DBpia

도시와 농촌지역 노인의 건강증진행위와 지각된 건강상태 비교

The Comparative Study on the Health Promotion Life Style and Perceived Health Status of Elderly in Urban and Rural Area

저자 (Authors)
박정숙
Jeong-Sook Park

출처 (Source)
농촌의학·지역보건 27(2), 2002.12, 137-148 (12 pages)
Journal of Agricultural Medicine&Community Health 27(2), 2002.12, 137-148 (12 pages)

발행처 (Publisher)
한국농촌의학 지역보건학회

URL
http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE01805817

APA Style
박정숙 (2002). 도시와 농촌지역 노인의 건강증진행위와 지각된 건강상태 비교. 농촌의학·지역보건, 27(2), 137-148.

이용정보 (Accessed)
계명대학교
114.71.5.213
2016/07/05 11:16 (KST)

저작권 안내
DBpia에서 제공되는 모든 저작물의 저작권은 원저작자에게 있으며, 누리미디어는 각 저작물의 내용을 보증하거나 책임을 지지 않습니다.
이 자료를 원저작자와의 협의 없이 무단게재 할 경우, 저작권법 및 관련법령에 따라 민, 형사상의 책임을 질 수 있습니다.

Copyright Information
The copyright of all works provided by DBpia belongs to the original author(s). Nurimedia is not responsible for contents of each work. Nor does it guarantee the contents.
You might take civil and criminal liabilities according to copyright and other relevant laws if you publish the contents without consultation with the original author(s).

韓國農村醫學會誌: 第27券 第2號 2002
Korean J of Rural Med Vol. 27, No. 2, 137-148, 2002

도시와 농촌지역 노인의 건강증진행위와 지각된 건강상태 비교

박 정 숙*
계명대학교 간호학과

The Comparative Study on the Health Promotion Life Style and Perceived Health Status of Elderly in Urban and Rural Area

Jeong-Sook Park*
Keimyung University College of Uursing

= ABSTRACT =

Objectives: This study was to investigate the needs for developing the health promotion program for elderly and to compare the health promoting lifestyles behaviors and perceived health status of elderly in urban and rural area.

Methods: The data was collected from 82 elders in urban(D city) and 77 elders in rural area(C county) by face to face interview. The Health Promoting Lifestyle ProfileⅡ(HPLPⅡ) and Perceived Health Status were used.

Results: 1) The total score of HPLP was 2.44. In the subscales, the highest degree of performance was 'nutrition', following 'interpersonal relationship', 'stress management', 'health responsibility' and 'spiritual growth' and the lowest degree of performance was 'physical activity'. 2) Elderly people living in urban area had significantly higher the total HPLP score than elderly people living in rural area. The urban elderly had significantly higher the score of HPLP subscales such as 'physical activity', 'interpersonal relationship' and 'stress management' than rural elderly. 3) The mean score of perceived health status was 8.79. There was no significant difference in the perceived health status between urban and rural elderly.

Conclusions: The above findings indicate that it is necessary to develop a health promotion program with reinforced physical activity, health responsibility and spiritual growth for elderly people in Korea. Especially the physical activity need to be strengthened for rural elderly.

KEY WORDS: Urban, Rural, Elderly, Health pomoting lifestyle, Perceived health status

* 교신저자: E-mail: jsp544@kmu.ac.kr

This was a part of works supported by grant No. (2001-1-20600-001-2) from the Basic Research Program of the Korea Science & Engineering Foundation.

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)

서 론

우리 나라 노인 인구는 급속하게 증가하여 1970년에 65세 이상 노인인구가 전 인구의 3.1%이었으나 2000년에는 7.1%, 2020년에는 13.2%로 증가하고 있다. 평균 수명의 연장 역시 두드러져서 1971년에 62.3세에 불과했으나, 1981년에 66.2세, 1991년 71.72를 거쳐 1999년에는 75.6세로 증가되었다(Korea National Statistical Office, 2001). 오늘날의 수명 연장은 건강한 생활습관에 의해 유도된 것이 아니라 주로 과학기술의 발전에 의한 것이기 때문에(Alford와 Futrell, 1992), 노인 집단의 의료비 사용이 많고 병원 수진율이 높으며(National Health Insurance Corporation, 2001), 노인들은 많은 고통과 건강문제를 가지고 오래 사는 경우가 많다. WHO(2001)자료에 의하면 한국인이 일생 중 질병이나 부상으로 고통 받지 않고 건강한 삶을 유지하는 기간, 즉 건강수명은 65세로 세계 51위에 불과하며, 1위를 차지한 일본의 74.5세와 비교할 때 9.5세나 낮은 것으로 나타났으므로 국민 의료비 부담을 줄이고, 삶의 질을 증진시키기 위해 건강수명을 늘이기 위한 노력이 필요하다. 건강수명을 늘이기 위해서는 젊었을 때부터 건강증진생활양식을 실천하는 것이 가장 좋은 방법이지만, 젊었을 때는 살기에 바빠 건강을 돌볼 틈이 없었던 노인세대의 건강증진에도 관심을 가져야 할 것이다.

노인이 되면 모든 장기의 퇴행성 변화로 인해 신체기능이 저하되고 일상생활 활동에 제한이 따르며 만성 퇴행성 질환 이환율이 매우 높아져서, 노화로 인한 일상적 건강관리는 물론 각종 노인성 질환을 관리해야 하므로 어느 연령층보다도 자신의 건강을 유지 증진하기 위한 노력이 요구된다. 과거에는 노인은 질병에 걸리기 쉽고 의존적이며 자신의 익숙해진 생활양식을 변화시킬 수 없다는 편견으로 인해, 노인의 건강증진에 대한 논의가 별로 이루어지지 않았다(Kim, 1997). 그러나 인간의 수명이 연장됨에 따라 노년기에도 삶의 질을 유지하고 노화라는 주어진 조건하에서 최대한의 자립성을 가지고 바람직한 건강증진행위를 하도록 하는 것이 중요함을 깨달아 오늘날에는 노인 건강증진에 대한 논의가 활발하게 이루어지고 있다. 실제로 노인은 높은 건강위험 상대에 있기 때문에 어떤 연령층보다 자기 건강에 관심이 많고, 건강증진을 위한 중재활동에 이행율이 높고(Brody, 1997), 스스로 건강관리를 할 수 있는 여가시간을 많이 가지고 있으므로 건강증진 프로그램의 효과가 클 것이다.

노인의 건강행위에 대한 관련 연구들을 살펴보면, Brody(1997)는 노인의 건강을 유지 증진시키기 위해 하는 행위로서 59%가 운동, 식이, 바쁘게 지내는 것, 사귀는 것, 걱정을 피하는 것, 그리고 건강 전문가와 상담하는 것이라고 하였다. Bausell(1996)은 60세 이상의 노인들은 20-39세의 청년들과 40-59세의 중년들보다 식이 섭취, 혈압 측정, 가정 사고 피하기, 잠자리에서의 금연 등에 대해서 더 높은 실행 빈도를 나타내었으나, 에어로빅이나 격렬한 운동, 정기적 치과 검진 등에서는 낮은 빈도를 나타내었다고 하였다. Kim(1997)의 연구에서는 노년층 남자에 있어서 흡연 및 음주문제가 있고 특히, 저소득층, 교육수준이 낮은 경우, 배우자 사별의 경우에 건강증진을 위한 노력을 하지 않는 것으로 나타났다.

우리 나라의 경우, 노인 건강증진행위의 하위 영역별 비교를 보면 자아실현과 영양 영역이 높은 점수를 나타낸 반면, 스트레스 관리, 운동, 건강 책임 영역의 점수가 낮은 것으로 나타났다(Song 등, 1997; Park 등, 1998; Kim, 1996).

다음으로 노인의 건강상태에 대해 살펴보면, Choi와 Chung(1991)에 의하면 노인의 신체 변화를 가장 민감하게 느낄 수 있는 사람은 노인 자신이며, 노인들 스스로 지각한 자신의 건강상태는 실제 건강상태와 상당한 비례관계가 있다고 하였다. Sung(1998)의 연구에서는 노인의 지각된 건강상태가 14점 만점에서 8.72로 낮은

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)

편이었으며, Chang 등(1999)의 연구에서는 노인의 건강상태 지각이 30점 만점에서 26.49로 나타났다.

우리 나라는 경제발전을 위한 산업화 과정을 거치면서 지역간, 산업 간의 빈번한 인구이동으로 구조의 변화가 일어나서 결과적으로 인구의 도시집중화와 핵가족화 현상을 가져왔다. 이로 인해 농촌지역에서는 영농인구의 고령화와 여성화, 노인 단독가구의 증가현상이 나타나고, 도시지역에서는 노인소외의 문제가 나타나게 되었다(Choi, 1984). 대부분의 농촌노인들이 도시노인보다 전반적인 건강상태가 더 나쁘게 나타났으며(Shin, 1997), 정신 건강상태도 나쁘게 나타났다(Yun, 1988). 한편 농촌노인들은 도시노인에 비해 건강한 식이생활을 하고 있었으나, 걷기 등의 운동은 도시노인보다 더 적게 수행하고 있는 것으로 나타났다(Morgan 등, 2000). 이렇게 도시와 농촌에 따라 노인의 건강문제나 건강행위가 다르게 나타났으므로, 향후 노인의 건강관리대책을 세울 때에는 노인의 전반적인 특성을 고려하여야 함은 물론이고, 지역적인 환경 특성도 고려하여야 할 것이다.

이에 본 연구자는 도시와 농촌 지역 노인들의 건강증진행위와 지각된 건강상태를 비교하여 유의한 차이가 있는지 확인해보고, 향후 도시와 농촌의 지역특성에 맞는 노인 건강증진 프로그램을 개발하는데 기초 자료로 활용하고자 한다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다. 첫째, 도시와 농촌노인의 건강증진행위 수행정도를 비교 분석한다. 둘째, 도시와 농촌노인의 지각된 건강상대를 비교 분석한다.

대상 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 도시와 농촌지역 노인의 건강증진행위 및 지각된 건강상태를 알아보는 비교조사연구(comparative survey)이다.

2. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구의 대상자는 대구와 경상북도에 소재하는 보건소를 1개 씩 임의 선정하여 관할 주민 중에서 다음의 조건을 만족하는 자로 하였다.

1) 65세 이상의 노인
2) 타인의 도움 없이 보건소에 올 수 있는 자
3) 의사소통에 장애가 없는 자
4) 연구목적을 이해하고 참여를 수락한 자

설문지에 응답한 인원은 도시지역 82명, 농촌지역 78명, 총 160명이었으며 본 연구의 응답률은 96%이었다.

3. 자료수집기간 및 방법

자료 수집은 2001년 8월 9일부터 8월 29일까지 도시와 농촌지역 보건소에서 이루어졌으며, 먼저 각 보건소의 책임자를 방문하여 연구목적과 취지를 설명하여 허락을 받았다. 도시지역 보건소에서는 노인행사가 있는 날을 택하여 자료 수집자 8명이 일대일 면담으로 설문지를 작성하였으며, 농촌지역 보건소에서는 보건교육이 있는 날을 택하여 역시 자료 수집자 8명이 일대일 면담으로 설문지를 작성하였다. 설문지 작성에 소요된 시간은 1인당 30-40분 정도였다. 자료 수집자는 간호학 박사과정생 2명, 석사학위소지자 1명, 학부 3학년생 5명이었으며, 면접과 설문지 기록법에 대한 훈련을 받은 사람들였다.

4. 조사도구

1) 건강증진행위

건강증진행위는 Walker 등(1995)의 HPLPⅡ(Health Promotion Lifestyle Profile Ⅱ)를 사용하여 측정하였다. HPLPⅡ는 4점 척도로서 6개의 하부영역, 즉 건강책임 9문항, 신체활동 8문항, 영양 9문항, 영적 성장 9문항, 대인관계 9문항, 스트레스 관리 8문항을 가지며, 총 52문항으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 건강증진 행위를 많이 하는 것을 의미하며, 본 연구에서 도구 신뢰도는 Cronbach's α값이 0.94였다.

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)

2) 지각된 건강상태(perceived health status)

지각된 건강상태의 측정은 Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale(Sung, 1998)로서 총 4문항으로 구성되어있으며, 점수가 높을수록 자신이 평가하는 건강상태가 좋음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α값은 0.67로 나타났다.

5. 자료분석

SPSS-WIN 10.0을 사용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율을 구하고, 동질성 검정은 χ^2-test로 분석하였다. 건강증진행위 및 지각된 건강상태 정도는 평균과 표준편차를 산출하였으며, 도시와 농촌의 비교를 위해 교육수준을 공변수로 하여 ANCOVA분석을 하였다. 일반적 특성에 따른 제 변수들간의 차이를 알아보기 위해 t-test, ANOVA를 이용하였고, 사후검정으로 Duncan test로 분석하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적인 특성

전체 대상자를 살펴보면 남자가 37.1%, 여자가 62.9%로 여자가 더 많았고, 평균연령은 71.98세였다. 기혼이 52%, 이혼·별거·과부가 48%로 비슷하게 나타났으며, 학력은 초등학교 졸업이 38.1%로 가장 많았고, 종교를 가지고 있는 사람이 79.7%로 많았으며, 가족수입은 매우 충분·충분하다가 51.9%, 부족하다가 48.1%로 나타났다. 최근 의학적인 진단을 받은 사람이 60.1%, 약 복용을 하고 있는 사람이 54.4%로 나타났다.

도시노인의 교육수준은 초등학교(35.4%)와 무학(23.2%)이 많았으나, 중학교(20.7%)와 고등학교이상(20.7%) 졸업자도 41.4%나 되었는데 비해, 농촌노인은 무학(47.4%)과 초등학교 졸업자(41.0%)가 88.4%나 되었으며 중학교(6.4%), 고등학교이상(5.1%) 졸업자는 11.5%에 불과하여 도시와 농촌노인의 교육수준에 유의한 차이가 있었다(χ^2 =20.43, p=0.000). 그외 성별, 연령, 결혼상태, 종교, 지각된 가족수입, 질병유무, 약물복용 유무에는 도시와 농촌노인 간에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(Table 1).

2. 도시와 농촌지역 노인의 건강증진행위의 차이

전체 노인의 건강증진행위의 평균평점은 2.44점이며, 하부영역별로는 영양(2.72점)이 가장 높았으며, 그 다음이 대인관계(2.56점), 스트레스 관리(2.52점), 건강책임(2.51점), 영적 성장(2.35점), 신체활동(2.13점)의 순으로 나타났다. 도시노인의 건강증진행위의 평균평점이 2.53점으로 농촌노인의 2.35점보다 높았으며, 하부영역별로 보면, 도시와 농촌 노인 모두에서 가장 높은 점수는 영양(도시: 2.78점, 농촌: 2.65점)이었고, 가장 낮은 점수는 도시 노인의 경우 영적 성장(2.39점), 농촌 노인의 경우 신체활동(1.83점)인 것으로 나타났다.

도시와 농촌노인의 건강증진행위의 차이를 알아보기 위해 일반적 특성 중 유의한 차이를 보인 교육정도를 공변수로 하여 ANCOVA로 분석한 결과, 도시노인은 평균 131.72점, 농촌노인은 122.01점으로 도시노인이 건강증진행위를 더 많이 하는 것으로 나타났다(F=5.55, p=0.020). 건강증진행위의 하부영역별로 보면, 신체활동(F=17.46, p=0.000), 대인관계(F=8.89, p=0.003), 스트레스 관리(F=13.14, p=0.000)에서 도시노인이 농촌노인보다 더 잘 실천하고 있었으며, 나머지 하부영역에서는 차이가 없는 것으로 나타났다(Table 2).

3. 도시와 농촌지역 노인의 지각된 건강상태의 차이

전체 노인의 현재 지각된 건강상태는 "건강하지 않다"고 응답한 경우가 31.9%, 1년 전과 비교해서 건강상태가 "더 나빠졌다"가 48.8%, 하고 싶은 것이 있으나 건강상 문제가 "약간 있다"가 47.5%, 비슷한 나이

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)

Table 1. Demographic characteristics of the subject in urban and rural

Characteristics	Categories	Urban n=82	Rural n=77	Total n=159	χ^2	p
Gender	Male	33(40.2)	26(33.8)	59(37.1)	0.71	0.398
	Female	49(59.8)	51(66.2)	100(62.9)		
Age(yrs.)	65-75	60(73.2)	65(83.3)	125(78.1)	2.41	0.120
	76-85	22(26.8)	13(16.7)	35(21.9)		
	Mean(SD)	72.02(5.32)	71.92(4.18)	71.98(4.78)		
Marital status	Married	35(44.9)	44(59.5)	79(52.0)	3.23	0.072
	Divorced/Separated/ Widowed	43(55.1)	30(40.5)	73(48.0)		
Education	Less than elementary school	19(23.2)	37(47.4)	56(35.0)	20.43	0.000
	Elementary school	29(35.4)	32(41.0)	61(38.1)		
	Middle school	17(20.7)	5(6.4)	22(13.8)		
	More than high school	17(20.7)	4(5.1)	16(10.0)		
Religion	Yes	64(78.0)	58(81.7)	122(79.7)	0.31	0.576
	No	18(22.0)	13(18.3)	31(20.3)		
Family income	Sufficient/ More than sufficient	40(48.8)	43(55.1)	83(51.9)	0.64	0.422
	Insufficient	42(51.2)	35(44.9)	77(48.1)		
Current medical diagnosis	Yes	44(56.4)	45(64.3))	89(60.1)	0.95	0.329
	No	34(43.6)	25(35.7)	59(39.9)		
Taking medication	Yes	42(52.5)	39(56.5)	81(54.4)	0.24	0.623
	No	38(47.5)	30(43.5)	68(45.6)		

Table 2. Differences of HPLP total score and subscale scores in urban and rural

n=159

Variables	Urban		Rural		Total		F	p
	Mean(SD)	Average(SD)	Mean(SD)	Average(SD)	Mean(SD)	Average(SD)		
Health responsibility	22.13(5.95)	2.46(0.66)	23.04(5.76)	2.56(0.64)	22.57(5.86)	2.51(0.65)	0.96	0.327
Physical activity	19.22(5.95)	2.40(0.74)	14.61(5.03)	1.83(0.63)	17.00(5.98)	2.13(0.75)	17.46	0.000
Nutrition	25.04(5.03)	2.78(0.56)	23.87(4.69)	2.65(0.52)	24.47(4.89)	2.72(0.54)	2.45	0.119
Spiritual growth	21.52(5.81)	2.39(0.65)	20.64(5.20)	2.29(0.58)	21.10(5.53)	2.35(0.61)	0.74	0.388
Interpersonal relations	23.82(4.86)	2.65(0.53)	22.23(4.58)	2.47(0.51)	23.05(4.78)	2.56(0.53)	8.89	0.003
Stress management	21.46(4.74)	2.62(0.59)	18.79(4.35)	2.35(0.54)	20.17(4.72)	2.52(0.59)	13.14	0.000
Total HPLP	131.72(24.86)	2.53(0.47)	122.01(24.49)	2.35(0.47)	127.08(25.08)	2.44(0.48)	5.55	0.020

Covariate : Education

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)

의 사람과 비교해서 자신의 건강상태가 "비슷하다"로 응답한 경우가 42.5%로 나타났으며, 지각된 건강상태의 전체 평균은 14점 만점에 8.79점이었다.

지각된 건강상태의 차이를 살펴보면, 도시 노인은 9.16점, 농촌 노인은 8.39점으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나(F=4.21, p=0.042), 교육을 공변수로 하여 ANCOVA로 분석한 결과 도시와 농촌노인간에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(F=0.93, p=0.336) (Table 3). 이는 지각된 건강상태의 차이는 도시와 농촌이라는 지역의 차이라기보다는 두 집단의 교육정도의 차이를 반영한 것임을 의미한다.

4. 일반적 특성에 따른 건강증진행위 및 지각된 건강상태의 차이

인구학적 변인중 성별, 가족수입에 따라 노인의 건강증진행위의 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 성별로 보면 여자노인의 건강증진행위 수행점수가 130.68점으로 남자노인의 120.95점보다 유의하게 더 높게 나타났다(t=-2.37, p=0.019). 지각된 가족수입별로 보면, 매우 충분하다 군과 충분하다 군의 노인의 건강증진행위 점수가 131.54점으로 부족하다 군 노인의 122.33점보다 높게 나타나서(t=-2.33, p=0.021), 경제적 여유가 있는 노인이 건강증진 행위를 더 많이 수행하는 것으로 나타났다. 그 외 인구학적인 변인인 연령, 결혼상태, 교육, 종교, 최근 의학적 진단, 약 복용에 따른 건강증진행위의 차이는 없는 것으로 나타났다. 지각된 건강상태는 성별, 교육, 최근 의학적 진단, 약물복용에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 성별로 보면 남자노인 9.44점, 여자노인 8.65점으로 남자노인이 여자노인보다 자신의 건강상태를 더 좋게 지각하는 것으로 나타났다(t=2.71, p=0.007). 교육수준별로 보면 고등학교를 졸업한 노인이 10.44점으로 가장 높았으며, 그 다음이 중학교 졸업자 9.27점, 무학 8.41점, 초등학교졸업자 8.38점으로 유의한 차이가 나타나서(F=3.73, p=0.006), Duncan test로 사후 검정한 결과 고등학교졸업이상 노인군이 무학과 초등학교졸업 노인군보다 자신의 건강상태를 더 좋게 지각하는 것으로 나타났다. 최근 의학적 진단을 받지 않은 노인이 9.69점, 진단을 받은 노인이 8.11점으로 나타나서(t=4.24, p=0.000), 의학적 진단을 받지 않는 노인의 지각된 건강상태점수가 유의하게 더 높았다. 약복용을 하고 있는 노인의 지각된 건강상태점수 8.41점, 약 복용을 하지 않는 노인 9.43점으로 나타나서 (t=2.66, p=0.009), 약 복용을 하지 않는 노인의 지각된 건강상태점수가 유의하게 더 높았다. 그 외 인구학적 변인인 연령, 결혼상태, 종교, 가족수입에 따른 지각된 건강상태의 차이는 없는 것으로 나타났다(Table 4).

인구학적 변인에 따라 건강증진행위 하부영역의 차이가 있는지 살펴본 결과, 성별, 결혼상태, 교육, 가족수입, 최근 의학적 진단에 따라 하부영역에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 성별에 따른 건강증진행위 하부영역의 차이를 보면, 여자노인이 남자노인보다 영양(t=-3.39, p=0.001), 대인관계(t=-2.85, p=0.005), 스트레스 관리(t=-2.80, p=0.006)를 더 잘 수행하는 것으로 나타났다. 결혼상태에 따른 건강증진행위 하부영역의 차이로는, 이혼·사별·별거 노인 군이 기혼노 인군보다 대인관계가 많은 것으로 나타났다(t=-2.33, p=0.021). 교육수준에 따라 신체활동영역에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타나(F=5.44, p=0.001) Duncan test로 사후 검정한 결과, 고등학교 졸업이상 노인 군이 무학과 초등학교 졸업노인 군보다 신체활동을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 가족수입에 따라 몇 가지 건강증진행위 하부영역에서 유의한 차이가 있었는데, 가족수입이 매우 충분하다 군과 충분하다 군의 노인이 불충분하다 군의 노인보다 건강책임(t=-2.23, p=0.027), 영양(t=-2.24, p=0.026), 영적 성장(t=-2.67, p=0.008)점수가 더 높은 것으로 나타났다. 또한 의학적 진단이 없는 노인이 의학적 진단을 가진 노인보다 건강책임이 더 높은 것으로 나타났다(t=-2.25, p=0.026).

그 외 인구학적 변인에 따른 건강증진행위의 하부영역점수는 차이가 없는 것으로 나타났다(Table 5).

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)

Table 3. Differences of perceived health status in urban and rural

N=159

	Urban(n=82) Mean(SD)	Rural (n=77) Mean(SD)	Total(n=159) Mean(SD)	F	p
Health Status*	9.16(2.38)	8.39(2.35)	8.79(2.39)	4.21	0.042
				0.93	0.336

*Covariate: Educational level

Table 4. Differences in HPLP and health status in according to demographic characteristics

N=159

Demographic	Categories	Total HPLP			Health status			
		M(SD)	t/F	p	M(SD)	t/F	p	Duncan
Gender	Male	120.95(26.07)	-2.37	0.019	9.44(2.21)	2.71	0.007	
	Female	130.68(23.95)			8.65(2.64)			
Age(yrs.)	65-75	127.09(25.33)	0.007	0.995	8.85(2.33)	0.68	0.496	
	76-85	127.06(24.56)			8.54(2.58)			
Marital status	Married	124.91(26.46)	-1.43	0.155	9.11(2.23)	1.96	0.051	
	Divorced/Separated/ Widowed	130.76(23.12)			8.37(2.43)			
Education	Less than elementary school	124.67(23.96)	0.63	0.595	8.41(2.40)	5.01	0.002	①②<④
	Elementary school	129.20(25.10)			8.38(2.49)			
	Middle school	123.45(29.93)			9.27(2.00)			
	More than high school	131.05(22.95)			10.43(1.60)			
Religion	Yes	129.05(25.65)	1.59	0.113	8.89(2.36)	0.38	0.701	
	No	120.94(23.68)			8.71(2.45)			
Family income	Sufficient/ More than sufficient	131.54(26.81)	-2.33	0.021	9.06(2.17)	-1.52	0.130	
	Insufficient	122.33(22.30)			8.49(2.58)			
Current medical diagnosis	Yes	126.93(24.88)	-1.15	0.824	8.11(2.33)	4.24	0.000	
	No	127.89(26.77)			9.69(2.04)			
Taking medication	Yes	127.31(25.95)	0.34	0.732	8.41(2.45)	2.66	0.009	
	No	128.77(25.14)			9.43(2.17)			

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)

Table 5. Differences in HPLP subscales in according to demographic characteristics

N=159

Demographic	Categories	HR		PA		NU		SG		IR		SM	
		M(SD)	t/F	M(SD)	t/F	M(SD)	t/F	M(SD)	t/F	M(SD)	t/F	M(SD)	t/F
Gender	Male	21.46(5.44)	-1.773	17.51(6.22)	0.783	22.78(4.69)	-3.398*	20.41(5.93)	-1.223	21.69(5.08)	-2.850*	18.80(4.48)	-2.804*
	Female	23.15(6.01)	(p=.078)	16.53(5.86)	(p=0.435)	25.42(4.72)	(p=0.001)	21.53(5.29)	(p=0.223)	23.89(4.43)	(p=0.005)	20.93(4.71)	(p=0.006)
Age(yrs.)	65-75	22.64(5.87)	0.289	17.09(6.12)	0.352	24.31(5.01)	-0.798	21.25(5.43)	0.642	22.77(4.76)	-1.376	20.23(4.79)	0.280
	76-85	22.31(5.90)	(p=0.773)	16.69(5.51)	(p=0.726)	25.06(4.47)	(p=0.426)	20.57(5.91)	(p=0.522)	24.03(4.77)	(p=0.171)	19.97(4.57)	(p=0.780)
Marital status	Married	21.79(6.05)	-1.707	17.44(6.25)	0.706	24.46(5.13)	-0.381	20.56(5.60)	-1.403	22.42(4.59)	-2.337*	19.86(4.70)	-1.031
	Divorced/Separated/ Widowed	23.42(5.54)	(p=.090)	16.74(5.86)	(p=0.482)	24.76(4.53)	(p=0.704)	21.85(5.54)	(p=0.163)	24.19(4.75)	(p=0.021)	20.64(4.57)	(p=0.304)
Education	Less than elementary school ①	22.63(5.56)	0.625	15.58(5.37)	5.442*	24.16(4.51)	0.902	20.22(5.31)	1.503	23.49(4.35)	1.599	19.47(4.65)	0.832
	Elementary school ②	22.83(6.13)	(p=0.600)	16.20(5.82)	(p=0.001)	25.08(5.12)	(p=0.442)	22.17(5.23)	(p=0.216)	23.61(5.01)	(p=0.192)	20.79(4.88)	(p=0.478)
	Middle school ③	21.05(6.67)		19.27(6.22)	①②<④	23.23(5.14)		20.05(7.06)		21.68(5.58)		19.82(4.57)	
	More than high school ④	23.24(5.01)		20.62(5.94)		24.86(4.95)		21.43(4.92)		21.71(3.98)		20.57(4.73)	
Religion	Yes	22.63(6.11)	0.551	17.29(6.04)	0.557	24.77(5.10)	1.237	21.57(5.57)	1.938	23.33(4.76)	1.208	20.62(4.82)	1.647
	No	21.97(5.06)	(p=0.582)	16.61(6.02)	(p=0.578)	23.55(4.02)	(p=0.218)	19.39(5.62)	(p=0.055)	22.16(4.99)	(p=0.229)	19.06(4.16)	(p=0.102)
Family income	Sufficient/ More than sufficient	23.57(6.05)	-2.238*	17.59(6.23)	-1.281	25.30(4.86)	-2.245*	22.22(5.60)	-2.671*	23.36(4.97)	-0.859	20.63(4.76)	-1.279
	Insufficient	21.50(5.48)	(p=0.027)	16.37(5.67)	(p=0.202)	23.58(4.80)	(p=0.026)	19.91(5.23)	(p=0.008)	22.71(4.57)	(p=0.392)	19.68(4.68)	(p=0.203)
Current medical diagnosis	Yes	21.07(6.48)	-2.259*	17.83(6.32)	1.246	24.76(5.01)	0.443	21.49(5.97)	0.541	23.16(4.55)	0.107	20.88(4.98)	1.257
	No	23.38(5.26)	(p=0.026)	16.56(5.82)	(p=0.215)	24.39(4.81)	(p=0.443)	20.98(5.34)	(p=0.589)	23.07(5.03)	(p=0.915)	19.89(4.46)	(p=0.211)
Taking medication	Yes	21.57(6.11)	-1.798	17.98(6.09)	1.222	24.98(4.83)	0.845	21.52(6.05)	0.528	23.21(4.82)	0.229	20.76(4.72)	0.905
	No	23.33(5.71)	(p=0.074)	16.77(5.96)	(p=0.224)	24.30(4.99)	(p=.400)	21.02(5.34)	(p=0.598)	23.02(4.93)	(p=0.820)	20.05(4.80)	(p=0.367)

· HR: Health Responsibility. · PA: Physical Activity. · NU: Nutrition.
· SG: Spiritual Growth. · IR : Interpersonal Relationship. · SM: Stress Management.

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)

고 찰

본 연구 대상자의 전체 건강증진행위의 평균평점은 4점 만점에서 2.44점으로 나타났다. 이를 외국 노인들의 건강증진행위점수와 비교해보면, 미국 여성노인을 대상으로 연구한 Brady와 Nies (1999)의 연구에서는 평균 2.71점, 고소득층 노인 2.85점, 저소득층 노인 2.51점로 나타났고, Carlson(2000)의 연구에서는 2.93점, 미국 성인을 대상으로 한 Lusk 등(1995)의 연구에서는 2.60점, Acton과 Malathum(2000)의 연구에서는 2.67점으로 나타나 본 연구대상자의 건강증진행위 수행정도가 미국의 노인, 성인 및 저소득층 노인의 건강증진행위 수행정도보다 낮은 것으로 나타났다. 한편 우리나라 노인을 대상으로 한 Enn과 Gu(1999)의 연구에서는 2.41점, Sohng과 Lee(2000)의 연구에서는 2.63점으로 나타났다. 전반적으로 한국 노인은 미국의 노인에 비해 낮은 건강증진행위 점수를 보였으므로, 한국 노인의 건강증진을 위한 체계적인 프로그램 개발이 필요하다고 본다.

도시와 농촌거주 노인의 건강증진행위점수를 비교해보면, 전체적으로 보아 도시 노인이 2.53점으로 농촌노인 2.35점보다 더 잘 수행하는 것으로 나타났으며, 특히 신체활동, 대인관계, 스트레스관리 영역에서 도시노인이 더 잘 수행하는 것으로 나타났다. Pullen 등(2001)가 미국 농촌 노인여성을 대상으로 건강증진행위를 연구한 결과 2.89점으로 나타난 것과 비교해볼 때, 본 연구의 농촌 노인은 상당히 낮은 건강증진행위를 하는 것으로 볼 수 있다. 한국 농촌 노인들은 과체중 혹은 저체중, 남성노인의 흡연율과 음주율, 영양, 운동 실천율 등에서 바람직하지 못한 건강행위를 하고 있는 것으로 나타났으며(Kim, 2001), 농촌노인이 건강문제나 진단받은 질병 수도 도시노인보다 많은 것(Shin, 1997)으로 나타나 특히 농촌노인의 건강관리를 향상시킬 필요가 있다고 본다.

농촌노인이 운동량이 많다고 생각하기 쉬우나 제한된 범위 내에서 특정 근육만 사용하여 유연성이 부족하며, 여러 연구에서 도시노인이 농촌노인보다 운동을 더 잘 수행하고 있다고 밝혀졌으므로(Morgan 등, 2000; Pullen 등, 2001; Shin, 1997), 농촌노인을 대상으로 건강증진 프로그램을 개발할 때는 신체활동과 운동부분에 특별히 관심을 가져야 할 것이다. 또한 대인관계와 스트레스관리 영역도 보강할 필요가 있다고 본다.

건강증진행위의 하부영역별 수행정도를 보면, 영양관리를 가장 잘 실천하고 있었으며, 그 다음 대인관계, 스트레스 관리였으며, 잘 수행하지 못하고 있는 것은 신체활동, 영적 성장, 건강책임의 순이었다. Park 등(1998), Song과 Lee(2000)의 연구에서도 운동영역의 수행정도가 가장 낮게 나타나서 본 연구결과와 일치하였다. 미국 노인을 대상으로 한 Carlson(2000)의 연구에서는 영적 성장이 가장 높았고, 스트레스관리, 대인관계의 순이었으며, 가장 낮은 것은 역시 신체활동이었다. Lusk 등(1995)의 연구에서는 자아실현, 대인관계 지지, 스트레스 관리, 영양, 건강책임, 운동의 순이었으며, Lookinland와 Harms(1996)의 연구에서는 자아실현, 영양, 대인관계 지지, 스트레스 관리, 건강책임, 운동의 순으로 나타났다. 이처럼 한국 노인뿐 아니라 미국 노인대상연구에서도 운동 즉 신체활동과 건강책임영역의 활동 수행이 적은 것으로 나타났다. 그러므로 노인 대상 건강증진 프로그램을 구성할 때에는 규칙적인 운동의 중요성을 강조하고 운동시작을 동기화시키고 자신에게 맞는 운동을 꾸준히 해나갈 수 있도록 하는 운동유지전략을 강화하여야 할 것이며, 또한 건강증진 활동의 책임이 자신에게 있음을 강조하여 남아있는 능력을 활용하는 자가관리(self care)를 부각시켜야 할 것이다.

본 연구대상 노인의 영적 성장이 낮게 나타났는데, 이는 자기중심적 삶을 살아온 미국 노인들이 인생의 말기에 속하는 노년기에 지금까지의 삶을 통합하고 미래를 기대하며 삶에 대한 목적을 세우는 것과는 달리, 한국 노인들은 이제 삶이 얼마 남지 않았다고 생각하여 자신을 위해 시간과 돈을 투자하고 새로운 경험에

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)

도전하기보다는 자식의 삶을 통해 성취감을 얻고자하기 때문인 것으로 사료된다.

인구학적 특성에 따른 전체적인 건강증진행위 수행은 여성 노인이 남성 노인보다 건강증진행위를 더 잘 하고 있었으며, 하부영역별로는 영양, 대인관계, 스트레스 관리에서 여성 노인이 남성노인보다 더 잘 수행하였다. 이러한 결과는 여성 노인이 남성 노인보다 건강증진행위 수행점수가 높다고 나온 선행연구결과와 일치하였다(Lookinland 와 Harms, 1996; Song 등, 1997). 이혼·사별·별거 노인 군이 배우자가 있는 노인 군보다 대인관계영역을 더 잘 하는 것으로 나타났는데, 이는 혼자 사는 노인들이 외로움을 달래기 위해 친구와 함께 보내는 시간이 더 많아서 대인관계기술이 개발된 것으로 사료된다. 교육수준이 높은 노인들이 교육수준이 낮은 노인에 비해 신체활동을 더 잘 하였는데, 이는 교육수준이 높을수록 건강증진행위점수가 높았으며(Song 등, 1997), 운동 실천율이 더 높다고 나타난 연구(Lookinland 와 Harms, 1996; Kim, 2001)들과 일치하는 결과이다.

가족수입이 충분한 노인이 건강증진행위를 더 잘 하고 있었으며, 특히 하부영역별로 건강책임, 영양, 영적 성장의 영역에서 건강증진행위를 더 잘 수행하였다. 이러한 결과는 고소득층 노인 여성이 저소득층보다 건강증진행위를 더 잘하는 것으로 나타난 연구결과와 일치하며(Brady 와 Nies, 1999), 수입이 높은 노인일수록 규칙적인 운동을 하고 있었다는 연구결과(Lookinland 와 Harms, 1996)와도 일치한다. 경제수준은 교육정도와 관련이 있으며, 또한 경제적 수준이 높은 노인은 건강관리체계와 접촉빈도가 많기 때문에 건강에 관심이 많고 건강한 생활양식을 가지고 있다고 볼 수 있다. 이런 측면에서 국가적 차원에서 저소득층 노인을 대상을 위한 건강증진 프로그램을 개발하여 정책적으로 확대해 나갈 필요가 있다고 본다.

다음으로 지각된 건강상태를 살펴보면, 도시 노인이 농촌 노인보다 지각된 건강상태점수가 유의하게 높게 나타났지만, 교육을 공변수로 했을 때 두 집단간에 유의한 차이가 없었다. 이것은 건강상태 지각정도의 차이가 도시와 농촌이라는 지역간의 차이가 아니라, 도시에는 교육수준이 높은 노인이 많고 농촌에는 교육수준이 낮은 노인이 많아서 교육수준에 따라 건강상태를 다르게 지각하고 있음을 알 수 있다.

일반적 특성에 따른 인지된 건강상태의 차이를 살펴보면, 남성 노인이 여성 노인보다 건강상태가 더 좋은 것으로 지각하였고, 교육수준이 높은 군이 낮은 군에 비해 건강상태가 좋다고 인지하였다. 이러한 결과는 여성들이 남성에 비해 건강상태를 나쁘게 평가하고(Lee, 2000), 교육수준이 높을수록 건강을 좋게 평가한다는 Kim(2001)의 연구와 일치하였다. 이는 여성이 남성에 비해 신체증상에 민감하게 반응하고 호소가 많기 때문인 것으로, 또한 교육수준이 높은 군은 대체로 경제수준도 높아서 건강에 관심이 많고 건강관리체계를 많이 활용하기 때문인 것으로 설명할 수 있다.

여성 노인의 경우, 남성 노인보다 건강증진행위를 많이 하고 있지만 지각된 건강상태는 남성 노인보다 나쁘게 나타났다. 이는 많은 여성 노인들이 남성보다 오래 살면서 건강증진행위는 많이 하고 있지만 스스로의 건강상태를 좋지 않게 지각하고 있음을 의미한다. 앞으로 여성 노인들이 본인의 건강상태를 나쁘게 지각하는 이유가 무엇인지 밝히는 연구가 이루어져야 할 것이며, 그 결과를 바탕으로 여성 노인의 건강에 대한 지각을 긍정적으로 변화시키는 시도도 필요할 것으로 보인다.

결론 및 요약

도시와 농촌지역 노인의 건강증진행위와 지각된 건강상태를 비교하기 위하여 대구와 경북 각각 일개 보건소에 방문하는 65세 이상 도시노인 82명과 농촌노인 77명을 대상으로 Walker 등의 HPLPⅡ(Health Promotion Lifestyle ProfileⅡ)와 Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale을 사

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)

용하여 건강증진행위와 인지된 건강상태를 측정하였다. 수집된 자료를 SPSS-WIN 10.0을 사용하여 평균, 표준편차, ANCOVA, t-test, ANOVA, 사후검정으로 Duncan test로 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 전체 노인의 건강증진행위점수는 4점 만점에 2.44점으로 보통정도였으며, 하부영역별로는 영양(2.72점)이 가장 높았으며, 그 다음이 대인관계(2.56점), 스트레스 관리(2.52점), 건강책임(2.51점), 영적성장(2.35점), 신체활동(2.13점)의 순으로 나타났다.
2. 도시노인의 건강증진행위의 평균평점이 2.53점으로 농촌노인의 2.35점보다 높은 것으로 나타났으며, 도시노인들은 농촌노인들보다 신체활동, 대인관계, 스트레스 관리영역에서 더 잘 실천하고 있었다.
3. 남성 노인, 낮은 교육수준의 노인, 저소득층 노인의 건강증진행위가 낮은 것으로 나타났다.
4. 지각된 건강상태는 14점 만점에 8.79로써 보통이상의 건강상태로 나타났으며, 교육을 공변량으로 하였을 때 도시와 농촌 지역 노인의 지각된 건강상태는 차이가 없는 것으로 나타났다.
5. 여성 노인, 낮은 교육수준, 의학적 진단을 받고 약물복용을 하는 노인들은 지각된 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다.

이와 같은 연구결과를 바탕으로 앞으로 노인을 위한 건강증진 프로그램을 개발할 때 운동과 건강책임을 강화하고, 영적 성장측면을 보강하며, 농촌 노인을 위한 프로그램에서는 신체활동은 물론 대인관계와 스트레스 관리 영역도 보강하여야할 것이다. 남성노인은 건강증진행위를 좀 더 잘 할 수 있도록, 여성노인은 자신의 건강상태를 긍정적으로 인지할 수 있도록 할 필요가 있으며, 교육수준과 경제수준이 낮은 노인들의 건강증진을 위해 정책적인 배려가 필요하다고 본다.

인 용 문 헌

1. Acton GJ, Malathum P. Basic need status and health-promoting self-care behavior in adults. Western Journal of Nursing Research 2000; 22(7): 796-811
2. Alford DM, Futrell M. Wellness & health promotion of the elder. Nursing Outlook Sep/Oct. 1992; 221-225
3. Bausell RB. Health seeking behavior among the elderly. Gerontologist 1996; 26: 556-559
4. Brady B, Nies MA. Health-promoting lifestyles and exercise: A comparison of older African women above and below poverty level. Journal of Holistic Nursing. 1999; 17(2): 197-207
5. Brody EM. Long term care of older people: a practice guide. N. Y.: Human Science Press. 1997
6. Carlson ED. A case study in translation methodology using the health-promotion life-style profileⅡ. Public Health Nursing 2000; 17(1): 61-70
7. Chang SO, Park YJ, Lee SJ, Park ES. A study on perceived health influencing factors, health practice performance & perceived health status in the elderly. Korea University Nursing Journal 1999; 1(1): 71-81
8. Choi SN. Current society and gerontological welfare. Seoul, Hongikje, 1984
9. Choi YH, Chung SE. A study on the development of physical health assessment tools and health status of Korean elderly. Journal of Korean Academy of Adult Nursing, 1991; 3: 70-96
10. Enn Y, Gu MO. A study of the relationships

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)

amoung health promoting behaviors, health locus of control(HLOC), and response patterns to HLOC in Korean elderly. Journal of Korean Academy of Nursing 1999; 29(3): 625-638

11. Kim KB. Health promotion for the elderly. The Korean Nurse 1997; 36(4): 6-13
12. Kim JS. A study on the health status and health promoting behavior of older adults in a rural area. The Journal of Korean Community Nursing 2001; 12(1): 187-201
13. Kim HJ. Determinants of health-promoting behavior in the elderly. Master's thesis. The Keimyung University of Korea, Daegu, 1996
14. Korea National Statistical Office. Outcome of life-table in 1999. 2001
15. Lee KY. A study on the powerlessness, perception of health and cognitive level of elderly home residents. The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education 2000; 6(1): 48-63
16. Lookinland S, Harms J. Comparison of health -promotive behaviours among seniors: exercisers versus nonexercisers. Social Sciences in Health 1996; 2(3): 147-161
17. Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DL. Health-promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade and white-collar workers. Nursing Research 1995; 44(1): 20-24
18. Morgan K, Amstrong GK, Huppert FA, Bratne C, Solomon M. Healthy ageing in urban and rural Britain: a comparison of exercise and diet. Age & Ageing 2000; 29(4): 341-348
19. National Health Insurance Corporation. Report of National Health Insurance Corporation. 2001
20. Park ES, Kim SJ, Kim SI, Chun YJ, Lee PS, Kim HJ, Han KS. A stydy of factors influencing health promoting behavior and quality of life in the elderly, *Journal of Korean Academy of Nursing* 1998; 28(3): 638-649
21. Pullen C. Walker SN, Fiandt K. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. Family & Community Health 2001; 24(2): 49-72
22. Riffle KL, Yoho J, Sams J. Health promoting behaviors, perceived social support and self-reported health of Appalachian elderly. Public Health Nursing 1989; 6: 204-211
23. Shin YS. A comparitive study on the health status of urban and rural elderly-Pusan, Kyeungnam area-. The Journal of Korean Community Nursing, 1997; 8(2): 237-249
24. Sohng KY, Lee SY. A survey on perceived health status and health promiting lifestyle and Korean-American. *Journal of Korean Academy of Fundamental Nursing* 2000; 7(3): 401-414
25. Song YS, Lee MR, Ahn EK. The study on health promoting lifestyle of the elderly. Journal of Korean Academy of Nursing, 1997; 27(3): 541-549
26. Sung, MS. . A correlation study on spiritual wellbeing, hope, & perceived health status of the elderly. Master's thesis. The Keimyung University of Korea, Daegu, 1998
27. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J.(1995). HPLP Ⅱ. College of nursing. University of Nerbraska center. WHO(2001)
28. Healthy 2010
29. Yun HY. Socio-medical comparative analysis on health status of the elderly in Korea. Doctoral dissertation. The Kyunghee University of Korea, Seoul, 1988

계명대학교 | IP: 114.71.5.213 | Accessed 2016/07/05 11:16(KST)