

도시지역 여성노인의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태 및 건강증진행위와의 관계연구*

신 경 립¹⁾ · 김 정 선²⁾

서 론

연구의 필요성 및 목적

최근 노인과 관련한 각종 보건·의료·사회·경제적 문제 인식이 그 어느 때보다도 크게 표출되고 있는데 이는 고령화 사회의 돌입과 함께 급속도로 진행되고 있는 세계 초유의 고령화속도로 인하여 시급하게 그 대책을 준비할 필요성이 있기 때문이다(SunWoo, 2003). 특히 노인계층의 건강문제는 다른 계층에 비하여 중요하게 다루어질 필요가 있다. 왜냐하면 노인인구의 건강은 전체 인구의 의료비 지출이나 건강관련 통계지수와 삶의 질을 좌우하는 매우 중요한 측면이 있고 또한 건강문제가 노인 자신의 생계를 위협할 뿐 만 아니라 더 나아가 이들 계층을 부양하여야 하는 배우자나 가족의 건강, 그리고 지역사회에도 직접적으로 미치고 있기 때문이다.

KNSO(2003) 발표자료에 의하면 65세 이상 노인인구 비율은 8.3%로 노년부양비(11.6%)와 노령화지수(40.8%)의 지속적인 증가를 가져왔다. 그런데 노인인구의 성별 구성비를 보면 남자 38.2%, 여자 61.8%로 여자가 노인인구의 2/3를 차지하고 있고, 평균수명에서는 남자 72.8세, 여자 80.0세로 여자가 남자보다 7.2년 더 오래 사는 것으로 나타났으며, 65세 이상 노인의 기대여명 또한 남자 14.6년, 여자는 18.4년(KNSO, 2001)으로 여성노인이 남성노인보다 유병장수하는 것으로 나타나 노인문제는 곧 여성노인의 문제로 그 사회적 중요성과 건강관련 중재 전략의 필요성을 시사해 주고 있다.

노인은 노화로 인한 건강관리 뿐 아니라 다발적이고 만성 퇴행성 질환이라는 질병의 특징 때문에 치료목표 또한 질병의 완전한 쾌유를 기대하기보다는 노화와 만성질환이 계속 있는 상태에서 지속적인 건강관리를 통한 최대한의 독립적 기능상태 유지와 삶의 질 향상에 있으므로 어느 연령층보다 자신의 건강을 유지·증진하기 위한 노력이 요구된다.

2002년부터 보건복지부가 추진하고 있는 국민건강증진종합계획 'Health Plan 2010'은 이와 같은 맥락에 있으며 이는 WHO(2003)가 '건강위해행위를 감소시킴으로써 건강수명을 연장하자'는 2002년도 세계보건총서를 통해 21세기 인류의 건강향상을 위해서는 무엇보다도 건강행태가 중요함을 강조하고 있다. 이는 그만큼 세계적 추세인 고령화로 인한 노인계층의 건강문제 중요성을 반영함을 알 수 있다.

MHW(2002)조사에 따른 노인의 만성질환 유병률을 보면, 노인의 절반 이상이 만성질환을 복합적으로 가지고 있었으며 특히 남성노인보다는 여성노인의 비율이 훨씬 높게 나타나 여성노인이 상대적으로 남성노인에 비해 주관적 건강의식 수준을 낮추는데 영향을 주게 되었다. 이는 여성노인이 상대적으로 더 고령화되어 자연적으로 기능이 감소되어 있고, 독거 비율이 높아서 사회적 접촉의 부족으로 인한 건강행위의 실천이 결여되어 있으며, 남성노인에 비해 사회적 참여활동이 저조하기 때문인(SunWoo, 2003) 것으로 추정하고 있다. 그러나 현재 시행되고 있는 노인보건의료정책은 이러한 여성노인의 특성을 고려하지 않고 있으므로 여성노인의 건강문제에 대한 관리는 더욱 중요하고 시급한 과제라 할 수 있겠다.

주요어 : 여성노인, 건강관심도, 주관적 건강 평가, 건강상태, 건강증진행위

* 본 연구는 2002년도 한국과학재단(R04-2002-000-00139-0)의 지원에 의해 수행되었음

1) 이화여자대학교 간호과학대학 교수, 2) 이화여자대학교 간호과학대학 강사

투고일: 2004년 4월 30일 심사완료일: 2004년 8월 3일

생애주기관점에서 노년기는 다른 생애주기에 비해 건강에 대한 관심이 삶의 대부분을 차지할 정도로 공감대를 형성하고 있다. Breslow와 Enstrom(1980)의 시계열 연구에 의하면 건강관심도가 결정되면 이 건강관심도가 건강행위를 결정하고 결정된 건강행위는 건강상태를 결정하는 것으로 나타났다. 그러므로 주관적으로 평가하는 건강상태 뿐 아니라 실제적으로 나타나는 건강상태는 노인의 건강을 평가하는 주요 변수로 고려될 수 있다. 하지만 이러한 건강상태는 현재의 건강특성만을 나타내므로 잠재적인 건강위험을 평가할 수 있는 좋은 지표로 평가되고 있는 건강증진행위의 변수를 함께 고려하는 것은 질병 발생 이전에 질병을 예방하고 증진시키는 건강관리 방안으로 훨씬 효율적일 수 있다. 따라서 이를 위해서는 여성노인의 특성을 반영하고, 건강생활실천과 만성질환예방 및 관리를 통한 여성노인의 자립적 건강잠재력 제고를 위해 다양한 건강증진프로그램 개발의 기초자료로서 여성들의 건강관심도가 어느 정도이고, 주관적으로 자신의 건강상태를 어떻게 평가하고 있는지, 실제 여성노인의 건강상태는 어떠한지, 건강을 증진하기 위한 행위를 어느 정도 수행하고 있는지에 대한 실태파악이 우선 되어야 한다.

지금까지의 선행연구를 보면, 건강관심도는 농촌 재가노인이나 예비노인집단과 노인집단간의 비교 또는 일반 노인을 대상으로 건강(실천)행위나 건강태도, 주관적 건강상태, 일상활동능력 등과의 관련성을 검증하는 소수의 연구만 이루어졌을 뿐 여성노인의 건강관심도를 검증할만한 충분한 연구가 이루어지지 않았다. 자신의 건강상태를 평가하는 주관적 건강평가는 그 영향요인이나(Chang, 2003; Oh, 2001) 건강문제나 사기와의 관계(Song, 2002), 건강관심도나 건강(실천)행위, 건강태도와의 관련성(Kim, 2000; Kim, 2002) 연구들로 최근 이러한 연구가 증가하고 있으나 여성노인이 자신의 건강을 평가하는 것과 실제적인 건강상태와의 관련성을 검증한 연구는 전무하였다. 한편, 건강상태는 임상과 지역사회, 농촌과 도시, 독거와 가족동거, 사회계층이 다른 저소득 노인, 시설노인 등 다양한 상황에 놓여 있는 노인을 대상으로 연구가 이루어졌으며, 실태를 확인하는 조사연구나 사회·심리적 개념이나 건강관련 특성을 반영하는 요인들, 또는 행위적 요소들과의 관련성을 검증하는 연구가 1990년대 이후로 꾸준히 연구되어 오고 있다. 그러나 건강관심도와의 관련성이나 주관적으로 지각하는 건강상태와의 관련성을 검증하는 연구는 없었다. 노인의 건강증진행위는 1995년 국민건강증진법이 제정되면서 90년대 후반부터 연구가 본격적으로 이루어지고 있는데 주로 건강증진행위의 영향 요인에 대한 연구, 삶/생활 만족도나 건강지각, 건강상태, 자아존중감이나 자기효능감, 건강통제위 등과의 관련성 연구들이었다. 하지만 노인이 자가 평가한 주관적 건강상태와의 관련성을 검증한 연구는 없었다. 따라서 이

러한 선행연구들의 결과는 여성노인의 특성을 반영한 연구 부족을 시사해 줌으로써 여생을 만성질환에 시달리며 생활해야 하는 여성노인의 건강관심도, 주관적 건강상태 및 건강상태, 건강증진행위의 정도와 이들의 관련성을 검증할 근거를 마련해 주었다.

최근까지 노인 관련 보건의료체계는 질병예방이나 건강증진에 대해서는 상대적으로 낮은 비중을 두고 치료 측면에 주로 관심을 두어 왔다. 따라서 본 연구는 노인건강증진을 위한 평생건강관리체계의 근거를 마련하고, 지역사회 여성노인의 건강관리 강화를 위한 간호중재전략의 기초자료를 마련하기 위해 여성노인의 건강관심도, 주관적 건강상태 및 건강상태, 건강증진행위와의 관련성을 연구하고자 한다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 도시지역 여성노인의 건강관심도와 주관적 건강평가, 건강상태, 건강증진행위 정도를 알아보고 이들 개념간의 관계를 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

연구대상 및 자료수집방법

본 연구대상자는 2003년 3월부터 5월까지 서울특별시 지역 중 D와 G구를 임의로 선정하여 65세 이상으로 의사소통에 장애가 없고, 의식이 명료한 여성노인을 대상으로 본 연구의 목적을 이해하고 참여를 허락한 자를 임의표집 하였으며, 총 271명이었다. 본 연구의 표본 크기의 근거는 선행연구에서 건강증진행위와 주관적 건강평가간의 관계가 $r=.272\sim.500$ (Kim 등, 2001; Kim, 2002), 주관적 건강평가와 건강관심도간의 관계가 $r=.382$ (Kim, 2000) 수준으로 유의수준 .05, 검정력 80%로 볼 때 표본의 크기는 29~104이므로 본 연구의 표본크기는 충분하다고 본다. 설문조사 시 연구보조원이 직접 대면하여 설문지의 내용을 설명하고 자가 기록하게 하거나 문자해독이 어려운 노인은 연구보조원이 개별적으로 질문하여 응답을 대신 표기하였다.

연구도구

- 건강관심도는 KMH(2002)가 사용한 척도를 수정·보완하여 자신의 건강관리 여부(2점 척도), 건강과 관련된 정보의 관심도(5점 척도), 건강정보의 출처 여부(2점 척도)의 3문항을 간접측정 하였다. 최저 3점에서 최고 9점의 범위를 가지고 있으며 점수가 높을수록 건강에 대한 관심도가

높음을 의미한다.

- 주관적 건강평가는 Northern Illinois University에서 개발한 Health Self-rating Scale을(Kim, 1996) 수정·보완하여 현재의 자신의 건강상태, 1년 전과 비교한 건강상태, 동년배와 비교한 건강상태 3문항의 5점 척도로 측정하였다. 최저 3점에서 최고 15점의 범위를 가지고 있으며 점수가 높을수록 자신이 평가한 건강상태가 좋음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach Alpha 값은 .78이었다.
- 건강상태는 한국적 상황에 맞게 노인의 건강상태 도구를 개발한 Shin 등(2002)의 KoHMSE(한국형 건강상태 평가도구) V1.0도구를 근거로 본 연구에 맞게 수정·보완하여 측정하였다. 본 연구의 건강상태 도구는 신체적 기능 영역(21문항), 정서적 기능 영역(13문항), 사회적 기능 영역(6문항)으로 구성되어 있으며 총 39문항의 4점 척도로 최저 39점 최고 156점의 범위를 가지고 있으며 점수가 높을수록 건강상태가 좋음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach Alpha 값은 .96이었다.
- 건강증진행위는 Walker, Sechrist, & Pender(1995)가 개발한 HPLP-II를 Su(2001)가 한국적 특성에 맞게 수정·보완한 도구를 근거로 본 연구에 맞게 예비조사를 거쳐 내용을 수정·보완하여 개발하였다. 본 연구의 건강증진행위 도구는 건강책임 요인(8문항), 신체활동 요인(8문항), 영양 요인(7문항), 영적 성장 요인(9문항), 대인관계 요인(8문항), 스트레스 관리 요인(8문항), 금주 및 금연 요인(2문항), 식이조절 및 식습관 요인(6문항), 위생적 생활 요인(5문항), 약물 및 건강보조식품, 의료기사용 요인(4문항)으로 구성되어 있으며 총 65문항의 4점 척도로 최저 65점 최고 260점의 범위를 가지고 있으며 점수가 높을수록 건강증진행위가 높음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach Alpha 값은 .95이었다.

자료분석방법

수집된 자료는 SPSS/Win 10.0을 이용하여 통계처리 분석하였으며 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 구하였다.
- 대상자의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태, 건강증진행위의 정도는 평균과 표준편차, 최대값, 최소값을 구하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태, 건강증진행위는 t-test, One-way ANOVA를 실시하였다.
- 대상자의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태, 건강증진행위간의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficients를

구하였다.

연구 결과

연구대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성은 <Table 3>과 같다. 대상자의 연령은 65-74세가 50.9%(138명)를 차지하였으며, 교육정도는 무학이 40.6%(110명)으로 나타나 전통적 가부장적 사회에서 교육의 기회를 받지 못하고 성장기를 보낸 노년세대의 특성을 반영해 주었다. 또한 결혼상태는 사별이 64.5%(175명)를 나타내 남성보다 높은 평균수명으로 홀로 여생을 보내야 하는 여성노인의 실태를 반영하였다. 종교는 불교가 33.2%(90명)로 가장 많았으며, 동거형태는 결혼한 아들과 동거하는 경우가 41.3%(90명)로 나타나 아직까지 아들중심의 유교 이데올로기적 가족형태를 시사해 주었다. 가정의 월수입은 100만원 이하가 64.4%(175명)이고, 용돈 또한 10만원 이하가 47.6%(129명)으로 나타나 경제상태가 낮은 수준을 나타냈다. 건강검진에서는 검진을 한 사람이 72.7%(197명)로 많았으며, 만성질환은 89.7%(243명)가 만성질환을 가지고 있었다. 보건의료비용에 있어서 대상자의 지출정도는 10만원 이하가 81.2%(220명)를 나타내고 부담정도도 77.8%(211명)이 약간 부담에서 매우 부담의 범위를 차지함으로써 대상자의 낮은 경제상태가 보건의료비용의 지출과 부담과 연계됨을 알 수 있다.

건강관심도와 주관적 건강평가 정도

본 연구대상자의 건강관심도와 주관적 건강평가는 <Table 1>과 같다. 대상자의 건강관심도에서 건강관리 여부는 '아니오'가 75.6%(205명), 건강관련 정보 관심도는 '약간- 매우 많다'가 73.8%(200명), 건강정보 출처여부는 '예'가 99.6%(270명)로 나타났다. 대상자의 주관적 건강평가에서 대상자의 현재 건강상태는 '건강한 편이다'가 35.4%(96명), '그저 그렇다'가 26.6%(72명)로 나타나고, 지난 1년 전과 비교한 건강상태는 '마찬가지다'가 44.6%(121명), '약간 더 나빠짐'이 37.3%(101명)로 나타나고, 그리고 동년배와 비교한 건강상태는 '건강한 편이다'가 36.5%(99명), '그저 그렇다'가 29.9%로 나타났다.

건강상태와 건강증진행위 정도

본 연구대상자의 건강상태와 건강증진행위 정도는 <Table 2>와 같다. 대상자의 건강상태는 평균 105.52(SD=23.72)로 중간이상의 수준을 나타냈으며 각 영역에서 신체적 기능영역은 평균 57.09(SD=14.88), 정서적 기능영역은 평균 39.10(SD=

<Table 1> Level of health concern and self-rated health

(N=271)

Characteristics	Category		N(%)
Health Concern	Presence of Health management	Yes	66(24.4)
		No	205(75.6)
	Level of Health information concern	Very high	100(36.9)
		Moderately high	100(36.9)
		Moderate	48(17.7)
		Moderately low	17(6.3)
		Very low	6(2.2)
	Presence of Health information source	Yes	270(99.6)
		No	1(0.4)
	Self-rated Health	Present Health State	Very good
Good			96(35.4)
Common			72(26.6)
Poor			62(22.9)
Very poor			23(8.5)
Health State in comparison with last year		Much more good	3(1.1)
		A little more good	19(7.0)
		Sameness	121(44.6)
		A little more poor	101(37.3)
		Much more poor	27(10.0)
Health State in comparison with colleague		Very good	19(7.0)
		Good	99(36.5)
		Common	81(29.9)
		Poor	56(20.7)
		Very poor	13(4.8)

8.29), 사회적 기능영역은 평균 13.71(SD=4.17)로 나타나 신체적 기능과 정서적 기능 영역은 중간이상, 사회적 기능 영역은 중간이하 정도의 건강상태를 나타냈다. 대상자의 건강증진행위는 평균 172.63(SD=32.49)으로 중간이하의 수준을 나타냈으며 각 영역에서 건강책임 요인은 평균 19.13(SD=5.56), 신체 활동 요인은 평균 18.30(SD=6.84), 영적 성장 요인은 평균

21.46(SD=6.80)으로 중간이하의 건강증진행위를 나타냈고, 영양 요인은 평균 17.76(SD=4.22), 스트레스 관리 요인은 평균 20.42(SD=4.84), 약물 및 건강보조식품, 의료가사용 요인은 평균 10.56(SD=2.85)으로 중간정도의 건강증진행위를 나타냈으며, 대인관계 요인은 평균 22.57(SD=4.90), 금주 및 금연 요인은 평균 6.98(SD=1.88), 식이조절 및 식습관 요인은 평균

<Table 2> Level of health status and health promotion behavior

(N=271)

Variables	Category	Mean	SD	Minimum	Maximum	
Health Status	Physical function portion	57.09	14.88	26.00	84.00	
	Emotional function portion	39.10	8.29	14.00	52.00	
	Social function portion	13.71	4.17	5.00	20.00	
	Total	105.52	23.72	42.00	148.00	
Health Promotion Behavior	Health responsibility factor	19.13	5.56	8.00	32.00	
	Physical activity factor	18.30	6.84	8.00	32.00	
	Nutrition factor	17.76	4.22	7.00	28.00	
	Spiritual growth factor	21.46	6.80	9.00	36.00	
	Interpersonal relationship factor	22.57	4.90	8.00	32.00	
	Stress management factor	20.42	4.84	8.00	32.00	
	No smoking & Temperance factor	6.98	1.88	2.00	8.00	
	Diet control & Diet habit factor	19.44	3.37	8.00	24.00	
	Hygienic life factor	15.99	3.04	6.00	20.00	
	Use of medication, Health aid food & Medical appliance factor	10.56	2.85	4.00	16.00	
	Total		172.63	32.49	94.00	260.00

19.44(SD=3.37), 위생적 생활 요인은 평균 15.99(SD=3.04)로 중간이상의 건강증진행위를 나타냈다.

일반적 특성에 따른 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태, 건강증진행위 정도

본 연구대상자의 일반적 특성에 따른 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태, 건강증진행위 정도의 차이는 <Table 3>과 같다. 일반적 특성에 따른 건강관심도는 연령($P=.038$), 교육정도($P=.004$), 건강검진 유무($P=.015$), 만성질환 유무($P=.007$), 보건의료비용 부담 정도($P=.010$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. Scheffe 사후 검정한 결과, 연령별에서는 85세 이상 대상자($M=6.82$, $SD=1.15$)가 65-74세($M=7.28$, $SD=.91$)와 75-84세($M=7.30$, $SD=.88$)보다 건강관심도가 유의하게 낮게 나타났고, 보건의료비용 부담에서는 매우 부담된다($M=7.49$, $SD=.91$)가 약간 부담된다($M=7.11$, $SD=.85$)와 전혀 부담되지 않는다($M=7.12$, $SD=1.10$)보다 건강관심도가 유의하게 높게 나타났다. 일반적 특성에 따른 주관적 건강평가는 결혼상태($P=.049$), 만성질환 유무($P=.000$), 보건의료비용 지출정도($P=.020$) 및 부담정도($P=.010$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. Scheffe 사후 검정한 결과, 보건의료비용이 매우 부담된다($M=7.60$, $SD=2.44$)가 약간 부담된다($M=9.16$, $SD=1.19$)와 전혀 부담되지 않는다($M=9.66$, $SD=2.34$)보다 주관적 건강상태를 유의하게 낮게 평가하였다. 일반적 특성에 따른 건강상태는 연령($P=.000$), 교육정도($P=.000$), 결혼상태($P=.000$), 동거형태($P=.041$), 용돈정도($P=.043$), 건강검진 유무($P=.005$), 만성질환 유무($P=.001$), 보건의료비용 부담 정도($P=.000$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. Scheffe 사후 검정한 결과, 연령에서는 65-74세의 대상자($M=117.97$, $SD=23.45$)가 75-84세 대상자($M=102.35$, $SD=21.25$)와 85세이상 대상자($M=97.53$, $SD=27.94$)보다 건강상태가 유의하게 높게 나타났고, 보건의료비용 부담정도에서는 매우 부담된다($M=96.33$, $SD=23.00$)가 약간 부담된다($M=114.60$, $SD=22.82$)와 전혀 부담되지 않는다($M=118.15$, $SD=22.87$)보다 건강상태가 유의하게 낮게 나타났다. 일반적 특성에 따른 건강증진행위는 교육정도($P=.000$), 결혼상태($P=.026$), 동거형태($P=.018$), 용돈정도($P=.000$), 건강검진 유무($P=.000$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. Scheffe 사후 검정한 결과, 동거형태에서 부부만 산다($M=186.37$, $SD=29.99$)가 기타($M=155.58$, $SD=32.55$), 결혼한 딸과 함께 산다($M=164.56$, $SD=40.39$), 미혼자녀와 함께 산다($M=168.24$, $SD=27.57$), 혼자 산다($M=171.47$, $SD=35.09$), 결혼한 아들과 함께 산다($M=172.46$, $SD=30.87$)보다 건강증진행위가 유의하게 높게 나타났다.

건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태, 건강증진행위간의 관계

본 연구대상자의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태, 건강증진행위간의 상관관계는 <Table 4>와 같다. 건강관심도는 주관적 건강평가와는 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았으나 건강증진행위($r=.158$, $P=.009$)와 통계적으로 유의한 수준에서 상관관계를 나타냈고, 주관적 건강평가는 건강상태($r=.607$, $P=.000$)와 통계적으로 유의한 상관관계가 매우 높게 나타났으며 또한 건강증진행위($r=.216$, $P=.000$)와도 통계적으로 유의한 수준에서 상관관계를 나타냈다. 건강상태는 건강증진행위($r=.241$, $P=.000$)와 유의한 상관관계를 나타냈으며, 건강증진행위는 건강관심도($r=.158$, $P=.009$), 주관적 건강평가($r=.216$, $P=.000$), 건강상태($r=.241$, $P=.000$) 모두에서 통계적으로 유의한 상관관계를 나타냈다.

논 의

본 연구에서 대상자의 건강관심도는 75.6%가 건강관리를 하지 않는 것으로 나타났으나 건강관련 정보 관심도는 73.8%로 약간에서 매우 많은 정도의 관심을 나타냈으며, 건강정보 출처가 있는 경우는 99.6%로 나타나 건강관련 정보 관심도와 건강정보 출처는 높게 났으나 건강관리는 저조하여 사고의 차원에서 건강에 대한 관심이 실천으로까지 연계되지 않음을 나타냈다. 이는 도시에 거주하는 여성노인을 대상으로 단순히 건강에 대한 관심도만을 조사한 결과 82%가 건강에 대한 관심을 갖고 있었다는 Kim과 Yoon(1989) 연구와 일치하였으며, 여성노인을 대상으로 자신과 친구와의 비교를 통해 건강관심도를 측정한 Kang 등(2003)연구에서도 평균 3.54(범위 1-5)로 높게 나타나 본 연구와 유사한 결과를 나타냈다. 그러나 건강검진 여부와 건강을 위한 노력 유무, 건강정보의 유무를 근거로 노인의 건강관심도를 측정한 한 Song(1997)연구에서는 53.1%가 1점이하인 하위군으로 나타나 본 연구결과와 상이한 결과를 보였다. 또한, Oh(1997)연구에서는 건강관심도를 조사하여 이를 건강유지행위와의 관련성을 측정한 결과 노인의 70.8%가 건강에 관심이 있고 건강유지행위를 하는 것으로 나타나 건강에 대한 관심이 행위로까지 이어지는 현상을 보임으로써 본 연구와 차이를 나타냈다. 대상자의 주관적 건강평가는 현재나 동년배와 비교 시 건강한 편이나 지난 1년 전과보다는 나빠지거나 마찬가지로 건강상태를 평가하는 것으로 나타났다. 이는 여성노인들이 현재 시점에서는 건강에 대한 인식이 비교적 긍정적이거나 시간이 지남에 따라 진행되는 노화와 만성질환 등으로 자신의 건강상태를 부정적으로

Table 3> Health concern, self-rated health, health status, and health promotion behavior by characteristics (N=271)

Characteristics	Category	N(%)	Health Concern			Self-rated Health			Health Status			Health Promotion Behavior		
			M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p
Age(yrs)	65-74	138(50.9)	7.28(.91)			8.79(2.54)			117.97(23.45)			175.69(30.94)		
	75-84	104(38.4)	7.30(.88)	3.303	.038*	8.69(2.22)	.376	.687	102.55(21.25)	17.929	.000***	170.14(32.20)	1.183	.308
	85-	28(10.3)	6.82(1.15)			9.14(2.66)			97.53(27.94)			168.17(39.87)		
Education level	None	110(40.6)	7.01(1.05)			8.67(2.55)			103.20(24.52)			162.72(32.19)		
	Elementary school	78(28.8)	7.30(.91)			8.67(2.21)			110.97(21.78)			167.96(30.36)		
	Middle school	40(14.8)	7.62(.58)	4.002	.004**	8.53(2.57)	1.510	.200	111.45(29.26)	5.979	.000***	189.52(27.59)	10.268	.000***
	High school	37(13.7)	7.40(.68)			9.51(2.42)			123.81(18.82)			191.54(28.66)		
	Over Univ.	6(2.2)	6.83(1.47)			1016(1.47)			123.66(14.12)			185.50(27.20)		
Marital state	Unmarried	2(0.7)	3.53(2.50)			12.00(.00)			140.50(6.36)			147.50(31.81)		
	Married	92(33.9)	7.29(.83)			9.20(2.35)			120.56(20.72)			180.58(27.05)		
	Divorce, Separation	2(0.7)	7.00(1.41)	.566	.638	8.00(1.00)	2.660	.049*	118.00(5.65)	11.627	.000***	170.00(15.55)	3.142	.026*
	Bereavement	175(64.6)	7.22(.96)			8.56(2.45)			103.88(24.53)			168.76(34.53)		
Religion	Christianity	67(24.7)	.94(.11)			8.52(2.15)			107.88(23.24)			173.19(30.17)		
	Catholic	64(23.6)	.92(.11)			8.68(2.63)			110.60(24.51)			180.48(32.47)		
	Buddhism	90(33.2)	.95(.10)	.315	.868	8.86(2.41)	1.967	.100	111.33(25.66)	.474	.755	169.25(33.26)	1.967	.100
	None	47(17.3)	1.00(.14)			9.02(2.52)			108.44(25.14)			166.25(33.32)		
	Others	3(1.1)	.57(.33)			12.33(1.52)			123.33(11.93)			193.33(19.85)		
Living together form	Alone	42(15.5)	7.57(.96)			8.47(2.47)			111.11(24.71)			171.47(35.09)		
	Couple	45(16.6)	7.28(.81)			8.97(2.33)			115.71(24.60)			186.37(29.99)		
	Married son	112(41.3)	7.14(.88)			8.86(2.24)	.672	.645	106.30(22.48)			172.46(30.87)		
	Married daughter	23(8.5)	6.95(1.14)	2.192	.055	9.39(2.82)			102.82(25.60)	2.352	.041*	164.56(40.39)	2.790	.018*
	Unmarried children	37(13.7)	7.37(.79)			8.40(2.60)			118.18(26.23)			168.24(27.57)		
Others	12(4.4)	6.91(1.50)			8.83(3.21)			105.91(28.22)			155.58(32.55)			
Income (ten thousand won)	-100	175(64.6)	7.22(.97)			8.61(2.46)			107.30(24.78)			170.79(32.79)		
	101-200	7(2.6)	7.00(.57)			8.00(2.16)			105.28(14.73)			170.85(28.66)		
	200-300	57(21.0)	7.24(.96)	.286	.836	9.12(2.38)	1.660	.176	114.21(25.95)	2.415	.067	175.59(36.83)	.614	.607
	301-	32(11.8)	7.34(.78)			9.43(2.32)			117.62(29.04)			177.75(23.95)		

* p<.05, **p<.01, ***p<.001

〈Table 3〉 Health concern, self-rated health, health status, and health promotion behavior by characteristics(continued) (N=271)

Characteristics	Category	N(%)	Health Concern			Self-rated Health			Health Status			Health Promotion Behavior		
			M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p
Pocket money (ten thousand won)	-10	129(47.6)	7.09(1.08)			8.43(2.41)			105.33(25.11)			162.39(31.65)		
	11-20	73(26.9)	7.32(.81)			9.26(2.40)			112.06(25.17)			180.58(34.26)		
	21-30	31(11.4)	7.38(.80)	1.904	.110	9.45(2.54)	2.120	.079	117.16(22.33)	2.493	.043*	179.16(23.32)	7.006	.000***
	31-40	8(3.0)	7.12(.99)			8.12(2.53)			113.75(23.12)			182.87(39.50)		
	41-	30(11.1)	7.53(.57)			8.80(2.28)			115.93(20.13)			187.76(24.82)		
Presence of Health screen	Yes	197(72.7)	7.32(.80)	5.939	.015*	8.86(2.46)	.412	.522	112.45(24.21)	7.886	.005**	177.83(31.08)	19.843	.000***
	No	74(27.3)	7.01(1.22)			8.64(2.37)			103.17(24.29)			158.75(32.29)		
Presence of Chronic disease	Yes	243(89.7)	7.29(.86)	7.373	.007**	8.62(2.41)	13.264	.000***	108.21(23.94)	11.851	.001***	172.29(31.86)	.249	.618
	No	28(10.3)	6.78(1.39)			10.35(2.04)			124.75(25.10)			175.53(38.07)		
Medical expenses (ten thousand won)	-10	220(81.2)	7.17(.98)			8.97(2.37)			110.70(24.58)			170.35(33.02)		
	11-20	38(14.0)	7.52(.76)	2.010	.113	8.44(2.63)	3.341	.020*	109.00(23.10)	.880	.452	183.36(31.24)	1.977	.118
	21-30	10(3.7)	7.50(.52)			6.80(2.04)			99.10(26.10)			178.90(17.92)		
	31-	3(1.1)	7.66(.57)			7.33(2.51)			100.66(37.87)			182.33(23.50)		
Level of burden	very	83(30.6)	7.49(.91)	4.641	.010**	7.60(2.44)	16.799	.000***	96.33(23.00)	21.044	.000***	167.27(32.47)	1.879	.155
	A little	128(47.2)	7.11(.85)			9.16(2.19)			114.60(22.82)			173.42(32.19)		
	None	58(21.4)	7.12(1.10)			9.66(2.34)			118.15(22.87)			177.45(32.92)		

* p<.05, **p<.01, ***p<.001

<Table 4> Relationship among health concern, self-rated health, health status, and health promotion behavior (N=271)

Health Concern	Self-rated Health	Health Status				Health Promotion Behavior										
		Total	Physical function	Emotional function	Social function	Total	Health responsibility	Physical activity	Nutrition	Spiritual growth	Interpersonal relation	Stress management	No smoking	Diet control & habit	Hygienic life	Use of Health aid food
Health Concern	1.00															
Self-rated Health	1.00															
Health Status(total)	.607*** (.520)	1.00														
Physical function	.573*** (.603)	.954*** (.000)	1.00													
Emotional function	.521*** (.847)	.828*** (.000)	.643*** (.000)	1.00												
Social function	.489*** (.122)	.832*** (.000)	.765*** (.000)	.586*** (.000)	1.00											
Health Promotion Behavior(total)	.158** (.009)	.216*** (.000)	.192*** (.001)	.258*** (.000)	.218*** (.000)	1.00										
Health responsibility	.304*** (.000)	.072 (.241)	.066 (.277)	.068 (.267)	.066 (.277)	.759*** (.000)	1.00									
Physical activity	.049 (.423)	.233*** (.000)	.321*** (.000)	.261*** (.000)	.321*** (.000)	.780*** (.000)	.548*** (.000)	1.00								
Nutrition	.101 (.095)	.151* (.013)	.134* (.027)	.149* (.014)	.134* (.027)	.766*** (.000)	.517*** (.000)	.534*** (.000)	1.00							
Spiritual growth	.135 (.027)	.228*** (.000)	.270*** (.000)	.295*** (.000)	.270*** (.000)	.837*** (.000)	.548*** (.000)	.533*** (.000)	.569*** (.000)	1.00						
Interpersonal relation	.034 (.579)	.209*** (.001)	.235*** (.000)	.267*** (.000)	.235*** (.000)	.796*** (.000)	.526*** (.000)	.557*** (.000)	.487*** (.000)	.731*** (.000)	1.00					
Stress management	.098 (.109)	.174** (.004)	.203*** (.001)	.260*** (.000)	.203*** (.001)	.871*** (.000)	.556*** (.000)	.654*** (.000)	.628*** (.000)	.771*** (.000)	.712*** (.000)	1.00				
No smoking, Temperance	.007 (.913)	.055 (.369)	.012 (.838)	.003 (.958)	.012 (.838)	.153* (.012)	.003 (.960)	.027 (.663)	.112 (.065)	.125* (.041)	.052 (.392)	.128* (.035)	1.00			
Diet control & habit	-.001 (.988)	.029 (.635)	-.040 (.513)	.058 (.346)	-.040 (.513)	.525*** (.000)	.262*** (.000)	.284*** (.000)	.553*** (.000)	.314*** (.000)	.264*** (.000)	.441*** (.000)	.187** (.002)	1.00		
Hygienic life	.201*** (.001)	.210*** (.001)	.215*** (.000)	.223*** (.000)	.215*** (.000)	.640*** (.000)	.447*** (.000)	.446*** (.000)	.463*** (.000)	.472*** (.000)	.472*** (.000)	.474*** (.000)	.003 (.959)	.417*** (.000)	1.00	
Use of medication, Health aid food	.172** (.005)	.039 (.526)	.059 (.334)	.042 (.487)	.059 (.334)	.653*** (.000)	.673*** (.000)	.457*** (.000)	.470*** (.000)	.457*** (.000)	.457*** (.000)	.796*** (.000)	.013 (.832)	.269*** (.000)	.356*** (.000)	1.00

* p<.05, **p<.01, ***p<.001

평가하고 있음을 보여주었다. 이는 노인종합사회복지관을 이용하는 노인을 대상으로 자신의 건강상태를 조사한 결과 73%가 건강한 편이라는 결과를 나타낸 Lee(2000)연구, 현재의 전반적인 건강상태와 일반생활 방해정도, 같은 연령대와 비교한 자신의 건강인지 정도를 근거로 주관적 건강평가를 한 결과 60.4%가 보통, 22.5%가 좋은 것으로 나타난 Kim(2002) 연구와 유사한 결과를 나타냈다. 그러나 여성노인의 현재 및 동료와의 지각된 건강상태 비교에서 건강하지 못하다가 37.8%로 가장 높게 나타난 Kang 등(2003) 연구, 노인의 50.4%가 주관적 건강상태가 나쁘다는 결과를 나타낸 Song(1997)연구, 경로당 이용 여성노인 82.7%에서 자신의 건강상태가 나쁘다는 결과를 나타낸 Shin(2001)연구는 본 연구와 일치하지 않았으며, Chang(2003) 연구에서는 주관적 건강평가가 보통 수준을 나타냈다. 결국 노인이 주관적으로 평가하는 건강상태는 연구마다 결과에 있어서도 다양한 견해를 나타내고 있었는데 이는 주관적 건강상태를 평가하는 항목이나 대상의 차이에서 비롯됨을 유추할 수 있다. 그러나 주관적 건강평가는 건강상태 측정에서 가장 보편적으로 사용되어 온 방법으로 개인의 전반적인 건강상태를 나타내주는 주요 지표이고(Farmer & Ferraro, 1997), 사망률을 예측하는 변수로서 건강상태에 대한 매우 가치있는 자료의 자원(Idler & Benyamini, 1990)이므로 노인의 특성과 현실을 반영한 주관적 건강평가 측정에 대한 보완이 필요하다 하겠다. 대상자의 건강상태는 중간이상의 수준을 나타냈으며 영역별로는 정서적 기능 영역, 신체적 기능 영역, 사회적 기능 영역 순으로 정서적 건강상태가 가장 양호한 것으로 나타났다. 이는 여성노인이 일상생활 활동이나 체력, 노화에 의한 생리적 기능으로 구성된 신체적 기능이나 전반적인 사회적 기능보다는 우울과 불안으로 구성된 정서적 기능에 더 많은 비중을 두어 정서적 안정을 통해 노년기 건강상태를 유지하려는 현상으로 해석될 수 있다. 하지만 Kim(1998)연구에서는 노인의 신체적 건강상태가 4.23, 심리적 건강상태가 4.12로 나타나고, Ro(1996)연구에서도 여성노인의 신체적 건강상태가 3.72, 심리적 건강상태가 3.48, 사회적 건강상태가 2.58로 나타나 정도의 차이는 있으나 모두 신체적 건강상태가 심리적 건강상태보다 더 높게 나타나 본 연구결과와 일치하지 않았다. 그러나 사회적 건강상태는 다른 영역보다 가장 낮게 나타남으로써 본 연구결과와 일치하였다. 이는 여성노인이 사회적으로 취약한 상태에 놓여있음을 반영해 주고 또한 전통적으로 가부장적인 사회에서 생활해 온 현재 여성노인의 삶과 연계된다해도 과언이 아니다. 대상자의 건강증진행위는 중간이하의 수준을 나타냈으며, 영역별 수행정도는 식이조절 및 식습관 요인, 위생적 생활 요인, 대인관계 요인, 금주 및 금연 요인, 약물 및 건강보조식품, 의료기사용 요인, 스트레스 관리 요인, 영양 요인, 신

체활동 요인, 건강책임 요인, 영적 성장 요인 순으로 나타났다. 이는 건강증진행위 정도가 중간정도(Park et al., 1998)이거나 중간이상(Kim et al., 2001; Kang et al., 2003; Song과 Lee, 2000)을 나타낸 연구와 차이가 있었으며, 각 영역별 수행정도도 Kim 등(2001) 연구에서는 영양, 대인관계, 스트레스관리, 건강 책임, 운동 순으로, Chun(2001) 연구에서는 식사조절과 영양, 대인관계 순으로, Kang 등(2003)연구에서는 대인관계, 금연, 식습관 순으로, Park 등(1998)연구에서는 건강책임, 영양, 스트레스 관리, 대인관계, 운동 순으로 나타나 본 연구결과와 일치하지 않았다. 한편, Pullen, Walker와 Fiandt(2001) 연구에서는 여성노인의 건강증진행위 하위영역 중 영양이 가장 높은 수준을 나타낸 반면 신체적인 활동이 가장 낮은 수준을 나타내고, Song과 Lee,(2000)연구에서도 하위영역 중 영양이 가장 높고 운동이 가장 낮게 나타남으로써 본 연구에서 영양과 운동이 비교적 낮은 수준으로 나타난 것과는 대조를 이루고 있다. 이는 건강증진행위를 측정하는 연구도구가 대부분 Walker 등(1987)이 개발한 HPLP 도구를 근간으로 하고 있으나 연구에 따라 내용을 수정·보완함으로써 측정 변수들이 다양해지고 대상자의 특성에 차이가 있음에 따라 일관된 결과를 보이지 않고 있다. 따라서 이를 보완하기 위해서는 기존의 연구결과를 심층고찰하고, 한국사회의 맥락과 노인의 특성을 반영한 질적연구의 접근이 이루어져야 할 것으로 보인다.

본 연구에서 대상자의 일반적 특성에 따른 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태, 건강증진행위 정도의 차이를 보면 건강관심도는 연령, 교육정도, 건강검진 유무, 만성질환 유무, 보건의료비용 부담정도에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 이는 노인집단의 건강관심도가 교육정도, 종교, 용돈에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 Kim(2000)연구결과와는 교육정도에서만 일치하였다. 따라서 노인의 건강관심도는 교육수준에 따라 차이가 있음을 알 수 있다. 일반적 특성에 따른 주관적 건강평가는 결혼상태, 만성질환 유무, 보건의료비용 지출 정도 및 부담정도에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 이는 노인의 주관적 건강상태가 연령, 교육정도, 종교, 동거형태, 월가구소득, 용돈에 따라 통계적으로 유의하지 않게 나타난 Kim(2002)연구와 일치하였다. 그러나 Kim(2002) 연구에서는 연령, 교육정도, 용돈에 따라 지각된 건강상태가 통계적으로 유의한 차이가 있었고, Stump 등(1997) 연구에서도 교육수준에 따라 노인의 주관적 건강평가에 차이가 있어 교육수준이 높은 노인일수록 주관적 건강평가를 더욱 긍정적으로 하고 있는 것으로 나타나 본 연구결과와 일치하지 않았다. 한편, Lee 등(1999)의 연구에서는 여성노인의 주관적 건강상태가 성별, 배우자 유무별, 사회계층별에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타내 남성노인보다는 여성노인이, 배우자가 있는 노인보다는 무배우자인 여성노인, 사회계층이 중상

층보다는 하층이 주관적으로 지각하는 건강상태가 더 나쁜 것으로 나타났다. 하지만 본 연구결과에서 주관적 건강평가가 만성질환 유무와 보건의료이용의 비출 및 부담 정도에 따라 차이를 나타낸 것은 노년기의 건강문제와 경제상태가 노인 자신의 건강상태를 평가하는데 주요 변수임을 입증해 주었다. 일반적 특성에 따른 건강상태는 연령, 교육정도, 결혼상태, 동거형태, 용돈정도, 건강검진 유무, 만성질환 유무, 보건의료비용 부담정도에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 이는 한국노인의 건강상태(신체적, 심리적, 사회적)가 교육정도, 용돈정도에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있다고 보고한 Choi 등(1990)의 연구결과와 일치하였으나 노인의 신체적, 심리적 건강상태가 연령, 교육정도, 결혼유무, 경제상태, 가족유형에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 Kim(1998) 연구 결과와는 부분적 일치를 나타냈다. 일반적 특성에 따른 건강증진행위는 교육정도, 결혼상태, 동거형태, 용돈정도, 건강검진 유무에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 이는 노인의 건강증진행위가 교육정도, 결혼상태, 가족동거유형에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 Kim(2002)연구결과와 일치하였고, 연령, 결혼상태, 교육정도, 종교, 직업, 동거가족 수, 경제수준, 월평균용돈, 현재 질병 유무에 따라 건강증진행위에 통계적으로 유의한 차이가 있다고 보고한 Park 등(1998)연구, 노인의 연령, 결혼상태, 교육정도, 동거가족 수, 동거현황, 경제상태, 월 평균용돈에 따라 건강증진행위에 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 Kim 등(2001)의 연구결과와는 부분적 일치를 나타냈는데 이는 노인의 건강증진행위와 관련된 간호중재 시에는 교육정도와 결혼상태를 고려한 접근이 이루어져야 함을 시사하고 있다.

본 연구대상자의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태, 건강증진행위간의 상관관계에서 건강관심도는 건강증진행위와 통계적으로 유의한 수준에서 상관관계를 나타냈으며 그 하위영역 중에서는 건강책임, 위생적 생활, 약물 및 건강보조식품, 의료기사용과 유의한 상관관계를 나타냈다. 이는 노인의 건강관심도가 건강증진행위와 통계적으로 유의한 상관관계가 있다고 보고한 Song(1997)연구와 일치하였고, 노인의 건강관심도가 주관적 건강평가와 상관관계가 없는 것으로 나타난 Kim(2002)의 연구와도 일치하였다. 결국 여성노인은 건강관심도가 높을수록 건강증진행위를 잘 수행하였으며 특히 건강책임, 위생적 생활, 약물 및 건강보조식품, 의료기사용 행위가 잘 이루어지고 있음을 나타냈다. 하지만 주관적 건강평가가나 건강상태와는 아무런 관련이 없음을 알 수 있었다. 따라서 여성노인의 건강유지·증진을 위해서는 건강에 대한 관심을 유도하기 위한 동기부여가 이루어져야 할 것으로 보인다. 대상자의 주관적 건강평가는 건강상태와 통계적으로 유의한 수준에서 상관관계가 높게 나타냈으며 그 하위영역인 신체적 기능, 정

서적 기능, 사회적 기능과도 유의한 높은 상관관계를 보여 여성노인이 주관적으로 인식하는 건강상태가 실제 건강상태와 밀접한 관련성이 있음을 알 수 있었고, 특히 신체적, 정서적, 사회적 기능의 모든 영역에서 주관적 건강평가가 관련성이 나타남에 따라 자가평가한 건강상태의 변화와 안정이 여성노인의 전반적인 건강상태와 밀접하게 관련됨을 시사해 주었다. 따라서 노인간호중재 시 여성노인이 자신의 건강상태를 어떻게 인식하는지에 대한 철저한 사정이 선행되어야 할 것이다. 대상자의 주관적 건강평가는 또한 건강증진행위와 통계적으로 유의한 수준에서 상관관계를 나타냈는데 이는 Kim(2002)의 연구, Song과 Lee(2000)의 연구, Park 등(1998)의 연구, Song(1997)의 연구, Riffle(1989)의 연구결과와 일치하였으나 건강 실천행위와는 부적상관관계를 나타냈다고 보고한 Kim(2002)의 연구와는 상반된 결과를 나타냈다. 그러나 대체적으로 노인의 건강증진행위는 주관적 건강평가가 좋을수록 높게 나타남을 알 수 있었다. 특히 건강증진행위의 하위영역 중에서는 신체활동, 영적 성장, 대인관계, 스트레스 관리, 위생적 생활과 유의한 상관관계를 나타냈는데 이는 운동과 영양 영역이 주관적 건강평가와 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타난 Kim 등(2001)의 연구결과와 일치하지 않았으나 건강책임, 운동, 영양, 대인관계 지지, 스트레스 관리에서 통계적으로 유의한 상관관계를 나타낸 Kim(2002)의 연구결과와는 부분적 일치를 나타냈다. 대상자의 건강상태는 건강증진행위와 유의한 상관관계를 나타냈고, 그 하위영역 중에서는 신체활동, 영양, 영적 성장, 대인관계, 스트레스 관리, 위생적 생활과 통계적으로 유의한 수준에서 상관관계를 나타냈다. 이는 여성노인의 건강상태가 좋을수록 건강증진행위가 높음을 의미하고 있다. 건강상태의 하위영역 중 신체적 기능은 건강증진행위와 유의한 상관관계를 나타냈고, 그 하위영역 중에서는 신체활동, 영적 성장, 대인관계, 스트레스 관리, 위생적 생활과도 통계적으로 유의한 상관관계를 나타냈으며, 다음으로 정서적 기능은 건강증진행위와 유의한 상관관계를 나타냈고, 그 하위영역 중에서는 신체활동, 영양, 영적 성장, 대인관계, 스트레스 관리, 위생적 생활과 통계적으로 유의한 상관관계를 나타냈다. 그리고 사회적 기능은 건강증진행위와 통계적으로 유의한 상관관계를 나타냈으며, 그 하위영역 중에서 신체활동, 영양, 영적 성장, 대인관계, 스트레스 관리, 위생적 생활과도 유의한 상관관계를 나타냈다. 따라서 여성노인의 양호한 건강상태는 건강증진행위 중 특히 신체활동, 영적 성장, 대인관계, 스트레스 관리, 위생적 생활 영역의 실천을 증가시킬 수 있다.

결론 및 제언

본 연구는 도시지역 여성노인의 건강관심도, 주관적 건강평

가, 건강상태 및 건강증진행위의 정도와 일반적 특성에 따른 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태 및 건강증진행위 정도의 차이, 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태 및 건강증진행위간의 관계를 알아보는 것으로, 2003년 3월부터 5월까지 서울특별시 지역을 임의로 선정하여 65세 이상 여성노인을 임의표집 하였으며, 총 271명이었다. 구체적인 연구결과는 다음과 같다.

대상자의 건강관심도는 건강관리 여부에서 '아니오'가 75.6%, 건강관련 정보 관심도에서 '약간- 매우 많다'가 73.8%, 건강정보 출처여부에서 '예'가 99.6%로 나타났고, 대상자의 주관적 건강평가에서 현재 건강상태는 '건강한 편이다'가 35.4%, 지난 1년 전과 비교한 건강상태는 '마찬가지다'가 44.6%, 동년배와 비교한 건강상태는 '건강한 편이다'가 36.5%로 나타났다. 대상자의 건강상태는 중간이상의 수준을 나타냈으며 신체적 기능과 정서적 기능 영역은 중간이상, 사회적 기능 영역은 중간이하 정도를 나타냈다. 대상자의 건강증진행위는 중간이하의 수준을 나타냈으며 영역별 수행정도는 식이조절 및 식습관 요인, 위생적 생활 요인, 대인관계 요인, 금주 및 금연 요인, 약물 및 건강보조식품, 의료가사용 요인, 스트레스 관리 요인, 영양 요인, 신체활동 요인, 건강책임 요인, 영적 성장 요인 순으로 나타났다.

대상자의 일반적 특성에 따른 건강관심도는 연령, 교육정도, 건강검진 유무, 만성질환 유무, 보건의료비용 부담 정도에 따라, 주관적 건강평가는 결혼상태, 만성질환 유무, 보건의료비용 지출정도 및 부담정도에 따라, 건강상태는 연령, 교육정도, 결혼상태, 동거형태, 용돈정도, 건강검진 유무, 만성질환 유무, 보건의료비용 부담 정도에 따라, 건강증진행위는 교육정도, 결혼상태, 동거형태, 용돈정도, 건강검진 유무에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

대상자의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태, 건강증진행위간의 상관관계는 건강관심도는 건강증진행위와, 주관적 건강평가는 건강상태와 건강증진행위와 통계적으로 유의한 수준에서 상관관계를 나타냈고, 건강상태는 건강증진행위와 유의한 상관관계를 나타냈으며, 건강증진행위는 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태 모두와 통계적으로 유의한 상관관계를 나타냈다.

이상의 결과를 통해 볼 때, 본 연구대상자들은 건강정보에 대한 관심이 높으나 일상생활에서의 건강관리가 제대로 이루어지지 않음을 알 수 있었으며, 더욱이 대상자의 건강관심도가 건강증진행위와 순 상관관계가 있고, 주관적 건강평가가 대상자의 실제 건강상태와 밀접한 관련성이 있음을 확인할 수 있었다. 따라서 본 연구는 여성노인의 삶의 질 향상을 통한 여성의 안녕(well-being)을 유지하기 위해서는 여성노인의 건강유지·증진에 적절한 건강교육프로그램 개발은 물론 건

강교육의 효과를 높이기 위한 학습동기 강화프로그램이 함께 접목되어야 하고, 일회성이 아닌 계속 교육을 통한 생활 속에서 실천하기 위한 노인간호중재 전략이 필요함을 시사해 주고, 그 근거자료를 제시했다는데 연구의 의의가 있다고 할 수 있으며, 이에 대한 연구를 제언한다.

References

- Breslow, L., & Enstrom, J. E. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality, *Preventive Medicine*, 9, 469-483.
- Chun, J. G. (2001). *Review on Variables influenced on Health Promotion Behavior of Elderly in the Elderly Welfare Aspect*, Master's thesis, Daecheon Univ.
- Choi, Y. H., Kim, M. S., Byun, Y. S., & Won, C. S. (1990), Health Status of Elderly Persons in Korea, *J Korean Acad Nurs*, 20(3), 307-323.
- Farmer, M. M., & Ferraro, K. F. (1997). Distress and perceived health : mechanisms of health decline, *Journal of Health and Social Behavior*, 39(september), 298-311.
- Idler, E. L., & Angel, R. J. (1990). Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study, *AJPH*, 80(4), 446-452.
- Jang, I. S. (2003). A Study on Self-rated Health of Elderly Women in A Rural Community, *J. Korea Community Health Nursing Academic Society*, 17(1), 35.
- Kang, Y. S., Kim, E. S., Gu, M. O., & Eun, Y. (2003). A Study on the Health Status and the Need of Health-related Services of Female Elderly in an Urban-Rural Combined City, *J. Korea Community Health Nursing Academic*, 17(1), 47-57.
- Kim, S. Y. (1991). Relationship between older person's conceptualizations of time and health, Master's thesis, Ewha womans Univ.
- Kim, K. A. (1998). *A Study on the relation between health status and life satisfaction in the Elderly*, Master's thesis, Pusan Univ.
- Kim, K. A. (2002). *A Study on the relation among the perceived health status, IADL, health promotion behavior in elderly*, Master's thesis, Hanyang Univ.
- Kim, N. J. (2000). A Study on the relation of health concern, health behavior, and subjective health status the aged and the preliminary aged group, *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 17(2), 99-110.
- Kim, Y. S. (2002). *A Study on relationship between health concern, health attitude, subjective health status and health practice*, Master's thesis, Seoul Univ.
- Kim, H. K., & Yoon, J. S. (1989). A Study on the Nutritional Status and Health Condition of Elderly Women Living in Urban Community, *Korean J Nutr*, 22(3), 175-184.
- Kim, H. J., Chae, S. O., Park, Y. S., & Woo, S. H. (2001). The Relationship between Perceived health status, health conception and health promoting behavior in the Elderly, *J. Korea Community Health Nursing Academic Society*,

- 15(2), 262-274.
- Korea National Statistical Office (2001). *2000' National Survey in Population and Household*.
- Korea National Statistical Office (2003). <http://www.nso.go.kr/newcms/main.html>
- Lee, H. J. (2000). *Comparative Study on the Health Status of Elderly according to Presence of Senior Center use*, Master's thesis, Seoul Univ.
- Lee, H. J., Kim, J. K., & Kim, C. D. (1999). *Life and Need of Elderly Women in Community*, Memorial Seminar of '99 the World Elderly Year setting the UN, 33-57.
- Ministry of Health and Welfare (2002). *2001 National Health and Nutrition Survey*.
- Oh, Y. H. (2001). *Factors associated with self-rated health in elderly*, Korea Elderly Science' Academic Societies United 2001' Conference, 129-142.
- Oh, J. J. (1997). Comparative Study on the Health Behavior and related Factors of the Korean Elderly and non-elderly Adults, *J Korean Acad Adult Nurs*, 9(2), 286-296
- Park, E. S., Kim, S. J., Kim, S. I., Chun, Y. J., & Lee, P. S. (1998), A Study on Factors Influencing Health Promoting Behavior and Quality of Life in the Elderly, *J Korean Acad Nurs*, 28(3), 638-649.
- Pullen, P., Walker, S. N., & Fiandt, K. (2001). Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women, *Family & Community Health*, July, 49-72.
- Riffle, L. K. (1989), Health promotion behaviors, perceived social support, and self-reported health of appalachian elderly, *Public Health Nursing*, 6(4), 204-211.
- Ro, S. O. (1996). A Study on the Physical, Mental and Social Factors Influencing the Health Status of Aged Women in Korea, *Korean J Women Health Nurs*, 2(1), 47-58.
- Shin, S. H. (2001). *Factor Analysis related with health status and use of health management services of elderly in the Aged Home*, Master's thesis, YeonSae Univ.
- Shin, H. C., Kim, C. H., Cho, B. L. (2002). Dvelopment of the Korean Health Status Measure for the Elderly, *WebHealth Research Oct.*, 5, 1-24.
- Song, Y. J. (2002). *A Study on relationship among self-rated health, health problems, morale in elderly*, Master's thesis, SoonchunHyang Univ.
- Song, K. A., & Lee, S. Y. (2000). A Survey on Perceived Health Status and Health Promoting Lifestyle Pattern between Korean Elderly and Korean-American Elderly, *J Korean Fund Nurs*, 7(3), 401-414.
- Song, J. A. (1997). *A Study on relationship between health concern, health practice behavior, and health promotion*, Master's thesis, Kyungbuk Univ.
- Stump, E., Clark, O., Johnson, J., Wolinsky, D. (1997). The structure of health status among hispanic, african american, and white older adults, *Journal of Gerontology*, 52B, 49-60.
- Su, H. M. (2001). *A Construction of Health Promotion Behavior Model in Elderly*, Doctoral thesis, Seoul Univ.
- SunWoo, D. (2003). Policy Issues for Maintaining Health of Elderly Persons, *Health and Welfare Forum*, 84, 23-29.
- WHO (2003). <http://www.who.int/whr/2002/en/>

A Study on Health Concern, Self-rated Health, Health Status, and Health Promotion Behavior of Elderly Women in Urban Area*

Shin, Kyung-Rim¹⁾ · Kim, Jeong-Sun²⁾

1) Professor, College of Nursing, Ewha Womans University, 2) Lecturer, College of Nursing, Ewha Womans University

Purpose: This study was conducted to examine the relationship among health concern, self-rated health, health status, and health promotion behavior of elderly women in urban areas. **Method:** The subjects of this study consisted of 271 Korean elderly women over 65years. The data was collected through personal interviews using questionnaires from March to May of 2003. The data was analyzed by the SPSS(ver.10.0) computer program, and it included descriptive statistics, t-test, one way ANOVA, and the pearson correlation coefficient. **Result:** There was a significant positive correlation between self-rated health and health status. Health promotion behavior related to all health concerns, self-rated health, and health status. **Conclusion:** This study showed that strategies of elderly care intervention to put in practice health promoting behavior is needed to improve quality of life in elderly women. In addition, health education appropriate for health maintenance and health promotion must be done for daily living to maintain well-being for the rest of their lives.

Key words : Elderly, Health concern, Self-rated health, Health status, Health promotion behavior

* This work was support by grant No. R04-2002-000-00139-0 from Korean Science and Engineering Foundation.

• Address reprint requests to : Kim, Jeong-Sun

College of Nursing, Ewha Womans University

11-1 Daehyung-Dong, Sodae mun-Gu, Seoul 120-750, Korea

Tel: +82-2-3277-4341 Fax: +82-2-3277-4986 E-mail: kjs0114@ewha.ac.kr