

노인들의 건강증진생활양식에 관한 연구 - 전북 농어촌지역을 중심으로

이진우, 정명수*, 이춘우, 권소희*, 고광재*, 정재열*, 장두섭**, 송용선*, 이기남*
원광대학교 한의과대학 예방의학교실 *원광대학교 한의학전문대학원 제3의학과,
**일본 산업의과대학 산업생태학연구소

Study on Life Style of Health Promotion for the Elderly - Centering on farming villages in Jeollabuk-do Province

Jin-Woo Lee, Myong-Soo Chong, Chun-Woo Lee, So-Hee Kwon, Kwang-Jae Ko, Jae-Yeal Jeoung,
Doo-Sub Jahng, Yung-Sun Song, Ki-Nam Lee

Dept. of Preventive Medicine, College of Oriental Medicine, *Dept. of Third Medicine, Professional Graduate School,
Wonkwang University, Iksan, 570-749, Korea, **Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational &
Environmental Health, Japan

This investigation grasps the level and relevant elements of performance of health promotional activities for the elderly in Korea. It provides fundamental data on health promoting projects targeting the elderly population from farming villages. Hence, this study gropes for an effective approach and measures of health promoting programs. The program needs to be developed with a focus on elderly people from farming villages. In addition, it was carried out in order to provide basic data for development of health projects for local communities. Data gathering was based on survey data targeting patients from the free clinic service. Service was rendered for the residents of farming villages, and conducted at the Offices of CheonBuk Province from October 2000 to December 2000. Analytical results were used to examine the health promotional method for the elderly in the aspect of Oriental Medicine. SPSS 9.0 version as well as T-test and ANOVA were used for survey data analysis. Piersons correlation coefficient was utilized for the relationship for each area, obtaining the following analytical results.

1. The average score for the activities of health promotion was 2.28. Looking at each subcategory, stress management was the highest at 3.65; interpersonal relationship, 3.00; nutrition, 2.55; health responsibility, 2.15; self-realization, 2.03; and exercise was the lowest at 1.89.

2. With respect to lifestyle of the health promotion secondary to general features of elderly people from farming villages, the level of activities of health promoting lifestyle was shown to be higher for males than that of females. Self-realization area was high among males in detailed particulars while the level of execution was high as age decreases in the stress area.

3. Regarding health promoting life style secondary to socioeconomic characteristics, the level of execution was

higher for the individuals with a higher level of education and further utilization of spare time. With respect to occupation, the level was highest for people from the fishery. The level decreased in the order of other occupations such as trade, unemployed and agriculture, which was shown to be the lowest. In detailed particulars, it revealed that higher the individuals educational level, the higher the self-realization and stress management areas. The level of interpersonal relationship was the highest among people with little or no education. With respect to self-realization area, the level was highest among the cases where one paid living expenses along with their children. The lowest level of living expenses was seen in the cases where an individual pays for living expenses by himself/herself. There were significant results in all areas except for nutrition areas depending on occupation. The fishery was shown to be the highest. The level of activities was higher as one utilizes more spare time in all areas except for the area of interpersonal relationship.

Key words: health promotional activities

서 론

한국에서 65세 이상의 노인이 차지하는 비율은 1975년에 전체 인구의 3.5%, 2000년에는 7.1%로 고령화 사회(aging society)에 공식적으로 진입하였으며, 2022년에 이르면 이 비율이 14%에 달할 것으로 추산되어 고령사회(aged society)가 될 전망이다. 이에 따라 65세 이상 노령인구가 현재 약 337만명에서 750만명 이상으로 두 배 이상 증가할 것으로 예상된다.¹⁾ 이는 인구변천과정이 끝난 스웨덴, 프랑스, 영국, 그리고 일본에서 고령화 사회가 되는 기간이 최단기 26년에서 최장기 115년까지 걸렸는데 비하면 선진국의 고령화 과정에서 나타난 속도보다 우리 나라가 훨씬 빨리 진행되고 있음을 알 수 있다.²⁾

특히 농촌에서의 노인인구비의 증가경향은 더욱 빠른 것으로 보고되고 있다. 노인인구의 구성비율을 도시지역과 농촌지역별로 살펴보면 도시지역의 경우 1960~1980년 사이 2.2%에서 2.5%로 별다른 변동이 없었으나 농촌지역은 1960년 3.7%에서 1980년 5.6%로 크게 늘어났으며, 이에 따라 노인인구 부양지수도 농촌지역에는 7.1%에서 9.5%로 상당히 높아지는 특징을 보이고 있다.³⁾

이와 같이 노인인구의 증가는 만성질환 유병율을 증가시켜 과도한 의료비를 지출시키고, 젊

은 세대로 하여금 부양비 부담을 과중시키며, 생산성을 저하시키는 등 보건 및 사회의 전반적인 분야에서 노인문제가 차지하는 비중을 점차로 증대시키게 된다.⁴⁾

건강은 노년기의 평안함과 양질의 삶을 유지하는데 필수적이며, 특히 이들이 사회에 적극적으로 기여하도록 하기 위해서도 꼭 필요하다. 노인의 건강문제는 노화 과정과 더불어 다양하게 나타나는 특성을 지니며, 노화 정도에 따라 신체기능의 저하, 기능저하로 인한 기능장애, 기능상실과 병리적 변화들이 다양하게 나타난다.⁵⁾

Frank⁶⁾는 65세 이상 노인의 주된 문제로 건강, 신체적 불편, 재정적 문제, 고독, 만족할 만한 활동의 결여 등을 들고 있으며, 이경미⁷⁾는 건강상태, 신체적 기능, 의료수혜, 사회적 고립, 봉사욕구 등의 5가지 문제 중 적어도 하나를 노인이 가지고 있다고 하였는데, 우리나라 노인들의 가장 큰 관심사는 건강문제⁸⁾이며, 가장 많이 호소하는 문제로는 노인의 반 정도가 자신의 건강상태가 좋지 않다고 평가함으로써 신체적인 불편 및 질병의 건강문제를 제시한 바 있다.⁹⁾ 이와 같이 건강의 유지 및 증진의 욕구는 인간의 기본 인권이면서 노인인구 계층의 일차적 기본 욕구이다.

일반적으로 노인의 건강지표는 건강에 대한 본인의 자각정도로 건강을 평가하는 한편 병리

적 상태 및 신체 기능의 능력을 검토하고 또한 지병의 유병률 및 사망상태에 관한 비교 검토에 의하는데¹⁰⁾ 기능적으로 노인들이 독립적인 생활을 어느 정도 할 수 있느냐 하는 문제는 노인의 건강관리 관점에서 매우 중요한 비중을 차지한다.¹¹⁾

노인의 건강 증진 및 유지는 자아를 실현하고 개인적인 만족감을 느끼는데 도움을 주며, 노인 스스로 자기책임, 영양에 대한 인식, 운동, 스트레스 감소와 관리 그리고 최적의 신체 상태를 유지하는 원리에 기초를 두고 있다.¹²⁾ 1972년부터 보고된 Alameda 조사에서는 매일 행하는 건강과 관련된 생활양식이 건강상태나 사망률, 수명에 영향을 끼친다고 하였는데 좋은 생활습관으로는 운동, 수면, 체중조절, 금연, 금주, 아침식사 섭취, 식간의 간식 금지 등이었다.¹³⁾ 이경순 등¹⁴⁾은 건강한 생활양식은 질병을 예방하고 건강을 유지시키며 평균수명을 연장시키나 잘못된 생활양식은 만성 퇴행성질환을 증가시키며 사망률도 증가시킨다고 보고하였다.

우리나라도 점차 고령화 사회로 접어들고 있어 노인들의 삶의 질 향상을 위한 건강증진활동이 활발히 전개되어야 할 시점이다. 따라서 노인들을 대상으로 건강증진 활동의 수행정도와 관련 요인의 파악 등 이를 위한 기본적인 자료의 필요성이 대두되고 있다.

특히 노화의 문제가 기질적인 병변보다는 기능적인 저하를 기초로 하여 발생하는 것이라고 볼 때 노인건강에 대한 한의학적 접근은 매우 유용성과 가치가 높다고 하겠다. 노인은 元氣가 쇠퇴하고, 장부기능이 갈수록 부족해지며 병사에 대한 저항능력과 환경에 적응하는 능력 모두 점차로 저하되므로 수많은 노년병은 모두 만성 쇠퇴의 기초 위에서 발생하는 것이다. 그러므로 老衰의 방지가 노년보건의 내용의 하나이다. 이 외에도 상술한 노인의 생리특징에 기반을 두고 질병에 걸렸을 때 질병의 종류는 물론 임상증상, 예후 혹은 치료 각 방면들 모두가

일반 성인과는 다르다. 노년병의 특징은 일반적으로 만성병이 급성병보다 많으며, 급성병은 實中挾虛의 경우가 나타나고 만성병은 종종 虛中挾痰, 挾瘀의 경우가 나타나는데 이러한 질병에 대한 한의학적 치료가 서양의학에서 아직 특효요법이 없는 상황 아래에서 중요한 지위를 차지하고 있음은 의심할 필요가 없다. 종합하면 한의학적 노인보건은 노인의 질병예방치료와 장수에 대하여 특수한 의의를 가지고 있다고 말할 수 있다.¹⁵⁾

더 나아가 노인건강과 질환, 노화에 대한 접근은 기능적 병변과 전체성 의학을 지향하는 한의학의 특성을 고려할 때 한의학의 의학적 특징을 가장 잘 반영할 수 있는 분야이기에 연구할 필요가 있다고 사료된다.¹⁶⁾

이에 본 연구를 통하여 첫째, 농촌지역 노인들이 건강증진 활동의 수행정도에 영향을 미치는 요인을 파악하고 둘째, 농촌지역 노인들의 건강증진을 위한 활동정도를 파악하며, 셋째, 농촌 노인들의 건강에 대한 지식, 건강에 대한 관심도, 건강수준, 용돈, 의료보장 형태, 거주기간과 건강증진 활동과의 관련성을 확인 한 후 이들과 건강과의 관련성을 파악하고자 본 연구를 계획하였다.

이를 바탕으로 향후 농촌지역 노인들을 대상으로 실시하는 건강증진 사업에 기초적인 자료를 제공함으로써 농촌지역 노인들을 중심으로 전개되어야 할 노인 건강증진 프로그램의 효율적인 접근방안을 모색하고, 한의학적인 노인건강증진 방안 모색과 더불어 지역사회 보건사업의 발전에 기초적인 자료를 제공하고자 시행하였다.

이론적 배경

1. 서양의학에서의 노인보건

서양의학에서는 老人의 나이에 대한 규정은

없으나, 다만 우리나라에서는 老人을 행정적, 법적으로 65세 이상의 인구로 규정하고 있기 때문에 대체로 이에 따르고 있으며, 老人의 노령화 과정에서 나타나는 생리적, 심리적, 정서적, 환경적 및 행동의 변화가 상호 작용되는 복합형태의 과정이라고 규정¹⁷⁾하였고 또한 老人의 신체적인 변화에 대하여 신체기능의 쇠퇴와 신체적 외견의 변화 및 만성 질환의 출현으로 요약하고 있다.

노인의 건강은 노화과정과 밀접한 관계가 있다. 신체적 노화현상은 호흡보조근육의 과다 사용으로 인한 에너지 소모 증가, 기침반사, 구토반사 감소로 인한 호흡기 감염율이 높아지고, 심박출량 감소, 순환장애로 인한 체위성 저혈압, 빈혈 등이 나타나며, 자극에 대한 반응과 운동능력이 저하된다. 골다공증, 근력저하, 관절운동 범위가 제한되므로 걸음걸이는 불안정해지고 낙상, 골절 등의 위험성이 높아지고, 방광용적 및 뇨 배설능력 감소로 인해 요실금, 야뇨증, 빈뇨가 나타나며 성호르몬 분비 감소로 인해 음부건조와 소양감, 성욕감퇴, 질염의 발생빈도가 증가된다. 소화 및 흡수기능이 감소되고 가슴앓이, 가스축적, 설사, 변비, 단백질 및 칼슘이 부족되기 쉬우므로 수분, 부드러운 고단백식이, 과일주스, 채소류, 우유섭취를 권장하고 튀긴 음식, 향료가 많은 음식섭취는 가능한 감소한다. 그리고 피부건조를 감소하기 위해 실내습도를 높이고 지방성 로션을 바르며 태양노출을 감소하여 색소침착이나 피부암 발생빈도를 줄여야 한다. 이와 같은 신체적 노화현상으로 인한 신체적 건강문제는 심리적 및 사회적 관계도 제한하여 정신적, 사회적 건강까지 악화시킨다.¹⁸⁾

노화현상은 일반적으로 노화과정에 수반되거나 또는 그 결과로 생기는 신체적 변화를 말하는데, 생리적 노화현상과 병적 노화현상으로 구분되며 老人에게는 생리적, 병적 노화현상이 복합적으로 나타나고 병적인 것은 개인차가 매우

커서 이러한 노화현상, 특히 생리적 노화현상을 올바르게 인식하지 못하면 진단과 치료과정에서 중대한 잘못을 저지를 수 있다. 老人이 되면 외관상으로는 얼굴을 제외한 신체 모든 부위의 체모가 줄어들고 피부는 건조하며, 예비력이 저하되어 체온, 삼투압, 혈당, 전해질농도 등에 변화가 왔을 때, 그것을 교정할 수 있는 힘, 즉, 생체 항상성 유지 능력이 떨어져 생체 안팎의 환경 변환에 잘 대처할 수 없게 되며 병원체에 대한 비특이적, 특이적 방어기구의 기능이 감퇴되므로 쉽게 감염되고, 또 결핵 등 과거에 앓았던 감염성 질환이 쉽게 재발하기도 한다. 또한 노화에 따라 장부의 실질세포수가 서서히 줄어들기 때문에 각 장기가 위축되고 그 기능은 거의 직선적으로 저하된다.²⁰⁾

노화는 생리적인 현상으로 그 진행은 개체 차이가 있다. 노화현상을 내재적이고 보편적이며 진행성이고 유해한 과정이라고 하기도 하는데 이는 노화과정이 근본적으로는 환경적인 요소에 의하여 결정된다기 보다는 생물학적 속성으로서 보여주는 퇴행성 변화이며 궁극적으로는 사망의 확률이 급속히 상승함을 의미한다. 여기에서 태양광선이나 스트레스, 식사, 운동, 흡연과 같은 생활습관 등 다양한 환경요인들이 노화의 과정을 가속 혹은 지체시킨다. 그러나 다른 질병이 병발하지 않는 한 노화 자체로는 별다른 증상을 보이지 않아 85세 이상의 노인 중 1/3정도만이 일상생활에 지장을 받을 뿐이다.

서양의학에서는 노화의 생리, 병리뿐만 아니라 노화의 기전에 대한 연구도 활발히 이루어지고 있다. 현재까지 노화의 원인에 관한 가설은 수백가지 발표되었으며 앞으로 더 늘어날 것이다. 이는 상대적으로 생명과학을 비롯한 자연과학이 발달함에 따라 노화학의 연구기법이나 접근방법이 점점 다양해지고 있으나 노화의 원인은 아직 밝혀지지 않고 있기 때문이다.

많은 가설을 모두 언급할 수는 없고 가장 유

력한 두개의 가설을 제시²⁰⁾하면 첫째는 유전자에 의해 생명체의 老化和 수명이 예정되어 있다는 ‘老化 예정설’이고 둘째는 여러 가지 해로운 인자들에 의한 생체물질의 손상이 축적되어 老화에 이른다는 ‘유해인자 손상설’이다.

老化예정설은 유전자설로 DNA복제상에 나타나는 Somatic mutation theory와 생명개체의 수명으로 구성하는 체세포의 수명과 관련있고 개개의 세포는 이미 분열한계를 지시하는 program이 입력되어 있다고 생각하는 老化 프로그램설 등이 있고 유해인자 손상설은 직접적인 원인으로 생각되는 유독성 대사산물 축적과 Free radical 이론, DNA유전정보의 error로 발생하는 Error-Catastrophe theory와 생리과정 중 발생하는 Post-translational modifications 등으로 나눈다. 이외에도 면역이론, 호르몬이론 등 많은 이론이 있으나 이를 다 설명하기란 그리 쉽지 않은 작업이다. 왜냐하면, 老化的 접근방향에 따라 老화를 보는 시각이 다르기 때문이다. 따라서 실험적인 규명방법의 증거인 특정물질이나 해부학적 구조에 老化的 관점을 보게 되면 이를 찾는데 많은 시간과 비용을 소비하게 된다. 요컨대 西洋醫學의 분석적 사고 방식은 정확한 老화를 규명 할 수 있지만 결국은 老화로부터 인류를 구하기는 힘들 것이라고 생각된다.

특히, 老化的 현상 자체가 매우 복합적인 현상이기 때문에 어떤 단일 인자가 老화를 일으킨다고 보기는 어려우며 여러 가지 요인들이 복합적으로 개체의 老化的에 기여한다고 보는 것이 타당한 것이다. 즉 유전적 인자에 의해 그 종의 최대수명이 결정되어 있고 여기에 활성산소를 비롯한 여러 가지 해로운 인자들이 老化的을 촉진시켜 개체간에 수명의 차이를 유발한다고 보는 것이 타당하다.²⁰⁾

2. 한의학에서의 노인보건

老란 늙는다는 뜻을 가진 자연현상으로 자연

계에 속해 있는 모든 생명체는 노화과정을 밟게 된다. 노화는 어느 생체에서나 발생하는 모든 장기에서 점차적으로 기능을 저하시키는 자연현상이다.²⁰⁾ 성숙한 생체는 노화가 진행됨에 따라 조직의 생화학적 조성이 바뀌고, 생리적 기능전반에 걸쳐 광범위한 점진적 기능을 보이며, 주변환경에 대처하는 능력이 저하되고 각종 질환에 이환될 가능성이 높아지면서 사망의 위험성이 커지게 된다.

韓醫學에서는 문헌을 고찰해 보면 특별히 노인보건, 노인의학이라고 하여 분류하고 있지는 않지만 이미 그 옛날 춘추전국시대의 문헌인 <黃帝內經>에서부터 老化和 노인질환에 대해서 기술하고 있다.

韓醫學에서는 인간의 진행과정을 生, 老, 病, 死로 나누어 疾病과 老化的에 대한 필수적 사고를 밝히고 있고, 生長化收藏의 五行과 관련지어 인체의 老化的을 우주변화의 일부분으로 해석하였다. <黃帝內經>에서는 “老는 인간에 있어 50세 이상을 가리킨다.”²¹⁾라고 하여 인간의 老化的을 50세 전후하여 陰陽균형이 失調되어 감을 설명하고 있다. 또한, 東醫學에서는 老人에 대해 구체적인 설명은 없으나 <素問上古天真論>²¹⁾에 여자는 49세, 남자는 56세가 되면 老衰化가 나타난다고 설명하고 있다.

<黃帝內經>을 보면 老化的의 과정을 연령별로 구분하여 연령에 따른 신체의 각 구조 및 기능의 변화에 대하여 밝히고 있는데, <素問上古天真論>²¹⁾에서는 여자는 7수를 기준으로, 남자는 8수를 기준으로 天癸의 盛衰를 나타내어 老化的가 자연스런 생리적 현상임을 분명히 하고 있다 특히, 연령에 의한 老化的을 설명함으로써 生長化收藏의 자연의 五行的 변화를 강조하고 있음을 알 수 있다.

老化的의 기전에 대해서도 <素問上古天真論>²¹⁾에서는 과도한 음주와 방사, 칠정의 과도, 음식에 대한 무절제 등 무절제한 생활 습관에 의하여 노쇠해진다고 말하고 있다. 특히 <素問

陰陽應象大論>²¹⁾에서는 노화는 생리적인 현상이기는 하나 음양의 조화와 음식의 조절, 생활의 절제를 잘 하지 못하면 노화가 빨리 진전됨을 설명하고 있다.

老化의 원인에 대해서는 <靈樞天年篇>²¹⁾에서는 40세부터 老化현상이 나타나기 시작하여 10년을 주기로 五臟의 기운이 肝, 心, 脾, 肺, 腎의 순서에 의하여 쇠하기 시작하여 100세에 이르러서는 죽음에 이른다고 하였다. 이는 老化의 과정 중 나타나는 신체와 기능의 변화를 보다 원인적으로 설명한 것으로 韓醫學에서는 老化를 五臟의 精氣가 虛해지는 과정으로 판단하였다.

<黃帝內經>이후 문헌²²⁻²⁶⁾에서는 老化의 원인과 정의, 기전에 따르는 질병과 현상을 구체적인 신체 증상과 변화, 기능의 변화로 설명하고 있는데, 老化를 생리적이거나 자연적인 현상으로 받아들이고 있는 것을 알 수 있으며 老化의 기전에 대해서도 元氣와 精氣가 虛해져 五臟기능이 약해져 장부정기가 쇠약해지고 이에 따라 여러 질병이 걸리기 쉬우며 氣機조절이 제대로 되지 않아 노폐물이 쌓이고 변형됨을 설명하였는데, 老化를 生理的 老化와 病理的 老化를 가르고, 이에 따라 발생하는 신체적 변화와 기능적 변화를 설명하고 있다.

이상을 종합하여 보면 韓醫學적으로 老化는 七情의 과도, 六淫에 대한 손상, 과도한 피로, 房事의 과도, 음식의 무절제, 흡연과 음주 및 유전적, 환경적 요인을 원인²⁷⁾으로 들고 있으며, 이에 따라 각종 생리적인 변화가 나타남으로써 노인의 사회적, 정신적 건강에 영향을 미치게 됨을 설명하고 있다. 즉, 老化를 종합적으로 접근함으로써 단순히 어느 한 장기나 부분의 변화가 아닌 신체 전체적인 현상임을 말하고 있다. 더불어 老化의 기전에 대해서도 精氣의 쇠약을 유발하는 모든 원인들을 종합적으로 접근함으로써 생활, 습관의 중요성과 환경과의 관계의 중요성을 설명하고 있다.

3. 건강증진 생활양식

건강개념의 인식은 건강행위 결정의 주요인이 되지만, 사회문화적 가치나 신념, 개인의 건강지각에 따라 각기 서로 다른 건강행위를 한다. 지각된 건강상태는 개인의 건강상태를 나타내는 주관적인 평가²⁸⁾로서 질병은 자신의 생활습관에 의해서 발생되므로 생활습관을 관리해야 하고, 건강행위 실천을 위한 행동변화 프로그램의 참여가 질병의 발생빈도를 감소시키므로²⁹⁾ 건강유지는 개인 습관을 조정하고 건강행위를 증진하는데 우선 순위를 두어야 한다.

즉, 건강행위 증진은 사람들로 하여금 스스로의 건강에 대한 통제를 증가시키는 과정이며, 또한 자신들의 건강을 개선하게 하는 과정으로서 사회적, 정치적 과정을 포괄하는 종합적 과정³⁰⁾이라고 할 수 있으며, 건강증진은 개인이 기술과 능력의 강화를 꾀하는 활동뿐만 아니라 사회적 환경적 경제적 조건들을 변화시켜 이들 여러 조건들이 공중과 개인의 건강에 미치는 영향력을 격감시키려는 활동들을 포함한다.³¹⁾

Laffrey³²⁾와 Duffy³³⁾는 건강이란 건강을 증진하고 질병을 예방하기 위한 활동을 포함하고 건강증진 생활양식을 행하는 것이라고 하였다.

건강증진 생활양식은 개인이나 집단에게 주어질 안녕 수준을 높이고 자아실현 및 개인적 만족감을 유지하거나 높이기 위한 방향으로 취해지는 통합된 행위이다. 건강증진행위와 건강보호행위는 건강한 생활양식의 상호보완적인 요소로서 건강한 생활양식은 다양한 요인에 의해 영향을 받는다.³⁴⁾ 생활양식에 대한 주장은 Dunn³⁵⁾에 의해 처음으로 안녕과 장수를 증진하기 위한 것으로 제기되었고, 이후에 Travis³⁶⁾는 생활양식의 차원에 자기-책임, 영양, 신체적 인식, 스트레스 관리를 포함시켰다. 이 차원은 Ardell³⁷⁾에 의하여 확장되어져서 자기-책임, 영양, 스트레스 관리, 운동, 환경적 민감성으로 정련화되었다.

Pender³⁸⁾는 개인의 다양한 인지-지각요인

(건강에 대한 중요성, 지각된 통제위성격, 유능하고자 하는 소망, 자아인식, 자아존중감, 건강에 대한 정의, 지각된 건강상태, 건강증진 행위의 지각된 유의성)과 이에 영향을 미치는 조정요인(인구학적 변수, 대인관계변수, 상황변수)에 의해 건강행위에 대한 의사결정이 내려지며, 건강증진 행위를 자극하는 행동의 계기와 방해하는 장애점이 작용하여 건강증진행위를 결정하게 된다는 건강증진모형으로 LHHA(Lifestyle and Health Habits Assessment)를 개발하였는데 여기에는 총체적 건강행위, 영양, 신체적/여가활동, 수면, 스트레스 관리, 자아실현, 목적감, 대인관계, 환경통제, 보건의료체계의 이용 등으로 구성되었다. 초기 HPLP는 이러한 10개 영역이 생활양식의 차원이라는 전제하에 출발하였으며, 여러 단계의 검증을 거쳐 1987년에 6개의 영역으로 구성된 48문항의 HPLP-1을 개발³⁹⁾하게 되었다.

4. 한의학과 건강증진 생활양식

건강증진과 예방프로그램 제공은 질병이 발생하여 치료하는 것보다 장기적으로 비용절감적이라는 것은 이미 보건학에서 지배적인 가설로 인정되고 있다. German과 Fried⁴⁰⁾는 노인보건에 있어서도 예방프로그램을 노인인구집단에 실시함으로써 생물학적 노령화를 지연시키고 인체 기능의 향상성을 유지하는 것이 가능하다는 연구결과를 제시하였다.

특히 한의학은 <素問·四氣調神大論>²¹⁾에 “聖人不治已病治未病, 不治已亂治未亂, 此之謂也. 未病已成而後藥之, 亂已成而後治之, 譬猶渴而穿井, 鬪而鑄兵, 不亦晚乎”라 하여 모든 질병에 대한 예방의 중요성을 역설하고 있어 이미 내경 시대부터 질병예방에 대하여 철저한 인식을 갖고 養生을 통하여 인간의 건강한 상태를 유지하게끔 노력하여 왔음을 알 수 있다. 養生이라고 하는 것은 인간의 생명을 영양하고 보존한다는 의미로서 개인과 집단의 건강증진, 노쇠

예방, 질병예방과 위생보전 및 면역증강을 총괄한 것²⁷⁾이며, 인간의 천수를 다하도록 하는 것으로 음식기거, 房勞 등을 절제하고 氣功, 導引, 按蹻 등의 운동을 통하여 인체의 건강을 유지하며, 정신을 調養함으로써 심신의 건강을 유지하여 질병을 예방하고 노쇠를 지연시키는 방법을 사용하여 왔다.⁴¹⁾

그러므로 노인보건에 있어서 한의학적 특징은 생활습관의 개선으로 요약될 수 있으며, 이는 건강증진 생활양식의 내용과도 부합된다. 즉, 건강에 나쁜 생활양식이나 나쁜 습관 등으로 보아 질병발생 위험성이 있는 사람들로 하여금 건강에 유익한 생활양식이나 행동습관으로 바꾸게 하며, 적당한 영양섭취, 스트레스 관리, 적절한 운동과 휴식 등을 통하여 건강 잠재력을 함양함으로써 건강을 유지 증진시키고, 건강의 해악적인 요인들에 적극적으로 대처할 수 있는 저항력을 함양하는 것⁴²⁾이 건강증진 생활양식의 본래의 취지라 한다면, 이는 한의학에서의 養生과 일맥상통한 것으로 볼 수 있으며, 이에 대한 교육적, 사회적, 환경적 접근을 통하여 노인들의 건강증진에 이바지할 수 있다 사료된다.

보건의료의 궁극적인 목적이 건강향상에 있고 건강이 질병이나 허약함이 없을 뿐만 아니라, 신체적, 정신적, 사회적인 안녕상태로서 그 능력을 충분히 발휘할 수 있는 상태로 볼 때, 건강향상을 위한 효과적인 방법은 질병발생 후의 치료가 아니라 질병의 일차적 예방, 특히 건강증진에 있음을 알 수 있다.⁴²⁾ 이러한 관점에서 오늘날의 상병 양상과 특성을 고려할 때 질병의 예방과 건강증진의 필요성은 더욱 증대되고 있으며, 현재의 보건의료사업이 질병치료 사업 위주에서 벗어나 질병과 예방 및 건강증진 사업 위주로 전환되어야 하며, 이후 한의학의 養生的 특성을 적극 활용하여 적용시킨다면 노인의 건강증진사업에 하나의 대안이 될 수 있겠다.

연구대상 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 편의표집에 의해 선정된 도서지역과 농촌지역 거주 성인을 대상으로 설문지를 사용하여 자료를 수집하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 2000년 10월부터 12월까지 전라북도와 함께 실시한 농어촌 지역 주민 한방무료진료 과정에서 환자를 대상으로 하여 설문을 하였으며, 설문을 이용한 조사는 조사요원에 의한 편견을 배제하기 위하여 사전에 연구의 배경, 목적, 그리고 관련된 항목에 대한 지식을 갖게 하고 충분히 이해를 시킨 상태에서 조사를 수행하도록 하였다. 설문조사 요원은 5명이었으며 무작위로 설문조사를 수행하였다.

총 수거된 설문지는 179건이었고 설문입력과정에서 불성실한 설문 13건을 누락시켜 본 연구에 사용한 설문자료는 총 166건이었다.

3. 연구 도구

연구에 사용한 설문지는 응답자 개인의 건강상태 판단과 개인별, 집단별 위험요소 파악 및 그에 맞는 건강증진행위 지도를 위한 기초자료로써 인구사회학적 특성으로 연령, 성별, 교육정도, 직업, 종교, 배우자의 유무, 가족구성, 용돈의 만족, 생활비 부담, 여가활동, 질병의 유무 등을 조사하였으며, 현재 앓고 있는 질병의 유무조사와 더불어 질병의 종류, 최근의 질병치료 경험, 치료 후 증상의 호전여부에 대한 것을 조사하였다. 건강증진 생활양식의 수행여부는 Walker 등⁴³⁾이 개발한 건강증진 생활양식 측정도구를 직접 번역하여 우리 나라 실정에 맞는 지 적합성과 표현을 검토한 후에 5항목을 수정, 보완하고 임의로 5항목을 추가하여 전체 53항

목으로 한 건강증진 생활양식 측정도구로 작성하였으며, 개발 당시 신뢰도 검사결과 건강증진 생활양식의 Cronbach's $\alpha=.92$, 각 영역의 Cronbach's $\alpha=.70-90$ 이었다.

4. 자료처리 및 분석방법

건강증진 생활양식의 53문항은 자아실현 12문항, 건강책임 14문항, 운동 6문항, 영양 6문항, 대인관계 6문항, 스트레스 관리 9문항 등의 6개 영역으로 분류하였다. 건강증진 생활양식의 점수는 대상자의 생활양식이 각 문항내용에 부합되는 정도에 따라 '전혀 그렇지 않다' 1점, '별로 그렇지 않다' 2점 '약간 그러하다' 3점 '매우 그러하다' 4점으로 하여 측정하였으며, 건강증진 생활양식 총 점수는 각 문항 점수의 합을 문항수로 나눈 점수를 사용하여 평점이 높을수록 건강증진 생활양식 실행정도가 높은 것으로 판정하였다.

수집된 자료는 SPSS/9.0 PC를 이용하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

1) 연구대상자의 인구사회학적 특성과 사회 및 경제적 특성으로 분류하고 백분율과 빈도를 구하였다.

2) 연구대상자의 건강증진 생활양식의 이행 정도는 평균과 표준편차를 이용하여 4점척도화하여 평균 및 평점의 차이를 비교하였다.

3) 연구대상자의 인구사회학적 특성, 사회 및 경제적 특성과의 제 변수와의 관계를 비교하는데 성별은 T-test, 그 외는 ANOVA를 이용하여 건강증진 생활양식 이행의 차이를 비교하여 관련성을 알아보려고 하였다.

4) 연구대상자의 직업별 특성으로 분류하여 백분율, 빈도를 나타냈고, 건강증진 생활양식의 이행 정도는 평균과 표준편차를 이용하였으며, 제 변수와의 관계는 T-test와 ANOVA를 이용하였다.

5) 연구대상자의 건강증진 생활양식과 각 영

역별 상관관계는 Person's correlation coefficient를 이용하였다.

결 과

1. 연구대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 성별 인구사회학적 특성은 <표 1>과 같은데 남자 30명(18.1%), 여자 136명(81.9%)이었다. 연령별로는 65세이상 74세 이하가 74.1%(123명) 75세이상 79세 이상이 25.9%(43명)이었다. 배우자가 있는 경우가 45.2%(75명), 없는 경우가 54.8%(91명)이었으며, 홀로 살고 있는 경우가 36.7%(61명), 부부

만 생활하고 있는 경우가 31.9%(53명), 자녀와 동거하고 있는 경우가 31.3%(52명)이었다. 연구대상자의 사회경제적 특성은 <표 2>와 같은데 교육정도에서 무학 63.3%(105명), 초등학교 졸업 30.1%(50명), 중학교 졸업 이상 6.6%(11명)이었으며, 생활비는 스스로 부담하는 경우가 33.7%(56명), 자녀가 부담하는 경우가 51.2%(85명), 자녀와 함께 부담하는 경우가 15.1%(25명)이었고, 여가생활을 하는 경우가 35.5%(59명), 하지 않는 경우가 64.5%(107명)로 나타났으며, 종교를 가지고 있는 사람은 67.5%(112명), 종교를 가지고 있지 않은 사람은 32.5%(54명)이었다.

표 1. 인구사회학적 특성의 분류

	분류	빈도	비율 (%)
성별	남	30	18.1
	여	136	81.9
연령별	65-74세	123	74.1
	75세 이상	43	25.9
배우자 유무	유	75	45.2
	무	91	54.8
가족형태	독거	61	36.7
	부부만 생활	53	31.9
	자녀와 동거	52	31.3

표 2. 사회경제적 특성의 분류

	분류	빈도	비율 (%)
교육정도	무학	105	63.3
	초등학교 졸업	50	30.1
	중학교 졸업이상	11	6.6
생활비 부담	스스로 부담	56	33.7
	자녀가 부담	85	51.2
	자녀와 함께 부담	25	15.1
여가활용 여부	활용한다	59	35.5
	활용하지 않는다	107	64.5
종교유무	유	112	67.5
	무	54	32.5

표 3. 건강상태에 따른 분류

	분류	빈도	비율 (%)
질병유무	유	164	98.8
	무	2	1.2
주관적 건강상태	좋다	20	12.1
	보통	59	35.5
	나쁘다	87	52.4

연구대상자의 건강상태에 따라서는 <표 3>과 같은데 현재 질병을 가지고 있는 경우가 98.8%(164명), 질병을 갖고 있지 않는 경우가 1.2%(2명)이었고, 주관적 건강상태에 대한 응답에서 양호한 경우가 12.1%(20명), 보통인 경우가 35.5%(59명), 불량한 경우가 52.4%(87명)이었다.

2. 건강증진생활양식 이행정도

연구대상자 집단의 건강증진 생활양식 이행

표 4. 건강증진 생활양식 이행정도

영역	평균(평균평점)	표준편차 (평균평점)
건강증진생활양식(212)	121.05 (2.28)	18.56 (0.35)
자아실현(48)	24.39 (2.03)	6.62 (0.55)
건강책임(56)	30.11 (2.15)	5.58 (0.40)
운동(24)	11.33 (1.89)	2.61 (0.44)
영양(24)	15.28 (2.55)	2.02 (0.34)
대인관계(24)	18.02 (3.00)	3.05 (0.51)
스트레스관리(36)	21.92 (3.65)	3.88 (0.65)

3. 일반적 특성과 건강증진 생활양식 이행

건강증진 생활양식 실천정도에 영향을 준다고 볼 수 있는 개인적 특성, 즉 성별, 연령, 배우자, 가족형태 등으로 건강증진 생활양식 실천

정도의 평균 및 4점으로 표준화한 평균평점과 표준편차는 <표 4>와 같다. 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계, 스트레스 관리를 포함한 건강증진 생활양식의 총 평균은 121.05이고, 총 평점은 15.28이었다. 각 영역별 평점은 스트레스 관리 3.65, 대인관계 3.00, 영양 2.55, 건강책임 2.15, 자아실현 2.03, 운동 1.89의 순으로 스트레스 관리가 가장 높고, 운동 영역이 가장 낮았다.

정도를 비교한 결과는 <표 5>와 같은데 성별에 따라 남자(127.07)가 여자(119.72)에 비해 건강증진 생활양식 이행 정도가 높게 나타났으며 ($P=0.049$), 연령별, 배우자 유무, 가족 구성에 따라서는 유의한 차이를 나타내지 않았다.

표 5. 인구학적 특성과 건강증진 생활양식 이행정도

특성	구분	건강증진 생활양식		T or F
		평균	표준편차	
성별	남	127.07	20.56	3.918*
	여	119.72	17.90	
연령별	65-74세	123.04	18.76	5.626*
	75세 이상	115.35	16.90	
배우자 유무	유	123.73	18.81	2.896
	무	118.84	18.16	
가족구성	독거	119.18	19.40	1.665
	부부만 거주	119.40	15.98	
	자녀와 동거	124.92	19.73	

*p<0.05

또한 생활비 부담, 여가활용 여부, 종교 유무 등 연구 대상자의 사회경제적 특성과 건강증진 생활양식 실천정도를 비교한 결과는 <표 6>과 같은데 교육수준이 높을수록 건강증진 생활양식 이행정도가 높았으며(P=0.007), 여가활용을

할수록 높게 나타났다(P=0.000). 생활비 부담과 종교 유무에 따른 건강증진 생활양식 이행 정도는 유의한 차이를 나타내지 않았다.

표 6. 사회경제적 특성과 건강증진 생활양식 이행정도

특성	구분	건강증진 생활양식		T or F
		평균	표준편차	
교육수준	무학	117.81	15.66	5.176**
	초등학교 졸업	125.30	21.38	
	중졸이상	132.36	23.54	
생활비 부담	자신 스스로	117.21	18.37	1.933
	자녀부담	122.55	19.80	
	자녀와 함께 부담	124.52	12.95	
여가활용 여부	여가활용 유	132.56	19.33	44.488***
	여가활용 무	114.701	14.74	
종교 유무	유	120.94	19.75	.012
	무	121.28	18.56	

p<0.01 *p<0.001

4. 건강상태와 건강증진 생활양식 이행 연구대상자의 주관적 건강상태와 질병유무에 따른 건강증진 생활양식 이행정도를 검증한 결

과는 <표 7>과 같다. 주관적 건강상태에 따른 건강증진 생활양식 이행정도는 유의한 차이를 나타냈는데(P=0.000) 양호(133.25), 보통(126.56), 불량(114.51)의 순으로 높게 나타났

표 7. 건강상태와 건강증진 생활양식 이행정도

특성	구분	건강증진생활양식		T or F
		평균	표준편차	
질병유무	유	120.90	18.61	.839
	무	133.00	18.56	
주관적 건강상태	양호	133.25	18.64	14.318***
	보통	126.56	15.59	
	불량	114.51	17.82	

***p<0.001

표 8. 인구사회학적 특성과 건강증진 생활양식 각 영역간의 관계

특성	구분	건강증진생활양식											
		자아실현		건강책임		운동		영양		대인관계		스트레스	
		M±S. D	T/I	M±S. D	T/I	M±S. D	T/I	M±S. D	T/I	M±S. D	T/F		
성별	남	28.37 ±6.90		30.80 ±5.80		12.17 ±2.65		15.37 ±2.52		17.57 ±3.89		22.80 ±4.26	
	여	23.51 ±6.25	14.2 94	29.96 ±5.54	.561	11.15 ±2.57	3.81 2	15.26 ±1.91	.071	18.13 ±2.84	.822	21.73 ±3.79	.172
연령별	65-74세	25.15 ±6.61		30.49 ±5.62		11.47 ±2.61		15.42 ±2.10		18.30 ±2.92		22.21 ±4.03	
	75세 이상	22.21 ±6.24	6.47 2	29.02 ±5.37	2.21 2	10.93 ±2.60	1.37 3	14.86 ±1.74	2.48 4	17.23 ±3.32	3.97 6	21.09 ±3.34	2.66 7
	배우자	25.45 ±6.43		30.49 ±5.97		11.61 ±2.90		15.50 ±1.89		18.15 ±2.98		22.52 ±3.58	
	유무	23.51 ±6.69	3.61 2	29.79 ±5.25	.650	11.10 ±2.33	1.60 2	15.09 ±2.12	1.77 0	17.92 ±3.12	.220	21.43 ±4.07	3.29 0
가족구성	독거	23.41 ±6.78		30.03 ±5.39		11.25 ±2.76		15.07 ±2.11		18.07 ±3.00		21.36 ±4.07	
	부부만 거주	24.11 ±5.85	1.92 7	29.25 ±5.11	1.43 1	11.15 ±2.41	.464	15.43 ±1.73	.539	17.58 ±2.70	.999	21.87 ±3.56	1.52 7
	자녀와 동거	25.81 ±7.05		31.08 ±6.18		11.62 ±2.66		15.37 ±2.21		18.42 ±3.42		22.63 ±3.94	

*p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

고, 질병 유무에 따라서는 유의한 차이를 나타내지 않았다.

5. 제 특성과 건강증진생활양식 각 영역과의 차이

건강증진 생활양식 실천정도에 영향을 준다고 볼 수 있는 개인적 특성, 즉 성별, 연령, 등으로 건강증진 생활양식 실천정도를 비교한 결과는 <표 8, 9>와 같다. 성별에서 보면 자아실

현 영역에서 남자가 여자보다 더 높게 나타났으며, 연령별로는 스트레스 영역에서 나이가 어릴수록 더 높게 나타났고, 교육수준 영역에서는 자아실현, 대인관계, 스트레스 영역에서 유의한 차이가 나타났으며, 생활비 부담에서는 자아실현, 대인관계 영역에서 유의한 차이가 나타났으며, 직업별로는 전 영역에서 유의한 차이가 나타났고, 여가활용 여부에서는 대인관계 영역을 제외한 모든 영역에서 유의한 차이가 나타났다.

표 9. 사회경제적 특성과 건강증진 생활양식 각 영역간의 관계

특성	구분	건강증진생활양식											
		자아실현		건강책임		운동		영양		대인관계		스트레스	
		M±S.D	T/F	M±S.D	T/F	M±S.D	T/F	M±S.D	T/F	M±S.D	T/F	M±S.D	T/F
생활비	자신 스스로	22.20 ±6.00		29.96 ±5.57		11.00 ±2.82		15.05 ±2.09		17.18 ±3.08		21.82 ±3.64	
	자녀 부담	25.40 ±7.00	** 4.87	30.06 ±5.91	.118	11.28 ±2.51	2.00 4	15.16 ±1.93	2.92 0	18.76 ±2.88	** 5.45	21.88 ±4.32	.128
	자녀와 함께	25.84 ±5.50		30.60 ±4.54		12.24 ±2.37		16.16 ±2.03		17.40 ±3.06		22.28 ±2.79	
교육수준	무학	22.94 ±5.64		29.70 ±5.24		11.13 ±2.36		15.18 ±1.92		17.58 ±2.97		21.30 ±3.28	
	초등학교 졸업	26.10 ±7.24	*** 9.54	30.84 ±6.13	.783	11.36 ±2.86	2.86 6	15.22 ±2.11	2.02 7	19.00 ±2.89	* 3.81	22.78 ±4.42	* 4.13
	중졸 이상	30.36 ±7.81		30.73 ±6.23		13.09 ±3.24		16.45 ±2.38		17.82 ±3.76		23.91 ±5.36	
종교	유	24.18 ±7.02		30.16 ±5.63		11.36 ±2.74		15.17 ±2.02		18.02 ±3.07		22.05 ±4.20	
	무	24.81 ±5.77	.355	30.30 ±5.53	.030	11.28 ±2.35	.033	15.50 ±2.04	.971	18.04 ±3.04	.001	21.65 ±3.14	.395
여가활용	유	28.66 ±6.20	*** 49.2	33.14 ±5.97	*** 32.0	12.19 ±2.66	** 10.3	15.76 ±2.53	* 5.41	18.61 ±3.52	3.42 7	24.20 ±3.38	*** 38.8
	무	22.03 ±5.61	.99	28.44 ±4.59	.11	10.86 ±2.47	.76	15.01 ±1.63	.5	17.70 ±2.72		20.66 ±3.28	.15

*p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

6. 건강상태에 따른 건강증진생활양식 각 영역과의 차이

연구대상자의 주관적 건강상태와 질병 유무에 따른 건강증진 생활양식 각 영역의 차이를 검정한 결과는 <표 10>과 같다. 질병유무로 살펴보면 운동 영역에서 질병이 없는 경우가 있는 경우보다 더 높게 나타났으며(P=0.023), 주관적 건강상태에 따른 건강증진생활양식 각 영역과의 차이는 영양 영역을 제외하고 건강상태가 양호한 경우가 가장 높았으며, 불량한 경우가 가장 낮았다.

표 10. 건강상태와 건강증진 생활양식 각 영역과의 관계

특성	구분	건강증진생활양식											
		자아실현		건강책임		운동		영양		대인관계		스트레스	
		M±S. D	T/F	M±S. D	T/F	M±S. D	T/F	M±S. D	T/F	M±S. D	T/F	M±S. D	T/F
질병유무	유	24.28 ±6.5		30.09 ±5.60		11.28 ±2.56		15.29 ±2.03		18.03 ±3.06		21.93 ±3.88	
	무	33.00 ±1.4	3.47 5	31.50 ±3.54	.125	15.50 ±4.95	5.29 5	14.50 ±2.12	.297	17.50 ±2.12	.059	21.00 ±5.66	.113
주관적 건강상태	양호	29.80 ±5.9		31.60 ±6.39		11.70 ±2.87		15.80 ±2.59		19.70 ±3.29		24.65 ±3.87	
	보통	27.15 ±5.0	28.7 04	31.24 ±5.21	* 3.76	12.39 ±2.27	10.1 77	15.02 ±1.96	1.19 2	18.22 ±2.81	* 4.58	22.54 ±3.52	9.79 6
	불량	21.28 ±6.0		28.99 ±5.42		10.53 ±2.50		15.33		17.50 ±3.01		20.88 ±3.74	

*p<0.05 *** p<0.001

7. 전체 및 영역별 건강증진 생활양식 이행정도간의 상관관계

전체 및 영역별 건강증진 생활양식 이행정도 간의 상관관계를 보기 위해 Person's correlation coefficient로 분석한 결과는 <표 11>과 같다. 전체 및 각 영역별 건강증진 생활양식 이행정도간의 상관관계를 보면 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계 지지, 스트레스 관리는 모든 하부 영역과 유의한 상관관계를 보였고, 전체 건강증진 생활양식은 6개 하부영역 모두와 유의한 상관관계를 보여 주었다.

표 11. 전체 및 건강증진 생활양식 각 영역과의 상관관계

	건강증진 생활양식	자아실 현	건강책 입	운동	영양	대인관 계	스트레 스 관리
건강증진 생활양식							
자아실현	.882***						
건강책임	.840***	.598***					
운동	.725***	.565***	.646***				
영양	.484***	.346***	.331***	.271***			
대인관계	.626***	.537***	.377***	.319***	.142***		
스트레스 관리	.838***	.668***	.652***	.510***	.432***	.457***	

*** p<0.001

고 찰

노년기는 남은 생애동안 담당해야 할 역할이 있는데, 이것은 체력 및 건강쇠퇴에 대한 적응, 퇴직과 경제적 수입감소에 대한 적응, 배우자의 죽음에 대한 적응, 동년배 사람들과의 친밀한 관계유지, 사회적 및 시민의 의무를 다하고, 생활에 적합한 물리적 생활환경의 조성 등이다. 노년기에 이 역할을 잘 감당할 경우에는 과거와 현재를 포함한 자신의 인생 전체를 긍정적으로 수용할 수 있는 능력이 형성되므로 이와 같은 통합능력을 가진 사람은 성숙함을 보이고 자아실현을 계속하며 죽음도 수용할 수 있지만, 통합능력이 결여되면 후회, 원망, 절망감이 높아진다.⁴⁴⁾

특히 노인기의 건강은 노화에 따른 신체적인 기능약화라는 직접적인 요인 외에도 직업이나 소득의 상실로 인한 취약한 경제적 위치, 그리

고 이에 따른 영양결핍과 신체의 허약, 의료가 용 제한 등과 같은 간접적인 요인들의 영향을 받는다. 따라서 노인보건과 관련된 정책 역시 크게 생활수준을 향상시켜 간접적으로 건강을 유지하기 위한 소득보장정책과 노인보건을 향상시킬 수 있는 직접적인 의료자원의 조달, 분배, 관리 등으로 나누어 질 수 있다.⁴⁵⁾

노인의 건강증진 사업의 기초 자료제공과 노인 건강증진 프로그램의 효율적인 접근방안으로써 한의학적인 대안을 마련하고자 한 본 연구에서 전체 건강증진생활양식과 하위영역별 건강증진 생활양식을 보면, 전체평균은 2.28, 스트레스 관리 3.65, 대인관계 3.00, 영양 2.55, 건강책임 2.15, 자아실현 2.03, 운동 1.89의 순으로 스트레스 관리가 가장 높고, 운동 영역이 가장 낮았다.

이는 근로자들을 대상으로 한 다른 연구^{43,46-49)}에서 가장 높은 점수로 자아실현 영역을

보고한 바와 달리 본 연구에서는 스트레스 관리 영역이 가장 높은 점수를 차지하였고 운동 영역과 자아실현 영역이 낮게 나타났는데 이는 농어촌지역이라는 지역적 특성과 농어업이라는 직업적 특성, 그리고 고령이라는 연령적 특성이 반영되어 나타난 것이라 생각되며, 이후 농어촌 지역 노인보건에서 집중적인 보건관리의 필요성이 대두된다.

대상자의 인구사회학적 특성은 건강증진행위에 영향을 미치는 조정요인에 해당된다. 본 연구에서 나타난 개인적 특성에 따른 건강증진 생활양식과의 관계를 보면 성별에 따라 전체적인 건강증진 생활양식 이행정도가 남자군에서 높게 나타났는데 이는 한국의 여자노인들이 남자 노인들보다 사회적인 활동이 적고 정서적으로 만족감이 떨어진다는 김행자⁴⁹⁾, 박미정⁵⁰⁾, 김명자⁵¹⁾의 연구결과를 유추해 볼 수 있으며, 특히 자아실현 영역에서 남자가 여자보다 점수가 높게 나타나 이를 추론할 수 있다.

연령에 따라서는 스트레스 관리 영역에서 나이가 많을수록 점수가 낮아지고 있는데 이는 신체적 노화현상에 따라 심리적, 사회적 관계의 제한에 의한 반응으로 볼 수 있다.

대상자의 사회경제적 특성과 건강증진 생활양식 이행정도와의 관계를 보면 직업 업종에 따라, 교육수준에 따라, 여가활용 유무에 따라 유의한 차이를 나타냈는데, 업종에 따라서는 어업, 기타직업, 무직, 농업의 순으로 높았으며, 교육수준이 높을수록, 여가활용도가 높을수록 건강증진생활양식 이행정도가 높았다.

건강증진 생활양식 각 세부영역별로 살펴보면 업종에 따라 어업에 종사하는 사람이 운동 영역과 영양영역을 제외한 4개 영역에서 가장 높았으며, 농업에 종사하는 사람이 자아실현, 건강책임, 운동 영역에서 가장 낮았다. 이는 어업에 종사하는 사람의 경우 지리적 접근도가 여타 지역보다 낮으며, 그에 따른 폐쇄성에서 기인하는 것으로 사료되며, 특히 농업의 경우

일반 직업인들보다 고령자가 많은 특성에서 비롯되는 것으로 생각된다.

교육수준별로 살펴보면 교육수준이 높을수록 자아실현 영역과 스트레스 관리 영역에서 높은 점수를 보였는데 최부옥⁵²⁾, 김은주와 문인옥⁵³⁾의 결과와 일치하였다. 이는 Duffy³³⁾가 학력이 건강증진 행위에 많은 영향을 준다는 이론이 뒷받침된다고 하겠다. 이는 농촌지역 주민의 교육수준이 대체로 낮은 우리 나라의 현실을 감안할 때 지역 주민의 건강증진을 위해서는 일상생활의 기본이 되는 올바른 건강증진 생활양식이 생활화되도록 이에 필요한 지식을 전달할 수 있는 제도적 장치가 마련되어 성인보건교육이 강화시킬 필요가 있겠다.

생활비 부담의 경우 자아실현 영역과 대인관계 영역에서 유의한 결과가 나타났는데 자아실현 영역의 경우 자녀와 함께 부담하는 경우가 가장 높게 나타났으며, 대인관계 영역에서는 자녀가 부담하는 경우가 가장 높게 나타났다. 이는 자신의 직업유무와 함께 경제적인 이유가 함께 작용하는 것으로 판단되는데 적절한 노동이 건강증진 활동에 영향을 미치는 것으로 사료된다.

여가활용 여부의 경우 대인관계 영역을 제외한 모든 영역에서 여가를 활용한다고 응답한 경우가 유의한 결과로 높게 나타났으며, 이는 긍정적인 사고방식과 적절한 대인관계 및 심리적인 안정의 영향으로 보인다.

건강상태에 따른 건강증진 생활양식 하부영역을 살펴보면 건강상태가 좋다고 응답한 경우가 전반적으로 높게 나타났으나 운동 영역에서는 보통이라고 응답한 경우가 가장 높게 나타났다. 현재의 질병에 따라서는 운동 영역에서만 유의한 결과를 나타내었는데 질병이 없는 경우가 더 높게 나타났다.

이는 Belloc과 Breslow⁵⁴⁾, 김정희⁵⁵⁾, 기경숙⁵⁶⁾, Walker 등⁵⁷⁾, Weitzel⁵⁸⁾의 연구결과와 부합한 면이 있는데 지각된 건강상태가 좋으면 건

강증진 생활양식이 잘 수행될 것으로 생각되어 농촌 주민의 건강을 체계적으로 관리하여 건강상태를 증진시켜야 할 필요성이 제기된다. 현재의 건강상태와 건강의 중요성 인지 정도에 대해 Riffle 등⁵⁹⁾은 노인을 대상으로 한 연구에서 자가보고한 건강상태와 자신의 건강에 대해 긍정적 평가를 하는 사람이 건강증진행위를 더 많이 하는 것으로 나타내어 건강증진의 중요한 결정인자 중의 하나가 건강상태와 자신의 건강에 대해 긍정적 평가라 볼 수 있겠다. 또 Duffy³³⁾는 자신의 현재 건강상태가 좋다고 한 사람은 건강증진 생활양식 중 자아실현, 영양, 대인관계의 영역에서 높은 수행도를 나타내었다고 하였고, Kuster와 Fong⁶⁰⁾, Pender 등⁶¹⁾은 역시 좋은 지각상태에서의 건강증진 생활양식과의 관계에서는 긍정적 상관관계가 있다는 것과 부합되는 것과 같다. 이는 평소에 자신의 건강에 관심을 가지고 있고, 건강행위를 평소에 잘 실천하고 있는 결과라고 생각된다. 또 Harris⁶²⁾가 건강상태에 따라 예방적 건강행위의 실천정도에 차이가 있다는 것도 뒷받침하고 있다.

전체 및 영역별 건강증진 생활양식 이행정도의 상관관계를 살펴보면 전체 및 각 영역간에는 유의한 상관관계를 보여주었다.

이상의 결과를 고찰해보면 노인의 건강증진에 대한 대안을 한의학에서 찾을 수 있겠다. <素問四氣調身大論>에서는 “不治已病治未病”²¹⁾이라 하여 질병의 예방적 의미를 강조하고 있는데 이는 養生의 개념과 밀접한 관련을 맺고 있다. 養生이란 인간의 체질을 증강시키고 질병을 예방하여 延年益壽하는 이론과 방법을 제시하고 있다.⁶³⁾ 養生의 기본 원칙은 신체와 정신을 기르고 陰과 陽의 조절과 氣를 기르고 精을 보존하며 氣血을 통하게 하고 正氣를 기르고 邪氣를 몰아내는 것²⁷⁾이다. 천지간의 자연 현상과 인간은 서로 밀접한 관계를 갖고 있기 때문

에 인간은 자연 현상의 법칙에 순응하여야 老衰를 예방하고 장수할 수 있다는 天人相應 이론은 가장 중요한 이론 중에 하나이다.

이러한 이론 하에 養生의 기본원칙으로는 형체와 정신을 함께 기르고, 陰과 陽의 적절한 협조를 이루게 하며, 起居를 신중하게 하고, 臟腑를 조화롭게 하며, 動과 情을 적절하게 시행하고, 氣를 기르고 精을 보존하며, 氣血을 통하게 하고, 正氣를 기르고 邪氣를 쫓아내도록 하며, 사람과 지역과 四時에 따라 攝生원칙을 지키는 일 등이 있다.⁶⁴⁾

따라서 養生의 수단과 방법은 다양하다. 氣功과 導引術에 의하여 정신과 형체를 調養하고, 鍼灸요법과 按摩, 推拿요법과 같은 外治術이 있으며, 그 외 보전영양과 식이요법, 음식금지, 자연요법, 복약요법, 그리고 개인위생과 환경위생 등이 이에 속한다고 볼 수 있다.

즉, 四時의 기후에 따른 올바른 養生과 과도한 정서자극에 대한 精神調養, 여가활동과 올바른 식이 및 질병 예방으로서의 운동 등이 노인 건강증진을 위한 프로그램의 대안이 될 수 있을 것이다.

차후 노인의 건강증진 프로그램의 개발과 실시에는 본 연구에서 제기되었던 생활습관의 개선과 함께 한의학적 건강증진 프로그램에 대한 고려가 필요하리라 사료된다.

결론

본 연구는 고령화 사회로 접어들고 있는 우리 나라의 노인들의 삶의 질 향상을 위한 건강증진활동 전개에 필요한 노인들의 건강증진 활동 수행정도와 관련 요인을 파악하여 향후 농촌지역 노인들을 대상으로 실시하는 건강증진 사업에 기초적인 자료를 제공함으로써 농촌지역 노인들을 중심으로 전개되어야 할 노인 건강증진 프로그램의 효율적인 접근방안을 모색

하고, 지역사회 보건사업의 발전에 기초적인 자료를 제공하고자 시행하였다.

자료수집은 2000년 10월부터 12월까지 전라북도와 함께 실시한 농어촌 지역 주민 한방의료진료 과정에서 환자를 대상으로 한 설문토대로 하였으며, 분석 결과를 이용하여 한의학적인 노인건강증진방법에 대하여 알아보았다.

설문자료분석은 SPSS 9.0을 이용하였고 T-test, ANOVA를 이용하였으며, 각 영역별 상관관계는 Person's correlation coefficient를 이용하여 분석한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 건강증진 행위의 평균 점수는 2.28점이었고, 각 하위영역별로 살펴보면 스트레스 관리 3.65로 가장 높았으며, 대인관계 3.00, 영양 2.55, 건강책임 2.15, 자아실현 2.03, 운동 1.89로 가장 낮았다.

2. 농어촌지역 노인들의 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식에서는 남자가 여자에 비해 건강증진 생활양식 이행정도가 높게 나타났으며, 세부영역에서는 자아실현영역에서 남자가 높았고, 스트레스 영역에서 연령이 낮을수록 이행정도가 높았다.

3. 사회경제적 특성에 따른 건강증진 생활양식에서는 교육수준이 높을수록, 여가를 활용할수록 이행정도가 높았으며, 직업에 따라서는 어업이 가장 높게 나타났고, 상업 등의 기타 직업, 무직, 농업의 순으로 농업이 가장 낮게 나타났다. 세부영역에서는 교육수준이 높을수록 자아실현, 스트레스관리 영역이 높게 나타났으며, 대인관계 영역에서는 초등학교 졸업 학력이 가장 높게 나타났고, 생활비는 자아실현 영역에서는 자녀와 함께 부담하는 경우가 가장 높았고, 대인관계 영역에서는 자녀가 부담하는 경우가 가장 높았으며, 가장 낮은 경우는 자신 스스

로 부담하는 경우였다. 직업에 따라서는 영양영역을 제외한 모든 영역에서 유의한 결과를 나타내었는데 어업이 가장 높게 나타났으며, 여가 활용 여부에서는 대인관계 영역을 제외한 전 영역에서 여가활용을 할수록 실천정도가 높게 나타났다.

4. 건강상태에 따른 건강증진 생활양식 이행에서는 건강하다고 응답한 경우가 이행정도가 가장 높았으며, 세부영역별로 살펴보면 건강상태가 좋다고 응답한 경우가 운동영역과 영양영역을 제외한 세부영역에서 모두 높았으며, 운동영역에서는 보통이라고 응답한 경우가 가장 높게 나타났다. 질병유무에 대해서는 질병을 갖고 있지 않는 경우가 운동영역에서만 높게 나왔다.

이상에서 볼 때, 농어촌지역 노인들의 건강증진생활양식은 개인별 특성과 사회경제적 특성에 따라 차이가 있음이 확인되었으며, 이는 지역보건과 노인보건사업의 진행에 있어 고려되어야 할 중요한 변수라고 볼 수 있다. 특히 하위영역별 건강증진 생활양식 실천도를 고려하여, 가장 낮게 나타난 운동영역에서의 수행도를 고양시킬 수 있는 건강증진 프로그램을 실시하여 그 효과를 분석하는 연구를 실시하는 것이 필요하다.

한의학에서는 노인보건에 있어서 정기의 쇠약을 유발하는 모든 원인들을 종합적으로 접근함으로써 생활습관과 환경과의 관계의 중요성을 설명하고 있으며, 양생을 통하여 인간의 건강한 상태를 유지하게끔 노력하여 왔다. 養生은 陰陽의 적절한 협조와 신중한 起居, 사람과 지역과 四時에 따른 攝生원칙을 지킴으로써 기를 기르고 정을 보존하는 것을 원칙으로 하고 있다. 즉, 四時의 기후에 따른 올바른 養生과 과도한 정서 자극에 대한 精神調養, 여가활동과 올바른 식이 및 질병 예방으로서의 운동 등이 노

인건강증진을 위한 프로그램의 대안이 될 수 있을 것이다.

차후 노인의 건강증진 프로그램의 개발과 실시에는 본 연구에서 제기되었던 생활습관의 개선과 함께 한의학적 건강증진 프로그램에 대한 고려가 필요하리라 사료된다.

감사의 글

이 논문은 교육부 BK21 사업지원에 의하여 이루어졌으며, 이에 감사한다.

참 고 문 헌

1. 이시백 : 한국인구의 고령화 특성과 정책 과제, 경북대학교 보건대학원 국제학술대회, 동아시아 지역의 고령자 실태와 이의 대책, 경북대학교 보건대학원, 1999, p.14-28.
2. 김선미, 김양옥, 김기순, 류소연, 이철갑, 안현옥, 박종, 손명호 : 일부 농촌지역 노인들의 건강증진활동 수행정도 및 관련요인, 한국농촌의학회지, 1998; 23(1): 79-89.
3. 신동순 : 노인이 인지하고 있는 건강의 가치신념에 관한 연구, 석사학위 논문, 충남대학교 대학원, 1995.
4. 김재돈, 남철현 : 노인의 생활만족도와 이에 영향을 미치는 요인, 대한보건협회지, 1997; 23(2): 173-192.
5. 왕미숙 : 한국노인의 건강상태에 관한 사회학적 비교 분석연구, 석사학위 논문, 한양대학교 행정대학원, 1992.
6. Frank, P. : A survey of health needs of elder in northwest Johnson County, Nursing research 1979; 28(6): 360.
7. 이경미 : 노인의 자아존중감과 건강상태에 관한 연구; 양로원 노인과 가정노인을 대상으로. 석사학위 논문, 연세대학교 대학원, 1989.
8. 한국개발조사연구소 : 한국노인의 생활실태와 의식구조 조사, 1982.
9. 송건용: 노인인구의 증가에 따른 사회학적 접근, 대한의학협회지, 1994; 37: 1147-1153.
10. 조유향 : 지역사회 노인의 생활만족도 및 간호요구의 측정을 위한 조사연구, 간호학회지, 1994; 3(2): 66-84.
11. 김찬형, 이종섭, 신승철, 이호영, 유계준 : 한국 농촌지역 노인의 일상생활수행 능력 및 정신건강에 관한 사회정신의학적 조사, 신경정신의학, 1992; 31(6): 1063-1072.
12. Pender, N.J. : Health promotion in nursing practice, Norwalk. CT: Appleton Century-Crofts, 1982.
13. 정영옥, 김상순 : 일부 농촌주민의 건강증진생활양식 수행정도, 한국농촌의학회지, 1995; 20(2): 133-148.
14. 이경순, 오복자, 임은숙 : 일반인과 환자의 건강증진 생활양식에 대한 비교연구, 삼육대학 논문집, 1989; 21: 237-246.
15. 이기남, 이선동 : 발병단계에 따른 한의 치료예방의학, 대성문화사, 서울, 1997, p.65.
16. 정채빈, 서동진, 김정필, 이기남 : 노인건강에 대한 동서의학적 비교 고찰, 한국전통의학지, 1998; 8(2): 58-85.
17. 국제노인학회지, 국제노인학회, 1951; 2: 2.
18. 아산사회복지사업재단, 현대사회와 현대복지, 제 4회 복지사회 심포지엄, 1982, p.111-112.
19. 전산초, 최영희 : 노인간호학, 수문사, 서

- 을, 1990.
20. 의학교육연수원 : 노인의학, 서울대학교 출판부, 서울, 1997, p.14.
 21. 양유걸 편저: 황제내경소문영추 교석, 성보사, 서울, 1980, p.5-7, 54, 126.
 22. 이고 : 동원십종의서, 대성출판사, 서울, 1983, p.475-476.
 23. 이천 : 의학입문, 한성사, 서울, 1983, p.406.
 24. 허준 : 동의보감, 남산당, 서울, 1966, p.51.
 25. 이홍보 외 : 전통노년의학, 호남과학기술출판사, 장사, 1986, p.173.
 26. 구분홍 외 : 東醫內科學, 서원당, 서울, 1982, p.313.
 27. 이기남 : 나도 백세를 산다, 영림사, 서울, 1996, p.3-4, 41-47.
 29. Ware, J.E., Davis-Avery, A., Donald, C.A. : Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study, Internal Health Perceptions, The Rand Corporation, Santa Monica, 1978, p.25-47.
 30. 문정순 : 성인의 건강신념 측정도구 개발 연구, 박사학위 논문, 연세대학교 대학원, 1990.
 31. WHO : Ottawa charter for health promotion, International conference on Health promotion, Ottawa, Canada, 1986, Nov, 17-21.
 32. 김공현, 김광기 : 건강증진 용어해설, 한국보건간호학회지, 1993; 12(2):
 33. Laffrey : The relationship of internal locus of control, value placed on health, perceived importance of exercise and participations in Physical activity during leisure, International Journal of Nursing Studies, 1990; 20(3): 187-196.
 34. Duffy, M.E. : Determinants of health promoting in midwife women, Nursing Research, 1988; 37(4): 356-362.
 35. 이경식 : 일차보건의료제도와 보건제도, 서울보건간호사회, 간호학탐구, 연세대학교 간호정책연구소, 1995; 3(1):
 36. Dunn, H.L. : High level wellness, Arlinton VA: R. W. Beatty, 1961.
 37. Travis, J.W. : Wellness workbook for health professional, Mill Valley, CA: Wellnes Resources Center, 1977.
 38. Ardell, D.B. : The nature and implications of high level wellness, or why "normal health" is a rather sorry state of existence. Health Valers: Achieving High Level Wellness, 1979; 3(1): 17-24.
 39. Pender, N.J. : Health Promotion in Nursing Practice, Norwalk. CT: Appleton Century-Crofts, 1982.
 40. Pender, N.J. : Health Promotion in Nursing Practice(2nd ed), Norwalk. CT: Appleton & Lange, 1987.
 41. German, P.S., Fried, L.P. : Prevention and the elderly ; public health issues and strategies. Annu Rev Public Health, 1989; 10: 319-332.
 42. 김종철, 소경순, 김광호 : 정신양생에 관한 문헌적 고찰, 대한예방한의학회지, 1997; 1(1): 59-75.
 43. 남철현 : 보건교육 및 건강증진, 계축문화사, 서울, 1998, p.207-209.
 44. Walker, S.N., Sechrist, K.R., Pender, N.J. : The health promoting life styles profile: development and psychometric characteristics, Nursing Research,

- 1987; 36(2): 76-81.
45. 최정신 : 성인간호학, 성인간호의 주요개념, 정담출판사, 서울, 1998.
46. 예방의학과 공중보건 편집위원회 : 예방의학과 공중보건, 계축문화사, 서울, 2000, p.778.
47. 김명자, 송효정 : 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식과 관련된 변인분석, 대한간호학회지, 1997; 27(1): 341-352.
48. 김윤수 : 병원근로자의 건강증진행위 실천, 산업간호학회지, 1998; 7(1): 20-32.
49. 박나진 : 산업장 근로자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석, 석사학위 논문, 부산대학교 대학원, 1995.
50. 김행자 : 서울시내 일부 노인들의 소외 정도에 관한 조사연구, 대한간호학회지, 1974; 4(2): 32-43.
51. 박미정 : 가족내 노인의 역할과 소외감에 관한 연구, 석사학위 논문, 서울대학교 대학원, 1978.
52. 김명자 : 노인의 생활만족도에 관한 연구, 대한가정학회지, 1980; 20(3)
53. 최부옥 : 보건진료소 지역주민의 건강보호행위 조사연구, 예수간호전문대학 논문집, 1985; 3: 59-77.
54. 김은주, 문인옥 : 우리나라 일부 중년층 남녀의 암에 대한 예방적 건강행위 이행에 관한 연구, 한국보건교육학회지, 1987; 4(2): 9-31.
55. Belloc, B., Beslow, L. : Relationship of physical health status and health practice, Preventive Medicine, 1972, p.409-421.
56. 김정희 : 예방적 건강행위 건강통제의 성격 성향과의 관계에 관한 연구, 대한간호학회지, 1985; 15(2): 55-67.
57. 기경숙 : 농촌주민들의 건강행위 이행에 영향을 미치는 요인 조사연구, 대한간호, 1986; 26(2): 55-67.
58. Waller, P.R., Crow, C., Sand, D., Becker, H. : Health related attitudes and health promoting behaviors; Differences between health fair attenders and community comparison group, Amer J Health Promotion, 1988; 3(1): 17-24.
59. Weitzel, M.H. : A test of the health promotion model with blue collar workers, Nursing Research, 1989; 38(2): 99-104.
60. Riffle, K.L., Yoho, J., San, J. : Health promotion behaviors; Rerceived social support and self-feported health of applachian elderly public health, Nursing, 1989; 6(4): 204-211.
61. Kuster, A.E., Fong, C.M. : Further psychometric evaluation of the Spanish language health promoting lifestyle profile, Nursing Research, 1993; 42: 266-269.
62. Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R. : Predicting health promoting lifestyles in the workplace, Nursing Research, 1990; 39: 326-332.
63. Harris, H.M. : Health protective behavior ; An exploratory study, Journal of Health and Social Behavior, 1979; 20: 17-29.
64. 나창수, 맹용재 공편 : 한의학기초이론, 의성당, 서울, 2000.
65. 이선동, 임명동 : 未病狀態의 학문적·임상적 중요성과 의의에 대한 고찰, 대한예방한의학회지, 1997; 1(1): 105-117.