

도시 취약계층 여성노인의 자기통제감과 건강증진행위

최연희

경북대학교 간호대학 교수

The Sense of Mastery and Health-Promoting Behaviors in the Vulnerable Female Elderly of Urban Areas

Choi, Yeon Hee

Professor, College of Nursing, Kyungpook National University

Purpose: This study was to identify the degree of the sense of mastery and health-promoting behaviors in the vulnerable female elderly of urban areas, and to determine factors influencing their health-promoting behaviors. **Methods:** The subjects were 253 vulnerable female elders aged over 60 in D City. Data were collected by a questionnaire survey. Analysis of data was done with the SPSS/WIN program. **Results:** The mean score of the sense of control was 15.8. It was significantly different according to living arrangement, and subjective health status. The mean score of health-promoting behavior was 3.8. It was significantly different according to living arrangement and subjective health status. Health-promoting behavior was affected more highly in subjects with a low degree of sense of mastery than in those with a medium degree of sense of mastery. **Conclusion:** These results suggest that the sense of mastery is an important variable for health-promoting behavior. These findings may give useful information for developing health-promoting programs focused on the sense of mastery in vulnerable female elderly adults.

Key Words : Frail elderly, Health behavior, Sense of mastery

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라는 급속한 도시화가 진행되면서 농촌 중심사회에서 도시 중심사회로 바뀌었다. 그 결과 농촌에서는 노인이 되어도 농사일을 계속할 수 있어 일자리를 유지할 수 있지만, 도시의 생산현장에서 노인이 직업을 지속하기 더욱 어려워 생계유지에 어려움을 경험한다. 60세 이상 노인인구 중 기초생활보장 수급자 수가 2003년 341천명에서 2007년 452천명으로 11만 여명이나 급격히 증가하였으며, 이 중 도시지역 노인들이

농촌지역 노인들 보다 20.5% 더 기초생활보장 수급을 받고 있다(Ministry for Health and Welfare, 2007). 도시 기초생활 수급자들은 일반 노인보다 경제적 문제, 건강문제, 소외감과 고독감 문제가 더욱 더 심각하여 자기 스스로 통제할 수 있는 능력을 상실하게 되며 이로 인해 건강보호와 건강증진행위를 실천하지 못하여 여러 질병과 장애에 노출되기 쉽다(Hwang & Doh, 2000).

특히 여성노인은 오랫동안 한국 사회의 남성중심의 사회관으로 인하여 사회경제적, 법적으로 의존적 위치에 있어 여성노인의 건강문제는 관심의 대상이 되지 못하였다. 그러나 여성노인은 만성질환 유병률과 함께 활동 제한 일수가 높고, 배우자

주요어 : 취약계층 여성노인, 자기통제감, 건강증진행위

* 본 연구는 2008년도 경북대학교 학술연구비의 지원에 의해 연구되었음.

Address reprint requests to : Choi, Yeon Hee, College of Nursing, Kyungpook National University, 1370 Sankyuk-dong, Buk-gu, Daegu 702-701, Korea. Tel: 82-53-320-1464, Fax: 82-53-421-2758, E-mail: yeonhee@knu.ac.kr

투고일 : 2009년 5월 4일 수정일 : 2009년 9월 24일 게재확정일 : 2009년 9월 25일

없이 살아가는 기간이 길다(Lee, 2000). 뿐만 아니라 출산 조절이 어려웠던 시대의 잦은 출산과 육아 및 가사노동, 임금 불평은 도시 여성노인의 빈곤화를 촉진시켰다. 또한 ‘한’으로 상징되는 체념이나 숙명론적인 편견으로 여성노인의 독립성과 자립심의 결여로 자기통제감은 저하되었다(Kim, 2003).

노인의 자기 통제감은 노년기의 다양한 스트레스 상황에서 신체적·정신적 건강을 보호하고 증진시키는 역할을 한다고 밝혀져 왔다(Schieman & Turner, 1998). Skaff, Mullan, Fischer와 Chesla(2003)에 의하면 자기통제감이 높은 사람일수록 건강한 생활습관을 지닐 가능성이 크다고 한다. 또한 흡연, 알코올 중독, 비만, 섭식 장애 등과 같은 문제행동을 치료하고 개선하기 위한 프로그램에서, 자기통제감이 높은 사람일수록 더 큰 효과를 보이는 것으로 나타났다(DeSocio, Kitzman, & Cole, 2003).

그러나 빈곤과 보건의료 접근성이 낮은 도시 취약계층 여성 노인들은 자기통제감이 낮으며(Kim, 2001), 자기통제감이 조절되지 않아 이로 인하여 사회적 활동을 줄이고 집에 머물면서 신체적 기능의 약화를 초래하는 악순환을 하게 된다(Lee, 2000)고 하였다. 이러한 신체기능의 감소는 심리적으로 자기통제감에 위협을 가하여 자기관리가 저하되고 건강한 생활습관을 해친다(Schieman & Turner, 1998).

노인의 나쁜 생활습관은 건강증진을 실천하는 데에 부정적인 영향을 주게 되어 젊은 연령 집단에 비해 의료비의 지출을 늘리는 질환으로 이어지므로 그 중요성이 상대적으로 크고(Kim, 2003), 노인의 건강증진 행위를 증가시킴으로써 건강관리 비용을 감소시키는 장기적인 이익을 지니고 있다는 점에서 노인의 건강증진행위는 중요성을 가진다(Shin & Kim, 2001).

그러나 지금까지의 도시 노인을 대상으로 한 건강증진행위에 대한 연구로는 자기관리능력(Park & Ha, 2004), 자아존중감(Choi, 2003), 건강지식(Seo, 2000)이 건강증진행위와의 관계에 대한 연구가 있으나, 도시 취약지역 여성노인을 대상으로 한 연구는 없으며 특히 자기통제감과 건강증진행위에 대한 연구는 아직 없는 실정이다. 따라서 본 연구는 도시 취약계층 여성노인의 자기통제감과 건강증진행위의 정도를 알아보고 이에 영향을 미치는 요인을 밝힘으로써 도시 취약지역 여성노인의 건강증진 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 도시 취약계층 여성노인의 자기통제감, 건강증진행위 정

도를 파악한다.

- 도시 취약계층 여성노인의 자기통제감 정도에 따른 건강증진행위의 차이를 파악한다.
- 도시 취약계층 여성노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 변수를 확인한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 도시 취약지역 여성노인의 자기통제감과 건강증진행위의 정도를 알아보고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 D시에서 2,646세대의 대단지로 조성된 영구 임대 아파트에 거주하고 있는 의료급여 수급자 60세 이상 여성노인을 대상으로 조사하였다. 본 연구자는 아파트 관리소장에게 자료수집의 목적을 설명하여 서면 동의를 구하였고, 아파트 관리소장은 아파트 방송과 벽보판을 이용하여 자료수집의 기간과 방법을 공지하였다. 또한 연구보조원이 각 노인을 방문하여 다시 연구의 목적을 설명하고 참여를 원하는 노인을 대상으로 서면 동의를 구한 다음 노인들이 이해하기 쉽도록 설문지의 문항을 읽어주는 일대 일 면담을 통한 구조적 설문조사를 하였다.

자료수집기간은 2007년 11월 1일부터 12월 30일까지 D시 S 보건소의 협조를 받아 방문건강요원과 연구보조원 5명이 함께 대상자를 방문하였다. 설문조사방법 및 절차의 일관성을 위하여 자료수집 프로토콜을 마련하여 연구보조원에게 사전교육을 실시하였으며, 예비조사를 통하여 연구보조원들 간 문항에 대한 대상자의 반응 기록의 일치성을 높였다. 조사응답에 불충분하여 분석에 사용하기 어려운 20명의 설문을 제외하고 최종적으로 253명을 분석대상으로 하였다.

3. 연구도구

1) 자기통제감

자기통제감(Sense of mastery)은 자신의 의지와 노력으로 삶을 주도하여 이끌 수 있다는 신념과 적극적인 자세를 의미한다(Pearlin, Menaghan, Lieberman, & Mullan, 1981). 자기통제감 측정은 Pearlin과 Schooler(1978)의 성인을 대상으로 개

발한 Mastery Scale을 기초로 하여 우리나라의 여성노인에게 적합하도록 수정 보완하여 사용하였다. 이는 총 7문항으로 구성되어 있으며 '전혀 그렇지 않다' 1점, '매우 그렇다' 4점까지의 likert의 4점 척도를 이용하여 부정적인 응답은 역환산한 후 모든 응답을 합하여 분석하였다.

Pearlin과 Schooler(1978)는 자기통제 점수 범위는 7점에서 28점이며, 14점 이하를 낮은 수준의 자기통제감군, 15점 이상을 높은 수준의 자기통제감군으로 구분하였다. Pearlin과 Schooler(1978)가 처음 도구를 개발하였을 때의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .835$ 이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha = .811$ 이었다.

2) 건강증진행위

건강증진행위는 Belloc과 Breslow(1972)이 성인을 대상으로 개발한 7가지의 건강증진행위(health practice index, HPI)를 사용하였으며, 측정 항목으로는 1일 평균수면시간, 식습관, 간식섭취 유무, 운동여부, 현재 흡연 여부, 현재 음주 여부 및 비만도이다. 비만도는 BMI에 의해 신장과 체중치로부터 신체질량지수(BMI) = 체중(kg)/[신장(m)]² 공식으로 구한 표준체중(kg)과 비교하여 적정체중 18.5 ≤ BMI < 25.0, 과체중 25 이상으로 구분하였다. 건강증진행위의 평가는 수면시간을 7~8시간, 식습관은 규칙적, 간식은 안함, 운동은 가끔 하거나 자주함, 현재 흡연은 하지 않음, 현재 음주는 전혀 하지 않거나 가끔함, BMI 18.5 ~ 25.0에 해당하는 경우에 각 1점을 주어 총합계(범위 0 ~ 7점)를 건강증진행위 점수로 하였다. Belloc과 Breslow(1972)은 건강증진행위 점수가 5점 이상은 높은 수준 건강증진 행위군, 4점 이하는 낮은 수준 건강증진 행위군으로 구분하였다.

4. 자료분석

대상자들의 일반적 특성별 자기통제감과 건강증진행위 정도의 차이를 t-test와 ANOVA로 검증하고 Scheffe's test로 사후검정을 실시하였다. 자기통제감 정도별 건강증진행위 정도의 차이를 χ^2 -test 실시하였고, 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인은 logistic regression을 하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 보면 전체 대상자 253명 중에 연령

대 분포는 60대 37.2%, 70대 41.5%, 80세 이상이 21.3%로 60대, 70대가 대부분이었으며 교육 정도는 초등학교 졸업 이하가 79.8%, 중학교 졸업 이상이 20.2%로 초등학교 졸업 이하의 비율이 높았다. 직업의 유무를 보면 무직이 74.7%로 직업이 있는 경우보다 비율이 높았다. 동거형태로는 가족과 함께 사는 경우가 43.5%, 혼자 사는 경우가 40.7%, 배우자와 함께 사는 경우가 15.8%의 순으로 나타났다. 주관적 건강상태를 물었을 때 매우 건강하다, 건강한 편이다, 보통이다로 답한 경우가 36.3%이었고, 반면 건강하지 못한 편이다, 매우 건강하지 못하다고 답한 경우가 63.3%이었다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of Subjects (N = 253)

Variables	n (%)
Age (yr)	
60 ~ 69	94 (37.2)
70 ~ 79	105 (41.5)
≥ 80	54 (21.3)
Education	
≤ Elementary	202 (79.8)
≥ Middle	51 (20.2)
Current job	
No	189 (74.7)
Yes	64 (25.3)
Living arrangement	
Alone	103 (40.7)
With spouse	40 (15.8)
With another families	110 (43.5)
Subjective health status	
≥ Moderate	93 (36.7)
< Moderate	160 (63.3)
Total	253 (100.0)

2. 대상자의 자기통제감과 건강증진행위 정도

대상자의 자기통제감 정도는 평균 15.8 ± 7.8점이었으며, 동거형태에 따른 사후검증 결과에 의하면, 혼자서 생활하는 경우보다 배우자나, 배우자를 제외한 다른 가족과 함께 생활하는 경우에 더 높은 수준의 자기통제감을 갖고 있었다(F = 12.44, p = .034). 또한 주관적 건강상태에 따른 자기통제감 점수를 살펴보면, 건강상태를 보통 이하로 인식하는 대상자보다 건강상태를 보통 이상으로 인식하는 대상자가 더 높은 수준의 자기통제감을 갖고 있는 것으로 나타났다(t = 3.53, p = .016).

대상자의 건강증진행위 정도는 평균 3.8점이었으며, 동거형태에 따른 사후검증 결과에 의하면, 배우자를 제외한 다른 가족과 함께 사는 경우, 배우자와 함께 사는 경우, 혼자 생활하는

경우의 순으로 건강증진행위를 하는 것으로 나타났다($F = 8.31, p = .021$). 또한 주관적 건강상태에 따른 건강증진 행위 점수를 살펴보면, 건강상태를 보통이하로 인식하는 대상자보다 건강상태를 보통 이상으로 인식하는 대상자가 더 높은 수준의 건강증진행위를 하는 것으로 나타났다($t = 4.90, p = .025$) (Table 2).

3. 대상자의 자기통제감에 따른 건강증진행위

대상자의 자기통제감 정도별 건강증진행위를 살펴보면 식습관($p = .048$), 운동($p = .005$), 흡연 유무($p = .043$), 음주 유무($p = .013$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 불규칙적 식사군의 56.8%가 낮은 수준의 자기통제감군인 반면, 규칙적 식사군의 59.2%가 높은 수준의 자기통제감군이었다. 운동을 하지 않는 군의 58.6%가 낮은 수준의 자기통제감군인 반면, 자주 혹은 가끔 운동을 하는 군의 67.1%가 높은 수준의 자기통제감군이었다. 현재 흡연을 자주 혹은 가끔 하는 군의 67.9%가 낮은 수준의 자기통제감군인 반면, 현재 흡연을 하지 않는 군의 52.2%가 높은 수준의 자기통제감군이었다. 현재 음주를 자주하는 군에서 28.6%가 높은 수준의 자기통제감군인 반면, 현재 음주를 안 하거나 가끔 음주하는 군의 52.0%가 높은 수준의 자기통제감군이었다. 즉 높은 자기통제감을 가진 노인이 건강

증진행위를 잘 실천하고 있었다(Table 3).

4. 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 로지스틱 회귀 분석한 결과 동거형태($p = .045$), 주관적 건강상태($p = .006$), 자기통제감($p = .015$)에 따라 차이가 있었다. 배우자와 함께 생활하는 경우는 혼자서 생활하는 경우보다 1.29배 건강생활행위를 더 실천하였고, 배우자를 제외한 다른 가족과 함께 생활하는 경우는 혼자서 생활하는 경우보다 1.76배 건강생활행위를 더 실천하였다. 주관적 건강상태를 보통 이상으로 인식하는 대상자는 보통 이하로 인식하는 대상자보다 2.33배 건강증진행위를 더 실천하였고, 자기통제감에서는 높은 수준의 자기통제감군이 낮은 수준의 자기통제감군보다 1.65배 건강증진행위를 더 실천하였다(Table 4).

IV. 논 의

본 연구는 도시 취약계층 여성노인을 대상으로 자기통제감과 건강증진행위의 정도를 알아보고 이에 영향을 미치는 요인을 밝힘으로써 도시 취약지역 여성노인의 특성에 맞는 효율적 건강증진 프로그램을 개발하기 위하여 시도되었다.

Table 2. Sense of Control and Health-Promoting Behaviors according to General Characteristics

(N = 253)

Variables	Sense of control			Health-promoting behaviors				
	M ± SD	t or F	p	M ± SD	t or F	p		
Age (yr)								
60 ~ 69	16.4 ± 7.2	0.42	.437	4.7 ± 1.2	0.51	.082		
70 ~ 79	15.8 ± 6.9			3.9 ± 1.0				
≥ 80	15.2 ± 6.3			2.8 ± 0.7				
Education								
≤ Elementary	15.6 ± 5.2	0.87	.124	3.3 ± 1.5	1.64	.432		
≥ Middle	16.1 ± 5.8			4.0 ± 2.6				
Current Job								
No	15.1 ± 4.3	1.29	.435	3.6 ± 0.8	1.08	.564		
Yes	15.9 ± 5.1			3.9 ± 1.1				
Living arrangement*								
Alone	11.5 ± 6.7 ^b	12.44	.034	2.0 ± 1.2 ^c	8.31	.021		
With spouse	17.6 ± 7.3 ^a			a > b			3.7 ± 1.6 ^b	a < b < c
With another families	18.1 ± 7.4 ^a			5.7 ± 3.4 ^a				
Subjective health status								
≥ Moderate	18.4 ± 5.4	3.53	.016	4.9 ± 2.3	4.90	.025		
< Moderate	13.0 ± 4.7			2.6 ± 0.7				
Total	15.8 ± 7.8			3.8 ± 1.2				

*Scheffe's test.

Table 3. Comparison with Health-Promoting Behaviors according to Sense of Mastery

(N = 253)

Variables	Low level of sense of mastery	High level of sense of mastery	Total	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
Sleep (day)					
< 7 or 8 <	96 (54.2)	81 (45.8)	177 (100.0)	2.421	.149
7 ~ 8	32 (42.1)	44 (57.9)	76 (100.0)		
Diet					
Irregular	88 (56.8)	67 (43.2)	155 (100.0)	4.043	.048
Regular	40 (40.8)	58 (59.2)	98 (100.0)		
Snack					
Often	108 (49.3)	111 (50.7)	219 (100.0)	0.471	.671
None	20 (58.8)	14 (41.2)	34 (100.0)		
Exercise					
Often	26 (32.9)	53 (67.1)	79 (100.0)	11.295	.005
None	102 (58.6)	72 (41.4)	174 (100.0)		
Smoking					
Often	19 (67.9)	6 (32.1)	25 (100.0)	3.963	.043
None	109 (47.8)	119 (52.2)	228 (100.0)		
Drinking					
Often	20 (71.4)	8 (28.6)	28 (100.0)	2.421	.013
One or occasionally	108 (48.0)	117 (52.0)	225 (100.0)		
BMI					
< 18.5 or 25.0 <	44 (51.7)	41 (48.3)	85 (100.0)	0.104	.488
18.5 ~ 25.0	84 (50.0)	84 (50.0)	168 (100.0)		
Total	128 (50.6)	125 (49.4)	253 (100.0)		

Table 4. Influencing Factors on the Subjects' Health-Promoting Behaviors

(n = 253)

Variables	B	p	Exp (B)	Confidence interval	
				Lower	Upper
Age (actual number)	-.17	.560	0.72	0.42	1.58
Education (0: ≤ elementary, 1: ≥ middle)	.06	.932	1.30	0.46	2.47
Current job (0: no, 1: yes)	-.06	.741	0.92	0.43	1.40
Living arrangement (1) (0: Alone, 1: with spouse)	.23	.045	1.29	0.51	3.15
Living arrangement (2) (0: alone, 1: with another families)	.53	.016	1.76	0.84	3.36
Subjective health status (0: ≥ moderate, 1: < moderate)	.36	.006	2.33	0.95	3.13
Sense of mastery (0: low level, 1: high level)	.23	.015	1.65	0.25	3.04

먼저 본 연구에서는 도시지역 취약계층 여성노인의 자기통제감은 15.8점으로 나타났다. 5개 대도시의 노인종합복지관과 노인정의 60세 이상 노인을 대상으로 조사한 Jang, Lee, Yoon 과 Kim(2008)의 연구에서는 자기통제감이 18.3점인 것과 비교해 볼 때, 이 연구의 대상자인 의료급여 수급자 노인층이 더 낮은 자기통제감을 가지고 있다고 볼 수 있다. 따라서 도시 취약계층 여성노인들의 자기통제감을 고취시키기 위한 프로그램이 필요성을 시사한다고 하겠다.

여성노인이 혼자 생활하는 경우는 배우자와 함께 생활하거나 배우자를 제외한 가족과 함께 생활하는 경우보다 낮은 수준의 자기통제감을 보였는데($p = .034$), 이와 같은 결과는 혼자 생활하는 여성노인들은 지지체계의 결손으로 자기통제감의 정도가 낮다는 Yang(2005)의 연구결과와 일치하며, 가족 지지가 노인들의 자기통제감을 향상시켜줄 수 있는 중요한 요인이라고 한 Chung(2001)의 연구를 지지하는 것이라 볼 수 있다. 특히 독거노인일 경우 가족의 지지 체계를 대신해 줄 수 있는 사회적 지지 자원을 제공하는 것이 매우 중요하다고 할 수 있다.

주관적 건강상태는 노년기 삶의 질을 평가할 수 있는 좋은 자료가 될 뿐만 아니라, 기능적 건강 및 의료진의 건강평가와도 상관관계가 있는 것으로 보고되고 있어, 노인의 건강상태를 평가할 수 있는 지표로 널리 이용되고 있다. 본 연구에서는 주관적 건강상태가 보통 이하라고 답한 여성노인이 160명(63.3%)으로, 저소득층 독거노인의 과반수 이상이 자신의 건강상태를 부정적으로 지각하고 있다고 한 Lee 등(2008)의 연구결과와 일맥상통하였다.

또한 본 연구에서 주관적 건강상태를 양호하게 지각하는 여성노인이 그렇지 않은 경우보다 높은 자기통제감을 나타내었다($p = .016$). 주관적 건강상태와 자기통제감에 관계에 대한 선행연구가 없어 비교하기는 어렵지만, 농촌 여성노인을 대상으로 한 Yang(2005)의 연구에서 건강유지를 위한 자신감이 높은 여성노인일수록 자기통제감이 높다고 하여 자기통제감은 건강에 대한 인식이나 신념과 관련이 있는 것으로 생각된다.

본 연구에서 도시 취약계층 여성노인의 건강증진행위 점수는 0점에서 7점 사이의 범위 중 3.8점으로 나타났다. 노인을 대상으로 본 연구와 같은 도구로 측정한 다른 선행연구가 없어 직접 비교하기는 어렵지만, 취약계층 노인은 일반노인에 비해 건강증진 행위를 잘 수행하지 않으며(Park & Lee, 2003), 미국의 취약계층 노인 역시 중산층 노인보다 건강증진행위 점수가 낮다는 선행연구(Pullen, Walker, & Fiandt, 2001)가 있어 추후 반복 연구를 제안하는 바이다.

본 연구에서 도시 취약계층 여성노인의 건강증진행위 점수

는 배우자를 제외한 다른 가족과 동거하는 경우가 가장 점수가 높았으며 그 다음이 배우자와 동거하는 경우, 혼자 사는 경우의 순으로 나타났다($p = .021$). 또한 주관적 건강상태를 보통 이상이라고 답한 대자가 그렇지 않은 대상자에 비하여 높은 건강증진행위를 나타냈다($p = .025$). 이는 동거 유무에 따라 건강증진행위에 유의한 차이가 있다고 한 연구(Jeon, Lee, Hong, & Jang, 2007)와 일관된 결과이다. 따라서 노인의 건강증진행위에 대한 심층적 자료분석을 통해 서로 다른 연구결과가 나타난 원인을 규명하고 노인의 어떤 특성에 따라 건강증진행위가 어떤 차이를 나타내는지에 대한 계속적인 반복연구가 필요하다고 하겠다.

또한 취약계층의 노인은 경제적, 환경적으로 어려운 상황에 놓여있어 건강증진행위를 잘 수행하지 않기 때문에 더욱 건강에 대한 위협을 받으므로 취약계층 노인이 건강증진행위를 실천하도록 촉진하는 중재와 건강증진 프로그램을 개발하고 지원하는 정책이 필요하겠다.

본 연구에서는 대상자의 건강증진행위 중 식습관($p = .048$), 운동($p = .005$), 흡연($p = .043$) 및 음주($p = .013$) 요인에 따라 자기통제감 정도가 유의하게 차이가 있었다. 즉, 높은 자기통제감을 가진 노인이 식습관, 운동, 흡연, 음주 관련 건강증진행위를 더 잘 실천하고 있었다.

자기통제감과 건강증진행위에 대한 국내 선행연구는 없지만 Seeman와 Seeman(1983)는 자기통제감이 높은 사람일수록 금연, 규칙적 식사, 운동, 정규 검진과 같은 건강한 생활습관을 가질 가능성이 크다(Jang, Lee, Yoon, & Kim, 2008, 재인용)고 하여 본 연구결과가 지지되었다.

먼저 규칙적으로 식사를 하는 대상자가 불규칙적으로 식사하는 대상자보다 자기통제감 정도가 높게 나타났다($p = .048$). Kang과 Lee(2005)는 경제적으로 빈곤한 노인이 아침식사를 거르고 있으며 스스로 규칙적인 식사를 하고자하는 통제능력이 낮은 것으로 보고하였다. 이는 Hong(2004)의 연구에서 식사를 규칙적으로 하고 있는 노인층은 불규칙적인 식사를 하는 노인층보다 자가간호를 하고자 하는 의도가 더 높은 것으로 나타난 것과 연결하여 생각해 볼 수 있다. 따라서 취약계층 노인의 자기통제감을 증진시키는 접근을 통하여 올바른 식습관 형성과 실천을 유도하여야 할 것이다.

본 연구에서는 운동을 전혀 하지 않는 도시 취약계층 여성노인보다 자주 운동을 하는 여성노인의 자기통제감 정도가 높은 것으로 나타났다($p = .005$). 한편 Shin 등(2006)은 저소득층 여성노인이 건강증진을 위하여 가장 많이 관심을 가지는 것이 운동이라고 하여 취약계층 노인들이 운동에 대한 관심과 필요

성은 느끼지만 실천하지 못하고 있을 가능성이 있다고 볼 수 있다. 따라서 취약계층 노인의 자기통제감을 향상시킴으로 운동을 실천하게 할 수 있도록 하는 프로그램의 개발이 시도될 필요가 있다고 본다.

도시 취약계층 여성노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로는 동거형태($p < .05$), 주관적 건강상태($p < .01$), 자기통제감($p < .05$)로 나타났다. 특히 자기통제감은 인성과 달리 변화 가능하며 Reich와 Zautra(1989)의 연구에 의하면 노인들을 대상으로 한 교육적 개입으로 자기통제감을 향상시킬 수 있다고 하였다. 이처럼 증진된 자기통제감은 노인이 처할 수 있는 다양한 스트레스 상황에 적용이 가능하기 때문에 그 가치가 더 크다고 볼 수 있다(Jang, Lee, Yoon, & Kim, 2008). 따라서 도시 취약지역 여성노인의 자기통제감을 사정하고 증진시키는 접근법은 건강증진행위를 도모하기 위한 효과적 방법으로 될 수 있을 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 도시 취약지역 여성노인의 자기통제감과 건강증진행위의 정도를 알아보고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하는 서술적 조사연구이다. 연구대상은 D시에 거주하는 60세 이상의 의료급여 대상 여성노인이며, 2007년 11월 1일부터 12월 30일까지 D시 S보건소의 협조를 받아 방문건강요원과 연구보조원 5명이 함께 대상자를 방문하여 서면동의를 구한 다음 구조화된 설문지를 이용하여 일대 일 면담을 통하여 253명의 자료를 수집하였다.

연구결과를 살펴보았을 때, 도시지역 취약 여성노인의 자기통제감이 낮고 건강증진행위 실천이 저조함을 알 수 있고, 도시지역 취약 여성노인 중 혼자 생활하고 있는 경우, 건강상태를 보통 이하로 인식하는 경우 자기통제감이 낮았다. 또한 혼자 생활하는 경우는 건강증진행위 점수 역시 낮아 독거노인의 취약성을 다시 한 번 확인할 수 있었다. 도시지역 취약 여성노인의 경우 식습관, 운동, 현재 흡연 유무, 현재 음주 유무가 자기통제감과 관련이 있어 자기통제감을 높이는 중재를 통하여 이상과 같은 건강증진행위를 도모할 수 있을 것으로 사료된다. 또한 도시지역 취약 여성노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 동거형태, 주관적 건강상태, 자기통제감으로 나타났다.

따라서 도시지역의 혼자 살고 있는 취약노인을 대상으로 자기통제감을 증진시킬 수 있는 간호중재가 필요하며 이를 통하

여 건강증진행위를 보다 효율적으로 증진시킬 수 있다고 사료된다.

그러나 본 연구결과를 해석하는데 있어서 몇 가지 제한점이 고려되어야 한다. 본 연구는 일 지역의 임의집단을 대상으로 하였고 횡단적인 연구방법에 의해 수행되었기 때문에 결과의 일반화 및 인과관계 유추에 제한이 따른다. 따라서 대표성이 높은 대규모의 연구대상자를 확보하여 재확인해 볼 필요가 있으며, 종단적인 연구를 통한 자기통제감과 다른 변인들의 변화와 궤적을 다시 살펴볼 필요가 있다. 또한 본 연구에서 자기통제감의 영향요인을 다양한 각도에서 조명하였지만 자기통제감의 변량 중 많은 부분이 설명되지 않는 않았다. 후속연구에서는 본 연구에서 다루어지지 않은 다른 변인에 대한 체계적인 검증이 요구된다.

REFERENCES

- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relation of physical health and health practice. *Preventive Medicine, 1*(3), 409-421.
- Chung, H. J. (2001). Relationship of sense of mastery, resources, and appraisal with psychological adjustment of female elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society, 18*(3), 74-89.
- Choi, Y. H. (2003). The correlation study on health-promoting lifestyle profile and self-esteem of the elderly in urban area. *Journal of Health Welfare, 8*, 1-10.
- DeSocio, J., Kitzman, H., & Cole, R. (2003). Testing the relationship between self-agency and enactment of health behaviors. *Research in Nursing & Health, 26*, 20-29.
- Hong, J. Y. (2004). Health and nutrition for elderly. *Korean Industrial Health Association, 191*, 32-38.
- Hwang, M. H., & Doh, B. N. (2000). A study of perceived health status, social support, and self care agency of the aged. *The Journal of Kyungpook Nursing Science, 4*(1), 43-58.
- Jang, Y., Lee, J., Yoon, H., Kim, S. Y. (2008). Determinants of sense of mastery in later life. *Journal of the Korean Gerontological Society, 28*(4), 1055-1068.
- Jeon, K. S., Lee, H. K., Hong, B. K., & Jang, S. R. (2007). Community Health Promotion Program for Vulnerable Women. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, 24*(3), 99-118.
- Kang, N. E., & Lee, T. Y. (2005). The Analysis of effect on nutrition education program for the elderly in Sung-nam Area. *Korean Journal of Food and Nutrition, 18*(4), 357-367.
- Kim, H. R. (2003). *A study on the health status for the rural elderly*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Kim, S. H. (2001). *A study on the relationship between satisfaction of life and health promoting behavior of the old*. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.
- Lee, B. Y., Jo, H. S., Lee, H. J., & Yoo, S. H. (2008). Health promotion priorities of older adults in a rural community. *The*

- Journal of Korean Community Nursing*, 19(1), 57-65.
- Lee, M. S. (2000). *Sense of mastery and depression in community dwelling elders*, Unpublished master's thesis, Wonkwang University, Iksan.
- Ministry for Health and Welfare (2007). Statistical yearbook of health and welfare 2007.
- Park, K. M., & Ha, E. K. (2004). Ability of self care and health promotion lifestyle for vulnerable elderly in urban community. *Korean Public Health Researches*, 30(1), 96-103.
- Park, J. S., & Lee, H. R. (2003). A comparative study on a health promoting lifestyle and perceived health status between high and low income elderly. *The Journal of Korean Community Nursing*, 14(1), 157-166.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pullen, C., Walker, S. N., Fiandt, K. (2001). Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family & Community Health*, 24(2), 49-72.
- Reich, J. W., & Zautra, A. J. (1989). A perceived mastery intervention for at-risk older adults. *Psychology and Aging*, 4(4), 415-424.
- Skaff, M. M., Mullan, J. T., Fisher, L., & Chesla, C. A. (2003). A contextual model of mastery beliefs, behavior, and health: Latino and European Americans with type 2 diabetes. *Psychology and Health*, 18(3), 295-312.
- Schieman, S., & Turner, H. A. (1988). Age, disability, and the sense of mastery. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 169-186.
- Seeman, M., & Seeman, T. E. (1983). Health behavior and personal autonomy: A longitudinal study of the sense of mastery in illness. *Journal of Health and Behavior*, 24, 144-160.
- Seo, I. S. (2000). Health knowledge level and health - promoting behavior of the elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 20(2), 1-28.
- Shin, D. H., Choi, S. B., Kim, G. Y., Lee, H. Y., Kim, S. S., & Nam, C. H. (2006). The analysis of primary factors affecting health knowledge and health behavior of the elderly. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 23(4), 67-87.
- Shin, K. R., & Kim, J. S. (2001). A study on health concern, self-rated health, health status, and health promotion behavior of elderly women in urban area, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(5), 869-830.
- Yang, S. M. (2005). *Factors influencing sense of mastery of elders in rural areas*. Unpublished master's thesis, Kyunghee University, Seoul.