

일부 농촌지역 노인들의 건강증진활동 수행정도 및 관련요인

영광군 대마면 대마보건진료소^{a)}

조선대학교 의과대학 예방의학교실^{b)}

서남대학교 의과대학 예방의학교실^{c)}

김선미¹⁾, 김양옥²⁾, 김기순²⁾, 류소연²⁾, 이철갑²⁾, 안현옥²⁾, 박 종²⁾, 손명호³⁾

The Health Promoting Activity of Old Aged in a Rural Area

Sun Mi Kim^{a)}, Yang-Ok Kim^{a)}, Ki Soon Kim^{b)}, So Yeon Ryu^{b)},
Chul Gab Lee^{b)}, Hyun Ok Ann^{b)}, Jong Park^{b)}, Myung Ho Son^{c)}

Daema Community Health Post in Youngkwang-gun, Chollanamdo^{a)}

Dept. of Prev. Med., School of Medicine, Chosun University^{b)}

Dept. of Prev. Med., School of Medicine, Seonam University^{c)}

= ABSTRACT =

This study was to evaluate the performance status and associated factors with the health promoting activities. Two hundred three old aged over 65 years old sampled by quota sampling among 660 old aged in a rural area, Dae-Ma Myun, Young-Kwang Gun, Chollanam Do. The questionnaire survey was performed from June 1st to August 31st in 1997.

The major findings were as follows ;

1. The performance rate of health promoting activities were higher in female, dwellers at community health practitioner post area, an old aged believes in a religion and high educated old aged.

2. A multiple regression analysis showed that physical health promoting activity was related to psychiatric wellbeing status, the disability of daily living, residential area and family numbers($P < 0.05$).

3. The disability of daily living and psychiatric wellbeing status were related to mental health promoting activities by a multiple regression analysis($P < 0.05$).

In conclusion, psychiatric wellbeing status, the disability of daily living, the disability of daily living and residential area were associated the performance of health promoting activities for old aged in a rural area.

KEY WORDS : Health Promoting Activity, Old Aged, Rural Area

I. 서 론

건강은 인간에게 있어 꾸준한 관심의 대상이 되어왔다. 특히 생활 수준이 향상되고 교육의 폭이 확대되면서 건강에 대한 가치의 중요성이 그 무엇보다도 증대되었다. 우리 나라는 1995년 현재 65세이상 노인 인구가 254만명으로 전체 인구의 5.7%, 2000년에는 316만명으로 6.8%, 2020년에는 633만명에 달할 것으로 추정되어 점차 고령화 사회로 되어가고 있다고 할 수 있다(보건복지부 1995). 노인 인구의 구성 비율을 도시 지역과 농촌 지역별로 살펴보면 도시 지역의 경우 1960~1980년 사이 2.2%에서 2.5%로 별다른 변동이 없었으나 농촌 지역은 1960년 3.7%에서 1980년 5.6%로 크게 늘어났으며, 이에 따라 노인 인구 부양지수도 농촌 지역에는 7.1%에서 9.5%로 상당히 높아지는 특징을 보이고 있다.

이와 같은 노령 인구의 절대수 증가는 노령과 관련되어 야기되는 노인 문제를 가진 노인 수를 증가시킬 것이며, 그 심각성을 더 할 것이다. 특히 노인의 질병과 보건의료문제는 길어진 수명 동안의 삶의 질 문제와 맞물려 국민복지측면에서 중요한 문제로 대두될 것으로 예상된다.

노인들은 다른 연령층이 가지는 건강문제와 함께 기능저 하태적 퇴축, 적응력의 저하로 근골격계 및 피하질환, 순환기계, 소화기계, 신경계, 내분비계 질환등 심각한 건강문제가 수반된다(권순범 등, 1994). 또한 노인들이 갖는 정신적 심리적 특성으로 인해 많은 정신심리적 문제를 야기하기도 한다. 그러나 이러한 문제들은 만성적인 경과를 밟기 때문에 그 치료 자체가 쉽지 않은 어려움이 있다. 따라서 문제의 해결을 위해서는 질병자에 대한 적절한 관리와 치료도 중요하지만, 질병의 발생을 미리 예방하고 삶의 질을 향상시키기 위한 건강증진 활동을 통한 노력과 시책이 더욱 중요할 것으로 생각된다.

노인의 건강 증진 및 유지의 자야를 실현하고 개인적인 만족감을 느끼는데 도움을 주며, 노인 스스로 자기책임, 영양에 대한 인식, 운동, 스트레스 감소와 관리 그리고 최적의 신체 상태를 유지하는 원리에 기초를 두고 있다(Pender 1986).

1972년부터 보고된 Alameda 조사에서는 매일 행하는 건강과 관련된 생활양식이 건강상태나 사망률, 수명에 영향을 끼친다고 하였는데 좋은 생활습관으로는 운동, 수면, 체중조절, 금연, 금주, 아침식사 섭취, 식간의 간식 금지 등이었다(정영옥 등 1995). 이경순 등(1987)은 건강한 생활양식은 질병을 예방하고 건강을 유지시키며 평균수명을 연장시키나 잘못된 생활양식은 만성 퇴행성 질환을 증가시키며 사망률도 증가시킨다고 보고하였다.

우리 나라도 점차 고령화 사회로 접어들고 있어 노인들의 삶의 질 향상을 위한 건강증진 활동이 활발히 전개되어야 할 시점이다. 따라서 노인들을 대상으로 건강증진 활동의 수행정도와 관련 요인의 파악 등 이를 위한 기본적인 자료의 필요성이 대두되고 있다.

본 연구의 목적은 첫째, 농촌지역 노인들이 건강증진 활동의 수행정도에 영향을 미치는 요인을 파악하고 둘째, 농촌지역 노인들의 건강 증진을 위한 활동 정도를 파악하며 셋째, 농촌 노인들의 건강에 관한 지식, 건강에 대한 관심도, 건강 수준, 용돈, 의료보장형태, 거주기간과 건강증진 활동과의 관련성을 확인한 후, 이들과 건강과의 관련성을 파악하는데 있다. 이를 바탕으로 향후 농촌지역 노인들을 대상으로 실시하는 건강증진 사업에 기초적인 자료를 제공함으로써, 농촌지역 노인들을 중심으로 전개되어야 할 노인 건강증진 프로그램의 효율적인 접근방안을 모색하고, 지역 사회 보건사업의 발전에 기초적인 자료를 제공하고자 시행하였다.

II. 연구 방법

1. 연구대상

본 연구는 1997년 8월 현재 전라남도 영평군 1개면에 거주하는 65세 이상 전체 노인 인구 660명 중 보건진료소와 보건지소의 유무에 따라 3지역으로 층화한 후, 보건진료소 지역 거주노인 200명중 73명, 보건지소를 이용하기 쉬운 지역의 182명중 65명, 기타 지역(보건지소나 보건진료소를 이용하기 어려운 지역)의 191명중 65명의 노인들

지역별 노인인구 구성비에 맞추어 임의할당 표집한 203명을 연구 대상으로 하였다.

2. 자료수집 방법

자료의 수집은 구조화된 설문지를 사용하였으며 설문지의 내용은 일반적 특성과 주관적 건강인식 상태에 관한 12문항, 일상활동 수행능력 정도를 파악하기 위해 Katz 등(1970)이 제시한 신체적 일상활동 수행능력(Activities of Daily Living, ADL)에 관한 6문항, 그리고 Lawton 등(1969)이 제시한 수단적 일상활동 수행능력(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)에 관한 7문항을 조사하였다. 신체적 일상활동 수행은 “복욕하기”, “의복착용”, “대소변보기”, “보행”, “식사하기”, “대소변참기”로 구성되어 혼자 수행할 수 있는지의 여부를 “예”, “아니오”로 응답하게 하였다. 수단적 일상활동 수행은 “도보거리 미만의 외출”, “시장보기”, “식사준비”, “공과금 납부”, “금융 기관에서 입출금”, “전화걸기”, “자가투약” 등의 문항으로 구성하였으며 혼자 수행할 수 있는지의 여부를 “예”, “아니오”로 응답하게 하였다. 최근 한달 동안의 심리적 건강상태를 측정하기 위해 Goldberg(1972)가 개발한 심리적 건강상태 측정용 설문지(General Health Questionnaire, GHQ)중 12문항으로 구성된 설문지를 이용하였다. 건강증진 생활양식의 수행여부는 Walker(1987) 등이 개발한 건강증진 생활양식을 박인숙(1995)이 변형개발한 11개 요인의 60문항을 이용하였다. 설문조사는 사전에 연구목적과 방법에 대해 충분히 교육된 보건진료원 2명, 보건요원 1명, 간호학과생 3명이 노인들 집을 방문하여 직접면접 방식으로 실시하였다. 설문조사 기간은 1997년 6월 1일부터 8월 30일까지였다.

3. 자료 분석방법

건강증진 생활양식 전체 60문항을 정영옥 등(1995)의 분류에 따라 조화로운 관계 3문항, 정서적 지지 4문항, 자아실현 7문항, 자아조절 3문항 등 4개 요인을 정신적 측면의 건강증진 생활양식으로, 7가지의 식사 3문항, 전문적 건강관리 6문

항, 위생적 활동 8문항, 휴식 및 수면 5문항, 운동 및 활동 7문항, 식이조절 6문항, 건강식에 관한 7문항 등 7개 요인을 신체적 측면의 건강증진 생활양식으로 재분류하였다. 각 항목의 측정척도는 「전혀 하고 있지 않다」 1점, 「가끔 하고 있다」 2점, 「자주 하고 있다」 3점, 「항상 하고 있다」에 4점의 점수를 부여하였다. 심리적 건강상태 이상 유무는 「전혀없다」 0점, 「이따금 그렇다」 1점, 「자주 그렇다」 2점, 「항상 그렇다」에 3점을 부여하여 점수합이 33점을 초과하는 경우 문제가 있는 것으로 판정하였다(대한예방의학회 1993).

분석은 먼저 일반적 특성에 관한 차이 여부를 χ^2 -검정을 이용하여 분석하였고, 성별, 항목별로 일상활동 수행장애 정도를 파악하였으며, 성별에 따른 정신심리적 상태, 신체적, 정신적 건강증진 수행 정도를 t-검정하였다. 최종적으로 건강증진 활동 수행에 영향을 미치는 요인을 구명하기 위해 신체적, 정신적 건강증진 항목의 점수 합을 구하여 종속변수로 하고 단순분석에서 의미있는 변수와 기존의 연구에서 영향을 미치는 것으로 알려진 변수들을 독립변수로 하여 단계적 다변량회귀분석(stepwise multiple regression)을 시행하였다. 회귀분석시 독립변수 중 불연속변수는 가변수(dummy variable) 처리하였다.

4. 연구의 틀

연구의 틀은 건강과 관련된 요인인 건강인식, 신체적·수단적 건강장애, 심리적 건강상태 등이 서로 연관 관계를 맺을 것으로 가정하였고, 성별, 연령 등의 인구학적 요인, 의료보장 형태 등의 사회경제적 요인, 그리고 흡연여부 등의 행동적 요인이 서로 관련을 맺는 것으로 가정하였다. 최종적으로 상기 건강관련 요인과 인구학적 요인, 사회경제적 요인, 그리고 행동적 요인 등의 개인적 특성에 관한 요인이 상호영향을 미치면서 건강증진활동의 수행에 영향을 미칠 것으로 가정하고 건강증진활동 수행에 영향을 미치는 요인을 구명하였다(그림 1).

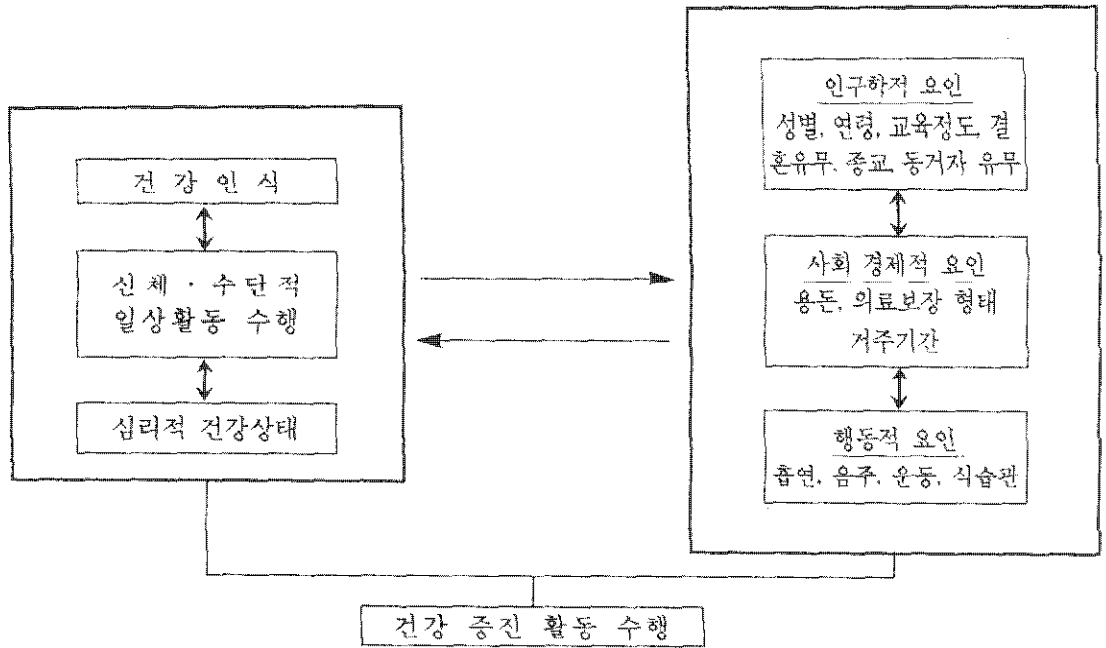


그림 1. 연구의 틀

III. 연구 결과

1. 연구대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 성별 인구사회학적 특성을 보면 남자 94명, 여자 107명이었다. 교육정도에서 남자는 초등학교 졸업 이상이 47.9%(45명)였으며, 여자는 12.1%(13명)로 남녀간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다($P < 0.001$). 동거자 여부에서 혼자인 경우가 남자는 6.4%(6명)였고 여자는 35.3% (36명)으로 여자에서 유의하게 높았다 ($P < 0.001$). 현재 흡연자는 남자 55.3%(52명)였고, 여자는 26.2% (28명)이었으며, 건강하다고 인식하는 남자는 73.3%(63명)였고, 여자는 61.5%(40명)로 남자에서 여자에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($P < 0.001$). 그러나 종교여부, 의료보장 형태, 거주지역 등은 남녀간에 유의한 차이를 보이지 않았다(표 1).

월평균 용돈은 남자는 141,000원, 여자는 86,000원으로 남자가 여자에 비해 유의하게 많았으며,

원지역 거주기간은 남자 65.3년 여자는 53.4년이었으며 여자에 비해 남자가 유의하게 길었다 ($P < 0.001$). 남녀의 연령분포와 가족수는 동세적으로 유의한 차이가 없었다(표 2).

2. 신체적·수단적 일상활동 수행장애 분포

타인의 도움을 필요로 하는 복욕하기, 의복 착용하기, 대소변 보기, 보행, 식사하기와 혼자서 대소변 참기 등 신체적 일상생활 활동 수행장애의 항목별 빈도를 보면 남자에게는 복욕하기 2명(2.1%), 대소변 보기 2명(2.1), 보행 2명(2.1%), 의복착용 1명(1.1%), 식사하기 1명(1.1%), 대소변 참기 1명(1.1%) 순이었고 여자에서는 대소변 참기 4명(3.7%), 복욕하기 2명(1.9%), 의복착용 2명(1.9%), 보행 1명(0.9%) 등의 순이었다(표 3).

표 1. 인구사회학적 특성(I)

변 수	남		녀		P-값
	N(%)		N(%)		
종교여부	유	56(59.6)	49(45.8)	0.543	
	무	38(40.4)	8(54.2)		
교육정도	초등미만	49(52.1)	94(87.9)	0.000	
	초등이상	45(47.9)	13(12.1)		
동거자 유부	유	88(93.6)	66(64.7)	0.000	
	무	6(6.4)	36(35.3)		
의료보장 형태	의료보험	77(82.8)	73(72.3)	0.115	
	기 타	16(17.2)	28(27.7)		
현재 흡연 여부	흡연	52(55.3)	28(26.2)	0.000	
	비 흡연	42(44.7)	79(73.8)		
거주지역	보건진료소지역	34(36.2)	38(35.5)	1.000	
	기타지역	60(63.8)	69(64.5)		
건강인식	건강함	63(73.3)	64(61.5)	0.012	
	건강하지 않음	23(26.7)	40(38.5)		

표 2. 인구사회학적 특성(II)

변 수	남		녀		P-값
	평균 ± 표준편차		평균 ± 표준편차		
연령 (년)	73.4 ± 6.1		73.3 ± 6.5		0.925
가족수(명)	2.4 ± 1.4		2.5 ± 1.7		0.567
월평균 용돈(만원)	14.1 ± 10.9		8.6 ± 4.9		0.000
현지역 거주기간(년)	65.3 ± 19.6		53.4 ± 13.9		0.000

표 3. 신체적 일상활동 수행장애

단위 : 명(%)

항 목	남	여	계
목욕하기	2(2.1)	2(1.9)	4(4.0)
의복착용	1(1.1)	2(1.9)	3(3.0)
대소변보기	2(2.1)	2(1.9)	4(4.0)
보행	2(2.1)	1(0.9)	3(3.0)
식사하기	1(1.1)	0(0.0)	1(1.1)
대소변참기	1(1.1)	4(3.7)	5(4.8)

타인의 도움을 필요로 하는 도보거리 이상의 외출, 시장보기, 식사준비, 공과금납부, 금융기관에서 입출금, 전화걸기, 자가투약 등 수단적 일상생활 활동 수행장에 빈도를 보면, 남자에서는 금융기관에서 입출금 9명(9.6%), 공과금 납부 8명(8.5%), 식사준비 6명(6.4%), 전화걸기 5명(5.3%), 도보거리 이상의 외출 3명(2.2%), 시장보기 2명(2.1%), 자가투약 2명(2.1%) 등의 순이었다. 여자에서는 금융기관에서의 입출금 35명(32.7%), 공과금 납부 32명(8.5%), 전화걸기 30명(28.0%), 도보거리 이상의 외출 11명(10.3%), 시장보기 8명(7.5%), 식사준비 4명(3.7%) 등의 순이었다(표 4).

3. 성별 심리적 건강상태, 신체적 및 정신적 건강증진 수행 비교

성별에 따라 연구대상자의 심리적 상태, 신체적 건강증진 수행과 정신적 건강증진 수행에 관한 점수를 비교하면 심리적 건강상태는 남자가 38.8점, 여자가 36.9점으로 남자에서 유의하게 높았고, 신체적 건강증진 수행점수도 남자가 53.2점, 여자가 49.5점으로 통계적으로 유의하게 높았다($P<0.05$). 정신적 건강증진 수행점수는 남녀간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($P>0.05$) (표 5).

표 4. 수단적 일상활동 수행장애 빈도 단위 : 명(%)

항목	남	여	계
도보거리 이상의 외출	3(3.2)	1(10.3)	14(13.5)
시장보기	2(2.1)	8(7.5)	10(9.6)
식사준비	6(6.4)	4(3.7)	10(10.1)
공과금 납부	8(8.5)	32(29.9)	40(38.4)
금융기관에서 입출금	9(9.6)	35(32.7)	44(42.3)
전화걸기	5(5.3)	30(28.0)	35(33.3)
자가투약	2(2.1)	0(0.0)	2(2.1)

표 5. 성별 심리적 건강상태, 신체적 및 정신적 건강증진 수행 비교

변 수	남		녀		P-값
	평균	±표준편차	평균	±표준편차	
심리적 건강상태	38.8	± 6.3	36.9	± 6.9	0.045
신체적 건강증진 수행	53.2	± 11.9	49.5	± 11.3	0.034
정신적 건강증진 수행	129.8	± 16.1	126.2	± 16.9	0.152

4. 특성별 신체적 건강증진활동 수행과의 관련성

연구대상자의 특성에 따른 신체적 건강증진활동 수행 점수를 비교하면 남자는 129.8, 여자는 126.2점으로 별다른 차이를 보이지 않았으며, 거주지역에 따라 보건진료소 지역 거주자가 135.2점 기타 지역 거주자가 121.0점으로 두 지역 거주자간에 유의한 차이를 보였다($P<0.001$). 종교 여부를 보면 종교를 가지고 있는 경우는 132.9점, 종교가없는 경우가 120.8점이었으며, 건강하다고 인식하는 경우가 128.8점, 건강하지 않다고 인식하

는 경우는 120.5점으로 통계적으로 의미있는 차이를 보였다($P<0.001$). 교육정도를 보면 초등학교 이상 교육을 받은 경우가 137.5점, 초등학교 졸업 미만은 121.6점으로 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 의료보장형태가 의료보험인 경우 127.9점으로 의료보호나 기타인 경우의 121.8점에 비해 통계적으로 의미 있게 높았다($P<0.001$). 신체적 일상활동 수행장애가 없는 경우는 127.9점, 장애가 있는 경우는 111.6점, 수단적 일상활동 장애가 없는 경우는 129.7점, 장애가 있는 경우는 116.9점으로 일상활동 수행장애가 없는 군이 장애가 있는 군에 비해 통계적으로 유의하게 높은 수행점수를

표 6. 연구대상자의 특성별 신체적 건강증진활동 수행과의 관련성

변 수	수행점수		P-값
	평균±표준편차		
성 별	남	129.8±16.1	0.152
	녀	126.2±16.9	
거주지역	보건진료소 지역	135.2±18.8	0.000
	기타지역	121.0±12.0	
건강인식	건강함	128.8±16.0	0.002
	건강하지 않음	120.5±16.0	
종교 유무	유	132.9±17.3	0.000
	무	120.8±13.1	
교육정도	초등 미만	121.6±13.8	0.000
	초등 이상	137.5±16.8	
동거자	유	121.1±16.4	0.498
	무	128.2±17.3	
의료보장형태	의료보험	127.9±16.8	0.044
	기 타	121.8±13.5	
흡연	흡연	129.0±17.4	0.029
	비흡연	125.4±16.0	
신체적 일상활동 수행장애 여부	유	111.6±15.7	0.000
	무	127.9±16.0	
수단적 일상활동 수행장애 여부	유	111.9±14.7	0.000
	무	121.7±15.9	
심리적 건강상태	좋은	119.2±14.3	0.000
	나쁜	138.1±12.9	

보였다($P<0.001$). 심리적 건강상태에 따라서도 수행성도에 차이를 보였는데 심리적 건강상태가 좋은 군은 132.5점, 나쁜 군은 116.1점으로 유의한 차이를 보였다($P<0.001$). 그러나 동거자 여부에 따르는 신체적 건강증진활동 수행 점수차이는 보이지 않았다.(표 6).

5. 특성별 정신적 건강증진활동 수행과의 관련성

연구대상자의 특성과 정신적 건강증진 생활양식을 비교하면 남자가 여자에 비해 유의하게 높았고($P<0.05$), 건강하다고 인식하는 경우가 54.2점

점, 건강하지 않다고 인식하는 경우는 45.6점으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($P<0.001$). 교육 정도에 있어서 초등학교 졸업 이상이 58.0점, 초등학교 졸업 미만이 48.6점으로 유의한 차이를 보였고 신체적 일상 활동 장애가 없는 경우는 52.6점, 장애가 있는 경우는 35.6점, 수단적 일상활동 수행장애가 없는 경우가 54.5점, 장애가 있는 경우 42.7점으로 통계적으로 의미있는 차이를 보였다($P<0.001$). 그리고 심리적 건강상태가 좋은 경우 그렇지 않은 경우에 비해 수행점수가 유의하게 높았다($P<0.001$). 그러나 거주지역, 동거여부, 흡연여부는 유의한 관련이 없었다(표 7).

표 7. 연구대상자의 특성별 정신적 건강증진활동 수행과의 관련성

변 수	수행 점수		P-값
	평균±표준편차		
성 별	남	53.2±11.9	0.034
	녀	49.5±11.2	
거주지역	보건진료소 지역	51.6±9.9	0.665
	기타지역	50.7±5.6	
건강인식	건강함	54.2±10.2	0.000
	건강 하지않음	45.6±12.2	
종교여부	유	51.4±13.9	0.901
	무	51.2± 9.8	
교육정도	초등 미만	48.6±11.1	0.000
	초등이상	58.0±10.3	
동거자여부	유	51.6±10.9	0.367
	무	49.6±14.8	
의료보장형태	의료보험	52.5±10.9	0.010
	기 타	47.3±13.4	
흡연	흡 연	52.9±11.6	0.137
	비흡연	50.3±11.6	
신체적 일상활동 수행장애 여부	유	35.6±13.5	0.000
	무	52.6±10.6	
수단적 일상활동 수행장애 여부	유	42.7±11.5	0.000
	무	54.5±10.1	
심리적 건강상태	좋 음	39.9±10.3	0.000
	나쁨	55.3± 9.3	

6. 다변량 회귀분석 결과

신체적 건강증진활동 수행에 영향을 미치는 요인을 알아보려고 단계적 다변량 회귀분석을 실시하

였다. 그 결과 심리적 건강상태(P=0.000), 거주지역(P=0.000), 신체적 일상활동 수행상태(P=0.003), 종교여부(P=0.007), 가족수 (P=0.036) 등이 유의한 영향을 미치는 변수로 선정되었다 (표 8).

표 8. 신체적 건강증진활동 수행과 관련된 요인

변 수	β	R ²	T값	P-값
심리적 건강상태	1.45	0.45	9.80	0.000
거주지역	13.60	0.64	5.73	0.000
신체적 일상활동 수행장애	11.78	0.66	2.99	0.003
종교여부	4.95	0.67	2.16	0.007
가족수	-1.18	0.69	-2.11	0.036

설명력 69.0%

심리적 건강상태 ; 점수입력
 거주지역 ; 기타지역=0, 보건진료소지역=1
 신체적 일상 활동 수행장애 ; 있음=0, 없음=1
 종교 여부 ; 없음=0, 있음=1
 가족수 ; 실수입력

표 9. 정신적 건강증진활동의 수행과 관련된 요인

변 수	β 값	R ²	T값	P-값
심리적 건강상태	1.28	0.66	0.09	0.000
수단적 일상활동 수행장애	4.22	0.70	2.89	0.004
신체적 일상생활 수행장애	6.96	0.71	2.61	0.010
설명력 =71.0%				

신체적 일상활동 수행장애 : 있음=0, 없음=1
 수단적 일상활동 수행장애 : 있음=0, 없음=1
 심리적 건강상태 : 점수입력

정신적 건강증진 활동 수행도에 영향을 미치는 요인에 대한 단계적 다변량 회귀분석 결과는 심리적 건강상태(P=0.000), 수단적 일상활동 수행장애(P=0.010), 신체적 일상생활 수행장애(P=0.000)가 유의한 영향을 미치는 변수로 선정되었다(표 9).

IV. 고 찰

노인들의 올바른 건강증진 활동수행은 자아실현과 만족감을 느끼며 노인 스스로 자기책임, 영양에 대한 인식, 운동, 스트레스 감소와 관리, 최적의 건강상태를 유지한다는 의미에서 매우 중요하다. 본 연구는 농촌 지역인 진라남도 영광군 1개 면의 65세 이상 노인 203명을 임의할당추출하여 보건진료원 2명, 보건요원 1명, 간호학과생 3명이 직접 면담하여 조사한 결과이다. 인구의 구성은 여자 노인인구가 남자 노인 인구보다 많아 농촌지역의 노인의 인구 특성을 잘 반영해주고 있었다. 교육수준은 남자에서 더 높은 학력 수준을 나타내었고, 김은주 등(1981)의 결과와 일치하였다. 이는 우리나라의 남아선호 사상으로 인해 여성보다는 남자를 우선하여 교육시켰기 때문이라 생각된다. 지각된 현재의 건강상태는 남자에서 여자에 비해 더 높게 나타났다. 이는 농촌지역의 특성상 여자가 남자보다 높은 연령에서도 계속 일을 하기 때문으로 생각된다.

신체적 건강증진 활동 수행정도에서 「담배를 피우지 않음」, 「술을 과하게 마시지 않음」은 남자에서 더 잘 지켜지지 않아 농촌지역의 노인들을 대상으로 한 금연교육 및 절주운동은 남자를 대상으로 더욱 집중적으로 실시되어야 할 것

으로 생각한다. 특성별 건강 증진 활동 수행 정도를 보면 건강 상태가 좋을수록 수행 정도가 높았는데 이는 정영옥(1995), 권순범 등(1994), Belloc와 Breslow(1972), 김정희(1985), 기경숙(1986), Waller 등(1988)의 연구 결과와 일치하였다. 또한 Riffle 등(1989)은 노인들을 대상으로 한 연구에서 현재의 심리적 건강 상태와 본인의 건강에 긍정적인 평가를 하는 사람이 건강증진 활동을 더 많이 하는 것으로 나타나 건강증진의 중요한 결정인자 중의 하나가 건강상태와 자신의 건강에 대한 긍정적인 평가라고 하였으며, Harris(1979)는 건강상태에 따라 예방적 건강행위의 실천정도에 차이가 있다는 것을 제시하였다. Belloc과 Breslow(1972), 유승훈(1992), 손영희(1983), 김정희(1985), Waller(1988) 등 노인일수록 건강에 관심이 많을 뿐 아니라 자신의 건강에 대한 책임도와 건강관리 행위의 강한 상관관계가 있다고 하였다. 본 연구에서도 자신의 건강인식과 심리적 건강상태에 따라 건강증진활동의 수행정도에 차이를 보여 기존의 결과와 일치하였다. 따라서 농촌 노인들을 대상으로 하는 건강증진사업을 수행할 경우 자신의 건강상태에 대해 긍정적이고 적극적으로 생각하는 방향으로의 교육이 우선되어야 할 것으로 생각한다. 이영휘(1988)는 교육 수준과 경제적 수준이 건강행위 실천에 영향을 미친다고 하였다. 본 연구에서도 교육정도가 높고, 의료보장형태가 의료보험인 군이 수행정도가 높아 기존의 연구결과와 일치하였다.

종교유무에 따른 건강증진 활동 수행도는 조원정(1985), 김정희(1985), 김은주 등(1987), 손영희(1983) 연구 결과와 일치하였다. 가족수에 따른 건강증진 활동 수행도를 보면 김인숙(1978)의 연

구에서처럼 종교활동을 하는 군에서 수행정도가 더 높았다. 이는 종교활동을 통해 자주 집단적인 행사에 어울리게 됨으로서 간접적으로 영향을 받기 때문으로 생각된다.

ADL 항목중 남녀 모두 「목욕하기」, 「대소변 참기」 등이 흔한 장애였으며, 이는 기능적인 능력의 소실 중 제일 먼저 목욕하기부터 시작해서 식사하기는 가장 늦게 소실되는 일반적 과정과 일치하여 이영석 등(1996)의 연구 결과와 일치하였다. 수단적 일상활동 수행장애를 보면 금융기관 입출금, 공과금 납부, 전화걸기에서 남자보다 여자에서 높은 장애를 보였는데 이는 여성의 교육기회가 낮은 것이 주요한 원인으로 생각된다. 결과적으로 신체적 또는 정신적 건강증진 활동의 수행에는 심리적 건강상태, 신체적·수단적 일상활동 수행장애 여부가 중요한 변수로 작용함을 알 수 있었다. 따라서 농촌지역의 노인들을 대상으로 건강증진 활동을 수행하기 위해서는 심리적 그리고 육체적 측면의 문제를 해결하기 위한 방안을 강구하는 것이 필요할 것으로 생각한다.

본 연구의 제한점으로는 먼저 건강증진 활동의 수행과 관련이 있는 것으로 나타난 변수가 원인적 연관성을 갖는다고 말할 수 없다는 점이다. 이는 본 연구의 설계상 나타날 수 밖에 없는 제한점으로 차후의 연구에서 연관성을 향상시킬 수 있는 연구설계를 함으로써 극복되어야 할 과제라 생각한다. 또한 노인인구를 대상으로 설문조사를 실시함으로써 응답의 신뢰성에 문제가 있을 수 있겠다. 특히 본 연구대상자의 약 70%가 초등학교 미만의 학력을 가지고 있고, 평균 연령이 73세로서 비교적 고령자가 많아 조사에 어려움이 있었던 것은 사실이다. 그러나 설문조사자에 대해 충분한 교육을 사전에 시행하고, 일정한 기준을 설정한 후 직접면접을 통해 자료를 수집하였기 때문에 이러한 제한점은 어느 정도 극복되었으리라 생각한다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 기존의 연구와는 달리 심리적 건강상태, 신체적·수단적 일상활동 수행장애 여부를 변수에 포함시켜 건강증진활동 수행의 설명력을 크게 증가시켰을 뿐만 아니라 심리적 그리고 육체적 장애가 건강증진 활동의 수행에 중요한 요인임을 밝힌 것이 의의

있는 결과라 생각한다.

V. 요약 및 결론

일부 농촌지역 주민의 건강증진활동의 수행상태와 관련요인을 파악하기 위해 전라남도 영광군 1개면에 거주하는 65세 노인 인구 660명 중 203명을 지역별로 층화할당추출하여 1997년 6월 1일부터 8월 31일까지 직접 면접을 통한 설문조사를 실시하여 그 자료를 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 건강증진 수행정도는 남자보다 여자에서, 지역별로는 보건진료소가 위치한 지역 그리고 종교를 가지고 있고 학력이 높은 노인에서 높았다($P<0.05$).

2. 신체적 건강증진활동의 수행에 영향을 미치는 요인으로는 자신의 건강인식, 거주지역, 신체적 일상활동 수행장애 여부, 수단적 일상활동 수행장애 여부 등이었다($P<0.05$).

3. 정신적 건강증진 활동의 수행에 영향을 미치는 요인으로는 신체적 일상활동 수행장애 여부, 수단적 일상활동 수행장애 여부, 자신의 건강인식 등이었다($P<0.05$).

따라서 일부 농촌주민에서 자신의 건강인식과 심리적 건강상태, 일상활동의 수행장애, 그리고 거주지역의 특성 등이 건강증진 활동의 수행에 영향을 미칠 수 있는 것으로 시사되어 농촌지역 노인들을 대상으로 수행하는 건강증진 사업에는 이러한 요인들이 고려되어야 할 것으로 생각한다.

참고 문헌

1. 보건복지부, 보건통계연보, 1995
2. 권순범, 김공현, 김병성, 박형중, 일부 도시지역 노인의 건강관련 실천과 신체활동기능에 관한 연구, 대한보건학회지, 1994; 20(2): 3-22
3. Pender.NJ, Health promotion in Nursing practices, Appleton-century corfts, 1982
4. 정영옥, 김상순, 일부 농촌 주민의 건강증진 생활양식 수행정도, 한국농촌의학회지, 1995; 20(2): 133-148

5. Katz S, Downs TP, Cash Jr, progress in development of index of ADL, *The Gerontologist*, 1970; 10: 20-30
6. Lawton MP, Brody EM, Assessment of older people: Self maintenance and instrumental activities of daily living, *The Gerontologist*, 1969;9: 179-186
7. Walker SN, Sechrist KR, Tender NJ. The health promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 1987; 36: 36-81:
8. 박인숙, 건강증진 생활양식에 관한 연구, 부산대학교 대학원 박사학위논문, 1995
9. 대한예방의학회, 건강통계자료 수집 및 측정의 표준화 연구, 1993, p121-159
10. 김은주, 문인숙, 우리나라 일부 중년층 남녀의 암에 대한 예방적 건강 행위에 관한 연구, *한국보건교육학회지*, 1987; 4(2): 9-31
11. Belloc, B, Beslow, L : Relationship of physical Health status and Health practice, *Preventive Medicine*, 1972, p.409-421
12. 김정희, 예방적 건강행위 건강 통제위 성격 성향과의 관계에 관한 연구, *대한간호학회지*, 1985; 15(2): 49-61
13. 기경숙, 농촌 주민들의 건강행위 이행에 영향을 미치는 요인 조사연구, *대한간호*, 1986 ;26(2): 55-67
14. Riffle KL, Yho J. SmJ, Health promotion behavior; perceived social support and self-reported health of appalachian elderly public health. *Nursing*, 1989;6(4):204-211
15. Harris DM, Cuten S. Health protective behavior; An exploratory, *Journal of health and social Behavior*, 1979 Vol 20. 17-29
16. 유승흠, 인구 노령화에 따른 의료이용 형태 및 내용분석에 관한 연구, *의료보험공단*, 1992
17. 손영희, 일부 서울지역 주민의 일반 건강에 대한 지식, 태도 및 건강관리 실천에 관한 조사 연구, *국립의료원 간접논문집*, 1983; 4(2): 56-59
18. 이영희, 충남 일부 주민의 건강 통제위 성격과 건강 행위와의 관계연구, *간호학회지*, 1988; 18(2): 118-127
19. 조원정, 강은희, 농촌 지역사회 주변의 예방적 건강생활의 실천에 관한 조사 연구, *대한간호*, 1985; 21(4): 47-62
20. 김인숙, 연희지역 아파트 주부의 건강관리 실천의 결정요인 분석에 관한 조사 연구, *간호학회지*, 1978; 8(2): 89-99
21. 이영석, 천병렬, 김상순, 이삼순, 일부 농촌지역 재가노인들의 일상생활 활남 및 우울정도, *한국농촌의학회지*, 1996; 21(2): 195-207