

빈곤층 노인의 건강상태, 건강인식 및 건강증진행위 실천 간의 관계 - 보건소 방문간호 대상자 중심으로 -

이태화¹⁾ · 고일선²⁾ · 이경자³⁾ · 강경화⁴⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라는 2003년 현재 65세이상 인구가 8.3%, 노령화지수가 40.8%로 본격적인 고령화시대에 접어들었으며, 2010년에는 65세 인구와 노령화지수가 각각 10.7%, 62.0%에 이를 것으로 전망하고 있다(National Statistic Organization, 2003). 특히 고령화의 속도가 프랑스, 미국, 일본 등과 같은 선진국에 비하여 빠르게 진행되고 있어 오랜 기간에 걸쳐 고령화에 대처해온 선진국과 달리 고령화 사회에 대한 시급하게 대책을 준비할 필요성이 있다(Park, 1997).

노인들이 일반적으로 가지고 있는 문제로는 '건강문제' 39.3%, '경제적 어려움' 36.4%, '외로움, 소외감' 8.1%등으로 나타났으며, 이는 노인에게 있어서 질병과 빈곤문제가 대책이 필요한 주요문제임을 시사하고 있다. 우리나라 65세 노인 중 86.7%가 만성퇴행성질환을 가지고 있으며, 이로 인해 1인당 의료비가 다른 연령에 비하여 높게 나타나고 있고, 병원입원이나 요양기간이 길어 입원 및 요양에 따른 의료비의 증가로 노인자신뿐만 아니라 노인계층을 부양해야하는 가족과 국가경제의 부담감이 크게 증가하고 있다(National Statistic Organization, 2003; Park, 2000).

우리나라 빈곤인구에 대한 추정값은 다양하지만, Kim(2003)에 의하면 최저생계비 이하 빈곤층은 전체인구의 약 7.4%인 351만명으로 추정되고 있으며, 이중 기초생활수급자의 비율은

약 3.1% 정도로 보고하고 있다. 특히, 우리나라 노인인구의 16.4%를 차지하고 있고, 기초생활 수급자 중 25.0%를 차지하고 있는 빈곤층 노인의 경우 경제적 빈곤, 만성질환의 보유, 사회적 고립 등으로 삶의 질이 심각하게 저하될 수 있다(Lee, 2004; Cung, Oh & Lee, 2003; Sunwoo, 2003; Yim, 2002). 빈곤층의 열악한 사회경제적 조건은 질병의 이환율을 높이고, 적절한 질병관리의 부족으로 인해 많은 경우 만성질환으로 진행하게 된다. 1994년의 빈곤층 가구를 대상으로 한 조사에서도 빈곤층은 질병의 이환율(22.7%)도 높을 뿐 아니라 치료를 중단하는 경우(24.3%)도 많았으며, 치료중단 또는 포기 이유가 대부분 경제적 어려움(88.3%)이었다고 보고하고 있다(Park, 2000). 결국 빈곤층 노인의 경우 일반노인에 비해 경제적인 어려움으로 인해 건강문제에 대한 적절한 치료와 관리가 보다 심각한 상태에 놓여있다고 볼 수 있다.

정부는 고령화 사회에 대한 대책으로 노인을 위한 일자리 창출과 재가 및 중증노인을 위한 공적요양제도 도입을 통한 장기요양수요에 대처하겠다는 추진 방안을 내놓고 있다(MOH, 2004). 정부의 고령화 대책 중 보건분야의 대처방안은 이미 질환에 이환된 중증노인을 중심으로 추진하고 있다. 그런데 노인의 주요한 건강문제인 만성퇴행성질환은 자각증상 없이 서서히 진행되어 증상을 느끼게 되었을 때에는 이미 중증으로 진행되어 장기간 치료와 많은 의료비를 요구하게 된다. 이러한 질환의 대부분이 생활양식과 건강습관을 포함하는 건강행위와 관련이 있으며 질환에 이환되기 전에 건강행위의 실천을 통해 질병을 예방하고 건강을 유지, 증진시켜 삶의 질

주요어 : 빈곤층 노인, 건강증진행위, 건강상태

1) 연세대학교 간호대학 부교수, 간호정책연구소 상임연구원, 2) 연세대학교 간호대학 부교수

3) 연세대학교 간호대학 교수, 4) 연세대학교 간호대학 간호정책연구소 전문연구원

투고일: 2004년 6월 29일 심사완료일: 2004년 11월 3일

을 높이는 것이 바람직하다. 따라서, 고령화 사회에 대한 대책으로는 이미 질병에 이환된 중증노인을 대상으로 한 장기요양보호정책과 더불어 아직 기능상태가 독립적이고 건강한 노인에 대한 건강증진사업의 활성화가 필요하다.

최근 우리나라의 노인인구가 증가하면서 노인의 건강증진행위 관련연구가 증가하고 있는데, 이런 연구들은 주로 일부노인을 대상으로 한 건강인식이나 건강행위를 탐색한 연구, 특정 외국 도구를 이용한 건강증진행위 조사, 소수의 건강증진프로그램을 적용하여 효과를 평가한 연구들이 있다(Kim & Park, 1997; Lee & Jung, 1998; Kim et al., 1998, Park & Han, 2003). 이런 연구들은 표본수에 있어서 비교적 제한적이거나 일반노인 아니면 특정질환에 초점을 맞추어 진행된 연구들이며, 건강문제가 가장 심각한 빈곤층 노인을 대상으로 한 선행연구는 거의 없는 실정이다. 또한 우리나라 정부의 국민건강증진 종합계획에서도, 노년기 건강증진서비스제공부문은 의치 및 보철사업이나 치매관리 강화에 주로 초점이 맞추어져 있어 노인들에 대한 실제적인 건강증진 서비스는 거의 없다고 볼 수 있다.

따라서, 본 연구에서는 고령화 사회에서 점 점 더 늘어가는 취약계층인 빈곤층 노인에 대한 건강상태 및 건강증진 행위 실천 실태를 파악하여 빈곤층 노인의 건강증진 분야의 정책방향과 사업계획을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

연구목적

본 연구는 빈곤층 노인을 대상으로 건강상태, 건강인식 및 건강증진행위 실천 실태를 파악하여 빈곤층 노인의 건강증진 분야의 정책방향 및 사업계획을 위한 기초 자료를 제공하기 위함이며 이를 위한 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 빈곤층 노인의 건강상태와 건강인식 실태를 파악한다.
- 빈곤층 노인의 건강증진행위 실천 현황을 파악한다.
- 빈곤층 노인의 건강증진행위 실천도와 제 변수간의 관계를 파악한다.

용어정의

● 빈곤층 노인

빈곤층 노인이란 기초생활보호대상 노인으로서 우리나라 국민기초생활보장법 제5조에 의거하여 기초생활보호대상 가운데 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없는 65세 이상의 노인으로서 매년 정부에서 정하는 소득과 자산수준 이하인 자를 말한다(www.mohw.go.kr).

● 건강상태

WHO의 정의에 의하면 '건강이란 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태'를 말하나 이러한 상태를 실제적으로 판단하는 데에는 어려움이 많으므로 개인의 유병상태나 기능상태 등에 근거를 두고 평가하게 된다(Shin, 2001). 본 연구에서의 건강상태는 빈곤층 노인의 유병상태와 신체적 기능 상태를 나타내는 일상생활수행능력(ADL)과 수단적 일상생활수행능력(IADL)을 의미한다.

● 건강인식

건강인식이란 인간의 건강 행위를 지배하는 개인적 인식을 말하는 것(Ware, 1979)으로 본 연구에서는 빈곤층 노인이 본인의 건강상태에 대하여 스스로 깨닫고 느끼는 '주관적 건강인식'과 건강행위 실천의 노력의지와 자신감정도를 나타내는 '자기효능감'을 의미한다.

● 건강증진행위

건강증진 행위란 현재의 건강상태와 상관없이 보다 긍정적인 상태로 나아가게 하는 활동을 의미하며(Lee et al., 2001), 우리나라는 국민의 건강증진사업을 위해 금연, 운동, 영양, 금주 등 4가지 건강증진행위와 질병의 예방적 측면을 강조하고 있다(www.mohw.go.kr). 본 연구에서의 건강증진행위는 금연, 운동, 영양, 금주 등의 4개 항목에 대한 활동과 질병의 예방 측면의 '건강검진', '독감예방접종' 등 2개 활동 등을 포함하는 총 6개 활동을 의미한다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 우리나라 빈곤층 노인의 건강상태, 건강인식, 건강증진행위 실천의 실태와 영향요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구대상

연구대상은 전국 65세 이상 기초생활보호대상 재가노인 가운데 보건소 방문간호대상자로 등록되어 정기적인 서비스를 받고 있는 자로 전국 245개 보건소에서 3명씩 총 735명을 편의추출하였다.

자료수집방법

연구팀은 보건복지부의 협조 공문을 보내 전국 보건소를 중심으로 자료수집을 하는데 대한 협조를 구하였다. 자료수집

을 위해 2000년 공공근로 방문간호사업에 투입되어 있는 전국 보건소 방문간호사가 조사 대상자인 기초생활보호대상자를 직접 방문하여 연구팀에 의해 개발된 구조화된 설문지를 이용하여 일대일 면접을 통해 수집하였다. 자료수집기간은 2000년 9월부터 2000년 11월 까지 3개월간이었다.

연구도구

본 연구에서는 빈곤층 노인의 건강상태, 건강인식, 건강증진행위 실천의 실태와 영향요인을 파악하기 위하여 구조화된 설문지가 사용되었으며, 설문지는 노인의 건강증진 관련 국내·외 선행연구와 자료(Banes, 1997; Kim & Park, 1997; Ko, 1993; Brown & McCreedy, 1986)를 토대로 연구팀이 구성하였다. 설문지구성항목은 크게 4개 항목으로 건강상태에 대한 3문항, 건강인식 8문항, 건강증진행위에 대한 21문항, 일반적 사항 9문항 등 총 41문항을 구성하였으며, 구성내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

● 건강상태

- 유병상태 : 노인들에게 흔히 있을 수 있는 21개의 질병명을 제시하고 각 질환에 대하여 현재 앓고 있는 지에 대한 여부를 조사자인 방문간호사가 체크하도록 하였다. 21개의 질병명은 '고혈압, 허혈성 심장질환(협심증, 심근경색), 기타 심장질환, 중풍(뇌졸중), 결핵(폐병), 천식, 만성폐질환(만성기관지염, 폐기종), 당뇨병, 만성간질환(각종 간염, 간경화), 노인중후군(요실금, 불면증, 낙상 등), 악성종양(암), 관절염, 골절 및 관련 후유증' 등 이었다.
- ADL : ADL의 측정은 Katz와 Akpom(1976)의 도구를 수정, 보완하여 사용하였으며 구성항목은 '옷입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 이동하기, 화장실이용하기' 등의 6개 항목으로 구성되었다. 각각의 항목별로 수행능력정도를 '전혀 어렵지 않다', '약간 어렵다', '매우 어렵다', '전혀 할 수 없다' 등 4점 척도로 측정하여, 6개 항목 총점 18점으로 측정하였다. 본 연구에서 사용한 ADL 측정도구의 신뢰도는 Cronbach alpha = .92이었다.
- IADL : IADL을 측정하기 위한 도구는 Lawton과 Brody (1969)의 도구에 기초하여 연구팀이 작성하였으며 구성항목은 '집안일, 전화걸기, 근거리 외출, 교통수단 이용' 등의 4개 항목이었다. 각각의 항목별로 수행능력정도를 '전혀 어렵지 않다', '약간 어렵다', '매우 어렵다' '전혀 할 수 없다' 등 4점 척도로 측정하여 IADL은 4개 항목, 총점 12점으로 측정하였다. 본 연구에서 사용한 IADL 측정도구의 신뢰도는 Cronbach alpha = .88 이었다.

● 건강인식

- 주관적 건강인식 : 조사 대상자가 본인의 일반적인 건강상태에 대하여 스스로가 인지하는 정도를 방문간호사의 질문을 통하여 '좋다', '보통이다', '나쁘다' 등으로 파악하였다.
- 자기효능감 : 조사 대상자의 건강증진을 위한 건강행위 실천의 노력의지와 자신감을 측정하기 위하여 자기효능감 문항을 간단하게 개발하여 사용하였다. 자기효능감의 설문항목은 '운동, 규칙적인 식사, 금연 등의 건강에 도움이 되는 일은 싫더라도 할 수 있다', '마음만 먹으면 건강을 위한 행동을 시작할 수 있다', '일단 시작하면 끝까지 계속할 수 있다' 등 3가지 항목으로 구성되어 있으며, 이에 대한 응답에 따라 0점에서 3점까지 총 9점으로 측정하였다. 본 도구의 Cronbach alpha = .79 이었다.

● 건강증진행위 실천도

건강증진행위 실천도는 금연, 절주, 운동, 규칙적인 식습관, 건강검진, 예방활동 등 6개영역을 중심으로 실천여부에 따라 6개 항목 모두를 실천하는 경우, 6점, 5개 항목을 실천하는 경우, 5점, 4개 항목을 실천하는 경우 4점등으로 점수화하고, 하나의 항목도 실천하지 않는 경우 0점으로 하였다. 즉, 점수가 높을수록 실천도가 높음을 의미한다. 각 영역별 조사 항목은 다음과 같다.

- 금연 : 흡연여부, 금연 이유, 금연의지
- 절주 : 음주여부, 절주이유, 음주 양과 빈도, 절주의지
- 운동 : 규칙적 운동여부, 운동 빈도, 운동시간, 운동을 하지 않는 이유
- 식습관 : 규칙적인 식사여부, 가공식품 섭취 양, 육류섭취 양, 음식의 간
- 건강검진 : 지난 2년 동안 건강검진 여부, 건강검진 계기
- 예방활동 : 지난 겨울 독감예방주사 접종 여부, 이번 겨울 독감예방주사 접종 의지

자료분석

본 연구의 자료분석은 SPSS/PC+ Windows(version 11.0) program 이용하여 연구목적에 따라 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율을 산출하였고, 건강상태와 건강인식 실태는 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 구하였다. 일반적 특성에 따른 건강행위 실천도의 차이를 분석하기 위해 t-test와 ANOVA를 이용하였으며 건강행위 실천도와 건강상태 및 건강인식 관련 변수들간의 상관관계를 파악하기 위해 Pearson Correlation Coefficient로 분석하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

본 연구의 자료수집에 응한 대상자는 총 735명이었으나 자료가 불완전한 것을 제외한 678명을 분석하였다. 대상자의 일반적 특성을 분석한 결과 성별로 보면, 남자가 144명(21.2%), 여자가 534명(78%)으로 여자가 대부분을 차지하였다. 조사대상자의 평균 나이는 74.16±6.27세였다. 연령별 분포는 65-74세가 54.0%, 75-84세가 40.4%, 85세 이상이 5.6%이었고, 지역별 거주 분포는 대도시가 49.0%, 중소도시 이하가 51.0%이었다. 학력은 무학(한글 해독)이 33.3%, 무학(한글 모름)이 28.9%, 초졸이 25.2%, 중졸 이상이 12.6% 순이었다. 결혼상태는 사별이 60.0%로 가장 많았고, 현재 배우자와 함께 살고 있는 경우는 25.0%, 이혼이 10.0%, 미혼이 3.0% 순이었다. 가족 동거 상황의 경우가 독거노인이 전체의 62.6%로 반을 넘었으며 노인부부만 사는 경우가 13.8%, 자녀와 함께 거주하는 경우가 17.1%, 기타가 6.5%이었다. 한달 평균 의료비 지출 분포는 1만원-5만원이 57.2%, 5만원 초과-10만원이 20.8%이었고 전혀 지출하지 않는 경우도 15.9%나 되었다<Table 1>.

<Table 1> Socio-demographic characteristics of subjects
n = 678 *

Variables	Category	N	%
Gender	male	144	21.2
	female	534	78.8
Age(years)	65-74	358	54.0
	75-84	268	40.4
	85≤	37	5.6
Region of Residence	big city	332	49.0
	town	246	51.0
Education	none(unknown letters)	190	28.9
	none(known letters)	219	33.3
	elementary school	166	25.2
	middle school ≤	83	12.6
Marriage	married	166	25.0
	separated by death	397	60.0
	divorced	71	10.0
	unmarried	21	3.0
Living arrangement	living alone	403	62.6
	living with spouse	89	13.8
	living with children	110	17.1
	others	42	6.5
Expenditure medical cost (won/mon)	none	89	15.9
	≤50,000	319	57.2
	50,001 - 100,000	116	20.8
	100,000 <	34	6.2

* Numbers excluded missing data

빈곤층 노인의 건강상태 및 건강인식 실태

● 건강상태

대상자의 유병상태를 파악한 결과 21개 질병 가운데 평균 4.18개의 질병을 앓고 있다고 응답하였고 질병이 전혀 없다고 응답한 노인은 총 16명으로 전체 대상자의 2.4%에 불과하였으며 가장 많은 질병을 보유하고 있는 노인은 총 15개의 질환을 앓고 있었으며 1명으로 0.2%였다. 응답한 대상자가 가지고 있는 질환은 관절염 68.3%, 고혈압 52.4%, 소화 및 배변 장애 38.2%, 노인증후군 30.1%, 위염 20.5%, 당뇨 13.4%, 심혈관계 질환 11.9%, 천식 11.9%, 뇌졸중 8.4% 순이었다. 최근 3개월간의 의료기관 이용실태를 조사한 결과 대상자의 반 이상이 병의원(70.4%), 약국(64.0%), 보건소(56.7%)를 이용하였다. 현재 약을 복용하고 있는가에 대하여 대상자의 대부분(87.0%)이 약을 복용하고 있었다.

노인들의 건강상태를 객관적으로 평가하기 위해 본 연구에서는 일상적인 생활을 수행하는데 필수적인 신체 기능이 얼마나 유지되고 있는가를 파악하기 위해 ADL과 IADL을 측정 한 결과 ADL은 18점 만점에 평균 15.90±3.39점이었고 IADL은 12점 만점에 평균 9.77±2.97점이었다.

ADL의 6개 항목을 각 항목별로 살펴보았을 때 각 항목별 점수가 3점 만점에 '목욕하기'는 2.38±.84점으로 가장 낮았고 '이동하기'는 2.58±.74점, '웃입고 치장하기'는 2.70±.64점, '대소변보기'는 2.70±.60점, '화장실이용하기'는 2.71±.61점, '식사하기'는 2.82±.48점 순으로 대부분의 대상자가 독립적인 것으로 나타났다<Table 2>. IADL의 4개 항목인 '일상생활용품이나 약 사러가기', '전화걸기', '대중교통 이용', '가벼운 집안일하기'에 각 항목별 점수가 3점 만점에 평균점수가 각각 2.41±.89점, 2.70±.71점, 2.20±.1.02점, 2.47±.83점으로 ADL과 마찬가지로 대부분의 조사대상자가 독립적인 것으로 나타났다. 다만, '대중교통이용' 항목의 경우 '전혀 할 수 없다'와 '매우 어렵다'로 응답한 대상자가 각각 10.3%와 12.4%인 것으로 조사되어 대상자의 22.7%가 도움이 필요한 것으로 나타나 의존성이 가장 높았다<Table 2>.

● 건강인식

현재 건강상태에 대한 주관적 인식은 '건강하다', '보통이다', '건강하지 못하다'에 응답하도록 한 결과 대상자의 반 이상(64.2%)이 '건강하지 못하다'로 응답하였고, '건강하다'라고 응답한 대상자는 9.2%에 불과하였다.

대상자의 건강증진을 위한 건강행위 실천의 의지와 자신감을 확인하기 위하여 자기효능감을 측정한 결과 대상자의 자기효능감은 9점 만점에 평균 5.10±2.97점으로 보통정도였다. 각 항목별 점수를 살펴보면, '운동, 규칙적 식사, 금연 등 건

〈Table 2〉 Means and standard deviations of ADL and IADL

n = 678*

Variables	Item	Score**				Mean(SD)
		3 N(%)	2 N(%)	1 N(%)	0 N(%)	
ADL***	bathing	388(57.2)	186(27.4)	69(10.2)	30(4.4)	2.38(0.84)
	dressing	523(77.1)	107(15.8)	30(4.4)	12(1.8)	2.70(0.64)
	toilet use	528(77.9)	105(15.8)	30(4.4)	9(1.3)	2.71(0.61)
	bed mobility	427(69.5)	140(20.6)	40(5.9)	21(3.1)	2.58(0.74)
	incontinence	514(75.8)	124(18.3)	25(3.7)	9(1.3)	2.70(0.60)
	eating	527(84.4)	82(12.1)	10(1.5)	6(0.9)	2.82(0.48)
IADL****	going outside	414(61.1)	165(24.3)	49(7.2)	45(6.6)	2.41(0.89)
	telephone use	541(79.9)	86(12.7)	20(2.9)	26(3.8)	2.70(0.71)
	public transportation	355(52.4)	162(23.9)	84(12.4)	70(10.3)	2.20(1.02)
	light housework	426(62.8)	167(24.6)	47(6.9)	33(4.9)	2.47(0.83)

* Numbers excluded missing data

** 3 : independent, 2 : need some assistance, 1 : need assistance a lot, 0 : total dependence

*** ADL : Activity of Daily Living

**** IADL : Instrumental Activities of Daily Living

〈Table 3〉 Means and standard deviations of self efficacy

n = 678*

Variables	item	score				mean(SD)
		3 N(%)	2 N(%)	1 N(%)	0 N(%)	
self efficacy	I could exercise, have balanced diet, stop smoking if these are good for my health although I do not want to.	127(18.7)	362(53.4)	158(23.3)	28(4.1)	1.87(.76)
	I could start the action if I make up my mind	85(12.5)	304(44.8)	256(37.8)	26(3.8)	1.67(.74)
	If strated, I could continue to the end.	82(12.1)	240(35.4)	318(46.9)	(4.1)	1.56(.76)

* Numbers excluded missing data

강에 도움이 되는 일이라면 싫더라도 할 수 있다'가 1.87±.76 점, '나는 마음만 먹으면 건강을 위한 행동을 시작할 수 있다'가 1.67±.74점, '일단 시작하면 끝까지 할 수 있다'가 1.56±.76 점이었다<Table 3>. '운동, 규칙적 식사, 금연 등 건강에 도움이 되는 일이라면 싫더라도 할 수 있다'는 항목에서는 '매우 그렇다(3점)' 또는 '그렇다(2점)'로 긍정적인 응답한 경우가 72.1%로 높은 의지를 나타내고 있는 반면 '나는 마음만 먹으면 건강을 위한 행동을 시작할 수 있다'와 '일단 시작하면 끝까지 할 수 있다' 항목의 경우 '아니다(1점)' 또는 '매우 아니다(0점)'로 부정적 응답 한 경우가 각각 41.6%와 51.0%로 높게 나타났다.

빈곤층 노인의 건강증진행위 실천 현황

대상자의 건강증진행위 실천 현황을 파악한 결과는 <Table 4>와 같았으며 각 건강증진행위별로 실천 실태를 살펴보면 다음과 같다.

● 금연

조사 대상자 중 77.8%이 금연을 실천하고 있었으며 이 중

80.5%는 원래 안 피운다고 응답하였고, 흡연을 하다가 끊은 경우는 19.5%이었고, 지금도 피운다고 응답한 경우는 22.1%였다. 흡연을 하다가 끊은 이유는 75.3%가 건강이 나빠져서였으며, 6.8%는 질병을 예방하기 위해서라고 응답하였다. 현재 흡연을 하고 있는 대상자 중 금연의지에 대한 질문에 61.8%가 금연의지가 없는 것으로 나타났다.

〈Table 4〉 Health promotion behaviors of low-income elderly n = 678*

Variables	class.	N	%
smoking cessation	yes	519	77.8
	no	148	22.2
drinking abstinence	yes	540	83.9
	no	104	10.1
exercise	yes	241	62.1
	no	395	37.9
balanced diet	yes	381	56.4
	no	294	43.6
regular physical check-up	yes	292	45.8
	no	346	54.2
Flu shot	yes	437	66.5
	no	220	33.5

* Numbers excluded missing data

● 절주

음주행위에 대해서 조사 대상자의 83.9%는 금주를 실천하고 있었으며, 이 중 86.8%는 원래 안 마시는 경우이었으며, 13.2%는 음주를 하다가 끊었다고 응답하였다. 금주 또는 절주를 하는 이유는 금연과 마찬가지로 건강이 나빠져서라고 응답한 경우가 68.0%로 가장 많았으며, 질병예방을 위해서가 14.0%, 종교적인 이유에서가 5.3%, 사회적 금주분위기 때문이 2.6% 순이었다.

● 운동

빈곤층 노인들의 운동 행위 관련 상황을 조사한 결과 조사 대상자의 62.1%가 규칙적 운동을 실천하고 있었으며, 운동빈도에 대하여 규칙적인 운동을 하고 있는 대상자 가운데 39.2%가 운동을 가끔하고 있었으며, 매일하는 경우가 37.2%, 1-2회/주가 13.2%, 3-4회/주가 10.2%였다. 운동시간은 회당 30분 이내가 66.9%, 30분-1시간이 21.5%, 1시간 이상이 11.5%였다. 운동을 하지 않고 있는 이유는 75.0%가 몸이 불편해서 운동을 하지 않는 것으로 나타났다.

● 식습관

식생활과 관련된 행위를 조사한 결과 조사대상자의 56.4%가 규칙적인 식사를 실천하고 있었고, 라면, 햄, 소시지 등의 가공식품에 대해서는 조사대상자의 대부분이 거의 먹지 않는 것(79.4%)으로 나타났다. 육류와 기름기 많은 음식 섭취에 대하여 71.8%가 적게 먹는다고 응답하였고 22.9%는 거의 먹지 않는 것으로 응답하였다. 음식의 간에 대해서는 보통으로 해서 먹는다 56.2%, 싱겁게 먹는다 25.4%, 짜게 먹는다 18.2% 순이었다.

● 건강검진

빈곤층 노인의 건강검진여부에 대해 알아본 결과 지난 2년간 건강검진을 받은 적이 있다고 응답한 경우가 45.8%로 과반수는 건강검진을 받지 않은 것으로 나타났고, 건강검진을 받은 계기에 대해서는 건강에 이상을 느껴서가 40.6%로 가장 많았고, 무료검진 37.9%, 건강에 이상을 느끼지는 않지만 건강이상 유무를 확인하기 위해서가 15.0%였다.

● 예방활동

빈곤층 노인의 예방활동에 있어서 독감예방접종 여부는 66.5%가 독감예방접종을 한 것으로 조사되었고, 이번 겨울 예방 접종 계획에 대하여 26.4%만이 접종계획이 있는 것으로 나타났다.

건강증진행위의 실천도를 파악하기 위해 금연, '금주', '운동', '규칙적인 식사', '건강검진', '독감예방접종' 등 6개 항목에

대하여 실천 항목 수를 분석한 결과 6개 항목 모두를 실천하고 있는 경우가 7.2%, 5개 항목을 실천하고 있는 경우가 21.6%, 4개 항목을 실천하고 있는 경우가 26.3%, 3개 항목을 실천하고 있는 경우가 24.2%, 2개 항목을 실천하고 있는 경우가 15.6%, 1개 항목만 실천하고 있는 경우가 4.0%, 전혀 실천하지 않는 경우가 1.0%로 분석되었다.

건강증진행위 실천도와 제 변수들 간의 관계

조사대상자의 건강증진행위 실천도가 일반적 특성에 따라 차이가 있는지를 비교하기 위해 성별, 연령, 지역, 배우자 유무, 학력, 의료비 지출, 건강상태 인식에 대하여 분석한 결과 성별($t=-2.902$, $p=.004$)에서만 통계적으로 유의한 차이를 나타냈고 나머지 변수인 연령, 지역, 배우자 유무, 학력, 의료비 지출, 건강상태 인식 등에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다<Table 5>.

<Table 5> Difference of the score of health promotion behaviors according to socio-demographic characteristics (n=678)

Variables	item	mean(SD)	t or F	p
gender	male	3.27(1.61)	-2.902	.004**
	female	3.74(1.24)		
age(year)	65-74	3.67(1.33)	1.427	.241
	75-84	3.69(1.32)		
	85≤	3.28(1.44)		
region of residence	a big city	3.71(1.38)	1.283	.200
	town	3.57(1.27)		
spouse existence	yes	3.58(1.47)	-0.713	.477
	no	3.67(1.28)		
education	no(unknown letter)	3.49(1.27)	1.658	.175
	no(known letter)	3.67(1.27)		
	elementary	3.70(1.35)		
	middle +	3.88(1.56)		
expenditure medical cost (won/month)	none	3.70(1.33)	0.961	.411
	≤50,000	3.54(1.42)		
	50,000 - 100,000	3.75(1.20)		
	100,000 <	3.83(1.42)		
perceived health status	healthy	3.47(1.42)	0.608	.545
	moderate	3.70(1.32)		
	unhealthy	3.65(1.32)		

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

건강증진행위 실천도와 건강상태 관련 변수인 ADL, IADL과 건강인식 관련 변수인 자기효능감간의 상관관계를 분석한 결과 건강증진행위 실천도는 ADL($r=.150$, $p=.000$), IADL($r=.153$, $p=.000$), 자기효능감($r=.299$, $p=.000$)로 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다<Table 6>.

(Table 6) Correlations among the score of Health Promotion Behaviors (HPB), ADL, IADL and self efficacy ($n=678$)

Variables	HPB	ADL	IADL	self efficacy
HPB				
ADL	.150* (.000)			
IADL	.153* (.000)	.786* (.000)		
self efficacy	.299* (.000)	.205* (.000)	.261* (.000)	

* $p<.01$

논 의

본 연구는 우리나라 빈곤층 노인의 건강상태 및 건강인식과 건강증진행위 실천에 대한 실태를 조사하기 위하여 전국 245개 보건소에서 방문간호서비스를 받고 있는 65세 이상 생활보호대상자를 대상으로 구조화된 설문지를 이용하여 보건소 방문간호사가 일대일면접을 통해 수집한 자료를 분석하였다.

본 연구결과 빈곤층 노인의 평균 연령은 74.16세로서, 70세 이상이 74.7%, 여성이 78%였으며, 교육수준은 무학이 62.2%, 초졸이 25.2%, 중졸 이상이 12.6%, 가족 동거상황을 보면, 독거노인이 62.6%, 노인부부만 살고 있는 경우가 13.8%로 파악되었다. 이러한 결과는 1998년 전국 노인실태조사(Chung et al., 1998)에서 나타난 결과 70세 이상이 61.9%, 여성이 63.1%, 독거노인 17.9%와 비교해 보면 고령, 여성, 독거노인의 비율이 훨씬 높았고, 교육수준은 낮음을 알 수 있었다. 그러나, 도시 저소득층 노인을 대상으로 한 Lee(2004)의 연구결과인 평균 연령 79.4세, 70세 이상이 75%, 여성이 77.8%, 독거노인 56.7%, 무학 61.4%, 초졸 26.2%, 중졸 이상이 12.4%와 비슷함으로 빈곤층 노인에게서 일반 노인에 비해 고령의 여성인구가 많고, 독거노인의 비율이 높으며, 교육수준이 낮은 특성이 있음을 알 수 있었다.

본 연구 대상자의 건강상태를 파악한 결과 유병상태가 노인 일인당 평균 4.18개의 질병을 가지고 있는 것으로 나타나 일반 지역사회노인을 대상으로 한 Lee 등(2001)의 3.30개, Hong(2003)의 1.7개 보다 높은 것으로 파악되었는데 이는 본 연구의 대상자군이 이미 건강문제로 인해 보건소방문간호를 정기적으로 받고 있는 노인으로 제한했기 때문으로 사료된다. 질병양상을 보면, 관절염(68.3%), 고혈압(52.4%), 소화 및 배변장애(38.2%), 노인중후군(30.1%)순으로 저소득층 노인을 대상으로 한 Yim(2002)의 연구, 일반 노인을 대상으로 한 Lee 등(2001)의 연구와 일치하였다. 노인의 신체기능 상태를 파악하기 위한 ADL과 IADL을 조사한 결과 각각 평균, 15 ± 3.39

점, 9.77 ± 2.97 점이었으며, 항목마다 차이는 있었으나 15.6%~47.6%의 노인이 도움이 필요한 것으로 나타났다. 이는 Lee 등(2001)의 ADL과 IADL이 각각 평균 16.2점, 9.9점에 비하면 다소 낮았으며, Chung 등(2003)의 연구에서 42.5%의 노인이 ADL과 IADL에서 어려움을 호소하고 있는 것과 일치하고 있다. 본 연구에서 ADL의 항목 중 가장 많은 도움을 필요로 하는 항목은 목욕하기, 이동이었고, IADL의 항목 중 교통수단 이용하기, 외출, 가벼운 집안일 하기순이었다. 이는 기존연구(Lee, 2004; Lee et al., 2001)들과 비교해 보았을 때 일관성 있는 결과를 보여주었다.

본 연구에서 조사 대상자의 건강상태에 대한 주관적 인식을 조사한 결과 64.2%가 건강하지 못한 것으로 응답하였는데 이는 한국보건사회연구원(2001)의 일반 노인을 대상으로 한 연구결과 56.3%가 건강하지 못하다고 응답한 결과와 비교해 보면, 빈곤층 노인의 주관적으로 인지하고 있는 건강상태가 일반 노인들 보다 더 부정적인 것을 알 수 있다. 조사 대상자의 건강증진을 위한 건강행위 실천의 노력의지와 자신감을 측정하기 위하여 자기효능감을 측정한 결과 자기효능감은 9점 만점에 평균 5.10점으로 보통정도였으나, 운동, 규칙적 식사, 금연 등 건강에 도움이 되는 일이라면 싫더라도 할 수 있다'는 항목에서는 '매우 그렇다(3점)' 또는 '그렇다(2점)'로 긍정적인 응답한 경우가 72.1%로 높은 의지를 나타내고 있었다. 이는 빈곤층 노인들이 건강상태에 대하여 주관적으로 부정적으로 인지하고 있으나 자기효능감에 있어서 건강증진행위 실천에 대한 의지는 강한 것으로 해석할 수 있다.

본 연구결과 빈곤층 노인의 건강증진행위 실천 정도를 파악한 결과 흡연을 22.2%, 음주를 10.1%로 기존 연구(Lee et al., 2001, Kwon et al., 2002)의 결과와 유사하였고, 규칙적인 운동을 실천하고 있는 조사 대상자는 62.1%로 금연과 금주에 비해 규칙적 식사 실천율은 56.4%로 Lee 등(2001)의 연구결과(66.4%)와 Kwon 등(2002)의 연구결과(69.0%)보다 낮았다. 지난 2년간 건강검진 수진율은 45.8%로 일반 노인 대상 연구인 Lee 등(2001)연구결과와 유사하였고, 독감예방접종 여부는 66.5%가 독감예방접종을 한 것으로 조사되었다. 질병의 예방적 차원에서 중요한 의미를 가지는 노인의 건강검진과 독감 예방접종은 노인복지사업의 일환으로 시행되고 있으나 조사 대상자의 참여율은 높지 않거나 그 사업의 양이 절대적으로 부족함을 확인하여 준다. 그러므로, 건강검진과 독감예방접종의 참여를 유도하기 위한 개별적 교육과 적극적인 홍보가 지속적으로 필요하다고 본다.

빈곤층 노인의 건강증진행위 실천도와 제 변수들과의 관계를 살펴본 결과 성별에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고, 연령, 지역, 배우자 유무, 학력, 의료비 지출, 주관적 건강상태 인식 등에서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나

타났다. 성별에서 유의한 차이를 보인 결과는 일반 노인을 대상으로 한 기존 연구(Hong, 2003; Lee et al., 2001)에서 보여준 결과와 일치하였으나 그 외의 변수에서 유의한 차이를 보이지 않은 결과는 Lee 등(2001)의 연구에서 연령이 증가 할수록, 대도시에 거주하는 경우, 경제상태가 좋을수록, 학력이 높을수록 주관적 건강인식이 긍정적일 수록 건강증진행위 실천이 증가한다는 결과와 다른 결과를 보여주었다. 그러나, 성별을 제외한 다른 변수와의 관계에서 유의한 차이를 보이지 않은 결과는 저소득층 노인을 대상으로 한 Jun과 Cho(2001)의 연구결과와 일치하는 것에 비추어 볼 때, 본 조사대상자가 빈곤층 노인으로 한정되었기 때문에 나타난 특성으로 해석할 수 있다. 또한, 건강증진행위 실천도와 ADL, IADL, 자기효능감에서 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내었는데 이는 기존연구(Jun & Cho, 2001; Hong, 2003; Lee et al., 2001)의 결과와 일치하였다.

이상에서 볼 때, 빈곤층 노인의 경우 일반 노인에 비해 고령의 여성인구가 많고, 독거노인의 비율이 높으며, 교육수준이 낮은 것을 알 수 있었다. 보유하고 있는 질병의 수가 더 많았으며, ADL, IADL는 상대적으로 낮아 의존적임을 알 수 있었다. 건강에 대한 주관적 인식상태는 부정적이었으나 자기효능감 중 일부항목에서 건강증진행위 실천에 대한 강한 의지를 나타내고 있었다. 또한, 건강증진행위 실천도와 제 변수들과의 상관관계를 분석한 결과 ADL, IADL, 자기효능감에서 통계적으로 유의한 결과를 고려해 볼 때 일반 노인에 비해 상대적으로 건강상태가 낮은 빈곤층 노인에게 건강증진행위 실천을 높이기 위해 현재의 건강상태를 유지할 수 있도록 도울 수 있고, 자기효능감을 유지 증진시킬 수 있는 건강관리프로그램과 서비스가 개발·제공되어야 할 것이다. 또한 본 연구에서 노인의 건강증진행위를 금연, 금주, 운동, 영양, 정기검진, 독감예방접종을 중심으로 보았을 때 금연과 금주는 약 70%정도의 노인이 본인의 의지와 관계없이 '건강이 나빠져서' 할 수 없는 것으로 응답하여 수치적인 실천율은 상당히 높은 것으로 나타났으며, 그 외의 건강증진행위에 대해서는 30-50% 정도의 실천율을 보이고 있었다. 이는 Kim 등(2000)이 우리나라 재가노인 대부분 지난 2년간 혈압측정, 독감예방접종, 대변잠혈, 여성의 경우는 자궁암 검진을 포함하여 하나 이상의 예방적 조치를 하지 않고 있다는 연구결과와도 같은 맥락을 가지고 있다. 결과적으로 빈곤층 노인을 대상으로 한 건강증진서비스는 본인의 의지와 건강전문인력의 개입으로 실천할 수 있는 규칙적인 운동, 식습관, 정기검진 및 독감예방접종에 초점을 맞추어 건강증진사업을 추진해야 할 것이다.

위에서 기술한 바와 같이 본 연구결과는 전국의 빈곤층 노인을 대상으로 건강증진 행위 실태를 파악하여 빈곤층 노인을 위한 건강증진사업의 방향 수립을 위한 기초 자료를 제공

하였다는 데에 의의가 있으나 빈곤층 노인 중 이미 사회적 안전망에 어느 정도 들어와 있는 방문간호대상자만을 대상으로 하였다는 점에서 제한점을 가진다. 따라서, 추후 연구에서 빈곤층 노인을 포괄하는 연구가 진행되어야 할 것이며, 건강증진행위 실천에 영향을 미치는 다양한 사회심리적 요인 및 복지적 요인들을 규명하여 건강증진사업 또는 프로그램 개발을 위한 실제적인 자료를 개발해야 할 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 방문간호를 받고 있는 빈곤층 노인을 대상으로 건강상태 및 건강인식과 건강증진행위 실천에 대한 실태를 조사하였다. 연구대상은 전국 보건소에서 방문간호를 받고 있는 65세 이상 생활보호대상자중 편의추출한 735명을 대상으로 2000년 9월부터 2000년 11월까지 3개월간 구조화된 설문지를 이용하여 방문간호사가 일대일 면접을 통하여 수집한 자료를 분석하였다. 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

- 빈곤층 노인의 건강상태를 파악한 결과 유병상태는 21개 질병 가운데 평균 4.18개의 질병을 보유하고 있었고, 일상수행능력은 18점 만점에 평균 15.90 ± 3.39 점이었고, 수단적 일상생활능력은 12점 만점에 평균 9.77 ± 2.97 점이었다. 현재 건강상태에 대한 주관적 인식은 조사 대상자의 반 이상(64.2%)이 '건강하지 못하다'로 응답하였고, '건강하다'라고 응답한 대상자는 9.2%에 불과하였고, 자기효능감은 9점 만점에 평균 5.10 ± 2.97 점으로 보통정도였다.
- 빈곤층 노인의 건강증진행위 실천 현황을 보면, 조사 대상자 중 77.8%가 금연, 83.9%는 금주를 실천, 56.4%가 규칙적인 식사, 지난 2년간 건강검진을 받은 적이 있다고 응답한 경우가 45.8%로 과반수는 건강검진을 받지 않은 것으로 나타났고, 독감예방접종 등의 예방접종 여부는 66.5%가 독감예방접종을 한 것으로 조사되었고, 이번 겨울 예방 접종 계획에 대하여 26.4%만이 접종계획이 있는 것으로 나타났다. 건강증진행위의 실천도를 파악하기 위해 금연, '금주', '운동', '규칙적인 식사', '건강검진', '독감예방접종' 등 6개 항목에 대하여 실천 항목 수를 분석한 결과 6개 항목 모두를 실천하고 있는 경우가 7.2%, 4-5개 항목을 실천하고 있는 경우가 47.9%, 전혀 실천하지 않는 경우가 1.0%로 분석되었다.
- 빈곤층 노인의 건강증진행위 실천도와 제 변수들(일반적 특성, 건강상태, 건강인식)과의 관계를 살펴본 결과 성별, ADL, IADL, 자기효능감에서 통계적으로 유의한 결과를 나타내었다.

빈곤층 노인의 건강증진은 빈곤층 노인 개인차원에서 삶의

질 향상, 사회적 차원에서 예방과 질병의 조기발견을 통한 의료비 절감 및 정부의 주요 시책 사업 중 하나인 전 국민 평생 건강관리체계 구축에 있어서도 중요한 이슈가 된다고 본다. 본 연구결과를 통하여 빈곤층 노인의 건강증진 행위 실천 실태를 파악할 수 있었으며 이를 토대로 추후 연구와 정책에 대한 제언을 하고자 한다.

- 빈곤층 노인이 가지는 특성을 반영하여 건강증진사업 및 프로그램이 개발될 것이 요구되며, 이를 위해 건강증진행위 실천에 영향을 미치는 요인과 빈곤층 노인의 건강증진 프로그램에 대한 실제적인 요구도에 대한 후속연구가 계속적으로 진행되어야 할 것이다.
- 빈곤층 노인은 일반 노인에 비하여 건강상태, 주관적 건강인식, 건강증진행위 실천이 상대적으로 낮으므로 노인의 건강증진을 위한 정책 수립시 이를 반영하여 정책의 방향과 범위를 설정하여야 할 것이다.

References

- Banes, S. J. (1997). Health promotion in the context of long term care. *Gerontological Nursing: concepts and practice*. 2nd edition. W.B. Saunders Company. London, Tokyo.
- Brown, J. S., & McCreedy, M. (1986). The hale elderly: Health behavior and its correlates, *Research in Nursing & Health*, 9(3) : 317-329.
- Chung, K. H., Cho, A. J., & Oh, K. H. (1998). *National survey on lifestyle and social welfare need of older persons*. Unpublished Report. KIHASA
- Chung, K. H., Oh, Y. H., & Lee, Y. K. (2003). *Regional Difference in Elderly Welfare Services and Policy Issue*. Unpublished Report. KIHASA
- Hong, Y. A. (2003). *The effect of health screening on health promotion behaviors in the elderly*. Unpublished Master dissertation, University of Yonsei, Seoul.
- Jun, K. J., & Cho, Y. M. (2001). A Survey on Funtional Status among Low-Income Older Adults Living at Home. *J Korean Acad Nurs*, 31(5) : 749-758.
- Katz, S., & Akpom, C. A. (1976). A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Service*. 6(3), 493-508.
- Kim, M. G. (2003). Strategies for Reducing Gaps in the Basic Social Security. *Health and Wealfare Policy Forum*. 84, 26-35.
- Kim, H. J., June, K. J. Kim, H. G., So, A. Y., Lee, K. M., Kim, E. Y., & Park, E. O. (2000). *Need Assessment and content development of Public health • medical • welfare service for the elderly in the community*. Ministry of Public Health and Welfare of Korea.
- Kim, H. J., & Park, Y. S. (1997). Determinants of Health-Promoting Behavior in the Elderly. *J Korean Fund Nurs*, 4(2), 283-300.
- Kim, S. M., Kim, Y. O., kim, K. S., Ryu, S. Y., Lee, C. G., Ahan, H. O., Park, J., & Son, M. H. (1998). The Health promoting Activity of Old Aged in a Rural Area. *J of Korean Rural Community Medical Science*, 23(1), 79-88.
- Ko, L. S. (1993). *Supply and Demand of Home Health Care Nurses for the Chronically Ill Elders*. Unpublished doctoral dissertation, University of Yonsei, Seoul.
- Kwon, J. H., Yun, H. J., Moon, H. J., Lee, J. M., Son, Y. H., Park, S. H., Lee, H. K., & Lee, S. G. (2002). Dietary Behavior and Nutritional Status of the Elderly Women Attending at the Health Promotion Program in an Urban Community. *Korean J Community Nutrition* 7(6), 814-823.
- Lawton, M. P., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lee, K. S., & Jung, Y. S. (1998). Determinants of Health-Promoting Behavior in the Elderly. *J of Korean Community Nursing*, 9(1), 72-88.
- Lee, T. W. (2004). Economic Evaluation of Visiting Nurse Services for the Low-income Elderly with Long-term Care Needs. *J Korean Acad Nurs*, 34(1), 191-201.
- Lee, K. J., Yun, J. R., Ko, L. S., Lee, T. H., Ju, Y. S., Bae, S. S., Oh, J. J., & Gweon, S. H. (2001). *A Prediction Model of Health Promotion and Illness Prevention Behaviors in the Elderly*. Unpublished report. Yonsi University & Ministry of Health & Welfare.
- Ministry of Health and Social Welfare (2004). *Elderly Health and Social Welfare Service Guideline*. <http://www.mohw.go.kr>
- National Statistic Organization (2003). Korea Social Index, <http://www.nso.gr.kr>
- Park, J. M., & Han, S. H. (2003). Effect of Exercise Program on Health and Depression in the Elderly. *J Korean Acad of Nur*, 33(2), 220-227.
- Park, S. L. (2000). Actual Sate of Poverty and Income Distribution. *Health and Welfare Policy Forum*, 41, 17-25.
- Park, K. H. (1997). Elderly Health and Social Welfare. *Health and Welfare Policy Forum*, July, 6-15.
- Shin, S. H. (2001). Health Status and Use of Health Care Services by the Elderly Persons Utilizing Senior Citizen Centers. Unpublished Master dissertation, University of Yonsei, Seoul.
- Sunwoo, D. (2003). Policy Issues for Maintaining Health of Elderly Persons. *Health and Welfare Policy Forum*, July, 42-52.
- Ware, J. E. (1978). *Health perception questionnaire, Instruments for measuring nursing practice and other care variables*. Hyattville, Maryland : DHEW Publication.
- Yim, E. S. (2002). *Effect of physical ability, depression and social support on quality of life in low income elders living at home*. Unpublished Master dissertation, University of Yonsei, Seoul.

Health Status, Health Perception, and Health Promotion Behaviors of Low-income Community Dwelling Elderly

Lee, Tae-Wha¹⁾ · Ko, Il-Sun²⁾ · Lee, Kyung-Ja³⁾ · Kang, Kyeong-Hwa⁴⁾

1) Associate Professor, College of Nursing, Nursing Policy Research Institute, Yonsei University

2) Associate Professor, College of Nursing, Yonsei University, 3) Professor, College of Nursing, Yonsei University

4) Researcher, Nursing Policy Research Institute, Yonsei University

Purpose: The purpose of the study was to investigate the health status(present illness, ADL and IADL), health perception, and health promotion behaviors of low-income elderly who are receiving the visiting nurse service in the community. **Method:** The sample of the study was 735 elderly over 65years old with basic livelihood security, who were conveniently selected from 245 public health centers nation-wide. Data collection was done using a structured questionnaire through interviews by visiting nurses. **Result:** The average number of present illnesses in the study subjects was 4.18. The average scores of ADL and IADL were 15.903.39 and 9.772.97 respectively, which indicates a relatively independent everyday life. However, 64.2% of the subjects perceived their health status as 'not healthy'. In terms of health promotion behaviors, 77.8% of the subjects had ceased smoking, 83.9% stopped drinking, 56.4% had a regular diet, 45.8% received regular physical check-ups during the past two years, and 66% received flu shots. Approximately 50% of the subjects were practicing 3-4 health promotion behaviors. Significant factors associated with health promotion behaviors were ADL, IADL and self-efficacy. **Conclusion:** Health promotion programs which focus on regular diet, exercise, and regular physical check-ups should be developed to improve independence of everyday life and quality of life among low-income elderly.

Key words : Low-income, Elderly, Health promotion, Health status

• Address reprint requests to : Kang, Kyeong-Hwa

CPO Box 8044, College of Nursing, Yonsei University

Tel: +82-2-361-8191 Fax: +82-2-362-1982 E-mail: kkh04@yumc.tonsei.ac.kr