

# 농촌 지역 여성독거노인의 건강증진행위와 삶의 만족도

김 하 정

대한간호협회 보건의료소장회

## Health Promotion Behaviors of Rural Elderly Women Living Alone and Their Life Satisfaction

Kim, Ha Jeong

Korean Nurse Association, Community Health Practitioner Association, Seoul, Korea

**Purpose:** This study was conducted to investigate the correlation between degrees of health promotion behaviors and life satisfaction and effects of health promotion behaviors on life satisfaction in rural elderly women living alone.

**Methods:** A descriptive correlation study was conducted with 189 rural elderly women living alone aged 65 or older in four senior counties in Jeollanam-do. Descriptive statistics, t-test, ANOVA, Scheffé test, Pearson's correlation, and multiple regression. **Results:** The subjects' health promotion behaviors and life satisfaction were significantly positive. Among the factors influencing the subjects' life satisfaction, nutrition and diet showed the greatest positive effects, followed by exercise and activity, and drinking and smoking. Among them, drinking and smoking had significantly negative influence. **Conclusion:** Among the health promotion behaviors that influenced life satisfaction, nutrition and diet, exercise and activity, and drinking and smoking were most significant factors. Therefore, this study provided basic data for improving the life satisfaction among rural elderly women living alone.

**Key Words:** Health promotion, Quality of life, Rural population, Women, Elderly

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

우리나라의 65세 이상 노인인구 비율은 2015년 현재 13.1%를 차지하고 있으며, 2026년에는 20.8%로 늘어나 초고령사회로 진입될 전망이다[1]. 노인인구의 증가는 가구구조에 영향을 주어 읍·면부 노인 단독가구 비율이 47.2%이고, 농촌 지역의 독거노인 가구 중 여성독거노인 가구는 81.9%를 차지하여 남성독거노인 가구보다 월등히 높아[2] 농촌 지역 독거노인가구는 대부분이 여성노인임을 알 수 있다.

농촌 지역 여성독거노인의 이미지에 관한 연구에서 농촌 지역 여성독거노인은 위태로운 농촌구조를 지탱하고 있는 가치 있는 생산인구이자 친화력을 지닌 존재라고 제시하였지만[3], 농촌 지역의 여성노인들은 열악한 주거환경과 과도한 농사일 등으로 3개 이상의 복합질환을 가지고 있는 비율이 40.8%이며, 관절염과 만성질환 유병률이 높은 것으로 나타났고[4,5], 배우자의 사별 이후 15년 이상 혼자 살고 있는 경우가 전체의 51%를 차지하고 있으며, 월 평균 100만원 미만의 용돈으로 생활하고 있는 비율이 45.4%로 경제적 어려움과 고독감을 느끼고 있었다[5,6]. 특히 과반수 이상이 자신의 건강상태가 나쁘다고 인식하고 있고, 운동능력에 문제가 있으며, 사회적 활동정도

**주요어:** 건강증진행위, 삶의 만족도, 농촌, 여성, 노인

**Corresponding author:** Kim, Ha Jeong

Korean Nurse Association, Community Health Practitioner Association, 26 Gongwon-ro, 6ga-gil, Guro-gu, Seoul 08296, Korea.  
Tel: +82-2-2266-7677, Fax: +82-2-2265-5688, E-mail: thelotus14@naver.com

- 이 논문은 제1저자 김하정의 석사학위논문의 일부를 발췌한 것임.

- This article is based on a part of the first author's master's thesis from Ewha womans University.

Received: Apr 29, 2016 / Revised: Aug 18, 2016 / Accepted: Sep 7, 2016

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

가 낮아 농촌 지역 여성노인의 삶의 질이 위협받고 있는 것으로 알려졌다[7]. Choi와 Ha[8]은 삶의 질은 신체적, 경제적, 정서적, 사회적 영역으로 구성되어 있어 매우 포괄적이고 다양한 측면을 포함하고 있는 다차원적 개념이라 하였고, Kim과 Go[9]은 삶의 만족도란 삶에 대한 전반적인 의미와 목적, 그리고 웰빙(well-being)까지 포함하는 포괄적이고 광의적 개념을 가져 삶의 질과 삶의 만족도는 유사한 의미를 갖는 것이라고 하였다.

농촌 지역에 거주하는 여성독거노인은 사회활동의 참여가 적을수록, 교육활동 참여가 많을수록, 사회활동 만족감이 클수록 삶의 만족도가 높았고[10], 농촌 지역 가족동거노인에 비해 식습관이 열등하며, 식품섭취의 다양성이 적어 식사의 질이 낮았다[11]. 농촌 지역 여성독거노인의 사회적 지지와 자아존중감이 높고, 우울정도가 낮을 경우에 건강증진행위에 대한 이행도가 높고, 삶의 만족도도 높은 것으로 나타났다[12].

이같은 선행연구에 비추어 볼 때 독거여성노인의 건강증진행위와 삶의 만족도는 관련이 있을 것으로 예상이 되나, 농촌 지역 여성독거노인을 대상으로 한 최근의 연구는 부족한 실정이다[13]. 따라서 본 연구는 농촌 지역 여성독거노인의 건강증진행위와 삶의 만족도를 파악하고, 이들 간의 관련성을 살펴봄으로써 농촌 지역 독거여성노인의 건강증진행위를 위한 간호중재 개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 농촌 지역 여성독거노인의 건강증진행위, 삶의 만족도를 파악하고, 건강증진행위가 삶의 만족도에 미치는 영향을 규명하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 농촌 지역 여성독거노인의 일반적 특성, 건강증진행위 및 삶의 만족도를 파악한다.
- 농촌 지역 여성독거노인의 건강증진행위와 삶의 만족도 간의 관련성을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 농촌 지역에 거주하는 여성독거노인을 대상으로 건강증진행위가 삶의 만족도에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

### 2. 연구대상

연구대상자는 J도 4개 군 단위 농촌 지역에 거주하는 여성독거노인으로 하였다. 연구대상자 수는 G\*Power 3.1 프로그램을 이용하여 중간정도의 효과크기(effect size) .15, 유의수준( $\alpha$ ) .05, 검정력(1- $\beta$ ) .90으로 계산하였을 때의 표본의 크기는 157명을 근거로 탈락률을 고려하여 연구참여에 동의한 197명을 대상으로 하였다. 이들 가운데 설문지의 응답이 불성실하거나 중도에 포기한 8명을 제외한 189명을 최종 분석대상으로 하였으며, 응답률은 95.9%였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 건강증진행위

본 연구에서의 건강증진행위는 Walker 등[14]이 65세 이상 노인을 대상으로 개발한 건강증진 생활양식 척도를 기초로 하여 Seo[15]가 번역·개발한 측정도구를 사용하였다. 건강진단 및 상담 3문항, 영양 및 식생활 8문항, 일상생활관리 7문항, 운동 및 활동 4문항, 음주 및 흡연 4문항, 스트레스 관리 5문항으로 총 31문항으로 구성되었으며, 측정기준은 ‘전혀 하지 않는다’는 1점, ‘할 때도 있고 안 할 때도 있다’는 2점, ‘언제나 한다’는 3점을 주었으며, 최저 31점에서 최고 93점으로 점수가 높을수록 건강증진행위 수행정도가 높음을 의미한다. Seo[15]의 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .82였고 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .94였다.

#### 2) 삶의 만족도

본 연구에서의 삶의 만족도는 Choi[16]이 65세 이상 노인을 대상으로 개발한 노인생활만족척도(Life Satisfaction Scale for Elderly, LSSE)를 사용하였다. 삶의 만족도 측정문항은 총 20문항으로 그 중 역문항은 10개이고 측정기준은 3점 척도로서 ‘그렇지 않다’ 1점, ‘모르겠다’ 2점, ‘그렇다’ 3점으로 구성되어 있으며, 점수범위는 최소 20점에서 최대 60점으로 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높음을 의미한다. Choi[16]의 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .87이었고 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92였다.

### 4. 윤리적 고려 및 자료수집

자료수집기간은 2015년 6월 10일부터 2015년 6월 30일까지였으며, 자료수집 시작 전 이화여자대학교 생명윤리위원회

(Institutional Review Board, IRB)의 연구진행 승인을 받았다(IRB No.95-10). 또한 연구도구개발자들에게 이메일과 문자를 통하여 도구사용의 목적과 논문에 대해 설명하고 승인을 받은 후 수행하였다. 자료수집 전 보건진료소에서 노인간호업무를 담당한 보건진료소장에게 연구의 목적과 진행절차에 대해 설명한 후 협조를 구하였다. 또한 대상자에게 연구의 목적과 연구방법을 설명하고 익명성 보장과 연구결과는 연구 이외의 다른 목적으로 사용하지 않을 것과 연구참여 도중 어느 때라도 연구참여를 철회할 수 있음을 설명하고 서면 동의서를 작성하도록 하였다. 본 연구에 참여한 대상자가 설문지를 작성할 때 문항을 이해하는 데 어려움이 있거나 글자가 잘 안 보일 경우에는 연구자가 의미가 쉬운 일상적인 용어를 사용하여 설명하거나 직접 읽고 기록하면서 설문을 진행했다. 설문지 작성 소요시간은 평균 25분 정도가 소요되었다.

## 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 사용하여 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성, 건강증진행위, 삶의 만족도 수준은 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위와 삶의 만족도의 차이를 살펴보기 위해 t-test, ANOVA로 분석하였고, 사후 검정은 Scheffé test로 분석하였다.
- 건강증진행위, 삶의 만족도 간의 관계를 알아보기 위해 Pearson's correlation을 이용하여 분석하였다.
- 건강증진행위가 삶의 만족도에 미치는 영향을 살펴보기 위해 다중회귀분석(multiple regression analysis)으로 분석하였다. 투입된 독립변인 간의 다중공선성을 살펴보면, 독립변인 간의 공차한계 0.1 이상, 분산팽창요인(VIF) 10 미만으로 나타나 독립변인 간 다중공선성 오류가 없는 것을 확인하였다. 따라서 회귀식의 가정이 모두 충족되어 회귀분석의 결과는 신뢰할 수 있는 것으로 나타났다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 총 189명으로 평균연령은 74.7±5.70세였으며, 65~74세가 88명(46.6%), 75세 이상이 101명(53.4%)을 차지하였다. 학력은 무학이 90명(47.6%)으로 가장 많았고,

종교는 불교가 69명(36.5%)으로 가장 많았다. 대상자가 느끼는 건강상태는 보통이라는 응답이 78명(41.3%)으로 가장 많았고, 건강하지 않다는 응답이 73명(38.6%)을 차지하여 건강하다고 응답한 38명(20.1%)보다 높게 나타났다. 음주경험은 전혀 없다는 대상자가 106명(56.1%)로 가장 많았으며, 흡연경험도 전혀 없다는 대상자가 183명(96.8%)으로 나타났다(Table 1).

**Table 1.** General Characteristics of Participants (N=189)

Characteristics	Categories	n (%)	
Age (year)	65~74	88 (46.6)	
	≥ 75	101 (53.4)	
Education	No education	90 (47.6)	
	Elementary school	70 (37)	
	≥ Middle school	29 (15.3)	
Religion (n=187)	No religion	50 (26.7)	
	Buddhist	69 (36.9)	
	Christian	56 (29.9)	
	Catholic	12 (6.4)	
Marriage	Other (not bereaved)	177 (93.7)	
	Bereaved	12 (6.3)	
Number of children	Son	1 or none	31 (16.4)
		2	79 (41.8)
		3	52 (27.5)
		4 or more	27 (14.3)
	Daughter	1 or none	58 (30.7)
		2	55 (29.1)
		3	43 (22.8)
		4 or more	33 (17.5)
	Monthly allowance (10,000 won)	< 20	30 (15.9)
		21~40	84 (44.4)
41~60		53 (28.0)	
≥ 61		22 (11.6)	
Economic situation	Rich	27 (14.3)	
	Average	89 (47.1)	
	Poor	73 (38.6)	
Regular Exercise	Yes	134 (70.9)	
	No	55 (29.1)	
Health	Healthy	38 (20.1)	
	Average	78 (41.3)	
	Unhealthy	73 (38.6)	
Drinking	None	106 (56.1)	
	Experience	83 (43.9)	
Smoking	No	183 (96.8)	
	Experience	6 (3.2)	

### 2. 대상자의 건강증진행위와 삶의 만족도

농촌 지역 여성독거노인의 건강증진행위는 총점 평균 76.58

±11.22점이었고, 3점 척도를 사용한 문항 평균은 2.47±0.36점이었다. 본 연구의 결과 건강증진행위는 하위 여섯 개 영역 중 음주 및 흡연을 하지 않거나 줄이는 행위가 평균 2.83±0.38점으로 가장 높았고, 건강진단 및 상담 2.57±0.47점, 일상생활관리 2.51±0.40점, 영양 및 식생활 2.41±0.44점, 운동 및 활동 2.36±0.69점, 스트레스의 관리 2.25±0.50점의 순이었다. 건강증진행위는 금연 관련 문항이 평균 2.93±0.29점으로 가장 높았고, 이어서 공공장소에서 담배를 피우지 않는다가 평균 2.91±0.30점, 절주 관련 문항이 평균 2.78±0.56점, 규칙적 식사 관련 문항이 평균 2.78±0.45점 순으로 나타났다. 반면 건강증진행위 이행정도가 낮은 문항 순서는 솔직한 감정표현 문항이 평균 2.11±0.62점, 해조류와 칼슘을 섭취하는 문항이 평균 2.14±0.78점 순으로 나타났다. 본 연구의 삶의 만족도 총점 평균은 48.66±7.88점이었고, 3점 척도로 나타낸 문항 평균은 2.43±0.39점으로 나타났다. 삶의 만족도와 관련한 전체 20개의 문항 중 어리석은 판단을 많이 내렸다고 응답한 문항(역문항)이 평균 2.71±0.50점으로 가장 높았으며, 후회할 일이 별로 없다는 문항이 평균 2.16±0.76점으로 가장 낮았다(Table 2).

**Table 2.** Health Promotion Behavior and Life Satisfaction (N=189)

Variables	M±SD
Health promotion behavior	76.58±11.22
Medical examination and consultation	2.57±0.47
Nutrition and diet	2.41±0.44
Daily life management	2.51±0.40
Exercise and activity	2.36±0.69
Drinking and smoking	2.83±0.38
Stress management	2.25±0.50
Average	2.47±0.36
Life satisfaction	48.66±7.88
Average	2.43±0.39

### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위와 삶의 만족도 차이

대상자의 건강증진행위는 학력(F=12.13,  $p < .001$ ), 종교(F=6.18,  $p = .001$ ), 한 달 용돈(F=5.09,  $p = .002$ ), 규칙적 운동여부( $t = 8.55$ ,  $p < .001$ ), 건강상태(F=11.31,  $p < .001$ ), 음주여부( $t = 5.84$ ,  $p < .001$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 삶의 만족도는 종교(F=2.79,  $p = .033$ ), 경제형편(F=3.88,  $p = .022$ ), 규칙적 운동여부( $t = 7.42$ ,  $p < .001$ ), 건강상태(F=7.41,  $p = .001$ ), 음주여부( $t = 5.20$ ,  $p < .001$ )가 통계적으로 유의한 차이가 있었

다(Table 1). 학력에 따른 건강증진행위는 무학집단이 초졸 집단과 중졸 이상 집단보다 낮은 결과를 보였고, 종교는 기독교 집단이 무교 집단과 불교 집단보다 높게 나타났으며, 한 달 용돈은 높을수록 건강증진행위 점수가 높았다. 또한 건강상태에 따른 건강증진행위는 건강한 집단이 건강하지 않은 집단보다 높았다. 삶의 만족도의 사후 검증 결과, 경제형편이 풍족한 집단일수록 삶의 만족도가 높았고, 건강상태에서 건강한 집단이 보통이거나 건강하지 않은 집단보다 높았다(Table 3).

### 4. 건강증진행위와 삶의 만족도의 상관관계

대상자의 건강증진행위와 삶의 만족도 간의 상관관계를 살펴보기 위해 Pearson 상관관계를 실시하였다. 전체 건강증진행위와 삶의 만족도와의 상관관계는 상관관계수  $r = .59$  ( $p < .001$ )로 양의 상관관계를 보여 건강증진행위가 잘 이루어질수록 삶의 만족도가 높은 것으로 나타났다. 또한 건강증진행위 하위영역 중 음주 및 흡연을 제외하고 나머지 다섯 개 영역은 삶의 만족도와 비교적 높은 상관관계를 보였다. 이 중 운동 및 활동이 가장 큰 유의한 상관관계를 보였고( $r = .61$ ,  $p < .001$ ), 영양 및 식생활( $r = .59$ ,  $p < .001$ ), 일상생활관리( $r = .44$ ,  $p < .001$ ), 건강진단 및 상담( $r = .43$ ,  $p < .001$ ), 스트레스 관리( $r = .40$ ,  $p < .001$ ) 등의 상관관계를 나타냈다(Table 4).

### 5. 건강증진행위가 삶의 만족도에 미치는 영향

대상자의 건강증진행위가 삶의 만족도에 미치는 영향을 살펴보기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 투입된 독립변인 간의 다중공선성을 살펴보면, 독립변인 간의 공차한계 0.1 이상, 분산팽창요인(VIF) 10 미만으로 나타나 독립변인 간 다중공선성 오류가 없는 것을 확인하였다.

건강증진행위 여섯 개의 영역이 삶의 만족도에 미치는 영향을 살펴보면 영양 및 식생활이  $\beta = .42$  ( $p < .001$ )로 가장 큰 영향을 미쳤으며, 다음으로 운동 및 활동이  $\beta = .37$  ( $p < .001$ ), 음주 및 흡연은  $\beta = -.25$  ( $p < .001$ )로 부적 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 영향요인들은 총 변량 중 49.8%의 설명력을 보였으며, 전체 회귀 모형식에도 유의수준 .05 미만으로 적합한 것으로 나타났다( $F = 30.10$ ,  $p < .001$ )(Table 5).

## 논 의

본 연구는 농촌 지역 여성독거노인의 건강증진행위와 삶의

**Table 3.** Health Promotion Behavior and Life Satisfaction according to the General Characteristics of Participants (N=189)

Characteristics	Category	Health promotion behavior		Life satisfaction		
		M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	
Age (year)	65~74	2.52±0.34	1.79	2.47±0.35	1.31	
	≥ 75	2.43±0.38	(.074)	2.40±0.43	(.191)	
Education	No education <sup>a</sup>	2.34±0.39	12.13	2.38±0.41	1.89	
	Elementary school <sup>b</sup>	2.57±0.29	(<.001)	2.50±0.40	(.153)	
	≥ Middle school <sup>c</sup>	2.63±0.29	a < b, c <sup>†</sup>	2.45±0.31		
Religion (N=187)	No religion <sup>a</sup>	2.39±0.36	6.18	2.36±0.39	2.97	
	Buddhist <sup>b</sup>	2.39±0.35	(.001)	2.37±0.38	(.033)	
	Christian <sup>c</sup>	2.62±0.34	a, b < c <sup>†</sup>	2.56±0.40		
	Catholic <sup>d</sup>	2.57±0.27		2.41±0.34		
Marriage	Other (not bereaved)	2.41±0.29	-0.55	2.23±0.32	-1.86	
	Bereaved	2.47±0.37	(.580)	2.45±0.40	(.064)	
Number of children	Son	1 or none	2.57±0.34	1.52	2.43±0.40	.02
		2	2.48±0.37	(.209)	2.44±0.41	(.994)
		3	2.41±0.35		2.42±0.43	
		4 or more	2.42±0.36		2.44±0.29	
	Daughter	1 or none	2.53±0.31	0.84	2.50±0.38	1.21
		2	2.46±0.37	(.471)	2.44±0.39	(.307)
		3	2.45±0.36		2.42±0.39	
		4 or more	2.41±0.43		2.33±0.42	
Monthly allowance (10,000 won)	< 20 <sup>a</sup>	2.40±0.37	5.09	2.34±0.48	2.10	
	21~40 <sup>b</sup>	2.39±0.36	(.002)	2.39±0.37	(.101)	
	41~60 <sup>c</sup>	2.55±0.36	a, b < d <sup>†</sup>	2.49±0.40		
	≥ 61 <sup>d</sup>	2.67±0.27		2.56±0.32		
Economic situation	Rich <sup>a</sup>	2.60±0.36	1.93	2.54±0.30	3.88	
	Average <sup>b</sup>	2.45±0.32	(.147)	2.35±0.36	(.022)	
	Poor <sup>c</sup>	2.44±0.41		2.49±0.44	a > b <sup>†</sup>	
Regular exercise	Yes	2.59±0.31	8.55	2.54±0.37	7.42	
	No	2.17±0.29	(<.001)	2.16±0.30	(<.001)	
Health	Healthy <sup>a</sup>	2.64±0.28	11.31	2.53±0.34	7.41	
	Average <sup>b</sup>	2.51±0.37	(<.001)	2.51±0.41	(.001)	
	Unhealthy <sup>c</sup>	2.33±0.35	a, b > c <sup>†</sup>	2.30±0.37	a, b > c <sup>†</sup>	
Drinking	None	2.60±0.33	5.84	2.56±0.38	5.20	
	Experience	2.31±0.34	(<.001)	2.28±0.36	(<.001)	
Smoking	No	2.48±0.36	1.35	2.44±0.40	1.74	
	Experience	2.27±0.33	(.178)	2.16±0.21	(.082)	

<sup>†</sup> Scheffé test.

만족도를 파악하고, 이들 간의 관련성을 살펴봄, 건강증진행위가 삶의 만족도에 미치는 영향을 확인하고자 시도되었다.

본 연구에서 파악된 농촌 지역 여성독거노인의 건강증진행위는 문항평균 2.47±0.36점(3점 만점)으로 중간 이상의 수준으로 나타났다. 이는 동일한 도구를 사용하여 노인의 건강증진행위를 측정된 Shin[17]의 문항평균 2.30±0.33점과 비교하여 더 높은 수치이며, 농촌노인의 건강증진행위를 측정된 Seo[15]의 총점평균 68.05점보다 더 높은 결과이다. 이러한 결과는 본 연구대상자의 지각된 건강상태가 낮게 측정되어 평소에 건강증진행위를 추구하는 생활을 하기 때문이라고 여겨진다.

본 연구에서 농촌 지역 여성독거노인의 삶의 만족도는 총점평균 48.66±7.88점으로 동일한 도구를 사용하여 노인의 삶의 만족도를 측정된 Kim[18]의 45.30±6.83점보다 높은 결과를 나타냈다. 이러한 결과는 본 연구의 대상자가 농촌에 거주하고 독거하는 특성이 삶의 만족도에 어떤 관련성을 나타내는지 심층 조사할 필요가 있음을 나타낸다. 삶의 만족도와 관련한 전체 20개의 문항 중 어리석은 판단을 많이 내렸다고 응답한 문항(역문항)이 가장 높았으며, 후회할 일이 별로 없다는 문항이 가장 낮아 추후 농촌 지역에 거주하는 여성들이 독거노인으로서 살아가면서 겪는 회한의 삶은 무엇인지를 심층적으로 파악해

**Table 4.** Correlation between Health Promotion Behaviors and Life Satisfaction (N=189)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Health promotion behaviors	1	.73	.88	.80	.81	.50	.72	
2. Medical examination & counseling		1						
3. Nutrition & diet		.61	1					
4. Daily life management		.46	.71	1				
5. Exercise & activities		.60	.65	.51	1			
6. Drinking & smoking		.25	.36	.33	.29	1		
7. Stress management		.53	.46	.47	.53	.29	1	
8. Life satisfaction	.59	.43	.59	.44	.61	.03	.40	1

**Table 5.** Effects of Health Promotion Behaviors on Life Satisfaction (N=189)

Variables	B	S	β	t	p
(Constant)	1.67	.18		8.88	< .001
Medical examination & counseling	-0.03	.06	-.04	-0.57	.564
Nutrition & diet	0.37	.08	.42	4.66	< .001
Daily life management	0.00	.07	.00	0.05	.954
Exercise & activities	0.21	.04	.37	4.97	< .001
Drinking & smoking	-0.26	.06	-.25	-4.37	< .001
Stress management	0.07	.05	.09	1.46	.144
R <sup>2</sup> =.49, Adj. R <sup>2</sup> =.48, F=30.10, p < .001					

볼 필요가 있다.

일반적 특성에 따른 건강증진행위는 교육수준, 종교, 용돈 수준에 따라 차이를 나타냈다. 무학집단이 초졸 집단과 중졸 이상 집단보다 건강증진행위 수준이 낮게 나타났는데, 이는 동일한 도구를 사용하여 일반노인의 건강증진행위를 측정 한 Shin [17]의 연구에서도 학력이 높을수록 건강증진행위 수행 수준이 높아진다고 보고되어 이는 본 연구결과와 같은 맥락이다. 또한 종교에 따른 건강증진행위는 기독교 집단이 무교 집단과 불교 집단보다 높게 나타났으나, 일반노인을 대상으로 한 Shin [17]의 연구에서는 불교가 가장 높았고, 그 다음 천주교 순으로 나타났다. 이러한 결과는 본 연구의 대상자가 여성 집단이며, 농촌에 거주하는 점, 독거 등의 특성에 기인한 것으로 보여진다. 따라서 농촌 지역 여성독거노인이 보다 적극적으로 건강증진행위를 수행함에 있어 종교의 영향을 고려할 필요가 있음을 나타낸다.

한 달 용돈에 따른 건강증진행위는 용돈이 많을수록 높았으며, 건강상태에 따른 건강증진행위는 건강한 집단이 건강하지 않은 집단보다 높았다. 또한 농촌노인을 대상으로 연구한 Seo [15]와 노인을 대상으로 연구한 Lee 등[19]도 용돈이 많을 경우에 생활양식과 개인위생 등의 건강증진행위 수준이 높다고 제

시하여 본 연구는 선행연구결과를 뒷받침하였다.

삶의 만족도는 경제형편, 규칙적 운동여부, 건강상태, 음주 여부가 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 삶의 만족도의 사후 검정 결과, 경제형편에서 풍족한 집단이 보통 이하 집단보다 높았고, 건강상태는 건강한 집단이 건강하지 않은 집단보다 높았다. 동일한 도구를 사용한 Kim[18]의 연구에서도 경제상태가 풍족할수록 삶의 만족도가 높다고 하여 본 연구는 선행연구결과를 지지하였다. 또한 노인을 대상으로 한 Kang[10], Chung 과 Lee[20]의 연구결과도 경제형편이 좋을수록 삶의 만족도가 높다고 하여 농촌 지역 여성독거노인의 삶의 만족도는 경제능력수준이 고려되어야 함을 의미한다. 건강상태에 따른 삶의 만족도는 건강한 집단이 건강하지 않거나 보통인 집단보다 삶의 만족도가 높은 결과를 나타냈다. 동일한 도구를 사용하여 노인의 삶의 만족도를 측정한 Kim[18]은 건강상태가 양호할수록 삶의 만족도가 높다고 하였으며, 노인을 대상으로 삶의 만족도를 측정한 연구[17,21]도 유사한 결과를 나타내 본 연구는 선행 연구결과를 뒷받침하였다. 이는 노인의 건강상태가 노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 주요변수로 활발한 생활을 영위할 수 있게 하며 신체적 즐거움을 느끼게 하는 이유라고 사료된다. 이는 노인을 대상으로 한 연구에서 건강증진행위가 높으면 삶

의 만족도가 높다는 연구결과[15,17,22]를 뒷받침한다. 도시와 농촌 지역 여성노인을 대상으로 한 연구결과[23]와 농촌 지역 독거노인을 대상으로 한 연구결과[24], 스위스 여성독거노인을 대상으로 한 연구결과[25], 일본의 도시 지역 여성독거노인을 대상으로 한 연구결과[26]도 건강증진행위와 삶의 질이 서로 정적 상관관계를 보여 본 연구는 선행연구의 결과를 지지하였다. 따라서 여성독거노인의 삶의 만족도는 건강증진행위의 수행이 중요하므로 건강증진행위의 수행률은 곧 삶의 만족도를 높이는 것이라고 볼 수 있다. 그러나 본 연구에서 농촌 지역 여성독거노인의 건강증진행위와 삶의 만족도에 관한 선행연구가 없어 직접적인 비교가 어려운 만큼, 추후 반복 연구를 통한 검증이 필요하다.

한편, 노인을 대상으로 한 연구에서 영양 섭취율이 높을수록 삶의 질이 유의하게 높았고[27], 농촌 지역 장애인노인을 대상으로 한 연구에서는 운동수행능력이 높을수록 삶의 만족도가 높은 결과[28]를 나타내 비록 대상자는 다르지만 본 연구는 선행연구결과와 유사한 맥락을 나타냈다. 또한 본 연구결과에서 영양 및 식생활과 운동 및 규칙적 활동이 잘 수행되었을 때 삶의 만족도가 높았고, 음주나 흡연을 줄이는 경우에는 오히려 삶의 만족도가 낮아지는 것으로 나타났다. 반면, Choe 등[29]은 농촌노인을 대상으로 삶의 질에 영향을 주는 요인에 관한 연구에서 남성노인은 음주를 할수록 삶의 질이 낮고 여성노인은 음주나 흡연이 삶의 질을 높인다고 하였다. 이는 기존에 음주나 흡연 습관을 바꾸려는 의지나 태도가 오히려 스트레스로 작용하여 삶의 만족도를 저하시킬 수 있었을 것으로 사료되며, 음주와 흡연이 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향에 대한 심층적 연구가 요구됨을 시사한다.

## 결론 및 제언

본 연구는 농촌 지역 여성독거노인을 대상으로 건강증진행위 정도와 삶의 만족도 간의 관련성을 파악하고, 삶의 만족도에 미치는 영향을 규명하기 위해 시도되었다. 연구설계는 농촌 지역 여성독거노인을 대상으로 건강증진행위가 삶의 만족도에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다. 본 연구의 자료수집기간은 2015년 6월 10일부터 6월 30일까지이며, 전라남도의 4개 군의 15개 보건진료소에 내소한 대상자들을 상대로 189명을 편의추출하였다. 본 연구에서 사용한 도구는 노인 의 건강증진행위를 파악하기 위한 도구로써 Walker 등[14]이 개발하고 Seo[15]가 수정·보완한 31문항을 사용하였고, 삶의 만족도를 측정하기 위한 도구로써 Choi[16]이 개발한 노인생활

만족척도(Life Satisfaction Scale for Elderly, LSSE) 20문항을 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 사용하여 빈도, 백분율, 평균, 표준편차, t-test, ANOVA, Scheffé test, Pearson's correlation analysis, multiple regression analysis로 분석하였다. 구체적인 연구결과는 다음과 같다.

농촌 지역 여성독거노인은 건강증진행위와 삶의 만족도에서 높은 점수를 나타냈고, 건강증진행위의 세부항목인 건강진단 및 상담, 영양 및 식생활, 일상생활관리, 운동 및 활동, 스트레스 관리는 삶의 만족도와 양의 상관관계를 나타냈으나 흡연 및 음주 항목은 낮은 양의 상관관계를 보였다. 이상의 결과를 통해 농촌 지역 여성독거노인의 삶의 만족도는 건강증진행위의 실천정도가 높을수록 삶의 만족도가 높은 것으로 나타났으며, 특히 건강증진행위 중 영양 및 식생활이 가장 유의하게 나타나 이러한 건강관리를 반영한 교육 프로그램의 필요성을 알 수 있었다.

본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 농촌 지역 여성독거노인의 건강증진행위 중 음주나 흡연을 줄이거나 금주, 금연을 하려는 경우에는 오히려 삶의 만족도가 낮아지는 것으로 나타났으므로 추후 연구에서 심층적 연구가 필요함을 제언한다.

둘째, 농촌 지역 여성독거노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 변수로 영양 및 식생활, 운동 및 활동, 음주 및 흡연 등을 확인하였다. 이러한 변수를 고려하여 농촌 지역사회의 보건소나 보건진료소에 근무하는 간호사들은 농촌 지역 여성독거노인에게 영양 및 식생활, 운동 및 활동을 장려하는 프로그램을 제공하며, 금연과 절주와 관련하여 좀 더 심층적인 조사를 통해 프로그램을 개발할 필요가 있다.

## REFERENCES

1. Statistics Korea. 2015 elderly statistics [Internet]. Seoul: Statistics Korea. 2015 [cited 2015 October 1]. Available from: [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/1/index-board?bmode=read&aSeq=348565](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index-board?bmode=read&aSeq=348565)
2. Ministry of Health and Welfare. 2014 on survey of the elderly [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare. 2014 [cited 2015 June 10]. Available from: [http://www.mohw.go.kr/front\\_new/jb/sjb030301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=03&MENU\\_ID=0328&CONT\\_SEQ=318518&page=1](http://www.mohw.go.kr/front_new/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=0328&CONT_SEQ=318518&page=1)
3. Hwang JY. The image of elderly women living alone in rural area: Work, leisure, family relation and body. Korean regional communication research association. 2012;16(2):141-168.

4. Ministry of Agriculture, Food and Rural Affairs. 2013 survey on the Korean women farmers [Internet]. Seoul: Munwonsa. 2014 [cited 2015 June 10]. Available from: [http://www.mafra.go.kr:8080/new\\_woman/bbs/detail.php?board\\_id=bbs8&content\\_uid=670](http://www.mafra.go.kr:8080/new_woman/bbs/detail.php?board_id=bbs8&content_uid=670)
5. Park SM, Han MA, Park J, Lee MJ, Moon KR, Choi SS. Association between health-related quality of life and complementary and alternative medicine among elderly living alone. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2014;34(4):691-704.
6. Bae JH. Effect of residential factors on life satisfaction among rural elders. *The Korea Association of Community Welfare*. 2012;42:1-25. <http://dx.doi.org/10.15300/jcw.2012.09.42.1>
7. Jeong MH. Associations between family and social relation and health-related quality of life among elderly women living alone [dissertation]. [Gwangju]: Chosun University; 2014. 36 p.
8. Choi HS, Ha JC. A study on the relations between the quality of life and the life satisfaction of the elderly. *Journal of the Korean Data & Information Science Society*. 2012;23(3):559-568.
9. Kim MS, Ko JW. The effect of the elderly's leisure activity on their health and the mediating role of family support. *International Journal of Gerontological Social Welfare*. 2013;60:35-54.
10. Kang HJ. Social activity and satisfaction of life in female elders living alone in rural area. *The Center for Social Welfare Research Yonsei University*. 2009;21:1-26.
11. Lim YJ, Choi YS. Dietary behaviors and seasonal diversity of food intakes of elderly women living alone as compared to those living with family in Gyeongbuk rural area. *The Korean Society of Community Nutrition*. 2008;13(5):620-629.
12. Yi ES. The mediative effect of social support, self-esteem and depression in relationship between the health calisthenics participation and health promoting lifestyle for elderly women living alone in the rural area. *Journal of Sport and Leisure Studies*. 2009;38(1):683-697.
13. Kim HJ. Rural elderly women living alone health promotion behaviors and life satisfaction [master's thesis]. [Seoul]: Ewha Womans University; 2016. 58 p.
14. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 1987;36(2):76-81. <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
15. Seo IS. Health knowledge level and health - promoting behavior of the elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2000;20(2):1-28.
16. Choi SJ. A study on the development of measuring scale of the concept of life satisfaction. *Research Institute of Korean Culture*. 1986;49:233-258.
17. Shin HS. A study on the perceived health status, health promoting behaviors and life satisfaction in the community living elderly [master's thesis]. [Jeonju]: Chonbuk National University; 2007. 54 p.
18. Kim YE. Social activities, depression and life satisfaction in the community elderly [master's thesis]. [Seoul]: Ewha Womans University; 2014. 62 p.
19. Lee CI, Hong GJ, Lee WU. The effects of participating senior exercise program on successful aging - focusing on the mediating effect of lifestyle changes. *Korea Academy of Care Management*. 2014;13:47-67.
20. Chung SD, Lee SH. Change in life satisfaction of Korean elderly: Comparisons of 1994, 2004, 2008 national survey results on the elderly life conditions and welfare need. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2011;31(4):1229-1246.
21. Kim HR. Comparison of prevalence for osteoarthritis and its risk factors between age 60-74 and 75 and over. *Journal of Korean Biological Nursing Science*. 2013;15(4):219-229. <http://dx.doi.org/10.7586/jkbns.2013.15.4.219>
22. Choi YH, Kim YH. The study on health promoting lifestyle of the elderly. *Korean Society for Health Education and Promotion*. 2001;18(3):103-115.
23. Yoon SN, Lee JY. A comparative study on health promotion behaviors and affecting factors of aged women in urban and rural area. *Korean Academy of Community Health Nursing*. 2005;16(1):13-22.
24. Choi YH. Health-promoting behavior and quality of life of solitary elderly in rural areas. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*. 2004;21(2):87-100.
25. Patil R, Uusi-Rasi K, Kannus P, Karinkanta S, Sievänen H. Concern about falling in older women with a history of falls: Associations with health, functional ability, physical activity and quality of life. *Gerontology*. 2014;60(1):22-30. <http://dx.doi.org/10.1159/000354335>
26. Morishita M, Kawasaki R, Nakao R, Hanzawa S. The correlation of the QOL of the elderly women aged 75 years and older living alone with their length of residence, their lifestyles and their health. *Nagasaki University's Academic*. 2007;19(2):31-41.
27. Lee HS. The factors influencing health-related quality of life in the elderly - focused on the general characteristics, health habits, mental health, chronic diseases, and nutrient intake status: data from the fifth Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES V), 2010~2012. *Korean Journal of Community Nutrition*. 2014;19(5):479-489. <http://dx.doi.org/10.5720/kjcn.2014.19.5.479>
28. Park W. Study on the effect of daily activities on the life satisfaction of the elderly with disability in rural community [master's thesis]. [Suncheon]: Suncheon National University; 2015. 84 p.
29. Choe JS, Kwon SO, Paik HY. Health-related quality of life by socioeconomic factors and health-related behaviors of the elderly in rural area. *Journal of Agricultural Medicine & Community Health*. 2004;29(1):29-41.