

대도시, 중소도시, 농촌 노인의 건강상태에 관한 연구

최영희* · 신윤희**

I. 서론

A. 연구의 필요성 및 목적

60년대 이후의 급속한 경제발전 및 산업화 과정은 산업 구조의 변화에 따라 노동력의 지역간 산업간 이동을 초래하여 이농향도형(離農向都型) 국내인구 이동의 흐름을 일으켜 왔다. 이것은 한편으로는 인구 도시화로 인한 대도시 지역에 대한 과도한 인구집중을 초래하고 다른 한편으로는 농촌 지역인구의 절대수의 감소를 가져오게 하였다. 특히 젊은 노동력의 탈농, 도시집중은 핵가족화와 더불어 노인과 자녀들과의 분리를 가져오는 동시에 농촌 지역에 있어서 영농인력의 고령화 및 여성화와 함께 노인 단독 가구의 증대현상을 가져오고 있다. 산업화로 인한 농촌지역의 이러한 노인 문제와 더불어 과학적 지식을 바탕으로 경쟁과 업적이 중시되는 산업 사회의 특성으로 말미암아 노년층이 제도적으로 사회의 중심에서 밀려나고 젊은층으로부터 무시당하거나 외면당하는 현상으로 인한 도시지역 노인문제가 등장하게 되었다(김동일, 1980 ; 최순남, 1984 ; 김현기, 1986 ; 윤해영, 1988). 이러한 문제는 곧 노인의 건강 문제로 연결될 수 있다.

건강은 인간 개체와 그 개체를 둘러싼 환경과의 상호작용의 결과라는 관점에서 볼 때 현대 건강의 개념은 지

난 300년간 지배해왔던 건강을 생물학적인 신체과정으로만 설명하려는 사고(biomedical model)에서 벗어나 생물학적, 심리적, 사회적 요인 모두가 건강의 중요한 결정 인자라고 인식하는 사고(biopsychosocial model)에로의 인식 전환이 되고 있음은 주지의 사실이다. 노인이란 첫째, 생리적 육체적으로 변화기에 있고 둘째, 심리적인 면에서 기능이 감퇴되어 가고 있으며 셋째, 사회적인 변화에 따라서 사회적인 관계가 과거에 속해지고 있는 사람으로서 노인이란 생물적, 사회적, 심리적인 제 요인에 의하여 변화하는 과정에 있는 사람이라 할 수 있다(이영자, 1989). 신체적으로 노인들은 신체적인 에너지가 감소됨에 따라 시력과 청력이 약화되어 근육통정(筋肉統整)에 변화를 겪게 되고 이는 기동성을 약화시키고 운동의 속도와 기민성을 약화시킨다. 이러한 변화들은 노인들의 심리적인 변화들을 가져오게 하여 사회적인 관계에서도 제한을 받게 된다(김승국, 1972). 다시말해 노화과정으로 발생하는 신체적인 변화는 지각변화와 행동변화를 가져오며 이로인해 심리적 측면의 변화를 가져와 사회생활에서도 어려움을 겪게 되는 것이다. 그러나 때로는 이와 반대로 노인 스스로가 지각한 정서 심리적 변화는 신체적 노화를 가속화시키는 요인이 되기도 한다. 즉 노인의 신체적 건강과 심리적 건강 그리고 사회적 건강 상태는 서로 밀접한 관련성을 가지고 상호작용하여 그 결과로써 노인건강의 변화를 나타내므로

*이화여자대학교 간호대학 교수

**이화여자대학교 간호대학 연구원

노인건강을 다룰 때에는 이 세가지 측면 중 어느 하나도 소홀히 할 수 없다.

인간은 누구나 환경적, 문화적, 사회심리적 틀에 의해 영향을 받게되며(Rubinstein, 1989), 각 개인의 환경은 물리적 환경, 규칙, 주위 사람들에 의해 형성되는데 신체적 기능이나 정신, 정서적 기능이 저하된 사람들에 있어서는 그 환경의 특성이 특히 중요하다. 따라서 생리적, 심리적, 사회적 차원으로 노화하는 노인의 포괄적인 건강을 논하려면 이들 세가지 차원에 대한 이해 뿐만 아니라 노인을 둘러싸고 외적인 영향력으로 작용하는 환경에 대한 이해가 함께 요구된다.

Rubinstein(1989)는 환경과 노인을 연구하는 중요한 목적은 개별적인 환경과 노인 개인의 상호적인 영향을 파악하는 데에 있다고 하였다. 산업화, 도시화는 점차 지역간의 불균형을 초래하였고 이는 노인이 처한 환경의 차이를 의미한다고 할 수 있는데, 국내외를 막론하고 노인이 살고 있는 거주지역별 환경이 노인에게 미치는 영향을 파악한 연구가 부족한 실정이고 특히 노인의 가장 큰 관심사인 건강상태를 지역별 환경과 관련지어 조사한 자료는 거의 없다고 본다. 이러한 시점에서 한국 노인이 처한 지역별 환경과 그들의 건강상태간의 관련성을 확인하여 노인에게 필요한 간호 전략을 마련하는 것은 한국 노인의 건강 관리를 위해 중대한 과제이다.

이에 본 연구는 한국 노인의 지역 환경과 신체적, 정신·정서적, 사회적 건강 상태와의 관련성을 파악하여 한국 노인의 건강관리를 위한 간호 전략 및 보건정책을 마련하는데 기초 자료를 제공하고자 대도시, 중소도시, 농촌 노인들의 건강상태를 조사하는 것을 그 목적으로 한다.

II. 이론적 배경 및 선행연구

A. 노인의 건강상태

1946년 WHO가 제시한 건강에 대한 개념은 신체적, 정신적, 사회적 안녕상태의 생활 개념으로서 다차원적 양상으로 건강을 인식하는 계기가 되었다. 노인의 건강은 노화과정과 밀접한 관계가 있어서 그 정도에 따라 몸의 조직과 기능이 소모되어 남아지면서 기능저하, 기능장애, 기능상실 및 더 나아가 병리적인 변화까지 오게 되어 건강문제가 야기된다. 노화현상은 사람들이 일생을 살아가는 동안에 일어나는 모든 규칙적인 변화이며, 신체의 구조와 기능에 있어서의 변화뿐 아니라 인간의 적

응이나 행동에 있어서의 변화 유형을 포함한다(김미옥, 1987). 정상적 노화과정이란 발생학적으로 유기체가 정상적인 환경조건 속에서 살아가면서 시간이 흐름에 따라 자연히 일어나게 되는 변화를 말한다(윤진, 1986). 또한 인간은 3가지 차원인 생리적, 심리적, 사회적 차원으로 노화하게 되는데 생물학적 노화란 유기체의 신체적 변화를 말하는 것이며 이는 그들의 생물학적 잠재능력을 소모해 버리는 정도로서 즉 일상생활 능력의 정도를 통하여 관찰할 수 있다. 개인의 심리적 노화는 적응능력의 융통성의 정도로 규정된다. 환경에 대한 적응능력은 지각, 기억, 학습 및 추리력, 자아상, 동기 그리고 충동에 대한 속도와 정확성에 의존한다. 그리고 개인의 사회적 노화는 맡겨진 서로 다른 사회의 역할에 의해 규정될 수 있다. 이상에서 언급한 3가지 차원의 노화 현상에 잘 대처하기 위해서는 환경에 대한 끊임없는 적응이 필요하다(전산초, 최영희, 1985).

노화의 3가지 차원인 신체적, 심리적, 사회적 차원의 관련성을 살펴보면, 노년에 일어나는 신체적 변화는 뇌를 중심으로 하여 신경계통의 변화를 초래하게 되는데 그 기능의 쇠퇴가 가장 기초적인 변화이며 신체적 변화는 노인의 심리적 변화에 커다란 영향을 미치게 된다. 즉, 신체기능의 쇠퇴는 체력의 감퇴와 함께 인내력의 부족, 활동성 감퇴, 정력 부족, 흥미범위의 협소화, 그리고 자기 중심적이 되도록 한다. 한편 노년기의 감각능력과 지각능력의 쇠퇴는 지적능력 감퇴의 커다란 원인이 되며 문제해결 능력에 있어서는 그 양상을 달리하게 하는 원인이 되고 있다(이영자, 1989). 감각의 예민성이 비록 신체적 측면일 지라도 항상성 유지에 도움을 주는 심리적 기전에 영향을 미친다. 사고, 지능, 문제해결 능력, 의사소통, 자아상 같은 기능의 심리적 측면은 감각의 예민성의 질에 의해 영향을 받는다. 감각능력의 감퇴가 중요한 의미를 가지는데 시각, 청각 능력의 퇴화로 말미암아 타인과의 사고나 상호작용이 점점 더 어려워지고 자기 스스로도 외부적 감각자극에 대하여 정확하게 파악하여 대응하지 못한다. 그리하여 노령에 따른 지위하락과 더불어 자기 스스로 상당한 고통과 방해를 받고 있다는 감정을 갖게 되고 극심한 경우에는 정신 병리현상도 일으키게 된다(최영희, 백영주, 이지숙, 1990).

결국 노인건강은 노화과정과 그에 따르는 변화를 고려할 때 인체의 생리적 변화를 중심으로 신체적 측면과 정신적 측면, 노후 사회 생활에의 적응을 중심으로 하는 사회 심리적 측면으로 대별할 수 있으며 이들 신체적, 정신·정서적, 사회적 건강상태는 서로 밀접한 관련성

을 가지고 상호작용하여 그 결과로써 노인 건강의 변화를 나타낸다고 할 수 있을 것이다.

3. 노인건강에 영향을 미치는 요인

개인이 왕성한 청·장년기를 다 보내고 나서 노년기에 접어 들게 되면 다양한 건강 문제가 대두되는데 노인 건강에 영향을 미치는 요인은 크게 내부적 요인과 외부적 요인 두가지로 나뉘어진다.

내부적 요인에는 개인의 성격의 특성, 신체적 노화로 인한 만성·퇴행성 질병, 반응시간의 둔화, 연령에 따른 외모의 변화, 죽음이 다가오고 신체기능이 퇴화해 가고 있다는 자각 등이 포함되며, 외부적 요인에는 배우자나 친구, 친족의 죽음과 같은 개인적인 상실과 사회적 지위의 상실, 경제수준의 하락, 강제적 정년퇴직, 인구나 사회구조의 변화, 지역환경 등이 포함된다.

노인건강에 영향을 미치는 이러한 내부적, 외부적 요인을 좀 더 구체적으로 살펴보면, 먼저 노화에 따른 생리적 변화로 인한 영향을 들 수 있는데 노년의 신체적 변화는 외관의 변화뿐만 아니라 만성 질환의 출현을 가져온다. 만성 질환은 노화에 따라 현저하게 증가되며, 나이를 먹을수록 질병 발생률과 사망률이 증가하는 것이 일반적인 현상이다(이영자, 1989). 그럼에도 불구하고 사회적, 문화적으로 노인의 신체적, 정신적 허약 및 장애나 불건강은 노령화에 따른 자연스러운 과정으로 인식되고 있어 노인건강에 부정적인 영향을 미치고 있다(구자순, 1986).

노인건강에 미치는 가족의 영향 또한 중요한데 이제까지 우리 나라에서는 종래에 우리가 가지고 있던 가족제도와 경로사상으로 인해 노화에 따른 여러 가지 문제의 악화를 막아 왔었다. 그러나 가족의 구성 형태가 바뀌어 감에 따라 한 가정의 가부장적 또는 연장자로서 차지하던 노인들의 위치가 흔들리게 되었으며 특히 이러한 권위와 영향력의 상실은 서구 문물의 도입, 급진적 윤리와 도덕관의 붕괴, 세대교체의 대두 등 급변하는 주변 여건과 더불어 가속화되어 가정이나 사회에서 소외당하는 고독한 노인을 낳게 하는 등 노인 건강에 심각한 문제로 진전되었다(최영희 외, 1990-b). 또한 부부는 생리적 욕구, 심리적 및 사회적 욕구를 충족시키기 위한 상호 보충적 관계이며 경제적으로 상호 협동하는 기능을 갖고 있다. 그러나 노인은 대부분 살아가는 과정에서 배우자를 상실하는 경험을 갖게 된다. 배우자를 상실하게 되면 절망과 고독감을 느끼게 되며 특히 남편과의

사별은 경제적, 사회적 지위까지 하락하게 되는 경우가 많다.

노인의 건강 문제는 무엇보다도 노인 인구의 증가에 그 근원을 두고 있다. 우리 나라는 1960년대부터 노인 인구의 증가가 가속화 되고 있다. 즉, 우리 나라 노년 인구의 실수 증가 및 노년 인구 구성비의 증대를 비롯하여 노년 인구와 관련된 여러 지수의 변화 양상은 우리 나라에 있어서도 노인 문제가 구조적으로 커다란 사회 문제로 등장하고 있음을 단적으로 말해주고 있다(윤중주, 1988).

또한 노인 건강은 사회적인 은퇴와 더불어 변화되는 경제적인 불안정으로 인해 영향을 받게 된다. 사람들은 직장을 통하여 인간관계를 맺고 지위를 얻고 수입과 사회적 공헌을 하게 된다. 그러나 퇴직으로 인한 직장생활에서의 단절은 노인들에게 일거리를 빼앗았으며 인간관계의 축소를 가져왔고 집안에서는 귀찮은 존재로 취급 받게 되었다. 즉 노인들에게 은퇴는 사회 생활에서의 일대 전환점으로 작용하게 된다(방길호, 1988). 그리고 생활과 자녀 교육에 수입을 다 써버리고 노후 대책을 마련하지 못한 노인들이 퇴직에 따른 수입의 절감으로 빈곤 상태에 빠지게 되고 자녀에게 생활을 의존하게 되므로써 물질적인 어려움과 함께 심리적인 고통까지 겪게 된다(장인협, 최성재, 1987).

종교 생활도 노인건강에 영향을 미치게 되는데 개인의 노후 생활에 있어서 종교 생활은 성공적인 노화는 물론 삶의 새로운 의미를 찾고자 하는 데도 중요한 환경적 변인으로 작용하며 더 나아가 죽음에 대한 긍정적인 수용 태도와 노년기의 상실감을 인정할 수 있는 심리적 안정감을 제공하며 잠재적인 노인의 보상적 가치를 개발 이용할 수 있도록 도와준다(김수연, 1988).

건강을 인식하는 개인의 자각은 그들이 속한 사회문화에 따라 다양하며 같은 시대 동일한 사회라 하더라도 농촌과 도시는 생활환경과 구조가 달라서 그곳에 사는 사람들의 의식구조를 비롯한 모든 면에서 상당한 차이가 있기 마련이다(김태현, 1981). 그러므로 이러한 지역적인 차이가 노인 건강에 있어서도 중요한 요인으로 작용하게 되는 것이다.

C. 환경과 노인의 건강

사회가 전통적 사회구조를 벗어나 산업화, 도시화로 발전하게 되면 여러가지 문제가 발생하게 되는데 그것은 사회 조직 내부의 불균형을 들 수 있다. 즉 산업간의

불균형, 지역간의 불균형 그리고 사회 계층이나 성별 또는 연령별에 따른 사회 불평등이다. 이같은 불균형과 불평등은 사회 기능을 분화시키고 다양화 시켜 사회 성원간의 이질성을 조장하여 사회 통합이라는 과제를 더욱 어렵게 한다.

도시화로 인한 노인 문제는 심각한 사회 문제로 대두되고 있는데 첫째, 전통사회에서 권위자로부터 지위를 하락시켰고, 둘째, 효율과 능력주의에 의하여 밀려나서 사회의 무 역할자가 되었으며, 셋째, 개인주의, 물질주의는 인정과 사랑에 바탕을 둔 전통적인 경로, 효친사상을 말살했다. 이와 같은 결과는 노인으로서 하층급 경제생활에 위협을 줄 뿐만 아니라 정서적 안정에도 크게 위협을 주어 노령에서 야기되는 고독감, 소외감을 가중시키고 있다(최순남, 1984).

한편 급격한 산업화는 도시는 물론 농촌사회에도 지대한 영향을 미쳐온 것으로 생각된다. 산업화와 도시화는 일반적으로 병행하는 사회 변천 현상이고, 이러한 변화는 곧 농촌사회 자체의 변화를 의미하는 것인데 그 까닭은 도시화 즉 도시인구의 증가는 농촌인구의 감소를 의미하는 것이고 산업화는 곧 농업부문의 상대적 축소 내지 약화를 의미하는 것이기 때문이다(최순남, 1984). 산업화로 인한 농촌 지역의 상대적 약화와 더불어 주지해야 할 것은 생산 연령인 청·장년층이 도시로 이동함으로써 인한 농촌의 노년인구의 구성비가 상승한 사실이다. 경제기획원의 보고(1985)에 따르면, 년소인구 및 생산연령인구의 실수에 있어서는 시단위보다 군단위가 적으나 유독 군단위 지역의 노년인구만이 실수가 97만으로 시단위 지역의 노년인구 79만보다 많고 이것은 노년인구의 전체인구에 대한 구성비에 영향을 주어 군단위의 노년인구 구성비가 6.9%로, 같은 시점의 시단위 노년인구 구성비 3.0%에 비하여 매우 높다(윤중주, 1988). 즉 산업화로 인한 농촌지역의 상대적 약화, 농촌지역 노인인구 구성비의 상승은 다양한 노인문제를 야기하는 근거가 되는 것이다.

노인의 건강은 노화과정과 더불어 건강문제들이 다양하게 나타나는 특성이 있다. 인간은 누구나 사회적, 문화적, 환경적 틀에 의해서 영향을 받게 되므로 노화현상도 노화의 과정에 있는 노인도 이러한 틀을 떠나서는 생각할 수 없다(장인협, 최성재, 1987). 노인 발달과업의 달성은 문화마다, 또는 한 문화 내에서도 다양하므로 간호사는 이를 고려하여 사회문화적인 환경 내에서 통합하여 노인을 사정하고 계획하며 간호를 수행하여야 한다(Seabrooks, Kahn, and Gero, 1987). 즉 건강팀의

핵심으로서 간호사는 질적인 간호를 제공하기 위해서 사회문화적인 환경의 차이를 인식하는 것이 반드시 필요하다(Chae, 1987).

많은 간호이론가들도 그들의 간호이론에서 인간과 환경, 건강과 환경의 관련성을 중요하게 밝히고 있는데, 나이팅게일은 환자의 환경에 초점을 두고 간호라는 것을 의학과 분리시켜 자연현상이 환자를 위해서 작용하도록 환경을 조성시켜야 한다고 보았으며 그 환경에는 물리적, 사회적, 심리적 환경이 서로 독립된 부분이라기 보다는 상호관련된 부분으로 관여한다고 보았다. 또한 오랜 건강은 각 개인, 각 개인의 부분, 그리고 기능적인 형태의 총체나 통합의 상태이고 이것은 건강의 본질이 인간의 잠재력을 활용하여 육체적, 생물적, 사회적 환경내에 인간존재로서 살아갈 수 있는 능력임을 말해준다고 하였다. 그리고 로저스는 개인과 환경은 각각 개방된 체제로서 인간은 환경을 인지하고 그에 따라 사고와 느낌을 포함한 어떤 형태의 산출(output)을 환경에 주고 그를 통한 피드백을 받아서 체제의 평형 역동상태를 유지할 수 있다고 인간에 관한 다섯가지 기본가정에서 밝히고 있다. 인간이 환경과 상호 작용한다는 것으로 이 모델의 기본적인 신념인데 인간은 하나의 살아있는 체제이므로 환경으로부터 물질, 에너지, 정보등을 받아들이고, 환경과의 지속적인 상호작용은 내적이고 외적인 변화에 의해 특징지워지며 이러한 변화 속에서 인간은 자신의 통합성을 유지하고 적응해야 한다고 하였다(최영희, 1986).

최근들어, 노인의 가장 큰 관심사는 건강문제이고 노인건강에 환경이 중요하게 영향을 미친다는 사실에 인식을 같이 하면서 아직은 미흡한 단계이기는 하지만 지역환경과 노인건강에 관한 연구가 서서히 진행되고 있다.

산업화, 도시화로 인한 지역간 불균형으로 농촌노인들이 도시노인들보다 건강관리가 미흡하다는 것을 몇몇 연구에서 지적하고 있는데, Talbot(1985)는 농촌 노인들의 요구사정에 관한 연구에서 거리상의 문제와 의료혜택의 낙후로 인하여 농촌 노인의 50% 정도는 의료적인 처치를 제대로 받지 못하며 예방적 간호를 받을 기회가 적다고 하면서 농촌노인들은 의료혜택의 요구를 대체로 강하게 느끼고 있으며 대부분 도시노인들보다 덜 건강하다고 밝히고 있다. Revicki와 Mitchell(1990)도 농촌 지역의 빈곤, 건강관리 인력의 부족, 정신건강등이 건강 보건 분야의 연구에서 너무 오래 무시되어 왔다고 지적하고 있다. 또한 Bultena(1969)의 연구에서는 농촌

노인들보다 도시 노인들이 더 만족스러운 생활을 영위한다고 하고, 그 이유는 도시의 노인들이 친척들이나 다른 친지들과의 교제가 더 잦고, 풍부한 문화시설로 인해서 농촌에 사는 노인들보다 고립감을 적게 느끼기 때문이라고 한다. 그리고 노인 센터의 활동과 서비스에 있어서의 농촌과 도시의 차이에 관한 Krout(1987)의 연구에서는 점차 그 차이가 줄어들고 있기는 하지만 도시노인보다 농촌노인들이 활용가능한 서비스가 적고 도시 지역센터가 농촌 지역센터보다 프로그램과 서비스를 더 많이 제공받고 있는 것으로 나타나 있다.

우리나라의 경우를 살펴보면, 노인의 이환율이 매우 높은 것으로 나타났는데, 대도시에서는 60세이상의 노인 중 40%, 중소 도시에서는 40.5%, 그리고 농촌에서는 45%의 노인 이환율을 나타내고 있으며 이 수치는 다른 연령층 보다 훨씬 높은 이환율인 것이다(김현기, 1986). 현(1980)의 연구에서는 농촌노인들이 도시노인보다 건강상태가 더 좋지않게 나타나고 있으며 농촌의 60세이상 인구의 상병율은 전국치보다 1.3-2.2배 더 높다고 지적하고 있다. 또한 윤해영(1988)은 도시 남자노인의 63%, 여자노인의 48%, 농촌 남자노인의 59%, 여자노인의 35%가 정상적인 판단을 할 수 있는 것으로 나타나 농촌노인들의 정신건강 상태가 도시노인들보다 나쁘다는 것을 알 수 있다. 그리고 서울과 같은 대도시에 거주하는 노인보다는 대구, 전주지역 노인들이 노후생활의 책임을 자신의 것으로 돌리는 경향이 강한(대구 53.5%, 전주 48.1%) 반면 서울지역 노인들의 15.7%가 사회책임으로 생각하고 있어 대구의 5.7%, 전주의 12.0%보다 월등히 높게 나타나고 있다. 이로 미루어 볼 때 대구, 전주 지역과 같은 중소도시의 노인들이 대도시의 노인들보다 더 인고하는 삶을 살고 있음을 엿볼 수 있다(박유식, 1985).

도시화 또는 도시 집중으로 인해 모든 문화적, 환경적 여건이 농촌에 비해 도시가 상대적으로 월등하다는 사실이 도시노인들의 건강, 특히 신체 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것과는 달리 몇몇 연구는 도시화가 노인들의 사회 심리적 건강에 미치는 역효과를 보여주고 있다. 특히 한국 농촌노인의 경우는 일가 친척과 친지와 의 교류가 더 많아 정서적으로 안정되며, 가족내에서의 일의 역할분담이 있으므로 사회적 고립감이 적을 수 있다. Youman(1977)은 도시노인과 비교하여 농촌노인들이 부정주의, 절망감, 낙담, 걱정, 쓸모없다는 생각, 소외감이 더 할 것으로 생각했는데, 연구 결과는 농촌노인들이

도시노인들보다 전반적인 행복감, 개인적인 만족, 이웃간의 만족, 가족 지지등이 더 높은 것으로 나타났다(Lee and Lassey, 1980). 노인들의 생활만족도에 대한 차이를 연구한 Hynson(1975)의 연구를 보면, 농촌 노인들이 도시 노인들보다 자기가 사는 지역사회에 통합이 더 잘 되어있고, 도시 노인들처럼 인간교제가 빈번하지는 않더라도 질적으로 깊은 의미있는 원초적 관계의 상호작용을 지속할 수 있기 때문에 도시의 노인들보다 고독감이나 소외감이 적고 따라서 자기 생활에 더 만족한다고 나타나 있으며, Sauer, Shehan, and Boymel(1976)의 연구도 같은 결과를 보여 주고 있다. 이는 도시의 인간관계가 농촌과는 달리 가족적, 혈연적이 아니고 기계적, 공리적 및 일반적이며 온정적이기보다는 합리적이며, 전체적이기보다는 부분적이어서 피상적 관계를 유지할 수 밖에 없기 때문이다(김태현, 1981). 환경내에 긴장의 효과가 생활만족도에 미치는 영향에 관한 연구로서 Smith와 Lipman(1972)은 더욱 많은 개인적인 선택의 기회를 제공해주는 환경인 긴장이 적은 환경에서 생활하는 노인들이 긴장이 많은 환경에서 생활하는 노인들 보다 더 높은 생활 만족도를 가진다고 보고 하였다.

비교 연구는 노화에 있어서 사회문화적 차이를 조사하는데 필수적이며 단일사회에 국한하지 않고 연구 결과를 일반화하는데 필수적이다. 더불어 단일 문화에서 얻을 수 있는 것 이상으로 확대시킬 수 있으며 이렇게 함으로써 조사에서의 인과관계를 더 잘 이해시킬 수 있다(Liang, Asano, Bollen, Kahana, and Maeda, 1987). 사회노인학에서 차이를 설명하는 데에 나이와 성별이 보편적으로 사용된 반면에 거주지역에 대한 구분은 이제 구별 변수로 사용되기 시작하는 단계이다. 최근의 연구는 지역에 따라서, 그 지역에 거주하는 노인들의 사회인구학적인 구성에 중요한 차이가 있고 이 차이는 그들의 삶의 질에 커다란 영향을 미친다는 것을 보여준다. 더우기 서비스 제공자들에게는 거주지역은 그들이 서비스를 계획하고, 창조하고, 전달해야 하는 지역의 실체와 일치하기 때문에 유용한 개념변수가 되는 것이다(Coward, Cutler, and Schmidt, 1989).

이상에서 살펴본 바와 같이 환경과 건강은 밀접한 상호관련성을 가지며, 노인의 건강에 직접·간접으로 영향을 미치고 있는 환경으로서 거주지역이 신체건강과 사회심리적 건강에 따른 차이가 있기는 하지만 분명히 영향을 미치고 있음을 알 수 있었다.

Ⅲ. 연구 방법

A. 연구 설계

지역별로 노인의 건강상태를 평가하기 위하여, 대도시(서울), 중소도시(청주, 전주, 춘천, 진주), 농촌(경상남북도, 전라남북도, 경기도)에 거주하는 60세 이상의 노인들을 대상으로 면접을 실시해서 자료를 수집한 후, 수집된 자료를 분석하여 건강상태를 평가하는 서술적 연구(descriptive research)이다.

B. 연구대상 및 연구기간

본 연구의 대상은 전국에 거주하는 60세 이상의 노인으로서 면담에 응할 수 있는 언어적, 비언어적 의사소통 능력을 소유하고 본 연구에 협조하는 사람으로 하였다.

연구 대상자는 전국을 대도시, 중소도시, 농촌으로 분류하여 층화한 후 임의표집(convenience sample) 방법에 의해 선정하였다. 대도시는 특별시인 서울을 택하였고, 중소도시는 특별시, 직할시를 제외한 인구 10만명 이상인 도시 중에서 자료 수집이 용이한 지역을 선정하였으며, 농촌은 읍, 면 소재지를 기준으로 선정하였다. 대도시에서는 사회, 경제적으로 상층, 중층, 하층에 속하는 대상자를 고르게 표집하기 위해 서울특별시의 강남구, 마포구, 서대문구의 3개구를 선정하여 상층에 해당되는 강남구와 중층에 해당되는 마포구에 거주하는 노인들은 가정방문을 통해, 하층에 해당되는 서대문구에 거주하는 노인들은 그 지역의 노인정, 경로당, 노인대학들을 방문하여 총 150명의 노인들을 면담하며 자료를 수집하였다. 중소도시인 청주, 전주, 춘천, 진주지역에서는 가정방문을 통하여 130명의 노인과 면담하였고, 농촌은 경상남북도, 전라남북도, 경기도 각 지역에 소재하는 1개 보건진료소의 노인 150명을 면담하여 총 430개의 설문지를 배부한 결과 대도시에서 143명, 중소도시에서 123명, 농촌에서 146명으로 총 412개의 설문지를 회수하였으며 이를 본 연구의 분석 대상으로 하였다. 자료수집은 1990년 7월 18일부터 8월 17일까지 30일간에 걸쳐 실시하였다.

C. 연구도구

최, 김, 변, 원(1990)이 개발한 한국 노인의 건강상태 측정도구를 사용하였다. 이 도구는 노인의 건강 상태를

신체, 심리, 사회의 세가지 영역에 맞추어 총체적으로 측정할 수 있도록 사정도구의 측정항목이 구성되어 있으며, 개별 항목별 점수는 1점-5점 척도로 구성되어 있다. 점수가 높을 수록 건강상태가 좋은 것을 의미한다.

신체건강 사정도구는 개인위생 활동능력, 대외활동 능력(교통시설, 대중매체 및 여가 활용능력), 소화기계, 관련능력, 심생활능력, 감각능력, 배설조절능력의 6가지 요소 20문항으로 구성되어 있다. 심리건강 사정도구는 정신·정서 건강영역으로 정신건강 사정도구는 기억력과 인지능력을 측정하고 정서건강 사정도구는 쾌정서와 불쾌정서를 측정할 수 있도록 구성되어 있어 2가지 요소 17문항으로 구성되어 있다. 사회건강 사정도구는 조부모역할, 부모역할, 배우자역할, 친구 및 이웃의 역할, 친척의 역할, 단체인과 신앙인으로서의 역할 등 7가지 요소 37문항으로 구성되어 있다.

따라서, 한국 노인의 건강 상태 측정도구는 일반적 특성 14문항을 포함해 총 89문항으로 구성되어 있다. 신뢰도 검사에서 Cronbach's alpha = .93793의 신뢰도를 보였다.

D. 자료분석 방법

자료분석 방법은 SPSS 전산체제로 통계처리를 하였다. 연구대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 나타냈으며, 지역에 따른 일반적 특성은 χ^2 -test 로 분석하였고, 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 신체, 정신·정서, 사회적 건강상태는 평균과 표준편차 및 ANOVA로 분석하였다.

Ⅳ. 연구 결과 및 논의

A. 지역에 따른 일반적 특성

지역에 따른 일반적 특성을 알아보기 위해 χ^2 검증을 사용하여 분석한 결과를 제시하면 다음과 같다(부록1 참조). 지역에 따른 일반적 특성의 분포가 통계적으로 의미있게 나타난 항목은 연령, 종교, 교육정도, 가족형태, 경제수준, 직업, 주거상태, 자녀수, 동거자수, 생활비 부담자, 용돈상태였다.

대상자의 연령분포는 지역에 따라 다르게 나타났는데 ($P=0.0042$), 60-65세 연령분포에서는 대도시 15.4%, 중소도시 25.2%, 농촌 32.4%, 76-94세 연령분포에서는 대도시 32.2%, 중소도시 32.5%, 농촌 16.6%로 농촌

보다 대도시에서 고령자 분포가 높은 것을 볼 수 있다.

대상자의 종교도 지역에 따라 다른 분포를 보였는데 ($P=0.008$), 대도시에서 무교라고 응답한 노인이 36.4%인데 반해 농촌노인은 46.2%로 대도시 노인들이 종교생활을 더 많이 하고 있음을 알 수 있다. 이는 거리상의 문제나 종교시설의 부족 등으로 인해 농촌노인들이 도시노인들보다 종교를 접할 수 있는 기회가 적기 때문인 것으로 생각된다.

대상자의 교육정도도 지역에 따라 다른 분포를 보여 ($P=0.0005$) 무학인 대도시 노인이 42.0%, 중소도시 54.9%, 농촌노인이 65.8%로 대도시 노인의 교육수준이 농촌노인보다 더 높게 나타났다. 이는 김(1981)의 연구에서 무학이라고 응답한 노인의 분포가 도시 17.5%, 농촌 37.5%인 것과 일치하는데 교육기회의 차이로 대도시에 비해 농촌이 상대적으로 낙후한데서 기인한 것으로 보인다.

대상자의 가족형태도 지역에 따라 차이가 있었는데 ($P=0.0000$), 혼자살거나 노부부만 산다고 응답한 노인의 분포가 대도시는 21%, 중소도시가 25.2%, 농촌은 46.5%로 이농향도형 인구이동현상으로 청장년층이 도시로 이동함에 따라 자식과 떨어져 사는 노인 인구가 농촌으로 갈수록 증가하기 때문인 것으로 생각된다.

대상자의 경제수준도 지역에 따라 다른 분포를 나타나고 있었는데($P=0.0000$) 가정내 월수입이 20만원 미만으로 저소득인 경우가 대도시 24.2%, 중소도시 18.5%, 농촌 35.6%로 농촌의 소득수준이 도시에 비해 상대적으로 낮는데 이는 산업화로 인한 지역간 불균형 때문인 것으로 생각된다.

대상자의 직업에도 지역별 분포에 차이가 있었는데 ($\chi^2=0.0000$), 대도시노인의 무직이 87.9%, 중소도시 67.8%, 농촌 35.9%로 나타났다. 이는 도시노인의 경우 지속적으로 변화하는 사회적 업적주의로 노인이 수행할 역할이 크게 축소되어 사회적 역할에서의 은퇴를 가져온 반면, 농촌에서는 젊었을 때부터 해오던 농사 및 가사노동이 계속되고 있음을 엿볼 수 있다.

대상자의 주거 상태도 지역별로 다른 분포를 보였는데 ($P=0.0000$), 살고 있는 집이 자기 집인 경우가 대도시 70.2%, 중소도시 89.3%, 농촌 93.7%로 농촌으로 갈수록 자기집을 소유하는 비율이 높았다.

자녀수도 지역에 따라 차이가 있었는데($P=0.0102$), 자녀수가 0-3명인 경우가 대도시 46.2%, 중소도시 33.1%, 농촌 27.4%로 나타나서 대도시로 갈수록 자녀수가 적은 것을 볼 수 있다.

동거자수에 있어서도 지역에 따라 다른 분포를 보여 ($P=0.0000$), 동거하는 가족이 없는 경우가 대도시 2.8%, 중소도시 7.3%, 농촌 14.4%로 농촌으로 갈수록 동거하는 사람없이 혼자 사는 경우가 많았다. 이는 경제기획원 조사통계국 자료에서 생산연령층의 도시이동으로 인해 군지역 총부양인구지수가 11.0%, 시지역 총부양인구지수가 4.5%로 나타난 통계자료가 뒷받침하고 있다.

생활비 부담에 있어서도 지역에 따라 다른 분포를 보였는데($P=0.0000$), 자신이 생활비를 부담하는 경우가 대도시 13.4%, 중소도시 20.7%, 농촌 31.5%로 농촌으로 갈수록 스스로 생활을 책임지는 경우가 많은 것으로 나타나서 김(1981)의 연구에서 경제적으로 자립하는 노인의 분포가 도시 25%, 농촌 49.5%를 보인 것과 일치한다.

용돈상태에 있어서도 지역에 따라 다른 분포를 보였는데($P=0.0022$), 용돈이 충분하다고 응답한 노인이 대도시 14.0%, 중소도시 26.0%, 농촌 28.8%로 농촌으로 갈수록 용돈이 충분하다고 느끼고 있었고 대도시로 갈수록 부족하다고 느끼고 있어서 도시지역의 물질 문명으로 인해 상대적 빈곤을 더 많이 느끼기 때문인 것으로 생각된다.

B. 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 건강상태

1. 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 신체 건강상태<표1 참조>

대도시, 중소도시, 농촌 노인의 총 신체 건강상태를 살펴보면, 대도시 노인의 평균 점수(4.1132), 농촌 노인의 평균점수(4.0787), 중소도시 노인의 평균점수(3.9569)의 순으로 나타났으나, 지역에 따른 차이가 통계적으로 유의하게 나타나지는 않았다. 이는 노인들에게 자신의 건강상태를 묻는 질문에서 건강하다고 응답한 노인이 서울(45.6%), 대구(41.9%)로 나타난 박(1985)의 연구결과와 보건사회부에서 국민건강조사를 한 결과 노인의 이환률이 대도시(40.0%), 농촌(45.0%)인 것과 같은 결과를 보여, 산업화, 도시화로 인한 지역간 불균형으로 도시에 비해 농촌지역의 의료시설이 부족한 상황-전국의료시설의 14.1%, 의사사 8.1%만이 농어촌 지역에 분포-(장인협, 최성재 1987)으로 기인된다. 따라서 노인들의 경우는 질병이 빈번하여 의료시설 이용률이 높으므로 의료시설을 가까이에서 쉽게 이용할 수 있도록 농어촌 지역에 많은 의료시설이 설립되어야 할

것이다.

대도시, 중소도시, 농촌 노인의 신체건강 상태를 구성 요소별로 살펴보면 개인위생활동능력, 대외활동능력, 소화기계관련능력, 성생활능력이 지역별로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

지역별로 개인위생활동능력의 평균점수에 유의한 차이가 있었는데(P=0.0478) 대도시, 농촌, 중소도시 순으로 대도시 노인들의 개인위생 활동능력의 평균점수가 가장 높게 나타났다. 이는 대도시 지역은 화장실, 목욕탕 등이 가까운 곳에 배치되어 있는데 반해 중소도시나 농촌지역은 주택시설이 낙후된 탓으로 노인들이 스스로 개인위생을 철저히 하기에는 한계가 있기 때문인 것으로 생각된다.

지역별 노인의 대외활동능력(교통시설, 대중매체 및 여가 활용능력)의 평균점수에서도 유의한 차이를 보여(P=0.0001) 대도시, 농촌, 중소도시 순으로 대도시 노인들이 대외활동능력에서도 가장 높은 건강상태를 보였다. 이는 현대사회에서 도시의 집중적인 발전으로 인해

대도시 지역의 교통시설, 대중매체가 중소도시나 농촌에 비해 월등히 풍부한 데서 그 원인을 찾을 수 있으며, 시골지역노인들 보다 도시지역노인들이 취미생활을 더 많이 하고 있다는 박조열의 연구결과와도 일치하는 것이다(유숙자, 1980). 그러므로 농촌지역의 문화시설의 확충, 대중매체의 풍부한 보급이 요구된다.

지역별 노인의 소화기계관련능력도 유의한 차이를 보였는데(P=0.0369), 농촌, 중소도시, 대도시 순으로 농촌지역노인의 소화기계관련 건강상태가 가장 높게 나타났다. 이는 도시노인들이 효율과 능력주의에서 밀려나와 사회의 무역할자가 됨으로 인해 겪게되는 심리적 부담과 환경의 복잡성으로 인한 스트레스가 이들의 소화기계 관련건강상태를 저하시키는 것으로 생각된다.

지역별 노인의 성생활능력에서도 유의한 차이를 보였는데(P=0.0009) 대도시, 중소도시, 농촌의 순으로 대도시 노인의 성생활 능력이 가장 높게 나타났으나 다른 건강상태에 비해 현저하게 저조한 것을 볼 수 있다. 이는 한국의 문화와 연관지어 생각할 수 있을 것이다.

〈표 1〉 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 건강상태-신체건강상태

지역	대도시	중소도시	농촌	F	P
신체건강	M±S.D	M±S.D	M±S.D		
개인위생 활동능력	4.9196±0.3338	4.7846±0.5359	4.8356±0.4738	3.063	0.0478
대외 활동능력	4.2307±0.7743	3.7284±1.1198	4.0164±0.8548	9.933	0.0001
소화기계 관련능력	3.7832±0.7827	3.8585±0.8301	4.0191±0.7720	3.327	0.0369
성생활 능력	2.2657±1.1746	1.9024±1.0196	1.8014±1.0675	7.127	0.0009
감각능력	4.3007±1.2047	4.5041±0.9354	4.5137±0.9772	1.844	0.1595
배설조절능력	4.6923±0.6416	4.6260±0.7725	4.7123±0.6742	0.552	0.5761
총 신체건강	4.1132±0.5130	3.9569±0.6133	4.0787±0.5415	2.845	0.0593

2. 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 정신·정서건강상태〈표2 참조〉

대도시, 중소도시, 농촌 노인의 총 정신·정서건강상태를 살펴보면, 농촌노인의 평균점수(3.8291), 중소도시노인의 평균점수(3.7967), 대도시 노인의 평균점수(3.7807)의 순으로 도시와 농촌지역의 생활만족도 조사

에서 전반적으로 행복하고 걱정근심이 없다는 답변이 농촌지역에서 더 높게 나타난 Hynson(1975)의 연구결과와 일치하지만 지역별 차이가 통계적으로 유의하지는 않았다.

대도시, 중소도시, 농촌 노인의 정신·정서건강상태를 구성요소별로 살펴보면, 정신건강상태에서 지역별

〈표 2〉 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 건강상태-정신·정서건강상태

지역	대도시	중소도시	농촌	F	P
정서건강	M±S.D	M±S.D	M±S.D		
정신건강상태	4.3741±0.8296	4.1545±0.8544	4.4281±0.6898	4.374	0.0132
정서건강	3.5981±0.8027	3.6866±0.8788	3.6448±0.9123	0.348	0.7065
총 정신·정서건강	3.7807±0.7322	3.7967±0.7801	3.8291±0.7761	0.151	0.8595

로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데($P=0.0132$), 농촌, 대도시, 중소도시 순으로 농촌노인들의 정신건강 상태가 가장 높은 것을 볼 수 있다. 이는 도시남자노인의 63%, 여자노인의 48%, 농촌남자노인의 59%, 여자노인의 35%가 정상적인 판단을 할 수 있으며 장애의 빈도를 세부적으로 살펴보면 피로감과 기억력 상실을 가장 많이 호소하고 있는 것으로 나타난 윤혜영(1988)의 연구 결과와는 상반된 결과를 보이고 있다.

3. 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 사회건강상태 <표3 참조>

대도시, 중소도시, 농촌 노인의 총 사회건강상태를 살펴보면, 중소도시노인의 평균점수(3.0000), 농촌노인의 평균점수(2.9362), 대도시노인의 평균점수(2.8960)의 순으로 나타났으나 지역별 차이가 통계적으로 유의하지는 않았다. 이는 서울의 78.2%가 핵가족이고 농촌의 30.7%가 핵가족이라는 현(1980)의 연구결과와 가족간의 상호작용이나 결속력이 도시에 비해 농촌이 높다는 Lee와 Lasse(1980)의 연구결과와 일치한다. 또한 중소도시가 농촌보다 사회건강상태가 높게 나타난 것은 중소도시는 대도시에 비해 아직은 도시화, 핵가족화가 덜 되어 있어 가족간의 응집력이 대도시보다는 강하고, 중

교단체를 비롯한 노인을 위한 센터의 활동이나 프로그램이 도시가 농촌보다는 활발하다는 Krout(1989)의 연구결과가 뒷받침하고 있다.

대도시, 중소도시, 농촌 노인의 사회건강상태를 구성 요소별로 살펴보면, 친척역할과 신앙인 역할에서 지역별로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

지역별로 친척역할의 평균점수에 유의한 차이가 있었는데($P=0.0005$), 농촌, 중소도시, 대도시 순으로 농촌노인들의 친척역할이 가장 높게 나타났다. 전통사회는 농경사회로서 농지를 중심으로 가족 또는 친족이 모여서 생활했으며, 이것이 생을 영위하는 가장 이상적인 사회구조였다(최순남, 1984). 이러한 전통사회 구조가 도시나 농촌 모두 와해되고 있기는 하지만 도시의 크기가 커질수록 가족이나 친지의 결속이 더욱 약해지므로(Fischer, 1973) 본 연구결과도 농촌노인의 친척역할이 도시노인들에 비해 높게 나타난 것으로 보여진다.

지역별로 신앙인 역할에서도 유의한 차이가 있었는데($P=0.0107$), 중소도시, 대도시, 농촌 순으로 농촌노인의 신앙인 역할이 가장 낮게 나타났다. 이는 도시화가 진행됨에 따라 사회단체, 종교단체 등이 유지, 향상되는 것으로 나타난 Fischer(1973)의 연구결과와 일치한다.

<표 3> 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 건강상태 - 사회건강상태

지역	대도시 M±S.D	중소도시 M±S.D	농촌 M±S.D	F	P
사회건강					
조부모 역할	3.0363±0.6931	3.1739±0.7963	3.0342±0.7873	1.442	0.2377
부모 역할	2.7720±0.6791	2.9447±0.6540	2.8972±0.6690	2.426	0.0896
배우자 역할	3.1727±0.7604	3.2984±0.8098	3.1935±0.7561	0.520	0.5953
친구 및 이웃 역할	3.1972±0.8849	3.2227±0.8373	3.3876±0.7858	2.180	0.1144
친척 역할	2.6515±0.6751	2.9065±0.6684	2.9520±0.7287	7.758	0.0005
단체인 역할	2.9673±0.6218	2.8469±0.9391	2.7614±0.8751	2.308	0.1008
신앙인 역할	2.0517±1.0785	2.2780±1.0989	1.8740±1.0944	4.587	0.0107
총 사회건강	2.8960±0.5370	3.0000±0.5410	2.9362±0.5497	0.652	0.5217

2. 일반적 특성으로 본 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 건강상태

일반적 특성을 구분하여 대도시, 중소도시, 농촌 노인 각 건강상태를 조사하였는데 그 결과는 <부록2>와 같다. 신체건강상태가 지역에 따라 유의하게 나타난 항목은 종교에서 무교인 노인 집단, 교육정도가 무학인 노인 집단, 경제수준에서 50만원미만이라고 응답한 노인 집단, 직업에서 무직인 노인 집단, 자녀수가 3명이하라고 응

답한 노인 집단, 생활비 부담자가 자녀인 노인 집단이었다.

정신·정서건강상태가 지역에 따라 유의하게 나타난 항목은 교육정도가 무학인 노인 집단과 중졸이상인 노인 집단이었다.

사회건강상태가 지역에 따라 유의하게 나타난 항목은 교육정도에서 중졸이상이라고 응답한 노인 집단, 경제수준에서 200만원미만이라고 응답한 노인 집단, 생활비 부담자가 자신인 노인 집단이었다.

V. 결론 및 제언

A. 결 론

본 연구는 지역환경과 노인의 신체적, 정신·정서적, 사회적 건강상태와의 관련성을 파악하여 한국노인의 건강관리를 위한 간호전략 및 보건정책을 마련하는데 기초 자료를 제공하고자 대도시, 중소도시, 농촌노인의 건강상태를 조사하기 위하여 시도되었다.

자료수집은 1990년 7월 18일부터 8월 17일 까지 30일 간에 걸쳐서 전국을 대도시, 중소도시, 농촌으로 분류하여 대도시는 서울특별시 서대문구, 마포구, 강남구에 소재하는 경로당, 노인정, 노인대학의 노인 143명을 대상으로, 중소도시는 특별시, 직할시를 제외한 인구 10만명 이상인 도시 중에서 청주, 진주, 춘천, 진주의 지역사회 노인 123명을 대상으로 농촌은 읍, 면 소재지를 기준으로 경상남북도, 전라남북도, 경기도 각 지역에 소재하는 지역사회 노인 146명을 대상으로 면담과 설문지를 이용하여 수집하였다.

연구도구는 최등(1990-a)이 개발한 한국 노인의 건강상태 측정도구를 사용하였다. 이 도구는 노인의 건강상태를 신체, 심리, 사회의 세가지 영역에 맞추어 총체적으로 측정할 수 있도록 사정도구의 측정항목이 구성되어 있으며, 개별항목별 점수는 1점-5점 척도로 구성되어 있다. 신체건강 사정도구는 개인위생 활동능력, 대외활동능력, 소화기계 관련능력, 성생활능력, 감각능력, 배설조절능력의 6가지 요소 20문항으로 구성되어 있다. 심리건강 사정도구는 정신·정서 건강영역으로 정신건강 사정도구는 기억력과 인지능력을 측정하고 정서건강 사정도구는 쾌정서와 불쾌정서를 측정할 수 있도록 구성되어 있어 2가지 요소 17문항으로 구성되어 있다. 사회건강 사정도구는 조부모역할, 부모역할, 배우자역할, 친구 및 이웃의 역할, 친척의 역할, 단체인과 신앙인으로서의 역할 등 7가지 요소 37문항으로 구성되어 있다.

연구도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha=0.93793으로 높은 신뢰도를 보였다.

수집된 자료는 SPSS 전산체제로 통계처리하여, 실수, 백분율, 평균, 표준편차, ANOVA, χ^2 -test로 분석하였다.

연구결과를 살펴보면 다음과 같다.

1) 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 총 신체건강상태를 살펴보면, 대도시 노인의 평균점수(4.1132), 농촌 노인

의 평균점수(4.0787), 중소도시 노인의 평균점수(3.9569)의 순으로 나타났다. 노인의 신체건강상태를 구성 요소별로 살펴 보았을 때 개인위생활동 능력, 대외활동 능력, 소화기계관련 능력, 성생활 능력에서 대도시, 중소도시, 농촌노인간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

2) 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 총 정신·정서건강상태를 살펴보면, 농촌 노인의 평균점수(3.8291), 중소도시 노인의 평균점수(3.7967), 대도시 노인의 평균점수(3.7807)의 순으로 나타났다. 노인의 정신·정서건강상태를 구성 요소별로 살펴 보았을 때 정신 건강상태에서 대도시, 중소도시, 농촌노인간에 유의한 차이를 보였다.

3) 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 총 사회건강상태를 살펴보면, 중소도시 노인의 평균점수(3.0000), 농촌 노인의 평균점수(2.9362), 대도시 노인의 평균점수(2.8960)의 순으로 나타났다. 노인의 사회 건강상태를 구성 요소별로 살펴 보았을 때 친척역할과 신앙인 역할에서 대도시, 중소도시, 농촌노인간에 지역별로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이 결과를 통해 다음과 같은 결론을 얻었다.

첫째, 지역별 노인의 총 신체건강상태가 대도시 노인에 비해 중소도시나 농촌 노인들이 저조한 것으로 나타났는데 이는 산업화, 도시화로 인한 지역간 불균형으로 농촌지역노인의 건강관리 체계가 미흡한 점과 관련지을 수 있으며, 가까이에서 쉽게 이용할 수 있도록 농어촌 지역에 많은 의료시설이 확충되어야 할 것으로 본다.

둘째, 지역별 노인의 총정신·정서, 사회건강 상태가 농촌이나 중소도시의 노인에 비해 대도시 노인이 저조한 것으로 나타났는데 이는 도시화, 핵가족화로 대도시 가족의 결속력이 저하 되었음을 반영한다. 노인 부양에 있어서의 가족 부양은 한국사회에서 아직도 일차적인 중요성을 가지므로 자녀들이 노부모 부양책임을 경시하지 않도록 교육을 통해 사회규범으로 정립해둘 필요가 있다고 본다.

셋째, 지역별 노인의 사회건강상태가 가장 저조한 대도시 노인을 위한 대책이 요망된다. 자신이 처한 환경에서 의미있는 존재로서 여생을 보낼 수 있도록 가족 내에서는 존경받을 수 있는 가족 가치관을 정립하고 노인의 가족과의 상호작용을 유지 증진할 수 있는 방안이 연구되어야 하며 더 나아가 지역사회에서는 노후에도 어느 정도의 일상적인 사회활동과 다른 사람과의 상호작용을 계속할 수 있는 다양한 시설과 프로그램이 제공되어야

야 할 것이다.

따라서 한국 노인의 건강상태를 대도시, 중소도시, 농촌 별로 조사한 본 연구 결과는 노인의 건강관리를 위한 간호전략 및 지역에 따른 보건 정책을 설정하는데 중요한 가치를 지닌다고 본다.

B. 제언

이상의 연구결과와 결론을 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구에서 사용된 한국노인의 건강상태 사정도구는 앞으로 표준화되도록 후속연구가 필요하다. 이에 따라 지역별 노인의 건강상태를 좀 더 광범위한 지역에 걸쳐 한국 노인을 대표할 수 있도록 하는 폭넓은 조사, 연구가 요구된다.

2. 본 연구는 농촌, 중소도시, 대도시의 지역별 건강상태를 비교한 것이므로 폭넓은 간호를 제공하기 위해서는 이 도구를 사용하여 다른 나라와의 또는 민족간의 비교를 하는 것이 필요하다고 본다.

참 고 문 헌

구자순, 한국 노인 건강 보존 체제의 문제점과 그 대책, 한국노년학, 1986, 6, 13-25.

구자순, 한국 노인 문제 연구의 현황과 전망-사회노년학 연구성과를 중심으로, 한국노년학, 1989, 9, 192-207.

김동일, 농촌노인의 사회심리적 특성 : 아노미, 소외의 식 및 지역사회에 대한 태도의 분석, 한국노년학, 1980, 1, 67-74.

김동일, 근대화와 노인문제, 한국노년학, 1980, 1, 38-43.

김미옥, 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구, 간호학회지, 1987, 17(1), 64-78.

김수연, 노인 종교참여도와 관련 변인에 관한 연구, 한국노년학, 1988, 8, 55-68.

김승국, 간호심리학, 서울 : 공신문화사, 1972.

김종갑, 한국 노인문제에 관한 윤리적 고찰, 경성대 교육대학원 석사학위논문, 1985.

김태현, 한국에 있어서의 노인 부양에 관한 연구, 고려대학교 박사학위논문, 1981.

김행자, 서울시내 일부 노인들의 소외 정도에 관한 조사 연구, 간호학회지, 1974, 4(2), 32-42.

김현기, 한국 의료보장에 관한 연구, 동국대학교 행정대학원 석사학위논문, 1986.

박유식, 한국 노인생활의 문제점과 그 해결책에 관한 연구, 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문, 1985.

박의연, 노인의 소외감에 영향을 미치는 관련 변인 연구, 경희대학교 석사학위논문, 1989.

방길호, 사회구조적인 측면에서 본 한국의 노인문제에 관한 연구, 단국대학교 석사학위논문, 1988.

서승희, 노인의 주거환경과 생활만족에 관한 연구, 성신여자대학교 대학원 석사학위논문, 1988.

서혜경, 한미 노인의 죽음에 관한 태도 연구, 한국노년학, 1987, 7, 39-59.

오택섭, 사회과학 데이터 분석법, 서울 : 나남출판사, 1984.

유숙자, 노년기의 의식구조에 관한 연구, 간호학회지, 1980, 10(2), 95-113.

윤종주, 우리나라 노년인구의 성장추이와 전망, 한국노년학, 1988, 8, 7-18.

윤진, 성인 노인심리학, 서울 : 중앙적성출판사, 1985.

윤진, 발달단계에 따른 심리적 부적응, 한국노년학, 1982, 2, 5-11.

윤해영, 한국노인의 건강상태에 관한 사회의학적 비교 분석연구, 경희대학교 대학원 박사학위논문, 1988.

이성관, 서석권, 농촌지역 영세노인들의 건강상태 조사, 한국노년학, 1985, 5, 27-34.

이영자, 한국노인의 건강사정도구 개발에 관한 일 연구, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, 1989.

장인협, 최성재, 노인복지학, 서울대학교출판부, 1987.

전산초, 최영희, 노인간호학, 서울 : 수문사, 1985.

최순남, 현대사회와 노인복지, 서울 : 홍익제, 1984.

최영희, 간호이론, 수문사, 1986.

최영희, 김문실, 변영순, 원종순, 한국노인의 건강상태에 대한 조사연구, 간호학회지, 1990, 20(3), 307-323.

최영희, 백영주, 이지숙, 한국노인의 정신, 정서적 건강상태 도구개발과 건강상태에 관한 연구, 성인간호학회지, 1990, 2, 14-33.

현두일, 노인문제와 노인복지, 아산, 1980, 3(3).

Bultena, G.L., Rural-Urban Differences in the Familial Interaction of the Aged, Rural Sociology, 1969, 34, 5-15.

- Chae, Myungye, Old Asians, *J. of Gerontol. Nursing*, 1987, 13(11), 11–17.
- Coward, R.T., S.J. Cutler, and F.E. Schmidt, Differences in the Household Composition of Elders by Age, Gender, and Area of Residence, *The Gerontologist*, 1989, 29(6).
- Fischer, C., On Urban Alienations and Anomie : Powerlessness and Social Isolation, *American Sociological Review*, 1973, 38, 311–326.
- Ford, A.B., M. Haug, P. Jones, A. Roy, and S. Folmor, Race–related Differences Among Elderly Urban Residents : A Cohort Study, *J. of Gerontology*, 1990, 45(4), 5163–5171.
- Hynson, L., Rural–Urban Differences in Satisfaction Among the Elderly, *Rural Sociology*, 1975, 40(1), 64–66.
- Krause, N., Stress in Racial Differences in Self–Reported Health Among the Elderly, *The Gerontologist*, 1987, 27(1), 72–76.
- Krout, J., Rural–Urban Differences in Senior Center Activities and Services, *The Gerontologist*, 1987, 27(1), 92–97.
- Krout, J., Community Size Differences in Service Awareness Among Elderly Adults, *J. of Gerontology*, 1988, 43(1), 528–530.
- Lee, G. and M. Lessey, Rural–Urban Differences Among the Elderly : Economic, Social and Subjective Factors, *J. of Social Issues*, 1980, 36(2), 62–74.
- Liang, J., H. Asano, K. Bollen, E. Kahana, and D. Maeda, Cross–Cultural Comparability of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale : An American–Japanese Comparison, *J. of Gerontology*, 1987, 42(1), 37–43.
- Linda, M., R. Taylor, and J. Jackson, Size and Composition of the Informal Helper Networks of Elderly Blacks, *J. of Gerontology*, 1985, 40(5), 605–614.
- Revicki, D.A. and J.P. Mitchell, Strain, Social Support, and Mental Health in Rural Elderly Individuals, *J. of Gerontology : Social Science*, 1990, 45(6), 267–274.
- Rosenthal, C., Family supports in Later Life : Does Ethnicity Make a Difference?, *The Gerontologist*, 1986, 26(1), 19–24.
- Rubinstein, R., The Home Environments of Older People : A Description of the Psychosocial Processes Linking Person to Place, *J. of Gerontology*, 1989, 44(2), 545–553.
- Sauer, W., C. Shehan, and C. Boymel, Rural–Urban Differences in Satisfaction among the Elderly : A Reconsideration, *Rural Sociology*, 1976, 41(2), 269–275.
- Seabrooks, P.A., R. Kahn, and G. Gero, Gross–Cultural Observations, *J. of Gerontological Nursing*, 1987, 13(1), 18–22.
- Smith, K. and Lipman, A., Constraint and Life Satisfaction, *J. of Gerontology*, 1972, 27, 77–82.
- Talbot, D.M., Assessing Needs of the Rural Elderly *J. of Gerontol. Nursing*, 1985, 11(3), 39–43.

— Abstract —

A Study of the Health Status of Elderly Residing in Large city, Medium and Small city, Rural areas in Korea

Choi Young Hee* · Shin Yun Hee**

This study was designed to measure the physical, mental-emotional and social health status of elderlies according to rural areas, medium-small cities, and large city environment.

Data collection was done from July 18 to August 17 1990. The subjects were a convenience sample after their place of residence was stratified into large, medium-small cities and rural areas. Those who attended elderly centers in Seodaemun, Mapo, and Kangnam districts in Seoul were considered to be residents of a large city and interviewed by trained research assistants and student nurses. Elderlies living in Chungju, Jinju, Chuncheon, and Jeonju cities were coded as residents of medium-small cities and were interviewed by professors of nursing colleges. Rural residents were interviewed by the community health practitioners working in community health clinics in North and South Kyongsang, North and South Jeolla, and Kyonggi provinces.

The tool used in this study was the health assessment tool developed by Choi, Young Hee in 1990. This tool was organized into 20 physical health status, 17 mental-emotional health status, and 37 social health status items. Physical health status items consisted of six factors—personal hygiene activity ability, external activity utilizing traffic, mass media, and spare time ability, sexual ability, digestive system related ability, sexual ability, sensory ability, and elimination ability. Mental-emotional

health status items consisted of two factors—mental health factor and emotional health factor. Social health status items consisted of seven factors—grandparental role ability, parental role ability, spoused role ability, friendship role ability, kinship role ability, group member role ability, and religious believer role ability.

Data Analysis included frequencies, percentage, mean, standard deviation, ANOVA, and chi-square test.

The results of the analysis are as follows :

1. The mean physical health status score for large city residents was 4.1132, for rural residents 4.0787, and for medium and small city residents 3.9565. There were significant differences according to residential area for personal hygiene activity ability, external activity ability, sexual ability, and digestive system related ability items

2. The mean mental-emotional health status score for rural residents was 3.8291, for medium and small city residents 3.7967, and for large city residents 3.7807. There was a significant difference according to residential area in the mental health ability item.

3. The mean social health status score for medium and small city residents was 3.0000, for rural residents 2.9362, and for large city residents 2.8960. There were significant differences according to residential area for kinship role ability and religious believer role ability items.

The following conclusion was derived from the above results :

1. The physical health status of elderlies residing in medium-small cities and in rural areas was lower than that of those residing in Seoul, a large urban area. Therefore, more medical facilities are needed in rural area so as to monitor their health, prevent disease, and promote their health.

2. The mental-emotional status and social health

*Professor, College of Nursing, Ewha Womans University

**Clinical Instructor, College of Nursing, Ewha Womans University

status of elderlies residing in the large city were lower than that of those residing in medium–small cities and rural areas. This may reflect weakening of the strong traditional family bond that may happen with urbanization. Continued support for elderly

parents is essential and education should emphasize the traditional cultural norm and value of filial piety.

3. Facilities and programs for elderly are needed so that they may spend their time more valuably in their urban environment.

<부록 1> 지역에 따른 일반적 특성

일반적특성	구 분	대 도시		중소도시		농 촌		x ²	P
		실수	%	실수	%	실수	%		
성 별	남	82	57.3	58	47.2	74	50.7	2.89269	0.2354
	여	61	42.7	65	52.8	72	49.3		
연 령	60-65	22	15.4	31	25.2	47	32.4	18.98065	0.0042
	66-70	45	31.5	31	25.2	44	30.3		
	71-75	30	21.0	21	17.1	30	20.7		
	76-94	46	32.2	40	32.5	24	16.6		
결혼상태	무배우자	57	39.9	59	48.0	58	39.7	2.36405	0.3067
	유배우자	86	60.1	64	52.0	88	60.3		
종 교	기독교	37	25.9	24	19.5	28	19.3	26.70740	0.0008
	천주교	10	7.0	7	5.7	8	5.5		
	불교	41	28.7	51	41.5	28	19.3		
	무교	52	36.4	36	29.3	67	46.2		
교육정도	기타	3	2.1	5	4.1	14	9.7	20.16260	0.0005
	무학	60	42.0	67	54.9	96	65.8		
	국졸	49	34.3	35	28.7	38	26.0		
	중졸이상	34	23.8	20	16.4	12	8.2		
가족형태	혼자산다	9	6.3	6	4.9	17	11.6	25.73862	0.0000
	노부부만산다	21	14.7	25	20.3	51	34.9		
	자녀·손자녀와 산다	113	79.0	92	74.8	78	53.4		
경제수준	20만원 미만	31	24.2	20	18.5	46	33.6	45.36029	0.0000
	50만원 미만	60	46.9	41	38.0	39	28.5		
	100만원 미만	33	25.8	36	33.3	19	13.9		
	200만원 미만	3	2.3	7	6.5	19	13.9		
	200만원 이상	1	0.8	4	3.7	14	10.2		
직 업	무직	124	87.9	82	67.8	52	35.9	84.97583	0.0000
	유직	17	12.1	39	32.2	93	64.1		
건강상태	나쁘다	59	41.5	44	36.1	49	33.6	5.63565	0.2281
	보통이다	46	32.4	36	29.5	40	27.4		
	건강하다	37	26.1	42	34.4	57	39.0		
주거상태	자 가	99	70.2	109	89.3	134	93.7	32.93741	0.0000
	셋 방	42	29.8	13	10.7	9	6.3		
자녀수	3명 이하	66	46.2	41	33.3	40	27.4	13.23176	0.0102
	4-6명	63	44.1	61	49.6	86	58.9		
	7명 이상	14	9.8	21	17.1	20	13.7		
동거자수	없음	4	2.8	9	7.3	21	14.4	48.50163	0.0000
	1-2명	32	22.4	31	25.2	64	43.8		
	3-5명	60	42.0	51	41.5	50	34.2		
	6명 이상	47	32.9	32	26.0	11	7.5		
생활비 부담자	자신	19	13.4	25	20.7	46	31.5	82.87978	0.0000
	자신과 자녀	8	5.6	16	13.2	51	34.9		
	자녀	114	80.3	75	62.0	44	30.1		
용돈상태	기타	1	0.7	5	4.1	5	3.4	16.66106	0.0022
	부족하다	74	51.7	46	37.4	45	30.8		
	보통이다	49	34.3	45	36.6	59	40.4		
	충분하다	20	14.0	32	26.0	42	28.8		

〈부록 2〉 일반적 특성으로 본 지역별 노인의 건강상태

일반적 특성	구분	건강	대도시		중소도시		농촌		F	P	
			M	SD	M	SD	M	SD			
성별	남	신체건강	4.3046	0.4258	4.1310	0.5998	4.2094	0.5505	1.909	0.1508	
		정신, 정서건강	3.9799	0.6541	3.9716	0.6639	4.0206	0.7179	0.105	0.9003	
		사회건강	2.8777	0.5406	2.9865	0.5705	2.9143	0.5215	0.526	0.5921	
	여	신체건강	3.8504	0.5117	3.8015	0.5883	3.9444	0.5012	1.249	0.2890	
		정신, 정서건강	3.5130	0.7512	3.6407	0.8456	3.6323	0.7892	0.507	0.6031	
		사회건강	2.9620	0.5338	3.0305	0.4808	2.9905	0.6222	0.071	0.9315	
	연령	60-65	신체건강	4.2136	0.5102	4.1613	0.4709	4.2660	0.4385	0.478	0.6215
			정신, 정서건강	3.9946	0.6563	4.1651	0.6055	3.9262	0.6928	1.242	0.2934
			사회건강	2.8596	0.6254	3.0080	0.5069	3.1145	0.5590	1.109	0.3358
66-70		신체건강	4.1578	0.5345	4.1355	0.4903	4.1250	0.4651	0.050	0.9515	
		정신, 정서건강	3.8026	0.7275	3.7438	0.7009	3.7968	0.7791	0.066	0.9359	
		사회건강	2.9239	0.5292	3.0724	0.6723	2.8642	0.4938	0.764	0.4695	
71-75		신체건강	4.1900	0.4310	3.8714	0.6412	3.9000	0.5807	2.885	0.0618	
		정신, 정서건강	3.8784	0.7554	3.6947	0.7412	3.8314	0.8534	0.347	0.7080	
		사회건강	3.0102	0.4258	2.6020	0.6777	2.6996	0.5774	2.115	0.1358	
76-94		신체건강	3.9717	0.5277	3.7050	0.6965	3.8458	0.6782	1.938	0.1490	
		정신, 정서건강	3.5933	0.7353	3.6059	0.8994	3.6814	0.8575	0.096	0.9089	
		사회건강	2.7919	0.5779	3.1228	0.2119	2.9035	0.5337	2.125	0.1318	
결혼상태		무배우자	신체건강	3.9228	0.5458	3.7102	0.6475	3.8396	0.5743	1.909	0.1514
			정신, 정서건강	3.4541	0.7281	3.5204	0.8761	3.5679	0.8237	0.285	0.7527
			사회건강	2.0526	-	2.3684	0.0744	2.2632	0.5955	0.185	0.8441
	유배우자	신체건강	4.2395	0.4504	4.1844	0.4841	4.2363	0.4577	0.315	0.7303	
		정신, 정서건강	3.9972	0.6538	4.0515	0.5782	4.0013	0.6957	0.152	0.8595	
		사회건강	2.9063	0.5320	3.0210	0.5372	2.9520	0.5423	0.791	0.4546	
종교	기독교	신체건강	4.0189	0.5934	3.8875	0.6038	4.1679	0.4423	1.672	0.1939	
		정신, 정서건강	3.7504	0.8884	3.7206	0.8299	4.0756	0.6497	1.694	0.1899	
		사회건강	3.1329	0.5910	3.3308	0.5030	3.1982	0.5362	0.536	0.5885	
	천주교	신체건강	4.1100	0.5174	4.1000	0.5447	4.1125	0.5167	0.001	0.9989	
		정신, 정서건강	4.0118	0.6567	4.1429	0.8744	3.7794	0.8174	0.432	0.6543	
		사회건강	3.5526	0.7197	3.4474	0.6053	3.2829	0.3546	0.221	0.8062	
	불교	신체건강	4.0805	0.5139	4.0176	0.6787	4.1036	0.5000	0.235	0.7912	
		정신, 정서건강	3.7174	0.7141	3.7497	0.8228	3.8109	0.8712	0.115	0.8915	
		사회건강	2.9096	0.5123	2.8987	0.5038	3.1257	0.6849	0.971	0.3846	
	무교	신체건강	4.1923	0.4563	3.8361	0.5525	4.0433	0.5647	4.845	0.0091	
		정신, 정서건강	3.7851	0.6601	3.8039	0.7067	3.7305	0.7620	0.151	0.8596	
		사회건강	2.6579	0.3866	2.7832	0.4903	2.7013	0.4318	0.545	0.5816	
	기타	신체건강	4.3667	0.3215	4.3400	0.3130	3.9500	0.7068	1.093	0.3555	
		정신, 정서건강	4.1765	0.1176	4.1059	0.4750	3.7983	0.8296	0.555	0.5829	
		사회건강	2.9561	0.2887	3.1513	0.5118	2.8969	0.4761	0.451	0.6450	
	교육정도	무학	신체건강	3.8567	0.5503	3.7164	0.6173	3.9583	0.5135	3.731	0.0255
			정신, 정서건강	3.4725	0.7558	3.5355	0.8024	3.7585	0.7499	3.071	0.0484
			사회건강	2.7675	0.5834	2.7863	0.4947	2.8146	0.4896	0.071	0.9318
국졸		신체건강	4.2245	0.3750	4.1971	0.5090	4.3658	0.3920	1.751	0.1781	
		정신, 정서건강	3.9220	0.6232	3.9546	0.6853	4.0588	0.6772	0.483	0.6179	
		사회건강	2.8421	0.5124	2.9232	0.4760	3.0742	0.5812	1.577	0.2126	
중졸이상		신체건강	4.4059	0.4000	4.3650	0.3689	4.1333	0.8105	1.402	0.2537	
		정신, 정서건강	4.1211	0.6320	4.4118	0.3740	3.6667	1.1344	4.375	0.0166	
		사회건강	3.0658	0.4962	3.5526	0.3555	3.0658	0.6490	4.685	0.0141	

일반적 특 성	구 분	건강	대도시		중소도시		농촌		F	P	
			M	SD	M	SD	M	SD			
가족형태	혼자산다	신체건강	4.0889	0.3516	3.9000	0.3633	4.0588	0.6021	0.282	0.7563	
		정신, 정서건강	3.4575	0.7167	3.7647	0.6169	3.2491	0.6509	1.376	0.2685	
		사회건강	3.0000	-	-	-	2.0526	0.3201	6.568	0.1245	
	노부부만 산다	신체건강	4.3952	0.3217	4.2000	0.5156	4.2902	0.4085	1.218	0.3006	
		정신, 정서건강	4.1316	0.4800	3.9459	0.6174	4.0196	0.6838	0.502	0.6067	
		사회건강	2.9323	0.3791	2.8991	0.5051	2.8904	0.5407	0.052	0.9493	
	자녀와 산다	신체건강	4.0628	0.5374	3.8945	0.6384	3.9448	0.5663	2.287	0.1035	
		정신, 정서건강	3.7412	0.7543	3.7583	0.8287	3.8310	0.8027	0.315	0.7298	
		사회건강	2.8818	0.5877	3.0637	0.5597	3.0759	0.5036	1.879	0.1568	
	경제수준	20만원 미만	신체건강	4.1968	0.5376	4.0000	0.6473	4.0630	0.5397	0.866	0.4239
			정신, 정서건강	3.7970	0.7395	3.7765	0.6959	3.7161	0.7538	0.123	0.8848
			사회건강	3.0526	0.4042	2.8158	0.4419	2.8387	0.5655	1.123	0.3338
50만원 미만		신체건강	4.1483	0.4918	3.8634	0.5936	3.9897	0.5519	3.480	0.0336	
		정신, 정서건강	3.7804	0.7528	3.5825	0.7741	3.9080	0.8336	1.774	0.1736	
		사회건강	2.6947	0.5740	2.9487	0.6205	2.9945	0.6176	2.314	0.1054	
100만원 미만		신체건강	4.0212	0.5493	3.9333	0.7175	4.0737	0.7078	0.321	0.7263	
		정신, 정서건강	3.8271	0.7350	3.9575	0.8428	3.7183	0.7832	0.606	0.5477	
		사회건강	3.0599	0.4111	3.0684	0.4793	3.0933	0.3988	0.021	0.9795	
200만원 미만		신체건강	4.3000	0.3606	4.3714	0.3402	4.1105	0.5425	0.804	0.4586	
		정신, 정서건강	3.9412	0.6113	4.3781	0.3377	3.7740	0.8294	1.757	0.1924	
		사회건강	4.0526	-	3.4579	0.1530	2.8826	0.4524	6.783	0.0074	
200만원 이상	신체건강	4.7000	-	4.0000	0.4397	4.2571	0.3837	1.419	0.2707		
	정신, 정서건강	4.5294	-	3.5882	0.7744	4.2437	0.5356	2.189	0.1444		
	사회건강	3.5263	-	3.0132	0.2419	3.0598	0.6181	0.301	0.7462		
직 업	무직	신체건강	4.0774	0.5132	3.8414	0.6581	3.8096	0.6137	5.888	0.0032	
		정신, 정서건강	3.7409	0.7380	3.6872	0.8662	3.5656	0.8829	0.857	0.4254	
		사회건강	2.8487	0.5461	2.8836	0.5307	2.9574	0.6539	0.304	0.7386	
	유직	신체건강	4.3471	0.4771	4.1974	0.4239	4.2258	0.4354	0.720	0.4884	
		정신, 정서건강	3.9896	0.6708	4.0196	0.5250	3.9702	0.6740	0.083	0.9207	
		사회건강	3.1598	0.4220	3.1325	0.5307	2.9294	0.5177	2.258	0.1096	
건강상태	나쁘다	신체건강	3.8864	0.5312	3.5682	0.6197	3.7571	0.6201	3.707	0.0569	
		정신, 정서건강	3.4825	0.7772	3.5454	0.9233	3.4586	0.8152	0.133	0.8752	
		사회건강	2.7979	0.5940	2.8638	0.4827	2.7672	0.5737	0.154	0.8576	
	보통이다	신체건강	4.2217	0.4835	3.9944	0.5037	4.1425	0.4260	2.370	0.0978	
		정신, 정서건강	3.9335	0.6450	3.6765	0.6804	3.7706	0.6633	1.601	0.2060	
		사회건강	2.8412	0.5540	3.0146	0.5818	2.9423	0.4813	0.620	0.5408	
	건강하다	신체건강	4.3324	0.3742	4.3167	0.4428	4.3105	0.3940	0.034	0.9667	
		정신, 정서건강	4.0620	0.6034	4.1569	0.5536	4.1888	0.6553	0.496	0.6102	
		사회건강	3.0779	0.4214	3.0760	0.5512	3.0428	0.5530	0.050	0.9517	
	주거상태	자가	신체건강	4.1232	0.5254	3.9660	0.6050	4.0873	0.5504	2.311	0.1007
			정신, 정서건강	3.8627	0.7207	3.8462	0.7780	3.8788	0.7652	0.056	0.9459
			사회건강	2.9580	0.5340	3.0207	0.5547	2.9664	0.5424	0.233	0.7920
셋방		신체건강	4.0833	0.4933	3.8308	0.6969	4.1111	0.3140	1.272	0.2875	
		정신, 정서건강	3.5630	0.7333	3.3620	0.7115	3.2876	0.6474	0.778	0.4638	
		사회건강	2.7216	0.5189	2.8070	0.3698	2.2281	0.2583	1.635	0.2150	

일반적 특 성	구 분	건강	대도시		중소도시		농촌		F	P	
			M	SD	M	SD	M	SD			
자 녀 수	3명이하	신체건강	4.0939	0.5044	3.7097	0.6899	4.1375	0.5324	2.400	0.0009	
		정신, 정서건강	3.7665	0.6611	3.6686	0.8821	3.7882	0.7470	0.305	0.7375	
		사회건강	2.8743	0.5080	2.9436	0.6517	2.9825	0.6796	0.249	0.7806	
	4-6명	신체건강	4.1175	0.5305	4.0852	0.5291	4.0756	0.5486	0.115	0.8912	
		정신, 정서건강	3.7787	0.8266	3.8332	0.6884	3.8344	0.7740	0.114	0.8921	
		사회건강	2.8374	0.5601	3.0445	0.5303	2.9093	0.4617	1.638	0.1983	
	7명이상	신체건강	4.1857	0.5021	4.0667	0.5651	3.9750	0.5399	0.626	0.5388	
		정신, 정서건강	3.8571	0.6368	3.9412	0.8210	3.8882	0.8741	0.050	0.9512	
		사회건강	3.2281	0.4840	2.8947	0.4221	2.9925	0.7664	0.845	0.4432	
	동 거 자 수	없음	신체건강	4.1500	0.1915	4.0000	0.7263	4.3095	0.3897	1.303	0.2863
			정신, 정서건강	3.7647	0.6826	3.6536	0.7806	3.5994	0.7696	0.083	0.9207
			사회건강	-	-	2.6974	0.5925	2.8301	0.6688	0.122	0.7328
1-2명		신체건강	4.2062	0.4543	4.0000	0.6351	4.1797	0.4550	1.668	0.1929	
		정신, 정서건강	3.8787	0.6506	3.8273	0.7350	3.8640	0.7292	0.045	0.9563	
		사회건강	2.8890	0.3752	2.8876	0.4985	2.8606	0.5376	0.036	0.9642	
3-5명		신체건강	4.0733	0.5272	3.9843	0.5975	3.9480	0.5380	0.757	0.4709	
		정신, 정서건강	3.6706	0.7295	3.9020	0.7940	3.9153	0.7304	1.895	0.1538	
		사회건강	2.9107	0.5342	3.1499	0.5215	3.0877	0.5329	1.425	0.2472	
6명이상		신체건강	4.0979	0.5530	3.8594	0.6063	3.6454	0.8699	3.035	0.0532	
		정신, 정서건강	3.8561	0.7929	3.6397	0.8046	3.6738	1.1848	0.675	0.5119	
		사회건강	2.8882	0.6435	3.0182	0.6080	3.1526	0.3567	0.513	0.6021	
생 활 비 부 담 자	자 신	신체건강	4.3105	0.4630	4.2560	0.4718	4.3087	0.4125	0.133	0.8761	
		정신, 정서건강	4.1145	0.7182	4.0918	0.5429	3.9130	0.7295	0.869	0.4231	
		사회건강	3.1645	0.5357	3.1167	0.5632	2.8401	0.4876	3.198	0.0465	
	자 신 과 자 녀	신체건강	4.5250	0.2493	4.2500	0.4619	4.2235	0.3559	2.280	0.1098	
		정신, 정서건강	4.2794	0.3949	4.1250	0.5450	4.0081	0.6332	0.830	0.4403	
		사회건강	3.0263	0.3273	3.1722	0.5460	3.0201	0.5328	0.374	0.6902	
	자 녀	신체건강	4.0526	0.5196	3.7866	0.6376	3.7773	0.5806	6.475	0.0018	
		정신, 정서건강	3.6903	0.7297	3.6510	0.8449	3.6043	0.8821	0.195	0.8234	
		사회건강	2.8031	0.5221	2.8673	0.5201	3.0789	0.6864	1.207	0.3040	
	기 타	신체건강	4.2000	-	3.9600	0.5367	3.1400	0.7301	2.515	0.1421	
		정신, 정서건강	3.2353	-	3.3059	0.8469	3.2118	0.9751	0.014	0.9865	
		사회건강	3.8158	-	2.7697	0.3275	2.7105	0.9737	1.139	0.3912	
용 돈 상 태	부 족 하 다	신체건강	4.0459	0.5336	3.8369	0.5806	3.8644	0.6154	2.425	0.0917	
		정신, 정서건강	3.6327	0.7629	3.6982	0.7670	3.4784	0.8083	0.974	0.3797	
		사회건강	2.9210	0.4772	2.7823	0.5023	2.7017	0.6239	1.267	0.2874	
	보 통 이 다	신체건강	4.1163	0.4474	3.9578	0.6700	4.0881	0.4605	1.210	0.3010	
		정신, 정서건강	3.7971	0.6014	3.7111	0.8162	3.8136	0.7250	0.285	0.7521	
		사회건강	2.7394	0.5558	3.0239	0.5093	3.0120	0.4811	2.865	0.0627	
	충 분 하 다	신체건강	4.3550	0.5365	4.1281	0.5526	4.2952	0.4818	1.455	0.2389	
		정신, 정서건강	4.2882	0.7074	4.0588	0.7065	4.2269	0.6231	0.885	0.4161	
		사회건강	3.1579	0.5587	3.2368	0.5448	3.0096	0.5383	1.105	0.3377	