

농촌지역 독거노인의 건강증진행위와 삶의 질

최연희

대구한의대학교 간호학과

〈목 차〉

| | |
|-----------|------------|
| I. 서론 | V. 결론 및 제언 |
| II. 연구방법 | 참고문헌 |
| III. 연구결과 | Abstract |
| IV. 논의 | |

I. 서론

1. 연구의 필요성

농촌지역이 갈수록 고령화되어 10년 전 농촌 인구의 15%였던 65세 이상 노인 비중이 2002년 27.8%로 늘어나 농촌의 인구학적 변화가 일어났다. 이처럼 노인인구비율의 증가와 함께 나타나는 또 다른 특징은 노인단독가구의 증가라고 할 수 있다. 2002년 현재 농촌의 노인가구중 독거노인가구와 노인부부가구 등으로 이루어진 가구는 58.3%로서 노인가구의 과반수가 되었다(통계청, 2003).

독거노인은 인생의 황혼기를 사실상 부양해 줄 가족이 없어서 혼자서 생활을 영위하는 노인

으로 부부가 함께 사는 노인에 비해 신체적 건강 악화, 경제적 지위 하락, 사회적·심리적 고립 등으로 노인의 삶의 질에 심각한 우려를 낳게 하는 요인이 되고 있다(Davis 등, 1992).

삶의 질은 1980년대부터 건강관리의 주요 목표로 대두되면서 질병과 관련시켜 보고되기 시작했다. 삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적 경험들이 자기 내에서 통합되어 형성되는 내적 개념으로 개인이 지각하는 주관적인 안녕 상태(Margilvy, 1985)라 할 수 있으며, 이는 인간의 최적의 건강증진 수준을 향상시키는 것과 밀접한 관계를 가지고 있다. 많은 선행연구의 결과에서 나타난 삶의 질 영향요인으로는 건강증진행위(Kim, 1996; Walker et al., 1988), 우울(Kim, 2000), 사회적 지지(Kaplan et al., 1977), 경제상

교신저자 : 최연희

대구시 수성구 상동 165 대구한의대 간호학과

전화번호: 053-770-2281, E-mail: yeonhee@dhu.ac.kr

태(Kim & Pyo, 2002) 등이 있다. 이 중 건강증진행위는 삶의 질에 영향을 미치는 주요요인으로 제시되고 있는데 이는 특히 노년기의 삶의 전반적인 만족에 큰 비중을 차지하고 있음을 보여주고 있다(Monika, 1977). 건강증진행위는 건강한 생활양식을 증진시키기 위한 개인적 또는 지역사회 활동으로써 개인의 안녕 수준과 생활의 만족감을 높혀 궁극적으로는 삶의 질의 수준을 높일 수 있다(Pender, 1987)고 하였다.

노년기는 노화와 관련된 전신적 기능의 퇴행으로 인한 신체적 문제를 가지게 되며, 이런 신체적 변화는 노인에게 사회·심리적인 변화를 가져오게 된다. 특히 농촌지역 노인들은 도시노인들에 비해 상대적인 소외감을 더 느낄 가능성이 크다(Park et al., 1998)고 한다. 자녀들이 도시로 이동함으로써 노인단독가구를 형성하고, 물리적인 거리가 멀어지고 왕래가 잦지 않음으로써 농촌노인들의 사회적, 가족적 고립은 심할 수밖에 없다. 설사 자녀들과 접촉하는 경우에도 도시적 생활양식과 세대차이 등으로 자녀들과의 갈등을 겪게 되어 고립감과 고독감이 심하게 된다. 그리고 농촌노인들은 지금까지의 계, 두레 및 품앗이 등의 공동체적 경험이 충분했다가 점차 줄어들게 됨으로써 더욱 무력감을 느낄 가능성 또한 있다. 많은 연구들(Park, 1999; Leon et al., 1994)에서 우울증을 경험하는 노인의 비율이 적게는 15%에서 많게는 81%까지 보고된 바 있다. 특히 농촌노인은 그들이 처한 특수한 상황으로 인해 다른 연령군에 비해 우울증을 경험할 가능성이 크기 때문에 노인의 삶의 질을 위협하는 중요한 요인으로 여겨지고 있다(Kim, 2000).

농촌지역의 노인보건복지서비스는 도시지역에 비해 수요가 많음에도 불구하고 농촌지역의

재정자립도가 낮아 도시지역에 비해 노인보건복지 서비스 제공이 열악한 것으로 나타났다(정방자, 1995). 보건의료복지자원에 있어서도 노인의 삶을 만족시켜 줄 만한 활용 가능한 보건의료복지 관련 공공 및 민간자원의 시설이 미미한 실정으로 농촌노인들은 사회적 지지를 체계적으로 수혜받지 못한 채 살고 있다(이영석, 1996). 특히 산업화로 인해 전통적인 대가족이 핵가족화 되고 노부모를 부양해야 할 젊은 층은 경제활동으로 도시로 떠나가고 있어 농촌노인들이 제공받을 수 있는 사회적 지지원의 상실이 날로 심각해져 새로운 사회문제로 대두되고 있다. 사회적 지지는 인간의 사회적 욕구를 충족시키기 위한 타인과의 상호작용의 결과의 산물로 노인의 건강에 영향을 주는 주요 요인인데 건강문제를 야기하는 스트레스 충격을 감소 또는 완충하는 속성을 지닌 용어이다. 사회적 지원으로는 배우자, 가족, 친구, 동료, 이웃, 의료제공자, 상담자 및 성직자 등에 의해 제공되는 다양한 형태의 도움이 포함된다고 하였다(Norbeck 등, 1981). 사회적 지지를 Kaplan 등(1977)은 노인의 일상생활기능에 직접적인 영향을 미치며 삶의 만족도 영향을 미치는 요인이라고 하였고, Margilvy(1985)는 노인이 일상생활에서 인지하는 사회적 지지는 노인의 삶의 질과 긍정적인 관계가 있는 중요한 변수라고 하였다.

그러나 노년기의 삶의 질에 관한 관심을 갖기 시작한 것은 최근의 일이며, 삶의 질에 대한 개념적 합의조차 이루어지지 못하고 있는 실정이다. 특히 노년기의 삶의 질에 관련된 기존 연구를 재검토하여 보면, 도시지역 노인에 편중되어 노인의 거주 특성을 고려하지 않고 노인집단을 하나로 규정하여 이들의 삶의 질을 분석함으로써 노인 건강증진의 취약지역인 농촌지역 독

거노인들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 파악할 수 없는 제한점을 지니고 있다.

따라서 본 연구에서는 우리나라 농촌지역 독거노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 규명함으로써 노인 관련 건강증진프로그램 개발의 지침을 제공하고자 시도되었다.

2. 연구 목적

본 연구는 농촌지역 독거노인의 건강증진행위와 삶의 질의 정도를 파악하고 삶의 질에 영향 미치는 요인을 확인하기 위함이며, 그 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 농촌지역 독거노인의 건강증진행위와 삶의 질 정도를 파악한다,
- 2) 농촌지역 독거노인의 일반적 특성에 따른 건강증진행위와 삶의 질의 차이를 비교한다.
- 3) 농촌지역 독거노인의 삶의 질, 건강증진행위, 우울 및 사회적 지지의 상관관계를 파악한다.
- 4) 농촌지역 독거노인의 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 확인한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 농촌지역 독거노인의 건강증진행위와 삶의 질 정도를 파악하고 그에 영향을 미치는 변수를 규명하기 위한 서술적 상관 관계 연구이다.

2. 연구대상

연구대상은 경상북도의 의성군, 영양군, 봉화군, 상주군에 거주하는 65세 이상의 노인을 대상으로 하였다. 연구대상자는 주민등록상 자녀 또는 친척 등 동거가족이 없고 노인 혼자서 가구를 형성하고 있는 독거노인으로 일상생활동작을 유지하고 의사소통이 가능한 노인으로 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 동의한 202명을 대상으로 하였다.

3. 자료수집방법

자료수집은 2003년 7월 10일부터 8월 30일 까지 구조화된 설문지를 통해 이루어졌다. 본 연구에 협조가 가능한 4개 군지역을 편의 추출하여 보건진료원을 통하여 자료수집하였다. 이 때 사전 교육을 받은 연구조원 5명이 본 연구대상자의 가정을 방문하여 노인들이 이해하기 쉽도록 설문지의 문항을 읽어주는 개별적 면담을 통해 조사하였다. 총 220부 설문지를 작성하였으나 응답이 불충분한 18부를 제외한 202부를 본 연구의 자료로 활용하였다.

4. 연구도구

본 연구는 삶의 질, 건강증진행위, 우울 및 사회적 지지의 측정도구를 사용하였으며, 각 도구 문항의 타당도를 위해 간호학 교수 2인과 노인 전문병원 수간호사 2인의 검증을 받았으며, 농촌 노인 10인을 대상으로 예비조사를 실시하여 최종적으로 수정 보완하여 사용하였다.

1) 삶의 질 측정도구

노유자(1988)가 개발한 삶의 질 측정도구를

독거노인 대상자에게 적합하도록 수정하여 사용하였다. 본 도구의 삶의 질 차원으로 정서적 측면 13문항, 신체상태와 기능 측면 10문항, 경제적 측면 4문항, 자아존중감 측면 8문항, 이웃관계 측면 5문항 등으로 총 40문항으로 구성되었다. 이 도구는 Likert식 5점 척도로서 점수가 높을 수록 삶의 질 정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발당시 삶의 질 문항은 Cronbach's $\alpha = .94$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .90$ 이었다.

2) 건강증진행위

건강증진행위는 Walker 등(1987)이 개발한 건강증진 생활양식 도구(Health-promoting Lifestyle Profile ; HPLP)를 우리나라 독거노인 대상자에게 적합하도록 수정하여 사용하였다. 건강증진행위는 6개의 하위개념 즉, 자아실현 11문항, 운동과 영양 12문항, 건강책임 10문항, 대인관계지지 7문항 및 스트레스 관리 7문항 등으로 총 47문항으로 구성되었다. 이 도구는 Likert식 5점 척도로서 점수가 높을 수록 건강증진 행위의 실천 정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발 당시 건강증진행위 문항은 Cronbach's $\alpha = .92$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .90$ 이었다.

3) 우울 측정도구

Yesavage 등(1983)이 개발한 GDS(Geriatric Depression Scale) 단축형을 Ki(1996)에 의해 표준화된 한국판 노인 우울 척도 단축형으로 고안된 도구를 이용하였다. 이는 노인을 대상으로 조사하기가 용이하고 비교적 짧은 시간 안에 실시가 가능한 검사로서, 대상자가 '예/아니오'로

응답하는 양분척도로서 15문항으로 이루어져 있다. 각 문항당 0점 또는 1점을 부여하였으며, 총 0점에서 15점의 우울 점수 분포상에서 측정 점수의 10점 이상을 우울 상태로 간주하였다. 도구의 신뢰도는 개발 당시 우울 문항은 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .86$ 이었다.

4) 사회적 지지 측정도구

장숙아(1997)가 개발한 사회적 지지 척도를 독거노인 대상자에게 적합하도록 수정하여 사용하였다. 노인의 사회적 지지 제공자를 배우자, 자녀, 형제·자매, 친구, 이웃으로 구성하였으며, 각각의 지지 제공자에 대해 정서적 지지 2문항, 도구적 지지 4문항으로 이루어져 있다. 각 하위 질문에 대해 '전혀 그렇지 않다'를 1점, '그저 그렇다' 2점, '정말 그렇다'를 3점으로 점수화하였으며, 측정된 점수가 높을 수록 사회적 지지 정도가 높음을 의미한다.

도구의 신뢰도는 개발 당시 사회적 지지 문항은 Cronbach's $\alpha = .81$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었다.

4. 자료 분석

자료분석은 SPSS WIN 10.0 프로그램을 이용하여 전산통계 처리하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성과 건강증진행위와 삶의 질 정도는 서술적 통계방법으로 분석하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위와 삶의 질의 차이 검정은 t-test와

ANOVA를 이용하였다.

- 3) 대상자의 삶의 질, 건강증진행위, 우울, 사회적 지지의 상관성 정도는 Pearson's Correlation Coefficient로 산출하였다.
- 4) 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 파악하기 위해 Stepwise Multiple Regression으로 분석하였다.

5. 연구의 제한점

본 연구대상자는 경상북도의 4개군 농촌지역에 거주하는 독거노인에 한정하였고 또한 비확률적 임의표집방법으로 선정되어, 연구결과를 우리나라 전체의 독거노인에게 일반화시킬 수 없다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 <표 2>와 같다.

대상자의 연령은 70-74세가 45.8%, 65-69세가 24.2%, 75-79세가 23.5%, 80세 이상이 6.5% 순이었으며, 성별은 여자가 68.5%를 차지했다.

교육수준은 초등졸이 44.2%, 무학이 38.3%, 중졸이 15.5%, 고졸이 2.0%의 순이었고, 79.2%가 종교를 가지고 있었다. 월수입은 30만원 이상이 31.7%, 30만원 미만이 68.3%로 나타났고, 여가 활동은 경로당이나 마을회관에서 여가시간을 보내는 것이 36.7%로 가장 높았다.

2. 대상자의 건강증진행위와 삶의 질 정도

대상자의 건강증진행위의 정도는 전체 평균은 2.43점(만점 5점)으로 각 하부영역별 평균은 영양 2.62점, 자아실현 2.58점, 스트레스 관리 2.54점, 건강책임 2.51점, 대인관계지지 2.25점, 및 운동 2.05점의 순으로 운동하부영역이 가장 낮게 나타났고, 대상자의 삶의 질의 정도는 전체 평균은 2.81점(만점 5점)으로 각 하부영역별 평균은 이웃 관계 3.27점, 자아존중감 3.01점, 정서상태 2.70점, 신체상태 2.48점 및 경제상태 2.24점의 순으로 경제적인 측면이 가장 낮게 나타났다(Table 1).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위와 삶의 질의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위

<Table 1> The mean scores of Health-promoting Behaviors & Quality of Life

(N=202)

| Variables | Mean±SD | Variables | Mean±SD |
|------------------------------|-----------|-------------------------|-----------|
| Health-promoting Behaviors | 2.43±0.62 | Quality of Life | 2.81±1.79 |
| · Self-actualization | 2.58±0.65 | · Emotional status | 2.70±1.53 |
| · Nutrition | 2.62±0.71 | · Economic status | 2.24±1.41 |
| · Health responsibility | 2.51±0.67 | · Self-esteem | 3.01±1.66 |
| · Exercise | 2.05±0.75 | · Physical status | 2.48±2.02 |
| · Interpersonal relationship | 2.25±0.58 | · Neighbor relationship | 3.27±1.96 |
| · Stress management | 2.54±0.66 | | |

정도는 연령(F=4.941, p=.004), 종교(t=3.888, p=.031), 여가활동 참여(F=3.147, p=0.041)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 건강증진 행위 정도의 차이를 사후 검정한 Duncan 검사 결과에서 연령층이 낮고 종교를 가지고 있고 경로당이나 마을회관에서 여가시간을 보내는 노인일 수록 건강증진행위 정도가 더 높게 나타났다(Table 2).

대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도는 연령(F=3.370, p=.007), 종교(t=4.127, p=.041)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 삶의 질 정도의 차이를 사후 검정한 Duncan 검사 결과에서 연령층이 낮고 종교를 가지고 있는 노인일 수록 삶의 질 정도가 더 높게 나타났다(Table 2).

<Table 2> Difference of Health-promoting Behaviors and Quality of Life by general characteristics

(N=202)

| Variables | Class | N(%) | Health-promoting Behaviors | | | | Quality of Life | | | |
|----------------------------|------------------------------|-----------|----------------------------|--------|------|--------|-----------------|--------|------|--------|
| | | | M±SD | t or F | p | Duncan | M±SD | t or F | p | Duncan |
| Age (years) | | | | | | | | | | |
| | 65-69 | 49(24.2) | 3.01±0.52 | 4.941 | .004 | A | 3.21±1.72 | 3.370 | .007 | B |
| | 70-74 | 93(45.8) | 2.98±0.49 | | | A | 2.98±1.60 | | | A |
| | 75-79 | 47(23.5) | 2.90±0.44 | | | A | 2.72±1.51 | | | A |
| | 80≤ | 13(6.5) | | | | B | | | | |
| Gender | | | | | | | | | | |
| | Male | 64(31.5) | 3.02±0.51 | 3.263 | .253 | | 2.42±1.53 | 3.824 | .139 | |
| | Female | 138(68.5) | 3.09±0.54 | | | | 2.88±1.82 | | | |
| Education | | | | | | | | | | |
| | None | 77(38.3) | 2.04±1.41 | 3.162 | .169 | | 2.21±1.33 | 3.328 | .640 | |
| | Ele. school | 89(44.2) | 2.29±1.38 | | | | 2.29±1.38 | | | |
| | Mid. school | 32(15.5) | 2.76±1.29 | | | | 2.44±1.43 | | | |
| | High school | 4(2.0) | 3.03±1.98 | | | | 3.21±2.09 | | | |
| | College ≤ | - | | | | | | | | |
| Religion | | | | | | | | | | |
| | No | 42(20.8) | 2.10±1.28 | 3.888 | .031 | | 2.41±1.32 | 4.127 | .041 | |
| | Yes | 160(79.2) | 3.21±1.51 | | | | 3.00±1.54 | | | |
| Economic level (10,000won) | | | | | | | | | | |
| | ≤ 30 | 64(31.7) | 2.49±1.65 | 3.269 | .072 | | 2.92±1.72 | 3.046 | .471 | |
| | 30 ≤ | 138(68.3) | 3.08±1.72 | | | | 3.14±1.89 | | | |
| Leisure-activity | | | | | | | | | | |
| | Lying in the bed | 59(29.3) | 2.02±1.47 | 3.147 | .041 | A | 2.60±1.50 | 3.001 | .092 | |
| | Watching TV | 59(29.2) | 2.41±1.63 | | | A | 2.82±1.54 | | | |
| | Exercising | 10(5.0) | 3.04±1.74 | | | A | 3.07±1.86 | | | |
| | Participating in an activity | 74(36.7) | 3.21±2.03 | | | B | 3.19±2.10 | | | |

4. 대상자의 삶의 질과 건강증진행위, 우울, 사회적 지지간의 상관관계

대상자의 삶의 질과 건강증진행위, 우울, 사회적 지지간의 상관관계는 <Table 3>과 같다. 삶의 질은 건강증진행위($r=.144, p=.000$)와 사회적 지지($r=.383, p=.000$)와는 정적 상관관계가 있었으며 우울($r=-.063, p=.000$)과는 유의한 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

위의 상관관계 결과를 토대로 각 변수들의 삶의 질의 설명력을 검증하기전 연구변수간의 강한 상관관계를 보인 변수들의 다중공선성(multicollinearity) 검사를 해 본 결과 건강증진행위가 사회적 지지의 총 변동 54%, 우울이 건

강증진행위의 총 변동의 36% 설명하였다. 그리고 더 정확한 다중공선성을 알아보기 위해 분산팽창인자(VIF)값을 측정한 결과 5를 넘는 변수가 없었다(Table 4).

5. 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인의 단계별 회귀분석

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 확인하기 위해 단계별 회귀분석을 실시한 결과 <Table 5>와 같다.

유의한 상관관계를 나타내었던 건강증진행위, 사회적 지지, 우울 그리고 일반적 특성에 따른 삶의 질에 차이를 보였던 변수인 연령, 종교할

<Table 3> Correlation among Quality of Life, Health-promoting Behavior, Depression and Social Support (N=202)

| | HPB r(p) | Depression r(p) | Social Support r(p) |
|-----------------|-------------|--------------------|------------------------|
| Quality of Life | .144(.000) | -.063(.000) | .383(.000) |
| HPB | | -.257(.005) | .136(.012) |
| Depression | | | -.065(.000) |

*HPB(Health-promoting Behavior)

<Table 4> Multicollinearity test

| Variables | DF | VIF |
|----------------|----|-------|
| HPB | 1 | 2.315 |
| Social support | 1 | 2.587 |
| Depression | 1 | 1.562 |

<Table 5> Stepwise multiple regression analysis on Quality of Life

(N=202)

| Variables | β | R ² | F | p |
|----------------|---------|----------------|---------|------|
| HPB | -.381 | .351 | 115.338 | .000 |
| Social support | .301 | .428 | 86.210 | .000 |
| Depression | .166 | .490 | 65.292 | .000 |
| Age | .150 | .518 | 60.152 | .038 |

동을 가변수 처리하여 회귀식에 포함하였다. 그 결과 농촌지역 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 변수로는 건강증진행위가 전체변량의 35.1%의 설명력을 갖는 것으로 나타났다. 다음으로 사회적 지지, 우울, 연령수준 순이었으며, 이를 모두 포함시켰을 때 설명력이 51.8%였다.

IV. 논 의

노인인구가 증가하게 되면 노인문제가 여러 가지 형태로 대두되어 고령화에 따른 과제는 다 방면에 걸쳐 제기된다. 즉 시대적 사조나 개인의 가치관의 변화로 인한 경로사상의 약화와 핵가족화, 출산율의 저하는 노인 부양을 어렵게 하여 노년층의 기능저하와 만성퇴행성 질환으로 인한 건강관리 문제는 중요한 사회적 문제로 대두되고 있다. 특히 농촌의 노령화, 노인단독가구의 증가와 더불어 농촌에서 두드러지는 최근의 인구학적 경향은 독거노인의 증가라고 할 수 있다. 따라서 본 연구는 독거노인의 건강증진행위와 삶의 질 정도를 살펴보고 삶의 질에 미치는 영향을 확인함으로써 지역 특성을 반영한 효율적인 노인건강증진프로그램 개발에 도움이 되고자 시도하였다.

본 연구에서 대상자의 건강증진행위의 평균 점수는 2.43점(5점 만점)이며, 영역별 수행정도에서 영양의 점수가 가장 높았고 반면에 운동영역이 제일 낮은 점수를 보였다. 본 연구와 동일한 측정도구를 이용한 Song 등(1997)의 연구에서는 60세 이상의 도시 재가노인 95명을 대상으로 조사하였는데 건강증진행위 평균은 2.63점(4점 만점)이며 대인관계 지지의 점수가 가장 높았고 운동영역의 점수가 가장 낮았다고 보고하

였다. Jeon 등(1996)은 성인의 건강증진행위에 대한 연구에서 61세 이상 도시노인군의 건강증진행위는 평균 2.34점(4점 만점)이며 대인관계 지지, 자아실현, 영양, 건강책임, 스트레스 관리, 운동의 순으로 이루어진다고 보고하였다. 도시지역 노인의 선행연구 결과들의 건강증진행위보다 본 연구대상자인 농촌지역 독거노인이 매우 낮은 건강증진행위의 평균점수를 보였다. 본 연구의 건강증진행위 영역별 수행정도에서 운동영역이 제일 낮은 결과는 선행연구와 일치되었는 바 노인 인구집단에 적합한 구체적인 건강증진 운동 프로그램 개발에 관심을 기울여야 할 것이다. 통계청(2000)의 자료에 의하면, 우리나라 노인의 운동 참여율은 8.65%에 불과하여 운동 부족이 노인에게 노화에 부적응하여 성공적인 노년을 맞이하는데 장애가 되었다. 따라서 노인들에게 건강증진을 제공하려는 보건의료인은 적절한 운동에 대한 정보를 제공하여 노인들이 그 필요성과 방법을 알고 자신의 건강에 대한 책임감을 느끼고 스스로 건강 관리하는 생활양식을 형성해 나갈 수 있도록 증재하는 역할을 해야 할 것으로 사료된다.

대상자가 인지한 삶의 질 정도는 평균평점 2.81점(5점 만점)으로 나타났고, 삶의 질의 하부요인에 따른 항목별 평균평점을 비교해 보면 이웃관계 3.27점, 자아존중감 3.01점, 정서상태 2.70점, 신체상태 2.48점, 경제상태 2.24점의 순으로 나타났다. 도시지역 재가노인을 대상으로 한 노유자와 김춘길(1995)의 연구에서의 삶의 질 정도는 평균평점 3.40점으로 농촌지역 독거노인을 대상으로 한 본 연구결과가 매우 낮은 정도임을 알 수 있다. 노인들을 지원해 왔던 가족이 산업화에 따른 도·농간의 인구이동과 함께 핵가족화로 구조적 지각변동의 과정에 있는

데도 불구하고 정부는 사회제도적인 차원에서 노인들의 삶을 지원해 줄 준비를 제대로 하지 않고 있다. 노인요양시설 등의 대부분이 도시에 집중적으로 설치되어 있으며, 노인복지제도의 운영측면에서도 도시 거주 노인 위주로 되어있다. 이와 같은 상황에서 볼 때, 농촌지역 노인의 삶의 질을 고양하기 위한 정책적 지원이 절실히 필요하다고 할 수 있다. 노인들은 사회적 지원망의 성원이 많고 긴밀할 수록, 친밀한 관계를 형성하는 이웃이 많고, 그들과 자주 만나면서 생활하는 노인일 수록 삶의 질이 높음을 알 수 있다. 그리고 경제적 빈곤은 노인이 가진 가장 큰 문제 중의 하나로서 지적되고 있으며, 노인들 스스로도 경제적 불안정을 가장 심각한 걱정거리로 인식하고 있고, 또 이들이 가장 필요로 하는 측면도 경제적 부양이라고 인식하고 있음을 알 수 있다.

일반적 특성에 따른 건강증진행위 차이를 분석한 결과 연령, 종교, 사회활동의 참여 등에 따라 유의한 차이가 나타났다. 연령의 경우 본 연구에서 65-69세 연령군이 70세 이상의 연령군에 비해 건강증진행위가 유의하게 높게 나타났다. Pyo(1991)의 연구에서는 노인의 연령이 적을 수록 건강증진행위를 더 잘 수행한다고 보고한 연구결과와 일치했다. 또한 독거노인이 사회활동에 참여하고 종교를 갖고 있는 경우가 그렇지 않은 경우보다 건강증진행위가 높게 나타났다. Kaplan(1977)은 이웃과 고립된 사람들이나 가족, 단체, 친구 등 친밀한 사회집단이 없는 사람들의 질병 발생빈도가 친밀한 사회집단을 가지고 있는 사람들보다 더 높다고 보고하였고, Yun(1985)은 갈 곳이 없고 대화할 상대가 없으면 스트레스는 신체적 증상, 감각기능의 변화를 일으킨다고 보고하였다. 김재돈과 남철현(1997)

의 연구에서도 종교를 갖고 있지 않은 고령의 노인에게는 사회적인 소외감과 신체적 노화정도가 높고, 노인의 사회 심리적인 소외감은 신체적 노화를 촉진시킬 수 있다고 보고하였다. 종교를 통한 영적 요구의 충족은 노년기의 정신적 긴장을 완화시켜 건강증진행위를 증진시킬 수 있다고 본다.

일반적 특성에 따른 삶의 질 정도는 65-69세 연령군과 종교를 가지고 있는 노인일 수록 더 높게 나타났다. 노유자(1988)의 연구에서 연령이 증가할 수록 삶의 질 총점이 유의하게 낮았다는 결과는 본 연구결과와 일치하였다. 일반적으로 연령이 증가할 수록 건강약화와 더불어 가정 외적인 활동보다는 집안에서 머무는 시간이 증가하고 사회참여활동이 감소하여 노인의 삶의 질이 낮아진다고 사료된다. Kang(2003)의 연구에서 종교를 갖고 있으면서 가족과 함께 생활하는 노인일 수록 삶의 질이 높은 것으로 나타나 본 연구와 일치하였다. 노인에게 있어 종교 생활은 노인이 선택할 수 있는 중요한 비공식적 사회적 지지원으로서 노인이 겪는 배우자 상실이나 소외, 고독, 죽음의 두려움 등의 정신영역에 위안을 주는 기능임을 알 수 있다.

본 연구대상자의 삶의 질은 건강증진행위($r=.144, p=.000$)와 사회적 지지($r=.383, p=.000$)와는 정적 상관관계가 있었으며 우울($r=-.063, p=.000$)과는 유의한 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. Lee(1989)의 연구에서 삶의 질과 건강증진 생활양식과의 상관관계를 분석한 결과 유의한 상관관계가 있었으며($r=.401, p<.001$), Park 등(1996)의 연구에서도 건강증진행위와 삶의 질간에 정적 상관관계($r=.440, p<.001$)가 있는 것으로 나타나 본 연구결과와 일치하였다. 즉 대체로 삶의 질이 높은 사람이 바람직한 건

강행위를 실천하는데 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다. Leon 등(1994)은 우울은 한 개인의 삶의 질에 부정적인 영향을 끼쳐서 우울 정도가 높은 사람은 자신의 삶에 대해 덜 만족하는 경향이 있었다고 했으며, Park 등(1998)의 연구에서도 노인의 우울 경향 증가는 삶의 질에 영향을 미칠 수 있다고 보고하여 본 연구결과와 일치하였다. Chae와 Oh(1992)는 노인이 인지하는 가족 지지와 사회적 지지가 높을 수록 삶의 질이 높으며, Chapman과 Beaudet(1983)은 사회적 활동 수준, 사회적 접촉, 이웃 사람과의 상호작용 등 노인의 제반 사회관계가 삶의 질을 형성하는데 크게 기여하는 것으로 보고 있다. Jang(1997)은 재가 노인의 삶의 질은 이웃관계와 가족관계가 크게 영향을 미치고, 신체상태와 기능은 가장 적게 영향을 미쳤다고 하였다. 이처럼 노인에게 있어서 사회적 지지가 삶의 질의 영향을 미치는 주요한 변수로 언급되고 있으며, 노인이 타인으로부터 얼마나 지지를 받느냐 하는 것은 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 볼 수 있다. Kang(2003)은 노인의 신체적 건강상태가 나쁘더라도 사회활동과 주변 사람들과의 접촉을 활발히 하는 고령 노인일 수록 스스로의 건강을 긍정적으로 지각한다고 했다. 따라서 노인들의 적극적인 사회접촉 등의 사회적 지지 중재는 신체적인 노화에 따른 제한을 극복하게 하는 완충적인 의미를 가질 수 있으며 삶의 질을 높이는데 기여할 것으로 사료된다.

다음으로 농촌지역 독거노인의 삶의 질에 영향을 미치는 변수로는 건강증진행위가 가장 설명력이 높은 변수로 나타났으며, 다음으로 사회적 지지, 우울, 연령수준이 유의한 영향력을 미치는 변수로 나타났다. 이러한 결과는 노인의 삶의 질 영향요인을 규명한 연구들 가운데 Park

등(1998)의 연구에서는 건강증진행위, 건강지각 등이 Kim & Pyo(2002)는 연령층과 아존중감, 사회적지지 등으로 나타났다고 보고하여 본 연구결과와 유사하였다. 본 연구대상자들의 삶의 질 영향요인으로 가장 설명력이 높은 변수는 건강증진행위로 나타났는데, 그 이유는 독거노인은 만성퇴행성 질환의 위협으로부터 자신의 건강을 스스로 보호하기 위하여 생활양식을 변화시키도록 요청받고 있으며, 이로 인해 건강의식을 변화시켜 질병에 걸린 후에 건강관리를 받는 것보다는 평상시에 건강증진행위를 실천하는 것이 훨씬 더 바람직하여 삶의 질에 긍정적임을 인식하게 된 것으로 본다. Riffle 등(1989)은 건강증진행위는 인간의 수명을 연장시키고 건강관리 비용을 감소시키므로 각 개인의 기본적인 건강요구를 해결할 뿐 아니라 궁극적으로는 사회 전반적인 안녕의 수준을 높일 수 있다고 하였다. 그런데 보건의료인들의 잘못된 생각 중의 하나는 노인들의 건강행위는 변화 가능성이 없다고 생각하는 점이다. 최근까지도 보건의료 제공자들은 노인들을 건강증진 프로그램의 대상에서 제외하여 왔는데, 그 이유는 노인들의 생활양식은 변화하기 힘들며 또한 변화할 의도가 없다라고 생각하기 때문이다(Minkler, 1989). 그러나 실제 노인들의 생활양식의 변화는 노인들의 만성질환 유병율을 감소시키고 수명을 연장시키는 효과가 있으며, 건강을 위해서 노인들이 새로운 건강습관을 갖는데 주저하지 않고 늦더라도 건강에 나쁜 습관을 바꾸면 그 효과가 나타난다는 연구결과들(Allen, 1986; Brody, 1985)이 제시되었다. 노인들은 자신들의 건강에 매우 관심이 많고 건강향상을 위해 삶의 양식을 변화시킬 수도 있고, 그리고 할 의사도 있다는 점, 또한 그러한 건강한 행위를 받아들여려는 의사

가 다른 어떠한 연령집단보다도 강하다는 것이 알려져 있다.

본 연구결과를 통해 볼 때 농촌지역 독거노인의 삶의 질 향상을 위해서는 건강증진행위를 증진시키고 우울 수준을 감소시키며 사회적 지지 정도를 높일 수 있는 중재안을 제공하는 것이 필요하다. 여기서 고려되어야 할 점은 건강증진행위를 증진시키기 위해서는 농촌지역의 보건 의료환경에 대한 충분한 이해가 우선되어야 할 것으로 본다. 또한 농촌지역 독거노인들을 둘러싸고 있는 사회적 지지 체계와 사회적 지지망을 파악하여 보다 다양하고 개방적인 체계로 활성화하는 것이 필요하며, 경제적 수준에 대해서는 농가의 경제상태 개선을 위한 정책적 배려가 필요하다고 본다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 농촌지역 독거노인의 건강증진행위와 삶의 질 정도를 파악하고 그에 영향을 미치는 변수를 규명하기 위한 서술적 상관 관계 연구이다.

연구대상은 경상북도의 의성군, 영양군, 봉화군, 상주군에 거주하는 65세 이상의 202명의 독거노인을 대상으로 하였다. 자료수집은 2003년 7월 10일부터 8월 30일 까지 구조화된 삶의 질, 건강증진행위, 우울 및 사회적 지지의 측정도구의 설문지를 통해 이루어졌다. 자료분석은 SPSS WIN 10.0 프로그램을 이용하여 서술적 통계방법, t-test, ANOVA, Pearson's Correlation Coefficient, Stepwise Multiple Regression으로 분석하였다.

연구의 결과의 요약은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 건강증진행위는 2.43점으로 각 하부영역별 평균은 영양 2.62점, 자아실현 2.58점, 스트레스 관리 2.54점, 건강책임 2.51점, 대인관계지지 2.25점, 및 운동 2.05점의 순으로 운동하부영역이 가장 낮게 나타났다.
- 2) 대상자의 삶의 질의 정도는 전체 평균은 2.81점(만점 5점)으로 나타났다. 삶의 질을 하부요인별로 보면 이웃 관계요인의 삶의 질 평균 평점점수가 3.27점(5점 만점)으로 가장 높았고, 경제상태 요인은 2.24점으로 가장 낮았다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 정도는 연령($F=4.941, p=.004$), 종교($t=3.888, p=.031$), 사회활동 참여($F=3.147, p=0.041$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 삶의 질 정도는 연령($F=3.370, p=.007$), 종교($t=4.127, p=.041$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.
- 4) 대상자의 삶의 질은 건강증진행위($r=.144, p=.000$)와 사회적 지지($r=.383, p=.000$)와는 정적 상관관계가 있었으며, 우울($r=-.063, p=.000$)과는 유의한 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.
- 5) 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 변수로는 건강증진행위가 전체변량의 35.1%의 설명력을 갖는 것으로 나타났다. 다음으로 사회적 지지, 우울, 연령수준 순이었으며, 이를 모두 포함시켰을 때 설명력이 51.8%였다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 본 연구결과를 토대로 농촌지역 독거노인의 삶의 질을 높이기 위해 건강증진행위를 높이고 우울을 감소시키며 사회적 지지를 확대시킬 수 있는 건강증진프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하는 연구가 필요하다.
- 2) 농촌지역 독거노인의 삶의 질을 포괄적으로 이해하기 위해 타지역 농촌과 도시지역 등 다양한 지역에서 반복 연구가 필요하다고 본다.<접수일자: 4월 2일, 게재확정일자: 6월 21일>

참고문헌

- 김재돈·남철현. 노인의 생활만족도와 이에 영향을 미치는 요인. 대한보건협회지 1997;23(2):173-191.
- 노유자. 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문. 1998
- 노유자·김춘길. 가정노인과 양로원 노인의 체력, 자기효능, 일상생활활동능력 및 삶의 질에 관한 연구. 대한간호학회지 1995;25(2):259-278.
- 신은영. 농촌노인의 건강상태와 생활만족에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문 1995.
- 이관영. 농촌노인의 역할수행과 역할만족이 생활만족도에 미치는 영향. 한국교원대학교 교육대학원 석사학위논문2001.
- 이영석. 일부 농촌지역 재택노인들의 일상생활활동 및 우울정도. 경북대학교 대학원 박사학위논문 1996.
- 장숙아. 사회적 지지가 시설노인의 생활만족도에 미치는 영향에 관한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문1997.
- 정방자. 농촌노인과 도시노인의 자아존중감, 생활만족도, 건강상태간의 관계연구. 대구가톨릭대학교 교육대학원 석사학위논문 1995.
- 하근영·홍달아기. 노인의 교우관계와 심리적 안녕감의 관계. 한국노년학연구 1996;8:24-31.
- 한국보건사회연구원. 도·농간 노인복지서비스 수준차이 해소를 위한 정책방안 2003.
- 통계청의 '2003년 농업 및 어업 기본통계조사'
- Bae, Y. S., & Park, O. J. Relationship between perceived social support and health status in the elderly. Chonnam Journal of Nursing Science, 1989;4(1):1-14.
- Barera, M. Distinctions between social support concept, measure, and models. American Journal of Community Psychology 1986; 14:413-445.
- Bock, E. W., & Webber, I. L. Suicide among the elderly: Isolating widowhood and mitigating alternative. Journal of Marriage and the Family 1972;34:24-31.
- Davis, M. A., Neuhauser, J. M., Moritis, D. J., & Segal, M. R. Living arrangements and survival among middle-aged and older adults in the NHANES epidemiologic follow-up study. Am J Public Health 1992;82(3):401-406.
- Kalan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. Social support and health. Medical Care 1977; 15(5):47-58.
- Kim, H. J. Social support, depression and quality of life in the chronic illness elderly. Master's thesis, Graduate School of Health and Environment Wonkwang Univ. of Korea. 2000.
- Kim, Y. H. , & Pyo, K. S. A study on the relationship between self-esteem and quality of life of the elderly. J of Welfare for the Aged 2002;17:157-189.
- Margilvy, J. K. Quality of life hearing order women. Nursing Research 1985;34(3): 124-128.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A., & Carrieri, V. The

- development of an instrument to measure social support. *Nursing Research* 1981;30(5):264-269.
- Palys, T. S., & Little, B. R. Perceived life satisfaction and the organization of personal project systems. *J Person Soc Psychol* 1983;44:1221-1230.
- Park, E. S., Kim, S. I., Chun, Y. J., Lee, P. S., Kim, H. J., & Han, K. S. A structural model for quality of life in the elderly. *Journal of the Korea Gerontological Society* 1998;18(3):37-61.
- Peter, G. R. Primary-group support systems of the aged. *Research on Aging* 1986;9(3): 392-416.
- Ro, Y. J. A study on middle-aged people's life quality in Seoul. Doctoral dissertation, Yonsei Univ. of Korea 1988.
- Schwartz, A. N. Snyder, C. L., & Peterson, J. A. *Aging and life; An introduction to gerontology*(2nd Ed.). NY; The Dryden Press 1984.
- Walker S. N., Sechrist K. R., & Pender N. J. The health-promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987; 36(2):76-81.

<ABSTRACT>

Health-promoting Behavior and Quality of Life of Solitary Elderly in Rural Areas

Yeon-Hee Choi

Department of Nursing, Daegu Hanny University.

Purpose: This study was to identify the degree of health-promoting behavior and quality of life and the factors influencing quality of life of solitary elderly in rural areas. **Method:** The subjects of this study were 202 solitary elderly, and 65-89, who had been living in four rural areas. Data was collected through 4 questionnaires from July 10th, 2003 to August 30th, 2003. The collected data was analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Duncan's multiple-range test, Pearson correlation coefficient and Stepwise multiple regression with SPSS/PC. **Results:** The average item score for the health-promoting behavior was 2.43; the highest score on the subscale was self-actualization (M=2.58) with the lowest being exercise (M=2.05). 2) The average item score for the quality of life was 2.81; the highest score on the subscale was neighbor relationships (M=3.27) with the lowest being economic conditions (M=2.24). There were significant differences in the health-promoting behavior by educational level and leisure-activity, in the quality of life by age and religion. Quality of life scores correlated negatively with depression scores ($r=-.063$, $p=.000$) and positively with health-promoting behavior ($r=.144$, $p=.000$), social support scores ($r=.383$, $p=.000$). Stepwise multiple regression analysis for quality of life revealed that the most powerful predictor was health-promoting behavior. Health-promoting behavior, social support, depression and age explained 51.8% of the variance. **Conclusion:** These results suggested that elderly people in rural areas with high degree of quality of life are likely to be high in health-promoting behavior and social support and low in depression. Therefore, it is necessary to develop health promotion programs in due consideration of health-promoting behavior and social support and depression in order to enhance the quality of life of solitary elderly in rural areas.

Key words: Health-promoting behavior, Quality of life, Solitary elderly in rural areas