

일반노인과 저소득층 노인의 건강증진행위와 지각된 건강상태 비교

박 정 숙*·이 혜 란**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 노인인구 증가속도는 상당히 빨라서 1970년에 65세 이상 노인인구가 전 인구의 3.1%이었으나 2000년 9.1%, 2020년 13.2%로 증가 할 추세에 있으며, 평균수명은 1971년에 62.3세에 비해 1981년에 66.2세, 1991년 71.72를 거쳐 1999년에는 75.6세로 증가되었으며, 2050년에는 83세가 될 것으로 전망하고 있다(Korea National Statistical Office, 2001).

오늘날의 수명연장은 건강한 생활습관으로 이루어진 것이 아니라 주로 과학기술의 발전에 의한 것이기 때문에(Alford & Futrell, 1992) 노인 집단의 의료비 사용이 많고 병원 수진율이 높은 것으로 나타났다(National Health Insurance Corporation, 2001). 『2000 건강보험통계연보』에 의하면 한국노인이 지출하는 의료비는 10년동안(1990~2000) 9.7배로 늘어나는 것으로 보고되었으므로(National Health Insurance Corporation, 2001) 노인들은 많은 고통과 건강문제를 가지고 오래 살고 있다고 볼 수 있다. WHO(2001)에서는 사람이 일생동안 질병이나 부상으로 고통받지 않고 건강한 삶을 유지하는 기간, 즉 건강수명은 한국이 65세로 세계 51위에 불과하며, 1위를 차지한 일본의 74.5세와 비교할 때 9.5세나 낮은 것으로 나타났으므로 노인의 삶의 질을

향상시키기 위해서 건강수명을 늘이기 위한 노력이 필요하다. 건강수명을 늘이기 위해서는 젊었을 때부터 건강증진생활양식을 실천하는 것이 가장 좋은 방법이지만, 젊은 시절에 바쁘게 살면서 자신의 건강을 돌볼 틈이 없이 살았던 노인세대의 건강증진에도 관심을 가져야 할 것이다.

노인이 되면 모든 장기의 퇴행성 변화로 인해 신체기능이 저하되고 일상생활 활동에 제한이 따르며 만성 퇴행성 질환 이환율이 매우 높아져서, 노화로 인한 일상적 건강관리는 물론 각종 노인성 질환을 관리해야 하므로 어느 연령층보다도 자신의 건강을 유지 증진하기 위한 노력이 요구된다. 과거에 노인은 질병에 걸리기 쉽고 의존적이며 자신의 익숙해진 생활양식을 변화시킬 수 없다는 편견으로 인해, 노인의 건강증진에 대한 논의가 별로 이루어지지 않았다(Kim, 1997). 그러나 인간의 수명이 연장됨에 따라 노년기에도 삶의 질을 유지하고 노화라는 주어진 조건하에서 최대한의 자립성을 가지고 바람직한 건강증진행위를 하도록 하는 것이 중요함을 깨달아 오늘날에는 노인 건강증진에 대한 논의가 활발하게 이루어지고 있다. 실제로 노인은 높은 건강위험 상태에 있기 때문에 어떤 연령층보다 자기 건강에 관심이 많고, 건강증진을 위한 중재활동에 이행율이 높고(Brody, 1997), 스스로 건강관리를 할 수 있는 여가 시간을 많이 가지고 있으므로 건강증진 프로그램의 효과가 크다고 볼 수 있다.

노인의 건강증진관련 연구를 살펴보면, 한국 노인

* 계명대학교 간호대학
** 문경대학 간호과

(Song, Lee & Ahn, 1997; Park & et al., 1998; Eun & Gu, 1999; Sohng & Lee, 2000; Jaung, Park & Ryu, 2000)은 미국 노인(Walker, Volkan, Sechrist & Pender, 1988; Ahijevych & Bernhard, 1994; Lookinland & Harms, 1996)에 비해 건강증진행위 수행 정도가 대체로 낮은 것으로 나타났으며, 하위 영역별로는 자아실현과 영양 영역이 높은 점수를 나타낸 반면, 스트레스 관리, 운동, 건강책임 영역의 점수가 낮은 것으로 나타났다(Song et al., 1997; Park et al., 1998; Kim, 1996). 다음으로 노인의 건강상태에 대해 살펴보면, Choi와 Chung(1991)에 의하면 노인의 신체 변화를 가장 민감하게 느낄 수 있는 사람은 노인 자신이며, 노인들 스스로 지각한 자신의 건강상태는 실제 건강상태와 상당한 비례관계가 있다고 하였다. Sung(1998)의 연구에서는 노인의 지각된 건강상태가 14점 만점에서 8.72점으로 낮은 편이었으며, 한국보건사회연구원의 연구에 의하면 노인의 35.5%가 자신의 건강이 약간 나쁘다고 지각하고 있으며, 23.6%는 아주 나쁘게 지각하고 있는 것으로 나타났다.

한편 우리나라 생활보호 대상자의 24.2%가 노인이며(Ministry of Health and Welfare, 2002), 이 비율은 1995년 이후 꾸준히 증가추세를 보이고 있다. 또한 1998년 전국 노인생활 실태 및 복지욕구 조사에 의하면 노인의 지출비용 중 생활비(26.3%) 다음으로 약값 및 의료비(24.8%) 지출이 높은 비율을 차지하고 있어서 의료비 부담이 상당히 큰 것을 알 수 있다. 이와 같이 우리나라가 노령화 사회로 접어들고 자식들의 노부모 부양 의식이 희박해지면서 저소득층 노인의 건강관리 문제가 새롭게 대두되고 있다. Kim(1997), Brady와 Nies(1999), Eun 등(1999)의 연구에 의하면 저소득층 노인이 고소득층 노인에 비해 건강증진행위를 적게 하는 것으로 나타났으며, Lee, Lee와 Kim(2000)은 저소득층 독거노인의 과반수가 자신의 건강이 나쁘며 허약하다고 생각하고 있는 것으로 나타났다. 이와 같이 노인의 경제적 상태에 따라 건강문제나 건강행위가 다르게 나타났으므로, 향후 노인의 건강관리대책을 세울 때에는 노인의 전반적인 특성을 고려하여야 함은 물론이고, 경제적 상태에 따른 특성도 고려하여야 할 것이다. 특히 저소득층 노인의 건강증진을 위해서는 정책적인 배려가 있어야 할 것으로 보인다.

이에 본 연구자는 일반노인과 저소득층 노인들의 건강증진행위와 지각된 건강상태를 비교하여 유의한 차이가

있는지 확인해보고, 향후 경제상태에 맞는 노인 건강증진 프로그램을 개발하고 특히 저소득층 노인의 건강관리 프로그램과 관련된 정책결정에 기초자료로 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 일반노인과 저소득층 노인의 건강증진행위 수행도를 비교한다.
- 2) 일반노인과 저소득층 노인의 지각된 건강상태 정도를 비교한다.
- 3) 일반적 특성에 따른 노인의 건강증진행위, 지각된 건강상태, 최근 의학적 진단과 약물복용 정도를 비교한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 일반노인과 저소득층 노인의 건강증진행위, 지각된 건강상태를 알아보는 비교조사연구(comparative survey)이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 대구시에 거주하는 노인으로 선정 기준은 다음과 같다.

- 1) 일반노인은 일개 노인복지회관을 방문하는 60세 이상의 노인으로 기초생활보장법에 해당되지 않는 자
- 2) 저소득층 노인은 60세 이상의 노인으로서 대구시 2개 지역의 독거노인으로 등록되거나 기초생활보장법의 기준에 속하는 자
- 3) 의사소통에 장애가 없는 자
- 4) 연구목적에 이해하고 참여를 수락한 자

설문지에 응답한 인원은 일반노인 82명, 저소득층 노인 86명, 총 168명이었으며, 이 중 기록이 누락된 자료를 제외하고 본 연구의 자료분석 대상자의 응답율은 98%이었다.

3. 자료수집기간 및 방법

자료수집은 2001년 8월 9일부터 9월 20일까지 대구

지역 1개 노인복지회관과 노인의 가정에서 이루어졌다. 자료수집을 위해 본 연구자가 간호학생 5명을 연구조원으로 선발하여 면접을 통한 설문지 작성법을 훈련시켰다. 먼저 노인복지회관의 책임자를 방문하여 연구목적과 취지를 설명한 후 허락을 받아 노인복지회관을 방문한 일반노인을 대상으로 연구조원 5명이 일대일 면담으로 설문지를 작성하였으며, 저소득층 노인은 대구시 2개 지역 사회복지관에 등록된 독거노인이나 기초생활 보장 대상자를 가정 방문하여 일대일 면담으로 설문지를 작성하였다. 설문지 작성에 소요된 시간은 1인당 30~40분 정도였다.

3. 연구도구

1) 건강증진행위

건강증진행위는 Walker, Sechrist & Pender (1995)의 HPLPII(Health Promotion Lifestyle Profile II)를 사용하여 측정하였다. HPLPII는 4점 척도로서 6개의 하부영역, 즉 건강책임 9문항, 신체활동 8문항, 영양 9문항, 영적 성장 9문항, 대인관계 9문항, 스트레스 관리 8문항을 가지며, 총 52문항으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 건강증진 행위를 많이 하는 것을 의미하며, 본 연구에서 도구신뢰도는 Cronbach's α 0.94였다.

2) 지각된 건강상태(Perceived Health Status)

지각된 건강상태는 인간이 안녕을 느끼며 생활할 수 있는 건강상태에 대한 개인적인 느낌을 말하며(WHO, 1947), Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale로서 자신이 평가하는 현재 건강상태, 일년 전과의 건강상태 비교, 하고 싶은 것이 있으나 건강상태에 문제가 있는지, 동년배와의 건강상태를 비교하는 문항으로 총 4문항으로 구성되었다. 도구의 3문항은 3점 척도, 1문항은 5점 척도로서 점수가 높을수록 자신이 지각하는 건강상태가 좋은 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .76로 나타났다.

5. 자료분석

SPSS-WIN 10.0을 사용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율을 구하고, 동질성 검정은 χ^2

test로 분석하였다. 건강증진행위 및 지각된 건강상태 정도는 평균과 표준편차를 산출하였으며, 일반노인·저소득층 노인의 비교검정을 위해 성별, 교육, 직업을 공변수로 하여 ANCOVA로 분석하였다. 일반적 특성에 따른 계 변수들 간의 차이를 알아보기 위해 t-test, ANOVA, Chi square test, 사후검정은 Duncan test로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적인 특성 및 동질성 검정

대상자의 성별은 여자 67.7%로 남자 32.3%보다 더 많았으며, 평균연령은 72.2세이었다. 교육수준은 무학이 37.2%로 가장 많았으며, 종교를 믿는 사람이 81.1%로 많았고, 직업을 가지고 있는 노인은 7.9%로 나타났다.

일반노인군과 저소득층 노인군을 비교해 보면, 저소득층 노인군에서 여성이 75%로 일반노인군의 60%보다 많았으며, 일반노인군 남성이 40%로 저소득층 노인 남성 25%보다 많은 것으로 나타나 성별에서 유의한 차이가 있었다($\chi^2=4.215$, $p=.040$). 일반노인군은 중학교 이상의 졸업자가 41.3%나 되는데 비해 저소득층 노인군은 중학교 이상 졸업자가 16.7%에 불과하여 교육수준에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($\chi^2=16.265$, $p=.000$). 일반노인군에서 직업을 가지고 있는 사람은 2.5%에 불과한데 비해 저소득층 노인군에서는 13.1%로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=6.303$, $p=.012$). 그 외 연령, 종교에서는 두 집단간에 차이가 없는 것으로 나타났다<Table 1>.

2. 일반노인·저소득층 노인의 건강증진행위의 차이

전체 노인의 건강증진행위의 평균평점은 2.29점이며, 하부영역별로는 영양(2.64점)이 가장 높았으며, 그 다음이 스트레스 관리(2.44점), 대인관계(2.42점), 영적성장(2.16점), 건강책임(2.08점), 신체활동(1.96점)의 순으로 나타났다. 일반노인의 건강증진행위 평균평점이 2.54점으로 저소득층 노인 2.05점보다 상당히 높았으며, 하부 영역 중 일반노인·저소득층 노인에서 가장 높은 점수는 영양(일반노인:2.79점, 저소득층:2.50점)이었고, 가장 낮은 점수는 일반노인에서 건강책임(2.30점), 저소득층 노인에서 신체활동(1.54점)인 것으로 나

<Table 1> Demographic characteristics of sample

Characteristics	Categories	AIL(N=80)	LIL(N=84)	Total(N=164)	X ²	p
		N(%)	N(%)	N(%)		
Gender	Male	32(40.0)	21(25.0)	53(32.3)	4.215	.040
	Female	48(60.0)	63(75.0)	111(67.7)		
Age (years)	60-69	34(42.5)	29(34.5)	63(38.4)	1.276	.528
	70-79	37(46.3)	46(54.8)	83(50.6)		
	80-89	9(11.3)	9(10.7)	18(11.0)		
	Mean(SD)	72.0(5.47)	72.3(7.27)	72.2(6.44)		
Education	Less than ES	19(23.8)	42(50.0)	61(37.2)	16.265	.000
	Elementary S	28(35.0)	28(33.3)	56(34.1)		
	More than Middle S	33(41.3)	14(16.7)	47(28.7)		
Religion	Yes	62(78.5)	71(84.5)	133(81.1)	1.319	.251
	No	18(22.5)	13(15.5)	31(18.9)		
Job	Yes	2(2.5)	11(13.1)	13(7.9)	6.303	.012
	No	78(97.5)	73(86.9)	151(92.1)		

* AIL : above income level
LIL : low income level

타났다.

일반노인·저소득층 노인의 건강증진행위의 차이를 알아보기 위해 성별, 교육, 직업을 공변수로 하여 ANCOVA로 분석한 결과, 일반노인이 평균 132.20점, 저소득층 노인 106.45점으로 역시 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(F=64.603, p=.000). 건강증진행위의 하부영역인 신체활동, 대인관계, 스트레스 관리, 영적 성장, 건강책임, 영양에서 모두 일반노인이 저소득층 노인보다 유의하게 건강증진행위를 더 잘 실천하고 있는 것으로 나타났다<Table 2>.

3. 일반노인·저소득층 노인의 지각된 건강상태의 차이

지각된 건강상태의 전체 평균은 14점 만점에 8.21점이었고, 일반노인은 9.15점, 저소득층은 7.32점으로 나타났다. 성별, 교육, 직업을 공변수로 하여 ANCOVA로 분석한 결과, 두 집단간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(F=17.292, p=.000)<Table 3>.

4. 일반노인·저소득층 노인의 최근 의학적 진단과 약물복용의 차이

<Table 2> Differences of HPLP total score and subscale scores between above and low income level

Variables	AIL(N=80)		LIL(N=84)		Total(N=164)		F	p
	M(SD)	Average(SD)	M(SD)	Average(SD)	M(SD)	Average(SD)		
Total HPLP	132.2(24.93)	2.54(0.48)	106.45(16.84)	2.05(0.32)	119.01(24.74)	2.29(0.48)	64.603	.000
Health responsibility	20.6(6.42)	2.30(0.71)	16.90(4.55)	1.88(0.51)	22.57(5.86)	2.08(0.65)	20.179	.000
Physical Activity	19.2(6.03)	2.41(0.75)	12.32(3.90)	1.54(0.49)	17.00(5.98)	1.96(0.77)	62.318	.000
Nutrition	25.1(5.01)	2.79(0.56)	22.50(4.62)	2.50(0.51)	24.47(4.89)	2.64(0.55)	16.208	.000
Spiritual Growth	21.5(5.88)	2.40(0.65)	17.44(4.17)	1.94(0.46)	21.10(5.53)	2.16(0.61)	30.606	.000
Interpersonal Relations	24.0(4.76)	2.67(0.53)	19.63(4.47)	2.18(0.50)	23.05(4.78)	2.42(0.57)	47.127	.000
Stress Management	21.5(4.75)	2.69(0.59)	17.65(3.02)	2.21(0.38)	20.17(4.72)	2.44(0.55)	38.735	.000

Covariate : gender, education, job

<Table 3> Differences of Perceived Health Status between above and low income level

Variable	AIL(N=80)	LIL(N=84)	Total(N=164)	F	p
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)		
Perceived Health status	9.15(2.39)	7.32(2.32)	8.21(2.52)	17.292	.000

Covariate : gender, education, job

전체 대상자 중 최근 의학적 진단을 받은 사람은 66.5%로 많았으며, 이로 인해 약물복용을 하는 노인은 61.6%이었다.

두 집단간의 차이를 살펴보면 최근 의학적 진단을 받은 경우가 일반노인(52.5%)에 비해 저소득층노인에서 (79.8%) 더 많아서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($\chi^2 = 13.663, p=.000$), 약물복용을 하는 경우도 역시 일반노인(51.3%)에 비해 저소득층 노인(71.4%)이 더 많아서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($\chi^2 = 7.052, p=.008$)<Table 4>.

최근 의학적 진단명은 양군 모두 고혈압(27.9%)이 가장 많았으며, 그 다음이 관절염(18.8%), 당뇨병(13.6%), 백내장 및 녹내장(7.0%), 요통, 뇌졸중, 심장질환, 위장관계(각 5.8%), 간담도계(2.6%), 기타(6.5%명)의 순으로 나타났다. 하나 이상의 질환을 가지고 있는 노인이 67%로 많았고, 이를 일반노인과 저소득층 노인에 따라 비교해 보면, 질병이 없는 경우가 일반노인에서는 46.3%, 저소득층 노인에서는 20.2%, 질병이 하나있는 경우는 일반노인에게서 37.5%, 저소득층 노인에게서 42.9%, 두 개 이상의 질환을 가진 경우는 일반노인에게서 16.3%, 저소득층 노인에게서 36.9%로 나타나, 저소득층 노인이 더 많은 질병을 가진 것으로 나타났다($\chi^2 = 15.228, p=.000$)<Table 5>.

5. 일반적 특성에 따른 건강증진행위, 지각된 건태, 최근 의학적 진단 및 약물복용의 차이

노인의 건강증진행위는 인구학적 변인 중 연령에서만 유의하게 차이($F=3.108, p=.026$)가 있었는데 60대가 120.81점으로 가장 높았으며, 그 다음이 70대 120.75

점, 80대 101.14점의 순으로 나타나서 Duncan test로 사후검정한 결과, 60대와 70대가 80대보다 건강증진행위를 더 잘 수행하는 것으로 나타났다. 그 외 성별, 연령, 종교, 직업유무에 따른 건강증진행위에서는 차이가 없는 것으로 나타났다.

지각된 건강상태는 성별, 연령, 교육수준에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 그 외 인구학적 변인인 종교, 직업유무에 따른 지각된 건강상태는 차이가 없었다. 즉, 성별에서 남자노인 9.26점, 여자노인 7.71점으로 남자노인이 여자노인보다 자신의 건강상태를 더 좋게 지각하는 것으로 나타났다($t=4.155, p=.000$). 연령별로 살펴본 결과 세군간에 유의한 차이가 있어서 ($F=3.262, p=.041$) Duncan test로 사후검정한 결과 60대 8.84점이 70대 7.82점보다 건강상태가 더 좋은 것으로 인지하였다. 교육수준에서도 유의한 차이가 있어서($F=12.078, p=.000$) 사후 검정한 결과, 중졸 이상 9.47점이 초졸 8.25점과 무학 7.21점보다 지각된 건강상태가 더 높은 것으로 나타났다.

최근 의학적 진단과 약물복용은 모두 성별, 연령, 교육에 따라 유의한 차이가 있었으며, 그 외 종교, 직업유무는 차이가 없는 것으로 나타났다. 즉, 성별은 남자(49.1%)에 비해 여자(74.8%)가 최근 의학적 진단이 유의하게 많았으며($\chi^2=10.645, p=.001$), 연령은 80대(88.9%)가 가장 많았으며, 그 다음이 70대(69.9%), 60대(55.6%)의 순으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($\chi^2=7.859, p=.020$), 교육수준은 무학(77%)이 가장 많았으며, 그 다음이 초졸(67.9%), 중졸이상(51.1%)의 순으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($\chi^2=8.116, p=.017$).

<Table 4> Differences of current medical diagnosis & taking medicine between above and low income level

		AIL(N=80)	LIL(N=84)	Total(N=164)	χ^2	p
		N(%)	N(%)	N(%)		
Current Medical Diagnosis	Yes	42(52.5)	67(79.8)	109(66.5)	13.663	.000
	No	38(47.5)	17(20.2)	55(33.5)		
Taking Medicine	Yes	41(51.3)	60(71.4)	101(61.6)	7.052	.008
	No	39(48.8)	24(14.5)	63(38.4)		

<Table 5> Differences of current medical diagnosis number between above and low income level

diagnosis number	AIL(N=80)	LIL(N=84)	Total(N=164)	χ^2	p
	N(%)	N(%)	N(%)		
zero	37(46.3)	17(20.2)	54(32.9)	15.228	.000
one	30(37.5)	36(42.9)	66(40.2)		
over two	13(16.3)	31(36.9)	44(26.8)		

<Table 6> Differences of HPLP & perceived health status scores according to demographic characteristics

Demographic	Categories	Total HPLP				Perceived health status			
		M(SD)	t/F	p	Duncan	M(SD)	t/F	p	Duncan
Gender	Male	113.75(23.56)	-1.895	.060		9.26(2.05)	4.155	.000	
	Female	121.52(25.00)				7.71(2.57)			
Age (years)	① 60-69	120.81(26.35)	3.108	.026	①②>③	8.84(2.40)	3.262	.041	①>②
	② 70-79	120.75(21.71)				7.82(2.61)			
	③ 80-89	101.14(20.80)				7.83(2.18)			
Education	① Less than ES	113.52(21.93)	2.471	.088		7.21(2.24)	12.078	.000	①②<③
	② Elementary S	121.64(25.57)				8.25(2.39)			
	③ More than Middle S	123.00(26.38)				9.47(2.48)			
Religion	Yes	119.95(25.16)	1.003	.318		8.17(2.50)	-.425	.671	
	No	115.00(22.82)				8.38(2.62)			
Job	Yes	118.81(24.53)	-.348	.729		8.15(2.55)	-1.174	.242	
	No	121.31(28.11)				9.00(2.12)			

Demographic	Categories	Current medical diagnosis				Taking medicine			
		Yes	No	χ^2	p	Yes	No	χ^2	p
Gender	Male	26(49.1)	27(50.9)	10.645	.001	23(43.4)	30(56.6)	10.951	.001
	Female	83(74.8)	28(25.2)			78(70.3)	33(29.7)		
Age (years)	60-69	35(55.6)	28(44.4)	7.859	.020	33(52.4)	30(47.6)	6.036	.048
	70-79	58(69.9)	25(30.1)			53(63.9)	30(36.1)		
	80-89	16(88.9)	2(11.1)			15(83.3)	3(16.7)		
Education	Less than ES	47(77.0)	14(23.0)	8.116	.017	43(70.5)	18(29.5)	6.556	.038
	Elementary S	38(67.9)	18(32.1)			36(64.3)	20(35.7)		
	More than middle S	24(51.1)	23(48.9)			22(46.8)	25(53.2)		
Religion	Yes	86(64.7)	47(35.3)	1.025	.311	80(60.2)	53(39.8)	.612	.434
	No	23(74.2)	8(25.8)			21(67.7)	10(32.3)		
Job	Yes	7(53.8)	6(46.2)	1.008	.315	7(53.8)	6(46.2)	.357	.550
	No	102(67.5)	49(32.5)			94(62.3)	57(37.7)		

약물복용에서는 여자(70.3%)가 남자(43.4%)에 비해 약물복용을 더 많이 하는 것으로 나타났으며($\chi^2=10.951$, $p=.001$), 연령에서는 80대(83.3%)가 가장 약물복용을 많이 하였으며, 그 다음이 70대(63.9%), 60대(52.4%)의 순으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($\chi^2=6.036$, $p=.048$). 교육수준은 무학(70.5%)이 약물복용을 가장 많이 하는 것으로 나타났으며, 초졸(64.3%), 중졸이상(46.8%)의 순으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($\chi^2=6.556$, $p=.038$)<Table 6>.

IV. 논 의

본 연구대상자의 전체 건강증진행위의 평균평점은 총 4점 만점에서 2.29점으로 나타났다. 이는 미국노인을 대

상으로 한 Walker 등(1988)의 연구에서 2.85점, Ahijevych 등(1994) 2.55점, Lookinland 등(1996) 2.87점으로 나타난 것과 한국 노인을 대상으로 한 Song 등(1997)의 연구에서 2.63점, Park 등(1998) 2.65점, Eun 등(1999) 2.41점, Sohng 등(2000) 2.63점, 일본에 거주하는 한국노인을 대상으로 연구한 Jaung, Park과 Ryu(2000)의 2.72점 보다 상당히 낮게 나타났다. 본 연구의 경우, 대상자의 절반이 저소득층이었으므로 건강증진행위 수행정도가 낮게 나타난 것으로 보인다.

본 연구에서 저소득층 노인의 건강증진행위점수는 2.05점으로 일반노인의 2.54점에 비해 건강행위를 잘 수행하지 못하는 것으로 나타났다. Brady 등(1999)의 연구에서도 저소득층 노인 2.51점으로 중산층 2.85점에 비해 낮게 나타났으므로 미국의 경우에서도 저소득층 노

인이 중산층 노인보다 건강증진행위 점수가 낮음을 알 수 있으며, 우리나라의 Kim(1997), Eun 등(1999)의 연구에서도 저소득층 노인의 건강증진행위가 낮은 것으로 나타났다. 저소득층 노인들은 경제적, 환경적으로 어려운 상황에 놓여있는데다가 건강증진행위도 적게 수행함으로 인해 더욱 건강에 위협을 안고 살아가게 된다. 이러한 저소득층 노인의 건강증진을 위해 국가적인 차원에서 효율적으로 실시할 수 있는 건강증진 프로그램을 개발하고 지원하는 정책이 필요하다고 본다.

건강증진행위의 하부영역별 수행정도를 살펴보면, 영양관리를 가장 잘 실천하였으며, 그 다음이 스트레스 관리, 대인관계, 영적성장, 건강책임, 신체활동의 순이었다. Lookinland 등(1996), Pullen 등(2001), Brady 등(1999)의 연구에서도 영양관리가 가장 높고 신체활동이 가장 낮은 것으로 나타나서 본 연구결과와 일치하였다.

일반노인과 저소득층 노인의 건강증진행위 하부영역별 차이를 살펴보면, 일반노인이 저소득층 노인보다 모든 하부영역에서 수행을 더 잘 하는 것으로 나타났으며, 일반노인이 가장 수행하지 못하는 영역은 건강책임이었고 저소득층 노인이 가장 잘 수행하지 못하는 것은 운동영역이었다. 특히 운동영역에서 일반노인은 2.41점, 저소득층 노인은 1.54점으로 두 군간에 가장 많은 차이를 보였다. 운동은 신체적, 심리적인 기능을 향상시켜서 개인의 독립성을 유지시키고, 급만성질환 발병률을 감소시키며, 노인의 삶의 질을 향상시키는데 중요한 역할을 하는 것으로 알려져 있다(Shephard, 1993). 미국의 저소득층 여성노인이 건강증진을 위해 관심을 가장 많이 가지는 것이 운동이었고, 그 다음이 친구사귀기, 영양, 체중조절, 가정안전의 순인 것으로 나타났다(Bertera, 1999). 저소득층 노인들이 운동에 대한 관심과 필요성을 느끼지만 실천하지 못하고 있는 요인이 무엇인지 파악하여, 이들이 운동을 활발하게 수행할 수 있도록 하는 운동프로그램의 개발이 필요하다고 사료된다.

다음으로 노인의 지각된 건강상태를 살펴보면, 본 연구에서의 저소득층 노인의 지각된 건강상태점수가 일반노인보다 낮게 나타났다. 이는 Hwang과 Doh(2000)의 연구에서 경제수준이 낮은 군이 높은 군보다 건강을 좋지 않게 지각한 것과 일치하였다. Lee 등(2000)의 연구에서도 저소득층 독거노인의 과반수 이상이 자신을 허약하다고 생각하고 있으며, 89.7%가 질병을 보유하고 있었다. 우리나라 노인들은 자신의 건강상태를 대부분 부정적으로 지각하고 있으며, 영양제와 보양식, 가족과 주

변인으로부터 정서적 지지가 건강을 증진시킨다고 생각하고 있는 것으로 나타났다(Chang, Park, Lee & Park, 1999). 또한 Shin(1996)에 의하면, 나이, 성별, 연령이 지각된 건강상태에 영향을 주는 것으로 나타났다. 향후 지각된 건강상태에 영향을 주는 요인들을 고려하여 노인이 자신의 건강을 긍정적으로 평가할 수 있는 방안을 마련해야 할 것이다. 또한 저소득층 노인은 경제적 어려움으로 보건의료비가 부담스럽고 치료를 중도에 포기할 우려가 있어서(Im et al., 2001), 이들에게 자가 건강관리의 책임을 다 맡기는 것은 어려운 일이므로 정부나 사회단체 차원에서 저소득층 노인의 건강 및 복지를 위한 구체적 대안이 제시되어야 할 것이다.

노인의 질병상태와 약물복용정도를 살펴보면, 저소득층 노인이 일반노인에 비해 질병을 가진 사람이 많았고 약물복용도 더 많이 하였으며, 또한 보유하고 있는 질병 수도 많았다. 진단명으로는 고혈압이 가장 많았으며, 관절염, 당뇨병, 백내장 및 녹내장, 요통, 뇌졸중, 심장질환, 위장관 질환, 간담도계 질환 등의 순으로 나타났다. 선행연구에서 저소득층 노인은 만성질환을 포함한 질병 이환율이 높았으며(Lee et al., 2000), 의료기관으로부터 한 가지 이상의 질병을 진단받았고, 주로 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타나서(An, 1998) 본 연구결과와 일치하였다. 노인의 특성상 만성퇴행성 질병 이환율이 높고 이러한 만성질환은 지속적인 관리가 중요하다. 하지만 저소득층 노인의 경우 질병이 발생하면 증상 감소를 위해 약물에만 의존하고 건강한 생활습관을 형성하기 위한 노력은 별로 하지 않는 편이다. 저소득층 노인이 손쉽게 접근할 수 있는 보건소나 병원 등에서 우선적으로 약물을 처방하고 이들의 건강관리를 위한 영양, 스트레스관리, 규칙적 운동 등에 관심을 적게 가지고 있는 것도 문제점이라고 볼 수 있다.

다음으로 인구학적 특성에 따른 건강증진행위, 지각된 건강상태, 의학적 진단 및 약물복용의 차이를 살펴보고자 한다. 먼저 연령에서 60대와 70대가 80대보다 건강증진행위를 더 잘 수행하는 것으로 나타났다. 이는 Choi(2001)의 연구 결과와 일치하며, 노인의 연령이 낮을수록 건강관리가 잘 이루어짐을 알 수 있다. 노인은 자신의 건강에 대한 관심이 어느 연령층보다 많으므로 건강증진행위를 받아들여려는 의지가 강하고 새로운 건강습관을 형성하는데도 적극적인 것으로 보고되고 있다(Frauman & Nettles-Carlson, 1991). 앞으로 우리나라에서도 고령의 노년층들이 증가되고 있는 양상이며

로 노년초기에 건강한 생활습관이 형성되어 노년후기까지 이어질 수 있도록 장기적인 계획과 관리가 이루어져야 할 것이다.

지각된 건강상태는 여성노인보다 남성노인이, 70대보다 60대가, 교육수준이 낮은 군보다 높은 군이 자신의 건강상태를 더 좋게 지각하고 있었다. 선행연구에서도 (Hwang et al., 2000; Sohng et al., 2000; Shin, 1996) 본 연구결과와 유사하게 나타났다. 여성노인이 남성노인보다 건강증진행위를 많이 수행하는데 비해 자신의 건강을 더 부정적으로 평가하는 것으로 나타났는데, 향후 이에 대한 분석연구가 필요하다고 본다. 교육을 많이 받은 노인일수록 건강정보에 노출할 기회가 많고, 건강에 대한 관심이 높아서 자신의 건강을 잘 관리하기 때문에 지각된 건강상태가 좋은 것으로 사료된다.

최근 의학적 진단은 여성노인이 남성노인보다, 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록 의학적 진단이 많아서 질병 이환율이 높았으며, 약물복용 또한 더 많이 하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 여성노인은 남성노인보다 자신의 건강을 더 나쁘다고 인지하고 있어서 지속적으로 병원이나 보건소를 방문하여 약을 처방받기 때문이며, 고령일수록 보유 질병 수가 많아서 약물복용을 더 많이 하게 되고, 학력이 낮은 노인들이 약물 오남용 및 중복 복용 등의 경우가 많기 때문인 것으로 보인다. 따라서 약물 부작용과 관련된 노인문제가 심각할 수 있으므로 이에 대한 대책이 마련되어야 한다.

이상을 요약하면, 저소득층 노인은 일반노인에 비해 건강증진행위를 적게 하고 있으며, 특히 그 중에서도 운동이 부족한 것으로 나타났다. 또한 저소득층 노인의 지각된 건강상태는 일반노인보다 나쁘게 나타났으며, 이에 따라 실제 최근 의학적 진단과 약물복용도 많은 것으로 나타났다. 이러한 결과에 비추어 저소득층 노인의 건강관리를 위한 특별 프로그램을 개발하고 이들이 스스로 건강증진 할 수 있는 능력을 키워주는 것이 시급하다고 볼 수 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 일반노인·저소득층 노인의 건강증진행위와 지각된 건강상태를 비교함으로써 효과적인 노인 건강증진프로그램을 개발하기 위한 기초를 제공하고자 실시되었다.

연구 대상자는 60세 이상의 노인으로 대구시 일개 노

인복지회관을 방문하는 기초생활보장법에 해당하지 않는 80명의 일반노인과 노인복지센터에 등록된 독거노인이나 기초생활보호에 해당하는 84명의 저소득층 노인을 대상으로 2001년 8월부터 9월까지 자료수집을 하였다. 연구 도구는 Walker, Sechrist, & Pender(1995)의 HPLPⅡ(Health Promotion Lifestyle ProfileⅡ)와 Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale을 사용하여 건강증진행위와 지각된 건강상태를 측정하였다. 수집된 자료는 SPSS-WIN 10.0을 사용하여 평균, 표준편차, ANCOVA, t-test, ANOVA, Chi square test, 사후검정으로 Duncan test로 분석하였으며 그 결과는 다음과 같다.

1. 전체 노인의 건강증진행위점수는 4점 만점에 2.29점이며, 하부영역별로는 영양이 가장 높았으며, 그 다음이 스트레스 관리, 대인관계, 영적성장, 건강책임, 신체활동의 순으로 나타났다.
2. 저소득층 노인의 건강증진행위 평균평점이 2.05점으로 일반노인의 2.54점보다 유의하게 낮은 것으로 나타났다.
3. 지각된 건강상태는 14점 만점에 8.21점이며, 저소득층 노인이 일반노인보다 유의하게 자신의 건강을 나쁘게 인지하는 것으로 나타났다.
4. 저소득층 노인이 일반노인보다 최근 의학적 진단, 약물복용 및 질병 보유수가 유의하게 많은 것으로 나타났다.

이상의 연구결과를 근거로 노인 건강증진프로그램 개발할 때 노인에게 적절하고 실천 가능한 운동과 건강책임 강화를 강요시키고, 특히 저소득층 노인을 위해서는 운동을 많이 권하고, 대인관계, 스트레스 관리를 실천하는 건강한 생활습관이 형성되도록 계획해야 할 것이다. 또한 저소득층 노인은 만성질환 이환율이 높고 약물복용을 많이 하고 있으므로 이에 대한 대책이 요구되며, 지각된 건강상태를 긍정적으로 평가할 수 있도록 이들의 건강증진을 위해 국가 사회 차원의 지속적인 관심과 정책적인 지원이 필요하다고 본다.

References

- Ahijevych, K., & Bernhard, L. (1994). Health-promoting behaviors of African American women. *Nursing Research, 43*, 86-89.

- Alford, D. M., & Futrell, M. (1992). Wellness & health promotion of the elder. *Nursing Outlook*, Sep/Oct. 221-225.
- An, H. G. (1998). A study on physical health status and nursing needs of the elderly. *J Korean Fund Nurs*, 5(1), 47-64.
- Bertera, E. M. (1999). Assessing perceived health promotion needs and interests of low-income older women. *Journal of Women Healths & Gender-Based Medicine*, 8(10), 1323-1336.
- Brady, B., Nies, M. A. (1999). Health-Promoting Lifestyles and Exercise : A Comparison of Older African American Women Above and Below Poverty Level. *Journal of Holistic Nursing*, 17(2), 197-207.
- Choi, Y. H., & Chung, S. E. (1991). A Study on the Development of Physical Health Assessment Tool and Health Status of Korean Elderly. *J Korean Acad Adult Nurs*, 3(1), 70-91.
- Chang, S. O., Park, Y. J., Lee, S. J., & Park, E. S. (1999). A study on perceived health influencing factors, health practice performance and perceived health status in the elderly. *J Korean Acad Adult Nurs*, 11(3), 499-510.
- Choi, Y. H. (2001). A comparative study on health-promoting behavior, life satisfaction and self-esteem of the young and old old. *J of Korean Community Nurs*, 12(2). 428-436.
- Eun, Y., & Gu, M. O. (1999). A study of the relationships among health promoting behaviors, health locus of control(HLOC), and response patterns to HLOC in Korean elderly. *J Korean Acad Nurs*, 29(3), 625- 638.
- Frauman, A. C., & Nettles-Carlson, B. (1991). Predictors of a health-promoting life style among well adult clients in a nursing practice. *Journal of American Academy Nurse Practice*, 3(4), 174-179.
- Hwang, M. H., & Doh, B. N. (2000). A study of perceived health status, social support and self care agency of the aged. *Kyungpook J of Nursing Science*, 4(1), 43-58.
- Im, M. Y., Ryu, H. S. (2001). A study on Health Service Utilization for the Low Income Elderly in Korea. *J. of Korean Community Nursing*, 12(3).
- Jaung, A. H., Park, K. M., Ryu, M. K. (2000). Health Promotion Lifestyle Profiles of the Korean elderly in Japan. *J of Korean Community Nurs*, 11(2), 470-485.
- Kim, H. J. (1996). *Determinants of health-promoting behavior in the elderly*. Master's thesis. The Keimyung University of Korea, Daegu.
- Kim, K. B. (1997). Health promotion for the elderly. *The Korean Nurse*, 36(4), 6-13.
- Korea National Statistical Office (2001). Population projections.
- Lee, K. W., Lee, Y. M., & Kim, J. H. (2000). The health and nutritional statues of low-income, alone-living elderly. *Korean J Community Nutrition*, 5(1), 3-12.
- Lookinland, S., & Harms, J. (1996). Comparison of health-promotive behaviors among seniors : exercisers versus nonexercisers. *Social Science in Health. International Journal of Research & Practice*, 2(3), 147-161.
- Ministry of Health and Welfare(2002). Trend of population, sex ratio and population density : 1960-2050.
- National Health Insurance Corporation(2001). Report of National Health Insurance Corporation.
- Park, E. S., Kim, S. J., Kim, S. I., Chun, Y. J., Lee, P. S., Kim, H. J., Han, K. S. (1998). A study of factors influencing health promoting behavior and quality of life in the elderly. *J Korean Acad Nurs*, 28(3), 638-649.
- Pullen, Walker & Fiandt (2001). Determinants of Health-Promoting Lifestyle Behaviors in rural older women. *Family & Community*

Health, 24(2), 49-72.

- Shephard (1993). Exercise and aging: Extending independence in older adults. *Geriatrics, 48*(5), 61-64.
- Shin, Y. S. (1996). A comparative study on the health status of urban and rural elderly -Pusan, Kyeungnam area-. *J of Korean Community Nurs, 8*(2), 237-249.
- Sohng, K. Y., & Lee, S. Y. (2000). A survey on perceived health status and health promoting lifestyle patterns between Korean elderly and Korean-American elderly. *J Korean Fund Nurs, 7*(3), 401-414.
- Song, Y. S., Lee, M. R., & Ahn, E. K. (1997). The study on Health Promoting Lifestyle of the elderly. *J Korean Acad Nurs, 27*(3), 541-549.
- Sung, M. S. (1998). *A correlation study on spiritual wellbeing, hope, & perceived health status of the elderly*. Master's thesis. The Keimyung University of Korea, Daegu.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health promoting lifestyles of older adults: Comparison with young and middle aged adults. correlates and patterns. *Advanced in Nursing Science, 11*(1), 76-90.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). HPLP II. College of nursing. University of Nebraska center.
- WHO (2001). Healthy 2010.

- Abstract -

A Comparative Study on a Health Promoting Lifestyle and Perceived Health Status between High and Low Income Elderly

Park, Jeong Sook*Lee, Hae Ran**

Purpose: This study was to investigate the

needs for developing a health promotion program for the elderly, and to compare the health promoting behaviors and perceived health status between high and low income elderly. Method: The data were collected from 80 high income elderly and 84 low income elderly through face to face interviews. The instruments used in this study were the Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) and Perceived Health Status.

Results: 1) The total score of the HPLP for the elderly was 2.29. In the subscales, the highest degree of performance 'nutrition', following 'stress management', 'spiritual growth' and 'health responsibility' and the lowest degree of performance was 'physical activity'. 2) The high income level elderly had significantly higher total HPLP scores than the low income level elderly. The biggest difference was found in 'physical activity' between high and low income elderly. 3) The mean score of perceived health status was 8.21. The high income elderly had significantly higher perceived health status than the low income elderly.

Conclusion: The above findings indicate that it is necessary to develop a health promotion program with reinforced physical activity, health responsibility for the elderly in Korea. In particular physical activity need to be increased for the low income elderly. The low income elderly need to have positive thinking for perceived health status.

Key words : Low income elderly, Health promoting behaviors, Perceived health status

* College of Nursing, Keimyung University

** Munkyung College of Nursing