

주요개념 : 건강증진 생활양식, 자기효능감, 강인성, 노인

## 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구

송영신\* · 이미리\*\* · 안은경\*\*

### I. 서 론

건강은 인류역사 이래 인간의 최대 관심사이며, 삶의 중요한 목표를 성취하는데 가장 중요한 과제이다. 최근 의료기술의 발달, 경제수준의 향상으로 평균수명이 연장되면서 노인인구가 급속히 증가하여 노인의 건강을 증진시키는 것이 중요한 과제로 대두되었다.

노인인구가 전체 인구의 14.8%를 차지하는 가까운 일본의 경우, Gold Plan 사업계획으로 노인의 건강하고 보람있는 삶을 위한 정책적인 뒷받침이 이루어지고 있는 것을 볼때(成木弘子, 1996), 노령화 사회로 이르는 시간이 가장 빠를 것으로 예상되는(송건용, 1994) 우리나라에서 노인들의 복지를 위한 구체적이고 다양한 사업이 계획, 시행되어야 할 것은 당연하다.

건강과 질병 그리고 사망을 결정하는 네가지 요인(유전, 물리적 환경, 의료, 생활양식)중 60%를 생활양식이 차지하는 것으로 보고되어(Laronde, 1974), 건강증진 생활양식이 건강을 위한 기본으로 여겨지고 있으며, 따라서 노인의 건강증진을 위해서는 노인들의 건강증진 생활양식에 관한 연구가 그 기초자료로서 요구되고 있다.

그런데, 노인의 건강증진 생활양식을 설명해줄 수 있는 결정요인에 관한 국내 연구가 드물고, 특히 다양한 인구집단을 대상으로한 여러 연구에서 건강증진 생활양

식의 중요한 결정요인으로 보고된 자기효능감과 강인성을 변수로 연구한 것은 찾아볼 수 없기 때문에 노인의 건강증진 생활양식 수행정도를 알아보고 노인의 건강증진 생활양식에 이러한 변수들이 갖는 설명력을 알아봄으로서 노인이 건강증진 생활양식에 대한 이해를 더하고 노인의 건강증진을 위한 프로그램 개발의 기초자료를 제공하기 위해 본 연구를 수행하였다. 본 연구의 구체적인 목적은 1)노인의 건강증진 생활양식 수행정도, 2)인구학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도간에 차이, 3)강인성, 자기효능감과 건강증진 생활양식간의 관계, 4) 건강증진 생활양식을 설명해주는 주요 결정요인을 알아보는 것이다.

### II. 문헌고찰

#### 1. 노인의 건강행위에 관한 연구

건강증진 생활양식이 건강증진을 위한 기본으로 여겨지면서 건강증진 생활양식에 관한 연구가 다수 이루어지고 있다. 예방적인 건강을 넘어서 건강증진에의 강조는 건강관련문헌에서 1980년대부터 찾아볼 수 있는데(Pender, 1987; Walker 등, 1988), 우리나라에서도 1990년대부터 건강증진과 관련된 연구가 시작되어(윤진, 1990; 이태화, 1990; 강귀애, 1992) 근래에 급속한

\* 건양대학교 강사

\*\* 충남대학교 간호학과 박사과정

증가를 보이고 있다.

노인을 대상으로 수행된 건강행위 관련 연구로는 건강행위에 대한 노인의 지각에 관한 연구, 건강증진 생활양식 수행정도, 관련요인 및 결정요인에 관한 연구가 이루어졌음을 볼 수 있다.

Brown과 McCreedy(1986)의 연구에서 보면 55세 이상의 노인(n=386)들은 적절히 먹는 것, 충분한 휴식을 취하는 것, 운동하는 것을 가장 중요한 건강보호행위로 지각하고 있음을 볼 수 있다. Kee(1984)의 연구에서는 노인의 건강증진활동을 안전, 영양, 운동, 약물사용에 대한 적절한 조절 등으로 보고 있음을 알 수 있다.

노인의 건강증진 생활양식 수행정도에 대해서는 많은 연구들에서 젊은이보다 높은 수행정도를 보이는 것으로 보고되고 있으나(Prohaska 등, 1985; Bausell, 1986; Walker 등, 1988; Pender 등, 1990), 국내연구(전정자와 김영희, 1996)에서는 60세 이상으로 이루어진 집단이 17-40세 및 40-60세로 이루어진 집단보다 건강증진 생활양식 수행정도가 낮은 것으로 보고된 바도 있다.

노인의 건강증진 생활양식 관련요인 및 결정요인에 관한 연구를 보면, Hanner(1986)는 60세 이상의 노인(n=243)을 대상으로 한 연구에서 노인이 보고한 건강증진생활습관 실천과 교육정도, 지각된 건강상태, 자존감간에 상관관계가 있었다고 보고하였다. Nicholas(1993)는 72명의 노인을 대상으로 한 연구에서 지각된 건강상태와 자기간호실천간에 유의한 상관관계( $r=.46, p<.001$ )가 있었다고 하였다. Walker 등(1988)은 18-88세의 성인을 대상으로 한 연구에서, 인구학적인 변수(연령, 교육, 성별, 수입)가 건강증진 생활양식의 13.4%를 설명해 주었다고 하였다. Speake 등(1989)은 55-93세의 노인에서 과거 건강상태와의 건강비교, 동년배와의 건강비교, 우연통제위 및 내적통제위가 건강증진행위를 24% 설명해 주었다고 보고하였다. Duffy(1993)는 65세 이상 노인(n=477)에서 현재의 건강상태와 내적 통제위가 건강증진 생활양식의 유의한 예측요인으로 나타났으며, 높은 자존감, 내적 통제위, 지각된 건강상태가 높은 나이 많은 노인이 건강증진생활양식의 6개영역중 5개영역을 실천하였다고 보고하였다. Riffle 등(1989)은 55세 이상 아팔라치아 노인(n=113)에서 사회적 지지와 지각된 건강상태가 건강증진생활양식의 13%를 설명해 주었다고 하였다. Hubbard 등(1984)은 사회적 지지가 노인의 생활양식에 영향을 주며, 노인의 긍정적인 생활실천을 설명해주는 변량이 노인센터에서는 14%, health fair 등록자에서는 34% 정도라고 하였다.

전정자와 김영희(1996)는 성인후기(60세 이상)에서 자기존중감과 교육수준이 59%의 설명력을 갖는 것으로 보고되었다.

이상에서, 국내에서 노인의 건강증진 생활양식과 관련해서 이루어진 연구가 드문 것으로 나타나기 때문에 국내 노인의 건강증진 생활양식 수행정도, 관련요인 및 결정요인에 관한 연구가 이루어져야 할 것과, 최근 건강증진 생활양식과 관련된 연구에서 중요한 결정요인으로 보고되고 있는 자기효능감이나 강인성이라는 연구변수가 노인대상에서도 유의한 설명력을 보여줄 수 있는지를 검증하는 연구가 요구되고 있음을 알 수 있다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구대상

본 연구의 대상은 대전에 거주하는 60세 이상의 남녀가 노인으로 연구에 참여하기를 허락하고 의사소통이 가능한 자로 하였다.

#### 2. 연구도구

##### 1) 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식은 개인이나 집단의 인간적 성취, 자아실현, 안녕 수준을 유지하거나 증가하는 방향으로 지향되는 활동(Pender, 1990)으로 정의되며 본 연구에서 사용된 도구는 Walker 등(1987)이 개발한 총 4점 척도, 48문항의 Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP)을 우리문화에 맞게 서연옥(1995)이 47문항으로 수정한 도구를 사용하였으며 이 HPLP에는 자아실현(11문항), 건강책임(10문항), 운동과 영양(12문항), 대인관계 지지(7문항), 스트레스 관리(7문항)영역이 있으며 점수의 범위는 47점에서 188점으로 이루어져 있고 점수가 높을수록 수행정도가 높음을 의미한다.

본 연구의 전체 HPLP의 신뢰도는 cronbach's alpha 0.88 이었고 자아실현, 건강책임, 운동 및 영양, 대인관계, 스트레스 관리 5가지 하위개념의 신뢰도는 각각 0.82, 0.67, 0.65, 0.69, 0.64로 나타났다.

##### 2) 강인성

강인성은 높은 스트레스에 접했을 때 건강을 유지할 수 있는 개인적인 인격적 특성으로 본 연구에서 사용된 도구는 Pollock(1984)의 건강관련 강인성 도구를 서연

욱(1995)이 수정한 6점 척도 25문항을 본 연구의 대상자에 맞게 22문항으로 수정하여 사용하였으며 강인성은 3가지 하위개념인 통제성(5문항), 자기 투입성(8문항), 도전성(9문항)으로 구성되어 있으며 점수의 범위는 22점에서 132점으로 점수가 높을수록 수행정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 강인성의 신뢰도는 cronbach's alpha 0.83이었으며 통제성, 자기 투입성, 도전성이 각각 0.58, 0.71, 0.62으로 나타났다.

### 3) 자기효능

자기효능은 어떤 행동을 성공적으로 수행할수 있다는 신념으로 본 연구에서 사용된 도구는 Shere & Maddux(1982)에 의해 개발된 17문항 5점 척도로 이루어져 있는 일반적 자기효능 도구를 사용하였다. 점수의 범위는 17점에서 85점으로 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 의미한다.

본 연구에서 도구의 신뢰도는 cronbach's alpha 0.63으로 나타났다.

### 3. 자료수집

자료수집 기간은 1996년 7월-8월 두달이었고 훈련된 연구보조자(간호대학생) 2명에 의해 수집되었다. 연구대상자는 T시에 거주하는 60세 이상 재가 노인을 대상으로 본 연구의 목적을 설명하고 연구에 참여하기를 허락하고 구조화된 설문 내용을 충분히 이해하는 노인으로 필요한 경우에는 설문지를 읽어주어 설문지를 작성하도록 하였다.

### 4. 자료분석방법

수집된 자료는 SAS program를 이용하여 전산통계 처리하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강증진 생활방식 수행정도는 평균, 표준편차, 백분율을 사용하였고 일반적 특성에 따른 건강증진 생활방식은 t-test와 ANOVA를 건강증진 생활방식과 강인성, 자기효능감의 상관계수는 Pearson's Correlation Coefficient를 그리고 건강증진 생활방식을 예측하는 주요변인은 Multiple Stepwise Analysis를 이용하여 분석하였다.

### 5. 연구의 제한점

본 연구는 특정 일부 지역의 60세 이상의 노인을 대상

으로 편의추출하였으므로 연구결과를 전체 노인에게 일반화 시키는데에는 신중을 기해야 한다.

## IV. 연구의 결과 및 논의

### 1. 일반적 특성

본 연구의 대상자 연령분포는 61세-70세가 33%, 71세-80세 47%, 81세 이상이 23%였으며 남성이 42%, 여성이 58%를 차지하였다. 교육은 초등졸이 45%로 가장 많았고 배우자 유무에서 55%가 '무'로 응답하였다. 월 용돈은 38%가 6만원-10만원으로 가장 많았고 종교는 70%가 있다라고 응답하였다. 질병 경험에 대해서는 50%가 질병경험이 있다고 응답하였고 현재의 건강 지각에 대해서는 40%가 좋지 않다고 지각하고 있었다.

### 2. 노인의 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식은 <표 1>에서 보는바와 같이 자아실현 영역 11문항, 건강책임 영역 10문항, 운동영역 5문항, 영양영역 7문항, 대인관계 지지영역 7문항, 스트레스 관리 영역 7문항으로 이루어져 있다. 이들 하부 영역별 대상자의 평균을 문항수로 나눈 점수를 보면 각각 9, 2.1, 2.0, 2.8, 3.3, 2.7로 전체 영역이 평균 2.0 이상을 보이고 있다. 이 결과는 전정자와 김영희(1996)의 성인 후기 즉 61세 이상의 노인을 대상으로 한 연구와 비교해 볼때 자아실현(M=2.426), 운동(M=1.776), 대인관계 지지(M=2.585), 스트레스 관리(M=1.891) 영역에서 수행정도가 더 높게 나타났으며 특히 본 연구의 대상자들의 대인관계 지지를 통한 건강증진행위는 높게 나타나고 있다. 전체 건강증진 생활양식 수행정도는 본 연구에서 평균 2.63으로 이는 전정자와 김영희의 연구에서 60세 이상 노인의 2.338점보다 높았고 55세-99세 노인을 대상으로한 Speak등(1989)의 연구에서 보고된 2.99점보다는 낮은 점수였다. 또한 Walker등(1988)의 55-88세 집단에서 보고된 2.85 보다 낮았고 Duffy(1993)에서 보고된 2.9 그리고 55세 이상 집단을 조사한 Riffle, Yoho & Sams(1989)에서의 2.82보다 보다는 낮은 점수였다. 그러나 다른 인구집단의 수행정도와 비교해 보면 17세-40세 집단에서 보고된 2.783점(전정자와 김영희, 1996), 30세-59세 여성에서 보고된 3.21점(박재순과 최의순, 1992), 35세-54세 집단에서 보고된 2.71점(Walker등, 1988)보다는 낮았고 2, 30대 근로여성

에서 보고된 2.46(송영신, 1997), 40세-60세에서 보고된 2.618점(전정자와 김영희, 1996), 대학생에서 보고된 2.30(이미라, 1997)보다 높아 노인이 초기성인에 비해 건강증진 생활양식의 수행정도가 높다고 보고된 여러 연구결과와 일치함을 볼수 있다. 본 연구결과 운동영역의 수행정도가 낮았던 것은 노인대상의 전정자와 김영희(1996), Walker 등(1988), Duffy(1993)의 연구와도 일치하는 결과로 운동 영역의 건강증진 생활양식을 증진 시키는 필요성이 시사되고 있다.

〈표 1〉 노인의 건강증진 생활양식의 영역별 평균

영역(문항수)	평균	범위	표준편차
자아 실현(11)	32.89	12~44	6.93
건강 책임(10)	21.50	10~36	5.49
운동 및 영양(12)	28.00	16~43	5.29
대인관계 지지(7)	23.38	11~28	3.98
스트레스 관리(7)	19.10	7~28	4.29
전체(47)	24.96	80~171	19.02

### 3. 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식과의 차이

일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였다. 분석결과 교육 정도( $P < 0.05$ ), 월평균 용돈( $P < 0.01$ ), 종교( $P < 0.05$ )에 따라 건강증진 생활양식이 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다. 즉 교육정도별로는 중졸이하군이 2.70, 고졸이상군이 2.82로 교육 정도에 따라 건강증진 행위에 차이가 있었다. 이는 교육정도가 건강정보를 습득하는 기반이며 학력이 건강증진 행위를 설명하는데 기여한다는 선행연구(전정자와 김영희, 1996; 송영신, 1997; Duffy, 1988)와도 일치하는 결과를 보여주고 있다. 따라서 교육수준이 낮은 노인들에게 건강정보를 얻을 기회가 더 필요하다고 해석할수 있다. 노인의 월평균 용돈 정도에 따라 건강증진 행위에 차이가 있었는데 용돈이 많은 대상자의 실천정도가 용돈이 적은 대상자보다 높았다. 이는 월 수입을 변수로 한 선행연구(송영신, 1997; 박재순과 최의순, 1993; 전정자와 김영희, 1996)와도 일치하는 것으로 노인의 월평균 용돈이 가계의 경제수준과 맥을 같이 한다고 볼 때 저소득층 노인을 대상으로한 국가적인 프로그램 개발이 요구되고 있음을 알수 있다. 종교의 유무에 따른 건강증진 행위 실천정도를 보면 종교가 있는 대상자의 실천정도가 더 높았다. 이는 송영신(1997)의 결과와도 일치하는 것으로

〈표 2〉 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식의 차이

일반적특성(N)	평균	표준편차	T or F	P
성별	남(55)	127.163	19.33	
	여(40)	121.925	18.39	1.33 0.187
배우자 유무	유(42)	123.286	18.90	
	무(53)	126.283	19.20	-0.76 0.449
질병 경험	유(47)	126.447	16.11	
	무(48)	123.500	21.58	0.75 0.453
연령	61-65(10)	122.500	25.71	
	66-70(22)	126.545	14.24	
	71-75(22)	129.636	19.50	
	76-80(19)	120.684	18.65	
	81-85(18)	125.667	20.28	
	86-(4)	113.750	19.34	0.80 0.555
교육정도	무(40)	117.711	19.96	
	초등(44)	129.023	15.98	
	중등(8)	135.750	20.15	
	고등(4)	123.500	22.59	
	대졸(1)	141.000	0.00	2.93 0.025*
월평균용돈	5만이하(27)	120.629	20.27	
	6만-10만(36)	119.500	15.11	
	11만-15만(11)	130.691	24.94	
	16만-20만(10)	141.800	12.93	
	21만-25만(1)	129.000	0.00	
	26만-(10)	133.400	15.59	3.38 0.008**
종교	무(29)	124.655	17.52	
	불교(38)	120.028	21.51	
	기독교(11)	135.167	15.30	
	천주(12)	134.167	13.78	
	기타(7)	119.143	15.43	2.47 0.05*
현재	나쁘다(37)	122.162	18.72	
건강지각	그저그렇다(26)	123.308	20.17	
	좋다(27)	129.630	19.08	
	아주좋다(5)	129.000	13.56	0.95 0.421

$P < 0.05^*$ ,  $P < 0.01^{**}$ ,  $P < 0.001^{***}$

로 종교가 있는 대상자가 삶에 대해 더 적극적이며 긍정적으로 대처하기때문에 나타난 결과로 본다.

### 4. 건강증진 생활방식과 강인성, 자기효능감과의 상관관계

본 연구의 대상자들이 보고한 자기효능감은 표 3과 같이 평균 54.260( $SD = \pm 8.98$ )이었다. 이는 5점 만점에 평균 3.2점으로 중간치 이상의 점수를 보였고 강인성은

평균 73.041(SD=±17.45)로 6점 만점에서 3.5점으로 나타났으며 영역별 점수를 보면 통제성이 3.8(6점 만점), 자기투입성은 3.5(6점 만점), 도전성은 3.3(6점 만점)으로 통제성이 가장 높은 것으로 나타났다. 건강증진 생활양식과 이들 변수간의 상관관계를 보기 위해 pearson's correlation coefficient로 분석한 결과 <표 4>, <표 5>와 같은 결과를 얻을수 있었다.

<표 3> 강인성, 자기효능감의 평균과 표준편차

	평 균	범 위	표준편차
강인성	73.041	39~122	17.45
통제성	18.857	9~30	5.13
자기투입성	24.500	9~42	8.06
도전성	29.683	13~51	7.36
자기효능감	54.260	33~83	8.98

<표 4> 건강증진 생활양식, 강인성, 자기효능감간의 상관관계

	A	B	Z
A	1.000		
B	0.330***	1.000	
Z	0.092	0.577***	1.000

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

A=건강증진 생활양식, B=강인성, Z=자기효능감

건강증진 생활양식과 강인성과의 상관관계를 보면 강인성 전체는 유의한 상관관계(P<0.001)를 보였다<표 4>, 강인성의 하위영역중 통제성은 건강증진 생활양식 영역중 자아실현과 유의한 상관관계(P<0.01)를 보였

고 자기투입성은 자아실현(P<0.001), 운동 및 영양(P<0.01), 대인관계지지(P<0.01), 스트레스 관리(P<0.001)와 유의한 상관관계를 보였다. 도전성은 자아실현(P<0.001), 운동 및 영양(P<0.01)과 통계적으로 유의한 상관관계를 보였다<표 5>. 이와같은 결과는 Johson-Sayler(1991)가 성인 여성을 대상으로 건강행위와 사회심리적 예측인자중 강인성이 유의한 상관관계를 보인것과 일치하며 Pollock(1989)이 성인을 대상으로 조사한 결과와 서연옥(1995)의 중년여성을 대상으로 한 연구와도 일치하는 결과를 보여주는 것으로 특히 본 연구에서는 강인성의 영역중 통제성이 건강증진 생활양식의 자아실현 영역과 모두 유의한 상관관계를 보여 노인이 스스로 책임을 갖고 통제할수 있는 일을 어느정도 부여하는 것이 건강증진행위에 긍정적인 효과를 볼수 있을 것으로 사료되므로 이에 대한 추후연구가 필요할 것으로 본다.

자기 효능감은 본 연구에서 건강증진 생활양식과 유의한 상관관계를 보이지 않고 있으나 강인성중 자기투입성(P<0.001), 도전성(P<0.001)과 유의한 상관관계를 보여 자기 효능감이 높을수록 강인성이 높은 것으로 나타나 서연옥(1995)의 연구와 일치하는 결과를 보여주고 있다. 자기 효능감은 주어진 행위를 부분적 혹은 독립적으로 수행하는데 중요한 결정요소로서 선행연구(Waller, 1988 ; Wetzel, 1989 ; Bandura, 1992 ; 오복자, 1993 ; 송영신, 1997)에서 건강증진 생활양식의 강력한 영향요인으로 나타났다. 그러나 본 연구에서는 자기 효능감이 건강증진 생활양식과 직접적인 상관관계를 보여주지 않아 그 원인을 밝힐수 있는 노인을 대상으로 한 반복연구를 통한 지속적인 검증이 필요할 것으로 사

<표 5> 건강증진 생활양식 하위영역, 강인성의 하위영역, 자기효능감간의 상관관계

	A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	Z
A1	1.000								
A2	0.410***	1.000							
A3	0.325***	0.390***	1.000						
A4	0.628***	0.317***	0.310**	1.000					
A5	0.543***	0.471***	0.390***	0.565***	1.000				
B1	0.276**	0.114	0.169	0.138	0.101	1.000			
B2	0.349***	0.152	0.275**	0.278**	0.250**	0.429***	1.000		
B3	0.315***	0.121	0.245**	0.155	0.121	0.558***	0.685***	1.000	
Z	0.064	0.132	0.050	0.041	0.054	0.469***	0.507***	0.489***	1.000

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

A1=자아실현, A2=건강책임, A3=운동 및 영양, A4=대인관계지지, A5=스트레스관리,

B1=통제성, B2=자기투입성, B3=도전성

Z=자기효능감

표되며 고독과 만성질환으로 대표되는 노인의 가족내의 역할확대와 사회적 지지모임 예를 들면 노인대학과 같은 프로그램의 참여를 통한 성취경험을 통해 자기효능감을 높여줌으로써 건강증진 행위에 적극 참여할 수 있게 하는 간호중재가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

### 5. 건강증진 생활양식의 주요 예측 변수

〈표 6〉 건강증진 생활양식의 주요 예측 변수

	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> 첨가	P
자기 투입성	0.1097	0.1097	0.0011
자기 효능감	0.0771	0.1867	0.0042
월 평균 용돈	0.0633	0.2501	0.0071

건강증진행위를 예측하는 주요 예측 변수를 다중회귀 분석을 통해 분석한 결과 〈표 6〉과 같이 강인성의 하위 영역인 자기투입성, 자기효능감, 월평균 용돈이 노인의 건강증진 생활양식을 설명해주는 주요 예측 변수로 나타났다. 이들의 설명력은 25.01%였다. 본 연구에서 노인의 건강증진 생활양식을 가장 잘 예측하는 변수는 자기투입성으로 나타났다. 이러한 연구결과는 중년여성을 대상으로한 서연옥(1995)의 연구와 일치하는 것으로 강인성을 증진시키기 위한 중재 개발의 필요성을 시사하고 있다.

월평균 용돈이 주요 설명변수로 나타난 것은 노인을 대상으로 한 Brown과 McCreeedy(1986)의 연구와 유사한 결과였으나 이 연구는 건강보호행위로 건강증진 생활양식과는 차이가 있다. 노인을 대상으로한 다른 연구에서는 강인성, 자기효능감, 월평균 수입이 주요 설명요인으로 나타난 경우가 없어 강인성의 자기투입성이 건강증진 생활양식을 예측하는 주요변수로 나타난 것은 의의있다고 볼수 있다. 자기효능감이 주요 변인으로 나타난 것은 중년여성을 대상으로 한 서연옥(1995), 20-30대 여성근로자를 대상으로 한 송영신(1997), 대학생들을 대상으로 한 이미라(1997)의 연구와 일치하는 결과로 노인에서도 역시 자기 효능감이 건강증진 생활양식의 주요 설명 변수임이 입증된 것으로 볼수 있다. 따라서 노인의 건강증진 생활양식의 증진을 위해서는 사회적 지지모임이나 사회적 역할부여를 통해 자아실현을 이룰수 있는 기회를 제공하여 강인성과 자기효능감을 높이는 것이 중요하다고 보며 앞으로의 연구는 가족의 지지나 사회적 지지를 받는 노인과 어떤 지지도 받지 못하고 있는 영세 독거노인의 건강증진행위의 비교연구

로 이루어져야 할 것으로 본다.

## V. 결론 및 제언

### 1. 결 론

본 연구는 Pender의 건강증진 모형을 근거로 1)노인의 건강증진 생활양식 수행정도, 2)인구학적 특성(성별, 연령, 배우자 유무, 교육정도, 월평균 용돈, 종교, 질병경험)에 따른 건강증진 생활양식 수행정도가 차이, 3)자기효능감, 강인성, 건강증진 생활양식간에 통계적으로 유의한 상관관계, 4)자기효능감, 강인성, 일반적인 특성이 노인의 건강증진 생활양식에의 설명력을 알아보기 위해 수행되었다.

자료수집기간은 1996년 6월부터 8월까지 훈련된 연구 보조자 2명에 의해 수집되었다. 연구대상은 T광역시에 소재한 60세 이상 재가노인 98명이었다.

자료분석은 SAS program을 이용하였는데, 인구학적 특성 및 건강증진 생활양식의 수행정도는 평균과 백분율 그리고 표준편차를, 인구학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도의 차이는 t-test와 ANOVA를, 건강증진 생활양식, 강인성 및 자기효능감 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를, 그리고 건강증진 생활양식의 결정요인은 Multiple regression analysis를 이용하여 분석하였다.

연구결과는 아래와 같다.

- 1) 건강증진 생활양식 수행정도는 4점 만점중 평균 2.63점이었고, 영역별로는 대인관계 지지 영역이 가장 높아 3.3점이었고, 자아실현(2.9), 영양(2.8), 스트레스 관리(2.7), 건강책임(2.1), 운동(2.0) 순으로 운동영역의 수행정도가 가장 낮았다.
- 2) 일반적 특성(성별, 연령, 배우자 유무, 교육정도, 월평균 용돈, 종교, 질병경험)중에서는 교육정도, 월평균 용돈, 종교에 따라 건강증진 생활양식 수행정도가 차이를 보이는 것으로 나타났다.
- 3) 전체 건강증진 생활양식과 전체 강인성간에 통계적으로 유의한 상관관계를 보였고( $r=0.330, p<0.001$ ), 강인성의 하부영역중 통제성은 자아실현 영역( $r=0.276, p<0.01$ ), 자기투입성은 자아실현영역( $r=0.349, p<0.001$ ) 및 운동 및 영양 영역( $r=0.275, p<0.01$ ), 그리고 도전성은 자아실현영역( $r=0.315, p<0.001$ ), 운동 및 영양영역( $r=0.245, p<0.01$ )과 유의한 상관관계를 보였다. 자기효능감은 건

강증진 생활양식과는 유의한 상관관계를 보이지 않았고, 강인성의 하부영역중 통제성( $r=0.469, p<0.001$ ), 자기투입성( $r=0.507, p<0.001$ ) 및 도전성( $r=0.489, p<0.001$ ) 과만 유의한 상관관계를 보여주었다.

- 4) 건강증진 생활양식의 결정요인으로는 강인성의 하부영역중 자기투입성이 10.97%를 설명하여 가장 높은 설명력을 보여주었고, 여기에 자기효능감(7.71%) 및 월평균 용돈(6.33%)이 더해져서 25.01%가 설명되었다.

## 2. 제 언

- 1) 본 연구는 T도시의 재가노인에 국한되어 조사되었으므로 다른 상황(타지역, 시설노인)에서의 반복연구를 제언한다.
- 2) 노인의 경제수준에 따른 건강증진 생활양식 차이에 대한 비교 연구를 제언한다.
- 3) 다른 연구에서 노인의 건강증진 생활양식의 중요한 결정요인으로 보고된 변수를 첨가하여 반복연구해 볼 것을 제언한다.
- 4) 노인의 운동영역 수행정도를 증진시키기 위한 프로그램 개발을 제언한다.
- 5) 우리나라 노인의 특성에 맞는 건강증진 생활양식 측정도구 개발의 필요성을 제언한다.

## 참 고 문 헌

강귀애(1991). 국민학교 육학년 학생들의 건강증진행위에 관련된 요인. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문

박재순, 최의순(1992). 중년여성의 월경상태에 따른 건강증진 생활양식. 여성건강간호학회지, 1(2), 234-240

서연옥(1995). 중년여성의 건강증진 생활양식에 관한 구조모형, 경희대학교 박사학위논문

成木弘子(1996). 일본에서의 노령자대책과 지역간호활동: 주민과 협력한 활동을 중심으로. 중앙대학교 간호과학 연구소 개소식 및 기념 학술 세미나: 노인의 국제적 동향. p11-19

송건용(1994). 노인보건을 위한 정책과제. 한국노년, 노인병, 노화학 연합회 학술대회집, 5-15

송영신(1997). 여성근로자의 건강증진 생활양식과 영

향요인 분석. 충남대학교 석사학위논문

오복자(1993). 건강증진 행위의 영향요인 분석-위암 중심. 대한간호학회지, 25(4), p681-695

윤진(1990). 산업장 근로자의 건강증진 행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문

이미라(1997). 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. 대한간호학회지, 27(1).

이태화(1990). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석. 연세대학교 석사학위논문

전정자, 김영희(1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교 연구. 성인간호학회지, 8(1), 41-54

Bandura A.(1992). Self-efficacy mechanism in physiological activity and health promoting behavior, in adaptation learning and affect, edited by Mudden S., Matthysee and Barchas, New York : Raven Press

Brown, J. S. & McCreedy, M.(1986). The hale elderly : health behavior and its correlates. Research in Nursing & Health, 9, 317-329

Duffy M. E(1988). Determinants of health-promoting in midlife women, Nursing Research, 37(4), p358-361

Duffy M. E.(1993). Determinant of health-promoting lifestyles in older persons. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 25(1), p23-28

Hanner, M. E.(1986). Factors related to promotion of health-seeking behavior in the aged. Unpublished Doctoral Dissertation. The University of Texas at Austin

Hubbard, P., muhlenkamp, A. F. & Brown, N. (1984). The relationship between social support and self-care practices. Nursing Research, 33, 266-270

Idler, E. L. & Kasl, S. V.(1995). Self-ratings of health : Do they also predict change in functional ability? J. of Gerontology, 50B(6), S344-S353

Kobasa S. C, Maddi S. R., Kahn S.(1982). Hardiness and Health : a prospective study, Journal of personality and social psychology. 42, p168-177

Lee, H. J. (1991). Relationship of hardiness and current life events to perceived health in rural adults. Research in Nursing and Health, 14(5), 351-359

Moore, E. J. (1990). Using self-efficacy in teaching self-care to the elderly. Holistic Nurs Pract, 4(2), 22-29

Nicholas, P. K. (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. J. of Advanced Nursing, 18(7), 1085-1094

Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R. & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyle in the workplace. Nursing Research, 39(6), 326-332

Pollock S. E. (1984). The stress response. Critical Care Quarterly, 6(4), p1-11

Pollock S. E. (1987). The hardiness characteristics : a motivating factor in adaption. Advanced Nursing Science. 19(1), p53-62

Prohaska, T. R., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1985). Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderly adults. J. of Gerontology, 40, 569-578

Richmond, D. E., McCracken, H. E., & Broad, J. (1996). Older adults and healthy lifestyle issues : results of a community study. N Z Med J, 109(1019), 122-125

Riffle, K. L., Yoho, F., Sams, J. (1989). Health promoting behaviors, perceived social support, and self-reported health of Appalachian elderly. Public Health Nurs, 6, 204-211

Shere M. S., Maddux J. E. (1982). The self-efficacy scale : construction and validation. Psychological Reports, 51, p663-671

Speake, D. L., Cowart, M. E. & Pellet, K. (1989). Health perceptions and life styles of the elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100

Waller P. R., Crow C., Sands D., Becker H. (1988). Health related attitude of health promoting behavior : difference between health fare attenders and a community comparison group. American Journal of Health Promoting. 3(1),

p17-24

Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting life styles of older adults : comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. ANS, 11(1), 76-90

Weitzel M. H. (1989) A test of the health promotion model with blue collar worker. Nursing Research. 38(2), p99-104

Whetstone, W. R. & Reid, J. C. (1991). Health promotion of older adults : perceived barriers. J. of Advanced Nursing, 16, 1343-1349

- Abstract -

Key concept : Health promotion, Lifestyle, Self-efficacy, Elderly

## The Study on Health Promoting Lifestyle of the Elderly

Song, Young Shin\* · Lee, Mi Ra\*\* · Ahn, Eun Kyong\*\*

This study was done to describe health promoting lifestyle and determine affecting factors in elderly based on the Health Promotion Model by Pender. Cognitive-perceptual factors that were included in this study were self-efficacy and hardiness. Modifying factors were demographic characteristics (sex, age, partner, previous illness, education level, income and religion). The specific purpose of this study was to examine the relationships of self-efficacy, hardiness and the demographic characteristics to health promoting lifestyle and to determine causal factors affecting the elderly.

The subjects were a volunteer sample of 98 elderly in one city in?

The instruments for this study were Health Promoting Lifestyle Profile (47 items, 4 scale), Health

\* Lecturer, Konyang University, Dept. of Nursing

\*\* Doctoral Candidate, College of Nursing, Chung-Nam University.



Related Hardiness Scale(22items, 6scale), general Self-Efficacy Scale(13items, 5scale). Frequency, percentage, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficient and Stepwise Multiple regression technique with SAS program were used to analyze the data.

The Results of the study are as follows :

- 1) The average item score for the health promoting lifestyle was 2.63, the highest score on the subscales was interpersonal support(M=3.3), followed by self-actualization(M=2.9), nutrition (M=2.8), stress management(M=2.7), health responsibility(M=2.1) with the lowest being exercise(M=2.0)
- 2) A significant difference between education level, income, religion and health promoting lifestyle were found.
- 3) All of the subscales on health promoting lifestyle were positively related to total hardiness( $r=0.330$ ,  $p<0.001$ ). The hardiness subscale of control was positively related to self-actualization( $r=0.276$ ,  $p<0.01$ ), and commitment was positively

related to self-actualization( $r=0.315$ ,  $p<0.001$ ), exercise/nutrition( $r=0.245$ ,  $p<0.01$ ), interpersonal support( $r=0.278$ ,  $p<0.01$ ), stress management( $r=0.250$ ,  $p<0.01$ ). Challenge was positively related to self-actualization( $r=0.315$ ,  $p<0.001$ ), exercise/nutrition( $r=0.245$ ,  $p<0.01$ ). There was no significant correlation between self-efficacy and all of the subscales of health promoting lifestyle. Self-efficacy showed a significant correlation only with control( $r=0.469$ ,  $p<0.001$ ), commitment( $r=0.507$ ,  $p<0.001$ ), challenge( $r=0.489$ ,  $p<0.001$ ).

- 4) Commitment, self-efficacy and income explained 25.01% of the variance for the total health promoting lifestyle.

The results of this study show that commitment, self efficacy and income predicted the health promoting lifestyle of the elderly. So health promoting programs that increase commitment and self-efficacy should be developed to promote a healthy lifestyle of the elderly, especially those who have low income.