

노인의 건강지각과 건강증진행위

이 경 숙* · 정 영 숙**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 산업화, 도시화, 경제성장 등 급속한 발전에 의해 국민의 전반적인 생활수준이 향상됨에 따라 환경위생 상태의 양호, 영양상태 증진, 건강지식 수준이 향상되었고, 또한 전국민 의료보험화, 의학기술의 발달 등으로 인해 평균수명이 연장되어 인구의 노령화 추세를 점차적으로 보이고 있다. 우리나라의 전체인구에 대한 노인인구의 비율을 보면 1995년에는 65세 이상의 노인인구 비율이 5.7%이며 평균수명은 남자 69.5세, 여자 76.6세로 남녀 평균수명은 72.9세였고, 2020년에는 65세 이상 인구비율이 12.5%에 평균수명 남자 74.9세, 여자 79.1세로 남녀 평균수명은 77.0세가 될 것으로 예측되어(통계청, 1996) 점차 고령화 사회로 되어가고 있고 이러한 노인인구의 증가로 노인문제가 모든 분야에서 관심의 대상으로 대두되고 있다.

특히 노령화에 따른 평균수명의 연장으로 지난 어느 세기에 비해서도 인생의 기간은 길어졌으나 그것이 곧 질적인 삶의 연장이라고 볼 수는 없으며 오히려 다발적이고 복합적이며 만성적인 건강문제가 유발되어 불행한 노년기를 보내게 될 수도 있다. 따라서

노인에게서는 평균수명의 연장에 못지않게 건강문제가 최우선적인 관심사이며 당면과제인 질적인 삶 또한 중요한 관건이 된다. 노인은 일단 신체기능장애가 발생하면 만성적이고 퇴행적이며 불가역적인 상태로 전된다. 또한 일상생활에서도 자립성과 활동성을 상실하면 쉽게 와상상태에 처하게 되고 다시 회복하기가 어려워진다(조유향, 1992; Rogers et al., 1992). 그러므로 질병에 걸린 후에 건강관리를 받는 것보다는 평상시에 자신의 건강을 유지, 증진하는 것이 바람직하다. 노인인구의 건강은 우리나라 전체 인구의 의료비 지출이나 삶의 질을 좌우할 수 있는 중요한 것으로 노인의 건강증진을 위한 전략은 개인의 기본적인 건강욕구를 해결해 주며, 궁극적으로는 사회 전반적인 안녕을 높이는 데까지 기여하게 된다.

또한 우리나라의 경우 1995년 1월 국민건강증진법이 제정되면서 건강의 위험요인이 많은 영유아, 임산부와 성인병의 고위험군에 속하는 30세 이상의 성인 및 노인층 인구를 주 대상으로 하여, 이들의 건강을 저해하는 주요 질병이 잘못된 건강의식 및 행동, 생활양식 때문이므로 이들이 건강에 대한 올바른 인식을 갖고 건강에 유익한 생활양식과 건강습관을 키워 나가도록 건강의식, 생활양식 및 행동변화를 유도하여 건강을 유지 증진시키는데 역점을 두고 있다.

국내에서 건강증진행위와 관련된 선행연구는 성인

* 전북대학교 대학원 간호학과

** 전북의대 간호학과 교수

(김순옥, 1986; 윤진, 1990; 이태화, 1990), 중년여성(서연옥, 1995), 청소년(김조자 등, 1984; 유지수 등, 1985; 지혜련, 1988; 이정은, 1994), 질병이 있는 환자(이영휘, 1985; 임선옥, 1990) 등 연구대상이 다양하였지만 노인을 대상으로 한 연구는 매우 드물다.

따라서 노인의 건강에 대한 지각정도는 어느 정도이며, 건강증진행위는 어떠한지 또한 이에 영향을 주는 요인은 무엇인가를 분석하여서 노인의 건강을 도모하기 위한 프로그램을 계획하는데 기초적인 자료를 마련하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 주요 목적은 노인의 건강에 대한 지각정도와 건강증진행위를 알아보고 이들의 관계를 규명하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인들의 건강지각과 건강증진행위를 파악한다.
- 2) 노인들의 건강지각과 건강증진행위와의 관계를 파악한다.
- 3) 노인들의 일반적 특성에 따른 건강지각과 건강증진행위를 파악한다.
- 4) 노인들의 건강증진행위에 영향을 미치는 주요 예측요인을 파악한다.

3. 연구의 가설

본 연구의 목적을 달성하기 위해 다음과 같은 가설을 설정하였다.

제1가설: 대상자의 건강지각정도가 높을수록 건강증진행위 실행정도는 높을 것이다.

4. 용어의 정의

1) 노 인

유기체가 정상적인 환경조건 속에서 살아가면서 시간이 흐름에 따라 자연히 일어나게 되는 노화과정에 있는 남·녀를 말하며(윤진, 1986) 본 연구에서는 C시의 일부지역에 거주하는 노인을 대상으로 연령을 고려하여 65세 이상의 노인으로 정신과적 치료를 받지 않은 남·녀 노인을 말한다.

2) 건강지각

건강과 관련된 사물이나 사건에 대해 개인의 주관

적인 생각에 의해 결정되는 인간의 심리적 변수를 말하며(최정훈, 1983) 본 연구에서는 Ware(1979)의 "Health Perception Scale"로 측정된 점수를 말한다.

3) 건강증진행위

생활양식의 구성요소가 되는 지속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며, 개인의 안녕수준, 자아실현, 만족감을 유지하고 강화하는 인간의 실현화 경향(actualizing tendency)의 표현으로 다차원적 행위패턴을 말하며(Pender, 1982) 본 연구에서는 Walker, Pender & Sechrist(1987)가 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP)에 의해 측정된 점수를 말한다.

II. 문헌 고찰

1. 노 인

노인을 분류하는 데는 연령별, 경제상태별, 건강상태별, 활동능력별, 정서상태별 등 다양한 방법이 있으며 그중 각 학자마다 다르게 정의하고 있는 연령별 분류를 살펴보면 다음과 같다.

Neugarten은 노년초기를 55세 이상 65세 미만, 노년중기를 65세 이상 75세 미만, 노년후기를 75세 이상으로 분류했으며, Havighurst는 노년기를 성숙기 후기라 칭했는데 이는 65세부터 사망할 때까지의 시기라고 정의하였으며(김미옥, 1987), 고대 중국의 학자들은 70세 부터를 노인으로 보았고, 서구유럽의 Pythagoras는 60세 부터를, 그리고 Rubner는 50세 부터를 노인으로 보았으나(Butler, 1973) 우리나라는 노인들이 스스로 노인이라고 지각하는 나이를 환갑이 지난후 만60세라 하였고 대한노인회 가입연령은 60세 부터 규정하는 한편, 생활보호법 제3조에서는 65세 이상을 노인으로 간주하고 있으며, 사단법인 대한노인학회에서도 은퇴시기로 65세 이상을 노인으로 간주하고 있다(조유향, 1992).

따라서 전인구중 65세 이상을 기준으로 한 노령인구 증가율을 평균수명과 대비하여 볼 때 2000년대에는 전체 인구의 10%, 2025년에는 15%에 이르게 될 것으로 추정되어 각 나라마다 이 인구의 관리문제와 건강문제가 국가적인 문제로 대두되기에 이르렀다. 이를 기준으로 미루어 추정할 때 현재 우리나라의 노

인건강관리 대상인구는 60세 이상의 경우 3,876,000 명이며 65세 이상으로 할 경우 2,397,000명 정도로 추정할 수 있어 노인건강관리 대상인구는 2,397,000~3,876,000명에 이른다고 할 수 있다(보건복지부, 1995).

우리나라에서 노인건강관리에 관심을 기울이게 된 것은 서구 여러나라에 비추어 볼 때 그 역사가 그리 길지 못하다. 우리나라에서 노인문제가 거론되고 노인건강관리 문제가 쟁점으로 등장한 것은 노인인구의 급증현상과 질병의 만성병화, 산업화 및 여성의 사회 진출, 핵가족화 등의 사회변화에 따라 대가족제도가 무너지면서 아무런 계획없이 노후를 맞은 노인들의 문제가 대두되게 되었으며 1995. 12. 29일에 개정된 지역보건법 제9조(보건소의 업무) 4항에 노인보건사업이 삽입되므로써 보건소, 보건지소망을 통한 노인건강관리 방안의 기틀을 마련하였으며 1993. 12. 27일 개정된 노인복지법에서 그동안 법인체만이 운영할 수 있었던 유료 양로요양시설을 뜻이 있는 개인도 운영할 수 있도록 하는 획기적인 제도의 개선 등이 시도되었으나 우리나라의 노인복지나 노인건강관리 사업의 기본철학은 서구의 것의 모방의 아닌 선가족 관리 후국가관리에 기본을 두고 있다(김성훈, 1996).

노년기는 생의 마지막 단계로서 노화에 따라 장년기에 두드러지지 않던 신체적 변화에서 부터 정신적, 사회·심리적인 면에 이르기까지 전반적으로 많은 변화가 일어나고 있다. 신체적 변화로 1) 감각기관의 변화-피부의 탄력과 저항력이 떨어짐, 시력과 청력의 약화, 미각과 후각의 둔화, 2) 근골격계의 변화-전반적인 근육위축으로 운동능력의 저하, 골다공증, 골관절염, 3) 비뇨기계의 변화-빈뇨, 잔뇨량의 증가, 요실금, 4) 위장관의 변화-위액의 감소와 함께 소화능력의 감퇴, 변비, 탈장, 5) 심혈관의 변화-심장판막의 탄력이 줄어들고 말초혈관의 저항 증가, 6) 호흡기계의 변화-폐조직의 탄력감소, 호흡기계 근육과 횡격막의 탄력감소, 7) 내분비계, 생식기계의 변화-면역기능의 저하, 여성의 경우 에스트로겐 분비 감소, 남성의 경우 테스토스테론의 분비 감소 등 많은 신체적 문제가 나타난다(전산초, 최영희, 1990).

또한 Erikson의 심리사회 발달단계이론에 의하면 60대 이후 노년기를 자아통합 대 절망단계로 보았다. 자아통합감이란 지나간 일생에 대해 그런대로 만족하고 최선을 다해 노력해온 의미있는 인생이었다는 느낌을 가질 때, 달성하지 못한 일보다 이룩한 일과 행운에 대해 감사한 자세를 가질 때 생긴다. 이에 반해

자기의 인생이 무의미했으며 성공할 기회를 놓쳤고 황혼기에 접어들어 다시 시작하기에는 때가 너무 늦었다고 탄식하게 될 때 절망감이 나타나 우울증 경향에 빠져 피로운 노년기를 보내게 된다(윤진, 1986). 일반적으로 노년기의 특징은 육체의 쇠퇴와 사회적인 연결의 감소, 경제적 기반의 상실 등이 일어나는 시기로 되어있다. 이와 더불어 노인은 자신의 육체적 노화를 의식하여 심리적인 변화를 가져오며 사회적인 관계에 까지 제한을 받게 된다.

이러한 노화에 따라 나타나는 여러가지 변화에 적응하도록 돕기위한 지역사회의 노인에 대한 건강관리 서비스는 노인의 욕구와 제공자측의 가능성을 감안하여 구성해야 한다.

노인에게 있어서 건강이란 기능과 독립성의 유지로 정의될 수 있고 이를 위해서는 노인에 대한 치료 서비스와 더불어 환경에 적응하여 대처할 수 있도록 크기전의 활용을 도와주며 나쁜 건강습관의 교정, 사회적 고립감소, 사회자원의 활용을 도와주어야 한다. 그러므로 노인건강관리 서비스 내용은 크게 둘로 분류하여 1) 건강유지와 증진을 위한 1차 보건서비스와 2) 급·만성질환을 지속관리하는 개인 단위의 치료서비스로 나뉜다. 1차 보건서비스의 내용으로는 질병 예방, 만성상황의 지속관리를 통한 건강유지와 자가 간호를 피하는 교육과 훈련서비스, 질병의 발견을 위한 건강증진사업, 대인관계 및 협력을 통하여 새로운 역할의 모색과 증진을 꾀하는 복지서비스를 고려해야 한다. 또한 치료 서비스에서는 건강사정의 단계부터 환경상태의 관찰, 간호 및 건강관리, 지식제공, 정신적 지지와 같은 숙련 간호서비스와 가사관리 서비스, 적절한 의료기관에 의뢰, 환자나 가족원중 간호제공자에 대한 교육 등이다(조유향, 1992).

이상을 고려해 볼 때 노인에게 흔히 나타나는 신체적, 정신적, 사회·심리적 변화를 이해하고, 이러한 변화에 대처하도록 하기 위해 다양한 측면에서의 간호가 필요하며, 생의 마지막 단계에서 중요한 노인의 적응과업을 돕는 간호가 필요하리라 사료된다.

2. 건강지각(Health Perception)

인간은 주관적인 지각에 따라 사물을 인지하며, 인간의 태도와 행위는 각 개인이 지니는 특질들이 종합적으로 연결되어 환경에 대한 적응현상으로 나타나는 것으로, 개체의 지각의 장(perceptual field)과 성격

(personality)에 의하여 결정되는 것이다(최정훈, 1983). 즉, 지각심리학자들에 의하면 인간은 타인이 보는 것과 똑같은 사실에 의하여 지배되는 것이 아니고 자신이 사실을 어떻게 보느냐에 따라서 행동하는 것이라고 한다. 그러므로 동일한 장면에서 있어서도 사람에 따라 그들의 지각된 세계는 다를 수 있고 그러기에 그들간에 각기 다른 행동이 있을 수 있다(김조자, 1984). 이는 기본적으로 “장의 이론”에 근거를 두었으며 그 기본원칙은 “인간의 모든 행동은 행동하는 순간 그에게 일어나는 지각의 장(perceptual field)의 함수”이므로 현재의 지각을 변화시켜줌으로써 인간의 행동을 수정할 수 있다고 하였다(최정훈, 1983). 따라서 개인의 건강에 대한 지각은 지각의 장에서 상호연결되어진 복합적인 상태로 나타나는데, 이 지각과정을 통해서 태도를 형성하고, 태도는 자신의 행동에 영향을 미치게 된다. 그러므로 지각하는 것은 행위에 결정적인 역할을 하므로 개인의 행동은 각 개인이 지각하는 것에 의해 규제되는 것이다(이학중, 1986).

최근들어 건강지각에 대한 강조가 증가되고 있는데, 그 이유는 건강관리자들이 인간은 건강에 관한 한 그들 스스로가 인지하고 느끼는 것에 따라 주로 행동함을 발견했기 때문이다.

많은 선행연구(Pender, 1982; 김순옥, 1986)에서 지각과 행동간에는 상관관계가 있음을 지적하였고, 건강이란 생리적, 환경적, 문화적, 사회적, 신체적, 정신적 요인에 의해 결정되는 바람직한 상태로 개인의 주관적 지각과 관계가 있으며 이러한 지각은 다른 사람이나 환경과의 상호작용을 가능 또는 불가능하게 하므로 건강행위를 결정짓는 중요한 인자가 된다.

Baumann(1961)은 개개인이 가지고 있는 건강에 대한 자아개념에 따라 행위를 다르게 결정하므로 인간의 건강에 대한 복합적인 지각은 그의 건강에 대한 행동을 결정한다고 하였으며, Hein(1965)은 인간이 자신에 대하여 갖고 있는 태도나 대처해야 할 입장에 따라 인간의 행동이 이루어지며 신체적, 정신적으로 건강한 삶을 갖는다는 것은 개인의 태도나 신념, 가치기준, 욕구, 동기, 자기간호 등 여러가지 요인에 의해 좌우된다고 하였다.

Ware(1979)도 건강지각이란 인간의 건강행위를 지배하는 개인적 의미를 말하는 것이므로 건강지각과 건강행위는 밀접한 관계가 있음을 시사하였으며, Radelfinger(1965)는 건강행위는 개인의 지각과 활동의 효율성에 대한 개인의 인식에 따라 결정된다고 하

였으며, 유지수 등(1985)도 중고등학교에 재학 중인 청소년 402명을 대상으로 건강지각, 건강행위, 건강상태와의 상관관계를 연구하여 건강지각 수준이 높을수록 건강행위를 잘 이행한다는 결과를 제시하면서 건강행위를 얼마나 잘 할 것인가는 건강지각에 달렸다고 하였다.

이와같이 건강에 대한 태도와 행위는 각 개인이 지니는 특질들이 종합적으로 연결되어 환경에 대한 적응현상으로 나타나는 것으로 개체의 지각의 장에 의해 결정되는 것이다. 인간은 내·외적 환경과의 관계에서 평형상태를 유지하기 위해 노력하므로 특정 자극이 주어져 새로운 도구가 발생되면 주어진 자극과 그 자극에 대처하기 위해 지각능력에 따라 특정행위에 따르는 유익성들을 평가한 후에 어떻게 행동할 것인가를 결정하게 된다(장숙희, 1992).

따라서 건강에 대한 태도와 행동을 변화시키기 위해서는 개인이 각자의 건강상태를 어떻게 지각하고 있는가를 파악함으로써 건강행위 이행수준을 높일 수 있는 접근이 가능하리라고 사료된다.

3. 건강증진(Health Promotion) 행위

건강증진이란 일반대중의 생활방식 혹은 생활환경의 변화를 촉진하는 방법을 통해 건강의 수준을 향상시키려는 건강관리이다. 이러한 생활방식에 포함되는 내용으로 첫째, 식습관이다. 바람직한 식습관의 가장 중요한 원칙은 영양소가 고르게 함유된 적당량의 소박한 음식을 먹으라는 것이다. 음식의 과잉섭취는 세포에 과다한 업무를 부과하게 되고 이에 따라 과다한 산화물질이 생성되어 노화를 촉진시키고 성인병이 조기 발생하게 된다. 둘째로는 정기적인 운동이다. 이는 심폐기능을 향상시켜 산소의 공급능력을 증가시키고 근력을 강화하며, 민첩성을 증대시켜 신체의 적성(fitness)을 향상시킬 뿐만아니라 혈액순환을 촉진시켜 이미 생성된 산화물질의 제거 및 배출을 촉진시켜 준다. 마지막으로 지나친 육식과 야식 등은 바로 스트레스의 가장 기본이 된다. 정신적인 스트레스는 여러가지 기전을 통하여 우리 몸의 세포분자수준 그리고 면역기전에 손상을 주어 조기노화를 촉진시키고 각종질환에의 이환을 촉진시킨다(김일순, 1993). 즉, 건강증진행위란 개인의 안녕상태 또는 자아실현에 도달하기 위해서 보다 높은 수준의 건강상태를 지향하는 행위이라고 볼 수 있으므로 건강증진의 핵심은 궁

정적인 건강상태의 범위에 머물도록 하는 것이고, 건강증진의 주축은 개인이며 자신의 생활양식과 특정행위에 대한 선택을 하고 그 선택들은 그의 문화, 사회, 정치 및 물리적 환경이라는 테두리 안에서 이루어진다는 기본 인식을 전제로 하고 있다(이경식, 1994).

우리나라의 전통적인 건강증진 활동으로는 첫번째 자연환경의 순응으로 인간의 일상생활이 자연의 리듬과 변화의 과정에 조화를 이루어야만 건강이 유지된다는 기본원칙을 말하며, 두번째로 절도있는 생활은 기거생활, 식생활, 성생활 등에서 적절한 통제와 규칙적인 생활이 건강에 중요하다는 것을 말하고 있으며, 세번째는 심리적 조절로서 개인이 마음을 스스로 통제함으로써 건강을 유지할 수 있다는 것을 말하는데 이상의 세 건강차원은 가장 넓은 영역인 자연과의 조화, 중간범주로서의 주변환경과의 조화, 세번째의 개인의 심리세계의 균형과 조화가 건강증진의 원칙임을 보여주고 있다(이영자, 1993).

이러한 건강증진을 구체적으로 설명하기 위해 Pender는 건강증진 모형을 제시하였다.

Pender(1982)의 건강증진모형은 Becker(1974)의 건강신념모형(Health Belief Model)에서 유도된 것이며, 건강신념모형은 대상자인 인간이 여러 종류의 다양한 건강관련 행위를 수행하게 하는 동기들을 이해하는데 그 초점을 맞추고 있다. Pender(1982)는 건강한 생활양식(lifestyle)에 대한 상호 보완적인 것으로 건강보호행위(health-protecting behavior) 또는 예방행위(preventive behavior)와 건강증진행위(health promoting behavior)를 발표했고 이 증진행위를 설명하기 위한 paradigm으로 건강증진 모형(Health Promotion Model)을 제시하였다.

Pender(1987)는 3부분으로 구성된 건강증진 모형을 개발했는데 인지-지각요인(Cognitive-Perceptual Factors), 즉 개인이 건강증진행위에 참여할지를 결정하는 심리적 요인과 조정요인(Modifying Factors : 개인의 인지-지각요인에 영향을 미침으로 건강증진행위에 간접적으로 영향을 미치는 요인) 그리고 안녕을 유지하거나 강화시키기 위한 건강증진행위의 세부부분으로 나누었다. 인지-지각요인에는 건강에 대한 중요성, 건강에 대한 정의, 건강지각, 건강통제위의 지각, 자아효능감의 지각, 건강상태 지각, 건강증진행위의 유익성과 장애점이 포함된다. 조정요인에는 인구학적 특성, 생물학적 특성, 대인관계 영향, 상황적 요인, 행위적 요인이 포함된다. 이 모형은 두

단계로 나누어지는데, 인지-지각요인과 조정요인은 의사결정의 단계이고 건강증진행위를 이행하는 것은 행위단계로 본다. 대상자의 인구학적 변수, 상황적 변수 등은 의사결정 단계에 영향을 미치며 이들 인구학적 변수에는 연령, 종족, 성별, 교육정도, 수입, 직업 등이 있으므로 그의 건강증진모형을 다양한 사회, 경제집단에서 검증할 것을 적극 권장하고 있다.

그러므로 본 연구에서는 Pender의 건강증진모형을 기초로 7가지 인지-지각요인중 건강지각을 선택하였고, 5가지 조정요인중 인구학적 특성으로 연령, 성별, 종교, 교육수준, 직업, 자녀수, 결혼상태, 동거현황, 생활의 만족도, 취미를 포함하였다.

30세 이상의 여성을 대상으로 한 이(1981)의 연구에서 건강행위 이행에 영향을 미치는 변수로 유익성이 34.4%로 건강행위 이행을 설명하였고 심각성, 민감성, 건강관심도를 첨가하여 48.1%의 설명력을 나타내었으며, 노인을 대상으로 한 김(1996)의 연구에서 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인으로 자기효능감, 건강통제위, 지각된 건강상태가 건강증진행위에 유의한 영향요인이라 하였다. 윤(1990)은 산업장 근로자들을 대상으로 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 조사하였는데 그 중 건강지각이 높은 사람일수록 건강에 대해 보다 많은 관심을 갖고, 또 적극적인 건강증진행위를 실천한다고 보고하였다.

성인남녀를 대상으로 한 이(1990)의 연구에서 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 주요변인을 분석한 결과 지각된 건강상태, 자아존중감, 내적통제위, 타인의존적 건강통제위, 연령, 성취감, 조화 등의 변인에 의해 건강증진행위를 30.66% 설명하였다.

Duffy(1988)는 35-65세 여성을 대상으로 하여 건강통제위 성격, 자존감, 건강상태 등의 변수와 건강증진행위와의 관계를 분석하였는데 우연성 건강통제위 성격이 건강증진행위에 가장 주요한 예측요인이며 그 다음이 자존감, 건강상태에 대한 지각, 건강에 대한 관심, 고등학교 졸업이상의 학력, 내적건강통제위 성격의 순서로 건강증진행위에 영향을 미침을 설명하였으며, Christiansen (1981)은 건강증진행위의 결정요소로 건강의 중요성에 대한 지각과 자기조절력 그리고 지각된 건강상태가 건강행위에 영향을 미치는 가장 중요한 요소로 지적하였다.

Speake 등(1989)의 연구에서는 현재의 건강상태가 건강증진 생활방식의 하위개념인 영양($r=.20, p<.001$), 대인관계지지($r=.21, p<.001$), 자아실현($r=.31,$

$p < .001$) 등과 상관관계가 있었으며, 근로자들을 대상으로 한 Weitzel(1989)의 연구에서 건강증진행위와 관련되는 4가지의 심리학적 변수 즉, 건강에 대한 중요한 인식, 건강통제위 성격, 건강상태에 대한 지각, 자아유용성과 인구학적 특성 모두가 건강증진행위를 예측하는 주요 요인으로 확인되었다.

또한 Hanner(1986)는 60세 이상의 대상자 243명의 연구에서, 지각된 건강상태, 자존감 등이 대상자 자신이 보고한 건강증진적인 생활습관의 실천과 유의한 상관관계가 있음을 보고하였다.

이상의 문헌고찰 결과를 보면 건강증진행위를 잘 이행하므로서 안녕상태를 유지할 뿐아니라, 자아실현이나, 삶의 만족을 가져올 수 있다고 하였으며, 건강증진행위를 위해서는 인지지가 요인이 중요한 영향을 미치고 인지지가 요인중에서도 특히 건강지각이 중요하다 하는 것을 제시하였다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 노인들이 지각하는 건강지각과 건강증진행위와 어떠한 관계가 있는지를 규명하기 위한 서술적 상관관계 연구(descriptive correlational study)이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상은 C시의 전체 30개 동지역에서 3개 지역을 무작위 표출하여 이 지역에 거주하고 있는 만 65세 이상의 노인들로 하였다.

대상자 총수 1, 646명(전주시통계청, 1996)을 3월 24일에서 4월 12일까지의 자료수집 기간중 대상지역의 공원 및 가정과 노인정에서 만날 수 있는 노인들 중 언어적, 비언어적 의사소통이 가능하고 연구에 참여하기로 허락한 자 120명을 대상으로 하였으나 그중에서 응답자의 실수로 문항분석이 뚜렷하지 못한 질문지 28부를 제외하여 본 연구에 실제 참여한 대상자의 수는 총 92명이었다.

3. 연구 도구

연구의 도구는 구조화된 질문지를 이용하였고, 질

문지의 내용은 일반적 특성 10문항, 건강지각 20문항, 건강증진행위 40문항 등 총 70문항으로 구성되어 있다.

1) 건강지각 측정도구

건강지각 측정도구는 Ware(1979)에 의해 개발된 건강지각 측정도구(Health Perception Questionnaire)로서 유지수 등(1985)이 한국인에 맞게 번역한 설문지를 사용하였다. 이 도구는 자신의 건강상태의 다양한 측면에 대한 자신의 믿음에 관한 정보를 제공하도록 고안되어졌고 총 32문항 6개영역으로 구성되어 있다. 영역별로는 현재건강 9문항, 과거건강 3문항, 미래건강 4문항, 건강관심·염려 4문항, 저항성·민감성 4문항, 환자역할거부 8문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 사전조사를 실시하여 내적일관성을 보았을 때 특히 신뢰도가 낮아 전체 신뢰수준에 영향을 미치는 문항들을 제외하고 총 20문항으로 구성되어 있으며, “전혀 그렇지 않다”에 1점을 주고, “항상 그렇다”에 4점을 주었으며 부정적인 문항은 역으로 환산하였다. 최저 20점에서 최고 80점까지 가능하며 점수가 높을수록 건강지각 정도가 높은 것으로 본다.

본 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었으며, 청소년을 대상으로 한 유지수의 2인(1985)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .62$ 였으며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .85$ 였다.

2) 건강증진행위 측정도구

건강증진행위 수행정도 측정도구는 Walker, Pender & Sechrist(1987)가 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP)로서 이것은 개인의 안녕(well-being), 자아실현, 만족감의 수준을 유지하고 강화시키는 현재의 행위 실태를 측정하는 것으로, 48개 항목의 6개 영역으로 구성되어 있다. 영역별로는 자아실현 13문항, 건강책임 9문항, 운동 6문항, 영양 6문항, 대인관계지지 7문항, 스트레스관리 7문항으로 구성되어 있다.

본 연구에서는 선행연구(표지숙, 1992; 서연옥, 1995)와 우리 문화에 맞게 수정한 것으로 총 40문항으로 구성되어 있으며 자아실현 10문항, 건강책임 8문항, 운동 3문항, 영양 7문항, 대인관계 지지 5문항, 스트레스 관리 7문항으로 구성되어 있으며 “전혀 그렇지 않다”에 1점을 주고 “항상 그렇다”에 4점을 주어 최저 40점에서 최고 160점까지 가능하며 건강증진

생활양식 측정도구(HPLP) 점수가 높을수록 건강증진행위 수준이 높은 것으로 본다.

도구개발 당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.92$ 였으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.89$ 였다.

4. 자료수집기간 및 방법

자료수집 기간은 1997년 3월 24일 부터 4월 12일 까지 20일 동안이었으며, 노인정과 공원 및 가정에서 만날 수 있는 65세 이상의 노인들에게 연구자와 면접 조사에 대한 사전 훈련을 받은 연구보조원 2명이 구조화된 질문지를 가지고 일대일 면접을 통하여 자료를 수집하였다.

5. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS를 사용하여 전산처리 하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
- 2) 건강지각과 건강증진행위는 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 3) 건강지각과 건강증진행위와의 관계는 피어슨 적률 상관계수(Pearson Correlation Coefficient)로 분석하였다.
- 4) 일반적 특성에 따른 건강지각과 건강증진행위의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구는 대상을 일개 시 지역에 거주하는 노인을 임의 표집하였으므로 우리나라 전체 노인에 연구결과를 확대 해석하여 일반화할 수 없다는 제한점을 가지고 있다.

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성 (n=92)

특 성	구 분	실수	백분율(%)
연 령	65-69 세	41	44.6
	70-74 세	20	21.7
	75-79 세	14	15.2
	80 세 이상	17	18.5
성 별	남 자	39	42.4
	여 자	53	57.6
종 교	없 음	38	41.3
	기 독 교	22	23.9
	천 주 교	3	3.3
	불 교	28	0.4
	기 타	1	1.1
교육수준	문 맹	22	23.9
	국문해독	39	42.4
	국 줄	16	17.4
	중 줄	6	6.5
	고 줄 대졸이상	5	5.4
직 업	없 음	56	60.9
	있 음	36	39.1
자 녀 수	1-3 명	18	19.6
	4-6 명	58	63.0
	7-9 명	16	17.4
결혼상태	기 혼	55	59.8
	사 별	37	40.2
동거현황	혼자산다	12	13.0
	부부끼리 산다	34	37.0
	미혼자녀와 함께 산다	9	9.8
	결혼한 아들과 함께 산다	37	40.2
생활의 만족도	불만이다	5	5.4
	보통이다	58	63.1
	만족한다	29	31.5
취 미	없 음	58	63.0
	있 음	34	37.0

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로 연령, 성별, 종교, 교육수준, 직업, 자녀수, 결혼상태, 동거현황, 현재생활의 만족도, 취미를 조사하였다(표 1).

전체 대상자의 연령은 65세에서 92세까지의 범위로 평균연령은 72.5세 이었고 65-69세의 노인이 41명으

로 44.6%였고, 70-74세가 20명으로 21.7%, 75세 이상이 33.7% 였다. 성별은 남자가 42.4%, 여자가 57.6% 였고, 종교는 없는 경우가 41.3%였고, 종교를 가진 경우에는 불교, 기독교, 천주교 순으로 많았다.

교육정도는 국문해독이 42.4%로 가장 많았고, 문맹 23.9%, 국줄 17.4%, 중줄 6.5% 순이었으며, 현재의 직업은 60.9%가 없었으며 직업이 있는 39.1%의 조사내용을 보면 농업이 31.5%로 많았다. 이것은 한국 껀립조사연구소(1990)에서 전국의 노인을 무작위

표본 추출하여 1,427명을 대상으로 조사한 것과 비교하여 보면, 우리나라 노인의 교육정도는 무학이 61.5%, 초등교육이 29.4%로 비슷한 양상이었다.

자녀수는 4-6명이 63.0%, 1-3명이 19.6%로 노인의 평균 자녀수는 4.9명 이었다. 결혼상태는 배우자가 있는 경우가 59.8%, 배우자가 없는 경우가 40.2%였으며, 동거현황으로는 혼자사는 경우가 13.0%, 부부끼리만 사는 경우가 37.0%, 결혼한 아들과 함께 사는 경우가 40.2%로 나타나 이(1987)의 58.7%, 표(1992)의 53.3%에 비해 부부끼리만 사는 경우가 약 20%정도 증가하였음을 알 수 있다.

현재생활의 만족도는 '보통이다' 63.1%로 많았으며 '만족한다' 31.5%, '불만이다' 5.4%였으며, 취미는 63.0%가 없었으며 취미가 있는 37.0%의 조사내용을 보면 텔레비전 시청, 라디오 청취, 정원가꾸기, 바둑이나 장기 등 이었다.

2. 제 변수의 측정

1) 대상자가 지각한 문항별 건강지각

대상자의 건강지각에 대한 문항별 구성비율과 평점은 표 2와 같다.

전체 20문항으로 20-80점까지 가능한데 평균 51.28, 표준편차 7.24로 대상자의 건강지각 정도가 중간수준으로 나타났다.

노인이 지각한 문항별 건강지각 평균점수는 "나는 건강한 생활하기를 바란다"(평균 3.239, 표준편차 0.521), "살다보면 아플 수도 있다"(평균 3.033, 표준편차 0.456), "나는 일상생활에서 병에 걸리지 않도록 노력한다"(평균 2.848, 표준편차 0.740) 순 이었으며, 가장 낮은 평점을 보인 문항은 "예전보다 지금은 나의 건강이 더 좋아진 것 같은 느낌이다"(평균 2.120, 표준편차 0.644), "현재 나는 예전보다 허약하다"(평균 2.152, 표준편차 0.628), "내몸은 앞으로 더 약해질 것 같다"(평균 2.163, 표준편차 0.519)였다.

2) 대상자가 실행한 건강증진행위

전체 40문항으로 40-160점까지 가능한데 평균은 102.05, 표준편차 11.83으로 대상자의 건강증진행위는 중간수준이었으며, 가장 높은 영역은 대인관계 지지(평균 2.850, 표준편차 0.422) 이었고 가장 낮은 영역은 운동(평균 1.964, 표준편차 0.727)이었다.

높은 점수를 나타낸 영역을 순서대로 보면, 대인관

〈표 2〉 대상자의 건강지각 정도 (n=92)

문항 내용	Mean±S.D
1. 의사의 진찰에 의하면 나의 건강은 좋다.	2.674±0.813
2. 나는 일상생활에서 병에 걸리지 않도록 노력한다.	2.848±0.740
3. 나는 다른 사람들보다 병에 잘 걸리는 것 같다.	2.772±0.757
4. 현재 나는 예전보다 건강하다.	2.228±0.786
5. 아마도 나는 앞으로 많이 아플 것이다.	2.554±0.817
6. 대부분의 사람들은 나보다는 쉽게 병에 걸리는 것 같다.	2.391±0.662
7. 나는 지금 다소 아픈 것 같다.	2.391±0.710
8. 현재 나는 예전보다 허약하다.	2.152±0.628
9. 나는 다른 사람보다 병에 잘 걸리는 것 같다.	2.533±0.718
10. 살다보면 아플 수도 있다.	3.033±0.456
11. 나는 다른 사람들보다 건강하다고 생각한다.	2.554±0.747
12. 내 몸은 앞으로 더 약해질 것 같다.	2.163±0.519
13. 나는 오랫동안 아파본 적이 없다.	2.652±0.882
14. 나는 다른 사람들보다는 나의 건강에 대해 덜 염려한다.	2.565±0.700
15. 나의 건강은 아주 좋다고 생각한다.	2.424±0.715
16. 나는 건강한 생활하기를 바란다.	3.239±0.521
17. 나의 건강은 나의 생애와 관련이 있다.	2.870±0.714
18. 나는 심하게 앓아 본 적이 없다.	2.424±0.855
19. 의사의 진찰에 의하면 나는 약하다고 한다.	2.696±0.722
20. 예전보다 지금은 나의 건강이 더 좋아진 것 같은 느낌이다.	2.120±0.644
총 건강지각(1-20)	51.28±7.243

계 지지(평균 2.850, 표준편차 0.422), 자아실현(평균 2.779, 표준편차 0.355), 영양(평균 2.752, 표준편차 0.383), 스트레스 관리(평균 2.390, 표준편차 0.344), 건강책임(평균 2.266, 표준편차 0.435), 운동(평균 1.964, 표준편차 0.727)의 순이었다(표 3).

〈표 3〉 대상자의 건강증진행위의 영역별 점수

영역(문항수)	n=92	
	문항평균 Mean±S.D	총점평균 Mean±S.D
자아실현(10)	2.779±0.355	27.793±3.553
건강책임(8)	2.266±0.435	18.130±3.481
운동(3)	1.964±0.727	5.891±2.181
영양(7)	2.752±0.383	19.261±2.684
대인관계지지(5)	2.850±0.422	14.250±2.110
스트레스관리(7)	2.390±0.344	16.728±2.405
합계(40)	2.500±0.326	102.054±11.836

건강증진행위의 문항별 내용을 보면(부록-3), 자아실현영역에서 높은 점수를 나타낸 문항은 “살아가는데 나에게 중요한 것이 무엇인지를 알고 있다”(평균 2.989, 표준편차 0.564)와 “나 자신의 장점과 단점을 알고 있다”(평균 2.913, 표준편차 0.567)였고, 가장 낮은 점수의 문항은 “나는 미래에 대한 기대감을 가지고 있다”(평균 2.391, 표준편차 0.679)였다.

건강책임의 영역에서 가장 높은 문항은 “비정상적인 증상이 나타나면 의사 또는 건강전문인과 의논한다”(평균 2.663, 표준편차 0.715)였고, 가장 낮은 문항은 “건강에 관한 잡지나 책을 읽는다”(평균 1.924, 표준편차 0.730)였다.

운동의 영역에서 가장 높은 문항은 “매주 3회이상 가까운 곳에 등산 또는 뽀뽀기 운동을 한다”(평균 2.065, 표준편차 0.862)였고, 가장 낮은 문항은 “적어도 일주일에 한번 정도는 격렬한 운동을 한다”(평균 1.804, 표준편차 0.774)였다.

영양의 영역에서 가장 높은 문항은 “가공식품보다는 자연식품을 주로 먹는다”(평균 3.076, 표준편차 0.579)였고, 가장 낮은 문항은 “식품이나 약품에 부착되어 있는 설명서를 읽는다”(평균 2.239, 표준편차 0.747)였다.

대인관계 지지의 영역에서는 가장 높은 문항은 “주위사람과 편안한 대인관계를 유지한다”(평균 2.989, 표준편차 0.524)였고, 가장 낮은 문항은 “다른사람에게 관심, 사랑, 따뜻함을 쉽게 표현한다”(평균 2.663, 표준편차 0.651)였다.

스트레스 관리의 영역에서 가장 높은 문항은 “현재 나에게 스트레스를 주는 요인이 무엇인지를 알고 있다”(평균 2.761, 표준편차 0.600)였고, 가장 낮은 문항은 “스트레스 해소를 위한 시간을 가진다”(평균 1.924, 표준편차 0.715)였다.

전체 문항 가운데서 점수가 가장 높은 문항은 “가공식품보다는 자연식품을 주로 먹는다”(평균 3.076, 표준편차 0.579)이고 가장 낮은 문항은 “적어도 일주일에 한번 정도는 격렬한 운동을 한다”(평균 1.804, 표준편차 0.774)였다.

즉, 노인들은 미래지향적인 것, 지적인 것, 직접행위가 이루어지는 것에서 낮은 점수를 나타냈다.

3. 가설검정

가설검정 결과는 다음과 같다(표 4).

제1가설 : “대상자의 건강지각 정도가 높을수록 건강증진행위 실행정도는 높을 것이다”를 검정하기 위하여 피어슨 상관계수로 분석한 결과 대상자의 건강지각과 건강증진행위는 통계적으로 유의한 상관관계가 있었다($r=0.449, p<0.001$). 즉 노인이 지각한 건강지각 정도가 높을수록 건강증진행위 실행정도가 높게 나타나고 있어 제1가설은 지지되었다.

또한 건강증진행위의 각 영역별로 볼 때 자아실현($r=0.559, p<0.001$), 운동($r=0.425, p<0.001$), 영양($r=0.353, p<0.001$) 대인관계 지지($r=0.319, p<0.01$), 스트레스관리($r=0.226, p<0.05$)에서 상관관계를 보였으며, 건강책임 영역에서는 유의한 상관관계를 보이지 않았다.

〈표 4〉 대상자의 건강지각과 건강증진행위와의 상관관계 (n=92)

구 분	건강지각(r)
총건강증진행위	.449***
자아실현	.559***
건강책임	.150
운동	.425***
영양	.353***
대인관계지지	.319**
스트레스관리	.226*

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

4. 대상자의 일반적 특성과 주요 변수와의 관계

1) 일반적 특성과 건강지각 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 건강지각 정도 차이를 알아 보기위해 t-test와 ANOVA로 분석하였는데 그 결과는 다음과 같다(표 4).

표 5에서 보면 대상자의 성별($t=4.12, p<0.001$), 종교유무($t=2.47, p<0.05$), 교육수준($F=3.27, p<0.05$), 결혼상태($t=2.22, p<0.05$), 동거형태($F=3.50, p<0.05$), 취미($t=-2.57, p<0.05$)에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

즉, 성별에서는 남자가, 종교가 있는 경우, 교육수준이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 핵가족일수록, 취미를 가지고 있을수록 대상자들의 건강지각 정도가 더 높은 것으로 나타났다.

2) 일반적 특성과 건강증진행위

대상자의 일반적 특성과 건강증진행위와의 관계는

〈표 5〉 대상자의 일반적 특성과 건강지각, 건강증진행위와의 관계

(n=92)

특 성	구 분	실 수(%)	건강지각			건강증진행위		
			Mean±S.D	F or t	P	Mean±S.D	F or t	P
연 령	65-69 세	41(44.6)	2.625±0.413	1.713	.186	2.599±0.327	.823	.442
	70-74 세	20(21.7)	2.585±0.300			2.497±0.324		
	75세이상	31(33.7)	2.469±0.311			2.549±0.225		
성 별	남 자	39(42.4)	2.738±0.390	4.12	.000***	2.616±0.345	1.50	.137
	여 자	53(57.6)	2.435±0.280			2.518±0.250		
종 교	무 유	38(41.3)	2.488±0.364	2.47	.015*	2.513±0.318	1.83	.041*
	유	54(58.7)	2.672±0.335			2.626±0.251		
직 업	무 유	56(60.9)	2.515±0.389	-1.63	.106	2.542±0.294	-.71	.481
	유	36(39.1)	2.640±0.305			2.587±0.301		
자 녀 수	1-3 명	18(19.6)	2.530±0.295	1.395	.253	2.556±0.185	.088	.915
	4-6 명	58(63.0)	2.607±0.374			2.568±0.309		
	7-9 명	16(17.4)	2.443±0.372			2.533±0.356		
교육수준	문 맹	22(23.9)	2.475±0.267	3.27	.024*	2.512±0.287	1.30	.278
	국문해독	39(42.4)	2.547±0.348			2.555±0.291		
	국 줄	16(17.4)	2.493±0.382			2.479±0.269		
	중줄이상	15(16.2)	2.813±0.414			2.673±0.337		
결혼상태	기 혼	55(59.8)	2.626±0.406	2.22	.029*	2.600±0.323	2.12	.037*
	사 별	37(40.2)	2.471±0.264			2.477±0.234		
동거현황	독 거	12(13.0)	2.412±0.211	3.50	.034*	2.473±0.275	1.09	.339
	핵 가족	43(46.8)	2.664±0.414			2.603±0.302		
	대 가족	37(40.2)	2.497±0.305			2.537±0.294		
생활의 만족도	불만이다	5(5.4)	2.582±0.330	.327	.721	2.588±0.202	.968	.383
	보통이다	58(63.1)	2.565±0.390			2.560±0.331		
	만족한다	29(31.5)	2.440±0.151			2.389±0.313		
취 미	무 유	58(63.0)	2.486±0.302	-2.57	.013*	2.544±0.248	-.61	.546
	유	34(37.0)	2.697±0.419			2.587±0.367		

* P<.05, ** P<.01, *** P<.001

다음과 같다.

〈표 5〉에서 보면 대상자의 종교유무($t=1.83$, $p<0.05$)와 결혼상태($t=2.12$, $p<0.05$)에서 유의한 차이를 보여 종교가 있는 경우, 사별보다는 배우자가 있는 경우에 건강증진행위 실행정도가 높게 나타났다.

V. 논 의

1. 대상자의 건강지각

본 연구결과 대상자의 건강지각은 20-80점까지 가능한데 최저 33점, 최고 75점으로 평균 51.28, 표준편차 7.24로 대상자의 건강지각 정도는 보통 수준으로 나타나 노인들의 건강지각을 긍정적인 방향으로 높일 수 있는 효과적인 교육프로그램이 요구되고 있음을 보여주고 있다.

문항별로 볼 때 건강지각 정도가 가장 높은 평점을 보인 문항은 “나는 건강한 생활하기를 바란다”(평균 3.23, 표준편차 0.52), 가장 낮은 평점을 보인 문항은

“예전보다 지금은 나의 건강이 좋아진 것 같은 느낌이다”(평균 2.12, 표준편차 0.64)로 나타나 이러한 연구결과는 청소년을 대상으로 한 김등(1984)과 간호학생을 대상으로 한 김(1986)의 연구결과와 유사하였다.

일반적 특성에 따른 건강지각 정도는 대상자의 성별, 종교, 교육수준, 결혼상태, 동거현황, 취미에서 통계적으로 유의한 차이가 있었는데 즉, 성별에서는 남자가, 종교가 있는 경우, 교육수준이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 핵가족일수록, 취미를 가지고 있을수록 대상자들의 건강지각 정도가 더 높은 것으로 나타났다. 선행연구(Brown & McCreedy, 1986; Verbrugge & Wingard, 1987; Wallen, Waitzkin, & Stoeckle, 1979)에서는 건강지각 정도가 남자인 경우, 기혼인 경우, 교육정도가 높을수록, 전문적인 경우 더 높은 것으로 나타나 본 연구결과와 유사하였다.

따라서 노인들의 긍정적인 건강지각을 높이기 위해서는 노인들의 성별, 영적인 요소, 교육수준 등을 고려하여 취약집단인 여성, 교육정도가 낮은 자, 사별자, 종교 및 취미가 없는 자 등에게 간호대상 우선순위를 두어 특별중재 프로그램이 준비되어야 할 것으로 사료된다.

또한 긍정적인 건강지각을 높이기 위해서 취미나 종교를 갖도록 격려하거나 사회교육을 받는 기관을 알선하는 것도 간접적인 간호중재가 될 수 있으리라 사료된다.

한편 대상자들의 취미에서 대부분이 텔레비전 시청이었고 그 다음이 라디오 청취였으며 독서는 아주 낮았다. 이런 점을 고려하여, 노인들에게 건강과 관련된 정보를 제공하거나 건강교육을 실시할 때, 매체의 선정이 중요하므로 책이나 읽어서 정보를 받을 수 있는 방법보다는 TV나 라디오의 광고로 노인들과 접촉할 기회가 많은 것을 사용해야 효과적이라고 생각한다.

2. 대상자의 건강증진행위

본 연구에서 대상자의 건강증진행위는 40-160점까지 가능한데 최저 76점, 최고 145점으로 평균 102.05, 표준편차 11.83으로 대상자의 건강증진행위는 보통수준으로 나타났으며, 건강증진행위의 영역별 점수중 가장 높은 영역은 ‘대인관계 지지’이고 낮은 영역은 ‘운동’이었다.

Speake, Cowert & Pellet(1989)가 노인을 대상으로 한 연구에서는 자아실현, 대인관계 지지, 영양, 건

강책임, 스트레스 관리, 운동의 순서였고, Riffle, Yoho, & Sams(1989)가 55세 이상의 Appalachia 거주민을 대상으로 한 연구에서는 자아실현, 영양, 대인관계 지지, 건강책임, 스트레스 관리, 운동의 순서였다. Weitzel(1989)이 노동자들을 대상으로 한 연구에서는 자아실현, 대인관계 지지, 스트레스 관리, 영양, 건강책임, 운동이었고 Pender, Walker, Sechrist & Frank-Stromborg(1990)가 근로자들을 대상으로 한 연구에서는 자아실현, 대인관계 지지, 영양, 스트레스 관리, 건강책임, 운동의 순서였다.

Walker, Volken, Sechrist & Pender(1988)가 연령층별로 건강증진행위를 비교한 것에서는 청년층(18-34세)에서는 대인관계 지지, 자아실현, 영양, 스트레스 관리, 운동, 건강책임이었고, 중년층(35-54세)에서는 자아실현, 대인관계 지지, 영양, 스트레스 관리, 건강책임, 운동의 순서였고, 노년층(55-88세)에서는 자아실현, 대인관계 지지, 영양, 스트레스 관리, 건강책임, 운동의 순서였다.

65세 이상 노인들을 대상으로 건강증진행위를 조사한 결과를 보면 표(1992)의 연구에서는 대인관계 지지, 영양, 자아실현, 스트레스 관리, 건강책임, 운동의 순서였으며, 김(1996)의 결과에서는 규칙적인 식습관, 위생적 생활, 휴식과 수면, 금주 및 금연, 지지적인 대인관계, 식이조절, 자아실현의 순서였다.

문항별로 볼 때, 표(1992)의 연구에서는 “나는 나 자신을 좋아한다”, “나는 건강관심사에 대해 주위사람들과 이야기를 나눈다”, “나는 오락과 취미활동을 즐긴다”, “나는 아침을 먹는다”, “나는 친한 친구와의 시간을 갖는다”, “나는 매일 휴식할 시간을 갖는다”가 각 영역별로 높다고 하였고 “나는 장기적인 삶의 목표가 있다”, “건강에 대한 책을 읽는다”, “나는 일주일에 한번 정도는 격렬한 운동을 즐긴다”, “나는 식품이나 약품에 부착되어 있는 설명서를 읽는다”, “나는 주위사람과 관심사나 문제를 서로 이야기 한다”, “나는 잠자기 전에 신체의 피로를 푼다”가 영역별로 낮다고 하였다. 김(1996)의 연구에서는 “아침식사는 꼭 먹는다”, “내의는 면제품으로 입고 자주 갈아 입는다”, “일찍 자고 일찍 일어난다”, “술을 과하게 마시지 않는다”, “다른 사람이 성취한 일에 대해 칭찬을 잘 한다”, “건강에 해롭다고 알려진 음식은 먹지 않는다”가 각 영역별로 높았고 “스트레스가 있을 때 명상이나 이완요법을 사용한다”, “장기적인 삶의 목표가 있다”, “나는 미래에 대한 기대감이 있다”

에서 낮은 점수를 보였다.

이와같이 대부분의 연구에서 본 연구결과와 거의 일치하는 면을 보였다. 건강증진행위 점수는 자아실현, 대인관계 지지, 영양은 높은 편에 속했고 스트레스 관리, 운동, 건강책임은 낮은 것으로 나타났다. 특히 노인들을 대상으로 한 Riffle 등(1989), Speake 등(1987), Walker 등(1988), 표(1992)의 연구에서는 스트레스 관리, 운동, 건강책임이 낮은 것으로 나타났다. 그러므로 건강증진행위 영역중에서도 건강증진행위 정도가 낮은 영역에 대한 프로그램 개발 및 운영이 절실히 필요한 것으로 나타났다.

일반적 특성에 따른 건강증진행위는 종교유무와 결혼상태에서만 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

Speake 등(1989)은 교육과 수입이 건강증진행위와 상관관계가 있고 성, 결혼상태는 상관관계가 없으며, 연령과 인종이 부분적으로 상관관계가 있다고 하였다.

Walker 등(1988)은 일반적 특성 중에서 성별은 건강증진행위 전체와 건강책임, 운동, 영양, 대인관계 지지에서 설명력 있는 변수여서 여자가 남자보다 건강증진행위를 잘 수행했으며, 교육과 수입은 건강증진행위 전체와 모든 영역에서 설명력이 있는 변수여서 수입이 높은 것과 건강책임, 운동과 상관관계가 있으며 교육을 많이 받은 것은 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리와 상관이 있다고 하였다. 결혼상태와 고용상태는 영양에서만 유의하여, 결혼을 하고 직업이 없는 경우가 영양에서의 건강증진행위를 좀 더 많이 수행한다고 하였다.

표(1992)의 연구에서 건강증진행위 정도는 연령, 성별, 결혼상태, 교육수준, 직업유무, 용돈액수, 운동여부에 따라 차이가 있는 것으로 나타났는데 즉 연령이 적을수록, 성별에서는 남자가, 배우자가 있는 경우, 교육수준이 높을수록, 직업이 있는 경우, 용돈액수가 많을수록 건강증진행위를 더 수행하는 것으로 나타났다. 또한 김(1996)의 연구에서는 남자가 여자보다, 기혼이 사별보다, 교육정도가 높은 군이 낮은 군보다, 기술직, 사무직, 전문직 군이 상업, 농업 군보다, 월평균 용돈이 많은 군이 적은 군보다 건강증진행위를 더 많이 수행하였다.

김(1987)은 배우자가 없고, 종교가 없고, 교육수준이 낮으며 가족과 동거하지 않고, 여가활동의 참여정도가 낮은 고령의 노인에게 사회적인 소외감과 신체적 노화정도가 높고, 노인의 사회 심리적인 소외감은 신체적 노화를 촉진시킬 수 있다고 보고하였고,

Kaplan(1977)은 이웃과 고립된 사람들이나 가족, 단체, 친구 등 친밀한 사회집단이 없는 사람들의 질병 발생빈도가 친밀한 사회집단을 가지고 있는 사람들보다 더 높다고 보고하였다.

따라서 노인들에게 건강증진을 제공하려는 간호사는 배우자를 잃은 혼자된 노인, 종교가 없는 집단 등 취약한 집단을 우선적으로 한 건강증진 프로그램이 요구되며 또한 노인들이 스스로 자신의 스트레스를 관리할 수 있는 방법을 제공하며, 적절한 운동을 수행하고, 자신의 건강에 대한 책임감을 느끼는 생활양식을 형성해 가도록 간호하는 것이 중요하다고 본다.

3. 대상자의 건강지각과 건강증진행위

본 연구에서 대상자의 건강지각 정도와 건강증진행위는 전반적으로 순상관계가 있는 것으로 나타나 이러한 결과는 건강지각 정도가 높을수록 건강증진행위 실행정도가 높아짐을 의미하였다.

최근들어 건강지각에 대한 강조가 증가되고 있는데, 그 이유는 건강관리자들이 인간은 건강에 관한 한 그들 스스로가 인지하고 느끼는 것에 따라 주로 행동함을 발견했기 때문이다(Lee, 1991). 대상자 스스로가 자가평가한 건강상태는 보통 안녕지향적으로서, 질병보다는 안녕을 강조하는 건강증진 측면에서 본다면 자가평가 방법은 다른 방법보다 확실히 장점이 있다(Fehir, 1988).

자신의 건강상태에 대한 지각과 건강증진 생활방식의 관계는 많은 선행연구(Simon, 1993; Duffy, 1988; Weitzel, 1989; Pender, 1987)에서 유의한 결과를 보였다.

65세 이상의 노인을 대상으로 한 Duffy(1993)의 연구에서, 건강증진 생활방식의 유의한 예측인자로는 현재의 건강상태와 내적통제위 성향이 제시되었으며, 이 연구에서 남자는 대인관계 지지와 역상관 관계를 보였는데, 이는 여성의 경우 발달단계의 초기에 형성된 강한 대인관계를 조장하는 성역할 사회화가 후기 성인기나 노인기에도 지속되지만, 남성은 부인이 그들이 원하는 것을 모두 제공해주기 때문에 더이상 대인관계 지지의 필요성을 느끼지 못하여 나타난 결과로 사려된다.

노인을 대상으로 한 Speake 등(1989)의 연구에서 건강증진행위와 현재 건강지각, 과거 건강지각, 동년배 비교 건강지각간에 유의한 긍정적 상관관계가 있

있으며 건강증진행위에 대한 설명력은 동년배 비교 건강지각이 10.2%, 과거 건강지각이 4.3%였다. Killeen(1989)은 현재의 건강에 대한 인식이 긍정적일수록 건강증진행위에 더 많이 참여한다고 하였으며, 또한 Nicholas(1993)의 연구에서는 지각된 건강상태와 자가간호실천이 유의한 관계가 있었고, Riffle 등(1989)은 노인집단(55세이상 113명)을 대상으로 한 연구에서 지각된 건강상태가 건강증진 생활방식의 주요 예측요인임을 밝혔다.

이(1985)는 고혈압 환자를 대상으로 한 연구에서 건강지각이 높을수록 이행을 잘 한다고 보고하였으며, 임(1990)은 당뇨병 환자의 건강지각이 높을수록 건강행위 이행정도가 높았다고 하였고, 또한 김(1984), 지(1988) 등도 건강지각이 높을수록 건강행위를 잘 이행한다고 하였다.

본 연구결과 역시 이와같은 선행연구와 일치하고 있어 건강증진행위 실행과 개인의 건강지각은 유의한 긍정적 상관관계가 있음을 알 수 있었다.

이상의 결과를 토대로하여 볼 때 노인들의 건강지각이 높을수록 건강증진행위는 높았으며, 노인들의 일반적 특성에 따라 건강지각과 건강증진행위에 차이가 있으므로 이들을 간호하는 간호사는 취약점이 많은 여성, 낮은 교육정도, 혼자된 노인, 종교 및 취미가 없는 집단 등을 주요한 간호대상으로 하여 효율적인 건강증진 전략이 필요하다고 본다. 또한 간호의 궁극적 목적은 대상자들이 최적의 안녕상태를 유지하도록 돕는 것이므로 노인들이 자신의 건강을 스스로 보호, 유지 증진하기 위하여는 노년기의 건강에 대한 지각을 긍정적으로 갖도록 돕는 간호가 필요하리라 생각된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 노인의 건강지각과 건강증진행위를 파악하고 두 변수사이의 관계를 살펴봄으로써 노인의 건강을 도모하기 위한 프로그램을 계획하는데 기초자료를 제공하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

연구대상은 C시의 일부지역에 거주하고 있는 만 65세 이상의 노인들로서 총 92명이었다.

연구도구로 건강지각 측정은 Ware(1979)가 개발한 건강지각 측정도구(Health Perception Questionnaire)를 유 등(1985)이 한국인에 맞게 번역한 도구를 이용하였으며, 건강증진행위 측정은 Walker,

Sechrist, & Pender(1987)가 개발한 건강증진행위 측정도구(Health Promotion Lifestyle Profile)를 수정하여 사용하였다.

자료수집 기간은 1997년 3월 24일부터 4월 12일까지 20일간이었으며 수집된 자료는 실수와 백분율, t-test, ANOVA, Pearson correlation 등으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 가설검정

제1가설: "대상자의 건강지각 정도가 높을수록 건강증진행위 실행정도는 높을 것이다"는 지지되었다($r=0.449, p<0.001$).

2. 제 변수의 측정

- 1) 대상자들의 건강지각 정도는 평균 2.564, 표준편차 0.362을 나타내었다.
- 2) 대상자들의 건강증진행위는 평균 2.560, 표준편차 0.296이었으며, 건강증진행위에 있어서 높은 실행을 보인 영역은 대인관계 지지, 자아실현, 영양, 스트레스 관리, 건강책임, 운동 영역 순으로 나타났다.

3. 일반적 특성과 제 변수와의 관계

- 1) 대상자들의 일반적 특성과 건강지각 정도 간에는 성별($t=4.12, p<0.001$), 종교($t=2.47, p<0.05$), 교육수준($F=3.27, p<0.05$), 결혼상태($t=2.22, p<0.05$), 동거현황($F=3.50, p<0.05$), 취미($t=-2.57, p<0.05$)에 따라 유의한 차이가 나타나 여자보다는 남자가, 종교가 있는 경우, 교육수준이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 핵가족일수록, 취미를 가지고 있을수록 대상자의 건강지각 정도가 더 높은 것으로 나타났다.
- 2) 대상자들의 일반적 특성과 건강증진행위 실행정도와와의 관계는 종교유무($t=1.83, p<0.05$), 결혼상태($t=2.12, p<0.05$)에서 유의한 차이를 보여 종교가 있는 경우, 사별보다는 배우자가 있는 경우에 건강증진행위 실행정도가 높았다.

결론적으로 노인들의 건강지각은 건강증진행위에 영향을 미치는 주된 요인이 되며 대상자들의 일반적

특성에 따라 건강지각, 건강증진행위에 차이가 있음이 확인되었다. 따라서 노인들의 건강증진행위를 향상시키기 위하여 노인들의 일반적 특성과 건강지각 정도에 따라 각기 다른 간호중재 계획을 세움이 요구되고 있고, 아울러 노인들의 건강지각을 긍정적으로 높이는데 강점과 장애점을 고려한 프로그램 개발과 노인들의 건강증진행위를 강화시킬 수 있는 구체적인 지침이 요구된다.

이상의 연구결과를 기초로 하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1) 실무적용을 위한 제언

첫째, 노인의 건강지각에 긍정적인 영향을 주는 요인을 고려한 건강교육 프로그램 개발이 필요하다.

둘째, 노인의 건강증진행위에서 스스로 건강정보를 찾거나 읽는 행위는 낮았으므로 건강증진행위를 위한 정보를 제공할 때 매체선택을 고려해야 한다.

2) 미래연구를 위한 제언

첫째, 노인의 건강지각 정도에 따라 건강증진행위에 차이가 있으므로 건강지각 정도에 따른 건강증진행위를 향상시키기 위한 구체적인 방법에 대한 연구가 필요하다.

둘째, 노인의 건강지각과 건강증진행위에 관한 연구의 일반화를 위해 반복연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 김미옥 (1987). 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구. 간호학회지, 17(1), 64-65.
- 김성훈 (1996). 체계적 보건의료법규: 판례·질의회신. 현문사.
- 김순옥 (1986). 간호학생과 비간호학생의 건강지각과 건강행위 및 건강상태와의 비교 연구. 연세대학교 석사학위논문.
- 김일순 (1993). 건강증진: 새시대 의료의 새로운 지평. 간호학탐구, 2(2), 12-19.
- 김조자, 유지수, 박지원 (1984). 건강지각과 내외적 통제성격과의 상관관계 연구. 연세간호학논집, 제8집, 29-45.
- 김효정 (1996). 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구. 계명대학교 석사학위논문.
- 박미령 (1978). 가족내 노인의 역할과 소외감에 관한 연구. 서울대학교 석사학위논문.
- 보건간호사회 (1994). 보수교육교재-노인건강관리.
- 보건복지부 (1995). 보건사회통계연보.
- 서연옥 (1995). 중년여성의 건강증진생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 박사학위논문.
- 유지수, 김조자, 박지원 (1985). 청소년들의 건강지각, 건강행위, 건강상태와의 상관관계 연구. 연세논총, 21, 169-187.
- 윤진 (1986). 성인 노인 심리학. 중앙적성출판사.
- 윤진 (1990). 산업장 근로자의 건강증진행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 이경미 (1987). 노인의 자아존중감과 건강상태에 관한 연구. 연세대학교 석사학위논문.
- 이경식 (1994). 새로운 건강증진 운동. 간호학탐구, 3(1), 5-18.
- 이영자 (1993). 한국의 전통적 건강증진방법. 간호학탐구, 2(2), 21-33.
- 이영희, 김문실, 최영희 (1988). 노인의 자아개념, 노화에 대한 지각 및 신체노화와와의 관계 연구. 간호학회지, 18(3), 269-280.
- 이영희 (1985). 본태성고혈압 환자의 건강지각 및 건강통제위 성격과 치료이행과의 관계 연구. 연세대학교 석사학위논문.
- 이정은 (1994). 학령후기 아동의 건강지각과 건강증진행위. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 이종경 (1981). 예방적 건강행위 이행의 예측인자 발견을 위한 연구: 자궁암 조기발견을 중심으로. 연세대학교 석사학위논문.
- 이태화 (1990). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석. 연세대학교 석사학위논문.
- 이학중 (1986). 조직행동. 세경사: 서울, 76-79.
- 임선옥 (1990). 당뇨병 환자의 건강지각, 건강통제위 성격, 가족지지 및 건강위 이행과의 관계 연구. 중앙의학, 55(1), 65-75.
- 전산초, 최영희 (1990). 노인간호학. 수문사.
- 전주시 통계청 (1996). 전주시 통계연보. 75.
- 조유향 (1992). 노인간호. 현문사.
- 지혜련 (1988). 일부지방 고등학교 학생의 건강행위에 대한 건강지각, 건강통제위에 관한 연구. 중앙의학, 53(3), 153-161.
- 최정훈 (1983). 지각심리학. 을유문화사, 90.
- 통계청 (1996). 장래인구추계.

- 표지숙 (1992). 노인들의 건강통제위 성격과 건강증진 행위와의 관계연구. 연세대학교 석사학위 논문.
- 한국갤럽조사연구소 (1990). 한국노인의 생활과 의식구조.
- Baumann (1961). Barbara Diversities of conception of Health and Physical Fitness. Journal of Health and Human Behavior, 2, Jan., 39-49.
- Brown, J. S. & McCreedy, M. (1986). The hale elderly : Health behavior and its correlates. Research in Nursing & Health, 9, 317-329.
- Butler, R. N., Lewis, M. I. (1973). Aging and Mental Health. Saint Louis: The C. V. Mosby Co., 5.
- Christiansen, K. E. (1981). The determinants of health-promoting behavior. Doctoral Dissertation Rush University, Chicago, Illinois.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37(6), 358-362.
- Duffy, M. E. (1993). Determinants of health-promoting lifestyles in older persons. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 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(1), 1159-1168.
- Fehir, J. S. (1988). Self-rated health status, self efficacy, motivation, and selected demographics as determinants of health-promoting life style. Doctoral Dissertation, The University of Texas at Austin.
- Hallal, J. (1982). The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control, and Self Concept to the Practice fo Breast Self-Examination in Adult Women. Nursing Research, 31, 137-142.
- Hanner, M. E. (1986). Factors related to promotion of health-seeking behaviors in the age. Unpublished doctoral dissertation, The University of Texas at Austin.
- Hein, F. V., Dana, L. F. (1965). Living Scott Foresman co. Geleniew, 22-28.
- Kaplan, R. M. (1977). Social Support and Social Health, Social Support : Theory. Research and Applications, 95-110.
- Killeen, M. (1989). Health promotion practices of family care givers. Health Values, 13(4), 3-10.
- 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.
- Nicholas, P. K. (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. Journal of Advanced Nursing, 18(7), 1085-1094.
- Radelfinger, S.(1965). Some Effects of Fear-arousing communications on preventive Health Behavior. Health Education Monographs, 2, 12-14.
- 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.
- Rogers, R. G., Rogers, Andres, and Belanger, Alain (1992). Disability-Free Life Among the Elderly in the United States. Journal of Aging and Health, 4(1), 19-42.
- Pender, N. J. (1982, 1987), Health Promotion in Nursing practice. Norwalk, C.T.: Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R. & Stromborg, M. F. (1990). Predicting Health-Promoting Lifestyles in the Workplace. Nursing Research, 39, 326-332.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health Perceptions and Lifestyles of the Elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
- 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 : Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research, 36, 76-81.
- Walker, S. N., Volken, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health Promoting Lifestyles of Older Adults : Comparisons 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.
- Ware, J. E. (1979). Health perception questionnaire, Instruments for measuring nursing practice and other care variables. Hyattsville, Marryland : DHEW Publication, 158-161.
- Weitzel, M. H. (1989). A test of the Health Promotion Model with Blue collar worker Nursing Research, 38(2), 99-104.

- Abstract -

Key concept : Elderly, Health Perception, Health Promoting Behavior

A Study on Health Perception and Health Promoting Behavior in the Elderly

Lee, Kyeong Sook* · Chung, Young Sook**

This study was designed to identify the relationship between health perception and health promoting behavior in the elderly.

The subjects for this study were 92 persons over 65, who could be easily met in households, pavilions for the aged, and parks.

The data were collected during the period from March 24th to April 12th, 1997 by interviews with a structured questionnaire.

The instruments used for this study are as follows : The Health Perception Questionnaire developed by Ware(1979) and translated by Yu Ji-Su(1985). The Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP) developed by Walker, Sechrist & Pender(1987) and partially amended by the author of this study. The Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP) was parameterized by nutrition, exercise, stress management, self actualization, health responsibility, and inter-personal support.

The data was analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA, and Pearson's correlation using an SPSS program.

The results of this study were as follows :

1. Hypothesis 1 : "The higher the level of health perception in the elderly, the higher the practice of health promoting behavior in the elderly" was supported($r=0.449$, $p<0.001$).

* Department of Nursing, Graduate School of Chonbuk National University.

** Department of Nursing, Chonbuk National University

2. The health perception mean score on a four point scale was 2.564.
3. For health promoting behavior, the mean score on a four point scale was 2.560. The factor of the highest mean score was interpersonal support(2.850) and factor of the lowest mean score was exercise(1.964).
4. Among the general characteristic variables, sex($t=4.12$, $p<0.001$), religion($t=2.47$, $p<0.05$), education($F=3.27$, $p<0.05$), marital status ($t=2.22$, $p<0.05$), living situation($F=3.50$, $p<0.05$), and hobby($t=-2.57$, $p<0.05$) showed strong connections to health perception.
5. Among the general characteristic variables, re-

ligion($t=1.83$, $p<0.05$), and marital status($t=2.12$, $p<0.05$) showed strong connections to health promoting behavior.

In conclusion, this study revealed that health perception is an important factor related to health promoting behavior in the elderly. The general characteristic variables showed strong connections to health perception and health promoting behavior. Therefore, nurses should consider health perception and general characteristic variables when they plan nursing intervention for the elderly. Also, educational programs encouraging constructive health perception should be developed.