

韓國老年學研究

Korean Journal of Research in Gerontology

2000, Vol. 9, 51-70

노인의 보건지식과 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

서 인 선

전북대학교 의과대학 간호학과

(요약) 본 연구는 노인들의 보건지식 및 건강증진행위에 영향을 미치는 요인들을 찾아내고, 또 이러한 요인들과 건강증진행위와의 인과관계를 설명하기 위한 경로모형을 추출하는 것이었다. 연구대상자는 도시 및 농촌지역, 그리고 양로시설에 거주하는 60세 이상의 남녀 노인 915명이었다. 보건지식 수준은 도시에 거주하는 노인들이 그리고 건강증진행위 수준은 양로원에 거주하는 노인들이 가장 높은 편이었다. 전체노인을 대상으로 한 분석에서는 경제상태가 보건지식에 가장 주요한 영향을 미치는 변인으로 그리고 건강에 대한 관심이 건강증진행위에 가장 주요한 영향을 미치는 변인으로 드러났다. 또 보건증진행위를 설명하는 경로모형은 여러 가지 설명변인들이 직접 종속변인에 영향을 미치는 것과 보건지식을 경유하여 종속변인에 영향을 미치는 것의 두 가지가 제시되었다. 이러한 모델들에 의하면, 노인들의 건강증진행위는 교육을 통한 보건지식

* 이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 560-180 전라북도 전주시 덕진구 금암동 산 2-20번지 전북대학교 의과대학 간호학과 서인선 교수 앞으로 하시기 바랍니다. 저자의 e-mail주소는 sis@moak.chonbuk.ac.kr입니다.

서인선

의 수준을 향상시키는 것과 관계가 매우 높다고 할 수 있다.

[Key Words: 건강증진행위, 노인, 보건교육, 보건지식]

최근 의료기술의 발달과 경제수준의 향상으로 평균수명이 연장되면서 노인인구의 급속한 증가를 초래했으며, 이로 인해 파생되는 문제는 사회 문제로 하나로 인식되기 시작하였다. 보건복지통계연보에 의하면, 한국인의 평균수명은 1997년 74.39세(남 70.56세, 여 78.12세)로 10년 전에 비해 4.63세 그리고 20년 전에 비해 9.88세가 높아졌다. 또 65세 이상의 노인인구도 1997년 6.8%이었으며, 2000년에는 7%, 그리고 2020년에는 13%를 넘어 고령화 사회에서 나타나는 여러 가지 현상들이 두드러질 것으로 예상된다 (보건복지부, 1999).

노인인구 증가는 우리 나라뿐만 아니라 세계적인 추세인데, 대부분의 선진국들은 이미 1970년대부터 인구의 노령화 현상이 나타났다. 우리나라의 60세 이상 노인인구의 비율은, 1993년도 자료에 의하면, 스웨덴이나 프랑스, 일본, 미국, 호주 등 이미 고령화사회로 변모한 선진국들보다는 비교적 낮은 편이었지만, 브라질이나 인도, 태국, 말레이시아, 필리핀 등 개발도상국들보다는 높은 수준이었다 (통계청, 1997). 그러나 우리나라는 어느 나라보다도 고령화가 짧은 기간 안에 진행되고 있기 때문에 사회·경제적 측면을 포함한 다양한 건강문제가 부각되고 있는데 (문옥륜, 1995), 이는 곧 적합한 건강관리를 위한 실무모형이 하루빨리 개발되어야 할 필요성을 제기하는 것이다.

미래의 한국사회에서는 고도의 과학기술의 발전, 국민생활양식의 변화 및 인구의 고령화 현상을 포괄하는 사회전반의 변화와 함께 뇌졸중, 고혈압, 암, 관절염 등의 만성 퇴행성 질환이 주류를 이루는 질병구조의 변화가 나타날 것으로 예측되고 있다 (한국보건사회연구원, 1998). 이러한 사회적 변화는 질병 치료중심의 의료관리 체계에서 일차 건강관리중심 체계로의 변화로 유도하게 될 것이며, 또 앞으로의 보건의료분야 중에서도 건강증진을 가장 중요한 개념으로 인식시킬 것이다. 건강증진은 단순히

노인의 보건지식과 건강증진 행위

질병의 치료나 예방에 그치지 않고 건강향상을 위한 인간의 잠재력을 충분히 개발시키는 예방의학, 환경보호, 행동과학 및 보건교육의 수단을 강구하는 것이다.

우리 나라에서는 1995년 1월 국민건강증진법이 제정되면서 일반인들의 건강증진에 대한 관심이 예전보다 더 커지고 있지만, 최근에는 건강증진에 대한 연구들이 체계적으로 이루어지기 시작하였다. 건강위험요인이 높은 30세 이상의 성인 및 노인들을 대상으로 했던 한 연구에 의하면, 잘못된 건강의식이나 건강행위, 그리고 생활 양식 등이 건강을 저해하는 주요한 요인으로 드러났다 (송영신 · 이미라 · 안은경, 1997). 또 성인기, 특히 노인만을 상대로 했던 건강증진에 관한 연구들도 대부분 건강수준, 건강관리 행태, 건강행위에 초점을 맞추고 있는데, 보건지식과 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인에 관한 연구는 미흡하다 (강혜영 · 김수미, 1996; 권순범 · 김공현 · 김병성 · 박형중, 1994; 김정아 · 정승교, 1997; 김분한, 1988; 박영주 · 이숙자 · 박은숙 · 장성옥, 1999).

이에 본 연구에서는 노인의 보건지식과 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 시도되었으며, 구체적으로는 노인의 보건지식과 건강증진 행위의 수준, 노인의 보건지식에 영향을 미치는 요인, 그리고 노인의 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것이었다. 이러한 연구결과는 생리적, 심리적, 사회적으로 다양한 건강문제를 가진 노인의 건강증진을 위한 보건의료 정책수립과 보건교육 프로그램을 개발하기 위한 기초자료로 제공될 수 있는데, 예를 들면, 노인의 건강을 유지·증진시키기 위한 전문적인 건강상담, 영양관리, 일상생활 관리, 운동 및 활동, 흡연 및 음주, 스트레스 관리 등 건강증진 영역에서 기초자료가 될 것이다.

본 연구의 보건지식과 건강증진의 개념에는 일상생활 양식의 구성요소가 되는 지속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강상태를 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 의미가 내포되어 있다 (Pender, 1987). 보다 구체적으로 표현하면, 보건지식이란 우리 나라 국민 건강증진 사업 내용 중 국민생활 실천운동 전개내용에 해당되는 건강진단 및 상담, 영양 및 식생활, 일상생활 관리 (예; 구강위생, 휴식, 수면), 운동 및 활동, 흡연 및 음주, 스트레스 관리에 관한 6개 영역의 지식을 그리고 건강증진이란 우리 나라 국민 건강증진 사업내용 중 국민생활실천 운동전개 내용에 해당하는 건강

서인선

진단 및 상담, 영양 및 식생활, 일상 생활 관리, 운동 및 활동, 흡연 및 음주, 스트레스 관리의 6개 영역에 해당하는 건강증진 행위를 의미한다.

이론적 배경

노인의 보건의식

노년기에 접어들면서 누구나 사회적 역할이 크게 달라지거나 역할의 일부를 상실하는 경험을 하게 된다. 또한 노년기는 신체적 변화가 급격하게 일어나는 시기인데, 이로 인하여 활동력이 저하되면서 일상생활 적응양상도 달라진다. 상당수의 노인들이 이러한 변화에 대하여 쉽게 체념을 하거나, 소극적으로 반응하거나, 또는 그러한 변화를 무시하고 고집으로 저항하는 경우가 많은데, 이러한 대응방식은 노인의 심신 기능을 저하시킬 가능성이 크다.

오히려 노화과정이나 또 이로 인한 생활의 변화를 적극적으로 수용하는 태도를 보이는 것은 노인 자신의 건강을 보호·유지하는데 지극히 중요하며, 이러한 태도변화를 위해서는 노인 스스로가 노화와 노년기의 건강 및 만성질환 조절 방법을 제대로 숙지하고 있어야 한다. 그러나 노인들은 건강에 좋다고 믿는 것을 성실하게 실천하는 특성을 보이기도 하지만, 대부분의 노인들은 새로운 지식을 습득하는데 대하여 소극적인 태도를 취하고 있다.

노인의 건강관리 및 이와 관련된 지식이나 행위에 대한 인식은 건강상태에 직접적인 영향을 미칠 수 있다. 그러나 우리 나라 노인들을 상대로 한 연구에 의하면, 연령이 높거나 여성 노인일 경우 건강에 대한 지식수준이 낮은 편이었는데, 특히 여성노인이 고령일수록 건강관리 교육이 필요한 실정이었다고 지적했다 (이응창·남철현, 1997). 실제로 노인들의 상당수가 교육을 받고 싶거나 건강관리를 위한 모임에 참가하거나 대화상대를 원하는 것으로 나타났으며, 대다수 노인들이 실제 교육 프로그램에 건강관련 교육이 포함되기를 원하지만 아직 구체적인 노인교육 프로그램을 마련하지 못한 실정이다 (박재간, 1997).

지금까지의 노인교육은 평생교육의 차원에서 노인학교, 노인대학, 노

노인의 보건지식과 건강증진행위

인교실 등의 명칭으로 사회복지기관, 종교단체, 대학의 사회교육기관, 기타 민간단체에서 주로 노인들의 오락 및 레크리에이션을 중심으로 수행되어 오고 있다. 그러나 이러한 노인교육 프로그램이 노인들의 건강교육에 대한 욕구조사와 교육결과에 대한 효과 측정을 통해 검증된 사례는 별로 없었다. 따라서 노인들의 건강교육에 대한 욕구와 여건에 맞는 적절한 수준의 교육 프로그램 개발이 절실히 요구된다. 건강교육은 노인의 건강증진뿐만 아니라 보건지식의 향상으로 인한 예방의 차원에도 효과를 기대할 수 있을 것으로 사료된다.

노인의 건강증진 행위

시대마다 건강에 대한 정의에 따라 변화되고 있더라도 대부분 노인의 건강증진행위는 일상생활 양식 중 건강과 관련된 운동, 음주, 흡연, 안전 등 식생활습관행위를 중심으로 측정되고 있다 (Kulbok & Baldwin, 1992). 건강증진 행위에 대한 여러 연구들의 주요한 내용을 살펴보면, 종합복지관을 이용하는 노인들은 위생, 휴식 및 수면, 대인관계 유지, 금주 및 금연, 운동 및 활동 등의 건강증진 행위수준은 높았으나 스트레스 관리는 낮은 수준이었으며 (박영숙·김효정, 1997), 재가노인들은 아침식사, 금연, 금주, 치료제 복용, 식이 조절 등은 잘하는 것으로 나타났으나 건강검진, 체중관리, 규칙적인 운동은 하지 않는 것으로 나타났다 (김정아·정승교, 1997).

또 노인들이 자신의 건강을 유지, 증진시키는 행위들은 주로 운동, 영양, 휴식, 혈압체크, 건강검진, 안전, 약물사용 등이었으며, 그들의 건강생활 습관이나 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인으로서는 연령, 성별, 교육수준, 사회경제적 상태, 결혼상태, 직업, 현재 건강상태 및 건강에 대한 관심, 자아존중감 등이 보고되고 있다 (박영숙·김효정, 1997; 이웅창·남철현, 1997; Brown & McCreedy, 1986; Duffy, 1988; Kee, 1984; Muhlenkamp & Sayles, 1986; Pender, 1987). 그렇지만 아직까지 우리나라 지역사회 노인을 대상으로 하여 개인적인 특성과 대중 매체 및 건강교육 등의 보건교육 변수를 매개로 한 건강증진 행위의 변화를 규명하려는 연구는 시행되지 않은 실정이다.

서인선

연구 방법

연구대상자

전라북도 전주시에 거주하는 60세 이상 남녀 재가노인 398명과 완주군에 거주하는 재가노인 400명, 전라북도 소재 2개의 유료 양로시설과 2개의 무료 양로시설에 거주하는 시설노인 117명, 총 915명을 조사대상으로 하였다. 도시지역, 농촌지역, 양로원 거주자별로 연령, 성별, 교육수준, 결혼상태, 종교, 의료보장형태, 과거직업, 동거유형, 경제상태에 대한 정보는 <표 1>에 제시하였다.

연구도구

본 연구에 사용된 도구는 인구 사회학적 특성을 묻는 24문항, 그리고 보건지식과 건강증진 행위를 측정하기 위한 각각 31문항씩 도합 86문항을 수록한 설문지였다. 보건지식 및 건강증진행위에 관한 31문항들은 건강진단 및 상담 3문항, 영양 및 식생활 8문항, 일상생활 관리 7문항, 운동 및 활동 4문항, 흡연 및 음주 4문항, 스트레스 관리 5문항의 6개 영역으로 구성되었다. 본 설문지에 수록된 문항들은 Walker, Sechrist, 및 Pender(1987) 그리고 박인숙(1995)의 건강증진 생활양식 척도를 기초로 하여 작성된 것이었다. 본 연구에서는 연구도구의 타당도를 높이기 위해 재가노인 50명을 대상으로 예비 조사하여 문항을 수정 보완하였으며, 노년학에 관심이 있는 간호학 교수 3인과 보건학 교수 1인의 자문을 얻어 재수정 보완하였다. 조사도구의 내적 일치도 계수 α 는 보건지식 부문이 0.80 그리고 건강증진 행위 부문이 0.82이었다.

보건지식을 묻는 각 문항에 대한 반응은 정확하게 맞을 경우 3점, 어느 정도 맞을 경우 2점, 그리고 완전히 틀릴 경우에는 1점으로 채점하였는데, 총점(Range = 31-93)이 높을수록 보건지식 수준이 높음을 의미한다. 또 건강증진 행위를 묻는 각 문항에 대한 반응은 ‘언제나 한다’고 응답할 경우 3점, ‘할 때도 있고 안 할 때도 있다’고 응답할 경우 2점, 그리

노인의 보건지식과 건강증진 행위

고 ‘전혀 안 한다’고 응답할 경우에는 1점으로 채점하였는데, 총점($Range = 31-93$)이 높을수록 건강증진 행위 수준이 높음을 의미한다.

연구절차

본 연구의 자료수집방법은 조사대상가구와 노인정과 양로시설을 조사원이 직접 방문한 직접면접법이었으며, 면접시기는 1999년 5월부터 7월 사이였다. 면접원은 간호학 학사학위를 소지한 방문간호사 6명을 선정하였으며, 자료수집에 앞서 본 연구의 목적과 설문에 대한 응답요령 등 자료수집에 관한 내용을 면접원에게 숙지시켰다. 예를 들면, 면접원들의 자료수집 방법 및 절차의 일관성을 도모하기 위하여 50명의 노인을 대상으로 한 예비조사를 시도하였다.

결 과

보건지식과 건강증진 행위수준

보건지식 수준은 평균 73.03점($SD = 8.06$; $Range = 31-93$)이었다 (<표 2> 참조). 거주지별 보건지식 수준은 도시노인이 평균 76.06점($SD = 8.60$)으로 가장 높았으며, 양로시설 노인은 평균 71.74점($SD = 8.82$) 그리고 농촌노인은 평균 70.39점($SD = 7.24$)이었다. 보건지식의 6개 영역에 대한 점수는 <표 2>에 제시되어 있다. 거주지별로 드러난 보건지식의 각 영역에 대한 차이를 살펴보면, 도시노인은 영양 및 식생활, 일상생활 관리, 및 스트레스 관리에서 가장 높은 점수가 나타났던 반면, 농촌노인은 건강진단 및 상담, 흡연 및 음주에서 그리고 양로시설 노인은 운동 및 활동, 일상생활 관리에서 점수가 높았다 ($p < .001$).

전체노인들의 건강증진 행위수준은 평균 68.17점($SD = 7.64$; $Range = 31-93$)이었다 (<표 3> 참조). 거주지별 건강증진행위 수준은 양로노인이 평균 73.00점($SD = 8.55$)으로 가장 높았던 반면, 농촌노인은 평균 68.05점($SD = 6.85$) 그리고 도시노인은 평균 66.86점($SD = 8.11$)이었다. 건강증진행위수준의 6개 영역에 대한 점수도 <표 3>에 제시되어 있다. 거주지별로 드러난 건강증진행위수준의 각 영역에 대한 차이를 살펴보면, 도시

서인선

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성

특 성	구 분	도시		농 촌		양로원		소 계	
		n	%	n	%	n	%	n	%
연 령	60대	171	43.1	169	42.3	6	5.3	346	38.0
	70대	158	39.8	168	42.0	45	39.5	371	40.7
	80대 이상	68	17.1	63	15.8	63	55.3	194	21.3
성 별	남	152	38.2	136	34.0	10	8.5	298	32.6
	여	246	61.8	264	66.0	107	92.2	617	67.4
교육수준	문 맹	144	36.3	174	43.6	44	37.6	362	39.7
	국문해독	140	35.3	104	26.1	50	42.7	294	32.2
	국 졸	81	20.4	93	23.3	16	13.7	190	20.8
	중졸이상	32	8.1	28	7.0	7	6.0	67	7.3
결혼상태	유 배우자	206	52.6	217	54.5	4	4.3	427	48.4
	사 별	186	47.4	181	45.5	89	95.7	456	51.6
종교	불 교	91	23.2	92	23.4	76	66.7	259	28.8
	기독교	103	26.3	116	29.4	36	31.6	255	28.3
	천주교	34	8.7	50	12.7	-	-	84	9.3
	무	164	41.8	136	34.5	2	1.8	302	33.6
의료보장형태	의료보험	324	81.6	329	82.5	4	7.1	657	77.1
	의료보호	73	18.4	70	17.5	52	92.9	195	22.9
과거직업	사무직	48	12.1	26	6.5	11	9.6	85	9.3
	농, 어, 축산업	187	47.0	334	83.5	33	28.9	554	60.8
	전문직	27	6.8	5	1.3	8	7.0	40	4.4
	무직	136	34.2	35	8.8	62	54.4	233	25.6
동거유형	자녀와 동거	136	34.2	134	33.5	-	-	270	31.1
	노부부만	158	39.7	152	38.0	-	-	310	35.7
	독 신	86	21.6	97	24.3	18	25.7	201	23.2
	친척/친구와 동거	18	4.5	17	4.3	52	74.3	87	10.0
경제상태	10만원 이하	108	27.1	160	40.0	55	91.7	323	37.7
	10-20만원	133	33.4	110	27.5	2	3.3	245	28.6
	20-30만원	74	18.6	76	19.0	-	-	150	17.5
	30-40만원	49	12.3	34	8.5	-	-	83	9.7
	40만원 이상	34	8.5	20	5.0	3	5.0	57	6.5
총계		398	100.0 (43.5)	400	100.0 (43.7)	117	100.0 (12.8)	915	100.0

노인의 보건지식과 건강증진행위

노인은 일상생활 관리, 운동 및 활동에서 가장 높은 점수가 나타났고, 농촌노인은 흡연 및 음주, 스트레스 관리에서 그리고 양로시설 노인은 건강진단 및 상담, 일상생활관리, 운동 및 활동, 흡연 및 음주에서 점수가 높았다 ($p < .001$).

이와 같이 양로시설 노인들의 건강증진행위 수준이 높은 것은 그들의 보건지식 수준이 낮더라도 단체생활로 인해 타의에 의해서 건강행위를 추구한 생활로 설명될 수 있다고 생각된다. 따라서 도시노인들의 건강증진행위수준을 향상시키기 위해서는 행동변화를 유도하는 방향에서의 건강증진 프로그램이 개발되어야 할 필요성이 높으며, 양로시설 노인들의 건강증진 행위 수준을 높이기 위해서는 전반적인 보건지식 수준을 향상시키는 교육프로그램이 필요할 것으로 보인다. 한편 농촌노인에게는 소홀해지기 쉬운 일상생활관리나 운동 및 활동을 향상시킬 수 있도록 건강증진 프로그램을 개발해야 할 것으로 생각된다.

<표 2> 보건지식 수준

항 목	Range	도 시 $M \pm SD$	농 촌 $M \pm SD$	양로원 $M \pm SD$	소 계 $M \pm SD$	F
건강진단 및 상담	3-9	6.79±1.56	6.91±1.47	6.18±1.32	6.76±1.49	10.841***
영양 및 식생활	8-24	19.72±3.00	17.21±2.80	18.80±3.25	18.51±2.94	73.40***
일상생활 관리	7-21	18.31±1.84	16.13±2.36	17.60±2.11	17.27±2.11	108.46***
운동 및 활동	4-12	10.25±1.39	9.25±1.55	10.31±1.23	9.82±1.45	55.74***
흡연 및 음주	4-12	9.67±1.61	10.38±1.34	8.68±1.60	9.85±1.50	62.99***
스트레스 관리	5-15	11.31±2.44	10.53±2.12	10.17±2.51	10.83±2.31	16.66***
총 계	31-93	76.06±8.60	70.39±7.24	71.74±8.82	73.03±8.06	50.94***

*** $p < .001$

서인선

<표 3> 건강증진 행위수준

항 목	Range	도 시 <i>M</i> ± <i>SD</i>	농 촌 <i>M</i> ± <i>SD</i>	양로원 <i>M</i> ± <i>SD</i>	소 계 <i>M</i> ± <i>SD</i>	<i>F</i>
건강진단 및 상담	3-9	5.40±1.46	5.59±1.24	5.98±1.63	5.56±1.39	8.14***
영양 및 식생활	8-24	17.94±2.59	19.13±2.12	19.27±2.44	18.63±2.38	29.89***
일상생활 관리	7-21	17.32±2.65	15.80±2.54	18.99±2.26	16.87±2.55	81.68***
운동 및 활동	4-12	7.44±2.04	7.10±1.95	7.73±2.66	7.33±2.09	5.18***
흡연 및 음주	4-12	9.79±3.08	10.35±2.77	11.26±2.10	10.22±2.84	12.80***
스트레스 관리	5-15	8.97±2.27	10.09±2.31	9.76±2.89	9.56±2.37	22.48***
총 계	31-93	66.86±8.11	68.05±6.85	73.00±8.55	68.17±7.64	29.21***

*** $p < .001$

보건지식과 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인

보건지식에 영향을 미치는 요인을 찾기 위해 인구학적 특성, 사회경제적 특성, 건강상태, 보건교육의 요인들을 투입하여 단계적 다중회귀분석을 실시했으며, 그 결과는 <표 4>에 소개되어 있다. 여러 변인들 중에서 경제상태가 노인의 보건지식에 가장 큰 영향을 미치고 있으며 ($\beta = .3572$), 또 13개의 변인들이 보건지식을 설명하는 정도는 약 41.8%에 해당되었다.

건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 찾기 위해 인구 및 사회경제적 특성, 건강상태, 그리고 보건교육의 내용들을 독립변인으로 설정한 단계적 다중 회귀분석을 실시했으며, 그 결과는 <표 5>와 같다. 여러 독립변인들 중에서 건강증진 행위에 가장 큰 영향은 미치는 변인은 건강에 대한 관심이었으며 ($\beta = .2234$), 여러 변인들이 건강증진행위를 설명하는 정도는 약 38.1%이었다.

노인의 보건지식과 건강증진행위

<표 4> 보건지식에 영향을 미치는 요인

변인	ΔR^2	R^2	b	β	F
a. 경제상태	.2037	.2037	6.3679	.3572	178.61***
b. 교육수준	.0467	.2504	2.4117	.1391	43.45***
c. 참여하는 모임	.0364	.2868	3.2343	.1852	35.48***
d. 스트레스 여부	.0287	.3155	-3.3582	-.1629	29.10***
e. 인쇄매체	.0201	.3356	6.4072	.1647	21.01***
f. 전파매체	.0219	.3575	3.2921	.1429	23.57***
g. 과거직업	.0168	.3743	-2.7637	-.1341	18.59***
h. 건강에 관한 관심	.0032	.3875	3.3267	.0819	14.90***
i. 연령	.0100	.3975	-1.5208	-.0884	11.45***
j. 생활만족도	.0059	.4034	1.6980	.0924	6.81**
k. 건강 만족II	.0038	.4072	1.0465	.0611	5.95*
l. 동거유형	.0035	.4161	-1.1750	-.0628	4.99*
m. 건강상태 지각	.0020	.4181	-1.0139	-.0527	2.88

Note. a : 10만원 미만 = 0, 10만원 이상 = 1,
b : 문맹 = 0, 국졸이상 = 1, c : 친목/종교모임 = 0, 노인회 = 1,
d & g : 없다 = 0, 있다 = 1, e & f : 아니오 = 0, 예 = 1,
h : 전혀 관심 없음 = 00, 가끔 관심 = 01, 항상 관심 = 11
i : 70세 미만 = 0, 70세 이상 = 1
j & k : 불만족 = 00, 보통 = 01, 만족 = 11
l : 노인혼자 생활 = 0, 가족과 동거 = 1
m : 건강 나쁨 = 0, 건강 좋음 = 1
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

<표 4>와 <표 5>의 내용에 의하면, 인쇄매체나 전파매체, 교육수준, 건강교육 등 교육에 관한 변인들이 보건지식이나 건강증진행위에 큰 영향을 미치고 있다. 교육에 관한 변인들이 보건지식이나 건강증진행위에 미치는 영향을 알아보기 위하여 단계적 다중회귀분석을 실시했다. 그 결과 전파매체, 인쇄매체, 그리고 건강교육의 세 변인들이 보건지식을 설명하는

서인선

정도는 약 11.6% 그리고 건강증진행위를 설명하는 정도는 약 10.2%이었다. 이와 같은 결과들은 앞으로 노인의 보건지식과 건강증진 행위를 향상시키기 위해서는 대중 매체와 대인접촉을 통한 건강교육이 병행되어야 할 필요성을 제기하고 있다.

<표 5> 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인

변 인	ΔR^2	R^2	b	β	F
생활만족도 I	.1068	.1068	1.5184	.0936	83.46***
사회활동참여도	.0640	.1708	2.0019	.1212	53.83***
참여하는 모임	.0551	.2259	3.4223	.1983	49.55***
건강교육	.0399	.2658	3.0013	.1902	37.75***
건강에 관한 관심	.0310	.2969	3.3792	.2234	30.63***
교육수준	.0299	.3268	2.3689	.1547	30.80***
건강에 대한 만족도	.0252	.3520	2.5515	.1425	26.96***
생활만족도 II	.0064	.3664	2.3130	.1076	19.92***
스트레스 여부	.0074	.3738	-1.2969	-.0713	8.44**
결혼상태	.0040	.3778	1.2686	.0846	4.62*
인쇄매체	.0035	.3813	2.5168	.0652	5.03*

Note. 회귀분석 시 각 변인의 coding내용은 <표 4>에서와 동일

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

보건지식 및 건강증진 행위를 설명하는 인과관계 분석

조사대상자들의 일반적 특성, 건강상태, 및 보건교육의 요인들을 단계적 다중 회귀분석을 실시하여 보건지식과 보건교육에 영향을 미치는 변인들을 선정한 다음, 이를 토대로 경로모델(path model)을 구했다. 경로모델을 통하여 종속변인인 보건지식 수준에 대한 각 독립변인들의 직접효과, 보건교육을 통하여 영향을 미치는 간접효과 그리고 이들 두 가지 효과를 고려한 전체 효과를 살펴봄과 동시에 보건지식과 이들 독립변인의 인과관

노인의 보건지식과 건강증진행위

계를 추론할 수 있다. 조사대상자들의 보건지식에 대한 경로분석(Path analysis)의 결과는 <표 7> 및 <그림 1>과 같다.

보건지식에 대한 직접효과는 경제상태가 가장 컸으며 ($\beta = .3435$), 교육수준 ($\beta = .1753$), 참여하는 모임 ($\beta = .1294$), 건강에 대한 관심 ($\beta = .0973$), 생활 만족도 ($\beta = .0886$), 스트레스 여부 ($\beta = -.1645$), 과거직업 ($\beta = -.1568$), 연령 ($\beta = -.1031$), 건강에 대한 만족도 ($\beta = -.0849$) 등 $\alpha = .001$ 수준에서 유의 있는 효과를 보였다. 또 보건교육을 통한 간접효과는 교육수준이 가장 컸으며, 건강에 대한 만족도, 스트레스 여부, 생활만족도 등도 $\alpha = .001$ 수준에서 유의 있는 효과를 보였다. 직접 및 간접 효

<표 7> 보건지식/보건교육에 영향을 미치는 요인 및 효과

종속변인	독립변인	<i>r</i>	직접효과 (<i>t</i>)	간접효과	전체 효과
보건지식	연령	-.1842**	-.1013(-3.49)**	-	-.1013
	교육수준	.2974**	.1753(5.81)**	.0299	.2052
	경제상태	.4406**	.3435(12.10)**	-	.3435
	과거직업	-.1113**	-.1568(-5.29)**	.0171	-.1397
	동거유형	-1.841**	-.0646(-2.14)**	-	-.0646
	참여하는 모임	.1498**	.1294(-4.62)**	-	.1294
	스트레스 여부	-.2052**	-.1645(-5.54)**	.0217	-.1428
	생활만족도	.1802**	.0886(2.99)**	.0214	.1100
	건강에 대한 만족도	.0121	-.0849(-2.77)**	.0242	-.0607
	건강에 대한 관심	.1776**	.0973(3.44)**	-.0011	.0984
	지각된 건강상태	.0704*	-.0527(-1.70)	-	-.0527
	보건교육 요인	.1977**	.1977(6.09)**	-	.1977
			$R^2 = .3538$		
보건교육	교육수준	.2206**	.1510(4.49)**	-	.1510
	과거직업	.1220**	.0867(2.67)**	-	.0867
	스트레스 여부	.0473**	.1097(3.17)**	-	.1097
	건강에 대한 만족도	.1788**	.1226(3.46)**	-	.1226
	생활 만족도	.1107**	.1084(3.15)**	-	.1084
			$R^2 = .1133$		

* $p < .05$ ** $p < .001$

서인선

과를 합한 전체 효과가 가장 큰 변인은 경제상태였고, 이 모든 변인들이 보건지식을 설명해주는 정도는 전체 변량의 약 35.5%이었다. 또 교육수준 등 5개의 변인이 보건교육을 설명해주는 정도는 전체 변량의 약 11.3%이었다.

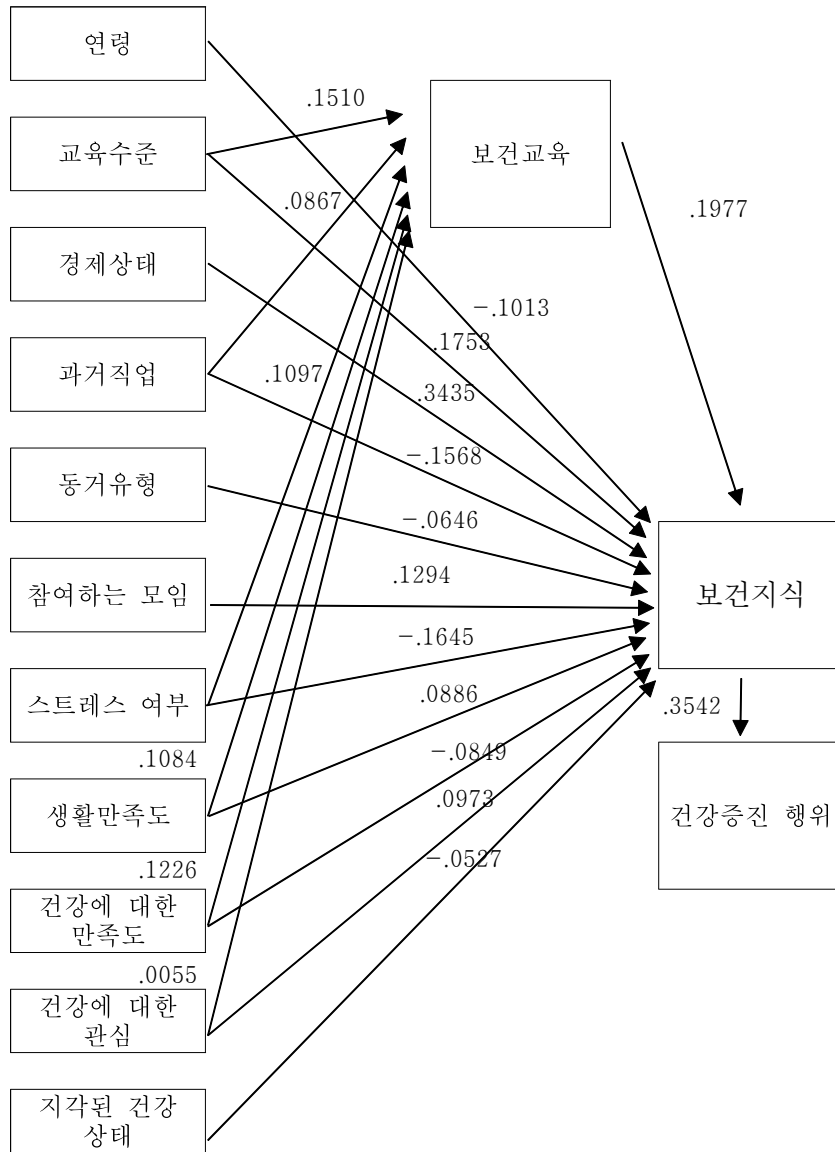
아울러 인구학 및 사회 경제적 특성, 건강상태, 및 보건교육에 관련된 요인들이 건강증진 행위에 어느 정도 영향을 미치는가를 알기 위하여 단계적 다중 회귀분석을 실시했으며, 또 건강증진 행위를 설명하는데 유의 있는 변인들을 토대로 경로모델(path model)도 구했다. 경로분석을 통해 독립변인들이 건강증진 행위수준에 대해 직접 및 간접으로 영향을 미치는 인과관계를 추론해볼 수 있으며, 이러한 분석 결과는 <표 8> 및 <그림 2>와 같다.

<표 8> 건강증진 행위와 보건교육에 영향을 미치는 요인 및 효과

종속변인	독립변인	<i>r</i>	직접효과(<i>t</i>)	간접효과	전체 효과
건강증진 행위	교육수준	.2277**	.1564(5.37)**	.0337	.1901
	사회활동참여도	.2335**	.1299(4.50)**	.0280	.1579
	스트레스 여부	-.2346**	-.109(-3.71)**	.0273	-.0817
	생활만족도	.3614**	.2110(4.34)**	-	.2110
	건강에 대한 만족도	.3058**	.2376(5.25)**	.0249	.2625
	건강에 대한 관심	.2465**	.2089(7.12)**	.0119	.2208
	보건지식	.3542**	.3542(11.4)**	-	.3542
	보건교육변수	.2145**	.2145(6.64)**	-	.2145
			$R^2 = .3621$		
보건교육	교육수준	.2206**	.1572(4.78)**	-	.1572
	사회활동 참여도	.1876**	.1308(3.96)**	-	.1308
	스트레스 여부	.0473	.1273(3.14)**	-	.1273
	건강에 대한 만족도	.3058**	.1162(3.08)**	-	.1162
	건강에 대한 관심	.0433	.0554(1.67)	-	.0554
			$R^2 = .1218$		

* $p < .05$ ** $p < .001$

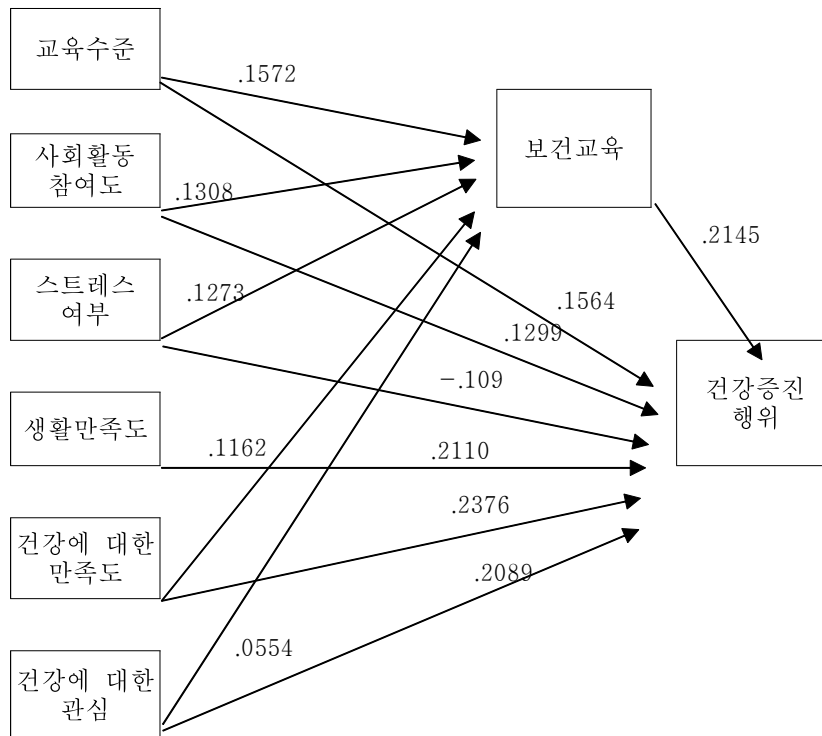
노인의 보건지식과 건강증진행위



<그림 1> 보건지식에 대한 경로 분석(숫자는 β 계수임)

서인선

노인의 건강증진 행위에 대한 직접효과는 보건지식이 가장 컸으며 ($\beta = .3542$), 건강에 대한 만족도 ($\beta = .2376$), 보건교육 ($\beta = .2145$), 건강에 대한 관심 ($\beta = .2089$), 생활 만족도 ($\beta = .2110$), 교육수준 ($\beta = .1564$), 사회활동 참여도 ($\beta = .1299$) 등 여러 변인들이 $\alpha = .01$ 수준에서 직접효과가 있었다. 또 보건교육을 통한 간접효과는 교육수준에서 가장 크게 나타났으며, 사회활동 참여도, 스트레스 여부, 건강에 대한 만족도, 및 건강에 대한 관심도 의의 있는 간접효과를 보였다.



<그림 2> 건강증진 행위에 대한 경로 분석 (숫자는 β 계수임)

노인의 보건지식과 건강증진행위

노인의 건강증진 행위에 대한 전체 효과가 가장 큰 변인은 보건지식이었고, 이를 비롯하여 건강에 대한 만족도, 건강에 대한 관심, 보건교육, 생활만족도, 교육수준, 사회활동 참여도 등의 변인들이 건강증진 행위를 설명하는 변량의 정도는 약 36.2%이었다. 보건교육에 대한 직접효과가 가장 큰 변인은 교육수준이었고, 사회활동 참여도 및 스트레스 여부도 $\alpha = .01$ 수준에서 직접효과를 보였다. 직접효과를 보인 변인들이 보건교육을 설명하는 정도는 약 12.2%이었다.

논 의

본 연구는 노인들의 건강증진을 위한 보건의료 정책수립과 보건교육 프로그램 개발에 필요한 기초자료를 제공하기 위하여 도시 및 농촌지역의 재가노인들과 양로시설에 거주하는 노인들을 상대로 보건지식과 건강증진행위수준에 영향을 미치는 요인을 파악한 것이었다. 우선 노인들의 보건지식 수준은 농촌이나 양로시설에 거주하는 노인들이 도시지역에 거주하는 노인들보다 낮았던 반면, 건강증진 행위수준은 도시나 농촌 지역에 거주하는 노인들이 양로시설에 거주하는 노인들보다 훨씬 낮은 편이었다.

보건지식에 영향을 미치는 요인으로는 경제상태를 비롯하여 참여하는 모임, 인쇄매체, 전파매체 등이었으며, 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인으로는 건강에 대한 관심을 비롯하여 참여하는 모임, 건강교육, 사회활동 참여도 등이었다. 여러 가지 변인들 중에서도 특히 인쇄매체나 전파매체, 건강교육과 같은 보건교육이 보건지식과 건강증진 행위에 미치는 영향은 지대했는데, 이들이 보건지식을 설명하는 전체변량의 약 11.6% 그리고 건강증진 행위를 설명하는 전체변량의 약 10.2%를 차지하였다.

또 보건지식 자체도 건강증진행위에 영향을 미치는 주요한 변인으로 드러났으며, 이를 토대로 보건지식과 건강증진행위간의 관계를 설명하는 경로모형을 도출하였다. 이 모델에 따르면, 보건지식은 건강증진행위에 직접적인 영향을 미치는 반면, 경제상태나 교육수준, 생활만족도 등의 여러 변인들은 보건교육과 보건지식을 경유하여 건강증진행위에 간접적인 영향을 미치고 있었다. 이러한 결과는 노인들에게 대중매체를 통하여 보건지식을 높여주기 위한 교육의 필요성은 물론 노인들에게 경제적으로 안정을

서인선

찾을 수 있는 환경을 조성시켜주는 것은 보건지식을 높여주는 효과와 함께 건강을 증진시켜주는 효과를 가져다준다는 것을 암시하고 있다.

참 고 문 헌

- 강혜영·김수미 (1996). 일부 도시, 농촌노인의 건강상태 비교연구 : 광주, 전남지역을 중심으로. *지역사회간호학회지*, 7 (2), 244-256.
- 권순범·김공현·김병성·박형중 (1994). 일부도시지역 노인의 건강관련 실천과 신체 활동기능에 관한 연구. *대한보건협회지*, 20 (2), 3-22.
- 김정아·정승교 (1997). 일지역사회 노인의 건강상태 및 건강행위에 관한 조사. *한국노년학회지*, 17 (3), 144-171.
- 김분한 (1988). 노인의 Alzheimer's disease에 대한 문헌고찰. *척신의학*, 31 (1), 123-129.
- 문옥륜 (1995). 노인보건제도와 노인간병 요양원제도 개발의 과제와 전망. *한국노년학*, 15 (1), 181-212.
- 박영숙·김효정 (1997). 노인의 건강증진 행위에 관한 연구. *중앙의학*, 62 (2), 119-127.
- 박영주·이숙자·박은숙·장성옥 (1999). 한국노인의 건강행위 예측모형 구축. *대한간호학회지*, 29 (2), 281-292.
- 박인숙 (1995). *건강증진 생활양식에 관한 연구*. 부산대학교 대학원 박사 학위논문.
- 박재간 (1997). 노년기 여가 생활의 실태와 정책과제. *노인복지정책연구*, 2 (1), 7-51. 서울: 한국노인문제연구소.
- 보건복지부 (1999). *보건복지통계연보*. 서울: 보건복지부.
- 송영신·이미라·안은경 (1997). 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. *대한간호학회지*, 27 (3), 541-613.
- 이응창·남철현 (1997). 노인의 건강의식 및 행위가 건강상태에 미치는 영향 요인. *한국노년학*, 17 (3), 117-143.
- 통계청 (1997). *장래인구 추계결과*. 서울: 통계청.
- 한국보건사회연구원 (1998). *1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사*. 서울: 한국보건사회연구원.

- Brown, J., & McCreedy, M. (1986). The Male elderly: Health behavior and its correlates. *Research in Nursing and Health*, 9, 317-329.
- Duffy, M. (1988). Determinants of health promotion in mid-life women, *Nursing Research*, 37 (6), 358-362, 1988.
- Kee, C. (1984). A case for health promotion with the elderly. *Nursing Clinics of North America*, 19 (2), 251-262.
- Kulbok, P., & Baldwin, J. (1992). From preventive health behavior to health promotion: Advancing a positive construct of health. *Advances in Nursing Science*, 14 (4), 50-64.
- Muhlenkamp, A., & Sayles, J. (1986). Self-esteem, social support and positive health practices. *Nursing Research*, 35, 334-338.
- Pender, N. (1987). *Health promotion in nursing practice*, (2nd ed.). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Walker, S., Sechrist, K., & Pender, N. (1987). The health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 136 (2), 76-81.

서인선

**Health Knowledge Level and Health-Promoting
Behavior for the Elderly**

In Sun Suh

Department of Nursing

Chonbuk National University

Chonju, Korea 560-180

This research was to assess the health knowledge level and health promoting behavior of the elderly, and to determine the causal relations between them. The questionnaires 86 items were administered to a total of 915 elderly participants who consisted of 798 community-dwellers of both rural and urban areas and 117 nursing home residents. The level of health knowledge was much higher in the urban community-dwellers than others, whereas the level of health-promoting behavior was much higher in the nursing home residents than the community-dwellers. In addition, the economic status was the most powerful variable to explain the health knowledge, while the interest in health was the most powerful variable to explain the health-promoting behavior. The causal relations between the health-promoting behavior and the health knowledge as well as the other socio-demographic variables were sought with a path model. The findings were discussed in the context of establishing public health policies and developing health education programs to promote the health of the elderly.

(논문접수일: 2000년 7월 27일)

(수정논문접수일: 2000년 9월 14일)

(논문게재승인일: 2000년 10월 24일)