

노인의 건강증진행위 정도와 영향요인*

송 미 령¹⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라는 고령사회로의 진입속도가 매우 빨라 2018년에는 노인 인구가 전체인구의 14%가 넘는 고령사회로 진입할 것으로 보인다(Korea National Statistical Office, 2006). 노인인구의 증가는 보건과 복지 비용의 증가를 가져왔으며 전체 의료비의 급격한 상승을 불러 효율적인 건강관리를 통해 노인의 건강문제를 완화시킬 수 있는 건강증진에 대한 관심이 높아지고 있다.

노인의 건강을 저해하는 주요 건강문제인 만성질환은 잘못된 건강습관이나 생활양식, 노화 등에 기인하기 때문에 젊은 이보다 오랜 기간을 살아온 노인에게 유병율이 높아 65세 이상 노인의 85%가 1개 이상의 만성 질환을 가지고 있다(Park & Oh, 2005). 만성질환은 일단 발병하면 비가역적이며 영구적이기 때문에 지속적으로 관리를 해야 하므로 건강 전문가의 건강증진을 위한 교육과 지도가 요구된다. 건강증진이란 개인의 생활습관이나 환경의 변화를 통해서 높은 수준의 안녕을 향해 나아가는 개인적 또는 지역사회적 활동이다(Pender, 1996). 노인들의 건강과 관련된 주요 영역은 식습관, 운동, 사회적 관계유지, 질병의 예방과 관리 등이므로(Imamura, 2002) 노인은 식이, 운동, 사회관계, 질병관리 등에 대한 개인의 생활습관이나 환경의 변화를 이끄는 개인적 혹은 지역사회적 활동을 통해 건강을 증진시킬 수 있다.

그러나 노인은 신체적 기능 저하와 심리적 위축을 경험하며 사회로부터 소외되기 쉬워 건강증진행위를 혼자서 수행하기가 어렵다. 따라서 노인의 신체적, 정신적, 사회적 기능 저하를 예방하고 건강관리 방법을 터득할 수 있는 기회를 제공해야 하며 노인의 건강증진 영역 중 취약한 영역에 대해 체계적으로 중재할 필요성이 있다. 건강증진 행위 측정도구인 건강증진 생활양식(Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP)은 건강책임, 신체활동, 영양, 영적성장, 대인관계, 스트레스관리 등 6개의 하부영역으로 구성되어 있어 건강증진의 취약한 영역을 파악하는데 도움이 된다. 그러나 이 도구를 사용한 국내 연구에서는 하부영역에 대한 수행정도에서 가장 잘 수행되는 영역이 자아실현(Song, Lee, & Ahn, 1997), 대인관계(Jeon & Kim, 2006; Kim, 2002), 영양 혹은 식습관(Kim, 2000; Kim, 2006; Sung & Song, 2004) 등으로 서로 상이하게 보고되어 왔다.

우리나라에서는 1990년대 후반부터 노인의 건강증진에 대한 연구가 이루어져 왔으나 기존의 연구에서 보고된 건강증진행위의 설명변수는 자기효능감과 내적 건강통제위(Kim, 1997), 건강상태 지각(Kim, 2002), 우울(Kim, 2006), 사회적 지지와 우울, 자기효능, 지각된 건강상태(Jeon & Kim, 2006) 등 연구에 따라 다르게 보고되었으며 여러 변수간의 우선순위나 상관성은 밝혀져 있지 않다. 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이도 다양하게 보고되어서 성, 연령, 교육정도, 결혼상태(Kim, 1997), 교육과 가족의 동거유형(Kim, 2002), 종교, 연령, 용돈, 교육, 건강상태(Kim, 2006)에 따라 건강증진행

주요어 : 건강증진, 노인

* 이 논문은 2006년도 호서대학교의 재원으로 학술연구비 지원을 받아 수행된 연구임(20070021).

1) 호서대학교 간호학과 조교수, 호서대학교 기초과학연구소 간호학 연구부장(교신저자 E-mail: songmr@hoseo.edu)

투고일: 2007년 8월 23일 심사완료일: 2007년 10월 26일

위의 차이가 있다고 서로 상이하게 보고되어 노인의 건강증진에 대한 더 많은 연구가 필요함을 보여주고 있다. 또한 급격한 사회환경의 변화는 건강증진에 대한 노인의 요구와 관심을 확대시키고 있으므로 노인의 건강증진에 대한 지속적 분석과 프로그램 적용을 위해서는 반복연구가 필수적이다.

따라서 본 연구는 노인 대상자의 건강증진행위 정도와 건강증진 하부 영역별 취약영역을 확인하고 기존에 보고된 건강증진행위 영향요인인 우울, 사회적 지지, 일상생활활동(ADL: Activity of Daily Living), 자기효능감, 내적 통제위, 지각된 건강상태, 강인성 중에서 정서적 요소인 우울, 사회적 요소인 사회적 지지, 신체적 요소인 ADL, 인지적 요소인 자기효능감과 건강증진행위간의 관련성과 영향 정도를 파악해 보고자 한다.

연구의 목적

노인을 대상으로 건강증진행위에 대해 조사하여 노인의 건강증진행위 정도와 우울, 사회적 지지, ADL, 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향정도를 확인해 보고자 한다. 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 노인의 건강증진 행위 정도를 파악하고 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이를 확인한다.
- 노인의 우울, 사회적지지, ADL, 자기효능감과 건강증진행위 및 건강증진행위 하부영역간의 상관관계를 확인한다.
- 우울, 사회적지지, ADL, 자기효능감이 노인의 건강증진행위에 미치는 영향 정도를 확인한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 설문지를 사용하여 노인의 건강증진행위를 조사하여 분석한 서술적 조사연구이다.

연구 대상

연구대상자는 65세 이상의 노인으로서 의사소통이 가능하며 설문지에 응답할 수 있는 정도의 언어이해력이 있으면서 인지기능이 있는 노인을 대상으로 하였다. 인지기능이 있는지를 판별하기 위하여 Kahn, Goldfarb, Pollack과 Peck(1960)이 개발한 정신상태 설문지를 Song(1991)이 한국어로 번역한 10개의 문항으로 이루어진 도구를 사용하였으며 8개 이상 올바르게 답변한 경우에 인지기능이 있는 것으로 판단하였다. 연구대상을 선정하는 과정에서 연구의 목적과 필요성에 대해

설명하고 거부의 권리와 참여에 대한 사례에 대해 설명하고 참여하기를 희망한 164명에게 연구 참여 동의서를 받고 연구 대상으로 하였다.

연구 도구

● 일반적 특성

성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 종교, 경제상태, 건강상태가 포함되었다.

● 우울

Sheikh와 Yesavage(1986)의 Geriatric Depression Scale: Short Form(GDS)을 Song(1991)이 번역한 도구로서 모두 15문항으로 구성되었다. 답변은 '예', '아니오'로 양분되어 있으며 역문항은 역코딩하여 우울한 경우에 1점을 부여한다. 0점에서 15점까지의 점수가 가능하며 점수를 합산하여 0-4점은 정상, 5-9점은 경증우울, 10-15점은 중등도 혹은 중증우울로 판정한다. Choe, Kim, Chae, Jeon과 You(2004)의 연구에서는 Cronbach's alpha가 .84이었고 본 연구에서는 Cronbach's alpha가 .81이었다.

● 사회적 지지

Cohen과 Hoberman(1983)의 도구를 Song(1991)이 수정 보완한 도구로서 전체 20문항 4점 척도로 구성되었다. 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미하며 Song(1991)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 .97이었고, 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .89이었다.

● 일상생활활동

Kats, Ford, Moscovowiz, Jacson과 Jaffe(1963)가 개발한 일상생활측정도구를 사용하였다. 목욕, 착의, 용변, 거동, 실금, 식사 등 6문항으로 구성되었으며 본 연구에서 4점 척도로 구성하였고 점수가 높을수록 일상생활활동에 제한적임을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .85이었다.

● 자기효능감

Sherer와 Maddux(1982)가 개발한 일반적 자기효능감 도구를 Seo(2001)가 재가노인을 대상으로 수정보완하여 사용한 도구를 이용하였다. 16문항으로 구성되었으며 4점 척도이고 점수가 높을수록 자기효능감이 높다. Seo(2001)의 연구에서 Cronbach's alpha는 .80이었다. 본 연구에서는 Cronbach's alpha가 .93이었다.

● 건강증진행위

Walker, Sechrist와 Pender(1995)가 개발한 HPLP II 도구를

Seo(2001)가 번역하고 수정한 도구로서 건강책임 8문항, 신체 활동 8문항, 영양 9문항, 영적성장 9문항, 대인관계 8문항, 스트레스관리 8문항 등 6개의 하부영역으로 구성되며 점수가 높을수록 건강증진행위를 많이 수행함을 의미한다. 50문항 4점 척도이며 Seo(2001)의 연구에서 Cronbach's alpha는 .92이었고 본 연구에서는 Cronbach's alpha가 .94이었다.

자료 수집

노인의 건강증진에 대한 포괄적 자료를 얻기 위해 전국 2개의 광역시에서 40명, 4개의 중소 도시에서 18명, 3개의 면 단위 농촌에서 52명, 노인전문 요양원, 효자의 집, 노인요양시설 등 3개의 시설에 거주하는 노인 54명 등 164명을 대상으로 노인정, 노인회관, 마을회관, 공원, 노인이 거주하는 가정이나 시설에서 자료를 수집하였다. 자료수집은 구조화된 질문지를 이용하였으며 혼자 작성할 수 있는 경우에는 혼자 작성하도록 옆에서 설명을 해주고 혼자 작성이 어려운 경우에는 연구자나 훈련된 연구보조원이 설문지 내용을 읽어주고 대상자의 대답을 설문지에 기록하였다. 한 부를 작성하는데 소요

된 시간은 20-30분이었다. 자료수집기간은 2007년 3월부터 2007년 6월까지 진행되었으며 설문과정동안 자료의 누락을 확인하여 수집된 설문지 164부 모두 자료분석에 이용하였다.

자료 분석

수집된 자료는 SPSS Win 14.0을 이용하여 인구학적 특성은 빈도수를 구하고 그에 따른 건강증진행위의 차이는 t-test와 ANOVA를 시행하였다. 건강증진행위와 우울, 사회적 지지, ADL, 자기효능감의 평균과 표준편차를 구하였고 우울, 사회적 지지, ADL, 자기효능감과 건강증진행위간의 관련성 정도를 Pearson correlation coefficient로 분석하였다. 우울, 사회적 지지, ADL, 자기효능감이 건강증진행위에 영향을 미치는 정도를 확인하기 위해 Multiple regression을 실시하였다.

연구 결과

일반적 특성과 그에 따른 건강증진행위의 차이분석

<Table 1> Difference of health promotion behavior according to general characteristics (n=164)

Characteristics		Frequency	Health promotion behavior M±SD	t or F	P
Gender	Female	126 (76.8%)	2.5279±.4684	.299	.765
	Male	38 (23.2%)	2.5005±.5783		
Age	65-69	27 (16.5%)	2.4867±.5048	2.053	.132
	70-79	82 (50.0%)	2.4602±.4812		
	80-	55 (33.5%)	2.6302±.4990		
Marital status	Married	62 (37.8%)	2.4555±.4696	.925	.399
	Separation	4 (2.4%)	2.6250±.4530		
	Bereavement	98 (59.8%)	2.5592±.5107		
Education	None	72 (43.9%)	2.4769±.4692	.794	.531
	Elementary	57 (34.8%)	2.5105±.4846		
	Middle	14 (8.5%)	2.7000±.5920		
	High	13 (7.9%)	2.5323±.4704		
Religion	Above college	8 (4.9%)	2.6725±.6595	2.608	.038*
	Protestant christian	80 (48.8%)	2.5460±.4548		
	Buddist	26 (15.9%)	2.6792±.4807		
	Catholic christian	24 (14.6%)	2.5542±.4597		
	None	32 (19.5%)	1.9100±.3818		
Economy	Other	2 (1.2%)	2.3463±.5748	1.387	.253
	High	1 (0.6%)	1.8600		
	Middle	33 (20.1%)	2.5715±.4756		
	Low	96 (58.5%)	2.6069±.4460		
Health status	No answer	34 (20.7%)	2.2518±.5503	4.058	.004**
	Very good	8 (4.9%)	2.8150±.3794		
	Good	49 (29.9%)	2.5678±.5492		
	Moderate	46 (28.0%)	2.6017±.4500		
	Bad	54 (32.9%)	2.4415±.4439		
	Very bad	7 (4.3%)	1.9543±.4258		

*P< .05 **P< .01

일반적 특성을 분석한 결과 여성이 전체의 76.8%로 남성보다 많았다. 연령대는 70대가 가장 많았으며(50%), 결혼상태는 사별한 경우가 가장 많았고(59.8%), 교육정도는 무학이 가장 많았다(43.9%). 종교는 개신교가 48.8%로 가장 많았으며 경제상태는 58.5%가 상·중·하 중에서 ‘하’라고 답변하였다. 건강상태는 ‘나쁜편이다’라고 답한 대상자가 32.9%, ‘좋은편이다’라고 답한 대상자가 29.9%, ‘보통이다’라고 답한 대상자가 28%로 다양하게 분포하였다.

건강증진행위에 있어 유의한 차이를 보이는 일반적 특성은 종교와 건강상태였다. 종교는 불교인 대상자가 평균 2.6792점, 천주교가 2.5542점인데 반해 무교인 대상자는 1.9100점으로 통계적으로 유의한 차이가(p=.038) 있었다. 건강상태는 ‘매우 좋다’고 응답한 대상자가 2.8150점인 반면 ‘매우 나쁘다’라고 응답한 대상자는 1.9543점으로 통계적으로 유의한 차이가(p=.004) 있었다. 그 밖의 일반적 특성 중 성별, 연령, 결혼상태, 교육, 경제상태에 따라서는 유의한 차이가 없었다<Table 1>.

대상자의 건강증진행위와 우울, 사회적 지지, ADL 및 자기효능감의 평균점수

건강증진행위는 평균 2.5216점이었으며 하부영역별로는 대인관계가 2.9436점으로 가장 높았으며 그 다음으로 영양이 2.7940점, 건강책임이 2.5701점, 영적성장이 2.5102점, 스트레스관리가 2.4512점 순이었으며, 신체적 활동이 1.8277점으로 가장 낮은 점수를 보였다. 대상자의 우울은 평균 5.1768점으로 이는 0점에서 15점까지의 점수를 0-4점은 정상, 5-9점은 경증우울, 10-15점은 중등도 혹은 중증우울로 판정한다는 판단기준에 준하여 경증우울단계에 해당하였다. 사회적 지지, ADL, 자기효능감, 건강증진행위는 모두 4점척도를 사용하였으며 4점을 기준으로 사회적 지지는 평균 2.5324점, ADL은 평균 1.1118점, 자기효능감은 평균 3.0061점이었다<Table 2>.

<Table 2> Level of depression, social support, ADL, self-efficacy and health promotion behavior (n=164)

Variables	Subscale	Mean±SD
Health promotion behavior	Health responsibility	2.5701±.8222
	Physical activity	1.8277±.8802
	Nutrition	2.7940±.4369
	Spiritual growth	2.5102±.6356
	Interpersonal relations	2.9436±.5814
	Stress management	2.4512±.5642
	Total	2.5216±.4943
Depression		5.1768±3.2877
Social support		2.5324±.5298
ADL		1.1118±.3380
Self-efficacy		3.0061±.4728

ADL: Activity of daily living

대상자의 우울, 사회적 지지, ADL, 자기효능감과 건강증진행위간의 관계

우울과 사회적지지, ADL, 자기효능감 모두 건강증진행위와 상관관계가 있었으며 특히 우울, 사회적지지, 자기효능감은 건강증진행위와 강한 상관관계(p<.01)가 있었다. 건강증진행위의 하부영역 중 건강책임, 신체활동, 영양은 다른 변수에 비해 자기효능감과 더욱 강한 상관(p<.01)이 있었으며 영적성장, 대인관계, 스트레스관리는 다른 변수보다 사회적 지지와 더욱 강한 상관관계(p<.01)를 보였다. 우울은 영적 성장과 강한 상관관계(p<.01)가 있었으며 사회적 지지와 자기효능감 과도 강한 상관관계가 있었다<Table 3>.

우울, 사회적 지지, ADL, 자기효능감이 대상자의 건강증진행위에 미치는 영향

우울, 사회적 지지, ADL, 자기효능감을 투입하여 건강증진행위에 영향을 미치는 변수를 확인한 결과 사회적 지지와 자

<Table 3> Correlation between depression, social support, ADL, self-efficacy and health promotion behavior (n=164)

Variables	Depression	Social support	ADL	Self-efficacy	
Social support	-.333**				
ADL	.139	-.037			
Self-efficacy	-.393**	.321**	-.356**		
Health promotion behavior	Total	-.330**	.461**	-.194*	.549**
	Health responsibility	-.018	.344**	-.038	.356**
	Physical activity	-.245**	.032	-.188*	.339**
	Nutrition	-.196*	.310**	-.075	.426**
	Spiritual growth	-.465**	.514**	-.269**	.489**
	Interpersonal relations	-.333**	.521**	-.141	.506**
	Stress management	-.296**	.514**	-.161*	.442**

*P < .05 ** P < .01

ADL: Activity of daily living

<Table 4> Regression analysis of variables predicting health promotion behavior

(n=164)

Variables	Unstandardized coefficients	Standardized coefficients(Beta)	t	Sig	R ²
Depression	-.009	-.061	-.878	.381	.39.5
Social support	.286	.306	4.548	.000	
ADL	-.037	-.025	-.383	.702	
Self-efficacy	.436	.417	5.710	.000	

ADL: Activity of daily living

기효능감이 건강증진행위의 영향요인으로 나타났다. 우울과 ADL은 유의한 영향을 미치는 요인이 아닌 것으로 나타났다 <Table 4>.

논 의

본 연구 결과 일반적 특성 중 종교가 있는 사람이 종교가 없는 사람에 비해 건강증진행위를 많이 수행하여 통계적으로 유의한 차이를 보였는데 이는 여러 연구(Eun & Gu, 1999; Kim, 2006; Sung & Song, 2004) 결과와 일치한다. 영적요소가 질병에 대한 대처를 증가시키고 건강과 안녕을 지속시키는 중요한 요소이며(Reed, 1991), 노인의 영적안녕은 종교, 종교집회 참여 빈도, 기도 횟수 등에 따라 유의한 차이가 있으므로(Park & Lee, 2004) 노인의 건강증진을 위한 중재시에 신앙과 종교를 포함하는 영적 간호가 포함되는 것이 바람직하겠다. 건강상태가 좋다고 응답한 대상자가 나쁘다고 응답한 대상자보다 건강증진 행위를 더 많이 수행한다는 결과도 여러 연구(Kim, 2006; Shin & Kim, 2004)보고와 같다. 종교와 건강상태 인식 등은 성별, 연령, 교육정도와 달리 간호사가 변화시킬 수 있는 대상자의 변수이므로 영적중재와 함께 건강상태를 대상자가 긍정적으로 지각하도록 이끄는 것이 필요하겠다. 한편 성별, 연령별, 교육정도에 따른 건강증진행위에 유의한 차이가 있다는 기존의 연구(Jang, 2004; Kim, 1997; Kim, 2002)는 본 연구결과와 차이가 있다. 인구학적 특성은 연구 지역과 대상, 거주유형 등에 따라 다양하기 때문에 결과에 차이가 있는 것으로 보이며 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이는 더 많은 연구의 축적이 요구된다.

연구대상자의 건강증진행위 평균은 2.5216점으로 100점을 기준으로 하면 63점이며 같은 도구인 HPLP를 사용하여 측정된 다른 연구들에서 보고된 65.8점(Song et al., 1997), 66점(Sung & Song, 2004), 64점(Kim, 2002)과 비슷한 수준으로 노인의 건강증진행위 수준이 낮음을 보여주고 있다. 건강증진행위의 하부영역에서는 신체적 활동 점수가 가장 낮았으며 이는 기존의 연구(Jeon & Kim, 2006; Kim, 2006; Sung & Song, 2004)에서도 보고된 것으로 건강증진행위 하부영역 중 잘 수행되고 있는 영역에는 연구보고에 따라 차이가 있었으나 잘

수행되지 않는 영역은 대체로 신체활동 영역이었으므로 노인의 건강증진행위를 높이기 위해서는 신체적 활동의 향상이 포함되어야 하겠다. 본 연구 대상자의 우울은 평균 5.1768으로 경한 우울 상태였으며 Kim(2006)의 연구에서도 5.39점으로 본 연구와 비슷하게 보고되었으며 Lee(2000)의 연구에서는 평균 6.6점이라고 보고하였다. 이와 같이 우리나라 노인 대상자들은 GDS를 이용하여 5점에서 9점 사이에 있을 때 판정되는 경한 우울상태에 있으며 우울은 노인의 영양상태에도 많은 영향을 미치는 것으로 보고(Kim, Park, & Chaung, 2007)되었으므로 우울을 경감하는 간호중재가 필요하다고 생각된다. 노인의 건강증진행위중 신체적 활동 점수가 가장 낮았으며 노인대상자에게 우울 등의 정서문제를 다루기 위해 신체적 운동이 필수적이라는 보고(Resnick, 2005)를 고려할 때 노인에게 우울이 높은 것은 신체적 활동의 부족과 관련된 것으로 보이므로 노인의 신체적 활동 증진을 위한 다양한 프로그램이 개발되어야겠다.

본 연구에서 건강증진행위의 하부영역 중 건강책임, 신체활동, 영양은 자기효능감과 강한 상관관계가 있고 영적성장, 대인관계, 스트레스관리는 사회적 지지와 강한 상관관계가 있으므로 건강증진행위 하부영역중에서 건강책임, 신체활동, 영양의 측면에서 취약한 대상자는 자기효능감을 영적성장, 대인관계, 스트레스관리에서 취약한 대상자는 사회적 지지의 측면에서 접근하는 것이 바람직하겠다. 또한 건강증진행위가 자기효능감과 가장 높은 상관관계를 보인 것은 나는 할 수 있다라는 인지적 판단이 건강증진행위를 유발하기 때문이며 노인대상자의 건강증진행위에서 인지적 측면이 중요한 요소로 간주되어야 함을 의미한다. 우울은 건강증진행위 하부영역 중 영적성장과 강한 역상관관계가 있었으며 이는 강한 신앙심을 가지거나 영적교류를 가질 때 삶에 대한 만족이 더 높다는(Reed, 1991) 측면에서 충분히 납득가능하다. 본 연구에서 ADL은 1.1118점으로 비교적 자가간호를 잘 수행하는 정도이며 건강증진행위와도 강한 상관관계는 없는 것으로 분석되었는데 이는 주로 노인정이나 노인회관, 공원 등 거동이 가능한 노인들이 모인 장소에서 자료수집이 이루어졌기 때문으로 보인다.

본 연구결과 대상자의 건강증진에 영향을 미치는 변수는

사회적 지지와 자기효능감으로서 기존에 보고된 자기효능감과 사회적 지지의 건강증진행위에 대한 영향력을 지지하고 있어 사회적 지지와 자기효능감은 노인의 건강증진 프로그램 개발 시 반드시 고려할 요소로 보인다. 한편 우울의 경우, 재가노인의 건강증진에 영향을 미친다는 보고(Jeon & Kim, 2006)와 여성노인에서 우울이 건강증진행위에 영향을 미친다는 보고(Kim, 2006)가 있었으나 본 연구에서는 우울이 영향요인에서 제외되었다. 그러나 노인의 우울점수가 비교적 높으며 우울과 건강증진행위간에도 강한 상관관계가 있고 영양요인으로 밝혀진 사회적 지지, 자기효능감과도 강한 상관관계가 있으므로 우울의 문제는 건강증진행위의 측면에서 간과되어서는 안 될 것으로 보인다.

또한 ADL의 제한은 자가간호의 제한을 의미하므로 건강증진행위에 직접적인 영향을 미칠 것으로 생각되지만 본 연구와 더불어 Kim(2002)의 연구에서도 영향요인에 포함되지 않은 것으로 보고되었으므로 좀 더 연구될 필요성이 있겠다. 본 연구에서는 치매가 없고 인지기능이 8점 이상인 대상자에게서 자료를 수집하였으므로 인지기능에 따라 ADL 정도가 다르다는 보고(Lee, 2000)를 고려할 때, 인지기능이 8점이하인 대상자의 경우 ADL과 관련해서 다른 결과가 나올 수도 있다. 결과적으로 본 연구와 더불어 여러 연구(Jeon & Kim, 2006; Kim, 1997; Sung & Lim, 2003)를 고려할 때 인지기능이 있고 ADL이 어느 정도 가능한 노인 대상자 중 영적성장, 대인관계, 스트레스관리의 문제가 있는 대상자에게는 사회적 지지를 건강책임, 신체활동, 영양이 취약한 대상자에게는 자기효능감 증진 프로그램을 적용하는 것이 노인의 건강증진행위 향상을 효과적으로 이끌 것으로 보인다.

결론 및 제언

본 연구는 노인을 대상으로 건강증진 행위 정도와 영향요인을 확인하여 노인의 건강증진에 대한 자료를 얻고자 수행된 서술적 조사연구이다. 연구대상자는 65세 이상의 노인으로서 일상생활이 가능하고 의사소통이 가능하며 인지기능이 있는 노인대상자이다. 자료수집은 2007년 3월부터 2007년 6월까지 노인정, 노인회관, 마을회관, 공원, 노인이 거주하는 가정이나 시설에서 진행되었으며 수집된 설문지 164부 모두 자료 분석에 이용하였다. 수집된 자료는 SPSS Win 14.0을 이용하여 빈도분석, ANOVA, Pearson correlation, Multiple regression을 실시하였다.

건강증진행위에 있어 유의한 차이를 보인 변수는 종교와 건강상태였다. 건강증진행위는 전체 2.5216점(4점기준)이었으며 하부영역별로는 대인관계가 가장 높았고 신체적 활동 영역의 점수가 가장 낮았다. 우울, 사회적지지, 자기효능감은 건

강증진행위와 강한 상관관계가 있었다. 우울, 사회적 지지, ADL, 자기효능감 중에서 사회적 지지와 자기효능감이 건강증진행위에 영향을 미치는 변수로 나타났다.

사회적 지지와 자기효능감은 노인 건강증진행위의 주요 영향변수이므로 인지기능에 문제가 없고 ADL이 비교적 자유로운 노인 대상자를 위한 건강증진프로그램을 구성할 때는 사회적 지지와 자기효능감에 대한 간호중재를 적용하는 것이 바람직하겠다. 앞으로 ADL의 제한을 가지는 뇌졸중이나 인지 기능장애 노인을 대상으로 하여 건강증진 행위정도과 ADL과의 연관성, 영향요인 등에 대한 연구가 필요하다.

References

- Choe, M. A., Kim, J. I., Chae, Y. R., Jeon, M. Y., & You, C. H. (2004). Level of physical activity and relationship of factors related to physical activity in Korean elderly. *J Korean Gerontol Nurs*, 6(1), 99-106.
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffer of life change stress. *J Appl Soc Psychol*, 13, 99-125.
- Eun, Y., & Gu, M. O. (1999). A study of the relationships among health promoting behaviors, health locus of control (HLOC), and response patterns to HLOC in Korean elderly. *J Korean Acad Nurs*, 29(3), 625-639.
- Imamura, E. (2002). Amy's Chat Room: Health promotion programs for community dwelling elderly adults. *Int J Nurs Pract*, 8(1), 61-64.
- Jang, E. H. (2004). A survey on physical health status and health behavior practice in elderly people. *J Korean Acad Fundam Nurs*, 11(2), 156-165.
- Jeon, E. Y., & Kim, K. B. (2006). A study of factors that influence the promotion of healthy behavior in the elderly according to types of residency. *J Korean Acad Nurs*, 36(3), 475-483.
- Kahn, R., Goldfarb, R., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *Am J Psychiatry*, 17, 323-328.
- Kats, S., Ford, A. B., Moscovowiz, R. W., Jacson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness and the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *JAMA*, 185, 914-919.
- Kim, C. G., Park, H. J., & Chaung, S. K. (2007). Effects of lifestyle and depression on the nutritional status of elderly people. *J Korean Acad Fundam Nurs*, 14(1), 92-102.
- Kim, K. A. (2002). *A study on the relationship of perceived health status, ADL, and health promoting behavior of the elderly*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Kim, S. H. (2006). *Depression and health promoting behavior of elderly women in urban area*. Unpublished master's thesis, Chungnam National University, Daejeon.
- Kim, S. M. (1997). *The health promoting activity of old aged in a rural area*. Unpublished master's thesis, Chosun

- University, Gwangju.
- Kim, Y. S. (2000). *A study on the health status and health promoting behavior in the aged in longevity area and urban area of Che-ju*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Korea National Statistical Office (2006). *Statistics for older adults*. Retrieved July 20, 2007, from the Korea National Statistical Office Web site: <http://www.nso.go.kr/>
- Lee, M. S. (2000). *A study about health promotion behavior of elderly*. Unpublished master's thesis, Chungnam National University, Daejeon.
- Park, J. S., & Lee, H. R. (2004). A comparative study on spiritual well-being and perceived health status between above average and low income for elderly people. *J Korean Acad Fundam Nurs*, 11(1), 92-100.
- Park, J. S., & Oh, Y. J. (2005). The effects of a health promotion program in rural elderly on health promotion lifestyle and health status. *J Korean Acad Nurs*, 35(5), 943-954.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Reed, K. (1991). Strength of religious affiliation and life satisfaction. *Sociol Anal*, 52(2), 205-210.
- Resnick, B. (2005). Research review: Exercise interventions for treatment of depression. *Geriatr Nurs*, 26(3), 196.
- Seo, H. M. (2001). *Construction of health promoting behaviors model in elderly*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS), recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*, 5, 165-172.
- Sherer, M., & Maddux, J. E. (1982). The self-efficacy scale: Construction & validation. *Psychol Rep*, 51, 663-671.
- Shin, K. R., & Kim, J. S. (2004). A study on health concern, self-rated health, health status, and health promotion behavior of elderly women in urban area. *J Korean Acad Nurs*, 34(5), 869-880.
- Song, M. S. (1991). *Construction of functional status prediction model for the elderly*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- 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.
- 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.
- Sung, M. S., & Song, B. S. (2004). Health promoting behavior and degree of life satisfaction in rural elderly people. *J Korean Acad Fundam Nurs*, 11(1), 82-91.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). *The health promoting lifestyle profile II*. Omaha: College of Nursing, University of Nebraska medical center.

A Study on Health Promotion Behavior in Elderly People*

Song, Mi Ryeong¹⁾

1) Assistant Professor, Department of Nursing, Hoseo University;
Director of Nursing Research, Research Institute for Basic Science, Hoseo University

Purpose: This study focused on identifying health promotion behavior of older adults, and factors affecting this behavior. **Method:** The participants in this survey analysis were Koreans aged 65 or over who had the ability to communicate and could do cognitive thinking, and who consented to participate in the survey. The survey questionnaire included items on demographic characteristics, level of depression, social support, activities of daily living, self-efficacy, and health promotion behavior. Data were analyzed using the SPSS Windows 14.0 program. **Results:** There were significant differences in health promotion behavior according to religion, economy and health status. Levels of depression, social support and self-efficacy had strong correlations with health promotion behavior. The factors that had the greatest effect on health promotion behavior were social support and self-efficacy. **Conclusion:** As social support and self-efficacy have been found to affect health promotion behavior in older adults, programs developed to enhance health of older adults should include activities to enhance both social support and self-efficacy.

Key words : Health promotion, Elderly

* This research was supported by the Academic Research fund of Hoseo University in 2006(20070021)

• Address reprint requests to : Song, Mi Ryeong

Department of Nursing, Hoseo University
165 Sechul, Baebang, Asan, Chungnam 336-795, Korea
Tel: 82-41-540-9531 Fax: 82-41-540-9538 E-mail: songmr@hoseo.edu