農村醫學·地域保健學會誌：第35券 第4號(2010年 12月) DOI: 10.5393/JAMCH.2010.35.4.370
J Agr Med Commun Health 2010;35(4):370~382

농촌지역 전기노인과 후기노인의 건강증진행위 관련요인

이명숙[1], 임현자[2]
목포 가톨릭대학교 간호학과[1], 초당대학교 간호학과[2]

Factors Related to Health Promoting Behaviors of Young-Old and Old-Old Elderly in Rural Areas

Myung Suk Lee[1], Hyun-Ja Lim[2]
Department of Nursing, Mokpo Catholic University[1],
Department of Nursing, Chodang University[2]

= Abstract =

Objectives: The purpose of this study was to investigate the level of health promoting behaviors and the significant factors in rural elderly(young-old vs old-old).

Methods: The data was collected using structured questionnaires from June 22th to Sep. 18th, 2009. A total of 556 elderly aged 65 years or over were selected from 14 rural districts in C province, South Korea. Age was divided into two groups as below 65-74 and 75 or older. A structured questionnaire was used to obtain information on the demographic characteristics, their perceived health status, the difficulty of activities of daily living, quality of life, self-efficacy and health promoting behaviors. The health promoting behaviors included nutrition, stress management, interpersonal support, exercise, health responsibility and self-actualization. The scores for health promoting behaviors were used mean and standard deviation. The data was analyzed using SPSS Win 12.0.

Results: Of the 556 subjects, we found that the young-old(65-74 aged) were 359 and the old-old elderly(over 75 aged) were 197. We found that the level of health promoting behavior was higher for young-old (2.75±0.374) compared to old-old elderly people (2.67±0.399). In multiple linear regression, quality of life, self-efficacy, living with spouse, and number of generation living together for the young-old, and quality of life for old-old elderly were significantly associated with health promoting behaviors.

Conclusions: The study findings indicate that there are age differences in associated factor of health promoting behaviors. Therefore our findings may provide useful assistance in developing effective intervention programs to improve health promoting behavior of the elderly in rural areas according to their age differences.

Key words: Young-old, Old-old elderly, Health promoting behavior

---

* 접수일(2010년 7월 26일), 수정일(2010년 11월 26일), 게재확정일(2010년 12월 7일)
* 교신저자: 임현자, 전남 무안군 무안읍 무안로 1644 초당대학교 간호학과
Tel: 061-450-1805, Fax: 061-450-1801, E-mail: hjlim@chodang.ac.kr

서 론

우리나라 노인인구는 증가속도가 매우 빨라서 2018년 14.3%, 2026년 20.8%로 초 고령사회를 맞게 되는데 이런 고령화는 농촌지역에서 더욱 심각하여 2005년 현재 농촌지역은 고령화 비율이 이미 25%를 초과하여 초 고령화 사회에 도달해 있다[1]. 이처럼 고령화 진전에 따른 노인인구 증가, 만성질병 중심의 질병구조 변화 등으로 노인 건강의 중요성이 점차 강조되고 있다[2]. 최근 건강증진행위가 수명연장과 삶의 질을 증가시키며 건강 관리비용을 감소시키는 데 장기적인 이익을 주는 것으로 받아 들여져[3,4,5] 기존의 건강 관리체계 대안으로 많은 관심을 받고 있으며, 노인의 건강문제 해결 접근방식에 건강증진의 개념 도입과 새로운 건강관리 프로그램이 요구되고 있다[6].

농촌지역은 도시지역보다 고령화가 높게 나타나 고령자에 대한 정책개발 및 시행이 되어야 할 필요성이 높아지고 있지만[7], 농촌 노인들은 건강 관련 서비스를 적시에 제공받지 못하는 실정이다. 또한, 농촌의 노동력 부족으로 인해 나이가 들어서도 과중한 노동을 감당해야 하고 젊은이들이 도시로 떠나 도와줄 인력이 없어져서 자신의 생활을 스스로 꾸려나가야 하므로 노화 현상이 더욱 가속화된다. 따라서 농촌 노인이 독립적이고 건강한 생활을 유지하는 것은 매우 중요한 일이기 때문에 노인 스스로가 주체적 건강관리 의식을 가지고 건강을 직접 관리하는 다양한 건강증진 접근방법이 절실하다고 할 수 있다[6]. 다른 한편으로는 농촌 지역이 노후 생활에 주요한 가치를 줄 수 있고 노년기 삶의 터전으로 적절하며 농촌노인이 소외 계층 임에도 불구하고 농촌의 긍정적 측면을 노인들의 생활과 결부시킴으로써 성공적인 노화와 연계하면 농촌노인의 성공적인 노화 방안이 강구될 수 있을 것으로 생각할 수 있다는 결과도 있었다[7]. 성공적 노화란 노년생활을 남의 도움을 최소화하면서 건강하고 당당하게 적극적인 인생을 창조하는 것으로[8], 노년기의 연장과 노화과정에 대한 긍정적 시각으로의 전환을 의미한다. 이에 몇몇 학자들은 노화과정에 따른 경험의 다양성과 개별성을 구체화하려는 노력으로[9], 노년기를 세분화하여 75세 미만의 전기노인과 75세 이후의 후기노인으로 구분하였다[10].

따라서 본 연구에서는 노인들의 연령에 따라 전기노인(65-74세)과 후기노인(75세 이상)으로 구분하여 이 두 집단의 건강증진행위 관련 요인들에 어떤 차이가 있는지 비교해 보고 노인들을 위한 건강증진사업 발전을 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

75세 이후 후기노인은 65세-74세의 전기노인에 비하여 일상생활 활동능력의 저하로 더욱 의존적인 상태가 되며, 배우자나 친구의 사망, 수입저하, 체력과 건강상태 악화, 심각한 삶의 사건 경험증가로 더 많은 어려움을 겪게 된다[9,11]. 실제로 65세에서 74세의 노인들 중 7%만이 개인적인 일상생활활동에서 도움을 요하지만, 75세 이후에는 증가하여 85세 이상 노인의 경우 40% 이상이 의존적인 상태에 있는 것으로 나타나 전기노인과 후기 노인은 일상생활 활동 정도, 가족이나 사회의 지지, 건강상태 등의 건강관련 상황이 다름을 알 수 있다[11,12]. 그러나, 노인인구의 급증에 따른 노년기 대상자에 대한 연구가 활발히 진행되고는 있으나, 몇몇 연구에서만 노년기를 세분화하여 차이를 비교하였을 뿐[2,9,11] 대부분의 연구는 65세 이상의 노인을 동질한 집단으로 간주하여 별도의 연령구분을 하지 않고 있다. 이제 우리나라도 고령화 사회의 대열에 들어갔고 취약계층의 노인인구수가 늘어나 75세 이상의 인구가 가장 급격히 증가하는 연령집단으로 되어지고 있으므로 노년기를 하나로 다루기보다 노인들 중 더 젊은 집단에 해당하는 전기노인과 앞으로 삶의 적응을 위해 사회에서 더 큰 관심을 가져야 할 것으로 보이는 후기노인으로 구분하여 그 특징이나 관련요인들을 구체적으로 파악 할 필요가 있다.

이에 본 연구는 농촌에 거주하는 노인을 전기노인(65-74세)과 후기노인(75세 이상)으로 구분하여 그들의 건강증진행위에 관련된 요인들을 규명

하고 그 차이를 비교 분석함으로써, 농촌노인들의 건강증진 향상에 필요한 정보를 제공하고자 한다.

대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구의 대상은 C도 1개 군에 거주하는 재가 농촌노인을 대상으로 편의표집 방법을 적용하였다. 노인에 대한 연령 기준은 노인관련 법규에 따라 매우 상이하게 적용하고 있는데, 본 연구에서는 65세-74세까지의 전기노인과 75세 이후의 후기 노인으로 2단계로 분류한 기준에 맞추었다[10]. 표본의 수는 일반적인 상관연구에서 문항수의 5-10배를 권장한 기준[13]에 맞추어 최소 500명으로 계산되었지만 탈락율 10% 정도를 고려하여 550명을 목표인원으로 하였다. 총 배포한 설문지는 570부였으나 565부가 회수되었고, 회수된 설문지 중 불완전한 응답을 한 9부를 제외한 556부를 최종분석 대상으로 하였다.

2. 자료수집 기간 및 방법

표본선정을 위한 모집단은 C도 1개 군 14면 행정구역 65세 이상노인 총 12,445명을 선정한 후, 연구대상자의 지역편중을 줄이기 위해 14개 지역별로 분류하였다. 한 지역 주민 수를 기준으로 한 지역당 1개 면소재지 노인 5명과 3개 리 각 5명이상 노인을 선정하여 총 80 마을 570명 노인을 최종 표본수 목표로 하였다. 선정기준은 의사소통이 가능하고 질문지의 내용을 이해할 수 있는 자로 한정하였다. 조사의 신뢰성 확보를 위해 2009년 5월 M군 2개리에 위치한 2개 경로당을 이용하는 농촌노인 40명을 대상으로 예비조사를 실시하여 설문지 문항을 일부 수정하고 보완하여 조사도구의 신뢰도와 타당도를 높였다. 자료 수집은 2009년 6월 22일부터 2009년 9월 18일까지 실시하였으며, 연구자와 사전 교육된 인력인 연구보조원들이 신분을 밝히고 연구의 목적과 설문내용을 설명한 후 연구 참여에 대한 동의를 구한 후 개인당 약 20-30분 정도 대면적 면접방법으로 조사하였다. 자료수집 장소는 연구보조원들이 해당 지역의 경로당이나 직접 가정방문을 하여 사전 동의를 구한 후 구조화된 질문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 회수된 자료는 모두 익명으로 처리하였고 응답이 불충분한 경우는 분석대상에서 제외시키고 총 556부를 최종분석에 활용하였다.

3. 연구도구

1) 건강상태

일반적인 건강상태 측정을 위해 지각된 건강상태, 만성 질환 수, 건강검진, 일상활동장애를 측정하였다.

(1) 지각된 건강상태

지각된 건강상태: 지각된 건강상태는 Lawtone, Moss, Fulcomer와 Kleban[14]의 Health self-rating 측정 도구를 수정하여 총 3문항으로 구성하였다. 현재 건강상태 평가는 「좋다」3점, 「그저 그렇다」 2점, 「나쁘다」1점을 부여하였고, 일상생활수행 장애 정도 평가는 「전혀 방해가 되지 않는다」 3점, 「약간 방해가 된다」 2점, 「상당히 방해가 된다」1점을 부여하였고, 동년배와 비교 시 지각된 건강상태 평가는 「더 좋다」 3점, 「비슷하다」 2점, 「더 나쁘다」 1점을 부여하였다. 총 3문항의 득점 합계(3-9점)를 산정하여 비교하였으며, 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 좋다는 것을 의미한다. 본 연구에서의 지각된 건강상태는 평균점수로 비교하였다. 선행연구의 Cronbach's α는= 0.78[15]이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's α=0.768이었다.

(2) 만성질환 수

만성 질환 수는 연구 대상자가 가지고 있는 만성질환의 수를 합산한 값으로 만성질환에는 고혈압, 당뇨병, 암, 폐 질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 관절염을 말하며, 각 질환에 대하여 의사로부터 진단을 받았는지 여부에 따라 질환이 있는 경우 “1점”, 질환이 없는 경우 “0”점을 부여하여 만성질환의 수를 합산하였다.

(3) 건강검진

최근 2년 이내 건강검진을 받아보셨습니까? 설문문항에 대한 응답으로 “없다”, “1-2회”, “3회 이상” 으로 구분하였다.

(4) 일상 활동장애

일상 활동장애 정도를 알아보기 위해 Jette[16]가 개발한 도구를 사용하였다. 6개 하위영역 일어서기(4문항), 일상 활동(3문항), 걷기(6문항), 물건쥐기(4문항), 팔뻗치기(8문항), 몸단장하기(4문항) 등 총 29문항 4점 척도로 되어있다. 평가는「잘 한다」4점,「약간 어렵다」3점,「매우 어렵다」2점,「전혀 할 수 없다」1점을 부여하였으며, 일상 활동장애 정도의 비교는 전체 항목의 평균점수로 비교하였다. 점수가 높을수록 일상 활동장애와 불편감이 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α=0.91이었다.

2) 심리적 변수

농촌노인들의 심리적 변수에는 삶의 질, 자기효능감을 중심으로 살펴보았다.

(1) 삶의 질

Roh[17]가 개발한 삶의 질 측정도구를 본 연구자와 간호학교수 2인이 노인에게 맞게 수정보완하여 사용하였다. 삶의 질 내용은 이웃관계, 경제생활, 신체상태, 자아존중감, 정서상태 등 5개 영역 37문항으로 구성되어 있다. 측정도구는 5점 척도로「매우 만족」 5점,「대체로 만족」4점,「보통」3점,「대체로 불만」2점,「매우 불만」1점으로, 전체 항목의 평균점수로 비교하였으며 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 0.92 이었다.

(2) 자기효능감

자기효능감은 결과를 산출하기 위하여 요구되어지는 행위를 성공적으로 수행 할 수 있다는 자신감에 대한 믿음[18]으로 Sherer 등[19]에 의해 개발한 도구를 4점 척도 16문항으로 측정하였다. 측정도구의 내용은 행동의 시작, 노력, 역경에도 불구하고 지속하려는 의지, 성취, 확신에 대한 내용이 포함되어 있다. 평가는「매우 그렇다」4점,「약간 그렇다」3점,「별로 그렇지않다」2점,「거의 그렇지 않다」1점으로, 본 연구에서는 전체 항목의 평균점수를 구하여 비교하였다. 점수가 높을수록 지각된 자기 효능감이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 0.93이었다.

3) 건강증진행위

본 연구에서는 Walker, Sechrist 와 Pender[20]가 개발한 HPLP를 Sung 과 Song[5]이 수정보완한 도구를 사용하였으며, 영양(6문항), 스트레스(5문항), 대인관계(6문항), 운동(2문항), 건강책임(11문항), 자아실현(5문항)의 6개 하부영역 4점 척도 총 35문항으로 구성되었으며,「항상 그렇다」4점,「대체로 그렇다」3점,「대체로 그렇지 않다」2점,「전혀 그렇지 않다」1점으로, 각 하위영역별 및 35개 전체 항목의 평균점수를 구하여 비교하였다. 점수가 높을수록 건강증진행위 수행정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 선행연구에서 Cronbach's α=0.91[5] 이었으며 본 연구에서는 Cronbach's α=0.895였다.

4. 자료 분석 방법

본 연구의 자료는 SPSS Win 12.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 구체적인 방법은 다음과 같다.

첫째, 연령별(전기노인, 후기노인) 인구학적 특성, 건강상태 및 심리적 변수 차이를 빈도, 백분율, 평균 점수로 비교하였으며, Chi-square test로 검정하였다.

둘째, 인구학적 특성과 건강상태 및 심리적 변수에 따른 건강증진행위 정도를 연령별(전기노인, 후기노인)로 비교하기 위해 t-test를 실시하였다. 건강증진행위는 중앙값(median)을 기준으로 비교하였다.

셋째, 대상자의 연령별(전기노인, 후기노인)에 따른 제 변인간의 상관관계는 Pearsons 상관계수를 산출하였다.

넷째, 대상자들의 건강증진행위 관련 변수를 연령집단에 따라 파악하기 위해 사회인구학적 특성에 따라 건강증진행위에 유의한 차이를 보였던 변수인 교육정도, 배우자 유무, 동거세대수, 건강검진, 만성질환수를 더미변수로 처리한 후 단계별 다중회귀분석을 실시하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적 특성

연구대상 노인들의 일반적 특성은 다음과 같다(Table 1). 65세 이상 75세 미만 전기노인은 359명으로 평균연령은 69.43(±2.736)세였고, 후기노인은 197명으로 평균연령은 79.14(±3.047)세 였다. 전기노인과 후기노인을 비교해 볼 때 각 특성별 유사한 분포를 보였으나 Chi-square test 결과 통계적으로 유의한 차이를 보이는 항목은 교육수준(p=0.001), 배우자 유무(p=0.001), 동거세대수(p=0.001)였다. 교육수준에서는 전기노인의 경우 초졸이 136명(37.9%)로 가장 많은 것으로 나타났으나, 후기노인은 무학이 117명(59.4%)로 나타나 두 집단 간 차이를 보여 주었다. 배우자 유무는 배우자가 있는 경우가 전기노인은 277명(77.2%), 후기노인은 88명(44.7%)으로 연령이 증가 할수록 배우자가 없는 경우가 증가하는 것으로 나타났다. 세대수에서는 전기노인의 경우는 부부만 사는 노인이 233명(64.9%)로 가장 많았으나 후기노인에서는 독거노인이 78명(39.6%)으로 집단 간 차이를 나타냈다.

전기노인과 후기노인의 건강상태를 비교해 Chi-square test 결과 통계적으로 유의한 차이를 보이는 항목은 건강검진유무(p=0.001), 만성질환수(p=0.001), 지각된 건강상태(p=0.001)였다. 건강검진 여부에서는 한 번도 해보지 않은 경우가 전기노인의 경우 75명(20.9%)였으나 후기노인의 경우는 73명(37.1%)으로 두 집단 간 차이를 보였다. 만성질환 수에서는 3개 이상의 만성질환을 가지고 있는 경우가 전기노인의 경우 48명(13.4%)였으나, 후기노인의 경우는 51명(25.9%)이었고, 지각된 건강상태는 전기노인의 경우 건강상태가 좋다고 한 경우는 82명(22.8%), 나쁘다고 생각한 경우가 128명(35.7%)였으나, 후기노인은 좋다고 한 경우는 18명(9.1%), 나쁘다고 생각한 경우는 116명(58.9%)로 두 집단 간 차이를 보였다.

2. 건강증진행위와 관련변수의 수준 차이

대상자들의 건강증진행위와 관련변수의 수준차이는 다음과 같다(Table 2). 분석결과 신체적 측면의 건강에 대한 건강상태와 일상활동장애는 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 전기노인이 후기노인 집단보다 건강상태가 좋은 것으로 지각하고 있었으며(p=0.007), 일상활동장애는 후기노인이 전기노인보다 높은 것으로 나타났다(p=0.002). 대상자들의 심리적 측면인 삶의 질과 자기효능은 자기효능만 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타나, 전기노인이 후기노인에 비해 자기효능이 높은 것으로 나타났다(p=0.000). 종속변인인 건강증진행위도 집단 간 유의한 차이를 보여 전기노인의 건강증진행위 평균평점이 2.75점인데 반해 후기노인은 2.67점으로 전기노인이 후기노인에 비해 건강증진행위 점수가 더 높았다(p=0.014). 건강증진 행위에 대한 하위영역별 실천정도는 전기노인은 건강책임 2.92점, 대인관계 지지 2.91점, 영양 2.85점, 자아실현 2.69, 운동 2.41점, 스트레스관리 2.29점 순으로 실천하고 있었고, 후기노인은 대인관계 지지 2.87점, 건강책임 2.83점, 영양 2.78점, 자아실현 2.64, 스트레스관리 2.20점, 운동 2.19점 순으로 실천하고 있었으나, 운동(p=0.003)과 건강책임(p=0.039)의 하위영역에서만 두 집단 간에 유의한 차이가 있었다.

3. 전기노인과 후기노인의 건강증진행위와 관련변수간의 상관관계

전기노인과 후기노인의 건강증진행위와 관련변수간의 상관관계는 다음과 같다(Table 3). 본 연구의 중심개념인 건강증진행위와 유의한 상관관계를 나타낸 변수는 전기노인과 후기노인 모두에서

지각된 건강상태, 삶의 질, 자기효능과 유의한 정적상관을 보인 반면 일상활동장애와는 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 자기효능감은 전기노인 경우에서만 지각된 건강상태와 유의한 정적상관관계가 있었다. 삶의 질은 전기노인과 후기노인 모두에서 지각된 건강상태와 유의한 정적상관을 보인 반면 일상활동장애는 전기노인과 후기노인 모두에서 지각된 건강상태와 유의한 부적 상관을 보였다.

Table 1. Socio-demographic characteristics of study subjects by age category

		Young-old	Old-old	χ^2	p
		N(%)	N(%)		
Gender	Men	162 (45.1)	72(36.5)	3.839	0.059
	Women	197 (54.9)	125(63.5)		
Age(years)		69.43(±2.736)	79.14(±3.047)		
Education	None	121(33.7)	117(59.4)	36.477	0.000
	Elementary school	136(37.9)	54(27.4)		
	≥Middle school	102(28.4)	26(13.2)		
Religion	Yes	229(63.8)	128(65.0)	0.078	0.853
	No	130(36.2)	69(35.0)		
Living with spouse	Yes	277(77.2)	88(44.7)	59.535	0.000
	No	82(22.8)	109(55.3)		
Number of generations living together	Alone	64(17.8)	78(39.6)	31.991	0.000
	Couple	233(64.9)	97(49.2)		
	≥2 generations	62(17.3)	22(11.2)		
Diet	Regular	322(89.7)	177(89.8)	0.003	0.954
	Irregular	37(10.3)	20(10.2)		
Sleeping time(hours)	≤6	44(12.3)	34(17.3)	2.965	0.227
	7-8	165(46.0)	91(46.2)		
	≥9	148(41.2)	72(36.5)		
Health Examination	None	75(20.9)	73(37.1)	17.018	0.000
	1-2 times	256(71.3)	112(56.9)		
	≥3 times	28(7.8)	12(6.1)		
Medical Comorbidity	0	59(16.4)	10(5.1)	13.514	0.001
	1-2 chronic disorder	252(70.2)	136(69.0)		
	≥3 chronic disorder	48(13.4)	51(25.9)		
Health Perception	Good	82(22.8)	18(9.1)	17.416	0.001
	Moderate	149(41.5)	63(32.0)		
	Poor	128(35.7)	116(58.9)		
Total		359(100.0)	197(100.0)		

Table 2. Scores(mean±standard deviation) of perceived health status, difficulty of activities of daily living, quality of life, and health promoting behaviors by age category

	Young-old(n=359)	Old-old(n=197)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
Perceived health status	1.88±0.647	1.73±0.662	2.717	0.007
Difficulty of activities of daily living	2.44±0.746	2.71±0.755	-3.180	0.002
Quality of life	3.28±0.528	3.20±0.550	1.537	0.126
Self-efficacy	2.81±0.541	2.57±0.553	4.878	0.000
Health promoting behaviors	2.75±0.374	2.67±0.399	2.463	0.014
Nutrition	2.85±0.506	2.78±0.541	1.601	0.110
Stress management	2.29±0.538	2.20±0.568	1.860	0.064
Interpersonal support	2.91±0.559	2.87±0.554	0.699	0.485
Exercise	2.41±0.783	2.19±0.798	3.022	0.003
Health responsibility	2.92±0.502	2.83±0.519	2.068	0.039
Self- actualization	2.69±0.595	2.64±0.635	0.838	0.402

Table 3. Correlation coefficients among perceived health status, difficulty of activities of daily living, quality of life, and health promoting behaviors by age category

Division		1	2	3	4	5
Young-old (N=359)	1. Perceived health status	1.000				
	2. Difficulty of activity daily living	-0.507**				
	3. Quality of life	0.278**	0.142			
	4. Self-efficacy	0.295**	-0.111	0.450**		
	5. Health promoting behaviors	0.154*	0.025	0.598**	0.382**	1.000
Old-old (N=197)	1. Perceived health status	1.000				
	2. Difficulty of activity daily living	-0.503**				
	3. Quality of life	0.371**	-0.075			
	4. Self-efficacy	0.137	-0.175	0.277*		
	5. Health promoting behaviors	0.189*	-0.023	0.636**	0.324**	1.000

*p<0.01 , **p<0.001

4. 전기, 후기 노인의 건강증진행위 관련 요인

대상자들의 건강증진행위에 영향을 미치는 변수를 연령집단에 따라 파악하기 위해 사회인구학적 특성에 따라 건강증진행위에 유의한 차이를 보였던 변수인 교육정도, 배우자 유무, 동거세대수, 건강검진, 만성질환수를 더미변수로 처리한 후 단계별 다중회귀분석을 실시하였다. 결과는 연령집단에 따라 건강증진행위에 관련 요인이 있는 변수가 다른 것으로 나타났다(Table 4). 전기노인의 경우 삶의 질이 건강증진행위와 가장 큰

관련이 있었으며(p=0.000), 다음으로는 자기효능(p=.007), 배우자유무(p=0.025), 동거 세대수(p=0.041)가 통계적으로 유의한 변수로 제시되었다. 전기노인에 투입된 변수들로 건강증진행위 수준을 42.2%의 설명할 수 있었다. 후기노인은 건강증진행위를 설명하는데 가장 중요한 관련변수로 삶의 질(p=0.000)만이 관련변수로 분석되었다. 후기노인에 투입된 변수들로 건강증진행위 수준을 37.9% 설명할 수 있었다.

Table 4. Associated factors of health promoting behaviors in multiple linear regression by age category

Independent variables	Dependent variable : Health promoting behaviors							
	Young-old(n=359)				Old-old(n=197)			
	B	β	t	p	B	β	t	p
Constant	29.763		3.412	0.001	32.261		2.000	0.050
PHS*	0.796	0.115	1.410	0.161	-1.085	-0.149	-1.465	0.148
D-ADL†	0.014	0.024	0.295	0.769	0.003	0.005	0.043	0.966
QOL ‡	0.364	0.538	6.952	0.000	0.423	0.613	6.050	0.000
Self-Efficacy	0.312	0.204	2.739	0.007	0.256	0.163	1.613	0.112
Education	-2.073	-0.079	-.1.133	0.259	-1.758	-0.068	-0.660	0.512
Living with Spouse	8.627	0.227	2.272	0.025	0.026	-0.001	0.007	0.995
Number of Generations Living Together	-9.256	-0.211	-2.061	0.041	2.145	0.076	0.566	0.573
Health Examination	2.524	0.076	1.113	0.268	1.192	0.044	0.419	0.676
Medical Comorbidity	3.364	0.077	1.140	0.256	3.814	0.034	0.359	0.721
Adj R^2	0.422					0.379		
F	11.237					5.507		
p	0.000					0.000		

PHS*: Perceived health status; D-ADL† : Difficulty of activities of daily living
QOL‡ : Quality of life

고 찰

본 연구는 농촌지역에 거주하는 노인의 건강증진행위 관련 요인을 연령별로 파악하여 농촌지역 노인에게 보다 효율적인 중재 방안을 제안하고자 실시되었다. 노인의 건강한 삶을 위해서 수행되어야 할 중요한 생활습관으로써 건강증진행위가 다양한 방식을 통해 측정되고 있다. 노인의 건강증진행위는 일상생활 양식 중 건강과 관련된 운동, 음주, 흡연, 안전 등 식생활 습관 행위를 중심으로 측정되고 있는데[21], 본 연구에서는 Walker, Sechrist & Pender[20]에 의해 개발된 건강증진 생활양식 척도(Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP)를 사용하였으며 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리 등의 6개 하부영역으로 구성되어 있다. Pender 등[22]은 이전의 건강관련 행위는 건강행위의 변화를 가져오게 되고 현재 그 행위의 세부사항에 일일이 주의를 기울이지 않더라도 자동적으로 참여하도록 하는 습관을 형성하여 현재의

건강증진행위에 영향을 준다고 하였다.

본 연구결과 농촌지역 전기노인과 후기노인의 건강증진행위 관련 요인과 설명정도는 연령에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 본 연구 모델에서 제시된 변인들이 전기노인의 경우 42.2%의 건강증진행위를 설명하는 반면 후기노인은 37.9%를 설명하는 것으로 차이가 있었으며, 전기노인의 건강증진행위에는 삶의 질, 자기효능, 배우자유무, 동거 세대수가 유의한 관련 요인이었으며, 후기노인은 삶의 질만이 건강증진행위와 유의한 관련성이 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 전기노인과 후기노인 모두에서 삶의 질은 건강증진행위에 가장 중요한 관련 요인으로 나타났다.

전. 후기 노인 모두 건강증진행위에 관련요인으로 나타난 삶의 질은 일반적으로 자신의 삶에 대한 주관적인 평가로 노인들의 삶의 질은 한 개인의 성공적인 삶을 파악하는데 있어 주요한 개념으로 성공적인 노화의 개념과 연결되기 때문에[23,24,25] 농촌노인들의 건강증진행위에 있어 중요한 비중있는 일면을 나타내주는 점이라 하겠다. 그동안 선행연구들은 건강을 삶의 질의 가장 중요한 변인으로 보고하였으며[23,25] 일반적으로 삶의 질이 낮은 노인들은 건강증진 수행정도가 낮아 궁극적으로 노인의 자아실현 및 안녕상태를 방해한다고 하였으므로[26] 노인에게 적합한 사회활동이나 정서적 안정에 도움이 되는 활동을 적극 권장하여 노인들의 삶의 질을 높이는 것이 건강증진행위에 중요한 전략이 될 것으로 생각된다.

자기효능감은 직접적으로 건강증진행위를 동기화시키고 행동의 시행이나 유지에 간접적으로 영향을 미친다[18]. 본 연구에서 자기효능감은 전기노인의 건강증진행위에 유의한 관련인자로 지지되어 자기 효능감이 건강증진생활방식의 주요한 관련요인임을 보고해온 연구들의 결과[3,4,26,27]와 일치하였으나, 상관관계가 없거나 관련인자가 아닌 것으로 나타난 선행연구[28,29]와는 차이를 보였다. 이는 선행연구의 경우 중년여성이나 근로자를 대상으로 했으며, 노인들의 경우에도 연령분류가 없이 이루어진 상태에서 상반된 결과가 도출된 것으로 생각되므로, 노인을 연령별로 구분하여 반복연구를 통한 규명이 필요할 것으로 생각된다. 일반적으로 자기효능이 높은 사람이 낮은 사람에 비해 건강이 향상되고, 질병발생과 우울이 낮고 외상이 빨리 회복되므로[3,18] 노인들을 위한 건강증진 행위를 도모하기 위해서는 자기효능을 증진시켜 본인의 건강상태를 인식 및 지각 할 수 있는 다양한 간호중재 개발 프로그램이 필요하다.

배우자 유무는 전기노인에서만 건강증진행위에 유의한 관련요인으로 나타났다. 이는 후기노인일수록 배우자 사별 비율이 높고 신체적 심리적 건강과 사회적 활동저하가 현저하게 나타나기 때문에 관련요인이 낮은 것으로 생각된다. 사별노인들의 경우에도 건강증진행위를 잘 할수록 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치며, 무배우자 노인이 건강상태가 더 나쁘고, 신체적 노화정도가 높으며 자아존중감이 낮아 건강증진행위에 부정적인 영향을 미친다고 하였다[26]. 일반적으로 독거노인의 경우 우울이 높고 경제적 능력과 건강상태가 낮고 영양불량 위험도가 높다는 선행연구 결과[15]에 비추어 볼 때 독거노인의 건강증진행위를 높이기 위해서는 독거노인의 규칙적인 사정과 적절한 중재가 필요하다고 생각된다.

동거 가족 수는 농촌주민의 경우 가족 수가 많을수록 건강증진수행정도가 높았고[30], 가족구성원이나 친구, 동료와의 상호관계가 좋고 사회적 지지와 상관관계가 높을수록 개인의 건강증진행위를 잘하고 있는 결과[3,27]와 일치하였다. 농촌노인들은 자녀들이 도시로 이동함으로써 노인 단독가구를 형성하여 사회적, 가족적 고립이 심하며, 자녀들과 접촉하는 경우에도 도시적 생활양식과 세대차이로 인해 자녀들과 갈등을 겪고 그들이 처한 특수한 상황으로 인해 다른 연령 군에 비해 우울증을 경험할 가능성이 높다[7]. 일반적으로 자녀들 간의 접촉의 양이 많은 노인일수록 삶의 질이 높고 건강증진행위를 잘하고 있으므로[28] 동거하는 가족들이 노인을 지지해서 적극적인 건강증진 행위를 수행할 수 있도록 해야 하며, 자녀들과 동거를 하고 있지 않은 노인들의

경우 자녀들이 자발적인 동기에서 노부모에게 전화와 방문 등 여러 활동들을 통해 지지를 해 준다면 세대 간의 친밀감이 높아지고 건강증진 수행정도가 높아 질것으로 생각된다.

본 연구에서 전기노인의 건강증진 수행정도는 평균 2.75점, 후기노인은 평균 2.67점으로서 전기노인과 후기노인 모두 선행연구[21]에서 보고한 우리나라 노인의 건강증진행위의 전체 평균보다 높았다. 전기노인은 건강책임 항목에서 가장 높은 점수를 나타냈고, 후기 노인은 대인관계 항목에서 가장 높은 점수를 나타냈으며, 운동과 건강책임 하부영역은 후기노인이 전기 노인에 비해 점수가 낮으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 운동항목에서 두 집단 간 유의한 차이를 보인 이유는 두 항목 모두 몸으로 직접 실천을 해야 하는 것들로서 후기노인들은 나이 증가에 따라 신체와 정서기능의 저하, 경제력과 사회활동의 역할기회 감소로 운동 실천점수가 가장 낮았다는 선행연구[11,21]와 일치하여 전기노인과 차별화를 둔 후기노인을 위한 적절한 운동실천 방안이 모색되어야 할 필요성이 제기된다. 또한, 건강책임 영역도 선행연구 결과[6,11]보다는 영역점수가 높았지만 건강관리 프로그램 참여, 정기적인 건강검진, 체중감소를 위한 노력 등 후기노인들이 실천하는데 해당사항이 적은 항목들이 포함되어 있고, 자기효능감 점수가 전기노인에 비해 낮은 것 때문에 두 집단 간 차이를 보인 것으로 생각된다. 하지만 전기노인과 후기노인으로 구분하여 비교한 선행연구가 없어 직접적인 비교는 어려움이 있으므로 연령별 노인을 대상으로 한 반복연구를 통해 이에 대한 비교가 이뤄져야 할 것으로 보인다.

본 연구결과로 보아 전기노인과 후기노인 모두 건강증진행위의 관련요인으로 나타난 삶의 질을 높이기 위한 프로그램이나 서비스 개발을 위한 다차원적인 접근의 필요성이 제시되며, 특히 전기노인의 건강증진행위를 도모하기 위해서는 배우자가 없는 노인들의 문제점인 사회. 경제적 지위 및 자존감 저하[15,31] 등 심리적 문제점을 감소시키고 대상자 주변의 가족을 포함한 다양한 지지집단을 활용하여 운동과 건강책임 영역의 건강증진을 높일 다양한 건강증진 프로그램이 필요한 것으로 나타났다.

본 연구의 제한점으로는 단면연구이기 때문에 전기노인과 후기노인의 건강증진행위와의 관련요인을 파악하는 것은 가능하지만 인과관계를 언급하는 것은 무리가 있다고 생각된다. 또한 조사대상 지역이 일부 지역에 국한되어 연구 결과를 일반화시키는 데는 한계가 있다고 생각된다. 이러한 제한 점에도 불구하고 본 연구의 의의는 전기노인과 후기노인의 건강증진행위와 관련된 요인을 인구사회학적 특성과 사회 심리적 요인까지 분석하여 그 차이가 있음을 밝혀낸 것이다.

본 연구를 바탕으로 향후 전기노인과 후기노인을 대표할 수 있는 대규모적인 인구집단을 대상으로 건강증진행위와 관련 요인들 간의 인과관계를 밝힐 수 있는 전향적인 연구가 필요하다고 생각된다.

요 약

본 연구는 농촌지역 노인의 연령별(전기노인, 후기노인) 건강증진행위 관련 요인을 분석하여 보다 나은 건강증진 행위를 도모하기 위하여 연령별 관련요인을 고려한 중재 전략을 수립하는데 기초자료를 제공하고자 시도된 횡단적 서술적 조사연구이다.

자료 수집기간은 2009년 6월 22일 부터 9월 18일까지였으며, 연구대상자는 65세 이상의 C도 1개 군 14개면에 거주하는 재가농촌 노인으로서 전기노인 359명, 후기노인 197명 총 556명을 대상으로 하였다. 구조화된 설문지를 이용하여 일반적 특성, 건강관련 특성, 사회 심리적 변수, 건강증진 행위를 직접면담을 통하여 조사하였다. 수집된 자료는 SPSS Win 12.0을 이용하여 χ^2- test, t-test, Pearson correlation coefficient, Stepwise multiple regression 으로 분석하였으며, 연구의 결과는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 평균 연령은 전기노인 69.43세, 후기노인 79.14세였으며, 두 집단 간 일반적 특성

에 따른 유의한 빈도차이를 보인 항목은 교육수준, 배우자 유무, 동거 세대 수에서 유의한 차이를 나타냈다. 대상자의 건강관련 특성에서 건강검진 유무, 만성 질환 수, 지각된 건강상태에서 유의한 차이를 나타냈다.

둘째, 노인의 건강증진행위와 관련 있는 변수들에 대하여 연령별 차이를 비교한 결과 지각된 건강상태 점수는 전기노인이, 일동활동장애 점수는 후기노인에서 더 높았으며, 삶의 질은 유의한 차이가 없었으나 자기효능감은 전기노인에서 유의하게 더 높은 것으로 나타났다. 노인의 연령별(전기, 후기) 건강증진행위 차이에 있어서 전기노인은 2.75점 후기노인은 2.67점으로 전기노인이 후기노인에 비해 건강증진행위 점수가 더 높았다. 건강증진 행위에 대한 하위 항목별 실천정도는 전기노인은 건강책임, 대인관계, 영양, 자아실현, 운동, 스트레스관리 순이었고, 후기노인은 대인관계, 건강책임, 영양, 자아실현, 스트레스관리, 운동 순으로 두 집단 간 순위 차이가 있었으며, 운동과 건강책임의 하위영역에서만 유의한 차이가 있게 나타났다.

셋째, 건강증진행위와 유의한 상관관계를 나타낸 변수는 전기노인과 후기노인 모두에서 지각된 건강상태, 삶의 질, 자기효능과 유의한 정적상관을 보인 반면 일상 활동 장애와는 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

넷째, 다중회귀분석 결과에 전기노인들의 건강증진행위 수행에 영향을 미치는 요인들로 삶의 질, 자기효능, 배우자 유무, 동거 가족 수가 유의한 변수로 선정 되었고, 인구사회학적 특성, 지각된 건강상태, 삶의 질, 자기효능감 등 투입된 변수들로 건강증진행위 수준을 42.2%의 설명할 수 있었고, 후기노인은 삶의 질만이 유의한 변수로 선정되었고, 투입된 변수들로 37.9% 설명할 수 있었다. 이상의 결과에서 농촌지역 노인을 연령별 두 그룹으로 분류했을 때 건강증진행위와 관련된 요인이 다른 것을 알 수 있다.

본 연구 결과 농촌지역 노인들을 전기노인과 후기노인 두 그룹으로 분류했을 때 건강증진행위 수행 관련 요인이 다르기 때문에 농촌지역 노인의 건강증진 수행을 높이기 위해서는 연령별 관련요인을 고려한 건강증진 프로그램 개발과 접근이 요구된다.

참고 문헌

1. Korea National Statistical Office(2006, May). *Population projections for Korea*:2005-2050 based on the 2005 census. Retrieved September 4, 2008, from http://www.kosis.kr/search/totalSearch2.jsp
2. An JY, Tak YR. Depressive symptoms and related risk factors in old and oldest-old elderly people with arthritis. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2009;39(1):72-83 (Korean)
3. Kim HJ, Kim JH, Park YH. Factors influencing health promoting behavior of the elderly. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing* 2000;12(4):573-582 (Korean)
4. Pender NJ, Walker SN, Sechist KR, Frank-Stromborg M. Predicting health-promoting lifestyle in the workplace. *Nursing Research* 1990;39(6):326-332
5. Sung MS, Song BS (2004). Health promoting behavior and degree of life satisfaction in rural elderly people. *Journal of Korean Academy of Fundamental Nursing* 2004;11(1): 82-91 (Korean)
6. Park JS, Oh YJ. The effects of a health promotion program in rural elderly on health promotion lifestyle and health status. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2005;35(5): 943-954 (Korean)
7. Lee GO. *A structural analysis of successful aging factors of rural elders*. Seoul, Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, 2007 (Korean)
8. Kim MH, Shin KR, Kang MS, Kang I. A study of successful aging experience of korean

elderly. *The Journal of Korean Gerontological Society* 2004;24(2):79-95 (Korean)

9. Lee IJ. A study on the difference between the younger old and the older old : Comparison of the effects of stressful life events and social support on their health. *Journal of the Korean Gerontological Society* 1999;19:35-50 (Korean)
10. Charlotte E. Gerontological Nursing(6th ed). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005
11. Choi YH. Health-promoting behavior, life satisfaction and self-esteem of the young and old. *The Journal of Korean Community Nursing* 2001;12(2):428-436 (Korean)
12. Aldwin CM, Sutton KJ, Chiara G, Spiro A. Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the normative aging study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 3rd* 1996;51(4):179-188
13. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research conduct, critique and utilization. Philadelphia, Saunders Company, 1987.
14. Lawtone MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriental multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology* 1982;37(1): 91-99
15. Lee MS. Factors influencing life satisfaction the elderly living alone. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing* 2004;16(1):17-26 (Korean)
16. Jette AM. Functional capacity evaluation: An empirical approach. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 1980;61(2): 85-89.
17. Roh YJ. An analytical study on the quality of life of the middle-aged in Seoul. Seoul, Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, 1988 (Korean)
18. Bandura A. The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry,* 1982;13(3):195-199
19. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacob B, Rogers RW. The self-efficacy scale: construction & validation. *Psychological Report* 1982;51:663-667
20. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987;36(2):76-81
21. Kulbok, Baldwin. From preventive health behavior to health promotion: Advancing a positive construct of health. *Advances in Nursing Science* 1992;14(4): 50-64
22. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. Health promotion in nursing practice(4th ed). New Jersey, Printice Hall, 2002
23. Jeon EY, Kim KB. Study of factors that influence the promotion of healthy behavior in the elderly according to types of residency. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2006;36(3):475-483 (Korean)
24. Desmond AW, Conrad KM, Montgomery A, Simon KA. Factors associated with male workers engagement in physical Activity. *American Association of Occupational Health Nurses* 1993;41(2):73-83
25. Lee GJ, Chang CJ, Yoo JH & Yi YJ. Factors effecting health promoting behaviors in middle-aged women. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2005;35(3):494-502 (Korean)
26. Sung MH, Lim YM. The study on health promoting lifestyle of the elderly women. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2003;33(6):762-771 (Korean)
27. Chen T, Li L. Influence of health-related quality of life on health service utilization in addition to socio-demographic and morbidity variables among primary care in patients

in China. *International Journal of Public Health* 2009;54(5): 325-332

28. Riffle KL, Yoho J, Sams J. Health-promoting behavior, perceived social support, and self-reported health of Appalachian elderly. *Public Health Nursing* 1989;6(4): 204-211
29. Park ES, Kim SJ, Kim SI, Chun YJ, Lee PS, Kim HJ, Han KS. A study of factors influencing health promoting behavior and quality of life in the elderly. *Journal of Korean academy of nursing* 1998;28(3): 638-649 (Korean)
30. Sohn SY. A model construction of the quality of life in the rural elderly. Seoul, Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, 2006 (Korean)
31. Wollinsky FD, Johnson RJ. Widowhood, health status and the use of health services by older adults: A cross sectional and prospective approach. *Journal of Gerontology* 1992;47:8-16