

# 지역사회 노인의 저체중 영향요인: 2020년 노인실태조사 중심으로

박혜련\* · 전해정\*\* · 황윤희\*\*\*

## I. 서 론

### 1. 연구의 필요성

우리나라는 고령화와 저출산이 빠르게 진행되면서 인구구성에 급속한 변동이 나타나고 있다. 통계청에서 발표한 자료에 따르면 2000년에는 전체 인구에서 65세 이상 노인 인구가 7.2%를 차지하여 고령화 사회로 진입하였으며, 2019년에는 전체 인구의 14.9%를 차지하여 고령사회에 도달하였다(Statistics Korea, 2019). 노인 인구 증가에 따라 의료비도 점차 증가하여 2010년 건강보험 진료비 중 노년 부양비는 26.7%였으나 2020년에 43.3%로 증가하였다(Ministry of culture, sports and tourism, 2017). 이처럼 노인 인구의 증가와 관련된 건강문제가 사회적 문제로 대두되었다.

우리나라 노인의 저체중 비율은 다른 연령대에 비해 높는데 노인의 저체중 비율은 약 2.5% (Lee & Lee, 2022)에서 4.7% (Kim, Kim, & Yu, 2011)이다. 각 연령대별 저체중 비율은 65세에서 69세 2.8%, 70세에서 79세 5.4%, 80세 이상은 7.4%로(Kim et al.,

2011) 고령 노인일수록 저체중 비율이 높다. 노인 인구가 급격하게 증가하고 있는 상황에서 노인의 저체중으로 인한 문제가 커질 것으로 사료된다(Lee & Lee, 2018).

노인의 사망위험 요인 1위는 당뇨, 고혈압과 같은 만성질환이 아닌 저체중이다(Lee & Lee, 2018). 노인의 저체중은 골밀도를 감소시키고(Joo, Park, Kim, & Oh, 2006), 근력 및 면역력을 저하시켜 외상이나 수술로 인한 상처 회복이나 치료를 지연시킨다(Park, 2008). 노인의 저체중이 심해지면 일상생활능력을 비롯한 독립성 저하를 유발하여 시설 입소, 건강관리 비용 증가 등을 초래한다(Miller & Wolfe, 2008). 이처럼 노인의 저체중은 부정적인 건강 결과와 밀접한 관련이 있으므로 노인 건강관리에서 적정 체중 유지를 위한 노력이 필요하다.

지역사회 간호현장에서 노인을 마주하는 간호사는 노인이 적정 체중을 유지할 수 있도록 대상자의 특성에 맞는 중재를 제공해야 하므로 어떤 요인이 체중과 관련이 있는지 파악하는 것이 중요하다. 노년기에 나타나는 체중감소는 성별(Lee & Lee, 2018), 연령(Kim et al.,

\* 경일대학교 간호학, 조교수(<https://orcid.org/0000-0003-4763-9517>)

\*\* 부산여자대학교 간호학과, 조교수(<https://orcid.org/0000-0001-7932-219X>) (교신저자 E-mail: junhj70@hanmail.net)

\*\*\* 동주대학교 간호학과, 조교수(<https://orcid.org/0000-0002-5698-5596>)

• Received: 11 October 2022 • Revised: 23 November 2022 • Accepted: 17 December 2022

• Address reprint requests to: Hye Jung Jun

Department of Nursing, Busan Women's College  
(47228) 506, Jinnam-ro, Busanjin-gu, Busan, Korea

Tel: +82-51-850-3144, Fax: +82-51-850-3061, E-mail: junhj70@hanmail.net

2011), 거주 지역(Kim et al., 2011), 흡연(Kim et al., 2011; Kim, Kim, Nam, Choi & Son, 2018), 음주(Kim et al., 2018), 만성질환(Kim et al., 2018; Lee & Lee, 2018), 운동량 부족(Kim et al., 2018), 짜게 먹는 식습관(Kim et al., 2018), 연하곤란(Lee & Lee, 2018), 씹기 능력 및 영양 상태 저하(Lee & Lee, 2018), 틀니 사용에 의한 저작 불편감(Kim et al., 2018) 등과 연관이 있는 것으로 나타났다. 다양한 영역의 문제로 인해 발생하는 노인의 체중감소는 예방가능한 부분이면서 노인 건강문제의 지표가 되므로(Kim et al., 2018) 적정 체중을 유지하기 위한 구체적인 전략이 필요하다.

국내에서 노인의 저체중을 파악한 연구는 대상자를 독거노인으로 한정하거나(Kim et al., 2018) 노인의 저체중 요인을 영양문제로 파악하여(Lee & Lee, 2022) 건강 관련 특성이나 식생활 특성을 포괄적으로 파악한 연구는 미미하다. 노인의 저체중에 영향을 미치는 요인을 다각도로 파악하여 저체중과 관련된 고위험군을 선별한 뒤 적절한 건강증진을 제공하는 것이 필요하다. 따라서 본 연구에서는 인구주택총조사를 기반으로 우리나라 노인 인구를 대표할 수 있는 표본을 대상으로 조사한 노인실태조사 중단자료를 활용하여 지역사회 노인의 저체중 영향요인을 살펴보고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 지역사회 노인의 저체중 영향요인을 파악하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 지역사회 노인의 일반적 특성, 건강상태, 건강행태, 기능상태, 저체중 실태를 파악한다.
- 지역사회 노인의 일반적 특성, 건강상태, 건강행태, 기능상태에 따른 저체중의 차이를 파악한다.
- 지역사회 노인의 저체중 영향요인을 파악한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 국내 65세 이상 지역사회 거주 노인의 저체중 영향요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구 대상

본 연구는 보건복지부에 의해 시행된 2020년 노인실태조사 자료를 활용하였다. 노인실태조사는 노인복지법 제5조에 근거하여 우리나라 노인의 복지에 대한 욕구와 현재 생활 실태를 파악하여 노인복지 정책을 수립하는데 필요한 기초자료를 마련하기 위한 조사이다. 대상자는 만 65세 이상의 지역사회 노인이며 3년 주기로 실시된다. 본 연구에서 활용된 자료는 2020년 9월 14일부터 11월 20일 태블릿PC 기반의 개별면접조사(Tablet-PC assisted personal interview, TAPI) 방식으로 수행되었으며, 원시자료의 표본추출은 전국을 시·도별로 1차 층화한 후, 특별시와 광역시를 제외한 9개 도 지역은 동부와 읍·면부로 나누어 2차 층화하였다. 층화집락추출 방법에 따라 조사구와 가구수를 표본추출 하였으며 조사에 응답한 대상자는 10,097명이었다(Ministry of health and welfare, 2020).

본 연구에서는 10,097명 중에 본인이 질문에 응답하지 않는 177명과 응답자 중 65세 미만인 365명을 제외하여 총 9,555명을 자료분석에 이용하였다.

### 3. 연구 도구

2020년 노인실태조사는 10개 영역(가구일반사항, 건강상태와 건강행태, 기능상태와 간병수발, 여가 및 사회활동 등) 총 185문항을 조사하였다. 본 연구에서는 가구일반사항, 건강상태, 건강행태, 기능상태와 관련된 문항을 이용하였다.

#### 1) 일반적 특성

일반적 특성은 성별, 연령, 거주지역, 가구형태로 파악하였다. 본 연구에서 연령은 65-69세, 70-74세, 75세 이상으로 재분류하였다. 원시자료에서 거주지역은 동과 읍·면으로 구분되어 있으나 본 연구에서는 도시와 농촌으로 재분류하였다. 가구형태는 독거노인, 부부노인, 자녀와 같이 동거하는 노인, 기타(노인과 노인의 부모동거가구, 조손가구, 노인과 친인척 또는 비혈연이 동거하는 가구)로 재분류하였다.

## 2) 건강상태

건강상태는 주관적 건강상태, 우울, 만성질환 실태, 의료 이용률로 파악하였다. 주관적 건강상태는 자신의 건강상태를 스스로 평가하는 방법으로 모든 건강 영역을 포함한 포괄적인 측정방식이다(Oh, Bae, & Kim, 2006). 원시자료에서 주관적 건강상태는 '귀하의 평소 건강상태가 어떻다고 생각하십니까?' 라는 질문에 '매우 건강하다', '건강한 편이다', '그저 그렇다', '건강이 나쁜 편이다', '건강이 매우 나쁘다'의 5점 척도로 답하도록 되어있다. 본 연구에서는 '건강이 매우 나쁘다'와 '건강이 나쁜 편이다'는 '나쁨'으로, '그저 그렇다'는 '보통'으로, '건강한 편이다'와 '매우 건강하다'는 ' 좋음'으로 재분류하였다. 우울은 단축형 노인우울척도(Short form of geriatric depression scale, SGDS)를 사용하여 우울 정도를 측정하였다. 이 척도는 15문항으로 구성되어 '예(1점)', '아니오(0점)'로 답하게 되어 있으며, 점수의 범위는 0점에서 15점으로 8점 이상을 우울로 간주한다. 한국판 SGDS의 chronbach's  $\alpha$ 는 .88이었다(Kee, 1996).

만성질환 실태는 노인의 객관적 건강상태를 파악할 수 있는 지표로 3개월 이상 지속적으로 앓고 있으며 의사의 진단을 받은 질병이 있는지 파악하였다. 본 연구에서는 '의사에게 진단을 받은 질환으로서 3개월 이상 앓고 있는 만성질환의 개수를 0개, 1-2개, 3-4개, 5개 이상으로 재분류하였다. 의료 이용률은 '귀하께서는 지난 1개월 동안 병원, 의원, 보건(지·진료)소, 한의원, 치과 등 의료기관을 이용하신 적(외래)이 있으십니까?', 이용하셨다면 몇 회 이용하셨습니까?'라는 질문으로 본 연구에서는 0회, 1-2회, 3-4회, 5회 이상으로 재분류하였다.

## 3) 건강행태

건강행태는 음주, 흡연, 운동, 영양상태, 정부 또는 복지관 등에서 제공하는 경로식당 또는 식사(밀반찬) 배달서비스 이용 경험으로 파악하였다. 음주는 '지난 1년간 술을 얼마나 자주 마셨습니까?'라는 질문에 응답한 횟수를 본 연구에서는 '예', '아니오'로 재분류하였다. 흡연은 '현재 담배를 피우니까?'라는 질문에 '예', '아니오'로 운동은 '평소 지속적으로 10분 이상 운동을 하십니까?'라는 질문에 '예', '아니오'로 답한 원시자료를 이용하였다. 영양상태는 Nutrition screening initiative

(NSI)에서 개발한 Determine your nutrition health 로 측정하였다. 이 척도는 10문항으로 구성되어 '예', '아니오'로 답하게 되어 있으며, 각 항목에 문항별 가중치를 부여한 총점 21점을 기준으로 0-2점은 ' 좋음', 3-5점은 '보통', 6점 이상은 '나쁨'으로 간주한다(Posner, Jette, Smith, & Miller, 1993).

정부 또는 복지관 등에서 제공하는 경로식당 또는 식사(밀반찬) 배달서비스 이용 경험은 '지난 1년간 정부 또는 복지관 등에서 제공하는 경로식당 또는 식사(밀반찬) 배달서비스 이용 경험을 이용하신 적이 있으니까?'라는 질문에 7점 척도로 답하도록 되어있다. 본 연구에서는 '전혀 이용하지 않았다'는 '지난 한 달 동안 이용 안함'으로, '1년에 1-2회', '3개월에 1-2회', '한 달에 1-2회'는 '가끔 이용함'으로, '일주일에 1회', '일주일에 2-3회', '주 4회 이상'은 '자주 이용함'으로 재분류하였다.

## 4) 기능상태

기능상태는 감각기능과 일상생활수행능력으로 파악하였다. 감각기능은 시력, 청력과 씹기 상태로 구분되어 있으나 본 연구에서는 씹기 상태를 '불편하다'와 '불편하지 않다'로 재분류하였다.

일상생활수행능력(Activities of daily living, ADL)은 세수·양치질·머리감기, 옷 입기, 차려 놓은 음식 먹기, 목욕 또는 샤워하기, 화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기, 누웠던 일어나 방 밖으로 나가기, 대소변 조절하기의 7문항으로 구성되어 노인이 자립적인 생활을 수행하는데 필요한 능력을 파악한다. 본 연구에서는 '모든 항목을 타인의 도움 없이 할 수 있다'를 독립적 ADL로, 어느 항목 하나에서라도 '전적 혹은 부분적으로 타인의 도움이 필요하다'를 의존적 ADL로 재분류하였다(Jung, Kim, Choi, Lee, & Park, 2009).

## 5) 저체중

저체중은 국민건강보험공단이 개발한 한국인 비만지수 참조표준에 근거하여 신장과 체중을 활용한 체질량지수(Body mass index, BMI)로 계산하였다(National health insurance service, 2021). 체질량지수가  $18.5\text{kg}/\text{m}^2$  미만은 저체중,  $18.5\text{kg}/\text{m}^2$  이상에서  $25.0\text{kg}/\text{m}^2$  미만은 정상,  $25.0\text{kg}/\text{m}^2$  이상은 비만으로 분류한다. 본 연구에서는 신장과 체중 정도를 확인하여

저체중군과 저체중이 아닌 군(정상, 비만)으로 재분류하였다.

#### 4. 자료 수집

2020년에 실시된 노인실태조사는 통계청의 통계승인(승인번호 제117071호)을 받아 대상자에게 연구 참여에 대한 자발적 동의를 받고 조사가 시행되었다. 본 연구에 사용된 원시자료는 보건복지데이터포털(<https://data.kihasa.re.kr/kihasa/kor/databank/DatabankDetail.html>)에서 데이터 사용승인 후에 개인 식별이 불가능한 고유번호로 익명화된 자료를 제공받아 분석에 활용하였다.

#### 5. 자료 분석

자료분석은 IBM SPSS 24.0 for Windows를 이용하였으며 원시자료는 통합가중치를 적용한 복합표본분석을 실시하였다.

- 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강행태, 기능상태, 저체중은 빈도와 백분율, 평균과 표준오차로 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강행태, 기능상태에 따른 저체중의 차이는 Rao-scott  $\chi^2$ -test를 실시하였다.
- 대상자의 일반적 특성을 보정한 상태에서 건강상태, 건강행태, 기능상태가 저체중에 미치는 영향을 규명하기 위하여 logistic regression을 실시하였다.

#### 6. 윤리적 고려

본 연구는 동아대학교 기관생명윤리위원회에서 심의면제(2-1040709-AB-N-01-202207-HR-035-02)를 받고 연구를 진행하였다.

### III. 연구 결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강행태, 기능상태, 저체중 실태

본 연구에 참여한 대상자의 특성은 Table 1과 같이 남성이 44.9%였고, 평균 연령은 73.44( $\pm 0.08$ )세였다. 세부적으로 65-69세가 34.3%, 70-74세 24.0%, 75세 이상이 41.7%였다. 거주지역은 도시가 75.3%, 농촌이 24.7%였다. 가구 형태는 독거노인이 21.1%, 노인부부가 61.7%, 자녀와 같이 동거하는 노인이 15.5%였다.

주관적 건강상태는 ‘좋음’이 50.3%, ‘보통’이 30.9%, ‘나쁨’이 18.8%였다. 우울은 평균 4.78( $\pm 0.03$ )점이었고 우울한 대상자가 8.4%였다. 만성질환 실태에서 만성질환의 개수는 평균 1.87( $\pm 0.02$ )개로 만성질환이 없는 경우가 16.7%, 1-2개가 56.3%, 3-4개가 21.5%, 5개 이상이 5.5%였다. 지난 1개월 내 의료 이용률은 없는 경우가 30.1%, 1-2회가 55.3%, 3-4회가 9.3%, 5회 이상이 5.3%였다.

본 연구대상자 중에서 지난 1년간 음주를 하는 경우가 40.0%였고, 현재 흡연을 하는 경우가 87.8%였다. 평소 지속적으로 10분 이상 운동을 하는 경우가 54.5%였고 영양상태는 좋은 대상자가 70.1%였다. 정부 또는 복지관 등에서 제공하는 경로식당 또는 식사(밀반찬) 배달서비스 이용과 관련하여 ‘지난 한 달 동안 이용 안함’은 9.1%, ‘가끔 이용함’은 2.1%, ‘자주 이용함’은 88.8%였다.

대상자의 씹기 상태가 불편한 경우가 38.6%였고, 일상생활수행능력에서 독립적 ADL은 95.6%였다. 전체 대상자 중에서 저체중이 2.3%이고 정상과 비만이 97.7%였다.

#### 2. 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강행태, 기능상태에 따른 저체중 차이

본 연구에 참여한 대상자를 저체중과 저체중이 아닌 군으로 나누어 특성을 비교한 결과 Table 2와 같이 연령( $\chi^2=52.29$ ,  $p<.001$ ), 주관적 건강상태( $\chi^2=51.10$ ,  $p<.001$ ), 우울( $\chi^2=5.06$ ,  $p=.025$ ), 만성질환 실태( $\chi^2=8.63$ ,  $p=.035$ ), 음주( $\chi^2=11.70$ ,  $p=.001$ ), 운동( $\chi^2=5.38$ ,  $p=.020$ ), 영양상태( $\chi^2=17.21$ ,  $p<.001$ ), 씹기 상태( $\chi^2=10.83$ ,  $p=.001$ ), ADL ( $\chi^2=46.178$ ,  $p<.001$ )에 따라 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

즉, 전체 대상자 중에서 저체중의 비율은 65-69세가 1.2%, 70-74세가 1.5%, 75세 이상이 3.7%로 75세 이

Table 1. Characteristics of the subjects

(N=9,555)

Variables	Category	n	(weighted n)	(%)	Mean	±SE
Gender	Male	3,931	(3,249,471)	(44.9)		
	Female	5,624	(3,987,173)	(55.1)		
Age (year)	65-69	3,425	(2,487,965)	(34.3)	73.44	±0.08
	70-74	2,412	(1,733,764)	(24.0)		
	≥75	3,718	(3,014,915)	(41.7)		
Region	Urban	6,811	(5,450,018)	(75.3)		
	Rural	2,744	(1,786,626)	(24.7)		
Family status	Living alone	3,117	(1,523,022)	(21.1)		
	Living with a spouse	5,042	(4,464,667)	(61.7)		
	Living with adult children	1,268	(1,123,201)	(15.5)		
	Etc	128	( 125,754)	( 1.7)		
Subjective health status	Healthy	4,809	(1,361,474)	(50.3)		
	Moderate	3,004	(2,235,662)	(30.9)		
	Unhealthy	1,742	(3,639,508)	(18.8)		
Depression	Yes	853	( 608,490)	( 8.4)	4.78	±0.03
	No	8,702	(6,628,154)	(91.6)		
Number of diagnosed chronic disease	None	1,648	(1,207,874)	(16.7)	1.87	±0.02
	1-2	5,423	(4,077,814)	(56.3)		
	3-4	2,028	(1,554,794)	(21.5)		
	≥5	456	( 396,162)	( 5.5)		
Visiting to medical institution in a month	None	3,012	(2,171,637)	(30.1)		
	1-2	5,180	(4,002,134)	(55.3)		
	3-4	872	( 676,461)	( 9.3)		
	≥5	491	( 386,412)	( 5.3)		
Drinking	Yes	3,609	(2,893,585)	(40.0)		
	No	5,946	(4,343,059)	(60.0)		
Smoking	Yes	8,485	(6,346,882)	(87.8)		
	No	1,070	( 889,762)	(12.2)		
Exercise	Yes	5,023	(3,943,012)	(54.5)		
	No	4,532	(3,293,632)	(45.5)		
Nutrition	Good	6,674	(5,070,120)	(70.1)	3.87	±0.05
	Moderate	1,812	(1,385,057)	(19.1)		
	Poor	1,069	( 781,467)	(10.8)		
Having necessary meal delivery service in a year	None	792	( 658,765)	( 9.1)		
	Sometimes	196	( 154,448)	( 2.1)		
	Often	8,567	(6,423,431)	(88.8)		
Chewing	Good	5,982	(4,440,113)	(61.4)		
	Poor	3,573	(2,796,531)	(38.6)		
ADL	Independent ADL	9,163	(6,918,385)	(95.6)		
	Dependent ADL	392	( 318,259)	( 4.4)		
BMI	Underweight	213	( 169,574)	( 2.3)		
	Normal and obesity	9,342	(7,067,070)	(97.7)		

ADL=Activities of daily living.; BMI=Body mass index; n=Unweighted number; SE=Standard error.

Table 2. Differences in factors according to underweight of older adults (N=9,555)

Variables	Category	Underweight		Normal and obesity		$\chi^2$ (p)
		n (weighted n) (%)	( %)	n (weighted n) (%)	( %)	
Gender	Male	86 ( 79,739)	( 2.2)	3,845 (3,169,732)	(97.8)	0.27 (.602)
	Female	127 ( 89,835)	( 2.3)	5,497 (3,897,338)	(97.7)	
Age (year)	65-69	41 ( 31,465)	( 1.2)	3384 (2,456,500)	(98.8)	52.29 ( $<.001$ )
	70-74	35 ( 23,213)	( 1.5)	2377 (1,710,551)	(98.5)	
	$\geq 75$	137 (114,897)	( 3.7)	3581 (2,900,018)	(96.3)	
Region	Urban	138 (124,215)	( 2.0)	6,673 (5,325,803)	(98.0)	0.43 (.512)
	Rural	75 ( 45,359)	( 2.7)	2,669 (1,741,267)	(97.3)	
Family status	Living alone	80 ( 43,846)	( 2.6)	3,037 (1,479,176)	(97.4)	1.88 (.598)
	Living with a spouse	107 ( 98,776)	( 2.1)	4,935 (4,365,891)	(97.9)	
	Living with adult children	23 ( 23,207)	( 1.8)	1,245 (1,099,994)	(98.2)	
	Etc	3 ( 3,746)	( 2.3)	125 ( 122,008)	(97.7)	
Subjective health status	Healthy	86 ( 69,544)	( 4.9)	1,656 (1,291,930)	(95.1)	51.10 ( $<.001$ )
	Moderate	60 ( 45,111)	( 2.0)	2,944 (2,190,552)	(98.0)	
	Unhealthy	67 ( 54,920)	( 1.4)	4,742 (3,584,589)	(98.6)	
Depression	Yes	27 ( 22,996)	( 3.2)	826 (585,494)	(96.8)	5.06 (.025)
	No	186 (146,578)	( 2.1)	8,516 (6,481,576)	(97.9)	
Number of diagnosed chronic disease	None	27 ( 22,429)	( 1.6)	1,621 (1,185,445)	(98.4)	8.63 (.035)
	1-2	122 ( 92,021)	( 2.2)	5,301 (3,985,793)	(97.8)	
	3-4	46 ( 36,761)	( 2.3)	1,982 (1,518,033)	(97.7)	
	$\geq 5$	18 ( 18,364)	( 3.9)	438 ( 377,798)	(96.1)	
Visiting to medical institution in a month	None	49 ( 39,613)	( 1.6)	2,963 (2,132,024)	(98.4)	5.01 (.171)
	1-2	124 (101,219)	( 2.4)	5,056 (3,900,915)	(97.6)	
	3-4	22 ( 15,625)	( 2.5)	850 ( 660,836)	(97.5)	
	$\geq 5$	18 ( 13,117)	( 3.7)	473 ( 373,295)	(96.3)	
Drinking	Yes	52 ( 44,040)	( 1.4)	3,557 (2,849,545)	(98.6)	11.70 (.001)
	No	161 (125,534)	( 2.7)	5,785 (4,217,525)	(97.3)	
Smoking	Yes	193 (150,042)	( 2.3)	8,292 (6,196,840)	(97.7)	0.07 (.796)
	No	20 ( 19,532)	( 1.9)	1,050 ( 870,230)	(98.1)	
Exercise	Yes	96 ( 76,523)	( 1.9)	4,927 (3,866,489)	(98.1)	5.38 (.020)
	No	117 ( 93,052)	( 2.6)	4,415 (3,200,580)	(97.4)	
Nutrition	Good	122 ( 95,965)	( 1.8)	6,552 (4,974,155)	(98.2)	17.21 ( $<.001$ )
	Moderate	49 ( 39,466)	( 2.7)	1,763 (1,345,591)	(97.3)	
	Poor	42 ( 34,144)	( 3.9)	1,027 ( 747,323)	(96.1)	
Having necessary meal delivery service in a year	None	14 ( 12,336)	( 1.8)	778 ( 646,429)	(98.2)	0.91 (.634)
	Sometimes	7 ( 3,363)	( 3.6)	189 ( 151,085)	(96.4)	
	Often	192 (153,875)	( 2.2)	8,375 (6,269,556)	(97.8)	
Chewing	Good	110 ( 82,076)	( 1.8)	5,872 (4,358,037)	(98.2)	10.83 (.001)
	Poor	103 ( 87,498)	( 2.9)	3,470 (2,709,033)	(97.1)	
ADL	Independent ADL	184 (141,388)	( 2.0)	8,979 (6,776,997)	(98.0)	46.18 ( $<.001$ )
	Dependent ADL	29 ( 28,186)	( 7.4)	363 ( 290,073)	(92.6)	

ADL=Activities of daily living.

상의 저체중 비율이 높았다. 주관적 건강상태가 좋은 경우 저체중의 비율은 1.4%, 보통이 2.0%, 나쁨이 4.9%로 주관적 건강상태가 나쁜 경우 저체중 비율이 높았다. 우울한 대상자의 3.2%가 저체중이었고 우울하지 않은 대상자의 2.1%가 저체중이어서 우울한 경우 저체중 비율이 높았다. 만성질환이 없는 경우 저체중의 비율은 1.6%, 1-2개는 2.2%, 3-4개는 2.3%, 5개 이상은 3.9%로 만성질환이 5개 이상인 경우 저체중 비율이 높았다.

지난 1년간 음주를 한 경우 저체중이 1.4%, 음주를 하지 않은 경우 2.7%로 음주를 하지 않은 경우 저체중 비율이 높았다. 평소 지속적으로 10분 이상 운동을 하는 경우 저체중이 1.9%, 하지 않는 경우 2.6%로 운동을 지속적으로 하지 않는 경우 저체중 비율이 높았다. 영양상태가 좋은 경우 저체중의 비율은 1.8%, 보통이 2.7%, 나쁨이 3.9%로 영양상태가 나쁜 경우 저체중 비율이 높았다. 씹기 상태는 불편하지 않은 경우 저체중이 1.8%, 불편한 경우 2.9%로 씹기가 불편한 경우 저체중 비율이 높았다. ADL이 독립적인 경우 저체중이 2.0%, 의존적인 경우 7.4%로 ADL이 의존적일 경우 저체중 비율이 높았다.

### 3. 대상자의 저체중 영향요인

본 연구에 참여한 대상자의 저체중에 영향을 미치는 요인은 Table 3과 같이 연령(Odds ratio, [OR]=3.09,  $p < .001$ ), 주관적 건강상태(OR=3.51,  $p < .001$ ), 우울(OR=1.74,  $p = .026$ ), 만성질환 실태(OR=2.57,  $p = .009$ ), 음주(OR=1.93,  $p < .001$ ), 운동(OR=1.47,  $p = .021$ ), 영양상태(OR=2.37,  $p < .001$ ), 씹기 상태(OR=1.72,  $p = .001$ ), 일상생활수행능력(OR=4.66,  $p < .001$ )이었다.

## IV. 논 의

본 연구는 보건복지부의 2020년 노인실태조사 자료를 이용하여 지역사회 노인의 저체중 영향요인을 파악하기 위해 시도되었다. 본 연구에서 노인의 저체중 비율은 2.3%로 Lee와 Lee (2022)가 국민건강영양조사 원시자료로 이용하여 노인의 저체중 정도를 파악한 연구 결과(2.5%)와 유사한 비중으로 나타났다.

본 연구에 참여한 노인 중에서 75세 이상 노인이 65세에서 69세 노인에 비해 저체중 가능성이 3.09배 높은 것으로 나타났다. 이는 연구마다 일관되게 언급하고 있는 것으로 한국 노인(Hyun & Lee, 2013; Kim et al., 2011; Lee, Jeon & Lee, 2008) 뿐 아니라 미국, 일본 노인을 대상으로 한 연구에서도 연령이 증가할수록 체질량지수가 감소하는 것으로 나타났다(Yeom, Kim, & Crimmins, 2009). 노인의 저체중은 노화과정에서 나타나는 근골격계의 질량 감소(Yeom et al., 2009), 면역기능 및 치아 기능 저하 등(Hyun & Lee, 2013) 여러 원인으로 나타나며 연령이 증가할수록 더 악화되는 것으로 보고되고 있다. 노인의 저체중은 만성질환을 유발하여 사망률과 의료비용을 증가시키므로(Kim & Chung, 2015) 노인의 저체중 관련 요인을 지속적으로 파악해야 할 것이다.

본 연구에서 자신의 건강상태를 스스로 평가하는 주관적 건강상태가 나쁜 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 저체중 가능성이 3.51배 높은 것으로 나타났다. 이는 Lee 등(2008)의 연구와 유사한 결과로 영양섭취, 운동 등의 건강생활을 실천하면 객관적 건강상태가 유지되면서 주관적 건강상태에도 긍정적인 영향을 미치지만 자신의 건강상태가 좋지 못하다고 인식하면 건강관리를 소홀히 하는 것이다(Oh et al., 2006). 신체기능 상태에 제한이 있으면 자신의 건강상태를 더욱 부정적으로 인식하게 되므로(Oh et al., 2006) 신체기능 상태를 증진시키기 위한 중재가 필요할 것이다. 다시 말해, 저체중 노인이 식습관 개선, 운동 등 건강 활동 프로그램에 참여하는 것만으로도 자신의 건강상태를 긍정적으로 인식하는데 도움이 되고 노인의 실생활에도 반영되어 다양한 변화가 유발될 것이다.

또한 노인은 노화과정에서 발생하는 신체기능 저하로 객관적 건강상태와 주관적 상태가 악화될 수 있으므로 질병예방의 중요성을 지속적으로 강조하고 만성질환을 조기에 발견하며 건강 수준을 향상시키기 위한 방안이 필요할 것이다. 이를 위해 노인을 대상으로 보건교육을 강화하고 노인의 신체기능 향상을 위한 실천적 방안이 필요하다. 특히 ADL에 어려움을 느끼고 있는 노인의 기능유지를 위한 맞춤형 서비스가 제공되어야 할 것이다.

본 연구에서 우울한 노인은 우울하지 않은 노인에 비해 저체중 가능성이 1.74배 높은 것으로 나타났다. 이

는 비만할수록 즐겁다는 Jolly fat 이론(Crisp & McGuiness, 1976)과 유사한 맥락으로 노인은 비만을 노화과정에서 '나잇살'로 자연스럽게 받아들이는 것으로

볼 수 있다(Jeon, 2019). 노인의 비만에 비해 간과되어 온 저체중은 비만보다 정신건강에 더 위험한 요소로 작용할 수 있으므로 저체중 노인을 위한 맞춤형 우울 프

Table 3. Contributing factors for underweight of older adults (N=9,555)

Variables	Category	OR (95% CI)	p
Gender	Male	1	-
	Female	0.92 (0.66~1.27)	.602
Age (year)	65-69	1	-
	70-74	1.06 (0.64~1.75)	.821
	≥75	3.09 (2.08~4.59)	<.001
Region	Urban	1	-
	Rural	1.12 (0.80~1.56)	.513
Family status	Living alone	1	-
	Living with a spouse	0.76 (0.55~1.07)	.114
	Living with adult children	0.71 (0.40~1.27)	.251
	Etc	1.04 (0.22~4.81)	.964
Subjective health status	Healthy	1	-
	Moderate	1.34 (0.89~2.04)	.162
	Unhealthy	3.51 (2.37~5.21)	<.001
Depression	No	1	-
	Yes	1.74 (1.07~2.83)	.026
Number of diagnosed chronic disease	None	1	-
	1-2	1.22 (0.77~1.93)	.396
	3-4	1.28 (0.75~2.20)	.370
	≥5	2.57 (1.26~5.24)	.009
Visiting to medical institution in a month	None	1	-
	1-2	1.40 (0.94~2.07)	.096
	3-4	1.27 (0.72~2.27)	.413
	≥5	1.89 (1.01~3.54)	.047
Drinking	Yes	1	-
	No	1.93 (1.32~2.82)	<.001
Smoking	No	1	-
	Yes	0.93 (0.52~1.65)	.796
Exercise	Yes	1	-
	No	1.47 (1.06~2.04)	.021
Nutrition	Good	1	-
	Moderate	1.52 (1.02~2.28)	.042
	Poor	2.37 (1.54~3.65)	<.001
Having necessary meal delivery service in a year	None	1	-
	Sometimes	1.17 (0.42~3.22)	.767
	Often	1.29 (0.72~2.29)	.394
Chewing	Good	1	-
	Poor	1.72 (1.24~2.37)	.001
ADL	Independent ADL	1	-
	Dependent ADL	4.66 (2.86~7.59)	<.001

ADL=Activities of daily living; OR=Odds ratio; CI=Confidence interval.

로그램을 제공해야 할 것이다. 또한 우울하지 않은 노인이 사회적 자원이 풍부하고 사회적 지지가 좋은 경향이 있으므로 (Kim, Lee, & Jeon, 2006) 노인의 사회적 지지체계를 마련할 수 있는 전략을 모색해야 할 것이다. 이는 노인의 우울을 해소하며 저체중을 감소시킬 수 있을 것이다.

본 연구에서 만성질환이 5개 이상인 노인은 만성질환이 없는 노인보다 저체중 가능성이 2.57배 높은 것으로 나타났다. 만성질환으로 약물복용이 증가하면서 약물로 인해 영양흡수 장애 및 식욕저하가 동반되어 저체중을 유발한 것으로 사료된다. 이는 만성질환이 없는 노인의 저체중 비율이 더 높게 나타난 Kim 등(2011)의 연구와 상반된 결과이다. 한국인의 체질량지수에 따른 비만 관련 질병은 50대 이전에는 체질량지수가 증가할수록 유병률이 증가하였으나, 50대 이후에는 체질량지수와 유병률의 관계가 일정하지 않은 것으로 나타나(Kim et al., 2001) 전향적 연구를 통해 노인의 만성질환과 체질량지수의 관계를 확인하는 것이 필요할 것이다.

본 연구에서 음주를 하지 않는 노인이 음주를 하는 노인에 비해 저체중 가능성이 1.93배 높은 것으로 나타났다. 이는 음주를 주 2회 이상 하는 노인이 음주를 하지 않는 노인보다 저체중 유병률이 더 높게 나타난 Kim 등(2011)의 연구와 상반된 결과이다. 노인의 음주가 노인성 질환 외에 다양한 문제를 유발하지만 (Gweon, 2009) 적절한 음주는 자신의 건강상태를 양호하다고 인식하게 하고(Park & Kim, 2017) 정신건강 및 신체건강에 긍정적으로 작용한다(Gweon & Sung, 2010). 하지만 선행연구와 상반되는 결과가 도출되었으므로 전향적 연구를 통해 노인의 적정 음주와 체질량지수의 관계를 재확인하는 것이 필요할 것이다.

본 연구에서 평소 지속적으로 10분 이상 운동을 하지 않는 노인이 운동을 하는 노인에 비해 저체중 가능성이 1.47배 높은 것으로 나타났다. 노화로 인한 근육감소증(sarcopenia)은 나이가 들어가면서 근육의 양이 감소하고 근력이 떨어지는 증상으로, 정도가 심해지면 신체기능이 떨어지고 뇌로 가는 자극 역시 감소해 뇌 기능에도 영향을 미친다(Walston, 2012). 따라서 노인의 저체중은 노화에 따른 자연스러운 현상이 아닌 것으로 볼 수 있어 지역사회 노인이 지속적인 운동을 통해 근육감소를 예방하고 적정 체중을 유지하는 것은 활기찬 노화

를 유지하게 해주는 원동력이 되므로 노인을 대상으로 다양한 중재가 지속적으로 제공되어야 할 것이다.

본 연구에서 지역사회 노인의 영양상태가 나쁠수록 체질량지수가 감소하여 저체중 유병률이 증가하는 것으로 나타났다. 음식을 섭취하는 능력은 식욕상태, 구강위생, 치아상태, 소화능력과 같은 신체건강을 필요로 하고 저체중은 다양한 문제가 있을 때 발생할 수 있으므로 (Lee et al., 2008) 저체중 노인에게 많은 관심을 기울여야 할 것이다. 선행연구에서 사회적 지지가 좋지 않은 노인은 식사 준비가 어렵고, 식사를 함께 할 사람이 없어 식사 동기가 낮은 것으로 나타났다(Lee et al., 2008). 노년기에는 신체활동이 줄어들면서 식욕이 감소하는데 혼자 식사를 하거나 식사를 준비해주는 가족이 없으면 식욕은 더욱 감소한다(Yun, Jeong, & Kim, 2010). 본 연구에서도 독거노인의 비율은 21.1%이었는데 독거노인의 식사 준비를 도와주고 함께 식사를 할 수 있도록 지원체계를 마련하는 것이 필요할 것이다.

본 연구에서 씹기가 불편한 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 저체중 가능성이 1.72배 증가하는 것으로 나타났다. 이는 Hyun과 Lee의 연구(2013)와 유사한 결과로 치아 상태가 좋은 경우 섭취량이 증가하고 영양소 및 식품 섭취상태가 좋은 것으로 사료된다. 실제로 틀니 사용으로 인한 씹기 어려움, 통증 등 복합적인 구강건강 문제가 있는 노인은 음식섭취를 피하거나 에너지 섭취가 감소하는 것으로 나타났다(Choi, Moon, Kim, & Choi, 2010). 따라서 지역사회 보건사업에 노인의 구강상태에 대한 평가가 필요하며, 노인의 저작기능 향상을 위한 중재 연구가 필요할 것이다.

본 연구에서 노인의 ADL이 의존적일수록 저체중 가능성이 증가하는 것으로 나타났다. 이는 Kim 등(2018)의 연구와 유사한 결과로 신체기능이 양호하여 규칙적으로 식사를 할 수 있기 때문에 저체중 비중이 낮게 나타난 것으로 사료된다. 하지만 노인의 저체중이 활동제한과 관련이 없다는 연구(Vermeulen, Neyens, van Rossum, Spreeuwenberg, & de Witte, 2011)도 있어 노인의 활동과 저체중의 관계를 확인하기 위한 반복 연구가 필요할 것이다.

본 연구에서 노인의 저체중에 영향을 미치는 요인은 연령, 주관적 건강상태, 우울, 만성질환 실태, 음주, 운동, 영양상태, 씹기 상태, ADL로 나타났다. 이를 바탕

으로 비만에 비해 과소평가 되어온 노인 저체중의 심각성을 인식하여 저체중 노인을 조기 발견하고 이들이 적정 체중을 유지할 수 있는 방안을 고려해야 할 것이다. 더불어 저체중에 대한 관심이 낮고 저체중 노인의 문제를 즉각적으로 해결하는 것에 한계가 있으므로 저체중 노인뿐만 아니라 이들을 돌보는 의료진이 노인의 저체중과 심각성을 인식할 수 있는 교육 프로그램이 필요할 것이다.

본 연구는 한 시점에서만 실시된 조사여서 노인의 저체중에 영향을 주는 외생변수를 충분히 파악하지 못한 제한점이 있으므로 연구결과 해석에 신중을 가해야 할 것이다. 하지만 전국 지역사회 노인의 대표성이 확보 노인실태조사를 바탕으로 노인의 저체중 영향요인을 파악함으로써 노인의 건강관리 사업의 기초자료를 제공한 것에 본 연구의 의의가 있다.

## V. 결 과

본 연구는 2020년 노인실태조사를 바탕으로 지역사회 노인의 저체중 영향요인을 파악하기 위해 실시된 단면조사연구이다. 본 연구결과 65세 이상 지역사회 노인의 저체중 영향요인은 연령, 주관적 건강상태, 우울, 만성질환 실태, 음주, 운동, 영양상태, 씹기 상태, ADL로 나타났다. 이러한 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 지역사회 노인의 저체중 모니터링 체계를 구축하며 대상자의 식습관 개선을 위해 실제 활용 가능한 영양교육, 조리교실 등 실천적인 건강생활 습득기회를 제공해야 할 것이다. 또한 이들의 건강상태를 고려한 통합적인 운동프로그램 개발이 필요할 것이다.

둘째, 본 연구가 지역사회 노인을 대상으로 수행되어 결과를 전체 노인으로 확대하기에는 어려움이 있다. 따라서 병원에 입원한 노인, 시설노인의 저체중 영향요인을 파악하기 위한 연구가 필요할 것이다.

## References

Choi, H. S., Moon, H. K., Kim, H. Y., & Choi, J. S. (2010). Evaluation of the health status and dietary intakes of the elderly in rural areas by

dental status. *Journal of the Korean Dietetic Association*, 16(1), 22-38.

Crisp, A. H., & McGuiness, B. (1976). Jolly fat: Relation between obesity and psychoneurosis in general population. *British Medical Journal*, 1, 7-9.

<https://doi.org/10.1136/bmj.1.6000.7>

Gweon, H. S., & Sung, H. J. (2010). Effects of problem drinking of adult on depression: Gender difference. *Discourse and Policy in Social Science*, 3(1), 147-167.

Gweon, H. S. (2009). The effect of problem drinking on the life satisfaction of the elderly through depression and self-esteem as a medium. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 23(4), 1521-1538.

Hyun, H. S., & Lee, I. S. (2013). Body mass index (BMI)-related factors of community-dwelling elders: Comparison between early and late elderly people. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 24(1), 62-73.

<https://doi.org/10.12799/jkachn.2013.24.1.62>

Kim, J. I., Kim, Y. M., Nam, M. R., Choi, J. Y., & Son, G. Y. (2018). Disease and health behavior of low-weight elderly living alone: Focusing on the Community Health Survey 2014. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 19(3), 479-488.

<https://doi.org/10.5762/KAIS.2018.19.3.479>

Kim, J. S., Kim, Y. H., & Yu, J. O. (2011). Factors contributing to low weight in community-dwelling older adults. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 22(4), 429-437.

<https://doi.org/10.12799/jkachn.2011.22.4.429>

Kim, M. H., & Chung, H. K. (2015). Relationship between sense of belonging, powerlessness and nutritional status of elderly people. *Journal of the Korean Society of Food Culture*, 30(1), 118-128.

- <http://doi.org/10.7318/KJFC/2015.30.1.118>
- Kim N. S., Moon, O. R., Kang, J. H., Lee, S. Y., Jeong, B. G., Lee, S. J., Yoon, T. H., & Hwang, K. H. (2001). Increasing prevalence of obesity related disease for Koreans associated with overweight and obesity. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 34(4), 309-315.
- Kim, T. M., Lee, S. G., & Jeon, S. Y. (2006). The relations of social support to the health behaviors and health status in the elderly. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 23(3), 99-119.
- Jeon, H. S. (2019). The associations between body mass index (BMI) and life satisfaction among older adults: Focusing on mediating effects of depressive symptoms. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 36(3), 83-95.  
<https://doi.org/10.14367/kjhep.2019.36.3.83>
- Joo, I. W., Park, Y. S., Kim, K. S., & Oh, H. J. (2006). BMI-related changes in bone mineral density and predictors of bone loss. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, 27(6), 481-487.
- Jung, J. Y., Kim, J. S., Choi, H. J., Lee, K. Y., & Park, T. J. (2009). Factors associated with ADL and IADL from the third Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES III), 2005. *Korean Journal of Family Medicine*, 30(8), 598-609.  
<https://doi.org/10.4082/kjfm.2009.30.8.598>
- Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatr Association*, 35(2), 298-307.
- Lee, S. E., & Lee, E. (2018). Effects of nutrition related factors on mortality risk among community-residing older adults in Korea. *Journal of Digital Convergence*, 16(10), 343-350.
- <https://doi.org/10.14400/JDC.2018.16.10.343>
- Lee, S. G., Jeon, S. Y., & Lee, J. Y. (2008). Factors related with low body weight in older adults at a urban-rural composite area. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 28(1), 105-121.
- Lee, Y. S., & Lee, Y. N. (2022). Comparison of the nutrient intake and health status of elderly Koreans according to their BMI Status: Focus on the underweight elderly population. *Korean Journal of Community Nutrition*, 27(5), 422-434.  
<https://doi.org/10.5720/kjcn.2022.27.5.422>
- Miller, S. L., & Wolfe, R. R. (2008). The danger of weight loss in the elderly. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 12(7), 487-491.  
<https://doi.org/10.1007/BF02982710>
- Ministry of culture, sports and tourism. (2017). *The survey of national physical fitness*. Retrieved October 1, 2022, from [https://www.mcst.go.kr/kor/s\\_policy/dept/deptView.jsp?pSeq=1124&pDataCD=0417000000&pType=](https://www.mcst.go.kr/kor/s_policy/dept/deptView.jsp?pSeq=1124&pDataCD=0417000000&pType=)
- Ministry of health and welfare. (2020). *The Korean elderly survey*. Retrieved October 1, 2022, from: [https://www.narastat.kr/metasvc/index.do?co\\_nfmNo=117071&inputYear=2020](https://www.narastat.kr/metasvc/index.do?co_nfmNo=117071&inputYear=2020)
- National health insurance service. (2021). *Korean health index reference standard*. Retrieved October 3, 2022, from: <http://nhiss.nhis.or.kr/bd/ab/bdabf005cv.do>
- Oh, Y. H., Bae, H. O., & Kim, Y. S. (2006). A study on physical and mental function affecting self-perceived health of older persons in Korea. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 26(3), 461-476.
- Park, H. W., & Kim, S. H. (2017). Analysis of factors influencing the self-perceived health

- status of elderly people. *Korean Journal of Sports Science*, 26(2), 1213-1225.
- Park, M. S. (2008). The influence of aging on wound healing and risk factors of pressure ulcer in the elderly. *Journal of Wound Management and Research*, 4, 88-91.
- Posner, B. M., Jette, A. M., Smith, K. W., & Miller, D. R. (1993). Nutrition and health risks in the elderly: the nutrition screening initiative. *American Journal of Public Health*, 83(7), 972-978.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.83.7.972>
- Statistics Korea. (2019). *Statistics of the elderly*. Retrieved December 17, 2022, from [https://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=377701](https://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=377701)
- Vermeulen, J., Neyens, J. C., van Rossum, E., Spreuwenberg, M. D., & de Witte, L. P. (2011). Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: A systematic review. *Bio Med Central Geriatrics*, 11(1), 1-11.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-33>
- Walston, J. D. (2012). Sarcopenia in older adults. *Current Opinion in Rheumatology*, 24(6), 623-627.  
<https://doi.org/10.1097/BOR.0b013e328358d59b>
- Yeom, J., Kim, J. K., & Crimmins, E. M. (2009). Factors associated with body mass index (BMI) among older adults: A comparison study of the US, Japan, and Korea. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 29(4), 1479-1500.
- Yun, S. J., Jeong, H. R., & Kim, M. H. (2010). A survey on the breakfast skipping rate of Korean adults relative to their lifestyle and breakfast skipping reasons and dietary behavior of breakfast skippers. *Korean Journal of Community Nutrition*, 15(2), 191-205.

ABSTRACT

## Factors Contributing to Underweight in Community-Dwelling Older Adults: Data from the 2020 National Older Adults Koreans Data

Park, Hye-Ryeon (Assistant Professor, Department of Nursing, Kyungil University)

Jun, Hye Jung (Assistant Professor, Department of Nursing, Busan Women's College)

Hwang, Yun Hee (Assistant Professor, Department of Nursing, Dongju College)

**Purpose:** This study was conducted to understand the actual condition and influencing factors of being underweight among older adults in the community based on a survey of national older Korean's data in 2020. **Methods:** The data from 9,555 older adults in the community were used for analysis. Composite sample analysis was performed with integrated weights applied to the raw data. A Rao Scott-test and logistic regression were performed using SPSS 24.0 for Windows. **Results:** Underweight older adults in the community were found to have significant differences in age, subjective health status, depression, chronic disease, drinking, exercise, nutrition, chewing, and activities of daily living (ADL). The factors affecting the underweight older adults were age, subjective health status, depression, chronic disease, drinking, exercise, nutrition, chewing, and activities of daily living. **Conclusion:** A customized program is needed for underweight older adults in the community. In addition, attempts should be made to motivate older adults in the community to continue to participate in the program.

**Key words :** Aged, Thinness, Health status