

노인의 건강과 영양상태에 영향을 미치는 사회경제적 요인분석

김숙희 · 강혜경 · 김주현

이화여자대학교 식품영양학과

Socio-Economic Factors Affecting the Health and Nutritional Status of the Aged

Kim, Sook-He · Kang, Hae-Kyung · Kim, Joo-Hyun

Department of Food and Nutrition, Ewha Waman's University, Seoul 120-750, Korea

ABSTRACT

Various kinds of living circumstances are making population structure of Korean changed. That is, number of the children is decreased and that of the aged is increased. It is predicted that population of the children and the aged will be almost same until 2020. With above, as the expectation of the aged on healthy living might be increased, some special programs for the aged will be needed strongly. At this point, Korean aged population might be economically poor, comparing with other generation. In general, economic factor affects the subjective living-satisfaction and health status of them. Moreover, educational status, household shape and family tying also affect their health status. According to the foreign articles, health status of the aged might be related to income, educational status, job, employed or/not, marital status, family structure, sex, and childhood condition. decrease of the income or unemployment could make the death rate of the aged higher. During childhood, discordance among the family might affect their health status after. IGUR is also important factor to affect the adulthood health. Positive life style of the aged would lessen their inequality of the health among them. Nutritional status of the Korean aged population might be indicated under the nutritional recommendation. It is affected by their income, education level, social class, and residing place. (*Korean J Nutrition* 33(1) : 86~101, 2000)

KEY WORDS: aged, socioeconomic factor, quality of living, childhood condition, nutritional status.

서 론

인간은 출생직후부터 노화가 시작된다고 흔히 말한다. 그러나 이는 인간을 포함한 모든 생물이 죽음을 향해서 변화해 가는 과정을 포괄적으로 말한 것에 불과하다. 사람들은 위의 과정을 일생이라 정의하고 이를 세 단계로 나눈다. 즉 첫 번째는 성장 단계, 두 번째는 성숙 또는 유지 단계, 세 번째가 노화 단계이다. 이러한 입장에서 노화를 생각할 때 노화는 초기 성장단계로부터 연계되고 있다고 말할 수 있으며, 노화이전단계의 결과가 노화라고 생각해볼 수 있다.

일생이라고 여겨지는 인생 전기간을 세 단계로 나눈다고 앞에서 언급하였는데 이 세 단계의 기간이 같다고 생각하지는 않는다. 인간이 출생부터 정상 사망까지의 기간을 125년 정도로 보는 견해가 있다. 이 125년의 기간을 평균해서 25년은 성장의 기간이라고 하고, 그 다음 25년을 성숙 또는 유지의 기간이라고 하며 그 나머지 생이 끝나는 기간까지를 노화 기간이라고 한다. 이렇게 논리를 세워보면 인간은 25년 성장해서 25년 활동하고 75년을 즐기는 인생이라고 할

수 있다.

현재 평균수명이 가장 긴 나라들의 평균수명은 80세를 초과하고 있는데 반해 평균수명이 40세정도 밖에 되지 않는 국민도 공존하고 있는 실정이다. 우리 나라 국민의 평균수명은 1920년대에는 남녀 모두 20대에 불과 하던 것이 1998년 자료에 의하면 남자가 67세이고 여자가 76세로 나타나고 있다. 우리 나라에서는 통념적으로 은퇴연령인 65세 이후의 인구를 노인이라고 한다. 그러나 노인을 단순히 연령으로 규정짓기보다는 생물학적, 심리학적, 사회학적인 측면을 모두 망라한 문화적인 정의를 내릴 수 있어야 한다고 생각한다.

1948년 세계보건기구에서 제정한 보건헌장에는 건강을 '단순히 질병이 없고 허약하지 않은 상태만을 의미하는 것이 아니라 육체적 정신적 건강과 사회적 안녕이 완전한 상태로 규정하고 있다.' 건강의 근원은 태아의 성장과 어린 시절의 상태로부터 기인한다고 볼 수 있다. 이와 함께 건강의 개념을 질병 기간과 질병에서 자유로운 기간과의 차이에서 얻어질 수 있는 기본적인 일차 건강과 자기가 계획하고 실천하는 생활 가운데에서 얼마나 만족을 하고 사느냐로 결

정되는 이차 건강으로 나누어 생각할 수 있는데, 이 두 가지 차원의 건강은 서로 연관되어 있으며 상호간에 지대한 영향을 미친다고 생각한다.

일차 건강 유지에 밀접하게 관련된 질병의 양상도 사회, 경제, 문화 전반의 변화에 따라서 변화하고 있음은 이미 증명된 사실이다. 그 예로써 1920년경의 우리 나라의 제1의 사망 원인은 전염병이었지만 1999년 현재로써는 악성 신생물이 제1사망원인이다. 인간의 역사를 살펴볼 때 전염병의 퇴치가 완전히 이루어지지는 않았지만 항생제의 출현으로 전염병 이환율은 과거에 비해서 상당히 낮아졌다. 그러나 현대인들은 대부분이 퇴행성질병에 의해 괴롭힘을 당하고 있는데 아직도 그 치료법이 모호하다. 다만 다양한 역학조사를 통하여 얻어진 결과는 그 원인을 영양적 불균형, 일상 생활양식의 변화, 그리고 자기가 하는 일에서 받는 스트레스를 퇴행성 질병의 원인으로 생각하고 있다. 영양적 불균형은 주로 육류섭취의 증가로 인한 동물성 지방의 섭취 증가와 곡류를 포함한 식물성 식품의 섭취 비율 감소를 지적한다. 일상생활의 변화는 활동량의 감소를 제일의 변화로 지적한다. 생활환경이 자동화되기 시작하면서 인간의 육체 노동의 양이 감소되었다. 그러나 현대인들이 심각한 경쟁에서 승리하여 자기 자리를 지키려고 할 때에 받는 스트레스

는 현대인의 삶에서 여유를 빼앗아 가는 결과를 초래하고 있고 이 스트레스를 잊기 위해서 또는 회색시키기 위해서 사용하는 음주 또는 흡연 등은 건강에 해를 끼치는 결과를 초래하고 있다.

이차 건강의 획득은 자기의 일상생활의 영위를 얼마나 만족스럽게 하느냐에 달려있다. 이에 관련된 요인들이 다양하고, 개개인이 생을 바라보는 시각에 따라서 관련된 요인이 달라질 것이라 것은 대부분 인정되고 있는 사실이다. 관련 요인으로 경제수준, 교육수준, 가족의 형태와 같은 근본적인 안정을 획득하는데 영향을 미치는 인자와 자기가 느끼고 싶어하는 보람이나 정신적인 안정을 얻는 데에 도움이 되는 사회 단체에의 참여, 자기의 일 또는 직업의 유무, 종교문제 등을 들 수 있다.

본 논문에서는 노인의 건강과 영양섭취 실태에 영향을 미치는 사회 경제적 요인을 한국노인의 상황을 중심으로 분석한 결과와 외국인의 노화과정을 연구한 문헌을 중심으로 고찰한 결과를 분류하여서 논의하고자 한다.

1. 한국 노인의 인구통계학적 특성

보건복지부에서 발행한 보건복지통계연보에 의하면(Fig. 1) 한국의 총인구는 1970년에 약 3200만이었으나 1980년에는 3800만, 1990년에 약 4300만으로 증가하였고 1998년 현재는 4643만으로 집계되고 있으며, 2020년에는 약 5200만이 될 것으로 추정하고 있다. 그러나 인구 성장률은 점차로 낮아져서 1980년에는 1.57%이던 것이 1990년대로 들어와 0.99%로 떨어졌고, 2020년에는 인구 증가율이 0.21%에 그칠 것으로 전망되고 있다.

인구 성장률의 변화와 함께, 한국의 인구구조에도 변화가 생겨 Fig. 2에서 보는 바와 같이 0~14세의 유년인구는 점차적으로 감소하여 1970년에 비해 1998년의 유년 인구가 반으로 줄어든 것을 볼 수 있으며 이와 반대로 노년인구는 점차로 증가하여 2020년에 이르러는 65세 이상의 노년 인구가 유년인구에 거의 육박할 것으로 보여진다. 따라서 해가 거듭될수록 인구의 노령화지수가 점점 높아지고 있는 것

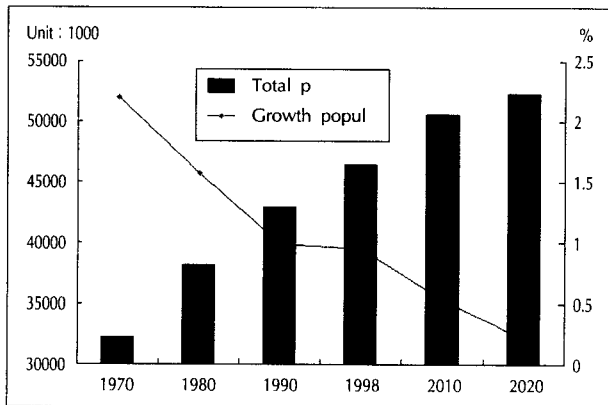


Fig. 1. Total population and growth rates of population.

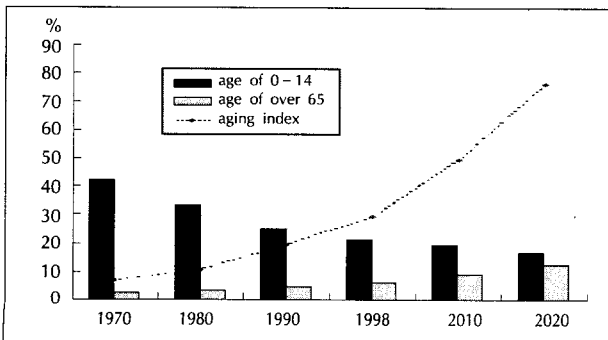


Fig. 2. Structure of population and aging index.

Table 1. Population ratio of over 65 years old among OECD countries unit: %

	1960	1970	1980	1990	1995	1997
Canada	7.6	8.0	9.3	11.0	12.0	-
France	11.6	12.9	13.9	14.0	15.4	-
Japan	5.7	7.1	9.1	11.9	14.6	-
Korea	2.9	8.1	3.8	5.1	6.1	6.3
Mexico	3.2	3.5	3.2	3.7	4.1	4.2
Sweden	11.8	13.7	16.3	17.8	17.5	17.4
USA	9.2	9.8	11.3	12.6	12.7	-

Table 2. Dependency ratio of OECD Countries: 1960-1997

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Canada	96.2	100.1	92.2	81.0	72.3	64.8	63.8	61.2	-	-
France	78.9	86.0	84.8	83.2	79.3	72.1	71.5	70.3	-	-
Japan	84.3	75.6	66.3	64.8	65.7	64.5	62.2	-	-	-
Korea	121.7	127.1	125.9	118.9	98.6	82.6	69.7	61.0	60.3	59.7
Mexico	138.0	152.9	152.6	157.3	143.8	128.4	118.9	104.8	102.3	99.8
Sweden	72.0	71.6	70.6	73.4	74.6	73.7	73.4	-	-	-
USA	91.2	95.1	90.4	83.6	75.8	70.6	70.0	-	-	-

Unit: population under 19 and over 65 years olds/population between 20 and 64 years old × 100

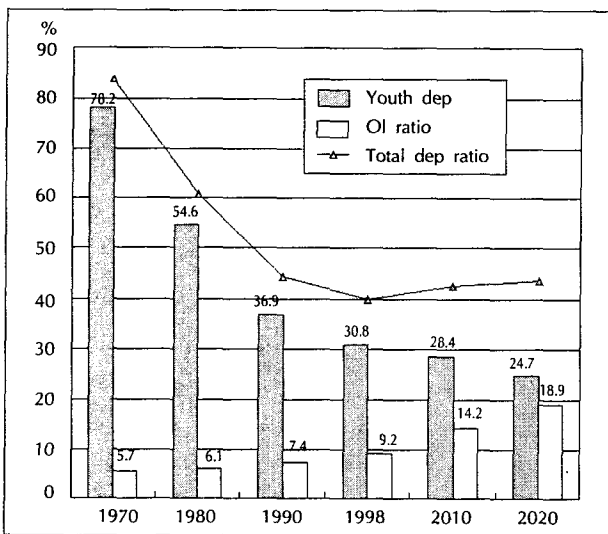


Fig. 3. Dependency ratio.

을 알 수 있다.²⁾

이와 비교하기 위하여 OECD국가간의 65세 이상의 인구 비율을 살펴보면(Table 1), 프랑스와 스웨덴은 1960년에 이미 10%가 넘어선 노령화된 국가로 여겨졌으며 1996년에도 각각 15.4%, 17.5%를 보이고 있다. 일본의 경우 1960년에 5.7%이던 노인 인구가 1996년에는 14.6%로 노인인구의 비율이 약 3배나 증가한 노령화 국가가 되었다. 한국은 1997년 현재 6.3%로 다른 OECD국가에 비해 노인인구의 비율은 낮지만 평균 수명의 증가로 점차 그 비율이 높아지고 있다.³⁾

1970년과 1998년 현재의 부양비 추이를 살펴보면(Fig. 3), 유년인구의 감소율이 노년 인구의 증가율보다 많았기 때문에 총 부양비는 거의 1/2로 감소하였으나 이후로는 노년인구의 증가로 말미암아 총 부양비가 점차로 증가하여 2020년에 이르러는 총 부양비가 1990년의 수준으로 다시 증가할 전망이다. OECD국가들의 부양비를 살펴보면(Table 2), 한국은 1980년 전까지는 경제활동인구(15세에서 64세 사이의 인구)가 비경제활동인구(14세 이하와 65세 이상 노인의 합) 보다 적었다. 그러나 해마다 부양비가 감소하여

Table 3. Population ratio of the aged and aging index between urban and rural area

		Over 65 years old	Aging index
Urban area	1970	266(2.1)	8.2
	1980	549(2.6)	9.6
	1990	1159(3.6)	13.4
Rural area	1970	773(4.2)	9.3
	1980	897(5.6)	15.7
	1990	1004(9.0)	38.3

1990년의 한국의 부양비는 캐나다, 일본, 미국과 비슷한 비율을 나타내고 있다.²⁾³⁾

통계청의 인구주택센서스에 나타난 1970년부터 1990년까지의 도시와 농촌간의 인구구조와 인구고령화 지표들(Table 3) 살펴보면 도시인구는 20년 동안 거의 3배 가까이 증가하였으나 농촌의 인구는 1970년에 비해 1990년에는 1/3가량이 감소된 것을 볼 수 있다. 특히 도시에 비해 농촌에서는 유년 인구나 장년 인구가 매우 큰 폭으로 감소하였다. 따라서 도시에 비해 농촌에 노년 인구가 더욱 집중되어 있음을 알 수 있는데, 고령화 지수를 살펴보면 도시는 1970년에 8.2에서 1990년에는 13.4로 약 0.7배정도 증가되었다. 그러나 농촌지역은 1970년에는 도시와 비슷한 9.3이었으나, 1990년에는 무려 4배 이상이나 증가한 38.3을 나타내고 있어 농촌 지역의 고령화 현상이 도시에 비해 더욱 심각하게 나타나고 있는 것을 알 수 있다.⁴⁾

1970년에서 1990년 사이 전국 시도별 65세 이상 노인 인구의 변화를 살펴보면 모든 시도에서 해가 거듭됨에 따라 노인 인구비율이 모두 증가됨을 볼 수 있다. 그러나 Table 4에 나타난 것처럼 대도시와 도에 따라 노인인구의 비율에 차이를 나타내는데, 1990년을 기준으로 볼 때 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전 등의 대도시의 노인 인구의 비율은 전국 평균인 4.97보다 낮은 것으로 나타났고, 경기도를 제외한 모든 도의 노인 인구비율은 전국 평균보다 높게 나타났다. 도별 비율을 살펴보면 경북이 8.15로 노인 인구의 비율이 가장 높았고 경남과 제주가 각각 5.56, 5.80으로 가장 낮은 노인인구비율을 나타내었다.⁵⁾

Table 4. Changes of over 65 year-old population residing in Different Area

unit: %

	Total	Seoul	Pusan	Taegue	Inchon	Kwangju	Taejon	Kyunggi	Kang won	Chung buk	Chung nam	Chun buk	Chun nam	Kyung buk	Kyung nam	Che ju
1970	3.31	1.81	1.87	-	-	-	-	3.04	2.87	3.87	3.76	4.03	4.53	3.61	4.20	5.60
1975	3.48	2.11	2.00	-	-	-	-	3.26	3.39	4.34	4.12	4.18	4.43	3.90	4.27	5.42
1980	3.87	2.49	2.25	-	-	-	-	3.55	4.21	5.27	4.85	4.89	4.97	4.52	4.54	5.12
1985	4.33	2.91	2.61	3.04	2.92	-	-	4.15	4.65	6.10	5.47	5.82	5.43	6.88	4.99	5.21
1990	4.97	3.42	3.35	3.69	3.52	4.04	4.02	4.43	6.51	7.12	7.71	7.22	7.65	8.15	5.56	5.80

다양한 형태의 경제개발계획의 시도와 GNP의 증가로 식생활이 개선되어 감염성 질병 이환율이 감소되고 한국인의 영양상태가 증진되었으므로 한국인의 기대여명이 해마다 증가되고 있다. Fig. 4는 0세의 기대 여명 추이로 1970년에 63.2세였으나 1980년에는 65.8세, 1990년에는 71.6세로 증가하였고, 1998년에는 74.9세로 나타나고 있다. 이러한 경향은 계속되어 2020년에는 78.1세로 증가할 전망이다. 그러나 각 연도별 남자와 여자간에 기대여명의 차이가 있어 남자보다 여자가 약 7년 정도 더 높은 기대여명을 갖고 있다.²⁾ 각 나라간 남자의 기대여명은 대체로 비슷하여 1995년의 남자 기대여명은 한국이 13.2년으로 가장 낮으나 캐나다, 프랑스, 일본, 미국 등은 모두 15.5년에서 16.5년 정도인 것으로 나타나고 있다. 그러나 여자인 경우 국가간의 차이가 보여, 표에 기록된 나라 중 한국여자노인의 기대여명이 1995년 16.9년으로 가장 낮게 나타나고 있다. 또한 국가간 남자들의 기대여명의 차이보다 여자의 기대여명의 차이가 더 크게 나타나고 있다. 1996년을 기준으로 OECD국가 중 남녀간의 기대여명의 차이가 가장 큰 국가는 일본과 프랑스로 각각 4.6년, 4.5년이며 다음은 캐나다 3.9년, 스웨덴 3.6년의 순이며 미국과 멕시코는 모두 3.2년이었는데, 한국의 경우 1995년 남자와 여자간의 기대여명이 3.7년으로 남자 노인과 여자 노인의 평균 수명의 차이가 많이 나는 경향이 있어 이들 각각에 대한 적절한 노후 복지 대책이 필요할 것으로 사료된다.³⁾

Table 5는 통계청에서 조사한 1993년 사망원인통계연보에서 발췌한 연령별 사망 순위를 기록한 것이다. 55세에서 64세사이의 연령군에서는 악성신생물로 인한 사망이 가장 높게 나타났고, 뇌혈관질환이 2위 만성간질환 및 경변증과 심장병이 4, 5위를 차지하고 있는 반면 불의의 사고로 인한 사망률이 3위로 매우 높은 순위를 차지하고 있다. 65세에서 74세까지의 연령군을 살펴보면 사망원인 1위는 55세에서 64세 연령군과 같이 악성신생물과 뇌혈관질환으로 인한 사망이 가장 높았고 심장병, 고혈압이 또한 사망원인 3, 4위로 순위가 매겨져 있다. 이 연령군에서는 당뇨병으로 인한 사망률이 5위로 올라와 있는 것이 특징으로, 이는 65세에서 74세 연령 노인에 대한 당뇨병 관리가 적절하게 이루어져야함을 시사한다고 하겠다. 75세 이상의 노인군에서는 그

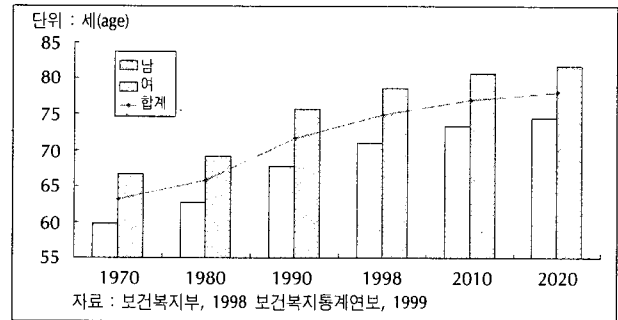


Fig. 4. 0세의 기대여명 추이.

이전의 연령군과 달리 뇌혈관질환과 심장병으로 인한 사망이 1, 2위를 차지하고 있다. 또한 악성신생물과 고혈압성 질환이 3, 4위에 순위가 매겨져 있고, 65에서 74세의 5대 사망순위에 들어 있던 당뇨병 대신 천식이 더 심각한 사망 원인으로 나타나고 있다. 위 표에서 알 수 있듯이 50대 이후 사망의 가장 높은 사망원인은 악성 신생물과 뇌혈관 질환으로 나타나며 연령이 증가할수록 심장병으로 인한 사망률이 매우 높아지고 있는 것을 볼 수 있고 불의의 사고, 당뇨병, 천식 등이 특정 연령군에서 높은 순위의 사망원인으로 나타나는 것도 있음을 알 수 있다.⁶⁾

1997년도의 60세 이상 인구의 사망 순위별 사망률을 살펴 보면 60세 이상의 모든 연령에서 남녀 모두 뇌혈관질환으로 인한 사망률이 가장 높게 나타나고 있다(Table 6). 그러나 그 다음 순위에서 남자와 여자 노인간의 사망 순위가 다르게 나타나고 있다. 60세에서 69세 사이의 연령군에서는 위암, 심장질환, 기관지/폐암, 간암/간질환의 순위로 나타나고 있으나, 남자의 경우는 기관지/폐암이 사망 순위 2위인데 비하여 여자는 심장질환이 사망 순위 2위로 나타나고 있다. 또한 여자의 경우 당뇨병이 사망 순위 3위에 올라 있어 같은 연령군에서도 남자와 여자간에 사망 원인의 차이가 뚜렷하게 다름을 알 수 있다. 70세 이상이 되면 남녀 모두에서 사망 원인의 1, 2위가 뇌혈관 질환과 심장질환인 것으로 나타나고 있는데 그 이후의 순위에서 남자와 여자간에 사망원인 순위가 다르게 나타나고 있는 것을 볼 수 있다. 70세 이상 총인구를 기준으로 하면 60세에서 69세 연령군에서 사망원인 5위 안에 들지 않았던 만성하기도질환이 3위를 나타내고 있는데

이는 남자보다는 여자에게서 더 많이 나타나고 있는 것으로 보인다. 또한 당뇨병도 70세 이상의 연령군에서는 중요한 사망원인으로 드러나고 있는데 이는 여자가 남자보다 당뇨병으로 인한 사망률이 더욱 높은 것으로 볼 수 있다.⁶⁾

현재 한국의 생활보호대상자중 노인가구의 비율을 살펴보면 1991년 전체 생활보호대상자중 27.3%가 노인 가구로 집계되었는데 해가 거듭될수록 생활보호대상가구중 노인

가구의 비율이 증가되어 1997년에는 40%에 이르게 되었다 (Table 7). 이는 노인인구의 증가와 무관하지 않으므로 이들 집단에 대한 보다 적절한 생활 대책 및 건강을 위한 정책이 시행되어야 될 것으로 사료된다.⁷⁾

생활보호대상자 노인 512명을 대상으로 그들이 갖고 있는 질병의 분포를 조사한 결과, 가장 많이 앓고 있는 질병은 근골격계 및 결합조직 질환으로 전체의 34.4%를 나타내고

Table 5. Rank orders of cause of death in Korea, 1993

	1st	2nd	3rd	4th	5th
55 - 64 years old	Cancer	Brain vessel disease	Accident	Chronic liver disease	Heart disease
65 - 74 years old	Cancer	Brain vessel disease	Heart disease	High blood pressure	Diabetes
Over 75 years old	Brain vessel disease	Heart disease	Cancer	High blood pressure	Asthma

Table 6. Death Ratio of over 60 year-old population according to 5 kinds of highest cause of death: 1997

unit: per 100000 population

		1	2	3	4	5
60 - 69세	Total	Cerebral vessel disease 305.4	Stomach cancer 133.4	Heart disease 130.1	Lung cancer 124.1	Liver disease/liver cancer 103.2
	Male	Cerebral vessel disease 385.7	Lung cancer 230.5	Stomach cancer 215.5	Heart disease 181.7	Liver disease/liver cancer 178.0
	Female	Cerebral vessel disease 245.0	Heart disease 91.3	Diabetes 78.5	Stomach cancer 71.6	Liver disease/liver cancer 47.0
70이상	Total	Cerebral vessel disease 1134.1	Heart disease 471.1	Chronic bronchus disease 246.1	Stomach cancer 246.1	Diabetes 228.6
	Male	Cerebral vessel disease 1348.1	Heart disease 518.5	Lung cancer 430.8	Stomach cancer 409.0	Chronic bronchus disease 384.6
	Female	Cerebral vessel disease 1022.1	Heart disease 446.3	Diabetes 217.0	Chronic bronchus disease 203.8	Stomach cancer 160.8

Table 7. Ratio of the aged households among low income households subsidized by government: 1991 - 1997

unit: %

Year	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Ratio	27.3	30.0	32.0	32.9	34.7	36.9	40.0

Table 8. Opinion of the aged about preparing their living fee: 1998

unit: %

		her/himself	family/children	country	etc	unknown
Sex	Male	49.8	24.9	23.1	0.3	1.9
	Female	32.4	37.0	26.9	0.0	3.7
Age	65 - 69	45.7	26.1	25.7	0.1	2.4
	70 - 74	37.0	31.3	28.8	0.2	2.7
	75 - 79	34.7	42.7	19.7	0.3	2.6
	Over 80	27.1	41.6	24.6	-	6.8
Educational status	Illiterate	26.0	44.2	24.2	-	5.6
	Only literate	35.5	38.9	22.9	0.3	2.5
	Elementary graduation	42.3	27.5	27.9	0.3	2.0
	Middle school graduation	52.8	19.6	23.9	-	3.7
	High school graduation	52.4	12.4	35.2	-	-
	Over college	71.0	9.9	19.1	-	-
Spouse	With	46.4	27.5	24.0	0.2	1.8
	Without	31.1	37.6	26.9	0.1	4.3

있는데 이는 남녀 모두에게서 가장 높은 유병율을 나타내었다. 그 다음이 순환기계질환, 소화기계질환으로 각각 20%, 15% 정도가 이 질환을 갖고 있는 것으로 드러났다. 반면에 호흡기계질환은 5% 내외로 생활보호대상노인에게서 낮은 유병율을 갖고 있는 것으로 보여졌다.⁸⁾

한국보건사회연구원에서 실시한 1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구 조사에서 노후 생활비 마련 책임자에 대하여 남자 노인의 절반 정도가 스스로 마련해야 한다고 대답하였다. 반면 여자노인들은 가족과 자녀가 노후 생활비를 마련해야한다는 대답이 37%로 가장 높은 순위를 차지하였는데, 남자 노인보다는 여자 노인이 자신들의 노후생활을 가족에게 더욱 의지하려는 경향이 있음을 볼 수 있다(Table 8). 또한 1/4 정도의 노인들이 국가가 자신들의 노후생활을 보장해야한다는 의견을 피력하고 있어 이에 대한 적절한 조치가 뒤따라야함을 추정할 수 있다. 연령이 높아질수록 자신들의 노후생활에 대한 생활비마련을 가족과 자녀들이 책임을 져야한다고 생각하고 있었으며 연령의 증가와는 상관없이 여전히 국가에 대한 기대감도 높은 비율은 나타내고 있었다. 교육수준에 따라 노후 생활비에 대한 의식은 매우 다르게 나타났는데, 학력이 높을수록 노후 생활비를 스스로 마련해야 된다고 생각하였고, 글자를 모르는 노인에 비해 전문대 이상의 학력을 가진 노인들은 스스로 생활비를 마련해야한다는 대답이 3배정도 높게 나타났다. 이와 반대로 학력이 낮을수록 가족과 자녀가 자신들의 노후 생활비를 마련해야한다는 의식이 높았다. 그러나 국가에 대한 노인들의 노후생활비 기대는 학력에 따른 차이가 많이 나타나지 않았다. 또한 배우자가 있는 노인들이 배우자가 없는 노인들에 비해 노후 생활비를 스스로 마련해야한다는 의식이 다소 높게 나타났다. 노부모 부양 책임자에 대한 65세 이상 노인의 의견을 살펴보면 자식이 부양해야한다는 의식이 절대적으로 높게 나타나고 있다. 이는 연령이 증가할수록 더욱 높게 나타나고 있는데 80세 이상의 노인 중 91% 정도가 자식이 노인을 부양해야 한다고 대답하고 있다. 그러나 이러한 경향은 학력이 높을수록 스스로 부양해야한다고 대답하고 있는데 전문대 이상의 학력을 가진 노인의 33.5%가 스스로 부양해야한다고 대답한 반면 글자를 모르는 노인들에서는 8.2%만이 자신이 스스로 부양 책임자가 되어야 한다고 대답하였다.⁹⁾

2. 한국문헌을 중심으로 한 노인의 건강상태와 질병에 미치는 사회경제적 요인

1) 노인의 경제적 측면과 건강 상태

국민 전체를 대상으로 가구 특성을 반영하여 측정한 1993년 최저 생계비를 보면 중소도시에 거주하는 1인 가구의 경

우는 205,914원이고 2인 가구의 경우는 355,188원으로 나타나고 있는데(Table 9). 이를 노인 가구를 대상으로 조사한 결과와 비교해 보면 중소도시에 거주하는 노인독신가구의 평균생활비가 95,000원이고 노인부부가구가 189,000원으로 나타나(Table 10) 현재 한국 노인의 경제 상태가 매우 빈곤함을 알 수 있다.¹⁰⁾

또한 1998년에 한국보건사회연구원에서 65세 이상 노인 2224명을 대상으로 그들의 수입원을 조사한 결과 90% 정도가 자녀 보조에 의존하는 것으로 나타났고, 이와 함께 일이나 직업을 통해 수입을 얻는 비율도 33.7%로 나타났다. 그 다음이 부동산이나 집세로 수입을 올렸으며 생활보호 및 노령수당에 의한 수입도 9.2% 정도로 나타났다. 그러나 연령이 증가할수록 자녀들의 보조에 의존하는 비율이 높아져 75세 이상의 노인들 중 97.4%가 자녀로부터 보조를 받아 생활하고 있는 것으로 나타났다. 또한 여자보다는 남자가 자녀에 의존하는 비율이 낮고 자신의 일이나 직업에서 얻어지는 수입으로 생활하고 있는 것으로 나타났다(Table 11).

1994년 한국보건사회연구원에서 시, 군부 노인 1941명을 대상으로 노인의 삶의 질을 조사한 연구에서는 대체로 객관적 경제상태를 나타내는 월수입이 많아질수록 생활만족도 점수가 높아진 경향을 보이나, 특히 80만원에서 100만원의 월수입을 가지는 노인이 생활에 가장 만족하는 것으로 평가되었다. 또한 경제적 요인에 따르는 우울도의 차이를 살펴보면 수입이 낮을수록 우울도가 매우 높게 나타나 이는 자신의 생활에 만족하는 정도에 영향을 미칠 것으로 사료된다.¹¹⁾

보건소를 이용하고 있는 노인 187명을 대상으로 그들의 한달 용돈의 정도와 주관적 건강상태 및 주관적 영양 상태

Table 9. Minimum cost of living according to household size Unit: won

Household size	Nation	Large city	Small town	Agricultural/fishing area
1	206,405	220,359	205,914	178,455
2	356,030	380,106	355,188	307,824
3	545,729	582,632	544,439	471,837
4	666,684	711,766	665,107	576,414
5	765,627	817,401	763,817	661,961

Table 10. Monthly living cost of aged household Unit: won

	County	Town	Large city
Average of living cost	115,000	147,000	189,000
Aged household, alone	74,000	95,000	120,000
Aged household, husband/wife	140,000	189,000	249,000
Minimum living cost			
Aged household, alone	89,636	99,638	150,893
Aged household, husband/wife	155,438	172,146	182,146

Table 11. Income sources of over 65 year-old population: 1998

unit: %

Income source	Total	Age			Sex	
		65-69	70-74	Over 75	Male	Female
Work · job	33.7	46.5	32.3	18.0	48.2	25.2
Real estate · rental	12.0	12.8	13.4	9.4	13.6	11.0
Saving interest · stock	5.7	6.7	4.3	5.8	8.1	4.3
Pension	3.9	5.7	5.1	0.5	7.0	2.2
Assistance from children	89.6	82.7	91.0	97.4	78.7	96.1
Assistance from relative	1.2	1.1	0.9	1.6	0.7	1.5
Depending on government	9.2	6.9	11.0	10.3	7.4	10.2

참고: 각 노인의 수입원이 여러 가지 일 때에는 모두 기입하였음.

를 질문한 조사에서 용돈이 많아질수록 노인들 스스로가 느끼는 건강상태와 영양섭취정도가 긍정적인 경향으로 나타나고 있음을 볼 수 있다. 건강상태와 관련된 행위로 의료기관 결정 시 고려하는 사항으로 질병 상태의 심각성(34.22%) 외에도 경제적인 문제가 32.62%를 차지하고 있는데, 연령이 높아질수록 경제적인 문제가 의료기관을 결정하는 가장 중요한 요인으로 나타나고 있어 건강 상태와 수입과의 관련성이 있음을 보여준다.¹²⁾

2) 노인의 교육 수준 및 취업과 건강상태

농촌노인을 대상으로 조사한 연구에서 노인들의 교육 수준이 높을수록 주관적 건강상태가 좋다고 의식하고 있었고 생활에 대한 만족도가 높게 나타나고 있다. 또한 교육정도가 높을수록, 직업이 있는 노인의 경우에 우울의 정도가 낮았고 생활에 대한 만족도가 높게 나타났다. 또한 직업을 갖고 있는 노인들이 직업을 갖고 있지 않은 노인들에 비해 주관적 건강상태가 더욱 양호하게 나타났다.¹¹⁾¹³⁾

강원지역 노인 102명을 대상으로 기억수행능력정도를 살펴본 조사(Table 12)에서 중학이상의 학력을 가진 노인들이 무학 노인에 비해서 즉각적 단어회상, 지연된 단어회상, 단어재인 및 얼굴재인 등의 인지능력이 높게 평가되었다.¹⁴⁾

1998년에 한국보건사회연구원에서 65세 이상의 노인을 대상으로 실시한 조사에서 29%에 해당하는 노인들이 취업을 하고 있었는데 교육 수준에 따르는 취업율의 차이는 별로 나타나지 않았다. 그러나 취업중인 노인들 중 80% 정도가 계속적으로 취업을 지속되기를 원하였는데 이는 교육 수준이 높을수록 취업지속희망율이 높게 나타나 경제적인 독립을 선호하고 있고 이러한 사고방식이 주관적 건강 상태나 생활 만족도에 긍정적인 영향을 끼치는 것으로 사료된다.⁹⁾ 이 가옥이 연구한 노인생활실태 분석내용을 살펴보면 노인들이 취업을 원하는 이유로 돈이 필요해서라고 대답한 노인들이 전체의 72.2%였는데 이는 남자보다는 여자에서, 시부

Table 12. Memory management according to individual characteristics

Characteristics		Immediate word memory (M ± S.D.)
Sex	Male	4.08 ± 1.3
	Female	4.94 ± 1.2
Age	60-69	5.08 ± 1.2
	70-79	4.06 ± 1.1
	Over 80	3.41 ± 1.2
Education	Never	3.88 ± 1.3
	Under 6 th grade	4.64 ± 1.3
	Over 7 th grade	4.89 ± 1.1
Religion	Yes	5.00 ± 1.4
	No	4.16 ± 1.1

지역에 사는 노인보다는 군부지역의 노인들에서 더욱 높게 나타나고 있다.¹⁵⁾

3) 노인들이 속해 있는 가족형태, 가족 결속정도와 건강 상태

노인가족의 형태는 단독으로 기거하는 독신노인과 부부가 함께 생활하는 노인, 자녀와 동거하는 노인으로 대별할 수 있다. 1990년 인구주택 총조사 보고서에 의하면 노령인구 중 1세대 가구, 즉 노인 부부가 세대를 이루고 사는 가구가 22.2%, 독신세대 17.2%, 비혈연세대가 0.9%로 자녀와 동거하지 않는 경우가 40.3%나 되었다. 이러한 경향은 이정원의 연구에서도 나타나 독신 세대 및 부부노인이 각각 13.81%, 32.94%였고 장남 및 그 외의 자녀들과 동거하는 노인들이 47.72%로 노인들의 가족 형태가 점차로 노인 단독가구로 전환되고 있음을 알 수 있다(Table 13).

이를 성별과 지역별로 분류해보면 단독으로 기거하는 노인가족은 남자 노인보다는 여자 노인이 훨씬 높은 율을 나타내고 있다. 시 단위의 도시에서는 단독 기거하는 여자노인이 남자노인에 비해서 약 2배를 나타내는 반면에 군 단위 지역에서는 남자단독가족에 비해서 여자노인 단독가족이

7.5배나 높다. 자녀동거 가족의 형태는 아직까지 아들, 특히 장남과 동거하는 경향이 높는데 딸과의 동거는 모두 10% 미만을 나타내고 있다. 또한 여자 노인이 남자 노인에 비해서 단독으로 독립해서 노후를 사시는 비율이 높게 나타났다.¹¹⁾

생활보호노인을 대상으로 한 연구에서 결혼 상태와 주관적 건강상태와의 상호관련성이 있음이 나타났는데 배우자와 함께 사는 생활보호대상노인이 배우자와 사별하여 홀로 사는 노인에 비해 주관적인 건강상태에 대해 긍정적인 의식을 가지고 있는 것으로 나타났다.⁸⁾

또한 가족결속정도가 노인의 생활만족도에 긍정적으로 작용하고 있었고, 또한 주관적 건강 상태에도 양의 상관관계를 나타내고 있는 바, 사회구조의 변화로 인해 발생하는 독거 노인이나 1세대 노인가구의 증가는 노인 스스로가 의식하는 건강상태에 좋지 않은 영향을 끼칠 수도 있을 것으로 여겨진다.¹³⁾

4) 노인들의 생활 양식과 건강 상태와의 관련성

1992년과 1995년에 통계청에서 실시한 사회통계조사를 살펴보면 노인들의 건강관리방법에 대해 살펴 볼 수 있다 (Table 14). 대체로 건강관리 방법으로 운동, 식사 조절, 담배나 술 절제, 보약, 목욕 등이 이용되었는데, 이중 보약 복용이 1992년과 1995년에 각각 15.1%, 16.5%로 가장 높

았고, 식사 조절과 운동이 그 다음 순위를 차지하고 있다. 담배나 술 절제하는 비율은 저조하였으나, 1992년의 2.6%에 비해서 1995년에는 5.0%로 거의 2배정도 증가하였다. 해가 지나면서 노인들에게도 운동과 식사조절이 보다 중요한 건강관리방법으로 여겨진 것이 발견된다. 1992년에 비해 1995년에는 자신들의 건강관리에 신경을 쓰고 있지 않다고 대답한 노인들이 61.8%에서 47.6%로 감소는 하였지만 여전히 절반 정도의 노인들은 자신들의 건강 관리를 위해 아무 것도 하고 있지 않다고 대답함으로 노인들의 건강관리가 매우 소극적으로 진행되고 있음을 알 수 있다.¹⁶⁾

1984년에 세계보건기구(WHO)의 후원으로 한국의 60세 이상의 남녀 1000명을 대상으로 건강 상태에 대한 역학 조사를 실시한 결과 노인 우울증 유병율이 34%로 보고되었다. 노인들이 갖고 있는 우울증은 그들의 삶의 질과 직결되는 문제로 생활 양식에 따라 증세를 악화시킬 수 있다고 알려져 있다. 노령화될수록 우울증상의 발생 빈도는 높게 나타나 간단한 몸 운동을 정기적으로 하고 있는 노인과 운동을 하지 않는 노인의 우울 증세의 발생에는 차이가 있다는 보고가 있다.¹⁷⁾

이 성희는 서울의 한 보건소를 이용하는 60세 이상 남녀 노인 187명을 대상으로 스스로 생각하는 주관적 건강상태와 영양 상태 및 운동의 빈도, 영양제, 건강식품섭취상태를 조사하였다(Fig. 5, 6). 65세에서 74세의 연령군이 그외의 연령군에 비해 주관적 건강상태가 보통 이상으로 답을 한 반면 영양 섭취는 보통 이하로 답을 하였다. 또한 65세에서 74세의 연령군의 1/4정도가 매일 운동을 한다고 대답하였다. 매일 또는 가끔씩 운동을 하는 경우는 60세에서 64세까지의 연령군의 약 85%로 가장 높았는데 연령이 높아질수록 운동하지 않는 노인의 비율이 점점 증가되어 75세 이상에서는 거의 절반인 48.53%의 노인이 운동을 하지 않는 것으로 나타났다. 영양제 및 건강식품섭취정도는 연령군에 따라 다소 차이는 있지만 전혀 섭취하지 않는 노인의 비율이 연령에 따라 65%에서 85%에 해당했다.¹²⁾

일반적으로 연령이 높을수록, 교육정도가 높을수록 기억 지식이 높아지는 관계를 갖고 있는데, 개인의 특성별로 기억 지식정도를 비교한 결과 성별과 종교 활동의 유무에 따라 유의한 차이가 나타났다. 연령과 교육 정도에 의한 효과를 제거한 상태에서 남자에 비해 여자의 기억지식이 높게 나타났고 종교 활동을 하는 노인들의 기억지식 정도가 종교 활동을 하지 않는 노인에 비해 기억 지식 정도가 높았다. 그러나 종교활동의 어떤 부분이 기억능력에 영향을 주는지는 구체적으로 밝혀진 바는 없다.¹⁴⁾

Table 13. Household structure of aged population Unit: %

Classification	City	County	Total
Household structure			
Alone	10.1	15.9	13.8
Husband/wife	20.6	40.0	32.9
With children			
Eldest son	37.2	23.2	28.3
Other sons	19.3	12.4	14.9
Daughters	8.0	2.6	4.6
The rest			
The aged + parent	0.9	2.0	1.6
The aged + etc	4.0	3.9	3.9
Total	100.0	100.0	100.0

Table 14. Health-managing method of over 60-year old population Unit: %

Method	1992	1995
Exercise	8.6	12.0
Diet	9.2	15.1
Restriction of smoking/drinking	2.6	5.0
The rest	17.7	20.4
Nothing	61.8	47.6
Total	100.0	100.0

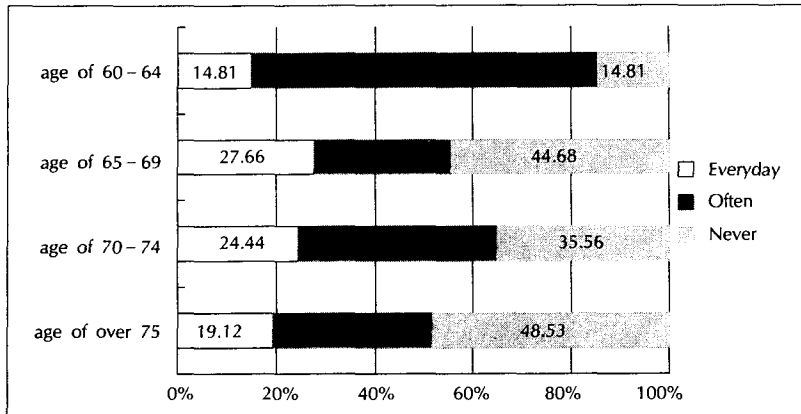


Fig. 5. Exercise frequency of the aged.

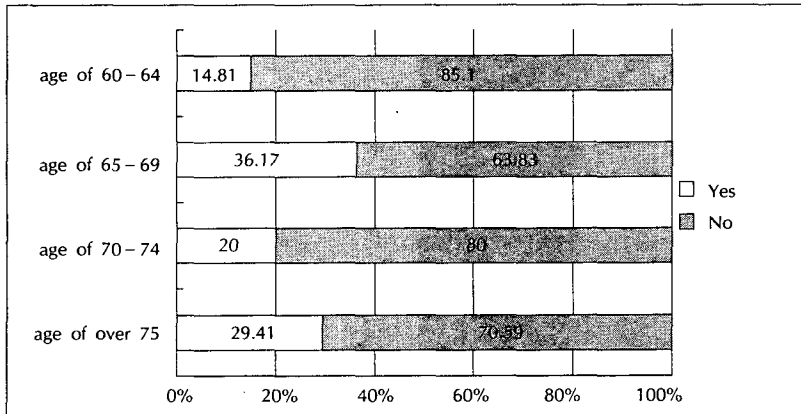


Fig. 6. Intake of nourishing pills and/or healthy foods.

3. 외국 문헌을 중심으로 한 노인의 건강상태와 질병에 미치는 사회경제적 요인

최근 여러 문헌에서 사망률과 유병율에 영향을 미치는 사회경제적 요인에 대해 보고하고 있다. 서로 다른 경제적, 인구통계학적, 사회적 특성이 사망률에 미치는 총체적인 효과를 설명하고 각 요인간의 높은 상관관계를 나타내기 위해 대상자의 수가 크고 다양한 특징을 가진 집단에 대한 연구가 진행되고 있다.

사회경제적 상태를 파악하기 위한 인자로서 수입, 교육, 직업, 고용상태를 주로 제시하고 있다. 수입은 개인의 자본의 척도이며, 교육정도는 획득된 지식과 경제적 잠재력의 척도이며 직업은 공동체적인 상태나, 기술, 특수한 직업적 경험을 가르키며 고용상태는 현재의 경제적 생활력과 부적절한 건강에 대한 간접적인 측정이 될 수 있다. 수입과 교육은 사회계층의 차와 사망률의 관계를 분석할 때 중요하며 서로 경쟁적이다. 수입은 좀 더 최근의 유동적인 특징이며 교육의 경우 오랜 동안 거의 고정된 것이다. 수입은 인지된 획득정도를 나타내며 교육은 획득에 대한 잠재를 말한다.

수입은 구매력을 말하며 교육은 지적 획득의 수단이다. 수입은 개인보다 가족의 수입정도를 말하지만 교육정도는 수입에 비해 보다 개인적이다.¹⁸⁾

1) 경제적 요인과 노인의 사망률

노인의 경제적 안정과 보장은 의식주의 기본적인 욕구를 충족시키는 것 이외에 건강을 유지하고 여가활동을 증진시키며 노인의 입지와 자아를 유지시켜 성공적인 노령기를 유지하는 결정적인 인자이다.

미국의 25세 이상의 약 53만명의 인구집단을 대상으로 경제적, 인구 통계적, 사회적 특징을 조사한 연구에서 연구기간은 1979년에서 1989년의 11년간이었으며 여러 요인과 사망률간의 관련성을 조사하였다. 그 중 65세 이하의 여성과 남성의 사망률을 비교해 보면 수입의 증가와 함께 사망률은 현저히 감소되었다.¹⁹⁾

수입정도는 건강에 대한 최근의 환경을 반영시키며 교육이나 직업보다 더 상관관계가 높은 것으로 보고되고 있으며 경제적 빈곤도는 노인에게 있어 건강에 미치는 영향이 더

크다. 수입정도는 계층의 지위에 가장 영향을 많이 받고 사회경제적 요인 분석에 유용한 지표가 될 수 있다.¹⁸⁾

2) 사회 계층(Social class)과 노인의 사망률

아래의 Fig. 7은 사회적 계층에 따른 사망률을 유럽 9개국 별로 비교한 것이다. 유럽 9개의 모든 나라에서 비숙련 노동자에 비해 숙련노동자의 사망률이 더 낮은 것을 볼 수 있으며 비교적 국민의 소득이 높은 노르웨이와 스위스의 경우 두 계층의 사망률의 차가 다른 나라 보다 적은 것으로 나타나고 있다.²⁰⁾

직업에 따른 사망률의 차이는 현저하다고 보고되는데, 직업을 전문인, 기술인, 서비스, 농부, 생산직, 기사로 분류하고 연령별로 사망률을 비교한 결과 전문직업에 비해 서비스 분야에 종사한 사람의 사망률이 유의적으로 더 높았다고 한다. 남성의 경우 전문직업분야에 종사한 사람의 사망률이 가장 낮았다. 한편 다른 사회경제적 요소를 적용할 경우 농부의 경우 전문직업인보다 상대적 사망률이 45세에서 65세 사이의 연령에서 유의적으로 가장 낮게 나타났다고 한다.¹⁹⁾

한편 핀란드에서 군복무기간중 건강한 1662명의 남자를 대상으로 1990년까지 46년에 걸쳐 조사한 결과 역시 이와 비슷한 양상을 볼 수 있다. Table 15의 결과를 보면 직업을

관리직, 사무원, 숙련공, 비숙련공, 농부로 사회계층을 나누어 그들의 사망률을 조사한 결과는 비숙련공이 가장 불이익을 받아 총사망율이 가장 높게 나타났다. 조사결과 관리직, 사무원, 숙련공, 농부의 순으로 기대여명이 감소되었으며 비숙련공의 경우 가장 낮은 기대여명을 보였다. 사회적 계층의 차는 사망률에 영향을 주는 한편 직업상실에도 영향을 주었다. 또 total life expectancy에 대한 occupationally active life expectancy의 비는 관리직에서 가장 높았으며 비숙련공과 농부의 경우 낮은 비율을 보여주었다. 높은 total life expectancy를 가지는 사회계층의 경우 비율적으로 높은 occupationally active life expectancy를 갖는 것으로 나타났다. 사회적 계층은 총기대여명과 occupationally active life expectancy에 중대한 영향을 주는 것으로 나타났다. 높은 total life expectancy를 가지는 사회계층의 경우 비율적으로 높은 occupationally active life expectancy를 갖는 것으로 나타났다. 한편 이 조사에서 계층에 따라 직업의 상실정도도 영향을 받는 것으로 나타났다. 결국 직업과 같은 사회적 요소는 사회경제적 상태에 따른 건강불평등과의 관련성이 크다고 생각된다.²¹⁾

핀란드에서 진행된 다른 연구에서 여성, 남성 모두에게서 비전문직 종사자의 경우 관상심장질환, 다른 심장병 등에 따른 사망률과 모든 사인과 관련된 사망률이 다른 사회계층보다 높은 것으로 나타났다. 또 농부의 사망률은 전문직 종사자와 비전문직 종사자의 사망률의 중간수준을 나타내었다. 직업은 특수하게 직업적으로 위험요소에 노출되거나 위험한 습관에 영향을 주고 수입과 교육에 연관되며 사회적 지위나 계층으로서의 가치를 통해서 사망률에 영향을 미칠 수 있다고 주장하고 있다.²²⁾

한편 노인에게서 현재 고용되어 있거나, 고용되지 않은 상태, houseworker, 퇴직된 상태, 일을 할 수 없는 상태로 나눠 고용상태와 사망률간의 상관관계를 조사하였다. 일을 할 수 없는 사람의 경우 일을 할 수 없을 만큼의 건강적 제한과 일을 할 수 없음으로 인한 경제적 사회적 제한을 받는다. 결국 고용상태는 사망률에 영향을 미치며 사망과 관련된 위험인자에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 일을 할 수

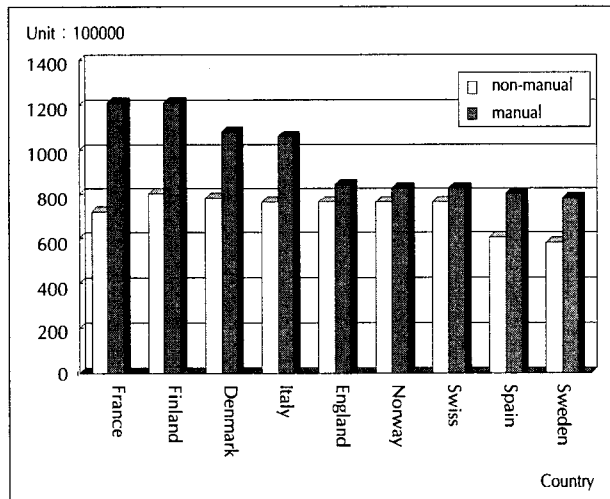


Fig. 7. Death ratio according to social class in Europe.

Table 15. Mean occupationally active and total life expectancy estimates(95% confidence intervals) at the age of 20 and ratio of occupationally active life expectancy(OALE) to total life expectancy(TLE) in relation to social class in Finnish men followed up until 1989

Social class	Occupationally active life expectancy	Total life expectancy	OALE/TLE(%)
Executive(127)	61.91(60.7, 63.1)	73.19(70.3, 76.1)	84.6
Clericals(314)	59.77(58.8, 60.7)	72.01(70.0, 74.1)	83.0
Skilled workers(578)	58.31(57.5, 59.1)	69.78(61.1, 66.2)	83.6
Unskilled workers(177)	52.71(50.2, 54.2)	63.65(61.1, 66.2)	82.0
Farmers(317)	57.08(55.8, 58.4)	70.78(69.0, 72.5)	80.6

없는 사람의 경우 사망률이 가장 높았는데 고용된 사람에 비해 사망률이 더 높은 것으로 보고되고 있으며 그 다음 순으로는 퇴직된 상태와 houseworker이었다. 남자의 경우 houseworker의 사망률이 퇴직자보다 더 높게 나타났으나 여성의 경우 homemaker의 사망률은 퇴직한 경우보다 더 낮게 나타났다. 여성, 남성 모두에게서 모든 연령층에서 일을 할 수 없는 상태와 퇴직한 상태, houseworker일 경우가 사망률이 높게 나타났으며 65세미만의 남자의 경우 비고용 상태는 다른 특징과 관련없이 사망률을 크게 증가시켰다고 한다.¹⁹⁾

3) 성, 결혼상태, 가족구성원의 수와 사망률

핀란드에서 조사된 연구 결과에서는 모든 사인에 대한 사망률이 독신 남성의 사망률은 결혼했거나 이혼했거나 사별한 남성의 사망률보다 높게 나타났으며 질병 유병을 역시 같은 양상을 보였다.²⁰⁾

결혼 상태와 건강과의 관련성을 연구한 다른 연구에서는 이혼하거나, 별거중이거나 독신과 같은 경우 결혼한 경우보다 높은 사망률을 보였으며 젊은이의 경우 이러한 경향이 두드러졌으나, 노인의 경우 이러한 관련성은 적었다. 또 가족구성원과 사망률의 관련성을 조사하였는데 65세 이하의 연령에서 2명 이상의 가족구성원을 가질 경우는 혼자 사는 것보다 더 낮은 사망률을 보였다. 그러나 65세 이상의 여성의 경우 혼자 살아 갈 경우 사망률이 낮았으며 남성의 경우 이와 반대로 혼자 살아갈 경우 사망률은 오히려 증가되었다고 한다.¹⁹⁾

성, 사회적 지위, 사회적 역할은 건강과 관련된 중요한 요인이 될 수 있다고 한다. 다양한 사회적 변인이 건강에 미치는 효과는 여성과 남성에 따라 다르게 나타나고 있으며 사회적 지위가 건강에 미치는 영향은 남성과 여성에 따라 그 효과의 정도도 다르게 나타날 수 있다고 보고하고 있다.²⁰⁾

4) 어린 시절의 조건과 노인의 건강

빈곤한 어린 시절의 조건은 질병으로 쉽게 노출되어 성인기에 질병과 사망에 이를 위험이 증가된다. 또 나쁜 어린 시절의 조건과 건강문제는 노동시장의 참여와 직업의 이동을 어렵게 하며 어린 시절 질병이나 다른 문제들은 건강한 사람에 비해 직장 역시 구하기 어려우며 더 나은 직장으로의 이동기회도 적다고 한다. 노르웨이에서 65세 이상의 노인 964명에게 조사된 결과에서 노인의 질환을 조사한 결과 어린 시절의 지속적인 질환과 관련되었다. 또 노인의 정신적인 건강정도 역시 어린 시절의 경제적 어려움이나 가족간의 불화에 의해 영향을 받는 것으로 나타났다. 그러나 그들의 아버지의 사회적 계층은 노인여성과 남성사이에서 모두 건

강과 관련성이 없는 것으로 나타났다. 한편 노인의 건강의 불평등은 과거의 계층의 영향을 받는 것으로 나타났다. 즉 퇴직직전의 사회적 신분이 퇴직후의 사망률에 독립적인 효과를 갖는다. 연구결과에 의하면 남성은 여성보다 퇴직전의 사회적 지위에 따라 사망률의 차이가 더 크게 나타나며 비숙련노동자와 상위 비노동자 집단과의 사망률의 차이는 더 크게 나타났다. 퇴직전의 사회적 신분과 질병 유병율과도 유의적인 상관관계를 보였으며 과거의 사회적 신분과 심장 기능과 양의 상관관계를 가지었다. 퇴직전의 사회적 계층은 노인 여성의 건강에 영향을 주지 않으나 남성의 경우 건강과 최근의 수입에도 영향을 미쳤다. 이러한 연구 결과 노인의 건강에 미치는 사회경제적 요인은 시간적 차이를 나타내면서 노인의 건강에 영향을 미치고 있었으며 이러한 영향은 여성과 남성에 따라 다른 양상을 보였다.²⁴⁾

전 생애에 걸쳐 건강 불균등이 어떻게 생성된 것인가를 알아보기 위해 성인 건강에 대한 어린 시절의 중요도(importance of childhood conditions for adult health)와 전 생애 동안의 건강에 관심을 가지는 정도(the importance of sense of coherence)에 대해 조사되고 있다. 어린 시절의 조건은 생애 전반에 걸쳐 영향을 주며 이러한 영향은 성인의 사회적 지위와 건강에 대한 관심도에 의해 변화될 수 있다. Fig. 8은 어린 시절의 조건, 성인의 사회적 지위, 건강에 대한 관심도가 성인의 건강상태에 미치는 영향을 나타내고 있다. 어린 시절의 조건, 건강에 대한 관심도, 성인기의 사회계층, 건강의 개념의 관계를 연결짓기 위해 model을 제시하였는데, 이 모델의 출발점은 어린 시절의 조건(childhood conditions)이다. 어린 시절의 조건은 어린 시절의 가족이 속한 사회적 위치(class), 즉 대상자의 아버지의 계층 내 위치, 경제적 어려움(economic hardship)이나 사회적 긴장(social hardship)의 유무와 같은 더 특별한

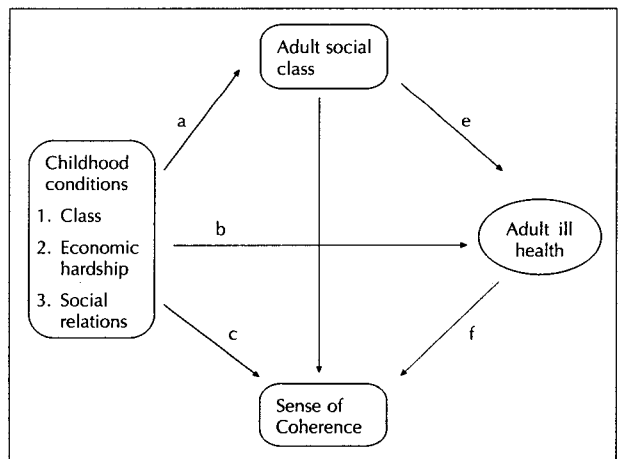


Fig. 8. Conceptual model.

어린 시절의 삶의 조건을 포함시키는 것이 중요하다. a는 어린 시절의 조건 중 어린이의 지위는 어른의 지위에 영향을 주는 즉, 운명적인 지위(the class of destination)가 될 수 있다. 원래의 지위와 결정된 지위간의 관련성은 높은 것으로 연구되고 있다. 다른 조건 역시 계층간의 지위를 변화시킨다. b는 성인의 건강에 대한 유아와 어린 시절의 중요도를 말한다. c, d, f는 sense of coherence(SOC)와 관련된다. c, d는 어린 시절의 조건이나 성인의 사회적 지위와 SOC의 능력과의 관련성을 말하며 f는 SOC와 건강과의 관련성을 말한다. 이러한 가설을 배경으로 스웨덴에서 조사된 연구에서는 어린 시절의 경제적 어려움은 건강에 대한 관심도에 영향을 약화시켰으나, 성인기의 사회적 지위에 의해 중재되었다고 한다. 어린 시절의 가족간의 불화만이 단독으로 건강에 대한 관심도를 낮추는 위험인자로 나타났다. 실제로 어린 시절의 조건은 성인의 사회경제적 지위를 제외한 경우 그 효과는 미약했다. 어린 시절의 조건과 함께 건강에 대한 관심도는 건강의 계층간 불평등을 형성하는데 관여하는 인자가 되기도 한다. 건강에 대한 관심도를 조절할 경우, 질병의 사회계층의 차는 감소된다고 주장하고 있다.²⁵⁾

어린 시절의 조건뿐 아니라 태아기의 성장도 성인의 건강에 중요한 영향을 미친다는 가설이 제시되고 있다. 태아기의 성장 손상(Intrauterine growth retardation: IUGR)은 신생아의 크기와 모양의 차이를 가져다주며 성인기의 상이한 질병을 발생시킨다고 한다. 태아기의 단계별 성장손상은 Table 16과 같이 태아의 성장손상의 단계에 따라 신생아의 크기와 모양에 영향을 주며 여러 가지 퇴행성 질병을 유발시키게 되고 결국 일생에 걸쳐 심각한 영향을 주는 것으로 제시되고 있다.²⁶⁾

5) 생활 방식, 사회 경제적 요인과 노인의 건강

생활방식(life style)이나 다른 위험요소는 질병이나 죽임에 영향을 줄 수 있으며 사회경제적 요인과도 관련된다.

사무원, 숙련공, 비숙련공, 농부로 사회계층을 나누고 이에 따른 심질환 위험 요인을 조사한 결과를 보면 계층에 따른 생활 방식과 그에 따른 위험 요인간의 관련성이 잘 나타나 있다. 심질환 위험 요인으로서 흡연, 고혈압, 비만도, 활동정도, 평균 혈청 콜레스테롤, 평균신장을 조사한 결과 비

Table 16. IUGR & Degenerative disease(David Barker, 1995)

Fetal period	Size and shape of baby	Pathologic pattern
1st trimester	Proportionately small baby	Haemorrhagic stroke
2nd trimester	Thin baby	Coronary heart disease
3rd trimester	Short baby	Coronary heart disease & thrombotic stroke

만 남성과 흡연여성을 제외할 경우 비숙련공에게서 심장병에 대한 위험인자의 정도는 높게 나타났다. 사무원, 숙련공에 비해 비숙련 노동자는 위험인자가 더 높게 나타났으며 관상심장질환 외의 다른 심장질환, 암, 사고, 기타의 원인에 의한 높은 사망률 역시 더 높게 나타났다. 직업에 따라 건강에 관련된 행동은 영향을 받을 수 있으며 직업에 따른 생활방식의 차이는 사회 계층간의 건강불평등은 야기할 수 있다.²²⁾

사회적 계층에 따라 생활방식의 차이와 위험인자가 증대되어 건강의 불평등이 야기될 수 있으나, 다음의 연구결과에서는 생활 방식에 의해 그러한 건강 불평등이 해소될 수 있는 긍정적인 면을 볼 수 있다. 물질과 생활방식은 건강에 지대한 영향을 미치며 물질적인 면과 생활방식은 서로 관련성을 갖는다. 적절한 사회적 물질적 환경, 즉 적절한 경제조건 내에서, 건강에 대한 올바른 습성은 건강에 긍정적인 효과를 갖는다고 한다. 907명의 캐나다의 노인을 대상으로 구강검사를 실시한 연구에서는 물질적인 사회경제적 상태와 개인의 생활양식이 건강에 주는 효과가 잘 비교되어있다. 생활양식은 육체 활동, 흡연력, 음주량, 치아건강에 관련된 습관을 포함하여 0에서 10까지의 점수로 나누어졌고 생활

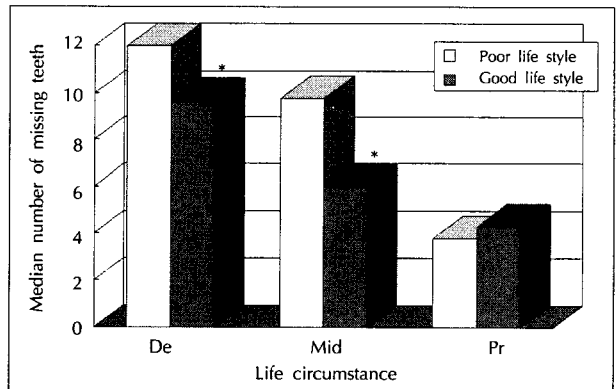


Fig. 9. Median number of missing teeth by life circumstances and lifestyle group.

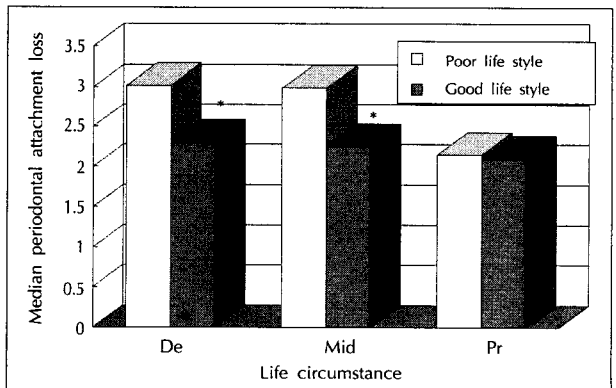


Fig. 10. Median periodontal attachment loss by life circumstances and lifestyle group.

환경은 결혼상태, 주거형태, 교육상태, 연간수입, 치과보험 여부, 평균가족수입을 포함하여 0에서 7까지의 점수로 빈곤과 중간, 부유층으로 나누어졌다. 그 결과 생활 환경은 6가지 구강건강상태와 관련되었으며 생활 양상은 5가지 구강건강상태와 연관이 있었다. Fig. 9와 Fig. 10에서 나타난 것처럼 생활방식은 빈곤층과 중산층의 구강건강에 영향을 주지만 상류층의 경우 생활 방식의 차에 따른 구강건강의 차이가 나타나지 않았다. 부유층의 경우 좋은 생활양식에 의해 경제적 상태가 구강상태의 차에 미치는 영향은 약화된 것으로 나타났다.²⁷⁾

그러나 생활방식이 건강에 미치는 효과를 사회경제적 요인이 미치는 효과와 비교할 경우, 생활 방식의 효과는 미미하였다. 수입의 정도는 건강상태에 영향을 주지만 흡연, 음주 이외의 위험한 생활방식은 건강상태에 결정적이지 않았다고 한다. 한편 대상자 스스로 그들의 건강상태를 평가한 점수의 경우 수입정도는 약간의 영향을 주었으며 종교 생활, 활동 정도, 체중의 영향이 나타났다. 즉 사회적 지위와 활발한 생활 방식은 대상자 스스로 판단한 자가건강정도에 영향을 주었다. 건강이 스스로 판단한 정도와 객관적인 질병의 유무의 두 측면에서 판단되어야 한다면 노인의 건강을 증진시키기 위해서는 중요한 부분이며 삶의 질의 측면에서 사회경제적 측면과 함께 강조되어야 한다고 사료된다.¹⁸⁾

4. 한국 노인의 영양섭취와 사회경제적 요인과의 관련성

1) 한국노인의 영양상태

노인인구는 최근에 급증하고 있으며 노인의 경우 영양 결핍이나 과잉 혹은 불균형의 위험이 가장 큰 시기이다. 노인의 경우 생리적 기능의 저하, 미각기능의 상실, 활동량의 감소, 우울증, 소외감, 경제적 곤란, 흡연, 습관적인 음주 등과 같은 사회적, 심리적, 신체적, 환경적 요인 등 다양한 요인으로 인해 식품을 충분하게 섭취하지 못하거나 영양소의 체내이용을 방해하여 노인의 영양상태에 나쁜 영향을 줄 수 있다. 노인의 영양상태에 대한 조사는 여러 연구에서 조사되었는데, 열량, 단백질, 칼슘, 비타민 A, 리보플라빈, 비타민 C의 섭취가 권장량에 미달되었다고 보고되고 있다.²⁸⁾

서울지역의 노인복지관 6개소의 60세 이상 여자노인 170명을 대상으로 한 연구결과에서 비타민 A의 경우 권장량의 42.1%, Ca의 경우 권장량의 61.25, 리보플라빈의 경우 권장량의 62.3%를 섭취하는 것으로 나타났다. 또 열량, 단백질, 철, 티아민, 니아신 역시 권장량에 못 미치는 수준으로 나타났다.²⁹⁾

한편 안양의 노인대학과 노인정의 65세 이상의 노인 192명을 대상으로 한 연구의 결과에서 노인의 열량 섭취량은

권장량의 79%로 단백질은 75% 정도로 섭취되고 있었으며, 65~74세 노인의 경우 권장량의 82%를, 75세 이상의 노인의 경우 권장량의 76%로 65~74세에 비해 영양섭취상태가 불량한 것으로 보고되고 있다. 또 이 결과에서는 비타민 A와 칼슘이 권장량의 2/3 미만으로 섭취되고 있었으며 65~74세의 노인에 비해 75세 이상 노인들은 비타민 A칼슘 외에도 리보플라빈과 철분 섭취의 부족이 우려되는 것으로 나타났다.³⁰⁾

1998년 복지관의 65세 이상의 여성노인 170명을 대상으로 한 김 등의 연구 결과 전체열량의 섭취량은 1309kcal이었으며, 노인대학, 경로당의 65세 이상의 여성노인 207명을 대상으로 한 홍의 연구 결과에서 총 섭취열량은 1565kcal로 나타났다.³¹⁾³²⁾ 한편 노인대학, 경로당, 양로원 등의 65세 이상의 여성노인 207명을 대상으로 한 정 등의 연구 결과에서는 노인이 섭취하는 전체 열량은 1527kcal로 나타났으며 김의 연구보다 홍과 정 등의 연구결과에서 영양소의 섭취량이 더 높게 나타났다.³³⁾

2) 사회경제적 요인과 노인의 영양섭취

노인의 영양섭취는 사회 경제적 요인과 상관관계를 보이며 이러한 관계는 여러 논문에서 잘 보고되고 있다. 울산시내 거주하고 노인대학, 경로당, 양로원 등에서 60세 이상의 노인 207명 대상으로 환경요인과 영양소 섭취와의 관계를 조사한 연구 결과에서는 한달 용돈의 수준이 적은 군(5만원 이하)에서 철분, 비타민 A, 비타민 C, 나이아신의 섭취량이 높게 나타났으며 그 밖의 경우 용돈이 많은 군에서 섭취량이 증가하는 경향을 나타내었다. 또 동거가족의 형태에 있어서는 혼자 사는 노인들이 가족과 함께 사는 노인들보다 비타민 A와 아연의 섭취량이 유의적으로 낮게 나타났고 노부부만 사는 경우 가족과 함께 사는 경우 보다 칼슘, 비타민 A, 철분의 섭취가 높은 경향을 보였다. 또 운동정도과 열량, 단백질, 지방, 철분, 비타민 B₁, 나이아신의 섭취량은 유의적인 상관관계를 보였으며 흡연, 음주의 경우 영양소의 섭취를 유의적으로 낮추는 것으로 나타났다.³⁴⁾

또 전북 무주군에 거주하는 65세 이상 노인 339명을 대상으로 한 조사결과에서는 소득수준에 따른 식습관의 차이는 유의적이지 않았으나 교육정도, 계층 의식 등은 식습관에 영향을 주는 것으로 나타났다. 노인의 교육정도가 높은 경우 식습관 점수가 높았으며 무학을 한 노인의 식습관과 초졸, 중졸의 노인의 식습관 점수는 유의적으로 차이가 있었다. 한편 가족과 함께 사는 가정의 노인의 경우 독신이나 배우자와 사는 노인보다 영양섭취만족도가 높았으며 계층 의식을 하라고 생각한 계층보다 중이라고 생각하는 계층의

식습관 점수가 높았다.³⁴⁾

한편 영양섭취와 여러 요인과의 관련성을 조사한 울산시의 남자 114명, 여자 243명의 노인을 대상으로 조사한 결과는 Table 17에 나타나 있다. 생활비, 용돈, 가족의 수, 건강상태와 영양소 섭취량은 양의 상관관계를 보이는 것으로 나타났다. 생활비와 용돈이 많거나 가족의 수가 많을수록 영양섭취가 높았으며, 혼자 사는 노인이나 노인부부에 비해 가족수가 많은 노인이 양호한 영양섭취상태를 갖는 것으로 나타났다. 또한 우울과 불안은 영양 섭취량과 음의 상관관계를 보였으며 식사의 규칙성, 즐거운 식사습관의 경우 영양소 섭취량과 양의 상관관계를 보였고 편식과 혼자 식사를 하는 경우는 음의 상관관계를 보이는 것으로 나타났다. 사회경제적 환경과 더불어 식생활환경이 영양섭취상태에 밀접한 영향을 미치는 것으로 나타났다.³²⁾

3) 거주상태와 노인의 영양섭취

농촌에 거주하면서 직접 농사일에 참여하는 충청북도 단양군의 여자노인 24명과 가정에서 일상생활을 하는 도시거주 여자노인 18명을 대상으로 영양상태와 면역능을 조사한 결과에는 거주환경이 다른 노인여성의 영양상태와 면역상태를 서로 비교되어 있다. 농촌노인의 경우 체지방함량이 낮고 근육량과 수분량이 높았으며 농촌거주 노인여성의 영양소 섭취량은 매우 저조하였으며 열량섭취구성비율에 있어서 탄수화물의 섭취가 높고 단백질의 섭취비율이 유의적으로 낮았다. 이와 함께 면역능을 비교한 결과 도시노인여성에 비해 면역능이 저조한 것으로 보고되고 있다.³⁵⁾

노인 복지 정책으로 인하여 노인 복지 시설은 증가하고 있으며 노인복지시설에 수용된 노인의 영양섭취실태 역시 여러 연구에 의해 다루어지고 있다. 우리 나라의 복지시설은 양로 시설과 요양시설로 나눌 수 있으며 운영방식에 따라 무료, 실비, 유료로 나뉜다고 한다. 김의 연구에 의하면 1996년 162개의 노인 복지시설에 8553명의 노인이 수

용되어 있었고 요양시설보다는 양로시설이 전체의 63%를 차지하고 있었으며 무료, 실비, 유로의 운영방식 중 무료시설이 83%를 차지하였다. 이러한 복지시설의 경우 영양사가 있는 곳은 21.0%에 불과하며 시설의 급식과 영양관리현황은 수준에 미달하였다고 한다.³⁶⁾

인천지역과 서울 지역의 노인 151명을 대상으로 조사대상자의 식습관과 건강상태, 건강식품에 대한 인식도, 기호도, 식습관에 영향을 주는 정신건강상태를 시설노인과 재가노인을 비교한 결과를 보면 노인의 건강과 식습관에 환경이 미치는 영향을 잘 볼 수 있다. 일반적인 사항을 조사한 결과에서 재가노인의 경우가 시설노인에 비해 학력이 높았으며 본인의 건강상태에 대한 만족도는 시설노인에 비해 재가노인이 더 만족하는 것으로 나타났다. 또 시설노인의 경우보다 재가노인의 경우 비타민제나 영양제의 복용정도가 유의적으로 더 높았으며 시설노인의 경우 재가노인에 비해 우울의 정도가 유의적으로 높게 나타났다.³⁷⁾

전북지역의 양로원 노인 86명을 대상으로 영양소 섭취실태와 체위조사, 생화학적 분석 및 모발분석을 실시한 결과를 보면 열량 섭취량은 권장량의 98.9%를 섭취하였으며 단백질 섭취량은 권장량의 76.9%이었다고 한다. 칼슘은 권장량의 51.9%로 가장 섭취가 부족하였으며 비타민 중 riboflavin, niacin 섭취량은 권장량의 63.0%와 71.1%, Vitamin A는 권장량의 80%로 부족한 상태를 보였다. 노인의 모발의 무기질 성분을 분석한 결과 Ca, Mg등은 정상범위에 속하였고 아연, 크롬, 셀레니움은 정상범위보다 약간 낮았다. 양로원 노인들의 열량의 섭취는 부족하지 않지만 칼슘의 섭취가 권장량에 비해 부족하여 식사의 질의 저하가 지적되었으며 85세 이상의 노인의 경우 전반적인 영양소 섭취의 감소가 나타났다.³⁸⁾

또 양로원 노인의 사회, 심리, 신체적 건강상태를 조산한 결과에서는 노인들의 사회적 건강상태는 매우 낮았으며 특

Table 17. Correlation coefficient of nutrient with general characteristics and meal management of the elderly

	Calorie	Protein	Lipid	CHO	Fe	Ca	Vitamin A	Vitamin B ₁	Vitamin B ₂	Niacin	Vitamin C
Family size	*	***	***	n.s	***	***	***	*	***	N.S	***
Living cost	***	***	n.s	***	***	***	***	***	***	***	***
Pocket money	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Health condition	***	***	**	***	***	***	***	**	**	***	**
Depression	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Anxiety	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Meal regularity	***	***	**	**	**	**	**	***	**	***	**
Unbalanced meal	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Pleasantness of eating	**	**	**	n.s	*	n.s	n.s	*	n.s	**	n.s
Eating lonely	*	*	*	n.s	*	n.s	n.s	*	n.s	*	n.s

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

히 85세 이상의 노인의 경우 친척관계가 유의적으로 적었다. 우울증, 자아존중감, 성격특성을 통해서 조사한 심리적 건강상태 역시 낮은 편이었으며 사회, 심리적인 건강요인은 신체적 건강요인보다 영양소섭취에 더 영향을 미쳤다고 한다. 사회 심리적인 건강상태에 의해 영향을 받은 영양소는 주로 비타민으로 나타났는데 친척이나 친구, 이웃과의 만남이나 종교단체의 활동이 많은 노인에서 비타민 C의 섭취가 높았으며 자아존중감이 높거나 내재적 특성이 강할수록 비타민 C의 섭취가 많았다. 철분의 섭취량 역시 사회활동이 많은 노인에서 높았으며 자아존중감과도 양의 상관관계를 보였다. 사회적 건강요인중 친척과의 만남은 영양소 섭취에 가장 큰 영향을 주었는데 친척과의 관계가 많을수록 탄수화물, 섬유소, 칼슘, 인, 비타민 B₁, 비타민 C 등 7가지 영양소의 섭취가 유의적으로 증가하였다고 한다. 또 심리적인 건강요인으로는 자아존중감이 가장 큰 영향을 미쳐서 자아존중감이 높을수록 지방의 섭취는 적었으며 섬유질과 철분 ($p < 0.001$), 비타민 B₁, niacin, 비타민 C, 비타민 A ($p < 0.05$)의 섭취가 유의적으로 증가하였다고 한다. 현재 건강상태에 대한 질문에 대해서는 현재 병을 앓고 있다가 46.5%, 몹시 피곤하고 몸이 약하다가 24.4%, 건강한 편이다가 123.8%, 아주 건강하다가 16.3%로 나타나 조사대상 노인들의 70% 이상이 자신의 몸을 아픈 상태로 인식하고 있었다. 앓고 있는 질병의 종류로는 관절염/신경통이 67.4%로 가장 많았으며 빈혈, 고혈압, 위장병, 골절, 뇌졸중의 순위였다. 영양건강위험도는 노인의 질병유무와 유의적인 상관계를 보였으며 위장병, 빈혈이나 고혈압, 신경통이 있는 노인에서 영양건강위험도 점수가 높아서 질병이 있는 경우에 영양건강위험도가 높아지는 것으로 보고하고 있다.³⁹⁾

요 약

노화란 인간을 포함한 모든 생물이 죽음을 향해서 변화해 가는 과정을 포괄적으로 말한 것으로 사람들은 위의 과정을 일생이라 정의하는데, 이를 세분하여 성장, 성숙 또는 유지, 노화로 나누어 볼 수 있다. 이러한 입장에서 보면 노화는 초기 성장단계로부터 연계되고 또한 노화이전의 결과가 노화로 나타난다고 말할 수 있다.

올해는 유엔이 정한 노인의 해이다. 과학의 발전과 경제적 조건의 향상으로 전세계적으로 인간의 평균 수명이 증가하고 있는 추세인데 이로써 65세 이후의 노인의 비율이 각 나라마다 증가하고 있는 경향을 보이고 있다. 따라서 노인들의 건강한 노후를 위해 다각적인 배려가 모색되어야 한다. 이런 입장에서 노인의 건강과 영양섭취 실태에 영향을 미치는 사

회 경제적 요인을 문헌을 중심으로 고찰해 보았다.

한국의 경우, 65세 이상의 노인의 비율이 1997년 현재 전 인구의 6.3%로 다른 OECD국가에 비해 노인인구의 비율은 낮지만 평균 수명의 증가로 점차 그 비율이 높아지고 있어 프랑스, 스웨덴과 같이 노인 인구가 10%를 넘는 고령화 국가에는 아직 못 미치지만 점차로 그에 접근해 가고 있는 실정이다. 이런 추세라면 2020년경에는 노인 인구가 아동 인구를 앞설 것으로 예측하고 있다.

여러 연구 결과에 의하면 한국의 노인들은 경제적으로 궁핍한 상태에 있는 것으로 나타나고 있는데 이런 경제적인 조건이 노인들의 주관적인 생활 만족도와 건강 상태에 영향을 미치는 것으로 보인다. 뿐만 아니라 교육 정도가 높을수록, 가족간의 결속력이 클수록 노인들이 느끼는 주관적 건강 상태가 높아지는 것을 볼 수 있다.

또한 수입, 교육, 직업, 고용상태, 결혼상태, 가족구성원, 성, 어린시절의 조건 등이 노인의 건강과 밀접한 관련을 맺고 있는 것으로 제시되고 있다. 수입의 감소는 노인의 사망률을 증가시키며 결혼 한 경우는 결혼하지 않은 경우보다 사망률이 낮았다. 고용상태와 직업의 경우도 사망률에 영향을 주는데, 고용된 사람의 경우 비고용된 사람의 경우 보다 사망률이 낮았으며 비전문직종사자보다 전문직 종사자의 사망률이 낮은 것으로 보고되고 있다.

어린 시절의 조건은 노인의 건강에 영향을 미치며 건강에 대한 관심도에 의해 중재될 수 있는데, 노인의 어린 시절에 발생한 가족간의 불화는 건강에 대한 관심도를 낮추어 그 후 노인기 건강에 영향을 준다고 한다. IUGR은 신생아의 크기와 모양의 차이를 가져오며 성인기의 상이한 질병을 유발시키므로 태아기의 성장 손상은 성인의 건강에 중요한 영향을 준다.

생활방식은 사회경제적 차에 의한 건강 불평등을 야기시키는 한편, 생활방식의 차는 사회경제적 차에 따른 건강불평등을 다소 완화시킬 수 있다. 생활방식이 양호한 경우 노인의 자가건강만족도는 증가된다고 한다. 그러나 생활방식에 의한 영향은 사회경제적 요인에 비해 그 영향이 적다고 한다.

한국노인의 영양섭취상태는 권장량에 비해 부족하다고 보고되고 있으며 수입, 교육, 계층의식 등의 사회경제적 요인에 따라 영양섭취량과 식습관, 우울도 등이 영향을 받는다. 또 도시거주노인에 비해 농촌거주노인이, 재가노인에 비해 시설노인의 영양상태가 부족한 것으로 보고되고 있는데 거주상태에 따라 노인의 건강과 영양상태가 달라지는 것으로 나타나고 있다.

결론적으로 노인들과 연관된 사회경제적 요인은 노인의

건강과 영양상태에 중요한 영향을 미치므로 노인들이 영향을 받고 있는 사회경제적 요인의 복합적인 분석을 통하여 노인의 건강과 영양상태를 보다 효율적으로 증진시킬 수 있는 대안이 마련되어야한다고 사료된다.

Literature cited

- 1) FAO, FAO Constitution on the Public Health, 1948
- 2) Department of Public Health and Welfare, 1998 Yearbook of Public Health and Welfare Statistics, 1999
- 3) OECD, OECD Public Health Statistics, 1998
- 4) Statistic Office, Population and Housing Census, 1970 - 1990
- 5) Seung TW. The changing and regional difference of aging of population in Korea, master's thesis in Public Health, Seoul National University, 1996
- 6) Statistic Office, 1993 Yearbook of Death Cause Statistics, 1994
- 7) Department of Public Health and Welfare, Analysis on living subsidy recipients, 1991 - 1997
- 8) Kim BJ. The study on health and medical using pattern of the aged in urban poor areas, master's thesis in Public Health, Seoul National University, 1997
- 9) Korean Institute of Public Health and Society, 1998 Living situation and welfare expectation of the aged through the country, 1998
- 10) Lee JY. A study on the development of health care program of the aged, master's thesis in Public Health, Seoul National University, 1996
- 11) Lee JW. A study on the quality of life of the aged by family type, master's thesis in Public Health, Seoul National University, 1997
- 12) Lee SH. A study on the health needs of the aged in the urban area, master's thesis in Public Health, Seoul National University, 1997
- 13) Shin EY. A study on health status and life satisfaction of the aged in rural area of Korea, master's thesis in Public Health, Seoul National University, 1993
- 14) Min HS. The effects of personnal characteristics and metamemory on the old adult's memory performance, ph.D thesis in nursing, Seoul National University, 1999
- 15) Lee GO. Analysis on living situation of the aged and its policy-making, Korean Institute of Public Health and Society, 1994
- 16) Statistic Office, Social statistics, 1992, 1995
- 17) Jeon TH. A study on depression of the aged living in a home for the aged, master's thesis in Public Health, Seoul National University, 1997
- 18) Cairney J, Arnold R. Social Class, Health and Aging: Socioeconomic Determinants of Self-reported Morbidity Among the Non-institutionalized Elderly in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 87(3): 199-203, 1996
- 19) Sorlie PD, Backlund E, Keller JB. US Mortality by Economic, Demographic, and Social Characteristics: The National Longitudinal Mortality Study. *American Journal of Public Health* 85(7):949-956, 1995
- 20) Mackenbach J, Kunst AE, Cavelaars ARJM, Groenhouf F, Geurts JJM. Working EU. *The Lancet* 350(16): 516-518, 1997
- 21) Kaprio J, Seppo S, Fogelholm M, Koskenvuo M. Total and occupationally active life expectancies in relation to social class and marital status in men classified as healthy at 20 in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health* 50: 653-660, 1996
- 22) Pekkanen J, Tuomilehto J, Uutela A, Vartiainen E, Nissinen A. Social class, health behaviour, and mortality among men and women in eastern Finland. *BMJ* 311(2): 589-593, 1995
- 23) Cecile MT, Wijk GV, Kolk AM, Wil JHM, Bosch VD, Henk JM, Hoogen VD. Male and Female Health Problems in General Practice: The differential Impact of Social Position and Roles. *Soc Sci Med* 40(5): 597-611, 1995
- 24) Dahl E, Birkelund GE. Health Inequalities in Later Life in a Social Democratic Welfare State. *Soc Sci Med* 44(6): 871-881, 1997
- 25) Lundberg O. Childhood Conditions, Sense of Coherence, Social Class and Adult Health: Exploring Their Theoretical and Empirical Relations. *Soc Sci Med* 44(6): 821-831, 1997
- 26) DA Leon. Fetal growth and adult disease. *European Journal of Clinical Nutrition* 52(S1): S72-S82, 1998
- 27) Locker D, Jokovic A, Payne B. Life circumstances, lifestyles and oral health among older Canadians Community. *Dental Health* 14: 214-220, 1997
- 28) Jeong MS, Kim HK. A Study on the Nutritional Status and Health Condition of Elderly in Ulsan area. *Korean J Dietary Culture* 13(3): 159-168, 1998
- 29) Kim JH, Kang SA, Ahn HS, Jung IK, Lee LH. Relationship between Cognitive Function and Dietary Pattern in Korean Elderly Women. *Korean J Nutr* 31(9): 1457-1467, 1998
- 30) Kim WY, Won HS, Kim KO. Effect of age-related changes in taste perception on dietary intake in Korean Elderly. *Korean J Nutrition* 30(8): 995-1008, 1997
- 31) Kim JH, Kang SA, Ahn HS, Jung IK, Lee LH. Relationship between Cognitive Function and Dietary Pattern in Korean Elderly Women. *Korean J Nutr* 31(9): 1457-1467, 1998
- 32) Hong SM, Choi SY. A study on meal management and nutrient intake of the elderly. *J Korean Soc Food Sci Nutr* 25(6): 1055-1061, 1996
- 33) Jeong MS, Kim HK. A Study on the Nutritional Status and Health Condition of Elderly in Ulsan area. *Korean J Dietary Culture* 13(3): 159-168, 1998
- 34) Chang HS, Kim MR. A Study on Dietary Status of Elderly Koreans with Ages. *J Korean Soc Food Sci Nutr* 28(1): 265-273, 1999
- 35) Lee JH, Kim HS. Comparison of nutritional status and immunocompetence of elderly women in urban and rural area. *Korean J Nutrition* 31(7): 1174-1182, 1998
- 36) Kim WY, Yang EJ, Won HS. Management of Food Service and Health Care in Long-Term Care in Korea - Food Service and Health Care -. *Korean J Dietary Culture* 12(3): 331-339, 1997
- 37) Han MJ, Koo SJ, Lee YS. The study of food habit and degree of depression in nursing home and private home living elderly. *Korean J Dietary Culture* 13(5): 475-486, 1998
- 38) Song YS, Chung HK, Cho MS. The Nutritional Status of the Female Elderly Residents in Nursing Home - I. Nutritional and Biochemical Health Status -. *Korean J Nutrition* 28(11): 1100-1116, 1995
- 39) Song YS, Chung HK, Cho MS. The nutritional status of the female elderly residents in nursing home - II. Social, psychological and physical health status -. *Korean J Nutrition* 28(11): 1117-1128, 1995