

일부 도시·농촌노인의 건강 상태 비교연구 -부산·경남 지역을 중심으로-

신 유 선*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리 나라는 1960년대 이후 산업화와 함께 급속한 경제발전으로 전반적인 생활수준이 향상됨과 동시에 의학의 발달과 함께 의료보장에 힘입어 평균수명이 현저히 증가하였다. 또한 가족계획사업의 실시로 출생률이 감소하여 인구의 증가율은 1990-1995년대에는 9.5, 1995-2000년대에는 8.9로 감소되는 추세이며(지역통계연보, 1994) 상대적으로 65세이상의 노인인구의 비율은 1960년 2.9%에서, 1990년 5.0%, 1995년 5.7%, 2000년에는 6.8%, 2020년에는 12.5%로 그 증가 속도가 매우 빨라질 것으로 전망되어(보건복지부 1995) 앞으로 노인인구의 현저한 증가는 노인문제가 사회문제의 중요한 부분을 차지하게 되었다.

국가 경제발전을 위한 산업화과정은 그 구조의 변화에 따라 지역간, 산업간 이동을 초래하여 도시 집중화와 핵가족화를 이루며 농촌지역에서는 영농인구의 고령화와 여성화, 노인단독가구의 증대현상을 가져오고 도시지역에서는 노인소외의 문제가 나타나게 되었다(최순남, 1984)

지역간 65세 이상 인구의 총인구대 비율을 보면 전국평균 5.7%에 비해 부산지역은 4.2% 경남지역 6.0

%로 농촌지역의 노인인구가 전국 평균인구보다 많음을 알 수 있다(통계청 1995). 노인인구의 증가에 따른 노인문제는 노화현상으로 인한 기능저하, 기능장애, 기능상실 및 더 나아가 병리적인 변화까지 오게 되는 신체적인 건강문제(이경미 1987)와 직장은퇴, 배우자 상실, 자녀의 독립, 친구의 죽음과 같은 심리적인 면에서 해결해야하는 많은 문제들을 가지게 되었다.

인간은 신체, 정신, 사회 그리고 영적으로 통합된 총체적인 존재로서 인간을 중심으로 하는 환경과 상호작용을 함으로써 성장과 발전을 계속하며 궁극적으로는 만족스럽고 행복한 삶을 추구하는 존재이다(이은옥 1980). 한편 건강은 개인이 신체적 독립상태를 유지하고 일상생활을 기능적으로 영위해나가며, 사회생활에서 기대되는 역할수행 및 사회적 통합은 이루기 위한 기본적인 조건으로서 개인적 측면 뿐 아니라 사회적 측면에서도 중요한 의미를 가진다. 우리 나라 노인들의 가장 큰 관심사나 걱정거리는 자신의 건강에 관련된 문제였고 여생을 건강하게 살고 싶다는 것으로(한국 노인문제 연구소, 1984) 건강문제가 큰 관점인 것을 볼 수 있다.

간호란 인간의 욕구를 충족시키고 수시로 변화하는 건강상태에 적응할 수 있는 능력을 갖도록 도와주는 것으로 노인의 건강을 관리하고 건강기능을 유지, 증

* 부산가톨릭대학 간호학과

진하기 위해 노인의 건강상태를 사정하고 평가하며 필요한 건강관리나 간호전략을 결정, 제공하는 것은 중요한 일이라 할 수 있다.

노인의 건강상태를 측정하는 기준이나 방법은 신체적인 기능장애 정도뿐만 아니라 심리, 사회적 측면 모두를 포괄할 수 있는 내용으로 구성되어야하나 지금까지의 노인의 건강상태를 측정하는 대부분의 연구는 신체적인 건강상태 측정만 관심을 두었으며 특히 지역별 환경과 그들의 건강상태간의 조사가 거의 없다고 본다.

각 개인의 환경은 물리적 환경, 규칙, 주위 사람들에 의해 형성되는데 신체적 기능이나 정신, 정서적 기능이 저하된 사람에게 있어서는 그 환경의 특성이 중요하며(Rubinstein, 1989), 농촌 노인들이 도시노인들보다 건강 상태가 더 좋지 않게 나타나며(현두일 1980), 농촌노인들의 정신건강상태가 도시노인들보다 나쁘며(윤혜영 1988), 중소도시와 농촌노인들 일수록 대도시의 노인들보다 더 많이 참고 살고 있음을 볼 때(박유식 1985) 건강상태는 지역 환경에 따라 많은 차이가 있음을 볼 수 있다.

이에 본 연구는 노인들의 거주지인 도시와 농촌 지역에 따라 건강상태가 어떻게 다른지를 확인하고 건강상태 각 영역간의 상관관계를 분석함으로써 노인들의 건강을 관리하고 건강기능을 유지, 증진하기 위한 간호전략 및 보건복지 정책을 마련하는 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구의 목적

본 연구는 도시와 농촌노인들의 환경에 따른 건강상태의 차이를 비교하기 위하여 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

1. 도시와 농촌노인들의 건강상태(신체적 건강상태-건강문제, 건강 자가평가, 진단 받은 질병, ADL, 사회적 건강상태-IADL, 심리적 건강상태-삶의 만족도)를 비교한다.
2. 도시와 농촌노인들의 건강상태 각 영역별 변수들의 차이를 알아본다.
3. 건강상태 각 영역간의 상관관계를 규명한다.

II. 문헌고찰

노인이라한 제2회 국제 노년학회에서 인간의 노령화

과정에서 나타나는 생리적, 육체적, 심리적, 정서적, 환경적 및 행동의 변화가 상호작용 하는 복합형태의 과정에 있는 사람이라고 정의하고 있다(허정, 1984: 윤혜영, 1988). 노인 개념을 이해하기 위해서는 노화현상에 대한 이해가 중요하다. 노화현상이란 생물이면 겪게되는 한 성장발달 과정으로써 노인의 건강은 노화과정과 밀접한 관계가 있어서 그 정도에 따라 몸의 조직과 기능이 소모되어 남아지면서 기능저하, 기능장애, 기능상실 및 더 나아가 병리적인 변화까지 오게되어 건강문제가 야기된 현상(이경미, 1987)이며 인간이 출생하여 죽음에 이르는 과정의 전반적인 변화로서 진행되고 있는 일련의 과정으로 시간의 경과에 따라 성숙기 이후에 명료하게 나타나기 시작하여 불가피한 죽음으로 향하는 변화의 점진적인 과정(김봉숙, 1987)으로 볼 수 있다.

연령상으로 노인이라한 대한 노인회에 가입할 수 있는 연령은 60세 부터 규정하고 있으며 정부에서는 생활보호법 제3조에 의하여 65세 이상을 노인으로 규정하고 생활보호 대상 노인으로 지정하고 있다. 연령에 의한 구분은 주로 비생산적인 연령을 뜻하며 그 기준은 나라마다 달라 미국, 프랑스, 네덜란드, 일본, 스웨덴 등은 65세 이상을 노인으로 구분 짓고 있다(허정, 1984).

노년층에서의 건강과 건강 행위면에서 성별, 연령, 사회 경제적 상태는 유병율과 상병율을 예측하는 변수들로서 사회 역학자에게 흔히 사용되어지는 변수들이며, (Wolinsky, 1988) 노인의 건강에 영향을 미치는 요인들로서는 크게 내부적 요인과 외부적 요인 두 가지로 나뉘며 내부적 요인으로는 개인 성격의 특성, 신체적 노화로 인한 만성, 퇴행성질병, 반응시간의 둔화, 연령에 따른 외모의 변화, 죽음이 다가오고 신체적 기능이 퇴화해가고 있다는 자각 등이 포함되며, 외부적 요인에는 배우자나 친구, 친족의 죽음과 같은 개인적인 상실과 사회적 지위의 상실, 경제수준의 하락, 강제적 정년퇴직, 인구나 사회구조의 변화, 지역 환경 등이 포함된다 (최영희와 신윤희, 1991).

노화과정으로 발생하는 신체적인 변화는 지각변화와 행동변화를 가져오며 이로 인해 심리적 측면의 변화를 가져와 사회생활에도 어려움을 겪게되는 것이며(이영자, 1989), 지각한 정서, 심리적 변화는 신체의 노화를 가속(최영희등, 1990) 노인건강의 변화를 나타낸다.

노인 건강상태의 측정이 노인 건강관리에서 중요한

기능은 노인건강에 대한 진단 및 간호중재 방법을 지시할 수 있는 노인 건강사정이라고 하였으며(Kane & Kane, 1981), 노인 건강상태의 측정은 건강을 보는 관점에 따라 두 가지로 나뉜다. 한가지는 의학적 진단, 병적인 증상의 유무 및 질병으로 인한 후유증 등 병적 상태에 근거를 두는 경우가 있으며 다른 한가지는 개인의 기능이나 역할의 수행능력에 근거를 두는 경우가 있다(조유향, 1988). 전자의 경우 노인에게 많이 발생하는 질환을 허정(1984)의 연구에서는 의료보험 관리공단의 진료비 청구 명세서를 토대로 45세 이상의 피보험자의 수진건수에서 고혈압, 당뇨병, 악성신생물, 간 경화증, 관절염, 류마티즘 순이라고 보고하고 있다. 또한 1980-1981년간 사망자의 의사의 사망진단 결과를 기초로 한 사인분류 결과에 의하면 순환계질환(42.7%), 신생물에 의한 사망(11.9%), 호흡기계 질환(7.1%), 소화기계(6.9%)순이었다. 통계청(1994)의 노인사망 원인은 순환계질환(41.4%), 악성신생물(15.4%)로서 전체사인의 56.8%를 차지하였다. 박오장(1983)과 신유선(1986), 김미옥(1987)은 CMI(Cornell Medical Index)을 이용하여 노인의 감각기계, 비뇨기계, 신경계, 근육골격계, 순환기계, 호흡기계, 소화기계, 피부계, 피로도, 질병 발생빈도, 수면 습관 등의 신체 각 기관의 건강상태를 측정하였으며 조유향(1994)은 노인의 건강상태 측정시 노인들이 인지하고 있는 현재의 건강상태에 대한 응답을 조사하였다.

후자의 경우 노인의 건강상태를 측정하기 위해 기존연구에서 가장 많이 사용되어지는 도구로는 ADL, IADL이다(윤혜영, 1988; 조유향, 1988; 이영자, 1989). 이러한 도구로는 노인의 신체적 사회적 영역의 건강상태의 측정이 가능하여지며 정신적 영역의 측정으로서는 Larson(1978)에 의하면 건강이 주관적 안녕에 가장 중요한 요인이라 하였으며 아프거나 신체적으로 무능력한 사람 등은 그의 삶에 관하여 훨씬 낮은 만족을 표현한다고 하며 건강과 주관적 삶의 만족 사이에 상관관계가 있음을 보여주고 있다(박인숙외, 1989). 정신적 영역의 건강상태의 측정으로 삶의 만족도를 사용하였다. 이러한 도구를 사용한 노인의 총체적인 건강상태의 측정이 필요하다고 생각되어진다.

삶의 만족개념은 삶의 질에 대한 주관적 측면으로 삶의 질은 행복의 양에 달려있으며 행복이란 만족과 동의어로서 개인의 삶의 질을 잘 평가할 수 있다(Compbell등, 1997).

삶의 만족에 대한 자신의 태도, 대인관계, 사회참여, 그리고 사회, 경제적 상태가 행복과 안녕에 관계가 있다(Burckhardt, 1985).

우울은 정상적인 기분의 변화로부터 병적인 상태에 이르기까지 연속선상에 있으며 조심, 침울감, 실패감, 무력감 및 무가치감을 나타내는 감정상태(Battle, 1978)로 우울증은 젊은 사람보다 나이가 든 사람에게 많이 나타나며(Kendle, 1970)노년기에 나타나는 우울증은 노력에 따른 스트레스에 그 원인이 있는 것으로 분석하고 있다(윤진, 1985).

또한 노인의 건강은 노화과정과 더불어 건강문제들이 다양하게 나타나는데 노인 발달과업의 달성은 문화마다 또는 한 문화 내에서도 다양함으로 사회 문화적인 환경 내에서 통합하여 노인을 사정하고 계획하며 간호를 수행해야 한다 (Seabrooks등, 1987).

지역에 따라 거주하는 노인들의 사회 인구학적인 구성은 차이가 있고 이 차이는 그들의 삶의 질에 커다란 영향을 미친다는 것을 보여주며 더욱이 서비스 제공자들에게 거주지역은 그들이 서비스를 계획하고, 창조하고, 전달해야 하는 지역의 실체와 일치하기 때문에 유용한 개념변수가 되는 것이다(Coward등 1989).

건강을 인식하는 개인의 자각은 같은 시대 동일한 사회라 하더라도 농촌과 도시의 생활환경과 구조의 차이점으로 의식구조를 비롯한 모든 면에서 상당한 차이가 있기 마련이다(김태현, 1981).

우리 나라의 경우 도시, 농촌과의 건강 이환율에서 60세 이상의 노인중 대도시 40%, 중소도시 40.5%, 농촌에서는 45%로서 농촌노인의 이환율이 더 높다고 보고되어지며(김현기, 1986), 윤혜영(1988)의 연구에서도 농촌노인들이 도시노인보다 건강상태가 더 좋지 않게 나타나고 있다.

박유식(1985)의 연구에서는 대도시의 노인들이 중소도시의 노인들에 비하여 노후생활의 책임을 대도시(15.7%), 중소도시(5.7%)로 사회적 책임으로 돌리고 있는 것으로 볼 때 중소도시의 노인들이 대도시의 노인들보다 더 많이 참고 사는 것으로 나타났다. 최영희와 신윤희(1991)의 대도시, 중소도시, 농촌노인의 건강상태 비교시 신체적으로는 중소도시, 농촌노인순으로 정서, 사회적으로는 대도시 노인의 건강상태가 좋지 않은 것으로 나타나 이는 지역환경에 따라 건강상태가 영역별로 차이가 있는 것으로 보고되며 지역에 따른 노인의 건강관리를 위한 간호전략 및 보건정

책을 설정해야 하는 중요성을 시사하였다.

이상에서 볼 때 노인의 건강상태는 신체적, 심리적, 사회적으로 서로 밀접하게 관련되어지며 개인이 속한 환경에 따라 연구의 필요성이 제기된다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 도시와 농촌노인의 건강상태를 비교하기 위하여 도시지역(부산), 농촌지역(경남)에 거주하는 65세 이상 되는 재택노인을 대상으로 개인별 면접을 실시하여 자료를 수집한 후 수집된 자료를 분석하여 건강상태를 비교하는 서술적 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 도시지역으로는 부산, 농촌지역으로는 경남에 거주하는 65세 이상의 재택노인으로서 면담에 응할 수 있는 언어적, 비언어적 의사소통 능력을 소유하고 본 연구에 협조하는 사람으로 하였다. 연구대상자는 부산지역 65세 이상 인구 165,425명 중 150명을 도시지역대상자로 하고 경남 238,437명 중 300명을 농촌지역 대상자로 선정하였다. 연구 대상자 선정방법은 부산지역은 무작위로 235개동중 10개동을, 경남지역은 11개군중 무작위로 2개군을 추출한 후 다시 각 군별로 무작위로 2개면을 뽑았으며 그중3개의 자연부락을 무작위로 선정한 후 면접 가능한 재택노인을 임의 표출하였다.

자료 수집기간은 1995년 2월 1일-2월 14일까지 2주간에 걸쳐 실시하였다.

3. 연구도구

노인의 건강상태를 신체적, 심리적, 사회적 측면에서 측정하기 위하여 구조화된 질문지를 사용하여 노인의 건강상태를 측정하였다.

신체적 측정도구로는 ; CMI (Cornell Medical Index)중에서 한국노인 특성에 맞도록 선정한 15개 신체적 건강문제를 유, 무로 조사하였고 건강문제를 합하여 건강문제점수(0-15)로 환산하였다. 신뢰도는 Cronbach's alpha=0.69였다.

건강에 대한 자가평가는 3점 척도로서 점수가 높을

수록 긍정적이다.

진단받은 질병은 고혈압, 심장병, 당뇨, 관절염, 신경통이 있는지의 유, 무로 조사 하였고 이들을 합하여 진단받은 질병수(0-5)로 환산하였으며 점수가 높을수록 질병이 많은 것이다.

ADL(Activities of Daily Living)은 식사하기, 용변보기, 실금, 옷입기, 목욕하기, 실내거동 6개 항목을 3점 척도로 측정하여 총 점수(0-18)로 환산하였으며 점수가 높을수록 자가활동 정도가 높은 것이다. 신뢰도는 Cronbach's alpha=0.79였다.

사회적 측정도구로는 ; IADL(Instrumental Activities of Daily Living)을 사용하여 전화 걸고 받기, 교통수단이용, 시장보기, 요리하기, 집안일 하기, 약먹기, 금전관리의 7개 항목을 3점 척도로 측정하여 총 점수(0-21)로 환산하였으며 점수가 높을수록 활동정도가 높은 것이다. 신뢰도는 Cronbach's alpha=0.83였다.

심리적 측정도구로는 ; Wood등(1969)이 개발한 삶의 만족 측정 도구를 최혜경(1987)이 수정 보완한 3점 평점척도의 12문항으로 측정하여 1, 2, 4, 6, 7, 8, 11 항목은 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높으며, 3, 5, 9, 10, 12 항목은 점수가 낮을수록 삶의 만족도가 높은 것이다. 신뢰도는 Cronbach's alpha=0.80였다.

4. 자료분석방법

자료 분석 방법은 SPSS통계기법으로 통계 처리하여, 연구 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, x^2 로 나타냈으며 건강상태 각 영역별 변수의 지역별 차이는 t-test, x^2 로, 건강상태 각 영역들간의 상관관계는 Pearson Correlation으로 분석하였다.

Ⅳ. 연구 결과 및 논의

1. 지역에 따른 대상자의 일반적 특성

지역에 따른 대상자의 일반적 특성은 표 1과 같다. 부산, 경남지역 노인 대상자들의 일반적 특성을 비교했을 때 통계적으로 유의한 항목은 성, 직업유무, 배우자유무, 가족형태, 규칙적인 운동유무 항목이었다($P<.05$).

구체적으로 보면, 대상자의 성별에서 남자는 도시 48.0%, 농촌 31.0%, 여자는 도시 52.0%, 농촌 69.0%

Table 1. General characteristics of Urban and Rural Elderly

General	Characteristics	Urban(N=150)	Rural(N=300)	Total
		No.(%)	No.(%)	No.(%)
Gender*	Male	72(48.0)	93(31.0)	165(36.7)
	Female	78(52.0)	207(69.0)	285(63.3)
Age	65-69	52(34.7)	105(35.0)	157(34.9)
	70-74	40(26.7)	90(30.0)	130(28.9)
	75-79	29(19.3)	60(20.0)	89 (19.8)
	80 & Over	29(19.3)	45(15.0)	74(16.4)
Religion	Have	87(58.0)	175(58.3)	262(58.2)
	Have nots	63(42.0)	125(41.7)	188(41.8)
Occupation*	Have	3(2.0)	84(28.0)	87(19.3)
	Have nots	147(98.0)	216(72.0)	363(80.7)
Spouse*	Alive	53(35.3)	135(45.0)	188(41.8)
	Widow\widower	95(63.3)	164(54.7)	259(57.5)
	Others	2(1.4)	1(0.3)	3(0.6)
Family Style*	Extended	112(74.7)	118(39.3)	231(51.3)
	Nuclear	38(25.3)	182(60.7)	219(48.7)
Fried or Neighborhood	Have	136(90.7)	284(94.7)	431(95.8)
	Have nots	14(9.3)	16(5.3)	19(4.2)
Regular Exercise*	Yes	19(12.7)	7(2.3)	26(5.8)
	No	131(87.3)	293(97.7)	424(94.2)

*P<.05

로 도시, 농촌 모두에서 여자의 비율이 높게 나타났다($P=.000$). 이는 통계청(1993)의 60세 이상의 남녀 별 인구 구성에서 남자 노령인구의 39.3%와 여자 60.7%의 여자노령인구가 훨씬 많은 것과 일치하였다.

대상자의 연령별 분포는 65-69세 사이의 도시노인 34.7%, 농촌노인 35.0%, 70-74세 도시노인이 26.7%, 농촌노인이 30.0%, 75-79세 도시노인 19.3%, 농촌노인 20.0%, 80세 이상에서는 도시노인 19.3%, 농촌노인 15.0%로 연령이 79세까지는 농촌노인의 비율이 높은 경향을 보였으나, 80세 이상에서는 도시노인의 비율이 높았다.

대상자의 종교상태는 종교가 없다고 응답한 노인은 도시는 42.0%, 농촌은 41.7%로 도시와 농촌에서 종교가 없다고 응답한 노인은 비슷하게 나타났다

대상자의 직업은 도시노인 중 직업이 있다고 응답한 노인은 2.0%, 농촌노인은 28.0%로 농촌노인들이 직업을 더 많이 가지고 있는 것으로 나타났다($p=.000$). 이는 통계청(1993)의 1990년 고령유업률 시부 14.9%, 군부 44.5%의 통계자료를 뒷받침하고 있으며 도시노인의 경우 사회역할에서의 은퇴를 가져온 반면, 농촌에서는 젊었을 때부터 해오던 농사 및 가사

노동이 계속되어 있음을 볼 수 있다.

대상자의 배우자 유무상태는 대도시 노인중 배우자가 있다고 응답한 노인은 35.3%, 농촌노인은 45.0%로 농촌노인들의 배우자 생존율이 높은 것으로 나타났다($p=.0$).

동거유형 중 노부부 혹은 독거노인은 도시가 25.3%, 농촌이 60.7%로서 농촌노인의 경우 노부부 혹은 혼자 거주하는 노인이 많은 것으로 나타났다($p=.000$). 이는 최영희와 신윤희(1991), 통계청(1993)의 보고에서와 같이 고령자들이 배우자가 생존시에는 농촌에 함께 거주, 배우자 사망시는 경제적, 정신적 의지를 위해 도시의 자녀에게 이동한다는 견해와 일치한다. 친한 친구나 이웃이 있다는 노인들은 도시노인들이 90.7%, 농촌노인들이 94.7%로 농촌노인들이 이웃이나 친구가 있다고 한 노인이 많은 것으로 나타났으며 이는 도시의 주거형태가 아파트거나 단독주택형으로 케쇄형인데 비해 농촌의 경우는 주거형태가 개방형이거나 공동으로 작업을 하는 경우가 많아서 이웃이나 친구가 있다고 한 노인들이 많은 것으로 본다.

노인들이 규칙적으로 운동을 한다고 응답한 노인은 도시 12.7%, 농촌은 2.3%($p=.000$)로서 대다수의 노인들이 운동을 하지 않는다고 응답하였으며 농촌노인

들은 농사일 등 가사일 들이 있어서 운동을 더하지 않는 것으로 볼 수 있다.

2. 도시·농촌노인의 건강상태

1) 도시·농촌노인의 건강상태

도시·농촌노인의 건강상태의 비교결과는 <표 2>와 같다.

도시 농촌노인의 건강상태를 비교하기 위하여 t-test로 검증한 결과 도시와 농촌 지역에 따른 건강상태의 차이가 통계적으로 유의한 항목은 자가 보고한 건강문제, 자가건강상태 평가, 진단 받은 질병, 삶의 만족도였다.

자가 보고한 건강문제에서 도시노인의 평균점수는 3.8, 농촌노인 5.1로서 농촌노인들이 건강문제를 더 많이 가지고 있다고 응답하였다($P=.000$). 이는 현두일(1980)이 농촌노인들이 도시노인들보다 건강상태가 좋지 않다고 보고한 것과 일치한다.

자가건강상태 평가에서도 도시노인들의 평균점수는 2.4, 농촌노인들은 2.0으로서 도시노인들이 자기건강상태를 긍정적으로 평가했다($P=.000$).

진단 받은 질병에서는 도시노인의 평균점수는 0.4, 농촌노인은 0.6로서 농촌노인에서 진단 받은 질병이 더 많은 것으로 나타났다($p=.003$). 건강문제, 진단 받은 질병에서 농촌노인이 더 많은 건강문제를 가지고 있는 것으로 나타난 것은 송건용(1994)의 1981-1992년 기간동안 60세 이상 노인에게서 연간 1인당 의사방문수가 도시에서는 5.65회에서 12.89회로 농어촌에서는 2.95회에서 14.84회로 5.0배 증가한 점을 뒷받침한다고 볼 수 있었다. 또한 장인협과 최성재(1987)의 보고에 의하면 전국 의료시설의 14.1%, 의

사의 8.1%만이 농어촌지역에 분포하여 도시에 비해 농촌지역의 의료시설이 부족한 상황인 것을 감안한다면 농촌노인의 경우 도시노인보다 더 많은 건강문제를 가지고 더욱 자주 의사를 방문한 것으로 사료된다.

ADL에서는 도시노인과 농촌노인의 평균점수가 17.7로 같게 나타났으나 IADL에서는 도시노인 19.7, 농촌노인 19.2로 도시노인이 높게 나타났다. 이는 도시지역의 노인들이 농촌노인보다 교육정도가 높고 의식주생활에 있어 현금을 사용하는 경우가 많을 뿐 더러 가까이에 은행이나 신탁등의 금융기관의 분포가 많기 때문에 금전관리의 기능이 강화된다고 할 수 있겠다.

2) 도시·농촌 노인의 영역별 건강상태

도시·농촌노인의 영역별 건강상태에서 지역별로 비교하기 위하여 t검증과 χ^2 을 사용하여 분석한 결과 지역별로 통계적으로 유의한 항목은 자가 보고한 건강문제 8개항목, 진단받은 질병 2개 항목, IADL 2개 항목, 삶의 만족도 5개 항목이었다.

(1) 자가보고에 의한 건강문제

도시·농촌노인의 자가 보고한 건강문제 비교는 <표 3>과 같다.

자가보고에 의한 건강문제는 도시에서는 시력장애(62.7%), 요통(48.0%), 두통(34.0%), 관절염(32.0%), 현기증(24.0%), 치통(24.0%)순이었고 농촌에서는 시력장애(63.3%), 요통(57.7%), 두통(41.3%), 치통(41.3%), 관절염(40.3%)순으로 호소하였다. 도시·농촌노인의 건강문제는 거의가 농촌노인들의 호소가 더 많은 경향을 보였으며 통계적으로 유의한 차이를 보인 항목은 음식을 씹기가 어렵다고 한 도시노인(24.0%), 농촌노인(41.3%)로 ($p=.000$); 심장의 심

Table 2. Comparisons of health Problems, Self Rating Score for Health Status, Diagnosed Disease, ADL, IADL and Life Satisfaction between Urban and Rural Elderly

	Urban(N=150)	Rural(N=300)	t	p
	Mn ± SD	Mn ± SD		
No. of health problems	3.8 ± 2.28	5.1 ± 2.89	5.35	.000**
Self Rating Score for Health Status	2.4 ± 0.84	2.0 ± 0.90	-3.55	.000**
No. of Diagnosed Disease	0.4 ± 0.75	0.6 ± 0.94	2.96	.003*
ADL	17.7 ± 0.69	17.7 ± 1.03	-0.56	.572
IADL	19.7 ± 2.66	19.2 ± 2.91	-1.52	.129
Life Satisfaction	16.0 ± 4.24	14.4 ± 4.58	-3.54	.000**

* $P<.05$ ** $P<.01$

Table 3. Comparisons of health problem between Urban and Rural Elderly

Health problem	Urban (N=150)	Rural (N=300)	Total
	No.(%)	No.(%)	No.(%)
Backpain	72(48.0)	173(57.7)	245(54.4)*
Arthritis	48(32.0)	121(40.3)	169(37.6)
Eye	94(62.7)	190(63.3)	284(63.1)
Common cold	29(19.3)	95(31.7)	124(27.6)**
Headache	51(34.0)	124(41.3)	175(38.9)
Insomnia	28(18.7)	97(32.8)	125(24.8)**
Teeth problem	36(24.0)	124(41.3)	160(35.6)**
Constipation	31(20.0)	75(25.0)	106(23.6)
Digestive problem	27(18.0)	79(26.3)	106(23.6)*
Circulatory problem	7(4.7)	22(7.3)	29(6.4)
Auditory problem	33(22.0)	84(28.0)	117(26.0)
Hyperperspiration	13(8.7)	42(14.0)	55(12.2)
Respiratory problem	30(20.0)	86(28.7)	116(25.8)*
Heart problem	29(19.3)	108(36.0)	137(30.4)**
Dizziness	36(24.0)	110(36.7)	146(32.4)**

*P<.05 **P<.01

한 고등이나 심장이 빨리 뛰어서 고통스러울 때가 있다는 도시노인이(19.3%), 농촌노인(36.0%)로 ($p=.000$); 불면증에 시달린다는 도시노인(18.7%), 농촌노인(32.8%)로 ($p=.00$); 갑자기 현기증이 날 때가 가끔 있다고 한 도시노인이 (24.0%) 농촌노인(36.7%) ($p=.00$); 감기로 자주 고생한다는 도시노인(19.3%), 농촌노인(31.7%)로 ($p=.00$); 호흡이 곤란한 경험이 있다가 도시노인(20.0%), 농촌노인(28.7%)로 ($p=.0$); 요통이 있다고 한 도시노인(48.0%), 농촌노인(57.7%)로 ($p=.0$); 평소에 소화가 잘 안되어서 고생하는 도시노인(18.0%), 농촌노인(26.3%)로 ($P=.0$)로 나타났다.

이는 Johnson (1991)이 인구 4,000이하의 농촌 지역에 거주하는 65세 이상 노인 250명을 대상으로 한 연구에서, 대상자의 80%에서 최소한 하나 이상의 만성 질환을 가지고 있다고 보고하였으며, 요통 87%, 호흡기 질환 71%, 심장질환 81%, 시력감퇴 67%, 당뇨 43%라고 보고한 결과보다는 낮게 나타났다. 그러나 박태경등 (1992)의 영동 세브란스 병원 노인병 센터 개원시기인 1991년 10월-1992년 6월까지 9개월간 방문한 484명의 외래 환자 의무 기록지 분석 결과 3대 주소로서 관절염 및 근육통(19.9%), 두통(12.7%), 흉통(9.0%)로 나타난 결과보다는 높게 나타났다.

(2) 진단 받은 질병

도시·농촌노인의 진단 받은 질병의 비교는 표 4와 같다.

Table 4. Comparisons No. of Diagnosed Diseases between Urban and Rural Elderly

Diagnosed Diseases	Urban (N=150)	Rural (N=300)	Total
	No.(%)	No.(%)	No.(%)
Arthritis	7(4.7)	35(11.7)	42(9.3)**
Neuralgia	1(6.7)	62(20.7)	72(16.0)**
Hypertension	17(11.3)	49(16.3)	66(14.7)
Heart Problem	16(10.7)	37(12.3)	53(11.8)
Diabetes Mellitus	13(8.7)	16(5.3)	29(6.4)

**P<.01

진단 받은 질병은 도시노인은 고혈압(11.3%), 심장문제(10.7%), 당뇨병(8.7%), 신경통(6.7%), 관절염(4.7%)순이며 농촌노인은 신경통(20.7%), 고혈압(16.3%), 심장문제(12.3%), 관절염(11.7%), 당뇨병(5.3%)순으로 두군 모두에서 고혈압과 심장문제가 우선적으로 진단 받은 질환인 것으로 나타났으며, 관절염($p=.0$)과 신경통($p=.000$)은 도시노인보다 농촌노인에게서 통계적으로 유의하게 높게 나타났다.

박태경외(1992)의 노인병 센터 외래 환자의 3대 진단명으로는 고혈압 21.8%, 관절염 15.9%, 당뇨 13.7%인 결과보다는 낮게 나타났다. 두 군간에 통계적으로 유의한 차이를 보인 관절염과 신경통은 농사일을 위주로 하는 농촌노인의 생활을 반영한 것으로 볼 수 있겠다.

(3) ADL

도시·농촌 노인의 ADL 비교는 표 5와 같다.

ADL은 전 항목: 식사하기, 화장실이용하기, 실금, 몸단장하기, 의복 갈아입기, 목욕하기의 6개 항목에서 도시농촌노인 모두가 평균점수 2.9이상이었으며, 통계적으로 유의한 항목은 없었다.

이는 조유향(1994)의 걷기, 의복 갈아입기, 식사하기, 화장실 이용하기, 몸단장하기, 목욕하기의 6개 영역에서 조사대상의 88.4%에서 6가지 기능이 모두 가능하다고 보고한 연구결과와 ADL 평균 평점이 일치하였다.

(4) IADL

도시·농촌노인의 IADL비교는 표 6과 같다.

Table 5. Comparisons of ADL between Urban and Rural Elderly

	Urban(N=150)	Rural(N=300)	t	p
	Mn ± SD	Mn ± SD		
Eating	3.0 ± 0.08	3.0 ± 0.12	-1.00	.316
Toileting	3.0 ± 0.11	3.0 ± 0.17	-0.73	.465
Incontinence	2.9 ± 0.35	2.9 ± 0.29	1.59	.113
Dressing	3.0 ± 0.08	3.0 ± 0.18	-1.07	.284
Bathing	2.9 ± 0.23	2.9 ± 0.36	-1.51	.131
Moving	3.0 ± 0.16	3.0 ± 0.23	-1.24	.217

Table 6. Comparisons of IADL between Urban and Rural Elderly

	Urban(N=150)	Rural(N=300)	t	p
	Mn ± SD	Mn ± SD		
Telephone	2.7 ± 0.58	2.7 ± 0.60	-1.06	.288
Using transportation	2.8 ± 0.47	2.8 ± 0.48	-0.55	.583
Shopping	2.8 ± 0.42	2.8 ± 0.52	-1.08	.282
Cooking	2.8 ± 0.45	2.8 ± 0.56	-1.28	.201
House keeping	2.9 ± 0.40	2.7 ± 0.56	-2.80	.005*
Taking medication	2.9 ± 0.35	2.9 ± 0.34	-0.19	.848
Handling pocket money	2.7 ± 0.59	2.6 ± 0.67	-1.39	.167

*P<.05

IADL은 전 항목; 전화 걸고 받기, 교통수단 이용하기, 시장보기, 요리하기, 집안 일하기, 약먹기, 금전관리의 7개 영역에서 도시 농촌노인 모두 평균점수 2.6 이상이었다.

IADL의 도시 농촌노인의 비교에서 통계적으로 유의한 항목은 유일하게 집안 일하기로서 농촌 2.7, 도시 2.9로 (p=.00)였다. 이는 농촌보다 도시의 생활구조와 가전기구의 사용이 수월하기 때문이라고 생각한다.

이는 조유향(1994)의 연구에서 전화의 사용, 일용품 구입, 식사준비, 가사운영, 세탁능력, 혼자서 바깥 외출, 스스로 의약품 관리, 금전 관리면의 8개 영역에서 조사대상의 54.1%에서 8가지가 모두 가능했으며 7가지는 70.5%로 나타난 결과와 IADL의 평균 평점이 유사했다.

또한, 통계적으로는 유의하지 않으나 농촌노인보다 도시노인들의 금전관리 능력이 높게 나타난 것은 도시지역의 노인들이 농촌노인보다 교육정도가 높고 의식주생활에 있어 현금을 사용하는 경우가 많을 뿐 더러 가까이에 은행이나 신탁등의 금융기관의 분포가 많기 때문에 금전관리의 기능이 강화된다고 할 수 있겠다.

(5) 삶의 만족도

도시·농촌노인의 삶의 만족도 비교는 표 7과 같다.

삶의 만족도에서 도시·농촌노인의 비교시 통계적으로 유의한 항목은 『나는 주위의 일들이 과거에 생각했던 것보다 더 좋아 보인다.』평균점수 1.7, 1.5로서(P=.047); 『지금 내 인생에 있어서 가장 울적하다.』평균점수 1.3, 1.1로서(P=.010); 『내가 하는 일들은 나에게 흥미가 있다.』평균점수 1.4, 1.2로서(P=.003); 『만일 어떤 일을 새로 계획한다면 나는 앞으로 그일을 할 수 있을 것이다.』평균점수 1.4, 1.1로서(P=.000); 『사람들은 세상이 더 좋아지고 있다고 하지만 나의 형편은 더 나빠지고 있다.』평균점수 1.4, 1.1로서(P=.000)로 나타났다.

모든 항목이 통계적으로 유의하지는 않지만 삶의 만족도 측정의 긍정적인 항목인 『나는 주위의 일들이 과거에 생각했던 것 보다 더 좋아 보인다』 『나에게는 다른 사람들 보다 더 좋은 일들이 많았다』 『나는 지금 행복하다』 『내가 하는 일들은 나에게 흥미가 있다』 『나의 삶을 생각해 볼 때 정말 만족한다』 『만일 어떤 일을 새로 계획한다면 나는 앞으로 그 일을 할 수 있을 것이다』 『나는 지금까지 내가 하고 싶었던 일들을 대부분 이루었다』는 도시노인들이 농촌노인들보다 평균점수가 높게 나타났으며 부정적인 항목인

Table 7. Comparisons of Life Satisfaction between Urban and Rural Elderly

	Urban(N=150)	Rural(N=300)	t	p
	Mn ± SD	Mn ± SD		
1. As I grow older, things seem better than I thought they would be	1.7 ± 0.05	1.5 ± 0.68	-1.99	.047*
2. I have gotten more of the breaks in life than most of the people I know	1.3 ± 0.73	1.1 ± 0.76	-1.68	.094
3. This is the dreariest time of my life	1.3 ± 0.71	1.1 ± 0.73	-2.60	.010**
4. I am just as happy as when I was younger	1.3 ± 0.82	1.2 ± 0.79	-.87	.384
5. Most of the things I do are as interesting to me as they ever were	1.3 ± 0.63	1.3 ± 0.67	-.96	.339
6. The things I do are interesting to me as they ever were	1.4 ± 0.65	1.2 ± 0.74	-3.01	.003**
7. As I look back on my life, I am fairly well satisfied	1.4 ± 0.69	1.3 ± 0.73	-1.47	.142
8. I have made plans for things I'll be doing a month or a year from now	1.4 ± 0.67	1.1 ± 0.66	-4.03	.000**
9. When I think back over my life, I didn't get most of the important things I wanted	1.3 ± 0.59	1.2 ± 0.59	-.96	.340
10. Compared to other people, I get down in the dumps too often	1.2 ± 0.83	1.1 ± 0.78	-.62	.533
11. I've gotten pretty much what I expected out of life	1.3 ± 0.67	1.3 ± 0.73	-.70	.484
12. In spite of what people say, the lot of the average man is getting worse not better	1.4 ± 0.66	1.1 ± 0.72	-3.73	.000**

*P<.05 **P<.01

Table 8. The Correlation between Health Related Factors

	NHP	SRSHS	NDD	ADL	IADL	LS
NHP						
SRSHS	-.3998**					
NDD	.3044**	-.2133**				
ADL	-.1118*	.1544**	-.0221			
IADL	-.1373*	.1210**	-.0346	.4902**		
LS	-.0667	.2600**	-.0192	.0323	.0870	

NHP = No. of Health problem

SRSHS = Self Rating score for Health status

NDD = No. of Diagnosed Disease

ADL = Activities of Daily Living

IADL = Instrumental Activities of Daily Living

LS = Life Satisfaction

*P<.05 **P<.01

「지금의 내 인생에 있어서 가장 울적하다」 「내가 하는 일의 대부분은 지루하거나 단조로운 일이다」 「나는 지금 내가 하고 싶은 중요한 일들을 대부분 하지 못하고 있다」 「다른 사람들과 비교하여 볼때 나는 자주 우울하다」 「사람들은 세상이 좋아지고 있다고 하지만 나의 형편은 더 나빠지고 있다」 도 도시노인들이 농촌노인들 보다 평균점수가 높게 나타났다.

이는 도시노인들이 농촌노인들보다 행복감, 자신

감, 만족감, 성취감 등이 높게 나타나는 반면, 우울, 소외감, 쓸모없다는 생각, 낙담 등도 농촌노인들 보다 높게 나타났다.

이 결과는 도시와 농촌지역이 문화적, 환경적 여건의 차이가 있다는 것을 보여주고 있다.

이는 Kendle(1970)의 우울증은 젊은 사람보다 나이가 든 사람에게 많이 나타났다는 결과와 일치하였으며 최영희, 신윤희(1991)의 정서, 사회적영역의 건강에

서 중소도시나 농촌노인보다 대도시의 노인들이 저조하다는 보고와 일치하는 점도 있다.

3) 건강상태 영역들간의 상관관계

건강상태 영역간의 상관관계를 pearson correlation으로 검증한 결과는 <표 8>과 같다.

전체적으로 낮은 상관관계를 보였으며 통계적으로 유의하게 상관이 있는 항목은 IADL과 ADL(0.49), 자가 보고한 건강문제와 건강에 대한 자가평가(-0.39), 자가 보고한 건강문제와 진단 받은 질병(0.30), 건강에 대한 자가평가와 삶의 만족도(0.26), 자가 보고한 건강문제와 건강에 대한 자가평가(-0.21), ADL과 건강에 대한 자가평가(0.15), IADL과 건강에 대한 자가평가(0.12), ADL과 자가 보고한 건강문제(-0.11), IADL과 자가 보고한 건강문제(-0.13)들이었다.

이를 구체적으로 보면 신체적 건강상태의 영역 중 자가보고에 의한 건강문제와 건강에 대한 자가평가는 유의한 역상관계($r = -0.39, P = .000$)였고 진단 받은 질병과는 유의한 순상관계($r = 0.30, p = .000$)로 나타나 스스로 건강문제가 많다고 보고한 군에서 진단 받은 질병이 많은 경향으로 나타났다.

사회적 건강상태 영역인 IADL과 건강문제와의 상관관계에서는 유의한 역상관계로($r = -0.16, p = .000$), 건강자가평가와는($r = 0.12, p = .000$) 그리고 ADL과는($r = 0.49, p = .000$)로 유의한 순상관 관계로 나타났다.

심리적 건강상태 영역인 삶의 만족도와 건강자가평가는 ($r = 0.26, P = .000$) 나타났고 IADL과는($r = 0.08$)로 ADL과는($r = 0.03$)로 낮은 상관관계지만 순상관 관계로 나타났고 건강문제와는 역상관계($r = -0.06$)로 나타났다.

이는 본 연구에서 전반적으로 상관성이 낮아 직접적으로 비교할 수는 없겠으나 Steinbach(1992)의 70-90세의 노인을 대상으로한 종단적 연구에서 나이, 인지한 건강상태, 성별, ADL의수, 건강조건(당뇨, 암, 심장질환, 뇌졸중, 낙상)등이 사망률에 유의한 상관관계가 있으며, 인지한 건강상태와 ADL의 수가 사망률과 가장 높은 상관성이 있다고 보고한 결과와는 어느 정도 유사하다 하겠다.

이상으로 이들 영역간에 정적 혹은 부정적인 상관성이 비교적 낮은 수준으로 나타났으나 미약하게나마 각 영역들간의 상호관련성은 노인 인구의 건강 상태

를 예측 할 수 있다고 볼 수 있어 앞으로의 연구에서도 상관성에 따른 고찰이 필요로 된다고 사료된다.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 도시와 농촌노인들의 환경에 따른 신체적, 사회적, 심리적 건강상태를 파악하여 한국노인의 건강관리를 위한 간호전략과 보건복지정책을 마련하는 기초자료를 제공하기 위하여 시도하였다. 자료수집은 1995년 2월 1일 부터 2월 14일 까지 2주간에 걸쳐서 부산, 경남지역에 거주하는 65세 이상의 재택노인 중 부산지역 150명, 경남지역 300명을 무작위 임의 표출하여 설문지를 이용한 면담을 통하여 수집하였다. 연구도구로는 노인의 건강상태를 신체적, 심리적, 사회적으로 총체적측정을 위하여 신체적 측정도구로는 CMI 중 한국노인특성에 맞도록 선정한 15개 신체적 건강문제 유무, 건강에 대한 자가평가, 진단받은 질병, ADL이며, 심리적 측정도구로는 삶의 만족도, 사회적 측정도구로는 IADL을 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS로 통계처리하여 실수와 백분율, 평균, 표준편차, t-test, χ^2 , pearson correlation으로 분석하였다. 연구결과는 다음과 같다.

- 1) 도시, 농촌지역의 노인들의 일반적 특성에서 통계적으로 유의한 항목으로 성별에 있어 노시. 농촌 모두 여자 노인이 많았으나, 도시에 비해 농촌이 여자노인의 비율이 훨씬 높았다. 직업은 도시노인보다 농촌노인들이 많이 가지고 있는것으로 나타났다. 배우자의 생존율은 농촌노인들이 높은 것으로 나타났으며 동거유형에 있어서도 노부부 혹은 혼자 사는 경우가 도시보다 농촌노인들에게서 많은 것으로 나타났다. 규칙적인 운동유무에서는 낮은 율이지만 농촌노인들보다 도시노인들이 많이 한다고 했다.
- 2) 도시, 농촌노인들의 건강상태 중 통계적으로 유의한 항목으로 자가보고한 건강문제는 농촌노인이 더 많았고, 자가건강상태 평가는 도시노인이 농촌노인보다 자가건강상태를 긍정적으로 평가했으며 삶의 만족도도 농촌노인보다 도시노인이 높았으며 진단받은 질병수도 농촌노인이 많았다. IADL에서도 도시노인들이 농촌노인들 보다 높은 것으로 나타났다.

- 3) 도시, 농촌노인들의 영역별 건강상태에서 통계적으로 유의한 항목은 자가보고한 건강문제 8개 항목, 진단받은 질병 2개 항목, IADL 1개 항목, 삶의 만족도 5개 항목이었다.
- (1) 자가보고한 건강문제는 도시, 농촌노인 모두 시력장애, 요통, 두통, 치통, 관절염이 우선 순위 5위내였다. 도시, 농촌노인들간에 통계적으로 유의한 항목은 요통, 감기, 불면증, 치통, 소화문제, 호흡곤란, 심장문제, 현기증이었으며 모두 농촌노인에게서 높게 나타났다.
- (2) 진단받은 질병은 도시노인은 고혈압, 심장병, 당뇨병, 신경통, 관절염 순이었고 농촌노인은 신경통, 고혈압, 심장병, 관절염, 당뇨병 순이었다. 통계적으로 유의한 항목은 관절염과 신경통으로 농촌노인에게서 유리하게 높게 나타났다.
- (3) ADL 전 항목에서 도시, 농촌노인 모두 평균점수가 2.9이상이었으며 도시, 농촌간의 비교에서 통계적으로 유의한 항목은 없었으며 거의 비슷한 평균점수를 나타냈다.
- (4) IADL 전 항목에서 도시, 농촌노인 모두 평균점수 2.6이상이었으며 도시, 농촌간의 비교에서 통계적으로 유의한 항목은 유일하게 집안일하기로서 농촌노인보다 도시노인이 높게 나타났다. 통계적으로 유의 하지 않지만 금전관리는 농촌노인 2.6에 비해 도시노인 2.7로 높게 나타났다.
- (5) 삶의 만족도에서 도시농촌의 비교시 통계적으로 유의한 항목은 『나는 주위의 일들이 과거에 생각했던 것보다 더 좋아 보인다.』 평균점수 1.7, 1.5로서($P=.047$) ; 『지금 내 인생에 있어서 가장 윤택하다』 평균점수 1.3, 1.1로서($P=.010$) ; 『내가 하는 일들은 나에게 흥미가 있다.』 평균점수 1.4, 1.2로서($P=.003$) ; 『만일 어떤 일을 새로 계획한다면 나는 앞으로 그 일을 할 수 있을 것이다.』 평균점수 1.4, 1.1로서($P=.000$) ; 『사람들은 세상이 더 좋아지고 있다고 하지만 나의 형편은 더 나빠지고 있다』 평균점수 1.4, 1.1로서($P=.000$)로 나타났다.
- 4) 건강상태 영역들간의 상관관계에서는 전체적으로 낮은 상관관계를 보였으며 상관이 있는 항목은 IADL과 ADL(0.49), 자가 보고한 건강문제와 건강에 대한 자가평가(-0.39), 자가 보고한 건강문제와 진단 받은 질병(0.30), 건강에 대한 자가평가

와 삶의 만족도(0.26), 자가 보고한 건강문제와 건강에 대한 자가 평가(-0.21), ADL과 건강에 대한 자가 평가(0.15), IADL과 건강에 대한 자가 평가(0.12), ADL과 자가 보고한 건강문제(-0.11), IADL과 자가 보고한 건강문제(-0.13)들이었다.

이를 구체적으로 보면 신체적 건강상태의 영역 중 자가보고에 의한 건강문제와 건강에 대한 자가평가는 유의한 역상관계($r=-0.39$, $P=.000$)였고 진단 받은 질병과는 유의한 순상관계($r=0.30$, $p=.000$)로 나타나 스스로 건강문제가 많다고 보고한 군에서 진단 받은 질병이 많은 경향으로 나타났다.

사회적 건강상태 영역인 IADL과 건강문제와의 상관관계에서는 유의한 역상관관계로($r=-0.16$, $p=.000$), 건강자가평가와는($r=0.12$, $p=.000$) 그리고 ADL과는($r=0.49$, $p=.000$)로 유의한 순상관 관계로 나타났다.

심리적 건강상태 영역인 삶의 만족도와 건강자가평가는($r=0.26$, $P=.000$) 나타났고 IADL과는($r=0.08$)로 ADL과는($r=0.03$)로 낮은 상관관계지만 순상관 관계로 나타났고 건강문제와는 역상관관계($r=-0.06$)로 역상관 관계가 나타났다.

이 결과를 통해 다음과 같은 결론을 얻었다.

지역별로 노인의 신체적 건강상태, 심리적 건강상태, 사회적 건강상태의 차이를 볼수있었는데 이는 산업화, 도시화등으로 인한 지역간 불균형으로 건강관리체계나 환경위생시설, 문화, 사회시설등이 미흡한 점과 관련지을 수 있으며 노인들이 가까이 쉽게 이용할 수 있는 의료시설, 위생, 문화 시설, 사회교육시설 등이 확충되어야 할 것으로 본다. 따라서 한국노인의 건강상태를 지역별로 조사한 본 연구 결과는 노인의 건강관리를 위한 간호전략 및 지역에 따른 보건정책을 설정하는데 중요한 자료를 제공한다고 본다.

2. 제 언

1. 본 연구는 일부지역에 국한되었으므로 좀 더 광범위한 지역에 걸쳐 한국노인을 대표할 수 있도록 폭넓은 조사 연구가 요구된다.
2. 노인의 건강관련 연구를 위한 보다 신뢰성 있는 도구 개발이 요구된다.

참 고 문 헌

- 김미옥(1987). 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구. 대한간호학회지, 17(1) 64-78.
- 김봉숙(1987). 노화단계에 따른 장년 및 노인의 신체상과 신체적 노화 현상에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김태현(1981). 한국에 있어서의 노인부양에 관한 연구. 고려대학교 박사학위 논문.
- 김현기(1986). 한국 의료 보장에 관한 연구. 동국대학교 행정대학원 석사학위 논문.
- 박오장(1983). CMI 간이법에 의한 노인들의 건강수소율. 대한간호학회지, 13(2) 44-55.
- 박유식(1985). 한국노인의 생활의 문제점과 그 해결에 관한 연구. 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위 논문.
- 박태경(1992). 노인병 센터 환자의 진료내용 분석. 가정의학회지, 13(10) 800-808
- 보건복지부(1995). 노인 복지 종합대책.
- 송건용(1994). 21세기 노인을 위한 복지, 건강, 의료 심포지엄 : 노인보건을 위한 정책과제. 한국노년, 노인병, 노화학연합회.
- 신유선(1986). 간이 코호넬 의학지수에 의한 일부 농촌지역노인들의 건강수소율. 지산간호보건전문대학 논문집 제4호. 61-75p.
- 윤혜영(1988). 한국노인의 건강상태에 관한 사회학적 비교분석연구. 경희대학교 대학원 박사학위 논문.
- 윤진 (1985). 성인노인심리학. 서울 중앙적성출판사. 24-27p.
- 이경미(1987). 노인의 자아존중감과 건강상태에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 이영자(1989). 한국노인이 건강사정도구개발에 관한 일 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이은옥, 서문자, 임난영, 김채숙(1980). 만성 및 재활 간호. 서울 : 수문사.
- 조유향(1988). 노인의 신체적, 사회적 능력장애에 관한 조사연구. 간호학회지, 18(1) 70-79.
- 조유향(1994). 일부지역 노인의 장애 및 생활정도에 관한 조사연구. 한국 노년학 연구, 3 113-125.
- 장인협, 최성재(1987). 노인복지학. 서울대학교 출판부.
- 지역통계연보(1994). 통계청.
- 최순남(1984). 현대사회와 노인복지. 서울 : 흥익재.
- 최영희, 백영주, 이지숙(1990). 한국노인의 정신, 정서적 건강상태 도구개발과 건강상태에 관한 연구. 성인간호학회지, 2 14-33.
- 최영희, 신윤희(1991). 대도시, 중소도시, 농촌노인의 건강상태에 관한 연구. 간호학회지 21(3) 365-382.
- 최혜경(1987). 만성관절염 환자의 가족지지, 치료지시 이행 및 삶의 만족도간의 관계연구. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 한국 고령자 실태 분석(1993). 통계청(통계조사국 인구 통계과).
- 한국 노인 문제 연구소(1984). 한국 노인의 생활과의식구조.
- 허정(1984). 한국노인의 보건문제와 관련 요인에 관한 연구. 보건학논집, 37 110-122.
- 현두일(1980). 노인문제와 노인복지. 아산, 3(3).
- A Campbell(1977). Subjective measures of well being, American J Psychology, 31 : 117.
- Burckhardt(1985). The impact of Arthritis on Quality of life. Nursing Research.
- Coward, RT ; Cutler SJ, and schmidt FE (1989). Differences in the Household Composition of Elders by Age, Gender, and Area of Residence. The Gerontologist, 29(6).
- John, JE(1991). Health-Care Practices of the Rural Aged. J of Gerontological Nursing, 17 (8) 15-19.
- Kane, RA, & Kane, RL(1981). Assessing the Elderly - A Practical Guide to Measurement,. Lexington Books.
- Larson, R(1978). Thirty Years of Research on the Subjective Well-Being of Older Americans. J of Gerontology, 33(1) 109-115.
- Lawton, MP & Brody, E(1969). Assessment of Older People : Self maintaining and Instrumental Activities daily living. The Gerontologist, 9 179-183.
- Lawton, MP(1972). Assessing the Competence of Older People, Research Planning and Action for the Elderly : The Power and Potential of Social Science. Behavioral Publication, (N.Y.) 122-143.
- RE Kendel(1970). Relationship between aggres-

- sion and depression. Arch Gen Psychiat, 22 (3) : 308-18.
- Rubinstein, R(1989). The Home Environments of Older People : A Description of the Psychosocial Process Linking Person to Place. J of Gerontology, 44(2) 545-553.
- Seabrooks, PA ; R. Kahn, and G. Gero(1987). Gross-Cultural Observations. J of Gerontology, 47(4) S183-s190.
- Steinbach, U(1992). Social Networks, Institutionalization, and Mortality Among Elderly People in the United State. J of Gerontology, 47(4) S183-s190.
- Stuart(1987). Principles and practice of psychiatric Nursing. Mosby, 291-292.
- T Battle(1978). Relationship between self-esteem and depression. Psychological Reports, 42 : 745.
- Wolinsky, FD & Johnson, RJ(1991). The Use of Health Services by Older Adults. J of Gerontology, 46(6) S345-357.
- Wood, V ; Wylie, ML & Sheaffer, B(1969). An Analysis of a Short Self-Report Measure of Life Satisfaction : Correlation with Rater Judgements. J of Gerontology, 24 467-468.

- Abstract -

Key Words : Elderly, Health status

A Comparative Study on the Health Status of Urban and Rural Elderly - Pusan, Kyeungnam Area -

*Shin, Yoo Sun**

This study was conducted to investigate and to compare the health status of urban and rural elderly in Korea using the following factors : ① the number of self-reported health problems ② a self-rating score for health status ③ the number of diagnosed diseases ④ ADL, social health status

by IADL and the psychological health status by Life Satisfaction scale developed by Wood and others.

The study subjects were the elderly who lived in Pusan(N=150) as an urban area and Kyeungnam(N=300) province as a rural area. The study subjects were sampled at random and the data were collected by trained interviewers from Feb. 1 to Feb. 14, 1995. The data was analyzed in SPSS.

The results can be summarized as follows :

1. According to the sociodemographic characteristics of the subjects, the urban elderly group was significantly higher in extended family groups and in practicing regular exercise than the rural elderly ; and the rural elderly group was higher in having spouses and occupations than the urban group.
2. Concerning health status, the numbers of self-reported health problems(eye problems, backpains, headaches, dental problems, arthritis) and number of diagnosed diseases(hypertension, heart problems, diabetes mellitus, neuralgia, arthritis) were significantly were higher higher in rural areas ; the self-rating scores for health status and life satisfaction were higher urban areas. ADL and IADL were similar in both the rural and urban elderly.
3. The correlations were the following :

Self-reported health problems and self-rating for health status were significantly correlated negatively($r = -.039, p = .000$), but self-reported health problems and the number of diagnosed diseases were significantly positively correlated($r = 0.30, p = .000$).

IADL and health problems were negatively correlated($r = -0.16, p = .000$), but IADL and ADL were significantly positively correlated($r = 0.49, p = .000$).

Life satisfaction and self-rating scores for health status were significantly positively correlated($r = 0.26, p = .000$).

* Pusan Catholic College. Dept. of Nursing