

# 농촌노인의 성별에 따른 만성질환과 건강상태 및 건강생활양식

조유향

초당대학교 간호학과

## I. 서론

노인인구의 증가와 더불어 노인의 건강문제는 사회문제의 하나로 보건의료적 과제가 되고 있다. 그 중에서도 노인은 노화와 관련하여 생리적 기능저하와 퇴행적 변화로 만성퇴행성 질환의 발생률이 높아지고 있으며, WHO에 의하면 전 세계 사망원인의 59.0%가 만성질환에 기인하고 있어 위험요인의 저하와 건강한 생활양식의 증진을 강조하였는데(WHO, 2002), 우리나라도 만성질환 관리는 정부정책의 하나가 되고 있다(보건복지부, 2007; 조유향, 2008). 보건복지가족부는 만성질환이 바르지 못한 생활습관이 주된 원인으로 작용한다고 지적하면서, 국민들의 건강잠재력 제고와 만성질환 예방을 위해 전생애에 걸친 지속적인 건강증진사업을 전개하고 영·유아, 아동, 장년, 장년, 노인 등 각 생애주기 특성에 맞는 건강생활실천 프로그램 및 질병예방프로그램을 제공하고 있다.

전국 만 60세 이상 노인을 대상으로 조사한 결과 85.9%가 '3개월 이상' 지속된 만성질환을 지니고 있었는데, 그 중에서 56.8%의 노인이 복합적인 만성질환 증세를 보였고, 만성질환으로 인하여 일상생활에 지장을 받는 노인은 전체노인의 72.2%로, 보건교육실시에 의한 질병의 예방 및 조기발견과 노인의 질병특성에 적합한 간병 위주의 통합된 노인보건의료제도의 확립을 제안하였다(서미경, 1995). 전국 노인의 조사결과(정경희, 2004)에서는 만성질환율이 90.9%로 나타났고, 이들 노인의 가장 힘

든 점은 일상수행능력의 제한(43.3%)인 것을 볼 때 노인에서 만성질환은 심각한 문제임을 알 수 있다. 또한 한국인의 만성질환에 대한 연구(성은주, 2005)에서도 2000년 이후 한국인의 5대 사망원인 모두 만성질환이었는데, 이는 대부분이 잘못된 생활습관이 원인이라고 지적하였다. 특히 노인과 여성의 삶의 질에 큰 영향을 미치는 것으로 생활습관의 개선이 건강장수를 가능케 함을 암시하였다. 앞으로 평균수명의 연장으로 국민 10명 중 4명이 만성질환으로, 이로 인한 생산성손실과 치료비, 간접적 기회비용 등 경제적 부담도 커질 것이고 급속히 진행되는 고령화로 인해 향후 만성질환은 더욱 늘어날 것이라고 하였다. 그리고 2007년도 국민건강영양조사에서도 만성질환자의 삶의 질 수준이 낮은 경향으로 나타났다(보건복지가족부와 질병관리본부, 2008).

이와 같이 만성질환이 노인의 건강문제가 되고 있으며 일상생활에 지장을 주고 있는 실정이다. 따라서 만성질환의 예방은 건강한 생활습관이 중요한 변수로 한국인에서 비만과 음주는 교정 가능한 고혈압발생의 독립적인 위험요인으로, 당뇨병의 발병요인으로서는 남성에서 연령, 가족력, 흡연, 여성에서는 연령, 흡연과 비만이 독립적 위험요인으로 밝혀져 금연하고 적절한 체중유지가 중요함을 암시하였다(김영식, 2003). 농촌 독거노인의 건강상태와 삶의 질 연구(최연희, 2004)에서도 건강유지 및 증진, 질병예방 등을 위해 개인적으로 행해지는 건강증진행위가 노인의 만성질환유병률을 감소시키고 수명을 연장하

교신저자: 조유향

543-701 전남 무안군 무안읍 성남리 419번지, 초당대학교 간호학과

전화: 061-450-1804 팩스: 061-450-1810 E-mail: yhcho@chodang.ac.kr

▪ 투고일 09.02.25

▪ 수정일 09.05.29

▪ 게재확정일 09.06.13

여 보다 건강한 노후를 보낼 수 있다고 제안하였다.

인구의 고령화현상에 따라 노인의 보건상의 문제들이 점차 대두되면서 노인의 건강상태와 관련된 여러 가지 제반요인들에 관한 많은 연구들이 이루어진 바 있다(이성국, 2002). 국내 만성질환관리 간호연구동향(박영주와 한금선, 2002)에서는 국내에서 만성질환관련 간호연구가 많지 않은 것으로 밝혀졌다. 그리고 김신미 등의 연구(2008)에서도 한국노년학회지에서 간호 및 건강분야가 많지 않으며, 농어촌지역의 연구가 저조하여 농어촌지역에 노인인구비율이 더 높은 우리의 현실에서 매우 안타까운 현상으로 연구의 활성화를 들었다. 이정화 등(2007)의 연구에서는 농촌노인의 신체적 건강과 건강증진행위와의 관계에 대한 연구가 상대적으로 미흡한 상태로 농촌노인들의 건강증진행위에 노인의 사회·인구학적 특성, 노인의 건강상태가 미치는 영향을 탐색할 필요성을 강조하였다. 그리고 한국보건사회연구원(2001)의 전국 65세 이상 노인들의 유병률조사에서는 농촌노인이 도시노인에 비해 유병률이 더 높은 것으로 나타났으며, 만성질환율도 도시노인보다 2배나 높은 것으로 파악되어(민경진 외, 2001), 농촌지역 노인에서 더 문제가 되고 있음을 알 수 있다. 또한 전은옥 외의 연구(2007)에서도 농촌노인은 농사의 일상에서 빈번한 질병으로 힘겨운 삶을 살아가는 것으로 나타나 복합만성질환의 대처방안에도 질병단계에 따른 건강중재프로그램의 개발과 더불어 이를 운영할 수 있는 보건의료전달체계의 연구가 필요하다고 제안하였다. 선우덕(2008)의 연구에서도 노인의 건강수준에 적합한 특화된 건강증진프로그램의 개발 및 활성화방안이 강구되어야 할 것이라고 하였다.

이와 같이 농촌지역 노인의 만성질환과 건강생활습관의 중요성은 알려져 있는 것으로, 만성질환의 위험요인에 해당되는 인구사회학적 특성과 생활습관과, 만성질환으로 인한 건강상태 등의 관련성을 분석한 연구는 많지 않은 실정이었다. 그리고 농촌노인에 관한 건강과 건강습관 및 관리에 관한 필요성이 언급되고 있는 가운데, 이에 관한 연구도 충분치 않은 실정이다.

이러한 관점에서 본 연구에서는 농촌노인들의 만성질환을 선정하여 건강상태 및 건강생활양식에 대하여 파악

하고, 성별에 따른 만성질환율과 인구사회학적 변수, 건강상태 및 건강생활습관과의 관련성을 검토하여 관련된 요인을 파악하여 농촌노인들의 올바른 건강생활실천을 통하여 건강증진에 기여하고자 하며, 향후 농촌노인의 건강증진 및 건강한 생활습관 정립을 위한 기초자료로 활용되도록 하고자 한다.

구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째 농촌노인의 성별에 따른 인구사회학적 특성, 만성질환율과 건강상태 및 건강생활습관을 파악한다.

둘째 농촌노인의 성별에 따른 인구사회학적 특성별, 건강상태별 및 건강생활습관별 만성질환유무를 분석한다.

셋째 농촌노인의 성별에 따른 만성질환에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계 및 대상

본 연구는 일개 군단위 농촌노인을 대상으로 설문조사를 통하여 만성질환과 일반적 특성, 건강상태 및 건강생활양식을 파악하고, 이러한 요인들이 만성질환에 영향을 미치는 지를 보는 탐색적 연구이다. 농촌노인의 인구사회학적 특성의 차이를 고려하여 성별에 따른 건강상태와 건강생활양식을 비교 분석하고자 한다.

본 연구에 사용된 자료는 ‘무안군 노인보건복지종합계획’(조유향 등, 2004)의 자료로, 조사대상자는 무안군에 거주하는 60세 이상의 노인(1939년 7월 이전 출생자)으로, 표본추출방법은 무작위 표본추출방법으로 표본단위인 표본지점수를 리단위로 하여 각 읍·면별로 345개리 중에서 무작위 추출된 38개리, 1,375명을 대상으로 전수 가구방문하여 조사한 결과, 770명으로 조사비율은 56.0%에 해당된다<표 1>. 조사비율이 높지 않은 이유는 농촌노인의 경우, 주민등록상에는 거주로 되어 있었으나, 자식들의 집 등으로 거주지가 자주 바뀌는 이유로 부재중인 노인이 많았기 때문이다. 거주조사지역의 인구수는 63,681명으로 60세 이상의 노인인구 비율은 17.2%이었다.

표 1. 조사대상지역의 표본 및 노인인구수

	표본수(행정리)	노인인구수
전체	345	10,938
표본수(개)	38	1,375
조사표본수(개)	38	770
조사비율(%)	11.0	56.0

자료) 무안군: 무안군통계연보, 2003

## 2. 연구도구

조사도구는 『전국노인장기요양보호서비스 욕구조사』(정경희 외, 2001)에서 사용된 조사도구를 활용하였다. 조사내용은 크게 일반적 특성, 만성질환율, 건강상태와 건강생활습관으로 구성되었다. 일반적 특성은 성, 연령 등의 인구학적 특성과 교육수준, 결혼상태, 생활보호, 종교상태 등의 사회·경제학적 특성을 보았으며, 만성질환율은 만성질환이환여부로, 건강상태는 급성질환 이환여부, 주관적 건강인식, 치매이환율, ADL수준, IADL 및 우울상태를 보았고, 건강생활습관으로는 흡연, 음주, 운동 및 건강검진 실천상태를 보았다.

만성질환 이환상태는 “지난 1년간 만성질환을 앓은 적이 있습니까?”로, 급성질환은 “지난 2주간 아픈 적이 있습니까?”라고 각각 질문하여 「있다」 1점, 「없다」 0점으로 산정하였다. 그리고 노인의 건강상태를 보는 척도로, 주관적 건강(인식)상태를 파악하기 위하여는 “스스로 생각하시기에 같은 연령의 다른 사람과 비교하여 자신의 건강이 어떻다고 생각하십니까?” 질문하여 ‘매우 건강하다’ 5점에서 ‘매우 건강하지 못하다’ 1점으로 5점 척도로 하였고, 치매 척도는 MMSE-K를 사용하여 정상(24-30점), 치매의심(19-23점), 치매(18점 이하)상태로 구분하였으며, 우울상태(정경희, 2001)는 15문항으로 「예」, 「아니오」로 응답하여 총 15점에서 매우 심한 우울(1-3점), 심한 우울(4-5점), 가벼운 우울(6-7점), 정상(8점-15점)으로 구분하였다. ADL(일상생활동작능력)은 7항목으로, IADL은 10항목으로 각각 3점 척도로 구성되어 어느 한 항목이라도 혼자 할 수 없다면 기능제한이 있는 것으로 분류하여 수발필요자로 보았다. 연구도구의 신뢰도 Cronbach  $\alpha$ 값은 인지기능이 .613, 우울상태가 .837, ADL .897, IADL .904이었다.

건강생활습관에서 음주율은 「자주 마신다」 및 「가끔 마신다」를 「마신다」로, 흡연율은 「매일 피우고 있다」와 「가끔 피우는 날이 있다」를 「피운다」로 보아 각각 1점, 「아니오」 0점으로 하였으며, 운동률은 ‘지난 한달 동안 규칙적으로 운동을 하고 계십니까?’라고 질문하여 「예」 1점, 「아니오」 0점으로 하였다. 건강검진실태도 지난 1년간의 실태를 조사하여 「예」 1점, 「아니오」 0점으로 하였다.

## 3. 자료수집 및 분석방법

조사기간은 2004년 8월 3일-17일 사이에 4년제 대학의 간호학과 3학생으로 구성된 6명의 조사원이 사전교육 후, 노인가구를 방문하여 직접 면접조사하였다. 연구방법은 수집된 자료를 SPSS PC+(V10.0)프로그램을 이용하여 인구사회학적 특성, 건강상태와 건강생활습관은 빈도와 백분율을 보았으며, 이러한 특성별 만성질환율은  $\chi^2$ -test을 이용하여 분석하였다. 그리고 만성질환의 관련요인 분석은 로지스틱회귀분석을 이용하여 분석하였다. 이때 독립변수로 사용된 명목변수는 Dummy처리하여 분석에 사용하였다.

## Ⅲ. 연구결과

### 1. 조사대상 농촌노인의 인구사회학적 특성

조사대상 농촌노인은 총 770명으로 남자노인이 51.3%, 여자노인이 48.7%로 남자노인이 다소 많았고, 연령별로는 「70-74세군」이 가장 많아 30.3%이었고, 「60-64세군」이 12.7%의 순이었다<표 2>.

표 2. 조사대상 농촌노인의 성별 일반적 특성

		남자노인	여자노인	합계	x <sup>2</sup> -test
전체		395 (51.3)	375 (48.7)	770 (100.0)	
연령(세)	60 - 64	50 (12.7)	48 (12.8)	98 (12.7)	3.187
	65 - 69	125 (31.6)	106 (28.3)	231 (30.0)	
	70 - 74	117 (29.6)	116 (30.9)	233 (30.3)	
	75 - 79	75 (19.0)	73 (19.5)	148 (19.2)	
	80+	28 ( 7.1)	32 ( 8.5)	60 ( 7.8)	
결혼상태	유배우자	316 (80.0)	198 (52.8)	514 (66.8)	68.020***
	무배우자	79 (20.0)	177 (47.2)	255 (33.1)	
사회보장	의료급여	43 (10.9)	62 (16.5)	105 (13.6)	5.209*
	의료보험	352 (89.1)	313 (83.5)	665 (86.4)	
	무학	86 ( 21.8)	245 ( 65.3)	331 (43.0)	
교육수준	초등학교 졸업 및 중퇴	199 ( 50.3)	106 ( 28.2)	305 (39.6)	162.119***
	중학교 졸업 및 중퇴	73 ( 18.4)	21 ( 5.6)	94 (12.2)	
	고등학교 이상	37 ( 9.4)	3 ( 0.8)	40 ( 5.1)	
	없음	111( 55.2)	90 (44.8)	201 (26.1)	
종교상태	가톨릭	46 ( 11.6)	52 (13.9)	98 (12.7)	14.388*
	기독교	136 ( 34.4)	164 (43.7)	300 (39.0)	
	불교	97 ( 24.6)	69 (18.4)	166 (21.6)	
	기타	5 ( 1.3)	0 ( 0.0)	5 ( 0.6)	

\*p<.01 \*\*\*p<.0001

결혼상태에서는 「유배우자」가 66.8% 가장 많았고, 「무배우자」가 31.8%로 나타났다. 노인에서도 「비수급권자」가 86.4%로 「수급권자」인 보호대상노인이 13.6% 정도로 전국의 수치와 비슷한 수준이었다. 교육수준은 「무학」이 가장 많아 43.0%를 점하였고, 「고등학교 졸업 이상」이 5.1%에 해당되었다. 종교에서는 「종교가 없다」는 노인이 26.1%여서 73.9%가 종교를 가지고 있었는데, 「기독교」가 가장 많아 이 중에 39.0%를 차지하였고 「천주교」가 12.7%의 순이었다.

남여노인 간에 통계적으로 유의한 차이가 있는 일반적 특성변수는 결혼상태(p<.0001), 생활보호(p<.01), 교육수준(p<.0001), 종교상태(p<.01)로 나타났다. 구체적으로 결혼상태에서는 남자노인의 「유배우자」가 80.0%로 여자노인 52.8%에 비해 27.2% 정도 많았으며, 「무배우자」인 노인은 여자노인 46.1%로 남자노인 18.5% 보다 27.6% 정도 무배우자노인이 많았다. 생활보호대상도 남자노인은 10.9%이었으나 여자노인은 16.5%로 5.6%가 많았으며, 교육수준 역시 남자노인이 전반적으로 높은 편이었는데, 특히 「무학」이

남자노인 21.8%, 여자노인 65.3%로 여자노인의 교육수준이 남자노인보다 3배 이상 낮은 것을 볼 수 있었다. 그러나 종교상태에서는 「종교가 있다」는 여자노인이 55.2%로 남자노인의 44.8%보다 다소 많은 여자노인이 종교생활을 하는 것으로 나타났다.

## 2. 농촌노인의 질환과 건강상태

조사대상 농촌노인의 질병상태에서는 만성질환율이 59.1%이었으며, 급성질환율은 11.8%이었다<표 3>.

주관적 건강상태는 「매우 좋다」 1.4%, 「좋은 편이다」 7.1%, 「보통이다」 37.1%, 「약간 나쁘다」 49.0%, 「매우 나쁘다」 5.4%로 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 노인이 과반수이상이었다. 인지기능상태는 「정상」이 84.3%로 나머지 15.7%가 「치매상태」로 나타났고, 우울상태는 「정상」이 90.5%로 9.5%에 해당되는 노인이 「우울상태」에 있는 것으로 조사되었다. 그리고 ADL 및 IADL은 「정상」이 각각 80.5%, 48.0%로 나타났다.

표 3. 조사대상 농촌노인의 성별 이환 및 건강상태

		남자노인	여자노인	합계	X <sup>2</sup> -test
전체		395(100.0)	375(100.0)	770(100.0)	
만성질환	있다	199( 50.3)	256( 68.3)	455( 59.1)	16.329***
	없다	196( 49.7)	119( 31.7)	315( 40.6)	
급성질환	있다	46( 11.6)	45( 12.0)	91( 11.8)	2.506
	없다	349( 88.4)	330( 88.0)	679( 88.2)	
주관적 건강상태	매우 건강	9( 2.3)	2( .5)	11( 1.4)	30.675***
	건강	43( 10.9)	12( 3.2)	55( 7.1)	
	보통	157( 39.7)	129( 34.4)	286( 37.1)	
	허약	171( 43.3)	207( 55.2)	378( 49.1)	
	매우 허약	15( 3.8)	24( 6.4)	40( 5.2)	
인지기능	정상	370( 93.7)	281( 74.9)	651( 84.3)	52.981***
	경도 인지기능장애	19( 4.8)	82( 21.8)	101( 13.4)	
	치매	6( 1.5)	12( 3.2)	18( 2.3)	
	정상1	369( 93.4)	316( 84.2)	685( 89.0)	
우울상태	경증 우울	8( 2.0)	22( 5.9)	30( 4.0)	17.854***
	심한 우울	7( 1.8)	19( 5.1)	26( 3.4)	
	매우 심한 우울	5( 1.3)	11( 2.9)	16( 2.1)	
ADL	정상	343( 86.8)	277( 73.9)	620( 80.5)	20.627***
	수발필요	52( 13.2)	98( 22.1)	150( 19.5)	
IADL	정상1	214( 54.2)	155( 41.3)	369( 48.0)	12.479***
	수발필요	181( 45.8)	219( 58.7)	400( 52.0)	

\*\*\* p<.0001

남여노인 간에 통계적으로 유의한 차이가 검정된 건강상태 변수는 주관적 건강상태, 만성질환율, 치매상태, 우울상태, ADL 및 IADL이 모두 p<.0001 수준에서 유의하였다.

만성질환율은 남자노인이 50.5%, 여자노인이 68.3%로 여자노인이 남자노인보다 만성질환(p<.0001)이 높았다. 그리고 인지기능상태에서 치매노인은 여자노인이 3.2%로 남자노인 1.5%의 2배가 되고 있었으며, 치매의심 노인도 여자노인이 21.8%인 반면 남자노인은 4.8%로 남자노인의 4.5배 많은 편이었다. 우울상태에서는 우울노인이 남자노인에서는 5.1%이었으나 여자노인에서는 13.9%로 2.7배 높은 것으로 나타났다. 한편 ADL은 수발이 필요한 노인이 남자노인에서는 34.7%인 반면 여자노인에서는 65.3%로 약 2배가량 높은 것으로 나타났으며, IADL은 남여노인 각각 45.3%, 54.8%로 역시 여자노인이 9.5% 정도 많았다.

### 3. 농촌노인의 건강생활습관

조사대상 농촌노인의 흡연율은 19.7%(152명), 음주율은 38.2%(아주 가끔 마신다 16.2%, 가끔 마신다 14.2%, 자주 마신다 7.8%)로 흡연율에 비해 음주율이 2배로 높았고, 운동실천율은 20.0%, 지난 2년 동안에 건강검진율은 87.1%로 높게 나타났다<표 4>.

이러한 건강생활양식에서 남여노인 간에 통계적으로 유의한 차이를 보인 것은 흡연율(p<.0001), 음주율(p<.0001) 및 운동실천(p<.0001)으로 모두 남자노인이 높은 것으로 검정되었다. 그러나 건강검진은 남여 간에 유의한 차이가 없는 것으로 검정되었다.

구체적으로 보면, 담배를 피우는 노인은 남자노인이 32.7%, 여자노인이 6.1%로 남자노인이 5배로 많았으며, 술을 마시는 남자노인은 51.9%로 여자노인 23.7%의 2배가 넘었고, 운동실천율도 남자노인(25.1%)이 여자노인(14.7%)의 거의 2배에 이르렀다.

표 4. 조사대상 노인의 성별 건강생활양식

		남자노인	여자노인	합계	X <sup>2</sup> -test
전체		395(100.0)	375(100.0)	770(100.0)	
흡연	한다	129( 32.7)	23( 6.1)	152( 19.7)	85.427***
	안한다	266( 67.3)	352( 93.9)	618( 80.3)	
음주	한다	205( 51.9)	89( 23.7)	294( 38.2)	118.703***
	안한다	190( 48.1)	286( 76.3)	476( 61.8)	
운동	한다	99( 25.1)	55( 14.7)	154( 20.0)	12.996***
	안한다	296( 74.9)	320( 85.3)	616( 80.0)	
건강검진	한다	347( 87.8)	324( 86.4)	671( 87.2)	1.554
	안한다	47( 12.2)	51( 13.6)	98( 12.8)	

\*\*\* p<.0001

표 5. 조사대상 농촌노인의 성별 만성질환과 인구사회학적 특성

		만성질환			
		남자노인		여자노인	
		있다	없다	있다	없다
전체		199(43.7)	196(62.2)	256(68.3)	119(31.7)
연령(세)	60-64	6(12.0)	44(88.0)	20(41.7)	28(58.3)
	65-69	62(49.6)	63(50.4)	65(61.3)	41(38.7)
	70-74	61(52.1)	56(47.9)	84(72.6)	32(27.6)
	75-79	49(65.3)	26(34.7)	58(79.5)	15(20.5)
	80+	21(75.0)	7(25.0)	27(90.0)	3(10.0)
	X <sup>2</sup> -test	43.135***		30.646***	
결혼상태	유배우자	150(47.5)	166(52.5)	120(60.6)	78(39.4)
	무배우자	49(63.0)	30(37.0)	136(76.8)	41(23.2)
	X <sup>2</sup> -test	5.733		15.510**	
사회보장	의료급여	27(62.8)	16(37.2)	50(80.6)	12(19.4)
	의료보험	172(48.9)	180(51.0)	206(65.8)	107(34.2)
	X <sup>2</sup> -test	.085		.220*	
교육수준	무학	53(61.6)	33(38.4)	183(74.7)	62(25.3)
	초등학교 졸업/중퇴	107(58.3)	92(46.2)	66(62.3)	40(37.7)
	중학교 졸업/중퇴	27(37.0)	46(63.0)	6(28.6)	15(71.4)
	고등학교 이상	12(32.4)	25(67.6)	1(33.3)	2(66.7)
	X <sup>2</sup> -test	15.405**		23.399***	
종교상태	없다	38(39.2)	59(60.0)	45(65.2)	24(34.8)
	가톨릭	21(45.7)	25(54.3)	29(55.8)	23(44.2)
	기독교	64(47.1)	72(52.9)	108(65.9)	56(34.1)
	불교	75(67.6)	36(32.4)	74(82.2)	16(17.8)
	X <sup>2</sup> -test	20.846***		12.577**	

\* p<.05, \*\* p<.01, p<.0001

4. 성별에 따른 만성질환유무별 인구사회적 특성, 건강상태와 건강생활습관

1) 인구사회학적 특성별 만성질환의 관련성

조사대상 농촌노인의 만성질환유무와 일반적 특성과의 차이에서 통계적으로 유의한 변수는 남자노인의 경우, 연령(p<.0001), 교육수준(p<.01)과 종교(p<.0001)변수가, 여자노인에서는 연령(p<.0001), 결혼상태(p<.01), 생활보호(p<.05), 교육수준(p<.0001)과 종교(p<.01)로 나타났다<표 5>.

남자노인은 연령이 높을수록 만성질환율이 높아 60-64세 연령층은 12.0%이었으나, 80세 이상에서는 75.0%을

보였고, 교육수준이 높을수록 만성질환율이 낮아지는 것으로 나타났고, 종교에서는 종교를 가지고 있는 노인에서 만성질환율이 높은 것으로 나타났다.

그리고 여자노인에서는 연령으로 나이가 많아질수록 만성질환율이 높아지는 것으로 60-64세 연령층은 41.7%이었다. 그리고 결혼상태에 따라서도 만성질환율의 차이를 보였는데, 유배우자(47.5%)가 무배우자(63.0%)보다 만성질환율이 낮은 것으로 나타났다. 생활보호상태와도 차이가 있어 수급권자에서 만성질환율이 높았고, 교육수준과도 차이가 나타나 교육수준이 낮을수록 만성질환율이 높았음을 보여주었다.

표 6. 조사대상 농촌노인의 성별 만성질환과 건강상태

단위: 명(%)

		만성질환				
		남자노인		여자노인		
		있다	없다	있다	없다	
전체	199( 50.4)	196(49.6)	256(68.3)	119(31.7)		
주관적 건강상태	매우 건강	0( .0)	9(100.0)	0( .0)	2(100.0)	
	건강	5( 11.6)	38(88.4)	2(16.7)	10(83.3)	
	보통	46( 29.3)	111(70.7)	57(44.2)	72(55.8)	
	허약	133( 77.8)	38(22.2)	173(83.6)	35(16.4)	
	매우 허약	15(100.0)	0( .0)	24(100.0)	0( .0)	
	X <sup>2</sup> -test	128.999***		89.281***		
인지기능	정상	182(49.3)	187(50.7)	184(65.7)	96(34.3)	
	경도 인지기능장애	14(70.0)	6(30.0)	64(77.1)	19(22.9)	
	치매	3(50.0)	3(50.0)	8(66.7)	4(33.3)	
		X <sup>2</sup> -test	40.580***		34.288**	
		정상	180(48.8)	189(51.2)	210(66.5)	106(33.5)
우울상태	경증 우울	5(62.5)	3(37.5)	17(77.3)	5(22.7)	
	심한 우울	4(57.1)	3(42.9)	15(78.9)	4(21.1)	
	매우 심한 우울	5(100.0)	0( .0)	8(72.7)	3(27.3)	
		X <sup>2</sup> -test	5.860		2.372	
ADL	정상	157(45.8)	186(54.2)	170(61.4)	107(38.6)	
	수발필요	42(80.8)	10(19.2)	86(87.8)	12(12.2)	
		X <sup>2</sup> -test	24.370**		24.866**	
IADL	정상	86(40.2)	128(59.8)	89(57.4)	66(42.6)	
	수발필요	113(62.4)	68(37.6)	167(75.9)	53(24.1)	
		X <sup>2</sup> -test	41.047***		29.042*	

\*p<.05, \*\*p<.01, p<.0001

2) 건강상태별 만성질환의 관련성

조사대상 농촌노인의 만성질환율과 건강상태에 대한 차이를 본 결과, 남자노인과 여자노인 모두 주관적 건강상태(p<.0001), 인지기능상태(p<.0001, p<.01), ADL(p<.01) 과 IADL(p<.0001, p<.05)이 차이가 있는 것으로 검정되었다<표 6>.

남여노인 모두 주관적 건강이 「나쁜 편이다」고 인식하는 노인의 만성질환율이 각각 79.6%, 84.8%로 매우 높은 것으로 나타나, 주관적 건강상태는 만성질환으로 인한 건강상태와 관련이 높음을 시사하고 있었다. 남여노인의 인지기능상태에서는 만성질환율이 치매(50.0%, 66.7%)보다 치매의심(70.0%, 77.1%) 노인에서 다소 높았고, ADL와 IADL에서는 「정상」보다 「기능장애」로 수발이 필요한 노인에서 만성질환율이 높은 것으로 검정되었다. 그러나 우울상태와는 차이가 없는 것으로 나타났다.

3) 건강생활습관별 만성질환의 관련성

조사대상 농촌노인의 만성질환율과 건강생활양식과의 관계에서 통계적으로 차이가 난 변수는 남자노인의 경우,

운동실천(p<.05)이, 여자노인에서는 건강검진(p<.01)으로 나타났다<표 7>.

남자노인은 운동을 하는 노인에서 만성질환율이 41.4%, 운동을 하지 않는 노인에서는 53.4%로 운동하는 노인에서 만성질환율이 낮았다. 그리고 여자노인에서는 건강검진에서는 건강검진을 한 노인과 하지 않았던 노인 간에 만성질환율이 각각 70.7%, 52.9%로 건강검진을 한 노인에서 만성질환율이 높게 나타났다.

따라서 농촌노인에서도 건강생활양식 중에서 운동이 만성질환을 낮추며, 만성질환자가 관리를 위하여 건강검진을 보다 많이 하는 것으로 이해된다.

4) 만성질환에 영향을 미치는 요인

조사대상 농촌노인의 만성질환에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 만성질환을 종속변수로 하고  $\chi^2$ -test 결과 유의하게 선정된 인구사회학적 특성 중에서 결혼상태, 사회보장상태, 교육수준, 종교상태를, 건강생활습관에서는 흡연, 음주, 운동 및 건강검진 여부를 독립변수로 보정한 후, 로지스틱회귀분석을 실시하였다.

표 7. 조사대상 농촌노인의 성별 만성질환과 건강생활양식

단위: 명(%)

		만성질환			
		남자노인		여자노인	
		있다	없다	있다	없다
전체		199(50.4)	196(49.6)	256(67.8)	119(32.2)
	한다	72(55.8)	57(44.2)	14(60.9)	9(39.1)
흡연	안한다	127(47.7)	139(52.3)	242(68.8)	110(31.2)
	X <sup>2</sup> -test		2.263		.619
	한다	99(48.3)	106(51.7)	55(61.8)	34(38.2)
음주	안한다	100(52.6)	90(47.4)	201(70.3)	85(29.7)
	X <sup>2</sup> -test		.743		2.254
	한다	41(41.4)	58(58.6)	37(67.3)	18(32.7)
운동	안한다	158(53.4)	138(46.4)	219(68.4)	101(31.6)
	X <sup>2</sup> -test		4.248*		.029
	한다	179(51.6)	168(48.4)	229(70.7)	95(29.3)
건강검진	안한다	19(40.4)	28(59.6)	27(52.9)	24(47.1)
	X <sup>2</sup> -test		2.062		6.400**

\*p<.05, \*\*p<.01, p<.0001



표 8. 조사대상 농촌노인의 성별 만성질환 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석 결과

관련변수	남자노인				여자노인			
	B	S.D.	$\beta$	t-value	B	S.D.	$\beta$	t-value
Constant	.880	.217		4.055***	.082	.231		3.472**
결혼상태 무배우자(0) 유배우자(1)	-.0655	.047	.075	1.393	.0056	.059	.081	1.647
사회보장 의료급여(0) 의료보험(1)	-.094	.064	-.075	-1.459	.087	.079	-.054	-1.100
교육수준 무학(0) 교육받음(1)	-.127	.040	-.173	-3.208**	.088	.027	-.159	-3.214**
종교상태 없다(0) 있다(1)	-.049	.023	-.110	-2.155*	-.092	.021	-.215	-4.456***
흡연 안한다(0) 한다(1)	-.034	.099	-.017	-3.42	.086	.055	.081	1.570
음주 안한다(0) 한다(1)	-.049	.056	-.045	-.865	-.071	.052	-.070	-1.353
운동 안한다(0) 한다(1)	.016	.067	-.012	-.235	-.098	.057	-.085	-1.726
건강검진 안한다(0) 한다(1)	.157	.069	.116	2.263*	.131	.075	.085	1.755
R2=.094, Adj. R2=.074 F=4.749P=.000)				R2=.115, Adj. R2=.096 F=6.227(P=.000)				

\*p<.05, \*\*p<.01, p<.0001

남여노인 모두 인구사회학적 특성 중에서는 교육수준과 종교상태가 유의한 변수로 나타났고, 건강생활습관에서는 남자노인에서만 건강검진(p<.05)이 유의한 변수로 나타났다. 유의수준은 남여노인 모두 교육수준이 p<.01수준에서, 종교상태는 남자노인이 p<.05수준에서, 여자노인이 p<.0001수준에서 유의하였으며, 이들의 설명력은 남자노인에서는 9.4%, 여자노인에서는 11.5%이었다<표 8>.

#### IV. 논의

논의에서는 성별에 따른 만성질환율의 고찰을 비롯하여 일반적 특성, 건강상태와 건강생활양식과의 차이와 이에 영향을 미치는 요인에 대하여 비교, 검토하고자 한다.

본 조사연구에서는 조사대상 농촌노인의 만성질환율이 59.1%(남자노인 50.5%, 여자노인 68.3%)인데 비해 사회통계조사결과(한국조사통계국, 2006)에서는 우리나라 유병노인비율이 50.2%(농촌노인 51.5%, 도시노인 49.2%)로 본

농촌노인보다 7.6% 정도가 낮았다. 그리고 국민건강영양조사(보건복지가족부, 2008)에서 30세 이상의 만성질환율은 1998년 63.2%(남자 68.0%, 여자 59.0%), 2001년 66.3%(남자 74.4%, 여자 60.7%), 2005년 67.4%(남자 75.6%, 여자 59.5%)로 본 연구대상 농촌노인이 다소 낮은 수준의 만성유병률을 시사하고 있음을 알 수 있었다. 또한 한국보건사회연구원(1998)의 전국조사 결과, 국내 만성질환자의 유병율은 56.0%에 이르고 있으며, 지역별 분포에서는 도시지역이 53.5%, 농촌지역이 65.8%이며, 생애주기별로는 45-64세군이 77.3%, 65세 이상 노인에서는 86.7%(2004년 90.9%)가 만성질환을 갖고 있는 것으로 보고되어, 지역별로는 농촌이, 생애주기별로는 노인이 문제임을 확인할 수 있었다.

그러나 본 연구대상 농촌노인 중에서 성별로 보면 여자노인의 만성질환율이 높았는데, 이는 무배우자와 교육수준 등이 낮은 사회적 특성과 관계가 있는 것으로 풀이되는 것으로, 국민건강영양조사결과(2008)의 해석인 만성질환이 소득이 낮을수록 삶의 질도 낮다는 점이 여성노인과 관련이 있는 것으로 생각된다. 그리고 본 연구대상

농촌노인의 인구사회학적 특성 중에서 생활보호상태와도 관련이 있어 수급권자에서, 교육수준이 낮을수록, 종교가 있는 노인에서 만성질환율이 높았는데, 이는 서울시의 20-64세 인구조사에서 건강수준지표로 만성질환유병여부를 선정하여 사회계층지표와 관련성을 본 결과, 남자 및 여자인구에서 모두 교육수준과 소득수준이 낮아질수록 만성질환유병의 위험도가 높아지는 역상관의 선형관계를 보여 노인의 사회경제적 수준도 만성질환율과 밀접한 관련이 있는 김혜련 외(2003)결과와 유사한 결과를 보였다. 또한 사회경제적 지위와 만성질환유병률에 대한 연구(김승곤, 2004)에서도 고등학교 졸업 이상 노인에서 만성질환율이 상당히 낮아 교육이 영향을 미치는 것으로 제시되었고, 여성노인에서도 만성질환율이 높은 것으로 분석되었다. 호주 New South Wales지역의 성인대상 연구(Yvette 와 Adrian, 2005)에서도 사회경제적 불이익이 높고 교육수준에서 3차교육을 받지 못한 경우가 위험요인으로 밝혀져, 노인은 물론 성인에서도 만성질환율과 사회계층간의 관계와 동일한 결과가 유추되었다고 할 수 있다. 만성질환실태와 관리방안에 대한 연구(오영호 등, 2001)에서는 만성질환과 관련된 변수로 연령, 결혼상태, 교육수준 및 지역 등 인구학적 요인이 크게 영향을 미치고 사회경제적인 특성의 변수는 부분적으로 만성질환 확률에 영향을 주고 있는 것으로 밝혀져, 본 연구결과를 뒷받침해주고 있음을 알 수 있다. 미국노인의 건강증진행위에 미치는 요인을 본 연구(Suwonnaroo 등, 2002)에도 개인적 요인(성, 종족, 교육과 수입)이 주관적 건강상태와 만성질환에 유의한 변수로 설명되어 건강증진에 이들 변수를 감안해야 한다고 보고하였다.

만성질환율과 건강상태와의 관계에서는 본 농촌노인의 주관적 건강상태가 「나쁜 편」이라는 비율이 54.3%였는데, 이는 이정화 등의 연구(2007)에서 농촌노인의 63.0%가 자신의 건강이 좋지 않은 편으로 지각하는 비율에 비하면 다소 좋은 상태로 인지하는 것으로 나타났다. 그리고 주관적 건강상태가 질병과 관련이 있는 것으로 설명되었다. 농촌노인의 만성질환에 대한 연구(전경숙, 2001)에서 노인은 만성질환이 장기간 지속되면서 심신기능의 장애로 인하여 사회생활과 기능에도 지장을 주는 것으로 지적되었는데, 이는 본 연구결과처럼 만성질환이 ADL, IADL의 문제와 연관이 있었음을 보여주었다. 전국 노인

생활실태조사(정경희, 2004)에서도 만성질환자의 가장 힘든 점이 일상수행능력의 제한(43.3%)인 것으로 기능에 지장을 줄 수 있다. 또한 우리나라 만성질환의 실태분석에 관한 연구(오영호 등, 2001)에서는 만성질환자들은 50.9%가 2개 이상의 질환을 가지고 있었고, 주요 활동에 제한을 받는 만성질환자는 9.0%였으며, ADL과 IADL에 장애를 받는 비율은 각각 2.2%, 4.3%로 대부분의 만성질환자들이 큰 문제가 없었다고 하였는데, 이는 성인 전체를 본 것으로, 만성질환과 활동과는 노인에서 문제가 되고 있음을 알 수 있다. 도시노인들의 만성질환과 건강관련 삶의 질을 연구(남해성 외, 2000)한 결과에서는 조사영역 중 인지된 건강상태 영역이 만성상병상태와 관련성이 가장 높았고, 사회활동영역은 만성상병상태와 관련성이 가장 적어 만성질환의 유병률이 높은 노인층의 기능향상을 위해서는 질환자의 신체거동과 통증에 관심을 기울일 필요가 있음을 보여주었다. 그리고 호주노인의 조사(Galobardes, 2005)에서는 만성질환을 가진 조사대상노인은 주관적 건강상태와 관련이 있는 것으로 설명되고 있어 본 연구결과를 지지해주고 있다. 또한 만성질환과 인지기능과의 연구(유수정 등, 2002)에서는 “정상노인집단은 치매나 우울노인집단에 비해 지각된 건강상태, 일상생활동작능력이 좋고, 평균 만성질환 개수와 실금경험이 적었으며, 의사소통 및 시력장애 등의 감각장애가 적었다”고 보고되어, 본 연구의 만성질환과 인지기능과의 관련성을 뒷받침해주고 있음을 알 수 있다.

만성질환율과 건강생활습관과의 관련에서는 도시지역의 노인연구(김승곤, 2004) 결과, 운동을 하는 노인이 만성질환율이 10%포인트 낮았으며, 건강검진을 받는 노인인구의 만성질환 유병률이 훨씬 높게 나타나 만성질환 유병여부가 건강검진율에 미치는 방향으로의 역인과관계가 강력한 것으로 해석되고 있어 본 연구결과와 동일하였다. 김성희(2008)의 건강보험 수검노인을 대상으로 만성질환 증가에 영향을 주는 건강위험요인으로 식생활, 운동, 음주와 흡연습관을 보았으나, 흡연과 음주만 유의한 것으로 나타나 본 연구결과의 운동과는 관련이 없는 것으로 나타났다. 호주지역의 성인대상 연구(Yvette 와 Adrian, 2005)에서는 만성질환의 위험요인으로 흡연, 영양부족(야채와 과일부족), 음주, 신체적 비활동 및 과체중과 비만이 거론되어 운동이라는 용어보다 신체적 비활동으로 설명되었으며, 노

인의 신체적 활동양상에 관한 연구(Brownie, 2005)에서도 운동은 주관적 건강상태, 만성질환과 동기부족과 관련이 있는 것으로 조사되어 운동의 필요성이 강화되어야 함을 암시하고 있다. 운동의 경우, 최근 외국에서는 만성질환의 예방, 치료 및 관리에서 그 효과에 대하여 긍정적으로 보고하고 있으며, 우리나라에서도 만성질환과 운동에 관한 연구가 활발히 이루어지고 있는 편이었으나, 아직 질병관리를 위한 운동의 필요성에 대하여 인식과 지식이 부족하다고 지적하였는데(손혜숙, 2001), 이는 본 연구에서도 농촌노인의 만성질환자의 운동율이 낮은 것은 뒷받침해주는 것이라 하겠다. 고령화가 지속되고 만성질환유병률이 증가되는 현 상황에서 개인의 건강증진을 목적으로 하는 운동권고가 중요하다(Fleming 등, 2007). 하지만 만성질병에 영향을 미치는 건강결정요인을 8년간 지속적으로 모니터링한 연구에서는 흡연과 신체적 비활동이 높은 상태로 변화되지 않는 것으로 나타나 계절과 지역간 차이가 있다 하더라도 지속적인 관리가 필요함을 언급하였다(Galobardes 등, 2003).

결론적으로 조사대상 농촌노인의 만성질환은 인구사회학적 취약계층과 건강상태 및 건강생활양식과도 관련이 있는 것을 알 수 있어 만성질환관리에 이들 변수들의 감안이 필요할 것이다.

연구의 제한점으로는 모집단과 변수의 제한성으로 일부의 농촌지역을 대상으로 한 연구로 전국의 노인을 설명할 수 없는 것이며, 만성질환에 영향을 미치는 요인을 인구사회학적 변수, 건강상태 및 건강생활습관 변수에 한정할 점을 들 수 있겠다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 농촌 남녀노인의 건강수준지표로 만성질환율을 파악하고 일반적 특성, 건강상태(주관적 건강상태, 치매, 우울상태, ADL, IADL)와 건강생활습관양식(흡연, 음주, 운동실천 및 건강검진)의 실태와 만성질환율과 이들 변수와의 차이를 검토한 탐색적 연구이다. 사용된 자료는 「무안군 노인보건복지종합계획」의 자료로, 무안군에 거주하는 60세 이상의 노인을 전체 345개리 중에서 무작위 추출된 37개리, 1,375명을 대상으로 2004년 8월 3일

- 17일 사이에 4년제 간호학과 학생이 전수가구를 방문하여 조사한 770명(56.0%)을 분석하였다.

조사대상 농촌노인은 남자노인이 51.3%, 여자노인이 48.7%로 남자노인이 다소 많았으며, 남녀노인 간에 결혼상태( $p<.0001$ ), 생활보호( $p<.01$ ), 교육수준( $p<.0001$ ), 종교상태( $p<.01$ )가 유의한 차이가 있었다. 만성질환율은 59.1%, 건강상태는 전반적으로 여자노인이 남자노인보다 양호하지 못한 비율이 높았다. 건강생활습관은 흡연을 19.7%, 음주율 38.2%, 운동실천율 20.0%, 건강검진을 87.1%이었으며, 대체적으로 남자노인이 여자노인보다 높았다. 만성질환율과 인구사회학적 특성과의 관련변수는 남자노인의 경우, 연령( $p<.0001$ ), 교육수준( $p<.01$ )과 종교( $p<.0001$ )변수가, 여자노인에서는 연령( $p<.0001$ ), 결혼상태( $p<.01$ ), 생활보호( $p<.05$ ), 교육수준( $p<.0001$ )과 종교( $p<.01$ )로 나타났으며, 건강상태와는 남자노인과 여자노인 모두 주관적 건강상태( $p<.0001$ ), 인지기능장애( $p<.0001$ ,  $p<.01$ ), ADL( $p<.01$ )과 IADL( $p<.0001$ ,  $p<.05$ )이 관련이 있었고, 건강생활습관과는 남자노인의 경우, 운동실천( $p<.05$ )만, 여자노인에서는 건강검진( $p<.01$ )만이 관련이 있었다. 만성질환을 종속변수로 하고 일부 유의한 변수들을 독립변수로 하여 로지스틱회귀분석한 결과에서는 남녀노인 모두 교육수준과 종교가, 건강생활습관에서는 남자노인에서만 건강검진이 유의한 변수로 나타났다.

결론적으로 농촌노인의 만성질환은 인구사회학적 특성 간에 관련이 있는 것으로 사회관련 지표가 영향을 미치고 있었으며, 만성질환은 주관적건강상태, 인지기능, ADL 및 IADL과 관련성이 있는 것으로 영향을 미치는 보건의학적 문제로 파악되었다. 또한 만성질환은 건강생활습관에서 운동과 건강검진이 관련이 있는 것으로 나타나, 이에 대한 구체적인 권고방안이 요구된다. 따라서 노인인구의 증가와 더불어 심각한 문제로 대두될 만성질환에 대하여 관리가 필요한데, 이는 기존의 건강생활실천사업에서 보다 나아가 건강검진을 통한 체계적인 질병조기발견과 관리와 더불어 운동에서도 개인별 맞춤형 관리뿐만 아니라 신체활동량을 증가시키는 건전한 생활양식의 변화를 동시에 이룰 수 있는 특수프로그램의 운영이 필요할 것으로 사료된다.

## 참고문헌

- 김성희. 건강보험 수검노인들의 유질환 발견실태와 생활습관 [석사학위논문]. 대구: 경북대학교 보 건대학원, 2008.
- 김승근. 사회경제적 지위와 노인의 만성질환유병률, 보건과 사회과학, 2004; 16: 155-177.
- 김영식. 건강생활습관과 만성질환, 대한지역사회영양학회지, 2003;8(6):1010-1020.
- 김신미 김순이, 이윤정, 최정실, 이미옥. 한국노년학에 게재된 건강·간호분야 연구동향. 한국노년학, 2008;28(4):785-796.
- 김혜련, 김윤신. 만성질환 유병의 사회계층별 차이분석, 한국보 건통계학회지, 2003;28(2):56-66.
- 농촌자원개발연구소 통계로 본 지역별 노인복지현황, 2007:91-102.
- 남해성, 손명호, 권순석, 김순영, 박영철, 이청우, 손석준, 이정애, 최진수. 광주광역시 노인들의 만성질환과 건강관련 삶의 질, 노인병 2004;4(3):172-190.
- 민경진 김근초, 차춘근. 일부지역 노인들의 주관적 건강수준에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 보건교육·건강증진학회지, 2001;18(2):01-26.
- 박영주, 한금선. 국내 만성질환 관리 간호연구 동향, 간호학탐구, 2002;11(2): 32-46.
- 보건복지가족부. 건강증진사업안내. 서울: 보건복지가족부, 2007: 12-15.
- 보건복지가족부, 질병관리본부(2008)국민건강영양조사. 2008: (<http://www.knhanes.cdc.go.kr>)
- 서미경. 한국노인의 만성질환 상태 및 보건의료대책, 한국노년학, 1995;15(1):28-39.
- 선우덕. 노인보건정책의 발전과정 및 연구동향에 관한 일고찰, 한국노년학. 2008;28(1):773-784.
- 성은주. 한국인의 만성질환, 한국유가공기술과학회지. 2005;23(2): 99-106.
- 손혜숙, 전진호, 이종태, 정귀원, 김성준, 엄상화, 유병철. 일개 대학병원에서 치료중인 만성질환자의 금연, 절주 및 운동실천 정도, 보건교육·건강증진학회, 2001;18(3):89-102.
- 오영호, 오진주, 지영건. 만성질환 실태와 관리방안, 한국보건사회연구원. 2001.
- 유수정, 김현숙, 한규량. 제가노인의 신체적 건강, 자아존중감, 사회적지지 및 보건복지욕구조사, 한국노년학, 2002;22(3): 115-133.
- 이성국. 농촌노인의 건강과 영양상태, 한국농촌의학·지역보건학회지, 2002;27(1):217-224.
- 이정화, 김경신, 김경명. 농촌노인의 건강증진행위 관련요인, 대한가정학회지, 2007;45(3):57-69.
- 전경숙. 농촌노인의 만성질환실태와 보건복지정책에 관한 연구 [석사학위논문]. 익산: 원광대학교 행정대학원, 2001.
- 정경희, 조애지, 오영희, 선우덕. 장기요양보호대상 노인의 수발 실태 및 복지욕구, 한국보건사회연 구원, 2001:158-223.
- 정경희 오영희, 석재은, 도세록, 김찬우 외. 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사, 보건복지부, 한국 보건사회연구원;보건복지부, 2004;41-45.
- 전은옥, 권성복, 안옥희. 농촌노인의 복합만성질환에 대한 대처 경험, 지역사회간호학회지, 2007;18(1):32-41.
- 조유향, 이강, 배석연. 무안군 노인보건복지종합계획, 무안군, 2004.
- 조유향. 노인간호 제4판, 현문사, 2008.
- 최연희(2004). 농촌지역 독거노인의 건강증진행위와 삶의 질, 보건교육·건강증진학회, 2004: 21(2):87-100.
- 한국보건사회연구원. 보건복지통계연보, 1998, 2001: [Http://www.kihasa.re.kr/](http://www.kihasa.re.kr/)
- 한국국가통계국. 사회통계조사, 2006(<http://www.nso.go.kr>)
- Galobardes B, Costanza MC, Bernstein MS, Delhumeau CH, Morabia A. Trend in risk factors for the major "lifestyle-related disease" in Geneva, Switzerland, 1993-2000. *Annals of Epidemiology*, 2003;Aug:13(7):537-540.
- Mary-louise Fleming, Helen Higgins, Neville Owen, Alexandra Clavarino, Wendy Brown, Jacqui Iloyd and Trish Gould. Community Capacity Building for Health Promotion: Lessons from a Regional Australian Initiative, *Australian J. Primary health*, 2007;13(3):22-28.
- Sonya Brownie. The Physical Activity Patterns of Older Australians, *Australian J. Primary Health*, 2005;11(3): 79-87.
- Suwonnaroo PN, Zauszniewski.. The effect of social Support, perceived health status, and personal factors on health promoting behaviors among American older adults. *Thai J. of Nursing Research*, 2002: Apr-Jun;6(2):41-53.
- WHO. The World health Report 2002-Reducing risks, promotion healthy life, Geneva, 2002.
- Yvette Miller, Adrian Bauman. Development of a Chronic Disease Risk Factors Index and Identifying Population Subgroups at Risk using New South Wales Adult Health Survey 2002 Data, *NSW Public Health Bulletin*, 2005;16(9-10):141-146.

<ABSTRACT>

## Relationship among Chronic Disease, Health Status and Health Related Lifestyle of Rural Elderly by Gender

Yoo-Hyang Cho

*Department of Nursing, ChoDang Univeristy*

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the chronic disease, health status and lifestyle, and to test the chronic disease and health status and lifestyle of rural elderly by gender.

**Method:** The interview survey was performed in September 2004 with structured questionnaires(Scale of Long-Term Health and Welfare Need Survey) to 770 of the elderly who lived in Muan-Gun of Chunnam Province. The percentage, Chi-square test and regression method were used for some of the cross-sectional data.

**Results:** The 770 elderly respondents were composed of 51.3% male and 48.7% female. 59.1% of the elderly had chronic disease. About the subjective health status that 54.3% of the respondents have been answered not good health status, 87.9% of the respondents have been health examination. The related variables of chronic disease and general characteristics were education and religious level in male, age, marital status, type of social security, education and religious level in female, and health status variables were subjective health status, cognitive function, ADL, IADL, and lifestyle factors was exercise in male, examination in female.

**Conclusion:** These results suggested that special health promotion and education programs of the health habits such as physical exercise and health examination were necessities for the elderly of rural area.

**Key word:** Elderly, Chronic Disease, Health status, Lifestyle