

노인의 사고예방 실천 정도와 그 영향요인에 관한 연구

김 미 희*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

세계 각국의 노인 인구의 증가 현상은 현저하게 나타나고 있으며, 우리나라도 고도화된 기계 문명과, 공중 위생의 향상, 의학 기술의 발달, 영양의 증진에 따른 평균 수명의 연장과 영·유아 사망률 감소 등의 영향으로 노인 인구의 비율이 급증하고 있다(최영희 등, 2000). 65세 이상 노인 인구의 비율은 1995년 5.9%에서 2000년 7.3%로 증가하여 우리 사회는 이미 고령화 사회에 진입하였고, 추계조사 결과에 따르면 불과 19년만에 노인 인구의 비율은 배로 증가되어 2019년에는 고령 사회의 기준인 14%를 넘는 14.4%에 이를 것으로 추산된다. 또한 1999년에 출생한 아이의 기대여명은 75.6세로, 1979년 65.2세보다 10년이 연장되었으며, 2010년에는 78.8세가 될 것으로 전망되고 있다(통계청, 2001). 그러므로 이러한 고령화 사회에 대한 적절한 대비책을 마련하고 노인의 건강 관리를 위한 유기적인 노력이 필요하다.

노인의 안전문제는 노인 인구가 증가함에 따라 노인 사고의 발생률과 이에 따른 상해 및 사망 또한 급증되면서 관리가 필요한 노인 건강문제의 중요한 부분이 되고 있다. 노인은 노화로 인해 신체 변화를 겪으며, 병

리적 문제도 가진 경우가 많기 때문에 상대적으로 사고에 대한 방어력은 낮고 손상의 심각도는 높다. 그리고 수입의 감소와 사회적 지지의 부족으로 안전한 환경의 조성에 필요한 재원이 부족하고 주거환경이 나쁜 경우가 많으므로 환경적으로도 사고의 위험에 노출되어 있다. 또한 사고 후에도 회복을 위한 소요 기간이 길고 합병증의 위험이 더 높은 경향을 보이고 있다(송미순 등, 1999).

1999년 사망 원인 통계에 따르면, 의도적이거나 범죄로 인한 사망 사고를 제외한 운수사고, 추락사고, 연기, 불 및 화염에의 노출, 유독성 물질 및 익수 등의 아무에게나 우연히 발생하는 사고의 형태가 전체 사망 원인의 14.2%를 차지하였다. 그리고 주목할 점은 연령이 증가할수록 각종 사고로 인한 사망률이 증가되는 경향을 보이고 있는 점인데, 특히 교통사고로 인한 사망률은 65세 이상 연령에서 급증하고 있다(통계청, 2001). 미국의 경우에도 사고가 노인 사망 원인의 6위에 해당되며, 노인의 사고관련 사망의 주요 원인은 낙상, 교통 사고, 화재나 화상, 그리고 중독이었다(Lueckenotte, 2000).

이러한 사고에 대해 Eliopoulos(2001)는 좋은 예방행위가 노인의 사고와 질병을 방지해 주고, 자가간호능력도 증진시킬 수 있으면서 경제적이라고 하였고, 이경자, 이정렬, 강규숙 및 한정석(1995)은 사고의 90%

* 기독교대학교

이상이 예방 가능한 것이므로, 사고에 대한 일차예방에 중점을 두어야 한다고 하였다. 또한 Lueckenotte (2000)는 노인이 사고예방에 대해 교육을 받고, 정보화된 선택을 할 수 있도록 돕는 중재가 필요하다고 하였다. 이와 같이 노인을 간호하는 간호사는 노인의 사고에 대한 예방적인 서비스와 안전 증진면의 대책 마련을 통해 노인의 안전 요구를 충족시켜야 할 것이다.

한편 노인의 사고와 관련하여 이루어진 국내의 연구는 거의가 낙상에 국한된 것이었으며, 황옥남(1998)의 연구에서 노인의 환경적 위험상태가 보고되고 있기는 하지만, 노인에서 자주 발생하는 사고들에 대한 전반적인 연구나 사고예방 실천정도 그리고 이에 영향을 미치는 요인에 대한 연구는 찾아보기 어려웠다. 따라서 노인의 사고예방 실천정도를 파악하고 사고예방을 실천하는 행위에 영향을 미치는 변수를 확인함으로써, 노인들이 스스로 사고예방을 실천할 수 있는 방안을 마련하고 효율적인 안전관리 전략을 개발하기 위한 기초자료를 얻고자 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인의 사고예방 실천정도를 파악한다.
- 2) 노인의 건강통제위와 건강통제위 반응유형을 파악한다.
- 3) 노인의 사고예방 실천정도와 일반적 특성간의 관계를 파악한다.
- 4) 노인의 사고예방 실천정도와 건강통제위, 건강통제위 반응유형과의 관계를 파악한다.
- 5) 노인의 사고예방 실천정도에 영향을 미치는 주요 예측요인을 파악한다.

3. 용어 정의

1) 사고예방 실천

사고를 예방하고 사고를 통제하기 위해 취해지는 행위패턴으로서, 본 연구에서는 문헌고찰을 통하여 연구자가 작성한 사고예방 실천정도 사정도구에 의해 측정된 점수를 말한다.

2) 건강통제위

건강이 일반적으로 무엇에 의해 좌우되는지를 나타내는 특성으로서, 자신의 건강을 통제하는 능력이 어디에 있는가에 대해 일반적으로 갖게 되는 기대 성향

(Wallston 등, 1978)을 의미하며, 본 연구에서는 Wallston 등(1978)이 개발한 다차원 건강통제위 측정 도구(MHLC) A형으로 측정된 내적, 타인의존 및 우연 건강통제위에 대한 점수를 말한다.

3) 건강통제위 반응유형

건강통제위 척도의 내적, 타인의존 및 우연 통제위의 점수양상에 따라 개인을 분류한 것으로서, Schank와 Lawrence(1993), 구미옥과 은영(1998)의 연구에서와 같이 각 통제위에 대한 대상자 전체의 평균값을 기준으로 판단하였을 때 각 척도의 점수가 전체 평균값보다 높은지, 낮은지에 따라 해당성향이 있고, 없는 것으로 처리하여 유형을 분류한 것이다.

II. 문헌 고찰

1. 노인의 안전과 사고

사고는 아무에게나 우연히 발생하는 것으로서(이경자 등, 1995), 사고의 발생은 인적 요인, 화학, 물리, 미생물적 요인, 그리고 환경 요인의 복합적인 작용에 의하여 이루어진다. 즉 개인이 위험이나 사고를 당할 감수성은 위험 요인에 대한 방어력과, 환경적 위험, 개인의 성장발달 단계, 생리, 심리사회적 상태, 지식 및 태도 등이 관련되며, 개인의 성격 특성에 의해서도 영향을 받는다(Burke와 Walsh, 1997).

안전은 이러한 우연한 사고나 해로움으로부터 신체, 심리적 안녕을 보호하는 것을 말하며, 인간의 보편적인 욕구이다(Burke 와 Walsh, 1997). 인간은 생애동안 생명과 안녕을 위협하는 많은 요인을 접하게 되는데, 노인은 다른 성인 연령층과는 달리 노화와 관련된 여러 요인 때문에 신체적 예비용량과 스스로를 보호할 능력이 저하되고, 안전을 위협하는 요인에 대한 취약성은 증가되어 환경적 위험 요인에 의한 영향을 더 많이 받는다(Eliopoulos, 2001).

노인의 사망률이나 유병율에 영향을 미치는 가장 흔한 사고는 낙상, 교통사고 및 기타 가정 안전사고 등이다(Lueckenotte, 2000). 먼저 낙상은 가장 흔히 발생하는 사고로서, 미국의 경우 75세 이상 노인의 1/3이 매년 경험하고 있으며, 이중 1/2은 다발성 골절을 입었다(Tideiksaar, 1998). 고관절 골절 발생자가 매년 27만명 이상에 해당되고, 65세 이상이 낙상관련 입원의 5.3%를 차지하고 있다. 낙상은 모든 연령층에서

나타나지만, 75세 이상 노인에서 낙상후 유병율과 사망률이 가장 높았다(Lueckenotte, 2000). 국내에서도 65세 이상 노인 중 48.2%가 낙상을 경험하였으며, 낙상에 의한 골절로 입원한 환자의 18.9%가 노인이었다(황옥남, 1998; 강경희, 정현철과 전미양, 1999). 낙상은 신체적 손상뿐 아니라 낙상에 대한 두려움 같은 심리적 손상, 활동의 기피 및 신체적 의존성을 초래한다(Eliopoulos, 2001). 노인의 낙상과 관련된 위험요인으로는 75세 이상의 노인, 이전의 낙상 경력, 보행 문제, 투약 등의 내재적 요인과 안전하지 않은 생활 환경 즉 외재적 요인을 들 수 있다. 낙상을 예방하기 위해서는 운동 프로그램, 경각심, 그리고 보다 안전한 환경 상태를 조성하는 것이 필요한데(Lueckenotte, 2000), 연구에 따르면 낙상의 30%가 환경적 조정을 통해 예방될 수 있었다(Warde, 1997). 그러므로 미끄럽지 않은 바닥, 부분갈래 사용의 제한, 안전 난간과 손잡이의 설치, 전기 및 전화선의 고정, 가구의 안전한 배치, 적절한 조명과 스위치 시설, 쉽게 열고 닫을 수 있으며 높지 않은 창문, 평평한 턱이나 모서리, 파손되지 않고 폭이 적절한 계단 등의 환경 조성이 필요하다(Eliopoulos, 2001; Lueckenotte, 2000).

자동차 운전은 노인에서 독립성의 기본적인 부분이지만 이러한 독립성으로 인해 사고 발생이 증가되고 있다. 시력, 말초시야 및 암순응의 감소, 신경근골격계 노화, 질병, 투약 등은 반사와 반응을 느리게 하여 교통안전에 문제가 되고 있다(Ebersole과 Hess, 1998). 미국에서 자동차 사고는 65-74세 노인 사고의 주요인이며, 75세 이상에서는 두 번째 요인이다. 주행 거리를 짧게 하고, 낮에만 운전하며, 출퇴근 시간을 피한다 할지라도 69세 이상 노인 운전자의 사고사는 중년기 운전자보다 약 2배에 해당된다(최영희 등, 2000). 노인은 운전자의 20%를 차지하고 있으며, 사고사의 약 25%가 교통사고와 관련되었다. 운전자로서 노인은 교차로에서 좌회전할 때 특히 위험하였으며, 보행자로서 노인은 안전 사고의 반 이상이 신호와 무관하게 건널목을 횡단할 때 나타났다(최영희 등, 2000; Burke 와 Walsh, 1997; Guerrier, Manivannon 및 Nair, 1999; Lueckenotte, 2000). 이러한 사고를 예방하기 위해서는 사고발생을 증가시키는 상태를 확인하고, 운전 및 보행 습관의 조정, 안전 벨트의 착용, 안경과 보청기 등의 착용 또는 대안적 이동 수단을 찾도록 하는 것 등이 필요하다(Burke와 Walsh, 1997). 또한 안전과 관련된 법률, 표준화된 도로안전,

보행자 보호대책 등의 정부정책의 보완이 요구된다(이경자 등, 1995).

노인사고의 다른 형태인 화계와 화상은 목욕이나 요리 중 열 및 기타 가열 물질과의 접촉, 난로옆 화상, 실내난로의 사용, 흡연의 부주의, 노후되거나 나쁜 주거환경, 화학물질의 혼합 및 저장 등과 관련된다(Lueckenotte, 2000). 노인은 감각 인지의 저하, 반응 시간 지연, 운동성과 민첩성의 저하, 끓는 물과 관련된 건망증 등으로 보다 더 위험하다. 또한 빨리 피하지 못해 화상으로 인한 손상은 더 심하고 젊은이보다 화상으로 사망하는 비율이 더 높다. 화상을 입은 노인의 예후가 불량하기 때문에 예방에 대해 좀더 노력을 기울일 필요가 있다(송미순 등, 1999; Burke 와 Walsh, 1997). 그러므로 통풍이 되고 안전 장치가 있는 전열 및 가스기구를 사용하고 연기탐지기, 살수기나 소화기의 비치 및 기능 점검, 누전차단기 설치 및 작동 점검, 안전한 전선과 전기출구를 사용하도록 하는 것 등이 필요하다(최영희 등, 2000; Lueckenotte, 2000).

또한 노인은 사용하는 약물이 많고, 시력의 저하나 문맹, 기억력 저하, 약물 반응의 변화 등으로 약물과 관련된 문제가 발생된다. 그리고 노인은 약물의 보관방법과 유효기간 등에 대한 지식과 관심이 부족할 경우가 많다. 또한 유독성 화학물질, 제초제, 살충제와 일부 부식성 세척제 등을 부주의로 먹거나 피부에 노출됨으로써 화학적 사고가 발생되어 사망하기도 한다. 노인은 설명서의 작은 글씨, 설명서의 잘못된 판독, 시력저하 등으로 약물 안전에서 위험에 노출되어 있다(Lueckenotte, 2000; Warde, 1997).

식품의 취급, 조리 및 섭취행위와 관련된 문제는 노인에서 더 흔하다. 살모넬라로 인한 위장염은 젊은이보다 65세 이상 노인에서 더 자주 발생된다. 조리하기 전에 주의 깊게 식품 세척을 하고, 조리하기 전, 중, 후에 조리대를 물과 비누로 청결하게 함으로써 날 것 식품에서 흔한 박테리아와 곰팡이의 확산을 방지하여야 한다(Eliopoulos, 2001; Lueckenotte, 2000). 식품 관련 사고를 예방하기 위해서는 위생적인 조리시설 및 식수, 적절한 냉장 기능 및 음식 보관방법, 유효 기간의 확인 등이 필요하다.

마지막으로 노인은 지역사회처럼 큰 환경과의 상호 교류가 감소되므로 연락 체계와 연계의 부족으로 제 때에 적절한 대처를 하지 못하는 일이 발생할 가능성이 있다. 그러므로 사고가 발생하였을 때 도움을 구하고

연락할 수 있는 대상, 전화 및 전화번호, 비상벨 등을 사고전 예방 단계에서 확보하여 사고시 적절한 조치를 취할 수 있게 준비됨으로써 더 큰 사고를 입지 않도록 할 필요가 있다(송미순 등, 1999; Eliopoulos, 2001; Lanson, 1997; Warde, 1997).

한편 사고는 보통 발생의 예측이 불가능하여 예방될 수 없는 것으로 생각해 왔다. 그러나 사고는 발생원인이 되는 유해 요인을 가진 자 또는 유해 환경 즉, 안전하지 못한 환경에서 일어나므로, 그 유해 요인이나 사고발생 경향을 확인하여 그것을 변형시키면 예방이 가능하다(이경자 등, 1995). 사고 전에 예방적으로 중요한 사항, 사고 발생시나 사고 후 노인이 취하여야 할 행동 등 각 단계에 대한 교육은 중요한 부분이다(송미순 등, 1999; Burke 와 Walsh, 1997). 사고 전 단계에서 수행되는 사고예방은 수많은 심각한 손상을 줄일 수 있다. 간호사는 개별화된 안전 사정을 전체적이고 정확하게 수행하여, 안전에 영향을 미치는 연령 관련 위험 요인을 확인하고, 체계적이고 지속적인 안전교육, 상담 및 지역사회 집단활동 프로그램의 수립 등을 비롯한 다양한 중재 방법을 모색하고 실시하여, 노인에게 안전 습관과 안전 행동을 형성해 줌으로써 사고를 예방할 수 있도록 하여야 한다(Lueckenotte, 2000).

2. 건강통제위와 건강통제위 반응유형

사회학습 이론에서 나온 통제위 개념은 행위의 결과에 영향을 미치는 것이 무엇인지에 대한 일반적인 기대로서 이는 사회학습 경험을 통하여 발달한다(Phares, 1976). Rotter(1975)는 행위가 일어날 가능성을 결정하는 요인으로서 강화의 가치, 기대 및 심리적인 상황을 들었는데, 여기서 강화의 가치란 행위의 발생, 방향 및 종류에 영향을 미칠 수 있는 모든 것 중 개인이 선호하는 정도이며, 기대란 특정한 상황에서 특정한 행위의 결과로 특정한 강화가 일어날 확률에 대한 주관적인 생각이다. 그리고 심리적인 상황은 기대나 강화의 가치에 직접적으로 영향을 주는 요소로서 이를 고려하지 않으면 행위의 예측력이 상당히 떨어진다.

통제위는 위에서 열거한 행위의 결정 요인 중 기대에 해당된다. 기대에는 특정 기대와 일반적 기대가 있는데, 특정 기대는 특정한 상황에서의 강화에 대한 개인의 과거 경험에 의해 형성된 것이며, 일반적 기대는 관련된 다른 행위에 대한 강화 결과에 의해 형성된 것이다. 강화가 일어날 확률은 특정 기대와 일반적 기대

모두에 의해서 결정된다. 그런데 비교적 새로운 상황에서는 일반적 기대가 더 중요하게 행위에 작용한다. 이는 특정한 상황에서의 선험에 의해 형성된 특정한 기대가 없기 때문이다. 그리고 새로운 상황이 아닌 선험적 상황에서는 경험에 의해 형성된 특정한 기대가 있기 때문에 특정 기대가 더 중요하게 작용한다. Rotter(1975)는 이러한 기대 중 일반적 기대를 측정하기 위해 내적, 외적 통제위 척도를 사용하였다.

Wallston, Wallston, Kaplan 및 Maides(1976)는 Rotter의 학습 이론을 건강 영역에 적용하여 일반적 기대보다는 건강통제에 대한 특정 신념을 사정하는 내적 및 외적으로 구분된 건강통제위 척도를 개발하였다. 그 이후 Wallston, Wallston과 DeVellis(1978)는 외적 건강통제위를 다시 타인의존과 우연 건강통제위로 구분하였다.

내적 건강통제위는 자신의 건강이나 질병에 대해 자신이 책임이 있다고 믿는 성격이고, 타인의존 건강통제위는 자신의 건강이 의사, 간호사, 가족, 친구 등 영향력 있는 다른 사람들에 의해 좌우된다고 믿는 성격이며, 우연 건강통제위는 건강이나 질병이 운명이나 행운 또는 기회에 의해 좌우된다고 믿는 성격이다. 그런데 사람은 전체적으로 내적 또는 외적으로 구분될 수 없으며, 삶의 여러 상황에서 다양한 기대를 갖는다. 내적 건강통제위 점수가 낮은 사람의 경우 그 사람의 건강이 전적으로 타인의존 및 우연 건강통제위와 같은 외적인 요소에 의한다고 할 수 없다는 것이다(Eachus, 1991; Huckstadt, 1987). 그래서 Wallston과 Wallston(1982)은 3가지 건강통제위를 조합하여 8가지의 건강통제위 반응유형을 분류하였다. 유형 1은 '순수 내적 통제위'로 내적 통제위의 점수가 높고 타인의존, 우연 건강통제위의 점수는 낮은 경우로서, 건강이나 질병이 완전히 자신의 책임이라고 믿는다. 유형 2는 '순수 타인의존 통제위'로 타인의존 건강통제위 점수는 높고 내적 및 우연 건강통제위의 점수는 낮은 경우이며, 건강에 대한 책임이 다른 사람에게 있다고 생각한다. 유형 3은 '순수 우연 통제위'로 우연 건강통제위 점수는 높고 내적 및 타인의존 건강통제위의 점수는 낮은 경우이며, 자신의 건강을 언제 잃을지 모른다는 입장이다. 유형 4는 '이중 외적 통제위'로 타인의존 및 우연 건강통제위의 점수는 높고 내적 건강통제위의 점수는 낮은 경우이며, 건강이 좋고 나쁜 것은 우연의 결과이고 건강이 좋아지거나 어느 수준을 유지하면 운이 매우 좋거나 다른 사람들이 잘해 주었기 때문이라고 여긴다.

유형 5는 '통제 신뢰 유형'으로 내적 및 타인의존 건강통제위는 높고 우연 건강통제위는 낮은 경우이며, 가장 적응을 잘 하는 사람들이다. 유형 6은 명명되지 않은 유형이며 구미옥과 은영(1998)이 '복합 통제위'로 명명하였는데, 이는 내적 및 우연 건강통제위는 높고 타인의존 건강통제위는 낮은 경우이다. 즉 건강에 대한 책임이 자신에게 있고 아픈 것은 운이 나쁜 것이고 건강을 회복하면 자신의 노력에 의한 것이라고 여기며 타인에 대한 신뢰가 없다. 유형 7은 '찬성형'으로 내적, 타인의존 및 우연 건강통제위가 모두 높은 점수를 나타내는 경우이며, 유형 8은 '반대형'으로 세 가지 건강통제위가 모두 낮은 점수를 나타내는 경우이다. 이 두 유형은 내용을 고려하지 않고 무분별하게 동의하거나 동의하지 않는 것으로 본다(Eachus, 1991; Rock, Meyerowitz, Maisto 및 Wallston, 1987).

노인의 건강통제위와 건강통제위 반응유형에 관한 연구는 소수에 불과하지만, 노인의 대상자군을 다른 선행연구들과 마찬가지로 내적 통제위는 건강증진행위, 자기간호활동과 정적 상관관계가 있음을 부분적으로 지지하고 있고, 타인의존 통제위, 우연 통제위 혹은 이들을 합한 외적 통제위는 건강증진행위, 자기간호활동에 대해 정적이나 부적 상관 등의 일관성 없는 관계성을 보여주고 있다(은영과 구미옥, 1999). 또한 건강통제위 반응유형의 경우 Rock 등(1987)에 따르면 반응유형에 따라 건강정보 추구, 개인건강, 간호에의 참여에 차이가 있었다. 성인을 대상으로 한 구미옥과 은영(1998)의 연구결과 건강통제위 반응유형중 통제신뢰와 무조건 찬성 유형은 건강증진 행위가 높고 순수우연 유형에서는 낮게 나타나 반응유형간에 차이가 있었으나, 노인을 대상으로 한 은영과 구미옥(1999)의 연구결과 건강통제위 반응유형과 건강증진 행위간에 유의한 차이를 보이지 않아 대상자군에 따라 관계성이 일관되지 않게 나타났다.

III. 연구 방법

1. 연구 설계 및 대상

본 연구는 노인들이 지각하는 건강통제위와 사고예방 실천정도의 관계를 밝히기 위한 서술적 상관관계 연구이며, 광주시에 거주하는 65세 이상의 노인으로서 가정, 노인정, 공원에서 만날 수 있는 노인 중 연구목적에 이해하고 의사소통이 가능하며, 사고나 판단의 흐름이 명

료하고 일관성이 있으며, 연구에 참여하기를 동의한 사람 121명을 임의 표출하여 연구대상으로 하였다.

2. 연구 도구

1) 사고예방 실천정도

노인의 사고예방 실천정도를 확인하기 위하여, 문헌 고찰을 통해 연구자가 작성한 질문지를 사용하였다. 이 도구는 낙상예방, 교통안전, 화재와 화상예방, 약물안전, 식품안전, 비상연락 체계확보의 6가지 하위 영역으로 구성된 40문항의 4점 척도이다. 각 문항들은 거의 그렇지 않다(1점), 대체로 그렇지 않다(2점), 대체로 그렇다(3점), 거의 그렇다(4점)로 측정되며, 사고예방 실천정도의 점수범위는 제 영역 각각의 점수를 더한 총 점수로서 최소 40점부터 최대 160점까지 이고, 점수가 높을수록 사고예방 실천 정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구대상자에게 적용한 신뢰도 Cronbach's Alpha는 0.88이었다.

2) 건강통제위

노인의 건강통제위를 확인하기 위하여, Wallston 등(1978)에 의해 개발된 도구를 사용하였다. 이 도구는 6점 척도로 내적, 타인의존 및 우연 건강통제위의 3부분으로 되어 있으며, 각 6문항씩 18문항으로 구성되어 있다. 대상자가 노인인 점을 감안하여 표지숙(1992)의 연구에서처럼 본 연구에서도 거의 그렇지 않다(1점), 대체로 그렇지 않다(2점), 대체로 그렇다(3점), 거의 그렇다(4점)를 주는 4점 척도로 점수화 하였고, 점수가 높을수록 그 영역의 성격이 큰 것을 의미한다. 본 연구 대상자에게 적용한 신뢰도, Cronbach's Alpha는 내적 건강통제위 0.72, 타인의존 건강통제위 0.66, 우연 건강통제위 0.63을 나타내어 도구 개발 당시의 신뢰도와 비슷하였다.

3. 자료 수집

2001년 11월 5일부터 18일까지 광주시에 거주하는 65세 이상 노인에게, 연구 목적과 질문지 작성방법을 설명한 후 본인작성이 가능한 경우는 직접 질문지를 완성하도록 하였으며, 작성능력이 없는 대상자는 각 항목마다 면담하여 기록하였다.

4. 자료 분석

자료분석은 SPSS 통계 프로그램을 통해 행해졌으며 다음과 같이 분석되었다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 산출하였고, 노인의 건강통제위와 사고예방 실천정도는 평균과 표준편차를 산출하였다. 건강통제위 척도의 내적, 타인의존 및 우연 통제위의 점수 양상에 따라 개인을 분류한 건강통제위 반응유형은 각 통제위에 대한 대상자 전체의 평균값을 기준으로 판단하였을 때 각 척도의 점수가 전체 평균값보다 높은지, 낮은지에 따라 해당성향이 있고, 없는 것으로 처리하여 분류하였다. 또한 노인의 특성, 건강통제위 반응유형과 사고예방 실천 정도와의 차이는 t-test, ANOVA로, 건강통제위와 사고예방 실천정도와의 관계는 Pearson's correlation coefficient로, 사고예방 실천정도에 영향을 미치는 예측 요인의 분석은 stepwise multiple regression으로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별에서는 남자가 20.7%, 여자 79.3%로 여자 노인이 많았다. 연령은 65-74세가 62.0%, 75-84세 33.9%, 85세 이상 4.1%이었으며, 종교가 있는 군이 70.0%, 직업이 없는 군이 80.7%이었다. 교육수준은 무학이 40.7%로 가장 많았으며, 사별자가 71.2%, 월 평균 용돈은 20만원 이하가 66.6%로 가장 많았고, 핵가족의 형태가 53.8%이었다. 질병이 있는 군이 73.3%이었고, 투약을 하는 경우가 62%, 사고경험이 있는 군이 71.4%(낙상 80%, 교통사고 17.6%, 기타 2.4%)이었다. 낙상 장소는 집안 77.9%(화장실 및 욕실 39.6%, 계단 26.4%, 부엌 22.7%, 거실 11.3%)이 가장 많았고, 그 다음이 도로 14.7%, 공공 출입장소 7.4%이었다. 일상생활 정도는 의존이 필요한 경우가 57%이었고, 건강정보를 자율적으로 탐색하는 군은 단지 24.8%이었다<표 1>.

2. 사고예방 실천정도

대상자의 사고예방 실천정도는 최소 80점, 최대 148점, 평균 112.13으로 중앙값인 100점보다 높았고, 최대평점 4점으로 환산했을 때 전체항목의 평균평점은 2.80점을 나타내었다. 사고예방 실천정도의 각 영역별 평균평점은 비상연락 체계확보(3.25), 식품안전(3.20), 낙상예방(2.85), 교통안전(2.78), 약물

<표 1> 대상자의 일반적 특성 (N=121)

| 특성 | 구분 | 실수 | 백분율 |
|--------------|----------|----|------|
| 성별 | 남 | 25 | 20.7 |
| | 여 | 96 | 79.3 |
| 연령 | 65-74세 | 75 | 62.0 |
| | 75-84세 | 41 | 33.9 |
| | 85세 이상 | 5 | 4.1 |
| 직업 | 유 | 23 | 19.3 |
| | 무 | 96 | 80.7 |
| 종교 | 불교 | 36 | 30.0 |
| | 기독교 | 42 | 35.0 |
| | 천주교 | 6 | 5.0 |
| | 없음 | 36 | 30.0 |
| 교육수준 | 무학 | 48 | 40.7 |
| | 서당 | 11 | 9.3 |
| | 초등졸 | 38 | 32.2 |
| | 중졸 | 13 | 11.0 |
| | 고졸 | 6 | 5.1 |
| | 전문대졸 이상 | 2 | 1.7 |
| 결혼상태 | 기혼 | 34 | 28.8 |
| | 사별 | 84 | 71.2 |
| 월평균 용돈 | 10만원 이하 | 31 | 25.8 |
| | 11-20만원 | 49 | 40.8 |
| | 21-30만원 | 24 | 20.0 |
| | 31-40만원 | 12 | 10.0 |
| | 41만원 이상 | 4 | 3.4 |
| 가족 형태 | 핵가족 | 63 | 53.8 |
| | 대가족 | 54 | 46.2 |
| 질병유무 | 유 | 88 | 73.3 |
| | 무 | 32 | 26.7 |
| 투약 유무 | 한다 | 75 | 62.0 |
| | 안한다 | 46 | 38.0 |
| 사고경험 | 있다 | 85 | 71.4 |
| | 낙상 | 68 | 80.0 |
| | 교통사고 | 15 | 17.6 |
| | 기타 | 2 | 2.4 |
| | 없다 | 34 | 28.6 |
| 낙상장소 | 집안 | 53 | 77.9 |
| | 거실 | 6 | 11.3 |
| | 계단 | 14 | 26.4 |
| | 부엌 | 12 | 22.7 |
| | 화장실 및 욕실 | 21 | 39.6 |
| | 도로 | 10 | 14.7 |
| | 공공출입장소 | 5 | 7.4 |
| 일상생활정도 | 독립적 | 52 | 43.0 |
| | 독립의존적 | 58 | 47.9 |
| | 의존적 | 11 | 9.1 |
| 건강정보의 자율적 탐색 | 한다 | 30 | 24.8 |
| | 안한다 | 91 | 75.2 |

* 응답누락자는 백분율에 포함시키지 않음.

안전(2.58), 화재 및 화상예방(2.55)의 순서로 나타났다 <표 2>.

<표 2> 사고예방 실천정도

| 영역 | 평균±표준편차 |
|-----------|-----------|
| 낙상예방 | 2.85±0.33 |
| 교통안전 | 2.78±0.44 |
| 화재/화상예방 | 2.55±0.43 |
| 약품안전 | 2.58±0.47 |
| 식품안전 | 3.20±0.49 |
| 비상연락 체계확보 | 3.25±0.29 |
| 사고예방 실천정도 | 2.80±0.29 |

3. 건강통제위와 건강통제위 반응유형

1) 건강통제위

대상자의 건강통제위는 4점 척도로 측정되었는데, 내적 건강통제위(평균 17.25점)가 가장 높게 나타났고, 다음이 타인의존 건강통제위(평균 16.09점), 우연 건강통제위(평균 14.26점)의 순서였다<표 3>.

<표 3> 건강통제위

| 영역 | 평균±표준편차 |
|----------|------------|
| 내적 통제위 | 17.25±2.61 |
| 타인의존 통제위 | 16.09±2.62 |
| 우연 통제위 | 14.26±2.40 |

2) 건강통제위 반응유형

건강통제위 반응유형은 Wallston과 Wallston(1982)이 제시한 8개 유형 중 6개 유형이 나타났다. '순수 내적'이 43명(35.5%)으로 가장 많았고, 그 다음이 '통제 신뢰' 38명(31.4%), '복합 통제' 14명(11.6%), '순수 타인의존' 13명(10.7%), '이중 외적' 10명(8.3%), '순수 우연' 3명(2.5%)의 순서였으며, 찬성형과 반대형은 없었다<표 4>.

<표 4> 건강통제위 반응유형

| 구분 | 실수 (%) |
|---------|----------|
| 순수 내적 | 43(35.5) |
| 순수 타인의존 | 13(10.7) |
| 순수 우연 | 3(2.5) |
| 이중 외적 | 10(8.3) |
| 통제 신뢰 | 38(31.4) |
| 복합 통제 | 14(11.6) |

4. 일반적 특성에 따른 사고예방 실천정도

대상자의 일반적 특성과 사고예방 실천정도와의 관

련성은, 교육수준(F=2.542, p=.032), 가족형태(t=8.136,p=.005), 투약유무(t=8.884,p=.004), 사고경험(t=6.530,p=.012), 일상생활정도(F=3.644, p=.029), 건강정보의 자율적 탐색(t=11.962, p=.001)에 따라 유의한 차이가 있었다<표 5>.

<표 5> 일반적 특성에 따른 사고예방 실천정도 중 유의한 항목

| 특성 | 구분 | 사고예방 실천정도 평균±표준편차 | t or F (p) |
|-----------------|--------|----------------------|------------------|
| 교육수준 | 무학 | 2.76±0.28 | 2.542 (.032) |
| | 서당 | 2.71±0.39 | |
| | 초등졸 | 2.77±0.31 | |
| | 중졸 | 3.01±0.30 | |
| | 고졸 | 2.94±0.33 | |
| 가족 형태 | 전문대졸이상 | 3.08±0.30 | 8.136 (.005) |
| | 핵가족 | 2.71±0.40 | |
| 투약 유무 | 대가족 | 2.96±0.48 | 8.884 (.004) |
| | 한다 | 2.86±0.31 | |
| 사고경험 | 안한다 | 2.70±0.29 | 6.530 (.012) |
| | 있다 | 2.76±0.31 | |
| 일상생활 정도 | 없다 | 2.91±0.29 | 3.644 (.029) |
| | 독립적 | 2.81±0.33 | |
| | 독립의존적 | 2.73±0.26 | |
| 건강정보의 자율적 탐색 | 의존적 | 2.10±0.37 | 11.962 (.001) |
| | 한다 | 2.95±0.33 | |
| | 안한다 | 2.75±0.28 | |

5. 사고예방 실천정도와 건강통제위 및 건강통제위 반응유형간의 관계

1) 사고예방 실천정도와 건강통제위와의 관계

대상자의 내적 건강통제위(r=.215, p=.018)와 타인의존 건강통제위(r=.208, p=.022)는 사고예방 실천정도와 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났으나, 우연 건강통제위와 사고예방 실천 정

<표 6> 건강통제위와 사고예방 실천정도와의 관계

| 사고예방실천 통제위 | 내적 통제위 | 타인의존 통제위 | 우연 통제위 |
|---------------|-----------|-------------|-----------|
| 낙상예방 | r=.119 | r=.129 | r=-.018 |
| 교통안전 | r=.054 | r=.155 | r=-.121 |
| 화재/화상 예방 | r=.171 | r=.132 | r=.115 |
| 약품안전 | r=.215* | r=.122 | r=-.112 |
| 식품안전 | r=.198* | r=.243** | r=-.068 |
| 비상연락 체계확보 | r=.142 | r=.078 | r=-.004 |
| 사고예방 실천 정도 | r=.215* | r=.208* | r=-.038 |

* p < .05, ** p < .01

<표 7> 건강통제위 반응유형에 따른 사고예방 실천정도

| 사고예방 실천 | 통제위 반응유형 | | | 이중 외적 | 통제 신뢰 | 부합 통제 | F (p) |
|-----------|----------|------------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| | 순수 내적 | 순수 타인의존 | 순수 우연 | | | | |
| 낙상예방 | 2.79 | 2.79 | 2.50 | 2.89 | 2.94 | 2.87 | 1.814(.115) |
| 교통안전 | 2.76 | 2.83 | 2.27 | 2.84 | 2.89 | 2.59 | 1.987(.086) |
| 화재 및 화상예방 | 2.53 | 2.52 | 2.21 | 2.49 | 2.56 | 2.77 | 1.177(.325) |
| 약품안전 | 2.57 | 2.35 | 2.11 | 2.60 | 2.75 | 2.43 | 2.717(.023)* |
| 식품안전 | 3.12 | 3.08 | 2.80 | 3.12 | 3.36 | 3.23 | 1.672(.147) |
| 비상연락 체계확보 | 3.26 | 3.19 | 2.83 | 3.25 | 3.29 | 3.25 | 0.384(.859) |
| 사고예방 실천정도 | 2.76 | 2.73 | 2.41 | 2.81 | 2.90 | 2.81 | 2.393(.042)* |

* p < .05

<표 8> 사고예방 실천정도를 종속변수로 한 단계적 중회귀분석

| 독립변수 | 다변수 상관계수(R) | 기여도(R ²) | 회귀계수(β) | F |
|--------------|-------------|----------------------|---------|--------|
| 건강정보의 자율적 탐색 | .295 | .087 | -.230 | 10.839 |
| 사고경험 | .360 | .129 | .224 | 8.402 |
| 교육수준 | .409 | .167 | .200 | 7.485 |

도와의 상관관계는 유의하지 않았다($r = -.038$, $p = .681$). 또한 내적 건강통제위는 안전의 하위 영역중 약품안전($r = .215$, $p = .018$)과 식품안전($r = .198$, $p = .029$)에서, 그리고 타인의존 건강통제위는 식품안전($r = .243$, $p = .007$)에서 유의한 상관관계를 나타냈다<표 6>.

2) 건강통제위 반응유형에 따른 사고예방 실천정도
사고예방 실천정도는 각 건강통제위 반응유형간에 유의한 차이를 보였으며($p = .042$), 통제신뢰 유형이 가장 높은 점수를 나타냈고, 순수 우연 유형이 가장 낮은 점수를 보였다. 그리고 사고예방 실천의 하위 영역중 약품안전에서 각 유형간의 차이가 유의하게 나타났다($p = .023$). 약품안전 면에서 통제신뢰 유형이 가장 높은 점수를 보였고, 순수 우연 유형이 가장 낮게 나타났다<표 7>.

6. 사고예방 실천정도의 예측 요인

대상자의 사고예방 실천정도에 영향을 미치는 주요 예측 요인을 발견하기 위하여 사고예방 실천과 관련된 제 변수들을 단계적으로 중회귀 분석한 결과, 건강정보의 자율적 탐색, 사고경험, 교육수준이 사고예방 실천의 약 16.7%를 예측할 수 있는 요인이었다<표 8>.

V. 논 의

본 연구 대상자의 사고예방 실천정도는 80-148점의

범위로 최대평점 4점에 대해 평균평점 2.80으로 나타나 중앙평점 2.5보다 높았다. 구성 영역별 평균점수는 비상연락 체계확보(3.25)가 가장 높았고, 그 다음이 식품안전(3.20), 낙상예방(2.85), 교통안전(2.78), 약물안전(2.58)의 순서였으며, 화재 및 화상예방(2.55)이 가장 낮았다. 이처럼 대상자들의 사고예방 실천정도는 약간 높은 것으로 나타났으나, 실천정도가 상대적으로 낮은 영역에 대해서는 간호사의 적극적인 교육, 상담, 사회적 관심 및 대중매체의 계도적 캠페인 등이 필요하다. 본 노인 대상자의 사고예방 실천정도는 아동의 부모를 대상으로 한 김신정과 최환석(1999)의 평균 3.19점과 비교할 때 더 낮았다. 비상연락 체계확보(3.25)가 가장 높게 나타난 점은, 노인의 연령 특성상 건강이나 안전 문제가 발생될 때 연락할 체계를 일반적으로 마련해 두고 있음을 보여주고 있다. 그러나 사고발생시 신고할 수 있는 응급번호뿐 아니라 사고 신고 후에 대처하는 응급관리 시스템이 지역별로 구축되어 신속한 환자우송 및 치료가 될 수 있어야 할 것이다(이경자 등, 1995). 화재 및 화상예방(2.55)이 가장 낮았던 점은 김신정과 최환석(1999)의 연구에서 화상예방이 가장 낮게 나타난 것과 유사하다. 또한 김신정과 최환석(1999)의 연구에서는 약품안전 영역이 가장 실천정도가 높았으나, 본 노인 대상자에서는 약품안전 영역이 상대적으로 낮아 화재 및 화상 그리고 약물안전 영역에서 위험 빈도가 높음을 보여주고 있다. 낙상예방과 교통안전 영역은 실천율이 양호하였으나 노인에서 교통사고로 인한 사망률이 높은 것과, 상해사의 두번째 원인이 낙상(Burke와 Walsh, 1997)임을 고려하면

실천율이 더 높아질 수 있도록 하는 노력이 요구된다고 보겠다.

본 연구 대상자의 건강통제위 평균점수를 선행연구 결과와 비교하기 위하여 100점 만점으로 환산하여 척도에 따른 점수차이를 없애면, 내적 통제위 71.9점, 타인의존 통제위 67.0점, 우연 통제위 59.4점으로 내적 통제위가 가장 높았다. 이를 Wallston과 Wallston(1982)의 내적 통제위 73.9점, 타인의존 통제위 50.8점, 우연 통제위 41.7점과 비교할 때 본 대상자는 서구인보다 내적 통제위가 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 그러나 타인의존 및 우연 통제위의 성향은 상당히 높은 것으로 나타나, 우리나라 노인이 서구인보다 타인과 우연에 더 의존한다는 것을 시사해준다. 한편 우리나라 노인을 대상으로 한 표지숙(1992), 은영과 구미옥(1999)의 내적 통제위 73.3점, 78.4점, 타인의존 통제위 69.3점, 73.0점, 우연 통제위 70.7점, 62.2점과 비교할 때 본 대상자가 모든 통제위 영역에서 낮은 점수를 나타내었다. 그러나 내적 통제위가 가장 높고 타인의존 통제위, 우연 통제위 순서로 높게 나타난 분포는 유사하였다. 한편 구미옥과 은영(1998)이 보고한 20-70대 성인의 내적 통제위 80.4점, 타인의존 통제위 72.4점, 우연 통제위 58.2점과 비교할 때, 본 노인 대상자의 내적 및 타인의존 통제위는 낮고, 우연 통제위는 약간 높은 것으로 나타나 표지숙(1992)의 연구결과와 유사하였다. 또한 표지숙(1992), 은영과 구미옥(1999), 그리고 본 연구 결과 우연 통제위가 상대적으로 높았던 점은 우연에 의존하는 성향이 노인 대상자에서 더 높다는 점을 시사한다.

건강통제위 반응유형은 Wallston과 Wallston(1982)이 제시한 8개 유형 중 '순수 내적'이 35.5%로 가장 많았으며, 그 다음이 '통제 신뢰' 31.4%, '복합 통제' 11.6%, '순수 타인의존' 10.7%, '이중 외적' 8.3%, '순수 우연' 2.5%의 순서로 나타났고, 찬성형과 반대형은 없었다. Wallston과 Wallston(1982), Rock 등(1987)은 복합 통제 유형을 배제하였으나 구미옥과 은영(1998), 은영과 구미옥(1999)의 연구결과와 같이 본 연구에서도 이 유형이 규명되었는데, 우리나라 사람들의 경우 서구인에 비해 운명적인 사고를 많이 갖고 있어서 내적 통제위 성향이 강한 사람 중에도 동시에 우연 통제위 성향을 갖는 사람이 충분히 있을 수 있기 때문으로 생각된다(은영과 구미옥, 1999). 또한 순수 내적 유형이 가장 많았던 것은 Rock 등(1987), Schank와 Lawrence(1993)의 연구 결과와

는 일치하지만 구미옥과 은영(1998), 은영과 구미옥(1999)의 연구에서 순수 내적 유형이 적게 분포했던 것과는 차이가 있다. 그리고 Rock 등(1987)의 연구에서 통제신뢰 유형이 가장 적었던 것과는 다르게 통제신뢰 유형이 많이 나타난 것은 구미옥과 은영(1998), 은영과 구미옥(1999)의 연구결과와 유사하였다. 종합해 보면 본 연구결과는 우리나라 노인에서 상대적으로 서구인보다는 낮더라도 내적 통제위 성향을 단독으로 갖는 사람들이 많고, 이와 동시에 타인의존 통제위를 함께 갖고 있는 노인도 상당히 있음을 보여주고 있다. 그러나 대상자, 건강상태에 따라 다른 양상을 보일 수 있으므로(Rock 등, 1987), 향후 다양한 대상자의 건강 통제위 반응유형을 확인하는 연구를 할 필요가 있다.

본 연구의 사고예방 실천과 일반적 특성과의 관계는 초등졸 이하보다 중졸 이상의 학력에서 사고예방을 더 잘하였는데, 교육수준은 김진정과 최환석(1999)의 아동 부모대상 사고예방 실천정도에서도 유의하였고, 노인대상 연구인 표지숙(1992), 황옥남(1998), 그리고 은영과 구미옥(1999)에서 교육수준이 낙상이나 건강증진 행위와 관련된 특성이었던 것과 유사하였다. 대가족 형태가 핵가족보다 사고예방 실천을 더 잘하고 있음을 나타낸 점은 노인 혼자나 노인 내외만 거주하는 경우, 그리고 노인 연령층만 사는 집에서는 특히 관심있게 관찰해야 할 필요가 있음을 시사한다(Lueckenotte, 2000). 투약을 하는 경우에서 하지 않는 경우보다 사고예방을 잘하는 것은 약물을 접할 기회가 많고, 부작용, 관리나 보관 등에서 조심성이 필요한 사람이 더 사고예방 행위를 잘 하는 것을 보여주고 있다. 그리고 사고경험이 없는 사람의 경우가 있는 사람보다 더 사고예방 실천을 잘 하고 있었다. 이는 낙상의 경력을 가진 사람에서 낙상 발생률이 높았던 것(Lueckenotte, 2000)과 관련된 부분으로 생각되며, 사고발생 경향이 있는 사람과 사고의 경험을 가진 사람에게 행동 수정을 유도할 필요성이 있음을 시사해준다. 일상생활이 독립적인 사람이 독립의존적이거나 의존적인 사람보다 사고예방을 더 수행하고 있는 것은 도움이나 보조가 필요한 노인이 보다 위험에 노출되어 있음을 보여주고 있는데, 신체기능이 저하되어 있는 노인에서 사고발생율이 높다는 점(통계청, 2000; Eliopoulos, 2001; Lueckenotte, 2000)과 일맥을 같이 한다. 마지막으로 자율적으로 건강정보를 탐색하는 사람이 그렇지 않는 사람보다 사고예방행위 수행을 잘 하였던 결과는 안전에 대한 인식과 습관이 사고예방에 영향을 미칠 수 있으므로 교육 및

상담을 통해 행동 수정을 유발하는 것이 필요함을 시사한다. 또한 건강과 안전에 대한 지식과 정보를 추구하는 노인의 요구를 충족시키는 정보 내용을 개발하고, 상담, 협동 및 의뢰를 활성화하여 사고를 줄이는 노력을 할 필요를 암시하고 있다. 따라서 이상과 같은 결과를 토대로 하여 교육정도가 상대적으로 낮으며, 핵가족 형태를 이루고 있고, 비 투약자, 사고경험이 있는 사람, 일상생활이 독립적이지 않은 사람, 그리고 자율적으로 건강정보를 탐색하지 않는 노인을 대상으로 사고 예방 실천을 돕기 위한 간호 전략을 개발하여야 할 것이다.

대상자의 내적 건강통제위와 타인의존 건강통제위는 사고예방 실천정도($r=.215$, $r=.208$)와 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 내적 및 타인의존 건강통제위 성격이 클수록 사고예방 행위를 잘 수행한다고 하겠다. 이는 노인을 대상으로 한 표지숙(1992)의 연구에서 건강통제위와 건강증진행위간의 연구결과와 유사한 결과이다. 또한 김희자, 김주현과 박연환(2000)의 연구에서도 노인의 건강증진행위와 내적 건강통제위와 정적 상관이 있었다. 한편 우연 건강통제위와 사고예방 실천정도와의 상관관계는 유의하지 않게 나타났는데, 이는 은영과 구미옥(1999)의 연구결과와 유사하였고, 우연 건강통제위와 건강증진행위간의 역 상관관계를 보였던 표지숙(1992)의 연구결과와는 차이가 있었다. 또한 사고예방 실천정도는 각 건강통제위 반응유형간에 유의한 차이를 보였으며($p=.042$), 통제신뢰 유형이 가장 높은 점수를 나타냈고, 순수 우연 유형이 가장 낮은 점수를 보였다. 한편 내적 건강통제위는 사고예방 실천의 하위 영역중 약품안전($r=.215$, $p=.018$)과 식품안전($r=.198$, $p=.029$)에서, 그리고 타인의존 건강통제위는 식품안전($r=.243$, $p=.007$)에서 유의한 상관관계를 나타냈다. 그리고 건강통제위 반응유형 간의 차이가 약품안전에서 유의하였다($p=.023$). 통제신뢰 유형이 가장 사고예방 실천정도가 높았고, 순수 우연 유형이 가장 낮았다. 이와 같이 건강통제위 성격 및 건강통제위 반응유형에 따라 사고예방 실천에 차이가 있으므로 노인에게 안전교육을 실시할 때나 사고예방을 위한 정보제공매체를 선택할 때 건강통제위와 건강통제위 반응유형을 고려해야 할 것이다. 또한 통제위 성격을 강화시키거나 변화시켜서 사고예방 행위를 향상시키기 위한 구체적인 방법에 대한 개발이 필요하다고 본다.

본 연구에서 사고예방 실천의 예측 요인으로, 건강

정보의 자율적 탐색, 사고경험, 교육수준이 사고예방 실천의 약 16.7%를 설명할 수 있었다. 그러나 건강통제위는 유의한 요인으로 나타나지 않았는데, 이는 은영과 구미옥(1999)의 연구에서 노인의 건강통제위와 건강증진행위간의 상관관계가 유의했지만 예측 요인으로 확인되지 못했던 것과 유사하다. 본 연구의 내적 및 타인의존 통제위와 사고예방 실천과의 상관 관계 값이 낮은 편이므로 표본의 크기를 늘려서 연구할 필요가 있음을 시사해 주는 부분이다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 2001년 11월 5일부터 18일까지, 광주시에 거주하는 노인 121명을 대상으로 건강통제위 성격에 따른 사고예방 실천정도를 규명함으로써, 노인들의 안전을 위한 간호전략 수립에 필요한 기초자료를 마련하고자 시도하였다.

건강통제위 측정도구는 Wallston 등(1978)이 개발한 도구를 사용하였고, 사고예방 실천정도 측정 도구는 문헌고찰을 통해 연구자가 작성한 40문항의 질문지를 사용하였다.

수집된 자료는 SPSS 전산체계를 이용하여 노인과 관련된 특성과 건강통제위 및 사고예방 실천정도와의 차이는 t-test, ANOVA로, 건강통제위와 사고예방 실천정도와의 관계는 Pearson's correlation coefficient로, 주요 예측 요인은 단계적 중회귀 분석으로 확인하였으며, 본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 노인들의 사고예방 실천정도는 최대평점 4점에 대해 평균평점 2.80점이었고, 구성 영역별로 비상연락 체계확보(3.25점), 식품안전(3.20점), 낙상예방(2.85점), 교통안전(2.78점), 약품안전(2.58점), 화재 및 화상예방(2.55점)의 순으로 실천하였다.
2. 노인들의 건강통제위는 내적 건강통제위(평균 17.25점), 타인의존 건강통제위(평균 16.09점), 우연 건강통제위(평균 14.26점)의 순이었다.
3. 노인들의 건강통제위 반응유형은 '순수 내적'이 35.5%로 가장 많았고, 그 다음이 '통제 신뢰' 31.4%, '복합 통제' 11.6%, '순수 타인의존' 10.7%, '이중 외적' 8.3%, '순수 우연' 2.5%의 순서였으며, 찬성형과 반대형은 없었다.
4. 사고예방 실천정도와 관계가 있는 일반적 특성은, 교육수준($F=2.542$, $p=.032$), 가족 형태($t=8.136$, $p=.005$), 투약 유무($t=8.884$, $p=.004$),

- 사고경험($t=6.530$, $p=.012$), 일상생활정도($F=3.644$, $p=.029$), 건강정보의 자율적 탐색($t=11.962$, $p=.001$)이었다.
5. 사고예방 실천정도는 내적 건강통제위($r=.215$, $p=.018$)와 타인의존 건강통제위($r=.208$, $p=.022$)가 정적 상관관계가 있었으나, 우연 건강통제위($r=-.038$, $p=.681$)와는 상관관계가 유의하지 않았다.
 6. 사고예방 실천정도는 각 건강통제위 반응유형간에 유의한 차이를 보였으며($p=.042$), 통제신뢰 유형이 가장 높은 점수를 나타냈고, 순수 우연 유형이 가장 낮은 점수를 보였다.
 7. 사고예방 실천정도의 예측 변수로는 건강정보의 자율적 탐색, 사고경험 및 교육수준이었으며, 사고예방 실천의 약 16.7%를 예측할 수 있었다.

앞으로의 후속 연구를 위한 제언을 한다면

1. 대상자 수를 확대하고 확률 추출 방법을 사용하여 탐색 연구를 반복해 보는 것이 필요하다.
2. 노인의 사고예방 실천정도에 영향을 미치는 제 요인을 파악하기 위한 연구가 필요하다.
3. 노인의 사고예방 실천정도를 잘 설명할 수 있는 표준화된 도구의 개발이 필요하다.
4. 사고예방 실천정도가 낮게 나타난 일반적 특성을 가진 노인에게 이를 향상시키기 위한 간호 전략을 세우는 것이 필요하다.

참 고 문 헌

- 강경희, 정현철, 전미양 (1999). 낙상으로 인한 골절로 수술한 대상자에 대한 실태 조사. *극동정보대학 논문집*, 6, 251-264.
- 구미옥, 은영 (1998). 한국 성인의 건강통제위 반응유형별 건강증진 행위. *간호학회지*, 28(3), 739-750.
- 김신정, 최환석 (1999). 아동에 대한 어머니의 사고예방 실천정도. *간호학회지*, 29(3), 656-664.
- 김희자, 김주현, 박연환 (2000). 일 지역 농촌 노인들의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인. *성인간호학회지*, 12(4), 573-583.
- 송미순, 김은심, 박오장, 서순림, 신재신, 정승희 (1999). *가정간호사를 위한 노인간호학*. 서울: 현문사.
- 은영, 구미옥 (1999). 일지역 노인의 건강증진 행위, 건강통제위 및 건강통제위 반응유형, *간호학회지*, 29(3), 625-638.
- 이경자, 이정렬, 강규숙, 한정석 (1995). 한국의 사고 발생실태와 사고예방을 위한 정책 연구. *간호학회지*, 25(2), 362-371.
- 최영희 등 (2000). *노인과 건강*. 서울: 현문사.
- 통계청 (2000). *사망원인 통계연보*.
- 표지숙 (1991). *노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구*. 연세대 대학원 석사학위논문.
- 황옥남 (1998). 노인의 안전사고와 관련된 요인에 대한 조사연구. *성인간호학회지*, 10(2), 337-352.
- Burke, M. M., & Walsh, M. B. (1997). *Gerontologic Nursing : Wholistic Care of the Older Adult*(2nd Ed.), St. Louise: Mosby.
- Eachus, P. (1991). Multidimensional health locus of control in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 165-171.
- Ebersole, P., & Hess, P. (1998). *Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response*, St. Louis : Mosby.
- Eliopoulos, C. (2001). *Gerontological Nursing* (5th Ed.), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guerrier, J. H., Manivannan, P., & Nair, S. N. (1999). The role of working memory, field dependence, visual search, and reaction time in the left turn performance of older female drivers, *Applied Ergonomics*, 30(2), 109-119.
- Huckstadt, A. (1987). Locus of control among alcoholics, recovering alcoholics, and non-alcoholics. *Research in Nursing & Health*, 10, 23-28.
- Lanson, S. (1997). Pesticide poisoning an environmental emergency. *Journal of Emergency Nursing*, 23(6), 516-517.
- Lueckenotte, A. G. (2000). *Gerontological Nursing*(2nd Ed.), St. Louise: Mosby.
- Phares, E. J. (1976). *Locus of Control in Personality*, Marristown: General Learning Press.

A Study on the Factors Influencing Injury Prevention Practices of the Elderly

Kim, Mi Hee*

- Rock, D. L., Meyerowitz, B. E., Maisto, S. A., & Wallston, K. A. (1987). The derivation and validation of six multidimensional health locus of control scale clustery. *Research in Nursing & Health, 10*, 185-195.
- Rotter, J. E. (1975). Some problem and misconcepts related to the construct of internal vs. external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 56-57.
- Schank, M. J., & Lawrence, D. M. (1993). Young adult women : lifestyle and health locus of control. *Journal of Advanced Nursing, 18*, 1235-1241.
- Tideiksaar, R. (1998). *Falls in Older Persons: Prevention and Management*(2nd Ed.), Baltimore : Health Professions Press.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the health locus of the control(HLC) scale. *Journal of Consultation and Clinical Psychology, 44*, 580-585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control(MHLC) scale. *Health Education Monographs, 6*, 160-170.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. Snader & J. Suls(eds.), *Social Psychology of Health and Illness*(pp 66-95), Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Warde, J. (1997). *The Healthy Home Handbook : All You Need to Know to Rid Your Home of Health & Safety Hazards*, NY : Random House.

The purpose of this study is to identify the relationship among injury prevention practices, health locus of control, and response patterns to HLOC of the elderly. Subjects were 121 healthy elderly. The data had been collected from November 5 to 18 in 2001 and analyzed with descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's correlation and stepwise multiple regression. Health locus of control and injury prevention practices were measured by using MHLC scale and an instrument created by the researcher on the basis of the results of literature review respectively. The results of this study were as follows:

The mean score of injury prevention practices was 2.80 and the mean scores for the health locus of control were internal health locus of control : 17.25, external health locus of control : 16.09, and chance health locus of control : 14.26. The response patterns of the HLOC identified were six types: pure internal, pure powerful others, pure chance, double external, believers in control, and complex control. The "pure internal" was the largest group(35.5%), and the "believers in control" was the next(31.4%). The relationship between internal health locus of control and the injury prevention practices of the elderly revealed a significant correlation($r=.215$, $p=.018$). The relationship between external health locus of control and the injury prevention practices of the elderly revealed a significant correlation

* Christian College of Nursing

($r = .208$, $p = .022$). There was significant difference between response patterns of the health locus of control and injury prevention practices ($F = 2.393$, $p = .042$). There were significant differences between injury prevention practices and general characteristic factors, which were education, family type, administration of medication, injury experience, ADL, and self-directed search for health information. Self-directed search for health

information, injury experience, and education explained 16.7% of the variance for injury prevention practices. The above results may be used as the basic data for seeking more efficient way of improving safety of the elderly.

Key words : Elderly, Injury prevention practices, Health locus of control, Response patterns of the HLOC