

## 일부 도시·농촌노인의 건강상태 비교 연구 -광주, 전남지역을 중심으로-

강 혜 영\*·김 수 미\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

우리 나라는 1960년대 이후 산업화와 함께 급진적인 경제 발전을 통하여 영양상태 및 전반적인 생활수준의 향상으로 인구의 자연증가율이 1990-1995년대에는 9.5%, 1995-2000년대는 8.9%로 감소되는 추세이며(지역 통계연보, 1994), 상대적으로 노인인구의 비율이 증가되는 결과를 가져왔다. 이러한 산업화과정은 그 구조의 변화에 따라 지역간, 산업간 이동을 초래하여 국내인구는 도시집중화와 핵가족화를 이루며 농촌지역에서는 영농인구의 고령화와 여성화, 노인단독가구의 증대현상을 가져오고 도시지역에서는 노인소외의 문제가 나타나게 되었다(최순남, 1984).

한국 고령자 실태분석을 살펴보면 1990년대 총인구당 65세 이상의 비율은 5.0%이며 1995년에는 5.7%, 2000년대는 6.8%, 2020년에는 12.5%로 점차 노년인구가 증가될 것으로 전망되어지며(보건복지부, 1995) 지역간 60세 이상 인구의 총 인구대 비율을 보면 전국 평균 7.6%에 비해 광주지역은 6.2%, 전남지역은 11.6%로 농촌지역의 노년인구가 더 많음을 알 수 있다(통계청, 1993). 노년인구의 증가에 따른 노인문제는 노화현상으로 인한 기능저하, 기능장애, 기능상실

및 더 나아가 병리적인 변화까지 오게 되는 신체적인 건강문제(이경미, 1987)와 직장은퇴, 배우자 상실, 자녀의 독립, 친구의 죽음등과 같은 역할상실로 인한 인간관계의 범위가 축소되어 공허함과 소외감을 느끼게 되면서 사회, 심리적인 면에서 해결해야 하는 많은 문제들을 가지게 되었다.

인간은 신체, 정신, 사회 그리고 영적으로 통합된 총체적 존재로서 인간을 중심으로 하는 환경과 상호작용을 함으로써 성장과 발전을 계속하며 궁극적으로는 만족스럽고 행복한 삶을 추구하는 존재이다(이은옥외, 1980). 한편 건강은 개인이 신체적 독립상태를 유지하고 일상생활을 기능적으로 영위해나가며 사회생활에서 기대되는 역할수행 및 사회적 통합을 이루기 위한 기본적 조건으로서 개인적 측면뿐만 아니라 사회적 측면에서도 중요한 의미를 가진다. 우리나라 노인들의 가장 큰 관심사나 걱정거리는 자신의 건강에 관련된 문제였고 여생을 건강하게 살고 싶다는 것으로(한국 노인문제 연구소, 1984) 건강문제가 큰 관점인 것을 볼 수 있다.

간호란 인간의 욕구를 충족시키고 수시로 변화하는 건강상태에 적응할 수 있는 능력을 갖도록 도와주는 것으로 노인대상자의 건강을 관리하고 건강기능을 유지, 증진하기 위해 노인의 건강상태를 사정하고 평가하며 필요한 건강관리나 간호전략을 결정, 제공하는

\* 전남대학교 의과대학 간호학과

\*\* 서강전문대학교 간호과

것은 중요한 일이라 할 수 있다.

노인의 건강상태를 측정하는 기준이나 방법은 신체적인 기능장애 정도 뿐만 아니라 심리, 사회적 측면 모두를 포괄할 수 있는 내용으로 구성되어야 하나 지금까지의 노인의 건강상태를 측정하는 대부분의 연구는 신체적인 건강상태 측정에만 관심을 두었으며 특히 지역별 환경과 그들의 건강상태간의 조사가 거의 없다고 본다.

각 개인의 환경은 물리적 환경, 규칙, 주위 사람들에 의해 형성되는데 신체적 기능이나 정신, 정서적 기능이 저하된 사람에게 있어서는 그 환경의 특성이 중요하며(Rubinstein, 1989), 농촌노인들이 도시노인보다 건강상태가 더 좋지 않게 나타나며(현두일, 1980), 농촌노인들의 정신 건강상태가 도시노인보다 나쁘며(윤혜영, 1988), 중소도시와 농촌노인들 일수록 대도시 노인보다 더 많이 참고 살고 있음을 볼때(박유식, 1985) 건강상태는 지역환경에 따라서 많은 차이가 있음을 볼 수 있다.

이에 본 연구는 노인들의 거주지인 도시와 농촌에 따라 건강상태가 어떻게 다른지를 확인하고 각 변수들과의 상관관계를 분석함으로써 노인 대상자의 건강을 관리하고 건강기능을 유지, 증진하기 위한 간호전략 및 보건복지 정책을 마련하는 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 도시, 농촌노인의 환경에 따른 건강상태의 차이를 비교하기 위하여 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

1. 도시 및 농촌지역 노인의 건강상태(신체적 건강상태-건강문제, 건강 자가평가, 진단받은 질병, ADL, 사회적 건강상태-IADL, 심리적 건강상태-삶의 만족도)를 비교한다.
2. 도시 및 농촌지역 노인의 건강상태 각 변수들과의 영역별 차이를 알아본다.
3. 도시 및 농촌지역 노인의 건강상태 변수들과의 상관관계를 규명한다.

## II. 문헌 고찰

노인이란 제2회 국제 노년학회에서 인간의 노령화 과정에서 나타나는 생리적, 육체적, 심리적, 정서적,

환경적 및 행동의 변화가 상호작용하는 복합형태의 과정에 있는 사람이라고 정의하고 있다(허정, 1984; 윤혜영, 1988). 노인 개념을 이해하기 위해서는 노화현상에 대한 이해가 중요하다. 노화현상이란 생물이면 겪게되는 한 성장 발달 과정으로써 노인의 건강은 노화과정과 밀접한 관계가 있어서 그 정도에 따라 몸의 조직과 기능이 소모되어 남아지면서 기능저하, 기능장애, 기능상실 및 더 나아가 병리적인 변화까지 오게되어 건강문제가 야기된 현상(이경미, 1987)이며 인간이 출생하여 죽음에 이르는 과정의 전반적인 변화로서 진행되고 있는 일련의 과정으로 시간의 경과에 따라 성숙기 이후에 명료하게 나타나기 시작하여 불가피한 죽음으로 향하는 변화의 점진적인 과정(김봉숙, 1987)으로 볼 수 있다.

연령상으로 노인이란 대한 노인회에 가입할 수 있는 연령은 60세 부터 규정하고 있으며 정부에서는 생활보호법 제3조에 의하여 65세 이상을 노인으로 규정하고 생활보호 대상 노인으로 지정하고 있다. 연령에 의한 구분은 주로 비 생산적인 연령을 뜻하며 그 기준은 나라마다 달라 미국, 프랑스, 네덜란드, 일본, 스웨덴등은 65세 이상을 노인으로 구분짓고 있다(허정, 1984)

노년층에서의 건강과 건강 행위면에서 성별, 연령, 사회 경제적 상태는 유병율과 상병율을 예측하는 변수들로서 사회 역학자에게 흔히 사용되어지는 변수들이며(Wolinsky, 1988), 노인의 건강에 영향을 미치는 요인들로서는 크게 내부적 요인과 외부적 요인 두가지로 나뉘며 내부적 요인으로는 개인 성격의 특성, 신체적 노화로 인한 만성, 퇴행성질환, 반응시간의 둔화, 연령에 따른 외모의 변화, 죽음이 다가오고 신체적기능이 퇴화해가고 있다는 자각등이 포함되며, 외부적 요인에는 배우자나 친구, 친족의 죽음과 같은 개인적인 상실과 사회적 지위의 상실, 경제수준의 하락, 강제적 정년퇴직, 인구나 사회구조의 변화, 지역 환경등이 포함된다(최영희와 신윤희, 1991).

노화과정으로 발생하는 신체적인 변화는 지각변화와 행동변화를 가져오며 이로 인해 심리적 측면의 변화를 가져와 사회생활에도 어려움을 겪게 되는 것이며(이영자, 1989), 지각한 정서. 심리적 변화는 신체의 노화를 가속(최영희 등, 1990) 노인건강의 변화를 나타낸다.

노인 건강상태의 측정이 노인 건강관리에서 중요한 기능은 노인 건강에 대한 진단 및 간호중재 방법을

지시할 수 있는 노인 건강사정이라고 하였으며 (Kane&Kane, 1981), 노인 건강상태의 측정은 건강을 보는 관점에 따라 두 가지로 나뉜다. 한가지는 의학적 진단, 병적인 증상의 유무 및 질병으로 인한 후유증등 병적상태에 근거를 두는 경우가 있으며 다른 한가지는 개인의 기능이나 역할의 수행능력에 근거를 두는 경우가 있다(조유향, 1988). 전자의 경우 노인에게 많이 발생하는 질환을 허정(1984)의 연구에서는 의료보험 관리공단의 진료비 청구 명세서를 토대로 45세 이상의 피보험자의 수진건수에서 고혈압, 당뇨병, 악성신생물, 간경화증, 관절염, 류마티즘증이라고 보고하고 있다. 또한 1980-1981년간 사망자의 의사의 사망진단 결과를 기초로한 사인분류 결과에 의하면 순환계질환(42.7%), 신생물에 의한 사망(11.9%), 호흡기계 질환(7.1%), 소화기계(6.9%)순이었다. 통계청(1994)의 노인사망 원인은 순환계질환(42.7%), 악성신생물(11.9%)로서 전체사인의 60.4%를 차지하였다. 박오장(1983)과 김미옥(1987)은 CMI(Cornell Medical Index)을 이용하여 감각기계, 비뇨기계, 신경계, 근육골격계, 순환기계, 호흡기계, 소화기계, 피부계, 피로도, 질병 발생빈도, 수면습관등의 신체 각 기관의 건강상태를 측정하였으며 조유향(1994)은 노인의 건강상태 측정시 노인들이 인지하고 있는 현재의 건강상태에 대한 응답을 조사하였다.

후자의 경우 노인의 건강상태를 측정하기 위해 기존 연구에서 가장 많이 사용되어지는 도구로는 ADL, IADL이다(윤혜영, 1988; 조유향, 1988; 이영자, 1989). 이러한 도구로는 노인의 신체적·사회적 영역의 건강상태의 측정이 가능하여지며 정신적 영역의 측정으로서는 Larson(1978)에 의하면 건강이 주관적 안녕에 가장 중요한 요인이라 하였으며 아프거나 신체적으로 무능력한 사람들은 그의 삶에 관하여 훨씬 낮은 만족을 표현한다고 하여 건강과 주관적 삶의 만족 사이에 상관관계가 있음을 보여주고 있다(박인숙외, 1989). 정신적 영역의 건강상태의 측정으로 삶의 만족도를 사용하였다. 이러한 도구를 사용한 노인의 총체적인 건강상태의 측정이 필요하다고 생각되어진다.

또한 노인의 건강은 노화과정과 더불어 건강문제들이 다양하게 나타나는데 노인 발달과정의 달성은 문화마다 또는 한 문화내에서도 다양함으로 사회 문화적인 환경내에서 통합하여 노인을 사정하고 계획하며 간호를 수행해야 한다(Seabrooks등 1987).

지역에 따라 거주하는 노인들의 사회 인구학적인

구성은 차이가 있고 이 차이는 그들의 삶의 질에 커다란 영향을 미친다는 것을 보여주며 더우기 서비스 제공자들에게 거주지역은 그들이 서비스를 계획하고, 창조하고, 전달해야 하는 지역의 실체와 일치하기 때문에 유용한 개념변수가 되는 것이다(Coward등 1989).

건강을 인식하는 개인의 자각은 같은 시대 동일한 사회라 하더라도 농촌과 도시의 생활환경과 구조의 차이점으로 의식구조를 비롯한 모든면에서 상당한 차이가 있기 마련이다(김태현, 1981).

우리나라의 경우 도시, 농촌과의 건강이환율에서 60세 이상의 노인중 대도시 40%, 중소도시 40.5%, 농촌에서는 45%로서 농촌노인의 이환율이 더 높다고 보고되어지며(김현기, 1986), 윤혜영(1988)의 연구에서는 농촌노인들이 도시노인보다 건강상태가 더 좋지 않게 나타나고 있다.

박유식(1985)의 연구에서는 대도시의 노인들이 중소도시의 노인들에 비하여 노후생활의 책임을 대도시(15.7%), 중소도시(5.7%)에서 사회적 책임으로 돌리고 있는것으로 볼 때 중소도시의 노인들이 대도시의 노인들보다 더 많이 참고 사는것으로 나타났다. 최영희와 신윤희(1991)의 대도시, 중소도시, 농촌노인의 건강상태 비교시 신체적으로는 중소도시, 농촌노인이 정서, 사회적으로는 대도시 노인의 건강상태가 저조한것으로 나타나 이는 지역환경에 따라 건강상태가 영역별로 차이가 있는 것으로 보고되며 지역에 따른 노인의 건강관리를 위한 간호전략 및 보건정책을 설정해야 하는 중요성을 시사하였다.

이상에서 볼 때 노인의 건강상태는 신체적, 심리적, 사회적으로 서로 밀접하게 관련되어지며 개인이 속한 환경에 따라 연구의 필요성이 제기된다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구 설계

본 연구는 도시, 농촌노인의 건강상태를 비교하기 위하여 도시지역(광주), 농촌지역(전라남도)에 거주하는 65세 이상되는 재택노인을 대상으로 개인별 면담을 실시하여 자료를 수집한 후, 수집된 자료를 분석하여 건강상태를 비교하는 서술적 연구이다.

#### 2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 광주, 전남에 거주하는 65세 이상의 재택노인으로서 면담에 응할 수 있는 언어적, 비언어적 의사소통 능력을 소유하고 본 연구에 협조하는 사람으로 하였다.

연구대상자는 광주지역 65세 인구 57,201명중 150명을 전남 194,963명중 300명을 연구대상자로 선정하였다. 연구 대상자 선정 방법은 전남은 22개 군중 도서지역 1개군을 포함시켜 무작위로 4개군을 추출한 후 다시 각 군별로 무작위로 1-2개의 면을 뽑아 그중 1-2개의 자연부락을 무작위 선정하였으며 도시지역은 무작위로 101개 동중 5개동을 선정한 후 면접가 능한 재택노인을 임의 표출 하였다.

자료수집은 1995년 3월 1일 부터 3월 30일 까지 30일 간에 걸쳐 실시하였다.

### 3. 연구 도구

노인의 건강상태를 신체적, 사회적, 심리적측면에서 측정하기 위하여 구조화된 질문지를 사용하여 노인의 건강상태를 측정하였다.

신체적 측정도구로는 ;

CMI(Cornell Medical Index)중에서 한국노인 특성에 맞도록 선정된 15개 신체적 건강문제의 유(0), 무(1)을 조사하였고 이들을 합하여 건강문제점수(0-15)로 환산하였다. 신뢰도는 Cronbach's alpha=0.69였다.

건강에 대한 자가평가는 3점 척도로서 점수가 높을수록 긍정적이다.

진단받은 질병은 고혈압, 심장병, 당뇨, 관절염, 신경통이 있는지의 유(0), 무(1)을 조사하였고 이들을 합하여 진단받은 질병수(0-5)로 환산 하였으며 점수가 높을수록 질병이 많은 것이다.

ADL(Activities of Daily Living)은 식사하기, 용변보기, 실금, 옷입기, 목욕하기, 실내거동 6개 항목을 3점척도로 측정하여 총 점수(0-18)로 환산 하였으며 점수가 높을수록 자가활동 정도가 높은 것이다. 신뢰도는 Cronbach's alpha=0.79였다.

사회적 측정도구로는 ;

IADL(Instrumental Activities of Daily Living)을 사용하여 전화결고반기, 교통수단이용, 시장보기, 요리하기, 집안일하기, 약먹기, 금전관리의 7개 항목을 3점척도로 측정하여 총 점수(0-21)로 환산 하였으며 점수가 높을수록 활동정도가 높은 것이다. 신뢰도는 Cronbach's alpha=0.83였다.

심리적 측정도구로는 ;

Wood 등(1969)이 개발한 삶의 만족 측정 도구를 최혜경(1987)이 수정 보완한 3점 평점척도의 12문항으로 측정하여 총 점수(0-36)로 환산 하였으며 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높은 것이다. 신뢰도는 Cronbach's alpha=0.80였다.

### 4. 자료 분석 방법

자료 분석 방법은 SAS 통계기법으로 통계처리하여, 연구 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 나타냈으며 지역에 따른 건강상태의 제변수들간의 관계는 t-test,  $\chi^2$ 로 건강상태 제 변수들간의 상관관계는 Pearson Correlation으로 분석하였다.

## IV. 연구결과 및 논의

### 1. 지역에 따른 대상자의 일반적 특성

지역에 따른 대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

대상자의 성별에서 남자는 도시 22.7%, 농촌 39.7%, 여자는 도시 77.3%, 농촌은 60.3 %로 도시, 농촌 모두에서 여자의 비율이 높게 나타났다. 이는 통계청(1993)의 60세 이상의 남녀별 노령 인구 구성에서 남자 노령인구의 39.3%와 여자 60.7%의 여자노령 인구가 훨씬 많은 것과 여자의 시도간 이동률(55.2%)로서 남편의 사별시 도시의 자녀에게로 이동하는 경향으로 도시에서의 여자 노령인구가 더 많아 진다는 보고와 일치하였다.

대상자의 종교상태는 종교가 없다고 응답한 노인은 도시는 43.3%, 농촌은 59.7%로 도시에서 종교가 있다고 응답한 노인이 많은것으로 나타났다. 이는 최영희와 신윤희(1991)의 연구에서 대도시에서 무교라고 응답한 노인이 36.4%, 농촌노인 46.4%로 거리상의 문제나 종교시설의 부족등으로 인해 농촌노인들이 도시노인들보다 종교를 접할 수 있는 기회가 적기때문이라는 견해와 일치한다.

대상자의 직업은 도시노인중 직업이 있다고 응답한 노인은 20.0%, 농촌노인은 41.7%로 농촌노인들이 직업을 더 많이 가지고 있는 것으로 나타났다. 이는 통계청(1993)의 1990년 고령유업률 시부 14.9%, 군부 44.5%의 통계자료를 뒷받침하고 있으며 도시노인의 경우 사회역할에서의 은퇴를 가져온 반면, 농촌에서

Table 1. General Characteristics of Urban and Rural Elderly

General Characteristics		Urban		Rural	
		N	(%)	N	(%)
Gender	Male	34	(22.7)	119	(39.7)
	Female	116	(77.3)	181	(60.3)
Age	65-69	59	(39.3)	95	(31.7)
	70-74	41	(27.3)	78	(26.0)
	75-79	25	(16.7)	76	(25.3)
	80 & Over	25	(16.7)	51	(17.0)
Religion	Have	85	(56.7)	121	(40.3)
	Have Nots	65	(43.3)	179	(59.7)
Occupation	Have	30	(20.0)	125	(41.7)
	Have Nots	120	(80.0)	175	(58.3)
Freind or	Have	33	(22.0)	72	(24.0)
Neighborhood	Have Nots	117	(78.0)	228	(76.0)
Spouse	Alive	61	(40.7)	164	(54.7)
	widow \ widower	89	(59.3)	136	(45.3)
Family	Extended	86	(57.3)	89	(29.7)
Style	Nuclear	64	(42.7)	211	(70.3)
Regular	Yes	21	(14.0)	8	(2.7)
Exercise	No	129	(86.0)	292	(97.3)
Total		150	(100.0)	300	(100.0)

는 젊었을때 부터 해오던 농사 및 가사노동이 계속되고 있음을 볼 수 있다.

대상자의 배우자의 유무상태는 대도시 노인중 배우자가 있다고 응답한 노인은 40.7%, 농촌노인은 54.7%로 농촌노인들의 배우자 생존율이 높은것으로 나타났다. 동거유형중 노부부 혹은 독거 노인은 대도시가 42.7%, 농촌이 70.3%로서 농촌노인의 경우 노부부 혹은 혼자 거주하는 노인이 많은 것으로 나타났다. 이는 최영희와 신윤희(1991), 통계청(1993)의 보고에서와 같이 고령자들이 배우자가 생존시에는 농촌에 함께 거주, 배우자 사망시는 경제적, 정신적 의지를 위해 도시의 자녀에게 이동한다는 견해와 일치한다.

노인들이 규칙적으로 운동을 한다고 응답한 노인은 대도시 14.0%, 농촌은 2.7%로서 대다수의 노인들이 운동을 하지않는다고 응답하였으며 농촌노인들은 농사일등 가사 일들이 있어서 운동을 더 하지 않은 것으로 볼 수 있다.

## 2. 도시·농촌노인의 건강상태

### 1) 도시·농촌노인의 건강상태

도시·농촌노인의 건강상태의 비교 결과는 <표 2>

와 같다.

도시, 농촌노인의 건강상태를 비교하기 위하여 t-test 로 검증한 결과 지역에 따른 건강상태의 차이가 통계적으로 유의한것은 자가보고한 건강문제, 진단받은 질병, ADL이었다.

자가보고한 건강문제에서 도시노인의 평균점수는 3.9, 농촌노인 4.4로서 농촌 노인일수록 건강문제를 더 많이 가지고 있다고 응답하였다(p=.00), 진단받은 질병에서도 도시노인의 평균점수는 1.0, 농촌노인은 1.3로서 농촌노인에서 진단받은 질병이 더 많은 것으로 나타났다(p=.01).

건강문제, 진단받은 질병에서 농촌노인이 더 많은 건강문제를 가지고 있는것으로 나타난것은 송건용(1994)의 1981-1992년 기간동안 60세 이상 노인에게서 연간 1인당 의사 방문수가 도시에서는 5.65회에서 12.89회로 농어촌에서는 2.95회에서 14.84회로 5.0배 증가한 점을 뒷받침 한다고 볼 수 있었다.

또한 장인협과 최성재(1987)의 보고에 의하면 전국 의료시설의 14.1%, 의사의 8.1%만이 농어촌 지역에 분포하여 도시에 비해 농촌지역의 의료시설이 부족한 상황인것을 감안한다면 농촌노인의 경우 도시노인보다 더 많은 건강문제를 가지고 더욱 자주 의사를 방

Table 2. Comparisons of Health Problems, Self Rating Score for Health Status, Diagnosed Diseases, ADL, IADL and Life Satisfaction between Urban and Rural Elderly

	Urban(N=150)		Rural(N=300)		t	p
	Mn	SD	Mn	SD		
No. of Health Problems	3.9	2.62	4.4	2.89	-2.03	0.0042*
Self Rating Score Health Status	2.0	2.81	1.9	0.82	1.43	0.1545
No. of Diagnosed Diseases	1.0	1.06	1.3	1.61	-2.39	0.0173*
ADL	17.3	1.29	17.8	1.00	-4.22	0.0001*
IADL	18.8	2.90	19.0	2.84	-0.57	0.5683
Life Satisfaction	13.4	5.89	14.0	4.23	-1.18	0.2390

문한 것으로 사료된다.

ADL에서 도시노인의 평균점수는 17.3, 농촌노인의 평균 점수는 17.8로서 농촌노인의 자가활동 정도가 보다 높은 것으로 나타났는데( $p=0.000$ ) 이는 대부분의 농촌 노인들은 생계를 위한 농사일을 계속해야 하고 주거 형태도 도시지역 보다는 보다 넓은 생활동작이 요구되는 환경이라는 점과, 독립적인 일상 활동을 못하게 되거나 건강이환시에는 도시의 자녀 가족으로 이주해오기 때문으로 사료된다.

## 2) 도시, 농촌 노인의 건강상태 영역별 비교

도시, 농촌노인의 건강상태 비교를 각 영역별로 비교하기 위하여 t검증과  $\chi^2$ 을 사용하여 분석한 결과 통계적으로 유의한 항목은 자가보고한 건강문제 4개항목, 진단받은 질병 1개 항목, ADL은 3개항목, IADL 3개항목, 삶의 만족도 2개항목 이었다.

## (1) 자가보고에 의한 건강문제

도시, 농촌 노인의 자가보고한 건강문제 비교는 <표3>과 같다.

자가보고에 의한 건강문제는 도시에서는 요통(53.3%), 관절염(46.0%), 시력장애(36.7%), 감기(31.3%), 두통(31.3%)순이었고, 농촌에서는 요통(56.3%), 두통(47.0%), 현기증(44.0%), 시력장애(43.0%), 관절염(40.7%) 순으로 호소하였다.

도시·농촌노인의 건강문제 중 변비나 순환계 문제 이외에는 거의가 농촌 노인들의 호소가 더 많은 경향을 보였으나 통계적으로 유의한 차이를 보인 항목은 머리가 무겁거나 두통때문에 고생한다가 도시노인(31.3%), 농촌노인(47.0%)으로 : 갑자기 현기증이 난다는 도시노인(15.3%), 농촌노인(44.0%)로 : 호흡곤란의 경험이 있다가 도시노인(15.3%), 농촌노인(27.3%)으로 : 자주 변비로 고생한 경험이 있다가 도시노인(24.7%), 농촌노인(12.3%)로 나타났다.

Table 3. Comparisons of Health Problems between Urban and Rural Elderly

	Urban(N=150)		Rural(N=300)		$\chi^2$	p
	No.	%	No.	%		
Back pain	80	53.3	169	56.3	1.66	0.546
Arthritis	69	46.0	122	40.7	1.34	0.281
Eye	55	36.7	129	43.0	0.39	0.198
Common cold	47	31.3	94	31.3	0.00	1.000
Headache	47	31.3	141	47.0	0.76	0.001*
Insomnia	46	30.7	106	35.3	3.65	0.324
Teeth problem	39	26.0	70	23.3	8.05	0.534
Constipation	37	24.7	37	12.3	2.88	0.001*
Digestive problem	30	20.0	56	18.7	0.12	0.735
Circulatory problem	28	18.7	38	12.7	11.07	0.090
Auditory problem	26	17.3	66	22.0	1.16	0.247
Hypertention	23	15.3	132	44.0	0.36	0.000*
Respiratory problem	23	15.3	82	27.3	10.09	0.005*
Heart problem	17	11.3	55	18.3	36.39	0.056
Fatigue	13	8.7	34	11.3	0.97	0.383

이는 Johnson(1991)이 인구 4,000이하의 농촌 지역에 거주하는 65세 이상 노인 250명을 대상으로 한 연구에서, 대상자의 8%에서 최소한 하나 이상의 만성 질환을 가지고 있다고 보고하였으며, 요통 87%, 호흡기 질환 71%, 심장질환 81%, 시력감퇴 67%, 당뇨 43%라고 보고한 결과보다는 낮게 나타났다. 그러나 박태경등(1992)의 영동 세브란스 병원 노인병 센터

개원시기인 1991년 10월-1992년 6월까지 9개월간 방문한 484명의 외래 환자 의무 기록지 분석 결과 3대 주소로서 관절염 및 근육통(19.9%), 두통(12.7%), 흉통(9.0%)로 나타난 결과보다는 높게 나타났다.

(2) 진단받은 질병

도시·농촌노인의 진단받은 질병의 비교는 <표 4>와 같다.

Table 4. Comparisons of Diagnosed Diseases between Urban and Rural Elderly.

	Urban(N=150)		Rural(N=300)		x <sup>2</sup>	p
	No.	%	No.	%		
Arthritis	49	32.7	89	29.7	0.42	0.515
Neuralgia	46	30.7	149	49.7	14.70	0.000*
Hypertension	32	21.3	50	19.7	0.17	0.678
Heart Problem	14	9.3	31	10.3	0.11	0.739
Diabetes Mellitus	11	7.3	19	6.3	0.16	0.688

진단받은 질병은 도시 노인은 관절염(32.7%), 신경통(30.7%), 고혈압, 심장문제, 당뇨순이며, 농촌 노인은 신경통(49.7%), 관절염(29.7%), 고혈압, 심장문제, 당뇨순으로 두 군 모두 신경통, 관절염, 고혈압이 우선적으로 진단받은 질환인 것으로 나타났다.

진단받은 질병의 도시·농촌노인의 비교로서 통계적으로 유의한 항목은 1개 항목으로 신경통으로 진단받은 정도는 농촌노인(49.7%), 도시노인(30.7%)로서 농촌노인에게서 진단받은 정도가 높은 것으로 나타났다(p=.00).

박태경외(1992)의 노인병 센터 외래 환자의 3대 진단명으로는 고혈압 21.8%, 관절염 15.9%, 당뇨 13.7% 순인 결과보다 신경통과 관절염을 가진 노인이 더 많이 나타났다.

Chrischilles(1992)의 도시, 농촌 65세 이상인구의 조사에서 최소한 남성의 37%, 여성의 52%에서 진통제와 심장 혈관계 약물을 사용하는 것으로 보고된 결과를 어느 정도 뒷받침 한다 하겠다. 그러나 두군간에 통계적으로 유의한 차이를 보인 항목은 신경통으로 이는 농사일을 위주로 하는 농촌노인의 생활을 반영한 것으로 볼 수 있겠다. 또한 박태경외(1992)가 서울지역 노인병 센터 외래 노인들의 진단명이 고혈압 21.8%, 관절염 15.9%, 당뇨 13.7%순으로 나타난 것과 비교해 보면 농촌을 주변으로 한 도시보다는 서울이라는 대도시의 생활양상도 영향을 주는 결과로도 볼 수 있겠다.

(3) ADL

도시, 농촌 노인의 ADL 비교는 <표 5>과 같다.

Table 5. Comparisons of ADL between Urban and Rural Elderly

	Urban(N=150)		Rural(N=300)		x <sup>2</sup>	p
	Mean	SD	Mean	SD		
Eating	2.89	0.37	2.96	0.24	-2.01	0.0460
Toileting	2.94	0.24	2.98	0.19	-1.64	0.1021
Incontinence	2.77	0.42	2.94	0.28	-4.54	0.0001*
Dressing	2.94	0.24	2.98	0.15	-2.03	0.0436*
Bathing	2.79	0.41	2.95	0.27	-4.34	0.0001*
Moving	2.95	0.25	2.97	0.18	-1.15	0.2512

ADL은 농촌 노인에게서 전체적으로 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 항목을 3개 항목으로 옷입기가 농촌 노인이 2.98, 도시노인이 2.94로( $P=.04$ ), 목욕하기가 농촌 노인이 2.95, 도시 노인이 2.79였고( $P=.00$ ), 실금정도는 농촌 노인이 2.94, 도시노인이 2.77이었다( $P=.00$ ).

이는 조유향(1994)의 걷기, 의복 갈아입기, 식사하기, 화장실 이용하기, 몸 단장하기, 목욕하기의 6개 영역에서 조사대상의 88.4%에서 6가지 기능이 모두

가능하다고 보고한 연구결과와 ADL 평균 평점이 일치하였으며, Nyman(1991)의 도시, 농촌 노인의 ADL특정에서 목욕하기, 용변보기, 실금 옷입기, 식사하기의 영역 비교에서 도시에서 높게 나타난 연구 결과와는 상반되었는데 이는 외국 생활양상과의 차이에서 오는 결과로 사료된다.

#### (4) IADL

도시·농촌 노인의 IADL 비교는 <표 6>과 같다.

Table 6. Comparisons of IADL between Urban and Rural Elderly

	Urban(N=150)		Rural(N=300)		t	p
	Mn	SD	Mn	SD		
Telephoning	2.5	0.65	2.5	0.68	0.10	0.9210
Using Transportation	2.6	0.61	2.7	0.56	-2.13	0.0335*
Shopping	2.7	0.55	2.8	0.57	-0.88	0.3780
Cooking	2.7	0.63	2.6	0.71	0.29	0.7718
House Keeping	2.7	0.56	2.8	0.49	-2.71	0.0069*
Taking Medications	2.9	0.36	2.9	0.28	-1.49	0.1362
Handling Pocket Money	2.8	0.55	2.6	0.66	2.93	0.0036*

IADL의 도시·농촌 노인의 비교로서 통계적으로 유의한 항목은 3개 항목이었다.

도시노인에게서 농촌노인에 비하여 비교적 높게 나타난 항목은 전화걸고 받기, 요리하기, 금전관리였으나 이중 통계적으로 유의한 항목은 금전관리로 도시노인의 평균점수 2.8, 농촌노인은 2.6으로 나타났다( $P=.00$ ).

도시노인에 비하여 농촌노인에게서 높게 나타난 항목은 교통수단 이용, 시장보기, 집안일 하기, 약먹기로서 이중 통계적으로 유의한 항목은 교통수단 이용과 집안일 하기로 교통수단 이용은 도시인의 평균점수 2.6, 농촌노인은 2.7로( $P=.03$ ) 나타났으며, 집안일 하기는 도시노인의 평균점수 2.7, 농촌노인은 2.8로( $P=.00$ ) 나타났다.

이는 조유향(1994)의 연구에서 전화의 사용, 일용품 구비, 식사준비, 가사운영, 세탁능력, 혼자서 바깥 외출, 스스로 의약품 관리, 금전 관리면의 8개 영역에서 조사대상의 54.1%에서 8가지가 모두 가능했으며 7가지는 70.5%로 나타난 결과와 IADL의 평균 평점이 유사했다. 또한 Nyman(1991)의 도시, 농촌 노인

의 비교연구에서 시장보기, 금전 관리, 교통 수단 이용에서는 농촌에서 높았으며, 요리하기는 도시노인에게서 높게 나타난 연구 결과와는 일치하였으나 금전 관리는 농촌에서 높게 나타나 영역별로 차이가 있음을 알 수 있었다.

#### (5) 삶의 만족도

도시, 농촌 노인의 삶의 만족도 비교는 <표 7>과 같다.

삶의 만족도에서 도시·농촌노인의 비교시 통계적으로 유의한 항목은 2개 항목이었다.

“내가 하는 일들은 나에게 흥미가 있다”에서 도시노인의 평균점수 0.9, 농촌 노인은 1.1( $P=.00$ )로 나타났다.

“만일 어떤 일을 새로 계획한다면 나는 앞으로 그 일을 할 수 있을 것이다”에서 도시노인의 평균점수 0.9, 농촌노인 1.0( $P=.01$ )로 나타났다.

“나에게는 다른 사람들보다 더 좋은 일들이 많았다”, “나는 지금 행복하다”, “내가 하는 일의 대부분은 지루하거나 단조로운 일이다”, “지금까지 내가 하고 싶었던 일들을 대부분 이루었다”에서 도시노인에



Table 7. Comparisons of Life Satisfaction between Urban and Rural Elderly

	Urban(N=150)		Rural(N=300)		t	p
	Mn	SD	Mn	SD		
As I grow older, things seem better than I thought they would be.	1.2	0.81	1.3	0.67	-1.9110	0.0575
I have gotten more of the breaks in life than most of the people I know.	1.2	0.78	1.1	0.69	1.25	0.2121
This is the dreariest time of my life	1.3	0.91	1.3	0.79	-0.23	0.8179
I am just as happy as when I was younger.	1.1	0.84	1.0	0.88	0.42	0.6726
Most of the things I do are boring or monotonous.	1.2	0.69	1.1	0.62	1.56	0.1206
The things I do are as Interesting to me as they ever were.	0.9	0.67	1.1	0.59	-3.29	0.0011*
As I look back on my life, I am fairly well satisfied.	1.0	0.80	1.0	0.65	-0.31	0.7568
I have made plans for things I'll be doing a month or a year from now.	0.9	0.50	1.0	0.50	-2.41	0.0164*
When I thinks back over my life, I didn't get most of the importants things I wanted.	1.0	0.85	1.2	0.69	-1.88	0.0614
Compared to other people, I get down in the dumps to often.	1.3	0.92	1.4	0.70	-1.25	0.2118
I've gotten pretty much what I expected out of life.	1.1	0.76	1.1	0.60	0.42	0.6726
In spite of what people say, the lot of the average man is getting worse not better.	1.3	0.94	1.4	0.66	-1.44	0.1522

게서 높게 나타나고 대부분의 항목에서 농촌 노인에게서 높게 나타났다.

이는 최영희(1991)의 대도시, 중소도시, 농촌노인의 정신·정서 건강 상태에서 농촌, 대도시, 중소도시 순으로 농촌 노인들의 정신건강 상태가 가장 높게 나타난 결과와는 일치하였다. 윤혜영(1988)의 농촌 노인들이 도시 노인보다 건강상태가 더 좋지 않다는

연구 결과와는 상반된 결과를 보이고 있다.

3) 도시·농촌노인의 건강상태 변수들과의 상관관계  
도시·농촌노인의 건강상태 제 변수들과의 상관관계를 Pearson Correlation으로 검증한 결과는 <표 8>과 같다.

Table 8. The Correlations between Health related Factors

	NHP	SRSHS	NDD	ADL	IADL	LS
NHP						
SRSHS	-0.38***					
NDD	0.32***	-0.15				
ADL	-0.17	0.14	-0.00			
IADL	-0.19***	0.19***	0.02	0.39***		
LS	-0.14	0.29***	0.02	0.16	0.12	

NHP = No.of Health Problems  
 SRSHS = Self Rating Score for Health Status  
 NDD = No.of Diagnosed Diseases  
 ADL = Activities of Daily Living  
 IADL = Instrumental Activities of Daily Living  
 LS = Life Satisfaction

전체적으로 낮은 상관관계를 보였으며 약간의 상관이 있는 항목은 자가보고한 건강문제와 건강에 대한 자가평가(-0.38), 자가보고한 건강 문제와 진단받은 질병(0.32), IADL과 ADL(0.39)들이었다.

이를 구체적으로 보면 신체적 건강상태의 영역중 자가보고에 의한 건강문제와 건강에 대한 자가평가는 유의한 역상관 관계( $r=-0.38, p=.00$ )로 진단받은 질병과는 유의한 순상관 관계( $r=0.32, p=.00$ )로 나타나 스스로 건강문제가 많다고 보고한 군에서 진단받은 질병이 많은 경향으로 나타났다.

사회적 건강상태의 영역인 IADL가 신체적 건강상태 변수들과의 상관관계에서 건강문제는 유의한 역상관 관계로( $r=-0.19, p=.00$ ), 건강 자가평가( $r=0.19, p=.00$ )와 ADL( $r=0.39, p=.00$ )은 유의한 순상관 관계로 나타났다.

심리적 건강상태 영역인 삶의 만족도와 신체적 건강상태의 변수들과의 상관관계에서 건강 자가평가는 유의한 순상관 관계로( $r=0.29, p=.00$ ) 나타났다.

이는 본 연구에서 전반적으로 상관성이 낮아 직접적으로 비교할수는 없었으나 Steinbach(1992)의 70-90세의 노인을 대상으로한 종단적 연구에서 나이, 인지한 건강상태, 성별, ADL의 수, 건강조건(당뇨, 암, 심장질환, 뇌졸중, 낙상) 등이 사망율에 유의한 상관 관계가 있으며, 인지한 건강상태와 ADL의 수가 사망율과 가장 높은 상관성이 있다고 보고한 결과와는 어느정도 유사하다 하겠다.

이상으로 이들 변수간에 정적 혹은 부적인 상관성이 비교적 낮은 수준으로 나타났으나 미약하게나마 각 변수들간의 상호관련성은 노인 인구의 건강 상태를 예측 할 수 있다고 볼 수 있어 앞으로의 연구에서도 상관성에 따른 고찰이 필요로 된다고 사료된다.

## V. 연구결과 및 제언

본 연구는 도시, 농촌 노인의 환경에 따른 건강상태의 차이를 비교하여 노인대상자의 건강을 관리하고 건강기능을 유지, 증진하기 위한 간호 전략및 복지정책을 마련하는 기초자료를 제공하기 위하여 시도하였다.

자료수집은 1995년 3월 1일 부터 3월 30일 까지 30일 간에 걸쳐서 광주, 전남 지역에 거주하는 65세 이상의 재택노인중 광주 지역 150명, 전남지역 300명을 무작위 임의표출 하여 면담과 설문지를 이용하여 수집하였다.

연구 도구로는 노인의 건강상태를 신체적, 심리적, 사회적인 총체적 측정을 위하여 신체적 측정도구로는 CMI중 한국 노인 특성에 맞도록 선정된 15개 신체적 건강문제 유 무, 건강에 대한 자가평가, 진단받은 질병, ADL이며, 심리적 측정도구로는 삶의 만족도, 사회적 측정 도구로는 IADL을 사용하여 조사하였다.

수집된 자료는 SAS 통계처리하여 실수와 백분율, t-test,  $\chi^2$ , Pearson Correlation으로 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1) 도시, 농촌 지역의 건강상태중 통계적으로 유의한 것은 건강문제, 진단받은 질병으로서 농촌노인에게서 더 많은 건강문제를 가지고 있는 것으로 나타났다으며, ADL에서는 농촌노인의 기본적인 일상생활 동작이 더 가능한 것으로 나타났다.

2) 도시, 농촌 노인의 건강상태 영역별 비교중 통계적으로 유의한 항목은 자가보고한 건강문제 4개 항목, 진단받은 질병 1개 항목, ADL은 3개 항목, IADL은 3개 항목, 삶의 만족도 2개 항목이었다.

1. 자가보고한 건강문제중 통계적으로 유의한 항목은 머리가 무겁거나 두통때문에 고생한다, 갑자기 현기증이 난다, 호흡곤란의 경험이 있다에서 농촌 노인에게서 유의하게 높게 나타났으며, 자주 변비로 고생한 경험이 있다에서는 도시 노인에게서 유의하게 높게 나타났다.

2. 진단받은 질병중 통계적으로 유의한 항목은 신경통으로 농촌 노인에게서 유의하게 높게 나타났다.

3. ADL 중 실금정도, 옷입기, 목욕하기에서 농촌 노인에게서 유의하게 높게 나타났다.

4. IADL 중 금전관리는 도시 노인에게서 유의하게 높게 나타났으며, 교통수단 이용, 집안일 하기는 농촌 노인에게서 유의하게 높게 나타났다.

5. 삶의 만족도에서는 내가 하는 일들은 나에게 흥미가 있다, 만일 어떤 일을 새로 계획한다면 나는 앞으로 그 일을 할 수 있을 것이다의 2개 항목에서 농촌 노인에게서 유의하게 높게 나타났다.

3) 도시·농촌 노인의 건강상태 변수들과의 상관관계에서는

신체적 건강상태의 영역중 건강문제와 건강에대한 자가 평가는 역상관 관계로, 진단받은 질병은 순상관 관계로 나타났다.

사회적 건강상태 영역인 IADL과 건강 문제는 역상

관 관계로 건강 자가 평가와 ADL은 순상관 관계로 나타났다.

심리적 건강상태 영역인 삶의 만족도와 건강 자가 평가는 순상관 관계로 나타났다.

이상의 결과로 볼때

- 1) 도시, 농촌 노인의 건강상태 비교에서 신체적인 건강문제는 농촌 노인이 더 많이 가지고 있으나 ADL 과 IADL에서는 자가 활동이 더 높은 것으로, 삶의 만족도는 더 높은 것으로 나타났다.

이는 많은 신체적인 건강문제를 가지고 있는 노인들에게서도 일상생활에서의 자가활동이 높으면 삶의 만족도가 높게 나타난 것으로 볼 때 노년인구의 일상 생활 활동을 활성화 시킬 수 있는 구체적인 복지정책의 정립이 필요하다고 사료된다.

- 2) 건강상태 변수들과의 상관관계에서는 건강문제와 진단받은 질병은 건강에 대한 자가 평가, ADL, IADL, 삶의 만족도와 역상관계에 있음을 알 수 있다.

위의 상관관계를 볼 때 노인건강에 대한 지속적인 건강관리의 필요성이 요구되어지며 특히 농촌노인들의 질적인 건강관리의 방안 마련이 시급하다고 본다.

이에 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 이 연구는 일부 지역에 국한하였으므로 광범위한 지역에 걸친 연구가 필요하다.
- 2) 노인의 건강관련 연구를 위한 보다 신뢰성 있는 도구 개발이 필요하다.
- 3) 도시노인을 위해서는 일상생활에 활동할 수 있는 방안을, 농촌노인을 위해서는 건강관리 서비스의 근접성을 높일 수 있는 방안이 요구된다.

## 참 고 문 헌

김봉숙(1987). 노화단계에 따른 장년및 노인의 신체상과 신체적 노화 현상에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.  
김태현(1981). 한국에 있어서의 노인부양에 관한 연구. 고려대학교 박사학위 논문.  
김현기(1986). 한국 의료 보장에 관한 연구. 동국대학교 행정대학원 석사학위 논문.  
박유식(1985). 한국노인의 생활의 문제점과 그 해결

에 관한 연구. 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위 논문.

보건복지부(1995). 노인 복지 종합대책.  
윤해영(1988). 한국노인의 건강상태에 관한 사회학적 비교분석연구. 경희대학교 대학원 박사학위 논문.  
이경미(1987). 노인의 자아존중감과 건강상태에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.  
이영자(1989). 한국노인의 건강사정도구 개발에 관한 일 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문.  
이은옥, 서문자, 임남영, 김채숙(1980). 만성질환 재발 간호. 서울 : 수문사.  
장인협, 최성재(1987). 노인복지학. 서울대학교 출판부.  
지역통계연보(1994). 통계청.  
최순남(1984). 현대사회와 노인복지. 서울 : 홍익재.  
최혜경(1987). 만성관절염 환자의 가족지지, 치료지시 이행및 삶의 만족도간의 관계연구. 연세대학교대학원 석사학위 논문.  
한국 고령자 실태분석(1993). 통계청(통계조사국 인구 통계과).  
한국 노인 문제 연구소(1984). 한국 노인의 생활과 의식구조.  
김미옥(1987). 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구. 대한간호학회지, 17(1), 64-78.  
박오장(1983). CMI 간이법에 의한 노인들의 건강수소율. 대한간호학회지, 13(2), 44-55.  
박인숙, 오경옥, 김종임(1989). 노인의 사회적 지지, 삶의 만족도및 우울의 관계분석 연구. 충남의대잡지, 16(1), 245-259.  
박태경(1992). 노인병 센터 환자의 진료내용 분석. 가정의학회지, 13(10), 800-808.  
송건용(1994). 21세기 노인을 위한 복지, 건강, 의료 심포지엄 : 노인보건을 위한 정책과제. 한국노년, 노인병, 노화학연합회.  
조유향(1988). 노인의 신체적, 사회적 능력장애에 관한 조사연구. 간호학회지, 18(1), 70-79.  
조유향(1994). 일부지역 노인의 장애및 생활정도에 관한 조사연구. 한국 노년학 연구, 3, 113-125.  
최영희, 백영주, 이지숙(1990). 한국노인의 정신, 정서적 건강상태 도구개발과 건강상태에 관한 연구. 성인간호학회지, 2, 14-33.  
최영희, 신윤희(1991). 대도시, 중소도시, 농촌노인의 건강상태에 관한연구. 간호학회지 21(3), 365-382.

- 허정(1984). 한국노인의 보건문제와 관련 요인에 관한 연구. 보건의학논집, 37, 110-122.
- 현두일(1980). 노인문제와 노인복지. 아산, 3(3).
- Kane, RA, & Kane, RL(1981). Assessing the Elderly—A Practical Guide to Measurement. Lexington Books.
- Lawton, MP.(1972) Assessing the Competence of Older People, Research Planning and Action for the Elderly : The Power and Potential of Social Science. Behavioral Publication, (N. Y.) 122-143.
- Coward, RT ; Cutler SJ, and schmidt FE (1989). Differences in the Household Composition of Elders by Age, Gender, and Area of Residence. *The Gerontologist*, 29(6).
- Chrischilles, EA ; Foley, DJ ; Wallace, RB ; Lemke, JH ; Semla, TP ; Hanlon, JT ; Glynn, RJ ; Ostfeld, AM & Guralnik JM (1992). Use of Medications by Persons 65 and Over : Data from the Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *J of Gerontology*, 47(5), 137-144.
- Johnson, JE(1991). Health—Care Practices of the Rural Aged. *J of Gerontological Nursing*, 17(8) 15-19.
- Larson, R(1978). Thirty Years of Research on the Subjective Well-Being of Older Americans. *J of Gerontology*, 33(1), 109-115.
- Lawton, MP & Brody, E(1969). Assessment of Older People : Self maintaining and Instrumental Activities daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-183.
- Nyman, JA ; Sen, A ; Chan, BY & Commis, PP (1991). Urban/Rural Differences in Home Health Patients and Services. *The Gerontologist*, 31(4), 457-466.
- Rubinstein, R(1989). The Home Environments of Older People : A Description of the Psychosocial Process Linking Person to Place. *J of Gerontology*, 44(2), 545-553.
- Seabrooks, PA ; R. Kahn, and G. Gero(1987). Gross-Cultural Observations. *J of Gerontological Nursing*, 13(1), 18-22.
- Steinbach, U(1992). Social Networks, Institutionalization, and Mortality Among Elderly People in the United States. *J of Gerontology*, 47(4) S183-190.
- Wolinsky, FD & Johnson, RJ(1991). The Use of Health Services by Older Adults. *J of Gerontology*, 46(6), S345-357.
- Wood, V ; Wylie, ML & Sheaffer, B(1969). An Analysis of a Short Self-Report Measure of Life Satisfaction : Correlation with Rater Judgements. *J of Gerontology*, 24, 467-468.

— Abstract —

Key Words : Elderly, Health Status

## A Comparative Study of Health Status in Urban and Rural Elderly —Kwangju, Chonnam Area—

Kang, Hae Young\* · Kim, Su Mi\*\*

This Study was conducted to investigate and compare of elderly lived in a urban and rural Area. The Subject were sampled in convenient sampling and total number of sample were 450 Persons(Urban=150, Rural=300).

The Data were collected through one by one interview with interview schedule in the period of March 1-30, 1995. The Study Tools for this study were 1)CMI, 2)Self Rating Score for Health Status, 3)No. of Dignosed Diseases, 4) ADL to investigate for physical health status, 5) IADL for social health status and, 6)Life Satisfaction for psychological health status.

The Data was analyzed in percentage, t-test,  $\chi^2$  and pearson correlation by SAS program.

\* Chonnam National University, Dept. of Nursing  
\*\* SeoKang College, Dept. of Nursing

The Results could be summarized as follows :

- 1) In the status of physical health, the group of rural elderly were tended to have more physical problems but more active in daily life (ADL, IADL) and more satisfactory psychologically in their life than urban elderly.
- 2) There were negative correlations between the number of Health Problems and Self Rating Score for Health, ADL, IADL, Life Satisfaction. And there was positive correlation between the Number of Health Problems and Diagnosed Diseases.