

일부 노인의 건강행동이 건강상태에 미치는 영향

김정원* · 김초강**

(*이화여자대학교 대학원 · **이화여자대학교 보건교육학과)

목 차

I. 서론	IV. 결론 및 제언
II. 연구방법	참고문헌
III. 조사결과 및 고찰	영문초록

I. 서론

모든 인간은 행복하고 건강하게 오래 살고 싶다는 공통된 열망을 가지고 있으며 그것은 또한 삶이 무엇인지 깨닫게 되는 순간부터 죽음을 맞이하는 순간까지 가장 절실하게 요구되는 문제이기도 하다.

최근 우리나라는 지속적인 경제성장으로 전반적인 생활수준이 향상됨과 더불어 의료보험제도와 의료시설의 확충으로 의료시설 이용 편의성이 향상되고, 영양상태 및 생활환경 등의 개선에 의해 국민의 평균수명이 늘어남에 따라 1996년 현재 65세 이상의 노인인구는 2,643,000명으로 전체인구의 약 5.8%이며 인구의 고령화 비율은 더욱 증가되어(보건복지부, 1996) 2000년에는 6.8%, 2020년에는 12.5%로 크게 증가할 것으로 추계되고 있고(신홍권, 1996) 이런 추세로 가면

2030년에는 “고령자의 세기”가 될 것이라고 전망하고 있다(김순이, 1996).

이와 아울러 그 동안 우리나라 국민의 평균수명이 1960년도에는 55.3세에 불과했던 것이 1995년도에는 72.9세로 연장되었으며, 2020년에는 77세로 대폭 늘어날 것으로 예측되어 조만간 우리나라도 노인인구의 양적 규모와 인구연령구조 양면에서 고령화된 사회를 맞이하게 될 것으로 보여진다(신홍권, 1996).

UN은 한 나라의 인구중에서 65세 이상의 노령인구 비율이 7% 이상인 나라를 노년인구국이라 정의했는데 일반적으로는 65세 이상 인구가 7% 이상인 사회를 ‘고령화 사회’, 65세 이상의 노인인구가 15% 수준에 머무는 경우 ‘고령사회’라 한다(조유향, 1995).

노화(aging)란 병리적이거나 이상한 것이 아니라 각 발달단계별 특성이 있듯이 노년기의 발달과정상 나타나는 특성이므로 부정적인 측면만을

강조하여 노인을 보는 견해는 옳지 못하다. 노년기는 신체·정신·사회·경제적 능력이 쇠퇴하는 시기여서 이로 인하여 당면하게 되는 문제와 관련하여 발생하는 많은 위기 상황이 예상되는데, 노년기에 있어서 건강의 중요성은 절대적이며, 행복하고 바람직한 삶을 유지하는데 가장 기본적으로 필수적인 요소이다(고승덕, 1996).

고령화 사회의 도래로 인한 노인문제 중에서도 특히 노인건강과 관련된 문제는 더욱 심각하게 제기되어진다. 노인의 불건강이 단순히 노화에 의해 발생하는 산물인양 치부되어지고 있는데, 노년기의 건강한 삶은 노인의 건강에 대한 바른 이해와, 최적의 건강상태에 도달하기 위한 노인 자신과 주변인들의 노력 여하에 따라 얼마든지 영위될 수 있는것임을 깨달아야 할 것이다.

노인의 건강에 영향을 미치는 요인으로는 유전적 요인, 환경적 요인, 질병관리 및 생활양식 등이 있는데(이영진, 1995), 보건학적 측면에서 보았을 때 영양, 운동, 휴식 등은 물론이고 음주, 흡연 등 건강과 관련된 일상행동이 건강상태나 질병에 미치는 영향은 매우 지대하며 사망률과도 관련이 있다. 선행연구의 결과를 살펴보면 흡연을 하는 노인은 전혀 흡연을 하지 않는 노인에 비해서 심장질환이 생길 위험이 60-70% 높으며(이영진, 1995), 흡연, 운동부족, 불규칙한 아침식사는 노인의 보건의료 이용률을 높이고(Lubben 외, 1989), 사망을 증가시키는 요인으로 나타났다(Kaplan 외, 1987).

또, 노인은 노화현상에 따른 기능저하와 더불어 만성퇴행성 쇠약성 질환이라는 독특한 질병구조를 갖는데 이러한 노인 질환은 본질상 장기적이며 치료의 방법이 다양하고 불확실하며 복합적인 양상을 띠므로써 이들의 질병관리를 급성질환 치료위주의 의료기관에 의지하는것은 의료비의 증가를 초래시킬 뿐 아니라 질병관리에

도 부적합한 것으로 나타나고 있다(김규순 외, 1991). 따라서 노인의 건강관리는 각 개인의 바람직한 건강행동을 통한 자기관리(self-care)가 필요하다 하겠다.

우리나라 노인건강과 노인문제에 관한 연구동향을 살펴보면 1970년대에 이르러서야 노인문제연구소(1971년)와 노년학회(1978년)가 구성되기 시작하였고, 1980년대부터 노년학회를 중심으로 노인문제, 노인복지, 노인건강 등에 관한 연구가 주로 이루어지고 있다(이영자, 1989). 노인의 건강을 주제로 한 연구 중 질병과정과 만성질환에 대한 것은 많지만 건강습관, 질병이환율, 사망률에 대한것이나 건강증진을 위한 것은 미미하게 이루어지고 있는데, 이는 오랜 기간 바람직하지 못한 건강행동을 지속해온 노인은 행동을 변화시키더라도 뚜렷하게 건강을 증진시키지 못한다고 생각하기 때문이다(Brown & McCreedy, 1986). 그러나 노인은 다른 연령집단보다 건강행동을 더 잘 이행하며 더 높은 건강의식이 있다고 보고되고 있는데(Ferraro, 1980) 그 이유에 대해서는 명확히 밝혀진 바가 없다. 국내의 노인건강에 관한 연구의 대부분에서 노인의 건강행위, 건강생활양식, 식생활·음주·흡연·운동 등과 건강과의 개별적 연구는 찾아볼 수 있으나 생활양식으로서 이 모든것을 포함한 건강행동과 건강상태와의 관계에 관한 포괄적 연구는 활발하게 이루어지지 않고 있다고 사료된다.

또, 건강은 환경과 인간의 상호작용 결과에 따라 영향을 받는것으로 도시와 농촌지역은 생활환경의 차이만큼 생활양식이 다르고, 도시노인에 비해 농촌노인의 경제력이 훨씬 약해서 건강관리능력 또한 도시노인에 비해 뒤질 수 밖에 없으며(이성관 등, 1985) 농촌지역은 보건의료 서비스가 충분히 제공되지 못하고 있어(기경숙, 1987) 일부지역 농촌에서 60세 이상 인구의 상

병율이 전국치보다 남녀 모두 1.3-2.2배나 높았다(김정자, 1989)는 연구결과도 보고된 바 농촌노인과 도시노인의 건강행동 및 건강상태는 같을 수 없을것으로 사료된다. 그러므로 본 연구의 목적은 서울노인과 농촌노인의 건강관련 행동과 건강상태를 조사하여 차이점을 파악하고 건강행동이 건강상태에 미치는 영향을 파악하여 지역 특성에 맞는 노인건강에 관한 보건교육의 기초 자료를 제공하려는데 그 목적을 둔다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 기간

본 연구는 60세 이상의 노인 500명을 대상으로 실시되었다. 도시노인의 경우는 서울특별시 강남구, 서대문구, 은평구에 소재한 16개의 노인정을 연구자가 임의로 선정하여 노인정에 나오신 노인 120명과 기타 재가노인 130명 등 총 250명을 대상으로 하였고, 농촌노인의 경우는 전라북도 정읍시 덕천면, 이평면에 거주하는 노인 가운데 가택노인 250명을 임의로 선정하여 가정과 노인정, 마을회관 등을 방문하여 설문조사를 실시하였다.

자료 수집기간은 1996년 8월 19일부터 8월 22일까지 4일간 30명의 서울노인들에게 사전조사를 실시한 후 설문지를 수정 보완하여 1996년 9월 29일부터 10월 10일까지 12일간에 걸쳐 본조사를 실시하였다.

자료 수집방법은 서울의 경우 연구자와 훈련된 연구보조자가 직접 임의로 선정한 노인정을 방문하여 연구의 목적과 설문내용 등을 사전에 설명한 후 조사대상자와 1대 1의 면접조사 방법을 통해 설문지를 작성하였고 기타 무작위로 선정한 가택 노인 역시 대상자의 가정을 방문하여 1대 1 면접방법으로 조사를 실시하였다. 농촌의

경우도 연구자와 훈련된 연구보조자가 각각 임의로 선정한 조사대상자의 가정을 방문하거나 노인들을 한 장소에 모이시도록 유도하여 연구의 취지와 설문내용 등을 사전에 설명한 후 조사대상자와 1대 1 면접방법으로 저술하였다.

회수된 설문지는 총 493부(회수율 98.6%)였으며 이 가운데서 응답내용이 부실하다고 판단되어진 5부를 제외한 488부만을 본 연구의 분석자료로 사용하였으며 이 중 서울노인의 응답자료는 243부, 농촌노인의 응답자료는 245부였다.

2. 연구 내용

본 연구를 위한 설문지의 내용은 대상자들의 일반적 특성, 건강행동, 건강상태 등 3가지 영역으로 구분되고, 연구 내용은 본 연구자가 선행연구자들의 연구를 참조하여 일부를 발췌한 후 설문지의 문항을 재구성하여 작성하였다.

건강행동은 Joung 등(1995), Kaplan 등(1987), Laurence 등(1984), Lubben 등(1989), Ruigómez 등(1995), LaCroix 등(1993)의 연구도구 및 고금자(1987)가 개발한 연구도구와 연세대학교 강화지역사회 보건원(1994), 서울대학교 의과대학과 의료보험관리공단(1996)에서 개발한 연구도구 가운데서 발췌하여 수정 보완한 후 사용하였고, 건강상태 중 스스로 평가하는 건강상태를 측정하는 도구는 김숙영(1992)이 인용한 것으로 Northern Illinois University에서 개발한 Health and Activity Survey 중 Health Self Rating Scale과 이가옥 등(1994), Maddox 등(1973), LaRue 등(1979), Ferraro(1980), Mossey 등(1982), Brown 등(1986), Idler등(1990), 서울대학교 의과대학과 의료보험관리공단(1996)에서 개발한 것을 발췌하여 수정 보완하였고, 일상생활수행능력(ADL)과 수단적 일상생활수행능력(IADL)은 이가옥 등(1994), 진기남 등(1995), 고승덕

(1996), Fitzgerald 등(1993), Wolinsky 등(1995)의 연구도와 신촌 세브란스 노인병 클리닉에서 개발한 연구도구를 참조·발췌하여 수정 보완한 후 사용하였다. 본 연구에서 사용된 설문지의 건강상태 측정도구 중 건강행동 수준 측정도구와 스스로 판단하는 건강상태 즉, 자가평가 건강상태(self-rated health status), 그리고 일상생활수행능력(ADL) 및 수단적 일상생활수행능력(IADL)에 대한 각 항목별 신뢰도 계수는 <표 1>과 같다.

<표 1> 항목별 신뢰도 계수

항 목	Cronabach's α
건강행동	0.7652
스스로 평가하는 건강상태 (self-rated health status)	0.6313
일상생활수행능력(ADL), 수단적 일상생활수행능력(IADL)	0.9031

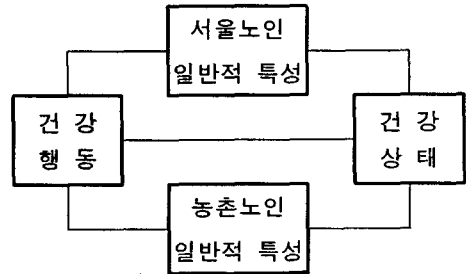
설문지의 내용에서 일반적 특성은 연령, 성별, 거주지역, 교육수준, 결혼상태, 가족형태, 주 수입원, 현재 취업 여부 등 8개 문항이고, 건강행동은 음주, 흡연, 식생활, 수면, 운동, 위생, 건강관리 등에 관한 15개의 문항, 건강상태는 스스로 평가하는 건강상태, 일상생활수행능력과 수단적 일상생활수행능력 등에 관한 문항 17개 등 총 40개 문항으로 구성되어 있다 <표 2>

<표 2> 연구 내용

조사항목	내 용	문항수
일반적 특성	연령, 성별, 거주지역, 교육수준, 결혼상태, 가족형태, 주 수입원, 현재 취업 여부	8
건강행동	음주, 흡연, 식생활, 수면, 운동, 위생, 건강관리	15
건강상태	스스로 평가하는 건강상태, 일상생활수행능력, 수단적 일상생활수행능력	17
합 계		40

3. 자료 분석

본 연구의 종속변수는 건강상태이고 일반적 특성, 건강행동을 독립변수로 하여 서울 및 농촌 지역간의 차이를 분석하였으며 본 연구의 분석 모형은 <그림 1>과 같다.



<그림 1> 분석모형

건강행동에 관한 총 15개의 문항은 각 문항별로 그렇게 하는 경우 1점, 그렇게하지않는 경우 0점을 부과하여 15점을 만점으로 하였다.

건강상태에 대한 문항 중 스스로 평가한 건강상태 3문항은 각 문항을 3단계 척도로 나누어 “좋은 편이다” 3점, “보통이다” 2점, “나쁜 편이다” 1점으로 점수화 하였고, 일상생활수행능력(ADL)과 수단적 일상생활수행능력(IADL) 14문항은 각 문항을 3단계 척도로 나누어 “전혀 어렵지 않다” 5점, “약간 어렵다” 3점, “전혀 할 수 없다” 1점으로 점수화 하였다.

본 연구에서 사용된 자료는 모두 전산 부호화하여 SPSS/PC+ Version 4.0 통계 프로그램을 이용하였으며 항목별 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율을 구하였다.

둘째, 대상자의 지역차에 따른 건강행동의 차이는 t-test로 유의성을 검증하였다.

셋째, 대상자의 일반적 특성에 따른 건강행동 수준의 유의성 검증은 t-test, ANOVA를 이용하

였다.

넷째, 대상자의 지역차에 따른 건강상태의 차이는 t-test로 유의성을 검증하였다.

다섯째, 대상자의 일반적 특성에 따른 건강상태의 유의성 검증은 t-test, ANOVA 를 이용하였다.

여섯째, 대상자의 건강행동 수준에 따른 건강상태의 유의성 검증은 t-test, ANOVA를 이용하였다.

Ⅲ. 연구 결과 및 고찰

1. 일반적 특성

본 연구에서 연구대상자의 일반적 특성은 표 3에서 보는 바와 같이 연령은 서울노인의 경우 70-79세가 42.4%로 가장 많았으며 대상노인의 평균연령은 73.14세였고, 농촌노인의 경우 60-69세가 63.7%로 가장 많았고 대상노인의 평균연령은 68.90세였다.

본 연구는 488명의 노인(서울 243명, 농촌 245명)을 대상으로 조사한 것으로 서울노인의 성에 대한 비율은 남성이 142명으로 58.4%, 여성이 101명으로 41.6%이었으며, 농촌노인의 성에 대한 비율은 남성이 101명으로 41.2%, 여성이 144명으로 58.8%이었다.

교육수준은 서울노인의 경우 초등학교가 35.4%로 가장 많았고, 농촌노인의 경우는 무학이 44.9%로 가장 많아서 전체적으로 농촌노인이 연령이 낮음에도 불구하고 교육수준이 낮게 나타났다.

결혼상태에서는 서울노인의 경우 배우자가 없는 노인 52.2%, 배우자가 있는 노인 47.7%로 배우자가 없는 경우가 더 많았고, 농촌노인의 경우는 배우자가 있는 노인이 66.1%, 그렇지 못한

노인이 33.9%로 배우자가 존재하는 경우가 그렇지 못한 경우보다 약 2배나 높게 나타났는데, 이는 연령이 증가할수록 유배우율이 감소된다는 이가옥 등(1994)의 연구결과와 일치하였다.

가족형태에서는 서울노인의 경우 배우자가 없고 가족과 동거 36.2%, 배우자가 있고 가족과 동거 32.5%, 부부 16.5%, 혼자 14.8%, 농촌노인의 경우는 부부 50.2%, 배우자 없이 가족과 동거 18.8%, 배우자와 가족과 동거 16.3%, 혼자 14.7%로 나타나 서울노인보다 농촌노인에게서 혼자 살거나 부부만 사는 경우를 많이 볼 수 있었다.

주 수입원은 서울노인의 경우 자녀·사위·며느리 등 58.4%, 본인이나 배우자의 일 19.3%, 부동산이나 저축 등의 이익 배당 15.6%, 연금이나 퇴직금 4.1%, 기타 1.6%, 생활보호수당이나 노령수당 0.8%로 자녀·사위·며느리에게 경제적으로 의존하는 경우가 많았고, 농촌노인의 경우는 본인이나 배우자의 일 58.8%, 자녀·며느리·사위 30.6%, 부동산이나 저축 등의 이익 배당 6.9%, 생활보호수당이나 노령수당 2.4%, 기타 0.8%, 연금이나 퇴직금 0.4%로서 자녀에게 경제적인 도움을 받기 보다는 본인이나 배우자의 일을 통해 경제적인 문제를 해결하는 것으로 나타나 자녀에게 도움을 받는 노인의 비율은 시부와 군부간에 별 차이가 없으나 스스로 수입을 창출하는 비율은 군부에서 더 높은것으로 나타난 이가옥 등(1994)의 연구결과와 동일하였다. 수입원 유형을 크게 자립형과 의존형으로 나누어 볼 수 있는데, 자립형은 본인이나 배우자의 일, 부동산이나 저축의 이익 배당, 연금이나 퇴직금이 이에 해당하고, 의존형은 나머지인 자녀·사위·며느리 등, 생활보호수당이나 노령수당이 이에 해당한다. 따라서 서울노인의 경우 수입원 유형이 자립형은 39.0%이고 의존형이 61.0%이며, 농촌노

〈표 3〉 연구대상자의 일반적 특성

특 성	구 분	서울노인		농촌노인	
		명	%	명	%
연령	60 - 69	80	32.9	156	63.7
	70 - 79	103	42.4	68	27.7
	80 -	60	24.7	21	8.6
	평균연령	73.14		68.90	
성별	남성	142	58.4	101	41.2
	여성	101	41.6	144	58.8
교육수준	무학	54	22.2	110	44.9
	서당	4	1.6	28	11.0
	초등학교	86	35.4	87	35.5
	중학교	42	17.3	9	3.7
	고등학교 이상	57	23.5	11	4.4
결혼상태	유배우	116	47.7	162	66.1
	무배우	127	52.2	83	33.9
가족형태	혼자	36	14.8	36	14.7
	부부	40	16.5	123	50.2
	배우자 없이 가족동거	88	36.2	46	18.8
	배우자와 가족동거	79	32.5	40	16.3
주 수입원	본인이나 배우자의 일	47	19.3	144	58.8
	부동산, 저축 등의 이익 배당	38	15.6	17	6.9
	자녀·며느리·사위	142	58.4	75	30.6
	연금, 퇴직금	10	4.1	1	0.4
	생활보호수당, 노령수당	2	0.8	6	2.4
	기타	4	1.6	2	0.8
	합계	243	100.0	245	100.0
현재 취업여부	취업	41	16.9	152	62.0
	비취업	202	83.1	93	38.0
합계		243	100.0	245	100.0

인의 경우에는 자립형이 66.1%, 의존형이 33.9%라 할 수 있겠다.

현재 취업여부에 대해서는 서울노인의 경우 비취업 83.1%, 취업 16.9%였고, 농촌노인의 경우는 취업 62.0%, 비취업 38.0%로 나타나서 수입이 되는 일에 종사하고 있는 비율은 지역적으로 상당히 큰 차이를 보이고 있는데, 이는 농촌 취업노인들의 86.2%가 농업에 종사하고 있음을 감안할 때 쉽게 이해할 수 있다.

2. 연구대상자의 건강행동

1) 연구 대상자의 건강행동

평균 건강행동 수준은 서울노인의 경우 0.568, 농촌노인의 경우 0.573점으로 농촌노인의 경우가 약간 높았지만 지역적 특성에 의한 차이로 보기에는 통계적으로 유의하지 않아서 무리가 있다고 하겠다.

지역차이에 따른 평균 건강행동 수준에는 차이가 없지만 건강행동을 개별적으로 살펴보면 음주(p<0.05), 과일섭취(p<0.01), 규칙적인 식사(p<0.001), 수면시간(p<0.01), 숙면(p<0.001), 내의 갈아입기(p<0.001), 혈압측정(p<0.05), 영양제나 보약 복용(p<0.05) 등의 항목에서 유의한 차이가 나타났는데, 서울노인은 농촌노인보다 음

주, 과일섭취, 내의 갈아입기, 혈압 측정, 영양제나 보약 복용 항목에서 더 높은 점수를 받았고, 농촌노인은 규칙적인 식사, 수면시간, 숙면 항목에서 서울노인보다 높은 점수를 받았다 <표 4> .

응답자가 행하는 건강행동 중 “식사 전에 손을 꼭 씻는다”가 서울노인(Mean=0.975)과 농촌노인(Mean=0.976) 모두에서 가장 점수가 높았으며 서울노인의 경우 그 다음으로는 “혈압을 측정해본다”(Mean=0.918), “식사를 규칙적으로 한다”(Mean=0.868)의 순이었고, 농촌노인의 경우에는 “규칙적인 식사를 한다”(Mean=0.963), “아침

을 꼭 먹는다”(Mean=0.902)의 순이었다. 가장 낮은 점수를 받은 항목은 서울노인과 농촌노인 모두에서 각각 0.226점과 0.143점인 “영양제나 보약을 복용한다”이었으며 그 다음으로는 역시 서울노인과 농촌노인 모두에서 “과일을 매일 먹는다”(서울노인 Mean=0.313, 농촌노인 Mean=0.192)의 순으로 점수가 낮았다. 이는 식사 전에 손씻기, 즉 위생에 관한 항목을 건강행동 중 가장 잘 실천하고 있다고 사료되며 고등학생을 대상으로 한 김학순(1993)과 기혼 부인을 대상으로 한 주혜진 등(1996)의 연구결과에서도 위생 항목에서 실천도

<표 4> 지역에 따른 개별 건강행동 수준

항 목	구 분	Mean ± S. D.	t
음주	서	0.790 ± 0.480	2.54*
	농	0.689 ± 0.464	
흡연	서	0.514 ± 0.501	-0.54
	농	0.538 ± 0.500	
간식	서	0.390 ± 0.489	0.16
	농	0.383 ± 0.487	
과일	서	0.312 ± 0.465	3.10**
	농	0.191 ± 0.395	
싱겁게 먹기	서	0.670 ± 0.471	-0.84
	농	0.706 ± 0.456	
규칙적인 식사	서	0.868 ± 0.339	-3.83***
	농	0.963 ± 0.188	
아침식사	서	0.851 ± 0.356	-1.69
	농	0.902 ± 0.298	
수면시간	서	0.448 ± 0.498	-2.82**
	농	0.575 ± 0.495	
숙면	서	0.526 ± 0.500	-4.86***
	농	0.734 ± 0.442	
운동	서	0.769 ± 0.422	0.06
	농	0.767 ± 0.423	
내의 갈아입기	서	0.539 ± 0.499	4.74***
	농	0.330 ± 0.471	
식전 손씻기	서	0.975 ± 0.156	-0.01
	농	0.975 ± 0.155	
건강진단	서	0.637 ± 0.482	-1.31
	농	0.693 ± 0.462	
혈압측정	서	0.917 ± 0.275	2.25*
	농	0.853 ± 0.355	
영양제나 보약	서	0.226 ± 0.419	2.39*
	농	0.142 ± 0.351	
평균 건강행동 수준	서	0.568 ± 0.118	-0.45
	농	0.573 ± 0.125	

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

가 높게 나타났다. 농촌지역 노인을 대상으로 한 민경희(1985), 도시지역 노인을 대상으로 한 장남이(1983)의 연구에서도 대상자의 거의가 매일 규칙적인 식사를 한다고 하여 노인의 식행동 실천수준이 높은 결과를 지지하고 있다. 농촌노인의 경우 규칙적인 식사와 아침식사 항목의 실천도가 높은것은 현재도 농업에 종사하고있는 경우가 많아(86.1%) 노동으로 인한 에너지 소비가 많기 때문에 식행동 항목의 실천도가 수위에 있는것으로 사료된다. 과일을 매일 먹기의 실천수준은 매우 낮게 나타났는데, 이는 노인의 과일에

대한 선호도 감소(김선희, 1977), 저작의 어려움(김규순 등, 1991) 등과 함께, 농촌의 경우에는 주변에서 손쉽게 구할 수 없기 때문인 것으로 생각된다. 영양제나 보약 등의 복용 항목 점수가 가장 낮게 나타났는데 이는 김학순(1993), 은행원을 대상으로 한 김정희(1985)의 연구에서도 그 실천도가 매우 낮게 나타나 약물을 통해 건강을 지키려는 사람의 수가 비교적 적음을 알 수 있었다. 일반적 특성에 따른 노인의 건강행동 수준은 <표 5> 에서 보는 바와 같이 연령에 있어서는 서울노인과 농촌노인 모두 60-69세의 노인이

<표 5> 일반적 특성에 따른 건강행동 수준

특성 및 구분	서울노인		농촌노인	
	Mean ± S.D.	t 또는 F	Mean ± S.D.	t 또는 F
연령				
60-69	8.98 ± 1.81		8.93 ± 1.70	
70-79	8.55 ± 1.69	7.10**	8.16 ± 2.11	8.25**
80-	7.86 ± 1.66		7.52 ± 1.63	
성별				
남	7.81 ± 1.58	8.36***	7.97 ± 1.56	4.57**
여	9.51 ± 1.52		9.03 ± 1.94	
교육수준				
무학	8.33 ± 1.68		8.45 ± 1.95	
서당	8.25 ± 1.50		9.07 ± 1.71	
초등학교	8.66 ± 1.70	0.56	8.65 ± 1.92	0.53
중학교	8.30 ± 1.71		8.55 ± 1.23	
고등학교 이상	8.67 ± 2.00		8.36 ± 1.12	
결혼상태				
유배우	8.50 ± 1.77	0.12	8.61 ± 1.78	-0.25
무배우	8.53 ± 1.76		8.55 ± 2.03	
가족형태				
혼자	8.63 ± 2.07		8.27 ± 2.19	
부부	8.42 ± 1.92	0.15	8.47 ± 1.88	1.29
혼자+가족	8.46 ± 1.61		8.82 ± 1.86	
부부+가족	8.58 ± 1.72		8.97 ± 1.42	
수입원 유형				
자립형	8.63 ± 1.84	-0.77	8.80 ± 1.75	-2.52*
의존형	8.45 ± 1.72		8.18 ± 2.02	
현재 취업여부				
취업	8.26 ± 1.97	1.01	8.82 ± 1.67	-2.45*
비취업	8.57 ± 1.72		8.22 ± 2.10	

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

8.98점, 8.93점으로 가장 높았으며 80세 이상의 노인이 7.86점, 7.52점으로 가장 낮았다. 이는 통계적으로 유의하여 연령이 높아짐에 따라 건강행동 이행수준이 낮아졌고, 저연령의 노인에서 건강행동 이행수준이 높았다.

성별에 따른 건강행동 수준은 서울과 농촌 모두 여성이 9.51점과 9.03점으로 7.81점과 7.97점인 남성보다 높아 통계적으로 차이를 보여 여성이 남성보다 건강행동 실천도가 높았다. 이는 고교생을 대상으로 한 김학순(1993), 유지수 등(1985)과 성인을 대상으로 한 김정희(1985), Harris와 Guten(1979), 노인을 대상으로 한 조영숙 등(1986)의 연구 결과와 일치하였다.

교육수준에 있어서는 서울노인과 농촌노인 모두 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았는데, 이는 기혼 부인을 대상으로 한 주혜진 등(1996), 노인을 대상으로 연구한 고금자(1987)의 교육수준이 높을수록 건강행동 이행도가 높은 결과와 달랐다.

결혼상태에 따른 건강행동 수준은 서울노인에서 배우자가 없는 경우 더 높았고, 농촌노인에서 배우자가 있는 경우 더 높았으나 통계적으로 유의한 결과는 아니었고, 이는 배우자가 있는 군이 없는 군보다 건강행동 이행도가 높았으나 유의한 차이는 없었다는 고금자(1987)의 결과를 지지하였다.

가족형태에 있어서도 서울노인과 농촌노인 모두 건강행동에 통계적으로 유의한 차이가 없었고 이는 고금자(1987)의 연구결과와 일치하였다.

수입원 유형에 따른 건강행동 이행수준은 서울노인의 경우 8.63점인 자립형이 8.45점인 의존형보다 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 아니었고, 농촌노인의 경우 자립형이 8.80점, 의존형이 8.18점으로 통계적으로 유의한 차이를 나타내어 수입원 유형이 자립형인 노인의 건강행동 수준이 높은것으로 사료된다.

현재 취업여부에 있어서는 서울노인의 경우 비취업 노인의 건강행동수준이 취업노인의 건강행동수준보다 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 결과는 아니었고, 농촌노인의 경우에는 이와 반대로 취업노인(평균 8.82점)이 비취업노인(평균 8.22점)보다 건강행동 수준이 높은 결과가 나왔으며 통계적으로도 유의하였다.

일반적 특성에 있어서 노인의 연령, 성별 등에 따라 건강행동의 수준에 있어 차이를 보이므로 이들 특성에 맞는 노인 건강행동에 대한 교육이 필요하리라 사료된다.

3. 건강상태

1) 연구대상자의 건강상태

평균 자가평가 건강상태 점수는 서울노인의 경우 1.924점, 농촌노인의 경우 2.082점으로 농촌

〈표 6〉 지역에 따른 자가평가 건강상태

항 목	구 분	Mean ± S. D.	t
전반적 건강상태	서 울	1.687 ± 0.819	-3.85***
	농 촌	1.955 ± 0.714	
지난해와 비교한 건강상태	서 울	2.432 ± 0.609	2.28*
	농 촌	2.314 ± 0.531	
동년배와 비교한 건강상태	서 울	1.655 ± 0.724	-5.15***
	농 촌	1.975 ± 0.652	
평균 자가평가 건강상태	서 울	1.924 ± 0.532	-3.33**
	농 촌	2.081 ± 0.510	

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

노인이 더 건강하다고 느꼈으며 이 차이는 지역 차이에 따라 통계적으로 유의하였다($p < 0.01$). 지역 차이에 의한 개별적 자가평가 건강상태 점수의 차이는 <표 6>에서 보는 바와 같이 서울노인은 농촌노인보다 지난해와 비교한 건강상태의 점수가 높아($p < 0.05$) 지난해보다 더 건강하다고 느끼는 것으로 나타났고, 농촌노인은 전반적인 건강상태($p < 0.001$)와 동년배와 비교한 건강상태($p < 0.001$)의 점수가 서울노인보다 높으며 이는 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

서울노인과 농촌노인의 평균 ADL 점수 및 IADL 점수를 비교해 보면 <표 7>에서 보는 바와 같이 서울노인이 4.661점, 농촌노인이 4.576점으로 서울노인의 점수가 농촌노인의 점수보다 높아 일상생활 수행에 어려움을 덜 느끼는 것으로 나타났지만 이는 통계적으로 유의하지 않았다. ADL과 IADL의 개별 항목 점수를 비교해 보면 서울노인은 농촌노인보다 밖에 나가기($p < 0.05$), 전화 사용하기($p < 0.01$), 시장보기($p < 0.01$), 투약 및 약품 관리하기($p < 0.001$), 금전

<표 7> 지역에 따른 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력

항 목	구 분	Mean ± S. D.	t
목욕하기	서 울	4.637 ± 1.150	-0.03
	농 촌	4.640 ± 1.146	
옷 갈아입기	서 울	4.868 ± 0.715	-0.28
	농 촌	4.885 ± 0.668	
화장실 사용하기	서 울	4.884 ± 0.670	1.35
	농 촌	4.787 ± 0.898	
앉았다 일어나기	서 울	4.423 ± 1.407	-1.71
	농 촌	4.624 ± 1.169	
식사하기	서 울	4.967 ± 0.362	1.67
	농 촌	4.885 ± 0.668	
밖에 나가기	서 울	4.736 ± 0.994	2.01*
	농 촌	4.526 ± 1.295	
전화 사용하기	서 울	4.835 ± 0.795	3.04**
	농 촌	4.524 ± 1.275	
대중교통수단 이용하기	서 울	0.448 ± 0.498	1.52
	농 촌	0.575 ± 0.495	
시장보기	서 울	4.769 ± 0.934	3.41**
	농 촌	4.395 ± 1.435	
식사 준비하기	서 울	4.209 ± 1.596	-1.87
	농 촌	4.461 ± 1.338	
청소나 집정돈하기	서 울	4.275 ± 1.543	-0.89
	농 촌	4.395 ± 1.435	
손으로 빨래하기	서 울	4.111 ± 1.666	-1.29
	농 촌	4.298 ± 1.525	
투약 및 약품 관리하기	서 울	4.983 ± 0.257	4.02***
	농 촌	4.706 ± 1.046	
금전 관리하기	서 울	4.943 ± 0.510	4.93***
	농 촌	4.477 ± 1.351	
평균 ADL, IADL	서 울	4.661 ± 0.527	1.45
	농 촌	4.576 ± 0.742	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

관리하기(p<0.001)에서 어려움을 덜 호소하였고, 농촌노인에서는 도시노인보다 동작에 어려움을 덜 느끼면서 동시에 통계적으로 유의한 문항이 없었다.

이가옥 등(1994)이 전국 노인을 대상으로 한 연구에서 노인들이 가장 어려움을 느끼는 동작은 가벼운 집안일 하기였고 그 다음은 일상용품 구매와 전화걸기 등의 순이었고, 조유향(1995)의 연구에서는 전화사용, 세탁하기, 종교통수단 이용 등의 순으로 동작의 어려움을 느끼는 것으로 나타났다.

2) 일반적 특성에 따른 건강상태

(1) 일반적 특성에 따른 자가평가 건강상태

일반적 특성에 따른 노인의 자가평가 건강상태는 <표 8>에서 보는 바와 같이 연령에 있어서는 서울노인과 농촌노인 모두 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았고 이는 김규순 등(1991), 진기남(1995)의 연구결과와 일치하였다.

성별에 따른 자가평가 건강상태의 평균점수는 서울노인과 농촌노인 모두 여성이 높았고 통계적으로 유의했다. 서울노인의 경우에는 여성이 2.04점, 남성이 1.84점이었고(p<0.01), 농촌노인의

<표 8> 일반적 특성에 따른 자가평가 건강상태

특성 및 구분	서울노인		농촌노인	
	Mean ± S.D.	t 또는 F	Mean ± S.D.	t 또는 F
연령				
60-69	1.92 ± 0.52	0.05	2.02 ± 0.49	3.76
70-79	1.92 ± 0.54		2.22 ± 0.54	
80-	1.94 ± 0.54		2.12 ± 0.47	
성별				
남	1.84 ± 0.51	2.97**	2.00 ± 0.53	2.03*
여	2.04 ± 0.53		2.13 ± 0.48	
교육수준				
무학	2.14 ± 0.58	5.33***	2.20 ± 0.51	3.75**
서당	1.83 ± 0.43		2.09 ± 0.45	
초등학교	1.90 ± 0.54		1.96 ± 0.49	
중학교	1.99 ± 0.49		1.88 ± 0.44	
고등학교 이상	1.70 ± 0.39		1.85 ± 0.52	
결혼상태				
유배우	1.86 ± 0.51	1.68	2.06 ± 0.53	0.76
무배우	1.97 ± 0.54		2.11 ± 0.48	
가족형태				
혼자	1.92 ± 0.58	1.84	2.10 ± 0.44	0.10
부부	1.75 ± 0.43		2.06 ± 0.53	
혼자+가족	1.98 ± 0.53		2.10 ± 0.48	
부부+가족	1.94 ± 0.54		2.08 ± 0.85	
수입원 유형				
자립형	1.98 ± 0.53	-2.28*	2.24 ± 0.52	-3.58***
의존형	1.82 ± 0.52		2.00 ± 0.48	
현재 취업여부				
취업	1.95 ± 0.53	-2.13*	2.22 ± 0.50	-3.45**
비취업	1.76 ± 0.50		1.99 ± 0.49	

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

경우에는 여성노인이 2.13점, 남성노인이 2.00점으로($p < 0.05$) 여성노인이 남성노인보다 더 건강하게 느끼는 것으로 나타났으나, 이가옥 등(1994)의 연구와는 상반되는 결과였다.

결혼상태와 가족형태에 따른 노인 스스로가 평가하는 건강상태에는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않아 이러한 특성들이 노인의 자가평가 건강상태에 영향을 주지 못하는 것으로 사료된다.

수입원 유형에 있어 서울노인과 농촌노인 모두 자립형인 경우가 의존형인 경우보다 점수가 높게 나타났다. 서울노인의 경우 자립형은 1.98점인데 비해 의존형은 1.82점이었고($p < 0.05$), 농촌노인의 경우 자립형은 2.24점이었으며 의존형은 2.00점으로($p < 0.001$) 이러한 수입원 유형에 의한 자가평가 건강상태의 차이는 서울과 농촌에서 모두 통계적으로 유의하였다. 이는 경제적으로 타인에게 의존하지 않음으로써 생기는 자신감과 심리적 안정감이 스스로를 건강하다고 느끼도록 작용하는 것으로 사료된다.

현재 취업여부에서는 서울노인($p < 0.05$)과 농촌노인($p < 0.01$) 모두에서 취업상태인 경우에 더 높은 점수를 받아 비취업 노인에 비해 더 건강하다고 느끼는 것으로 나타났고 통계적으로도 유의하였으며, 이는 수입원 유형에 따른 자가평가 건강상태가 자립형인 경우 더 건강하다고 느끼는 것과 유사한 점이 있어, 경제적 자립은 물론 지속적인 사회생활을 통해 비취업 노인이 경험할 수 있는 퇴보감, 무력감, 대인관계의 범위가 좁아짐, 경제적 어려움 등을 경험하지 않아도 되기 때문에 더 건강하다고 느끼는 것으로 사료된다.

(2) 일반적 특성에 따른 일상생활수행능력(ADL)과 수단적 일상생활수행능력(IADL)

응답 노인의 일반적 특성에 따른 일상생활수

행능력(ADL)과 수단적 일상생활수행능력(IADL)은 <표 9>와 같이 연령에서 서울노인의 경우 60-69세 노인의 점수가 4.81점으로 가장 높았고, 80세이상 노인의 점수가 4.42점으로 가장 낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.001$). 농촌노인의 경우도 60-69세 노인이 4.79점으로 가장 높은 점수를, 80세이상 노인은 3.81점으로 가장 낮은 점수를 나타냈는데 이러한 차이는 통계적으로 유의하여($p < 0.001$), 전반적으로 연령이 높아짐에 따라 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력이 낮아지는 것으로 여겨진다.

성별에 따른 ADL, IADL은 도시와 농촌 모두 남성이 여성보다 높은 점수를 받았지만 통계적으로 유의한 차이는 아니었다.

교육수준에 있어서는 서울노인의 경우 전반적으로 교육수준이 높을수록 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력의 점수도 높았지만 통계적으로 유의하지 않았다. 농촌노인의 경우에는 무학이 4.37점으로 가장 낮았고 고등학교 이상이 4.84점으로 가장 높았으며 통계적으로도 유의하였다($p < 0.01$). 이는 고금자(1987)의 연구 결과와도 일치하는 것으로 전반적으로 교육수준이 높아질수록 ADL과 IADL 점수도 높아지는 경향을 보여 교육수준이 농촌지역 노인의 건강상태에 영향을 미치는 것으로 사료된다.

결혼상태에 따른 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력은 서울의 경우 배우자가 있는 노인이 없는 노인보다 높은 점수를 얻었지만 통계적으로 유의한 차이는 아니었고, 농촌의 경우에도 배우자가 있는 노인의 ADL 및 IADL 점수가 배우자 없는 노인보다 높았으며 이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.001$).

가족형태에 따른 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력은 서울노인의 경우 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 농촌 노인의 경우에는

〈표 9〉 일반적 특성에 따른 일상생활수행능력(ADL)과 수단적 일상생활수행능력(IADL)

특성 및 구분	서울노인		농촌노인	
	Mean ± S.D.	t 또는 F	Mean ± S.D.	t 또는 F
연령				
60-69	4.81 ± 0.46	10.25***	4.79 ± 0.49	25.35***
70-79	4.68 ± 0.49		4.32 ± 0.88	
80-	4.42 ± 0.42		3.81 ± 1.04	
성별				
남	4.66 ± 0.53	-0.09	4.63 ± 0.63	-1.08
여	4.65 ± 0.52		4.53 ± 0.82	
교육수준				
무학	4.55 ± 0.56	2.09	4.37 ± 0.90	4.69**
서당	4.42 ± 0.65		4.55 ± 0.66	
초등학교	4.70 ± 0.50		4.78 ± 0.46	
중학교	4.56 ± 0.63		4.77 ± 0.44	
고등학교 이상	4.79 ± 0.38		4.69 ± 0.52	
결혼상태				
유배우	4.72 ± 0.50	-1.71	4.70 ± 0.58	-3.73***
무배우	4.60 ± 0.54		4.33 ± 0.93	
가족형태				
혼자	4.76 ± 0.46	2.24	4.57 ± 0.69	4.87**
부부	4.65 ± 0.49		4.67 ± 0.67	
혼자+가족	4.55 ± 0.56		4.21 ± 0.98	
부부+가족	4.73 ± 0.51		4.70 ± 0.51	
수입원 유형				
자립형	4.72 ± 0.49	-1.61	4.79 ± 0.45	-7.13***
의존형	4.61 ± 0.54		4.14 ± 0.97	
현재 취업여부				
취업	4.81 ± 0.40	-2.11*	4.75 ± 0.51	-4.89***
비취업	4.62 ± 0.54		4.29 ± 0.94	

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

부부와 자녀들이 함께 사는 경우가 4.70점으로 가장 높았고, 그 다음은 부부만 사는 경우 (Mean=4.67), 혼자 사는 경우(Mean=4.57), 배우자 없이 다른 가족과 사는 경우(Mean=4.21)의 순으로 나타났으며 이러한 차이는 통계적으로 유의한 것이었다(p<0.001).

수입원 유형에서는 도시노인의 경우 자립형이 의존형보다 높은 점수를 받았지만 통계적으로 유의하지 않았고, 농촌노인의 경우에는 자립형이 의존형보다 점수가 높았으며 통계적으로도 유의하였다(p<0.001). 농촌노인의 경우 응답자의

58.8%가 본인이나 배우자의 일을 주 수입원으로 꼽고 있는데, 이러한 경우 농업이 그 주를 이루므로 신체적으로 건강하지 않고는 일을 할 수 없음을 고려할 때 자립형 노인이 의존형 노인보다 더 건강한 것이 당연하다고 사료된다.

현재 취업여부에 따른 노인의 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력의 차이는 서울노인(p<0.05)과 농촌노인(p<0.001) 모두에서 취업노인이 비취업노인보다 높은 점수를 받았고, 이는 통계적으로도 유의하였다. 특히 농촌노인의 경우에는 취업노인의 86.1%가 농업에, 6.6%가

생산·단순노무직에 종사하고 있어, 수입원 유형의 경우와 마찬가지로 취업노인이 비취업노인보다 건강한것으로 사료된다.

3) 건강행동에 따른 건강상태

(1) 건강행동에 따른 자가평가 건강상태

건강행동에 따른 자가평가 건강상태는 <표10>에서 보는 바와 같이 음주의 경우 서울노인

<표 10> 건강행동에 따른 자가평가 건강상태

항목 및 내용	서울노인		농촌노인	
	Mean ± S.D.	t 또는 F	Mean ± S.D.	t 또는 F
술을 안마시거나 적당량만 마신다				
그렇다	1.97 ± 0.53	2.13*	2.12 ± 0.51	-2.15*
그렇지 않다	1.74 ± 0.47		1.97 ± 0.49	
담배를 안피운다				
그렇다	1.98 ± 0.52	-1.72	2.11 ± 0.50	-1.06
그렇지 않다	1.86 ± 0.53		2.04 ± 0.51	
간식을 전혀 안먹거나 가급적 피한다				
그렇다	1.95 ± 0.55	-0.78	2.14 ± 0.50	-1.64
그렇지 않다	1.90 ± 0.51		2.03 ± 0.50	
과일을 매일 먹는다				
그렇다	1.85 ± 0.54	1.37	2.05 ± 0.52	0.37
그렇지 않다	1.95 ± 0.52		2.08 ± 0.50	
음식을 싱겁게 먹는다				
그렇다	1.90 ± 0.52	0.78	2.07 ± 0.51	0.49
그렇지 않다	1.96 ± 0.54		2.10 ± 0.50	
식사를 규칙적으로 한다				
그렇다	1.92 ± 0.53	-0.33	2.08 ± 0.51	-1.16
그렇지 않다	1.89 ± 0.51		1.88 ± 0.44	
아침을 꼭 먹는다				
그렇다	2.12 ± 0.59	-2.42*	2.09 ± 0.51	-0.82
그렇지 않다	1.89 ± 0.51		2.00 ± 0.46	
밤에 7-8시간을 잔다				
그렇다	1.92 ± 0.54	-0.13	2.05 ± 0.51	0.80
그렇지 않다	1.92 ± 0.52		2.11 ± 0.50	
숙면을 하도록 한다				
그렇다	1.86 ± 0.53	1.95	2.04 ± 0.48	2.10*
그렇지 않다	1.99 ± 0.52		2.19 ± 0.55	
규칙적으로 운동이나 일을 한다				
그렇다	2.06 ± 0.56	-2.24*	2.28 ± 0.56	-3.44**
그렇지 않다	1.88 ± 0.51		2.02 ± 0.47	
내의는 매일 갈아입는다				
그렇다	1.93 ± 0.54	-0.29	2.12 ± 0.51	-0.90
그렇지 않다	1.91 ± 0.51		2.06 ± 0.50	

* p<0.05

** p<0.01

($p < 0.05$)과 농촌노인($p < 0.05$) 모두 술을 마시지 않거나 적당량만 마시는 노인이 그렇지 않은 노인보다 더 건강하다고 느끼는 것으로 나타났으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 갖는다. 이러한 결과는 Segovia(1991)의 연구결과와도 일치한다.

흡연, 간식, 과일, 염분섭취, 규칙적인 식사 등의 건강행동에서 도시노인과 농촌노인의 자가평가 건강상태는 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다.

아침식사를 꼭 한다는 항목에서 서울의 경우 그렇다라고 답한 노인은 2.12점을, 그렇지 않다고 답한 노인은 1.89점을 받았으며 통계적으로도 유의하여($p < 0.05$) 아침을 꼭 먹는 노인의 스스로 생각하는 건강이 그렇지 않은 경우보다 더 좋은 것으로 나타났고, 농촌노인도 아침을 꼭 먹는 노인이 그렇지 않은 노인보다 더 높은 점수를 얻었지만 통계적으로 유의한 차이는 아니었다.

수면시간에 있어 밤에 7-8시간을 자는 경우는 서울노인과 농촌노인 모두에서 그렇지 않은 경우보다 점수가 높았지만 통계적으로 유의한 차이는 없었고, 숙면 취하기에 있어 농촌노인의 경우 숙면을 취하지 못하는 노인이 더 건강하다고 스스로 느끼는 것으로 나타났($p < 0.05$).

규칙적인 운동이나 일의 경우 그렇다고 답한 경우가 그렇지 않다고 답한 경우보다 높은 점수를 받았고 이는 서울노인($p < 0.05$)과 농촌노인($p < 0.01$) 모두에게서 그러하였으며 통계적으로도 유의하였다.

내의를 매일 갈아입기 항목에서 서울노인과 농촌노인 모두 그렇다고 답한 경우가 그렇지 않다고 답한 경우보다 스스로 판단하는 건강상태 점수가 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 아니었다.

식사 전에 손씻기에 따른 자가평가 건강상태에서 서울노인과 농촌노인 모두는 그렇다고 답

한 경우가 그렇지 않다고 답한 경우보다 점수가 높았으나 서울노인의 경우 통계적 유의성이 없었고, 농촌노인의 경우에만 통계적으로 유의하여서($p < 0.01$), 식사 전에 손을 씻는 노인이 더 건강감을 느끼는 것으로 나타났다.

건강진단을 정기적으로 받기, 혈압을 측정하기, 영양제나 보약을 복용하기 등의 건강관리행동에서는 서울노인과 농촌노인 모두 그렇다고 하는 경우와 그렇지 않다고 하는 경우에 따른 자가평가 건강상태에 유의한 차이가 없었다.

(2) 건강행동에 따른 일상생활수행능력(ADL) 및 수단적 일상생활수행능력(IADL)

건강행동에 따른 일상생활수행능력(ADL)과 수단적 일상생활수행능력(IADL)은 <표 11>와 같이 음주, 흡연, 간식 항목에서 서울노인과 농촌노인 모두 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다.

과일을 매일 먹는다는 항목에서는 서울노인과 농촌노인 모두 그렇다는 경우가 그렇지 않다는 경우보다 높은 점수를 나타냈으나, 서울노인의 경우에는 통계적으로 유의한 차이가 없었고 농촌노인에서만 통계적으로 유의한 차이가 있어($p < 0.05$) 농촌노인의 경우에는 과일을 매일 먹는 것이 건강상태에 유의한 영향을 미치는 것으로 여겨진다.

그밖에 음식을 싱겁게 먹고, 식사를 규칙적으로 하고, 아침을 꼭 먹는다는 식행동 항목에서는 서울노인과 농촌노인 모두 통계적으로 유의한 결과가 나오지 않았다.

수면 관련 항목 중 밤에 7-8시간을 잔다는 항목은 통계적 유의성이 없었으며, 단지 서울($p < 0.05$)과 농촌($p < 0.05$) 모두 숙면을 취하는 노인이 그렇지 않은 노인보다 높은 점수를 보여 노인의 건강에 있어서 절대 수면시간도 중요하

〈표 11〉 건강행동에 따른 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력

항목 및 내용	서울노인		농촌노인	
	Mean ± S.D.	t 또는 F	Mean ± S.D.	t 또는 F
술을 안마시거나 적당량만 마신다				
그렇다	4.65 ± 0.55	0.55	4.53 ± 0.78	1.36
그렇지 않다	4.69 ± 0.42		4.67 ± 0.62	
담배를 안피운다				
그렇다	4.67 ± 0.51	-0.29	4.55 ± 0.78	0.46
그렇지 않다	4.65 ± 0.54		4.60 ± 0.69	
간식을 전혀 안먹거나 가급적 피한다				
그렇다	4.63 ± 0.50	0.67	4.49 ± 0.83	1.35
그렇지 않다	4.67 ± 0.54		4.62 ± 0.67	
과일을 매일 먹는다				
그렇다	4.73 ± 0.49	-1.43	4.80 ± 0.43	-2.37*
그렇지 않다	4.62 ± 0.54		4.52 ± 0.78	
음식을 싱겁게 먹는다				
그렇다	4.63 ± 0.52	0.95	4.63 ± 0.69	-1.81
그렇지 않다	4.70 ± 0.54		4.44 ± 0.82	
식사를 규칙적으로 한다				
그렇다	4.65 ± 0.52	0.30	4.57 ± 0.75	0.04
그렇지 않다	4.68 ± 0.53		4.58 ± 0.40	
아침을 꼭 먹는다				
그렇다	4.66 ± 0.53	-0.33	4.59 ± 0.72	-1.20
그렇지 않다	4.63 ± 0.50		4.40 ± 0.89	
밤에 7-8시간을 잔다				
그렇다	4.65 ± 0.55	0.2	4.62 ± 0.70	-1.09
그렇지 않다	4.66 ± 0.51		4.51 ± 0.79	
숙면을 하도록 한다				
그렇다	4.72 ± 0.49	-2.08*	4.63 ± 0.69	-2.17*
그렇지 않다	4.58 ± 0.55		4.40 ± 0.84	
규칙적으로 운동이나 일을 한다				
그렇다	4.70 ± 0.49	-2.39*	4.72 ± 0.49	-6.30***
그렇지 않다	4.51 ± 0.60		4.07 ± 1.12	
내의를 매일 갈아입는다				
그렇다	4.65 ± 0.52	0.05	4.64 ± 0.73	-0.99
그렇지 않다	4.66 ± 0.52		4.54 ± 0.74	

* p<0.05

** p<0.01

겠지만 숙면을 취하는 것이 더욱 중요한 것으로 사료된다.

규칙적인 운동이나 일의 항목에서 서울노인 (p<0.05)과 농촌노인(p<0.001) 모두 그렇다고 답

한 경우가 그렇지 않다고 답한 경우보다 점수가 높았고, 통계적으로도 유의하여 꾸준히 운동하는 것이 노인의 신체건강에 유의한 영향을 미침을 알 수 있다.

위생 관련 항목인 내의를 매일 갈아입기, 식사 전에 손을 씻기와 건강관리 관련 항목인 건강진단을 정기적으로 받기, 혈압을 측정하기, 영양제나 보약을 복용하기는 서울노인과 농촌노인 모두에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

IV. 결론 및 제언

본 연구는 서울과 전라북도에 거주하는 60세 이상 가택노인을 대상으로 그들의 생활환경 차이에 의한 건강행동 및 건강상태를 파악하고 건강상태에 영향을 미치는 요인이 무엇인지를 규명하여 노인보건에 있어서 지역사회의 특성에 부합하는 프로그램 개발과 노인건강의 유지·증진을 위한 보건교육의 기초자료를 제공하려는 데 그 목적을 두었다.

본 연구는 60세 이상의 노인 488명을 대상으로 하였으며, 예비조사 후 수정·보완한 질문지를 가지고 1996년 9월 29일부터 10월 10일까지 12일에 걸쳐 본조사를 실시하였다. 수집된 자료는 모두 전산부호화하여 SPSS/PC+ 프로그램을 이용하였으며 빈도, 백분율, 평균 및 표준편차, t-test, ANOVA, Stepwise Multiple Regression의 통계기법을 통해 분석하였고 그 결과는 다음과 같다.

1. 일반적 특성

응답자의 연령은 서울의 경우 80세 이상이 24.7%로 가장 많았고, 평균연령은 73.14세였다. 농촌의 경우에는 60-69세가 63.7%로 가장 많았고 평균연령은 68.90세였다. 서울의 경우 남성이 142명, 여성이 101명이었고, 농촌은 남성 101명, 여성 144명이었으며, 교육수준은 서울의 경우 초등학교가 35.4%였고 농촌은 무학이 44.9%였다. 서울노인은 47.7%가, 농촌노인은 66.1%가 배우

자가 생존해 있었고 가족형태는 서울노인 36.2%가 배우자 없이 가족과 동거하고 있으며, 농촌노인은 50.2%가 부부만 살고 있었다. 수입원유형은 서울노인의 39.0%, 농촌노인의 66.1%가 자립형이었고, 현재 취업여부는 서울노인 16.9%, 농촌노인 62.0%가 취업상태였다.

2. 건강행동

1) 지역별로 건강행동 수준의 평균점수에는 유의한 차이가 없었으나 개별문항에서는 음주($p<0.05$), 과일 섭취($p<0.01$), 규칙적인 식사($p<0.001$), 수면시간($p<0.01$), 숙면($p<0.001$), 내의 갈아입기($p<0.001$), 혈압 측정($p<0.05$), 영양제나 보약 복용($p<0.05$) 문항에서 지역별로 건강행동의 이행에 차이가 있었다.

2) 건강행동 수준은 15문항으로 산술평균은 서울노인이 0.568점, 농촌노인이 0.573점이었고, 식사 전에 손씻기(서울 Mean=0.975, 농촌 Mean=0.976)를 가장 잘 이행했으며, 영양제나 보약 복용(서울 Mean=0.226, 농촌 Mean=0.143)의 이행도가 가장 낮았다.

3) 일반적 특성에 따른 건강행동은 서울노인의 경우 연령이 낮을수록($p<0.01$), 여성($p<0.001$)일때 건강행동의 이행이 잘 되었고, 농촌노인의 경우에는 연령이 낮을수록($p<0.01$), 여성일때($p<0.01$), 수입원 유형이 자립형일때($p<0.05$), 취업노인일때($p<0.05$) 건강행동 수준의 점수가 높았다.

3. 건강상태

1) 자가평가 건강상태의 평균점은 지역에 따라 유의한 차이가 있어 농촌이 서울보다 점수가 높았고($p<0.05$), 서울노인은 지난해와 비교한 건강상태($p<0.001$)가, 농촌노인은 전반적인 건강상태($p<0.001$) 및 동년배와 비교한 건강상태

($p < 0.001$)가 상대방 지역의 노인 보다 좋았다. ADL과 IADL은 평균점에 있어서는 지역간 차이가 없었으나 항목별로는 밖에 나가기($p < 0.01$), 투약 및 약품 관리($p < 0.001$), 금전관리($p < 0.001$)에서 서울노인이 농촌노인보다 높은 점수를 받았다. 서울노인의 자가평가 건강상태는 동년배와 비교한 건강상태 점수가 가장 높았고(Mean=2.346), 농촌노인은 지난해와 비교한 건강상태(Mean=2.314) 점수가 가장 높았다. ADL 및 IADL에서 서울노인이 가장 어려움을 느끼는 것은 손빨래하기(Mean=4.177)였고, 약의 복용 및 관리 점수가 가장 높았으며(Mean=4.922), 농촌노인은 손빨래하기가 가장 낮은 점수인 4.298점을, 옷갈아입기가 4.886점으로 가장 높은 점수를 받았다.

2) 일반적 특성에 따른 자가평가 건강상태에서 서울노인은 여성($p < 0.05$), 교육수준이 낮을수록($p < 0.001$), 수입원 유형이 자립형일때($p < 0.05$) 자가평가 건강상태의 점수가 높았고, 농촌노인은 여성($p < 0.05$), 교육수준이 낮을수록($p < 0.01$), 수입원 유형이 자립형일때($p < 0.001$) 점수가 높았다. 일반적 특성에 따른 ADL IADL은 서울노인의 경우 연령이 낮을수록($p < 0.001$), 취업노인일때($p < 0.05$) 높은 점수를 나타냈고, 농촌노인의 경우에는 연령이 낮을수록($p < 0.001$), 교육수준이 높을수록($p < 0.01$), 배우자가 있을때($p < 0.001$), 가족형태에 따라($p < 0.01$), 수입원 유형이 자립형일때($p < 0.001$), 취업노인일때($P < 0.001$) 점수가 높았다.

3) 건강행동에 따른 자가평가 건강상태는 서울노인에서 음주($p < 0.05$), 아침식사($p < 0.05$), 운동($p < 0.05$)을 실천했을때 점수가 높았고, 농촌의 경우 음주($p < 0.05$), 숙면 ($p < 0.05$), 운동($p < 0.01$), 식사전 손씻기($p < 0.01$)를 잘 이행할 때 점수가 좋았다. 건강행동에 따른 ADL 및 IADL은 서울노인에서 숙면($p < 0.05$), 운동($p < 0.05$)을 할때, 농촌노인에서는 과일섭취($p < 0.05$), 숙면($p < 0.05$),

운동($p < 0.001$) 등을 행할때 높은 점수를 보였다.

본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 노인의 건강행동과 건강상태를 측정할 수 있는 객관적 기준과 표준화된 연구도구의 개발이 요구된다.

둘째, 노인의 건강행위 실천수준을 높이고 잘못된 생활습관을 바로잡을 수 있는 체계적이고 지속적인 노인보건교육 프로그램이 개발되고 이것이 일생건강관리의 차원에서 실시되어야 하며 이를 위한 후속 연구가 행하여져야 할 것이다.

셋째, 노인의 건강행동을 성별과 연령별 관점에서 보다 더 세부적으로 연구하여 그 유형을 구조화하여야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. 강남이 : 도시노인의 영양섭취실태 및 식생활태도 조사연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문, 미간행, 1983
2. 고금자 : 노인의 건강지각 및 건강행위와 건강상태와의 상관관계 연구, 경희대학교 대학원 석사학위 논문, 미간행, 1987
3. 고승덕 : 노인의 삶의 질을 결정하는 요인 추출에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문, 미간행, 1996
4. 기경숙 : 농촌주민들의 건강행위 이행에 영향을 미치는 요인조사 연구, 대한간호, 26(2), 1987, 54-65
5. 김규순·오진주 : 서울시내 일부지역 노인의 건강 및 관련요소에 대한 실태조사, 인간과학, 15(9), 1991, 51-65
6. 김선희 : 60세 이후의 노년층의 식습관 조사, 한국영양학회지, 10(4), 1977, 247-255
7. 김숙영 : 노인이 자가 평가한 건강 상태와

- 시간 지각에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문, 미간행, 1991
8. 김순이 : 한국노인의 건강행위에 대한 탐색적 연구, 이화여자대학교 대학원박사학위 논문, 미간행, 1996
 9. 김정자 : 노인층 인구의 건강문제와 관리실태 및 개선방안, 대한간호, 28, 1989, 78-95
 10. 김정희 : 예방적 건강행위와 건강통제위 성격 성향과의 관계에 대한 연구, 대한간호학회지, 15(2), 1985, 49-61
 11. 김학순 : 남·녀 고등학생들의 건강에 대한 연구, 일부 청소년들의 건강상태와 건강행위를 중심으로, 한국학교보건학회지, 6(2), 1993, 89-100
 12. 민경희 : 농촌지역 노인의 영양섭취실태조사 연구, 이화여자대학교 교육대학원 석사학위 논문, 미간행, 1985
 13. 신흥권 : 노인보건사업: 제 21회 보건학종합학술대회, 사단법인 대한보건협회, 1996, 7-11.
 14. 유지수·김조자·박지원 : 청소년들의 건강지각, 건강행위, 건강상태와의 상관 관계 연구, 연세논총 의학편, 21, 1985, 169-185.
 15. 이가옥, 서미경, 고경환, 박종돈 : 노인생활실태 분석 및 정책과제, 한국보건사회연구원, 1994
 16. 이성관·서석관 : 농촌지역 영세노인들의 건강상태 조사, 한국노년학, 5, 1985, 27-35.
 17. 이영자 : 한국노인의 건강조사도구 개발에 관한 일 연구, 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문, 미간행, 1989
 18. 이영진 : 노인의 건강, 서울: 의료보험연합회, 1995
 19. 조영숙·임현숙 : 일부지역 노인의 영양 및 건강상태에 관한 연구 I. 식습관과 건강상태와의 관련성, 한국영양학회지, 19(5), 1986, 315-322
 20. 조유향 : 노인보건, 서울: 현문사, 1995
 21. 주혜진·김초강 : 가족 건강관리 행위에 관한 조사연구, 한국보건교육학회지, 13(1), 1996, 1-25
 22. 진기남·조성남·윤경아 : 농촌 노인들의 사회적 지원망에 대한 만족도에 영향을 미치는 요인. 한국노년학, 15(2), 1995, 1-13
 23. Brown J. S., McCreedy M. : The Hale Elderly: Health Behavior and its Correlates. Research in Nursing & Health, 9, 1986, 317-329
 24. Ferraro K. F. : Self-rating health among the old and the old-old"-Journal of health and Social Behavior. 21(4), 1980, 377-383
 25. Fitzgerald J. F., Smith D. M., Martin D. K., Freedman J. A., Wolinsky F. D. : Replication of the multidimensionality of Activities of Daily Living. Journal of Gerontology, Social Sciences, 48(1), 1993, S28-S31
 26. Harris D. M., Guten G. : Health protective behavior:An exploratory study, urnal of Health and Social Behavior, 20, 1979, 17-19
 27. Idler E. L., Angel R. J. : Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidimiologic follow-up study. American Journal of Public Health, 80(4), 1990, 446-452
 28. Idler E. L., Kasl S. V., Lemke J. : Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982-986. American Journal of Epidemiology, 131(1), 1990, 91-103
 29. Joung I. M. A., Stronks K., H. van de Mheen, Mackenbach J. P. : Health

- behaviours explain part of the differences in self reported health associated with partner/marital status in The Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49(5), 1995, 482-488
30. Kaplan G. A., Seeman T. E., Cohen R. D., Kundsén L. P., Guralnik J. : Mortality among the elderly in the Alameda County study, behavioural and demographic risk factors, *American Journal of Public Health*, 77(3), 1987, 303-312
31. LaCroix A. Z., Guralnik J. M., Berkman L. F., Wallace R. B., Satterfield S. : Maintaining mobility in later life: II. Smoking alcohol consumption, physical activity and body mass index, *American Journal of Epidemiology*, 137, 1993, 858-869
32. LaRue A., Bank L., Jarvik L., Hetland M. : Health in old age: How do physicians's ratings and self-ratings compare?. *Journal of Gerontology*, 34(5), 1979, 687-691
33. Laurence G. B., Jette A. M. : Personal helderly. *American Journal of Public Health*, 74(10), 1984, 1126-1129
34. Lubben J. E., Weiler P. G., Chi I. : Health practices of the elderly poor. *American Journal of Public Health*, 79(6), 1989, 731-734
35. Maddox G. L., Douglass E. B. : Self-assessment of health : a longitudinal study of elderly subjects. *Journal of Health and Social Behaviour*, 14, 1973, 87-93
36. Mossey J. M., Shapiro E. : Self-rated health, A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 1982, 800-808
37. Ruigómes A., Alonso J., Antó J. M. : Relationship of health behaviours to five-year mortality in an elderly cohort"-Age and Ageing, 24, 1995, 113-119
38. Segovia J., Bartlett R. F., Edwards A. C. : Health status and health practices: Alameda and beyond. *International Journal of Epidemiology*, 20, 1991, 259-263
39. Wolinsky F. D., Stump T. E., Clark D. O. : Antecedents and consequences of physical activity and exercise among older adults. *The Gerontologist*, 35(4), 1995, 451-462.

<Abstract>

A Study on the Effects of Health Behavior upon Health Status in Some Old People

Jeong-Won Kim · **Cho-Kang Kim

*Ewha Womans University Graduate School · **Ewha Womans University

Elderly problem from being aging society, especially health related problem of the elderly is very serious in many parts of this country. The reason is that most of geriatric disease are chronic and debilitating. The cause of chronic and debilitating disease are bad lifestyle and wrong health habit.

Health is affected by a result of interaction of environment and human being. Because of difference of lifestyle between a city and a farm village, health behavior and health status of urban elderly and rural elderly may be dissimilar.

Thus the purpose of this study was to grasp health behavior and health status, to identify the factors that effect on health status of the elderly.

The subjects for this study, 488 persons aged 60 and over who live in Seoul or Cheonbuk Province. The preliminary survey was carried out from Aug. 19, to Aug. 22, 1996. With complement of questions, main survey was carried out from Sep. 29, to Oco. 10, 1996. The data was analysed by using in SPSS/PC+ program. The results were as follows.

1. General Characteristics

1) In the individual characteritics of the respondents, Seoulites aged 80 and over were 24.7%, the average age was 73.14 years old and rural residents aged 60-69 were 63.7%, the average age was 68.90 years old. In Seoul, 142 men and 101 women were respondents. In Cheonbuk Province, 101 men and 144 women were answered. In Seoul, those who graduated form elementary school were 35.4%, in farming region, illiteracy persons were 44.9%. In Seoul, 47.7% of respondents had spouse and in farming village, 66.1% of respondents had spouse. 39.0% of respondents who's imcome

type was independent were Seoulite, and 66.1% of respondents who's income type was independent were rural residents. Employed persons in Seoul and in rural region were 16.9% and 62.0%.

2. Health Behavior

1) For the health behavior total score, the difference by region was not statistically significant. But the score of individual item was different and statistically significant.

2) For the Seoulites, younger person($p<0.01$), the female($p<0.001$) showed better health behavior and for the farming village residents, younger person($p<0.01$), the female($p<0.01$), independent income type($p<0.05$), employed person($p<0.05$) showed better health behavior.

3. Health Status

1) For the self-rated health status total score, the difference by region was statistically significant and individual item score was different and statistically significant. For ADL and IADL total score, the difference by region was not statistically significant, but individual item score was different and statistically significant.

2) For the Seoulites, woman($p<0.05$), lower education($p<0.001$), independent income type($p<0.05$) showed higher score in self-rated health status. For rural residents, woman($p<0.05$), lower education($p<0.01$), independent income type($p<0.001$) showed higher score in self-rated health status. For the Seoul residents, younger person($p<0.001$), employed($p<0.05$) showed higher score in ADL and IADL, and for the farm area residents, younger person($p<0.001$), higher education($p<0.01$), having spouse($p<0.001$), family type($p<0.01$) showed higher score in ADL and IADL.

3) For the Seoulites, drinking($p<0.05$), breakfast($p<0.05$), exercise($p<0.05$) and for the rural residents, drinking($p<0.05$), deep sleeping($p<0.05$), exercise($p<0.01$), washing hands before meal($p<0.01$) showed higher score in self-rated health status. For the Seoulites, deep sleeping($p<0.05$), exercise($p<0.05$) and for the farm village residents, fruit($p<0.05$), deep sleeping($p<0.05$), exercise($p<0.001$) showed higher score in ADL and IADL.

We carried out this study to analyze the effectiveness through health education program in short term which was performed to use the special subject activities. This study was conducted on 63

students who were first grade in S Junior High School from Dec. 1995 to Feb. 1996. To analyze the effectiveness, we performed the Pretest, 1st Posttest, and 2nd Posttest for learned health knowledge.

The results were as follows:

1. Most of the students(69.8%) responded that their health were good, and they got the information for health through Mass Com.. The students who had experience of health education were 15.9%, and the 77.8% of the respondents needed the health education.

2. The means of health knowledge on tests were 18.2(Pretest), 21.5(1st Posttest), and 21.4(2nd Posttest). Increase of health knowledge between Pretest and 1st Posttest was 10.9%.

3. The mean of differences between Pretest and 1st Posttest was 3.26, it was significant($p < 0.01$). And the mean of differences between Pretest and 2nd Posttest was 3.19, it was significant($p < 0.01$); however, the mean of differences between 1st Posttest and 2nd Posttest was not significant($p = 0.2514$).

4. The significant main contents were Health Facilities($d = 0.42$), Pregnancy and Labor($d = 0.39$), Sex Education($d = 0.29$), Personal Hygiene($d = 0.35$), Safety Education($d = 0.66$), and Drug Abuse($d = 0.60$)($p < 0.01$).