



지역사회 거주 저소득 독거노인의 주관적 건강상태 관련요인

이유미¹⁾ · 박연환²⁾

¹⁾동의대학교 간호학과 조교수, ²⁾서울대학교 간호대학 · 간호과학연구소 교수

Factors Related to Subjective Health Status in Community-Dwelling Older Adults Living Alone on Low Income

Yi, Yumi¹⁾ · Park, Yeon-Hwan²⁾

¹⁾Assistant Professor, Department of Nursing, College of Natural Science, Dong-Eui University, Busan, Korea
²⁾Professor, College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul, Korea

Purpose: This study aimed to investigate the factors affecting the subjective health status (SHS) of low-income older adults living alone. **Methods:** This is a cross-sectional correlational study using secondary data analysis. Sociodemographic and health-related characteristics were included in this analysis. The health-related characteristics were categorized into three domains: physical, characterized by the number of chronic diseases and fall-related factors, timed up and go, and grip strength; psychological, in terms of depression and loneliness; and social, in terms of social support. Data were analyzed using descriptive analysis, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and multiple linear regression analysis. **Results:** The mean SHS score was 2.46 out of five. Several factors influenced the SHS of low-income older adults living alone, including sex, age, level of education, monthly income, and the three domains. Four significant predictive factors of SHS in low-income older adults living alone were identified (42.5%): the number of chronic diseases, fear of falling, depression, and social support. **Conclusion:** SHS is a critical factor for older adults living alone on a low-income. Hence, evaluating SHS and developing interventions to improve it periodically is necessary. Such interventions should consider chronic disease management, screening and mediation for depression and fear of falling, and strengthening their social support systems.

Key Words: Aged; Poverty; Subjective health; Accidental falls; Depression

서론

1. 연구의 필요성

저출산으로 인한 젊은 연령층의 감소와 의료 발달 등 인간수명의 연장으로 인한 인구 고령화는 우리나라 인구학적 변화의 가장 큰 특징이다. 2018년 총인구에서 65세 이상 고령자가 차지하는 비중은 14.3%로 지속적으로 증가하고 있으며, 기대수

명 또한 남성 평균 79.7세, 여성 평균 85.7세로 OECD 평균 남성(79.7세)과 여성(83.4세)의 기대수명보다 높다. 저출산과 고령화의 영향으로 2018년 노년부양비는 19.6명이며 2060년에는 82.6명으로 빠르게 증가할 전망이다(Statistics Korea, 2018). 부모의 노후 부양에 대한 견해도 가족(29.7%)이나 스스로 해결(24.9%)보다 가족과 정부·사회(37.1%)가 책임져야 한다는 생각이 증가하고 있으며, 전체 국민기초생활보장 수급자중 32.8%가 고령자로 노인의 수급자 비율도 지속적으로 증가하고 있다

주요어: 노인, 저소득, 주관적 건강, 낙상, 우울

Corresponding author: Park, Yeon-Hwan <https://orcid.org/0000-0002-5236-6683>
College of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 03080, Korea
Tel: +82-2-740-8846, Fax: +82-51-320-2804, E-mail: hanipyh@snu.ac.kr

- 본 연구는 동의대학교 연구비 지원에 의해 수행되었음(202201530001).
- This work was supported by Dong-Eui University Grant (202201530001).

Received: Nov 9, 2022 | Revised: Dec 9, 2022 | Accepted: Dec 9, 2022

(Statistics Korea, 2019). 보건복지부(Ministry of Health & Welfare [MHW], 2020)의 노인실태조사에 따르면, 독거노인은 노인 가구형태별 소득수준이 가장 낮고 영양불균형, 취약한 사회적 네트워크를 가지고 있으며 가족으로부터 다양한 지원을 받지 못한다. 동거노인에 비해 경제, 사회적 지지가 약하고, 공적 서비스에 대한 접근도 어려워 빈곤에 더 취약한 1인 가구(Song, 2018)의 비중은 2018년 34.2%를 차지하며 2045년 47.9%까지 지속적으로 증가할 것으로 예측하고 있다(Statistics Korea, 2019). 이러한 인구학적 변화는 의료비 등 국가, 사회적 부담비는 물론 사회보장제도 등 정책적인 부담을 증가시킨다.

인구구조의 변화와 함께 대두되고 있는 문제는 빈곤과 소득 불평등을 포함한 사회 양극화이다. 낮은 소득수준은 기능과 신체 능력을 떨어뜨리고 심리적 안녕감을 저하시킨다(Hwang & Kim, 2020; Lee & Kim, 2018; Lee, 2017). 2018년 우리나라 노인의 상태빈곤율은 45.7%로 OECD 가입국 중 가장 높은 수치를 보고하였다(Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2018). 사회복지 제도에도 불구하고 개인의 사회 경제적 배경에 의해 건강상태 불평등이 초래되며, 이러한 건강 불평등은 노인에서 더 심각하게 나타난다(Byun, Kim, & Ahn, 2021). 노인들은 생물학적, 심리·사회적 노화가 진행되어 취약성이 높은 특징으로 인해 의료서비스에 대한 소득지출이 증가하며 이러한 의료비용의 증가는 다른 재화와 서비스의 소비를 줄여 빈곤이 단순히 경제적 측면의 결핍에 국한되지 않고 그들의 건강과 전반적인 삶의 질에 영향을 미치게 된다(Kim & Jang, 2019; Mohd, Senadjki, & Mansor, 2018).

사회 경제적 지위가 낮고 사회적으로 고립된 사람들은 좋지 않은 건강 결과를 경험할 위험이 더 크다. 노화로 인한 건강 문제와 사회적, 재정적 자원이 제한적인 저소득 독거노인은 더 높은 병원 재입원율과 낮은 건강지식, 사회적 고립 및 재정적 제약으로 인한 사망률로 인해 건강이 나빠질 위험이 증가한다(Lee, Chan, Low, Lee, & Low, 2020).

세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서는 건강을 주관적인 전체론적 구조로 정의함으로써 건강이 단순히 질병의 유무와 같은 객관적 건강상태에 의해서만 고려되어서는 안 된다는 것을 시사한다(Card, 2017). 그러나 단일척도로 건강과 복지의 모든 차원을 확인할 수는 없다. 다양한 척도 중 ‘자신의 건강을 어떻게 인식하고 있는가?’인 주관적 건강상태는 다른 방법들보다 단순하고 경제적인 도구로 쉽게 측정 가능하여, 노인들 사이에서 건강에 대한 빠르고 노인 중심적인 평가로 간주된다. 사회, 경제적 변수들의 영향과 관련이 있어

보다 많은 정보를 제공하고 국가 간 사람들의 건강상태를 비교할 수 있어 가장 넓게 사용되는 일반적 건강 척도이다(Garbarski, 2016). 또한 신체, 사회, 심리적 요소에 대한 정보제공이 많기 때문에 노인의 삶 전반에 반영되고 건강하고 만족스러운 노년을 영위하기 위한 성공적 노화의 핵심요인이라고 할 수 있다. 그러므로 주관적 건강상태는 만성질환 등 신체적 이상이 주로 발생하는 노인에게 가치가 보다 강조되며, 저소득 독거노인에서 전반적 건강상태를 예측할 수 있는 보다 중요한 지표로 간주될 수 있을 것이다. 이러한 주관적 건강상태의 중요성을 고려할 때, 저소득 독거노인의 주관적 건강상태를 예측하는 데 도움이 될 수 있는 신체적, 정신적, 사회적 건강 요인을 탐구하는 것은 의미가 있을 것이다.

많은 국내의 선행연구에서 신체적 건강요인[기능능력(Belmonte, Pivetta, Batistoni, Neri, & Borim, 2017; Bez & Neri, 2014), 만성질환의 수(Han, Kang, & Hong, 2021; Zhang, Wu, Chen, & Guo, 2021), 낙상 관련 요인(Hur & Kang, 2018; Sun & Fan, 2020)], 정신적 건강요인[우울(Hwang & Kim, 2020; Won, 2020), 외로움(Chen, Holahan, & Li, 2018)], 사회적 건강요인[사회적 지지(Matud, Garcia, & Fortes, 2019; Park, Jang, & Hong, 2020)]을 주관적인 건강상태의 주요인으로 보고하였다.

신체적 건강요인 중 근력은 거의 모든 만성질환의 예방과 치료에 독립적인 역할을 하는 신체 건강의 중요한 구성요소이며 나이가 들수록 필수적이다(Strasser, Volaklis, Fuchs, & Burtscher, 2018). 근육 강도의 감소는 건강상태 및 동반질환과 밀접한 관련이 있다. 노인의 경우 노화로 인해 근신경의 손실이 나타나며, 이로 인한 근력의 감소는 자세유지의 어려움과 이동 제한 등 기능적 능력의 감소를 야기하여 낙상 발생 가능성을 높인다(Cha, 2021). 약력과 일어나 걷기와 같은 신체적 수행측정은 일반적으로 노화와 함께 감소하는 생리학적 기능에 의해 결정되며 기능적 제한의 초기 단계를 확인하기 위한 주요한 도구로 간주한다. 만성질환의 수는 장애의 잘 알려진 결정 요인이며 다중 이환율은 기능적 독립성에 영향을 미친다(Calderon-Larranaga et al., 2018). 낙상경험은 신체적 손상뿐 아니라 위축감으로 인한 신체활동의 감소를 가져오고, 신체활동 감소로 인한 근력저하로 이어지는 악순환을 겪게 한다.

독거노인의 경우 동거하는 노인에 비해 사회와의 접촉 가능성이 낮고 상호작용과 사회적 지지 감소로 인해 외로움을 느낄 가능성이 높고, 우울에 더욱 취약하여 빈번하게 우울을 경험한다(Lee & Kim, 2019). 외로움은 조기사망과 같은 건강결과의 독립적인 위험요인이며(Warner, Roberts, Jeanblanc, & Adams,

2019) 관상동맥, 심장질환, 뇌졸중 발병률에 유의한 영향을 미치고 의료비 지출을 증가시켜 건강 빈곤층을 생성할 수 있다. 적절하게 관리가 되지 않은 우울은 우울증을 야기할 수 있으며 우울증은 단순한 정신건강의 문제뿐 아니라 다른 질환의 증상 악화 및 재발 위험을 높이고 자살 위험으로 이어진다(Jun & Jeong, 2022). 외로움, 우울 증상 같이 부정적인 감정을 가진 사람들은 증상에 대한 관심이 높아지기 때문에 건강이 더 나쁘다고 평가한다(Chen et al., 2018; Peleg & Nudelman, 2021).

노인들은 신체, 경제적 수행능력이 부족해짐에 따라 도움을 필요로 하게 되며 사회 연결망의 축소로 주관적으로 사회적 지지가 손실되었다고 인식한다. 삶에서 쌓아온 사회적 자본이나 노년기에 새롭게 형성된 자본 같은 사회적 지지는 노인의 신체 건강이나 정신건강, 삶의 질에 긍정적인 영향력을 미치는 요인으로 알려져 있다(Matud et al., 2019).

개인이 객관적 건강상태를 어떻게 평가하는지를 의미하는 주관적 건강상태는 통합적인 건강상태를 포괄하는 개념으로 다양한 연구에서 대처자원, 정신건강 등과 관련이 있으며, 사망률, 낮은 기능 능력 및 기타 의료 결과를 포함한 여러 건강결과에 대해 예측가치가 있음을 보여준다. 특히 신체, 사회, 정서적 자원체계가 취약한 저소득 독거노인에게서 주관적 건강상태는 실질적 건강상태의 주요한 대리변수로 활용될 수 있을 것이다. 그러나 취약집단인 저소득 독거노인의 주관적 건강상태를 확인하고 이에 영향을 미치는 요인에 대한 연구는 미비한 상황이다. 따라서 본 연구에서는 저소득 독거노인의 주관적 건강상태에 미치는 영향요인을 규명하기 위하여 기능 능력인 악력과 걷기운동능력, 보유 만성질환, 낙상 관련 요인인 낙상 횟수 및 낙상 두려움, 정서적 건강상태인 우울과 외로움, 그리고 사회적 지지가 주관적 건강상태에 미치는 영향을 종합적으로 검토하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 지역사회 저소득 독거노인을 대상으로 주관적 건강상태와 주관적 건강상태에 영향을 미치는 신체적, 정신적, 사회적 요인을 확인하는 것으로 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 저소득 독거노인의 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태의 차이를 파악한다.
- 저소득 독거노인의 신체적, 정신적 건강상태와 사회적 지지에 따른 주관적 건강상태의 차이를 파악한다.
- 저소득 독거노인의 주관적 건강상태와 연구변수간의 상

관관계를 확인한다.

- 저소득 독거노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 저소득 독거노인의 주관적인 건강상태 관련요인을 확인하기 위하여 2차 자료를 분석한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

원 자료의 대상자는 총 3차년 계획연구(2018~2020) 중 1차년도(2018) 연구인 '독거노인 맞춤형 건강관리와 일상생활 지원서비스 요구도 분석' 연구에 참여한 S시 거주 만 65세 이상의 독거노인이었다. 대상자는 연구의 목적을 이해하고 설문에 동의한 자로 국문해독이 가능하고 인지장애가 없어 의사소통할 수 있으며 정신분열증, 조울증과 같은 정신과적 병력이 없는 만 65세 이상 노인 중 조사시점인 2018년 8월 실질적 독거노인으로 주민등록상만 독거 상태인 노인은 제외하였다. 본 연구에서는 원 자료조사에 참여한 독거노인 중 국민기초생활수급 대상자를 저소득 독거노인으로 하여 대상자로 선정하였다. 1차년도의 참여자는 1,023명이었으며, 수급노인인 저소득 독거노인은 총 241명이었다. 적정 표본수는 t-tests, Means: Difference between two independent means (two groups), tow tails, 검정력 95%, 유의수준 .05, 중간 효과크기 .5를 기준으로 G*Power 3.1.9.4 프로그램으로 산출하였고, 그 결과 최소 표본 크기는 210명으로 충족하였다.

3. 연구도구

1) 신체적 건강상태

(1) 악력(Grip strength)

본 연구에서 악력은 악력계(TANITA No. 6103, Tokyo, Japan)를 사용하여 측정하였다. 피험자는 양발을 어깨너비만큼 벌리고 양팔을 자연스럽게 내린 상태에서 팔을 약 15도 정도 벌리고, 두 번째 손가락 제2 관절에 손잡이를 걸고 악력계의 손잡이를 힘껏 잡는 동작으로 측정한다. 좌우 2번씩 교대로 측정하여 평균값을 사용한다. 아시아 근감소증 연구회(Asian Working Group of Sarcopenia)의 악력 저하 기준은 남성

26kg, 여성 18kg 이하이다. 본 연구에서는 남녀 각 악력 저하 기준을 적용하여 1을 ‘악력 저하’, 2를 ‘정상’으로 분류하였다.

(2) 일어나 걷기 검사(Timed up & go test, TUG)

일어나 걷기 검사는 팔걸이가 있는 의자에 앉은 상태에서 실험자의 출발신호에 따라 의자에서 일어나 3m 거리를 걸었다가 다시 돌아와 앉은 시간을 초로 측정하였다. 필요한 경우 보조도구를 사용하도록 하였고, 신체적인 도움은 주지 않는다. 시간은 디지털 초시계를 이용하여 측정하였다. 소요시간의 증가는 감소한 기능 상태를 의미한다. 본 연구에서는 13.5초 이상의 소요시간을 낙상 위험군으로 하여, 1을 ‘낙상 비위험군’, 2를 ‘낙상 위험군’으로 분류하였다.

(3) 만성질환의 수

만성질환의 수는 암, 근골격계 질환, 소화기계 질환, 내분비계 질환, 순환기계 질환, 호흡기계 질환, 감각기계, 요로생식기계, 치매, 우울증, 피부병, 빈혈, 골절, 탈골 및 사고 후유증으로 구분된 질병 조사지로 조사된 질병의 총수로, 현재 앓고 있거나 이전에 앓은 경험이 있는 질환(완치판정은 받은 질환은 제외)으로 실질적으로 진단을 받은 질환만을 포함하였다.

(4) 낙상 관련 특성

본 연구에서 낙상은 넘어지거나 미끄러짐 또는 주저앉은 것으로 낙상의 특성은 낙상 횟수, 낙상 두려움으로 구분하였다. 지난 1년 동안 경험한 낙상횟수는 연속 변수로, 평소 낙상할까 봐 걱정하는 정도인 낙상 두려움은 등급척도(Rating scale)로 시각아날로그 척도이며, ‘전혀 걱정하지 않는다’를 0으로, ‘매우 걱정 된다’를 10점으로 부여하였다. 낙상 걱정은 점수가 높을수록 걱정이 크다는 것으로 간주하였다.

2) 정서적 건강상태

(1) 외로움(Loneliness)

Russel 등(Russell, Peplau, & Cutrona, 1980)이 개발한 Revised UCLA Loneliness Scale (RULS)를 Kim (1997)이 번역한 도구로 총 20문항 4점 척도로 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘거의 그렇지 않다’ 2점, ‘가끔 그렇다’ 3점, ‘자주 그렇다’ 4점으로 10문항의 긍정 문항은 역으로 점수를 두어 점수가 높을수록 외로움이 큼을 의미한다. Perry (1990)의 연구에 의하면, RULS 총점이 20~34점은 저단계 외로움, 35~49점은 중등도 단계 외로움, 50~64점은 중고도 단계 외로움, 65~80점은 고단계 외로움으로 분류하였다. 도구개발 당시 Cronbach's α 는 .94였고,

한국어판 번역 시는 .93이었으며, 본 연구에서는 .91이었다.

(2) 우울(Depression)

Yesavage와 Sheikh (1986)가 개발한 노인우울척도(Geriatric Depression Scale) 단축형을 Kee (1996)가 우리나라에 맞도록 수정한 한국형 노인 우울 간이 척도(Geriatric Depression Scale Short Form Korea Version, GDSSF-K)를 이용하였다. 이 도구는 15문항으로 이루어져 있으며, 30문항의 노인우울척도와의 상관관계는 .84이다. 각 문항에 대해 ‘예’, ‘아니오’로 대답하여 점수는 0점에서 15점이 가능하며 총점 4점 이하를 정상, 5~9점을 경증 우울, 10~15점을 중증 우울로 분류하였다. 도구개발 당시 Cronbach's α 는 .94였고, Kee (1996)의 연구에서는 .88이었으며, 본 연구에서도 .88이었다.

3) 사회적 건강상태

(1) 사회적 지지(Social support)

ENRICHED Social Support Instrument를 Jeon, Jang과 Park (2012)이 번안하고 전문가 타당도 검증과정을 거친 사회적 지지 척도로 ‘Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly’나 ‘Health and Retirement Study’등의 국외 지역사회 노인 대상 연구에서 널리 활용되고 있는 도구이다. 사회적 지지의 세부 항목으로 정서적, 정보적, 도구적 지지를 포함한 6개 항목으로 이루어져 있으며, 각 문항에 ‘예’ 또는 ‘아니오’로 표시한다. ‘예’라고 응답하였을 경우 1점을 부여하여 총합을 계산한다. 결과값이 높을수록 사회적 지지가 좋을 의미하며, 3점 이하의 ‘부족’, 4~5점은 ‘보통’, 6점인 경우는 ‘양호’로 분류할 수 있다. 도구개발 당시 Cronbach's α 는 .93이었고, 번안 시는 .84였으며, 본 연구에서는 .80이었다.

4) 주관적 건강상태

주관적 건강상태(Subjective health status)는 “현재 어르신의 전반적인 건강상태는 어떠십니까?”라는 문항에 대해 응답한 내용을 점수화하여 측정하였다(5점 척도: 매우 좋음=5점, 좋음=4점, 보통=3점, 비교적 나쁨=2점, 매우 나쁨=1점). 모든 연구대상자의 주관적 건강상태는 1~5점 사이의 값으로 측정되었고, 주관적 건강상태가 좋을수록 점수가 높음을 의미한다.

4. 자료수집 및 자료분석

원 연구의 자료수집은 2018년 8월부터 10월까지 S시 소재 보건소, 복지관 등에서 진행되었다. 참여 의사가 있는 독거노

인을 대상으로 1:1 면담과 신체 계측을 통해 자료를 수집하였다. 본 연구자는 원 자료조사에 직접 참여하였으며 2차 자료분석에 대하여 D대학의 생명윤리위원회 심의 면제(DIRB-202207-HR-W-17)를 받은 후 원 연구 책임자로부터 결측값 또는 동거자가 있는 경우를 제외한 자료를 전달받아 자료분석을 실시하였다.

연구대상자의 인구사회학적, 신체적 건강상태(악력, 일어나 걷기, 낙상횟수와 낙상 두려움, 만성질환의 수), 정신건강상태(우울과 외로움), 사회적 지지 특성을 살펴보기 위해 빈도분석을 실시하였고, 특성별 주관적 건강수준의 차이를 확인하기 위해 t-test와 one-way ANOVA를 시행하고 Scheffé로 사후검정하였다. 그리고 주관적 건강상태와 관련된 요인을 살펴보기 위해 다중회귀분석을 실시하였고 이때 명목변수는 더미변수로 처리하였다. 자료분석을 위해 IBM SPSS ver. 23.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) 통계 프로그램을 사용하였다.

연구결과

1. 연구대상자의 인구사회학적 특성

본 연구에 참여한 대상자의 성별은 남성 76명(31.5%), 여성 165명(68.5%)이었다. 연령은 평균 75.7세로 연령의 분포는 65~75세 미만이 111명(46.1%)으로 가장 많았으며, 75~85세 미만이 110명(45.6%), 85세 이상이 20명(8.3%) 순이었다. 대상자들의 결혼 상태는 사별이 150명(62.2%), 별거나 이혼이 71명(29.5%), 미혼이 20명(8.3%)이었다. 대상자들의 185명(76.8%)이 생존자녀가 있었으며 생존 자녀의 수는 평균 2명이었다. 학력은 무학 88명(36.5%), 초졸 64명(26.6%), 중졸과 고졸 각각 37명(15.4%), 대졸 이상 15명(6.2%)이었다. 주거형태 관련하여서는 월세가 가장 많은 142명(58.9%)이었으며 기타(무상 임대나 기관 도움 등)도 16명(6.6%)이었다. 월평균 가구 총소득은 평균 501,998원이었고, 월 생활비는 가구당 평균 454,896원으로 나타났다(Table 1).

2. 대상자의 인구사회학적 특성별 주관적 건강상태

저소득 독거노인의 주관적 건강상태는 평균 2.5±1.03점이었었다. 인구사회학적 특성별 저소득 독거노인의 주관적 건강상태를 비교해 보면 여성노인(2.3±1.00)이 남성(2.9±0.97)보다 주관적 건강상태가 좋지 않다고 응답하였으며($t=4.57, p<.001$), 조사대상의 연령에 따라서는 85세 이상의 연령군(1.7±0.75)이

65~74세(2.7±1.01), 75~84세(2.4±1.02) 노인들보다 주관적 건강상태가 나쁘다고 보고하였다($t=9.37, p<.001$). 노인들의 학력에 따른 주관적 건강상태에서는 초등교육을 받지 못한 무학(2.2±1.06)에서 가장 나쁘게 나타났으며, 고등학교 교육(2.9±0.77)을 받은 노인들이 가장 양호한 것으로 나타났다($t=3.16, p=.015$). 저소득 독거노인의 평균수입은 2018년 기초연금인 25만원 미만인 경우가 가장 나쁜 주관적 건강상태(2.1±1.17)를 나타냈으며 100만원 이상(3.4±1.19) 노인들과 유의한 차이를 보였다($t=2.95, p=.021$). 그러나 결혼형태, 생존자녀 유무, 종교, 거주 형태 등에 따라서는 유의미한 차이가 나타나지 않았다(Table 1).

3. 대상자의 신체적 건강상태, 정신적 건강상태, 사회적 지지와 이들에 따른 주관적 건강상태의 차이

대상자의 신체적 건강상태와 정신적 건강상태, 사회적 지지는 Table 2 와 같다. 신체적 건강상태 중 악력은 평균 22.5±7.25kg으로 66.8%가 악력 저하군으로 나타났다. 일어나 걷기 검사에서 평균 소요시간은 12.7±6.19초로 13.5초 이상의 낙상 위험군이 73명(30.3%)이었다. 만성질환의 수는 평균 5.5±3.52개로 236명(97.9%)의 노인이 1가지 이상의 만성질환을 가지고 있었다. 75.5%의 노인이 낙상 경험이 없었고 낙상 횟수는 평균 0.98±3.46이었으며, 낙상 두려움은 1~5점(34.4%), 6~9점(23.2%), 0점(22.0%), 10점(20.3%) 순으로 나타났다. 정신적 건강상태에서 외로움은 최저 20점에서 최고 80점 중 평균 45.1±14.44으로 대상자의 외로움 정도를 분류한 결과 저단계 외로움 28.6%, 중등도 단계 외로움 31.5%, 중고도 단계 외로움 27.8%, 고단계 외로움 12.0%로 과반수 이상이 중등도 단계 이상의 외로움을 나타냈다. 우울정도를 분류한 결과 총점 4점 이하인 정상 대상자가 33.6%(81명)로 나타났으며, 경중 우울 32.8%, 중중 우울 33.6%로 나타났다. 사회적 지지정도는 부족(51.9%), 보통(34.4%), 양호(13.7%) 순이었다.

저소득 독거노인의 신체적 건강상태, 정신적 건강상태, 사회적 지지에 따른 주관적인 건강상태의 차이를 확인한 결과 악력이 저하된 경우($t=5.28, p<.001$), 일어나 걷기 검사 시 낙상 위험군인 경우($t=4.32, p<.001$), 만성질환을 많이 보유할수록($t=12.33, p<.001$), 낙상을 3회 이상 경험한 경우($t=4.80, p=.003$), 낙상의 두려움이 높을수록($t=18.75, p<.001$), 외로움($t=6.34, p<.001$)과 우울($t=22.27, p<.001$)의 수준이 높을수록, 사회적 지지가 낮을수록($t=3.94, p=.021$) 주관적 건강상태가 나쁘다고 인식하는 것으로 나타났다(Table 2).

Table 1. General Characteristics of the Subjects and Differences in Subjective Health Status according to Characteristics of Subjects (N=241)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD	t or F	p	Scheffé
Subjective health status	Very good	6 (2.5)	2.47±1.03			
	Good	30 (12.4)				
	Fair	84 (34.9)				
	Poor	71 (29.5)				
	Very poor	50 (20.7)				
Gender	Male	76 (31.5)	2.89±0.97	4.57	< .001	
	Female	165 (68.5)	2.27±1.00			
Age (year)	65~74 ^a	111 (46.1)	2.68±1.01	9.37	< .001	c < a, b
	75~84 ^b	110 (45.6)	2.40±1.02			
	> 85 ^c	20 (8.3)	1.65±0.75			
	Overall		75.73±5.95			
Marital status	Single	20 (8.3)	2.60±1.05	2.68	.071	
	Divorced/separated	71 (29.5)	2.68±1.01			
	Widowed	150 (62.2)	2.35±1.03			
Living child	Yes	185 (76.8)	2.45±1.03	-0.29	.771	
	No	56 (23.2)	2.50±1.04			
	Overall		1.98±1.66			
Level of education	Illiteracy ^a	88 (36.5)	2.23±1.06	3.16	.015	d > a
	Elementary school ^b	64 (26.6)	2.42±1.04			
	Middle school ^c	37 (15.4)	2.62±0.98			
	High school ^d	37 (15.4)	2.89±0.77			
	≥ College ^e	15 (6.2)	2.60±1.24			
Religion	Yes	153 (63.5)	2.38±1.04	-1.70	.090	
	No	88 (36.5)	2.61±1.01			
Housing	Own housing	24 (10.0)	2.41±1.21	0.03	.995	
	Chonseil rent housing	59 (24.5)	2.47±0.94			
	Monthly rent housing	142 (58.9)	2.46±1.03			
	Etc.	16 (6.6)	2.50±1.21			
Monthly income (won)	< 250,000 ^a	17 (7.1)	2.12±1.17	2.95	.021	e > a
	250,000~< 500,000 ^b	72 (29.9)	2.53±0.13			
	500,000~< 750,000 ^c	135 (56.0)	2.39±0.96			
	750,000~< 1,000,000 ^d	10 (4.1)	3.00±0.67			
	≥ 1,000,000 ^e	8 (3.3)	3.38±1.19			
	Overall		501,998±183,432			
Monthly living expenses (won)	< 250,000	185 (76.8)	2.45±1.05	.13	.882	
	250,000~500,000	49 (20.3)	2.53±0.96			
	500,000~1,000,000	7 (2.9)	2.43±1.13			
	Overall		454,896±197,927			

4. 대상자의 주관적 건강상태와 연구변수 간의 상관관계

신체적 건강상태, 정신적 건강상태, 사회적 지지와 주관적 건강상태의 상관관계를 확인하였다(Table 3). 저소득 독거노인의 주관적 건강상태는 악력($r = .37, p < .001$), 사회적 지지($r = .18, p = .006$)와는 양의 상관관계를 보였으며, 일어나 걷기 검사($r = -.28, p < .001$), 만성질환의 수($r = -.39, p < .001$), 낙상 횟수($r = -.17, p = .009$) 및 낙상 두려움($r = -.47, p < .001$), 외로움

($r = -.25, p < .001$)과 우울($r = -.45, p < .001$)과는 음의 상관관계를 보였다.

5. 저소득 독거노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인

저소득 독거노인의 주관적 건강상태와 관련된 요인을 파악하기 위해 인구사회학적 요인에서 유의한 차이를 보인 변수

Table 2. Differences in Subjective Health Status according to Physical, Psychological and Social Health Status (N=241)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD	t or F	p	Scheffé
Grip strength	Weak	161 (66.8)	2.23±0.96	5.28	< .001	
	Normal	80 (33.2)	2.94±1.01			
	Overall (kg)		22.51±7.25			
Timed up & go	No-risk of fall	168 (69.7)	2.64±1.05	4.32	< .001	
	High-risk of fall	73 (30.3)	2.07±0.89			
	Overall (seconds)		12.68±6.19			
Number of chronic disease	0 ^a	5 (2.1)	3.80±0.45	12.33	< .001	e < a, b, c d < a, b
	1~2 ^b	40 (16.6)	3.05±1.22			
	3~5 ^c	90 (37.3)	2.58±0.86			
	6~9 ^d	77 (32.0)	2.22±0.97			
	≥10 ^e	29 (12.0)	1.72±0.75			
	Overall		5.54±3.52			
Fall frequency	0 ^a	182 (75.5)	2.55±1.05	4.80	.003	d < a, c
	1 ^b	28 (11.6)	2.36±0.95			
	2 ^c	9 (3.7)	2.78±0.97			
	≥3 ^d	22 (9.2)	1.73±0.70			
	Overall		0.98±3.46			
Fear of falling	0 ^a	53 (22.0)	3.13±0.98	18.75	< .001	a > b, c, d b > d
	1~5 ^b	83 (34.4)	2.60±0.94			
	6~9 ^c	56 (23.3)	2.18±0.89			
	10 ^d	49 (20.3)	1.84±0.92			
	Overall		4.99±3.70			
Loneliness	Low ^a	69 (28.6)	2.89±1.05	6.34	< .001	a > b, c, d
	Mild ^b	76 (31.6)	2.37±0.92			
	Moderate ^c	67 (27.8)	2.22±1.04			
	High ^d	29 (12.0)	2.24±0.99			
	Overall		45.13±14.44			
Depression	Normal ^a	81 (33.6)	3.00±0.97	22.27	< .001	a > b, c
	Mild ^b	79 (32.8)	2.38±0.96			
	Severe ^c	81 (33.6)	2.01±0.92			
	Overall		7.17±4.42			
Social support	Poor ^a	125 (51.9)	2.29±0.99	3.94	.021	a > b
	Fair ^b	83 (34.4)	2.64±1.03			
	Good ^c	33 (13.7)	2.69±1.07			
	Overall		3.09±2.08			

와 신체적 건강상태, 정신적 건강상태 및 사회적 지지를 독립 변수로 하여 다중회귀분석을 시행하였다. 본 연구의 Durbin-Watson 통계량은 1.846로 2에 근접하여 오차항간 자기상관이 없었으며, 독립변수간 VIF 값은 1.27~1.91로 다중공선성이 없는 것을 확인하였다. 다음으로 선형성 및 등분산성을 검정하기 위해 잔차의 산포도를 분석한 결과 잔차의 분포는 [0]을 중심으로 균등하게 흩어져 있으므로 회귀식이 선형이며 등분산성을 이루고 있다는 가정을 충족하였고 회귀 표준화 잔차의 정규 P-P 도표를 이용해 오차의 정규분포를 검정한 결과 잔차가 45도 직선에 근접하므로 오차는 정규분포를 따른다고 말할 수 있

다. 다중회귀분석 시 연속 변수가 아닌 독립변수는 더미변수로 처리하여 분석하였다. 단변량 분석에서 유의한 변수인 성별, 나이, 학력, 평균수입, 악력, 일어나 걷기검사, 만성질환의 수, 낙상횟수, 낙상 두려움, 외로움, 우울, 사회적 지지를 독립 변인으로 다중회귀분석한 결과 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로 만성질환의 수($\beta=-.17, t=-2.95, p=.003$), 낙상 두려움($\beta=-.18, t=-2.84, p=.005$), 우울($\beta=-.35, t=-4.96, p<.001$), 사회적 지지($\beta=.13, t=2.01, p=.046$)가 도출되었다(Table 4). 이들 변인들은 주관적인 건강상태에 대해 38.7%의 설명력을 보였다.

Table 3. Correlations between Subjective Health Status and Other Variables

(N=241)

Variables	Subjective health status	Grip strength	Timed up & go	Number of chronic disease	Fall frequency	Fear of falling	Loneliness	Depression
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Subjective health status	1							
Grip strength	.37 (< .001)							
Timed up & go	-.28 (< .001)	-.32 (< .001)						
Number of chronic disease	-.39 (< .001)	-.27 (< .001)	.19 (.002)					
Fall frequency	-.17 (.009)	-.00 (.970)	.07 (.271)	.02 (.787)				
Fear of falling	-.47 (< .001)	-.36 (< .001)	.27 (< .001)	.35 (< .001)	.24 (< .001)			
Loneliness	-.25 (< .001)	-.07 (.312)	.15 (.018)	.16 (.012)	.11 (.079)	.27 (< .001)		
Depression	-.45 (< .001)	-.16 (.011)	.21 (.001)	.26 (< .001)	.09 (.147)	.39 (< .001)	.63 (< .001)	
Social support	.18 (.006)	.01 (.911)	-.12 (.059)	-.04 (.532)	-.05 (.472)	-.01 (.836)	-.49 (< .001)	-.31 (< .001)

Table 4. Factors to Influence the Subjective Health Status

(N=241)

Variables	B	SE	β	t	p	VIF
(Constant)	3.67	0.93		3.94	< .001	
Number of chronic disease	-0.05	0.02	-.17	-2.95	.003	1.27
Fear of calling	-0.05	0.02	-.18	-2.84	.005	1.62
Depression	-0.08	0.02	-.35	-4.96	< .001	1.91
Social support	0.06	0.03	.13	2.01	.046	1.51
$R^2=.425$, Adj. $R^2=.387$, $F=11.10$, $p < .001$						

논 의

본 연구는 저소득 독거노인의 주관적 건강상태와 주관적 건강상태에 영향을 미치는 신체적, 정신적, 사회적 요인을 확인함으로써 지역사회 저소득 독거노인의 주관적 건강상태 개선을 위한 간호중재 전략을 개발하고 실무적용을 위한 기초자료를 제공하고자 시행되었다.

본 연구결과 저소득 독거노인의 주관적 건강상태는 5점 만점에 평균 2.46점이었다. 이는 50세 이상 성인의 평균 주관적 건강상태가 2.80점이라는 유럽 14개국을 대상으로 한 연구 (Peleg & Nudelman, 2021)와 국내 65세 이상 독거노인을 대상으로 한 연구(Park et al., 2020)의 평균 2.78보다 낮게 나타났다. 또한 빈곤노인의 대표적 유형인 폐지수거 노인을 대상으로 한 연구(Lee, 2017)의 평균 2.70점보다도 낮았다. 또한 통계청 고령자통계(2018) 결과 65세 이상 고령자가 자신의 건강상태를 좋다고 인식하는 경우는 22.8%, 나쁘다고 인식하는 경우는

43.5%라고 하였으나 본 연구에서는 자신의 건강상태를 나쁘다고 인식하는 경우가 50.2%('매우 나쁨'이 20.7%, '비교적 나쁨' 29.5%), 좋다고 인식하는 경우가 14.9%(' 좋음' 12.4%, '매우 좋음' 2.5%)로 나타났다. 이렇듯 본 연구에서 주관적 건강상태가 다소 낮게 나타난 것은 사회경제적 상태와 독거의 영향이 함께 반영된 것으로 생각할 수 있다. 빈곤(Lee & Kim, 2018; Won, 2020)과 독거(Byun et al., 2021; Song, 2018)는 신체, 정신, 사회적으로 열악한 건강수준과 관련되어 있다는 다양한 국내 연구결과들을 미루어, 본 연구의 대상인 저소득 독거노인의 낮은 주관적 건강상태를 예측할 수 있다. 따라서 일반 노인보다 저소득 독거노인에서 주관적 건강상태를 보다 주의 깊게 사정하고 관련된 요인들을 확인하여 개별적 필요에 맞춘 프로그램의 적용 등 적극적 중재가 시급하다.

본 연구결과, 성별, 나이, 학력, 소득 수준에 따라 저소득 독거노인의 주관적 건강상태 정도에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 여성노인이 남성노인보다 주관적인 건강상태를 낮

게 인식하는 것으로 확인되었다. 이는 선행연구(Hwang & Kim, 2020; Zhang et al., 2021)에서 여성이 남성보다 주관적 건강상태를 나쁘게 인식한다는 결과와 일치하였다. 반면 주관적 건강상태가 성별과 관련하여 유의한 차이가 없다는 연구결과(Byun et al., 2021; Peleg & Nudelman, 2021)와는 상이하였다. 우리나라의 경우 노인들의 성별간 역할구분이 뚜렷하고 여성노인의 경우 남성에게 비해 교육 및 소득 등의 상대적 한계로 인한 사회경제적 여건의 차이가 있어(Han et al., 2021) 여성노인이 남성노인에 비해 만성질환의 의료이용이 많고 신체기능의 제한율이 높아 실질적인 신체건강이 남성보다 더 취약(Caetano, Silva, & Vettore, 2013)하여 주관적인 건강상태를 낮게 인식한다는 맥락에서 설명할 수 있다. 따라서 성별에 따른 건강관리 프로그램의 개발과 적용이 필요한 것으로 생각된다. 나이가 많을수록, 무학인 경우, 월 평균 가구소득이 25만원 이하인 경우 주관적인 건강상태를 낮게 보고한 본 연구결과는, Park 등(2020)이 독거노인을 대상으로 한 연구에서 연령이 낮을수록, 학력과 월 소득이 높은 독거노인일수록 주관적 건강상태를 긍정적으로 평가한 결과와 유사하였다. 연령이 낮은 경우 노화로 인한 부정적인 신체, 정서적 변화에 노출될 가능성이 덜하다. 학력이 높을수록 경제적 안정을 획득할 가능성이 높고 경제적 안정은 개인의 효능감과 사회적 영향력에 긍정적일 수 있다. 또한 높은 월 소득은 의료비 지출의 부담을 경감시켜 지속적인 건강관리 및 질병 치료를 가능하게 하므로 이러한 결과를 추측할 수 있다. 따라서 보다 취약한 계층을 식별하기 위한 다양한 사회, 경제적 수준에 따른 주관적 건강상태에 대한 추가적인 연구가 계속되어야 할 것으로 생각된다.

본 연구결과 신체적 건강상태(악력, 일어나 걷기, 만성질환의 수, 낙상 횟수와 낙상 두려움)가 좋은 저소득 독거노인이 그렇지 않은 노인보다 주관적 건강상태를 좋게 인식하는 것으로 나타났다. 주관적 건강상태가 노인을 포함한 다양한 인구집단의 신체상태의 차원을 포함하는 것을 반영한 결과이다. 본 연구에서 대상자들의 악력은 평균 22.51 kg, 일어나 걷기는 평균 12.68초로, 65세 이상 노인을 대상으로 건강군과 질병군 간의 신체기능을 측정하는 연구(Jung et al., 2017)의 결과 건강군의 악력(26.6 kg), 일어나 걷기(7.4초), 질병군의 악력(24.9 kg)과 일어나 걷기(7.7초)에서 질병군 평균보다 신체기능이 낮게 측정되었다. 반면 낙상을 경험한 노인을 대상으로 한 연구(Cha, 2021)에서의 악력 평균 22.59 kg과 유사한 결과를 보였다. 만성질환의 수가 많을수록 주관적 건강상태를 낮게 인식한다는 결과는 기존 선행연구들(Han et al., 2021; Zhang et al., 2021)과 일치하였다. MHW (2020) 노인실태조사에 의하면 노인은

평균 1.9개의 만성질환을 가지고 있으며 84%가 1개 이상의 만성질환이 있다고 하였으나 본 연구에서는 평균 5.54개의 만성질환을 가지고 있으며, 97.9%가 1가지 이상의 만성질환을 가지고 있었다. 만성질환은 노년기 장애의 중요한 생리학적으로 근력감소와 관련이 있으며(Strasser et al., 2018) 장기적이고 예후가 좋지 않아 신체 기능적 손상 뿐 아니라 환자의 심리적 건강과 사회적 적응에도 장기적 악영향을 미칠 수 있다. 반면, 노인들은 여러 만성질환에 잘 대처하며 다중 이환율에도 불구하고 기능적으로 독립적일 수 있다(Calderon-Larranaga et al., 2018). 본 연구의 대상자들은 저소득 독거노인으로 만성질환의 유병률이 높아지면서 경제적, 사회적 지지가 취약하여 주관적 건강상태를 보다 낮게 인식할 것으로 예측할 수 있다. 본 연구에서는 낙상횟수와 낙상의 두려움이 증가할수록 주관적 건강상태를 낮게 인식하는 것으로 나타났다. 이는 낙상경험과 낙상 두려움이 있는 대상자는 자신의 건강을 나쁘게 인식하게 된다는 선행연구(Hur & Kang, 2018; Sun & Fan, 2020)와 일치하였다. 낙상의 횟수는 평균 0.98회로 24.5%가 낙상을 경험하였다. 이는 MHW (2020) 노인실태조사의 노인 낙상 경험률 7.2%보다 높은 것으로 확인되었다. 낙상 두려움은 평균 4.99점으로 대상자들이 중간정도의 두려움을 가지고 있는 것으로 조사되었다.

본 연구에서 저소득 독거노인의 정서적 건강상태(외로움, 우울)가 저하될수록 주관적인 건강상태를 부정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 본 연구에서 대상자들의 우울은 평균 7.17점으로 높았고 경증 이상의 우울도 66.4%로 나타났다. 이는 도시 지역 저소득층 노인을 대상으로 한 연구(Song, 2018)의 결과인 우울 평균 5.88점, 경증 이상의 우울 55.6%보다 더 높은 우울을 경험하는 것으로 나타났다. 또한 독거노인을 대상으로 한 Won (2020)의 연구에서 경제적 곤궁정도가 심할수록 우울이 높으며, 주관적 건강상태를 더 나쁘게 인식한다는 결과와 일치하였다. 독거노인의 경우 우울 수준이 비 독거노인보다 높으며 이는 주관적 건강상태를 더 낮게 인식할 가능성이 있다는 것을 보여준다. 본 연구의 연구대상자들은 외로움이 평균 45.13점으로 확인되었으며 65세 이상 노인을 대상으로 한 연구(Yang, Lee, & Lee, 2022)의 외로움 평균(37.76점)보다 높았다. 이는 다른 사람으로부터 따뜻함이나 안정감을 얻기 힘든 1인 가구와 경제적 어려움이 있을 때 외로움이 더욱 증가하며(Lee & Kim, 2019) 노년기의 외로움이 다른 연령집단에 비해 지속적이며 만성적인 현상일 수 있고, 만성적인 외로움은 신체적, 정신적 건강에 부정적인 영향을 미친다는 연구결과(Courtin & Knapp, 2017)와 맥락을 같이한다. 외로움은 자신의 사회적 관

계에 대한 욕구가 실제 사회적 관계와 일치하지 않을 때 발생하는 사회적 접촉 수준에 대한 부정적인 감정으로 정의되어진다(Weeks, 1994; Perlman & Peplau, 1981). 따라서 외로움을 감소시키기 위해 다양한 사회적 관계에 대한 요구 중 개인의 개별적 요구를 확인할 수 있는 도구의 개발 및 이를 활용한 연구가 지속적으로 이루어질 필요가 있다. 이는 노인의 사회적 관계 활성화를 위한 기존 정책사업(노인일자리사업, 자원봉사, 노인교실, 아름다운 이야기 할머니 등) 적용 시 사전에 개별적 사회적 관계 요구를 확인하게 함으로써 개인에게 적합한 맞춤형 사회적 관계망이 형성, 유지될 수 있도록 하여 정책사업의 효율적인 활용이 가능하게 할 것이다. 또한 외로움에 취약한 저소득 독거노인에게 만성적인 외로움을 예방하기 위한 주기적인 외로움의 사정 및 보다 다양한 사회적 관계 요구를 해결할 수 있는 중재 프로그램의 개발과 적용도 이루어져야 할 것으로 생각된다.

본 연구에서 저소득 독거노인은 사회적 지지가 높을수록 주관적인 건강상태를 좋게 인식하는 것으로 나타났다. 이는 높은 사회적 지지가 더 나은 주관적 건강상태와 관계가 있다는 선행연구결과들(Matud et al., 2019; Park et al., 2020)과 일치하였다.

저소득 독거노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 다중회귀분석을 시행한 결과 만성질환의 수, 낙상 두려움, 우울이 감소할수록, 사회적 지지가 증가할수록 저소득 독거노인이 주관적 건강상태를 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났으며, 설명력은 38.7%였다. 만성질환은 그 특성상 서서히 진행하면서 적절한 관리가 이루어지지 않으면 증상이 악화되고 치료 및 관리가 매우 복잡해진다. 경제, 사회적 자원이 부족한 저소득 독거노인의 경우 만성질환의 증가는 의료비 부담을 증가시켜 의료서비스 이용의 제한이나 의료 이용중단을 초래할 수 있다(Kim, 2019). 따라서 만성질환의 조기 발견과 적절한 관리를 통해 합병증을 예방하고 이차적인 질환이 발생하지 않도록 하는 만성질환의 정기적인 사정과 질환별 맞춤형 간호중재의 개발을 위한 노력이 필요하다. 낙상 두려움은 사회적 격리, 자기효능감의 저하와 같은 심리사회적 제반문제를 포괄하는 용어로 정의하기도 한다(Parry et al., 2016). 낙상 두려움은 노인 낙상을 예측하는 요인이며, 자신감 저하로 이어져 행동의 위축과 신체활동을 감소시키고 일상생활수행능력의 저하를 가져올 수 있고, 저소득 독거노인과 같이 지지체계가 부족한 경우 낙상의 두려움은 더 증가한다(Park & Shin, 2019). 낙상은 보행능력과 운동능력의 감소가 나타나는 노인에게 매우 흔한 현상이고 평소 건강한 노인들 또한 낙상을 경험할 수 있다. 따라서 낙상에 대한 두려움이 있는 저소득 독거노인들을

위한 정기적 조사와 예방적 중재가 필요할 것으로 생각된다. 우울 증상은 일상적 활동 유지에 어려움을 초래하며 만성질환 및 자살의 위험을 증가시키는 것으로 알려져 있으며 의료서비스 이용 등 사회적 비용 증가의 원인이 된다(Lee, 2018). 소득이 적고 공공부조를 수급하는 독거노인들의 우울이 경제적으로 안정된 독거노인들보다 높다(Won, 2020). 그러므로 저소득 독거노인의 주관적 건강상태 향상을 위해 경제적인 지원 이외에도 정서적인 요인의 건강관리를 위해 우울의 지속적인 사정과 중재를 위한 프로그램 개발이 필요할 것이다. 노인에서 높은 대인관계 능력은 정체감과 행복감 등 심리적 안녕감 유지를 돕고 사회적 관계망을 통해 사회적 통합을 획득하게 하는 경제적 도움 및 정서적 교류를 제공받는다. 저소득 독거노인은 양적, 질적으로 사회적 관계 및 교류가 부족하다. 따라서 경제적, 사회적으로 지지가 부족한 저소득 독거노인이 지역사회 내 사회관계망 안에서 지속적인 교류와 지지를 얻을 수 있도록 하는 사회적 지지체계를 개발하고 노인들이 쉽게 접근할 수 있도록 하는 정책적 접근이 필요하다.

본 연구에서 성별, 연령, 학력, 월 가구 소득, 기능능력, 낙상 횟수, 외로움은 단일요인으로 주관적 건강상태와 상관관계가 있었으나 다른 변수들을 통제했을 때 통계적으로 유의한 결과가 나타나지 않았다. 이러한 결과는 65세 이상 노인을 대상으로 한 연구결과(Belmonte et al., 2017)에서 악력이 약하고 걸음걸이 속도가 느린 것이 좋지 않은 주관적 건강상태 보고에 영향요인이라는 결과와 차이가 있었다. 이는 빈곤과 보상자원의 부족 상황 자체가 낮은 근력으로 인한 기능능력의 감소로 이어질 수 있으므로(Bez & Neri, 2014), 경제적, 정서적 자원이 부족한 저소득 독거노인에서는 기능능력의 감소로 인한 일상생활의 제한이 있을 때 주관적인 건강상태에 영향을 미칠 것으로 생각된다. 낙상 횟수 역시 주관적 건강상태의 유의한 영향요인은 아니었다. 낙상 경험의 유무와 낙상 두려움이 반드시 함께 하는 것은 아니므로(Parry et al., 2016) 본 연구의 결과는 낙상 횟수 자체보다는 낙상 두려움이 주관적 건강상태에 더욱 영향을 미치는 것으로 추측할 수 있다. 반복 낙상군의 낙상 두려움은 더 증가하며 낙상의 경험은 활동의 저하로 인한 근력 저하로 낙상 위험도를 증가시키는 악순환을 일으킨다. 낙상은 신체적 상해로 인해 요양시설의 조기 입소, 입원의 장기화 및 사망을 초래하는 등 노인의 건강을 위협하는 가장 심각한 문제 중의 하나이므로(Hyeon, 2018) 신체적으로 취약한 노인들의 반복적인 낙상을 예방하기 위한 다각적인 중재 방안의 모색이 이루어져야 한다.

외로움도 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로 밝혀

지지 않았다. 이러한 결과는 노인의 경우 은퇴, 주변인들의 사망, 사회화에 대한 관심의 감소로 인해 자연스럽게 사회관계망 감소를 경험하기 때문에 외로움의 강도를 낮게 느끼며, 이는 건강행동에 심리적, 생리적 메커니즘을 활성화시키지 못하므로 외로움이 건강에 미치는 영향이 감소하게 된다는 선행결과 (Jessen, Pallesen, Kriegbaum, & Kristiansen, 2018)로 본 연구결과를 유추해 볼 수 있다.

본 연구는 지역사회 저소득 독거노인을 대상으로 대상자의 특성, 신체, 정서, 사회적 측면을 포괄하여 주관적 건강상태 관련요인을 분석하였다는 점에서 의의가 있다. 본 연구의 제한점으로는 첫째, 본 연구는 2차 자료분석 조사연구로서 변수들 간의 인과관계를 확정하기에는 한계가 있다. 둘째, S시 독거노인만을 대상으로 수행되었으므로 그 결과를 일반화하는 데에는 한계가 있다. 셋째, 본 연구에서 낙상 두려움을 측정하기 위해 사용한 도구는 시각상사척도로 노인의 특성을 고려하여 답변하기 용이하게 만들어졌으나 구조화된 도구가 아니라는 점에서 제한점이 있으므로, 향후 연구에서는 낙상 두려움 도구 대한 타당도를 높이기 위해 다양한 측면을 고려한 구조화된 측정도구를 사용할 필요가 있다. 또한, 사회적 지지 측정 시 연구마다 다양한 도구가 사용되어 각 연구들의 결과를 비교 해석 하는데 한계가 있으므로 보다 신중한 해석이 필요하며 추가적인 연구가 필요할 것이다.

결론

본 연구결과에서 저소득 독거노인의 주관적 건강상태에 영향을 주는 요인은 만성질환의 수, 낙상 두려움, 우울과 사회적 지지로 나타났다. 만성질환의 수, 낙상 두려움, 우울의 증가와 사회적 지지의 저하가 저소득 독거노인의 주관적 건강상태를 악화시킬 수 있음을 시사한다. 저소득 독거노인에서 주관적 건강상태의 중요성을 고려할 때, 지역사회에서 저소득 독거노인들에게 간호와 돌봄을 제공하는 간호사는 저소득 독거노인의 만성질환 관리, 낙상 두려움과 우울의 선별과 증재, 그리고 사회적 지지체계의 강화를 바탕으로 지속적이고 체계적인 주관적 건강상태의 관리가 이루어지도록 주기적인 주관적 건강상태의 사정과 증재 방안을 개발, 수행할 필요가 있다. 이를 통해 지역사회 저소득 독거노인의 주관적 건강상태를 증진시켜 궁극적으로 삶의 질을 향상시킬 수 있을 것으로 기대한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

ORCID

Yi, Yumi

<https://orcid.org/0000-0003-1182-9183>

Park, Yeon-Hwan

<https://orcid.org/0000-0002-5236-6683>

REFERENCES

- Belmonte, J. M. M. M., Pivetta, N. R. S., Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Borim, F. S. A. (2017). The association between self-rated health and functional capacity indicators. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 11(2), 61-67.
<https://doi.org/10.5327/Z2447-211520171700021>
- Bez, J. P. D., & Neri, A. L. (2014). Gait speed, grip strength and self-rated health among the elderly: Data from the FIBRA Campinas network, Sao Paulo, Brazil. *Ciencia & Saude Coletiva*, 19(8), 3343.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.09592013>
- Byun, M., Kim, E., & Ahn, H. (2021). Factors contributing to poor self-rated health in older adults with lower income. *Healthcare (Basel)*, 9(11), 1515.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9111515>
- Caetano, S. C., Silva, C. M., & Vettore, M. V. (2013). Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: A population-based study in Brazil. *BMC Geriatrics*, 13(1), 1-14.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-122>
- Calderón-Larrañaga, A., Santoni, G., Wang, H. X., Welmer, A.-K., Rizzuto, D., Vetrano, D. L., et al. (2018). Rapidly developing multimorbidity and disability in older adults: Does social background matter? *Journal of Internal Medicine*, 283(5), 489-499.
<https://doi.org/10.1111/joim.12739>
- Card, A. J. (2017). Moving beyond the WHO definition of health: A new perspective for an aging world and the emerging era of value-based care. *World Medical & Health Policy*, 9(1), 127-137.
<https://doi.org/10.1002/wmh3.221>
- Cha, B.-K. (2021). Health-related quality of life according to grip strength among Korean elderly who had experienced falls. *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 23(4), 1983-1996.
<https://doi.org/10.37727/jkdas.2021.23.4.1983>
- Chen, Y., Holahan, C., & Li, X. (2018). Loneliness, physical activity, and self-rated health in middle-aged and older adults. *Innovation in Aging*, 2(1), 967.
<https://doi.org/10.1093/geroni/igy031.3582>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799-812.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Garbarski, D. (2016). Research in and prospects for the measurement of health using self-rated health. *Public Opinion Quarterly*, 80(4), 977-997.

- <https://doi.org/10.1093/poq/nfw033>
- Han, S.-H., Kang, J. K., & Hong, J.-S. (2021). A study of factors related to the subjective health status of elderly population in Korea. *Health Policy and Management*, 31(1), 56-64. <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2021.31.1.56>
- Hur, Y., & Kang, Y. (2018). The comparison of fall-efficacy and perceived health status according to the fall experience in the community-dwelling elderly women. *Korean Academic Society of Women's Health*, 19(1), 19-32.
- Hwang, B.-D., & Kim, Y.-J. (2020). Factors affecting the self-rated health level of the elderly. *The Korean Journal of Health Service Management*, 14(3), 145-156. <https://doi.org/10.12811/kshsm.2020.14.3.145>
- Hyeon, I.-S. (2018). A study on the fear of fall and fall efficacy in the elderly. *Journal of Industrial Convergence*, 16(3), 1-7. <https://doi.org/10.22678/JIC.2018.16.3.001>
- Jeon, G. S., Jang, S. N., & Park, S. (2012). Social support, social network, and frailty in Korean elderly. *Journal of the Korean Geriatrics Society*, 16(2), 84-94. <https://doi.org/10.4235/jkgs.2012.16.2.84>
- Jessen, M. A. B., Palleesen, A. V. J., Kriegabaum, M., & Kristiansen, M. (2018). The association between loneliness and health—a survey-based study among middle-aged and older adults in Denmark. *Aging & Mental Health*, 22(10), 1338-1343. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348480>
- Jun, H. J., & Jeong, Y. J. (2022). Factors contributing to depression in community-dwelling older adult during COVID-19: Using data from the 2020 community health survey. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 24(1), 55-64. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2022.24.1.55>
- Jung, E., Kim, B., Kim, K., Choi, H., Park, J., Tanaka, K., et al. (2017). Development of longevity fitness age for successful aging in elderly. *Korean Journal of Sport Science*, 28(1), 26-36. <https://doi.org/10.24985/kjss.2017.28.1.26>
- Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 35(2), 298-307.
- Kim, H. (2019). A study on catastrophic burden of health expenses of elderly households with chronic diseases. *Studies on Life and Culture*, 53(1), 51-74. <https://doi.org/10.17924/solc.219.53.51>
- Kim, J. B., & Jang, D. Y. (2019). Poverty and life satisfaction of the elderly: Mediation effect of subjective social status. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 39(1), 93-108. <https://doi.org/10.31888/jkgs.2019.39.1.93>
- Kim, O. S. (1997). Korean version of the revised UCLA loneliness scale. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 27(4), 871-879. <https://doi.org/10.4040/jnas.1997.27.4.871>
- Lee, H.-S. (2018). Depression and related risk factors in the elderly with a focused on health habits, mental health, chronic diseases, and nutrient intake status: Data from the 2014 Korea national health and nutrition examination survey. *Journal of the Korean Dietetic Association*, 24(2), 169-180. <https://doi.org/10.14373/JKDA.2018.24.2.169>
- Lee, J. M. G., Chan, C. Q. H., Low, W. C., Lee, K. H., & Low, L. L. (2020). Health-seeking behaviour of the elderly living alone in an urbanised low-income community in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 61(5), 260-265. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019104>
- Lee, S. (2017). Factors affecting subjective health status among the elderly collecting and selling wastepaper. *Journal of the Korean Society of Living Environmental System*, 24(3), 360-367. <https://doi.org/10.21086/ksles.2017.06.24.3.360>
- Lee, S. H., & Kim, Y. B. (2019). The relationship between living alone, depression and loneliness: Mediation effect of loneliness. *Korea Gerontological Society*, 39(3), 451-465. <https://doi.org/10.31888/jkgs.2019.39.3.451>
- Lee, S.-J., & Kim, Y.-J. (2018). The relationship between poverty status and physical, mental and social health of the elderly. *Asia-Pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*, 8(12), 771-779. <https://doi.org/10.21742/ajmahs.2018.12.90>
- Matud, M. P., García, M. C., & Fortes, D. (2019). Relevance of gender and social support in self-rated health and life satisfaction in elderly Spanish people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2725. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152725>
- Ministry of Health & Welfare [MHW]. (2020). Survey of elderly people. Retrieved at November 2022 from http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=366496&page=1
- Mohd, S., Senadiki, A., & Mansor, N. (2018). Trend of poverty among elderly: Evidence from household income surveys. *Journal of Poverty*, 22(2), 89-107. <https://doi.org/10.1080/10875549.2016.1186779>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018). *Poverty rate (indicator)*. Retrieved December 20, 2022, from <https://doi.org/10.1787/0fe1315d-en>
- Park, H., Jang, E., & Hong, S. (2020). The influence of satisfaction with interpersonal relationships and social support on subjective health status among the elderly people living alone. *Social Science Research Review*, 36(2), 1-19. <https://doi.org/10.18859/ssrr.2020.5.36.2.1>
- Park, N. J., & Shin, Y. S. (2019). Factors influencing the fear of falling among community-dwelling elderly in Korea. *Journal of the Korea Academia-Industrial*, 20(6), 278-287. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2019.20.6.278>
- Parry, S. W., Bamford, C., Deary, V., Finch, T. L., Gray, J., MacDonald, C., et al. (2016). Cognitive-behavioural therapy-

- based intervention to reduce fear of falling in older people: Therapy development and randomised controlled trial-the Strategies for Increasing Independence, Confidence and Energy (STRIDE) study. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 20(56), 1-206.
<https://doi.org/10.3310/hta20560>
- Peleg, S., & Nudelman, G. (2021). Associations between self-rated health and depressive symptoms among older adults: Does age matter? *Social Science & Medicine*, 280, 114024.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114024>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal Relationships*, 3, 31-56.
- Perry, G. R. (1990). Loneliness and coping among tertiary-level adult cancer patients in the home. *Cancer Nursing*, 13(5), 293-302.
<https://doi.org/10.1097/00002820-199010000-00004>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Song, Y. C. (2018). Relationship among depression, perceived health status, and subjective memory impairment in urban low-income old adults. *Health & Nursing*, 30(2), 11-20.
<https://doi.org/10.29402/hn30.2.2>
- Statistics Korea. (2018). *Aged population statistics*. Retrieved September 20, 2022, from https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&bSeq=201&aSeq=370779
- Statistics Korea. (2019). *Aged population statistics*. Retrieved September 20, 2022, from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=377701
- Strasser, B., Volaklis, K., Fuchs, D., & Burtscher, M. (2018). Role of dietary protein and muscular fitness on longevity and aging. *Aging and Disease*, 9(1), 119-132.
<https://doi.org/10.14336/AD.2017.0202>
- Sun, Y., & Fan, J. (2020). Fear of falling and self-rated health among elderly in communities. *Chinese General Practice*, 23(14), 1733-1739. <https://doi.org/10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.561>
- Warner, C. B., Roberts, A. R., Jeanblanc, A. B., & Adams, K. B. (2019). Coping resources, loneliness, and depressive symptoms of older women with chronic illness. *Journal of Applied Gerontology*, 38(3), 295-322.
<https://doi.org/10.1177/0733464816687218>
- Weeks, D. J. (1994). A review of loneliness concepts, with particular reference to old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(5), 345-355.
<https://doi.org/10.1002/gps.930090502>
- Won, S. (2020). The role of poverty on depression and self-rated health of older adults living alone: The mediating effect of social participation. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 21(6), 520-526.
<https://doi.org/10.5762/KAIS.2020.21.6.520>
- Yang, S. K., Lee, S. J., & Lee, E. J. (2022). Factors affecting the suicidal ideation in the elderly living in the community: Focusing on depression, loneliness, self-esteem, and activities of daily living. *Global Health & Nursing*, 12(1), 78-87.
<https://doi.org/10.35144/ghn.2022.12.1.78>
- Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Zhang, Y.-L., Wu, B.-J., Chen, P., & Guo, Y. (2021). The self-rated health status and key influencing factors in middle-aged and elderly: Evidence from the CHARLS. *Medicine*, 100(46), 27772.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027772>