

일 농촌노인의 건강상태 및 건강증진행위에 관한 연구

김 정 순*

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

최근 사회경제적 발전과 의료기술의 발달에 힘입어 평균수명의 연장과 함께 노인인구의 증가현상은 세계적인 추세이다. 우리 나라 역시 65세 이상 노인인구의 비율이 1960년도에는 전체 인구의 2.9%에 불과했으나 97년에 6.3%로 증가했으며, 2000년에 7.1%를 넘어서 고령화 사회에 진입하고, 2020년에는 13.2%에 달할 것으로 예상되어 노령화 사회의 본격적인 도래가 예고되고 있다 (보건복지부, 1997).

이와 같은 고령화 사회는 사회경제적 측면을 비롯해 많은 문제를 야기하는데 특히 다양한 만성질환의 증가와 그에 따른 의료비용의 부담이 중요한 사회적 문제로 대두되고 있으며, 이에 대비하기 위해서는 기존의 병원중심의 급성, 전염성 질환에 중점을 둔 관리에서 나아가 질병의 예방 및 건강증진을 위한 새로운 건강관리 프로그램이 요구되고 있다.

건강증진에 관한 국가적 차원의 첫 보고서는 1964년의 '흡연과 건강에' 관한 보고서(US Government Printing Office)로서 여기서 흡연이 폐암, 후두암 등 각종 암과 만성기관지염, 폐기종 등 각종 질환의 원인이 된다는 것을 밝혔고, 계속하여 과도한 음주, 운동을 하지 않는 것, 과체중 또는 과소체중, 이상 수면 등의 불건강한 건강행위가 만성질환과 퇴행성질환 발생의 위험요인

이라는 것이 보고되었다(Belloc & Breslow, 1972; Breslow & Enstrom, 1980; Wiley & Camacho, 1980; Bernstein, 1981; Enstrom 등, 1986).

최근 건강증진 행위는 수명을 연장시키고 삶의 질을 증가시키며 건강 관리비용을 감소시키는 데 장기적인 이익을 지니고 있는 것으로 (Wiley & Camacho, 1980; Pender & Pender, 1987; 대한가정의학회, 1996) 받아들여져 기존의 건강관리체계에 대한 대안으로 많은 관심을 끌고 있으며, 특히 노인들은 일반성인과는 다른 종류의 질병 스펙트럼을 가지고 있고, 어떤 집단보다 질병에 취약하며, 일단 질병에 한번 이환되면 회복이 매우 느리고 어렵기 때문에 노인의 건강문제 해결의 접근 방식에 건강증진의 개념이 도입되어야 한다고 보고있다 (대한가정의학회, 1996).

오타와 현장에서는 건강증진을 '사람들이 스스로의 건강을 관리하고 향상시키는 능력을 증진시키는 과정'이라고(Green & Raeburn, 1990)함으로써 건강에 대한 개인의 책임과 실천을 강조하고 있다. 따라서 노인이 최적의 건강과 기능상태를 유지하고 질적인 삶을 누리도록 하기 위해서는 노인으로서 하여금 건강증진 행위의 실천과 유지를 개인의 책임으로 이행하도록 하는 데 있으므로 (Walker 등 1987), 노인의 건강증진행위를 이해하고 이를 유지 혹은 변화시키기 위한 전략이 필요하다.

특히 우리 나라 농촌지역은 도시지역에 비해 고령노인 인구가 더욱 급증하고 있고(경제기획원, 1990), 의료서비스가 부족해 만성질환의 보유율이 도시노인보다 2배나

* 부산대학교 간호학과, 부산대학교 간호과학연구소

높은 것으로 조사되고 있으므로(신철호, 1992), 농촌지역 노인들의 건강을 유지 증진시키기 위한 전략 개발과 이에 대한 연구가 절실히 요구된다.

최근 들어 노인 건강증진과 관련된 연구가 증가하고 있으나, 대부분의 연구가 도시지역 노인들을 대상으로 이루어졌고, 농촌노인의 건강증진행위에 초점을 둔 연구는 드물었다. 따라서 본 연구는 농촌노인들의 건강상태와 건강증진 관련행위를 조사함으로써 건강위험 요인을 분석함으로써 농촌노인을 위한 효과적인 건강증진 전략 개발의 기초자료를 제공하고자 하였다.

2. 연구문제

1. 농촌노인의 건강상태는 어떠한가?
2. 농촌노인의 건강증진행위는 어떠한가?
3. 성별, 교육수준, 연령에 따라 건강상태 및 건강증진행위는 차이가 있는가?

II. 문헌 고찰

노인의 건강증진행위

노인의 건강은 노화과정과 더불어 건강문제들이 다른 연령층보다 더 다양하게 나타나는 것이 특징이다. 노인의 건강문제는 노화과정에 따른 것으로 신체의 구조와 기능에 있어서의 변화뿐만 아니라 인간의 적응이나 행동에 있어서의 변화유형을 포함한다. 즉 노화로 인해 신체기능의 저하와 기능저하에 따른 기능장애, 기능상실 등이 나타나며 이러한 신체적인 변화로 인해 노인은 활동성이 감소되고 흥미의 범위가 협소해지고 자기중심적이 되어 타인과의 상호작용이 점점 더 어렵게 되며 심리적 위축을 초래하게 된다(김미옥, 1987; 김정자, 1989).

노화는 하나의 정상적인 발달과정이나 이에 따르는 변화에 잘 적응하지 못하면 질병이 발생하게 된다. 노인의 생리적, 기능적 상태는 작은 스트레스나 충격에도 쉽게 장애를 발생시키며 일단 발생한 장애로부터 회복하는 데는 많은 시간과 어려움이 따른다. 따라서 질병이 발생된 후 진단과 치료를 위주로 하는 건강관리보다는 질병 발생 이전에 질병을 예방하고 증진시키는 건강관리 방안이 훨씬 효율적이라 하겠다(대한가정의학회, 1996). 건강증진 행위는 수명을 연장시키고 삶의 질을 증가시키며 건강 관리비용을 감소시키는 데 장기적인 이익을 지니고

있는 것으로 보고되고 있으며(Pender & Pender, 1987; Wiley & Camacho, 1980; 대한가정의학회, 1996), 특히 노인들의 건강문제를 해결하고 의료비를 줄이기 위한 접근방식에는 건강증진의 개념이 도입되어야 한다고 본다.

건강증진이란 사람들이 스스로의 건강을 관리하고 향상시키는 능력을 증진시키는 과정으로(Green & Raeburn, 1990), 전문직 간호실무의 목표이다(Smith, 1992). 최근 생활수준 및 의식수준 향상, 평균수명 연장으로 건강에 대한 관심이 증가됨에 따라 평상시의 건강한 생활습관이 건강유지에 중요하고, 질병을 예방하는 것이 질병을 치료하는 것보다 건강관리에 있어 더 바람직하며, 건강할 때 교육시키는 것이 질병을 치료하는 것보다 더 경제적인 라는 견해가 보고되면서 건강증진에 대한 개념이 대두되었다(Pender, 1986).

최근 여러 문헌에서 나타난 건강증진행위에 대한 정의를 보면, Pender(1982)는 건강증진 행위를 인간의 자기실현 성향의 표현으로서 개인의 안녕 수준, 자아실현, 개인적인 만족감을 유지, 증진하려는 행위로 정의하였고, Stachtchenko(1990)는 물리적 환경이나 보건사업보다는 생활양식과 관련된 변화의 투입과 과정을 강조하는 것으로 기술하고 있다. 또한 Parse(1990)는 질병 통제 이상의 삶의 질을 향상시키는 것과 관련된 생활양식의 변화를 가져오게 하는 것으로 정의하였다. 건강증진의 구체적인 방안에 대해 김일순(1993)은 건강증진 방법으로 개개인의 바람직한 생활방식이 건강증진에 도움이 될 수 있다고 설명하였는데, 바람직한 생활방식이란 적절한 영양섭취, 정기적인 운동, 금연, 금주, 의약품 사용의 절제, 안전한 사고, 스트레스 관리 등이 중요하다고 언급하였다.

일반적으로 노인은 질병에 걸리기 쉽고 의존적인 사람으로 보아 노인의 건강생활양식에 대해 논의하는 것은 적절치 않다고 생각해왔다(Kee, 1984). 그 이유로 Minkler와 Pasick(1986)은 건강한 생활양식의 궁극 목적이 수명을 연장하고, 만성질환을 예방하고, 신체 노화증상을 예방하여 젊게 살고자 하는데 있었기 때문이라고 하였다. 그러나 오늘날 노인들의 수명이 연장됨에 따라 노년기에도 인간적인 삶의 질을 유지하면서 사는 것이 의미를 갖게 되었다. Walker(1988)는 노인의 건강생활양식이란 노인들이 가능한 최적의 상태로 사는 것이라고 하였다.

노인의 건강행위와 관련한 연구로서는 노인들이 다른

연령층과 비교하여 어떠한 종류의 건강행위를 하는가에 대한 연구(Branch & Jette, 1984; Reed, 1983; Laffrey, 1990)가 있다. 또한 노인들이 젊은이에 비해 어느 정도의 건강행위를 수행하는가에 대한 연구가 이루어졌으며, 일반적으로 노인들은 젊은이들 보다 더 좋은 습관을 지니고 있으며, 건강관행 및 건강증진행위를 더 잘 수행하고 있는 것으로 나타났다(Prohaska 등, 1985; Walker 등, 1988; Pender 등, 1990). 그러나 국내연구(전정자와 김영희, 1996)에서는 60세 이상 집단이 17-40세 및 40-60세 집단보다 건강증진 생활양식 수행 정도가 낮은 것으로 보고된 바 있다. 이외에 노인의 건강행위에 영향을 미치는 관련변인에 관한 연구가 이루어져 있다. Hanner(1986)는 60세 이상 노인을 대상으로 한 연구에서 교육정도, 지각된 건강상태, 자존감이 관련 요인이라고 하였고, Walker 등(1988)은 18-88세의 성인을 대상으로 한 연구에서 인구학적인 변수(연령, 교육, 성별, 수입)가 건강증진 생활양식의 13.4%를 설명한다고 하였다. 전정자와 김영희(1996)는 60세 이상의 노인들을 대상으로 한 연구에서 자기존중감과 교육수준이 건강행위에 대해 59%의 설명력을 갖는 것으로 보고하였다. 또한 Miller(1983)와 Wondolowski(1991) 등에 의하면 노인은 청년이나 중년에 비해 충분한 자원을 가지지 못하므로 신체적, 심리적, 사회적 스트레스원에 대한 대처할 능력이 감소되고 결국 무력감에 빠지게 됨으로써 건강증진 행위 실천이 떨어지게 된다고 하였다. 한편 한국노인의 건강 생활양식을 연구한 이영희(1993)는 생활양식이란 문화를 반영하는 것이므로 노인의 건강 생활양식도 문화의 맥락에서 보아야 한다고 하였다.

이상의 국내외 연구를 통해서 볼 때 노인의 건강행위는 노인의 경제상태, 교육수준 등의 인구사회학적 특성 뿐 아니라 문화적 배경, 건강에 대한 개념, 지각된 건강상태, 사회적 지지, 자존감 등에 의해 영향을 받는다고 할 수 있다. 그러므로 한국 노인의 건강행위는 다른 문화를 가진 노인들과는 다를 것이며, 한국 노인 중에서도 농촌과 도시의 사회적, 문화적 차이를 고려할 때 이들의 건강행위는 다를 것으로 본다.

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 농촌노인의 건강상태 및 건강증진행위를 파악

하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구의 대상은 일 광역시 군지역에 거주하는 60세 이상의 남·여 노인들로서, 의사소통이 가능하고 본 연구에 협조하기로 동의한 사람이었다. 자료수집은 표본의 대표성을 갖기 위하여 연구대상지역을 읍지역, 어촌지역, 농촌지역 3개 층으로 층화한 후 해당지역 거주인에게 비례하여 할당표집 하였다. 수집된 910부 중 불충분한 자료를 제외한 883부의 응답지를 최종 분석에 사용하였으며, 이는 대상지역 전체 노인인구의 10%에 해당하는 것이었다.

자료수집 방법은 연구자가 작성한 질문지를 이용한 직접면접조사와 신체계측으로 이루어졌다. 조사원은 연구자에 의해 훈련받은 간호학과 3, 4학년 15명이었으며, 조사기간은 1999. 7. 9일- 7월 20일까지이었다.

3. 연구도구

본 연구에 사용된 도구는 연구자가 문헌고찰을 통해 일차적으로 작성하고 간호학자 2인의 자문내용과 사전조사 결과를 바탕으로 수정, 보완한 질문지이다. 질문지의 구성은 대상자의 인구사회학적 특성을 묻는 7문항과 노인의 신체적, 정신적, 사회적 건강상태를 조사하기 위한 14문항, 건강증진행위 실천정도를 묻는 7문항으로 구성되었다. 신체적 건강상태는 주관적 건강인지 상태(4점 척도)와 대표적인 만성질환인 고혈압과 당뇨병의 이환 여부로 측정하였으며, 심리적 건강상태는 전시자(1989)가 개발한 우울척도(4점척도)를 이용하여 측정하였다. 사회적 건강상태는 가족 및 친구와의 유대관계 정도(4점 척도)로 측정하였다. 건강증진 행위는 선행 연구에서 건강증진 및 질병예방을 위하여 가장 중요한 건강행위라고 밝혀진 체중, 흡연, 운동, 음주, 영양상태, 수면시간, 정기적인 건강검진 행위에 대한 실천정도로 측정하였다.

4. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS PC+ 프로그램을 이용하여 전산처리 하였으며, 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 나타내었고, 일반적 특성과 연구 변인과의 관련성은 Chi square test, t-test, ANOVA를 이용하여 분

석하였다.

끼는 노인들의 비율이 더 높았다.

5. 연구의 제한점

본 연구의 대상은 일 농촌지역 재가노인들에 국한되었으므로 일반화에 제한이 있으며, 본 연구에 사용된 도구는 표준화되지 못하였다.

2. 신체적, 심리적, 사회적 건강상태

1) 신체적 건강상태

노인들의 신체적 건강상태를 파악하기 위하여 주요 만성질환인 고혈압과 당뇨병의 이환상태와 주관적 건강인 지상태를 조사하였다. 고혈압 이환상태는 <표 1>에서 보는 바와 같이 72.17%가 정상이고, 25.94%가 고혈압, 1.89%가 저혈압인 것으로 조사되었다. 성별, 연령, 교육수준에 따라서 혈압은 차이를 보이지 않았다.

노인들의 당뇨병 병력을 조사한 결과는 <표 2>에서 보는 바와 같이 전체 노인의 9.11%가 당뇨병을 가지고 있다고 하였고, 79.61%는 없다고 하였으며, 11.28%는 모른다고 응답하였다. 이를 특성별로 비교해 보면 연령별로는 유의한 차이를 보였으며($p=0.001$), 남녀간, 교육수준별로는 차이를 발견할 수 없었다.

노인들이 느끼는 자신의 건강상태는 <표 3>에서 보는 바와 같이 자신의 건강상태가 매우 좋다고 생각하는 노인이 전체의 9.57%, 대체로 좋다 53.30%, 약간 나쁘다 30.64%, 매우 나쁘다 6.49%로 건강상태가 나쁘다고 느끼고 있는 노인들이 전체의 37.1%로 조사됨으로써 상당한 비율을 차지하였다. 이를 특성별로 비교해 보면 여자가 남자보다 대체로 자신의 건강상태를 나쁘다고 생각하고 있었고($p=0.001$), 연령에 따라서는 별다른 차이를 보이지 않았으며, 교육수준이 높은 노인들이 낮은 노인들에 비해 주관적 건강 인지상태가 좋았다($p=0.013$).

IV. 연구 결과

1. 조사대상노인의 일반적 특성

본 연구대상 노인들은 지역별로는 읍 54.9%, 어촌 31.7%, 농촌에 13.4%가 거주하고 있었다. 성별은 남자 37.3%, 여자 62.7%로 여자가 훨씬 많았다. 결혼상태는 배우자가 있는 경우가 49.8%이고, 없는 경우가 50.2%로 비슷한 비율을 보였다. 교육수준은 무학이 49.0%로 가장 많았으며, 이 중 국문해독이 불가능한 경우가 30.2%를 차지함으로써 전반적으로 낮은 교육수준을 나타내었다. 연령은 60-64세가 18.5%, 65-69세 21.4%, 70-74세 23.6%, 75-79세 18.6%, 80세 이상 17.9%였다. 동거가족 형태를 보면, 자식들과 함께 사는 경우가 54.0%를 차지하였으며, 배우자와 둘이 산다 24.5%, 혼자 산다 18.9%, 기타 2.6%로, 노인 혼자나 노인부부만이 살고 있는 노인단독가구가 43.4%를 차지하였다. 경제수준은 보통이 62.5%로 가장 많았으며, 어렵다 23.3%, 매우 어렵다 3.2%인데 반해 잘산다 10.8%, 매우 잘산다 0.2%로 경제적으로 어렵다고 느

<표 1> 노인들의 일반적 특성별 고혈압 이환 실태

단위: 명(%)

구분	특성	정 상	고 혈 압	저 혈 압	계	p-value
성 별	남	220(74.08)	72(24.24)	5(1.68)	297(100.0)	0.739
	여	350(71.01)	133(26.97)	10(2.02)	493(100.0)	
연 령	60-64세	107(73.81)	35(24.13)	3(2.06)	145(100.0)	0.247
	65-69세	132(78.58)	33(19.64)	3(1.78)	168(100.0)	
	70-74세	125(67.57)	56(30.27)	4(2.16)	185(100.0)	
	75-80세	115(74.69)	38(24.67)	1(0.64)	154(100.0)	
	80세이상	91(65.96)	43(31.15)	4(2.89)	138(100.0)	
교육수준	무학	273(71.10)	102(26.56)	9(2.34)	384(100.0)	0.838
	국졸	200(72.47)	71(25.72)	5(1.81)	276(100.0)	
	중졸	42(80.77)	10(19.23)	0(0.00)	52(100.0)	
	고졸	40(71.44)	15(26.78)	1(1.78)	56(100.0)	
	대졸이상	15(62.50)	7(29.17)	0(0.00)	22(100.0)	
	계	570(72.17)	205(25.94)	15(1.89)	790(100.0)	

주 : 무응답 제외

〈표 2〉 노인들의 일반적 특성별 당뇨병 이환 실태

단위: 명(%)

구 분	특 성	있 다	없 다	모르다	계	p-value
성 별	남	29(8.89)	268(82.22)	29(8.89)	326(100.0)	0.421
	여	51(9.24)	430(78.06)	70(12.70)	551(100.0)	
연 령	60-64세	14(8.59)	131(80.38)	17(10.43)	162(100.0)	0.001***
	65-69세	23(12.35)	148(79.59)	15(8.06)	186(100.0)	
	70-74세	14(6.75)	170(82.14)	23(11.11)	207(100.0)	
	75-79세	16(9.76)	128(78.04)	20(12.20)	164(100.0)	
	80세 이상	13(8.22)	121(76.60)	24(15.18)	158(100.0)	
교육수준	무학	33(7.65)	336(77.97)	62(14.38)	431(100.0)	0.074
	초졸	32(10.56)	245(80.86)	26(8.58)	303(100.0)	
	중졸	3(5.17)	52(89.66)	3(5.17)	58(100.0)	
	고졸	7(11.46)	46(75.43)	8(13.11)	61(100.0)	
	대졸이상	5(20.83)	19(79.17)	0(0.00)	24(100.0)	
계		80(9.11)	698(79.61)	99(11.28)	877(100.0)	

주: 무응답 제외

〈표 3〉 노인들의 일반적 특성별 주관적 건강 인지상태

단위: 명(%)

구 분	특 성	매우 좋다	대체로 좋다	약간 나쁘다	매우 나쁘다	계	p-value
성 별	남	43(13.23)	191(58.78)	72(22.15)	19(5.84)	325(100.0)	0.001***
	여	41(7.41)	277(50.10)	197(35.62)	38(6.87)	553(100.0)	
연 령	60-64세	22(13.58)	82(50.62)	51(31.48)	7(4.32)	162(100.0)	0.155
	65-69세	15(8.02)	112(59.90)	51(27.27)	9(4.81)	187(100.0)	
	70-74세	23(11.05)	113(54.33)	59(28.37)	13(6.25)	208(100.0)	
	75-79세	12(7.36)	73(44.79)	60(36.81)	18(11.04)	163(100.0)	
	80세 이상	12(7.59)	88(55.71)	48(30.38)	10(6.32)	158(100.0)	
교육수준	무학	30(6.96)	220(51.05)	148(34.34)	33(7.65)	431(100.0)	0.013*
	초졸	28(9.21)	169(55.60)	88(28.94)	19(6.25)	304(100.0)	
	중졸	8(13.56)	31(52.54)	17(28.81)	2(3.39)	58(100.0)	
	고졸	11(18.03)	33(54.11)	15(24.59)	2(3.27)	61(100.0)	
	대졸이상	7(29.17)	15(62.49)	1(4.17)	1(4.17)	24(100.0)	
계		84(9.57)	468(53.30)	269(30.64)	57(6.49)	878(100.0)	

주) 무응답은 제외

2) 심리적 건강상태

조사대상 노인들의 심리적 건강상태를 우울지각 정도로 평가한 결과 〈표 4〉에서 보는 바와 같이 노인들의 우울정도는 총점 44점 중 평균 17.71점으로 대체로 낮은 것으로 나타났다. 이를 특성별로 비교해 보면 여자가 남자보다 우울정도가 높았으며($p=0.0001$), 연령이 높은 군이 낮은 군보다 우울정도가 높았고($p=0.0002$), 교육수준이 낮은 노인이 높은 노인보다 우울지각 정도가 높은 것으로 나타났다($p=0.0001$).

3) 사회적 건강상태

조사대상노인들의 사회적 건강상태를 알아보기 위하여 가족이나 친구와의 유대관계를 조사한 결과 〈표 5〉에서 보는 바와 같이 전체 노인의 23.49%가 매우 좋다

〈표 4〉 노인들이 일반적 특성별 우울지각 정도

구 분	특 성	평 균	p-value
성 별	남	16.201	0.0001***
	여	19.226	
연 령	60-64	16.178	0.0002***
	65-69	17.476	
	70-74	18.357	
	75-79	19.317	
	80세이상	19.522	
교육수준	무학	18.934	0.0001***
	초졸	17.184	
	중졸	16.712	
	고졸	16.297	
	대졸이상	14.500	
전체 평균	17.71		

주) 무응답 제외

〈표 5〉 노인들의 일반적 특성별 가족 및 친구와의 유대관계

단위 : 명(%)

구 분	특 성	매우 좋다	대체로 좋다	나쁜 편이다	나쁘다	계	p-value
성 별	남	90(27.36)	208(63.22)	28(8.51)	3(0.91)	329(100.0)	0.023*
	여	117(21.19)	360(65.23)	74(13.40)	1(0.18)	552(100.0)	
연 령	60-64세	58(35.58)	93(57.06)	12(7.36)	0(0.00)	163(100.0)	0.012*
	65-69세	41(21.69)	123(65.08)	24(12.70)	1(0.53)	189(100.0)	
	70-74세	45(21.63)	133(63.95)	29(13.94)	1(0.48)	208(100.0)	
	75-79세	41(25.15)	106(65.04)	16(9.81)	0(0.00)	163(100.0)	
	80세이상	22(13.92)	113(71.53)	21(13.29)	2(1.26)	158(100.0)	
교육수준	무학	75(17.40)	293(67.99)	62(14.38)	1(0.23)	431(100.0)	0.008**
	초졸	80(26.23)	195(63.93)	29(9.51)	1(0.33)	305(100.0)	
	중졸	18(30.51)	34(57.63)	6(10.17)	1(1.69)	59(100.0)	
	고졸	24(38.71)	35(56.45)	2(3.23)	1(1.61)	62(100.0)	
	대졸이상	10(41.67)	11(45.83)	3(12.50)	0(0.00)	24(100.0)	
계		207(23.49)	568(64.49)	102(11.57)	4(0.45)	881(100.0)	

주: 무응답 제외

고 응답했고, 64.49%가 대체로 좋다, 11.57%가 나쁜 편이다, 0.45%가 나쁘다고 응답해 조사대상 노인들의 사회적 건강상태는 일반적으로 양호한 것으로 나타났다. 이를 특성별로 비교해 보면 유대관계가 매우 좋다고 한 경우가 남자 27.36%, 여자 21.19%로 여자노인에 비해 남자노인들이 유의하게 높았으며(p=0.023), 연령별(p=0.012), 교육정도(p=0.008)에 따라서도 유의한 차이를 보였다.

3. 건강증진행위

조사대상 노인들의 건강증진행위 실천정도를 알아보기 위하여 체중, 흡연, 운동, 음주, 영양, 수면, 건강검진 등 7개 항목을 조사한 결과는 다음과 같다.

1) 체 중

체중평가 방법은 표준체중에 대한 실제 체중의 비율을 산정하여 이 비율이 120%이상일 때를 비만이라고 정의하고, 90%이하일 때를 저체중으로 정의하였다. 〈표 6〉에서 보는 바와 같이 전체 노인들의 8.57%가 과체중이었고, 10.85%가 저체중이었으며, 80.58%가 정상체중으로 조사되어 노인들의 19.42%가 체중과 관련한 건강 위험요인을 가지고 있는 것으로 나타났다. 이를 특성별로 비교해 보면 여자가 남자에 비해 과체중이 많은 것으로 나타나 유의한 차이를 보였고(p=0.001), 연령별로도 유의한 차이를 보였으며(p=0.001), 교육수준에 따라서는 유의한 차이를 볼 수 없었다.

〈표 6〉 노인들의 일반적 특성별 체중

단위: 명(%)

구 분	특 성	과체중	정상체중	저체중	계	p-value
성 별	남	9(2.75)	281(85.94)	37(11.31)	327(100.0)	0.001***
	여	66(12.04)	424(77.38)	58(10.58)	548(100.0)	
연 령	60-64세	18(11.05)	134(82.21)	11(6.74)	163(100.0)	0.001***
	65-69세	18(9.58)	155(82.45)	15(7.97)	188(100.0)	
	70-74세	30(14.63)	162(79.03)	13(6.34)	205(100.0)	
	75-79세	6(3.68)	130(79.76)	27(16.56)	163(100.0)	
	80세이상	3(1.92)	124(79.49)	29(18.59)	156(100.0)	
교육수준	무학	37(8.64)	332(77.58)	59(13.78)	428(100.0)	0.091
	초졸	30(9.93)	249(82.46)	23(7.61)	302(100.0)	
	중졸	2(3.39)	49(83.05)	8(13.56)	59(100.0)	
	고졸	5(8.06)	52(83.88)	5(8.06)	62(100.0)	
	대졸이상	1(4.17)	23(95.83)	0(0.00)	24(100.0)	
계		75(8.57)	705(80.58)	95(10.85)	875(100.0)	

주: 무응답 제외

<표 7> 노인들의 일반적 특성별 흡연실태

단위: 명(%)

구분	특성	전혀 피운 적 없다	이전에 피웠다	현재도 피우고 있다	계	p-value
성별	남	62(18.84)	88(26.75)	179(54.41)	329(100.0)	0.001***
	여	430(77.80)	38(6.86)	85(15.34)	553(100.0)	
연령	60-64세	96(58.90)	14(8.59)	53(32.52)	163(100.0)	0.009**
	65-69세	92(48.68)	26(13.76)	71(37.57)	189(100.0)	
	70-74세	121(58.17)	25(12.02)	62(29.81)	208(100.0)	
	75-79세	86(52.44)	33(20.12)	45(27.44)	164(100.0)	
	80세 이상	97(61.64)	28(17.61)	33(20.75)	158(100.0)	
교육수준	무학	280(64.82)	57(13.19)	95(21.99)	432(100.0)	0.001***
	초졸	165(54.10)	40(13.11)	100(32.79)	305(100.0)	
	중졸	19(32.20)	11(18.64)	29(49.15)	59(100.0)	
	고졸	21(33.87)	13(20.97)	28(45.16)	62(100.0)	
	대졸이상	7(29.17)	5(20.83)	12(50.00)	24(100.0)	
계		492(55.79)	126(14.28)	264(29.93)	882(100.0)	

주: 무응답 제외

2) 흡연

<표 7>에서 나타난 바와 같이 조사대상 노인들의 55.79%가 담배를 전혀 피운 적이 없다고 했고, 14.28%는 이전에 피웠으나 현재는 피우지 않는다고 했으며, 29.93%가 현재 피우고 있다고 응답하였다. 이를 특성별로 비교해 보면 여성에 비해 남자노인의 흡연율이 월등히 높았으며(p=0.001), 연령별로도 유의한 차이를 보였고(p=0.009), 교육수준이 높은 군에서 낮은 군보다 흡연율이 높은 것으로 나타났다(p=0.001).

는 것으로 조사되었다. 이를 특성별로 비교해 보았을 때, 남자노인의 56.17%가 운동을 하지 않는다고 응답한데 반해 여성노인의 경우 78.68%가 하지 않는다고 함으로써 유의한 차이를 보였다(p=0.001). 연령별로 보면 75세 이상의 고령노인들이 더 운동을 하지 않는 것으로 나타났다(p=0.035). 교육수준에 따라서는 학력이 낮은 노인들이, 더욱 운동을 하지 않는 것으로 나타났다(p=0.001).

3) 운동

<표 8>과 같이 전체 노인의 29.95%가 규칙적으로 운동을 하고 있는 것으로 나타났고, 70.05%가 하지 않

4) 음주

<표 9>와 같이 노인들의 음주실태는 전체 노인의 12.23%가 일주일에 3회 이상 마신다고 응답하였고, 12.00%가 3회 미만, 75.77%가 전혀 혹은 거의 안 마

<표 8> 노인들의 일반적 특성별 운동실태

단위: 명(%)

구분	특성	한 다	안 한다	계	p-value
성별	남	142(43.83)	182(56.17)	324(100.0)	0.001***
	여	116(21.32)	428(78.68)	544(100.0)	
연령	60-64세	46(28.39)	116(71.61)	162(100.0)	0.035*
	65-69세	60(32.60)	124(67.40)	184(100.0)	
	70-74세	74(36.63)	128(63.34)	202(100.0)	
	75-79세	45(27.43)	119(72.57)	164(100.0)	
	80세 이상	35(22.44)	121(77.56)	156(100.0)	
교육수준	무학	80(18.82)	345(81.17)	425(100.0)	0.001***
	초졸	109(36.21)	192(63.79)	301(100.0)	
	중졸	19(32.75)	39(67.25)	58(100.0)	
	고졸	35(58.33)	25(41.66)	60(100.0)	
	대졸이상	17(70.83)	7(29.17)	24(100.0)	
계		260(29.95)	608(70.05)	868(100.0)	

주: 무응답 제외

〈표 9〉 노인들의 일반적 특성별 음주실태

단위: 명(%)

구분	특성	3회이상/주	3회미만/주	거의 안 마신다	계	p-value
성별	남	91(27.66)	61(18.54)	177(53.80)	329(100.0)	0.001***
	여	17(3.07)	45(8.12)	492(88.81)	554(100.0)	
연령	60-64세	25(15.34)	23(14.11)	115(70.55)	163(100.0)	0.002**
	65-69세	35(18.52)	29(15.34)	125(66.14)	189(100.0)	
	70-74세	22(10.58)	23(11.06)	163(78.36)	208(100.0)	
	75-79세	17(10.37)	18(10.98)	129(78.65)	164(100.0)	
	80세이상	9(5.66)	13(8.18)	137(86.16)	159(100.0)	
교육수준	무학	28(6.46)	39(9.00)	366(84.54)	433(100.0)	0.002**
	초졸	49(16.07)	40(13.11)	216(70.82)	305(100.0)	
	중졸	16(27.12)	8(13.56)	35(59.32)	59(100.0)	
	고졸	11(17.74)	15(24.19)	36(58.07)	62(100.0)	
	대졸이상	4(16.67)	4(16.67)	16(66.66)	24(100.0)	
계		108(12.23)	106(12.00)	669(75.77)	883(100.0)	

신다고 하였다. 이를 특성별로 비교해 보면 남자노인이 여자 노인에 비해 음주빈도가 훨씬 높았으며(p=0.001). 연령별로 보면 나이가 적은 노인들에서 음주 빈도가 높았다(p=0.002). 교육수준에 따라서도 유의한 차이를 보였다(p=0.002).

5) 영양상태

조사대상 노인들의 영양상태를 평가한 결과는 〈표 10〉과 같다. 영양상태를 측정하기 위한 질문지는 대한가정의학회에서 개발한 것으로서 10개 문항으로 구성되어 있으며, 총점 21점으로 0-2점이면 양호한 상태이고, 3-5점이면 중간위험군으로 식사습관과 생활양식을 바꿀 필요가 있고, 6점 이상은 고위험군으로 의사 및 영양사와 상의할 필요가 있다.

조사대상 전체노인들의 영양위험정도는 총점 21점 중 평균 3.73점으로 중간위험군에 속하였다. 이를 특성별로 비교해 보면 남자 3.331점, 여자 3.980점으로, 여자가 남자보다 영양위험이 더 높은 것으로 나타났다(p=0.0045). 연령별로 보면 연령이 높은 군이 낮은 군보다 영양위험이 더 높은 것으로 나타났고(p=0.0248), 교육정도에 따라서는 교육수준이 낮을수록 영양위험이 더 높은 것으로 나타났다(p=0.0002).

6) 수면시간

〈표 11〉에서 보는 바와 같이 전체 노인의 57.53%가 7시간 미만이라고 응답했고, 32.34%가 7-8시간, 10.13%가 9시간 이상이라고 함으로써 57.53%가 수면

〈표 10〉 노인들의 일반적 특성별 영양상태

단위: 명(%)

구분	특성	평균	p-value
성별	남	3.331	0.0045**
	여	3.980	
연령	60-64	3.417	0.0248*
	65-69	3.497	
	70-74	3.576	
	75-79	4.463	
	80세이상	3.817	
교육수준	무학	4.415	0.0002***
	초졸	3.829	
	중졸	3.355	
	고졸	2.854	
	대졸이상	2.125	
전체 평균		3.730	

주) 무응답 제외

부족인 것으로 조사되었다. 성별, 연령, 교육정도에 따른 수면시간은 차이를 보이지 않았다.

7) 정기적인 건강검진

〈표 12〉에서 보는 바와 같이 전체 노인의 15.75%만이 건강검진을 받았다고 응답함으로써 매우 낮은 검진율을 보였다. 이를 특성별로 비교해 보면 남자에 비해 여자노인의 검진율이 유의하게 낮았으며(p=0.027). 연령별로는 나이가 많은 노인들에서 검진율이 더욱 낮은 것으로 나타났다(p=0.026). 교육정도별로는 교육수준이 낮은 군에서 더 낮은 검진율을 보였다(p=0.001).

〈표 11〉 노인들의 일반적 특성별 수면시간

단위: 명(%)

구분	특성	7시간 미만	7-8시간	9시간 이상	계	p-value
성별	남	200(61.17)	93(28.44)	34(10.39)	327(100.0)	0.294
	여	305(55.36)	191(34.66)	55(9.98)	551(100.0)	
연령	60-64세	99(61.12)	54(33.33)	9(5.55)	162(100.0)	0.059
	65-69세	103(54.80)	70(37.23)	15(7.97)	188(100.0)	
	70-74세	121(58.45)	63(30.43)	22(10.62)	206(100.0)	
	75-79세	83(50.61)	52(31.71)	29(17.68)	164(100.0)	
	80세이상	99(62.66)	45(28.48)	14(8.86)	158(100.0)	
교육정도	무학	243(56.39)	137(31.78)	51(11.83)	431(100.0)	0.802
	초졸	174(57.43)	103(33.99)	26(8.58)	303(100.0)	
	중졸	31(53.46)	21(36.20)	6(10.34)	58(100.0)	
	고졸	42(67.74)	16(25.81)	4(6.45)	62(100.0)	
	대졸이상	15(62.50)	7(29.17)	2(8.33)	24(100.0)	
계		505(57.53)	284(32.34)	89(10.13)	878(100.0)	

주: 무응답은 제외

V. 논 의

본 연구는 사회경제 및 보건의료적인 측면에서 상대적으로 취약한 위치에 있는 우리 나라 농촌노인들의 건강상태 및 건강증진행위를 조사하여 건강위험 요인을 분석한 것으로서 인구사회학적 특성에서 본 연구대상 농촌노인들은 우리 나라 전체 노인들(통계청, 1998)과 비교했을 때 성별 구성은 남자 37.3%, 여자 62.7%로 우리 나라 전체 60세 이상 노인의 남자 35.01%, 여자 64.99%와 큰 차이를 보이지 않았다. 그러나 결혼상태에 있어서는 본 연구대상 노인의 경우 유배우자 49.8%, 무

배우자 50.2%인데 반해, 우리 나라 전체 노인들의 경우 유배우자 57.09%, 무배우자 42.91%로 차이를 나타내었으며, 교육수준에 있어서도 본 연구대상 노인들은 무학이 49.0%를 차지하였으나 우리 나라 전체 노인들의 경우 42.34%였다. 또한 동거가족에 있어서도 본 연구대상 노인들의 경우 노인단독가구가 43.3%를 차지한데 반해 우리 나라 전체노인들의 경우 11.65%를 보임으로써 현저한 차이를 나타내었다. 본 연구에서 노인단독가구가 매우 높은 비율을 차지한 것은 우리 나라 농촌의 특성을 반영한 것으로 노동력이 있는 젊은 사람들은 대부분 도회지로 나가고 노인들만이 농촌을 지키는 현실을 나타내

〈표 12〉 노인들의 일반적 특성별 정기적인 건강검진 실태

단위: 명(%)

구분	특성	했음	안했음	계	p-value
성별	남	64(19.45)	264(80.55)	328(100.0)	0.027*
	여	75(13.54)	480(86.46)	554(100.0)	
연령	60-64세	33(20.25)	130(79.75)	163(100.0)	0.026*
	65-69세	37(19.58)	152(80.42)	189(100.0)	
	70-74세	34(16.35)	173(83.65)	207(100.0)	
	75-79세	24(14.63)	140(85.37)	164(100.0)	
	80세이상	11(6.92)	148(93.08)	159(100.0)	
교육정도	무학	42(9.69)	391(90.31)	433(100.0)	0.001***
	초졸	52(17.10)	252(82.89)	304(100.0)	
	중졸	21(35.59)	38(64.41)	59(100.0)	
	고졸	14(22.58)	48(77.42)	62(100.0)	
	대졸이상	10(41.67)	14(58.33)	24(100.0)	
계		139(15.75)	743(84.25)	882(100.0)	

주) 무응답 제외

주는 것이다. 노인들만 살 경우 질환 또는 기능감퇴로 신체적 조력을 필요로 할 경우나, 노년기에 흔히 오는 외로움, 우울, 소외 등과 같은 심리적 위축 시 이에 대한 도움을 제공할 지지 자원이 결여될 수 있으므로 특별한 주의가 요망된다. 또한 무학 노인들이 매우 많다는 것은 건강관련 정보를 받아들이고 활용하는 능력이 떨어진다는 것을 의미하므로 보건교육 및 건강증진사업을 계획할 때 이점을 고려해야 할 것이다.

건강상태를 측정하는 기준이나 방법은 건강을 이해하는 관점에 따라 다양하다. WHO의 건강개념은 신체적, 정신적, 사회적 안녕상태의 생활개념으로서 다차원적 건강양상을 인식하는 계기가 되었다. 노화과정은 신체적, 심리적, 사회적 요소가 모두 포함된 종합적 현상이므로 노인의 건강도 신체적, 심리적, 사회적 측면의 건강을 모두 고려해야 한다. 노인의 신체적 건강상태를 평가할 수 있는 지표는 질환이환 실태일 것이다. 본 연구에서는 노년기 유병율이 매우 높은 것으로 보고되고 있는 대표적인 만성질환인 고혈압과 당뇨병 이환실태를 파악하였다. 고혈압은 고령자에게 매우 흔한 질환으로서 우리 나라의 고혈압 유병율은 전국적인 규모의 역학자료가 없어 정확한 통계치는 얻기 어려우나 경계선 고혈압(140/90mm Hg)환자까지 포함시킬 때 남성의 경우 60세 이상에서는 약 30%, 70세 이상에서는 약 33%가 고혈압으로 진단된다고 한다(의학교육연수원편, 1997). 본 연구에서 노인들의 25.94%가 고혈압인 것으로 조사되어 높은 유병율을 나타내었는데 고혈압이 노년기 건강을 위협하는 주요 인자임을 감안할 때 고혈압예방 및 관리에 대한 프로그램이 노인건강증진사업의 주요 내용이 되어야 할 것으로 본다.

고혈압과 더불어 노년기 건강을 위협하는 주요 질환으로 당뇨병을 들 수 있다. 우리 나라에서 당뇨병환자의 총수는 전국민의 약 3-5%로 추정되고 있으며, 60세 이상 노인에서는 10-15%에 달한다. 노인에서 당뇨병이 많이 발생하는 이유로는 연령이 증가하면서 발생하는 내당 능력 저하를 들 수 있다. 본 연구에서 당뇨병 유병율이 9.11%로 나타난 것은 우리 나라 평균 이환율에 근접하는 결과이며, 연령이 높아질수록 당뇨병 유병율이 증가하는 결과를 보인 것도 기존의 역학조사 결과(의학교육연수원편, 1997)와 일치하는 것이었다.

이상과 같이 본 연구대상 노인들의 고혈압 및 당뇨병 유병율은 우리 나라 평균 이환율과 비교해 볼 때 높은 것은 아니나, 교육수준이 다른 노인들에 비해 낮고 특히

노인단독 세대가 많은 점을 감안할 때 건강관리 기술이 부족하고, 가족으로부터 지지가 부족하여 효율적인 질병 관리가 이루어지지 않을 위험이 있다. 따라서 자기건강 관리 기능을 높이기 위한 건강관리프로그램이 개발되어야 할 것이다.

주관적 건강인지상태는 노년기 삶의 질을 평가할 수 있는 좋은 자료가 될 뿐만 아니라, 기능적 건강 및 의료진의 건강평가와도 상관관계가 있는 것으로 보고되고 있어, 노인의 건강상태를 평가할 수 있는 좋은 지표로 널리 이용되고 있다. 본 연구대상 노인들의 62.9%가 자신의 건강상태를 좋다고 인지하고 있었는데, 신동순 등(1996), 김경애(1998)의 연구결과에서도 한국 노인들은 대체로 자신의 건강상태를 좋은 것으로 평가하고 있는 것으로 나타나 동일한 결과를 보였다. 이를 인구사회학적 특성에 따라 비교해 보면 성별로는 남자가 여자에 비해 건강상태가 더 좋은 것으로 지각하였는데 이는 여성들이 남성들에 비해 증상에 민감하고, 호소가 많은 것에 의한 영향으로 해석되며, 교육수준이 높은 군이 낮은 군에 비해 주관적 건강인지 상태가 좋은 것은 교육수준이 높은 군이 대체로 경제수준도 높아 문화적인 혜택을 더 많이 누리고, 또한 건강관리를 더 잘하는 데 영향이 있는 것으로 해석된다. 이와 같은 결과는 노인들을 대상으로 한 김경애(1998)와 배영숙(1993)의 연구와도 일치하는 것이었다.

노인의 심리적 건강상태를 평가하기 위한 하나의 지표로 본 연구에서는 우울지각 정도를 조사하였다. 노인의 우울증은 노인 정신질환 중에서 가장 흔한 질환으로 노화로 인한 신체적, 사회적 상실 및 정년퇴직이나 배우자 사망 등의 심리적 스트레스가 중요한 요인이 될 수 있다. 본 연구에서 노인들이 지각하는 우울정도는 상당히 낮은 것으로 나타났는데, 우울이 노년기 삶의 질을 위협하는 중요 원인임을 고려할 때 매우 바람직한 결과라고 볼 수 있으며, 이와 같은 결과는 본 연구대상인 농촌노인의 경우 노인이라 할 지라도 대부분이 여전히 농사일이나 어업을 계속하고 있어 생활의 활력을 유지함으로써 심리 및 사회적 상실감이 적은 데 영향이 있는 것으로 생각된다. 또한 본 연구에서 성별, 연령, 교육수준에 따라 우울지각수준이 차이를 보였는데 이러한 결과는 연령이 증가할수록 우울정도가 높고(성기월, 1997; Blazer 등, 1991), 교육수준이 낮을수록 우울정도가 높으며(성기월, 1997; Gallo 등, 1994), 여자가 남자보다 우울정도가 높다(이종범과 정성덕, 1985; Gallo et al., 1994)는 연구결

과들과 일치하는 것이었다.

노인의 사회적 건강상태를 평가하기 위해 흔히 이용되는 것이 의미 있는 사람들과의 유대관계 및 친밀도를 측정하는 것이다. 본 연구대상 노인들의 가족 및 친구와의 유대관계는 좋은 것으로 나타났는데 이러한 결과는 농촌의 특성상 가족 단위의 공동작업이 행해지는 경우가 많고, 지역적인 연교가 깊어 이웃간에 친밀하게 지내는 것으로 해석된다.

건강상태가 현재의 건강특성을 나타내는데 비해 건강증진행위는 잠재적인 건강위험을 평가할 수 있는 좋은 지표가 된다. 건강증진의 대상은 환자가 아니고 질병이 발생될 소인 즉 건강위험요인을 가지고 있는 사람들이다(대한가정의학회, 1996). 노년기의 건강증진은 특히 중요한데 노인들은 일반성인과는 다른 종류의 질병양상을 띠고, 작은 충격에도 쉽게 장애가 발생하며, 일단 발생한 장애로부터 회복하는 것 또한 매우 느리고 어렵기 때문에 질병이 발생하기 전에 예방과 건강유지 및 증진에 역점을 두어야 하기 때문이다.

본 연구결과에서 연구대상 농촌노인들의 건강증진행위는 대체로 바람직하지 못한 것으로 나타났다. 먼저 체중을 보면 8.57%가 과체중이고, 10.85%가 저체중인 것으로 나타났으며, 특히 여성노인에서 과체중이 많은 것으로 나타났다. 서구인에 비해 비만한 환자는 적지만 우리 나라도 식생활이 서구화됨으로써 비만환자가 늘어나고 있으며, 65세 이상의 연령층에서도 비만은 점차 중요한 건강문제가 되고 있다. 노인에서 비만은 혈압 상승과 당뇨 그리고 체력 감소, 욕창, 수면 장애 등의 원인이 되며 비만할수록 사망위험도 증가하는 것으로 알려져 있다(대한가정의학회, 1996). 본 연구대상 농촌노인의 경우 과체중 보다 저체중인 경우가 더 많았는데 이는 경제적 문제, 적절한 영양지식의 부족 등이 원인이라고 본다. 따라서 과체중 뿐만 아니라 저체중을 포함한 적절한 체중 관리에 대한 교육이 요구되며, 특히 여성노인, 연령이 높은 노인, 교육수준이 낮은 노인들에서 체중에 대한 위험이 높았으므로 이들 집단에 대한 특별한 관심과 교육이 요구된다.

노인들의 흡연율은 29.93%로 비교적 낮은 수준이었으나, 이 중 남성노인들의 흡연율은 54.41%로 높았다. 흡연은 노인에게서도 심각한 건강문제로서 흡연은 관상동맥질환, 말초혈관질환, 만성폐쇄성 폐질환 등의 중요 질병과 밀접한 관계가 있으며 폐암, 책장암, 방광암과 자궁경부암의 발생률을 증가시키고 뇌졸중, 골다공증, 체중

감소, 근력저하, 그리고 신체기능의 저하와 관련이 있다. 특히 노인집단은 흡수성이 떨어져있는 집단이므로 노인 집단에 대한 금연교육은 매우 중요하다고 할 수 있으며 따라서 노인건강증진사업의 주요 내용으로 포함되어야 할 것이다.

현대사회에 사는 사람들은 활동량이 줄어들고 생활 형태도 아주 불규칙해지며 이로 인해 체력감소를 유발하기 쉽기 때문에 운동의 필요성은 그 어느 때보다 강조되고 있다. 특히 노인들은 체력의 중요 지표인 최대산소 소모 능력이 매년 0.5-1.1%씩 감퇴되는데 이를 막기 위해 운동이 꼭 필요하다(유명수와 장세연, 1991). 본 연구에서 노인들의 운동 실천율은 29.95%로 7가지 건강증진 행위 중 가장 낮은 실천율을 보였는데, 이러한 결과는 도시노인을 대상으로 한 연구결과들(박은숙 등, 1998; 송영신 등, 1997; 진정자 등, 1996)과도 일치하는 것으로서 우리 나라 노인들이 특히 운동을 잘하지 않은 것을 알 수 있다. 또한 여성노인에서, 연령이 높은 군에서, 교육수준이 낮은 군에서 운동실천율이 더욱 낮아 이와 같은 노인들의 운동실천을 유도하기 위한 전략개발이 요구된다.

본 연구에서 남자노인들의 음주율은 주 3회 이상 마시는 경우가 27.66%로 비교적 높은 것으로 조사되었다. 적당한 음주는 건강에 도움이 될 수 있지만 과다한 음주는 많은 문제를 야기할 수 있다. 절대적인 음주량으로 비교했을 때 노인들은 젊은 성인에 비해서는 음주량이 적은 편이지만 노인들은 대개 한 번에 많은 양의 술을 마시기보다는 지속적으로 술을 마시는 편이다. 노인의 경우 체지방체중이 10%정도 감소하고 몸의 수분의 비율이 감소하므로 노인이 되면 알코올의 분해와 분포가 청장년과는 달라져서 같은 양의 술을 마셔도 알코올 농도는 더 올라가는 경향이 있다. 더욱이 노인이 되면 간에서 알코올을 분해하는 능력도 감소하기 때문에 이러한 현상은 더욱 더 두드러지게 나타난다(대한가정의학회, 1996). 농촌노인들의 경우 특히 힘든 노동으로 인한 피로와 근육통을 잊기 위해 술을 상용하는 경우가 많아 음주교육이 꼭 필요하다고 본다.

연구대상 노인들의 영양상태는 중간위험군으로 식사습관과 생활양식을 바꿀 필요가 있는 것으로 해석된다. 현재 우리 나라의 질병발생 양상은 환경요인 중 특히 영양과 관련된 질병의 이환율 및 사망률이 증가하고 있다. 사망자료에 의하면 영양섭취와 관련이 있는 비만, 당뇨병, 고혈압, 고지혈증 등과 연관된 뇌혈관질환과 관상동

맥질환의 발생률과 사망률의 증가를 보여주고 있다(통계청, 1994). 1993년도 보건복지부의 국민영양조사에 의하면 생활수준의 향상에도 불구하고 국민의 40.8%가 잘못된 식생활로 영양을 지나치게 많이 섭취하거나 부족하게 섭취하는 것으로 나타났다.

농촌노인들의 경우 특히 노인들만 사는 경우 경제적인 이유 혹은 귀찮다는 이유로 음식을 제대로 섭취하지 못하여 영양과다 보다는 여전히 영양부족의 위험이 높다고 본다. 따라서 영양교육이 필수적으로 이루어져야 할 것이며 특히, 본 연구에서 남성보다 여성노인들이, 연령이 높은 노인들이, 교육수준이 낮은 노인들에서 영양위험이 높은 것으로 나타났으므로 이들에 대한 특별한 관심과 교육이 이루어져야 할 것이다.

본 연구에서 노인들의 57.53%가 수면부족, 10.13%가 수면과다로 조사되어 적절한 수면관리에 대한 교육의 필요성을 나타내주고 있다. 노인들은 흔히 수면장애를 호소한다. 노인의 경우 충분한 수면을 취하지 못하며, 잠을 깬 후에도 개운한 기분을 느끼지 못하는 것으로 알려져 있다. 나이가 들면 점차 수면장애의 정도와 빈도가 강해지고 잦아진다. 노인의 수면장애는 여러 가지 원인으로 올 수 있는데 이것이 장기간 지속될 경우 건강에 심각한 영향을 미칠 수 있다. 따라서 개별노인을 대상으로 상담을 통해 수면장애의 원인을 밝혀내고 좋은 수면습관을 갖도록 중재와 교육이 이루어져야 할 것이다.

노인들의 건강검진실태는 정기적으로 건강검진을 받는다고 응답한 경우가 15.75%로 매우 낮았다. 특히 여성의 검진율은 13.54%로 더 낮았고, 연령이 높은 군에서, 교육수준이 낮은 군에서 검진율이 더욱 낮았다. 노인들의 경우 질병을 조기에 발견한다는 측면에서 건강검진은 매우 중요한 의미를 지니므로 건강검진의 필요성에 대한 계몽과 교육이 요구되고 실질적인 검진기회가 제공되어야 한다고 본다.

Ⅶ. 결과요약 및 제언

본 연구는 농촌노인의 건강상태 및 건강증진행위를 파악하기 위한 조사연구로서 연구대상은 일 광역시 군지역에 거주하는 60세 이상인 883명의 노인들이었다. 자료수집 기간은 1999. 7. 9 - 7. 20 사이 이었으며, 자료수집 방법은 연구자가 작성한 질문지를 이용한 직접 면접 조사와 신체계측으로 이루어졌다. 수집된 자료는 SPSS PC+ program을 이용하여 전산처리 하였다.

본 연구의 주요결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 조사대상 노인들의 43.4%가 노인부부만 살거나 노인 혼자 살고 있는 노인 단독가구였다.
2. 자신의 건강상태가 나쁘다고 느끼고 있는 노인들이 전체의 37.13%를 차지하였다.
3. 연구대상 노인의 25.94%가 고혈압, 9.11%가 당뇨병을 가지고 있는 것으로 조사되었다.
4. 연구대상 노인들의 우울 지각정도는 총점 44점 중 평균 17.71점으로 비교적 낮았다.
5. 노인들의 87.98%가 가족이나 친구와의 유대관계가 좋다고 응답하였다.
6. 노인들의 8.57%가 과체중이고, 10.85%가 저체중으로 조사되었다.
7. 노인들의 29.93%가 현재 담배를 피우고 있다고 응답하였으며, 남자가 여자에 비해($p=0.001$), 연령이 낮은 군이 높은 군에 비해($p=0.009$), 교육수준이 높은 군이 낮은 군에 비해($p=0.001$) 흡연율이 높은 것으로 조사되었다.
8. 노인들의 70.38%가 운동을 하지 않는 것으로 조사되었으며, 여성노인이 남성에 비해($p=0.001$), 연령이 높은 군이 낮은 군에 비해($p=0.035$), 교육수준이 낮은 군이 높은 군에 비해($p=0.001$) 운동실천율이 낮은 것으로 조사되었다.
9. 노인들의 12.23%가 일주일에 3회 이상 술을 마신다고 응답하였고, 남자노인이 여성에 비해 ($p=0.001$), 연령이 낮은 군이 높은 군에 비해($p=0.002$), 교육수준이 낮은 군이 높은 군에 비해($p=0.002$) 음주 빈도가 높은 것으로 조사되었다.
10. 노인들의 영양상태는 평균 3.73점으로 중간정도의 위험군에 속하였다.
11. 노인들의 57.53%가 수면시간이 7시간 미만인 것으로 조사되었다.
12. 노인들의 15.75%만이 정기적인 건강검진을 받은 것으로 조사되었다.

이상의 연구결과를 종합해 볼 때 본 연구대상 농촌노인들은 다수의 건강위험요인을 가지고 있다고 볼 수 있으며, 이와 같은 결과에 기초해 다음과 같이 제언한다.

1. 농촌노인들 특히 노인들만이 살고 있는 노인단독 가구에 대한 특별한 관심과 지원이 요청된다.
2. 저조한 실천율을 보이고 있는 체중, 흡연, 운동,

음주, 영양, 수면, 건강검진 등의 건강행위를 격려하고, 습관화시키기 위한 노인건강증진프로그램의 개발 및 시행이 요구된다.

Reference

- 경제기획원 조사통계국 (1990). 1989년 사망원인 통계 연보.
- 공은숙 (1998). 한국 일부 농촌지역 노인의 생활기능상 태 결정요인의 구조적 관계연구. *대한간호학회지*, 28(2), 380-391.
- 길숙영, 원종순 (1999). 노인의 건강상태 및 일상생활 양식. *기본간호학회지*, 6(2), 211-227.
- 김경애 (1998). 노인의 건강상태와 생활만족도의 관계에 관한 연구. 부산대학교 석사학위논문.
- 김미옥 (1986). 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김일순 (1993). 건강증진 : 새시대 의료의 새로운 지평. 국제학술대회 주제 강연.
- 김정순 (1991). 농촌과 도시지역 노인의 노화정도에 관한 비교연구. *부산의사회지*, 27(11), 1-10.
- 김정자 (1989). 노인층 인구의 건강문제와 관리실태 및 개선방안. *대한간호*, 28(2), 78-95.
- 대한가정의학회 (1996). 한국인의 건강증진. 26-27, 550-551.
- 박나진, 김정순 (1998). 산업장 근로자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석. *산업간호학회지*, 7, 96-109.
- 박영주, 이숙자, 박은숙, 장성옥 (1999). 한국노인의 건강행위 예측모형구축. *대한간호학회지*, 29(2), 281-292.
- 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선 (1998). 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *대한간호학회지*, 28(3), 638-649.
- 박인숙 (1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 박사학위논문.
- 보건복지부 (1997). *보건복지통계연보*. 제 43호, 6-7.
- 배영숙 (1993). 노인이 지각한 사회적 지지와 건강상태와의 관계연구. 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 성기필 (1997). 노인의 인지기능, 자아존중감과 우울정도에. *대한간호학회지*, 27(1), 36-48.
- 송영신, 이미라, 안은경 (1997). 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. *대한간호학회지*, 27(3), 541-549.
- 신동순, 홍춘실 (1996). 노인이 인지하고 있는 건강의 가치신념에 관한 연구. *지역사회간호학회지*, 7(2), 229-243.
- 신철호 (1992). 일부 농촌지역 노인들의 유병상태와 일상생활능력. 충남대학교 대학원 석사학위논문.
- 오복자 (1995). 건강증진행위의 영향요인 분석. *대한간호학회지*, 25(4), 681-695.
- 유명수, 장세연 역 (1991). *고령사회의 보건과 의료*. 대광문화사.
- 의학교육연수원 (1997). *노인의학*. 서울대학교 출판부.
- 은영, 구미옥 (1999). 일지역 노인의 건강증진행위, 건강통제위 및 거강통제위 반응유형. *대한간호학회지*, 29(3), 625-638.
- 의학교육연수원 (1997). *노인의학*, 의학연수교육총서 6집, 서울대학교출판부.
- 이명순 (1999). 지방자치단체의 건강증진사업 활성화 방안 -교육적 접근을 중심으로-. *보건교육·건강증진학회지*, 16(2), 187-204.
- 이숙자 (2000). 노인의 건강증진을 위한 율동적 운동프로그램의 적용효과. *대한간호학회지*, 30(3), 776-790.
- 이영희 (1993). 한국 노인의 건강 생활양식. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 이종범, 정성덕 (1985). 노인의 불안과 우울에 관한 연구. *신경정신의학*, 24(3), 431-444.
- 이평숙 (2000). 노인의 건강생활양식, 자아존중감과 건강상태지각간의 관계. *스트레스연구*, 8(1), 17-26.
- 전시자 (1989). *회상의 내용분석 및 간호적용에 관한 연구*-일 양로원 노인을 중심으로-. 연세대학교 간호학석사학위논문.
- 전정자, 김영희 (1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교 연구. *성인간호학회지*, 8(1), 41-54.
- 정경임 (1997). *한국인의 건강실천행위가 만성질환 이환에 미치는 영향*. 인제대학교 보건학박사 학위논문.
- 통계청 (1994). '93 한국인 사망원인.
- 통계청 (1998). *인구주택총조사보고서*.
- Belloc N. B., Breslow L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Pre Med*, 1(3), 409-421.
- Bernstein, J. E. (1981). *Health risk estimation*. Washington D.C. General health.
- Blazer, D. G., Burchett, B., Service, C., George, K. (1991). The association of age and

- depression among the elderly: An epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology*, 46(6), 210-215.
- Branch, L. G., Jette, A. M. (1984). Personal health practice and mortality among the elderly. *AJPH*, 74(10), 1126-1129.
- Breslow L., Enstrom J. E. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Pre Med*, 9, 469-483.
- Enstrom J. E., Kanim L. E., and Breslow L. (1986). The relationship between vitamin C, general practices, and mortality in Alameda County, California. *Am J Public Health*, 76, 1124-1130.
- Gallo, J. J., Anthony, J. C., Muthen, B. O. (1994). Age difference in the symptoms of depression: A later trait analysis. *Journal of Gerontology*, 49, 251-264.
- Green L. W., Raeburn J. (1990). *Contemporary developments in health promotion*. In: Bracht N(eds). *Health Promotion at the community level*. Newbury Park: Sage, 29-44.
- Hanner, M. E. (1986). *Factors related to promotion of health seeking behavior in the aged*. Un published Doctoral Dissertation. The University of Texas at Austin.
- Kannel W. B., Gordon T (1973). *The Framingham Study : An epidemiological investigation of cardiovascular disease*. DHEW No(NIH) 74-618. Washington DC, US Dept of Health, Education and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health.
- Kee, C. (1984). A care for health promotion with the elderly. *Nursing Clinics of North America*, 19(2), 252-262.
- Laffery, S. C. (1990). An Exploration of adult health behavior. *Western Journal of Nursing Research*, 12(4), 434-444.
- Miller, H. (1983). *Theories of developmental psychology*. W.H. Freeman, San Francisco.
- Minkler, M., and R. J. Pasick (1986). Health promotion and the elderly: A critical perspective on the past and future. in wellness and health promotion for the elderly. ed. by K. Dychtwald. Rockvill, MD: Aspen.
- Parse R. (1990). Health : A personal commitment, *Nursing Science Quartely*, 3(3), 136-140.
- Pender N.J. (1982). *Health promotion in nursing practice*, New York, Appleton Century Crofts.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1986). Attitudes, Subjective Norms and Intentions to engage in health behaviors. *Nursing Research*, 35, 15-18.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). *Health promotion in nursing practice*(2nd ed), Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank Stromborg, M. (1990). Predicting health promoting lifestyle in the workplace. *Nursing Research*, 39(6), 326-332.
- Prohaska, T. R., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1985). Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderly adults. *J. of Gerontology*, 40, 569-578.
- Reed, P. G. (1983). Imprications of the life span development framework for wellbeing in adulthood and aging. *ANS*, 6(1), 18-23.
- Smith, M. C. (1992). Nursing's unique focus on health promotion. *Nursing Science Quartely*, 5(2), 105-106.
- Stachtchenko S. et al. (1990). Conceptual Differences between prevention and health promotion : Research Implication for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 53-59.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health promoting life

styles of older adults : comparisons with young and middle aged adults, correlates and patterns. *ANS*, 11(1), 76-90.

Wiley, J. A, Camacho, T. C. (1980). Life style and future health: Evidence from the Alameda County Study. *Pre Med*, 9, 1-21.

Wondolowski, C. (1991). The Lived experience of health in the oldest old : A phenomenological study. *NSQ*, 4(3), 114-118.

- Abstract -

A Study on the Health Status and Health Promoting Behavior of Older Adults in a Rural Area

*Kim, Jung Soon**

This study was conducted to investigate the health status and health promoting behavior of older adults in rural area. The design of research was descriptive study. 883 older adults over sixty years living in the rural area of Pusan city were surveyed from July 9, 1999 to July 20, 1999 through direct interview using a questionnaire and physical examination.

The collected data were analyzed for percentage, mean, Chi square-test, ANOVA using the SPSS computerized program.

The main results were as follows :

1. 43.4% of subjects lived alone or with only partner.
2. 37.13% of subjects had perceived own health condition as bad.
3. Major chronic diseases that the subjects were suffered were diabetes(25.94%) and hypertension(9.11%).
4. The mean score of perceived depression was 17.71 of 44.

5. 87.98% of subjects replied that they had good relationship with their family and friends.

6. 8.57% of subjects were identified as over weight, while 10.85% were low weight.

7. 29.93% of subjects replied that they were smoking. By the group, the rate of smoking of man was significantly higher than women, and lower age group than higher age group, and higher education group than lower education group.

8. 70.38% of subjects didn't practice exercise. By the group, the rate of exercise of woman was significantly lower than man, and higher age group than lower age group, and lower education group than higher education group.

9. 12.33% of subjects replied for the frequency of drinking as more three times a week. By the groups, man showed significantly more frequency than woman, the lower age group than higher age group, the lower education group than the higher education group.

11. The mean score of nutrition state was 3.73 which means moderate risk state.

12. The 57.53% of subjects replied their sleeping time as below 7 hours.

13. The 15.75% of subjects had experience a periodical inspection.

In conclusion, older adults in rural area were identified having various health risk factor. Looking at the results, It is necessary to develop health promotion program which enhances older adults to practice health promoting behavior and to manage their chronic disease.

Key words : Older adults, Health status, Health promoting behavior

* Department of Nursing, Pusan National University/ Research Institute of Nursing Science, Pusan National University