

## 노인의 거주유형별 건강증진 행위 영향요인 비교

전 은 영<sup>1)</sup> · 김 귀 분<sup>2)</sup>

### 서 론

#### 연구의 필요성

우리나라 65세 이상 노인인구는 2003년 8.3%로 고령화 사회에 접어들었으며, 2019년에는 14.4%로 고령사회에 진입하고, 2026년에는 20.0%로 초(超)고령사회에 도달할 전망이다(Korea National Statistic Organization, 2004) 노인인구의 급격한 증가에 대한 대책마련이 시급한 상황이다. 특히, 우리나라 노인의 87.6%는 고혈압, 당뇨, 관절염, 심질환 등 만성 퇴행성 질환을 한 가지 이상 앓고 있으며, 이중 약 35% 정도는 일상생활을 유지하기 위해 타인의 도움을 필요로 하고, 1인당 의료비가 다른 연령에 비하여 높고 병원입원이나 요양기간이 길어 의료비의 증가로 인하여 노인 자신뿐만 아니라 노인계층을 부양해야 하는 가족과 국가의 경제적 부담이 크게 증가하므로 노인 부양에 있어서 가족적 차원과 사회적 차원에서 적극적인 노력이 제고되고 있다(Sunwoo, 2001).

전통적으로 효사상에 입각하여 노인 부양을 책임지고 있었던 우리나라의 가족문화는 산업화와 도시화에 의해서 구조적인 측면에서 핵가족화되고, 기능적인 측면에서 점차 전통적인 역할이 약화됨으로서 노인부양도 가족 내적인 부양에서 사회적인 부양으로 시설보호를 요하는 경향이 증대되고 있어(Oh & Choi, 2005), 정부에서는 2008년도부터 중증 치매 및 뇌졸중 노인을 대상으로 노인요양(가칭 '수발')보험 제도를 실시하여 노인부양의 사회적 보호를 제공하고 향후 이 제도를 65세 이상 전체 노인과 시설거주 노인에게까지 확대하는 것을 정

책적으로 도입할 방침이다.

노인요양보험제도 도입에 앞서 장기요양보호 서비스 욕구에 대하여 조사한 결과(Sunwoo, 2001), 65세 이상 전체 노인 중에서 일상생활 기능 등의 저하로 인하여 장기요양 서비스가 필요한 노인은 20.9%이며, 이중 재가·지역사회 보호가 필요한 노인은 18.9%, 시설 서비스가 필요한 노인은 2% 정도로 추계되었다. 결과적으로 현재 노인 인구의 0.4%가 시설서비스를 받고 있는데 비하여 향후 시설 서비스를 받게 될 노인인구가 현재보다 5배 정도 증가하게 될 것이며, 재가 및 지역사회 보호를 위한 서비스 이용 노인도 증가하여 이들을 위한 보건·복지 통합 서비스의 종류와 수가 모두 증가될 것으로 전망되고 있다.

한편 일본에서는 고령화 사회에 대처하기 위하여 2000년도부터 개호보험을 실시하여 재가 및 시설 거주 노인에 대한 보건복지 서비스를 실시하였으며, 2004년 제도개혁 작업을 집중 추진하여 고령사회에 보다 효율적으로 대처하기 위해서는 건강증진과 질병예방에 대한 정책 수립이 중요한 것으로 결론짓고 2005년도부터 시작되는 개호보험 제2기에는 '예방 중시형 시스템'으로의 전환을 본격화하였다(Park, 2005). 우리나라 재가노인의 건강문제 및 기능상태에 대한 연구결과 대상자의 50% 이상이 보건예방서비스, 건강증진, 시각기능, 우울·불안 문제, 의사소통 장애, 사회적 기능, 통증, 환경평가, 구강위생, 인지기능, 낙상 순으로의 문제를 가지고 있는 것으로 나타났으며(Yoo, 2004) 외국의 노인들이 낙상, 사회적 기능, 통증, IADL에 대한 문제를 많이 가지고 있는 것(Ritchie et al., 2002)과는 우선순위가 달라 우리나라 노인에 대한 건

주요어 : 노인, 거주유형, 건강증진행위

1) 대구한의대학교 간호학과 부교수, 2) 경희대학교 간호과학대학 교수  
투고일: 2005년 11월 12일 심사완료일: 2006년 2월 14일

강증진 행위에 대한 접근이 필요한 것으로 제기되었다.

노인의 건강증진 행위는 건강에 대한 어떤 특별한 위협을 제거하기 보다는 건강에 적응하는 수준을 높이는 것으로 건강한 생활양식을 통하여 얻어질 수 있다(Duffy, 1988). Pender의 건강증진 모형을 이용한 대부분의 연구에서 건강증진 생활양식에 영향을 주는 요인으로 자기효능과 지각된 건강상태, 지각된 통제성, 사회적 지지, 지각된 유익성 등이 있음을 밝혔으며, 노인의 건강증진 행위에 영향을 주는 요인으로는 우울, 지각된 건강상태, 자기효능 및 사회적 지지인 것으로 보고되었다(Park, Lee, Park, & Chang, 1999; Duffy, 1988; Pender, Walker, Sechrist, & Frankstromborg, 1990; Kahn, Hessling, & Russell, 2003).

최근 노인인구가 증가하면서 건강증진이 강조되고 있어 이와 관련된 연구가 증가하고 있지만 대부분의 연구들이 건강증진모형 검증, 건강증진행위 모형구축, 건강행위와 건강증진 프로그램을 적용하여 효과를 평가한 연구들이 주를 이루고 있고(Park, Lee, Park, & Chang, 1999; Park, & Oh, 2005; Seo, & Hah, 2004) 재가 거주노인과 시설 거주노인 각각에 대하여 건강증진행위를 비교한 연구는 거의 이루어지지 않았다.

이에 본 연구에서는 노인요양보험이 재가와 시설로 분류되어 시행될 계획이므로 노인의 거주유형별 즉, 재가거주 노인과 시설거주 노인 각각에 대하여 건강증진 행위를 비교하고 이에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써 노인요양보험 제도의 도입을 앞두고 노인의 거주유형별 건강증진 행위 촉진을 위한 개별적이고도 통합적인 간호중재 개발을 위한 자료를 제공함으로써 보다 효율적인 보건·복지 서비스 방향을 제시하고자 본 연구를 시도하였다.

## 연구 목적

본 연구의 목적은 노인의 거주유형별(재가, 시설) 건강증진 생활양식과 관련된 요인을 파악하며, 그 요인들의 영향력을 분석함으로써 건강증진 행위를 촉진하기 위한 재가 및 시설 거주 노인의 특성을 고려한 간호중재 전략수립에 기여하고자 함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 노인의 거주유형별 건강증진 행위와 각 하위영역에 있어서 차이를 비교한다.
- 노인의 건강증진 생활양식과 관련되는 요인 즉, 지각된 건강상태, 우울, 사회적 지지, 자기효능을 거주유형별로 비교한다.
- 노인의 거주유형별 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 비교분석한다.

## 연구 방법

### 연구설계

본 연구는 노인의 거주유형별 건강증진행위와 관련변수의 차이를 확인하고 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 비교 분석한 서술적 조사연구이다.

### 연구대상

본 연구의 대상자는 65세 이상의 노인으로서 재가 거주노인은 서울, 경기, 대구에 소재한 9개 노인정에 모이는 노인을 대상으로 하였으며, 시설 거주노인은 이들 지역에 소재한 7개 무료 및 실비요양시설에 거주하고 있는 노인으로서 하였다. 연구대상의 선정은 일상생활이 가능하며 의사소통이 가능하고 설문지 내용을 이해하며 연구 참여에 동의한 자를 대상으로 편의 표집하였다.

### 연구도구

#### ● 건강증진 행위

Walker, Sechrist와 Pender(1987)가 개발한 건강증진 생활양식 측정도구(Health Promotion Lifestyle Pattern: 이하 HPLP)를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 건강책임 9문항, 영양 6문항, 운동 4문항, 자아실현 11문항, 대인관계 6문항, 스트레스 관리 6문항 총 42문항의 6개 하위영역으로 구성되어 있으며, Likert 4점 척도로서 점수가 높을수록 건강증진 행위의 수행정도가 높음을 의미한다. 도구의 개발당시 HPLP의 전체적인 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.92$ 였으며, 하위개념 각각의 신뢰도는 .70~.90이었고, 본 연구에서의 HPLP의 전체적인 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.91$ 이었고 하위영역은 .74~.84이었다.

#### ● 지각된 건강상태

본 연구에서는 노인의 지각된 건강상태를 측정하기 위하여 Lawton, Moss, Fulcomer와 Kleban(1982)이 개발한 건강상태 자가평가(Health Self-Rating Scale)도구를 본 연구자들이 번역하여 사용하였다. 이 도구는 정서적·신체적 건강상태를 묻는 4문항의 Likert 5점 척도로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 높음을 의미한다. 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.88$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha=.80$ 이었다.

#### ● 우울

Kee(1996)가 개발한 한국판 노인우울척도 단축형(GDSSF-K)

을 사용하여 측정하였다. 이 도구는 총 15개 문항 5점 척도로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다. 도구 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.88$ 이었고, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.77$ 이었다.

#### ● 사회적 지지

Park(1985)이 개발한 간접적으로 지각한 사회적 지지 척도를 사용하였다. 이 도구는 15개 문항, 5점 척도로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 사회적 지지정도가 높음을 의미한다. 도구의 개발당시 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.95$ 이었으며, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.88$ 이었다.

#### ● 자기효능

자기효능은 Sherer 등(1982)에 의해 개발된 일반적 자기효능 도구를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 모두 17문항으로 구성되어 있으며 본 연구에서는 4점 척도를 사용하여 측정하였고, 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 의미한다. 도구의 개발당시 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.71$ 이었으며, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.88$ 이었다.

### 자료수집 방법 및 절차

자료수집은 구조화된 질문지를 이용하여 연구자와 훈련된 5명의 연구보조원이 노인정과 시설을 방문하여 대상자에게 연구목적을 설명한 후 대상자에게 직접 설문지를 작성하도록 하거나, 혼자서 작성할 수 없는 대상자는 연구자와 보조원이 설문지 내용을 읽어주고 대상자가 구술한 답을 설문지에 기록하는 방법으로 자료를 수집하였다.

설문지 작성의 정확성을 도모하기 위하여 사전에 연구 보조원을 대상으로 자료수집 방법에 대해 교육을 2시간 실시하였으며, 측정자간 신뢰도를 파악하기 위하여 교육 후 1개 시설을 방문하여 노인 10명을 대상으로 연구자와 연구보조원이 각각 설문지에 기록한 후 Spearman's rank correlation coefficients로 비교한 결과, HPLP는  $r=.90(p<.01)$ , 우울은  $r=.92(p<.01)$ , 사회적 지지는  $r=.87(p<.01)$ , 자기효능  $r=.89(p<.01)$ , 지각된 건강상태  $r=.88(p<.01)$ 로 나타났다.

자료수집 기간은 2003년 5~11월에 걸쳐 실시하였다. 설문지 배부수의 결정은 Cohen(1988)이 제시한 표본의 크기 결정 방법 의거하여 표본수를 결정하였다. 즉, 본 연구에서는 두개 이상의 변수에 대하여 평균을 비교할 것이므로 필요한 표본의 수를 구하기 위하여 유의수준( $\alpha$ )=.05, 그룹의 수( $u$ )=1, 효과의 크기는 중간정도=0.25, 검정력(power)=0.95로 했을 때, 한 그룹당 필요한 표본의 수가 105명으로서 총 210명의 대상자가 요구되므로, 본 연구에서는 재가 거주노인과 시설 거주

노인에 대하여 설문지를 배부한 후 회수된 설문지중 응답이 불충분한 자료를 제외하고 재가 거주노인 125명, 시설 거주노인 118명, 총 243명을 분석에 이용하였다.

### 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS Win 12.0을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 노인의 거주유형별 인구학적 특성의 동질성은  $\chi^2$ -test로 검증하였다.
- 노인의 거주유형별 건강증진 행위의 차이는 t-test로 분석하였다. 건강증진 행위에 영향을 미치는 인구학적 특성 가운데 차이 있는 변수는 공변수(covariate)로 처리하고 ANCOVA를 실시하여 건강증진행위의 차이를 분석하였다.
- 노인의 거주유형별 건강증진행위 관련 변수(우울, 사회적 지지, 자기효능, 지각된 건강상태)의 차이는 t-test로 분석하였다.
- 노인의 거주유형별 건강증진 행위 영향요인은 Stepwise Multiple Regression으로 비교하였다.

### 연구 결과

#### 노인의 거주유형별 인구학적 특성 차이

노인의 거주유형별 인구학적 특성의 차이는 <Table 1>과 같다. 재가 거주노인과 시설 거주노인에서 차이가 있는 인구학적 특성은 성별, 사회 활동, 월용돈 항목으로 나타났다. 성별은 재가거주노인은 남성노인이 52명(41.6%), 여성노인이 73명(58.4%)으로 성별이 비교적 고른 분포를 이루고 있음에 비해, 시설 거주노인은 여성노인이 96명(81.4%), 남성노인이 22명(18.6%)으로서 성별분포에 있어서 여성노인이 월등히 많아 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=15.10, p=.00$ ).

노인의 사회활동 참가정도에 대한 항목은 재가 거주노인은 거의 하지 않는다 44명(35.2%), 조금한다 72명(57.6%), 많이한다 9명(7.2%)인데 반하여, 시설 거주 노인은 거의 하지 않는다 대부분으로서 105명(89.0%)이고, 조금 한다 12명(10.2%), 많이 한다 1명(0.8%)밖에 되지 않아 시설 거주 노인은 시설을 벗어난 외부적인 사회활동을 매우 저조한 것으로 나타났다( $\chi^2=74.09, p=.00$ ). 월 용돈에 있어서는 재가 거주노인은 충분하다고 응답한 노인이 2명(1.6%), 보통수준이다 106명(84.8%), 부족하다 17명(13.6%)인데 비하여, 시설 거주노인은 한달 용돈이 충분하다고 응답한 노인은 한명도 없고, 보통수준이다 54명(45.8%), 부족하다 64명(54.2%)이 응답하여 두 군간에 차이가 있었다( $\chi^2=46.00, p=.00$ ).

<Table 1> Comparison of demographic characteristics between elderly at home and institution

Characteristics	Categories	Elderly at home	Elderly at institution	$\chi^2$	p
		(N=125) N (%)	(N=118) N (%)		
Age(yrs)	65-74	81(64.8)	63(53.4)	3.27	.08
	75-84	44(35.2)	55(46.6)		
Sex	Male	52(41.6)	22(18.6)	15.10	.00
	Female	73(58.4)	96(81.4)		
Education	None	61(48.8)	70(59.3)	5.41	.14
	Elementary	42(33.6)	24(20.3)		
	Middle school	11( 8.8)	12(10.2)		
	High school and higher	11( 8.8)	12(10.2)		
Religion	Yes	110(88.0)	106(89.8)	.20	.68
	None	15(12.0)	12(10.2)		
Social Activity	Never	44(35.2)	105(89.0)	74.09	.00
	Little	72(57.6)	12(10.2)		
	Often	9( 7.2)	1( 0.8)		
Monthly Allowance	Enough	2( 1.6)	-	46.00	.00
	Moderate	106(84.8)	54(45.8)		
	Shortage	17(13.6)	64(54.2)		

그 외 연령, 교육정도, 종교 항목에서는 재가 거주노인과 시설 거주노인간에 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

**노인의 거주유형별 건강증진 행위 차이**

노인의 거주유형별 건강증진 행위의 차이를 분석한 결과 <Table 2>와 같이 재가 거주노인의 건강증진 행위는 2.46점인데 비해 시설 거주노인의 건강증진 행위는 2.31점으로 재가 거주노인이 시설노인에 비해 건강증진 행위 점수가 더 높았다( $t=2.08$ ,  $p=.038$ ). 특히 재가 거주 노인의 자아실현 점수는 2.64점으로서 시설거주 노인이 2.43점인 것에 비해 점수가 더 높아 두 그룹간에 차이가 있었으며( $t=2.34$ ,  $p=.020$ ), 대인관계 지지 점수도 재가 거주 노인은 2.80점인데 비해 시설 거주 노인은 2.50점으로 재가 거주 노인보다 낮아 두 그룹간에 차이가 있었다( $t=3.21$ ,  $p=.001$ ).

한편 건강증진 행위에 대한 하위항목별 실천 정도는 재가 거주 노인은 대인관계 지지 2.80점, 영양 2.79점, 자아실현

2.64점, 스트레스 관리 2.41점, 건강책임 2.20점, 운동 1.71점의 순으로 실천하고 있었고, 시설 거주 노인은 영양 2.61점, 대인관계 지지 2.50점, 자아실현 2.43점, 스트레스 관리 2.29점, 건강책임 2.18점, 운동 1.66점의 순이어서 재가거주 노인과 시설거주 노인의 건강증진 행위의 실천에 있어서 재가거주 노인은 대인관계 지지가 가장 높는데 비해 시설거주 노인은 영양 측면에서 점수가 가장 높은 것으로 나타났다.

두 그룹간의 건강증진 행위의 차이가 인구학적 특성의 차이에 의하여 유발된 것인지 파악하기 위해 두 군간의 동질성 검증에서 차이가 있었던 성별, 사회활동, 월 용돈을 공변수(covariate)로 하고 재가 거주노인과 시설 거주노인간에 건강증진행위가 차이가 있는지 ANCOVA로 분석한 결과, 두 군간에 건강증진 행위에 차이가 있는 것으로 나타났으며( $df=2$ ,  $F=4.89$ ,  $p=.009$ ), 결과적으로 재가 거주노인과 시설 거주노인의 건강증진 행위의 차이는 인구학적 특성에 기인된 것은 아닌 것으로 분석되었다.

<Table 2> Comparison of HPLP between elderly at home and institution

Item	Elderly at home	Elderly at institution	t	p
	(N=125) M±SD	(N=118) M±SD		
Health-Promoting lifestyle profile	2.46±.44	2.31±.63	2.08	.038
Self-actualization	2.64±.63	2.43±.73	2.34	.020
Health responsibility	2.20±.72	2.18±.88	0.19	.847
Exercise	1.71±.63	1.66±.64	0.58	.566
Nutrition	2.79±.60	2.61±.70	2.13	.033
Interpersonal support	2.80±.58	2.50±.84	3.21	.001
Stress management	2.41±.59	2.29±.69	1.43	.152

<Table 3> Difference of HPLP between elderly at home and institution with covariates

Variables	Sum of Square	df	Mean Square	F	p
Modified model	6521.59	5	134.31	3.35	.007
Intercept	40848.26	1	40848.26	105.05	.000
Sex	1618.84	1	1618.84	4.16	.043
Social activity	1427.21	1	1427.52	3.67	.057
Monthly allowance	987.66	1	987.66	2.54	.113
Type of residency	3807.05	2	1903.52	4.89	.009
Error	58714.32	237	388.83		
Total	20670.32	243			

**노인의 거주유형별 건강증진 행위 관련 요인의 차이**

선행연구에서 건강증진 행위에 영향을 미치는 것으로 규명된 지각된 건강상태, 우울, 사회적 지지, 자기효능에 대하여 재가 거주노인과 시설 거주노인간에 차이가 있는지 검증한 결과 <Table 4>와 같다.

지각된 건강상태는 재가 거주노인과 시설 거주노인 간에 차이가 없었으나 그 외 다른 변수들은 두 그룹 간에 차이가 있었다. 우울은 재가 거주노인이 2.76점, 시설 거주 노인이 2.96점으로서 시설 거주노인이 재가 거주노인보다 우울점수가 더 높았다( $t=-2.82, p=.037$ ). 사회적 지지는 재가 거주노인이 3.50, 시설 거주 노인이 3.15점으로 재가 거주노인이 시설 거주노인보다 사회적 지지 점수가 더 높았다( $t=4.93, p=.000$ ). 자기효능은 재가 거주노인이 2.62점, 시설 거주노인이 2.41점으로 재가 거주노인이 시설 거주노인보다 자기효능이 더 높은 것으로 나타났다( $t=3.79, p=.000$ ).

**노인의 거주유형별 건강증진 행위 영향요인 비교**

노인의 거주유형별 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위하여 재가 거주노인과 시설 거주노인 각각에 대

하여 우울, 사회적 지지, 자기효능을 독립변수로 하여 단계적 다중회귀 분석을 실시한 결과 <Table 5>와 같다.

재가 거주노인에게서는 우울만으로는 23.2%의 영향력이 있으며, 자기효능이 더 추가될 때는 설명력이 5.4% 증가하여 28.6%의 영향력이 있고, 여기에 지각된 건강상태가 더 추가될 때는 설명력이 3.8% 더 증가하여 세 개의 변수에 의해 재가 거주노인의 건강증진행위가 32.4% 설명하는 것으로 나타났으며, 우울은 유의한 영향요인으로 나타나지 않았다.

반면에, 시설 거주노인에게서는 사회적 지지 단독 변수만으로 건강증진 행위에 대하여 38.3% 설명력을 지녔으며, 재가 거주노인에게 유의한 예측변수이었던 우울, 자기효능, 지각된 건강상태는 시설 거주노인에게서는 유의한 영향요인으로 나타나지 않았다

**논 의**

본 연구의 목적은 노인의 거주유형별 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 파악하여 재가 거주 노인과 시설 거주노인에게 보다 효율적인 간호중재 방안을 제안하고자 실시되었다.

본 연구결과 재가 거주노인의 건강증진 행위에는 우울과

<Table 4> Comparison of relation variables with health promotion behavior between elderly at home and institution

Item	Elderly at home	Elderly at institution	t	p
	(N=125)	(N=118)		
	M±SD	M±SD		
Perceived health status	11.05±2.96	9.75±3.75	1.72	.086
Depression	2.76± .42	2.96± .61	-2.82	.037
Social support	3.50± .47	3.15± .91	4.93	.000
Self efficacy	2.62± .40	2.41± .44	3.79	.000

<Table 5> Comparison of predicting variables for health promoting behavior between elderly at home and institution

Elderly at home(N=125)				Elderly at institution(N=118)			
Variables	Cum R <sup>2</sup>	F	p	Variables	Cum R <sup>2</sup>	F	p
Constant	2.768			Constant	.217		
Depression	.232	31.648	.000	Social Support	.383	11.162	.004
Self-efficacy	.286	20.816	.000				
Perceived Health Status	.324	16.436	.000				

자기효능 및 지각된 건강상태가 영향을 미치며, 시설 거주노인의 건강증진 행위에는 사회적 지지가 영향을 미치는 것으로 나타났다.

본 연구결과로 보아 재가 거주노인의 건강증진 행위를 도모하기 위해서는 우울을 경감시키고 자기효능을 증진시켜 주며 본인의 건강상태를 인식 및 지각할 수 있는 프로그램이 필요한 것으로 나타났다. 재가노인의 우울 경감 및 자기 효능을 촉진하며, 건강교육을 통한 건강상태 지각을 도모하기 위해서는 가족을 포함한 사회구성원들과의 다양한 교류가 필요하며, 보건소, 노인복지관, 노인 클럽 등의 기관에서 노인을 위한 다양한 프로그램을 운영하여 서비스의 접근성과 이용성이 높아져야 한다. 가족의 노인 돌봄은 전통적으로 여성의 몫이었지만 1998년 국민생활 기초조사에 따르면 60대의 경우 남성이 돌보는 것이 31%, 70대는 23%나 되는 등 변화를 보이고 있는 것으로 나타났으며, 일본의 경우 개호보험 운영 평가 결과 재택개호는 가족의 역할이 불가피하다는 판단을 내렸다(Park, 2005). 그러므로 재가 거주노인의 적극적인 건강증진 행위를 도모하기 위해서는 가족이 노인을 지지해서 우울 경감 및 자기효능 증대가 이루어지는 것이 필요하므로, 가족의 노인부양에 대한 부담을 경감시키는 홈 헬퍼 도입, 방문간호, 상담, 주간보호, 단기보호 등의 다양한 재가 보건복지 서비스의 개발 또한 필요한 것으로 사려된다.

시설거주 노인은 건강증진 행위에서의 하위항목인 대인관계와 사회적 지지가 재가 거주 노인에 비해 모두 낮은 집단이다. Sung과 Lim(2003)은 사회적 지지가 여성 노인의 건강증진 행위를 54%까지 설명하는 가장 우선적인 변인으로 보고하였으며, Park과 So(2004)는 노인주간보호소를 이용하는 노인들에게 정서적지지(개별적인 건강상담, 친교, 운동, 작업요법)와 물질적 지지(건강교육 소책자, 건강사정, 건강검진, 물리요법, 이비용, 중식, 운송서비스)를 실시한 결과 노인의 건강증진 행위에 긍정적인 효과가 있었음을 밝혔고, 그 외 Hong, Park과 Jang(2000)의 연구에서도 노인들에게 사회적 지지 프로그램은 건강증진 행위를 비롯한 신체적 건강상태와 생활만족에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고하였다.

시설 거주 노인들은 신체와 정서기능의 저하, 경제력 및 사회활동과 역할 기회가 감소되기 때문에 간호 인력과 보건·복지 전문가들로 이루어진 서비스 자원 자체가 사회적 지지 역할에 있어서 매우 중요하게 작용하며, 또한 같이 거주하고 있는 노인들과의 대인관계 지지망을 통하여 상호간에 지지가 이루어질 수 있도록 분위기와 환경을 조성해주는 것이 필요할 것으로 사려된다. 특히, Park 과 So(2004)의 연구에서 노인 간호 인력과 자원을 투입하여 사회적 지지 프로그램을 운영하여 전문가들이 사회적 지지 자원으로서 훌륭한 역할을 수행하는 것이 강조되었으므로 사회적 지지가 부족한 시설 거

주 노인의 건강증진행위를 촉진시키기 위하여 간호전문가들의 지지자로서의 활동이 요구된다. 이와 더불어 노인의 사회적 활동에서도 사회적 활동의 양보다는 지지적 관계형성을 통해 정서적 지지를 제공하는 사회적 활동의 질이 더욱 중요한 것이므로(Simon, 1984) 보건·복지 전문가들에 의해 제공되는 사회적 지지는 많은 시간을 할애할 수 없는 단점을 극복하기 위하여 질적인 측면에 초점을 두고 정서적, 정보적 지지를 제공해야 할 것이다.

본 연구결과 건강증진 행위는 재가거주 노인이 평균 2.46점 시설 거주 노인이 2.31점으로서 재가거주 노인은 선행연구(Seo & Hah, 2004; Sung & Lim, 2003)에서 보고한 우리나라 노인의 건강증진 행위의 전체 평균과 같았으나, 시설 거주 노인은 전체 평균보다 낮은 점수를 보였다. 재가 거주노인은 자아실현에서 제일 높은 점수를 보였고 시설 거주 노인은 영양 항목에서 가장 높은 점수를 나타냈으며, 특히, 자아실현과 대인관계는 재가 거주노인이 시설거주 노인에 비해 더 높은 것으로 나타나 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 자아실현과 대인관계 두 항목에서 재가 거주노인과 시설거주 노인 사이에 차이를 보인 이유는 선행연구(Chung, 2005; Oh & Choi, 2005)에서 재가 거주노인이 시설 거주노인에 비해 스스로 유능하다고 인식하고 자신의 존재에 대해 긍정적인 가치를 부여하며 전반적으로 자아존중감이 높다고 보고한 것과 재가 거주노인이 공식적·비공식적 사회적 지지체계가 시설 거주 노인에 비해 많다는 결과로 보아 재가 거주노인의 긍정적인 자아존중감과 사회적 지지망이 자아실현 점수에도 영향을 미친 것으로 보여진다. 즉, 사회적 지지와 사회적 관계가 좋은 노인은 여러 종류의 정보에 접할 기회가 많고, 사기도 높으며, 자신감을 가지기 때문에(Yoo, 2004) 자아실현의 기회가 높은 것으로 생각된다. 또한 노년기에는 지금까지의 발달과제를 잘 이루어 온 노인들에게는 커다란 성취가 있는 안정된 시기임에 반하여 그렇지 못한 사람에게는 좌절과 그로 인한 우울 및 불안을 경험하게 되는데(Chung, 2005), 우리나라의 경우 시설에 입주하여 생활하는 노인의 95%가 무료 혹은 실비시설에 거주하고 있으며, 이들의 입소자격이 돌봐 줄 자녀나 친인척이 없거나 본인의 생계능력이 없는 이른바 무연고 극빈층 노인이고 열악한 경제 및 보건상태를 지닌 취약한 대상자이기 때문에, 이들 시설 거주노인들의 특성을 감안하여 대인관계에 대한 전문가의 지지를 함과 동시에 같은 시설에 거주하고 있는 노인들을 지지집단으로 여길 수 있는 정서적인 유대관계의 강화가 요구되며 이를 통하여 자아실현에 대한 적극적인 동기부여가 필요한 것으로 사려된다. 또한 두 집단 모두 건강증진 행위 하위항목에서 운동영역이 모두 제일 저조하였으며 선행연구(Seo & Hah, 2004)에서 보고한 노인의 운동 실천점수인 2.33~2.36점보다 훨씬 낮아 이들 노인들에

적합한 운동을 적용하고 실천을 증진시키기 위한 적극적인 노력이 필요한 것으로 나타났다. 결과적으로 노인들의 수명이 연장됨에 따라 노년기에도 인간적인 삶의 질을 유지하면서 사는 것이 의미를 갖게 되는 현 시점에서 시설 거주노인들의 건강증진 행위를 촉진하여 성공적인 노화를 이룩할 수 있도록 전문가로서 거주 유형별 특성을 파악한 촉진자로서 지지자로서의 역할을 수행해야 한다.

본 연구결과 시설 거주노인에게서 우울 정도가 재가 거주 노인보다 더 높았으며, 재가 거주노인은 사회적 지지와 자기효능이 시설 거주노인이 비해 훨씬 더 높은 것으로 나타났다. 우울과 같은 심리적인 요인은 노인의 건강행위에 직접적인 영향을 미치는데(Park, Lee, Park, & Chang, 1999), 노인의 우울은 노화로 인한 건강 상실 및 은퇴로 인하여 사회적 활동 범위가 축소되고, 이로 인하여 고독이나 무료, 소외에 빠지게 될 뿐만 아니라 심리적으로도 자아가 위축되어 결국 노인생활 전반에 결정적인 영향을 끼쳐 신체적·인지적·사회적 장애를 유발하게 되고, 질병으로부터의 회복이 지연되고, 병원 이용의 증가와 자살을 초래할 수 있고, 삶의 질 저하를 초래하게 된다. 특히 노년기에는 안정, 승인, 지식, 애정, 생존욕구 등과 같은 기본적인 신체적 욕구와 사회심리적 욕구가 더 강하게 느껴지는 시기로서 노인에 대한 부정적 태도와 무관심 등으로 인한 욕구 충족의 어려움으로 인하여 노년기에 우울문제가 유발될 수 있다(Barefoot, 1993).

거주유형별 우울에 대한 선행 연구에서 시설에서 생활하는 노인들의 우울이 높으며 Chung(2005)의 연구에서 시설거주 노인이 재가 거주 노인들보다 우울증에 노출될 가능성이 큰 것으로 나타났다. 미국의 경우 시설 거주노인의 37%가 우울 증세를 보이고 있으며(U.S. Department of Health and Human Services, 1999), 우리나라의 경우 시설거주 노인의 47%가 우울증이 있어, 우리나라 평균 노인 우울 유병률인 40%(Park, Lee, Park, & Chang, 1999)와 비교했을 때 시설거주 노인의 우울성향이 더 심각한 상태이다. 이러한 현상은 한국 노인에 있어서 가족문화와 깊은 연관이 있는 것으로 보여진다. 모로 및 실비시설 거주노인의 경우 대부분이 입소하기 전 재가부양에서 경험했던 고부갈등이나 부양부담에 관한 스트레스로 인해 보다 많은 상실을 경험하였고, 재정적인 어려움을 겪고 있으며, 노인중에서 부양자나 가족이 없고 스스로의 경제적인 생활능력이 없을 때 시설에 입소하는 대상자가 많기 때문에 우울증상을 많이 경험하는 것으로 보여진다. 최근 경제적인 능력을 가진 노인의 증가와 노인의 가족부양에 대한 가치관의 변화 등 복잡한 요인에 의해 입소시설의 형태가 점차적으로 다양화되고 있다. 하지만 그 수는 아직 적은 편으로서 Chung(2005)의 보고에 따르면 시설에 입주하여 생활하는 노인들은 가족으로부터의 고립과 더불어 지나온 세월에 대한

회환과 일상생활에 대한 자기통제 불가능으로 인하여 더욱 우울에 처할 수 있으므로 시설 거주노인의 우울을 경감시키는데 효과적인 것으로 규명된 음악요법, 그룹 활동, 미술요법 등(Choi & Park, 2005)의 다양한 프로그램을 통하여 시설 거주 노인의 정신건강 증진을 위한 다양한 간호중재가 제공되어야 한다.

전통적으로 노인 복지는 사회의 일부 계층의 노인들을 경제적으로 도와준다는 개념으로 해석되고 시행되어져 왔으나 최근에 이르러 이에 대한 개념이 보호적, 의료적 서비스와 함께 예방적 서비스로 확대되고 있다(Heo, 2003). 따라서 노인 요양보험 제도에서 보건·복지 통합 서비스를 제공함에 있어서 단지 질병, 장애 등을 지닌 노인들에게 서비스를 제공하는 소극적 역할보다는 모든 노인이 신체적, 정신적 건강과 더불어 삶의 질과 행복을 추구 할 수 있는 적극적인 역할로 제시 되어져야 하며 이를 위해서는 노인의 건강증진 행위를 촉진하기 위한 서비스의 실시와 함께 본 연구결과에서 제시한 재가와 시설 거주 노인의 특성을 고려한 상담 및 운동 프로그램, 자기효능 증진 프로그램, 우애 서비스 등의 다양한 서비스 내용이 포함되어야 할 것이다. 또한 노인요양보험 제도 도입을 앞두고 재가 거주노인과 시설 거주노인의 특성에 대한 비교연구가 많이 이루어져 노인의 거주유형별 특성 및 문제 규명과 더불어 적절한 간호중재 방안이 제안되어져야만 한다.

## 결론 및 제언

본 연구는 노인의 거주유형별(재가, 시설) 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써 건강증진 행위를 촉진하기 위한 재가 및 시설 거주 노인의 특성을 고려한 간호중재 전략을 수립하는데 기여하고자 65세 이상의 서울, 경기, 대구시에 소재한 9개 노인정 7개 무료 및 실비 요양시설에 거주하고 있는 노인을 대상으로 2003년 5~11월에 걸쳐 자료를 수집하였으며, 재가 거주노인 125명, 시설 거주 노인 118명, 총 243명을 대상으로 하였다. 노인의 건강증진 행위는 Walker, Sechrist와 Pender(1987)가 개발한 건강증진 생활양식 측정도구(HPLP), 지각된 건강상태는 Lawton, Moss, Fulcomer와 Kleban(1982)이 개발한 건강상태 자가평가(Health Self-Rating Scale)척도, 우울은 Kee(1996)가 개발한 한국판 노인우울척도 단축형(GDSSF-K) 척도, 사회적 지지는 Park(1985)이 개발한 간접적으로 지각한 사회적 지지 척도, 자기효능은 Sherer 등(1982)에 의해 개발된 일반적 자기효능 척도를 사용하여 측정하였다. 수집된 자료는 SPSS Win 12.0을 이용하여 연구목적에 적합하게  $\chi^2$ -test, t-test, ANCOVA, Stepwise Multiple Regression으로 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다.

- 노인의 거주유형별 건강증진 행위의 차이에 있어서 재가 거주노인이 시설노인에 비해 건강증진 행위 점수가 더 높았으나, 이러한 차이가 인구학적 특성의 동질성 차이때문에 기인된 것은 아닌 것으로 분석되었다. 건강증진 행위에 대한 하위항목별 실천 정도는 재가거주 노인은 대인관계 지지, 영양, 자아실현, 스트레스 관리, 건강책임, 운동 순이었고, 시설 거주 노인은 영양, 대인관계 지지, 자아실현, 스트레스 관리, 건강책임, 운동의 순이어서 두 그룹 간에 1,2순위에 차이가 있었다.
- 노인의 건강증진 행위와 관련있는 변수들에 대하여 두 그룹간에 차이를 비교한 결과, 지각된 건강상태는 차이가 없었으나, 우울은 시설 거주노인이 재가 거주노인보다 우울 점수가 더 높았고, 사회적 지지는 재가 거주노인이 시설 거주노인보다 점수가 더 높았으며, 자기효능 또한 재가 거주노인이 시설 거주노인보다 더 높은 것으로 나타났다.
- 노인의 거주유형별 건강증진행위에 영향을 미치는 요인은 재가 거주노인에게는 우울, 자기효능, 지각된 건강상태가 32.4% 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 시설 거주노인에게는 사회적 지지 단독 변수만이 38.3% 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

궁극적으로 재가 거주 노인의 건강증진 행위를 촉진시키기 위해서는 우울을 경감시키고 건강상태 지각에 대한 교육이 필요하며, 자기효능을 증진시키기 위한 프로그램이 가족자원을 중심으로 제공되어야 하며 이와 더불어 가족의 노인요양 부담이 가중되지 않도록 다양한 재가서비스의 개발이 필요하다. 또한 시설 거주노인에게는 사회적 지지가 건강증진 행위를 설명하는데 유일한 변수이므로 시설 특성에 적합한 사회적 지지방안을 개발하는데 노력해야 하며 복지단체, 결연식을 통한 주기적인 모임등도 중요한 지지자원이 될 것이지만 무엇보다도 시설에 근무하는 보건·복지 전문가들에 의한 지지가 일차적으로 있어야 하며 이들의 질적인 돌봄 제공이 시설 거주 노인들의 건강증진 행위를 촉진하여 결과적으로 노인의 삶의 질 향상 및 의료비 감소에 크게 기여할 것이다.

본 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언한다.

- 모집단 크기를 더 확대하여 시설노인과 재가노인의 건강증진 행위를 비교분석할 것을 제안한다.
- 시설노인을 대상으로 전문가들의 사회적 지지 프로그램을 구체적으로 개발하여 적용하고 노인의 건강증진 행위 변화를 검증하는 유사실험 연구가 필요하다.

## References

Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought & action*. New Jersey; Practice-Hall Inc, Englewood cliffs.

Barefoot, J. C. (1993). Age differences in hostility among middle-aged and old adults. *Psychol Aging*, 8(1), 3-9.

Beck, A. T. (1974). *The development of depression a cognitive model: The psychology of depression: contemporary theory and research*. New York: John Wiley & Sons.

Choi, M. O., & Park, H. R. (2005). A comparative study on effects of group music program about the life satisfaction, self-esteem and depression. *J Welf for the Aged*, 27, 303-324.

Chung, S. D. (2005). A path analysis on depression among the elderly of institutional settings. *J of the Korean Gerontol Soc*, 25(3), 75-90.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. New York: Academic Press.

Duffy, M. E. (1988). Determinant of health promotion in midlife woman. *Nurs Res*, 37(6), 358-363.

Heo, J. S. (2003). Psychological well-being as a function of exercise participation and subjective health evaluation in elderly. *Korean J of Sport Psych*, 14(2), 111-127.

Hong, M. S., Park, O. J., & Jang, K. S. (2000). How long the effect of social support would be continued for the patient with hypertension?. *J Korean Acad Nurs*, 12(4), 533-545.

Kahn, J. H., Hessling, R. M., & Russell, D. W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity?. *Pers Individ Dif*, 35, 5-17.

Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *J Korean Neuropsych Assoc*, 35(2), 298-305.

Korea National Statistical Office (2004). *Statistical Yearbook*.

Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol*, 37(1), 91-99.

Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., Carrieri, V. I. (1981). The development of instrument to measure social support. *Nurs Res*, 30(5), 264-269.

Oh, M. N., & Choi, W. S. (2005). A study on self-esteem, death anxiety and depression of the elderly in home and facilities. *Korean Home Econo*, 43(3), 105-118.

Park, J. W. (1985). *A study to development a scale of social support*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.

Park, O. J., & So, H. S. (2004). Model development of and elderly health promotion center: the effect of a social support program at a community health center. *J Korean Acad Nurs*, 34(5), 781-790.

Park, S. C. (2005). The prerequisite for the sustainable Korean system based on the Japanese long-term care system for the elderly. *J Welf for the Aged*, 27, 49-83.

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.



- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. P., & Frankstromborg, M. (1990). Predicting health promoting life style in the workplace. *Nurs Res*, 39(6), 326-332.
- Ritchie, C., Wieland, D., Tully, C., Rowe, J., Sims, R., & Bodner, E. (2002). Coordination and advocacy for rural elders(CARE): A model of rural case management with veterans. *Gerontol*, 42(3), 399-405.
- Seo, H. M., Hah, Y. S. (2004). A study of factors influencing on health promoting lifestyle in the elderly-Application of Pender's health promotion model-. *J Korean Acad Nurs*, 34(7), 1288-1297.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self efficacy scale : construction and validation. *Psychol Rep*, 51, 663-671.
- Simon, R. L. (1984). Specificity and substitution in the social networks of elderly. *Int J of Aging Hum Dev*, 18(2), 121-139.
- Sung, M. H., Lim, Y. M. (2003). The study on health promoting lifestyle of the elderly women. *J Korean Acad Nurs*, 33(6), 762-771.
- Sunwoo, D. (2001). Estimation of bed-ridden elderly population who needs long-term care. *Health Welf Pol For*, 51, 12-20.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A report of the Surgeon General Executive*.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics, *Nurs Res*, 36(2), 76-81.
- Yoo, I. Y. (2004). Health problems and support from the health & welfare service in the elderly at home. *J Korean Acad Nurs*, 34(1), 111-122.
- Yoo, R. G. (2004). Perceived social support and morale of the elderly staying at home. *J Korean Acad Nurs*, 34(2), 297-306.

## A Study of Factors That Influence the Promotion of Healthy Behavior in the Elderly According to Types of Residency

Jeon, Eun-Young<sup>1)</sup> · Kim, Kwuy-Bun<sup>2)</sup>

1) Associate Professor, Department of Nursing, Daegu Haany University

2) Professor, College of Nursing Science, Kyung Hee University

**Purpose:** The goal of this study was to investigate the factors influencing health promoting behaviors in elderly individuals according to types of residency. **Method:** This was a descriptive study. The subjects were comprised of 243 elderly aged 65 years or over living in 3 large cities. The instruments used for this study were a health promoting lifestyle, perceived health status, geriatric depression short form scale-Korea, social support scale, and self-efficacy. The data was analyzed using SPSS Win 12.0. **Result:** Powerful predictors of a health promoting lifestyle were depression, self-efficacy, and perceived health status for the elderly living at home. In the cases of the elderly living in institutions, a powerful predictor of a health promoting lifestyle was identified as social support. **Conclusion:** For the operation of long-term care insurance, a service for home care programs is needed for the elderly living at home in order to reduce depression and to increase self-efficacy and perceived health status. In addition, social support provided by health-care professionals should be developed to promote a healthy lifestyle for the elderly living in institutional environments.

**Key words :** Elderly, Type of residency, Health promotion behavior

• Address reprint requests to : Kim, Kwuy-Bun

College of Nursing Science, Kyunghee University

#1 Hoeki-Dong, Dondaemoon-Gu, Seoul 130-701, Korea

Tel: 82-2-961-0314 Fax: 82-2-961-9398 E-mail: kuikim@khu.ac.kr