

노인들의 보건지식과 건강증진 행태 관련 요인

신두만* · 남철현** · 최상복** · 김기열*** · 이희원** · 김석순****
*대구보건대학 · **대구한의대 보건대학원 · ***대원과학대학 · ****김스치과의원

<목 차>

I. 서론	V. 결론
II. 연구방법	참고문헌
III. 조사결과	Abstract
IV. 논의	

I. 서론

1. 연구배경 및 필요성

보건 의료기술의 발달과 경제수준의 향상으로 평균 수명이 연장되고 출산율이 급격히 감소함에 따라 노인인구가 전체 인구에서 차지하는 비율이 급속히 증가하고 있어 노인 문제는 하나의 사회문제로 인식되기 시작하였다.

2000년 우리나라의 65세 이상 노인인구는 전체 인구의 7.2%인 3,395천명으로 고령화 사회(aging society)로 진입하였으며, 2019년에는 14.4%로 고령사회(aged society)로, 2026년에는 노인인구가 20.0%로 초고령 사회가 될 것으로 예상된다(통계청, 2001).

연령증가에 따른 건강의 쇠퇴는 노인 개인 뿐 아니라 국가적인 차원에서 의료비 및 복지비의 증가, 가족 부양의 한계 등이 야기되는 심각한 문제다.

일반적으로 노인의 문제는 첫째 노화에 따른 육체적, 정신적 쇠퇴으로 인한 건강악화, 둘째 소득상실로 인한 빈곤, 셋째 가정이나 사회에서의 역할 상실, 넷째 고독과 소외의 문제로 분류될 수 있으나 이들 중 가장 큰 문제는 건강 문제라고 많은 연구에서 일치된 결과로 제기되고 있다(이선자, 1982; 김진순, 1996; Robert, 1996). Frank(1979)도 실제로 노인에게 있어 주된 관심사의 하나가 자신의 건강문제라 하였고, 우리나라의 노인들도 한국갤럽조사연구소(1982)의 의식 조사 결과 가장 큰 관심사로 건

교신저자: 남철현

경상북도 경산시 유곡동 290 대구한의대학교 보건복지연구소 (우: 712-715)
전화번호: 053-819-1218, E-mail: chnam777@hanmail.net

강을 꼽고 있다고 하였다. 그리고 직업, 사회적 지위, 가정에서의 대우, 신체적 능력 등의 상실은 노인의 일상생활에서 자주 직면하는 것이다. 이러한 상실에서 우울 상태가 수반되는 수가 많다. 우울 상태의 증상으로 자주 보이는 것은 우울 기분, 집중력 저하, 의욕과 정력의 감퇴, 식욕과 수면의 장애, 정신운동 퇴행 현상 등이 있다(남철현, 1998). 그러므로 우울의 큰 요인인 스트레스 해결에 대한 상담이나 교육도 중요하다.

세계보건기구(1985)는 노년기의 노화 및 장애관리를 위한 관련 서비스 제공을 건강 증진 요소로 포함시키고 있으며 일반노인에게는 일상생활 활동능력을 도모하고 전반적인 건강상태를 증진시킬 수 있는 프로그램이 필요하다고 하였다.

우리나라의 경우 1995년 1월 국민건강 증진법이 제정되면서부터 더욱 건강 증진에 대한 관심이 증대되었고 건강위험요인이 많은 30세 이상의 성인 및 노인층 인구를 대상으로 하여 조사한 결과(박인숙, 1995; 송영신 등, 1997)에 의하면 이들의 건강을 저해하는 주요 질병이 잘못된 건강의식 및 건강행위, 생활양식이 문제인 것으로 조사되어 이들이 건강에 대한 올바른 인식을 가지고 건강에 유익한 생활양식과 건강습관을 행할 수 있도록 행동 변화를 유도하여 질병을 조기에 예방하고 건강을 유지 증진시키는 것이 가장 효과적이라고 생각하고 있다. 그러나 아직까지 노인들을 대상으로 한 효율적인 보건 교육 프로그램의 개발은 미흡한 실정이다.

이에 이 연구자는 노인의 건강진단, 보건교육 경험유무 등이 보건 지식과 건강증진 행태에 영향을 미침을 규명하고 노인의 일반적 특성에

따른 건강행태를 파악하여 노인보건교육과 건강증진 행태에 관한 정책수립에 도움을 주고자 한다.

2. 연구목적

일반 노인의 건강검진, 보건 교육경험, 보건 지식과 건강행위 실태와 이에 영향을 미치는 요인을 파악하고 많은 건강상의 문제를 가진 노인의 건강관리를 위한 건강증진 교육 프로그램을 개발 하는데 필요한 기초자료 제공에 목적을 두었으며, 세부적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인들의 인구학적 특성 및 사회경제적 특성에 따른 검진유무를 파악한다.
- 2) 일반적 특성에 따른 노인들의 보건교육경험을 알아본다.
- 3) 노인들의 보건에 대한 지식과 행동수준을 알아본다.
- 4) 노인들의 보건지식과 보건교육경험에 따른 건강검진 유무를 파악한다.
- 5) 노인들의 보건지식수준 및 건강증진행태에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 기간

조사 대상지역은 대도시 지역과 중·소도시 지역 및 농·어촌지역(읍·면)으로 나누었으며 조사편의상 대도시 지역은 대구광역시와 울산광역시 2개 지역, 중·소도시는 경상북도 김천시, 구미시, 경상산 3개 지역, 읍·면지역으로는 경상북도 칠곡군, 청도군 그리고 성주군 3개 지

역을 선정하였다.

조사 대상은 이들 8개 지역에 거주하고 있는 60세 이상의 노인 1,000명을 편의 추출하여 조사대상자로 하였으며 조사기간은 2004년 3월 6일부터 6월 10일까지 약 3개월간이었다.

2. 조사방법

이 연구에 동원된 조사원은 보건 및 사회복지전공 대학생 15명을 선발하여 이 조사의 의의, 조사방법, 면접기술, 세부 항목의 설명 등 설문조사에 필요한 내용을 교육하고 각 조사 지역에 현지 출장하였다. 노인대학, 노인학교, 노인회관 등은 관리요원의 협조를 구하고, 노인정, 경로당, 직업군 및 가사군 등은 일대일 면접 방법으로 준비된 설문지를 배부하여 대상자들에게 조사에 대한 당위성과 내용을 설명하고, 한 문항씩 자기 기입식으로 응답케 하였으며 자기 기입이 어려운 노인대상은 조사자가 직접 면접 조사하였다.

3. 조사도구 및 내용

조사도구는 설문지를 사용하였으며 노인 30명을 대상으로 사전 조사를 한 후 수정 보완하여 최종설문지를 확정하였다. 설문지 내용은 여러 문헌을 기초로 하여 노인 건강증진 행위 연

구(한국보건사회연구원, 2001), 노인들의 건강 지식수준 연구(김무룡, 2000; 서인선, 2000), 노인의 삶의 질과 만족도 연구(최 현, 1997; 권철, 2005; 전봉천, 2005), 건강증진행태 연구(최주원, 2000), 경상북도민의 보건의식행태조사(남철현 등, 2004), 경산시민의 보건의식행태조사, 남철현 등)등을 참고로 하여 작성하였다.

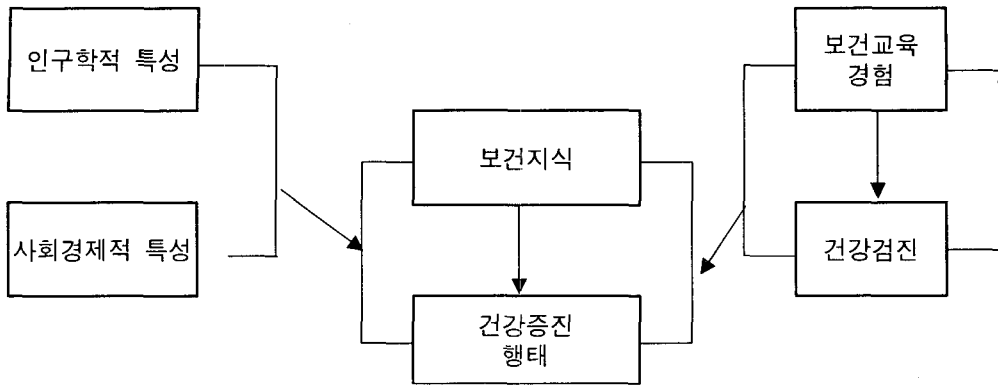
조사내용은 1) 조사대상자의 일반적 특성 12문항, 2) 건강증진 행태 10문항(건강진단 및 상담(2), 영양 및 식생활(2), 일상생활, 스트레스 관리(3), 운동(1), 흡연 및 음주(2)), 3) 보건지식 수준 12문항, 4) 보건교육경험 1문항이다.

4. 연구 분석의 모형과 분석 방법

1) 연구 분석모형

기존의 연구자료들을 고찰하여 노인들의 건강에 관한 지식수준과 건강상태 수준 및 보건교육의 경험이 어느 정도인지를 분석하였고, 분석의 기본 가정은 개인의 인구학적 특성과 사회경제적 특성, 보건교육 경험유무, 건강검진 등이 보건지식과 건강 증진 행태에 밀접한 관련성이 있고, 또한 보건지식은 보건의식에 영향을 미칠 수 있다고 가정하였다.

어떠한 경우에는 이들 각 변수가 상호 작용하여 영향력을 미칠 수도 있다. 각 변수간의 분석 모형은 그림 1과 같다.



<그림 1> 연구 분석 모형

2) 변수의 선정

노인들의 보건지식과 건강증진 행태에 영향을 줄 수 있는 독립변수를 선정하는 데는 합리적인 근거가 필요하다. 더구나 종속변수인 보건지식과 건강증진 행태를 측정할 수 있는 합리적인 단일지표가 없기 때문에 노인들의 보건지식과 건강증진 행태에 대한 전반적인 지식, 태도, 관리 및 실천수준을 대표할 수 있는 변수의 선정은 매우 중요하다(남철현, 1984: 2004).

독립변수로는 일반적인 특성, 보건 교육경험, 정기 건강검진을, 종속변수로는 보건지식수준과 건강증진 행태수준을 선정 하였다.

5. 문항신뢰도측정 및 자료 분석

1) 문항신뢰도측정

이 연구에서 사용한 설문지의 항목별 신뢰도를 알아보기 위하여 건강관리행태와 실천에 관한 설문항목 중 계량이 가능한 자료(metric data) 문항을 토대로 신뢰도를 산출한 결과 신뢰도 알파계수(Cronbach's Alpha)는 최저 0.6754에서부터 최고 0.8923으로 대체로 신뢰성이 높게 나타나 실증적 분석 자료로 사용하

는데 문제가 없는 것으로 판단되었다.

2) 자료 분석

수집된 자료를 정리하여 응답이 부실하여 판독할 수 없거나 부호화가 불가능한 응답지는 폐기하고 분석 가능한 설문지 949매(1,000매의 94.9%)를 전산처리하였다.

점수화가 가능한 Likert 5점 척도를 이용하여 분석하였고, 보건 지식과 건강 증진행태 수준은 상, 중, 하로 분류하여 상위권을 100점 만점에 70~100점, 중위권을 50~69점, 하위권을 49점 이하로 분석하였다. 이는 학교에서 성적을 수, 우, 미 또는 A, B, C 등급으로 분류하여 변수별로 유의성을 검정하였다.

통계처리는 SPSS PC Program을 이용하여 빈도(백분율) 및 분산분석(ANOVA)을 하였고 각 변수와의 차이는 χ^2 -test로 유의성을 검증하였으며, 회귀 분석을 하여 변수의 영향 정도를 알아보았다.

6. 연구의 제한점

이 연구는 집락 추출을 기초로 하여 무작위

편의 추출하여 조사하였으며, 전국적 기준으로 일반화하는 데는 다소 무리가 있을 수 있다. 그리고 조사대상자는 지역별로 대도시(광역시), 중·소도시, 읍·면지역의 노인들을 대상으로 하였고 산간오지, 도서지역 등은 교통과 조사의 어려움으로 이 조사에서 제외시켰다.

Ⅲ. 조사결과

1. 일반적 특성별 조사 대상자의 정기 건강검진 유무

조사대상자들의 일반적 특성별 정기 건강검진은 '간혹 받음'이 56.3%로 가장 높았으며, '정기적으로 받음'이 22.4%, '받지 않음' 21.3%순으로 대체적으로 정기적인 건강검진을 받고 있는 것으로 조사되었다(표 1).

특성별로 보면 연령별로는 정기적으로 건강검진을 받고 있다는 응답자가 '60~64세'가

27.8%, '70~74세' 24.2%, '75~79세' 22.0%, '80세 이상'이 14.7%로 대체적으로 연령이 낮을수록 정기적인 건강검진을 받고 있는 것으로 조사되었으며, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다($p<0.01$).

교육 수준별로도 정기적으로 건강검진을 받고 있다는 응답자는 '전문대졸 이상'이 39.7%로 가장 높았으며, '고등 중퇴·졸' 27.7%, '중등 중퇴·졸' 25.1%, '초등 중퇴·졸' 20.9%, '서당 이하'는 14.7% 순으로 교육 수준이 높을수록 자신의 건강을 위한 정기 건강검진을 실시하고 있어, 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.001$).

결혼 상태별로는 '별거(이혼 등)'이 30.5%, '사별'이 21.2%, '배우자와 동거'가 20.6%순으로 정기 건강검진을 받고 있는 것으로 조사되어, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.05$), 이는 혼자 사는 노인들은 자신의 건강을 스스로 관심과 신경을 쓰고 있는 것으로 생각되어진다.

<표 1> 일반적 특성별 조사 대상자의 정기 건강검진 유무

구 분	단위: 명(%)				$\chi^2(df)$
	인원수	받지 않음	간혹 받음	정기적으로 받음	
	949(100.0)	202(21.3)	534(56.3)	213(22.4)	
성 별					
남	344(100.0)	19.8	58.7	21.5	
여	605(100.0)	22.1	54.9	23.0	1.37(2)
연 령(세)					
60-64	169(100.0)	23.1	49.1	27.8	
65-69	307(100.0)	15.6	63.8	20.5	
70-74	260(100.0)	21.5	54.2	24.2	
75-79	118(100.0)	26.3	51.7	22.0	

→ 다음 페이지에 계속

구 분	인원수	받지 않음	간혹 받음	정기적으로 받음	χ^2 (df)
80≤	95(100.0)	29.5	55.8	14.7	20.11(8)**
교육수준					
서당이하	184(100.0)	26.1	59.2	14.7	
초등 중퇴·졸	421(100.0)	23.8	55.3	20.9	
중등 중퇴·졸	187(100.0)	12.8	62.0	25.1	
고등 중퇴·졸	94(100.0)	12.8	59.6	27.7	
전문대졸 이상	63(100.0)	28.6	31.7	39.7	38.10(8)***
결혼상태					
배우자와 동거	350(100.0)	22.9	56.6	20.6	
사별	448(100.0)	23.2	55.6	21.2	
별거(이혼 등)	151(100.0)	11.9	57.6	30.5	12.68(4)*
자녀수(명)					
없음	41(100.0)	17.1	53.7	29.3	
1	74(100.0)	21.6	66.2	12.2	
2	196(100.0)	17.9	57.7	24.5	
3	249(100.0)	20.1	54.6	25.3	
4	177(100.0)	23.7	56.5	19.8	
5	136(100.0)	21.3	61.0	17.6	
6≤	76(100.0)	30.3	40.8	28.9	19.29(12)

* : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

2. 일반적 특성별 보건지식 수준

일반적 특성별 보건지식 수준을 파악하기 위하여 일반적인 기초 보건지식 총 12개 문항을 측정하여 이를 상, 중, 하 ('상'은 8.4~12점, '중'은 6.0~8.3점, '하'는 5.9점 이하)로 분석한 결과는 표 2와 같다.

분석한 결과 조사대상자의 보건지식 수준은 평균 7.02±2.89점(100점 기준 5.8점)이었다(표 2).

이를 특성별로 보면 연령에서는 '60~64세'가 8.72±2.81점, '65~69세'가 6.98±2.69점, '70~74세' 6.72±2.78점 순으로 연령이 적을수록 보건지식 수준이 높았으며, 상중하의 분포는 상에서 '65~69세'가 29.3%로 가장 높아, 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<0.001).

교육수준에서는 '고등 중퇴·졸'이 8.69±2.76점으로 가장 높았으며, '전문대졸 이상' 8.00±3.51점, '서당 이하' 6.90±2.46점, '초등 중

퇴·졸' 6.84±2.76점, '중등 중퇴·졸' 6.38±3.03점이었으며, 상중하의 분포는 상에서 '중등 중퇴·졸'이 32.6%로 가장 높았고, 통계적으로도 유의한 차이가 있었다(p<0.001).

결혼 상태별에서는 '배우자와 동거' 노인이 7.78±2.81점으로 가장 높았고, '사별'이 7.11±2.82점, '별거(이혼 등)'이 5.01±2.26점이었으며, 상중하의 분포는 상에서 '별거(이혼 등)'이 43.0%로 가장 높아 유의한 차이를 보였고(p<0.001), 자녀수에서는 자녀수가 많을수록 노인들의 보건지식 수준이 높아, 통계적으로 유

의한 차이가 있었다(p<0.001).

현 거주 지역별로는 '대도시' 거주자가 8.09±2.68, '중·소도시'가 7.44±2.69, '읍·면지역'이 5.31±2.51로 대도시 거주자일수록 보건지식 수준이 높았고, 상중하의 분포는 상에서 '중·소도시'가 42.8%로 가장 높아, 통계적으로 유의한 차이가 있었다(p<0.001).

용돈을 포함한 월수입에서는 '100만원 이상'이 9.19±2.79점으로 가장 높았고, 상중하의 분포는 상에서 '81~100만원'이 가장 높아, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.(p<0.001),

<표 2> 일반적 특성별 보건지식 수준

구 분	인원수	보건지식 수준(12점 만점)		상(8.4-12점)	중(6.0-8.3점)	하(0-5.9점)	x ² (df)
		Mean±S.D	t/F				
	949(100.0)	7.02±2.89		221(23.3)	494(52.1)	234(24.7)	
성 별							
남	344(100.0)	6.77±3.00		28.2	47.4	24.4	
여	605(100.0)	7.17±2.82	t = -2.06*	20.5	54.7	24.8	7.86(2)*
연 령(세)							
60-64	169(100.0)	8.72±2.81		11.8	37.9	50.3	
65-69	307(100.0)	6.98±2.69		29.3	49.8	20.8	
70-74	260(100.0)	6.72±2.78		23.5	56.9	19.6	
75-79	118(100.0)	6.50±2.55		25.4	61.9	12.7	
80≤	95(100.0)	6.56±2.88	F = 19.60***	21.1	58.9	20.0	83.01(8)***
교육수준							
서당이하	184(100.0)	6.90±2.46		16.8	67.9	15.2	
초등 중퇴·졸	421(100.0)	6.84±2.76		24.9	54.2	20.9	
중등 중퇴·졸	187(100.0)	6.38±3.03		32.6	46.5	20.9	
고등 중퇴·졸	94(100.0)	8.69±2.76		9.6	39.4	51.1	
전문대졸 이상	63(100.0)	8.00±3.51	F = 13.10***	23.8	27.0	49.2	91.38(8)***
결혼상태							
현재 배우자와 동거	350(100.0)	7.78±2.81		15.1	51.4	33.4	
사별	448(100.0)	7.11±2.82		23.0	52.9	24.1	
별거(이혼 등)	151(100.0)	5.01±2.26	F = 54.40***	43.0	51.0	6.0	67.81(4)***
자녀수(명)							
없음	41(100.0)	5.68±2.55		34.1	58.5	7.3	

→ 다음 페이지에 계속

구 분	인원수	보건지식 수준(12점 만점)	상(8.4-12점)	중(6.0-8.3점)	하(0-5.9점)	χ^2 (df)	
1	74(100.0)	6.61±2.65	20.3	63.5	16.2		
2	196(100.0)	6.59±3.18	32.1	41.8	26.0		
3	249(100.0)	6.81±2.81	24.9	53.0	22.1		
4	177(100.0)	7.19±2.83	22.6	52.0	25.4		
5	136(100.0)	7.97±2.79	14.7	49.3	36.0		
6≤	76(100.0)	7.89±2.39	F = 6.61***	9.2	65.8	25.0	44.31(12)***
종 교							
불교	324(100.0)	8.21±2.50	9.6	53.7	36.7		
기독교	171(100.0)	6.90±2.91	24.0	51.5	24.6		
천주교	183(100.0)	5.50±2.69	41.5	48.1	10.4		
유교	88(100.0)	1.99±2.31	47.7	45.5	6.8		
기타	36(100.0)	5.72±2.72	33.3	55.6	11.1		
종교없음	147(100.0)	7.97±2.57	F = 42.09***	12.9	57.1	29.9	135.54(10)***
현 거주지역							
대도시	387(100.0)	8.09±2.68	11.6	51.2	37.2		
중·소도시	304(100.0)	7.44±2.69	42.8	48.7	8.6		
읍·면지역	258(100.0)	5.31±2.51	F = 99.49***	17.8	57.4	24.8	134.23(4)***
현 직업 유무							
있다	424(100.0)	6.91±2.93	24.5	50.9	24.5		
없다	525(100.0)	7.11±2.85	t = -1.08	22.3	53.0	24.8	0.69(2)
경제상태(자가 판단)							
상	84(100.0)	6.87±2.96	26.2	51.2	22.6		
중	398(100.0)	7.44±2.89	19.6	51.0	29.4		
하	467(100.0)	6.70±2.83	F = 7.36***	25.9	53.1	21.0	10.53(4)*
월 수입(용돈 포함, 만원)							
≤10	166(100.0)	6.14±2.92	21.1	54.8	24.1		
11-20	154(100.0)	6.55±2.89	31.2	50.0	18.8		
21-30	181(100.0)	6.56±2.78	24.3	58.0	17.7		
31-40	85(100.0)	7.12±2.70	18.8	57.6	23.5		
41-50	87(100.0)	7.60±2.71	16.1	54.0	29.9		
51-80	94(100.0)	7.46±2.81	18.1	55.3	26.6		
81-100	119(100.0)	7.17±2.77	34.5	46.2	19.3		
101≤	63(100.0)	9.19±2.79	F = 9.34***	9.5	28.6	61.9	73.29(14)***
현 거주형태							
아파트	176(100.0)	7.94±2.76	14.8	51.1	34.1		
일반주택	556(100.0)	7.04±2.91	23.7	51.8	24.5		
다가구주택(빌라 및 상가포함)	217(100.0)	6.24±	F = 17.41***	29.0	53.5	17.5	19.58(4)***

* : p<0.05, *** : p<0.001

3. 정기 건강검진 유무에 따른 보건지식 수준

정기 건강검진 및 스트레스 정도 별 보건지식 수준은 '중'수준이 52.1%로 가장 높았고, '하'가 24.7%, '상'이 23.3%순으로 조사되었으며(표 3), 보건에 관한 지식수준이 상 수준에서 정기 건강검진을 받고 있는 대상자가 27.2%로

그렇지 않은 대상자의 14.9%보다 높아 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$).

노인들이 일상생활에서 갖는 스트레스에서는 보건지식 수준이 높을수록 대체적으로 스트레스가 적은 것으로 조사되어, 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.01$).

<표 3> 정기 건강검진 별 보건지식 수준

구 분	인원수	보 건 지 식			$\chi^2(df)$
		상	중	하	
	949(100.0)	221(23.3)	494(52.1)	234(24.7)	
정기 건강검진					
받지 않음	202(100.0)	14.9	58.4	26.7	
간혹 받음	534(100.0)	24.9	51.9	23.2	
정기적으로 받음	213(100.0)	27.2	46.5	26.3	12.07(4)*

단위 : 명(%)

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

4. 일반적 특성별 보건교육 경험

보건교육 경험에서는 '없다'가 45.8%, '있다'와 '잘 모르겠다'가 모두 27.1%로 보건교육의 개념을 잘 모르거나 받지 않은 것으로 조사되었다(표 4).

특성별로 보면 보건교육 경험이 없다가 연령별로는 '75~79세'가 52.5%로 가장 높았고, '65~69세' 52.4%, '70~74세' 43.8%, '60~64세' 32.0%순으로 대체로 고령일수록 보건 교육 경험이 없어, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$).

교육 수준별로는 '서당이하'가 54.3%로 가장 높았으며, '초등 중퇴·졸'이 45.6%, '중등 중퇴·졸' 49.7%, '고등 중퇴·졸'이 36.2%, '전문

대졸 이상'이 25.4%순으로 교육 수준이 낮을수록 보건교육에 대한 접근성이 낮은 것으로 조사되어, 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$).

보건교육을 받은 경험이 '있다'에서 결혼 상태별로는 '배우자와 동거'가 33.7%로 가장 높았고, '사별' 25.2%, '별거(이혼 등)'이 17.2%로 동거인이 있는 경우에 건강에 대한 관심과 조언이 보건 교육을 받는데 영향을 미침을 알 수 있었으며, 통계적으로도 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$). 현 거주 지역별로는 '대도시' 거주자가 35.9%, '중·소도시' 21.7%, '읍·면지역' 거주자가 20.2%순으로 대도시에 거주하고 있는 노인들이 보건 교육을 받을 기회가 많은 것으로 조사되어 통계적으로 유의한 차이가 있

었다($p<0.001$).

경제 상태별로는 '상'이 46.4%, '중' 29.9%, '하' 21.2%순이었고, 월 평균 수입별로는 '101만원 이상'이 63.5%, '51~80만원' 37.2%, '21~30만원' 27.6%, '10만원 이하'가 23.5%순으로 대체적으로 경제수준이 높을수록, 자녀들로

부터 받은 용돈이나 직장생활에서 받은 수입이 높을수록 건강에 대한 관심이 높아, 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($p<0.001$), 이에 따라 보건교육을 받을 기회나 의지가 높은 것으로 생각되어진다.

<표 4> 일반적 특성별 보건교육 경험

단위 : 명(%)

구 분	인원수	있음	없음	잘 모르겠음	χ^2 (df)
성 별					
남	344(100.0)	29.4	44.5	26.2	
여	605(100.0)	25.8	46.6	27.6	1.42(2)
연 령(세)					
60-64	169(100.0)	50.9	32.0	17.2	
65-69	307(100.0)	19.9	52.4	27.7	
70-74	260(100.0)	22.3	43.8	33.8	
75-79	118(100.0)	24.6	52.5	22.9	
80≤	95(100.0)	24.2	46.3	29.5	66.98(8)***
교육수준					
서당이하	184(100.0)	21.7	54.3	23.9	
초등 중퇴·졸	421(100.0)	24.5	45.6	29.9	
중등 중퇴·졸	187(100.0)	20.9	49.7	29.4	
고등 중퇴·졸	94(100.0)	45.7	36.2	18.1	
전문대졸 이상	63(100.0)	50.8	25.4	23.8	47.42(8)***
결혼상태					
배우자와 동거	350(100.0)	33.7	42.6	23.7	
사별	448(100.0)	25.2	48.4	26.3	
별거(이혼 등)	151(100.0)	17.2	45.7	37.1	20.29(4)***
자녀수(명)					
없음	41(100.0)	17.1	56.1	26.8	
1	74(100.0)	28.4	39.2	32.4	
2	196(100.0)	27.6	48.5	24.0	
3	249(100.0)	24.9	44.2	30.9	
4	177(100.0)	35.0	40.1	24.9	

→ 다음 페이지에 계속

구 분	인원수	있음	없음	잘 모르겠음	$\chi^2(df)$
5	136(100.0)	23.5	50.7	25.7	
6≤	76(100.0)	25.0	50.0	25.0	14.64(12)
종 교					
불교	324(100.0)	29.0	50.6	20.4	
기독교	171(100.0)	29.8	43.9	26.3	
천주교	183(100.0)	24.6	42.6	32.8	
유교	88(100.0)	19.3	37.5	43.2	
기타	36(100.0)	30.6	44.4	25.0	
종교없음	147(100.0)	26.5	46.9	26.5	23.16(10)*
현 거주지역					
대도시	387(100.0)	35.9	44.7	19.4	
중·소도시	304(100.0)	21.7	43.4	34.9	
읍·면지역	258(100.0)	20.2	50.4	29.5	36.45(4)***
현 직업 유무					
있다	424(100.0)	30.4	42.9	26.7	
없다	525(100.0)	24.4	48.2	27.4	4.63(2)
경제상태(자가 판단)					
상	84(100.0)	46.4	38.1	15.5	
중	398(100.0)	29.9	45.0	25.1	
하	467(100.0)	21.2	48.0	30.8	27.54(4)***
월 수입(용돈 포함, 만원)					
≤10	166(100.0)	23.5	54.2	22.3	
11-20	154(100.0)	22.7	47.4	29.9	
21-30	181(100.0)	27.6	38.7	33.7	
31-40	85(100.0)	16.5	47.1	36.5	
41-50	87(100.0)	21.8	52.9	25.3	
51-80	94(100.0)	37.2	38.3	24.5	
81-100	119(100.0)	21.0	55.5	23.5	
101≤	63(100.0)	63.5	22.2	14.3	71.45(14)***
현 거주형태					
아파트	176(100.0)	32.4	50.0	17.6	
일반주택	556(100.0)	27.3	44.6	28.1	
다가구 주택(빌라 및 상가 포함)	217(100.0)	22.1	45.6	32.3	12.84(4)*

* : $p < 0.05$, *** : $p < 0.001$

5. 보건교육 경험별 정기 건강검진

보건교육을 받은 경험이 있다는 응답지에서 정기 건강검진을 '정기적으로 받음'이 53.3%로 높았으며, 교육받은 경험이 없는 자에서 건강검

진을 받지 않겠다는 응답자는 72.3%로 높아 지속적으로 건강에 대한 관심과 정기적인 건강검진을 받는 사람이 보건교육을 받은 경험이 많아, 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p<0.01$)(표 5).

<표 5> 보건교육 경험 별 정기 건강검진

단위 : 명(%)

구 분	인원수	정기적으로 받지 않음	정기적으로 받음	$\chi^2(df)$
교 육 경 험	949(100.0)			
있음 257(27.1)	302(100.0)	46.7	53.3	
없음 435(45.8)	647(100.0)	72.3	27.7	16.43(4)**

** : $p<0.01$

6. 일반적 특성별 건강증진 행태수준(건강검진, 흡연, 음주, 스트레스, 식생활, 운동 등)

일반적 특성별 건강 증진행태 수준을 파악하기 위해서는 여러 분야로 나누어 설명할 수 있겠으나 이 연구에서는 건강검진, 흡연, 음주, 스트레스, 식생활, 운동 등 6개 분야의 10개 문항을 10점 만점으로 측정한 결과 5.30±1점으로 100점 기준 53점이었다. 상중하로 '상위권'은 7~10점, '중위권'은 5~7점, '하위권'은 4점 이하로 분석한 결과는 표 6과 같다.

이를 특성별로 보면, 성별에서는 '여자'가 5.71±1.59점으로 '남자'의 4.59±1.74점 보다 건강증진행태 수준이 높았으며, 상중하의 분포는 상에서 '여자'가 31.7%로 높아, 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.001$).

결혼상태에서는 '별거(이혼 등)'이 5.52±1.74점으로, '사별' 5.46±1.68, '현재 배우자와 동거' 4.49±1.75점 보다 높았으며, 상중하의 분포에서 '별거(이혼 등)'이 29.1%로 가장 높아, 통계적

으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$).

종교에서는 유교가 6.10±1.60점으로 가장 높았으며, 상중하의 분포에서도 '유교'가 43.2%로 높아, 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 ($p<0.001$), 종교가 있는 사람들이 없는 사람보다 건강증진 행태수준이 높았다.

현 거주 지역별로는 '중·소도시' 거주자가 5.70±1.65점, '읍·면지역' 5.25±1.66점, '대도시' 5.01±1.78점으로 중·소도시 거주자가 건강증진 행태수준이 높았으며, 상중하의 분포에서 '중·소도시' 거주자가 32.6%로 높아, 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.001$).

거주형태별로는 '일반주택' 거주자가 5.45±1.59점으로, '다가구 주택' 5.10±1.90점, '아파트' 5.05±1.90점으로 일반 주택 거주자가 건강증진 행태수준이 높았으며, 상중하의 분포에서 '아파트' 거주자가 26.7%로 높아, 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.001$).

<표 6> 일반적 특성별 건강증진 행태수준(건강검진, 흡연, 음주, 스트레스, 식생활, 운동 등) 단위: 명(%)

구 분	인원수	건강행태 수준(10점 만점)	t/F	상(7-10점)	중(5-7점)	하(0-4점)	x ² (df)
	949(100.0)	Mean±S.D 5.30±1.73		238(25.1)	574(60.5)	137(14.4)	
성 별							
남	344(100.0)	4.59±1.74		13.4	60.2	26.5	
여	605(100.0)	5.71±1.59	-10.01***	31.7	60.7	7.6	83.48(2)***
연 령(세)							
60-64	169(100.0)	5.29±1.77		26.0	56.8	17.2	
65-69	307(100.0)	5.34±1.73		24.4	62.9	12.7	
70-74	260(100.0)	5.35±1.83		28.8	55.0	16.2	
75-79	118(100.0)	5.11±1.52		19.5	67.8	12.7	
80≤	95(100.0)	5.24±1.64	0.49	22.1	65.3	12.6	9.24(8)
교육수준							
서당이하	184(100.0)	5.08±1.65		19.6	64.1	16.3	
초등 중퇴·졸	421(100.0)	5.26±1.73		24.7	59.1	16.2	
중등 중퇴·졸	187(100.0)	5.61±1.72		32.6	57.8	9.6	
고등 중퇴·졸	94(100.0)	5.32±1.79		20.2	67.0	12.8	
전문대졸 이상	63(100.0)	5.22±1.86	2.34	28.6	57.1	14.3	13.71(8)
결혼상태							
현재 배우자와 동거	350(100.0)	4.99±1.75		20.6	60.0	19.4	
사별	448(100.0)	5.46±1.68		27.2	61.4	11.4	
별거(이혼 등)	151(100.0)	5.52±1.74	8.69***	29.1	58.9	11.9	14.39(4)**
자녀수(명)							
없음	41(100.0)	4.93±1.03		7.3	87.8	4.9	
1	74(100.0)	4.86±1.80		20.3	55.4	24.3	
2	196(100.0)	5.49±1.71		25.5	61.7	12.8	
3	249(100.0)	5.47±1.73		30.1	56.6	13.3	
4	177(100.0)	5.24±1.80		24.3	60.5	15.3	
5	136(100.0)	5.10±1.81		23.5	58.8	17.6	
6≤	76(100.0)	5.33±1.62	2.26*	26.3	63.2	10.5	24.88(12)*
종 교							
불교	324(100.0)	5.12±1.61		19.4	65.1	15.4	
기독교	171(100.0)	5.39±1.84		26.3	59.1	14.6	
천주교	183(100.0)	5.53±1.66		29.5	59.0	11.5	
유교	88(100.0)	6.10±1.60		43.2	51.1	5.7	
기타	36(100.0)	5.31±1.58		27.8	63.9	8.3	

구 분	인원수	건강행태 수준(10점 만점)	상(7-10점)	중(5-7점)	하(0-4점)	x ² (df)	
	949(100.0)	Mean±S.D 5.30±1.73	t/F	238(25.1)	574(60.5)		137(14.4)
종교없음	147(100.0)	4.82±1.85	7.80***	19.0	58.5	22.4	35.56(10)***
현 거주지역							
대도시	387(100.0)	5.01±1.78		20.9	60.2	18.9	
중·소도시	304(100.0)	5.70±1.65		32.6	57.2	10.2	
읍·면지역	258(100.0)	5.25±1.66	14.28***	22.5	64.7	12.8	20.97(4)***
현 직업 유무							
있다	424(100.0)	5.23±1.77		23.8	59.9	16.3	
없다	525(100.0)	5.35±1.70	-1.02	26.1	61.0	13.0	2.32(2)
경제상태(자가 판단)							
상	84(100.0)	5.14±1.74		22.6	58.3	19.0	
중	398(100.0)	5.46±1.68		27.6	60.3	12.1	
하	467(100.0)	5.18±1.77	3.25*	23.3	61.0	15.6	5.15(4)
월 수입(용돈 포함, 만원)							
≤10	166(100.0)	5.10±1.60		18.7	66.3	15.1	
11-20	154(100.0)	5.36±1.82		27.9	58.4	13.6	
21-30	181(100.0)	5.43±1.67		27.1	61.9	11.0	
31-40	85(100.0)	5.35±1.53		22.4	65.9	11.8	
41-50	87(100.0)	5.01±1.65		21.8	60.9	17.2	
51-80	94(100.0)	5.04±1.91		20.2	58.5	21.3	
81-100	119(100.0)	5.75±1.73		33.6	55.5	10.9	
101≤	63(100.0)	5.11±1.96	2.41*	28.6	50.8	20.6	19.98(14)
현 거주형태							
아파트	176(100.0)	5.05±1.90		26.7	51.7	21.6	
일반주택	556(100.0)	5.45±1.59		25.5	63.8	10.6	
다가구 주택(빌라 및 상가 포함)	217(100.0)	5.10±1.90	5.42**	22.6	59.0	18.4	18.41(4)**

* : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

7. 보건지식 수준에 따른 건강증진 행태수준

보건지식 수준에 따른 건강증진 행태수준은 상위권에서는 보건지식수준이 상위권에 속하는

자가 많았고, 지식수준이 하위일 경우는 행태수준도 낮았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다(표 7).

<표 7> 보건지식 수준에 건강증진 행태수준

단위: 명(%)

구 분	인원수	건강증진 행태수준			χ ² (df)
		상	중	하	
	949(100.0)	238(25.1)	574(60.5)	137(14.4)	
보건지식 수준					
상	221(100.0)	26.2	62.0	11.8	
중	494(100.0)	24.7	60.3	15.0	
하	234(100.0)	24.8	59.4	15.8	1.79(4)

* : p<0.05

8. 보건지식 수준에 영향을 미치는 요인

보건지식 수준에 영향을 미치는 요인을 단계적 다중회귀분석한 결과는 표 8과 같다. 종속변수인 보건지식수준(Y)에 대한 독립변수(xi)의 관계는 $Y = 7.028 - 0.611(\text{건강상태}) - 0.076(\text{연령}) + 0.889(\text{보건교육 받은 경험}) - 0.848(\text{정기건강검진}) + 0.169(\text{자녀수}) + 0.064(\text{생활의 만족도}) - 0.723(\text{종교}) - 0.520(\text{성별}) + 6.006687E - 07(\text{월평균 수입})$ 이었다.

보건지식 수준에 영향을 미치는 요인은 건강상태($\beta = -0.210$), 연령($\beta = -0.146$), 보건교육 받은 경험($\beta = 0.137$), 정기 건강검진($\beta = -0.120$)이 가장 영향을 미쳤고, 종교($\beta = -0.090$), 생활의 만족도($\beta = 0.104$), 자녀수($\beta = 0.089$), 성별($\beta = -0.086$), 월평균 수입(용돈포함)($\beta = 0.071$)순이었다.

이들 변수인 건강상태, 연령, 보건 교육받은 경험, 정기 건강검진, 종교, 생활의 만족도, 자녀수, 성별, 월평균 수입 등에서 유의성이 있었다.

<표 8> 보건지식 수준에 영향을 미치는 요인

Classification	b	SE B	Beta	Sig T
건강상태	-0.611553	0.084203	-0.210060	0.0000
연령	-0.076721	0.014715	-0.146897	0.0000
보건교육 받은 경험	0.889951	0.179386	0.137039	0.0000
정기 건강검진	-0.848013	0.190949	-0.120281	0.0000
자녀수	0.169026	0.052706	0.089572	0.0014
생활 만족도	0.064594	0.019857	0.104448	0.0012
종교	-0.723067	0.217644	-0.090653	0.0009
성별	-0.520797	0.163713	-0.086753	0.0015
월 평균 수입(용돈포함)	0.000006	0.000002	0.071533	0.0141
Constant	7.028360	1.243382		0.0000
R ²		0.34458		
F		49.31359		
Significance		0.0000		

9. 건강증진 행태에 영향을 미치는 요인

건강 증진행태에 영향을 미치는 요인을 단계적 다중회귀분석에서 건강증진 행태(Y)는 종속변수로 하고 관련변수(xi)를 독립변수로 하여 분석을 한 결과는 표 9과 같다.

노인들의 건강증진 행태에서 변수가 기여하는 효과 정도는 성별($\beta = -0.340$), 보건지식 수

준($\beta = -0.150$)이었으며, 그 다음은 결혼상태($\beta = -0.114$), 교육수준($\beta = 0.114$), 생활의 만족도($\beta = 0.106$), 건강상태($\beta = 0.072$)순이었다. 이들 변수인 성별, 보건지식 수준, 결혼상태, 교육수준, 생활의 만족도, 건강상태 등에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

<표 9> 건강증진 행태에 영향을 미치는 요인

Classification	b	SE B	Beta	Sig T
성 별	-1.224641	0.111713	-0.340297	0.0000
생활 만족도	0.039324	0.013329	0.106071	0.0033
결혼상태	-0.412159	0.113465	-0.114949	0.0003
교육수준	0.045962	0.012679	0.114235	0.0003
보건지식 수준	-0.090337	0.020985	-0.150695	0.0000
건강상태	0.126357	0.056432	0.072401	0.0254
Constant	3.013596	0.376452		0.0000
R ²		0.17876		
F		29.26132		
Significance		0.0000		

IV. 논 의

근래에 이르러 전염성 질환보다 비전염성질환이 중요시 되면서 질병양상이 만성퇴행성질환에서 생활습관성 질환으로 변환되고 있으며 이에 건강증진을 목표로 하는 국제회의가 개최되고 WHO를 비롯한 세계 각국은 건강증진을 목표로 하는 보건정책을 수립하여 나름대로 여러 가지 사업을 추진하고 있다.

우리나라도 1995년 건강증진법을 제정하고 국민건강증진기금을 조성하여 건강증진사업을 수행하고 있으며 2006년에는 종합 국민건강증진계획 2010을 수립하여 건강수명을 2010년 까지 72.0세를 목표로 하여 다양한 사업을 추진하고 있다. 건강증진의 핵심사업은 주민들이 건강한 생활을 습관화 할 수 있도록 하여 생활 습관질환 발생을 예방하는데 있으며 이는 보건교육을 통하여 이루어지므로 보건교육사업은 대단히 중요하다. 또한 보건교육은 의료비 절감과 건강 보험 제정 안정을 도모하고 국민의 건강

수명을 늘리는데 기여할 것이다(남철현, 2006). 더구나 앞으로 늘어나는 노인 인구에 대한 건강 확보 문제는 시급히 해결해야할 과제이다.

이 조사에서 건강검진을 정기적으로 받는다는 응답률은 22.4%였고 검진을 받지 않는다는 21.3%였다. 이는 경북도민 조사(남철현 등, 2006)의 받는다는 응답률 37.5%보다 낮았다. 건강검진은 질병이 발생되었으나 아직 본인이 자각하고 있지 못한 질병을 조기에 발견하고 조기 치료함으로써, 높은 치료효과를 기대할 수 있으며 질병발생의 위험도가 높은 개체를 식별하여 그 위험도를 낮추는 예방의료의 제공이 가능하다는데 큰 의의가 있다.

주요 사망사인인 암, 뇌혈관, 심장, 간, 당뇨, 고혈압 등 질환을 조기 발견하면 치료가 가능하므로 건강검진은 대단히 중요하다. 이 연구에서 연령이 낮을수록, 교육 수준이 높을수록, 독신자에서 타군보다 높은 정기 건강검진율을 보였다. 특히 동거자 없이 혼자 사는 독신자의 경우, 즉 혼자 사는 노인들은 자신의 건강을 스스로 지켜야 하기 때문에 건강에 관심과 신경을 더 쓰고 있는 것으로 생각된다. 건강생활의 가장 기본이 되는 건강 검진에 대한 우리나라 국민의 의식 수준이 낮아 검진율이 낮고 만족도 수준도 낮아 앞으로 교육홍보 강화, 건강검진 사후관리, 건강검진 제도개선이 이루어 져야한다(신성철, 2005). 특히 노인을 위한 검진에 대한 홍보 교육 프로그램의 개발이 필요하며 공공기관인 보건소와 민간 보건의료 단체가 관심을 가져야 할 부분이다.

보건교육 경험률은 없다는 응답률이 45.8%로 있다는 응답률 27.1% 보다 월등히 높아 이에 대한 홍보 교육이 강화되어야 하겠다. 이는 남철현(2006)의 경북도민조사의 보건교육 경

험 없다는 응답률 20.9%보다 월등히 높았다. 조사대상자가 다름으로 단순 비교는 할 수 없으나 노인 보건교육에 관심을 가져야 할 것으로 생각 된다. 특히 노인에 대한 교육이 중요하다. 노인이 되기 전 장년층, 청년층, 사춘기 그리고 학령 전 아동기부터 교육이 이루어지는 세대기별 교육이 강화되어야 할 것이다.

건강 증진 사업의 90%가 보건 교육 사업인 만큼 모든 보건사업 계획에 보건 교육 사업이 병행 실시될 수 있도록 해야 할 것이다.

우리나라는 2005년 현재 평균수명은 77세로 일본보다 5, 6년 떨어지고 건강 수명은 우리나라 국민이 68세로 일본의 76세보다 8.2년 낮아 이를 따라잡는 노력이 중요하다. 이를 위해서는 국민의 보건 의식 수준을 높여야 한다.

이 조사에서 보건지식 수준은 10점 만점에 7.02점 즉 100점 기준 58점으로 서인선(2000)의 100점 기준 68.9점, 이용창과 남철현(1997)의 66.7점보다 낮았다. 이 연구에서 보건행태수준은 100점 기준 53.0점으로 서인선의 59.8점보다 낮았다. 소득이 높을수록 지식수준이 높았는데 이는 생활에 여유가 있을수록 보건에 관한 지식습득에 접근성이 양호하거나 건강에 대한 관심이 높은 것으로 생각된다. 이 같은 결과는 이용창과 남철현(1997), 서인선(2000)의 연령이 낮을수록, 유배우자, 경제 상태가 좋을수록, 도시 거주자의 보건지식 수준이 높게 나타난 조사 결과와 비슷한 양상이었다.

일반적으로 보건 지식수준은 높으나 행태 수준은 그 보다 떨어진다. 남철현(1984, 1997, 2004, 2006). 이 연구에서도 동일한 결과이므로 보건지식이 곧 건강실천행위로 이행될 수 있도록 하는 동기 조성을 고려한 보건 교육 방법이 세대 주기별, 질병별로 개발되어 이를 바

탕으로 하는 교육이 효율적으로 이루어져야 할 것이다.

보건지식수준에 영향을 미치는 요인은 성별, 보건지식 수준, 결혼상태, 교육수준, 생활의 만족도, 건강상태 등에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이는 이웅창(1997), 서인선(2000), 이태화(1989), Bausell(1986), Brown(1986)의 조사 결과와 비슷한 양상을 보였다.

성인을 대상으로 이들의 건강증진 행위와 인구사회학적 특성과의 관계를 다중회귀 분석으로 조사한 결과 성별이 가장 설명력이 높은 변수를 보였다는 연구(Speake, 1987; Pender, 1988; Lubben, 1989; Walker, 1998)의 결과와 거의 같은 결과를 보였다.

우리나라는 1995년 건강증진법이 제정되어 1999년부터 전문 보건 인력이 양성되기 시작하였고, 2003년 9월에 보건 교육사의 국가 자격화가 의원 입법으로 통과되어 2009년부터 시행하게 되었다.

따라서 보건교육 전문인력이 양성되어 건강의 길잡이로서 특히 노인에게는 건강상담자로서 케어 매니저(Care manager) 역할을 할 수 있도록 제도화 되어야 할 것이다.

V. 결 론

노인의 건강검진, 보건지식, 보건행위실태를 알아보고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하여 많은 건강 문제를 가진 노인의 건강증진을 위한 보건교육 프로그램 개발과 관련정책을 수립하는 데 필요한 기초자료를 제공하고자 하였다. 대도시 거주자 387명과 중·소도시 304명, 읍·면지역 258명 총 949명(회수율: 94.9%)의

만 60세 이상의 노인들을 대상으로 2004년 3월 6일부터 6월 10일 사이에 설문조사를 실시한 바 그 결과의 결론은 다음과 같다.

조사대상자인 노인들은 고령일수록, 교육수준이 낮을수록, 보건교육경험 및 정기검진 수준이 낮았으며, 연령이 적을수록, 배우자와 동거하고 있는 자가, 대도시 거주 및 경제적으로 여유가 있는 노인이 보건 교육 받은 경험이 많았고 보건지식 수준도 높았다.

이와 같이 낮은 건강검진의 접근성, 보건지식 결여, 잘못된 건강생활 습관과 행태, 열악한 경제상태, 낮은 학력 수준 등으로 보건교육 및 건강 증진의 대상자에서 약간 소외되었던 노인연령층의 건강증진 문제는 국가의 노인에 대한 제도적인 개선의지와 사회적인 긍정적인 분위기차원을 떠나 노인 스스로 자신의 건강에 대한 관심과 건강한 노후를 위한 나름대로의 노력을 기울일 수 있도록 전문보건교육인력이 도와주는 것이 중요하다.

따라서 여기에 가족 구성원뿐만 아니라 지역사회 공공기관 및 유관단체, 그리고 더 나아가 국가적인 차원에서 건강진단, 건강 상담과 수발 등 건강수명의 연장에 대한 적극적인 보건복지 정책으로 제2의 인생기를 맞이하고 있는 노인 건강증진을 위하여 현실적인 보건교육을 바탕으로 하는 건강증진 프로그램을 체계적으로 마련하여 아름답고 건강한 노후생활을 영위할 수 있도록 뒷받침하여야 할 것이다. 그리고 이를 위하여 전문보건교육인력인 보건교육사를 정책적인 차원에서 양성 활용하여야 할 것이다.

참고문헌

- 권 철 외 6명. 노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인. *대한보건연구*, 대한보건협회, 2006;32(1).
- 김무룡. 지역사회 주민의 건강증진 행위와 이에 영향을 미치는 요인[박사학위논문]. 경북: 경상대학교 대학원, 2000.
- 김진순. 노인 가정간호사업의 실태, 문제점 및 개선방안, *한국노년학회지* 1996;16(1):163-178.
- 남철현. 한국부인의 보건지식, 태도 및 실천에 영향을 미치는 제요인 분석. *한국보건교육학회지* 1984;2(1).
- 남철현. 보건교육 및 건강증진. 서울: 계축문화사, 1998. pp.47-49.
- 남철현, 신중규, 최상복, 이경수, 최연희. 경상북도민의 보건지식행태조사. *대구한의대학교 보건복지연구소*, 2004.
- 남철현, 박용익, 이희완, 황성하, 최연희, 김현실. 노인복지론. 서울: 정문각, 2005.
- 남철현, 신중규, 최상복, 박용익, 김기열. 경산시민의 보건지식행태조사. *대구한의대학교 보건복지연구소*, 2006.
- 박인숙. 건강증진 생활양식에 관한 연구[박사학위논문]. 부산: 부산대학교 대학원, 1995.
- 서인선. 노인의 보건지식과 건강증진 행위 수준 및 관련 요인[박사학위논문]. 대구: 대구한의대학교 대학원, 2000.
- 송영신, 이미라, 안은경. 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. *대한간호학회지* 1997;27(3):541-613.
- 신성철. 우리나라 건강검진의 현황과 전망. *한국건강관리협회지* 2005;3:254-266
- 이선자. 노인의 건강에 대한 욕구-신체적 건강과 간호. *대한간호* 1982;21(1):15-18.
- 이용창, 남철현. 노인의 건강의식 및 행위가 건강상태에 미치는 영향 요인. *한국노년학회지* 1997;17(3):117-143.
- 이태화. 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인분석 [석사학위논문]. 서울: 연세대학교 대학원, 1989.
- 전봉천, 남철현, 최상규, 신두만, 김기열. 대도시노인의 삶의 질 수준고 이에 영향을 미치는 요인. *대한보건연구* 대한보건협회지 2005;31(2).
- 최주원. 경산시 노인들의 건강행위 요인 평가에 관한 연구[석사학위논문]. 대구: 대구한의대학교 대학원, 2000.
- 최 현. 건강수준이 노인의 삶의 질에 미치는 영향 [박사학위논문]. 서울: 연세대학교 대학원, 1997.
- 통계청. 장래인구추계. 서울: 통계청, 2001.
- 한국갤럽조사연구소. 한국노인의 생활실태와 의식 구조 조사. 1982.
- 한국보건사회연구원. 건강증진행위 연구조사도구. 2001.
- 황해석, 남철현, 권철, 정한태, 김기열. 부양에 대한 노인의 부담감과 영향 요인. *대한보건연구* 대한보건협회, 2006;32(1).
- Bausell RB. Health-Seeking behavior among the elderly. *The Gerontology* 1986;26(5):556-559.
- Brown JS, McCreedy M. The Male elderly: Health behavior and its correlates. *Research in Nursing and Health* 1986;9:317-329.
- Frank P. A survey of health needs of elder in Northwest Johnson Counson county. *Nursing Research* 1979;28(6).
- Lubben JE, Weiler PG. Health practices of the elderly poor. *American Journal of Public Health* 1989;79(6):731-734.
- Pender NJ. Health promotion in nursing practice, ed 2, Norwalk, Conn, Appleton and Lange, 1987.
- Pender NJ, Pender AR. Attitudes, subjective norms and intention to engage in health behaviors. *Nursing Research* 1986;35(1):15-18.
- Robert H, Binstock R, Linda G. Handbook of aging and the social science. *Academic press* 1996:97-103.

- Speake DL. Health promotion Activity in the well Elderly. *Health Values* 1987;11:25-30.
- Walker SN, Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ. Health promoting lifestyles of older adult: Comparisons with young and middle aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science* 1988;11(1):76-90.
- WHO/Regional office for Europe. European working group on conceptions and principles of health promotion, Copenhagen, 1985:2.

<ABSTRACT>

The Analysis of Primary Factors Affecting Health Knowledge and Health Behavior of the Elderly

Du-Man Shin* · Chul-Hyun Nam** · Sang-Bok Choi**
Gi-Yeol Kim*** · Hi-Wan Lee** · Seok-Soon Kim****

**DaeGu Health College*

***School of Public Health, Daegu Haany University*

****Dae-Won Science College*

*****Kim's Dental Clinic*

Objective: In order to provide basic data required to evaluate the knowledge and behavior of old people towards health promotion and primary factors that influence them, to develop a health educational program.

Method: A survey was conducted from March 6th 2004 to June 10th 2004. A total of 949 senior citizens over 60 participated in the survey.

Results: The old people was the lower the educational level they had, the lower the level of health education experience they had and the lower the frequency of regular health check-ups they had.

In regards to health education and health promotion, seniors citizens were neglected because of a lack of health awareness and knowledge, wrong habits related to healthy living, low access to medical examination, poor economic state, and low educational level. In addition to social atmosphere and systematic efforts by the government, senior citizens tried to find their own ways to have healthy living by improving their educational level, health awareness, and level of health knowledge, and lifestyle.

Conclusion: Therefore, not only their family members, but local communities, public organizations, and the whole nation should make every effort to provide a effective health education system by using health educators for senior citizens. There is also a need to prepare a practical and systematic health education program for senior citizens so that they can enjoy comfortable and healthy living in their old age.

Key words : The Elderly, Health Knowledge, Health Behavior, Medical Examination