



여성노인의 건강증진 생활양식 이행의 예측요인에 관한 연구

성 미 혜¹⁾, 임 영 미²⁾

서 론

연구의 필요성

최근 의료기술의 발달, 경제수준의 향상으로 평균수명이 연장되면서 노인인구가 급속히 증가하고 있다. 1998년 통계청 자료에 의하면 우리나라 노인인구는 전체 인구의 6.6%이고 2000년에는 7.0%, 2022년에는 14.3%에 달할 것으로 예상하고 있다(Hong, 1999). 특히 노인인구의 분포를 볼 때 60세이상의 노인에서 3/5, 70세이상의 노인에서는 2/3가 여성 노인으로 구성되어 있어(Hwang, 1990), 여성 노인들의 문제가 우리나라 노인문제가 되고 있음을 알 수 있다. 한국 노인의 건강상태는 여성이 남성보다 더 좋지 않다고 평가하고 있다. 이러한 결과는 연령이 높아질수록 그 격차가 심하며 75세 이상의 노인들 중에서 거동에 장애가 있는 율은 여성이 남성보다 더 높게 나타나고 있다. 여성 노인의 주요 건강문제는 주로 신경통, 관절염, 전신쇠약, 불면 및 기억력 감퇴로 남성 노인보다 훨씬 높는데,(Choi, 1999) 이러한 여성 노인의 만성질환 유병율의 증가는 과도한 의료비를 지출시키고, 젊은 세대로 하여금 부양비 부담을 과중시키며, 생산성을 저하시키는 등 보건 및 사회의 전반적인 분야에서 여성 노인문제가 차지하는 비중을 점차로 증대시키고 있다. 따라서, 우리나라도 고령화사회로 접어들고 있는 시점에서, 여성 노인의료비 부담을 줄이고 노인들의 삶의 질 향상을 위한 건강증진 활동이 활발히 전개되어야 한다.

노인의 건강증진 및 유지의 자아를 실현하고 개인적인 만

족감을 느끼는데 도움을 주게 되는데, 건강행위는 건강에 대한 어떤 특별한 위협을 제거하기보다는 건강에 적응하는 수준을 높이는 것으로, 건강한 생활양식을 통하여 얻어질 수 있다(Duffy, 1988).

생활양식은 건강, 질병 그리고 사망을 결정하는 네가지 요인 즉 유전, 물리적 환경, 의료, 생활양식 중 60%를 차지하며, 미국의 경우 사망으로 이끄는 주요한 원인 10가지 중 50%가 생활양식과 관련된다고 보고되고 있는 것처럼(Gochman, 1988), 건강증진 생활양식이 건강을 위한 기본으로 여겨지고 있으므로, 노인 특히 여성노인의 건강증진을 위해서는 그들을 대상으로 한 건강증진 생활양식에 관한 연구가 기초자료로서 요구되고 있다.

Gills(1993)는 1983년부터 1992년까지 보고된 23편의 연구논문에서 제시된 건강증진 생활양식의 결정인자를 분석하였는데, 이 연구들에서도 가장 많이 이용된 이론적 틀은 건강증진 모형이었다.

Pender의 건강증진 모형을 이용한 대부분의 연구에서는 건강증진 생활양식에 영향을 주는 요인으로 자기효능과 지각된 건강상태, 지각된 통제성, 사회적지지, 지각된 유익성 등이 있음을 밝혔으나, 선행연구에서 건강증진 행위에 영향을 주는 요인 중 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능 및 사회적 지지가 건강증진 생활양식에 주된 영향을 주는 것으로 나타났다(Duffy, 1988; Pender et al., 1990; Pollock, 1989). 그러나 여성노인을 대상으로 이 요인들이 건강증진 생활양식에 어떻게 영향을 미치는지에 대한 연구는 거의 없는 실정이다. 뿐만 아니라 노인 여성의 건강증진 생활양식에 대해 포괄적으로 접

주요어 : 건강증진, 여성

1) 인제대학교 간호학과 부교수, 2) 연세원주의대 간호학과 조교수
 투고일: 2003년 2월 4일 심사완료일: 2003년 10월 4일

근한 연구도 거의 없고, 건강증진 생활양식에 영향을 주는 요인에 대한 구체적인 연구도 없는 실정이다.

고령화 사회에 대비한 노인 특히 노인의 다수를 차지하는 여성 노인의 건강과 삶의 질을 향상시키기 위한 건강관리 프로그램에 대한 연구가 매우 미흡한 실정에서, 노인 여성의 건강증진 생활 방식을 변화시키고 유지하기 위해서는 우선적으로 이와 관련된 영향요인들이 확인되어야 하고, 이 영향요인들을 수정하거나 조절하는 간호중재가 요구된다고 본다.

따라서, 본 연구는 여성노인들의 질병을 예방하고 건강을 유지시켜줌으로써 그들의 의료비 부담을 감소시키고 삶의 질을 향상시키기 위해 여성노인의 건강증진 생활양식 수행정도를 알아보고, 여성노인의 건강증진 생활양식을 설명해주는 결정요인을 규명하며, 수정 가능한 인지적 요인들을 규명함으로써, 여성노인의 건강증진 생활양식에 대한 이해를 높이고 여성노인의 건강증진을 위한 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

연구의 목적

본 연구의 목적은 여성노인의 건강증진 생활양식과 관련된 요인이 무엇인지를 파악하며, 그 요인들의 영향력을 분석함으로써 여성노인의 건강증진을 위한 간호중재 전략 수립에 기여하고자 함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 여성노인의 건강증진 생활양식 수행정도, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능 및 사회적 지지정도를 파악한다.
- 여성노인의 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 차이를 파악한다.
- 통제성, 건강지각, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계를 파악한다.
- 전체 및 영역별 건강증진 생활양식간의 상관관계를 파악한다.
- 전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도와 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계를 파악한다.
- 건강증진 생활양식을 설명해 주는 주요 결정요인을 확인한다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 여성노인의 건강증진 생활양식의 영향요인을 규명하는 횡단적 탐색적 상관관계연구(explorative correlation study)이다.

연구대상 및 자료수집방법

본 연구의 대상자는 2002년 3월 2일부터 3월 31일까지 대상자는 편의표집으로 서울지역의 노인정 2개소와 부산지역의 2개소의 노인정을 임의로 선정하여, 65세 이상의 여성노인 중 의식이 명료하고 언어적, 비언어적 의사소통이 가능하며 본 연구목적에 이해하고 참여를 수락한 299명을 대상으로 하였다. 서울지역의 여성노인은 총 299명중 167명(55.8%), 부산지역은 132명(44.2%)이었다. 자료수집은 본 연구자가 직접 노인정을 방문하여 65세 이상의 여성 노인에게 연구목적을 설명하고 연구참여에 대한 동의를 얻은 후 설문지 내용을 설명하였다. 대상자가 노인이라 연구자가 면담을 통해 설문지를 작성하는 것을 전제로 하였으며, 대상자가 설문지를 작성하는 것이 가능한 경우는 직접 작성하였다.

연구도구

• 건강증진 생활양식

Walker등(1987)이 개발한 48문항의 Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP)를 Suh(1995)가 서울, 경기, 경남지역에서 임의로 선정한 22명을 대상으로 예비조사를 하여 신뢰도와 타당도를 검증하고 그 결과를 참조하여 전체 도구의 설문내용을 재조정하여 우리 문화에 맞게 수정 보완한 47개 문항의 도구를 사용하였다. 본 연구에 사용하기 전 5명의 노인 여성에게 예비조사를 한 결과 이해하기 어렵거나 특별한 문제가 없었다. 건강증진 생활양식은 6개의 하위개념, 즉 자아실현 11문항, 건강책임 10문항, 운동과 영양 12문항, 대인관계지 지 7문항, 스트레스관리 7문항 등으로 총 47문항으로 구성된 4점 척도이다. 이 도구는 최소 47점에서 최고 188점의 범위를 가지며, 점수가 높을수록 건강증진행위의 실천정도가 높음을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha=.92였고, 본 연구에서 신뢰도는 .94였다.

• 통제성

Pollock(1989)의 건강관련 강인성도구(HRHS)를 Suh(1995)가 예비조사결과를 참조하여 문항분석을 거쳐 30문항으로 수정한 도구 중 통제성을 묻는 8문항으로 측정하였다. 부정 문항은 역으로 환산하였으며 점수가 낮을수록 강인성이 낮음을 의미한다. Suh(1995)의 연구에서 Cronbach's Alpha는 .54였으며, Lee(1997)의 연구에서는 .44였고, 본 연구에서는 .64였다.

• 지각된 건강상태

Ware(1976)의 건강지각 도구를 Yoo, Lim과 Park(1985)이 번안한 것을 사용하여 측정하였다. 32개 문항의 6개 하위개념

중 현재 건강상태 6문항을 이용하였으며, 5점 척도로 점수가 높을수록 자신의 건강상태에 대한 지각정도가 높음을 의미한다. 도구개발 당시 신뢰도는 Cronbach's Alpha=.91이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's Alpha는 .86이었다.

• 자기효능

Sheer등(1982)에 의해 개발된 일반적 자기효능척도를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 17문항으로 최저 17점에서 최고 85점까지의 5점 척도였다. 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 나타내며, 도구개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's Alpha=.71였으며, 본 연구에서는 .84이었다.

• 사회적지지

Cohen과 Hoberman(1983)이 개발한 대인관계 지지척도 (Interpersonal Support Evaluation List: ISEL)를 사용하여 측정하였다. 총 18문항의 4점 척도로 최저 18점에서 최고 72점까지의 분포를 보이며, 점수가 높을수록 사회적 지지정도가 높음을 의미한다. Suh(1995)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's Alpha=.90였으며, 본 연구에서는 .94이었다.

자료분석방법

수집된 자료는 SPSS/WIN10.0 프로그램을 이용하여 통계처리 하였다. 대상자의 인구사회학적 특성은 실수와 백분율로, 건강증진 생활양식, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지는 평균과 표준편차로 산출하였다. 차이검정은 t-test, ANOVA를 사용하였으며, 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient를 사용하였고, 건강증진 생활양식의 결정요인은 단계적 중회귀분석(Stepwise Regression Analysis)로 분석하였다.

연구 결과

여성노인의 인구사회학적 특성

대상자의 인구사회학적 특성을 보면, 연령은 평균 70.5세로 65-69세가 53.2%(159명)으로 가장 많았고, 교육정도는 초등학교 졸업이 42.5%(127명)으로 가장 많았으며 결혼상태는 배우자가 있는 경우가 55.9%(167명), 배우자가 없는 경우가 44.1%(132명)이었다. 동거유형은 자녀와 동거하는 경우가 50.2%(150명)으로 가장 많았으며, 종교는 불교와 기독교가 각각 31.1%(93명)으로 가장 많았고, 한달 용돈은 평균 31.7만원으로 11-50만원이 63.5%(190명)으로 가장 많았다. 가족형태는 핵가족이 63.2%(189명)으로 대가족 36.8%(110명)보다 많았다. 질병경험은 있는 경우가 69.9%(209명)으로 대부분 질병경험이 있었으

며, 질병유형으로는 관절염이 21.4%(64명)으로 가장 많았고, 현재 약물복용여부는 하고 있는 경우가 63.9%(191명)으로 하고 있지 않은 경우 36.1%(108명)보다 많았다. 흡연경험은 없는 경우가 79.6%(238명)으로 대부분을 차지하였으며, 현재하고 있는 경우는 11.4%(34명)이었다. 음주경험은 없는 경우가 63.9%(191명)으로 가장 많았고, 가족의 질병경험은 없는 경우가 51.8%(155명), 있는 경우가 48.2%(144명)이었다. 운동경험은 없는 경우가 54.5%(163명)으로 가장 많았다.

건강증진 생활양식, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지정도

대상자의 건강증진 생활양식, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지정도를 보면<Table 1>, 건강증진 생활양식의 총점은 102.66점(표준편차±20.17)로 다소 낮게 나타났으며, 점수의 범위는 47점-153점이었다. 하위영역별로는 대인관계지지가 2.83점으로 가장 높았으며, 자아실현 2.71점, 운동및 영양 2.33점, 스트레스관리 2.31점, 건강책임 2.20점 순이었다.

통제성은 총 26.49점(표준편차±6.82)로 최대값 48점에 대한 중간값보다 다소 높게 나타났으며, 지각된 건강상태는 총 14.84점(표준편차±4.98)로 최대값 30점에 대한 중간값과 비슷하게 나타났다. 자기효능은 총 50.56점(표준편차±6.98)로 최대값 74점에 대해 비교적 높게 나타났으며, 사회적 지지는 총 51.50점(표준편차±13.13)으로 최대값 76점에 대해 비교적 높게 나타났다.

<Table 1> Health promoting lifestyle, control, perceived health status, self-efficacy, social support

Variables	Mean(*)	SD(*)	Range
Health Promoting Lifestyle	102.66(24.6)	20.17	47-153
Self-actualization	29.88(2.71)	6.97	11-44
Health responsibility	22.07(2.20)	6.01	10-39
Exercise and Nutrition	28.02(2.33)	5.89	15-45
Interpersonal relationship	19.95(2.83)	4.97	7-28
Stress management	16.21(2.31)	4.40	7-27
Control	24.48	6.82	8-48
Perceived health status	14.84	4.98	6-30
Self-efficacy	50.56	6.98	30-74
Social support	51.50	13.13	19-76

* item mean

인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도

인구사회학적 특성에 따른 영역별 건강증진 생활양식 수행정도를 분석한 결과는 <Table 2>와 같다. 전체 건강증진 생활양식은 연령(F=7.69, p<.001), 교육정도(F=8.35, p<.001), 한달

여성노인의 건강증진 생활양식 이행의 예측요인에 관한 연구

용돈(F=8.27, p<.001), 흡연경험(F=3.73, p<.05), 음주경험(F=5.59, p<.05), 가족의 질병경험(t=-4.11, p<.001), 운동경험(F=21.45, p<.001)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉,

연령이 낮고 교육정도가 높은 경우, 한달 용돈이 많고 흡연경험이 없는 경우 건강증진 행위의 실천을 잘하는 것으로 나타났다. 또한 음주경험이 없고 가족의 질병경험이 없는 경우와

<Table 2> Health promoting lifestyle in accordance with the subjects' general characteristics (N=299)

Characteristics	빈도(5)	HPL		self-actualization		health responsibility		exercise and nutrition		interpersonal relationship		stress management		
		Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	
Age	65-69	159(53.2)	107.66	7.69***	31.16	4.66***	23.66	8.82***	29.20	4.75**	20.36	1.78	17.21	8.33***
	70-74	69(23.1)	98.11		29.17		20.69		26.46		18.85		16.00	
	75-79	44(14.7)	94.88		27.25		19.79		26.79		19.27		14.09	
	over 80	27(9.0)	97.48		28.48		19.92		27.11		20.33		14.37	
Education	no school	83(27.8)	94.62	8.35***	27.49	6.20***	19.40	8.89***	26.90	6.15***	18.55	4.60**	14.73	5.53***
	ele. school	127(42.5)	104.77		30.36		22.14		28.91		20.49		16.41	
	mid. school	37(12.4)	100.59		29.91		23.67		25.48		18.51		16.29	
	high school	36(12.0)	107.69		31.05		24.47		28.00		20.55		17.41	
	above college	16(5.4)	121.00		35.87		26.18		32.75		23.00		19.43	
Spouse	yes	167(55.9)	104.09	1.38	29.92	0.10	22.71	2.07*	28.44	1.37	19.77	20.29	16.59	1.66
	no	132(44.1)	100.84		29.84		21.26		27.50		19.94		15.74	
Living arrangement	single	62(20.7)	98.00	2.10	29.03	0.74	20.80	3.92*	27.35	0.50	18.48	5.29**	15.38	1.39
	only with spouse	87(29.1)	103.78		29.78		23.45		28.18		19.32		16.45	
	with family	150(50.2)	103.9		30.30		21.79		28.21		20.72		16.42	
Religion	nil	54(18.1)	96.74	1.92	28.61	1.31	19.83	4.31**	27.18	0.54	18.40	2.24	15.64	0.94
	buddhist	93(31.1)	103.67		30.79		21.66		28.45		20.59		15.89	
	protestant	93(31.1)	104.33		30.10		23.06		28.15		19.86		16.73	
	catholic	59(19.7)	103.84		29.28		23.20		27.93		20.00		16.44	
Monthly income	100,000 and below	70(23.4)	97.08	8.27***	28.67	4.98*	19.95	10.53***	27.02	8.36***	19.80	7.84***	14.67	5.92**
	110,000-500,000	190(63.5)	103.26		29.77		22.00		28.30		20.05		16.42	
	510,000-900,000	26(8.7)	101.53		30.69		25.30		25.42		16.42		17.38	
	more than 910,000	13(4.3)	126.07		36.53		28.00		34.53		24.07		19.23	
Family pattern	extended family	110(36.8)	101.09	-1.02	29.32	-1.06	21.70	-0.79	27.55	-1.05	19.46	-1.03	16.08	-0.40
	nuclear family	189(63.2)	103.57		30.21		22.28		28.30		20.07		16.29	
Experience of disease	yes	209(69.9)	102.54	-0.15	29.75	-0.50	22.78	3.18**	27.77	-1.10	19.26	-3.14**	16.34	.78
	no	90(30.1)	102.94		30.20		20.41		28.60		21.21		15.91	
Current illness	hypertension	60(20.1)	100.80	0.50	28.56	1.13	22.60	2.86	27.53	1.00	18.78	3.77	16.06	1.00
	D.M	30(10.0)	99.76		28.70		22.33		27.53		19.03		15.30	
	arthritis	64(21.4)	103.25		30.65		23.50		27.17		18.73		17.00	
	others	55(18.4)	105.12		30.58		22.41		28.89		20.54		16.47	
Currently medication	yes	191(63.9)	102.74	0.09	29.50	-1.26	22.94	3.38**	27.97	-0.18	19.23	-2.91**	16.29	0.39
	no	108(36.1)	102.51		30.56		20.53		28.11		20.95		16.08	
Experience of smoking	past	27(9.0)	94.66	3.73*	26.07	5.51**	21.66	0.51	26.44	4.96**	16.66	14.09***	15.59	0.56
	no	238(79.6)	104.21		30.48		21.98		28.55		20.59		16.20	
	yes	34(11.1)	98.17		28.76		23.02		25.58		17.20		16.79	
Experience of alcohol	past	28(9.4)	89.85	5.59*	25.07	6.16***	18.67	4.39**	26.42	3.66*	17.07	15.53***	14.17	3.08*
	no	191(63.9)	105.46		30.76		22.04		28.78		21.23		16.30	
	intermittent	62(20.7)	100.08		29.08		23.14		27.29		17.51		16.33	
	often	18(6.0)	101.72		30.83		24.00		25.05		17.61		18.00	-1.45
Experience of dis. of family	yes	144(48.2)	97.81	-4.11***	28.31	-3.84***	21.95	-0.31	26.76	-3.64***	17.75	-7.66***	15.83	
	no	155(51.8)	107.16		31.34		22.18		29.20		21.80		16.57	10.39***
Experience of exercise (regularly)	yes	102(34.1)	112.38	21.45***	32.62	13.62***	23.01	1.96	31.32	31.01***	22.11	18.07***	17.61	
	no	163(54.5)	96.75		28.22		21.53		25.97		18.57		15.20	
	past	34(11.4)	101.82		29.67		21.82		27.97		19.17		16.85	

* P<.05 **P<.01 ***P<.001

운동을 과거에 했거나 현재하고 있는 경우 건강증진 행위의 실천을 잘 하는 것으로 나타났다. 영역별 건강증진 생활양식 수행정도를 보면, 자아실현의 영역은 연령($F=4.66, p<.01$), 교육정도($F=6.20, p<.001$), 한달 용돈($F=4.98, p<.05$), 흡연경험($F=5.51, p<.01$), 음주경험($F=6.16, p<.001$), 가족의 질병경험($t=-3.84, p<.001$), 운동경험($F=13.62, p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 연령이 낮고 교육정도가 높고, 한달 용돈이 많은 경우 자아실현 영역의 건강증진 행위의 실천을 잘 하는 것으로 나타났다. 또한, 흡연경험이 없고 음주경험이 없거나 현재 하고있는 경우, 가족의 질병경험이 없고 운동경험이 있는 경우 자아실현 영역의 건강증진 행위의 실천을 잘 하는 것으로 나타났다.

건강책임 영역은 연령($F=8.82, p<.001$), 교육정도($F=8.89, p<.001$), 결혼상태($t=2.07, p<.05$), 동거유형($F=3.92, p<.05$), 종교($F=4.31, p<.01$), 한달 용돈($F=10.53, p<.001$), 질병경험($t=3.18, p<.01$), 현재약물복용($t=3.38, p<.01$), 음주경험($F=4.39, p<.01$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 연령이 낮고 교육정도가 높은 경우, 배우자가 있고 노부부만 살고 있는 경우, 무교보다는 천주교 등의 종교가 있는 경우 건강책임 영역의 건강증진행위의 실천을 잘 하는 것으로 나타났다. 또한, 한달 용돈이 많고, 질병경험이 있는 경우, 현재 약물복용을 하고 있는 경우와 음주경험이 없거나 현재 하고있는 경우에 건강책임 영역의 건강증진 행위의 실천을 잘 하는 것으로 나타났다. 운동및 영양영역은 연령($F=4.75, p<.001$), 교육정도($F=6.15, p<.001$), 한달 용돈($F=8.36, p<.001$), 흡연경험($F=4.96, p<.01$), 음주경험($F=3.66, p<.05$), 가족의 질병경험($t=-3.64, p<.001$), 운동경험($F=31.01, p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 연령이 낮은 경우, 교육정도가 높은 경우, 한달 용돈이 많은 경우, 흡연경험이 없는 경우에 운동 및 영양영역의 건강증진 행위의 실천을 잘 하는 것으로 나타났다. 또한, 음주경험이 없는 경우, 가족의 질병경험이 없는 경우와 운동경험이 있는 경우 운동 및 영양영역의 건강증진 행위의 실천을 잘 하고 있는 것으로 나타났다.

대인관계지지 영역은 교육정도($F=4.60, p<.01$), 동거유형($F=5.29, p<.01$), 한달 용돈($F=7.84, p<.001$), 질병경험($t=-3.14, p<.01$), 현재약물복용($t=-2.91, p<.01$), 흡연경험($F=14.09, p<.001$), 음주경험($F=15.53, p<.001$), 가족의 질병경험($t=-7.66, p<.001$), 운동경험($F=18.07, p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 교육정도가 높고 자녀와 동거하는 경우, 한달 용돈이 많고 질병경험이 없는 경우 대인관계지지 영역의 건강증진 행위의 실천을 잘 하는 것으로 나타났다. 또한, 현재 약물복용을 하고 있지 않고 흡연경험이 없으며 음주경험이 없는 경우, 가족의 질병경험이 없는 경우와 운동경험이 있는 경우 대인관계 지지영역의 건강증진 행위의 실천을 잘 하

는 것으로 나타났다.

스트레스 관리영역은 연령($F=8.33, p<.001$), 교육정도($F=5.53, p<.001$), 한달 용돈($F=5.92, p<.01$), 음주경험($F=3.08, p<.05$), 운동경험($F=10.39, p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 연령이 낮고 교육수준이 높으며 한달 용돈이 많은 경우와 음주경험이 자주 있는 경우, 운동경험이 있는 경우 스트레스 관리 영역의 건강증진 행위의 실천을 잘 하는 것으로 나타났다.

통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계

본 연구에서 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계를 보기 위해 Pearson Correlation Coefficient로 분석한 결과<Table 3>, 통제성은 지각된 건강상태($r=-.144, p<.05$), 자기효능($r=.333, p<.01$), 사회적지지($r=-.181, p<.01$)와 유의한 상관관계를 보였으며, 지각된 건강상태는 사회적지지($r=.283, p<.01$)와 유의한 상관관계를 보였다.

<Table 3> Correlation between control, perceived health status, self-efficacy, social support

		X1	X2	X3	X4
X1	Control	1.000			
X2	Perceived health status	-.144*	1.000		
X3	Self-efficacy	.333**	0.270	1.000	
X4	Social support	-.181	.283**	.014	1.000

* $P<.05$ ** $P<.01$

전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도간의 상관관계

전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도간의 상관관계를 보면<Table 4>, 자아실현 영역은 건강책임($r=.581, p<.01$), 운동 및 영양($r=.565, p<.01$), 대인관계지지($r=.581, p<.01$), 스트레스관리($r=.665, p<.01$)와 유의한 순상관관계를 나타냈다. 건강책임영역은 운동 및 영양($r=.512, p<.01$), 대인관계지지($r=.338, p<.01$), 스트레스관리($r=.579, p<.01$)와 유의한 순상관관계를 나타냈다. 운동 및 영양영역은 대인관계지지($r=.550, p<.01$), 스트레스관리($r=.590, p<.01$)와 유의한 순상관관계를 나타냈다. 대인관계지지영역은 스트레스관리($r=.505, p<.01$)와 유의한 순상관관계를 나타냈다.

전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도와 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계

<Table 4> Correlation between total and sub-categorical HPL

	X1	X2	X3	X4	X5	X6
X1 HPL	1.000					
X2 Self-actualization	.820**					
X3 Health responsibility	.770**	.581**				
X4 Exercise and Nutrition	.823**	.565**	.512**			
X5 Interpersonal relationship	.738**	.581**	.338**	.550**		
X6 Stress management	.824**	.665**	.579**	.590**	.505**	1.000

*P<.01

<Table 5> Correlation between total and sub-categorical HPL, Control, Perceived health status, Self-efficacy and Social support

	Control	Perceived health status	Self-efficacy	Social support
HPL	-.196**	.232**	.041	.741**
Self-actualization	-.165**	.266**	-.006	.654**
Health responsibility	-.125**	.004	.070	.420**
Exercise and Nutrition	-.216**	.253**	-.001	.560**
Interpersonal relationship	-.137*	.209**	.031	.726**
stress management	-.134*	.191**	.091	.630*

* P<.05 ** P<.01

전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도와 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계를 보면 <Table 5>, 통제성은 전체 건강증진 생활양식($r=-.196, p<.01$) 및 하위영역인 자아실현($r=-.165, p<.01$), 건강책임($r=-.125, p<.01$), 운동 및 영양영역($r=-.216, p<.01$), 대인관계지지($r=-.137, p<.01$), 스트레스관리($r=-.134, p<.01$)와 유의한 상관관계를 나타냈다. 지각된 건강상태는 전체 건강증진 생활양식($r=.232, p<.01$)과 하위영역인 자아실현($r=.266, p<.01$), 운동 및 영양영역($r=.253, p<.01$), 대인관계지지($r=.209, p<.01$), 스트레스관리($r=.191, p<.01$)와 유의한 상관관계를 나타냈다. 자기효능은 전체 및 하위영역별 건강증진 생활양식과 유의한 상관관계를 보이지 않았다. 사회적 지지는 전체 건강증진 생활양식($r=.741, p<.01$), 자아실현($r=.654, p<.01$), 건강책임($r=.420, p<.01$), 운동 및 영양($r=.560, p<.01$), 대인관계지지($r=.726, p<.01$), 스트레스관리($r=.630, p<.01$)와 유의한 상관관계를 나타냈다.

건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인

본 연구에서 여성노인의 건강증진 행위를 예측하는 변수를 확인하기 위해 Pender(1987)의 모형을 기초로 본 연구에서 제시된 건강증진 관련 변수인 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지등 변수가 건강증진 행위를 설명하는 정도를 단계적 다중회귀분석으로 분석한 결과 사회적 지지가 건강행위를 설명하는 유의한 변수로 나타났으며, 사회적 지지가 여성노인의 건강증진 행위를 54% 설명하는 것으로 나타났다

<Table 6>.

<Table 6> Regression analysis predicting HPL

Variables	B	Cum R ²	F	P
Social support	.741	.54	358.72	.000

논 의

본 연구결과에서 여성노인의 건강증진 생활양식의 수행정도는 평균점점 2.46점으로 평균보다 다소 낮게 나타났다. 이는 노인을 대상으로 한 Song, Lee와 Anh(1997)의 2.63점, Park등(1998)의 2.65점보다는 낮았으나, 대학생을 대상으로 한 Lee(1997)의 2.30점과 간호대학생을 대상으로 한 Sung(2001)의 2.43점보다는 높은 점수로 나타났다. 따라서 노인이 초기 성인에 비해 건강증진 생활양식의 수행정도가 높다고 보고된 여러 연구결과(Pender, Walker, Sechrist & Frank-Stromborg, 1990)와 일치함을 알 수 있다.

하위 영역별로는 대인관계지지가 2.83점으로 가장 높았고, 건강책임이 2.20점으로 가장 낮게 나타났는데, 이는 Sung(2001)의 국내 연구결과와 일치하는 것이지만, 노인을 대상으로 한 Walker, Volkan, Sechrist와 Pender(1988), Duffy(1993)의 연구에서 운동 및 영양영역이 가장 낮게 나타난 결과와는 상반된 것이라 할 수 있다. 이러한 결과는 경제수준이 향상되고 평균수명이 연장되면서 각종 매체에서의 건강한 노년을 위한 운동 및 영양의 중요성에 대한 정보가 지속적으로 제공되고 있는 가운데, 노인 인구에서 운동 및 영양영역의 건강증진 행

위가 과거에 비해 향상되고 있음을 나타내는 것이며, 우리나라와의 문화적 차이를 나타내는 것으로 사료된다.

인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도의 차이에서, 연령($F=7.69, p<.001$), 교육정도($F=8.35, p<.001$), 한달 용돈($F=8.27, p<.001$), 흡연경험($t=3.73, p<.05$), 음주경험($F=5.59, p<.05$), 가족의 질병경험($t=-4.11, p<.001$), 운동경험($F=21.45, p<.001$)에서 유의한 차이를 보였는데, 이는 Lee(1997)와 Sung(2001)의 연구결과와 부분적으로 일치하는 결과이다. 특히 연령이 낮은 경우와 교육정도가 높은 여성노인이 연령이 높고 교육정도가 낮은 여성노인에 비해 건강증진 행위의 실천도가 높게 나타났으므로, 이들에게 지속적인 건강정보를 제공해주는 것이 필요하며, 나아가 교육수준을 고려한 다양한 교육프로그램의 개발이 시급하다고 볼 수 있다. 또한, 한달 용돈의 경우 용돈이 많은 경우 용돈이 적은 경우보다 건강증진행위의 실천도가 높은 것으로 나타났는데, 본 연구의 대상자들이 여성노인임을 고려해 볼 때, 여성의 평균수명은 77.4세로 남성의 69.5세보다 8세가량이 높으며(Korea National Statistical Office, 1999), 여성노인들이 배우자 없이 지내는 기간이 평균 10-11년 정도 되고, 여성노인의 80%정도가 자녀에게 경제적인 지원을 받고 있다는 보고(Sookmyung University Press, 1999)는 경제적으로 취약한 여성노인의 건강증진을 위한 국가적인 차원의 프로그램 개발 및 확산이 요구되고 있음을 강력히 시사하는 것이라 할 수 있다. 한편, 여성노인은 흡연경험, 음주경험, 가족의 질병경험 및 운동경험 등에서 건강증진 생활양식 수행정도의 차이를 나타냈는데, 이는 Kim(Park et al., 1998에 인용됨)이 주체강연에서 나타낸 개개인의 바람직한 생활양식이 건강증진에 도움이 될 수 있다고 한 견해와 일치하는 것으로, 바람직한 생활양식은 적절한 영양섭취, 정기적인 운동, 금연, 금주, 의약품 사용의 절제, 건전한 사고, 스트레스 관리 등이 중요하다고 언급하였다.

본 연구에서 통제성은 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지와 전체 및 하부영역 건강증진 생활양식과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이는 Suh(1995), Lee(1997), Sung(2001)의 연구에서 통제성이 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인이라고 나타낸 결과와 일치하는 것이라 할 수 있다. Pender(1987)의 건강증진 모형에서 건강에 대한 지각된 통제성은 건강증진 생활양식과 긍정적인 상관관계가 되기도 하고(Pender et al., 1990), 지지되지 않기도 한데(Weitzel, 1989), 본 연구에서 지각된 통제성이 건강증진 생활양식에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타난 것은 여성 노인은 전통적인 성역할 규범을 가진 경우 자신감이 부족할 뿐 아니라 건강관리 책임을 독립적으로 결정하려는 노력과 자율성이 부족하지만, 현재 우리나라 여성의 지위가 향상되고 여성들의 자기주장이 증가하고 있는 것과 관련있다고 보며, 여성 노인의 경우에도

이러한 사회구조의 변화에 영향을 받고 있음을 알 수 있다.

지각된 건강상태는 사회적 지지와 전체 건강증진 생활양식 및 자아실현, 운동 및 영양, 대인관계지지, 스트레스관리등의 하부영역과 유의한 상관관계를 나타내, 운동 및 영양영역만을 나타낸 Sung(2001)의 연구결과와 자아실현영역만을 나타낸 Lee(1997)의 연구결과 및 영양, 대인관계지지, 자아실현 등을 나타낸 Speake, Cowart와 Pellet(1989)의 연구결과와 부분적으로 일치하고 있지만, 중년여성을 대상으로 한 Suh(1995)의 연구에서는 건강증진에 영향을 주지 않는 것으로 나타났으며, 연구 대상자들이 여성으로 구성된 동일 집단이기 때문에 나타난 결과라고 생각된다고 하였다. 그러나 본 연구의 대상자들도 여성으로 구성되어 있기 때문에 이러한 결과의 차이를 확인하기 위해서는 다양한 연령을 포함한 여성을 대상으로 한 후속연구가 필요하다고 본다.

자기효능은 본 연구에서 건강증진 생활양식과 유의한 상관관계를 보이지 않는 것으로 나타났는데, 이는 노인을 대상으로 한 Song등(1997)의 연구결과와 일치하는 것이라 할 수 있다. 자기효능은 선행연구(Desmond, Conrad, Montgomery & Simon, 1993; Pender et al., 1990)에서 건강증진 생활양식의 가장 강력한 예측인자로 확인되었으나, 본 연구에서는 상반된 결과를 나타냈는데, 이는 선행연구의 경우 대상자들이 중년여성이나 근로자를 대상으로 한 연구결과이므로 자기효능이 연령에 따라 작용할 수 있음을 암시하는 것이라 할 수 있다. 또한 노인을 대상으로 이루어진 연구가 거의 없는 상태이며 특히 여성노인을 대상으로 한 연구는 없는 상태에서 상반된 결과가 도출되었으므로, 노인이나 여성노인을 대상으로 한 반복 연구를 통해 이에 대한 규명이 이루어져야 할 것으로 보인다.

우리 나라의 경우 전통적인 경로사상으로 가족 내에서 노인의 역할이 거의 없으며, 노인들의 자기효능감을 높일 수 있는 프로그램의 제공이 거의 이루어지지 못하고 있는 것도 본 연구결과와 관련이 있을 것으로 사료된다.

사회적 지지는 통제성, 지각된 건강상태와 전체 건강증진 생활양식 및 모든 하부개념 영역에서 유의한 상관관계를 보여 신뢰도와 타당도를 보여주고 있으며, 사회적 지지의 건강증진 생활양식에 대한 설명력은 54%로 높았다. 여러 연구(Gills, 1993; Sung, 2001)에서, 사회적 지지와 건강증진 행위간에 긍정적인 상관관계가 있음이 보고되었다. Hubbard, Muhlenkanp와 Brown(1984)은 사회적 지지가 노인의 생활양식에 영향을 주며, 노인의 긍정적인 생활실현을 설명해 주는 변량이 노인센타에서는 14%, health fair 등록자에서는 34%정도라고 하였다. 따라서, 종교활동이나 노인대학과 같은 사회적 모임을 통한 프로그램 참여시 성취경험을 고취시키면서 자기효능감을 높여줌으로써 여성노인 스스로 건강증진 행위에 적극 참여할 수 있도록 하는 간호중재의 개발 및 적용이 시급

하다고 할 수 있다.

또한, Riffe 등(1989)은 노인들의 건강증진 생활양식을 조사한 결과, 사회적 지지와 건강증진 생활양식의 하위 개념인 자아실현, 건강책임, 대인관계지지와 스트레스 관리간에 정적인 관계를 보여, 가족 구성원이나 친구, 동료와의 상호관계가 좋을수록 개인의 건강증진 행위를 잘 하는 것으로 나타났다고 하였다. Gauthier와 Klassen-Maxwell(1991)은 여성의 건강증진 생활양식은 사회적 역할에 의해 영향을 받아 왔으며, 사회적 장점이 있는 생활양식이 운동이나 식이, 좋은 수면양상과 같은 건강관련 행위에 많이 참여하게 된다고 하였다.

중년여성을 대상으로 한 Suh(1995)의 연구에서 중년여성의 건강증진 생활양식에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 사회적 지지였다고 하면서, 사회적 지지가 긍정적인 건강실천을 위한 가장 유의한 지표로서 건강증진 생활양식에 직접적인 영향을 준다는 연구(Hubbard et al., 1984)와 일치하였다고 하였다. 따라서, 여성 노인은 노인의 특성과 여성의 특성을 고려해 볼 때, 건강증진 행위에 사회적 지지가 많은 영향을 미칠 수 있음을 알 수 있다.

본 연구결과를 통해 볼 때, 사회적 지지는 긍정적인 건강행위의 예측요인으로 나타났으며, 특히 여성은 남성에 비해 사회적 지지의 지각정도가 높기 때문에 사회적 지지가 건강증진 생활양식의 수행에 주는 효과가 큰 것으로 볼 때(Hubbard, Muhlenkamp와 Brown 1984), 여성노인을 대상으로 한 본 연구에서 건강증진 생활양식을 가장 잘 설명해주는 변수로 사회적 지지가 나타난 결과를 강력히 지지해 주는 것이라 할 수 있다.

이상을 종합해 보면, 여성 노인을 대상으로 한 건강증진 생활양식에 대한 연구가 많지 않은 실정에서, 여성 노인의 경우 건강증진 생활양식이 통제성, 지각된 건강상태 및 사회적 지지와 상관관계가 있음을 알 수 있으며, 여성노인의 건강한 삶을 통한 삶의 질 향상에 중요한 역할을 하는 건강증진 생활양식 수행정도를 높이기 위해서는 사회적 지지가 주된 요인으로 작용함을 알 수 있다. 따라서, 여성노인의 건강증진 생활양식 수행의 증진을 위해서는 종교단체나 노인대학 등의 사회적지지 모임을 통해 성취감을 고취시키도록 하며, 여성노인의 삶의 질을 증진시키기 위한 건강증진 프로그램 개발을 위해서는 그들의 연령, 음주경험, 운동경험 및 현재 약물복용 여부 등의 인구사회학적 특성이 고려된, 예를 들어 음주의 경우 음주자와 비음주자를 구분하여 각 대상자의 특성에 맞는 건강증진 프로그램이 개발되는 등의 포괄적인 접근이 요구된다고 본다.

결론 및 제언

결론

본 연구는 여성노인의 건강증진 생활양식 수행정도를 알아보고, 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지와 건강증진 생활양식 하위영역간의 관계를 알아보고, 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 변인을 분석함으로써, 향후 그들의 건강증진 생활양식 실천에 도움이 되는 자료를 제공하기 위해 시도되었다. 자료수집은 2002년 3월 2일부터 3월 31일까지이며, 서울지역과 부산지역중 농촌지역에서 각 4개소의 노인정을 임의 선정하여 65세 이상의 여성노인중 연구목적에 이해하고 참여를 수락한 299명을 대상으로 하였다. 자료분석은 SPSS/WIN 프로그램을 이용하여, 평균, 표준편차, t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient, Stepwise multiple regression으로 분석하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

- 여성노인의 건강증진 생활양식 수행정도는 4점 만점에 2.46점으로 다소 낮게 나타났다. 대인관계지지영역이 2.83점으로 가장 높았고, 건강책임영역이 2.20점으로 가장 낮았다.
- 인구학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 연령, 교육정도, 한달 용돈, 흡연경험, 음주경험, 가족의 질병경험, 운동경험 등에서 유의한 차이를 나타냈다.
- 통제성은 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지와 유의한 상관관계를 나타냈으며, 지각된 건강상태는 사회적 지지와 유의한 상관관계를 나타냈다.
- 건강증진 생활양식은 하부영역 모두와, 또한 각 하부영역 간에도 유의한 상관관계를 나타냈다.
- 통제성과 사회적 지지는 전체 건강증진 생활양식 및 하부영역과 유의한 상관관계를 나타냈으며, 지각된 건강상태는 전체 건강증진 생활양식과 건강책임영역을 제외한 하부영역과 유의한 상관관계를 나타내었다.
- 노인여성의 건강증진 생활양식에 가장 유의한 영향을 미치는 변수는 사회적 지지로 건강증진 생활양식을 54% 설명하였다.

본 연구의 결과를 통하여, 국, 내외에서 전체적인 노인은 물론 여성노인의 건강증진 생활양식과 관련된 연구가 매우 미흡한 실정임을 알 수 있으며, 여성노인의 건강증진 생활양식 수행정도, 관련요인 및 결정요인에 관한 연구가 활발히 이루어져야 할 것으로 보인다. 또한, 사회적 지지 및 인구사회학적 변수가 여성노인의 건강증진 생활양식에 영향하는 변수임을 알 수 있으며, 이에 따라 여성노인의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 이상의 관련 변수를 고려한 포괄적인 지역사회 중심의 건강증진 프로그램의 개발과 확산이 필요하다고 본다.

References

- Cohen, S., Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *J. of Appl soc psychology*, 13, 99-125.
- Desmond, A. W., Conrad, K. H., Montgomery, A., Simon, K. A. (1993). Factors associated with male worker's engagement in physical activity. *AAOHN*, 41(2), 73-83.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife woman. *Nurs Res*, 37(6), 358-362.
- Duffy, M. E. (1993). Determinant of Health-Promoting Lifestyles in older persons. *IMAGE: J. of Nurs Scholarship*, 25(1), 23-28.
- Gauthier, C. C., Krassen-Maxwell, E. (1991). Time demands and medical ethics in women's health care. *Health Care for Women International*, 12, 153-165.
- Gillis, A. J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 345-353.
- Gochman, D.S.(1988). *Health behavior : emerging research perspectives*. Plenum Press- New York and London.
- Hong, S. J. (1993). *Introduction of Gerontology*. Seoul: Hawoo Press, Inc.
- Hubbard, P., Huhlenkamp, A.F., Brown, N.(1984). The relationship between social support and self-care practices. *Nurs Res*, 33, 266-270.
- Hwang, J. H. (1990). *A Study on Living Status of the Aged in Korea*. M.A. Thesis. Graduate School of Regional Science, Hanam University, Daejeon.
- Park, E. S., Kim, S. J., Kim, S. I., Jeon, Y. J., Lee, P. S., Kim, H. J., Han, K. S. (1998). A Study of Factors Influencing Health Promoting Behavior and Quality of Life in the Elderly. *J Korean Acad Nurs*, 28(3), 638-649.
- Korea National Statistical Office (1999). *Social Index in Korea*.
- Lee, M. R. (1997). A study of factors influencing Health Promoting Lifestyle of College Students. *J Korean Acad Nurs*, 27(1), 156-168.
- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk, Conn, Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*, 2nd ed. Norwalk, Conn, Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. P., Frankstromborg, M. (1990). Predicting health promoting life style in the workplace. *Nurs Res*, 39(6), 326-332.
- Pollock, S. E. (1989). The hardiness characteristic : A motivating factor in adaptation. *ANS*, 11(2), 53-62.
- Riffle, K. L., Yoho, J., Sams, J. (1989). Health-promoting behavior, perceived social support, and self-reported health of appalachian elderly. *Pub Heal Nursing*, 6(4), 204-211.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale : construction and validation. *Psych Reports*, 51, 663-671.
- Sookmyung Press (1999). *Modern Gerontology*. Institute of Health and Life Science.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Res in Nursing and Health*, 12, 93-100.
- Suh, Y. O. (1995). Structural Model of Health Promoting Lifestyle in Midlife Women. Dissertation, Kyunhee University, Seoul.
- Sung, M. H. (2001). Determinants of Health Promoting Lifestyle of Nursing Students. *Korean J Women Health Nurs*, 7(3), 317-330.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics. *Nurs Res*, 36(2), 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. P., Pender, N. J. (1988). Health promoting lifestyles of older adults : comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Adv in Nurs Science*, 11(1), 76-90.
- Ware, J. E. (1976). Scale for measuring general health perceptions. *Heal Ser Research*, 11, 396-415.
- Weitzel, M. H. (1989). A test of the health promotion model with blue color workers. *Nurs Res*, 38(2), 99-104.
- Yoo, J. S., Kim, J. J., Park, J. W. (1985). A study of correlation between perceived health, health behavior and health status. *Yonsei Journal*, 169-185.

The Study on Health Promoting Lifestyle of the Elderly Women

Sung, Mi-Hae¹⁾ · Lim, Young-Mi²⁾

1) Associate Professor, Department of Nursing, Inje University

2) Assistant Professor, Department of Nursing, Yonsei University Wonju College of Medicine

Purpose: This study was undertaken in order to determine factors affecting health promoting lifestyle of elderly women. **Method:** The subjects were 299 elderly community residing women over the age 65 living in 2 large cities. The instruments used for this study were a survey of general characteristics, health promoting lifestyle(47items), perceived health status(6 items), self-efficacy(17 items), and social support(18 items). The data

was analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficients, and Stepwise Multiple Regression. **Result:** The result of the study are as follows : The average item score for the health promoting lifestyle was 2.46, the highest score on the subscale was interpersonal support(M=2.83). A significant difference between age, education level, income, experience of smoking, alcohol, exercise, and health promoting lifestyle were found. Stepwise multiple regression analysis revealed that the most powerful predictor of health promoting lifestyle was social support(55%). **Conclusion:** Social support accounted for 54% of the variance in health promoting lifestyle in the elderly women. Therefore, health promoting programs that increase social support should be developed to promote a healthy lifestyle of the elderly women.

Key words : Health promotion, Women

• Address reprint requests to : Sung, Mi-Hae

Department of Nursing, Inje University

633-165, Gaegeum-dong, Busanjin-gu, Busan 614-735, Korea

Tel: +82-51-890-6825 Fax: +82-51-896-9840 E-mail: nursmh@inje.ac.kr