지역사회간호학회지 제16권 제1호(2005)
The J. of Korean
Community Nursing
Vol. 16, No. 1. 2005

주요용어 : 여성노인, 도시, 농촌, 건강증진행위

도시와 농촌지역 여성노인의 건강증진행위와 관련요인 비교

이 지 윤* · 윤 순 녕**

Ⅰ. 서 론

우리나라는 현재 65세 이상 노인인구가 전체 인구의 7.3%를 차지하고 있고 2022년이면 14.3%로 높아져 노령사회로 진입할 것으로 예측되고 있다(Korea National Statistical Office, 2003). 또한 2000년을 기준으로 하였을 때 여성의 평균수명이 남성보다 7.4세 길기 때문에 노인연령이 증가할수록 노인인구 중 대부분은 여성노인이 될 것이다. 그러나 노년기 여성의 만성질환 유병율은 91.0%로 남성보다 매우 높아(Ministry of health & welfare, 2002) 비록 오래 산다 하여도 여러 가지 만성질환을 가진 상태에서 낮은 삶의 질로 살아가게 된다.

여성 노인들이 가지고 있는 질환은 주로 근골격계, 순환기계, 소화기계, 내분비계 질환이 대부분이며 흔히 발생하는 세부질병으로는 관절염, 고혈압, 요통·좌골통, 당뇨를 들 수 있다(Ministry of health & welfare, 2002). 이러한 질병들은 건강증진생활양식의 실천으로 예방과 관리가 가능하지만 이제까지 대부분의 보건의료 제공자들은 노인들의 건강행위가 변화 가능성이 없다고 생각하여 노인들을 건강증진 프로그램의 대상에서 제외하여 왔다. 그러나 연구결과들에 의하면 노인들도 건강을 위해 새로운 건강습관을 갖고, 좋지 않은 생활습관을 바꾸면 그 효과가 나타난다고 한다(Oh, Kim & Song, 1996).

여성노인은 남성노인에 비해 더 고령화되면서 기능이 감소되고 독거비율이 높기 때문에 사회적 접촉이 부족하고, 부족한 사회적 접촉은 건강증진행위 실천 부족의 원인이 될 수 있다(Sunwoo, 2003). 특히 우리나라는 급격한 산업화 과정을 거치면서 지역간, 산업 간의 빈번한 인구이동으로 인구의 도시집중화와 핵가족화 현상이 초래되고 있고 이로 인해 농촌지역에서는 영농인구의 고령화와 여성화, 노인 단독가구의 증가현상이, 도시지역에서는 노인소외의 문제가 나타나고 있다. 또한 도시와 농촌간 경제, 문화적 차이가 심화되고, 의료서비스의 부족으로 인해 농촌 노인층의 만성질환 보유율이 도시보다 2배나 높은 것으로 조사되고 있다(Shin, Lee, & Lee, 1992). 도시지역 또한 좋지 않은 생활습관으로 인해 질병양상이 변화하고 있고 가족기능이 쇠퇴하면서 이에 따른 노인의 사회심리적 건강문제가 증가하고 있다. 이에 따라 여성노인의 건강문제는 도시, 농촌별로 서로 다른 양상을 보일 수 밖에 없다. 따라서 건강상태를 호전시키고 질병을 예방할 수 있는 건강증진행위 뿐 아니라 이에 영향을 미치는 건강증진행위 관련요인을 도시, 농촌별로 분석하여 이를 수정하거나 강화하는 방향의 건강증진프로그램을 적용할 필요가 있다.

따라서 본 연구는 도시와 농촌 지역 여성 노인들의 건강행태, 건강증진행위와 관련요인을 비교하고 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 규명하여 인구집단의 특성에 맞는 건강증진 프로그램 개발의 기초자료로 제공하고자

* 서울대학교 간호대학 박사과정생(교신저자 E-mail: leejiyun@snu.ac.kr)
** 서울대학교 간호대학 교수

한다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 도시, 농촌 지역 여성노인의 건강증진행위, 건강증진행위 관련요인을 비교·분석하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상과 자료수집방법

본 연구의 대상자는 서울시 K구와 문경시 군 단위 지역에 거주하는 지역주민 중 65세 이상의 여성노인을 임의 표출하여 선정하였다. 여성 노인 중 의사소통에 장애가 없으며 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 여성노인을 대상으로 일대일 면담으로 설문지를 작성하였다. 자료수집자는 연구목적과 면접방법, 설문지 기록법 등에 대한 훈련을 받은 간호학과 학생 8명이었다. 전체 대상자는 221명이었고 도시지역은 100명, 농촌지역은 121명이었다.

3. 연구도구

본 연구에 사용된 도구는 건강증진행위 실태와 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 Pender의 건강증진모형(Pender, 1996)을 기초로 하여 구성하였다.

1) 개인적 특성과 경험

(1) 이전 관련행위

여성의 건강증진행위와 관련된 이전 행위를 측정하기 위하여 본 연구자가 개발한 6문항의 5점 척도를 사용하였으며 점수가 높을수록 건강증진과 관련된 이전행위가 많았음을 의미한다. 각 문항은 운동, 식이, 상담, 이완 등 건강증진행위 관한 이전 행위에 관한 내용으로 구성되어 있으며 본 연구에서의 신뢰도 계수는 0.70였다.

(2) 개인적 요인

개인적 요인으로는 생리학적, 심리적, 사회문화적 요인을 들 수 있으나 본 연구에서는 여성(gender)이라는 특성을 잘 반영하는 심리, 사회적 요인 중 선행연구(Lee, So, & Choi, 1999)에서 건강증진행위에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타난 성역할 고정관념을 선택하였다.

① 성역할 고정관념

도구는 Kim(1993)이 개발한 성역할 고정관념 측정도구 43문항 중 17개의 문항을 이용하였다. 점수가 높을수록 성역할 고정관념이 많음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도계수는 0.83였다.

2) 행위와 관련된 인지와 감정

(1) 지각된 유익성

건강증진행위에 대한 지각된 유익성은 본 연구자가 개발한 도구로 건강증진행위의 주요 영역인 운동, 영양, 건강검진, 이완 등의 유익성에 대한 지각상태를 알아보기 위한 내용으로 구성되었다. 도구는 총 8문항 5점 척도로 점수가 높을수록 지각된 유익성이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도계수는 0.91였다.

(2) 지각된 장애성

Oh(1994)에 의해 개발된 지각된 장애성 측정도구의 10문항 중 7문항을 사용하였으며 점수가 높을수록 지각된 장애성이 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도계수는 0.69이었다.

(3) 지각된 자기효능

Oh(1994)에 의해 개발된 건강증진행위 자기효능 측정도구를 사용하였으며 총 9문항으로 구성된 5점 척도로 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도계수는 0.87이었다.

(4) 행동과 관련된 감정

건강증진행위의 주요 영역인 운동, 식사, 대인관계, 영적 성장 등에 대한 감정을 측정하기 위하여 본 연구자가 개발한 6문항의 5점 척도를 사용하였다. 점수가 높을수록 건강증진 행위와 관련된 느낌이 긍정적임을 의미하며 본 연구에서의 신뢰도 계수는 0.72였다.

3) 환경적 영향

(1) 대인관계영향

① 사회적 지지

Kim(1995)이 번안한 PRQ-Ⅱ(Personal Resource Questionnaire-Ⅱ)를 본 연구의 목적에 맞게 수정, 보완하여 사용하였다. 이는 21개 문항으로 구성된 5점 척도로 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 계수는 0.94였다.

② 가족기능

Olson, Russell과 Sprenkle(1989)의 FACES Ⅲ (Family adaptability and cohesion evaluation scale)의 20문항 중 16문항을 사용하였으며 점수가 높을수록 가족기능이 좋음을 의미한다. 개발당시 신뢰도 계수는 0.88이었고 본 연구에서는 0.95였다.

③ 결혼생활만족도

Roach, Frazier와 Bowden(1981)이 개발한 문항 중 Yoo(1991)가 사용한 17문항을 사용하였으며 Yoo(1991)의 연구에서 신뢰도 계수는 0.94였고 본 연구에서는 0.93이었다.

(2) 상황적 영향

본 연구자가 개발한 6개 문항의 5점 척도를 사용하였으며 Pender의 모형에서 제시하고 있는 환경적 심미적 특성, 유용성, 비용 등에 대한 문항으로 이루어져 있다. 점수가 높을수록 건강증진행위를 수행하기 위한 환경이 좋음을 의미하며 본 연구에서의 신뢰도 계수는 0.80이었다.

4) 행위의 결과

(1) 행동계획몰입

본 연구자가 개발한 7문항의 3점 척도를 사용하였으며 운동, 식이, 스트레스 등에 대한 몰입정도를 측정하기 위한 문항으로서 점수가 높을수록 건강증진행위를 수행하려는 계획의지가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도계수는 0.85이었다.

(2) 건강증진행위

Walker(1996)가 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile-Ⅱ를 저자의 허락을 얻어 사용하였다. 이 도구는 총 52문항으로 건강에 대한 책임, 신체적 활동, 영양, 영적성장, 대인관계, 스트레스관리 등 6개의 영역으로 구성되었으며 본 연구에서는 한국적인 상황과 관련이 적은 1문항을 제외하였다. 각 문항은 '전혀 안한다(1점)'에서부터 '규칙적으로 한다(5점)'까지의 5점 척도로, 점수가 높을수록 건강증진행위의 수행정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도계수는 0.96이었다.

4. 자료분석방법

수집된 자료의 분석은 SPSS version 10.0 프로그램을 이용하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강행태의 분석은 서술적 통계와 x^2, t-test를 이용하였다. 도시, 농촌 여성노인의 건강증진행위와 관련요인의 차이를 비교하기 위하여 도시와 농촌 여성노인 두 집단간의 유의한 차이를 보인 연령, 질병유무를 공변수로 두어 공변량분석(Analysis of covariance)를 하였다. 건강증진행위에 영향을 주는 요인들을 규명하기 위하여 단계적 다중회귀분석(Multiple Regression)을 하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적인 특성

도시지역 여성노인 100명과 농촌지역 여성노인 121명은 연령분포와 질병유무에서 유의한 차이를 보였으며 교육수준, 배우자유무, 수입, 직업유무에는 유의한 차이가 없었다.

전체 대상노인의 평균연령은 73.08세(±6.38)였고 도시지역 여성노인은 73.30세(±5.76), 농촌지역 노인은 72.89세(±6.88)로 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 연령별 분포는 유의한 차이를 보였다. 도시지역 여성노인은 70-74세가 38%로 가장 많았고 65-69세 28%, 75-79세 20%, 80세 이상은 15.8%의 순이었으나 농촌지역은 65-69세가 42.1%로 가장 많았고 75-79세가 22.3%, 80세 이상이 19.2%, 70-74세가 18.2%로 도시지역보다 고령노인이 더 많이 분포한 것으로 나타났다. 교육수준은 무학, 초등학교 졸업인 경우가 도시지역과 농촌지역 각각 84.0%, 88.4%로 대부분이었다. 또한 양쪽 모두 배우자가 없는 경우가 도시지역 72.0%, 농촌지역 61.2%로 배우자가 있는 경우보다 많았으며 월 평균 수입이 200만원 미만인 경우, 직업이 없는 경우가 대부분이었다. 질병이 있는 경우는 도시지역이 99%, 농촌지역이 70.2%를 나타내어 도시지역 대상노인은 거의 모두가 질병을 가지고 있고 이는 농촌지역에 비해 유의하게 많음을 알 수 있었다〈Table 1〉.

2. 도시와 농촌지역 노인의 건강증진행위 관련요인

Pender의 건강증진모형을 중심으로 건강증진행위 관련요인을 분석하였다. 도시지역 여성노인과 농촌지역 여성노인의 건강증진행위 관련요인 점수를 비교하기 위해 일반적 특성 중 두 군간의 유의한 차이를 보인 연령과 질병유무를 공변수로 하여 공변량분석(ANCOVA)를 하였다. 도시지역 여성노인은 이전 건강행위($F=42.834$ $p=0.000$), 지각된 유익성($F=33.398$ $p=0.000$), 자기효능감($F=10.245$ $p=0.002$), 사회적지지($F=6.447$

〈Table 1〉 Demographic characteristics of the subject in urban and rural area group

		Urban area N(%)	Rural area N(%)	Total N(%)	x^2 or t	P
Age(year)	65-69	28(28.0)	51(42.1)	79(35.7)	11.514	0.009
	70-74	38(38.0)	22(18.2)	60(27.1)		
	75-79	20(20.0)	27(22.3)	47(21.3)		
	over 80	14(15.8)	21(19.2)	35(15.8)		
	Mean(SD)	73.30(5.76)	72.89(6.88)	73.08(6.38)	0.479	0.632
Education	Less than elementary school	84(84.0)	107(88.4)	191(86.4)	1.070	0.586
	Middle school	8(8.0)	8(6.6)	16(7.2)		
	More than high school	8(8.0)	6(5.0)	14(6.4)		
Spouse	Yes	28(28.0)	47(38.8)	75(33.9)	2.871	0.116
	No	72(72.0)	74(61.2)	146(66.1)		
Income/mon (thousand won)	Less than 500	30(30.6)	27(28.7)	57(29.7)	1.418	0.701
	500-1000	29(29.6)	35(37.2)	64(33.3)		
	1000-2000	23(23.5)	20(21.3)	43(22.2)		
	More than 2000	16(16.3)	12(12.8)	28(14.7)		
	Mean(SD)	893(69.95)	722(108.74)	800(93.4)	1.410	0.160
Occupation	No	93(93.0)	109(90.1)	202(91.4)	0.593	0.480
	Yes	7(7.0)	12(9.9)	19(8.6)		
Disease	None	1(1.0)	36(29.8)	37(16.7)	32.471	0.000
	Have	99(99.0)	95(70.2)	184(83.3)		
Total		100	121	221		

p=0.012), 결혼만족도(F=8.320 P=0.004), 상황적 영향(F=22.279 p=0.000), 행동계획몰입(F=45.318 p=0.000) 등이 농촌지역 여성노인에 비해 높은 점수를 보였다. 반면 성역할 고정관념(F=4.932 P=0.027), 지각된 장애성(F=49.591 p=0.000), 행동관련 감정(F=11.124 p=0.001) 등은 농촌지역 여성노인이 유의하게 더 높은 점수를 보였다. 가족기능은 두 집단 간에 유의한 차이를 보이지 않았으며 도시, 농촌 각각 3.30점, 3.19점으로 중간정도의 점수를 나타냈다〈Table 2〉.

3. 도시와 농촌지역 노인의 건강증진행위

전체 대상자의 건강증진행위 평균점수는 5점 만점에서 2.88점(±0.58)으로 낮은 점수를 나타냈다. 건강증진행위 하부영역 중 가장 높은 점수를 보인 영역은 영양영역(3.26±0.61)과 대인관계 영역(3.25±0.72)이였으며 그 다음으로 건강책임(3.02±0.63), 스트레스 관리(2.79±0.73), 영적 성장(2.68±0.69), 신체적 활동(2.27±0.78)의 순이었다. 이러한 순서는 도시지역 여성노인과 농촌지역 여성노인 모두에서 동일하였다.

〈Table 2〉 Difference of health promoting behaviors related factors in urban and rural area group

	Urban area Mean(SD)	Rural area Mean(SD)	Total Mean(SD)	F	p
Previous realted behavior	3.85(0.90)	3.06(1.02)	3.41(1.04)	42.834	0.000
Sex-role stereotype	3.12(0.49)	3.21(0.46)	3.17(0.47)	4.932	0.027
Perceived benefit of action	3.96(0.58)	3.54(0.68)	3.73(0.67)	33.398	0.000
Perceived barrier of action	2.00(0.43)	2.48(0.56)	2.26(0.56)	49.591	0.000
Self efficacy	3.22(0.79)	2.97(0.68)	3.08(0.74)	10.245	0.002
Activity related affect	2.69(0.79)	3.07(0.59)	2.90(0.71)	11.124	0.001
Social support	3.58(0.62)	3.39(0.54)	3.48(0.58)	6.447	0.012
family function	3.30(0.71)	3.19(0.66)	3.24(0.68)	2.269	0.133
Satisfaction of marriage	4.64(0.85)	4.32(1.05)	4.46(0.98)	8.320	0.004
Situational influences	3.28(0.55)	2.82(0.74)	3.03(0.69)	22.279	0.000
Commitment to a plan of action*	2.16(0.52)	1.70(0.49)	1.91(0.55)	45.318	0.000

* Maximum=3 point

도시지역과 농촌지역 여성노인의 건강증진행위의 차이를 알아보기 위해 일반적 특성 중 두 군간의 유의한 차이를 보인 연령과 질병유무를 공변수로 하여 공변량분석(ANCOVA)를 한 결과 도시지역 여성노인의 건강증진행위 평균점수는 3.07점(±0.57), 농촌지역 여성노인은 2.73점(±0.55)으로 도시지역 여성노인이 유의하게 더 높은 점수를 보였다(F=22.687 p=0.000). 이를 건강증진행위 하부영역별로 살펴보면 대인관계 (F=15.023 p=0.000), 영양(F=23.348 p=0.000), 건강책임(F=12.650 p=0.000), 스트레스 관리(F=30.278 p=0.000), 영적 성장(F=19.655 p=0.000)영역에서 도시지역 여성노인이 농촌지역 여성노인보다 유의하게 더 높은 점수를 보였다. 두 집단 모두에서 가장 낮은 점수를 보였던 신체적 활동 영역은 두 집단 간의 유의한 차이를 보이지 않았다〈Table 3〉.

4. 도시와 농촌지역 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 Pender의 건강증진행위 모형을 중심으로 한 관련요인과 건강증진행위에 대해 단계적 다중회귀분석을 하였다.

전체 대상 여성노인의 건강증진행위에는 행동계획몰입, 사회적지지, 행동관련감정, 성역할 고정관념이 유의한 영향을 미쳤으며 82.8%의 설명력을 나타내었다. 도시지역 여성노인의 건강증진행위에는 성역할 고정관념이 제외되고 자기효능감이 포함되어 결과적으로 행동계획몰입, 사회적지지, 행동관련감정, 자기효능감이 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났고 설명력은 88.6%였다. 농촌지역 여성노인은 행동계획몰입, 행동관련감정, 사회적지지, 성역할 고정관념이 유의한 영향을 미쳤고 설명력은 77.1%였으며 이는 전체 대상 여성노인의 영향요인과 동일하였다〈Table 4〉.

Ⅳ. 논 의

1. 대상자의 일반적 특성

〈Table 3〉 Difference of Health promoting behaviors in urban and rural area group

	Urban area Mean(SD)	Rural area Mean(SD)	Total Mean(SD)	F	p
Total	3.07(0.57)	2.73(0.55)	2.88(0.58)	22.687	0.000
Interpersonal relations	3.44(0.76)	3.09(0.65)	3.25(0.72)	15.023	0.000
Nutrition	3.46(0.62)	3.09(0.55)	3.26(0.61)	23.348	0.000
Health responsibility	3.21(0.56)	2.87(0.63)	3.02(0.63)	12.650	0.000
Physical exercise	2.34(0.83)	2.22(0.73)	2.27(0.78)	1.575	0.211
Stress management	3.07(0.74)	2.56(0.64)	2.79(0.73)	30.278	0.000
Spiritual growth	2.89(0.58)	2.51(0.73)	2.68(0.69)	19.655	0.000

〈Table 4〉 Stepwise regression analysis influencing factors on Health Promoting Behaviors

	Variables	Beta	R^2	t	p
Total	Commitment to a plan of action	0.583	0.702	16.199	0.000
	Social support	0.314	0.793	8.682	0.000
	Activity related affect	0.186	0.822	5.895	0.000
	Sex-role stereotype	-0.080	0.828	-2.805	0.005
	R^2=0.828 F=260.307 p=.000				
Urban area group	Commitment to a plan of action	0.448	0.687	9.170	0.000
	Social support	0.401	0.855	9.172	0.000
	Activity related affect	0.195	0.881	4.209	0.000
	Self efficacy	0.092	0.886	2.032	0.045
	R^2=0.886 F=183.980 p=.000				
Rural area group	Commitment to a plan of action	0.549	0.666	8.208	0.000
	Activity related affect	0.242	0.716	4.444	0.000
	Social support	0.217	0.754	3.612	0.000
	Sex-role stereotype	-0.132	0.771	-2.858	0.005
	R^2=0.771 F=97.384 p=.000				

도시지역 여성노인과 농촌지역 여성노인의 일반적 특성은 교육수준, 배우자 유무, 수입, 직업유무에서 유의한 차이를 보이지 않았으나 연령과 질병유무에서 유의한 차이를 보였다. 연령의 경우 도시지역보다 농촌지역에서 고령노인이 더 많이 분포하였으며 질병이 있는 경우는 도시지역 여성노인이 더 많았다. 반면 교육수준, 배우자 유무, 월 평균 수입, 직업유무 등에서 유의한 차이를 보이지 않은 이유는 대상자들이 여성노인으로 성과 생애주기가 동일한 집단이고, 도시지역 여성노인의 경우 경제적으로 부유하지 않은 일개 구에 거주하고 있는 노인들로 구성되어 있기 때문에 도시와 농촌지역의 사회경제적 특성 차이가 두드러지지 않은 것으로 생각할 수 있다.

2. 도시, 농촌지역 여성노인의 건강증진행위 관련요인 비교

노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 인구학적 요인으로는 성(여성), 배우자 유무, 교육수준, 수입, 질병유무 등이 있다(Kim, Chae, Park, & Woo, 2001). 그러나 본 연구 대상자에서는 연령, 배우자 유무, 교육수준, 수입이 건강증진행위에 유의한 영향을 미치지 않았다.

Pender(1996)는 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 이전 관련행위, 개인적 요인, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 지각된 자기효능, 행동관련감정, 대인관계영향, 상황적 영향, 행동계획몰입 등을 들고 있다. 본 연구에서 이러한 관련 요인에 대하여 도시, 농촌 여성노인의 차이를 비교한 결과 도시지역 여성노인은 이전 건강행위, 성역할 고정관념, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 대인관계영향(사회적지지, 결혼만족도), 상황적 영향, 행동계획몰입 등이 농촌지역 여성노인보다 긍정적이었다. 그러나 행동관련 감정은 농촌지역 여성노인보다 부정적이었다. 행동관련 감정이란 행동자체, 자기자신, 행위가 일어나는 환경 등에 관련된 정서적 각성으로 각성행위를 반복하거나 오래 지속하는데 영향을 미친다. 따라서 도시지역 여성노인들의 경우 건강증진행위와 행위가 이루어지는 환경에 대한 부정적인 감정을 해소해 줄 수 있도록 대상자 개인에게 적절한 맞춤형 건강증진행위를 개발해 줄 필요가 있다.

특히 본 연구에서는 대인관계영향 중 사회적 지지와 결혼만족도의 경우 도시지역 여성노인이 더 높은 것으로 나타났는데, Choi와 Shin(1991)은 신체적 건강상태는 도시지역이 농촌 지역보다 좋지만 정신·정서적 건강상태와 사회적 건강상태는 농촌지역이 더 좋았다고 하여 본 연구와 일치하지 않은 결과를 보고한 바 있다. 이는 도시보다 농촌이 지역사회의 공동체성이나 비공식적 네트워크가 강하다는 기존의 인식이 현대사회에서는 맞지 않을 수도 있고, 적어도 여성노인에 있어서는 그렇게 생각할 수 없음을 시사한다.

농촌 지역 여성노인의 건강증진행위 관련요인 대부분이 도시 지역 여성노인에 비해 낮다는 결과는 농촌지역 여성노인의 건강증진행위가 도시지역 여성노인의 건강증진행위보다 좋지 않을 것이라는 결과를 뒷받침해준다. 따라서 농촌 지역 여성노인을 대상으로 한 건강증진사업을 더 확대하고 대상자들의 특성을 반영한 프로그램 개발이 시급하다고 할 수 있다.

3. 도시, 농촌지역 여성노인의 건강증진행위

전체 대상자의 건강증진행위 평균점수는 5점 만점에 2.88점으로 중간 이하의 수준을 나타내었고 하부 영역별로 대인관계, 영양 영역이 높고 그 다음으로 건강책임, 스트레스 관리, 영적 성장, 신체적 활동의 순이었다. 하부 영역의 순위는 남녀 노인들을 대상으로 한 다른 연구들과(Chun, 2001; Park et al., 1998) 조금씩 차이를 보이지만 영양 또는 대인관계가 가장 높고 운동이 가장 낮았다는 점에서 비슷하다. 즉, 노인들의 경우 일상생활에서 실천할 수 있는 건강증진행위를 잘 실천하고 가족과 친지 및 친구와의 조화로운 관계를 유지함으로써 사회적인 건강을 잘 수행한다는 특성이 있으나 적극적인 관리와 시간, 에너지 소모가 필요한 건강증진행위는 잘 실천하지 못하고 있음을 알 수 있다. 특히 신체적 활동 영역은 2.27점으로 가장 낮은 점수를 보였고 선행 연구에서도 가장 낮은 점수를 보였기 때문에(Park et al., 1998) 이를 위한 국가적, 사회적 차원의 건강증진전략이 필요하다. 노인들은 자신의 건강을 위해 새로운 건강습관을 갖는 것에 주저하지 않고 건강에 해가 되는 습관을 버렸을 때에 건강증진효과를 보였으며 자신의 건강에 관심이 많고 건강향상을 위해 생활양식을 변화시키고 건강행위를 받아들이려는 의사가 어느 집단보다 강한 것으로 보고되고 있다(Oh, Kim, & Song, 1996). 따라서 노인 대상 건강증진 프로그램에서 규칙적인 운동의 중요성을 강조하고 운동의 시작을 동기화시키고 자신에게 맞는 운동을 꾸준히 해나갈 수 있도록 하는 운동유지전략을 강화한다면 긍정적인 결과를 볼 수 있을 것이다.

전체 건강증진행위 점수는 도시지역 여성노인이 유의하게 높았고 6개 하부 영역 중 신체적 활동 영역을 제외한 5개 영역에서 도시지역 여성노인의 점수가 유의하게 높았다. 남녀 노인을 대상으로 한 다른 연구에서도 도시지역 대상노인의 건강증진행위 점수가 높아 본 연구결과를 지지하고 있다(Chun, 2001; Park et al., 1998). 그러므로 여성노인만을 대상으로 하였을 때의 도시, 농촌 간 차이를 비교하는 반복 연구를 통해 이를 확인할 필요가 있다.

4. 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

건강증진행위 관련 요인 중 본 연구의 대상자 전체의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인은 행동계획몰입, 사회적지지, 행동관련감정, 성역할 고정관념이었다.

행동계획몰입이란 특정 행동을 수행하겠다는 약속과 전략설정을 의미하며 얼마나 조직적으로 행동을 수행하는가를 나타내준다. 따라서 도시, 농촌 지역 여성노인의 건강증진 프로그램의 목표는 여성노인들의 건강증진행위 실천과정에서 조직적이고 의식적으로 행동을 수행할 수 있도록 도와주는 것이 가장 중요한 목표가 되어야 함을 알 수 있다.

또한 도구적, 정서적 격려를 의미하는 사회적 지지를 강화하는 것이 필요하다. 사회적 지지는 노인성 만성질환자들의 신체적 건강상태, 건강에 대한 지식, 환자역할 행위 이행 뿐 아니라(Hong, Park, & Jang, 2000) 건강증진행위에도 중요한 영향요인이다(Sung & Lim, 2003). 특히 사회적 지지의 일부인 가족지지는 농촌 지역 여성노인(Park, 2003)과 도시지역 노인을 대상으로 한 연구(Kim, 2002)에서 유의미한 영향요인이라고 보고되었기 때문에 동거가족이 없는 독거노인이나 노부부 가구의 경우 가족지지를 대신할 수 있는 사회적 지지망의 개발과 활용방안이 더욱 필요하다. 실제로 사회적지지 프로그램을 적용하였을 때 노인의 건강증진행위에 긍정적인 효과를 보였다는 보고가 있다(Park & So, 2004).

그 밖에 대상자에게 보다 적절하고 긍정적인 느낌을 주는 행위를 개발하도록 도와줌으로써 행동관련 감정을 긍정적으로 변화시키기 위한 전략이 필요하다.

본 연구에서 도시지역 여성노인의 건강증진행위는 전체 대상자에서의 결과와 비슷하지만 성역할 고정관념에는 유의한 영향을 받지 않고 지각된 자기효능감에 영향을 받는 것으로 나타났다. 지각된 자기효능감은 선행연구에서 건강증진행위의 중요한 영향요인이라고 보고된 바 있고 농촌지역 노인을 대상으로 한 연구에서도 그러하였다(Kim, Kim & Park, 2000) 그러나 여성노인을 대상으로 한 본 연구에서는 도시 여성노인에서만 유의하였다.

반면 농촌지역 여성노인은 성역할 고정관념이 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 성역할 고정관념은 여성의 건강증진행위와 유의한 상관관계가 있으나 중노년층 여성에 대한 회귀분석에서 유의한 영향을 보이지 않았다는 선행연구(Lee, So, & Choi, 1999)가 있으므로 향후 반복연구를 통한 확인 후 농촌지역 여성노인의 건강증진 프로그램 개발 시 고려요인으로 포함시킬 필요가 있다.

본 연구에서 여성 노인의 건강증진행위에 가장 많은 영향력을 미치는 요인은 행동계획몰입이었다. 그 다음으로 환경적 요인(사회적 지지), 행위관련감정이 중요하였다. 도시지역의 경우 행위관련 인지(자기효능감)가 중요한 반면 농촌지역 여성노인의 경우 사회문화적 요인(성역할 고정관념)이 유의하였다. 남녀 노인을 대상으로 한 Suh(2000)의 연구에서는 건강증진행위에 가장 많은 영향력을 미친 요인은 행위관련 인지이므로 건강증진프로그램을 개발하기 위해서는 행위관련 인지를 증진하기 위한 중재에 초점을 두어야 한다고 하였다. 그러나 여성노인을 대상으로 한 본 연구에서는 환경적 요인과 행위관련 감정이 더 유의한 것으로 나타나 앞으로 이를 확인하기 위한 반복연구가 필요하다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 도시와 농촌의 여성노인들의 건강증진행위와 관련요인을 비교하고 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다. 일개 도시에 거주하는 여성노인 100명, 일개 농촌에 거주하는 여성노인 121명을 대상으로 일대일 면담을 통해 수집된 자료를 분석하였다. Pender 모형에서의 건강증진행위 관련 요인은 도시 여성노인, 농촌 여성노인 간에 유의한 차이를 보였으며 대부분의 변수에서 도시지역 여성노인이 더 높았다. 도시지역 여성노인은 이전건강행위, 성역할 고정관념, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 사회적지지, 결혼만족도, 상황적 영향, 행동계획몰입이 농촌지역 여성노인보다 긍정적이었다. 그러나 행동관련 감정

은 농촌지역 여성노인보다 부정적이었다. 건강증진행위 점수는 도시지역 여성노인이 유의하게 높았고 하부영역별로는 대인관계, 영양, 건강책임, 스트레스, 영적 성장 영역에서 도시지역 여성노인이 더 높았으며 신체적 활동 영역은 유의한 차이를 보이지 않았다. 도시지역 여성노인의 건강증진 영향요인은 행동계획몰입, 사회적지지, 행동관련감정, 자기효능감이었고, 농촌지역 여성노인의 경우 행동계획몰입, 행동관련감정, 사회적지지, 성역할 고정관념이었다.

현재 우리나라의 건강증진 프로그램은 청장년 중심으로 이루어지며 노인여성의 특성을 살린 프로그램은 부족한 실정이다. 특히 도시와 농촌지역 여성노인 간에 건강증진행위와 관련요인의 차이가 있고 농촌지역 여성노인이 거의 모든 관련요인에서 상대적으로 취약한 양상을 보여주고 있어 이에 대한 적극적 개선노력이 필요하다. 또한 여성노인의 건강증진 프로그램 개발 시에는 도시지역과 농촌지역 거주자들이 가지고 있는 건강증진행위 영향요인의 차이를 고려하여야 할 것이다. 본 연구의 도시, 농촌 여성노인은 연령과 질병유무에서 유의한 차이를 보여 이를 통계적으로 보정한 후 건강증진행위와 관련요인을 비교하였으나 연령과 질병 유무 차이의 영향을 완전히 배제하였다고 보기 어려우므로 향후 이러한 제한점을 보완한 반복연구가 필요하다.

References

Choi, Y. H., Shin, Y. H. (1991). A study of the health status of elderly residing in large city, medium and small city, rural area in Korea. *The Journal of Nurses Academic Society, 21*(3), 365-382.

Chun, J. K. (2001). *A review of factors influencing health promoting behaviors of elderly in perspective of elderly welfare.* Master's dissertation. Daejeon University : Daejeon.

Hong, M. S., Park, O. J., Jang, K. S. (2000). How long the effect of social support would be continued for the patients with hypertension. *Journal of Korean Academy Adult Nursing, 12*(4), 533-545.

Kim, B. Y. (2002) *A study on the relationship between family support, self-efficacy and health promoting behavior in elderly. Master's dissertation.* Chosun University : KwangJu.

Kim, D. I. (1993). *Social science of gender.* Seoul : Moon-Eum Sa.

Kim, H. J., Chae, S. O., Park, Y. S., Woo, S. H. (2001). The relationship between perceived health status, health conception and health promoting behavior in the elderly. *Journal of Korea Community Health Nursing Academic Society, 15*(2), 262-274.

Kim, H. J., Kim, J. H., Park, Y. H. (2000). Factors influencing health promoting behaviors of the elderly. *Journal of Korean Academy Adult Nursing, 12*(4), 573-583.

Kim, J. H. (1995). *An effect of guided imagery applied to hemodialysis patients.* Doctorial dissertation, Seoul National University, Seoul.

Korea National Statistical Office (2003). 2002 Report on the social statistics survey.

Lee, E. H., So, A. Y., Choi, S. S. (1999). A study about promoting health lifestyles and relating variables on the life-cycle of women. *Journal of Korean Academy of Nursing,* 29(3), 700-710.

Ministry of health & welfare (2002). 2001 National health and nutrition survey-overview.

Oh, B. J. (1994). *A model for health promoting behaviors and quality of life in people with stomach cancer.* Doctorial dissertation, Seoul National University, Seoul.

Oh, J. J., Kim, S. M., Song, M. S. (1996). Health promoting behaviors and factors contributing health practice of korean urban elderly. *Journal of Korean Academy Adult Nursing,* 8(2), 324-337.

Olsen, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1989). *Circumplex Model : systemic assessment and treatment of families.*

Bighamton : The Haworth Press.

Park, E. S., Kim, S. J., Kim, S. I., Chun, Y. J., Lee, P. S., Kim, H. J., Han, K. S. (1998). A study of factors influencing health promoting behavior and quality of life in the elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 28(3), 638-649.

Park, K. R. (2003) *Relationship of the perceived benefits, self-efficacy, family support and health promoting lifestyles in elderly women : partial rural region.* Master's dissertation. Chungnam National University : Daejjeon.

Park, O. J., So, H. S. (2004). Model development of an elderly health promotion center ; the effect of a social support program at a community health center. *Journal of Korean Academy of Nursing, 34*(5), 781-790.

Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice(3rd ed.)* Stanford : Appleton & Lange.

Roach, A. J., Frazier, L. P., & Bowden, S. R. (1981). The marital satisfaction scale : Development of a measure for invention research, *Journal of Marriage and the Family, 43*, 537-546.

Shin, C. H., Lee, T. Y., Lee, D. B.(1992). Health status, activity of daily living and cognitive function of elderly. *Chungnam Medical Journal*, 19(1), 87-99.

Suh, H. M. (2000). *Construction of health promoting behaviors model in elderly.* Doctorial dissertation. Seoul University : Seoul.

Sunwoo, D. (2003). Policy issues for maintaining health of elderly persons. *Health and welfare forum, 80*(6), 42-52.

Sung, M. H., Lim, Y. M. (2003). The study on health promoting lifestyle of the elderly women. *Journal of Korean Academy of Nursing, 33*(6), 762-771.

Walker, S. N. (1996). *Health-promoting lifestyle profile-II : Scoring instruction.* The University of Nebraska Medical Center. College of nursing.

Yoo, E. H. (1991). *The developmental patterns of attachment and autonomy as related to young adults' marital satisfaction.* Doctorial dissertation. Ewha Women's University, Seoul.

- Abstract -

A Comparative Study on Health Promotion Behaviors and Affecting Factors of Aged Women in Urban and Rural Area

Lee, Ji Yun · Yun, Soon Nyoung**

Purpose: The purpose of this study is to compare health promotion behavior and influencing factors between aged women of rural areas and urban areas, to investigate factors affecting their behavior, and to provide the primary data for developing heath enhancing program that is appropriate for the population. **Method**: A survey was conducted on 221 aged women 100 from urban areas and 121 from rural area. The data were collected through a questionnaire and interview. Descriptive statistics, ANOVA and multiple stepwise regression were found by using SPSS PC Win. Package. **Result**: There were significant difference of factors relating health promotion behavior in Pender model between the aged women in urban areas and rural areas, urban women showed higher scores in factors such as previous heath relating behavior, perceived confidence, self-efficacy, social support, satisfaction with marriage, situational influence, and behavioral plan involvement, while rural

* College of Nursing, Seoul National University

women showed higher scores in the factors of fixed idea regarding gender role, perceived disabled feeling, and activity related emotions. At the subscale of HPLP, interpersonal relation, nutrition, health responsibility, stress management, spiritual growth of rural group was lower than urban group. With the multiple stepwise regression analysis, commitment to a plan of action, social support, activity related affect, self efficacy were proved to be significant to urban group, while commitment to a plan of action, activity related affect, social support, sex-role stereotype were proved to be significant to rural group statistically. **Conclusion**: There were differences of health promotion behavior and influencing factors between aged women in urban areas and rural areas and women in rural areas were found to have more weakness than women in urban areas. With the results, it is concluded that health promotion programs for aged woman should be designed differently between urban and rural area regarding the factors affecting health promotion behaviors.

Key words : Aged woman's health, Urban population, Rural population, Health promotion behavior