

일지역 노인의 건강증진 행위, 건강통제위 및 건강통제위 반응유형

은 영* · 구 미 옥*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리사회는 점차 고령화 사회로 진행되고 있으며 이러한 추세는 2007년 전체인구의 15%정도가 65세이상의 노령인구로 구성될 것이라는 전망을 내놓고 있다. 이런 고령화 사회는 노인들의 성숙한 생의 경험이 사회적 발전에 도움을 주는 측면도 많이 있겠지만, 건강의 측면에서 보면 다양한 만성질환과 그에 따른 의료비용의 부담 등의 많은 사회 의료적 문제를 제기하게 될 것이다 (Alford, Futrell, 1992).

간호의 목표는 대상자의 건강수준을 증가시키고 삶의 질을 개선시키는데 있고 (Bestard, Courtenay, 1990), 간호의 초점은 점차 치료중심에서 건강중심으로 변화하고 있어, 전문직 간호에서 건강증진을 위한 전략의 수립이 매우 시급히 요구되고 있다 (Meleis, 1990).

건강증진에 가장 영향을 주는 요인은 개인이 수행하는 건강증진 행위인데 건강증진행위는 그 목표를 개인의 안녕, 자아실현 및 자기성취를 유지 증진시키는데 두는 것으로 궁극적으로는 평균 수명을 연장시키고 삶의 질을 증가시키는 행위이다 (Pender, Pender, 1987; Walker, Sechrist & Pender, 1987). 특히 노인이 최적의 건강과 기능상태, 질적인 삶을 누리는가의 여부는 노

인이 건강증진행위의 실천과 유지를 개인의 책임으로 실행하는데 있으므로 (Walker, Sechrist & Pender, 1987), 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 찾아내고 이를 유지 혹은 변화시키기 위한 전략이 필요하다.

건강증진 행위의 이해와 건강증진 행위의 증진을 위한 간호학적 접근은 주로 기존의 건강행위이론을 기반으로 연구되고 있는데 이중 Wallston & Wallston, Kaplan & Madies (1976)의 건강통제위 개념은 지금까지 국내외에서 많이 연구되었으 (Arakelian, 1980; Oberle, 1991) 국내에서도 1982년부터 1993년까지 100여편에 이르는 방대한 연구가 이루어졌다 (이은희, 임숙빈, 김인자 및 이은옥, 1993). 그런데 건강통제위에 관한 선행연구들을 분석한 결과 (Arakelian, 1980; Oberle, 1991; 이은희 등, 1993)에 따르면 건강통제위와 건강행위간의 관계는 일관성이 없거나 낮은 상관관계를 보여 연구의 방대함에도 불구하고 간호실무의 방향을 분명하게 제시하지는 못하는 것으로 나타났다. 이를 Wallston & Wallston (1982)은 대부분의 연구자가 개인의 3가지 통제위 점수와 건강행위간의 관계를 분석하였기 때문이라고 해석하고 이에 대한 대안으로 개인의 3가지 통제위 점수의 높고 낮음에 따라 3가지 통제위를 조합하여 이론적으로 가능한 8가지의 건강통제위 반응유형을 제시하고 이러한 건강통제위 반응유형이 개인의 건강행위를

* 경상대 의대 간호학과, 경상대 노인건강연구소

더 잘 예측할 수 있을 것이라는 가능성을 제시하였다.

그러나 건강증진행위와 건강통제위 반응유형간의 관계를 보고한 연구는 1편으로 우리나라에서 성인의 건강증진행위와 건강통제위 반응 양상을 연구한 구미옥 등(1998)은 건강통제위 반응유형에 따라 건강증진행위에 차이가 있음을 보고하여 건강통제위 반응양상이 건강행위와 건강증진행위를 예측하는데 중요한 요인이 될 수 있음을 보여주었다.

한편 선행연구에서는 건강증진 행위에 영향을 주는 일반적 특성으로 연령(표지숙, 1992), 성별(표지숙, 1992; 박은숙 등, 1998; Walker, 1988), 결혼상태(표지숙, 1992; 박은숙 등, 1998), 교육수준(표지숙, 1992; 전정자 등, 1996; 송영신 등, 1997; 박은숙 등, 1998; Riffle, 1989; Speake 등, 1989; Duffy, 1988), 경제상태(표지숙, 1992; 송영신 등, 1997; 박은숙 등, 1998; Speake 등, 1989), 직업유무(표지숙, 1992; 박은숙 등, 1998), 종교(송영신 등, 1997; 박은숙 등, 1998) 등과 지각된 건강상태(Speake 등, 1989; Duffy, 1988; Duffy, 등, 1996)가 제시되고 있다.

따라서 본 연구에서는 노인들의 건강통제위 및 건강통제위 반응유형을 규명하고, 이들 개념의 적용이 노인의 일반적인 특성, 지각된 건강상태가 건강증진행위를 설명하는 것 이상으로 설명력을 높일 수 있는지를 규명함으로써, 노인들의 건강증진 행위 수행을 도울 수 있는 간호전략 수립에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구에서는 노인들의 건강 증진 행위와 건강통제위 및 건강통제위 반응유형간의 관계를 탐색하기 위하여 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

- 1) 노인들의 건강증진 행위를 파악한다.
- 2) 노인들의 건강통제위 및 건강통제위 반응유형을 파악한다.
- 3) 노인들의 건강증진 행위와 일반적 특성간의 관계를 파악한다.
- 4) 노인들의 건강증진 행위와 건강통제위 및 건강통제위 반응유형과의 관계를 파악한다.
- 5) 노인들의 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인들을 알아본다.

3. 용어의 정의

1) 노 인

· 이론적 정의 : 노인에 대한 이론적 정의는 생산활동에 참여정도로써 이루어진다. 우리나라에서 는 전통적으로 주로 60세부터 노인이라고 간주하며 노인으로서의 전이를 위한 행사로서 화갑잔치라는 것을 치루고 있다. 그러나 현대의 산업사회에서 많은 산업 노동 가능한 연령을 65세로 규정하고 있어 일부의 사회학자들은 노인을 65세 이후의 인구군을 칭하기도 한다.

· 조작적 정의 : 본 연구에서는 사회적 환경의 변화에 따라 생산연령에 대한 규정이 변화하는 사회학적 견지보다는 일반적으로 노화가 진행된다고 간주되고 전통적으로 우리나라에서 노인이라고 규정하고 있는 60세이상의 연령군을 노인이라고 정의하였다.

2) 건강증진 행위

· 이론적 정의 : 생활양식의 구성요소가 되는 지속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계 지지, 스트레스 관리가 하위 개념으로 구성된다.

· 조작적 정의 : 본 연구에서는 Walker, Sechrist & Pender(1987)가 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP)를 본 연구자가 수정보완한 도구로 측정된 점수로 점수가 높을 수록 건강증진행위의 수행빈도가 많다는 것을 의미한다.

3) 건강통제위

· 이론적 정의 : 건강을 통제하는 특성이 어디에 있는가에 대한 일반적인 기대로서 내적 통제위, 타인의존 통제위, 우연통제위로 구분된다.

· 조작적 정의 : 본연구에서는 Wallston, Wallston & DeVellis(1978)가 개발한 다차원적 건강통제위 측정 도구(MHLC) B형으로 측정된 점수이다.

4) 건강통제위 반응유형

· 이론적 정의 : 건강통제위 척도의 내적 통제위, 타인의존통제위, 우연통제위의 점수양상에 따라 개인을 분류한 것이다.

· 조작적 정의 : 개인의 내적 통제위, 타인의존 통제위, 우연통제위 점수를 각 통제위에 대한 대상자 전체의 평균값을 기준으로 판단하였을 때 각 척도의 점수가 전체 평균값보다 높으면 해당 성향이 있는 것으로 낮으면 해당 성향이 없는 것으로 처리하여 개인을 8가지 유형으로

분류한 것이다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 대상자를 일 거주지로 한정하였고 대상자의 표집시 편의 표집에 의존하였으므로 연구결과와 일반화는 신중을 기해야 한다.

II. 문헌 고찰

1. 노인의 건강증진 행위

건강증진 행위란 인간의 자기 실현 성향에 대한 표현으로서 안녕, 자아실현, 자기성취를 유지하고 증진시키는 것을 목적으로 한다(구미옥 등, 1998). Pender & Pender(1987)는 건강증진 모형을 개발하고 건강증진 행위의 결정인자로 인지 지각요인, 조정요인, 행동계기요인을 제시하였다. 인지 지각요인에는 대상자가 지각하는 건강에 대한 중요성, 지각된 건강통제위, 자기효능, 건강에 대한 정의, 지각된 건강상태, 건강증진행위에 대한 유익성, 지각된 장애성 등이 포함된다. 조정요인에는 인구학적 특성, 생물학적 특성, 대인관계 영향, 상황적 요인, 행동적 요인등이 포함되며 행동계기에는 내적 외적 계기가 있다.

Walker, Sechrist & Pender(1987)는 건강증진 생활양식 척도(Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP)를 개발하였는데 이 척도는 48개 문항, 6개 요인(하부척도)으로 구성된다. 6개의 요인은 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리이며 전체도구의 신뢰도는 0.922이고 하부척도에서는 0.702-0.904의 신뢰도를 보였다.

우리나라의 노인을 대상으로 Walker, Sechrist & Pender(1987)의 도구를 사용한 연구중 표지숙(1992)의 연구에서는 건강증진행위는 평균 2.46점(범위 1-4)이고 가장 높은 건강증진행위가 이루어지는 영역은 대인관계지지(평균 2.82)이며 순서적으로 영양(평균 2.75), 자아실현(평균 2.59), 스트레스관리(평균 2.36), 건강책임(평균 2.17)이며 가장 낮은 영역은 운동(평균 2.01)이었다. 송영신 등(1997)도 같은 도구를 사용하여 60세 이상의 노인 95명을 대상으로 조사하였는데 건강증진행위 평균은 2.63점(범위 1-4)이며 대인관계지지(평균 3.34), 자아실현(평균 2.99), 영양(평균 2.33), 스트레스 관리(평균 2.72), 건강책임(평균 2.15), 운동(평

균 2.01)의 순으로 건강증진 행위가 이루어진다고 보고하였다. 전정자 등(1996)은 성인의 건강증진행위에 대한 연구에서 61세이상군의 건강증진행위는 평균 2.34점이며 대인관계지지, 자아실현, 영양, 건강책임, 스트레스 관리, 운동의 순으로 이루어진다고 보고하였다. 또한 Riffle, Yoho, Sams(1989)의 연구에서도 55세이상의 아팔라치아 주민을 대상으로 위 연구들과 동일한 도구를 사용하여 조사하였는데, 건강증진행위 평균은 2.82점(범위 1-4)이며, 자아실현, 영양, 대인관계지지, 건강책임, 스트레스 관리, 운동의 순이었고, Speake, Cowart & Pellet(1989)는 297명의 55세이상의 노인을 대상으로 행한 연구에서 건강증진행위 평균은 2.99점이며, 자아실현, 대인관계지지, 영양, 건강책임, 스트레스 관리, 운동 순으로 건강증진 행위가 이루어진다고 보고하였다.

노인의 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인에 대한 연구로서 Speake, Cowart & Pellet(1989)는 동년배와의 건강비교(10.2%), 과거 건강상태와의 건강비교(4.3%), 우연통제위(4.3%), 내적통제위(5.8%)가 건강행위의 23.9%를 설명한다고 보고하였다. Padula(1997)등에 의하면 59쌍의 노인부부들의 건강증진행위의 예측요인에 대한 탐색에서 부부관계의 질, 지각된 건강상태, 교육, 내적 통제위, 사회적 지지가 31% 정도 건강증진 행위를 설명한다고 보고하였다. 표지숙(1992)은 노인들의 건강증진 행위는 내적 통제위($r=.32, p<.001$)와 타인의존 통제위($r=.40, p<.001$)와 유의한 긍정적 상관관계이고, 우연 통제위($r=-.20, p<.01$)와는 부정적 상관관계를 보였으며, 연령, 성별, 결혼상태, 교육수준, 용돈액수, 동거현황, 직업유무에 따라 건강증진 행위에 차이가 있음을 보고하였다. 송영신 등(1997)은 건강증진 행위의 수행은 일반적 특성중 교육정도, 월평균용돈, 종교에 따라 차이가 있으며 강인성과 유의한 관계($r=0.33, P<.001$)를 보고하였다. 또한 이들은 건강증진행위들 자기 투입성, 자기 효능감, 월평균용돈으로 약 25%를 설명할 수 있다고 보고하였다. 또한 박은숙, 김순자, 김소인 등(1998)은 노인의 건강증진행위와 내적통제위는 높은 상관관계를 가지고 있으며($r=.47, P<.001$), 삶의질, 내적건강통제위, 건강개념, 자기효능감, 저이론준감의 변수들이 건강증진행위를 42%정도 설명한다고 보고하였다.

이상의 선행연구의 결과를 요약하면 건강증진 행위측정은 주로 Walker, Sechrist, & Pender(1987)의 도구를 많이 사용하고 있으며, 건강증진 행위의 정도는 연

구대상자인 노인들간에 약간의 차이가 있으나 대체적으로 가끔(2)에서 자주(3) 수행하는 정도이며, 우리나라 노인들보다는 미국 노인들의 건강증진행위 수행정도가 대체적으로 높았다. 또한 건강증진행위의 하부영역에서는 주로 대인관계지지, 영양 등에서 잘 수행하였으며, 운동영역의 수행이 가장 낮았다.

노인의 건강증진에 영향을 미치는 요인으로는 건강통제위, 사기효능, 사아존중감 등의 인지적요인과 교육수준, 건강상태의 지각 등이 지지되고 있다.

2. 노인들의 건강통제위

통제위 개념은 Rotter(1954)의 사회학습 이론에서 도출되었다. 이 이론에 의하면 어떤 행위가 일어날 가능성은 1) 강화의 가치, 2) 기대, 3) 심리적 상황요인에 의해 결정된다. 통제위는 행위의 결과에 영향을 미치는 것이 무엇인지에 대한 일반적인 기대로서 위의 행위결정요인중 기대에 해당하는 요인이다(구미옥 등, 1998).

통제위는 내 외적 통제위로 구분하여, 자신의 행위가 결과에 영향을 미칠 것이라고 기대하는 사람은 내적 통제위이고, 우연이나 강력한 타인과 같은 외부의 힘이 더 큰 영향을 줄 것이라고 믿는 사람은 외적 통제위를 가진 사람이라고 정의한다(Phares, 1976).

Wallston 등(1976)은 건강분야에서 통제위 개념의 예측력을 높이기 위해서 일반적인 기대보다는 건강 통제에 대한 특정한 신념을 사정하는 척도인 건강통제위 척도(HLC, Health Locus of Control)를 개발하였다. 이를 Wallston, Wallston, DeVellis(1978)가 외적 통제위를 타인 의존과 우연 척도로 분리하여 다차원건강통제위 척도(Multidimensional Health Locus of Control: MHLC)로 개발하였다. 따라서 이 척도는 내적 통제위, 타인의존 통제위, 우연통제위의 3가지 하위척도로 구성된다.

건강통제위 개념은 국내에서 1982년부터 1992년까지 100여편에 이르는 방대한 연구가 시도되었으며(이은희 등, 1993) 그중 노인의 건강통제위에 대한 연구는 5편(김정자, 1985; 신재신, 1985; 김옥배, 1991; 표지숙, 1992; 박은숙 등, 1998)정도였다. 이은희 등(1993)의 국내 간호연구의 분석에 따르면 건강통제위의 건강행위와의 관계를 연구한 논문 19편에서 내적 통제위와 건강행위간의 유의한 정관계를 보인 연구가 15편, 유의한 관계가 없는 것이 4편이었다. 타인의존 통제위와 건강행위가 유의한 정관계를 보인 것은 5편, 역관계를 보인 것은

1편, 유의한 관계가 없는 것이 13편이었다. 우연통제위에서는 유의한 역관계가 6편인 반면 13편에서는 유의한 관계가 없었다. 결과적으로 건강행위는 대부분의 연구에서 내적 통제위와 유의한 긍정적 상관관계를 보였지만 타인의존통제위는 관계가 없거나 부정적 상관관계이고 우연 통제위는 관계가 없거나 부정적 상관관계가 나타났다.

특히 우리나라 노인들의 건강통제위 연구들은 조사연구가 2편(표지숙, 1992; 박은숙 등 1998) 실험연구가 2편(신재신, 1985; 김정자, 1991), 비교조사연구가 1편(김옥배, 1985)이었다. 이중 건강증진행위와 건강통제위간의 관계를 다룬 연구중 표지숙(1992)의 연구에서는 건강증진행위에 내적 통제위($r=.32, p<.001$)와 타인의존 통제위($r=.40, p<.001$)는 유의한 긍정적 상관관계이고, 우연 통제위($r=-.20, p<.01$)와는 부정적 상관관계를 보였다. 박은숙 등(1998)의 연구에서는 건강증진행위와 내적통제위가 높은 긍정적 상관관계($r=.47, p<.001$)를 보였다. 신재신(1985)은 양로원 노인을 대상으로 실험군과 대조군으로 나누어 근관절운동 시행 후 그 효과를 비교한 연구에서 내적통제위의 실험군과 대조군에서 자가간호활동습수가 유의하게 차이가 있으나($F=.29, P<.05$), 타인의존통제위에서는 유의한 차이가 없음을 보고하였고, 우울에서는 내적 통제위와 타인의존통제위에서 모두 유의한 차이가 없음을 보고하였다. 김정자(1991)은 이완술이 노인들의 불안, 수면장애, 고혈압에 미치는 효과를 통제위 특성별로 비교하였는데, 이완술의 효과가 두군간에 차이가 없음을 보고하였다. 김옥배(1985)은 노인들의 우울에 대한 연구에서 우연통제위 그룹에서 우울점수가 유의하게 낮았음을 보고하였다. 따라서 노인들의 건강통제위에 대한 조사, 비교, 실험연구에서도 기존 노인이외의 대상자군을 다룬 선행연구들과서와 마찬가지로 내적 통제위는 건강증진행위, 자가간호활동, 이완술과 긍정적 상관관계가 있음을 부분적으로 지지하고 있으나, 타인의존통제위, 혹은 외적통제위와 우연통제위는 건강증진행위, 자가간호활동, 이완술, 우울 등에 대해서 일관성없는 결과를 보여 주었다.

외국의 노인을 대상으로 한 연구중 Walker, Bates(1992)는 57명의 건강한 노인들을 대상으로 한 연구에서 대부분의 대상자들이 내적 통제위를 가진 것으로 나타났다(91.2%), 자기효능감이 높고(57.9%), 좋은 건강행위를 하고 있었다. 그리고 이들 세변수간에는 긍정적인 상관관계가 있으므로 내적 통제위를 가지고 자

기효능감이 높은 대상자가 건강교육에서 가장 큰 이익을 얻을 수 있다고 하였다. Duffy(1993)의 연구에서도 65세 이상의 노인 477명의 HPLP로 측정한 선상중신행위에서 자존심과 내적 통제위가 높은 노인들이 스트레스관리를 제외한 5가지의 건강증진 행위를 하는 경우가 88.7%였음을 보고하여 내적 건강통제위와 건강행위간의 긍정적 상관관계를 나타내었다.

3. 건강통제위 반응유형

Wallston과 Wallston(1982)은 건강통제위와 건강행위간의 관계가 일관성이 없고 미약한 것에 대한 설명으로 대부분의 연구자가 개인의 3가지 통제위 척도 점수와 건강행위간의 관계를 분석하였기 때문이라고 제시하였다. 이러한 접근은 3가지의 척도에 대한 개인의 반응유형이 각 척도에 대한 점수보다 개인의 행위에 대한 더 많은 예측력을 가질 수 있다는 가능성을 간과한 것이라는 지적으로서 예를 들면 내적이면서 타인의존 통제위 성향을 가진 개인은 이중 한 통제위 성향만을 가진 사람과는 다른 행위를 할 수 있다는 것이다(구미옥 등, 1998). 이러한 자이를 규명하기 위해 Wallston과 Wallston(1982)은 개인의 3가지 척도의 점수의 높고 낮음에 따라 3가지 통제위를 조합하여 이론적으로 가능한 8가지 건강통제위 반응유형을 제시하였다.

이들 8가지 반응유형은 다음과 같다.

- 유형1: 순수 내적 유형(pure internal): 내적 통제위 점수가 높고 타인의존, 우연통제위 점수는 낮음
- 유형2: 순수 타인의존 유형(pure powerful others): 타인의존 통제위 점수가 높고 내적, 우연통제위 점수는 낮음
- 유형3: 순수 우연 유형(pure chance): 우연 통제위 점수가 높고 내적, 타인의존 통제위 점수가 낮음
- 유형4: 이중 외적 통제 유형(double external): 타인의존, 우연통제위 점수가 높고 내적 통제위 점수가 낮음
- 유형5: 통제 신뢰 유형(believer in control): 내적, 타인의존 통제위 점수가 높고, 우연 통제위 점수가 낮음
- 유형6: 무조건 찬성유형(yeaayer): 3가지 통제위 점수가 높음
- 유형7: 무조건 반대유형(nayayer): 3가지 통제위 점수가 낮음
- 유형8: 제 VI유형(unnamed type): 내적, 우연통제위

점수가 높고, 타인의존 점수가 낮은 유형으로 이 유형에 대해 Wallston과 Wallston(1982)은 경험적으로는 가능하지만 개념적으로는 의미가 없고 존재하지 않을 것으로 보여 이름을 명명하지 않았다. 본 연구에서는 구미옥 등(1998)의 연구에서와 같이 복합통제유형(complex control)으로 명명하였다.

건강통제위 반응유형에 대한 연구에서 Rock 등(1987)은 이론적으로 제시된 건강통제위 반응유형이 실제 존재하는지를 규명하기 위하여 1, 2차 연구를 수행하였다. 1차연구에서는 대학생 400명을 대상으로 군집분석을 실시하여 6가지의 유형을 규명하였으며, 2차연구에서는 90명의 여자 대학생과 대학원생을 대상으로 6가지 유형을 재확인하고 건강통제위 반응유형에 따라 건강정보 추구, 개인건강, 간호에 참여가 차이가 있음을 보고하였다. Buckelew 등(1990)은 만성양성 통증을 가진 160명의 환자를 대상으로 남녀를 구분하여 군집 분석을 시행하였다. 그 결과 남녀, 각각 3가지의 통제위 반응유형이 규명되었으며, 이중 여성에서는 각 유형의 통제에 대한 대처 전략이 차이가 있음을 보고하였다. Schank와 Lawrence(1993)은 간호대학생 38명과 미간호대학생 38명을 대상으로 건강통제위 반응유형을 구분하였는데, 반응유형의 구분은 전체 대상자의 통제위 평균 점수를 구한 다음 대상자의 각 통제위 점수를 평균 점수에 비교하여 Wallston과 Wallston(1982)의 8가지의 유형에 배정하였다. 그 결과 8가지 유형이 모두 확인되었다.

우리나라에서 이은희(1993)의 임신부의 건강통제위 유형에 대한 연구에서는 Schank와 Lawrence(1993)의 연구와 같은 방법으로 반응유형을 구분하여 임신부들에게서 8가지 유형 모두를 확인하였으며, 유형에 따라 임신부의 자아존중감($F=2.140, P=0.047$), 불안($F=2.118, P=0.049$), 우울($F=2.052, P=0.054$), 스트레스($F=2.395, P=0.027$)에 유의한 차이들 보였다. 구미옥 등(1998)은 360명의 성인을 대상으로 군집분석으로 반응유형을 구분하여 Wallston과 Wallston(1982)이 이론적으로 제시한 유형중 6개 유형-순수 내적, 순수 우연, 통제신뢰, 무조건 찬성, 무조건 반대와 복합통제 유형을 규명하였다. 이중 통제 신리와 무조건 찬성유형은 다시 2개의 유형으로 분류하였다. 반응유형중 통제신뢰유형이 대상자의 33.67%를 차지하고 무조건 찬성유형이 26.33%를 차지하였으며 순수우연과 복합통제 유형은 적은 편이었음을 보고하였다. 또한 건강통제위 유형

에 따라 대상자의 건강증진행위는 유의한 차이를 보였으며($F=2.67$, $P=0.010$), 하부영역에서는 자아실현($F=3.12$, $P=0.003$), 건강책임($F=2.15$, $P=0.038$), 영양($F=5.08$, $P=0.000$), 대인관계 지지($F=2.26$, $P=0.029$)에서 유형간에 유의한 차이가 있음을 보고하였다. 특히 통제신뢰형과 무조건 찬성유형에서 일관성 있게 건강증진 행위가 높게 나타나고, 순수 우연 유형에서는 대부분의 영역에서 낮게 나타났다.

II. 연구 방법

1. 연구 대상

본 연구의 대상자는 경남 지역의 60세 이상의 노인 162명을 대상으로 하였다. 연구대상자의 선정은 경남 노인 복지회관에 출석하는 노인들과 노인정 등에서 일상생활이 가능하며, 인지지각능력에 큰 장애가 없는 노인들 중 성별분포를 고루하여 편의표집하였다. 자료수집은 1997년 7월 2일에서 7월 20일에 실시하였다.

2. 연구 도구

1) 건강증진행위 측정도구

Walker, Sechrist & Pender(1987)가 개발한 건강증진 생활 양식 척도(Health Promoting lifestyle Profile : HPLP)를 기초로 한 설문지를 사용하였다. 설문지는 건강증진행위의 6가지 구성요소인 자아실현 13문항, 건강책임 9문항, 운동 4문항, 영양 6문항, 대인관계지지 6문항, 스트레스 관리 7문항, 총 45문항으로 이루어졌다. 응답에 대한 측정은 4점 척도로 점수가 높을수록 건강증진행위가 자주 일어남을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha 0.8833이었다.

2) 건강통제위 측정도구

Wallston, Wallston & DeVellis(1978)에 의해 개발된 다차원적 건강통제위 측정도구(MHLC) B형을 사용하였다. 도구는 내적 통제위 6문항, 타인의존 통제위 6문항, 우연 통제위 6문항으로 총 18문항으로 구성되었다. 응답에 대한 측정은 5점 척도로 점수가 높을수록 그 차원의 성향이 높은 것을 의미한다. 본연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha 내적통제위 0.8002, 타인통제위 0.6257, 우연통제위 0.7982이었다.

3. 자료수집 방법

자료수집을 위해 간호학과 2.3학년 학생 4명을 연구 보조원으로 활용하였다. 본 연구자는 이들 연구 보조원에게 측정도구의 사용, 자료수집 방법에 대한 훈련을 시켰다.

연구보조원은 대상자에게 연구 목적을 설명하고 연구 참여에 대한 동의를 얻은 후 설문지 내용을 설명하고 대상자 직접 작성하도록 하였다. 대상자 혼자서 설문지를 작성하는데 어려움이 있는 경우는 연구 보조원이 면담하여 작성하였다.

4. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS PC+ 프로그램을 이용하여 전산처리하였다.

- 1) 건강증진 행위 정도와 건강통제위는 평균과 표준편차, 건강증진 행위와 일반적 특성, 지각된 건강상태, 건강통제위 반응유형간의 관계는 t-test, ANOVA, 건강증진행위와 건강통제위간의 관계는 Pearson correlation, 건강증진행위에 영향을 주는 요인에 대해서는 Stepwise Multiple Regression으로 분석하였다.
- 2) 대상자의 건강통제위 반응유형은 Schank와 Lawrence(1993)의 연구와 이은희(1993)의 연구에서와 같이 개인의 내적 통제위, 타인의존 통제위, 우연통제위 점수를 각 통제위에 대한 대상자 전체의 평균값을 기준으로 판단하였을 때 각 척도의 점수가 전체 평균값보다 높으면 해당 성향이 있는 것으로 낮으면 해당 성향이 없는 것으로 처리하여 개인을 8가지 유형으로 구분하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 평균 72.8세로 60대 60명(37%), 70대 80명(49.4%), 80대 22명(13.6%)이었으며 최고연령은 87세이었다. 성별분포는 남자 78명(48.1%), 여자 84명(51.9%)이고, 교육수준은 무학이 80명(49.4%)로 가장 많았으며, 국졸 62명(38.3%), 중졸 8명(4.9%), 고졸 10명(6.2%), 대졸이상이 2명(1.2%)이었다. 경제상태는 국민 3명(1.9%), 하 35명(21.6%), 중 118명(72.8%)

%), 상 6명(3.7%)로 중이 가장 많았으며, 결혼상태는 배우자와 동거가 65명(40.1%)이고, 사별이 97명(59.9%)였다. 종교는 없음이 37명(22.8%), 있음이 125명(77.2%), 직업은 없음이 138명(85.2%), 있음이 24명(14.8%)이었다. 현재 질병이 있음 123명(76%), 없음 39명(24%)였다.

현재의 건강상태에 대한 지각은 건강함은 78명(48.2%), 보통 17명(10.5%), 건강하지 못함은 67명(41.4%)이고, 과거 건강상태와의 비교에서는 건강해짐 27명(16.6%), 변화없음 78명(48.1%), 나빠짐 57명(35.2%)로 건강이 점차 나빠지고 있다는 지각이 우세하였다. 동료와의 건강상태의 비교에서는 건강함 80명(49.4%), 비슷함 32명(19.8%), 나쁨 50명(30.9%)으로 지각하였다.

2. 건강증진 행위

대상자의 건강증진 행위 정도는 전체 건강증진 행위의 평균 2.411점(범위 1-4)이었다.

대상자의 건강증진 행위에 6개 하부 영역에 대한 수행 정도를 보면 영양 영역이 평균 3.234로 건강증진 행위를 가장 자주 수행하는 것으로 나타났다. 다음은 대인관계(평균 2.709), 운동(평균 2.495), 건강책임(평균 2.225), 자아실현(평균 2.205), 스트레스 관리(평균 2.026)순으로 건강증진행위를 수행하는 것으로 나타났다(표 1).

〈표 1〉 건강증진 행위 정도

하부영역 (문항수)	평균평점	표준편차
자아실현 (13)	2.205	.598
건강책임 (9)	2.225	.508
운동 (4)	2.495	.960
영양 (6)	3.234	.510
대인관계지지 (6)	2.709	.586
스트레스관리 (7)	2.026	.443
전체 건강증진행위(45)	2.411	.401

3. 건강통제위와 건강통제위 반응유형

1) 건강통제위

노인들의 건강통제위는 내적 통제위 평균 23.531점으로 가장 높았으며, 타인의존 통제위 평균 22.914점, 우연통제위 평균 18.667점으로 가장 낮았다(표 2).

〈표 2〉 건강통제위 정도

측정치 구분	평균	표준편차
내적통제위	23.531	3.163
타인의존통제위	21.914	3.246
우연통제위	18.667	4.494

2) 건강통제위 반응유형

건강통제위 반응유형은 전체 대상자의 통제위 각각에 대한 평균값을 구한 다음, 대상자의 통제위 값을 평균값과 비교하여 높고 낮음을 구분하여 8가지의 반응유형을 구성하였으며 대상자의 분포는 (표 3)와 같다. 유형 5인 통제신뢰유형이 37명(22.8%)로 가장 많고, 그 다음이 유형6인 무조건 찬성유형(17.9%)였으며, 그 다음은 유형 1인 순수 내적유형이었다. 가장 적은 분포를 보인 유형은 유형 7인 무조건 반대유형으로 5.0%였으며, 그 다음은 유형2인 순수타인의존유형이 7.4%로 적었다.

〈표 3〉 건강통제위 반응유형별 분포

구 분	실수(%)
유형1: 순수 내적 유형	23(14.2)
유형2: 순수 타인의존 유형	12(7.4)
유형3: 순수 우연 유형	14(8.6)
유형4: 이중 외적 통제 유형	13(8.0)
유형5: 통제 신뢰 유형	37(22.8)
유형6: 무조건 찬성유형	29(17.9)
유형7: 무조건 반대유형	8(5.0)
유형8: 복합통제유형	26(16.1)

3. 일반적 특성 및 지각된 건강상태에 따른 건강증진 행위

건강증진 행위와 관련이 있는 일반적 특성으로는 교육, 경제상태, 종교와 현재의 건강상태에 대한 지각, 과거와 건강상태의 비교, 동료와 건강상태의 비교이었다(표 4).

건강증진 행위는 교육수준이 높을수록 더 자주 일어나며($F=6.764, P=0.000$), 경제상태가 좋은 군에서 그렇지 못한 군에 비하여 건강증진 행위를 더 자주 행하였으며($F=4.437, P=0.005$), 종교를 가진 노인들이 그렇지 않은 노인들에 비하여 더 자주 건강증진 행위를 하였다($T=5.243, P=0.023$).

현재 건강상태를 건강하다고 지각하고 있는 군에서

〈표 4〉 일반적 특성 및 지각된 건강상태에 따른 건강증진행위

일반적 특성(명)		건강증진 행위		t or F	P
		평 균	표준편차		
성 별	남(78)	108.231	17.413	.036	.849
	여(84)	108.774	18.720		
교 육	무 학(80)	104.300	16.377	6.764	.000
	국 졸(62)	108.500	17.356		
	중 졸(8)	118.875	14.555		
	고 졸(10)	129.200	19.060		
	대 졸(2)	132.500	20.506		
경 제	극 빈(3)	88.667	26.102	4.437	.005
	하(35)	105.101	18.562		
	중(118)	108.975	17.008		
	상(6)	128.833	14.219		
결혼상태	기 혼(65)	110.031	18.372	.767	.382
	사 별(97)	107.495	17.852		
종 교	무(37)	102.622	15.219	5.243	.023
	유(125)	110.256	18.501		
직 업	무(138)	108.044	18.256	.627	.430
	유(24)	111.208	16.914		
현재 건강상태	건강함(78)	113.641	16.333	6.496	.002
	보통(17)	104.235	19.283		
	건강하지 못함(67)	103.627	18.255		
과거 건강비교	건강해짐(27)	105.778	17.370	3.391	.036
	변화없음(78)	112.269	17.136		
	나빠짐(57)	104.667	18.826		
동료 건강비교	건강함(80)	114.600	16.153	10.037	.000
	비슷함(32)	103.219	18.550		
	나빠(50)	102.160	17.663		
질병여부	유(123)	107.146	18.083	2.962	.087
	무(39)	112.821	17.472		

건강상태가 보통이다 혹은 건강상태가 나쁘다고 지각하고 있는 군에 비하여 더 자주 건강증진 행위를 수행하고 있으며($F=6.496, P=0.002$), 과거의 건강상태와 비교하여 건강상태의 변화가 없거나 더 나아졌다고 지각하는 군에서 과거보다 건강상태가 더 나빠졌다고 지각하는 군에 비하여 건강증진 행위를 더 자주 수행하고 있으며($F=3.391, P=0.036$), 동료들과 건강상태를 비교하였을 때 자신이 보다 더 건강하다고 지각하고 있는 군에서 그렇지 않은 군에 비하여 건강증진 행위가 더 많이 일어나고 있음을 보였다($F=10.037, P=0.000$).

4. 건강증진 행위와 건강통제위 및 건강통제위 반응유형간의 관계

1) 건강증진 행위와 건강통제위의 관계

대상자의 전체 건강증진행위는 내적 통제위와 긍정적인 상관관계이지만($r=0.1658, P=0.017$), 타인의존 통제위($r=0.0286, P=.359$) 우연 통제위($r=-0.1217, P=.061$)와는 상관관계가 없었다.

건강증진 행위의 하부 영역에서는 자아실현, 건강책임, 대인관계지지가 내적 통제위와 정적 상관관계를 보였다. 타인 의존 통제위는 건강 증진 행위의 하부 영역

중 운동영역에서 부적 상관관계를 보였다($r = -0.1357$, $P = .043$). 우연통제위도 건강책임과 유의한 수준으로 부적 상관관계를 보였다($r = -0.1858$, $P = .009$)(표 5).

〈표 5〉 건강증진 행위와 건강통제위의 관계

건강증진행위	통제위 내적통제위	타인의존 통제위	우연통제위
자아실현	.1470 ($P = .031$)	.0651 ($P = .205$)	-.1110 ($P = .080$)
건강책임	.1589 ($P = .022$)	.0177 ($P = .411$)	-.1858 ($P = .009$)
운 동	.1175 ($P = .068$)	-.1357 ($P = .043$)	-.0241 ($P = .380$)
영 양	-.0324 ($P = .341$)	.0348 ($P = .330$)	-.0828 ($P = .147$)
대인관계지지	.2023 ($P = .005$)	.1271 ($P = .054$)	-.0265 ($P = .369$)
스트레스관리	.0197 ($P = .402$)	-.0330 ($P = .339$)	-.0147 ($P = .426$)
전체건강증진행위	.1658 ($P = .017$)	.0286 ($P = .359$)	-.1217 ($P = .061$)

2) 건강증진 행위와 건강통제의 반응유형간의 관계

건강증진 행위는 각 유형간에 유의한 차이를 보이지 않았으나 복합통제군이 가장 높은 점수를 보이고, 이중 외적통제군이 가장 낮은 점수를 보였다.

건강증진행위의 하부 영역에서는 운동과 스트레스 관리 영역에서 각 유형간의 차이가 유의하였다($P = .003$,

$P = .004$). 운동영역에서는 복합통제군이 가장 높은 점수를 보였으며, 순수타인의존군과 순수 내적 통제위군이 높은 점수를 보이는 군이었으며, 이중외적 통제군이 가장 낮은 점수를 보였다. 스트레스 관리영역에서도 복합통제군이 가장 높은 점수를 보였으며, 순수 타인의존 통제군과 순수 내적통제군이 높은 점수를 보였으며, 무조건 반대군이 가장 낮은 점수를 보였다.

건강증진행위의 하부영역인 자아실현, 건강책임, 영양, 대인관계지지에서는 각 유형간의 차이가 유의하지 않았으나 대체적으로 복합통제군과 통제신뢰군이 높은 점수를 보였고, 이중외적통제군과 순수우연군이 낮은 점수를 보였다(표 6).

5. 건강증진 행위의 예측요인

대상자의 건강행위에 영향을 미치는 요인으로 일반적 특성, 지각된 건강상태, 건강통제위를 분석하였다. 일반적 특성중 성별, 결혼상태, 종교, 직업은 dummy 변수로 처리하였으며 지각된 건강상태는 현재의 건강상태, 과거의 건강상태, 동료와의 건강비교에서 각각 건강함 3점, 보통 2점, 건강하지 못함 1점으로 점수화하여 세 항목의 값을 더하여 지각된 건강상태의 값으로 하였다.

건강상태에 영향을 미치는 요인으로 교육정도, 지각된 건강상태, 경제상태였으며 이는 건강행위의 약 21.0%를 예측할 수 있었다. 그러나 건강통제위는 유의미한 영향요인으로 나타나지 않았다(표 7).

〈표 6〉 건강증진행위와 건강통제위 반응유형간의 관계

통제위 유형	순수 내적	순수 타인의존	순수 우연	이중 외적통제	통제 신뢰	무조건 찬성	무조건 반대	복합 통제	F	P
건강증진행위										
전체건강증진	109.78	111.33	103.57	100.92	111.08	103.03	105.87	115.88	1.719	.108
자아실현	28.913	28.666	27.857	26.230	30.432	26.586	26.375	30.615	1.116	.356
건강책임	20.521	19.333	18.785	18.615	21.297	18.793	21.625	20.346	1.285	.261
운 동	11.000	11.916	9.214	8.076	9.324	8.758	9.125	12.115	3.279	.003
영 양	18.956	18.916	19.857	18.615	19.621	19.448	21.000	19.346	.608	.749
대인관계지지	16.087	17.250	14.285	16.538	16.297	16.206	15.000	17.230	1.229	.290
스트레스관리	14.304	15.250	13.571	12.846	14.108	13.241	12.750	16.230	3.165	.004

〈표 7〉 건강증진 행위의 영향요인

요 인	Multiple R	R square	standard error	beta	F	P
교 육	.339	.115	17.031	.2647	3.638	.0004
건강상태	.429	.184	16.402	.2498	3.424	.0008
경제상태	.459	.210	16.190	.1635	2.279	.0240

V. 논 의

본 연구 대상자의 건강증진 행위 수행정도는 평균 2.41점이었다. 이러한 결과는 노인들의 건강증진 행위는 가끔에서 자주 수준으로 이루어지는 것으로 표지숙(1992)의 연구에서의 평균 2.46점, 송영신 등(1997)의 평균 2.63점, 박은숙 등(1998)의 평균 2.65점과 대체적으로 비슷한 수준이었다. 또한 구미옥 등(1998)의 한국성인 300명을 대상으로 한 연구(평균 2.50)와 대학생들을 대상으로 한 이미라(1997)의 연구(평균 2.3)와 비슷한 수준이었다.

건강증진 행위의 하부영역에 대한 수행정도를 보면 대상자는 영양에 대한 건강증진행위를 가장 자주 수행하였으며, 다음이 대인관계지지, 운동 순이었으며, 가장 낮게 수행하는 영역은 자아실현과 스트레스 관리, 그리고 건강책임이었다. 이는 노인의 건강증진행위에 대한 선행연구(표지숙, 1992; 송영신 등, 1997; 구미옥 등, 1998; Pender 등, 1990; Speake 등, 1989)에서와 같이 영양 영역의 수행이 높고, 건강책임 영역이 낮은 것은 부분적으로 유사한 결과이다. 그러나 본 연구에서 운동 영역이 높게 나타난 것은 선행연구와 차이가 있다. 이러한 차이는 부분적으로 본 연구의 대상자중 상당수가 노인 복지 회관에 출석하여 정기적으로 운동프로그램에 참여한 경험이 있어서 운동영역의 수행정도가 높은 것으로 보여진다. 그러나 보다 명확한 규명을 위해서는 대상자의 대표성을 확보하여 반복연구가 시행되어야 할 것이다.

본 연구 대상자의 건강통제위 평균 점수를 선행연구 결과와 비교하기 위하여 100점 만점으로 환산하여 척도에 따른 점수차이를 없앴다면 내적통제위 78.4점, 타인의존 통제위 73.0점, 우연 통제위 62.2점이다. 이 점수를 Wallston & Wallston(1982)의 내적 통제위 73.9점, 타인의존 통제위 50.8점, 우연통제위 41.7점과 비교하면 본 연구의 대상자는 내적 통제위 성향은 약간 높으나 타인의존 통제위와 우연통제위는 상당히 높은 것으로 나타났다. 또한 이를 구미옥 등(1998)의 한국 성인의 내적 통제위 80.41점, 타인의존 통제위 72.39점, 우연통제위 58.21점과 비교하여 볼 때 본연구의 대상자인 노인들의 내적 통제위는 약간 낮고, 타인의존 통제위는 약간 높으며, 우연통제위는 상당히 높은 것으로 나타났다. 즉 우리나라 사람들은 건강을 유지하는데 타인과 우연에 의존하는 성향이 높았으며, 특히 노인들은 우연에 의존하는 성향이 높다는 것을 시사한다.

본 연구에서는 건강통제위 반응유형은 이은희(1993)와 Schank 등(1993)의 연구에서와 같이 Wallston & Wallston이 이론적으로 제시한 8가지의 유형이 모두 존재하였으며, 그중 통제신뢰유형(22.8%)이 가장 많이 분포하였으며 무조건 반대 유형(5%)이 가장 적고, 순수타인의존이 적게 분포하였다. 이은희(1993)의 임신부를 대상으로 한 연구에서 무조건 찬성유형(21.4%)이 가장 많이 분포하였고 통제신뢰유형(13.6%)이 많이 분포하였으며, 복합통제유형(9.7%)과, 순수내적유형(9.7%), 이중외적통제 유형(9.7%)이 적게 분포한 결과와는 통제신뢰유형이 많은 분포를 차지한 점이 유사하였다. 또한 군집분석을 사용한 구미옥 등(1998)의 연구에서도 통제신뢰유형(33.7%)이 가장 많이 분포하고 무조건 찬성유형(26.3%)이 그 다음이었으며, 복합통제유형(6.7%)과 순수우연(5.3%)이 적게 분포한 결과와는 유형구분방법에 다르더라도 우리나라 사람들의 건강통제위 반응유형중 가장 많은 유형은 통제신뢰유형임을 알 수 있었다. 그러나 유형 구분의 방법이 동일한 Schank(1993)의 대학생들을 대상으로 한 연구에서는 순수내적유형(20.0%)이 가장 많았으며, 무조건 찬성유형(17.3%), 이중 외적통제 유형(17.3%) 순이었고, 순수우연유형(4.0%)이 가장 적은 것과는 차이를 보인다. 이는 우리 문화가 가족중심적이고 집단 의식이 높아 서구인이 개인주의적인 성향이 반영된 순수내적 통제위보다는 내적통제위와 타인의존통제위가 높은 통제신뢰유형이 높게 나타난 것이라고 사료된다. 그러나 본 연구는 유형의 구분에서 단순히 평균값을 가지고 유형화하였기 때문에 평균값으로부터의 분산정도에 따라 유형의 특성이 다를 수 있다(구미옥 등, 1998)는 점에서 유형구분의 방법을 달리한 반복연구가 필요하다고 생각된다.

본 연구의 건강증진 행위와 일반적 특성과의 관계는 교육정도가 높을수록, 경제상태가 좋을수록, 종교가 있는 군에서, 건강에 대한 지각으로서 현재의 건강 상태에 대한 지각, 과거의 건강상태 비교, 동료와의 건강상태의 비교에서 건강하다고 지각하는 군에서 건강증진행위가 자주 수행되었다. 이러한 결과를 통하여 표지숙(1992), 송영신 등(1997), Duffy(1988), Duffy 등(1996)의 연구에서와 같이 교육정도와 경제상태 및 지각된 건강상태가 건강증진 행위와 관련이 있는 요인임을 확인하였다. 그러므로 건강증진 행위의 수행이 낮을 것으로 예상되는 교육정도가 낮고, 경제상태가 낮으며, 종교생활을 통한 지지를 받을 수 없는 노인들의 건강증진행위 수행을 돕기 위한 간호전략을 개발하여야 할 것이다.

건강통제위와 건강증진 행위간의 상관관계에서 내적 통제위는 건강증진 행위에 유의하게 정적인 관계($r=0.16$)를 보였으나, 타인의존통제위, 우연통제위와는 유의한 수준이 아니었다. 이는 이은희 등(1993)의 논문 분석의 결과와 일치하는 결과이며, 구미옥 등(1998)의 연구에서와 유사하게 이들 변수간의 상관관계가 낮아 건강증진행위를 증진시키기 위한 실무전략을 세우는데 어려움이 있을 것으로 사료된다. 이에 건강통제위를 측정시 개인은 3가지의 통제위 점수를 갖게 되므로 각 통제위와 건강증진행위간의 상관관계 분석보다는 개인의 통제위에 대한 반응유형에 따른 건강증진행위의 예측이 더욱 설득력이 있다는(구미옥 등, 1998; 이은희, 1993) 점에서 건강통제위 반응유형과 건강증진행위간의 관계를 분석하였다. 본 연구에서는 건강통제위 반응유형은 전체 건강증진 행위수행에는 유의한 차를 나타내지 못하였는데 이는 건강증진 행위수행을 잘하고 있는 건강통제위군과 그렇지 못한 군간의 구분이 분명하게 이루어지지 않는 못하였다고 하겠다. 그러나 복합통제유형이 일관성있게 높은 건강증진 행위 수행을 보이고, 이중의적 통제유형이 낮은 건강증진 행위 수행정도를 보였으며, 운동과 스트레스 판더 영역에서는 동세적으로 유의한 수준에서 유형간에 차이를 보인 것은 Rock 등(1987), Buckelew 등(1990), 이은희(1993), 구미옥 등(1998)의 결과에서와 같이 건강통제위 반응유형이 건강증진 행위를 예측할 수 있다는 점을 부분적으로 지지하였다.

건강증진 행위의 영향요인으로 본 연구에서는 교육정도, 건강상태, 경제상태였으며 이는 노인을 대상으로 한 선행연구(표지숙, 1992; 송영신 등, 1997; Speak 등, 1989; Duffy, 1993)에서 건강증진 행위와 관련이 있는 특성들과 일치한다. 그러나 선행연구들과는 달리 본 연구에서는 건강통제위중 내적통제위가 건강증진행위의 영향요인으로 확인되지 않았다. 이는 본 연구의 내적통제위와 건강증진행위간의 관계($r=.16$)가 표지숙(1992)의 $r=.32$, 박은숙 등(1998)의 $r=.47$ 보다 낮기 때문이라고 생각한다. 그러므로 대표성을 지닌 연구대상을 대상으로 건강통제위 반응유형의 구분을 달리한 반복연구를 통하여 건강증진 행위에 대한 예측력을 검증하여야 할 것으로 생각된다. 더욱이 노인들에게 건강증진 행위에 영향을 미치는 건강통제위의 특성을 강화시켜 건강증진 행위의 수행을 돕기 보다는 건강통제위 반응양상에 따른 개별화된 간호를 통하여 건강증진 행위를 강화시키는 접근이 더욱 효과적이라고 볼 때 노인

개인의 건강통제위 반응유형에 따른 건강증진 행위 수행의 전략이 필요하다고 하겠다.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 60세 이상의 노인 162명을 대상으로 노인들의 건강증진행위와 건강통제위 및 건강통제위 반응유형과의 관계를 분석함으로써 노인들의 건강증진행위 수행을 도울 수 있는 간호전략 수립에 필요한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

자료수집을 위한 도구로 건강증진행위 측정도구는 Walker, Sechrist, Pender(1987)이 개발한 HPLP (Health Promoting Lifestyle Profile)를 우리나라 실정에 맞게 수정한 45문항의 도구와 건강통제위 측정도구는 Wallston, Wallston & DeVillis(1978)이 개발한 MHLC(Multidimensional Health Locus of Control) B형을 사용하였다.

자료분석은 SPSS PC를 사용하여 평균 및 표준 편차, Pearson correlation, t-test, ANOVA, Stepwise Multiple Regression을 구하였으며, 건강통제위 반응유형은 전체 대상자의 각각의 통제위 평균값으로부터 높고 낮은 군을 구분하여 Wallston & Wallston(1982)가 제시한 8가지 유형으로 구분하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 노인들의 건강증진 행위정도는 2.411점(범위 1-4)이며, 건강증진행위의 하부영역에서는 영양(3.324점), 대인관계지지(2.709점), 운동(2.495점), 건강책임(2.225점), 자아실현(2.205점), 스트레스관리(2.026점)의 순으로 수행하였다.
- 2) 노인들의 건강통제위는 내적통제위(평균 23.531점), 타인의존통제위(평균 21.914점), 우연통제위(평균 18.667점)순이었다.
- 3) 노인들의 건강통제위 반응유형은 Wallston과 Wallston(1982)가 제시한 8가지의 유형인 순수내적, 순수타인의존, 순수우연, 이중의적통제, 통제신뢰, 무조건찬성, 무조건 반대, 복합통제유형이 모두 존재하였으며, 통제신뢰유형 22.8%, 무조건 찬성유형 17.9%이 많이 분포하였고, 순수타인의존 유형 7.4%, 무조건 반대유형 5%가 적게 분포하였다.
- 4) 건강증진행위와 관련이 있는 일반적 특성은 교육($F=6.763$ $P=.000$), 경제상태($F=4.436$ $P=.005$),

종교($t=5.242$ $P=.023$), 지각된 건강상태($F=6.641$ $P=.012$)이었다.

- 5) 전체 건강증진행위는 내적통제위와 정적 상관관계($r=.165$, $P=.017$)이지만 타인의존통제위($r=.0286$, $P=.359$)와 우연통제위($r=-.121$, $P=.061$)와는 유의한 상관관계를 보이지 않았다.
- 6) 전체 건강증진행위가 건강통제위 반응 유형에 따라서는 동세적으로 유의한 차이를 보이지 않았으나, 복합통제군이 가장 높은 점수를 보이고 이중 외적통제위에서 가장 낮은 점수를 보였다. 건강증진행위 하부영역에서는 운동($F=3.279$, $P=.002$)과 스트레스 관리($F=3.165$, $P=.003$) 영역에서 각 반응유형간에 유의한 차이를 보였는데, 운동영역에서는 복합통제 유형(평균 12.115)이 가장 높은 점수를 보였으며 이중 외적통제위 유형(평균 8.076)이 가장 낮은 점수를 보였다. 스트레스 관리 영역에서도 복합통제 유형(평균 16.230)이 가장 높은 점수를 보였으며 무조건 반대 유형(평균 12.750)이 가장 낮은 점수를 보였다. 건강증진 행위는 대체적으로 복합통제유형과 통제신뢰유형에서 높은 점수를 보였고 이중외적통제위와 순수우연유형에서 낮은 점수를 보였다.
- 7) 건강증진 행위의 예측변수로는 교육정도, 지각된 건강상태, 그리고 경제상태였으며, 이들은 건강증진행위를 약 21.0% 정도 예측할 수 있었다.

결론적으로 본 연구에서는 노인들의 일반적 특성과 지각된 신상상태가 건강증진행위를 설명하는 것 이상으로 건강통제위와 건강통제위 반응유형이 건강증진행위에 대한 설명력을 갖고 있지는 않은 것으로 나타났다. 그러나 건강증진 행위의 하부 영역에서는 건강통제위 반응유형간에 차이를 보임으로 유형의 구분을 달리한 빈번연구를 통하여 계속적인 탐색이 필요하다고 보여진다.

2. 제 언

- 1) 건강통제위 반응유형의 구분을 본 연구와 달리하여 본 연구의 반응유형과 비교분석하는 추후연구가 필요하다.
- 2) 신상증진 행위가 적게 일어날 수 있는 일반적 특성을 가진 노인들을 위한 간호전략을 모색하여야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 구미옥, 은 영 (1998). 한국성인의 건강통제위 반응유형별 건강증진 행위. 간호학회지, 28(3), 739-750.
- 김옥배 (1985). 노인의 건강통제위 성향과 우울과의 관계. 대동간전논문집, 5, 5-21.
- 김정자 (1991). 이완술이 노인의 건강통제위에 따라 고혈압, 수면장애, 불안에 미치는 효과. 경북대 대학원 박사학위 논문.
- 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자 등 (1998). 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 간호학회지, 28(3), 638-649.
- 송영신, 이미라, 안은경 (1997). 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. 간호학회지, 27(3), 541-559.
- 신재신 (1985). 노인의 고관절 운동이 자가간호활동과 우울에 미치는 영향. 연세대 대학원 박사학위 논문. 서울.
- 이미라 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. 간호학회지, 27(1), 156-168.
- 이은희 (1993). 임신부의 건강통제위 유형에 관한 연구. 모자간호학회지, 3(2), 102-113.
- 이은희, 임숙빈, 김인자, 이은옥 (1993). 건강통제위 개념의 국내 간호연구 분석. 간호학회지, 23(4), 694-712.
- 이태화 (1989). 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인분석 서울지역 일반 성인 남녀를 중심으로. 연세대 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 전정자, 김영희 (1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교연구. 성인간호학회지, 8(1), 41-54.
- 표지숙 (1992). 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구. 연세대 대학원 석사학위 논문. 서울.
- Alford, D., & Futrell, M. (1992). Wellness and health promotion of the elderly. Nursing Outlook, 40(5), 221-226.
- Arakelian, M. (1980). An assessment and nursing application of the concept of locus of control. ANS, 3, 25-42.
- Bestard, S., & Courtenay, M. (1990). Focusing on wellness. Canadian Nurse, 96(12), 24-25.
- Brubaker, B. H. (1983). Health promotion : a linguistic analysis. ANS, 5(3), 1-14.

- Bucklelew, S. P., Shutty, M. S., Hewett, J. T., Morrow, K., & Frank, R. G. (1990). Health locus of control, gender differences and adjustment of persistent pain. Pain, 42, 287-294.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37(6), 358-362.
- Duffy, M. E. (1993). Determinants of health promoting lifestyles in older Persons, Image, 25(1), 23-28.
- Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health promotion activities in employed mexican american women. Nursing Research, 45(1), 18-14.
- Meleise, A. (1990). Being and becomming healthy : the core of nursing knowledge. Nursing Science Quarterly, 3(3), 107-114.
- Oberle, K. (1991). A decade of research in locus of control : What have we learned? Journal of Advanced Nursing, 16, 800-806.
- Padula, C. A. (1997). Predictors of participation in health promotion activities by elderly couples. Journal of Family Nursing, 3(1), 88-106.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). Health promotion in nursing practice(2nd ed), Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Phares, E. J. (1976). Locus of control in personality. General learning press.
- Riffle, K. L., Yoho, J., & Sams, J. (1989). Health promoting behaviors, perceived social support, and self-reported health of Appalachian elderly. Public Health Nursing, 6, 204-211.
- Rock, D. L., meyerowitz, B. E., Maisto, S. A., & Wallston, K. A. (1987). The derivation and validation of six MHLC scale clusters. Research in Nursing & Health, 10, 185-195.
- Rotter, J. E. (1954). Social learning and clinical psychology. Englewood Cloffs, NJ, Prentice-Hall.
- Schank, M. J., & Lawrence, D. M. (1993). Young adult women : lifestyle and health locus of control. Journal of Advanced Nursing, 18, 1235-1241.
- Speak, D., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
- Walker, K. V., & Bates, R. C. (1992). Health locus of control and self-efficacy beliefs in healthy elderly sample. American Journal of Health Promotion, 6(4), 302-309.
- 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.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Madies, S. A. (1976). Development and validation of the health locus of control(HLC) scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 580-585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control(MHLC) scale. Health Education Monographs, 6, 160-170.
- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. snader & J. Suls (eds.), Social psychology of health and illness (pp 66-95), Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Abstract -

Key concept : Elderly, Health promoting behavior, Health Locus of Control(HLOC), Response patterns of the HLOC

A Study of the Relationships among Health Promoting Behaviors, Health Locus of Control(HLOC), and Response Patterns to HLOC in Korean Elderly

Eun, Young* · Gu, Mee Ock*

The purpose of this study was to identify the

* Department of Nursing, College of Medicine, Gyeong Sang National University Gerontological Health Research Center

relationships among health promoting behaviors, Health Locus of Control(HLOC), and response patterns to HLOC in Korean elderly.

The sample was composed of 162 healthy elderly ranging in age from sixties to eighties.

The instruments for this study were modified Health Promoting Lifestyle Profile (45 items, 4 scales), and Multidimensional Health Locus of Control (18 items).

For the in data analysis, SPSS PC⁺ program was utilized for descriptive statistics, Pearson correlation, t-test, ANOVA, and Stepwise multiple regression.

The results of the study are as follows :

1. The total mean score for the HPLP was 2.411 (range 1-4), and the mean scores on the subscales were 3.324 for nutrition, 2.709 for interpersonal support, 2.495 for exercise, 2.225 for health responsibility, 2.205 for self actualization, 2.026 for stress management.
2. The mean scores for the HLOC in the elderly were HLOC-I : 23.531, HLOC-P : 21.914, HLOC-C : 18.667.
3. The response patterns of the HLOC identified eight types, pure internal, pure powerful others, pure chance, double external, believers in control, yea sayer, nay sayer and complex control. The "believers in control" was the largest group

(22.8%), and "yea sayer" was the next largest group(17.9%). The "nay sayer"(5%) was the smallest group.

4. Demographic variables, such as education, economic status, religion and the perception of the health status showed strong connections to health promoting behaviors.
5. The HLOC-I and health promoting behavior were correlated positively($r=.165$, $P=.017$), but the HLOC-P, the HLOC-C and the health promoting behavior were not correlated at the level of statistical significance.
6. There was not significant difference in health promoting behavior depending on the response patterns of the HLOC($F=1.171$, $P=.108$). But, there were significant differences in two subscales of health promoting behavior : exercise ($F=3.279$, $P=.002$), and stress management ($F=3.165$, $P=.003$).
7. Education, the perception of the health and economic status explained 21.0% of the variance for health promoting behaviors.

These results suggest that several demographic factors are important factors in predicting the level of health promoting behaviors in elderly. So to enhance the health promoting behavior, nurses should use the different nursing strategies depending on the demographic characters of the elderly.