

일 도시·농촌노인의 ADL, IADL 비교연구 - 대전·거제지역을 중심으로 -

이춘옥* · 김금이** · 김현리***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 의학의 발달과 경제수준의 향상으로 인한 평균 수명의 연장으로 우리나라는 남자 69.6세, 여자 77.4세로 평균 수명이 73.5세(1996, 한국의 보건복지 지표)이고 노인 인구는 6.05%(1996, 한국의 사회지표)에 이르러 노령화 시대의 문턱에 와 있다. 이런 평균 수명의 연장과 사망률(6.1%) 및 출산률(5.4%)의 감소로 인한 노인인구 비율의 급증으로 노인문제가 하나의 심각한 사회문제로 대두되면서 노인에 대한 관심도 점차 고조되고 있고 이에 따라 여러 학문분야에서 노인 문제가 관심의 대상으로 대두되고 있다.

더욱이 급변하는 사회 경제와 가족구조로 말미암아 노인들은 많은 문제에 봉착해 있다. 그러나 전통적으로 효를 바탕으로 하여 노인을 가족, 구체적으로는 자식이 부양하여 왔었기 때문에 국가와 사회에서는 노인문제를 적절히 해결할 수 없었다(이영희, 1993).

노화과정과 그에 따르는 변화를 고려할 때 인체의 생리적 변화를 중심으로 신체적 측면과 정신적 측면, 노후 사회생활에의 적응을 중심으로 하는 사회, 심리적 측면으로 대별해 볼 수 있는데 노화에 따른 신체적, 정신·정서적, 사회적인 측면을 함께 다루어야 한

다(최영희 외, 1992).

한편 건강은 개인이 신체적 독립상태를 유지하고 일상생활을 기능적으로 영위해 나가며 사회생활에서 기대되는 역할수행 및 사회적 통합을 이루기 위한 기본적 조건으로서 개인적 측면 뿐만 아니라 사회적 측면에서도 중요한 의미를 지닌다. 특히 노인의 신체적 변화는 타고난 유전형질, 일상적인 식사형태, 일상의 운동량, 과거 질병을 앓았던 병력, 현재 앓고 있는 질병의 유무, 그리고 일생을 통해 경험해 온 스트레스의 정도와 밀접하게 관련되어 있음에도 불구하고 일반적으로 나이가 들어감에 따라 신체의 모든 기관과 장기에서는 그 기능의 보유능력이 저하되므로써 신체 기능이 점진적으로 저하되며, 내·외적 스트레스에 취약하고 만성질환을 수반하게 된다(최영희 외, 1992).

노년층에서의 건강과 건강행위면에서 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, 퇴행성 질병, 반응시간의 둔화, 연령에 따른 외모의 변화, 죽음이 다가오고 신체적 기능이 퇴화해 가고 있다는 자각등이 포함되며,

* 중국연변 위생학교 간호학교실 교수

** 거제전문대학 간호과 교수

*** 충남대학교 간호학과 교수

외부적 요인에는 배우자나 친구, 친족의 죽음과 같은 개인적인 상실과 사회적 지위의 상실, 경제수준의 하락, 강제적 정년퇴직, 인구나 사회구조의 변화, 지역환경등이 포함된다(최영희 외, 1991).

또 WHO(1984)의 노화의 역학에 관한 전문가 회의에서는 건강의 조작적 정의와 측정이 특히 곤란한 노년기의 사람들에 대해서는, 생활의 자립성(autonomy)을 건강상태의 측정 지표로 하는 것이 유효하다고 하였다.

노인의 일상생활 동작능력(Activities of Daily Living : ADL)을 조사하여 이들의 신체적 일상생활 동작능력을 측정하는 척도로서 노인의 건강지표로 삼는 경우가 있으나(Katz, 1983 : Lawton, 1972) 지역 사회에서 독립된 생활을 유지해 가는데 필요로 하는 보다 높은 수준의 활동능력을 취급하지 않았으므로 이것만으로 노인의 활동능력을 평가하는데는 어려움이 있다(조유향, 1988).

이에 Lawton과 Brody(1969)는 수단적 자립 수준의 활동능력을 측정하기 위해 IADL이 척도를 개발하여 ADL과 IADL은 일반적인 노인의 행동사정도구로 활용되고 있다. ADL은 노인의 생명유지, 기능적 건강, 신체유지의 기능을 파악하는데 필요하므로 기능상의 문제가 많은 노인에게 사용하게 되면 충분히 파악이 되나 지역사회에 거주하는 노인은 이 보다는 상위수준의 수단적 일상생활에 의한 파악이 요구되므로 IADL은 ADL과 다른 측면에서 노인들의 능력을 파악할 수 있다(Kane & Kane, 1981 : Lawton, 1970a : McDowell & Newell, 1987).

이 도구를 이용하여 노인들의 건강상태에 관한 연구들이 세계적으로 많이 진행되고 있는데 우리나라에서 지금까지 주로 진행된 연구들로서는 ADL, IADL에 의한 노인의 일상생활 건강상태에 대한 연구(서순림, 1990 : 조유향, 1994 : 박연환, 1994 : 신은영, 1993 : 강혜영 외, 1996)들이 보고되고 있다.

최근에는 노인에 대한 다각적인 사정을 통해 이해를 도모하고 있으며 특히 지역적 특성이 노인들의 건강상태에 주는 영향에 관한 연구결과들이 나오고 있으나 그 결과가 일치하지 않아 노인의 특성인 인지능력의 저하는 노인 사정에 어려움을 초래하고 있다. 따라서 노인이 이해하기 쉽고 답변이 간단한 사정도구에 의한 노인행동 사정과 파악이 갖는 의의도 크다고 생각한다.

이에 노인의 건강행동 사정에 가장 기본적인 부분

이 될 수 있는 일상생활 활동 능력에 대한 파악을 통해 노인에 이해를 높이고자, 도시와 농촌지역을 선정하여 각 거주지역에 따른 노인의 상태를 확인해 보고자 시도되었다.

2. 연구의 목적

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

- 1) 도시 및 농촌지역 노인의 건강상태를 ADL, IADL 건강 자가평가를 이용하여 비교한다.
- 2) 도시 및 농촌지역 노인의 건강상태와 각 변수들 간의 관계를 규명한다.

II. 문헌 고찰

1. 노인 건강 문제

노인에 대한 기준을 60세 혹은 65세 이상으로 정하고 있으나 선진각국의 평균수명이 80세에 가깝게 접근하고 각 국가의 노인 인구비도 노령화 사회의 기준인 7%를 훨씬 넘어 10% 이상이다(한국의 보건복지지표, 1996).

연구보고에 의하면 노인들의 가장 큰 관심사는 건강과 관련된 문제(70%)이다(구자순, 1986). 노인이 얼마나 건강한가를 측정하는데 기준이 되는 것은 건강을 보는 관점에 따라 달라질 수 있는데, 크게 의학적 진단이나 병적인 증상의 유무 및 질병으로 인한 후유증 등 병적 상태에 근거를 두는 방법과, 개인의 기능이나 역할의 수행능력에 근거를 두는 방법이 있다(조유향, 1988). 전자의 관점은 의사들을 중심으로 노인의 병리적 특징과 사회적 환경등에 대한 반응을 고려하여 결정하는 신체적 노화에 국한된 협의적 관점이며, 후자는 WHO가 내린 건강의 정의와 같이 광의적 관점이라 할 수 있다(이선자, 1989). 그런데, 노인의 건강문제는 노화과정에 따른 것으로 신체적, 심리적, 사회적 기능감퇴로 나타나는 것이 주 특징이므로(오현숙, 1987), 노인의 건강상태는 병적인 측면보다는 독립적으로 일상생활을 수행해 나가는데 필요한 기능의 장애정도에서부터 사정을 시작하는 것이 합리적이라고 할 수 있다(최영희, 백영주, 이지숙, 1990 : 최영희와 정승은, 1991).

노인 건강상태의 측정이 노인 건강관리에서 중요한 기능은 노인 건강에 대한 진단 및 간호중재 방법을 지시할 수 있는 노인 건강사정이라(Kane & Kane, 1981) 할 수 있다.

노인 건강상태의 특성을 볼 때 우선 노인에서 나타나는 질환은 노인에만 특징적으로 나타나는 질환이라기 보다 만성적으로 노화에 따라 진행되어 온 퇴행성 질환인데, 노인의 만성질환의 유병율은 49% 정도로(이가옥 등, 1989), 전 국민의 평균 유병율 보다 남녀 모두 1.3-2.2배나 되며, 의사의 진료가 필요하다고 판단된 환자도 38%나 된다(김건열, 1989). 질환별로는 신경계 및 감각계 질환(27.8%), 근골격계 질환(16%) 등이 많으며, 그외에 고혈압, 동맥경화, 심장병 등의 순환기계 질환, 암성질환, 자가면역질환, 우울증 등도 많은 것으로 나타났다(김건열, 1989; 김정순, 1980; 이가옥 등, 1989).

만성퇴행성 질환의 증가외에 노인 건강문제의 또 다른 특성으로는 노인환자에서 질환의 평균 발병율이 1인당 3.2개라고 할 만큼 다장기 질환이 많다는 것, 질병 발현의 증상과 형태, 치료약제에 대한 반응이 성인과는 다르다는 것, 수분과 전해질 이상이 쉽게 발현된다는 것, 각종검사의 정상범위나 측정치에 개인차가 크다는 것(김건열, 1989; 허정, 1984; 조유향, 1988; Kaplan et al, 1988) 등이 있다. 노인의 건강문제는 상기한 노인 건강문제의 특성과 함께 신체적 기능감퇴, 지지체계 및 가족수의 감소, 경제적 자립, 사회적 역할 확보 등의 문제와 복합적으로 연결(이정립, 1990)되어 있는데, 최근 가족구조 및 기능의 변화로 인하여 더 심화되고 있다. 특히 노인에 대한 가족의 보호적 기능이 점차 약화되고 부양외식 및 태도도 변화되고 있어 이에 대처하기 위한 가정에서의 노인 보호대책이 사회문제로 부각되고 있다(Anderson, 1988).

곽진무(1995)의 60세이상 노인 361명을 대상으로 성시노인의 여가활동과 건강과의 관계에 대한 연구결과에서는 노인들이 늘 하는 여가활동으로는 생활에 필수적이며, 오락성을 띤 활동과 健身성활동으로서 노인의 여가활동은 연령이 증가함에 따라 눈에 띄게 감소하였으며 남성노인들이 여성에 비해 여가활동을 더 많이 하는 것으로 나왔고 또 여가 활동과 노인의 신체건강과의 관계는 유의하지 않으나 심리건강과는 상관관계가 높은 것으로 나왔으며 張培蘭(1995)의 도시와 농촌 노인들을 대상으로 한 건강조사연구에서는

교육수준이 보건지식획득에 영향준다고 보고하였으며 노인들의 건강상황이 나쁜 주요원인중의 하나로 각 계층별 노인들에 대한 보건 교육이 부족함을 제기하였다. 또 劉向紅(1995)은 노인여성을 대상으로 노인들의 기본특정, 사회상황, 노인을 모시는 태도, 그리고 건강상황등 변수들로 한 생활상황에 관한 연구에서는 노인들에게서 교육정도가 낮을수록 직업소유율이 낮아 경제적으로 의존성이 높아 문화적 소질을 높이는 것은 생활상황과 사회적 지위를 높여주는 가장 근본적인 조치라고 지적하여 장(1995)의 연구와 유사한 결과를 보여주었다. 王海軍(1995)는 농촌 노인생활구성지표관계에 관한 연구에서는 생활수준, 신체건강과 기능이 삶의 만족도에 직접적인 영향을 준다고 보고하였다.

이같이 노인건강상태와 그에 영향주는 요인들에 관한 연구는 많이 진행되고 있으나 연구결과가 차이를 보이고 있다. 따라서 노인 건강문제의 특성을 정확히 알고, 노인의 요구에 따른 적절하고, 지속적인 예방과 관리 등의 대응책을 마련하는 것이 바람직한 해결책이라고 할 수 있다.

2. 노인의 건강상태

노인의 건강을 광의적 관점에서 파악하는 개인의 기능이나 역할의 수행능력에 근거를 두고 파악하는 방법은 비교적 단순한 노인 건강상태의 사정이라는 점에서 접근이 용이하다고 본다. 일상생활 동작 측정 도구로 Katz(1983)이 개발한 ADL(Activities of Daily Living : ADL)과 수단적 일상생활 동작 측정 도구로 Lawton & Brody(1969)가 개발한 IADL(Instrumental ADL : IADL)을 이용한 노인의 건강상태를 파악하기 위한 선행연구들에서 보면, 강(1996)의 연구에서는 ADL이 도시 17.3점, 농촌 17.8점, IADL은 도시 18.8, 농촌 19.0이었다. 황(1993)의 연구에서는 ADL과 IADL을 상·중·하로 분류하여 연령이 높을수록 장애빈도가 높아진다는 결과였고, 박(1994)의 연구에서는 일상생활 수행능력 장애가 있는 경우는 대상노인의 12.3%였다.

조유향(1994)도 ADL의 장애가 11.6%, IADL이 장애가 45.9%로 높은 비율을 나타냈다.

이에 노인들의 건강행동 사정에 가장 기본적인 부분이 될 수 있는 일상생활정도를 파악함으로써 지역사회에서 노인들의 독립된 생활능력을 평가하여 노인

들의 특성에 맞는 포괄적인 간호접근이 필요하다고 본다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 도시, 농촌노인의 건강상태를 비교하기 위하여 도시지역(대전), 농촌지역(거제)에 거주하는 65세 이상의 재택노인을 대상으로 개인별 면접을 통해 자료를 수집하여, 건강상태를 비교한 서술적 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 지역으로는 연구자가 연구의 진행 가능성을 위해서 일반노인들의 특성을 가지면서도 자료수집이 편리한 대전, 거제로 임의로 선정하였다.

연구대상은 대전, 거제에 거주하는 65세 이상의 남녀재택노인으로서 면담에 응할 수 있고 의사소통이 가능한 연구에 참여를 수락한 자를 대상으로 선정하였다. 농촌지역의 연구대상자는 김금이(1995)의 기존 자료를 이용하였는데 거제지역 노인 인구가 전체인구의 6.2%로서 모든 행정지역에서 무작위 표출하되 표본수 비율을 남:녀를 1:2로 할당하여 94명이었고 자료수집기간은 1995년 9월 1일에서 30일까지로 1개월간이었다.

도시 지역연구대상자는 대전지역 노인인구가 전체인구의 6.12%로서 5개구에서 5개 동을 선정하여 남녀의 비율을 1:1.2의 비율로 편의 표출하여 총 95명이었고 자료수집 기간은 1997년 3월 15일부터 28일까지였다. 면접장소는 자택에서 53명(28.0%), 경로당에서 100명(52.9%), 공원에서 12명(6.3%), 기타에서 8명(4.2), 미기재가 16명(8.5%)이었다.

자료수집원은 연구자가 면접지를 가지고 설문내용을 이해하는 간호사 4명을 사전훈련을 시킨 후 본 연구의 자료수집자로 활용하였다.

3. 연구 도구

노인의 일반적 상태 파악을 위하여 노인의 인구, 사회, 경제학적 특성 14문항, 가족친지망 6문항과 노인의 자가건강 평가 1문항, 동년배 비교평가 1문항,

ADL 6문항, IADL 7문항으로 구성되었다.

본 연구도구는 연세대학교 노인연구팀이 개발한 내용을 수정, 보완을 거쳐 작성되었다. 건강에 대한 본인의 건강상태 및 동년배와 비교한 자가건강 평가는 건강하지 못하다 1점, 보통이다 2점, 건강하다 3점으로 점수가 높을수록 건강상태가 좋다고 보았으며, 일상생활 수행능력(Activities of Daily Living : ADL)은 6가지 항목(식사하기, 용변보기, 실금관리, 옷입기, 목욕하기, 실내거동 등)에 대한 장애정도를 '혼자서 한다'는 3점, '일부 도움이 필요하다'는 2점, '못한다'는 1점으로 하여 ADL점수가 낮을수록 장애정도가 높다고 보았으며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.72$ 이었다. 수단적 일상생활 수행능력(Instrumental Activities of Daily Living : IADL)은 사회생활을 영위하는데 필요한 보다 고차원적인 기능의 7가지 항목(전화걸고 받기, 교통수단 이용, 시계보기, 요리하기, 집안일 하기, 약먹기, 금전관리)에 대한 장애정도를 '혼자서 한다'는 3점, '일부 도움이 필요하다'는 2점, '못한다'는 1점으로 하여 IADL점수가 낮을수록 장애정도가 높다고 보았다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.88$ 이다.

4. 통계분석 방법

수집된 자료의 분석방법은 SPSS/PC Win. 7.5 program을 이용하여 일반적 특성은 실수와 백분율, 도시·농촌간의 일반적 특성의 동질성 검증은 X^2 test, 두 군간의 ADL, IADL비교는 T-test, 자가 건강상태 인지에 따른 ADL, IADL비교는 F-test, 연령과 ADL, IADL간의 상관관계 검증은 correlation coefficient로 하였다.

Ⅳ. 연구결과 및 논의

1. 대상노인의 인구학적, 사회·경제학적 특성

1) 일반적 특성

대상노인은 도시 95명, 농촌 94명으로 일반적 특성은 지역에 따라 그 분포를 보았다.

대상자의 평균연령은 75.7이었으며 지역에 따른 연령분포는 도시지역이 80-84세군이 26명(27.4%)으로 높은 비율을 나타내는 반면, 농촌지역은 65-69세군, 70-74세군이 각각 31명(33%)여서 유의한 차이를 나

타냈다.

교육수준은 무학이 도시 51명(53.7%), 농촌 무학이 66명(70.2%)로 유의한 차이를 나타냈으며 도시지역은 대부분 무직이었으나, 농촌은 25명(26.6%)이 직업이 있어 매우 유의한 차이를 나타냈는데 이는 선행연구(강혜영 외, 1996; 박연환, 1994; 황용찬, 1994; 최영희 외, 1990; 조유향, 1988)에서 보고된 결과와 유사하게 도시노인의 직업보유율이 낮고 농촌이 높은 결과를 나타냈다.

종교에서도 도시에서는 '종교없음'이 35명(37.2%)으로 가장 많았으며, 농촌에서는 불교가 44명(46.8%)로 가장 높은 분포를 나타내 두군간의 차이가 유의하였다. 선행연구를 살펴보면 황용찬(1993)의 연구에서는 대도시에서는 종교가 없는 상태가 가장 많은 비중을 차지 하였으나 강혜영(1996)의 연구에서는 43.3%, 최영희 외(1991)는 36.4%, 서울시 중심으로 시도된 조유향(1988) 연구에서는 '없음'(30.5%)이 가장 많았으며, 중도시에서의 종교상태는 '없음'이 40%(조유향, 1994) 등으로 나타나 본 연구결과는 기존연구와 유사한 분포를 나타냈다. 그러나 농촌지역의 경우는 강(1996)과 최(1991)의 연구에서는 '무교'가 59.7%, 조(1997)의 연구에서는 46.3%를 나타냈으나 황용찬(1993)의 연구에서는 농촌지역 노인중 '불교'라고 대답한 노인이 63.4%로 가장 많았다고 보고되어 서로 다른 결과를 보였는데 본 연구의 결과는 황(1993)의 연구결과와 같은 유사한 결과를 나타냈는데 이는 지역적 차이가 영향을 준 결과로 추정된다.

의료보험 종류도 도시지역은 직장의료 보험이 46명(48.4%)로 가장 높은 분포를 나타냈고, 농촌지역은 의료보호가 44명(46.8%)으로 가장 높은 분포를 나타냈다. 의료보험 상태에서 의료보호대상이 도시는 22.1%, 농촌은 46.8%로 농촌이 훨씬 높았다. 이는 우리나라 평균 노인 의료보호 대상자 비율인 13.1%보다 훨씬 높은 상태였으며, 박연환(1994)의 일개군 조사 결과에서 의료보호, 부조 상태가 12.7%였던 결과를 훨씬 능가하고 있어 연구지역의 연구대상자의 인구, 사회경제학적특성의 차이라 추정된다.

정기 용돈은 농촌지역은 62명(66%)이 '없음'이었고 도시 지역은 20만원 이상이 33명(51.6%)으로 두군간의 매우 유의한 차이를 나타냈다($x^2=50.24$, $p=0.0000$). 비정기 용돈은 도시 지역이 '없다'가 51명(53.7%), 농촌지역은 73명(77.7%)이 20만원 이상으로 두군간의 동질성 검증 결과 다르게 나타났

($x^2=68.74$, $p=0.000$). 정기적 용돈은 황(1993)의 연구에서 월 1만원 미만군이 29.4%로 가장 많았던 결과와는 조금 다르게 정기적, 비정기적 용돈을 합한다면 거의 유사한 결과인 것으로 판단되며 도시노인들이 농촌노인에 비해 용돈이 있는 경우가 많다고 본다.

배우자 교육수준은 가장 높은 군이 무학으로 도시 60명(77.9%), 농촌 27명(58.9%)이었고 두 군간이 동질하였는데 교육정도에 대한 선행연구에서 '무학'의 비중은 대도시 노인대상의 조(1988)의 연구에서 60%, 전국노인대상의 최(1990)의 연구에서는 54.1%, 중도시 노인대상의 조(1994)의 연구에서는 48%, 농촌노인 대상의 황(1994)의 연구에서 '무학'이 72.3%였던 결과들로 미루어 보아 대체적으로 농촌보다는 도시가 노인의 교육수준이 높았던 것을 알 수 있다.

그러나 배우자의 종교에서 도시는 '없음'이 48명(62.2%), 농촌은 '불교'가 22명(47.8%)로 역시 두군간 차이가 있었다. 모입은 도시지역은 '노인정'이 71명(76.3%), 농촌은 '없음'이 56명(59.6%)으로 차이가 있었다($x^2=64.96$, $p=0.000$). 참가인수는 도시·농촌지역간 차이가 없었으나 참여모임 회수는 도시지역이 '매일'이 63명(80.8%)이고 농촌지역은 21명(55.3%)로 차이가 있었다($x^2=64.26$, $p=0.000$).

2) 사회적 지지망

지역에 따른 가족 친지방 분포는 동질성 검증에서 동질하였으며, 다음과 같다. 배우자 있음이 도시지역은 37명(39.4%), 농촌지역은 46명(48.9%)로 서로간의 차이가 없었다. 자녀와 동거하는 경우는 도시지역 63명(60.5%), 농촌 45명(29.5%)로 차이가 있었다. 자녀와 살 계획은 도시지역은 '아니오' 25명(73.5%), 농촌지역 28명(68.3%)이었다. 정기적, 비정기적으로 용돈을 주는 사람은 도시·농촌지역 모두 '자녀나 자녀 배우자'가 가장 많았다(표 1 참조).

2. 대상 노인의 건강 상태

1) 자아건강평가

지역별 건강상태 및 동년배에 대한 건강 자가 평가는 도시지역 노인 중 49명(51.6%), 농촌지역 노인도 35명(37.2%)이 '건강하지 않음' 항목이 가장 많은 분포를 보였고 도시와 농촌간에 차이가 있었다($x^2=8.29$, $p=0.016$). 건강에 대한 동년배 비교 평가는 도시지역은 '건강하지 않음'이 47명(49.5%), 농촌지역은

건강함' 33명(35.1%)이 가장 높았고 도시, 농촌간 차이가 있었다($\chi^2=16.13, p=0.000$)(표 2 참조).

〈표 1〉 지역에 따른 가족 친지 지지망 분포 (N=189)

변 수	구 분	대 전	거 제	전체(%)	X ²	P
		N(%)	N(%)			
배우자 유무	있음	37 (39.4)	46 (48.9)	83 (44.1)	0.22	0.327
	기타	57 (60.6)	48 (51.1)	105 (55.9)		
자녀와 동거 여부	예	63 (60.5)	45 (29.5)	105 (56.2)	0.764	0.082
	아니오	33 (39.5)	49 (60.5)	82 (43.8)		
자녀와 살 계획	아니오	25 (75.8)	28 (57.1)	53 (64.3)	2.99	0.084
	예	8 (24.2)	21 (42.9)	29 (35.4)		
정기 용돈 주는 사람	본인, 배우자	4 (6.2)	4 (12.5)	8 (8.2)	4.314	0.116
	자녀, 자녀배우자	47 (72.3)	26 (81.3)	73 (75.3)		
	친척, 기타	14 (21.5)	2 (6.3)	16 (16.5)		
비정기용돈주는 사람	본인, 배우자	1 (2.4)	1(1.4)	2 (1.7)	0.674	0.714
	자녀, 자녀배우자	38 (90.5)	69 (94.5)	107 (93.0)		
	친척, 기타	3 (7.1)	3 (4.1)	6 (5.2)		

〈표 2〉 지역별 건강상태 및 동년배에 비한 건강자아 평가 (N=189)

변 수	구 분	대 전	거 제	전체(%)	X ²
		N(%)	N(%)		
자가건강 평가	건강하지않음	49 (51.6)	35 (37.2)	84 (44.6)	8.29*
	보 통	17 (17.9)	34 (36.2)	51 (27.0)	
	건강함	29 (30.5)	25 (26.6)	54 (28.6)	
건강에 대한 동년배 비교 평가	건강하지않음	47 (49.5)	29 (30.9)	76 (40.2)	16.13***
	보 통	10 (10.5)	32 (34.0)	42 (22.2)	
	건강함	38 (40.0)	33 (35.1)	71 (37.6)	

* p<0.05, ** p<0.01 *** P<0.001

선행연구에서는 건강상태를 2단계로 나누어 good 53.6%, poor 46.4%(황용찬, 1993)로 건강하지 않음 항목의 비중이 다소 높았으며, 강(1996)의 연구에서는 건강수준 평가가 3점 만점 도구에서 도시 2.0점, 농촌 1.9점으로 중간정도의 상태임이 보고되어 약간 차이를 나타내었는데 이는 지역적 특색으로 사료된다.

2) 일상생활능력과 수단적 일상생활능력

(1) 지역에 따른 일상생활능력

전체 연구대상자의 ADL의 평균점수는 17.62±0.97 이었고 IADL의 평균점수는 20.0±3.70이었다. ADL이 15점미만인 경우는 남자 5명, 여자 3명이고, 15-17

점미만은 남자 7명, 여자 24명, 17점이상인 경우는 남자 65명, 여자 85명의 분포였다. 또한 IADL은 15점미만이 남자 11명, 여자 28명이고, 15-17점미만은 남자 25명, 여자 44명, 17점이상은 남자 41명, 여자 40명의 분포를 나타냈다.

지역에 따른 일상생활 능력과 수단적 일상생활 능력은 도시지역 ADL 17.60 농촌지역 17.65로 농촌이 약간 높았으나 통계적으로 유의한 차이가 없었고 수단적 생활능력 IADL 은 도시 19.67, 농촌은 18.84로 두 군간의 통계적으로 유의한 차이가 있었다(T=-2.188, p=0.03)(표 3 참조).

〈표 3〉 지역에 따른 ADL, IADL 총점의 비교

(N=187)

내 용	대 전	거 제	T	P
	평균±표준편차	평균±평균편차		
일상생활수행능력(ADL)	17.60±1.01	17.65±0.94	-0.35	0.731
수단적일상생활능력(IADL)	17.67±4.30	18.84±2.90	-2.19*	0.030

* p<0.05 미기재 2명

강(1996)의 연구에서는 도시 17.3, 농촌 17.00으로 농촌이 훨씬 정도가 높게 나타났는데 농촌환경의 특성상 ADL이 저하된 상태에서의 농촌 생활 유지가 어렵게 되고 거주지를 바꾸게 되는 원인요소로 제공되

어 농촌노인의 ADL이 높게 나타나게 되는 것으로 추측된다. 지역에 따른 ADL의 차이는 6개 항목 모두 통계적으로 유의한 차이가 없었고 두군다 최소값이 2.80이상으로 ADL 수준이 높았다(표 4 참조).

〈표 4〉 지역에 따른 일상생활수행능력차이비교

(N=187)

내 용	대 전	거 제	T	P
	평균±표준편차	평균±평균편차		
실내거동	2.95±0.27	2.97±0.23	-0.57	0.569
목 욱	2.83±0.43	2.88±0.32	-0.93	0.354
옷 입 기	2.98±0.15	2.98±0.15	0.01	0.992
용변하기	2.98±0.14	2.99±0.10	-0.57	0.569
식사하기	2.96±0.20	2.96±0.20	0.02	0.988
실금관리	2.91±0.29	2.87±0.34	0.72	0.474

미기재 2명

그러나 강(1996)의 연구에서는 ADL이 도시, 농촌간의 차이(T=-4.22, p=0.0001)가 있었던 것으로 나타나 본 연구결과와는 상반된 결과였는데 이는 본 연구 대상자의 연령 분포가 도시가 농촌 보다 높았던 데에 기인했을 가능성이 큰데 ADL, IADL의 가장 큰 영향요인이 연령인 까닭으로 사료된다. 지역에 따른 IADL

의 비교에서 보면 '전화걸고 받기'가 도시 2.42점, 농촌 2.68점으로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며(T=-2.48, p=0.014), '금전관리'가 도시 2.22점, 농촌 2.68점(T=-3.14, p=0.002), '교통수단 이용'은 도시 2.54점, 농촌 2.46점(T=-2.87, p=0.005)으로 통계적으로 매우 유의한 차이가 있었다(표 5 참조).

〈표 5〉 지역에 따른 수단적 일상생활수행능력 차이비교

(N=187)

내 용	대 전	거 제	T	P
	평균±표준편차	평균±평균편차		
전화걸고받기	2.42±0.85	2.68±0.57	-2.48*	0.014
요리하기	2.60±0.76	2.57±0.74	0.23	0.816
약먹기	2.85±0.39	2.88±0.35	0.56	0.574
집안일하기	2.58±0.74	2.64±0.64	-0.59	0.555
금전관리	2.22±0.89	2.59±0.69	-3.14**	0.002
시장보기	2.54±0.78	2.73±0.59	-1.96	0.052
교통수단이용	2.74±0.53	2.46±0.80	-2.87**	0.005

* p<0.05, ** p<0.01 미기재 2명

강(1996)의 연구에서도 IADL의 도시 농촌간의 비교에서 보면 '이동하기'(T=-2.13, p=0.335), '금전

관리'(T=2.93, p=0.0036)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었던 것은 본 연구와 같은 맥락이다. IADL중

‘이동하기’와 ‘시장보기’ 항목을 제외하고는 도시노인이 모두 높게 나타났다. 외국의 경우 Nyman(1991)의 연구에서 ‘시장보기’와 ‘이동하기’, ‘금전관리’가 농촌이 높았던 결과는 본 연구에서 농촌노인이 ‘전화사용’, ‘약 먹기’, ‘집안일 하기’, ‘금전관리’, ‘시장보기’ 항목에서 도시노인 보다 높은 점수를 얻은 결과중 ‘금전관리’, ‘시장보기’가 같은 맥락인데 비록 외국의 예와 일치하는 것이 일부이기는 했으나 차후 연구의 비교부분으로 고려되어야 할 것이다. 차후 연구의 비교 부분으로 고려되어야 할 것이다. 우리나라는 IADL제한은 18.1%, ADL제한은 33.5%로 활동장애가 없는 노인은 전체의 48.1%로 보고되었다(한국 보건사회 연구원, 1994). 조유향(1994)의 연구에서는 중도시의 노인 연구대상자의 88.4%가 ADL기능이 모두 가능했다고 보고되었고, 조(1997)는 ADL중 96%이상 가능한 것으로 보고하고 있고 박연환(1993)의 연구에서도 ADL & IADL 장애 경험이 없는 농촌노인이 66.9%로 제시되고 있다.

또한 IADL에 관한 연구결과는 조(1994)의 연구에서 IADL 8개 항목이 조사대상의 54.1%에서 가능한 것으로 확인되었고 ADL과 IADL의 각 항목별 비교는 다음과 같다.

(2) 성별, 지역에 따른 일상생활능력 비교

성별에 따라 생활능력을 볼 때 ADL에 있어서 남자는 최고점수가 18점 여자는 17.63점이었다. 지역별로 남자와 여자노인을 구분하여 ADL과 IADL능력의 차이를 비교한 결과는 다음과 같았다. 남자노인에 있어서 도시지역이 높았던 항목은 ‘실금’, ‘요리하기’, ‘약

먹기’, ‘집안일 하기’, ‘시장보기’였고(표 6 참조) 여자노인에 있어서 도시지역이 높았던 항목은 단 한 항목도 없었고 농촌지역 노인의 ADL, IADL이 높게 나타났는데 특히 ‘전화걸고 받기’, ‘요리하기’, ‘약 먹기’, ‘집안일 하기’, ‘금전관리’, ‘시장보기’, ‘교통수단 이용’이 높게 나타났다(표 7 참조).

그러나 전체적으로 성별에 따라 비교할 때 남자군은 ‘금전관리’와 ‘교통수단이용’에서는 여자군보다 더 높은 점수를 보여 유의한 차이를 나타냈으며 ‘웃입기’에서는 여자군이 남자군보다 높은 점수를 나타내 유의한 차이를 나타냈다. 이외의 기타 생활능력에서는 대부분 남자군이 높은 점수를 나타냈지만 유의한 차이를 나타내지는 않았다.

선행 연구에서 보면, 박(1994)의 연구에서는 장보기(7.6%), 청소 및 세탁하기(6.63%), 식사준비(5.65%), 금전관리(5.65%)순으로 장애를 경험하고 있고 ADL 14개 항목중 장애경험 항목이 한가지라도 있는 경우는 물론 4가지 이상의 경우에서도 여자노인이 더 높게 나타나고 있다. 최영희(1990), 서순림(1990)의 연구에서도 남녀간의 차이가 있었으나 황용찬(1993)의 연구에서는 차이가 없었으므로 성별 차이를 규명해 보는 후속연구가 필요하다고 본다. 조유향(1997)은 IADL을 10가지 항목으로 구성하였는데 농촌노인 대상으로 ‘전화사용’은 56%, ‘신문 및 잡지를 읽는다’는 23.5%, ‘책을 읽는다’는 20.5%로 가장 낮은 수준의 항목이었고, ‘금전관리’는 86.4%, ‘버스 외출’이 88.9%의 가능율을 보인 것을 제외하고는 거의 90%이상의 가능율을 보인 것으로 보고하고 있다.

<표 6> 지역별 남성들의 일상생활능력과 수단적일상생활능력 차이비교

(N=76)

내 용	대 전	거 세	T	P
	평균±표준편차	평균±평균편차		
실내거동	2.95±0.30	2.97±0.23	-0.26	0.79
목 목	2.86±0.46	2.88±0.32	0.16	0.877
웃 입 기	2.95±0.21	2.98±0.15	0.29	0.775
용변입기	2.98±0.15	2.99±0.10	0.20	0.839
식사하기	2.95±0.21	2.96±0.20	0.29	0.771
실 금	2.98±0.15	2.87±0.34	0.12*	0.037
전화걸고받기	2.61±0.72	2.73±0.52	0.768	0.445
요리하기	2.80±0.55	2.24±0.87	3.41**	0.001
약 먹 기	2.91±0.36	2.79±0.48	1.26	0.213
집안일하기	2.80±0.55	2.55±0.67	1.80*	0.018
금전관리	2.57±0.76	2.61±0.70	-0.22	0.824
시장보기	2.86±0.41	2.58±0.75	2.16***	0.034
교통수단이용	2.80±0.55	2.85±0.36	-0.48	0.634

* p<0.05, ** p<0.01, *** P<0.001

〈표 7〉 지역별 여성대상자들의 일상생활능력과 수단적일상생활능력의 차이비교

(N=111)

내 용	대 전		T	P
	평균±표준편차	거 제 평균±평균편차		
실내거동	2.94±0.24	2.97±0.26	0.55	0.581
목 욱	2.80±0.40	2.90±0.30	1.47	0.144
옷 입 기	3.00±0.00	3.00±0.00	-	-
용변입기	2.98±0.14	3.00±0.00	1.095	0.276
식사하기	2.96±0.20	2.97±0.18	0.18	0.857
실 금	2.84±0.37	2.89±0.32	0.65	0.519
전화걸고받기	2.25±0.91	2.66±0.60	2.78**	0.006
요리하기	2.43±0.88	2.75±0.60	2.31*	0.023
약 먹 기	2.80±0.40	2.93±0.25	2.10*	0.038
집안일하기	2.39±0.83	2.69±0.62	2.16*	0.033
금전관리	1.92±0.89	2.57±0.69	4.35***	0.000
시장보기	2.25±0.91	2.82±0.47	4.22***	0.000
교통수단이용	2.18±0.87	2.69±0.59	3.70***	0.000

* p<0.05, ** p<0.01 *** P<0.001

3. 제 변수에 따른 ADL, IADL의 비교

대상자의 인구 사회경제학적 특성중 연구자가 관심이 있고 기존연구에서 일부 언급되었던 연령, 교육수준, 직업유무, 정기용돈유무, 모임참가여부, 자녀와 동거여부와와의 상관성, 자가 건강상태 인지에 따른 ADL, IADL의 차이, ADL과 IADL의 관계를 보았다.

1) 자가인지 건강상태에 따른 ADL, IADL의 비교
자가인지 건강상태에 따라 ADL(F=16.51, p=0.000), IADL(F=7.09, p=0.001)를 나타내 인지하는 자신의 건강상태 수준에 따라 일상생활 능력에는 유의한 차이가 있어(표 8 참조) 기존 선행 연구(최영희, 1990; 황용찬, 1993)와 같은 결과를 나타내고 있었다.

〈표 8〉 자가평가에 따른 ADL과 IADL의 차이비교

(N=187)

내 용	건강함		T	P
	평균±표준편차	건강하지못함 평균±평균편차		
ADL	17.35±1.26	17.85±5.9	-3.637***	0.000
IADL	17.50±4.11	18.86±3.24	-2.540**	0.002

** p<0.01 *** P<0.001

2) 가족동거여부에 따른 ADL, IADL의 차이비교
가족과의 동거 여부에 따른 ADL과 IADL 수준 차이를 비교는 IADL에서 동거가족이 있는 경우 19.1, 없

는 경우 17.67으로 동거군이 IADL이 매우 높았고 이는 통계적으로 매우 유의한 결과였다(T=2.975, p=0.003)(표 9 참조).

〈표 9〉 가족과의 동거여부에 따른 ADL과 IADL의 차이비교

(N=187)

내 용	동거함		T	P
	평균±표준편차	동거안함 평균±평균편차		
일상생활능력	17.68±0.83	17.58±0.79	0.667	0.505
수단적생활능력	19.16±2.96	17.57±4.06	2.975**	0.003

** p<0.01

특히 IADL의 경우 황용찬(1993)의 연구에서도 가족과 함께 사는 경우가 동거하지 않는 경우보다 IADL정도가 높은 것으로 보고되었다($T=2.975, p=0.003$).

이는 의존할 가족이 없는 경우 일상생활에 의존적이기 보다는 독립적인 생활이 절실히 필요하므로 나타난 결과로 생각된다.

3) 연령, 교육수준, 직업유무, 참여모임유무와 ADL, IADL의 상관관계

연령과 IADL점수간에는 긍정적 상관관계($r=0.241, p<0.01$)(표 10 참조)를 나타냈고 교육수준, 참여모임유무, 용돈유무여부와 ADL, IADL간에는 유의한 상관관계가 없었다.

〈표 10〉 연령과 일상생활능력 및 수단적일상생활능력 간의 상관관계 (N=187)

내 용	ADL 총점	IADL 총점
연 령	-0.067	-0.349**

** $p<0.01$.

이는 기존 문헌에서도 제시된 바 있는 ADL, IADL에 가장 큰 영향요인임을 추정하게 해 주는 결과이고 황용찬(1993)의 연구에서는 연령이 특히 IADL에 가장 유의한 설명변수로 제시되었고 IADL을 종속변수로 하였을 때 연령 다음으로 ADL이 설명력이 높았던 결과와 유사한 맥락이라고 생각된다. 그리고 강혜영(1996)의 연구에서 ADL과 IADL과의 긍정적 상관이 있음이 보고된 결과($r=0.39, p=0.000$)와 같은 맥락이었다.

V. 연구결과 및 제언

본 연구는 도시, 농촌 노인의 환경에 따른 건강상태의 차이를 비교하여 노인대상자의 건강관리에 대한 방향을 모색해 보고자 시도되었다.

자료 수집은 농촌은 거제지역에서 1995년 9월 1일부터 30일까지 거제 전지역의 모든 행정 '동'구역을 대상으로 94명을 임의 표출하였고 도시는 대전지역에서 1997년 3월 15일부터 28일까지 2주간에 5개구에서 각 1개동씩을 선정하여 95명을 임의 표출하여 설문조사를 실시하였다.

연구도구는 노인의 건강상태를 평가하기 위해 노인의 자가 건강상태 평가 2문항, ADL 6문항, IADL 7

문항으로 구성된 설문지를 이용하였다. 수집된 자료는 spss/pc win. 7.5 program을 이용하여 실수와 백분율, χ^2 -test, T-test, F-test, Pearson Correlation으로 분석하였다. 연구결과는 다음과 같다.

1. 도시, 농촌지역의 가족 지지망 분포는 지역간 차이가 없어 도시, 농촌을 불문하고 점차 가족의 구조가 핵가족화 되어가고 있음을 알 수 있었다.
2. 도시, 농촌지역의 노인의 자가 건강상태 평가는 도시지역이 건강수준이 낮음을 보고하고 있고 동년배에 대한 비교평가도 또한 낮음을 알 수 있었다. 그러나 이는 연령차이에 의해 기인된 것으로 추정된다.
3. 도시, 농촌 지역 노인의 ADL, IADL 비교는 ADL은 통계적으로 유의한 차이가 없었고 IADL은 농촌지역이 '전화사용', '금전관리 능력'이 높았고 도시지역은 '교통수단 이용'이 높았다. 도시, 농촌지역 ADL와 IADL의 종합비교에서는 IADL 수준이 농촌지역이 도시보다 높았는데 통계적으로 유의하였다.
4. 도시, 농촌간 성별에 따른 ADL, IADL 수준은 여자들이 남자보다 높은 수준으로 통계적으로 유의하였다. 지역별 남자들의 ADL, IADL 비교는 ADL 항목에서는 '실금', IADL 항목에서는 '요리하기', '집안일 하기', '시장보기' 항목에서 도시노인이 높은 결과를 보였으며, 통계적으로 유의하였다. 지역간 여자들의 ADL, IADL 비교는 ADL의 차이는 없었고 모든 IADL 항목이 도시노인이 더 높은 수준으로 통계적으로 유의하였다.
5. 자가 건강상태 평가에 따른 ADL, IADL 능력비교는 건강의 3가지 수준에 따라 ADL, IADL 능력에 통계적으로 유의한 차이가 있었다.
6. 가족 지지망 중 가족과 동거하는 경우 IADL이 동거하지 않는 경우보다 높은 수준이었고 통계적으로 유의하였다.
7. 연령, ADL, IADL 능력간의 상관관계는 연령과 IADL간에는 유의한 긍정적 상관이 있었고 ADL과 IADL간에도 매우 유의한 긍정적 상관이 있었다.

이상의 결과에서 보면, 노인이 갖게 되는 ADL, IADL의 저하는 피할 수 없는 과정적 결과라면 환경적 특성을 고려하여 노인의 지지체계를 갖출 수 있도록 제반 여건을 정비하여야 하는데, 우리나라의 전통적 가족구조의 보존을 위한 정부당국의 정책적 배려

가 기대된다. 또한 노인의 건강상태 수준별 적정 보건관리 체계를 갖추어 지역사회거주 노인들에 대한 다양한 수준의 건강요구에 부응해야 할 것이며, 건전한 활동기회를 제공함으로써 건강을 도모할 수 있을 것으로 사료된다. 본 연구가 2개 지역을 임의 선정하여 시도되었으므로 광범위한 지역을 대상으로 연구를 실시해 볼 것을 제안한다.

참 고 문 헌

- 강혜영, 김수미(1996). 일부 도시·농촌 노인의 건강 상태 비교연구-광주, 전남 지역을 중심으로-, 지역사회 간호학회지, 7(2), 244-256.
- 구자순(1986). 한국 노인의 건강 보호체제의 문제점과 대책, 한국노년학, 6, 13-25.
- 김건열(1989). 노인성 질환의 추세와 대책, 한국노년학, 9, 7-13.
- 김수춘 외(1995). 노인복지의 현황과 정책과제, 한국보건 사회연구원, 95-22, 73.
- 김정순(1980). 노인인구의 주요질환, 한국노년학, 1, 8-17.
- 박연환(1994). 일개 군 지역 노인의 가정간호 요구에 대한 조사연구, 서울대학교 석사학위논문.
- 서순림(1990). 노인의 건강 기능상태와 일상활동 능력, 경북대의잡지, 31(2), 156-68.
- 송미순(1991). 노인의 생활기능상태 예측 모형구축, 서울대학교 박사학위논문.
- 신은영(1993). 농촌 노인의 건강상태와 생활만족에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문.
- 오현숙(1987). 노인에 대한 지식, 태도와 건강 상태와의 관계 분석연구, 최신의학, 30(2), 26-34.
- 이가옥(1989). 노인 부양에 관한 연구, 한국보건사회연구원.
- 이선자(1989). Current status of Research on Korean Elderly, 한국노년학, 9, 140-55.
- 이영희(1993). 한국 노인의 건강 생활양식, 이화여자대학교 박사학위논문.
- 이정림(1990). 노인 환자의 간호 수준에 대한 사정과 분류, 대한간호, 29(4), 24-27.
- 전국 통계연감(1995). 대전광역시 인구, 한국 도시행정 연구소, 922-5.
- 조유향(1988). 노인의 신체적·사회적 능력 장애에 관한 조사연구, 간호학회지, 18(1), 70-9.
- 조유향(1994). 일부 지역 노인의 장애 및 생활정도에 관한 조사연구, 간호학 탐구, 3, 113-25.
- 조유향(1997). 농촌 지역 재택노인의 생활시간 및 활동과 관련요인, 한국보건간호학회지, 11(1), 93-102.
- 최영희 외(1990). 한국 노인의 건강 상태에 관한 조사연구, 대한간호학회지, 20(30), 307-23.
- 최영희 외(1991). 한국 노인의 신체적 건강 상태 도구개발과 신체적 건강상태에 관한 연구, 성인간호학회지, 3, 70-96.
- 최영희 외(1992). 한국 노인의 사회적 건강사정 도구개발과 사회적 건강 상태에 관한 연구, 성인간호학회지, 4(2), 113-35.
- 한국의 보건복지 지표(1996). 평균수명, 한국보건사회연구원.
- 한국의 사회지표(1996). 노인 인구 비율, 통계청.
- 허 정(1984). 한국 노인의 보건문제와 관련 요인에 관한 연구, 보건학 논집, 37, 110-122.
- 황용찬(1993). 일부 농촌 지역 노인들의 수단적 일상생활 동작능력과 그에 관련된 요인, 경북대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 張培蘭, 楊超元(1995). 從城鄉老年居民健康調查談老有所醫的對策, 中國老年學雜誌, 15(2), 77-78, 中國北京.
- 郭晉武(1995). 老年人閑暇活動與健康, 中國老年學雜誌, 15(3), 130-133. 中國北京.
- 王海軍, 抗結城 외(1995). 農村老年人生活質量構成指標關係的探討, 中國老年學雜誌, 15(2), 69-71, 中國北京.
- 劉向紅(1995). 老年婦女生活狀況, 中國老年學雜誌, 15(2), 66-68, 中國北京.
- Anderson R. A.(1988). Behavioral Model of families, Use of Health service research series, 25, Chicago : Univ. of Chicago center for health administrative studies.
- Kane R. A. et al.(1981). Assessing the elderly-a practical guide to measurement. Lexington Books.
- Kaplan G. et al.(1988). Subjective state of health and survival in elderly adults, J. Geront., 43 (3), 114-20.
- Katz S.(1983). Active life expectancy, N. Engl. J.

Med. 309, 1218-24.

Lawton M. P.(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. 122-43.

Lawton M. P. et al.(1969). Assessment of older people ; self maintaining and instrumental activities of daily living, Gerontologist. 9, 179-89.

Nyman J. A.(1991). Urban/Rural differences in home health patients and services, The Gerontologist, 31(4) , 457-66.

Wolinsky F. D.(1988). The Use of health services by older adults, J. Gerontologist, 46(6), 345-57.

- Abstract -

Key Words : ADL, IADL, COMPARATIVE

A Comparative Study of ADL, IADL in Urban and Rural Elderly -Taejon, Koje Area-

Li, Chun Yu · Kim, Keum Ee** · Kim, Hyun Li****

This study was conducted to investigate the elderly in urban and rural areas.

The subjects were selected in a convenient sampling and the total number was 189(Urban : 95, Rural : 94). The data were collected by one to one interviews in the period of Sep. 1-30, 1995(Koje) and March 15-28, 1997(Taejon).

The study tools for this study were

- 1) ADL and IADL
- 2) Self rating scores for health status.

The data were analyzed by percentage, T-test, ANOVA, X² Test, Pearson correlation coefficient by SPSS pc WIN. 7.0 program.

The results were as follows :

1. The self rating score for health status of the elderly in urban area was lower than that of the rural when compared in the same age group.
2. In the comparison of ADL scores between the elderly in urban and rural areas, there was no statistically significant difference. The IADL score of the rural elderly were higher than that of the urban elderly and there was a statistically significant difference.
3. In the comparison of ADL & IADL scores according to the self rating score for health status, there was a statistically significant difference among health status levels.

* Yanbian Health School Jinlin Province, China

** Koje junior college, nursing department

*** Chungnam national university, college of medicine, dept. of nursing