

시설노인의 건강증진행위 이행 정도와 예측요인

송미령¹⁾ · 유수정²⁾

서론

연구의 필요성

우리나라는 의료기술의 발달, 경제수준의 향상 및 생활양식의 변화로 평균수명이 연장되면서 노인인구가 급속히 증가하고 있다. 2007년 우리나라 65세 이상 노인인구의 비율은 전체 인구의 9.1%를 차지하여 이미 고령화 사회(aging society)에 들어섰으며, 2019년에는 14%가 넘는 고령사회(aged society)로 진입할 것으로 보인다(통계청, 2007). 이와 같이 노인인구의 급격한 증가는 노인의 삶의 질 및 건강수명 연장을 위한 국가 보건정책의 중요성을 대두시켰으며, 고령화 사회의 전반적인 최대 관심사는 노인의 건강상태와 건강증진이다. 노인들은 노화에 따른 기능상태의 저하에도 불구하고 가능하면 신체적으로나 심리적으로 건강한 노년기를 보내기를 희망한다. 그런데 우리나라 노인의 85%는 고혈압, 당뇨, 관절염 등 근본적인 치유가 불가능한 만성 퇴행성 질환을 1가지 이상 가지고 있으며(박정숙, 오윤정, 2005), 이는 부적당한 건강습관으로 발생되거나 악화되기 쉽기 때문에 노년기의 건강습관과 건강행위는 노인의 건강유지 및 만성질환의 예방과 관리에 중요한 요인이 된다. 즉, 노인에서 삶의 질을 증진시키기 위해서는 노인 스스로가 건강한 삶의 주체가 되어 자신의 건강관리 능력을 기르는 건강증진이 필수적이어서 노인이 건강증진행위를 통하여 건강증진을 도모하고 만성질환을 예방 및 관리할 수 있는 간호중재 개발이 필요하다.

노인은 신체적 기능 저하와 심리적 위축을 경험하며 사회

로부터 소외되기 쉬워 건강증진행위를 혼자서 수행하기가 어려울 뿐 아니라, 산업화와 도시화에 따른 우리나라 가족문화의 변화는 노인 부양을 가족 내적인 부양에서 사회적인 부양으로 시설보호를 요하는 경향이 증대되고 있다(오미나, 최외선, 2005). 또한 우리나라 65세 이상 노인인구의 0.6%가 시설 서비스를 받고 있는데 비하여 일상생활수행능력 저하로 요양 서비스가 필요한 노인은 14.8%로 추산되어(보건복지부, 2006) 시설에 거주하는 노인의 수가 점차 증가할 것으로 추정된다. 대부분 시설에 입소하는 노인들은 만성적인 건강문제가 있고, 사회적, 경제적 및 정서적으로 불안정하며, 거주지 이전에 대한 반응으로 우울, 혼돈, 의존성 등이 나타나기 쉬워(성기월, 2005b) 노인의 시설입소는 시작부터 건강유지에 위협이 된다. 그리고 시설노인들의 하루일과는 활동이 거의 없고, 건강유지나 증진을 위한 프로그램 참여가 미흡하여(성기월, 2005b) 시설노인들의 높은 건강요구를 충족시켜 주거나 건강증진행위를 유도하지 못하고 있는 실정이다. 따라서 시설노인이 신체적, 정신적 및 사회적 기능 저하를 예방하고 건강관리 방법을 터득할 수 있는 기회를 제공해야 하며, 노인의 건강증진 영역 중 취약한 영역을 확인하여 체계적으로 중재할 필요성이 있다.

일반적으로 노인의 모든 특성과 문제는 건강 때문인 경우가 많으며, 시설노인의 경우 재가노인보다 기능을 최대한 유지하거나 건강상태를 최대한 유지시키는(성기월, 2005a) 건강유지적 차원의 건강증진행위가 강조된다. 앞으로 시설노인 간호는 질병예방, 건강유지 및 증진의 관점으로 나아가야 하며, 양질의 건강관리를 계속하기 위해서는 질병치유보다는 기능을 최대한 유지할 수 있도록 건강한 생활습관을 통하여 건강에

주요어 : 시설노인, 건강증진행위

1) 호서대학교 간호학과 교수

2) 상지대학교 간호학과 교수(교신저자 E-mail: ryusj@sangji.ac.kr)

대한 어떤 특별한 위협을 제거하기보다는 건강에 적응하는 수준을 높이는 것이 필요하다. 지금까지 시설노인을 대상으로 한 연구로는 시설노인의 생활실태(김경애, 2002), 건강보존(성기월, 2005a, 2005b), 수분섭취실태분석 및 장애요인(오희영, 허명행, 김진선, 2006), 적응과정(이가인, 2002), 거주유형별 건강증진행위 비교(전은영, 김귀분, 2006) 등을 한 조사연구와 건강유지프로그램(성기월, 2007), 향요법 북부마사지(김명애, 사공정규, 김은진, 김은하^a, 김은하^b, 2005) 등을 적용한 중재 연구가 있으나, 노인의 시설 입소가 증가되고 있는 시점에서 시설노인만을 대상으로 한 연구는 그 수가 적을 뿐 만 아니라, 특히 시설노인의 건강증진행위 정도와 영향요인의 이해를 목적으로 한 연구는 매우 미미한 실정이다. 시설노인은 시설 입소 등과 같은 환경변화와 노화로 인한 일상적 건강관리 뿐 아니라 만성질환을 관리해야 하는 문제를 가지고 있어 재가 노인보다 건강을 유지하고 증진하기 위해 더 많은 노력이 요구된다. 또한 2008년도 도입될 노인장기요양보험제도의 실시 에 따라 시설노인의 수가 증가될 것을 감안하면 시설노인의 간호목표를 건강증진에 두고 이에 영향을 주는 요인을 규명하는 것이 필요하다고 생각한다. 그러므로 시설노인의 건강증진행위 이행정도 및 그 영향요인을 규명함으로써 건강서비스요구를 정확하게 측정할 수 있고, 간호사들이 시설노인 간호영역에서 유용하고 실용적으로 적용할 수 있는 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하는 것은 매우 시의적절하고 중요한 과제이다.

한편, 선행연구에서 재가노인의 건강증진행위의 설명변수로 건강상태 지각, 우울, 사회적 지지, 이전의 관련행위, 지각된 유익성, 행동계획수립과 대인관계영향(김경애, 2002; 김숙희, 2005; 서현미, 하양숙, 2004; 전은영, 김귀분, 2006) 등이 비교적 일관성있게 보고된 반면, 시설노인에서는 사회적지지(전은영, 김귀분, 2006)만이 영향요인으로 상이하게 보고되고, 여러 변수간의 우선순위나 상관성은 밝혀져 있지 않아 반복연구를 통한 계속적인 검증이 필요하다고 생각된다. 이미 언급한 바와 같이 시설노인의 건강증진행위를 증가시켜 최적의 건강상태를 유지하기 위해서는 건강증진행위에 중요한 영향요인으로 여러 선행연구들에서 비교적 일관성있게 제시되고 있는 자기효능, 사회적지지, 우울 등을 포괄하여 건강증진행위에 대한 설명력을 확인할 필요가 있다.

따라서 본 연구에서는 시설노인의 건강증진행위 이행정도를 확인하고 기준에 보고된 건강증진행위 영향요인인 우울, 사회적 지지, 일상생활수행능력(ADL: Activities of Daily Living), 자기효능감, 내적 통제위, 지각된 건강상태, 강인성 중에서 정서적 요소인 우울, 사회적 요소인 사회적 지지, 신체적 요소인 ADL, 인지적 요소인 자기효능감과 건강증진행위간의 관련성과 영향 정도를 파악해 보고자 한다.

연구 목적

본 연구의 목적은 시설노인을 대상으로 건강증진행위 이행정도 및 이에 영향을 주는 요인을 규명하여 향후 시설노인의 건강증진을 도모할 수 있는 효율적인 간호중재프로그램 개발의 기초자료로 활용하는 것이다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 시설노인의 건강증진행위 이행정도를 파악한다.
- 시설노인의 일반적 특성에 따른 건강증진행위 이행정도의 차이를 확인한다.
- 시설노인의 건강증진행위 및 우울, 사회적지지, 일상생활수행능력, 자기효능감 간의 상관관계를 규명한다.
- 우울, 사회적지지, 일상생활수행능력, 자기효능감이 시설노인의 건강증진행위 이행에 미치는 영향 정도를 확인한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 시설노인의 건강증진행위 이행정도를 파악하고 건강증진행위 이행에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 횡단적 서술적 조사연구이다.

연구 대상

연구대상자는 충청남도에 소재하고 시설규모 등을 고려하여 노인전문요양원, 효자의 집, 노인요양시설 등 무료 및 실비요양시설에 거주하는 65세 이상 노인으로서 다음의 기준에 근거하여 편의표집하여 선정하였다

- 의식이 명료한 노인 : Kahn, Goldfarb, Pollack과 Peck(1960)이 개발한 정신상태 설문지를 송미순(1991)이 한국어로 번역한 10개의 문항으로 이루어진 도구를 사용하여 8개 이상 올바르게 답변한 경우를 의식이 명료한 것으로 판단하였다.
- 설문지 내용을 이해하고 응답할 수 있는 정도의 언어이해력이 있으면서 의사소통이 가능한 노인
- 본 연구목적에 이해하고 참여를 수락한 노인

연구대상자를 선정하는 과정에서 연구의 목적 및 거부권의 관리에 대해 설명하고 참여하기를 수락한 노인에게 연구참여 동의를 받고 연구 대상으로 하였다.

연구 도구

● 우울

Sheikh과 Yesavage(1986)의 Geriatric Depression Scale: Short Form(GDS)을 송미순(1991)이 번역한 도구로서 모두 15문항으

로 구성되었다. 답변은 ‘예’, ‘아니오’로 양분되어 있으며 역문항은 역코딩하여 ‘예’는 1점, ‘아니오’는 0점을 부여하여 전체 우울점수를 산출하였는데 0점에서 15점이 가능한 점수범위이다. 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 .81이었다.

● 사회적 지지

Cohen과 Hoberman(1983)의 도구를 송미순(1991)이 노인을 대상으로 수정 보완한 도구를 이용하였으며, 전체 20문항 4점 척도로 구성되었다. 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미하며 송미순(1991)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 .97이었고, 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 .89이었다.

● 일상생활수행능력(ADL)

Katz, Ford, Moscovowiz, Jacson과 Jaffe(1963)가 개발한 일상생활측정도구를 수정하여 사용하였다. 본 도구는 목욕, 착의, 용변, 거동, 실금, 식사 등 6문항으로 구성되었으며, 각 항목별로 ‘전적으로 의존’ 1점, ‘많은 도움이 필요함’ 2점, ‘약간의 도움이 필요함’ 3점, 독립적으로 할 수 있음’ 4점으로 표시되며, 점수가 낮을수록 일상생활활동에 제한적임을 의미하였다. 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 .91이었다.

● 자기효능감

Sherer 등(1982)이 개발한 일반적 자기효능감 도구를 서현미와 하양숙(2004)가 재가노인을 대상으로 수정보완하여 사용한 도구를 이용하였다. 본 도구는 16문항, 4점 척도로 구성되었으며 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 의미한다. 서현미와 하양숙(2004)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 .80이었으며 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 .96이었다.

● 건강증진행위

Walker, Sechrist와 Pender(1995)가 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP II)를 서현미와 하양숙(2004)이 번역하고 수정한 도구로서 건강책임 8문항, 신체활동 8문항, 영양 9문항, 영적성장 9문항, 대인관계 8문항, 스트레스관리 8문항 등 6개의 하부영역으로 구성되었으며, 총 50문항 4점 척도로 점수가 높을수록 건강증진행위의 이행정도가 높음을 의미한다. 서현미와 하양숙(2004)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 .92이었고 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's alpha는 .95이었다.

자료 수집 방법

본 연구는 충청남도 2개 도시와 2개 면단위에 소재한 시설 규모 등이 유사한 6개의 무료 및 실비요양시설을 편의표출하

였으며, 자료수집 전 각 노인시설의 시설장 또는 간호팀장에게 서면 및 전화연락하여 연구목적을 설명하고 협조를 구한 후 연구참여를 수락한 경우에 자료수집을 위해 연구자와 연구보조원이 직접 방문하였다.

자료수집 전 질문지 작성의 정확성을 도모하여 조사자간 오차를 줄이기 위해 사전에 연구보조원을 대상으로 자료수집 방법에 대해 교육을 실시하였다. 자료수집은 구조화된 질문지를 이용하였으며, 연구자와 훈련된 연구보조원이 시설을 방문하여 대상자에게 연구목적을 설명한 후 혼자 작성할 수 있는 경우에는 직접 질문지를 작성하도록 하거나, 혼자 작성이 어려운 경우에는 연구자나 연구보조원이 설문지 내용을 읽어주고 대상자의 대답을 질문지에 기록하였다. 자료수집기간은 2007년 3월부터 2007년 11월까지 진행되었으며, 1부를 작성하는데 30-40분 정도 소요되었고, 총 107명의 노인을 면담하였다. 일대일 면담을 통한 설문과정동안 내용이 누락되었거나 불충분한 경우 즉시 재확인함으로써 107명의 자료를 모두 최종분석에 이용하였다.

자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS Win 14.0을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 산출하였고 그에 따른 건강증진행위 점수와의 차이는 t-test와 ANOVA를 시행하였다.
- 대상자의 건강증진행위와 우울, 사회적지지, 일상생활수행능력, 자기효능감 정도는 평균과 표준편차를 구하였다,
- 대상자의 우울, 사회적지지, 일상생활수행능력, 자기효능감과 건강증진행위간의 관련성 정도는 Pearson correlation coefficient으로 분석하였다.
- 대상자의 우울, 사회적지지, 일상생활수행능력, 자기효능감이 건강증진행위에 영향을 미치는 정도를 확인하기 위해 Multiple regression을 실시하였다.

연구 결과

일반적 특성과 그에 따른 건강증진행위의 차이

본 연구대상자는 여성이 전체의 82.2%, 남성이 17.8% 이었으며, 70대가 가장 많았고(37.4%), 결혼상태는 사별한 경우가 가장 많았다(86.9%). 교육정도는 무학이 57%로 가장 많았으며, 76.6%가 종교가 있었고 그 중 개신교가 38.3%로 가장 많았다. 대상자의 88.8%가 경제상태를 ‘하’로 지각한다고 응답하였으며, 58.9%가 규칙적으로 운동을 하지 않는다고 대답하

<Table 1> Difference of health promotion behavior according to general characteristics (N=107)

Characteristics	Frequency(%)	Health promotion behavior M± SD	t or F (p-value)
Gender	Female	88(82.2)	2.368
	Male	19(17.8)	2.320
Age	65-69	9(8.4)	2.482
	70-79	40(37.4)	2.290
	80-	58(54.2)	2.388
Marital status	Married	8(7.5)	1.770
	Separation	6(5.6)	2.503
	Bereavement	93(86.9)	2.401
Education	None	61(57.0)	2.302
	Elementary	33(30.8)	2.439
	Middle school	7(6.5)	2.440
	High school	4(3.7)	2.585
	Above college	2(1.9)	2.040
Religion	Protestant christian	41(38.3)	2.523
	Buddist	23(21.5)	2.377
	Catholic christian	16(15.0)	2.233
	None	25(23.4)	1.980
	Other	2(1.9)	2.186
Perceived economic status	High	2(1.9)	2.130
	Middle	14(13.1)	1.921
	Low	95(88.8)	2.464
	No answer	12(11.2)	
Experience of exercise (regularly)	Yes	44(41.1)	2.543
	No	63(58.9)	2.231
Perceived health status	Very good	1(0.9)	3.460
	Good	24(22.4)	2.559
	Moderate	28(26.2)	2.550
	Bad	48(44.9)	2.176
	Very bad	4(98.1)	1.780
	No answer	2(1.9)	

였고, 지각된 건강상태의 경우 ‘나쁜편이다’라고 답한 대상자가 44.9%로 가장 많았다<Table 1>.

한편, 건강증진행위 점수는 결혼상태(F=7.026, p=.001), 종교(F=2.637, p=.038), 지각된 경제상태(F=9.782, p=.000), 규칙적인 운동여부(t=11.383, p=.001), 지각된 건강상태(F=7.854, p=.000)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다<Table 1>.

건강증진행위, 우울, 사회적 지지, 일상생활수행능력 및 자기효능감 정도

대상자의 건강행위, 우울, 사회적 지지, 일상생활수행능력(ADL) 및 자기효능감 정도는 <Table 2>와 같다. 건강증진행위는 평균 2.360점이었으며 하부영역별로는 대인관계가 2.760점으로 가장 높았으며 그 다음으로 영양 2.694점, 건강책임 2.507점, 스트레스관리 2.387점, 영적성장 2.235점 순이었으며, 신체적 활동이 1.554점으로 가장 낮은 점수를 보였다. 대상자의 우울은 평균 6.943점, 사회적 지지는 평균 2.557점, ADL은

평균 3.457점, 자기효능감의 평균은 2.897점이었다.

<Table 2> Mean scores of depression, social support, ADL, self-efficacy and health promotion behavior (N=107)

Variables	Subscale	Mean± SD
Health promotion behavior	Health responsibility	2.507±.820
	Physical activity	1.554±.786
	Nutrition	2.694±.427
	Spiritual growth	2.235±.427
	Interpersonal relations	2.760±.682
	Stress management	2.387±.540
	Total	2.360±.497
Depression		6.943±.377
Social support		2.557±.461
ADL		3.457±.732
Self-efficacy		2.897±.497

ADL: Activities of daily living

건강증진행위와 우울, 사회적 지지, 일상생활수행능력, 자기효능감간의 관계

대상자의 전체 및 하부영역별 건강증진행위 이행정도 및 우울, 사회적 지지, 일상생활수행능력(ADL), 자기효능감 간의 관계는 <Table 3>과 같다. 우울은 전체 건강증진행위($r=-.373, p=.000$) 및 하부 영역인 신체활동($r=-.299, p=.000$), 영양($r=-.173, p=.005$), 영적성장($r=-.471, p=.005$), 대인관계($r=-.356, p=.000$), 스트레스관리($r=-.293, p=.000$)와 부적 상관관계가 나타났다. 사회적 지지는 전체 건강증진행위($r=.414, p=.000$) 및 건강책임($r=.281, p=.000$), 영양($r=.237, p=.000$), 영적성장($r=.451, p=.000$), 대인관계($r=.486, p=.000$), 스트레스관리($r=.491, p=.000$)에서 유의한 정적 상관관계가 나타났다. 일상생활수행능력(ADL)은 전체 건강증진행위($r=.243, p=.000$) 및 건강책임($r=.160, p=.009$), 신체활동($r=.308, p=.000$), 영양($r=.150, p=.015$), 영적 성장($r=.243, p=.000$)과 유의한 정적 상관관계가 있었으며, 자기효능감은 전체 건강증진행위($r=.470, p=.000$) 및 건강책임($r=.351, p=.000$), 신체활동($r=.293, p=.000$), 영양($r=.361, p=.000$), 영적성장($r=.427, p=.000$), 대인관계($r=.398, p=.000$), 스트레스관리($r=.368, p=.000$)와 유의한 양적 상관관계가 나타났다.

건강증진행위 이행에 영향을 미치는 요인

우울, 사회적 지지, 일상생활수행능력(ADL), 자기효능감이

건강증진행위 이행정도를 설명하는 정도를 확인하기 위해 다중회귀분석으로 분석한 결과, 우울($p=.023$), 사회적 지지($p=.000$), ADL($p=.002$)과 자기효능감($p=.000$)이 모두 건강증진행위의 유의한 영향요인으로 나타났으며, 이 요인들이 건강증진행위 이행을 35.4%를 설명하였다<Table 4>.

논 의

본 연구의 목적은 시설노인의 건강증진행위 이행정도 및 영향요인을 규명하여 시설노인에서 보다 효율적인 간호중재 전략을 제시하고자 실시되었다.

본 연구에서 연구대상자의 건강증진행위 이행에 차이를 보인 일반적 특성은 결혼상태, 종교, 지각된 경제상태, 규칙적 운동여부 및 지각된 건강상태였다. 본 연구대상자는 배우자가 있는 경우보다 배우자와 사별하였거나 이혼한 경우가 건강증진행위 점수가 높았는데, 이는 우리나라의 경우 시설에 입소하는 대부분의 노인이 무연고 극빈층인 경우인데, 배우자나 가족이 있는데도 시설에 입소하는 경우는 가족으로부터의 고립감과 버림받은 느낌을 더 많이 받아 우울성향이 증가하는 가족문화와 관련성이 깊은 것으로 사료된다. 따라서 본 연구에서도 우울은 건강증진행위 이행과 부적 상관관계를 가짐으로써 우울한 노인에서 건강증진행위 이행이 낮게 나타남을

<Table 3> Correlation among the total and sub-categorical health promotion behavior, depression, social support, ADL, self-efficacy (N=107)

Variables	Depression	Social support	ADL	Self-efficacy
Total	-.373 .000	.414 .000	.243 .000	.470 .000
Health responsibility	-.112 .068	.281 .000	.160 .009	.351 .000
Physical activity	-.299 .000	.063 .308	.308 .000	.293 .000
Nutrition	-.173 .005	.237 .000	.150 .015	.361 .000
Spiritual growth	-.471 .005	.451 .000	.243 .000	.427 .000
Interpersonal relations	-.356 .000	.486 .000	.106 .084	.398 .000
Stress management	-.293 .000	.491 .000	.086 .165	.368 .000

ADL: Activities of daily living

<Table 4> Multiple regression analysis predicting health promotion behavior (N=107)

Variable	Unstandardized coefficients	Standardized coefficients(Beta)	t	Sig	R ²
Depression	-.018	-.129	-2.286	.023	35.4
Social support	.289	.302	5.613	.000	
ADL	.149	.164	3.118	.002	
Self-efficacy	.327	.299	5.304	.000	

ADL: Activities of daily living

알 수 있었다. 본 연구에서 종교가 있는 노인이 종교가 없는 노인에 비해 건강증진행위 이행정도가 유의하게 높은 것으로 나타났는데, 이는 선행연구들(김숙희, 2005; 성미혜, 임영미, 2004)과 일치한 결과이다. 영적요소는 질병에 대한 대처를 증가시키고 건강과 안녕을 지속시키는 중요한 요소이며, 노인의 영적안녕은 종교, 종교집회 참여 빈도, 기도 횟수 등에 따라 유의한 차이가 있으므로(박정숙, 이해란, 2004) 노인의 건강증진을 위한 중재 시에 신앙과 종교를 포함하는 영적 간호가 포함되는 것이 바람직하다고 생각한다. 또한 연구대상자가 건강상태가 좋다고 응답한 경우에 나쁘다고 응답한 대상자보다 건강증진행위 이행정도가 높게 나타난 결과도 선행연구(김숙희, 2005)와 일치하는 결과이다. 이는 건강상태에 대한 자가평가가 좋을수록 내적 동기가 강화되어 건강증진행위 이행에 영향을 미치기 때문으로 생각되며, 따라서 건강증진프로그램을 계획할 때 동기가 건강증진행위 이행전략으로 이끌어지기 위해서 특정한 사람과 함께 또는 혼자서 건강증진행위를 수행하겠다는 약속을 구두 또는 서면으로 작성하게 하는 등의 강화전략이 효과적일 것으로 생각된다. 한편 노인에서 성별, 연령별, 교육정도에 따른 건강증진행위에 유의한 차이가 있다는 기존의 연구들(김경애, 2002; 김숙희, 2005; 박영주, 이숙자, 박은숙, 장성옥, 1999)과는 달리 본 연구에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다. 이는 선행연구들과 본 연구 대상자가 연구지역과 대상, 거주유형 등에 따라 다양하기 때문에 결과에 차이가 있는 것으로 보이며 추후 시설노인을 대상으로 한 반복연구가 필요하다고 생각한다.

본 연구결과 시설노인의 건강증진행위 평균점수는 2.360점으로 본 연구와 같이 4점 척도의 HPLP를 활용한 연구들과 비교해보면 재가노인을 대상으로 한 선행연구(김경애, 2002; 서현미, 하양숙, 2004; 성명숙, 송병선, 2004)에서 보고한 우리나라 노인의 건강증진행위의 전체 평균보다 낮았으며, 시설노인의 건강증진행위 점수를 2.31점으로 보고한 전은영과 김귀분(2006)의 연구와 비슷한 결과였다. 재가노인의 경우에도 기초생활수혜 노인의 건강증진행위 점수는 1.84점(박경민, 하은경, 2004), 여성독거노인을 대상으로 한 연구(이중화, 2005)에서는 2.30점으로 평균보다 낮게 보고되었는데, 기초생활수혜 노인이나 여성독거노인의 경우 생활적응이나 건강관리 측면에서 더욱 사회적 관심이 요구되는 집단으로 시설 입소의 가능성이 높은 집단으로 사료된다. 따라서 거주환경 뿐 아니라 생활수준, 가족동거여부 등에 따라 노인의 건강증진행위 이행정도가 다를 수 있으므로 향후 대상자의 특성에 적절한 노인건강증진프로그램을 개발하여 건강증진행위 이행도를 향상시킬 필요가 있음을 알 수 있다.

건강증진행위의 하부영역별 평균 점수는 대인관계가 가장 높았고 다음은 영양, 건강책임, 스트레스관리, 영적 성장, 신

체활동의 순이었다. 이 결과는 노인이 건강증진행위로 지지적 대인관계와 영양관리를 가장 많이 수행하며 신체활동을 가장 적게 한다고 보고한 선행연구(전은영, 김귀분, 2006; 김숙희, 2005; 서현미, 하양숙, 2004; 성명숙, 송병선, 2004)결과와 일치하였다. 이와 같은 결과는 우리나라 노인이 선호하는 건강관리 방법은 보약과 식사조절이며, 사회적 유대관계와 이웃간의 정을 중요시하는 노인들의 문화적 특성을 반영하는 것이다(서현미, 하양숙, 2004). 한편, 시설노인의 경우 신체적 및 정신적 기능의 약화로 사회적 참여나 관심이 줄어들 뿐 아니라 사회활동과 역할기회가 감소되기 때문에 간호사를 포함한 보건, 복지인력이 사회적 지지자로서 중요하게 작용하며, 같이 거주하고 있는 노인들과 대인관계 지지망을 통하여 상호간에 지지가 이루어질 수 있도록 시설 분위기와 환경을 조성해주는 것이 필요할 것으로 판단된다. 본 연구에서 하부영역 중 신체활동이 가장 낮게 나타난 것은 운동을 하지 않는 노인의 비율이 60.4%로 나타난 조사결과(보건복지부, 2006) 및 규칙적으로 운동을 하지 않는 경우가 58.9%로 나타난 본 연구결과를 뒷받침하는 것으로서, 추후 노인에게 적합한 운동프로그램을 개발하여 적용하고 실제적으로 운동 이행을 증진시키기 위한 적극적인 노력이 필요함을 시사하고 있다. 특히 시설노인에서 가장 심각한 문제는 신체기능의 약화이며 이는 노화자체가 문제지만 시설에서 운동량 부족 뿐 아니라 특별한 운동프로그램에 참여할 기회가 없어 더욱 기능이 위축하게 된다. 그런데 기능적 활동과 운동을 하는 것은 시설에서 생활하는 노인에서 매우 중요하므로 시설노인의 기능을 향상시켜 줄 뿐 아니라 신체적, 정신적 건강과 삶의 질을 향상시켜 줄 수 있는 통합적 운동프로그램의 포괄적 접근이 필요하다.

본 연구에서 전체 건강증진행위 점수는 우울과는 유의한 부적 상관관계가, 사회적 지지, ADL 및 자기효능감과는 유의한 정적 상관관계가 나타났으며, 이들 요인들은 건강증진행위를 예측하는 영향요인으로 분석되었다.

우울은 노화로 나타나는 두드러진 정신기능 변화의 하나로 노인의 건강행위에 직접적인 영향을 미치는 심리적인 요인이다(김숙희, 2005). 본 연구에서도 우울은 건강증진행위와 유의한 부적 상관관계가 있으면서 건강증진행위 이행을 예측하는 주요한 설명요인으로 나타났다. 노인에서 우울은 가장 일반적인 정신장애로 삶의 만족도를 저하시키고 실제적으로 삶의 기대를 저하시킬 수 있으며 상대적으로 자살과 높은 관련이 있기 때문에 중요하다. 특히 우리나라 노인의 우울 평균 유병률이 40%인데 반해 시설노인의 47%가 우울증이 있는 것으로 나타난 바(박영주, 이숙자, 박은숙, 장성옥, 1999)와 같이 시설노인의 우울이 높으며, 시설노인이 재가노인보다 우울증에 노출될 가능성이 큰 것으로 나타났다(전은영, 김귀분, 2006). 본

연구 대상자에서도 우울이 평균 6.943점으로 단축형 노인우울 척도에서 5점 이상을 우울상태로 제한한 기백석(1996)의 연구 결과에 기준할 때 우울 상태로 나타났다. 시설노인은 경제적 문제를 비롯하여 신체적, 사회적 및 심리적 문제를 가지고 있으며 이중 가장 심각한 문제는 신체기능의 약화이다. 시설노인에서 신체기능의 쇠퇴는 활동성을 감소시키고 흥미의 범위를 협소화시키며 대인관계나 상호작용이 어려워져 심리적인 위축을 초래할 수 있으며 이러한 위축은 흔히 우울의 유발요인이 될 수 있다. 또한 시설노인들은 가족으로부터의 고립과 함께 입소 전 재가부양에서 경험했던 고부갈등이나 부양부담에 대한 스트레스로 인해 보다 많은 상실을 경험하였고, 부양자나 가족이 없고 스스로 경제적인 능력이 없을 때 시설에 입소하는 경우가 많기 때문에 우울증상을 더 많이 경험하는 것(전은영, 김귀분, 2006)으로 나타났다. 그리고 시설 입소 후에는 일상생활에 대한 자기통제력의 감소 및 불가능으로 인하여 더욱 우울에 처할 수 있으므로 시설노인의 우울을 감소시키는 데 효과적인 다양한 프로그램을 통하여 우울을 개선시키는 노력이 요구된다.

본 연구에서 사회적 지지는 시설노인의 건강증진행위와 정적 상관관계가 있으며 건강증진행위를 예측하는 영향요인으로 나타났다. 일반적으로 사회적 지지는 노인의 건강증진행위의 가장 주요한 설명요인이나 직접적인 영향을 주는 요인(박은숙 등, 1998; 성미혜, 임영미, 2003; 서현미, 하양숙, 2004) 사회적 지지 프로그램의 적용 후 건강증진행위에 긍정적 효과가 있음이 밝혀졌으며 시설노인이 재가노인에 비해 사회적 지지가 낮은 집단으로 보고되었다(전은영, 김귀분, 2006). 또한 노인은 친구나 이웃으로부터 특히 정서적 지지를 높게 받는 것으로 나타났는데(전은영, 김귀분, 2006) 이는 또래친구와의 관계가 자발성과 상호의존성의 특성을 지니고 있기 때문에 중요하며, 동료집단과의 사회적 모임참여나 활동은 노인의 은퇴나 배우자의 죽음에 대한 상실감을 심리적으로 보상해 줄 수 있음을 의미한다. 따라서 우리나라의 경우 시설에 입소하여 생활하는 대부분의 노인이 돌봐 줄 부양자가 없고 본인의 생계능력이 없는 무연고 극빈층 노인으로서 사회적 지지가 매우 취약한 대상자이기 때문에, 특히 같은 시설에 거주하고 있는 노인들을 의미하는 지지집단으로 여길 수 있는 결속력의 강화가 요구되며, 건강관리를 제공하는 간호사는 시설노인의 건강증진 생활습관을 격려하고 강화하는 건강증진 프로그램을 개발하고, 시설노인의 적극적 참여를 유도할 수 있는 촉진요인으로 기능할 수 있어야 한다고 생각한다.

일상생활수행능력은 노인의 신체기능의 독립성 수준을 나타내는 중요한 지표로 일상생활수행능력의 감소는 가족의 간호부담을 증가시키게 되어 노인이 시설에 입소하거나 장기입원을 결정하는 중요한 요인이 된다. 본 연구에서 일상생활수행

능력은 건강증진행위와 유의한 정적 상관관계가 나타났고 건강증진행위를 예측하는 유의한 영향요인으로 파악되었다. 장기요양보호노인의 절반 정도가 ADL 6개 항목 모두 제한을 느낄 정도로 건강상태가 좋지 못하다는 보고(보건복지부, 2006)와 달리 본 연구대상자가 시설노인임에도 불구하고 4점 척도의 ADL 평균점수가 3.457점으로 비교적 일상생활수행능력이 독립적인 수준임을 감안하고, 재가노인을 대상으로 한 김경애(2002)의 연구에서는 ADL이 건강증진행위의 유의한 영향요인으로 포함되지 않은 것으로 보고되었으므로 ADL 수준이 다양한 대상자를 대상으로 한 반복연구가 필요하다. 또한 노인에서는 인지기능 수준에 따라 ADL 정도가 다르다는 보고(이명순, 2000)를 고려할 때, 인지기능 수준이 다양한 노인에서 건강증진행위와 ADL의 관련성을 검증하는 연구도 필요하다고 생각한다. 본 연구에서 밝혀진 ADL과 건강증진행위와의 상관관계를 고려할 때 시설노인이 계속적으로 기능적 활동을 유지할 수 있도록 인지기능의 개선과 신체적 활동이 포함된 통합적 건강증진프로그램의 필요함을 알 수 있다.

자기효능감은 다양한 연령층에서 건강증진행위의 강력한 예측인자로 확인된 반면에 노인을 대상으로 한 연구에서는 상반된 연구결과를 보이고 있으나 정적인 관계나 긍정적인 영향을 보고한 연구가 더 많다고 할 수 있다. 즉, 재가노인을 대상으로 한 선행연구들(Conn, 1998; 전은영, 김귀분, 2006; 박은숙 등, 1998; 서현미, 하양숙, 2004)에서는 자기효능감이 높을수록 건강증진행위 점수가 더 높거나, 자기효능감이 노인의 건강증진행위를 예측하는 유의한 영향요인으로 보고되었으나, 성미혜와 임영미(2003)의 연구에서는 자기효능감과 건강증진행위는 유의한 상관관계가 없었으며, 시설노인의 경우 자기효능감은 건강증진행위의 유의한 설명요인이 아닌 것으로 보고되었다(전은영, 김귀분, 2006). 한편 본 연구에서는 자기효능감이 시설노인의 건강증진행위와 유의한 상관관계가 있고 건강증진행위를 예측하는 유의한 영향요인으로 밝혀진 바와 같이 시설노인을 대상으로 한 연구가 적은 상태에서 상반된 결과가 도출되었으므로 추후 시설노인을 대상으로 한 반복연구를 통해 이에 대한 검증이 필요하다. 또한 노인의 건강증진행위 이행에 대한 자기효능을 측정함에 있어 Sherer 등(1982)에 의해 개발된 일반적 자기효능 측정도구 사용의 적합성에 대한 재검토가 필요할 것으로 생각한다. 본 연구에서 건강증진행위가 자기효능감과 가장 높은 상관관계를 보인 것은 '나는 할 수 있다' 라는 인지적 판단이 건강증진행위를 유발하기 때문이며, 자기효능감은 자신의 능력에 대한 긍정적인 지각이며 학습이 가능하므로 노인의 인지적 측면을 중요한 요소로 간주하여 시설노인이 자신의 건강상태를 인식 및 지각할 수 있는 교육프로그램의 개발이 필요하다.

노년기 삶의 질의 주요한 영향요인인 신체적 건강, 사회적

지지는 우울증도와 밀접한 관련이 있으며, 노인이 지각한 심리적 변화는 신체적 노화를 가속화시키는 요인이 되기도 하며 노인의 신체적, 정신적 및 사회적 건강은 밀접한 관련성을 가지고 상호작용하여 그 결과로서 노인의 건강상태가 결정된다. 그러므로 본 연구결과에 근거하여 시설노인이 신체적, 정신적 건강과 함께 삶의 질과 행복을 추구하기 위해서는 건강상태를 개선하고 건강증진행위를 촉진하기위해 우울을 감소시키고, 일상생활수행능력을 개선하며, 자기효능감과 사회적 지지를 강화한 건강증진 전략의 모색이 필요하다. 또한 시설노인의 특성과 문제가 적절히 반영될 수 있도록 추후 지속적인 반복연구가 이루어져야 한다.

결론 및 제언

본 연구는 시설노인을 대상으로 건강증진행위 이행정도와 영향요인을 확인하여 시설노인의 건강증진에 대한 자료를 얻고자 수행된 서술적 조사연구이다. 연구대상자는 충청남도에 소재한 무료 및 실비요양시설에 거주하는 65세 이상 노인으로서 의식이 명료하고 의사소통이 가능한 노인 107명을 대상으로 하였다. 자료수집은 2007년 3월부터 2007년 11월까지 시설을 방문하여 구조화된 설문지를 이용하여 일대일 면담을 통해 진행되었으며, 수집된 자료는 SPSS Win 14.0을 이용하여 빈도분석, ANOVA, Pearson correlation, Multiple regression을 이용하여 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다.

- 시설노인에서 결혼상태, 종교, 지각된 경제상태, 규칙적인 운동여부, 지각된 건강상태에 따라 건강증진행위 점수에 차이가 있었다.
- 시설노인의 전체 건강증진행위는 평균 2.360점이었으며 하부영역별로는 대인관계가 2.760점으로 가장 높았으며 그 다음으로 영양 2.694점, 건강책임 2.507점, 스트레스관리 2.387점, 영적성장 2.235점 순이었으며, 신체적 활동이 1.554점으로 가장 낮은 점수를 보였다.
- 시설노인에서의 우울은 전체 건강증진행위($r=-.373, p=.000$)와 부적 상관관계가, 사회적 지지($r=.414, p=.000$), ADL($r=.243, p=.000$)과 00 및 자기효능감($r=.470, p=.000$)은 전체 건강증진행위와 유의한 정적 상관관계가 나타났다.
- 본 연구에서 우울($p=.023$), 사회적 지지($p=.000$), ADL($p=.002$)과 자기효능감($p=.000$)은 모두 건강증진행위를 설명하는 유의한 영향요인으로 나타났으며, 이 요인들이 건강증진행위를 35.4%를 설명하였다.

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 한다

- 모집단 크기를 더 확대하여 시설노인의 건강증진행위 및 영

향요인을 반복 검증하는 연구를 제안한다.

- 시설노인의 건강증진행위 이행에 영향을 미치는 여러요인들 간의 관계를 포괄적으로 설명하고 예측하는 모형을 구축하고 검증하는 연구가 필요하다

참고문헌

- 김경애 (2002). 노인의 지각된 건강상태, 일상생활수행능력, 건강증진행위에 관한 상관연구. 한양대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 김명애, 사공정규, 김은진, 김은하(A), 김은하(B). 향요법 복부 마사지가 시설노인의 변비에 미치는 효과. *대한간호학회지*, 35(1), 56-64.
- 김숙희 (2005). 여성노인의 우울과 건강증진행위 : 일부 도시지역을 중심으로 충남대학교 대학원 석사학위논문, 대전.
- 박경민, 하은경 (2004). 도시지역 기초생활수혜 노인의 자기관리능력과 건강증진행위. *대한보건연구*, 30(1), 96-103.
- 박영주, 이숙자, 박은숙, 장성옥 (1999). 한국노인의 건강행위 예측모형 구축. *대한간호학회지*, 29(2), 281-292.
- 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선 (1998). 노인의 건강증진행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *대한간호학회지*, 28(3), 638-649.
- 박정숙, 이혜란 (2004). 일반노인과 저소득층 노인의 영적 안녕과 지각된 건강상태 비교. *기본간호학회지*, 11(1), 92-100.
- 박정숙, 오윤정 (2005). 농촌형 노인 건강증진프로그램이 건강증진행위에 건강상태에 미치는 효과. *대한간호학회지*, 35(5), 943-954.
- 보건복지부 (2006). 노인생활실태분석.
- 서현미, 하양숙 (2004). 노인의 건강증진생활양식에 영향을 미치는 요인-Pender의 건강증진모형 적용. *대한간호학회지*, 34(7), 1288-1297.
- 성기월 (2005a). 시설노인의 건강보존에 관한 도구 개발. *대한간호학회지*, 35(1), 113-124.
- 성기월 (2005b). 무료 양로, 요양시설 노인의 건강보존정도. *대한간호학회지*, 35(7), 1379-1389.
- 성기월 (2007). 건강유지 프로그램이 시설노인의 신체건강과 정신건강에 미치는 효과. *대한간호학회지*, 37(4), 478-489.
- 성명숙, 송병선 (2004). 일지역 농촌노인의 건강증진행위와 생활만족도 관계. *기본간호학회지*, 11(1), 82-91.
- 성미혜, 임영미 (2003). 여성노인의 건강증진 생활양식 이행의 예측요인에 관한 연구. *대한간호학회지*, 33(6), 762-771.
- 송미순 (1991). 노인의 생활기능상태 예측모형 구축. 서울대학교 대학원 박사학위논문, 서울.

- 오미나, 최외선 (2005). 재가노인과 시설노인의 자아존중감, 죽음불안 및 우울에 관한 연구. *대한가정학회지*, 43(3), 105-118.
- 오희영, 허명행, 김진선 (2006). 시설노인의 수분섭취 실태분석 및 수분섭취 장애요인. *대한간호학회지*, 36(6), 959-967.
- 이명순 (2000). 노인의 건강증진행위에 관한 연구. 충남대학교 대학원 석사학위논문, 대전.
- 이가연 (2002). 시설노인의 적응과정에 대한 근거이론적 접근 : 거부감 다스리기. *대한간호학회지*, 32(5), 624-632.
- 이종화 (2005). 여성독거노인의 우울과 자아존중감 및 건강증진행위. *정신간호학회지*, 14(2), 109-118.
- 전은영, 김귀분 (2006). 노인의 거주유형별 건강증진행위 영향요인 비교. *대한간호학회지*, 36(3), 475-483.
- 통계청 (2007). <http://www.nso.go.kr>.
- Conn, V. S. (1998). Older adults and exercise. *Nurs Res*, 47(3), 180-189.
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffer of life change stress. *J Appl Soc Psychol*, 13, 99-125.
- Kahn, R., Goldfarb, R., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *Am J Psychiatry*, 17, 323-328.
- Katz, S., Ford, A. B., Moscovowiz, R. W., Jacson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness and the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *JAMA*, 185, 914-919.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS), recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*, 5, 165-172.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction & validation. *Psychol Rep*, 51, 663-671.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). *The health promoting lifestyle profile II*. College of Nursing, University of Nebraska medical center, Omaha.

Influencing Factors on the Health Promoting Behaviors of Elderly Living in an Institution

Song, Mi Ryeong¹⁾ · Yu, Su Jeong²⁾

1) Department of Nursing, Hoseo University

2) Department of Nursing, Sangji University

Purpose: This study focused on identifying health promoting behaviors of institutionalized elderly and the factors affecting these behaviors. **Method:** Data was collected from 107 elders in 6 institutions in Chungnam province from March to November, 2007. Data was collected by a structured questionnaire that included general characteristics, depression, social support, activities of daily living, self-efficacy, and health promoting behavior scales. The collected data was analyzed by the SPSS Windows 14.0 program including t-test, ANOVA, Pearson's correlation and multiple regression analysis. **Result:** There were significant differences in health promoting behaviors according to marital status, religion, perceived economic status and health status. Depression, social support, ADL and self-efficacy had significant correlations with health promoting behaviors. Powerful predictors of health promoting behaviors were depression, social support, ADL and self efficacy. **Conclusion:** According to these results, a nursing intervention to enhance health promoting behaviors is needed for elderly living in an institution in order to reduce depression and to increase social support, ADL and self efficacy.

Key words : Health promotion, Elderly

• Address reprint requests to : Yu, Su Jeong

Department of Nursing, Sangji University

660 Woosan-dong, Wonju-si, Gangwon-do 220-702, Korea

Tel: 82-33-738-7622 Fax: 82-33-738-7652 E-mail: ryusj@sangji.ac.kr