

주요개념 : 노인, 건강증진행위, 자기효능감, 자존감, 내적 건강통제위, 지각된 건강상태

노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구

김 호 정* · 박 영 숙*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

인간수명의 연장으로 노인인구가 증가하고 질병양상에 있어서 만성 퇴행성 질환이 급증함에 따라 노인의 건강문제는 간호학에서 중요한 관심의 대상이 되고 있다. 노인은 노화로 인한 일상적 건강관리는 물론, 각종 노인성 질환을 관리해야 하는 문제를 가지고 있어(전산초와 최영희, 1990) 어느 연령층보다도 자신의 건강을 유지, 증진하기 위한 노력이 요구된다(서울특별시, 1989; Penning & Wasyliv, 1992). 또한 노인집단은 의료비 사용이 많고 병원 수진율이 높은 집단이며 노인인구의 건강은 우리나라 전체인구의 의료비 지출이나 건강관련 통계지수와 삶의 질을 좌우할 수 있는 매우 중요한 측면이므로(송미순, 1996) 간호 전문직의 노인에 대한 건강관리역할이 절실히 요청되고 있다.

또한 만성 퇴행성 질환으로 질병양상의 변화, 건강에 대한 의식의 변화와 더불어 건강관리비용의 상승 그리고 자가 건강관리에 대한 새로운 인식 등은 평상시에 자신의 건강을 유지, 증진시키

기 위한 건강증진행위에 관심을 갖게 하였다.

건강증진이란 개인의 습관이나 환경의 변화를 촉진하는 과정을 통해서 높은 수준의 안녕을 향해 나아가는 건강관리를 말하며(Brubaker, 1983), 건강증진행위란 건강한 생활양식을 향상시키기 위한 개인적 또는 지역사회적 활동으로서 안녕수준 뿐 아니라 자아실현, 자기성취를 증진시키기 위한 방향으로 취해지는 활동이다(Pender, 1982).

건강증진행위를 수행하는 것은 개인의 태도 변화를 통한 생활양식의 변화를 꾀하는 것이라고 할 수 있다(Mason & Mcguinnis, 1990). 건강증진 상태를 추구하기 위해서는 인간의 건강에 대한 행위와 태도변화에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 규명하는 작업이 필요하다. Pender(1982)는 개인의 인지·지각요인(건강가치, 건강 통제위, 자기 효능감, 건강개념, 지각된 건강상태, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자존감)과 이에 영향을 미치는 조정요인(인구학적 특성, 생물학적 특성, 대인관계 영향, 상황적 요인, 행동적 요인)에 의해 건강증진행위를 수행하는 것에 대한 의사결정이 내러지며, 건강증진행위를 자극하는 행동의 계기와 방해하는 장애점이 작용하여 건강증진행위를 결정하게 된다는 건강증진모형을 제안하였다.

* 계명대학교 간호대학

건강증진행위와 관련된 변인을 분석한 많은 선행연구에서 자기효능감, 자존감, 내적 건강통제위, 지각된 건강상태, 인구학적 특성 변인이 건강증진행위와 높은 관련성이 있는 것으로 나타났다. 이들 연구의 대상은 건강한 성인에서부터(Pender, Walker, Sechrist, & Frankstromborg, 1990; Walker, Volkan, Sechrist, & Pender, 1988; Weitzel, 1989; 박인숙, 1995; 윤진, 1990; 이태화, 1989), 장애가 있는 환자(Oh, 1993; Stuijbergen & Becker, 1994; Stuijbergen, Becker, & Sands, 1990)와 암환자(Frank-Stromborg, Pender, Walker, & Sechrist, 1990; 오복자, 1994, 1995, 1996), 중년여성(Duffy, 1988; 박재순, 1995; 서연옥, 1994, 1995) 등으로 범위가 확대되고 있지만 노인을 대상으로 한 연구는 미흡한 상태이다. 또한 노인과 관련된 연구는 질병과정과 만성질환에 대한 것은 많지만 노인의 건강증진을 위한 연구는 매우 제한되어 있다(Duffy, 1993; Riffle, Yoho, & Sams, 1989). 따라서 본 연구에서는 Pender의 건강증진모형을 이론적 틀로 사용하여 노인을 대상으로 건강증진행위 수행정도를 파악하고 노인의 건강증진행위와 관련된 변인을 규명하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 노인이 자신의 건강을 보호, 증진하기 위하여 취하는 일상적인 건강증진행위 수행정도를 파악하고 이와 관련된 변인을 규명함으로써 노인의 건강증진행위를 도모하기 위한 대응책을 강구하는데 필요한 기초자료를 제공하기 위함이다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인의 건강증진행위 수행정도를 파악한다.
- 2) 노인의 건강증진행위 수행정도에 영향을 미치는 변인을 파악한다.
- 3) 노인의 건강증진행위 수행정도와 인지·지각요인의 인식도와와의 관계를 파악한다.
- 4) 노인의 인구학적 특성에 따른 건강증진행위 수행정도와 인지·지각요인의 인식도를 파악한다.

3. 연구문제

- 1) 노인의 건강증진행위 수행은 어느 정도인가?
- 2) 노인의 건강증진행위 수행정도에 영향을 미치는 변인은 무엇인가?
- 3) 노인의 건강증진행위 수행정도와 인지·지각요인의 인식도는 관계가 있는가?
- 4) 노인의 인구학적 특성에 따라 건강증진행위 수행정도와 인지·지각요인의 인식도는 차이가 있는가?

4. 용어의 정의

1) 노인(the Elderly)

이론적 정의 : 신체적, 생물적, 심리적, 사회적 및 지각적인 측면에서 생의 주기에 따라 변화하는 노화과정에 있는 남녀를 의미한다(윤진, 1985).

조작적 정의 : 대구시 7개 행정구역에 소재하고 있는 종합사회복지관내 경로당을 이용하는 60세 이상의 남자와 여자로서 본 연구의 대상자 조건에 합당한 사람을 말한다. 60세를 기준으로 한 이유는 전통적으로 우리나라는 환갑을 지난 사람 즉 60세 이상을 노인으로 보고 있고, 대한노인회 가입 연령을 60세 부터로 규정하고 있으며, 노인 스스로도 60세를 노령의 시작으로 보는 경우가 많기 때문이다(김성순, 1981; 장인협과 최성재, 1987).

2) 자기효능감(Self-Efficacy)

이론적인 정의 : 개인이 결과를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 자신감이다(Bandura, 1977).

조작적 정의 : Sherer et al.(1982)이 개발한 자기효능도구중 Oh(1993)가 번역한 일반적 자기효능도구로 측정된 점수를 말한다.

3) 자존감(Self-Esteem)

이론적 정의 : 자아개념의 평가적 요소로서 자신을 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로 인지하는 것을 말한다(Samules, 1977).

조작적 정의 : Rosenberg(1965)의 자존감 도구

를 전병재(1974)가 번역한 것을 본 연구자가 수정한 도구로 측정함 점수이다.

4) 내적 건강통제위(Internal Health Locus of Control)

이론적 정의 : 건강과 관련된 결과나 강화에 대한 일반화된 기대나 신념의 일부로 건강이나 질병이 자신의 행동, 능력에 의해 좌우된다고 믿는 성향이다(Wallston, Wallston, & Develis, 1978).

조작적 정의 : Wallston et al.(1978)이 개발한 다차원적 건강통제위 도구중 내적 건강통제위도구로 측정함 점수이다.

5) 지각된 건강상태(Perceived Health Status)

이론적 정의 : 건강과 관련된 사물이나 사건에 대해 개인의 주관적인 생각에 의해 결정되는 인간의 심리적 변수를 말한다(최정훈, 1982). 즉 인간이 안녕을 느끼며 생활할 수 있는 건강 상태(WHO, 1947)에 대한 개인적인 느낌을 말한다.

조작적 정의 : Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale로 측정함 점수이다.

6) 건강증진행위(Health-Promoting Behavior)

이론적 정의 : 생활양식의 구성요소가 되는 계속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며, 안녕 수준뿐 아니라 자아실현, 자기성취를 증진시키기 위한 행위이다. 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강 책임, 대인관계, 자아실현이 하위개념으로 구성된다(Pender & Pender, 1987 ; Walker, Sechrist, & Pender, 1987).

조작적 정의 : Walker et al.(1987)이 개발한 건강증진 생활양식 측정도구(HPLP)를 본 연구자가 노인의 특성을 감안하여 수정, 보완한 도구로 측정함 점수이다.

5. 연구의 제한점

1) 본 연구의 대상자는 대구 지역에 소재하는 중

합복지관을 이용하는 일부 노인에 한정되었기 때문에 모집단인 한국노인 전체를 대상으로 확대해석할 때는 신중을 요한다.

II. 문헌고찰

1. 노인의 건강특성

노인이란 인생의 마지막 단계로서 신체적, 정신적 기능이 쇠퇴되고 사회적 역할이 감소되는 것과 관련하여 독특한 인격을 갖는 사람이다(김숙영, 1992).

인간수명의 연장에 따라 노인이 장수하는 만큼 건강과 삶의 질을 유지하는 것이 아니라 많은 고통과 건강문제를 가진 채 장수한다는 증거가 많다(Verbrugge, 1989). 우리나라 60세 이상 노인의 유병률이 57%로 과반수를 넘고 있고(이선옥, 김순자와 하양숙, 1996) 모든 암의 60%는 60세 이후에 발생하며(Dodd, 1991) 노인은 질병과 스트레스, 그리고 노화과정 등으로 더욱 취약하게 된다(전산초와 최영희, 1988). 따라서 노인에게는 다른 연령 그룹과 달리 독특한 신체적, 정신적, 사회심리적 특징이 있으며 이에 연유하는 그들 특유의 요구가 따르게 된다(김행자, 1974). 이러한 노년기의 모든 특성과 문제는 건강에서 연유하는 것이라고 하여도 지나치지 않는데, 노년기의 대표적인 특징인 상실과 그로 인한 의존성의 증대는 건강의 상실에서 비롯되는 것으로 노화로 인한 건강의 상실이 노동력의 상실을 가져오고 이로 인하여 경제적 활동에서 소외되어 빈곤하게 되며, 소득이 줄어들고 고정된 상태에서 많은 의료비를 지출하게 되어 경제적으로 더욱 어려움을 겪게 된다. 더우기 건강이 나빠짐에 따라 사회적 활동범위가 축소되고, 이로 인하여 고독이나 무료, 소외에 빠지게 될 뿐만 아니라, 심리적으로도 자아가 위축되어 결국 노인생활 전반에 결정적인 영향을 미치게 되므로 노년기에 있어서는 어느 연령층보다도 건강을 유지, 증진하기 위한 노력이 절실히 요구된다(서울특별시, 1989 ; Penning & Wasyliv, 1992).

또한 노인인구의 건강은 우리나라 전체인구의 의료비 지출이나 건강관련 통계지수와 삶의 질을 좌우할 수 있는 중요한 측면으로 노인의 건강증진을 유도하는 전략은 개인의 기본적인 건강욕구를 해결해 주며, 궁극적으로는 사회 전반적인 안녕을 높이는 데까지 기여하게 된다.

따라서 본 연구에서는 건강요구도가 높고 건강관리를 자발적으로 할 수 있는 노인을 대상으로 건강증진행위 수행정도를 파악하고 이와 관련된 변인을 규명하고자 한다.

2. 노인의 건강증진행위와 관련된 변인

건강증진행위는 다양한 변인에 의해 영향을 받는다. 본 연구에서는 Pender의 건강증진모형의 인지·지각요인중 자기효능감, 자존감, 내적 건강통제위, 지각된 건강상태와 조정요인중 인구학적 특성을 중심으로 고찰하고자 한다.

1) 자기효능감과 건강증진행위

자기효능감은 바람직한 결과를 산출하기 위해 필요한 행위를 성공적으로 해 낼 수 있다는 자신감으로서 개인의 행위가 어떤 결과를 초래할 것인지에 대한 개인적인 확신인 결과기대와는 다르다(김남성, 1995).

자기효능감과 건강증진행위와의 관계를 밝힌 연구를 보면 Weizel(1989)의 사무직 노동자를 대상으로 한 연구($r=.33, P<=.001$), Stuibergen and Becker(1994)의 장애(disabled) 성인을 대상으로 한 연구($r=.62, P<.01$)에서 자기효능감은 건강증진행위와 상관이 높았고, 여성관절염 환자를 대상으로 한 Oh(1993)의 연구에서 자기효능감이 건강증진행위에 가장 중요한 영향을 주는 변수였으며($R^2=.22, P<.000$), 위암환자를 대상으로 한 오복자(1994)의 연구에서도 자기효능감이 건강증진행위에 유의한 영향을 주는 변수였다(효과크기=.495, $T=5.975, P<.05$).

또한 Gillis(1993)가 23편의 연구논문을 분석하여 건강증진 생활양식의 영향요인을 확인한 연구($r^2=.063$ to $.23$)에서 자기효능감이 건강증진 생

활양식을 예측하는 가장 중요한 요인이었다.

위와 같은 연구결과는 자기효능감이 건강증진행위와 밀접한 관련이 있는 것으로 일치된 결과를 보였다. 그러나 국내 연구에서는 자기효능감과 건강증진행위와의 관계연구가 미흡한 상태이며 특히 노인을 대상으로 한 연구는 거의 없다. 따라서 본 연구에서 노인의 자기효능감과 건강증진행위 수행과의 관련성을 알아보려고 한다.

2) 자존감과 건강증진행위

자존감이란 자아개념의 평가적인 요소로서 자신을 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로 인지하는 것으로, Stuart, Colin, and Larry(1984)는 자존감이란 자신의 능력, 성공 여부, 중요성 등 자신의 가치에 대한 개인적 판단으로 자신이 얼마나 자신의 기준에 잘 부합했는가를 분석하고 타인과 비교하여 자신의 수행이 얼마나 훌륭했는가를 분석함으로써 얻어진다고 하였다.

자존감과 건강증진행위와의 관계를 밝힌 연구를 보면 일반성인을 대상으로 한 이태화(1989)의 연구에서 자존감은 건강증진행위와 유의한 정적 상관관계($r=.401, P<.001$)로, 건강증진행위에 가장 영향력있는 변인이었고($R^2=.14$) 중년여성을 대상으로 한 Duffy(1988)의 연구에서 자존감은 건강증진 생활양식을 6% 설명하였다. 또한 위암환자를 대상으로 한 오복자(1994)의 연구에서도 자존감은 자기효능감 다음으로 건강증진행위에 유의한 영향을 주는 변수였다(효과크기=.357, $T=2.558, P<.05$). 그러나 취업주부와 전업주부의 건강증진 생활양식과 자존감간의 상관관계를 비교한 서연옥(1994)의 연구에서는 두 군에서 모두 유의한 역상관관계를 나타내고 있어 선행연구 결과들이 일치하지 않음을 알 수 있다. 이는 대상자의 특성에 따라 자존감이 건강증진행위의 동기적 요인이 되지 않을 수 있음을 암시한다.

따라서 본 연구에서는 노화과정에 따라 변화된 자존감 정도와 노인의 건강증진행위와의 관련성을 알아보려고 한다.

3) 건강통제위와 건강증진행위

건강통제위는 사회학습이론에서 유도된 개념으로 어떤 행위가 일어날 가능성은 그 행위가 가져올 결과와 그 결과의 보상적 가치에 대한 기대에 의해 일어난다는 것이다. 즉 어떤 행동이 어떤 결과를 초래할 것이라는 개인적인 신념이라고 볼 수 있다.

건강통제위와 건강증진행위와의 관계를 밝힌 연구를 보면 내적 통제위는 이태화(1989)의 연구에서 건강증진행위와 유의한 정적 상관관계($r=.361, P<.001$)로, 건강증진행위를 6% 설명하였으며 노인을 대상으로 한 Speake, Cowart, and Pellet(1989)의 연구에서 건강증진행위와 유의한 정적 상관관계($r=.29, P=.001$)로, 건강증진행위를 5.8% 설명하였고 성인을 대상으로 한 이영휘(1988)의 연구에서 건강행위실천정도와 정적 상관관계가 있었다($r=.134, P<.05$). 또한 중노년기 미망인을 대상으로 한 Rauckhorst(1987)의 건강습관에 대한 연구에서 내적 건강통제위가 금연, 음주를 하지 않음, 규칙적 운동, 체중조절과 같은 긍정적 건강습관과 가장 관련이 많았다. 그러나 중년여성을 대상으로 한 Duffy(1988)의 연구에서 건강증진행위에 대한 내적 건강통제위의 설명력은 1%미만인데 비해 우연 통제위에 의한 설명력은 13%였다.

이상의 연구결과를 볼 때 건강통제위는 건강증진행위에 유력한 영향을 나타내며 우연통제위는 내적통제위와 상반되는 효과를 나타내므로 본 연구에서는 도구의 복잡성을 피하여 내적 건강통제위만을 선택하였다.

4) 지각된 건강상태와 건강증진행위

건강상태에 대한 개인적인 지각은 건강증진행위의 중요한 동기적 요인으로 널리 보고되어 왔다.

지각된 건강상태와 건강증진행위와는 많은 연구에서 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 밝혀졌고(Duffy, 1988 ; Hanner, 1986 ; ; Kuster & Fong, 1993 ; Pender et al., 1990 ; Weitzel, 1989) 노인을 대상으로 한 연구에서도 지각된 건강상태가 건강증진 생활양식의 주요예측인자임을

밝혔다(Duffy, 1993 ; Riffle et al., 1989). 노인을 대상으로 한 Speake et al.(1989)의 연구에서 건강증진행위와 현재 건강지각($r=.04, P<.05$), 과거 건강지각($r=.18, P<=.01$), 동년배 비교 건강지각($r=.29, P<.001$)간에 유의한 정적 상관관계가 있었으며 건강증진행위에 대한 설명력은 동년배 비교 건강지각이 10.2%, 과거 건강지각이 4.3%였다. 그러나 최근 오복자(1994, 1995), 서연옥(1995)의 연구에서는 건강상태 지각이 건강증진행위에 유의한 영향을 나타내지 않음을 보고하였는데 이는 대상자의 특성에 따라 건강상태 지각이 건강증진행위의 동기적 요인이 되지 않을 수 있는 가능성을 시사해 준다.

이에 본 연구에서 노인의 지각된 건강상태를 현재 건강상태, 과거 건강상태, 동년배 비교 건강상태, 일하면서 느끼는 건강상태의 문제에 대한 자가평가도구로 측정하여 건강증진행위와의 관련성을 알아보려고 한다.

5) 인구학적 특성과 건강증진행위

본 연구에서는 건강증진행위에 영향을 주는 인구학적 특성으로 성별, 연령, 사회경제적 상태(교육정도, 수입, 직업), 결혼상태, 가족의 크기, 배우자 유무, 종교가 고찰되었다.

인구학적 특성과 건강증진행위와의 관계를 밝힌 연구에서 연령이 많을수록, 교육수준이 높을수록, 여성이 남성에 비해 건강증진행위를 더 많이 수행하였다(Bausell, 1986 ; Kuster & Fong, 1993 ; Muhlenkamp & Broerman, 1988 ; Muhlenkamp, Brown, & Sands, 1985 ; Muhlenkamp & Sayles, 1986 ; Oh, 1993 ; Pender et al., 1990 ; Prohaska, Leventhal, E. A., & Leventhal, H., 1985 ; Walker et al., 1988 ; 이영휘, 1988). 또한 교육, 수입, 직업과 같은 사회경제적 상태도 건강증진행위와 모두 관계가 있는 것으로 나타났다(Brown et al., 1983 ; Duffy, 1988 ; Krick & Sobal, 1990 ; Pender, 1987 ; Riffle et al., 1989 ; Rokowsk, 1987 ; Weitzel, 1989 ; 조원정과 장은희, 1982). 노인을 대상으로 Speake et al.(1989)의 연구에서 교육

수준이 높을수록($r=.15, P<.05$), 수입이 적을수록($r=-.18, P<=.01$) 건강증진행위를 더 많이 수행하였다. 그러나 Duffy(1988)의 연구에서 교육정도가 건강생활양식 실천의 예측인자라고 제시하였으나 그 설명력은 1%에 불과하였고 근로자를 대상으로 한 윤진(1990)의 연구에서 고학력군이 건강증진행위에서 자기간호 영역을 적게 수행하였다($F=10.168, P<.0001$). 이는 교육정도가 통합된 건강증진행위의 모든 하위영역에 대해 일관된 양상을 설명해 주지 못하고 있음을 나타낸다.

이상의 연구결과에서 성별, 연령, 교육정도, 수입, 직업, 가족의 크기, 배우자 유무, 종교가 전반적인 건강행위와 관련성이 높을 것으로 보여지나 일관된 결과를 나타내지는 않았다. 따라서 본 연구에서 노인의 인구학적 특성과 건강증진행위와의 관련성을 알아보려고 한다.

6) 인구학적 특성과 인지·지각요인

인구학적 특성과 인지·지각요인간의 관계를 밝힌 연구에서 지각된 건강상태는 성별, 연령, 교육정도(Cockerham, Sharp, & Wilcox, 1983; Verbrugge & Windgard, 1987; Wallen, Waitzkin & Stoeckle, 1979; 고금자, 1987)와 관련이 있었다.

노인을 대상으로 한 Speake et al.(1989)의 연구에서 교육수준이 높을수록 내적 통제위 성향이 높았고($r=-.129, P<.05$) 현재 건강지각은 연령이 적을수록($r=-.241, P<.01$), 교육수준이 높을수록($r=.523, P<.01$), 여자인 경우($r=-.105, P<.05$) 더 좋았다. 근로자를 대상으로 한 김정희(1985)의 연구에서 교육정도가 높은 군이 내적 성향이 높았고 성인을 대상으로 한 Johnson, Ratner, Bottorff, & Hayduk(1993)의 연구에서 교육정도가 높을수록 자기효능감이 높았다.

이상의 연구결과를 종합하여 볼 때 Pender가 제안한 건강증진행위에 관련이 높은 변인으로 자기효능감, 자존감, 건강통제위, 지각된 건강상태, 인구학적 특성(연령, 성별, 종교, 결혼상태, 교육정도, 동거가족수, 동거현황, 직업, 경제수준)을 확인할 수 있었다.

그런데 이들 연구대상의 범위가 건강한 성인에서부터 장애가 있는 환자와 암환자, 중년여성 등으로 확대되고 있지만 노인을 대상으로 한 연구들은 아직까지 미흡한 상태임을 알 수 있다. 따라서 본 연구에서는 Pender의 건강증진모형을 이론적으로 하여 노인의 건강증진행위 수행정도를 파악하고 선행연구에서 확인된 변인들 중 노인의 건강증진행위와 관련된 변인을 규명하고자 하였다.

3. 본 연구의 개념적 기틀

노인의 건강증진행위에 관련된 변인은 Pender의 건강증진모형 <그림 1>에서 제시한 인지·지각요인중 자기효능감, 자존감, 내적 건강통제위, 지각된 건강상태를 선택하였다. 또한 인구학적 특성은 조정요인으로 인지·지각요인에 영향을 줌으로써 건강증진행위에 대한 간접적인 영향을 나타내는 것으로 본 연구에서는 연령, 성별, 종교, 결혼상태, 교육정도, 동거가족수, 동거현황, 직업, 경제수준을 포함하였다.

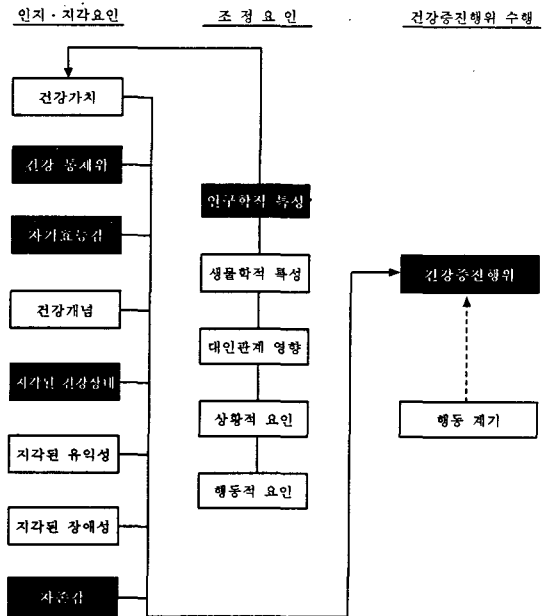


그림 1. Pender의 건강증진모형
음영부분은 본 연구에서 측정되는 변인

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 노인의 건강증진행위 수행정도를 파악하고 이와 관련된 변인들을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구의 대상자는 60세 이상의 노인으로 표본 추출방법은 대구시 7개구에 소재하고 있는 20개의 종합사회복지관중 노인들을 위한 시설이나 프로그램이 있는 복지관을 전화로 문의한 후 각 구마다 가나다순으로 배열하여 첫번째에 해당하는 7개 복지관을 선정하였고 대상자의 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 노화에 의한 시청각 장애가 심하지 않은 자
- 2) 언어적, 비언어적 의사소통이 가능한 자
- 3) 연구에 참여하기로 허락한 자

본 연구의 자료수집기간은 1996년 8월 13일부터 9월 13일까지였으며 본 연구자가 연구보조원(간호대학 4학년 재학생 1명, 졸업간호사 1명)에게 연구목적과 자료수집절차를 설명한 뒤 함께 복지관을 방문하여 대상자에게 일대일 또는 소집단으로 면접하면서 자가보고식 질문지를 작성하도록 하였다. 질문지를 작성하는데 소요된 시간은 약 20분 정도였다.

이상의 자료수집절차를 통하여 회수한 311부의 자료중 무응답 또는 이중응답이 5문항 이상인 20부(6.4%)를 제외하고 291부의 자료(93.6%)가 분석의 대상이 되었다.

3. 연구도구

연구도구는 구조화된 질문지를 사용하였고, 인구학적 특성 10문항, 자존감 10문항, 일반적인 자기효능감 17문항, 내적 건강통제위 6문항, 지각된 건강상태 4문항, 건강증진행위 41문항으로 총 88문항으로 구성되었다. 본 연구에 앞서 임의 표출

한 30명을 대상으로 도구의 신뢰도를 알아보기 위해 예비조사를 실시한 결과 Cronbach's α =.74~.92였다. 본 연구의 도구들은 사전조사를 통하여 수정, 보완한 후 사용하였다.

1) 자기효능감 측정도구

자기효능감 측정도구는 Sherer et al.(1982)에 의해 개발된 자기효능도구중 일반적 자기효능척도를 Oh(1993)가 번역한 것을 사용하였다. 본 도구는 긍정적인 문항 6문항, 부정적인 문항 11문항, 총 17문항으로 구성되어 있는데 점수가 높을수록 자기효능감 정도가 높은 것으로 해석하였다. Oh(1993)가 번역하여 사용한 일반적 자기효능척도는 Cronbach's α =.80이었으며 본 연구에서는 .87이었다.

2) 자존감 측정도구

자존감 측정도구는 Rosenberg(1965)가 개발하여 전병재(1974)가 한국어로 번역한 도구를 본 연구자가 수정하여 사용하였다. 본 도구는 긍정적인 문항 5문항, 부정적인 문항 5문항, 총 10문항으로 구성되어 있는데 점수가 높을수록 자존감 정도가 높은 것으로 해석하였다. 본 도구의 개발당시 신뢰도는 Cronbach's α =.85였고 본 연구에서는 .73이었다.

3) 내적 건강통제위 측정도구

내적 건강통제위 측정도구는 Wallston et al.(1978)에 의해 개발된 18문항 건강통제위 척도중 내적 건강통제위를 나타내는 6문항으로 구성되며 점수가 높을수록 내적 건강통제위가 높은 것으로 해석하였다. 도구의 신뢰도는 Wallston et al.(1978)은 Cronbach's α =.77을 보고하였으며 본 연구에서는 .74였다.

4) 지각된 건강상태 측정도구

지각된 건강상태의 측정도구는 Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale로서 자신이 평가하는 현재 건강상태 1문항, 1년전과의 건강상태를 비교한 1문항, 일하면서 느

끼는 건강상태의 문제를 평가하는 1문항, 동년배와의 건강상태를 비교한 1문항 총 4문항으로 구성되었다. 도구의 3문항은 3점 척도, 1문항은 5점 척도로 하여 최저 4점에서 최고 14점의 범위를 가지며 점수가 높을수록 자신이 평가하는 건강상태가 좋은 것으로 해석하였다. 본 연구에서 Cronbach's $\alpha=.79$ 였다.

5) 건강증진행위 측정도구

건강증진행위 수행정도 측정도구는 Walker et al.(1987)이 개발한 건강증진생활양식 측정도구(HPLP)를 이태화(1989)가 한국의 문화적 배경에 맞게 수정, 보완하여 40개 항목으로 구성한 것을 본 연구자가 노인의 특성을 감안하여 41문항으로 수정보완하였다. 도구는 10개의 하위척도로 나뉘어지며 자아실현 7문항, 건강에 대한 책임감 5문항, 운동 및 활동 4문항, 규칙적인 식습관 3문항, 금주 및 금연 2문항, 식이조절 3문항, 지지적인 대인관계 3문항, 스트레스 관리 4문항, 위생적 생활 6문항, 휴식 및 수면 4문항 등이 포함되었고 점수가 높을수록 건강증진행위를 잘 하고 있는 것으로 해석하였다. 도구의 내용타당도를 위해 간호학 교수 3명에게 평가받았고, 구성타당도는 근접모집단에서 편의추출한 90명의 자료와 본 연구대상자 291명을 포함한 총 381명의 자료에 대해 요인분석을 한 결과 10개 하위척도로 묶여졌다.

전체문항의 내적 일관성은 Cronbach's $\alpha=.91$ 이었다.

4. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 1) 인구학적 특성은 서술통계 방법을 이용하였다(실수, 백분율).
- 2) 대상자의 건강증진행위 수행정도는 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 3) 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인을 파악하기 위해 단계적 회귀방법(stepwise multiple regression)을 이용하였다.

- 4) 대상자의 건강증진행위 수행정도와 인지·지각요인의 인식도와의 상관관계를 보기 위해 Pearson Correlation Coefficient를 산출하였다.
- 5) 대상자의 인구학적 특성에 따른 건강증진행위 수행정도와 인지·지각요인의 인식도와의 종합효과 차이검증을 위해 MANOVA를 이용하였으며 인구학적 특성에 따른 각각의 차이검증을 위해 t-test, ANOVA와 사후검정을 하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 인구학적 특성

대상자의 인구학적 특성은 <표 1>과 같다. 연령은 65~74세가 63.9%로 가장 많았고 성별은 남자가 37.2%, 여자가 62.8%였다. 종교는 불교가 52.2%로 절반 이상이었고 결혼상태는 기혼이 54.4%, 사별이 44.3%이었다. 교육정도는 국졸 이하가 61%로 교육수준이 대체로 낮았고, 평균 동거가족수는 2.83명이었다. 과거직업을 볼 때, 상업이 22.2%, 농업이 20.4%로 많았고 현재 직업은 없음이 87.6%였다. 월 평균용돈의 평균은 20만원 이하가 69.3%로 가장 많았다.

2. 대상자의 건강증진행위 수행정도

본 연구대상자의 건강증진행위 수행정도는 평균 2.89점이고 범위는 최고 3.59점, 최저 2.09점이었다. 영역별 건강증진행위 수행정도는 <표 2>와 같다. 평균점수가 높은 순서대로 보면 규칙적인 식습관(3.42), 위생적 생활(3.36), 휴식 및 수면(3.23), 금주 및 금연(3.15), 지지적인 대인관계(3.14), 식이조절(3.03), 자아실현(2.60), 운동 및 활동(2.58), 건강에 대한 책임(2.49), 스트레스 관리(2.27)였다.

3. 대상자의 건강증진행위 수행정도와 관련된 변인

3-1. 대상자의 건강증진행위 수행정도에 영향을 미치는 변인

〈표 1〉 대상자의 인구학적 특성 (N=291)

특 성	구 분	실수(백분율)
연 령	60-64세	57(19.6)
	65-69세	101(34.7)
	70-74세	85(29.2)
	75-79세	33(11.3)
	80세 이상	15(5.2)
성 별	남	107(37.2)
	여	181(62.8)
	무응답	3
종 교	불 교	152(52.2)
	기독교	44(15.1)
	천주교	43(14.8)
	유 교	9(3.1)
	기 타	4(1.4)
	무	39(13.4)
결혼상태	기 혼	156(54.4)
	사 별	127(44.3)
	기 타	4(1.3)
	무응답	4
교육정도	무 학	72(25.1)
	국 출	103(35.9)
	중 출	46(16.0)
	고 출	48(16.7)
	대졸이상	18(6.3)
무응답	4	
동거가족수 (본인제외)	0-2명	136(47.2)
	3-5명	131(45.5)
	6명 이상	21(7.2)
	무응답	3
동거현황	자녀와 함께 삶	187(64.2)
	부부끼리 삶	74(25.4)
	혼자 삶	39(10.3)
과거직업	상 업	63(22.2)
	농 업	58(20.4)
	사무직	33(11.6)
	전문직	26(9.1)
	기술직	22(7.7)
	노 동	16(5.6)
	기 타	66(23.2)
	무응답	7
현재 직업상태	무	255(87.6)
	유	36(12.4)
월 평균용돈	10만원 이하	114(39.3)
	11-20만원	87(30.0)
	21-30만원	50(17.2)
	31-40만원	20(6.9)
	41만원 이상	19(6.5)
무응답	1	

무응답은 백분율에서 제외함.

건강증진행위 수행에 영향을 미치는 변인을 파악하기 위해 단계적 회귀분석을 한 결과는 〈표 3〉에서 제시한 바와 같다.

〈표 2〉 대상자의 건강증진행위 수행정도 (N=291)

영 역	평 균	표준편차
건강증진행위	2.89	.45
규칙적인 식습관	3.42	.76
위생적 생활	3.36	.55
휴식 및 수면	3.23	.61
금주 및 금연	3.15	.99
지지적인 대인관계	3.14	.62
식이조절	3.03	.71
자아실현	2.60	.70
운동 및 활동	2.58	.84
건강에 대한 책임	2.49	.77
스트레스 관리	2.27	.73

건강증진행위 수행에 영향을 미치는 변인은 자기효능감이 다변수 상관계수가 $R=.4739$ 로 건강증진행위 수행에서 전체 변량의 22.5%를 설명하였다. 자기효능감 다음으로 건강증진행위 수행정도에 영향을 미치는 변인은 월 평균용돈, 내적 건강통제 위, 동거가족수 순서였으며, 위의 변인을 모두 포함시키면 건강증진행위에서 전체 변량의 30.0%를 설명하였다.

3-2. 대상자의 건강증진행위 수행정도와 인지·지각요인의 인식도와의 상관관계

건강증진행위 수행정도와 자기효능감, 자존감, 내적 건강통제위, 지각된 건강상태와의 상관관계는 〈표 4〉에서 제시한 바와 같다. 건강증진행위와 자기효능감($r=.4951, P=.0001$), 자존감($r=.3263, P=.0001$), 내적 건강통제위($r=.3244, P=.0001$), 지각된 건강상태($r=.1355, P=.0274$) 간에 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

3-3. 대상자의 인구학적 특성에 따른 건강증진행위 수행정도와 인지·지각요인의 인식도와의 종합효과 차이검증

인지·지각요인의 인식도와 건강증진행위 수행

〈표 3〉 건강증진행위 수행정도의 단계적 회귀분석표

(N=291)

변 인	Mult R	R ²	R ² change	B	Beta	T	Sig T
자기효능감	.4739	.2246	.2246	.5712	.3658	6.665	.0000
월 평균용돈	.5023	.2523	.0277	2.4649	.1667	3.279	.0012
내적 건강통제위	.5252	.2758	.0235	.8633	.1760	3.270	.0012
동거가족수	.5475	.3000	.0242	-4.4362	-.1559	-3.128	.0019

〈표 4〉 대상자의 건강증진행위 수행정도와 인지·지각요인의 인식도와의 상관관계

	자기효능감	자존감	내적 건강통제위	지각된 건강상태
자존감	.5262 (P=.0001)			
내적 건강통제위	.3907 (P=.0001)	.3657 (P=.0001)		
지각된 건강상태	.2452 (P=.0001)	.4011 (P=.0001)	.1135 (P=.0544)	
건강증진행위	.4951 (P=.0001)	.3263 (P=.0001)	.3244 (P=.0001)	.1355 (P=.0274)

정도를 종합하여 대상자의 인구학적 특성별 차이를 규명하기 위하여 다변량분석(MANOVA)를 실시한 결과는 〈표 5〉와 같다.

연령, 성별, 교육정도, 결혼상태, 동거가족수, 동거현황, 과거직업, 현재 직업상태, 월평균용돈에서 유의한 차이를 나타냈으나 종교에서는 차이가 없었다.

따라서 평균 차이검증에서 종교를 제외하였다.

〈표 5〉 대상자의 인구학적 특성에 따른 건강증진행위 수행정도와 인지·지각요인의 인식도와의 종합효과 차이검증

특 성	statistic	F	P
연령	Hotelling's T ²	.13	1.63 .038
성별	Hotelling's T ²	.06	3.12 .009
종교	Hotelling's T ²	.08	.79 .754
교육정도	Hotelling's T ²	.29	3.49 .000
결혼상태	Hotelling's T ²	.13	3.04 .001
동거가족수	Hotelling's T ²	.20	4.69 .000
동거현황	Hotelling's T ²	.12	2.87 .002
과거직업	Hotelling's T ²	.24	2.78 .000
현재 직업상태	Hotelling's T ²	.07	3.58 .004
월 평균용돈	Hotelling's T ²	.20	2.39 .001

대상자의 인구학적 특성에 따른 인지·지각요인의 인식도와 건강증진행위 수행정도의 평균의 차이검증을 위해 ANOVA를, 사후검증으로 Tukey test를 실시하였다.

연령별, 동거현황별, 월평균용돈별로는 건강증진행위, 자기효능감, 자존감에서 성별, 결혼상태별, 교육정도별로는 건강증진행위와 모든 인지·지각요인에서 동거가족수에 따라서는 건강증진행위에서 과거직업별로는 건강증진행위, 자기효능감, 자존감, 지각된 건강상태에서 현재 직업상태별로는 자존감, 지각된 건강상태에서 유의한 차이를 나타냈다.

집단간 차이를 보기 위해 사후검정한 결과는 다음과 같다. 연령별로는 자기효능감에서 60-64세 군이 70-74세군, 75-79세군군보다, 65-69세군이 75-79세군보다 더 높았다. 동거현황별로는 건강증진행위에서 부부끼리 사는 군이 자녀와 함께하는 군보다 높았고 자존감에서 부부끼리 사는 군과 자녀와 함께 사는 군이 혼자 사는 군보다 높았다. 월평균용돈별로는 건강증진행위에서 11-20만원군, 21-30만원군, 41만원 이상군이 10만원 이하군보다 높았고 자기효능감에서 41만원 이상군이 10만원 이하군보다 높았고 자존감은 21-30만원군이 10만원이하군보다 높았다. 성별로는 남자

3-4. 대상자의 인구학적 특성에 따른 건강증진행위 수행정도와 인지·지각요인의 인식도와의 차이검증과 사후검증

가 여자보다, 결혼상태별로는 기혼군이 사별군보다 건강증진행위, 자기효능감, 자존감, 내적 건강통제위, 지각된 건강상태가 모두 높았다. 교육정도별로는 건강증진행위에서 고졸군이 무학군, 국졸군, 대졸이상군보다 높았고 자기효능감에서 국졸군, 고졸군, 대졸이상군이 무학군보다 높았고 자존감에서 고졸군과 대졸이상군이 무학군보다 높았고 내적 건강통제위에서 고졸군과 대졸이상군이 무학군보다 높았고 지각된 건강상태에서 고졸군이 무학군보다, 대졸이상군이 무학군과 국졸군보다 높았다. 동거가족수에 따라서는 건강증진행위에서 0-2명과 동거하는 군이 3-5명과 동거하는 군보다 높았다. 과거직업별로는 건강증진행위 정도에서 기술직군, 사무직군, 전문직군이 농업군, 노동군보다 높았고 자존감에서 전문직군이 농업군보다 높았다. 현재 직업상태별로는 자존감과 지각된 건강상태에서 직업이 있는 군이 없는 군보다 높았다.

V. 논 의

본 연구의 연구문제를 중심으로 분석한 결과에 대해 논의해 보면 다음과 같다.

1. 노인의 건강증진행위

본 연구에서 노인의 건강증진행위 수행정도는 평균 2.89점으로 낮은 수준으로 나타났다. 하위영역별로 볼 때 가장 높은 점수를 나타낸 영역은 규칙적인 식습관(3.42)이었고 낮은 점수에 속하는 영역은 운동 및 활동, 건강에 대한 책임, 스트레스 관리였다.

Walker et al.(1987)이 개발한 건강증진행위 측정도구(HPLP)를 사용해서 노인의 건강증진행위에 대한 연구(Riffle et al., 1989; Speake et al., 1989; Walker et al., 1988; 표지숙, 1991)에서도 운동 및 활동, 건강에 대한 책임, 스트레스 관리 영역에서 낮은 점수를 나타내어 본 연구결과와 일치하였다. 또한 이 18~80세 성인을 연령별로 세 집단으로 나누어 건강증진행위를 조사

한 결과 세 집단 모두에서 운동영역이 가장 낮은 점수를 나타내었다. 통계청(1993)의 자료에 의하면 우리나라 노인의 운동참여율은 8.6%에 불과하여 운동부족이 노인에게 노화에 잘 적응하여 성공적인 노년을 맞이하는데 장애가 된다.

문항별로 볼 때 건강증진행위 수행정도 점수가 가장 높은 문항은 '아침식사는 꼭 먹는다'(3.59)로 표지숙(1991)의 연구결과와 일치하였고, 가장 낮은 문항은 '스트레스가 있을 때 명상이나 이완요법을 사용한다'(2.09), '장기적인 삶의 목표가 있다'(2.20), '나는 미래에 대한 기대감이 있다'(2.26)에서 낮은 점수를 보였다.

이러한 현상은 노인들이 건강증진을 위해 운동 및 활동, 건강에 대한 책임, 스트레스 관리, 미래 지향적인 측면에서 적극적이지 못함을 암시한다.

따라서 노인들에게 건강증진을 제공하려는 간호사는 적절한 운동 및 활동에 대한 정보를 제공하여 노인들이 그 필요성과 방법을 알고, 자신의 건강에 대한 책임감을 느끼고, 스스로 스트레스를 관리하는 생활양식을 형성해 나갈 수 있도록 중재하는 역할을 해야 할 것으로 사료된다.

2. 노인의 건강증진행위와 관련된 변인

1) 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인

본 연구에서 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인을 파악하기 위해서 단계적 회귀분석을 실시한 결과 자기효능감이 가장 큰 영향을 주는 변인이었으며, 다변수 상관계수 $R=.4739$ 로 22.5%의 설명력을 나타내어 선행연구(Gillis, 1993; Oh, 1993; Pender et al., 1990; Weitzel, 1989; 오복자, 1994, 1995, 1996)에서 그 설명력의 범위가 9.7%이하인 것보다 높은 것으로 나타남에 따라 자기효능감이 인간행동의 변화에 대한 주요 결정인자로서(Bandura, 1977) 행동을 변화시키고 그 변화를 지속시키는데 있어 유의한 영향을 미침을 확인할 수 있었다(Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

자기효능감 다음으로 건강증진행위에 영향을 미치는 변인은 월평균용돈(경제수준), 내적 건강

통제위, 동거가족수 순이었으며 이들 변인을 포함시키면 30.0%의 설명력을 나타내었다. 이는 선행연구결과와 일치하였다(Duffy, 1988 ; Pender et al., 1990 ; Walker et al., 1988 ; 윤진, 1990 ; 이태화, 1989).

건강통제위는 결과기대에 해당되는 것으로 건강행위와 관련하여 많은 주목을 받아왔으나, 실증적인 증거는 일관되지 못하고 설명력이 낮았다(Rock, Meyerowitz, Maisto, & Wallston, 1987). 본 연구결과에서도 건강증진행위에 대한 내적 건강통제위의 설명력이 2.4%에 불과하였다.

자존감은 건강증진행위에 대한 선행연구(Duffy, 1988 ; 윤진, 1990 ; 이태화, 1989)에서는 중요한 영향요인으로 보고되었으나 본 연구에서는 유의한 예측변수로 나타나지 않았다. 이는 노년기에는 신체적, 정신적, 사회적 기능의 상실과 그로 인한 의존성의 증대로 자아가 위축되어 자존감 정도가 대체적으로 낮아지기 때문인 것으로 사료된다.

한편, 지각된 건강상태가 건강증진행위에 유의한 영향요인임을 보고한 선행연구(Duffy, 1988, 1993 ; Speake et al., 1989 ; Weitzel, 1989)와는 달리, 본 연구에서는 유의한 영향요인으로 나타나지 않았다. 이는 대부분의 연구대상자들이 자신들의 건강상태를 일반성인과는 달리 보통 또는 그 이하로 지각하고 있기 때문인 것으로 사료된다.

2) 노인의 건강증진행위와 인지·지각요인과의 관계

자기효능감은 건강증진행위와 유의한 정적 상관관계를 보여 선행연구(구미옥, 1992 ; Kelly, Zyzanski, & Alemagno, 1991 ; Pender et al., 1990 ; Stuibergen & Becker, 1994 ; Weitzel, 1989 ; Weitzel & Waller, 1990)의 연구결과와 일치하였다.

자기효능의 증진방법으로 Bandura(1977)와 Hurley(1990)는 성취경험, 대리경험, 언어적 설득, 부정적 정서반응의 감소 등을 들고 있어 이들은 간호중재의 구체적 방안이 될 수 있다.

내적 통제위 성향과 건강증진행위의 수행은 유의한 정적 상관관계를 보여 선행연구(Frank -

Stromberg et al., 1990 ; Muhlenkamp et al., 1985 ; Pender et al., 1990 ; Speake et al., 1989)의 결과와 일치하였다. 내적 통제위 성향의 개인은 건강행위에 있어서 동기유발이 잘 되고, 현실적이고, 건강에 가치를 두며 자신의 건강에 대해 책임을 갖고 긍정적인 건강습관을 나타내므로 노인의 내적 통제위를 강화시키는 중재가 필요하다고 사료된다.

자존감은 건강증진행위와 유의한 정적 상관관계를 보여 선행연구(Muhlenkamp & Sayles, 1986 ; Pender, 1987 ; 이태화, 1989 ; 윤진, 1990)의 결과와 일치하였다.

노화과정에 따른 신체적, 심리적 무능력은 노인으로 하여금 의존적인 위치로 돌아가게 하고 그러한 사실을 받아들이지 못할 경우 화를 내고 양가 감정을 갖게 되므로(신재신, 1985) 이러한 노인에게 중요한 것은 노인들 스스로 도움이 된다고 생각하는 것을 찾아 주는 동시에 자신에게 남아 있는 능력을 유지하도록 돕는 것이라고 사료된다.

지각된 건강상태는 노인을 대상으로 건강증진행위와 유의한 정적인 상관관계를 보여 선행연구(Duffy, 1993 ; Pender, 1987 ; Riffle et al., 1989 ; Speake et al., 1989)의 결과와 일치하였다. 지각된 건강상태는 남자인 경우, 기혼인 경우, 교육정도가 높을수록, 전문직인 경우 더 높은 것으로 나타나 선행연구(Brown & McCreedy, 1986 ; Verbrugge & Windgard, 1987 ; Wallen et al., 1979)의 결과와 일치하였다. 따라서 대상자의 특성과 현재의 건강상태에 따라 건강증진행위 수행정도가 달라지므로 간호활동시 이들 변인을 고려해야 할 것으로 사료된다.

3) 노인의 인구학적 특성에 따른 건강증진행위

인구학적 특성에 따라서는 남자가 여자보다, 기혼군이 사별군보다, 교육정도가 높은 군이 낮은 군보다, 기술직, 사무직, 전문직군이 상업, 농업군보다, 월평균용돈이 많은 군이 적은 군보다 건강증진행위를 더 많이 수행하였다. 이는 표지숙(1991)의 노인의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구에서 연령이 적을수록, 남자가 여자보다,

배우자가 있는 경우, 교육수준이 높을수록, 직업이 있는 경우, 용돈의 액수가 많을수록 건강증진행위를 더 잘 수행한다고 보고한 연구결과와 김성혜(1993)의 노인의 건강증진행위와 삶의 만족도와와의 관계연구에서 월평균용돈이 많을수록 건강증진행위를 더 잘 수행한다고 보고한 연구결과와 일치하였다. 또한 Krick and Sobal(1990)이 비전문직에 비해 전문직업인이 더 높은 수준의 건강증진적 행위를 한다고 보고하여 본 연구결과와 일치하였다.

연령에서는 집단간 유의한 차이가 없었는데 이는 대상자가 비슷한 연령층에 분포하기 때문인 것으로 사료된다. 동거가족수에 따른 건강증진행위 수행 정도의 차이는 가족의 크기가 성인의 건강증진행위를 의미있게 설명해 준다고 한 Christian-sen(1981)의 연구결과와 일치하였다.

김미옥(1987)은 배우자가 없고, 종교가 없고, 교육수준이 낮으며, 가족과 동거하지 않고, 여가활동의 참여정도가 낮은 고령의 노인에게 사회적인 소외감과 신체적 노화정도가 높고, 노인의 사회심리적인 소외감은 신체적 노화를 촉진시킬 수 있다고 보고하였다. Kaplan(1977)은 이웃과 고립된 사람들이나 가족, 단체, 친구 등 친밀한 사회집단이 없는 사람들의 질병 발생빈도가 친밀한 사회집단을 가지고 있는 사람들보다 더 높다고 보고하였고, 한정석(1993)은 갈 곳이 없고 대화할 상대가 없으면 스트레스는 신체적 증상, 감각기능의 변화를 일으킨다고 보고하였다. 이러한 연구결과들은 노인의 건강증진 생활양식에 대한 배우자 및 가족과의 동거의 중요성을 나타내 준다고 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 노인의 건강증진행위 수행 정도를 파악하고 이와 관련된 변인을 규명함으로써 노인들의 건강증진행위를 도모하기 위한 대응책을 강구하는데 필요한 기초적인 자료를 마련하기 위해 시도된 서술적 조사연구였다.

연구대상은 대구시 7개구에 소재하고 있는 20

개 종합사회복지관중 7개 복지관을 이용하는 60세 이상의 노인 291명이였다. 자료수집 절차와 방법은 1996년 8월 13일 부터 9월 13일까지 본 연구자와 연구보조원이 대상자들을 직접 면접하여 자가 보고식 질문지를 작성하도록 하였다. 연구도구는 Sherer et al.(1982)에 의해 개발된 자기효능중 일반적 자기효능척도를 Oh(1993)가 번역한 것, Rosenberg(1965)의 자존감 도구를 전병재(1974)가 번역한 것을 본 연구자가 수정한 것, Wallston et al.(1978)에 의해 개발된 18문항 건강통제위 도구중 내적 건강통제위를 나타내는 6문항, Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale, Walker et al.(1987)가 개발한 건강증진 생활양식 측정도구(HPLP)를 이태화(1989)가 수정한 것을 본 연구자가 노인의 특성을 감안하여 수정보완한 것을 사용하였다.

자료의 분석은 SPSS 통계 프로그램을 이용하였으며 연구문제에 따라 서술통계방법, Pearson Correlation Coefficient, MANOVA, t-test, ANOVA와 사후검증, 단계적 회귀분석(stepwise multiple regression)을 이용하였다.

그 결과 얻어진 결론은 다음과 같다.

1. 본 연구대상자의 건강증진행위 수행 정도는 평균이 2.89점이었고 범위는 최고 3.59점, 최저 2.09점 이었다. 평균점수가 가장 높은 영역은 규칙적인 식습관($M=3.42$), 가장 낮은 영역은 스트레스 관리($M=2.27$)였다.
2. 건강증진행위 수행에 영향을 미치는 변인은 자기효능감이 다변수 상관계수가 $R=.4739$ 로 건강증진행위 수행에서 전체 변량의 22.5%를 설명하였다. 자기효능감 다음으로 건강증진행위 수행 정도에 영향을 미치는 변인은 월 평균용돈, 내적 건강통제위, 동거가족수 순서였으며, 위의 변인을 모두 포함시키면 건강증진행위에서 전체 변량의 30.0%를 설명하였다.
3. 건강증진행위와 자기효능감($r=.4951$, $P=.0001$), 자존감($r=.3263$, $P=.0001$), 내적 건강통제위($r=.3244$, $P=.0001$), 지각된 건강상태($r=.1355$, $P=.0274$)간에 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

4. 인구학적 특성에 따른 건강증진행위 수행도와 인지·지각요인의 인식도를 보면 연령별로는 건강증진행위에서 65-70세군이 가장 높았고 자기효능감과 자존감에서 60-64세군이 가장 높았다. 성별로는 건강증진행위와 모든 인지·지각요인에서 남자가 여자보다 높았다. 결혼상태별로는 건강증진행위와 모든 인지·지각요인에서 기혼군이 가장 높았다. 교육정도별로는 건강증진행위에서 고졸군이 자기효능감과 내적 건강통제위와 지각된 건강상태에서 대졸 이상군이 가장 높았고 자존감에서 고졸군과 대졸이상군이 가장 높았다. 동거가족수에 따라서는 건강증진행위에서 0-2명 또는 6명 이상과 동거하는 군이 높았다. 동거현황별로는 건강증진행위, 자기효능감, 자존감에서 부부끼리 사는 군이 가장 높았다. 과거직업별로는 건강증진행위, 자기효능감에서 기술직군이 가장 높았고 자존감, 지각된 건강상태에서 전문직군이 가장 높았다. 현재 직업상태별로는 자존감과 지각된 건강상태에서 직업이 있는 군이 없는 군보다 높았다. 월평균용돈별로는 건강증진행위에서 21-30만원군과 41만원 이상군이 가장 높았고 자기효능감에서 41만원 이상군이 가장 높았으며 자존감에서 21-30만원군이 10만원 이하군보다 높았다.

결론적으로 노인의 건강증진행위 수행정도는 낮은 수준으로 나타났고 이와 관련된 변인은 자기효능감, 자존감, 내적 건강통제위, 지각된 건강상태 및 몇몇 인구학적 특성이며 건강증진행위 수행에 영향을 미치는 가장 중요한 변인은 자기효능감이었다. 간호학적인 측면에서 본 연구의 의의를 찾아 본다면 첫째 노인의 건강증진행위가 잘 수행되고 있는 영역과 그렇지 못한 영역이 명확하게 구분되어 있고 둘째 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 주요변인이 규명되어 있으므로 노인의 건강수준을 향상시키기 위한 간호중재를 하고자 할 때 이들을 고려한 간호전략을 세울 수 있을 것이라는 점이다. 앞으로 노인의 건강증진을 위한 건강교육, 건강상담, 건강프로그램의 운영을 계획할 때 노인의 자기효능감을 증진시킬 수 있는 간

호중재가 고안되어야 할 것으로 사료된다.

이상의 결론을 근거로 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

1. 노인의 운동 및 활동, 건강에 대한 책임, 스트레스 관리를 촉진시키기 위한 간호전략이 필요하다.
2. 노인의 건강증진행위에 가장 유의한 영향요인으로 자기효능감이 밝혀졌으므로 이를 증진시키기 위한 구체적인 전략개발이 요구된다.

참 고 문 헌

고금자(1987). 노인의 건강지각 및 건강행위와 건강상태와의 상관관계연구. 경희대학교 대학원 석사학위 논문.

구미옥(1992). 당뇨병환자의 자기간호행위와 대사 조절에 대한 구조모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

김남성(1995). 인지적 행동수정. 교육과학사.

김미옥(1987). 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문, 35-36.

김성순(1981). 노인복지론. 서울 : 이우출판사.

김성혜(1993). 노인의 건강증진행위와 삶의 만족도와와의 관계연구. 고려대학교 대학원 석사학위 논문.

김숙영(1992). 노인이 자가 평가한 건강 상태와 시간지각에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

김정희(1985). 예방적 건강행위와 건강통제위 성격 성향과의 관계에 대한 연구. 간호학회지, 15(2), 49-59.

김행자(1974). 서울시내 일부 노인들의 소외정도에 관한 조사연구. 간호학회지, 4(2), 32.

박인숙(1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 대학원 박사학위논문.

박재순(1995). 중년후기 여성의 건강증진행위 모형 구축. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.

서연옥(1994). 취업주부와 전업주부의 건강증진생활양식 비교연구. 간호학 탐구, 3(1), 93-115.

- 서연옥(1995). 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위 논문.
- 서울특별시(1989). 노인복지정책 수립을 위한 조사 연구.
- 송미순(1996). 노년기의 건강증진. 서울대학교 개교 50주년 기념 국제학술대회.
- 신재신(1985). 노인의 근관절 운동이 자가간호 활동과 우울에 미치는 영향. 연세대학교 박사학위 논문.
- 오복자(1994). 위암환자의 건강증진 행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- _____ (1995). 건강증진행위의 영향요인분석. 간호학회지, 25(4), 681-695.
- _____ (1996). 건강증진과 삶의 질 구조모형 II - 암환자 중심 -. 간호학회지, 26(3).
- 윤진(1985). 성인·노인 심리학. 서울 중앙적성출판사.
- 윤진(1990). 산업장 근로자의 건강증진 행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 이선옥, 김순자, 하양숙(1996). 노인간호학. 한국방송대학교출판부.
- 이영휘(1988). 충남 일부주민의 건강통제위 성격과 건강행위와의 관계연구. 간호학회지, 18(2), 118-125.
- 이태화(1989). 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인 분석. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 장인협, 최성재(1987). 노인복지학. 서울대학교출판부.
- 전병재(1974). Self-Esteem : A Test of Its Measurability. 연세논총, 11, 107-129.
- 전산초, 최영희(1988). 노인간호학. 수문사.
- 전산초, 최영희(1990). 노인간호학. 수문사.
- 조원정, 장은희(1982). 농촌지역사회 주민의 예방적 건강생활의 실천에 관한 조사연구. 대한간호, 21(4), 47-64.
- 최정훈(1982). 지각심리학. 서울 : 을유문화사.
- 표지숙(1991). 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- Bandura, A.(1977). Self-Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84(2), 191-215.
- Bausell, R. B.(1986). Health-seeking behavior among the elderly. Gerontologist, 26, 556-559.
- Brown, J. S. & McCreedy, M.(1986). The hale elderly : Health behavior and its correlates. Research in Nursing & Health, 9, 317-329.
- Brown, N., Muhlenkamp, A. F., FOX, L., & Osborn, M.(1983). The relationship among health beliefs, health values, and health promotion activity. Western Journal of Nursing Research, 5(2), 155-163.
- Brubaker, B. H.(1983). Health Promotion : a Linguistic Analysis. Advances in Nursing science, April, 1-13.
- Christiansen, K. E.(1981). The determinants of health-promoting behavior. Doctoral Dissertation Rush University, Chicago, Illinois.
- Dodd, G. D.(1991). Cancer control and the older person ; and overview. Cancer(suppl), 68(1) : 2493-2495.
- Duffy, M. E.(1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37(6), 358-362.
- _____ (1993). Determinants of Health-Promoting Lifestyles in Older Persons. Image, 25(1), 23-28.
- Frank-Stromberg, M., Pender, N., Walker, S., & Sechrist, K.(1990). Determinants of health promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. Soc. Sci. Med., 31(10), 1159-1168.
- Gillis, A. J.(1993). Determinants of a Health-

- promoting Lifestyle : an Intergrative Review. Journal of Advanced Nursing, 18, 345-353.
- Hanner, M. E.(1986). Factors related to promotion of health-seeking behaviors in the aged. Unpublished doctoral dissertation.
- Johnson, J. L., Ratner, P. A., Bottorff, J. L., & Hayduk, L. A.(1993). An Exploration of Pender's Health Promotion Model Using LISREL. Nursing Research, 42(3), 132-140.
- Kaplan, R. M.(1977). Social Support and Social Health. Social Support : Theory, Research and Applications, 95-110.
- Kelly, R. B., Zyzanski, S. J., & Alemagno, S. A.(1991). Prediction of motivation and behavior change following health promotion : role of health beliefs, social support, and self-efficacy. Social Science & Medicine, 32(3), 311-320.
- Krick, J. & Sobal, J.(1990). Relationship between protective behaviors. J Comm Health, 15, 19-34.
- Kuster, A. E. & Fong, C. M.(1993). Further Psychometric Evaluation of the Spanish Language Health-Promoting Lifestyle Profile. Nursing Research, 42(5), 266-269.
- Mason, J. O. & McGinnis, J. M.(1990). Health People 2000 : An Overview of the National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Public Health Reports, 105(5), 441-446.
- Muhlenkamp, A. F. & Broerman, N. A. (1988). Health Beliefs, Health Value, and Positive Health Behaviors. Western Journal of Nursing Research, 10(5), 637-646.
- Muhlenkamp, A. F., Brown, N. J., & Sands, D.(1985). Determinants of health promotion activities in nursing clinic clients. Nursing Research, 34, 327-332.
- Muhlenkamp, A. F. & Sayles, J. A.(1986). Self-esteem, social support and positive health practices. Nursing Research, 35, 334-338.
- Oh, H. S.(1993). Health Promoting Behaviors and Quality of Life of Korean Women with Arthritis. Doctoral Dissertation. The University of Texas at Austin.
- Pender, N. J.(1982). Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk, CT : Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N. J.(1987). Health Promotion in Nursing Practice, ed 2, Norwalk, Conn, Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N. J. & Pender, A. R.(1987). Health Promotion in Nursing Practice(2nd ed.). Norwalk, CT : Appleton and Lange.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frankstromborg, M.(1990). Predicting health-promoting life style in the workplace. NR, 39(6), 326-332.
- Penning, M. & Wasylwi, D.(1992). Homebound learning opportunities : Reaching out to older shut-ins and their caregivers. The Gerontologist, 32(5), 704-707.
- Prohaska, T. R., Leventhal, E. A., & Leventhal, H.(1985). Health practice and illness cognition in Young, Middle Aged and Elderly Adult. Journal of Gerontology, 40(5), 569-578.
- Rauckhort, L. M.(1987). Health Habits of Elderly Widows. Journal of Gerontological Nursing, 8, 19-22.
- Riffle, K. L., Yoho, J., & Sams, J.(1989). Health-promoting behaviors, perceived

- social support, and self-reported health of appalachian elderly. Public Health Nursing, 6(4), 204-211.
- Rock, D. L., Meyerowitz, B. E., Maaisto, S. A., & Wallston, K. A.(1987). The Deviation & Validation of Six Multidimensional Health Locus of Control Scale Clusters. Research in Nursing & Health, 10, 185-195.
- Rokowsk, W.(1987). Persistence of personal health practices over a 1-year period. Public Health Rep, 102, 483-493.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H.(1988). Social learning theory and health belief model. Health Education Quarterly, summer, 175-183.
- Samuel, S. C.(1977). Inhancing Self-Concept in Early Childhood. New York : Human Sciences Press. 33-36.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W.(1982). The self-efficacy scale : construction and validation. Psychological Reports, 51, 663-671.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health Perceptions and Lifestyles of the Elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
- Stuart, F. Q., Colin, R. B., & Larry, E. B. (1984). Sleep disturbance in the Elderly. Geriatrics, 39(9), 42-47.
- Stuifbergen, A. K. & Becker, H. A.(1994). Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities. Research in Nursing & Health, 17, 3-13.
- Stuifbergen, A. K., Becker, H. A., & Sands, D.(1990). Barriers to health promotion for individuals with disabilities. Family Community Health, 13(1), 11-22.
- Verbrugge, L. M.(1989). Gender, aging, and health, in K. S. Markides(Ed.). Aging and health. Newbury Pask, CA : Sage Pub.
- Verbrugge, L. M. & Wingard, D. L.(1987). Sex differentials in health and mortality. Women and Health, 12(12), 103-146.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J.(1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile : Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research, 36(2). 76-81.
- Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J.(1988). Health-promoting life styles of older adults : Comparison with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Advances in Nursing Science, 11, 76-90.
- Wallen, J., Waitzkin, H., & Stoeckle, J. D. (1979). Physician stereotypes about female health and illness : a study of patient's sex and the information process during medical interviews. Women & Health, 4, 135-146.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & Develis, R.(1978). Development of the multidimensional health locus of control(MHLC) scales. Health Education Monographs, 6, 160-170.
- Weitzel, M. H.(1989). A test of the health promotion model with blue collar workers. NR, 38(2), 99-104.
- Weitzel, M. H. & Waller, P. R.(1990). Predictive factors for health-promotive behaviors in white, Hispanic, and black blue-collar workers. Fam Community Health, 13(1), 23-34.

Abstract

Determinants of Health-Promoting Behavior in the Elderly

Kim, Hyo Jung* · Park, Young Sook*

This study was undertaken to grasp health-promoting behavior of the elderly and to identify variables related to them in order to facilitate nursing intervention for health promotion of this population.

The subjects for this study were 291 old persons obtained by cluster sampling from twenty general social welfare centers located in Tague.

Data were collected by self-reported questionnaires from August 13 to September 13, 1996.

Questionnaires were developed based on Sherer and others' Self-Efficacy scale, Rosenberg's Self-Esteem scale, Wallston and other's Multidimensional Health Locus of Control scale, Northern Illinois University's Health Self Rating Scale, Walker and others' Health Promotion Lifestyles Profile.

Analysis of the data was done by use of descriptive statistics, stepwise multiple regression, Pearson Correlation Coefficient, MANOVA, t-test, and ANOVA.

The results were summarized as follows :

1. For the practice of health-promoting behavior, the mean score was 2.89 and range was 3.59 to 2.09. The factor of the highest mean score was regular diet ($M=3.42$) and factor of the lowest mean score was stress management ($M=2.27$).
2. The combination of self-efficacy, internal health locus of control, family number, and average monthly pocket money explai-

ned 30.0% of the variance of health-promoting behavior.

3. With regard to the relationship between health-promoting behavior and cognitive · perceptual factor, self-efficacy correlated positively with health-promoting behavior ($r=.4951$, $P=.0001$), self-esteem correlated positively ($r=.3263$, $P=.0001$), internal health locus of control correlated positively ($r=.3244$, $P=.0001$), perceived health status correlated positively ($r=.1355$, $P=.0274$).
4. According to age ($F=2.50$, $P=.0431$), sex ($t=2.14$, $P=.0332$), marital status ($F=7.85$, $P=.0005$), education ($F=5.44$, $P=.0003$), family number ($F=11.18$, $P=.0001$), people living together ($F=7.21$, $P=.0009$), previous occupation ($F=5.83$, $P=.0001$), average monthly pocket money ($F=7.27$, $P=.0001$), there were differences of health-promoting behavior.

The above findings show that health-promoting behavior are related to demographic characteristics, four cognitive · perceptual factors (self-efficacy, self-esteem, internal health locus of control, perceived health status).

On the basis of the above findings the following recommendations are made :

1. Nursing interventions enhancing exercise or activity, accountability for health, stress management of the elderly must be provided.
2. Nursing strategies enhancing self-efficacy which is most significant effect on health-promoting behavior must be developed.

Key concept : the elderly, health-promoting behavior, self-efficacy, self-esteem, internal health locus of control, perceived health status

* College of Nursing, Keimyung University