

주요용어 : 노인, 건강증진행위, 건강개념, 가족지지

## 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인 : 건강개념과 가족지지 변수를 중심으로\*

김 춘 길\*\* · 성 명 숙\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

우리나라에서 인구의 노령화는 급속하게 진행되고 있어, 노인인구와 노년부양비의 급격한 증가로 1999년 기준 노년부양비가 9.6%인 것이 2030년에는 29.8%로 되어 생산연령인구(15-64세) 3.4명이 1명의 노인을 부양할 것으로 추정된다. 이에 따라 노인복지문제가 중요한 사회적 이슈로 대두되고 있는데 그 이유는 노인보건의 문제가 노인뿐 아니라 가족과 사회구성원 모두의 복지수준에 중요한 결정요인이 되기 때문이다. 따라서 정부에서는 노인복지사업의 기본목표를 건강한 노후보장에 두고 그 추진방향중 보건교육·건강증진사업의 내실화를 우선적으로 꼽고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2000).

건강한 노후보장을 위해서는 노인의 건강유지, 건강회복과 건강증진들이 필요하며, 이들은 건강행위와 관련된다(Chang, Park, Lee, & Park, 1999). 연구를 통해 대부분의 노인들은 의료비 지출이나 삶의 질을 좌우할 수 있는 건강에 대해 많은

관심이 있으며, 다른 연령층보다 건강행위를 더 많이 하는 것으로 알려졌다(Nicholas, 1993; Oh, Kim, & Song, 1996; Walker, Volken, Sechrist, & Pender, 1988). 그러나 최근 국내 60세 이상의 노인중 51.4%가 건강관리를 위해 아무 것도 하지 않고 있었으며(Korea Institute for Health and Social Affairs, 2000), 이와같은 노인의 부적절한 건강행위는 병원의료서비스의 이용을 상승시킴(Lubben, Weiler, & Chi, 1998)을 감안할 때 노인의료 이용의 상승과 건강보험재정의 어려움이 큰 현 실정에서 노인의 건강증진 관리방안의 모색이 시급하다. 더욱이 노인의 건강증진행위를 유도하는 전략은 개인의 기본 건강요구 충족뿐 아니라, 궁극적으로는 사회 전반적인 안녕을 높이는데 기여할 수 있으므로 노인의 건강증진행위와 관련된 연구는 노인인구가 빠르게 증가하는 국내 상황에서 지속적으로 필요하다.

반면, 지금까지 국내 간호학의 노인건강행위와 관련된 연구에서 양적 연구는 건강행위에 영향을 미치는 변수와의 관계를 규명하는 연구들이 주로 이루어졌으나(Chang et al., 1999; Park, Lee, Park, & Chang, 1999), 아직까지 이를 확인하는 연구는

\* 본 논문은 1999년도 한림대학교 학술연구 조성비에 의하여 연구되었음

\*\* 한림대학교 의과대학 간호학과 부교수(교신저자 E-mail : kimcg@hallym.ac.kr)

투고일 2002년 3월 4일 심사회의일 2002년 3월 4일 심사완료일 2002년 3월 26일

부족한 실정이다(Kim, Kim, & Park, 2000).

한편, 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로는 노인 자신의 건강에 대한 지각정도가 중요한 요인이었으며(Christensen, 1988; Duffy, 1993; Palank, 1991; Sohng & Lee, 2000; Speake, Cowart, & Pellet, 1989), 정서적 지지요인 역시 노인의 건강증진에서 아주 중요하였다(Chang et al., 1999). 노인의 건강지각은 그들의 건강상태측정에서 가장 보편적으로 사용되는 방법(Farmer & Ferraro, 1997)이며, 정서적 지지를 위해서는 가족구성원의 심리적 요구충족과 성격유지, 안정화 기능을 담당하는 가족(Friedman, 1991)이 필수적이므로, 노인의 바람직한 건강증진 행위를 위해서는 노인의 건강지각과 가족의 지지에 대해 살펴볼 필요가 있다. 더불어 우리나라의 전통적인 가족간의 강한 유대관계는 한국 노인을 지지하는 가장 중요한 기능을 하게 되므로 노인에 대한 가족지지는 그 중요성이 매우 크다(Park, 1991).

그러나 국내의 간호연구에서 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 변수 중 건강지각상태는 유의한 영향변수가 아니어서(Park et al., 1999) 이에 대한 반복적인 연구가 요구될 뿐 아니라 노인의 가족지지와 관련된 연구들은 의존성(Kim & Kim, 1996), 무력감·우울 등의 정신건강(Park, 1991; Park, 1999), 자아 존중감(Yoo, 1999), 삶의 질(Park, 1998), 자가간호수행(Yoo, 2001) 등의 변수들과 관련하여 이루어졌고, 노인의 건강증진행위 연구로는 Choi와 Park(1999)의 가족지지, 자아존중감 및 예방적 건강증진행위 이행과의 관계연구를 제외하고는 찾을 수 없었다. 따라서 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로서 건강지각과 가족지지에 대해 구체적으로 밝혀지지 않은 현 상황에서 이들에 대해 알아보는 것은 의미가 크다고 본다.

이에 연구자들은 노인에서 건강개념과 가족지지 변수가 건강증진행위에 영향을 미치는 요인인지에 대해 알아보려고 이 연구를 시도하였다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 주요 목적은 노인의 건강개념과 가족지

지가 건강증진행위의 영향 요인인가를 확인하여 효율적인 건강증진행위를 위한 간호의 자료를 마련하고자 함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 건강개념, 가족지지 및 건강증진행위 정도를 파악한다.
- 2) 대상자의 건강개념, 가족지지 및 건강증진행위간의 관계를 파악한다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 건강개념, 가족지지 및 건강증진행위의 차이를 파악한다.
- 4) 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

## 3. 용어 정의

- 1) 건강개념 : 건강 혹은 건강상태에 대한 주관적 의미를 말하며(Laffrey, 1986), 본 연구에서는 Laffrey(1986)가 개발한 건강개념 측정도구로 측정된 점수를 의미한다.
- 2) 가족지지 : 가족체계내에서 가족구성원들간의 상호작용을 통하여 서로 돌보아 주고 사랑하며 존중하고 가치감을 갖도록 해주는 지지를 주요 기능으로 하는 것(Park, 1991)으로, 본 연구에서는 Kang(1985)이 개발한 가족지지 측정도구로 측정된 점수이다.
- 3) 건강증진행위 : 질병을 예방하고 건강상태를 증진시키며 질병이 악화되지 않도록 하기 위함을 목적으로 개인이 수행하는 모든 행위를 말하며(Oh, et al., 1996), 본 연구에서는 Walker, Sechrist와 Pender(1987)의 건강증진행위도구로 측정된 점수를 의미한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구대상

본 연구의 대상은 C시에 거주하는 노인을 대상으로, 선정기준인 65세 이상으로 의사소통이 가능하고 설문지 내용을 이해하며 연구에 참여를 동의한 자에 합당한 노인을 편의표집하였다. 200명의 노인이 연구에 참석하였으나 설문에 끝까지 응하지 않거나 무

응답이 많은 설문을 제외하고 165명의 응답자 설문지를 분석대상으로 하였다.

## 2. 연구도구

### 1) 건강개념

Laffrey(1986)의 건강개념 측정도구를 수정, 보완하여 노인에게 예비조사하여 사용하였다. 총 28문항의 4점 평점척도로 임상영역(질병이 없는 상태), 역할수행, 적응, 자아실현이 각 7문항씩 구성되어 있으며, 측정점수가 높을수록 건강개념에 대한 지각이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha = .94$ 였다.

### 2) 가족지지

노인대상자가 가족구성원에게 받았다고 지각하는 지지정도의 측정은 Kang(1985)의 가족지지측정도구 11문항을 사용하였다. 5점 평점척도로 측정점수가 높을수록 가족지지가 높음을 뜻한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha = .90$ 이었다.

### 3) 건강증진행위

Walker 등(1987)이 개발한 건강증진행위 척도 48문항을 연구자가 번역하여 노인에게 적합하도록 수정, 보완한 후 40문항을 사용하였다. 4점 평점척도로, 6개 요인인 자아실현(8문항), 건강에 대한 책임감(9문항), 운동(4문항), 영양(7문항), 지지적인 대인관계(5문항), 스트레스 관리(7문항)로 이루어졌으며 측정 점수가 높을수록 건강증진행위정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha = .90$ 이었다.

## 3. 자료수집 및 분석

자료수집은 사전에 연구자와 측정방법에 대해 합의한 연구보조원 5명이 노인들을 가정이나 모임 장소 등에서 직접 만나 설문지를 배부한 후 대상 노인이 설문지에 응답하거나 직접 응답이 어려운 경우에는 연구자와 보조원들이 노인의 답을 기록하여 수집하였다. 수집된 자료는 SAS프로그램을 이용하여

t 검정, ANOVA, Duncan 사후검정, Pearson correlation coefficients, stepwise multiple regression으로 분석하였다.

## Ⅲ. 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

성별은 여자노인이 125명(75.8%)으로 남자노인의 3배 이상이었고 연령은 평균 74.2세로 70-74세가 32.1%, 65-69세 25.5%, 75-79세 20.0% 순이었으며 85-89세는 7.9%로 제일 적었다. 결혼상태는 사별 54.6%, 배우자 생존 42.4%로 대부분이 기혼자였다. 교육정도는 초등학교 31.5%, 국문해독은 20.6%로 반수 이상을 차지하였다. 종교는 있는 노인이 76.4%로 무교노인보다 3배 이상이었다. 직업은 과거에는 있었던 군(공무원·교직, 농업, 상업, 전문직 종사자)이 44.2%였으나 현재에는 대부분의 노인(90.9%)이 직업을 가지고 있지 않았다. 자녀수는 평균 4.3명이었으며, 동거유형은 결혼한 아들과 사는 노인이 42.4%로 제일 많았고 부부 24.2%, 미혼자녀와 12.1%, 그리고 독거노인이 12.1%였다. 주거형태는 단독주택이 42.4%로 제일 많았고 다음이 고층아파트 34.0%였다. 경제상태는 중정도가 69.1%로, 그리고 월용돈은 10-30만원 미만이 41.8%로 가장 많았으며 용돈 만족도는 반수정도가 보통정도였다.

질병경험은 78.8%에서 있었으며 입원경험도 67.9%에서 있었다. 현재 질병은 77.0%에서 있어, 관절염/근골격계 질환(80명)이 가장 많았고 다음으로 고혈압(50명), 당뇨(24명)가 많았으며 적었던 질환은 암(2명), 심근경색증(3명), 간질환(4명)이었다. 건강검진은 41.2%에서 경험이 없었고 건강은 74.6%가 아주 중요하다고 하였으며 별로 중요하지 않다는 1.2%뿐이었다. 건강염려는 89.1%에서 하고 있었다.

### 2. 건강개념, 가족지지 및 건강증진행위 정도

대상자의 건강개념의 총 평균은 75.16점(최소

28점-최대 112점)이었으며 영역별 평균은 최대 28점에 대해 역할수행이 21.12점으로 가장 높았고, 적응 20.22점, 자아실현 17.24점, 그리고 임상영역(질병이 없는 상태)이 16.59점으로 제일 낮았다. 문항별로는 최대 4점에 대해 '해야 할 일을 할 수 있음'(3.32), '하루 책임을 완수할 수 있음'(3.19), '일상적 스트레스에 좌절하지 않음'(3.15)이 높게 나타났으며 '상위계층에서 살고있음'(2.04), '약을 필요로 하지 않음'(2.22)이 낮게 나타났다.

가족지지의 총 평균은 41.55점(최소 11점-최대 55점)이었으며, 문항별로는 '가족은 경제적인 문제 때문에 나를 부담스러워 한다'(4.48)와 '가족은 나를 귀찮은 존재로 생각한다'(4.43)에서 높은 가족지지를 보였고 가장 낮은 지지를 보인 문항은 '가족은 내가 지루하지 않도록 많은 이야기를 해 준다'(2.92)였다.

건강증진행위의 총 평균은 98.07점(최소 40점-최대 160점)으로 평균평점 2.45점이었으며 영역별

평균은 자아실현 20.52점(평균평점 2.57), 건강에 대한 책임감 20.25점(평균평점 2.25), 운동 7.62점(평균평점 1.91), 영양 19.50점(평균평점 2.79), 지지적인 대인관계 13.41점(평균평점 2.68), 스트레스관리 16.78점(평균평점 2.40)이었다(Table 1).

3. 건강개념, 가족지지 및 건강증진행위 간의 관계

대상자의 건강개념은 건강증진행위와 양의 상관관계( $r=.269, p=.0005$ )를 보여 건강개념의 지각이 좋을수록 건강증진행위정도가 높아짐을 나타냈으며, 가족지지 역시 건강증진행위와 양의 상관관계( $r=.366, p=.0001$ )를 보여 노인의 가족지지정도가 높을수록 건강증진행위정도가 높아짐을 알 수 있었다(Table 2).

4. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강개념, 가족지지와 건강증진행위의 차이

(Table 1) The scores of health conception, family support, and health promoting behavior (N=165)

	Mean(SD)	Mean/No. of items
Health conception	75.16(16.86)	2.68
clinical	16.59( 6.19)	2.37
functional	21.12( 4.73)	3.02
adaptative	20.22( 4.71)	2.89
eudaemonistic	17.24( 4.67)	2.46
Family support	41.55( 9.18)	3.78
Health promoting behavior	98.07(18.32)	2.45
self-actualization	20.52( 5.16)	2.57
health responsibility	20.25( 5.49)	2.25
exercise	7.62( 3.04)	1.91
nutrition	19.50( 4.08)	2.79
interpersonal support	13.41( 3.60)	2.68
stress management	16.78( 3.92)	2.40

(Table 2) Relationship between health conception, family support, and health promoting behavior (N=165)

	Health conception	Family support	Health promoting behavior	r (p)
Health conception	1.0000			
Family support	.043 (0.5812)	1.0000		
Health promoting behavior	.269 (0.0005)	.366 (0.0001)	1.0000	

대상자의 일반적 특성에 따른 제 변수와의 차이  
검정결과는 <Table 3>과 같다.

일반적 특성에 따라 건강개념, 가족지지 및 건강증  
진행위와 차이를 나타낸 변수는 건강개념과는 질병경  
험( $t=7.08$ ,  $p=0.0086$ ), 입원경험( $t=8.38$ ,  $p=$

$0.0043$ ), 현재질환( $t=12.56$ ,  $p=0.0005$ )이었다.  
두군간을 비교한 질병과 입원 경험, 현재질환은 없는  
군의 건강개념의 지각정도가 있는 군보다 높았다.

가족지지와는 주거형태( $F=5.31$ ,  $p=0.0001$ ),  
월용돈( $F=2.79$ ,  $p=0.0426$ ), 용돈만족도( $F=$

<Table 3> Differences between health conception, family support, and health promoting behavior according to the general characteristics (N=165)

Characteristics		N(%)	HC*	FA**	HPB***
			M(SD)	M(SD)	M(SD)
Gender	male	40(34.2)	74.38(29.99)	40.43(10.79)	98.78(25.41)
	female	125(75.8)	72.59(19.49)	40.94(10.60)	95.98(20.00)
Age(year) (Average: 74.2)	65-69	42(25.5)	73.14(19.09)	37.47( 9.65)	95.62(13.07)
	70-74	53(32.1)	61.43(17.46)	40.72( 6.74)	97.72(17.44)
	75-79	33(20.0)	74.89(12.56)	41.60(10.85)	98.98(23.59)
	80-84	24(14.5)	68.21(12.26)	39.33(12.76)	95.58(23.88)
	85-89	13( 7.9)	66.70( 8.99)	40.92( 6.23)	91.94(15.61)
Marriage status	married	70(42.4)	73.24(20.69)	40.36(11.81)	97.43(23.60)
	widow, widower	90(54.6)	73.63(19.41)	41.34( 9.60)	97.03(18.13)
	others	5( 3.0)	65.75(45.11)	38.83(11.93)	81.67(44.66)
Education level	no reading	29(17.6)	73.33(21.57)	40.41( 9.99)	90.80(15.83) <sup>b</sup>
	reading Korean	34(20.6)	67.03(22.47)	38.50(10.74)	91.26(21.10) <sup>b</sup>
	elementary	52(31.5)	77.46(15.88)	41.69( 9.73)	98.68(17.51) <sup>ab</sup>
	middle	22(13.3)	74.13(21.40)	43.17(11.50)	98.29(33.41) <sup>ab</sup>
	high school	22(13.3)	70.44(22.75)	39.62(13.31)	102.08(18.75) <sup>ab</sup>
	university ≤	6( 3.7)	67.67(33.13)	44.43( 6.96)	113.00(17.42) <sup>a</sup>
					F= 3.19 p=.0055
Religion	protestant	42(25.5)	71.62(21.41)	41.51(11.28)	95.30(26.68)
	catholic	34(20.6)	80.03(22.85)	42.15( 9.55)	103.63(16.68)
	buddhist	45(27.3)	69.90(20.31)	39.83(10.90)	92.63(21.61)
	no religion	39(23.6)	73.23(17.76)	41.26(10.30)	98.02(17.90)
	others	5( 3.0)	61.50(14.53)	37.75( 5.25)	95.75(18.03)
Current job	yes	15( 9.1)	79.80(11.16)	44.40( 8.72)	97.40(17.04)
	no	150(90.9)	74.70(17.28)	41.26( 9.20)	98.14(18.49)
Past job	yes	73(44.2)	75.90(17.50)	40.88( 9.49)	98.68(19.99)
	no	92(55.8)	74.58(16.40)	42.08( 8.93)	97.59(16.97)
Number of children (Average: 4.3)	1- 2	29(17.6)	71.27(29.61)	37.50(13.70)	96.61(25.87)
	3- 4	62(37.6)	72.66(16.00)	40.96( 9.78)	96.46(19.34)
	5- 6	56(33.9)	73.25(21.57)	41.02(12.27)	97.92(13.07)
	7-10	18(10.9)	75.50(30.41)	42.00(15.56)	97.94(20.86)
Living arrangement	alone	20(12.1)	71.36(21.37)	38.00(10.90)	94.41(22.28)
	with spouse	40(24.2)	71.86(24.80)	40.85(11.16)	99.00(23.33)
	married son	70(42.4)	72.50(19.61)	42.89( 9.46)	97.80(18.30)
	married daughter	8( 4.9)	77.88(12.05)	45.88( 6.01)	101.75(14.16)
	unmarried child	20(12.1)	74.43(18.83)	37.52(10.68)	92.38(20.48)
	others	7( 4.3)	79.29(20.39)	32.00( 9.87)	91.00(22.05)
					F= 3.55 p=.0025

(Table 3) Differences between health conception, family support, and health promoting behavior according to the general characteristics (N=165)

Characteristics		N(%)	HC*	FA**	HPB***
			M(SD)	M(SD)	M(SD)
Dwelling pattern	apartment	56(34.0)	74.49(17.20)	40.91(11.45) <sup>a</sup>	102.59(18.98) <sup>ab</sup>
	villa	12( 7.3)	73.23(17.03)	49.08( 5.50) <sup>a</sup>	110.23(12.83) <sup>a</sup>
	house	70(42.4)	73.01(20.60)	42.39( 7.82) <sup>a</sup>	94.01(19.89) <sup>ab</sup>
	several family h.	10( 6.0)	65.09(23.79)	39.50(3.56) <sup>ab</sup>	105.50(14.51) <sup>ab</sup>
	others	17(10.3)	77.00(28.84)	31.00(13.76) <sup>b</sup>	82.05(30.32) <sup>b</sup>
				F= 5.31 p= .0001	F= 3.94 p= .0011
Economic level	high	8( 4.8)	71.00(22.67)	41.00(12.17)	95.50(24.61)
	middle	114(69.1)	74.62(17.73)	43.75( 7.63)	100.14(18.94)
	low	43(26.1)	71.56(26.09)	34.20( 9.44)	90.50(20.11)
				F=13.55 p= .0001	F= 2.78 p= .0136
Monthly pocket money (Won)	100,000 <	52(31.5)	74.56(17.93)	38.94( 9.54) <sup>b</sup>	92.40(17.45) <sup>b</sup>
	100,000-300,000 <	69(41.8)	75.38(15.58)	42.19( 8.79) <sup>ab</sup>	97.71(16.49) <sup>b</sup>
	300,000-500,000 <	21(12.7)	76.90(16.41)	45.29( 6.49) <sup>a</sup>	111.90(21.79) <sup>a</sup>
	≥500,000	23(14.0)	74.30(19.31)	42.09(10.41) <sup>ab</sup>	99.35(16.17) <sup>b</sup>
				F= 2.79 p= .0426	F= 6.25 p= .0005
Satisfaction of pocket money	good	28(17.0)	71.62(20.29)	43.13( 9.11) <sup>a</sup>	97.06(22.12)
	ordinal	87(52.7)	73.98(17.53)	44.38( 6.37) <sup>a</sup>	100.31(19.51)
	lack	50(30.3)	74.37(24.00)	33.55(13.49) <sup>b</sup>	90.89(23.73)
				F=19.66 p= .0001	
Experience of disease	yes	130(78.8)	71.89(19.52)	41.06(10.04)	96.37(21.45)
	no	35(21.2)	80.56(19.27)	41.66( 9.55)	100.54(17.52)
			t= 7.08 p= .0086		
Experience of admission	yes	112(67.9)	70.24(20.41)	40.32(11.12)	96.81(22.81)
	no	53(32.1)	79.72(19.31)	41.87( 9.56)	96.61(18.29)
			t= 8.38 p= .0043		
Experience of operation	yes	72(43.6)	72.67(19.35)	39.89(11.75)	97.84(22.35)
	no	93(56.4)	75.31(18.62)	41.78( 9.42)	97.09(19.13)
Current disease	yes	127(77.0)	70.88(20.45)	40.51(10.46)	95.91(20.48)
	no	38(23.0)	82.72(18.29)	42.00(11.65)	100.68(24.99)
			t=12.56 p= .0005		
Health examination	per 6 month	14( 8.5)	84.33(16.78)	41.53(14.86)	101.39(32.24) <sup>a</sup>
	per 1 year	35(21.2)	75.61(17.43)	42.69(10.98)	106.95(17.93) <sup>a</sup>
	per 2 year	32(19.4)	77.72(13.85)	41.59( 8.97)	93.59(17.40) <sup>b</sup>
	above 3 year	16( 9.7)	74.31(16.34)	39.32(13.28)	98.87(14.70) <sup>b</sup>
	no	68(41.2)	72.35(19.01)	39.87( 7.97)	93.03(15.62) <sup>b</sup>
					F= 6.10 p= .0001

HC\* :health conception

FA\*\* :family support

HPB\*\*\*: health promoting behavior

ab:Duncan test

19.66,  $p=0.0001$ ), 동거유형( $F=3.55$ ,  $p=0.0025$ ), 경제상태( $F=13.55$ ,  $p=0.0001$ )가 유의한 차이를 보였다. 가족지지정도는 빌라, 단독주택과 아파트거주 군이 다세대주택과 기타 거주자보다 높았으며, 월용돈은 30-50만원이하 군에서 가장 높았고 10만원 이하 군에서 가장 낮았다. 용돈은 보통과 충분하다 군이 부족하다는 군보다 높았다.

건강증진행위는 교육정도( $F=3.19$ ,  $p=0.0055$ ), 주거형태( $F=3.94$ ,  $p=0.0011$ ), 건강검진( $F=6.10$ ,  $p=0.0001$ ), 경제상태( $F=2.78$ ,  $p=0.0136$ ), 월용돈( $F=6.25$ ,  $p=0.0005$ )과 유의한 차이가 있었다. 건강증진행위정도는 대졸이상 군이 제일 높았고 다음이 고졸, 중졸과 초등졸 군이 그리고 국문해독과 해독불능 순으로 낮았으며, 주거별로는 빌라군, 아파트·단독주택·다세대주택 군, 기타군 순으로 낮은 점수를 보였다. 또한 6개월·1년마다 건강검진 실시군이 2년이상~경험이 없는 군보다 건강증진행위정도가 높았으며 월용돈에서는 30-50만원이하 군이 다른 군보다 높았다.

#### 5. 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

본 대상자의 건강증진행위와 통계적으로 유의한 관계를 나타낸 변수들이 건강증진행위에 미치는 영향정도는 <Table 4>와 같다.

여러 변수중 가족지지가 건강증진행위의 예측요인으로 가장 중요한 변수로 11%의 설명력이 있었으며 다음으로는 건강개념 5%, 교육정도 4%, 주거형태 3%의 설명력을 보여 이들 변수가 건강증진행위에 대하여 갖는 설명력은 총 23%이었다.

### IV. 논 의

본 연구에서 노인의 건강증진행위의 평균점수는

98.07점(평균평점 2.45)으로 보통수준이었다. 이는 Park 등(1998)의 2.65, Sohng과 Lee(2000)의 2.63, Song, Lee 및 Ahn(1997)의 2.63점보다 낮은 점수이었다. 건강증진행위의 영역별 평균은 영양(2.79)이 가장 높았고 운동(1.91)이 가장 낮게 나타나 가장 높은 영역은 Sohng과 Lee(2000)의 결과와 일치하였으나, 자아실현이 가장 높았던 연구 결과들(Park et al., 1998; Speake et al., 1989; Walker et al., 1988)과 Song 등(1997)의 대인관계 지지영역과는 차이가 있었다. 낮은 영역은 위에 제시된 연구 모두 운동영역이었던 결과와 일치하여 노인의 건강증진행위에서는 운동을 강조할 필요가 있다고 본다.

본 연구결과 건강개념 지각정도는 총평균 75.16점(평균평점 2.68)으로 중정도였는데, 이는 평균 연령 74세 노인의 건강지각이 최대평점 4점중 2.60이었던 Lee와 Choi(2000)의 연구결과보다는 높았으며, 평균 72.9세 노인의 신체적 건강상태가 5점 만점중 4점이었던 Kim과 Yang(2001)의 결과보다는 낮은 결과를 보였으나 이러한 결과는 연구도구와 대상자의 차이에 기인한 것으로 생각된다.

가족지지는 총평균 41.55점(평균평점 3.78)으로 중상정도이었으며, 이 결과는 같은 도구를 사용한 Park(1999)의 3.52점, 그리고 Choi와 Park(1999)의 40.53점보다는 높았으나 노인환자를 대상으로한 Yoo(2001)의 3.87점과 Park(1998)의 4.53점보다는 낮아 노인에서 환자인 경우 가족지지가 높아지는 경향을 알 수 있었다.

본 연구에서 건강증진행위는 건강개념지각 및 가족지지정도와 순 상관관계를 보여 노인의 건강에 대한 지각과 가족지지 정도가 높을수록 건강증진행위를 더 많이 하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 건강상태에 대한 지각과 양의 상관관계를 제시한 Park 등(1998), Palank(1991), Speake 등

<Table 4> Influencing factors on the subjects' health promoting behavior

Variables	Partial R <sup>2</sup>	Model R <sup>2</sup>	F	p
Family support	0.1124	0.1124	18.75	0.0001
Health conception	0.0504	0.1629	8.86	0.0034
Educational level	0.0392	0.2020	7.17	0.0083
Dwelling pattern	0.0325	0.2345	6.15	0.0143

(1989)의 결과와 일치하였으나, 가족지지는 유사한 연구를 찾을 수 없어 앞으로 연구가 이루어져야 할 것이다. 다만, Chang 등(1999)의 연구에서 노인이 건강증진요인중 가장 높게 인지한 것은 정서적 요인이었던 점으로 미루어 볼 때 본 연구 대상자인 노인들은 가족지지가 높아짐에 따라 그들의 정서적 지지가 커지게 되어 건강증진행위를 보다 많이 하게 된 것으로 추정된다.

본 연구 대상자의 평균 연령은 74.2세였으며 70-74세군이 제일 많고 65세-89세까지의 분포를 보였으나 건강증진행위와 연령과는 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내지 않아, 연령과 건강증진행위는 유의한 부적 상관관계를 보였던 연구들(Kim et al., 2000; Oh et al., 1996; Sohng & Lee, 2000; Walker et al., 1988)과는 차이가 있었다. 또한 본 연구결과 건강증진행위에 영향을 미치는 일반적 특성은 교육정도, 주거형태, 경제상태, 월용돈, 건강검진이였다. 이중 교육정도가 높았던 군에서 건강증진행위를 많이 하고 있었던 결과는 Sohng과 Lee(2000) 그리고 Song 등(1997)의 연구결과와 상통되었다. 그러나 경제상태는 중정도군에서 그리고 월용돈도 최상군보다 중상군에서 건강증진행위가 가장 높았던 것은 사회 경제적 상태가 높을수록 건강행위를 많이 한다는 Wilson과 Elinson(1981)의 연구결과, 그리고 용돈이 많은 대상자가 건강증진행위를 더 많이 하였다는 Song 등(1997)의 연구결과와는 차이가 있어 추후 좀더 많은 노인을 대상으로 연구해 볼 필요가 있다.

이외에도 본 연구에서 일반적 특성중 건강개념지각과 유의한 차이를 나타낸 변수로 질병경험, 입원경험, 현재 질환이 있는 군이 없는 군보다 건강개념지각정도가 낮았던 것은 Nicholas(1993)의 질병의 수가 많을수록 그리고 주거환경이 적절하지 못할 때 건강지각에 부정적 영향을 주게 된다는 보고와 유사하였다. 가족지지와 차이를 나타낸 일반적 특성은 동거유형, 거주형태, 월용돈, 용돈만족도였던 본 연구결과는 Choi와 Park(1999)의 연령, 배우자 유무, 동거유형, 경제상태, 월용돈이었던 결과와 종교, 월용돈에 따라 노인의 가족지지정도가 차이가 있었다는 Yoo(1999)의 보고와는 일부 상통되지만 노인

환자의 일반적 특성은 가족지지와 유의한 차이가 없었다는 Park(1999)의 결과와는 달랐다. 현재 앓고 있는 질병은 관절염, 고혈압, 당뇨 등의 만성질환이 대부분을 차지한 결과는 Park 등(1998)의 보고와 일치하였다.

본 연구에서 최종적으로 살펴보고자 하였던 건강증진행위 예측변수의 설명력에서는 가족지지가 11%의 설명력을 보여 가장 중요한 변수로 나타났고 여기에 건강개념지각(5%), 교육정도(4%), 주거형태(3%)를 첨부하면 23%의 설명력을 가졌던 결과는, 유사한 연구가 없어 직접 비교하기는 어려우나 Park 등(1998)의 연구에서 삶의 질 30%, 내적통제위 6%, 건강개념 3%의 설명력에 비해 건강개념의 설명력은 조금 높았다. 이와 더불어 노인의 건강증진행위의 설명력으로 내적통제위 10.7%, 기능상태 3.3%이었던 결과(Lee & Choi, 2000)와 강인성의 자기투입성 11%, 자기효능감 7.7%, 월용돈 6.3%의 설명력을 보였던 Song 등(1997)의 연구결과를 고려할 때 추후 전국규모로 노인을 대상으로하여 건강증진행위의 영향요인을 알아보는 연구가 뒤따라야 할 것으로 본다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 노인이 지각하는 건강개념, 가족지지와 건강증진행위정도를 파악하고 그들의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 건강개념과 가족지지 변수를 중심으로 확인하여, 노인의 건강한 삶을 위한 건강증진 프로그램의 기초자료를 마련할 목적으로 시도되었다.

대상은 C시에 거주하는 노인 165명이며, Laffrey(1986)의 건강개념측정도구, Kang(1985)의 가족지지측정도구와 Waker 등(1987)의 건강증진행위 측정도구를 이용하여 자료를 수집하였다. 자료는 SAS를 통계 프로그램을 이용하여 t 검정, ANOVA, Duncan 사후검정, Pearson correlation coefficients, stepwise multiple regression으로 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 노인의 건강개념정도는 75.16점(범위28-112점, 평균평점 2.68점)으로 중정도를 나타냈으며, 영



- 역별로는 역할수행 21.12점(평균평점 3.02), 적응 20.22점(2.89), 자아실현 17.24점(2.46), 그리고 임상영역(질병이 없는 상태) 16.59점(2.37)순 이었다. 가족지지정도는 41.55점(범위 11-55점, 평균평점 3.78점)으로 중상이었다. 건강증진행위정도는 98.07점(범위 40-160점, 평균평점 2.45점)으로 보통수준이었으며 영역별로는 영양 19.50점(평균평점 2.79), 지지적인 대인관계 13.41점(2.68), 자아실현 20.52점(2.57), 스트레스관리 16.78점(2.40), 건강에 대한 책임감 20.25점(2.25), 운동 7.62점(1.91)순을 보였다.
2. 건강증진행위는 건강개념지각 및 가족지지정도와 순 상관관계를 보여 노인의 건강에 대한 지각과 가족지지 정도가 높을수록 건강증진행위를 더 많이 하는 것으로 나타났다.
  3. 노인의 평균연령은 74.2세였으며 질병경험은 78.8%에서, 그리고 현재 질병은 77.0%에서 있었으며 관절염, 고혈압, 당뇨 등과 같은 만성 질환이 많았다. 대상자의 일반적 특성중 건강개념과는 질병경험, 입원경험, 현재질환에서 차이가 있었으며, 가족지지와는 주거형태, 월용돈, 용돈만족도, 동거유형, 경제상태에서, 그리고 건강증진행위와는 교육정도, 주거형태, 건강검진, 경제상태, 월 용돈에서 차이를 나타내었다. 건강증진행위는 교육수준이 높은 군에서 그리고 건강검진을 2년 미만의 간격으로 실시하는 경우에 더 높았다.
  4. 건강증진행위에 가장 많은 영향을 미친 변수는 가족지지로 11%를 설명할 수 있었으며 건강개념(5%), 교육정도(4%), 주거형태(3%)를 추가할 경우 건강증진행위를 23% 설명할 수 있었다.
- 이상의 결과로서 내릴 수 있는 결론으로는, 노인의 건강증진행위에서 가장 많이 실시하는 영역은 영양이며 운동이 제일 부족하다는 점, 교육수준이 높은 군과 건강검진을 2년 미만으로 실시하는 경우 건강증진행위 정도가 높았다는 점이다. 또한 노인의 건강증진행위는 그들이 건강상태와 가족지지에 대한 지각을 높게 할수록 더욱 잘 실시하게 된다는 것과 노인의 건강증진행위에서는 가족지지가 가장 중요한

예측변수이며 이외에도 그들의 건강개념, 교육정도, 주거형태가 영향을 미치는 변수라는 것이었다. 따라서 가정노인의 건강증진행위 향상을 위해서는 우선적으로 가족지지가 잘 이루어지도록 하고, 노인의 건강개념지각정도와 인구학적 특성을 고려하여 노인 운동에 대해 적극적인 관심을 가지고 수행을 하여야 할 것이다.

## References

- Chang, S. O., Park, Y. J., Lee, S. J., Park, E. S. (1999). A study on perceived health influencing factors, health practice performance and perceived health status in the elderly. *J Korean Acad Adult Nurs*, 11(3), 499-510.
- Choi, Y. A., Park, J. H. (1999). Correlations among family support, self-esteem and compliance with preventive health behavior in elderly people. *J Korean Acad Fundamental Nurs*, 7(3), 141-153.
- Christensen, G. M. (1988). The national survey of worksite health promotion activity. *AAOHN J*, 36, 266-270.
- Duffy, M. E. (1993). Determinants of health-promoting lifestyles in older persons. *IMAGE: J Nurs Scholars*, 25(1), 23-28.
- Farmer, M. M., Ferraro, K. F. (1997). Distress and perceived health: mechanisms of health decline. *J Health Soc Behavior*, 39, 298-311.
- Friedman, M. L. (1991). An instrument to evaluate effectiveness in family functioning. *Western J Nurs Res*, 13(2), 220-241.
- Kang, H. S. (1985). *An experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities*. Unpublished doctoral dissertation, The Yonsei University of

- Korea, Seoul.
- Kim, H. J., Kim, J. H., Park, J. H. (2000). Factors influencing health promoting behavior of the elderly. *J Korean Acad Adult Nurs*, 12(4), 573-583.
- Kim, K. M., Kim, H. K. (1996). A study on the relationship between dependency and perceived family support in elderly patient. *J Korean Acad Adult Nurs*, 8(1), 110-123.
- Kim, N. C., Yang, S. (2001). Physical status and depression of a community-dwelling elderly group. *J Korean Acad Nurs*, 31(6), 1012-1020.
- Korea Institute for Health and Social Affairs (2000). *Health and Welfare indicators in Korea*.
- Laffrey, S. C. (1986). Development of a health conception Scale. *Res Nurs & Health*, 9, 107-113.
- Lee, Y. H., Choi, S. J. (2000). A study of factors influencing health perception in the elderly. *J Korean Acad Nurs*, 30(4), 880-892.
- Lubben, J. E., Weiler, P. G., Chi, I. (1998). Health practices of the elderly. *Am J public Health*, 79(6), 731-733.
- Ministry of Health & Welfare (2000). *Whitepaper of MOHW*.
- Nicholas, P. K. (1993). Hardness, self-care practices and perceived health status in older adults. *J Adv Nurs*, 18, 1085-1094.
- Oh, J. J., Kim, S. M., Song, M. (1996). Health promoting behaviors and factors contributing health practice of Korean urban elderly. *J Korean Acad Adult Nurs*, 8(2), 324-337.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior. *Nurs Chin North Am*, 26(4), 815-832.
- Park, E. S., Kim, S. J., Kim, S. I., Chun, Y. J., Lee, P. S., Kim, H. J., Han, K. S. (1998). A study of factors influencing health promoting behavior and quality of life in the elderly. *J Korean Acad Nurs*, 28(3), 638-649.
- Park, H. J. (1998). *The relationship among family support, powerlessness and quality of life in the elderly patient*. Master thesis. The Kyungpook National University of Korea, Daegu.
- Park, S. Y. (1999). The relationship among family support, powerlessness and depression in the elderly patient. *J Korean Acad Adult Nurs*, 11(3), 425-435.
- Park, Y. J., Lee, S. J., Park, E. S., Chang, S. O. (1999). A prediction model for health promoting behavior of the Korean elderly. *J Korean Acad Nurs*, 29(2), 281-292.
- Park, W. H. (1991). *A study on perceived family support and mental health of the urban elderly*. Master thesis. The Graduate School of Education Yonsei University of Korea, Seoul.
- Sohng, K. Y., Lee, S. Y. (2000). A survey on perceived health status and health promoting lifestyle patterns between Korean elderly. *J Korean Acad Fundamental Nurs*, 7(3), 401-414.
- Song, Y. S., Lee, M. R., Ahn, E. K. (1997). The study on health promoting lifestyle of the elderly. *J Korean Acad Nurs*, 27(3), 541-549.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., Pellet, K. (1989). Health perception and lifestyles of the elderly. *Res Nurs & Health*, 12, 93-100.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle

profile: development and psychometric characteristics. *NR*, 36(2), 76-81.

Walker, S. N., Volken, K., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1988). Health promoting lifestyles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, correlations and patterns. *Adv Nurs Scien*, 11(1), 76-90.

Wilson, R. W., Elinson, J. (1981). National survey of personal health practices and consequences: background, conceptual issues, and selected findings. *Pub Health Reports*, 96, 218-225.

Yoo, S. M. (2001). *Family support and the self-care among elderly patients with respiratory disease*. Master thesis. The Hallym University of Korea, Chunchon.

Yoo, Y. K. (1999). A study on the perceived family support and the self-esteem of the aged. *J Korean Acad Adult Nurs*, 11(3), 367-377.

Abstract

Factors Influencing Health Promoting Behavior in the Elderly People: Perceived Conception of Health and Family Support

Kim, Chun-Gill\* · Sung, Myung-Sook\*

**Purpose:** The purpose of this study was to describe perceived conception of health, family support and health promoting behavior: as well as to assess factors that influence health promoting behavior.

**Method:** Study participants were 165

elderly people over the age of 65, living in C city. The instruments were Laffery's health concept scale, the family support scale by Kang, and the health promoting behavior scale by Walker et al.

**Results:**

1. The scores for level of health concept ranged from 28 to 112, and had a mean score of 75.16. The scores for level of family support ranged from 11 to 55, and had a mean score of 41.55. The scores for health promoting behavior ranged from 40 to 160 with mean score of 98.07. For health promoting behavior the participants revealed that the most frequent practices were in nutrition, and the least frequent, in exercise.
2. Higher levels of health conception and family support were correlated with an improving level of health promoting behavior .
3. The factor most influencing health promoting behavior in elderly people was family support. Family support accounted for 11% of the variance in health promoting behavior. A combination of health conception, education level and dwelling pattern accounted for 23% of the variance in health promoting behavior.

**Conclusion:** Perceived health conception and family support were identified as important variables for health promoting behavior in elderly people.

**Key words :** Aged, Health promoting behavior, Health conception, Family support

\* Associate Professor, Department of Nursing, Hallym University