

경기지역 노인의 건강과 식생활관리 I

—노인의 성별 비교—

원 향 레 · 이 승 교 · 최 미 용

상지대학교 식품영양학과 · 수원대학교 식품영양학과 · 경기도 농업기술원

The Elderly Health and Dietary Management in Gyeonggi Province

—Comparison with Gender Difference—

Won, Hyang Rye · Rhie, Seung Gyo · Choi, Mi Yong

Department of Food and Nutrition, Sangji University, Wonju, Korea

Dept. of Food and Nutrition The University of Suwon, Hwaseong, Korea

Gyeonggi-do Agricultural Research Institute, Hwaseong, Korea

ABSTRACT

The purpose of this study is to search how to promote health and improve nutrition and health care of the elderly people in rural area. Behaviors for health promotion and habits against health risk were surveyed. Dietary management was analyzed for surveyed nutrient intake by 24 hr -recall method. 242 subjects were collected in 12 cities or counties in Gyeonggi Province and 20 elderly people (10 male and 10 female) were selected out of 1 village in each district. Questionnaire for health behavior and dietary management was carried out by trained interviewers. Statistical analyses were made by SAS (version 8.1) and Chi-square tests and General Linear Models were used. Characteristics of the elderly people were 61-74 year-olds (68.2%), elementary school educated (78.4%), with spouse (51.7%), monthly living cost of 500-1,000 thousand won(43.4%), and monthly pocket money of 50-100 or 100-200 thousand won(33.5%, 26.5%). 41.4% of the subjects checked up medical examination regularly. The alcohol drinking status was significantly different according to gender: high no-drink rate of female (52.5%) and low no-drink rate of male (25.6%). Kinds of disease were different according to gender: higher proportion of cardiovascular disease(46.3%) and diabetes mellitus(8.1%) in male and joint·lumbago·neuralgia(44.4%) and osteoporosis(8.6%) in female. Gastrointestinal complaints were nausea (69.0%) and chronic indigestion (17.8%). Constipation (12.0%) and vomiting (4.3%) were more frequent in female. Dietary management was good (3 meals per day: 93.4%, dining with family: 72.4%, regular mealtime: 72.4%, and 3-4 times of snacks per week: 44.9%) except side dish taking of 3-4 kinds only. However, almost one-third of the female elderly ate alone (30.6%) which

was well compared with one-fifth of the male (19.7%). And food and nutrients intake were not significantly different according to gender except that male elderly's intake of energy and protein was lower than that of female's. The surveyed subjects had no difficulties in Activities of Daily Living (ADL), but some female elderly had some difficulties with Instrumental Activities of Daily Living (IADL) like working at home, using transport, and going shopping. These results suggest that low quality of life linked with low economic status of the rural elderly and that congregate meal at village hall would be required for the female elderly eating alone. For the undernourished male elderly, it would be needed to provide snacks and to establish nutrition and health surveillance system.

key words: elderly, health and dietary management, gender difference

I. 서론

21세기는 전 세계적으로 노인인구의 증가로 인한 인류의 고령화 문제가 점차 크게 부각되어 가고 있다. 우리나라의 경우 고령화가 가장 급속히 진행되고 있는 상황이며, 최근에 이르러 65세 이상 인구비율이 크게 증가되어 가고 있는 실정이다. 2000년 통계청 인구주택 총 조사보고서에 의하면 도시는 7.4%이고 농촌지역은 14.7%를 나타내고 있다. 고령화 속도는 도시보다 농촌이 급격히 상승하고 있기에 고령화에 따른 문제는 농촌에서 더 심각하다고 볼 수 있다(이성국 2005).

이러한 인구학적 배경은 고령화에 따르는 영양 건강문제가 심각해질 우려가 있으며 우선적인 관리가 요구된다. 만성질환에 의한 의료비용의 증가는 국가적 차원에서 부담이 커지고 있음은 현실로 나타나고 있어, 65세 이상 노인의 진료건수는 총 진료건수의 16% 해당하고 65세 이상 진료비는 총 진료비의 23%를 나타내어 점차 노인진료의 비중이 커지고 있다(국민건강보험공단 2004). 농촌지역 노인은 열악한 생활현실과 만성질환에 시달리며, 보건복지서비스의 부족은 농촌노인의 건강 유지에 어려운 상황을 말하고 있다(전경숙 2001).

농촌노인의 삶의 만족도는 주거생활환경, 경제적 여건과 함께 신체적 정신적 건강이 절대적 영향력을 미치는 것으로 나타났다(유태현 2002). 삶의 질 향상에 가장 기본이 되는 것은 건강이며, 건강유지의 지표 중 식생활관리가 중요한 변수로 작용하고 있기 때문에 노인의 삶의 질 향상을 위

한 식생활과 건강에 관한 조사와 결과에 따른 대처는 시급하다.

특히 경기도는 65세 이상 노인 인구가 7.2%로 인구의 고령화 시대에 진입되었으며 특히 농촌의 경우 고령화가 더욱 심각하여 고령인구에 대한 건강실태를 파악하고 성별에 따른 차이에 맞춘 건강개선방안을 마련하여야 하는 등, 노인 건강 관리가 필요한 실정이다.

본 조사는 고령화추세 진행이 급속히 이루어지는 시점에 맞추어 노인의 식생활 상황을 알아보고 노인을 위한 식생활건강 대책을 수립을 통한 건강관리 실천 방안자료를 제공하여 농촌노인의 건강증진에 기여하기 위한 목적으로 수행하였다.

II. 연구방법

1. 조사대상

65세 이상 인구 비율이 7% 이상인 경기도의 12개 행정지역(김포, 연천, 양주, 양평, 안성, 가평, 포천, 평택, 이천, 파주, 화성, 여주)에서 1개 마을을 선정하였으며 조사대상자는 61세 이상 노인 242명(12개 지역 각 마을에서 남자노인 10명 여자노인 10명 내외)이었다.

2. 조사내용

일반사항과 식생활 관련 사항 및 건강행위로서 가족관계, 음주, 운동, 수면시간, 식사상태, 건강검진 검진횟수 등을 알아보았다. 일상생활 수행능력은 집안 및 집밖으로 이동, 목욕하기, 물건

사기, 금전관리, 집안일 등 20문항으로서 기본적인 일상생활수행능력과 수단적 일상생활수행능력에 관한 문항을 각각 10문항씩으로 하였다. 또한 하루 식품 섭취량(24 hour recall method)을 조사하여 영양섭취상태를 알아보았다.

3. 조사방법

본 조사는 2005년 5월부터 6월까지 행해졌으며 경기도 해당 지역 생활지도사가 인터뷰를 통한 설문지법을 사용하였다.

4. 분석 방법

일상생활 수행능력은 어렵지 않음 3점, 도움이 필요 2점, 매우 어려움 1점, 전혀 불가능 0점으로 하여 각 항목마다 점수를 계산하였고 전체 합한 점수를 구하였다.

NAR(Nutrient Adequacy Ratio)는 권장량에 대한 적정비율을 말하는 것으로서 그 계산은 개인의 특정 영양소 섭취량을 그 영양소의 권장량으로 나누어 계산하였으며 1이상이 되어도 상한치를

설정하여 1로 간주하였다. MAR(Mean Adequacy Ratio)은 평균 적정 섭취비율로 전반적인 영양소 섭취상태를 알 수 있는 방법으로서 식사의 전반적인 질을 나타내는 척도로 말하기 때문에 이용하며, NAR이 계산된 영양소의 NAR수치 합을 영양소의 수로 나누어 계산하였다(이심열 1997).

5. 통계처리

SAS(ver 8.2)이용 통계분석을 실시하였다. 노인 조사결과를 남녀별로 구분하여 빈도와 백분율을 보았으며 이 결과를 Chi-square값으로 유의성을 검정하였다. 영양소 섭취량에 대하여서는 평균과 오차를 구하였으며 F값으로 유의성을 검정하였다.

III. 결과 및 고찰

1. 대상 남녀노인의 일반현황

대상자의 일반현황에 대하여 연령과 교육 및 가족형태를 보았으며 생활비와 용돈의 정도를 알아보아 다음 Table 1과 2에 나타내었다.

Table 1. General characteristics of elderly frequency(%)

	Male	Female	Total	χ^2 (p-value)	
Total	125(100.0)	117(100.0)	242(100.0)		
Age	61-74	90(72.0)	75(64.1)	165(68.2)	2.88 (0.41)
	75-79	25(20.0)	26(22.2)	51(21.1)	
	80-84	5(4.0)	10(8.6)	15(6.2)	
	85-95	5(4.0)	6(5.1)	11(4.6)	
Education	Elementary school	77(61.6)	112(95.7)	189(78.1)	41.36 (0.00)
	Middle school	19(15.2)	2(1.7)	21(8.7)	
	High school	24(19.2)	3(2.6)	27(11.2)	
	College and over	5(4.0)	0(0.0)	5(2.1)	
Living Family	Alone	7(5.6)	29(24.8)	36(14.9)	40.15 (0.00)
	with spouse	82(65.6)	43(36.8)	125(51.7)	
	with children	10(8.0)	31(26.5)	41(16.9)	
	with spouse&children	24(19.2)	12(10.3)	36(14.9)	
Others	2(1.6)	2(1.7)	4(1.7)		
Family number & Age				(Mean ±SD)	
	Male	Female	Total	F-value (p-value)	
Family number	2.9±0.1	3.1±0.2	3.0±0.1	0.23(0.63)	
Age	72.0±0.51	73.5±0.52	72.7±0.4	0.82(0.36)	

대상자의 구성을 보면 남자노인은 125명 51.7%이었으며 여자노인은 117명 48.3%이었다. 연령분포는 61-74세가 대부분 68.2% 75세 이상은 31.9%에 해당하였으며 교육은 초졸이 78.4%이며 남녀 노인 간 유의적인 차이(p<0.0001)가 있어 남자노인은 61.6%이 초졸이지만 여자노인은 95.7%이었다. 가족형태는 배우자와 사는 경우가 51.7%로 가장 많으며, 남자노인은 65.6%이었고 여자노인은 36.8%이었다. 혼자 살거나 자녀와 사는 경우는 여자노인이 많아 각각 24.8%와 26.5%이었다. 부부와 자녀와 함께 거주하는 경우는 남자 19.2%이고 여자는 10.3%에 불과하였다(성별 유의차 p<0.0001).

가족 수에 대한 응답은 남자노인은 2.9명이고 여자노인은 3.1명이었으나 유의적인 차이는 없었다. 생활비는 50-100만원이 43.4%로 가장 많았고, 50만원 미만인 28.5%이었고 응답자 남녀 노인 간 유의적인 차이는 없었다. 광주광역시 인근 농촌지역 노인의 경우 40.4%가 월수입 10-30만원(박광희 2001)으로 낮아 경기지역 노인의 경우, 생활비의 지출이 더 높은 것으로 나타났다. 노인 가계는 실제 일상생활에서의 지출은 적게 든다고 생각할 수 있으나 보건의료 지출 등이 요구되기에(양세정·성영애 2001) 실제 생활은 상당히 어려울 것으로 추정할 수 있었다. 용돈은 월평균 5-10만원이 33.5%, 10-20만원이 26.5%이었다. 남·여간 약간의 유의적 차이 있어(p<0.05) 5만원미만

의 지출은 여자노인, 10-20만원 이상의 지출은 남자노인에게서 높게 나타났다.

2. 대상 남녀노인의 건강행위와 건강관리

건강행위는 건강을 유지하고 증진하는데 기여 되는 행위로서, 그 행위를 함으로서 건강에 위협을 줄 수 있는 건강위험행위와 그 행위로 인하여 질병을 예방하고 건강을 증진시킬 수 있는 건강기여행위로 구분하고 있다. 건강기여행위로서는 운동, 체중조절, 보조식품섭취, 건강검진 등을 말하고 있으며 건강위험행위로서는 흡연, 음주, 식습관, 수면이 이에 해당된다(이정렬·박신애 1996). 건강행위는 현대를 살아가는 가족의 경제적 측면과 신체적 측면 및 사회적 심리적 측면에서 위기 상황에 대처하는데 필요하다.

대상자의 건강행위와 건강관리를 알아보기 위하여 자신이 생각하고 있는 건강상태와 건강검진 및 흡연과 음주 수면, 운동 상태를 알아보았다. 먼저 자신이 생각하고 있는 건강상태를 보면 다음 Table 3과 같다.

건강에 대한 인식을 보면 아주 건강하다, 비교적 건강하다라는 항목에 응답한 비율이 남자는 10.4%와 48.0%이었고 여자노인의 경우 9.4%와 29.9%이었다. 별로 건강하지 못하다는 경우는 남자 21.6%이나 여자노인은 31.6%로 높음을 보여 남녀노인 간에 자신의 건강에 대한 인식이 유의적인 차이를 보이고 있었다. 광주광역시 인근 거

Table 2. Cost of living and pocket money spent of the subjects frequency(%)

Money Spent (thousand won)	Male	Female	Total	χ^2 (p-value)	
Cost of living (per month)	Under 500	31(24.8)	38(32.5)	69(28.5)	1.78 (0.77)
	500-1,000	57(45.6)	48(41.0)	105(43.4)	
	1,000-1,500	25(20.0)	21(18.0)	46(19.0)	
	1,500-2,000	8(6.4)	7(6.0)	15(6.2)	
	Over 2,000	4(3.2)	3(2.6)	7(2.9)	
Pocket money (per month)	Under 50	8(6.4)	14(12.0)	22(9.1)	10.45 (0.03)
	50- 100	36(28.8)	45(38.5)	81(33.5)	
	100- 200	39(31.2)	25(21.4)	64(26.5)	
	200-300	21(16.8)	24(20.5)	45(18.6)	
	Over 300	21(16.8)	9(7.7)	30(12.4)	
Total	125(100.0)	117(100.0)	242(100.0)		

Table 3. Self-cognitive status about health of the subjects

frequency(%)

	Male	Female	Total	χ^2 (p-value)
Very healthy	13(10.4)	11(9.4)	24(9.9)	9.88 (0.04)
Healthy	60(48.0)	35(29.9)	95(39.3)	
More or less healthy	14(11.2)	22(18.8)	36(14.9)	
A little healthy	27(21.6)	37(31.6)	64(26.5)	
Unhealthy	11(8.8)	12(10.3)	23(9.5)	
Total	125(100.0)	117(100.0)	242(100.0)	

주 농촌노인에서는 아프다고 한 노인이 남자 61.6%와 여자 86.3%로 나타난(박광희 2001) 연구와 비교해 보면 본 조사에서 건강치 못하거나 아프다고 하는 노인의 비율이 남자노인 36.0% 여자노인 41.9%로서 비교적 비율은 낮지만, 남자보다 여자가 더 아프다는 비율이 높은 경향은 광주광역시 인근지역 거주 노인과 같은 경향이였다. 부산지역 거주 노인의 조사에서는 남자 노인의 건강하다는 비율이 67.5% 여자노인은 56.5%를 보여 본 조사의 남자 58.4% 여자 39.3%보다 건강한 노인이 더 많았다(정주애 등 1994).

규칙적으로 건강검진을 하는 경우는 41.4%이며 불규칙적이거나 건강검진을 하는 경우는 46.0% 으로서 87.4%가 건강검진을 하고 있었다. 그러나 검진횟수에 대하여 보면 연1회 33.5% 2-3년 1회는 28.1%를 보임으로서 전체 61.6% 만이 비교적 적당한 건강검진 횟수를 유지하고 있는

것으로 보였다. 전혀 건강검진을 안한 경우가 7.4%이며 응답을 하지 않는 경우는 12.8%로서 언젠가 한번은 해봤다는 7.4%와 합하면 27.6%는 건강검진을 하지 않는 것으로 분류할 수 있었으며 남녀 노인 간 유의적인 차이는 없었다.

전 연령층에서 볼 때 대구지역 조사의 경우 전업농 39.8%, 비전업농 30.5%로서 전업농이 검진을 더하는 것으로 나타나(박순우 1997), 농업종사 여부에 따라 건강검진빈도에 또한 배우자가 있을 때 건강행위의 정도가 높았다(전선영 2002).

생활습관 중에서 건강위험요소로 가장 많이 언급되는 것은 흡연과 음주이다.

본 조사의 흡연상태를 보면 남녀 노인 간 차이가 있어(p<0.001), 흡연을 안하는 경우는 남자 32%, 여자 60.3%로서 여자노인이 월등히 높았으며, 흡연의 경우는 남자노인은 43.2%, 여자노인 24.4%로서 남자가 높은 빈도를 보였다. 끊었다고

Table 4. Health examination status of the subjects

frequency(%)

		Male	Female	Total	χ^2 (p-value)
Health check	Regular	55(44.7)	44(37.9)	99(41.4)	3.13 (0.20)
	Irregular	50(40.7)	60(51.7)	110(46.0)	
	Unconcerned	18(14.6)	12(10.3)	30(12.6)	
	Total	123(100.0)	116(100.0)	239(100.0)	
Frequency of health check	Once a year	51(40.8)	30(25.6)	81(33.5)	8.37 (0.13)
	Once 2-3years	34(27.2)	34(29.1)	68(28.1)	
	Once 4-5 years	13(10.4)	13(11.1)	26(10.7)	
	One day	6(4.8)	12(10.3)	18(7.4)	
	Never	7(5.6)	11(9.4)	18(7.4)	
	No answer	14(11.2)	17(14.5)	31(12.8)	
Total		125(100.0)	117(100.0)	242(100.0)	

Table 5. Alcohol consumption frequency and smoking status of the subjects frequency(%)

		Male	Female	Total	χ^2 (p-value)
Smoking status	Nonsmoker	40(32.0)	1(90.6)	146(60.3)	87.25 (0.00)
	Exsmoker	31(24.8)	6(5.1)	37(15.3)	
	Smoker	54(43.2)	5(4.3)	59(24.4)	
Alcohol consumption	No-drink	32(25.6)	95(81.2)	127(52.5)	81.29 (0.00)
	1-2 in a week	50(40.0)	20(17.1)	70(28.9)	
	3-4 in a week	2(17.6)	1(0.9)	23(9.5)	
	Over 5 in a week	21(16.8)	1(0.9)	22(9.1)	
Total		125(100.0)	117(100.0)	242(100.0)	

응답하는 경우는 남자 24.8%, 여자 15.3%를 차지하여 많은 수의 노인이 금연을 하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 부산지역 노인 남자 흡연 56.7%, 여자 27.1%(정주애 등 1994)보다 낮은 경향을 보였으며, 서울지역 노인의 흡연을 남자 59.0%와 여자 9.8%(곽은영·한용봉 1998)와 비교할 때 남자는 더 낮은 비율이었으나, 여자노인의 경우는 다른 대도시에 비해 흡연율이 훨씬 더 높았다. 전반적인 농촌노인 흡연률 36.6%(장정희 2000), 금연율 59.6%(조소영·김점자 1996)를 보고한 다른 연구에 비해 본 조사결과에서 훨씬 높은 흡연율을 보였다.

본 조사에서 음주상태를 보면 남녀 노인간 유의적인 차이를 보여(p<0.001), 안 마시는 남자노인은 25.6%이나 여자노인은 81.2%로 여자노인이

음주를 하지 않는 빈도가 훨씬 높았다. 음주를 하는 노인에서는 음주빈도는 주 1-2회 정도가 가장 많아서 남자노인 40.0%, 여자노인 17.1%이었다. 우리나라의 음주율을 보면 조사자 마다 차이가 있으나, 부산지역 노인의 경우 음주율이 남자 38.0%, 여자 17.1%(정주애 등 1994)인 결과와는 비슷하였으나, 전반적인 농촌 노인의 금주율 60.3%(조소영·김점자 1996)과는 차이가 있는 것으로 나타났다.

건강기여행위로서 운동여부와 운동 종류를 비교하여 다음 Table 6에 제시하였다.

운동여부와 하고 있는 운동의 종류에서는 남녀 노인 간 유의적인 차이는 없었다.

운동을 전혀 안하는 경우가 32.2%이나 주 1-2회 정도 하는 경우도 46.0%이었으며 주 3회 이상

Table 6. Exercise regularity and kinds of the subjects frequency(%)

		Male	Female	Total	χ^2 (p-value)
Exercise regularity	Not at all	34(27.4)	43(37.4)	77(32.2)	5.68 (0.05)
	1-2 in a week	56(45.2)	54(47.0)	110(46.0)	
	Over 3 in a week	34(27.4)	18(15.7)	52(21.8)	
	Total	124(100.0)	115(100.0)	239(100.0)	
Kind of exercise	Walking	79(76.7)	75(84.3)	154(80.2)	4.28 (0.50)
	Jogging	2(1.9)	0 (0.0)	2(1.0)	
	Athletic equipment	8(7.8)	6(6.7)	14(7.3)	
	Rope jumping	1(1.0)	1(1.1)	2(1.0)	
	Fitness equipment	2(1.9)	0(0.0)	2(1.0)	
	Others	11(10.7)	7(7.9)	18(9.4)	
Total		103(100.0)	89(100.0)	192(100.0)	

Table 7. Sleep pattern of the subjects

frequency(%)

Sleep length(hour)	frequency(%)			χ^2 (p-value)
	Male	Female	Total	
Less than 3	4(3.2)	4(3.5)	8(3.4)	2.66 (0.61)
3-5	12(9.7)	8(7.0)	20(8.4)	
5-8	81(65.3)	82(71.3)	163(68.2)	
8-10	25(20.2)	17(14.8)	42(17.6)	
Over 10	2(1.6)	4(3.5)	6(2.5)	
Total	124(100.0)	115(100.0)	239(100.0)	
Awake-time and bedtime (Mean \pm SD)				
	Male	Female	F-value	p-value
Awake-time(am)	5.24 \pm 0.11	5.37 \pm 0.09	0.93	0.33
Bedtime(pm)	9.85 \pm 0.12	9.97 \pm 0.14	0.56	0.45

자주 하는 경우도 21.8%를 보여 운동을 한다고 응답한 노인은 67.8%이었다. 이는 부산지역 노인 조사에서 운동을 하지 않는 노인이 72.6%(조경자·한동희 1994)임의 결과에 비하면 높은 수치를 보였는데 운동의 중요성이 인지되어 점차 운동을 하는 노인이 증가하였음을 보여주고 있다.

운동의 종류를 보면 걷기가 대부분 80.2%이었

고 기구나 기타 방법이 19.8%로서 주로 걷는 운동을 한다고 볼 수 있다. 다른 연구에서는 걷기 67.4%와 등산 13.4%로 나타나 두 가지 운동형태가 걷기에 해당된다고 볼 수 있어 80.8%로 본 조사와 거의 같은 경향이었다(이성국 2005). 걷기운동은 고령여성의 유연성과 근육강도를 증가시키고(정선태 등 2003), 폐경후 골밀도의 향상을 가

Table 8. Distribution of disease and gastrointestinal complaints of the subjects

frequency(%)

Disease		frequency(%)			χ^2 (p-value)
		Male	Female	Total	
Disease	Cardiovascular D.	57(46.3)	29(24.8)	86(35.8)	42.22 (0.00)
	Joint·lumbago·neuralgia	18(14.6)	52(44.4)	70(29.2)	
	Osteoporosis	2(1.6)	10(8.6)	12(5.0)	
	Diabetes mellitus	10(8.1)	8(6.8)	18(7.5)	
	Gastritis	4(3.3)	4(3.4)	8(3.3)	
	Lung disorder	1(0.8)	1(0.9)	2(0.8)	
	Liver disorder	5(4.1)	0(0.0)	5(2.1)	
	Cancer	0(0.0)	1(0.9)	1(0.4)	
	Others	26(21.1)	12(10.3)	38(15.8)	
Total	123(100.0)	117(100.0)	240(100.0)		
Gastrointestinal complaints	Nausea	96(76.8)	71(60.7)	167(69.0)	11.7 (0.03)
	Chronic indigestion	20(16.0)	23(19.7)	43(17.8)	
	Constipation	4(3.2)	14(12.0)	18(7.4)	
	Vomiting	4(3.2)	5(4.3)	9(3.7)	
	Diarrhea	1(0.8)	2(1.7)	3(1.2)	
	Others	0(0.0)	2(1.7)	2(0.8)	
	Total	125(100.0)	117(100.0)	242(100.0)	

저오고(이은남 등 2000), 호르몬 분비에 영향을 주어 특히 베타-엔돌핀(β -endorphin)의 분비 증가(노금선 1998)를 통하여 즐거움도 제공하는 등 걷기운동을 통한 신체의 유용한 효과를 말함으로서 노인의 운동으로 정착되는 가장 좋은 방법으로 사료된다.

대상자의 수면시간은 5-8시간 수면이 68.2%로 대부분 차지하였다. 8-10시간이 17.6%로 다음 순위였으며, 그밖에 10시간이상이 2.5%이고 3시간 이내가 3.4%로 나타났다. 성별 유의적 차이는 없었다.

현재 앓고 있는 질병이 있는지 여부를 알아본 결과, 남녀노인 모두에서 가장 높은 빈도를 보인 질병은 심·혈관계 질환으로서 35.8%이었고, 다음 순위는 관절·요통·좌골통 이상으로서 29.2%이었다. 가장 높은 빈도를 보인 두 가지 질환만으로도 65%를 차지하고 있었다.

남녀 노인의 성별 차이가 있어($p < 0.0001$), 남자노인은 심·혈관계 질환이 가장 많았고(46.3%), 여자노인은 관절·요통·좌골통 질환이 44.4%로 높은 빈도였다. 세 번째 질환형태는 남자노인은 당뇨(8.1%)이며 여자는 골다공증(8.6%)으로 나타났다. 골다공증은 여자노인에게서 8.6%나 되었으며 당뇨는 남녀모두 높은 빈도를 보여 남자 8.1% 여자 6.8%를 나타내었다. 남자노인에게서는 간 질환이 4.1%이었으나 여자노인은 나타나지 않았다. 다른 연구에서도 관절염 38%, 좌골통 25%를 나타내어 노인의 골관절계 불편이 일반적임을 나타내고 있으며(문상식·남정자 2001), 특히 일반적으로도 여성이 남성보다 더 통증을 호소하고(Bingefors K&Isacson D 2004) 여성노인의 경우 통증이 남자노인보다 민감하여 더 높은 빈도로 근골격계 통증이 있음을 말하고 있었다(Leveille SG et al. 2005). 경남고성 노인에서는 근골격계 이상이 70.5%으로(장정희 2002) 본 조사결과보다 매우 높은 빈도를 보였으나, 서울경기지역 노인에서는 퇴행성근골격계가 42.9%(조소영 1999)를 보여 본 조사결과와 비슷하였다. 당뇨의 경우 서구사회에서는 남성보다 여성노인에게서 더 높은 빈도로 나타나는 것과는 본 조사에서는 상반된 결과를 보여주어 진단되지 않은 당뇨에 대하여

여성노인에게서 덜 인지하는 것으로도 추정할 수 있었다(Morley JE 1993).

부산지역 노인조사(조경자·한동희 1994)에서 만성질환이 있는 노인이 68.6%이며 순천지역 노인은 남자 78.2% 여자 86.7%가 질병을 보유하고 있음(조영숙·임현숙 1991)을 보여주는데, 10년 후에 행해진 본 조사에서는 거의 모든 응답자가 질병을 말하고 있었으며, 단수응답이기에 242명의 대상자 중 두 명만 제외하고 모두 질병이 있다고 응답하고 있어 신체불편증상을 대부분 한 가지 이상씩 있음을 보여주고 있다.

소화기에 보이는 이상 상태를 알아본 결과, 남녀노인 모두 오심이 가장 높은 빈도를 보였다(69.0%). 다음은 소화불량으로서 17.8%임. 성별 차이는 세 번째 순위로서 남자노인은 변비와 구토가 같은 빈도(3.2%)이나 여자노인은 변비가 높은 비율이었다(12.0%). 노인의 오심 빈도가 높음은 노인에서 볼 수 있는 위액분비 저하로 오는 소화기 불편의 증상이나 약물섭취로 오는 오심으로 볼 수도 있지만, 불안정한 협심증(DeVon & Zerwic 2003)이나, 두통 또는 편두통의 증상(Cook et al. 1989) 중 일부로서 오는 경우도 있어 간단히 오심으로 넘기지 않고 더 철저한 검진이 필요하다고 본다.

3. 대상 남녀노인의 식생활 관리

농촌가족의 경우 세끼식사와 가족식사 발효식품이나 생산된 양념류의 이용 부분에서 도시보다 나은 경향을 보이나, 대부분의 항목에서 도시가정에 비하여 좀 더 부족한 질과 환경을 가지고 있고 식생활 관리도 부실한 것으로 나타났다(김선미 1997). 섭취식품의 많은 부분을 자가 생산 식품에 의존하기 때문에(김진양·김선효 2005), 농촌을 식품을 생산하여 먹을 수 있는 생산지로 인식하고 있다.

도시지역 노인에 대하여 보면 식사의 불규칙 등 식습관이 좋지 않음을 보이고(정미숙·강금지 1996), 용돈이 더 많은 노인이 더 나은 식습관(이영순 등 1998)을 보임은 경제적 여유와 건강과의 관련을 생각해 볼 수 있다. 그러나 농촌지역 장수마을의 노인에서 보는 바와 같이(최은미 등

Table 9. Meal frequency and partaken meal of the subjects

frequency(%)

		Male	Female	Total	χ^2 (p-value)
Meal frequency	3 times per day	118(94.4)	108(92.3)	226(93.4)	6.18 (0.10)
	Skip meal often	6(4.8)	3(2.6)	9(3.7)	
	Twice per day	0(0.0)	5(4.3)	5(2.1)	
	Once per day	1(0.8)	1(0.9)	2(0.8)	
Total		125(100.0)	117(100.0)	242(100.0)	
Partaken meal	Family	92(78.6)	73(65.8)	165(72.4)	8.31 (0.04)
	Alone	9(7.7)	22(19.8)	31(13.6)	
	Friend	2(1.7)	4(3.6)	6(2.6)	
	Alone often	14(12.0)	12(10.8)	26(11.4)	
Total		117(100.0)	111(100.0)	228(100.0)	

1999) 밥 위주의 식사와 적게 먹고 가공식품을 거의 먹지 않으며 영양제나 건강식품을 복용하지 않아도 청결한 환경과 낙천적인 생활태도가 건강과 관련이 크다는 인식이 필요하다고 본다. 특히 농촌주민이 고령화되는 추세를 감안한다면, 노인성 질환의 원인이 되는 혈청 콜레스테롤을 높이는 음식을 제한하고(조경자 2002; 김연경 2001), 구강건강상태에 적절하고(원영순 2003; 우경자 등 2002) 기호에 맞는(최은옥 등 2002) 전통식사의 발견과 개발(이종미 등 2001)이 필요하다.

본 조사에서는 노인의 식생활 관리에 대하여 하루 3끼 식사의 여부와 함께 먹는 식구 및 반찬 수 및 식사시간과 양에서의 규칙성 및 간식을 조사하였다. 먼저 식사시간과 공식에 대하여 Table 9에 제시하였다.

식사는 3끼 모두 먹는 93.4% 으로서 끼니는 꼭 맞추어 먹는 것으로 나타났다. 이는 부산지역 노인의 아침식사섭취 비율인 90.9%(정주애 1994)와 비슷하여 아침식사를 꼭 먹는 경향으로 보였다. 그러나 끼니를 거르는 등 먹지 않는 끼니가 있는 노인이 6.6%임을 간과할 수 없는 부분이다. 함께 식사하는 사람은 주로 가족과 함께 72.4% 먹고 있었으나 역시 혼자 먹는 노인이 25.0%나 되었으며, 여자노인에서 언제나 혼자 먹는 빈도(19.8%)가 남자노인(7.7%)보다 높았고, 자주 혼자 먹는 비율 10.8%와 합하면 30.6%로서 매우 높다고 볼 수 있었다. 이 수치는 서울지역 노인의 혼

자 식사하는 비율이 29.5%(곽은영·한용봉 1998)과 비슷한 결과로 나타났다. 남녀 노인 간에 약간의 유의적 차이가 있어($p < 0.05$) 남자 노인은 가족과 함께 먹는 비율이 78.6%로서 여자노인보다 높았고 혼자 먹는 비율이 19.7%(언제나 혼자 7.7%, 자주 혼자 12.0%)로서 여자노인보다 낮았다.

식사시간과 식사량의 규칙성을 조사하여 다음 Table 10에 제시하였다. 식사시간을 잘 지키는 노인은 72.4%이었다. 시간을 잘못 지키거나 아무때나 식사를 하는 경우도 27.6%이었다. 식사량은 일정하다고 응답한 노인은 79.9%이었고 불규칙하다는 경우는 19.3%이었다. 이와 같이 식사시간과 양의 규칙성 여부는 남녀노년간 유의적인 차이를 보이지 않았으나, 식사시간은 비교적 잘 지키고 있으며(72.4%), 식사량도 79.9%가 일정하다고 하여 규칙적으로 적당량을 먹는 것으로 나타났다. 그러나 반찬수를 비교할 때 3-4종을 가장 많이 대답하여 66.3%의 대상자가 간단한 식사를 제시하고 있었다. 밥을 제외하고 국이나 찌개, 김치를 두 가지로 볼 때 그 외 한 가지 또는 두 가지 반찬을 기본으로 하고 있다는 것을 알 수 있다. 반찬 수는 3-4종이 가장 높은 빈도를 보이지만 1-2가지라고 한 17.9%는 균형식을 섭취해야 한다는 점에 상당히 거리가 있음을 보여준다.

농촌지역의 아침식사 형태는 20대에서는 밥 국 김치와 한 가지 반찬으로 구성되었고 50대 이

Table 10. Meal time, amount and number of side dishes of the subjects frequency(%)

		Male	Female	Total	χ^2 (p-value)
Meal time	Fixed	96(77.4)	77(67.0)	173(72.4)	4.98 (0.08)
	Unfixed often	18(14.5)	30(26.1)	48(20.1)	
	Any time	10(8.1)	8(7.0)	18(7.5)	
Total		124(100.0)	115(100.0)	239(100.0)	
Meal amount	Regular	106(85.5)	85(73.9)	191(79.9)	7.11 (0.06)
	Irregular	17(13.7)	29(25.2)	46(19.3)	
Total		123(100.0)	114(100.0)	237(100.0)	
Number of side dishes	1-2	25(20.3)	18(15.4)	43(17.9)	3.91 (0.27)
	3-4	81(65.9)	78(66.7)	159(66.3)	
	5-6	12(9.8)	19(16.2)	31(12.9)	
	Over 7	5(4.1)	2(1.7)	7(2.9)	
Total		123(100.0)	117(100.0)	240(100.0)	

상에서는 밥 찌개 김치와 한 가지 반찬으로 구성(문현경 등 2002)되어 있다는 결과와 비교할 때 같은 결과를 제시하고 있다고 볼 수 있다. 농촌에서는 김치가 아닌 장아찌나 찐지도 한 가지 반찬으로 여기고 또 찌개의 내용물이 육류나 어류를 포함하기 어려움을 고려하면 반찬의 질이 낮을 가능성이 크므로 좀 더 다양한 식품을 섭취할 수 있는 방안을 찾아야 할 것으로 본다.

적절한 간식은 영양보충효과와 함께 정신적인 여유를 제공하기에 식생활에서 중요한 부분이다. Table 11에 의하면 조사대상 노인의 간식은 주 3-4회 정도 섭취 44.9%가 가장 높은 빈도를 보였으며, 매일 먹는 경우는 17.5%에 불과하였다. 성별 차이가 있어(p<0.05), 여자노인이 매일 먹는 빈도가 23.9%로서 남자노인 11.6%보다 높았으며, 남자노인의 간식을 전혀 먹지 않는 빈도가

Table 11. The frequency and kinds of snacks of the subjects frequency(%)

		Male	Female	Total	χ^2 (p-value)
Snack	Every day	14(11.6)	27(23.9)	41(17.5)	9.00 (0.02)
	3-4 times a week	54(44.6)	51(45.1)	105(44.9)	
	Once a week	28(23.1)	23(20.4)	51(21.8)	
	None	25(20.7)	12(10.6)	37(15.8)	
Total		121(100.0)	113(100.0)	234(100.0)	
The kinds of snack	Noodle	20(21.1)	16(16.8)	36(19.0)	10.48 (0.23)
	Rice cake&rice with laver	1(1.1)	2(2.1)	3(1.6)	
	Fruit&vegetables	44(46.3)	49(51.6)	93(49.0)	
	Milk·Soybean-milk	17(17.9)	11(11.6)	28(14.7)	
	Cookies	0(0.0)	2(2.1)	2(1.1)	
	Candies	2(2.1)	5(5.3)	7(3.7)	
	Juice	1(1.1)	5(5.3)	6(3.2)	
	Carbonated beverage	4(4.2)	1(1.1)	5(2.6)	
Others	6(6.3)	4(4.2)	10(5.3)		
Total		95(100.0)	95(100.0)	190(100.0)	

20.7%로서 여자노인(10.6%)보다 높아, 간식은 남자보다는 여자가 더 많이 먹는 것을 볼 수 있었다. 94년 노인조사(조경자·한동희 1994)에서 보여주는 간식을 전혀 먹지 않는다는 비율이 24.5%이었으나 본 조사에서는 먹지 않는 빈도가 15.8%로 나타나 지난 10년간 간식섭취빈도가 증가하는 경향이있다고 말할 수 있었다. 경남지역 주민의 경우, 간식은 가끔 하는 경우가 52%(정효숙 1998)이며, 부산지역 노인은 39.6%만이 간식을 하며(정주애 등 1994), 도시지역에서의 간식빈도는 38.7%(남원계·임재은 1996)를 보였다. 노인은 간식을 함으로서 적절한 영양보충의 효과를 볼 수 있기에 간식을 권장하지만(조경자·한동희 1994), 농촌의 간식은 힘든 육체노동에 대한 에너지 공급원으로 필요하다고 여겨진다. 2001년도 국민건강영양조사에서 간식의 섭취상태를 보면 읍면지역으로 표현되는 농촌에서 간식섭취를 거의 안하는 경우는 26.2%이며 대도시지역의 21.3%에 비하여 간식을 먹지 않는 비율이 높았으며 65세 이상은 35.1%가 안하는 것으로 나타나 간식이 필요한 계층에서의 섭취빈도가 적음을 보여주고 있다(보건복지부 2002).

본 조사의 간식의 종류를 보면, 과일과 채소가 49.0%로 가장 높은 빈도를 나타내었고, 다음 순

위가 국수류 19.0%이며, 우유 또는 두유 14.7%로서 세 번째 순위였다. 두 번째 순위로서 국수류의 간식은 농촌지역에서의 농업노동 종사로 인하여 부족한 에너지의 보충효과를 생각할 수 있어, 영양가 있고 충분한 간식효과를 얻을 수 있는 다양한 종류의 간식을 활용할 필요가 있음을 시사하고 있다. 즉 도시인에서는 간식이 식품섭취의 양적 증가를 유도하여 비만과 당뇨 등 퇴행성 질환과 관련되어 하지 않는 것을 좋은 점수로 두고 평가하고 있으며(박지민 1998; 김하주 2004; 김혜정 1999), 경남 양산 주민을 대상으로 한 조사에서 과체중의 원인으로서는 4번째 순위로서 간식을 말하고 있지만(조현돌 2004), 농촌노인의 경우 3개의 식사만으로는 부족한 에너지를 채워주는 형태가 간식으로 나타나고 있음을 알 수 있었다.

4. 조사 대상 남녀노인의 영양섭취량

24시간 식품섭취량을 조사하여 끼니별로 분석한 결과는 다음 Table 12와 같다.

남자노인의 식사섭취량을 보면 아침 313.5g, 점심 289.7g, 저녁 300.5g, 간식 343.4g, 하루 총 1022.3g을 섭취하였으며 에너지섭취량은 아침 488.6kcal, 점심 465.1kcal, 저녁 468.8kcal, 간식 211.7kcal, 하루 총 1459.2kcal을 섭취하였다. 단

Table 12. The food, energy and protein intake of each meal and snack of the subjects (Mean ±SD)

		Male(125)	Female(117)	F-value	p-value
Breakfast	Food intake(g)	313.5±10.1	324.3±11.2	0.81	0.3699
	Energy(kcal)	488.6±13.2	494.3±13.8	0.15	0.6958
	Protein(g)	21.0±1.1	21.4±1.1	0.46	0.4964
Lunch	Food intake(g)	289.7±9.8	291.1±10.9	0.01	0.9095
	Energy(kcal)	465.1±11.7	449.0±13.8	0.8	0.3724
	Protein(g)	18.8±0.8	17.7±1.0	0.35	0.5527
Dinner	Food intake(g)	300.5±17.0	293.2±11.7	0.04	0.8444
	Energy(kcal)	468.8±13.5	460.9±14.1	0.03	0.8552
	Protein(g)	18.2±0.8	19.2±1.0	1.56	0.2134
Snack	Food intake(g)	343.4±36.7	304.1±29.7	0.1	0.7476
	Energy(Kcal)	211.7±33.2	152.3±15.4	1.05	0.3082
	Protein(g)	6.5±1.4	4.9±0.8	0.40	0.5304
Total	Food intake(g)	1022.3±41.6	1027.9±40.9	0.41	0.5214
	Energy(kcal)	1459.2±39.9	1425.0±49.3	0.00	0.989
	Protein(g)	58.5±2.4	57.5±2.6	0.12	0.7277

백질 섭취량은 아침 21g, 점심 18.8g, 저녁 18.2g, 간식 6.5g, 하루 총 58.5g 을 섭취하였다.

여자노인의 식사섭취량은 아침 324.3g, 점심 291.1g, 저녁 293.2g, 간식 304.1g, 하루 총 1027.9g 을 섭취하여 남자노인보다 양적으로 좀 더 많이

섭취하였고, 에너지 섭취량은 아침 494.3kcal, 점심 449.0kcal, 저녁 460.9kcal, 간식 152.3kcal로 하루 1425.0kcal을 섭취하여 에너지섭취량은 남자노인보다 약간 적었다. 단백질 섭취량은 아침 21.4g 점심 17.7g 저녁 19.2g 간식 4.9g 으로 하루 57.5g

Table 13. The Intake of nutrients, % RDA of nutrients, and NAR, MAR of the subjects (Mean ±SD)

	Nutrients	Male (125)	Female(117)	F-value	p-value
Intake of nutrients	Energy(kcal)	1459.2 ±39.9	1425.0 ±49.3	0.00	0.9890
	Protein(g)	58.5 ±2.4	57.5 ±2.6	0.12	0.7277
	Fat(g)	26.7 ±1.6	26.2 ±1.7	0.05	0.8300
	Carbohydrate(g)	242.2 ±5.1	240.7 ±7.3	0.14	0.7089
	Fiber(g)	6.2 ±0.3	6.7 ±0.4	1.76	0.1864
	Ash(g)	19.3 ±1.0	18.8 ±0.8	0.00	0.9477
	Calcium(mg)	512.8 ±30.0	472.2 ±28.7	0.11	0.7393
	Phosphorus(mg)	954.1 ±37.6	922.2 ±40.0	0.01	0.941
	Iron(mg)	9.9 ±0.4	10.0 ±0.5	0.27	0.6006
	Vitamin A(R.E)	564.7 ±56.0	646.7 ±63.9	1.48	0.2257
	Vitamin B ₁ (mg)	0.9 ±0.0	0.9 ±0.0	0.11	0.7411
	Vitamin B ₂ (mg)	0.7 ±0.0	0.7 ±0.0	0.01	0.9341
	Niacine(mg)	12.4 ±0.6	12.4 ±0.6	0.10	0.7569
	Vitamin C(mg)	78.0 ±4.8	85.6 ±5.2	2.13	0.1454
	Cholesterol(mg)	140.1 ±16.1	130.6 ±12.5	0.04	0.8442
	% of RDA	Energy(%)	75.41 ±2.08	86.08 ±3.09	9.41
Protein(%)		92.57±3.27	104.57± 4.69	5.56	0.0192*
Vitamin A(%)		80.67 ±8.00	92.38± 9.13	1.48	0.2257
Vitamin C(%)		111.47 ±6.81	122.26 ±7.43	2.13	0.1454
Vitamin B ₁ (%)		93.87± 4.12	94.53± 4.22	0.11	0.7411
Vitamin B ₂ (%)		55.65 ±3.07	55.48 ±3.38	0.01	0.9341
Niacine (%)		95.66 ±4.38	95.66 ±4.94	0.10	0.7569
Calcium(%)		73.26 ±4.29	67.45± 4.10	0.11	0.7393
Phosphorus(%)		136.30 ±5.37	131.74 ±5.71	0.01	0.941
	Iron(%)	82.26± 3.73	82.98± 3.88	0.00	0.9527
NAR	Protein	0.80 ±0.02	0.83 ±0.02	1.17	0.2798
	Vitamin A	0.56 ±0.03	0.60 ±0.03	0.87	0.3531
	Vitamin C	0.77 ±0.03	0.80 ±0.03	1.72	0.191
	Vitamin B ₁	0.79 ±0.02	0.79 ±0.02	0.09	0.7674
	Vitamin B ₂	0.52 ±0.02	0.51 ±0.03	0.07	0.797
	Niacine	0.80 ±0.02	0.77 ±0.02	0.13	0.7138
	Calcium	0.64 ±0.03	0.61 ±0.03	0.08	0.7832
	Phosphorus	0.91 ±0.02	0.89 ±0.02	0.43	0.5114
	Iron	0.74 ±0.02	0.74 ±0.03	0.04	0.8385
MAR		0.73 ±0.02	0.73 ±0.02	0.12	0.7253

섭취하여 남자노인보다 약간 적은 수치를 보였으나 남녀 노인 간 유의적인 차이를 보이지 않았다.

또한 간식으로 섭취하는 식품량이 끼니섭취량과 양적으로 비슷하였고, 단지 에너지비율만 낮은 수준으로 나타났다.

식품섭취량에 따라 영양섭취량을 산출하여 다음 Table 13에 나타내었다. 영양권장량에 대한 비율로서 볼 때, 비타민C와 인의 섭취량은 권장량보다 많이 먹고 있는 것으로 나타났고, 에너지와 비타민A, 티아민 및 나이아신은 약간 부족하게 섭취하였으며, 우리나라에서 특히 부족하게 섭취하는 것으로 알려진 리보플라빈과 칼슘은 역시 많이 부족한 것으로 나타났다. 남녀노인간 유의적인 차이를 보인 영양소는 없었다.

노인의 영양섭취에서 에너지와 단백질은 여자노인의 경우 권장량에 접근하며 남자노인보다 많이 섭취하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 농촌노인의 에너지와 단백질의 섭취가 낮다는(박영숙·손부순 1999) 결과나 특히 여성 농촌노인의 영양섭취는 불량에 가깝다고 조사된 결과와 차이가 있었다(왕수경·이나영 2003; 고영수 등 1998).

2001년 국민건강영양조사에서 65세이상 노인의 경우 남자는 1906kcal를 섭취하고 여자는 1439kcal를 섭취하는 것과 비교할 때 본 조사에서는 남자노인이 훨씬 낮은 에너지 섭취를 보이고 있으며, 전국 대상 국민건강영양조사의 65세 이상 남자노인 평균 섭취량인 단백질 67.6g, 칼슘 496.5mg, 티아민 1.12mg, 리보플라빈 0.97mg(보건복지부 2002)과 본 조사의 남자노인 섭취량 단백질 58.5g, 칼슘 512.8mg, 티아민 0.9mg, 리보플라빈 0.7mg으로서 부족한 수준이 미량영양소에서 더 높음을 수 있었다.

영양섭취량에 의한 한 가지 영양평가방법으로서 영양권장량에 대한 적정비율(NAR)과 권장량에 대한 적정비율의 평균(MAR)을 계산하였다. 영양권장량보다 더 섭취하는 모든 경우를 권장량의 수준인 1로 산정함으로써 부족한 섭취에 대하여 인식을 새로이 할 수 있어 유용한 바, 대상노인에게서 특히 부족한 영양소를 보여주고 있다. 성별 차이는 보이지 않았으나 특히 부족한 것으로 나타난 영양소는 비타민 A(0.56, 0.60)와

리보플라빈(0.52, 0.51) 및 칼슘(0.64, 0.61)으로 나타났다으며, 다음으로는 티아민(0.79), 나이아신(0.80, 0.77), 철분(0.74)으로 보인다. 단백질(0.80, 0.83)과 비타민C(0.77, 0.80)에서도 실제로 적게 섭취하는 노인이 좀 더 많음을 이 수치에서 볼 수 있었다. 영양소의 NAR값의 평균인 MAR은 0.73으로서 전반적으로 거의 모든 영양소가 부족한 상태를 나타내고 있었다.

5. 대상 남녀노인의 일상생활수행능력

노인의 생활만족도에 영향을 미치는 주요 요인으로서 기본적 일상생활수행능력과 수단적 일상생활 수행능력을 자손과 가족, 건강, 생활비 등 요인과 함께 주요 설명력을 제시하는 요인으로 말하고 있다(박광희 2001). 남녀노인간 기본적 일상생활수행능력과 수단적 일상생활수행능력을 조사하여 Table 14에 나타내었다.

조사대상노인의 경우 모두 기본적 일상생활 수행능력에는 어려움이 없는 것으로 나타났으며, 남녀 노인 간 유의적인 차이를 보이지 않았다. 이는 농촌노인의 기본적 일상생활수행 능력조사에서 남자 72.2%, 여자노인 58.9%만이 독립적으로 일상생활을 수행할 수 있다는 결과에 비하면, 본 조사의 노인에서는 일상생활수행능력이 더 높게 나타났다(이정애 등 2002). 그러나 서울경기노인의 기본적 일상생활수행능력은 100점 기준으로 96점(조소영 1999)을 보이고 있으며, 서울노인과 농촌노인의 비교에서는 농촌노인이 서울노인보다 수행능력에서 약간 떨어짐을 보여준다는 결과(김정원·김초강 1997)가 있었으나, 본 조사 대상 노인은 서울경기노인 조사결과와 비슷하게 나타났다.

또한 대상 노인에서 수단적 일상생활 수행능력을 본 결과, 몇몇 항목이 남녀 노인간 차이를 보였는데, 집안일하기가 여자노인에게서 더 어려움이 나타났으며 교통이용과 물건사기 모두 여자노인에서 어려움을 보인 빈도가 높음을 알 수 있었다. 이정애 등(2002)은 수단적 일상생활에서 금전관리(남자 83.5% 여자 68.9%)가 특히 여자노인에게서 떨어지는 모습을 보여 본 결과와 유사하였다.

Table 14. The score of activities of Daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) of the subjects (Mean ± SD)

	Male (125)	Female(117)	F-value	p-value	
ADL	Move in bed	2.88 ±0.04	2.95 ±0.02	1.87	0.1724
	Transfer indoor	2.97 ±0.02	2.96 ±0.03	0.09	0.7647
	Transfer outdoor	2.98 ±0.02	2.94 ±0.03	2.64	0.1057
	Upper wear dressing	2.99 ±0.01	2.98 ±0.02	0.81	0.3701
	Pants dressing	2.99 ±0.01	2.98 ±0.02	0.81	0.3701
	Feeding	2.99 ±0.01	2.98 ±0.01	1.36	0.2441
	Going to toilet	2.98 ±0.02	2.96 ±0.03	1.08	0.3007
	Control urine & feces	2.96 ±0.02	2.96 ±0.02	0.00	0.9573
	Personal hygiene	2.99 ±0.01	2.98 ±0.01	0.68	0.4092
	Bathing	2.98 ±0.01	2.97 ±0.02	1.48	0.2249
IADL	Equip-oneself	2.99 ±0.01	2.95 ±0.03	1.88	0.1718
	Housekeeping	2.97 ±0.02	2.90 ±0.05	4.28*	0.0398
	Food preparation	2.91 ±0.03	2.91 ±0.04	0.42	0.5155
	Laundry	2.89 ±0.03	2.90 ±0.04	0.54	0.4648
	Outing close distance	2.93 ±0.03	2.88 ±0.04	1.65	0.2004
	Use transportation	2.93 ±0.03	2.82 ±0.05	6.96**	0.0089
	Shopping	2.96 ±0.02	2.89 ±0.04	4.10*	0.0441
	Handle finances	2.97 ±0.02	2.93 ±0.03	1.44	0.232
	Phone call	2.97 ±0.02	2.93 ±0.03	1.23	0.2678
	Medication	2.99 ±0.01	2.99 ±0.01	0.01	0.9414

IV. 요약 및 결론

우리나라는 65세 이상 노인 인구가 7.2%로 고령화 시대에 진입되었으며 특히 농촌의 경우 고령화가 더욱 심각하여 노인 건강관리가 필요한 실정이다. 노령인구 중에서도 특히 여성노인의 인구비율이 증가하는 경향이 있으며, 사회에서 소외계층으로 간과될 우려가 크다. 본 조사는 고령화추세 진행이 급속히 이루어지는 시점에 맞추어 남녀 노인의 성별에 따른 식생활 상황을 알아 보고 노인의 성별 식생활과 건강 대책을 수립하는데 기본적 자료를 제공하기 위한 목적으로 조사되었다.

조사대상자는 65세 이상 인구 비율이 7% 이상인 경기도 행정 지역 12개 시·군에서 각각 1개 마을을 선발하여 마을마다 61세 이상 남자노인 10명 여자노인 10명을 조사대상으로 선정하여 총 노인 242명을 조사하였다. 조사는 경기도 시·군에서 활동하는 생활지도사를 통하여 실시하였고,

조사방법은 인터뷰를 통한 설문지법을 사용하였다.

조사결과는 다음과 같다.

1. 대상 노인의 일반현황

연령분포는 61-74세가 68.2%이었으며, 교육은 초졸이 78.4% (남자는 61.6%이나 여자는 95.7%)로 가장 많은 분포를 보였다. 가족형태는 배우자와 사는 경우가 51.7%로 가장 높은 빈도이었으나 여성노인의 경우 혼자 사는 비율이 24.8%로 상당히 높은 편이었다. 대상 노인의 한 달 생활비는 50-100만원이 43.4%로 가장 많았으며 한 달 용돈은 5-10만원이 33.5%이었고 10-20만원이 26.5%이었다.

2. 대상 노인의 건강행위와 건강관리

건강에 대한 스스로의 생각을 보면 비교적 건강하다는 경우가 39.3%로 가장 높았고, 별로 건강하지 않다고 하는 경우도 26.5%에 해당하였다.

규칙적으로 건강 검진하는 경우는 41.4%이었으나, 건강검진에 전혀 관심이 없는 사람도 12.6%나 되었다.

음주상태를 보면 안 마시는 남자노인은 25.6%이나 여자노인은 52.5%로서 성별 차이가 있었다. 음주를 하는 노인은 주로 주 1-2회(남자 40.0% 여자노인 28.9%)가 가장 높은 빈도를 보였다. 운동을 전혀 안하는 경우가 32.2%이나 주 1-2회 정도 하는 경우도 46.0%이었으며 주 3회 이상 자주 하는 경우도 21.8%를 보여 운동을 한다고 응답한 노인은 67.8%이었으며, 수면시간은 5-8시간 수면한다는 경우의 빈도가 가장 높아 68.2%이었다.

가장 높은 빈도를 보인 질병은 심혈관계 질환(35.8%)이며 다음 순위는 관절·요통·좌골통으로서 29.2%이었다. 남자노인은 심혈관계질환이 가장 많았고(46.3%), 여자노인은 관절·요통·좌골통이 44.4%로 높은 빈도였다. 그 다음 순위는 남자노인의 경우 당뇨(8.1%), 여자는 골다공증(8.6%)이었다. 소화계 이상으로서 남여노인 모두 오심이 가장 높은 빈도를 보였고(69.0%), 다음은 소화불량으로서 17.8%이었다. 여성노인에서는 변비 발생빈도가 12.0%로서 남자노인보다 유의적으로 높게 나타났다.

3. 식생활 관리

식사는 3끼 모두 먹는다는 응답이 93.4%이었으며, 함께 식사하는 사람은 주로 가족과 함께가 72.4%였다. 대체로 규칙적인 식사시간을 잘 지키며(72.4%), 식사량은 일정(79.9%)하였고, 반찬수는 3-4종이 가장 많은 66.3%이었다. 간식은 주 3-4회 섭취하는 노인이 44.9%이었다. 특히 여자노인에서 혼자 식사를 하는 경우가 높아(언제나 혼자 19.8%와 자주 혼자 10.8%), 남자노인의 19.7%보다 훨씬 높은 빈도를 보였으며 간식섭취 빈도도 남자노인보다 유의적으로 높았다.

4. 영양섭취량

식사섭취량을 보면 아침 313.5g 점심 289.7g 저녁 300.5g 간식 343.4g 하루 1022.3g을 섭취하였으며 여자노인의 식사섭취량은 아침 324.3g 점

심 291.1g 저녁 293.2g 간식 304.1g 하루 1027.9g. 영양소섭취량으로서 권장량 대비 비율을 보면 남자노인이 에너지와 단백질에서 여자노인보다 유의적으로 낮게 나타났다.

5. 일상생활수행능력

대상노인 모두 간단한 일상생활 수행능력에는 어려움이 없는 것으로 나타났으며, 수단적 일상생활 수행능력에서는 여자노인이 집안일하기, 교통이용과 물건사기에서 어려움을 보인 빈도가 높았다.

위 조사결과에 따라서 볼 때, 국가와 지역사회 또는 마을 단위로 지속적인 노인의 삶의 질 향상 방안을 강구하여야 할 것이다. 즉 아직도 노인의 식품섭취가 양적, 질적인 부족함을 보이고 있으며 조사된 결과에서 보면 남자노인의 경우 이러한 부족함이 더 심각한 것으로 나타났다. 마을단위 노인의 영양섭취 방안을 강구할 경우, 노인들의 음식섭취와 관련된 신체적 어려움, 질병상태, 기호도, 조리법등을 고려한 식단의 개발과 마을회관 등 시설을 이용한 급식서비스가 확대되어야 할 것으로 보며, 농촌노인의 전반적인 영양건강 관리 시스템이 구축되어야 할 것이다.

참고문헌

- 고영수·박혜련·이경희·이성순·조경자(1998) 읍·면지역 노인의 지질 섭취 태도 및 영양섭취실태 조사. 한양대학교 생활과학연구소 한국생활과학 연구 16, 99-115.
- 곽은영·한용봉(1998) 한국노인의 식생활 양상과 신체적 정신적 건강에 관한 조사 연구-서울지역을 중심으로- 대한가정학회지 36(4), 1-17.
- 국민건강 보험공단(2004) 연령별 진료실적(통계). <http://www.nhic.or.kr retraits date 2006.01.08>
- 김공현(1999) 흡연, 음주, 그리고 건강. 인체의학 20(1)suppl., 133-142.
- 김선미(1997) 식생활의 질과 식생활 관리활동에 관한 도시 농촌 간 비교연구. 광주대학교 인문과학연구소 인문과학 3, 279-290.
- 김연경(2001) 65세 이상 건강검진자의 사상체질분포, 식습관, 영양소섭취 및 질환양상에 관한 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 김진양·김선효(2005) 일부 벽지 농촌 가정 주부의

식생활 관리 실태 조사. 한국식생활문화학회지 20(2), 131-143.

김하주(2004) 비만에 대한 지식, 태도, 실천성. 고신대학교 보건대학원 석사학위논문.

김혜정(1999) 비만과 건강행위와의 관련성. 원광의과학 15(2), 187-192.

남원계·임재은(1996) 도시지역 주민의 식습관과 관련요인 연구. 한국보건교육학회지 13(2), 69-96.

문상식·남정자(2001) 우리나라 65세 이상 노인의 건강수준. 한국노년학 21(1), 15-29.

문현경·이상순·이정숙·박송이·한귀정·유춘희·백희영·정금주(2002) 우리나라 농촌지역의 메뉴패턴에 관한 연구(3) -끼니별, 연령별 비교 분석- 한국영양학회지 35(5), 571-578.

박광희(2001) 농촌노인의 안녕상태와 생활만족도에 관한 연구: 공주광역시 광산구 농촌노인을 중심으로. 호남대학교 석사학위논문.

박순우(1997) 일부 농촌지역 농업종사자들의 건강진단 수검실태. 한국농촌의학회지 22(1), 1-18.

박영숙·손부순(1999) 농촌 거택노인의 건강실태 및 신체계측치와 식생활요인의 관련. 대한보건협회 학술지 25(1), 43-52.

박주원(2000) 한국인의 연령·성별에 따른 식사양상 비교. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.

박지민(1998) 서울 목동 지역에서 당뇨병과 고혈압 환자의 식생활 특성에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

보건복지부(2002) 2001 국민 건강영양조사 -영양조사 II- 행정간행물 등록번호 11-1460000-001728-12 p374.

양세정·성영애(2001) 노인가계의 경제구조 분석. 한국가정관리학회지 19(1), 173-190.

왕수경·이나영(2003) 농촌지역 중·노년기여성의 식습관 및 영양섭취량 비교연구. 대전대학교 기초과학연구소 논문집 자연과학 14(1), 149-160.

우경자·천종희·최은옥(2002) 인천광역시 노인의 식생활 관련 인자 연구. 한국식생활문화학회지 17(4), 424-434.

원영순 (2003) 노인의 구강상태와 식습관 및 건강의 관계. 연세대학교 정경대학원 석사학위논문.

원종임·오희철(1999) 뇌졸중에 영향을 미치는 생활습관요인 -흡연, 음주, 비만, 식습관을 중심으로- 한국전문물리치료학회지 6(3), 82-93.

유태현(2002) 농촌노인의 삶의 만족에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 : 오산시에 거주하는 60세 이상 농촌노인을 중심으로. 경기대학교 석사학위논문.

윤복자·강혜정·조길수·손경희·곽동경·지순·김경희(1990) 농촌지역 노인의 생활실태 조사연구. -의식주생활 및 심리적 적응을 중심으로- 대한가정학회지 28(4), 65-86.

이은남·정원태·이성원·황은정·민혜숙(2000) 걷기운동 및 근육강화운동이 류마티스 관절염 여성환자의 대퇴골 및 요추골 골밀도에 미치는 효과. 류마티스건강학회지 7(2), 294-308.

이영순·구성자·한명주(1998) 시설노인과 재가노인의 식습관과 정신건강 상태에 관한 실태조사. 韓國食生活文化學會誌, 13(5), 475-486.

이성국(2005) 농촌의 초고령화와 건강관리 방안-제1주제강연 농촌주민의 초고령화 대처방안. 한국지역사회생활과학회 2005춘계학술대회 2005년 6월10일 농촌진흥청 본관 제3회의실 발표자료.

이심열(1997) 24시간 회상법으로 조사한 한국농촌성인 식생활의 현황 및 질적평가. 서울대학교 박사학위논문.

이정렬·박신애(1996) 역학과 건강증진. 수문사, 서울 347-358.

이정애·신희영·정은경·신준호(2002) 일부 농촌지역 거주 노인들에 대한 포괄적 노인평가. 한국농촌의학회지 27(1), 21-31.

이종미·박윤정·오지은(2001) 노화 억제식물을 이용한 노인식 개발. 한국식생활문화학회지 16(2), 170-179.

장정희(2000) 농촌 노인들의 보건의료이용 양상 및 서비스 요구도에 관한 연구. 인제대학교 보건대학원 보건학 석사학위 논문.

전경숙(2001) 農村老人의 慢性疾患 實態와 保健·福祉對策에 關한 研究 : 구 익산군 농촌지역을 중심으로. 원광대학교 석사학위논문.

전선영(2002) 도시와 농촌지역의 건강관심도, 건강행위 및 주관적 건강인식과의 관련성 연구. 원광대학교 한의과전문대학원 보건학 석사학위논문.

정미숙·강금지(1996) 도시남자 노인의 건강과 식품에 대한 인식 및 식습관 조사. 한국식생활문화학회지 11(4), 455-463.

정선태·남태호·김태왕(2003) 고령 여성에 대한 걷기운동과 저항운동이 건강에 관련된 체력에 미치는 영향. 운동실시간과 운동중지시간의 비교. 한국체육학회지 42(4), 793-805.

정주애·김공현·김병성(1994) 부산지역 노인들의 자가 건강관리에 관한연구. 인체의학 15(2), 259-272.

정효숙(1998) 경남도민의 식습관과 식품 선호도에 관한 연구. 21세기경남도민의 삶의 질 3, 559-580.

조경자·한동희(1994) 노인의 식습관과 건강상태에 관한 연구 -부산시 남녀노인을 중심으로- 경성대학교 논문집 15(2), 57-74.

조경자(2002) 노인의 지방섭취 식습관과 심혈관계 질환과의 관계에 대한 연구. 대한 가정학회지 40(5), 1-14.

조소영·김점자(1996) 한국농촌노인의 건강증진 관리요구에 관한 연구. 한국보건간호학회지 10(2), 146-161.

조소영(1999) 노인의 신체 및 인지기능 장애의 발병요인과 상호영향에 관한 연구. 강남대학교 사회과학연구소 사회과학논총 8, 375-398.

조현돌(2004) 경남 양산시 주민의 스포츠 활동과 건강상태에 관한 연구. 인제대학교 보건대학원 석

- 사학위논문.
- 최은미·윤혜경·구성자(1999) 제주지역 장수마을의 식습관조사. *생활과학논집* 3(1), 57-65.
- 최은옥·우경자·천종희(2002) 인천광역시 노인들의 음식 및 식품에 대한 기호도 조사. *한국식생활문화학회지* 17(1), 78-89.
- Bingefors K, Isacson D.(2004) Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain--a gender perspective. *Eur J Pain.* 8(5), 435-450.
- Cook NR, Evans DA, Funkenstein HH, Scherr PA, Ostfeld AM, Taylor JO, Hennekens CH.(1989) Correlates of headache in a population-based cohort of elderly. *Arch Neurol.* 46(12), 1338-1344.
- DeVon HA, Zerwic JJ.(2003) The symptoms of unstable angina: do women and men differ? *Nurs Res.* 52(2), 108-118.
- Leveille SG, Zhang Y, McMullen W, Kelly-Hayes M, Felson DT.(2005) Sex differences in musculoskeletal pain in older adults. *Pain.* 116(3), 332-338.