

농촌노인과 도시노인의 건강행위 방해요인에 대한 비교 연구

은 영¹⁾·김주현²⁾·김증임³⁾·김희자⁴⁾·김현숙⁵⁾·오진주⁶⁾·구미옥¹⁾·송미순⁷⁾

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 2020년에 전체인구의 15.1%를 노인인구가 차지하는 고령사회로의 진입을 앞두고 있다(Ministry of Health and Welfare, 2001). 이러한 노인 인구의 증가는 세계적인 추세이지만, 우리나라의 경우 20년동안에 고령화 사회에서 고령사회로 바뀌는 급격한 변화를 겪고 있어, 노인 문제의 합리적인 해결이 매우 시급한 사회적, 의료적 문제가 되고 있다.

노인의 가장 중요한 문제로서 건강문제를 들 수 있는데, 1998년 우리나라 노인들의 의료비가 전체 의료비 지출의 약 15%를 차지하여(National Health Insurance Corporation, 2002), 인구구성비당 의료비의 지출이 매우 높은 집단으로 드러났다. 따라서 노인의 인구증가와 함께 의료비의 심각한 증가는 개인은 물론 국가적인 부담이므로 노인의 건강문제를 예방하고 건강을 증진시키는 일은 노인의 삶의 질을 높힐 뿐 아니라 국민 의료비의 증가를 억제하고 국가 생산성을 증가시킬 수 있는 매우 중요한 방안이 된다.

노년기 건강문제의 약 80%는 주로 노인의 건강행위

및 생활양식의 변화를 통하여 연기하거나 예방할 수 있는 문제이다(Pastirino & Dicky, 1990) 선행연구에 의하면 우리나라의 노인은 건강행위를 ‘가끔’에서 ‘자주’ 수행하는 것으로 나타났는데(Gu, Kim, Kim, Kim, Kim, Oh, et al., 2003; Gu, & Eun, 2002; Song, Lee, & Ahn, 1997), 이는 청년이나 중년기의 성인에 비하여 건강행위 수행 빈도가 더 낮으며 미국 노인들 보다도 더 낮아(Gu, & Eun, 2002) 노인의 건강행위 수행을 더 증진시킬 필요가 있다.

노인이 건강행위를 효과적으로 수행할 수 있도록 하기 위해서는 건강행위시 방해요인을 감소시키는 것이 중요한데, 건강행위에 대한 방해는 개인적 특성 및 사회적 여건에 영향을 받는다(Melynk, 1988). 노인의 건강행위에 영향을 미치는 개인적 특성으로는 연령, 교육정도, 경제적 상태가 주로 지적되며(Park, Kim, Kim, Chun, Lee, Kim, et al., 1998; Song, et al., 1997), 사회적 여건으로는 의료서비스 조직, 문화적 요인을 포함한 사회적 환경 등이 있다(Melynk, 1988). 사회적 환경은 주로 거주지역으로 구분되는데, 노인에 대한 선행연구에서는 농촌노인은 도시노인에 비하여 더 가난하고, 교육정도가 더 낮으며, 일상생활의 제한을 더 많이 경험하기 때문에 건강상태가 더 나쁘고(Mainous

1) 경상대학교 간호학과, 경상대건강과학연구원노인건강연구센터 연구원(교신저자 E-mail: yoeun@gshp.gsnu.ac.kr)
2) 강원대학교 간호학과 5) 청주과학대학 노인복지학과
3) 순천향대학교 간호학과 6) 단국대학교 간호학과
4) 청주과학대학 간호과 7) 서울대학교 간호대학
투고일 2004년 2월 5일 심사회의일 2004년 2월 5일 심사완료일 2004년 10월 22일

& Kohrs, 1995), 농촌은 도시에 비하여 이용가능한 의 료서비스의 자원이 부족하고, 건강전문가들로부터 건강을 위한 전문적인 상담과 지도를 받을 기회가 적어서 농촌노 인의 건강행위가 덜 이루어진다고 하였다(Hassinger, Hicks, & Godino, 1993; Hines, & Rutrough, 1994). 또한 Oh, Kim과 Song(1996)은 대도시 출신 노인과 시골출신 노인이 건강행위 시도에서 차이가 있을 을 보고하여 사회적 환경으로서 도시와 농촌이 노인의 건강행위에 영향을 미칠 수 있음을 보여주었다. 그러나 우리나라 노인의 건강행위에 대한 연구들에서는 주로 대 도시 및 도시 노인(Park, et al., 1998; Song, et al., 1997; Oh, et al., 1996; Gu, & Eun, 2002)을 대 상으로 하였거나, 지역에 대한 구분없이(Lee, Yoon, Ko, Lee, Ju, Bae, et al., 2001; Gu, et al., 2003) 이루어졌다. 따라서 농촌노인과 도시노인이 사회 적 환경의 차이를 고려하여 건강행위를 효과적으로 수행 할 수 있도록 돕기 위해서는 농촌노인과 도시노인을 구 분하여 건강행위 방해요인을 탐색하고 비교하는 연구가 필요하다. 특히 도시에서는 노인 인구의 구성비율이 전 체인구의 5.4%에 불과하지만, 농촌의 경우 노인의 인구 구성비가 24%수준(Korea National Statistical Office, 2004)이므로, 농촌노인을 위한 적절한 건강증진 프로그램을 개발하기 위해서도 농촌 노인들의 건강행위 수행을 방해하는 요소들에 대한 심층적인 탐색이 이루어 져야 한다. 특히 노인의 건강행위는 운동, 영양, 스트레 스 관리 등의 개별적인 영역으로 이루어지므로 이들 개 별적 영역에 대한 구체적인 방해요인의 파악이 필요하다. 그러나 거주지 구분 없이 노인의 건강행위 수행에 대한 방해요소를 전반적으로 파악한 Lee 등(2001)과 Gu 등(2003)의 연구 외에는 노인의 개별적 건강행위 방해요 인에 대한 연구는 거의 이루어지지 않았다. 이에 노인들 의 사회적 환경에 따른 보다 효과적인 건강행위 수행을 위한 방안을 마련하기 위하여 농촌과 도시노인의 건강행 위, 방해요인 및 방해정도의 탐색과 비교가 필요하다. 이 연구를 통하여 노인 거주지역별 건강행위 방해요인을 경 감시키고, 노인의 건강행위를 증진시킬 수 있는 효과적 인 전략을 개발하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

- 1) 농촌 및 도시노인의 건강행위 정도를 비교한다.
- 2) 농촌 및 도시노인의 건강행위 방해요인과 방해정도를

비교한다.

- 3) 농촌 및 도시노인에서 건강행위 수행정도와 방해정도 와의 관계를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 건강행위

노인이 건강상태와 기능적인 독립성을 향상시키고, 질 병과 기능장애를 예방하기 위하여 수행하는 행위로서 (Gu, et al., 2003) 본 연구에서는 영양, 운동, 기호품 의 제한, 스트레스 관리, 질병예방 행위 영역에 포함된 14개 하위 건강행위로 구성된다.

2) 건강행위 방해요인

노인이 건강행위를 수행하는데 방해가 되는 요인으로 (Gu, et al., 2003), 본 연구에서는 신체적 장애, 유의 성 인식 부족, 경제적 어려움, 시간 부족, 의지 부족, 선 호 부족, 지식부족, 귀찮음, 가족지지 부족, 환경적 요인 등의 요인이다.

II. 연구 방법

1. 연구대상

본 연구의 대상자는 만 65세 이상의 노인으로 설문지 의 내용을 이해할 수 있고, 연구목적에 동의한 농촌 지 역(청주와 천안 근교의 읍지역) 노인과 도시(서울 거주) 노인으로 그 지역내의 복지관, 경로당, 보건소에서 자료 를 수집하였다. 자료수집은 2002년 3월~7월 사이에 이 루어졌으며, 농촌노인 96명(55.24%), 도시노인 81명 (44.76%), 총 177명의 자료를 분석대상으로 하였다.

2. 연구 도구

1) 건강행위 측정 도구

Gu 등(2003)이 개발한 도구로, 노년기에 실천해야 할 5개 영역의 14개의 건강행위로 구성되었다. 5개의 건강행위 영역은 영양, 운동, 스트레스 관리, 기호품 제 한, 질병예방이며, 영역별 건강행위로 영양에서는 규칙적 식사, 균형식, 염분 제한, 지방과 콜레스테롤 제한, 섬유 소 섭취, 칼슘 섭취의 6개 행위, 운동에서는 규칙적 운 동, 1회 운동 지속 시간의 2개 행위, 기호품 제한에서는

음주절제, 흡연절제의 2개 행위, 스트레스 관리에서는 스트레스 완화법 사용, 사회적 지지활용의 2개 행위, 질병예방은 정기 건강검진, 예방접종의 2개 행위로 구성되었다.

이들 각 행위에 대해 4점 척도로 건강행위 수행정도를 측정하였으며, 점수가 높을수록 건강행위를 자주 수행하는 것을 나타낸다. Gu 등(2003)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's Alpha가 0.76, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's Alpha가 0.71이었다.

2) 건강행위 수행 방해 요인 측정 도구

Gu 등(2003)이 개발한 도구로서, 14개의 건강행위 각각에 대한 방해요인으로 신체적 장애, 유익성 인식 부족, 경제적 능력 부족, 시간 부족, 의지 부족, 습관부족, 선호부족, 지식부족, 귀찮음, 가족지지 부족, 환경적 요인 등이었다.

각 건강행위별 방해요인 측정 문항수는 규칙적 식사 9문항, 균형식 10문항, 염분제한 6문항, 지방과 콜레스테롤 제한 5문항, 섬유소 섭취 9문항, 칼슘 섭취 9문항, 규칙적 운동 11문항, 1회 운동 지속시간 8문항, 음주절제 9문항, 흡연절제 8문항, 스트레스 완화법 사용 7문항, 사회적지지 활용 6문항, 건강검진 11문항, 예방접종 10문항이었다.

방해요인에 대한 방해 정도는 3점 척도로 점수의 의미는 '많이 방해를 받는다' 3점, '약간 방해를 받는다' 2점, '전혀 방해를 받지 않는다' 1점으로 점수가 높을수록 방해를 많이 받음을 의미한다. Gu 등(2003)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's Alpha가 0.81~0.93이었다. 본 연구에서는 Cronbach's Alpha가 0.73~0.99 이었다.

3. 자료수집 방법

자료수집은 각 지역의 간호학과 학생을 훈련시켜 연구 보조원으로 활용하였다. 연구보조원은 대상자에게 연구의 목적을 설명하고, 연구 참여에 동의를 얻은 후 설문지 내용을 설명하고 작성하도록 하였다. 대상자가 혼자서 설문지를 작성하는데 어려움이 있는 경우에는 연구보조원이 면담하여 설문지를 작성하였다.

4. 자료분석 방법

1) SPSS PC 프로그램을 이용하여 대상노인의 일반적

특성, 건강행위 수행정도, 건강행위 수행 방해정도에 대한 서술적 통계를 내었다.

- 2) 농촌노인과 도시노인간의 일반적 특성, 건강행위 수행정도와 방해정도의 비교는 χ^2 -test, t-test로 분석하였다.
- 3) 도시와 농촌노인의 건강행위 수행과 방해정도간의 상관관계는 Pearson correlation으로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

농촌노인과 도시노인의 일반적 특성으로 연령은 농촌노인 평균 73.5세(범위 65-91), 도시노인 평균 72.6세(범위 65-87)이며, 성별은 농촌노인 남자 51.0%, 도시노인 남자 46.9%이고, 결혼상태는 농촌노인은 기혼 54.2%, 사별 42.7%, 도시노인은 기혼 53.1%, 사별 43.2%이고, 동거인은 농촌노인은 결혼한 아들 41.7%, 부부 35.4%순이고, 도시노인은 부부 30.9%, 결혼한 아들 32.1%이며, 한달 용돈은 농촌노인은 6~10만원 26.0%, 11~20만원 20.8%, 도시노인 11~20만원이 30.0%, 6~10만원이 24.7%으로 두 군간에 차이가 없다.

그러나 교육정도에서 농촌노인은 무학 34.4%, 국문해독 29.2%순이고, 도시노인은 국졸 27.5%, 중졸 17.5%순으로 두 군간에 차이가 있었다($\chi^2=32.70$, $p=.00$). 현재 직업은 농촌노인은 없음이 76.8%, 도시노인은 92.5%으로 두 군간에 차이가 있었다($\chi^2=7.92$, $p=.005$).

건강상태(범위 1-5)는 농촌노인 평균 2.92 ± 1.15 , 도시노인 평균 3.16 ± 1.17 으로 두 군간에 차이가 없었으며, 두 군 모두 '그저 그렇다' 수준이었다. 종합하면 농촌노인이 도시 노인에 비하여 학력이 낮은 경우가 더 많고, 직업을 가진 경우는 더 많았다<Table 1>.

2. 농촌과 도시 노인의 건강행위의 비교

농촌과 도시 노인의 건강행위에 대한 비교는 <Table 2>와 같다.

농촌노인과 도시노인의 전체 건강행위 정도(범위 1-4)는 농촌노인은 평균 $2.33 \pm .42$, 도시노인 평균 $2.69 \pm .47$ 로 두 군간에 유의한 차이가 있으며($t=5.03$, $p=.00$), 농촌노인이 건강행위의 수행빈도가 낮은 것으

<Table 1> Comparison on general characteristics of urban vs rural elderly

characteristics	criteria	urban(n=81) F(%)	rural(n=96) F(%)	X ² t	p
age	mean±S.D.(range65-85)	72.64±5.52	73.53±6.19	-210	.834
gender	M	38(46.9)	49(51.0)	.300	.584
	F	43(53.1)	47(49.0)		
marital state	married	43(53.1)	52(54.2)	3.233	.664
	divorce	1(1.2)	1(1.0)		
	widow or widower	35(43.2)	41(42.7)		
	living separated	1(1.2)			
	unmarried	1(1.2)			
	etc		2(2.1)		
living arrangement	living with married son	26(32.1)	40(41.7)	6.067	.300
	living with married dau.	5(6.2)	2(2.1)		
	living with unmarried chil.	6(7.4)	3(3.1)		
	living with spouse	25(30.9)	4(35.4)		
	living alone	19(23.4)	17(17.7)		
economic state(pocket money per month)	below 5 ten thousand	14(17.3)	20(20.8)	2.069	.723
	6-10 ten thousand	20(24.7)	25(26.0)		
	11-20 ten thousand	24(30.0)	20(20.8)		
	21-30 ten thousand	12(15.0)	17(17.7)		
	over 31ten thousand	11(12.5)	14(14.6)		
education level	illiteracy	15(18.8)	33(34.4)	32.704	.000
	literacy	9(11.3)	28(29.2)		
	elementary school	22(27.5)	27(28.1)		
	middle school	14(17.5)	5(5.2)		
	high school	15(18.8)	2(2.1)		
	highter education	5(6.3)	1(1.0)		
	missing	1(1.2)			
job state	yes	6(7.5)	22(23.2)	7.922	.005
	no	74(92.5)	73(76.8)		
	missing	1(1.0)	1(1.2)		
health state	mean ±S.D(range 1-5)	3.16±1.17	2.92±1.15	1.397	.164

로 나타났다.

각영역별 건강행위에서 농촌노인은 기호품의 제한(평균 3.27±.98), 영양(평균 2.44±.44), 질병예방(평균 2.13±.95), 스트레스 관리(평균 1.85±.73), 운동(평균 1.74±.89)순으로 실천점수가 높았으며, 도시노인은 기호품의 제한(평균 3.64±.58), 질병예방(평균 2.66±1.03), 영양(평균 2.61±.50), 운동(평균 2.53±1.30), 스트레스관리(평균 2.14±.85)순으로 실천 점수가 높았다.

각 영역별로는 영양에 대한 건강행위는 두 군간에 차이가 있으며(t=2.22, p=.03), 농촌노인이 수행빈도가 낮았다. 영양의 하위영역인 규칙적인 식사(t=2.30, p=.02), 지방 및 콜레스테롤 제한(t=1.99, p=.05), 칼슘섭취(t=3.07, p=.00)에서도 두 군간에 차이가 있는 것으로 나타났으며, 농촌노인이 수행빈도가 낮았다. 균형

식, 염분제한, 섬유소섭취 영역에서는 두 군간에 차이가 없었다. 운동에 대한 건강행위는 농촌노인의 수행빈도가 더 낮았으며(t=4.72, p=.00), 하위영역인 규칙적인 운동(t=3.45, p=.00), 1회의 운동시간(t=5.46, p=.00)에서도 농촌노인의 수행빈도가 낮았다. 기호품의 제한에 대한 건강행위는 농촌노인의 수행빈도가 낮았으며(t=2.95, p=.004), 하위영역에서는 음주를 하지 않는 도시노인은 59명(72.8%)이고, 농촌노인은 60명(62.5%)이며, 음주를 하는 노인들의 경우 음주절제(t=2.68, p=.01)에서 농촌노인의 수행빈도가 낮았다. 흡연을 하지 않는 도시노인은 59명(72.8%)이고, 농촌노인은 68명(70.8%)이며, 흡연을 하는 노인들 중 흡연절제(t=4.67, p=.00)에서 농촌노인의 수행빈도가 낮았다. 스트레스 관리에 대한 건강행위는 농촌노인의 수

<Table 2> Comparison on health behaviors of urban vs rural elderly

Health behaviors		urban (n=81) mean±SD	rural (n=96) mean±SD	t or F	p	
nutrition	regular diet	3.23±1.10	2.90±.86	2.29	.02	
	balanced diet	2.65±1.08	2.55±.86	.67	.50	
	salt restriction	2.41±1.13	2.45±1.12	-.211	.84	
	fat and cholesterol	2.36±1.12	2.05±.93	1.99	.05	
	restriction fiber intake	2.77±.96	2.83±.90	-.42	.68	
	calcium intake	2.31±1.00	1.85±.89	3.07	.00	
	total	2.61±0.50	2.44±0.44	2.18	.03	
exercercise	regular exercise	2.45±1.36	1.83±1.01	3.45	.00	
	exercise over 30min.	2.58±1.34	1.65±.89	5.46	.00	
	total	2.53±1.30	1.74±.89	4.72	.00	
substance restriction	alcohol	no (N, %) 59(72.8)	60(62.5)	2.13	.15	
		yes-abstinence from alcohol	2.67±.97	2.00±.70	2.68	.01
	smoking	no (N, %) 59(72.8)	68(70.8)	.09	.87	
		yes-abstinence from smoking	2.59±.91	1.57±.63	4.67	.00
	total	3.64±.58	3.27±.98	2.95	.00	
stress management	use of stress reducing method	2.25±1.10	1.79±.91	3.02	.00	
	use of social support	2.04±1.12	1.91±.92	.86	.39	
	total	2.14±0.85	1.85±0.73	2.39	.02	
disease prevention	regular check-up	2.44±1.30	2.03±1.07	2.32	.02	
	vaccination	2.90±1.24	2.22±1.13	3.79	.00	
	total	2.66±1.03	2.13±0.95	3.56	.00	

행빈도가 낮았으며(t=2.39, p=.02), 하위영역에서는 스트레스 완화 방법 사용(t=3.02, p=.00)에서도, 농촌노인의 수행빈도가 낮았다. 질병예방에 대한 건강행위는 농촌노인의 수행빈도가 낮았으며(t=3.56, p=.00), 하위영역인 정기 건강검진(t=2.32, p=.02), 예방접종(t=3.79, p=.00)에서도, 농촌노인의 수행빈도가 낮았다.

3. 도시와 농촌노인의 건강행위 방해정도 및 방해요인의 비교
농촌과 도시 노인의 건강행위 방해정도 및 방해요인

중 영양에서는 규칙적인 식사, 균형식, 염분제한, 지방과 콜레스테롤, 섬유소 섭취의 방해정도는 두 군간에 차이가 없으나, 규칙적인 식사와 균형식의 방해요인에서는 신체적 불편감과 시간부족, 염분제한의 방해요인에서는 유익성 인식 부족, 가족지지 부족, 지방과 콜레스테롤 제한의 방해요인에서는 유익성 인식 부족, 지식부족, 섬유소 섭취의 방해요인에서는 신체적 불편감(치아문제, 소화문제)에서 농촌노인이 더 많은 방해를 받고 있었다. 칼슘섭취의 방해정도는 농촌노인 평균 1.62±.44, 도시노인 평균 1.42±.34로 농촌노인의 방해정도가 높았으며

<Table 3> Comparison on barrier factors related to nutritional behaviors of urban vs rural elderly

barrier factors	health behaviors	regular diet		balanced diet		salt restriction		fat restriction		fiber intake		calcium intake	
		mean±SD	t(p)	mean±SD	t(p)	mean±SD	t(p)	mean±SD	t(p)	mean±SD	t(p)	mean±SD	t(p)
physical discomfort	urban	1.43±.72	-2.11	1.74±.80	-.23	1.22±.53	-1.76			1.38±.65	-2.60	1.60±.82	-1.30
	rural	1.67±.75	(.04)	1.77±.79	(.82)	1.37±.58	(.08)			1.67±.76	(.01)	1.76±.80	(.19)
		(digestive discomfort)		(dental problem)		(difficulty of distinction in salty taste)				(dental problem)		(digestive discomfort)	
	urban			1.40±.67	-3.23					1.26±.57	-3.01		
	rural			1.75±.74	(.00)					1.54±.66	(.00)		
				(digestive discomfort)						(digestive discomfort)			

<Table 3> continued

health behaviors barrier factors		regular diet		balanced diet		salt restriction		fat restriction		fiber intake		calcium intake	
		mean±SD	t(p)	mean±SD	t(p)	mean±SD	t(p)	mean±SD	t(p)	mean±SD	t(p)	mean±SD	t(p)
lack of perceived benefit	urban	1.16±.43	-.55	1.11±.36	-1.84	1.15±.43	-2.53	1.33±.59	-2.73	1.24±.49	-1.70	1.31±.56	-1.31
	rural	1.20±.47	(.59)	1.24±.54	(.07)	1.37±.65	(.01)	1.59±.68	(.01)	1.39±.64	(.09)	1.44±.68	(.19)
lack of money	urban	1.27±.47	-.12	1.48±.69	1.17					1.44±.71	2.47	1.44±.75	.56
	rural	1.28±.56	(.90)	1.36±.62	(.24)					1.22±.49	(.02)	1.39±.60	(.57)
lack of time	urban	1.12±.40	-2.16	1.09±.29	-1.98					1.09±.33	-1.55		
	rural	1.29±.60	(.03)	1.21±.48	(.05)					1.20±.52	(.12)		
being trouble some	urban	1.41±.72	-1.66	1.43±.69	.86								
	rural	1.59±.76	(.10)	1.53±.76	(.39)								
lack of habituation	urban	1.36±.72	.08	1.38±.70	.45	2.04±.92	1.10			1.35±.58	-.86	1.65±.75	-2.93
	rural	1.35±.65	(.94)	1.34±.63	(.65)	1.88±.92	(.27)			1.43±.66	(.39)	2.01±.85	(.00)
lack of family support	urban	1.52±.79	.82	1.52±.78	.12	1.21±.47	-3.02	1.40±.65	-.41	1.36±.60	-.91	1.35±.60	-1.49
	rural	1.43±.69	(.42)	1.51±.71	(.91)	1.51±.77	(.00)	1.44±.67	(.68)	1.45±.69	(.37)	1.50±.68	(.14)
etc	urban					1.33±.59	-1.79						
	rural					1.52±.76	(.08)						
(preparing salty food)													
lack of will power	urban	1.30±.62	-.71	1.27±.57	-1.13	1.48±.66	.70	1.55±.74	1.01	1.22±.55	-1.21	1.26±.50	-3.36
	rural	1.36±.65	(.48)	1.38±.64	(.26)	1.41±.66	(.48)	1.44±.67	(.32)	1.32±.59	(.23)	1.58±.74	(.00)
lack of preference	urban							1.80±.88	1.03				
	rural							1.67±.81	(.30)				
lack of knowledge	urban							1.54±.73	-2.99			1.42±.67	-1.99
	rural							1.90±.86	(.00)			1.64±.76	(.05)
etc	urban	1.26±.55	.15	1.21±.49	-1.65							1.18±.47	-2.40
	rural	1.25±.56	(.88)	1.35±.62	(.10)							1.40±.69	(.02)
(going out) (lack of preparing) (prefer the fat) (calcium drug intake)													
total	urban	1.30±.41	-1.12	1.34±.28	-1.88	1.40±.39	-1.52	1.52±.48	-1.11	1.29±.37	-1.84	1.42±.34	-3.16
	rural	1.38±.42	(.26)	1.44±.38	(.06)	1.51±.55	(.13)	1.61±.54	(.27)	1.40±.40	(.07)	1.62±.44	(.00)

($t=-3.16$, $p=.00$), 방해요인에서는 습관부족, 의지부족, 지식부족, 칼슘약 복용 등에서 농촌노인이 더 많은 방해를 받고 있었다<Table 3>.

운동중 먼저 규칙적 운동에 대한 방해정도는 농촌노인 평균 1.59±.43, 도시노인 평균 1.32±.49로 농촌노인의 방해정도가 높았으며($t=-3.80$, $p=.00$), 방해요인에서는 시간부족, 습관부족, 가족지지부족, 의지부족, 선호부족, 운동파트너 및 장소 부족에서 농촌노인이 더 많은

방해를 받고 있었다. 1회 운동시간에 대한 방해정도에서도 농촌노인 평균 1.66±.42, 도시노인 1.34±.32로 농촌노인의 방해정도가 높았으며($t=-5.54$, $p=.00$), 유익성 인식부족, 시간부족, 습관부족, 가족지지부족, 의지부족, 신체적 능력부족 등에서 농촌노인이 더 많은 방해를 받고 있었다<Table 4>.

기호품의 제한에서 음주절제와 흡연절제에 대한 방해정도는 두군간에 차이가 없으나, 음주절제에서는 방해요

<Table 4> Comparison on barrier factors related to exercise of urban vs rural elderly

health behaviors barrier		exercise			
		regular exer.		keeping time for exer.	
		mean±SD	t(p)	mean±SD	t(p)
physical discomfort	urban	1.63±.84	-.16	1.63±.84	-1.01
	rural	1.65±.79	(.87)	1.65±.83	(.31)
lack of perceived benefit	urban	1.15±.39	-1.93	1.16±.48	3.68
	rural	1.29±.60	(.06)	1.49±.74	(.00)

<Table 4> continued

health behaviors		exercise			
		regular exer.		keeping time for exer.	
		mean±SD	t (p)	mean±SD	t (p)
physical discomfort	urban	1.63±.84	-.16	1.63±.84	-1.01
	rural	1.65±.79	(.87)	1.65±.83	(.31)
lack of perceived benefit	urban	1.15±.39	-1.93	1.16±.48	3.68
	rural	1.29±.60	(.06)	1.49±.74	(.00)
lack of money	urban	1.18±.47	-.84	1.15±.50	-1.62
	rural	1.25±.60	(.40)	1.29±.63	(.11)
lack of time	urban	1.19±.56	-3.09	1.12±.48	-3.08
	rural	1.47±.72	(.00)	1.38±.65	(.00)
lack of interest	urban	1.45±.72	-5.27	1.36±.67	-6.69
	rural	2.06±.69	(.00)	2.08±.82	(.00)
lack of habituation	urban	1.22±.49	-3.78	1.17±.46	-4.45
	rural	1.55±.72	(.01)	1.54±.69	(.00)
lack of family support	urban	1.36±.68	-4.20	1.27±.61	-4.67
	rural	1.81±.79	(.00)	1.73±.77	(.00)
lack of will power	urban	1.24±.55	5.10		
	rural	1.74±.82	(.00)		
lack of place	urban	1.17±.48	-4.90		
	rural	1.52±.70	(.00)		
etc.	urban	1.38±.63	.23		
	rural	1.36±.62	(.82)		
(weather)					
	urban	1.26±.54	-6.31	1.78±.86	3.54
	rural	1.85±.77	(.00)	2.20±.81	(.00)
(lack of exer. partner)				(lack of physical strength)	
total	urban	1.32±.46	-4.27	1.32±.33	-6.30
	rural	1.60±.44	(.00)	1.68±.44	(.00)

인중 가족지지의 부족, 의지부족에서 농촌노인이 더 많은 방해물을 받고 있었다<Table 5>. 스트레스 관리에 대한 방해정도는 스트레스완화방법의

사용에서 농촌노인 평균 1.36±.37, 도시노인 평균 1.18±.28로 농촌노인의 방해정도가 높았으며(t=-3.45, p=.00), 방해요인중 유의성인식부족, 시간부족, 의지부

<Table 5> Comparison on barrier factors related to substance restriction of urban vs rural elderly

health behaviors		substance restriction			
		alcohol		smoking	
		mean±SD	t (p)	mean±SD	t (p)
lack of perceived benefit	urban	1.28±.54	-.63	1.52±.73	-.70
	rural	1.38±.63	(.53)	1.39±.67	(.48)
lack of interest	urban	1.71±.81	1.63	2.39±.84	-1.26
	rural	2.05±.81	(.11)	2.65±.55	(.22)
lack of habituation	urban	1.29±.46	-2.64	1.43±.66	-.42
	rural	1.68±.69	(.01)	1.52±.72	(.67)
lack of family support	urban	1.40±.71	-.26	1.74±.86	1.71
	rural	1.90±.74	(.80)	2.13±.81	(.09)
lack of will power	urban	1.96±.89	-2.03	2.26±.81	-.61
	rural	2.38±.74	(.05)	2.39±.71	(.55)

<Table 5> continued

health behaviors		substance restriction			
		alcohol		smoking	
		mean±SD	t (p)	mean±SD	t (p)
lack of preference	urban	1.28±.54	-2.16	1.52±.76	-.13
	rural	1.63±.74	(.03)	1.55±.77	(.90)
etc	urban	1.83±.76	-.20	2.17±.78	-1.89
	rural	1.87±.73	(.84)	2.56±.68	(.06)
		(reduce stress)		(reduce stress)	
	urban	2.28±.79	1.05	1.26±.62	-.78
	rural	2.05±.90	(.30)	1.39±.56	(.44)
		(prefer to get together)		(follow the advice)	
total	urban	1.66±.42	-1.74	1.79±.36	-1.46
	rural	1.86±.46	(.09)	1.94±.41	(.15)

족, 지식부족에서 농촌노인이 더 많은 방해 를 받고 있었다. 스트레스 완화를 위한 사회적 지지의 활용에서 방해 정도는 두군간에 차이가 없으나, 방해요인중 시간부족에 서는 농촌노인이 더 많은 방해 를 받고 있었다<Table 6>.

질병예방중 정기적인 건강검진에 대한 방해정도는 농

촌노인 평균 1.51±.41, 도시노인 평균 1.27±.34로 농 촌노인의 방해정도가 높았으며(t=-3.89, p=.00), 방 해요인중 신체적 불편감, 시간부족, 귀찮음, 습관부족, 의지부족, 질병 발견에 대한 두려움 등에서 농촌노인이 더 많은 방해 를 받고 있었다. 예방접종에 대한 방해정도

<Table 6> Comparison on barrier factors related to stress management of urban vs rural elderly

health behaviors		stress management			
		use of stress reduction method		use of social support	
		mean±SD	t (p)	mean±SD	t (p)
lack of perceived benefit	urban	1.23±.48	-2.61	1.39±.63	-1.82
	rural	1.47±.70	(.01)	1.58±.74	(.07)
lack of money	urban	1.24±.49	.29		
	rural	1.22±.51	(.77)		
lack of time	urban	1.06±.33	-4.15	1.15±.48	-3.14
	rural	1.38±.64	(.00)	1.43±.64	(.00)
lack of interest	urban			1.76±.82	.42
	rural			1.71±.79	(.68)
lack of habituation	urban	2.04±.88	-1.49	2.05±.90	.56
	rural	2.23±.80	(.14)	1.98±.77	(.57)
lack of family support	urban	1.49±.70	-.74		
	rural	1.57±.72	(.46)		
lack of will power	urban	1.20±.49	-4.53		
	rural	1.63±.70	(.00)		
lack of knowledge	urban	1.54±.68	-2.11		
	rural	1.77±.75	(.04)		
etc	urban			1.96±.89	.67
	rural			1.88±.82	(.50)
				(lack of perceived necessity)	
	urban			1.77±.88	.27
	rural			1.74±.73	(.79)
				(lack of advisor)	
total	urban	1.18±.28	-3.45	1.68±.54	-.53
	rural	1.36±.37	(.00)	1.71±.49	(.60)

<Table 7> Comparison on barrier factors related to disease prevention of urban vs rural elderly

health behaviors		disease prevention			
		regular check-up		vaccination	
barrier		mean±SD	t (p)	mean±SD	t (p)
physical discomfort	urban	1.05±.28	-7.57 (.00)	1.16±.47	-1.80 (.07)
	rural	1.72±.71			
lack of perceived benefit	urban	1.16±.47	-1.72 (.09)	1.32±.62	-1.80 (.07)
	rural	1.31±.58			
lack of money	urban	1.58±.82	.60 (.55)	1.31±.66	.62 (.54)
	rural	1.51±.77			
lack of time	urban	1.05±.28	-3.27 (.00)	1.08±.36	-2.15 (.03)
	rural	1.29±.58			
lack of interest	urban	1.28±.56	-4.76 (.00)	1.32±.64	-4.22 (.00)
	rural	1.79±.76			
lack of habituation	urban	1.32±.58	-5.21 (.00)	1.47±.69	-2.52 (.01)
	rural	1.89±.79			
lack of family support	urban	1.43±.70	.21 (.83)	1.32±.62	-.71 (.48)
	rural	1.41±.61			
lack of will power	urban	1.22±.50	-4.14 (.00)	1.24±.57	-3.19 (.00)
	rural	1.61±.68			
lack of preference	urban		1.29 (.20)	1.04±.26	-5.65 (.00)
	rural				
etc.	urban	1.31±.60	1.29 (.20)	1.11±.42	-1.46 (.15)
	rural	1.20±.52			
		(lack of trust in result of exam.)		(lack of trust in effect)	
	urban	1.35±.71	-.10 (.91)	1.36±.69	-.90 (.37)
	rural	1.36±.68			
	urban	1.19±.49	-3.51 (.00)	1.36±.69	-.90 (.37)
	rural	1.58±.80			
		(fear of knowing the hidden disease)			
total	urban	1.27±.34	-3.89 (.00)	1.23±.35	-3.83 (.00)
	rural	1.51±.41			

는 농촌노인 평균 1.45±.41, 도시노인 평균 1.23±.35로 농촌노인의 방해정도가 높았으며(t=-3.83, p=.00), 방해요인중 시간부족, 귀찮음, 습관부족, 의지부족, 병원에 가는 것을 싫어함 등에서 농촌노인이 더 많은 방해를 받고 있었다<Table 7>.

4. 도시와 농촌노인의 건강행위와 건강행위 방해정도 간의 상관관계

농촌노인의 건강행위와 방해정도와의 상관관계는 지방 및 콜레스테롤 제한, 섬유소섭취, 사회적 지지 활용, 흡연군의 흡연절제에서는 유의한 상관관계를 보이지 않으나, 10개의 항목에서는 r=-.54 ~ -.24 수준에서 유의한 상관관계를 보였다. 도시노인의 건강행위와 방해정도와

의 상관관계는 음주군의 음주절제와 흡연군의 흡연절제를 제외한 12개의 항목에서 r=-.79 ~ -.40수준에서 유의한 상관관계를 보였다<Table 8>.

IV. 논 의

본 연구에서 노인의 건강행위 수행정도는 동일한 도구를 사용한 Gu등(2003)의 연구에서의 평균 2.50(범위 1-4)와 비교하면, 도시노인(평균 2.69)은 더 높고, 농촌노인(평균 2.33)은 더 낮은 것으로 나타났다. 이는 Walker, Sechrist & Pender(1987)의 건강증진생활양식 척도로 측정된 Gu와 Eun(2002), Song, Lee와 Ahn(1997)의 한국노인의 건강증진행위 정도와 비교하여서도 도시노인은 수행정도가 더 높으나, 농촌노인은

<Table 8>. The relationships with the level of performance and level of barrier in health behavior of urban vs rural elderly

The level of performance in health behavior	Level of barrier in health behavior	
	urban	rural
regular diet	-.588**	-.391**
balanced diet	-.397**	-.436**
salt restriction	-.572**	-.541**
fat restriction	-.621**	.001
fiber intake	-.428**	-.121
calcium intake	-.435**	-.317**
regular exercise	-.560**	-.390**
exercise time	-.786**	-.359**
alcohol restriction	-.323	-.548**
smoking restriction	-.344	-.327
use of stress reducing method	-.669**	-.420**
use of social support	-.638**	-.197
regular check-up	-.476**	-.247**
vaccination	-.522**	-.401**

더 낮은 것으로 나타나, 농촌노인을 위한 건강증진 프로그램의 개발이 필요하다고 하겠다.

영역별 건강행위는 농촌노인은 기호품 제한, 영양, 질병예방, 스트레스관리, 운동순이고, 도시노인은 기호품의 제한, 질병예방, 영양, 운동, 스트레스 관리순으로 두군 모두에서 스트레스 관리와 운동의 수행 수준이 저조한 것은 선행연구들과 유사하였다(Gu, et al., 2003, Chun, & Kim, 1996, Lee, & Chung, 1998). 특히 농촌노인의 스트레스 관리, 운동은 '가끔' 수행하는 수준에도 미치지 못하므로 이들 영역의 건강행위 수행을 증진시킬 수 있는 보다 적극적인 간호중재가 이루어져 할 것으로 보인다.

건강행위 방해정도 및 요인 중, 영양 관련 영역에서는 도시노인에 비하여 농촌노인이 칼슘섭취에서 방해정도가 유의하게 높으며, 공통적인 방해요인으로 농촌노인이 도시노인에 비하여 신체적 불편감(소화가 안되고, 치아가 나빠서)이 더 심하고, 유익성 인식 부족 등이 더 높은 것으로 나타났다. 이는 Gu 등(2003)의 연구에서 노인의 영양관련 건강행위에서 신체적 불편감과 유익성의 인식 부족이 건강행위의 방해요인이 된다는 결과에 비추어 특히 농촌노인들에게 이러한 방해요인이 더 크게 관여하므로 이를 줄일 수 있는 간호중재방안을 모색하여야 할 것이다. 염분의 제한에서는 두군 모두 습관 부족이 높은 방해요인으로 나타났으므로 노년기에서 뿐만 아니라 젊어서

부터 염분제한에 대한 습관을 키우도록 하는 건강교육이 제공되어야 할 것이다.

운동영역의 규칙적 운동과 1회 운동시간에서 농촌노인이 더 방해 받는 요인은 공통적으로 시간부족, 신체적 불편감, 가족지지 부족, 장소와 파트너의 부족 등이었다. 이는 Kim 등(2003)의 운동장애 요인에 대한 연구에서 다른 연령대에 비하여 60대 이상의 연령군이 장소의 부적절, 시간부족 등으로 운동에 장애를 받는다는 결과와 O'Neill과 Reid(1991)의 노인의 운동 장애는 지식 부족과 신체적 허약감이라는 결과에서 이런 요인들이 특히 농촌노인들에게 더 심각한 방해요인이므로 농촌노인의 신체적 상태에 맞는 적절한 강도의 운동을 고안하고, 운동을 증가시킬 수 있는 환경(장소, 파트너)을 마련하여 운동 수행을 증가시키는 것이 필요하다고 생각한다.

기호품의 제한에서 농촌노인은 금주 62.5%, 금연 70.8%이며, 도시노인은 금주 72.8%, 금연 72.8%으로 두군 모두 금주와 금연군이 노인의 약 2/3이상이라는 선행연구와 유사하였다(Gu, et al., 2003; Lee, et al., 2001). 두군 모두에서 습관부족, 의지부족, 스트레스 감소, 주위의 권유 등에서 방해정도가 높게 나타나 기호품의 제한을 위해서는 개개인이 젊었을 때부터의 습관을 바꿔야 할 뿐 아니라, 기호품을 제한하는 사회적인 분위기를 만들어감으로서 건강행위 수행을 도울 수 있을 것으로 보인다. 특히 노인은 스트레스 감소를 위한 건강수행 정도는 낮으나, 스트레스 감소를 위하여 음주와 흡연을 한다는 점에서 스트레스를 줄이기 위한 긍정적인 건강행위를 체계적으로 훈련할 수 있는 프로그램이 필요하다고 하겠다.

스트레스관리 영역에서는 도시와 농촌 노인 모두 건강행위 수행이 낮은 결과는 Gu와 Eun(2002)의 결과와 유사하며, 두군 모두 스트레스 관리에 대한 습관 부족, 유익성 인식부족에서 높은 방해정도를 보이므로, 노인이 스트레스 관리에 대한 필요성을 인식하고, 습관을 만들어갈 수 있도록 돕는 것이 필요하다. 특히 농촌노인의 경우 스트레스완화 방법의 사용과 사회적 지지활용 모두에서 유익성 인식부족과 시간부족에서 더 높은 방해정도를 보이는 점은, 노인은 스트레스를 해소하고자 시도하는 사람이 적으며, 그 방법 또한 소극적이라는 연구결과(Oh, et al., 1996)에 비추어 볼 때 스트레스 관리를 중요하게 여기지 않거나, 많은 시간이 필요한 특별한 방법을 사용하는 것으로 잘못 인식하고 있는지를 확인하고, 일상생활속에서 적은 시간에 간편하게 스트레스를 관리

할 수 있는 방법을 제공하여야겠다.

질병예방을 위한 건강행위 수행에서도 농촌노인들의 방해정도가 높으며, 방해요인으로서는 시간부족, 귀찮음, 습관부족, 의지부족 등이었다. Pullen 등(2001)은 농촌 여성노인의 질병예방 행위가 덜 이루어지는 원인으로 예방서비스 기관의 접근성이 어렵고, 건강정보가 부족하다고 하였는데, 농촌노인의 질병예방에 관한 방해요인을 줄이기 위해서는 농촌에서의 건강관리 기관의 접근을 용이하게 하여 시간부족과 귀찮음 등과 방해요인을 줄이고, 지속적인 건강정보를 제공하여 습관부족 등의 방해요인을 줄이는 것이 필요하다고 생각된다.

도시 노인의 건강행위와 방해정도는 대부분 유의한 부적 상관관계를 보여 방해정도가 클수록 건강행위 수행정도가 저조한 것으로 나타난 점은 Gu 등(2003)의 연구결과와 같았으며, 방해요인과 정도를 감소시킴으로서 건강행위를 증가시킬 것으로 기대할 수 있으나, 농촌노인의 경우 도시노인에 비하여 부적 상관정도가 낮게 나타나, 농촌노인의 건강행위 방해요인에 대한 탐색적 연구가 필요하다. 특히 두군 모두 건강행위와 방해정도간에 유의한 상관관계를 보이지 못한 흡연절제의 방해요인에 대해서는 지속적인 탐색이 이루어져야 할 것으로 생각된다.

종합하면 농촌노인은 도시노인에 비하여 모든 영역의 건강행위 수행이 모두 더 낮으며, 건강행위의 방해정도는 높은 것으로 나타났으며, 유익성 인식부족, 시간부족, 지식부족, 신체적 장애, 가족 지지부족 등을 방해요인으로 더 높게 지각하였다. 특히 농촌노인은 운동과 스트레스 관리의 건강행위 수행이 낮으므로, 농촌노인들의 신체적 상태와 지역적 특성(장소 및 파트너)을 고려한 운동 프로그램과, 스트레스 관리의 유익성과 다양한 관리방법에 대한 지식과 실천방안을 제시하는 것이 필요하다. 또한 도시노인에 비하여 교육수준이 더 낮으므로 건강교육 제공자들은 농촌노인의 지적 수준에 적합한 건강교육을 마련하여야 할 것이다. 더욱이 건강행위 수행은 노인의 개개인의 노력보다는 주위의 지지가 중요하므로 예를 들면 농촌 공동체의 기존 조직을 이용하여 건강행위 수행을 돕고, 방해요인을 줄일 수 있는 방안을 고안해 볼 수 있을 것이다. 그러나 본 연구의 농촌노인은 지역적인 편중이 있으므로 농촌노인의 대표성을 확보할 수 있는 자료수집을 통한 반복연구를 수행하여 농촌노인의 건강행위 수행 증진을 위한 간호전략을 개발하는 것이 필요하다.

V. 결론 및 제언

본연구는 농촌노인 96명, 대도시 노인 81명 총 177명을 대상으로 건강행위 수행 및 건강행위 방해요인 및 정도를 조사하여 비교한 서술적 비교연구이다. 노인의 건강행위 도구는 Gu등(2003)이 개발하여 사용한 것으로 영양, 운동, 기호품의 제한, 스트레스 관리, 질병예방으로 총 14문항으로 구성되었으며 본연구에서의 신뢰도는 Cronbach's Alpha=.71이었다. 건강행위 방해요인 및 정도의 도구는 Gu등(2003)이 사용한 도구로 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's Alpha=.99~.67이었다. 자료분석은 평균과 표준편차, χ^2 -test, t-test, Pearson correlation으로 이루어졌으며, 연구 결과는 다음과 같다.

1. 건강행위(범위 1-4)는 농촌노인 평균 2.33, 도시노인 평균 2.69으로, 농촌노인의 건강행위 정도가 낮았다($t=5.03$, $p=.00$). 건강행위의 각 영역에서는 농촌노인은 영양(평균 2.44), 운동(평균 1.74), 기호품제한(평균 3.24), 스트레스 관리(평균 1.85), 질병예방(평균 2.13)이었으며, 도시노인은 영양(평균 2.61), 운동(평균 2.53), 기호품제한(평균 3.64), 스트레스 관리(평균 2.14), 질병예방(평균 2.66)으로 모든 영역에서 농촌노인의 건강행위 수행이 유의하게 낮았다.
2. 도시와 농촌노인의 건강행위 방해정도에서는 칼슘 섭취($t=-3.16$, $p=.00$), 규칙적 운동($t=-3.80$, $p=.00$), 1회운동시간($t=-5.54$, $p=.00$), 스트레스완화방법의 사용($t=-3.45$, $p=.00$), 정기적인 건강검진($t=-3.89$, $p=.00$), 예방접종($t=-3.83$, $p=.00$)에서 농촌노인의 방해정도가 더 높았다.
3. 건강행위 방해요인으로 영양영역에서는 규칙적 식사와 균형식이에서는 신체적 불편감과 시간부족, 염분제한에서는 유익성인식부족, 가족지지부족, 지방 및 콜레스테롤 제한에서는 유익성 인식부족, 지식부족, 섬유소섭취에서는 신체적 불편감, 경제적 어려움, 칼슘섭취에서는 습관부족, 의지부족, 지식부족, 칼슘약복용, 운동영역에서는 시간부족, 습관부족, 가족 지지부족, 의지부족, 환경부족, 기호품의 제한영역 중에서 음주절제에서는 가족지지부족과 의지부족, 스트레스관리에서는 유익성 인식부족, 시간부족, 의지부족, 지식부족, 질병예방에서는 시간부족, 관심부족, 동기부족, 신체적 불편감에서 농촌노인들의 방해정도가 높았다.
4. 농촌과 농촌노인의 건강행위와 건강행위 방해정도간의 상관관계에서 농촌노인은 지방 및 콜레스테롤 제

한, 섬유소 섭취, 사회적 지지활동, 흡연군의 흡연절제를 제외하고는 $r=-.54 \sim -.24$ 수준에서 유의한 상관관계를 보였다. 도시노인은 음주절제, 흡연군의 흡연절제를 제외하고 12개의 항목에서 $r=-.79 \sim -.40$ 수준에서 유의한 상관관계를 보였다.

결론적으로 농촌노인은 도시 노인에 비하여 건강행위 수행정도가 낮으며, 특히 방해요인중 유익성 인식부족, 시간부족, 지식부족, 가족지지부족 등의 방해요인이 높게 나타났으므로 이들 방해요인을 줄일 수 있는 간호전략을 개발하여, 궁극적으로 건강행위 수행의 증진이 이루어질 수 있도록 도와야 한다. 도시노인은 건강행위와 방해정도와와의 상관관계가 높으므로 건강행위에 대한 방해를 감소시킴으로서 건강행위 수행을 더욱 증진시키는 간호전략의 개발이 필요하다.

2. 제언

- 1) 노인의 건강행위 중 기호품의 절제에 대한 방해요인에 대한 보다 심층적인 조사를 위해 본 도구에 포함되지 않은 방해요인을 규명하여야 한다.
- 2) 농촌노인의 대표성을 높일 수 있는 대상자를 선정하여 반복연구가 필요하다.

References

- Chun, C. J., & Kim, Y. H. (1996). Correlational Study of Health Promoting Lifestyles, Self-esteem and Perceived Health Status of Adulthood. *J of Korean Academic Society of Adult Nursing*, 8(1), 41-54.
- Gu, M. O., & Eun, Y. (2002). Health-Promoting Behaviors of Older Adults Compared to Young and Middle-Aged Adults in Korea. *J of Gerontological Nursing*, 28(5), 46-53.
- Gu, M. O., Kang, Y. S., Kim, E. S., Ahn, W. R., Oh., H. S., & Eun, Y., (2002). The evaluation of a Health Promotion program for the community resident for Older adults. *J of Korean Acade Nurs.*, 32(3), 384-394.
- Gu, M. O., Kim, J. H., Kim, J. I., Kim, H. J., Kim, H. S., Oh, J. J., Eun, Y., & Song, M. S. (2003). A Study on the Barriers to Health Behaviors of Elderly in Korea. *J of Korean Gerontological Nursing*, 5(2), 117-126.
- Hassinger, E., Hicks, L., & Godino, V. (1993). A Literature Review of Health Issues of the Rural Elderly. *J Rural Health*, 9(1), 68-75.
- Hines, C., & Rutrough, T. (1994). Differences in the Use of Health Services by Metropolitan and Non-metropolitan Elderly. *J Rural Health*, 10(2), 80-88.
- Kim, I. J., Lee, E. O., & Choi, H. J. (2003). Perceived Barriers to Exercise of Adults: Difference by Age, Gender and Residence. *J of Korean Acade of Adult Nurs.*, 15(2), 193-204.
- Korea National Statistical Office (2004). <http://www.nso.go.kr>
- Lee, K. S., & Chung, Y. S. (1998). A Study on Health Perception and Health Promoting Behavior in the Elderly. *J Korean Comm Nurs*, 9(1), 72-88.
- Lee, K. J., Yoon, J. K., Ko, I. S., Lee, T. W., Ju, Y. S., Bae, S. S., Oh, J. J., & Kwan, S. H. (2001). *A Prediction Model of Health Promotion and Illness Prevention Behaviors in the Elderly*. Reports by Yonsei University & Ministry of Health & Welfare.
- Mainous, A., & Kohrs, F. (1995). A Comparison of Health Status between Rural and Urban Adults. *J Community Health*, 20(5), 423-431.
- Melnyk, K. A. M. (1988). Barriers:A Critical Review of Recent Literature. *Nurs Res*, 37(4), 196-201.
- Ministry of health & welfare (2001). *2000 Yearbook of health and welfare statistics*. <http://www.moha.gp.kr>
- National Health Insurance Corporation (2002). *2001 National health insurance corporation databank*. <http://www.nhic.or.kr>
- O'Neill, K., & Reid, G. (1991). Perceived

barriers to physical activity by older adults.
Can J Public Health, 82, 392-396.

- Oh, J. J., Kim, S. M., & Song, M. S. (1996). Health promoting behaviors and factors contributing health practice of Korean urban elderly. *J of Korean Academic Society of Adults Nursing, 8*(2), 324-337.
- Park, E. S., Kim, S. J., Kim, S. I., Chun, Y. J., Lee, P. S., Kim, H. J., Han, K. S., (1998). A study of factors influencing health promoting behavior and quality of life in the elderly, *J of Korean Acade Nurs., 28*(3), 638-649.
- Pastirino, C. A., & Dicky, T. (1990). Health Promotion for Elderly: Issues and Programming Planning. *Orthop Nurs, 9*(6), 36-42.
- Pullen, C., Fianndt, K., & Walker, S. N. (2001). Determinants of Preventive Services Utilization in Rural Older Women. *Journal of Gerontological Nursing, 27*(1), 40-51.
- Song, Y. S., Lee, M. R., & Ahn, E. K. (1997). The Study on Health Promoting Lifestyle of the Elderly. *J of Korean Acade Nurs., 27*(3), 541-549.
- 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.

- Abstract -

A Comparative Study on Barrier Factors in Health Behaviors of Urban vs Rural Elderly

Eun, Young¹⁾·Kim, Ju-Hyun²⁾
Kim, Jeung-Im³⁾·Kim, Hee-Ja⁴⁾
Kim, Hyun-Sook⁵⁾·Oh, Jin-Ju⁶⁾
Gu, Mee-Ock¹⁾·Song, Mee-soon⁷⁾

The purpose of this study was to identify the barrier factors of health behaviors of urban and rural elderly and to compare the health behaviors and level of barriers between two groups, and finally to get the basic informations about the adequate nursing strategies to promote the health state of urban and rural elderly.

The subjects of this study were 177 over the age of 65, 81 elderly lived in Seoul and 96 elderly lived in rural areas. The instruments for this study were the health behavior scale(14 items) and the barrier scale (118 items) developed by Gu et al(2003). For the data analysis, SPSS PC program was utilized for descriptive statistics, χ^2 - test, t-test, Pearson correlation.

The results of this study were ;

1. The mean score of health behaviors (range 1-4) was 2.69 in urban elderly and 2.33 in rural elderly ; there was significant difference(t=5.03, P=.00).

-
- 1) Department of Nursing, Gyeong Sang National University: Gerontological Health Research Center, Gyeongsang Institute of Health Science
2) Department of Nursing, KangWon National University
3) Department of Nursing, SoonChunHyang University
4) Department of Nursing, ChongJu National College of Science and Technology
5) Department of Elderly Health &Welfare, College of Science and Technology
6) Department of Nursing, Danguk, University
7) College of Nursing, Seoul National University

2. There were significant differences in levels of barriers(range 1-3) between the two groups, such as calcium intake($t=-3.16$, $P=.00$), regular exercise($t=-3.80$, $P=.00$), exercise time($t=-5.54$, $P=.00$), use of stress reduction method($t=-3.45$, $P=.00$), regular check up($t=-3.89$, $P=.00$), vaccination($t=-3.83$, $P=.00$). Higher levels of barriers were found in rural elderly than in urban elderly.
3. Lack of habituation, lack of will power and lack of knowledge in calcium intake; lack of time, lack of habituation, lack of family support, lack of will power and lack of environment in exercise; lack of perceived benefit, lack of time, lack of will power and

lack of knowledge in use of stress reduction method; lack of time, lack of interest, lack of habituation and lack of will power in disease prevention were significantly higher in rural elderly than in urban elderly.

In the conclusion, nursing interventions should be planned based on the social environment of elderly. To promote the health state of elderly, interventions to decrease the barrier levels and to reduce the barrier factors to health behaviors should be implemented.

Key words: Urban elderly, Rural elderly,
Health behavior, Barrier factors