

# 노인의 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위에 관한 연구

김 귀 분<sup>1</sup> · 김 현 아<sup>2</sup> · 석 소 현<sup>1</sup>

<sup>1</sup>경희대학교 간호과학대학 교수, 동서간호학연구소 상임연구원, <sup>2</sup>경희대학교 대학원 석사졸업생

## A Study on Health Perception, Health Knowledge, and Health Promoting Behavior in the Elderly

Kim, Kwuy Bun<sup>1</sup> · Kim, Hyeon Ah<sup>2</sup> · Sok, Sohyune R.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Professor, College of Nursing Science, Kyung Hee University: East-West Nursing Institute

<sup>2</sup>Master, College of Nursing Science, Kyung Hee University

**Purpose:** This study was a descriptive survey study to examine the degrees of the health perception, health knowledge, and health promoting behavior in the elderly, and the relationship among the above factors. **Methods:** Subjects were 183 persons with the age over 65 years living in Seoul. Measures were Health Perception Questionnaire (HPQ) developed by Ware (1979), the health knowledge instrument developed by Ha Gwi-Yeom (2005), and the Health Promotion Lifestyle Profile (HPLP) developed by Walker, Sechrist & Pender (1987) and modified by Hong Young-Ae (2003). Data were collected from March 4 to April 12, 2007. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA, Pearson's correlation using the SPSS program. **Results:** The mean level of health perception was 2.71(±0.77), the mean level of health knowledge was 7.10(±1.82), and the mean level of health promoting behavior 2.72±0.86. Health promoting behavior showed a positive correlation with health perception (r=.715) and health knowledge (r=.543), and a positive relation was observed between health perception and health knowledge (r=.526). **Conclusion:** The enhancement of health perception and health knowledge are needed to improve health promoting behavior of the elderly. Also, the general characteristics of elderly should be considered to improve health promoting behavior of elderly.

**Key words :** Aged, Perception, Health knowledge, Behavior

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

최근 의료기술의 발달과 경제수준의 향상으로 평균수명이 연장되면서 노인인구가 급속히 증가하고 있어 노

인문제는 하나의 사회문제로 인식되기 시작하였다(Seo, 2000). 우리나라 65세 이상 노인인구는 2000년 7.2%로 이미 고령화 사회로 진입하였고, 노인 인구의 증가가 계속되어 2018년에는 14.3%로 증가할 것으로 추계되어 고령사회로 진입될 전망이다. 우리나라가 고령사회가 되는 속도는 18년으로 프랑스의 115년, 미국의 72

**주요어 :** 노인, 건강지각, 건강지식, 건강증진행위

Address reprint requests to : Sok, Sohyune R.(Corresponding Author)

College of Nursing Science, Kyung Hee University, 1st Hoegi-dong, Dongdaemoon-gu, Seoul, Korea

Tel: 82-2-961-9144 Fax: 82-2-961-9398 E-mail: 5977sok@khu.ac.kr

투고일: 2008년 5월 15일 심사완료일: 2008년 6월 5일 게재확정일: 2008년 6월 20일

년, 일본의 24년에 비해 유래 없이 빠를 것으로 전망되고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2006).

또한 우리나라 65세 이상 노인의 86.8%가 만성퇴행성 질환을 가지고 있고 이로 인해 74.6%의 노인이 일상 활동에 지장을 받고 있으며(Kim, 2005) 높은 의료 비용 부담 등 많은 사회적, 의료적 문제 등이 야기되고 있다. 즉 건강하지 못한 노인의 증가는 노인의료비 지출을 타 연령에 비해 훨씬 빠른 속도로 증가시켜 1990년 이후 2004년까지 10배 증가한 것에 비해 노인인구의 경우 21배가 증가하여(Eon et al., 2007), 65세 이상 노인 1인당 의료비는 124만원으로 비 노인 보다 3.3배 이상 지출하고, 연간 의료기관 방문횟수 역시 비 노인 인구보다 2배 이상 높은 것으로(Ministry of Health & Welfare, 2006) 무엇보다 효율적인 노인의 건강관리가 중요하다.

건강에 대한 관심은 사회의 급속한 변화와 함께 그 폭이 다양해지고 있으며, 그 방향 역시 양적인 치료 위주의 개념에서 최근에는 질병의 예방과 건강의 유지·증진이라는 질적인 개념으로 전환되고 있다(Kim, 2000). 질병예방 및 건강유지, 증진은 건강증진 행위로 나타나는데, 이러한 건강증진 행위는 미국의 건강관리 비용의 1/3을 경감시켰다(Fowler, 1997). 건강증진 행위란 인간의 자기실현 성향에 대한 표현으로써, 특정 질병이나 문제와 관련되지 않으며, 개인의 안녕, 자아실현, 자기성취를 유지, 증진시키는 것을 목적으로 한다(Pender, 1982).

노인은 건강증진 행위를 통하여 질병을 예방하고 건강하게 생활할 수 있는 시간을 연장시키거나 기능장애의 기간을 줄이며, 독립적이고 의미 있는 일에 참여할 수 있게 함으로써 삶의 질을 높일 수 있으며(Kane & Arnold, 1985), 이때 필요한 것은 노인 스스로 자신에 대한 건강지각과 건강지식이다.

Pender(1982)는 건강지각을 개인의 건강증진 행위에 영향을 미치는 동기부여 요인의 하나로 제시하였으며, Bisconti와 Bergeman(1999)은 노인의 건강지각은 삶의 만족에 대한 강한 예측인자가 된다고 하였으며 건강지식과도 유관한 개념임을 알 수 있다.

건강에 대한 정확한 지식, 즉 건강지식은 태도 변화에 직접적인 영향을 주며, 건강행위에 관한 지식수준이

높을수록 개개인의 건강행위 실천율이 증가하며, 지식은 인간의 건강에 대한 이해를 돕고 건강행위의 동기부여 요인이며, 올바른 태도 확립에 영향을 미친다(Kim, 1985).

Ko(1997)는 노년기에 있어서 건강의 중요성은 절대적이며, 행복하고 바람직한 삶을 유지하는데 가장 기본적이고 필수적인 요소라고 하였다. 또한 Kang (1999)은 고령화 사회 진입 이후 노인들도 자신의 질적인 삶에 초점을 맞추고 살아가게 되었으며, 단순히 오래 산다는 개념보다도 건강하게 오래 살 수 있는 것을 중요하게 여기고 있다고 하였으며, Yun(1993)은 성공적인 노화를 위해 정신적으로나 신체적으로 건강을 유지하는 것이 노년기의 과제라고 하였다.

노인의 건강지각은 삶의 만족도와 강한 관계가 있으며(Bisconti & Bergeman, 1999) 건강지각이 개인의 건강행위를 증진시킬 수 있는 요소가 된다(Lee, 1998). 또한 Seo(2000)의 연구에서는 건강지식 수준이 높을수록 건강증진행위 수준이 높아진다고 하여 건강지식이 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 있는 변수라고 하였다. 즉 스스로의 건강지각과 건강지식을 통해 궁극적으로 노인의 건강증진 행위의 변화를 야기하는 중요한 요인으로 작용할 수 있는 것으로, 노인의 건강증진 행위는 노인 스스로 갖게 되는 건강지각과 건강지식이 매우 중요함을 알 수 있다.

따라서 본 연구는 노인들의 인구사회학적 특성과 노인의 건강지각, 노인의 건강지식 및 건강증진 행위정도를 파악하여 노인의 건강을 도모하며 노인의 삶의 질을 향상시키고, 나아가 노인 건강 증진 프로그램을 개발하기 위한 기초 자료를 제공하고자 시도되었다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 노인이 스스로 갖고 있는 건강 지각, 건강지식 및 건강증진행위 수준을 파악하고 이들의 관계를 규명하기 위함이며 구체적인 연구의 목표는 다음과 같다.

- 1) 노인의 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위 정도를 파악한다.
- 2) 노인의 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위의 상관관계를 파악한다.

3) 노인의 일반적 특성에 따른 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위의 차이를 파악한다.

### 3. 용어의 정의

#### 1) 건강지각

건강지각이란 인간의 건강행위를 지배하는 개인적 의미를 말하는 것으로 개인의 신체적, 정신적 안녕에 대한 자기평가이다(Ware, 1979). 본 연구에서의 건강지각은 Ware(1979)의 "Health Perception Scale"로 측정된 점수를 말한다.

#### 2) 건강지식

건강지식이란 인간의 건강 행위를 지배하는 개인적 의미로서 개인이 바람직한 건강행위를 이행하는데 기본이 되는 과학적이고 이론적인 지식을 의미한다(Ware, 1959). 본 연구에서의 건강지식은 대상자가 행동의 변화를 유도할 수 있도록 하는 식생활, 스트레스 관리, 운동에 대한 이론적 지식으로 한국보건사회연구원에서 진행한 2001년 서울시민의 보건위식행태조사의 조사표, 2001년 국민건강 · 영양조사의 조사표와 선행연구(No, 2002)를 토대로 Ha(2005)가 개발한 도구로 측정된 점수를 말한다.

#### 3) 건강증진 행위

건강증진 행위란 인간의 자기실현 성향에 대한 표현으로서, 특정 질병이나 문제와 관련되지 않으며, 개인의 안녕, 자아실현, 자기성취를 유지, 증진시키는 것을 목적으로 하는 것이다(Pender, 1982). 본 연구에서의 건강증진 행위는 Walker, Sechrist, 그리고 Pender(1987)가 개발한 건강증진 생활양식 측정도구(Health Promotion Lifestyle Profile: HPLP)에 의해 측정된 점수를 의미한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 노인이 지각하는 건강지각, 건강지식 및

건강증진행위 정도를 확인하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

### 2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 서울시에 거주하는 만 65세 이상의 남녀 노인으로, 의사소통이 가능하고 본 연구에 참여하기로 허락한 183명을 대상으로 하였다.

### 3. 연구 도구

#### 1) 건강지각 측정도구

건강지각 측정도구는 Ware(1979)에 의해 개발된 건강지각 측정도구(Health Perception Questionnaire)를 Rhu, Kim과 Park(1985)이 한국인에 맞게 번역하고, Lee(1998)가 수정 · 보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 영역별로는 현재건강, 과거건강, 미래건강, 건강관심과 염려, 저항성 및 민감성, 환자역할 거부로 구성되어 있으며, 총 20문항 6개 영역으로 구성되어 있다. 본 도구는 Likert 4점 척도로 "전혀 그렇지 않다" 1점, "항상 그렇다" 4점을 주었으며, 부정적인 문항은 역으로 환산하였다. 점수 범위는 최저 20점에서 80점까지이며, 평균평점으로 분석하여 사용하였다. 점수가 높을수록 건강지각 정도가 높은 것을 의미한다.

본 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .91$ 이었으며, 청소년을 대상으로 한 Rhu 등(1985)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .62$ , Lee(1998)의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .85$ 였고, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .901$ 이었다.

#### 2) 건강지식 측정도구

건강지식 측정도구는 한국보건사회연구원에서 진행한 2001년 서울시민의 보건위식행태조사표, 2001년 국민건강 · 영양조사표와 선행연구(No, 2002)를 토대로 Ha(2005)가 개발한 도구를 사용하였다. 이 도구는 진위형 10문항으로 '그렇다', '아니다'를 선택하도록 구성하였고 정답인 경우 문항 당 1점, 오답인 경우 0점을 주어 최고 점수는 10점, 최저 점수는 0점이다.

### 3) 건강증진행위 측정도구

건강증진행위 정도를 측정하기 위하여 Walker, Sechrist와 Pender(1987)가 개발한 건강증진 생활양식 측정도구(Health Promotion Lifestyle Profile: HPLP)를 Park(1995)이 변안한 것을 Hong(2003)이 노인들에게 맞게 수정·보완한 도구를 사용하였으며 구체적인 문항 구성은 다음과 같다.

- 영양(Nutrition) : 식사습관과 음식선택을 평가하기 위한 6문항.
- 스트레스 관리(Stress management) : 스트레스 원인을 인식하고 스트레스 조절을 위해 조절방법을 사용하는지 평가하기 위한 5문항.
- 대인관계지지(Interpersonal support) : 친교와 친밀감이 있는 관계를 유지하는지 평가하기 위한 6문항.
- 운동(Exercise) : 규칙적인 운동생활 유지를 평가하기 위한 2문항.
- 건강책임(Health responsibility) : 스스로의 건강에 대한 책임을 받아들이고, 돌보는지, 건강과 관련된 교육을 받고, 필요시 도움을 요청하는지를 평가하기 위한 11문항.
- 자아실현(Self actualization) : 일상적 생활에 낙관적이며 행복감을 느끼며 오락과 취미 활동을 하는지를 평가하기 위한 5문항.

6개 영역 총 35문항으로 구성되었으며, Likert 4점 척도로, 최소 35점부터 최대 140점이고 평균평점으로 분석하여 사용하였다. 점수가 높을수록 건강증진행위 수행정도가 높은 것을 의미한다.

본 연구도구의 신뢰도는 Walker, Sechrist와 Pender(1987)의 개발당시 Cronbach's  $\alpha = .92$ 이었고, Park(1995)의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .91$ , Hong(2003)의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .956$ 이었다.

### 4. 자료수집 기간 및 방법

자료수집 기간은 2007년 3월 4일부터 4월 12일까지 40일 동안이었으며 공원, 가정 및 노인정 등에서 만날 수 있는 만 65세 이상의 노인들에게 연구자와 면접조사

에 대한 사전 훈련을 받은 연구 보조원 2명이 구조화된 질문지를 가지고 직접 면접법을 통하여 자료를 수집하였다.

### 5. 자료 분석 방법

수집한 자료는 SPSS를 이용하여 전산통계 처리하였다.

- 1) 노인의 인구사회학적 특성에 대해서는 빈도와 백분율을 산출하였다.
- 2) 노인의 건강지각, 건강지식, 건강증진 행위의 정도는 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 3) 노인의 건강지각, 건강지식, 건강증진 행위와의 관계는 피어슨 적률 상관계수로 분석하였다.
- 4) 노인의 인구사회학적 특성에 따른 건강지각과 건강지식, 건강증진 행위의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였고 사후검증은 scheffe test로 분석하였다.

## 연구 결과

### 1. 연구대상자의 일반적인 특성

연구대상자의 일반적 특성에 관한 결과는 (Table 1)과 같다.

성별 분포는 남자가 35%, 여자가 65%로 여성 노인이 더 많았다. 연령은 66~69세가 35%로 가장 많았고 교육수준은 고졸이하가 49.7%로 가장 많았다. 결혼 상태는 결혼이 75.4%로 가장 많았고, 종교는 기독교가 37.2%로 가장 높았다. 동거 상태는 노인 부부만 사는 경우가 40.4%로 대부분을 차지하였고 혼자 사는 경우가 15.3%로 나타났다. 생활비는 자신이 담당하는 경우가 50.8%로 가장 높았고, 월수입은 140~210만원 미만인 35.5%로 가장 많았다. 월용돈은 15~30만원 미만인 40.4%로 가장 많았고, 직업은 없는 경우가 72.1%였으며 건강보험은 지역의료보험이 48.6%로 가장 많았다.

### 2. 연구대상자의 질병관련 특성

연구대상자의 질병관련 특성에 관한 결과는 (Table 2)와 같다.

**Table 1. General Characteristics** (N=183)

| Characteristics             | Category           | n   | %    |
|-----------------------------|--------------------|-----|------|
| Gender                      | Male               | 64  | 35.0 |
|                             | Female             | 119 | 65.0 |
| Age(year)                   | Blow 66            | 42  | 23.0 |
|                             | Below 66-69        | 64  | 35.0 |
|                             | Below 69-72        | 30  | 16.4 |
|                             | Above 72           | 47  | 25.7 |
| Education                   | None               | 54  | 29.5 |
|                             | Below high school  | 91  | 49.7 |
|                             | Above college      | 38  | 20.8 |
| Marital status              | Married            | 138 | 75.4 |
|                             | Divorce/Separated  | 8   | 4.4  |
|                             | Bereavement        | 37  | 20.2 |
| Religion                    | Buddhism           | 40  | 21.9 |
|                             | Protestant         | 68  | 37.2 |
|                             | Catholic           | 34  | 18.6 |
|                             | Confucianism       | 2   | 1.1  |
|                             | None               | 39  | 21.3 |
| Living together             | Alone              | 28  | 15.3 |
|                             | Spouse             | 74  | 40.4 |
|                             | Married child      | 40  | 21.9 |
|                             | Single child       | 41  | 22.4 |
| Living expense              | Myself             | 93  | 50.8 |
|                             | Child              | 78  | 42.6 |
|                             | Government         | 12  | 6.6  |
| Monthly income (man won)    | Below 70           | 57  | 31.2 |
|                             | Below 70-140       | 29  | 15.8 |
|                             | Below 140-210      | 65  | 35.5 |
|                             | Above 210          | 32  | 17.5 |
| Monthly allowance (man won) | Below 15           | 43  | 23.5 |
|                             | Below 15-30        | 74  | 40.4 |
|                             | Below 30-50        | 35  | 19.1 |
|                             | Above 50           | 28  | 15.3 |
| Occupation                  | Yes                | 51  | 27.9 |
|                             | No                 | 132 | 72.1 |
| Health insurance            | Medical protection | 19  | 10.4 |
|                             | Community          | 89  | 48.6 |
|                             | Employment         | 75  | 41.0 |

순환기계 질병은 고혈압이 41%로 가장 높게 나타났으며, 신경계 질병은 뇌졸중 16.9%, 소화기계 질병은 위염이 16.4%로 가장 높게 나타났다. 내분비계 질병은 당뇨병이 27.3%로 나타났으며, 호흡기계 질병은 만성 폐쇄성 폐질환이 2.7%로 나타났다. 신장 및 비뇨기계 질병은 전립선 비대가 8.7%, 근골격계 질병의 경우는 골다공증이 39.3%로 가장 많았다. 피부, 감각기계는 백내장이 13.7%로 가장 많이 나타났고, 피부 건조증은

12.6%로 나타났다. 여성 질환의 경우는 자궁탈출증이 2.2%, 유방암과 자궁암이 각각 0.5%였다.

**Table 2. Characteristics Related to Disease** (N=183)

| Category                 | Disease                | n(%)     |
|--------------------------|------------------------|----------|
| Circulation system       | Artherosclerosis       | 18( 9.8) |
|                          | Angina/MI              | 5( 2.7)  |
|                          | Heart failure          | 7( 3.8)  |
|                          | Hypertension           | 75(41.0) |
| Nervous system           | Stroke                 | 31(16.9) |
|                          | Parkinson disease      | 3( 1.6)  |
|                          | Dementia               | 1( 0.5)  |
| Digestive system         | Hepatitis              | 5( 2.7)  |
|                          | Liver cancer           | -        |
|                          | Gastritis              | 30(16.4) |
|                          | Gastric ulcer          | 16( 8.7) |
|                          | Stomach cancer         | 3( 1.6)  |
|                          | Colon cancer           | -        |
|                          | Bile duct disease      | 4( 2.2)  |
| Pancreas disease         | 3( 1.6)                |          |
| Endocrine system         | Thyroid disease        | 16( 8.7) |
|                          | Diabetes Mellitus      | 50(27.3) |
| Respirative system       | Pneumonia              | 1( 0.5)  |
|                          | Tuberculosis           | 2( 1.1)  |
|                          | COPD                   | 5( 2.7)  |
|                          | Lung cancer            | -        |
| Kidney, Urinary system   | Renal failure          | 7( 3.8)  |
|                          | BPH                    | 16( 8.7) |
|                          | Urinary Infection      | 6( 3.3)  |
| Muscular Skeletal system | Degenerative arthritis | 49(26.8) |
|                          | Rheumatoid arthritis   | 13( 7.1) |
|                          | Fracture               | 16( 8.7) |
|                          | Osteoporosis           | 72(39.3) |
| Skin, Sensory system     | Glaucoma               | 10( 5.5) |
|                          | Cataract               | 25(13.7) |
|                          | hearing difficulty     | 21(11.5) |
|                          | Skin cancer            | 2( 1.1)  |
|                          | Skin xerosis           | 23(12.6) |
| Women's disease          | Breast cancer          | 1( 0.5)  |
|                          | Uterus cancer          | 1( 0.5)  |
|                          | Uterus prolapse        | 4( 2.2)  |

COPD : Chronic Obstructive Pulmonary Disease,  
BPH: Benign Prostate Hypertrophy.

### 3. 연구대상자의 문항별 건강지식 정도

연구대상자의 문항별 건강지식 정도에 관한 결과는 (Table 3)과 같다.

**Table 3.** Degree of Health Knowledge in Each Item

(N=183)

| Item  | Correct answer (n/%) | Rank |
|---|----------------------|------|
| There is no relationship between salty eating and hypertension                                  | 105(57.4)            | 8    |
| Calcium is in milk and milk product   | 147(80.3)            | 5    |
| If it is fat, it has the risks of Diabetes Millitus(DM), hyperlipidemia                         | 144(78.7)            | 6    |
| Fiber is not effective to decrease cholesterol  | 104(56.9)            | 9    |
| Stress is a response to the stimulation from outside  | 144(78.7)            | 6    |
| The diseases easily bring out because of lower immunity by stress.                              | 14( 7.6)             | 10   |
| Stress is better to be decreased by drinking and smoking  | 151(82.5)            | 4    |
| It is more effective when it do exercise during above 30 min/a time                             | 152(83.0)            | 3    |
| There are walking, gymnastics, and climbing in appropriate exercise for aged                    | 164(89.6)            | 2    |
| If it do exercise, it is able to decrease the heart disease, Diabetes Millitus(DM), and obesity | 171(93.4)            | 1    |

정답률이 가장 높았던 문항은 '운동을 하면 심장병, 당뇨, 비만에 도움을 준다'로 93.4%의 정답률을 보였다. 그 다음은 '노년에 알맞은 운동으로 걷기, 체조, 등산 등이 있다'가 89.6%, '운동은 한번 할 때 적어도 30분 이상 해야 효과가 있다'가 83%, '스트레스는 술과 담배로 해소하는 것이 좋다'가 82.5%, '칼슘은 우유 및 유제품에 들어있다'가 80.3%의 정답률을 나타냈다.

**4. 연구대상자의 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위 정도**

연구대상자의 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위 정도에 관한 결과는 (Table 4)와 같다.

건강지각의 평균평점은 4점 만점에 2.71(±0.77), 건강지식의 평균평점은 10점 만점에 7.10(±1.82)로 나타났으며 건강증진행위의 평균평점은 4점 만점에 2.72(±

**Table 4.** Degree of Health Perception, Health Knowledge, and Health Promotion Behavior

|                           | M    | SD   | Range |
|---------------------------|------|------|-------|
| Health perception         | 2.71 | .77  | 1- 4  |
| Health knowledge          | 7.10 | 1.82 | 0-10  |
| Health promotion behavior | 2.72 | .86  | 1- 4  |

**Table 5.** Relations among Health Perception, Health Knowledge, and Health Promotion Behavior

|                           | Health perception | Health knowledge | Health promotion behavior |
|---------------------------|-------------------|------------------|---------------------------|
| Health perception         | 1                 |                  |                           |
| Health knowledge          | .526(.000)        | 1                |                           |
| Health promotion behavior | .715(.000)        | .543(.000)       | 1                         |

p < .05

0.86)점이었다.

**5. 연구대상자의 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위와의 상관관계**

연구대상자의 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위와의 상관관계는 (Table 5)와 같다.

본 연구에서는 건강지각은 건강증진행위(r=.715, p=.000)와 매우 유의한 순 상관관계를 나타냈으며, 건강지식도 건강증진행위(r=.543, p=.000)와 유의한 순 상관관계를 나타냈다. 즉 건강지각과 건강지식 정도가 높을수록 건강증진행위 수준이 높아지는 상관관계를 보여 주었다. 건강지식과 건강지각(r=.526, p=.000)의 관계도 유의한 순 상관관계를 나타내어 건강지식이 높을수록 건강지각 수준이 높아지는 상관관계를 보여주었다.

**6. 일반적인 특성에 따른 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위의 차이검증**

연구대상자의 일반적인 특성에 따른 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위의 차이검증은 (Table 6)과 같다.

연구대상자의 일반적 특성 중 건강지각에 통계적으로

**Table 6.** Differences of Health Perception, health Knowledge, and Health Promotion Behavior by General Characteristics (N=183)

| Characteristics             | Category           | Health perception |       |     | Health knowledge |       |     | Health promotion behavior |       |     |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|-------|-----|------------------|-------|-----|---------------------------|-------|-----|
|                             |                    | M(SD)             | t / F | P   | M(SD)            | t / F | P   | M(SD)                     | t / F | P   |
| Gender                      | Male               | 54.48( 9.95)      | 0.29  | .77 | 7.06(1.98)       | -0.20 | .84 | 93.61(21.14)              | 0.66  | .51 |
|                             | Female             | 54.06( 8.90)      |       |     | 7.12(1.73)       |       |     | 91.60(17.82)              |       |     |
| Age (year)                  | 66 below           | 56.73( 8.93)a     | 5.08  | .00 | 7.51(1.78)a      | 4.13  | .00 | 104.89(16.95)a            | 13.99 | .00 |
|                             | 66-69 below        | 55.43( 9.27)a     |       |     | 7.44(1.55)a      |       |     | 94.40(16.99)a             |       |     |
|                             | 69-72 below        | 55.10( 9.83)a     |       |     | 6.97(1.97)a      |       |     | 90.66(19.33)a             |       |     |
|                             | 72 above           | 49.89( 7.95)b     |       |     | 6.37(1.92)b      |       |     | 80.32(16.03)b             |       |     |
| Education                   | None               | 48.64( 6.84)a     | 44.07 | .00 | 5.69(1.89)a      | 37.92 | .00 | 75.43(13.71)a             | 82.66 | .00 |
|                             | High school below  | 53.39( 6.60)a     |       |     | 7.36(1.50)b      |       |     | 92.92(12.99)a             |       |     |
|                             | College above      | 63.84(10.27)b     |       |     | 8.47(0.84)b      |       |     | 113.38(14.59)b            |       |     |
| Marital status              | Married            | 55.45( 9.35)a     | 5.16  | .01 | 7.44(1.66)a      | 12.55 | .00 | 95.69(19.02)a             | 9.63  | .00 |
|                             | Divorce/Seperated  | 48.88( 7.91)b     |       |     | 5.00(2.45)b      |       |     | 74.75(15.24)b             |       |     |
|                             | Bereavement        | 50.77( 8.09)b     |       |     | 6.31(1.74)a      |       |     | 83.88(14.95)b             |       |     |
| Religion                    | Buddhism           | 51.24( 8.97)a     | 3.61  | .01 | 6.59(1.98)a      | 3.11  | .02 | 86.36(22.14)a             | 5.22  | .00 |
|                             | Protestant         | 57.21(10.39)b     |       |     | 7.55(1.53)a      |       |     | 98.23(17.42)b             |       |     |
|                             | Catholic           | 54.50( 7.63)ab    |       |     | 7.39(1.27)a      |       |     | 96.62(14.52)b             |       |     |
|                             | Confucianism       | 54.50( 4.95)ab    |       |     | 5.50(0.70)b      |       |     | 98.50(17.71)b             |       |     |
|                             | None               | 51.68( 7.36)a     |       |     | 6.65(2.29)a      |       |     | 83.67(17.95)a             |       |     |
| Living together             | Alone              | 50.22( 7.29)      | 2.04  | .11 | 5.96(2.16)a      | 6.79  | .00 | 82.29(14.77)a             | 4.07  | .01 |
|                             | Spouse             | 54.82( 9.83)      |       |     | 7.31(1.71)b      |       |     | 94.62(20.04)b             |       |     |
|                             | Married child      | 54.82( 9.06)      |       |     | 6.82(1.69)b      |       |     | 90.27(19.47)b             |       |     |
|                             | Single child       | 55.31( 9.25)      |       |     | 7.79(1.45)b      |       |     | 97.33(17.27)b             |       |     |
| Living expense              | Myself             | 56.93( 9.48)a     | 13.24 | .00 | 7.58(1.71)a      | 14.11 | .00 | 97.26(18.49)a             | 10.46 | .00 |
|                             | Child              | 52.67( 7.99)a     |       |     | 6.88(1.69)a      |       |     | 89.75(18.01)a             |       |     |
|                             | Government         | 44.33( 6.35)b     |       |     | 4.92(1.68)b      |       |     | 73.41(14.69)b             |       |     |
| Monthly income (man won)    | 70 below           | 50.56( 7.16)a     | 25.01 | .00 | 6.32(1.91)a      | 11.70 | .00 | 82.19(14.91)a             | 24.31 | .00 |
|                             | 70-140 below       | 49.33( 6.65)a     |       |     | 6.57(1.98)a      |       |     | 83.12(16.31)a             |       |     |
|                             | 140-210 below      | 54.49( 6.95)a     |       |     | 7.27(1.64)a      |       |     | 95.15(16.97)b             |       |     |
|                             | 210 above          | 64.22(10.65)b     |       |     | 8.43(0.80)b      |       |     | 111.50(15.97)b            |       |     |
| Monthly allowance (man won) | 15 below           | 50.10( 8.11)a     | 7.88  | .00 | 6.05(1.90)a      | 8.65  | .00 | 80.62(16.67)a             | 13.96 | .00 |
|                             | 15-30 below        | 53.06( 7.64)a     |       |     | 7.17(1.81)b      |       |     | 91.32(16.68)ab            |       |     |
|                             | 30-50 below        | 58.29(11.34)b     |       |     | 7.68(1.58)b      |       |     | 103.37(19.41)b            |       |     |
|                             | 50 above           | 58.34( 8.86)b     |       |     | 7.85(1.24)b      |       |     | 102.73(16.22)b            |       |     |
| Occupation                  | Yes                | 55.80( 9.23)      | 1.43  | .15 | 7.50(1.82)       | 1.84  | .07 | 95.50(21.21)              | 1.33  | .19 |
|                             | No                 | 53.58( 9.25)      |       |     | 6.95(1.80)       |       |     | 91.14(18.13)              |       |     |
| Health insurance            | Medical protection | 46.00( 7.20)a     | 8.59  | .00 | 5.89(1.37)a      | 5.53  | .01 | 75.53(16.36)a             | 8.00  | .00 |
|                             | Community          | 54.88( 8.92)b     |       |     | 7.08(1.94)b      |       |     | 94.62(18.53)b             |       |     |
|                             | Employment         | 55.47( 9.26)b     |       |     | 7.44(1.66)b      |       |     | 93.77(18.46)b             |       |     |

P < .05

유의한 차이를 나타낸 특성은 연령( $F=5.08$ ,  $p=.00$ ), 교육( $F=44.07$ ,  $p=.00$ ), 결혼상태( $F=5.16$ ,  $p=.01$ ), 종교( $F=3.61$ ,  $p=.01$ ), 생활비( $F=13.24$ ,  $p=.00$ ), 월수입( $F=25.01$ ,  $p=.00$ ), 월 용돈( $F=7.88$ ,  $p=.00$ ), 건강보험( $F=8.59$ ,  $p=.00$ )이었고, 성별( $t=0.29$ ,  $p=.77$ ), 동

거( $F=2.04$ ,  $p=.11$ )와 직업( $t=1.43$ ,  $p=.15$ )은 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

연구대상자의 일반적 특성 중 건강지식에 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 특성은 연령( $F=4.13$ ,  $p=.00$ ), 교육( $F=37.92$ ,  $p=.00$ ), 결혼상태( $F=12.55$ ,  $p=.00$ ), 종교

( $F=3.11$ ,  $p=.02$ ), 동거( $F=6.79$ ,  $p=.00$ ), 생활비( $F=14.11$ ,  $p=.00$ ), 월수입( $F=11.70$ ,  $p=.00$ ), 월 용돈( $F=8.65$ ,  $p=.00$ ), 건강보험( $F=5.53$ ,  $p=.01$ )이었고, 성별( $t=-0.20$ ,  $p=.84$ ), 직업( $t=5.53$ ,  $p=.07$ )은 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

연구대상자의 일반적 특성 중 건강증진행위에 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 특성은 연령( $F=13.99$ ,  $p=.00$ ), 교육( $F=82.66$ ,  $p=.00$ ), 결혼상태( $F=9.63$ ,  $p=.00$ ), 종교( $F=5.22$ ,  $p=.00$ ), 동거( $F=4.07$ ,  $p=.01$ ), 생활비( $F=10.46$ ,  $p=.00$ ), 월수입( $F=24.31$ ,  $p=.00$ ), 월 용돈( $F=13.96$ ,  $p=.00$ ), 건강보험( $F=8.00$ ,  $p=.00$ )이었고, 성별( $t=0.66$ ,  $p=.51$ )과 직업( $t=1.33$ ,  $p=.19$ )은 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

## 논 의

연구대상자의 문항별 건강지식 정도에서는 '운동을 하면 심장병, 당뇨, 비만에 도움을 준다.'가 93.4%로 가장 높은 응답률을 나타내었는데, Ha(2005)의 연구에서는 노인에게 보건교육을 실시한 결과 지식점수가 교육 전 21.07에서 교육 후 26.56으로 유의하게 높아졌으며, Seo(2000)의 연구에서는 건강지식 대부분의 영역에서 도시노인의 점수가 농촌노인보다 유의하게 높게 나타나 거주지에 따라 유의한 차이가 있음을 보고하였다. 지금까지 노인에 대한 연구들 중 노인의 건강지식에 관한 연구는 보고된 것이 매우 부족하여 노인의 건강지식에 관한 연구가 절실히 요구되어지고 있으며, 나아가 노인의 건강지식 향상을 위한 교육프로그램 개발과 실행이 필요하다.

연구대상자의 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위 정도에 관한 결과에서 건강지각의 평균평점은 4점 만점에  $2.71 \pm 0.77$ 로 나타나 Park, Kang과 Park(2006)의 연구에서 만성요통 환자의 건강지각 점수가 4점 만점에 평균평점  $2.57 \pm 0.28$ 점, Lee(1998)의 연구에서는 노인의 건강지각 점수가  $2.56 \pm 0.36$  이었던 것과 유사하게 나타났다. 이와 같이 만성요통환자와 노인의 건강지각 점수가 유사한 것은 노인들이 만성적 질환들을 가지고 있기 때문으로 생각된다. 건강지식의 평균평점은  $7.10 \pm 1.82$ 로 나타났는데, Seo(2000)의 연구에서 노인

의 건강지식 점수가  $6.89 \pm 0.62$ 이었던 것과 유사하였는데 이는 연구대상자가 지역사회 재가노인으로 동일집단이기 때문으로 생각된다. 건강증진행위의 평균평점은 4점 만점에  $2.72 \pm 0.86$ 점 이었으며, 이 같은 결과는 Lee(1998)의 연구에서 건강증진행위의 평균평점이 4점 만점에  $2.56 \pm 0.29$ 점, 만성요통 환자를 대상으로 한 Park 등(2006)의 연구에서  $2.62 \pm 0.37$ 점보다는 약간 높은 점수로, 노인의 건강증진행위가 만성요통 환자보다는 높다는 것을 확인할 수 있었다.

연구대상자의 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위와의 상관관계에서는 건강지각은 건강증진행위( $r=.715$ ,  $p=.000$ )와 매우 유의한 순 상관관계를 나타냈으며, 건강지식도 건강증진행위( $r=.543$ ,  $p=.000$ )와 유의한 순 상관관계를 나타내었고 또한 건강지각과 건강지식( $r=.526$ ,  $p=.000$ )의 관계도 유의한 순 상관관계를 나타내었는데, 이같은 결과는 Lee(1998)의 연구에서는 건강지각과 건강증진행위가 유의한 순 상관관계( $r=.449$ ,  $p<0.001$ )에 있음을 보고하였으며, Park 등(2006)의 연구에서도 건강지각과 건강증진행위가 유의한 순 상관관계( $r=.393$ ,  $p<0.001$ )에 있음을 보고한 것과 유사하였다. 또한 Seo(2000)의 연구에서는 건강지식이 건강증진행위와 유의한 순 상관관계( $r=.392$ ,  $p=.001$ )에 있음을 보고 하였고, 초등학교 교사를 대상으로 한 Park(1998)의 연구에서도 건강지식이 높을수록 건강행위를 잘 이행하고 있다는 연구와 일치되는 것( $r=.192$ ,  $p<.05$ )으로서 일맥상통함을 확인할 수 있었다.

연구대상자의 일반적 특성에 따른 건강지각의 차이검증에 대한 사후검증 결과, 연령에서는 72세 이상의 노인은 다른 연령대의 노인보다 건강지각 정도가 낮게 나타났고, 교육에서는 대학교 이상을 졸업한 노인은 고등학교 이하를 졸업한 노인보다 건강지각 정도가 높았으며, 결혼 상태에서는 결혼한 노인이 이혼, 별거, 그리고 사별한 노인보다 건강지각 정도가 높았다. 종교에서는 기독교를 믿는 노인이 다른 종교를 믿는 노인보다 건강지각 정도가 높게 나타났고, 생활비에서는 지원금을 받는 노인이 자신이나 자녀에게 받아쓰는 노인보다 건강지각 정도가 낮았으며, 월수입에서는 210만원 이상인 노인이 그 이하의 수입을 가지는 노인보다 건강지각 정도가 높았다. 월용돈에서는 30만원 이상인 노인이 그



이하인 노인보다 건강지각 정도가 높았으며, 건강보험에서는 의료보호인 노인이 지역보험이나 직장보험을 가진 노인보다 건강지각 정도가 낮았다. 이러한 결과들은 Lee(1998)의 연구에서 종교가 있는 경우, 교육수준이 높을수록, 유배우자인 경우, 핵가족일수록, 취미를 가지고 있을수록 대상자들의 건강지각 정도가 더 높은 것으로 나타난 것과 부분적인 일치성을 보여주었다. 또한 Park 등(2006)의 연구에서도 연령이 낮을수록, 남자인 경우, 교육수준이 높을수록, 경제상태가 높을수록, 결혼하여 유배우자인 경우 건강지각 정도가 높은 것으로 나타났으며, 이밖에도 다른 선행연구(Kim, 2005)에서 연구결과가 부분적으로 일치하였다. 즉 연령이 고령일수록, 교육정도가 낮을수록, 동거인이 없는 노인의 경우, 경제상태가 낮은 노인일수록 주요 간호대상으로 하여 건강지각 수준을 높일 수 있는 간호가 필요하다고 사료된다.

연구대상자의 일반적 특성에 따른 건강지식의 차이검증에 대한 사후검증 결과, 연령에서는 72세 이상의 노인은 다른 연령대의 노인보다 건강지식 정도가 낮게 나타났고, 교육에서는 무학인 노인이 교육을 받은 노인보다 건강지식 정도가 낮았으며, 결혼 상태에서는 이혼이나 별거한 노인이 결혼하거나 사별한 노인보다 건강지식 정도가 낮았다. 종교에서는 유교를 믿는 노인이 다른 종교를 믿는 노인보다 건강지식 정도가 낮게 나타났고, 동거상태에서는 홀로 사는 노인이 부인이나 기타 다른 가족과 함께 사는 노인보다 건강지식 정도가 낮았으며, 생활비에서는 지원금을 받는 노인이 자신이나 자녀에게 받아쓰는 노인보다 건강지식 정도가 낮았다. 월수입에서는 210만원 이상인 노인이 그 이하의 수입을 가지는 노인보다 건강지식 정도가 높았고 월용돈에서는 15만원 이하인 노인이 그 이상인 노인보다 건강지식 정도가 낮았으며, 건강보험에서는 의료보호인 노인이 지역보험이나 직장보험을 가진 노인보다 건강지식 정도가 낮았다. 이러한 결과들은 Seo(2000)의 연구에서 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 의료보험 대상자인 경우, 유배우자인 경우, 사무직에 종사했던 경우, 노부부가 함께 생활하는 경우, 경제상태가 좋을수록, 사회활동에 참여하는 경우, 노인회에 참여하는 경우, 생활에 만족할수록, 건강문제가 없다고 응답한 경우, 건강에

대한 관심이 많을수록 건강지식 수준이 높게 나타나 연구결과와 유사함을 보여주었다. 즉 연령이 고령일수록, 교육정도가 낮을수록, 동거인이 없는 노인의 경우, 경제상태가 낮은 노인일수록 주요 간호대상으로 하여 건강지식 수준을 높일 수 있도록 교육의 기회를 제공하는 집중적인 간호가 필요하다고 사료된다.

연구대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이검증에 대한 사후검증 결과, 연령에서는 72세 이상의 노인은 다른 연령대의 노인보다 건강증진행위 정도가 낮게 나타났고, 교육에서는 대학교 이상을 졸업한 노인은 고등학교 이하를 졸업한 노인보다 건강증진행위 정도가 높았으며, 결혼 상태에서는 결혼한 노인이 이혼, 별거, 그리고 사별한 노인보다 건강증진행위 정도가 높았다. 종교에서는 불교를 믿거나 무교인 경우의 노인이 다른 종교를 믿는 노인보다 건강증진행위 정도가 낮게 나타났고, 동거상태에서는 홀로 사는 노인이 부인이나 기타 다른 가족과 함께 사는 노인보다 건강증진행위 정도가 낮았으며, 생활비에서는 지원금을 받는 노인이 자신이나 자녀에게 받아쓰는 노인보다 건강증진행위 정도가 낮았다. 월수입에서는 140만원 이상인 노인이 그 이하의 수입을 가지는 노인보다 건강증진행위 정도가 높았고, 월용돈에서는 15만원 이하인 노인이 그 이상인 노인보다 건강증진행위 정도가 낮았으며, 건강보험에서는 의료보호인 노인이 지역보험이나 직장보험을 가진 노인보다 건강증진행위 정도가 낮았다. 이러한 결과들은 여러 선행연구에서 일치함을 보였는데, Seo(2000)의 연구에서는 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 결혼을 하여 유배우자인 경우 건강증진행위 수준이 높게 나타났으며, 의료보호보다는 의료보험인 경우에, 혼자 사는 경우보다는 친척, 친구, 자녀등과 동거하는 경우에, 월 용돈이 많을수록 건강증진행위 수준이 높은 것으로 나타나 연구결과가 일치하는 것으로 나타났다. 또한 Lee(1998)의 연구에서는 종교가 있는 경우, 결혼하여 유배우자인 경우에 건강증진행위 수준이 높은 것으로 나타났으며, Park 등(2006)의 연구에서는 연령이 낮은 경우, 여자보다 남자가, 교육수준이 높을수록, 경제상태가 높을수록, 결혼하여 동거자가 있는 경우에 건강증진행위 수준이 높은 것으로 나타나 연구결과가 부분적으로 일치함을 보여주었다. Park 등(1998)의 연구

에서도 대상자의 주거지역, 성별, 연령, 결혼상태, 교육 정도, 종교, 직업, 자녀수, 동거 가족 수, 경제수준, 월 용돈, 질병유무와 이환기간에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, Kim(2000)의 연구에서는 여자보다는 남자가, 연령이 낮을수록, 교육정도가 높을수록 건강증진행위 수준이 높게 나타나 연구결과가 부분적으로 일치함을 보여주었다. 이밖에도 여러 선행 연구들(Duffy, 1988; Eon et al., 1999; Oh, 2000; Park & Lee, 2003)에서 연구결과가 부분적으로 일치하는 것으로 나타났다. 즉 노인의 일반적 특성을 고려하여 건강증진행위를 향상시킬 수 있는 구체적인 방안이 마련되어야 한다고 사료된다.

본 연구결과를 종합하여 볼 때 노인의 건강증진행위는 건강지각 및 건강지식과 관련이 있는 것으로서 노인의 건강증진행위를 향상시키기 위해서는 건강지각과 건강지식을 고려한 간호중재 전략이 모색되어야 할 것으로 사료된다.

## 결론 및 제언

본 연구는 노인들의 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위와의 관계를 규명하기 위한 서술적 조사연구이다. 연구대상자는 서울시에 거주하는 만 65세 이상의 노인들로 의사소통이 가능하고 연구에 참여하기로 허락한 183명을 대상으로 하였다. 측정도구는 건강지각 측정도구는 Ware(1979)에 의해 개발된 건강지각 측정도구(Health Perception Questionnaire)로서 Lee(1998)가 수정·보완한 도구를 사용하였다. 건강지식 측정도구는 한국보건사회연구원에서 진행한 2001년 서울시민의 보건인식행태조사의 조사표, 2001년 국민건강·영양조사의 조사표와 선행연구(No, 2002)를 토대로 Ha(2005)가 수정·보완한 도구를 사용하였다. 건강증진행위 정도를 측정하기 위하여 Walker, Sechrist, 그리고 Pender(1982)가 개발한 건강증진 생활양식 측정도구(Health Promotion Lifestyle Profile: HPLP)를 Hong(2003)이 노인들에게 맞게 수정·보완한 건강증진행위 측정도구를 사용하였다. 수집한 자료는 SPSS를 이용하여 연구목적에 따라 전산통계 처리하였다. 연구결과는 다음과 같다.

1. 연령은 66~69세가 35%로 가장 많았고 성별 분포는 여자가 65%로 대부분을 차지하였으며 교육수준은 고졸이하가 49.7%로 가장 많았다. 결혼 상태는 결혼이 75.4%로 가장 많았고, 종교는 기독교가 37.2%로 가장 높았다. 동거 상태는 노인 부부만 사는 경우가 40.4%로 가장 높았다. 건강관련 특성에서 순환기계 질병은 고혈압이 41%로 가장 많았으며, 신경계 질병에서는 뇌졸중이 16.9%로 가장 많았다.
2. 연구대상자의 문항별 건강지식 정도에 관한 결과는 정답률이 가장 높았던 문항은 '운동을 하면 심장병, 당뇨, 비만에 도움을 준다.'로 93.4%의 정답률을 보였으며 그 다음은 '노년에 알맞은 운동으로 걷기, 체조, 등산 등이 있다.'가 89.6%로 나타났다.
3. 연구대상자의 건강지각, 건강지식 및 건강증진 행위 정도에 관한 결과는 건강지각의 평균평점은 4점 만점에  $2.71 \pm 0.77$ 이였으며, 건강지식의 평균평점은 10점 만점에  $7.10 \pm 1.82$ 이였고 건강증진행위의 평균평점은 4점 만점에  $2.72 \pm 0.86$ 점으로 나타났다.
4. 연구대상자의 건강증진행위, 건강지각 및 건강지식과의 상관관계에서는 건강지각은 건강증진행위와 매우 유의한 순 상관관계를 나타냈으며, 건강지식도 건강증진행위와 유의한 순 상관관계를 나타냈다. 건강지각과 건강지식 관계도 유의한 순 상관관계를 나타냈다.
5. 연구대상자의 일반적 특성 중 건강지각에 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 특성은 연령, 교육, 결혼 상태, 종교, 생활비, 월수입, 월 용돈, 건강보험이었다.
6. 연구대상자의 일반적 특성 중 건강지식에 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 특성은 연령, 교육, 결혼 상태, 종교, 동거, 생활비, 월수입, 월용돈, 건강보험이었다.
7. 연구대상자의 일반적 특성 중 건강증진행위에 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 특성은 연령, 교육, 결혼상태, 종교, 동거, 생활비, 월수입, 월 용돈, 건강보험이었다.

본 연구결과를 근거로 살펴볼 때 노인의 건강증진행위는 건강지각 및 건강지식과 관련이 있는 것으로 노

인의 건강증진 행위를 증진시키기 위해서는 건강지각과 건강지식을 고려한 간호중재 전략이 모색되어야 할 것으로 사료된다.

이상의 결과를 기초로 하여 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 연구대상자의 수를 확대하여서 광범위한 횡단적 연구를 추후 연구로 시도할 것을 제언한다.
2. 거주유형별 노인의 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 추후 연구로 시도할 것을 제언한다.
3. 노인의 건강증진 행위 향상을 위한 노인의 건강지각과 건강지식을 고려한 간호중재방안 개발을 제언한다.

## REFERENCES

- Bisconti, T. L., & Bergeman, C. S. (1999). Perceived social control as mediator of the relationships among social support, psychological well-being and perceived health. *The Gerontologist*, 39(1), 94-103.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. *Nursing Research*, 37(6), 358-361.
- Eon, Y., Ko, S. H., Kim, M. J., Kim, J. S., Park, M. H., & Park, O. J., et al. (2007). *Introduction of advanced nursing intervention for elderly*. Seoul: Hyun Mun Sa.
- Fowler, S. B. (1997). Health promotion in chronically ill older adults. *Journal of neuroscience Nursing*, 28(5), 39-43.
- Ha, K. Y. (2005). *Effect of health education on knowledge and behavior for elderly in welfare facilities*. Seoul. Unpublished master's thesis, Ewha Women's University, Seoul.
- Hong, Y. A. (2003). *The effect of health screening on health promotion behaviors in the elderly*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Kane, R. L., & Arnold, S. B. (1985). Prevention and the elderly: Risk factors. *Health service Research*, 19, 945-955.
- Kang, Y. S. (1999). A study on stressful life events, self-esteem and perceived health status of the elderly in a rural community, *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 13(1), 1-11.
- Kim, C. A. (2005). *Comparison of perceived health and health promotion behavior between urban and rural aged in Nonsan, Chungnam*. Unpublished master's thesis, Kongju National University, Kongju, Chungnam.
- Kim, N. J. (2000). Health practices of the elderly and related variables. *Journal of The Korean Gerontological Society*, 20(2), 169-182.
- Kim, S. Y. J. (1985). Survey study of knowledge and attitude of sexuality of adolescence in city. *Yonsei nursing reaserches*, 9(9), 41-46.
- Ko, S. D. (1997). A study on the analysis of factors affecting improvement of quality of life for the elderly. *Journal of The Korean Gerontological Society*, 17(2), 17-36.
- Kwan, J. H., Yun, H. J., Moon, H. J., Lee, J. M., Son, Y. H., & Park, S. H., et al. (2002). Physical health status using health promotion program for elderly women in city. *Journal of Korean Community Nutrition Academy Society*, 7(6), 762-768.
- Lee, K. S. (1998). *A study on health perception and health promoting behavior of the elderly*. Unpublished master's thesis, Chonbuk National University, Jeonju, Jeonbuk.
- Ministry of Health & Welfare. (2006). *Guideline of the business on health and welfare for elderly*. Ministry of Health & Welfare webpage. Retrieved May 25, 2008 from <http://www.mw.go.kr>
- No, H. I. (2002). *A comparative study on the relationship between health knowledge to health attitude and health practical health behaviors among high school students in Seoul*. Unpublished master's thesis, Ewha Women's University, Seoul.
- Oh, Y. J. (2000). A study of the health promoting lifestyle of the elderly. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 12(1), 64-76.
- Park, E. S., Kim, S. J., Kim, S. I., Jeon, Y. J., Lee, P. S., & Kim, H. J., et al. (1998). Analytic study of influencing factors to health promotion behavior and quality of life for elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 28(3), 638-649.
- Park, H. S., Kang, Y. S., & Park, K. Y. (2006). Study of perceived health and health promotion behavior of chronic back pain. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(3), 439-448.
- Park, J. S., & Lee, H. R. (2003). Comparison of health

- promotion behavior and perceived health status between general aged and poor aged. *Journal of Korean Academy of Community Nursing*, 14(1), 157-166.
- Park, K. H. (1995). *Study of health concept, self efficacy, toughness, and HPLP for military*, Seoul. Unpublished master's thesis, Ewha Women's University, Seoul.
- Park, Y. H. (1998). A study on elementary teacher's health knowledge and health behavior *Chungang nursing researches*, 2(1), 27-49.
- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Rhu, J. S., Kim, J. S., & Park, J. W. (1985). A study of the correlation between health perception, health behavior, and health status of adolescents. *Yonsei Nonbong*, 21, 169-187.
- Seo, I. S. (2000). Health knowledge level and health - promoting behavior of the elderly(I). *Journal of The Korean Gerontological Society*, 20(2), 1-28.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promotion lifestyle profile: development and psychometric characteristic. *Nursing research*, 36(2), 76-81.
- Ware, J. E. (1979). *Health perception questionnaire Instruments for measuring nursing practice and other care variables*. Hyattsville, Maryland: DHEW Publication, 158-161.
- Yun, K. H. (1993). International academic trends of geriatrics. *Journal of The Korean Gerontological Society*, 2(1), 65-69.