

농촌노인의 신체적 건강과 자기부양행동과의 관련성: 가구유형별 차이를 중심으로

윤순덕

농촌진흥청 농업과학기술원 농촌자원개발연구소

Relationship between Physical Health and Self-Care Behaviors of Rural Elderly in Korea: Focused on Living Arrangement Differences

Yoon, Soon Duck

Rural Resources Development Institute, Suwon, Korea

ABSTRACT

The purpose of this study was to explore the relationship between self-rated health and Activity of Daily Living (ADL) and self-care behavior of rural elderly in Korea, focused on the difference among three distinctive living arrangements; living alone, living only with his/her spouse, and living with their married children. For this purpose, data were gathered from a nationwide survey, a total of 586 elderly aged 65 or older and living in rural area, using the structured questionnaire. Also, self-care behavior were categorized into 4 groups; life-style practice, medical self-care, adaption to functional limitation, and emotional management. The major findings are as follows; 1) Rural elderly perceived their health little and more 'bad' but their ADL capacity were 'not difficult', especially among elderly living with spouse. 2) The level of 20 items in self-care behavior (1~5score) was ranged from 2.51 to 3.81 score. The behavior level of regular exercise, setting up additional phone, taking a nutrient, and testing BP or pulse regularly were low but that of taking a medicine according to prescription, close contact with other people, and regular eating were proportionally high. 3) The majority of self-care behavior were correlated with subjective health positively but medical self-care behavior were correlated with subjective health or ADL negatively. Based on these results, policy implications are discussed.

Key words: rural elderly, physical health, self-care, health promotion behavior, living arrangements

I. 문제제기

노인층은 젊은층에 비하여 상대적으로 건강관리가 필요한 연령계층이다. 우리나라 경우만 보아도 노인의 만성질환 유병률이 90.9%에 이르고(한국보건사회연구원 2005), 2004년 기준 국민 총 의료비에서 65세 이상 노인 의료비가 차지하는 비율은 22.8%를 차지하고 있다(국민건강보험공단 2005). 즉, 노인층은 젊은층에 비하여 만성질환에 시달리고 있으며 그로 인해 의료서비스에 대한 이용비용이 많이 소요되고 있는 실정이다. 미국에서는 노인의료보험과 관련한 정부지출액이 급속도로 증가함에 따라 지출액의 증가율을 제어하기 위한 입법안의 발의가 촉구되고 있다(Frenzen 1997). 이와 같이 전 세계적으로 인구 고령화는 곧 건강하지 못한 노인인구의 증가로 이어져 개인적으로나 국가적으로 과다한 의료비를 지출시키고 있어 국가재정위기의 주요 요인으로 등장하고 있다. 이에 2002년 유엔은 각국 정부와 함께 노령화에 대비하여 노년까지의 건강과 안녕 증진을 주요 목표로 설정하고 자신의 건강을 관리하고 향상시키려는 개인적인 노력과 그러한 노력이 성공할 수 있는 환경을 조성할 수 있도록 권고하는 마드리드 국제노령화행동계획을 채택하였다(United Nations 2002).

서구에서는 1990년대부터 노인의 독립적인 기능과 건강 향상을 위하여 목표 지향적이며 자발적으로 자기에 의해 행해지는 자기부양(self-care)을 장기적인 노인보호의 바람직한 형태로 여기고 있다. 특히, 건강증진행위와 좋은 정신건강, 신체 기능 뿐만 아니라 전반적인 삶의 질과도 강력한 상관관계가 있으며(Gielen et al. 2001) 자기부양 행동이 의료서비스 사용이나 비용의 감소와 직간접적인 관련이 있다(Stearns et al. 2000)는 연구결과들이 밝혀지면서, 자기부양은 노인의 장기적인 사회적 독립이나 건강상의 독립을 증진시키는 수단으로써 잠재적인 가치가 높을 것으로 평가되고 있다. 다시 말해 자기부양 활동은 예방적인 행동을 포함하기 때문에, 결국은 의료비용을 절감시키는 잠재력이 있고 이는 충분히 달성가능하다는 의견이 받아들여지고 있다(Stearns et al. 2000).

그러나 자기부양이 기본적인 건강관련 행동으로 인식되기 이전에는 특히, 후진국에서 의료기관에의 접근 부족을 나타내는 사회적 불평등의 지표로 여겨졌을 뿐 만 아니라 자기부양을 건강에 위협한 것이지 이익이 되는 것으로 생각하지 않았었다(Leyva-Flores et al. 2001). 물론 여기에서는 자기부양의 개념을 예방적이며 주도적인 행동으로 보기보다는 치료적이며 학습화되지 않은 수동적인 행동으로 보고 있다는 제한점도 있으나, 자기부양 용어에 대한 개념의 일치가 필요함을 시사하기도 한다. 그러나 자기부양에 대한 대다수의 연구들은 자기부양의 개념을 매우 포괄적인 개념으로 이해하고 건강을 증진시키고, 질병을 예방하고, 심하지 않은 상태로 질병을 유지하고, 가벼운 질병이나 부상에서 건강을 회복하려는 의도로 개인이 취하는 행동들(<http://grants2.nih.gov/grants/guide/na-files/PA-97-048.html>, 2004.2.16; Wang & Lee 1999; Stearns et al. 2000)이라 하여 확대된 정의를 내리는 경향이다.

국내에서도 일찍이 보건학과 간호학 분야에서 '자가간호'(박영임 1997), '자기건강관리'(김초강·김희은 1993), '자기 돌봄'(유숙자 등 1996) 등의 용어로 자기부양에 대한 연구가 이루어져 왔다. 그러나 간호학 분야 연구들은 서구 연구들(Hjelm et al. 2003; Thorne et al. 2004)과 마찬가지로 당뇨병, 심장투석, 만성폐질환, 고혈압, 뇌졸중, 만성관절염 등과 같이 주로 신체나 인지에 한계가 있어 지속적인 관리를 필요로 하는 만성질환자나 노년기 이전의 성인이 주요 관심 대상이었다.

그러나 노인의 장기요양보호의 바람직한 대안으로 자기부양이 새롭게 대두되면서, 이러한 확대된 정의에 기초하여 미국국립보건원(NIH: National Institute on Health)에서는 노인들이 자기부양을 위한 행동들로 무엇을 하고 있는지에 대한 실태조사에서부터 노인들에게 미래의 자신을 돌보기 위한 준비에 대한 장기 연구까지(<http://grants2.nih.gov/grants/guide/na-files/PA-97-048.html>, 2004.2.16) 체계적인 연구를 국가적으로 추진하고 있다. 특히, 우리나라는 농촌노인을 대상으로 이러한 체계적인 연구가 시급하다고 하겠다. 주관

적 건강상태를 나쁘다고 인식하는 노인의 비율이 농촌지역 55.9%, 도시지역 47.3%(보건복지부 2001)로 신체적으로 건강하지 못한 노인의 비율이 도시보다 농촌에서 더 높음에도 불구하고 자녀로부터 동거부양을 받고 있지 않는 단독가구의 노인비율은 농촌지역 62.6%, 도시지역 43.0%(통계청 2002)로 농촌지역이 상대적으로 더 높다. 또한 신체간호나 일상적 편의 등의 도움이 필요할 때, 경제적 지원이나 정서적 지원과 달리 먼 거리에 살고 있는 자녀로부터의 서비스 지원이 즉각적이지 않고 현실적으로 받기 어려운 상황에 있어 농촌단독가구 노인의 건강조건이 더 악화될 가능성이 높다고 할 수 있다.

그럼에도 불구하고 우리나라의 농촌 단독가구 노인이 자녀동거부양을 받지 않으면서도 농촌에서 어떻게 스스로 일상생활을 유지해가고(self-care) 있으며, 이러한 개인적인 건강유지노력이 신체적인 건강과 어떠한 관련성이 있는지를 규명하는 작업이 거의 이루어지지 않았다. 박충선·남정림(1996)이 단독가구노인들이 환경에 어떻게 능동적으로 대처하고 있는지 “생존전략”의 개념을 적용하여 자신의 건강을 유지하고 관리하는 방식을 부분적으로 살펴보고 있을 뿐, 관련연구가 매우 미흡한 편이다. 앞으로 우리나라 농촌 단독가구노인은 계속 증가할 것으로 전망되는 바, 이들의 자기부양은 장기적으로 사회적 부양 부담이나 수요를 절감시키는 역할을 하기 때문에 (Herzog et al. 1989; Rowe & Kahn 1999) 농촌 단독가구노인에 의한 자기부양의 잠재적 가치는 국가적으로도 매우 클 것으로 생각된다. 이에 본 연구에서는 농촌노인을 대상으로 독신가구, 노인 부부가구, 자녀동거가구 등 가구유형별로 자기부양행동에 어떠한 차이가 있으며 이러한 자기부양행동이 신체적 건강과 어떠한 관련성이 있는지를 파악해봄으로써 부양환경이 취약한 농촌지역 단독가구노인의 자기부양행동이 자녀동거노인과 어떻게 다른지 또는 유사한지를 탐색해보고자 한다.

II. 선행연구 고찰

1. 자기부양행동

1) 개념 정의

자기부양(self-care)은 간호학 분야에서 가장 잘 개발되었고 오래된 개념으로, ‘자기간호’로 번역되어 일찍이 많은 연구가 이루어져왔다. 간호학 분야 이외에서도 자기관리(self-management: Cicutto et al. 2004; Schreurs et al. 2003; Throne & Paterson 2001), 자기부양 관리(self-care management: Throne & Paterson 2001), 건강보호관리(health care management: 신영숙 1998), 건강보호(health care: Schreurs et al. 2003), 건강증진행동(서연옥 1995), 건강행태(오현주 2001), 건강행위(김영갑 2003) 등의 다양한 용어로 연구되어졌다. 그러나 앞에서 언급한 바와 같이, 간호학에서는 주로 만성질환자나 노년기 이전의 성인을 대상으로 연구가 이루어져 왔기 때문에 만성질환자가 건강을 증진하고 그들의 신체적, 사회적, 정서적 자원을 증가시키며, 질병에서 오는 후유증을 막으려고 취하는 활동(Thorne & Paterson 2001) 또는 건강에 문제가 생겼을 때 아픈 당사자나 친밀한 사회관계망 또는 가족관계망에서 제공되는 도움을 이용하는 경우만(Leyva-Flores et al. 2001)을 살펴보는 경우가 대부분이었다.

그러나 자기간호이론(self-care theory)을 발표한 Orem은 인간이 자신의 생명, 건강, 안녕을 유지하기 위하여 각 개인이 수행하는 활동의 실체라고 자기간호를 정의하고 있으며, 이 정의가 지금까지 가장 보편적으로 사용되어지고 있다. 자기간호 요구에는 음식의 충분한 섭취, 활동과 휴식의 균형 유지 등 건강과 삶의 유지를 위하여 생의 주기 모든 단계에서 필요한 보편적 행위(universal self-care requisites), 인생의 각 발달단계의 과정을 지지하고 생활조건을 유지하며 향상시키는 발달적 자기간호 요구(developmental self-care requisites), 그리고 질병이나 상해 등으로 개인의 자기간호능력이 영구적, 일시적으로 손상되었을 때 의학적 치료를 가지고 참여하는 건강이탈 자

기간호 요구(health deviation self-care requisites) 등이 있다고 하였다(Orem 1980; 이소우 등 2002에서 재인용). 즉, 자기부양은 건강을 증진시키고, 질병을 예방하고, 심하지 않은 상태로 질병을 유지하고, 가벼운 질병이나 부상에서 건강을 회복하려는 의도로 개인이 취하는 행동들(Stearns et al. 2000)이라 할 수 있다. 세계보건기구(WHO: World Health Organization)는 질병 예방, 건강 회복 및 향상을 목적으로 한다는 점은 동일하나 활동들의 주체를 개인과 가족 뿐 만 아니라 지역사회로까지 확대하여 이들이 하는 일체의 의도적인 활동들(<http://grants2.nih.gov/grants/guide/na-files/PA-97-048.html>, 2004.2.16)로 자기부양을 정의하였다. 또한 자기부양에서는 개인의 의사결정, 자기 주도적이고 자기 지시적인 행동으로서 환자 역할이 일차적으로 중요하다(Cicutto et al. 2004)는 점이 강조된다.

그런가 하면, 최근 서구에서는 노인에 의한 자기부양이 장기적인 노인보호의 바람직한 형태로 여겨지는 등 자기부양의 강조점이 변화하면서 연구의 대상이 만성질환자 성인에서 일반 노인으로까지 확대되는 경향이다. 이에 노인의 자기부양을 나이가 들면서 개인의 독립적인 기능과 건강 향상을 위하여 자기에 의해 행해지는 행동들의 연속체(<http://grants2.nih.gov/grants/guide/na-files/PA-97-048.html>, 2004.2.16), 노화과정에서 자신의 삶의 질 및 건강 향상을 위한 대처의 한 형태 또는 전략(Wang 1999)이라고 정의하고 있다. 본 연구는 이들 정의에 기초하여 '노화과정에서 개인의 독립적인 기능과 건강 향상을 위하여 자기에 의해 행해지는 자발적인 행동'으로 개념 정의하고자 한다.

2) 영역과 측정

Leyva-Flores 등(2001)은 비건강에 대응하는 방식으로 위의 자기부양이외에 전문가기관이나 의료인을 찾아가는 것은 의료 케어(medical care)로, 치료사, 산파, 약초상 등을 찾아가는 것은 민간요법(lay care)으로 분류하여 자기부양을 이들과 구별하고 있다. 그런가하면 Mettler(1999)는 의료적 자기부양(medical self-care)을 자기부양 영역의 하나로써 자신의 건강문제를 인식, 예방, 치료, 관

리하기 위해 하는 행동이라고 하였다. 구체적으로 Stearns 등(2000)은 자기부양 행동을 생활양식 실천행동, 기능적 한계 적응행동, 의료적 자기부양 등 세 가지 영역으로 구분하고 있다. 생활양식 실천영역에는 음주, 현재와 과거의 흡연, 신장 대비 적절한 체중유지, 하루 6~8시간의 수면, 활동적인 운동, 수영이나 걷기, 사냥이나 낚시, 신체운동, 정원 가꾸기 등 10개의 구체적인 행동목록을 제시하고 있다. 기능적인 한계에 적응하기로는 집안에서 생활에 편하도록 크고 작은 변경이나 개조, 원활한 움직임을 위한 장비 사용 등이고, 의료적인 자기부양은 소변검사, 혈압과 맥박 재기가 포함된다. Wang과 Lee(1999)는 자기부양행동을 세 개의 유형으로 분류하고 있는데, 건강한 생활양식, 의료적인 자기부양, 개인의 자발적인 행동 등이다. Walker 등(1988)은 심리적 안녕, 의료적 생활양식, 운동, 식사, 교제, 스트레스 관리 등 6개 영역으로 구분하였다. 먼저 심리적 안녕으로는 낙천적 생각, 바람직한 방향으로의 성장노력, 삶의 목적, 의욕, 행복감 등을, 의료적 생활양식으로는 정기적 혈액검사, 비정상적 증상이 있을 때 의사와 의논, 영양제 복용, 혈압과 맥박 측정, 건강교육프로그램 참여, 신체변화 관찰 및 확인, 정기적 종합검진 등을, 운동으로는 등산, 활동적인 프로그램, 규칙적으로 몸 펴기 운동, 적당한 시간동안의 격렬한 운동, 여가시간 활용 신체단련 등을, 식사로는 과식을 피하고 규칙적인 식사 등을 측정하였다.

한편, 만성질환자의 자기관리는 증상을 감시하고 관리하기, 치료 처방을 지키기, 건강한 생활양식을 유지하기, 건강하지 못한 상태가 매일의 기능, 정서, 사회관계에 미치는 영향을 관리하기와 같은 행동들로, 질환환자의 구체적인 자기부양 행동으로는 약물치료, 숨쉬기 훈련, 조건반사 운동, 에어로빅, 추후약속, 감기 예방주사 맞기 등을 포함하였다(Cicutto et al. 2004). 그런가하면 증상에 대해 식구들과 상담하고, 처방이 필요 없는 약을 복용하며, 체중을 관리하고, 만성질환에 대해 자기감시를 하고, 단주 모임과 같은 자조집단에 참여하며, 건강이슈에 대한 소비자 정치운동 등 다양한 행동까지 포함하기도 한다(Fleming

1984; Mettler 1999에서 재인용).

자기부양의 영역을 분류하지 않거나 특정 도구를 사용하지 않은 연구에서는 건강증진 행위를 측정함에 일상생활활동, 지배감, 안녕, 의지, 결정, 고독감, 몸단장(Söderhamn et al. 2000), 건강한 식사, 적당한 수면, 규칙적인 운동, 스트레스 수준 낮추기, 비타민 먹기(Gielen et al. 2001), 자기감시, 초기증상 자각하고 행동하기, 약 먹기, 약을 먹는데 자기 나름의 규칙 정하기, 식사조절, 생활양식, 질병관련 과제(Schreurs et al. 2003) 등과 같이 유사한 항목들로 측정하고 있다. 사람들이 건강문제를 예방, 치료, 관리하는데 아무런 조치를 취하지 않거나, 신중하게 기다리거나, 친구나 가족에게 조언을 구하거나, 의사 처방 없이 살 수 있는 약과 가정요법을 통한 자기치료, 자가진단, 활동의 제한, 책, 잡지, 온라인 등으로 자료를 찾아보거나, 약사나 전문적인 훈련을 받은 사람들에게 조언을 구하는 것 등을 자기부양행동에 포함하여 측정하였다(Mettler 1999).

국내에서는 여러 가지 만성질환자를 위한 척도는 많이 개발되어 당뇨병자, 복막투석환자, 고혈압환자, 뇌졸중환자, 결장류 환자, 수술환자, 노인환자, 암환자 등을 위한 자기간호 이행과 자기간호 지식 등을 알아볼 수 있는 도구들이 있다(강현숙 등 1998). 서연옥(1995)은 건강증진 생활양식에 대한 외국의 척도 47문항을 번안 구성하였는데, 거기에 포함된 하위영역들로는 자아실현, 건강책임, 운동과 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리 등이다. 성인의 건강행위 측정도구를 개발한 김애경(1998)의 9개 요인에는 운동, 스트레스 관리, 에너지 보존하기, 기호품 제한, 음식물 선별섭취, 자연식, 건강검진, 이완, 영양으로 범위가 좀더 광범위해졌다. 농업인의 건강관리를 연구한 신영숙(1998)은 수면, 목욕, 피로회복제 복용 등 피로회복, 식사량, 규칙적 식사태도, 음주, 흡연 등 식생활관리, 휴일, 휴식시간 잘 지키기 등 노동관리로 분류하였다. 오현주(2001)는 건강행태로 양약·한약·건강보조식품 섭취, 운동, 금연, 금주, 식사조절을, 이명숙(2003)은 간호요구로 개인위생, 음식과 수분 섭취, 호흡, 배설, 운동 및 동작, 체온유지, 상처 간호, 투약, 교육 및 상담을

측정하였다.

2. 자기부양행동과 건강과의 관련성

건강실천행위가 실질적으로 건강과 어떠한 관련성이 있는지에 대해서는 국내외 많은 연구자들이 주목하여왔다. 그러나 건강실천행위가 건강의 향상을 가져왔는지 아니면 건강상태가 좋을수록 건강실천행위가 더 증가했는지에 대한 인과적 논의는 종단적 연구가 아닌 바에야 어느 한 쪽의 인과관계를 확정지을 수 없을 것이다. 이에 본 연구에서는 인과관계의 검증보다는 두 변수간 관계의 방향과 정도에 관심을 두어 살펴보고자 한다.

건강에 있어 자기부양행동과 건강과의 관련성을 살펴본 연구들을 보면, 연구자마다 서로 다른 견해를 보이고 있다. 그래도 다수의 연구들이 노인이 지각한 건강상태가 좋을수록 건강행위가 더 증가하는 것으로 밝히고 있으며, 그 이유를 건강상태에 대한 자기평가가 좋을수록 자기결정과 내적 동기가 강화되어 결과적으로 건강문제에 대한 능력감이 증가하고 이는 건강행위에 영향을 미치기 때문이라고 보았다(전정자·김영희 1996; Brown & McCreedy 1986; Cox et al. 1987). 관련성을 살펴본 연구들(문상식·이시백 2001; Weitzel 1989; Pender et al. 1990)도 건강에 대한 주관적 인식이 높은 경우 건강행위 실천 또한 높았다는데 일치되는 결론을 내리고 있다.

그런가하면 Leventhal과 Prohaska(1986)는 노인의 경우 심하지 않고 모호한 증상에 대해서는 노화의 탓으로 돌리고, 좀 더 심한 증상이라고 지각할 때는 건강행위를 더 많이 한다는 견해를 보였다. 김영갑(2003)도 현재의 건강상태가 나쁠수록 흡연이나 음주 등 건강에 대한 위험행위는 줄어든다고 보았다. 건강상태가 나빠지면 어쩔 수 없이 건강에 위험한 행동을 중지하기 때문이며, 반대로 건강상태가 좋을수록 운동을 할 수 있는 능력이 높기 때문에 규칙적으로 운동을 실행하는 비율이 높다고 볼 수도 있을 것이다.

한편, 이황수(2003)는 건강수준이 건강행위에 미치는 영향은 크지 않았으며 건강행위의 종류에 따라 건강수준이 영향을 미치는 방향도 동일하지

않았다고 하였다. 김혜경(2002)의 연구에서도 질병유무, 주관적 건강상태 등 건강이 건강행위에 미치는 영향은 건강행위의 종류에 따라 그 영향이 달라지는 것으로 보고하고 있다.

이들 대부분의 연구들은 노인의 가구형태에 따른 차이를 살펴보지 않았다. 독거노인의 건강관리전략이 성별, 지역, 경제수준 등에 따라 차이가 있는지를 살펴보거나(박충선·남정림 1996) 시설노인과 재가노인을 비교한 연구(최영애 2003)가 있을 뿐이다. 이에 본 연구에서는 자기부양행동과 건강과의 관련성에 있어 가구유형 차이에 주목하여 살펴보고자 하였다. 그리고 혼자사는 노인이 부부 또는 자녀와 함께 생활하는 노인에 비해 부양환경이 취약할 뿐만 아니라 건강에 대하여 많은 부분 체념하여 규칙적인 영양제 복용이나 운동을 통하여 건강하게 살고자 하는 의욕이 약한 편이라 자기부양행동 수준이 낮을 것이나 이를 실천하는 독거노인은 건강상태와 유의미한 관련성이 있을 것으로 예측하였다.

III. 연구방법

1. 조사대상 및 자료수집

본 연구는 농촌노인의 가구유형별 자기부양행동 수준을 파악하기 위하여 제주도를 제외한 전국 8개도 군단위 이하 30개 마을 농촌지역에 거주하는 만 65세 이상의 남녀노인을 대상으로, 마을당 20명씩 할당표집을 통하여 2004년 10월 25일부터 11월 8일까지 15일 동안 농촌진흥청 농촌자원개발연구소 농촌생활연구 모니터요원에 의한 설문면접조사를 실시하였다. 조사자는 수년간의 농촌사회조사경험이 있으며, 본 조사내용 및 조사대상 선정방법에 대하여 사전교육을 받았다. 설문지는 총 604부가 회수되었으며, 이 중에서 결측치가 많거나 65세 미만 응답자의 설문지를 제외하여 총 586부가 최종분석에 이용되었다.

2. 측정도구

본 연구에서는 노인의 건강상태를 주관적 건강상태 1문항과 일상생활수행능력(ADL: Activity of Daily Living)을 묻는 6문항으로 측정하였다.

주관적 건강상태는 얼마나 건강하다고 스스로 생각하는지를 '건강이 아주 좋지 않다' 1점에서 '매우 건강하다' 5점까지의 척도로 물었으며, 측정된 점수가 높을수록 자신의 건강상태를 양호하다고 지각하는 것을 의미한다. 일상생활수행능력은 '혼자 목욕하기, 혼자 옷 갈아입기, 혼자 식사하기, 혼자 일어서기, 걷기, 화장실에 가서 용변보기' 등에 대하여 '매우 불편하다' 1점에서 '전혀 불편하지 않다' 4점까지의 척도로 응답하게 하였으며, 측정된 점수가 높을수록 일상생활수행능력이 좋음을 의미한다.

자기부양행동 측정도구는 Söderhamn(2000), Gielen 등(2001), Schreurs 등(2003), Wang과 Lee(1999), 강현숙 등(1998), 서연옥(1995), 김애경(1998), 최영애(2003) 등에서 사용된 척도들에서 공통적으로 사용되고 있는 문항들과 Stearns 등(2000)의 기능적 한계적용 행동 문항들을 추가하여 4영역 총 20문항으로 구성하였다. 자기부양행동 영역 및 영역별 문항수는 건강한 생활양식(life-style practice) 8문항, 의료적 자기부양(medical self-care) 5문항, 기능적 한계에 대한 적응행동(adaption to functional limitation) 4문항, 정서관리(emotional management) 3문항이다. 구체적으로 살펴보면, 건강한 생활양식 문항으로는 '건강을 위하여 몸을 깨끗하게 씻는다', '건강을 위하여 과식하지 않으려고 노력한다', '건강을 위하여 식사는 규칙적으로 한다', '건강에 해롭다고 하는 음식은 가급적 피한다', '건강을 위하여 내게 맞는 운동을 규칙적으로 한다', '건강을 위하여 충분히 잠을 잔다', '건강을 위하여 적당히 일을 한다', '필요하다고 생각하면 영양제를 먹는다' 등이고, 의료적 자기부양 문항으로는 '몸에 이상은 없는지 늘 세심히 살펴본다', '몸이 좋지 않으면 즉시 조치를 취한다', '몸이 좋지 않으면 가족이나 친구, 이웃에게 알린다', '의사처방에 따라 약을 제대로 복용한다', '정기적으로 혈압과 맥박을 측정한다' 등이며, 기능적 한계에 대한 집안의 변경은 '집안 물건을 쉽게 손닿는 곳에 놓는다', '집안에 미끄러지지 않는 발판 등을 쓴다', '환하게 보기 위해 집안 전등을 밝게 한다', '빨리 받을 수 있도록 전화를 2대 이상 놓는다' 등이며, 정서관리로는

‘매일 즐겁게 살려고 노력한다’, ‘이웃, 친구와 자주 만나고 잘 지낸다’, ‘건강관리를 잘 하면 나는 건강하게 살수 있다’ 등이다. 이들 각 문항에 대하여 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점까지의 5점 척도로 구성되었으며, 측정된 점수가 높을수록 자기부양행동이 더 긍정적이고 적극적임을 의미한다. 이 도구의 신뢰도 *chronbach's α*값은 .875이었다.

3. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/PC windows(ver 12.0)를 이용하여, 조사대상자의 일반적 특성과 신체적 건강상태는 χ^2 검증을 통해 전반적인 경향 및 노인독거가구, 노인부부가구, 기혼자녀동거가구 등 가구유형별 차이를 파악하였다. 자기부양행동은 분산분석(ANOVA)을 실시하여 가구유형별 평균 및 표준편차를 파악하고 집단간 평균을 비교하였다. 마지막으로 노인의 신체적 건강상태와 자기부양행동과의 관련성을 살펴보기 위하여 변수들간 피어슨의 상관관계 분석을 가구유형별로 실시하였다.

4. 조사대상자의 일반적 특성

조사대상자인 농촌노인의 일반적 특성을 가구

유형별로 살펴보면 Table 1과 같다. 조사대상자 총 586명은 독거노인 136명(23.2%), 부부동거노인 238명(40.6%), 기혼자녀동거노인 212명(36.2%)으로 이루어져 있었다.

성별로는 여자노인이 55.7%로 과반수 이상을 차지하였으나, 독거노인에서는 그 비율이 89.3%, 자녀동거노인에게서는 61.1%로 더 높게 나타났다. 연령별로는 65~74세의 젊은 노인의 비율이 64.5%, 75~84세 31.2%, 85세 이상 4.3%이었다. 특히, 85세 이상의 초고령노인의 비율은 자녀와의 동거가구에서 그 비율이 다른 가구유형에 비해 상대적으로 높았다. 교육수준은 무학, 서당 등 제도교육을 받지 못한 노인의 비율이 53.1%로 가장 많았고, 초등학교 졸업 35.7%, 중학교 졸업 이상은 11.3%이었으나, 무학인 비율은 독거노인에게서 74.3%로 가장 높고, 부부동거노인에서 37%로 가장 낮았다. 동년배와 비교하여 주관적으로 인식한 경제수준은 ‘비슷하다’는 비율이 42.1%로 가장 많았으며 ‘매우~조금 나쁘다’는 비율은 35.6%를 차지하였는데, 특히 독거노인에서 52.9%로 상대적으로 가장 높고, 부부동거노인은 28.5%로 가장 낮았다. 농사참여는 67.1%의 노인이 하고 있다는 응답을 보였는데, 부부동거노인(77.7%)과 자녀동거노인(72.2%)에게서 그 비율

Table 1. Characteristics of respondents

unit : N(%)

Variables		Total (N=586)	Alone (N=136)	With spouse (N=238)	With child (N=212)	χ^2
Sex	male	256(44.3)	14(10.7)	160(67.8)	82(38.9)	115.32***
	female	322(55.7)	117(89.3)	76(32.2)	129(61.1)	
Age (year)	65~74	378(64.5)	83(61.0)	179(75.2)	116(54.7)	24.96***
	75~84	183(31.2)	46(33.8)	56(23.5)	81(38.2)	
	≥85	25(4.3)	7(5.1)	3(1.3)	15(7.1)	
Education	no formal school	311(53.1)	101(74.3)	88(37.0)	122(57.5)	54.09***
	instrumental school	209(35.7)	28(20.6)	108(45.4)	73(34.4)	
	≥middle school	66(11.3)	7(5.1)	42(17.6)	17(8.0)	
Perceived economic level	very~a little poor	215(35.6)	72(52.9)	68(28.5)	67(31.6)	50.76***
	moderate	254(42.1)	42(30.9)	117(49.2)	90(42.5)	
	a little~very good	135(22.3)	22(16.2)	53(22.2)	55(25.9)	
Participation in farming	Yes	393(67.1)	55(40.4)	185(77.7)	153(72.2)	58.40***
	No	193(32.9)	81(59.6)	53(22.3)	59(27.8)	

*** $p < .001$

이 상대적으로 매우 높게 나타났다.

IV. 연구결과

1. 신체적 건강상태

조사대상자의 지각된 건강상태, 일상생활수행 능력, 질병유무 등 신체적 건강상태는 Table 2와 같다. 농촌노인들이 자신의 건강상태에 대하여 지각하는 수준은 1~5점의 범위 중 2.60점으로 다소 낮게 나타났으며, 가구유형별로 유의한 차이가 있었는데 부부가구의 노인이 2.70점으로 가장 높고, 자녀동거가구의 노인 2.61점, 독거가구의 노인이 2.40점 순으로 나타났다. '건강한 편~ 매우 건강하다'는 노인의 비율은 25.5%로 4명 중 1명 꼴이었으며, 가구유형별로는 자녀동거가구의 노인 27.4%, 부부가구의 노인 25.6%, 독신가구의 노인 22.4% 순이었다. 일상생활수행능력의 평균 점수는 1~24점의 범위 중 19.73점으로 '어렵지 않다'보다 약간 높은 수준으로 나타났다. 이는 가구유형별 유의한 차이를 보였는데, 부부가구의 노인이 20.45점으로 가장 높고, 자녀동거가구의 노인 19.62점, 독거가구의 노인 18.63점 순으로 나타났다. 이는 독거노인이 가족동거노인에 비해

본인의 건강을 가장 큰 문제로 인식하고 있다는 연구결과(유광수·박현선 2003)와 유사한 결과를 보였다. 이는 가족동거노인은 건강상의 변화가 발생했을 때 가족이 가장 가까이에서 건강문제를 발견하고 보살피고 도와줄 수 있는 지지체계가기 때문일 것이다. 지난 1년간 앓았거나 현재 앓고 있는 질환이 있다는 노인의 비율은 72.9%로 다수를 차지하였고 가구유형별로는 유의미한 차이가 발견되지 않았다. 이를 종합하면 농촌노인의 건강상태는 가구유형별로 유의미한 차이가 있었는데, 부부가구노인이 다른 가구유형의 노인에 비해 상대적으로 건강한 반면 독거노인은 건강상태가 좋지 않았음을 알 수 있다.

2. 자기부양행동

조사대상자의 건강관련 자기부양행동 수준을 20개 항목 및 가구유형별로 자세히 살펴보면 Table 3과 같다. 먼저, 조사대상자의 건강관련 자기부양행동 수준은 1~5점 범위 중 20개 항목의 평균값이 최저 2.51점에서부터 최고 3.81점에 있었다. 20개 항목 중 5개 항목만이 평균값이 3점 미만이었었는데, '건강을 위하여 내게 맞는 운동을 규칙적으로 한다'(2.51점), '빨리 받을 수 있도록

Table 2. Physical health of respondents

unit : N(%)

Variables	Total (N=586)	Alone (N=136)	With spouse (N=238)	With child (N=212)	$\chi^2 /$ F-value	
Perceived health (1~5)	very poor(1)	80(13.7)	24(17.9)	26(10.9)	30(14.2)	18.43*
	poor(2)	238(40.8)	65(48.5)	87(36.6)	86(40.6)	
	moderate(3)	117(20.0)	15(11.2)	64(26.9)	38(17.9)	
	good(4)	136(23.3)	28(20.9)	55(23.1)	53(25.0)	
	very good(5)	13(2.2)	2(1.5)	6(2.5)	5(2.4)	
Mean(S.D.)	2.60(1.06)	2.40(1.06)	2.70(1.02)	2.61(1.08)	3.56*	
ADL (1~24)	very difficult(1~6)	1(1.4)	1(1.4)	2(0.9)	3(1.5)	17.88**
	difficult(7~12)	11(8.2)	11(8.2)	15(6.4)	13(6.3)	
	not difficult(13~18)	74(55.2)	74(55.2)	81(34.8)	85(41.3)	
	neve difficult(19~24)	48(35.8)	48(35.8)	135(57.9)	105(51.0)	
Mean(S.D.)	19.73(4.41)	18.63(4.30)	20.45(4.21)	19.62(4.56)	7.54**	
Illness	Yes	420(72.9)	107(79.3)	161(69.4)	152(72.7)	4.21
	No	156(27.1)	28(20.7)	71(30.6)	57(27.3)	

** p <.01 * p <.05

Table 3. Self-care behavior in health among rural elderly

unit : Mean(S.D.)

	Items	Total (N=586)	Alone (N=136)	With spouse (N=238)	With child (N=212)	F-value
Life-style practice	trying not to overeat for health	3.58(.81)	3.53(.81)	3.58(.79)	3.62(.84)	.49
	eating regularly for health	3.57(.85)	3.33(.88)	3.59(.85)	3.71(.81)	1.60***
	avoiding eating food harmful to health	3.52(.89)	3.45(.83)	3.50(.92)	3.58(.90)	.81
	taking a nutrient, if necessary	2.87(1.08)	2.68(1.08)	2.93(1.08)	2.91(1.08)	2.54
	engaging in regular physical exercise	2.51(.99)	2.39(.95)	2.52(.97)	2.56(1.05)	.31
	getting an adequate amount of sleep	3.47(.86)	3.35(.86)	3.51(.82)	3.49(.89)	.19
	working moderately for health	3.17(.97)	3.08(.98)	3.21(.91)	3.17(1.03)	.51
	washing body for sanitation	3.53(.81)	3.48(.78)	3.55(.80)	3.55(.84)	.81
Medical self-care	self-monitoring of body condition	3.42(.88)	3.37(.82)	3.47(.89)	3.38(.92)	.22
	recognizing symptoms and early acting upon them	3.48(.85)	3.42(.82)	3.51(.84)	3.48(.89)	.96
	recognizing symptoms and informing other people of it	3.50(.87)	3.46(.89)	3.45(.86)	3.50(.87)	1.65
	taking a medicine according to prescription	3.81(.74)	3.74(.71)	3.83(.68)	3.84(.81)	1.44
	taking BP or pulse regularly	2.92(1.02)	2.85(1.03)	2.91(.98)	2.99(1.05)	.84
Adaption to functional limitation	keeping things within easy reach	3.53(.76)	3.49(.76)	3.50(.75)	3.57(.77)	.67
	using nonskid rugs not to slide	2.93(.97)	2.92(1.00)	2.94(.92)	2.93(1.01)	.01
	lighting more to see brightly	3.07(.98)	2.81(.97)	3.06(.96)	3.25(.98)	8.23***
	setting up additional phone for fast reach	2.72(1.14)	2.24(1.04)	2.78(1.12)	2.96(1.15)	17.09***
Emotional management	trying enjoying life every day	3.40(.80)	3.36(.76)	3.41(.80)	3.43(.83)	.33
	close contact with friend and neighbor	3.66(.87)	3.57(.84)	3.67(.83)	3.71(.93)	1.08
	believing in being health, if do health care well	3.39(.91)	3.30(.88)	3.43(.90)	3.40(.94)	.84

*** $p < .001$

전화를 2대 이상 놓는다'(2.72점), '필요하다고 생각하면 영양제를 먹는다'(2.87점), '정기적으로 혈압과 맥박을 측정한다'(2.92점), '집안에 미끄러지지 않는 발판 등을 쓴다'(2.93점) 등이었다. 반면, '의사처방에 따라 약을 제대로 복용한다'가 3.81점으로 가장 긍정적인 행동수준을 보였고, '이웃, 친구와 자주 만나고 잘 지낸다'(3.66점), '건강을 위하여 과식하지 않으려고 노력한다'(3.58점), '건강을 위하여 식사는 규칙적으로 한다'(3.57점) 순으로 나타났다.

20개 항목 중 자기부양행동에 있어서 가구유형별로 차이를 보인 항목으로는 '건강을 위하여 식사는 규칙적으로 한다', '환하게 보기 위해 집안 전등을 밝게 한다', '빨리 받을 수 있도록 전화를 2대 이상 놓는다' 등 3항목이었다. 3항목 모두 자기부양행동의 평균점수가 독거가구의 노인이 가장 낮은 반면, 자녀동거가구의 노인이 가장

높은 것으로 나타났다. 규칙적인 식사나 전등 밝기, 전화기 2대 설치 등 기능적인 한계에 대한 적응을 돕는 장비의 사용은 혼자 사는 노인보다는 부부가 함께 그리고 자녀와 동거하는 노인들에게 더 적극적임을 알 수 있다. 따라서 독거가구 노인에게는 특히 규칙적인 식사를 위한 식사 배달서비스의 지원이나 신체결함을 돕는 장비의 보급 등이 더 필요함을 시사한다.

3. 자기부양행동과 신체적 건강과의 관련성

조사대상자의 건강관련 자기부양행동과 신체적 건강과의 관계를 가구유형별로 Table 4에 제시하였다. 이때 신체적 건강은 본인이 지각하는 주관적 건강(PH: Perceived Health)과 일상생활수행능력(ADL) 2가지로 구분하여 자기부양행동과 더 관련성이 있는 건강지표는 무엇이며, 신체적 건강과 관련성이 높은 자기부양행동 항목은 무엇

Table 4. Relationship between self-care behavior and physical health

(unit: Pearson's r)

Items		Health	Total (N=586)	Alone (N=136)	With spouse (N=238)	With child (N=212)
Life-style practice	trying not to overeat for health	PH	.036	-.003	.089	.000
		ADL	.135**	.007	.152*	.195**
	eating regularly for health	PH	.090*	.112	.039	.097
		ADL	.142**	.167	.022	.232**
	avoiding eating food harmful to health	PH	.050	.082	.024	.054
		ADL	.116**	.152	.079	.134
	taking a nutrient, if necessary	PH	.032	.116	-.017	.007
		ADL	.075	.225**	.023	.009
	engaging in regular physical exercise	PH	.110**	-.022	.118	.163*
		ADL	.153***	.238**	.141*	.108
	getting an adequate amount of sleep	PH	.101*	.115	.069	.106
		ADL	.086*	.118	.062	.062
	working moderately for health	PH	.235***	.182*	.219**	.273***
		ADL	.346***	.366***	.338***	.332***
washing body for sanitation	PH	.080	-.020	.157*	.051	
	ADL	.199***	.166	.354***	.057	
Medical self-care	self-monitoring of body condition	PH	-.031	.033	-.033	-.079
		ADL	.013	.157	-.004	-.069
	recognizing symptoms and early acting upon them	PH	-.012	.040	.008	-.073
		ADL	.041	.048	.099	-.035
	recognizing symptoms and informing other people of it	PH	-.057	-.022	-.004	-.135
		ADL	.022	-.084	.128	-.012
	taking a medicine according to prescription	PH	-.030	.016	.037	-.129
		ADL	.036	.010	.143*	-.061
	taking BP or pulse regularly	PH	-.027	.011	.005	-.089
		ADL	.023	.060	.066	-.044
Adaption to functional limitation	keeping things within easy reach	PH	.030	.077	.032	-.002
		ADL	.093*	-.041	.089	.180*
	using nonskid rugs not to slide	PH	.034	.118	.043	-.026
		ADL	.027	-.033	.055	.038
	lighting more to see brightly	PH	.072	.097	.038	.060
		ADL	.073	.078	.079	.041
setting up additional phone for fast reach	PH	.069	.211*	.034	-.030	
	ADL	.000	-.025	-.001	-.048	
Emotional management	trying enjoying life every day	PH	.141**	.100	.172**	.125
		ADL	.242***	.221*	.244***	.254***
	close contact with friend and neighbor	PH	.144**	.133	.151*	.131
		ADL	.285***	.180*	.386***	.245***
	believing in being health, if do health care well	PH	.261***	.342***	.248***	.219**
		ADL	.288***	.398***	.290***	.247***

*** $p < .001$, ** $p < .01$ * $p < .05$

인지를 파악하고자 하였다.

먼저, 가구유형을 구별하지 않고 조사대상자 전체로 하여 신체적 건강상태와 자기부양행동과의 관련성을 보았을 때, 주관적 건강상태와 일상생활수행능력 모두와 유의미하게 정적 관련성이 있는 자기부양행동 항목으로는 '건강을 위하여 식사는 규칙적으로 한다'(각각 $r=.090$, $r=.142$), '건강을 위하여 내게 맞는 운동을 규칙적으로 한다'(각각 $r=.110$, $r=.153$), '건강을 위하여 충분히 잠을 잔다'(각각 $r=.101$, $r=.086$), '건강을 위하여 적당히 일을 한다'(각각 $r=.235$, $r=.346$), '매일 즐겁게 살려고 노력한다'(각각 $r=.141$, $r=.242$), '이웃, 친구와 자주 만나고 잘 지낸다'(각각 $r=.144$, $r=.285$), '건강관리를 잘 하면 나는 건강하게 살 수 있다'(각각 $r=.261$, $r=.288$) 등 7항목이었다. 의료적 자기부양행동이나 기능적 한계에 대한 집안의 정비나 기구 사용보다는 긍정적인 생활양식의 실천행동이나 정서관리 등의 행동이 농촌노인의 주관적 건강상태나 일상생활수행능력과 유의미한 상관관계가 있음을 알 수 있다. 그리고 대부분의 자기부양행동항목이 건강상태와 정적 관련성이 있었으나, 몸 상태에 대한 자기감시, 즉각적인 조치, 가족이나 이웃에게 알리는 행동, 의사처방에 따른 약 복용, 정기적인 혈압과 맥박 측정 등 의료적 자기부양행동은 주관적 건강상태가 나쁠수록 더 많이 하는 것으로 나타나 유의미하지는 않으나 부적인 관련성이 있어 후속연구의 필요성을 시사하였다. 그렇다면, 일상생활수행능력이 좋은 노인일수록 '건강을 위하여 몸을 깨끗하게 씻는다'($r=.199$), '건강을 위하여 과식하지 않으려고 노력한다'($r=.135$), '건강에 해롭다고 하는 음식은 가급적 피한다'($r=.116$), '집안 물건을 쉽게 손닿는 곳에 놓는다'($r=.093$)고 하여 주관적 건강상태보다는 일상생활수행능력이 자기부양행동과 더 관련성이 높은 신체적 건강지표임을 알 수 있었다.

그렇다면 노인독거가구, 노인부부가구, 자녀동거가구 등 가구유형별로 자기부양행동과 신체적 건강상태와의 관련성에 차이가 있는지를 살펴보았다. 3개 가구유형 공통적으로 '건강을 위하여 적당히 일을 한다', '건강관리를 잘 하면 나는 건

강하게 살 수 있다'는 농촌노인일수록 주관적 건강상태와 일상생활수행능력 모두 유의미하게 좋았다. 또한 '매일 즐겁게 살려고 노력한다', '이웃, 친구와 자주 만나고 잘 지낸다'는 노인일수록 3개 가구유형 모두에서 일상생활수행능력이 유의미하게 좋은 것으로 나타났다. 즉, 가구유형을 불문하고 농촌노인의 건강상태는 정서적 관리행동과 적당한 일이 중요함을 시사하였다.

한편, 이외에도 혼자 사는 농촌노인은 '건강을 위하여 내게 맞는 운동을 규칙적으로 한다'($r=.238$), '필요하다고 생각하면 영양제를 먹는다'($r=.225$)는 자기부양행동 항목이 일상생활수행능력과 유의미한 정적 상관이 있었고, '빨리 받을 수 있도록 전화를 2대 이상 놓는다'($r=.211$)와 주관적 건강상태가 유의미한 정적인 관련성이 있는 것으로 나타났다. 자녀와 동거하는 노인의 경우는 '건강을 위하여 과식하지 않으려고 노력한다'($r=.195$), '건강을 위하여 식사는 규칙적으로 한다'($r=.232$), '집안 물건들을 쉽게 손닿는 곳에 놓는다'($r=.180$)는 항목이 일상생활수행능력과 유의미한 정적 관련성이 있었고, '건강을 위하여 내게 맞는 운동을 규칙적으로 한다'($r=.163$)는 주관적 건강상태와 유의미한 정적 관련성이 있었다. 그렇다면 배우자와 사는 노인은 다른 가구유형의 노인에 비해 신체적 건강상태와 유의미한 관련성이 높은 항목들이 많았는데, 개인 위생, 즐거운 생활, 사람들과의 친밀한 교류 등이 주관적 건강상태 뿐 만 아니라 일상생활수행능력과도 유의미한 정적인 상관이 있었고, 의사처방에 따른 약복용, 과식회피, 규칙적인 운동 등도 일상생활수행능력과 유의미한 관련성이 있었다.

V. 요약 및 결론

본 연구는 우리나라의 농촌 단독가구노인이 자녀동거부양을 받지 않으면서도 농촌에서 어떻게 스스로 일상생활을 유지해가고(self-care) 있으며, 개인적인 건강유지노력이 신체적인 건강과 어떠한 관련성이 있는지를 살펴보고자 수행되었다. 이를 위하여 제주도를 제외한 전국 8개도 군단위 이하 30개 마을 농촌지역에 거주하는 만 65

세 이상의 남녀노인을 대상으로, 농촌자원개발연구소 모니터위원회에 의한 설문면접조사를 통하여 총 604부의 설문지를 회수, 총 586부가 최종분석에 이용되었다. 본 연구에서는 자기부양행동을 '노화과정에서 개인의 독립적인 기능과 건강 향상을 위하여 자기에 의해 행해지는 자발적인 행동'으로 정의하고, 라이프스타일 실천양식, 의료적 자기부양, 기능적 한계에 대한 적응행동, 정서관리 등 4영역 20항목으로 측정하였다. 또한 가구유형별 차이에 초점을 맞추어, 독거가구, 노인 부부가구, 자녀동거가구 등 가구유형별로 자기부양행동에 어떠한 차이가 있으며 이러한 자기부양행동이 신체적 건강과 어떠한 관련성이 있는지를 파악해봄으로써 단독가구노인의 자기부양행동의 특성을 탐색해보고자 하였다.

분석결과, 첫째, 농촌노인들은 자신의 건강상태에 대하여 다소 낮게 지각하였으며, 부부가구의 노인이 가장 높고, 자녀동거가구의 노인, 독거노인 순으로 나타났다. 일상생활수행능력은 '어렵지 않다' 보다 약간 높은 수준이었고 가구유형별 차이는 주관적 건강상태와 동일하였다. 즉, 부부가구노인의 신체적 건강이 가장 좋은 반면, 독거노인의 신체적 건강이 가장 좋지 않아, 독거가구노인의 건강이 가장 취약함을 알 수 있다.

둘째, 농촌노인의 건강관련 자기부양행동 수준은 1~5점 범위 중 2.51~3.81점의 범위에 있었으며, 규칙적인 운동, 추가전화설치, 영양제 섭취, 정기적인 혈압 및 맥박 측정의 행동 점수가 다소 낮은 반면, 의사처방에 따른 약복용, 이웃, 친구와의 친밀한 교류, 규칙적인 식사의 행동 점수는 상대적으로 높았다. 20개 항목 중 자기부양행동에 있어서 가구유형별로 차이를 보인 항목으로는 규칙적인 식사, 집안 전등 밝게 설치, 전화추가설치 등 3항목이었는데, 3항목 모두 자기부양행동 평균점수가 독거노인에게서 가장 낮은 반면, 자녀동거가구노인이 가장 높았다. 규칙적인 식사나 전등 밝기, 전화기 2대 설치 등 기능적인 한계에 대한 적응을 돕는 장비의 사용은 혼자 사는 노인보다는 부부가 함께 그리고 자녀와 동거하는 노인들에게 더 적극적임을 알 수 있다. 따라서 독거노인에게서는 특히 규칙적인 식사배달 서비스

지원이나 신체결합을 돕는 장비의 보급 등이 더 필요함을 시사하였다.

셋째, 대부분의 자기부양행동항목이 건강상태와 정적 관련성이 있었으나, 몸 상태에 대한 자기감시, 즉각적인 조치, 가족이나 이웃에게 알리는 행동, 의사처방에 따른 약 복용, 정기적인 혈압과 맥박 측정 등 의료적 자기부양행동은 주관적 건강상태가 나쁠수록 더 많이 하는 것으로 나타나 유의미하지는 않으나 부적인 관련성이 있어 후속연구의 필요성을 시사하였다.

본 연구결과는 가구유형별로 농촌노인의 건강상태와 관련성이 높은 자기부양행동이 무엇인지를 살펴보고 특히 독거노인에게 자기부양능력 향상을 위해 우선적으로 제공되어야 하는 서비스를 실증적으로 보여줌으로써, 향후 우리나라 농촌지역 독거노인을 위한 부양서비스 지원의 근거가 되는 기초 자료로서 의의가 있을 것이다. 그리고 농촌노인은 가구유형에 상관없이 적당한 일과 이웃, 친구와의 교류 등 정서관리가 건강과 관련성이 높아 일거리가 있고 동년배 노인이 많은 농촌지역의 특성이 노인의 자기부양행동에 미치는 긍정적 영향에 대한 심층적인 후속 연구가 필요함을 시사하였다.

참고문헌

- 강현숙(1998) 자가간호에 관한 연구동향 및 명제분석. 대한간호학회지 28(4), 1013-1026.
- 국민건강보험공단(2005) 65세 이상 노인 의료이용실태 분석.
- 김애경(1998) 성인의 건강행위 측정도구 개발연구. 대한간호학회지 28(3), 540-549.
- 김영갑(2003) 일부 농촌주민의 건강행위유형과 건강상태 및 건강관리실태와의 관련성. 조선대학교 석사학위논문.
- 김초강·김희은(1993) 중년여성의 갱년기 증상과 자기건강관리(self-care)와의 관련성 조사 연구. 한국보건교육건강증진학회지 10(1), 72-86.
- 김혜경(2002) 노인의 건강행위 및 관련요인: 성별차이를 중심으로. 한림대학교 박사학위논문.
- 문상식·이시백(2001) 주관적 건강인식과 건강검진결과의 비교분석을 통한 건강행위 여부. 보건교육건강증진학회지 18(3), 11-36.
- 박영입(1997) 일부 농촌지역 고혈압환자의 자가간호수행요인 연구. 지역사회간호학회지 8(1), 45-60.
- 박충선·남정립(1996) 노인단독가구의 생존전략 및

- 대응방안에 관한 연구. 한국노년학 16(1), 81-101.
- 보건복지부(2001) 2001년도 국민건강영양조사.
- 서연옥(1995) 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 박사학위논문.
- 신영숙(1998) 농업인의 건강관리에 관한 연구: 농업인 건강관리실 설치마을과 일반마을의 비교. 수원대학교 석사학위논문.
- 어황수(2003) 사회경제적 및 심리적 요인이 노인의 건강행위에 미치는 영향. 한림대학교 박사학위논문.
- 오현주(2001) 농촌지역 노인의 건강행태와 보건지소에서 노인건강증진사업 활성화. 인제대학교 석사학위논문.
- 유광수·박현선(2003) 독거노인과 가족동거노인의 건강상태에 관한 비교연구. 한국노년학 23(4), 163-179.
- 유숙자·이광자·애경희·차진경(1996) 지역사회 정신보건 재활간호사업이 만성정신질환자의 자기 돌봄 활동에 미치는 영향. 정신간호학회지 6(2), 153-160.
- 이명숙(2003) 일 지역 독거노인의 간호요구에 영향을 미치는 요인. 대한간호학회지 33(6), 812-819.
- 이소우(2002). 간호이론의 이해. 수문사.
- 전정자·김영희(1996) 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교 연구. 성인간호학회지 8(1), 41-54.
- 최영애(2003) 노인들의 우울, 자존감 및 건강행위에 관한 연구. 노인복지연구 21(3), 27-47.
- 통계청(2002) 2000년도 인구주택총조사보고서.
- 한국보건사회연구원(2005) 2004년도 전국 노인생활 실태 및 복지욕구조사.
- Brown JS, McCreedy M(1986) The hale elderly: Health behavior and its correlates. *Research in Nursing and Health* 9, 317-329.
- Cicutto L, Brooks D, Henderson K(2004) Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling* 55(2), 168-176.
- Cox C, Miller E, Mull C(1987) Motivation in health behavior: Measurement, antecedents and correlates. *Advances in Nursing Science* 9(4), 1-15.
- Frenzen PD(1997) Issues in Rural Health: How will measures to control medicare spending affect rural communities?. *Agruculture Information Bulletin* 734. *Economic Research Service/USDA*.
- Gielen AC, McDonnell KA, Wu AW, O'Campo P Faden R(2001) Quality of life among women living with HIV: the importance violence, social support, and self care behavior. *Social Science and Medicine* 52, 315-322.
- Herzog AR, Kahn RL, Morgan JN, Jackson JS, Antonucci TC(1989) Age differences in productive activities. *Journal of Gerontology* 44B(4), S129-S138.
- Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Aplqvist J(2003) Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *International Journal of Nursing Studies* 40(6), 627-643.
- Leventhal EA, Prohaska TR(1986) Age, symptom interpretation, and health behavior. *Journal of the American Geriatrics Society* 34(3), 185-191.
- Leyva-Flores R, Kageyama ML, Erviti-Erice J(2001) How people respond to illness in Mexico: Self-care or medical care? *Health Policy* 57(1), 15-26.
- Mettler M(1999) 김수영 역(2002). 자기관리의 과거, 현재와 미래. *건강한 노화*. 양서원.
- Pender NJ, Walker SN, Sechrist KP, Frankstromborg M(1990) Predicting health promoting life style in the workplace. *Nursing Research* 39(6), 326-332.
- Rowe J Kahn R(1999) *Successful Aging*. 최혜경·권유경 역(2001). 성공적 노화. 서울:학지사.
- Schreurs KM, Colland VT, Kuijer RG, de Ridder DTD, van Elderen T(2003) Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviors. *Patient Education and Counseling* 51(2), 133-141.
- Söderhamn O, Lindencrona C, Ek AC(2000) Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *International Journal of Nursing Studies* 37, 361-368.
- Stearns SC, Bernard SL, Fasick SB, Schwarz R, Konrad R, Ory MG, DeFriese GH(2000) The economic implications of self-care: The effect of lifestyle, functional adaptation, and medical self-care among a national sample of medicare beneficiaries. *American Journal of Public Health* 90(10), 1608-1612.
- Thorne SE, Paterson BL(2001) Health care professional support for self-care management in chronic illness: insights from diabetes research. *Patient Education and Counseling* 42(1), 81-90.
- Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L(2004) The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling* 54(3), 299-306.
- United Nations(2002) Report of the Second World Assembly on Aging.
- Wang HH, Lee I(1999) A path analysis of self-care of elderly women in a rural area of southern Taiwan. <http://jjang.richis.org/dbbank/1999/data>.
- Walker SN, Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ(1988) Health-promoting lifestyle of older adults : comparison with young and middle-aged adults, correlates and patterns, *Advanced in Nurse Science* 11(1), 76-90.
- Weitzel MH(1989) A test of the health promotion model with blue collar workers. *Nursing Research* 38(2), 99-104.
- <http://grants2.nih.gov/grants/guide/na-files/PA-97-048.html>. 2004.2.16.