

# 농·어촌지역 65세 이상 노인들의 주관적 건강평가에 따른 건강관련행동 및 음식섭취빈도

## Health related Behavior and Food Intake Frequency According to Self-rated Health of Older Adults in Agricultural and Fishery Areas

김완수\* · 한영희

호남대학교 조리과학과\* · 충북대학교 식품영양학과

**Kim, Wansoo\* · Han, Young-hee**

Dept. of Culinary Science, Honam University\*

Dept. of Food and Nutrition, Chungbuk National University

---

### Abstract

This study attempted to analyze the general and physical characteristics, the status of physical function, the type and number of current diagnosis and self-reported symptoms, healthy life mode and food preference according to self-rated health (SRH) of older adults (135 men and 270 women). It also attempted to assess the factors affecting the SRH standards in agricultural and fishery areas located in southwestern Korea. The subjects considered themselves as being 'good'(57.6%), 'normal'(29.6%) or 'poor'(12.85) SRH, meaning positive self-rating of health and it was found that the correlation between factors such as the gender, current marriage status, monthly wage, the reception of the government's livelihood subsidy and subjective economical status and the SRH were significant. Regardless of the categories of obesity, a large number of the participants rated themselves as 'healthy', but not statistically significant. The subjects who reported poor ADL and IADL capacities, indicators of the status of physical function, were significantly more classified to the 'poor' health category and vice versa ( $P<0.001$ ). The reported chronic diseases in this study that have lasted more than three months, were lumbago, sciatica, arthritis, high blood pressure and peptic ulcer. The current ratios of smoking, drinking and exercise were 85.3, 39.0 and 18.6%, respectively. The less drinking and exercising there was, the higher the 'good' SRH categories obtained ( $P<0.05$ ). The respondents who had less chance of eating sour and hot foods estimated their health status as being better.

**Keywords** : Self-Rated Health, Food Intake Frequency, ADL, IADL, Obesity

### I. 서론

전체 인구를 기준으로 65세 이상 인구비율이 7-14% 일 때 고령화사회, 14-20%일 때 고령사회, 20% 이상이 되면 초고령사회로 간주한다(통계청, 2006). 우리나라도

65세 이상의 노인인구가 2005년에 이미 9%를 초과하여 고령화 사회로 진입하고 있고 이러한 현상은 도시 지역 보다 농촌지역이 더 빠르게 진행하여 2000년도에 고령 화되었다. 통계청(2007) 조사에 의하면 우리나라 2007 년 평균수명은 전체 79.6세(남자 76세, 여자 83세)로 지

---

\* Corresponding author: Kim, Wansoo  
Tel: 062-940-5415, Fax: 062-940-5647  
E-mail: wskim@honam.ac.kr

난 10년 동안 약 7년의 수명이 연장되었고, 호남지방 통계청(2009)에서는 전남지역 노령화지수가 101로 전국 평균 노령화지수 57의 두 배 수준이며, 노인인구가 2009년 현재 17%를 넘어서고 있는 것으로 나타나 2010년 초 고령화사회 진입할 것이라고 발표하였다. 이로써 전남지역이 빠른 속도로 고령사회로 이행중임을 알 수 있다.

65세 이상의 고령인구 증가와 평균 수명의 연장으로 건강은 삶의 질을 결정하는 가장 중요한 인자가 되었고 이로 인해 노년층은 좀 더 건강한 삶을 살기를 원하고 있다. 노인의 건강과 삶의 질에 관심이 증가되는 반면 2007 국민건강영양조사결과(보건복지부, 2008) 만 62세 이상의 삶의 질 지수가 2007년 0.793으로 2005년 0.821에 비해 감소하였으며, 남자보다는 여자의 삶의 질 지수가 낮았다고 발표되어 우리나라 노인의 건강과 삶의 질에 영향을 줄 수 있는 요인을 파악하고 이를 중재할 수 있는 관리가 요구된다.

노인의 건강상태는 연령, 성별, 교육, 결혼상태, 주거상태, 직업, 종교, 경제적인 조건 등과 같은 사회경제적 요인 및 질환 여부, 신체 기능의 건강상태, 음주, 흡연, 운동 빈도, 영양상태 등의 요인들에 의해 영향을 받기에 매우 밀접한 관련이 있는 것으로 알려져 있다(이혜숙 외, 2001; 김창임, 박영숙, 2000). 우리나라 노인의 건강상태에 관한 연구는 1980년대 이후 연구가 시작되었고 평균 수명의 연장과 함께 우리나라 노인의 고령화속도가 급속하게 빨라져 2000년 고령사회에 접어들면서 노인의 삶에 관한 관심도가 증가한 상태지만 실제 노인에 관한 연구는 빈약한 실정이다. 국내 선행 연구들은 우선 노년층이 많이 거주하고 있는 농촌지역을 대상으로한 연구가 시작되어 노인복지 및 노인의 삶의 질에 관한 방향으로 연구되고 있다(공은숙, 1998; 김유정, 1993; 김태현 외, 1998; 노유자, 1988; 모선희, 1995; 박미석, 1996; 신은영, 1993; 오승환, 윤동성, 2006; 윤상진, 1986; 조완규, 1994; 채정숙 외, 1997; 한국보건사회연구원, 2005; 한혜경 외, 2005; 현대선, 김기남 1997).

최근 연구에서는 노인의 건강상태를 평가하기 위하여 개개인의 전반적인 건강상태를 반영할 수 있는 주관적 건강평가(Self-Rated Health, SRH) 방법을 이용하고 있으며(Farmar & Ferraro, 1997), 이 방법을 이용하여 조사한 결과 노인의 주관적 건강상태가 연령, 가족수, 월평균 용돈, 생활습관, 식습관, 신체활동, 영양상태, 건강관련행동, 교육 등과 상호관련이 있는 것으로 보고되었다(강윤희 외, 2008; 신경립, 김정선, 2004; 최윤정 외

2004; 최정숙 외, 2006; Bobak *et al.*, 1998).

따라서 본 연구에서는 농·어촌지역 노인의 건강한 삶의 증진에 중요한 건강상태 지표로 주관적 건강평가에 따른 일반적 특성, 신체적 특성·신체적 기능상태, 질병상태, 건강생활습관, 음식 섭취빈도 등의 실태를 파악하고 또한 노인의 건강증진에 영향을 줄 수 있는 요인을 함께 분석하고자 하였다.

## II. 연구방법

### 1. 조사대상 및 기간

본 연구는 2004년 4월부터 6월까지 전라남도 군단위 지역에 거주하는 65세 이상 노인을 대상으로 조사를 실시하였다. 조사는 훈련된 보조원에 의해 설문 조사되었으며, 회수된 설문지 중 최종 분석 자료로 사용된 설문지는 405부(남자 135부, 여자 270부)였다.

### 2. 조사내용

조사 대상자의 일반적 특성, 신체적 특성·신체적 기능상태, 질병상태, 건강생활습관, 음식 섭취빈도를 조사하였다. 주관적 건강평가(Self-rated health, SRH) 문항은 ‘건강하다( 좋음)’, ‘보통이다(보통)’, ‘건강하지 못하다(나쁨)’ 3가지로 분류하여 조사하였고, 조사대상자들의 건강상태에 영향을 주는 요인들을 주관적 건강평가에 따라 분류하여 비교분석 하였다.

#### 1) 일반적 특성

조사 대상자의 일반적 특성으로 성별, 나이, 종교, 교육수준, 현재 배우자 유무, 동거가족유형, 취업유무, 주택소유, 국민기초생활보장 수급대상자 여부, 월평균소득, 주관적 경제적 상태를 조사하였다.

#### 2) 신체적 특성 및 신체적 기능상태

신체적 특성을 알아보기 위하여 신장, 체중을 측정하였다. 비만여부를 판정하기 위해 측정한 신장과 체중을 이용하여 체질량지수(Body Mass Index, BMI, kg/m<sup>2</sup>)를 계산하였고, Broca 변법으로 표준체중을 구하고, 이 표준체중과 실제체중을 이용하여 비만지수(Obesity)와

상대체중(PIBW)을 계산하였다.

신체적 기능상태를 알아보기 위하여 1998년 한국보건사회연구원 조사에서 사용하였던 동일한 척도인 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)과 수단적 일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living, IADL) 측정도구를 이용하여 측정 및 평가하였다. ADL 척도는 목욕하기, 옷 갈아입기, 식사하기, 의자에서 일어났다 앉기, 외출하기, 화장실 용변보기 6가지로 구성되었으며, IADL 척도는 일상 생활용품이나 약 사러가기, 전화걸기, 버스나 교통수단 혼자 타기, 청소 쓰레기 버리는 일등 가벼운 집안일 하기 4가지로 구성되었다. 다른 사람의 도움 없이 수행할 수 있는지를 점수로 알아보기 위한 ADL과 IADL 측정기준은 각 활동마다 '전혀 어렵지 않다', '약간 어렵다', '매우 어렵다', '전혀 할 수 없다' 4단계로 평가하도록 하였고, 평가결과 점수가 높을수록 기능수행능력이 낮아져 독립적으로 생활을 유지하는 것에 어려움을 가지는 것으로 평가하게 된다. ADL 척도의 신뢰도를 분석한 결과 Cronbach  $\alpha=0.9087$ 로서 매우 높게 나타났으며 IADL 척도의 신뢰도 분석 결과 Cronbach  $\alpha=0.8871$ 로 나타났다.

### 3) 질병상태

질병상태는 조사대상자가 최근 3개월 이상 앓고 있는 만성질환에 대하여 질문을 통해 질병의 유무와 수를 조사하였다. 만성질환은 암, 근골격계 질환, 소화기계질환, 내분비·대사성 질환, 순환기계 질환, 호흡기계 질환, 눈·귀 질환, 만성 신장질환, 골절·탈골 및 사고로 인한 후유증, 치매증세, 기타로 분류하였다.

### 4) 건강생활습관

건강생활습관은 흡연 여부, 음주 여부, 운동 여부 및 운동 종류 등을 조사하였다.

### 5) 음식 섭취빈도

음식 섭취빈도 조사는 8가지 항목을 제시하여 '자주 먹는다(주 4회 이상)', '가끔 먹는다(주 2-3회)', '거의 먹지 않는다' 중 응답하도록 하였다.

## 3. 자료 분석

모든 자료의 통계처리는 SAS Program(Statistical Analysis System, version 8.2, SAS Institute Cary, NC)을 이용하여 평균값과 표준편차, 빈도, 조사대상자의 주관적 건강평가에 3가지로 분류하여 여러 가지 변수에 대한 차이를 ANOVA, Tukey's test, Chi-square test로 유의성을 검증하였고, 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인들을 다중회귀분석 모델을 이용하여 분석하였다.

## III. 연구결과 및 고찰

### 1. 주관적 건강평가와 일반적 특성

조사대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 성별 분포는 남자 135명(33.3%), 여자 270명(66.7%)이었다. 연령별로는 65-74세가 210명(51.9%), 75세 이상이 195명(48.1%)이었다. 교육수준은 무학이 초등학교 졸업 이하인 경우가 86.6%로 낮았으며 이들 중 글자를 모르는 비율이 총 147명으로 남성 7.5%(11명), 여성 92.5%(136명) 차지하는 것으로 나타났다. 현재 배우자의 있는 비율이 51.7% 배우자가 없는 비율은 48.3%이었고, 동거가족 유형은 83.6%가 혼자 또는 부부만 생활하는 것으로 나타났다. 지역이 농·어촌 지역이기에 조사당시 49.2%가 일을 하고 있었고, 주택을 소유하고 있는 비율이 94.5%로 이들 대부분은 단독주택에 거주하는 것(98.7%)으로 나타났다. 월평균소득은 30만원 미만인 비율이 62.8%, 30~90만원 미만인 비율은 25.0%, 90만원이상인 비율은 12.3%로 나타났다.

조사 대상자의 전반적인 건강상태를 반영하는 주관적 건강평가 분포를 살펴보면 ' 좋음' 57.6%, '보통' 29.6%, '나쁨' 12.8%로 나타나 자신의 건강을 좋다고 인식하는 비율이 높았으며, 비슷한 연령층의 다른 사람과 비교하여 자신의 주관적 건강평가를 조사한 결과 ' 좋음' 52.9%, '보통' 25.9%, '나쁨' 21.2%로 자신의 건강이 다른 사람들에 비하여 좋다고 인식하는 비율이 높았다. 주관적 건강평가에 관한 선행연구 최윤정 외(2004) 연구 결과에서는 ' 좋음' 25.4%, '보통' 23.3%, '나쁨' 51.3%이었고, 2003년 사회통계조사결과 '나쁨' 응답율이 54.3%로 본 연구결과와 다르게 '나쁨'의 응답율이 높았다. 그러나 Asia-Pacific Perspective 보고서(2000)와 천

&lt;표 1&gt; 조사대상자의 일반적 특성

100

		주관적 건강평가(SRH)				X <sup>2</sup> -value
		좋음 (N=233)	보통 (N=120)	나쁨 (N=52)	전체 (N=405)	
성별	남	69 (51.1)	40 (29.6)	26 (19.3)	135 (33.3)	7.9506*
	여	164 (60.7)	80 (29.6)	26 ( 9.6)	270 (66.7)	
나이	65-74세	112 (53.3)	69 (32.9)	29 (13.8)	210 (51.9)	3.1888
	≥75세	121 (62.1)	51 (26.2)	23 (11.7)	195 (48.1)	
종교	있다	144 (57.6)	73 (29.2)	33 (13.2)	250 (61.9)	0.2290
	없다	89 (57.8)	47 (30.5)	18 (11.7)	154 (38.1)	
교육수준	무학	160 (60.4)	79 (29.8)	26 ( 9.8)	265 (65.6)	8.7987
	초등학교 졸업	43 (50.6)	27 (31.8)	15 (17.7)	85 (21.0)	
	중학교 졸업	15 (48.4)	0 (32.3)	6 (19.4)	31 ( 7.7)	
	고등학교 졸업이상	14 (60.9)	4 (17.4)	5 (21.7)	23 ( 5.7)	
현재 배우자 유무	있다	117 (56.0)	57 (27.3)	35 (16.7)	209 (51.7)	6.0702*
	없다	115 (59.0)	63 (32.3)	17 ( 8.7)	195 (48.3)	
동거가족유형	어르신 혼자생활	94 (64.8)	41 (28.3)	10 ( 6.9)	145 (36.4)	12.5453
	부부만 생활	107 (56.9)	50 (26.6)	31 (16.5)	188 (47.2)	
	자녀와 함께 생활	27 (48.2)	21 (37.5)	8 (14.3)	56 (14.1)	
	형제와 함께 생활	1(100.0)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	1 ( 0.3)	
	기타	3 (37.5)	4 (50.0)	1 (12.5)	8 ( 2.0)	
취업여부	있다	105 (54.4)	61 (31.6)	27 (14.0)	193 (49.2)	2.0023
	없다	122 (61.3)	55 (27.6)	22 (11.1)	199 (50.8)	
주택소유	자가	215 (56.6)	115 (30.3)	50 (13.1)	380 (94.5)	5.1177
	임대	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	4 ( 1.0)	
	무상	5(100.0)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	5 ( 1.2)	
	기타	9 (69.2)	3 (23.1)	1 ( 7.7)	13 ( 3.3)	
국민기초생활보장 수급대상자 여부	예	50 (70.4)	16 (22.5)	5 ( 7.0)	71 (18.3)	6.3585*
	아니오	172 (54.4)	100 (31.7)	44 (13.9)	316 (81.7)	
월평균소득	30만원 미만	158 (63.0)	71 (28.3)	22 ( 8.7)	251 (62.8)	24.5440***
	30-90만원	47 (47.0)	39 (39.0)	14 (14.0)	100 (25.0)	
	90-150만원	19 (46.3)	9 (22.0)	13 (31.7)	41 (10.3)	
	150만원 이상	5 (62.5)	1 (12.5)	2 (25.0)	8 ( 2.0)	
주관적 경제적 상태	좋다	119 (70.8)	38 (22.6)	11 ( 6.6)	168 (42.0)	44.2569**
	보통이다	87 (50.0)	67 (38.5)	20 (11.5)	174 (43.5)	
	나쁘다	24 (41.4)	14 (24.1)	20 (34.5)	58 (14.5)	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ 

종희(1999) 연구에서는 자신의 건강상태를 ‘좋음’ 으로 평가한 비율의 각각 64.7%, 53.6%로 높게 나타나 본 연구 결과의 비슷한 수준이었다.

전체적으로 조사대상자들이 자신의 건강상태를 긍정적으로 평가하는 비율이 높은 경향을 보였다. 일반적 특성 중 성별, 현재 배우자 유무, 국민기초생활보장 수급대상자 여부, 월평균소득, 주관적 경제적 상태에서 주관적 건강평가와 유의적인 관계를 보여주고 있다. 성별분포를 보면 자신의 건강을 ‘나쁨’이라고 평가한 비율이 남녀 각각 19.3%, 9.6%로 남성이 여성에 비해 자신의 건강이

나쁘다고 인식하는 비율이 높았다. 자신의 건강을 ‘나쁨’ 이라고 평가한 비율을 현재 배우자 유무에 따라 살펴보면 배우자가 있는 조사대상자가 배우자가 없는 경우에 비해 자신의 건강이 나쁘다고 인식하는 비율이 높았다. 월평균소득에서는 전반적으로 ‘좋음’으로 평가한 비율이 높았으며, 특히 30만원 미만인 조사대상자의 경우 자신의 건강을 ‘좋음’으로 평가한 비율이 매우 높았다. 조사대상자의 주관적 경제적 상태를 조사한 결과 ‘좋다’ 42.0%, ‘보통이다’ 43.5%, ‘나쁘다’ 14.5%로 자신의 경제 상태를 보통이상으로 인식하는 비율이 높았고, 이들

의 주관적 건강평가를 살펴본 결과 자신의 건강을 ‘ 좋음 ’ 으로 평가한 비율이 절반이상을 차지하였다.

선행연구(보건복지부, 2002; American Dietetic Association, 2000; Schlenker, 1998)에서는 연령이 높을수록, 직업이 있거나 교육수준이 높을수록, 수입이 많을수록 노인들의 자신의 건강을 긍정적으로 평가하는 것으로 보고되었고, 2003-2004년 지역사회노인코호트 자료(보건복지부, 2007)에 의하면 노인들은 직업이 없거나 가계소득이 낮은 경우 자신의 건강에 대하여 건강하지 못하다고 평가하고 있으며, 특히 여성의 경우 더 높게 나타난 것을 보고되어 이들 모두 본 연구결과와 반대되는 결과이었다. 이는 본 연구 조사지역이 농·어촌 지역으로 도시지역과 다른 결과를 보이는 것으로 생각되며, 생활방식, 경제수준 및 인식, 우위 환경, 삶에 대한 만족도 등의 차이로 인하여 다른 결과를 보인 것으로 생각되어 앞으로 더 구체적인 비교 분석이 요구된다.

2. 신체적 특성 및 신체적 기능상태

<표 2>에 나타난 바와 같이 신장과 체중의 평균값에 대한 주관적 건강평가에 따른 유의적인 차이는 없었다.

비만여부를 판정하기위하여 체질량지수(BMI, kg/m<sup>2</sup>), 비만지수(obesity Index), 상대체중(PIBW)을 계산한 결과 정상체중은 각각 51.7%, 55.7%, 72.5%이었고, 비만은 12.5~18.3%로 나타났다. 3종류 비만도에 대하여 저체중, 정상, 과체중, 비만으로 분류하여 각각 주관적 건강평가 분포를 살펴본 결과 모두 유의적인 차이는 보이지 않았으나 분류한 항목 응답 비율이 모두 ‘ 좋음 ’ > ‘ 보통 ’ > ‘ 나쁨 ’ 순으로 나타나 전체적으로 조사대상자들이 자신의 건강상태를 긍정적으로 평가하는 비율이 높은 경향을 보였다.

<표 3>은 조사대상자들이 일상생활을 수행하는데 필요한 몇 가지 능력인 ADL과 IADL를 이용하여 신체적 기능 상태를 평가한 것을 주관적 건강평가에 따라 나타난 결과이다. 조사대상자들의 ADL 점수는 7.0±2.3, IADL 점수는 5.4±2.5이었다. ADL과 IADL이 주관적 건강평가와 유의적인 관련성이 있는 것으로 나타났으며, ADL과 IADL 모두 신체적 기능상태가 오히려 낮을수록 자신의 건강상태를 ‘ 좋음 ’ 이라고 평가하였고, 반대로 신체적 기능상태가 좋을수록 자신의 건강상태를 ‘ 나쁨 ’ 이라고 인식하는 것으로 나타났다(p<.001). 강윤희 외(2008), 최윤정 외(2004), 최정숙 외(2006)는 ADL과

<표 2> 주관적 건강평가에 따른 신장, 체중 및, 비만도

9

		주관적 건강평가 (SRH)				X <sup>2</sup> -value
		좋음	보통	나쁨	전체	
신장 (cm)		157.9±8.9 <sup>1)</sup>	157.5±8.0	158.9±9.2	157.9±8.7	
체중 (kg)		56.3±9.6	56.3±9.5	57.7±10.4	56.5±9.7	
체질량지수 <sup>2)</sup> (BMI, kg/m <sup>2</sup> )	저체중	19 (67.9)	6 (21.4)	3 (10.7)	28 ( 7.1)	2.9254
	정상	117 (57.6)	62 (30.5)	24 (11.8)	203 (51.7)	
	과체중	52 (57.8)	24 (26.7)	14 (15.6)	90 (22.9)	
	비만	38 (52.8)	24 (33.3)	10 (13.9)	72 (18.3)	
	합계	226 (57.5)	116 (29.5)	51 (13.0)	393(100.0)	
비만지수 <sup>3)</sup> (Obesity Index)	저체중	36 (58.1)	17 (27.4)	9 (14.5)	62 (15.8)	5.6799
	정상	132 (60.3)	61 (27.9)	26 (11.8)	219 (55.7)	
	과체중	28 (44.4)	25 (39.7)	10 (15.9)	63 (16.0)	
	비만	30 (61.3)	13 (26.5)	6 (12.2)	49 (12.5)	
	합계	226 (57.5)	116 (29.5)	51 (13.0)	393(100.0)	
상대체중 <sup>4)</sup> (PIBW)	저체중	35 (59.3)	16 (27.1)	8 (13.6)	59 (15.0)	0.5997
	정상	161 (56.5)	87 (30.5)	37 (13.0)	285 (72.5)	
	비만	30 (61.3)	13 (26.5)	6 (12.2)	49 (14.5)	
	합계	226 (57.5)	116 (29.5)	51 (13.0)	393(100.0)	

1) Mean±SD

2) 체질량지수 판정 : <18.5 저체중, 18.5~22.9 정상, 22.9~25.0 과체중, ≥25.0 비만

3) 비만지수 판정 : <-10% 저체중, -10~10% 정상, 10~20% 과체중, ≥20% 비만

4) 상대체중 판정 : <90% 저체중, 90~120% 정상, ≥120% 비만

&lt;표 3&gt; 주관적 건강평가에 따른 신체적 기능상태

	주관적 건강평가 (SRH)				ANOVA
	좋음 (N=233)	보통 (N=120)	나쁨 (N=52)	전체 (N=405)	
일상생활수행능력, ADL (Activities of Daily Living)	7.5±2.7 <sup>a2)</sup>	6.5±1.2 <sup>b</sup>	6.4±0.9 <sup>b</sup>	7.0±2.3 <sup>1)</sup>	<i>p</i> <.001
수단적 일상생활수행능력, IADL (Instrumental Activities of Daily Living)	5.9±2.8 <sup>a</sup>	4.8±1.6 <sup>b</sup>	4.8±1.8 <sup>b</sup>	5.4±2.5	<i>p</i> <.001

1) Mean±SD

2) Means with different letters in a column are significantly different at *P*=0.05 by Duncan's multiple range test

IADL에 어려움이 많을수록 주관적 건강상태가 나쁘다고 평가한 것으로 보고하였고, Hoeymans *et al*(1997)는 네덜란드 남자 70세 이상의 노인 대상으로 5년간 종단연구를 조사한 결과 일상생활 수행능력이 저하되고 있었고, 일상생활 수행이 어려움을 가진 대상자들이 주관적 건강평가가 훨씬 나쁘다고 평가하는 것으로 나타났으나, 연령대를 분류하여 조사 시작 이후 3년, 5년 시점에 조사한 자료를 분석한 결과 주관적 건강평가에서 긍정적인 응답률이 약간 감소하였으나 전반적으로 자신의 건강상태를 긍정적으로 평가하는 비율이 매우 높았으며 나이가 들어감에 따라 일상생활수행능력과 주관적 건강상태의 관련성이 감소되어 상관관계의 유의성이 없었다고 보고하였다. 열거된 선행연구들은 도시지역에 거주하는 노인 또는 식생활이 잘 유지되고 장수인구 비율이 높으며 도시에 근접한 농촌지역에 거주하는 노인 대상의 연구결과인 반면 본 연구 조사 대상자들은 바닷가에 인접한 농촌 지역과 어촌 지역에 거주함으로써 선행연구에서와 다른 교통, 의료서비스, 식생활 등에 차이를 보이고 아울러 조사 대상자 연령이 75세 이상인 비율이 절반정도를 차지하는 점 등이 본 연구결과가 선행연구결과에 차이를 가져오는 것으로 생각되어 더 구체적인 비교 분석이 요구된다.

### 3. 질병상태

지난 2년 동안 건강검진 여부를 조사한 결과 건강검진을 받은 조사대상자는 75.1%로 나타났다. <표 4>는 최근 3개월 이상 앓고 있는 만성질환의 종류와 동시에 앓고 있는 만성질환의 총 가짓수에 대한 주관적 건강평가별 분포를 나타낸 것이다. 만성질환을 분류하여 조사한 결과 요통 및 좌골통, 관절염, 고혈압, 소화성 궤양 증상을 많이 보유하고 있었고, 만성질환을 앓고 있는 조사대상자들 대부분이 자신의 주관적 건강평가에서 '좋음'이라고 평가

한 비율이 높게 나타났다. 3개월 이상 앓고 있는 만성질환의 총 가짓수를 조사한 결과 '전혀없다' 8.8%, '1개' 20.5%, '2개' 24.2%, '3개 이상' 46.5%로 동시에 2가지 이상의 만성질환을 갖고 있는 비율이 매우 높았으며, 이를 주관적 건강평가에 따라 살펴본 결과 조사대상자가 갖고 있는 만성질환의 총 가짓수가 많을수록 자신의 건강을 긍정적으로 평가하였고(*p*<.001), 동시에 3가지 이상의 만성질환을 갖고 있는 조사대상자의 69.3%가 자신의 건강에 대하여 매우 긍정적으로 평가하였다.

만성질환을 보유하고 있는 총 가짓수에 대한 주관적 건강평가 분포를 살펴본 선행 연구(최정숙 외, 2006)에서는 만성질환을 동시에 여러 개 앓고 있을수록 자신의 건강에 대해 부정적으로 평가하는 경향을 보였고, 동시에 세 가지 이상의 만성질환을 갖고 있는 대상자의 비율은 13.2%이며 이들 중 73.7%가 자신의 건강에 대해 부정적으로 인식하였고, 만성질환을 한 가지만 갖고 있어도 자신의 건강에 대해 부정적으로 인식하는 비율이 높았다. 따라서 동시에 세 가지 이상의 만성질환을 갖고 있는 대상자의 자신에 의한 건강상태에 대한 평가가 본 연구결과와 반대의 결과를 보였다. 본 연구 조사대상자의 경우 만성질환을 한 가지 이상 갖고 있는 비율이 91.2%이며 이들 중 동시에 세 가지 만성질환을 갖고 있는 비율이 46.5%로 선행연구보다 만성질환을 갖고 있는 비율이 높음에도 자신의 건강상태를 긍정적으로 인식하는 비율이 높게 나타나 지역적으로 질병의 발병 시기, 질병에 대한 인식도, 삶에 대한 만족도 등의 차이가 주관적 건강평가에 영향을 준 것으로 추측되어 앞으로 구체적인 요인 분석 연구가 더 진행되어야 한다고 본다.

<표 4> 최근 3개월 이상 만성질환을 앓고 있는 대상자의 주관적 건강평가별 분포

	주관적 건강평가(SRH)				X <sup>2</sup> -value	
	좋음	보통	나쁨	전체		
암(위암, 간암, 폐암, 기관지암 등)	12 (57.1)	7 (33.3)	2 ( 9.5)	21 ( 5.4)	0.1736	
근골격계 질환	관절염	125 (61.6)	61 (30.0)	17 ( 8.4)	203 (52.7)	5.7473
	요통 및 좌골통	133 (63.3)	55 (26.2)	22 (10.5)	210 (54.6)	6.0950*
	디스크	42 (65.7)	15 (23.4)	7 (10.9)	64 (16.6)	2.1304
소화기계질환	소화성궤양	64 (66.7)	21 (21.9)	11 (11.4)	96 (24.9)	4.8749
	만성간염 및 간경화	4 (33.3)	4 (33.3)	4 (33.3)	12 ( 3.1)	6.0477*
내분비, 대사성	당뇨병	29 (64.4)	9 (20.0)	7 (15.6)	45 (11.7)	2.7715
	갑상선질환	8 (72.7)	1 ( 9.1)	2 (18.2)	11 ( 2.9)	2.5043
순환기계질환	고혈압	95 (58.6)	53 (32.7)	14 ( 8.6)	162 (42.1)	3.1032
	중풍, 뇌혈관질환	19 (79.2)	3 (12.5)	2 ( 8.3)	24 ( 6.2)	5.0281
	협심증, 심근경색증	16 (80.0)	2 (10.0)	2 (10.0)	20 ( 5.2)	4.7785
호흡기계질환	폐결핵 및 결핵	9 (60.0)	4 (26.7)	2 (13.3)	15 ( 3.9)	0.111
	만성기관지염	30 (55.6)	15 (27.8)	9 (16.7)	54 (14.0)	1.3598
	천식	24 (68.6)	5 (14.3)	6 (17.1)	35 ( 9.1)	4.9496
눈, 귀질환	백내장	17 (89.5)	0 ( 0.0)	2 (10.5)	19 ( 4.9)	9.6151**
	만성중이염	4 (50.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	8 ( 2.1)	1.3261
만성 신장질환	3 (75.0)	0 ( 0.0)	1 (25.0)	4 ( 1.0)	2.0154	
골절·탈골 및 사고로 인한 후유증	22 (78.6)	2 ( 7.1)	4 (14.3)	28 ( 7.3)	7.7972*	
치매증세	5 (83.3)	0 ( 0.0)	1 (16.7)	6 ( 1.6)	2.6624	
기타	6 (75.0)	1 (12.5)	1 (12.5)	8 ( 2.1)	1.2883	
3개월 이상 앓고 있는 만성질환 총 가짓수	전혀없다	9 (26.4)	14 (41.2)	11 (32.4)	34 ( 8.8)	34.0707***
	1개	36 (45.6)	32 (40.5)	11 ( 2.9)	79 (20.5)	
	2개	53 (57.0)	30 (32.3)	10 (10.7)	93 (24.2)	
	3개 이상	124 (69.3)	41 (22.9)	14 ( 7.8)	179 (46.5)	
	합계	222 (57.7)	117 (30.3)	46 (12.0)	385(100.0)	

\* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

#### 4. 건강생활습관

<표 5>는 흡연, 음주, 운동에 대하여 주관적 건강평가 분포를 살펴본 결과이다. 조사대상자의 현재 흡연율은 85.3%로 남성의 경우 75.0%, 여성의 경우 90.4%가 현재 흡연을 하고 있었으며, 흡연기간은 조사대상자 남녀 모두 25-50년에 해당하는 비율이 가장 많았고, 흡연량은 하루에 담배를 20개피 이하로 피우는 비율이 82.8%로 나타났다. 현재 음주율은 39.0%로 남성의 경우 56.7%, 여성의 경우 29.8%가 음주를 하고 있는 것으로 나타났으며, 남성의 경우 여성에 비해 현재 음주율이 매우 높았다( $p < .001$ ). 지난 한 달 동안 규칙적으로 운동을 하는지 조사한 결과 '운동한다' 18.6%, '운동을 하지 않는다' 81.4%로 나타났으며, 운동을 하는 비율이 남성은 25.4%, 여성은 15.4%로 나타나 전체적으로 운동을 하지 않았고 여성이 남성에 비해 운동을 하지 않는 비율이 유

의적으로 높았다( $p < .05$ ).

건강생활습관 항목에 대하여 주관적 건강평가 분포를 살펴본 결과 음주여부와 운동여부에 대하여 유의적인 차이를 보였다. 음주의 경우 음주를 하지 않을수록 자신의 건강을 '좋음'이라고 평가하였으며( $p < .05$ ), 이는 2003-2004년 지역사회노인코호트 자료(보건복지부, 2007)에서 음주경력이 있는 경우 자신이 건강에 건강하지 못하다고 평가하였다고 보고한 자료와 유사하였다. 운동의 경우 '운동을 하지 않는다'고 한 응답자들이 운동을 하는 응답자들보다 자신의 건강을 '좋음'이라고 평가한 비율이 높았고, '나쁨'이라고 평가한 비율은 더 낮았다.

#### 5. 음식 섭취빈도

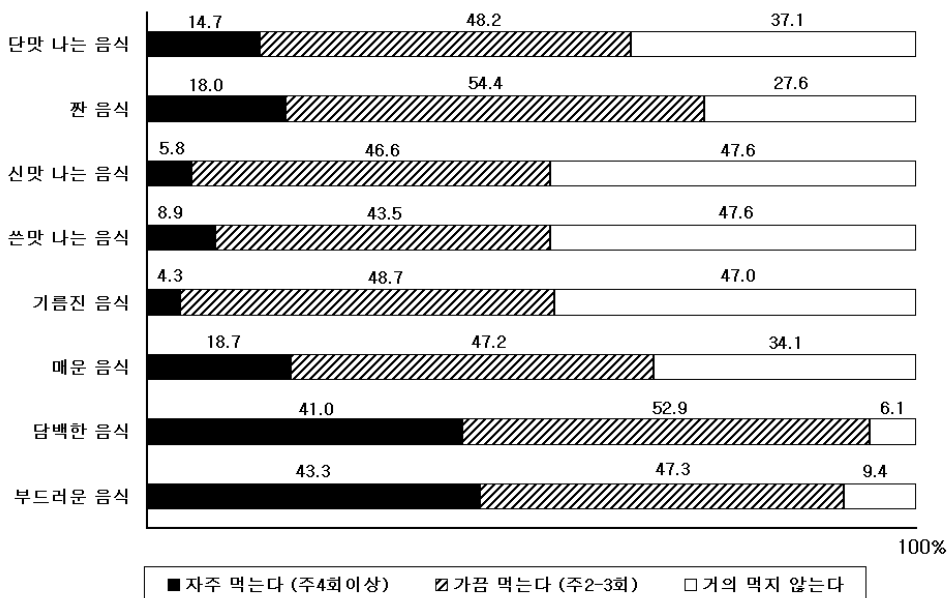
[그림 1]은 조사 대상자의 음식 섭취빈도를 조사한 결과이다. 조사 음식은 단맛 나는 음식, 짠 음식, 신맛 나는

<표 5> 주관적 건강평가에 따른 건강생활습관

₩

		주관적 건강평가 (SRH)				X <sup>2</sup> -value
		좋음	보통	나쁨	전체	
현재 흡연여부	예	200 (60.6)	90 (27.3)	40 (12.1)	330 (85.3)	3.9857
	아니오	27 (47.4)	19 (33.3)	11 (19.3)	57 (14.7)	
	합계	227 (58.7)	109 (27.2)	51 (13.1)	387(100.0)	
과거 흡연여부	예	38 (56.7)	19 (28.4)	10 (14.9)	67 (21.5)	0.9223
	아니오	151 (61.9)	66 (27.1)	27 (11.0)	244 (78.5)	
	합계	189 (60.8)	85 (27.3)	37 (11.9)	311(100.0)	
흡연기간	< 25년	21 (52.5)	13 (32.5)	6 (15.0)	40 (33.3)	4.6731
	25-50년	39 (52.7)	23 (31.1)	12 (16.2)	74 (61.7)	
	≥ 50년	2 (33.3)	1 (16.7)	3 (50.0)	6 ( 5.0)	
	합계	62 (51.7)	37 (30.8)	21 (17.5)	120(100.0)	
흡연량	1-20개피	52 (54.2)	28 (29.2)	16 (16.7)	96 (82.8)	1.3748
	> 20개피(1갑)	8 (40.0)	8 (40.0)	4 (20.0)	20 (27.2)	
	합계	60 (51.7)	36 (31.0)	1 (17.2)	116(100.0)	
음주여부	전혀 마시지 않는다	111 (60.7)	52 (28.4)	20 (10.9)	183 (46.7)	11.2434*
	과거에는 마셨으나 현재는 마시지 않는다	42 (75.0)	9 (16.1)	5 ( 8.9)	56 (14.3)	
	마신다	77 (50.3)	52 (34.0)	24 (15.7)	153 (39.0)	
	합계	230 (58.7)	113 (28.8)	49 (12.5)	392(100.0)	
운동여부	한다	38 (51.4)	19 (25.7)	17 (22.9)	74 (18.6)	7.8125*
	안한다	189 (58.5)	99 (30.7)	35 (10.8)	323 (81.4)	
	합계	227 (57.2)	118 (29.7)	52 (13.1)	397(100.0)	
운동종류	산보나 걷기 등의 가벼운 운동	32 (50.0)	19 (25.7)	13 (20.3)	64 (88.6)	6.8109
	조깅과 등산 등의 운동	4 (57.1)	0 ( 0.0)	35 (42.9)	7 ( 9.7)	
	에어로빅, 헬스 등의 강한 운동	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	1(100.0)	1 ( 1.4)	
	합계	36 (50.0)	19 (26.4)	17 (23.6)	72(100.0)	

\*p<.05



[그림 1] 8가지로 분류된 음식 섭취빈도



음식, 쓴맛 나는 음식, 기름진 음식, 매운 음식, 담백한 음식, 부드러운 음식 등 8가지로 분류하였는데, 모두 주 2-3회 정도로 가끔 먹는다는 응답률이 가장 높았고, 그 중 담백한 음식과 부드러운 음식의 경우 주 4회 이상으로 자주 먹는다고 응답한 비율이 높았으며 ‘거의 먹지 않는다’는 응답률은 가장 낮았다.

음식 섭취빈도 8가지 항목에 대한 주관적 건강평가를 [그림 2]와 같이 살펴본 결과 8가지 항목 모두 절반이 자신의 건강이 ‘좋음’으로 평가하고 있었고, 신맛 나는 음식과 매운 음식의 경우 ‘거의 먹지 않는다’고 응답한 대상자들이 자신의 건강상태를 ‘좋음’으로 평가하는 비율이 유의적으로 높았다( $p<.05$ ).

앞에서 제시한 결과에서 주관적 건강평가와 통계적으로 유의한 관련 있는 변수들을 다중회귀분석을 이용하여 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인들을 살펴본 결과 <표 6>에서 보듯이 주관적 경제적 상태가 좋을수록 주관적 건강평가를 긍정적으로 평가하였고, 최근 3개월 이상 앓고 있는 만성질환 총 가짓수가 많을수록 주관적 건강평가를 긍정적으로 평가하였다.

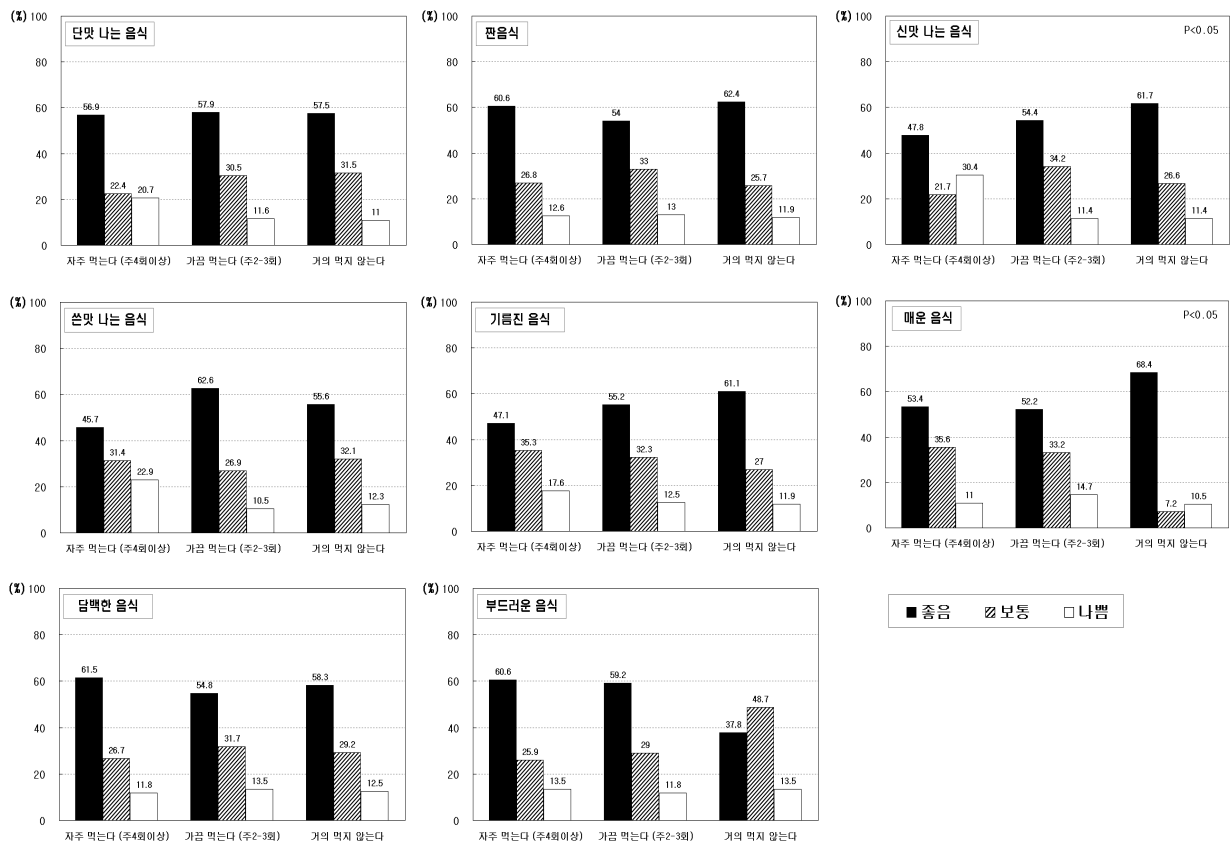
<표 6> 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석결과

	회귀계수	SE	P-value
월평균소득	-0.090	0.047	0.0560
주관적 경제적 상태	0.157	0.053	0.0032
ADL	-0.031	0.022	0.1552
IADL	-0.110	0.020	0.5872
3개월 이상 앓은 총 질병 가짓수	-0.251	0.049	<0.0001

#### IV. 요약 및 결론

본 연구는 농·어촌 지역에 거주하는 65세 이상 노인 405명(남자 135명, 여자 270명)을 대상으로 주관적 건강평가에 따른 일반적 특성, 신체적 특성·신체적 기능, 질병유무, 건강생활습관, 음식 섭취빈도를 알아보고, 주관적 건강평가 기준에 영향을 주는 요인을 살펴보았다. 그 결과는 다음과 같다.

##### 1. 조사 대상자의 주관적 건강평가를 조사한 결과 ‘좋음’



[그림 2] 주관적 건강평가별 음식 섭취빈도

- 57.6%, ‘보통’ 29.6%, ‘나쁨’ 12.8%로 나타나 자신의 건강을 좋다고 인식하는 비율이 높았다. 일반적 특성에서 주관적 건강평가와 통계적으로 유의한 관계를 보인 요인으로 성별, 현재 배우자 유무, 국민기초생활보장 수급대상자 여부, 월평균소득, 주관적 경제적 상태로 나타났다.
2. 신장, 체중, 체질량지수와 비만지수 등을 이용한 비만도를 조사한 결과 정상체중에 해당하는 비율이 절반이상으로 나타났고, 비만도를 저체중, 정상체중, 과체중, 비만으로 분류하여 주관적 건강평가 분포를 살펴본 결과 유의적 차이는 없었으며 분류한 모든 항목에서 자신의 건강상태를 좋다고 인식하는 비율이 높았다.
  3. 신체적 기능상태를 보여주는 ADL과 IADL 모두 신체적 기능상태가 오히려 낮을수록 자신의 건강상태를 ‘ 좋음’이라고 평가하였고, 반대로 신체적 기능상태가 좋을수록 자신의 건강상태를 ‘나쁨’이라고 인식하는 것으로 나타났다( $p < .001$ ).
  4. 최근 3개월 이상 앓고 있는 만성질환에 대하여 조사한 결과 요통 및 좌골통, 관절염, 고혈압, 소화성 궤양 증상을 많이 보유하고 있었고, 만성질환을 앓고 있는 조사대상자들 대부분이 주관적 건강평가에서 ‘ 좋음’이라고 평가한 비율이 높게 나타났다. 또한 최근 3개월 이상 동시에 2가지 이상의 만성질환을 앓고 있는 비율이 매우 높았으며, 이를 주관적 건강평가에 따라 살펴본 결과 동시에 갖고 있는 만성질환의 총 가짓수가 많을수록 자신의 건강을 오히려 긍정적으로 평가하는 것으로 나타났다( $p < .001$ ).
  5. 건강생활습관으로 음주여부, 흡연여부, 운동여부를 조사한 결과 현재 흡연율이 85.3%로 매우 높았으며, 현재 음주율은 39.0%로 나타났고, 운동을 하는 비율보다는 운동은 하지 않는 비율이 81.4%로 나타났다. 주관적 건강평가 분포를 살펴본 결과 음주를 하지 않을수록 자신의 건강을 ‘ 좋음’이라고 평가하였고( $p < .05$ ), 운동을 하지 않고 있어도 자신을 건강을 ‘ 좋음’이라고 평가한 비율이 매우 높았다.
  6. 음식 섭취빈도를 8가지 항목으로 분류하여 조사한 결과 단백질 음식과 부드러운 음식을 가장 많이 선호하는 것으로 나타났고, 주관적 건강평가 분포를 살펴본 결과 신맛 나는 음식과 매운 음식을 ‘ 거의 먹지 않는다’고 응답한 대상자들이 자신의 건강상태를 ‘ 좋음’으로 평가하는 비율이 유의적으로 높았다( $p < .05$ ).
  7. 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인으로 주관적 경

제적 상태가 좋을수록 주관적 건강평가를 긍정적으로 평가하였고, 최근 3개월 이상 앓고 있는 만성질환의 가짓수가 많을수록 주관적 건강평가를 긍정적으로 평가하였다.

본 연구결과는 농·어촌 지역 노인들의 자신 스스로 인지하는 건강에 미치는 요인들에 대하여 올바르게 인지하고, 노인들이 건강한 삶을 유지·향상시킬 수 있도록 국민 보건정책에 중요한 기초 자료로 이용될 수 있으리라 기대한다. 앞으로 노인들의 건강한 삶의 질을 위하여 영양상태 및 식생활 부분에 대한 조사와 주관적 건강평가와의 관련된 요인들에 대한 더 많은 연구가 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

주제어 : 주관적 건강평가, 음식 섭취빈도, ADL, IADL, 비만

## 참 고 문 헌

- 강윤희, 김미영, 이에리자. (2008). 재가 노인의 주관적 건강, 일상생활 수행능력, 영양 상태 간의 관계. 대한간호학회지, 38(1), 122-130.
- 공은숙. (1998). 한국 일부 농촌지역 노인의 생활기능상태 결정요인의 구조적 관계 연구. 대한간호학회지, 28(2), 380-391.
- 김유정. (1993). 농촌노인의 생활만족도에 관한 연구: 사회적 지원망의 구조와 생활교류 중심으로. 한양대석사학위논문.
- 김창임, 박영숙. (2000). 노인단독가구와 자녀동거가구 농촌노인의 건강관련행동, 식행동 및 영양소섭취 적정도 비교. 대한지역사회영양학회지, 5(2S), 307-315.
- 김태현, 김동배, 김미혜, 이영진, 김이순. (1998). 노년기 삶의 질 향상에 관한 연구(I). 한국노년학, 19(1), 61-81.
- 김형식. (1993). 농촌노인의 생활실태와 여가선용 프로그램 개발에 관한 연구. 중앙대 사회개발대학원 석사학위논문.
- 노유자. (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석연구. 연세대학교 박사학위 논문.
- 모선희. (1995). 농촌노인의 생활실태와 복지대책. 농촌생활과학, 16(4), 31-34.
- 박미석. (1996). 중년기 남녀의 삶의 질에 관한 연구. 한국가정관리학회지, 14(2), 19-33.

- 보건복지부. (2002). 2001 국민건강영양조사보고서.
- 보건복지부. (2007). 2003-2004년 지역사회노인코호트 연구 보고서.
- 보건복지부. (2008). 2007 국민건강영양조사 제4기 1차년도 보고서.
- 신경림, 김정선. (2004). 도시지역 여성노인의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태 및 건강증진해위와의 관계연구. *대한간호학회지*, 34(5), 869-880.
- 신은영. (1993). 농촌노인의 건강상태와 생활만족에 관한 연구. 서울대 보건대학원 석사학위논문.
- 오승환, 윤동성. (2006). 노인의 삶의 질 특성에 관한 연구 -도시·농촌·어촌지역 비교를 중심으로-. *노인복지연구*, 32, 119-147.
- 윤상진. (1986). 농촌노인들의 생활실태에 관한 연구. 계명대 교육대학원 석사학위논문.
- 이혜숙, 이정애, 안수연, 강금지. (2001). 춘천시 일부 노인들의 건강자각정도에 따른 건강관련행동 및 식행동에 관한 연구. *대한지역사회영양학회지*, 6(3), 340-353.
- 조완규. (1994). 농촌노인의 생활실태에 관한 연구. *농촌사회*, 4, 73-96.
- 천중희. (1999). 인천지역 노인의 건강과 체위 및 식행동 조사 연구. *한국식생활문화학회지*, 14(5), 517-527.
- 채정숙, 조희금, 박충선, 정영숙. (1997). 주민의 삶의 질에 영향을 미치는 생활영역별 상대적 중요도 -경산시 지역을 중심으로. *대한가정학회지*, 35(4), 243-255.
- 최윤정, 박유신, 김찬, 장유경. (2004). 서울 및 경기지역 노인의 건강자가평가에 따른 기능적 건강 및 영양위험 평가. *한국영양학회지*, 37(3), 223-235.
- 최정숙, 권성욱, 백희영. (2006). 고령인구 비율이 높은 지역 장년, 노년층의 건강·영양상태 및 이에 영향을 미치는 인자에 관한 연구 -Ⅲ 농촌노인의 주관적 건강평가와 건강관련행동 및 식이섭취와의 관련성-. *한국영양학회지*, 39(3), 286-298.
- 통계청. (2006). 사회통계조사.
- 통계청. (2007). 사회통계조사.
- 통계청. (2009). 사회통계조사(호남지방 통계청).
- 한국보건사회연구원. (1998). 1998 전국노인생활실태 및 복지욕구조사.
- 한국보건사회연구원. (2005). 2004 전국노인생활실태 및 복지욕구조사.
- 한혜경, 최성숙, 김명화, 이성동. (2005). 강화지역 남녀 장수노인의 사회적, 신체적 건강상태조사. *대한지역사회영양학회지*, 10(1), 111-121.
- 현태선, 김기남. (1997). 청주지역 노인의 영양실태조사 -2. 신체계측, 생화학적 검사 및 건강상태 조사-. *대한지역사회영양학회지*, 2(4), 568-577.
- American Dietetic Association. (2000). Position of the American Dietetic Association: Nutrition, aging, and the continuum of care. *Journal of American Dietetic Association*, 100(5), 580-595.
- Bobak, M., Pikhart, H., Hertzman, C., Rose, R., & Marmot, M. (1998). Socioeconomic factors perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Social Science and Medicine*, 47, 269-279.
- Farmar, M. M., & Ferraro, K. F. (1997). Distress and perceived health; mechanism of health decline. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(3), 110-124.
- Hoeymans, N., Fesdens, E. J. M., van den Bos, G. A. M., & Kronhout, D. (1997). Age, time, and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men. *American Journal of Public Health*, 87(10), 1620-1625.
- Report on the Asia-Pacific Perspective: *Redefining Obesity and Its Treatment*. International Obesity Task Force. 2000.
- Schlenker, E. D. (1998). *Nutrition in Aging*. 3rd ed. McGraw-Hill.

접수일 :  
2009. 07. 03.  
수정완료일 :