

도시와 농촌지역 노인들의 양생수준에 영향을 미치는 요인 비교

정대성 · 정명수 · 이기남*
원광대학교 한의과대학 예방의학교실

A Comparison of Influencing Factors on Yangseng(養生) Level in Urban and Rural Elderly

Daeseong Chong, Myongsoo Chong & Kinam Lee*
Dept. of Preventive Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University

Abstract

The purpose of this research is to seek for efficient method of health improvement program for the old and to offer basic material for the development of community's public health service. This study investigated into the yangseng life level of the old and the factors which affect their yangseng life, and was to offer basic materials for oriental medicine-based health improvement plan which is appropriate for each community. The 818 surveys were conducted upon the old who are above 65 and who live in Jeollabukdo, and the results from the survey are as follows ;

1. The rural area showed more percentage of old people, the old who live alone and who have job compared to urban area. More people in rural area were found to live at their own expense. Additionally, there were more people who had high education in urban area and who have disease in rural area.

2. The total yangseng level of recipients was 94.20, and the average was 3.25. The average of urbanite was 3.26 and it was 3.23 for who live in rustic area, but there found no significant difference. All the old live in both urban area and rural area showed the highest score in morality yangseng and lowest in sex-life yangseng.

3. There found no difference upon regions, but the recipients show high yangseng level when they are male, have spouse, live with them, have factors including high education background, job, religion and hobby, or have confidence in their health. They also show high yangseng level when they do not have any disease in progress.

* Corresponding author : Kinam Lee, Department of Third Medicine, Professional Graduate School of Oriental Medicine, Wonkwang University, Iksan, 570-749, Korea. Tel : 82-63-850-6836
E-mail : kinaml@wonkwang.ac.kr

4. According to the results of general traits and yangseng level of each category, the old who live in urban area show higher exercise yangseng level than the one in rural area, and there is no significant difference upon the region in other categories. There were some cases which general traits and regional characteristics mutually affected each other.

In conclusion, the yangseng level of the old is affected by individual traits and habits rather than the regions in which they live. The old who live in rural area are required to focus on exercise more, since the exercise yangseng level of them were lower than the ones of urban area. Moreover, there were some cases which general traits and regional characteristics mutually affected each other, so it requires further in-depth study about the correlation.

Key words : Yangseng level, urban and rural elderly, Jeollabukdo, health for the elderly

I. 서 론

한국에서 65세 이상의 노인이 차지하는 비율은 1975년에 전체 인구의 3.5%, 2000년에는 7.2%로 고령화 사회(aging society)에 공식적으로 진입하였으며, 2018년에 이르면 이 비율이 14.3%로 고령사회(aged society)에 진입하고, 2026년에는 20.8%로 초고령사회(super-aged society)에 도달할 전망이다. 이에 따라 65세 이상 노령인구가 2005년 현재 약 438만명에서 2026년에는 천만 명 이상으로 두 배 이상 증가할 것으로 예상된다. 이는 인구변천과정이 끝난 스웨덴, 프랑스, 영국, 그리고 일본에서 고령화 사회가 되는 기간이 최단기 24년에서 최장기 115년까지 걸렸는데 비하면 선진국의 고령화 과정에서 나타난 속도보다 우리나라가 훨씬 빨리 진행되고 있음을 알 수 있다¹⁾.

이러한 고령화속도는 도시지역에 비하여 농촌지역(읍·면부 지역)이 훨씬 빨라, 농촌지역의 고령화율이 2000년 14.7%로 이미 고령사회인데 비하여, 도시지역은 5.5%에 불과하며, 전체 인구에 비하여 노인인구의 경우 농촌지역 거주노인의 비중이 높다. 따라서 농촌지역의

노인문제가 도시지역에 비하여 여러 가지 특성에 있어서 차이가 나타나고 있고 그 결과 복지욕구에 있어서도 차이가 있는 것으로 나타나고 있다²⁾.

첫째, 농촌지역에 거주하는 노인의 취업 비중이 49.1%로 도시지역에 거주하는 노인의 취업비중인 17.1%에 비하면 약 3배 정도로 높은 수준으로 나타나고 있다. 이와 같은 차이는 농촌지역 노인의 대다수가 공식적인 정년 연령이 없는 농축산업에 종사하고 있기 때문이다. 그 결과 농촌지역에 거주하는 노인의 소득수준이 상대적으로 낮은 실정인데 월평균 가구 소득이 80만원 미만인 노인의 비중(66.7%)이 도시거주 노인(52.6%)에 비하여 높은 실정이다.

둘째, 농촌지역 거주 노인의 만성질환 유병률이 89.1%로 도시노인의 85.3%에 비하여 높은 실정이다. 이 같은 현상은 농촌지역이 도시지역에 비하여 상대적으로 고령화되어 있기 때문인 것으로 판단된다. 이러한 만성질환으로 인한 문제점으로는 도시, 농촌 모두 진료비나 약값이 많이 드는 점을 지적하고 있다. 특히 농촌의 문제점으로는 의료기관에 접근하는 데에 따른 교통이 불편하고 접근 비용도 많이 들고 있다는 지적(11.9%)이 도시거주 노인(6.6%)에 비하여 약 2배 정도로 높은 실정이다.

셋째, 도시에 비하여 농촌지역 노인들이 종교 사회단체 활동을 통한 사회참여도가 상대적으로 낮게 나타나고 있다.

넷째, 가족 부양능력에 있어서의 도농간 차이가 나타나고 있다. 노인단독 또는 노인부부만의 가구가 도시지역에서는 40.6%인 반면, 농촌지역은 54.8%로 상대적으로 높은 실정으로 농촌지역 거주 노인의 가족부양능력은 낮은 것으로 나타났다.

이러한 도시와 농촌지역 노인들간의 차이는 경제생활, 건강상태 및 생활만족도 등에도 영향을 끼친다는 연구들이 많이 존재한다. 특히 우리나라 노인들의 가장 큰 관심사는 건강문제이며³⁾, 가장 많이 호소하는 문제로 노인의 반 정도가 자신의 건강상태가 좋지 않다고 평가함으로써 신체적인 불편 및 질병의 건강문제를 제시하기도 하였다⁴⁾.

노인의 건강 증진 및 유지는 자아를 실현하고 개인적인 만족감을 느끼는데 도움을 주며, 노인 스스로 자기책임, 영양에 대한 인식, 운동, 스트레스 감소와 관리 그리고 최적의 신체상태를 유지하는 원리에 기초를 두고 있다⁵⁾. 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.

즉, 한의학에서는 노인보건에 있어서 精氣의 쇠약을 유발하는 모든 원인들을 종합적으로 접근함으로써 생활습관과 환경과의 관계의 중요성을 설명하고 있으며, 많은 질병요인들에 노출되어 있는 현대인들에게 있어 질병의 발건과 치료만큼이나 중요한 것은 질병에 걸리지 않을 환경을 조성하고, 건강에 유익한 생활양식을 갖는 것이라 하였다. 이러한 건강 장수를 가능하게 하는 여러 가지 생활과 행동양생

들을 일컬어 養生이라고 하며, 陰陽의 적절한 협조와 신중한起居, 사람과 지역과 四時에 따른 攝生원칙을 지킴으로써 氣를 기르고 精을 보존하는 것을 원칙으로, 四時의 기후에 따른 올바른 養生과 과도한 정서자극에 대한 精神調養, 여가활동과 올바른 식이 및 질병 예방으로서의 운동 등이 노인건강증진을 위한 프로그램의 대안이 될 수 있다⁶⁾.

이에 본 연구를 통하여 첫째, 도시와 농촌지역 노인들이 한의학적인 양생생활을 하는데 영향을 미치는 요인을 파악하고, 둘째, 도시와 농촌지역 노인들의 양생생활정도를 파악함으로써 이를 바탕으로 각 지역 실정에 적합한 한의학적인 건강증진사업에 기초적인 자료를 제공함으로써 노인건강증진 프로그램의 효율적인 접근방안을 모색하고, 한의학적인 노인건강증진방안 모색과 더불어 지역사회 보건사업의 발전에 기초적인 자료를 제공하고자 시행하였다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 전라북도에 거주하는 65세 이상의 노인들을 대상으로 연구자와 조사의 목적과 자료수집 방법을 훈련받은 연구보조원들이 직접 방문하여 구조화된 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다.

노인의 특성상 면담자가 직접 질문지를 읽어주고 답변을 받아 기입하는 방식으로 하였으며, 면담에 응할 수 있을 정도의 의식이 있고, 일관성 있는 답변이 가능하며, 연구 참여에 동의한 노인만을 대상으로 하였다.

설문 수집은 총 1,000부였으나, 설문도중에 응답을 회피하거나 무응답이 많아 문항의 성실도가 떨어지는 182부를 제외한 총 818부의

자료를 분석하였다.

2. 연구도구

연구에 사용한 설문지는 응답자 개인이 건강상태 판단과 개인별, 집단별 위험요소 파악 및 그에 맞는 양생수준 측정을 위한 기초자료로서 인구사회학적 특성으로 성별, 연령, 배우자 유무, 가족구성, 교육정도, 직업유무, 종교유무, 생활비 부담, 여가활동 유무, 현재 앓고 있는 질병의 유무조사와 더불어 건강에 대한 자신감 등에 대한 것을 조사하였다.

양생수준 측정은 김애정⁷⁾이 개발한 양생수준측정도구를 사용하였는데, 도덕수양 5문항, 정신양생 4문항, 음식양생 5문항, 활동과 휴식양생 4문항, 운동양생 3문항, 수면양생 4문항, 계절양생 3문항, 방사양생 3문항 등이 8개분야로 구성된 31개 문항으로 이루어져 있다. 양생수준 점수는 대상자의 양생수준이 각 문항내용에 부합되는 정도에 따라 '전혀 그렇지 않다' 1점, '별로 그렇지 않다' 2점, '보통이다' 3점, '대체로 그렇다' 4점, '항상 그렇다' 5점으로 하여 측정하며, 양생수준 총 점수는 각 문항 점수의 합을 문항수로 나눈 점수를 사용하여 평점이 높을수록 양생수준 정도가 높은 것으로 판정한다. 개발당시 신뢰도 검사결과 양생측정도구의 Cronbach's alpha 계수는 .89, 각 영역의 Cronbach's alpha 계수는 .68~.82로 만족할만한 신뢰도를 갖고 있었다. 본 연구에서 요인분석 결과 25번과 31번 문항은 타당도가 낮게 나와 문항을 제거하고 최종적으로 분석하였으며, 그 결과 Cronbach's alpha 계수는 .75~.91로 높은 신뢰도를 보였다.

3. 분석방법

수집된 자료는 SPSS 10.0을 이용하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

1) 연구대상자는 도시지역과 농촌지역별로 변수에 따라 chi-square test를 이용하여 빈도와 백분율을 구하였다.

2) 연구대상자의 양생수준은 T-test를 이용하여 평균과 표준편차를 구하였으며, 5점 척도화하여 양생수준간의 평점 차이를 비교하였다.

3) 연구대상자의 일반적 특성에 따른 도시와 농촌지역간 양생의 차이를 알아보기 위해 General Linear Model을 이용하였다.

4) 유의판정은 $p < 0.05$ 수준으로 하였고, 소수점 둘째자리 이하에서 반올림하였다.

III. 연구결과 및 분석

1. 대상자의 특성

성별분포는 남자가 49.1%, 여자가 50.9%였고, 연령의 분포는 65~69세가 42.7%, 70~74세가 27.8%, 75~79세가 14.1%, 80세 이상이 15.5%였으며, 농촌지역이 도시지역보다 고령자의 비율이 더 높았다($P < 0.05$). 배우자는 있는 경우가 57.0%, 없는 경우가 43.0%였으며, 가족 구성은 자녀와 같이 사는 경우가 46.1%, 배우자와 같이 사는 경우가 37.1%, 홀로 사는 경우가 16.8%였으며, 독거노인의 경우 농촌지역이 도시지역보다 그 비율이 더 높았다($P < 0.05$). 교육정도는 무학이 42.3%, 초등학교 졸업이 37.5%, 중학교 졸업 이상이 20.2%였으며 도시지역의 교육수준이 농촌지역보다 더 높게 나타났으며 ($P < 0.05$), 직업을 갖지 않고 있는 경우가 68.6%였으며 특히 도시지역의 경우 직업이 없다고 응답한 비율이 농촌지역보다 높게 나타났다($P < 0.05$).

종교는 있다고 응답한 경우가 56.6%였고 생활비는 자녀가 제공하는 경우가 가장 높게 나타났는데 도시지역이 농촌지역보다 자녀가 생활비를 제공하는 비율이 높았고 스스로 조달

하는 경우는 농촌지역이 도시지역보다 높게 나타났으며(P<0.05), 여가활동을 하는 경우보다 하지 않는 경우가 더 높게 나타났는데 도시지역이 농촌지역보다 여가활동 비율은 더 높았다(P<0.05).

현재 질병을 가지고 있다고 응답한 경우는 80.3%로 나타났는데 그 비율은 농촌지역이 더 높게 나타났으며(P<0.05), 건강에 대한 자신감은 없다고 응답한 경우가 자신있다고 응답한

경우보다 높게 나타났다(Table 1).

2. 도시와 농촌지역 노인들의 양생수준

도시와 농촌지역 노인들의 양생수준에 대하여 살펴보면 도덕수양, 정신양생, 음식양생, 활동 및 휴식양생, 운동양생, 수면양생, 계절양생, 방사양생 등을 포함한 양생수준의 총점은 94.20점이었

Table 1. General Characteristic of Study Subjects

		urban N(%)	rural N(%)	total N(%)	$\chi^2(p)$
sex	male	283(50.8)	119(45.6)	402(49.1)	1.93 (.164)
	female	274(49.2)	142(54.4)	416(50.9)	
age	65~69	262(47.0)	87(33.3)	349(42.7)	20.00*** (.000)
	70~74	155(27.8)	72(27.6)	227(27.8)	
	75~79	64(11.5)	51(19.5)	115(14.1)	
	≥80	76(13.6)	51(19.5)	127(15.5)	
spouse	yes	313(56.2)	153(58.6)	466(57.0)	0.43 (.513)
	no	244(43.8)	108(41.4)	352(43.0)	
family	alone	80(14.4)	57(21.8)	137(16.8)	27.17*** (.000)
	with spouse	185(33.3)	118(45.2)	303(37.1)	
	with offspring	291(52.3)	86(33.0)	377(46.1)	
education	no school	218(39.1)	128(49.0)	346(42.3)	21.81*** (.000)
	elementary school	202(36.3)	105(40.2)	307(37.5)	
	≥middle school	137(24.6)	28(10.7)	165(20.2)	
job	yes	97(17.4)	160(61.3)	257(31.4)	158.87*** (.000)
	no	460(82.6)	101(38.7)	561(68.6)	
religion	yes	323(58.0)	140(53.6)	463(56.6)	1.37 (.242)
	no	234(42.0)	121(46.4)	355(43.4)	
living expense	self	152(27.3)	89(34.1)	241(29.5)	16.82*** (.000)
	offspring	314(56.4)	108(41.4)	422(51.6)	
	self & offspring	91(16.3)	64(24.5)	155(18.9)	
leisure	yes	260(46.7)	84(32.2)	344(42.1)	15.32*** (.000)
	no	297(53.3)	177(67.8)	474(57.9)	
presence of disease	yes	435(78.2)	221(84.7)	656(80.3)	4.65* (.031)
	no	121(21.8)	40(15.3)	161(19.7)	
confidence of health	yes	163(29.3)	74(28.4)	237(29.0)	0.07 (.789)
	no	394(70.7)	187(71.6)	581(71.0)	

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

Table 2. Yangseng level in the urban and the rural elderly

	urban M(grade)±SD	rural M(grade)±SD	total M(grade)±SD	p value
TYL (29)	94.46(3.26)±13.64	93.63(3.23)±16.85	94.20(3.25)±14.73	.502
MOY (5)	18.93(3.79)± 3.68	19.06(3.81)± 4.22	18.97(3.79)± 3.86	.685
MIY (4)	13.16(3.29)± 3.04	13.15(3.29)± 3.73	13.16(3.29)± 3.27	.956
DIY (5)	16.51(3.30)± 3.27	16.47(3.29)± 3.82	16.50(3.30)± 3.45	.906
ARY (4)	15.11(3.78)± 2.77	14.92(3.73)± 3.42	15.05(3.76)± 2.99	.426
EXY (3)	7.02(2.34)± 3.14	6.44(2.15)± 2.82	6.84(2.28)± 3.05	.008**
SEY (3)	11.28(3.76)± 2.02	11.05(3.68)± 2.58	11.21(3.74)± 2.21	.196
SSY (3)	8.86(2.95)± 2.00	8.62(2.87)± 2.95	8.78(2.93)± 2.35	.248
SLY (2)	3.65(1.83)± 2.12	3.92(1.31)± 2.30	3.74(1.25)± 2.18	.120

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

TYL : total yangseng level
 MOY : morality yangseng
 MIY : mind yangseng
 DIY : diet yangseng
 ARY : activity and rest yangseng
 EXY : exercise yangseng
 SEY : sleeping yangseng
 SSY : seasonal yangseng
 SLY : sex-life yangseng

고 평균평점은 3.25점이었으며 도시지역은 각각 94.46점, 3.26점이었고, 농촌지역은 각각 93.63점, 3.23점으로 도시지역이 높게 나타났으나 유의한 차이는 보이지 않았다. 각 분야별 평점은 도덕수양 3.79, 활동 및 휴식양생 3.76, 수면양생 3.74, 음식양생 3.30, 정신양생 3.29, 계절양생 2.93, 운동양생 2.28, 방사양생 1.25로 도덕수양이 가장 높고 방사양생이 가장 낮게 나타났으며, 도시지역과 농촌지역 모두 도덕수양이 가장 높고 방사양생이 가장 낮게 나타났다.

도시와 농촌지역 노인들의 각 분야별 양생수준의 차이는 운동양생에서 도시지역이 농촌지역보다 유의하게 높게 나타났을 뿐 다른 분야에서는 유의한 차이를 나타내지 않았다 (Table 3).

3. 도시와 농촌지역 노인들의 특성에 따른 양생수준의 차이

양생수준에 영향을 준다고 볼 수 있는 특성들 즉 성별, 연령, 배우자 유무, 가족구성, 학력, 직업유무, 종교유무, 생활비 부담과 여가생활, 현재의 질병유무와 건강에 대한 자신감 등으로 도시와 농촌지역 노인들의 양생수준을 비교한 결과 지역에 따른 양생수준의 차이는 나타나지 않았다. 제반 특성에 따라서는 남성, 배우자가 있는 경우, 배우자와 같이 사는 경우, 고학력일수록, 직업을 가지고 있는 경우, 종교를 가지고 있는 경우, 여가활동을 하는 경우, 현재 질병이 없는 경우, 건강에 대하여 자신이 있는 경우 양생수준이 높게 나타났으며, 특히 연령에 따라서는 80세 이상의 도시지역 거주 노

정대상 외 2인 : 도시와 농촌지역 노인들의 양생수준에 영향을 미치는 요인 비교

인들의 양생수준이 가장 낮았고, 69세 이하의 도시지역 거주 노인의 양생수준이 가장 높게 나타났으며, 종교유무에 따라서는 종교를 가지고 있는 도시지역 거주 노인의 양생수준이 가장 높게 나타났고 종교가 없는 도시지역 노인의 양생수준이 가장 낮게 나타났다(Table 3).

Table 3-1. Comparison of Yangseng level in the urban and the rural elderly

		yangseng level			
		urban	rural	total	
sex	male	96.22±13.02	96.28±18.10	96.24±14.67	
	female	92.64±14.06	91.40±15.45	92.22±14.54	
	p-value	region		.608	
		sex		.000***	
region*sex			.570		
age	65~69	96.75±12.56	90.53±15.24	95.20±13.52	
	70~74	92.79±13.59	96.64±17.43	94.02±15.00	
	75~79	93.56±13.60	94.31±18.61	93.88±15.84	
	≥80	90.38±16.12	94.23±16.31	91.94±16.36	
	p-value	region		.648	
age			.593		
region*age			.001**		
spouse	existence	97.99±12.91	97.27±15.76	97.75±13.90	
	none	89.81±13.21	88.14±17.03	89.31±14.46	
	p-value	region		.287	
		spouse		.000***	
region*spouse			.670		
family structure	alone	87.22±13.67	86.58±17.18	86.95±14.64	
	living with spouse	96.87±13.88	96.35±17.21	96.66±15.25	
	living with offspring	94.91±13.12	94.46±14.88	94.81±13.51	
	p-value	region		.660	
family structure			.000***		
region*family structure			.998		
graduation	no school	92.27±12.91	91.61±14.91	92.02±13.65	
	elementary school	95.13±13.53	94.10±18.79	94.78±15.51	
	≥middle school	97.10±14.51	101.75±15.59	97.85±14.73	
	p-value	region		.469	
graduation			.000***		
region*graduation			.287		
occupation	yes	97.18±14.53	95.09±14.27	95.88±14.38	
	no	93.88±13.39	91.23±20.27	93.41±14.84	
	p-value	region		.066	
		job		.006**	
region*job			.831		

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

Table 3-2. Comparison of Yangseng level in the urban and the rural elderly

		yangseng level		
		urban	rural	total
religion	yes	97.70±13.46	92.30±18.56	96.08±13.36
	no	90.15±12.69	95.14±14.61	91.83±13.55
	p-value	region	.855	
		religion	.037*	
region*religion		.000***		
living expense	self	94.27±13.79	92.70±15.87	93.70±14.57
	offspring	93.99±13.80	92.48±18.65	93.62±15.12
	self & offspring	96.57±12.73	96.72±14.95	96.64±13.69
	p-value	region	.422	
living expense		.065		
region*living expense		.837		
leisure time activity	yes	99.37±12.97	100.60±14.61	99.67±13.37
	no	90.16±12.76	90.29±16.87	90.21±14.10
	p-value	region	.550	
		leisure time activity	.000***	
region*leisure time activity		.629		
presence of disease	yes	93.89±13.94	92.63±16.96	93.46±15.02
	no	96.60±12.37	99.31±15.24	97.25±13.11
	p-value	region	.636	
		presence of disease	.002**	
region*presence of disease		.198		
current health confidence	yes	100.42±12.17	101.38±15.10	100.71±13.08
	no	91.91±13.46	90.71±16.59	91.52±14.54
	p-value	region	.920	
		health confidence	.000***	
region*health confidence		.379		

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

4. 도시와 농촌지역 노인들의 특성에 따른 분야별 양생수준의 차이

양생수준에 영향을 준다고 볼 수 있는 특성들 즉 성별, 연령, 배우자 유무, 가족구성, 학력, 직업유무, 종교유무, 생활비 부담과 여가생활, 현재의 질병유무와 건강에 대한 자신감 등으로 도시와 농촌지역 노인들의 각 분야별 양생수준

을 비교한 결과는 아래와 같다(Table 5).

도시와 농촌지역 노인들의 양생수준에 지역적으로 유의한 차이를 나타내는 양생분야는 대체적으로 운동양생분야에서 유의하게 나타났으며 다른 양생분야에서는 지역적인 차이를 나타내는 경우는 그리 많지 않았으며, 각 변수와 지역의 복합적으로 영향을 미치는 경우도 있었다.

성별에 따라서는 음식양생과 활동 및 휴식 양생, 운동양생, 수면양생, 방사양생 분야에서 남성이 여성보다 양생수준이 더 높게 나타났으며, 특히 운동양생은 도시지역이 농촌지역보다 양생수준이 높게 나타났다. 연령에 따라서는 수면양생 분야에서 젊을수록 양생수준이 높게 나타났으며, 정신양생분야에서는 농촌지역 75~79세의 노인이, 활동 및 휴식양생에서는 농촌지역 70~74세의 노인이, 운동양생에서는 도시지역 65~69세의 노인이, 방사양생에서는 농촌지역 80세 이상의 노인의 양생수준이 가장 높은 것으로 나타났다.

배우자유무에 따라서는 계절양생을 제외한 모든 분야에서 배우자가 있는 경우가 없는 경우보다 양생수준이 높은 것으로 나타났으며, 특히 운동양생은 도시지역이 농촌지역보다 양생수준이 높게 나타났으며, 수면양생분야에서는 농촌지역의 배우자가 없는 경우가 양생수준이 가장 낮은 것으로 나타났다. 가족구성에 따라서는 모든 양생분야에 있어서 배우자와 같이 사는 경우, 자녀와 사는 경우, 홀로 사는 경우 순으로 양생수준이 높게 나타났다.

학력에 따라서는 도덕수양과 활동 및 휴식 양생분야, 운동양생분야, 계절양생분야, 방사양생 분야에서 대체로 학력수준이 높을수록 양생수준도 높은 것으로 나타났으며, 특히 계절양생분야에서는 농촌지역 중학교 졸업 이상자가 양생수준이 가장 높게 나타났으며, 방사양생분야에서는 도시와 농촌지역간의 유의한 차이도 나타났는데 농촌지역이 도시지역보다 양생수준이 높게 나타났다. 직업유무에 따라서는 도덕수양과 운동양생, 수면양생, 방사양생에서 직업이 있는 경우가 없는 경우보다 양생수준이 높게 나타났으며, 활동 및 휴식양생분야와 수면양생 분야에서는 농촌지역 직업을 가지고 있는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났고, 방사양생에서는 도시지역 직업을 가지고 있는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났다. 특히

운동양생에서는 도시지역이 농촌지역에 비하여 양생수준이 높게 나타났다.

종교유무에 따라서는 활동과 휴식양생 분야, 운동양생, 계절양생, 방사양생 분야에서 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 양생수준이 높게 나타났으나 수면양생 분야에서는 종교가 없는 경우가 양생수준이 더 높게 나타났다. 도덕수양 분야와 정신양생분야에서는 도시지역의 종교를 가지고 있는 경우가 양생수준이 가장 높았으며, 활동 및 휴식양생분야와 수면양생 분야에서는 농촌지역의 종교를 가지고 있지 않은 경우가 양생수준이 높게 나타났다. 특히 운동양생분야에서는 지역적으로 도시지역이 농촌지역보다 양생수준이 더 높았다.

생활비 부담에 있어서는 도덕수양 분야와 정신양생분야, 운동양생 분야에서는 자신과 자녀가 생활비를 부담하는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났고, 수면양생분야에서는 자기 스스로 생활비를 부담하는 경우, 계절양생분야에서는 자녀가 생활비를 부담하는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났다. 특히 수면양생 분야에서는 농촌지역에서 스스로 생활비를 부담하는 경우가 가장 양생수준이 높았으며 방사양생에서는 농촌지역에서 자신과 자녀가 공동으로 생활비를 부담하는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났다. 여가생활에 따라서는 모든 양생분야에서 여가생활을 하는 경우가 하지 않는 경우보다 양생수준이 높게 나타났으며, 특히 방사양생 분야에서는 농촌지역이 도시지역보다 양생수준이 높게 나타났고 계절양생분야에서는 농촌지역에서 여가생활을 하는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났다.

현재 질병유무에 따라서는 도덕수양 분야와 정신양생 분야, 활동 및 휴식양생분야, 운동양생분야, 방사양생 분야에서 현재 질병이 없는 경우가 있는 경우보다 양생수준이 높게 나타났으며, 특히 방사양생분야에서는 농촌지역이 도시지역보다 양생수준이 높게 나타났다. 건강

에 대한 자신감 유무에 따라서는 모든 분야에서 건강에 대하여 자신이 있는 경우가 양생수준이 높게 나타났으며, 특히 운동양생분야에서는 도시지역이 농촌지역보다 양생수준이 더 높게 나타났다(Table 5).

IV. 고찰

노화과정은 평생 동안 계속되는 과정이다. 노화는 60세 또는 70세에 새로 시작되는 과정이 아니라 생명의 시작과 함께 시작된다고 할 수 있다. 역사 이래로 인간은 노화라는 현상을 경험해 왔다. 한때는 나이가 40세가 되면 늙었다고 생각하였고, 그 후까지 사는 사람도 매우 드물었다. 특히 20세기에 접어들면서는 놀랄만한 의학의 발전으로 어린이, 여성, 남성 할 것 없이 모든 사람의 수명이 연장되었다. 적당한 예방접종과 영양상태의 호전, 질병의 치료가 이루어지면서 많은 사람의 수명이 80세 이상이 되었으며, 100세 이상 생존하여 사는 사람도 드물지 않게 되었다.

일반적으로 노인인구가 10%에 달하면 노령화사회라고 하는데 이때는 사회 전체가 노인인구의 증가에 의한 영향이 나타나고 노인 중에서도 고연령층의 비율이 높아질수록 만성질환과 같은 건강문제를 가진 노인들의 비율이 증가한다. 그러므로 노인의 의료요구는 더욱 증가할 것으로 생각된다⁸⁾.

노년기의 건강관리문제는 노인입장에서의 정신적 허약성으로 말미암아 여러 형태의 걱정, 불평, 욕구불만, 공포 등 심리적 갈등을 쉽게 일으키게 되며 이러한 마음의 지속적 긴장상태는 노인의 콤플렉스 현상까지도 나타날 수 있다고 생각된다. 육체적인 면에서는 질병의 증상이 분명치 않고 병의 회복이 늦으며 합병증이 많아 동시에 둘 또는 셋 이상의 질환이 많고 젊은 인구계층의 양상과는 너무나 차이가

많다는 점을 고려하면 노인에 대한 건강관리 체계 수립은 노인의 정신적 육체적인 건강을 유지 향상시킴으로써 노인 개개인 생활환경에 활력소가 될 뿐만 아니라 가정, 나아가서 국가 사회 전체의 경제발전에 이르기까지 중요한 기반역할을 할 수 있다고 생각할 때 매우 시급하고 필요한 과제라 할 수 있다⁹⁾.

특히 한의학은 <素問·四氣調神大論>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 하여¹⁰⁾ 모든 질병에 대한 예방의 중요성을 역설하고 있어 이미 內經 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, 노쇠예방, 질병예방과 위생보건 및 면역증강을 총괄한 것이며¹¹⁾, 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 왔다¹²⁾.

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 있다¹³⁾. 이러한 관점에서 오늘날의 상병 양상과 특성을 고려할 때 질병의 예방과 건강증진의 필요성은 더욱 증대되고 있으며, 그 대안으로서 한의학의 양생적 특성을 적극 활용할 필요가 있다.

그러나 지금까지 양생의 전통은 근대화의 물결에 따라 서양의학이 도입되면서 과학적인 근거가 미비하다는 이유로 오늘날의 현대의료

Table 4-1. Comparison of Yangseng(sub-class) level by general characteristic in the urban and the rural elderly

Classification	MOY	MIY	DIY	ARY	EXY	SEY	SSY	SLY
Sex								
Urban	19.06±3.42	13.14±3.02	16.93±3.22	15.38±2.48	7.64±3.13	11.44±1.97	8.95±1.95	3.79±2.06
female	18.80±3.93	13.19±3.07	16.08±3.28	14.83±3.01	6.39±3.03	11.12±2.06	8.75±2.06	3.51±2.17
Rural	19.43±4.24	13.36±3.74	16.93±3.75	15.49±3.42	6.79±2.83	11.38±2.88	8.64±3.03	4.19±2.31
female	18.75±4.20	12.97±3.73	16.08±3.84	14.43±3.36	6.14±2.79	10.77±2.27	8.60±2.90	3.69±2.27
Total	19.17±3.68	13.20±3.24	16.93±3.38	15.41±2.79	7.39±3.06	11.42±2.27	8.86±2.32	3.91±2.14
female	18.78±4.02	13.12±3.31	16.08±3.48	14.69±3.14	6.30±2.95	11.00±2.14	8.70±2.37	3.57±2.20
p-value	.587	.990	.989	.521	.017*	.218	.194	.082
sex	.106	.502	.001**	.000***	.000***	.006**	.496	.017*
region*sex	.480	.369	.996	.264	.186	.399	.654	.514
age								
Urban	19.21±3.25	13.49±2.83	16.83±3.04	15.28±2.45	7.63±3.12	11.48±1.90	8.91±1.87	3.92±2.08
70~74	18.72±3.84	12.92±3.13	16.26±3.29	14.73±2.90	6.68±3.18	11.20±2.00	8.94±1.98	3.40±2.05
75~79	19.11±4.06	12.89±3.22	16.33±3.28	15.28±2.96	6.67±3.12	11.03±2.18	8.75±1.95	3.56±2.25
≥80	18.25±4.31	12.76±3.32	16.01±3.91	15.14±3.27	5.97±2.75	10.97±2.27	8.58±2.50	3.33±2.20
rural	18.64±4.03	12.25±3.28	16.06±3.39	14.38±3.33	6.30±2.74	10.99±2.64	8.51±2.77	3.59±1.87
70~74	19.92±4.22	13.69±4.02	16.57±4.15	15.75±3.21	6.41±3.11	11.67±2.55	8.69±3.07	3.97±2.41
75~79	18.67±4.60	13.74±3.54	16.39±4.00	14.55±4.10	6.54±3.04	10.86±2.64	8.56±3.21	3.96±2.66
≥80	18.96±4.10	13.32±3.56	17.14±3.86	15.04±2.95	6.60±2.32	10.43±2.30	8.76±2.89	4.40±2.39
total	19.07±3.46	13.18±3.07	16.63±3.15	15.06±2.72	7.30±3.08	11.36±2.12	8.81±2.13	3.83±2.03
70~74	19.10±4.00	13.17±3.45	16.36±3.57	15.05±3.04	6.60±3.15	11.35±2.20	8.86±2.38	3.58±2.18
75~79	18.91±4.30	13.27±3.38	16.36±3.60	14.96±3.51	6.61±3.07	10.96±2.39	8.67±2.57	3.74±2.44
≥80	18.53±4.22	12.98±3.41	16.47±3.91	15.10±3.13	6.22±2.60	10.76±2.29	8.65±2.66	3.74±2.32
p-value	.478	.374	.529	.460	.264	.298	.392	.016*
region	.438	.456	.969	.523	.186	.024*	.925	.923
age	.068	.002**	.079	.005**	.021*	.095	.730	.019*

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

Table 4-2. Comparison of Yangseng(sub-class) level by general characteristic in the urban and the rural elderly

Classification	MOY	MIY	DIY	ARY	EXY	SEY	SSY	SLY
spouse	Urban yes	19.46±3.32	13.61±2.93	16.99±3.36	15.58±2.56	7.59±3.04	11.64±1.92	8.96±1.91
	no	18.24±4.00	12.59±3.10	15.88±3.05	14.50±2.91	6.29±3.12	10.83±2.06	8.72±2.12
rural	yes	19.82±3.74	13.47±3.79	16.98±3.44	15.57±3.13	6.59±2.84	11.64±2.49	8.60±2.86
	no	17.96±4.63	12.69±3.62	15.73±4.21	13.99±3.61	6.21±2.79	10.18±2.46	8.65±3.09
total	yes	19.58±3.46	13.56±3.23	16.99±3.38	15.57±2.75	7.26±3.01	11.64±2.12	8.84±2.27
	no	18.16±4.20	12.62±3.26	15.83±3.44	14.34±3.15	6.26±3.02	10.63±2.21	8.70±2.45
p-value	region	.897	.950	.764	.253	.020*	.052	.232
	spouse	.000***	.000***	.000***	.000***	.000***	.000***	.604
	region*spouse	.272	.639	.793	.258	.045*	.046*	.408
family structure	Urban alone	17.62±3.87	11.91±2.95	15.53±2.89	14.19±3.15	6.24±2.73	10.68±2.27	8.31±2.25
	with spouse	19.36±3.51	13.49±3.15	16.70±3.30	15.27±2.88	7.38±3.08	11.55±2.12	8.76±1.95
	with offspring	19.02±3.66	13.28±2.91	16.65±3.32	15.25±2.53	7.00±3.25	11.28±1.85	9.06±1.94
	rural alone	18.23±4.36	12.45±3.52	15.04±4.18	14.00±3.45	6.32±3.11	9.95±2.61	8.27±3.25
	with spouse	19.86±3.88	13.30±3.98	16.88±3.60	15.28±3.25	6.72±3.03	11.62±2.66	8.48±2.81
	with offspring	18.52±4.43	13.40±3.50	16.85±3.68	15.02±3.54	6.14±2.27	10.98±2.20	9.03±2.94
total	alone	17.87±4.08	12.13±3.20	15.33±3.47	14.11±3.27	6.27±2.88	10.38±2.44	8.30±2.69
	with spouse	19.55±3.66	13.42±3.49	16.77±3.41	15.27±3.02	7.13±3.07	11.58±2.34	8.65±2.32
p-value	with offspring	18.91±3.85	13.31±3.05	16.70±3.40	15.20±2.79	6.81±3.08	11.21±1.94	9.06±2.21
	region	.512	.557	.887	.279	.051	.070	.548
family structure	alone	.000***	.001**	.000***	.001**	.036*	.000***	.007**
	region*f.structure	.224	.564	.594	.883	.344	.204	.796

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

Table 4-3. Comparison of Yangseng(sub-class) level by general characteristic in the urban and the rural elderly

Classification	MOY	MIY	DIY	ARY	EXY	SEY	SSY	SLY	
graduation	urban no school	18.59±3.76	12.88±3.14	16.46±3.20	15.16±2.46	6.55±3.13	11.16±1.83	8.76±1.86	2.95±1.58
	elem. school	19.12±3.59	13.28±2.98	16.50±3.30	14.94±2.78	7.18±3.17	11.27±2.02	9.03±1.98	3.82±2.24
	≥middle school	19.21±3.65	13.45±2.94	16.59±3.37	15.28±3.19	7.57±3.03	11.50±2.29	8.74±2.24	4.52±2.32
rural	no school	18.56±4.05	13.06±3.48	16.25±3.93	15.17±3.26	5.72±2.51	11.06±2.39	8.14±2.75	3.38±2.05
	elem. school	19.35±4.60	13.07±4.19	16.38±3.68	14.42±3.55	6.99±3.03	10.92±2.77	8.97±3.10	4.35±2.39
	≥middle school	20.26±3.11	13.85±2.97	17.89±3.64	15.61±3.50	7.71±2.54	11.44±2.71	9.56±3.02	4.68±2.50
total	no school	18.58±3.86	12.95±3.26	16.38±3.48	15.16±2.78	6.24±2.94	11.12±2.05	8.53±2.25	3.11±1.77
	elem. school	19.20±3.96	13.20±3.44	16.46±3.43	14.76±3.07	7.11±3.12	11.15±2.31	9.01±2.41	4.00±2.30
	≥middle school	19.39±3.57	13.52±2.94	16.81±3.44	15.34±3.24	7.60±2.94	11.49±2.35	8.88±2.40	4.55±2.34
p-value	region	.228	.666	.297	.819	.274	.402	.835	.046*
	graduation	.017*	.219	.092	.045*	.000***	.339	.004**	.000***
	region*graduation	.504	.663	.169	.388	.260	.746	.029*	.768
occupation	urban yes	19.27±3.62	13.55±3.05	16.80±3.24	14.84±3.14	8.16±3.29	11.20±2.25	8.74±2.11	4.85±2.55
	no	18.86±3.69	13.08±3.04	16.44±3.28	15.17±2.68	6.79±3.06	11.30±1.97	8.88±1.98	3.40±1.93
	rural yes	19.41±3.79	13.09±3.67	16.70±3.30	15.23±3.16	6.59±3.01	11.48±2.45	8.66±2.58	3.82±2.24
total	no	18.49±4.79	13.24±3.85	16.12±4.51	14.43±3.76	6.20±2.49	10.34±2.65	8.56±3.49	4.08±2.39
	yes	19.36±3.72	13.26±3.45	16.74±3.27	15.08±3.15	7.18±3.21	11.37±2.37	8.69±2.41	4.21±2.41
	no	18.80±3.91	13.11±3.19	16.38±3.53	15.03±2.91	6.68±2.97	11.13±2.13	8.82±2.32	3.52±2.03
p-value	region	.736	.597	.470	.489	.000***	.069	.316	.330
	occupation	.044*	.580	.111	.354	.001**	.006**	.933	.001**
	region*occupation	.435	.266	.710	.025*	.057	.001**	.537	.000***

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

Table 4-4. Comparison of Yangseng(sub-class) level by general characteristic in the urban and the rural elderly

Classification	MOY	MIY	DIY	ARY	EXY	SEY	SSY	SLY		
religion	urban	yes	19.61±3.52	13.59±3.07	16.85±3.38	15.32±2.84	7.69±3.12	11.49±2.04	9.11±1.99	3.92±2.25
	no	18.02±3.69	12.58±2.90	16.04±3.07	14.82±2.64	6.11±2.94	11.00±1.96	8.51±1.97	3.29±1.86	
rural	yes	18.77±4.64	13.01±3.72	16.42±4.01	14.13±3.62	6.90±2.91	10.45±2.80	8.86±3.03	4.04±2.22	
	no	19.38±3.70	13.31±3.75	16.54±3.60	15.82±2.94	5.91±2.63	11.73±2.11	8.35±2.86	3.77±2.39	
total	yes	19.36±3.90	13.41±3.29	16.72±3.58	14.96±3.14	7.45±3.08	11.17±2.34	9.03±2.35	3.95±2.24	
	no	18.49±3.75	12.83±3.23	16.21±3.26	15.16±2.78	6.04±2.84	11.25±2.04	8.46±2.31	3.45±2.06	
p-value	region	.363	.755	.898	.670	.028*	.344	.243	.064	
	religion	.091	.152	.191	.008**	.000***	.015*	.002**	.006***	
	region*religion	.000***	.008**	.076	.000***	.190	.000***	.805	.281	
living expense	urban	self	18.83±3.48	12.96±2.99	16.74±3.00	15.26±2.75	6.70±3.30	11.41±2.01	8.42±2.05	3.97±2.33
		offspring	18.80±3.73	13.13±3.05	16.41±3.40	15.05±2.67	7.06±3.07	11.29±1.91	9.04±1.89	3.37±1.94
	rural	self	19.57±3.77	13.63±3.09	16.44±3.27	15.08±3.11	7.45±3.08	11.38±2.38	8.97±2.21	4.10±2.20
		offspring	19.02±3.87	12.59±3.84	16.48±3.52	15.28±3.25	5.84±3.09	11.83±2.69	8.34±2.81	3.45±2.09
	total	self	18.53±4.54	13.22±3.52	16.45±4.02	14.48±3.72	6.64±2.56	10.40±2.48	8.99±3.12	4.09±2.18
		offspring	19.98±4.06	13.81±3.85	16.50±3.93	15.14±3.06	6.91±2.76	11.00±2.29	8.41±2.84	4.28±2.66
p-value	region	.717	.901	.849	.500	.013*	.155	.221	.454	
	living expense	.015*	.025*	.843	.132	.013*	.000***	.008**	.063	
	region*living exp.	.627	.651	.865	.411	.701	.007**	.510	.005**	

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

Table 4-5. Comparison of Yangseng(sub-class) level by general characteristic in the urban and the rural elderly

Classification		MOY	MIY	DIY	ARY	EXY	SEY	SSY	SLY	
leisure time activity	urban	yes	18.90±3.33	13.89±2.94	17.57±3.34	15.56±2.68	8.26±3.13	11.70±1.96	9.02±1.96	4.04±2.18
	no		18.08±3.77	12.52±2.99	15.83±3.06	14.71±2.79	5.94±2.73	10.91±2.00	8.71±2.03	3.31±2.01
rural	yes		19.58±4.18	13.99±3.72	17.53±3.50	15.65±3.02	7.66±2.94	11.67±2.22	9.43±3.05	4.45±2.38
	no		18.81±4.23	12.96±3.68	15.98±3.87	14.56±3.55	5.85±2.57	10.75±2.69	8.24±2.84	3.66±2.21
total	yes		19.82±3.55	13.91±3.14	17.33±3.37	15.58±2.76	8.12±3.09	11.69±2.02	9.12±2.28	4.14±2.23
	no		18.35±3.96	12.61±3.26	15.89±3.39	14.65±3.09	5.91±2.67	10.85±2.28	8.53±2.37	3.44±2.09
p-value		region	.492	.510	.444	.910	.127	.558	.867	.027*
		leisure time activity	.000***	.000***	.000***	.000***	.000***	.000***	.000***	.000***
		region*1.time act.	.080	.776	.839	.604	.257	.706	.017*	.839
presence of disease	urban	yes	18.81±3.75	12.97±3.09	16.47±3.36	15.08±2.79	6.94±3.14	11.17±2.02	8.86±2.00	3.61±2.16
	no		19.43±3.36	13.85±2.77	16.65±2.92	15.24±2.65	7.29±3.15	11.72±1.95	8.84±2.04	3.78±1.96
rural	yes		18.87±4.33	13.03±3.69	16.29±3.84	14.37±3.49	6.27±2.77	11.00±2.65	8.65±3.01	3.77±2.19
	no		20.08±3.46	13.82±3.91	17.46±3.57	15.93±2.81	7.36±2.95	11.31±2.14	8.47±2.64	4.70±2.70
total	yes		18.83±3.95	12.99±3.30	16.41±3.53	14.96±3.05	6.72±3.04	11.11±2.25	8.79±2.39	3.67±2.17
	no		19.59±3.39	13.84±3.08	16.85±3.10	15.41±2.70	7.31±3.09	11.62±2.00	8.75±2.19	4.01±2.20
p-value		region	.358	.971	.366	.577	.325	.194	.225	.013*
		presence of disease	.018*	.012*	.056	.024*	.020*	.054	.693	.013*
		region*pre.of dis.	.453	.900	.157	.083	.229	.584	.742	.078
current health confidence	urban	yes	19.85±3.42	14.29±2.68	17.35±3.15	15.61±2.73	8.43±3.18	11.94±2.00	9.06±2.07	4.21±2.22
	no		18.55±3.72	12.90±3.06	16.26±3.26	14.90±2.76	6.44±2.94	11.01±1.97	8.77±1.97	3.42±2.03
rural	yes		20.17±3.55	14.29±3.77	17.78±3.48	15.64±2.71	7.49±3.13	11.81±2.21	9.08±2.69	4.57±2.72
	no		18.63±4.39	12.69±3.63	15.96±3.83	14.93±3.63	6.03±2.59	10.74±2.366	8.44±3.04	3.65±2.05
total	yes		19.94±3.46	14.29±3.05	17.48±3.26	15.62±2.72	8.14±3.18	11.90±2.06	9.06±2.27	4.32±2.39
	no		18.57±3.95	12.70±3.25	16.09±3.45	14.81±3.06	6.31±2.84	10.92±2.21	8.67±2.37	3.50±2.04
p-value		region	.532	.993	.687	.623	.007**	.277	.434	.101
		cur. health conf.	.000***	.000***	.000***	.001**	.000***	.000***	.018*	.000***
		region*cur.health conf	.706	.987	.277	.545	.286	.714	.359	.718

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

체계에서 뒷전으로 밀려나 있는 경향이 없지 않았다. 그러나 양생법은 우리나라 사람들의 사고와 관습에 깊숙이 뿌리내리고 있음을 일상생활 전반에서 찾아볼 수 있으며, 더 나아가 최근 전통적인 양생원리를 활용하여 단전호흡, 마사지, 기공체조, 쑥뜸, 수지침, 약초나 건강식품의 복용 등 다양한 방법들이 대체요법이라는 서양의학의 대안적 방법으로 활용되고 있기도 하다. 최근 성인병을 포함한 각종 만성질환이 증가하면서 서양의학의 한계를 인식하게 되어 전통적인 양생법에 대한 관심과 요구가 더욱 증대되고 있다⁴⁾.

이에 본 연구를 통하여 첫째, 도시와 농촌지역 노인들이 한의학적인 양생생활을 하는데 영향을 미치는 요인을 파악하고, 둘째, 도시와 농촌지역 노인들의 양생생활정도를 파악함으로써 이를 바탕으로 각 지역 실정에 적합한 한의학적인 건강증진사업에 기초적인 자료를 제공함으로써 노인건강증진 프로그램의 효율적인 접근방안을 모색하고, 한의학적인 노인건강증진방안 모색과 더불어 지역사회 보건사업의 발전에 기초적인 자료를 제공하고자 시행하였다.

연구대상자들의 일반적인 특성을 살펴보면 농촌지역이 도시지역보다 고령자의 비율이 더 높게 나타났으며, 독거노인의 비율도 농촌지역이 더 높았다. 교육수준에 있어서는 도시지역이 더 높게 나타났고, 무직업자의 비율도 도시지역이 더 높았다. 생활비를 스스로 부담하는 비율은 농촌지역이 더 높았으며, 여가활동을 하는 경우는 도시지역이, 현재 질병을 갖고 있는 비율은 농촌지역이 더 높게 나타났다(Table 1). 이러한 결과는 도시지역과 농촌지역의 특수성이 그대로 반영된 결과라 할 수 있다. 농촌지역의 경우 산업화에 따른 젊은 층의 이농현상으로 인한 지역사회 고령화와 독거노인의 증가, 정년연령이 없는 농업에 종사하고 그로 인한 수입, 교육기회와 사회활동 참여기회

의 회소성, 상대적 고령화에 따른 만성질환 유병 등이 작용한 결과로 볼 수 있다.

도시와 농촌지역 노인들의 양생수준에 대하여 살펴보면 도덕수양, 정신양생, 음식양생, 활동 및 휴식양생, 운동양생, 수면양생, 계절양생, 방사양생 등을 포함한 양생수준의 총점은 94.20점이었고 문항별 평균점수는 3.25점으로 보통수준으로 나타났다. 도시지역은 각각 94.46점, 3.26점이었고, 농촌지역은 각각 93.63점, 3.23점으로 도시지역이 높게 나타났으나 유의한 차이는 보이지 않았다(Table 3). 따라서 우리나라 노인들은 보통 정도의 양생생활을 수행하고 있다고 생각되며 향후 본격적인 고령사회에 대비하여 노인들의 요구에 적합한 건강증진 프로그램을 개발하여 노인들의 양생수준을 증진시킬 필요가 있다.

각 분야별 평점은 도덕수양 3.79, 활동 및 휴식양생 3.76, 수면양생 3.74, 음식양생 3.30, 정신양생 3.29, 계절양생 2.93, 운동양생 2.28, 방사양생 1.25로 도덕수양이 가장 높고 방사양생이 가장 낮게 나타났으며, 도시지역과 농촌지역 모두 도덕수양이 가장 높고 방사양생이 가장 낮게 나타났는데, 김애정⁷⁾의 연구에서 도덕수양, 음식양생, 수면양생, 마음조양, 활동과 휴식양생, 방사양생, 계절양생, 운동양생 순으로 높은 점수를 보인 결과와는 차이가 있었다. 이는 지역적인 요인, 연령의 요인 등을 고려하여야 할 것으로 보이며, 향후 노인보건에서 집중적인 보건관리의 필요성이 대두된다.

도시와 농촌지역 노인들의 각 분야별 양생수준의 차이는 운동양생에서 도시지역이 농촌지역보다 유의하게 높게 나타났을 뿐 다른 분야에서는 유의한 차이를 나타내지 않았다(Table 3). 이는 도시와 농촌지역의 사회활동 참여와 함께 운동 등에 대한 정보접촉의 기회에 따른 결과로 보여진다.

양생수준에 영향을 준다고 볼 수 있는 특성들 즉 성별, 연령, 배우자 유무, 가족구성, 학

력, 직업유무, 종교유무, 생활비 부담과 여가생활, 현재의 질병유무와 건강에 대한 자신감 등으로 도시와 농촌지역 노인들의 양생수준을 비교한 결과 지역에 따라서 전체적인 양생수준의 차이는 나타나지 않았으며, 세부적으로도 대체적으로 운동양생분야에서만 지역적인 차이가 나타났으며, 다른 양생분야에서는 지역적인 차이를 나타내는 경우는 그리 많지 않았고, 각 변수와 지역의 복합적으로 영향을 미치는 경우도 있었다(Table 4, 5).

성별에 따라서는 남성이 여성보다 전체적인 양생수준이 높게 나타났으며, 세부적으로는 음식양생과 활동 및 휴식양생, 운동양생, 수면양생, 방사양생 분야에서 남성이 여성보다 양생수준이 더 높게 나타났으며, 특히 운동양생은 도시지역이 농촌지역보다 양생수준이 높게 나타났다. 이는 한국의 여성 노인들이 남성 노인들보다 사회적인 활동이 적고 정서적으로 만족감이 떨어진다는 김행자¹⁵⁾, 박미정¹⁶⁾, 김명자¹⁷⁾의 연구결과를 유추해 볼 수 있으며, 여성 노인들에 대한 차별적 보건서비스 등의 정책이 필요할 것으로 보인다.

연령별로는 전체적인 양생수준에 있어서 69세 이하의 도시지역 거주 노인들이 가장 높았고, 80세 이상의 도시지역 거주 노인의 양생수준이 가장 낮게 나타났고 세부적으로는 수면양생 분야에서 젊을수록 양생수준이 높게 나타났으며, 정신양생분야에서는 농촌지역 75~79세의 노인이, 활동 및 휴식양생에서는 농촌지역 70~74세의 노인이, 운동양생에서는 도시지역 65~69세의 노인이, 방사양생에서는 농촌지역 80세 이상의 노인의 양생수준이 가장 높은 것으로 나타났다. 이는 연령이 높아질수록 건강행동이행수준이 낮다는 기존의 연구결과들¹⁸⁻²¹⁾과 대체로 일치하였으며, 도시와 농촌지역 간의 차이점에 대해서는 좀더 심도깊은 연구가 필요하리라 생각된다.

배우자 유무에 따라서는 배우자가 있는 경

우가 없는 경우보다 전체적인 양생수준이 더 높게 나타났고, 세부적으로는 계절양생을 제외한 모든 분야에서 배우자가 있는 경우가 없는 경우보다 양생수준이 높은 것으로 나타났으며, 특히 운동양생은 도시지역이 농촌지역보다 양생수준이 높게 나타났으며, 수면양생분야에서는 농촌지역의 배우자가 없는 경우가 양생수준이 가장 낮은 것으로 나타났다. 이는 배우자가 있는 노인이 없는 노인보다 건강상태가 유의하게 더 좋았다는 송영신 등²²⁾의 연구결과와 배우자가 없는 노인의 신체적 노화정도가 더 높게 나타났다는 김명자와 송효정²³⁾의 연구결과와 비슷하였다. 또한 배우자가 생존한 집단의 노화호소가 더 낮았다는 Hartweg²⁴⁾의 연구와도 관련되는 면이 있었다. 이는 노인에게 있어서 배우자가 중요한 존재임을 시사해주는 결과로 추정된다. Allen²⁵⁾은 배우자에게 지지받지 못하면 노인은 우울 정도가 더 심하고 낮은 자기 존중감을 보인다고 하였고, 양로원 거주 노인이 가정에 거주하는 노인보다 사회적 상호작용이 감소되고 환경조절능력이 더욱 상실되어 내부적 자기 존중감이 저하되어 건강증진행위에 부정적인 영향을 미친다고 하였다.

가족구성별로는 부부만 사는 경우가 전체적인 양생수준이 가장 높았고, 홀로 사는 경우가 양생수준이 가장 낮게 나타났으며, 이는 세부적인 양생분야에서도 동일하였다. 이가영과 박태진²⁶⁾은 사회적 지지와 노인의 건강간의 상관관계를 보고하고 있으며, 전진용 등²⁷⁾은 연구를 통하여 가족과 동거하는 경우가 사회적 기능, 정신건강, 활력, 통증에서의 건강점수가 더 높다고 밝히고 있어 독거노인 등에 대한 사회적지지 등을 유도할 수 있는 정책이 필요할 것으로 판단된다.

교육수준에 따라서는 고학력일수록 전체적인 양생수준이 높게 나타났고 세부적으로는 도덕수양과 활동 및 휴식양생분야, 운동양생분야, 계절양생분야, 방사양생 분야에서 대체로

학력수준이 높을수록 양생수준도 높은 것으로 나타났으며, 특히 계절양생분야에서는 농촌지역 중학교 졸업 이상자가 양생수준이 가장 높게 나타났으며, 방사양생분야에서는 도시와 농촌지역간의 유의한 차이도 나타났는데 농촌지역이 도시지역보다 양생수준이 높게 나타났다. 이는 교육수준이 높은 군은 경제적인 능력이 많고 건강지식이 많으므로 양생생활을 할 수 있는 여건이 교육수준이 낮은 군보다 좋기 때문으로 생각되며 김효정²⁸⁾과 표지숙²⁹⁾의 연구에서도 교육수준이 높을수록 건강증진을 많이 수행하는 것으로 나타났으며, 학력이 건강증진 행위에 많은 영향을 준다는 Duffy³⁰⁾의 연구결과와도 일치하였다. 따라서 교육정도는 건강정보를 습득하는 기반이 되며 교육수준이 낮은 노인들에게 건강정보를 얻을 기회가 더 필요하다고 할 수 있다. 그러므로 주민의 건강증진을 위해서는 일상생활의 기본이 되는 올바른 건강증진 생활양식이 생활화되도록 이에 필요한 지식을 전달할 수 있는 제도적 장치가 마련되어 성인보건교육이 강화시킬 필요가 있겠다.

직업유무에 따라서는 직업이 있는 경우가 없는 경우보다 전체적인 양생수준이 높게 나타났고, 세부적으로는 도덕수양과 운동양생, 수면양생, 방사양생에서 직업이 있는 경우가 없는 경우보다 양생수준이 높게 나타났으며, 활동 및 휴식양생분야와 수면양생 분야에서는 농촌지역 직업을 가지고 있는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났고, 방사양생에서는 도시지역 직업을 가지고 있는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났다. 특히 운동양생에서는 도시지역이 농촌지역에 비하여 양생수준이 높게 나타났다. 생활비 부담에 있어서는 전체적인 양생수준에 있어 유의한 차이는 나타나지 않았으며, 세부적으로는 도덕수양 분야와 정신양생분야, 운동양생 분야에서는 자신과 자녀가 생활비를 부담하는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났고, 수면양생분야에서는 자기 스스

로 생활비를 부담하는 경우, 계절양생분야에서는 자녀가 생활비를 부담하는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났다. 특히 수면양생분야에서는 농촌지역에서 스스로 생활비를 부담하는 경우가 가장 양생수준이 높았으며 방사양생에서는 농촌지역에서 자신과 자녀가 공동으로 생활비를 부담하는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났다. 이는 자신의 직업유무와 함께 경제적인 이유가 함께 작용하는 것으로 판단되는데 적절한 노동이 양생생활에 영향을 미치는 것으로 생각된다.

종교활동여부에 따라서는 종교를 가지고 있는 경우가 그렇지 않는 경우보다 전체적인 양생수준이 높게 나타났고 세부적으로는 활동과 휴식양생 분야, 운동양생, 계절양생, 방사양생 분야에서 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 양생수준이 높게 나타났으나 수면양생 분야에서는 종교가 없는 경우가 양생수준이 더 높게 나타났다. 도덕수양 분야와 정신양생분야에서는 도시지역의 종교를 가지고 있는 경우가 양생수준이 가장 높았으며, 활동 및 휴식양생분야와 수면양생 분야에서는 농촌지역의 종교를 가지고 있지 않는 경우가 양생수준이 높게 나타났다. 특히 운동양생분야에서는 지역적으로 도시지역이 농촌지역보다 양생수준이 더 높았다. 이는 조원정과 장은희³¹⁾, 김정희³²⁾ 및 송영신³³⁾의 결과와도 관련이 있는 것으로 종교가 있는 대상자가 삶에 대해 더 적극적이며, 긍정적으로 대처하기 때문에 나타난 결과로 본다.

여가활동 여부에 따라서는 여가활동을 하고 있는 경우가 그렇지 않는 경우보다 전체적인 양생수준이 높게 나타났다. 세부적으로는 모든 양생분야에서 여가생활을 하는 경우가 하지 않는 경우보다 양생수준이 높게 나타났으며, 특히 방사양생 분야에서는 농촌지역이 도시지역보다 양생수준이 높게 나타났고 계절양생분야에서는 농촌지역에서 여가생활을 하는 경우가 양생수준이 가장 높게 나타났다.

연구대상자의 건강과 관련하여 현재 질병유무에 따라서는 질병이 없는 경우가 있는 경우보다 전체적인 양생수준이 높게 나타났으며, 세부적으로는 도덕수양 분야와 정신양생 분야, 활동 및 휴식양생분야, 운동양생분야, 방사양생분야에서 현재 질병이 없는 경우가 있는 경우보다 양생수준이 높게 나타났으며, 특히 방사양생분야에서는 농촌지역이 도시지역보다 양생수준이 높게 나타났다. 건강에 대한 자신감 유무에 따라서는 건강에 대하여 자신있다고 응답한 경우가 그렇지 않는 경우보다 전체적인 양생수준이 높게 나타났으며, 세부적으로도 모든 양생분야에서 건강에 대하여 자신이 있는 경우가 양생수준이 높게 나타났고, 특히 운동양생분야에서는 도시지역이 농촌지역보다 양생수준이 더 높게 나타났다. 이는 Belloc과 Breslow³⁴⁾, 기경숙³⁵⁾, Walker 등³⁶⁾, Weitzel³⁷⁾의 연구결과와 부합한 면이 있는데 지각된 건강상태가 좋으면 양생생활이 잘 수행될 것으로 생각되어 농촌 주민의 건강을 체계적으로 관리하여 건강상태를 증진시켜야 할 필요성이 제기된다. 현재의 건강상태와 건강의 중요성 인지 정도에 대해 Riffle 등³⁸⁾은 노인을 대상으로 한 연구에서 자가보고한 건강상태와 자신의 건강에 대해 긍정적 평가를 하는 사람이 건강증진행위를 더 많이 하는 것으로 나타내어 양생수준의 중요한 결정인자 중의 하나가 건강상태와 자신의 건강에 대해 긍정적 평가라 볼 수 있겠다. 또 Harris³⁹⁾가 건강상태에 따라 예방적 건강행위의 실천정도에 차이가 있다는 것도 뒷받침하고 있다.

V. 결 론

본 연구는 도시와 농촌지역 노인들의 양생생활정도와 양생생활에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 지역 실정에 적합한 한의학적인

건강증진사업에 기초적인 자료를 제공함으로써 노인건강증진 프로그램의 효율적인 접근방안을 모색하고, 지역사회 보건사업의 발전에 기초적인 자료를 제공하고자 시행하였다.

전라북도내 도시와 농촌지역에 거주하는 65세 이상의 노인들을 대상으로 하였으며, 818부의 자료를 이용하여 분석한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1) 도시와 농촌지역의 특성상 농촌지역이 도시지역보다 고령자 비율이나 독거노인의 비율이 더 높았고, 또한 지역적 특성상 유직업자가 농촌지역이 많았으며, 생활비 부담도 스스로 하는 경우가 농촌지역이 더 많았다. 교육수준은 도시지역이 고학력자가 많았고 질환자는 농촌지역이 많이 나타났다.

2) 연구대상자의 양생수준은 총점은 94.20점이었고 평균평점은 3.25점이었으며, 도시지역은 3.26점, 농촌지역은 3.23점으로 도시지역이 높게 나타났으나 유의한 차이는 없었으며, 도시지역과 농촌지역 모두 도덕수양이 가장 높고 방사양생이 가장 낮게 나타났다.

3) 제반 특성에 따라 양생수준과 비교해 보면 지역적인 차이는 나타나지 않았으나 남성, 배우자가 있는 경우, 배우자와 같이 사는 경우, 고학력일수록, 직업을 가지고 있는 경우, 종교를 가지고 있는 경우, 여가활동을 하는 경우, 현재 질병이 없는 경우, 건강에 대하여 자신이 있는 경우 양생수준이 높게 나타났다.

4) 제반 특성과 각 분야별 양생수준을 비교해보면 대체적으로 운동양생 분야에서 도시지역이 농촌지역보다 양생수준이 높게 나타났고, 다른 양생분야에서는 지역적인 차이를 나타내는 경우는 그리 많지 않았고, 연구대상자의 제반 특성과 지역적인 특성이 상호 영향을 미치는 경우도 있었다.

이상의 결과를 살펴보면 연구대상자의 양생수준은 지역적인 차이보다는 개인적인 특성과

생활 습관에 영향을 받는다고 볼 수 있으며, 운동양생은 도시지역이 높게 나타나 향후 노인들의 건강관리에 있어 농촌지역의 경우 운동에 주안점을 둘 필요가 있다. 또한 각 양생 분야에 있어 연구대상자의 제반 특성과 지역적인 특성이 상호 영향을 미치는 경우도 있어 이에 대한 심도있는 연구가 필요하리라 생각된다.

참고문헌

- 1) 통계청 : 고령자통계, 2004.
- 2) 손소림 : 도시·농촌 노인의 삶의 질 특성에 관한 비교 연구, 호남대학교 대학원, 2005.
- 3) 한국갤럽조사연구소 : 한국노인의 생활실태와 의식구조 조사, 1982.
- 4) 송건용 : 노인인구의 증가에 따른 사회학적 접근, 대한의학협회지, 1994; 37: 1147-1153.
- 5) Pender NJ : Health promotion in nursing practice, Norwalk. CT : Appleton Century-Crofts, 1982.
- 6) 이진우, 정명수, 이춘우, 권소희, 고광재, 정재열, 장두섭, 송용선, 이기남 : 노인들의 건강증진생활양식에 관한 연구. 대한예방한의학회지. 2001 ; 5(2) : 8-28
- 7) 김애정 : 양생 측정 도구 개발 및 평가에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원, 2003.
- 8) 이기남, 정재열, 장두섭, 이성국 : 일부 전북 지역 노인들의 일상생활 동작능력과 수단적 일상생활 동작능력, 한국농촌의학회지, 2000 ; 25(1) : 65-83.
- 9) 위자형 : 1개 농촌지역의 노인 건강 실태와 일상생활 행태에 관한 조사, 이화의대지, 1988 ; 11(4) : 257-264.
- 10) 양유걸 편저 : 황제내경소문영추 교석, 정보사, 서울, 1980, p.54.
- 11) 이기남 : 나도 백세를 산다, 영림사, 서울, 1996, pp.3-4, 41-47.
- 12) 금종철, 소경순, 김광호 : 정신양생에 관한 문헌적 고찰, 대한예방한의학회지, 1997 ; 1(1) : 59-75.
- 13) 남철현 : 보건교육 및 건강증진, 계축문화사, 서울, 1998, pp.207-209.
- 14) 이남구 : 양생의 의학적 연구. 전주우석대학교 논문집. 1991 ; 13 : 239-254.
- 15) 김행자 : 서울시내 일부 노인들의 소외정도에 관한 조사연구, 대한간호학회지, 1974 ; 4(2) : 32-43.
- 16) 박미정 : 가족내 노인의 역할과 소외감에 관한 연구, 서울, 서울대학교 대학원, 1978.
- 17) 김명자 : 노인의 생활만족도에 관한 연구, 대한가정학회지, 1980 ; 20(3) : 47-54.
- 18) 김미옥 : 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구, 서울, 이화여자대학교 대학원, 1986.
- 19) 김명옥 : 중년기 이후의 노화현상에 관한 분석적 연구, 서울, 이화여자대학교 대학원, 1984.
- 20) 박태숙 : 노인의 건강상태 자아 존중감 생활만족도, 대구, 경북대학교 대학원, 1991
- 21) 김득희, 황경열 : 농촌과 도시 노인의 자아 존중감, 생활만족도, 건강상태간의 관계 연구, 특수교육연구, 1998 ; 21 : 95-126.
- 22) 송영신, 이미라, 안은경 : 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구, 대한간호학회지, 1997 ; 27(3) : 541-549.
- 23) 김명자, 송효정 : 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식과 관련된 변인분석, 대한간호학회지, 1997 ; 27(1) : 341-352.
- 24) Hartweg D.L. : Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing, Journal of Advanced Nursing, 1990 ; 15 : 35-41.
- 25) Allen J. : New lives for old : Lifestyle change initiatives among older adults, Health Values, 1986 ; 10(6) : 8-18.

- 26) 이가영, 박태진 : 농촌지역 노인들의 사회적 지지와 건강상태의 관련성, 가정의학회지, 2000 ; 21(5) : 672-682.
- 27) 전진용, 김상아, 박응섭, 오미경, 홍윤미 : SF-36을 이용한 농촌 노인들의 건강상태 평가, 관동의대학술지, 2001 ; 5(1) : 93-101.
- 28) 김효정 : 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구, 계명대학교 대학원, 1996.
- 29) 표지숙 : 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구, 연세대학교 대학원, 1991.
- 30) Duffy ME : Determinants of health promotion in midlife women, Nursing Research, 1988 ; 37(6) : 358-362.
- 31) 조원정, 장은희 : 농촌 지역사회 주변의 예방적 건강생활의 실천에 관한 조사 연구, 대한간호, 1982 ; 21(4) : 47-64.
- 32) 김정희 : 예방적 건강행위 건강통제의 성격 성향과의 관계에 관한 연구, 대한간호학회지, 1985 ; 15(2) : 55-67.
- 33) 송영신 : 여성 근로자의 건강증진 생활방식 과 영향요인 분석, 충남대학교 석사학위 논문, 1997.
- 34) Belloc B, Beslow L : Relationship of physical health status and health practice, Preventive Medicine, 1972, pp.409-421.
- 35) 기경숙 : 농촌주민들의 건강행위 이행에 영향을 미치는 요인 조사연구, 대한간호, 1986 ; 26(2) : 55-67.
- 36) Walker PR, 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.
- 37) Weitzel MH : A test of the health promotion model with blue collar workers, Nursing Research, 1989 ; 38(2) : 99-104.
- 38) Riffle KL, Yoho J, San J : Health promotion behaviors ; Rerceived social support and self-feproted health of applachian elderly public health, Nursing, 1989 ; 6(4) : 204-211.
- 39) Harris DM, Guten G : Health protective behavior : An exploratory study, Journal of Health and Social Behavior, 1979 ; 20 : 17-19.