



개도국 지역 공동체 주민들의 주관적 건강 결정요인: 네팔 티카폴 지역의 SDGs와 ODA 맥락에서*

조창현
연세대학교 IPaid

본 연구는 네팔 티카폴 지역 주민에게 주관적 건강에 대한 설문지를 실시하여 주관적 건강 인식의 결정 요인을 분석하는 것을 목적으로 하며, 농촌 지역 주민의 건강 증진을 위한 ODA에 대한 시사점을 제시하고자 한다. 이번 조사는 도시 지역 207여 가가와 농촌 지역 206여 가가를 대상으로 무작위로 선정하여 실시하였다. 주관적 건강상태에 관한 설문지는 인구사회적변수, 경제 관련 변수, 보건 관련 변수, 의료 관련 변수 등으로 구성되었다. 교차분석에서 인구사회적 변수 중에서 연령, 학력, 신분, 지역, 해독력, 혼인, 경제 관련 변수 중에서 경작토지면적, 경작기간, 소득수준, 부업소득활동, 보건 관련 변수 중에서 보건교육, 운동, 흡연, 식사상태, 의료 관련 변수 중에서 만성질환, 설사경험, 식수안전성이 유의미하였다. 로지스틱 회귀분석 분석에서 인구사회적 변수 중에 연령, 지역, 신분, 보건 및 의료 관련 변수 중에 보건교육여부, 식사상태, 만성질환경험, 의료서비스경험, 설사경험, 식수안전여부가 유의미한 변수이다. 경제 관련 변수 중에 유의미한 변수가 없다. 네팔 SDGs 향상을 위한 티카폴 지역 보건 및 의료 분야의 ODA 지원 방안 에 대한 시사점을 제시하면, 첫째, 네팔 티카폴 지역 주민의 모자보건 지원과 더불어 만성질환 치료를 위한 다양한 의료서비스 시설과 프로그램을 함께 제공해야 한다. 둘째, 설사 질병을 사후에 치료하는 의료적 지원을 추진할 뿐만 아니라 설사를 사전에 예방할 수 있는 안전한 지역 식수를 확보하기 위한 지원 정책을 추진해야 한다. 셋째, 주민들의 식사 상태를 모니터링하며 적절한 식사 프로그램을 제공해야 한다. 넷째, 만성질환, 식수 오염, 설사를 예방하기 위한 보건교육을 제공해야 하고, 의료적 지원과 주민 위생 홍보를 체계적으로 추진해야 한다. 다섯째, 인구사회적 측면에서 볼 때 농촌지역에서, 50대 이상인 사람, Janajati 계급 대상으로 맞춤형 보건 사업 및 프로그램을 제공해야 한다. 여섯째, 교차분석에서 주관적 건강 상태와 유의미하였던 연령대, 학력, 해독력, 혼인여부, 흡연문제 및 음주문제, 운동부족 등의 잠재적인 요인은 네팔 정부의 보건정책 및 ODA 보건사업 프로그램으로 계속 관리되어야 한다. 또한 개인의 신체적 건강을 증진시킬 수 있는 운동 유지, 음주 및 흡연 자제를 위한 건강 프로그램 실시를 지원해야 한다.

[주제어: 주관적 건강상태; 주민건강; 보건서비스; 네팔, 농촌지역]

* 본 연구는 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구이다(NRF-2016S1A5B8925203).

I. 서론

개인의 건강은 건전한 물리적 육체를 유지하는 것이며, 개인과 가정의 경제적 빈곤을 벗어나고 지속가능한 지역 발전을 추진하여 궁극적으로 삶의 질을 향상시키는 데 매우 필요한 중주요 토대이다(조창현 외, 2015). 이러한 맥락에서 건강 증진을 위한 방안들이 UNDP의 밀레니엄 개발목표(MDG: Millenium Development Goals)이나 2016년부터 시작하는 UN의 지속가능한 발전목표(SDG: Sustainable Development Goals)에서 포함되었다(조창현·김창수·이규재, 2015; 조창현·유평준, 2015). 이는 UNDP에서 저개발국의 극빈해소를 위한 방안으로 저개발국의 ODA 보건의료는 개인의 건강을 향상시키는 데 매우 중요한 현안이기 때문이다(조창현·정무권, 2017).

네팔은 내전 종료 이후 지속되는 정치적 불안과 도로 및 상하수도 등 열악한 인프라, 만성적인 전력 및 연료 부족, 낮은 제조업 경쟁력 등 취약한 경제구조, 저조한 경제성장률 등 겪고 있다(<표 1> 참조).

<표 1> 네팔 주요경제지표
(단위: 백만 달러, %, 백만 명)

	명목 GDP	GDP성장률(%)	1인당GNI	인구
2005	8,130	3.5	310	25.5
2006	9,044	3.4	340	25.7
2007	10,326	3.4	380	26.1
2008	12,545	6.1	440	26.3
2009	12,855	4.5	490	26.6
2010	16,003	4.8	540	26.9
2011	18,914	3.4	610	27.2
2012	18,852	4.9	690	27.5
2013	19,244	3.8	720	27.8
2014	19,636	5.5	730	28.2

그러는 가운데 2008년 민주주의로의 이행 이후 빈곤, 실업, 부실한 보건의료 서비스, 낮은 교육수준 등을 해결하기 위해서 국제기구 및 국제 NGO와 협력하

였다. 네팔은 2000-2015년 동안에 MDGs의 목표 및 성과를 살펴보면, 다음 <표 2>와 같다.

<표 2> 네팔의 MDGs 성과 및 SDGs 아젠다

주요 목표	2000년 상황	2015년 MDG 목표	2015년 MDG 성과	SDGs 의제 (2016-2030)
목표 4: 아동 사망률 감소				
유아 사망률 (1,000명 출산당)	64.0	36.0	33.0	10명으로 감소
5세 이하 유아 사망률 (1000명 출산당)	91.0	54.0	38.0	22명으로 감소
1세 유아의 홍역 백신 예방 비율 (%)	71.0	>90.0	92.6	100%로 향상
목표 5: 임산부 건강 증진				
임산부 사망률 (100,000명 출산당)	415.0	213.0	258	70 명으로 감소
전문 간호 지원을 받은 비율 (%)	11.0	60.0	55.6	90%로 향상
피임약 보급률 (%)	35.4	70.0	49.6	58%로 향상
목표 6: HIV/AIDS, 말라리아, 결핵, 기타 질병의 치료				
HIV 확산 비율 (15-24세)	0.15	역전	0.03	추가 감염자 0명
결핵(TB) 감염자 (100,000명당)	460.0	"	211.0	유지 및 감소
결핵(TB) 사망자 (100,000명당)	43.0	"	20.0	유지 및 감소
말라리아 사망자 (1,000명당)	0.55	"	0.0	유지 및 감소
연간 말라리아 기생충 감염 비율 (1000 명당)	0.55	0.06	0.11	유지 및 감소
방충망 안에서 자는 5세 이하 어린이 비율	48.2	100.0	96.8	100%로 향상

자료: Nepal(2017a).

SDGs(유엔 지속가능발전목표)는 2000년부터 2015년까지 시행된 밀레니엄개발목표(MDGs)를 종료한 이후에 연이어 2016년부터 2030년까지 새로 시행되는 유엔과 국제사회의 최대 공동목표이다.¹⁾ SDGs의 17개 목표 중 Goal 3은 건강

1) 지속가능한 발전(Sustainable development goal: SDG)은 1987년에 발표된 유엔의 보고서 “우리 공동의 미래(브룬트란트 보고서)”에서 ‘미래 세대가 그들의 필요를 충족시킬 능력을 저해하지 않으면서 현재 세대의 필요를 충족시키는 발전’을 의미하는 것으로, 환경을 보호하고 빈곤을 구제하며, 장기적으로는 성장을 이유로 단기적인 자연자원을 파괴하지 않는 경제적인 성장을 창출하기 위한 방법들의 집합을 말한다. <http://blog.naver.com/PostView.nhn?blogId=osoyy&logNo=221258382178>

보장과 모든 연령대 인구의 웰빙 증진(Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages)이라는 보건 관련 내용을 다루고 있다. 이와 관련된 주요 이슈는 산모사망률, 영유아사망률, AIDS·결핵·말라리아·간염·전염병 근절, 마약남용금지, 출산서비스, 성건강, 의약품 및 백신 공급 등을 포괄적으로 다루고 있다(KoFID, 2015: 11) 네팔 정부는 이러한 SDGs의 목표과 관련 지표에 대한 로드맵을 마련하고 있다(Nepal, 2017b: 45-48)

일반적으로 건강 상태는 이러한 객관적인 사망과 질병의 수준을 측정하여 파악할 수 있지만, 현대사회로 들어서면서 건강 분야에서도 의학적 진단 여부와 별개로 개인이 느끼는 신체적, 정신적 불편이 평가의 기준으로 주목받게 되었다. 즉 질병 여부와 관계없이 본인이 주관적으로 느끼는 건강수준을 측정하여 건강상태를 파악하는 데 사용하게 되었다(Fayers & Hays, 2005).

개인의 만족이나 경험을 중요시하는 주관적 건강은 임상적 의료검사를 거쳐 확인되는 객관적인 건강 상태와 달리 본인 스스로 측정하는 신체적 건강과 정신적 건강까지의 상태를 말한다(Connelly etc, 1989; Ferraro, 1980; Ware, 1987). 이러한 심신의 상태도 19C 이후에 신체적 건강과 함께 건강의 범위에 포함되었고, 세계보건기구(WHO, 1948)는 신체적인 상태와 더불어 육체적, 정신적, 사회적 안녕의 완전한 상태까지 포괄하는 건강의 상태를 주관적 건강으로 파악하고 있다(WHO, 1998). 주관적 건강은 보건의료 차원에서 환자 양태, 사망, 장애, 의료이용의 예측 등에 효과적인 주요 지표로 사용될 뿐만 아니라(Erosheva, Walton & Takeuchi, 2007; Breslow, 1989), 사회경제적인 차원에서 개인의 생산 활동 가능성과 지역공동체 발전에 대한 참여와 활동을 알려줄 수 있는 주요 지표로서 유용하게 활용될 수 있다(조창현·김창수·이규재, 2015).

이러한 주관적 건강 인식은 저렴한 비용으로 용이하게 측정할 수 있으며(Goldstein, Siegel & Boyer, 1984) 건강과 사망률의 변화를 알려주는 매우 주요한 사회 지표로 활용되며(Yoon, 1998), 건강과 노화의 설문조사에 포함되고 있다(Ofstedal, et al. 2004). 이러한 주관적 건강 인식은 개인적인 질병 양상과 인식의 차이, 지역과 국가의 사회경제적 차이, 그리고 연구자의 관심과 연구대상에 따라 다양한 결정요인에 의해서 영향을 받는 것으로 나타나고 있다(Lee, Nam & Song, 2014). 따라서 비록 개인의 주관적 건강상태는 실제 신체적 건강

에 대한 객관적인 의료기록과 차이를 보일 수 있고(Bound, 1991) 일정한 기간에 반복 검사에서도 차이를 보일 수 있지만(Crossley & Kennedy, 1984), 다른 한편으로 전문의료인의 평가와 임상적인 의료기록보다 사망률(mortality)과 유병율(morbidity)을 더 잘 예측하고 있다(García-Muñoz, Neuman & Neuman, 2014; Fayers & Hays, 2005; 조창현·정무권, 2017).

주관적 건강과 관련하여 영국에서 네팔 이민들의 건강과 삶의 스타일(Pratik Adhikary et al., 2008), 네팔에서의 모성 교육 및 보건 행동(Robert A. LeVine et al., 2004), 네팔 Kapilvastu 지역 여성의 폐경기 건강 상태(Ghimire N et al., 2015), 개발도상국인 네팔의 노년층 주관적 건강(Hom Nath Chalise et al., 2007), 네팔 카트만두 계곡의 고령자 거주 노인 중 자기 평가 건강과 관련된 요인(Amrit Dangi, 2015) 등이 다루어졌다. 이처럼 네팔 국가를 대상으로 개인의 주관적 건강 연구는 빈약한 상황인 가운데 네팔 의료보건 상황에서 주관적 건강 인식에 대한 결정요인을 파악하는 것은 개인의 건강 증진과 삶의 질 향상, 공동체 발전의 지속가능성 증진, 보건의료의 공적개발원조(ODA)의 효과성에 기여할 수 있다.

본 연구는 네팔 서부 평야에 위치한 티카풀 농촌지역의 주관적 건강상태를 조사하여 이들 지역 주민의 주관적 건강상태에 영향을 주는 변수들을 분석하고자 한다. 그리고 이러한 분석 결과를 바탕으로 SDGs의 건강한 삶과 웰빙(well-being)의 향상에 기여할 수 있는 주관적 건강 증진을 위한 관련 프로그램 개발과 공적개발원조(ODA: official development assistance)에 대한 시사점을 제공하고자 한다.

II. 연구 방법론

1. 연구대상

연구 대상 지역은 네팔 서부지역에 위치한 티카풀 평야지대의 농촌지역이며, KOICA의 HIT(Health services Improvement in Tikapur) 보건사업을 지원하였

던 곳이다. 이곳 농촌지역의 빈곤실태를 파악하기 위한 설문조사가 2017년 2월에 7일간 현지에서 실시되었다.

설문조사 대상자는 도시지역에 거주하는 가정 중에 무작위로 선정된 207개 가정의 가구주와 주변 농촌지역에 거주하는 가정 중에 무작위로 선정된 206개 가정의 가구주이며, 총 413명이다. 분석수준은 가구주 개인(남자 또는 여자)이며, 이들을 대상으로 각 가정의 환경에 대한 다양한 설문 문항이 모두 조사되었다.

설문조사 진행은 영어를 잘하는 현지인 대학생들에게 농촌현장 방문을 하여 대면방식으로 개개인에게 설문지 문항을 설명하고 응답자의 응답을 받아서 기입하도록 하였다. 설문지 담당자는 추후에 설문지 응답의 검토와 확인을 담보하기 위하여 응답자의 인적사항과 연락처를 확인하였다. 설문 조사 대상자의 현황은 다음 <표 3>과 같다.

<표 3> 네팔 조사대상의 인구사회적 통계현황

변수	집단	빈도	비율(%)	변수	집단	빈도	비율(%)
성별	여자	253	61.3	혼인	Single	87	21.1
	남자	160	38.7		Duo	326	78.9
가족수	1-4명	146	35.4	연령	~29세	170	41.2
	5-8명	232	56.2		30-49세	185	44.8
	9명 이상	35	8.5		50세 이상	58	14.0
지역	농촌	206	49.9	신분	Janajati	168	40.7
	도시	207	50.1		Sudhra	39	9.4
해독력	없음	65	15.7		Chettri	116	28.1
	있음	348	84.3		Brahmin	89	21.5
경작기간	없음	128	31.0	학력	초등	162	39.2
	1-9년	115	27.8		중고등	149	36.1
	10-19년	97	23.5		대학 이상	102	24.7
	20년 이상	73	17.7				

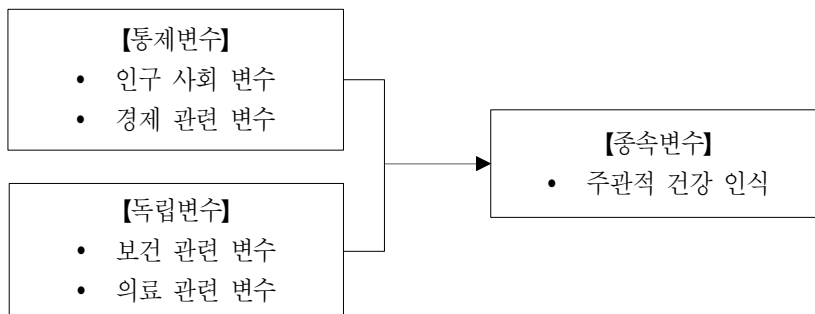
2. 연구 설계

1) 분석틀

본 연구는 네팔 티카폴 지역 주민들의 주관적 건강 인식에 영향을 주는 요인을 분석하고자 하는 바, <그림 1>과 같이 주관적 건강 인식을 종속변수로 설정하고, 인구사회적 변수와 경제 관련 변수를 통제변수로 설정하고, 보건 관련 변수들과 의료 관련 변수들을 독립변수로 설정하였다.

이번 분석에서 사용된 인구사회적 변수는 성별, 연령, 학력, 혼인, 도농지역, 가족수, 신분이고, 경제 관련 변수는 토지경작면적, 경작기간, 소득수준, 부업 소득활동이며, 보건 관련 변수는 보건교육여부, 운동여부, 흡연여부, 음주여부, 식사상태, 식수안전성, 화장실유무, 약물복용이고, 의료 관련 변수는 만성질환, 의료서비스, 설사경험, 본인말라리아경험, 기생충감염여부이다. 종속변수에 사용된 주관적 건강상태는 ‘당신의 건강은 어떠한가?’라는 질문에 1) 매우 건강하지 않다, 2) 건강하지 않다, 3) 보통이다, 4) 건강하다, 5) 매우 건강하다는 5점 척도로 측정하였다.

<그림 1> 네팔 조사연구 분석틀



2) 독립변수의 더미화

주관적 건강상태에 대한 로지스틱 회귀분석을 수행하기 위해서 <표 4>처럼 이

리한 독립변수와 통제변수 중 범주형 변수는 더미(dummy) 변수로 전환되었다.

<표 4> 네팔 로지스틱 회귀분석을 위한 더미변수

변수 (First)	더미화 변수			
	(0)	(1)	(2)	(3)
신분	Janajati	Sudhra	Chettri	Brahmin
경작기간	하지 않음	1~10년	11~20년	21년 이상
연령	29세 이하	30-49세	50세 이상	
소득수준	낮음	보통	높음	
학력	무학~5학년	6-10학년	11-19학년	
가족수	1-4명	5-8명	9명 이상	

신분^a은 Janajati을 기준으로 Sudhra, Chettri, Brahmin로 구분하고, 경작기간은 경작 않음을 기준으로 1~10년, 11~20년, 21년 이상으로 구분하였다. 연령은 29세 이하를 기준으로 30-49세, 50세 이상으로 구분하고, 소득수준은 낮음을 기준으로, 보통, 높음으로 구분하고, 학력은 무학~5학년을 기준으로 6-10학년, 11-19학년으로 구분하고, 가족수는 1-4명을 기준으로 5-8명, 9명 이상으로 구분하였다.

해독력, 부업소득활동여부, 보건교육여부, 운동여부, 흡연여부, 음주여부, 식수안전성여부, 화장실유무, 약물복용여부, 만성질환여부, 의료서비스여부, 설사여부, 본인말라리아경험여부, 기생충감염여부는 아닐 경우 0, 그럴 경우 1로 코딩하였다. 성별은 여자 0, 남자 1로 코딩하고, 혼인은 Single 0, Due 1로 코딩하고, 지역은 농촌 0, 도시 1로 코딩하고, 식사상태는 나쁨 0, 좋음 1로 코딩하고, 토지면적은 1헥타 미만 0, 1헥타 이상 1로 코딩하였다.

3) 종속변수의 코딩

설문지 응답자들의 주관적 건강상태는 5점 척도를 조사되었다. 그러나 응답자 중에서 ‘보통’과 ‘건강’의 응답자가 95%에 달하기 때문에,²⁾ 본 연구는 분석

2) 주관적 건강 인식에 대한 응답은 ‘매우 부실’ 응답자 4명, ‘부실’ 응답자 15명, ‘보통’ 응답자 143명, ‘건강’ 응답자 248명, ‘매우 건강’ 응답자 3명으로 나왔다.

과 해석의 편의를 위해서 이들 응답자를 ‘보통 이하’와 ‘건강’으로 구분하였다. 따라서 주관적 건강 상태에 대해서 보통 이하로 응답한 사람은 0으로, 그리고 건강하다고 응답한 사람은 1로 코딩되었다.

자신의 주관적 건강상태를 ‘보통 이하’로 응답한 사람은 162명(39.3%)이었고 ‘건강’으로 응답한 사람은 251명(60.7%)이었다(<표 5> 참조).

<표 5> 주관적 건강 인식에 대한 응답 (n=413)

변수	빈도(%)	코딩
Fair Normal Health (보통 이하)	162 (39.3)	0
Good Health (건강함)	251 (60.7)	1

3. 분석방법

이번 분석을 위해서 통계분석 패키지로 PASW SPSS 25.0이 사용되었다. 그리고 분석에 사용된 기법으로 먼저 사용된 교차분석은 명목변수 및 서열변수의 교차표에서 해당 빈도와 비율의 분포를 분석하는 것으로, 카이스퀘어(x^2) 검정을 실시하여 독립변수와 주관적 건강상태 간의 교차 분포 차이에 대한 유의미성을 살펴보는 것이며, 다음으로 사용된 위계적 로지스틱 회귀 분석은 단계별로 개인의 주관적 건강 상태에 대한 주요 독립변수들의 효과 변화를 파악하였다(Kang & Jeong, 2010).

Ⅲ. 분석 결과

1. 주요 변수에 따른 주관적 건강상태

1) 인구사회적 변수

개인의 인구사회적 변수와 주관적 건강상태의 교차빈도 관계를 분석한 결과

는 다음 <표 6>과 같다. 연령, 학력, 혼인, 지역, 신분, 해독력의 변수에서 통계적으로 유의미한 결과가 나타났다($p < 0.05$). 분석의 결과, 연령, 학력, 혼인, 지역, 신분, 해독력의 변수에서 통계적으로 유의미한 의미가 있었다.

이들의 응답자 중에서 연령이 낮을수록, 학력이 높을수록, 신분이 높을수록 ‘건강하다’고 응답자가 더 많았고, 또한 도시에 살고, 해독력이 있고, 싱글일 때 ‘건강하다’고 응답자가 더 많았다. 그러나 성별과 가족수는 교차 빈도 분포에서 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

<표 6> 네팔 인구사회적 변수에 대한 주관적 건강 인식과의 교차분석 결과

변수	구분	주관적 건강 상태		χ^2 (df)
		보통	건강	
성별	여성	108 (0.427)	145 (0.573)	3.284(1)+
	남성	54 (0.338)	106 (0.663)	
연령	~29세	47 (0.276)	123 (0.724)	21.665(2)***
	30-49세	80 (0.432)	105 (0.568)	
	50세~	35 (0.603)	23 (0.397)	
학력	무학~5학년	95 (0.586)	67 (0.414)	44.842(2)***
	6-10학년	46 (0.309)	103 (0.691)	
	11-19학년	21 (0.206)	81 (0.794)	
가족수	1-4명	54 (0.37)	92 (0.63)	2.512(2)
	5-8명	90 (0.388)	142 (0.612)	
	9명~	18 (0.514)	17 (0.486)	
혼인	Single	26 (0.299)	61 (0.701)	4.033(1)*
	Duo	136 (0.417)	190 (0.583)	
도농	농촌	113 (0.549)	93 (0.451)	42.114(1)***
	도시	49 (0.237)	158 (0.763)	
신분	Janajati	74 (0.44)	94 (0.56)	7.975(3)*
	Sudhra	19 (0.487)	20 (0.513)	
	Chettri	43 (0.371)	73 (0.629)	
	Brahmin	25 (0.281)	64 (0.719)	
해독력	아니오	43 (0.662)	22 (0.338)	23.465(1)***
	예	119 (0.342)	229 (0.658)	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 경제 관련 변수

경제 관련 변수와 주관적 건강상태의 교차빈도 관계를 분석한 결과는 다음 <표 7>과 같다. 토지면적, 경작기간, 소득수준, 부업소득활동 변수에서 통계적으로 유의미한 결과가 나타났다($p < 0.05$).

이들의 응답자 중에서 경작토지면적이 적을수록, 경작기간이 짧을수록, 소득수준이 높을수록, 부업소득활동을 할 때 '건강하다'고 응답자가 더 많았다.

<표 7> 네팔 경제적 변수에 대한 주관적 건강 인식과의 교차분석 결과

변수	구분	주관적 건강 상태		χ^2 (df)
		보통	건강	
토지면적	1미만	143 (0.379)	234 (0.621)	6.863(2)*
	1-2이상	19 (0.576)	17 (0.424)	
경작기간	하지않음	37 (0.289)	91 (0.711)	18.876(3)***
	10년미만	39 (0.339)	76 (0.661)	
	20년미만	44 (0.454)	53 (0.546)	
	20년이상	42 (0.575)	31 (0.425)	
소득수준	낮음	14 (0.467)	16 (0.533)	9.315(2)**
	보통	61 (0.492)	63 (0.508)	
	높음	87 (0.336)	172 (0.664)	
부업소득활동	아니오	108 (0.441)	137 (0.559)	5.959(1)*
	예	54 (0.321)	114 (0.679)	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3) 보건 관련 변수

보건 관련 변수와 주관적 건강상태의 교차빈도 관계를 분석한 결과는 다음 <표 8>과 같다. 보건교육여부, 운동여부, 흡연여부, 식사상태, 식수안전성 변수에서 통계적으로 유의미한 결과가 나타났다($p < 0.05$).

이들의 응답자 중에서 보건교육을 받았을 때, 운동을 할 때, 흡연을 하지 않을 때, 식사 상태가 좋을 때, 식수안전성이 없을 때 '건강하다'고 응답자가 더

많았다. 그러나 음주여부, 화장실유무, 약물복용은 교차 빈도 분포에서 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 특히 식수안전성과 관련한 응답은 티카폴 바로 옆에 히말리야 산맥에서 흘러내리는 기르와 강(Girwa river)의 깨끗한 물이 주관적 건강 상태에 수질의 안정성이 확보되었다는 수돗물 또는 지역 지하수보다 더 좋다고 생각하는 것을 간접적으로 보여주는 것이다.

<표 8> 네팔 보건건강 변수에 대한 주관적 건강 인식과의 교차분석 결과

변수	구분	주관적 건강 상태		χ^2 (df)
		보통	건강	
보건교육여부	아니오	92 (0.5)	92 (0.5)	16.161(1)***
	예	70 (0.306)	159 (0.694)	
운동여부	아니오	134 (0.439)	171 (0.561)	10.850(1)**
	예	28 (0.259)	80 (0.741)	
흡연여부	아니오	142 (0.375)	237 (0.625)	5.970(1)*
	예	20 (0.588)	14 (0.412)	
음주여부	아니오	135 (0.392)	209 (0.608)	.000(1)
	예	27 (0.391)	42 (0.609)	
식사상태	나쁨	27 (0.614)	17 (0.386)	10.125(1)**
	좋음	135 (0.366)	234 (0.634)	
식수안전성	아니오	48 (0.282)	122 (0.718)	14.638(1)***
	예	114 (0.469)	129 (0.531)	
화장실유무	아니오	54 (0.415)	76 (0.585)	.426(1)
	예	108 (0.382)	175 (0.618)	
약물복용	아니오	160 (0.394)	246 (0.606)	.339(1)
	예	2 (0.286)	5 (0.714)	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4) 의료 관련 변수

의료 관련 변수와 주관적 건강상태의 교차빈도 관계를 분석한 결과는 다음 <표 9>와 같다. 만성질환, 설사 변수에서 통계적으로 유의미한 결과가 나타났다 ($p < 0.05$).

이들의 응답자 중에서 만성질환이 없을 때, 설사경험이 없을 때, '건강하다'고 응답자가 더 많았다. 다만, 의료서비스여부, 본인말라리아경험, 기생충감염여부는 교차 빈도 분포에서 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

<표 9> 네팔 의료질병 변수에 대한 주관적 건강 인식과의 교차분석 결과

변수	구분	주관적 건강 상태		x ² (df)
		보통	건강	
만성질환	아니오	43 (0.27)	116 (0.73)	16.092(1)***
	예	119 (0.469)	135 (0.531)	
의료서비스	아니오	66 (0.363)	116 (0.637)	1.197(1)
	예	96 (0.416)	135 (0.584)	
설사경험	아니오	108 (0.334)	215 (0.666)	20.834(1)***
	예	54 (0.6)	36 (0.4)	
본인말라리아경험	아니오	156 (0.391)	243 (0.609)	.080(1)
	예	6 (0.429)	8 (0.571)	
기생충감염여부	아니오	137 (0.383)	221 (0.617)	1.033(1)
	예	25 (0.455)	30 (0.545)	

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

2. 주관적 건강상태에 대한 로지스틱 회귀분석

네팔 티카폴 농촌지역 주민의 주관적 건강 상태에 영향을 주는 변수들을 파악하기 위하여 4단계의 위계적 로지스틱 회귀분석이 <표 10>처럼 사용되었는데, 인구사회적 변수(성별, 연령, 혼인, 학력, 가족수, 도농지역, 신분, 독해력 여부), 경제 관련 변수(경작토지면적, 경작기간, 소득수준, 부업소득), 보건 관련 변수(보건교육여부, 운동여부, 흡연여부, 음주여부, 식사상태, 식수안전성여부, 화장실유무, 마약여부), 의료 관련 변수(만성질환여부, 의료서비스여부, 설사경험여부, 말라리아경험여부, 기생충감염여부)가 차례로 투입되었다.

이들 각 단계의 모형은 모두 유의미하였다(p<0.001). 로지스틱 분석모형 중에서 전체 변인들을 포함하는 4단계의 설명력은 73.5%에 달하고 있다.

<표 10> 주관적 건강상태에 대한 위계적 로지스틱 회귀분석 결과 (First method)

변수	모형 I		모형 II		모형 III		모형 IV	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
성별	0.506+	1.658	0.565*	1.759	0.592+	1.807	0.513	1.670
연령								
연령(1)	-0.373	0.689	-0.461	0.631	-0.458	0.633	-0.47	0.625
연령(2)	-1.183**	0.306	-1.253**	0.286	-1.192*	0.304	-1.171*	0.310
혼인	-0.14	0.870	-0.129	0.879	-0.289	0.749	-0.27	0.763
학력								
학력(1)	0.67*	1.955	0.685*	1.983	0.608+	1.837	0.646+	1.908
학력(2)	0.811*	2.250	0.74+	2.096	0.624	1.867	0.491	1.634
가족수								
가족수(1)	0.217	1.242	0.128	1.137	0.187	1.206	0.058	1.059
가족수(2)	0.02	1.021	-0.159	0.853	0.185	1.203	0.16	1.173
도농	1.532***	4.628	1.51***	4.529	1.388***	4.009	1.441***	4.226
신분								
신분(1)	-0.4	0.671	-0.454	0.635	-0.532	0.587	-0.77	0.463
신분(2)	-0.611+	0.543	-0.713*	0.490	-0.793*	0.452	-1.107**	0.330
신분(3)	0.323	1.382	0.211	1.235	0.064	1.066	-0.117	0.889
독해력여부	0.225	1.252	0.22	1.246	0.154	1.166	0.056	1.058
경작토지면적			-0.387	0.679	-0.278	0.757	-0.268	0.765
경작기간								
경작기간(1)			-0.101	0.904	-0.377	0.686	-0.43	0.650
경작기간(2)			0.143	1.154	-0.001	0.999	0.04	1.040
경작기간(3)			0.184	1.201	-0.069	0.933	-0.11	0.896
소득수준								
소득수준(1)			0.089	1.093	-0.046	0.956	0.14	1.150
소득수준(2)			0.464	1.591	0.061	1.063	0.366	1.442
부업소득여부			0.126	1.135	0.145	1.156	0.162	1.176
보건교육여부					0.515*	1.674	0.566*	1.761
운동여부					0.157	1.170	-0.012	0.988
흡연여부					-0.732	0.481	-0.585	0.557
음주여부					0.294	1.341	0.227	1.254

식사상태					1.158**	3.183	1.357**	3.884
식수안전성					-0.623*	0.536	-0.724*	0.485
화장실유무					-0.181	0.835	-0.24	0.787
마약여부					0.87	2.388	1.039	2.826
만성질환여부							-0.892**	0.410
의료서비스여부							0.579*	1.784
설사경험							-0.727*	0.483
말라리아경험							-0.086	0.917
기생충감염여부							-0.06	0.942
Constant	-0.576	0.562	-0.773	0.461	-0.913	0.401	-0.479	0.619
N	412		412		412		412	
모형 χ^2 (df)	92.775(13)***		96.59(20)***		117.722(28)***		136.981(33)***	
H-L적합도	0.127		0.303		0.024		0.051	
-2LL	458.559a		454.744a		433.611a		414.353a	
Nagelkerke R^2	0.273		0.283		0.337		0.383	
예측율	70.1		69.7		72.1		73.1	

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

먼저, 모형 I의 경우 인구사회적 변수(성별, 연령, 혼인, 학력, 가족수, 도농 지역, 신분, 독해여부)를 로지스틱 회귀분석에서 분석한 결과, 연령, 학력, 지역의 변수가 네팔 티카폴 지역 주민들의 주관적 건강 상태에 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다. 유의미한 변수의 건강할 가능성(Odds)을 살펴보면, 29세 이하에 비해 50세 이상의 경우 0.306배 낮은(-1.183) 반면에, 무학~5학년에 비해 6~10학년의 경우 1.955배 높고(0.67), 11~19학년의 경우 2.25배 높고(0.811), 농촌 주민에 비해 도시 주민의 경우 4.628배 높다(1.532).

둘째, 모형 II의 경우 인구사회적 변수에 경제 관련 변수(경작토지면적, 경작 기간, 소득수준, 부업소득)를 추가하여 로지스틱 회귀분석에서 분석한 결과, 성별, 연령, 학력, 지역, 신분의 변수가 네팔 티카폴 지역 주민들의 주관적 건강 상태에 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다. 유의미한 변수의 건강할 가능성(Odds)을 살펴보면, 29세 이하에 비해 50세 이상이 0.286배 낮고(-1.253), Janajati 신분에 비해 Chettri 신분이 0.49배 낮은(-0.713) 반면에, 여자에 비해

남자가 1.759배 높고(0.565), 무학~5학년에 비해 6-10학년이 1.983배 높고(0.685), 농촌 주민에 비해 도시 주민이 4.529배 높다(1.51).

셋째, 모형 III의 경우 인구사회적 변수와 경제 관련 변수에 보건 관련 변수(보건교육여부, 운동여부, 흡연여부, 음주여부, 식사상태, 식수안전성여부, 화장실유무, 마약여부)를 추가하여 로지스틱 회귀분석에서 분석한 결과, 연령, 지역, 신분, 보건교육, 식사상태, 식수안전의 변수가 네팔 티카폴 지역 주민들의 주관적 건강 상태에 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다. 유의미한 변수의 건강할 가능성(Odds)을 살펴보면, 29세 이하에 비해 50세 이상이 0.304배 낮고(-1.192), Janajati 신분에 비해 Chettri 신분이 0.452배 낮은(-0.793) 반면에, 농촌 주민에 비해 도시 주민이 4.009배 높고(1.388), 보건교육을 안 받은 경우에 비해 받은 경우가 1.674배 높고(0.515), 식사상태가 안 좋은 경우보다 좋은 경우가 3.183배 높고(1.158), 식수안전이 없는 경우에 비해 있는 경우가 오히려 0.536배 낮다(-0.623).

넷째, 모형 IV의 경우 인구사회적 변수와 경제 관련 변수와 보건 관련 변수에 의료 관련 변수(만성질환여부, 의료서비스여부, 설사경험여부, 말라리아경험여부, 기생충감염여부)를 추가하여 로지스틱 회귀분석에서 분석한 결과, 연령, 지역, 신분, 보건교육, 식사상태, 만성질환, 의료서비스, 설사경험의 변수가 네팔 티카폴 지역 주민들의 주관적 건강 상태에 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다. 유의미한 변수의 건강할 가능성(Odds)을 살펴보면, 29세 이하에 비해 50세 이상이 0.31배 낮고(-1.171), Janajati 신분에 비해 Chettri 신분이 0.33배 낮고(-1.107), 만성질환이 없는 경우에 비해 있는 경우가 0.41배 낮은(-0.892) 반면에, 농촌 주민에 비해 도시 주민이 4.226배 높고(1.4413), 보건교육을 안 받은 경우에 비해 받은 경우가 1.761배 높고(0.566), 식사상태가 안 좋은 경우에 비해 좋은 경우가 3.884배 높고(1.357), 의료서비스를 받지 않은 경우에 비해 받은 경우가 1.784배 높고(0.579), 설사경험을 하지 않은 경우에 비해 경험한 경우가 0.483배 낮다(-0.727), 식수가 안전하지 않는 경우에 비해 안전한 경우가 0.485배 낮다(-0.724).

IV. 결론 및 시사점

본 연구는 인도 북부 지역에 가까운 네팔 서부의 티카풀 농촌지역에 거주하는 주민들의 주관적 건강상태에 대한 효과를 고찰하고자 하는 것으로, 주요 종속변수는 티카풀 농촌지역 주민들의 주관적 건강상태이고, 통제변수는 인구사회적 변수와 경제 관련 변수이며, 독립변수는 보건 관련 변수, 의료 관련 변수이다.

먼저, 네팔 티카풀 지역 주민들의 주관적 건강상태와 주요 변수들 간의 상호 분포에 있어서 유의미한 관계를 가지고 있는지 분석하기 위한 교차분석의 카이스퀘어(χ^2) 검정이 실시되었다. 분석 결과를 살펴보면, 인구사회적 변수 중에서 연령이 낮을수록, 학력이 높을수록, 신분이 높을수록 그리고 도시에 살고, 해독력이 있고, 싱글일 때 '건강하다'고 응답자가 더 많았다. 그러나 성별, 가족수는 교차 빈도 분포에서 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 경제 관련 변수 중에서 경작토지면적이 적을수록, 경작기간이 짧을수록, 소득수준이 높을수록, 부업소득활동을 할 때 '건강하다'고 응답자가 더 많았다. 보건 관련 변수 중에서 보건교육을 받았을 때, 운동을 할 때, 흡연을 하지 않을 때, 식수안전성이 없을 때, 식사 상태가 좋을 때 '건강하다'고 응답자가 더 많았다. 그러나 음주여부, 화장실유무, 약물복용은 교차 빈도 분포에서 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 의료 관련 변수 중에서 만성질환이 없을 때, 설사경험이 없을 때, '건강하다'고 응답자가 더 많았다. 다만, 의료서비스여부, 본인말라리아경험, 기생충감염여부는 교차 빈도 분포에서 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

둘째, 인구사회적 변수와 경제 관련 변수의 통제 하에서, 건강 관련 변수와 의료 관련 변수가 티카풀 지역 주민들의 주관적 건강상태에 미치는 정도를 파악하고자 4단계 위계적 로지스틱 회귀분석이 실시되었다. 분석 결과를 살펴보면, 모형 I에서 연령, 학력, 지역의 변수가 유의미하고, 모형 II에서 성별, 연령, 학력, 지역, 신분의 변수가 유의미하며, 모형 III에서 연령, 지역, 신분, 보건교육, 식사상태의 변수가 유의미하고, 모형 IV에서 연령, 지역, 신분, 보건교육, 식사상태, 만성질환, 의료서비스, 설사경험, 식수안전의 변수가 유의미하였다.

모형 IV에서 전체 변수에 대한 분석 결과를 살펴보면, 인구사회적 변수 중에 연령(50세 이상, 0.31배, -1.171), 지역(도시 주민, 4.226배, 1.441), 신분(Chettri, 0.33배, -1.107)이 유의미한 변수이고, 보건 및 의료 관련 변수 중에 보건교육여부(1.761배, 0.566), 식사상태(3.884배, 1.357), 만성질환경험(0.41배, -0.892), 의료서비스경험(1.784배, 0.579), 설사경험(0.483배, -0.727), 식수안전여부(0.485배, -0.724)이 유의미한 변수이다. 경제 관련 변수 중에 유의미한 변수가 없다.

일부 변수의 유의미성 변화를 살펴보면, 통제변수들 중에서 성별 변수는 인구사회적 변수군과 경제 관련 변수군과 함께 있는 모형 II에서만 유의미한 영향을 미치고 있었다. 학력 변수 중 6-10학년은 모형 I에서만 유의미하였을 뿐이고, 11-19학년은 모형 I 과 II에서만 유의미하였다. 신분 변수 중 Janajati 신분은 모형 II~IV에서 유의미하게 나왔다. 즉 남녀 성별 차이는 주관적 건강 인식에 영향을 주지 않으며, 학력은 모형 I에서만 유의미할 뿐이지만, 신분은 모형 II부터 계속 유의미할 만큼 큰 영향을 주고 있다. 반면에 연령 변수인 50세 이상과 지역 변수인 도시 주민은 모든 모형에서 계속 유의미하게 나왔다.

네팔 티카폴 지역은 모자보건을 위한 다양한 프로그램을 수행한 KOICA HIT(Health services Improvement in Tikapur) 보건사업을 완료한 지역이지만, 이번 분석의 결과를 토대로 SDGs 증진의 맥락에서 네팔 티카폴 지역주민의 주관적 건강상태 향상을 위한 보건 및 의료 분야의 ODA 지원 방안에 대한 시사점을 제시하자면 다음과 같다.

첫째, 만성질환 경험과 의료서비스 부재가 네팔 티카폴 지역 주민의 주관적 건강 상태에 부정적인 영향을 주고 있기 때문에 네팔 티카폴 지역에 대한 KOICA의 ODA 지원은 SDGs의 맥락에서 모자보건 지원과 더불어 만성질환 치료를 위한 다양한 의료서비스 시설과 프로그램을 함께 제공해야 할 것이다.

둘째, 설사 경험이 역시 지역주민의 주관적 건강 상태에 부정적인 영향을 주고 있다. 설사는 특히 불량한 식수의 섭취로 발생하기 때문에 설사 질병을 사후에 치료하는 의료적 지원을 추진할 뿐만 아니라 설사 원인을 사전에 예방할 수 있는 안전한 지역 식수를 확보하고 섭취하도록 하기 위한 다양한 지원 정책이 추진되어야 한다.

셋째, 주민들의 육체 건강과 밀접한 관계를 가진 식사상태 정도가 자신의 주관적 건강 상태에 영향을 주는 것으로도 나타났다. ODA 보건 지원 사업은 주민들의 건강 상태를 체크하고 이들의 식사 상태를 모니터링하며 적절한 식사 프로그램을 제공할 수 있어야 한다.

넷째, 보건교육 여부가 네팔 티카폴 농촌지역 주민의 주관적 건강 향상에 유의미한 효과를 주고 있는 것으로 나타났다. 다양한 보건 교육의 내용이 가능하지만, 이번 분석에서도 유의미한 영향을 보이는 만성질환 예방, 식수 오염 예방, 설사 예방을 위한 관련 보건교육을 받을 수 있도록 프로그램 및 홍보 활동이 제공되어야 할 것이다. 뿐만 아니라 관련된 의료적 지원과 주민 위생 홍보가 체계적으로 이루어져야 한다.

다섯째, 인구사회적 측면에서 볼 때 농촌지역에서, 50대 이상인 사람, Janajati 계급이 주민의 주관적 건강상태에 유의미한 영향을 주는 요인들이다. 네팔 티카폴 지역 주민의 건강을 위한 보건·의료 지원체계는 이들 지원 대상을 타겟으로 차별적인 맞춤형 보건 사업 및 프로그램을 제공해야 한다.

여섯째, 교차분석에서 주관적 건강 상태와 유의미한 관계를 보였던 연령대, 학력, 해독력, 혼인여부, 흡연문제 및 음주문제, 운동부족 등의 잠재적인 요인은 네팔 정부의 보건정책 및 ODA 보건사업 프로그램으로 계속 관리되어야 한다. 또한 개인의 신체적 건강을 증진시킬 수 있는 운동 유지, 음주 및 흡연 자제를 위한 건강 프로그램 실시를 지원하여야 한다.

사랑하는 삼위 하나님과 주님에게 이 글을 드립니다.

참고문헌

- 김명일·이상우·김혜진. 2013. 서울시 거주노인의 주관적 건강인식 연구: 다층 모형 적용을 통한 개인의 노후준비와 지역효과 검증. 「보건사회연구」 33(3): 327-360.
- 김은엽·임근옥·이현실. 2009. 일개지역 노인의 건강인식 및 건강관리에 관한

- 연구. 「한국산학기술학회논문지」 10(10): 2974-2984.
- 김진영·송예리아·백은정. 2013. 학력과 주관적 건강의 관계: 노동시장 지위와 경제적 지위를 통한 연결. 「한국사회학」 47(2): 211~239.
- 김진현·원서진. 2011. 노후 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 영향: 건강행태와 사회적 지지의 매개된 조절효과 분석. 「한국노년학」 31(3): 463~478.
- 서문진희·이현아. 2011. 주관적 건강인식과 사회적 지지가 자살생가에 미치는 영향에 관한 연구: 우울감 매개효과를 중심으로. 한국정신보건사회복지학회 2011년 춘계학술대회, 2011.5, 305-329.
- 송인하·이하나. 2011. 사회경제적 박탈이 주관적 건강에 미치는 영향: 시민적 낙관의 매개효과. 「서울도시연구」 12(3): 33-51.
- 오영희·배화옥·김윤신. 2006. 우리나라 노인의 주관적 건강인식과 신체적 및 정신적 기능상태의 관련성 연구. 「韓國老年學」 26(3): 461~476.
- 우혜경·문옥륜. 2008. 주관적 건강상태에 따른 사망률 차이. 한국보건행정학회 「보건행정학회지」 18(4): 49-65.
- 정민수·박은정. 2013. 인권과 건강의 상호교차성: 보건의료의 측면에서 본인 간 존엄성과 사회적 존엄성. 「한국의료법학회지」 21(2): 7-28.
- 정민수·조병희. 2011. 지역사회역량이 건강에 미치는 영향에 대한 다수준 분석: 사회의 질 증진에 주는 함의. 「보건교육·건강증진학회지」 28(4): 1-14.
- 조창현·김창수·백인립. 2015. 탄자니아 지역공동체와 사회자본에 대한 실증분석: 리아몽구 주민의 인식도 조사를 중심으로. 「아프리카연구」, 37: 175-212.
- 조창현·김창수·유평준·최무현. 2016. “탄자니아 농촌지역 삶의 질 결정요인에 대한 실증분석: 리아몽구 주민의 주관적 만족도를 중심으로 ODA 및 SDG의 맥락에서.” 연세대학교 빈곤문제국제개발연구원 「지역발전연구」, 25(특별호): 111-147.
- 조창현·김창수·이규재. 2015. 주관적 건강인식 결정요인에 대한 사회자본 효과 실증분석: 탄자니아 리아몽구의 지역발전과 ODA 맥락에서. 『공공사회연구』 5(2): 227-260.
- 조창현·유평준. 2015. 지속가능발전 추진동향과 정부의 대응방향: 향후 Post-2015 SDG의 맥락에서. 「창조와 혁신」, 8(3): 17-254.

- 조창현·유평준. 2016. 지속가능한 개발 목표의 전략적 이행방안 연구: 탄자니아 보건 사례를 중심으로. 『창조와 혁신』 9(2): 217-254.
- 조창현·정무권. 2017. 농촌 지역주민들의 주관적 건강상태 결정요인: 아프리카 탄자니아 리아몽구 지역. 『지역발전연구』 26(2): 123-144.
- 조창현·정무권. 2017. 지속가능한 보건 서비스 지원체제 구축 방안: 탄자니아 SDGs 사례를 중심으로. 『공공사회연구』 7(2): 205-241.
- 조창현·주영규·한상일·최무현. 2015. 탄자니아 공동체의 참여와 사회자본에 대한 실증 분석: 리아몽구(Lyamungu) 농촌지역의 내생적 발전 맥락에서. 『현대사회와 행정』, 25(2): 151-181.
- Amrit Dangi. 2015. Factors Associated with Self-Rated Health Among Elderly People Living in Old Age Homes of Kathmandu Valley, Nepal. Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Social Sciences.
- Bound J. 1991. Self-reported versus objective measures of health in retirement models. *J Hum Resour* 26(1): 106-138.
- Breslow L. 1989. Health status measurement in the evaluation of health promotion. *Medical Care* 27(3): S205-S216.
- Connelly, J.E., J. T. Philbrick, G.R. Smith Jr., D.L. Kaiser and A. Waimer. 1989. Health Perception of Primary Care Patients and the Influence on Health Care Utilization. *Medical Care* 27: 99-109.
- Crossley T.F. and Kennedy S. 1984. The reliability of self-assessed health status. *J* 14-4. Goldstein MS, Siegel JM, Boyer R. Predicting changes in perceived health status. *Am J Public Health* 74(6): 611-614.
- Erosheva E., Walton E. C. and Takeuchi D. T. 2007. Self-rated health among foreign and U.S.-born Asian Americans: a test of comparability. *Medical Care* 45(1): 80-87.
- Fayers P. and Hays R. 2005. Assessing quality of life in clinical trials: methods and practice. 2nd ed. New York: Oxford University Press.

- Ferraro, K. F. 1980. Self-ratings of Health among the Old and the Old-Old. *Journal of Health and Social Behavior* 21: 377-383.
- García-Muñoz, T., Neuman, S. and Neuman, T. 2014. Subjective health status of the older population: Is it related to country-specific economic development measures? Working Papers, Bar-Ilan University, Department of Economics, No. 2014-02.
- Ghimire N, Dhakal P, Norrish D, Dangal G, Sharma D, Dhimal M, Aryal KK, Jha BK, and Karki KB. 2015. Menopausal Health Status of Women of Kapilvastu District of Nepal. *JNHRC* 13(31): 182-7.
- Goldstein M. S., Siegel J. M. and Boyer R. 1984. Predicting changes in perceived health status. *American Journal of Public Health* 74(6): 611-614.
- Hom Nath Chalise, Tami Saito, Ichiro Kai. 2007. Self-reported health: A study of older adults from a developing country: Nepal. *BioScience Trends* 1(2): 102-107.
- Hunt, S. M., McEwen, J., McKenna, S. R. 1985. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1985(April): 185-188.
- Ingvard Wilhelmsen, Sobbie Mulindi, David Sankok, Ane B. Wilhelmsen, Hege R. Eriksen & Holger Ursin. 2009. Subjective health complaints are more prevalent in Maasais than in Norwegians. *Nordic Journal of Psychiatry* 61(4): 304-309.
- Kipp W., Matukala N., kosi T., Laing L. and Jhangri G.S. 2006. Care burden and self-reported health status of informal women caregivers of HIV/AIDS patients in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *AIDS Care* 18(7): 694-697.
- KoFID. 2015. 『유엔의 Post-2015 개발의제와 지속가능발전목표 주요 내용과 의의』.
- Lee H.I., Nam E.W. and Song J.S. 2014. West African Pregnancy Experienced Women's Self-Rated Health and Related Factors: Case of Democratic

- Republic of the Congo. *Health Policy and Management* 24(1): 85–91.
- Mathew A. Mwanyangala, Charles Mayombana, Honorathy Urassa, Jensen Charles, Chrizostom Mahutanga, Salim Abdullah and Rose Nathan. 2010. Health status and quality of life among older adults in rural Tanzania. *Global Health Action* 36–44.
- Nepal. 2017a. National Report on the Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development—Draft for Discussion.
- Nepal. 2017b. Sustainable Development Goals—Status and Roadmap 2016–2030.
- Ofstedal, M. B., Zimmer, Z., Cruz, G., Chan, A., & Chuang, Y. L. 2004. Self-assessed health expectancy among older adults: A comparison of six Asian settings. *Hallym International Journal of Aging*, 6(2), 95–117.
- Oh Y.H., Bae H.O. and 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.
- Pratik Adhikary, Padam P Simkhada, Edwin R van Teijlingen and Amalraj E Raja. 2008. Health and lifestyle of Nepalese migrants in the UK. *BMC International Health and Human Rights* 8(6): 1–8.
- Robert A. LeVine, Sarah E. LeVine, Meredith L. Rowe, Beatrice Schnell-Anzola. 2004. Maternal literacy and health behavior: a Nepalese case study. *Social Science & Medicine* 58: 863–877.
- Ware, J. E. Jr. 1987. Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronic Diseases* 40: 473–480.
- WHO. 1998. *Health Promotion Glossary*. Geneva. World Health Organization.
- Yoon B.J. 1998. A study on determinants of self-evaluated health status. *Annu Bull Seoul Health Coll* 18(1): 45–57.



Determinants of Local Community Residents on the Self-rated Health: In the Context of SDGs and ODA In the Area of Tikapul in Nepal

Chang-hyon Jo
Yonsei University IPAID, Korea

The purpose of this study is to analyze the determinants of subjective health perceptions by self-rated questionnaires on the subjective health of residents of Nepal Tikapur region and to suggest the implications for ODA for the health promotion of rural residents. The survey was conducted randomly on 207 households in urban areas and 206 households in rural areas. The questionnaire on subjective health status consisted of demographic variables, economic variables, healthcare-related variables, and medical-related variables. Crosstab analysis and hierarchical logistic regression analysis were performed for data analysis.

In crosstab analysis, among the demographic variables, age, education, status, area, detainability, marriage, among the economic variables, size of cultivated land, cultivation period, income level, sideline income activity, among the healthcare variables, health education, physical exercise, smoking, food status, safe drinking water, among the medical variables, chronic diseases, diarrheal experience were significant variables. In the logistic regression analysis, age, area, status, healthcare education, food status, chronic disease experience, medical service experience, diarrhea experience and drinking safe water were significant variables. There are no significant variables among economic variables.

From the result of analysis, there are some suggested implications for ODA support in the health and medical area of Nepal Tikapul. First, in addition to providing maternal and child health care, we should provide various medical services and programs for the treatment of chronic diseases. Second, we should promote various ODA support policies to secure safe drinking water to prevent diarrhea as well as promote medical support to treat diseases. Third, we have to monitor the food status of the residents and provide appropriate dietary programs. Fourth, health education should be provided to prevent chronic diseases, drinking water pollution and diarrhea, and medical support and

public health promotion should be organized systematically. Fifth, in the demographic phase it is necessary to provide the targeted healthcare programs and projects for people in their 50s or older, for the Janajati class, and in the rural. Sixth, potential factors such as age, education, literacy, marital status, smoking and drinking and physical exercise which are significant in subjective health status in crosstab analysis should be managed by Nepal government's health policy and ODA health program. It should also support the implementation of healthcare programs for physical exercise maintenance, drinking and smoking cessation to improve the physical health of the individual.

[Key Words: Self-rated health; Resident's health; Healthcare service; Nepal Tikapul region]

논문접수일: 2018년 9월 20일

논문수정일: 2019년 4월 4일

게재확정일: 2019년 4월 17일

제1저자(주저자): 조창현(Chang-Hyon Jo)은 2005년 연세대학교 행정학 박사를 취득하였고, 2006년 서울대학교 행정대학원 BK21 사업단에서 근무한 후, 2008년부터 현재까지 연세대학교 빈곤문제국제개발연구원(IPAID)에서 전문연구원으로 재직하고 있다. 주요 관심 분야는 지역사회개발(community development), 조직혁신, 사회자본 등이며, 최근 주요 저술로는 “탄자니아 공동체의 참여와 사회자본에 대한 실증 분석”(2015), “탄자니아 지역공동체와 사회자본에 대한 실증 분석”(2015), “탄자니아 농촌지역 삶의 질 결정요인에 대한 실증 분석”(2016), “주관적 건강인식 결정요인에 대한 사회자본 효과 실증분석”(2015) 등이 있다 (joch21c@hanmail.net).