

노인의 건강지각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구

이 영 희* · 최 수 정**

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

과거 20여년 동안 건강에 대한 관점은 질병중심에서 건강중심으로 움직임이 진행되고 있으며, 노인의 건강행위 결정에 있어서 또한 건강개념이 주요 핵심요인으로 언급되고 있다. 사실 건강 문제는 노화의 필연적인 과정은 아니지만 60세 이상 노인 가운데 86.7%가 각종 만성질환에 시달리고 있음에도 불구하고(한국보건사회연구원, 1998) 대부분의 노인들이 건강에 대한 관심이 높고 자신의 건강상태를 좋게 평가하며(Nicholas, 1993) 젊은 사람들보다 건강증진적 생활양식 행위를 더 많이 하고 있는 것으로 보고되고 있다(Belloc과 Breslow, 1972; Brown과 McCreedy, 1986; Walker, Volkan, Sechrist, Pender, 1988). 이는 다른 연령층에 비해 노인들이 안녕감과 기능을 더 잘 유지해야 한다는 자각을 하고 있고 이를 위해 노력한다는 것을 시사해주는 것으로 노인들의 건강에 대한 의미나 건강지각은 건강전문인에게 매우 중요한 사정 자료를 제공해주게 된다. 특히 건강지각은 개인의 건강증진 행위에 영향을 미치는 동기 부여 요인의 하나로 제시되고 있다(Pender와 Pender, 1987).

인간은 건강에 관한 한 자신 스스로가 인지하고 느끼

는 것에 따라 행동하기 때문에(Davies와 Ware, 1981) 노년기의 적응에 건강이 중요한 역할을 한다는 LaRue, Bank, Jarvik, Hetland(1979)의 보고와 같이 노인에서의 건강지각은 삶의 만족에 대한 강한 예측 인자가 된다(Melason과 Downe-Wamboldt, 1987). 이처럼 건강지각은 건강행위의 중요한 변수임에도 불구하고 노인에서의 건강지각에 관한 연구는 별로 다루어지지 않고 단순하게 척도화 되어 측정되어 왔으며, 노인들이 자신의 건강을 긍정적, 혹은 부정적으로 지각하는가에 대해서도 논란의 여지가 많다.

이 점에서 건강증진 또는 삶의 질 혹은 삶의 만족도에 중요한 요인으로 받아들여지고 있는 건강지각 개념은 간호연구의 중요한 논제로 생각되며, 이에 노인의 건강지각과 관련한 연구들이 활발히 전개되어질 필요성이 있다 하겠다. 그리고 기존의 연구에서 노인의 건강지각에 영향을 미치는 변수로 기능상태(Johnson과 Wolinsky, 1993; Linn과 Linn, 1980)와 건강통제위(Nicholas, 1993)를 제시하고 있어서, 본 연구는 노인을 대상으로 이들의 건강지각 정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 인구조적 특성과 관련 변수인 기능상태와 건강통제위를 중심으로 조사하여 노인의 건강행위 프로그램 및 중재전략을 세우는데 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

* 관동대학교 의과대학 간호학과 조교수

** 이화여자대학교 대학원 박사과정생

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인들의 건강지각, 기능상태 및 건강통제위 정도를 파악한다.
- 2) 건강지각과 기능상태 및 건강통제위와의 관계를 파악한다.
- 3) 일반적 특성에 따른 건강지각 정도의 차이를 파악한다.
- 4) 노인의 건강지각에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

3. 용어정의

- 1) 노인 : 신체적, 생물학적, 심리적, 사회적 및 지각적인 측면에서 인생의 주기에 따라 변화하는 노화과정에 있는 남녀를 말하는 것으로(윤 진, 1997), 본 연구에서는 60세 이상의 재가 노인을 의미한다.
- 2) 건강지각 : 개인의 신체적, 정신적 안녕에 대한 자기평가(Moor, Newsome, Tiansawad, 1993)로, 본 연구에서는 Ware(1979)가 개발한 '건강지각 측정도구(Health Perception Questionnaire)'를 사용하여 얻은 20개의 문항에 대한 점수를 말한다.
- 3) 기능상태 : 인간이 독립적으로 일상생활을 독립적으로 유지하는데 필요한 신체기능상태를 의미하며(합순예, 1995), 본 연구에서는 OARS(Duke University, 1978)를 사용하여 얻은 점수를 말한다.
- 4) 건강통제위 : 건강을 통제하는 특성이 어디에 있는가에 대한 일반적인 기대로서 내적통제위, 타인의존통제위, 우연통제위로 구분되며, 본 연구에서는 Wallston, Wallston, De Vellis(1978)가 개발한 다차원적 건강통제위 측정도구(MHLC) B형으로 측정된 점수를 의미한다.

II. 문헌 고찰

1. 노인과 건강지각

인간의 행동은 지각에 따라 영향을 받으며 건강은 건강에 대한 태도와 행위를 변화시키므로서 이루어진다

(Suchman, 1970)고 한다. 건강은 개인의 잠재성을 실현시키기 위한 발달적, 행동적 가능성 안에서 개인의 경험을 통해 발달시켜 가는 과정으로, 여러 요소에 의해 영향받는다(Smith, Plawechi, Houser, Plawechi, 1991). 특히 Horowitz(1985)는 건강의 가장 중요한 요소를 자기 인지(self-awareness)로 보고 있으며, Baumann(1961)은 개개인이 가지고 있는 건강에 대한 자아개념에 따라 행위를 다르게 인지한다는 사실을 지적함으로써 건강에 대한 지각이 건강과 관련된 개인의 활동을 좌우하는 변수로 보고 있다.

건강지각이란 자신의 건강상태에 대한 자기평가를 말하는 것으로, 노인의 건강지각은 노인의 건강상태 측정에 있어서 과거 20년간 가장 보편적으로 사용해 온 방법으로써 개인의 전반적인 건강상태를 나타내는 주요 건강지표이다(Farmer와 Ferraro, 1997). 인간은 질병이 없을 때라 하더라도 어느 때인가는 건강을 상실하게 될 위험에 놓이게 될 것이라는 가능성을 지각하는 수가 많으므로 그 위험을 줄이기 위하여 개인으로 하여금 어떤 행동을 취하도록 동기를 제공한다(Horowitz, 1985).

Krause와 Jay(1994)에 따르면 건강지각의 판단기준 또는 근거가 노인과 젊은이가 다르다고 한다. 노인의 경우에는 건강문제의 여부가 판단 근거가 되며, 젊은이들의 경우는 건강행위의 여부가 판단근거가 된다고 하는데, 이것들로 볼 때 노인의 건강지각은 노인의 객관적 건강상태를 반영하는 지표가 될 수 있음을 시사한다. 따라서 노인의 건강에 대한 지각은 주관적 건강정체감을 파악할 수 있을 뿐 아니라 인지적 기능 및 정서에 영향을 미치고 사회적 역할을 지속적으로 하도록 하는 중요한 결정 요소가 될 수 있으므로(LaRue 등, 1979), 노인의 건강에 대한 지각을 알아봄으로써 이들의 건강 결정요소가 어떻게 지각되는가를 알 수 있다.

최근 들어 노인의 건강지각에 대한 연구가 증가하고 있는데 이는 노인이 지각한 건강상태에 따른 관련 요인을 규명함으로써 노인 건강사업, 복지사업의 주 대상자 선정과 효과적인 정책 방향 제시에 도움이 되기 때문이다(Farmer와 Ferraro, 1997). 그러나 노인의 건강지각에 대한 지금까지의 연구는 자신의 건강을 어떻게 생각하는가와 같은 단일 문항에 답하게 함으로써 건강의 다차원적 측면을 포괄하지 못하고 있으며, 이러한 대부분의 연구는 자기평가식 건강 또는 지각된 건강으로서 술되고 있다(Bisconti와 Bergeman, 1999). 그럼에도 불구하고 건강지각이 노인의 건강상태에 대한 객관적 평

가로서 가치가 있는 것으로 보고되고 있다(Idle와 Angel, 1990; Kaplan, Barell, Lusky, 1988). 또한 노인의 건강지각은 삶의 만족도와 강한 관계가 있으며(Bisconti와 Bergeman, 1999; Melason과 Downe-Wamboldt, 1987) 신체적, 정신적 건강상태의 측정을 반영할 수 있고, 의료서비스 이용이나 비용을 예측하는데도 유용하며 사망률을 예측할 수 있는 주요 요소로 제시되고 있다(Menec, Chipperfield, Perry, 1999; Johnson과 Wolinsky, 1993; Idler와 Kasl, 1991; Kaplan 등, 1988; Mossey와 Shapiro, 1982). 이와 같이 건강지각이 개인의 건강행위를 증진시킬 수 있는 요소임(고금자, 1987; 이경숙, 1998; Nicholas, 1993)을 고려할 때 건강에 대한 다차원적 측면을 포함한 사정이 요구되고 있다.

2. 노인의 건강지각에 영향을 미치는 요인

1) 건강지각과 기능상태

노인의 건강상태에 대한 평가는 어떤 병리 현상에 근거하기보다는 신체기능 수준에 기초를 둔 기능적 건강상태를 측정하고 있기 때문에 일상생활에서의 독립적인 신체기능상태를 의미하는 기능상태가 노인의 건강지각에 영향을 미치는 요소 가운데 하나로 제시되고 있다. 황용찬, 이성국, 예민해, 천병렬, 정진옥(1991)은 건강지각이 좋을수록 기능상태가 좋은 것으로 나타나 노인의 기능상태와 건강지각이 관련이 있음을 제시하였고, LaRue 등(1979)은 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 연구한 결과 기능적 상태가 건강지각과 순상관관계가 있음을 보고하면서 기능상태가 전반적인 건강에 대한 지표가 될 수 있다고 하였다. 지역사회에 거주하고 있는 노인을 대상으로 연구한 Linn과 Linn(1980)도 노인에서 기능상태가 나빠지는 것이 건강지각을 낮게 하는 것인지, 건강지각이 낮은 것이 기능적 상태를 나빠지게 하는 것인지 결정하기 힘들지만, 노인들은 만성질환을 갖고 있으면서 비슷한 임상증상을 갖고 있더라도 기능적 상태는 매우 다양할 수 있으며, 기능적 상태가 건강지각에 영향을 미친다고 하였다. 그들은 이 연구에서 질병이 있는 것이 건강지각을 낮게 하며 낮은 건강지각이 기능상태를 더 나쁘게 한다고 제시하였다. Johnson과 Wolinsky(1993) 또한 지역사회 거주 노인을 대상으로 연구한 결과 노인의 건강지각은 질병을 알고 있을 때, 신체적 불능이나 기능적 제한을 인식하고 있을 때 더 부정적이라고 지적하면서 기능상태가 건강지각에 영향을

미친다고 주장한 바 있다.

Duffy와 McDonald(1990) 역시 다차원적 기능상태(OARS multidimensional functional assessment Questionnaire)를 사용하여 연구한 결과 노인의 건강지각 정도가 높을수록, 나이가 적을수록, 기혼인 경우, 수입이 많을수록, 건강증진행위(영양)를 많이 할수록 노인의 기능상태를 결정하는 요인이 된다고 제시하였는데, 이는 수단적 일상수행능력에 장애가 많을수록(Mulsant, 1997) 건강지각이 낮고, 건강지각은 노인에 있어 미래의 기능상태를 예측하게 함(Idler와 Kasl, 1995)을 시사하는 바이다. Parkatti, Deeg, Bosscher와 Launer(1998)에 의하면, 노인에서 신체활동(일상활동 수행능력)이 건강지각의 유의한 예측 인자로 밝혀졌고, 노인에서 신체활동 수준을 증가시키는 것보다는 신체적 자기효능감 지각을 증진시키는 것이 건강지각에 좀 더 중요하다고 제시한 것은 노인에게서 기능상태가 건강지각에 미치는 영향이 큼을 제시하는 것이다. Leinon, Heikkinen과 Jylha(1999)는 노인에서 건강지각을 좋게 하는 것은 기능상태가 좋을수록(일상활동 수행의 수가 적을수록), 만성질환이 적을수록, 일할 수 있는 능력이 많을수록인 것으로 보고하였다. 특히 그 가운데서 노인들의 건강지각에 가장 중요한 관련 변인은 기능상태였고, 여성노인과 남성노인의 건강지각에 영향을 미치는 것이 달랐는데, 남성노인의 경우 인지적 능력이 좋을수록, 여성노인은 우울 증상이 적을수록 건강지각이 높게 나타났다. Mitrushina와 Satz(1991)의 연구에서는 노인의 건강지각에 가장 관계가 있는 변수는 기능상태와 신체적 증상 수로 나타났다. 즉 기능상태가 좋을수록, 신체증상이 적을수록 건강지각이 높게 나타났다. 다차원적 건강지각 도구를 사용한 고금자(1987)의 연구에서도 건강지각과 건강상태는 순상관관계가 있는 것으로 나타나 노인의 기능상태가 건강지각과 관련이 있음을 알 수 있다.

2) 건강지각과 건강통제위

기존연구들에서 내적통제위를 가진 사람들이 자신의 건강에 주도성을 가지고 건강에 대한 정보를 얻고 학습을 하며 책임을 지는 것을 볼 수 있어 건강통제위 성격이 건강지각을 설명할 수 있는 변수 중의 하나로 보고 있다(Sonstroem과 Walker, 1973). Wallhagen, Strawbridge, Kaplan, Cohen(1994)은 지역사회 노인을 6년 후 추후 연구한 것에서 노인의 건강지각과 내적 통제위는 관계가 없는 것으로 나타났으나 내적통제위

가 건강지각에 간접 영향을 미쳐 건강행위를 더욱 강화시키는 것으로 보고하였다.

노인을 대상으로 연구한 Hunter, Linn, Harris와 Pratt(1980)는 건강지각이 나쁠수록 좀더 외적 통제위 성향이 강하게 나타났음을 보고하였고, Walhagen 등(1994)은 노인들에서 나이가 들면서 건강통제위가 증가하는지, 감소하는지, 변하는지, 그대로인지에 대해서는 아직 의견의 일치를 보지 못하고 있다고 말하면서, 그들의 연구에서 노인의 내적 통제위가 건강의 중요성 인식과는 정적인 상관관계를 보였지만 자신의 건강지각과는 관계가 없는 것으로 나타났음을 보고하였다. 노인의 내적 통제위는 성별에 따라 다르게 나타났는데, 남자 노인에서는 아동기 때 질병이 없을수록 내적 통제위가 높았고, 여자 노인에서는 나이가 많을수록 내적 통제위가 높았으며 부정적 생활사건의 수가 많을수록 내적 통제위가 높았다. 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 연구한 Duffy와 McDonald(1990)는 타인의존성 통제위가 낮을수록 건강지각 정도가 높게 나타났음을 보고하였다. 그리고 오복자(1983) 또한 일반적으로 내적 통제위가 외적 통제위보다 자신의 건강에 책임을 느끼고 질병이나 사고에서 자신을 보호하며 신체적인 안녕상태를 유지하려고 하기 때문에, 통제위 개념이 건강지각에 영향을 준다고 제시하였다.

한편 Menec 등(1999)이 노인을 대상으로 한 연구에서 건강지각 정도가 높을수록 통제감을 높여 주어 적응적 행동을 보여준다고 하였는데, 이러한 결과는 건강통제위가 노인들의 건강지각을 높여 주어 건강과 안녕을 증진시키도록 하는 간호중재 전략도 가능함을 제시해 준다고 본다. 따라서 이러한 연구결과를 종합하면 건강지각과 건강통제위 개념이 노인의 건강관련 연구의 중요한 변수로서 이에 대한 많은 연구가 요구됨을 알 수 있다.

3) 건강지각과 기타 요인

Nicholas(1993)의 연구에서는 노인의 건강지각에 영향을 주는 변수로 질병의 수, 수입, 주거환경을 들고 있다. 즉 질병의 수가 많을 때, 수입이 적을 때, 주거환경이 적절치 못할 때 건강지각에 부정적 영향을 주어 신체적 질병 뿐 아니라 경제적, 물리적 환경 등도 노인의 건강지각에 영향을 줌을 알 수 있다. 이 외에도 노인의 건강지각에 영향을 주는 요소로는 연령이 젊을수록, 남자 노인일수록 건강지각 정도가 높았고(고금자, 1987; Smith, Plawechi, Houser, Plawechi, 1991) 종교,

교육수준, 배우자 유무, 가족형태 등이 영향을 미쳤다(이경숙, 1998).

Johnson과 Wolinsky(1993)의 연구에서는 나이가 많을수록, 장애가 없을수록, 여자노인, 교육수준이 높을수록 건강지각이 높게 나타났고, 특히 자신의 질병을 알고 있을 때 건강지각이 더 부정적인 것으로 나타났다. Melanson과 Downe-Wamboldt(1987)의 연구에서는 교육수준이 높을수록, 나이가 적을수록 건강지각이 더 높게 나타났고, 최근에 배우자를 상실한 사람이 건강지각이 낮게 나타났다. 또한 노인의 삶의 만족도의 지표로서 자신의 미래에 대한 지각을 조사하였는데 이에 가장 영향을 미치는 것으로 건강지각(4-8%)을 들고 있었다.

이상의 연구결과를 볼 때 노인의 기능상태 및 건강통제위는 노인의 건강지각과 관계가 있음을 알 수 있고, 건강지각은 노인의 건강행위와 삶의 질에 영향을 줌을 알 수 있다. 따라서 노인의 건강지각에 영향을 미치는 요소를 파악하는 것은 노인의 건강증진행위 중재 및 프로그램 개발시 건강지각의 선행요소를 파악함으로써 노인에게 실제적 도움을 주는 중재의 모색에 도움을 주리라 본다.

Ⅲ. 연구 방법

본 연구는 노인들의 건강증진 중재 전략을 세우는데 기초자료를 확립하기 위해 건강행위의 동기요소인 노인의 건강지각정도를 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인들과의 관계를 파악하기 위해 시도된 서술적 상관관계연구이다.

1. 연구 대상

본 연구의 대상자는 강릉과 서울에 거주하는 60세 이상의 재가노인 240명을 대상으로 노인정, 가정 등을 통해 편의 표집하였으며, 의식이 명료하고 언어적, 비언어적 의사소통이 가능하며 본 연구의 목적을 이해하고 이에 참여할 것을 동의한 자이다.

2. 연구 도구

1) 건강지각 측정도구

Ware(1979)가 개발한 건강지각 측정도구(Health Perception Questionnaire)를 사용하였다. 이 도구는

자신의 건강상태의 다양한 측면에 대한 자신의 믿음에 관한 정보를 제공하도록 고안된 것으로 현재건강, 과거건강, 미래건강, 건강관심, 저항성과 민감성 등으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 재가노인의 건강지각을 파악하기 위해 신뢰도가 낮은 문항을 제외하고 20개의 문항으로 구성된 질문지를 사용하였다. 각 문항은 4점 척도로 측정하며 점수가 높을수록 건강지각정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach Alpha는 .786이었다.

2) 기능상태 측정도구

독립적으로 일상생활을 유지하는 데 필요한 기본적인 신체기능상태 측정도구 7문항과 수단적 기능상태 측정도구 7문항으로 구성된 OARS(The Older American Resources and Services)(Duke University, 1978)를 사용하였다. 각 문항의 점수는 '전혀 혼자서 할 수 없다'를 0으로 하고, '약간 도움이 필요하다' 1점, '도움이 필요없다' 2점으로 점수가 높을수록 기능상태가 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach Alpha는 .891이었다.

3) 건강통제위 측정도구

Wallston, Wallston, De Vellis(1978)가 개발한 다차원적 건강통제위 측정도구(MHLC) B형을 사용하였으며, 이 도구는 내적통제위 6문항, 타인의존통제위 6문항, 우연통제위 6문항으로 총18문항으로 구성되어 1점에서 5점까지의 점수를 부여하여 점수가 높을수록 그 차원의 성향이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 전체도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha .727이었으며, 하위척도에 있어서는 내적통제위 .8114, 타인의존통제위 .6730, 우연통제위 .679이었다.

3. 자료수집 방법

본 연구는 설문지를 이용한 조사연구로 자료수집기간은 1999년 6월 23일부터 8월 20일까지였다. 자료수집은 자료수집 방법을 훈련시킨 3명의 연구보조원을 이용하였다. 연구보조원을 통해 대상자에게 연구목적을 설명하고 연구참여에 대한 동의를 얻은 후 설문지 내용을 설명하였다. 대상자가 노인이라 연구보조원이 면담을 통해 설문지를 작성하는 것을 전제로 실시하였으며, 대상자가 설문지를 작성하는 것이 가능한 경우는 직접 작성하였다.

4. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS Win Program을 이용하여 전산 처리하였으며 사용된 구체적인 자료분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적인 특성은 빈도와 백분율, 평균, 표준편차를 사용하였다.
- 2) 대상자의 건강지각, 기능상태 및 건강통제위와의 관계를 알아보기 위해 상관계수 (Pearson Correlation Coefficient)를 산출하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 건강지각 정도의 차이는 각각 t-test와 ANOVA로 분석하였다.
- 4) 대상자의 건강지각에 영향을 주는 요인에 대해서는 Stepwise Multiple Regression으로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 평균 74.03세였으며, 70-79세가 전체의 44.6%로 가장 많았다. 성별로는 남자가 45.8%, 여자가 54.2%이었고, 강릉에 거주하는 사람이 56.3%, 서울에 거주하는 대상이 43.7%였으며, 배우자 유무별로는 배우자가 있는 사람이 56.3%, 없는 사람이 43.8%이었다. 교육수준은 무학이 33.8%, 초등학교졸업자가 20.4%, 중졸 이상이 45.8%였으며, 종교는 있음이 72.1%, 직업은 없음이 92.1%였다. 거주형태에 있어서는 자녀와 함께 사는 사람이 57.5%, 부분만 사는 사람이 33.3%였으며, 월 용돈수준은 30만원 이상이라고 응답한 사람이 전체의 39.6%로 가장 높게 나타났고, 현재 진단받은 질병이 있는 사람이 50.4%로 과반수 이상을 차지하고 있었다. 대상자중 72.5%가 단체모임에 참석하고 있었으며, 흡연하지 않는 사람은 74.2%였고, 음주하지 않는 사람은 62.5%였다(표 1).

2. 대상자의 건강지각, 기능상태 및 건강통제위 점도

대상자들의 건강지각은 평균 52.02 ± 7.07 점으로 중간 정도로 나타났고, 기능상태는 평균 27.02 ± 2.75 점으로 기능상태가 좋은 것으로 나타났다. 건강통제위는 65.66 ± 8.68 점으로 나타났으며, 하위영역에 있어서 내적통제위가 평균 23.73점으로 가장 높았고, 타인의존통

<표 1> 일반적 특성에 따른 건강지각 차이 검정

특	성	실 수(명)	백분율(%)	건강지각		
				평균±표준편차	t or F	p
연 령	60 - 69세	76	31.7	51.88±7.19	3.351	.037
	70 - 79세	107	44.6	53.12±6.93		
	80세 이상	57	23.8	50.16±6.89		
성 별	남	110	45.8	52.78±6.66	1.529	.128
	여	130	54.2	51.38±7.37		
지 역	강릉	135	56.3	51.54±7.16	-1.205	.229
	서울	105	43.7	52.66±6.98		
배우자	유	135	56.3	52.96±7.04	2.232	.021
	무	105	43.8	50.83±6.97		
교육수준	무학	81	33.8	49.89±7.05	7.373	.001
	국졸	49	20.4	51.69±6.37		
	중졸이상	110	45.8	53.75±7.00		
종 교	유	173	72.1	51.89±6.99	-.474	.636
	무	67	27.9	52.37±7.32		
직 업	유	19	7.9	51.83±7.06	-1.440	.151
	무	221	92.1	54.26±7.02		
	독거	22	9.2	49.45±6.95		
거주형태	노인부부	80	33.3	53.09±7.07	2.443	.089
	자녀동거	138	57.5	51.82±7.02		
	10만원 미만	62	25.8	51.47±7.33		
용돈수준(월)	10 - 19만원	47	19.6	51.66±6.52	0.307	.820
	20 - 29만원	36	15.0	52.53±5.83		
	30만원 이상	95	39.6	52.38±7.64		
질 병	유	121	50.4	53.66±6.44	3.630	.000
	무	119	49.6	50.42±7.33		
참여모임	유	174	72.5	52.71±7.10	2.458	.015
	무	66	27.5	50.20±6.79		
흡 연	유	62	25.8	53.03±5.86	1.253	.212
	무	178	74.2	51.73±7.42		
음 주	유	90	37.5	53.36±6.09	2.327	.021
	무	150	62.5	51.29±7.50		

제위 23.07점, 우연통제위가 평균 18.55점으로 가장 낮은 점수를 나타냈다(표 2).

3. 건강지각과 기능상태, 건강통제위의 관계

대상자의 건강지각과 기능상태 및 건강통제위의 상

관관계는 <표 3>과 같다. 건강지각과 기능상태는 순상관관계($r=.216, p=.001$)를 나타냈으며, 건강지각과 건강통제위 간에는 통계적으로 유의한 관계($r=.050, p=.440$)를 나타내지 않았다. 그러나 건강통제위의 하위척도인 내적통제위($r=.328, p=.000$)와는 순상관관계를, 타인의존통제위($r=-.129, p=.046$)와는 역상관

<표 2> 대상자들의 건강지각, 기능상태, 건강통제위 정도

	평 균	표준편차	평균평점	점수범위
건강지각	52.02	7.07	2.60	33 - 69
기능상태	27.02	2.75	1.93	0 - 28
건강통제위	65.66	8.68	3.65	43 - 90
내적 통제위	23.73	4.56	3.96	6 - 30
우연 통제위	18.55	4.74	3.09	6 - 30
타인의존 통제위	23.37	4.03	3.90	11 - 30

<표 3> 건강지각, 기능상태, 건강통제위간의 상관관계

	기능상태	건강통제위	내적	우연	타인의존
건강지각	.216 (p=.001)	.050 (p=.440)	.328 (p=.000)	-.114 (p=.079)	-.129 (p=.046)
기능상태		.030 (p=.641)	.110 (p=.088)	-.004 (p=.954)	-.055 (p=.393)

관계를 나타냈다.

4. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강지각 정도 차이

일반적 특성에 따른 건강지각 정도는 <표 1>에 제시한 바와 같다.

먼저 대상자의 연령에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보여(F=3.351, p=.037), 이를 sheffe 사후검정한 결과 70~79세의 연령군이 다른 연령군(60~69세 군과 80세 이상군)에 비해 건강지각정도가 높게 나타났다. 또한 배우자 유무에 있어서도 유의한 차이를 보였는데(t=2.232, p=.021), 배우자가 있는 경우에 건강지각 정도를 높게 나타냈다. 교육수준에 따라서도 통계적으로 유의한 차이를 보였다(F=7.373, p=.001). 즉 중졸이상의 노인이 무학, 국졸의 노인들보다 건강지각 정도가 높게 나타나 학력이 높을수록 건강지각 역시 높은 것으로 나타났다. 또한 질병유무에 따라서도 차이를 보였으며(t=3.630, p=.000), 질병을 갖고 있다고 응답한 대상자가 질병이 없다고 응답한 대상자에 비해 건강지각정도를 높게 나타냈다.

다음으로는 참여모임(t=2.458, p=.015)과 음주(t=2.327, p=.021)여부에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉 참여모임을 하는 대상자가 참여모임을 하지 않는 대상자에 비해, 그리고 음주를 하는 사람이 음주를 하지 않는 사람에 비해 건강지각 정도가 높았다.

이들 변수외에 성별, 지역, 종교, 직업, 거주형태, 용돈수준, 흡연에 따른 건강지각 정도는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

5. 대상자의 건강지각에 영향을 미치는 예측인자

건강지각에 영향을 미치는 예측변인을 확인하기 위하여 대상자의 일반적 특성과 대상자의 내적통제위, 우연통제위, 타인의존통제위, 기능상태를 함께 투입하여 단계적 다중회귀분석을 실시한 결과 대상자의 건강지각에 가장 유의한 영향을 미치는 변인은 내적통제위(10.7%)로 나타났고 여기에 기능상태(3.3%), 타인의존통제위(2.0%), 참여모임(1.9%)이 첨가될 경우 전체 건강지각에 대하여 갖는 설명력은 총 17.9%인 것으로 나타났다(<표 4>).

V. 논 의

본 연구에서 나타난 대상자의 건강지각은 중간정도(평균 52.02±7.07)로서, 이경숙(1998)의 연구결과와 비슷한 결과를 보였다. 이에 대해 좀더 자세한 정보를 얻기 위해서는 건강지각의 하위 영역별 연구가 요망되며, 노인의 건강지각과 관련변수들간의 관계에서 기능상태와 순상관관계를 나타내 LaRue 등(1979)과 Johnson과 Wolinsky(1993)의 연구결과와 일치하였는데, 이는 의학적 진단 이전에 자신이 먼저 기능상태에 가장 예민하게 인식할 수 있다는데 중요한 의미를 갖는 것으로, 노인의 건강지각이 노인의 객관적 건강상태를 반영하고 개인의 전반적인 건강상태를 나타내는 주요 건강지표라는 Farmer와 Ferraro(1997)의 견해에서 볼 때, 일치하는 결과라고 본다. 또한 이러한 노인의 건강지각이 의학적인 방법으로는 측정할 수 없는 건강에 대한 개인적인 견해를 반영하며(Ware, 1987), 노인의

<표 4> 건강지각에 영향을 미치는 예측요인

변수	B	SE B	β	T	Sig T	R2	Cum. R2
상수(constant)	37.944	5.391					
내적 통제위	.495	.093	.319	5.346	.000	.107	.107***
기능상태	.411	.154	.160	2.675	.008	.033	.140***
타인의존 통제위	-.260	.104	-.148	-2.490	.013	.020	.161***
참여모임	-2.117	.916	-.137	-2.312	.022	.019	.179***

의료이용률(Wolinski, Stump, Johnson, 1995), 장애율(Farmer와 Ferraro, 1997), 사망률(Menec 등, 1999) 등을 예측하는 주요지표로 알려져 왔는데, 이는 노인을 대상으로 하는 전문의료인들이 노인들 스스로가 자신의 건강에 대해 어떻게 평가하고 있는지 이에 대해 많은 주의를 기울여야 할 필요성을 시사하고 있는 것이라 하겠다. 건강지각과 건강통제위간에는 관계가 없는 것으로 나타났으나 하위척도인 내적통제위와는 순상관관계를 나타내어 노인들이 내적통제위일수록 건강상태 지각이 좋아진다는 Hickson, Housley, Boyle(1988)의 연구결과와 일치하였고, 또한 이 결과는 자신의 삶의 과정에서 야기된 결과를 스스로 창출할 수 있고, 그 영향력을 발휘할 수 있다고 지각하는 통제감의 신념이 인간의 건강한 삶에 대한 가능성과 긍정적 의미를 지향하는 인지적, 정서적, 행위적 대체의 특성을 반영한다는 김영옥(1998)의 견해를 지지해주는 것으로 간호사가 노인에게 건강교육을 제공할 때 개개인의 통제위 성향을 고려해야 할 것으로 생각된다. 그러나 Menec 등(1999)은 노인의 건강지각 정도가 높을수록 통제감이 높아진다는 연구결과를 보고하고 있어 본 연구와는 상반된 결과를 나타내어 이에 대한 확인 작업으로 반복연구가 요구된다. 또 타인의존통제위와 역상관관계를 나타내고 있어 타인에 대한 의존도가 높아질수록 부정적인 건강지각을 하게 됨을 알 수 있다. 그러므로 노인간호시 노인의 기본적인 의존도를 배려하면서 독립성을 증진시키는 간호중재를 제공해야 할 것으로 생각된다.

본 연구에서 건강지각이 연령에 따라 유의한 차이를 보여 고금자(1985), 이경숙(1998), Johnson과 Wolinsky(1993), Smith 등(1991)의 연구결과와 일치하였고, Scheffe 검정결과 60대와 80세이상의 노인에 비해 70대 노인들에게서 건강지각이 유의하게 높은 것으로 나타났는데, 이는 70대 노인에게서 노화에 따른 자신의 건강상태에 대한 인식이 현실에 더욱 강하게 반영된 결과로 해석되며, 같은 도구를 사용한 고금자(1985)의 연구에서는 60대, 80세이상, 70대 순으로 나타났고, 이경숙(1998)의 연구에서는 60대, 70대 순으로 나이가 젊을수록 건강지각이 높게 나타났으며, Johnson과 Wolinsky(1993)의 연구에서는 나이가 많을수록, Smith 등(1991)의 연구에서는 노인의 나이가 젊을수록 건강지각이 더 높았음을 보고하고 있다. 이처럼 연령에 따른 건강지각은 일관된 연구결과를 나타내고 있지 않아 좀더 많은 연구의 필요성을 제시한다고 볼 수 있다. 배우자 유무, 교육수준, 동거형태와도 유의한 차이

를 보였는데, 이는 이경숙(1998), 고금자(1985)의 연구결과와 일치하였다. 혼자 사는 것보다는 배우자나 자녀와 함께 사는 것이 건강지각이 높게 나타난 것은 노인에게서 배우자나 가족이 중요하다는 것을 시사한다. Melanson과 Downe-Wamboldt(1987)의 연구결과와 같이 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 교육수준에서 Sheffe 검정결과 중등이상의 학력자가 무학자나 초등학교 졸업자에 해당하는 노인에 비해 통계적으로 유의하게 건강지각이 높은 것으로 나타나 교육수준이 높을수록 건강지각도 높아지는 것으로 생각되며, 따라서 노인간호시 노인의 교육수준을 고려해야 할 것으로 보인다. 질병유무가 기능상태와 건강통제위에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않고 건강지각에서만 통계적으로 유의한 차이를 나타내었는데, 이는 질병이라는 의학적 건강상태가 노인 개인의 기능상태보다는 주관적 건강상태에 더 많은 영향을 미친다는 것을 시사하는 것으로 이 결과는 Johnson과 Wolinsky(1993), Nicholas(1993)의 연구결과와 일치하였다. 대체로 노인들이 여러 개의 질병을 갖고 있음을 고려할 때 Nicholas(1993)가 질병의 수도 영향을 준다고 지적한 바와 같이 추후연구에서는 질병의 수를 고려하는 연구가 요구된다. 참여모임 또한 건강지각과 유의한 차이를 나타내 보여 사회참여 활동이 노인의 건강지각을 긍정적인 방향으로 이끌어낼 수 있을 것으로 생각된다. 한편 음주를 하고 있는 노인이 그렇지 않은 노인보다 건강지각이 높게 나타난 것은 음주의 양이나 정도에 따라 달라질 것으로 보이며 이에 좀 더 구체적인 조사가 요구된다.

건강통제위 변화를 시도한 기존의 연구들을 보면, 김조차, 유지수, 박지원(1984)은 통제위는 특별한 훈련프로그램 및 치료적인 중재를 통하여 변화될 수 있는데, 이는 개인에게 통제감을 제공하고 능력과 효율성에 대한 잠재력을 증진하기 때문이라고 제시하였고, 고혈압 환자에게 6주간 근육이완을 훈련시킨 후 4개월 후 내적 통제위를 조사한 Pender(1985)는 근육이완 훈련을 받은 대상자가 받지 않은 대상자보다 내적 통제위가 통계적으로 유의하게 증가하였음을 보고하였다. Hase와 Bates(1992)는 건강한 노인을 대상으로 한 연구에서 대상자들의 92.1%가 내적통제위 성향을 보였고, 그중 57.9%는 자기효율성이 높으며 건강행위를 잘하고 있었음을 지적하면서 내적 통제위를 가진 노인이 자기효율성도 높고 건강교육프로그램에서 더 많은 이익을 얻는다고 제시한 바 있다.

이러한 결과들과 더불어 본 연구에서 노인의 건강지

각에 영향을 미치는 요소로 내적 통제위(10.7%)가 나타난 것은 내적통제위가 건강을 추구하고 정보수집 행위를 촉진한다는 것이 일반적인 가정임을 볼 때, 건강교육이나 건강증진 프로그램을 통해 건강에 대한 내적통제위를 갖도록 증대하는 것이 노인의 건강지각을 높일 수 있는 하나의 중재가 될 수 있음을 시사한다 하겠다. 즉 이러한 결과는 노인들을 위한 건강교육 프로그램 개발시 건강통제위 요소를 평가하여 대상자들에게 제공해야 함을 의미하고 있을 뿐 아니라 노인들에서 또한 건강교육 프로그램 제공 및 건강을 증진시킬 수 있는 중재는 노인들의 내적 통제위 변화도 가져올 수 있음을 시사한 바이다.

타인의존 통제위가 건강지각을 2.0% 설명하는 요인으로 나타나 노인간호사 개인의 통제위 성향을 고려한 개별 교육프로그램을 제공하여 독립성을 증가시켜야 할 필요성이 있음을 시사한 것으로 보인다. 기능상태 또한 노인의 건강지각에 3.3%의 설명력이 있는 것으로 나타난 것은 연구대상자의 기능상태가 일반적으로 높았던 것과 더불어 최근 의료과학 기술의 발달로 인해 노인의 평균수명이 연장되면서 노인들 스스로가 기본적인 일상활동을 수행할 수 있어야 건강하다고 인식한 결과 건강지각에 긍정적으로 영향을 미친 것으로 보여진다. 이는 Ferraro(1980)가 노인의 신체기능 장애가 심할수록 건강지각이 낮은 것으로 보고한 결과와 Mulsant(1997)가 노인에게서 수단적 일상활동능력에 장애가 많을수록 건강지각이 낮게 나타났다는 연구결과 및 Markides와 Lee(1990)가 노인의 기능상태는 미래의 건강지각정도를 예측할 수 있다는 주장을 지지해준 결과라 할 수 있다.

대상자의 일반적 특성 가운데 유일하게 노인의 참여모임 유무가 노인의 건강지각에 1.9%의 설명력이 있었는데 한국보건사회연구원(1998)의 연구에서도 사회단체에 참여가 많을수록 자신의 건강을 좋게 지각하는 것으로 나타났음을 볼 때 사회활동 참여를 권장하는 건강프로그램이 노인의 건강지각을 높여 건강행위를 촉진시킬 수 있는 한 방안으로 생각된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 강릉과 서울에 거주하고 있는 60세이상의 노인 240명을 대상으로 건강행위의 동기요소인 노인의 건강지각 정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인들과의 관계를 조사, 분석함으로써 노인의 건강행위 프로그램 및 간호중재 전략을 세우는데 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

자료수집을 위한 도구로 건강지각은 Ware(1979)가 개발한 건강지각 측정도구(Health Perception Questionnaire)를 사용하였고, 노인의 기능상태를 알아보기 위해서는 OARS(Duke University, 1978)를 사용하였으며, 건강통제위는 Wallston, Wallston, DeVills(1978)가 개발한 다차원적 건강통제위 측정도구(MHLC) B형을 사용하였다.

수집된 자료는 SPSS Win Program을 이용하여 분석하였으며, 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 건강지각은 평균 52.02(S.D±7.07)점이었고, 건강통제위는 65.66(S.D±8.68)점, 기능상태는 평균 27.02(S.D±2.75)점을 나타내었다. 건강통제위의 하위영역에 있어서는 내적통제위 (평균 23.73점), 타인의존통제위 (평균 23.07점), 우연통제위 (평균 18.55점)의 순으로 나타났다.
2. 건강지각과 기능상태는 순상관관계($r=.216, p=.001$)가 있었고, 건강지각과 건강통제위간에는 유의한 상관관계($r=.050, p=.440$)가 없었다. 그러나 건강통제위의 하위영역인 내적통제위($r=.328, p=.000$)와는 순상관관계가 있었고, 타인의존통제위($r=-.129, p=.046$)와는 역상관관계가 있는 것으로 나타났다.
3. 일반적 특성에 따른 건강지각은 연령($F=3.351, p=.002$), 배우자($t=2.232, p=.021$), 교육수준($F=7.373, p=.001$), 질병($t=3.630, p=.000$), 참여모임($t=2.458, p=.015$), 음주($t=2.327, p=.021$)에 유의한 차이가 있었다.
4. 건강지각의 영향요인에 있어서 내적통제위(10.7%)가 대상자의 건강지각에 가장 유의한 영향을 미치는 변인으로 나타났고, 여기에 기능상태(3.3%), 타인의존통제위(2.0%), 참여모임(1.9%)이 첨가될 경우 전체 건강지각에 대하여 갖는 설명력은 총 17.9%인 것으로 나타났다.

이상의 결과를 통해 노인의 건강증진 행위 중재 및 프로그램 개발에 건강지각을 높일 수 있는 내적통제위 같은 변인들이 고려되어 구상되었을 때 이들의 건강행위의 동기 및 실체가 더욱 강화되고 그 효과 또한 클 것으로 기대되며, 본 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 노인의 건강지각과 관련된 다차원적 연구접근 및 반복연구가 요구된다.
- 2) 노인의 건강지각을 높여 건강행위를 강화시키는 간호중재 개발이 요구된다.

참 고 문 헌

- 고금자 (1987). 노인의 건강지각 및 건강행위와 건강상태와의 상관관계 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 공은숙 (1998). 한국일부 농촌지역 노인의 생활기능상태 결정요인의 구조적 관계 연구. 대한간호학회지, 28(2), 380-391.
- 김영옥 (1998). 당뇨병환자의 자기간호행위 영향요인 분석. 대한간호학회지, 28(3), 625-637.
- 김조자, 유지수, 박지원 (1984). 건강지각과 내외적 통제 성격과의 상관관계 연구. 간호학 논집, 7, 29-43.
- 오복자 (1983). 내외 통제 성격과 자아존중감 및 우울과의 관계 연구. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 윤진 (1997). 성인·노인 심리학. 중앙적성출판사.
- 이경숙 (1998). 노인의 건강지각과 건강증진행위. 전북대학교 대학원 석사학위논문.
- 장성옥, 박영주, 이숙자, 박은숙 (1999). 노인의 지각된 건강영향요인, 건강관행수행과 지각된 건강상태에 관한 연구. 성인간호학회지, 11(3), 499-510.
- 최영희, 정승은 (1991). 한국노인의 신체적 건강상태도 구개발과 신체적 건강상태에 관한 연구. 성인간호학회지, 3, 70-96.
- 한국보건사회연구원 (1998). 1998년도 전국 노인 생활실태 및 복지 욕구 조사. 한국보건사회연구원.
- 황용찬, 이성국, 예민혜, 천병렬, 정진옥 (1991). 일부 농촌지역 노인들의 수단적 일상 생활동작 능력과 그에 관련된 요인. 한국노년학, 3, 70-96.
- Baumann, B. (1961). Diversities of conception of health and physical fitness. Journal of Health and Human Behavior, 2, 39-49.
- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. Preventive Medicine, 1, 409-421.
- Bisconti, T. L., & Bergeman, C. S. (1999). Perceived Social Control as Mediator of the Relationships among Social Support, Psychological well-being, and Perceived Health. The Gerontologist, 39(1), 94-103.
- Brown, J. S., & McCreedy, M. (1986). The hale elderly : Health behavior and its correlates. Research in Nursing in Health, 9, 317-329.
- Davis, A., & Ware, J. E. (1981). Measuring health perceptions in the Health Insurance Program. Santa Monica, CA : Rand Corporation.
- Duffy, M. E., & McDonald, E. (1990). Determinants of functional health of older persons. The Gerontologist, 30(4), 503-509.
- Duke University Center for the Study of Aging and Human Development(1978). Multidimensional Functional Assessment : The OARS Methodology. Durham, NC: Duke University Press.
- Farmer, M. M., & Ferraro, K. F. (1997). Distress and perceived health : mechanisms of health decline. Journal of Health and Social Behavior, 39, 298-311.
- Ferraro, K. F. (1980). Self-rating of health among the old and the old-old. Journal of Health and Social Behavior, 21, 377-383.
- Hase, S., & Douglas, A. J. (1987). Effects of relaxation training on recovery from myocardial infarction. Australian Journal of Nursing Research, 5, 18-27.
- Hickson, J., Housley, W. F., & Boyle, C. (1988). The relationship of locus of control, age, and sex to life satisfaction and death anxiety in older persons. International Journal of Aging and Human Development, 26(3), 191-199.
- Horowitz, L. (1985). The self-care motivation model: Theory and practice in healthy human development. Journal of School Health, 54(3), 99-104.
- Hunter, K. I., Linn, M. W., Harris, R., & Pratt, T. C. (1980). Discriminators of internal and external locus of control orientation in the elderly. Research on Aging, 2, 49-60.
- Idler, E. L., & Angel, R. J. (1990). Self-rated Health and Mortality in NHANES-1 epidemiologic follow-up study. American

- Journal of Public Health 80(4), 446-452.
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1995). Self-ratings of health: Do they also predict change in functional ability? Journal of Gerontology : Social Sciences, 50B(6), S344-S353.
- Idler, E. L., & Kasl, S. (1991). Health Perception and Survival: Do global evaluations of health status really predict mortality. Journal of Gerontology, 46(2), 55-65.
- Johnson, R. T., & Wolinsky, F. W. (1993). The structure of health status among older adults: Disease, disability, functional limitation, and perceived health. Journal of Health and Social Behavior, 34, 105-121.
- Kaplan, G., Barell, V., & Lusky, A. (1988). Subjective state of health and survival in elderly adults. Journal of Gerontology, 43(4), 114-120.
- Krause, N. M., & Jay, G. M. (1994). What do global self-rated health items measure?. Medical Care, 32(9), 930-942.
- LaRue, A., Bank, L., Jarvik, L., & Hetland, M. (1979). Health in old age: how do physician's ratings and self-ratings compare. Journal of Gerontology, 34(5), 687-691.
- Leininen, R., Heikkinen, E., & Jylha, M. (1999). A path analysis model of self-rated health among older people. Aging, 11(4), 209-220.
- Linn, B.S. and Linn, M.W.(1980). Objective and self-assessed health in the old and very old, Social Science and Medicine, 14A, 311-315.
- Markides, K. S. & Lee, D. J. (1990). Predictors of well-being and functioning in older Mexican americans and Anglos: an eight-year follow-up. Journal of Gerontology: Social Science, 45(1), S69-S73.
- Melanson, P. M., & Downe-Wamboldt, B. (1987). Identification of older adult's perception of their health, feelings toward their future and factors affecting there feelings. Journal of Advanced Nursing, 12, 29-34.
- Menec, V. H., Chipperfield, J. G., & Perry, R. P. (1999) Self-perception of Health: a prospective analysis of mortality, control, and Health, Journal of Gerontological British Psychological Science Social Science, 54(2), 85-93.
- Mitrushina, M. N., & Satz, P. (1991). Correlates of self-rated health in the elderly. Journal of Gerontological Nursing, 3(1), 73-77.
- Moor, B. S., Newsome, J. A., Payne, P. L., Tiansawas, S. (1993). Nursing Research : Quality of life and perceived health in elderly. Journal of Gerontological Nursing, 19(11), 7-14.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health predictor of mortality among the elderly. American Journal of Psychiatric Health, 8, 800-808.
- Mulsants, C. A. (1997). Generic health measurement : past accomplishments and a measurement paradigm for the 21st century. Annals of Internal Medicines, 127(8), 740-750.
- Mulsant, N. J. (1997). Age, time, and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men. American Journal of Public Health, 87(10), 1620-1625.
- Nicholas, P. K. (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. Journal of Advanced Nursing, 18, 1085-1094.
- Parkatti, T., Deeg, D. J., Bosscher, R. J., & Launer, L. L. (1998). Physical activity and self-rated health among 55-to 89-year-old Dutch people. Journal of Aging Health, 10(3), 311-326.
- Pender, N. (1985). Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and health locus of control among hypertensive adults. Research in Nursing and Health, 8, 67-72.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). Health

- Promotion in Nursing Practice, 2nd ed., Norwalk, CT: Appleton-Lange.
- Smith, M. A, Plawechi, H. M., Houser, B., & Plawechi, J. A. (1991). Age and health perceptions among elderly blacks. Journal of Gerontological Nursing, 17(11), 13-19.
- Sonstroem, R. J., & Walker, M. I. (1973). Relationship of attitude and locus of control exercise and physical fitness. Perceptual and Motor skills, 36, 1931-1934.
- Suchman, E. A. (1970). Health attitudes and behavior. Archives of Environment Health, 20(1), 105-110.
- Walker, K. V., & Bates, R. C. (1992). Health locus of control and self-efficacy beliefs in a lthy elderly sample. American Journal of Health Promotion, 6(4), 302-309.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, R., & Pender, N. J. (1988). Health promoting lifestyle of older adults: Comparisons with young and middle aged adults, correlates and patterns. Advances in Nursing Science, 11(1), 76-90.
- Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Kaplan, G. A., & Cohen, R. D. (1994). Impact of internal health locus of control on health outcomes for oder men and women: A longitudinal perspec-tive. The Gerontologist, 34(3), 299-306.
- Wallston, K. A. Wallston, B. S., & De Vellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. Helath Education Monographs, 6, 160-170.
- Ware, J. E. (1979). Health perception questionnaire, Instruments for measuring nursing practice and other care variables. Hyattsville, Marryland : DHEW pub.
- Wolinsky, F. D., Stump, T. E., & Johnson, R. J. (1995). Hospital utilization profiles among older adults over time : consistency and volume among survivors and decedents. Journal of Gerontology : Social Science, 50B(2), S88-S100.

-Abstract-

Key Concept : Elderly, Health perception

A Study of Factors Influencing Health Perception in the Elderly

Lee, Young Hee* · Choi, Soo Jeong**

The purpose of this study was to investigate the factors influencing health perception in the elderly. to provide the basic data for health behavior program and nursing intervention. The subjects of this study were 240 elderly person over the age 60, living in Seoul and Kangnung. They were conveniently sampled for this study and the data was collected from June 1999 to September 1999.

The instruments for this study were the Health Perception Questionnaire developed by Ware(1979), the OARS Functional Assessment Questionnaire (Duke University 1978), and Multidimensional Health Locus of Control by Wallston, Wallston, and De Vills(1978).

The data were analyzed by using SPSS Win computer Program. The results are as follows:

1. The total mean score of the health perception was 52.02(S.D=±7.07) in a range of 33 to 69, and the mean score of the functional status was 27.02 (SD=±2.75)

* Dept. of Nursing College of Medicine, Kwandong University, Assistant Professor
 ** College of Nursing Science, Ewha Womans University, Doctoral Course

in a range of zero to 28 and the mean score of the health locus of control was 65.66(S.D= \pm 8.68) in a range of 43 to 90. And The mean scores on the HLOC subscales were HLOC-I: 23.73 \pm 4.56 (range: 6-30), HLOC-P: 23.07 \pm 4.74 (range: 6-30), HLOC-C: 18.55 \pm 4.03 (range: 11-30).

2. There was a significant positive correlation between health perception and functional status($r=.216$, $p=.001$), and health perception and the health locus of control(HLOC) were not correlated at the level of statistical significance. However, the HLOC-I and health perception were correlated positively($r=.328$, $p=.000$), and the HLOC-P were correlated negatively ($r=-.129$, $p=.046$).
3. There was a significant difference statistically in the degree of health perception according to the age($F=3.351$,

$p=.002$), spouse($t=2.232$, $p=.021$), education level($F=7.373$, $p=.001$), disease($t=3.639$, $p=.000$), group activity ($t=2.458$, $p=.015$), drink($t=2.327$, $p=.021$).

4. Stepwise multiple regression analysis revealed that the most powerful predictor of health perception was internal health locus of control. A combination of HLOC-I, functional status, HLOC-P, group activity explained 17.9% of the variance for health perception in the elderly.

In conclusion, the results of this study show that internal health locus of control factor is very important in explaining the health perception for the elderly. Therefore, it will be considered internal health locus of control factor in nursing intervention and program in order to enforce the health behavior for elderly people .