

한국 중년기 남녀의 건강상태 및 건강 관리 행동 : 성별, 연령집단별 차이를 중심으로*

Health Status and Health Behavior of Middle-aged
Korean Men and Women: Focused on Gender and Age-group Differences*

서울대학교 아동가족학과
교수 한 경 혜
농촌생활연구소
연구원 이 정 화
위스컨신 대학교 심리학과
교수 Ryff, C.
위스컨신 대학교 아동가족학과
부교수 Marks, N.
서울대학교 아동가족학과
교수 옥 선 화
박사과정 차 승 은

Dept. of Child Development and Family Studies, Seoul National Univ.

Professor : Han, Gyoung-Hae

Korea Rural Living Science Research Institute

Researcher : Lee, Jeong-Hwa

Dept. of Psychology, University of Wisconsin

Professor : Ryff, C.

Dept. of Human Dev. and Family Studies, University of Wisconsin

Associate Professor: Marks, N.

Dept. of Child Development and Family Studies, Seoul National Univ.

Professor : Ok, Sun-Wha

Ph.D. Candidate : Cha, Seung-Eun

◀ 목 차 ▶

- | | |
|------------|----------|
| I. 문제제기 | IV. 연구결과 |
| II. 선행연구고찰 | V. 결 론 |
| III. 연구방법 | 참고문헌 |

Corresponding Author: Gyoung-Hae Han, Dept. of Child Development and Family Studies, Seoul National Univ., San 56-1 Shilim-Dong,
Kwanak-Gu, Seoul, 151-742, Korea Tel : 82-2-880-8748 Fax : 82-2-871-2506 E-mail : ghhan@snu.ac.kr

* 이 연구는 1999-2000년도 한국학술진흥재단 연구비 지원에 의하여 수행되었습니다.(과제번호 : 협동연구지원 1999-042-D00174)

<Abstract>

The purpose of this study is to examine the health status and health behavior of middle-aged Korean men and women. Even though there has been increased concern about extremely high mortality rate of Korean middle-aged men and mental health problems of middle aged women, there is a dearth of empirical studies which examine the health status and health behavior of middle-aged men and women in Korea. This study attempts to fill these gaps. Data gathered from 1,667 men and women aged between 30-59 are analyzed to examine the level of physical health, mental health, perceived health and health behavior and to explore the gender and age group differences in these aspects. The results show that there exist gender difference and age group difference in health status: Women are less healthy than men and as age increased health status declined. Women at their 50s are least healthy and most unhappy suggesting age and gender interaction in health status. There exist a gender difference in health behavior: Men have regular check-ups more frequently than women and exercise more. These results are discussed in terms of the gender differences in the experiences, social roles and life styles over the life course.

주제어(Key Words): 중년기 남녀의 건강상태(health status of middle-aged men and women), 건강관리 행동(health behavior), 성별 차이(gender difference), 연령집단별 차이(age-group difference)

I. 문제제기

이 연구는 대표성 있는 전국규모의 자료를 분석하여, 한국 중년기 남녀의 건강 상태 및 건강관리 행동의 실태를 성별, 연령집단별 차이를 중심으로 파악하고자 하는 목적에서 수행되었다. 따라서 이 연구는 중년기 건강상태 및 건강관리행동의 전반적 경향을 남녀 및 연령집단별로 기술하고 차이를 검증하는 서술적, 탐색적 연구이며, 중년기 건강에 관련된 요인을 밝혀내기 위한 체계적이고 분석적인 연구를 위한 기초 자료의 성격을 가진다.

거시적인 지표에서 나타나는 한국 중년세대의 건강은 심각한 수준에 도달해 있다고 판단된다. 최근 들어 한국남성의 사망률이 40대 이후 급격히 상승하는 현상이 관찰되고, 또한 40대 전후에 만성질환 및 성인질환의 이환율도 함께 증가하는 것으로 보고되고 있다(한국보건사회연구원, 2001). 연령이 증가함에 따라 사망률과 이환율이 점진적으로 높아진다는 자연스러운 경향을 고려한다고 하더라도 이러한 40대 전후의 높은 사망률과 이환율은 세계적으로도 보기 드문 현상이라고 지적되고 있다(권태환, 1989). 중년기가 직업 및 가족 역할 수행에 있어 중

추적 역할을 하는 세대라는 측면에서 본다면, 중년층의 건강 문제는 개인적·사적 영역의 문제가 아닌 사회적 중요성을 띄는 문제라고 할 수 있다(한경혜 외, 2002). 또한 이러한 중년 건강의 심각성은 곧바로 중년세대의 건강 증진에 대한 관심과 그에 동반되는 건강관리 행동의 증가로 이어지고 있다. 수많은 헬스클럽, 찜질방, 다이어트 식품, 정력제 등이 중년을 겨냥하고 있고, 각종 일간지에서는 중년을 주된 타겟으로 하는 건강 관련 기획물을 만들어 이들에게 건강 관련 정보를 제공하고 있다.

중년기 건강에 대한 이러한 대중적 관심의 증가 추세에도 불구하고, 이에 대한 학문적 관심은 부족했던 측면이 있다. 과거 건강에 관한 연구들은 대부분 아동 및 청소년을 대상으로 하였고, 최근에는 평균 수명 연장으로 노인의 건강에 대한 연구들이 폭발적으로 증가하였는데 반해, 다양한 생애 사건을 겪고, 생애 전환기를 겪게 되는 중년기의 건강에 대한 연구는 다른 연구들에 비해 그 수가 적다. 그나마 중년의 건강을 살펴본 연구(김귀진·박재용·한창현, 2001; 김민영·고효정, 2000; 김진희, 2001; 박재순, 1995; 신유선·최순옥·김숙남, 2001; 서연옥, 1995; 이경혜, 1992)들의 경우 조사 대상자들이 주로

실직 가장, 노숙자, 폐경후 우울증을 겪는 여성 등 특정 대상에 국한되어 있다. 또한 제한된 지역에 거주하는 조사대상자들로부터 자료를 수집하였다는 표집의 제한점 때문에 일반화가 어렵다는 문제가 있다. 이러한 방법론적인 제한점 이외에 국내의 중년기 건강에 대한 연구들은 연구 주제에 있어서도 몇가지 중요한 제한점이 있다.

첫째, "건강은 신체·정신·사회적 안녕의 복합적인 산물"(WHO, 1947)임에도 불구하고 국내의 중년기 관련 문헌들은 중년의 건강을 살펴보면서 신체 건강 혹은 정신 건강의 한가지 측면만을 살펴보고 있다.

둘째, 건강관리행동에 대한 국내 연구는 우선 절대수가 부족하고, 그 주제도 음주, 금연 행동 등에 국한되어 있다(서은정, 2000). 반면 서구에서는 개인의 건강 악화가 곧바로 건강에 대한 관심으로 이어지고 이는 건강 증진 및 건강관리 행동에 대한 욕구를 만들어 낸다는 점에 주목하면서, 서구에서는 중년세대의 건강관리 행동에 대한 학문적 관심이 높아졌고 건강 행동의 일련의 과정에 대한 연구 결과들이 축적되었다.

셋째, 서구에서는 중년기 건강에 있어서의 개인차를 주목하고, 이러한 차이를 가져오는 요인들을 탐색하는 작업이 상당정도 이루어졌다. 특히 삶의 경험과 자원보유 등을 결정짓는 다양한 사회 구조적 변수들이 건강상 차이를 가져올 가능성에 주목하면서, 대표적으로 성(gender) 및 연령과 건강상태와의 관련성을 탐색하는 연구가 증가하였다(Annandale & Hunt, 2000; Bird, 1994; House, J., 1990; Shinberg, 2001). 반면, 국내 연구들은 남성 혹은 여성만을 대상으로 대부분 연구가 이루어져 성별에 따른 건강상태 및 건강 행위의 차이에 대한 비교 분석이 불가능하다. 남녀를 함께 표집한 소수의 연구들(김귀분·전은영, 1998; 김애경, 1998a; 윤순영·김정희, 2000)은 위에서 언급한 표집의 제한점 때문에 일반화가 어려운 연구들이다. 또한 남성과 여성의 건강상태의 차이를 주로 생리적 구조나 기능의 차이로 설명할 뿐(박은옥, 1995), 남성과 여성의 일상생활 경험의 구조가 다르다는 점 그리고, 남성 집단 내

혹은 여성 집단 내에도 건강의 편차가 있을 수 있다는 점에 대해서는 간과하고 있는 측면이 있다 (Shinberg, 2001).

넷째, 신체적으로 건강한가, 어떤 질환에 노출되어 있는가 하는 건강상태가 가족관계 등 가족생활 전반에 중요한 영향을 미침에도 불구하고 가족학 연구에서는 건강에 대한 학문적 관심이 극히 부족해왔다. 이러한 경향에 대하여 많은 가족학자들이 가족원들이 '몸'을 갖고 있다는 사실을 잊고 개념적, 추상적 주제에만 치중하고 있다(Keplan & Cassel, 1975)고 지적하기도 한다. 최근 서구에서는 '건강창출의 사회적 단위'로서의 가족의 중요성, 즉 가족관계, 가족구조, 가족역할 등이 가족원들의 건강에 중요한 영향을 미친다는 점에 주목하는 연구들이 축적되고 있다. 이에 비해 국내에서는 건강과 가족간 연결성, 특히 건강에 대한 관심이 매우 제한적으로 다루어지고 있는 것이 사실이다.

이러한 국내연구들의 제한점을 고려하여 본 연구에서는 전국규모의 대표성 있는 자료를 바탕으로 하여 한국 중년기 남녀의 건강상태와 건강 관리 행동 실태를 파악하고, 건강상태 및 건강관리행동에 있어 남녀 및 연령집단별 차이가 있는가를 탐색해 보고자 한다.

II. 선행 연구 고찰

1. 중년기 건강

과거에는 "신체적으로 질병이 없는 상태"를 건강한 상태로 보았다. 병원균의 침입에 의해 신체가 정상적인 기능을 하지 못하는 것을 질병으로 보았고, 이러한 병원설(germ theory)에 입각한 관점이 바로 생의학적 모델(biomedical model)이다. 이 관점에 의하면, 건강 형성 과정은 시간과 공간을 초월하며, 그 형태가 보편적이라는 점에 강조를 둔다. 또한 질병의 발생 원인을 밝히는데 있어서도 병리학적이고 생리·생물학적 기초에 근거를 두고 해석을 한다. 그런데 최근 질병 유형이 급성질환에서 만성적 질

환으로 변화함에 따라 질병에 영향을 미치는 요인으로 가족력등과 함께 개인의 라이프스타일, 건강습관, 환경과 같은 행동적인 요인들이 상대적으로 중요해짐에 따라 모델 자체에 대한 비판이 제기되었다.

이러한 기존의 생의학적 관점에 대한 문제제기로 나타난 생심리사회적 모델(biopsychosocial model)에서는 건강의 개념 및 질병 발생 원인을 이해하는 새로운 틀을 제시하였다. 우선 생심리사회적 모델에서 논의하는 건강의 개념을 살펴보면, 개인의 건강을 예방적 차원의 행동으로부터 건강 문제의 발생과 인지, 이에 대한 대처 방식에 이르는 포괄적이고 광범위한 개념으로 보고 있다. "신체적인 질병 없음"이라는 건강 개념은 전통적인 시각이며 "육체적, 정신적, 사회적으로 건강한 삶"이라는 새로운 개념으로 건강에 대한 인식이 변화하였다. 즉, 생심리사회적 관점에서 본다면 건강은 신체·정신·사회적 건강의 복합체로서의 성격을 갖는다.

이러한 다차원적인 건강 개념을 반영하여 최근 수행되고 있는 연구들은 건강 상태를 살펴볼 때 신체·정신·사회적 건강으로 다각도에서 접근하고 있다. 그런데 이러한 건강 개념의 복합적인 접근방법은 주로 아동 및 청소년의 건강이나 노인의 건강 상태를 살펴보는 연구에서 사용되고 있다. 중년기 건강에 관한 연구들은 중년기 정신 건강을 살펴보는 데 집중되어 있고, 신체적 건강이나 사회적 건강을 살펴본 연구는 소수에 불과한 실정이다. 게다가 신체·정신·사회적 건강의 복합체로 살펴본 연구는 거의 없다.

이러한 경향의 일차적인 원인은 실제로 중년 건강을 다룬 대다수의 연구들이 중년위기 가설검증에 초점을 맞추었기 때문인 것으로 지적된다. 즉, 중년기 나타나는 우울감과 심리적 복지감의 저하는 중년기의 일상생활에서 발생하는 각종 스트레스, 생애사건과 관련이 있고 또한 자녀 관계나 노부모 부담 등 관계적이고 정서적 측면들과 관련이 있다는 일반적인 관념이 작용한데 따른 것이다. 그런데 생의학적 관점에서 본다면, 중년기의 신체적 변화, 신체 건강의 악화와 정신 건강은 무관하지 않으며, 중년

기 신체적 건강에 대한 이해는 이 시기의 정신건강은 물론, 사회적 관계와 대처 양식에 이르기까지 중년의 삶 전반을 살펴보는 데 중요한 단서를 제공할 수 있다.

같은 맥락에서 Annandale & Hunt(2000)는 질병이 발생하게 되는 원인의 상당 부분은 그 사람이 속해 있는 환경 및 개인의 생활유형 그리고 역할과 관련된 일상 생활 속의 경험과 관련이 깊다고 주장한 바 있다. 이런 관점에서 본다면, 일반적으로 나타나는 '남성은 여성보다 수명이 짧고, 여성은 남성에 비해 질병으로 고생하는 경향이 강한' 현상은 남성과 여성의 건강관련 패턴은 남녀의 생리학적 기능의 차이에 의한 결과라기 보다는 남녀의 상이한 사회적 과정의 산물이라고 볼 수 있다. 특히 역할 이론의 관점에서는 건강 문제에서의 성차가 그 사회의 성층화(sex-stratification)를 반영한다고 보고(Ross & Bird, 1994), 남녀의 상이한 역할 수행, 사회의 성역할 규범 그리고 가부장적 가치와 남녀의 건강과의 관련성을 탐색하고 있다. 예를 들어 여성의 고용시장에 있어서의 불평등성, 그리고 가사노동의 전담 등이 '여성이 남성에 비해 건강이 나쁜' 결과를 낳았다고 본다. 즉 성별 건강의 차이는 여성의 사회적 위치에서의 불평등성과 남녀의 생애과정에서의 상이한 경험의 누적에 의한 차이라는 것이다(Annandale & Hunt, 2000; Graham, 1993; Lahelman & Rahkonen, 1998). 또한 남성과 여성은 서로 다른 차원의 건강에서 서로 다른 취약성을 가지고 있으며, 남성과 여성이 경험하는 건강 경로는 다를 것이라는 견해가 나타나고 있다(Erickson, 1998; Annandale & Hunt(2000)에서 재인용). 그런데 국내 중년 남녀의 건강 문제를 살펴본 문헌들에는 중년기 남녀의 사회적 역할과 정신건강의 관련성을 본 환경혜 등(2002)의 연구 외에 남성과 여성 건강의 이러한 사회적이고 복합적인 의미에 대한 논의가 극히 부족한 실정이다.

한편, 건강과 연령과의 관련성을 탐색한 국내연구는 대부분의 연구가 노인을 대상으로 이루어졌으며(차승은 외, 2002), 중년기 남녀를 대상으로 하는 체계적 실증연구는 전무한 상태이다. 중년기는 40, 50대의 비교적 광범위한 연령대를 포괄하는 생애단계

이다. 따라서 중년 세대 내에서도 연령집단에 따라 건강상태가 달라질 가능성이 있다. 이러한 인식하에 이 연구에서는 건강상태의 성별 차이와 함께 연령 집단별 차이도 탐색하고자 한다. 특히 일반적으로 본격적인 중년기로 여겨지는 40, 50대의 건강상태가 중년 진입전기인 30대와 비교하여 어떠한 차이를 가지는가를 주목하고자 한다.

2. 건강 관리 행동

Laffrey(1990: 서은정(2000)에서 재인용)에 의하면, 건강 관리 행동은 질병 치료 및 예방 행위로부터 건강을 유지 증진하기 위한 행위까지의 총체적인 행위를 의미한다. 이러한 건강 관리행동이 신체·정신 건강에 긍정적인 영향을 미치며 (박재순, 1995; 이순영, 1993; Berkman & Breslow, 1983; Grzwarcz & Marks, 1999) 사망률과 이환률을 낮추고, 노화 과정을 지연시킬 수 있다는 점이 알려지면서 그 중요성이 부각되었다(Albert, 1995; Rowe & Kahn, 1987). 실제로 성인병의 대부분을 차지하고 있는 만성질환이 주로 음주, 흡연, 비만, 운동부족, 식습관등 바람직하지 못한 생활 양식에 기인한다는 사실이 밝혀지면서 개인의 건강 행동에 대한 학문적인 관심도 커지기 시작하였다. 최근 많은 연구들이 건강 상태와 건강 행동을 함께 살펴보는 이유도 건강 행동실천 여부를 통해 현재 건강 상태를 간접적으로 살펴볼 수 있고 또한 미래의 건강상태를 예측할 수 있기 때문이다.

그런데 최근에 수행되고 있는 연구들은 건강관리 행동에 영향을 미치는 중요한 요인으로 성과 연령을 지적하고 있다(남정자 외, 1996; 이순영, 1993; 서은정, 2000; Denton et al, 1999; Dean, 1989; Rakowski, 1988). 이 연구들은 성과 연령이 건강 행동의 실천 정도 및 건강관리행동의 유형을 설명하는 강력한 변수라고 주장하면서, 과거의 건강 행동 결정 요인에 관한 연구들이 성과 연령의 중요성을 적극적으로 모델에 포함하여 탐색하지 않고 단순히 통제 변수로 파악하였던 점을 비판하였다. 성과 연령별로 살펴본 건강관리행동에 대한 정보는 성별, 연령별 취약한

건강관리행동을 파악할 수 있게 하고 또한 차별화된 건강프로그램 개발에 도움을 줄 수 있다는 것이다. 그런데 이러한 지적에도 불구하고 국내의 선행 연구들은 남성과 여성 모두를 포함하는 대표성 있는 자료를 가지고 중년기 건강상태와 건강관리행동을 연령별로 살펴본 연구가 없다. 즉, 연구 대상이 여성 혹은 남성으로 배타적이거나, 일부 지역에 국한된 조사대상자들인 경우가 많고, 또한 연령대가 30대나 40대로 제한적인 경우가 대부분이다.

한편, 선행 연구들에서 건강관리행동을 어떻게 측정하였는지를 살펴보면, Grzwarcz & Marks(1999)의 연구에서는 건강관리행동을 비만도, 격렬한 운동 수행 빈도, 정기 검진 여부, 약물 사용, 흡연 여부, 음주 문제 등으로 다각도에서 살펴보고 있다. Eisenberg (1993)는 침, 사우나 및 한증막 이용, 민간 요법, 마사지와 같은 비공식적인 건강 행동도 건강관리행동에 포함하고 있다. 이순영(1993)의 연구에서는 건강관리 행동에 흡연, 음주, 건강검진, 체중조절, 정기 검진, 충분한 수면 등을 포함하여 제시하고 있다. 또한 노인을 대상으로 건강 행동의 종류를 탐색한 김순이 (1996)의 연구에서는 적절한 일하기, 관계망 형성, 체력 유지, 적당한 몸움직임, 몸의 휴식, 노인다움 유지, 편안함 유지 그리고 신앙 생활도 건강관리행동의 하나로 지적된다. 또한 한국 성인의 건강관리행동의 특성에는 식이의 중요성, 이완의 중요성이 강조된다는데 착안하여 영양제 및 자연식 섭취와 스트레스 대처 행동을 건강 관리행동에 포함시킨 연구들이 있다(김애순, 1995 ; 최공옥·조현숙·김정엽, 2000).

이러한 서구와 국내의 선행 연구들을 참고로 하여 본 연구에서는 건강 검진을 비롯하여 운동과 식이, 건강 보조제의 사용과 같은 비공식적인 행동까지 포함하여 건강관리행동을 살펴보고자 한다.

III. 연구 방법

1. 연구 문제

본 연구에서는 중년기 남녀의 건강을 살펴보기

위해 30-50대에 이르는 비교적 넓은 연령 집단을 대상으로 하는 자료를 분석하였다. 일반적으로 생애주 기상 본격적 중년기인 것으로 지적되는 40-50대가 주요 분석대상이고, 30대는 40-50대 집단에 대한 비교 집단으로 포함시킨 것이다. 본 연구에서는 중년 기 남녀의 현재 건강 상태와 건강 관리 행동이라는 두 가지 주제에 대한 분석 과정을 통해 남녀의 건강 경험의 차이를 접근해 보고자 한다. 구체적으로 건강 상태는 주관적인 건강 평가, 객관적 건강 상태, 정신 건강으로 살펴보고, 건강 관리 행동은 건강 증진을 위해 행하는 다양한 행동 수행 실태를 살펴 보았다. 본 연구에서는 성과 연령이 이러한 중년 건강과 건강관리 행동의 다양성을 가르는 요인으로 보고 성과 연령에 따른 건강상태와 건강 관리 행동을 비교하였다. 구체적 연구 문제는 다음과 같다.

- 첫째, 중년기 남녀의 주관적 건강 평가는 어떠하며, 성과 연령에 따라서 유의한 차이가 있는가?
 둘째, 중년기 남녀의 신체적 건강의 수준은 어떠하며, 성과 연령에 따라서 유의한 차이가 있는가?
 셋째, 중년기 남녀의 정신 건강의 전반적 수준은 어떠하며, 성과 연령에 따라서 유의한 차이가 있는가?
 넷째, 중년기 건강 관리 행동의 전반적인 경향은 어떠하며, 성과 연령에 따라서 유의한 차이가 있는가?

2. 조사대상 및 자료 수집 방법

이 논문은 '성공적인 중년기 발달요인 탐색: 정신건강 및 일/가족 라이프코스의 한미간 비교연구' (한경혜 · 이정화 · Ryff · Marks, 2001)를 위하여 수집한 자료의 일부를 분석한 결과이다.

본 연구는 제주도를 제외한 전국 16개 광역시, 도에 거주하는 만 30세 이상 59세 이하의 성인 남녀를 모집단으로 하였고, 총 표본수는 1700명이다. 1차적으로 30대, 40대, 50대 인구비에 비례해서 1500명을 표집하였으나 50대 인구가 30대 인구에 비해 상당히 적기 때문에 연령비교를 위해 2차적으로 180명의 50대 booster 표본을 추가하였다. 표본추출은 먼저 기

본조사표본을 전국의 시도별, 성별, 연령대별 주민등록 인구분포의 비율에 맞추어 지역별로 할당하였고 지역별로 할당된 표본을 기준으로 각 지역에서 조사대상지역을 시, 군, 구 단위별로 2-3개 지역을 선정하였다. 다음으로, 선정된 시, 군, 구에서 응답자를 성별, 연령별 비율에 맞추어 무작위로 선정하여 조사를 진행하였다. 50대의 부스터 표본도 기본 조사표본과 동일한 방법으로 선정하여 조사하였다.

자료수집방법은 조사전문기관을 통하여 훈련된 면접원이 응답자를 방문하여 개별적으로 대면 면접하는 방법으로 자료를 수집하였다. 1차 기본 표본에 대한 조사는 2000년 11월 25일부터 2000년 12월 23일까지 실시하였고 부스터 표본에 대한 조사는 2001년 2월 5일부터 2월 16일까지 실시하였다.

3. 측정 도구의 구성

1) 주관적 건강 상태

본 연구에서는 개인의 전반적인 건강 상태를 살펴보는 지표로서 주관적 건강 상태를 살펴보았다. 지각된 건강은 단일 문항의 척도임에도 불구하고 신체 · 정신 · 사회적 건강을 복합적으로 반영하며, 의사들이 평가하는 객관적 건강척도와 상관이 매우 높고 신뢰성이 높은 것으로 보고되었다(한경혜 · 송지은, 2001; Maddox & Douglass, 1973). 주관적 건강 상태는 사망 가능성을 예측하는데 있어 의사의 진단보다 예측력이 큰 것으로 지적되기도 한다. 이에 본 연구에서는 개인의 전반적인 건강 상태를 측정하기 위해 주관적 건강 평가로서 "당신의 건강 상태는 어떻습니까?"라는 단일 문항을 사용하였다. 문항의 척도는 '건강이 매우 나쁘다'에서 '매우 좋다'에 이르는 5점 리커트 척도를 사용하였으며, 점수가 높을수록 건강이 좋은 것으로 평가하였다.

2) 신체적 건강 상태

일반적으로 신체적 건강상태의 측정은 두 가지로 구분될 수 있는데 하나는 특정 신체 부위의 기능 이상이나 통증 여부로 신체 이상 여부를 밝히는 방법이고, 다른 하나는 '높은 산을 올라갈 때 이상을

느낀다', '1 마일 정도 걷는데 무리가 있다' 등의 문항으로 일상생활에서 신체적 제한을 어느 정도 느끼는지를 조사하는 방법이 다. 이 연구에서는 조사 대상자들이 30-50대로 비교적 젊은 집단이라는 점에서 신체적 제한을 통해 신체 건강을 측정하는데 무리가 있을 것으로 판단하여 신체 특정부위 기능이상에 대한 지각 여부로써 신체적 건강 상태를 살펴보았다

이를 위하여 조사대상자들이 느끼는 신체적 기능 이상을 위, 심장 및 혈관계, 간, 관절 등 우리나라에서 대표적인 8가지 만성질환증상 경험여부로 살펴보았다.

3) 정신 건강

정신 건강의 부정적 측면으로서 우울감을, 그리고 긍정적 측면으로서 행복감을 살펴보았다. 우울감에는 '너무나 슬퍼서 어느 것도 위로가 되지 않는다', '걱정거리 때문에 잠을 못 이루는 때가 있다' 와 같은 문항이 포함되어 있고 6문항짜리 5점 리커트 척도로 이루어져 있다. 척도의 범위는 6-30점에 이르며, 점수가 높을수록 우울감이 커지는 것으로 해석하였다. 행복감은 '생활에 활기가 넘친다', '지금 나는 행복하다고 느낀다' 등의 내용이 포함되어 있고 이 역시 6~30점의 점수 분포를 이루며, 점수가 높을수록 행복감이 크다고 해석한다. 우울감과 행복감의 신뢰도는 각각 $\alpha = .87$ 과 $\alpha = .85$ 로 신뢰할 만한 수준이었다.

4) 건강관리 행동

본 연구에서는 건강 증진을 위해 개인이 행하는 행위라고 조작적으로 정의하였고, 선행 연구(김애경, 1998b; 이순영, 1993; Eisenberg, 1993)를 참고로 건강 검진 및 운동과 금연·금주행동 그리고 침이나 한증막 및 사우나 이용, 지압이나 마사지 등을 건강관리행동에 포함시켰다.

4. 조사 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 분석한 조사대상자들의 주요 사회인

구학적 특성은 아래에 제시된 표와 같다.

먼저 응답자의 성별 분포를 살펴보면, 남성은 50.3%였고 여성은 49.7%로 나타나 남녀가 거의 비슷한 수로 표집되었다. 연령별로는 30대가 가장 많아서 전체의 41.2%를 차지하였고 그 다음은 각각 40대 (31.4%), 50대(27.4%) 순이었다. 교육수준은 고졸 574

<표 1> 조사 대상자의 일반적 특성 N=1667

| 변 수 | 구 분 | 빈도(%) |
|--------|-----------|------------|
| 성 | 남 | 838(50.3) |
| | 여 | 829(49.7) |
| 연령 | 30대 | 687(41.2) |
| | 40대 | 524(31.4) |
| | 50대 | 456(27.4) |
| 교육수준 | 초등학교 이하 | 114(6.9) |
| | 중학교 졸업 | 179(10.8) |
| | 고등학교 졸업 | 808(48.6) |
| | 전문대졸 이상 | 563(33.8) |
| 월소득 | 100만원 이하 | 195(13.4) |
| | 101-200만원 | 576(39.6) |
| | 201-300만원 | 396(27.2) |
| | 301-400만원 | 172(11.8) |
| | 401만원 이상 | 116(8.0) |
| 결혼상태 | 미혼 | 72(4.3) |
| | 기혼 | 1505(90.3) |
| | 이혼/별거/사별 | 90(5.4) |
| 가족형태 | 부부가족 | 138(8.3) |
| | 핵가족 | 1201(80.7) |
| | 확대가족 | 225(13.5) |
| | 독거 | 63(3.8) |
| | 기타 | 32(1.9) |
| 첫자녀 연령 | 미취학 | 267(17.3) |
| | 초등학교 | 415(26.9) |
| | 중고등학교 | 278(18.0) |
| | 20세 이상 | 582(37.7) |
| 직업 있음 | 사무관리직 | 340(27.5) |
| | 전문·기술직 | 125(10.1) |
| | 생산직 | 253(20.5) |
| | 판매서비스직 | 191(15.4) |
| | 자영업 | 314(25.5) |
| 직업 없음 | 주부 | 366(82.4) |
| | 기타 | 78(17.6) |

* 결측치로 인하여 변수별 사례가 차이가 날 수 있음

명과 전문대 이상 졸업이 487명으로 나타나 그 비율로 볼 때 고졸이 대졸 이상의 학력에 대해 1.17배 많이 표집되었다. 이는 고졸 학력을 가진 사람이 대졸 이상 학력을 가진 사람들보다 1.78배 많다고 보고한 2000년 통계청 자료와 거의 일치하였다. 응답자 가족의 총 가계 수입은, 100-200만원대의 가계 소득을 갖는 사람들이 39.6%로 가장 많았으며, 그 다음이 200-300만원대로 27.2%, 100만원 이하는 13.4%, 300-400만원대는 11.8% 순이었다. 그런가 하면, 400만원 이상의 소득을 갖는 사람도 8%정도 되었다. 조사대상자 전체의 90.3%가 현재 기혼이라고 밝히고 있어, 조사대상자의 대부분은 결혼한 상태인 것으로 나타났다. 이에 비해 미혼은 4.3%에 불과했고, 사별·별거·이혼인 경우는 전체의 5.4%로 나타났다.

다음으로 조사 대상자들의 거주 형태¹⁾를 살펴보았다. 핵가족이 전체의 80.7%로 나타나 다른 거주 형태와 비교해 볼 때 압도적으로 많은 비율이다. 이는 조사 대상자들의 대다수가 핵가족 형태로 살고 가고 있음을 나타낸다. 이에 반해 확대 가족은 13.5%, 부부 가족은 8.3%로 나타났고 독거와 기타에 해당하는 사람들은 각각 3.1%와 1.9%로 소수에 불과 하였다.

한편 조사 대상자들의 첫째 자녀 연령을 살펴보면, 20세 이상이 37.3%로 가장 많아 성인으로 성장한 첫 자녀를 둔 사람이 많은 것을 알 수 있다. 다음 순위는 첫 자녀가 초등학교에 다니는 사람들로 26.9%, 첫자녀가 중·고등학교에 다닌다는 응답은 18.0%, 첫자녀가 8세 미만의 어린 자녀인 경우는 17.3%로 나타났다. 이상의 결과에서 조사 대상자 자녀들의 연령에서 분산이 크게 나타나는데, 이는 조사 대상자들의 연령이 30대 초반에서 50대 후반에 이르는 넓은 분포를 보이기 때문으로 보여진다. 따라서 조사 대상자들의 가족 생활 주기상의 위치가 다양할 것으로 추측된다.

직업 형태를 살펴보면, 직업이 있는 사람들이 1,233명으로 전체 약 74%를 차지하고 있다. 구체적으로 취업상태에 있는 응답자 중 사무직은 전체 27.5%로 나타나 가장 많은 비율을 차지하였고, 다음은 자영업 25.5%, 판매 서비스직 20.5%, 생산직

15.4%, 전문직 10.1%의 순이었다. 이는 우리나라 통계청(2000)에서 발표한 직업 분포와 어느 정도 일치하는 수치이다. 반면 직업이 없는 사람들은 주부와 무직(퇴직, 실직 등을 포함)을 포함하여 전체 조사대상자의 26%를 차지하였는데, 이 중에서 주부가 82.4%로 가장 많았고, 무직, 실직, 퇴직을 포함, 직업이 없는 경우는 17.6%였다.

조사대상자의 일반적 특성은 성과 연령에 따라 차이가 났다. 남성은 여성보다 교육수준이 높은 편에 더 많이 편포되어 있고 직업을 가진 비율이 높았으며 기혼인 비율이 더 높았다. 연령에 따라서 교육수준은 30대가 40대보다, 40대가 50대보다 더 높았고, 결혼상태는 40대에서 기혼율이 가장 높았다. 소득에서는 월 100만원 이하에 포함되는 응답자는 30, 40대보다 50대에서 더 많았으며, 가족형태에서는 핵가족의 형태를 취하는 비율이 40대가 가장 높았다²⁾.

IV. 연구 결과

1. 건강 상태

조사대상자들의 주관적 건강 평가를 살펴보면, 평균이 3.47로 나타났다. 척도상의 중앙값이 3점임을 고려해 볼 때, 조사 대상자들은 자신의 건강을 비교적 긍정적으로 평가하는 것으로 나타났다. 그런데, 주관적인 건강 평가를 성과 연령에 따라 살펴보면(표 2, 그림 1 참조), 성과 연령에 따라 건강 평가 경향이 다르다는 것을 알 수 있다.

여성들의 주관적 건강 평가 점수는 남성에 비해 낮아서 여성이 남성에 비해 스스로의 건강을 부정적으로 평가하는 것으로 볼 수 있으며, 이는 모든

- 1) 확대 가족은 조사 대상자들이 부모를 모시는 경우 또는 자녀를 출가시킨 후 그 자녀와 함께 사는 형태, 그리고 3대가 함께 사는 경우를 모두 포함한다. 핵가족은 부부와 자녀로만 이루어진 가족을 나타낸다. 또한 기타의 형태는 친척과 함께 사는 경우, 친구와 사는 경우였다.
- 2) 조사대상자의 일반적 특성에 대한 성차와 연령차는 부록으로 제시하였다.

<표 2> 성, 연령에 따른 주관적 건강 평가 N=1667

| | 성별 | | 연령별 | | |
|---------|-----------|------|-----------|------|------|
| | 남 | 여 | 30대 | 40대 | 50대 |
| 지각된 건강 | 3.57 | 3.37 | 3.60 | 3.48 | 3.26 |
| t or F | t=4.87*** | | F=23.78** | | |
| Scheffe | | | A | B | C |

*** : p< .001 ** : p< .05

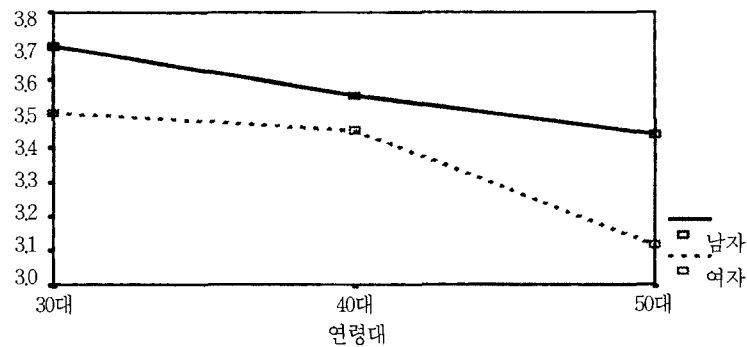
연령대에서 동일한 경향을 보인다. 연령 집단별로는 연령이 증가할수록 건강에 대한 평가가 부정적으로 변화하는 것을 관찰할 수 있다. 이러한 남녀의 건강 평가의 차이나 연령 변화의 차이는 우리 나라의 통계청 조사나 서구의 선행 연구(Farmer & Ferraro,

1997; Levkoff et al., 1987; Annandale & Hunt, 2000)와 일치하는 방향이다.

그런데 연령 증가에 따른 주관적 건강평가 패턴은 남녀간에 차이가 있었다. 남성의 건강평가는 연령이 증가함에 따라 하강은 하나, 그 변화가 점진적이다. 따라서 30대 남성과 50대 남성의 건강 평가는 큰 차이를 보이지 않는다. 반면에 여성의 경우에는 40대 이후의 응답자들이 자신의 건강에 대해 특별히 더 부정적으로 지각하는 것으로 나타난다. 50대 여성의 건강평가는 30대나 40대 여성에 비해 상당히 낮은 수준으로 나타나며, 50대 남성과 비교했을 때, 남녀의 건강상 격차는 연령 증가에 따라 그 차이가 더 크게 나타남을 관찰할 수 있다.

중년기 남녀의 신체적 건강상태를 살펴 본 결과,

남성과 여성의 건강상태 추이



<그림 1> 성, 연령에 따른 주관적 건강평가

<표 3> 신체적 건강 상태

| 구 분 | 성별 | | | 연령별 | | | |
|--------------------|------|------|----------|------|------|------|----------|
| | 남 | 여 | χ^2 | 30대 | 40대 | 50대 | χ^2 |
| 혈압이 높은 편이다. | 19.7 | 9.8 | 32.59*** | 9.0 | 13.4 | 25.0 | 56.79*** |
| 혈당이 높은 편이다. | 6.2 | 2.4 | 56.79*** | 2.5 | 3.4 | 8.1 | 22.54*** |
| 심장이 약한 편이다. | 10.4 | 23.6 | 51.99*** | 13.2 | 18.9 | 20.8 | 11.93** |
| 위장이 약한 편이다. | 27.2 | 35.0 | 11.76*** | 32.5 | 28.4 | 32.0 | 2.51 |
| 기관지 및 호흡기가 약한 편이다. | 26.8 | 25.1 | .67 | 28.7 | 25.6 | 22.4 | 5.73 |
| 간 기능이 좋지 않다. | 27.7 | 9.3 | 93.40*** | 19.2 | 18.9 | 17.1 | .87 |
| 관절이 나쁘다 | 22.2 | 37.0 | 44.05*** | 24.0 | 31.7 | 35.5 | 21.92 |

*표안의 수치는 각 항목에 대하여 '그렇다'고 긍정적으로 응답한 %임.

응답자의 66.8%는 혈압이나 혈당치 혹은 관절과 같은 부분에서 적어도 하나 이상의 문제를 경험하고 있는 것으로 나타났고, 3가지 이상의 신체 이상증상을 느끼고 있는 경우도 21.1%에 이르고 있다. 한편, 아무런 신체 이상도 없다고 응답한 사람은 전체의 33.2%로 나타나 조사대상자들의 신체적 건강에서의 편차가 심한 것으로 나타났다.

남성과 여성의 신체적 건강에서의 차이를 살펴보면, 신체 이상증상의 수에 있어서는 차이가 나타나지 않아서($t = -.29, p = .77$) 남녀가 비슷한 수준의 신체적 건강 수준을 보이는 것으로 파악된다. 즉, 객관적인 건강의 심각성으로 본다면, 남성과 여성은 별반 다르지 않다고 보여진다.

이렇게 신체이상⁹⁾ 수에서는 남녀차이가 나타나

지 않았지만 신체 이상을 느끼는 부위나 그로 인한 경험은 남녀간에 차이가 있는 것으로 보여진다. 성별에 따른 신체 이상 경험의 차이를 분석한 결과, 남성들의 경우 간 기능장애가 27.7%로 가장 많았고, 위장장애(27.2%), 기관지 및 호흡기 장애(26.8%) 순이었는데 여성들은 관절 이상이 37.0%로 가장 많았고, 위장장애(35.0%), 기관지 및 호흡기 장애(25.1%) 순으로 나타났다. 따라서 여성은 남성에 비해 관절, 위장, 심장계통의 질환을 더 많이 경험하는 반면, 남성은 간기능, 혈당, 혈압에서의 건강상태가 여성에 비해 더 좋지 않은 것으로 나타났다.

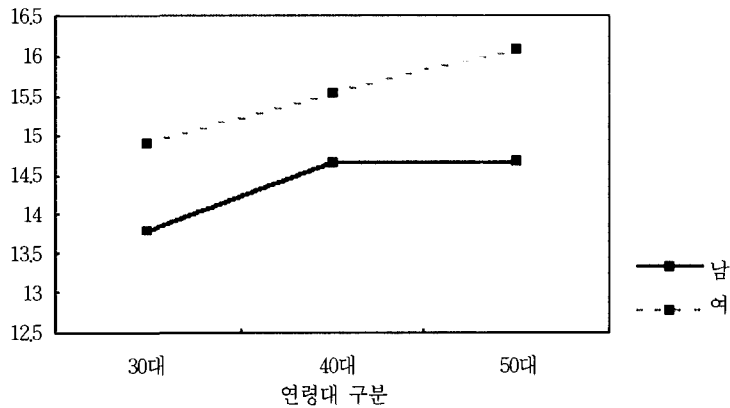
연령 집단에 따른 차이에서는 50대가 다른 연령에 비해 신체 이상을 경험하는 수가 더 많은 것으로 나타났다($F = 6.86, p < .001$). 연령차에서 주목할 부분은 경험하는 신체 이상증상 종류가 연령에 따라 다르다는 점이다. 즉 30대의 경우에는 상대적으로 위나 기관지 질환을 많이 경험하는 것으로 나타나는데 반해 50대로 나이가 들수록 혈압, 혈당, 심장등의 기능이 젊은 연령층에 비해 더 약화되는 것을 관찰할 수 있었다.

다음으로 우울감과 행복감으로 측정된 중년기의 정신 건강에 대해 살펴보기로 한다. 먼저 우울감 수준을 살펴보면 6점에서 30점에 이르는 응답 범위에서 평균 14.90이었고, 표준 편차는 5.02로 나타나 척도의 중앙값보다 약간 낮게 편포되어 있다. 따라서

<표 4> 성, 연령에 따른 우울감 및 행복감 N=1667

| | 성별 | | 연령별 | | |
|--------------------------|--------------|-------|--------------|-------|-------|
| | 남 | 여 | 30대 | 40대 | 50대 |
| 우울감 t or F Scheffe | 14.31 | 15.42 | 14.34 | 15.09 | 15.35 |
| | t = -4.57*** | | F = 20.40*** | | |
| | A | | AB | B | |
| 행복감 Scheffe | 19.09 | 18.60 | 19.31 | 18.64 | 18.39 |
| | t = 2.39** | | F = 5.74** | | |
| | A | | B | B | |

*** : $p < .001$ ** : $p < .05$



<그림 2> 성, 연령에 따른 우울감

조사 대상자들의 우울감 수준은 그다지 높지 않다고 판단된다.

이를 연령과 성별로 살펴보면, 남성에 비해 여성의 평균 점수가 높았고, 연령 증가와 함께 우울감이 증가하는 양상이 나타나서 여성이 남성에 비해 더 우울하고 연령이 높은 집단이 낮은 집단에 비해 더 우울한 것으로 나타났다. 그런데, 연령집단에 따른 우울감의 차이는 남녀간에 상이한 양상을 보였다. 그림 2-2를 살펴보면, 30대에서 40대까지는 남성과 여성이 비슷한 기울기로 증가 추세에 있었다. 그러다가 남성의 경우 40대의 우울감 수준과 50대 수준에 차이가 없는 반면 여성은 40대에서 50대 응답자로 갈수록 우울감이 높아지는 것을 볼 수 있었다. 즉 50대 여성이 가장 우울한 집단인 것으로 나타나며, 따라서 우울감 수준에 있어서의 남녀 차이는 다른 어느 연령 집단에 비해 50대에 가장 그 편차가 큰 것으로 나타난다.

행복감의 경우에는 우울감과 같은 응답 범위에서 조사대상자들의 평균이 18.83, 표준 편차 4.18로 나타나 점수가 높은 쪽에 편포되어 있었다. 이러한 경향은 성별, 연령에 따라 다른 경향을 보여준다. 전반적으로 남성이 여성에 비해 행복감 점수가 높았고 연령이 높은 집단인 경우 행복감이 낮게 나타났다. 이러한 행복감 변화 패턴은 성에 따라 다르게 나타났는데, 여성의 행복감은 30대에서 50대로 갈수록 계

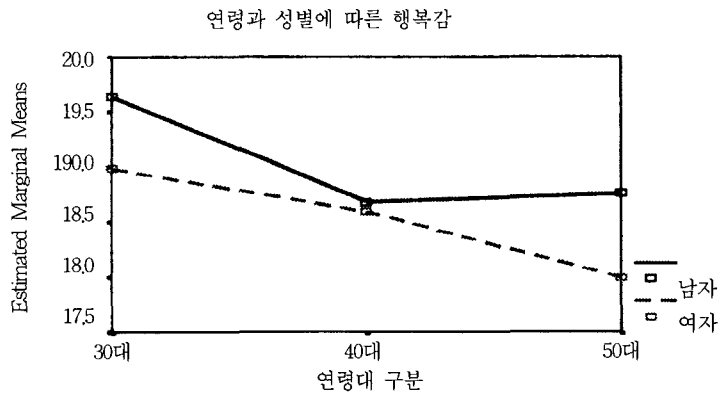
속 점진적으로 하강하는데 반해, 남성은 30대에서 40대로 오면서 감소하다가 40대 이후 50대로 가면서는 그 수준을 유지하는 모습을 보여준다. 따라서 우울감과 마찬가지로 50대의 남성과 여성의 행복감의 차이는 크게 벌어지는 것을 관찰할 수 있다.

따라서 우울감과 행복감으로 살펴본 정신 건강은 여성이 남성보다 우울감은 높고 행복감은 낮으며, 연령 증가에 따라 더 부정적인 방향으로 계속 상승과 하강을 하지만, 남성의 경우 30대까지는 부정적인 방향으로 증가하다가 40대 이후에는 정신 건강의 변화의 폭이 매우 작음을 알 수 있고 반대로 여성의 경우에는 40대를 기점으로 정신건강이 지속적으로 나빠지는 것을 알 수 있다.

2. 건강관리 행동

건강관리행동은 건강검진, 운동, 건강관리로 나누어 살펴보았다.

우선 건강관리 행동 중 건강 검진경험을 살펴보면, 조사 대상자의 약 70%는 지난 일년동안 정기검진, 외래, 입원 등의 이유로 병원을 방문한 적이 있는 것으로 나타났다. 이를 항목별로 자세히 살펴보면, "지난 일년간 병원에서 정기검진을 받은 적이 있는가"라는 질문에 전체의 약 40%가 '그렇다'라고 대답하였고, 아파서 외래 진료를 받은 경우는 35%



<그림 3> 성, 연령에 따른 행복감 평균 비교

로 나타나 질병으로 인해 병원을 찾은 경우는 조사 대상자의 3분의 1이 넘는 것으로 나타났다. 한편, 입원치료까지 받은 경우는 전체의 10%정도로 나타나 질병으로 인해 입원까지 하는 경우는 그렇게 많지 않은 것으로 판단된다. 성별 정기검진율은 남성이 41.9%, 여성이 37.2%로서, 건강 검진을 받는 비율은 여성에 비해 남성이 더 높았다. 그에 반해, 아파서 병원을 찾은 경험이 있는 여성은 36.8%, 남성은 32%, 입원경험이 있는 여성은 11%, 남성은 8% 수준으로 나타나 여성이 남성에 비해 병원진료경험이나 입원경험이 많은 것으로 나타났다. 즉, 남성들이 병원을 찾는 경우가 주로 건강 검진을 하기 위해서 라면 여성들은 아파서 병원을 찾는 경우가 남성에 비해 상대적으로 더 많은 것을 알 수 있다. 한편, 연령별로 보면 50대가 40대나 30대에 비해 정기 검진, 간단한 치료, 외래 방문, 응급 그리고 입원 등 모든 방면에서 병원 방문을 많이 한 것으로 나타나 건강 상태와 병원 방문빈도는 관련이 있는 것으로 보여진다.

운동³⁾을 하는 정도에서는, 응답자의 79.8%가 현재 운동을 하고 있는 것으로 나타났다. 그런데, 위의 표에서는 제시하고 있지는 않으나 운동을 수행하고 있는 사람들의 운동의 빈도를 살펴본 결과에 의하

면, 운동을 아주 자주하는 사람들은 6.9%에 불과했고 운동을 하기는 하되 별로 하지 않는다고 대답한 사람이 53.6%인 것으로 나타나서 운동 수행 빈도의 분산은 비교적 크다고 판단된다. 또한 운동을 하는 사람들의 성별 비율을 살펴보면 남성이 여성에 비해 높게 나타났고, 연령으로 살펴보면, 50대가 30·40대보다 많이 하는 것으로 나타났다.

건강 관리에서는, 두가지 이상의 건강 관리를 한 사람들이 전체의 69.7%로 나타나서 다양한 건강 관리를 시도하고 있는 것으로 보여진다. 특히 운동을 하는 사람들의 경우에는 운동을 하지 않는 사람들에 비해 여타 건강 관리를 더 많이 수행하는 것으로 나타났다. 전반적으로 우리나라 중년들은 운동이나 식사조절, 운동과 한약 복용과 같이 몇 가지 건강 관리 행동을 복합적으로 수행하는 것으로 나타났다. 즉, 운동을 수행하면서 다른 건강 관리 행동을

3) 본 조사에 참여한 중년들은 주로 하는 운동으로 걷기나 산책(60.4%)을 대답하였다. 등산(13.4%), 조깅·달리기(6.9%)과 같이 주로 걷는 운동들이 그 다음 순위를 각각 차지하고 있으며, 축구, 배구 농구 등 구기 종목(3.5%)도 즐기는 것으로 보여진다. 그밖에 헬스, 수영, 테니스 스쿼시, 골프볼링, 맨손체조, 등 상당히 다양한 운동을 하고 있는 것으로 나타났다.

<표 5> 건강관리행동 (health behavior)

N(%)

| | | 성별 | | 연령별 | | |
|-----------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | 남 | 여 | 30대 | 40대 | 50대 |
| 건강 검진 | 의료 기관에서 정기검진을 받은 적이 있다. | 351(41.9) | 308(37.2) | 237(34.5) | 207(39.5) | 215(47.1) |
| | 아파서 외래진료를 받은 적이 있다. | 267(31.9) | 305(36.8) | 232(33.8) | 165(31.5) | 175(38.4) |
| | 병원에 입원한 적이 있다. | 72(8.6) | 92(11.1) | 66(9.6) | 44(8.4) | 54(11.8) |
| 운동 | 운동을 한다 | 700(83.5) | 630(76.0) | 521(75.8) | 426(81.3) | 383(84.0) |
| 건강 관리 | 수지침이나 침을 맞아본 적이 있다. | 142(16.9) | 243(29.3) | 105(15.3) | 133(25.4) | 147(32.2) |
| | 건강상 한증막을 이용한 적이 있다. | 170(20.3) | 331(39.9) | 171(24.9) | 164(31.3) | 166(33.1) |
| | 건강상 지압, 마사지를 받아본 적이 있다. | 91(10.9) | 132(15.9) | 75(10.9) | 69(13.2) | 79(17.3) |
| | 한약이나 보약을 복용한 적이 있다. | 365(42.5) | 361(44.6) | 283(41.2) | 219(41.8) | (49.1) |
| | 건강상 식이요법을 한 적이 있다. | 87(10.4) | 118(14.2) | 64(9.3) | 72(13.7) | 69(15.1) |
| | 단식 또는 금식을 한 적이 있다. | 27(3.2) | 78(9.4) | 42(6.1) | 27(5.2) | 36(7.9) |
| | 흡연을 중단하였다. | 156(18.6) | 65(7.8) | 85(12.4) | 64(12.2) | 72(15.8) |
| 음주를 중단하였다 | 118(14.1) | 82(9.9) | 65(9.5) | 65(12.4) | 70(15.4) | |

* 빈도(%)는 각 항목의 건강 관리행동을 한 응답자의 수와 비율임.

병행하는 사람들은 건강에 대한 관심도가 크다고 생각할 수 있다.

건강 관리 중에서 가장 경험률이 높은 항목은 한약이나 보약 복용(43.3%)이었다. 남성의 42.5%가 그리고 여성의 44.6%가 지난 1년간 한약이나 보약을 복용한 것으로 조사되었다. 연령으로 보면, 30대의 41.2%, 40대는 41.8%가 그리고 50대는 49.1%가 보약을 복용했다고 대답해서 한약/보약은 성별, 연령에 관계없이 보편적으로 선호하는 건강 관리인 것으로 보여진다. 그밖에 중년들은 한증막이나 찜질방, 사우나를 이용하기도 하며(29.9%), 침이나 수지침을 맞는 비율도 비교적 높게 나타나고 있다(23.2%). 이와 비교해 볼 때 건강을 위해 흡연이나 음주를 중단(각각, 13.5%, 12.2%)하는 비율은 상대적으로 낮았고 식이요법(12.1%)을 하는 경우도 높지 않았다.

중년들의 건강 관리를 성별로 구분하여 살펴보면, 한약을 복용하고 침을 맞거나 마사지를 받는 것과 같은 비공식적인 건강 행동의 경험률은 여성들이 남성에게 비해 더 높은 것으로 나타나서, 의료기관에서의 검진율에 있어 남성들이 여성보다 높았던 결과와 대조된다. 금연, 금주를 한 비율은 남성이 더 높았는데 이는 여성의 경우 흡연·음주를 하는 비율이 남성이 비해 낮기 때문으로 보여진다. 또한 연령별로 살펴보면 50대가 모든 건강 관리 항목의 수에서 1위를 차지하여 가장 활발하게 건강 관리 행동을 하는 것으로 나타났다. 이는 자신의 건강에 대해 불안해하고 좋지 않다고 자각하기 때문에 적극적으로 행동하는 비율이 더 높아져서 나온 결과로 사료된다. 건강관리행동을 연령별로 살펴보면, 30대, 40대, 50대 순으로 건강 관리를 하는 사람의 비율이 높아지는 것을 알 수 있다.

V. 결 론

본 연구는 성공적인 중년기 발달요인 탐색을 위한 연구의 일환으로 시작되었으며, 가족학에서 가족원의 '건강'이 매우 중요한 변수임에도 불구하고 그동안 그 중요성이 간과되어 왔다는 점에 착안하

여 우리나라 중년기 남녀의 건강상태와 건강관리행동 실태, 그리고 건강과 건강관리행동에 있어서의 남녀 차이 및 연령집단별 차이를 살펴보고자 하는 목적에서 수행되었다.

전국규모의 대표성 있는 자료로 분석한 주요 결과를 바탕으로 다음과 같은 결론을 내릴 수 있겠다.

첫째, 한국의 중년기 여성의 건강상태가 남성보다 나쁜 것으로 나타났다. 주관적 건강 평가에서는 여성들이 남성들에 비해 스스로의 건강 상태를 더 부정적으로 평가하는 것으로 나타났고, 정신 건강도 여성이 남성에게 비해 더 취약한 것으로 나타났다. 신체적 건강에 있어서는 신체적 이상증상의 수는 남녀간 차이가 없었으나, 신체이상증상의 종류에 있어서는 남성과 여성간에 차이가 있어서, 중년기 건강 문제의 경험에 있어 성차가 있음을 알 수 있다.

둘째, 건강이 악화되는 시기 및 변화의 폭 역시 성별에 따라 상이한 것으로 나타난다. 여성의 경우, 30대보다 40대가, 그리고 40대보다 50대가 정신 건강상태가 나쁘고, 특히 50대 여성의 정신건강은 40대에 비하여 큰 폭으로 나빠지는 것으로 나타났다. 반면 남성의 경우에는 30대에 비해 40대가 행복감 수준이 낮고, 우울감 수준은 높아 정신 건강이 취약하기는 하나 40대 이후에는 하강 속도가 느려져서 50대의 정신 건강 수준은 40대와 별반 다르지 않게 나타나는데 행복감의 경우는 오히려 상승하는 양상을 나타낸다. 따라서 50대 연령층에서 특히 남성과 여성의 정신건강에 큰 차이가 있음이 관찰된다. 이렇게 50대 여성이 다른 연령층에 비해 특히 정신 건강상 취약성을 나타내는 것에 대한 설명은 정신건강과 사회적 역할과의 관련성을 탐색한 연구들(Gore & Mangione, 1993; Kessler & McRae, 1982; 한경혜 외, 2002)에서 찾아 볼 수 있다. 이 연구들은 여성의 정신건강이 남성에게 비하여 열악한 것으로 나타나는 일반적인 경향을 남성과 여성이 수행하는 사회적 역할의 차이로 설명하고 있다. 즉 남성은 노동시장에 참여하여 직업역할을 수행하는 반면 여성은 가정역할만을 주로 수행하는데 기인하는 것으로 보았다. 이 연구들은 취업 여성이 전업주부보다 정신건강이 좋은 것으로 나타나는 실증연구 결과들을 자

신들의 주장의 근거로 삼는다. 같은 맥락에서 우리나라 50대 여성들의 정신건강 상태가 남성이나 다른 연령대의 여성에 비하여 나쁜 것으로 나타난 본 연구결과는 부록에 제시되어있는 성에 따른 일반적 특성차이에서 볼 수 있듯이, 여성이 남성보다, 50대가 젊은 연령층보다 노동시장 참여율이 낮다는 사실과 연결시켜 해석할 수 있겠다.

셋째, 연령집단별 건강상태를 보면, 연령이 증가함에 따라 신체·정신 건강 상태가 대체로 나빠지는 것이 확인된다. 본 조사의 분석 결과, 50대는 30·40대에 비해 신체적인 이상을 더 많이 경험하고 있어서 노화에 따라 신체적 건강이 하향곡선을 그리는 것으로 나타나는데, 이러한 연령집단간 차이는 30대와 40대 사이보다 40대와 50대간에 더 큰 것으로 관찰된다. 즉, 40대에서 50대에 이르는 시기가 신체·정신 건강상 큰 폭의 변화가 일어나는 시기라고 볼 수 있겠다. 중년기 삶의 변화에 관한 선행 연구들에 의하면, 40대 후반기부터 개인은 부모 죽음, 자녀 결혼, 퇴직 등 다양한 사건을 경험하게 되는데, 이러한 생애 사건들은 종종 인생의 전환점으로서의 역할을 한다고 언급한다. 40~50대에 이르는 기간동안의 신체·정신건강의 변화도 이러한 생애 변화와 관련이 있을 가능성을 배제할 수 없다. 중년 후기 집단의 신체·정신 건강 상태가 상당히 취약하다는 상황을 반영하듯, 50대 집단은 30·40대집단에 비해 건강 증진을 위해 투자와 노력을 많이 하는 것으로 나타났다. 그들은 어느 연령층보다도 건강 관리를 활발하게 수행하고 있어, 50대의 건강에 대한 관심이 상당히 높음을 알 수 있다.

넷째, 건강에서의 성별 차이는 건강 행동에서도 나타나고 있다. 남성은 여성에 비해 정기 검진률이 높고, 운동을 더 많이 하는 것으로 나타나고, 여성의 경우에는 병원 이용에 있어 남성에 비해 예방적 성격의 정기검진보다 외래 진료의 경험이 많고 수지침, 마사지, 사우나 및 한증 이용 등 비공식적인 건강 행동 실천률이 높게 나타난다는 차이를 보여주고 있다. 이러한 여성의 높은 비공식적 건강 행동비율은 그들의 부정적 건강 평가나 정신 건강과 관련이 있을 것으로 추론된다. 그러나 본 연구에서는 건

강 상태와 건강 행동의 관련성을 살펴보지 않았기 때문에 이에 대한 구체적인 논의에는 한계가 있다. 후속 연구에서는 건강 상태와 건강 행동의 관련성과 성별 차이에 대한 연구가 진행되어야 할 것으로 보여진다.

다섯째, 우리나라 중년기 남녀의 건강 상태는 대체적으로 양호한 것으로 판단되나, 중년기 건강에는 개인차가 큰 것으로 보여진다. 본 조사의 결과, 조사대상자들은 신체·정신적 건강상태가 매우 양호한 사람부터 건강이 아주 나쁜 사람에 이르기까지 분포가 넓게 퍼져 있음을 관찰할 수 있다. 이들은 또한 교육수준, 직업지위, 소득, 가족형태, 결혼지위 등에서 상당한 다양성을 보이고 있다. 중년기가 개인차가 극대화되는 시기라는 점과 연결되어 개인의 삶의 모습의 이러한 다양성이 건강 상태에도 반영되고 있음을 시사하는 것이다. 건강상태에 있어서의 개인차가 매우 크다는 점은 중년기 건강의 특징으로 서구의 선행연구들에서도 지적된 바 있다. Spiro(2001)는 중년 이전 시기의 상이한 생애 경험의 축적, 라이프 스타일에서의 차이 그리고 건강 증진 행동의 차이가 중년기 건강 상태에서의 큰 개인차를 가져온다고 주장하였다. 중년기는 어떤 직장에서 무슨 일을 해왔으며, 가정생활의 모습은 어떠하였고, 어떤 생애사건들을 경험하였는가에 따라 발달곡선에서의 개인차가 극명하게 나타나는 시기로 이러한 삶의 다양성이 그대로 건강 상태에도 반영된다는 것이다. 건강한 중년기를 가져오기 위한 중요한 정보를 확보하기 위해서, 과연 다양한 생애경험 중 어떤 요인이 구체적으로 중년기 건강에 결정적 영향을 미치는지를 파악하는 작업이 매우 필요하다.

또한 건강행동, 건강악화나 질병의 발생, 대처 등이 가족이라는 사회적 단위속에서 이루어지는 사회적 과정이라는 점을 인식한다면 특히 가족구조, 가족관계, 가족자원 등 가족특성과의 연관성을 살피는 작업이 요구된다고 하겠다.

이 연구는 한국 중년기 남녀의 건강상태 및 건강관리 행동에 대한 전반적인 경향을 밝히고 중년기 건강의 다양성을 살펴보기 위해 성과 연령차이를 중심 분석 틀로 하여 진행되었다. 따라서 연구의 초점

자체가 중년기 건강상태와 건강관리행동에 있어서의 성과 연령에 따른 서술적 정보를 제공하는 것이었다. 후속 연구에서는 성과 연령 외에도 중년기 건강을 결정하는 중요한 요인으로 지적되는 중년기의 직업역할, 가족역할 수행과 관련되는 다양한 특성을 고려하는 분석작업이 이루어져야 할 것이다. 또한 연령에 따른 건강상태와 건강행동의 변화를 보기 위해서는 본 연구와 같은 연령 집단간 차이를 살펴보는 작업에서 나아가서, 종단적 자료의 수집이 요구된다. 횡단적 자료를 분석하여 관찰된 본 연구의 연령집단간 차이는 연령효과인지 아니면 각 연령집단의 코호트 특성이 반영된 것인지 잘 알 수 없기 때문이다. 이러한 제한점에도 불구하고, 본 연구는 한국 중년기 남녀의 건강상태 및 건강관리행동에 대한 정보가 극히 부족한 실정에서 중요한 기초자료를 제공하였다는 점에 그 의의가 있다고 하겠다.

■ 참고문헌

- 권태환(1989). 신흥공업국들의 사망률. *한국인구학회지*, 12(1), 237-259.
- 김귀분, 전은영(1998). 일반성인의 지각된 건강상태 및 건강증진 생활양식이 생활만족에 미치는 영향. *성인간호학회지*, 10(3), 548-558.
- 김귀진, 박재용, 한창현(2001). 농촌 중년여성의 건강행위와 관련요인. *한국농촌의학지*, 26(1), 81-104.
- 김민영, 고효정(2000). 남성 실직자의 건강행위와 건강상태에 관한 연구. *한국보건협회학술지*, 26(3), 290-302.
- 김순이(1996). 한국 노인의 건강 행위에 대한 탐색적 연구. 이화여대 대학원 박사학위논문.
- 김애경(1998a). 한국 일부지역 성인의 건강행위이행에 관한 연구. *대한간호학회지*, 28(4), 931-940.
- 김애경(1998b). 성인의 건강행위 측정도구 개발연구. *대한간호학회지*, 28(3), 540-549.
- 김진희(2001). 신문사 근로자들의 스트레스와 건강상태에 관한 연구. *산업간호학회지*, 10(1), 41-54.
- 남정자 외.(1996). 한국인의 건강수준에 미치는 영향 분석. 한국보건사회연구원.
- 박은옥(1995). 취업과 결혼상태가 남녀의 건강에 미치는 영향. *지역사회간호학회지*, 6(1), 84-97.
- 박재순(1995). 중년 후기 여성의 건강증진행위 모형 구축. 서울대학교대학원 박사학위논문.
- 서연옥(1995). 중년 여성의 건강 증진 생활방식에 관한 구조 모형. 경희대 대학원 박사학위논문.
- 서은정(2000). 건강행위간의 상호관계에 관한 연구: 성·연령별 차이를 중심으로. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 신유선, 최순옥, 김숙남(2001). 여성가장의 우울과 지각된 건강상태. *여성건강간호학회지*, 7(1), 44-55.
- 오영호, 오진주, 지영건(2001). 만성질환실태와 관리방안. 한국보건사회연구원.
- 윤순녕, 김정희(2000). 서울시 일개 지역에 거주하는 중장년의 건강문제 및 건강행위. *지역사회간호학회지*, 11(2), 486-498.
- 이경혜(1992). 중년 여성의 폐경 경험. *한국 여성학*, 6, 105-313.
- 이순영(1993). 한국인의 건강 관심도, 건강 실천행위 및 건강 수준간의 구조 분석, 연세대 박사학위논문.
- 차승은, 한경혜, 이정화(2002). 농촌 노인의 지각된 건강과 신체·정신·사회적 건강의 관련성에 관한 연구: 연령 집단간 차이를 중심으로. *한국노년학*, 22(1), 173-190.
- 최공욱, 조현숙, 김정엽(2000). 일지역 중년기 여성의 건강행위에 대한 서술적 연구. *여성건강간호학회지*, 6(1), 82-95.
- 한경혜, 송지은(2001). 중년 남성의 건강에 가족 및 직업 특성이 미치는 영향. *가족과 문화*, 13(1), 51-73.
- 한경혜, 이정화, 옥선화, Ryff, C., Marks, N.(2002). 중년기 남녀의 사회적 역할과 정신건강. *한국노년학*, 22(2), 209-225.
- Annandale, E. & Hunt, K. (2000). *Gender inequalities in health*. Open University Press: London.
- Barnett, R.C. & Marshall, N.L. (1993) Men, family role quality, job role quality, and physical health.

- Health Psychology*, 12(1), 48-55.
- Berkman, L. F. & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living-Alameda county study*. Oxford University Press.
- Dean, K. (1989). Self-care components of lifestyles: The importance of gender, attitudes and the social situation. *Social Science Medicine*, 29(2).
- Denton, M & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48, 1221-1235.
- Farmer, M. & Ferraro, K. F. (1997). Distress & perceived health: Mechanism of health decline. *Journal of Health and Social behavior*.
- Gore, S., & Mangione, T. W. (1993). Social roles, sex roles and psychological distress: Additive and interactive models of sex difference. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 300-312.
- Graham, H. (1993). *Hardship and health in women's lifes*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Grzywacz, J. G., & Marks, N. F. (1999). Family solidarity and health behaviors: Evidence from the National Survey of Midlife Development in the United States (MIDUS). *Journal of Family Issues*, 20(2), 243-268.
- House, J. (1990). Age socioeconomic status and health, *Milbank Quarterly*, 68.
- Keplan, B.H. & Cassel J.C. (1975). *Family and Health*, Institute for research in social science, Chapel hill: N.C.
- Kessler & McRae (1981). Trends in the relationship between sex and psychological distress: 1957-1976, *American Sociological Review*, 46, 443-452.
- Lahelman, E. & Rahkonen, O. (1998). Introduction to special Issues, health inequalities in modern societies and beyond. *Social Sciences and Medicine*, 44(6), 721-722.
- Levkoff, S. E., Cleary, P. D. & Wetle, T. (1987). Differences in the appraisal of health between aged and middle-aged adults. *Journal of Gerontology*, 42(1), 114-120.
- Maddox & Douglass (1973). Self-assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects. *Journal of Health and Social Behavior*, 14, 87-93.
- Rakowski, W. (1988). Predictors of health practices within age-sex groups: National Survey of Personal Health Practices and Consequences, 1979. *Public Health Reports*, 103(4).
- Ross, C. E. & Bird, C. E. (1994). Sex stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 161-178.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1987). *Successful aging*. Dell Publishing: New York.
- Shinberg, D.S. (2001). *Sex and Sickness: Gender and socioeconomic inequalities in adult health. Dissertation*. The University of Wisconsin-Medison.
- Spiro. (2001). Health in Midlife : Toward a life span View in Lachman, M.(edt). *Handbook of Midlife Development*, 156-187.
- Wickrama, K.A.S., & Elder, G. H. (1997) Marital quality and physical illness: A latent growth curve analysis, *Journal of Marriage and Family*, 59, 143-155.

(2002년 6월 29일 접수, 2003년 1월 15일 채택)

<부록> 조사 대상자의 성별, 연령별 특성

빈도(%)

| 변 수 | 구 분 | 성별 | | | 연령별 | | | |
|------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | 남 | 녀 | χ^2 | 30대 | 40대 | 50대 | χ^2 |
| 교육수준 | 초졸 이하 | 34(4.1) | 80(9.7) | 123.49*** | 5(0.7) | 30(5.7) | 79(17.4) | 295.72*** |
| | 중졸 | 64(7.6) | 115(13.9) | | 14(2.0) | 56(10.7) | 109(24.0) | |
| | 고졸 | 353(42.2) | 455(55.0) | | 364(53.0) | 271(51.8) | 173(38.1) | |
| | 전문대졸이상 | 386(46.1) | 177(21.4) | | 304(44.3) | 166(31.7) | 93(20.5) | |
| 월소득 (단위 = 만원) | 100 이하 | 92(12.8) | 103(14.0) | 6.21 | 55(9.4) | 57(12.6) | 83(20.0) | 30.01** |
| | 101-200 | 295(41.0) | 281(38.2) | | 254(43.2) | 183(40.5) | 139(33.5) | |
| | 201-300 | 196(27.2) | 200(27.2) | | 164(27.9) | 123(27.2) | 109(26.3) | |
| | 301-400 | 76(10.6) | 96(13.1) | | 70(11.9) | 56(12.4) | 46(11.1) | |
| | 401-500 | 33(4.6) | 38(5.2) | | 27(4.6) | 23(5.1) | 21(5.1) | |
| | 501 이상 | 28(3.9) | 17(2.3) | | 18(3.1) | 10(2.2) | 17(4.1) | |
| 가족형태 | 부부가족 | 76(9.1) | 62(7.5) | 6.82 | 67(9.8) | 24(4.6) | 47(10.4) | 101.37*** |
| | 핵가족 | 594(71.2) | 607(73.6) | | 449(65.7) | 423(81.0) | 329(72.5) | |
| | 확대가족 | 107(12.8) | 118(14.3) | | 106(15.4) | 59(11.3) | 60(13.2) | |
| | 독거 | 39(4.7) | 24(2.9) | | 38(5.6) | 8(1.5) | 17(3.7) | |
| | 기타 | 18(2.2) | 14(1.7) | | 23(3.3) | 8(1.5) | 1(0.2) | |
| 직업 | 사무관리직 | 244(29.1) | 96(11.6) | 539.77*** | 195(28.4) | 94(17.9) | 51(11.2) | 109.15*** |
| | 전문·기술직 | 80(9.5) | 45(5.4) | | 60(8.7) | 37(7.1) | 28(6.1) | |
| | 생산직 | 144(17.2) | 109(13.1) | | 85(12.4) | 91(17.4) | 77(16.9) | |
| | 판매서비스직 | 81(9.7) | 110(13.3) | | 92(13.4) | 68(13.0) | 31(6.8) | |
| | 자영업 | 226(27.0) | 88(10.6) | | 112(16.3) | 93(17.7) | 109(23.9) | |
| | 주부 | 0(0.0) | 366(44.1) | | 128(18.6) | 119(22.7) | 119(26.1) | |
| | 기타 | 63(7.5) | 15(1.8) | | 15(2.1) | 22(4.2) | 41(9.0) | |
| 결혼상태 | 미혼 | 51(6.1) | 21(2.5) | 50.56*** | 60(8.7) | 11(2.1) | 1(0.2) | 152.99*** |
| | 기혼 | 769(91.8) | 736(88.8) | | 616(89.7) | 498(95.0) | 391(85.7) | |
| | 별거/이혼/사별 | 18(2.2) | 72(8.7) | | 11(1.5) | 15(2.9) | 64(14.1) | |