

# 예비노인 집단과 노인집단의 건강관심도 및 건강행위, 주관적인 건강상태와의 관련성 연구

김 남 진

중앙대학교 사범대학

〈 목 차 〉

I. 서 론	V. 결론 및 제언
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과	영문초록
IV. 고 찰	

## I. 서 론

최근 현대의학의 눈부신 발달과 생활습관의 개선 등으로 인하여 전체적으로 볼 때 평균수명의 연장과 과거에는 살 수 없었던 많은 사람들이 생명까지도 연장할 수 있게 되었다. 이러한 영향으로 우리나라 고령 인구는 2000년 7월1일을 기점으로 65세 이상이 7%를 넘어섰고, 2022년에는 14%를 넘을 전망이다(통계청, 2000). 이것은 유엔(UN)이 고령인구 비율 7% 이상이면 고령화 사회로 분류하는 것에 속하는 것으로 우리나라도 고령화 사회에 접어든 것을 입증하는 것이다. 그러나 고령인구의 증가와 더불어 수반되는 제반 문제중, 특히 만성퇴행성 질환은 증

가 추세에 있다. 따라서 노인의 건강문제는 치료적인 차원에서 탈피하여 예방적인 차원에서 보다 적극적인 관심의 필요성이 대두되었다. 아울러 스스로 건강관리를 하고자 하는 의식의 증가, 건강에 대한 개인의 참여와 책임감을 강조하는 의식이 확산 등 건강증진운동의 분위기가 조성되고 있다(박기수 등, 1999). 이러한 건강 노력은 건강을 유지하기 위한 행위로서 나타나고 있으며 건강을 유지 증진시키기 위해 삶의 경험을 나누고 자신을 변화시키는 것으로 받아들인다(Prohaska et al, 1985). 또한 노인들이 자신의 건강이 허약해지는 것을 기점으로 자신의 삶을 새롭고 의미있게 재구성하고 평가하려는 발달 지향적인 현상이라고 본다(최영희와 김순이, 1997). 즉 건강행위는 건강을 보호하고 증진하기 위해 취해진 행위로서 목표지향적 활동의

한 형태이며 다차원적이고 개인적이며 자발적인 예방적 건강 행위이자 행위예측을 위해 가장 중요한 가치를 지닌 개념이다(Steel & Mcbroom, 1972). 따라서 학자들은 동기를 유발할 수 있는 계기를 만들어 주고 적극적으로 건강행위를 실천할 수 있도록하여 신체적, 심리적, 사회적 상실을 회복시켜 건강하고 성공적인 노년기를 맞이하도록 해야 할 책임이 있다. 그러므로 건강행위 실천에 영향을 미치는 관련된 여러 변인에 대한 연구는 그 필요성이 크다고 할 수 있다. 특히 외국인을 대상으로 만든 도구를 번역 또는 수정하여 사용하거나 노인의 신체적인 특성에 따라 어떠한 건강행위를 하는가를 건강행위 측정도구로 사용하는 것 보다 문화적 배경에 따라 현재 한국 노인들이 상항적 맥락 내에서 행하고 있는 건강행위를 사정할 수 있는 도구를 사용하여 연구하는 것은 그 의의가 크다고 할 수 있다(김성혜, 1993). 주관적 건강상태는 임상적 건강상태와 함께 건강 수준을 예견하는 지표 중의 하나로 첫째, 객관적으로 측정된 임상검사 보다 주관적이며 둘째, 과거의 만성병 질환의 유무나 의료이용을 통해 직·간접으로 평가된 상태라는 것과 셋째, 사회경제적 상태가 높은 사람들이 개인의 건강상태를 높게 평가하는 경향이 있고(Idler & Angel, 1990) 넷째, 개인이 자가 평가한 건강상태는 실제보다 건강상태를 높게 지각하는 경향이 있다(서연옥, 1995). 이러한 제한점에도 불구하고 주관적 건강상태는 측정하기 용이하며 심지어 사망의 위험을 예측하는데도 매우 유용하다(Mossey & Shapiro, 1982; Kaplan & Camacho, 1983; Idler & Angel, 1990; Idler & Kasl, 1991; Pijls et al, 1993). 또한 객관적 건강상태를 측정하는 것보다 생리적, 생물학적 변화를 더 잘 인식하며 신경계, 내분비계, 면역체계 간의 상호작용에 보다 영향을 미치기 때문

에 건강의 사회 심리적 구성요소에 관련된 정보를 더 많이 제공할 수 있다(홍영상, 1998). Breslow와 Enstrom(1980)의 시계열 연구에 의하면 건강의 관심도가 결정되면 이건강관심도가 건강행위를 결정하고 건강행위가 건강상태를 결정한다고 하였다. 따라서 노인 인구가 증가하고 질병양상이 만성퇴행성 질병으로 전환된 지금 노인의 건강증진과 관련된 건강관심도, 건강행위, 건강상태에 대한 연구는 심도있게 이루어져야 할 필요성이 크다. 그러나 건강행위에 대한 연구는 비교적 잘 이루어져 왔으나 건강관심도와 건강행위, 건강상태와의 관계를 연구한 것은 이순영 등(1995)이 전국을 대상으로 시행한 국민건강조사 자료를 이용하여 성별로 공변량 구조 모형을 통하여 이들의 관계를 제시한 연구와 송진아(1997)의 노인의 건강관심도, 건강실천행위 및 건강상태에서 일반화 로짓 모형을 통해 이들의 관계를 분석한 연구, 박기수 등(1999)의 장애인들을 대상으로 성별에 따라 구조분석을 한 연구 등 극히 드문편이다. 특히 예비노인 집단과 노인 집단을 대상으로 진행된 연구나 한국 노인의 정서에 맞는 건강행위 도구를 사용한 연구는 찾아보기 어렵다. 이에 본 연구는 예비노인과 노인의 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강상태와의 관련성을 분석하여 건강한 노년기를 위한 복지정책의 기초자료를 제공하고자 다음과 같은 구체적인 목적으로 연구를 진행하였다.

첫째, 일반적인 특성에 따른 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강상태 정도를 파악한다.

둘째, 건강관심도에 따른 건강행위 정도를 파악한다.

셋째, 건강행위 정도에 따른 주관적인 건강상태를 파악한다.

넷째, 주관적인 건강상태에 따른 건강관심 정도를 파악한다.

다섯째, 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강상태 등 제변수들의 상관관계를 분석한다.

## II. 연구방법

### 1. 조사대상

본 연구를 위한 조사는 서울시내에 거주하는 50세이상의 예비노인과 노인들을 2000년 5월 16일부터 6월 30일까지 기간중에 두가지 방법에 의하여 실시 되었다. 즉, 본 연구자가 노년기 건강관리에 대한 강의 의뢰를 받고 서울시내 Y복지관과 H노인 복지회 등 2곳의 기관을 방문하여 배당된 2시간의 강의 시간 중, 먼저 연구의 목적을 설명하고 동의를 구한뒤 조사 대상자들에게 질문지를 배포한 다음 고령자들인 점을 감안하여 문항별로 친철히 읽으며 설명하고 질문에 응답하면서 보조원 5명과 함께 1문항부터 마지막 문항까지 약 40분의 소요시간을 거쳐 작성하게 하고 현장에서 회수한 150명의 질문지와 서울지역을 동서남북으로 나누어 각 방향에 위치한 공원들 중에 고령자들이 가장 많이 찾는 J공원, B공원, P공원에서 미리 교육받은 보조원 5명과 함께 연구의 목적을 설명하고 동의하는 분에 한하여 1대1 개인 면접법으로 이루어진 150명의 질문지 등 300명을 연구의 대상으로 설정하였으나 그 중 응답이 부실한 41명을 제외한 남 116명, 여143명 등 총 259명을 예비노인(50-64세)과 노인(65세이상)으로 분류하여 최종 분석자료로 이용하였다.

### 2. 조사도구 및 내용

본 연구에 필요한 조사도구로 건강관심도, 건

강행위, 건강상태에 관한 선행연구를 참고하여 작성한 질문지를 사용하였으며, 조사 항목은 응답자의 일반적 특성 7문항, 건강관심도 3문항, 건강행위 33문항, 주관적 건강상태 3문항 등 총 46문항으로 구성되었다. 이중 건강관심도는 이순영 등(1995), 송진아(1997), 박기수 등(1999)이 사용한 척도로 건강검진 여부, 건강을 위한 노력의 유무, 건강정보의 유무를 기준한 것으로 건강진단을 받았을 경우 1점, 그렇지 않은 경우 0점, 건강을 위한 노력을 할 경우 1점, 그렇지 않은 경우 0점, 건강정보원이 있을 경우 1점 그렇지 않은 경우 0점으로 하여 점수화하고 점수가 높을수록 건강에 대한 관심이 높은 것을 의미하며, 0-1점은 낮은군 2점은 보통군 3점은 높은군으로 재배치 하였다. 건강행위 도구는 신체적, 정서적, 사회적, 영적 영역이 포함된 개념적기틀을 제시하고 도구의 신뢰도, 타당도를 검증한 김순이(1996), 최영희와 김순이(1997)의 연구를 인용하였다. 또한 선행연구에서는 4점 척도를 사용하였으나 본 연구에서는 연구의 목적에 맞게 높음, 보통, 낮음으로 재 배치하여 전체 건강행위 정도를 측정하였으며, 건강행위 척도에 대한 전체 신뢰도 계수는 연구당시 .9127이 었으나 본 연구에서는 .9522로 나타났다. 건강상태는 스스로 인식하는 주관적인 건강상태로 Ware(1976)의 건강지각 도구와 Speake et al(1989)의 도구를 토대로 재구성한 홍영상(1998)의 도구를 이용하여 현재의 전반적인 건강상태와 일반생활에 방해정도, 같은 연령대와 비교한 자신의 건강인지 정도가 어떠한 가에 대해 Likert식 5점 척도로 측정하였으나 분석을 시행할 때는 아주 나쁜편과 나쁜편을 나쁜군, 보통을 보통군, 좋은편과 아주 좋은편을 좋은군으로 재배치하여 분석하였고 전체 주관적 건강상태의 신뢰도는  $\alpha = .8913$ 이었다.

### 3. 자료분석

수집된 자료는 분석 목적에 맞추어 연구대상자의 일반적 특성과 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강상태 변수와의 관계를 분석하기 위하여 변수별로 점수화하여 SPSS 10.0 program을 이용, 빈도와 백분율, 카이제곱 검정, Spearman's correlation coefficient로 분석을 실시하였다.

## III. 연구결과

### 1. 일반적 특성에 따른 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강상태

#### 1) 건강관심 정도

<표 1> 건강관심 정도

특 성	N	건강관심도(예비노인)			N	건강관심도(노인)		
		상	중	하		상	중	하
성별	63	54.0	39.7	6.3	53	58.5	32.1	9.4
배우자	46	56.5	32.6	10.9	97	46.4	28.9	24.7
	92	57.6	35.9	6.5	87	50.6	32.2	17.2
교육정도	17	41.2	41.2	17.6	63	50.8	27.0	22.2
	22	36.4	45.5	18.2	62	35.5	29.0	35.5
	29	58.6	37.9	3.4	25	72.0	24.0	4.0 **
	40	52.5	37.5	10.0	40	52.5	37.5	10.0
종교형태	18	77.8	22.2	0	23	65.2	26.1	8.7
	27	59.3	40.7	0	48	54.2	25.0	20.8
	31	51.6	45.2	3.2	40	55.0	27.5	17.5
	19	73.7	21.1	5.3 *	31	54.8	38.7	6.5
	23	34.8	43.5	21.7	18	38.9	33.3	27.8
가족형태	9	66.7	11.1	22.2	13	30.8	30.8	38.5
	75	57.3	33.3	9.3	73	60.3	27.4	12.3
	16	62.5	31.3	6.3	40	40.0	30.0	30.0
	18	38.9	55.6	5.6	37	43.2	35.1	21.6
한달용돈	19	36.8	57.9	5.3	34	32.4	32.4	35.3
	25	48.0	44.0	8.0	39	59.0	20.5	20.5 *
	36	63.9	27.8	8.3	23	52.2	43.5	4.3
	29	62.1	27.1	10.3	54	55.6	29.6	14.8
합 계	109	55.0	36.7	8.3	150	50.7	30.0	19.3

\*p<0.05 \*\*p<0.01

일반적 특성에 따른 건강관심도는 <표 1>과 같이 건강관심도는 예비노인 집단에서 상위군이 55.5%, 중위군이 36.7%, 하위군이 8.3%로 나타났고, 노인 집단에서는 상위군이 50.7%, 중위군이 30.0%, 하위군이 19.3%로 예비노인 집단이 노인 집단에 비해 조금 높게 나타났다.

성별로는 예비노인 집단에서 여자가, 노인 집단에서는 남자가 조금 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었으며, 배우자 유무에서도 예비노인 집단에서 있는 경우가 없는 경우보다 높게 나타났고, 노인 집단에서는 비슷했으나 유의한 차이는 없었다. 교육정도별로는 예비노인 집단이 전문대졸 이상과 중졸 이상에서 조금 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없는 반면에 노인 집단에서는 중졸이상이 72.0%와 전

문대졸 이상이 65.2%로 타집단 보다 높게 나타났고, 통계적으로도 유의한 차이가 있었다(p<0.01). 종교에서는 예비노인 집단이 천주교에서 73.7%로 타종교보다 높게 나타났고 통계적으로도 유의한 차이가 있었지만(p<0.05), 노인 집단에서는 조금 차이가 있었으나 유의하지 않았다. 가족 형태에서는 두집단 모두 약간의 차이는 있었으나 통계적으로 유의하지 않았고, 한달 용돈에서는 예비노인 집단에서 조금 차이가 있었으나 통계적으로 유의하지 않은 반면에, 노인 집단에서는 5-10만원 이하와 20만원 이상이 각각 59.0%와 55.6%로 나타났고 통계적으로도 유의했다(p<0.05).

2) 건강행위 정도

일반적 특성에 따른 건강행위 정도는 <표

<표 2> 건강행위 정도

특	성	N	건강행위(예비노인)			N	건강행위(노인)		
			높음	보통	낮음		높음	보통	낮음
성별	남	63	44.4	41.3	14.3	53	34.0	52.8	13.2 *
	여	46	43.5	47.8	8.7	97	28.9	37.1	34.0
배우자	있다	92	45.7	42.4	12.0	87	27.6	49.4	23.0
	없다	17	35.3	52.9	11.8	63	34.9	33.3	31.7
교육정도	초등졸	22	50.0	40.9	9.1	62	19.4	33.9	46.8
	중등졸	29	37.9	51.7	10.3	25	44.0	28.0	28.0 ***
	고등졸	40	45.0	35.0	20.0	40	42.5	47.5	10.0
	전문대이상	18	44.4	55.6	0	23	26.1	73.9	0
종교형태	불교	27	55.6	40.7	3.7	48	27.1	43.8	29.2
	기독교	31	58.1	32.3	9.7	40	37.5	42.5	20.0
	천주교	19	36.8	57.9	5.3 *	31	25.8	54.2	29.0
	무교	23	17.4	52.2	30.4	18	38.9	50.0	11.1
가족형태	기타	9	44.4	44.4	11.1	13	23.1	23.1	53.8
	소가족	75	46.7	42.7	10.7	73	30.1	52.1	17.8
	대가족	16	43.8	43.8	12.5	40	25.0	32.5	42.5 *
한달용돈	노인단독	18	33.3	50.0	16.7	37	37.8	35.1	27.0
	5만원이하	19	63.2	31.6	5.3	34	11.8	32.4	55.9
	5-10만원이하	25	24.0	48.0	28.0 *	39	46.2	35.9	17.9 **
	10-20만원이하	36	36.1	55.6	8.3	23	26.1	56.5	17.4
	20만원이상	29	58.6	34.5	6.9	54	33.3	48.1	18.5
합	계	109	44.0	44.0	11.9	150	30.7	42.7	26.7

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

두드러지게 차이가 있는 것으로 나타났고, 또한 학력이 높을수록 건강행위 정도도 높은 것으로 나타났으며, 통계적으로도 유의한 차이가 나타났다(p<0.001). 종교에서는 예비노인 집단이 무교인 경우보다 종교를 가지고 있는 경우가 건강행위 정도가 높았으며, 통계적으로도 유의한 차이(p<0.05)가 있는 반면에 노인 집단에서는 약간의 차이가 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 가족 형태별로는 예비노인 집단에서 약간의 차이가 있었으나 통계적으로 유의하지 않은 반면에 노인 집단에서는 건강행위 정도가 소가족에서 보통 이상이 높게 나타났으며 통계적으로도 유의했다(p<0.05). 한달 용돈에서는 두 집단 모두 통계적으로 유의했는데, 예비노인 집단에서는 5만원 이하거나 20만원 이상인 경우에서 (p<0.05), 노인 집단에서는 5-10만원 이하에서

통계적으로 유의한 차이가 나타났다(p<0.01).

### 3) 주관적 건강상태

일반적 특성에 따른 주관적 건강상태는 <표 3>과 같이 예비노인 집단에서 좋음이 31.2%, 보통이 55.0%, 나쁨이 13.8%로 대부분 보통 이상이라고 생각하고 있는 반면에, 노인 집단에서는 좋음이 25.3%, 보통이 44.0%, 나쁨이 30.7%로 예비노인 집단보다는 노인 집단이 건강상태가 나쁘다고 생각하는 경우가 많은 것으로 나타났다.

성별로는 예비노인 집단에서 남자가 여자보다 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없는 반면에 노인 집단에서는 남자가 좋다고 생각하는 경우가 39.6%, 여자가 17.5%로 남자가 높게 나타났으며, 통계적으로도 유의했다(p<0.01).

<표 3> 주관적인 건강상태

특	성	N	건강상태(예비노인)			N	건강상태(노인)		
			좋음	보통	나쁨		좋음	보통	나쁨
성별	남	63	38.1	50.8	11.1	53	39.6	47.2	13.2 **
	여	46	21.7	60.9	17.4	97	17.5	42.3	40.2
배우자	있다	92	34.8	54.3	10.9 *	87	25.3	48.3	26.4
	없다	17	11.8	58.8	29.4	63	25.4	48.3	26.4
교육정도	초등졸	22	27.3	54.5	18.2	62	14.5	37.1	48.4
	중등졸	29	17.2	69.0	13.8	25	32.0	32.0	36.0 **
	고등졸	40	30.0	55.0	15.0	40	30.0	60.0	10.0
	전문대이상	18	61.1	33.3	5.6	23	39.1	47.8	13.0
종교형태	불교	27	25.6	59.3	11.1	48	25.0	45.8	29.2
	기독교	31	45.2	51.6	3.2	40	22.5	47.5	30.0
	천주교	19	21.1	57.9	21.1	31	16.1	54.8	29.0
	무교	23	26.1	47.8	26.1	18	50.0	33.3	16.7
가족형태	기타	9	22.2	66.7	11.1	13	23.1	15.4	61.5
	소가족	75	32.0	56.0	12.0	73	35.6	49.3	15.1
	대가족	16	31.3	50.0	18.8	40	7.5	40.0	52.5 ***
한달용돈	노인단독	18	27.8	55.6	16.7	37	24.3	37.8	37.8
	5만원이하	19	31.6	57.9	10.5	34	11.8	35.3	52.9
	5-10만원이하	25	32.0	48.0	20.0	39	25.6	41.0	33.3 *
	10-20만원이하	36	22.2	61.1	16.7	23	30.4	52.2	17.4
	20만원이상	29	41.4	51.7	6.9	54	31.5	48.1	20.4
합	계	109	31.2	55.0	13.8	150	25.3	44.0	30.7

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

배우자 유무에서는 예비노인 집단의 있는 경우가 좋다에서 34.8%인 반면, 없는 경우는 11.8%로 나타났으며, 통계적으로도 유의했다( $p<0.05$ ). 그러나 노인 집단에서는 약간의 차이가 있었으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 교육정도에서는 예비노인 집단의 건강상태가 나쁘다고 하는 것별 차이가 없었으며 통계적으로도 유의하지 않은 반면에 노인 집단에서는 고졸과 전문대졸 이상이 나쁜 경우가 적게 나타났으며, 이는 통계적으로도 유의한 차이가 있었다( $p<0.01$ ). 종교에서는 두 집단 모두 약간의 차이는 있었으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았으며, 가족 형태별로는 예비노인 집단에서 약간의 차이가 있었으나 통계적으로 유의하지 않은 반면에 노인 집단에서는 건강상태가 소가족에서 나쁘다고 생각하는 경우가 가장 적게 나타났으며 통계적으로도 유의했다( $p<0.001$ ). 한달 용돈에서는 예비노인 집단의 20만원 이상에서 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않은 반면에 노인 집단에서는 용돈이 많을수록 건강상태도 좋다고 인식하는 것으로 나타났으며, 이는 통계적으로 유의한 차이가 나타났다( $p<0.05$ ).

## 2. 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강상태 사이의 관계

### 1) 건강관심도와 건강행위

〈표 4〉 건강관심도에 따른 건강행위 정도

변 수	N	건강행위(I)**			N	건강행위(II)***		
		높음	보통	낮음		높음	보통	낮음
건강관심도								
상	60	58.3	35.0	6.7	76	35.5	55.3	9.2
중	40	30.0	55.0	15.0	45	33.3	26.7	40.0
하	9	11.1	55.6	33.3	29	13.8	34.5	51.7
합 계	10	44.0	44.0	11.9	15	30.7	42.7	26.7

I:예비노인 집단 II:노인 집단 \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$

건강관심도에 따른 건강행위 정도는 〈표 4〉와 같이 두 집단 모두 건강관심도가 높으면 건강행위 정도도 높은 편이었다. 즉, 예비노인 집단(I)은 건강관심도 상위군에서 건강행위가 높음이 58.3%, 중위군에서 30.0%, 하위군에서 11.1%로 건강관심도가 높을수록 건강행위 정도는 높게 나타났으며 통계적으로도 유의한 차이가 나타났다( $p<0.01$ ). 노인 집단(II)에서는 건강관심도가 상위군에서 건강행위가 높음이 35.5%, 중위군에서 33.3%, 하위군에서 13.8%로 예비노인 집단보다는 조금 낮았으나 역시 건강관심도가 높을수록 건강행위 정도도 높은 편이었으며, 통계적으로도 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $p<0.001$ ).

### 2) 건강행위와 주관적 건강상태

건강행위에 따른 주관적 건강상태는 〈표 5〉와 같이 두 집단 모두 건강행위가 높으면 주관적인 건강상태도 좋은 편이었다. 즉, 예비노인 집단(I)은 건강행위가 높음에서 주관적인 건강상태가 좋다고 느끼는 경우가 50.0%, 보통에서 18.8%, 낮은 편에서 7.7%로 건강행위 정도가 높을수록 주관적인 건강상태도 좋게 나타났으며 이는 통계적으로도 유의한 차이가 나타났다( $p<0.001$ ). 노인 집단(II)에서는 건강행위가 높음에서 주관적인 건강상태가 좋다고 느끼는 경우가 47.8%, 보통에서 25.0%인 반면, 낮은 편에

〈표 5〉 건강행위에 따른 주관적 건강상태

변 수	N	주관적건강(I)***			N	주관적건강(II)***		
		좋음	보통	나쁨		좋음	보통	나쁨
건강행위								
높음	48	50.0	45.8	4.2	46	47.8	39.1	13.0
보통	48	18.8	64.6	16.7	64	25.0	53.1	21.9
낮음	13	7.7	53.8	38.5	40	00.0	35.0	65.0
합 계	10	31.2	55.0	13.8	15	25.3	44.0	30.7

I:예비노인 집단 II:노인 집단 \*\*\* $p<0.001$

서 주관적인 건강상태가 좋다고 느끼는 경우는 0%로 나타나 예비노인 집단보다도 더 건강행위 정도가 높을수록 주관적인 건강상태도 좋다고 생각하고 있었으며, 이는 통계적으로도 유의한 차이가 나타났다( $p < 0.001$ ).

### 3) 주관적 건강상태와 건강관심도

주관적인 건강상태에 따른 건강관심도는 <표 6>과 같이 예비노인 집단에서는 유의한 차이가 없는 반면에 노인 집단에서는 차이가 있었다. 즉, 예비노인 집단(I)은 주관적인 건강상태가 좋을수록 건강관심도가 높거나 나쁠수록 건강관심도가 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다. 반면에 노인 집단(II)에서는 주관적인 건강상태가 좋은 경우 건강관심도가 상위군이 76.3%, 보통인 경우에 건강관심도가 상위군은 51.5%, 나쁜 경우에 건강관심도가 상위군인 경우는 28.3%로 나타나 주관적인 건강상태가 좋을수록 건강관심도는 높게 나타났으며, 이는 통계적으로도 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $p < 0.001$ )

### 4) 세 변수간의 상관 관계

세 변수들간의 상관관계는 <표 7>에서와 같이 예비노인 집단인 경우 건강관심도가 건강행

위 그리고 건강행위와 주관적 건강상태가 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다( $p < 0.01$ ). 그러나 건강관심도와 주관적 건강상태는 조금 차이가 있었으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다. 즉, 건강관심도가 높으면 건강행위도 잘하며, 건강행위 정도가 높으면 주관적인 건강상태도 좋았다. 반면에 노인 집단인 경우는 건강관심도가 건강행위, 건강행위와 주관적 건강상태, 주관적 건강상태와 건강관심도 모두에서 상관관계가 있었으며, 통계적으로도 유의한 것으로 나타났다( $p < 0.01$ ). 이것은 건강관심도가 높으면 건강행위를 잘하고 건강행위를 잘하면 주관적인 건강상태가 좋으며, 주관적인 건강상태가 좋으면 건강에 대한 관심도 높다는 것을 시사하는 것이라 할 수 있다.

<표 7> 세변수간의 상관관계

	건강관심도	건강행위	주관적건강상태
예비노인 집단			
건강관심도	1.000		
건강행위	.349**	1.000	
주관적건강상태	.103	.418**	1.000
노인 집단			
건강관심도	1.000		
건강행위	.324**	1.000	
주관적건강상태	.386**	.497**	1.000

\*\* $p < 0.01$

<표 6> 주관적 건강상태에 따른 건강관심도

변 수	N	건강관심도(I)			N	건강관심도(II)***		
		상	중	하		상	중	하
주관적건강								
좋은	34	61.8	38.2		38	76.3	18.4	5.3
보통	60	50.0	40.0	10.0	66	51.5	33.3	15.2
나쁜	15	60.0	20.0	20.0	46	28.3	34.8	37.0
합 계	10	55.0	36.7	8.3	15	50.7	30.0	19.3

I:예비노인 집단 II:노인 집단 \*\*\* $p < 0.001$

## IV. 고 찰

연구 대상자들의 건강관심도는 예비노인의 경우 상위군이 55.0%, 중위군이 36.7%, 하위군이 8.3%였으며, 노인의 경우 상위군이 50.7%, 중위군이 30.0%, 하위군이 19.3%였다. 이것은 이순영 등(1995)의 일반인을 대상으로한 연구에



서 남자의 경우 상위군이 49.5%, 중위군이 28.5%, 하위군이 22.0%와 여자의 경우 상위군이 45.8%, 중위군이 20.2%, 하위군이 34.0%로 나타난 것과 유사한 결과였으나 송진아(1977)의 65세 이상 고령자들을 대상으로한 연구에서 상위군이 16.5%, 중위군이 30.4%, 하위군이 53.1로 나타난 것보다는 높게 나타났다.

건강행위 정도에서는 예비노인의 경우 높음이 44.0%, 보통이 44.0%, 낮음이 11.9%였으며, 노인인 경우는 높음이 30.7%, 보통이 42.7%, 낮음이 26.7%로 나타나 노인보다는 예비노인의 건강행위 정도가 높은 것으로 나타났다. 이것은 이순영 등(1995)의 연구와 송진아(1997)의 연구보다는 본 연구 대상자들의 건강행위 정도가 높았다. 그러나 측정 문항자체가 다르므로 직접적인 비교는 어렵다고 사려된다. 주관적인 건강상태에서는 예비노인의 경우 좋음이 31.2%, 보통이 55.0%, 나쁨이 13.8%였으며, 노인인 경우는 좋음이 25.3%, 보통이 44.0%, 나쁨이 30.7%로 예비노인이 노인 보다는 주관적인 건강상태도 좋은 것으로 나타났다. 특히 노인의 경우는 송진아(1997)의 연구에서 보다는 높은 것으로 나타났으나, 이진임(1995)이 서울시 노인들을 대상으로 건강문제를 조사한 결과나 이선희(1996)의 연구와는 유사하여, 좋다고 느끼는 경우 보다는 나쁘다고 생각하는 경우가 더 많았다.

건강관심도, 건강행위, 주관적 건강상태에 영향을 미치는 변수를 보기위하여 각각 측정변수들을 하나의 이론 변수로 묶어 설명하든지, 여러 이론 변수간의 관계를 동시에 분석할 수 있는 공변량 구조 분석이 있으나 본 연구에서는 건강관심도, 건강행위, 주관적인 건강상태를 상, 중, 하(건강행위는 높음, 보통, 낮음, 주관적인 건강상태는 좋음, 보통, 나쁨으로 분류 하였음)로만 구분하여 각각의 측정 변수들에 대한 구체

적인 분석이 부족하였다. 그러나 건강관심도와 건강행위와의 관계, 건강행위와 주관적인 건강상태와의 관계, 주관적 건강상태와 건강관심도와의 관계를 단계별로 파악할 수 있었다. 즉, 건강관심도와 건강행위와의 관계에서는 통계적으로 유의한 관계가 있었는데, 이는 김남진(2000)의 노인들을 대상으로한 건강행위 실천 정도와 관련요인을 분석한 연구와도 일치하는 것이었으며, 건강행위 측정도구는 달랐지만 건강관심도가 높으면, 건강행위도 높다는 이순영 등(1995)의 연구나 송진아(1997)의 연구, 박기수 등(1999)의 연구와도 일치하는 것이었다. 또한 조원정(1983)의 건강관심도와 건강행위간에는 밀접한 관련이 있는 것으로 보고한 연구를 지지하는 것이라 할 수 있었다.

건강행위 정도와 주관적 건강상태의 관계에서는 유의한 관계가 나타났는데 이는, 김남진(2000)의 연구에서 건강행위에 영향을 미치는 제변수들 중 주관적 건강상태가 총 설명력 40.9% 중에 29.6%를 설명해 주는 결과와도 무관하지 않았다. 또한 이순영 등(1995)의 연구나 송진아(1997)의 연구, 박기수 등(1999)의 연구와도 일치하는 것이었다. 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강상태의 변수들간의 상관관계는 예비노인 집단인 경우, 건강관심도와 건강행위, 건강행위와 주관적 건강상태간에 유의한 양의 관계가 있었는데 비해, 노인 집단에서는 건강관심도와 건강행위, 건강행위와 주관적 건강상태 그리고 주관적 건강상태와 건강관심도간에 유의한 양의 관계가 있었다. 특히 노인 집단인 경우 Breslow와 Enstrom(1980)의 시계열 연구에서 시간의 개념을 가지고 보면 건강실천행위가 건강관심도에 영향을 받고 결국 건강상태에 영향을 주게 되며, 이때 결정된 건강상태는 그것이 결정된 후에 건강관심도에 영향을 주게 된다는

연구를 지지하는 것이라 볼 수 있었다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 예비노인 집단과 노인집단의 건강관심도 및 건강행위, 주관적인 건강상태와의 관련성을 비교하여 건강한 노년기를 위한 복지정책의 기초 자료를 제공하고자, 서울시내에 거주하는 예비노인(50-64세)과 노인(65세 이상)중 남자 116명, 여자 143명 등 총 259명을 대상으로 설문조사를 실시했으며, 수집된 자료는 기술통계 방법과 카이제곱 검정, Spearman's correlation coefficient를 이용하여 분석을 실시하였다.

그 결과 건강관심도, 건강행위 정도, 주관적 건강상태의 모든 변수에서 예비노인 집단이 노인집단 보다 높게 나타났다. 또한 건강관심도와 건강행위와의 관계는 예비노인 집단( $p<0.01$ )과 노인집단( $p<0.001$ ) 모두 유의한 상관이 있었으며, 건강행위와 주관적 건강상태의 관계도 두 집단 모두 유의한 상관이 있었다( $p<0.001$ ). 그러나 주관적 건강상태와 건강관심도의 관계는 노인 집단에서만 유의한 상관이 있는 것으로 나타났다( $p<0.001$ ). 세변수 간의 상관관계에서도 예비노인 집단은 건강관심도와 건강행위의 관계, 그리고 건강행위와 주관적 건강상태의 관계는 유의한 상관이 있는 것으로 나타났으나( $p<0.01$ ), 노인 집단에서는 건강관심도와 건강행위, 건강행위와 주관적 건강상태 그리고 주관적 건강상태와 건강관심도 간의 유의한 상관이 있는 것으로 나타났다( $p<0.01$ ).

이상의 결과를 종합해 볼 때 건강관심도가 높으면 건강행위 정도가 높았으며, 건강행위 정도가 높으면 주관적 건강상태도 좋은 것으로 나

타났다. 따라서 예비노인과 노인들이 건강상태를 좋게하기 위하여 건강행위 실천을 많이 하도록 해야할 것이며, 이를 위하여 건강관심도를 높일 수 있는 방안이 모색되어야 하겠다. 즉, 50대 이상의 예비 노인들과 노인들을 위한 건강증진사업이 시행되어야 할 것이다. 실제적으로 사람들의 건강을 증진 할 수 있게 하기 위해서는 건강과 생활양식, 건강과 환경, 건강과 사회정책 등에 관한 정보를 제공하는 보건교육이 필수적이다(박형종 등, 1997). 따라서 노인들이 자주 이용하는 경로당이나 노인복지관, 노인대학 등을 통하여 건강에 대한 관심과 책임을 일깨워 주고, 건강한 생활습관을 지닐 수 있도록 변화를 유도하여 건강에 실질적인 도움을 줄 수 있는 지역사회 서비스를 보다 더 크게 제공해야 할 것이다.

## 참고 문헌

1. 김남진: 노인의 건강행위 실천 정도와 관련요인 분석, 한국 노년학회지, 2000, 20(2), 169-182
2. 김성혜: 건강증진 행위와 삶의 만족도와와의 관계 연구, 고려대 대학원 석사논문, 1993
3. 김순이: 한국 노인의 건강 행위에 대한 탐색적 연구, 이화여대 대학원 박사논문, 1996
4. 박기수의 7명: 장애인에의 건강관심도, 건강 실천행위 그리고 건강 수준간의 구조 분석, 예방의학회지, 1999, 32(3), 276-288
5. 박형종, 김공현, 김광기: 보건교육-계획, 1997, 43-53
6. 서연옥: 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형, 경희대 대학원 박사논문, 1995
7. 송진아: 노인의 건강관심도, 건강실천행위 및

- 건강상태, 경북대 보건대학원 석사논문, 1997
8. 이순영, 손명세, 남정모: 한국인의 건강관심도, 건강실천행위 및 건강수준 간의 구조분석, 예방의학회지, 1995, 28(1), 187-205
  9. 이선훈: 노인이 인지하는 건강과 운동의 의미에 관한 연구, 한양대 대학원 석사논문, 1996
  10. 이진임: 서울시 노인의 건강문제에 따른 관리 실태 분석, 연세대 대학원 석사논문, 1995
  11. 조원정: 건강행위에 대한 성인지각의 실증적 연구, 연세대 대학원 석사논문, 1983
  12. 최영희, 김순이: 한국 노인의 건강행위 사정 도구 개발, 간호학회지, 1997, 27(3), 601-613
  13. 통계청: 세계 및 한국의 인구 현황, 2000
  14. 홍영상: 중년 여성의 건강행위 모형구축, 이화여대 대학원 박사논문, 1998
  15. Breslow L, Enstrom JE: Persistence of health habits and their relationship to mortality, *Prev Med* 1972, 1(3), 469-483
  16. Idler EL, Angel RJ: Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study, *Am J Public Health*, 1990, 80(4), 446-452
  17. Idler EL, Kasl SV: Health Perceptions and Survival, Do global evaluations of health status really predict mortality? *J Gerontol*, 1991, 46(2), 55-65
  18. Kaplan G, Camacho TC: Perceived health and mortality; A Nine-year follow-up the human population laboratory cohort, *Am J Epidemiol*, 1983, 117, 292-304
  19. Mossey JM, Shapiro E: Self-related Health, A Predictor of mortality among the elderly, *Am J Public Health*, 1982, 72, 800-808
  20. Prohaska TR, Leventhal H & Keller ML: Health Practice and illness cognition in young · middle · aged and elderly adult, *J.of Gerontology*, 1985, 40(5), 569-578
  21. Pijls LT, Feskens EJ, Kromhout D: Self-rated health, mortality and chronic diseases in elderly men, The Zutphen study, 1985-1990, *Am J Epidemiol*, 1993, 138(10), 840-848
  22. Steel JL, Mcbroom WH: Conceptual and Empirical Dimensions of health behavior, *J.of Health & Social Behavior*, 1972, 13, 382-392
  23. Ware JE: Scales for measuring general health perceptions: Health Serveces Research, 1976, 11, 396-415
  24. Speake DL, Cowart ME, Pellet K: Health Perception and Lifestyles of the elderly, *Research in Nursing & Health*, 1989, 12, 93-100

〈Abstract〉

## A Study on the relation of health concern, health behavior, and subjective health status between the aged and the preliminary aged group

Nam-Jin Kim  
Chung-Ang Univ

The purpose of this research was to provide basic data to the welfare policy for the aged by studying the relation of health concern, health behavior, and subjective health condition between the aged and the preliminary aged group. Subjects were composed of a total of 259 (116 males, 143 females) living in seoul, aged 50-64(preliminary old people) and over 65(old people), and they were asked to answer the survey questionnaires The data were analyzed by descriptive statistics, chi-square test, and spearman's correlation coefficient.

As a result of the study, the preliminary aged group was significant than the aged group in all three variables. In the relation of health concern and health behavior, there was significance both for the preliminary aged( $p<0.01$ ) and the aged group( $p<0.001$ ). Also, there was significance in the relation of health behavior and subjective health condition of two groups( $p<0.001$ ). However, in the relation of subjective health condition and health concern, there was significance only for the aged group( $p<0.001$ ). For the correlation among three variables, there was significance in the relation between health concern and health behavior and between health behavior and subjective health condition of the preliminary aged group( $p<0.01$ ), but there was significance in the relation between health concern and health behavior and between health behavior and subjective health condition of the aged group( $p<0.01$ ).