

노인의 연령정체성과 노화에 대한 태도가 건강증진프로그램 참여에 미치는 영향

한지나[†]

신라대학교 사회복지학과

The effects of age identity and attitude toward aging on the use of health promotion in late life

Jina Han[†]

Department of Social Welfare, Silla University

<Abstract>

Objectives: It has been found that health promotion interventions are effective to decrease morbidity among older people. The acceptability of interventions are, however, still troublesome for achievement of efficacy of health promotion interventions. The current study examines the effects of age identity and attitude toward aging on the use of health promotion programs among older people. **Methods:** Data from the Survey of Living Conditions of Korean Older Persons were used. Logistic regression models were tested using a nationally representative sample of 9,461 community-dwelling older individuals who are 65 years old and over. **Results:** Older individuals who have younger age identity and more negative attitude toward aging were less likely to use health promotion programs, after adjusting the effects of other predisposing, enabling, and need factors such as demographic characteristics and personal health characteristics. **Conclusions:** Strategies for mitigating the possible effects of age identity and attitude toward aging on the acceptability of health promotion programs are also discussed.

Key words: health promotion programs, age identity, attitude toward aging, older people

I. 서론

건강증진(health promotion)이란 사람들이 스스로의 건강과 건강에 영향을 미치는 요인들에 대한 통제력을 증가시킴으로써 더 나은 건강상태를 유지할 수 있도록 하는 과정을 의미한다 (World Health Organization, 2005). 건강증진프로그램은 건강행위를 변화시키고 생활양식을 향상시키기 위해 만들어진 프로그램들로서, 건강정보에 대한 집단적 교육, 1:1 관리, 홍보 및 캠페인, 건강한 생활환경 조성 및 지원 등의 형태로 서비스가 전달된다 (Seon et al., 2014). 여러 연구들을 통해 노인들을 대상으로 한 건강증진프로그램들의 효과성이 검증된 바 있는데, 예를 들면, 건강증진프로그램에 참여한 노인들은 참여하지 않은 노인들에 비해 건강증진행위를 더 많이 하거나 건강상태가 더 좋았을 뿐 아니라 (Park & Oh, 2005; Ory, Hoffman, Hawkins, Sanner, & Mockernhaupt, 2003), 낙상을 예방하는 데에도 효과도 있었다(Gillespie et al., 2003). 또한, 담배를 끊거나 운동을 하는 등의 건강행위를 하는 노인들은 건강행위를 하지 않는 노인들에 비해 더 오래 살며, 삶의 질이 더 높았다 (Kahana et al., 2002; Taylor, Hasselbald, Henley, Thun, & Sloan, 2002). 노인들을 대상으로 한 건강증진프로그램이 노인들의 건강행위 및 생활양식을 변화시킬 수 있고, 이를 통해

Corresponding author : Jina Han

140 Baegyang-daero 700beon-gil, Sasang-gu, Busan, South Korea

주소: 부산광역시 사상구 백양대로 700번길 140

Tel: +82-51-999-5828, Fax: +82-51-999-5422, E-mail: hanjina7@silla.ac.kr

• Received: October 31, 2015

• Revised: December 12, 2015

• Accepted: December 21, 2015

노인들이 더 건강하고 행복한 삶을 누릴 수 있다고 연구들이 밝혀왔지만, 노인들은 젊은 사람들에 비해 건강증진프로그램과 같은 예방차원의 서비스를 덜 받는 경향이 있었다 (Levy & Myers, 2004).

Levy(2003)는 Stereotype embodiment theory를 통해 사회에 만연한 연령차별주의의 대표적인 형태인 노인에 대한 부정적인 편견이 아동기 때부터 다양한 경험을 통해 내재화되어 있다가, 개인이 노년기에 접어들었을 때 본인의 노화를 향한 태도(self-perception of aging)로 나타날 수 있다고 하였다. 본 연구에서는 이러한 노화에 대한 부정적인 편견이 건강증진프로그램 참여에 영향을 미칠 수 있다고 가정한다. 먼저, 노인들은 노인들을 위한 건강증진프로그램에 참여한다는 것 자체가 스스로 노인이 되었다는 것을 인정하는 것이고, 이는 본인의 역연령보다 젊은 연령정체성을 위협하는 것이기 때문에 건강증진프로그램에 참여를 꺼려할 수 있다. 예를 들어, 낙상예방프로그램에 참여하는 것을 원하지 않는 노인들을 대상으로 한 연구에서는 낙상예방프로그램에 참여함으로써 젊은 연령정체성이 손상될까 두려워 프로그램에 참여하지 않은 경우도 있었다(Bunn, Dickinson, Barnett-Page, & Horton, 2008). 반대로 기존의 노인에 대한 부정적인 이미지만 ‘병듦’, ‘약함’ (Bengtson, Reedy, & Gordon, 1985) 에 스스로 얽매어 노인은 건강하기보다는 병드는 것을 자연스러운 노화로 받아들이며 건강증진이나 예방 차원의 서비스를 받기에는 너무 늙었다고 생각하며 적극적으로 건강증진프로그램에 참여하기 힘들어 할 수 있다. 노화와 관련하여 기대가 낮은 사람들은 건강행동도 덜 할 뿐 아니라 (Kim, 2007), 노화 관련 질병을 치료하고 예방하기 위해 의료전문가를 만나는 것을 덜 중요시 생각하기도 한다 (Goodwin, Black, & Satish, 1999; Sarkisian, Hays, & Mangione, 2002). 노화에 대한 태도 혹은 노화에 대한 만족도는 콜레스테롤 검사나 유방암 검사 등과 같은 예방차원의 의료서비스 이용에 영향을 미치는 요소이기도 하다 (Kim, Moored, Giasson, & Smith, 2014).

이처럼 선행연구들은 노화에 대한 인식이 건강행위와 건강검진 등의 행동에 미치는 영향을 검증하였는데, 건강증진프로그램의 참여여부에 영향을 미치는 요인들을 탐색한 연구는 부족할 뿐 아니라, 연령차별주의에서 비롯된 연령정체성이나 노화에 대한 태도가 건강증진프로그램의 참여여부에 영향을 미치는지에 관한 국내 연구는 거의 없는

실정이다.

Andersen(1995)의 행동모형(Anderson Model or Behavior Model of Service Utilization)은 의료서비스 및 사회서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 파악하는데 주로 활용되는데, Andersen의 행동모형에서는 서비스 이용과 관련한 요인을 소인요인, 가능성요인, 욕구요인으로 나뉘질 수 있다고 설명한다(Andersen, 1995). 소인요인은 의료욕구가 생겨나기 전부터 개인의 의지와 상관없이 이미 가지고 있는 인구사회적 특성을 의미하고, 가능성요인은 의료욕구가 발생했을 때 의료서비스를 이용할 수 있도록 하는 수단과 능력에 관한 요인으로 소득, 가족자원 같은 경제사회적 특성 등을 의미한다. 욕구요인은 의료서비스를 이용하도록 하는 직접적인 요인이 되는 개인의 장애나 질병의 수준, 위험성 등을 의미한다(Andersen, 1995).

본 연구에서는 Andersen의 행동모형을 기반으로 하여 노인의 건강증진프로그램 참여에 영향을 미치는 요인을 탐색하는데, 가능성 요인으로써 고려될 수 있는 연령정체성과 노화에 대한 태도가 건강증진프로그램 참여여부에 영향을 미치는지 초점을 두고 살펴보고자 한다. 본 연구의 결과를 통해 노인들을 대상으로 하는 건강증진프로그램을 기획하는데 있어서 참여도를 높일 수 있는 방안을 모색하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구대상

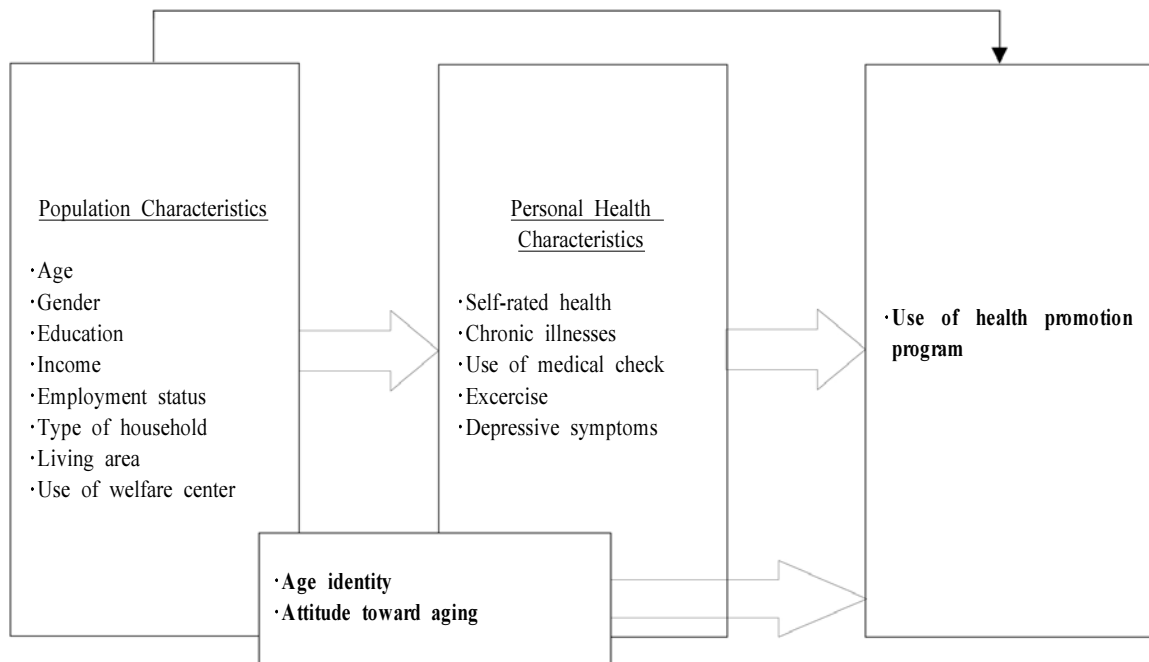
본 연구는 전국노인실태조사의 2008년도와 2011년도 자료를 이용하였다. 노인실태조사는 노인생활실태 및 복지욕구를 파악하기 위해 전국 16개 시, 도의 일반주거 시설에 거주하는 만 60세 이상의 노인을 대상으로 한국보건사회연구원에서 실시한 조사이다. 노인실태조사는 1994년, 1998년, 2004년에 비정기적으로 전국규모로 실시되어왔으나, 2007년 노인복지법 제5조를 통해 매 3년마다 노인실태조사를 실시하는 것이 법제화 되었다. 2008년도 노인실태조사를 1차 년도 패널로 시작으로, 2차 년도인 2011년에도 1차 년도 조사에 참여하였던 연구 참여자들을 대상으로 조사를 실시하여 종단연구의 성격을 갖게 되었다. 하지만, 3차 년도인 2014년도에는 패널 조사를 하지 않음으로써, 즉,

1, 2차 년도의 샘플을 그대로 연구대상자로 포함시키지 않고, 새로운 샘플 프레임 구성하여 횡단연구의 성격으로 조사가 실시되었다. 그러므로 노인실태조사 패널 자료는 2008년과 2011년에만 조사된 상태이다. 본 연구에서 초점을 맞추고 있는 노화에 대한 태도는 2008년도에만 조사가 되었고, 건강증진프로그램 참여여부는 2011년도에만 조사가 되었기 때문에, 본 연구는 건강증진프로그램 참여 여부에 대해 조사한 2011년 자료를 중심으로 노화에 대한 태도 질문이 포함된 2008년도 자료를 함께 사용하여 노인의 연령정체성과 노화에 대한 태도가 건강증진 프로그램의 참여 여부에 미치는 영향을 검증하였다. 2008년에 조사가 실시된 패널 총 15,142명 중 10,003명 (66%)이 2011년 조사에 참여하였는데, 3년간 902명이 사망하였으며, 236명이 장기요양 입소나 입원 등으로 지역사회조사에서 제외되었다 (Korean Institute for Health and Social Affairs, 2011). 2008년도 기준

60세 이상이었던 노인들의 자료가 종단자료로 구축되었지만, 본 연구는 2011년 조사 시점에서 만 65세 미만인 참여자를 제외한 9,461의 참여자의 자료를 이용하여 분석하였다.

2. 변수

본 연구에서는 Andersen(1995)의 행동모형을 사용하여 노인들의 건강증진프로그램 참여에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 통제하면서 노화에 대한 태도와 연령정체성의 영향이 유의미한지 살펴보았다. 소인요인으로 인구사회학적 변수, 가능성요인으로 소득, 건강행위 및 노인복지관 이용, 욕구요인으로 건강관련특성을 모델에서 설명하면서, 또 다른 가능성요인으로 연령차별주의에서 비롯된 연령정체성과 노화에 대한 태도가 건강증진프로그램 참여여부에 미치는지를 살펴보았다.



<Figure 1> Framework of study

1) 종속변수: 건강증진프로그램 참여여부

건강증진프로그램 참여여부는 2011년 조사에서 포함된 “지난 1년간 보건(지)소, 경로당, 노인복지관, 사회복지관, 병원 등에서 실시하는 노인 건강증진 프로그램이나 건강

관련 교육 프로그램 등에 참여하신 경험이 있으십니까?”라는 질문에 대한 응답을 이용하였다. 응답으로 “있다”와 “없다” 중 하나를 선택할 수 있었다.

2) 독립변수: 연령정체성과 노화에 대한 태도

연령정체성은 2011년도에 조사에 포함된 “귀하께서는 노인은 몇 세 이상이라고 생각하십니까?”라는 질문에 대한 응답을 만 연령으로 부터 차감한 후의 값을 이용하여 조작화 하였다. 그 값이 0 혹은 양수이면 본인이 생각하는 노인의 연령대에 본인이 속하는 것을 의미하기 때문에 노인 정체성(older identity)으로 분류하여 0이라 코딩하였고, 음수이면 본인이 생각하는 노인의 연령대에 본인이 속하지 않음을 의미하기 때문에 젊은 정체성(younger identity)으로 분류하여 1이라 코딩하였다.

노화에 대한 태도는 “늙는다는 것은 무기력하고 쓸모없어 지는 것이다”라는 문장에 얼마나 동의하는지의 질문에 대한 응답을 사용하였다. 이 질문은 2011년 조사에서 포함되지 않았고, 2008년도에만 조사가 되었기 때문에 2008년도 조사 자료를 이용하였다. 응답은 1) 매우 그렇다, 2) 그런 편이다, 3) 그저 그렇다, 4) 그렇지 않은 편이다, 5) 전혀 그렇지 않다 중 하나를 선택할 수 있었고, 점수가 커질수록 노화에 대해 긍정적인 태도를 보인 것이라 할 수 있다.

3) 통제변수

인구사회학적 특성으로 연령, 성별, 독거여부, 교육수준, 취업여부, 거주 지역, 소득, 노인복지관 이용 여부를 포함하였고, 건강 특성을 위해 주관적 건강, 질병개수, 우울증상, 건강검진 여부, 운동여부를 포함하였다. 소득은 가구연총소득을 5분위에 따라 나눠 재코딩 한 것을 사용하였고 분위가 커질수록 소득수준이 높은 것을 나타낸다. 주관적 건강은 자신의 건강상태에 대해 (1)매우 건강하다 부터 (5)건강이 매우 나쁘다 까지 다섯 항목 중 하나를 선택하도록 하였고, 질병개수는 의사에 의해 진단 내려진 적이 있는 만성질환의 총합을 사용하였다. 우울증상은 한국형 노인우울척도 단축형 (Short Geriatric Depression Scale-K; Cho et al., 1999)의 15항목을 사용하여 측정하였고 신뢰도는 $\alpha=0.906$ 로 높은 편이었다. 건강검진 여부는 지난 2년간 건강검진 여부로 측정하였다.

3. 자료분석방법

본 연구는 연령차별주의에서 비롯된 연령정체성과 노화에 대한 태도가 노인들의 건강증진 프로그램 참여에 미치는 영향을 분석하였다. 이를 위해 전국노인실태조사의 2008, 20011년도 자료를 이용하여 기술통계, t 검증, 교차분석과 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 노화를 향한 태도 변수만 2008년도 자료를 이용하고, 다른 모든 변수들은 2011년 자료를 이용하였다. 샘플과 변수들의 특성을 기술통계를 통해 빈도, 백분율, 평균, 표준편차로 나타냈고, 독립변수 및 통제변수별 건강증진프로그램 참여여부의 차이는 t검증과 교차분석을 실시하였다. 노인들의 건강증진프로그램 참여여부에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였고 모형의 적합도 검증 (Hosmer and Lemeshow Goodness-of-fit)을 함께 수행하였다. 모든 분석은 SPSS21를 사용하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 9461명으로 만65세부터 101세까지의 범위로 평균 연령이 약 74세였고, 여자가 약60%로 남자보다 다소 많은 편이었다. 노인 정체성을 지닌 대상자가 약 70%로 젊은 정체성(30%)을 가진 대상자보다 많았다. 노화에 대한 태도의 평균은 2.61(sd=0.92)이었다. 대상자들의 주관적 건강상태 평균은 3.2였고, 평균적으로 2.63개의 질병을 가지고 있었다. 또한 대상자들은 평균적으로 5.21개의 우울증상을 경험하고 있었다. 전체 대상자의 13.7%가 지난 1년간 건강증진프로그램이나 건강교육 프로그램에 참여한 적이 있었고, 각 변수들마다 건강증진프로그램 참여여부의 차이검증은 유의하였으나 운동여부, 질병개수, 노화에 대한 태도 변수는 그룹 간 유의한 차이가 없었다.

<Table 1> Sample characteristics by the use of health promotion programs

Variable (Range)	Total	Mean(SD) or %		(t or χ^2)
		Use of health promotion program		
		No(86.3%)	Yes(13.7%)	
Age (65-101)	74.47(6.04)	74.34(6.10)	75.28(5.65)	-5.50***
Gender				
Male	40.2%	88.8%	11.2%	33.70***
Female	59.8%	84.6%	15.4%	
Education				
Elementary school or below	72.8%	84.8%	15.2%	44.87***
Middle school or above	27.2%	90.2%	9.8%	
Income (1-5)	2.81(1.42)	2.83(1.42)	2.68(1.41)	3.36**
Employment status				
Not working	66.1%	87.3%	12.7%	17.55***
Working	33.9%	84.2%	15.8%	
Type of household				
living together	74.4%	87.2%	12.8%	21.58***
living alone	25.6%	83.5%	16.5%	
Living area				
Eup & Myun area	40.3%	81.4%	18.6%	125.64***
Dong area	59.7%	89.5%	10.5%	
Welfare center for elderly				
No	91.3%	87.3%	12.7%	95.49***
Yes	8.7%	75.1%	24.9%	
Exercise				
No	52.6%	86.5%	13.5%	0.51
Yes	47.4%	86.0%	14.0%	
Medical check				
No	18.8%	90.1%	9.9%	26.84***
Yes	81.2%	85.4%	14.6%	
Self-rated health (1-5)	3.20(1.00)	3.21(1.00)	3.12(0.99)	3.10**
Chronic illnesses (0-14)	2.63(1.79)	2.63(1.80)	2.66(1.78)	-0.55
Depressive symptoms (0-15)	5.21(4.60)	5.30(4.63)	4.62(4.39)	5.13***
Attitude toward aging (1-5)	2.61(0.92)	2.61(0.92)	2.65(0.92)	-1.66
Age identity				
Younger	29.8%	85.0%	15.0%	27.90***
Older	70.2%	89.1%	10.9%	

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

2. 건강증진프로그램 참여에 영향을 미치는 요인

건강증진프로그램 참여에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, <Table 2>와 같이 만 연령, 성별, 교육수준, 고용상태, 거주 지역, 노인복지관 이용, 건강검진 이용, 우울증상, 연령정체성, 노화에 대한 태도가 통계적으로 유의미하게 지난 1년 동안의 건강증진프로그램 참여여부에 영향을 미쳤다. 인구사회학적 특성 중에서는 나

이가 많을수록 건강증진프로그램에 더 참여하려는 경향이 있고, 여성노인에 비해 남성노인이, 초등학교 이하의 학력을 가진 노인들에 비해 중고등학교 이상의 학력을 가진 노인들이 건강증진프로그램에 참여한 비율이 높았다. 일을 하고 있는 노인들이 일을 하고 있지 않은 노인들에 비해 프로그램에 참여한 비율이 높았고, 동지역보다는 읍면지역에 거주하는 노인들이 건강증진프로그램에 참여한 비율이 높았다. 노인

복지관을 이용하는 노인들일수록 이용하지 않은 노인들에 비해 건강증진프로그램에 참여비율이 높았고, 지난 2년 동안 건강 검진을 한 적이 있는 노인들일수록 한 적이 없는 노인들에 비해 참여비율이 높았다. 건강상태와 관련해서는 주관적 건강상태와 질병개수는 유의미하게 영향을 미치지 않았고, 우울증상만 유의미하였는데, 노인들이 우울증상을 많이 가질수록 건강증진프로그램에 덜 참여하였다.

이와 같이 건강증진프로그램 참여여부에 영향을 미치는 인구사회학적 특성과 건강 특성 변수를 통제한 상태에서 연령정체성과 노화에 대한 태도 모두 건강증진 프로그램 참여여부와 통계적으로 유의미한 관계가 있었다. 연령정체성과 관련해서는 젊은 연령정체성을 가진 노인들이 노인 연령정체성을 가진 노인들에 비해 건강증진프로그램에 참

여한 비율이 낮았다 (OR = 0.84, 95% CI = 0.71-0.99). 또한 노인들이 노화에 대한 태도를 긍정적으로 인식할수록 건강증진 프로그램에 참여한 비율이 높아졌다 (OR = 1.09, 95% CI = 1.02-1.20). <Table3>에 나타난 것처럼 연령정체성에 따라 모델을 분석했을 때는 노인 연령정체성을 가지고 있는 노인집단에서만 노화에 대한 태도가 건강증진프로그램 참여에 영향을 미쳤다. 노인 연령정체성을 가지고 있는 노인은 노화에 대한 태도가 긍정적일수록 건강증진 프로그램에 참여한 비율이 높았다 (OR = 1.11, 95% CI = 1.03-1.20). 통제변수들에서도 영향을 미치는 변수들에 있어서 차이가 있는 편이었는데, 성별, 교육, 주관적 건강상태, 우울증상은 노인 연령정체성을 가지고 있는 노인집단에서만 유의미하게 건강증진프로그램에 영향을 미쳤다.

<Table 2> Simple logistic regression of the use of health promotion programs onto predictors and controls

Variable	Classification	Use of health promotion program	
		Odd ratio	95% CI
Age		1.03 ^{***}	(1.02-1.04)
Gender	Female	-	-
	Male	0.71 ^{***}	(0.61-0.82)
Education	Elementary school or below	-	-
	Middle school or above	0.75 ^{**}	(0.63-0.88)
Income		0.99	(0.94-1.05)
Employment status	Not working	-	-
	Working	1.19 [*]	(1.03-1.37)
Type of household	Living together	-	-
	Living alone	1.04	0.88-1.23)
Living area	Uep & Myun area	-	-
	Dong area (urban)	0.54 ^{***}	(0.47-0.62)
Welfare center for elderly	No	-	-
	Yes	2.28 ^{***}	(1.91-2.73)
Exercise	No	-	-
	Yes	1.11	(0.98-1.27)
Medical check	No	-	-
	Yes	1.46 ^{**}	(1.22-1.75)
Self-rated health		0.93	(0.87-1.01)
Chronic illnesses		1.03	(0.99-1.07)
Depressive symptoms		0.97 ^{***}	(0.95-0.98)
Age identity	Younger	0.84 [*]	(0.71-0.99)
	Older	-	-
Attitude toward aging ¹⁾		1.09 [*]	(1.02-1.20)
-2LL		7107.383	
χ^2 (Hosmer & Lemeshow test)		13.058 (p=.110)	

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

<Table 3> Simple logistic regression of the use of health promotion programs onto predictors and controls by age identity

Variable	Use of health promotion program			
	Older identity(70.2%)		Younger identity(29.8%)	
	Odd ratio	95% CI	Odd ratio	95% CI
Age	1.02*	(1.00-1.03)	1.07***	(1.04-1.09)
Gender				
Female				
Male	0.64***	(0.57-0.82)	0.78	(0.60-1.01)
Education				
Elementary school or below				
Middle school or above	0.72**	(0.58-0.89)	0.82	(0.62-1.09)
Income	1.02	(0.95-1.08)	0.94	(0.85-1.04)
Employment status				
Not working				
Working	1.11	(0.94-1.32)	1.37*	(1.06-1.77)
Type of household				
living together				
living alone	1.08	(0.89-1.32)	0.96	(0.70-1.34)
Living area				
Eup & Myun area				
Dong area	0.54***	(0.46-0.63)	0.55***	(0.43-0.71)
Welfare center for elderly				
No				
Yes	2.15***	(1.73-2.66)	2.54***	(1.83-3.53)
Exercise				
No				
Yes	1.12	(0.96-1.30)	1.09	(0.86-1.39)
Medical check				
No				
Yes	1.42**	(1.15-1.74)	1.58*	(1.08-2.30)
Self-rated health	0.89*	(0.82-0.98)	1.03	(0.89-1.19)
Chronic illnesses	1.03	(0.98-1.08)	1.00	(0.93-1.08)
Depressive symptoms	0.96***	(0.95-0.98)	0.97	(0.94-1.01)
Attitude toward aging	1.11*	(1.03-1.20)	1.04	(0.92-1.17)
-2LL		4936.416		2160.389
χ^2 (Hosmer & Lemeshow test)		6.929 (p=0.544)		13.371 (p=.100)

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

IV. 논의

우리나라에서 건강증진사업은 보건소를 중심으로 지역 사회주민을 대상으로 금연, 절주, 운동 및 영양과 관련된 것들을 프로그램에 포함하여 실시하고 있는데 연령수준에 따라서 건강실천행위 정도에 차이가 나타난다. 노인들은 금연이나 운동실천을 측면에서 상당히 양호하지만, 음주율

이나 영양상태 및 우울증상 경험율과 자살생각율에서는 여전히 비노인계층에 비해 열악하다 (Seon et al., 2014). 기존의 여러 연구들을 통해 건강증진프로그램이 신체건강 뿐만 아니라 정신건강에도 긍정적인 효과가 있는 것으로 알려졌는데, 이러한 긍정적인 효과를 극대화하기 위해서는 노인들의 건강증진프로그램 실제 참여율은 매우 중요하다. 기존 연구들이 편의표집에 의해 연구결과를 일반화하기에

제한점을 가지면서 건강증진프로그램 참여의사나, 건강증진행위에 영향을 미치는 요인들에 대해 밝혔다면(Kim, 2007; Kim et al., 2014; Lee & Park, 2011), 본 연구는 전국을 대표하는 샘플의 자료를 이용하여 건강증진프로그램 참여의사가 아닌 실제 참여에 영향을 미치는 요인들을 탐색하고, 그 중 연령정체성과 노화에 대한 태도의 영향을 검증했다는 데에 의의가 있다.

본 연구결과를 바탕으로 건강증진프로그램의 활성화 전략에 대한 다음과 같이 제안하고자 한다. 먼저, 젊은 연령정체성을 가진 노인들이 노인 연령정체성을 가진 노인들에 비해 건강증진 프로그램에 참여한 비율이 낮았는데, 이는 스스로 노인이라고 인식하지 않은 노인은 건강증진 프로그램에 덜 참여한다는 의미이다. 비록 젊은 연령정체성은 여러 연구들을 통해 노인에게 긍정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 왔으나, 젊은 연령정체성은 사회에서 젊음을 더 가치 있는 것이라 여기는 풍조라든가, 나이듦에 대해서는 부정적으로 인식하는 등의 연령차별주의(ageism)에서 비롯된 것이라고도 볼 수 있다. Whitbourne과 Sneed(2002)는 Identity process theory를 통해 개인은 나이듦에 대한 부정적인 편견을 자신에게 반영하는 것을 피하기 위해 젊은 정체성을 가지고, 다른 노인들과 스스로를 비교하면서 중년에 가지고 있었던 긍정적인 자아상을 유지할 수 있다고 보았다. 젊은 연령정체성을 가진 노인들은 노인을 위한 건강증진 프로그램은 허약한 노인들을 위한 것이라 여기며 긍정적인 자아상을 유지하기 위해 프로그램에 참여하기 꺼려할 수 있다는 것이다. 하지만, 젊은 연령정체성을 유지하면서 얻을 수 있는 긍정적인 이득이 있을지라도 나이듦에 대해 지나치게 방어적인 자세를 취한다면 오히려 건강증진프로그램을 통해 얻을 수 있는 장점, 즉 더 나은 건강을 유지할 수 있는 기회를 놓치게 될 수도 있다. 현행 노인 건강증진 프로그램은 대상자의 상태나 욕구에 대한 사전 평가 없이 노인을 단일 집단으로 보고 운동, 요가, 춤 등의 단체교육이나 만성질환에 대한 건강강좌가 건강증진프로그램으로 적용되고 있는 실정이다 (Seon et al., 2014). 건강증진프로그램에 젊은 연령정체성을 가진 노인들의 참여를 높이기 위해서는 건강증진 프로그램이 특히 노인들을 대상으로 집중적으로 실시되는 것보다는 생애주기별로 꾸준히 제공되는 것이 바람직하겠고, 노년기에 경험할 수 있는 다양한 건강상태 또는 신체기능 상태에 따라 다양한 프로

그램이 적용되어야 할 것이다.

다음으로, 노인들이 노화에 대해 긍정적인 태도를 가질수록 건강증진 프로그램에 더 참여했는데, 이는 노화에 대한 태도가 건강증진행위에 미치는 영향과 일치한다. 기존의 노화에 대한 태도와 건강증진행위의 관계를 검증한 연구들에서도 노화에 대한 태도가 긍정적인 노인일수록 건강증진행위를 많이 한다고 밝혀졌었다 (Kim, 2007; Kim et al., 2014). 반대로 노화에 대한 태도가 부정적일수록 건강증진프로그램에 덜 참여한다는 것인데, 이는 노화에 대한 태도가 부정적일수록 노년기에 경험하는 질병이나 신체기능의 저하를 노화의 자연스러운 현상 혹은 거스를 수 없는 현상이라 여기며 건강증진프로그램의 참여에 대해 회의적인 태도를 가지기 때문일 수 있다. 특히 스스로 노인이라 인식하는 그룹에서 노화에 대해 부정적인 태도를 가질수록 건강증진프로그램에 덜 참여하는 것으로 나타난 것을 통해 노인들이 스스로 노인이라는 연령정체성을 형성하면 노화에 대해 가지고 있었던 태도를 본인에게 적용하게 되고(Levy, 2003), 건강증진프로그램 참여를 주저할 수 있다는 것을 추론해 볼 수 있겠다. 따라서 건강관련 전문가들은 노인들이 신체적, 정신적, 인지적 변화에 대해 노화의 자연스러운 현상이라 보며 자포자기적 관점에서 바라보다가 예방할 수 있는 자기선택적인 변화로 인식할 수 있도록 도울 필요가 있다. 건강관련 전문가들, 노인들의 태도의 변화가 가장 우선시 될 수 있겠지만, 더 나아가 전반적으로 사회에 만연한 노화에 대한 부정적 태도를 긍정적으로 조형해 나갈 필요가 있겠다.

건강관련 요인들 중 주관적 건강상태와 만성질환 수는 건강증진프로그램 참여여부와 관계가 유의미하지 않았다. 이는 Andersen의 행동모형에서 욕구요인인 건강관련특징이 의료서비스 이용에 중요한 요인이라는 설명과 불일치하는데, 건강증진프로그램은 예방차원의 서비스로 질병이 발생한 후 치료목적으로 이용하는 의료서비스와는 다르게 설명이 필요함을 의미한다. 하지만, 재가독거노인을 대상으로 하는 연구(Lee & Park, 2011)에서는 욕구요인인 건강관련특징은 건강증진프로그램 참여의사에 영향을 미치는 요인이었는데 본 연구결과와는 다른 결과로 후속연구를 통해 건강관련특징의 영향을 더 살펴볼 필요성을 제시한다. 본 연구에서는 실제 참여여부를 조사하였고, Lee와 Park(2011)의 연구에서는 참여의사를 측정하였다는 점

에서 결과가 다르게 나타났을 수도 있다.

본 연구의 제한점과 후속연구에 대한 제안할 점은 다음과 같다. 본 연구에서는 2차 자료의 사용으로 인해 노화에 대한 태도와 관련하여 표준화된 척도를 사용하지 못하였다. 또한 독립변수 중 하나인 노화에 대한 태도는 2008년에만 조사가 되었고, 종속변수인 건강증진프로그램 참여여부는 2011년에만 조사가 되어, 같은 연구대상자를 2008년과 2011년에 반복적으로 조사한 패널 자료를 사용하기는 하였지만 종단연구모형을 통해 인과관계를 추론하는 데에는 어려움이 있었다. 건강증진프로그램은 다양한 공급주체를 통해 제공될 수 있는데, 건강증진프로그램 참여여부에 대한 질문에서 보건(지)소, 경로당, 노인복지관, 사회복지관, 병원 등에서 실시하는 프로그램이라고 제시가 되어서 민간조직의 유료서비스로써 제공되는 건강증진프로그램의 참여여부에 대해서는 본 연구의 결과를 적용하는데 한계점이 있다. 건강증진프로그램의 제공목적, 유형, 주제 등과 같은 요인을 고려하지 않고 포괄적으로 건강참여프로그램 참여여부를 종속변수로 사용하였기 때문에 프로그램의 특성에 따라 연구결과가 달라질 수 있음을 염두에 두어야 할 것이다. 또한 후속연구에서는 건강증진프로그램의 다양한 특징에 따라 노화에 대한 태도나 연령정체성이 프로그램 참여여부에 미치는 영향이 달라지는지 탐색할 필요가 있겠다. 마지막으로, 본 연구에서는 65세 이상부터 101세까지의 노인을 모두 포함하여 단일집단으로 분석하였는데, 연소집단(65-74세), 고령집단(75-84세), 초고령집단(85세 이상)에 따라 노화에 대한 태도와 연령정체성이 건강증진프로그램 참여여부에 미치는 영향이 다르게 나타날 수 있음을 염두에 두어야 할 것이다. 후속연구에서는 연령대별 그룹 간 비교를 통해 건강증진프로그램 참여여부에 미칠 수 있는 요인들을 살펴보는 것이 필요하겠다.

V. 결론

본 연구는 노인들의 건강증진 프로그램 참여율을 향상시킬 수 있는 실천적, 정책적 방안을 제시하기 위해 연령정체성과 노화에 대한 태도가 건강증진 프로그램 참여에 영향을 미치는지 전국노인실태조사의 자료를 분석하여 다음과 같은 결론을 도출하였다. 젊은 연령정체성을 가진 노인들은 건강증진프로그램에 노인 연령정체성을 가진 노인들

에 비해 덜 참여하였고, 노인 연령정체성을 가졌다 하더라도 노화에 대한 태도가 부정적인 노인들은 건강증진프로그램에 덜 참여하는 것으로 밝혀졌다. 따라서 노인들이 젊은 연령정체성을 유지하면서도 건강증진프로그램에 참여하여 얻을 수 있는 혜택을 누릴 수 있도록 현재 노인들을 위한 건강증진프로그램이 가지고 있는 젊은 연령정체성을 위협할 수 있는 요소들을 제거해 나갈 필요가 있겠다. 또한 노인들을 포함한 전 사회적으로 노화에 대한 부정적인 태도를 긍정적으로 변화시킬 수 있도록 하는 노력과 함께 우리나라에서 건강증진프로그램을 대부분 전달하는 보건소나 노인복지관에서도 노인들의 노화에 대한 태도와 같은 인지적인 방해요소를 염두에 두고 개입해 나가야 할 것이다.

References

- Anderson, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Bengston, V. L., Reedy, M. N., & Gordon, C. (1985). Aging and self-conceptions: Personality processes and social contexts. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of The Psychology of Aging* (pp. 544-593). New York, NY: Van Nostrand Reinhold Company.
- Bunn, F., Dickinson, A., Barnett-Page, E., McInnes, E., & Horton, K. (2008). A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing & Society*, 28, 449-472.
- Cho, M. Bae, J., Seo, K., Ham, B., Kim, J., Lee, D., & Kang, M. (1999). Validation of Geriatric Depression Scale Korean version(GDS) in the assessment of DSM-III-R Major Depression. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 38(1), 48-63.
- Gillespie, L. D., Gillespie, W. J., Robertson, M. C., Lamb, S. E., Cumming, R. G., & Rowe, B. H. (2003). Interventions for preventing falls in elderly people. *The Cochran Database Systematic Reviews*, 4, CD000340.
- Goodwin, J. S., Black, S. A., & Satish, S. (1999). Aging versus disease: the opinions of older Black, Hispanic, and Non-Hispanic White Americans about the causes and treatment of common medical condition. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(8), 973-979.
- Kahana, E., Lawrence, R. H., Kahana, B., Kercher, K., Wisniewski, A., Stoller, E., . . . Stange, K.(2002). Long-term impact of preventive proactivity on quality of life of the old-old. *Psychosomatic Medicine*, 64, 382-394.

- Kim, S. (2007). The association between expectations regarding aging and health-promoting behaviors among Korean older adults. *Journal of Korean Academic Nursing*, 37(6), 932-940.
- Kim, E. S., Moored, K. D., Giasson, H. L., & Smith, J.(2014). Satisfaction with aging and use of preventive health services. *Preventive Medicine*, 69, 176-180.
- Korean Institute for Health and Social Affairs. (2011). *2011 Survey of living conditions and welfare needs of Korean older persons: User's guide*. Korean Institute for Health and Social Affairs.
- Lee, D., & Park, J. (2011). A Study on the Factors for the Elderly Living Alone at Home to Determine Their Participation in a Health Promotion Activity Program: With the application of Anderson Model. *Social Welfare Policy*, 38, 1-23.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B(4), 203-211.
- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39, 625-629.
- Ory, M., Hoffman, M. K., Hawkins, M., Sanner, B., & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 164-171.
- Park, J. S. & Oh, Y. J. (2005). The Effects of a Health Promotion Program in Rural Elderly on Health Promotion Lifestyle and Health Status. *Journal of Korean Academic Nursing*, 35(5), 543-954.
- Sarkisian, C. A., Hays, R. D., & Mangione, C. M. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1837-1843.
- Seon, W., Kim, H., Ko, S., Lee, S., Kim, D., Kim, C., . . . Nam, H. (2014). *Strategies for health care service by health status of elderly*. Korean Institute for Health and Social Affairs.
- Taylor, D. H., Hasselblad, V., Henley, S. J., Thun, M. J., & Sloan, F. A. (2002). Benefits of smoking cessation for longevity. *American Journal of Public Health*, 92, 990-996.
- Whitbourne, S. K., & Sneed, J. R. (2002). The paradox of well-being, identity processes, and stereotype threat: Ageism and its potential relationships to the self in later life. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp.247-273). Cambridge: The MIT Press.
- World Health Organization (2005). *Health Promotion International: 6th Global conference on Health promotion: The Bangkok charter for health promotion in a globalized world*. World Health Organization.