

주요개념 : 노인, 건강증진 행위, 삶의 질

노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인

박은숙* · 김순자* · 김소인* · 전영자* · 이평숙* · 김행자* · 한금선*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 사회전반에 걸친 변화와 의료기술의 발달로 노인인구의 증가현상은 세계적인 추세로서 대부분의 선진 복지국가들은 노인 인구가 전체의 10% 이상을 차지하는 고령화 사회를 이루고 있다. 우리 나라 역시 65세 이상 노인 인구의 비율이 97년 현재 6.3%이며 2020년에는 13.2%에 달할 것으로 예측되어(보건복지부 통계 연감, 1997), 이로 인한 사회, 경제적 측면을 포함한 다양한 건강 문제가 제기됨으로서 이에 적합한 건강 관리 및 실무 모형 개발이 필요한 실정이다.

많은 학자들이 미래 21세기 한국 사회에 대해 정보화 시대로 특정 지을 수 있는 고도의 과학기술의 발전, 국민 생활양식의 변화 및 인구의 노령화 현상 등을 포괄하는 사회전반의 변화와 뇌졸중, 고혈압, 암 등의 만성, 노인성 질환 및 정신 질환이 주를 이루는 질병구조의 변화 등을 예측하고 있다. 이에 대비하기 위해서는 기존의 병원 중심의 급성, 전염성 질환에 중점을 둔 관리에서 나아가 질병의 예방 및 건강증진을 위한 새로운 건강관리 프로그램의 개발이 요구되고 있다.

일반적으로 노인의 문제는 첫째, 노화에 따른 육체적, 정신적 쇠약으로 인한 건강악화, 둘째, 소득 상실로 인

한 빈곤, 셋째, 가정이나 사회에서의 역할 상실, 넷째, 고독과 소외의 문제로 분류할 수 있으며, 이들 중 가장 큰 문제는 건강 문제라고 하는 것이 많은 연구와 노인을 대상으로 한 의견 조사에서 일치된 결과로 제시되고 있다(이선자, 1982; 김진순, 1996).

최근 들어 건강증진 행위는 수명을 연장시키고 삶의 질을 증가시키며 건강 관리비용을 감소시키는데 잠재적이고 장기적인 이익을 지니고 있다는 것에 대한 사회 전반의 관심이 증가되고 있으나, 미래 고령화 사회에 대비한 노인의 건강과 삶의 질을 향상시키기 위한 건강 관리 프로그램에 대한 연구는 거의 이루어지지 않고 있는 실정이다.

따라서 본 연구는 생리적, 사회 심리적으로 다양한 건강문제를 가진 지역사회 노인 인구의 보다 건전한 삶의 질 향상을 위한 건강증진 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 제공하고자 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하였다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- (1) 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질 정도를 파악한다.
- (2) 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향하는 요인을 파악한다.

2. 용어의 정의

* 고려대학교 의과대학 간호학과

1) 건강증진 행위

일상 생활 양식의 구성 요소가 되는 지속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강상태를 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며(Pender, 1982), 본 연구에서는 Walker 등(1987)의 건강증진 행위 도구를 본 연구팀이 번역하여 수정 보완한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

2) 삶의 질

신체적, 정신적, 사회·경제적, 영적 영역에서 개인이 지각하는 주관적인 안녕 상태로 정서상태, 경제생활, 자아존중감, 신체상태와 기능, 이웃 관계 및 가족 관계의 하위 개념으로 구성되며(노유자, 1988), 본 연구에서는 노유자(1988)의 삶의 질 척도를 노인에 맞게 수정 보완한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

3) 지각된 건강상태

현재의 건강상태를 주관적으로 평가한 결과를 의미하며(Lawston, 1982), 본 연구에서는 Lawston 등(1982)의 건강상태 평가척도를 본 연구팀이 수정 보완한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

4) 건강가치

삶을 영위하는 데 있어 다른 여러 가치들과 비교하여 건강을 얼마나 중요하게 생각하는가를 의미하며(Wallston and Wallston, 1976), 본 연구에서는 Wallston 등(1976)이 개발한 건강가치 조사도구를 기초로 본 연구팀이 수정 보완한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

5) 건강 통제위

개인의 행위와 그 결과 사이에 주위 세계에 대해 대처하는 개인의 인지된 능력을 말한다. 하위개념인 내적 건강 통제위는 건강이 자기 자신이 행동한 대로 되거나 자기 자신의 영구적인 특성 대로 된다고 믿는 성격 유형이며, 타인의존 통제위는 건강이 영향력 있는 타인에 의해 좌우된다고 믿는 성격 유형, 우연성 건강 통제위는 건강이 자기 자신을 둘러싸고 있는 운이나 요행에 의해 좌우된다고 믿는 성격 유형이다(Wallston and Wallston, 1978). 본 연구에서는 Wallston 등(1978)의 건강 통제위 척도를 본 연구팀이 수정 보완한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

6) 건강개념

건강 혹은 건강상태에 대한 주관적 의미를 말하며(Laffrey, 1986), 본 연구에서는 Laffrey(1986)가 개발한 건강개념 측정 도구를 본 연구팀이 수정 보완한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

7) 자아존중감

자아개념의 평가적 요소로서 자신을 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로 인지하는 것을 말하며(Roggenberg, 1965), 본 연구에서는 Rogenberg(1965)의 자아존중감 측정도구를 전병재(1974)가 번안한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

8) 자기효능감

결과를 산출하기 위하여 요구되어지는 행위를 성공적으로 수행할 수 있다는 자신감을 의미하며(Bandura, 1977), 본 연구에서는 Sherer(1982)가 개발한 도구를 본 연구팀이 수정 보완한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

II. 이론적 배경

1. 이론적 기틀

Pender(1982)의 건강증진 모형(Health Promotion Model)은 사회 인지 이론에 기초하여 여러 건강 관련행위의 연구 결과와 건강행위 이론(건강 신념 모형, 합리적 행동 이론, 자기효능 이론)에서 개념을 도출하여 종합한 포괄적인 모형으로 건강증진 행위를 인간의 실현화 경향의 표현으로 정의하고 있으며, 개인의 안녕 수준과 개인적인 만족감, 자아실현을 유지, 증진하는 방향을 목적으로 하고 있다(Pender 1987). 이 모형은 의사결정 단계와 행동을 취하는 단계로 나뉘어지며 인간은 이 두 단계 사이를 거쳐 상호 작용함으로써 건강증진 행위를 결정하게 된다. 의사결정 단계는 개개인의 지각과 조정 요인으로 구성된다. 개개인의 지각에는 건강가치, 지각된 건강 통제위, 자기효능감, 자아존중감, 건강에 대한 정의, 지각된 건강상태, 건강증진 행위의 지각된 유익성 등이 포함된다. 조정 요인은 인구학적 변수, 대인 관계 변수, 상황 변수 등으로 구성되는데 이들은 건강증진 행위에 대한 개개인의 소인에 영향을 미치며 인구학적 변수에는 연령, 성별, 인종, 교육, 소득 등이 포함된다. 행동을 취하는 단계에서는 행위를 자극하는 계기와 건강

증진 행위를 방해하는 지각된 장애성이 포함된다.

본 연구에서는 이상의 이론적 모형을 중심으로 연령, 성별, 교육상태, 사회경제적 상태 등의 인구학적 변수와 가족 구성 형태, 동거 유형, 질병 형태, 질병 기간 등의 대인 관계 변수 및 Pender(1987)의 모형에서 제시된 건강가치, 건강개념, 지각된 건강상태, 건강 통제위, 지이 존중감, 자기효능감 등의 인지 지각 변수를 중심으로 노인의 건강증진 행위와 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 확인하고자 한다(그림 1).

2. 문헌 고찰

1) 건강증진과 건강증진 행위

최근 생활수준 및 의식수준 향상, 평균수명 연장으로 건강에 대한 관심이 증가됨에 따라 평상시의 건강한 생활 습관이 건강 유지에 중요하고, 질병을 예방하는 것이 질병을 치료하는 것보다 건강관리에 있어 더 바람직하며, 건강할 때 교육시키는 것이 질병을 치료하는 것 보다는 더 경제제이라는 견해가 보고되면서 건강증진에 대한 개념이 대두되었다(Pender 1986).

질병예방이 질병 또는 건강의 위협으로부터의 특별한 보호나 '회피(Avoidance)' 행위임에 반하여, 건강증진의 목적은 안녕(well-being)의 전반적인 증진으로 '접근적(Approach)' 행위이다. 즉 건강증진은 단순히 안정성을 유지한다거나, 위험 요인을 방지하는 것이 아니라 자신의 성장과 발달, 그리고 높은 수준의 안녕을 향한 방향을 제시하므로(Brubaker, 1983), 건강증진 행위는 개인이나 집단이 건강에 적응하는 수준을 높이기 위해 행해지게 되어 전반적인 건강을 유도할 수 있는 환경의 개선 및 개발을 가져온다. 궁극적으로 건강증진은 특별한 건강 문제와 연관되는 기본적인 사회 구조를 변화시킬 수 있는데, 이런 구조에는 음식, 주거, 위생, 안

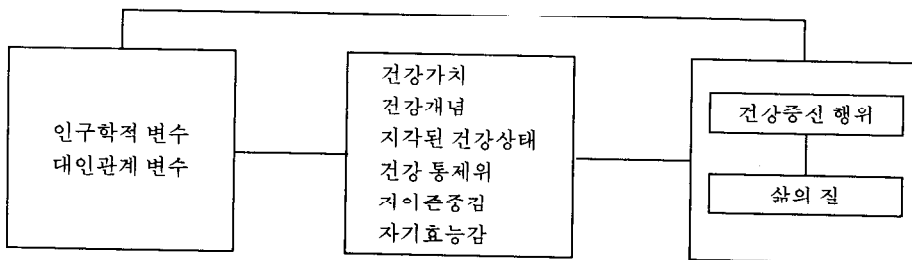
전뿐만 아니라, 자원의 분배에 영향을 미치는 경제, 사회적인 정책에 까지 확대된다(Duffy, 1988). 이러한 관점에서 볼 때 건강 관리 사업에 있어, 건강증진을 유도하는 전략은 일차적으로 기본적인 건강요구를 해결해 주며, 궁극적으로는 사회 전반적인 안녕 수준을 높이는 데 까지 이어지게 된다. 건강증진을 위한 구체적인 방안 에 대해 김일순(1993)은 건강증진 방법으로 개개인의 바람직한 생활 방식이 건강증진에 도움이 될 수 있다고 설명하였는데, 바람직한 생활 방식이란 적절한 영양 섭취, 정기적인 운동, 금연, 금주, 의약품 사용의 절제, 건전한 사고, 스트레스 관리 등이 중요하다고 언급하였다.

따라서 노인의 사회, 경제적, 정서적 변화에 따른 여러 건강문제를 예방하고 건강상태를 유지, 증진시키는 것이 노인의 건강상태와 삶의 질 증진에 필수적이므로 적절한 건강증진 방안을 모색하기 위한 노력이 요구된다고 하겠다.

2) 노인의 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인

노년기는 정신적, 신체적, 사회적인 면에서 다양한 문제에 직면하게 되는 시기로서, 신체 기관의 활동력 감퇴, 학습 능력 저하로 인한 심리적 변화, 기억력 장애와 정신적 능력의 감소, 신체 조직의 생리학적 변화 등은 노인 각 개인이 신체적 활동과 스트레스에 견디는 능력 및 환경의 변화에 적응할 수 있는 능력을 감소시키므로 다른 연령층 보다도 건강요구가 크며, 이에 따라 노인 건강관리의 필요성이 대두되고 있다.

노인의 건강증진 행위를 설명하는 변수로는 건강에 대한 중요성, 인지된 건강상태, 직업, 가족의 규모, 자아 존중감 등이 보고되고 있다(Christiansen, 1981; Muhlenkamp & Sayles, 1986). 또한 Muhlenkamp, Brown과 Sands(1985)는 우연성 건강 통제위와 전반적인 건강 상태, 연령, 성별, 교육수준 등이 건강증진 행동을 16%



〈그림 1〉 본 연구의 이론적 기틀

정도 설명할 수 있다고 하였으며, Duffy(1988)는 우연성 건강 통제위, 자아존중감, 현재 건강상태, 건강에 대한 관심, 내적 건강 통제위 성격들이 건강증진 행위에 영향할 가능성을 25% 정도로 볼 수 있다고 보고하였다. 이태화(1989)는 서울지역 일반 성인 남녀를 대상으로 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인을 분석한 결과 자아존중감이 가장 영향력 있는 변수로 나타났으며, 내적 건강 통제위, 지각된 건강상태, 연령, 성취감 등의 변수가 건강증진 행위를 31% 설명할 수 있는 것으로 보고하였다.

인구·사회학적 특성과 건강증진 행위와의 관계는 연령, 성별, 결혼 상태, 교육, 수입, 고용상태 등의 인구사회학적 변수가 건강증진 행위를 설명하는 것으로 나타났고, 연령이 가장 설명력이 높은 변수로 나타나 노인층이 건강증진 행위 점수가 더 높은 것으로 보고되고 있다(Prohska. et.al, 1985; Walker, Volkan, Sechrist & Pender, 1988; Speake, Cowart & Pellet, 1989; Jensen, 1992). 또한 McWilliam등(1997)은 치료적인 조력 관계를 통한 건강증진 프로그램의 효과를 만성질환을 경험하는 노인을 대상으로 검증한 연구에서 개인의 건강과 삶에 대한 인식이 건강상태와 삶의 질에 영향을 미치는 요인임을 보고하였다. 이외에도 많은 연구에서 지각된 건강상태, 건강 통제위, 동기 등이 건강생활양식 및 건강증진 행위를 설명하는 예측 변수임을 보고하였으나(Pender, 1988; Speake, Cowart, Pellet, 1989) 우리나라 지역사회 노인을 대상으로 한 연구는 거의 이루어지지 않았다.

3) 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

삶의 질은 다차원적인 개념으로 그 정의가 다양한데, 많은 연구자들은 주관적으로 평가하는 일상생활 전반에 걸친 삶의 만족으로 정의하고 있다(Burckhardt, 1985). 건강과 관련된 삶의 질을 정의한 Torrance(1987)는 신체적, 정서적 기능이 삶의 질에 영향을 주어 건강과 관련된 삶의 질을 구성한다고 하면서, 신체적 기능 저하는 마비와 같은 신체적 장애를, 정서적 기능 저하는 우울과 같은 정서적 장애를 말한다 하였다. 또한 노유자(1988)는 신체적, 정신적, 사회 경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕 상태를 삶의 질이라 정의하고 여기에는 정서 상태, 경제생활, 신체적 증상, 가족의 지지 및 사회적 활동, 삶에 대한 태도, 건강에 대한 인식 등이 포함된다고 하였다.

건강 분야에서 삶의 질에 대한 영향 요인을 연구한 보

고들을 보면 주로 만성 질환자를 대상으로 한 연구들이 보고되었는데, 자아존중감, 내적 통제위, 질병에 대한 부정적인 태도, 사회적 지지, 성별, 건강상태, 건강 행위 등의 변수가 삶의 질을 설명하는 유의한 변수로 보고하였다(Lewis, 1982; Burckhardt, 1985; 한윤복, 1990; Padilla, 1990; 오복자, 1994).

노인의 삶의 만족이란 한 개인이 늙어간다는 현실에 성공적으로 적응함으로써 얻을 수 있는 상태라고 볼 수 있다. 성공적인 노화 혹은 노후 생활에 대한 성공적인 적응의 의미는 활동 이론의 입장에서 볼 때 생활 만족도이며, 노후 생활에서 인생의 풍요함을 경험하는 정도, 과단성과 용기에 대한 민감도, 목표에 대한 욕망과 성취와의 일치정도, 행복을 느끼고 낙관적인 기분을 갖는 정도, 또한 육체적, 심리적, 사회적 자아를 높게 갖는 정도에 따라서 규정된다고 볼 수 있다. 여러 연구에서 노인에게 있어 생활 만족을 주는 요인을 연구한 결과 건강, 사회 경제적 지위, 결혼 상태, 활동 등을 주요 요인으로 보고하였으며(Larson 1978; 김종숙 1987), Smith등(1972)은 건강이 적은 환경에서 생활하는 노인들이 건강이 많은 환경에서 생활하는 노인들보다 더 높은 생활 만족도를 나타내는 것으로 보고하였다. 또한 Fitch등(1988)은 노인의 삶의 질에 관련된 요인으로서는 결혼 상태, 수입과 교육 정도, 건강상태 및 건강 통제위 등이 있으며 건강상태가 가장 중요한 요인으로 자용한다고 보고하였다.

이밖에도 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요소로 연령, 수입, 건강, 은퇴 여부, 가족 환경, 종교, 결혼상태, 사회적 지지 등이 제시되었다(Cutler 등, 1979; 채수원 등, 1992).

따라서 기존의 연구결과로 볼 때, 노인의 삶의 질에 관련된 요인으로서는 성별, 연령, 교육 상태, 경제 상태, 배우자 유무 등의 인구사회학적 변수와 건강 통제위, 사회적 지지, 자아존중감, 건강상태 등의 변수가 영향요인으로 보고되었음을 확인할 수 있으나 이상의 연구들이 주로 시설노인을 대상으로 하고 있고 각각의 변수들을 분석한 것으로, 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 변수들의 관계를 전체적으로 검증한 연구는 이루어지지 않았다. 따라서 본 연구에서는 한국 도시지역의 지역사회 거주 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 영향 요인을 다각적으로 규명하고자 하였다.

III. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질 정도를 파악하고 그에 영향을 미치는 변수를 규명하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상 및 표집 방법

1997년 현재 우리나라 도시 지역 노인 인구 비율은 1%이므로 서울시 노인인구 수는 약 55만명으로 추정된다. 본 연구에서는 근접 모집단을 서울시 노인 인구로 선정하여 서울시 노인인구수의 0.1%에 해당되는 550명을 대상자 수로 선정하였다. 연구의 접근 가능성, 수용성 및 사회 경제적 수준을 고려하여 서울 시내 8개구 지역사회 거주 노인을 대상으로, 각 구당 70명-80명의 노인 총 600명을 대상으로 설문 조사하였으나 잘못된 질문지와 누락된 응답이 있는 경우를 제외하고 총 571명을 대상으로 하였다.

3. 자료 수집 방법 및 절차

본 연구의 자료수집 기간은 1997년 11월부터 1998년 1월까지 서울시 8개구 경로당 및 노인 대학을 중심으로 지역사회 거주 노인을 방문하여 설문지 이해가 가능한 경우 직접 기입하게 하거나, 연구보조원이 직접 설문지를 작성하게 한 후 즉시 회수하였다. 설문 조사 방법 및 절차의 일관성을 도모하기 위하여 노인을 대상으로 예비조사를 거쳐 정규 자료수집 프로토콜을 마련하였고, 연구보조원 6명을 대상으로 자료수집 시 사전 교육을 통하여 설문 조사 방법 및 절차의 시범을 보였으며, 연구책임자가 직접 각 구의 경로당을 방문하여 노인을 대상으로 시범을 보여 연구 도구와 관련된 외적 타당도의 문제를 최소화 하였다.

4. 연구 도구

1) 건강증진 행위

건강증진 행위 정도를 측정하기 위하여 Walker 등(1987)이 개발한 건강증진 행위 척도를 본 연구팀이 번역하여 노인에게 적합하게 문항을 수정 보완한 후 이용하였다. 수정된 도구는 총 45개 항목으로 자아실현 12문항, 건강에 대한 책임감 8문항, 운동 6문항, 영양 6문항, 지지적인 대인관계 6문항, 스트레스 관리 7문항 등의 6

개 범주로 구성된 4점 평정척도로 최저 45점에서 최고 180점 까지 가능하며 점수가 높을수록 건강증진 행위 수행 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서는 타당도를 높이기 위해 노인을 대상으로 예비조사하여 문구를 수정 보완하여 간호학 교수 5인의 자문을 거쳐 재수정 하였고, 내적 일관성을 검증하기 위해 산출한 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .93$ 으로 나타났다.

2) 삶의 질

삶의 질을 측정하기 위해 노유자(1988)가 개발한 삶의 질 측정 도구를 수정, 보완한 후 신뢰도, 타당도를 검증하여 사용하였다. 예비조사 결과 노인에게 부적합하거나 이해가 어려운 항목은 삭제하여 총 43개 문항 5점 척도로, 이웃간의 관계 4문항, 가족 관계 3문항, 신체상태와 기능 9문항, 정서적 측면 9문항, 자아존중감 8문항, 경제생활 10문항 등의 6개 범주로 구성되어 있다. 점수 범위는 최저 43점에서 최고 215점까지 가능하며 부정문항은 역으로 환산하였다. 도구 개발 당시 신뢰도는 Chronbach's $\alpha = .94$ 였으며, 본 연구에서도 Chronbach's $\alpha = .94$ 였다.

3) 자아존중감

자아존중감을 측정하기 위하여 Rogenberg(1965)의 자아존중감 측정도구를 변안한 전병재(1974)의 도구를 수정 보완하여 간호학자의 자문을 거쳐 사용하였다. 이 도구는 10개 문항 4점 척도로 구성되어 있으며 부정 문항은 역으로 환산하여 최저 4점에서 최고 40점까지 가능하며 점수가 높을수록 자아존중감이 높음을 의미한다. 본 도구개발 당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .85$ 로 나타났으며 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .72$ 로 나타났다.

4) 자기효능감

지각된 자기효능감을 측정하기 위해 Sherer 등(1982)에 의해 개발된 자기효능감 척도를 본 연구팀이 문구를 수정 보완하여 이용하였다. 이 도구는 17문항으로 구성된 5점 척도로 부정 문항은 역으로 환산하여 최저 17점에서 최고 85점까지 가능하며, 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .71$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .93$ 으로 나타났다.

5) 지각된 건강상태

지각된 건강상태를 측정하기 위해 Lawston 등(1982)의 건강상태 자가평가 측정도구를 이용하였다. 이 도구

는 2문항으로 구성되며, 최저 2점에서 최고 7점까지 가능하며 점수가 높을수록 건강상태가 좋다고 지각하는 것을 의미한다.

6) 건강 통제위

건강 통제위를 측정하기 위해 Wallston 등(1978)이 개발한 다차원적 건강 통제위 척도를 문구를 수정 보완한 후 사용하였다. 본 도구는 총 18문항으로 내적 건강 통제위 6문항, 타인의존 건강 통제위 6문항, 우연성 통제위 6문항의 최저 18점에서 최고 72점까지 가능하며 각 하위 영역에서 점수가 높을수록 측정된 영역의 성향이 높음을 의미한다. 내적 일관성은 Cronbach's $\alpha=.79$ 로 나타났으며, 내적 건강 통제위 Cronbach's $\alpha=.92$, 타인의존 건강 통제위 Cronbach's $\alpha=.79$, 우연성 건강 통제위 Cronbach's $\alpha=.87$ 로 나타났다.

7) 건강가치

건강가치를 측정하기 위해서 Wallston 등(1976)이 개발한 건강가치 척도를 수정, 보완하여 사용하였다. 본 도구는 여가를 즐기는 안정된 생활, 성취감(사회적으로 인정받고 존중받는 것), 자유(자주적이고 자유로운 선택), 행복(일상생활에 대한 만족감), 자신감(자아존중감), 조화(충동적인 태도), 건강(신체적, 정신적 건강) 등 모두 7개의 항목으로 구성되어 있으며, 이를 비율척도화 하기 위해 건강 순위가 1위 이면 7점, 2위이면 6점, 3위이면 5점, 4위이면 4점, 5위이면 3점, 6위이면 2점, 7위이면 1점을 주도독 하여 점수가 높을수록 건강을 가지 있게 인식한다는 것을 의미한다.

8) 건강개념

건강개념을 측정하기 위해서는 Laffrey(1990)의 건강개념 척도를 수정 보완하여 노인에게 예비조시하여 재수정한 후 이용하였다. 이 도구는 총 16문항의 4점 평정 척도로 질병이 없는 상태의 건강개념 4문항, 역할 수행 4문항, 적응 4문항, 자아실현 4문항으로 구성되어 있으며, 최저 16점에서 최고 64점 까지 가능하며 Cronbach's $\alpha=.91$ 이었다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SAS를 이용하여 전산통계 처리하였다.

1) 노인의 인구학적, 일반적 특성은 빈도수와 백분율을 구하였다.

2) 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질, 관련된 계 변수의 정도는 평균과 표준 편차를 구하였다.

3) 변수간의 관계는 피어슨 상관 계수로 분석하였다.

4) 건강증진 행위와 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 확인하기 위해서는 단계적 다중 회귀 분석으로 분석하였다.

5) 노인의 인구학적, 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 및 삶의 질의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 노인의 인구학적, 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로 성별, 연령, 결혼상태(배우자 유무), 교육정도, 종교, 과거와 현재 직업, 자녀수(딸, 아들), 동거 유형, 동거 가족수, 경제상태, 주거상태, 월평균 용돈, 현재 질병 유무, 질병 종류, 질병을 앓은 기간 등을 조사하였다.

성별은 남자가 237명(41.51%), 여자가 334명(58.49%)으로 나타났다. 연령은 70-74세가 30.65%로 가장 많았고, 65-69세가 27.67%, 75-79세 24.99% 순이었다. 현재 결혼상태는 배우자가 있는 경우가 241명(42.28%), 사별한 경우가 323명(56.67%)로 사별한 경우가 많았으며, 교육정도는 서당 및 국졸이 173명(30.30%)으로 가장 많았고 무학이 162명(28.37%), 중졸이 104명(18.21%) 순이었다. 종교는 기독교가 27.85%, 불교인 경우가 26.27%, 종교가 없는 경우가 25.22% 순이었다. 과거 직업으로는 주부가 37.18%, 농업이 23.47%, 상업 12.45%, 공무원 7.76%, 사무직 5.23% 순이었다. 현재 직업은 없는 경우가 487명(86.35%)으로 대부분을 차지하였다. 자녀수를 보면 딸의 경우 평균 1.99명으로, 2명인 경우가 35.05%로 가장 많았고, 아들의 경우 평균 2.08명으로 2명인 경우가 211명(37.21%), 1명인 경우가 142명(25.04%) 순이었다. 가족 형태는 결혼한 아들과 사는 경우가 59.01%로 가장 많았으며, 동거 가족 수는 평균 3.17명으로, 4명인 경우가 28.0%로 가장 많았다. 경제수준은 '중'으로 대답한 경우가 382명(66.90%)으로 대다수를 차지하였으며, 주거형태는 자가 78.63%로 대부분이었다. 월평균 용돈은 10만원 미만이 40.11%, 11만원-30만원이 34.68%였다.

현재 질병상태에 대해서는 질병을 앓고 있는 경우가 287명(50.26%), 없는 경우가 284명(49.74%)였다. 질

병 종류는 관절염이 50명(19.62%), 고혈압 43명(16.86%), 당뇨병 34명(13.33%)등 만성질환이 대부분을 차지하였다. 질병을 앓은 기간은 10년 이상이 161명(28.27%), 5명-10년이 37명(6.48%) 인데 비해 1년 미만인 경우는 21명(3.68%)으로 나타났다.

2. 노인의 건강증진 행위, 건강개념, 지각된 건강상태, 자아존중감, 건강 통제위, 자기효능감, 건강가치, 삶의 질의 정도

노인의 건강증진 행위 및 삶의 질과 Pender(1987)이 모형에서 제시된 변수인 건강개념, 지각된 건강상태, 자아존중감, 건강 통제위, 자기효능감의 정도는 다음과 같다.

노인의 건강증진 행위 정도는 평균 119.58로 나타났으며 점수의 범위는 66점-180점이었다. 하위 영역별로는 자아실현이 31.50으로 가장 높았고, 건강에 대한 책임 21.18, 영양 18.98, 스트레스 관리 17.20, 대인관계 16.64, 운동 14.06 순이었다. 건강개념은 총 52.35로 나타났는데, 하위 영역별로는 질병이 없는 상태가 건강하다고 생각하는 건강개념은 13.85, 자신의 역할을 수행하는 것이 건강하다고 보는 개념은 13.14, 일상생활에 적응하는 것이 건강하다고 보는 개념은 12.38, 자아실현이 건강하다고 보는 개념은 12.98로 나타났다. 지각된 건강상태는 가능 점수 2-7점중 평균 4.76으로 나타나 자신의 건강상태에 대해 대체로 좋다고 느끼는 것으로 나타났으며, 자아존중감 정도는 29.78로 나타났고, 건강 통제위는 하위 영역별 점수를 볼 때, 내적 건강 통제위가 18.60, 타인 의존 통제위가 16.32, 우연성 통제위가 14.51로 나타나 내적 건강 통제위가 가장 높은 점수를 보였다. 자기효능감은 가능 점수 17-85점 중 평균 58.70으

로 나타났다. 건강가치는 1-7점 까지의 범위를 보였으며 평균 6.55로 나타나 노인의 건강에 대한 가치 정도는 매우 높은 것으로 나타났다.

삶의 질 점수는 86점-198점 까지의 범위를 보였으며 평균 148.27로 나타났는데 하위 영역 별로는 이웃관계 만족도가 14.79, 가족관계가 11.21, 신체상태 및 기능이 27.37, 정서 상태가 33.66, 자아존중감이 26.38, 경제 생활에 대한 만족도가 34.87의 평균 점수를 보였다.

3. 건강증진 행위와 삶의 질, 관련 변수간의 관계

노인의 건강증진 행위와 삶의 질 및 관련 변수간의 관계를 파악하기 위해 피어슨 상관 계수로 분석한 결과는 다음과 같다(표 1).

건강증진 행위와 관련 변수간의 관계는 건강증진 행위와 건강개념($r=0.47, p=.0001$), 지각된 건강상태($r=0.36, p=.0001$), 자아존중감($r=0.45, p=.0001$), 내적 건강 통제위 성향($r=0.43, p=.0001$), 자기효능감($r=0.40, p=.0001$) 간에 통계적으로 유의한 순상관관계를 보였으나 노인의 건강에 대한 가치 정도와 건강증진 행위 정도간의 관계는 통계적으로 유의한 상관관계($r=-0.004, p=.92$)를 보이지 않았다. 즉, 건강개념이 포괄적일수록, 건강상태에 대한 지각이 긍정적일수록, 자아존중감과 자기효능감 정도가 높을수록, 내적 통제위 성향이 높을수록, 삶의 만족도 수준이 높을수록 건강증진 행위 정도가 높은 것으로 나타났다.

삶의 질과 관련 변수간의 관계는 삶의 질과 건강개념($r=0.46, p<.001$), 지각된 건강상태($r=0.56, p<.001$), 자아존중감($r=0.62, p<.001$), 내적 건강 통제위($r=0.36, p<.001$), 자기효능감($r=0.45, p<.001$) 간에 통계적으로 유의한 순상관관계를 보였으나 노인의

〈표 1〉 건강증진 행위 및 삶의 질, 관련 변수간의 상관관계

변 수	건강증진행위 (r)	건강개념 (r)	지각된 건강상태 (r)	자아존중감 (r)	내적건강통제위 (r)	자기효능감 (r)	건강가치 (r)
건강개념	0.47***						
지각된 건강상태	0.36***	0.28***					
자아존중감	0.45***	0.35***	0.43***				
내적건강통제위	0.43***	0.37***	0.26***				
자기효능감	0.40***	0.31***	0.30***	0.47***	0.26***		
건강가치	-0.004	0.005	-0.06	-0.01	-0.05	-0.01	
삶의질	0.53***	0.46***	0.56***	0.62***	0.36***	0.45***	0.03

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

건강에 대한 기치 정도의 삶의 질 정도간에는 통계적으로 유의한 상관관계($r=0.03$, $p=.43$)를 보이지 않았다. 즉, 건강개념이 포괄적일수록, 건강상태에 대한 지각이 긍정적일수록, 자아존중감과 자기효능감 정도가 높을수록, 내적 건강 통제위 성향이 높을수록 삶의 질 정도가 높은 것으로 나타났다. 노인의 건강증진 행위 정도와 삶의 질 정도간에는 통계적으로 유의한 순상관 관계($r=0.53$, $p<.001$)를 보여 노인의 건강증진 행위 정도가 높을수록 삶의 질 정도가 높아지는 것으로 나타났다.

4. 건강증진 행위 영향 요인

건강증진 행위를 예측하는 변수를 확인하기 위하여 Pender(1988) 모형을 기초로 본 연구에서 제시된 건강증진 관련 변수인 건강개념, 건강가치, 건강 통제위, 자아존중감, 자기효능감, 지각된 건강상태, 삶의 질 등의 변수가 건강증진 행위를 설명하는 정도를 단계적 다중회귀분석으로 분석한 결과 삶의 질, 내적 건강 통제위, 건강개념, 자기효능감, 자아존중감이 건강증진 행위를 설명하는 유의한 변수로 나타났는데, 이 중 삶의 질이 건강증진 행위를 30% 설명하는 것으로 나타났으며 이들 5개 변수가 건강증진 행위를 총 42% 설명하는 것으로 나타났다(표 2).

〈표 2〉 건강증진 행위 예측요인

	partial R ²	model R ²	F
삶의 질	0.30	0.30	245.65***
내적건강통제위	0.06	0.36	57.17***
건강개념	0.03	0.40	35.56***
자기효능감	0.01	0.42	15.48***
자아존중감	0.00	0.42	5.13*

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

5. 삶의 질 영향요인

삶의 질을 예측하는 설명 변수로는 자아존중감, 지각된 건강상태, 건강증진 행위, 건강개념, 자기효능감, 건강가치로 나타났는데, 이 중 자아존중감이 삶의 질을 38% 설명하는 것으로 나타났으며 이들 6개 변수가 삶의 질을 총 57% 설명하는 것으로 나타났다(표 3).

〈표 3〉 삶의 질 예측 요인

	partial R ²	model R ²	F
자아존중감	0.38	0.38	354.07***
지각된 건강상태	0.10	0.49	114.62***
건강증진행위	0.05	0.54	66.20***
건강개념	0.01	0.56	22.68***
자기효능감	0.00	0.57	7.88**
건강가치	0.00	0.57	3.83*

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

6. 노인의 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 및 삶의 질 정도

노인의 인구학적 특성에 따른 건강증진 행위의 차이를 보면, 대상자의 주거 지역($F=7.85$, $p<.001$), 성별($t=3.17$, $p<.01$), 연령($F=13.16$, $p<.001$), 결혼상태($F=12.22$, $p<.001$), 교육정도($F=30.94$, $p<.001$), 종교($F=3.68$, $p<.001$), 과거 직업($F=7.08$, $p<.0001$), 현재 직업($F=4.22$, $p<.0001$) 자녀수(딸)($F=2.14$, $p<.05$), 동거 가족수($F=2.14$, $p<.05$), 경제 수준($F=36.44$, $p<.0001$), 월평균 용돈($F=8.94$, $p<.0001$), 현재 질병 유무($t=-3.60$, $p<.0001$), 질병 이환기간($F=3.86$, $p<.0001$)에 따라 건강증진 행위 정도에 유의한 차이를 보였다.

인구학적 특성에 따른 삶의 질의 차이를 보면, 주거 지역($F=13.99$, $p<.001$), 성별($t=6.37$, $p<.0001$), 결혼상태($F=6.68$, $p<.01$), 교육정도($F=12.73$, $p<.001$), 종교($F=2.37$, $p<.05$), 과거 직업($F=4.29$, $p<.001$), 현재직업($F=3.01$, $p<.01$), 가족형태($F=2.17$, $p<.05$), 경제수준($F=54.87$, $p<.001$), 주거형태($F=2.84$, $p<.05$), 월평균 수입($F=5.89$, $p<.001$), 현재 질병 유무($t=-7.35$, $p<.001$), 질병 종류($F=1.93$, $p<.05$) 및 질병 이환 기간($F=9.94$, $p<.001$)에 따라 유의한 차이를 나타내었다.

V. 논 의

본 연구결과에서 노인의 건강증진 행위의 평균 점수는 2.65로 보통 수준으로 나타났다. 이는 김성혜(1993)의 연구에서 보고된 점수 3.07 보다 더 낮은 점수를 보였고, 송영신 등(1997)의 연구(평균 2.63)와 표지숙(1991)의 연구(평균 2.46) 보다는 높은 점수를 보였다.

건강증진 행위의 영역별 순서를 평균으로 보면, 자아

실현이 5.25, 영양이 3.16, 스트레스 관리가 2.86, 지지적인 대인 관계가 2.77, 건강에 대한 책임이 2.64, 운동이 2.34 순으로 나타났다. 이는 Speake 등(1989)이 노인을 대상으로 한 연구에서 자아실현, 지지적인 대인 관계, 영양, 건강에 대한 책임, 스트레스 관리, 운동의 순으로 나타난 것과 Walker 등(1988)이 55-88세 사이의 노년층에서 자아실현, 대인 관계 지지, 영양, 스트레스 관리, 건강 책임, 운동의 순으로 보고한 결과와 비교해 볼 때 자아실현이 가장 높고, 건강에 대한 책임, 운동의 영역이 낮은 측면에서 일치하는 것을 볼 수 있다. 자아실현 영역의 순위가 높게 나타난 것은 노년기의 특성을 반영해 주고 있으며 건강에 대한 책임, 운동의 영역이 낮은 것은 노인이 자신의 건강에 대한 책임을 느끼고 적절한 운동 및 스트레스 관리를 통해 건강증진을 노모할 수 있도록 건강증진 행위를 지지할 필요성을 제시해 주고 있다. 건강 통제위에 따른 건강증진 행위 정도는 내적 건강 통제위가 타인의 의존 통제위와 우연성 통제위보다 높게 나타나 노인의 경우 자신의 건강상태는 자신의 행동에 따라 달라진다고 보는 경향이 높은 것으로 보인다.

삶의 질 점수의 경우 평균평점 3.44로 나타난 것은 김성혜(1993)의 2.23보다 높게 나타났고, 채수원 등(1992)의 일반 가정 노인의 경우 2.99의 평균을 보인 결과보다 높게 나타났다. 또한 하위 영역 별로 볼 때 가족 관계와 이웃관계 만족도가 가장 낮은 점수를 보였는데, 이같은 결과는 노인들이 가족 및 이웃과의 관계에서 외로움을 느끼거나 소외당하는 기분을 자주 경험할 수 있다는 것을 나타내므로 이에 대한 관심 및 중재가 필요로 된다고 본다.

본 연구에서 삶의 질, 건강개념, 자기효능감, 내적 건강 통제위, 자아존중감, 지각된 건강상태가 건강증진 행위를 설명하는 유의한 변수로 나타났는데, 이 중 삶의 질이 건강증진 행위를 30% 설명하는 것으로 나타났으며 이들 5개 변수가 건강증진 행위를 총 42% 설명하는 것으로 나타났다. 이 같은 결과는 Christiansen(1981)의 건강에 대한 중요성, 인지된 건강상태가 성인들의 건강증진 행위 정도를 의미있게 설명하여 준다는 보고와 Muhlenkamp(1986), Brown과 Sands(1985)의 연구에서 내적 건강 통제위와 전반적인 건강상태 등이 건강증진 행동을 16% 정도 설명할 수 있다고 보고한 결과와 유사하며, Duffy(1988)의 자아존중감, 현재 건강상태, 건강에 대한 관심, 내적 건강 통제위 성격등이 건강증진 행위에 참여할 가능성을 25%의 변량을 가지고 설명할 수 있다고 보고한 결과도 본 연구 결과를 지지하고 있다.

건강증진 행위와 관련 변수 간의 관계를 연구한 많은 연구 보고들이 노인의 건강증진 행위 관련 변수에 관한 본 연구 결과를 지지하고 있는데, Jensen 등(1992)이 노인의 경우 일반적인 동기가 높을수록, 의료에 대한 만족도가 높을수록, 우연성 건강 통제위가 낮을수록, 내적 건강 통제위가 높을수록 예방 행위 정도가 높다고 보고한 결과와 김성혜(1993)가 노인의 자아존중감이 높을수록, 스트레스 관리를 잘 할수록 건강증진 행위 이행이 높고, 노인의 삶의 만족도가 높아진다고 보고한 결과 또한 본 연구 결과와 유사하며, McWilliam 등(1997)이 노인의 건강과 삶에 대한 인식이 건강상태와 삶의 질에 영향을 미치는 요인임을 보고한 내용도 본 연구 결과와 같은 맥락으로 이해할 수 있다. 또한 Speake, Cowart와 Pellet(1989)이 노인의 과거 건강상태와의 건강 비교, 우연 통제위 및 내적 통제위가 건강증진 행위를 24% 설명하는 것으로 보고한 결과 또한 본 연구 결과를 지지하고 있다.

본 연구에서 삶의 질을 예측하는 설명 변수로는 자아존중감, 지각된 건강상태, 건강증진 행위, 건강개념, 자기효능감, 건강가치로 나타났는데 이 중 자아존중감이 삶의 질을 38% 설명하는 것으로 나타났으며 이들 6개 변수가 삶의 질을 57% 설명하는 것으로 나타났는데, 이는 기존의 여러 연구 결과와 유사하다(Lewis, 1982; 한윤복 등, 1990; Padilla 등, 1990; 오복자, 1994).

이상의 결과로 볼 때, 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 유의한 변수로 Pender(1987)의 모형에서 제시된 여러 인지·지각 변수가 포함되며, 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 가장 중요한 변수로 건강증진 행위가 고려되어야 함을 확인할 수 있다.

따라서 노인의 삶의 질을 증진시키기 위한 한 방안으로 건강증진 프로그램 개발을 위해서는 이상의 인지·지각 변수와 인구학적, 일반적 특성이 고려된 포괄적인 접근이 요구된다고 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 점차 증가하고 있는 노인인구의 건강증진 프로그램 개발을 위한 일차 연구로 노인의 건강증진 행위와 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 파악하여 궁극적으로 노인의 삶의 질을 증진시키기 위한 기초를 제공하고자 시도되었다.

연구대상은 서울시 8개구에 거주하는 571명의 65세 이상 노인이었으며 자료수집 기간은 1997년 11월 부터

1998년 1월까지였다.

연구도구는 건강증진 행위를 측정하기 위해 Walker 등(1987)이 개발한 건강증진 행위 척도, 노유자(1988)의 삶의 질 측정 도구, Laffrey(1986)의 건강개념 측정 도구, Lawston 등(1982)의 건강상태 자가평가 도구, Wallston 등(1981)이 개발한 건강가치 척도, Wallston(1978)의 다차원적 건강 통제위 척도, Rogenberg(1965)의 자아존중감 측정 도구, Sherer(1982)의 자기효능감 척도를 노인에게 예비조사하여 문구를 수정, 보완하고 신뢰도와 타당도를 검증한 후 사용하였다.

자료분석은 SAS를 이용하여 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 노인의 건강증진 행위는 180점 만점 중 평균 119.58이었고, 자아실현, 건강에 대한 책임, 영양, 스트레스 관리, 지지적인 대인 관계, 운동 순으로 운동영역이 가장 낮게 나타났다.
2. 노인의 삶의 질은 215점 만점 중 평균 148.27로 나타났다. 경제생활, 정서상태, 신체상태 및 기능, 자아존중감, 이웃관계, 가족관계 만족도 순으로 가족관계 만족도가 가장 낮게 나타났다.
3. 건강증진 행위와 관련 변수간의 관계는 건강증진 행위와 건강개념, 지각된 건강 상태, 자아 존중감, 내적 건강 통제위, 자기효능감, 삶의 질 간에 통계적으로 유의한 순상관관계를 보였다. 즉, 건강개념이 포괄적일수록, 건강상태에 대한 지각이 긍정적일수록, 자아존중감과 자기효능감 정도가 높을수록, 내적 통제위 성향이 높을수록, 삶의 만족도 수준이 높을수록 건강증진 행위 정도가 높은 것으로 나타났다.
4. 삶의 질과 관련 변수간의 관계는 삶의 질과 건강개념, 지각된 건강상태, 자아존중감, 내적 건강 통제위, 자기효능감 간에 통계적으로 유의한 순상관관계를 보였다. 즉, 건강개념이 포괄적일수록, 건강상태에 대한 지각이 긍정적일수록, 자아존중감과 자기효능감 정도가 높을수록, 내적 건강 통제위 성향이 높을수록 삶의 질 정도가 높은 것으로 나타났다.
5. 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인으로는 삶의 질, 내적 건강 통제위, 건강개념, 자기효능감, 자아존중감, 건강증진 행위를 설명하는 유의한 변수로 나타났는데, 이 중 삶의 질이 건강증진 행위를 30% 설명하는 것으로 나타났으며 이들 5개 변수가 건강증진 행위를 42% 설명하는 것으로 나타났다.
6. 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 자아존중감, 지각된

건강상태, 건강증진 행위, 건강개념, 자기효능감, 건강가치로 나타났는데 이 중 자아존중감이 삶의 질을 38% 설명하는 것으로 나타났으며 이들 6개 변수가 삶의 질을 57% 설명하는 것으로 나타났다.

이상의 결과로 건강증진 행위 및 건강개념, 자아존중감, 내적 건강 통제위, 자기효능감 등의 여러 변수가 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 변수임을 알 수 있으며 이에 따라 노인의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 이상의 관련 변수를 고려한 포괄적인 지역사회 중심의 건강증진 프로그램의 개발과 효과 검증이 필요하다고 본다.

이상의 결과로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 노인의 건강증진 프로그램 개발시에 건강개념, 지각된 건강 상태, 내적 건강 통제위, 자아존중감, 자기효능감 등의 관련 변수를 고려해야 한다.
2. 지역사회 중심의 노인 건강증진 프로그램의 효과 증진을 위한 연구가 요구된다.

참 고 문 헌

- 김일순 (1993). 건강 증진 : 세시대 의료의 새로운 지평. 국제 학술대회 주제 강연.
- 김성혜 (1993). 노인의 건강증진행위와 삶의 만족도와 의 관계 연구 - 노인대학의 노인을 중심으로. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 김중숙 (1987). 한국 노인의 생활 만족에 관한 연구. 이화여자대학교 박사학위 논문.
- 김진순 (1996). 노인가정간호 사업의 실태, 문제점 및 개선방안. 한국노년학, 16(1), 163-178.
- 노유자 (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교 대학원 이학박사 학위논문.
- 보건복지부 (1997). 보건복지 통계 연감. 제43호.
- 송영신, 이미라, 안은경 (1997). 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. 대한간호학회지, 27(3), 541-549.
- 오복자 (1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질에 예측모형. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이선자 (1982). 노인의 건강에 대한 욕구 - 신체적 건강과 간호 -. 대한간호, 21(1), 15-18.
- 이태화 (1989). 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인분석 - 서울지역 일반 성인남녀를 중심으로. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 전병재 (1974). Self-esteem : A Test if its Measurability. 연세논총, 11, 107-129.

- 재수원, 오경옥 (1992). 노인의 사회적 지지와 삶의 질에 관한 연구. 대한간호학회지, 22(4), 552-568.
- 표지숙 (1991). 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계 연구. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 한윤복, 노유자, 김남초, 김희승 (1990). 중년기 암환자의 삶의 질에 관한 연구. 간호학회지, 20(3), 399-413.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a Unifying Thoery of Behavioral Change. Psychological Review, 84(2), 191-215.
- Brubaker, B. H. (1983). Health Promotion : A Linguistic Analysis. ANA, 5(3), 1-13.
- Burckhardt, C. S. (1985). The Impact of Arthritis on Quality of life. Nursing Research, 34(1), 11.
- Christiansen, K. E. (1981). The Determinants of Health Promoting Behavior. Doctoral Dissertation, Rush University, College of Nursing Chicago.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health-promoting in midlife women. Nursing Research, 37(4), 358-361.
- Fitch, V. L., Slivinske, L. R. (1988). Maxingzing effects of wellness programs for the elderly. National association of social workers, winter, 61-67.
- Fowler, S. B. (1997). Health promotion in chronically ill older adults. Journal of neuroscience Nursing, 28(5), 39-43.
- Jensen, J., Counte, M. A., Glandon, G. L. (1992). Elderly health beliefs, attitudes, and maintenance. Preventive Medicine, 21, 483-497.
- Laffrey, S. C. (1986). Development of a Health Conception Scale. Research in Nursing & Health, 9, 107-113.
- Laffrey, S. C. (1990). An Exploration of Adult Health Behaviors. Western Journal of Nursing Research, 12(4), 434-447.
- Larson, L. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. Journal of Gerontology, 33(1), 109.
- Lawston, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A Research and service oriented multilevel assessment instrument. Journal of Gerontology, 37(1), 91-99.
- Lewis, F. M. (1982). Experience personal control and quality of life in late-stage cancer patients. Nursing Research, 31(2), 113-118.
- Muhlenkamp, A. F., and Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practice. Nursing Research, 35(6), 334-338.
- McWilliam, C. L., Stewart M., and Brown, J. B. (1997). Creating empoering meaning : an interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. Health Promotion International, 12(2), 111-123.
- Padilla, G. V., Ferrell, B., Grant, M. M., & Rhiner, M. (1990). Defining the Content Domain of Quality of Life for Cancer Patients with Pain. Cancer Nursing, 13(2), 108-115.
- Pender, N. J. (1982). Health promotion in Nursing Practice. Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Pender, N. J. & Pender, A. R. (1986). Attitudes, Subjective Norms and Intentions to engage in health behaviours. Nursing Research, 35, 15-18.
- Pender, N. J. (1987). Health promotion in Nursing Practice(2nd ed.). Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Prohaska, T. R., Leventhal, e. a., Leventhal, H., Keller, M. L. (1985). Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderiy adults. Journal of Gerontology, 40(5), 569-578.
- Sherer, M. S., Maddux, J. E. (1982). The self-efficacy scale : construction and validation. Psychological Reports, 51, 663-671.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). health perception and lifestyles of the elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
- Smith, K. and Lipman, A. (1972). Constraint and life satisfaction. Journal of Gerontology, 27(1), 77-82.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sehrst, K. R., Pender,

N. J. (1988), The health promoting lifestyles of older adults : Comparisons with young and middle-aged adults correlates and patterns. Advances in Nursing Science, 11, 76-90.

Wallston, K. A., Maides, S., & Wallston, B. S. (1976). Health-related Information Seeking as a Function of Health Locus of Control and Health Value. Journal of Research in Personality, 10, 215-222.

Wallston, B. S., and Wallston, D. A. (1978). Locus of control and health : A review of the literature. Health education monographs, Spring, 107-117.

- Abstract -

Key concept : Health promoting behavior, Quality of life, the elderly

A Study of Factors Influencing Health Promoting Behavior and Quality of Life in the Elderly

Park, Eun Sook* · Kim, Soon Ja* · Kim, So In*

Chun, Young Ja* · Lee, Pyoung Sook*

Kim, Haeeng Ja* · Han, Kuem Sun*

The purpose of this study was to investigate the factors influencing health promoting behavior and quality of life in the elderly, to provide the basic data for health promoting intervention in order to improve quality of life.

The subjects of this study were 571 elderly person over the age of 65, living in Seoul, Korea, during the period from November, 1997 to January, 1998.

The instruments for this study were the health promoting behavior scale developed by Walker et (1987), the quality of life scale by 노유자(1988), the health concept scale by Laffrey(1986), the perceived health states scale by Lawston et al.

(1982), the health value scale by Wallston et al. (1978), the self esteem scale by Rogenberg(1965) and the self efficacy scale by Sherer(1982).

The instruments for this study were pretested on the elderly for reliability and validity.

The data were analyzed using descriptive statistics, t-test, Pearson correlation coefficients ANOVA and stepwise multiple regression.

The results of this study are as follows :

1. The health promoting behavior showed significant positive correlation with health concept, perception of health status, self esteem, internal health locus of control, self efficacy and quality of life in the elderly.
2. The quality of life showed significant positive correlation with health concept, perception of health status, self esteem, internal health locus of control, self efficacy in the elderly.
3. Stepwise multiple regression analysis revealed that the most powerful predictor of health promoting behavior was quality of life. A combination of quality of life, health concept, perceived health status, self esteem, internal health locus of control, and self efficacy accounted for 46% of the variance in health promoting behavior in the elderly.
4. Stepwise multiple regression analysis revealed that the most powerful predictor of quality of life in the elderly was self esteem. A combination of self esteem, health concept, perceived health status, health promoting behavior and self efficacy accounted for 56% of the variance in quality of life in the elderly.

From the results of the study, the following recommendations are presented as follow :

1. Development of a health promoting program to improve quality of life in the elderly.
2. In developing the health promoting program, the above major influencing factors be considered.
3. It is suggested that an education specialist in practice in the community be included in the program development.

* Department of Nursing, College of Medicine, Korea University