

연령 증가가 남성 고령자의 건강증진행위 실천에 미치는 영향

김윤진¹, 황혜림^{1‡}, 조덕영²

¹부산대학교 가정의학 교실, ²부산대학교 의학전문대학원 의료경영학 교실

Influence of Aging on Activities of Health Promotion Behavior in Elderly Men

Yun-Jin Kim¹, Hye-Rim Hwang^{1‡}, Duk-Young Cho²

¹*Department of Family Medicine, Pusan National University School of Medicine,*

²*Department of Medical management, Pusan National University School of Medicine*

<Abstract>

Objectives : This study aimed to evaluate the factors influencing health promotion behaviors in elderly men. **Methods** : We used data from the 6th Korea National Health and Nutrition Examination Survey. We analyzed difference between sociodemographic characters, health statuses, and health promotion behaviors by age. Logistic regression analysis was used to investigate the relation between health promotion behaviors and sociodemographic factors by age. **Results** : Health promotion behaviors related to aging were weight control effort, health screen examination, smoking cessation, and influenza vaccination. Socioeconomic statuses of elderly men declined from the preliminary age, and health status was influenced by the reduction of social role. Health promotion behaviors such as weight control, health screen examination, and performance of aerobic activities were decreased in men of advanced aged. **Conclusions** : The health promotion behaviors of elderly men differed significantly with age.

Key Words : Elderly Men, Health Promotion, Aging, Weight Control

* 본 논문은 부산대학교 기본연구지원사업비(2년)에 의하여 연구되었음.

‡ Corresponding author : Hye-Rim Hwang(hezera83@naver.com) Department of Family medicine Pusan National University School of Medicine

• Received : Nov 1, 2016

• Revised : Dec 12, 2016

• Accepted : Dec 21, 2016

I. 서론

1. 연구의 필요성

한국의 65세 이상의 고령인구는 2000년에 7%를 넘어서고 2015년에는 13.1%에 도달하였으며, 2017년에는 14%를 넘어설 것으로 예상되고 있다. 기대수명도 남자는 78.5세, 여자는 85.5세로 크게 증가했다. 2004년 65세인 노인의 기대여명도 각각 남자가 18년, 여자가 22년으로 증가하고 있다[1].

2014년 생명표에 의하면 남자 노인과 여자 노인 간에는 기대수명 및 건강수명의 차이가 있다. 2014년 한국 남자의 기대수명은 79.0세로 여자의 85.5세에 비하여 짧으며, 건강한 상태로 보내는 기간을 의미하는 건강수명도 남자가 64.9년으로 여자의 65.9년에 비하여 짧았다. 평균수명을 고려한다면, 남자가 건강한 상태로 사는 비율이 여자보다 높기는 하지만, 65세 이상 노인의 사망원인으로 암이 가장 높았고, 남자가 여자에 비하여 암으로 인한 사망률이 크게 높았다[2].

남자 노인의 기대수명 및 건강수명이 여자 노인에 비하여 짧음에도 불구하고 남자노인은 여자노인에 비하여 건강증진행위 실천 비율이 높지 않은 것으로 나타났다. Kim et al.[3], Choi[4]는 남자 노인이 여자노인에 비하여 건강 위험 행동인 음주 및 흡연을 많이 하는 동시에, 건강증진 행위인 운동도 많이 한다고 보고한 바 있다.

또한 노년기에 접어드는 시기에 남자노인은 은퇴 등으로 인한 사회적 역할의 상실로 건강에 영향을 받을 수 있다. Son[5]은 남자 노인이 은퇴 후 건강에 대한 준비가 미흡하다고 하였으며, 사회경제적인 여건에 따라 건강에 대한 준비가 미흡한 경우도 있다고 하였다. Cha[6]는 남자 노인이 많은 건강문제에 노출되는데 비하여 체계적인 건강증진행위를 하지 않는다고 하였다. 남자 노인은 노년 진입기에 사회적 역할상실, 사회경제적 여건의 변

화, 혼인상태와 거주상태에 따라 건강이 크게 영향을 받으며, 연령에 따라 건강행동도 차이가 있다고 하였다[7]. 이에 따라 남자 노인이 많은 건강문제 노출되어 있는데 비하여 체계적인 건강증진행위가 이루어지지 않고 있다는 문제 제기가 있었다. 특히 소득이 낮으면 건강에 대한 준비가 소홀하다고 하였다[8].

이에 한국 노인의 낮은 건강행위 수행정도에 대하여 문제를 제기하고, 건강행위를 증진시키기 위한 노력의 필요성이 제기되었다[9]. 남자 노인의 건강증진행위는 건강수명을 연장시키고 삶의 질을 증대시키며, 질병으로 인한 피해를 줄인다. 건강증진행위를 통하여 노인의 건강증진을 도모하고 만성질환을 예방하기 위한 노력이 필요하다. 노인의 건강증진을 위해서는 노년기 건강 특성이 연령에 따라 차이가 있기 때문에 노년기의 연령적 특성을 고려한 건강증진행위 실천의 필요성을 제안한 바가 있다[10]. Yoon et al.[11]의 연구에서 노년기 건강검진표준안을 제안하였는데, 한국 노인의 건강문제 특성과 유병률 및 사망률을 고려하여 건강검진이 필요한 건강문제를 제시하였다. 건강문제는 암, 질환, 건강증진 및 기능장애 예방의 3개 부분으로 나누어 제시하였다. 암으로는 위암, 대장암 등을 제시하였고, 질환으로 고혈압, 이상지질혈증, 요실금 등을 제시하였으며, 건강증진 및 기능장애 예방을 위한 건강항목으로 생활기능상태, 영양상태 운동과 신체활동, 흡연, 음주 등을 제시하였다.

이에 본 연구에서는 남자 고령자를 대상으로 노인 건강증진을 위한 필수적인 질병의 조기진단과 치료를 위한 건강검진수진, 건강위험인자 감소를 위한 체중조절노력, 금주 및 금연 실천, 적극적인 질병예방을 위한 인플루엔자예방접종 시행들의 건강증진행위의 연령별 시행정도와 건강증진행위의 실천에 영향을 주는 요인을 알아보려고 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 연령의 증가에 따른 남자 고령자의 건강증진행위의 실천 정도 및 실천에 영향 미치는 요인에 대하여 알아보고자 한다. 구체적으로는 노년층과 유사한 사망 원인을 가지며, 만성 질환의 유병율이 높아지기 시작하는 중장년층을 대조군으로 하여 이후 고령자를, 예비노인, 연소노인, 고령노인의 연령층으로 구분하여, 각 연령군의 인구사회적 특성 및 건강상태, 건강증진행위 실천의 차이를 알아보고, 노년층의 건강증진행위 영향 요인을 파악한다. 이를 통하여 건강증진행위가 부족한 연령군에 대한 추가적인 정책 수립 등에 도움이 되고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 국민건강영양조사 제6기(2013-2015) 2차년도 자료를 이용하여 수행하였다. 제6기 국민건강영양조사는 시도, 동·읍면, 주택유형을 기준으로 추출틀을 층화하고, 주거면적 비율, 가구주 학력 비율 등을 내재적 층화 기준으로 사용하였다. 제6기 2차년도(2014)의 조사대상자는 9,701명, 참여자는 7,550명, 참여율은 77.8%였다. 이 중에 본 연구에서 연구 대상이 된 인원은 45세 이상 남자 1488명으로 연구대상은 9,993,315명의 모집단을 대표하는 인원이다.

2. 연구내용

1) 인구사회학적 특성

본 연구에서는 인구사회적 특성으로 연령, 혼인상태, 교육수준, 소득수준, 직업, 거주상태를 조사한 자료를 사용하였다.

연령은 45세를 기준하여 10년 단위로, 45세-54세, 55세-64세, 65세-74세, 75세 이상 군으로 나누

었다. 각각 연령군은 중장년, 예비노인, 연소노인, 고령노인으로 하였다. 노인연령구분에 대해서는 관점과 목적에 따라 다양하게 분류가 이루어지고 있으며, 정립되어 있지 않다[12][13]. 본 연구에서는 노인복지법, 노인장기요양법, 국민기초생활보장법에서 분류하는 노인의 연령에 이르기 전인 55세 이상의 고령자를 연구대상으로 하였고, 45세-54세의 중장년을 대조군으로 하였다. 본 연구에서 55세 이상의 고령자를 연구대상으로 한 이유는 고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률에서 55세 이상을 고령자로 분류하고 있고, 50대 후반에 은퇴 등으로 사회적 역할을 상실하는 남자 고령자를 연구대상에 포함하고자 했기 때문이다. 이에 따라 본 연구에서는 45세-54세의 중장년을 대조군으로 하고 55세 이상 고령자를 55세-64세의 예비고령자, 60-74세의 연소고령자, 75세 이상의 고령노인의 연령군으로 나누었다.

혼인상태는 결혼, 이혼, 사별로 구분하였다. 교육수준은 초졸 이하, 중·고졸, 대졸 이상으로 구분하였다. 가구의 유형은 가족의 동거 여부를 파악할 수 있는 세대구성 변수를 이용하였고, 단독가구, 배우자 동거가구, 기타 동거가족으로 분류하였다.

2) 건강상태 인식 및 과거 병력

건강상태인식에서는 주관적 건강상태 인식, 주관적 체형인식, 평소 스트레스 인지 정도를 조사한 자료를 사용하였다. 주관적 건강상태 인식은 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨으로 분류하였다. 주관적 체형인식은 매우 마른편, 약간 마른편, 보통, 약간 비만, 매우 비만으로 분류하였다. 평소 스트레스 인지 정도는 대단히 많이 느낀다, 많이 느끼는 편이다, 조금 느끼는 편이다, 거의 느끼지 않는다로 분류하였다.

또한 당뇨병, 고혈압, 이상지질혈증, 뇌졸중, 심근경색 또는 협심증, 암의 진단 경력 여부에 대해

여 조사한 자료를 사용하였다. 질병의 진단 여부는 고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 심근경색증, 협심증, 이상 지질혈증에 대하여 의사 진단 여부에 따라, 진단을 받았으면 '있다'고 하였고, 받지 않았으면 '없음'으로 분류하였다. 암의 진단 여부는 위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁암, 폐암 또는 기관지암, 갑상선암, 기타 암 중에 하나라도 진단 경력이 있으면 '있다'라고 하였고, 없다면 '없다'고 하였다.

3) 건강증진행위 실천

건강증진행위 실천은 건강검진수진여부, 체중조절노력여부, 유산소신체활동실천율, 흡연, 음주, 인플루엔자 예방접종여부에 대하여 조사한 자료를 사용하였다.

건강검진 수진여부는 최근 2년간 건강검진 수진여부를, 체중조절 노력여부는 최근 1년간 본인의 의지로 체중을 조절하였는지에 대한 자료를 사용하였으며, '체중감량노력', '체중유지노력', '체중증가노력', '체중조절노력안함'으로 구분하였다. 유산소 신체활동 실천율은 일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서 (고강도 1분은 중강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간을 실천한 경우를 시행한 사람의 비율을 조사하였다. 흡연 여부는 현재 흡연 여부에 따라 분류하였다. 현재 흡연 여부에 대한 질문에 대하여 '피움', '가끔 피움'으로 답한 사람은 '흡연자'로 하였고, '과거에 피웠으나 현재는 피우지 않은'에 답한 사람은 '과거 흡연자'로 하였으며, '비해당'을 '비흡연자'로 분류하였다. 음주는 월간 음주율로 조사하였다. 최근 1년 동안 월 1회 이상 술을 마신 적이 있다고 응답한 사람을 음주자로 하였다. 인플루엔자 예방접종 여부는 최근 1년간 인플루엔자 예방접종을 받은 경력에 따라 분류하였다<Table 1>.

3. 자료처리

본 연구는 층화집락계통추출의 방법으로 수집된 국민건강영양조사 제6기 2차년도 원시자료에서 45세 이상 남성을 연구의 대상으로 분석하였다.

본 연구의 분석은 SPSS 23.0의 복합표본 설계분석모듈을 이용하였다. 질병관리본부에서 제공하는 층화변수(Kstarata)와 집락변수(PSU)를 지정하고 연구의 목적에 부합하는 건강설문-검진가중치(Wt_itvex)를 적용하여 분석하였고, 45세 이상 남자를 부모집단으로 하여 분석하였다. 분석 결과는 연구대상자인 45세 이상 남자 전체의 결과로 해석하였다. 모든 분석에서 결측자료는 유효한 값으로 처리하였고 유의수준은 0.05로 하였다.

남성고령자의 연령군에 따른 인구사회적 상태 및 건강상태, 건강증진행위 실천의 차이를 분석하기 위하여 교차분석을 시행하였고, 건강증진행위와 인구사회적요인, 건강상태인식 및 질병진단경력 요인과 관련성을 알아보기 위하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 로지스틱 회귀분석은 건강증진행위의 시행여부를 종속변수로 하였고, 연령군, 가계소득, 교육수준, 혼인상태, 체형인식, 질병진단경력, 암진단경력 요인을 독립변수로 하여 분석하였다.

<Table 1> Variables included in analysis

Variables	Classification
Sociodemographic variables	
Age	
Marital status	With spouse/Widowed/Divorced
Education level	Primary/Middle/High/College
Family income	Lower/Middle lower/Middle higher/Higher
Living status	Alone/With spouse/Other
Health status	
Perceived stress of daily life	Severe stress/Moderate stress/Mild stress/Little stress
Subjective body image	Severe slender/Mild slender/Normal/Mild obese/Severe obese
Presence of prior diagnosis of diseases	Diabetes/Hypertension/Dyslipidemia/Stroke /Myocardial infarction or Angina pectoris /Arthritis/Cancer
Subjective health status	Very good/Good/Fair/Bad/Very bad
Behaviors of health promotion	
History of health examination	
Effort of weight control	Weight reduction/Weight maintenance/Weight increase/No weight control
Monthly drinking history	
Smoking history	Smoker/Ex-smoker/Non smoker
Performance of aerobic activities	
Influence vaccination	

III. 연구결과

1. 연령군별 특성 및 건강상태

연구대상군의 평균연령은 중장년은 49.7세, 예비고령자는 59.0세, 연소고령자는 69.3세, 고령노인은 78.9세였다. 연구대상의 연령군에 따른 인구사회적 특성을 비교한 결과 가계소득, 교육수준, 직업, 혼인상태의 차이가 있었다($p < 0.05$). 가계소득에서 중장년은 고소득, 중상소득의 비율이 각각 36.1%, 35.7%로 높았고, 중하소득과 저소득의 비율이 각각 20.3%, 7.9%로 낮았다. 연령이 증가할수록 중하층 소득과 저소득층의 비율이 증가하였다. 고령노인이 되면서 가계소득에서 저소득층의 비율이 58.3%로 연소노인에 비하여 높게 나타났다.

교육수준은 연령이 증가할수록 낮아졌다. 중장년은 대학이상의 교육이수자가 43.2%로 높았고 초등학교 이하의 교육이수자가 7.5%로 낮았으나, 고령노인의 경우는 대학이상 교육이수자가 16.2%로

가장 낮았고, 초등학교이하 교육이수자가 42.6%로 가장 높았다.

혼인 상태에서 남자고령자의 유배우자 비율이 중장년 87.2%, 예비고령자 91.0%, 연소고령자 91.6%, 고령노인 85.2%로 연령의 증가에도 불구하고 감소하지 않았다. 연령이 증가하면서 연소고령자 3.4%, 고령노인 14.2%로 사별 남성 노인이 증가하였다.

거주형태는 전 연령층에서 부부동거가구가 가장 높은 비율을 차지하였다. 부부동거가구의 비율은 중장년 83.4%, 예비고령자 83.8%, 연소고령자 82.8%, 고령노인 73.1%로 크게 감소하지 않았다. 단독거주가구도 중장년 7.5%, 예비고령자 7.5%, 연소고령자 5.4%, 고령노인 8.9%로 큰 변화가 없었다. 이에 비하여 부부가 아닌 가족과 함께 사는 기타 동거 가구의 비율은 중장년 9.2%, 예비고령자 8.6%, 연소고령자 11.8%로 큰 변화가 없다가, 고령노인에서 18.0%로 크게 비율이 증가하였다.

연령군에 따른 건강상태의 차이에 대한 분석에

서 평소 스트레스 인지정도, 주관적 체형인식, 당뇨병, 고혈압, 뇌졸중, 심근경색증 및 협심증, 관절염, 암의 진단 경력, 주관적 건강상태인식은 연령군에 따라 차이가 있었다($p<0.05$).

평소 스트레스의 인지 정도는 중장년에서는 조금 느낌 56.0%, 많이 느낌 21.5%, 거의 느끼지 않음 14.5%의 순서였다. 고령노인에서의 스트레스 인지 정도는 거의 느끼지 않음 39.9%, 조금 느낌 37.7%, 많이 느낌 8.5%로 순서로 연령이 증가하면서 비율이 감소하였다($p<0.05$). 주관적 체형인식은 연령이 증가하면서 비만하다는 비율은 감소하고, 마르다는 비율은 증가하였다. 중장년은 약간 비만 32.9%, 매우비만 4.5%, 약간 마른 편 11.4%, 매우 마른 편 5.2%의 비율로 자신이 비만하다고 체형인식을 하는 비율이 높은데 비하여, 고령노인은 약간 비만 12.7%, 매우 비만 1.8%, 약간 마른 편 16.9%, 매우 마른 편 11.2%로 자신이 마르다고 인식하는 비율이 높았다($p<0.05$). 질환의 의사진단 경력을 보면 당뇨, 고혈압, 뇌졸중, 심근경색증 또는 협심증, 관절염, 암의 의사진단을 받은 비율은 연령이 증가하면서 늘어나는 양상을 보였다($p<0.05$). 주관적 건강상태에 대한 인식은 전 연령군에서 '보통'이 가장 많았는데 연령이 증가할수록 건강상태가 통계적으로 유의하게 나빠졌다($p<0.05$)<Table 2>.

2. 연령군별 건강증진행위의 실천

건강검진의 수진 비율은 중장년 65.9%에서 예비고령자 61.4%로 감소하다가 다시 연소고령자에서 71.7%로 증가하였는데, 고령노인은 51.8%로 연소노인에 비하여 비율이 감소하였다($p<0.05$). 체중조절의 양상은 연령이 증가함에 따라 체중감량노력을 하는 비율이 줄어들고, 체중조절 노력을 하지 않는 비율이 증가하였다($p<0.05$). 체중감량 노력을 하는 비율이 중장년 36.8%, 예비고령자 32.3%, 연소고령자 23.2% 고령노인 16.8%로 연령이 증가하

면서 점차 감소하는데 비하여, 체중조절을 노력을 하지 않는 비율은 중장년 33.7%, 예비고령자 34.6%, 연소고령자 42.4%, 고령노인 46.8%로 연령이 증가하면서 늘어났다. 특히 고령노인이 되면서 모든 형태의 체중조절노력의 비율이 동시에 감소하였다($p<0.05$).

음주 비율은 중년 72.8%, 예비고령자 68.9%, 연소고령자 62.6%로 점차적으로 감소하다가 고령노인에서 52.8%로 크게 감소하였다($p<0.05$). 흡연 비율은 중장년 45.3%, 예비고령자 38.5%에서 연소고령자 22.9%로 크게 줄어들었고, 고령노인은 14.6%로 감소가 있었다. 현재 금연하고 있는 과거흡연자는 중년 31.3%, 예비고령자 40.4%로 늘었다가 연소고령자에서는 57.3%로 크게 늘어났으나 고령노인에서는 54.9%로 약간 감소하였다($p<0.05$).

유산소 운동을 실천 비율은 중장년 61.8%에서 예비고령자 52.8%, 연소고령자 53.4%로 조금씩 줄다가 고령노인이 되면서 46.1%로 추가적으로 크게 감소하였다($p<0.05$). 독감예방접종 시행은 중장년 14.9%, 예비고령자 25.5%에서 연소고령자가 되면서 68.4%로 크게 증가하고, 이후는 고령노인 68.1%로 큰 변화가 없었다($p<0.05$)<Table 3>.

<Table 2> General characteristics and health statuses of the male elderly study participants by age group

Age groups, year	Missing value	45-54 (N= 384)	55-64 (N= 448)	65-74 (N= 417)	Over 75 (N= 239)	χ^2	p value
Age(year), M \pm SE		49.7 \pm 0.76	59.0 \pm 0.140	69.3 \pm 0.178	78.9 \pm 0.264		
Marital status, (%)	41						
With spouse		330 (87.2)	407 (91.0)	379 (91.6)	202 (85.2)	152.090	.000
Widowed		4 (0.5)	4 (0.8)	18 (3.4)	35 (14.2)		
Divorced		20 (5.3)	31 (6.8)	15 (3.9)	2 (0.6)		
Family income, (%)	6						
Lower		29 (7.9)	63 (14.0)	135 (32.1)	138 (58.3)	288.376	.000
Middle lower		77 (20.3)	124 (28.8)	143 (35.0)	48 (19.8)		
Middle higher		139 (35.7)	127 (27.3)	75 (17.1)	32 (13.6)		
higher		137 (36.1)	133 (29.9)	62 (15.7)	20 (8.3)		
Education level, N(%)	200						
Primary		22 (7.5)	100 (25.7)	143 (38.4)	83 (42.6)	233.761	.000
Middle		43 (12.0)	77 (20.9)	82 (20.3)	30 (16.9)		
High		123 (37.3)	115 (29.4)	87 (24.0)	47 (24.3)		
College		147 (43.2)	94 (24.0)	65 (17.3)	30 (16.2)		
Living status,N(%)	2						
Alone		28 (7.5)	38 (7.5)	29 (5.4)	25 (8.9)	14.120	.054
With spouse		317 (83.4)	373 (83.8)	344 (82.8)	177 (73.1)		
Other		39 (9.2)	37 (8.6)	44 (11.8)	36 (18.0)		
Perceived stress of daily life, N(%)	150						
Severe stress		13 (3.8)	14 (2.7)	10 (2.9)	4 (1.8)	100.488	.000
Moderate stress		77 (21.5)	54 (12.6)	31 (7.8)	18 (8.5)		
Mild stress		206 (56.0)	250 (58.6)	207 (52.2)	89 (37.7)		
Little stress		53 (14.5)	88 (19.9)	137 (31.9)	87 (39.8)		
Subjective body image, N(%)	147						
Severe slender		18 (5.2)	24 (5.3)	26 (7.2)	26 (11.2)	42.196	.000
Mild slender		45 (11.4)	63 (13.6)	63 (15.0)	37 (16.9)		
Normal		151 (41.8)	168 (40.2)	184 (43.7)	98 (45.3)		
Mild obese		118 (32.9)	134 (30.7)	97 (25.6)	33 (12.7)		
Severe obese		17 (4.5)	18 (4.2)	16 (3.5)	5 (1.8)		
Presence of prior diagnosis of diseases, N(%)							
Diabetes	78	25 (6.8)	61 (14.4)	79 (20.6)	41 (17.8)	51.575	.000
Hypertension	104	49 (13.9)	110 (24.4)	189 (47.1)	95 (39.5)	133.277	.000
Dyslipidemia	104	44 (12.1)	75 (16.1)	64 (15.0)	21 (9.0)	15.336	.074
Stroke	78	3 (0.9)	14 (3.2)	26 (6.5)	14 (5.2)	36.429	.002
Myocardial infarction or Angina pectoris	182	4 (1.0)	16 (4.2)	19 (5.0)	17 (7.0)	22.439	.004
Arthritis	182	12 (3.9)	31 (8.2)	42 (11.3)	31 (15.9)	39.110	.000
Cancer	78						
Subjective health status, N(%)	181						
Very good		21 (5.8)	28 (6.0)	21 (5.3)	14 (6.2)	40.073	.006
Good		84 (23.6)	89 (21.2)	95 (21.7)	32 (15.0)		
Fair		190 (51.0)	203 (45.8)	179 (46.2)	91 (38.7)		
Bad		35 (9.8)	50 (12.1)	58 (13.7)	46 (19.2)		
Very bad		7 (2.1)	18 (3.9)	28 (6.9)	18 (8.1)		

Note. %: percentage of weighted population, SE: Standard error, p value: Chi-square test, n: unweighted number₂

<Table 3> Characteristics of health promotion behaviors in male elderly by age groups

Age groups, year	Missing value	45-54 (N= 384)	55-64 (N= 448)	65-74 (N= 417)	Over 75 (N= 239)	χ^2	p value
History of Health examination, N(%)	78	239 (65.9)	270 (61.4)	291 (71.7)	120 (51.8)	20.175	.000
Weight control effort, N(%)	147						
Weight reduction		133 (36.8)	134 (32.3)	99 (23.2)	35 (16.8)		
Weight maintenance		75 (20.4)	78 (18.4)	82 (21.1)	39 (18.5)	46.905	.000
Weight increase		19 (5.0)	41 (8.7)	31 (8.3)	15 (5.9)		
No weight control		122 (33.7)	154 (34.6)	174 (42.4)	110 (46.8)		
Monthly drinking history, N(%)	147	253 (72.8)	275 (68.9)	247 (62.6)	108 (52.8)	21.753	.000
Smoking history, N(%)	147						
Smoker		168 (45.3)	163 (38.5)	99 (22.9)	33 (14.6)		
Ex-smoker		115 (31.3)	181 (40.4)	227 (57.3)	122 (54.9)	94.710	.000
Non smoker		66 (19.2)	62 (14.9)	60 (14.7)	44 (18.5)		
Performance of aerobic activities, N(%)	78	201 (61.8)	206 (52.8)	198 (53.4)	81 (46.1)	14.654	.000
Influenza vaccination, N(%)	78	55 (14.9)	113 (25.5)	280 (68.4)	165 (68.1)	347.040	.000

Note. %: percentage of weighted population, p value: Chi-square test, n: unweighted number

3. 건강증진행위 실천의 영향 요인

금주실천, 예방접종 시행과 관련된 요인

1) 체중 조절 노력과 관련된 요인

고령노인이 중장년에 비하여 체중감량노력을 할 가능성이 0.49배 (95% CI=0.25-0.97) 낮았다. 약간 비만 대상의 체형인식 대상자와 매우 비만의 체형인식 대상자가 보통체형인식 대상자보다 체중감량노력을 할 가능성은 각각 6.84배 (95% CI=4.49-10.41), 3.23배 (95% CI=1.42-7.34)로 통계적으로 유의하게 높았다. 체중증가노력 비율에 영향을 주는 요인은 체형인식이었다. 약간 마른 체형인식 대상자와 보통 체형인식 대상자는 매우 마른 체형인식 대상자보다 각각 57.25배 (95% CI=16.03-204.49), 4.58배 (95% CI=2.59-8.09) 체중증가 노력을 할 가능성이 높았다<Table 4>.

중년층에 비하여 연소고령자가 건강검진을 받을 가능성이 2.20배 (95% CI=1.35-3.58) 높았다. 고소득자가 저소득자에 비하여 건강검진을 수검할 가능성이 2.24배 (95% CI=1.32-3.81) 높았다. 혼인상태에서 배우자가 없는 사람이 있는 사람에 비하여 수검 가능성이 2.07배 (95% CI=1.28-3.36) 높았다. 약간 비만 체형인식 대상자가 매우 마른 체형인식 대상자에 비하여 1.44배 (95% CI=0.96-2.16) 건강검진 수진 가능성이 높았다. 당뇨병 진단을 받은 사람이 받지 않은 사람에 비하여 0.06배 (95% CI=0.01-0.48) 건강검진수진을 받지 않을 가능성이 높았다.

초등학교 학력을 가진 사람에 비하여 고등학교 학력, 대학교 이상 학력을 가진 대상자가 각각 유산소운동을 실천할 가능성이 2.41배 (95%

2) 건강검진 수진, 유산소운동실천, 금연실천,

CI=1.66-3.51), 1.81배 (95% CI=1.14-2.88) 높았다. 보통 체형인식 대상자가 매우 마른 체형인식 대상자보다 유산소운동을 실천할 가능성이 0.61배 (95% CI=0.41-0.90) 낮았다.

중장년에 비하여 예비고령자, 연소고령자, 고령노인으로 연령이 증가하면서 금연실천 가능성이 증가하였고, 각각 예비고령자 1.61배 (95% CI=1.08-2.38), 연소고령자 4.13배 (95% CI=2.48-6.88), 고령노인 5.58배 (95% CI=3.10-10.06)였다. 배우자가 없는 경우에 있는 경우에 비하여 1.91배 (95% CI=1.11-3.27) 금연가능성이 높았다. 체형인식에서는 약간 비만 체형인식 대상자가 매우 마른 체형인식 대상자보다 1.61배 (95% CI=1.11-2.33) 금연실천 가능성이 높았다. 암 진단을 받은 대상자는 받지 않은 대상자에 비하여 금연실천 가능성이 2.53배 (95% CI=1.28-5.02) 높았다.

고소득 대상자는 저소득 대상자에 비하여 금주실천 가능성이 0.50배 (95% CI=0.30-0.84)로 낮게 나왔다. 학력이 대학교이상인 대상자는 초등학교인 대상자에 비하여 1.66배 (95% CI=0.97-2.86) 금주실천 가능성이 높았다. 고혈압이 진단된 경우, 그렇지 않은 대상자에 비하여 0.24배 (95% CI=0.07-0.78) 금주실천 할 가능성이 낮았다.

연령대별 예방접종의 가능성은 예비고령자가 1.39배 (95% CI=0.96-2.03), 연소고령자는 4.62배 (95% CI=2.98-7.16), 고령노인은 5.43배 (95% CI=3.26-9.06)로 연령이 증가하면서 높아졌다. 다른 요인들은 예방접종에 의미 있는 영향을 주지 않았다<Table 5>.

<Table 4> Factors related to weight control in elderly men

Variables	Weight reduction				Weight maintenance				Weight gain			
	Exp(B)	95% CI		p	Exp(B)	95% CI		p	Exp(B)	95% CI		p
		lower	upper			lower	upper			lower	upper	
Age group, year												
45 - 54	1.00				1.00				1.00			
55 - 64	.92	.56	1.49	.744	1.22	.71	2.09	.470	1.47	.70	3.15	.303
65 - 74	.68	.39	1.19	.171	1.29	.69	2.43	.421	1.05	.45	2.46	.918
Over 75	.49	.25	0.98	.041	1.05	.46	2.41	.912	.46	.14	1.45	.183
Family income												
Lower	1.00				1.00				1.00			
Middle lower	.86	.50	1.42	.504	.80	.42	1.53	.498	1.97	.90	4.27	.089
Middle higher	.86	.50	1.48	.585	1.10	.60	2.03	.751	1.89	.89	4.14	.140
higher	.96	.53	1.74	.904	1.30	.67	2.52	.446	1.59	.61	3.88	.360
Education												
Primary	1.00				1.00				1.00			
Middle	1.30	.79	2.27	.367	1.29	.66	2.53	.452	1.29	.58	2.89	.538
High	1.16	.70	1.95	.561	1.90	.78	2.50	.265	.81	.39	1.70	.574
College	1.13	.62	2.02	.698	1.31	.67	2.55	.434	.60	.25	1.50	.276
Marital status												
with spouse	1.00				1.00				1.00			
without spouse	1.47	.78	2.73	.231	1.62	.72	3.65	.249	1.73	.73	4.12	.210
Subjective body image												
Severe slender	1.00				1.00				1.00			
Mild slender	1.00	.15	6.73	.998	1.37	.17	11.07	.767	57.25	16.03	204.49	.000
Normal	.56	.33	.93	.026	.80	.44	1.45	.453	4.58	2.59	8.09	.000
Mild obese	6.89	4.49	10.41	.000	.98	.56	1.70	.941	.95	.53	1.71	.862
Severe obese	3.23	1.42	7.34	.005	.78	.24	2.50	.677	.54	.25	1.20	.130
Prior diagnosis of diseases												
Diabetes												
No	1.00				1.00				1.00			
Yes	3.88	.65	23.29	.138	2.04	.26	16.06	.497	4.97	.37	66.50	.225
Hypertension												
No	1.00				1.00				1.00			
Yes	1.00	.15	6.82	.996	.59	.13	2.65	.488	.71	.10	5.23	.735
Dyslipidemia												
No	1.00				1.00				1.00			
Yes	.70	.19	1.18	.096	.65	.22	1.99	.447	.539	.14	2.06	.364
Stroke												
No	1.00				1.00				1.00			
Yes	1.13	.09	14.33	.929	.14	.02	1.32	.085	.48	.03	10.08	.634
MI, Angina pectoris												
No	1.00				1.00				1.00			
Yes	.81	.06	10.28	.873	.59	.03	15.22	.749	2.80	.43	18.59	.285
Arthritis												
No	1.00				1.00				1.00			
Yes	1.88	.36	9.77	.454	.89	.16	5.12	.896	1.20	.28	5.15	.813
Cancer												
No	1.00				1.00				1.00			
Yes	.89	.49	1.80	.737	1.09	.42	2.59	.944	.82	.32	2.11	.680

CI : Confidence interval, lower : lower limit of CI, upper : upper limit of CI. MI : myocardial infarct

<Table 5> Factor related to the health promotion behaviors of health screen examination, aerobic physical activity, smoking cessation, alcohol abstinence, and Influenza vaccination in elderly men

	Health screen examination				Aerobic physical activity				Smoking cessation				
	Exp(B)	95% CI		P	Exp(B)	95% CI		p	Exp(B)	95% CI		p	
		lower	upper			lower	upper			lower	upper		
Age group													
45 – 54	1.00				1.00				1.00				
55 – 64	1.02	.69	1.50	.941	.84	.59	1.20	.342	1.61	1.08	2.38	.019	
65 – 74	2.20	1.35	3.58	.002	1.11	.72	1.69	.639	4.13	2.48	6.88	.000	
Over 75	.99	.56	1.75	.977	.82	.48	1.38	.450	5.58	3.10	10.06	.000	
Family income													
Lower	1.00				1.00				1.00				
Middle lower	.836	.54	1.29	.417	.92	.61	1.38	.678	.87	.54	1.39	.551	
Middle higher	1.23	.76	1.99	.391	.72	.48	1.09	.122	1.46	.88	2.41	.144	
higher	2.24	1.32	3.81	.003	.84	.53	1.35	.478	1.11	.61	2.00	.733	
Education													
≤Primary	1.00				1.00				1.00				
Middle	1.00	.62	1.61	.987	1.41	.93	2.14	.105	.93	.58	1.49	.757	
High	1.13	.72	1.76	.608	2.41	1.66	3.51	.000	1.16	.72	1.85	.543	
≥College	.90	.54	1.52	.704	1.81	1.14	2.88	.012	.94	.55	1.59	.809	
Marital status													
with spouse	1.00				1.00				1.00				
without spouse	2.07	1.28	3.36	.003	.75	.46	1.22	.244	1.91	1.11	3.27	.019	
Subjective body image													
Severe slender	1.00				1.00				1.00				
Mild slender	.79	.44	1.35	.361	1.11	.65	1.91	.702	.68	.38	1.21	.191	
Normal	1.06	.71	1.59	.775	.61	.41	.90	.013	1.03	.66	1.61	.883	
Mild obese	1.44	.96	2.16	.076	1.21	.86	1.69	.268	1.61	1.11	2.33	.012	
Severe obese	.46	.24	.86	.014	.63	.32	1.22	.167	.90	.42	1.92	.775	
Prior diagnosis of diseases													
Diabetes	No	1.00			1.00				1.00				
	Yes	.06	.01	.48	.008	1.34	.24	7.62	.738	.75	.16	3.67	.725
Hypertension	No	1.00			1.00				1.00				
	Yes	.46	.16	1.37	.162	1.11	.33	3.69	.870	.71	.22	2.35	.575
Dyslipidemia	No	1.00			1.00				1.00				
	Yes	.76	.28	2.07	.584	.73	.31	1.74	.480	.65	.25	1.73	.389
Stroke	No	1.00			1.00				1.00				
	Yes	.96	.23	3.93	.953	.77	.20	2.94	.696	.94	.09	10.01	.962
MI, Angina pectoris	No	1.00			1.00				1.00				
	Yes	.63	.07	5.79	.681	.59	.10	3.47	.554	.89	.11	6.93	.908
Arthritis	No	1.00			1.00				1.00				
	Yes	1.76	.45	6.90	.415	.71	.25	2.01	.519	.68	.18	2.58	.575
Cancer	No	1.00			1.00				1.00				
	Yes	1.01	.55	1.87	.966	.75	.44	1.27	.283	2.53	1.28	5.02	.008

CI : Confidence interval, lower : lower limit of CI, upper : upper limit of CI. MI : myocardial infarct

<Table 5> Factor related to the health promotion behaviors of health screen examination, aerobic physical activity, smoking cessation, alcohol abstinence, and Influenza vaccination in elderly men

	Alcohol Abstinence				Influenza vaccination				
	Exp(B)	95% CI		p	Exp(B)	95% CI		p	
		lower	upper			lower	upper		
Age group									
45 - 54	1.00				1.00				
55 - 64	1.16	.79	1.70	.445	1.39	.96	2.03	.083	
65 - 74	1.27	.80	2.00	.316	4.62	2.98	7.16	.000	
Over 75	1.68	.98	2.89	.061	5.43	3.26	9.06	.000	
Family income									
Lower	1.00				1.00				
Middle lower	.78	.50	1.20	.258	1.00	.69	1.46	.998	
Middle higher	.66	.42	1.06	.085	1.02	.68	1.53	.913	
higher	.50	.30	.84	.009	1.13	.72	1.79	.594	
Education									
≤Primary	1.00				1.00				
Middle	1.34	.85	2.09	.204	.96	.58	1.58	.871	
High	1.13	.74	1.74	.576	.91	.60	1.37	.643	
≥College	1.66	.97	2.86	.065	.81	.49	1.35	.414	
Marital status									
with spouse	1.00				1.00				
without spouse	2.06	1.23	3.43	.006	1.21	.69	2.12	.505	
Subjective body image									
Severe slender	1.00				1.00				
Mild slender	1.41	.72	2.74	.313	.98	.57	1.69	.932	
Normal	1.17	.78	1.74	.453	1.09	.73	1.62	.681	
Mild obese	.97	.70	1.35	.857	.96	.71	1.30	.790	
Severe obese	1.00	.49	2.03	.999	.99	.55	1.78	.963	
Prior diagnosis of diseases									
Diabetes	No	1.00			1.00				
	Yes	1.21	.25	5.88	.810	.70	.09	5.39	.734
Hypertension	No	1.00			1.00				
	Yes	.24	.07	.78	.018	2.16	.89	5.21	.088
Dyslipidemia	No	1.00			1.00				
	Yes	.88	.32	2.44	.810	.59	.24	1.43	.240
Stroke	No	1.00			1.00				
	Yes	2.51	.53	11.93	.246	1.19	.28	5.14	.807
MI, Angina pectoris	No	1.00			1.00				
	Yes	.83	.14	4.87	.832	.77	.16	3.62	.740
Arthritis	No	1.00			1.00				
	Yes	.72	.23	2.28	.577	2.08	.90	4.81	.085
Cancer	No	1.00			1.00				
	Yes	1.76	.99	3.12	.054	1.18	.63	2.18	.609

CI : Confidence interval, lower : lower limit of CI, upper : upper limit of CI, MI : myocardial infarct

IV. 고찰

1. 연령군에 따른 남자 고령자의 특성

본 연구 결과로 나이가 증가하면서 남자 고령자의 사회경제적인 상태는 점차 열악해지는 것을 다시 확인할 수 있었다. 사회경제적인 변화는 일반적으로 노인연령으로 여기는 65세 이전부터 시작되었으며, 예비고령자부터 저소득층의 비율이 증가하였다. 그러나 혼인상태와 거주형태는 연령 증가에도 불구하고 유지되었고, 연소고령자, 고령노인에 이르기까지 안정적 이었다. 이는 고령이 되면서 노인의 가계소득이 떨어진다는 이전 연구와 유사한 결과를 보였다[14]. 고령이 되면서 의료비가 증가하는데 비하여 본 연구에서는 가계소득이 감소하게 되므로, 고령자의 의료보장성을 강화를 위한 사회적인 대책 마련이 필요할 것으로 판단되었다.

혼인상태를 유지하는 비율은 연령이 증가해도 높았고, 부부동거가구의 비율이 큰 감소는 없었다. 본 연구에서 부부동거가구의 비율은 73.1%-83.2%로 나왔는데, 이는 2000년에 발표된 Kim et al.[15]의 연구에서 나온 남자 노인의 부부동거가구 비율인 47.8%, 2008년에 발표된 Jun et al.[16]의 연구 57.7%에 비하여 높았다. 고령자가구의 동거형태가 이전의 연구와 다르게 나타나는 것은 고령화로 인하여 수명이 연장되었고, 성별의 측면에서 여성의 수명이 남성에 비하여 증가하면서 부부동거가구의 비율이 증가하고, 사회적으로 노인 부양에 대한 인식이 달라지면서 자녀동거 가구의 비율이 줄어들었기 때문으로 판단되었다.

본 연구에서 주관적 건강상태에 대한 인식은 연령이 증가하면서 좋다고 하는 비율이 감소하고, 나쁘다고 하는 비율이 증가하는데 이는 Lee et al.[17], Kim et al.[18]의 연구 결과와 유사하다. 평소 스트레스의 인지정도는 연령이 증가하면서 스트레스를 많이 느끼는 비율이 감소하였다. 예비고

령자가 되면서 스트레스 인지 정도는 중장년층에 비하여 크게 감소하였고, 은퇴 등으로 사회적 기능이 축소되는 것의 영향으로 판단되었다. 이후 스트레스 인지 정도는 연소고령자, 고령노인에 이르면 더욱 감소되어 거의 느끼지 않은 비율이 증가하였으며, 이는 일부 남성고령자가 기술직과 단순노동에 종사하는 것을 제외하고는 은퇴로 인하여 남자 고령자의 사회적 역할이 크게 축소되었기 때문으로 판단되었다.

주관적 체형인식은 나이가 증가하면서 점차 비만하다는 체형인식 비율은 줄어들고, 마르다는 비율이 늘어나는 양상을 보였다. 주관적 체형인식은 고령노인이 되면서 자신을 따른 편으로 인식하는 비율이 늘어나고, 비만하다는 인식 비율이 감소하는 경향을 보였다. 주관적인 체형인식은 연소고령자까지 점진적으로 달라지다가 고령노인이 되면서 비만하다는 인식을 하는 비율이 크게 감소하고, 마르다고 인식하는 비율이 크게 증가하는 양상을 보였다. 이는 연령의 증가로 인하여 실질적으로 고령자의 체형이 변화하는 것에 연관이 있을 것으로 판단되었다. 최 등은 노인의 체력수준이 노인의 체중관련 신체이미지와 연관이 높고 하였는데 본 연구에서 체중 관련 신체이미지의 변화는 체력과도 일부 관련이 있을 것으로 판단되었다[19].

질환의 의사진단 경력을 보면 당뇨병, 고혈압, 뇌졸중, 심근경색증 또는 협심증, 관절염, 암의 의사진단을 받은 비율은 연령이 증가하면서 증가하는 양상을 보였으나, 이상지질혈증으로 의사진단을 받은 비율은 다른 질환의 비율이 증가하는 것과 달리 차이가 없었다. Lee et al.[20]는 노인은 연령이 증가할수록 총 콜레스테롤이 감소하였다고 하였는데, 본 연구에서는 이상지질혈증으로 진단받은 비율이 차이가 없는 것으로 나타나 차이가 있다. 그럼에도 불구하고 다른 만성질환이나 뇌졸중, 심혈관계 질환, 관절염, 암의 진단을 받는 비율이 증가하는데 비하여 이상지질혈증으로 진단받는 비율

이 변화가 없는 것은 이상지질혈증의 질환적 특성을 나타내는 것으로 판단되었다.

본 연구에서 건강검진 수진과 암 검진 수진이 비슷한 양상을 보였는데 중장년 이후 예비고령자 때 감소했다가 연소고령자가 되면서 상승하였고, 고령노인이 되면서 다시 감소하는 양상을 보였다. 본 연구에서 건강검진수진이 예비고령자와 고령노인 감소하는 이유에 대해서는 추가적인 연구가 필요할 것으로 판단되었는데, 중장년에 비하여 건강검진이 더 필요한 예비고령자시기와 연소고령자에 비하여 건강문제가 더 많이 발생하는 고령노인시기에 오히려 건강검진의 수진이 감소하는 것에 대해서는 건강검진의 수진을 증대시키기 위한 적극적인 대책이 필요할 것으로 판단되었다. 건강검진 수진에는 연령군, 소득, 혼인상태, 체형인식, 당뇨병진단여부 등의 다양한 요인이 영향을 주는 것으로 나타났는데, 연소고령자, 고소득자, 배우자가 있는 사람, 비만자의 수진 가능성이 높았다. 건강검진의 수진율을 높이기 위해서는 영향 요인을 고려한 접근이 필요할 것으로 판단되었다.

2. 건강증진행위 실천에 영향을 미치는 요인

본 연구 결과, 고령노인이 중장년에 비하여 체중감량노력을 할 가능성이 낮았다. Hyun et al.[21]의 노인을 대상으로 한 연구에서 고령노인이 되면 비만노인의 비율이 줄어들고, 저체중 노인이 늘어난다고 하였는데, 고령노인이 되면서 체중감량노력을 하는 비율이 줄어들고, 모든 형태의 체중조절노력이 줄어드는 것은 연령이 증가하면서 비만 노인이 줄어들고 저체중노인이 늘어나는 것과 관련이 있을 것으로 추정되었다.

음주 비율은 연령이 증가하면서 점차 감소하다가 고령노인에서 크게 감소하였는데, 이는 40대에 음주율이 가장 높고 이후 50대, 60대, 70대의 연령군이 증가하면서 감소한다고 한 Chung et al.[22]

의 연구와 비슷한 결과이다. 고소득자, 대학교이상 학력자, 고혈압 진단자 들의 금주 실천이 떨어지는 것으로 나타나 이들을 대상으로 금주실천을 강화할 수 있는 방안이 필요할 것으로 판단되었다.

흡연 비율은 연령이 증가하면서 감소하는 양상을 나타내었는데 연소고령자에서 크게 줄어들었고, 고령노인은 추가적으로 크게 감소하였다. 연령, 혼인상태, 체형상태, 암 진단여부가 금연실천에 영향을 주는 요인으로 분석되었지만, Cho et al.[23]의 연구에서는 노년기 금연시도에 영향을 주는 요인으로 교육수준, 취업상태, 주관적 건강상태, 주관적 가족관계, 주관적 교우관계를 제시하여 차이가 있었다.

유산소신체활동을 실천하는 비율은 연령이 증가하면서 차츰 줄어들다가 고령노인이 되면서 크게 감소하는 양상을 보였는데, 이는 만성질환을 가진 남자 노인의 연령대에 따라 신체활동의 변화를 연구한 Moon et al.[24]의 연구 결과와 유사하다. 연구에서는 75세 이상의 고령 노인이 되면서 높은 강도의 신체적 활동이 65세-74세의 연소노인보다 줄어드는 것으로 나타났는데 본 연구의 결과와 비슷하다. 본 연구에서 고령노인이 되면서 유산소신체활동이 줄어드는 것은 마르다는 신체인식이 증가와 일부 관련이 있을 것으로 추정되었다.

Park et al.[25]의 연구에서는 인플루엔자 예방접종에 영향을 주는 요인으로 연령의 증가, 농촌지역 거주, 높은 개인 소득수준, 낮은 교육수준, 직업이 없는 여성, 의료기관 이용 경험이 있는 경우 및 만성질환에 유병 등이 제시되었는데, 본 연구에서는 연령만이 의미가 있어 이전의 연구와 달랐다. 이는 노인들의 독감예방접종에 대한 인식의 변화와 함께 노인인구의 독감예방접종에 지원정책과 관련이 있을 것으로 판단되었다.

본 연구에서 연령 요인과 관련 있는 건강증진행위는 체중감량, 건강검진수진, 금연실천, 독감예방접종시행이었다. 체중조절노력 중 체중감량노력만

연령과 관련이 있었는데 연령이 증가면서 체중감량노력을 줄이는 것으로 나타났다. 건강검진의 수진에서는 연소고령자의 건강검진을 받을 가능성이 중장년에 비하여 의미 있게 높았는데 연소고령자가 되면서 건강에 대한 관심이 증가하기 때문으로 추정되었다. 금연실천은 연령의 증가에 따라 증가하였는데 연령의 증가에 따라 건강상태의 악화와 건강에 대한 관심의 증가 때문으로 판단되었다. 독감예방접종의 실천도 연령에 따라 증가하였는데 독감의 위험성에 대한 인식과 노인층에 대한 예방접종 지원정책들과 연관이 있는 것으로 판단되었다. 유산소신체활동과 금주는 연령과 관련이 없는 것으로 나왔는데, 유산소신체활동은 교육과 체형인식과 관련이 있었는데, 유산소신체활동의 실천을 증대시키기 위해서는 건강교육이 필요하다는 것을 알 수 있었다. 로지스틱분석에서 금주의 실천은 가계소득, 학력, 혼인상태, 고혈압 진단력 등의 여러 요인과 관련이 있었지만 연령과는 관련 없는 것으로 나왔는데, 고령자의 음주를 줄이기 위해서는 다양한 형태의 접근이 필요하다는 것을 인식할 수 있었다.

3. 연령군에 따른 사회경제적 상태와 건강증진 행위

본 연구에서 예비고령자는 사회적 역할의 축소에도 불구하고 혼인상태 및 거주상태의 변화가 크게 없는 양상을 보여주었다. 중장년에 비하여 스트레스가 감소가 뚜렷했다. 당뇨병, 고혈압 등의 만성질환으로 진단을 받는 비율이 중장년에 비하여 크게 증가하였다. 예비고령자는 건강증진의 측면에서 중장년에서 연소고령자로 전환하는 시기적 특성을 가지고 있었다. 체중조절노력은 중장년과 비슷한 양상을 보였지만, 월간 음주율이 줄어드는 것과 독감예방접종이 증가하는 것은 중장년과 다른 양상을 보였다. 그리고 건강검진수진, 유산소운동

실천은 오히려 중장년보다 감소하였다. 예비고령자는 남성의 사회적 역할이 축소되는 시기로 건강상태 및 건강증진행위가 중장년적 성격과 연소고령자적 성격이 공존하는 특징이 있었다. 이 시기에는 최대한 건강위험요소에 대한 노출을 줄이고, 적극적인 건강증진행위로 노년기의 건강한 삶을 위한 적극적인 대응이 필요할 것을 판단되었다.

본 연구에서 연소고령자는 가계소득이 예비고령자에 비하여 추가적으로 줄어들고, 스트레스인지는 더욱 감소되었고, 비만하다고 체형을 인지하는 비율이 점차 감소하였다. 질환의 측면에서는 예비고령자보다 당뇨병과 고혈압의 만성질환 및 관절염으로 진단받는 비율이 많이 증가하였다. 건강증진의 측면에서 예비고령자에 비하여 건강검진수진, 암검진수진, 금연, 금주, 독감예방접종의 건강증진행위의 실천이 증가하였으나, 유산소 신체활동실천은 큰 변화가 없었고, 체중조절 노력을 하지 않는 비율이 증가하였다. 연소고령자에 이르면서 건강증진활동이 질병의 조기발견과 치료, 건강위험인자의 제거에 적극적인 반면에 체중조절노력 및 신체활동이 요구되는 건강증진행위에는 소극적인 것으로 판단되었다. 이는 연소고령자가 되면서 마르다는 체형인식이 증가하는 것과 연소고령자가 되면서 관절염 등의 활동에 장애가 되는 질환에 노출되는 경우가 증가하는 것과 관련이 있을 것으로 판단되었다.

본 연구에서 고령노인은 연소고령자에 비하여 사회경제적 여건이 급격히 악화되어 저소득 가계의 비율이 크게 증가하였다. 주관적 체형인식이 크게 변하는 양상이었다. 자신이 비만하다고 인식하는 비율이 줄고 마르다고 인식하는 비율이 연소고령자에 비하여 크게 증가하는 양상이었다. 관절염과 암진단 비율이 연소고령자에 비하여 크게 증가하는 양상이었다. 건강상태는 전반적으로 연소고령자에 비하여 취약해 지는 양상이었다. 질환 진단을 받는 양상도 달라지는데, 고혈압, 당뇨의 만성질환

으로 진단받는 비율은 이전에 비하여 줄어들고 뇌졸중과 협심증, 심근경색증 등의 진단 비율은 연소고령자와 비슷한 수준으로 유지되지만, 관절염이나 암으로 진단을 받는 비율이 연소고령자에 비하여 크게 증가하였다. 고령노인이 되면서 남자 노인은 만성질환과 아울러 심혈관관계질환, 암 진단으로 인하여 건강에 심각한 영향을 받는 가운데 추가적으로 관절염 등의 퇴행성질환으로 인하여 연소고령자에 비하여 활동 제한이 심해지는 것으로 판단되었다. 고령노인이 되면서 전반적으로 건강상태가 악화되는데 그치지 않고, 건강증진행위 실천도 연소고령자에 비하여 줄어드는 양상이었다. 건강검진 및 암검진 수신 비율이 연소고령자에 비하여 감소하고, 체중조절 노력을 하지 않는 비율과 유산소 운동을 실천하는 비율이 줄어드는 양상이었다. 고령노인이 되면서 나아지는 건강증진행위는 흡연 비율이 연소고령자에 비하여 크게 줄어드는 것이었다. 독감예방접종은 연소고령자와 같은 정도로 이행하였다. 고령노인이 되면서 사회경제적 상태와 건강상태가 취약해지는데 비하여 건강증진행위의 실천은 연소노인에 비하여 떨어지는 것으로 나와, 고령노인의 건강증진행위 실천을 늘리기 위한 대책이 필요한 것으로 판단되었다.

4. 제한점 및 강점

본 연구는 단면연구로서 건강증진행위에 영향을 미치는 요인과 실천율 사이의 정확한 인과관계 및 선후관계 파악이 어렵다. 그러나 본 연구는 대한민국을 대표할 수 있는 대규모 인구군을 연구 대상으로 하여 그 결과에 일반성을 더할 수 있다는 강점이 있다.

V. 결론

본 연구는 남성고령자의 건강증진행위에 대한

연구로 건강증진행위에 영향을 미치는 여러 요인을 파악할 수 있었다. 이를 통하여 남성고령자는 예비고령자 시기부터 사회경제적 여건이 저하되는 것으로 나타났으며, 사회적 역할의 축소로 건강이 영향을 받는다는 것으로 확인되었다. 남성고령자의 건강을 위한 건강증진활동은 예비고령자 시기부터 적극적으로 이루어져야 한다고 판단되었다. 또한 노인이 되면서 체중조절노력, 건강검진수진, 금연실천, 독감예방접종시행 등의 일부 건강증진행위는 연령군에 따라 실천의 변화가 일어나지만, 유산소 신체활동, 금주는 연령에 따른 실천의 변화가 일어나지 않기 때문에 남성고령자의 상태에 따른 능동적이고 적극적인 조치가 필요한 것으로 판단되었다. 고령노인의 시기에는 건강상태의 연소고령자에 비하여 악화됨에도 불구하고 체중조절노력, 건강검진수진, 유산소신체활동 등의 건강증진활동이 저조하기 때문에 이를 개선하기 위한 노력이 필요할 것으로 판단되었다.

본 연구는 남성고령자의 연령 증가에 따른 건강증진행위 관련 요인을 분석한 연구로, 연령대에 따른 남성고령자의 건강인식, 건강증진행위, 건강증진요인의 관련 요인을 이해하는데 큰 도움이 될 것으로 기대한다. 또한, 고령자들의 건강한 삶을 위하여 예비고령자에서부터 건강증진행위 실천을 시작할 수 있도록 돕고, 고령 노인들의 건강증진행위의 실천율을 높일 수 있는 정책이 필요하겠다.

REFERENCES

1. <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/6/1/index.board>
2. <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=311864>
3. H.K. Kim, S.S. Bae(2004), Gender differences in Health Behaviors and Related Factors of the Urban Elderly, Korean Journal of Health Policy

- & Administration, Vol.14(2);117-137.
4. Y.h. Choi(2001), Health related behaviors in older Korean American adults in USA, J of Korean Gerontological Nursing Society, Vol.3(1);63-74.
 5. Y.J. Son(2004), A Study of Medical Services Usage between the Retired Elderly and Non-retired Elderly, Journal of Welfare for the Aged Institute, Vol.26;165-189.
 6. S.E. Cha(2013), Time, Money and Health Promoting Behavior of Aged Men: Looking Through the Lens of Capability Theory, Korea family resource management association, Vol.17(2);173-194.
 7. E.H. Kong, Y.S. Jeong(2013), Older Korean Men's Perception of Health Behaviors, Journal of Korean Gerontological Nursing, Vol.15(3);286-297.
 8. S.J. Lee(2009), The characteristics of old age preparation of Korean Adults and policy implications, Health and welfare policy forum, Vol.147;72-80.
 9. S.H. Kim, H.J. Hong(2015),The effect on the Health Promotion Behavior of Young-Old men, Journal of the Korean Academy of Health and Welfare for Elderly, Vol.7(1);139-153.
 10. R. Choi, B.D. Hwang(2014), Health Care Utilization of Age Group in the Elderly on the Korean Health Panel, The Korean Journal of Health Service Management, Vol8(3);49-61.
 11. J.L. Yoon, U.K. Roh, M.Y. Kim, Y.H. Lee, B.L. Cho, J.Y. Lee(2009), A research for the development of national health screening program for Korean older persons, Hallym university health care service support center: Korea, Report, Vol.(9-18);9-18.
 12. K.S. Suh(2007), Employment Promotion Program for the Aged Preparing the Aging Society, Journal of Human Resource Management Research, Vol.14(2);61-76.
 13. K.H. Park, B.Y. Jeong(2009), Characteristics and Causes of Musculoskeletal Disorders for Employees Aged 50 Years or Older, Journal of the Ergonomics Society of Korea, Vol.28(4);139-145.
 14. Y.H. Hwang(2011), Health Service Utilization and Expenditure of the Elderly based on KHP, Health and welfare policy forum, Vol.182;51-59.
 15. H.J. Kim, J.H. Kim(2000), Factors Influencing Health Promoting Behavior of the Elderly, Korean Journal of Adult Nursing, Vol.12(4);573-583.
 16. Y.S. Jun(2008), Health status of the elderly in Korea according to the type of households, Thesis of Ewha Womans University, pp.1-140.
 17. Y. Lee, K. choi, I.O. Kang(1998), Determinants of self rated health among the Korean elderly living in the community, Journal of the Korea Gerontoloical Society, Vol.18(2);110-124.
 18. J.A. Kim, S.K. Chaung(1997), A Study on the Health Status and Health Behavior of the Elderly, Journal of the Korea Gerontological Society, Vol.17(3);144-176.
 19. J.H. Choo, K.T. Rho(2009), The effects of gender and functional fitness level on body image in the elderly, The Korean Journal of Growth and Development, Vol.17(4);303-308.
 20. E.H. Lee, S. Cho, E.J. Kwon(2009), Prevalence and Related Factors of Metabolic Syndrome among Korean Older Adults, Korean Journal of Health Education and Promotion, Vol.26(4);129-143.
 21. H.S. Hyun, I.S. Lee(2013), Body Mass Index (BMI)-Related Factors of Community-Dwelling Elders: Comparison between Early and Late Elderly People, Journal of Korean Academy Community Health Nursing, Vol.24(1);62-73.

22. S.S. Chung, K.H. Joung(2012), Factors associated with the Patterns of Alcohol Use in Korean Adults, Korean Journal of Adult Nursing, Vol.24(5);441-453.
23. S.H. Cho, H.W. Byeon(2015), A Prediction Modeling for Health Behaviors Related to Smoking Cessation in Korean Elderly, Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology, Vol.5(4);251-260.
24. H.J. Moon, I.S. Lee(2011), Gender-based Comparison of Physical Activity Levels of Older Korean Adults with Chronic Disease, Journal of Korean Gerontological Nursing, Vol.13(2);120-130.
25. M.B. Park, C.B. Kim, H.S. Joo(2013), Factors Influencing on Influenza Vaccination Coverage, Journal of the Korean contents association, Vol.13(4);300-311.