

노인의 지각된 건강상태 및 건강개념과 건강증진 행위와의 관계

김효정·채선옥·박영숙 (계명대학교 간호학부)
우선희 (경상대학교 간호학과)

목 차

I. 서론	V. 논의
II. 문헌고찰	VI. 결론 및 제언
III. 연구방법	참고문헌
IV. 연구결과	영문초록

I. 서론

1. 연구의 필요성

인간수명의 연장으로 노인인구의 증가현상은 세계적인 추세로서 우리나라 역시 65세 이상 노인인구의 비율이 2001년 현재 7.4%로 나타나서 이미 고령화 사회가 되었으며, 2020년에는 13.2%에 달할 것으로 예측되고 있다(통계청, 2001; 보건복지부, 1997). 이러한 고령화 사회의 도래는 노인소득, 노인건강 등 여러 가지 노인문제 중에서도 노인 건강과 관련된 문제를 더욱 심각하게 제기하게 된다(김효정 외, 1999). 노인은 노화로 인한 일상적 건강관리는 물론, 각종 노인성 질환을 관리해야 하는 문제를 가지고 있어(전산초와 최영희, 1990) 어느 연령층보다도 자신의 건강을 유지, 증진하기 위한 노력이 요구된다(서울특별시, 1989; Penning & Wasyliv, 1992). 또한 노인집단은 의료비 사용이 많고 병원 수진율이 높은 집단이며 노인인구의 건강은 우리나라 전체인구의 의료비 지출이나 건강관련 통계지수와 삶의 질을 좌우할 수 있는 매우 중요한 측면이므로(송미순, 1996) 간호전문직의

노인에 대한 건강관리역할이 절실히 요청되고 있다.

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

건강증진 행위를 수행하는 것은 개인의 태도 변화를 통한 생활양식의 변화를 꾀하는 것이라고 할 수 있다(Mason & Mcguinnis, 1990). 건강증진 상태를 추구하기 위해서는 인간의 건강에 대한 행위와 태도변화에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 규명하는 작업이 필요하다.

최근 건강증진에 대한 연구는 매우 활발한 편이다. 선행연구에서 노인의 건강증진 행위정도는 중간 이하의 낮은 것으로 보고되고 있고(이경숙, 1998; 송경애, 2000), 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인으로는 자기효능감(김효정, 1997; 박은숙 등, 1998), 자아존중감(전정자와 김영희, 1996; 박은숙, 1998), 건강통제위(표지숙, 1991; 김효정, 1996), 지각된 건

강상태(Riffle et al., 1989; Speake et al., 1989; Duffy, 1993), 건강개념(박은숙, 1998), 인구학적 특성 등이 확인되었다.

노인의 건강행위는 인구학적 특성 뿐 아니라 건강에 대한 개념, 지각된 건강상태 등의 신체적 상태, 사회적 활동, 사회적 지지 등의 사회적 개념 및 자아통합감, 자존감 및 소외감 등의 심리적 개념 등이 관계된 행위라고 할 수 있다(김성혜, 1993; Muhlenkamp, Brown & Sands, 1985). 또한 개인의 건강개념은 건강과 관련된 행동의 중심이며, 간호는 대상자의 건강개념을 고려할 때 가장 효과적이다(Steele & Mcbrown, 1972).

그런데 노인의 건강증진 생활양식을 설명해 줄 수 있는 변인에 관한 국내 연구가 미흡하며 특히 다양한 인구집단에서 중요한 결정요인으로 보고된 노인의 지각된 건강상태, 건강개념을 변수로 연구한 것은 거의 찾아볼 수 없기 때문에 노인의 건강증진행위 수행정도를 알아보고 노인의 건강증진 행위와 이러한 변수들이 갖는 설명력을 파악하여 노인을 위한 효율적인 건강증진 프로그램을 개발하는데 기초자료를 제공하기 위해 본 연구를 수행하였다.

2. 목 적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인의 지각된 건강상태, 건강개념, 건강증진행위 수행정도를 파악한다.
- 2) 노인의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 수행정도를 파악한다.
- 3) 노인의 지각된 건강상태, 건강개념, 건강증진행위간의 상관관계를 파악한다.
- 4) 노인의 건강증진행위 수행정도에 영향을 미치는 변인을 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 지각된 건강상태

현재의 건강상태를 주관적으로 평가한 결과를 의미하며(Lawston, 1982), 본 연구에서는 Lawston, Moss, Fulcomer & Kleban(1982)의 건강상태 평

가치도로 측정된 점수를 의미한다.

2) 건강개념

건강 혹은 건강상태에 대한 주관적 의미를 말하며(Laffrey, 1986), 본 연구에서는 Laffrey(1986)가 개발한 Health Conception Scale을 박은숙 등(1998)이 수정 보완한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

3) 건강증진 행위

일상생활양식의 구성요소가 되는 지속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며(Pender, 1982), 본 연구에서는 Walker, Sechrist & Pender(1987)가 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP)을 우리 문화에 맞게 본 연구자가 수정 보완하여 측정된 점수를 의미한다.

II. 문헌 고찰

1. 건강상태에 대한 지각 및 건강개념과 건강증진 행위

개인은 건강에 대한 지각과정을 통해 태도를 형성하고, 태도는 자신의 행동에 영향을 미치게 된다. 건강상태에 대한 개인적인 지각은 건강증진행위의 중요한 동기적 요인으로 널리 보고되어 왔다. 건강은 개인의 주관적 지각과 관계가 있으며 이러한 지각은 건강행위를 결정하는 중요한 요인이 되므로 건강지각과 건강증진행위는 밀접한 관계가 있다(송경애와 이소영, 2000; 이경숙, 1998). 또한 Combs와 Snyggs(1971)는 지각상태가 행위를 결정한다고 하였다.

건강에 대한 의미는 매우 다양한데 Steele과 McBrown(1972)은 한 사람의 건강개념은 건강과 관련된 행동의 중심이므로 간호는 환자의 건강개념을 고려할 때 가장 효율적이라고 하였다. Laffrey(1986)는 건강개념을 질병, 증상, 질환이 없는 상태를 의미하는 임상적 개념, 일상적인 역할을 수행하는 능력을 의미하는 역할수행 개념, 변화하는 환경에 대한 융통성있는 적응을 의미하는 적응 개념, 더 높은 수준의 안녕과 인간성을 성취하기 위해 일상적인 생활사건을 초월하는

능력이며 충분한 안녕상태를 의미하는 안녕적 개념의 4범주로 분류하였다. 변영순(1988)은 위의 모델을 기초로 한 성인대상의 연구에서 건강개념을 질병과 증상이 없는 전통적인 의미보다는 사회적 역할과 기능을 수행할 수 있는 상태를 더 중요한 건강개념의 의미로 지각하고 있다고 보고하였다. 또한 Leininger(1978)는 건강개념의 인식은 건강행위 결정의 주요 핵심요인이라고 하였다.

건강에 대한 많은 정의가 있지만 노인 대상자들만의 건강 개념을 다룬 연구는 드물다. 이영희(1995)는 문화기술지 방법으로 한국 노인의 건강개념을 몸의 건강 개념(거동가능함, 잘 먹을 수 있음, 일할 수 있음, 아픈 것의 수용과 조절), 마음의 건강개념(든든함, 자신감, 편안함), 영의 건강개념(현재지향적인 삶 중시, 정상적인 죽음맞이, 영혼의 자리매김)으로 나누어 설명하였으며 건강의 가장 중요한 지표는 개인이 해야만 하는 것, 하고자 하는 것을 할 수 있는 것이고 안녕감이라고 하였다.

건강증진행위란 개인의 안녕상태 또는 자아실현에 도달하기 위해서 보다 높은 수준의 건강상태를 지향하는 행동이다(Pender, 1987). Pender(1982)는 Becker의 건강신념모형을 근거로 한 건강증진모형을 제시하였고 Walker 등(1987)은 건강의 복합적인 특성을 감안하여 다차원적 접근을 시도함으로써 자아실현, 건강책임, 영양, 운동, 대인관계, 스트레스 관리의 여섯 가지 영역을 포함하는 건강증진 생활양식(HPLP) 측정 도구를 개발하여 건강증진 행위 수행정도를 측정하였다.

HLPL를 적용하여 노인의 지각된 건강상태, 건강개념과의 관계를 연구한 결과들을 보면 다음과 같다.

노인을 대상으로 한 많은 연구에서 지각된 건강상태가 건강증진 생활양식의 주요예측인자였으며(Riffle et al., 1989; Speake et al., 1989; Duffy, 1993), 유의한 상관관계가 있는 것으로 보고되었다(Duffy, 1993; Pender, 1987; Riffle et al., 1989; Speake et al., 1989; Hanner, 1986; 김효정, 1998; 이경숙, 1998). 성인을 대상으로 한 이태화(1989), 박인숙(1995), 중년후기여성을 대상으로 한 박재순(1995)의 연구에서는 건강상태가 건강증진 행

위의 주요예측인자였으나 중년여성을 대상으로 한 서연옥(1995)의 경우 건강상태 지각이 건강증진 행위에 유의한 영향을 나타내지 않음을 보고하였는데 이는 대상자의 특성에 따라 건강상태 지각이 건강증진 행위의 동기적 요인이 되지 않을 수 있는 가능성을 시사해 준다.

노인을 대상으로 한 박은숙 등(1998)의 연구에서는 건강개념(3%)을 포함하여 삶의 질, 내적통제위, 자기효능감, 자아존중감이 건강증진 생활양식을 42% 설명하였으며 대학생을 대상으로 한 박미영(1994)의 연구에서는 건강상태지각, 안녕적인 건강개념이 각각 건강증진 생활양식에서 전체 변량의 11.6%, 4.7%를 설명하는 것으로 나타났다. 또한 성인을 대상으로 한 조현숙(1997)의 연구결과 건강개념이 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 있었으며 건강상태에 대한 지각, 연령, 결혼상태, 성별을 포함하여 건강증진 행위를 15.18%를 설명하였다. 그런데 노인을 대상으로 건강개념과 건강증진행위를 다룬 연구가 부족하므로 본 연구에서 다루고자 한다.

노인의 인구학적 특성과 건강증진 행위와의 관계를 밝힌 연구에서 송경애(2000)는 연령, 교육정도, 경제상태에 따라, 송영신, 이미라와 안은경(1997)은 교육정도, 월 평균용돈, 종교에 따라, 표지숙(1992)은 연령, 성별, 결혼상태, 교육수준, 용돈액수, 동거현황, 직업유무에 따라, 은영과 구미옥(1999)은 교육정도, 경제상태, 종교, 건강상태에 따라, 박은숙(1998)은 성별, 연령, 결혼상태, 교육정도, 종교, 직업, 동거가족수, 경제수준, 월 평균용돈, 현재질병유무에 따라 건강증진 행위에 차이가 있다고 보고하였다. 또한 노인을 대상으로 Speake et al.(1989)의 연구에서 교육수준이 높을수록, 수입이 많을수록 건강증진행위를 더 많이 수행하였다.

이상의 연구결과에서 성별, 연령, 교육정도, 경제상태, 월 평균용돈, 직업, 가족의 크기, 배우자 유무, 종교, 현재질병유무가 노인의 건강증진행위와 관련성이 높을 것으로 보여지나 일관된 결과를 나타내지는 않았다.

따라서 본 연구에서 노인의 인구학적 특성, 지각된 건강상태, 건강개념과 건강증진행위와의 관련성을 알아보고자 한다.

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 노인의 건강증진 행위 수행정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 변인을 규명하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구의 대상자는 경주시에 거주하는 65세 이상의 재가 노인중에서 연구목적을 이해하고 연구대상으로 참여하기를 수락한 자로 총 157명을 편의추출하였고 대상자의 선정기준은 다음과 같다.

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

자료수집기간은 1999년 8월 24일부터 10월 10일까지였고, 연구자와 연구보조원이 일대일 면접으로 설문지를 작성하였으며, 설문지 작성에 소요된 시간은 약 25분 정도 소요되었다.

3. 연구도구

연구도구는 구조화된 질문지를 사용하였고, 일반적 특성 11문항, 지각된 건강상태 2문항, 건강개념 16문항, 건강증진행위 45문항으로 총 74문항으로 구성되었다.

1) 지각된 건강상태

지각된 건강상태를 측정하기 위해 Lawston 등(1982)의 건강상태 평가척도를 이용하였다. 이 도구는 2문항으로 구성되어 있으며, 최저 2점에서 최고 7점까지 가능하며 점수가 높을수록 건강상태가 좋다고 지각하는 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach' $\alpha = .82$ 였다.

2) 건강개념

건강개념을 측정하기 위해 Laffrey(1986)가 개발

한 건강개념 측정 도구를 박은숙 등(1998)이 노인의 특성에 맞게 수정보완한 도구를 이용하였다. 이 도구는 총 16문항 4점 평정 척도로 임상적 개념 4문항, 역할수행 개념 4문항, 적응 개념 4문항, 안녕적 개념 4문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 역할수행 개념, 적응 개념, 안녕적 개념간에 상호관련성이 높게 나타났기 때문에 임상적 개념 4문항, 안녕적 개념 12문항으로 구분하였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach' $\alpha = .93$ 이었다.

3) 건강증진행위

건강증진행위 수행정도를 측정하기 위해 Walker 등(1987)의 건강증진 행위 도구를 본 연구자가 노인의 특성에 맞게 수정 보완한 도구를 이용하였다. 수정된 도구는 총 45문항 4점 평정척도로 자아실현 12문항, 건강에 대한 책임감 8문항, 운동 6문항, 영양 6문항, 지지적인 대인관계 6문항, 스트레스 관리 7문항 등의 6개 범주로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 건강증진 행위 수행정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach' $\alpha = .89$ 로 나타났다.

4. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균으로 산출하였다.
- 2) 대상자의 지각된 건강상태, 건강개념, 건강증진 행위 수행정도는 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 3) 대상자의 지각된 건강상태, 건강개념, 건강증진 행위간의 상관관계를 보기 위해 Pearson Correlation Coefficient를 산출하였다.
- 4) 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 수행정도의 차이를 검정하기 위해 t-test, ANOVA 와 Tukey 검정을 하였다.
- 5) 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인을 파악하기 위해 단계적 회귀방법(stepwise multiple regression)을 이용하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성과 그에 따른 건강증진 행위 수행정도

대상자의 인구학적 특성은 <표 1>과 같다. 연령은 65~69세(평균 71.09세)가 38.8%로 가장 많았고 성별은 남자가 29.7%, 여자가 70.3%였다. 종교는 불교가 58.1%로 절반 이상이었고 결혼상태는 기혼이 53.2%, 사별이 45.5%였다. 교육정도는 국졸이 44.3%로 교육수준이 대체로 낮았다. 동거유형은 결혼한 아들과 함께 사는 경우가 38.8%로 가장 많았으며, 평균 동거가족수는 2.53명이었다. 주거상태는 자가 87.9%였고 경제수준은 '중'이 73.2%로 대부분이었고 월 평균용돈은 10만원 이하가 42.6%, 11~30만원이 37.4%였다. 현재 질병상태에 대해서 질병을 앓고 있는 경우가 55.6%였다.

2. 대상자의 건강증진행위 수행정도

대상자의 건강증진행위 수행정도는 평균 2.52이고 범위는 최고 3.29, 최저 1.67이었다. 영역별 건강증진행위 수행정도는 <표 4>와 같다. 평균점수가 높은 순서대로 보면 영양(3.02), 지지적인 대인관계(2.68), 자아실현(2.57), 스트레스 관리(2.50), 건강에 대한 책임(2.37), 운동(2.03)이었다.

3. 대상자의 지각된 건강상태와 건강개념

현재 지각된 건강상태는 '그저 그렇다'가 48.1%로 가장 많았고 현재 건강상태의 일상생활 수행정도에 대한 방해정도에 대해서는 '약간 방해가 됨'이 56.4%로, 대상자가 자가평가한 건강상태는 평균 2.01로 낮은 수준의 건강상태로 지각하는 것으로 나타났다(<표 2>).

대상자의 건강개념은 임상적 개념이 평균 3.09, 안념적 개념이 2.95로 평균 2.99로 나타났다(<표 3>).

4. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 수행정도

<표 1> 일반적 특성에 따른 건강증진행위(N=157)

특성	구분	N(%)	M(SD)	t or F	P	Tukey
연령	60~64	8(5.1)	2.60(.30)	3.35	.012	2>3
	65~69	61(38.8)	2.62(.29)			
	70~74	43(27.4)	2.40(.34)			
	75~79	30(19.1)	2.45(.39)			
	≥80	15(9.6)	2.44(.26)			
성별	남	46(29.7)	2.61(.35)	2.26	.025	
	여	109(70.3)	2.47(.32)			
	무응답	2				
종교	불교	90(58.1)	2.50(.32)	.74	.566	
	기독교	39(25.2)	2.53(.37)			
	천주교	4(2.5)	2.70(.30)			
	무	20(12.9)	2.42(.35)			
	기타	2(1.3)	2.61(.42)			
결혼 상태	기혼	83(53.2)	2.59(.33)	5.08	.007	1>2
	사별	71(45.5)	2.42(.32)			
	기타	2(1.3)	2.64(.25)			
	무응답	1				
교육 정도	무학	41(27.5)	2.44(.26)	4.22	.003	3>1
	국졸	66(44.3)	2.45(.35)			
	중졸	22(14.8)	2.73(.30)			
	고졸	17(11.4)	2.55(.32)			
	대졸이상	3(2.0)	3.08(.00)			
동거 가족 수	0-1명	72(46.2)	2.46(.34)	5.31	.006	2>1
	2-4명	57(36.5)	2.62(.31)			
	5-8명	27(17.3)	2.40(.33)			
	무응답	1				
동거 현황	결혼한 아들과함	59(38.8)	2.51(.36)	2.77	.044	4>3
	부부끼리	40(26.3)	2.56(.36)			
	혼자살	32(21.1)	2.38(.29)			
	기타	21(13.8)	2.63(.23)			
	무응답					
주거 상태	자가	138(87.9)	2.52(.32)	.42	.657	
	전세	14(8.9)	2.47(.33)			
	기타	5(3.2)	2.39(.58)			
경제 상태	상	5(3.2)	2.92(.28)	7.10	.001	1>2
	중	115(73.2)	2.53(.32)			
	하	37(23.6)	2.38(.31)			
월평균 용돈 (만원)	≤10	66(42.6)	2.44(.30)	3.35	.012	3>1
	11~30	58(37.4)	2.49(.36)			
	31~50	24(15.5)	2.68(.29)			
	51~70	5(3.2)	2.84(.33)			
	≥91	2(1.3)	2.46(.00)			
현재 질병 유무	유	84(55.6)	2.48(.35)	-.70	.483	
	무	67(44.4)	2.52(.31)			
	무응답	6				

무응답은 백분율에서 제외함.

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 수행정도의 차이를 보기 위해 t-test, ANOVA, Tukey test

〈표 2〉 대상자의 건강증진 행위 수행정도

영역(문항수)	Mean	SD
전체(45)	2.52	.33
자아실현(12)	2.57	.52
건강에 대한 책임감(8)	2.37	.59
운동(6)	2.03	.57
영양(6)	3.02	.40
지지적인 대인관계(6)	2.68	.46
스트레스 관리(7)	2.50	.46

〈표 3〉 대상자의 지각된 건강상태

문항구분	N(%)	Mean	SD
전체		2.01	.67
현재 지각된 건강상태	나쁘다	41(26.3)	2.03 .80
	그저 그렇다	75(48.1)	
	좋다	34(21.8)	
	아주 좋다	6(3.8)	
	무응답	1	
현재건강상태의 ADL에 대한 방해정도	상당히 방해됨	35(22.4)	1.99 .66
	약간 방해됨	88(56.4)	
	전혀 방해안됨	33(21.2)	
무응답	1		

무응답은 백분율에서 제외함.

를 실시한 결과는 〈표 1〉과 같다. 대상자의 건강증진 행위 수행정도는 연령(P<.05), 성(P<.05), 결혼상태(P<.01), 교육정도(P<.01), 동거가족수(P<.01), 동거현황(P<.05), 경제상태(P<.001), 월 평균용돈(P<.05)에 따라 유의한 차이가 있었다.

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 하부영역 수행정도의 차이를 보기 위해 t-test, ANOVA를 실시한 결과는 〈표 5〉와 같다.

〈표 4〉 대상자의 건강개념

영역(문항수)	Mean	SD
전체(16)	2.99	.49
임상적 개념(4)	3.09	.54
안녕적 개념(12)	2.95	.52

5. 대상자의 일반적 특성에 따른 지각된 건강상태와 건강개념

지각된 건강상태는 연령(P<.05), 성(P<.0001), 교육정도(P<.0001), 경제상태(P<.0001), 월 평균용돈

〈표 5〉 대상자의 일반적 특성에 따른 하부영역별 건강증진 행위

특성	건강증진 행위	자아실현	건강에 대한 책임감	운동	영양	지지적인 대인관계	스트레스 관리
	t or F(P)	t or F(P)	t or F(P)	t or F(P)	t or F(P)	t or F(P)	t or F(P)
연령	3.35 (.012)	4.64 (.001)	.887 (.473)	1.57 (.184)	2.94 (.022)	2.15 (.077)	.67 (.610)
성별	2.26 (.025)	2.12 (.035)	-.47 (.637)	3.78 (.000)	2.88 (.005)	.41 (.676)	.76 (.446)
종교	.74 (.566)	1.56 (.188)	.63 (.639)	.46 (.759)	1.26 (.287)	3.89 (.005)	.38 (.818)
결혼상태	5.08 (.007)	4.60 (.011)	2.15 (.120)	5.28 (.006)	6.36 (.002)	4.04 (.020)	.03 (.963)
교육정도	4.22 (.003)	4.84 (.001)	1.74 (.143)	4.31 (.003)	3.62 (.008)	2.16 (.076)	1.12 (.346)
동거가족수	5.31 (.006)	4.56 (.012)	.44 (.642)	3.05 (.050)	.06 (.941)	3.46 (.034)	3.35 (.038)
동거현황	2.77 (.044)	5.90 (.001)	.51 (.671)	1.89 (.133)	3.12 (.028)	1.75 (.158)	.25 (.861)
주거상태	.42 (.657)	.02 (.974)	2.06 (.131)	.13 (.877)	.82 (.439)	1.52 (.220)	3.91 (.022)
경제상태	7.10 (.001)	6.88 (.001)	5.45 (.005)	.80 (.447)	3.30 (.039)	1.96 (.144)	.932 (.396)
월 평균용돈	3.35 (.012)	1.89 (.115)	2.87 (.025)	6.10 (.000)	1.00 (.405)	1.92 (.109)	1.30 (.269)
현재질병유무	-.70 (.483)	-2.39 (.018)	2.16 (.032)	-1.47 (.143)	-1.34 (.182)	-.83 (.405)	.10 (.915)

〈표 6〉 대상자의 일반적 특성에 따른 지각된 건강상태와 건강개념

특 성	지각된 건강상태 t or F(P)	건강개념		
		전 체 t or F(P)	임상적 개념 t or F(P)	안녕적 개념 t or F(P)
연 령	3.40(.011)	1.98(.099)	1.47(.211)	2.03(.093)
성 별	4.30(.000)	1.31(.191)	.17(.864)	1.74(.084)
종 교	.89(.468)	2.08(.085)	3.08(.018)	1.71(.151)
결혼상태	1.98(.142)	3.36(.037)	.94(.392)	4.30(.015)
교육정도	8.55(.000)	2.89(.038)	.68(.562)	3.77(.012)
동거가족수	.25(.778)	.80(.448)	.24(.786)	1.20(.302)
동거현황	.79(.499)	2.53(.059)	2.31(.079)	1.55(.204)
주거상태	.12(.883)	2.06(.131)	1.25(.288)	2.00(.138)
경제상태	12.59(.000)	.06(.942)	.31(.729)	.13(.872)
월 평균용돈	4.26(.003)	.58(.675)	.61(.651)	.77(.544)
현재질병유무	-8.41(.000)	-.05(.959)	-.18(.853)	.06(.952)

($P<.01$). 현재질병유무($P<.0001$)에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 60~64세군과 65~69세군이 80세 이상군보다, 남자가 여자보다, 교육정도가 높을수록, 경제상태가 좋을수록, 11~31만원군과 31~50만원군이 10만원이하군보다 지각된 건강상태가 좋은 것으로 나타났다.

건강개념은 결혼상태($P<.05$), 교육정도($P<.05$)에 따라 유의한 차이가 나타났으며 안녕적 개념에서도 같은 경향을 나타냈다. 즉 기혼군이 사별군보다, 중졸군이 무학군보다 건강을 단지 질병이 없는 상태로 받아들이는 것이 아니라 적응, 역할수행, 최고의 안녕상태를 의미하는 안녕적 개념으로 보다 광범위한 의미로 받아들이고 있었다(표 6).

6. 대상자의 지각된 건강상태 및 건강개념과 건강증진 행위간의 상관관계

건강증진 행위는 지각된 건강상태($r=.272, P=.001$),

건강개념($r=.345, P=.000$)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

1) 지각된 건강상태와 건강증진 행위

지각된 건강상태는 자아실현($r=.442, P=.000$), 운동($r=.237, P=.003$), 영양($r=.260, P=.001$) 간에 유의한 정적 상관관계가 있었다(표 7).

2) 건강개념과 건강증진 행위

건강개념은 자아실현($r=.372, P=.000$), 건강에 대한 책임($r=.236, P=.005$), 영양($r=.320, P=.000$), 지지적인 대인관계($r=.230, P=.006$) 간에 유의한 정상관관계를 나타냈다.

임상적 개념은 상관관계가 없는 것으로 나타났으나($r=.103, P=.227$) 안녕적 개념은 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.($r=.400, P=.000$).

안녕적 개념은 자아실현($r=.406, P=.000$), 건강

〈표 7〉 대상자의 지각된 건강상태 및 건강개념과 건강증진 행위간의 상관관계

특 성	건강증진 행위	자아실현	건강에 대한 책임감	운 동	영 양	지지적인 대인관계	스트레스 관리
	r(P)	r(P)	r(P)	r(P)	r(P)	r(P)	r(P)
지각된 건강상태	.272 (.001)	.442 (.000)	.081 (.322)	.237 (.003)	.260 (.001)	.078 (.336)	-.095 (.247)
건강개념 전 체	.345 (.000)	.372 (.000)	.236 (.005)	.040 (.641)	.320 (.000)	.230 (.006)	.090 (.294)
임상적 개념	.103 (.227)	.182 (.032)	.064 (.456)	-.095 (.266)	.185 (.029)	.068 (.427)	-.053 (.532)
안녕적 개념	.400 (.000)	.406 (.000)	.276 (.001)	.084 (.323)	.339 (.000)	.267 (.001)	.133 (.120)

〈표 8〉 건강증진 행위 수행정도의 단계적 회귀분석표

변 인	Multi R	R ²	R ² change	B	Beta	T	Sig T
안녕적 개념	.424	.180	.180	.282	.449	5.902	.000
월 평균용돈	.497	.247	.067	.088	.261	3.423	.001

에 대한 책임감($r=.276, P=.001$), 영양($r=.339, P=.000$), 지지적인 대인관계($r=.267, P=.001$) 등 4개 영역에서 높은 상관관계를 나타냈으나 임상적 개념은 자아실현($r=.182, P=.032$), 영양($r=.185, P=.029$) 등 2개 영역에서 통계적으로 유의하지만 안녕적 개념보다 낮은 상관관계를 나타내었다(표 7).

7. 대상자의 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인

대상자의 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인을 파악하기 위해 단계적 회귀분석을 한 결과는 〈표 8〉에서 제시한 바와 같다. 건강증진행위 수행에 영향을 미치는 변인은 건강개념(안녕적 개념)이 다변수 상관계수가 $R=.387(R=.424)$ 로 건강증진행위 수행에서 전체 변량의 14.9%(18.0%)를 설명하였다. 건강개념(안녕적 개념) 다음으로 건강증진 행위 수행에 영향을 미치는 변인은 월 평균용돈이었으며, 위의 변인을 모두 포함시키면 건강증진행위에서 전체 변량의 20.9% (24.7%)를 설명하였다.

V. 논 의

본 연구에서 노인의 건강증진행위 수행정도는 평균 2.52점으로 김효정(1996)의 연구에서 보고된 2.89점과 Speake 등(1989)이 보고한 2.99점보다 낮은 수준으로 나타났다. 그러나 대학생을 대상으로 한 이미라(1997)의 연구결과인 평균 2.3점과 20-30대 근로여성을 대상으로 한 송영신(1997)의 연구결과인 2.46점과 비교해 볼 때 노인은 건강을 해칠 위험요소가 많은 만큼 건강행위의 빈도도 일반 성인층보다 높다고 보고한 여러 연구결과와 일치하였다(Harris and Guten).

각 영역별 건강증진행위 수행정도는 평균점수가 높은 순서대로 보면 영양, 지지적인 대인관계, 자아실현, 스트레스 관리, 건강에 대한 책임, 운동이었다. Walker 등(1987)의 HLPL를 사용해서 노인의 건강

증진 행위를 연구(Riffle et al., 1989; Speake et al., 1989; Walker et al., 1988; 김효정, 1996)한 결과에서도 건강에 대한 책임, 스트레스 관리, 운동 및 활동 영역에서 낮은 점수를 나타내어 본 연구결과와 일치하였다. 이는 노인이 자신의 건강에 대해 책임을 느끼고 적절한 스트레스 관리 및 정기적인 운동프로그램 참여를 통해 건강증진을 도모할 수 있도록 지지해 줄 필요성이 있음을 제시해 준다.

노인의 건강증진행위 수행정도는 연령, 성, 결혼상태, 교육정도, 동거가족수, 동거현황, 경제상태, 월 평균용돈에 따라 유의한 차이가 있었다.

65~69세군이 70~74세군 보다 건강증진행위 수행정도가 높은 것으로 나타났는데 이는 연령이 낮은 층이 연령이 높은 층보다 신체적 기능성이나 경제적 형편이 양호하여 건강에 대한 성취목표가 높기 때문으로 사료된다. 교육수준이 높은 군은 그렇지 않은 군보다 건강지식이 많고 건강증진행위를 할 수 있는 여건이 좋으며, 월 평균용돈이 많은 경우 여러 건강증진 프로그램에 참여할 수 있는 기회가 많기 때문에 건강증진행위 수행정도가 더 높다고 사료된다. 앞으로 노인이 될 세대는 교육수준이 더욱더 높아질 것이므로 노인의 건강증진을 위한 체계적인 계획과 노인을 위한 저렴한 건강증진 프로그램 개발이 요구된다. 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 인구사회학적 특성에 대한 선행연구에서 송경애(2000)는 연령, 교육정도, 경제상태를, 표지숙(1992)은 연령, 성별, 결혼상태, 교육수준, 용돈액수, 동거현황, 직업유무를, Speake 등(1989)은 교육수준, 수입을 들고 있어 본 연구결과와 부분적으로 일치하였다.

노인이 자가평가한 건강상태는 평균 2.01점으로 낮은 수준의 건강상태로 지각하는 것으로 선행연구(김숙영, 1992; 김효정, 1997; Riffle 등, 1989) 결과와 일치하였다.

노인의 지각된 건강상태는 연령이 적을 경우, 성(남자), 교육정도가 높을수록, 경제상태가 좋을수록, 월

평균용돈이 많은 경우, 현재질병이 없는 경우 더 높게 나타났다. 이는 지각된 건강상태가 여자보다 남자가, 배우자가 있는 경우, 전문직인 경우 더 높다고 보고한 연구(Brown & McCreedy, 1986; Verbrugge & Windgard, 1987; Wallen 등, 1979) 결과와 부분적으로 일치하였다.

노인의 지각된 건강상태와 건강증진행위(자아실현, 운동, 영양)간에 유의한 정적 상관관계가 있었다. 노인이 지각한 건강상태가 좋을수록 건강행위가 더 증가하는데 그 이유는 건강상태에 대한 자기평가가 좋을수록 자기결정과 내적 동기가 강화되며 결과적으로 건강문제에 대한 능력감이 증가하고 이는 건강행위에 영향을 미치기 때문으로 생각된다(전정자와 김영희, 1996; Brown and McCeedy, 1986; Cox, Mille, & Mull, 1987; Dishmen, Sallis, & Orenstein, 1985). 또한 지각된 건강상태와 영양 영역간에 유의한 상관관계가 나온 결과는 우리나라 성인이 가장 많이 행하는 건강행위가 식생활을 통한 건강행위임을 볼 때(김애경, 1994) 영양관련 행위를 잘 실천하는 경우 스스로 건강하다고 느낀다는 것을 알 수 있다.

노인의 건강개념은 임상적 개념이 3.09점, 안녕적 개념이 2.95점, 평균 2.99점으로 이러한 결과는 노인이 역할수행, 적응, 자아실현의 안녕적 건강개념보다 임상적 개념에 더 많이 동의하는 것을 나타낸다. 노인을 대상으로 한 박은숙(1998)은 노인이 임상적 개념에서 가장 높은 점수를 나타낸다고 보고하여 본 연구결과와 일치하였으나 여대생을 대상으로 한 박혜숙과 김애정(2000)의 연구에서는 임상적 개념보다 안녕적 개념에서 높은 점수를 보여 본 연구결과와 일치하지 않았다.

임상적 개념은 자아실현, 영양 등 2개 영역에서 낮은 상관관계를 나타내었으나 안녕적 개념은 자아실현, 건강에 대한 책임감, 영양, 지지적인 대인관계 등 4개 영역에서 높은 상관관계를 나타내어 단순한 의미의 임상적 개념보다 포괄적인 안녕적 개념이 건강증진 행위에 중요한 변수임을 알 수 있다. 이러한 결과는 선행연구(박계화, 1995; 박미영, 1993; 박혜숙과 김애정, 2000) 결과와 일치하였다.

건강증진행위 수행에 영향을 미치는 변인을 확인하기 위해 단계적 다중회귀분석을 한 결과, 노인의 건강

증진 행위에 대한 설명력이 가장 높은 변인은 안녕적 개념(18.0%)이었다. 이는 건강개념이 건강증진행위의 중요한 예측변수임을 보고한 조현숙(1996), 박미영(1993), 박혜숙과 김애정(2000)의 연구결과와 일치하였다.

따라서 노인의 건강증진행위 수행도를 높일 수 있도록 질병이나 증상의 부재를 의미하는 단순한 임상적 건강개념보다는 사회적 역할을 수행할 수 있는 능력, 환경에 융통성있는 적응, 원기 왕성한 안녕을 의미하는 안녕적 개념에 초점을 둔 노인을 위한 건강교육 프로그램이 필요하다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 노인의 건강증진 행위 수행정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 변인을 규명하기 위한 서술적 조사 연구이다. 연구대상자는 경주시에 거주하는 60세 이상의 재가 노인중에서 총 157명을 편의추출하였다. 연구도구로는 Walker 등(1987)의 건강증진 행위 도구를 본 연구자가 노인의 특성에 맞게 수정보완한 도구, Lawston 등(1982)의 건강상태 평가척도, Laffrey (1986)가 개발한 건강개념 측정 도구를 박은숙 등(1998)이 노인의 특성에 맞게 수정보완한 도구를 이용하였다. 자료수집기간은 1999년 8월 24일부터 10월 10일까지였으며 자료의 분석은 SPSS 통계 프로그램을 이용하여 실수와 백분율, 평균과 표준편차, Pearson Correlation Coefficient, t-test, ANOVA 와 Tukey 검정, 단계적 회귀방법(stepwise multiple regression)으로 분석하였고 그 결과 얻어진 결론은 다음과 같다.

1) 건강증진행위 수행정도는 평균 2.52이고 영역별 평균점수가 높은 순서대로 보면 영양(3.02), 지지적인 대인관계(2.68), 자아실현(2.57), 스트레스 관리(2.50), 건강에 대한 책임(2.37), 운동(2.03)이었다.

2) 대상자가 자가평가한 건강상태는 평균 2.01로 낮은 수준의 건강상태로 지각하는 것으로 나타났으며 건강개념은 임상적 개념이 평균 3.09, 안녕적 개념이 2.95로 평균 2.99로 나타났다.

3) 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 수행정도의 차이를 분석한 결과 연령, 성, 결혼상태, 교육정도, 동

거가족수, 동거현황, 경제상태, 월 평균용돈에 따라 유의한 차이가 있었다.

4) 지각된 건강상태는 연령, 성, 교육정도, 경제상태, 월 평균용돈, 현재질병유무에 따라 유의한 차이가 있었으며 건강개념은 결혼상태, 교육정도에 따라 유의한 차이가 나타났다.

5) 건강증진 행위는 지각된 건강상태($r=.272$), 건강개념($r=.345$)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

6) 건강증진 행위 수행에 영향을 미치는 변인은 연령적 개념이 다변수 상관계수가 $R=.387$ ($R=.424$)로 건강증진 행위 수행에서 전체 변량의 18.0%를 설명하였다. 월 평균용돈을 포함시키면 건강증진 행위에서 전체 변량의 24.7%를 설명하였다.

이상의 결론을 근거로 노인의 운동 및 활동, 건강에 대한 책임, 스트레스 관리를 촉진시키기 위한 간호전략과 건강에 대한 포괄적인 개념을 갖도록 하는 건강교육과 노인을 위한 저렴한 비용의 건강증진 프로그램을 개발하는 것이 요구된다.

참 고 문 헌

김애경 (1994). 성인의 건강개념과 건강행위에 대한 서술적 연구. *간호학회지*, 24(1) : 70-83.

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

김효정 (1996). 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구. 계명대학교 석사학위논문.

김효정 (1998). 노인의 건강증진 행위와 자기효능감, 자존감과의 관계연구. *중앙의학*, 63(1) : 65-74.

김효정, 김명애, 박경민 (1999). 노인의 만성동통 유무에 따른 건강상태 및 일상활동장애 비교. *한국노년학회지*, 24(1) : 79-89.

박계화 (1995). 건강개념, 자기효능감, 강인성과 건강증진 생활양식과의 관계연구. 이화여자대학교 석사학위논문.

박미영 (1994). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련된 인 연구. *지역사회간호학회지*, 5(1) : 81-96.

박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이퍼숙, 김행자, 한금선 (1998). 노인의 건강증진행위 및 삶의 질에 영향

을 미치는 요인. *간호학회지*, 28(3) : 638-649.

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

박재순 (1995). 중년후기 여성의 건강증진행위 모형구축. 서울대학교 박사학위 논문.

박혜숙과 김애정 (2000). 여대생의 건강상태, 건강개념과 건강증진행위간의 관계. *한국간호교육학회지*, 6(2) : 218-232.

변영순 (1988). 건강개념의 의미에 관한 조사연구. *간호학회지*, 18(2) : 189-196.

서연옥 (1995). 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 박사학위 논문.

서울특별시 (1989). 노인복지정책 수립을 위한 조사연구.

송경애, 이소영 (2000). 한국노인과 미국이민 한국노인의 건강상태지각과 건강증진행위. *기본간호학회지*, 7(3) : 401-412.

송미순 (1996). 노년기의 건강증진. 서울대학교 개교 50주년 기념 국제학술대회.

송영신 (1997). 여성근로자의 건강증진 생활방식과 영향요인분석. 충남대학교 석사학위논문.

송영신, 이미라, 안은경 (1997). 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. *간호학회지*, 27(3) : 541-549.

은영, 구미옥 (1999). 일지역 노인의 건강증진 행위, 건강통제위 및 건강통제위 반응유형. *간호학회지*, 29(3) : 625-636.

이경숙 (1998). 노인의 건강지각과 건강증진 행위. 전북대학교 석사학위논문.

이영희 (1995). 도시 빈곤 노인의 건강개념 및 건강행위에 대한 문화기술적 연구. *성인간호학회지*, 7(2) : 141-165.

이태화 (1990). 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인 분석. 연세대학교 석사학위 논문.

전산초, 최영희 (1990). 노인간호학. 수문사.

조현숙 (1997). 정상체중과 과다체중 성인의 체중, 건강상태, 건강개념 지각과 건강증진 행위에 관한 연구. *기본간호학회지*, 4(1) : 133-146.

표지숙 (1991). 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구. 연세대학교 석사학위논문.

Brown, J. S., & McCreedy, M. (1986). The hale elderly: Health behavior and its

- correlates. *Research in Nursing & Health*, 9:317-329.
- Brubaker, B. H. (1983). *Health Promotion : a Linguistic Analysis*. *Advances in Nursing science*, April:1-13.
- Combs, A. W., & Snygg, D. (1971). *Individual Behavior: A perceptual Approach to Behavior*(rev. ed), New York: Karper & Brothers.
- Duffy, M. E. (1993). *Determinants of Health-Promoting Lifestyles in Older Persons*. *Image*, 25(1) : 23-28.
- Hanner (1986). *Factors related to promotion of health-seeking behaviors in the aged*. Unpublished doctoral dissertation.
- Harris & Guten (1979).
- Laffrey, S. C. (1986). *Development of a Health Conception Scale*. *Research in Nursing & Health*, 9 : 107-113.
- Lawston, M. P., Moss M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). *A research and service oriented multilevel assessment instrument*. *Journal of Gerontology*, 37(1) : 91-99.
- Leininger, M. M. (1978). *Caring*. *Journal of Nursing Administration*, 16(1) : 4.
- Mason, J. O., McGinnis, J. M. (1990). "Health People 2000: : An Overview of the National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, *Public Health Reports*, 105(5) : 441-446.
- Pender, N. J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- _____ (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. ed 2, Norwalk, Conn, Appleton-Century-Crofts.
- Penning, M., & Wasyliv, D. (1992). *Homebound learning oportunitues : Reaching out to older shut-ins and their caregivers*. *The Gerontologist*, 32(5) : 704-707.
- Riffle, K. L., & Sams, J. (1989). *Health-promoting behaviors, perceived social support, and self-reported health of appalachian elderly*. *Public Health Nursing*, 6(4) : 204-211.
- Speake, D. L, Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). *Health Perceptions and Lifestyles of the Elderly*. *Research in Nursing & Health*, 12 : 93-100.
- Steele, J. L., & McBrown, W. H. (1972). *Conceptual and empirical dimension of health behavior*. *Journal of Health and Social Behavior*, 13 : 382-392.
- Verbrugge, L. M., & Wingard, D. L. (1987). *Sex differentials in health and mortality. Women and Health*, 12(12) : 103-146.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). *The Health-Promoting Lifestyle Profile : Development and Psychometric Characteristics*. *Nursing Research*, 36(2) : 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). *Health-promoting life styles of older adults : Comparison with young and middle-aged adults, correlates and patterns*. *Advances in Nursing Science*, 11 : 76-90.
- Wallen, J., Waitzkin, H., & Stoeckle, J. D. (1979). *Physician stereotypes about female health and illness: a study of patient's sex and the information process during medical interviews*. *Women & Health*, 4 : 135-146.

ABSTRACT

The Relationship between Perceived health status, Health conception and Health promoting behavior in the Elderly

Kim, Hyo Jung · Chae, Sun Ok · Park, Young Sook(College of Nursing, Keimyung University)
Woo, Sun Hye(Dept. of Nursing, Gyeong Sang National University)

This study was undertaken to grasp the relationship between perceived health status, health conception and health promoting behavior in the elderly.

The subjects for this study were 157 old persons in Kyung-ju city. Data were collected by interview with questionnaires from August 24 to October 10, 1999. Analysis of the data was done by SPSS program using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson Correlation Coefficient, stepwise multiple regression.

The results were summarized as follows :

1. For the practice of health promoting behavior, the mean score was 2.52. The factor of the highest mean score was nutrition(3.02) and factor of the lowest mean score was exerciset(2.03).

2. According to age($F=3.35$, $P=.012$), sex($t=2.26$, $P=.025$), marital status($F=5.08$, $P=.007$), education($F=4.22$, $P=.003$), family number($F=5.31$, $P=.006$), people living together ($F=2.77$, $P=.044$), economic status($F=7.10$, $P=.001$), average monthly pocket money ($F=3.35$, $P=.012$), there were differences of health promoting behavior.

3. According to age($F=3.40$, $P=.011$), sex($t=4.30$, $P=.000$), education($F=8.55$, $P=.000$), economic status($F=12.59$, $P=.000$), average monthly pocket money($F=4.26$, $P=.003$), present disease($t=-8.41$, $P=.000$), there were differences of perceived health status. According to marital status($F=3.36$, $P=.037$), education($F=2.89$, $P=.038$), there were differences of health conception.

4. Performance in the health promoting behavior was significantly correlated with perceived health status($r=.272$, $P=.001$), health conception($r=.345$, $P=.000$)

5. The combination of well-being health conception and average monthly pocket money explained 24.7% of the variance of health-promoting behavior.

On the basis of the above findings the following recommendations are made: Nursing interventions enhancing exercise or activity, accountability for health, stress management of the elderly must be provided. And Cost-effective health promoting program for the elderly must be developed. .

Key words : the elderly, perceived health status, health conception, health promoting behavior