保健敎育・健康增進學會誌 第27卷 第2號(2010. 6) pp. 121-139
Korean Journal of Health Education and Promotion, Vol.27, No.2(2010)

노인의 건강증진행위 실천과 관련요인

이정찬*, 박재산**†, 김귀현***
* 대한의사협회 의료정책연구소, **한국보건산업진흥원, *** 근로복지공단 노동보험연구원

Factors Associated with the Health Promotion Activities of the Korean Elderly

Jung Chan Lee*, Jae San Park**†, Gwi Hyun Kim***
** Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association*
*** Korea Health Industry Development Institute*
**** Labor Insurance Research Institute, Korea Workers's Compensation & Welfare Service*

<Abstract>
Objectives: The purpose of this study was to identify the health promotion activities of the elderly Korean aged 65 or older and to examine the related factors associated with the health promotion activities. **Methods:** Data were obtained from 2008 Social Statistics Survey of Korea National Statistical Office of 6,207 people aged 65 or older. We measured the socio-demographic characteristics, physical health status, social health status, and health promotion activities. Statistical analyses were employed through the X^2-test and Odds ratio using Logit Model. **Results:** In our study, health promotion activity practice rates were varied among the socio-demographic characteristics, physical and social health status. Our findings also support that better socio-demographic and physical health status explain the higher practice rates of health promotion activities. In addition, the higher social health status was associated with better practice rates of health promotion activities. **Conclusion:** We found that the health promotion activities of the elderly could be encouraged by better socio-demographic status and physical and social health status. To better accomplish the health promotion for the elderly in our community, policy-makers should need careful political deliberation for executing health promotion services considering the distinctions of programme and target groups.

Key words: Elderly, Health promotion activities.

Ⅰ. 서론

1. 연구의 필요성

노년기는 노화의 자연현상으로 신체적 기능감퇴, 시회적 참여활동 감소, 배우자와 형제 및 친지의 사망, 자녀들의 출가로 인한 가족구성원의 감축, 그리고 은퇴이후의 수입 감소 등으로 더욱 외부의 지지와 보조를 필요로 하는 시기이다(Murphy, 1982). 또한, 각종 만성퇴행성 질환의 유병률이 증가하게 되고 이는 신체기능의 저하를 초래하게 되는 것으로 알려져 있다(Clark et al., 1998; Kivinen et al., 1998; Beland & Zunzunegui, 1999; Fried et al., 1999; Kuo et al., 2005). 최근 정부에서 발표한 우리나라 주요 10대 사망원인 자료에는 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨질환, 고혈압성질환 등의 만성질환이 4가지나 포함되어있는 것을 알 수 있다(보건복지가족부, 2009). 대표적인 만성질환인 고혈압과 당뇨질환은 가족력과 같은 유전에 기인한 요인과 비만, 과음, 흡연, 스트레스, 운동 부족, 나쁜 식습관 등으로 인한 환경적 요인에 의해 발병하는 질병으로서, 그 환자수는 2002년 대비 2008년 각각 1.7배와 1.6배로 증가하였다(보건복지가족부, 2009). 문제는 만성질환자의 상당수를 노인인구가 차지하고 이들에 대한 의료비 지출이 꾸준히 증가하

교신저자: 박재산
서울시 동작구 노량진동 57-1번지 한국보건산업진흥원 의료서비스산업단
전화: 02-2194-7494 팩스: 02-824-1765 E-mail: jspark@khidi.or.kr
▪ 투고일 10.05.19 ▪ 수정일 10.06.07 ▪ 게재확정일 10.06.12

고 있다는 점이다. 실례로, 우리나라 전체인구 대비 65세 이상 노인인구의 건강보험재정 급여 지출 비중은 1990년 8.6%이었던 것이 2007년에는 28.5%로 불과 17년 만에 약 3.3배로 급격히 증가하였다(장영식, 2009).

노인의 만성퇴행성질환의 주요 발생 원인에는 생리적, 사회적, 심리적 측면 등 여러 가지 요인들이 있겠지만 그중에서도 무엇보다 개인적으로 통제 또는 수정이 가능한 요소인 생활양식에 의해 좌우된다고 보고되고 있다. 개인의 생활양식은 노인의 건강상태를 가장 잘 예측할 수 있는 강력한 변인이며, 특히 건강증진 생활습관의 실천은 만성질환을 예방하고 완화할 뿐만 아니라 노화를 지연시켜 노인의 건강상태를 증진시키고 궁극적으로 삶의 질 향상에 기여 한다고 보고되고 있다(Speake et al., 1989; 이영진, 1995; 정재임과 금명희, 2002). 미국의 보건위생국(1990)에 의하면, 매년 발생되는 질병의 50% 정도는 불건전한 생활양식으로부터 기인하며, 이는 생활양식이 건강증진에 있어 주요한 결정요인임을 시사하고 있다(최연희, 2001).

이러한 건강증진행위에는 적절한 체중의 유지, 규칙적인 아침식사, 간식 안먹기, 적정 수면, 충분한 신체적 활동, 금연, 절주 또는 금주 등이 포함될 수 있다(Kullbok & Baldwin, 1992; Belloc & Breslow, 1992). 현재까지 건강증진행위 실천과 그 효과에 관한 연구는 다양하게 연구되어 왔다. 규칙적인 식습관, 아침식사, 일주일에 2-3회의 규칙적 운동, 하루 7-8시간의 충분한 수면, 정상체중유지, 금주 또는 적당량의 알코올 섭취 등 7가지 건강생활을 실천하는 생활양식의 변화로 평균수명이 11년 연장되었다고 보고된 연구가 있으며(Belloc & Breslow, 1992), 수면, 아침식사, 간식, 체중, 운동, 음주, 흡연 등과 같은 개인의 건강습관이 건강상태 및 평균 여명과의 관련이 크고(Belloc & Breslow, 1992), 건강습관 실천 항목수가 많을수록 장수하는 경향이 있음을 보고한 연구결과도 있다(Berkman & Breslow, 1983).

한편, 노인의 건강증진행태는 개인이 독자적으로 결정하는 것이 아니라 사회적 맥락속에서 결정되어지고, 교육수준, 소득, 결혼상태, 사회적지지 등이 영향을 미치므로(Kaplan et al., 1993), 노인들의 건강증진사업 개발에는 사회적 지지와 같은 사회적 요인까지도 반드시 함께 고려해야만 한다(김태면 외, 2006). 즉, 노인을 둘러싼 주변 환경, 특히 소득수준이나 자녀와의 동거나 별거 등 사회경제적 요인과 식사, 운동, 적정 수면, 정기검진, 금연, 금주 등의 건강증진 행위들은 노인들의 건강에 직·간접적으로 적용하여 심리적, 사회적, 경제적 활동에 영향을 주며, 동시에 노인의 안녕감에 영향을 준다(박희진 등, 1996).

최근에는 노인 스스로도 자신의 건강을 위해 생활양식을 변화시키는데 적극적이며 이로 인해 건강의식 또한 변화하여 질병이 걸린 후에 건강관리를 받는 것 보다는 발병전에 건강을 유지·증진하는 것이 더 바람직하며 비용면에서도 경제적이라는 점을 인지함으로써(김효정, 1996), 건강증진행위에 대한 관심이 더욱 고조되고 있는 상황이다(성정숙과 박재순, 2005). 한편, 노인들이 자신들의 건강을 위해 새로운 건강습관을 갖는데 주저하지 않고 늦더라도 나쁜 건강습관을 수정하면 효과가 있다는 결과도 있다(Bunchner and Wagner, 1992; 최연희, 2001).

건강증진 행위를 통하여 노인은 질병을 예방하고 건강하게 생활할 수 있는 기간을 연장시키거나 기능장애의 기간을 줄일 수 있고, 독립적이고 의미 있는 일에 참여함으로써 삶의 질을 높일 수 있다(Kahana et al., 2002; Mokdad et al., 2004). 건강증진행위는 건강한 생활양식을 증진시키기 위한 개인적 활동으로서 개인의 안녕수준과 생활의 만족감을 높여줌과 동시에(Pender, 1987), 가족의 안녕과 사회적 비용을 절약한다는 측면에서 매우 중요한 활동(activity)임에 틀림이 없다. 이에 본 연구에서는 우리나라 노인의 건강증진행위 실천행태와 건강증진행위 실천율을 높이기 위한 관련 요인들을 규명해 보고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 우리나라 65세 이상 노인의 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기 건강검진, 흡연, 음주 등의 건강증진행위 실천율을 파악하고, 인구사회학적 변수, 신체적 건강 변수, 사회적 건강 변수별 건강증진행위 실천율의 차이와 그 관련 요인을 분석하여 향후 우리나라 노인의 건강증진행위를 향상시키는데 필요한 근거자료를 제공하는데 그 목적이 있다.

Ⅱ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 우리나라 노인의 건강증진행위의 실천행태를

파악하고 이에 영향을 미치는 관련 변수를 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구에서는 통계청에서 시행한 2008년 2차 사회통계조사(보건・가족) 자료를 활용하였다. 연구 대상자로는 2008년 2차 사회통계조사 대상자 전수인 52,940명 중 65세 이상 노인 인구 6,207명을 선정하였다. 2008년 사회통계조사는 총 2차례에 걸쳐 실시되었는데, 1차 조사는 2008년 5월 14일에서 2008년 5월 22일간 교육, 안전, 환경 분야에 걸쳐 실시되었으며, 2차 조사는 2008년 6월 23일에서 2008년 7월 8일까지 보건, 가족 분야에 걸쳐 실시되었다(통계청, 2009). 조사방법은 전국 약 20,000 표본 가구의 만 15세 이상 상주 가구원을 대상으로 조사담당원이 조사대상 가구를 직접 방문하여 조사하며, 일부 자기기입식 조사를 병행하는 방식을 택하고 있다(통계청, 2009).

3. 연구도구

1) 인구사회학적 변수

인구사회학적 변수에는 지역(동, 읍·면), 주거형태(자가 및 전·월세), 세대구분, 성, 연령, 교육수준, 결혼상태(배우자있음, 사별·이혼), 분산가족여부, 경제활동 등의 변수가 포함되었다. 세대구분 변수의 경우는 1인 단독 가구와 1세대 이상 가구로 구분하였는데, 통계청의 세대 구분 집계방법에 의하면 1인 단독 가구는 가구주 혼자 거주하는 가구이고, 1세대 가구는 가구주와 배우자 혹은 미혼 형제·자매로 이루어진 가구를 의미한다. 따라서 1세대 이상 가구란 일반적으로 가구주, 배우자, 자녀 및 조부모 등이 함께 거주하는 가구가 될 수 있다. 분산가족 변수의 경우는 현재 직장, 학업 등의 이유로 타지역(해외포함)에서 거주하는 배우자나 미혼자녀가 있는지 여부로 측정되었다. 경제활동 변수는 지난 1주간 수입을 목적으로 1시간 이상 일을 한 경우나, 돈을 받지 않고 동일 가구 내 가족이 경영하는 사업체나 농장 등에서 18시간 이상 일을 한경우가 있는 경우로 측정되었다(표 1).

2) 신체적 건강 변수

신체적 건강 변수에는 암·만성질환 변수와 본인 건강상태 평가 변수가 이용되었다. 암·만성질환 변수는 현재 암·만성질환 유병 여부인 구분(이항)변수로 측정되었으며, 본인 건강상태 평가 변수는 본인의 주관적 건강상태 평가(Self-rated health)로서 5점 척도인 서열변수로 측정되었다(표 1).

3) 사회적 건강 변수

사회적 건강 변수에는 삶에 대한 주관적 만족감 변수, 가족관계 만족도 변수 그리고 스트레스 정도 변수가 각각 이용되었다. 삶에 대한 주관적 만족감 변수와 가족관계 만족도 변수는 5점 척도로, 스트레스 정도는 4점 척도로 각각 측정되었으며 모두 서열 변수이다(표 1).

4) 건강증진행위 변수

건강증진행위 변수에는 아침식사, 적정수면(6-8시간), 규칙적 운동, 정기검진, 흡연(현재 흡연) 및 음주(지난 1년간 한잔 이상 음주) 여부 등이 있으며 모두 구분(이항)변수로 측정되었다(표 1).

4. 자료분석

자료처리 및 분석은 SAS 9.1 통계패키지를 이용하였다. 분석내용으로는 먼저, 응답자의 인구사회학적 특성변수(지역, 주거형태, 세대구분, 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 분산가족여부, 경제활동), 신체적 건강 변수(주관적 건강상태 평가, 암·만성질환 여부), 사회적 건강 변수(삶에 대한 주관적 만족감, 가족관계 만족도, 스트레스 정도), 건강증진행위 변수(아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주)의 기술통계량을 산출하였다. 교차분석(Chi-Square test)을 통해 응답자의 인구사회학적 특성변수, 신체적 건강 변수, 사회적 건강 변수에 따른 각각의 건강증진행위 실천율의 차이를 분석하였고, 마지막으로 로지스틱 회귀분석(Logistic Regression Model)을 통해 인구사회학적 특성변수, 신체적 건강 변수, 사회적 건강 변수별 각각 건강증진행위 실천 오즈비(Odds Ratio, OR)를 구하였다.

<표 1> 연구에 사용된 주요 변수 정의

구분		변수명	변수정의	변수측정
일반적 특성	인구사회학적 변수	지역	현거주지	동:0, 읍면:1
		주거형태	현재 살고 있는 집의 종류	1:자기집, 2:전세, 3:보증부월세, 4:월세(사글세), 5:무상
		세대구분	가구수 구분	0:1인가구, 1:1세대이상가구
		성별	대상자의 성별	0:남성, 1:여성
		연령	대상자의 연령	1:65-69세, 2:70-74세, 3:75-79세, 4:80세이상
		교육수준	대상자의 교육수준	1:무학, 2:초등학교, 3:중학교, 4:고등학교, 5:대학이상
		결혼상태	대상자의 결혼상태	0:배우자있음, 1:사별·이혼
		분산가족여부	타지역에 살고 있는 배우자나 미혼자녀 유무	0:예, 1:아니오
		경제활동(지난1주)	지난 1주간 경제활동상태	0:예, 1:아니오
	신체적건강 변수	암 · 만성질환여부	현재 암질환이나 만성질환 치료여부	0:예, 1:아니오
		본인 건강상태 평가	전반적인 주관적 건강상태평가	서열(5점 척도)
	사회적건강 변수	삶에 대한 주관적 만족감	현재 삶에 대한 만족도	서열(5점 척도)
		가족관계 만족도	가족생활의 전반적 만족도	서열(4점 척도)
		스트레스	일상생활 스트레스 정도	서열(4점 척도)
건강 증진 행위	건강증진행위 변수	아침식사	규칙적 아침식사 섭취 여부	0:예, 1:아니오
		적정수면	6-8시간 이상 숙면 여부	0:예, 1:아니오
		규칙적운동	규칙적 운동 실천 여부	0:예, 1:아니오
		정기검진	정기적 건강검진 실천 여부	0:예, 1:아니오
		흡연여부	현재 흡연 여부	0:예, 1:아니오
		음주여부	현재 음주 여부	0:예, 1:아니오

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

총 연구대상자 6,207명에 대한 일반적 특성별 구성 비율을 살펴보면 <표 2>와 같다. 지역별로는 동에 거주하는 노인(60.93%)이 읍·면에 거주하는 노인(39.07%)보다 많았다. 주거형태별로는 자기집(81.89%)에 거주하는 노인이 가장 많았다. 세대구분별로는 1세대 이상 가구 노인(76.27%)이 1인 가구 노인(23.73%)보다 많았다. 성별로는 여자 노인(76.27%)이 남자 노인(23.73%)보다 많았고, 연령별로는 65-79세(36.81%), 70-74세(31.72%), 75-79세(17.83%), 80세 이상(13.63%)인 것으로 각각 나타났다. 교육수준별로는 초등학교(36.96%)가 가장 많았으며 다음으로는 무학(32%), 중학교(13.16%), 고등학교(11.76%), 대학이상(6.12%) 순이었다. 결혼상태별로는 배우자가 있는 노인(61.00%)이 사별하거나 이혼한 노인(39.0%)보다 많았다. 분산가족이 없는 노인(86.89%)이 있는 노인(13.11%) 보다 많았으며, 지난 1주간 경제활동을 하지 않은 노인(69.72%) 하는 노인(30.28%) 보다 많았다.

한편, 암이나 만성질환을 앓고 있지 않은 노인(55.84%)이 앓고 있는 노인(44.16%) 보다 많았고, 본인 건강상태 평가 질문에 대해서는 나쁜 편임(40.73%)과 보통(30.45%)이라고 응답한 노인이 가장 많았다. 삶에 대한 주관적 만족도는 매우 불만족 2.87%(178명), 약간불만족 15.10%(937명), 보통 40.71%(2,527명), 약간 만족 16.82%(1,044명), 매우 만

족 24.50%(1,521명)인 것으로 나타났다. 가족관계 만족도에 대해서는 보통(47.70%)과 약간 만족 (32.19%)이라고 응답한 노인이 가장 많았다. 스트레스 정도에 있어서는 느끼지 않거나(45.51%) 느끼는 편(37.23%)이라고 응답한 노인이 가장 많았다.

2. 연구대상자의 건강증진행위 실천율

연구대상자중 아침식사를 하는 노인은 95.30%였고, 적정수면(6-8시간)을 취하는 노인은 86.40%였다. 규칙적 운동을 하는 노인은 31.72%였으며, 정기적으로 건강검진을 실시하는 노인은 60.48%였다. 한편, 흡연을 하는 노인은 16.00%였고, 음주를 하는 노인은 38.30%인 것으로 나타났다(표 2).

<표 2> 연구대상자의 일반적 특성 및 건강증진행위 실천율

(N=6,207)

항목			N	%
인구사회학적 변수	지역	동	3,782	60.93
		읍·면	2,425	39.07
	주거형태	자기집	5,083	81.89
		전세	567	9.13
		보증부월세	282	4.54
		월세(사글세)	145	2.34
		무상	130	2.09
	세대구분	1인가구	1,473	23.73
		1세대이상가구	4,734	76.27
	성별	남	2,623	42.26
		여	3,584	57.74
	연령	65-69	2,285	36.81
		70-74	1,969	31.72
		75-79	1,107	17.83
		80 이상	846	13.63
	교육수준	무학	1,986	32.00
		초등학교	2,294	36.96
		중학교	817	13.16
		고등학교	730	11.76
		대학이상	380	6.12
	결혼상태	배우자있음	3,776	61.00
		사별·이혼	2,414	39.00
	분산가족여부	예	510	13.11
		아니오	3,379	86.89
	경제활동(지난1주)	예	1,881	30.28
		아니오	4,332	69.72

항목			N	%
신체적 건강 변수	암·만성질환	예	2,741	44.16
		아니오	3,466	55.84
	본인 건강상태 평가	매우 나쁨	566	9.12
		나쁜 편임	2,528	40.73
		보통	1,890	30.45
		좋은 편임	1,086	17.50
		매우 좋음	137	2.21
사회적 건강 변수	삶에 대한 주관적 만족감	매우 불만족	178	2.87
		약간 불만족	937	15.10
		보통	2,527	40.71
		약간 만족	1,044	16.82
		매우 만족	1,521	24.50
	가족관계 만족도	매우 불만족	63	1.02
		약간 불만족	252	4.07
		보통	2,953	47.70
		약간 만족	1,993	32.19
		매우 만족	930	15.02
	스트레스 정도	전혀 느끼지 않음	744	11.99
		느끼지 않음	2,825	45.51
		느끼는 편임	2,311	37.23
		매우 많이 느낌	327	5.27
건강증진행위 변수	아침식사	예	5,915	95.30
		아니오	292	4.70
	적정수면	예	5,363	86.40
		아니오	844	13.60
	규칙적운동	예	1,969	31.72
		아니오	4,238	68.28
	정기검진	예	3,754	60.48
		아니오	2,453	39.52
	흡연	예	993	16.00
		아니오	5,214	84.00
	음주	예	2,377	38.30
		아니오	3,830	61.70

3. 일반적 특성별 건강증진행위 실천 차이

연구대상자의 일반적 특성별 건강증진행위 실천 차이를 보면 <표 3>과 같다. 먼저, 인구사회학적 변수별로 각각의 건강증진행위 실천에 있어서 통계적으로 유의하게 차이가 있는 변수는 다음과 같다. 지역별로는 아침식사, 적정수면, 규칙적운동에 있어서 차이가 있었고, 주거형태별로는 아침

식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 음주에 있어서 차이가 있었다(p<0.05, p<0.01, p<0.001, p<0.0001). 세대 구분별로는 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주에 있어서 차이가 있었고, 성별로는 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주에 있어서 차이가 있었으며, 연령별로는 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주에 있어서 차이가 있었다(p<0.0001). 교육수준별로는 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주에 있어서 차이가 있었고, 결혼상태별로는 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주의 차이가 있었고, 분산가족 유무별로는 흡연에 있어서만 차이가 있었으며, 경제활동(지난1주)유무에 따라 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주에 있어서 모두 차이가 있었다(p<0.05, p<0.001, p<0.0001).

신체적 건강 변수별로 각각의 건강증진행위 실천에 있어서 통계적으로 유의하게 차이가 있는 변수는 다음과 같다. 본인이 판단하는 주관적 건강상태 정도에 따라 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주의 차이가 있었다. 한편, 암 및 만성질환 보유 유무에 따라서도 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주의 차이가 있는 것으로 나타났다(p<0.05, p<0.01, p<0.001, p<0.0001).

사회적 건강 변수별로 각각의 건강증진행위 실천에 있어서 통계적으로 유의하게 차이가 있는 변수는 다음과 같다. 삶에 대에 주관적으로 느끼는 만족감 정도에 따라 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주에 있어서 차이가 있었으며, 가족관계 만족도에 따라 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연의 차이가 있었고, 스트레스 정도에 따라서도 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진의 차이가 있었다(p<0.05, p<0.001, p<0.0001).

4. 건강증진행위 실천 오즈비(Odds ratio)

연구대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 실천 오즈비(Odds ratio)를 살펴보면 <표 4>와 같다. 동에 살고 있는 노인이 읍·면에 살고 있는 노인 보다 아침식사(0.71배), 적정수면(0.73배)은 더 적게 하나 규칙적 운동(2.58배)은 더 많이 하고, 자기집에 살고 있는 노인이 전세나 월세 등에 살고 있는 노인보다 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 음주를 더 많이 하며, 1인 단독 가구 노인이 1세대 이상 가구에 살고 있는 노인 보다 아침식사(0.37배), 적정수면(0.57배), 규칙적 운동(0.76배), 정기검진(0.71배), 흡연(0.56)배, 음주(0.60배)를 더 적게 하는 것으로 나타났다(p<0.05, p<0.001, p<0.0001).

성별로는 남자가 여자보다 적정수면(1.51배), 규칙적 운동(1.60배), 정기검진(1.35배), 흡연(11.43배), 음주(4.67배)를 더 많이 하고, 연령별로는 나이가 상대적으로 적은 노인이, 그리고 교육수준별로는 학력이 높은 노인이 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하였다(p<0.0001). 배우자가 있는 노인이 사별이나 이혼한 노인보다 아침식사(2.40배), 적정수면(1.57배), 규칙적 운동(1.55배), 정기검진(1.76배), 흡연(2.53배), 음주(2.06배)를 더 많이 하고, 분산가족인 노인이 그렇지 않은 노인보다 흡연(1.48배)을 더 많이 하며, 경제활동을 하고 있는 노인이 그렇지 않은 노인보다 아침식사(1.37배), 적정수면(1.66배), 정기검진(1.40배), 흡연(1.78배), 음주(2.03배)를 더 많이 하나 규칙적 운동(0.66배)은 더 적게 하는 것으로 나타났다(p<0.001, p<0.0001).

한편, 본인 스스로 건강하다고 판단하는 노인은 그렇지 않다고 판단하는 노인보다 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하는 것으로 나타났고, 암이나 만성질환이 있는 노인이 없는 노인보다 아침식사(0.65배), 적정수면(0.67배), 규칙적 운동(0.85배), 흡연(0.61배), 음주(0.56배)는 더 적게 하나, 정기검진(1.55배)은 더 많이 하는 것으로 나타났다(p<0.001, p<0.0001).

또한, 삶에 대한 주관적 만족감이 높을수록 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 음주는 더 많이 하나 흡연은 더 적게 하는 것으로 나타났고, 가족관계 만족도가 높을수록 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진은 더 많이 하지만 흡연은 더 적게 하는 것으로 나타났으며, 스트레스가 심할수록 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진은 더 적게 하나 음주는 더 많이 하는 것으로 나타났다(p<0.05, p<0.001, p<0.0001).

<표 3> 일반적 특성에 따른 건강증진행위 실천 차이

항목			아침식사			적정수면			규칙적운동			정기건강검진			흡연			음주		
			Yes	No	X^2	Yes	No	X^2	Yes	No	X^2	Yes	No	X^2	Yes	No	X^2	Yes	No	X^2
인구사회학적 변수	지역	동	94.71	5.29		84.98	15.02		39.24	60.76		61.03	38.97		15.31	84.69		38.71	61.29	
		읍·면	96.21	3.79	7.36**	88.62	11.38	16.64†	20.00	80.00	252.49†	59.63	40.37	1.21	17.07	82.93	3.42	37.65	62.35	0.70
		계	95.30	4.70		86.40	13.60		31.72	45.78		60.48	39.52		16.00	84.00		38.30	61.70	
	주거형태	자기집	95.97	4.03		87.74	12.26		31.93	68.07		62.29	37.71		16.15	83.85		39.01	60.99	
		전세	95.06	4.94		82.54	17.46		34.57	65.43		55.26	43.74		14.81	85.19		38.45	61.55	
		보증부월세	89.01	10.99	61.12†	77.30	22.70	54.82†	29.08	70.92	12.51*	46.45	53.55	47.44†	14.54	85.46	1.38	35.82	64.18	16.12**
		월세(사글세)	85.52	14.48		73.79	26.21		20.00	80.00		47.59	52.41		17.24	82.76		28.28	71.72	
		무상	94.62	5.38		84.62	15.38		30.00	70.00		53.08	46.92		16.92	83.08		26.15	73.85	
		계	95.30	4.70		86.40	13.60		31.72	68.28		60.48	39.52		16.00	84.00		38.30	61.70	
	세대구분	1인가구	91.17	8.83		80.92	19.08		27.22	72.78		54.11	45.89		10.52	89.48		29.33	70.67	
		1세대이상가구	96.58	3.42	73.17†	88.11	11.89	49.35†	33.12	66.88	18.05†	62.46	37.54	32.82†	17.70	82.30	43.08†	41.09	58.91	65.73†
		계	95.30	4.70		86.40	13.60		79.63	74.71		60.48	39.52		16.00	84.00		38.30	61.70	
	성별	남	95.65	4.35		89.10	10.90		37.67	62.33		64.62	35.38		32.37	67.63		58.71	41.29	
		여	95.03	4.97	1.30	84.43	15.57	28.06†	27.37	72.63	74.12†	57.45	42.55	32.58†	4.02	95.98	905.78†	23.35	76.65	801.28†
		계	95.30	4.70		86.40	13.60		31.72	68.28		60.48	39.52		16.00	84.00		38.30	61.70	
	연령	65-69	95.05	4.95		87.00	13.00		35.54	64.46		63.33	36.67		18.69	81.31		44.90	55.10	
		70-74	95.63	4.37		86.90	13.10		33.16	66.84		64.45	35.55		16.05	83.85		38.04	61.96	
		75-79	94.67	5.33	2.65	84.19	15.81	5.73	28.18	71.82	55.46†	57.63	42.37	86.13†	14.36	85.64	31.80†	34.78	65.22	105.30†
		80 이상	95.98	4.02		85.52	13.48		22.70	15.43		47.28	52.72		10.76	89.24		25.65	74.35	
		계	95.30	4.70		86.40	13.60		31.72	68.28		60.48	39.52		16.00	84.00		38.30	61.70	
	교육수준	무학	94.61	5.39		84.44	15.56		17.72	82.28		50.05	49.95		12.13	87.87		28.65	71.35	
		초등학교	96.25	3.75		87.14	12.86		29.42	70.58		60.94	39.06		15.30	84.70		36.75	63.25	
		중학교	94.98	5.02	7.59	87.03	12.97	10.08*	41.25	58.75	509.28†	65.85	34.15	193.67†	20.32	79.68	56.34†	46.88	53.12	209.42†
		고등학교	94.79	5.21		88.08	11.92		49.59	50.41		71.78	28.22		21.10	78.90		49.18	50.82	
		대학이상	94.74	5.26		87.63	12.37		63.95	36.05		78.95	21.05		21.32	78.68		58.68	41.32	
		계	95.30	4.70		86.40	13.60		31.72	68.28		60.48	39.52		16.00	84.00		38.30	61.70	
	결혼상태	배우자있음	96.90	3.10		88.53	11.47		35.38	64.52		65.86	34.14		20.31	79.69		44.73	55.27	
		사별·이혼	92.87	7.13	53.64†	83.06	16.94	37.57†	26.06	73.94	59.10†	52.32	47.68	113.11†	9.15	90.85	136.67†	28.25	71.75	169.20†
		계	95.33	4.67		86.40	13.60		31.74	68.26		60.58	39.42		15.96	84.04		38.30	61.70	
	분산가족여부	예	95.29	4.71		87.45	12.55		30.20	69.80		63.73	36.27		27.84	72.16		50.00	50.00	
		아니오	94.34	5.66	0.77	85.51	14.49	1.37	33.28	66.72	1.91	60.46	39.54	1.98	20.69	79.31	13.38***	45.58	54.42	3.48

항목			아침식사			적정수면			규칙적운동			정기건강검진			흡연			음주		
			Yes	No	X^2	Yes	No	X^2	Yes	No	X^2	Yes	No	X^2	Yes	No	X^2	Yes	No	X^2
		계	94.46	5.54		85.76	14.24		32.88	67.12		60.89	39.11		21.63	78.37		46.16	53.84	
	경제활동(지난1주)	예	96.22	3.78		90.21	9.79		25.60	74.40		66.05	33.95		21.77	78.23		50.19	49.81	
		아니오	94.89	5.11	5.15*	84.75	15.25	33.21†	34.38	65.62	46.65†	58.06	41.94	34.92†	13.49	86.51	66.73†	33.13	66.87	161.24†
		계	95.30	4.70		86.40	13.60		31.72	68.28		60.48	39.52		16.00	84.00		38.30	61.70	
신체적 건강 변수	본인 건강상태 평가	매우 나쁨	89.93	10.07		71.20	28.80		16.78	83.22		56.89	43.11		14.49	85.51		20.85	79.15	
		나쁜 편임	93.91	6.09		83.11	16.89		24.09	75.91		58.19	41.81		13.81	86.19		31.37	68.63	
		보통	96.83	3.17	83.86†	91.32	8.68	214.18†	34.92	65.08	323.04†	59.74	40.26	39.53†	17.51	82.49	20.84***	46.03	53.97	231.46†
		좋은 편임	98.62	1.38		92.73	7.27		47.97	52.03		68.60	31.40		18.88	81.12		47.88	52.12	
		매우 좋음	95.62	4.38		91.97	8.03		61.31	38.69		68.50	36.50		18.98	81.02		55.47	44.53	
		계	95.30	4.70		86.40	13.60		31.72	68.28		60.48	39.52		16.00	84.00		38.30	61.70	
	암·만성질환	예	94.20	5.80		83.80	16.20		29.77	70.23		66.29	33.71		12.37	87.63		30.79	69.21	
		아니오	96.16	3.84	13.16***	88.46	11.54	28.26†	33.27	66.73	8.64**	55.89	44.11	69.31†	18.87	81.13	48.14†	44.23	55.77	116.97†
		계	95.30	4.70		86.40	13.60		31.72	68.28		60.48	39.52		16.00	53.93		38.30	61.70	
사회적 건강 변수	삶에 대한 주관적 만족감	매우 불만족	85.39	14.61		75.28	24.72		15.17	84.83		42.13	57.87		20.79	79.21		29.21	70.79	
		약간 불만족	93.49	6.51		79.08	20.92		19.64	80.36		51.97	48.03		17.50	82.50		38.21	61.79	
		보통	96.52	3.48	60.02†	87.73	12.27	83.60†	31.38	68.62	139.13†	59.32	40.68	87.62†	17.45	82.55	20.88***	40.64	59.36	33.11†
		약간 만족	96.65	3.35		90.90	9.10		41.48	58.52		65.80	34.20		14.94	85.06		41.57	58.43	
		매우 만족	94.61	5.39		86.92	13.08		34.98	65.02		66.14	33.86		12.82	87.18		33.27	66.73	
		계	95.30	4.70		86.40	13.60		31.72	68.28		60.48	39.52		16.00	84.00		38.30	61.70	
	가족관계 만족도	매우 불만족	82.54	17.46		71.43	28.57		19.05	80.95		30.16	69.84		19.05	80.95		34.92	65.08	
		약간 불만족	86.11	13.89		79.37	20.63		19.05	80.95		44.44	55.56		18.65	81.35		40.48	59.52	
		보통	95.80	4.20	74.63†	85.40	14.60	36.74†	27.50	72.50	101.29†	55.37	44.63	152.92†	17.41	82.59	13.06*	39.72	60.28	6.14
		약간 만족	90.94	4.06		88.91	11.09		35.67	64.33		66.78	33.22		14.05	85.95		37.23	62.77	
		매우 만족	95.81	4.19		87.42	12.58		41.29	58.71		70.11	29.89		14.62	85.38		36.13	63.87	
		계	95.32	4.68		88.45	13.95		31.77	68.23		60.56	39.44		15.97	84.03		38.36	61.64	
	스트레스 정도	전혀 느끼지 않음	95.43	4.57		89.25	10.75		41.67	58.33		64.78	35.22		15.86	84.14		35.35	64.65	
		느끼지 않음	97.03	2.97		90.90	9.10		33.98	66.02		62.23	37.77		15.26	84.74		38.05	61.95	
		느끼는 편임	94.16	5.84	63.62†	81.87	18.13	143.58†	27.82	72.18	89.02†	58.11	41.89	23.97†	16.66	83.34	2.94	39.90	60.10	6.18
		매우 많이 느낌	88.07	11.93		73.09	26.91		17.13	82.87		52.29	47.71		18.04	81.96		35.78	64.22	
		계	95.30	4.70		86.40	13.60		31.72	68.28		60.48	39.52		16.00	84.00		38.30	61.70	

† P<0.0001, *** P<0.001, ** P<0.01, * P<0.05

<표 4> 일반적 특성에 따른 건강증진행위 실천 오즈비

항목			아침식사		적정수면		규칙적운동		정기검진		흡연		음주	
			OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
인구사회학적 변수	지역	동	0.71***	0.55-0.91	0.73†	0.62-0.85	2.58†	2.29-2.91	1.06	0.96-1.18	0.88	0.77-1.01	1.05	0.94-1.16
		읍·면	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
	주거형태	자기집	1.35†	0.62-2.94	1.30†	0.80-2.11	1.10*	0.75-1.60	1.46	1.03-2.07	0.95	0.59-1.51	1.81***	1.22-2.68
		전세	1.10**	0.47-2.60	0.86	0.51-1.45	1.23**	0.82-1.86	1.14†	0.78-1.67	0.85	0.51-1.43	1.76*	1.15-2.70
		보증부월세	0.46***	0.20-1.08	0.62*	0.36-1.08	0.96	0.61-1.51	0.77**	0.51-1.16	0.84	0.47-1.47	1.58	0.99-2.50
		월세(사글세)	0.34***	0.14-0.82	0.51**	0.28-0.94	0.58**	0.34-1.02	0.80	0.50-1.29	1.02	0.55-1.92	1.11	0.65-1.90
		무상	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
	세대구분	1인가구	0.37†	0.29-0.46	0.57†	0.49-0.67	0.76†	0.66-0.86	0.71†	0.63-0.80	0.56†	0.46-0.66	0.60†	0.52-0.68
		1세대이상	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
	성별	남	1.15	0.90-1.46	1.51†	1.29-1.75	1.60†	1.44-1.79	1.35†	1.22-1.50	11.43†	9.50-13.77	4.67†	4.18-5.21
		여	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
	연령	65-69	0.81	0.54-1.19	1.04	0.83-1.32	1.88†	1.56-2.25	1.93†	1.64-2.26	1.91†	1.50-2.43	2.36†	1.98-2.81
		70-74	0.92	0.61-1.38	1.03	0.82-1.31	1.69***	1.40-2.04	2.02†	1.72-2.38	1.59	1.24-2.03	1.78*	1.49-2.13
		75-79	0.74	0.48-1.15	0.83*	0.64-1.07	1.34	1.09-1.64	1.52	1.27-1.82	1.39	1.06-1.83	1.55	1.27-1.88
		80 이상	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
	교육수준	무학	0.98	0.60-1.59	0.77	0.55-1.06	0.12†	0.10-0.15	0.27†	0.21-0.35	0.51†	0.39-0.68	0.28†	0.23-0.36
		초등학교	1.43*	0.87-2.35	0.96	0.69-1.33	0.24†	0.19-0.30	0.42†	0.32-0.54	0.67**	0.51-0.87	0.41†	0.33-0.51
		중학교	1.05	0.61-1.82	0.95	0.66-1.37	0.40	0.31-0.51	0.51	0.39-0.68	0.94*	0.70-1.27	0.62*	0.49-0.80
		고등학교	1.01	0.58-1.76	1.04	0.71-1.52	0.56†	0.43-0.72	0.68***	0.51-0.91	0.99**	0.73-1.34	0.68***	0.53-0.88
		대학이상	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
	결혼상태	배우자있음	2.40†	1.89-3.05	1.57†	1.36-1.82	1.55†	1.39-1.74	1.76†	1.58-1.95	2.53†	2.16-2.97	2.06†	1.84-2.29
		사별·이혼	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
	분산가족	예	1.22	0.79-1.88	1.18	0.89-1.56	0.87	0.71-1.06	1.15	0.95-1.39	1.48***	1.20-1.83	1.19	0.99-1.44
		아니오	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
	경제활동 (지난1주)	예	1.37†	1.04-1.80	1.66†	1.39-1.97	0.66†	0.58-0.74	1.40†	1.25-1.57	1.78†	1.55-2.05	2.03†	1.82-2.27
		아니오	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	

항목			아침식사		적정수면		규칙적운동		정기검진		흡연		음주	
			OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
신체적 건강 변수	본인 건강상태 평가	매우 나쁨	0.41†	0.17-0.97	0.22†	0.11-0.41	0.13†	0.09-0.19	0.76*	0.52-1.12	0.72	0.44-1.18	0.21†	0.14-0.31
		나쁜 편임	0.71**	0.31-1.63	0.43†	0.23-0.80	0.20†	0.14-0.29	0.80*	0.56-1.14	0.68**	0.44-1.06	0.37†	0.26-0.52
		보통	1.40	0.59-3.29	0.92†	0.49-1.74	0.34	0.24-0.48	0.85	0.60-1.22	0.91	0.58-1.41	0.69†	0.48-0.97
		좋은 편임	3.27†	1.25-8.58	1.11†	0.58-2.15	0.58†	0.40-0.84	1.26†	0.87-1.82	0.99	0.63-1.56	0.74†	0.52-1.05
		매우 좋음	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
	암·만성질환	예	0.65†	0.51-0.82	0.67†	0.58-078	0.85**	0.76-0.95	1.55†	1.40-1.72	0.61†	0.53-0.70	0.56†	0.51-0.62
		아니오	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	0.06
사회적 건강 변수	삶에 대한 주관적 만족감	매우 불만족	0.33†	0.21-0.53	0.46†	0.32-0.67	0.33†	0.22-0.51	0.37†	0.27-0.51	1.79	1.21-2.64	0.83*	0.59-1.16
		약간 불만족	0.82	0.58-1.15	0.57†	0.46-0.71	0.45†	0.38-0.55	0.55***	0.47-0.65	1.44	1.15-1.81	1.24	1.05-1.47
		보통	1.58†	1.61-2.15	1.08***	0.89-1.30	0.85**	0.74-0.97	0.65	0.65-0.85	1.44	1.20-1.72	1.37***	1.20-1.57
		약간 만족	1.64***	1.10-2.46	1.50†	1.16-1.95	1.32†	1.12-1.55	0.99†	0.83-1.16	1.19	0.95-1.50	1.43***	1.21-1.68
		매우 만족	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
	가족관계 만족도	매우 불만족	0.21***	0.10-0.43	0.36**	0.20-0.64	0.34	0.18-0.64	0.18†	0.11-0.32	1.37	0.71-2.64	0.95	0.56-1.62
		약간 불만족	0.27†	0.17-0.44	0.55	0.39-0.79	0.34†	0.24-0.47	0.34***	0.26-0.45	1.34	0.93-1.93	1.20	0.90-1.60
		보통	0.10†	0.69-1.44	0.84	0.68-1.05	0.54	0.46-0.63	0.53	0.45-0.62	1.23	1.00-1.51	1.17	1.00-1.36
		약간 만족	1.03†	0.70-1.53	1.15**	0.91-1.47	0.79†	0.67-0.93	0.86†	0.72-1.02	0.95*	0.77-1.19	1.05	0.89-1.23
		매우 만족	1.00		1.00	1.00	1.00		1.00		1.00		1.00	
	스트레스 정도	전혀 느끼지 않음	2.83	1.75-4.57	3.06†	2.18-4.28	3.46†	2.50-4.77	1.68***	1.29-2.19	0.86	0.61-1.21	0.98	0.75-1.29
		느끼지 않음	4.42†	2.97-6.58	3.68†	2.79-4.85	2.49†	1.85-3.36	1.50*	1.19-1.89	0.82	0.61-1.10	1.10	0.87-1.40
		느끼는 편임	2.18	1.50-3.18	1.66***	1.27-2.17	1.87	1.38-2.52	1.27	1.00-1.60	0.91	0.67-1.23	1.19	0.94-1.52
		매우 많이 느낌	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	

† P<0.0001, *** P<0.001, ** P<0.01, * P<0.05

주: 각각의 독립변수(인구사회학적, 신체적건강, 사회적건강 변수)별 건강증진행위 실천 오즈비는 나머지 다른 독립변수들의 통제 없이 분석된 결과임.

Ⅳ. 논의

노인을 위한 제도의 개발 및 본격적인 보건의료 서비스 제공에 앞서, 노인의 건강행위 실천실태와 건강상태에 대한 정확한 실태파악과, 건강위험 습관을 개선하여 건강한 생활양식을 습득하고 실천하게끔 하는 프로그램의 시행이 절실히 요구되는 시점이다(김정아와 정승교, 1997; 정재임과 금명희, 2002).

선진국에서는 이미 오래전부터 이러한 노력을 경주해왔다. 일례로, 일본은 2006년 고령자를 위한 의료서비스 보장법(Health Service Security for the Elderly Act)을 제정하고, 공적 건강보험 시스템을 통한 만성질환 예방프로그램을 2008년까지 실시하도록 의무화하였다(Kobayashi, 2008). 미국은 Centers for Medicare and Medicaid Services(CMS)를 통해 1999년 이후 총 22개 주에서 약 30만명의 노인 가입자들을 대상으로 35가지의 만성질환관리 프로그램을 실시하고 있다(David M. Bott et al., 2009). 영국과 호주에서도 지역사회의 만성질환자 및 노인들을 대상으로 일반의(GP)와 지역스포츠센터가 연계하여 운동의뢰사업(Exercise Referral Scheme)을 실시하고 있다(NHS, 2001; Sutherland Division of General Practice Inc., 2007). 이 모든 사업들이 바로 노인의 나쁜 생활습관을 수정하여 만성질환을 줄이려는 시도들의 일환이다. 우리나라에서도 이미 오래전부터 보건소를 중심으로 건강증진사업을 수행하여왔고, 최근 건강관리서비스 산업이 그 어느 때 보다도 주목을 받고 있는 상황이지만 그 노력과 결실은 아직 미흡한 실정이며, 노인의 건강문제 해결 및 건강증진을 위해서 다양한 서비스를 개발·제공하려는 노력들을 기울여야 한다(이석구와 전소연, 2006). 이러한 배경 하에, 본 연구는 우리나라 노인의 건강증진행위 실천율의 차이와 그 관련요인을 분석하여 향후 우리나라 노인의 건강증진서비스 프로그램 개발 및 발전에 필요한 근거자료를 구축하고자 시도되었다.

연구결과, 우리나라 노인의 아침식사 섭취율은 95.30%로 비교적 높았으며, Schlenker(1998)가 미국 노인(65-74세)을 대상으로 연구한 결과인 92%(남)와 96%(여)와 유사하게 나왔다. 적정수면 실천율도 86.40%로서 선행연구보다 비교적 높았다. 김옥수와 양숙자(2007)의 연구에서는 수면장애가 심각하다고 느끼는 응답자가 26.2%, 수면에 대해 불만족스럽다고 느끼는 응답자는 23.8%이었다. 한편, 김은하와 이지원(2009)의 연구에서도 수면의 질저하를 경험하는 노인은 34.1%이었고, 하루에 평균 6.43시간동안 수면을 취하였다. 정기검진율은 60.48%였다. 제천시 노인 200명을 대상으로 한 연구에서는 남자노인 43.7%, 여자노인 48.19%가 정기적 건강검진을 받고 있는 것으로 나타난바 있다(김정아와 정승교, 1997). 규칙적 운동 실천율은 31.72%였다. 이는 우리나라 노인의 운동참여율이 8.65%에 불과하며 운동부족으로 인해 성공적인 노년을 맞이하는데 장애가 된다(통계청, 2000)는 연구결과보다 높게 나왔다. 흡연율은 16.40%였다. 정효지 등(1999)의 연구에 의하면 일일 1개피 이상을 피우는 흡연자는 전체노인의 26.2%였으며, 10개피 이상을 피우는 사람은 10.1%를 차지한 것으로 나타났다. 2004년 한국보건사회연구원의 조사에 의하면 현재 흡연을 하고 있는 노인은 전체의 17.6%를 차지한다고 보고한바 있다. 음주율은 38.30%로 나타났다. 과거 국내 노인의 음주실태 연구를 살펴보면, 노인 음주율은 1998년 40.2%에서 2001년 42.2%로 증가하였고(한국보건사회연구원, 1999; 2002), 2004년 한국보건사회연구원의 조사에 의하면 현재 술을 마신다는 노인이 34.4%인 것으로 조사된바 있다.

일반적 특성별 건강증진행위 차이 및 관련 요인을 살펴보면, 읍·면에 살고 있는 노인이 동에 살고 있는 노인보다 아침식사, 적정수면은 더 많이 하는 반면, 규칙적 운동은 더 적게 하는 것으로 분석되었으나, 정기검진, 흡연, 음주에 있어서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 이 같은 결과는 도시보다 농촌에서는 소음과 공해에서 벗어나 쾌적한 자연환경을 누릴 수 있어 편안한 수면을 취할 수 있고, 바쁜 일상생활에서 벗어나 안정된 생활을 영위할 수 있어 아침식사를 규칙적으로 할 기회가 많은 이유라 사료된다. 도시 노인이 농촌 노인보다 규칙적 운동을 더 많이 하는 것으로 분석된 데에는 농촌의 노인은 젊은층이 없는 가운데 농업에만 매진해야만 하는 반면 도시의 노인은 상대적으로 여가 시간이 충분한 이유 때문 이라 판단된다. 서인선(2000)에 의하면 도시의 노인에 비해 농촌 노인은 건강상담, 영양 및 식생활 관리, 흡연 및 음주 절제 등의 노력을 많이 하는 반면, 도시의 노인은 농촌 노인보다 운동 및 사회활동, 일상생활 관리 등의 노력을 더욱 많이 하는 것으로 연구된바 있다. 같은 노년기의 문제를 경험한다 할지라도 지역에 따라 노인들의 지각하는 삶의 조건과 욕구는 다를 수 있으므로(윤명숙, 2007), 향후 관련정책 수립에도 이

같은 문제를 반영해야만 한다.

자기집에 살고 있는 노인은 전세나 월세에 살고 있는 노인보다 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 음주를 더 많이 하는 것으로 분석되었으나, 흡연에 있어서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 손덕옥과 박춘화(2002)의 연구에서도 주거상태가 자가인 노인이 전세나 월세인 노인에 비해 건강증진 생활양식이 높은 것으로 나타난바 있다. 일반적으로, 주거형태와 소득과는 정의상관계에 있다. 그러므로, 저소득층 노인이 고소득층 노인에 비해 건강증진 행위를 적게 한다(Brady and Nies, 1999)라는 기존 연구결과와도 일치한다고 볼 수 있다.

1인 가구 노인의 경우가 1세대 이상 가구에 살고 있는 노인 보다 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주 모두를 더 적게 하는 것으로 나타났다. 이 같은 결과는 노인 단독 거주 집단은 자녀와 동거하는 집단에 비해 건강관리 노력을 유의하게 적게 하며(서인선, 2000), 동거가족수에 따른 건강증진행위 수행정도의 차이는 가족의 크기가 성인의 건강증진 행위를 의미 있게 설명해준다(Christiansen, 1981)라는 연구결과와도 일치한다. 2005년도 통계청 자료에 의하면 우리나라 전체 노인인구 중 독거노인의 비율은 18%를 차지한다. 독거노인의 경우 노화에 따라 흔히 나타나는 고독, 빈곤, 질병의 문제를 지원할 수 있는 인적 자원이 턱없이 부족하며, 독거노인들이 경험하는 역할상실 및 사회적 소외감 등이 잘못 된 음주 형태와 같은 부정적인 결과로 표출되는 사례가 많기 때문에 사회적 관심이 많이 필요하다(심문숙, 2008). 한편, 우리나라 독거노인의 80%이상이 여성노인이며(통계청, 2005), 여성노인 5명중 1명은 혼자 노후생활을 하고 있다. 대한지역사회영양학회(2006) 발표에 의하면 여성 독거노인의 1일 알코올 섭취량(7.6g)은 비독거노인(0.9g)에 비해 8.4배에 이르는 것으로 나타났다. 남자노인들은 음주중단과 치료를 적극적으로 권유받는 반면 여성노인은 싸늘한 시선속에 방치되어 치료의 기회를 놓치는 경우가 대부분이다(심문숙, 2008). 또한, 이웃과 고립된 사람들이나 가족, 단체, 친구 등 친밀한 사회집단이 없는 사람들의 질병발생 빈도가 그렇지 않은 사람들보다 더 높으며(Kaplan, 1977), 독거노인임에도 불구하고 사회활동에 참여하고 종교를 갖고 있는 경우가 그렇지 않은 경우보다 건강증진 행위가 높으므로(최연희, 2004) 이들에 대한 종교와 사회참여 기회 또한 확대해야 한다.

성별로는 남자가 여자보다 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하는 것으로 나타났으며 아침식사에 대해서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이는 노인의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구에서 남자가 여자보다 건강증진행위를 더 잘 수행하며(표지숙, 1991; 김효정, 1996; 서인선, 2000; 김남진, 2000), 대전광역시 노인 244명을 대상으로 한 연구의 남자노인이 여자노인보다 규칙적 운동을 더 많이 수행한다(이동배, 2001)고 발표한 연구와는 일치하였으나, 여자가 남자보다 건강증진생활양식을 더 잘 수행하고(손덕옥과 박춘화, 2002), 남자노인이 여자노인보다 수면이 부족하며(김정아와 정승교, 1997), 아침식사 섭취율이 높고(Schlenker, 1998), 정기 건강검진 수진률은 낮다(김정아와 정승교, 1997)는 연구와는 일치하지 않았다. 한편, 제천시 노인 200명을 대상으로한 연구에서도 남자노인 67.6%, 여자노인 26.9%가 흡연을 하고 있었으며(김정아와 정승교, 1997), 대구지역 노인 244명을 대상으로한 연구에서도 남자의 흡연율이 48.9%, 여자의 흡연율은 12.0%(이동배, 2001)인 것으로 미루어 볼 때 남녀간 흡연율 차이가 있다는 본 연구 결과와 일치하였다. 또한, 부산지역 노인정과 노인대학을 다니는 노인을 대상으로 한 연구에서도 흡연, 음주, 규칙적 운동에 있어서 남녀 간에 유의한 차이가 있었다(정주애 외, 1995).

연령별로는 나이가 상대적으로 적은 노인이 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하는 것으로 나타났으나, 아침식사에서는 유의하게 차이가 없었다. 기존 연구에 의하면, 65-69세 연령군이 70세 이상의 연령군에 비해 건강증진행위가 유의하게 높았으며(최연희, 2004; 김효정 외, 2001), 노인의 연령이 적을수록 건강증진행위를 더 잘 수행한다고 보고한 연구결과(표지숙, 1991; 김효정, 1996; 김남진, 2000; 김춘길 외, 2002; 구미옥, 2006)와도 일치하였다. 이는 연령이 낮은 노인은 상대적으로 연령이 높은 노인보다 신체적 기동성이나 경제적 형편이 양호하여 건강에 대한 성취목표가 높기 때문으로 사료된다(김효정 외, 2001). 한편, 연령이 증가할수록 아침식사 섭취율이 유의하게 증가하는 것으로도 보고된바 있으나(Chang, 1997; Haines et al., 1996) 본 연구결과와는 일치하지 않았다.

학력이 높은 노인이 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하였으나 아침식사와 적정수면에 있어서는 유의한 차이가 없었다. 이는 사회경제적 상태와 학력이 높을

수록 건강한 생활양식을 이행(Brown & McCreddy, 1986; Muhlenkamp et al., 1985; Pender et al., 1990; Walker et al., 1988)한다는 연구결과와, 교육수준이 높을수록 건강증진을 많이 수행(Duffy, 1988; 표지숙, 1991; 김효정, 1996; 김남진, 2000; 최은영, 2003; 김춘길, 2002, 구미옥, 2006)한다는 연구결과와도 일치하였다. 이와 같은 원인은 교육수준이 높은 군이 그렇지 않은 군에 비해 건강증진 행위를 할 수 있는 사회 경제적 여건이 좋기 때문이라고 판단된다(김효정 외, 2001). 그렇지만, 학력이 높은 노인 일수록 흡연 및 음주를 더 많이 하는 이유는 일반적으로 학력과 소득수준은 정의 상관관계에 있으므로, 소득수준이 높은 노인일수록 흡연 및 음주를 할 수 있는 경제적 여건이 더 좋기 때문일 수 있으나, 이에 대한 정확한 원인을 규명하기 위해서는 사후연구가 필요하다 하겠다.

배우자가 있는 노인이 사별이나 이혼한 노인보다 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 모두 더 많이 하고 있는 것으로 나타났으며, 분산가족인 노인이 그렇지 않은 노인보다 흡연을 더 많이 하였다. 이는 부부가 동거하고 자택에 살고 있는 경우에 건강증진 행위를 더 많이 하고(최은영, 2003), 자녀와 함께 거주하거나 부부만이 사는 집단이 다른 집단에 비해 운동에 참여하는 경우가 많고(김남진, 2000), 배우자가 있는 노인이 사별한 노인보다 건강증진행위를 더 잘 수행한다(구미옥, 2006)라는 연구 결과와 일치하였다. 한편, 배우자가 생존해 있는 경우가 문제 음주 또는 알코올 중독자가 더 많았다(신승철 외, 1990; 박지영, 1998; 정찬승, 2005)라는 연구결과도 본 연구와 일치하였으나, 기혼노인에 비해 독신, 사별, 이혼 등으로 혼자 사는 노인의 경우 문제 음주자가 더 많았다는(남궁기 외, 1989; Schuckit and Miller, 1977; Brennan and Moss, 1990, Byrne et al., 1999) 연구결과와 일치하지 않았다.

지난 1주간 경제활동을 하고 있는 노인이 그렇지 않은 노인보다 아침식사, 적정수면, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하나, 규칙적 운동은 더 적게 하는 것으로 나타났다. 사회경제적 상태가 높을수록 건강행위를 많이 하며(Wilson & Elinson, 1981), 저소득층 노인이 고소득층 노인에 비해 건강증진 행위를 적게 한다(Brady and Nies, 1999)는 선행연구가 있다. 또한, 월평균 용돈이 많은 노인이 적은 노인보다 건강증진행위를 더 잘 수행(표지숙, 1991; 김성혜, 1993; 김남진, 2000; 구미옥, 2006)한다는 연구결과도 있다. 그러나 노인의 경제활동에는 생계유지의 이유가 있을 수 있으므로 경제활동을 한다고 해서 소득수준이 높아 건강증진행위를 더 많이 한다고 가정하는 데는 어느 정도 한계가 있다. 그렇지만 일반적으로 경제활동을 하게 되면 용돈을 벌수 있는 확률이 그렇지 않은 노인에 비해 높고 사회활동 참여 기회 또한 높기 때문에 여러 건강증진 프로그램에 참여할 수 있는 기회도 많아져 건강증진 행위 수행정도가 더 높아질 수 있다(김효정 외, 2001). 한편, 경제활동을 하는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 흡연 및 음주를 더 많이 하는 이유도 학력의 예에서 살펴본 바와 같이 경제활동을 하는 노인이 그렇지 않은 노인보다 흡연 및 음주에 대한 경제적 접근성이 더 높기 때문이라고 예측되나 이 또한 후속연구가 필요하겠다.

본인이 건강하다고 생각하는 노인이 그렇지 않다고 생각하는 노인보다 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하는 것으로 나타났다. 이같은 결과는 규칙적으로 운동하는 노인은 그렇지 않은 노인에 비해 주관적인 건강상태를 좋게 평가하며(김옥수와 양숙자, 2007), 운동을 하지 않는 사람은 상대적으로 건강상태를 낮게 평가하고(Segovia, 1989), 노인 스스로 신체 및 정신이 건강하다고 생각하는 사람일수록 음주에 대해 관대하며 신체질환에 부정적 영향을 미칠 수 있다는 인식이 낮다(Graham and Schmidt, 1999)는 선행 연구결과와 일치하였다. 그러나, 흡연자는 상대적으로 건강상태를 낮게 평가한다(Segovia, 1989)는 연구와는 일치하지 않았다. 한편, 우리나라 성인의 연령별 건강행위 관련요인에 대한 연구에서 60세 이상 노인군은 타 연령군에 비해 건강상태가 좋지 않고 건강에 대한 관심과 염려가 낮은 것처럼 보였으나 건강행위 수행정도는 타 연령층보다 높았다는 연구결과가 있다(오진주, 1997). 실제로, 노인들은 본인들의 건강에 매우 관심이 많고 건강향상을 위해 삶의 양식을 변화시킬 수도 있고 건강한 행위를 받아들이려는 의사가 다른 어떠한 연령집단보다도 강하다는 것이 선행 연구에서 알려져 있다(최연희, 2004). 따라서, 노인을 대상으로 한 중재는 다른 어떤 집단보다 효과적일 수 있다고 판단된다.

암이나 만성질환이 없는 노인이 있는 노인보다 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 흡연과 음주는 더 많이 하나 정기검진은 더 적게 하는 것으로 나타났다. 이같은 결과는 노인은 질병이 없을수록 건강행위 수행을 더 많이 한다는 오

진주(1997)의 연구와는 일치하였으나, 질병유무와 건강증진행위와는 유의한 차이 없었다는 구미옥(2006)의 연구와는 일치하지 않았다.

삶에 대한 주관적 만족감이 높을수록 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 음주는 더 많이 하고 흡연은 더 적게 하는 것으로 나타났다. 삶에 대한 주관적 만족감은 생활만족도의 개념으로 이해할 수 있는데 생활만족도란 생활전반에 대한 행복과 만족의 주관적인 감정이자 태도로 개인의 기대와 그 충족도 여부에 의해 정해진다(김명자, 1982). 즉, 생활만족도란 자신의 생애를 의미 있게 받아들이고 적어도 중요한 목표를 성취하였다고 느끼며 효율적으로 주위의 환경과 변화에 잘 대응해 나가 사회적, 정서적 어려움 없이 개인의 욕구를 만족시킬 수 있는 정도라 할 수 있다(Hana et al., 1995). 생활만족도가 저조한 노인은 건강증진 생활양식의 수행도가 낮아 긍정적으로 노인의 자아실현 및 안녕상태를 방해하며(최연희, 2001), 인생에 대한 주관적 만족도가 높을수록 건강증진 생활양식을 더 많이 수행(김춘길, 2002; 손덕옥과 박춘화, 2006)하는 것으로 보고되고 있다.

가족관계 만족도가 높을수록 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진은 더 많이 하는 것으로 나타났으나 흡연은 더 적게 하는 것으로 나타났으며, 음주의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 가족의 지원은 노인에게 있어서 매우 중요한 자원이며, 노인은 가족을 주요한 지지체제로 인식하고 가족의 수 보다는 가족간의 애정, 의사소통, 가치관의 일치 등의 노부모와 성인자녀간의 유대관계는 생활만족 및 심리적 행복을 높이는데 중요한 요인으로 일관되게 보고되고 있다(김은경, 2002; 김숙경, 2004; 한형수, 2004; 송지은, 2006; 오승환, 2006). 통상적으로 가족관계 만족도는 삶에 대한 주관적 만족감과 정의 상관관계에 있으며, 가족관계 만족도가 높을수록 건강증진행위를 더 많이 하는 것으로 보고되고 있다. 본 연구에서는 가족관계 만족도와 음주의 차이와는 통계적으로 유의한 차이가 없었는데 선행연구에서는 가족기능이 나쁘거나 가족지원이 없는 경우(Brennan and Moss, 1990), 가족에 대한 만족도가 낮을수록 문제음주 수준이 높아지고(Graham and Schmidt, 1997), 가족기능이 낮을수록 문제음주 정도가 높다(윤명숙, 2007)는 연구결과가 있었다.

스트레스가 심할수록 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진은 더 적게 하나 음주는 더 많이 하는 것으로 나타났으며, 흡연에 있어서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 노인이 느끼는 스트레스는 젊은 층이 결혼, 이혼, 새로운 직장의 시작, 출산을 통해 느끼는 스트레스와는 다르다(Aldwin, 1996). 노인은 은퇴, 자녀의 이혼을 걱정하며 자신의 만성질환과 기능손상, 가족과 친구의 죽음으로 인한 이별, 그리고 자신의 죽음에도 대처해야만 하는 부담을 갖고 살아간다. 노인이 느끼는 스트레스는 주로 건강, 가족, 경제 등과 같이 일상생활에서 겪는 불만족이 더 크다고 한다(이영자, 1999). 이 같은 결과는 윤명숙(2007)의 스트레스가 높을수록 문제음주 정도가 높아졌다는 연구 결과와 일치하였다. 노년기에는 다양한 상실의 경험으로 인해 급·만성 스트레스를 경험하게 되고 이에 따라 스트레스가 음주에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(윤명숙, 2007).

본 연구에 사용된 자료는 2008년도 우리나라 노인을 대표할 수 있는 자료이며, 우리나라 노인의 건강증진행위 실천 정도와 그 관련 요인간 차이를 규명했다는 점에서 그 의미가 있다. 그러나, 다음과 같은 연구의 제한점을 갖는다. 첫째, 본 연구에 사용된 건강증진행위 실천 여부 변수들은 설문 당시 대상자의 현재상태만을 반영했을 뿐 과거경험은 고려하지 않았다. 흡연의 예를 들면, 조사 대상자가 설문 당시 현재 담배를 피우는지에 대한 여부만 본 연구의 분석에 반영되었을 뿐 조사 대상자의 과거 흡연력은 고려대상에서 제외됨에 따라 분석결과가 조사 대상자의 정확한 건강증진행위 실천을 대변한다고 할 수는 없다. 둘째, 응답자의 일반적 특성별 건강증진행위 실천 여부는 분석되었으나, 그에 따른 건강증진행위 실천 정도나 횟수 등의 차이는 본 연구에서 분석되지 못하였다. 예를 들어, 일반적 특성별 운동횟수, 흡연량, 음주량 등의 횟수나 정도의 차이가 고려되지 못함에 따라 일반적 특성과 건강증진행위간 보다 명확한 인과관계를 규명하는데 있어서 어느 정도 한계점을 지닌다. 마지막으로, 본 연구는 횡단면연구(Cross-sectional Study)로서 2008년도 현재 우리나라 노인만을 대상으로 분석하였기에 변수간에 인과관계를 파악하기 어렵다는 한계점을 갖는다. 통계청 사회통계조사 보건·복지 부문은 2년을 주기로 조사되기 때문에, 본 연구 결과가 향후 자료와 함께 패널자료(Panel data)로 구축이 되면 자료의 활용가치가 더욱 높아질 것이며, 횡단면분석에서 불가능한 개별특성효과(individual effect)와 시간특성효과(time effect)를 통제할 수

있는 장점을 가진 패널모형을 통한 시계열(Time-series) 종적연구(Longitudinal study)와 변수간의 인과관계를 검정할 수 있는 구조방정식모형(Structural Equation Modeling)이 수행된다면 우리나라 노인의 건강증진행위 실천 관련 요인을 한층 더 심도 있게 규명할 수 있을 것으로 판단된다.

지금까지, 본 연구의 결과를 종합해보면, 노인들은 대체로 사회경제적 수준(SES)과 신체적 건강 상태(Physical health)가 좋을수록 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진 등의 건강증진행위를 더 많이 실천하나, 흡연이나 음주와 같은 건강위해행동(Health risk behavior) 또한 더 많이 하는 것을 알 수 있다. 하지만, 사회적 건강 상태가 좋을수록 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진 등은 더 잘 수행하면서, 흡연과 음주와 같은 건강위해행동은 더 적게 하는 것으로 나타났다. 따라서, 노인을 대상으로 하는 건강증진 중재사업의 성공적 수행을 위해서는 노인의 사회경제적 수준과 신체적·사회적 건강상태를 고려해야만 할 뿐만 아니라, 프로그램 종류 및 대상 집단의 특징에 따라 정책을 달리하는 접근방법이 고려되어야 한다.

Ⅴ. 결론

본 연구는 우리나라 65세 이상 노인의 일반적 특성별 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기 건강검진, 흡연, 음주 등의 건강증진행위 실천율을 파악하고, 건강증진행위 실천율의 차이와 그 관련요인을 분석하여 향후 우리나라 노인의 건강증진행위를 향상시키는데 필요한 근거자료를 제공하는데 그 목적이 있다.

자료는 통계청에서 발표한 “2008 사회통계조사 보건·가족”을 이용하였으며, 연구 대상자로 2008년 사회통계조사 대상자 52,940명중 65세 이상인 6,207명만을 선정하였다. 자료처리 및 분석은 SAS 9.1 통계패키지를 이용하였다. 응답자의 인구사회학적 특성변수, 신체적 건강 변수, 사회적 건강 변수의 기술통계량을 산출하였고, 교차분석(Chi-Square test)을 통해 응답자의 인구사회학적 특성변수, 신체적 건강변수, 사회적 건강 변수에 따른 건강증진행위 실천율의 차이를 분석하였으며, 마지막으로 로지스틱 회귀분석(Logistic Regression Model)을 통해 인구사회학적 특성변수, 신체적 건강 변수, 사회적 건강 변수별 각각 건강증진행위 실천 오즈비(Odds Ratio, OR)를 구하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1) 우리나라 노인의 건강증진행위 실천율은 다음과 같다. 아침식사를 규칙적으로 하는 노인은 95.30%, 적정수면을 취하는 노인은 86.40%, 규칙적 운동을 하는 노인은 31.72%, 정기적으로 건강검진을 실시하는 노인은 60.48%, 흡연을 하는 노인은 16.0% 그리고 음주를 하는 노인은 38.30%이었다.
2) 지역별로는 아침식사, 적정수면, 규칙적운동에 있어서 차이가 있었고, 주거형태별로는 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 음주에 있어서 차이가 있었으며, 성별로는 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주에 있어서 차이가 있었고, 연령별로는 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주에 있어서 차이가 있었으며, 교육수준별로는 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주에 있어서 차이가 있었고, 분산가족 유무별로는 흡연에 있어서만 차이가 있었다. 가족관계 만족도에 따라 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연의 차이가 있었고, 스트레스 정도에 따라 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진의 차이가 있었다. 세대구분, 결혼상태, 경제활동(지난1주), 주관적 건강상태, 암·만성질환, 삶에 대한 주관적 만족감에 따라 아침식사, 적정수면, 규칙적운동, 정기검진, 흡연, 음주 모두 차이가 있었다.
3) 읍·면에 살고 있는 노인이 동에 살고 있는 노인보다 아침식사, 적정수면은 더 많이 하나 규칙적 운동은 더 적게 하고, 자기집에 살고 있는 노인이 전세나 월세에 살고 있는 노인보다 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 음주를 더 많이 하며, 1인 가구 노인의 경우가 1세대 이상 가구에 살고 있는 노인 보다 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 더 적게 하는 것으로 나타났다. 남자가 여자보다 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하고, 연령이 낮고 학력이 높을수록 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하였다. 배우자가 있는 노인이 사별이나 이혼한 노인보다 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하고, 분산가족인 노인이 그렇지 않은 노인보다 흡연을 더 많이 하며, 경제활동을 하고 있는 노인이 그렇

지 않은 노인보다 아침식사, 적정수면, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하나 규칙적 운동은 더 적게 하는 것으로 나타났다. 한편, 본인의 건강상태를 높게 평가할수록 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 흡연, 음주를 더 많이 하는 것으로 나타났고, 암이나 만성질환이 없는 노인이 있는 노인보다 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 흡연과 음주는 더 많이 하나, 정기검진은 더 적게 하는 것으로 나타났다. 또한, 삶에 대한 주관적 만족감이 높을수록 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진, 음주는 더 많이 하나 흡연은 더 적게 하는 것으로 나타났고, 가족관계 만족도가 높을수록 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진은 더 많이 하지만 흡연은 더 적게 하는 것으로 나타났으며, 스트레스가 심할수록 아침식사, 적정수면, 규칙적 운동, 정기검진은 더 적게 하나 음주는 더 많이 하는 것으로 나타났다.

우리나라 노인의 건강증진행위 실천율을 높이기 위해서는 도·농 노인간 차별적인 건강증진 프로그램을 장려하고, 노인에 대한 경제활동과 사회 참여기회를 꾸준히 제공하며, 교육수준별 건강증진 정보를 제공하여야 한다. 한편, 여성노인, 연령이 상대적으로 높은 노인, 독거노인, 사별 혹은 이혼한 노인에 대한 사회적 관심 및 배려와 함께 원만한 가족관계를 유지하고 삶에 대한 만족감을 제고하여 이들이 느끼는 스트레스를 경감시켜 주어야 한다. 더불어, 노인을 대상으로 하는 건강증진 중재사업의 성공적 수행을 위해서는 노인의 사회경제적 수준과 신체적·사회적 건강상태를 고려하는 것 외에, 프로그램 종류 및 대상 집단의 특징에 따라 정책을 달리하는 접근방법이 고려될 필요성이 있다.

참고문헌

공형식, 이강숙, 이선영, 유재희, 홍아름. 일부 노인의 운동참여와 비참여시의 건강상태 및 삶의 만족도 비교. 학교보건·건강증진학회지 2008;25(3):45-57.

구미옥. 한국 노인의 건강증진행위에 대한 문헌분석 연구. 간호학의 지평 2006;3(1):17-34.

구해모, 박재현, 문우신. 운동참여와 식생활습관에 따른 고령자 주관적 건강의 연령대별 변화. 체육과학연구 2001;12(3):45-57.

권현수. 노인 문제음주가 우울, 자아존중감을 매개로 삶의 만족도에 미치는 영향: 빈곤노인 및 비빈곤노인 집단에 대한 잠재평균분석의 적용. 한국노년학 2009;29(4):1521-1538.

김남진. 규칙적인 운동 참여 여부와 그 정도가 노인의 생활 만족도에 미치는 영향. 한국노년학 1999;19(3):51-64.

김남진. 규칙적인 운동참여가 고령자의 주관적 건강상태 및 사회적 활동에 미치는 영향. 한국체육학회지 2000;39(1):149-158.

김남진. 노인들의 건강행위 실천정도와 관련요인 분석. 한국노년학회지 2000;20(2):169-182.

김숙경. 농촌노인의 삶의 질 향상에 영향을 미치는 요인. 노인복지연구 2004;23:179-202.

김옥수, 양숙자. 여성 노인의 건강상태, 수면, 운동 및 영양에 관한 연구. 간호과학 2007;19(2):1-9

김은경. 농촌 여성노인과 남성노인의 생활만족도에 영향을 미치는 성인자녀 관련변인에 관한 연구. 한국가정관리학회지 2002;20(4):27-36.

김은하. 이지원. 복지관 이용 노인의 건강관련 삶의 질 영향요인: 일상생활 수행능력, 수면의 질 및 우울을 중심으로. 한국노년학 2009;29(2):425-440.

김정아, 정승교. 일 지역사회 노인의 건강상태 및 건강행위에 관한 조사. 한국노년학 1997;17(3):144-176.

김춘길, 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인. 지역사회간호학회지 2002;13(2):321-331.

김춘길, 성명숙. 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인: 건강개념과 가족지지 변수를 중심으로. 기본간호학회지 2002;9(1):133-143.

김태면, 이석구, 전소연. 노인들의 사회적 지지와 건강행태 및 건강수준과의 관련성. 학교보건·건강증진학회지 2006;23(3):99-119.

김형수. 미국 노인 문제음주와 예방대책의 연구 및 시사점. 한국노년학 2004;24(4):165-180.

김효정, 채선옥, 박영숙, 우순혜. 노인의 지각된 건강상태 및 건강개념과 건강증진 행위와의 관계. 한국보건간호학회지 2001;15(2):262-274.

김효정. 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구. 계명대학교 석사학위논문 1996.

민경진, 김근조, 차준근. 일부지역 노인들의 주관적 건강수준에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 학교보건·건강증진학회지 2001;18(2):01-26.

박연환. 복지관 이용 노인의 신체활동과 수면. 대한간호학회지 2007;37(1):5-13.

박인숙. 노인의 생활습관과 정기건강검진 결과의 관계 연구. 조선대학교 정책대학원 석사학위논문 2006.

박희진. 노인들의 환경디자인 요소와 낙상위험 인지도와의 관계 및 주거 내에서 낙상위험을 줄이기 위한 디자인 지침. 대한가정학회지 1996;45-55.

배지연, 박현식. 노인의 위험행동에 관한 탐색적 고찰. 한국노년학 2006;26(4):785-800.

서인선. 노인의 건강지식과 건강증진행위에 관한 연구(1). 한국노년학 2000;20(2):1-28.

선우 덕. 노인 신체활동증진대책의 정책방안. 보건복지포럼 2008(1):25-36.

성정숙, 박재순. 노인의 건강증진행위와 건강상태. 노인간호학회지 2005;7(1):71-78.

손덕옥, 박춘화. 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. 보건과 사회과학 2002;11:137-159

송미숙, 송현종, 목진용. 경로당 등록 노인의 주관적 건강수준과 관련 요인. 한국노년학 2003;23(4):127-142.

송지은. 성인자녀와의 관계가 부모의 정신건강에 미치는 영향. 한국노년학 2006;26(3):581-599.

신경림, 강윤희, 신미경. 남성노인의 전립선 증상, 수면의 질, 삶의 질에 관한 연구. 한국노년학 2008;28(4):1041-1054.

심문숙. 저소득 노인의 자아존중감, 사회적 지지와 건강증진행위와의 관계. 노인간호학회지 2005;7(1):63-70.

오승환, 윤동성. 노인의 삶의 질 특성에 관한 연구. 노인복지연구 2006;32:119-147.

오진주. 우리나라 일반성인의 연령별 건강행위 및 관련요인에 대한 비교연구. 성인간호학회지 1997;9(2):286-295.

오형석, 이규정. 남성노인의 흡연, 음주 및 운동 여부가 건강 관련 체력에 미치는 영향. 한국스포츠리서치 1999;10(2):135-152.

윤명숙. 도시·농촌 노인의 심리사회적 특성과 문제음주 및 삶의 질 관계연구. 노인복지연구 2007;38(겨울호):281-310.

이동배. 일부 도시지역 노인들의 흡연과 운동습관. 충남의대잡지 2001;28(2):237-245.

이미숙, 우미경. 전주지역 중, 노년층의 생활습관과 건강상태 조사. 한국영양학논집 2000;33(3):343-352.

이석구, 전소연. 지역사회 노인들의 신체적 기능상태와 관련 요인. 한국노년학 2006;26(4):929-947.

이순영. 한국인의 건강관심도 건강실천행위 및 건강수준간의 구조분석. 연세대학교 박사학위논문 1993.

이영자. 단독가구 노인의 스트레스와 우울감. 성신여대 대학원 박사학위 논문 1999.

이영진. 노인의 건강. 의료보험연합회 1995.

이원재, 김형수. 노인 문제음주 연구를 위한 고찰. 보건과 사회과학 2003;13:5-28.

이윤환, 최귀숙, 강임옥, 김한중. 노인의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인. 한국노년학 1998;18(2):110-124.

이은희, 김혜경. 이윤희, 문순영, 권은주, 지선하. 생활습관 중재 프로그램이 성인의 건강생활습관실천과 대사증후군 개선에 미치는 효과 분석. 학교보건·건강증진학회지 2007;24(3):1-19.

이정숙, 이인수. 노년기 건강관리 행동과 사회 경제 요인이 건강상태에 미치는 영향. 노인복지연구 2005;27(봄호):231-253.

장영식, 고경환, 류시원, 이정우, 김나연. 한국의 보건복지 동향. 서울: 한국보건사회연구원; 2009.

정재임, 금명희. 노인의 건강위험 행위와 건강상태와의 관계. 경북전문대학논집 2002;21:1-18.

정주애, 김공현, 김병성. 부산지역 노인들의 자가 건강관리에 대한 연구. 인제대학교 보건과학연구소 연구논문집 1995;1:107-124.

정효지, 문현경. 경기지역의 노인흡연자와 비흡연자의 식습관 및 영양소 섭취량의 차이에 관한 연구. 대한영양학회지 1999;32(7):812-820.

조동선, 이석로. 최종태, 정의식. 흡연과 비건강 행위의 관련성. 가정의학회지 1994;15(6):369-376.

최연희, 김연화. 일부 지역 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. 학교보건·건강증진학회지 2001;18(3):103-115.

최연희. 농촌지역 독거노인의 건강증진행위와 삶의 질. 학교보건·건강증진학회지 2004;21(2):87-100.

최은영, 김지영, 김혜숙. 노인의 건강증진행위, 생활만족도 및 가족지지와의 관계 연구. 노인간호학회지 2003;5(1):7-16.

표지숙. 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구. 연세대학교 석사학위논문 1991.

한국보건사회연구원. 전국노인생활실태 및 복지요구조사 2003

한미진. 여성노인의 수면과 인지기능, 우울의 관계연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문 2003.

한형수. 한국사회 도시노인의 삶의 질에 관한 연구. 사회복지정책 2004;19:113-142.

Aldwin, Carolin M, Sutton, Karen J, Chiara, Gina and Spiro, Avron Ⅲ. Age Differences in Stress, Coping and Appraisal. Journal of Gerontology 1996;51(4):179-188.

Atsushi Kobayashi. Launch of a National Mandatory Chronic Disease Prevention Program in Japan. Disease Management & Health Outcomes 2008;16(4):217-225.

Belloc NB & Breslow L. Relationship of Physical Health Status and Health Practices. Preventive Medicine 1992;21(1):44-48.

Bergner M. Measurement of Health Status. Medical Care 1985;23(5)696-704.

Berkman LF & Breslow L. Health and Ways of Living. The Alameda County Study. Oxford University Press 1983.

Brady B, Nies MA. Health Promoting Lifestyles a Exercise. Journal of Holistic Nursing 1999;17(2)197-207.

Brennan PL and Rudolf HM. Life Stressors, Social Resources and Late-life Problem Drinking. Psychology and Ageing 1990;5:491-501.

Brown JS. & McCreedy M. The Hale Elderly: Health Behavior and Its Correlates. Research in Nursing & Health 1986;4:317-329.

Buchner DM & Wagner EH. Preventing Frail Health, Clinics in

Geriatric Medicine 1992;1:1-17.

Chang NS. Trends in Breakfast Consumption Patterns of Korean Adults. J of Korean Diet Association 1997;3(2):216-222.

Christiansen KE. The Determinants of Health Promoting Behavior. PhD Dissertation Rush University 1981.

Clark DO, Stump TE, Hui SI & Wolinsky FD. Predictors of Mobility and Basic ADL Difficulty Among Adults Aged 70 years and Older. Journal of Ageing and Healh 1998;10(4):422-440.

David M Bott; Mary C Kapp; Lorraine B Johnson; Linda M Magno. Disease Management For Chronically Ill Beneficiaries In Traditional Medicare. Health Affairs 2009;28(1):86-98.

Duffy ME et al., Correlates of Health Promotion Activities in Employed Mexican American Women. Nursing Research 1996;45(1):18-24.

Exercise Referral Systems: A National Quality Assurance Framework. NHS 2001.

Farmer MM & Ferraro KF. Distress and Perceived Health: Mechanisms of Health Decline. J of Health and Social Behavior 1997;39(Sept):377-383.

Fried LP, Brandeen-Roche K, Kasper JD & Guralnik JM. Association of Comorbidity with Disablity in Older Women: the Women's Health and Ageing Study. Journal of Epidemiology 1999;52(1):27-37.

GP Exercise Referral Scheme: GP Information Package. Sutherland Division of General Practice Inc. 2007.

Graham K and Gail Schmidt. Alcohol Use and Psychosocial Well-being Among Older Adults. Journal of Studies on Alcohol 1999;60:345-351.

Haines PS, Guilkey DK, Popkin BM. Trends in Breakfast Consumption of US Adults between 1965 and 1991. J of American Diet Association 1996;96(5):464-470.

Hejda S, Fabry P. Frequency of Food Intake in Relation to Some Parameters of the Nutritional Status. Nutr. Dieta 1964; 215-228.

Hirdes JP & Forbes WF. Factors Associated with the Maintenance of Good Self-rated Health. J of Aging and Health 1993; 5(1):101-122.

Idler EI & Benyyamini Y. Self-rated Health and Mortality: A Review of Twenty-seven Community Studies. Journal of Social Behavior 1997;38:21-37.

Jennison KM. The Impact of Stressful Life Events and Social Support on Drinking among Older Adults: A General Population Survey. International Journal of Ageing and Human Development 1992;35:99-123.

Johnson CL. Interaction: Social and Culture Diversity of the Oldest-old. The International Journal of Ageing and Human Development 1994;38(1):1-12.

Kahana E, Lawrence RH, Kahana B, Stange K. Long-term Impact of Preventive Proactivity on Quality of Life of the Old Aged. Psych Med. 2002; 64:382-394.

Kivinen P, Sulkava R, Halonen. P & Nissinen A. Self-reported and Performance-based Functional Status and Associated Factors Among Elderly Men: the Finnish Cohorts of Seven Countries Study. journal of Clinical Epidemiology 1998;51(12):1243-1252.

Kullbok PA & Baldwin JH. From Preventive Health Behavior to Health Promotion: Advancing a Positive Construct of Health. ANS 1992;14(4):50-64.

Kuo H.K., Jones RN, Milberg WP, Teenstedt S, Talbot L & Morris. Effect of Blood Pressure and Diabetes Mellitus on Cognitive and Physical Functions in Older Adults: A longitudinal Analysis of the Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Cohort. Journal of the American Geriatrics Society 2005;53(7):1154-1161.

Minkler M. Health Education, Health Promotion and the Open Society. Health Education Quarterly 1989;16(19):17-30.

Mishara BL. What We Know, Don't Know, and Need to Know about Older Alcoholics and How to Help Them: Models of Prevention and Treatment. The Combined Problems of Alcoholism, Drug Addiction and Ageing 1985:243-261

Mokdad AH, Clark AE, Georgellis Y. Diener E. Reexamining Adaptation and the Set Point Model of Happiness: Reactions to Change in Martial Status. J Pres Soc Psychol 2003;84(3):527-539.

Murphy, S. B. Predicting the Success of Cataract Surgery. Journal of Behavior Medical 1982;3:1-14.

Paffenbarger RS et al. Physical Activity as an Index of Heart Attack Risk in College Alumni. American Journal of Epidemiology 1978; 161-175.

Schlenker ED. Nutrition in Ageing. WCB/McGrawhill 1998.

Segovia, J., Bartlett, R. F. & Edwards, A.C. The Association Between Self-assessed Health Status and Individual Health Practices. Canadian Journal of Public Health 1989;(Jan/Feb):32-37.

Speake DL, Cowart ME & Pallet K. Health Prescriptions and Lifestyles of the Elderly. Research in Nursing & Health 1989;12:93-100.

Wilson RW & Elinson J. National Survey of Personal Health Practices and Consequences: Background, Conceptual Issues and Selected Findings. Public Health Reports 1981; 96:218-225.

http://mdss.kostat.go.kr/mdssext/

http://www.apha.org/