

도시와 농촌노인의 건강생활습관과 만성질환관리 실태비교

이지아 · 이에나

경희대학교 간호과학대학

Comparison of Healthy Life Style and Chronic Disease Management between Urban and Rural Older Adults

Lee, Jia · Lee, Yena

College of Nursing Science, East-West Nursing Research Institute, East-West Medical Research Institute, Kyung Hee University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to compare healthy life style and chronic disease management between urban and rural older adults. **Methods:** The study employed a comparative and descriptive survey design. Data were collected from 154 older adults living independently in communities (79 from urban and 75 from rural areas) using structured questionnaires from 24 July, 2010 to 14 August, 2011. **Results:** Perceived health status was significantly lower in urban older adults than those in rural areas ($\chi^2=13.27, p=.001$). Frequency of regular health examination was better in the urban group than the rural group ($\chi^2=4.71, p=.030$). Among older adults with hypertension, medication noncompliance was higher, and participation rate in disease management education was lower in the rural group than the urban group ($\chi^2=6.43, p=.040$; $\chi^2=23.51, p<.001$, respectively) and the same as arthritis. **Conclusion:** Rural older adults had more problems with health and disease management in this study, might be, due to difficulties in access to health care services than urban residents. More tailored programs of disease management as well as health service programs and staffing should be developed in rural areas. For urban older adults, meal preparation program and more opportunities producing income may be needed.

Key Words: Older adults, Rural, Urban, Chronic disease, Management

서론

1. 연구의 필요성

우리나라 전체 인구에 대한 노인인구의 비율은 2010년에 11.0%로 이미 고령화 사회에 접어들었고, 2020년에는 12.5%로 예상되며 급속히 고령사회로 변모하고 있다(Korean Statistical Information Service, 2010). 지역별로 보면 도시에 거주하는 65세 이상 노인의 비율이 9.2%인 반면 농촌이 모여 있는 면 지역은 27.8%로 나타나 면 지역은 이미 초고령 사회에 진

입하였다. 이에 따라 지역별 특성을 고려한 노인건강을 위한 보건의료 및 복지서비스 개선에 대한 필요성이 증대하고 있다. 사회 전반적으로 노인의 건강관리 및 삶의 질을 높이기 위한 다양한 프로그램들이 시도되고 있으나 대부분 시설 및 인적 인프라 활용여건과 연구자들의 거주 지역의 영향으로 인해 주로 도시 지역에서 중재연구들이 시행되고 있다. 따라서 도시뿐만 아니라 농촌에 거주하는 노인을 위한 건강관리 프로그램을 개발하기 위하여 그들의 현재 건강관리 문제 및 상대적인 특성파악이 필요하다.

노인의 건강생활을 위협하는 요인들은 다양하게 존재하고

주요어: 노인, 농촌, 도시, 만성질환, 관리

Corresponding author: Lee, Jia

College of Nursing Science, Kyung Hee University, 1 Hoegi-dong, Dongdaemun-gu, Seoul 130-701, Korea.
Tel: +82-2-961-0894, Fax: +82-2-961-9398, E-mail: leejia@khu.ac.kr

투고일: 2012년 8월 30일 / **수정일:** 2012년 11월 8일 / **게재확정일:** 2012년 11월 9일

있으나 특히, 만성질환은 지속적인 관리가 필요하고 연령이 증가함에 따라 증가하며 진료비 역시 동반 상승하고 있어 건강보험의 전체 요양 진료비의 34.8%를 차지한다(National Health Insurance Corporation, 2009). 우리나라 노인에서 가장 흔한 만성질환은 고혈압과 관절염이고 식습관의 변화로 인해 대사성 질환인 당뇨병도 점차적으로 증가하고 있다(Korea Institute for Health and Social Affairs, 2008; So & Lee, 2010). 한 예로 충청북도에 소재한 한 군의 경우 2012년 8월 말 현재 65세 이상 노인인구는 전체인구의 28.1%를 차지하였고 노인 인구 중 70%가 각종 만성질환을 앓고 있다고 보고했다(Kang, 2012). 질환별로는 고혈압이 60.3%로 가장 많았고 관절염이 22.9%, 당뇨병이 13.1%, 뇌졸중이 2.6%, 이상지질혈증이 1.1% 순이었다. 특히, 유병률이 높은 고혈압, 관절염, 당뇨병의 경우 추후 합병증 예방을 위해 지속적인 자가관리가 중요하여 이를 위한 정기적인 점검과 꾸준한 교육을 통해 건강한 생활과 삶의 질을 유지하도록 해야 한다. 한편 농촌과 도시노인을 대상으로 한 Cho (2009)의 연구에서 농촌노인의 만성질환 유병률이 도시노인보다 높았고, 주관적 신체건강도 대도시 노인에 비하여 중소도시와 농촌에 거주하는 노인이 상대적으로 낮았고, 주관적 정서 및 사회적 건강은 대도시 노인이 더 낮았다. Yoon, Park, Lee와 Yoon (2005)의 농촌과 도시노인의 삶의 질을 비교한 연구에서도 농촌노인의 삶과 건강에 대한 만족도 모두 도시노인보다 낮았다. 이는 거주환경에 따른 노인들의 인구사회학적인 구성 및 건강서비스의 접근성의 차이로 인한 것으로 보이며(Beck, Towsley, Caserta, Lindau, & Dudley, 2009; Park, 2010), 이러한 지역에 따른 노인의 특성은 건강 서비스 제공자가 서비스를 계획하고 전달하는데 중요하게 고려해야 할 변수가 된다. 즉, 지역별 거주노인의 특성을 정확히 파악하여 노인의 건강생활에 영향을 주는 만성질환관리에 집중해야 할 것이다.

이처럼 도시와 농촌 모두 노인의 인구가 급속히 증가함에 따라 건강관리상태 및 만성질환관리에 대한 중요성도 증가함에 따라 농촌 및 도시에 거주하는 지역사회 노인의 건강상태와 생활습관, 그리고 만성질환 관리상태를 분석하여 교육이 필요한 문제들을 포함한 효율적인 건강 및 만성질환관리 프로그램이 개발 운영되어야 한다. 그러나 도시와 농촌노인에 대한 연구는 삶의 질, 생활만족도, 우울과 같은 심리적 건강상태에 대한 요인을 파악하는 연구가 대부분이었고(Chu, Choi, & Yoo, 2010; Jang, Kim, & Kim, 2008), 실제 노인의 만성질환 관리에 대한 중재 및 교육이 필요한 내용을 비교한 연구는 거의 없었다. 또한, 인구센서스를 통한 설문조사의 경우 전체

노인인구에 대한 일반적인 실태조사였고 노인을 직접 면담하며 실제 어떠한 문제를 가지고 있고 어떠한 중재가 가장 시급한지에 대한 연구는 드물었다. 따라서 본 연구에서는 도시 및 농촌에 독립적으로 거주하는 노인을 대상으로 현재의 건강생활습관과 지속적인 관리가 필요한 유병률이 높은 고혈압, 관절염 또는 당뇨병에 대한 만성질환별 자가관리에서 교육이 필요한 내용을 비교하고자 하였다. 이는 노인을 위한 향후 건강관리 정책 및 노인건강관리 재향교육 프로그램을 개발하는데 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 도시와 농촌에 독립적으로 거주하고 고혈압, 관절염 또는 당뇨병을 진단받은 65세 이상의 노인을 대상으로 건강생활습관과 만성질환관리를 비교하기 위함이며 그 구체적인 목적은 아래와 같다.

- 만성질환을 가진 도시와 농촌 지역 노인의 일반적 특성을 비교한다.
- 만성질환을 가진 도시와 농촌 지역 노인의 건강생활습관을 비교한다.
- 만성질환을 가진 도시와 농촌 지역 노인의 질환관리를 비교한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 도시와 농촌에 거주하는 고혈압, 관절염 또는 당뇨병의 만성질환을 앓고 있는 노인의 건강생활습관과 만성질환관리를 비교하기 위한 서술적 비교연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 농촌 및 도시에 거주하는 65세 이상의 노인이며 연구 장소는 도시의 경우 서울시에 소재한 노인복지관 2곳과 농촌의 경우 충남부 지역에 소재한 마을회관 2곳에서 이루어졌다. 노인건강관리 프로그램에 대한 필요성이 높은 대상자군을 선택하기 위하여 서울시의 경우 재정자립도가 중하위권인 두 곳의 자치구에 소재하는 복지관을 선택하였고(Seoul, 2010), 농촌은 호남 지역 1곳과 영남 지역 1곳에 소재한 마을회관을 선택하였다. 대상자 수는 표본수 산출 프로그램

램인 GPOWER (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009)를 사용하여 계산하였으며 유의수준 .05, 검정력 80%, 효과 크기는 χ^2 -test의 보통정도 수준인 .30으로 하여 143명이 산출되었고 횡단적 연구의 일반적인 탈락률 20%를 고려하여 170명을 대상으로 하였으며 구체적인 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 지역사회에 독립적으로 거주하는 65세 이상의 노인
- 의사소통이 가능한 노인
- 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 노인
- 고혈압, 관절염 또는 당뇨병을 진단받은 노인

모든 설문은 일대일 면담으로 이루어졌으며 연구자가 각각의 질문내용을 충분히 설명하고 이해를 도운 후에 응답을 적도록 하였다. 면담 중 급한 일이 있어 집으로 돌아가거나 약속이 있어 중단한 16명을 제외한 총 154명(농촌거주노인 75명과 도시거주노인 79명)의 자료가 최종 분석에 사용되었다.

3. 연구도구

1) 건강생활습관

건강생활습관은 Ahn (2005)의 생활습관 검사 설문지를 본 연구에 맞게 수정·보완하여 사용하였다. 먼저 Ahn (2005)의 12문항의 설문지를 바탕으로 간호학과 교수 2명, 가정의학과 교수 1명, 노인복지관 건강증진사업 담당자 1명의 총 4명으로 구성된 전문가 패널이 검토하여 수정·보완한 10문항 중 중요도가 낮은 1문항을 제외한 각 문항의 내용타당도를 평가한 결과 Content Validity Index (CVI) 계수가 .85였다. 따라서 본 연구의 건강생활습관 도구는 총 9문항으로 이루어졌으며 음주 유무, 음주 빈도, 금주 시도 유무, 흡연 유무, 흡연량, 금연 시도 유무, 운동 유무, 운동 빈도와 식습관을 포함하였다. 음주 빈도는 '1=한달에 한번'에서 '4=일주일에 2~3번'의 4점 척도, 일일 흡연량은 '1=1~5개피'에서 '3=11개피 이상'의 3점 척도, 운동 빈도는 '1=일주일에 1회'와 '2=일주일에 2~3회'의 이분척도, 식사횟수는 '1=하루 2회'에서 '3=하루 3회 규칙적'으로 3점 척도를 사용하였고 나머지 항목들은 '1=그렇다'와 '2=그렇지 않다'의 이분척도를 사용하였다. 측정자간 신뢰도를 구하기 위하여 대부분의 항목이 이분척도이기 때문에 Kappa 계수를 사용하였고 이분척도가 아닌 항목은 이분화(dichotomized)하여 측정하였다. 본 도구를 자료수집 시 study ID로 매 열 번째 대상자에게 2명의 연구자가 사용하였을 때 총 15명의 노인에 대한 본 도구의 측정자간 신뢰도는 Kappa 계수 .94였다.

2) 만성질환관리

만성질환관리는 Choi (2007)의 만성질환 관리방법에 대한 설문지를 본 연구에 맞게 수정·보완하여 사용하였다. Choi (2007)의 설문지를 본 연구의 취지에 맞게 만성질환의 자가관리 교육이 필요한 내용을 중심으로 수정한 후 간호학과 교수 2명, 가정의학과 교수 1명, 노인복지관 건강증진사업 담당자 1명의 총 4명으로 구성된 전문가 패널의 검토를 통하여 수정·보완한 10문항의 내용타당도를 평가한 결과 CVI 계수가 .80이었다. 도구는 정규적인 건강검진 유무, 고혈압 유무, 고혈압 약 복용 이행정도, 고혈압 관리 교육 유무, 관절염 유무, 관절염 약 복용 이행정도, 관절염 관리 교육 유무, 당뇨병 유무, 당뇨병 약 복용 이행정도, 당뇨병 관리 교육 유무를 포함하였다. 약 복용 이행정도는 '1=전혀 복용하고 있지 않다'에서 '3=규칙적으로 복용하고 있다'의 3점 척도를 사용하였고 나머지 항목은 '1=그렇다'와 '2=그렇지 않다'의 이분척도를 사용하였다. 측정자간 신뢰도를 구하기 위하여 대부분의 항목이 이분척도이기 때문에 Kappa 계수를 사용하였고 이분척도가 아닌 항목은 이분화(dichotomized)하여 측정하였다. 본 도구를 자료수집 시 매 열 번째 대상자에게 2명의 연구자가 사용하였을 때 총 15명의 노인에 대한 측정자간 신뢰도는 Kappa 계수 .92였다.

3) 일반적 특성

일반적 특성에는 성별, 연령, 교육수준, 직업, 거주형태, 주관적인 건강수준, 주관적인 경제수준, 월수입의 정보를 얻기 위한 문항을 포함하였다.

4. 자료수집 및 윤리적 고려

본 연구는 K대학의 교수학생 연구지원 심의위원회의 연구 계획서 심의결과로 선정 및 수정된 후 수행되었다. 자료수집은 2010년 7월 24일부터 2011년 8월 14일까지 이루어졌으며, 농촌 지역의 자료수집은 우리나라의 중남부지방에 소재한 2곳의 마을회관에서 이루어졌고 도시 지역은 서울시에 소재한 2곳의 노인복지관에서 이루어졌다.

자료수집과정은 먼저 노인복지관 혹은 마을회관을 방문하는 노인을 위해 연구안내 포스터를 게시판에 부착한 후 관심을 표한 대상자에게 연구의 목적을 충분히 설명한 후 자발적인 참여를 확인하고 연구동의서를 작성한 후 실시하였다. 자료수집은 대상자에게 일대일 면담을 통하여 연구자가 설문지를 한 문항씩 읽어주고 충분한 이해를 확인한 후 응답지에 기

입을 도와 진행하였다. 만일 대상자가 조금이라도 피로를 느끼면 언제든지 연구자에게 알려 충분한 휴식을 취한 후 다시 할 수 있다는 것과 대상자가 원한다면 언제든지 설문지를 자발적으로 중단할 수 있음을 설명하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 12.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며 유의수준은 .05로 하였다. 대상자의 일반적인 특성, 건강생활습관과 질병관리상태는 실수와 백분율을 구하였다. 도구의 내용타당도는 CVI로, 측정자간 신뢰도는 Kappa로 구하였다. 도시와 농촌노인 두 집단 간의 비교는 χ^2 -test로 분석하였다. 본 연구가 도시와 농촌 노인을 위한 만성질환관리 프로그램 또는 정책을 개발하기 위한 현황파악이 목적이기 때문에 단순히 도시 농촌 지역만으로 차이를 보는 것보다는 전반적인 현황문제를 직시하는 것이 중요하여 일반적 특성을 동질화시키지 않았다.

연구결과

1. 대상자의 일반적인 특성

대상자의 성별은 도시와 농촌 모두 여성이 많았고 도시의 여성 비율이 81.0%로 농촌(69.3%)보다 높았으나 유의한 차이는 없었다($\chi^2=2.23, p=.135$)(Table 1). 연령 분포는 80세 이상의 고령노인이 농촌(22.6%)보다 도시(48.1%)에 더 많았으며 연령에 따른 집단 간 유의한 차이가 있었다($\chi^2=11.50, p=.009$). 학력은 두 집단 모두 무학이 가장 많았으나 집단 간의 차이는 유의하지 않았다($\chi^2=.84, p=.840$). 직업은 무직이 도시노인이 87.3%로 농촌노인보다(58.7%) 유의하게 높았다($\chi^2=14.76, p<.001$). 거주형태는 독거노인인 경우 도시가 51.9%로 농촌(22.7%)보다 유의하게 많았다($\chi^2=20.17, p<.001$).

주관적인 건강수준은 도시노인의 72.2%가 나쁘다고 응답하여 농촌노인(44.0%)보다 유의하게 부정적이었다($\chi^2=13.27,$

Table 1. General Characteristics between Urban and Rural Older Adults (N=154)

Characteristics	Categories	Urban (n=79)	Rural (n=75)	χ^2	p
		n (%)	n (%)		
Gender	Female	64 (81.0)	52 (69.3)	2.23	.135
	Male	15 (19.0)	23 (30.7)		
Age (year)	65~69	16 (20.3)	26 (34.7)	11.50	.009
	70~79	25 (31.6)	32 (42.7)		
	80~89	31 (39.2)	15 (20.0)		
	≥90	7 (8.9)	2 (2.6)		
Education	None	37 (46.8)	33 (44.0)	0.84	.840
	Elementary	25 (31.7)	28 (37.3)		
	Middle school	12 (15.2)	11 (14.7)		
	High school	5 (6.3)	3 (4.0)		
Job	Yes	10 (12.7)	31 (41.3)	14.76	<.001
	No	69 (87.3)	44 (58.7)		
Living	Alone	41 (51.9)	17 (22.7)	20.17	<.001
	With spouse	13 (16.4)	35 (46.7)		
	With children	16 (20.3)	16 (21.3)		
	Others	9 (11.4)	7 (9.3)		
Perceived health	Good	12 (15.2)	18 (24.0)	13.27	.001
	Average	10 (12.7)	24 (32.0)		
	Bad	57 (72.2)	33 (44.0)		
Perceived economy status	Good	18 (22.8)	21 (28.0)	34.67	<.001
	Average	12 (15.2)	40 (53.3)		
	Bad	49 (62.0)	14 (18.7)		
Monthly income (10,000 won)	< 100	38 (48.1)	25 (23.3)	8.33	.004
	100~199	4 (5.1)	16 (21.3)		

$p=.001$). 주관적인 경제수준도 도시노인의 62.0%가 나쁘다고 응답하여 농촌노인(18.7%)보다 유의하게 부정적이었다($\chi^2=34.67, p<.001$). 월 평균 소득은 100만원 미만이 도시가 48.1%로 농촌노인(23.3%)보다 열악하였다($\chi^2=8.33, p=.004$).

2. 만성질환을 가진 도시와 농촌노인의 건강생활습관 비교

도시와 농촌간의 건강생활습관에서 음주하는 경우가 도시와 농촌 각각 49.4%와 48.0%로 두 군 간의 유의한 차이는 없었다($\chi^2=0.03, p=.865$)(Table 2). 음주하는 노인 중 매주 1회 이상 마시는 농촌노인이 38.9%로 도시노인(25.6%)보다 많았으나 두 군 간의 유의한 차이는 없었다($\chi^2=2.20, p=.532$). 금주를 시도한 경험이 있는 도시노인은 33.3%로 농촌노인(22.2%)보다 많았으나 유의한 차이는 없었다($\chi^2=1.15, p=.284$).

흡연 유무는 도시노인(26.6%)이 농촌노인(20.0%)에 비해 흡연자의 수가 더 많았으나 유의한 차이는 없었고($\chi^2=.93, p=.334$), 흡연량도 두 군 간의 유의한 차이는 없었다($\chi^2=$

1.32, $p=.517$). 금연 시도 유무는 도시노인(19.0%)에 비해 농촌노인(53.3%)에서 유의하게 더 많이 시도하였다($\chi^2=4.63, p=.031$).

운동 유무와 빈도에서는 운동을 하는 노인의 수는 도시(53.2%)와 농촌(44.0%)간 유의한 차이가 없었지만($\chi^2=1.29, p=.255$), 운동을 하는 노인의 경우 운동 빈도는 일주일에 2~3번하는 경우가 도시노인(21.4%)보다 농촌노인(60.6%)이 더 많아 집단 간 운동빈도에 따른 유의한 차이가 있었다($\chi^2=11.96, p<.001$).

식습관은 하루에 3끼를 먹는 경우가 농촌노인이 100%로 도시노인(60.8%)보다 많았지만 농촌노인의 60.4%가 불규칙적인 식사를 하고 있었다. 도시노인의 경우 하루 2끼 식사만을 하는 경우가 39.2%로 높게 나왔으며 식습관에 따른 두 집단 간의 유의한 차이가 있었다($\chi^2=56.10, p<.001$).

3. 만성질환을 가진 도시와 농촌노인의 질환관리 비교

도시와 농촌노인의 만성질환관리는 Table 3에 기술되어 있으며, 정기적인 건강검진에서는 도시노인의 91.1%가 받는

Table 2. Healthy Lifestyle between Urban and Rural Older Adults

(N=154)

Characteristics			Urban (n=79)	Rural (n=75)	χ^2	p
Categories			n (%)	n (%)		
Alcohol drinking	Status	Yes	39 (49.4)	36 (48.0)	0.03	.865
		No	40 (50.6)	39 (52.0)		
	Frequency if yes	1 per month	18 (46.2)	12 (33.3)	2.20	.532
		2~3 per month	11 (28.2)	10 (27.8)		
		1 per week	7 (17.9)	8 (22.2)		
2~3 per week		3 (7.7)	6 (16.7)			
Trial to stop	Yes	13 (33.3)	8 (22.2)	1.15	.284	
No	26 (66.7)	28 (77.8)				
Smoking	Status	Yes	21 (26.6)	15 (20.0)	0.93	.334
		No	58 (73.4)	60 (80.0)		
	Amount/day if yes	1~5	13 (61.9)	8 (53.3)	1.32	.517
		6~10	5 (23.8)	6 (40.0)		
		≥ 11	3 (14.3)	1 (6.7)		
Trial to stop	Yes	4 (19.0)	8 (53.3)	4.63	.031	
No	17 (81.0)	7 (46.7)				
Exercise	Status	Yes	42 (53.2)	33 (44.0)	1.29	.255
		No	37 (46.8)	42 (56.0)		
	Frequency if yes	1 per week	33 (78.6)	13 (39.4)	11.96	< .001
2~3 per week	9 (21.4)	20 (60.6)				
Meals (times per day)		3 regular	39 (49.4)	30 (39.6)	56.10	< .001
		3 irregular	9 (11.4)	45 (60.4)		
		2	31 (39.2)	0 (0.0)		

다고 응답하여 농촌노인(78.7%)보다 유의하게 높았다($x^2=4.71, p=.030$). 고혈압은 도시노인의 81.0%가 있다고 응답하여 농촌노인(42.7%)에 비해 유의하게 높았다($x^2=24.10, p<.001$). 고혈압이 있는 노인 중 고혈압약 복용 이행 정도는 농촌노인에서는 34.4%가 약을 잘 먹지 않거나 전혀 먹지 않는다고 응답하여 도시노인(12.5%)에 비하여 불이행 정도가 유의하게 높았다($x^2=6.43, p=.040$). 고혈압 관리 교육 또한 농촌노인에서 받은 적이 없는 경우가 75.0%로 도시노인(23.4%)에 비하여 유의하게 높았다($x^2=23.51, p<.001$).

관절염의 경우 도시노인의 89.9%가 관절염이 있어 농촌노인(72.0%)에 비하여 유의하게 높았다($x^2=8.04, p=.005$). 관절염을 앓고 있는 노인 중 관절염약 복용의 이행 정도에서 농촌노인의 44.4%가 약을 규칙적으로 먹지 않거나 전혀 먹지 않는다고 응답하여 도시노인(21.1%)보다 불이행 정도가 높았다($x^2=8.51, p=.014$). 관절염 관리 교육 여부로는 농촌노인의 74.1%가 받은 적이 없다고 응답하여 도시노인(12.7%)보다 유의하게 높았다($x^2=48.51, p<.001$).

당뇨병의 경우 도시노인과 농촌노인 각각 17.7%와 18.7%가 당뇨병을 앓고 있었으며 이 중 당뇨병 약의 복용 불이행에서 농촌노인의 35.7%가 약을 잘 먹지 않거나 전혀 먹지 않는다고 응답하여 도시노인(7.1%)보다 높았지만 통계적으로 유의하지는 않았다($x^2=4.06, p=.131$). 당뇨 관리 교육 여부로는 농촌 노인은 받은 적이 없는 경우가 71.4%로 도시노인(35.7%)보다 높았지만 통계적으로 유의하지는 않았다($x^2=3.59, p=.058$).

논 의

본 연구는 도시와 농촌에 독립적으로 거주하고 지속적인 자가관리가 필요한 고혈압, 관절염 또는 당뇨병의 만성질환을 앓고 있는 노인의 건강생활습관과 만성질환관리를 비교하여 효율적인 노인건강 재활 프로그램을 개발하는데 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 특히, 건강관리에서 교육이 필요한 문제를 파악하기 위해 도시의 경우 경제적인 자립도가 상대적

Table 3. Chronic Disease Management between Urban and Rural Older Adults (N=154)

Characteristics	Categories	Urban (n=79)	Rural (n=75)	x^2	p
		n (%)	n (%)		
Regular health examination	Yes	72 (91.1)	59 (78.7)	4.71	.030
	No	7 (8.9)	16 (21.3)		
Hypertension Diagnosed	Yes	64 (81.0)	32 (42.7)	24.10	<.001
	No	15 (19.0)	43 (57.3)		
Medication compliance	Never	3 (4.7)	4 (12.5)	6.43	.040
	Irregular	5 (7.8)	7 (21.9)		
	Regular	56 (87.5)	21 (65.6)		
Experience of education	Yes	49 (76.6)	8 (25.0)	23.51	<.001
	No	15 (23.4)	24 (75.0)		
Arthritis Diagnosed	Yes	71 (89.9)	54 (72.0)	8.04	.005
	No	8 (10.1)	21 (28.0)		
Medication compliance	Never	2 (2.8)	6 (11.1)	8.51	.014
	Irregular	13 (18.3)	18 (33.3)		
	Regular	56 (78.9)	30 (55.6)		
Experience of education	Yes	62 (87.3)	14 (25.9)	48.51	<.001
	No	9 (12.7)	40 (74.1)		
Diabetes Diagnosed	Yes	14 (17.7)	14 (18.7)	0.02	.879
	No	65 (82.3)	61 (81.3)		
Medication compliance	Never	0 (0.0)	3 (21.4)	4.06	.131
	Irregular	1 (7.1)	2 (14.3)		
	Regular	13 (92.9)	9 (64.3)		
Experience of education	Yes	9 (64.3)	4 (28.6)	3.59	.058
	No	5 (35.7)	10 (71.4)		

으로 낮은 지역에 거주하는 노인을 대상으로 하였다. 먼저 도시와 농촌노인의 일반적인 특성에서 주관적인 건강수준은 두 집단 모두 나쁘다가 가장 많았고 도시노인이 농촌노인에 비하여 유의하게 부정적으로 응답하였으며 주관적 경제수준과 월 수입 또한 도시노인이 농촌노인에 비하여 유의하게 낮았다. 이는 전반적으로 도시노인들의 건강상태나 자신의 건강상태에 대한 인식이 부정적임을 보고한 Lee (2010)의 연구와 일치하지만, 농촌노인이 도시노인에 비하여 건강상태와 경제상태의 수준이 낮다고 보고한 Kim (2010)의 연구와는 반대되는 결과이다. 이러한 결과는 본 연구 장소인 서울시 소재 복지관들의 위치가 상대적으로 열악한 경제적 상황에 놓여있는 지역이었고, 도시노인 중에 독거노인의 비율이 농촌에 비하여 상대적으로 많았기 때문으로 사료된다. 따라서 도시에 거주하는 노인을 대상으로 건강관리정책을 계획할 때 전체노인을 위한 프로그램뿐만 아니라 경제적인 상태도 고려한 저소득층 노인을 위한 개개인의 자존감을 존중해주는 범위 안에서 다양한 복지서비스의 개발이 필요하다.

도시노인과 농촌노인의 건강생활습관을 비교한 결과 음주와 흡연 관련해서 두 군 간의 차이가 없었다. 통계청의 조사에서 65세 이상의 노인인구 중 음주율이 33%였고 흡연률이 13%인 결과와(Korean Statistical Information Service, 2010), 만성질환을 앓고 있는 본 연구대상자와 비교할 때 음주의 경우 도시가 49.4%, 농촌이 48.0%로 상대적으로 높았고 흡연의 경우에서도 도시가 26.6%, 농촌이 20.0%로 전체 노인인구의 결과보다 높았다. 이는 건강생활습관이 더욱 요구되는 만성질환 노인임에도 본 연구대상자는 자가관리가 부족함을 나타낸다. 식습관에서 농촌노인은 100%가 하루 3끼 식사하는 반면 도시노인은 60.8%만이 하루 3끼 식사를 하였고 하루 2끼만 식사하는 경우가 39.2%나 되었다. 이는 농촌노인이 도시노인에 비해 농사일과 관련하여 계획된 생활패턴을 가지고 있기 때문에 하루 3끼씩 식사를 거르지 않는 식습관을 형성하게 되었다고 사료된다. 이는 농촌노인들이 농업의 특성 상 규칙적인 생활습관을 가지고 있다고 한 Lee (2010)의 연구결과와도 일치한다. 운동의 경우 전체 노인인구를 대상으로 한 통계청의 결과인 47.9%와 비교할 때(Korean Statistical Information Service, 2010), 농촌과 도시노인의 각각 44.0%와 53.2%로 모두 비슷하였으나 운동 빈도는 농촌노인이 도시노인보다 더 높았다. 이러한 결과는 농촌노인의 생활이 주로 외부활동이 많은 농사일과 관련 되어 많은 에너지와 활동을 요구하는 일이기 때문에 도시노인에 비하여 활동성이 높음을 의미한다. 이는 Sung, Kim과 Lee (2011)의 농촌거주 농업종사 노인과

도시거주 노인을 비교한 연구에서 평소의 신체활동량이 도시노인에 비하여 농촌노인이 더 많이 나온 결과와도 일치한다.

만성질환관리는 만성질환의 빈도가 도시노인이 상대적으로 높았고, 약물복용의 이행도와 관리교육 등의 질병관리 수준은 농촌노인이 낮았다. 먼저 건강검진의 경우 도시노인(91.1%)이 농촌노인(78.7%)보다 더 높은 비율로 받았고 이는 Lee (2000)의 연구에서 도시노인이 농촌노인에 비해 건강검진 비율이 높게 나타난 결과와도 일치한다. 이는 도시노인의 경우 건강서비스의 접근성이 농촌노인보다 높고 행정적인 면에서도 건강서비스 인프라가 더 많이 구축되어 있어 건강관리가 상대적으로 용이하기 때문으로 사료된다. 실제로 본 연구에서 건강검진 방법으로 도시노인은 국민건강보험공단에서 발송하는 건강검진표를 이용하여 건강검진을 받고 있었지만 농촌노인은 건강검진을 무료로 받을 수 있음에도 불구하고 자발적인 검진보다는 건강검진차가 마을을 방문하여 건강검진을 받는 경우가 있었다.

고혈압과 관절염의 만성질환 유병률은 도시노인이 농촌노인보다 유의하게 더 높았는데 이러한 결과는 Park과 Park (2010)의 연구에서 농촌노인이 도시노인보다 만성질환의 유병률이 더 높게 나타난 것과는 차이가 있었다. 이는 본 연구대상의 연령에서 도시노인이 농촌노인보다 고령인 경우가 상대적으로 많았기 때문으로 사료되며 향후 연령 및 성비를 고려한 좀 더 체계적이고 반복적인 연구가 필요하다.

고혈압과 관절염의 약물복용 이행도와 관리교육 참여정도에서 농촌노인이 도시노인에 비하여 약물복용 이행정도가 유의하게 낮았고 질병관리 교육 참여정도도 유의하게 낮았다. 또한, 당뇨병에서도 비록 통계적으로 유의하지는 않았으나 농촌노인이 약물복용과 관리교육의 불이행정도가 도시노인에 비하여 높았다. 이는 농촌노인은 전문적인 건강관리자로부터 만성질환관리에 대한 전문적인 상담을 받을 기회가 부족하기 때문에 식이, 운동 등의 건강생활습관 유지 및 질환관리에서 어려움을 호소한 Yu와 Kim (2002)의 연구와 일치하는 결과이다. 본 연구에서 약물에 대한 불이행을 보고한 노인 중 농촌노인의 경우 병원을 가는데 1시간 이상 걸리며 버스 또한 1시간 이상의 간격을 두고 있기 때문에 병원을 가기 힘들다는 응답이 많았다. 또한, 도시노인과 농촌노인 모두 약을 안 먹어도 될 것 같아서 안 먹었다는 지식부족을 나타내는 응답이 많았다. 이를 통해 도시와 농촌노인 모두 질환관리에 대한 교육이 필요하다는 것을 알 수 있었다.

특히, 질환관리 교육에서 도시노인의 경우 병원이 주변에 많이 있고 복지관에 상주해 있는 간호사를 통하여 건강관리교

육이 가능하였으나 농촌노인의 경우 주변에 의료시설이 없고 간호사 등의 전문 의료인력을 접할 수 있는 기회가 적었다. 즉, 농촌 지역은 여전히 건강서비스의 인프라 및 전문 의료인력 면에서 도시에 비하여 열악하기 때문에 의료서비스의 질의 불균형을 바로잡기 위해서는 교통시설 및 보건소 건립 등의 인프라 구축에 힘쓰고 지역별 인구특성을 고려한 건강관리 정책이 필요하며 간호사와 같은 의료 전문인력이 반드시 포함되어야 한다. 도시 지역 또한 지속적인 건강관리교육 및 건강상태 스크린을 통하여 지역사회에 거주하고 있는 노인이 건강을 유지하기 위한 문제점을 파악하고 경제적인 상황에 맞는 건강서비스 지원이 필요하다.

본 연구결과를 일반화하는데 있어서 표본추출과 관련된 제한점이 있다. 연구대상이 도시와 농촌에 거주하는 노인으로 임의표본추출로는 대표성이 확보되었다고 보기는 어렵다. 그러나 본 연구가 교육 프로그램을 개발하는데 기초자료를 제공하기 위한 것이므로 도시의 경우 재정자립도가 낮은 자치구 두 곳을 확률표출한 후 표집하였고 농촌의 경우 지역별 특성을 고려하여 영남과 호남 지역을 각각 한 곳씩 선정하여 표집하여 교육이 필요한 노인인구를 중심으로 편중으로 인한 표집 오차를 가능하면 줄이도록 노력하였다.

결론 및 제언

본 연구는 도시와 농촌노인의 건강생활습관 및 만성질환관리의 차이점을 직접 면담을 통하여 분석하였고 노인인구를 위한 건강 서비스 제공 및 만성질환 관리 프로그램을 개발하는데 있어서 거주환경 및 경제상태를 고려한 형평성 있는 운영의 필요성을 도출한 점에서 의의가 있다. 경제가 발전됨에 따라 의료수준도 높아졌지만 건강한 생활습관 유지 및 만성질환 관리에 어려움을 호소하는 노인들 또한 증가하고 있음을 본 연구를 통해 파악할 수 있었다.

먼저 노인이 인식한 주관적인 건강 및 경제상태는 도시노인이 농촌노인보다 부정적이었다. 식사습관에서도 도시노인이 농촌노인에 비하여 하루 2끼만을 섭취하는 경우가 많았고 상대적으로 빈곤한 경우가 많았다. 영양상태는 질병의 회복 및 이환율에 큰 영향을 미치므로 도시에 거주하는 노인을 대상으로 건강관리정책을 계획할 때 건강서비스 뿐만 아니라 경제적인 상태도 고려한 무료식권제공 등의 다양한 복지서비스가 필요하다.

만성질환관리 측면에서는 도시노인이 농촌노인에 비해 만성질환의 유병률이 높았으나 농촌노인은 건강검진, 처방약물

복용 및 질병관리 교육에 있어서 도시노인에 비하여 이행도가 유의하게 낮았다. 특히, 농촌에 거주하는 노인의 경우 교통시설 및 건강서비스시설의 부족을 호소하였고 이들의 건강을 정기적으로 관리할 간호사와 같은 전문적인 의료인력의 부족이 확인되었다. 또한, 도시노인과 농촌노인 모두 약물 복용에서 지식부족이 파악되었으며 만성질환을 가진 노인을 위한 지속적인 관리교육이 필요하며 서비스 접근성과 활용성을 고려한 다양한 모듈의 교육 프로그램이 요구된다.

REFERENCES

- Ahn, G. R. (2005). *The comparative study of lifestyle and physical fitness related health between rural and urban elder people*. Unpublished master's thesis, Yong In University, Yongin.
- Beck, S. L., Towsley, G. L., Caserta, M. S., Lindau, K., & Dudley, W. N. (2009). Symptom experiences and quality of life of rural and urban older adults cancer survivors. *Cancer Nursing, 32*(5), 359-369.
- Cho, M. Y. (2009). *The study of desiring and status of life the age in urban and agricultural village*. Unpublished master's thesis, Sogang University, Seoul.
- Choi, M. S. (2007). *A study on the association between the practices of care-taking and recognition of the managing methods for chronic diseases among the elderly: Based on the members of the Seoul seniors welfare center*. Unpublished master's thesis, CHA University, Pochon.
- Chu, S. K., Choi, H. J., & Yoon, J. H. (2010). A study on the relationship between depression and cognition in the community female aged. *Journal of East-West Nursing Research, 16*(2), 131-137.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149-1160.
- Jang, S. H., Kim, C. S., & Kim, M. R. (2008). An effect the social support on the self-esteem and life satisfaction in elderly. *Journal of East-West Nursing Research, 14*(2), 39-46.
- Kang, S. W. (2012, September 29). *Older adults with chronic illnesses rated to 70% in Goesan-gun*. Retrieved October 1, 2012, from http://www.newsis.com/ar_detail/view.html?cID=&ar_id=NISX20120929_0011485462
- Kim, Y. J. (2010). The effect of the health status and the economic status on the mental health of the urban elderly and the rural elderly - With the focus on the comparison of the mediation model between the family life and the social life. *The Journal of the Korean Rural Sociological Society, 21*(1), 265-308.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (2008, December

- 31). *National survey of lifestyle and welfare needs in the elderly 2008*. Retrieved May 6, 2011, from <http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/main.jsp>
- Korean Statistical Information Service. (2010, December 31). *National survey of Korean population 2010*. Retrieved January 14, 2011, from http://kosis.kr/themes/themes_02List.jsp
- Lee, J. H. (2010). *Comparative study of lifestyles of seniors in urban and rural areas*. Unpublished master's thesis, Daegu Haany University, Daegu.
- Lee, Y. S. (2000). Comparative study for aging health of city and agriculture areas. *The Research Institute of Sports Science, 1*(13), 323-347.
- National Health Insurance Corporation. (2009, January 10). *Statistics of medical costs for chronic diseases from 2006 to 2008*. Retrieved May 6, 2011, from <http://www.nhic.or.kr/portal/site/main/menuitem.18832217ea22fd38b31148b4062310a0/>
- Park, S. M. (2010). A comparative study of the factors influencing life satisfaction between urban and rural elderly. *Journal of Welfare for the Aged, 47*, 137-160.
- Park, S. M., & Park, Y. H. (2010). Predictors of physical activity in Korean older adults: Distinction between urban and rural areas. *Journal of Korean Academy of Nursing, 40*(2), 191-201.
- Seoul. (2010, January). *Fiscal self-reliance ratio in Seoul*. Retrieved June 10, 2010, from <http://data.seoul.go.kr/openinf/dataset/datasetview.jsp>
- So, E. S., & Lee, I. S. (2010). Meta-analysis of hypertension-related nursing intervention programs. *Journal of East-West Nursing Research, 16*(1), 11-18.
- Sung, S. C., Kim, H. S., & Lee, M. K. (2011). Comparative analysis of physical fitness levels between elderly farmers and urban dwellers. *Exercise Science, 20*(2), 159-168.
- Yoon, S. D., Park, K. J., Lee, D. H., & Yoon, S. H. (2005). *Comparative analysis of quality of life in older adults between rural and urban areas*. Suwon: Rural Development Administration.
- Yu, H. H., & Kim, I. S. (2002). Health status, dietary patterns and living habits of the elderly in Jeonju. *Nutritional Sciences, 5*, 91-102.