韓 國 保 健 看 護 學 會 誌
J. Korea Community Health Nursing Academic Society
Volume 10. No. 2. 146-161 September 1996

한국농촌노인의 건강증진관리요구에 관한 연구

조 소 영 (강남대학교 노인복지학과)
김 점 자 (사회복지연수원 연구개발과)

목 차

Ⅰ. 서 론
1. 연구의 필요성 및 목적
2. 연구 방법
Ⅱ. 문헌고찰 및 연구모형
Ⅲ. 연구결과 및 논의
1. 일반적 특성
2. 건강상태와 건강증진행위 실천정도
3. 건강상태 및 건강증진행위 실천에 영향요인
Ⅳ. 결론 및 제언
참고 문헌

Ⅰ. 서 론

1.연구의 필요성 및 목적

노인의 질병과 건강관리는 다른 연령계층에 비하여 장기간 지속적 관리를 요하게 된다. 노인의 질병은 병리적 원인이나 생리적 자연노화현상으로 발생된 신체기능약화 문제이든 어느 경우에나 만성퇴행적 진전을 보이므로, 그 진전을 저하 혹은 지연을 위한 건강증진관리를 치료와 더불어 병행 제공하여야 할 필요가 있다.

병리적 원인에 의하여 질병치료를 요하는 노인질환자의 경우에는 병의원 치료를 받으면서, 그 치료의 일환으로 건강증진을 요하거나 아니면 더하여 건강 증진을 필요로 하게 된다. 특히 생리적 노화현상에 의한 노인의 신체기능 약화 혹은 장애로 발생되는 노인의 의존적 생활활동은 필수적으로 건강증진에 의한 관리를 요구한다고 할 수 있다.

한국농촌노인은 대도시의 생활과 비교하여 보건의료기관이나 건강생활을 위한 관련시설에 대한 접근성이 더욱 불리한 환경적 조건하에서 생활하고 있다. 의료 및 복지시설의 접근성이 제한되고 관련서비스를 적시에 적절한 형태로 제공받지 못하는 실정에서, 현실적 농촌생활의 관습과 사회적 분위기는 노년기 노화현상을 더욱 가속화하며 자연노화로 인한 신체적 기능장애와 병리적 진전을 촉진하게 되는 실정에 있다. 따라서 농촌노인의 독립적이며 건강한 생활을 유지하기 위하여는 노인 스스로가 주체적 건강관리

의식하에 자신의 건강을 직접관리, 즉 건강증진적 접근이 필수적이라고 할 수 있다.

더우기 우리나라에서는 1995년 9월 국민건강증진법(제4914호)을 제정하였으며 건강증진사업의 실현 책임자를 지방자치단체장으로 규정하고 있다. 실현 기관으로는 독립된 건강증진센터를 허용하지 않고 보건소를 통하여 건강증진사업을 전달하도록 하고 있다. 농촌과 같이 열악한 환경에서는 더욱 더 보건소를 중심으로 한 건강증진 사업이 농촌노인의 다양한 질병 및 건강관리 요구해결에 중추적 요인이 되리라고 기대된다. 의료시설과 생활기능 지원을 위한 사회적 서비스에 대한 접근성이 제한되어 있는 농촌노인에게는 보건소의 건강증진 사업 역시 도시의 경우와는 달리 질병과 건강관리를 위한 의료 및 사회적 서비스의 비중이 더욱 가하여질 필요가 있다고 판단된다.

따라서 본 연구에서는 농촌노인의 건강증진관리 요구를 파악하여 건강증진사업 개발을 위한 프로그램 구성요소로 반영하고자 수행되었다.

본 연구의 구체적 목표는 아래와 같다.

가. 농촌노인의 건강상태와 건강문제를 파악한다.

나. 농촌노인의 활동장애 및 관리요구를 파악한다.

다. 농촌노인의 건강관리 현황을 파악한다.

라. 농촌노인을 위한 건강증진프로그램 구성요소를 제시한다.

2. 연구 방법

본 연구는 경기지역 1개군 전역에서 무작위로 지역선정 후, 임의선정으로 본 조사에 협조가 용이한 55세 이상 노인 총 322명을 대상으로 하였다. 자료수집은 직접면접 설문조사하였으며, 조사기간은 1996년 2월-5월까지 약 4개월동안 진행되었다.
조사내용은 건강상태 및 건강관리 그리고 건강증진 행위 실천내용과 정도에 관한 항목들로 구성되었고, 건강증진 구성요소는 세계보건기구의 기준에 따랐다. 단, 예방접종과 건강검진은 농촌노인의 실정에 적절하지 못하여 본 연구에서 제외하였다.

독립적 활동능력 측정을 위하여 Mahoney와 Bartel의 ADL(Activity of Daily Living)을 사용하였으며, 정신적 건강 및 우울증은 김광일 등이 Derogatis의 Symptom Checklist-90 Revision을 근거로 한국실정에 맞추어 표준화한 '자기보고식 차원증상 목록(multidimensional self-report symptom inventory) 검사'를 이용하였다.

조사자료는 SAS program을 이용하여 기술분석 및 상관성과 회귀분석을 적용하였다.

Ⅱ. 문헌고찰 및 연구모형

현대의 주요질병인 만성퇴행성 질병과 비건강행위로 인한 질병등은 과거의 전염성 위주의 질병치료방식과는 달리 건강습관과 생활양식, 그리고 건강행위를 조정하여 관리되어진다. 현대의 주요질병이며 사인의 우선순위를 이루는 종양, 고혈압 및 뇌혈관계 질환 그리고 사고 등은 생활 및 활동양식 그리고 갈등에 대한 대응기전과 밀접한 상호영향을 받는다. Morris(1975)는 건강의 결정요인을 환경, 생활양식, 보건의료조직, 생물학적 요인 등의 복합작용으로 이루어진다고 설명하였는데, 특히 환경 및 생활양식적 요인은 생물학적 병인에 영향을 미치며, 보건의료조직에 대한 접근성 및 이용도는 환경과 생활양식의 상호작용으로 발병된 생물학적 병인의 관리와 진전에 작용하여 인간의 질병 혹은 건강상태를 결정하게 된다는 것이다.

건강습관과 건강상태는 평균수명에도 높은 연관성으로 작용하여, 건강습관 및 행위의 긍정적 실천자는 비실천자에 비하여 장수하며 건강상태도 양호하다. 개인의 건강상태도 개인이 조절가능한 생활습관으로 결정된다고 보고된 바 있다 (Schoenborn,C.A.,1988).

이러한 건강행위와 생활양식을 조정하여 건강상태를 도모하는 접근법이 세계보건기구를 중심으로 하여 서구제국과 미국, 일본 등지에서 적극적으로 진행되어지고 있는 데, 이는 국민의 생활수준 향상과 더불어 건강에 대한 관심도 증진과 평균수명의 연장, 그리고 만성 및 퇴행성 질병 등의 질병양상 변화 등이 복합적으로 작용하여 발생된 접근이라고 할 수 있다. 세계보건기구의 생활적 개념에 근거한 '신체, 정신 및 사회적 건강'에 대한 정의 역시 생활과 행

위의 변화를 통한 건강증진적 접근법을 지지하고 있다.

세계보건기구에서 제시하는 건강증진사업요소로 ①식이관리, ②운동 및 체중조절, ③금연 및 금주, ④약물과 약초, 미신 오용방지, ⑤스트레스 및 우울증 관리, ⑥노화 및 장애관리서비스 제공, ⑦예방접종 및 예방프로그램, ⑧정기검진, ⑨삶의 양식 및 질적 향상 등을 실시하여야 한다는 것이다.

상기의 건강증진프로그램은 적용대상자의 요구에 따라 건강하거나 혹은 해결되어져야 할 질병 혹은 건강문제 요구에 따라 같은 프로그램이더라도 설명된 바와 같이 제공내용과 정도를 조정하여 제공하게 된다(김응익, 1993). 식이관리의 경우, 건강인에게는 영양 및 시간균형적 식사를 관리하며, 환자에게는 질병에 따른 식이요법이 적용될 수 있다. 운동과 체중조절의 경우, 건강인에게는 근육강화와 체중조절로서 건강을 증진한다. 그리고 환자에게는 질병에 따른 운동을 처방관리할 수 있는데, 예를 들면 고혈압이나 당뇨병과 같이 질병관리를 위한 운동을 실시할 수 있다. 같은 방식으로 나머지 모든 건강증진사업요소가 건강인과 환자에게 적용되는 데, 일반적 건강증진을 목표로 한 건강증진과 질병관리를 목표로 건강증진을 도모하는 환자들이 모두 활용할 수 있다.

특히 세계보건기구는 노년기의 노화 및 장애관리를 위한 관련서비스 제공을 건강증진 요소로 포함시키고 있는데, 일반노인에게는 일상생활활동능력을 도모하고 전반적 건강상태를 증진시킬 수 있는 프로그램이 필요하고, 질병이 있는 노인환자에게는 질병과 노화로 인한 장애를 치료하고 관리할 수 있는 의료서비스가 병용되어야 할 것이다.

따라서 본 연구에서는 노인의 건강증진관리요구를 건강증진의 사업요소가 되는 9가지 항목을 중심으로 조사되었다. 단, 노인의 예방접종은 간염과 독감 등이 해당될 수 있겠으나 농촌지역적 실정으로 사실이에 상당하는 실천율은 거의 조사되기 어려울 정도로 수진율이 희박하여 본 연구에서는 예방프로그램으로서의 건강상담만을 포함하였다.

Ⅲ. 연구결과 및 논의

1. 일반적 특성

선정된 노인의 성별 및 연령별 분포는 <표 1>과 같았고, 남성노인이 171명 (53.1%)으로 여성노인 151명 (46.9%)보다 많아서 우리나라 1995년 65세 이상 노인의 평균성비 59.4(보건복지부 1995)와 비교하여, 오히려 남성이 많은 노인인구구조를 보였다. 연령별 분포는 75세 이상자가 조사대상 남성노인의 63.8%로서 고령층으로 편중되어 여성노인의 집중년령계층인 60-64 (57.4%)에 비하여 고령화 현상을 보이고 있다.

학력 상태는 조사대상 노인의 86.1%가 6년 이하의 학습기간을 보였다. 무학 155명 (48.1%), 초등학교 116명 (36.0%), 중등학교 22(6.8%), 고등학교 13(4%), 전문대학 이상 16명 (5.0%). 한국인구보건연구원(1985년)의 농촌노인 인구의 84%가 무학이라는 조사결과에 비하여, 본 연구대상 노인중 무학의 비율은 매우 저조하였다.

직업에 대하여는 147명(45.7%)의 노인이 농업으로 표시하였으며, 나머지 175명(54.3%) 의 노인은 현재 직업이 없는 상태라고 응답하였다. 여성노인의 경우에는 거의 대다수가 가정주부로서 농업과 집안일을 돕고 있었다. 농사를 짓는 노인들의 대개는 가구내에서 농사를 지을 일손이 부족하여 일을 하거나, 용돈 마련을 위해 농사를 짓는 경우 및 소일거리로 하는 경우가 대부분을 차지하고 있다. 농축임수산업에 종사하는 대상자를 연령별로 분석해보면, <표 1>과 같았다.

2. 건강상태와 건강증진행위 실천정도

본 조사대상 노인의 건강상태 및 건강문제는 <표 2>와 같이 대상노인의 74.8%가 유병상태이었다. 질환자의 95.9%가 질병명을 알고 있었고 질병 중 근골격계 및 결합조직 질환이 43.7%로 가장 높았다. 질환자의 34%가 치료 중단 및 치료받은 적이 없다고 응답하였다.

<표 1> 조사대상 노인의 일반적 특성 (단위 : 명 (%))

	55-59세	60-64세	65-69세	70-74세	75세이상	총 계
성 별						
남	17(58.6)	23(42.6)	27(43.6)	53(54.6)	51(63.8)	171(53.1)
여	12(41.4)	31(57.4)	35(56.5)	44(45.4)	29(36.3)	151(46.9)
교육수준						
무학	5(17.2)	15(27.8)	34(54.8)	47(48.5)	54(67.5)	155(48.1)
국(퇴) 졸	13(44.8)	27(50.0)	20(32.3)	39(40.2)	17(21.3)	116(36.0)
중(퇴)졸	4(13.8)	2(3.7)	3(4.8)	9(9.3)	4(5.0)	22(6.8)
고(퇴)졸	1(3.5)	5(9.3)	3(4.8)	2(2.1)	2(2.5)	13(4.0)
전문대(퇴)졸	6(20.7)	5(9.3)	2(3.2)	0(0.0)	3(3.8)	16(5.0)
직 업						
전문기술직	0(0.0)	0(0.0)	1(1.6)	1(1.0)	2(2.5)	4(1.2)
농축임수산업	12(41.4)	32(59.3)	26(41.9)	50(51.6)	27(33.8)	147(45.7)
행정사무직	5(17.2)	1(1.9)	1(1.6)	1(1.0)	4(5.0)	12(3.7)
판매서비스업	2(6.9)	0(0.0)	1(1.6)	0(0.0)	0(0.0)	3(0.9)
생산,단순노무직	2(6.9)	0(0.0)	3(4.8)	0(0.0)	3(3.8)	8(2.5)
주 부	3(10.3)	4(7.4)	7(11.3)	3(3.1)	4(5.0)	21(6.5)
무직 및 기타	5(17.3)	17(31.5)	23(37.1)	42(43.3)	40(50.0)	127(39.5)
총 계	29(100)	54(100)	62(100)	97(100)	80(100)	322(100)

유병집단 및 건강집단 노인간 건강증진 요소별 실천내용의 정도를 비교하면 다음과 같다<표 3>.

1) 식이관리

규칙적 식사 실천율은 유병집단에서 93.9% 건강집단에서 96.2%로 차이를 보였으나 바람직한 결과를 보이고 있다. 그러나 유병집단임에도 불구하고 비실천율이 허약 · 건강집단에 비해 6.6%를 보이고 있으므로 문제시된다. 그러므로 규칙적인 식사와 더불어 노인의 건강상태에 알맞은 영양을 고려한 섭취가 요구된다.

2) 운동 및 체중조절

운동 실천율도 유병집단에서 16.2%, 건강집단은 20.8%로 건강집단에서 양호한 건강행위 실천율을 보였다. 역시 운동실천율이 낮을수록 건강상태가 안좋은 것을 알 수 있으므로 정확한 건강상태를 파악한 후 운동요법이 요구되어진다.

3) 금연 / 금주

흡연량에 있어서는 금연이 59.6%로 높은 비율을 보이고 있었다. 특히 질병상태에 있으면서 한갑이상 흡연하는 집단이 17.5%인데 반하여 건강집단에서는 9.5%로 대조를 보였다. 즉 흡연을 많이하는 집단이 건강상태가 안좋은 것을 알 수 있으므로 집중적인 관리와 교육으로 건강관리 요구가 필요하다.

음주습관에서 금주율은 유병집단에서 61.4%, 허약집단에서 53.6%, 그리고 건강집단에서 58.5%를

<표 2> 건강상태와 질병현황

내 용	응답자수	백분율
질병치료의 지속성		
총 질환자	241	100.0
치료 못함	42	17.4
치료 중단	40	16.6
치료 지속	159	66.0
질병현황		
총 질병명 인지자	231	100.0
순환기계	57	24.7
호흡기계	9	3.9
소화기계	20	8.6
정신장애	2	0.9
신경계 및 감각기의 질환	7	3.0
피부 및 피하조직 질환	2	0.9
비뇨생식	6	2.6
손상 및 중독	5	2.2
내분비계	14	6.0
근골격계	101	43.8
혈액 및 조혈	2	0.9
신생물	2	0.9
징후증상	4	1.7

보였다. 또한 허약한자 중 매일 음주하는 비율이 25%를 보이고 있는데 이것은 자신의 건강이 허약하기는 하나 질병상태는 아니므로 건강관리에 소홀한 것으로 여겨진다. 그러므로 이들을 대상으로 하는 건강증진은 질환자에게서 보다 더 높은 효과를 기대할 수 있으므로 집중적인 관리가 요구된다.

4) 약물과 약초, 미신오용 방지

건강보조제의 경우 질병은 있으나 치료제·영양제도 복용하지 않는 경우가 29.9%이므로 원인을 파악하여 관리가 이루어져야 한다고 생각한다.

특히 농촌노인의 경우에는 약물과 약초에 대한 과잉신뢰와 선호를 보이는 경향이 있어서 치료제 복용자 (49.4%)의 경우 사실상 영양제 기능 약물 및 약초일 가능성이 높다고 판단된다. 본 조사자의 참여관찰의 결과 미신의 오용문제는 심각하지 않은 것으로 판단되었다.

5) 예방 프로그램

건강상담 및 교육경험을 보면 교육경험자의 경우 질병상태와 허약상태에서 각각 24.9%, 25.0% 응답비율을 보였으며 유병상태에 있는 이들은 자신들의 질병을 치료받으면서 건강교육에 접하게 된것으로 보인다. 그러나 건강상태와 무관하게 건강교육에 대한 비경험이 70%이상이므로 각자의 건강상태에 적절한 건강교육이 요구되어진다.

6) 노화 및 장애관리

본 조사대상 노인들의 일상생활동작 수행능력에 있어 노인들이 가장 어려움을 겪고 있는 동작은 '층계 오르내리기(67.1%)'와 '걷기((71.4%)'로 나타났다. 농촌의 노인의 경우 청장년층의 도시로의 이동으로 인하여 노동 연령층이 높아가고 이는 신체가 노화되어 노동이 어려움에도 불구하고 노동함으로써 근골격계의 노화를 가속화시키는 원인이라고 추정된다.

농촌의 노인은 부양해 주는 가족이 없는 경우가 많으므로 자신이 일상의 모든 동작을 원활히 수행해야만 생활을 유지할 수 있기 때문에 이에 대한 대책은 매우 시급하다.

뿐만 아니라 층계오르내리기나 걷기 등의 장애는 최소한의 생활의 범위를 축소키는 요인이 되어 사회적 소외감을 야기시킬 수 있고 응급시에도 어려움을 가져 올 수도 있다. 그러므로 이에 대하여 근골격의 강화를 위하여 적절한 운동요법과 물리치료가 이루어져야 할 것이며 이를 원조할 수 있는 방안이 강구되어야 할 것이다. 즉 사회적 소외감을 감소시킬 수 있도록 전화 상담 서비스, 신체적 사회적 어려움을 해소할 수 있는 보건복지관의 운영, 응급시 대처할 수 있는 보건진료소를 비롯한 보건소의 활성화 방안이 강구되어야 할 것이다.

'목욕하기(82.5%)'는 건강에 있어 노인의 위생 상태를 고려 할 때 중요한 일상 동작이므로 위생 청결

<표 3> 신체적 건강상태별 건강행위 실천율 (단위:명 (%))

내 용	질병상태 241(100.0)	허약상태 28(100.0)	건강상태 53(100.0)	총 계 322(100.0)
규칙적인 식사				
실천	225(93.9)	27(96.4)	51(96.2)	303(94.1)
비실천	16(6.6)	1(3.6)	2(3.8)	19(5.9)
운동실천정도				
실천	39(16.2)	27(25.0)	11(20.8)	57(17.7)
비실천	202(83.8)	21(75.0)	42(79.3)	265(82.3)
흡 연 량				
금연	144(59.8)	15(53.6)	33(62.3)	192(59.6)
반갑미만	37(15.4)	5(17.9)	6(11.3)	48(14.9)
반갑-한갑미만	20(8.3)	7(25.0)	9(17.0)	36(11.2)
한갑이상	40(17.5)	1(3.6)	5(9.5)	34(14.3)
음주습관				
금주	148(61.4)	15(53.6)	31(58.5)	194(60.3)
1주에 한번	23(9.5)	5(17.9)	5(9.4)	33(10.3)
2-3일에 한번	25(10.4)	1(3.6)	7(13.2)	33(10.3)
매일	45(18.7)	7(25.0)	10(18.9)	62(19.3)
건강보조제				
치료제	146(60.6)	6(21.4)	7(13.2)	159(49.4)
영양제	11(4.6)	4(14.3)	5(9.4)	20(6.2)
치료제와 영양제	12(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	12(3.7)
비복용	72(29.9)	18(64.3)	41(77.4)	131(40.7)
건강상담 및 교육경험				
경험	60(24.9)	7(25.0)	10(18.9)	77(23.9)
비경험	181(75.1)	21(75.0)	43(81.1)	245(76.1)

을 위해 스스로 목욕을 할 수 없는 노인의 경우에는 목욕을 받을 수 있도록 하여야 한다. 점차 독거 노인이 증가하고 있으므로 이를 위한 목욕 서비스 개발은 절실히 요구된다. 농촌은 교통이 불편하여 노인이 서비스를 받고자 움직이는 것도 어려울 뿐 아니라 신체적 어려움을 가진 노인이 이에 대한 요구가 있을 것이므로 이동 목욕 차량 서비스와 같은 유동적인 서비스 프로그램이 건강증진의 사업요소로 포함되어야 할 요구가 있다.

소변 조절(85.4%), 대변 조절(82.7%), 화장실 이용(87.4%)등은 신체적 건강에 있어 중요한 영향을 미치는 요인이 된다. 이러한 배변활동에 장애가

<표 4> 일상생활활동능력 수행정도 (단위: 명(%))

활동 내용	점수 분포																			
	1						7.5													15
	1						5													10
	(1)						(2.5)													(5)
식사하기 (10)							7	1									2	2	310	
							(2.2)	(0.3)									(0.6)	(0.6)	(96.3)	
개인 위생 (5)	5																1		316	
	(1.6)																(0.3)		(98.1)	
화장실 이용 (10)							4						3	1					314	
							(1.2)						(0.9)	(0.3)					(97.5)	
목욕 하기 (5)	12		2				4				6								298	
	(3.7)		(0.6)				(1.2)				(1.9)								(92.5)	
집안이동 (15)	1			1					1	36	3	4	7		269					
	(0.3)			(0.3)					(0.3)	(11.2)	(0.5)	(1.2)	(2.2)		(83.5)					
걷 기(15)			5	1	2	1	1	51	1	15	7	8	230							
			(1.6)	(0.3)	(0.6)	(0.3)	(0.3)	(15.8)	(0.3)	(4.7)	(2.2)	(2.5)	(71.4)							
층계오르내리기 (10)	3	1	3	4	63	1	7	16	11	216										
	(0.9)	(0.3)	(0.9)	(0.6)	(19.6)	(0.3)	(1.9)	(5.0)	(3,4)	(67,1)										
옷입고 벗기 (10)	3		1		4	1		2	2	309										
	(0.9)		(0.3)		(1.2)	(0.3)		(0.6)	(0.6)	(96.0)										
소변 조절 (10)	1		1		29	2	7	7	275											
	(0.3)		(0.3)		(9.0)	(0.6)	(2.2)	(2.2)	(85.4)											
대변조절 (10)					7	1	6	4	7	297										
					(2.2)	(0.3)	(1.9)	(1.2)	(2.2)	(92.7)										

생기면 변비나 복부 팽만 등 어려움을 겪을 수 있기 때문에 이를 위한 대책이 필요하다. 이는 소변 조절이나 대변 조절등을 적절한 생활 습관을 자가훈련조절법, 식이요법, 운동요법 등으로 보건교육 및 상담하여 자발적인 그리고 주체적인 조정이 가능하도록 하여야 할 것이다.

집안 이동(83.7%), 개인 위생(88.1%), 옷 입고 벗기(88.0%) 등은 다른 동작에 비해 쉽게 할 수 있는 동작이므로 다른 동작에 비해서는 높게 나타났으나 90%를 넘지는 못하고 있다. 이는 이에 대한 도움을 필요로 하는 노인이 있다는 것이므로 생활해 가는데 이러한 최소한의 동작을 수행 할 수 있도록 작업 치료등을 통해 생활능력을 증진시키거나 유지할 수 있도록 하여야 할 것이다.

일상생활동작은 인간이 일상을 생활해 나가는데 필요한 최소한의 동작을 말하는 것이므로 이를 행할 수 없다는 것은 일상 생활을 유지할 수 없다는 것을 의미한다. 그러므로 신체기능강화를 위한 건강증진

<표 5> 노인의 가족관계 친화도

내 용	긍정적	보통	부정적	총 계
잦은 개방적 대화	201(62.4)	63(19.6)	58(18.0)	322 (100.0%)
노인 고충의 지지	236(73.3)	45(14.0)	41(12.7)	322 (100.0%)
노인의 이해,화목	228(70.8)	51(15.8)	43(13.4)	322 (100.0%)
노인에 대한 존경	264(82.0)	39(12.1)	19(5.9)	322 (100.0%)
자녀와 친근감	211(65.5)	43(13.4)	68(21.1)	322 (100.0%)

프로그램의 개발은 매우 시급한 것이라고 하겠다. 특히 노인인구가 점차 증가하고 있는 농촌은 이를 위한 대책이 더욱 절실하다.

5) 스트레스 및 우울증 관리

건강행위별 정신적 건강상태에서 건강상담 및 교육경험의 관계를 보면 건강상담 및 교육을 받은 경험이 있는 집단은 비경험집단에 비하여 정신건강 점수가 긍정적으로 높았다. 따라서 교육이나 상담을 통해 정신건강의 상태를 변화시킬 수 있음을 알 수 있다.

흡연과 음주의 관계에서는 금연 및 금주실천자 집단에 비해 일일 두갑이상의 폭연과 매일 음주하는 폭음자에게서 정신건강 점수가 부정적인것으로 보아 흡연과 음주가 정신건강에 영향을 미친다는 것을 알 수 있으므로 흡연과 음주의 관리가 집중적으로 요구된다.

그리고 음주습관에서 허리가 아픔, 쉽게 기분이 상함, 조급함, 울화중에 있어서는 1주일에 한번 정도 음주하는 집단에서 정신건강의 점수가 더 높은 것으로 보아 약간의 음주는 스트레스 해소에 영향을 준다고 생각한다.

건강보조제의 경우 전체적인 점수는 4점대로 약을 복용하여도 효과가 높지 않은 것으로 보였다. 잡념과 쉽게 기분이 상함, 기분이 울적함과 조급함, 울화가 터짐의 항목에서 비복용에 비해 영양제를 복용하는 응답자에게서 낮은 점수를 보였다.

규칙적인 식사와 운동실천의 결과는 비실천의 경우 대부분의 항목에서 정신건강이 바람직하지 못하게 나타났다. 이것으로 정신건강이 식사양상과 운동실천에 많은 영향을 미친다는 것을 알 수 있다. 그러므로 긍정적인 정신건강을 위해 규칙적인 식사나 운동관리가 요구된다.

9) 삶의 양식

노년기에 있어서 무엇보다도 중요한 것은 가족과의 친화도 및 사회적 건강상태라고 할 수 있다. 만일, 가족간에 불화감이 팽창되면 노년기의 정서적 장애와 사회적 고립문제는 자연노화로 인한 증상발현과 더불어 더욱 악화시키게 될것이다.

가족관계 친화도는 <표 5>와 같이 조사 대상자의 2/3 이상이 긍정적 반응을 보였다. 가장 높은 긍정적 반응은 '노인에 대한 존경심'에 대하여 대상자의 82%가 만족스럽다고 하였으며, 가장 저조한 반응은 '자녀와의 친근감 (65.9%)'과 '잦은 개방적 대화 (62.4%)' 등으로 조사되었다.

그러나 가족들로부터 존경을 받는다고 응답한 노인들 중에는 실제 자녀들이 존경감을 만족스럽게 보이는 경우도 있겠으나, 상당수의 노인들은 자신의 체면과 사회적 통념에 의하여 긍정적 태도를 보인 경향도 고려되어야 할 것이다. 이러한 결과는 친근감 결여에 대한 높은 비율로 반영될 수 있다. 또한 현대의 핵가족화와 농촌의 '빈둥우리' 현상으로 인해 친근감이나 잦은 대화가 저조하게 나온것이라고 여겨진다.

사회활동과 건강상담 및 교육에 대한 관계를 보면 특히 사회활동 비참여자 중 80%가 보건교육의 비경험자였다. 이런 경우 사회활동에 참여하지 않기때문

<표 6> 사회활동 참여와 건강행위 실천율 (단위:명(%))

내 용	사회활동		
	참여 307(100)	비참여 15(100)	총 계 322(100)
건강상담 및 교육경험			
경험	74(24.1)	3(20.0)	77(23.9)
비경험	233(75.9)	12(80.0)	245(76.1)
흡 연 량			
금연	182(59.3)	10(66.7)	192(59.6)
반갑미만	46(15.0)	2(13.3)	48(14.9)
반갑-한갑미만	35(11.4)	1(6.7)	36(11.2)
한갑이상	44(14.3)	2(13.3)	46(14.3)
음주습관			
금주	183(59.6)	11(73.3)	194(60.3)
1주에 한번	30(9.8)	3(20.0)	33(10.3)
2-3일에 한번	33(10.8)	0(0.0)	33(10.3)
매일	61(19.9)	1(6.7)	62(19.3)
건강보조제			
치료제	156(50.8)	3(20.0)	159(49.4)
영양제	19(6.2)	1(6.7)	20(6.2)
치료제와 영양제	12(3.9)	0(0.0)	12(3.7)
비복용	120(39.1)	11(73.3)	131(40.7)
규칙적인 식사			
실천	289(94.1)	14(93.3)	303(94.1)
비실천	18(5.9)	1(6.7)	19(5.9)
운동실천정도			
실천	54(17.6)	3(20.0)	57(17.7)
비실천	256(82.4)	12(80.0)	265(82.3)

에 건강에 대한 정보접근이 곤란하고 더우기 보건교육을 제공받지 못한 상태에서는 자신의 건강관리에 더욱 문제가 될 것이다.

사회활동 참여도에 따른 건강증진행위 실천율을 비교하면 긍정적 상관관계로 설명되지 않았다.

금연 및 금주 실천율은 사회활동 참여집단(각각 59.3%, 59.6%)이 비참여집단(각각 66.7%, 73.3%)보다 불량한 실천율을 보였다. 또한 사회활동 참여자 중 한갑이상 흡연자가 14.3%이고 매일 음주하는 집단이 19.9%로 높게 차지하므로 많은 집중적인 관리가 요구된다.

건강보조제의 비복용율은 참여집단(39.1%)에서 비참여집단(73.3%)보다 낮았다. 사회활동 참여자가 자신의 건강에 더 관심이 많기 때문이 아닐까한다. 따라서 사회활동 비참여자의 건강에 대한 관심유도가 요구되어진다.

규칙적인 식사는 사회활동 참여, 비참여에 관계없이 각각 94.1%, 93.3%의 높은 비율을 보였다.

운동실천은 사회활동 참여, 비참여집단에서 각각 17.6%, 20%보였다. 이것은 운동에 대한 필요인식이 충분하지 않기 때문이라고 본다. 그러므로 노인의 건강상태에 알맞은 운동프로그램을 적용시켜 관리되어져야겠다.

<표 7> 건강행위 실천을 위한 영향변수

내 용	Partial R^2	Model R^2	b	S.E.(b)	F	Prob>F
질병치료지속성	0.0223	0.0223	0.036	0.011	10.11	p<0.05
건강상태	0.0195	0.0418	0.060	0.029	4.18	p<0.05
가족관계친화도	0.0063	0.0481	0.049	0.033	2.10	p<0.05

R-square of the Model=0.0481 p<0.01 C(p)=4.0795

3. 건강상태 및 건강증진행위 실천에 영향요인

건강행위 실천력과 건강상태를 설명하기 위하여, '건강행위 습관'과 '건강상태', '개인, 사회특성' 변수 등으로 각 항목별을 점수화하여 회귀분석하였다. '건강행위습관'은 흡연, 음주, 식습관, 건강보조제 복용상태, 운동 등으로 구성되며, '건강상태'는 신체적, 정신적, 사회적 건강상태의 측정치를 반영하여 점수화하였고, '개인, 사회특성' 변수는 연령, 가족관계 친화도, 질병치료의 지속성 및 관리상태 등을 적용하였다.

건강행위습관의 실천력과 건강상태의 긍정적 증진을 위하여 설명되는 변수를 단계별 (stepwise) 회귀분석한 결과는 아래와 같았다.

1) 건강행위 실천을 위한 영향요인

건강행위습관에 영향을 미치는 영향요인들, 즉 '질병치료의 지속성', '건강상담 및 교육 경험', '연령', '가족과의 친화도', '일상생활활동능력', '건강상태' 등의 변수를 모두 투입하여 회귀분석하였다.

단계별 선택된 변수는 <표 7>과 같이 '질병치료의 지속성', '건강상태', '가족관계 친화도' 등의 순이었다. 변수 모두 '양'의 관계로 설명하여, 그 내용이 인정할 만 하였다.

선택된 회귀모형은 R^2=0.0481으로 자료 변동의 약 5%정도를 본 회귀모형에 의하여 설명되었다. 설명력이 비교적 낮은 것은 보건분야의 특성상 인지하지 못한 영향변수가 있을수 있기때문이라고 보지만 유의성은 1% 유의수준 (p<0.01)으로 인정되었으며, 맬로우스 C(p)는 4.0795이므로 적절하다고 본다.

2) 건강상태에 대한 건강행위의 설명력

건강상태에 영향을 미치는 요인변수로 개인, 사회특성 변수와 건강행위습관변수를 모두 투입한 결과, '질병치료 지속성', '가족관계 친화도', '건강보조제 복용', '운동', '음주', '일상생활활동능력' 등의 변수가 회귀관계를 설명하였다 (R^2=0.1955, p<0.05). 맬로우스 C(p)는 5.8569으로서 양호하여 모든 변수를 포함하여 회귀모형을 선택하였다.

회귀변수 중 '질병치료의 지속성'과 '건강보조제 복용'은 '건강상태'를 '음'의 관계로 설명하여, 유병상태를 설명함에 적절하였다. '가족관계 친화도'와 '운동실천' 및 '음주습관' 그리고 '일상생활활동능력'에서 '양'의 관계로 '건강상태'를 설명하여 그 내용이 타당하고 모형을 설명할 수 있다고 인정되어 채택되었다. 채택된 회귀변수는 모두 10% 수준으로 그 유의성이 인정되었으며, '일상생활활동능력'은 15% 유의성으로 인정할 만 하였다.

3) 건강상태에 대한 개인, 사회특성 및 건강행위의 영향요인

건강상태에 영향을 미치는 요인변수로 개인, 사회특성 변수와 건강행위습관변수를 모두 투입한 결과, '질병치료 지속성', '가족관계 친화도', '건강보조제 복용', '운동', '음주', '일상생활활동능력' 등의 변수가 회귀관계를 설명하였다 (R^2=0.1955, p<0.05). 맬로우스 C(p)는 5.8569으로서 양호하여 모든 변수를 포함하여 회귀모형을 선택하였다.

회귀변수 중 '질병치료의 지속성'과 '건강보조제

<표 8> 건강상태에 대한 건강행위의 영향변수

내 용	Partial R^2	Model R^2	b	S.E.(b)	F	Prob>F
질병치료지속성	0.0757	0.0757	-0.119	0.021	32.25	p<0.01
가족관계친화도	0.0726	0.1482	0.290	0.061	22.90	p<0.01
건강보조제 복용	0.0228	0.1710	-1.164	0.389	9.08	p<0.01
운동실천	0.0119	0.1829	0.508	0.243	4.39	p<0.05
음주습관	0.0064	0.1893	0.046	0.026	3.13	p>0.05
일상생활활동능력	0.0062	0.1955	0.208	0.133	2.43	p>0.05

R-square of the Model=0.1955 p<0.01 C(p)=5.8569

<표 9> 건강상태에 대한 개인, 사회 및 건강행위의 영향변수

내 용	Partial R^2	Model R^2	b	S.E.(b)	F	Prob>F
질병치료지속성	0.0757	0.0757	-0.119	0.021	32.25	p<0.01
가족관계친화도	0.0726	0.1482	0.290	0.061	22.90	p<0.01
건강보조제 복용	0.0228	0.1710	-1.164	0.389	9.08	p<0.01
운동실천	0.0119	0.1829	0.508	0.243	4.39	p<0.05
음주습관	0.0064	0.1893	0.046	0.026	3.13	p>0.05
일상생활활동능력	0.0062	0.1955	0.208	0.133	2.43	p>0.05

R-square of the Model=0.1955 p<0.01 C(p)=5.8569

복용'은 '건강상태'를 '음'의 관계로 설명하여, 유병상태를 설명함에 적절하였다. '가족관계 친화도'와 '운동실천' 및 '음주습관' 그리고 '일상생활활동능력'에서 '양'의 관계로 '건강상태'를 설명하여 그 내용이 타당하고 모형을 설명할 수 있다고 인정되어 채택되었다. 채택된 회귀변수는 모두 10% 수준으로 그 유의성이 인정되었으며, '일상생활활동능력'은 15% 유의성으로 인정할 만 하였다.

Ⅳ. 결론 및 제언

노인인구의 증가추세는 현대사회의 만성퇴행성 질병 중심의 건강관리요구를 가속적으로 증가시키며, 국민의 생활수준 및 건강관리에 대한 기대요구의 증가 등은 장기간 지속적으로 관리되어야 하는 노인의 만성 및 퇴행성 질병관리문제를 기하학적으로 급증시키리라고 예상된다.

노인의 질병은 개인적 건강습관과 생활방식에 의하여 영향을 받으며, 병인이 병리적이든 혹은 생리적 자연노화에 의하여 진행되었든 그 원인해결과 증상관리를 위하여 건강증진적 접근이 필요하다. 따라서 본 연구에서는 의료 및 사회활동프로그램에 대한 접근성이 제한되어 있는 농촌노인을 위한 건강증진 사업을 개발하기 위하여 건강증진 관리요구를 조사하였으며 그 결과는 다음과 같이 요약되었다.

(1) 조사 대상자의 연령계층이 남성노인은 75세 이상이 63.8%,여성노인은 60-64세가 57.4%로 고령화로 치우친 노령계층을 대상으로 조사한 결과 건강증진행위 실천율은; 규칙적 식사 이행율은 94.1%; 금연 및 금주 실천율은 각각 59.6%, 60.3%; 운동실천율은 17.7%; 치료제나 영양제의 비복용율은 40.7%; 건강상담, 교육의 비경험율이 76.1% 등으

로 조사되었다.

(2) 대상노인의 74.8%가 유병상태이었으며, 질환자의 95.9%가 질병명을 알고 있었고 질병 중 근골격계 및 결합조직 질환이 43.7%로 가장 높았다. 질환자의 34%가 치료 중단 및 치료받은 적이 없다고 응답하였다.

질환자의 건강행위 실천율은 건강한 노인보다 저조한 실천율을 보였다. 유병집단에서는 일일 한갑 이상 흡연하는 비율이 17.5%인데 반하여, 건강집단에서는 9.5%로 대조를 보였다. 금주율은 유병집단에서 61.4%, 허약집단에서 53.6%, 그리고 건강집단에서 58.5%를 보였다. 규칙적 식사 실천율은 유병집단에서 93.9% 건강집단에서 96.2%로 차이를 보였고, 운동 실천율도 유병집단에서 16.2%, 건강집단은 20.8%로 건강집단에서 양호한 건강행위 실천율을 보였다.

(3) 정신건강상태는 긍정적 건강행위 실천자에게서 더욱 양호하게 조사되었다. 건강상담 및 교육을 받은 경험이 있는 집단은 비경험 집단에 비하여 정신건강 점수가 긍정적으로 높았으며, 규칙적 식사와 운동 실천자 역시 비실천자에 비하여 높은 정신건강 점수를 보였다. 금주 및 금연 실천자는 일일 두갑이상의 폭연과 매일 음주하는 폭음자에 비하여 긍정적 정신건강 점수를 보였으나, 흡연량 및 음주량의 정도차이는 정신건강 점수의 차이를 설명하지 못하였다.

(4) 대상노인의 사회활동 참여율은 95.3%로 매우 높았으나, 활동내용 중 이웃집 마실이 70.4%를 보여 질적인 사회활동 프로그램이 필요하였다.

사회활동 참여 유무에 따른 건강행위 실천율은 차이를 보이지 않았다. 금연 및 금주 실천율은 사회활동 참여집단(각각 59.3%, 59.6%)이 비참여 집단(각각 66.7%, 73.3%) 보다 불량한 실천율을 보였으며, 치료제와 영양제 등의 복용율은 참여집단(60.9%)에서 비참여 집단(26.7%)보다 높았다.

(5) 건강행위 실천율이 긍정적인 집단은 가족관계 친화정도가 양호한 결과를 보였다. 건강상담 및 교육 경험자는 비경험자에 비하여 '가족과의 대화', '외로움에 대한 가족의 이해', '가족으로부터의 존경', '자녀들과의 친근감' 등의 항목에 모두 양호한 점수를 보였다. 흡연 및 음주 습관 그리고 운동 실천정도는 가족관계에 차이를 보이지 않았으나, 치료제나 영양제 등의 건강보조제를 복용하는 집단, 그리고 규칙적 식사 실천 집단은 비실천 집단에 비하여 가족과의 관계가 긍정적으로 양호함을 보였다.

(6) 건강행위의 영향요인으로서, 농촌노인의 "건강행위 실천"은 '질병치료 지속성', '건강상태', '가족과의 친화도' 등에 의하여 영향을 받으며, "건강상태"는 '운동실천'과 '음주습관', '가족과의 친화도', '일상생활활동능력'에 의하여 설명되었다. 따라서 건강행위 실천은 건강상태와 상호영향을 미치며, 지속적인 건강행위실천을 지원하기 위한 건강증진사업은 농촌노인의 건강상태에 긍정적 영향을 미치므로 건강증진사업은 건강관리와 건강행위실천 도모뿐 아니라 가족 및 사회와의 친화도를 동시 증진 추구할 수 있어야 할 것이다.

질병 및 건강관리는 질병과 건강이 어느 시점에서 별도로 구분관리 된다기 보다는 일련의 연속선 상에서 지속적으로 관리되어야 하므로 건강증진 역시 그 연속선 상한에서 반영되어야 할 것이다. 특히 중·노년자에게 있어서는 만성 및 퇴행성 질병이 특징적이므로 더욱 질병-건강의 연속선 상에서 지속적인 관리가 중요하다. 만성 및 퇴행성 질병은 일시적인 집중치료보다는 장기간 지속적 질병치료와 관리가 요구되기 때문에, 질환자와 건강인간의 구분이 뚜렷하지 않고 환자이면서도 건강인과 더불어 일상적 사회경제 활동 및 가족과의 관계유지가 가능하다. 따라서 증상이 급격히 중증화되거나 응급상황이 발생될 경우에는 병·의원을 이용하여 고도의 의료기술을 요하는 집중적 치료를 받더라도 평소엔 장기간 질병관리가 가능하도록 대안적 질병관리 체계가 이루어져야 한다. 그런데 의료 및 사회적 서비스가 제한된 농촌의 경우에는 더욱 더 평소의 건강관리를 위한 지원적 체계가 필요하다.

만성질환자 및 노령인구를 지역사회에 머물게 하고 노화 및 장애로 인한 기능저하 방지효과를 기대하면서 강조되는 것이 노인을 위한 건강증진이라고 할 수 있다. 미국 및 유럽 등지에서 건강증진을 통한 노인의 신체적, 정신적 건강한 생활 유지, 건강행

위 실천, 주거환경의 위험요인 방지 등으로 노인의 주요질병인 낙상 및 치매, 그리고 각종 일차보건의료요구를 해결하는데 성공적이었다고 보고되었다(Breslow,L,Enstrom,J.E., 1980). 건강증진 사업의 실시는 예방사업 및 자기관리 효과도 기대할 수 있으므로 일차보건의료사업의 일부로서 함께 제공될 수 있다.

건강증진은 건강위해 요인을 건강행위로서 조정 및 관리하여 건강상태에 긍정적 영향으로 작용토록 유도하는 체계적 사업이라고 정의(Zimmerman,R,S. 1989)하면, 건강증진은 질병이나 건강문제 발생시에만 집중관리하는 것이 아니라 지속적으로 인간의 성장단계에 따른 전 생애적 건강관리 접근법으로 이루어져야 한다. 즉, 영유아 시기부터 중·노년기를 거쳐 사망에 이르기까지 각 인간성장단계마다 건강위해요인을 관리하도록 성장단계별 건강증진과제를 설정, 관리하고 영유아기와 청소년기부터 누적된 건강증진 효과가 노년기의 건강증진으로 이어질 수 있도록 하여야 할 것이다.

노년기 건강증진 실천과제를 세계보건기구(WHO, 1995)는 신체, 정신 및 사회적 건강을 긍정적 건강개념 하에 관리할 수 있도록 포괄적 건강증진과제를 적용하여야 한다고 제시하였다. 본 연구결과 역시 건강행위 실천은 가족 친화도 및 건강상태와의 높은 연관성을 보이고 있어서 세계보건기구에서 제시하는 노인의 건강증진실천과제 중 ①적극적 사회활동과 ②외출과 삶의 즐거움 추구, ③노령기 변화에 대한 적응, ④거주지역의 안전성,⑤ 지역사회활동과 상호지원체계 활용 등의 사회적 접근을 반영할 필요가 있다고 제언하는 바이다.

참 고 문 헌

김응익 (1993). 우리나라 인구구조 및 의료요구 변화에 따른 건강증진개발에 관한 고찰. 보건학 논집. 30(1)

김일순(1993). 건강증진 : 새시대 의료의 새로운 지평. 간호학탐구. 12-19

보건복지부 (1995). 보건복지통계연감

송건용외 (1993). 1992년도 국민건강 및 보건의식 형태조사-보건의식 행태 조사결과-한국 보건사회연구원

주경식 (1996). 도시농촌간 의료이용수준의 비교분석. 연세대학교 대학원 박사학위논문

통계청 (1993-1995). 한국의 사회지표

조맹제외 (1994). 한국의 사회변화와 노인정신건강정신건강연구. 제13집

장병원 (1995). 인구고령화에 따른 노인보건의료체계의 구조에 관한 연구

신은영 (1993). 농촌노인의 보건상태와 생활만족도에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문

장인협. 최성재 (1987). 노인복지학. 서울대학교 출판부

최영희, 김문실, 변영순, 원종순 (1990). 한국노인의 건강상태에 대한 조사연구. 대한간호학회지. 20(3)

Becker, M.H. et al. (1977). "Selected psychosocial Models and correlates of individual health behavior", Medical care, 15(5) : 33

Belloc, N.B,, Breslow, L. (1972). Relationship of Physical Health Status and Health Practices, Prev Med, 1 : 409-421

Birren, J.E. (1964). The Psychology of Aging, Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall.

Breslow, L, Enstrom, J.E. (1980). Presistence of Health Habits and Their Realation to Mortality, Prev Med, 9 : 469-483

Cowgill, D.O. & Holmes, L.D. (1972). Aging and Modernization, New York : Appleton-Century-Crofts.

Dwore R., Kreuter M.W. (1980). UPDATE : Reinforcing the case for Health Promotion, Fam can Health, 2(3) : 103-119.

Erikson, E.H. (1963). Childhood and Society 2nd ed, New York : W.W. Norton & Co.

Han, S.T. (1994). After the 'Health Care for All by the year 2000', A Symposium of 35th Anniversary of Opening the School of Public

Health, Seoul National University, 11

Havighurst, R.J. & Albrecht, R. (1953), Older People, NewYork : Longmans, Green & Co.

Havighurst, R.J. & Albrecht, R. (1972), Developmental Tasks and Education 3rd ed, New York : David Mckay.

Kaplan, G., Barell, v. & Lusky, A. (1988), Subjective State of Health and Survival in Elderly adults, Journal of Gerontology, 43(4) : 114-120

Leigh, j.p. Fries, J.P. (1993), Association among healthy habits age, gender and education in a sample of retires, International Journal of Aging Human Development, 36(2):139-155.

Leonard Z. Breen (1960), Handbook of Social Gerontology(Chicgo), 147-150

Pender, N.J. (1982), Health Promotion in Nursing Practice connecticut, Appleton-century -crofts

Rosenstock, I.M. (1974), "Health belief model and preventive health behavior, "Health education monographs, 2(4)

Schoenborn, C.A. (1986), Health habits of U.S. Adults, 1985 : the "Alameda7" revised, Public Health reports, Nov-Dec., 101 (6) : 571-580

Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K.R., Pender, N.J. (1988), Health-promotioing Lifestyle Profile : Development and sychometric Charactics, Nursing Research, 36(2) : 76-8i

Wiley, J.A., Camacho, T.C. (1980), LIfestyle and Future Health:Evidence from the Alameda County Study Prev. Med, 9 : 1-21

Willits, F.K. & Crider, D.M. (1988), Health Rating and Life Satisfaction in the Later Middle Years. Journal of Gerontology, 43(5) : 172-176

WHO (1995), Things To Do To Stay Healthy.

Zimmerman,R.S.,Connor (1989), Health Promotion in Context : the Effect of Significant Others on Health Behavior Change Health Education Quarterly, 16(2) : 57-75

= ABSTRACT =

A Study on Health Promotion Needs Assessment of the Rural Elderly in Korea

So Young Cho (Dept. of the Elderly's Welfare, School of Social Sciences, Kang Nam University)
Jum Ja Kim (Dept. of Research Development, The National Institute of Social Welfare Training)

This study was purposed to find health promotion and care needs of the elderly in rural area of Korea. As the rural elderly are limited in accessibility to health care resources and could not immediately solve their health care needs when they need, health promotion and care services are expected to bring better and more practical solutions of their health care needs. Thus, the type of health care services to be developed in Korea rural area is discussed to have emphasis on health care service component in addition to health promoting components.

Methods of this study was based on survey data analysis : total 322 persons aged older than 55 living at one "Kun" in Korea administrative unit were interviewed by health workers working at the region and also get trained for this study data collection. The data collection interview was continued from February till May in 1996. The interview questions were modified with adjustment to Korea situation, with basis of the WHO's health promotion program components. The collected data were analyzed using SAS program for frequency, correlation, regressions.

The major findings were as follows :

(1) 74.8% of the surveyed were sick at the survey time point, and 95.9% known the diagnosis name of the disease. The most frequently complained diseases were Muscular-Skeletal diseases (43.7%).

34% of those sick had never treated or discontinued therapeutic procedures, so that shown the necessity of systematic and usual health care services with health promotion program development for the elderly.

(2) The percent of those who make social participation was 95.3%, and the activities were visiting neighbors (70.4%) and lack of qualified social activity programs.

(3) 78.1% of the surveyed had health counseling and education from professional health workers. Those ceased smoking and drinking were 59.6%, 60.3%, respectively. Those had no application of therapeutic drugs or nutrion supplements was 40.7%, and 94.1% had regular meals. Those practiced exercises was low remarking 17.7%.

(4) Positive health behaviors were better carried out by sick groups than by the healthier, except smoking, regular meals, and exercise. 17.5% of sick group smoke more than one case of cigarettes, in contrast to 9.5% of the healthier.

(5) Mental health status was heathier among positive health behavior carriers. Health counseling and education shown better score of mental health than those never counseled.

(6) Positive health behavior practice frequency did not show significant differences when crossed by social activity participation status.

(7) Health behaviors of the rural elderly people were carried out better when they had positive 'continuency in therapeutic procedure' 'health status', 'familial relationship'. "Health Status" of the rural olderly were explained by 'exercise', 'drinking', 'familial relationship', 'activities of daily living'. Thus, health behaviors practice mutually interact with health status.

In conclusion, the health promotion and care program component are recommended to include ation on the necessity of positive health promotion active social acitivities, pleasant life style, adaption into changes on the elderly, safety in residential area, community acitivity and resource utilization, etc., in addition to the elderly's disability and sickness caring services.