

## 도·농간 노인들의 건강수준 비교

관동의대 의학과, \*연세대학교 대학원 보건학과, \*\*관동의대 예방의학교실,  
\*\*\*울산의대 강릉아산병원 가정의학과

전진용 · 김상아\* · 박웅섭\*\* · 오미경\*\*\*

### 요 약

연구배경: 현대 사회가 노령화됨에 따라 노인에 대한 관심이 증가되고 있으며, 도시와 농촌 노인들 간에는 지역적 차이로 인해 건강에도 차이가 있을 것으로 예상된다. 따라서 도시와 농촌 노인들의 건강 수준의 차이를 알아보기 위하여 본 연구를 수행하였다.

방법: 도시 노인 139명과 농촌 노인 127명을 대상으로 설문을 조사하였다. 종속변수인 노인들의 건강 수준은 SF-36 (Short Form-36)의 한글판을 사용하였고, 독립변수는 노인들의 사회인구학적 특성과 노인들의 건강에 영향을 미칠 수 있는 변수들을 조사하였다.

결과: 다른 변수들의 영향을 통제한 다중회귀분석결과 신체적 기능(physical function)( $P < 0.05$ ), 신체적 역할 제한(role limitation-physical)( $P < 0.05$ ), 통증(bodily pain)( $P < 0.001$ )에서 도시 노인들의 건강 수준 점수가 농촌보다 높은 것으로 나타났고, 정신건강(mental health)( $P < 0.05$ ) 부분에서는 농촌 노인들의 건강 수준 점수가 도시보다 더 높은 것으로 나타났다.

결론: 농촌 지역 노인들의 건강향상을 위해서는 먼저 신체적 건강을 증진시키기 위하여 보건의료 자원에 대한 접근성을 향상시켜야 할 것이며, 도시 지역 노인들의 경우에는 정신적 건강을 증진시키기 위한 정신 보건 서비스를 제공하는 등의 도시와 농촌 간의 차별화된 보건정책이 필요할 것이다. 또한 일차 진료를 담당하는 가정의는 도시와 농촌의 노인들의 건강의 차이를 고려하여 보건의료 서비스를 제공해야 할 것이다. (가정의학회지 2002;23:1348-1358)

중심단어: 도시, 농촌, 노인, 건강, SF-36

### 서 론

현재 우리나라는 노령화 사회로 가고 있다. 우리나라 65세 이상 노인인구의 비율은 점차 증가하여 1998년에는 전체 인구의 6.6%로서 1979년의 3.7%, 1989년의 4.8%를 고려할 때 빠른 속도로 증가하고 있으며, 노인인구의 증가는 2010년에는 9.4%로 예상되어 2000년대 초에 노령화사회가 될 전망이다.<sup>1)</sup> 이에 따라 수명 연장으로 인한 노인의 급·만성 질환의 유병률도 높아지고 있으며, 노인의 건강에 대한 문제

도 날로 관심이 높아지고 있다. 한국보건사회연구원에 따르면<sup>2)</sup> 우리 나라의 노인의 87%가 만성질환을 한 가지 이상 앓고 있으며, 노인의 58.5%가 자신의 건강을 나쁘게 인식하고 있다고 하며, 강영곤 등<sup>3)</sup>은 노인의 78.3%가 자신의 건강을 평균 이하라고 생각하고 있다고 하며, 배철영<sup>4)</sup>은 우리나라 노인의 많은 치료 가능한 질환들이 제대로 발견 치료되지 못하고 있다고 하였다. 노인 인구의 증가에 따라 노인 인구의 의료비가 차지하는 비중도 증가하고 있으며, 이미 미국에서는 1988년 미국 의료비의 30%가 노인인구를 위해 사용되었으며, 장기요양소에 입원하고 있는 환자수가 전체 환자수를 넘고 있다.<sup>5)</sup>

현대의 의학은 치료 중심에서 예방 중심으로 가고 있고, 이에 따라 노인들의 건강상태를 사전에 평가하

접수일: 2002년 5월 20일, 승인일: 2002년 11월 7일  
교신저자: 박웅섭  
Tel: 033-649-7475, 7567, Fax: 033-641-1074  
E-mail: wspark@kwandong.ac.kr

여 도움을 주는 일은 매우 중요하다고 생각된다. 건강을 평가하는 데에는 여러 가지 방법이 있지만, 특히 자가건강 인지도는 개인의 실제 건강상태를 정확히 반영하지 못하고 같은 건강수준의 사람에게서 서로 다른 건강인지를 보일 수 있다는 단점<sup>6,7)</sup>에도 불구하고, 건강과 관련된 삶의 질을 평가하는 데 타당성과 신뢰성이 있는 지표로 인정되고 있고<sup>8)</sup> 의학, 사회학, 노인학 등에서 널리 이용되고 있으며<sup>9)</sup>, 특히 노인층에 있어서 자가 건강 인지도는 사망 위험과 밀접한 관련이 있음이 알려져 있다.<sup>10,11)</sup>

특히 오늘날에는 도시와 농촌은 생활 양식, 환경, 경제 등에 많은 차이점이 있으며, 도시와 농촌 간의 지역 불균형 및 생활양식의 차이 등으로 인한, 도시와 농촌 노인들의 건강에는 많은 차이가 있을 것으로 보인다.

우리 나라에서의 농촌 노인과 도시 노인의 건강에 관한 연구로는 농촌과 도시지역 노인의 건강 요구를 비교한 연구<sup>12)</sup>, 농촌과 도시의 노인질환의 비교 연구<sup>13)</sup>, 도시와 농촌의 재가노인의 생활기능상태와 삶의 만족도에 관한 연구<sup>14)</sup>, 농촌과 도시 노인의 가족지지와 정신건강을 비교한 연구<sup>15)</sup>, 농촌과 도시지역 노인의 약물 복용실태와 관련 요인을 조사한 연구<sup>16)</sup>가 있지만, 의료 기관 이용도나 질병 분포에 따른 분석이 주가 되었고, 자가 건강 인지도를 통한 전반적 건강 상태의 차이를 분석한 연구는 아직 미비한 실정이다. 따라서 자가 건강 인지도를 통한 도시와 농촌 노인들 간의 건강 상태의 차이를 알아보기 위해 이 연구를 수행하였다.

## 방 법

### 1. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구를 위해 강원도 강릉시의 노인들을 대상으로 설문 조사하였다. 강릉시는 1읍 7면 13동으로 구성되어 있는데, 이 중 도시지역 노인들은 이중 읍·면 지역을 제외한 강릉시 소재 13개 동에 소재하는 노인정의 60세 이상 남녀 노인을 대상으로 하였고, 조사대상 노인정은 한국통신 전화번호부상의 노인정 중 다섯 곳을 확률 추출하여, 직접 방문하여 개별 면접 조사를 실시하였다. 농촌 지역은, 고랭지 농업

지역으로 경지 면적의 87%가 밭으로 구성된 대표적인 농촌지역인<sup>17)</sup> 강원도 강릉시 왕산면 도마 1·2리 지역의 주민을 2001년 4월에 총 2회 모든 가구를 방문하여 면접 조사를 실시하였고, 방문 시 부재중인 경우를 제외하고, 60세 이상의 모든 노인을 대상으로 설문을 조사하였다. 설문에 응답한 노인의 수는 도시가 총 139명, 농촌이 총 127명이었다.

### 2. 자료의 성격 및 변수

이 연구에서는 종속변수인 노인들의 건강수준을 Ware와 Sherbourne<sup>18)</sup>에 의해 개발된 SF-36(Short Form-36)의 한글판을 사용하여 측정하였고, 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 혼란변수로는 사회인구학적 특성과 노인들의 건강에 영향을 미칠 수 있는 변수들을 문헌고찰을 통해 선정하였다.

자가 건강 인지도를 측정하는 도구로는 Sickness Impact Profile<sup>19)</sup>, Nottingham Health Profile<sup>20)</sup>, Duke Health Profile<sup>21)</sup>, COOP Chart<sup>22)</sup> 등이 있으나, 특히 SF-36은 신체적, 정신적 상태를 비롯한 건강에 영향을 끼치는 전반적인 면을 다루고 있으며, 임상 연구 및 보건 정책 평가, 일반인을 대상으로 한 조사에서 사용될 수 있고, 여러 연구를 통해 신뢰도와 타당도가 검증되었으며 다양한 임상 결과를 추출해 낼 수 있고, 대규모 집단을 대상으로 한 연구도 가능성이 증명되었다.<sup>23-26)</sup> SF-36의 구성을 살펴보면 기능수준, 안녕수준, 전반적인 건강 평가 등 3개 영역으로 구성되어 있으며, 건강수준은 구체적으로 9개 하부영역 총 36개 문항으로 구성되어 있다. 이중 건강상태의 변화(health change)를 제외한, 신체적 기능(physical function, PF), 사회적 기능(social function, SF), 신체적 역할 제한(role limitation-physical, RP), 감정적 역할 제한(role limitation-emotion, RE), 정신건강(mental health, MH), 활력(vitality, VT), 통증(bodily pain, BP), 일반건강(general health, GH)의 8개 항목을 이용하여 건강수준의 8개 영역을 측정하고자 하였다. SF-36은 우리나라의 경우 고상백 등의 연구에 의해<sup>27)</sup> 신뢰도와 타당도가 검증되었으며, 차분석 등에 의해<sup>28)</sup> 근로자들의 건강수준 평가에 사용된 바 있다.

혼란 변수로는 나이, 성별, 흡연유무, 음주유무, 질

병유무, 가족동거여부, 교육정도, BMI를 조사하였다. Belloc과 Breslow는 흡연, 음주, 운동, 체중, 수면 시간, 아침식사 및 간식여부가<sup>29)</sup>, 송주복 등은 흡연, 음주, 적당한 운동, 적정 수면, 적정 체중 유지가<sup>30)</sup>, 맹광호는 흡연이<sup>31)</sup>, 박영남 등<sup>32)</sup>과 이운환<sup>33)</sup>은 음주가, Liang 등은 교육 정도, 경제적 상태, 도시 농촌 주거 여부가<sup>34)</sup>, 이가영과 박태진은 연령, 경제적 수준, 우울 상태가<sup>35)</sup> 건강에 영향을 미치는 것으로 보고한 바 있다. 나이와 성별은 주민등록번호를 조사한 뒤 이를 통해 나이와 남녀여부를 조사하였다. 흡연유무와 음주유무는 설문조사 당시의 흡연과 음주의 유무로 정의하였으며, 질병유무는 설문조사 당시 의사의 진단을 받고 질병명이 ICD-9에 의해 분류 가능한 질병을 현재 앓고 있는 사람을 질병이 있는 것으로 정의하였고, 가족 동거 여부는 설문조사 당시의 동거 가족의 유무로 정의하였으며, 교육정도는 초·중·고등학교의 졸업여부로 정의하였다. BMI는 체중과 신장을 자가 기입하게 한 뒤 이를 통해 계산하였다. 본 설문에서는 노인을 60세 이상으로 정의하였다. 노년기의 기준은 학자에 따라 연령차이를 보이는데, Grip-pi는 60~69세를 노년기로, 70~79세를 노쇠기로, 80세 이상을 장수기라고 하였고, Breslow는 60~74세를 노인기(the elderly), 75세 이상을 노년기(old age)라고 하였고<sup>36)</sup> 여기서는 이 분류를 사용하여 노인을 정의하였다.

### 3. 분석 방법

이 연구는 다음과 같은 단계로 진행되었다. 첫 번째 단계는 기존의 문헌 고찰을 통하여 선정된 건강 수준에 영향을 미치리라고 예상되는 독립변수를 선정하고 연구모형을 구성하였다. 두 번째 단계에서는 조사된 자료의 기술적 연구를 수행하였다. 세 번째 단계에서 각 요인들이 각각의 노인들의 건강 수준에 미치는 기본적인 영향을 연구하기 위하여 t-test와 분산분석 및  $\chi^2$ -검정을 실시하였다. 나이와 BMI의 경우 연속변수이므로 비선형의 관계를 알아볼 수 있도록 나이는 4단계로 BMI는 3단계로 범주화하여 분석하였다. 네 번째 단계에서 이변량 분석에서 얻어진 유의한 변수와 SAS 통계 분석의 stepwise 방법을 통해 선정된 변수를 포함하여 건강 수준에 대한 모형을

만들어 다중회귀분석을 실시하였다. 다중회귀분석의 경우 순서변수로 측정된 교육 정도는 중학교 이상과 중학교 이하로 이분화하여 분석하였고, 이변량 분석에서 건강수준과 비선형의 관계를 나타낸 BMI는 과체중 여부와 과소 체중 여부로 가변수 처리하였다. 과체중은 BMI 25 이상, 과소체중은 BMI 20 이하로 정의하였다.<sup>37)</sup> 마지막으로 얻어진 결과들에 대한 종합적인 분석과 고찰을 시도하였다. SF-36의 각 문항들은 개발 시 제시된 사용방법에 따라 Likert 척도를 이용하여 8개 항목별로 문항을 합산하였고 합산한 점수는 각 항목별로 100점으로 환산하여 각 항목에서 최고 점수를 부여받은 자가 100점이 되도록 하였다. 통계처리는 PC-SAS 6.12를 사용하였다.

## 결 과

### 1. 일반적 특성

설문에 응답한 노인들의 일반적 특성을 살펴보면 다음과 같다. 노인들의 평균 연령은 농촌이 69.52세, 도시가 74.05세이었고, 성별은 농촌의 남자 비율이 44.88%, 도시가 61.15%이었다. 흡연을 하는 농촌 노인의 비율은 84.80%, 도시 노인의 비율이 44.85%이었고, 음주를 하는 농촌 노인의 비율은 36.00%이었고, 도시 노인의 비율은 33.81%이었다. 노인들 중 질병을 가지고 있는 노인의 비율은 농촌이 35.43%, 도시가 52.59%이었다. 가족과 동거하는 노인의 비율은 농촌이 61.54%, 도시가 60.61%이었다. 교육 정도는 초등학교 이하의 학력인 노인의 비율이 농촌이 58.68%, 도시가 20.16%이었다. 노인들의 BMI는 농촌이 22.73, 도시가 22.12이었다. SF-36으로 측정된 건강 수준 점수를 살펴보면, 신체적 기능, 신체적 역할 제한, 감정적 역할 제한, 활력, 통증, 일반건강의 건강점수는 도시 노인이 더 높았으며, 사회적 기능, 정신건강의 건강점수는 농촌 노인이 더 높았다. 도시와 농촌 노인의 일반적 특성 중 서로 통계학적으로 유의한 차이를 보이는 것은 나이, 성별, 흡연유무, 질병유무, 교육 정도, 신체적 기능, 정신 건강, 통증이었다(표 1).

### 2. 이변량 분석결과

- 전진용 외: 도·농간 노인들의 건강수준 비교 -

**Table 1.** General characteristics of elderly. (Unit: Mean±S.D, N (%))

		Rural (N=127)	Urban (N=139)	
Age		69.52±6.71	74.05±5.63	t=-4.59***
Sex	Male	57 (44.88)	85 (61.15)	$\chi^2=7.06^{**}$
	Female	70 (55.12)	54 (38.85)	
S moking	Yes	106 (84.80)	61 (44.85)	$\chi^2=45.10^{***}$
	No	19 (15.20)	75 (55.15)	
Drinking	Yes	45 (36.00)	47 (33.81)	$\chi^2=0.14$
	No	80 (64.00)	92 (66.19)	
Disease	Yes	45 (35.43)	71 (52.59)	$\chi^2=7.81^{**}$
	No	82 (64.57)	64 (47.41)	
Family	Living together	72 (61.54)	80 (60.61)	$\chi^2=0.02$
	Living alone	45 (38.46)	52 (39.39)	
Education	<Elementary school	71 (58.68)	25 (20.16)	$\chi^2=44.89^{***}$
	Elementary school≤,<Middle school	34 (28.10)	47 (37.91)	
	Middle school≤,<High school	6 (4.96)	31 (25)	
	High school≤	10 (8.27)	21 (16.94)	
BMI		22.73±3.54	22.12±2.60	t=1.58
SF-36 Score	PF	60.83±27.91	67.52±23.61	t=-2.11*
	SF	69.02±26.66	64.48±24.74	t=1.44
	RP	44.76±42.32	55.04±43.74	t=-1.93
	RE	60.63±44.72	68.35±40.79	t=-1.47
	MH	63.09±21.72	57.19±16.01	t=-2.50*
	VT	48.79±21.99	48.97±20.23	t=-0.07
	BP	52.32±28.52	70.52±26.44	t=-5.40***
	GH	50.35±22.46	50.43±16.40	t=-0.28

\*P<0.05, \*\*P<0.01, \*\*\*P<0.001.

PF: Physical function, SF: Social function, RP: Role limitation-physical, RE: Role limitation-emotion, MH: Mental health, VT: Vitality, BP: Bodily pain, GH: General health.

노인들의 각 변수별 건강 수준은 이분변수로 측정된 변수는 t-검정하였으며, 연속변수로 측정된 변수들은 범주화시켜 분산분석을 수행하였다. 건강수준에 대한 이변량 분석결과, 신체적 기능은 성별, 가족 동거 여부, 교육 정도, 흡연 유무, 질병 유무에 따라, 사회적 기능은 나이, 가족 동거 여부, 교육 정도, 질병 유무, 도시·농촌 주거여부에 따라, 신체적 역할 제한은 성별, 가족 동거 여부, 교육 정도, 질병 유무에 따라, 감정적 역할 제한은 성별, 교육 정도, 질병

유무에 따라, 정신건강은 가족 동거 여부, 질병유무, 도시·농촌 주거여부에 따라, 활력은 성별, 가족 동거 여부, 교육 정도, 질병 유무에 따라, 통증은 성별, 가족 동거 여부, 교육 정도, 흡연, 질병 유무, 도시·농촌 주거여부에 따라, 일반건강은 가족 동거 여부, 교육 정도, 질병 유무에 따라 통계학적으로 유의한 차이가 있었다(표 2).

**Table 2.** The SF-36 scores according to study variables. (Unit: Mean±S.D)

	PF	SF	RP	RE	MH	VT	BP	GH
<b>Age</b>								
<70	67.10±25.39	87.47±28.77	55.17±42.81	85.53±43.02	80.73±20.80	47.94±20.82	60.22±29.65	48.75±20.43
70≤, <75	66.07±22.41	71.82±20.99	52.50±42.19	85.24±43.01	82.21±17.27	50.11±18.32	67.29±26.44	53.07±18.04
75≤, <80	63.75±26.06	88.02±28.49	48.44±44.74	87.71±40.70	57.53±17.41	48.83±22.37	61.17±30.32	48.84±18.73
80≤	54.36±29.85	55.94±27.73	38.18±44.15	54.19±48.34	59.30±21.48	48.31±25.00	55.31±28.64	49.00±19.88
	F=2.44	F=3.37*	F=1.81	F=0.91	F=0.72	F=0.14	F=1.61	F=0.82
<b>Sex</b>								
Male	71.44±25.67	68.50±26.31	59.82±42.80	71.36±39.22	60.87±20.36	52.10±23.13	66.18±29.11	52.19±18.84
Female	56.14±23.76	64.52±24.97	39.22±41.38	56.99±45.54	59.02±17.68	45.19±17.76	56.85±27.90	47.74±19.46
	t=5.01***	t=1.26	t=3.95***	t=2.77**	t=0.78	t=2.75**	t=2.66**	t=1.89
<b>Family</b>								
Living together	67.89±26.03	69.90±23.39	55.03±42.81	67.32±42.11	61.76±18.04	51.56±20.38	65.56±27.63	52.47±17.92
Living alone	57.60±24.78	61.24±27.32	40.72±42.90	58.08±46.69	56.45±20.73	44.59±21.47	55.05±30.87	46.03±20.64
	t=3.09**	t=2.67**	t=2.56*	t=1.65	t=2.13*	t=2.58*	t=2.79**	t=2.60**
<b>Education</b>								
<Elementary school	56.30±25.24	63.70±26.28	35.64±41.40	53.47±45.75	60.38±20.08	45.69±21.73	53.10±28.64	47.67±21.77
Elementary school≤, <Middle school	65.43±26.51	69.14±26.30	57.81±42.40	69.14±39.71	59.59±20.56	46.56±20.85	62.59±29.60	48.27±17.73
Middle school≤, <High school	72.16±22.03	65.20±25.20	58.78±43.79	76.58±36.74	56.51±17.07	52.70±21.10	70.81±26.38	57.03±15.70
High school≤	81.29±20.12	77.82±18.17	70.97±38.78	79.57±37.20	68.58±14.35	61.29±17.57	74.44±24.07	58.55±17.76
	F=9.55***	F=2.67*	F=7.73***	F=4.96**	F=2.42	F=5.15**	F=6.44***	F=4.31**
<b>Drinking</b>								
Yes	68.59±23.47	69.32±23.08	54.17±41.61	66.67±40.15	58.66±9.92	90.98±20.59	63.02±28.72	52.12±18.92
No	62.19±26.81	64.97±26.99	48.10±44.06	63.18±44.31	60.61±18.79	47.28±20.86	61.06±29.10	48.87±19.38
	t=1.92	t=1.31	t=1.08	t=0.63	t=-0.79	t=1.38	t=0.52	t=1.31
<b>Smoking</b>								
Yes	61.77±26.50	67.07±26.26	46.49±43.07	61.68±43.54	60.13±19.62	48.99±21.06	57.40±28.80	50.28±20.13
No	69.15±24.59	65.45±25.28	56.65±43.56	68.79±41.71	59.28±18.70	48.64±21.39	69.41±27.64	50.32±17.43
	t=-2.21*	t=0.48	t=-1.81	t=-1.29	t=0.34	t=0.13	t=-3.28**	t=-0.02
<b>Disease</b>								
Yes	56.83±25.24	58.30±26.17	36.09±41.52	54.88±45.31	54.14±20.28	43.41±21.89	54.33±28.47	41.94±18.14
No	70.00±25.22	73.39±23.67	61.28±41.69	71.69±39.60	64.67±16.96	53.29±19.57	67.76±27.63	56.65±17.80
	t=-4.19***	t=4.89***	t=-4.84***	t=-3.20**	t=-4.58***	t=-3.85***	t=-3.85***	t=-6.59***
<b>BMI</b>								
≤20	85.08±28.35	88.54±25.47	50.85±44.28	88.11±43.81	80.99±19.30	49.67±18.61	62.00±28.30	47.75±18.24
20<, <25	82.92±28.24	88.52±25.78	50.49±42.82	84.74±42.20	59.24±19.30	48.89±21.78	62.61±29.51	51.54±19.24
25≤	88.08±24.84	85.31±28.18	49.49±44.34	81.90±44.82	81.18±18.92	48.65±21.43	59.54±28.14	48.78±20.40
	F=0.78	F=0.23	F=0.01	F=0.13	F=0.29	F=0.04	F=0.21	F=1.00
<b>Living</b>								
Urban	67.52±23.61	64.48±24.74	55.04±43.74	68.35±40.79	57.19±16.01	48.97±20.23	70.52±26.44	50.43±16.40
Rural	60.83±27.91	69.02±26.66	44.76±42.32	60.63±44.72	63.09±21.72	48.79±21.99	52.32±28.52	50.35±22.46
	t=-2.11*	t=1.44	t=-1.93	t=-1.47	t=-2.50*	t=-0.07	t=-5.40***	t=-0.28

\*P<0.05, \*\*P<0.01, \*\*\*P<0.001.

PF: Physical function, SF: Social function, RP: Role limitation-physical, RE: Role limitation-emotion, MH: Mental health, VT: Vitality, BP: Bodily pain, GH: General health.

Table 3. The multiple regression analysis of SF-36 score by characteristics.

Variables	PF		SF		RP		RE		MH		VT		BP		GH	
	Regression coefficients	t value	Regression coefficients	t value	Regression coefficients	t value	Regression coefficients	t value	Regression coefficients	t value	Regression coefficients	t value	Regression coefficients	t value	Regression coefficients	t value
Intercept	105.68	5.89***	94.16	4.93***	109.33	3.44***	88.91	2.68**	61.35	4.12***	45.43	2.82**	88.14	4.27***	51.81	3.60***
Age	-0.76	-3.05**	-0.37	-1.41	-1.01	-2.29*	-0.50	-1.09	-0.01	-0.05	-0.02	-0.09	-0.55	-1.93	-0.00	-0.01
Sex <sup>†</sup>	14.43	4.54***	5.85	1.73	17.07	3.05**	15.15	2.58*	2.91	1.10	6.91	2.42*	5.18	1.42	1.31	0.51
Family <sup>‡</sup>	5.00	1.58	6.71	1.99*	8.54	1.54	2.17	0.37	4.67	1.78	5.33	1.87	7.76	2.14*	4.53	1.79
Education <sup>§</sup>	8.06	2.21*	4.26	1.09	7.54	1.18	15.95	2.37*	4.65	1.53	9.73	2.96**	6.47	1.54	7.70	2.63**
Smoking	3.00	0.86	-3.36	-0.90	3.23	0.53	0.99	0.15	1.92	0.66	-1.77	-0.56	1.82	0.45	-2.05	-0.73
Disease	-15.85	-5.09***	-16.91	-5.10***	-31.41	-5.73***	-18.38	-3.20**	-10.29	-3.98***	-10.99	-3.93***	-18.52	-5.17***	-15.18	-6.08***
Overweight <sup>  </sup>	5.88	1.45	-2.95	-0.68	3.20	0.45	-0.67	-0.09	4.10	1.22	2.37	0.65	0.48	0.10	-2.01	-0.62
Underweight <sup>¶</sup>	6.13	3.97	4.06	0.96	8.27	7.02	6.46	0.88	2.36	0.72	3.65	1.02	2.07	0.45	-1.29	-0.41
Living Urban	7.70	2.11*	-0.80	-0.21	14.84	2.32*	5.25	0.78	-7.33	-2.42*	-1.01	-0.31	20.58	4.91***	1.70	0.58
	R <sup>2</sup> =0.2932		R <sup>2</sup> =0.1735		R <sup>2</sup> =0.2439		R <sup>2</sup> =0.1341		R <sup>2</sup> =0.1474		R <sup>2</sup> =0.1702		R <sup>2</sup> =0.2724		R <sup>2</sup> =0.2124	

<sup>†</sup>Female (0), Male (1) \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001.

<sup>‡</sup>Living alone (0), Living together (1).

<sup>§</sup><Middle school (0), ≥Middle school (1).

<sup>||</sup>BMI < 25 (0), BMI ≥ 25 (1).

<sup>¶</sup>BMI > 20 (0), BMI ≤ 20 (1).

PF: Physical function, SF: Social function, RP: Role limitation-physical, RE: Role limitation-emotion.

MH: Mental health, VT: Vitality, BP: Bodily pain, GH: General health.

### 3. 다중회귀 분석결과

다른 관련 변수들의 영향을 통제하는 다중회귀분석 결과, 신체적 기능의 경우 나이와 건강 수준 점수가 통계학적으로 유의하게 음의 상관관계를 보였고, 남자가 여자에 비해, 중학교 이상의 학력의 노인이 중학교 미만의 학력의 노인에 비해, 질병이 없는 노인이 있는 노인에 비해, 도시 노인이 농촌 노인에 비해 신체적 기능 점수가 통계학적으로 유의하게 높았다. 사회적 기능의 경우 가족과 동거하는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해, 질병이 없는 노인이 있는 노인에 비해 사회적 기능 점수가 통계학적으로 유의하게 높았다. 신체적 역할 제한의 경우 나이와 건강 수준 점수가 통계학적으로 유의하게 음의 상관관계를 보였으며, 여자에 비해 남자가, 질병이 없는 노인이 있는 노인에 비해, 도시 노인이 농촌 노인에 비해 신체적 역할 제한 점수가 통계학적으로 유의하게 높았다. 감정적 역할 제한의 경우 여자에 비해 남자가, 중학교 이상의 학력의 노인이 중학교 미만의 학력의 노인에 비해, 질병이 없는 노인이 있는 노인에 비해 감정적 역할 제한 점수가 통계학적으로 유의하게 높았다. 정신건강의 경우 질병이 없는 노인이 있는 노인에 비해, 농촌 노인이 도시 노인에 비해 정신건강 점수가 통계학적으로 유의하게 높았다. 활력의 경우 여자에 비해 남자가, 중학교 이상의 학력의 노인이 중학교 미만의 학력의 노인에 비해, 질병이 없는 노인이 있는 노인에 비해 활력 점수가 통계학적으로 유의하게 높았다. 통증의 경우 가족과 동거하는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해, 질병이 없는 노인이 있는 노인에 비해, 도시 노인이 농촌 노인에 비해 통증 점수가 통계학적으로 유의하게 높았다. 일반건강의 경우 중학교 이상의 학력의 노인이 중학교 미만의 학력의 노인에 비해, 질병이 없는 노인이 있는 노인에 비해 일반건강 점수가 통계학적으로 유의하게 높았다(표 3).

### 고 찰

현대 사회가 노령화됨에 따라 노인의 건강은 앞으로의 사회에 있어 중요한 문제의 하나가 되고 있다. 이미 세계의 많은 나라에서 노인의학에 관한 연구가

활발히 이루어지고 있고, 노인의학 전문의 제도 등을 도입하는 등 노인 인구의 건강에 대한 관심이 높아지고 있다. 우리 나라의 경우 아직은 노인 인구의 건강에 대한 연구가 초기화 단계에 있다고 할 수 있으며, 이러한 실정에서 우리 나라의 도시와 농촌지역 노인들의 건강을 평가하여 이에 따른 차별화된 서비스를 제공하는 일은 중요한 일이라고 할 수 있다. 이 연구에서는 다른 변수의 요인을 통제한 다중 회귀분석 결과 신체적 기능, 신체적 역할 제한, 통증에서 도시 노인들의 건강 수준 점수가 농촌보다 높은 것으로 나타났고, 정신건강부분에서는 농촌 노인들의 건강 수준 점수가 도시보다 더 높은 것으로 나타났다.

신체적 기능, 신체적 역할 제한, 통증과 같은 신체적 영역의 건강은 농촌보다 도시가 더 높게 나타났는데, 이는 농촌의 노인들이 2가지 이상의 만성질환을 가지고 있고, 1년 이내에 건강문제로 약을 복용한 적이 있다는 Sharar 등의 보고<sup>38)</sup>, 농촌 노인의 근골격계 질환의 유병률이 농촌이 더 높다는 연구결과<sup>39)</sup>, 농촌에 비해 도시의 주민들이 더 건강하다는 연구<sup>40)</sup>와 일치하였다. 이러한 차이가 나타난 이유는 도시와 농촌의 여러 환경의 차이 때문으로 보여진다. 여러 연구에서 도시에 비해 농촌의 의료 접근성이 떨어지며<sup>41-43)</sup>, 예방적 보건 의료 서비스에 소외되어 있다고 있으며<sup>44,45)</sup>, Rosenblatt 등도 농촌에서 도시로 갈수록 더 질 좋은 의료 서비스를 제공받을 수 있다고<sup>46)</sup> 발표하고 있다. 이러한 결과와, 아직도 농촌이 도시에 비해 여러 가지 건강에 정보를 얻을 수 있는 여건이 많이 부족한 현실 등을 감안할 때, 의료의 접근성이나, 의료 정보 제공 등의 차이가 도시와 농촌 노인들간의 신체적 건강을 차이가 나타나는 원인이라고 생각되며, 여기에 대해서는 좀 더 자세한 연구가 필요하다고 생각된다.

정신건강의 경우 도시보다 농촌의 건강 수준 점수가 높은 것으로 나타났다. 이는 도시에서 더 많은 기억 장애를 보고한 Wackerbarth의 연구와<sup>47)</sup> 일치하는 결과를 보여주었다. 이러한 이유는 도시가 농촌보다 정신적 스트레스에 영향을 줄 수 있는 여러 환경들에 노출되어 있고, 이러한 환경의 영향일 것으로 보여진다. 우리나라 노인들의 정신 건강에 대한 연구를 살펴보면 농촌지역은 인지기능 장애의 유병률이 각각

17%<sup>48)</sup>, 9.5%<sup>49)</sup>, 11.3%<sup>50)</sup>, 14%<sup>51)</sup>라는 연구, 우울증의 유병률이 10%라는 연구<sup>51)</sup>가 있으며, 도시지역은 인지기능 장애와 우울증의 유병률이 각각 10.6%, 15.8%라는 연구가 있지만<sup>52)</sup>, 많은 연구들이 주로 농촌 지역 노인들에 국한되어 있고, 특히 도시 농촌 노인들간의 정신장애를 비교한 연구는 드문 형편에 있다. 또한 도시와 농촌 노인들의 기억력 장애에는 유의한 차이가 없다는 보고와<sup>53)</sup> SF-36이 정신 건강의 측면보다는 보다 전반적인 건강에 중점을 둔 건강 척도라는 점을 감안하면, 보다 정신 건강에 중점을 둔 여러 척도를<sup>54-58)</sup> 바탕으로 한, 좀 더 자세한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

나이에서는 신체적 기능과 신체적 역할 제한 항목에서, 연령과 건강 수준 점수는 통계학적으로 유의하게 음의 상관관계를 나타냈는데, 이는 여러 연구결과와<sup>24,28,35,59)</sup> 일치하는 결과를 보여주었다.

성별을 보면 신체적 기능, 신체적 역할 제한, 감정적 역할 제한, 활력에서 여자에 비해 남자의 건강 수준 점수가 통계적으로 유의하게 높았는데, 다른 여러 연구결과와<sup>24,28,59-61)</sup> 일치한 결과를 보여주었다.

가족의 동거여부에 대해서는 가족과 동거할수록 사회적 기능의 건강 수준 점수가 높아지는 것으로 나타났는데, 이를 통해 가족동거로 인한 사회적 지지 때문인 것으로 보이며, 사회적 지지가 낮을수록 건강 상태와 불량하다는 연구결과<sup>35)</sup>와도 일치하는 결과를 보여주었다.

교육은 교육 정도가 높을수록 신체적 기능, 감정적 역할 제한, 활력, 일반건강 등 많은 항목에서 전반적인 건강이 높은 것으로 나타났는데, 이는 다른 여러 연구결과와<sup>34,35,62)</sup> 일치하였다.

질병의 경우, 질병이 있을수록 건강 수준 점수가 낮게 측정되었는데 이는 SF-36이 여러 급만성 질환을 평가하는데 유용하다는 많은 결과와<sup>26,63,64)</sup> 일치하였다.

하지만 이 연구는 다음과 같은 제한점이 있다.

첫째 이 연구에서 도시의 노인들은 노인정을 확률 추출하였으나 노인정에 나올 수 없는 거동 불편이 있고, 비교적 건강 상태가 나쁜 노인들이 조사에서 제외되었을 가능성이 있으며, 농촌의 노인들은 여러 농촌 지역 중 도마리 지역이 임의 선택되었으며, 해당

지역의 노인들을 전수 조사하려는 노력에도 불구하고, 조사기간 내내 집을 비운 노인이 있는 등 모두 조사에 누락된 노인들이 존재한다. 따라서 도시 지역 노인들의 건강 수준이 농촌보다 과대 평가되었을 수 있고 여기에 따른 해석에 주의가 필요하다.

둘째 이 연구는 단면연구로 이루어져 있다. 단면연구는 여러 변수의 관련성을 살필 수 있으며, 연구 수행이 비교적 쉬운 장점이 있으나, 기본적으로 시간의 선후성이 명확하지 않아 원인·결과관계를 살펴 볼 수가 없다.<sup>65)</sup> 그러므로 이 연구도 다만 상관관계로 해석되어야 할 것이다.

마지막으로 중요 변수 누락에 의한 편의(omitted variable bias)가 발생하였을 가능성이 있다. 설문 조사라는 한계점 때문에 수면시간과 운동<sup>29,30)</sup>, 아침식사 여부<sup>29)</sup>, 경제적 수준<sup>34,35)</sup>과 같은 건강 수준에 영향을 미칠 수 있는 변수들이 누락되었고, 이에 따른 해석에 주의가 필요하며, 후속 연구에서는 이러한 것들이 통제된 상태에서 연구가 수행되어야 할 것이다.

이 연구의 결과를 종합하면 신체적 기능, 신체적 역할 제한, 통증에서 도시 노인들의 건강 수준 점수가 농촌보다 높은 것으로 나타났고, 정신건강부분에서는 농촌 노인들의 건강 수준 점수가 도시보다 더 높은 것으로 분석되었으며, 통제변수로 사용한 나이, 성별, 가족 동거 여부, 교육 정도, 음주, 흡연, 질병, BMI등과 건강수준은 기존연구들과 대체적으로 일치한 결과를 보여주었다. 따라서 농촌 지역 노인들의 건강향상을 위해서는 먼저 신체적 건강을 증진시키기 위하여 보건의료자원에 대한 접근성을 향상시켜야 할 것이며, 도시 지역 노인들의 경우에는 정신적 건강을 증진시키기 위한 정신 보건 서비스를 제공하는 등의 도시와 농촌간의 차별화 된 보건정책이 필요할 것으로 판단된다. 또한 일차 진료를 담당하는 가정의는 도시와 농촌의 노인들의 건강의 차이를 고려하여 보건의료 서비스를 제공하여야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

1. 한국보건사회연구원. 한국의 보건복지지표. 대명문화사; 1998. p. 91-2.
2. 한국보건사회연구원. 노인복지의 현황과 정책과제. 대

- 명문화사; 1995. p. 137-9.
3. 강연근, 원정문, 배철영, 이호택, 이석기, 이영진. 노인에게 흔한 숨겨진 질환의 빈도. 가정의학회지 1998; 19(10):838-46.
  4. 배철영. 노인 환자의 관리. 가정의학회지 1994;15(1): 792-801.
  5. 조주연, 배철영, 이영진, 조경희, 조경환, 홍성호, 등. 노인의학개론: 1st ed. 아산:순천향대학교 교육매체제작센터;1998.
  6. Conelly JE, Philbrick JT, Smith Jr, Kaiser DL, Waimer A. Health perception of primary care patients and the influence on health care utilization. Medical Care 1989;27(3):99-109.
  7. McDowell I, Newell C. Measuring health: 2nd ed. N.Y.:Oxford University Press;1996. p. 219-25.
  8. Shadblot B. Some correlates of self-rated health for Australian women. Am J Publ Hlth 1997;87(6):951-6.
  9. Ware JE Jr, Davies-Avery A, Dornald CA. Conceptualization and measurement of health for adults in the Health Insurance Study: Vol. V General health perceptions. Santa Monica, California: Rand Corporation; 1978.
  10. Pijls LT, Feskens EJ, Kromhout D. Self-rated health, death risk, and chronic disease in elderly men. The Zutphen study, 1985-1990. Am J Epidemiol 1993; 138(10):840-8.
  11. Elena SHY, Yin MK, Donald JS, William TL, Myng-yuan Z, Katzman R. Self-perceived health and 5-year death risk risks among the elderly in Shanghi, China. Am J Epidemiol 1998;147(9):880-90.
  12. 오상은. 농촌과 도시지역 노인의 건강요구에 관한 비교 연구[석사학위논문]. 광주:전남대학교 대학원.
  13. 이혜순, 최윤선, 황의정, 홍명호. 일개 도시와 농촌에서의 노인질환의 비교 연구. 가정의학회지 1991;12(1): 36-46.
  14. 이제면. 재가노인의 생활기능상태와 삶의 만족도에 관한 연구 -도시와 농촌 일부 노인을 대상으로[석사학위 논문]. 부산: 인제대학교 대학원; 1995.
  15. 민경화, 김상순. 농촌과 도시지역 노인의 가족지지와 정신건강에 관한 비교. 한국농촌의학회지 1995;20(2): 175-85.
  16. 박신애, 이홍수, 이상화, 위자형. 일부 도시와 농촌지역 노인의 약물 복용실태와 그 관련 요인. 노인병 1997; 1(2):104-19.
  17. 강릉시. 강릉 통계 연보. 강릉: 강릉시; 1999.
  18. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). In Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30:473-83.
  19. Bergner M, Bobbitt Ra, Carter WB. The sickness impact profile: conceptural formulation and methodology for the development of a health status measure, Unt J Health Serv 1976;6:393.
  20. Hunt SM, Mckenna S, Mcewen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Helth Profile: Subjective health status and medical consultations. Social Science in Medicine 1981;15A:221-9.
  21. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CJ. The Duke Health Profile: a 17-item measure of health and dysfunction. Med Care 1990;28(11):1056-72.
  22. Nelson EC, Langdgraf JM, Hays RD, Kirk JW, Was-son JH, Keller A, et al. The COOP function chart: A system to measure patient function in physician's offices. In M Lipkin (ED.), Functional status measurement in primary care. New-York:Springer-Verlag;1990.
  23. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Tomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validation the SF-36 health survey questionnaire: now outcome measure for primary care. BMJ 1992;305:160-4.
  24. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short Form-36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. BMJ 1993;306:1437-40.
  25. Perneger TV, Leplege A, Etter JF, Rougemont A. Validation of a French-Language version of the MOS 36-Item short form health survey (SF-36) in young healthy adults. J Cli Epidemiol 1995;48(8): 1051-60.
  26. McHorney CA, Ware JE Jr. Construction and validation of an alternate from general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-item Health Survey. Med Care 1995;33:15-28.
  27. 고상백, 장세진, 강명근, 차봉석, 박종구. 직장인들의 건강수준 평가를 위한 측정도구의 신뢰도와 타당도 분석. 예방의학회지 1997;30(2):251-66.
  28. 차봉석, 고상백, 장세진, 박종구, 강명근. SF-36을 이용한 근로자들의 건강수준 평가. 대한산업의학회지 1998;10(1):9-19.
  29. Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health

- status and health practices. *Prev Med* 1972;1:409-21.
30. 송주복, 이부옥, 신해림, 정갑열, 김준연. 농촌지역 주민의 건강관련 행위와 질병이환과의 관계. *예방의학회지* 1997;30(2):342-55.
  31. 맹광호. 한국인 성인남녀의 흡연관련 사망에 관한 연구. *한국역학회지* 1988;10(1):138-45.
  32. 박영남, 하재상, 박중환. 종합병원에 입원한 남자 환자의 음주양상과 신체질병. *대한의학협회지* 1988;31(1):887-93.
  33. 이윤환. 음주가 사망에 미치는 영향[석사학위 논문]. 서울: 연세대학교 보건대학원; 1992.
  34. Liang J, McCarthy JF, Jain A, Krause N, Bennett JM, Gu S. Socioeconomic gradient in old age mortality in Wuhan, China. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000;55(4):S222-33.
  35. 이가영, 박태진. 농촌지역 노인들의 사회적 지지와 건강상태의 관련성. *가정의학회지* 2000;21(5):672-82.
  36. 서순규, 성인병. 노인병학. 서울: 고려의학; 1991.
  37. Eugene Braynwald, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson. *Harrison's Principle of Internal Medicine*: 15th ed. McGraw-Hill; 2001.
  38. Shahar S, Earland J, Abd Rahman S. Social and Health profiles of rural elderly Malays. *Singapore Med J* 2001;42(5):208-13.
  39. 문상식, 남정자. 우리나라 65세 이상 노인의 건강수준: 여성노인의 질병상태, 외병수준, 활동제한을 중심으로. *한국노년학* 2001;21(1):15-30.
  40. Adams CE, Michel Y, DeFrates D, Corbett CF. Effect of locale on health status and direct care time of rural versus urban home health patients. *J Nurs Adm* 2001;31(5):244-51.
  41. 송건용, 김홍숙. 우리나라 의료요구 및 의료이용에 관한 조사연구보고. 한국인구보건연구원;1982.
  42. 문옥륜. 지역의료보험과 의료의 수급. *의료보험* 1988;97(1):22-31.
  43. 주경식, 김한중, 이선희, 민혜영. 도시 농촌간 의료이용 수준의 비교분석. *예방의학회지* 1996;29(2):311-30.
  44. Casey MM, Thiede Call K, Klingner JM. Are rural residents less likely to obtain recommended preventive healthcare service? *Am J Prev Med* 2001;21(3):182-8.
  45. Pol LG, Rouse J, Zyzanski S, Rasmussen D, Crabtree B. Rural, urban and suburban comparisons of preventive services in family practice clinic. *J Rural Health* 2001;17(2):114-21.
  46. Rosenblatt RA, Balddwin LM, Chan L, Fordyce MA, Hirsch IB, Palmrt JP, et al. Improving the quality of outpatient care for older patients with diabetes: lessons from a comparison of rural and urban communities. *J Fam Pract* 2001;50(8):676-80.
  47. Wackerbarth SB, Johnson MM, Markesbery WR, Smith CD. Urban-rural differences in a memory disorders clinical population. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(5):647-50.
  48. 이호영, 신승철. 일부 농촌지역(강화도)노인 정신장애의 역학적 연구(III). *신경정신의학* 1989;28:617-31.
  49. 우종인, 이정희, 유근영, 홍진표, 김창엽, 김용익 등. 한국의 한 농촌지역에 거주하는 노인에서의 치매의 유병률. *신경정신의학* 1997;36:99-102.
  50. 박중환, 고효진, 하재창, 박영남, 정철호. 경북 영일군 어느 면지역 노인들에서의 치매의 유병률. *신경정신의학* 1991;30:1121-9.
  51. 오병훈, 김현수, 김정훈, 조항석, 조정혜, 조현상 등. 한국 한 농촌지역의 노인성 인지기능 장애 및 우울증상 역학조사. *노인정신의학* 1998;2(2):176-86.
  52. 조맹재, 함봉진, 주진형, 배재남, 권준수. 일 도시지역 지역사회 노인들의 인지기능 장애와 우울증상의 유병률. *신경정신의학* 1998;37:352-62.
  53. Chumbler NR, Cody M, Booth BM, Beck CK. Rural-urban differences in service use for memory-related problems in older adults. *J Behav Health Serv Res* 2001;28(2):212-21.
  54. 권용철, 박한중. 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination (MMSE-K)의 표준화 연구. 제1편: MMSE-K의 개발. *신경정신의학* 1989;28:125-35.
  55. 정인과, 광동일, 신동균, 이민수, 이현수, 김진영. 한국형 노인우울 검사의 표준화 연구. *신경정신의학* 1997;36:103-12.
  56. 배종면, 정은경, 유태우, 허봉렬, 김철환. 외래용 스트레스량 측정 도구 개발 연구. *가정의학회지* 1992;13(10):809-20.
  57. 고경봉. 정신신체장애환자들의 스트레스지각. *신경정신의학* 1988;27:514-24.
  58. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and MMPI - a step in the validation of a new report scale. *Br J Psychiatry* 1976;128:280-9.
  59. 전진용, 김상아, 박웅섭, 오미경, 홍윤미. SF-36을 이

- 용한 농촌 노인들의 건강상태 평가. *관동의대학술지* 2001;5(1):93-101.
60. Garrat AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. The SF-36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ* 1993;306:1440-4.
61. 박기호, 조우현, 서일, 박종구. 청년층의 자기인식건강 관련요인. *예방의학회지* 2000;33(4):415-25.
62. Meeks S, Murrekk SA. Contribution of education to health and life satisfaction in older adults medicated by negative affect. *J Aging Health* 2001;13(1):92-119.
63. Angst F, Aeschlimann A, Stucki G. Smallest detectable and minimal clinically important differences of rehabilitation intervention with their implications for required sample sizes using WOMAC and SF-36 quality of life measurement instruments in patients with osteoarthritis of the lower extremities. *Arthritis Rheum* 2001;45(4):384-91.
64. McFarland KF, Rhoades DR, Campbell J, Finch WH. Meaning of illness and health outcomes in type 1 diabetes. *Endocr Pract* 2001;7(4):250-5.
65. Abramson JH. Making sense of data. Oxford university press;1994.

## Abstract

### The Difference of Health Status between Urban and Rural Elderly

Jin-Yong Jun, Sang-A Kim\*, Woong-Sub Park\*\*, and Mi Kyeong Oh\*\*\*

Department of Medicine, Kwandong University College of Medicine, \*Department of Public Health, The Graduate School of Yonsei University, \*\*Department of Preventive Medicine and Public Health, Kwandong University College of Medicine, \*\*\*Department of Family Medicine, Ulsan University Gangneung Asan Hospital

**Background:** This study was designed to evaluate the difference of health status between urban and rural elderly.

**Methods:** This study was carried out with a data of 139 urban elderly and 127 rural elderly. The health status of the elderly was measured by Korean Translated SF-36 (Short Form 36). The independent variables were the demographic characteristics of the elderly and the factors that may have influence on the health status of the elderly.

**Results:** The multiple regression analysis showed as follows: with respect to physical function ( $P < 0.05$ ), role limitation-physical ( $P < 0.05$ ), bodily pain ( $P < 0.001$ ) the level of health state of the urban elderly was higher than that of the rural elderly. On mental health ( $P < 0.05$ ), the level of the rural elderly was higher than that of the urban elderly.

**Conclusion:** It seemed necessary to improve accessibility to the public health clinics for better physical health care of the rural elderly and to provide specific mental health services for the urban elderly. In addition, primary physicians should give their careful consideration for the differences and then provide the specific health programs for the rural and urban elderly accordingly. (*J Korean Acad Fam Med* 2002;23:1348-1358)

**Key words:** urban, rural, elderly, health status, SF-36