지역사회간호학회지 제20권 제2호, 2009년 6월
J Korean Acad Community Health Nurs Vol. 20, No. 2, 179-188, June, 2009

경로당 이용노인의 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천

신유선[1] · 김은하[2]

부산가톨릭대학교 간호대학 교수[1], 조교수[2]

A Study on Health Behaviors, Health Status and Anxiety about Aging for the Elderly - Focused on the Elderly in Senior Center -

Shin, Yoo Sun[1] · Kim, Eun Ha[2]

[1]Professor, [2]Assistant Professor, College of Nursing, Catholic University of Pusan

Purpose: This study is conducted to survey and examine the relationships among anxiety about aging, perceived health status and health promoting behaviors in the elderly, and to provide basic data for health promoting interventions that would improve their successful aging. **Methods:** Data in this study was collected from 333 elderly participants living in Busan. Descriptive statistics, t-test or ANOVA with Scheffe's test, Pearson's correlation coefficients and stepwise multiple regression were used for data analysis. **Results:** The major findings of this study were as follows. 1) The mean score of anxiety about aging was 2.67 ± 0.30, perceived health status 2.46 ± 0.37, and health promoting behavior 2.77 ± 0.21. 2) There was a positive correlation between health promoting behavior and perceived health status (r = 267, p = .000). There was a negative correlation between anxiety about aging and health promoting behavior (r = -.163, p = .003). 3) Health-promoting behavior was significantly associated with perceived health and anxiety about aging, which explained 20.9% of variance in health-promoting behavior. **Conclusion:** In order to promote perceived health status and to decrease anxiety about aging in the elderly, it is necessary to develop supporting interventions to decrease anxiety about aging

Key Words : Health behavior, Health status, Anxiety, Elderly

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 65세 이상 노인은 2007년에 전체인구의 10.3%이며, 2018년에 14.3%에 도달하고 2026년에는 20%를 초과하여 초고령사회로 진입할 것으로 예측된다(Korean National Statistical Office, 2007). 2005년 현재 우리나라 65세 이상 노인의 평균수명은 78.6세이며 장애, 질병으로 인한 기간을 제외하고 산출한 건강수명은 68.6세에 머물러 있다(KNSO, 2007). 건강수명은 장기화된 노년기 동안에 불건강한 기간을 줄여 노후 삶의 질을 향상시키고자하는 새로운 접근법으로 질병으로 인한 부정적인 모습보다는 '건강한 노화'를 위해 보다 활동적이며 자신의 삶에 잘 대처하는 모습으로의 긍정적인 변화를 유도하고 있다. 우리나라는 1960년대 이후 급속한 성장을 이루며 산업화와 도시화가 일어났고 더불어 경제적인 측면에서도 많

주요어 : 건강증진행위, 지각된 건강상태, 불안, 노인

*이 논문은 2007년 부산가톨릭대학교 연구비 지원으로 수행되었음.

Address reprint requests to : Kim, Eun Ha, College of Nursing, Catholic University of Pusan, 9 Bugok 3-dong, Geumjung-gu, Busan 609-757, Korea. Tel: 82-51-510-0831, Fax: 82-51-510-0838, E-mail: hake1114@cup.ac.kr

투고일 : 2008년 10월 11일 게재확정일 : 2009년 4월 30일

은 발전을 거듭하게 되었다. 경제적 가치가 우선시되고 도시집중화현상이 발생하면서 상대적으로 변화에 둔감한 노인들은 외로움과 내면적 갈등을 겪고 있는데 부족한 경제력, 소외감과 핵가족화 현상이 심화되면서 자식에게 짐이 된다는 부담감을 안고 살아가고 있다. 더불어 이제가지 노화의 '상실'이나 '저하'에 초점이 있어 노인에 대해 부정적인 이미지의 영향으로 노인자신도 점차 나이가 들어가는 것을 두려워하고 감추고 회피하려는 경향이 있다(McConatha, Schell, Volkwein, Reley, & Leach, 2003). 이러한 노인들은 자신을 무능력하다고 판단하고 자신의 건강문제를 노화의 탓으로 인식하여 건강에 영향을 줄 수 있는 질병이나 환경적 요소에 관심을 적게 가지고 건강증진을 위한 건강행위수행에 소홀한 것으로 나타났다(Sarkisian, Prohaska, Wong, Hirsch, & Mangione, 2005). 우리나라 노인의 건강증진 행위실천은 청년이나 성인에 비해 낮고 미국노인보다도 낮은 편인데, 남자노인은 습관부족, 유익성 인식부족과 신체적 장애를 여자노인은 습관부족, 신체적 장애, 가족지지의 부족이 건강증진 행위실천을 방해하는 것으로 나타났다(Eun, Song, & Gu, 2008). 그동안 선행연구들에서 노인의 심리적인 측면이 건강증진 행위실천에 영향을 미치는 요인으로 확인되었는데, 노인은 건강에 대한 관심도가 높고 자신의 건강상태에 대한 평가가 긍정적일수록 건강증진 행위를 더 잘 수행하고(Shin & Kim, 2004), 노화과정에서 경험하는 신체, 정신, 인지기능에 대한 기대수준이 높을수록 건강증진 행위를 더 많이 한다(Kim, 2007). 노인이 자신의 노화에 대해 평가하는 정도는 생활양식과 건강증진행위에 영향을 미치는데, 노화를 부정적으로 인식하고 노화자체에 대해 불안감이 높을수록 건강상태 지각이 낮을 뿐만 아니라(Harris & Clancy Dollinger, 2003), 자기효능감이 낮았다(Lasher & Faulkender, 1993).

노화에 대한 불안감은 나이가 드는 것에 대한 걱정이나 두려움으로 노화과정에 적응에 핵심적 역할을 하는 것으로 알려져 있다(Harris & Clancy Dollinger, 2003). 노인의 건강증진 행위는 다른 연령집단과 달리 건강에 대한 심리적 요소의 영향을 많이 받으며, 위험요소를 제거하기보다 건강에 적응하는 수준을 높이는 것으로 건강한 생활양식을 통하여 얻어질 수 있다. 이에 보건복지부는 보건소를 중심으로 노인의 건강증진 사업을 펼치고 있으며 이에 보건소는 지역사회의 노인이 자율적으로 친목도모와 여가활동을 즐기기 위한 장소인 경로당에서 지역건강증진 사업의 대상자 확보가 용이하여 지역건강증진 사업의 거점장소로 활용 가능할 것으로 보았다(June, 2008). 경로당은 노인이 겪고 있는 부정적인 면들을 완화해주고 연대감을 증진하는데 큰 기여를 해왔다. 그러나 증가하는 경로당의 수와 전국적인 분포에도 불구하고 운영의 영세성, 시설의 낙후성, 전달체계가 확립되지 않았을 뿐만 아니라 전문적인 여가 프로그램 부족과 건강관리 프로그램이 부재로 인해 실제이용인원은 매우 제한된 실정이다(Lim, Kim, Kim, Lee, & Lee, 2006). 이에 노인생활에 필요한 사회서비스를 제공하고 사회재적응에 필요한 상담, 정보 및 기술을 제공할 뿐만 아니라, 지역보건소와 연계하여 건강증진 프로그램에 참여하는 등 지역사회 주민과의 교류를 원활히 함은 경로당 활성화에 도움이 될 것이다. 경로당 이용 노인은 생활수준은 낮은 편이나 건강관심도는 비교적 높은 것으로 나타났고 건강관심도가 높을수록 건강증진 행위가 높은 것으로 나타났다(Jun, 2008). 노인들은 건강을 삶에서 가장 중요한 것으로 인식하고 건강에 대한 관심이 매우 많으며 건강향상을 위해 삶의 양식을 변화시키거나 바람직한 건강행위를 받아들이려는 의사 또한 다른 집단에 비해 높아 건강증진 행위를 수행하기 위한 방해요인을 제거하고 수행을 촉진할 수 있는 예측요인을 확인하는 연구가 필요하다.

따라서 본 연구는 경로당 이용노인을 대상으로 건강증진 행위실천, 주관적 건강 및 노화에 대한 불안감 정도를 파악하고 이들 변수간의 상관관계를 규명함으로써 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 한다. 이로서 향후 경로당을 노인건강관리 시설로의 활용방안을 모색하고 경로당 이용노인의 삶의 질 향상을 위한 생활습관의 개선이나 만성질환 관리를 위한 건강증진 프로그램을 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

연구의 목적은 경로당 이용 노인의 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천 정도를 파악하고 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위함이며 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성을 파악한다.
- 대상자의 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천 정도를 파악한다.
- 일반적 특성에 따른 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천의 차이를 확인한다.
- 경로당 이용 노인의 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천 간에 상관관계를 규명하고 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 경로당 이용 노인의 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천 정도와 이들 변수간의 관계성을 확인하고 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상자

연구대상자는 B광역시에 등록되어 있는 경로당 344개소 중 총 20개소를 임의 추출하여 경로당을 이용하는 노인을 대상으로 하였다.

- 정신적으로 장애가 없는 노인으로 MMSE-K로 측정하여 총점 23점 이상인 자
- 의사소통이 가능하며 설문지의 질문을 이해하고 응답 하는 것이 가능한 노인
- 본 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 노인

연구대상자로 선정하기 전에 연구목적을 설명하고 원치 않으시면 언제라도 거부가 가능하며 어떠한 불이익도 없을 것임을 설명하고 참여하기를 수락한 노인에게 서면으로 연구동의서에 서명하도록 하였다.

3. 연구도구

연구에 사용한 도구는 노인의 일반적 특성, 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태과 건강증진 행위실천으로 구성되었다. 노화에 대한 불안감 측정은 Watkins 등(1998)이 개발한 AASE (Anxiety about Aging Scale for the Elderly)도구를 Kim (2005)가 번역하여 우리나라 실정에 적합하도록 번안하여 수정 보완한 것을 사용하였다. 본 도구는 20개 문항 6개의 하부영역으로 이루어지며 하부영역들은 나이 많은 노인의 수용에 대한 불안감 5문항, 심리적인 걱정 6문항, 자신의 신체적 노화 수용에 대한 불안감 3문항, 사회적지지 상실에 대한 불안감 2문항, 자율성상실에 관한 불안감 2문항, 타인의 노화수용에 대한 불안감 2문항으로 구성되어 있다. 4점 Likert 척도로 '매우 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다 '4점까지이며, 부정적인 문항을 역 환산 처리하여 점수가 높을수록 노화불안 정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Kim(2005)의 연구에서 Cronbach's α = .78이었고 본 연구에서는 Cronbach's α = .78이었다.

지각된 건강상태 측정도구는 Northern Illinois University에서 개발된 Health Self Rating Scale로 Sung(1999)이 번역하여 한국 실정에 맞게 보완한 지각된 건강상태 측정도구로 자신이 평가하는 현재 건강상태 1문항, 1년 전과의 건강상태를 비교한 1문항, 동년배와의 건강상태를 비교한 1문항의 총 3문항으로 구성되었다. 총 4점 척도로 하여 최저 3점에서 최고 12점의 범위를 가지며 점수가 높을수록 자신이 평가하는 건강상태가 좋은 것을 의미한다. Sung(1999)의 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α = .79이었고, 본 연구에서는 Cronbach's α = .70이었다.

건강증진 행위 실천 측정도구는 Walker, Sechrist 와 Pender (1987)가 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP)를 Suh(1995)이 수정 보완한 것으로 총 47문항 4점 척도로 '항상 그렇다' 4점에서 '전혀 그렇지 않다' 1점 까지 점수를 주었고 부정적인 문항을 역으로 환산하였다. 점수 범위는 47점에서 최고 188점으로 점수가 높을수록 건강증진 행위실천 정도가 높은 것을 의미한다. 본 도구는 6개의 하부영역으로 나누어지며 자아실현 11문항, 건강에 대한 책임감 10문항, 운동과 영양 12문항, 대인관계 지지 7문항, 스트레스 관리 7문항으로 구성되며 Suh (1995)의 연구에서는 Cronbach's α = .92이었고, 본 연구에서는 Cronbach's α = .87이었다.

4. 자료수집

본 연구는 B광역시 등록되어 있는 경로당 344개소 중 총 20개소 경로당을 임의로 선정하여 지역 보건소에 공문을 보내 협조를 구하였다. 자료를 수집하기 전에 보건소의 간호팀장에게 전화연락을 하여 연구목적을 설명하고 연구에 참여하기로 수락한 경우에 연구자와 사전에 교육받은 연구보조자가 직접 방문하였다. 자료수집 전에 설문지 작성의 정확성을 위해 연구보조원을 대상으로 자료수집 방법과 설문지 작성법에 대해 교육을 실시하였다. 자료수집은 2007년 6월 15일부터 9월 20일까지 구조화된 설문지를 이용하였고 훈련된 연구보조원과 대상자가 만나 일대일로 설문지의 내용을 읽어주면서 대답을 기록하는 방식으로 자료를 수집하였다. 수집기간은 대략 30분의 시간동안 설문지 1부를 작성할 수 있었고 대상자와의 일대일 만남을 통해 설문지를 작성하였고 총 333부가 조사 · 분석되었다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 14.0 프로그램을 사용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 산출하였고 대상자의 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천정도는 평균과 표준편차로 구하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천정도의 차이는 t-test와 ANOVA로 검증하였으며 Scheffe's test로 사후분석을 시행하였다.
- 대상자의 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천 간에 상관관계는 Pearson correlation coefficients로 분석하였고 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 Multiple linear regression을 시행하였다.

III. 연구결과

1. 연구대상자의 특성

대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같이 성별로는 남자 38.7%(129명), 여자 61.3%(204명)이었고, 연령별로 60세에서 69세까지가 50.5%(168명), 70세에서 79세까지는 39.3%(131명)이었고, 80세 이상이 10.2%(34명)이었으며 평균나이는 70.28세이었다. 교육정도는 초등학교 졸업자가 37.2%(124명)로 가장 많았고 29.1%(97명)에서 무학이었으며, 고졸이상이 13.5%(45명)이었다. 가족과의 동거유형은 부부와 다른 동거인이 있는 경우가 42.6%(142명)로 가장 많았고 독거노인 상태가 36.3%(121명), 부부만 동거하는 유형이 21.0%(70명)이었다. 대상자의 64.6%(215명)에서 직업이 없었으며, 종교는 67.3%(224명)가 종교를 가지고 있었고 이중 불교는 44.4%(148명), 기독교 12%(40명), 천주교가 10.8%(36명) 순이었다. 주관적 경제수준은 41.7%(139명)이 낮다고 응답하였고, 45.9%(153명)이 중간정도, 12.3%(41명)이 높다고 응답하였다. 질병유무는 대상자의 50.2%(167명)에서 진단받은 1가지이상의 질병이 있었고, 49.8%(166명)은 노화로 인한 통증과 임시적인 감염증상외에 진단 받은 질병은 없다고 응답하였다.

2. 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천정도

연구대상자들의 노화에 대한 불안감은 평균평점 2.67점이었으며 하부영역별로는 나이 많은 노인들의 수용에 대한 불안감이 평균평점 2.77점으로 가장 높았고, 심리적인 불안감 2.66점, 노인으로서의 자신을 수용하는 것에 대한 불안감 2.50점, 사회적지지 상실에 대한 불안감 2.43점, 노화수용에 대한 불안감 2.31점 순이었고 자율성 상실에 대한 불안감이 2.01점으로 가장 낮았다.

지각된 건강상태는 평균평점 2.46점으로 나타났으며, 건강증진 행위실천은 평균평점 2.67점으로 중간정도이었으며 하부영역별로는 영양이 3.17점으로 가장 높았고 대인관계 지지 3.08점, 자아실현 2.94점, 스트레스 관리 2.66점, 건강책임 2.47점 순이었으며 운동이 2.15점으로 가장 낮았다(Table 2).

3. 일반적 특성에 따른 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천의 차이

연구대상자의 일반적 특성에 따른 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위의 차이는 Table 1과 같다. 노화에 대한 불안감은 성별($t = 2.32$, $p = .021$), 직업유무($t = 2.41$, $p = .016$), 종교($F = 6.59$, $p = .000$), 주관적 경제수준($F = 9.53$, $p = .000$), 가족상태($F = 5.28$, $p = .006$)와 질병유무($t = 3.62$, $p = .000$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나타났으며 종교에 대해 Scheffe 사후 검정결과 가톨릭신자가 타종교를 가진 노인이나 종교가 없는 노인에 비해 노화에 대한 불안감이 낮았고, 주관적 경제수준에 대해 Scheffe 사후 검정을 시행한 결과 중간정도라고 응답한 노인이 높거나 낮다고 응답한 노인에 비해 노화에 대한 불안감이 낮았다. 동거가족유형에 대한 차이를 알아보기 위하여 Scheffe 사후 검정을 시행한 결과 부부가 동거하는 노인이 혼자 살거나 자녀와 동거하는 노인에 비해 노화에 대한 불안감이 낮았다.

지각된 건강상태는 성별($t = 8.19$, $p = .000$), 배우자유무($t = 5.14$, $p = .000$), 교육수준($F = 4.12$, $p = .003$), 직업유무($t = 2.64$, $p = .009$), 종교($F = 4.62$, $p = .003$), 주관적 경제수준($F = 3.06$, $p = .048$), 가족상태($F = 4.31$, $p = .014$)와 질병유무($t = -3.30$, $p = .001$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 교육수준에 대한 차이를 알아보기 위하여 Scheffe 사후 검정을 시행한 결과 고등학교 졸업자가 지각된 건강상태인식이 가장 낮았고, 종교에 따른 차이를 확인하기 위하여 Scheffe 사후 검정을 시행한 결과 가톨릭 신자가 다른 종교나 종교가 없는 노인에 비해 지각된 건강상태가 낮았다. 주관적 경제수준에 따른 차이는 통계적으로 유의하였으나 Scheffe 사후 검정결과 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았고, 동거가족유형에 따른 차이를 알아보기 위하여 Scheffe 사후 검정을 시행한 결과 혼자살고 있는 노인이 부부가 동거하거나 자녀와 동거하는 노인에 비해

Table 1. Difference of Health Promoting Behavior, Perceived Health and Anxiety about Aging According to General Characteristic (N = 333)

Characteristics	Categories	n (%)	Anxiety about aging		Perceived health		Health promoting behavior	
			M ± SD	F or t (p)	M ± SD	F or t (p)	M ± SD	F or t (p)
Sex	Male	129 (38.7)	2.72 ± 0.19	2.32	2.65 ± 0.26	8.19	2.84 ± 0.21	4.80
	Female	204 (61.3)	2.64 ± 0.35	(.021)	2.33 ± 0.38	(< .000)	2.72 ± 0.20	(<.000)
Age (yr)*	60 ~ 69[a]	168 (50.5)	2.67 ± 0.28	0.88	2.74 ± 0.35	2.28	2.77 ± 0.19	0.77
	70 ~ 79[b]	131 (39.3)	2.69 ± 0.34		2.47 ± 0.38	(.103)	2.76 ± 0.24	(.460)
	80 over[c]	34 (10.2)	2.62 ± 0.24	(.414)	2.46 ± 0.39		2.81 ± 0.21	
Spouse*	Yes[a]	202 (60.7)	2.65 ± 0.27	1.54	2.54 ± 0.35	5.14	2.80 ± 0.22	3.75
	No[b]	131 (39.3)	2.71 ± 0.34	(.120)	2.33 ± 0.37	(< .000)	2.71 ± 0.19	(< .000)
Education*	None[a]	97 (29.1)	2.66 ± 0.25		2.49 ± 0.32	4.12	2.78 ± 0.22	
	Elementary[b]	124 (37.2)	2.71 ± 0.34		2.42 ± 0.38	(.003)	2.74 ± 0.23	
	Middle school[c]	67 (20.1)	2.61 ± 0.30	1.23	2.57 ± 0.29	d < a, b, c,	2.77 ± 0.19	1.21
	High school[d]	32 (9.6)	2.70 ± 0.28	(.295)	2.27 ± 0.54	e	2.80 ± 0.16	(.305)
	Above college[e]	13 (3.9)	2.67 ± 0.30		2.42 ± 0.18		2.87 ± 0.21	
Job	Yes	118 (35.4)	2.62 ± 0.36	2.41	2.38 ± 0.31	2.64	2,75 ± 0,22	1.21
	No	215 (64.6)	2.70 ± 0.26	(.016)	2.50 ± 0.39	(.009)	2,78 ± 0,21	(.227)
Religion*	Protestant[a]	40 (12.0)	2.76 ± 0.40		2.53 ± 0.41		2.73 ± 0.25	
	Catholic[b]	36 (10.8)	2.48 ± 0.38	6.59	2.25 ± 0.50	4.62	2.69 ± 0.22	2.49
	Buddhist[c]	148 (44.4)	2.68 ± 0.27	(< .000)	2.46 ± 0.34	(.003)	2.79 ± 0.19	(.060)
	None[d]	109 (32.7)	2.78 ± 0.25	b < a , c, d	2.49 ± 0.32	b < a , c, d	2.78 ± 0.22	
Subjective economic status*	High[a]	41 (12.3)	2.60 ± 0.28	9.53	2.46 ± 0.29	3.06	2.82 ± 0.15	12.44
	Middle[b]	153 (45.9)	2.75 ± 0.32	(< .000)	2.40 ± 0.40	(.048)	2.71 ± 0.20	(< .000)
	Low[c]	139 (41.7)	2.63 ± 0.24	b > a, c	2.51 ± 0.35		2.82 ± 0.23	a, c > b
Family*	Living alone[a]	121 (36.3)	2.74 ± 0.28	5.28	2.39 ± 0.35	4.31	2.72 ± 0.22	6.88
	Couple only[b]	70 (21.0)	2.60 ± 0.32	(.006)	2.55 ± 0.34	(.014)	2.83 ± 0.24	(.001)
	Kids and relative[c]	142 (42.6)	2.66 ± 0.31	b < a, c	2.47 ± 0.39	a < b, c	2.78 ± 0.18	a < b, c
Illness	No	166 (49.8)	2.73 ± 0.32	3.62	2.74 ± 0.21	-3.30	2.74 ± 0.21	-2.16
	Yes	167 (50.2)	2.61 ± 0.28	(.000)	2.79 ± 0.21	(.001)	2.79 ± 0.21	(.032)

*Scheffe's test.

지각된 건강상태가 낮았다.

건강증진 행위실천은 성별(t = 4.80, p = .000)과 배우자 유무(t = 3.75, p = .000), 주관적 경제수준(F = 12.44, p = .000)와 동거가족유형(F = 6.88, p = .001)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 주관적 경제수준에 따른 차이를 알아보기 위하여 Scheffe 사후 검정을 시행한 결과 경제 상태가 높거나 낮다고 평가한 집단이 중간이라고 평가한 집단보다 건강증진 행위를 잘 하고 있었고, 동거가족유형에 대한 차이를 Scheffe 사후검정을 시행하여 알아본 결과 혼자살고 있는 노인이 부부만의 단독가구 유형과 다른 동거인이 있는 노인에 비해 건강증진 행위실천 정도가 낮았다.

4. 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천 간의 관계

연구대상자의 건강증진 행위실천과 관련 변인간의 상관관계는 Table 3과 같다. 건강증진 행위실천은 지각된 건강상태(r = .267, p = .000)와 통계적으로 유의미한 순상관관계를 보였고 노화에 대한 불안감(r = −.164, p = .000)과는 유의한 역상관관계를 나타내었다. 건강증진 행위실천의 하부영역별로는 지각된 건강상태와 자아실현(r = .271, p = .000), 건강책임(r = .125, p = .000), 그리고 대인관계지지(r = .163, p = .003) 간에 순상관관계를 보였으나, 운동(r = .013, p = .817), 영양(r = .083, p = .129)과 스트레스 관리(r = −.007, p = .894)는 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내지 않았다. 노화에 대한 불안감과 건강증진 행위의 하부영역별로는 건강책임(r = −.133, p = .015), 운동(r = −.178, p = .001) 간에 통계적으로 유의한 역상관관계를 보였고, 자아실현(r = −.090, p = .100), 영양(r = −.007, p = .897), 스트레스 관리(r = −.021, p = .705)와 대인관계지지(r = −.021, p = .506) 간에는 통계적으로 유의한 상관관계가 나타나지 않았다.

Table 2. Mean Scores of Health Promoting Behavior, Perceived Health and Anxiety about Aging (N = 333)

Variables	Sub scale	M ± SD
Anxiety about aging	External: Acceptance of very old people	2.77 ± 0.15
	Psychological concerns	2.66 ± 0.30
	Physical I: Acceptance of the self as very old	2.31 ± 0.13
	Social: Loss of social support	2.43 ± 0.14
	Autonomy: Loss of autonomy	2.01 ± 0.06
	Physical II: Acceptance of the self as aging	2.50 ± 0.07
	Total	2.67 ± 0.30
Perceived health		2.46 ± 0.37
Health promoting behavior	Self actualization	2.94 ± 0.41
	Health responsibility	2.47 ± 0.50
	Exercise	2.15 ± 0.54
	Nutrition	3.17 ± 0.50
	Interpersonal relations	3.08 ± 0.47
	Stress management	2.66 ± 0.32
	Total	2.77 ± 0.21

5. 건강증진 행위실천에 영향을 미치는 요인

경로당 이용 노인의 건강증진 행위실천에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위하여 다중회귀분석을 실시한 결과는 Table4와 같다. 일반적 특성 중 건강증진 행위실천에서 유의한 차이를 보였던 성별(range 0-1: dummy variable로 처리하여 0은 남성, 1은 여성을 의미함), 연령(range 63 ~ 90), 배우자유무(range 0 ~ 1: dummy variable로 처리하여 0은 무배우자, 1은 유배우자), 주관적 경제상태(range 1 ~ 3: 1 = low, 2 = middle, 3 = high)와 가족동거유형(range 1 ~ 3: 1 = living alone, 2 = couple only, 3 = kids and relative)을 독립변인으로 건강증진 행위를 종속변인으로 설정한 상태의 단계적 회귀분석을 실시한 결과 지각된 건강상태, 주관적 경제상태, 노화에 대한 불안감과 성별이 선택되었으며, 이때 모형 설명력 Adj R^2는 42.0%이었다 (Table 4). 표준화 회귀계수를 통하여 나타난 건강증진 행위에 상대적으로 가장 큰 영향변수는 지각된 건강상태이며, 다음으로 주관적 경제상태, 노화에 대한 불안감, 성별 순이었다.

IV. 논 의

본 연구는 B광역시에 위치한 경로당 이용하는 노인을 대상으로 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위

Table 3. Correlation among Health Promoting Behavior, Perceived Health and Anxiety about Aging (N = 333)

Variables		Perceived health (r)	Anxiety about aging (r)
Health promoting behaviors	Self actualization	.271 (< .000)	-.090 (.100)
	Physical responsibility	.125 (< .000)	-.133 (.015)
	Exercise	.013 (.817)	-.178 (.001)
	Nutrition	.083 (.129)	-.007 (.897)
	Interpersonal relations	.163 (.003)	-.037 (.506)
	Stress management	-.007 (.894)	-.021 (.705)
	Total	.267 (.000)	-.164 (.003)
Perceived health		-	-.036 (.511)
Anxiety about aging			-

Table 4. Influencing Factors on Health-Promoting Behaviors (N = 333)

Variable	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients	t	p	Adj R^2
	b	Std. error	β			
Constant	40.906	5.233		7.817	< .000	
Perceived health	3.531	0.350	.342	10.083	< .000	.420
Subjective Economic Status*	7.819	0.824	.301	9.485	< .000	
Anxiety about aging	0.835	0.086	.315	9.662	< .000	
Sex	-3.185	1.214	-.085	-2.624	< .000	

*Sex (0=man, 1=female), Subjective Economic Status (1=low, 2=middle, 3=high).

실천정도를 파악하고 변수간의 상관관계를 분석하여 경로당 이용노인의 건강증진 행위실천에 영향을 미치는 요인을 확인하였다.

연구대상자는 평균 70.28세이었고, 여성노인이 61.3%이었는데, 이는 전국 노인실태조사(2004)에서 여자 노인이 66%라고 한 결과와 유사하다. 교육정도는 29.1%가 무학인 것으로 나타났는데 2005년 우리나라 노인의 무학비율이 남성노인 23%, 여성노인 57.4%로 보고한 자료(KNSO, 2005)에 비추어 본 연구대상자의 교육정도가 높은 편이었다. 주관적 경제수준이 낮은 편이라고 응답한 노인이 41.7%로 나타났는데 이는 Jun(2008)의 연구결과 경로당을 이용하는 노인의 32%가 6-10만원의 용돈수준이라고 보고하여 본 연구결과와 유사하다. 2004년 노인의 용돈수준은 13만 3천원(KNSO, 2005)에 비추어 볼 때 우리나라 노인의 빈곤문제를 해결할 수 있는 대책마련이 필요하다. 그리고 만성질환을 가지고 있는 대상자는 50.8%이었는데 이는 전국노인실태조사에서 노인의 84.4%가 만성질환을 가지고 있다는 보고와는 차이를 보인다(KNSO, 2005). 그러나 경로당 노인을 대상으로 질병유무를 조사한 연구(Jun, 2008)에서 66.5%가 만성질환을 앓고 있다고 보고하여 본 연구를 지지하였다.

본 연구대상자가 인지한 노화에 대한 불안감은 2.67점이었으며 하부영역별로는 타인의 노화수용에 대한 불안감이 평균평점 2.77점으로 가장 높았고, 심리적인 불안감 2.66점, 자신의 신체적인 노화에 대한 불안감 2.50점, 사회적지지 상실에 대한 불안감 2.43점, 타인의 노화를 수용하는 것에 대한 불안감 2.31점 순이었고 자율성 상실에 대한 불안감이 2.01점으로 가장 낮았다. 이는 노인정과 복지관 노인을 대상으로 한 Kim(2005)와 중년이후 여성을 대상으로 한 Kim(2007)의 연구결과 평균평점 2.52점보다 높은 편이었고 성인을 대상으로 한 Choi, Kim, Shin과 Lee(2008)의 연구에서 평균평점 3.85점보다 낮은 결과로 나타났다. 이로서 노화가 진행되어 갈수록 미래에 대한 관심이 줄어들기 때문에 노화에 대한 불안감도 감소함(Tallis, Eysenck, & Mathews, 1991)을 알 수 있다. 본 연구대상자의 노화에 대한 불안감의 하위영역에서 나이 많은 노인들의 수용에 대한 불안감이 가장 높게 나타났는데 Kim(2005)의 연구에서 심리적인 불안감이 가장 높게 나타난 결과와 차이를 보인다. 이는 심리적 불안감이 막연한 미래의 노화에 대한 불안감인 반면에 신체적 노화에 대한 불안감은 현재의 노화수용에 대한 불안감으로 자신의 노화수용과 타인의 노화수용으로 구분하여 연령이 증가하면서 타인의 노화수용에 대한 불안감이 더욱 증가하는 경향이 있다(Watkins et al, 1998)고 하여 본 연구결과와 유사하다. 본 연구대상자들은 자율성 상실에 대한 불안감이 하위영역 중에서 가장 낮게 나타났는데 이는 중년 이후 여성을 대상으로 한 연구(Kim, 2007)에서 자율성 상실에 대한 불안감이 노화되어감에 대한 불안감 다음으로 높았고, 성인을 대상으로 한 연구(Choi, Kim, Shin, & Lee, 2008)에서는 가장 높게 나타나서 노인의 노화에 대한 바른 이해가 필요함을 알 수 있다. 즉 본격적인 노화가 진행되기 전인 성인, 중년층은 자신의 신체에 대한 자율성에 관심이 높은 반면에 65세 이상의 노년층에서는 신체적인 자율성에 대한 관심이 줄어들고 스스로 신체적 자율성 상실을 인정하게 됨으로써 타인의존도가 높아질 수 있다. 그러나 Jeon과 Lee(2008)는 서울경기지역의 6개 노인대학에서 건강체조, 게이트볼, 스포츠댄스강좌를 수강하는 노인 200명을 대상으로 규칙적인 건강강좌 수강 전에 노화에 대한 불안감을 측정한 결과 3.43점이었던 것에서 건강강좌시행 후에 노화에 대한 불안감이 2.44점으로 감소함과 동시에 하위영역 중 사전-사후에 자율성 상실에 대한 불안감의 차이가 가장 크게 나타났다고 보고하였다. 따라서 노년층의 신체활동을 통해 노인자신의 신체자율성을 증가시키고 타인의 의존도를 낮춤으로써 긍정적인 노화로의 변화를 유도할 수 있는 노인건강교육이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구대상자의 지각된 건강상태는 평균평점 2.46점으로 중간보다 낮은 편으로 나타났는데 이는 도시지역 여성노인의 지각된 건강상태를 파악한 Lee와 Park(2006)의 연구와 재가노인을 대상으로 한 Kwan, Ha와 Ahn(2007)의 연구와 유사한 결과이다. 본 연구에서는 지각된 건강상태를 점수화하였으나 제주시에 거주하는 노인을 대상으로 한 Sohn, Choi와 Song(2006)는 1문항으로 질문하여 '건강하다'에서 '건강하지 못하다'로 응답하여 백분율로 표시한 결과 37.3%가 건강하지 못하다고 응답하였고 경로당 노인을 대상으로 한 Jun(2008)의 연구에서 56.3%의 노인이 자신의 건강상태를 보통이상이라고 응답하여 본 연구결과와 차이를 보인다. 지각된 건강상태는 의학적 지표가 아니고 자신의 건강상태에 대한 주관적인 평가로 대상자에 따라 다양한 결과가 나타날 수 있을 것으로 사료된다. 건강상태를 평가할 때 신체 질병상태에 대한 경험이 반영되면 자신의 건강에 대해 부정적으로 인식할 수 있다. 그러나 노인은 자신의 건강상태의 좋고 나쁨에 대해 좀 더 구체적인 판단을 하기 때문에 노인의 신체 상태를 평가하는데 적절하며(Kang, Kim, & Lee, 2008), 건강상태가 좋다는 인식은 질병이 없는 상태뿐만 아니라 인구사회학적 요인과 자아상의 요소들을 포함하기 때문에 미세한 생리적 변화나 잠재적 문제까지도 감지할 수 있어 건강지표로서 중요한 의의가 있다.

본 연구대상자의 건강증진 행위 정도는 평균평점 2.77점으

로, 영역별로는 영양관리(3.17점), 대인관계지지(3.08점), 자아실현(2.94점)점수가 높았으며 스트레스관리(2.66점), 건강책임(2.47점)과 운동(2.15점)점수가 낮았다. 이는 기초생활수급자와 독거노인 157명을 대상으로 한 Shim(2004)의 연구에서 평균평점이 2.71점이라고 한 결과와 보건소 내 노인 간호 관리센터, 노인복지회관을 이용하는 노인 99명을 대상으로 한 Kim(2007)의 연구에서 건강증진 평균평점이 3.42점이라고 한 결과보다는 낮았으나 노인정을 방문한 노인을 대상으로 건강증진 행위실천을 파악한 Kim(2003)의 연구에서 2.32점이라고 보고하여 보건소와 지역사회 병의원의 이용이 잦은 노인에 비해 경로당 혹은 노인정을 이용하는 노인의 건강증진 행위실천이 저조함을 알 수 있다. 본 연구대상자는 건강증진 행위 하위영역 중 영양관리영역 가장 잘 실천하고 있는 것으로 나타났는데, 이는 Kim(2007)의 연구에서 영양관리(2.65점)가 가장 높다고 한 결과와 창원의 노인정과 노인대학을 이용하는 노인 340명을 대상으로 한 Kim(2005)의 연구에서 '아침밥을 꼭 먹는다.' 와 같이 규칙적인 식습관이 가장 높았다고 보고하여 본 연구결구와 일치한다. 그러나 재가노인을 대상으로 한 Jeon과 Suh(2004)의 연구결과 건강증진 행위의 하위영역 중 가장 잘 실천하고 있는 영역은 대인관계지지(2.70점)라고 보고하여 본 연구결과와는 차이를 보인다. 이는 이제까지 우리나라 노인은 이웃 간의 정을 중시하며 이웃과의 친교를 통해 개인적인 노력에 의한 건강증진 행위실천보다는 집단적 측면 치중하던 방식(Kim, 2007)에서 균형 잡힌 식사를 통해 충분한 영양을 섭취하는 노인이 훨씬 더 젊게 오래살수 있으며 심장병, 암, 동맥경화증과 같은 만성퇴행성질환의 발병도 어느 정도 막을 수 있다(Keller, 2004)는 믿음아래 개인적으로 영양적 의학적 건강관리의 올바른 실천과 관리를 통해 신체적 정신적 건강을 유지, 증진하는 방식으로 변화되고 있음을 알 수 있다. 그러나 본 연구대상자들이 가장 저조하게 실천하고 있는 건강증진 하위영역은 운동으로 나타났는데, 이는 Kim(2005)의 연구에서 평균이하의 낮은 점수를 보인 건강증진 행위는 운동이라고 보고와 노인의 14 ~ 19.8%만이 규칙적인 운동을 하고 있다고 보고한 Park(2004)의 연구가 본 연구결과와 유사하다. 그러나 운동은 우울, 스트레스, 정신건강, 자기효능감에도 유의한 효과가 있는 것으로 나타나 신체적 및 정신, 심리적 측면에 유용한 건강증진 방법(Shin & Kim, 2005)이지만 다른 건강증진 행위보다 더 힘들고 시간이 많이 걸리고 신체적 장애로 인해 습관화하기가 어렵기 때문에 실천이 저조하다고 사료된다(Gu, Song, & Eun, 2008). 본 연구결과 동거가족유형($F = 6.88$, $p = .001$)과 배우자 유무($t = 3.75$, $p = .000$)에 따라 건강증진 행위실천에 차이가 나타나서 가족 및 배우자의 지지를 통해 규칙적인 운동을 지속할 수 있도록 도울 수 있는 간호중재방안을 모색하는 것이 요구된다.

건강증진 행위실천은 지각된 건강상태($r = .267$, $p = .000$)와 통계적으로 유의미한 정적 상관을 보였고 하위영역에서 자아실현($r = .271$, $p = .000$), 건강책임($r = .125$, $p = .000$), 그리고 대인관계지지($r = .163$, $p = .003$)와 지각된 건강상태간에 순상관관계를 보였다. 그리고 노화에 대한 불안감과 건강증진 행위실천 간에 유의한 역상관관계($r = -.164$, $p = .000$)가 나타났고 하위영역에서 건강책임($r = -.133$, $p = .015$), 운동($r = -.178$, $p = .001$) 간에 통계적으로 유의한 상관관계를 보였다. 선행 연구(Jeon & Lee, 2008; Shin & Kim, 2005)에서 운동 프로그램의 참여는 노화에 대한 불안감을 낮추는 요인이 될 수 있음이 입증되었고, 노인에게 유용한 건강증진 행위임이 확인되었다. 건강증진 행위실천 하위영역 중 건강책임은 지각된 건강상태와는 순상관관계가 노화에 대한 불안감과는 역상관관계가 있음이 확인되었으므로 노화에 대한 불안감을 낮추고 지각된 건강상태를 높일 수 있는 노인운동을 위한 간호중재 프로그램을 개발하는 것은 노인의 건강책임을 증가시켜 지속적인 건강증진 행위실천을 유도할 수 있을 것으로 사료된다.

본 연구에서 건강증진 행위실천에 영향을 미치는 요인으로 지각된 건강상태, 주관적 경제수준, 노화에 대한 불안감과 성별임을 확인할 수 있었으며 이들 변인은 건강증진 행위를 42.0% 설명하는 것으로 나타났다. 이는 지역사회에 거주하는 노인 99명을 대상으로 한 연구(Kim, 2007)에서 여성이고 경제수준이 낮을수록 노년기 건강에 대한 정보에 대한 접근성이 떨어지게 되어, 지각된 건강상태가 낮고 건강증진 행위 실천도 저조하다 보고하여 본 연구결과와 유사하다. 또한 스스로 인지하는 건강상태가 좋을수록 건강증진 행위실천도 잘하는 것으로 보고한 Sung과 Park(2005)의 연구와 지각된 건강상태와 건강관심도는 건강증진 행위와 유의한 정상관관계를 보여 지각된 건강상태가 높을수록 건강증진 행위실천을 잘한다고 보고한 Jun(2008)의 연구와도 일치한다. 그러나 우리나라 여성노인은 남자노인에 비해 건강증진행위를 더 잘 수행하며 교육수준이 높을수록 건강에 대한 관심도가 높고 건강증진 행위를 더욱 잘 수행한다고 보고한 연구(Eun, Song, & Gu, 2008)와는 차이가 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서 노화에 대한 불안감이 건강증진 행위실천에 영향요인으로 확인되었는데 그 설명력은 크지 않으나 노화에 대한 기대수준이 증가할수록 더 건강한 방식으로 행동하게 되어 궁극적으로 건강수준을 향상시킬 수 있다는 Levy, Slade, Kunkel과 Kasi(2002)의 연구에 비추어볼 때 노화에 대한 부정적인 선입견에 의해 노인이 되어가는 과정에 대해

불안감이 증가하는 것은 미래 노후 삶에 영향을 줄뿐 만 아니라 노인 삶의 질을 결정하는데 중요한 생활양식인 건강증진 행위 실천에도 영향을 미친다(Harris & Clancy Kollinger, 2003). 본 연구대상자들은 노화에 대한 불안감의 하위영역에서 타인의 노화를 수용하는 것에 대한 불안감이 가장 높게 나타나서 노인의 신체적 변화에 대해 더욱 부정적임을 알 수 있었다. 따라서 노화 과정에서 나타나는 신체적 심리적 변화를 자연스러운 과정으로의 인식을 증진할 수 있는 노화에 대한 교육이 필요하며 이로서 노화에 대한 부정적인 선입견을 줄이고 노후생활에 대한 긍정적인 인식을 증가시킴으로써 노후생활에 대한 만족도를 향상시킬 수 있는 간호중재 프로그램이 요구된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 경로당 이용노인의 건강증진 행위 정도와 인지한 주관적 건강 그리고 노화에 대한 불안감간의 연관성을 살펴보고 노인의 건강증진 행위의 영향요인을 살펴보고자 B광역시의 소재한 20개의 경로당을 이용하는 333명의 노인들을 2007년 6월 15일부터 9월 20일까지 방문하여 설문조사를 직접 실시한 서술적 조사연구이다. 수집된 자료는 SPSS/WIN 14.0 프로그램으로 빈도, 백분율, 평균과 표준편차, t-test, ANOVA를 이용하여 분석하였다. 그 결과는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 노화에 대한 불안감은 2.67 ± 0.21점으로 각 영역별로 나이 많은 노인들의 수용 2.77점, 심리적인 불안감 2.66점, 노인으로서의 자신을 수용 2.50점, 사회적지지 상실 2.43점, 노화수용 2.31점, 자율성 상실 2.01점 순이었다. 지각된 건강상태는 2.46점이었으며 건강증진 행위실천은 2.67점으로 각 영역별로 영양 3.17점, 대인관계 지지 3.08점, 자아실현 2.94점, 스트레스 관리 2.66점, 건강책임 2.47점, 운동 2.15점 순이었다.

둘째, 대상자의 건강증진 행위실천은 지각된 건강상태($r = .267$, $p = .000$)와 유의미한 순상관관계가 있었으며, 노화에 대한 불안감($r = -.164$, $p = .000$)과는 유의한 역상관관계가 있었다.

셋째, 대상자의 건강증진 행위실천에 영향을 미치는 요인으로 일반적 특성에서 주관적 경제상태($t = 9.485$, $p = .000$)와 성별($t = -2.624$, $p = .000$)이었으며 지각된 건강상태($t = 7.817$, $p = .000$)와 노화에 대한 불안감($t = 9.662$, $p = .000$)이 영향을 미치는 것으로 나타났다.

본 연구는 부산광역시 일 개구에 위치한 경로당을 이용하는 노인을 대상자로 선정하였으며 그 결과 경로당 이용노인들의 지각된 건강상태가 낮은 것으로 나타나서 건강교육 및 건강관리의 필요성이 있음을 알 수 있었고 신체적 노화에 대한 불안감이 가장 높아서 노인의 신체적 자율성을 증진할 수 있는 건강관리 프로그램을 개발할 필요가 있음을 알 수 있었다. 또한 주관적 경제수준과 성별과 같은 인구사회학적 요인이 지각된 건강상태 및 노화에 대한 불안감과 더불어 노인대상자의 건강증진 행위실천에 영향을 미치는 요인이 됨을 알 수 있었다. 따라서 위와 같은 연구를 토대로 지역사회 노인들의 인구사회학적 특성을 고려한 건강증진 프로그램이 개발되어 공공보건체계 내에서 제공될 수 있도록 노력하여야 할 것이다. 본 연구는 B광역시에 위치한 경로당 중 20개를 임의추출방식으로 대상자를 선정하여 우리나라 경로당을 이용하는 노인들의 대표성을 고려하지 않았기 때문에 일반화하기에 신중을 기해야 할 것이다. 또한 상호관련이 있는 지각된 건강상태와 노화에 대한 불안감을 변수로 하였는데, 노인의 건강증진에 긍정적 혹은 부정적 영향을 미치는 다양한 영향요인을 확인하는 반복연구가 필요하다. 본 연구에서는 다중회중분석을 통해 노화에 대한 불안감이 건강증진 행위실천의 영향요인임을 알 수 있었고 노인의 건강증진 행위실천을 향상시키기 위해 노화에 대한 불안감의 하위영역에서 건강증진 행위 실천과 부적인 상관관계를 보인 하위영역을 통제할 수 있는 노인교육 프로그램을 개발하여 적용할 것을 제언한다.

REFERENCES

Choi, E. Y., Kim, J. Y., & Kim, H. S. (2003). The correlational study on health-promoting behavior, life satisfaction and family support of elderly people. *Journal of Korean Gerontological Nursing Society, 5*(1), 7-16.

Choi, S. O., Kim, S. N., Shin, K. I., & Lee, J. H. (2008). Anxiety about aging of resident community of adult. *Journal of the Korean Gerontological Society, 28*(1), 19-32.

Eun, Y., Song, M. S., & Gu, M. O. (2008). Barriers to health behaviors in male and female elderly people in Korea. *Journal of Korean Academy Nursing, 38*(2), 332-343.

Harris, L. A., & Clancy Dollinger, S. M. (2003). Individual differences in personality traits and anxiety about aging. *Personal Individual Difference, 34*, 187-194.

Heidrich, S. M. (1998). Health Promotion in old age. *Annual Review Nursing Research, 16*, 173-195.

Jeon, I. K., & Lee, S. H. (2008). The effect of regular exercise on anxiety level of older people. *Journal of the Korean Gerontological Society, 28*(4), 953-968.

Jeon, E. Y., & Suh, B. D. (2004). Factors influencing health promotion behavior in elderly people living at home. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 6*(1), 38-46.

Jun, H. J. (2008). *A study of subjective health status, health concern*

and health behavior of elderly in senior centers. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Gwangju

Kang, Y. H., Kim, M., Y., & Lee, E. (2008). The relationship of perceived health status, activities of daily living and nutrition status in the community-dwelling Korean elderly. *Journal of Korean Academy Nursing, 38*(1), 122-130.

Keller, H. H. (2004). Nutrition and health-related quality of life in frail older adults. *Journal of Nutrition & Health Aging, 8,* 245-252.

Kim, E. H. (2007). A study on anxiety about aging of middle aged and elderly women. *Journal of Korean Academy Society Nursing Education, 13*(2), 143-153.

Kim, S. H. (2007). The association between expectation regarding aging and health-promoting behaviors among Korean older adults. *Journal of Korean Academy Nursing, 37*(6), 932-940.

Kim, S. Y. (2005). A study on the aging anxiety of the elderly. *Journal of Korean Academy Society Nursing Education, 11*(9), 7-15.

Korea National Statistical Office (2005, 2007). http://www.nso.go.kr/

Kwon, Y. E., Ha, J., & Ahn, S. Y. (2007). A study on the perceived health status, activities of daily living, depression for the elderly at home. *Journal of the Korean Gerontological Society, 27*(2), 335-343.

Lasher, K. P., & Faulkender, P. J. (1993). Measurement of aging anxiety: development of the anxiety about aging scale. *International Journal of Aging Human Development, 37*(4), 247-259.

Lee, K. J., & Park, H. S. (2006). A study on the perceived health status, depression, and activities of daily living for the elderly in urban areas. *Korean Journal of Women Health Nursing, 12*(3), 221-230.

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasi, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol, 83,* 261-270.

Lim, C. S., Kim, K. H., Kim, M. S., Lee, K. H., & Lee, I. S. (2006). A study on current status and future aspects of the senior citizen halls in Seoul. *Journal of welfare for the aged, 31,* 313-343.

McConatha, J. T., Schnell, F., Volkwein, K., Riley, L, & Leach, E. (2003). Attitudes toward aging: A comparative analysis of young adults from the United states and Germany. *International Journal of Aging Human Development, 57*(30), 203-215.

Sarkisian, C. A., Steers, W. N., Hays, R. D., & Mangione, C. M. (2005). Development of the 12-item expectation regarding aging survey. *Gerontologist, 45*(2), 240-248.

Shim, M. S. (2004). A study on self-esteem, social support and health promoting behavior of the low income elderly, *Journal of Korean Gerontological Nursing, 7*(1), 63-70.

Shin, K. R., & Kim, J. S. (2005). The effects of exercise program on knowledge and attitude of exercise and depression in low-income elderly women. *Journal of Korean Academy Nursing, 35,* 1144-1152.

Shin, K. R., Kang, Y., Park, H. J., Cho, M. O., & Heitkemper, M. (2008). Testing and developing the health promotion model in low-income, Korean elderly women. *Nursing Science Quarterly, 21*(2), 173-178.

Son, Y. J., Choi, E. Y., & Song, Y. A. (2008). A study on the health status and need of health education of the elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 19* (2), 143- 156.

Suh, Y. O. (1995). *Structural model of health-promotion lifestyle in midlife women.* Unpublished doctoral thesis, Kyung Hee University, Seoul.

Sung, J. S., & Park, C. S. (2005). Health promoting behavior and health status in the elderly. *Korean Gerontological Nursing Society, 7*(1), 71-78.

Tallis, F., Eysenck, M,, & Mathews, A. (1991). The role of temporal perspective and ego-relevance in the activation of worry structures. *Personal Individual Difference, 12,* 909-915.

Walker, S. N, Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1987). The health-promoting life style profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research, 36*(2), 108-116.

Watkins, R. E., Coates, R., & Ferroni, P. (1998). Measurement of aging anxiety an elderly Australian population. *International Journal of Aging Human Development, 46*(4), 319-332.