

## 일개지역 노인의 건강인식 및 건강관리에 관한 연구

김은엽<sup>1\*</sup>, 임근옥<sup>2</sup>, 이현실<sup>3</sup>

<sup>1</sup>고려대학교 보건과학대학, <sup>2</sup>초당대학교 치위생학과, <sup>3</sup>고려대학교 보건과학대학

### Health-Related Habits and Food Habits of the Elderly Living

Eun-Yeob Kim<sup>1\*</sup>, Kun-Ok Lim<sup>2</sup> and Hyun-Sill Lee<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Administration, Korea University

<sup>2</sup>Department of Dental Hygiene, Chodang University

<sup>3</sup>Department of Health Administration, Korea University

**요약** 본 일개 지역의 65세 이상 노인을 대상으로 건강에 대한 주관적 인식정도를 중심으로 일반적 특성, 건강 습관 및 관리 요인, 암 관련 요인 파악하여 노인의 건강증진 연구의 기초자료로 활용하고자 시행되었다. 생활수준에 대한 인식은 연구대상자 50.7%가 중간수준이라고 응답하였다. 현재 건강상태가 일상생활을 방해하는지 조사한 결과 건강수준 인식이 좋지 못 할수록 현재 건강상태로 인하여 일상생활을 방해 받는다고 하였다. 건강관리 방법은 건강정도 인식이 나쁘거나 좋지 못한 그룹은 의약품으로 관리한다는 빈도가 가장 높은 반면, 건강정도 인식이 좋다고 생각하는 그룹은 인체에 직접적으로 영향을 미치는 음주 혹은 흡연을 하지 않거나 끊는 것으로 나타났다. 향후 10년 안에 암 발생 가능성에 대한 인식은 건강인식이 좋다고 그룹은 42.7%, 보통인 그룹은 47.6%, 나쁘다고 생각하는 그룹은 52.0%로 응답하였다. 노인들도 건강에 대한 올바른 습관을 지속적으로 유지할 수 있도록 제도적인 뒷받침이 있어야 할 것으로 생각된다.

**Abstract** This study was scale for subjective health-recognition related general factor, health habits and management, cancer recognition and provision. Methods : The subjects were elderly who voluntarily participated in the survey. Results : The Health recognition people 50.7% answered 'Normal'. The health condition should have obstructed a daily life, said that cognition cannot be good health recognition. The health control method was bad or normal group manages with the medical supply (foodstuffs inclusion) then again, the recognition good group was answered that did not tobacco and drink alcohol or prohibit do it. For ten years from now the health recognition about cancer occurrence possibility that the health recognition good group was rare possibility 42.7%, bad group was 52.0% and normal group was 47.6%. Conclusions : In health promotion priorities of elderly differed by gender and subjective health status. The regular exercise and health-related habit do as a favor the possibility of living is healthy.

**Key Words** : Health recognition, Health status, Elderly

### 1. 서론

20세기로 접어들면서 우리나라는 고령화 사회로 진입하였으며 2026년에는 초고령 사회에 도달할 것으로 전망하고 있다[1]. 그 한 요인으로 의료기술의 발달 및 식생활 향상에 따라 평균 수명이 연장되어 세계적으로 노령 인구가 급속도로 증가하고 있으며, 이처럼, 생활의 질 향

상과 의학의 발전에 따른 수명의 연장으로 사망률의 감소가 노령 인구 증가의 한 요인이 되었다[2]. 고령화 사회는 선진국에서 공통적으로 나타나는 현상이지만, 우리나라의 경우 고령화 속도는 선진국 보다 빨리 진행됨에 따른 문제가 발생할 것이라는 것을 관과 하지 않을 수 없다 [3]. 최근 고령화 사회로 들어서면서 노인문제 그 중에서도 건강문제는 더욱 심각하게 제기되고 있다[4]. 현 사회

\*교신저자 : 김은엽(key0227@korea.ac.kr)

접수일 09년 07월 20일

수정일 (1차 09년 09월 22일, 2차 09년 10월 08일)

게재확정일 09년 10월 14일

도 노년층에 대한 인식의 변화가 일어나고 있으며, 사회적 관심과 준비가 필요하고 있다고 보고되고 있다[5]. 이처럼 노인들의 삶에서 수명연장은 단순하게 오래 사는 것이 아닌 건강하고 행복한 질적인 삶을 살 수 있도록 하는 과제를 부여하고 있다.

노인들은 수명 연장과 더불어 많은 건강문제를 가지고 살아가며 건강에 대한 관심도 높을 수 밖에 없다[6]. 지금 노년층은 사회 경제적으로 어려운 시기를 겪어온 세대로 교육 정도, 경제수준, 거주 지역, 생활습관, 소득 격차에 따른 건강 불균형 양상도 커지면서 건강에 영향을 미치는 요인으로 나타나고 있다[7]. 주관적 건강수준은 신체·정신·사회적 건강의 복합적인 건강상태를 나타내고 있는 것이라 보고되고 있다[8,9]. 또한, 노인 자신들이 스스로 평가하는 건강수준은 건강을 확인하는 종합적 지표로 활용되고 있다고 보고되고 있다. 이처럼 주관적인 건강인식을 파악하는 것은 노인 개개인들에게도 중요하지만 노인을 위한 다양한 지역사회 조사에서 그 중요성이 부각되고 있다. 노인은 나이가 들어감에 따른 자연적 노화진행과 함께 신체적 변화 식욕 감퇴, 행동저하, 사회적 소외감, 경제수준의 저하 등과 같은 정신적·사회경제적 요인에 따른 문제가 발생한다고 보고되고 있다[10]. 이처럼, 노인의 건강상태는 질환의 여부도 중요하지만 자신의 건강에 대한 인식이 건강관련 중요한 지표라 보고되고 있다[11]. 이미 Knapp [12]은 노인들이 자신의 건강에 대한 주관적인 평가가 생활 만족도를 설명하는 중요한 변수임을 보고한바있다.

노인들에 대한 올바른 건강 인식과 적극적인 지원이 고려되어야 할 것이며, 노인들이 신체적, 정신적 건강과 마음의 안정을 통한 생활의 능동적 활동의 증가가 가능하도록 노인들 삶의 질 문제에 관심을 가져야 할 것이다. 따라서, 본 연구는 노인의 주관적 건강인식에 대한 선행 연구를 검토한 결과 노인들의 건강인식과 생활양식, 건강관리의 차이에 의해서 다양한 문제점들이 발생되고 요구사양도 다르므로 전라남도 지역의 노인들을 대상으로 건강에 대한 건강 습관 및 관리대비 요인을 조사하여 노인들의 건강에 대한 인식정도에 따라 어떠한 관련성이 있는지 파악하여 향후 건강에 대한 인식이 건강에 영향을 주는 관련성 연구의 기초자료를 제시하고, 노인들의 삶의 질적 향상을 도모하여 향후 지역 보건 의료 계획 및 소외된 연령층을 위한 맞춤형 건강증진 기초 자료로 사용하고자 한다.

본 연구의 주요 목적은 일개지역 노인을 대상으로 건강에 대한 주관적 인식정도에 따라 노인들의 일반적 특성, 노인들의 건강습관, 노인들의 건강관리가 어떠한 차이가 있는지 알아보하고자 한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구설계

본 연구는 일개지역에 거주하는 노인의 주관적 건강상태, 건강습관, 건강관리를 파악하고, 주관적 건강인식과 관련된 변수를 파악하고자 하는 서술적 조사연구이다.

### 2.2 연구대상

본 연구의 대상자는 전라남도 신안군 14개면에 거주하는 만 64세 이상 노인을 대상으로 각 지역에 방문하여 무작위로 직접설문 통한 노인 578명을 추출하였다.

### 2.3 연구도구

본 연구도구는 노인 건강인식과 관련한 선행연구를 기반으로 문항을 검토하고[13], 노인의 특성을 고려하여 문항을 수정·보완하여 개발한 구조화된 설문지를 이용하였다. 연구에 사용한 문항은 건강에 대한 인식정도를 중심으로 노인의 일반적 특성, 건강 습관 및 관리 요인, 암 관련 요인 등으로 구성되었다.

연구 대상자의 일반적 특성은 성별, 연령, 학력, 결혼 여부 및 상태, 동거 가족 수, 직업, 연소득, 일일 노동시간, 의료보장 형태 등으로 구성되었다. 주관적 인식의 도구는 첫 번째로 자신의 건강에 대한 인식을 ‘좋다’, ‘그저 그렇다’, ‘나쁘다’ 3가지로 조사하였다. 생활수준은 ‘잘사는 편’에서 ‘못 사는 편’까지 3가지로 조사하였다. 지금 건강상태가 일상생활에 방해가 되는지에 대하여 ‘방해 안 된다’, ‘보통이다’, ‘방해 된다’ 3가지로 조사하였다. 자신의 건강이 동년배와 비교하여 어떤지에 대한 인식은 ‘좋다’, ‘똑 같다’, ‘나쁘다’ 3가지로 조사하였다. 자신은 얼마나 건강에 대해 걱정을 하고 있는지도 ‘걱정하지 않음’, ‘가끔 걱정’, ‘항상 걱정’ 3가지로 조사하였다. 10년 안에 동년배와 비교하여 암발생 가능성에 대하여 ‘매우 낮다’부터 ‘매우 높다’ 5가지로 조사하였다. 건강 대비 및 관리 도구는 건강관리방법, 최근 2년 이내 건강검진 받은 유무, B형 간염 예방접종 유무, 최근 1년 내 입원 유무, 암보험 가입, 최근 3년 안에 암과 관련된 검사를 받은 유무를 조사하였다. 건강인식에 대한 문항은 보건복지가족부에서 기 조사된 신안군 연구보고서에 사용되었던 문항에서 발취하였으며, 신뢰도는 4문항(건강인식, 건강상태의 일상방해정도, 동년배와 비교시 건강인식, 건강에 대한 걱정정도)을 좋은 쪽은 3점 보통은 2점 나쁜은 1점으로 점수화 시켰다. 노인임을 가만하여 3점으로 크게 구분하였다(Crombach's  $\alpha = .708$ ).

## 2.4 자료수집 및 분석방법

본 연구의 자료 수집은 2007년 3월 1일부터 동년 5월 31일까지 구조화된 설문지를 통하여 조사하였다. 전라남도 신안군지역 거주자 만 64세 이상의 노인을 대상으로 실시하였다. 본 연구에 대해 충분히 이해할 수 있도록 연구목적, 연구내용, 연구방법에 대해 설명하고, 설문조사는 연령을 고려하여 면대면 방법과 자가기입 방법을 조사자와 함께 실시하였다. 설문지 작성 이후 건강지식정보를 제공하였다. 설문지 조사의 일관성을 유지하기 위하여 연구보조원과 함께 예비 설명과 실습을 하여 훈련하였다. 총 578명으로부터 수집된 자료를 분석하는 과정에서 결과에 활용 불가능한 22명을 제외한 556명의 자료를 최종 활용하였다.

분석방법은 설문을 통하여 수집된 모든 자료는 엑셀로 사전 코드 작업을 행한 후 SPSS program ver 12.0을 이용하여 통계처리 하였다. 조사대상자의 인구사회학적 사항은 빈도 분석을 하였다. 주관적인 건강상태와 인구사회학적요인, 의료기관 관련 요인, 건강 관련 요인을 알아보고자 Chi-square 검정을 통해 유의성 검정을 실시하였다.

## 3. 연구결과

### 3.1 연구대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성은 표 1과 같다. 연구대상자는 모두 556명으로 남자 노인은 234명 42.1%, 여자 노인은 322명 57.9%로 여자 노인이 다소 많았다. 전체 평균 연령은 73세이였으며 남자 노인은 72세, 여자 노인은 73세이었다. 전체 연령 분포는 60대가 184명 33.1%로, 70대가 279명 50.2%로, 80대가 89명 16.0%로, 90대가 4명 0.7%이었다. 교육의 정도는 중졸이하 학력이 77%로 가장 큰 부분을 나타냈다. 연구대상자 결혼 상태는 유배우자인 경우가 365명 65.6%로, 별거중인 경우가 186명 33.5%로, 혼자인 경우가 5명 0.9%로 나타났다. 동거 가족 수는 1-2명이 330명 59.4%로 가장 높게 나타났다. 의료보장 형태는 지역건강보험이 317명 57.0%로, 직장건강보험이 152명 27.4%로, 의료보호 87명 15.6%이었다. 생활수준에 대한 인식은 연구대상자 282명 50.7%가 중간수준이라고 응답하였다.

### 3.2 건강수준 인식과 인구사회학적 요인

주관적인 건강수준 인식과 기타 요인에 대한 관련성 조사결과는 표 2과 같다. 70대 연령대에서 건강수준이 125명 55.3%가 나쁘다고 하였으며, 106명 49.8%가 보통이라고 가장 높은 응답을 보여 통계적으로 유의하였다.

남성 76명 33.6% 보다 여성 150명 66.4%가 건강수준이 “나쁘다”고 높게 나타났고, 통계적으로 유의하였다. 건강수준이 ‘나쁘다’고 대답한 군이 다른 군과 비교해서 학력이 더 낮은 것으로 나타났고 통계적으로 유의하였다. 건강보험은 317명 57.0%가 “지역의료보험”, 152명 27.3%가 ‘직장의료보험’, 87명 15.7%가 ‘의료보호’에 가입되어 있는 것으로 조사되었다. 건강수준이 “나쁘다”고 생각하는 그룹은 생활수준도 낮다고 123명 54.4%가 답한 반면, 건강수준이 “보통”이라고 한 그룹 127명 59.6%, 건강수준이 “좋다”고 한 그룹은 64명 54.7%는 생활수준이 중간은 된다고 생각하고 있는 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의하였다. 년 수입은 건강수준이 “나쁘다”고 대답한 그룹 149명 65.9%가 500/10,000원 이하라고 가장 높게

대답하였으며, 통계적으로 유의하였다. 하루 일하는 시간은 건강수준이 ‘나쁘다’고 한 그룹은 3시간 이하가 76명 33.6%, 6-8시간이 61명 27.0%로 나타났으나, 건강수준 보통 그룹은 6-8시간이 66명 11.9%로 가장 높게 나타났으나, 건강수준이 좋다고 생각하는 그룹은 하루 일하는 시간의 차이를 보이지 못하였고, 통계적으로 유의하였다.

주관적인 건강수준 인식은 ‘좋다’, ‘보통’, ‘나쁘다’로 구분하였으며, 그 결과 건강수준 인식이 ‘좋다’가 21.0%, ‘보통’이 36.9%로, ‘나쁘다’가 42.1%로 인식하고 있는 것으로 조사되었다.

### 3.3 건강수준 인식과 건강 관심

주관적인 건강수준 인식과 건강 관심요인 조사결과는 [표 3]와 같다. 현재 건강상태가 일상생활을 방해하는지 조사한 결과 건강수준 인식이 좋지 못 할수록 현재 건강상태로 인하여 일상생활을 방해 받는 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의하였다. 건강관리 방법은 건강정도 인식이 나쁘거나 좋지 못한 그룹은 의약품(건강보조 식품 포함)으로 관리한다는 빈도가 가장 높은 반면, 건강정도 인식이 좋다고 생각하는 그룹은 인체에 직접적으로 영향을 미치는 음주 혹은 흡연을 하지 않거나 끊는 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의하였다. 또한, 건강에 대한 관심도 역시 건강이 나쁘다고 생각하는 그룹은 건강에 대하여 관심이 없다고 180명이 가장 높게 답한 반면, 건강인식이 보통, 좋다고 생각하는 그룹은 건강에 대한 관심도가 보통 정도라고 142명, 55명이 응답하였고, 통계적으로 유의하였다. 동년배와 비교하여 건강에 대한 인식도 주관적 건강 수준이 나쁘다고 생각하는 그룹은 177명이 ‘나쁘다’라고, ‘보통’이라고 생각하는 그룹은 건강 비교시도 128명이 ‘비슷’하다고, ‘좋다’고 한 그룹은 66명이 ‘좋다’라고 가장 높은 빈도를 각각 보였고, 통계학적으로 유의하였다.

[표 1] 연구대상자의 일반적 특성

변수	남자(%)	여자(%)	전체(%)
연령	72.35±5.26*	73.74±6.44	73.15±6.01
현 거주지 기간	4.56±1.02	4.65±0.72	4.61±0.86
교육정도			
무학력	31(13.2)	207(64.3)	238(42.8)
초등학력	92(39.3)	98(30.4)	190(34.2)
중등학력	65(27.8)	13(4.1)	78(14.0)
고등학력	36(15.4)	4(1.2)	40(7.2)
고등학력 이상	10(4.3)	-	10(1.8)
결혼상태			
미혼	1(0.4)	4(1.2)	5(0.9)
배우자 생존	214(91.5)	151(46.9)	365(65.6)
이혼 또는 배우자사망	19(8.1)	167(51.9)	186(33.5)
가족 수(명)			
혼자	19(8.1)	123(38.2)	142(25.5)
1-2 명	178(76.1)	152(47.2)	330(59.3)
2-5 명	28(12.0)	34(10.6)	62(11.2)
5 명 이상	9(3.8)	13(4.0)	22(4.0)
직업			
농업	150(64.1)	203(63.0)	353(63.5)
어업	34(14.5)	21(6.5)	55(9.9)
상업	10(4.3)	16(5.0)	26(4.7)
사무직	2(0.9)	1(0.3)	3(0.5)
기타	38(16.2)	81(25.2)	119(21.4)
건강보험			
지역보험	141(60.3)	176(54.7)	317(57.0)
직장보험	71(30.3)	81(25.1)	152(27.4)
의료보호	22(9.4)	65(20.2)	87(15.6)
주관적 생활수준			
좋다	21(9.0)	22(6.8)	43(7.7)
보통	134(57.3)	148(46.0)	282(50.7)
나쁘다	79(33.7)	152(47.2)	231(41.6)
연수입(10,000원)			
500 만원이하	106(45.3)	199(61.8)	305(54.9)
500-1,000 만원	76(32.5)	70(21.7)	146(26.3)
1,000-2,000 만원	38(16.2)	42(13.0)	80(14.4)
2,000 만원 이상	14(6.0)	11(3.5)	25(4.4)
하루 노동량			
3 시간 이하	54(23.1)	104(32.3)	158(28.4)
4-5 시간	54(23.1)	71(22.0)	125(22.5)
6-8 시간	75(32.1)	76(23.6)	151(27.2)
9 시간 이상	51(21.7)	71(22.1)	122(21.9)

\* 평균±표준편차

[표 2] 건강 인식과 인구학적 변수와의 연관성

변수	건강 인식				χ <sup>2</sup>	P-value*
	나쁘다	보통	좋다	전체		
성별						
남자	76(33.6)	90(42.3)	68(58.1)	234(42.1)	18.976	0.004
여자	150(66.4)	123(57.7)	49(41.9)	322(57.9)		
연령대						
60-69 대	58(25.7)	84(39.4)	42(35.9)	184(33.1)	18.988	0.010
70-79 대	125(55.3)	106(49.8)	48(41.0)	279(50.2)		
80-89 대	42(18.6)	21(9.9)	26(22.2)	89(16.0)		
90 대 이상	1(0.4)	2(0.9)	1(0.9)	4(0.7)		
현 거주지 기간	4.73±0.68**	4.58±0.85	4.44±1.13	4.61±0.86		<0.001
교육정도						
무학력	110(48.7)	88(41.3)	40(34.2)	238(42.8)	38.758	0.291
초등학력	70(31.0)	80(37.6)	40(34.2)	190(34.2)		
중등학력	38(16.8)	28(13.1)	12(10.3)	78(14.0)		
고등학력	8(3.5)	14(6.6)	18(15.3)	40(7.2)		
고등학력 이상	-	3(1.4)	7(6.0)	10(1.8)		
결혼상태						
미혼	4(1.8)	1(0.4)	-	5(0.9)	4.963	0.198
배우자 생존	143(63.2)	139(65.3)	83(70.9)	365(65.6)		
이혼 또는 배우자사망	79(35.0)	73(34.3)	34(29.1)	186(33.5)		
가족 수(명)						
혼자	61(27.0)	51(23.9)	30(25.6)	142(25.5)	8.590	0.261
1-2 명	140(61.9)	118(55.4)	72(61.5)	330(59.5)		
2-5 명	19(8.4)	32(15.1)	11(9.5)	62(11.2)		
5 명 이상	6(2.7)	12(5.6)	4(3.4)	22(4.0)		
직업						
농업	154(68.1)	135(63.4)	64(54.7)	353(63.5)	10.065	0.051
어업	16(7.1)	25(11.7)	14(12.0)	55(9.9)		
상업	8(3.5)	11(5.2)	7(6.0)	26(4.7)		
사무직	2(0.9)	1(0.5)	-	3(0.5)		
기타	46(20.4)	41(19.2)	32(27.3)	119(21.4)		
건강보험						
지역보험	116(51.3)	134(62.9)	67(57.3)	317(57.0)	9.426	0.051
직장보험	65(28.8)	50(23.5)	37(31.6)	152(27.3)		
의료보호	45(19.9)	29(13.6)	13(11.1)	87(15.7)		
주관적 생활수준						
좋다	12(5.3)	14(6.6)	17(14.5)	43(7.8)	33.008	<0.001
보통	91(40.3)	127(59.6)	64(54.7)	282(50.7)		
나쁘다	123(54.4)	72(33.8)	36(30.8)	231(41.5)		

[표 2] 계속

변수	건강 인식				X <sup>2</sup>	P-value *
	나쁘다	보통	좋다	전체		
연수입(10,000원)						
500 만원이하	149(65.9)	101(47.4)	55(47.0)	305(54.9)	20.850	0.002
500-1,000 만원	47(20.8)	67(31.5)	32(27.4)	146(26.3)		
1,000-2,000 만원	24(10.6)	34(16.0)	22(18.8)	80(14.4)		
2,000 만원 이상	6(2.7)	11(5.1)	8(6.8)	25(4.4)		
하루 노동량						
3 시간 이하	76(33.6)	48(22.5)	34(29.1)	158(28.4)	12.838	0.046
4-5 시간	39(17.3)	55(25.8)	31(26.5)	125(22.5)		
6-8 시간	61(27.0)	66(31.0)	24(20.5)	151(27.2)		
9 시간 이상	50(22.1)	44(20.7)	28(23.9)	122(21.9)		
합계	234(42.1)	205(36.9)	117(21.0)	556(100)		

\* 카이제곱 검정

\*\* 평균±표준편차

[표 3] 건강인식과 건강습관의 연관성

변수	건강 인식				X <sup>2</sup>	P-value *
	나쁘다	보통	좋다	전체		
일상생활의 장애						
장애가 있음	149(65.9)	24(11.3)	10(8.5)	183(32.9)	230.385	<0.001
가끔 있음	70(31.0)	133(62.4)	49(41.9)	252(45.3)		
장애 없음	7(3.1)	56(26.3)	58(49.6)	121(21.8)		
건강 관리방법						
운동	19(8.4)	28(13.1)	26(22.2)	73(13.1)	70.083	<0.001
식사조절	19(8.4)	51(23.9)	18(15.4)	88(15.8)		
약 또는 건강보조식품	132(58.4)	78(36.6)	23(19.7)	233(41.9)		
금연 및 금주	11(4.9)	10(4.7)	9(7.7)	30(5.4)		
없음	39(17.3)	40(18.8)	39(33.3)	118(21.2)		
기타	6(2.6)	6(2.9)	2(1.7)	14(2.6)		
동년배와 비교시 건강수준						
좋다	177(75.6)	44(21.4)	5(4.2)	226(40.6)	278.668	<0.001
비슷하다	39(16.7)	128(62.5)	46(39.3)	213(38.3)		
나쁘다	18(7.7)	33(16.1)	66(56.5)	117(21.1)		
건강에 대한 관심도						
없다	180(79.6)	59(27.7)	28(23.9)	267(48.0)	207.233	<0.001
보통	42(18.6)	142(66.7)	55(47.0)	239(43.0)		
항상 관심	4(1.8)	12(5.6)	34(29.1)	50(9.0)		

\* 카이제곱 검정

[표 4] 건강인식과 병원이용의 연관성

변수	건강 인식				$\chi^2$	P-value*
	나쁘다	보통	좋다	전체		
병원이용						
보건소	78(34.5)	68(32.4)	33(28.4)	179(32.4)	6.583	0.797
1·2차 병원	61(27.0)	48(22.9)	33(28.4)	142(25.7)		
3차 병원	83(36.7)	89(42.4)	48(41.4)	220(39.9)		
한의원	4(1.8)	5(2.3)	2(1.8)	11(2.0)		
최근 병원방문 시기						
1 주 이내	101(44.9)	62(29.1)	38(32.8)	201(36.3)	22.879	0.011
1 달 이내	74(32.9)	83(39.0)	40(34.5)	197(35.6)		
6 달 이내	22(9.8)	37(17.4)	19(16.4)	78(14.1)		
1 년 이내	12(5.3)	9(4.2)	12(10.3)	33(6.0)		
1 년 이상	7(3.1)	7(3.3)	4(3.4)	18(3.2)		
하지 않음	9(4.0)	15(7.0)	3(2.6)	27(4.8)		
병원 이용 횟수(1년 이내)						
가지 않음	10(4.4)	12(5.7)	5(4.3)	27(4.9)	38.999	<0.001
1-3 회	26(11.5)	40(19.0)	24(20.9)	90(16.3)		
4-9 회	26(11.5)	46(21.9)	17(14.8)	89(16.2)		
10-19 회	63(27.9)	51(24.3)	30(26.1)	144(26.1)		
20 회 이상	91(40.3)	38(18.1)	31(27.0)	160(29.0)		
정확한 횟수 모름	10(4.4)	23(11.0)	8(6.9)	41(7.5)		
건강검진 횟수(1년 이내)						
하지 않음	46(20.4)	65(30.5)	37(31.6)	148(26.6)	12.833	0.046
1 회	129(57.1)	115(54.0)	58(49.6)	302(54.3)		
2 회	28(12.4)	21(9.9)	17(14.5)	66(11.9)		
3 회 이상	23(10.1)	12(5.6)	5(4.3)	40(7.2)		
B형 간염 주사						
했음	45(19.9)	46(21.6)	30(25.6)	121(21.8)	3.923	0.416
하지 않음	106(46.9)	84(39.4)	48(41.0)	238(42.8)		
잘 모름	75(33.2)	83(39.0)	39(33.4)	197(35.4)		
병원입원 횟수(1년 이내)						
하지 않음	142(62.8)	158(74.2)	93(79.5)	393(70.7)	18.916	0.004
1 회	57(25.2)	32(15.0)	18(15.4)	107(19.2)		
2 회	17(7.5)	19(8.9)	2(1.7)	38(6.8)		
3 회 이상	10(4.5)	4(1.9)	4(3.4)	18(3.3)		

\* 카이제곱 검정

### 3.5 건강수준 인식과 의료 현황

주관적인 건강수준 인식과 의료 현황 조사결과는 표 4와 같다. 건강수준 인식이 나쁘거나 보통이라고 생각하는 그룹들은 최근 한 달 이내 의료기관에 가서 진료나 검사를 받아본 경험이 있는 반면 건강수준 인식이 좋다고 한

그룹은 의료기관에서 진료나 검사를 받아본 경험이 큰 차이를 보이지는 않았으며, 통계적으로 유의하였다. 최근 1년 동안 병원 방문 횟수를 조사한 결과 건강정도 인식이 보통이거나 좋다고 한 그룹은 4.9번/년 방문한 반면, 건강정도 인식이 나쁘다고 생각하는 그룹은 10.19번이 가

장 높은 빈도를 보였으며, 통계적으로 유의하였다. 최근 2년 이내 건강검진을 받은 현황은 없거나 1회 정도 건강검진을 받았다고 대답하였다. 최근 1년 이내 입원한 비율을 조사한 결과 전반적으로 없다고 답하였으나, 건강인식이 나쁘다고 생각하는 그룹에서 1회/년 입원한 명수가 57명이나 되는 반면, 건강인식이 보통이라고 생각하는 그룹은 32명, 좋다고 생각하는 그룹은 18명으로 건강인식이 좋다고 생각 할 수로고 실제 건강이 좋지 못하여 입원하는 비율도 낮게 나타났으며, 통계적으로 유의하였다. 향후 10년 안에 암 발생 가능성에 대한 인식은 건강인식이 좋다고 그룹은 적다고 가장 높게 52명이 답한 반면, 건강인식이 나쁘거나 보통이라고 생각하는 그룹은 잘 모르겠다고 100명, 112명이 응답하였으며, 통계적으로 유의하였다.

### 3.6 건강수준 인식과 암

주관적인 건강수준 인식과 암 관련 요인 조사결과는 [Table 5]과 같다. 건강수준 인식에 따른 암보험 가입 유무는 모든 그룹이 암보험 가입 빈도 보다 가입하지 않은 빈도가 높게 나타났으나, 통계학적으로 유의하지 않았다. 건강수준 인식이 나쁘다고 생각하는 그룹 110명, 보통이라 생각하는 그룹 112명은 향후 10년 안에 암 발생 가능성이 ‘보통’이라고 생각하는 반면, 건강수준 인식이 좋다고 생각하는 그룹은 52명이 암 발생 가능성이 ‘적다’고 가장 높은 빈도를 보였으며, 통계학적으로 유의하였다.

## 4. 논의

우리나라 노년층의 건강수명의 연장과 삶의 질을 향상시킬 수 있는 건강증진에 많은 관심이 되고 있으나, 이를 위한 개인 및 사회의 노력은 아직 부족하다[14]. 노인의 대부분은 질병, 외로움, 경제난 등에 시달리고 있으며, 자신들의 건강에 대하여 잘 알지 못한다고 한다[9]. 이중 노인의 건강상태는 실제 질환은 물론 본인이 인식하는 지각된 건강 역시 중요한 건강관련 지표라 보고되고 있다 [11].

본 연구에서 일반적 특성을 분석한 결과 평균 연령은 73세로 Lee & Woo[3]의 연구결과 평균 연령 70세와 비교하여 큰 차이는 나타나지 않았다. 교육 정도는 중졸이하 학력이 91.0%로 나타났다. 이는 일개 지역 노인집단이 건강 및 질환에 대한 이해 능력 등이 낮은 수준에 있을 가능성을 나타내며, 현 연구대상에 해당되는 연령이 교육 받을 시기와 사회 경제적 환경에 따른 결과로 사료된다.

연구대상이 65세 이상인 것을 감안하여 살펴보면, 전체적으로 유배우자인 경우가 65.6%로, 사별이나 이혼 33.5%로, 미혼 0.9%로 Kim [15] 연구 보다 혼자인 비율이 낮게 나타났다. 이는 의학 등의 발전에 따른 건강수명 연장이 영향을 준 것으로 생각된다. 본 연구결과도 본인을 포함한 동거 가족 수는 Kim[15] 연구결과와 도시지역 가족 수와는 차이를 보였다. 이러한 결과는 젊은 층의 인구가 도시지역으로 많이 이동한 원인이라 생각할 수 있

[표 5] 건강인식과 암과 관련한 요인과의 연관성

변수	건강 인식				χ <sup>2</sup>	P-value*
	나쁘다	보통	좋다	전체		
암 보험 가입						
예	15(7.0)	31(15.0)	13(11.1)	59(10.8)	8.816	0.066
아니오	206(93.0)	176(85.0)	104(88.9)	486(89.2)		
암 발생 가능성 (향후 10년 내)						
매우 적다	21(9.7)	20(9.6)	33(28.7)	74(13.7)	91.005	<0.001
적다	47(21.7)	65(31.1)	52(45.2)	164(30.3)		
보통	100(46.1)	112(53.6)	28(24.3)	240(44.4)		
높다	38(17.5)	10(4.7)	2(1.8)	50(9.2)		
매우 높다	11(5.0)	2(1.0)	-	13(2.4)		
암 검사(최근 3년 이내)						
예	117(52.0)	101(47.6)	50(42.7)	268(48.4)	2.720	0.257
아니오	108(48.0)	111(52.4)	67(57.3)	286(51.6)		

\* 카이제곱 검정

졌다. Park[16]은 현대사회의 핵가족형태는 노인부양능력의 한계를 보여주는 것이며, 효율적인 노인 복지 정책이 이루어져야 한다고 고하였다. 생활수준에 대한 인식은 전체 대상자 중 50.7%가 중간수준이라고 대답하여, 연구와 비슷하게 남녀노인 각각 57.3%, 46.0%가 생활수준이 중간수준이라고 하였다. 이는 경제적인 여건이 크게 변하지 않았다는 것으로 사료되며, 사회적·경제적으로 IMF 등의 어려운 시기를 겪었기 때문에 생활수준에 대한 주관적 인식이 변동이 없는 것으로 생각된다.

주관적인 건강수준 인식을 조사한 결과 42.1%가 ‘나쁘다’, 36.9%가 ‘보통’, 21.0%가 ‘좋다’ 순으로 건강수준을 인식하고 있었다. 현 건강상태가 일상생활 수행에 방해가 되지는 않는지에 대하여 조사한 결과 32.9%가 방해가 된다고 대답하였는데, Dong [17]의 연구결과 노인실태조사 결과 만성질환을 한 가지 이상가지고 있다는 결과와 비교하여 자신의 건강을 좋다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 이는 노인들이 현재 건강상태와 무관하게 건강 정도를 평가[9]하는 것으로 생각된다. Oh [18] 연구에서도 노인들의 주관적인 건강인식도와 일상생활수행 능력과 우울증의 관련성이 있음을 보고하였는데, 이는 건강의 문제가 원만한 일상생활을 어렵게 한다는 것을 시사 한다고 하겠다.

하루 노동 또는 일하는 평균 시간에 대하여 조사한 결과 3시간 이하가 가자 높은 빈도를 나타냈는데, Lee & Woo [3] 연구결과에서도 노인의 약 42%가 주 1회 이상 운동을 하는 것과 다소 비슷하게 나타났다. 그러나 본 연구는 운동과 육체적 노동을 함께 조사한 것으로 명확하게 구분된 결과를 보이지는 못하였다. 향후 운동과 육체적 노동에 대한 인식의 조사뿐만 아니라, 검사기기를 통한 비교 연구도 필요할 것이다. 암 보험 가입 유무에 대한 조사결과 가입하지 않은 비중이 89.2%로 건강에 대한 대비가 미흡한 것으로 조사되었다. 이는 비도시지역의 노인을 대상으로 한 조사로 경제여건과 건강에 대한 인식의 부족에 의한 것이 아닌가 사료된다.

향후 10년 안에 본인의 암 발생 가능성에 대한인식조사 결과 보통이하가 비중이 큰 부분으로 나타났다. 이 결과를 보면 노인들은 본인의 건강에 대하여 건강할 것이라고 생각하는 것으로 나타났지만, 정확한 검사를 통한 것이 아닌 인식만 높게 나타난 경향을 보여 주었다. 우리나라에서도 1993에 노인의 건강증진 행동과 삶의 만족도는 양의 상관관계가 있다고 연구된바 있다[19]. 또한, McDaniel [20]은 노인의 건강증진 행위가 삶의 질에 가장 중요한 예측 요인이라고 보고하였다. 그러므로 노인들이 자신의 건강증진을 바탕으로 삶의 만족도를 높이도록 사회적인 여건이 추가적으로 마련되어야 할 것이다.

본 연구에서는 노인들의 건강상태를 단순하게 파악하는 것뿐만 아니라, 삶에 대한 인식도 고려하여 단지 질병 예방이나 수명의 연장에만 있는 것이 아닌, 건강한 생활 습관이 노년기에 있어서 건강의 유지 및 증진에 기여하는 생활습관의 인자에 대해서 조사하였다. 이상과 같이 노인의 건강증진과 올바른 식생활 습관은 결과적으로 삶의 질을 향상 시키는 중요한 요인이라고 할 수 있다[11].

또한 전반적인 건강행동과 삶의 질을 고려하여 노인의 삶의 질을 향상시키는데 기여할 수 있는 연구가 추가적으로 진행되고, 제도적인 뒷받침이 되어야 할 것으로 사료된다.

연구의 제한점 : 본 연구는 일개지역을 중심으로 이루어져 있어 전체 지역의 결과로 보기에는 지역적 제한점이 있다. 이러한 점에서 서술적 조사연구로 연구 결과를 해석할 때에는 주의하여야 하며, 직접적으로 노인들의 신체측을 측정하지 못했다는 제한점이 있다. 차기 연구에서는 노인들의 건강과 생활습관에 대한 인식과 함께 신체측을 측정하여 신체와 건강인식과 어떠한 관련성이 있는지 연구해 볼 필요가 있을 것이다. 비교적 노령인구의 식생활 습관과 건강에 대하여 관찰하였으며 앞으로 이들을 추적, 연구함으로써 건강한 노년을 맞이하기 위한 자료를 제공할 수 있을 것이다.

## 참고문헌

- [1] Korea National Statistical Office. "Statistics in elderly", 2007.
- [2] Choe, J. S., Moon, J. S., Park, H. Y., & Hong, S. M. "A Study on the Eating Habits and Dietary Consciousness of Adults in Urban Area". Journal of Korean Society Food Science Nutrition, vol 32 (7), pp. 1132-1146, mon, 2003.
- [3] Lee, M. S., & Woo, M. K. "A Study of Health-related Habits, Dietaty Behaviors and the Health Status of the Middle-aged and the Elderly Living in the Chonju Area (II)". Journal of Korean Community Nutrition, vol 5(2), pp. 185-192, 2002.
- [4] Back, Jin. Ho., & Kwon, S. K. "The Study of Health-Related Behaviors on Quality of Life in the Elderly". Korea Coaching Development Center, vol 7 (2), pp. 13-24, 2005.
- [5] Alexopoulos, G, S. "Depression in the elderly". Lancet, vol 365, pp. 1961-1970, 2005.
- [6] Son, Y. J., Choi, E. Y., & Song, Y. A. "A Study on the Health Status and Need of Health Education of

- the Elderly". Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, vol 19(2), pp. 143-156, 2008.
- [7] Park, M. Y., Lee, K. H., & Youn, H. S. "Nutriti-on Status of the Rural Elderly Living in Kyungnam". Journal of Korean of Community Nutrition, vol 6(3S), pp. 527-541, 2007.
- [8] Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. "Self-assessment of health: What do people know that predicts their mortality". Res Aging, vol 21 (3), pp. 385-400, 1999.
- [9] Song, M. S., Song, H. T., & Mok, J. Y. "Community based cross-sectional study on the related factors with perceived health ststus among the elderly". Journal of Korean Gerontol Society, vol 23(4), pp. 127-142, 2003.
- [10] Jung, Y. M, & KIM, J. H. "Comparison of Cognitive Levels, Nutritional Status, Repression in the Elderly according to Living Situations". Journal of Korean Academic Nursing, vol 34(3), pp. 495-503, 2003.
- [11] Han, Y. R. "Subjective Health Status, Religiosity and Fear of Death of the Elderly in Rural Communities". Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, vol 18(3), pp. 143-156, mon, 2007.
- [12] Knapp, M. "Predicting the dimension of life satisfaction. Journal of Gerontology, vol 31(5), pp. 595-604, 1976.
- [13] Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. "The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms". Psychosomatic Medicine, vol 64, pp. 258-266, 2002.
- [14] Park, I. H., Choi, I. H., Ryu, H. S., Joo, A. R., & Kim, Y. K. "The Effects of Taekwon Aerobic Exercise on Obesity Indices and Cardiovascular Risk Factors in Middle-Aged Obese Women". Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, vol 18(3), pp. 382-390, 2007.
- [15] Kim, K. N., Lee, J. W., Park, Y. S., & Hyn, T. S. "Nutritional Status of the Elderly Living in Cheongju". Journal of Korean Community Nutrition, vol 2(4), pp. 556-567, 1997.
- [16] Park, M. Y. "Olderly population Public Health survey". In : Shin Hyung University 21, 1998.
- [17] Dong, S. W. "The development of health care system for older Koreans". Korea Institute for Health and Social Welfare, 2005.
- [18] Oh, Y. H., Bae, H.O., & Kim, Y. S. "A Study on Physical and Mental Function Affecting Self-perceived Health of Older Persons in Korea". Journal of Korea Olderly, vol 26(3), pp. 461-467, 2006.
- [19] Kim, J. H., Moon, S. J., Shin, S. C., & Kim, M. K. Ecological Analysis of Food behavior and Life-Styles Affecting the prevalence of Depression in Korea. Korea Nutrition Society, 26(9), pp. 1129-1137, 1993.
- [20] McDaniel, R. "Relationship of Participation in Health Promotion Behaviors to Quality of Life in Older Adults : The University of Texas at Austin", 1987.

**김 은 엽(Eun-Yeob Kim)**

[정회원]



- 2005년 8월 : 고려대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 2008년 8월 : 아주대학교 의과대학 (의학박사수료)
- 1995년 3월 ~ 2005년 11월 : 식품의약품안전청 공무원
- 2006년 11월 ~ 현재 : 고려대학교 보건대학 외래교수

<관심분야>  
의료정보, 병원경영

**임 근 옥(Kun-Ok Lim)**

[정회원]



- 2009년 8월 : 원광대학교 보건대학원 박사졸업예정 (보건학박사)
- 2006년 6월 ~ 현재 : 초당대학교 치위생학과 전임강사

<관심분야>  
보건교육, 보건정책

이 현 실(Hyun-Sill Rhee)

[정회원]



- 1990년 2월 : 서울대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 2005년 2월 : 경산대학교 보건대학원 (보건학박사)
- 2004년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건과학대학 보건행정학과 교수

<관심분야>  
보건정보관리