

농촌노인의 건강문제와 지각된 건강상태에 관한 연구

박 정 숙* · 오 윤 정**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

평균수명의 연장과 의학의 발달로 노인 인구는 늘어나고 있으며, 이러한 노인 인구의 증가는 사회적·경제적 제도에 커다란 영향을 미칠 수 있다. 우리나라 노인 인구 증가 속도는 상당히 빨라서 2000년에는 노인 인구가 7.2%, 2020년에는 15.1%로 증가할 추세에 있으며, 평균 수명의 연장 역시 두드러져서 1990년 전체 평균 수명이 71세에서 2000년에는 76세, 2010년에는 79세, 2020년에는 83세가 될 전망으로 본격적으로 노령화 사회에 접어들었다고 볼 수 있다(Korea national statistical office, 2003). 특히 주목되는 것은 노인 인구구성 비율이 7.0%에서 14.0%에 이르는 기간이 우리나라의 경우 25년이 걸리는 것으로 예상되지만 미국은 75년, 스웨덴은 85년, 프랑스는 113년, 일본은 26년에 비하면 매우 빠른 것으로 나타나(Korea national statistical office, 1996), 다른 나라의 경우와는 달리 인구 노령화에 따른 노인 문제가 심각할 것으로 예상된다.

노인에게 흔히 대두되는 문제는 경제적 빈곤, 질병, 건강약화, 자존감 상실 등이며, 이는 노인들로 하여금 무가치감을 일으키게 하여 삶의 질을 저하시키는 요인이 된다. 즉, 사회에서의 은퇴와 더불어 변화되는 경제적 불안정과 사회나 가정에서의 역할변화, 신체 기능의 저하, 청년 지향 사회로부터의 소외감과 상실, 고립감, 우울, 슬픔, 죄의식,

절망 등은 노인으로 하여금 심리적 변화를 일으키게 하며 이로 인해 여러 가지 신체, 심리, 사회적인 문제를 일으킬 수 있다(Smeltzer & Bare, 1997). 따라서 노인은 어느 연령층보다 자신의 건강을 유지 증진하기 위한 건강증진 프로그램이 절실히 필요한 실정이다.

우리나라의 지역별 노령화 현상을 비교해 보면, 1990년 도시 지역에서는 60세 이상의 노인 인구가 1,815천명으로 100명당 5.6명인데 비하여 농촌 지역에서는 1,503천명으로 100명당 13.5명이다. 이는 도시 지역이 노인 인구의 실수 면에서는 증가율이 높으나 이를 구성비로 살펴보면 농촌 지역의 노인 인구가 도시 지역에 비해 2배가 넘는다(Korea national statistical office, 1995). 따라서 노령화에 따른 문제점들은 도시 지역에 비해 농촌 지역이 훨씬 더 많으므로, 농촌 노인들을 위한 지원적 체계가 시급한 실정이다.

우리나라 농촌노인과 도시노인의 생활을 비교해 볼 때, 농촌노인이 보건의료기관이나 건강생활을 위한 관련 시설의 접근성이 더욱 불리한 환경적 조건하에서 생활하고 있다. 의료 및 복지시설의 접근성이 제한되고 관련서비스를 적절한 시기에 적절한 형태로 제공받지 못하므로, 노년기 노화현상을 더욱 가속화하며 자연노화로 인한 신체적 기능장애와 병리적 진전을 촉진하게 되는 실정에 있다. 한국보건사회연구원에 의하면 98년말 현재 종합병원, 병원, 의원 등 전국의 의료기관 64, 514개 가운데 농촌지역인 군 단위 병원수는 5,985로 9%에 불과한 것으로 나타났다(The Farmers newspaper, 1999).

* 계명대학교 간호대학

** 거창전문대 간호과(교신저자 E-mail : 2563yjoh@hanmail.net)

Joo, Kim, Lee & Min(1996)의 연구에서도 도시에 비해 농촌노인들의 의료접근성이 떨어지며, Casey, Thiede & Klingner(2001)의 연구에서도 농촌노인들이 예방적 보건의료 서비스에 소외되어 있으며, 농촌에서 도시로 갈수록 더 질 좋은 의료서비스를 제공받을 수 있다고 하였다. 농촌노인들의 건강상태를 조사한 선행연구들을 살펴보면, Shin(1992)의 연구에서는 농촌노인은 의료서비스가 부족해 만성질환의 보유율이 도시노인보다 2배나 더 높은 것으로 나타났고, Cho & Kim(1996)은 농촌노인들이 74.8%의 유병율을 가지고 있으며, Jung(2001)의 연구에서는 88.7%의 유병율을 가지고 있는 것으로 나타났다. 또한 질병종류별로 보면 근골격계 질환이 가장 많은 것으로 나타났다(Shin, 1992; Cho & Kim, 1996; Jung, 2001; Kong & Kim, 1996).

이와 같이 농촌과 도시는 생활양식과 경제 등에 많은 차이점이 있으며, 농촌과 도시간의 지역불균형 및 생활양식의 차이 등으로 인해 농촌노인과 도시노인들의 건강에는 많은 차이가 있는 것으로 나타났다. 하지만 이들 연구에서는 농촌노인들의 건강문제에 대한 전반적이고 체계적인 분석이 부족한 실정이므로 본 연구에서는 CMI와 OMI를 수정보완한 건강문제 조사표를 이용하여 농촌노인들의 건강문제를 분석하고자 한다. CMI와 OMI 건강문제 조사표는 신체계통별로 건강문제를 분석하도록 되어 있으며, 특히 OMI는 대상자의 생활습관에 대한 문항이 포함되어 있어, 보다 더 체계적으로 대상자들의 건강문제를 파악할 수 있다.

농촌노인들을 위한 건강증진 프로그램을 개발할 때는 지역·환경적인 특성을 고려하고, 지역사회 노인의 건강문제 및 지각된 건강상태를 토대로 하여 적절한 건강증진 프로그램을 개발 적용해야만 효과가 있을 것이다. 이에 본 연구자는 일 지역 농촌노인들의 건강문제와 지각된 건강상태를 파악하고 관련요인을 분석하여 향후 바람직한 농촌형 노인 건강증진 프로그램을 개발하는데 기초 자료로 활용하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 농촌노인의 건강문제 및 지각된 건강상태를 파악하기 위한 서술적 조사연구(survey)이다.

2. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구자는 G군 지역에 거주하는 간호학생 10명을 연구조원으로 활용하여 2002년 10월 1일부터 11월 30일까지 일대일 면담으로 설문지를 작성하였으며, 설문지 작성시간은 30분-40분 정도 소요되었다. 연구대상자 선정은 G군 M면사무소를 방문하여 M면 24개 마을의 노인인구수를 파악하고 각 마을 노인인구의 50%를 임의표출하여 대상자를 선정하는 할당 표출법(quota sampling)을 이용하였다. 각 마을회관에서 사전조사를 실시하였으며, 65세 이상의 노인, 일상생활에 지장을 주는 심각한 질병을 앓지 않은 자, 거동이 불편하지 않은 자, 정신장애를 수반하지 않은 자, 연구목적에 이해하고 참여에 동의한 자를 대상으로 하였다. 총 358명 중 기록이 누락된 자료 22명을 제외한 336명을 본 연구의 최종 분석대상자로 선정하였으며, 본 연구대상자의 응답률은 94%이었다.

3. 연구도구

1) 건강문제

신체의 각계통별 건강문제 유무를 알아보는 조사표로서, CMI(cornell medical index)와 OMI(okayama medical index) 중에서 중복된 부분은 삭제하고, 노인에게 맞지 않는 생식기부분의 문항을 수정, 보완하여 총 117문항으로 구성되었으며, 성인간호학 교수 2인과 노인간호학을 이수한 박사과정생 2인에게 의뢰하여 도구의 타당도를 검증하였다. 눈·귀 9문항, 호흡기 16문항, 심장·혈관계 11문항, 소화기 21문항, 근육·골격 7문항, 피부 7문항, 신경계 16문항, 비뇨·생식계통 11문항, 피로 5문항, 정신·기질 14문항으로 구성되어 있다. 예는 1점, 아니오는 2점으로 점수가 많을수록 건강문제가 많음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 0.93이었다.

2) 지각된 건강상태

지각된 건강상태는 인간이 안녕을 느끼며 생활할 수 있는 건강상태에 대한 개인적인 느낌을 말하며(Choi, 1982), Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale로서 자신이 평가하는 현재 건강상태, 1년 전과의 건강상태 비교, 건강상의 문제평가, 동년배와의 건강상태를 비교하는 문항으로 총 4문항

으로 구성되었다. 도구의 3문항은 3점 척도, 1문항은 5점 척도로서 점수가 높을수록 자신이 지각하는 건강상태가 좋음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach α 0.72이었다.

4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS-WIN 10.0을 이용하여 분석하였다.

대상자의 일반적인 특성과 생활습관 양상은 실수와 백분율을 구하고 건강문제는 평균, 표준편차, 평균평점을 산

출하였다. 지각된 건강상태는 실수와 백분율을 구하였으며, 일반적인 특성과 생활습관 양상에 따른 건강문제 및 지각된 건강상태 정도의 차이는 t-test, ANOVA를 이용하였으며 사후검정으로는 Scheffe test를 실시하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적인 특성

대상자의 연령은 65세-69세가 128명(39.8%)으로 가장 많았으며, 평균연령은 73.41세였다. 교육정도는 무

<Table 1> General Characteristics

(N=336)

Characteristics	Categories	N	%
Age	65-69 year	128	39.8
	70-74 year	85	25.3
	75-79 year	61	18.2
	Above 80 year	56	16.7
	M(SD)		73.41(6.20)
Education	None	232	69.4
	Elementary	83	24.9
	Above middle	19	5.7
Gender	Male	114	33.9
	Female	222	66.1
Monthly pocket money (ten-thousand won)	None	137	41.0
	Less than 10	85	25.4
	Less than 10-20	50	15.0
	Less than 20-30	33	9.9
	More than 30	29	8.7
Pocket money provider	Principal	106	32.8
	Spouse	11	3.4
	Children	164	50.8
	Government assistance	28	8.7
	Other	14	4.3
Marital status	Married	199	59.2
	Widowed/Divorced/Separate/Maiden	137	40.8
Family type	Alone	108	32.2
	With spouse	163	48.5
	Married son	42	12.5
	Other/relative	23	6.8
Religion	Protestant/Catholicism	43	12.8
	Buddhism	126	37.5
	None	155	46.1
	Other	12	3.6
Occupation	No	129	38.4
	Yes	207	61.6
Current health status	I am healthy	96	28.6
	Moderate	64	19.0
	I am unhealthy	176	52.4
Health education	No	250	74.4
	Yes	86	25.6
Medical diagnosis	No	123	36.6
	Yes	213	63.4
Current taking medication	No	112	33.4
	Yes	223	66.6

학이 232명(69.4%)으로 가장 많았으며, 초등학교가 83명(24.9%), 중학교 이상이 19명(5.7%)으로 나타났다. 성별은 남자가 114명(33.9%), 여자가 222명(66.1%)이었다. 한달 용돈은 특별히 없는 군이 137명(41.0%)으로 가장 많았으며, 10만원 미만 85명(25.4%), 10만원 이상-20만원 미만 50명(15.0%), 20만원 이상-30만원 미만 33명(9.9%), 30만원 이상인 군이 29명(8.7%)으로 나타났다. 용돈제공은 자녀가 164명(50.8%)으로 가장 많았으며, 본인 106명(32.8%), 정부보조 28명(8.7%), 기타 14명(4.3%), 배우자 11명(3.4%)의 순으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 있는 기혼이 199명(59.2%)이었으며, 사별/미혼/이혼/별거 등 배우자가 없는 군이 137명(40.8%)으로 나타났다. 가족유형은 노부부 둘만 사는 군이 163명(48.5%)이었으며, 혼자 생활하는 군이 108명(32.2%), 아들내외와 생활하는 군이 42명(12.5%), 기타자녀/친척과 동거하는 군이 23명(6.8%)의 순이었다. 종교는 무교가 155명(46.1%)으로 가장 많았으며, 불교가 126명(37.5%), 기독교/천주교가 43명(12.8%)으로 나타났다. 직업은

있는 군이 207명(61.6%)이고, 현 건강상태는 건강하지 못한 편이다가 176명(52.4%)으로 나타났으며, 건강한 편이다가 96명(28.6%), 보통이다가 64명(19.0%)으로 나타났다. 건강교육을 받은 경험이 없는 군이 250명(74.4%), 진단 받은 질병이 있는 군이 213명(63.4%), 최근 약을 복용하고 있는 군이 223명(66.6%)으로 나타났다(Table 1).

2. 대상자의 생활습관 양상

대상자의 생활습관 양상을 살펴보면, 1일 평균수면시간은 6시간-8시간 미만이 126명(37.5%)으로 가장 많았으며, 6시간 미만 118명(35.1%), 8시간 이상이 92명(27.4%)의 순으로 나타났다. 1일 섭취하는 음주량은 한잔도 마시지 않는다가 209명(62.2%)으로 가장 많았으며, 1-2잔이 81명(24.1%), 3잔 이상이 46명(13.7%)의 순으로 나타났다. 1일 피우는 담배수는 한개피도 피우지 않는다가 206(62.2%)으로 가장 많았으며, 1-5개피가 56명(16.4%), 6-10개피가 43명(12.5%), 11개피 이상이 31명(8.9%)의 순으로 나타

<Table 2> Life style pattern

(N=336)

Characteristics	Categories	N	%
Sleeping hours(per day)	Below 6	118	35.1
	6-7	126	37.5
	Above 8	92	27.4
Drinking(cup/day)	None	209	62.2
	1-2	81	24.1
	Above 3	46	13.7
Smoking(cigarettes/day)	None	206	62.2
	1-5	56	16.4
	6-10	43	12.5
	Above 11	31	8.9
Milk drink	None	174	51.9
	Sometimes	124	37.0
	More than 1 bottle every day	37	11.1
Salty food intake	Not salted enough	72	21.4
	Moderate	117	34.8
	Salted enough	147	43.8
Greenish yellow vegetables intake	Often	288	86.5
	Moderate	20	6.0
	Not often	25	7.5
Fat food intake	Often	52	15.5
	Moderate	184	54.9
	Not often	99	29.6
Hobby	Yes	71	21.3
	No	263	78.7
Exercise habit	None	307	91.4
	Exercise regularly	29	8.6

<Table 3> Health problem

Body system(items)	Male	Female	Total	Average grades
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Eyes · Ears(9)	2.84±2.00	3.44±1.99	3.24±2.01	.36± .22
Respiratory system(16)	2.35±2.68	2.46±2.62	2.42±2.64	.15± .16
Cardiovascular system(11)	1.57±2.06	2.71±2.16	2.32±2.19	.21± .19
Digestive system(21)	3.81±2.90	4.25±2.74	4.10±2.80	.19± .13
musculoskeletal system(7)	2.64±2.20	3.75±2.01	3.37±2.14	.48± .30
Skin(7)	0.96±1.28	0.89±1.05	0.91±1.13	.13± .16
Nervous system(16)	2.06±2.20	3.30±2.54	2.88±2.50	.18± .15
Genitourinary system(11)	1.36±1.32	2.31±2.29	1.99±2.06	.28±1.80
Fatigability(5)	1.77±1.55	2.47±1.90	2.24±1.82	.44± .36
Mood & temper patterns(14)	2.95±2.22	3.20±1.90	3.11±2.44	.22± .17
Total(117)	21.95±13.45	28.54±12.59	26.19±13.21	.26± .21

났다. 우유섭취는 안마시는 군이 174명(51.9%), 전음식 섭취는 짜게 먹는 편인 군이 147명(43.8%), 녹황색 채소섭취는 자주 먹는 편인 군이 288명(86.5%), 기름진 음식섭취는 보통인 군이 184명(54.9%)으로 가장 많은 것으로 나타났다. 취미는 없는 군이 263명(78.7%), 운동습관은 거의 하지 않는 군이 307명(91.4%)으로 나타났다(Table 2).

3. 신체 계통별 건강문제

대상자의 신체계통별 건강문제를 비교해본 결과 근육·골격계의 건강문제(.48±.30)가 가장 많은 것으로 나타났으며, 그 다음이 피로(.44±.36), 눈·귀(.36±.22), 비뇨·생식계(.28±1.80), 정신기질(.22±.17), 심장·혈관계(.21±.19), 소화기계(.19±.13), 신경계(.18±.15), 호흡기계(.15±.16), 피부(.13±.16)의 순으로 나타났다.

건강문제 호소수를 성별로 비교해 볼 때, 여성(28.54)이 남성(21.95)에 비해 건강문제가 많았으며, 전체 건강문제 호소수는 26.19개로 나타났다(Table 3).

4. 지각된 건강상태

대상자의 현재 건강상태를 살펴보면, 건강하지 않은 편이다가 134명(39.9%)으로 가장 많았으며, 건강한 편이다가 86명(25.6%), 보통이다 64명(19.0%), 매우 건강하지 못하다가 42명(12.5%), 매우 건강하다가 10명(3.0%)의 순으로 나타났다. 1년 전과 건강을 비교할 때 더 나빠졌다가 220명(65.4%), 마찬가지로 102명(30.4%), 더 좋아졌다 14명(4.2%)으로 나타났으며, 건강상의 문제평가는 약간 있다가 156명(46.4%), 많이 있다가 126명(37.5%), 전혀 없다가 54명(16.1%)으로 나타났다. 동년배와 건강비교시 더 나빠다가 128명(38.1%), 비슷하다가 123명(39.6%), 더 좋다가 75명

<Table 4> Perceived health status

(N=336)

Characteristics	Categories	N	%
Current health status	I am very healthy	10	3.0
	I tend to be health	86	25.6
	I don't know	64	19.0
	I tend to be unhealth	134	39.9
	I am very unhealthy	42	12.5
When compare with 1 year ago	Improved more	14	4.2
	Same	102	30.4
	Worse more	220	65.4
Problem on health	None	54	16.1
	There is some problem on health	156	46.4
	There are much problems on health	126	37.5
When compare with the same age	Improved more	75	22.3
	Same	123	39.6
	Worse more	128	38.1
Total(14score)	M(SD)	7.68±2.22	

(22.3%)으로 나타났다. 지각된 건강상태의 전체 평균 점수는 14점 만점에 7.68점으로 나타났다(Table 4).

5. 일반적인 특성에 따른 건강문제와 지각된 건강 상태와의 비교

농촌노인의 건강문제는 일반적인 특성 중 교육정도, 성별, 결혼상태, 가족유형, 직업, 현 건강상태, 진단 받은 질병유무, 최근 약복용 유무에 따라 유의한 차이가

있는 것으로 나타났다.

교육정도가 무학인 군이 28.19점으로 건강문제가 가장 많았고, 초등학교 졸업군이 23.03점, 중학교 이상 졸업군이 17.11점 순이었고, 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며(F=9.532, p=0.000), 이것을 Scheffe 검증을 한 결과 무학인 군이 초등학교, 중학교 이상 졸업군에 비해 건강문제가 많은 것으로 나타났다. 성별은 여성이 28.41점으로 남성의 21.26점에 비해 건강문제가 많은 것으로 나타났다(t=-4.246, p=0.000). 결혼상태

<Table 5> Comparison with health problem and perceived health status according to general characteristics

(n=336)

Characteristics	Categories	Health problem				Perceived health status			
		M(SD)	t/F	P	Scheffe	M(SD)	t/F	P	Scheffe
Age	1. 65-69	25.49±14.05	0.778	0.507		7.76±2.38	0.194	0.901	
	2. 70-74	25.92±13.22				7.62±2.06			
	3. 75-79	26.51±11.32				7.73±2.19			
	4. Above 80	28.78±13.22				7.51±2.11			
Education	1. None	28.19±12.90	9.532	0.000	1)2,3	7.38±2.06	6.408	0.002	2,3)1
	2. Elementary	23.03±13.01				8.30±2.51			
	3. Above middle	17.11±11.87				8.36±2.19			
Gender	1. Male	21.26±13.18	-4.246	0.000		8.17±2.46	2.949	0.003	
	2. Female	28.41±12.56				7.42±2.05			
Monthly pocket money (ten-thousand won)	1. None	26.24±12.60	0.965	0.427		7.76±2.33	0.785	0.536	
	2. Below 10	26.76±13.54				7.55±1.98			
	3. 10-20	24.38±14.24				8.06±2.09			
	4. 20-30	29.49±14.67				7.48±2.56			
	5. Above 30	23.71±11.85				7.27±2.20			
Pocket money provide	1. Principal	24.29±13.90	1.268	0.283		7.91±2.28	1.360	0.248	
	2. Spouse	25.40±13.08				7.63±2.15			
	3. Children	26.81±12.86				7.53±2.13			
	4. Government assistance	29.43±10.31				7.92±1.92			
	5. Other	30.15±17.89				6.64±2.67			
Marital status	1. Married	23.17±12.61	-3.531	0.000		7.89±2.25	0.802	0.034	
	2. Widowed/Divorced/ Separate/Maiden	28.19±12.33				7.37±2.14			
Family type	1. Alone	29.15±12.58	5.742	0.001	1)2 4)2,3	7.37±2.06	4.844	0.003	4)2,3
	2. With spouse	24.23±13.21				7.88±2.24			
	3. Married son	22.94±11.36				8.35±2.06			
	4. Other/relative	32.76±14.94				6.47±2.55			
Religion	1. Protestant/Catholicism	25.79±15.40	0.978	0.404		7.67±2.39	2.622	0.051	
	2. Buddhism	26.50±12.67				7.66±2.17			
	3. None	26.53±13.35				7.56±2.16			
	4. Other	19.28± 5.43				9.41±2.50			
Occupation	1. No	29.40±13.62	3.356	0.001		7.30±2.06	-2.485	0.011	
	2. Yes	24.33±12.63				7.91±2.29			
Current health status	1. I am healthy	19.50±10.02	31.176	0.000	3)1,2	6.06±1.29	293.345	0.000	3)1,2
	2. Moderate	21.95±12.00				8.54±1.05			
	3. I am unhealthy	31.17±13.06				10.07±1.57			
Health education	1. No	26.37±14.24	0.132	0.895		7.60±2.24	1.112	0.268	
	2. Yes	26.14±12.89				7.90±2.15			
Medical diagnosis	1. No	21.15±11.19	-5.419	0.000		8.70±2.03	6.924	0.000	
	2. Yes	29.13±13.44				7.08±2.11			
Current taking medication	1. No	20.80±11.00	-5.354	0.000		8.48±2.11	4.935	0.000	
	2. Yes	28.84±13.27				7.26±2.17			

는 배우자가 없는 사별/미혼/이혼/별거가 28.19점으로 배우자가 있는 기혼의 23.17점에 비해 건강문제가 많은 것으로 나타났다($t=-3.531, p=0.000$). 가족유형은 기타자녀/친척들과 동거하는 경우가 32.76점으로 건강문제가 가장 많았으며, 혼자 생활하는 경우가 29.15점, 노부부 둘만 생활하는 경우가 24.23점, 아들 내외와 생활하는 경우가 22.94점으로 나타났으며 유의한 차이가 있었다($F=5.742, p=0.001$). 이것을 Scheffe 검정을 한 결과 혼자 생활하는 경우가 노부부 둘만 생활하는 경우보다 건강문제가 더 많았으며, 기타자녀/친척과 동거하는 경우가 아들내외와 노부부 둘만 생활하는 경우보다 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다. 직업은 없는 군이 29.40점으로 있는 군의 24.33점에 비해 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다($t=3.356, p=0.001$). 현 건강상태는 건강하지 못한 편인 군이 31.17점으로 건강문제가 가장 많았으며, 보통인 군이 21.95점, 건강한 편인 군이 19.50점으로 나타나 유의한 차이가 있었다($F=31.176, p=0.000$). 이것을 Scheffe 검증을 한 결과 건강하지 못한 편인 군이 보통인 군과 건강한 편인 군에 비해 건강문제가 많은 것으로 나타났다. 진단 받은 질병이 있는 군이 29.13점으로 없는 군의 21.15점에 비해 건강문제가 더 많은 것으로 나타났으며($t=-5.419, p=0.000$), 최근 약 복용이 있는 군이 28.84점으로 없는 군의 20.80점에 비해 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다($t=-5.354, p=0.000$).

농촌노인의 지각된 건강상태는 일반적인 특성 중 교육정도, 성별, 결혼상태, 가족유형, 직업, 현 건강상태, 진단 받은 질병유무, 최근 약 복용유무에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

교육정도는 중학교 이상인 군이 8.36점으로 지각된 건강상태가 가장 좋았으며, 초등학교 졸업군이 8.30점, 무학인 군이 7.38점으로 나타났으며, 유의한 차이가 있었다($F=6.408, p=0.002$). 이것을 Scheffe 검정을 한 결과 초등학교, 중학교 이상 졸업군이 무학인 군에 비해 지각된 건강상태가 좋은 것으로 나타났다. 성별은 남성이 8.17점으로 여성의 7.42점에 비해 지각된 건강상태가 더 좋은 것으로 나타났으며($t=2.949, p=0.003$), 결혼상태는 배우자가 있는 기혼이 7.89점으로 배우자가 없는 사별/미혼/이혼/별거가 7.37점보다 지각된 건강상태가 더 좋은 것으로 나타났다($t=0.802, p=0.034$). 가족유형은 아들내외와 사는 군이 8.35점으로 지각된 건강상태가 가장 좋은 것으로 나타났으며, 그 다음이 노부

부 둘만 7.88점, 혼자생활 7.37점, 기타자녀/친척과 동거가 6.37점 순으로 나타나 유의한 차이가 있었다($F=4.844, p=0.003$). 이것을 Scheffe 검정을 한 결과 노부부 둘만, 아들내외와 동거하는 군이 기타자녀/친척과 동거하는 군보다 지각된 건강상태가 더 좋은 것으로 나타났다. 직업은 있는 군이 7.91점으로 없는 군인 7.30점에 비해 지각된 건강상태가 더 좋은 것으로 나타났다. 현 건강상태는 건강한 편인 군이 10.07점으로 가장 높았으며, 보통인 군이 8.54점, 건강하지 못한 편인 군이 6.06점으로 나타나 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=293.345, p=0.000$). 이것을 Scheffe 검정을 한 결과 건강한 편인 군이 건강하지 못한 편인 군과 보통인 군에 비해 지각된 건강상태가 좋은 것으로 나타났다. 진단 받은 질병이 없는 군이 8.70점으로 있는 군의 7.08점에 비해 지각된 건강상태가 좋으며($t=6.924, p=0.000$), 최근 약 복용을 하지 않는 군이 8.48점으로 하는 군의 7.26점에 비해 지각된 건강상태가 더 좋은 것으로 나타났으며($t=4.935, p=0.000$) (Table 5).

6. 생활습관 양상에 따른 건강문제와 지각된 건강 상태와의 비교

농촌노인의 건강문제는 생활습관 양상 중 1일 섭취하는 음주량, 1일 피우는 담배 개비 수, 짠 음식 섭취, 녹황색 채소섭취, 기름진 음식섭취에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

1일 섭취하는 음주량은 3잔 이상 마시는 군이 26.22점으로 건강문제가 가장 많은 것으로 나타났으며, 1-2잔이 25.76점, 마시지 않는 군이 19.39점으로 나타나 유의한 차이가 있었다($F=5.223, p=0.006$). 이것을 Scheffe 검정을 한 결과 1-2잔, 3잔 이상 마시는 군이 마시지 않는 군에 비해 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다. 1일 피우는 담배는 11개비 이상 피우는 군이 27.44점으로 건강문제가 가장 많은 것으로 나타났으며, 1-5개비 26.84점, 6-10개비 24.66점, 피우지 않는 군이 18.64점으로 나타나 유의한 차이를 보였다($F=4.087, p=0.007$). 이것을 Scheffe 검정을 한 결과 11개비 이상을 피우는 군이 피우지 않는 군에 비해 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다. 짠 음식 섭취는 짜게 먹는 편인 군이 29.54점으로 건강문제가 가장 많았으며, 보통인 군이 26.27점, 싱겁게 먹는 편인 군이 24.49점으로 나타나 유의한 차이가 있었다($F=3.424,$

(Table 6) Comparison with health problem and perceived health status according to life style pattern

Characteristics	Categories	Health problem				Perceived health status			
		M±SD	t/F	p	Scheffe	M±SD	t/F	p	Scheffe
Sleeping hours (per day)	1. Below 6	27.36±11.68	0.827	0.438		7.42±2.18	3.966	0.020	2)1,3
	2. 6-7	25.95±14.46				8.11±2.23			
	3. Above 8	24.97±13.34				7.41±2.19			
Drinking (cup/day)	1. None	19.39±9.95	5.223	0.006	3)1, 2	8.69±2.35	7.231	0.001	1)3
	2. 1-2	25.76±13.69				7.87±2.21			
	3. Above 3	26.22±12.59				7.38±2.12			
Smoking (cigarettes/day)	1. None	18.64± 9.01	4.087	0.007	4)1	8.26±2.05	2.064	0.105	
	2. 1-5	26.84±15.07				7.80±2.38			
	3. 6-10	24.66±12.93				8.16±2.41			
	4. Above 11	27.44±12.97				7.46±2.14			
Milk drink	1. None	25.20±13.40	1.159	0.315		7.85±2.25	1.586	0.206	
	2. Sometimes	27.60±13.33				7.41±2.09			
	3. More than 1 bottle every day	25.66±11.41				7.86±2.42			
Salty food intake	1. Not salted enough	24.49±11.32	3.424	0.034	3)1	7.63±2.50	0.040	0.961	
	2. Moderate	26.27±15.00				7.72±2.00			
	3. Salted enough	29.54±13.32				7.66±2.25			
Greenish yellow vegetables intake	1. Often	25.49±12.77	6.343	0.002	3)1	7.77±2.23	2.105	0.123	
	2. Moderate	24.91±14.91				7.25±2.19			
	3. Not often	35.37±12.25				6.92±2.17			
Fat food intake	1. Often	22.21±11.84	5.327	0.005	3)1	8.13±2.11	1327	0.267	
	2. Moderate	25.52±12.83				7.60±2.10			
	3. Not often	29.48±14.01				7.56±2.47			
Hobby	1. Yes	26.66±14.79	0.313	0.754		7.70±2.59	0.150	0.881	
	2. No	26.09±12.81				7.65±2.11			
Exercise habit	1. None	25.32±12.63	0.488	0.626		7.63±2.23	-1.244	0.203	
	2. Exercise regularly	24.11±13.81				8.17±2.12			

p=0.034). 이것을 Scheff 검정을 한 결과 짜게 먹는 편인 군이 싱겁게 먹는 편인 군보다 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다. 녹황색 채소 섭취는 안 먹는 편인 군이 35.37점, 보통인 군이 24.91점, 자주 먹는 편인 군이 25.49점으로 나타나 유의한 차이가 있었다(F=6.343, p=0.002). 이것을 Scheffe 검정을 한 결과 안 먹는 편인 군이 자주 먹는 편인 군보다 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다. 기름진 음식 섭취는 안 먹는 편인 군이 29.48점, 보통인 군이 25.52점, 자주 먹는 편인 군이 22.21점으로 나타나 유의한 차이가 있었다(F=5.327, p=0.005). 이것을 Scheffe 검정을 한 결과 안 먹는 편인 군이 자주 먹는 편인 군보다 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다.

농촌노인의 지각된 건강상태는 생활습관 양상 중 1일 평균 수면시간, 1일 섭취하는 음주량에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

1일 평균수면시간은 6시간-8시간미만이 8.11점으로

지각된 건강상태가 좋은 것으로 나타났고, 6시간미만이 7.42점, 8시간 이상이 7.41점으로 나타나 유의한 차이가 있었다(F=3.966, p=0.020). 이것을 Scheffe 검정을 한 결과 6시간-8시간미만 군이 6시간미만 군, 8시간 이상 군에 비해 지각된 건강상태가 더 좋은 것으로 나타났다. 1일 섭취하는 음주량은 마시지 않는 군이 8.69점으로 지각된 건강상태가 가장 좋은 것으로 나타났으며, 1-2잔 7.87점, 3잔 이상 군이 7.38점으로 나타나 유의한 차이가 있었다(F=7.231, p=0.001). 이것을 Scheffe 검정을 한 결과 마시지 않는 군이 3잔 이상 마시는 군에 비해 지각된 건강상태가 좋은 것으로 나타났다(Table 6).

IV. 논 의

우선 농촌노인들의 건강과 관련된 생활습관을 살펴보면, 1일 평균수면시간은 6시간-8시간미만이 126명

(37.5%)으로 가장 많은 것으로 나타났다. Kim(2002)의 연구에서는 6시간-8시간이 194명(81.9%)으로 본 연구결과보다 수면시간이 긴 것으로 나타났는데, 이는 30세 이상의 성인들을 대상으로 연구를 실시하였으므로 본 연구결과와 차이가 있다고 사료된다. 1일 섭취하는 음주량은 한잔도 마시지 않는다가 62.2%로 가장 많았으며, 1-2잔이 24.1%, 3잔 이상이 13.7%로 나타났다. Hwang(1996)의 연구에서도 1일 섭취하는 음주량이 한잔도 안 마신다가 68.3%로 가장 많았으며, Kim(2002)의 연구에서도 1달에 섭취하는 음주량을 살펴본 결과 한잔도 마시지 않는다가 44.7%로 가장 많았다. 도시노인과 농촌노인을 비교한 Jun, Kim, Park & Oh(2002)의 연구에서는 농촌노인의 36.0%가 음주를 하고, 도시노인은 33.81%가 음주를 하므로, 농촌노인의 음주정도가 약간 높았다. 노인의 경우 체지방 비중이 10%정도 감소하고 몸의 수분의 비율이 감소하므로 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(Korean Academy of Family Medicine, 1996). 농촌노인들의 경우 특히 힘든 노동으로 인한 피로와 근육통을 잊기 위해 음주를 하는 경우가 많아서 건강증진 프로그램을 개발할 때는 절주에 대한 전략방안이 포함되어야 할 것이다.

1일 피우는 담배 수는 한 개비도 피우지 않는다가 62.2%로 가장 많았으며, 1-5개비가 16.4%, 6-10개비가 12.5%, 11개비 이상이 8.9%의 순으로 나타났다. 이는 선행연구(Hwang, 1996; Kim, 2002; Kim, 2001)와 비교해 볼 때, 비흡연자의율이 비슷하지만 흡연자들이 피우는 담배 개피 수는 본 연구 대상자들이 훨씬 작은 것으로 나타났는데, 이는 연구 대상자 중에서 여성노인이 많기 때문인 것으로 사료된다. Jun, et al(2002)의 연구에서는 농촌노인의 84.80%, 도시노인의 44.85%가 흡연을 하는 것으로 나타나, 농촌노인이 도시노인보다 훨씬 더 많이 흡연을 하는 것을 알 수 있다. 흡연은 노인의 건강에 심각한 문제, 즉 관상동맥질환, 말초혈관질환, 만성폐색성 폐질환 등의 중요한 질병을 야기할 수 있으며 폐암, 췌장암, 방광암과 자궁경부암의 발생률을 증가시키고 뇌졸중, 골다공증, 체중감소, 근력저하, 그리고 신체기능의 저하와 밀접한 관계가 있다. 따라서 노인을 위한 건강증진 프로그램을 마련할 때는

금연의 중요성과 금연 관리방안에 주안점을 두어야 할 것이다.

식습관을 살펴보면 우유섭취 노인의 비율이 낮았고, 음식은 짜게 먹는 편이고, 녹황색 채소는 자주 먹는 편이며, 기름진 음식섭취는 보통정도인 것으로 나타났다. 현재 우리나라의 질병발생 양상은 영양섭취와 관련이 있는 비만, 당뇨병, 고혈압, 고지혈증 등과 연관된 뇌혈관 질환과 관상동맥질환의 발생률과 사망률의 증가를 보여주고 있다(Korea national statistical office, 2003). 따라서 노인들을 대상으로 뇌혈관 질환 및 관상동맥질환의 예방을 위해 저염식에 대한 교육이 필요하며 골다공증을 예방하기 위해서 우유 섭취를 권장할 필요가 있다.

한편 농촌노인 중 취미가 없는 군이 78.7%로서, 이는 대체로 집안에서 혼자 소일하면서 소극적으로 보내거나 마을회관 및 경로당에서 친구들과의 대화 및 화투, 장기 등으로 시간을 보낼 수 있었다. 앞으로 농촌노인을 위한 프로그램 개발 시 삶에 활력을 불어 넣어줄 수 있는 다양한 취미 프로그램을 포함할 필요성이 있다. 또한 운동을 거의 하지 않는 군이 91.4%로 농촌노인이 운동을 하지 않는 문제가 심각한 것으로 나타났다. Hwang(1996)의 연구에서도 운동을 거의 하지 않는다가 97.8%로 나타났다. 향후 농촌노인들이 운동을 시작하도록 동기화시키고 유지할 수 있는 운동 프로그램 전략방안을 강구해야 할 것이다.

다음으로 농촌노인의 신체계통별 건강문제를 살펴보면, 근육·골격계의 건강문제가 가장 많은 것으로 나타났으며, 그 다음이 피로, 눈·귀, 비뇨·생식계 문제 순으로 나타났다. 농촌노인을 대상으로 한 많은 선행연구(Shin, 1992; Cho & Kim, 1996; Kong & Shin, 1996; Hwang, 1996; Moon & Nam, 2001; Kong & Kim, 1996; Kim, 2000; Kim, 2001)에서도 근육·골격계 질환, 심혈관계, 소화기계, 시각·치아장애가 많은 것으로 나타났다. 도시노인들과 건강문제를 비교해보면 근육·골격계 질환의 유병율이 농촌노인이 더 높으며(Jun, et al., 2002), 도시노인들에 비해 농촌노인들이 건강문제와 진단 받은 질병이 더 많이 가지고 있었으며(Kong & Kim, 1996), 농촌노인의 건강문제 호소율이 도시노인보다 훨씬 더 높았다(Kong & Shin, 1996). 도시노인을 대상으로 한 Lee(1997)의 연구에서는 고혈압이 가장 많았으며 그 다음이 관절염, 신경통, 호흡기계 질환, 당뇨병 등의 순이었다. 이처럼 농촌노인들이 신경계 계통과 근육·골격계 질환으로 고통 받는 비율이 높은 것

은 노동력 부족 및 농업기계화 부진 등으로 감당하기 어려운 육체노동을 지속하고 있기 때문인 것으로 사료된다. 또한 농촌노인들은 노인성질환으로 고통 받고 있지만 농사활동을 계속해야 하기 때문에 적절한 시기에 치료받지 못하는 문제도 생기게 된다.

다음으로 건강문제 호소 수를 성별로 비교해 볼 때, 여성 노인이 남성 노인에 비해 건강문제가 많은 것으로 나타났다. 이는 여성 노인이 남성 노인에 비해 농부중양성률이 높은 것으로 나타난 Kim(2002)의 연구, 여성 노인의 질병율이 남성노인보다 높다는 Jun, et al.,(2002), Kim(2001), Shin(1992)의 연구결과와 일치하였다. 이는 여성의 신체조건이 남성에 비해 육체적 노동에 더 불리하여 같은 일을 하여도 여자에게는 과중한 부담이 되며, 또한 농촌 여성에게는 농업노동이외에 가사노동이 추가되므로 실질적인 노동시간이 남자보다 더 많기 때문인 것으로 사료된다. 향후 농촌 여성노인을 위한 건강관리프로그램 개발 및 보급이 시급하다고 본다.

대상자의 지각된 건강상태를 살펴보면, 건강하지 않은 편이다, 1년 전과 비교했을 때 건강상태가 더 나빠졌다. 건강상의 문제가 약간 있다. 동년배와 비교했을 때 비슷하다가 많은 것으로 나타났다. 우리나라 전체 노인인구를 대상으로 살펴본 결과 건강하지 못한 편이다가 37.5%, 보통이다가 27.2%, 건강한 편이다가 22.0%, 매우 나빠다가 10.8%, 매우 건강한 편이다가 2.5%로 나타났으므로(Korea national statistical office, 1999), 본 연구 대상자들의 지각된 건강상태가 더 좋지 않은 것으로 나타났다. 또한 Kim, Chae, Park & Woo(2001)의 연구에서도 현재 건강상태로 인해 일상생활 활동하는데 약간 방해를 받는다가 56.4%로 나타난 본 연구결과와 유사하였다. Oh(2001)의 연구에서는 농촌지역노인의 지각된 건강상태가 도시지역노인보다 더 낮은 것으로 나타났다. 반면에 일반노인을 대상으로 한 Kim(2001)의 연구에서는 62.9%가 자신의 건강상태를 좋다고 하였으며, Kim(1998)의 연구에서도 대체로 자신의 건강상태를 좋은 것으로 평가하고 있는 것으로 나타났다으므로 향후 농촌노인들의 지각된 건강상태를 높일 수 있는 전략이 필요하다고 사료된다.

농촌노인의 건강문제와 지각된 건강상태는 일반적인 특성 중 교육정도, 성별, 결혼상태, 가족유형, 직업, 현 건강상태, 진단받은 질병유무, 최근 약 복용 유무에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

교육정도에 따라서 보면, 무학인 군이 초등학교, 중학교 이상 졸업군에 비해 건강문제가 많았고, 지각된 건강상태는 낮은 것으로 나타났으며, 직업은 없는 군이 있는 군에 비해 건강문제가 더 많았고 지각된 건강상태는 낮은 것으로 나타나서 Lookinland & Harms(1996)와 Brady & Nies(1999)의 연구결과가 유사하였다. 성별로 보면 여성이 남성보다 건강문제가 더 많으며, 지각된 건강상태는 낮은 것으로 나타나서, Eom, et al(1996)과 Kim(2001)의 연구결과와 일치하였다. 이는 전통적인 남자위주의 사회에서 여자들이 몸이 아파도 참고 지내왔으며, 잦은 임신과 출산, 미비한 산후조리 등으로 인해 노후에 신체적 질병이 많은 것으로 사료된다.

또한 배우자가 없는 경우에 배우자가 있는 경우보다 건강문제가 많으며, 지각된 건강상태는 낮은 것으로 나타나서, Shin(1992)의 연구결과와 유사하였다. 가족유형에 따라서 보면 혼자 생활하는 경우가 부부가 같이 생활하는 경우보다 건강문제가 더 많은 것으로 나타났으며, 아들내외와 사는 군의 지각된 건강상태가 가장 좋은 것으로 나타났다. Hwang(1996)의 연구에서 가족 중 가장 많은 지지를 주고 있는 사람으로 남자노인은 배우자를 여자노인은 아들을 품고 있는 것으로 나타났다. 즉 노년기에 배우자나 가족 없이 혼자 생활함으로써 느끼는 외로움이 신체적, 심리적인 건강에도 영향을 준다는 것을 알 수 있다. 특히 한국 전통이 아직 살아있는 농촌에서는 아들 내외와 함께 사는 것이 노인 스스로 느끼는 건강상태에 긍정적 영향을 미침을 알 수 있었다. 하지만 젊은 인구의 도시화로 인해 이러한 지지원이 적어지는 농촌 현실을 감안해본다면, 동료집단 혹은 건강관리 전문인이 농촌 노인의 건강을 주기적으로 돌보는 사회적 시스템을 강화하는 것이 필요하다고 본다.

다음으로 건강 생활 습관에 따른 건강문제를 살펴보면, 짜게 먹는 편인 군이 싱겁게 먹는 편인 군보다 건강문제가 더 많은 것으로 나타났으며, 녹황색 채소를 안 먹는 편인 군이 자주 먹는 편인 군보다 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다. 음식을 짜게 먹음으로써 뇌혈관 질환 및 관상동맥질환의 발생율을 증가시키므로, 노인들이 올바른 식습관을 형성할 수 있도록 도와주어야 하며, 농촌지역이라 녹황색 채소는 쉽게 구할 수 있으므로, 녹황색 채소의 장점을 잘 교육시켜 많이 섭취할 수 있도록 권장해야 한다. 한편 일반적인 상식과는 달리 기름진 음식을 안 먹는 편인 군이 자주 먹는 편인 군보다 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다. 이는 농촌의 지역적

특성상 시장 등과 관련된 시설의 접근성이 불리하고 경제적으로 여유롭지 못함으로 인해서 기름진 음식을 자주 먹는 편이라고 해도 도시 노인과 비교할 때는 적은 양일 수 있다. 향후 기름진 음식의 섭취 정도를 표준화해서 도시와 농촌 노인의 지방음식 섭취 정도를 비교하는 연구가 이루어져야 할 것으로 보인다.

이상으로 농촌노인들에게는 질주와 금연에 대한 중요성, 저염식이, 건전하고 다양한 취미 및 운동 프로그램 개발, 건강에 취약한 여성노인들을 위한 건강관리 프로그램 개발, 동료집단 모임의 활성화 방안 등에 대한 전략방안의 개발이 절실히 요청된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 농촌노인들의 건강문제와 지각된 건강상태를 파악하고 관련요인을 분석하여 향후 바람직한 농촌형 노인 건강증진 프로그램을 개발하는데 기초자료를 제공하기 위해 실시되었다. 연구대상자는 G군 M면의 24개 마을의 65세 이상의 노인 336명을 할당표출 하였으며, 2002년 10월 1일부터 11월 30일까지 자료수집을 실시하였다. 연구도구는 CMI와 OMI를 수정보완한 도구와 North Illinois University에서 개발한 지각된 건강상태 측정도구를 사용하였으며, 수집된 자료는 Pearson correlation coefficient, t-test, ANOVA, 사후 검정은 Scheffe test로 분석하였다.

본 연구결과는 다음과 같다.

- 1) 대상자의 신체계통별 건강문제를 살펴보면, 근육·골격계의 건강문제가 가장 많은 것으로 나타났으며, 그 다음이 피로, 눈·귀, 비뇨·생식계, 정신기질, 심장·혈관계, 소화기계, 신경계, 호흡기계, 피부의 순으로 나타났다.
- 2) 성별로 건강문제를 비교해보면, 여성이 남성보다 건강문제가 많은 것으로 나타났다.
- 3) 대상자의 지각된 건강상태는 7.68점(14점 만점)으로 나타났다.
- 4) 농촌노인의 건강문제는 일반적인 특성 중 교육정도($F=9.532$, $p=0.000$), 성별($t=-4.246$, $p=0.000$), 결혼상태($t=-3.531$, $p=0.000$), 가족유형($F=5.742$, $p=0.001$), 직업($t=3.356$, $p=0.001$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

- 5) 농촌노인의 지각된 건강상태는 일반적인 특성 중 교육정도($F=6.408$, $p=0.002$), 성별($t=2.949$, $p=0.003$), 결혼상태($t=0.802$, $p=0.034$), 가족유형($F=4.844$, $p=0.003$), 직업($t=-2.485$, $p=0.011$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

- 6) 농촌노인의 건강문제는 생활습관 양상 중 1일 섭취하는 음주량($F=5.223$, $p=0.006$), 1일 피우는 담배 개비수($F=4.087$, $p=0.007$), 짠 음식 섭취($F=3.424$, $p=0.034$), 녹황색 채소섭취($F=6.343$, $p=0.002$), 기름진 음식섭취($F=5.327$, $p=0.005$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

- 7) 농촌노인의 지각된 건강상태는 생활습관 양상 중 1일 평균 수면시간($F=3.966$, $p=0.020$)과 1일 섭취하는 음주량($F=7.231$, $p=0.001$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

본 연구결과를 바탕으로 농촌노인의 건강문제와 지각된 건강상태를 이해하고 지역·환경적인 특성을 고려하여 농촌노인을 위한 맞춤형 건강증진 프로그램을 개발, 적용할 것을 제언한다.

References

- Brady, B., & Nies, M. A. (1999). Health-Promoting lifestyles and exercise : A comparison of older African American women above and below poverty level. *J of Holistic Nursing*, 17(2), 197-207.
- Casey, M. M., Thiede, C. K., & Klinger, J. M. (2001). Are rural residents less likely to obtain recommended preventive healthcare service ?. *Am J Prev Med*, 21(3), 182-188.
- Cho, S. Y., & Kim, J. J. (1996). A study on health promotion needs assessment of the rural elderly in Korea. *J Korean Community Health Nursing Acad Society*, 10(2), 146-161.
- Choi, J. H. (1982). *Perception psychology*. Eulyoo cultural company.
- Eom, Y. H., et al., (1999). Health concern, health practice and ADL of the elderly who stay at home in a rural community. *Korean J of Rural Med*, 24(2), 269-289.

- Hwang, Y. H. (1996). *A study on perceived health status and life satisfaction of elders living in a rural area of Kyungsangnam-Do*. Master dissertation, The Inje university of Korea, Pusan.
- Farm village's medical institution is much lacking (1999, October 11). The Farmers newspaper(www.nongmin.co.kr).
- Joo, K. S., Kim, H. J., Lee, S. H., & Min, H. Y. (1996). A Comparative study on medical utilization between Urban and Rural Korea. *Korean J of Preventive Medicine*, 29(3), 311-329.
- Jun, J. Y., Kim, S. A., Park, W. S., & Oh, M. K. (2002). The difference of health status between urban and rural elderly. *J Korean Acad Fam Med*, 23(11), 1348-1358.
- Jung, N. S. (2001). *A study on the rural problem of the senior in the rural area and a welfare countermeasure for them*. Master dissertation, The Keimyung university of Korea, Daegu.
- Kim, E. J. (2002). Factors influencing the farmers syndrome. *The J of Korean Community Nursing*, 13(4), 817-825.
- Kim, H. J., Chae, S. O., Park, Y. S., & Woo, S. H. (2001). The relationship between perceived health status, health conception and health promoting behavior in the elderly. *J Korea Community Health Nursing Acad Society*, 15(2), 262-274.
- Kim, J. S. (2001). A study on the health status and health promoting behavior of older adults in a rural area. *The J of Korean Community Nursing*, 12(1), 187-201.
- Kim, J. S. (2001). *Research of the actual health condition and medical treatment of the old living in farming village-Nonsan city*. Master dissertation, The Konyong university of Korea, Daejeon.
- Kim, K. A. (1998). *A study on health status and burden of elderly in Korea*. Master dissertation, The Pusan university of Korea, Pusan.
- Kim, S. J. (2000). *A study on life satisfaction of the aged in rural area of Korea*. Master dissertation, The Daejeon national university of Korea, Daejeon.
- Kong, H. Y., & Kim, S. M. (1996). A comparative study of health status in urban and rural elderly-Kwangji, Chonnam area-. *The J of Korean Community Nursing*, 7(2), 244-256.
- Kong, H. Y., & Shin, Y. S. (1996). A comparative study on the health status of urban and rural elderly in southeastern and southwestern area of Korea. *Nursing Science*, 1, 105-124.
- Korean Academy of Family Medical (1996). *Health promotion of Korean*. Korea medical book.
- Korea national statistical office (2003). *Increase rate in population, Average life span and Annual report on the cause of death statistics*(<http://www.nso.go.kr>).
- Korea national statistical office (1999). *Perceived health status of Elderly* (<http://www.nso.go.kr>).
- Korea national statistical office (1996). *Aged society*(<http://www.nso.go.kr>)
- Korea national statistical office (1995). *Area population comparison*(<http://www.nso.go.kr>)
- Lee, S. H.(1997). *A study on the health needs of the aged in an urban area*. Master dissertation, The Seoul national university of Korea, Seoul.
- Lookinland, S., & Harms, J. (1996). Comparison of health-promotive behaviors among Seniors: Exercise versus Nonexercisers. *International J of Research & Practice*, 2(3), 147-161.
- Moon, S. S., & Nam, J. J. (2001). Health status of Elderly in Korea-Focus on physical health and disability of elderly women-. *J of the Korean Gerontological Society*, 21(1), 15-29.

Oh, Y. H. (2001). Factors influencing the Perceived health status of Elderly. *The Korea Gerontological Society Art and science contest*, 129-142.

Shin, C. H. (1992). *Health status, activity of daily living and cognitive function of rural elderly*. Master dissertation, The Chungnam national university of Korea, Chungchong Province.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (1997). *Brunner & Suddarth's textbook of medical & surgical nursing(9th ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.

- Abstract -

A study Health problem and Perceived health status of the rural elderly

Park, Jeong Sook · Oh, Yun Jung***

Purpose: The purpose of this study is to provide a basic data that may help develop health promotion programs by identifying health problems and perceived health status of the rural elderly. **Method:** The subjects of the study were 366 elders recruited from 24 villages located in Mari Myun, Geochang Gun, Korea. The sample was selected using a quota sampling method. The instruments used in the study included 117 items for health problems and 4 items for perceived health status. The data were analyzed with descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, t-test, ANOVA and scheffe test using SPSS program. **Results:** 1) The most prevalent health problem was ailments in 'musculoskeletal

system', followed by 'fatigue', 'eyes and ears', 'genitourinary system', 'mood & temper patterns', 'cardiovascular system', 'digestive system', 'nervous system', 'respiratory system' and 'skin'. 2) Womens health problems were more prevalent than men's health problems. 3) The mean score of perceived health status was 7.68. 4) Health problems of the rural elderly were significantly correlated with demographic variables such as education (F=9.532, p=0.000), gender (t=-4.246, p=0.000), marital status (t=-3.531, p=0.000), family type (F=5.742, p=0.001), and occupation (t=3.356, p=0.001). 5) Perceived health status of the rural elderly was significantly correlated with demographic variables such as education (F=6.408, p=0.002), gender (t=2.949, p=0.003), marital status (t=0.802, p=0.034), family type (F=4.844, p=0.003), and occupation (t=-2.485, p=0.011). 6) Health problems of the rural elderly were significantly correlated with life style pattern variables such as drinking (F=5.223, p=0.006), smoking (F=4.087, p=0.007), salty food intake (F=3.424, p=0.034), greenish yellow vegetables intake (F=6.343, p=0.002) and fat food intake (F=5.327, p=0.005). 7) Perceived health status of the rural elderly was significantly correlated with life style pattern variables such as sleeping hours (F=3.966, p=0.020) and drinking (F=7.231, p=0.001). **Conclusion:** The findings of this study indicate that nurses need to understand health problems and perceived health status of the rural elderly and to develop health promotion programs for them in the future in the consideration of regional and environmental elements.

Key words : The rural elderly, Health problem and Perceived health status

* College of Nursing, Keimyung University

** Dept. of Nursing, Geochang Provincial College(corresponding author)