

제 48 회 석사학위논문  
지도교수 정 의 권

제주지역 노인들의  
건강관리의식과 영향요인

중앙대학교 교육대학원  
체육교육전공  
고 서 영  
2006년 2월

제주지역 노인들의  
건강관리의식과 영향요인

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

2006년 2월

중앙대학교 교육대학원  
체육교육전공  
고서영

고 서 영의 석사학위 논문을 인정함.

심사 위원장\_\_\_\_\_ (인)

심 사 위 원\_\_\_\_\_ (인)

심 사 위 원\_\_\_\_\_ (인)

중앙대학교 교육대학원

체 육 교 육 전 공

고 서 영

2006년 2월

# 목차

표목차 .....	iii
논문개요 .....	v
<b>제1장 서론 .....</b>	<b>1</b>
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구목적 .....	2
3. 연구의 전제 .....	3
4. 연구문제 .....	3
<b>제2장 이론적 배경 .....</b>	<b>4</b>
1. 노인과 건강 .....	4
2. 건강관리 .....	12
3. 선행연구 .....	21
<b>제3장 연구 설계 .....</b>	<b>25</b>
1. 조사대상의 표집 .....	25
2. 조사도구 .....	26
3. 자료처리방법 .....	27
<b>제4장 연구결과분석 .....</b>	<b>28</b>
1. 연구대상의 기초분석 .....	28
2. 차이분석 .....	36
3. 회귀분석 .....	51
4. 연구결과의 요약 .....	53

제5장 결론 .....	57
참고문헌 .....	60
ABSTRACT .....	6
부 록 .....	69

## 표목차

<표 1> 연구대상의 정의 및 표본추출방법 .....	25
<표 2> 연구대상의 일반적 특성 .....	25
<표 3> 조사도구 .....	26
<표 4> 건강행위척도의 신뢰도 분석 .....	27
<표 5> 빈도분석결과 .....	29
<표 6> 연구대상의 건강상태 빈도분석 결과 .....	30
<표 7> 일상생활 수행능력 빈도분석 결과 .....	31
<표 8> 기본적 건강관리 실태 .....	32
<표 9> 연구대상의 건강관리방법 빈도분석 .....	33
<표 10> 연구대상의 운동실태 빈도분석 .....	35
<표 11> 연구대상의 건강·운동교육실태분석 .....	36
<표 12> 성별에 따른 건강상태 차이 분석 .....	37
<표 13> 연령에 따른 건강상태 차이 분석 .....	37
<표 14> 교육정도에 따른 건강상태 차이 분석 .....	38
<표 15> 월 평균 수입에 따른 건강상태 차이 분석 .....	39
<표 16> 현재 직업 유무에 따른 건강상태 차이 분석 .....	40
<표 17> 성별에 따른 건강관리 차이 .....	40
<표 18> 연령에 따른 건강관리 차이 .....	41
<표 19> 교육정도에 따른 건강관리 차이 .....	42
<표 20> 월 평균 수입에 따른 건강관리 차이 .....	43
<표 21> 현재 직업 유무에 따른 건강관리 차이 .....	44
<표 22> 동거 형태에 따른 건강관리 차이 .....	45
<표 23> 인구사회적 변인에 따른 건강행위의 차이분석 .....	46
<표 24> 성별에 따른 건강행위 차이 .....	46
<표 25> 연령에 따른 건강행위 차이 .....	47

<표 26> 교육정도에 따른 건강행위 차이 .....	48
<표 27> 월수입에 따른 건강행위 차이 .....	49
<표 28> 직업 유무에 따른 건강행위 차이 .....	50
<표 29> 동거 형태에 따른 건강행위 차이 .....	51
<표 30> 건강긍정행동에 영향을 미치는 요인 .....	52
<표 31> 건강생활행동에 영향을 미치는 요인 .....	52
<표 32> 건강행위에 영향을 미치는 요인 .....	53

## 논문개요

# 제주지역 노인들의 건강관리에 관한 의식과 영향요인

노인의 건강문제는 노화정도에 따라 신체기능의 저하, 기능저하로 인한 기능장애, 기능상실과 병리적 변화 등이 다양하게 나타나고 있다. 그러나 노인들의 건강문제 유병률이 높고 심각함에도 불구하고 건강문제에 대한 관리실태는 소극적이고 미흡한 실정이다. 의학적 질환이나 질병 증상을 동반한 병리적 노화를 겪지 않고 건강을 유지하도록 하는 일상생활에서의 건강관리 행동은 노년기 생활에서 중요한 의미를 갖게 된다.

이에 본 연구는 제주지역노인을 대상으로 지역사회노인들의 건강관리에 대한 의식을 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하여 노인들의 건강기능을 유지·증진하기 위한 기초자료를 제공하고자 하였다. 그 결과는 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, 과반수이상의 노인들이 건강관리에 적극적인 관심을 가지고 있었으나, 반 정도의 노인들만이 규칙적인 운동을 하고 있었고, 일주일에 2-3번 이상 1회에 1시간 미만으로 컨디션에 맞추어 적당히 운동하는 것으로 나타났다.

둘째, 노인들의 건강이나 운동과 관련한 교육이 부족한 것으로 나타났고, 대체로 건강·운동에 관한 지식이 부족한 것으로 나타났으나 대다수의 노인들이 건강 운동교육에 참여의사를 가지고 있었다.

셋째, 60-64세, 대졸, 직업이 있는 노인집단의 건강행위가 타 집단보다 높게 나타났고, 남자노인들이 여성노인에 비해 흡연을 많이 하는 것으로 나타났다. 101만원 이상의 월수입을 가진 노인집단이 타 소득 노인집단에 비해 균형잡힌 식사에 신경을 쓰고 있는 것으로 나타났고 건강식품에 대한 효과도 가장 낮게

인식하는 것으로 나타났다

넷째, 건강긍정행동과 건강생활행동에 영향을 미치는 요인은 주로 건강실태요인이 영향을 미치는 것으로 나타나 건강실태가 좋으면 좋을수록 건강행위가 높아진다고 판단할 수 있었다.

이상의 연구결과를 바탕으로 노인건강을 위한 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 대다수의 노인들이 건강 운동교육에 참여의사를 가지고 있어 노인들의 건강과 운동에 대한 체계적 관리가 지역사회차원에서 이루어질 필요성이 있다. 이에 지역복지관이나 노인복지관, 그리고 보건소를 중심으로 지역노인을 대상으로 한 건강교육과 노인의 운동요법에 대한 지도노력이 필요하다.

둘째, 특히 70대 이상의 고연령층과 고졸미만의 학력집단, 100만원 미만의 수입을 가진 건강관리 취약집단 노인집단에 대한 건강교육과 운동요법에 대한 지도강화와 긍정적 정신자세에 대한 교육이 필요하다.

셋째, 고학력집단이나 고소득 집단의 건강행위는 어느 정도 이루어지고 있는 것으로 판단된다. 이들의 건강행위를 지속할 수 있도록 하는 지역사회의 여건조성이 필요하다. 특히 중년층부터 운동과 건강에 관심을 가질 수 있는 지역사회의 인프라를 구축하여야 한다.

넷째, 현재의 건강실태가 긍정적일수록 건강행위에 긍정적 영향을 미치고 있어 노인들의 치매 등 노인성 질환을 예방할 수 있도록 지역의료서비스의 예방의학활동을 강화하여야 한다.

# 제1장 서론

## 1. 연구의 필요성

우리나라의 고령화속도는 매우 빠르게 진행되고 있어, 2000년도에 65세 이상 노인인구가 7.2%의 고령화 사회로 진입한 이래 2019년이면 14.4%의 고령사회가 이를 것으로 전망된다(통계청, 2003). 노인인구의 증가로 인한 건강문제는 신체기능의 저하, 기능장애, 병리적 변화 등 노화정도에 따라 다양하게 나타나며, 이는 신체적 심리적 사회적인 문제를 내포한 복합적인 양상을 띠게 된다.

노인의 건강문제는 노화정도에 따라 신체기능의 저하, 기능저하로 인한 기능장애, 기능상실과 병리적 변화 등이 다양하게 나타나는데, 노인의 건강문제는 일반성인과는 달리 완치될 수 있는 급성질환보다는 장기간의 관리가 필요한 만성질환이 대부분이고, 한 가지 이상의 다양하고 복잡한 질환을 가지고 있으며, 원인이 명확하지 않고 병인이 복합적인 것이 많아 예방이 어렵고 질병양상과 과정이 다소 특이하고 개인차가 심하다는 것이 특징이다(이미라, 2001: 1-2).

우리나라 노인의 90.9%가 본인이 인지한 만성질환을 한 가지 이상 앓고 있으며, 주요 만성질환종류별 유병률을 보면 관절염(43.1%)이 가장 높으며, 그 다음은 고혈압(40.8%)이며, 요통·좌골통(30.6%), 신경통(22.1%), 골다공증(18.9%), 백내장(18.1%) 등이다. 만성질환을 앓고 있는 노인 중에서 만성질환으로 인하여 힘든 점(통증 제외)이 있다는 노인이 50.8%이며, 그 어려움으로는 일상생활수행의 제한(43.3%)이 가장 많으며, 치료비로 인한 경제적 어려움(22.4%), 사회활동의 제한(17.0%), 외로움·소외감·자존감 상실(15.8%) 등의 어려움을 겪고 있다(정경희, 2005: 56).

노인들이 건강문제에 대처하는 양상을 보면 노인들은 신체적 생리적으로 에너지가 왕성하지 못하고 적응력이 감퇴되어 있으며, 모든 일에 의욕을 잃거나 동기조성에 변화가 오기 때문에 신체의 변화나 질병에 대해서 치료하려는 노력을 하지 않거나 포기하려는 비협조적인 태도가 되기 쉽다. 그리고 질병의 증상

이 있고 그 상태가 진행되어도 노인이기 때문에 당연히 생기는 병이라는 생각과 경제적인 부담 때문에 전문적인 진료를 받지 않는 경우도 많다. 또한 노인들의 만성질환 발생률이 높고 증상이 심각함에도 불구하고 대부분 전문의료인을 찾아가지 않고, 전문가를 찾기 전에 문제를 스스로 다루려고 하는 경향이 있다.

이와 같이 노인들의 건강문제 유병률이 높고 심각함에도 불구하고 건강문제에 대한 관리실태는 소극적이고 미흡한 실정이다. 의학적 질환이나 질병 증상을 동반한 병리적 노화를 겪지 않고 건강을 유지하도록 하는 일상생활에서의 건강관리 행동은 노년기 생활에서 중요한 의미를 갖게 된다(오은아, 2000: 2).

그러나 노인에 관한 잘못된 편견 중 하나로 노년기에는 생활양식의 변화가 불가능한 것으로 생각하여 노인의 건강증진을 위한 노력에 소홀하다는 지적이 있으나, 선행연구에 따르면 흡연이나 음주, 수면, 운동, 식습관 등 노인의 건강관리행위는 질병예방과 건강상태의 개선을 통하여 노인이 건강하게 생활할 수 있는 기간을 연장시키고 기능장애의 기간을 줄이며, 독립적이고 의미있는 일에 참여할 수 있게 함으로써 삶의 질을 높일 수 있다는 증거들이 축적되고 있다(전미영, 2003).

국내의 선행연구를 보면, 건강관리프로그램 중 운동프로그램이나 레크레이션 요법, 가족교육프로그램 등 주로 한 가지 프로그램을 적용한 연구가 대부분이고(이영란 외, 1998), 이 또한 대부분 시설노인을 대상으로 하고 있다. 따라서 노인의 포괄적인 건강관리와 지역사회거주 노인을 위한 연구가 절실히 요청되고 있다.

## 2. 연구목적

본 연구는 지역사회노인들의 건강관리에 대한 의식을 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하여 노인들의 건강기능을 유지·증진하기 위한 기초자료를 제공하고자 하였다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 지역사회노인의 건강관리에 관한 의식을 파악한다.

둘째, 지역사회노인의 건강관리 영향요인을 분석한다.

셋째, 지역사회노인의 건강관리를 개선할 수 있는 방안을 제시한다.

### 3. 연구의 전체

본 연구는 노인의 건강관리 의식과 영향요인을 문헌연구와 설문조사를 통해 분석하는 것으로 문헌연구는 현황을 고찰하고, 문제점을 분석한 후 이를 바탕으로 앞으로 바람직한 방향을 제시하는 것으로 새로운 이론이나 그에 대한 가설을 검증하는데 한계가 있으며 자료의 신뢰성이 적다는 제약을 가지고 있다.

이 제약점을 극복하기 위하여 제주지역사회노인을 대상으로 한 설문조사를 통하여 보완하고자 하였으나 공간적으로 전체노인이 아닌 제주지역에 거주하는 노인을 연구 분석대상으로 한계를 가지고 있고, 본 연구설계에서 고려한 변수 이외의 영향을 고려하지 못한 한계를 가지고 있어 연구내용의 일반화에 한계를 가지고 있다.

### 4. 연구문제

위의 연구목적과 연구의 제약에 기초해 제주도 노인들을 대상으로 노인들의 건강관리 의식과 영향요인을 분석하는 본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

첫째, 인구사회학적 요인에 따라 노인들의 건강상태에는 차이가 있을 것이다.

둘째, 인구사회학적 요인에 따라 노인들의 건강관리의식과 행위에는 차이가 있을 것이다.

셋째, 노인들의 건강관리의식과 행위에 따라 건강상태에는 차이가 있을 것이다.

## 제2장 이론적 배경

### 1. 노인과 건강

국제 노년학회에서 노인을 정의하기를 인간의 노령화 과정에서 나타나는 생리적, 육체적, 심리적, 정서적, 환경적 및 행동의 변화가 상호작용 하는 복합형태의 과정에 있는 사람이라고 하였다. 따라서 노인은 생리적, 육체적 변화기에 있으며(biological aging), 심리적인 면에서는 개성이 감소하고(psychological aging), 시대의 변화에 따른 사회적인 관계가 과거에 속해있는 사람(sociological aging)이라고 할 수 있다(이미라, 2001: 6).

노화현상이란 생물의 성장발달 과정으로서 인간이 출생하여 죽음에 이르는 과정의 전반적인 변화로서 시간의 경과에 따라 성숙기 이후에 명료하게 나타나기 시작하여 불가피한 죽음에 이르는 점진적인 과정이다. 이러한 노화과정은 노인의 건강과 밀접한 관계가 있어서 그 정도에 따라 몸의 조직과 기능이 소모되어 늙아지면서 기능저하, 기능장애, 기능상실 및 더 나아가 병리적인 변화까지 오게 된다.

#### 1) 노인의 특성

##### (1) 신체적 특성

노인의 신체적 건강문제와 밀접한 관계가 있는 신체적 측면의 노화과정은 골밀도와 골밀도의 감소 등이 나타나는 근골격계의 변화, 혈관의 이완 및 탄력성 소실 등의 심맥관계의 변화, 폐포의 감소와 탄력성의 저하가 나타나는 호흡기계의 변화, 신혈류 흐름의 감소와 사구체 여과율의 감소를 가져오는 비노생식기계의 변화, 치아의 상실과 위의 소화기능저하가 나타나는 소화기계의 변화 등 많은 신체적인 변화가 나타난다(조유향, 1994).

이러한 신체적 노화의 특수성 때문에 노인인구의 유병율이 전체인구의 유병

율보다 높는데, 구체적으로 보면 신생물, 내분비 영양대사 질환과 면역장애, 혈액 및 조혈기 질환, 신경계 및 감각기 질환, 순환기 질환, 신경계 및 감각기질환, 순환기계 질환, 소화기계 질환, 근골격계 및 결합조직 질환, 증상 징후 및 불명확한 병태, 손상 및 중독 등에서 노인들의 유병율이 높다. 또한 노인 질병의 특징을 보면 한 가지 이상의 질병을 동시에 가지고 있으며, 만성질환이 많고 그 원인이 불분명하거나 복합적인 원인에 의해 발병하며, 질병의 양상과 과정이 다소 특이하며, 질병의 경과가 길어지고 재발하기 쉬우며, 한 질병의 경과 중에 다른 새로운 질병이 발견된다는 점이다(김정균, 1984).

## (2) 사회적 특성

오늘날 산업화된 사회에서는 노인의 지식이나 축적된 경험, 기술 그리고 사고 방식과 사상은 점차 퇴색되며 사회에서 쓸모없이 사장되어 가고 있는 실정이다. 그와 더불어 노인의 생활방식이나 욕구 및 기대 등이 무시되고 사회적 역할의 상실로 말미암아 갈등이 고조되고 있다. 특히 우리 사회의 노인들처럼 과거의 사회 환경 때문에 별다른 교육도 받지 못하고 생활고에 시달리며 살아온 세대에는 더욱 이러한 논리가 성립되고 있다. 이에 반해 노인에게는 집단 활동에 계속해서 적극적으로 참여하고 싶은 욕구가 존재하고 있다.

사회에 있어서 노인의 특성을 다음은 같다(Rosow, 1974). 일반적으로 노인은 그 존재 가치가 저하됨에 따라 젊은이로부터 무시당하고 가족이나 친척들의 무관심, 심지어는 노인들간에 있어서도 대수롭지 않은 존재로 여겨지고 있으며, 고집과 거부성을 띠고 있어 단체활동을 할 경우 다른 단체와 타협과 수용이 개인보다 어려운 형편이다.

또한 노인은 사회참여나 사회적 이익을 취할 수 있는 기회를 놓치기 쉽고 불이익이 누적되어 소외되기 마련이며, 가족 구성원으로서나 일에 있어서의 역할, 기능을 상실해 간다. 늙음에 대한 올바른 자아 인식이 부족하고 이미 노쇠하여 기능이 저하되었음에도 불구하고 자신을 젊은이와 비교하여 노인으로서의 새로운 역할 적응보다 젊은이의 역할을 계속하려는 경향을 보이고 있다.

이러한 사회적 특징을 잘 반영하는 제도적 장치는 전무한 상태이므로 다원화된 사회적 노인문제를 해결하기 위한 방안이 시급한 상황이다. 그리고 우리 사회의 노인들은 낡은 사고와 생활을 비판, 재검토하고 적극적인 사회참여로 젊은 세대에 동화됨으로써 새로운 인생을 개척해야 할 것이다.

### (3) 심리적 특성

노인의 심리적 특성으로서 건강과 경제적 불안감, 생활부적응에서 오는 불안과 초조감, 정신적 흥미의 감퇴에서 오는 내폐성 육체적인 쾌락추구, 활동성의 감소, 성적충동의 감퇴, 새로운 상황에 대한 학습이나 적응의 곤란, 고독감, 질투심, 보수적, 다변, 우둔, 과거에 대한 집착, 회고, 누추함 등이 제시될 수 있다(류재문, 2002). 따라서 노년기는 생의 마지막 단계로 신체조직의 뚜렷한 기능저하와 자아적응의 저하가 두드러지며 완숙기 혹은 절망의 시기, 쇠퇴기라고 부르기도 하며, 모든 기본적인 욕구가 더 강하게 느껴지는 시기로 인식, 존경, 애정, 성취, 안전, 자존심 등의 욕구를 더 강하게 추구하게 된다. 또한 노인은 다른 연령층과는 다른 특유한 사회심리적, 신체적 욕구를 가지고 있다. 가능한 오래 살고 싶은 요구, 집단활동에 계속해서 적극적으로 참여하고 싶은 욕구, 자신이 갖고 있는 특권인 소유물, 권리, 권위, 위신 등을 보호하고자 하는 욕구, 죽음을 위엄과 편안으로 맞고자 하는 욕구 등이 있다고 했다. 따라서 노인에게는 안정 욕구, 승인욕구, 지식욕구, 애정욕구, 생존욕구 등이 있다고 할 수 있다(유진, 1989).

한편 이러한 욕구와는 달리 고령화함에 따라 노인에 대한 사회적 평가가 달라지고 있다. 즉 가족구성원으로서나 일에 있어서 역할, 기능을 상실해가며 가족이나 친지들의 무관심, 사회참여나 사회적 이익에 있어서의 기회의 상실 등 욕구 충족의 결여로 인하여 경제적 빈곤, 건강의 악화, 역할의 상실, 소외감 등의 문제에 당면하고 있다.

## 2) 노인의 신체활동 필요성

사회구조의 급격한 변화와 발전은 신체활동으로서 스포츠가 전체 사회의 가치와 태도를 반영하고 있는 축소판이라는 점에서 스포츠 활동 참여의 대중화와 보편화에 커다란 영향을 미쳐왔다(Leonard, 1980).

노인의 신체활동 참여가 갖는 기능과 관련된 그 역할은 각종 질병의 예방, 체력의 향상, 건강의 유지증진, 휴양 및 기분전환, 삶의 즐거움에 대한 충족, 건전한 여가활동, 사회적 건강 매체, 삶의 내용 및 수준의 향상, 명량한 생활의 영위, 행복한 복지증진 등을 들 수 있다.

노인들의 가장 높은 관심을 보이고 있는 것은 무엇보다도 건강에 대한 문제이며, 노인의 신체활동은 여가선용 뿐만 아니라 바로 이러한 건강유지 측면에서 증시되어야 할 과제이다. 따라서 노년기의 체력관리와 건강을 위한 적절한 신체활동과 레크리에이션의 중요성이 부각되고 있다. 특히 핵가족화 되면서 노인층이 심각한 소외 집단화되고 있는 추세에 따라 적절한 노인의 신체활동 장려는 국민복지적 차원에서 매우 중요한 정책과제인 것이다(임번장, 1991).

노인에 있어서의 여가선용이나 신체활동의 의미는 일반 성인이나 청소년의 경우와는 아주 다르다. 성인기 남자에게는 직업이, 여자에게는 직업이나 가사를 돌보는 것이 주요 영역이 되고 있으며, 노인의 경우 일이란 종속적인 것이 되고 여가활동이 주가 되는 경우가 대부분이다. 노년기는 사회적으로는 경제활동의 감소로 인하여 사회에서의 역할이 감소하고, 가족 내에서는 자녀양육의 책임이 줄어들면서 사회적 의무가 줄어드는 시기이다. 이는 의무로부터의 자율감과 함께 역할에 대한 상실감을 경험하게 되며, 이를 해소하기 위한 방안으로 새로운 영역의 활동을 실천하는 것은 노년기를 풍부하게 하는 요소가 되고 있다. 특히 최근 노년기가 길어지면서 건강한 노인이 증가하고 있고, 이들의 적극적 사회활동은 노인 개인에게는 활력 있는 노후생활을 제공할 뿐 아니라 사회적으로 노인을 사회 부양의 대상이 아닌 사회적으로 활용할 수 있는 자원으로써 이용가능하게 하고 있다.

하지만 현재 노년세대는 적극적 여가활동을 실천하고 있지는 못하다. 이들의

대부분은 평생교육프로그램의 참여나 자원봉사활동, 컴퓨터 및 인터넷 활용과 같은 활동보다는 TV시청이나 가족과의 시간을 보내는 것으로 노후를 보내고 있으며 이를 통해 즐거움을 느끼고 있는 것으로 나타났다. 한편, 실제 평생교육이나 자원봉사 등에 참여하고 있는 노인의 비율이 4%대로 매우 낮으며, 또한 향후 이용희망률도 높지 않게 나타났다.

그러나 사회가 급격히 변화하면서 65세 이상의 노인일지라도 전기 노인층과 후기 노인층간에는 건강, 경제, 교육수준에 차이가 있을 뿐만 아니라 노후에 대한 가치관에도 큰 차이가 나고 있다. 즉, 점차 전기 노인층일수록 쉬면서 보내는 노후보다는 적극적으로 활기찬 노후 생활을 하기를 희망하고 있는 것으로 나타났다. 점차적으로 젊은 노인층을 중심으로 하여 사회의 변화에 적응하고 적극적 여가활용을 희망하는 것으로 보인다.

오늘의 노인들은 단순히 더 오래 사는 것보다는 보다 젊고 활동적이고 역동적인 생활을 추구하고 있다. 나이가 들면서 신체기능이 쇠퇴하는 노화현상이 연령증가에 따른 필연적인 현상으로 간주되어 왔으나, 노화현상은 단순히 나이먹은 결과라기보다는 신체활동 부족이 주요 원인이다. 노인의 신체활동은 신체 상태를 일생동안 유지시켜 줄뿐 아니라 나아가 그 능력의 향상도 가능하게 한다.

그러나 현재 우리나라 노인을 위한 신체활동 계획은 사회적 관심에 멀어져 있는 것이 사실이다. 시설 면에서 보더라도 경로당, 노인정 등의 시설은 상당히 협소하여 신체활동을 전개하기에는 부적합한 편이며, 최근 비교적 활발히 이루어지고 있는 노인 학교에서의 신체활동도 이들을 지도할 전문적인 지도자가 없는 관계로 소기의 목적을 달성하지 못하고 있는 실정이다. 또한 소수의 생활체육 기관에서 노인을 위한 레크리에이션을 의욕적으로 지속하고 있으나 극히 일부 계층에만 제한되어 있을 뿐 사회전반에 걸쳐 조직적인 신체활동은 거의 이루어지지 못하고 있는 실정이다(류재문, 2002). 미래사회에 있어서 노인들의 신체활동을 보다 적극적으로 유도하고, 활성화시키기 위해서는 이용 가능한 시설의 확보와 지도자의 양성에 더하여, 이들의 체력과 흥미를 고려한 다양한 프로그램의 개발 및 보급이 선행되어야 한다.

### 3) 건강과 건강인식

#### (1) 건강의 정의

일반적으로 건강은 질병 또는 질환과 대비되는 개념으로 사용되는데, 이 둘은 엄밀한 의미에서 다른 개념이다. 질환(Disease)은 의학적으로 규정된 생리적·생물학적 이상 상태를 의미하고, 질병(Illness)은 질환의 사회심리학적 의미를 포함하는 개념으로서 환자의 주관적인 경험과 전문직을 포함한 주변 집단의 평가와 반응을 포함한다(문창진, 1990). 건강 또한 절대적 기준에 의해 정의되기 보다는 개인의 지각과 사회문화적 요인의 상호작용에 의해 형성되는 상대적인 개념이다. 지난 2세기 동안 서구사회에서는 건강 개념에 대한 생의학적 모델(Biomedical Model)에 기초해 건강을 ‘질병의 부재 상태’로 인식하는 관점이 지배적이었다(네들던, 1997).

건강에 대한 생의학적 모델은 기본적으로 인간의 몸과 마음을 별도로 취급할 수 있는 대상으로 간주하며, 우리의 몸은 기계와 마찬가지로 수리 가능한 것으로 보았다. 따라서 질병을 일으키는 생물학적 요인에 대한 규명과 이에 대한 과학기술적 개입을 통해 건강을 통제할 수 있다고 믿고, 이를 위한 의료의 역할을 강조해 왔다. 그러나 20세기 후반에 들어와서 의학과 의료의 발전으로 급성 및 전염성 질환이 효과적으로 통제됨에도 불구하고, 보건의료비가 지속적으로 상승함으로써 생의학적 모델에 대한 재검토가 이루어졌다. 인간의 몸에서 일어나는 생물학적 변화에만 관심을 두는 생의학적 모델을 비판하는 새로운 관점은 건강에 대한 사회·환경적 맥락의 중요성을 강조하는 사회·환경적 모델 또는 간단히 사회적 모델(Social Model)이다(네들던, 1997). 이같이 건강에 대하여 개인이 처한 사회·환경적 맥락에 대한 이해가 강조되면서 보건과 의료에 대한 패러다임이 변화하고 있다.

보건과 의료에 대한 새로운 패러다임이 확산되면서 세계보건기구(World Health Organization)는 1974년 건강을 단순히 질환의 부재상태가 아니라 신체적, 정신적, 영성적 및 사회적 차원 전반에 걸친 안녕 상태를 의미하는 것으로

서 건강에 대한 공식 정의를 발표하였다. 세계보건기구의 공식적 정의는 건강을 질환의 부재 상태로 보는 생의학적 모델의 한계를 인정하는 것으로서, 건강을 인간을 구성하는 다 차원적 속성의 전면적인 안녕상태로 보고 있다. 다시 말해서 건강의 대상이 인체에서부터 전인적 인간으로 전환하게 된 것이다. 이러한 건강에 대한 정의는 다음과 같이 정리될 수 있다(Simmons, 1989).

### ① 질병부재로서의 건강

생의학에서 많이 사용해 온 것으로 질병이 없는 상태나 조건으로서의 건강이다. 병리, 생태학적인 과정의 진단과 치료에 노력이 집중되어 있으며 병적인 상태가 제거되거나 적어도 조절된 경우 인간은 건강한 것으로 간주된다.

### ② 역할수행으로서의 건강

인간이 그의 삶에서 역할을 수행할 수 있는 상태나 조건으로 생각하는 것이다. 신체적으로 아플 수 있지만 만일 그가 적절하게 기능할 수 있다면 건강한 것이다.

### ③ 적응능력으로서의 건강

생물체가 환경의 변화에 적절하게 반응하는 노력에 있어서 성공이나 실패이나를 나타내는 것으로서 건강한 사람은 다양한 생활사건에 적응하는 능력이 있다.

건강은 과거 질병과 장애의 부재를 의미하였지만 20세기 의학의 발달과 더불어 사람들은 장수의 측면에서 건강을 보기 시작하였고 오늘날은 안녕의 상태 즉 삶에서 생동력과 전반적인 안녕감을 갖는 것이다. 그러나 건강의 유지와 증진에 대한 욕구가 증가함에 따라 악화를 막으려는 소극적 건강 예방 개념과 현 상태보다 더 증진시켜 보려는 적극적인 건강의 개념(건강증진)이다.

최근 건강에는 안녕(Well-being)과 적성(fitness)이라는 2가지 새로운 개념이

발전되어 있다. 안녕은 육체적으로 정신적으로 기분 좋고, 상쾌하여 스스로 건강하다는 느낌을 갖는 것과 적성은 정신적으로 육체적으로 어떤 생활 기능과의 적합성 여부와 관련된 개념이다. 최저수준에서, 기능수준으로 그리고 최고수준에 이르는 스펙트럼으로 보다 적성수준이 향상되면 사람들은 전보다 더 건강해졌다는 느낌을 갖게 되고 또한 전보다 건강에 자신감을 갖게 된다. 육체적인 적성은 나이가 늘어남에 따라 감퇴된다(가정의학 편집위원회, 1997).

## (2) 건강인식

인식이란 인간의 행동을 지배하는 주관적이고 행동주의적인 용어로서 지각 심리학에 의하면 인간의 모든 행동은 객관적인 상황에 의해서만이 결정되는 것이 아니라 동일 상황 속에서도 타인과는 다른 개인만이 지니고 있는 특유의 지각 방식에 의해서도 결정되며, 따라서 현재의 인식을 변화시켜 줌으로써 인간 행동을 수정할 수 있다고 하였다(최정훈, 1992).

모든 인간은 자신의 실제 건강상태와 자신이 행하는 행위와의 관계가 확립되지 않았을지라도 건강과 연관된다고 생각되는 다양한 활동에 참여한다(Laffrey, 1990). Maddox는 실제의 건강상태는 자신의 건강상태에 대하여 인식하는 것과 일치한다고 주장했으며, 다른 연구들에서도 건강인식도가 그들의 사기와 회복 정도에 영향을 미친다고 했다(김금순, 1985). 건강인식이 좋은 사람들에서 건강실현 행위가 좋게 나타났다(김동오, 1994).

현재의 건강상태를 주관적으로 평가한 결과를 의미한다. 인간은 Malow(1966)의 세가지 욕구와 관련한 건강행위를 행하고 있으며 자신의 건강지각, 건강개념, 건강가치에 따라 초점을 두는 건강행위가 다양하게 나타난다(Williams, & Wechsler, 1972).

건강행위는 자신의 실제 건강상태나 지각된 건강상태와는 무관하게 목표에 있어서 효과적이든 아니든 간에 건강을 유지 증진하기 위해 자발적으로 취해진 행위로 개념화된다. 인지-지각요인들은 건강증진의 습득과 유지를 위한 일차적인 동기기전도로서 설명된다. 각각의 요인은 건강증진행위를 취할 가능성에 직

접 영향을 미치는 것으로서 건강의 중요성, 지각된 건강통제의 지각된 자기-효능감 건강의 정의, 지각된 건강상태, 건강증진행위의 지각된 유익성과 건강증진행위에 대한 지각된 장애점 등이 있다. 불리한 건강행위를 가진 사람이 지각하는 자신의 신체적 정서적인 안녕상태는 바람직한 건강행위를 가진 사람보다 낮다. 건강위험도와 인식도 사이의 연관성이 있는 것으로 나타나 건강행위를 유도하기 위해서는 우선 건강증진에 대한 인식도를 높이는 것이 중요하다.

건강증진 행위 예측요인을 분석한 결과 자존감, 통제적인 성격, 지각된 건강상태가 유의한 요인으로 나타났다. 건강인식은 신체적인 요인보다는 정신사회적 요인을 포함한 건강행태에 의해 많이 좌우되는 것으로 보인다.

## 2. 건강관리

### 1) 건강관리의 의미

건강관리란 개인, 가족, 지역사회가 최상의 건강을 달성, 유지, 증진하기 위해 주도하고 수행하는 조직적이고 과학적인 활동이다. 건강관리가 잘되면 일상생활 수행동작 능력(ADL), 도구적 일상생활수행동작 능력(IADL)에서 타인의 도움없이도 생활할 수 있으며, 장기요양보호를 필요로 하지 않으며, 삶의 질이 좋으며, 긍정적 노인생활양식을 가지고 있는 상태가 된다(권영숙, 2004).

이러한 건강관리 법에는 건강진단, 건강한 정신을 기르려는 태도, 체력, 식습관 등 여러 가지 방법들이 있을 수 있다(문혜경, 2003).

### (1) 건강관리의 방법

#### ① 건강진단

건강관리 방법 중 가장 기본이 되는 것이 건강진단이다. 이는 자신의 건강에 어떠한 문제가 있는지 또 문제의 해결을 찾기 위한 자료를 얻는 행위이다. 대부분의 사람들은 건강진단이 곧 건강관리의 전부인 것으로 착각을 하는데 건강진

단은 건강관리에 있어서 자료를 얻는 첫 번째 단계이다. 이런 기초 자료를 토대로 전문가와 상담하고 개선해 나아가는 것이 본인 스스로가 해야 될 첫 번째 건강관리인 것이다.

### ② 건강한 정신을 기르려는 생활태도

인간은 누구나 여러 가지 정신적 스트레스와 타인과의 관계에서 불만이 있을 수 있다. 이런 스트레스와 불만들은 건강에 많은 손해를 준다. 스트레스나 불만을 어떤 식으로 해결하느냐는 정신 건강에 있어서는 상당한 차이가 생겨난다. 좌절이나 실망보다는 잠시나마 휴식을 취하던가 취미활동을 하여 즐거운 시간을 가짐으로써 생활의 활력을 불러일으키는 것이 중요하다. 이는 곧 불만과 갈등을 회피하고 두려워하는 것보다는 적극적인 방법을 통하여 해결해나가고 자기 자신 스스로가 항상 건강한 정신을 가지려는 태도를 갖는 것이 중요하다.

### ③ 체력과 건강

체력이란 인간의 몸이 모든 기능을 종합하여 발현하는 작업 능력으로서의 뜻이 포함되어있다. 적당하고 규칙적인 운동은 불안감을 해소시켜 주어 정신건강에도 큰 도움을 준다.

체력이 강하다는 뜻은 외분의 어떠한 자극에도 신체가 이겨 낼 수 있다는 뜻이다. 이러한 이유에서 시작된 운동이 장기적으로 지속 될 경우 신체 각 부위의 상태 변화가 오고 움직임에 대한 감각이 향상되어 일상생활에 큰 도움을 주게 된다(김원중, 1996). 이런 점에서 지속적인 운동은 체력 향상에 큰 도움이 될 뿐 아니라, 우리의 건강에도 큰 영향을 미치고 있다.

### ④ 올바른 식습관

현대인들은 흡연, 음주, 약물, 영양과다 섭취 등으로 인한 성인병에 시달리고 있다. 사람이 생활하는데 필요한 영양소는 약 40여 가지라고 한다. 올바른 식사

지침을 세워놓고 영양을 섭취하는 것은 건강 유지와 증진에 큰 도움이 된다(정일규, 1997).

## (2) 생활습관과 건강관리

생활습관이 건강상태에 미치는 영향에 다양한 연구가 이루어졌다. Karen 등(1982)은 ‘최근 20년간 건강과 개인의 행위 및 생활양식과의 관련성은 점점 분명해졌다’고 지적하였다. 미국의 Alameda지방에서 실시된 연구에서 건강수준과 연관성이 있는 건강행위로 7가지의 건강행위-흡연, 음주, 운동, 체중, 수면, 아침식사 및 간식여부-를 제시하였다. 즉 흡연하지 않는 것, 음주를 제한하는 것, 운동, 체중조절, 7-8시간의 수면, 매일 아침식사, 간식을 하지 않는 사람들의 건강수준이 높게 나타났다.

우리나라에서의 연구를 보면, 이순영과 서일(1995)의 연구에서 금연, 적당량의 음주, 규칙적인 운동, 7-8시간의 수면 및 정상체중 유지가 건강수준을 증가시키는 건강행위로 나타났다. 조병만(1996)의 연구에서는 연령을 보정한 신체적 건강행위와 유의한 관련성을 보인 생활양식으로 남성에서 7-8시간의 수면, 간식을 거의 하지 않거나 가끔씩 하는 것, 규칙적 운동, 음주를 거의 하지 않거나 가끔씩 하는 것 등이었다. 여성에서는 아침식사를 거의 매일 하는 것, 간식을 거의 하지 않거나 가끔씩 하는 것, 정상체중을 유지하는 것으로 나타났다. 또한 바람직한 건강행위를 많이 실천할수록 연령을 보정한 신체적 건강상태가 양호하였다(노태영, 1997).

이평숙(1995)은 스트레스 관리모형의 하나로 스트레스와 관련된 생활양식행위 관리에서 개인의 신체가 건강할수록 스트레스에 잘 대처할 수 있다는 가정에 근거를 두고 건전한 생활양식의 증진은 스트레스관리의 한 부분으로 통합할 수 있으며 스트레스를 효율적으로 관리하기 위해서는 건강한 신체가 요구되므로 피로를 예방하고 신체의 저항력을 증진시킬 수 있는 생활양식을 실천하도록 지도해야 하며 특히 운동, 영양, 흡연, 음주 및 약물남용, 수면과 휴식, 취미 및 여가활동 등을 포함한 일상생활양식은 스트레스와 관련된 행위일수 있으므로 스

트레스 관리시 병합해서 사용해야 한다고 말하고 있다.

주경옥(1986)의 연구에서는 도시근로자의 생활 스트레스량과 신체건강은 통계적으로 유의한 관계가 없었으며, 정신건강도 유의한 결과가 있었다고 보고하였으나 이와는 달리 송기환 등(1998) 연구에서 건강하지 않다고 응답한 군에서 스트레스가 높게 나타나, 스트레스가 스스로의 건강을 인식하는데 영향을 미치고 있었다.

이상에서 생활습관들은 건강과 질병, 사상, 그리고 삶의 질과 관련 있는 행위로서 신체적, 정서적, 사회적 요소를 포함한다고 볼 수 있다. 건강증진을 위한 생활습관의 모습으로는 다음과 같은 것들을 들 수 있다.

#### ① 예방적 건강행위

예방적 건강 행위란, 인생 주기에 있어서 각 개인에게 불확실하게 주어지는 스트레스 자극 요인을 예방함으로써 부정적인 건강 상태로 이행될 가능성을 배제하기 위한 행위 모두를 말한다(양옥순, 1996). 이러한 예방적 건강 행위를 잘 실천하려면 올바르게 적절한 생활 양식을 갖추는 것이 무엇보다도 중요하다.

바른 생활 방식이란 파괴적인 것 대신 건설적인 것, 해로운 것 대신에 건강에 유익한 것, 가치없는 것 대신에 가치있는 생활 방식을 갖는 것을 말한다(옥정석, 1994). 이러한 예방적 건강 행위를 한다든지, 바른 생활 방식을 갖는 것은 빠르면 빠를수록 좋으며 심신의 상태가 모두 건강한 청소년 시기부터 실천을 해 나아간다면 개인의 건강 증진은 물론이며, 건강한 사회, 건강한 국가 형성에 큰 도움이 된다.

#### ② 규칙적인 운동

일상 생활의 방식이 올바르게 적절하다고 하여 개인의 건강 수준을 현재 이상으로 끌어올리기는 힘들다. 보다 건강한 생활을 유지하기 위해서는 적극적인 생활 양식으로 운동이 필요하다. 운동은 현재의 체력 수준을 유지하게 해줄 뿐

아니라 적절한 방법을 통해서 그 수준을 크게 향상시킬 수도 있다.

운동 방법을 선택할 때 가장 우선적으로 고려해야 될 사항은 자신의 흥미와 적성, 신체의 조건과 체력 수준에 적합한 운동을 선택하는 것이 중요하다. 그러기 위해서는 자신의 건강 상태에 대해서 얼마나 알고 있는지, 자신이 건강한가 아닌가를 진단해야 되고, 그 운동을 하는 것이 안전한가 등의 문제에 대해서 운동을 시작하기 전에 반드시 고려해야 한다(김성수, 1995).

### ③ 성인병 예방

병증에는 뚜렷하고 특징적인 병인이 있어서 그것을 제거하면 치료되는 병도 있지만 소위 성인병이라 함은 복합적이고 생활 습관적인 원인에서 오랜 기간에 걸쳐서 만성적으로 나타나는 것이 특징이다. 이 성인병의 치료에는 무엇보다도 예방이 중요하며, 지나친 음주와 흡연, 무절제한 생활습관, 과다영양 섭취, 운동 부족 등 자신이 잘못하여 생기는 질병인 만큼 자신의 생활을 보다 규칙적이고 절제된 생활방식을 갖는 것이 성인병 예방에 가장 중요한 요소이다.

### ④ 피로의 예방

피로란, 우리들이 운동을 하거나 작업을 할 때 평소보다 곤란을 느끼고 많은 노력을 하여도 의도대로 좋은 성과를 올리지 못하는 상태라고 한다(홍현순, 1995). 이러한 피로의 회복을 위해서는 영양의 섭취, 수면, 안정, 적당한 운동, 마사지 등으로 순환계의 피로를 회복할 수 있으며 또 각 조직의 산소 및 영양 공급, 대사 물질의 배출, 축진 등이 피로회복에 큰 도움을 주고 있는 요소들이며 무엇보다도 신선한 공기, 쾌적한 환경, 정서적 안정 등이 피로회복에는 가장 중요한 요소들이다(김유섭, 1996).

## (3) 자기건강관리이론

자기건강관리는 1960년대에 “탈 전문화” 운동의 영향으로 일어나서 비전문가

인 소비자의 참여를 높이고 소비자를 보건의료에 대한 통제와 훈련프로그램을 위한 사회적 압력으로 활용하고자 하였었다. 1990년대 중반에 이르러서는 만성적 건강문제에 대한 자기조절, 자기관리에 더 강조를 두게 되었다(권영숙, 2004).

오렘이 개발한 자기건강관리 모델은 ‘자기건강관리 이론’, 자기건강관리 결핍 이론’, ‘간호체계 이론’ 으로 구성되어있으며, 오렘이 1973년도에 간호학에서 처음 발표한 이후 계속적으로 수정·보완하여 임상간호뿐 아니라 지역사회분야에서도 적용할 수 있는 활용성이 높은 이론으로 알려져 있다. 오렘은 ‘인간은 통합된 개체로서 자기건강관리 요구를 가지고 있으면서 자기건강관리 행동을 통하여 계속적으로 자기유지와 자기조절을 수행하는 자기건강관리 행위자’라고 보았다. ‘자기건강관리 요구’는 보편적 자기건강관리 요구, 발달적 자기건강관리요구, 건강이탈 자기건강관리요구 세가지로 구성된다. ‘보편적 자기건강관리 요구’란 생의 주기 중 모든 단계에서 모든 인간에게 요구되는 공통된 요구로서, 공기, 물, 음식, 배설, 휴식과 활동, 사회적 상호작용, 위험의 예방, 정상상태의 증진이 포함된다. ‘발달적 자기건강관리 요구’란 발달을 유지·증진하는 것, 발달지체를 예방하는 것, 발달지체가 있을 때 완화하거나 극복하는 것이다. ‘건강이탈 자기건강관리 요구’에는 상병, 결함, 장애, 의학적 진단과 치료를 추구하는 과정에서 생기는 요구이다.

‘자기건강관리’란 “인간이 자신의 생명, 건강, 안녕상태를 유지하기위해 주도적으로 수행하는 행동”, 혹은 “개인, 가족, 지역사회가 최상의 건강을 성취, 유지, 증진하기 위한 활동”으로 정의되기도 하며, 인간내부에는 자기건강관리를 하려는 요구와 수행할 수 있는 역량을 동시에 가지고 있다. ‘자기건강관리결핍’이란 자기건강관리 역량보다 자기건강관리 요구가 클 때 발생하며, ‘건강관리역량’이란, 건강관리자들이 대상자에 대한 건강관리의 필요성을 결정하고 건강관리체계를 설계하고 제공하는 복합적인 능력이다. ‘건강관리체계’란 건강관리를 설계하고 서비스를 제공하는 체계적인 건강관리 활동을 말하며 전체적 보상체계, 부분적 보상체계, 교육 지지적 보상체계로 나뉜다(Orem, 1991).

## 2) 노인과 건강관리

노인들의 건강문제에 대처하는 양상을 보면, 많은 노인들이 만성질환을 가지고 있음에도 불구하고 노인들의 경우 건강문제에 있어서 젊었을 때에 비해 적극적으로 해결하려고 하기보다는 늙었으니 당연한 것이겠지 또는 죽을 때가 다 됐는데 참고 살아야지 하는 소극적인 생각으로 여러 불편함을 감수하고 살아가는 편이며, 관리를 한다고 하더라도 실제로 지속적인 건강관리를 하는 경우보다 증상이 나타날 때마다 약국 약을 복용하거나 병원에서 일시적으로 약을 지어다 복용하는 경우가 많다. 이와 같이 노인들이 당면하고 있는 건강문제에 대해 관리가 소홀한 것은 노인들은 매사에 의욕을 잃거나 동기조성에 변화가 오므로 만성질환에 대한 관리를 하려는 동기조성이 어렵게 되고, 노인이 질병에 대해 의료행위를 거부하는 이유로는 노화로 인해 발생하는 것이므로 진료할 필요가 없다고 생각하며 진료비에 대한 경제적인 부담이 있기 때문이다(조유향, 2002).

### (1) 노인 건강의 중요성

노화로 인한 신체적 약화, 배우자나 가족을 상실하는데서 오는 심리적 고독, 퇴직으로 인한 사회적 지위의 상실 등을 경험하는 노인들에게 건강은 중요한 관심사가 될 수밖에 없다. 노년기 건강의 중요성은 노인의 생활만족도, 심리적 안녕 등 주관적 삶의 질에 관한 연구에서 잘 나타나 있다. 노인의 생활만족도는 성별, 연령, 건강, 배우자 유무, 사회경제적인 요인, 가족관계 및 사회적 관계망, 노인의 개인적인 심리적 특성 등 다양한 요인들에 의해 복합적인 영향을 받게 된다(오은아, 2000).

이러한 연구들을 종합해 볼 때 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 요인들 중 가장 많은 영향력을 가지고 있는 요인은 건강이다. 윤종희와 이해경(1997)은 노인에게 있어 건강은 생리적 적응력을 의미하므로 건강은 노인의 생활 전반 영향을 미치고 생활에 대한 만족을 결정한다고 하면서 배우자가 없는

여성노인의 생활만족도에 관한 연구에서 자신이 지각한 건강상태와 의사진단에 따른 질병의 유무가 생활만족도에 유의한 영향을 미친다고 하였다. 김태현 등(1998)은 노인이 주관적인 삶의 질을 평가하는데 있어 자신의 건강인식도가 나쁜 경우, 평균 질환수가 많은 경우, 불편증상수가 많은 경우에 부정적인 영향을 받는다고 하였다.

이렇듯 신체적 기능을 건강하게 유지하고 통제하는 것은 노후의 성공적인 적응에 큰 영향을 미치게 된다(고승덕·김명, 1996). 성공적인 노화를 위해 개인의 성격, 사회적 환경, 신체적 건강상태가 조화를 이루어야 한다. 즉 노인들의 건강은 단순히 신체적 복지에 국한되는 것이 아니라 노인 자신의 전반적인 삶을 성공적으로 지각하는데 가장 중요한 조건이 되는 것이다.

## (2) 노인의 건강관리 행동

노인은 질병에 걸리기 쉽고 의존적이며 궁극적으로 죽음에 이르는 존재이기 때문에 노인들의 건강은 부정적인 측면이 많다고 생각되어져 왔고, 노인의 건강관리 행동에 대해 논의하는 것은 적절치 않다고 여겨져 왔다. 그러나 최근에는 노화현상이 단순히 쇠퇴에 의한 발달상의 부정적인 변화가 아닌 총체적 인간발달 과정의 한 단계로, 적절한 예방과 치료를 통해 완화시킬 수 있는 것으로 인식되고 있다(김순이, 1995).

건강차원에서의 성공적인 노화는 노년기의 신체적, 심리적, 사회적 유병률을 최소화시키는 동시에 기대수명을 최대화하는 것으로 정의될 수 있다. 건강한 노년기는 단순히 인간의 수명을 연장시키는 것이 아니라 평균적으로 더 짧은 기간 동안 유병률이 집중(compression of morbidity)되어 만성질환의 발병으로부터 죽음까지의 기간을 단축시키는 것으로 보는 것이다. 즉 생애길이는 유전적으로 고정되어 있고 만성질환이 처음 발생하는 나이는 늦출 수 있으므로 질병의 기간을 단축시킬 수 있다. 이러한 유병률 집중모델(The compression of morbidity model)은 만성질환의 발생연령을 늦춰 건강하게 사는 기간을 늘어나게 하는 것이므로, 건강행동을 통한 생활양식의 변화와 같은 1차적 예방을 통한

중재방안이 효과적이다. 실제로 잘 조작된 중재를 통해 70세 이상 노인들의 신체적 능력이 증가한다는 연구결과들이 보고되고 있다(Fries & Crapo, 1981).

따라서 일반적인 신체노화현상은 병리적이고 회복할 수 없는 것이 아닌 중재 가능한 것이다. 노화현상을 1차적 노화(primary aging), 2차적 노화(secondary aging), 3차적 노화(tertiary aging)로 구별할 필요가 있으며 폭포모델로 그 과정을 설명하였다(Perlmutter & Hall, 1992).

1차적 노화(primary aging)는 누구에게나 발생하는 보편적이고 불가피한 노화로 그 과정은 유전적으로 프로그램되어 있고 정상적인 노화라 한다. 노화의 속도가 다르며 신체의 전 영역에서 일어나지만 기관마다 노화의 속도는 다르다. 2차적 노화(secondary aging)는 대부분의 사람들에게서 일어나지만 보편적이고 불가피한 것은 아니다. 단지 연령과 관련되어 나타나는 1차적 노화와 혼동을 일으킬 수 있으며 질병, 불용, 남용과 같은 외부적 요인이 원인이 된다. 3차적 노화(tertiary aging)는 생의 마지막을 알리는 급속한 쇠퇴로 신체적, 인지적, 사회적 기능에서의 변화로 나타나며 정상적인 노화와는 질적, 양적으로 다르게 변화한다.

이러한 세 가지 형태의 노화는 서로 상호 관련되어 있으며 노화가 처음에는 서서히 시작되다가 생의 마지막에 갑자기 빨라지기 때문에 폭포에 비유되고 있다. 이러한 노화현상의 대부분은 2차적 노화에 의한 것으로, 신체 노화중에서 1차적 노화는 막을 수 없는 불가피한 과정이지만 2차적 노화는 생활습관의 변화에 의해 완화시키거나 중지시킬 수 있다. 따라서 노인들의 삶에 중요한 영향을 미치는 건강을 유지하기 위해서는 대부분의 신체적인 노화와 관련된 2차적 노화를 줄이는데 관심을 기울여야 한다는 점을 시사한다. 즉 의학적 질환이나 질병 증상을 동반한 병리적 노화를 겪지 않고 건강을 유지하도록 노인들의 건강이 관리되어야 하는 것이다.

따라서 노화로 인한 신체적 쇠퇴를 막고 노인의 건강을 유지할 수 있는 일상 생활에서의 건강관리 행동은 노년기 생활에서 중요한 의미를 갖게 된다. 일반적으로 노인들의 건강관리 행동은 적절한 식이요법, 휴식, 수면시간, 운동량, 체중

유지, 흡연, 음주 등이 고려되고 있다(박영주·이숙자, 1999). 실제 건강관리 행동과 노인의 건강에 관한 연구들은 건강관리 행동이 노인의 신체적, 정신적, 사회적 건강에 긍정적인 영향을 미쳐 질환발생을 예방하고 사망률과도 밀접한 관계가 있고, 건강행동은 성별에 따라 차이가 나며 흡연과 음주, 운동이 건강에 유의한 영향을 미친다고 보고하고 있다(김정원·김초강, 1997).

또한 건강관리 행동은 발달에서 개인적 통제(personal control over development)로 설명될 수 있다. 개인의 발달과 관련된 통제신념이 발달의 시기와 방식에 영향을 미칠 뿐만 아니라 발달의 경과와 성취에 영향을 주고, 발달적 손실을 감소시키려는 개인의 노력을 동기화하여 노년기 발달에 영향을 미친다는 것이다. 높은 통제감을 가진 사람들은 자기확신이 강하며 목표를 효과적으로 성취하고, 삶에 대한 만족감도 높은 것으로 나타났다. 즉 노년기 발달을 최적화 할 수 있는 영향요인을 고려하고 그것을 행동화하는 것은 노년기를 성공적으로 지각하는데 중요한 요인이라 하겠다. 이에 노인들의 건강관리 행동은 자신을 스스로 관리하고 통제하는 행위로서 노년기 삶의 만족을 위한 요인으로 간주할 수 있다(오은아, 2000).

이러한 건강관리 행동은 질병을 피할 수 있다고 믿는 사람들에게 의해 능동적으로 취해지는 행동으로 규칙적인 생활습관, 휴식, 식이요법 등을 통해 건강을 유지, 증진하는 것이 목적이므로 각 개인의 주어진 상황에 따라 그 실천여부가 결정된다. 즉 노인의 건강은 성, 연령, 지역, 문화 등 환경적 상황에 의해 영향받게 되므로, 노인들의 건강관리 행동은 인구학적 요인과 같은 단편적 상황뿐만 아니라 노인의 생활을 구성하는 환경으로서 노인의 가족의 부양행동과 생활양식의 영향을 고려하여 연구되어야 한다(고승덕·김명, 1996).

### 3. 선행연구 분석

지역사회 노인의 건강실태에 관한 선행연구를 보면, 정경희 등(2001)은 노인 단독가구 노인 중 부부노인은 부부가 정서적 기능을 서로 잘하지만 독거노인은

경제적, 신체적, 정서적 부양을 제대로 받지 못하고 취약하므로 특별히 관심을 가져야 할 대상이라고 하였다. 유광수·박현선(2003)은 보건소이용 노인에 대한 조사에서, 독거노인은 가족과 동거하는 노인에 비해 정신적, 정서적 건강면에서 나쁘지만 신체적 건강상태는 양호했다고 하는 보고하였다. 그러나 정영미·김주희(2004)는 독거노인은 부부동거나 자녀동거 노인에 비하여 신체적, 심리적, 경제적으로 열악하며, 인지기능이 떨어지고 우울점수도 높아 신체적, 정서적 건강이 모두 나쁘다는 상반된 연구결과를 보였다.

정순돌(2003)은 저소득의 독거, 부부단독가구 노인은 많은 욕구가 충족되고 있지만 교통수단, 신체적, 정신적, 정서적 건강 등 건강관련 욕구가 충족되지 않아서 방문간호, 정기검진, 치과진료, 교통수단 서비스에 대한 대책이 필요하다고 하였다. 정경희(2003)는 자녀와 별거하는 노인 중 세대간 접촉이 부족한 노인은 배우자가 없는 여성노인 중에 많았고, 평균연령이 높으며, 용돈규모가 적고 건강상태도 나빠서 적절한 서비스가 필요하다고 지적하였다. 또한 이들은 일상생활 동작 수행능력(ADL)의 제한수도 많고 만성질환 유병률도 높은 집단으로 파악되었다.

안태성(2001)은 독거노인에 비하여 단독가구 부부노인은 배우자간에 지지가 됨에도 불구하고 기본적으로 수발 받고 싶은 마음, 의지하고 싶은 마음, 소망하는 마음이 있으므로 사회프로그램으로서 지지체계를 강화해야 한다고 하였다. 신유선(1997)이 일부 도시, 농촌노인의 건강상태를 비교한 결과 자가보고한 건강문제와 진단 받은 질병에서 도시노인보다 농촌노인들이 더 많은 건강문제를 가지고 있는 것으로 나타났다. 자가보고한 건강문제는 도시노인은 시력장애(62.7%)가 가장 높게 나타났으며, 그 다음이 요통, 두통, 관절염의 순이었고, 농촌노인들도 시력장애(63.3%)가 가장 높게 나타났으며, 그 다음이 요통, 두통, 치통의 순으로 도시와 농촌의 노인들이 비슷한 건강문제를 호소한다는 것을 알 수 있다.

노인의 건강문제와 관련된 선행연구를 살펴보면, 정경희(2005)는 2004년도 노인생활실태 및 복지욕구조사에서 우리나라 노인의 90.9%가 본인이 인지한 만성

질병을 한 가지 이상 앓고 있으며, 주요 만성질환종류별 유병률을 보면 관절염(43.1%)이 가장 높으며, 그 다음은 고혈압(40.8%)이며, 요통·좌골통(30.6%), 신경통(22.1%), 골다공증(18.9%), 백내장(18.1%) 등으로 보고하였다. 만성질환을 앓고 있는 노인 중에서 만성질환으로 인하여 힘든 점(통증 제외)이 있다는 노인이 50.8%이며, 그 어려움으로는 일상생활수행의 제한(43.3%)이 가장 많으며, 치료비로 인한 경제적 어려움(22.4%), 사회활동의 제한(17.0%), 외로움·소외감·자존감 상실(15.8%) 등의 어려움을 겪고 있었고, 노인의 기능상태를 5개의 기능상태 영역별 1개 이상 제한이 있는 노인의 비율을 통하여 살펴보면 기본적인 일상생활수행능력은 9.2%, 수단적 일상생활 수행능력은 22.2%, 인지기능은 18.5%, 문제행동은 8.5%, 간호처치 7.2%로 나타나 노인의 재활영역에 1개 이상 어려움을 갖고 있는 비율이 상당히 높게 나타났다고 보고하였다.

변용걸(1999)의 노인의 건강실태와 정책과제에서 조사대상 노인의 86.7%가 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났으며 연령이 증가할수록 만성질환 유병율이 증가하였으며, 만성질환 종류별 유병율에서 노인들에게 가장 유병율이 높은 질환은 관절염으로 65세 이상 노인 5명 중 2명 정도가 관절염으로 고통받고 있는 것으로 나타났으며, 그 다음이 요통과 좌골통, 고혈압의 순이었다. 그리고 노인의 만성질환 상태를 보면 노인의 85.9%가 3개월 이상 지속된 만성질환을 지니고 있으며, 과반수 이상의 노인이 복합적인 만성질환 증세를 보이고 있으며 질병별로는 관절통, 만성요통, 소화기계 만성질환, 고혈압의 순으로 유병율이 높게 나타났다.

노인의 건강문제에 따른 관리실태에 관한 선행연구를 살펴보면, 이선자·허정(1985)이 조사한 노인의 보건의료 이용실태에서 연령이 증가할수록 보건의료인과의 접촉빈도가 낮아지고, 약의 이용은 의사의 처방에 의한 것보다 처방없이 약국에서 복용하는 경우가 더 높게 나타났다. 김정자(1987)의 노인층인구의 건강문제와 관리실태 및 개선방안에서 65세 이상 재가노인들의 건강문제에 대한 관리실태에서는 질병 발생시 약국(49.12%)을 가장 많이 이용하는 것으로 나타났다. 이에 반하여 송명수·이종섭(1997)의 노인환자 보건의료기관 이용실태 분석

에서 퇴행성 질환과 근골격계의 건강문제가 있을 때 주로 전문의료기관을 방문하였으며, 주로 이용하는 의료기관은 의원, 병원, 약국, 보건소, 한의원의 순으로 나타났으며, 서미경(1995)의 한국노인의 만성질환 상태 및 보건, 의료대책에 관한 연구에 의하면 골절, 탈구와 같은 응급질환은 100%가 병의원 등 전문의료기관에서 치료를 받는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 건강보험의 실시전후로 노인들의 의료기관이용의 실태가 변화하였음을 보여주고 있다고 판단된다. 하지만 노인이 가지고 있는 질병은 대부분이 만성질환으로서 지속적인 관리가 필요함에도 불구하고 노인들은 정규적이고 지속적인 관리를 하지 않고 있으며, 관리를 한다고 하더라도 전문적인 의료기관을 찾아가지 않고 전문가를 찾기 전에 문제를 스스로 해결하려고 하는 경향이 있음을 알 수 있다.

많은 경우 지역사회에서 노인의 문제는 자녀들과 동거하지 않음으로 인해 오는 지지의 부족과 이로 인해 파생되는 문제들이다. 실제로 노인의 건강에 있어서 가족의 지지는 중요한 문제여서 건강증진행위를 할 때도 건강인식과 가족지지가 중요한 요소가 되며(김춘길·노춘희, 2001), 보건소 건강관리회원이 건강행위를 하는데 있어서도 사회적 지지를 중요한 강화요인으로 지적하였다(윤순영 외, 2002).

요즈음은 병원치료에서 가정으로 이행하는 노인들이 증가하면서 홀로 사는 노인들의 건강관리가 심각하고도 복잡한 문제이기 때문에 그들을 사회적으로 독립적이고 가정에서 양질의 삶을 살도록 하기 위해서는 사회적 지지체계가 필요하며 향후 여러 가지 서비스를 통합하고 시설과 가정간의 이행이 용이하도록 체계와 지지망구성이 이루어져야 한다. 따라서 이러한 지역사회노인의 건강관리에 대한 의식과 영향요인에 대한 연구가 필요하고 이러한 연구의 결과에 기초하여 노인의 건강관리 개선방안이 모색되어야 한다.

## 제3장 연구 설계

### 1. 조사대상의 표집

노인들의 건강관리 의식과 영향요인에 대한 분석을 통해 노인 건강관리의 개선방안을 모색하는 본 연구의 연구대상은 제주지역 노인을 모집단으로 하였다. 모집단 노인 중 150명의 노인을 선정하고 2005년 5월1일부터 6월30일까지 설문 조사를 진행하여 135부를 회수하여 결과를 분석하였다. 연구대상 노인의 선정방법은 먼저 제주도 지역을 행정구역에 따라 구분하여 각 행정구역에서 무작위추출을 시행하였다.

〈표 1〉 연구대상의 정의 및 표본추출방법

연구대상(study object)	- 제주거주 60세 이상의 남녀 노인
표본단위(sample unit)	- 행정구역별로 거주노인을 인구비례로 선정
조사기간(survey time)	- 2005년 5월 1일 - 2005년 6월 30일
표본추출방법 (sampling method)	- 군집표본추출방법(Cluster sampling method) 중 에서 무작위표본추출(random sampling)

연구대상 노인들의 인구통계학적 특성을 보면, 여성노인이 66.7%로 33.3%인 남성노인보다 많은 것으로 나타났다. 연령은 60-64세가 37.6%로 가장 많았고, 70-74세가 24.8%로 그 뒤를 이었다. 그리고 65-69세, 75세 이상의 순서를 보였다.

〈표 2〉 연구대상의 일반적 특성

	구분	빈도	유효 퍼센트
성별	남	45	33.3
	여	90	66.7
연령	60이상	50	37.6
	65이상	28	21.1
	71이상	33	24.8
	75세 이상	22	16.5

## 2. 조사도구

위의 연구문제를 분석하기 위한 조사도구는 다음과 같이 구성되었다. 조사도구는 인구사회학적 요인 11개 문항, 건강실태 13개 문항, 건강관리 의식 14개 문항, 건강행위 14개 문항으로 이루어졌다. 본 연구의 설문지를 구성함에 있어 건강실태에 관한 문항은 권영숙(2004)의 설문지를 참고하여 재구성하였고, 건강관리 의식과 건강행위에 관한 문항은 이미라(2001)와 류재문(2002)의 설문지를 기초로 본 연구에 맞게 변형하여 사용하였다. 본 설문지의 신뢰도와 타당도 분석 결과는 아래와 같다.

<표 3> 조사도구

조사내용	문항수
인구사회학적 요인	9
건강실태	13
건강관리 의식	20
건강행위	14

설문지의 신뢰도의 측정결과 건강행위 전체문항에 대한 신뢰도 계수가 0.8649로 나와 본 연구에 사용된 설문지는 신뢰할 만 하다고 판단할 수 있다. 요인분석결과 나누어진 3가지 하위요인 문항의 신뢰도 검사결과 요인3의 신뢰도가 낮게 나와 제거하였고, 건강행위에 대한 하위 영역은 2가지 형태로 구분하여 연구를 진행하였다.

<표 4> 건강행위척도의 신뢰도 분석

척도	문항수	신뢰도	문항번호
건강행위	14	.8649	1 ~ 14
건강긍정 행동	6	.8954	1 ~ 6
건강생활행동	6	.7245	8 ~ 11, 13, 14
요인 3	2	.2343	7, 12

### 3. 자료처리방법

본 연구에서 수집된 자료는 다음과 같은 분석방법으로 처리하였다.

첫째, 응답자들의 인구통계적 사항을 고찰하기 위해서 빈도분석(Frequency Analysis), 백분율, 평균, 표준편차 등 기술통계를 실시하였다.

둘째, 노인건강관리 의식과 영향요인에 따른 건강관리의 차이를 분석하기 위하여 카이검증, T-test, ANOVA 등을 실시하였다.

셋째, 노인건강관리행동에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위하여 회귀분석(regression)을 시행하였다.

자료의 분석을 위한 통계패키지는 SPSS version 11.0을 사용하였다.

## 제4장 연구결과분석

### 1. 연구대상의 기초분석

#### 1) 연구대상의 인구통계학적 특성 분석

연구대상 노인들의 인구통계학적 특성에서 먼저 학력을 보면, 고졸이 30.6%로 가장 많은 비율을 차지하였고, 중졸이 25.4%, 국졸이 18.7%, 무학이 15.7%, 대졸이 9.7%의 순서를 보였다. 노인들의 소득수준을 보면 월평균 수입이 31-50만원인 노인이 30.1%로 가장 많았고, 10-30만원이 29.2%로 그 뒤를 이었다. 그리고 51만원에서 100만원이 24.8%, 101만원 이상이 15.9%를 차지하였다. 노인들의 평균 월수입은 50만원으로 나타났다.

노인들의 동거형태를 보면, 노인부부가 사는 경우가 47.0%로 가장 많았고, 혼자사는 노인들이 19.4%로 그 뒤를 이었다. 결혼한 아들과 사는 노인은 17.9%를 차지하였다. 노인들의 생활비를 부담하고 있는 사람을 보면, 노인 본인이 생활비를 부담하고 있다는 노인이 59.7%로 과반수를 넘었고, 자녀가 부담하는 노인들이 23.1%로 그 뒤를 이었다. 노인본인과 자녀와 생활비를 공동부담하는 경우는 13.4%로 나타났다.

노인들의 직업유무를 보면, 직업이 없는 노인이 71.6%로 대다수를 차지하였고, 직업이 있는 노인은 28.4%로 나타났다. 노인들의 의료보험의 유형을 살펴보면, 지역건강보험이 46.6%로 가장 많았고, 의료보호대상자가 29.8%로 그 뒤를 이었다. 직장건강보험을 가지고 있는 노인은 19.8%를 차지하였다.

<표 5> 빈도분석결과

	구분	빈도	유효 퍼센트
교육 정도	무학	21	15.7
	국졸	25	18.7
	중졸	34	25.4
	고졸	41	30.6
	대졸이상	13	9.7
월 평균 수입(용돈)	10만-30만원 이하	33	29.2
	31-50만원 이하	34	30.1
	51-100만원 이하	28	24.8
	101만원 이상	18	15.9
생활비 부담	본인	80	59.7
	자녀	31	23.1
	본인(부부)와 자녀	18	13.4
	외부	3	2.2
	기타	2	1.5
직업 유무	예	38	28.4
	아니오	96	71.6
	없음	5	3.8
의료보험 종류	직장건강보험	26	19.8
	지역건강보험	61	46.6
	의료보호	39	29.8
동거 종류	혼자	26	19.4
	부부	63	47.0
	결혼한 아들과	24	17.9
	결혼한 딸과	3	2.2
	미혼의 자녀	13	9.7
	기타	5	3.7

## 2) 연구대상의 건강상태 분석

연구대상의 기본적인 건강상태에 대한 인식을 보면, 기본적으로 건강상태를 5점만점에 3.10정도로 인식하고 있어 보통정도로 건강을 평가하는 것으로 나타났다. 시력, 청력, 통증에 대한 평가는 3점을 만점으로 한 평가에서 1.85에서 2.16 정도로 나타나 대체로 긍정적으로 판단된다. 구체적으로 청력에 대한 평가가 2.16으로 가장 좋게 나타났고, 통증에 대한 평가는 1.89, 시력에 대한 평가는 1.85로 나타났다.

<표 6> 연구대상의 건강상태 빈도분석 결과

구분	N	평균	표준편차
건강상태인식	132	3.10	1.040
시력	131	1.85	0.622
청력	129	2.16	0.635
통증	131	1.89	0.659

연구대상 노인들의 일상생활 수행능력을 보면, 혼자서 때밀기와 샤워를 할 수 있는 노인이 78.4%를 차지하였고, 샤워만 혼자할 수 있는 노인이 14.2%를 차지하였다. 도움 없이 혼자서 입을 수 있는 노인이 89.6%를 차지하였고, 부분적으로 다른 사람의 도움을 받아야 한다는 노인이 6.7%에 이르렀다.

세수, 세발, 양치를 도움없이 할 수 있는 노인이 91.8%에 이르렀고, 도움 없이 혼자서 화장실을 이용할 수 있는 노인들이 94.0%에 이르렀다. 도움 없이 혼자서 방 밖으로 나올 수 있는 노인은 93.2%를 차지하였고, 도움없이 식사를 할 수 있는 노인들은 94.8%로 나타났다. 그러나 대소변을 본인 스스로 조절하는 노인은 79.1%로 나타났고, 가끔 실패하는 경우가 있는 노인들이 16.4%로 나타났다.

<표 7> 일상생활 수행능력 빈도분석 결과

		빈도	퍼센트	유효 퍼센트
목욕	혼자서 때밀기와 샤워를 할 수 있다	105	77.8	78.4
	샤워만 혼자서	19	14.1	14.2
	다른 사람의 도움	10	7.4	7.5
	무응답	1	0.7	
옷입기	도움 없이 혼자서 입을 수 있다	120	88.9	89.6
	부분적으로 다른 사람의 도움을 받아야	9	6.7	6.7
	도움이 없이는 전혀 옷을 입을 수 없다	5	3.7	3.7
	무응답	1	0.7	
세수, 세발, 양치	세가지 모두 도움 없이	123	91.1	91.8
	세수와 양치질	8	5.9	6.0
	세가지 모두 다른 사람의 도움	3	2.2	2.2
	무응답	1	0.7	
화장실이용	도움 없이 혼자서 이용할 수 있다	126	93.3	94.0
	부분적으로 도움을 받아야 한다	6	4.4	4.5
	도움을 받아도 화장실 이용이 어렵다	2	1.5	1.5
	무응답	1	0.7	
와상여부	혼자서 방 밖으로 나올 수 있다	124	91.9	93.2
	다른 사람의 도움이나 부축을 받아야	6	4.4	4.5
	도움 없이는 방 밖으로 나올 수 없다	3	2.2	2.3
	무응답	2	1.5	
대소변 조절	본인 스스로	106	78.5	79.1
	대소변 조절을 가끔 실패할 수 있다	22	16.3	16.4
	대소변을 전혀 조절할 수 없다	6	4.4	4.5
	무응답	1	0.7	
식사능력	도움 없이 식사를 할 수 있다	127	94.1	94.8
	다른 사람의 도움이 있어야만	5	3.7	3.7
	도움을 받지 않고는 식사를 할 수 없다	2	1.5	1.5
	무응답	1	0.7	
합계		135	100.0	

### 3) 연구대상의 건강관리분석

연구대상노인들이 건강관리에 관심을 가지고 있는 정도를 보면 관심이 많은 노인들이 57.1%로 나타났고, 가끔 관심을 갖기도 한다는 노인들이 37.6%로 나타났다. 과반수이상의 노인들이 건강관리에 적극적인 관심을 가지고 있는 것으로 판단된다.

건강관리의 일환으로서 예방접종과 건강검진 실태를 보면, 연구대상 노인들의 70.4%가 독감예방접종을 하고 있는 것으로 나타났고, 82.2%의 노인들이 1년에 1회 이상 규칙적으로 건강검진을 받고 있는 것으로 나타났다. 노인들이 건강검진을 받지 않는 이유를 보면, 38.3%의 노인들이 금전적 문제로 인해 건강검진을 받지 않는 것으로 나타났고, 필요성을 느끼지 못해서가 20.0%로 나타났다.

건강관리와 관련하여 건강모임에 참여하고 있는 노인들이 21.1%에 그치고 있고 다수의 노인들은 건강모임에 참여하고 있지 않았다.

<표 8> 기본적 건강관리 실태

		빈도	퍼센트	유효 퍼센트
건강관리관심	관심이 없다	7	5.2	5.3
	가끔 관심을 갖기도 한다	50	37	37.6
	관심이 많다	76	56.3	57.1
예방접종실태	무응답	2	1.5	
	독감	95	70.4	73.1
	기타	1	0.7	0.8
	예방접종을 안 맞는다	34	25.2	26.2
건강검진실태	무응답	5	3.7	
	규칙적으로	34	25.2	26.4
	1년에 2회정도	7	5.2	5.4
	1년에 1회정도	65	48.1	50.4
	받지 않는다	23	17	17.8
건강검진을 받지 않는 이유	무응답	6	4.4	
	금전적 문제	23	17.0	38.3
	병원같은 곳이 싫어서	10	7.4	16.7
	별반 필요성을 느끼지 못해서	12	8.9	20.0
	기타	15	11.1	25.0
건강모임	무응답	75	55.6	
	있다	26	19.3	21.1
	없다	97	71.9	78.9
	무응답	12	8.9	

건강상 문제가 있을 때 관리방법을 보면, 병원을 찾는 노인들이 59.1%로 가장 많았고, 의원급을 찾는 노인들이 17.4%를 차지하였다. 한의원은 9.8%, 약국은 6.8%로 나타났다.

병원을 갈 때 도와줄 수 있는 사람으로는 배우자가 47.7%로 가장 많았고, 자녀가 41.7%로 그 뒤를 이었다. 간호해줄 수 있는 사람으로는 배우자가 55.3%로 가장 많았고, 자녀가 35.6%를 차지하였다. 어려움에 처했을 때 도와줄 친구나 이웃이 있다는 노인들이 85.2%에 이르렀다.

<표 9> 연구대상의 건강관리방법 빈도분석

		빈도	퍼센트	유효 퍼센트
건강상 문제가 있을 때 관리 방법	병원	78	57.8	59.1
	의원	23	17.0	17.4
	한의원	13	9.6	9.8
	약국	9	6.7	6.8
	보건소	7	5.2	5.3
	자가관리	2	1.5	1.5
	무응답	3	2.2	
	배우자	63	46.7	47.7
병원에 가야 할 상황일 때 도와주는 사람	자녀	55	40.7	41.7
	아는 사람	4	3.0	3.0
	이웃	5	3.7	3.8
	도와줄 사람 없다	5	3.7	3.8
	무응답	3	2.2	
	배우자	73	54.1	55.3
간호해 줄수 있는 사람	자녀	47	34.8	35.6
	아는 사람	4	3.0	3.0
	이웃	3	2.2	2.3
	간호할 사람 없다	5	3.7	3.8
	무응답	3	2.2	
	배우자	73	54.1	55.3
곤란시 도움 친구나 이웃	있다	109	80.7	85.2
	없다	19	14.1	14.8
	무응답	7	5.2	

규칙적인 운동을 하고 있다는 노인들은 49.6%에 이르렀고, 하지 않는다는 노인들은 50.4%로 나타나 거의 50%정도의 노인들만이 규칙적인 운동을 하고 있었다. 규칙적인 운동을 하고 있는 노인들의 운동 상태를 분석해 보면, 운동경력이 5년 이하인 노인들이 57.6%로 과반수를 넘어 대다수의 노인들이 나이가 들은 후 규칙적인 운동을 시작한 것으로 유추할 수 있다. 그리고 10년 이상 규칙적으로 운동한다는 노인들도 28.2%로 적지 않은 수를 차지하였다.

노인들의 운동빈도를 보면, 일주일에 2-3번 한다는 노인이 35.4%로 가장 많았고, 매일 운동을 한다는 노인들은 24.0%에 이르렀다. 일주일에 한번 한다는 노인들이 22.9%, 일주일에 4-5번 한다는 노인들이 17.7%의 순서를 보여주었다.

노인들의 운동시간을 보면, 1회에 1시간 미만의 운동을 한다는 노인들이 66.7%로 가장 많았고, 1-2시간이 26.9%로 그 뒤를 이었다. 운동정도는 컨디션에 맞추어 적당히 한다는 노인들이 53.0%로 과반수를 차지하였고, 가볍게 몸을 푸는 정도로 운동을 하는 노인들도 28.0%에 이르렀다. 땀이 흠뻑나게 운동하는 노인들은 12.0%로 나타났다.

노인들이 운동을 안 하는 이유는 몸을 움직이기 어려워서가 30.9%로 가장 많았고, 운동에 흥미가 없어서가 26.5%, 시간이 부족해서가 11.8%를 차지하였다.

<표 10> 연구대상의 운동실태 빈도분석

		빈도	퍼센트	유효퍼센트
규칙적인 운동	예	57	42.2	49.6
	아니오	58	43	50.4
	무응답	20	14.8	
운동 경력 기간	5년 이하	49	36.3	57.6
	5-10년	12	8.9	14.1
	10년 이상	24	17.8	28.2
	무응답	50	37.0	
운동 빈도	매일	23	17.0	24.0
	일주일 4-5번 이상	17	12.6	17.7
	일주일 2-3번	34	25.2	35.4
	일주일 1번	22	16.3	22.9
	무응답	39	28.9	
운동 시간	1시간 미만	62	45.9	66.7
	1-2시간	25	18.5	26.9
	2-3시간	4	3.0	4.3
	3시간 이상	2	1.5	2.2
	무응답	42	31.1	
운동 정도	땀이 흠뻑 날 정도로 힘들게	12	8.9	12.0
	컨디션에 맞추어 적절히	53	39.3	53.0
	가볍게 몸을 푸는 정도로	28	20.7	28.0
	기타	7	5.2	7.0
	무응답	35	25.9	
운동안하는 이유	몸을 움직이기 어려워서	21	15.6	30.9
	경제적으로 부담으로	6	4.4	8.8
	시간이 부족해서	8	5.9	11.8
	운동에 흥미가 없어서	18	13.3	26.5
	기타	15	11.1	22.1
	무응답	67	49.6	
합계		135	100.0	

연구대상노인들의 건강·운동교육실태를 보면, 건강·운동교육을 받은 경험이 있는 노인이 39.1%에 이르렀고, 경험이 없는 노인들이 60.9%를 차지하여 건강이나 운동과 관련한 교육이 부족하였다.

건강이나 운동에 관한 지식에 대한 노인들의 자기 평가를 보면, 충분한 지식이 있다는 노인은 11.5%정도였고, 조금 가지고 있다는 노인들은 51.5%로 나타났다. 부족하다는 노인이 23.1%, 전혀없다는 노인이 13.8%로 나타나 대체로 건강·운동에 관한 지식이 부족한 것으로 나타났다.

건강운동교육에 대한 참여의사를 보면, 시간이 되면 참여하겠다는 노인들이 56.9%로 과반수를 차지하였고, 꼭 참여하겠다는 노인들은 28.5%, 관심이 없다는 노인도 14.6%에 이르렀다.

<표 11> 연구대상의 건강·운동교육실태분석

		빈도	퍼센트	유효퍼센트
건강·운동교육여부	있다	50	37	39.1
	없다	78	57.8	60.9
	무응답	7	5.2	
건강운동지식여부	전혀 없다	18	13.3	13.8
	부족하다	30	22.2	23.1
	조금 가지고 있다	67	49.6	51.5
	충분한 지식이 있다	15	11.1	11.5
	무응답	5	3.7	
건강운동교육참여의사	관심이 없다	19	14.1	14.6
	시간이 되면 참여한다	74	54.8	56.9
	꼭 참여하고 싶다	37	27.4	28.5
	무응답	5	3.7	
합계		135	100	

## 2. 차이분석

### 1) 인구사회적 변인에 따른 건강상태의 차이분석

성별에 따른 건강상태 차이를 살펴보면, 성별에 따라서는 유의한 차이가 존재하지 않는 것으로 나타났다.

<표 12> 성별에 따른 건강상태 차이 분석

성별	N	평균	표준편차	t	유의확률	
건강상태인식	남	44	3.34	1.033	1.767	0.080
	여	88	3.00	1.050		
시력	남	44	1.95	0.526	1.306	0.195
	여	87	1.82	0.656		
청력	남	44	2.09	0.563	-1.079	0.283
	여	85	2.21	0.674		
통증	남	44	1.82	0.620	-0.824	0.411
	여	87	1.92	0.686		

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

연령에 따른 건강상태의 차이분석 결과 건강상태인식에 대해서는 유의한 차이가 존재하였으며, 시력, 청력, 통증에 대해서는 유의한 차이가 존재하지 않는 것으로 나타났다. 연령에 따라 60-64세 노인집단이 65세 이상의 노인들에 비해 건강상태에 대한 인식이 월등히 높은 것으로 나타났다.

<표 13> 연령에 따른 건강상태 차이 분석

구분	N	평균	표준편차	F	유의확률	Duncan	
건강상태인식	60이상	50	3.60	7.876	0.000***	B	
	65이상	28	2.71				A
	71이상	33	2.97				A
	75세 이상	21	2.62				A
	합계	132	3.10				1.040
시력	60이상	49	1.92	1.565	0.201		
	65이상	28	2.00				0.609
	71이상	33	1.70				0.637
	75세 이상	21	1.76				0.539
	합계	131	1.85				0.622
청력	60이상	49	2.29	1.333	0.267		
	65이상	28	2.18				0.612
	71이상	32	2.06				0.716
	75세 이상	20	2.00				0.649
	합계	129	2.16				0.635
통증	60이상	50	1.78	0.835	0.477		
	65이상	27	2.00				0.832
	71이상	33	1.94				0.556
	75세 이상	21	1.95				0.740
	합계	131	1.89				0.659

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

교육정도에 따른 건강상태의 차이를 살펴보면, 건강상태에 대한 인식, 시력, 청력, 통증에 대해서 유의한 차이가 존재하는 것으로 나타났다. 결과를 보면, 무학이나 국졸 노인집단에 비해 중졸, 고졸, 대졸이상의 노인집단이 건강상태에 대한 인식과 청력이 높은 것으로 나타났다. 시력의 경우 대졸이상 노인집단이 가장 좋았고, 중졸과 고졸노인집단이 그 뒤를 이었으며, 무학과 국졸의 노인집단이 가장 낮았다. 통증의 경우에는 학력에 따른 차이가 있었으나 국졸노인집단이 가장 높았고 다른 노인집단은 비슷하였다.

<표 14> 교육정도에 따른 건강상태 차이 분석

		N	평균	표준편차	F	유의확률	Duncan
건강상태인식	무학	21	2.52	0.680	7.444	0.000***	A
	국졸	24	2.50	0.722			A
	중졸	34	3.32	1.093			B
	고졸	41	3.37	1.043			B
	대졸이상	13	3.85	1.068			B
	합계	133	3.11	1.049			
시력	무학	21	1.52	0.680	4.523	0.002**	A
	국졸	24	1.67	0.565			A
	중졸	34	1.94	0.547			B
	고졸	40	1.93	0.616			B
	대졸이상	13	2.31	0.480			C
	합계	132	1.86	0.619			
청력	무학	21	1.90	0.539	2.898	0.025*	A
	국졸	24	1.96	0.690			A
	중졸	33	2.36	0.603			B
	고졸	39	2.21	0.615			B
	대졸이상	13	2.38	0.650			B
	합계	130	2.17	0.637			
통증	무학	21	1.86	0.573	3.182	0.016*	A
	국졸	24	2.25	0.532			B
	중졸	33	1.94	0.747			A
	고졸	41	1.73	0.633			A
	대졸이상	13	1.62	0.650			A
	합계	132	1.89	0.661			

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

월 평균 수입에 따른 건강상태 차이를 살펴보면, 건강상태인식에 대해서는 월

평균 수입에 따라서 유의한 차이가 존재하였으나, 시력, 청력, 통증에 대해서는 유의한 차이가 존재하지 않는 것으로 나타났다. 결과를 보면, 101만원 이상 월 소득을 가진 노인집단의 건강상태 인식이 타집단에 비해 월등히 높게 나타났다.

<표 15> 월 평균 수입에 따른 건강상태 차이 분석

		N	평균	표준편차	F	유의확률	Duncan
건강상태 인식	10만-30만원 이하	33	3.06	1.171	3.200	0.026*	A
	31-50만원 이하	34	3.00	0.853			A
	51-100만원 이하	28	2.89	1.031			A
	101만원 이상	18	3.78	0.943			B
	합계	113	3.12	1.042			
시력	10만-30만원 이하	33	1.82	0.635	0.500	0.683	
	31-50만원 이하	33	1.85	0.619			
	51-100만원 이하	28	1.79	0.630			
	101만원 이상	18	2.00	0.485			
	합계	112	1.85	0.603			
청력	10만-30만원 이하	31	2.06	0.680	1.454	0.231	
	31-50만원 이하	33	2.12	0.545			
	51-100만원 이하	28	2.04	0.576			
	101만원 이상	18	2.39	0.608			
	합계	110	2.13	0.607			
통증	10만-30만원 이하	33	1.88	0.740	1.052	0.373	
	31-50만원 이하	34	1.91	0.621			
	51-100만원 이하	27	2.07	0.616			
	101만원 이상	18	1.72	0.669			
	합계	112	1.91	0.665			

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

현재 직업 유무에 따른 건강상태 차이를 살펴보면, 건강상태인식에 대해서는 직업유무에 따라서 유의한 차이가 존재하였으나, 시력, 청력, 통증에 대해서는 유의한 차이가 존재하지 않는 것으로 나타났다. 그 결과 직업을 가진 노인들의 건강상태인식이 높게 나타났다.

<표 16> 현재 직업 유무에 따른 건강상태 차이 분석

직업유무		N	평균	표준편차	t	유의확률
건강상태인식	예	38	3.61	1.001	3.587	0.000***
	아니오	96	2.92	1.002		
시력	예	37	2.00	0.577	1.816	0.074
	아니오	96	1.79	0.631		
청력	예	37	2.24	0.597	0.852	0.396
	아니오	94	2.14	0.649		
통증	예	38	1.84	0.594	-0.498	0.619
	아니오	95	1.91	0.685		

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

## 2) 인구사회적 변인에 따른 건강관리의 차이분석

성별에 따른 건강관리의 차이를 살펴보면, 유의수준 5%에서 유의한 차이가 존재하지 않는 것으로 나타났다.

<표 17> 성별에 따른 건강관리 차이

구분		N	평균	표준편차	t	유의확률
건강관심	남	44	2.41	0.622	-1.395	0.166
	여	87	2.56	0.585		
건강관련지식	남	43	2.65	0.870	0.313	0.755
	여	85	2.60	0.876		
건강교육참여의사	남	43	2.02	0.672	-1.462	0.146
	여	85	2.20	0.632		
생활만족도	남	43	3.44	0.666	-0.370	0.712
	여	85	3.49	0.796		

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

연령에 따른 건강관리 차이를 살펴보면, 건강관련지식에 대해서는 연령에 따라 유의한 차이가 존재하였으나, 건강관심, 건강교육참여의사, 생활만족도에 대해서는 유의한 차이가 존재하지 않는 것으로 나타났다. 75세 이상 노인들의 건강관련지식이 타 연령대 노인집단에 비해 유의미하게 낮은 것으로 나타났다.

<표 18> 연령에 따른 건강관리 차이

		N	평균	표준편차	F	유의확률	Duncan
건강관심	60이상	50	2.50	0.678	0.114	0.952	
	65이상	28	2.54	0.576			
	71이상	32	2.56	0.564			
	75세 이상	21	2.48	0.512			
	합계	131	2.52	0.599			
건강관련지식	60이상	49	2.90	0.714	5.729	0.001**	B
	65이상	28	2.61	0.916			B
	71이상	31	2.52	0.851			B
	75세 이상	20	2.00	0.918			A
	합계	128	2.60	0.873			
건강교육참여의사	60이상	49	2.08	0.534	0.198	0.898	
	65이상	28	2.14	0.705			
	71이상	31	2.19	0.654			
	75세 이상	20	2.15	0.813			
	합계	128	2.13	0.644			
생활만족도	60이상	49	3.59	0.814	0.718	0.543	
	65이상	28	3.39	0.685			
	71이상	31	3.42	0.765			
	75세 이상	20	3.35	0.745			
	합계	128	3.47	0.763			

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

교육정도에 따른 건강관리 차이를 살펴보면, 건강관련지식, 건강교육참여의사, 생활만족도에 대해서는 유의수준 5%에서 유의한 차이가 존재하는 것으로 나타났으며, 건강관심에 대해서는 유의수준 5%에서 유의한 차이가 존재하지 않는 것으로 나타났다. 건강관련지식과 관련하여 고졸과 대졸이상 노인집단이 중졸, 국졸, 무학노인집단에 비해 많은 것으로 나타났다. 그리고 건강 및 운동교육에 대한 참여의사는 무학의 노인집단에 비해 타 학력의 노인집단이 대체로 높게 나타났다. 노인들의 생활만족도를 보면, 고졸과 대졸이상의 노인집단이 가장 높았고, 중졸 노인집단이 그 뒤를 이었으며, 국졸과 무학노인집단이 가장 낮았다. 즉 학력이 높은 노인집단의 생활만족도가 높게 나타났다.

<표 19> 교육정도에 따른 건강관리 차이

		N	평균	표준편차	F	유의확률	Duncan
건강관심	무학	21	2.19	0.512	2.156	0.078	
	국졸	24	2.54	0.721			
	중졸	34	2.56	0.561			
	고졸	40	2.60	0.591			
	대졸이상	13	2.69	0.480			
	합계	132	2.52	0.599			
건강관련지식	무학	20	2.10	0.641	9.102	0.000***	A
	국졸	24	2.17	0.868			A
	중졸	34	2.50	0.961			A
	고졸	39	3.03	0.668			B
	대졸이상	12	3.25	0.452			B
	합계	129	2.60	0.870			
건강교육참여의 사	무학	20	1.50	0.607	7.826	0.000***	A
	국졸	24	2.33	0.702			B
	중졸	34	2.35	0.597			B
	고졸	39	2.13	0.469			B
	대졸이상	12	2.25	0.622			B
	합계	129	2.14	0.646			
생활만족도	무학	20	2.95	0.394	5.834	0.000***	A
	국졸	24	3.21	0.658			A
	중졸	34	3.59	0.743			B
	고졸	39	3.67	0.806			C
	대졸이상	12	3.92	0.669			C
	합계	129	3.47	0.751			

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

월 평균 수입에 따른 건강관리 차이를 살펴보면, 건강관심, 건강교육참여의사에 대해서는 월 평균 수입에 따라 유의한 차이가 존재하였으며, 건강관련지식, 생활만족도에 대해서는 월 평균 수입에 따라 유의한 차이가 존재하지 않았다.

그 결과를 보면, 30만원 미만의 소득집단과 101만원 이상의 소득집단 노인들의 건강에 대한 관심과 건강교육에의 참여의사가 중간소득계층 노인집단에 비해 적은 것으로 나타났다. 이러한 결과 고소득집단 노인들은 현재 건강상태가 좋아 상대적으로 건강에 대한 관심이 낮은 것으로 판단할 수 있고, 건강교육에 대한 참여도 독자적인 방법을 찾을 수 있기 때문으로 보인다.

<표 20> 월 평균 수입에 따른 건강관리 차이

		N	평균	표준편차	F	유의확률	Duncan
건강관심	10만-30만원 이하	33	2.36	0.699	2.724	0.048*	A
	31-50만원 이하	34	2.65	0.485			B
	51-100만원 이하	28	2.64	0.488			B
	101만원 이상	18	2.28	0.669			A
	합계	113	2.50	0.599			
건강관리지식	10만-30만원 이하	33	2.73	0.876	0.909	0.440	
	31-50만원 이하	33	2.48	0.972			
	51-100만원 이하	28	2.57	0.920			
	101만원 이상	17	2.88	0.697			
	합계	111	2.64	0.892			
건강교육 참여의사	10만-30만원 이하	33	1.82	0.683	5.122	0.002**	A
	31-50만원 이하	33	2.27	0.626			B
	51-100만원 이하	28	2.39	0.629			B
	101만원 이상	17	2.06	0.429			A
	합계	111	2.14	0.653			
생활만족도	10만-30만원 이하	33	3.45	0.754	1.140	0.337	
	31-50만원 이하	33	3.27	0.761			
	51-100만원 이하	28	3.54	0.744			
	101만원 이상	17	3.65	0.702			
	합계	111	3.45	0.748			

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

현재 직업 유무에 따른 차이를 살펴보면, 건강관련지식에 대해서는 유의수준 5%에서 유의한 차이가 존재하는 것으로 나타났으며, 건강관심, 건강교육참여의사, 생활만족도에 대해서는 유의한 차이가 존재하지 않는 것으로 나타났다. 현재 직업을 가지고 있는 노인집단의 건강관련지식이 직업이 없는 노인들에 비해 높은 것으로 나타났다.

<표 21> 현재 직업 유무에 따른 건강관리 차이

직업유무	N	평균	표준편차	t	유의확률	
건강관심	예	38	2.55	0.602	0.411	0.681
	아니오	95	2.51	0.599		
건강관련지식	예	37	3.08	0.640	4.759	0.000***
	아니오	93	2.42	0.876		
건강교육참여의사	예	37	2.19	0.518	0.565	0.573
	아니오	93	2.12	0.689		
생활만족도	예	37	3.65	0.824	1.788	0.076
	아니오	93	3.39	0.723		

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

동거 형태에 따른 건강관리의 차이를 살펴보면, 건강교육참여의사, 생활만족도에 대해서는 유의수준 5%에서 유의한 차이가 존재하는 것으로 나타났으며, 건강관심, 건강관련지식에 대해서는 유의한 차이가 존재하지 않는 것으로 나타났다. 그 결과 부부만 사는 노인집단의 건강교육 참여의사가 다른 동거형태를 가지는 노인집단에 비해 높은 것으로 나타났다. 생활만족도의 경우 부부가 사는 노인집단과 결혼한 자녀와 사는 노인집단의 생활만족도가 독거노인집단이나 기타의 동거형태노인보다 높았다.

<표 22> 동거 형태에 따른 건강관리 차이

구분	N	평균	표준편차	F	유의확률	Duncan	
건강관심	혼자	26	2.46	0.508	1.014	0.389	
	부부만	62	2.61	0.523			
	결혼한 자녀와	27	2.44	0.641			
	기타	18	2.39	0.850			
	합계	133	2.52	0.598			
건강관련지식	혼자	25	2.24	0.970	1.911	0.131	
	부부만	62	2.71	0.894			
	결혼한 자녀와	27	2.67	0.734			
	기타	16	2.69	0.704			
	합계	130	2.61	0.867			
건강교육 참여의사	혼자	25	1.84	0.746	3.631	0.015*	A
	부부만	62	2.31	0.561			B
	결혼한 자녀와	27	2.04	0.587			A
	기타	16	2.13	0.719			A
	합계	130	2.14	0.644			
생활만족도	혼자	25	3.12	0.600	3.308	0.022*	A
	부부만	62	3.56	0.822			B
	결혼한 자녀와	27	3.67	0.734			B
	기타	16	3.25	0.577			A
	합계	130	3.46	0.759			

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

### 3) 인구사회적 변인에 따른 건강행위의 차이분석

인구사회적 변인에 따른 건강행위의 차이를 분석한 결과 연령, 학력, 직업, 동거형태에 따라 건강행위에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 그러나 성별과 월수입에 따라서는 건강행위에 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

연령별로 보면, 60-64세 노인집단의 건강행위가 타 연령집단보다 높게 나타났다. 학력에 따라서는 대졸이상 노인집단의 건강행위가 가장 높았고, 고졸 노인집단이 그 뒤를 이었으며, 중졸, 국졸, 무학 노인집단의 건강행위는 낮게 나타났다. 직업을 가진 노인집단의 건강행위가 직업이 없는 노인보다 높았으며, 혼자사는 독거노인들의 건강행위가 다른 동거형태의 노인집단에 비해 낮게 나타났다.

<표 23> 인구사회적 변인에 따른 건강행위의 차이분석

구분		N	평균	표준편차	t	유의확률	Duncan
성별	남	41	3.077	0.569	1.158	0.249	
	여	82	2.927	0.725			
연령	60이상	50	3.175	0.674	2.721	0.048*	A
	65이상	24	2.863	0.736			B
	71이상	29	2.887	0.591			B
	75세 이상	20	2.746	0.632			B
	합계	123	2.977	0.676			
학력	무학	18	2.734	0.622	6.581	0.000***	C
	국졸	24	2.611	0.480			C
	중졸	32	2.898	0.684			C
	고졸	38	3.203	0.656			B
	대졸이상	12	3.536	0.578			A
	합계	124	2.974	0.676			
월수입	10만-30만원 이하	30	2.975	0.706	2.640	0.053	
	31-50만원 이하	31	2.846	0.647			
	51-100만원 이하	28	2.919	0.672			
	101만원 이상	18	3.381	0.634			
	합계	107	2.991	0.684			
직업	예	38	3.197	0.656	2.470	0.015*	
	아니오	87	2.880	0.661			
	혼자	21	2.597	0.623			B
동거형태	부부만	60	3.073	0.666	2.900	0.038*	A
	결혼한 자녀와	27	3.059	0.678			A
	기타	17	2.970	0.642			A
	합계	125	2.976	0.673			

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

성별에 따른 차이를 살펴보면, 흡연에 대해서 유의한 차이가 존재하는 것으로 나타나 남자노인들이 여성노인에 비해 흡연을 많이 하는 것으로 나타났다.

<표 24> 성별에 따른 건강행위 차이

구분		N	평균	표준편차	t	유의확률
흡연	남	41	1.73	1.096	2.557	0.013*
	여	68	1.24	0.755		

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

연령에 따른 차이를 살펴보면, 건강상품 효과신뢰, 스트레스 관리방법에 대해

서 유의수준 5%에서 유의한 차이가 존재하는 것으로 나타났다. 60-64세 노인집단이 타 연령집단에 비하여 건강관리서비스나 건강상품의 효과를 믿지 않는 것으로 나타났고, 60-64세 노인집단, 65-70세 노인집단, 70-74세 노인집단은 자기만의 스트레스 관리법을 가지고 있는 경향이 75세 이상의 노인집단에 비해 높게 나타났다.

<표 25> 연령에 따른 건강행위 차이

		N	평균	표준편차	F	유의확률	Duncan
건강상품	60이상	48	3.33	0.996	4.549	0.005**	B
	65이상	24	2.54	1.103			
	71이상	29	2.69	1.072			
	75세 이상	16	2.63	0.957			
	합계	117	2.91	1.079			
스트레스	60이상	49	3.29	1.021	3.804	0.012*	A
	65이상	24	2.75	0.989			
	71이상	29	3.00	1.069			
관리법	75세 이상	17	2.35	1.169			B
	합계	119	2.97	1.085			

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

교육정도에 따른 차이를 살펴보면, 자신감, 활동성, 적당한 운동, 자기조절, 사회성, 균형식사, 건강기록, 수면정도, 스트레스관리법에 대해서 유의수준 5%에서 유의한 차이가 존재하는 것으로 나타났다.

대졸이상의 학력을 가진 노인집단이 자신의 변화를 즐기고 나에 대한 확신과 기대를 갖는 것, 일과 여가활동을 활발하게 하는 것, 처음 보는 사람을 대할 때도 편하고 자신감이 있는 것, 건강기록을 가지고 있는 것, 적당한 수면을 하는 것이 다른 학력집단에 비해 높게 나타났다.

<표 26> 교육정도에 따른 건강행위 차이

		N	평균	표준편차	F	유의확률	Duncan
자신감	무학	18	2.89	1.183	3.655	0.008**	A
	국졸	24	2.75	0.794			A
	중졸	32	3.34	1.035			A
	고졸	37	3.38	1.063			A
	대졸이상	12	3.92	0.669			B
활동성	무학	17	2.65	0.786	3.726	0.007**	A
	국졸	24	2.75	0.794			A
	중졸	31	3.03	1.278			A
	고졸	36	3.33	1.095			A
	대졸이상	11	3.91	0.701			B
적당한 운동	무학	16	2.13	0.885	6.007	0.000***	A
	국졸	23	2.87	1.014			B
	중졸	30	3.33	1.028			B
	고졸	35	3.23	0.942			B
	대졸이상	12	3.75	1.138			C
자기조절	무학	15	2.60	1.121	6.230	0.000***	A
	국졸	23	2.65	0.714			A
	중졸	31	3.10	1.012			A
	고졸	36	3.64	1.073			B
	대졸이상	12	3.83	0.937			C
사회성	무학	18	2.78	1.215	3.275	0.014*	B
	국졸	24	2.54	0.884			A
	중졸	32	2.94	1.190			B
	고졸	35	3.31	1.022			B
	대졸이상	12	3.67	0.888			C
균형식사	무학	18	2.33	1.029	6.011	0.000***	A
	국졸	24	3.04	0.751			B
	중졸	32	3.28	0.813			B
	고졸	36	3.06	1.040			B
	대졸이상	12	3.92	0.793			C
건강기록	무학	16	2.44	1.153	4.770	0.001**	A
	국졸	24	2.25	1.152			A
	중졸	30	2.97	1.299			A
	고졸	36	2.83	1.384			A
	대졸이상	12	4.08	0.996			B
수면정도	무학	14	3.36	0.842	3.510	0.010*	A
	국졸	24	3.25	0.608			A
	중졸	31	3.03	0.912			A
	고졸	37	3.57	1.214			A
	대졸이상	12	4.17	0.835			B
스트레스관리	무학	17	2.82	1.131	5.718	0.000***	A
	국졸	23	2.30	0.926			A
	중졸	31	2.81	1.138			A
	고졸	37	3.38	0.982			B
	대졸이상	12	3.67	0.651			C

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

적당한 운동을 하는 것과 균형잡힌 식사를 하는 것을 보면, 대학졸업집단이 가장 높게 나타났고, 무학노인집단이 가장 낮게 나타났다. 몸의 상처나 피로 등에 대해 항상 살피고 운동과 행동을 적절하게 조절하는 것, 스트레스관리법을 가지고 있는 것도 대졸노인집단이 가장 잘 하는 것으로 나타났고, 고졸 노인집단도 중졸이하의 노인집단에 비해 잘 하고 있는 것으로 나타났다.

월수입에 따른 건강행위의 차이를 살펴보면, 식사균형, 건강식품 효과인식에 대해서는 유의수준 5%에서 유의한 차이가 존재하는 것으로 나타났다. 101만원 이상의 월수입을 가진 노인집단이 타 소득 노인집단에 비해 균형잡힌 식사에 신경을 쓰고 있는 것으로 나타났고 건강식품에 대한 효과도 가장 낮게 인식하는 것으로 나타났다.

<표 27> 월수입에 따른 건강행위 차이

	N	평균	표준편차	F	유의확률	Duncan	
균형식사	10만-30만원 이하	29	2.76	1.023	4.066	0.009**	A
	31-50만원 이하	30	3.07	0.785			A
	51-100만원 이하	28	3.18	0.983			A
	101만원 이상	18	3.72	0.895			B
	합계	105	3.12	0.968			
건강식품 효과인식	10만-30만원 이하	27	3.07	0.917	4.093	0.009**	A
	31-50만원 이하	30	2.53	0.973			A
	51-100만원 이하	28	2.64	1.339			A
	101만원 이상	18	3.56	1.042			B
	합계	103	2.88	1.132			

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

<표 28> 직업 유무에 따른 건강행위 차이

		N	평균	표준편차	t	유의확률
자신감	예	38	3.61	1.104	2.644	0.010*
	아니오	86	3.06	0.962		
활동성	예	38	3.45	1.179	2.423	0.018*
	아니오	82	2.91	0.984		
사회성	예	37	3.32	1.002	2.071	0.041*
	아니오	85	2.88	1.117		
균형식사	예	37	3.38	1.063	2.029	0.045*
	아니오	86	2.99	0.939		
스트레스관리법	예	38	3.32	0.933	2.384	0.019*
	아니오	83	2.82	1.117		

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

직업 유무에 따른 건강행위의 차이를 살펴보면, 자신감, 활동성, 사회성, 균형 식사, 스트레스관리법에 대해서 유의수준 5%에서 유의한 차이가 존재하는 것으로 나타났다. 직장을 가지고 있는 노인들이 자신감, 활동성, 사회성, 균형 식사, 스트레스관리법에서 직장이 없는 노인에 비해 높은 점수를 보여주었다.

동거 형태에 따른 건강행위의 차이를 살펴보면, 식사균형, 흡연, 건강기록에 대해서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 부부만 사는 노인들이 혼자 사는 노인이나 결혼한 자녀와 사는 노인보다 균형잡힌 식사에 신경을 더 많이 쓰는 것으로 나타났다. 결혼한 자녀와 사는 노인들이 독거노인이나 부부만 사는 노인들에 비해 흡연을 즐기는 것으로 나타났다. 결혼한 자녀와 사는 노인들이 부부만 사는 노인이나 독거노인에 비해 건강기록을 잘 관리하는 것으로 나타났다.

<표 29> 동거 형태에 따른 건강행위 차이

		N	평균	표준편차	F	유의확률	Duncan
균형식사	혼자	21	2.52	0.981	3.570	0.016*	A
	부부만	58	3.29	0.817			B
	결혼한 자녀와	27	3.04	0.980			A
	기타	17	3.29	1.312			B
	합계	123	3.11	0.990			
흡연	혼자	19	1.84	1.302	3.813	0.012*	A
	부부만	54	2.41	1.394			A
	결혼한 자녀와	25	3.20	1.581			B
	기타	17	2.94	1.519			B
	합계	115	2.57	1.493			
건강기록	혼자	20	2.40	1.188	3.203	0.026*	A
	부부만	57	2.77	1.389			A
	결혼한 자녀와	25	3.48	1.122			B
	기타	17	2.53	1.281			A
	합계	119	2.82	1.325			

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

### 3. 회귀분석

연구대상 노인들의 건강행위에 영향을 미치는 요인에 대한 분석결과를 보면 다음과 같다.

먼저 자신감, 활동성, 적당한 운동, 자기조절, 사회성, 균형식사 등으로 구성된 건강긍정행동에 영향을 미치는 요인은 주로 건강실태요인이 영향을 미치는 것으로 나타났고, 건강관리의식은 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 건강실태요인이 건강긍정행동에 베타계수 0.49의 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 건강실태가 좋으면 좋을수록 건강긍정행동이 높아진다고 판단할 수 있다.

<표 30> 건강긍정행동에 영향을 미치는 요인

		비표준화 계수		표준화 계수	t	유의확률
		B	표준오차	베타		
건강긍정 행동	(상수)	1.43	0.35		4.101	0.000
	건강실태	0.40	0.06	0.49	6.331	0.000
	건강관리의식	0.17	0.11	0.12	1.560	0.121
R제곱=0.260, 수정된 R 제곱=0.247, F=21.383, P=.000						

음주, 건강상태관심, 건강기록, 수면, 건강상식관심, 스트레스관리법 등으로 구성된 건강생활행동에 영향을 미치는 요인은 주로 건강실태요인이 영향을 미치는 것으로 나타났고, 건강관리의식은 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 건강실태요인이 건강긍정행동에 베타계수 0.28의 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 건강실태가 좋으면 좋을수록 건강생활행동이 높아진다고 판단할 수 있다.

<표 31> 건강생활행동에 영향을 미치는 요인

		비표준화 계수		표준화 계수	t	유의확률
		B	표준오차	베타		
건강생활 행동	(상수)	2.27	0.35		6.518	0.000
	건강실태	0.21	0.06	0.28	3.241	0.002
	건강관리 의식	0.06	0.11	0.04	0.507	0.613
R제곱=0.081, 수정된 R 제곱=0.066, F=5.402, P=.006						

연구대상 노인들의 전체적인 건강행위에 영향을 미치는 요인은 주로 건강실태요인이 영향을 미치는 것으로 나타났고, 건강관리의식은 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 건강실태요인이 건강행위에 베타계수 0.45의 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 건강실태가 좋으면 좋을수록 건강행위가 높아진다고 판단할 수 있다.

<표 32> 건강행위에 영향을 미치는 요인

		비표준화 계수		표준화 계수	t	유의확률
		B	표준오차	베타		
	(상수)	1.85	0.30		6.136	0.000
건강행위	건강실태	0.30	0.06	0.45	5.527	0.000
	건강관리 의식	0.12	0.10	0.10	1.193	0.235
R제곱=0.209, 수정된 R 제곱=0.196, F=16.070, P=.000						

#### 4. 연구결과의 요약

연구대상 노인들은 보통정도로 건강을 평가하는 것으로 나타났고, 청력에 대한 평가가 가장 좋게 나타났고, 통증, 시력에 대한 평가가 뒤를 이었다. 90%이상의 노인이 일반적인 일상생활 수행에 문제가 없었으나 목욕과 대소변의 조절은 70%대로 떨어졌다. 이러한 결과는 기본적 일상생활수행능력이 문제가 있는 노인이 9.2%에 이른다는 정경희(2005)의 연구와 유사한 결과를 보인 것이다.

과반수이상의 노인들이 건강관리에 적극적인 관심을 가지고 있었고, 70% 이상이 독감예방접종을 하고 있으며, 다수의 노인들이 1년에 1회 이상 규칙적인 건강검진을 받고 있었다. 건강상 문제가 있으면, 병원을 찾는 노인들이 가장 많았고, 의원급, 한의원, 약국의 순으로 나타났다. 건강문제가 있을 때 주로 전문의료기관을 방문한 송명수·이종섭(1997)의 연구, 응급질환은 100%가 병의원 등 전문의료기관에서 치료를 받는 것으로 나타난 서미경(1995)의 연구를 지지하는 결과이다. 간호해줄 수 있는 사람으로는 배우자와 자녀가 대다수를 차지하였고, 어려움에 처했을 때 도와줄 친구나 이웃이 있었다.

거의 반 정도의 노인들만이 규칙적인 운동을 하고 있었고, 운동을 노인들의 운동경력은 5년 이하가 과반수를 넘어 나이들어 운동을 시작한 것으로 나타났고, 일주일에 2-3번 이상 운동하는 노인들이 거의 대다수였고, 다수가 1회에 1시간 미만의 운동을 하고 운동 강도는 컨디션에 맞추어 적당히 하는 노인들이

다수를 차지하였다.

건강·운동교육을 받은 경험이 없는 노인들이 과반수이상을 차지하여 건강이나 운동과 관련한 교육이 부족한 것으로 나타났고, 대체로 건강·운동에 관한 지식이 부족한 것으로 나타났다. 대다수의 노인들이 건강 운동교육에 참여의사를 가지고 있었다.

60-64세, 중졸, 고졸, 대졸이상, 101만원 이상 월소득, 직업을 가진 노인집단이 65세 이상, 무학이나 국졸, 100만원미만 월소득, 직업이 없는 노인집단에 비해 건강상태에 대한 인식이 월등히 높은 것으로 나타났다.

75세 이상 노인집단, 중졸, 국졸, 무학노인집단, 직업이 없는 노인집단의 건강 관련지식이 75세미만, 고졸이상, 직업이 있는 노인집단에 비해 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 그리고 건강 및 운동교육에 대한 참여의사는 무학의 노인집단에 비해 타 학력의 노인집단이 대체로 높게 나타났고, 학력이 높은 노인집단의 생활만족도가 높게 나타났다. 30만원 미만의 소득집단과 101만원 이상의 소득집단 노인들의 건강에 대한 관심과 건강교육에의 참여의사가 중간소득계층 노인집단에 비해 적은 것으로 나타났다.

부부만 사는 노인집단의 건강교육 참여의사가 높은 것으로 나타났고, 부부가 사는 노인집단과 결혼한 자녀와 사는 노인집단의 생활만족도가 독거노인집단이나 기타의 동거형태노인보다 높았다. 이러한 결과는 독거노인이 부부동거나 자녀동거 노인에 비하여 신체적, 심리적, 경제적으로 열악하며, 인지기능이 떨어지고 우울점수도 높아 신체적, 정서적 건강이 모두 나쁘다는 정영미·김주희(2004)와 정경희 등(2001)의 연구와 일치하는 것이었다.

60-64세 노인집단의 건강행위가 타 연령집단보다 높게 나타났고, 대졸이상 노인집단의 건강행위가 가장 높았고, 중졸, 국졸, 무학 노인집단의 건강행위는 낮게 나타났다. 직업을 가진 노인집단의 건강행위가 직업이 없는 노인보다 높았으며, 독거노인들의 건강행위가 다른 동거형태의 노인집단에 비해 낮게 나타났다. 이러한 결과는 자녀와 별거하는 노인 중 세대간 접촉이 부족한 노인은 배우자가 없는 여성노인 중에 많았고, 평균연령이 높으며, 용돈규모가 적고 건강상태

도 나빠서 적절한 서비스가 필요하다고 지적한 정경희(2003)의 연구결과와 일치하는 것이다. 남자노인들이 여성노인에 비해 흡연을 많이 하는 것으로 나타났고, 60-64세 노인집단이 타 연령집단에 비하여 건강관리서비스나 건강상품의 효과를 믿지 않는 것으로 나타났다.

대졸이상의 학력을 가진 노인집단이 자신의 변화를 즐기고 나에 대한 확신과 기대를 갖는 것, 일과 여가활동을 활발하게 하는 것, 처음 보는 사람을 대할 때도 편하고 자신감이 있는 것, 건강기록을 가지고 있는 것, 적당한 수면을 하는 것이 다른 학력집단에 비해 높게 나타났다.

대학졸업집단이 적당한 운동을 하는 것과 균형잡힌 식사를 하는 것, 몸의 상처나 피로 등에 대해 항상 살피고 운동과 행동을 적절하게 조절하는 것, 스트레스관리법을 가지고 있는 것도 대졸노인집단이 가장 잘 하는 것으로 나타났고, 고졸 노인집단도 중졸이하의 노인집단에 비해 잘 하고 있는 것으로 나타났다.

101만원 이상의 월수입을 가진 노인집단이 타 소득 노인집단에 비해 균형잡힌 식사에 신경을 쓰고 있는 것으로 나타났고 건강식품에 대한 효과도 가장 낮게 인식하는 것으로 나타났다. 직장을 가지고 있는 노인들이 자신감, 활동성, 사회성, 균형식사, 스트레스관리법에서 직장이 없는 노인에 비해 높은 점수를 보여주었다.

부부만 사는 노인들이 혼자사는 노인이나 결혼한 자녀와 사는 노인보다 균형잡힌 식사에 신경을 더 많이 쓰는 것으로 나타났고, 결혼한 자녀와 사는 노인들이 독거노인이나 부부만 사는 노인들에 비해 흡연을 즐기는 것으로 나타났다.

결혼한 자녀와 사는 노인들이 부부만 사는 노인이나 독거노인에 비해 건강기록을 잘 관리하는 것으로 나타났다. 노인의 건강에 있어서 가족의 지지는 중요한 문제여서 건강증진행위를 할 때도 건강인식과 가족지지가 중요한 요소가 된다는 김춘길·노춘희(2001)의 연구를 지지하는 결과이다.

먼저 자신감, 활동성, 적당한 운동, 자기조절, 사회성, 균형식사 등으로 구성된 건강긍정행동에 영향을 미치는 요인은 주로 건강실태요인이 영향을 미치는 것으로 나타났고, 음주, 건강상태관심, 건강기록, 수면, 건강상식관심, 스트레스관

리법 등으로 구성된 건강생활행동에 영향을 미치는 요인도 주로 건강실태요인이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 건강실태가 좋으면 좋을수록 건강행위가 높아진다고 판단할 수 있다.

## 제5장 결론

우리나라의 고령화속도는 매우 빠르게 진행되고 있고, 노인인구의 증가로 인한 건강문제는 신체기능의 저하, 기능장애, 병리적 변화 등 노화정도에 따라 신체적 심리적 사회적인 문제를 내포한 복합적인 양상을 띠게 된다. 노인들의 건강문제 유병률이 높고 심각함에도 불구하고 건강문제에 대한 관리실태는 소극적이고 미흡한 실정이다. 따라서 노인 인구는 다른 연령보다 건강요구가 크므로 건강한 노년을 위한 자기 건강관리의 중요성이 점차 크게 대두되고 있고, 노인의 포괄적인 건강관리와 지역사회거주 노인을 위한 연구가 절실히 요청되고 있다.

본 연구는 제주지역사회노인들을 대상으로 설문조사를 통해 건강관리에 대한 의식을 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하여 노인들의 건강기능을 유지·증진하기 위한 기초자료를 제공하고자 하였다. 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 연구대상 노인들은 보통정도로 건강을 평가하였고, 과반수이상의 노인들이 건강관리에 적극적인 관심을 가지고 있었고, 다수의 노인들이 1년에 1회 이상 규칙적인 건강검진을 받고 있었다. 건강상 문제가 있으면, 병원을 찾는 노인들이 가장 많았고, 의원급, 한의원, 약국의 순으로 나타났다.

둘째, 거의 반 정도의 노인들만이 규칙적인 운동을 하고 있었고, 대부분 노인들은 나이 들어 운동을 시작한 것으로 나타났고, 일주일에 2-3번 이상 1회에 1시간 미만으로 컨디션에 맞추어 적당히 운동하는 것으로 나타났다.

셋째, 건강·운동교육을 받은 경험이 없는 노인들이 과반수이상을 차지하여 건강이나 운동과 관련한 교육이 부족한 것으로 나타났고, 대체로 건강·운동에 관한 지식이 부족한 것으로 나타났다. 대다수의 노인들이 건강 운동교육에 참여 의사를 가지고 있었다.

넷째, 60-64세, 중졸, 고졸, 대졸이상, 101만원 이상 월소득, 직업을 가진 노인 집단이 65세 이상, 무학이나 국졸, 100만원미만 월소득, 직업이 없는 노인집단에

비해 건강상태에 대한 인식이 월등히 높은 것으로 나타났다.

다섯째, 75세 이상 노인집단, 중졸, 국졸, 무학노인집단, 직업이 없는 노인집단의 건강관련지식이 75세미만, 고졸이상, 직업이 있는 노인집단에 비해 유의미하게 낮은 것으로 나타났고 건강 및 운동교육에 대한 참여의사는 무학의 노인집단에 비해 타 학력의 노인집단이 대체로 높게 나타났고, 학력이 높은 노인집단의 생활만족도가 높게 나타났고, 부부만 사는 노인집단의 건강교육 참여의사가 높게 나타났다.

여섯째, 60-64세, 대졸, 직업이 있는 노인집단의 건강행위가 타 집단보다 높게 나타났고, 남자노인들이 여성노인에 비해 흡연을 많이 하는 것으로 나타났다. 대졸이상의 학력을 가진 노인집단이 자신의 변화를 즐기고 나에 대한 확신과 기대를 갖는 것, 일과 여가활동을 활발하게 하는 것, 처음 보는 사람을 대할 때도 편하고 자신감이 있는 것, 건강기록을 가지고 있는 것, 적당한 수면을 하는 것, 적당한 운동을 하는 것과 균형잡힌 식사를 하는 것, 몸의 상처나 피로 등에 대해 항상 살피고 운동과 행동을 적절하게 조절하는 것, 스트레스관리법을 가지고 있는 것에서 높은 수치가 나타났다.

일곱째, 101만원 이상의 월수입을 가진 노인집단이 타 소득 노인집단에 비해 균형잡힌 식사에 신경을 쓰고 있는 것으로 나타났고 건강식품에 대한 효과도 가장 낮게 인식하는 것으로 나타났다. 직장을 가지고 있는 노인들이 자신감, 활동성, 사회성, 균형식사, 스트레스관리법에서 직장이 없는 노인에 비해 높은 점수를 보여주었다.

여덟째, 먼저 자신감, 활동성, 적당한 운동, 자기조절, 사회성, 균형식사 등으로 구성된 건강긍정행동과 음주, 건강상태관심, 건강기록, 수면, 건강상식관심, 스트레스관리법 등으로 구성된 건강생활행동에 영향을 미치는 요인은 주로 건강실태요인이 영향을 미치는 것으로 나타나 건강실태가 좋으면 좋을수록 건강행위가 높아진다고 판단할 수 있었다.

이상의 연구결과를 바탕으로 노인건강을 위한 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 반 정도의 노인들만이 규칙적인 운동을 하고 있었고, 대부분 노인들은

나이 들어 운동을 시작한 것으로 나타났고, 일주일에 2-3번 이상 1회에 1시간 미만으로 컨디션에 맞추어 적당히 운동하는 것으로 나타났으나 건강·운동교육을 받은 경험이 없는 노인들이 과반수이상을 차지하여 건강이나 운동과 관련한 교육과 지식이 부족한 것으로 나타났다. 또한 대다수의 노인들이 건강 운동교육에 참여의사를 가지고 있어 노인들의 건강과 운동에 대한 체계적 관리가 지역사회차원에서 이루어질 필요성이 있다. 이에 지역복지관이나 노인복지관, 그리고 보건소를 중심으로 지역노인을 대상으로 한 건강교육과 노인의 운동요법에 대한 지도노력이 필요하다.

둘째, 특히 70대 이상의 고연령층과 고졸미만의 학력집단, 100만원 미만의 수입을 가진 노인집단에 대한 건강교육과 운동요법에 대한 지도강화와 긍정적 정신자세에 대한 교육이 필요하다. 이러한 건강과 정신교육을 통해 건강관리가 취약한 집단의 건강행위를 높일 필요가 있다. 이를 통해 노인들의 건강한 여생의 기회가 증가될 수 있다고 판단된다.

셋째, 고학력집단이나 고소득 집단의 건강행위는 어느 정도 이루어지고 있는 것으로 판단된다. 이들의 건강행위를 지속할 수 있도록 하는 지역사회 여건조성이 필요하다. 특히 노인들의 대다수가 5년 미만의 운동경력을 가지고 있어 어느 정도 연령이 들은 후 운동을 시작하고 있다. 중년층부터 운동과 건강에 관심을 가질 수 있는 사회의 인프라를 구축하여야 한다.

넷째, 현재의 건강실태가 긍정적일수록 건강행위에 긍정적 영향을 미치고 있어 노인들의 치매 등 노인성 질환을 예방할 수 있도록 지역의료서비스의 예방의학활동을 강화하여야 한다. 이를 통해 노인들이 건강한 삶을 지속할 수 있도록 할 수 있다고 판단된다.

## 참고문헌

- 가정의학 편집위원회 공저(1997), 「예방의학과 공중보건」, 서울: 계축문화사.
- 강혜영·김수미(1996), “일부 도시, 농촌노인의 건강상태 비교연구”, 「지역사회 간호학회지」, 7(2), pp. 244- 256.
- 고승덕·김명(1996), “노인의 일반적 특성과 신체적, 정신적, 사회적 건강간의 관련성”, 「한국보건교육학회지」 13(2), pp. 115-128.
- 권영숙(2004), “노인단독가구의 지역사회 건강관리 프로그램개발”, 서울대 대학원, 박사학위논문.
- 김금순(1985), “관막치환 수술후 환자들의 건강 지도에 영향을 미치는 제요인에 관한 연구”, 간호학회지 15(1), pp.52-58.
- 김동오(1994), “우리나라 일부 중년층 남성의 건강인식과 건강행위 수정과정에 관한 논문”, 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 김성수(1995), 「운동과 건강」, 서울 대북, p.119.
- 김순이(1995), “한국노인의 건강행위에 대한 탐색적 연구”, 이화여대 대학원, 석사학위논문.
- 김원중(1996), 「건강관리」, 서울: 흥경.
- 김유섭(1996), 「운동과 건강교육」, 서울 대경.
- 김정균(1984), “노인보건과 건강관리”, 「월간간호」, 8(2).
- 김정원·김초강(1997), “일부 노인의 건강행동이 건강상태에 미치는 영향”, 「한국보건교육학회지」 14(1), pp.73-95.
- 김정자(1989). “노인층 인구의 건강문제와 관리실태 및 개선방향”, 「대한간호」. 28(2). pp.78-97.
- 김정희(1997), “노인 건강 교육에 관한 연구”, 弘益大 教育大學院, 석사학위논문.
- 김춘길 ·노춘희(2001), “일지역 재가노인의 일상생활동작 수행능력과 자가간호 역량 간의 관계”, 「성인간호학회지」, 13(1), pp.40-52.
- 김태현·김동배·김미혜·이영진·김애순(1998), “노년기 삶의 질에 관한 연구”,

- 「한국노년학」, 18(1), pp. 150-169.
- 네들던, 사라, 조효제 역, 「건강과 질병의 사회학」, 서울: 한울아카데미, 1997, pp. 27-28.
- 노태영(1997), “일부종합병원 간호사의 건강증진행위와 그 결정요인에 관한 연구”, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, p.28.
- 류재문(2002), “노인의 신체활동 참가가 건강관리유형에 미치는 영향”, 조선대 환경보건대학원, 석사학위논문.
- 문창진, 「보건의료 사회학」, 서울: 신광출판사, 1990.
- 문혜경(2003), “근로자의 생활습관과 건강인식에 따른 검진효과와 만족도 연구”, 대전대학교 경영행정사회복지대학원, 석사학위논문, pp.10-14.
- 박경숙(1999), “치료레크리에이션 무용동작이 노인의 자가건강관리행태, 일상생활수행능력, 신체적 자기효능감에 미치는 효과”, 釜山大 教育大學院, 석사학위논문.
- 박영주, 이숙자(1999), “한국노인의 건강행위 예측모형 구축”, 「대한간호학회지」 29(2), pp.281-292.
- 변용걸(1999), “노인의 건강실태와 정책과제”, 「보건복지포럼」, 2, pp.30-40.
- 서미경(1995), “한국 노인의 만성질환 상태 및 보건, 의료대책”, 「한국노년학」, 15(1). pp. 28- 39.
- 서혜림(1999), “노인들의 자가건강관리행태, 일상생활수행능력, 신체적 자기효능감에 관한 연구”, 釜山大 教育大學院, 석사학위논문.
- 송명수, 이종섭(1997), “노인 환자 보건의료기관 이용실태 분석”, 「한국농촌의학회지」 22(2), pp. 277-293.
- 신유선(1997), “일부 도시, 농촌노인의 건강상태 비교 연구”, 「지역사회간호학회지」, 8(2). pp.237- 249.
- 심용훈(2001), “중소도시 노인들이 인지하는 운동과 건강에 관한 연구”, 용인대학교 교육대학원, 석사학위논문.
- 안태성 (2001), "단독거주 노부부의 돌봄경험에 관한 문화기술지", 경희대학교

- 대학원, 박사학위논문.
- 양옥순(1996), 「여성과 건강」, 서울 수문사.
- 오영호·오진주·지영건(2001), 「만성질환 실태와 관리방안」, 한국보건사회연구원.
- 오은아(2000), “가족의 부양행동, 노인의 생활양식과 건강관리행동과의 관계” 이화여대 대학원, 석사학위논문.
- 옥정석(1994), 「운동과 건강」, 서울 태근문화사.
- 우영(2003), “노인의 건강관리 및 신체활동에 관한 연구 : 서울특별시를 중심으로”, 경희대 체육대학원, 석사학위논문.
- 유광수·박현선 (2003), “독거노인과 가족동거노인의 건강상태에 관한 비교연구”, 「한국노년학」, 23(4), pp. 163-179.
- 유진(1988), “노인 생활만족도 척도제작연구”, 한국심리학회 연차학술대회 발표논문.
- 유진(1989), “노화과정과 심리적 특성변화와의 관계”, 「대한간호」 152권, pp. 6-11.
- 윤순영 외 (2002), "보건소 건강관리회원의 진단적 연구-PRECEDE 모형을 중심으로", 「지역사회간호학회지」, 13(2), pp. 292-305.
- 윤종화·이혜경(1997), “배우자가 없는 여성노인의 자아존중감, 건강상태, 가족관계, 사회활동 참여도에 따른 생활만족도”, 「한국노년학」, 17(1), pp. 289-304.
- 이미라(2001), “노인의 신체적 건강문제와 관리실태 분석”, 연세대 교육대학원, 석사학위논문.
- 이선자·허정(1985), “한국노인의 보건실태 조사”, 「한국노년학」, 5. pp.103-125.
- 이순영·서일(1995), “주요건강실천 행위가 건강수준에 미치는 영향”, 「한국역학회지」 17(1), pp.48-63.
- 이영란 외(1998), “국내 노인간호연구 분석과 발전방향”, 「대한간호학회지」,

- 28(3), pp. 676-694.
- 이평숙(1995), “스트레스 관리의 이론적 근거”, 「대한심신스트레스학회지」 3(2), pp.147-156.
- 임변장(1991), “생활체육의 의의 및 필요성”, 「스포츠과학」, 한국체육과학연구원, pp.1-6.
- 전미영(2003), “통합적 건강관리 프로그램이 노인의 건강증진에 미치는 효과”, 「한국노년학」, 23(3), pp. 1-13.
- 전은정(2003), “서울 강북지역 노인의 건강관리에 관한 조사 연구”, 경희대 행정대학원, 석사학위논문.
- 정경희(2003). “가족의 노인부양실태와 정책과제”, 「보건복지포럼」, 79(5), pp.22-32
- 정경희(2005), “2004년도 노인생활실태 및 복지욕구조사”, 「보건복지포럼」 2005년 3월호.
- 정경희·조애저·오영희·선우덕 (2001), 「노인 장기요양보호의 수발 및 복지 욕구-2001년 전국 노인장기요양보호 서비스 욕구조사」, 한국보건사회연구원.
- 정순돌(2003), "사례관리 대상노인의 미충족 욕구사정 : 욕구사정도구 (Camberwell Assessment of Need)를 활용한 탐색적 연구", 「한국노년학」, 23(4), pp. 99-112.
- 정영미·김주희 (2004), "동거유형에 따른 노인의 인지기능, 영양상태, 우울의 비교", 「대한간호학회지」, 34(3), pp. 495- 503.
- 정일규(1997), 「운동 영양학」, 서울: 대북.
- 정정숙(2003), “농촌지역노인의 건강문제와 의료복지서비스의 과제에 관한 연구 : 포항시 읍·면을 중심으로”, 동국대 사회과학대학원, 석사학위논문.
- 조병만(1996), “생활양식과 신체적 건강상태에 관련성에 관한 연구”, 「한국역학회지」 18(1), pp.84-94.
- 조유향(2002). "일본의 지역사회 재가노인서비스전달체계", Web Health

Research, 5.

조유향(1994), “일부지역 노인의 장애 및 생활정도에 관한 조사연구”, 「한국노년학연구」, 3, pp. 113- 125.

주경옥(1986), “도시근로자의 스트레스 생활사건과 건강상태와의 관계”, 조선대학교 대학원 석사학위논문.

최규이(2002), “노인복지시설 입소자들의 건강실태와 건강관리방안에 관한 연구”, 원광대 행정대학원, 석사학위논문.

최정훈(1972), 지각형성과 표준화에 관한 연구, 「연세논총」 제9집, pp.87-101.

통계청(2003), 「통계연보」.

한정희(1998), “한국노인의 건강관리에 관한 연구 : 경기도 양평군을 중심으로”, 檀國大 行政大學院, 석사학위논문.

홍현순(1995), 「기초건강학」, 서울 학우사, p.108.

Fries, J. F. and Crapo, L. M.(1981), *Vitality and Aging*, SF: Freeman.

Fry, P. S. (2000), Religious involvement, spirituality, and personal meaning for life: Existential predictors of psychological well-being in community-residing and institutional care elders, *Aging and Mental Health. An International Journal*, 4(4), 375-387.

Jones L. J.(1994), *The Social context of health and health work*, London: Macmillan.

Karen, G, Stanley, B. F., and Lawrence, R.(1982), Preventive Health Behavior of Physicians, *Journal of Med*, 57.

Laffrey, S. C.(1990), An exploration of adult health-behaviors, *Western Journal of Nursing Research*, Vol 12(4), pp.434-447.

Leonard W. M.(1980), *A sociological perspective of sport*, Mineapolis: MN: Burgess Publishing Co.

Orem D. E. (1991), *Nursing: Concepts In Practice*, St. Louis: Mosby.

- Perlmutter, M. and Hall, E.(1992), Adult development and aging, NY: John Wiley & sons, 오은아(2000), 전계논문, pp.8-9, 재인용.
- Rosow(1974), And then we were old, *Transaction*, 2.
- Simmons, S. J. (1989), Health a concept analysis, International Journal of Nursing studies, 26(2), pp.155-161., 이미숙, 전계논문, pp.2-3. 재인용
- Thomas, B. L. (1988), Self-esteem and life satisfaction, *Journal of Gerontological Nursing*, 14(12), 25-30.
- Willams, A. F., Wechsler, H. (1972), Interrelationship of preventive actions in health other areas, *Health serv, Rep*, 87, pp.969-976.

## **ABSTRACT**

# **Awareness on Health Management and its Influential Factors for Senior Citizens in Jeju Region**

**Ko, Seo-Young**

**Dept. of Physical Education**

**Graduate School of**

**Chung-Ang University**

Health problems of senior citizens take on the various forms of declines in body functions, functional disorders by declines in body functions, function failures and pathological changes. Despite the high prevalence rate of health problems for senior citizens, most of the senior citizens are highly ignorant or passive toward the management of their health. Day-to-day health management activities, which maintain the health without experiencing pathological aging that accompanies medical diseases or symptoms of illness, take on a special meaning for the senile life.

Therefore, this study aimed to survey senior citizens in the Jeju region for evaluating their awareness of health management and for analyzing the influential factors, in order to provide fundamental data for maintenance and improvement of health functions for senior citizens. The study findings can be summarized as below.

First, while more than half of the senior citizens had high interest in health management, only about half of the senior citizens were actually

doing regular exercises. They were found to perform adequate amount of exercise according to each one's condition 2 to 3 times or more in a week and less than 1 hour per session.

Second, the senior citizens were found to have inadequate education on health and physical exercise, and most of them were found to have insufficient knowledge about health and exercise. Nevertheless, most of them indicated interest in health and physical education.

Third, health activities were found to be higher for the group of senior citizens with college education, with jobs, and in the age range of 60 to 64. Also, males were found to smoke more than females. The group of senior citizens with monthly income of 1,010,000 won or more were found to make more efforts in maintaining balanced diet, and this group was also found to have lowest expectations from health foods.

Fourth, as for the influential factors, positive health behaviors and daily health behaviors were found to be most influenced by the current health factor, implying that health activities are higher for those with good health.

Drawing from the study results above, the following suggestions can be made for health of senior citizens.

First, as a majority of senior citizens are interested in participating in health and physical education, there is a need for systematic management of the senior citizens' health and exercise at the local community level. Local community centers, senior citizens' community centers, public health centers and other similar institutes need to provide health education and facilitate exercise training for the senior citizens in the community.

Second, among all groups of senior citizens, the elderly group in the

70s, the less educated group of below the high school education, and the poorly maintained group with monthly income below 1,000,000 won need to be provided with systematic training on positive thinking as well as health and physical exercise.

Third, health activities for the high education group and the high income group are currently at the appropriate level. The local community needs to provide them with an environment in which they can continue the health activities. There also must be the infrastructure in the local community that allows those in middle age to have interest in their exercise and health.

Fourth, since the current health situation was found to have positive effects on health activities, it is important to strengthen preventive medical activities of local medical services in order to prevent senile ailments such as senile dementia.

< 부 록 >

## 설문지

안녕하십니까?

먼저 바쁘신 가운데 귀중한 시간을 내어 설문에 응해 주신 데에 대하여 깊은 감사를 드립니다.

본인은 중앙대학교 교육대학원에서 체육교육학을 전공하고 있으며, 『제주지역 노인들의 건강관리에 관한 의식과 영향요인』라는 석사학위 논문을 준비하면서 어르신 여러분들의 건강관리에 대한 의견을 듣고자 본 설문지를 제작하게 되었습니다.

이 설문은 무기명으로 처리되며, 응답하신 결과는 연구목적 이외의 다른 목적으로는 사용되지 않을 것입니다. 각 문항에 대하여 귀하의 의견을 솔직하고 정확하게 표현해 주시면 감사하겠습니다. 귀하의 응답은 보다 나은 삶을 지향하는 사회의 귀중한 자료가 될 것입니다.

소중한 시간 설문에 응해주심을 다시 한 번 감사드립니다.

2005년 5월

연구자 고 서영 올림

I. 다음은 귀하에 대한 일상적인 질문입니다. 귀하의 의견과 가장 가까운  
답에  표시하여 주시기 바랍니다.

1. 귀하의 성별은?

① 남\_\_\_\_\_ ② 여\_\_\_\_\_

2. 귀하의 연령은?

① 60 이상 \_\_\_\_\_ ② 65 이상\_\_\_\_\_ ③ 70 이상\_\_\_\_\_ ④ 75세 이상  
\_\_\_\_\_

3. 귀하의 교육정도는?

① 무학\_\_ ② 국졸\_\_ ③ 중졸\_\_ ④ 고졸\_\_ ⑤ 대졸이상\_\_

4. 귀하의 월평균 수입(용돈)은 얼마입니까? \_\_\_\_\_원

4-1. 귀하의 생활비를 부담하는 사람은 누구입니까?

① 본인(혹은 배우자)이 부담\_\_ ② 자녀가 부담\_\_  
③ 어르신(부부)와 자녀가 분담\_\_ ④ 외부의 도움\_\_ ⑤ 기타\_\_

5. 귀하는 현재 직업을 가지고 계십니까?

① 예\_\_\_\_\_ ② 아니오\_\_\_\_\_

6. 귀하의 의료보험 종류는 무엇입니까?

① 없음\_\_ ② 직장건강보험\_\_ ③ 지역건강보험\_\_ ④ 의료보호\_\_

7. 귀하는 현재 누구와 살고계십니까?

① 혼자 산다\_\_ ② 부부만 산다\_\_ ③ 결혼한 아들과 산다\_\_  
④ 결혼한 딸과 산다\_\_ ⑤ 미혼의 자녀와 산다\_\_

⑥ 친척과 산다\_\_      ⑦ 기타\_\_\_\_\_

II. 귀하의 건강상태에 관한 질문입니다. 귀하의 의견과 가장 가까운 답에  
 표시하여 주시기 바랍니다.

1. 귀하의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 건강한 편이다\_\_    ② 건강한 편이다\_\_    ③ 보통이다\_\_  
④ 건강하지 못한 편이다\_\_    ⑤ 매우 약하다\_\_

2. 귀하는 눈이 잘 보이십니까?

- ① 잘 보이는 편이다\_\_    ② 보통이다\_\_    ③ 잘 안 보이는 편이다\_\_

3. 귀하는 귀가 잘 들리십니까?

- ① 잘 들리는 편이다\_\_    ② 보통이다\_\_    ③ 잘 안 들리는 편이다\_\_

4. 귀하는 특정부위에 통증이나 불편감이 있으십니까?

- ① 없다\_\_    ② 어느 정도 있다\_\_    ③ 심하다\_\_

5. 어르신은 지난 1년간 병원에 입원했던 적이 있었습니까?

- ① 있다\_\_\_\_\_    ② 없다\_\_\_\_\_

6. 귀하의 일상생활에서 하실 수 있는 수행능력에 관한 질문입니다.

6-1. 귀하는 목욕을 혼자서 하실 수 있습니까?

- ① 혼자서 때밀기와 샤워를 할 수 있다\_\_  
② 샤워만 혼자서 할 수 있다\_\_  
③ 다른 사람의 도움을 받아야만 할 수 있다\_\_

6-2. 귀하는 옷을 혼자서 입으실 수 있습니까?

- ① 도움 없이 혼자서 입을 수 있다\_\_
- ② 부분적으로 다른 사람의 도움을 받아야 한다\_\_
- ③ 도움이 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없다\_\_

6-3. 귀하는 세수, 양치질, 머리를 감을 수 있으십니까?

- ① 세 가지 모두 도움 없이 혼자서 할 수 있다\_\_
- ② 세수와 양치질은 혼자 할 수 있지만 머리감기는 도움이 있어야 한다\_\_
- ③ 세 가지 모두 다른 사람의 도움을 받아야 한다\_\_

6-4. 귀하는 화장실을 혼자서 이용하실 수 있습니까?

- ① 도움 없이 혼자서 이용할 수 있다\_\_
- ② 부분적으로 도움을 받아야 한다\_\_
- ③ 다른 사람의 도움을 받아도 화장실 이용이 어렵다\_\_

6-5. 귀하는 누우셨다가 방문 밖으로 나올 수 있습니까?

- ① 도움 없이 혼자서 방 밖으로 나올 수 있다\_\_
- ② 다른 사람의 도움이나 부축을 받아야 한다\_\_
- ③ 다른 사람의 도움 없이는 방 밖으로 나올 수 없다\_\_

6-6. 귀하는 대소변을 조절하실 수 있습니까?

- ① 본인 스스로 조절할 수 있다\_\_
- ② 대소변 조절을 가끔 실패할 수 있다\_\_
- ③ 대소변을 전혀 조절할 수 없다\_\_

7-7. 귀하는 식사를 혼자서 하실 수 있습니까?

- ① 도움 없이 식사를 할 수 있다\_\_

- ② 다른 사람의 도움이 있어야만 생선을 발라 먹거나 음식을 잘라 먹을 수 있다\_\_
- ③ 도움을 받지 않고는 식사를 할 수 없다\_\_

**Ⅲ. 귀하의 건강관리에 관한 질문입니다. 귀하의 의견과 가장 가까운 답에  표시하여 주시기 바랍니다.**

1. 귀하는 귀하의 건강에 관심을 가지고 관리하고 계십니까?

- ① 관심이 많다\_\_ ② 가끔 관심을 갖기도 한다\_\_ ③ 관심이 없다\_\_

2. 귀하는 무슨 예방접종을 맞고 계십니까?

- ① 독감\_\_ ② 폐렴\_\_ ③ 기타(무슨 접종:\_\_\_\_\_)
- ④ 예방접종을 안 맞는다\_\_

3. 귀하는 건강검진(건강보험으로 하는)을 받으십니까?

- ① 규칙적으로 검진을 받는다\_\_ ② 1년에 2회정도 받는다\_\_
- ③ 1년에 1회정도 받는다\_\_ ④ 받지 않는다\_\_

3-1. 받지 않는다면 그 이유는 무엇입니까 ?

- ① 금전적 문제로\_\_ ② 병원 같은 곳이 싫어서\_\_
- ③ 별반 필요성을 느끼지 못해서\_\_ ④ 기타\_\_

4. 귀하는 건강상 문제가 있을 때 어떻게 관리하고 계십니까?

- ① 병원\_\_ ② 의원\_\_ ③ 한의원\_\_
- ④ 약국\_\_ ⑤ 보건소\_\_ ⑥ 자가관리(구체적으로\_\_\_\_\_)
- ⑦ 치료받지 않음(이유\_\_\_\_\_)

5. 귀하가 갑자기 병원에 가야 할 상황일 때는 누가 도와줄 수 있나요?  
 ① 배우자\_\_ ② 자녀\_\_ ③ 아는 사람(누구\_\_\_\_\_)  
 ④ 이웃\_\_ ⑤ 도와줄 사람 없다\_\_
6. 귀하가 몸져 누웠을 때 누가 곁에서 간호해 줄 수 있다고 생각하십니까?  
 ① 배우자\_\_ ② 자녀\_\_ ③ 아는 사람(누구\_\_\_\_\_)  
 ④ 이웃\_\_ ⑤ 간호할 사람 없다\_\_
7. 귀하는 힘들 때 의논하고 도와줄 친구나 이웃이 있으십니까?  
 ① 있다\_\_\_\_\_ ② 없다\_\_\_\_\_
8. 귀하가 입원을 하거나 많이 아프게 되면 누구 돈으로 치료비를 해결할까요?  
 ① 본인\_\_ ② 배우자\_\_ ③ 자녀\_\_ ④ 부담할 사람이 없다\_\_
9. 귀하는 일정하게 참여하는 건강모임이 있습니까?  
 ① 있다\_\_\_\_\_ ② 없다\_\_\_\_\_
10. 귀하는 규칙적인 운동을 하고 계십니까?  
 ① 예\_\_\_\_\_(이하의 문항에 답해주십시오)  
 ② 아니오\_\_\_\_\_(12번 문항으로)
- 10-1. 귀하는 현재의 운동을 얼마나 오랫동안 해오셨습니까?  
 ① 5년 이하\_\_\_\_\_ ② 5-10년\_\_\_\_\_ ③ 10년 이상\_\_\_\_\_
- 10-2. 귀하께서는 요즈음 운동을 얼마나 자주하고 계십니까?  
 ① 매일 \_\_\_\_ ② 일주일 4-5번 이상\_\_\_\_  
 ③ 일주일 2-3번\_\_ ④ 일주일 1번\_\_\_\_\_

10-3. 귀하는 한 번 운동을 하실 때 어느 정도 시간동안 운동을 하십니까?

- ① 1시간미만\_\_\_ ② 1-2시간\_\_\_ ③ 2-3시간\_\_\_ ④ 3시간 이상\_\_\_

10-4. 귀하는 운동을 할 때 어느 정도로 하십니까?

- ① 땀이 흠뻑 날 정도로 힘들게\_\_\_\_\_  
② 컨디션에 맞추어 적절히\_\_\_\_\_  
③ 가볍게 몸을 푸는 정도로\_\_\_\_\_  
④ 기타\_\_\_\_\_

10-5. 귀하가 현재 하고계신 운동의 종류는 무엇입니까?(주로 하시는 운동을 모두 기재하여 주십시오)

\_\_\_\_\_

11. 귀하가 운동을 안 하신다면 그 이유는 무엇입니까?

- ① 몸을 움직이기 어려워서\_\_ ② 경제적 부담으로\_\_  
③ 시간이 부족해서\_\_ ④ 운동에 흥미가 없어서\_\_  
⑤ 기타\_\_\_\_\_

12. 귀하는 귀하의 건강관리나 운동방법에 관한 교육을 받으신 경험이 있으십니까?

- ① 있다\_\_\_\_\_ ② 없다\_\_\_\_\_

13. 귀하는 건강관리나 운동방법에 관한 충분한 지식을 가지고 있다고 생각하십니까?

- ① 충분한 지식이 있다\_\_ ② 조금 가지고 있다\_\_  
③ 부족하다\_\_ ④ 전혀없다\_\_

14. 귀하는 건강관리나 운동방법에 관한 교육이 있다면, 참여하실 의사가 있으  
십니까?

- ① 꼭 참여하고 싶다\_\_ ② 시간이 되면 참여한다\_\_ ③ 관심이 없다.\_\_

15. 요즘 귀하의 생활에 대해 만족하십니까?

- ① 매우 만족스럽다\_\_ ② 만족스럽다\_\_ ③ 보통이다\_\_  
④ 불만족스럽다\_\_ ⑤ 매우 불만족스럽다\_\_

IV. 귀하의 건강행위에 관한 질문입니다. 귀하의 의견과 가장 가까운 답에  표시하여 주시기 바랍니다.

	전혀 그 렇지 않다	그 렇지 않다	보 통 이 다	대 체 로 그 렇 다	매 우 그 렇 다
1) 나는 내 자신의 변화를 즐기고 나에 대한 확신과 기대를 갖고 있다.	1	2	3	4	5
2) 나는 낮 동안에 활동적이고 일과 여가활동을 활발하게 하고 있다.	1	2	3	4	5
3) 나는 내 몸 상태에 적당한 운동을 한다.	1	2	3	4	5
4) 나는 몸의 상처나 피로 등에 대해 항상 살피고 운동과 행동을 적절하게 조절한다.	1	2	3	4	5
5) 나는 처음 보는 사람을 대할 때도 편하고 자신감이 있다.	1	2	3	4	5
6) 나는 균형있는 영양을 생각하면서 음식을 먹는다.	1	2	3	4	5
7) 나는 담배를 즐기고 있다.	1	2	3	4	5
8) 나는 술을 삼가고, 아주 드물게 제한된 양만 마신다.	1	2	3	4	5
9) 나는 내 몸무게와 혈압뿐만 아니라 건강조건과 관련된 요인들도 관심을 가지고 있다.	1	2	3	4	5
10) 나는 최근에 검사받은 정확한 건강 기록부를 가지고 있다.	1	2	3	4	5
11) 나는 하루 6-8시간 이상 잠을 잔다.	1	2	3	4	5
12) 나는 특별한 건강관리서비스나 건강상품의 효과를 믿지 않는다.	1	2	3	4	5
13) 나는 텔레비전에 나오는 건강상식에 관한 프로에 관심을 가지고 있다.	1	2	3	4	5
14) 나는 스트레스를 관리할 수 있는 나만의 방법을 가지고 있다.	1	2	3	4	5