creative commons
COMMONS DEED

저작자표시-비영리-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

[UCI]I804:24011-200000256691

2012년 2월
석사학위논문

도시와 농촌지역 노인의 건강행태 및 건강수준 비교

조선대학교 보건대학원

보건학과

전 종 덕

도시와 농촌지역 노인의 건강행태 및 건강수준 비교

Comparisons of Health Status and Health Behaviors Among the Elderly in Urban and Rural Areas

2012년 2월

조선대학교 보건대학원

보건학과

전 종 덕

도시와 농촌지역 노인의 건강행태 및 건강수준 비교

지도교수 류 소 연

이 논문을 보건학 석사학위신청 논문으로 제출함

2011년 10월

조선대학교 보건대학원

보건학과

전 종 덕

전종덕의 석사학위논문을 인준함

위원장 조선대학교 교수 박 종 인

위 원 조선대학교 교수 한 미 아 인

위 원 조선대학교 교수 류 소 연 인

2011년 12월

조선대학교 보건대학원

목 차

표 목차 ····· ii

ABSTRACT ····· iii

Ⅰ. **서 론** ····· 1

Ⅱ. **연구방법** ····· 3

A. 연구자료 및 대상 ····· 3

B. 연구에 사용된 변수 ····· 3

C. 분석방법 ····· 5

Ⅲ. **연구결과** ····· 6

A. 연구대상자의 거주지역별 특성분포 ····· 6

B. 도시와 농촌지역 노인의 건강행태 및 건강수준 비교 ····· 11

Ⅳ. **고 찰** ····· 15

Ⅴ. **요약 및 결론** ····· 19

참고문헌 ····· 20

표 목 차

표 1. 도시와 농촌지역 노인의 사회인구학적 특성분포 ····· 7

표 2. 도시와 농촌지역 노인의 건강행태관련 특성분포 ····· 9

표 3. 도시와 농촌지역 노인의 주관적 건강상태 및 정신건강 수준분포 ····· 10

표 4. 도시와 농촌지역 노인의 만성질환 의사진단 경험율 ····· 11

표 5. 도시와 농촌지역 노인의 건강행태 실천 비교 ····· 12

표 6. 도시와 농촌지역 노인의 주관적 건강상태와 정신건강상태 비교 ····· 13

표 7. 도시와 농촌지역 노인의 만성질환 유병상태 비교 ····· 14

ABSTRACT

Comparisons of Health Status and Health Behaviors Of the Elderly in Urban and Rural Areas

Chun, Jong-Duk
Advisor : Prof. Ryu, So-Yeon, MD, MPH, Ph.D.
Department of Public Health,
Graduate School of Health Science, Chosun University

The socioeconomic problems in rural areas are more serious than those in urban areas due to the urban concentration of rural population and the aging phenomenon in rural areas. It is also expected that there exists a difference between urban and rural areas in the health problems for the elderly people, however, the researches which did compare the health level of the elderly between residental areas in Korea are rarely found. Therefore, this study was performed to identify the health behavior and health level of the elderly who live in urban and rural areas and to compare the health level of the elderly in urban and rural areas after adjustment of socio-demographic variables, using the data of Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES).

This study used the data of the 4th KNHANES (2007 -2009), and targeted finally 3,823 elderly people aged 65 years or older who secured all variables required for analysis The areas were classified into 'large cities', 'cities' and 'rural areas' using the administrative areas and the residential areas. The health status such as health behavior, mental health and prevalence of chronic disease of the elderly in the rural and urban areas was compared using the chi-square test and multiple logistic regression analysis

This study showed that the health behavior or health status of the elderly in rural areas is better than that in urban areas even though the socioeconomic conditions in rural areas are poorer as compared to those in urban areas. The odds ratios (ORs) of the health behavior and health status of rural areas which showed 1.56 (95% confidence interval (CI): 1.30-1.87) for the influenza

vaccination, 1.45 (95% CI: 1.10-1.92) for the practice of vigorous physical activity and 1.45 (95% CI: 1.14-1.85) for the practice of moderate physical activity were significantly higher when compared with those of large cities. The ORs (95% CI) for the experience of depressive symptoms and diabetes mellitus were significantly as low as 0.80 (0.66-0.98) and 0.70 (0.56–0.86), respectively.

In conclusion, there were differences in the health behavior and health level of the elderly people aged 65 years or older in urban and rural areas. Accordingly, the development of the programs which are suitable for the regional characteristics is needed, and it is considered that the studies to identify the characteristics that can explain the differences depending on the residential areas should be carried out.

Ⅰ. 서 론

사회경제적 수준의 향상과 의과학의 발달은 평균 수명의 연장과 함께 노인인구의 증가를 유도하였고, 이러한 노인인구의 증가는 절대적 증가 외에 저출산으로 인한 상대적 증가와 함께 빠르게 증가하고 있다(통계청, 2011). 우리나라 2011년 65세 이상 노인인구비율은 11.4%로, UN이 정한 고령화 사회를 지났으며, 2017년에 고령사회(14%), 2026년에 초고령사회(20.8%)로 진입이 예상되고 있다(통계청, 2011).

인구의 고령화로 인한 노인인구의 증가는 만성퇴행성질환의 증가와 의료비 부담의 증가를 비롯한 여러 가지 사회문제와 건강문제를 야기하고, 노인 건강과 관련된 문제의 해결은 현재 사회의 중요한 과제로 대두되었다(이석구와 전소연, 2005).

우리나라 65세 이상 노인 중 한 가지 이상의 만성질환을 앓고 있는 경우가 86.7%이며, 이는 연령이 증가할수록 그 비율이 높아져 의료비 상승의 가장 중요한 요인으로 알려져 있다(정경희, 1998). 이렇듯 노인이 되면 모든 장기의 퇴행성 변화로 인해 신체기능이 저하되고 일상생활 활동에 제한이 따르며, 만성퇴행성 질환 이환율이 높아져서 노화로 인한 건강관리의 필요성이 어느 시기보다 중요하다(박정숙, 2002).

우리나라는 경제발전을 위한 산업화 과정을 거치면서 경제적, 사회적 여건의 향상을 가져왔으며, 이로 인해 인구의 도시 집중화와 핵가족화 현상을 맞이하게 되었다. 또한 농촌지역에서는 영농인구의 고령화와 여성화, 노인 단독가구의 증가현상이 나타나고, 도시지역에서는 노인 소외의 문제가 나타나게 되었다(최영희와 정승은, 1991). 특히 농촌지역의 경우 2000년에 14.7%로 이미 고령화사회가 되었고, 전체 인구 중 농촌지역 거주인구비율이 20.3%인 것에 비해, 65세 이상 노인인구는 40.6%가 농촌지역에 거주하고 있는 것으로 나타나 농촌지역에서의 노인 문제는 더욱 심각한 상태이다(보건복지부, 2004).

농촌지역은 도시지역에 비해 의료접근성이 떨어지며, 예방적 보건의료 서비스 및 건강생활을 위한 관련시설의 접근성이 불리한 환경이다(이상민 등, 2007). 더욱이 노인복지여가시설 등은 대부분 도시에 편중되어 있고 건강문제와 관련된 기초시설이 부족하여, 사회의 발전에 따른 보건복지 서비스에 대한 욕구를 충족시켜주지 못하는 형편이다(보건복지부, 2004). 이러한 인구구조적 특성, 물리사회적 환경 등에 의해 농촌지역의 노인의 건강수준은 도시노인에 비해 좋지 않을 것으로 예상되어진다.

선행연구에 의하면 도시와 농촌 지역 간에 건강수준은 차이가 있음을 보고하고 있으나, 측

정하고자 하는 건강수준에 따라, 연구하는 국가와 지역 간에 상이한 연구결과를 제시하고 있다. 전체 사망, 특히 사고나 손상에 의한 사망은 도시지역이 농촌지역에 비해 높고(House 등, 2000; Eberhardt와 Pamuk, 2004), 비만, 신체활동 저하, 심장병 등의 만성질환 등의 건강수준은 농촌지역에서 도시지역에 비해 좋지 않다고 보고되고 있다(Durazo 등, 2011). 국내연구의 경우도 농촌 노인들이 도시노인보다 전반적인 건강상태와 건강행태 등이 더 낮은 수준으로 보고되고 있기도 하다(이정미 등, 2005).

이렇게 도시와 농촌 등 거주지역에 따라 노인의 건강문제나 건강행태가 다르게 보고되고 있으나 이는 거주 지역 간 인구분포의 차이로 인해 보건관련 특성이나 건강행태에 차이가 존재할 개연성이 높다(이정미 등, 2005). 향후 노인의 건강관리를 위한 여러 사업을 추진하기 위해서는 노인의 전반적인 특성을 고려해야 함은 물론, 지역적인 특성도 고려하여야 할 것으로 생각된다. 그러나 지금까지의 노인의 건강수준에 대한 지역 간 비교는 일부 한정된 지역의 노인을 대상으로 이루어졌고, 우리나라 전체 지역을 고려한 비교연구는 아직 시도된 바 없다.

이에 본 연구는 국가 수준의 건강관련 통계생산을 위하여 시행되고 있는 국민건강영양조사 자료를 이용하여, 우리나라 노인들의 거주지역에 따른 건강행태 및 건강수준을 비교하고자 시행하였다. 구체적인 연구목적으로 첫째, 대도시, 도시, 농촌지역으로 분류되는 거주지역에 따라 노인의 사회인구학적 특성을 비교, 둘째, 거주지역에 따라 노인의 건강행태와 질병수준을 비교, 셋째, 사회인구학적 특성을 통제한 상태에서 거주지역에 따른 노인의 건강수준을 비교하고자 하였다.

Ⅱ. 연구방법

A. 연구자료 및 대상

본 연구는 2007년-2009년 제 4기 국민건강 영양조사의 원시 자료를 통합하여 분석하였다. 제 4기 국민건강영양조사의 목표 모집단은 조사 당해년도 대한민국에 거주하는 국민이며, 조사모집단은 2005년도 '인구주택총조사' 결과를 추출틀로 활용하였다. 표본추출은 3년 동안(2007년-2009년) 매년 200개 조사구에서 4,000가구를 대상으로 가구당 1.8명, 약 7,200명 정도를 대상으로 국민건강 영양조사의 1차 추출단위(primary sampling unit)인 표본조사구 추출방식은 층화집락계통추출법이다. 즉, 표본 배분을 위해서 지역층(7개 광역시, 경기, 강원, 충청, 전라, 경상, 제주 등)의 행정구역(동/읍·면)과 주거종류(아파트/일반주택)을 층화 기준으로 하여 층화한 후에 각 층의 모집단 조사구 수에 비례하도록 배분한 후 계통추출법으로 표본 조사구를 추출하고, 이어서 각 표본 조사구에서 계통추출방식으로 20가구씩 표본가구를 선정하고 있다(보건복지부, 2010).

본 연구의 대상은 3년 동안 조사를 받은 대상자 24,871명(2007년 4,594명, 2008년 9,744명, 2009년 10,533명)중 65세 이상 노인 4,072명을 일차 연구대상으로 선정하였다. 이 중 건강면접조사, 보건의식행태조사의 검진조사에 참여하여 분석에 필요한 변수가 모두 확보된 3,823명을 최종 연구대상으로 하였다.

B. 연구에 사용된 변수

1. 지역구분

본 연구에서 거주지역의 분류는 광역시도와 거주지역(동/읍,면)을 이용하여 분류하였다. 동지역에 거주하며 행정구역이 광역시에 해당되는 경우를 '대도시'로, 동지역에 거주하며 행정구역이 도에 해당되는 경우를 '도시'로, 행정구역에 관계없이 읍면지역에 거주하는 경우를 '농촌'으로 분류하였다.

2. 사회인구학적 특성

사회인구학적 특성으로는 성별, 연령, 교육수준, 소득수준, 결혼상태, 의료보장종류, 가구원 수 등을 사용하였다. 연령은 실수를 그대로 이용하였고, 65-69세, 70-79세, 80세 이상으로 분류하였다. 교육수준은 무학, 초졸, 중졸, 고졸이상으로 구분하였고, 결혼상태는 이혼, 결혼(유배우자), 기타 결혼상태로 분류된 자료를 이용하여 유배우자와 무배우자로 재분류하였다. 소득수준은 가구균등화 지수로 보정하여 산출한, 하(소득1분위), 중하(소득2분위), 중상(소득3분위), 상(소득4분위)으로 분류하였으며, 가구원 수는 실수를 그대로 이용하였다.

3. 건강행태 및 건강상태 변수

건강행태 변수로 독감(인플루렌자) 예방접종여부, 월간음주여부, 흡연상태, 격렬한 신체활동 실천, 중등도 신체활동 실천, 걷기 실천, 근력운동, 유연성운동, 비만 등을 사용하였다. 독감예방접종은 지난 1년간 독감예방접종의 여부를 예, 아니오로 분류하였고, 월간음주는 최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 경우를 월간음주를 한 경우로, 마시지 않거나 최근 1년 동안 음주하지 않은 경우를 비음주로 분류하였다. 흡연상태는 평생 담배 5갑(100개피)이상 피웠으며, 현재에도 흡연하는 경우를 현재 흡연으로, 평생 담배 5갑(100개피)이상 피웠으나, 현재 담배를 피우지 않는 경우를 과거흡연, 담배 5갑(100개피)미만 흡연자나 흡연경험이 없는 경우를 비흡연으로 분류하였고, 현재흡연여부를 재분류하여 사용하였다.

격렬한 신체활동 실천은 최근 1주일 동안 평소보다 매우 몸이 힘들거나 숨이 가쁜 격렬한 신체활동을 1일 20분이상 주 3회 이상 실천한 경우로 정의하였고, 중등도 신체활동 실천은 1주일 동안 평소보다 몸이 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 중등도의 신체활동을 1일 30분 이상 주 5회 이상 실천한 경우로 정의하였다. 걷기실천은 1일 30분이상 주 5회 이상 실천 한 자로 선정하였다. 근력운동은 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천한 경우로, 유연성운동은 스트레칭, 맨손체조 등의 유연성운동을 2일 이상 실천한 경우로 정의하여 사용하였다. 비만여부는 건강검진 자료 중 측정한 신장과 체중을 이용하여 체질량지수(BMI, kg/m^2)를 계산하였으며, 체질량지수가 25kg/m^2을 기준으로 미만일 경우 정상, 이상일 경우를 비만으로 분류하였다.

건강상태는 주관적 건강상태, 스트레스 인지와 우울증상 경험여부와 만성질환의 의사진단 경험 여부를 이용하였다. 주관적 건강상태는 평상시 자신의 건강상태를 물어 매우 좋음과 좋음에 응답한 경우를 좋음으로, 보통, 나쁨, 매우 나쁨을 응답한 경우를 좋지 않음으로 재분류

하였다. 스트레스 인지는 평소 일상생활 중에 느끼는 스트레스를 대단히 많이 느끼는 경우와 많이 느끼는 편인 경우를 스트레스인지로, 조금 느끼거나 거의 느끼지 않는 경우를 비인지로 재분류하였다. 우울증상 경험은 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는지의 여부를 이용하였다. 질병 변수는 고혈압, 관절염, 천식, 만성폐쇄성 폐질환, 당뇨병에 대해 의사진단을 받은 적이 있는 가를 조사하여 해당 질병의 유병여부를 분류하였다.

C. 분석방법

거주지역간에 사회인구학적 특성, 건강행태 및 건강상태 특성 간 분포를 파악하기 위하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 제시하였고, 카이제곱 검정과 분산분석을 실시하여 지역간 분포의 차이를 검정하였다. 사회인구학적 특성을 통제한 상태에서 거주 지역적 특성이 건강 행태나 건강상태에 영향을 미치는지를 파악하기 위하여 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였고, 비차비와 95% 신뢰구간을 제시하였다. 거주지역간 비교를 위하여 대도시를 기준군으로 분석하였다. 자료의 통계처리는 SPSS(ver 17.0)를 이용하여 실시하였다.

Ⅲ. 연구결과

A. 연구대상자의 거주지역별 특성분포

1. 노인의 사회인구학적 특성

65세 이상 노인의 거주지역간 사회인구학적 특성분포를 비교한 결과, 연령, 교육수준, 결혼상태, 소득수준, 같이 사는 가족수는 대도시, 도시, 농촌지역간 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 성별과 의료보장 종류의 분포는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 80세 이상의 노인이 대도시의 경우 11.0%이었고, 도시지역 11,9%, 농촌지역이 12.3%로 농촌지역에서 고령노인이 많았다. 학력수준도 무학이 대도시 지역인 경우는 39.8%, 도시지역은 41.4% 농촌지역은 54.3%로 교육수준이 낮은 경우가 농촌지역이 많았다. 결혼상태의 경우 배우자가 있는 경우가 대도시는 57.8%, 도시지역은 62.7%, 농촌지역은 64.9%로 차이가 있었고, 소득수준의 경우도 소득수준이 하위인 1사분위가 대도시 19.1%, 도시 19.9%에 비해 농촌지역이 32.0%로 많았으며, 소득수준 상위인 제 4사분위는 대도시 28.1%, 도시 34.2%였고, 농촌지역은 17.9%였다. 같이 사는 가구원수는 대도시 지역이 28±4.2명, 도시지역 2.9±1.6명, 농촌지역이 2.4±2.7명으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다(표 1).

표 1. 도시와 농촌지역 노인의 사회인구학적 특성분포

(단위: 명, %)

변수	계	대도시	도시	농촌	p-값
성					
남	1,551(40.6)	468(40.1)	391(41.8)	692(40.3)	0.686
여	2,272(59.4)	700(59.9)	545(58.2)	1,027(59.7)	
연령(세)					
65-69	1,412(36.9)	467(40.0)	378(40.4)	567(33.0)	<0.001
70-79	1,961(51.3)	573(49.1)	447(47.8)	941(54.7)	
80 이상	450(11.8)	128(11.0)	111(11.9)	211(12.3)	
평균±표준편차	72.4±5.6	72.1±5.5	72.1±5.6	72.5±.5.6	0.001
교육수준					
무학	1,778(46.7)	463(39.8)	386(41.4)	929(54.3)	<0.001
초졸	1,106(29.1)	330(28.4)	253(27.1)	523(30.6)	
중졸	369(9.7)	129(11.1)	99(10.6)	141(8.2)	
고졸이상	554(14.6)	242(20.8)	194(20.8)	118(6.9)	
배우자					
유	2,364(62.2)	668(57.8)	583(62.7)	1,113(64.9)	<0.001
무	1,437(37.8)	488(42.2)	347(37.3)	602(35.1)	
소득수준					
1사분위	918(25.1)	212(19.1)	177(19.9)	529(32.0)	<0.001
2사분위	921(25.2)	297(26.7)	196(22.0)	428(25.9)	
3사분위	902(24.7)	291(26.2)	212(23.8)	399(24.2)	
4사분위	911(24.9)	312(28.1)	304(34.2)	295(17.9)	
의료보장종류					
의료보험	3,421(89.5)	1,039(89.0)	826(88.3)	1,556(90.5)	0.088
의료급여	335(8.8)	115(9.8)	89 (9.5)	131(7.6)	
기타	66(1.7)	14(1.2)	20(2.1)	32(1.9)	
가구원수(명)	2.6±3.1*	2.9±4.3	2.9±1.6	2.4±2.7	<0.001
계	3,823(100)	1,168(30.5)	936(24.4)	1,719(44.9)	

* 평균±표준편차

2. 노인의 건강행태

거주지역에 따른 노인의 건강행태를 비교한 결과, 독감예방접종, 유연성운동, 근력운동, 중등도 실천활동 실천과 비만여부가 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 월간음주, 현재흡연, 고강도 신체활동과 걷기실천은 지역에 따라 차이가 없었다. 지난 1년 동안 독감예방접종을 받은 경우가 대도시, 도시, 농촌지역 각각 70.8%, 76.8%, 78.6%로 농촌지역에서 가장 높았다. 유연성운동을 하는 경우는 대도시지역이 22.8%, 도시지역이 22.8%, 농촌지역이 10.4%였고, 근력운동 실천은 대도시지역 7.2%, 도시지역 8.4%, 농촌지역이 3.2%로 근력운동이나 유연성운동의 실천은 농촌지역에서 낮았다. 이에 비해 중등도 신체활동 실천은 대도시지역이 10.6% 도시지역 12.1%, 농촌지역 14.5%로 신체활동 실천은 농촌지역이 더 높았다. 비만인구 비율은 대도시 37.7%, 도시 36.3%, 농촌 27.2%로 농촌지역에서 가장 낮았다(표 2).

표 2. 도시와 농촌지역 노인의 건강행태관련 특성분포

(단위: 명, %)

변수	계	대도시	도시	농촌	p-값
독감 예방접종 여부					
유	2,887(75.8)	825(70.8)	716(76.8)	1,346(78.6)	<0.001
무	923(24.2)	340(29.2)	216(23.2)	367(21.4)	
월간 음주					
한다	1,195(31.3)	358(30.7)	288(30.8)	549(31.9)	0.714
안한다	2,628(68.7)	810(69.3)	648(69.2)	1,170(68.1)	
현재 흡연					
한다	549(14.4)	173(14.8)	113(12.1)	263(15.3)	0.067
안한다	3,274(85.6)	995(85.2)	823(87.9)	1,456(84.7)	
유연성 운동					
한다	657(17.2)	266(22.8)	213(22.8)	178(10.4)	<0.001
안한다	3,166(82.8)	902(77.2)	723(77.2)	1,541(89.6)	
근력 운동					
한다	218(5.7)	84(7.2)	79(8.4)	55(3.2)	<0.001
안한다	3,605(94.3)	1,084(92.8)	857(91.6)	1,664(96.8)	
고강도 신체활동					
한다	373(9.8)	100(8.6)	97(10.4)	176(10.2)	0.254
안한다	3,450(90.2)	1,068(91.4)	839(89.6)	1,543(89.8)	
중등도 신체활동					
한다	487(12.7)	124(10.6)	113(12.1)	250(14.5)	0.006
안한다	3,336(87.3)	1,044(89.4)	823(87.9)	1,469(85.5)	
걷기실천					
한다	1,841(48.2)	558(47.8)	468(50.0)	815(47.4)	0.422
안한다	1,982(51.8)	610(52.2)	468(50.0)	904(52.6)	
비만					
정상	257(67.4)	728(62.3)	596(63.7)	1,252(72.8)	<0.001
비만	1,247(32.6)	440(37.7)	340(36.3)	467(27.2)	

3. 노인의 주관적 건강상태와 정신건강

지역간 건강상태를 비교한 결과, 우울증상 경험은 지역간 통계적으로 유의한 차이가 있었으나, 스트레스인지와 주관적 건강상태는 지역간 차이가 없었다. 우울증상 경험의 경우 대도시지역 노인은 21.5%, 도시지역 24.3%, 농촌지역 19.3%로 농촌지역에서 낮았다(표 3).

표 3. 도시와 농촌지역 노인의 주관적 건강상태 및 정신건강 수준분포

(단위: 명, %)

변수	계	대도시	도시	농촌	p-값
스트레스 인지					
한다	926(24.2)	291(24.9)	238(25.4)	397(23.1)	0.327
안한다	2,897(75.8)	877(75.1)	698(74.6)	1,322(76.9)	
우울증상 경험					
있다	810(21.2)	251(21.5)	227(24.3)	332(19.3)	0.011
없다	3,013(78.8)	917(78.5)	709(75.7)	1,387(80.7)	
주관적 건강상태					
좋음	1,210(31.8)	375(32.2)	308(33.0)	527(30.8)	0.451
나쁨	2,600(68.2)	790(67.8)	624(67.0)	1,186(69.2)	

4. 노인의 만성질환 유병상태

의사진단을 받은 질병의 유병상태를 지역간 비교한 결과, 관절염, 만성폐쇄성 폐질환, 천식은 지역간 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 고혈압, 당뇨병은 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 고혈압 유병수준은 대도시 48.7%, 도시 49.3%, 농촌노인은 43.5%였고, 당뇨병의 경우 대도시 19.3%, 도시 19%, 농촌 13.2%로 고혈압과 당뇨병 등의 질병상태는 농촌지역이 상대적으로 낮았다(표 4).

표 4. 도시와 농촌지역 노인의 만성질환 의사진단 경험율

(단위: 명, %)

변수	계	대도시	도시	농촌	p-값
고혈압					
유	1,778(46.5)	569(48.7)	461(49.3)	748(43.5)	0.003
무	2,045(53.5)	599(51.3)	475(50.7)	971(56.5)	
관절염					
유	1,292(33.8)	401(34.3)	318(34.0)	573(33.3)	0.849
무	2,531(66.2)	767(65.7)	618(66.0)	1,146(66.7)	
천식					
유	238(6.2)	84(7.2)	44(4.7)	110(6.4)	0.058
무	3,585(93.8)	1,084(92.8)	892(95.3)	109(93.6)	
만성폐쇄성폐질환					
유	65(1.7)	20(1.7)	17(1.8)	28(1.6)	0.938
무	3,758(98.3)	1,148(98.3)	919(98.2)	1,691(98.4)	
당뇨병					
유	630(16.5)	225(19.3)	178(19.0)	227(13.2)	<0.001
무	3,193(83.5)	943(80.7)	758(81.0)	1,492(86.8)	

B. 도시와 농촌지역 노인의 건강행태 및 건강수준 비교

1. 노인의 건강행태 비교

성, 연령, 결혼상태, 교육수준 등의 사회인구학적 특성을 통제한 상태에서 대도시 지역을 기준으로 건강행태에 대한 지역 간 차이가 있는지를 알아보기 위하여 다중로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 대도시 지역에 비해 농촌지역에서 통계적으로 유의하게 수준이 높았던 행태는 독감접종여부, 고강도 신체활동실천, 중등도 신체활동실천이 높았다. 농촌지역의 비차비가(95%신뢰구간) 대도시 지역에 비해 독감접종의 경우 1.56(95%,신뢰구간 1.30-1.87), 고강도 신체활동 실천은 1.45(1.10-1.92), 중등도 신체활동 실천은 1.45(1.14-1.85)로 유의하게 높았다. 농촌지역의 비차비가 대도시 지역에 비해 유의하게 낮은 것은 유연성 운동실천과 근력운동실천, 비만이었다. 그리고 유연성 운동실천의 비차비(95% 신뢰구간)는 0.47(0.38-0.59), 근력운동 실천은 0.54(0.37-0.78), 비만은 0.65(0.55-0.78)로 유의하게 낮았다(표 5).

표 5. 도시와 농촌지역 노인의 건강행태 실천 비교

건강행태＼거주지역	대도시	도시	농촌
	비차비	비차비(95% 신뢰구간)	비차비(95% 신뢰구간)
독감접종여부(유/무)	1.0	1.35(1.10-1.66)	1.56(1.30-1.87)
월간 음주(한다/안한다)	1.0	0.99(0.80-1.22)	1.18(0.98-1.43)
현재흡연(한다/안한다)	1.0	0.75(0.57-0.99)	0.93(0.73-1.17)
유연성운동(한다/안한다)	1.0	1.02(0.82-1.27)	0.47(0.38-0.59)
근력운동(한다/안한다)	1.0	1.14(0.81-1.60)	0.54(0.37-0.78)
고강도 신체활동(한다/안한다)	1.0	1.30(0.96-1.76)	1.45(1.10-1.92)
중등도 신체활동(한다/안한다)	1.0	1.16(0.88-1.53)	1.45(1.14-1.85)
걷기실천(한다/안한다)	1.0	1.14(0.95-1.36)	1.06(0.90-1.24)
비만(정상/비만)	1.0	0.99(0.82-1.19)	0.65(0.55-0.78)

※ 성, 연령, 배우자유무, 교육수준, 소득수준, 의료보장종류, 가구원수를 통제함.

2. 노인의 주관적 건강상태와 정신건강 비교

건강상태에 대한 지역간 수준을 비교한 결과, 우울증상 경험에 대한 비차비(95%신뢰구간)는 0.80(0.66-0.98)로 대도시에 비해 유의하게 낮았다. 이에 반해, 도시지역의 우울증상 경험에 대한 비차비(95%신뢰구간)는 1.25(1.01-1.56)로 유의하게 높았다. 스트레스 인지와 주관적 건강상태는 지역에 따라 비차비는 유의한 차이가 없었다(표 6).

표 6. 도시와 농촌지역 노인의 주관적 건강상태와 정신건강상태 비교

건강상태＼거주지역	대도시	도시	농촌
	비차비	비차비(95% 신뢰구간)	비차비(95% 신뢰구간)
스트레스 인지(한다/안한다)	1.0	1.04(0.84-1.28)	0.84(0.70-1.02)
우울증상 경험(있다/없다)	1.0	1.25(1.01-1.56)	0.80(0.66-0.98)
주관적 건강상태(좋음/나쁨)	1.0	1.03(0.85-1.25)	1.13(0.95-1.34)

※ 성, 연령, 배우자유무, 교육수준, 소득수준, 의료보장종류, 가구원수를 통제함.

3. 노인의 만성질환 유병상태 비교

거주지역에 따른 질병상태의 수준비교를 위해 다중로지스틱 회귀분석을 시행한 결과 당뇨병의 경우 대도시 지역에 비해 농촌지역의 비차비(95%신뢰구간)가 0.70(0.56-0.86)으로 통계적으로 유의하였다. 고혈압, 관절염, 만성폐쇄성 폐질환의 비차비는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 하지만 천식의 경우 도시의 비차비가 대도시를 기준으로 0.66(0.44-0.97)으로 유의한 차이가 있었다(표 7).

표 7. 도시와 농촌지역 노인의 만성질환 유병상태 비교

질병＼거주지역	대도시	도시	농촌
	비차비	비차비(95% 신뢰구간)	비차비(95% 신뢰구간)
고혈압(유/무)	1.0	1.03(0.86-1.24)	0.91(0.77-1.07)
관절염(유/무)	1.0	1.01(0.83-1.23)	0.92(0.77-1.10)
천식(유/무)	1.0	0.66(0.44-0.97)	0.85(0.62-1.16)
만성폐쇄성폐질환(유/무)	1.0	0.99(0.50-1.99)	0.93(0.50-1.74)
당뇨병(유/무)	1.0	1.00(0.80-1.26)	0.70(0.56-0.86)

※ 성, 연령, 배우자유무, 교육수준, 소득수준, 의료보장종류, 가구원수, 흡연, 음주, 중등도이상운동실천, 비만여부를 통제함.

Ⅳ. 고 찰

경제발전 및 산업화에 따른 도시화로 인해 대도시로의 과도한 인구집중과 농촌지역 인구의 절대적인 감소를 초래하였다. 특히 젊은 노동력의 탈농과 도시집중은 핵가족화와 더불어 노인과 자녀들과의 분리를 유도하는 동시에, 농촌 지역에 있어서 영농인력의 고령화 및 여성화와 함께 노인 단독 가구의 증대현상을 가져오고 있다(윤해영, 1988; 최영희와 신윤희, 1991). 산업화와 도시화는 점차 지역 간의 불균형을 초래하였고, 이는 곧 인구분포와 사회경제적인 수준의 차이뿐만 아니라 보건의료 자원 및 이용 가능한 서비스에 대한 희소성 및 접근성 등의 차이, 물리적, 사회적 고립 등을 유도함으로써 궁극적으로 건강수준의 지역 간 차이를 초래하게 되었다(최영희와 신윤희, 1991; Wilcox 등, 2000; Rosenthal과 Fox, 2000). 지역간 건강 수준의 차이를 파악하고자 하는 연구는 진행되어 왔으나, 국내의 경우 일부 한정된 지역에서 도시와 농촌간의 건강수준 및 건강행태를 비교하고자 하는 연구가 주를 이루고 있고, 광범위한 지역을 포괄하여 지역 간 건강수준을 비교하고자 한 연구는 드물다.

또한 인구의 고령화로 인한 노인인구의 절대적 증가 및 노인의 건강문제는 주민의 건강관리 및 보건의료 정책에 중요한 과제로 대두되었다. 노인의 질병 유병 및 건강행태 등의 건강문제에 있어서도 거주 지역에 따라 차이가 존재할 가능성이 높으며, 차이가 존재한다면 건강관리와 관련된 사업이나 정책은 지역적 특성을 반영하여 이루어져야 할 것이다(이정미 등, 2005). 이에 본 연구는 건강관련 국가통계생산을 목적으로 전국단위의 표본을 추출하여 조사를 수행한 제4기 국민건강영양조사 자료를 이용하여, 노인의 거주 지역에 따른 건강수준 및 건강관련 행태 등을 비교하고자 수행하였다.

거주지역에 따른 노인들의 사회인구학적 특성을 비교한 결과, 연령, 교육수준, 배우자 여부, 소득수준과 동거하는 가구원수 등이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 농촌지역의 경우 대도시나 도시 지역에 비해 80세 이상의 노인의 비율, 교육 수준이 무학인 경우, 소득수준이 낮은 경우와 함께 배우자와 함께 사는 비율은 높았고, 동거하는 가구원 수는 적었다. 이는 인구의 노령화, 사회경제적 환경의 열악함 등이 농촌지역의 특성임을 제시하였던 선행연구의 결과와 비슷하였다(이정미 등, 2005; 박정숙, 2002; 이석구와 전소연, 2005). 낮은 경제적 수준이 건강수준의 악화, 사회적 소외, 정보의 부족현상, 자긍심의 저하를 심화시키며, 노인들의 건강수준을 결정하는데 중요한 요인이라고 하였다(Kaplan 등, 1993). 이런 측면에서 봤을 때 거주지역에 따른 노인의 건강수준을 파악하고, 건강향상을 위한 정책이나 사업을 시행할 때는 사회경

제적인 특성을 고려해야 할 것으로 생각된다.

거주지역에 따른 독감 예방접종율을 파악한 결과 농촌지역에서 대도시 지역에 비해 접종 수준이 유의하게 높았으며, 사회경제적 특성을 통제한 상태에서도 농촌지역에서의 독감 예방접종에 대한 비차비는 유의하게 높았다. 본 연구에서 파악한 우리나라 노인의 접종률은 75.8%로, 거주지역에 따라서는 대도시, 도시, 농촌 지역 각각 70.8%, 76.8%, 78.6%로 유의한 차이가 있었다. 독감 접종률은 세계보건기구의 목표치는 넘어선 결과였으나, 제3기 국민건강영양조사 자료를 분석한 노인의 접종률 77.2%(조비룡 등, 2009)이나 비슷한 시기인 2009-2010년 일부 지역의 지역사회 건강조사 결과 보고한 81.7%(Ryu 등, 2011) 보다는 낮은 수준이었다. 거주지역에 따른 접종률의 차이는 Ryu 등(2011)의 연구결과와 비슷하였다. 이러한 이유는 우리나라의 경우 65세 이상의 노인에게 보건소 등의 보건기관에서 무료접종을 시행하고 있고, 접종을 위한 보건기관의 방문은 농촌지역의 경우 도시지역에 비해 의료자원의 열악함으로 인한 보건기관의 방문이 많다는 선행연구의 결과(임부돌과 이주영, 2000)에 근거했을 때 농촌지역에서의 노인들의 많은 보건기관 이용에 따른 결과로 생각된다.

신체활동의 경우 농사일 등의 노동을 포함한 고강도 및 중등도 신체활동은 농촌지역에서 높았고, 유연성 운동과 근력 운동 등과 같은 운동실천은 도시지역에 비해 농촌지역에서 낮았다. 이는 도시지역에 비해 농촌지역의 경우 규칙적인 운동을 할 수 있는 여건이 부족하나, 농사일과 같은 신체활동이 많았기 때문이라 생각된다(박정숙, 2002; 이정민 등, 2005; Wilcox 등, 2000). 그러나 농사일과 같은 노동의 경우 특정 근육만 사용하여 유연성 등이 부족할 수 있으므로(Morgan 등, 2000; Pullen 등, 2001), 거주지역에 따라 신체활동의 수준을 향상시킬 수 있는 지역특성이 반영된 프로그램의 개발이 필요하리라 생각된다.

비만의 경우 대도시 지역에 비해 농촌지역에서 노인의 비만율은 유의하게 낮았다. 이는 비만인구의 비율이 도시지역에 비해 농촌지역에서 높았던 선행연구의 결과(이정민 등, 2005; 김정순, 2001; Durazo 등, 2011)와는 상이한 것으로 식이 등 비만에 영향을 줄 수 있는 관련요인에 대한 추가분석을 통해 적절한 해석이 이루어져야 할 것으로 생각된다. 그러나 음주와 흡연 그리고 신체활동 중 걷기 실천의 경우는 거주지역에 따라 차이를 보이지 않았다.

스트레스 인지, 우울증상 경험과 주관적 건강상태 인지 등의 정신건강과 전반적 건강상태 인지 등의 경우, 우울증상 경험에 있어서만 거주지역에 따라 유의한 차이가 있었고, 스트레스 인지와 주관적 건강상태의 인지는 농촌지역에서 대도시지역에 비해 양호하였으나, 통계적으로 유의한 관련은 없었다. 우울증상 경험률의 경우 농촌지역은 대도시나 도시지역에 비해 낮았으나, 도시지역의 경우 대도시 지역에 비해 노인의 우울증상 경험이 유의하게 높았다. 이는 도시

화로 인해 문화적, 환경적 여건이 농촌에 비해 도시가 월등하여 신체건강에는 긍정적인 영향을 미치나, 사회심리적 건강에는 역효과를 주는 것으로 보고한 선행연구(최영희와 신윤희, 1991)와 유사한 결과였다. 농촌 노인의 경우 도시에 거주하는 노인보다 살고 있는 지역사회에 통합이 더 잘 되어있고, 노인회관 등을 거점으로 한 빈번한 인간교제로 인한 가족적인 인간관계 유지에 의한 것으로 생각된다(김태현, 1981).

고혈압, 관절염, 천식, 만성폐쇄성 폐질환과 당뇨병 등의 만성질환에 대한 의사진단 경험율을 거주지역에 따라 비교한 결과, 고혈압과 당뇨병의 경우 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 사회경제적 특성을 통제한 상태에서는 당뇨병의 의사진단 경험에 있어서만 거주지역에 따라 유의한 차이가 있었다. 그러나 연구결과는 기존의 연구에서 농촌지역의 만성질환 유병률이 높다고 보고한 결과와는 반대로(Durazo 등, 2011; Eberhardt와 Pamuk, 2004; Obisesan 등, 2000), 오히려 농촌지역에서 대도시 지역에 비해 당뇨병과 같은 만성질환 유병정도가 유의하게 낮았다. 이는 물리적 사회적 고립, 의료기관의 접근성 저하와 이용 가능한 의료서비스의 제한 등으로 농촌지역의 건강수준이 낮은 것으로 보고한 선행연구의 설명과는 다른 요인에 의한 것으로 생각된다.

농촌지역에서 도시지역에 비해 만성질환을 비롯한 건강수준 위험도가 낮은 이유로는 첫째, 사회경제적 조건이 농촌지역의 경우 도시지역에 비해 불리함에도 불구하고, 농촌 노인의 흡연, 신체활동, 비만 등의 건강행태와 정신건강 상태가 도시 노인에 비해 양호하여 만성질환에의 이환위험이 도시지역에 비해 낮은 결과일 수 있다. 둘째, 노인건강근로자 효과와 같은 자기선택 바이어스에 의한 것을 들 수 있다(대한예방의학회, 2011). 우리나라의 경우 도시화로 인해 이농현상을 초래하였고, 도시로 이동한 자녀를 둔 농촌지역의 부모가 질환 발생 등과 같은 건강수준의 저하가 발생하였을 경우, 우리나라의 정서에 비추어 자식들이 있는 도시로 옮겨갔기 때문에 오히려 도시지역에서의 만성질환 유병 수준이 높은 것으로 관찰될 수 있을 것으로 생각된다. 셋째, 농촌지역의 물리적 사회적 고립, 의료기관의 접근성 저하와 이용 가능한 의료서비스의 제한 등의 이유로 만성질환에 이환되어 심각한 건강상태였던 노인은 이미 사망하여, 오히려 농촌지역의 만성질환 유병 수준이 낮은 것으로 관찰되는 일종의 선택적 생존 바이어스의 가능성을 들 수 있다. 이는 단면연구에서 흔히 발생할 수 있는 것으로 조사에 참여한 노인은 생존하고 있는 노인만이 포함되어 보여지는 현상으로, 단면연구 등의 수행시 선택적 생존 바이어스와 같은 것을 고려해야 하는 것이다(대한예방의학회, 2011). 거주지역이라는 물리사회적 환경이 건강수준에 어떠한 영향을 미치는 지를 알아보기 위해서 코호트 연구와 같은 전향적 연구를 수행함으로써 이를 규명하고자 하는 노력이 필요할 것으로 생각된다. 넷째, 만성질

환 유병여부는 검진 등의 객관적인 진단 결과가 아닌 의사진단에 의한 경험여부를 조사한 것으로 정확한 질병명에 대한 인지 수준의 차이가 도시와 농촌 간에 존재하여 발생할 수 있을 것으로 생각된다. 향후 연구에서 건강검진 자료 등 질병 분류를 위한 객관적 지표를 이용하여 확인해 볼 필요가 있을 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점은 첫째, 단면연구이기 때문에 지역의 특성과 건강수준과의 관계 즉, 지역이 건강수준에 영향을 미친다는 원인적 연관성을 설명하기는 불가능하다는 점이다. 둘째, 개인의 사회경제적인 특성을 통제한 상태에서 노인의 거주 지역에 따른 여러 건강행태 및 건강상태를 비교했으나 실제 이용 가능한 의료자원이나 인력, 제공되는 서비스 등의 지역 특성을 고려하지 못하고 단순히 거주 지역에 따른 차이만을 보았다는 점이다. 향후 지역의 특성을 반영한 변수를 포함한 다수준분석 등을 시행하여 지역간 차이를 설명하는 특성을 파악해야 할 것이다. 셋째, 대도시, 도시, 농촌으로 분류된 거주 지역을 단순히 행정구역과 동, 읍면으로 분류한 거주지역을 이용하여 분류했다는 것이다. 정보의 활용제한 등의 이유로 선행연구에서 제시한 인구수와 행정 지역 등을 고려한 분류를 시도하지는 못했다(Durazo 등, 2011; Eberhardt와 Pamuk, 2004). 그러나 이러한 제한점에도 불구하고 일부 한정된 지역에서의 지역간 비교를 시도했던 선행연구들과는 달리, 전국을 포함하는 대표성 있는 표본을 활용하여 지역간 건강수준의 차이를 파악하여 제시했다는 점은 본 연구의 장점이라 할 수 있을 것이다.

본 연구 결과, 거주 지역에 따라 노인의 건강행태 및 건강수준은 차이가 있고, 농촌지역이 사회경제적, 물리적 환경이 열악하지만 노인의 건강행태나 만성질환 유병상태 등의 건강수준은 도시지역에 비해 더 양호함을 알 수 있었다. 이러한 차이를 유도하는 지역의 특성을 파악하여 지역에 따른 노인건강관리를 위한 전략마련이 필요할 것으로 생각된다.

Ⅴ. 요약 및 결론

농촌인구의 도시집중과 농촌 지역의 노령화 등으로 농촌은 건강문제를 비롯한 사회경제적 문제가 도시지역보다 더 심각하다. 노인의 경우도 도시와 농촌지역 간 건강문제 등에 대해 차이가 있을 것으로 예상되지만 아직까지 우리나라의 지역 간 노인의 건강수준에 대한 연구보고 자료는 드물다. 이에 본 연구는 국민건강영양조사를 이용하여 도시와 농촌지역에 거주하는 노인의 건강행태와 질병수준을 파악하고, 사회인구학적 특성을 통제한 상태에서 도시와 농촌지역의 노인의 건강수준을 비교하고자 수행하였다.

본 연구는 제4기 국민건강 영양조사(2007년-2009년) 자료를 이용하였으며, 65세 이상 노인으로 건강면접조사, 보건의식행태조사, 검진조사에 참여하여 분석에 필요한 변수가 모두 확보된 3,823명을 최종 연구대상으로 하였다. 지역의 분류는 행정지역과 동, 읍면으로 구분된 거주지역을 이용하여 '대도시', '도시', '농촌'으로 분류하였다. 카이제곱검정과 다중로지스틱 회귀분석을 이용하여 지역에 따른 건강행태, 정신 건강 및 만성질환 수준 증의 건강상태를 비교하였다.

연구결과, 우리나라 65세 이상 노인의 건강수준은 농촌지역이 사회경제적 여건은 도시지역에 비해 열악하지만 노인의 건강행태나 건강상태는 도시지역에 비해 더 양호함을 알 수 있었다. 농촌지역을 대도시 지역과 비교할 경우 건강행태 및 건강상태의 비차비는 독감접종 1.56(95%,신뢰구간 1.30 - 1.87), 고강도 신체활동 실천 1.45(1.10 - 1.92), 중등도 신체활동 실천 1.45(1.14 - 1.85)로 유의하게 높았다. 우울증상 경험에 대한 비차비(95%신뢰구간)는 0.80(0.66 - 0.98)로 유의하게 낮았으며, 당뇨병 의사진단의 비차비(95%신뢰구간)는 0.70(0.56 - 0.86)로 통계적으로 유의하였다.

결론적으로 65세 이상 노인의 건강행태와 건강수준은 이들의 거주 지역에 따라 차이가 있음을 알 수 있었다. 따라서 노인의 건강 수준의 향상을 위해서는 지역 특성과 여건에 맞는 프로그램의 개발이 필요하며, 거주 지역에 따른 차이를 설명할 수 있는 특성을 파악하고자 하는 연구가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

참고문헌

김정순. 일 농촌노인의 건강상태 및 건강증진행위에 관한 연구. 지역사회간호학회지 2001; 12(1): 187-201

김태현. 한국에 있어서의 노인 부양에 관한 연구. 박사학위논문, 고려대학교 대학원, 1980

대한예방의학회. 예방의학과 공중보건학. 서울: 계축문화사, 2011

박정숙. 도시와 농촌지역 노인의 건강증진행위와 지각된 건강상태 비교. 한국농촌의학회지 2002; 27(2): 137-148

보건복지부. 2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구 조사. 보건복지부, 2004

보건복지부, 질병관리본부. 2009 국민건강통계: 국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009). 2010

윤해영. 한국노인의 건강상태에 관한 사회의학적 비교 분석연구. 박사학위논문, 경희대학교 대학원, 1988

이상민, 서충민, 김명진, 김승환. 건강체조 운동프로그램이 농촌노인 여성 신체조성, 혈압 및 혈중 지질에 미치는 영향. 한국체육학회지 2007: 45(6): 514-554

이석구, 전소연. 노인들의 사회경제적 수준과 건강주순, 건강행태와의 관계. 예방의학회지 2005; 38(2): 154-162

이정미, 권근상, 이주형, 전갑성. 도시, 농촌지역 주민의 건강행태에 관한 연구. 한국농촌의학·지역보건학회지 2005; 30(2): 213-225

임부돌, 이주영. 일개 도시·농촌 통합지역 주민의 보건기관 이용경험과 보건서비스 요구도 조사. 한국농촌의학회지 2000; 25(1): 99-112

임주원, 엄춘식, 김계형, 김선미, 조비룡. 한국 노인에서의 독감백신 접종률. 노인병 2009; 13(4): 215-221

정경희. 1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사. 서울: 한국보건사회연구원, 1998

통계청. e-나라지표: 남녀별 연령별 인구구조. [2011. 12. 16 인용] URL: http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=1010&bbs=INDX_001&class_div=A

최영희, 신윤희. 대도시, 중소도시, 농촌 노인의 건강상태에 관한 연구. 대한간호학회지 1991; 21(3): 365-382

최영희, 정승은. 한국노인의 신체적 건강상태 도구개발과 신체적 건강상태에 관한 연구. 성인간호학회지 1991; 3(1): 70-91

Durazo EM, Jones MR, Wallace SP, Van Arsdale J, Aydin M, Stewart C. The Health status and unique health challenges of rural older adults in California. Health Policy Brief. 2011 June [cited 2011 Dec 15]. Available from: URL: http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/files/ruralolderadultspb.pdf

Eberhardt MS, Pamuk ER. The importance of place of residence: Examining health in rural and nonrural areas. Am J Public Health 2004; 94: 1682-1686

House JS, Lepkowski JM, Williams DR, Mero RP, Lantz PM, Robert FSA, Chen J. Excess mortality among urban residents: How much, for whom, and why?. Am J Public Health 2000; 90: 1898-1904

Kaplan GA, Strawbridge WJ, Camacho T, Cohen RD. Factors associated with changes in physical functioning in the elderly: A six-year prospective study. J Aging Health 1993; 5: 140-153

Morgan K, Amstrong GK, Huppert FA, Brayne C, Solomou W. Healthy aging in urban and rural Britain: A comparison of exercise and diet. Age Aging 2000; 29(4): 341-348

Obisesan TO, Vargas CM, Gillum RF. Geographic variation in stroke risk in the United States: Region, urbanization, and hypertension in the third National Health and Nutrition Examination Survey. Stroke 2000; 31: 19-25

Pullen C, Walker SN, Finandt K. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. Fam Community Health 2001; 24(2): 49-72

Rosenthal TC, Fox C. Access to health care for the rural elderly. JAMA 2000; 284(16): 2034-2036

Ryu SY, Kim SH, Park HS, Park J. Influenza Vaccination among Adults 65 Years or Older: 2009–2010 Community Health Survey in Honam Region of Korea. Int J Environ Res Public Health 2011; 8: 4197-4206

Wilcox S, Castro C, King AC, Housemann R, Brownson RC. Determinants of leisure time physical activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United States. J Epidemiol Community Health 2000; 54: 667-672

저 작 물 이 용 허 락 서

본인이 저작한 학위논문에 대하여 다음과 같은 방법 및 조건하에 대학교에 저작권을 위임할 것을 서약합니다.

1. 인터넷 및 온라인 서비스와 아카이빙을 위하여 저작물의 내용을 변경하지 않는 편집상 혹은 포맷상의 변경을 통한 복제를 허락함
2. 저작물의 DB 구축과 인터넷을 포함한 정보통신망에 공개하여 논문 일부 또는 전부의 복제·배포 및 전송을 허락함
3. 저작물에 대한 이용 기간은 3년으로 하고 계약 종료 2개월 이내에 별도의 의사표시가 없는 경우 기간을 계속 연장함
4. 해당 저작물의 저작권을 타인에게 양도하거나 또는 출판 허락을 하였을 경우 1개월 이내에 소속 대학에 통보함
5. 배포, 전송된 학위논문은 이용자가 다시 복제 및 전송할 수 없으며 이용자가 연구 목적이 아닌 상업적 용도로 사용하는 것을 금함
6. 소속대학은 학위논문 위임 서약 이후 해당 저작물로 인한 타인의 권리 침해에 관하여 일체의 법적 책임을 지지 않을 것을 확인함
7. 소속대학의 협약기관 및 한국교육학술정보원에 논문 제공을 허락함

동의여부 : 동의(0) 조건부 동의( ) 반대( )

※ 조건부 동의 및 반대인 경우 사유 및 조건을 기재하여 주시기 바랍니다.

사유 :

조건 :

저작자 성명 :

주소 : (연락처 :)

2011 년 12 월 일

이름 : 전 종 덕 (인)

조 선 대 학 교 총 장 귀하