

농촌 고령자의 건강정보문해력이 건강증진행위에 미치는 영향 : 자기효능감의 매개효과

Mediating Effect of Self-Efficacy on Relationship Between Health Literacy in Rural Elderly Individuals and Health Promoting Behavior

최현우¹⁾ · 손주리²⁾* · 최윤지³⁾ · 최정신²⁾

국립농업과학원 농업환경부 농촌환경자원과 전문연구원¹⁾ · 국립농업과학원 농업환경부 농촌환경자원과
농업연구사²⁾ · 국립농업과학원 농업환경부 농촌환경자원과 농업연구관³⁾

Choi, Hyoun Woo¹⁾ · Son, Ju Ri²⁾* · Choi, Yoon Ji³⁾ · Choi, Jung Shin²⁾

National Institute of Agricultural Science, Korea^{1),2),3)}

Abstract

Health promotion behaviors among rural elderly are known to be influenced by health literacy, self-efficacy, and a variety of sociodemographic and health-related factors. Although health literacy and self-efficacy have been found to be important factors affecting individuals' health promotion behaviors, few studies have examined the relationship between them. The purpose of this study was to determine the mediating effect of self-efficacy on the relationship between health literacy and health promotion behaviors. A total of 552 elderly people aged 60 years or older living in 75 towns and villages in 21 cities and counties in Korea were enrolled. A structured questionnaire was used to survey them. Multiple regression analysis was conducted to examine the mediating effect of self-efficacy on the relationship between health literacy and health promotion behaviors. Results showed that health promotion behaviors were positively related to health literacy and self-efficacy, with self-efficacy having a mediating effect on the relationship between health literacy and health promotion behaviors. This suggests that self-efficacy should be considered in the development of health promotion education and programs for rural elderly living in rural areas. It means that it is necessary to find ways to increase self-efficacy as a strategy to improve health literacy.

Keywords: Rural elderly, Health promotion behavior, Health literacy, Self-efficacy

I. 서론

우리나라는 전 세계에서 가장 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있으며, 다가오는 2025년에는 초고령사회에 진입할 것으로 전망된다(통계청, 2022). 초고령사회는 전체 인구의 20%가 넘는 인구가 노인으로, 노인 친화적인 환

경, 노인 스스로 주체가 될 수 있는 삶, 지내왔던 곳에서 지속적으로 거주(aging-in-place)할 수 있도록 하는 지원과 정책이 요구된다(정재필, 2012). 고령화 진행 속도는 도시와 농촌에서 차이가 있는데, 농촌지역의 경우 면 단위 기준 고령화율이 이미 31.3%를 넘어서 도시에 비해 빠르게 진행되고 있음을 알 수 있다(통계청, 2021). 특히

본 논문은 농촌진흥청 국립농업과학원 농업과학기술 연구개발사업(과제번호:PJ01727002)의 지원에 의해 이루어진 것임

* Corresponding author: Son, Juri

Tel: +82-63-238-2648, Fax: +82-63-238-3825

E-mail: baljuri@korea.kr

© 2023, Korean Association of Human Ecology. All rights reserved.

농촌의 경우 인구 고령화와 동시에 출산을 저하, 청년인구의 도시 이주, 인구 자연 감소로 인해 일상생활에 반드시 필요한 생활편의 시설들의 소멸도 함께 진행되고 있는 상황이다(한이철 외, 2022). 이러한 현상이 지속될 경우 건강과 관련된 기본적인 의료서비스까지 위협받게 되는 상황에 처할 수 있기에 농촌에서 거주하는 고령자 스스로 주체가 되어 건강하고 안락하게 노후를 보낼 수 있는 예방책 마련이 필요하다.

2020년 노인실태조사 결과를 살펴보면, 읍·면 거주 고령자의 81.2%가 1개 이상의 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타나 대부분의 농촌에서 거주하는 고령자가 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다. 또한, 만성질환의 악화를 예방하기 위해 79.8%가 1개 이상의 약물을 3개월 이상 복용 중인 것으로 나타났다. 농촌지역은 도시에 비해 상대적으로 높은 노인 인구 비율과 취약 계층의 비율을 가지고 있어 고령자의 건강을 돌볼 수 있는 서비스 체계가 마련되어야 하는 상황이지만, 인프라가 부족하여 서비스 이용에 제한이 되고 있다(고정국 외, 2019).

농촌 고령자들이 앓고 있는 만성질환의 종류는 고혈압, 당뇨, 고지혈증 순으로 나타났고 이러한 만성질환은 뇌혈관질환과 심혈관질환의 직접적인 원인이 될 수 있으므로 이를 예방하기 위한 적극적인 대책이 필요하다. 만성질환은 단기간의 치료가 아닌 장기간의 관심과 치료, 건강증진활동을 통해 질병악화를 예방할 수 있다(박지은 외, 2018). 만성질환은 ‘생활습관병’이라고 지칭하기도 하는데, 이는 고령자가 평소 어떠한 생활습관을 지니고 있는가에 따라 질병악화를 예방하고, 관리할 수 있음을 의미한다. 만성질환을 예방하고 관리하기 위한 생활습관으로는 일상생활에서 건강에 유익한 활동(예: 운동, 체중관리, 수면관리, 식사관리)을 실천하고, 유해한 활동(예: 흡연, 음주, 간식)을 조절하는 생활양식으로 건강증진행위 실천을 이야기할 수 있다.

건강증진행위(Health Promoting Behavior)는 개인의 긍정적인 건강 결과의 획득 및 건강한 생활방식을 증진하기 위한 개인적 활동이며, 개인의 안녕 수준과 만족감을 유지하거나 높이는 활동이다(Pender, 1996). 또한 건강증진행위를 흡연, 음주, 운동, 체중, 수면, 아침식사, 간식 여부 등을 조절하는 것으로 정의하기도 하였다(Belloc & Breslow, 1972). 국내 고령자를 대상으로 건강증진행위를 살펴본 연구(김예성, 2014; 성명숙, 송병선, 2004; 오인근, 2012; 이정찬 외, 2010; 최연희, 김연화, 2001)는 고령자들의 건강증진행위 수준이 높지 않으며, 특히 농촌

에서 거주하는 고령자가 도시거주 고령자보다 건강증진행위 실천 정도가 낮다고 하였다(고금지, 2015; 박정숙, 2002; 이지윤, 윤순녕, 2005).

건강증진행위는 개인의 기본적인 건강 유지에 도움을 주어 최적의 건강상태가 되도록 도움으로써 질병 통제 이상으로 삶의 질을 향상시킬 수 있는 생활양식의 변화를 불러올 수 있다(김예성, 2014). 따라서 농촌에서 거주하는 고령자의 건강증진행위를 증진시킬 수 있는 방안에 대한 연구가 진행될 필요가 있다. 건강증진행위에 영향을 미치는 원인을 살펴본 연구들은 과거에 개인의 건강개념, 건강지식, 건강수준을 중심으로 진행되었다. 반면, 최근에는 건강정보에 접근하고, 알맞은 정보를 판별하고, 이해하고 활용하는 능력인 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계를 살펴본 연구들이 진행되고 있다(오지혜, 박은옥, 2017; 이승주, 심문숙, 2020; 이지은 외, 2015). 이 연구들에서는 개인의 낮은 건강정보문해력은 건강증진과 같은 예방활동에 참여할 가능성이 낮으며, 건강상황 및 건강정보 회피를 통해 건강악화 가능성이 있음을 보고한다(Xu et al., 2018). 이에 더해 일반적으로 건강 불평등을 경험하는 대상은 건강정보문해력 수준이 낮은 경우가 많아 건강정보문해력의 격차가 곧 건강 격차로 이어지는 악순환이 발생하게 될 가능성이 있음을 보고한다(최슬기 외, 2020). 따라서 농촌에서 거주하는 고령자들의 건강정보문해력 수준은 건강증진행위에 중요한 원인이 될 수 있으므로 본 연구에서는 농촌 고령자의 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계를 살펴보고자 한다.

또한 고령자들의 낮은 건강증진행위 실천을 향상시키기 위해서는 개인적 역량을 함께 고려해야 할 필요가 있다. Bandura(1977)는 개인의 높은 수준의 자기효능감은 행동변화에 있어서 가장 중요한 선행요소이며, 이는 건전한 행동을 유도한다고 하였다(Guntzville et al., 2017). 즉, 한 개인의 자기효능감 수준은 개인 스스로 건강증진행위를 함에 있어서 건강에 유익한 행동(예: 운동, 체중관리, 식사관리)을 유도하는 역량이 될 수 있으며, 촉진시킬 수 있는 변인이라는 것이다. 자기효능감과 건강증진행위의 관계를 살펴본 연구(김미정, 양인숙 2022; 김지현 외, 2017; 이윤정, 2018)는 개인의 자기효능감 수준과 건강증진행위는 정적(+)인 관계임을 보고한다. 따라서 자기효능감과 건강증진행위의 관계 규명을 통해 농촌에서 거주하는 고령자 스스로 본인의 건강유지를 위한 건강증진행위를 실천할 수 있는 방안이 함께 모색되어야 할 필요가 있다.

마지막으로, 자기효능감을 통해 행동변화가 이뤄지기 위해서는 인지적인 측면에서 건강에 대한 지식이 필요하다(Guntzville et al., 2017). 이때 건강에 대한 지식의 일환으로 개인이 필요한 건강정보에 대한 접근방법과 그 정보가 주는 내용을 이해할 수 있는 건강정보문해력은 자기효능감 수준에 영향을 미칠 수 있다. 이러한 결과를 바탕으로 농촌에 거주하는 고령자들의 자기효능감 수준은 건강정보문해력과 함께 개인의 건강증진행위 실천에 중요한 요인이 될 수 있음을 예측할 수 있다. 한편, 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계에서 자기효능감의 매개효과를 살펴본 연구는 거의 진행되지 않았다. 따라서 본 연구에서는 농촌에서 거주하는 고령자의 건강증진행위를 높일 수 있는 방안을 모색하기 위해 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계를 살펴보고, 이때 개인적 역량인 자기효능감 수준이 두 변인의 관계를 매개하는지 규명하고자 한다. 본 연구를 통해 농촌고령자의 건강증진행위를 높일 수 있는 방향을 제시하여 향후 농촌 고령자의 건강한 노후생활에 기여하고자 한다.

II. 이론적배경

1. 고령자의 건강과 건강증진행위

건강은 많은 사람의 관심사이며, 특히 나이가 들에 따라 삶을 유지하기 위한 기본 조건이라 할 수 있다. 근래에 들어 기대수명이 늘어남에 따라 아프지 않고, 활기찬 노후를 보내기 위한 건강수명에 관한 관심이 높아지고 있으며, 이러한 관심을 바탕으로 질병을 조기 발견하여 악화를 예방하고, 신체기능이 유지될 수 있도록 하는 노력이 강조되고 있다(장지혜, 2021). 건강의 개념은 전통적으로 ‘질병이 없는 상태’로 여겨졌으나 20세기에 이르러서는 총체적인 개념으로 확장되어 이해되기 시작하면서 ‘안녕’한 상태로 변화되었고, 기능적 상태를 유지하는 것이 ‘건강’이라는 개념으로 발전하였다(Pender, 1996). 이는 현재 질병을 앓고 있는 상태에서도 개인 스스로 잠재력을 발휘하여 충분히 신체적, 정신적, 사회적으로 잘 적응하고 있다면 ‘건강하다’고 평가할 수 있음을 의미한다(장지혜, 2021).

국내에서 고령자를 대상으로 주관적 건강상태를 조사한 연구결과를 살펴보면, 전체 고령자 중 절반에 가까운 49.3%가 자신의 건강상태를 긍정적으로 평가하고 있

며, 자신의 건강을 나쁜 것으로 평가하는 고령자는 19.9%로 나타나 주관적 건강상태를 긍정적으로 평가하는 고령자 비율이 더 높음을 알 수 있다(보건복지부, 2021). 한편, 고령자들의 만성질환 이환율을 살펴보면 전체 고령자의 81.2%가 1개 이상의 만성질환을 가지고 있었고, 질병 악화를 예방하기 위해 전체 고령자 중 79.8%가 약물을 복용하고 있었다(보건복지부, 2021). 이는 고령자 스스로가 자각하는 건강상태가 긍정적이지만 대부분이 1개 이상의 만성질환을 앓고 있는 상황으로 건강 유지 및 질병 악화 예방을 위한 대책이 마련되어야 함을 이야기할 수 있다. 구체적으로 고령자들이 가지고 있는 만성질환 종류는 고혈압 56.8%, 당뇨병 24.2%, 고지혈증 17.1% 순으로 나타났는데, 이러한 만성질환은 뇌혈관질환, 심혈관질환의 주된 원인으로 밝혀져(대한뇌졸중학회, 2023; 송정국, 2012) 만성질환의 악화를 예방하기 위한 전략이 필수적임을 이야기할 수 있다. 또한 만성질환은 단기간의 치료가 아닌 장기간의 관심과 치료를 해야 하는 특성을 갖기 때문에(김명미, 2005) 질병의 악화 및 예방을 위해서는 주된 원인으로 밝혀진 생활습관 개선이 필수적이며 이를 위해 고령자 스스로 주체적인 건강증진행위 실천이 필요하다.

건강증진행위는 최적의 건강상태 유지를 위해 자신의 생활양식을 변화시키는 것으로(Glanz et al., 2002), 건강증진행위를 광의의 개념으로 정의한 Pender(1996)는 건강증진행위(Health Promoting Behavior)를 개인의 긍정적인 건강 결과의 획득, 건강한 생활방식을 증진하기 위한 개인적 활동, 개인의 안녕 수준과 만족감을 유지하거나 높이고 자아실현을 위한 방향으로 취해진 모든 활동을 포함한다고 하였다. Mason & McGinnis(1990)는 건강증진행위를 실천하는 것은 개인의 생활양식의 변화라고 하였다. 좀 더 구체적인 개념으로 살펴보면 Belloc & Breslow(1972)는 건강증진행위에 포함되는 행위로 흡연, 음주, 운동, 체중, 수면, 아침식사, 간식 여부 등의 7가지를 언급하였고, 김성혜(1993)은 노인이 건강증진을 목적으로 식생활, 심리적 편안함 유지, 운동, 건강식품 섭취, 노동, 취미생활, 대인관계 유지, 성인병 예방과 같은 활동을 건강증진행위라고 하였다. 최영희, 김순이(1997)는 노인 개인의 체력 유지하기, 적절하게 일하기, 적당하게 몸을 움직이기, 몸의 휴식, 노인다운 마음 유지, 평안한 마음유지 하기, 관계망 형성, 신앙생활 하기로 건강증진행위를 정의하였다.

위의 연구들을 종합해 보면 건강증진행위는 고령자 스

스로 건강의 유지 및 향상을 위한 삶의 태도와 질병치료 및 건강관리 측면에서의 주체적인 활동(예: 자가간호, 자기돌봄, 올바른 약물복용), 개인의 안녕수준과 만족감을 높이기 위한 노력이라고 할 수 있다. 이에 본 연구에서는 고령자의 건강증진행위를 고령자 스스로 개인의 건강유지 및 향상을 위해 조화로운 정서와 궁극적인 삶의 태도를 가지며, 질병치료 및 관리에 주체가 되어 참여하는 행위로 정의하고자 한다.

농촌 고령자의 건강증진행위를 살펴본 연구(고금지, 2015; 이지윤, 윤순녕, 2005; 박정숙, 2002)는 도시 거주 고령자에 비해 농촌에서 거주하는 고령자가 건강증진행위 수준이 낮다고 보고한다. 구체적으로 고금지(2015)는 규칙적인 운동실천, 규칙적 식사, 흡연여부 등을 건강증진행위로 정의하여 도시와 농촌에 거주하는 고령자를 대상으로 조사한 결과, 도시 거주 고령자의 건강증진행위 수준이 더 높다고 하였다. 이지윤, 윤순녕(2005)은 여성 고령자의 건강증진행위를 중점적으로 살펴본 결과, 대인관계, 영양섭취, 건강책임, 스트레스관리, 영적성장의 영역에서 도시 거주 여성 고령자가 농촌 거주 여성 고령자 보다 더 높은 수준의 건강증진행위를 실천한다고 하였다. 마지막으로, 박정숙(2002)은 신체활동, 영양섭취, 영적성장, 대인관계, 스트레스 관리와 같은 건강증진행위 52문항을 측정정한 결과, 도시 노인이 농촌 노인보다 건강증진행위를 더 많이 실천한다고 하였다. 이상의 선행연구 결과들은 농촌 고령자의 건강증진행위 수준은 도시 고령자보다 낮음을 보고하며, 동시에 농촌에서 거주하는 고령자의 건강증진행위에 주목할 필요가 있음을 보여주고 있다. 따라서 본 연구는 농촌 고령자의 건강증진행위를 중점으로 살펴보고자 한다.

2. 건강증진행위에 영향을 미치는 변인

가. 건강정보문해력

세계보건기구의 건강의 사회적 결정 요인 위원회는 의료정보 이해능력을 건강상태를 결정짓는 주요 요인으로 판단하고 개인차원 뿐만아니라 일반 대중의 능력향상을 위한 정책적 활동이 필요하다고 하였다(Commission on Social Determinants of Health, 2008). 의료정보 이해능력은 개인이 건강관리와 관련된 의사결정을 적절히 내리는 데 필요한 기본적 건강정보와 서비스를 획득, 처리, 이해할 수 있는 능력을 의미한다(이지은 외, 2015). 비슷

한 개념으로 언급되었던 의료정보이해능력, 건강정보이해능력, 건강정보문해력, 건강정보이해력, 건강정보활용능력은 근래에 들어 건강정보문해력(Health literacy)으로 논의되고 있으며, 국내에 통용되는 공식적인 국문 용어가 부재해 그 개념과 정의가 연구마다 다양하게 이용되었다(최슬기 외, 2020). 건강정보문해력에 대한 개념을 살펴보면, Nutbeam & Kickbusch(1998)는 건강증진과 유지를 위하여 정보에 접근하고, 이해하고 활용하는 개인의 동기와 능력을 규정하는 인지적·사회적 기술이라고 하였고, 유럽연합(2007)은 올바른 판단을 하기 위해 필요한 건강정보를 읽고, 선별하고, 이해하는 능력이라고 하였다(Pelikan & Ganahl, 2017). 최근에는 단순히 정보에 접근하고 이용하고 이해하는 능력을 넘어, 건강정보에 접근하고, 이해하고, 판단하고, 적용하며, 생애주기 동안 삶의 질을 유지하고 향상 시키기 위해 의료, 질병예방, 건강증진과 관련하여 일상에서 내리는 결정을 판단하고 수행할 수 있도록 하는 지식, 동기, 능력으로 건강의 3가지 영역인 건강관리, 질병예방, 건강증진을 모두 포함하는 통합적 개념으로 사용되기도 한다(Sørensen et al., 2012). 위의 개념들을 종합해 보면 건강정보문해력은 고령자 스스로 개인의 건강증진을 위한 건강정보에 대한 접근방법에 관한 지식, 의료정보 이해능력, 건강정보 이해 및 분별 능력, 질병예방을 위한 지식과 같은 건강정보를 취득하고, 분별하고, 이해할 수 있는 능력이라고 할 수 있다.

고령자의 건강정보문해력 수준은 건강증진행위에 직접적인 영향을 미칠 것으로 예상되는데, 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계를 살펴본 연구(백경신, 2015; 오지혜, 박은옥, 2017; 유은우, 이윤미, 2018; 이승주, 심문숙, 2020; 이지은 외, 2015; Guntzville et al., 2017; Xu et al., 2018)는 개인의 건강정보문해력 수준은 질병예방활동에 참여할 가능성과 연관되며, 구체적으로 건강정보문해력 수준이 낮은 사람의 경우 높은 사람에 비해 건강증진행위 수행능력이 적다고 보고한다. 이는 건강정보문해력이 낮은 대상자의 경우 임상적 결과가 더 부정적임을 의미한다. 따라서 본 연구에서는 건강정보문해력을 건강정보에 접근하고, 이해하고, 판단하고, 적용하여, 생애주기 동안 삶의 질을 유지하고 향상 시키기 위해 의료, 질병 예방, 건강증진과 관련하여 일상에서 내리는 결정을 판단하고, 수행할 수 있도록 하는 지식, 동기, 능력으로 정의하고자 한다. 농촌 고령자의 건강정보문해력에 관한 연구는 많이 진행되지 않아 비교하기 어렵지만, 동일한 측정 도구(HLS-EU-Q16)를 사용하여 진행된 연구(유호

영, 2022; 천희란, 이주열, 2020)를 살펴보면, 유호영(2022)은 농촌 고령자 138명을 대상으로 건강관리, 질병예방, 건강증진에 관한 건강정보문해력을 측정된 결과 ‘부족’ 수준이라고 하였고, 천희란, 이주열(2020)은 도시 고령자 302명을 대상으로 건강정보문해력을 살펴보았는데 그 결과, ‘경계’ 수준이라고 하였다. 이러한 선행연구의 결과는 고령자의 건강정보문해력 수준이 건강상태를 결정짓는 주요 요인이 될 수 있기 때문에 향상시킬 수 있는 방안이 마련되어야 함을 시사하며, 특히 농촌 고령자의 건강정보문해력 수준이 도시 고령자보다 낮게 나타나 주목할 필요가 있음을 보여준다. 따라서 본 연구는 농촌고령자의 건강정보문해력 정도가 건강증진행위에 미치는 영향을 살펴보고자 한다.

나. 자기효능감과 건강증진행위, 건강정보문해력의 관계

자기효능감이란 바람직한 결과를 얻기 위해 필요로 하는 행위를 성공적으로 수행할 수 있다고 믿는 자신감으로 행위의 습득, 습관적 행위의 중단과 같은 행동 통제와 실천을 유지할 수 있는 능력을 의미한다(Bandura, 1977). 즉 고령자가 건강증진행위를 실천할 때 건강에 유익한 행동을 더 많이 수행하고, 건강에 유해한 결과를 발생시키는 행동을 중단할 수 있는 역량을 자기효능감이라고 이야기할 수 있다. 이러한 측면에서 자기효능감은 건강정보문해력과 같이 건강증진행위를 수행하는데 중요한 요소가 될 수 있다. 자기효능감과 건강증진행위의 관계를 살펴본 연구(강현욱, 김지태, 2009; 김미정, 양인숙, 2018; 김지현 외, 2017; 이윤정, 2018; 최희정, 유장학, 2011)는 개인의 자기효능감과 건강증진행위의 관계를 정적(+)으로 보고하고 있으며, 자기효능감이 건강증진행위에 유의한 영향을 미친다고 하였다. 위의 연구를 종합해 보면 농촌 고령자의 자기효능감 수준은 건강증진행위에 유의미한 영향을 미칠 것으로 예상할 수 있다. 또한 자기효능감을 건강증진행위를 통해 바람직한 건강결과를 성공적으로 얻을 수 있다고 믿는 자신감으로 볼 때, 건강관리, 질병예방과 같은 건강정보에 대한 이해능력과 판단능력인 건강정보문해력은 자기효능감 수준에 중요한 요소가 될 것이다. 건강정보문해력과 자기효능감의 관계를 살펴본 연구(Osborn et al., 2010; Xu et al., 2018; Bohanny et al., 2013; Inoue et al., 2013)는 건강정보문해력과 자기효능감의 관계는 정적(+)이며, 건강정보문해력은 자기효능감에 유의한 영향을 미친다고 하였다. 즉, 고령자의 건강정

문해력은 건강증진행위 외에도 고령자 개인의 자기효능감 수준에도 영향을 미친다는 것이다. 최근 고령자들의 건강에 대한 관심이 증가함에 따라 농촌 고령자의 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계를 살펴본 연구들은 진행이 되고 있지만, 농촌고령자를 대상으로 건강정보문해력과 개인의 행동 통제와 실천을 유지할 수 있는 역량인 자기효능감을 매개변인으로 함께 살펴본 연구는 진행되지 않았다. 따라서 본 연구에서는 농촌고령자의 건강정보문해력과 건강증진행위와의 관계에서 자기효능감의 매개효과를 살펴보고자 한다.

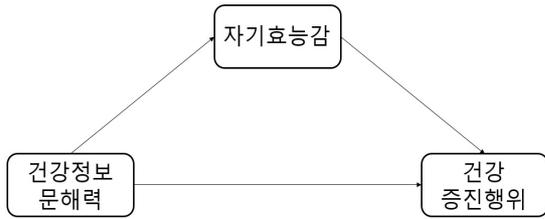
다. 사회인구학적 변인

다음으로 건강증진행위에 영향을 미치는 변인에 관한 연구(백경신, 2015; 오지혜, 박은옥, 2017, 유은우, 이은미, 2018; 이승주, 심문숙, 2020; 이지은 외, 2015)는 연구대상자들의 사회인구학적특성이 건강증진행위에 영향을 미친다고 하였다. 구체적으로 이승주, 심문숙(2020)은 투약 약물 수, 연령, 배우자 유무가 자가간호 행위 이행에 영향을 미치며, 연령, 배우자 유무, 동거인 여부, 교육수준, 월수입, 투약 약물 수는 영향을 미치지 않는다고 하였다. 이지은 외(2015)는 종교유무, 월수입에 따라 건강증진행위에 영향을 미친다고 하였고, 교육수준, 배우자 유무, 의지하는 사람의 수는 건강증진행위에 영향을 미치지 않는다고 하였다. 오지혜, 박은옥(2017)은 여성일 때 고혈압 자가관리 수준이 높다고 하였으며, 학력과 질환 수는 영향을 미치지 않는다고 하였다. 백경신(2015)은 직업이 있고, 사회활동 유무가 건강증진행위에 영향을 미치지 않지만, 종교유무는 영향을 미치지 않는다고 하였다. 최연희(2005)는 도시거주 기초생활수급대상자의 건강증진 실천 정도가 낮다고 하였는데, 박미진 외(2010)는 기초생활수급대상자의 사회인구학적 특성 자체는 건강증진행위에 영향을 미치지 않는다고 하였다. 김귀분 외(2008)는 노인의 생활비 수준에 따라 건강증진행위 실천 정도의 차이가 있으며, 생활비가 많을수록 건강증진행위 정도가 높다고 하였는데, 윤희상 외(2008)는 건강증진행위로 구성된 프로그램 이용과 관련된 요인을 살펴본 결과 생활비 수준은 건강증진프로그램 이용에 영향을 미치지 않는다고 하였다. 위의 연구를 종합해 보면, 건강증진행위에 영향을 미치는 다양한 변수 중 상반된 결과를 나타내어 결론짓기 어려운 사회인구학적 변수 즉, 성별, 연령, 교육수준, 배우자 유무, 종교활동 유무, 사회활동 유무에 더불어 경제

상태와 관련된 소득활동 유무, 기초생활수급대상 유무, 월평균 생활비는 본 연구에서 통제변수로 설정하여 살펴 보고자 한다.

라. 연구모형

본 연구의 연구 모형은 [그림 1]과 같다.



[그림 1] 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계에서 자기효능감의 매개모형

III. 연구 방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상자는 국내 21개 시·군 읍·면에 위치한 75개 마을에 거주하는 만 60세 이상의 고령자를 대상으로 이루어졌다. 설문조사는 2023년 6월 12일부터 7월 13일까지 진행되었다. 설문조사를 위해 조사원이 고령자의 집에 방문하여 본 연구목적을 설명하고 자발적인 참여 의사를 보인 560명을 대상으로 구조화된 설문지를 통해 진행되었다. 작성된 설문지 중 결측값이 있어 활용이 어려웠던 8부를 제외하고 최종적으로 552부를 분석에 이용하였다.

2. 연구도구

가. 건강증진행위

본 연구에서 건강증진행위는 개인이 건강의 유지 향상을 위해 조화로운 정서와 궁극적인 삶의 태도를 가지며, 질병치료 및 관리에 주체가 되어 참여하는 행위로 정의하여, 노인의 건강한 노화를 위해 실천해야 할 행위를 측정하기 위해 Pender(1996)의 건강증진모델을 바탕으로 장지혜(2021)가 개발한 척도(Korean Geriatric Health Promotion Behavior Scale, K-GHPBS)를 사용하였다. 건강증진행위의 측정문항은 23개 문항으로 구성되어(0=아니오, 1=

예) 인지·신체적, 정신적, 사회적 건강 유지를 위한 건강 증진행위가 모두 포함되어 있다. 총 23개의 문항으로 구성되어 총점(범위 0~23점)이 높을수록 건강증진행위를 실천하는 수준이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 건강증진행위의 내적일치도계수 α 는 .82로 나타났다.

나. 건강정보문해력

본 연구에서 건강정보문해력은 건강정보에 접근하고, 이해하고, 판단하고, 적용할 수 있는 지식, 동기, 능력으로 정의하여 Pelikan & Ganahl(2017)이 개발하고, 천희란, 이주열(2020)이 번역하여 활용한 HLS-EU-Q16척도를 사용하였다. 건강정보문해력의 측정문항은 16개 문항, 4점 척도로 구성되어(1=매우어려움, 2=어려움, 3=쉬움, 4=매우쉬움)측정하였으며, 자료분석 시 1=매우어려움, 2=어려움은 0점, 3=쉬움, 4= 매우쉬움은 1점으로 환산하여 16문항의 총점(범위 0~16점)이 높을수록 건강정보문해력이 높음을 의미한다. 본 연구에서 건강정보문해력의 내적일치도계수 α 는 .98로 나타났다.

다. 자기효능감

본 연구에서 자기효능감은 자신이 결과를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 기술에 대한 신념으로 Bandura & Schunk(1981)의 자기효능감 척도를 기초로 활용한 오영은, 이정화(2017)가 사용한 척도를 사용하였다. 자기효능감의 측정문항은 8개 문항, 5점 리커트 척도로 구성되어 총점(범위 8~40점)이 높을수록 자기효능감의 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 자기효능감의 내적일치도계수 α 는 .87로 나타났다.

3. 자료분석방법

수집된 자료는 IBM SPSS 25.0으로 분석하였다. 사회인구학적특성, 건강증진행위, 건강정보문해력, 자기효능감은 빈도분석 및 기술통계를 이용하여 분석하였다. 사회인구학적특성에 따른 건강증진행위, 건강정보문해력, 자기효능감의 차이는 독립표본 t-검정, One-way ANOVA로 분석하고, Duncan으로 사후검정을 실시하였다. 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계에서 자기효능감의 매개효과는 Baron과 Kenny가 제시한 3단계 다중회귀분석으로 검증하였고, 매개효과의 통계적 유의성은 Sobel test로 검증하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 사회인구학적 특성

대상자의 성별은 여성이 366명(66.3%)으로 남성 186명(33.7%)보다 많았고, 평균연령은 73.1세였으며, 70~79세가 239명(43.3%)으로 가장 많았다. 학력은 ‘고등학교 졸업 이상’이 238명(43.1%)으로 가장 많았고, 다음으로 ‘초등학교 졸업 이하’가 168명(30.4%) 순이었다. 결혼상태는 ‘배우자 있음’이 381명(69.0%)이었으며, 독신, 사별, 별거 171명(31.0%) 보다 많았다. 종교는 ‘없음’이 327명(59.2%), 사회활동 참여여부는 ‘참여하고 있음’ 이 317명(57.4%)으로 더 많게 나타났다. 대상자의 경제적 측면에서는 소득활동을 하고 있는 대상이 364명(65.9%)

으로 절반이 넘는 대상이 소득활동을 하고 있었고, 기초생활수급대상자에 해당하는 대상은 96명(17.4%)으로 많지 않은 것으로 나타났다. 월평균 생활비는 ‘100만원 미만’이 245명(44.4%)으로 가장 많았고, ‘100~199만원’이 183명(33.2%) 순이었다. 대상자의 사회인구학적특성은 <표 1>과 같다.

2. 측정변인의 평균, 표준편차, 왜도 및 첨도

연구대상자의 건강증진행위, 건강정보문해력, 자기효능감에 대한 기술통계량을 분석한 결과 <표 2>와 같다. 주요 변수의 왜도와 첨도를 분석하여 데이터의 정규성을 검토하였다. 일변량 왜도의 절대값이 3.0보다 크거나 첨도의 절대값이 10보다 클 경우 문제가 있다고 보는데, 본

<표 1> 대상자의 사회인구학적특성(N=552)

변인	구분	빈도	전체(%)
성별	남	186	33.7
	여	366	66.3
연령	60대	193	35.0
	70대	239	43.3
	80대	120	21.7
	M(SD)	73.1(7.1)	
학력	초등학교 졸업이하	168	30.4
	중학교 졸업	146	26.4
	고등학교 졸업이상	238	43.1
결혼상태	부부(생존)	381	69.0
	독신, 사별, 별거	171	31.0
종교유무	있음	225	40.8
	없음	327	59.2
사회활동	참여함	317	57.4
	비참여	235	42.6
소득활동	있음	364	65.9
	없음	188	34.1
기초생활수급	해당	96	17.4
	미해당	456	82.6
월평균 생활비	100만원 미만	245	44.4
	100~199만원	183	33.2
	200만원 이상	124	22.5

<표 2> 측정변인의 평균, 표준편차, 왜도 및 첨도

구분	점수범위	M	SD	왜도	첨도
건강증진활동	0-23	11.13	4.83	-.28	-.79
건강정보문해력	0-16	8.06	6.85	-.04	-1.77
자기효능감	5-40	27.20	3.90	-.11	.54

연구에서는 주요 변수의 왜도의 절대값과 첨도의 절대값이 각각 3을 초과하거나 10을 초과하지 않는 것으로 나타나 정규성 가정이 충족되었다(배병렬, 2007). 연구대상자의 건강증진행위 평균점수는 23점 만점에 11.13점($SD=4.83$)이고, 건강정보문해력의 평균점수는 16점 만점에 8.06점($SD=6.85$), 자기효능감의 평균점수는 40점 만점에 27.20($SD=3.90$)로 나타났다.

3. 사회인구학적 특성에 따른 건강증진행위와 건강정보문해력 및 자기효능감의 차이

사회인구학적 특성에 따른 건강증진행위, 건강정보문해력 그리고 자기효능감의 차이 분석 결과는 <표 3>과 같다. 첫째, 건강증진행위는 여성이 남성보다 더 높은 것으로 나타났고($t=-3.35, p<.01$), 60대가 80대에 비해 높

<표 3> 대상자의 사회인구학적특성에 따른 건강증진행위와 건강정보문해력 및 자기효능감의 차이(N=552)

구분	N	건강증진행위 (Range 0~23)		건강정보문해력 (Range 0~16)		자기효능감 (Range 1~40)		
		M	SD	M	SD	M	SD	
성별	남	186	10.17	4.85	8.91	6.81	27.29	4.00
	여	366	11.62	4.74	7.62	6.84	27.16	3.85
	T-value		-3.35**		2.10*		.37	
연령	60대 ^a	193	11.85	3.98	12.02	5.71	28.67	3.68
	70대 ^b	239	10.88	5.26	6.91	6.63	26.72	3.55
	80대 ^c	120	10.48	5.05	3.97	5.62	25.80	4.19
	F-value(Duncan)		3.57*(c<a)		71.57*** (c<b<a)		25.32*** (c<b<a)	
학력	초등학교 졸업이하 ^a	168	10.93	4.50	3.77	5.44	25.98	3.26
	중학교 졸업 ^b	146	11.92	4.78	8.73	6.67	27.48	4.03
	고등학교 졸업이상 ^c	238	10.79	5.04	10.68	6.40	27.90	4.05
	F-value(Duncan)		2.72		62.70*** (a<b<c)		12.91*** (a<b,c)	
결혼상태	부부(생존)	381	11.44	4.97	9.54	6.61	27.75	3.73
	독신,사별,별거	171	10.46	4.43	4.75	6.21	25.98	4.00
	T-value		-.22*		-8.22***		-5.04***	
종교유무	있음	225	11.60	4.29	8.99	6.82	28.16	4.10
	없음	327	10.82	5.15	7.42	6.80	26.58	3.64
	T-value		-1.93		-2.65**		-4.53***	
사회활동	참여함	317	13.06	3.71	9.47	6.41	27.96	3.41
	참여하지않음	235	8.54	4.95	6.15	6.97	26.19	4.28
	T-value		-1.75***		-5.72***		-5.23***	
소득활동	소득활동함	364	11.42	4.73	9.39	6.74	27.92	3.77
	하지않음	188	10.59	4.98	5.48	6.32	25.82	3.78
	T-value		-1.93		-6.73***		-6.20***	
기초생활수급	해당	456	10.40	4.42	3.16	4.96	24.99	3.38
	미해당	96	11.29	4.90	9.09	6.75	27.67	3.85
	T-value		1.65		9.95***		6.33***	
월평균생활비	100만원 미만 ^a	245	8.54	4.83	4.64	6.35	25.61	3.86
	100~199만원 ^b	183	12.75	3.94	9.37	6.37	28.04	3.44
	200만원 이상 ^c	124	13.88	3.20	12.88	4.58	29.12	3.37
	F-value(Duncan)		85.94*** (a<b<c)		83.88*** (a<b<c)		46.20*** (a<b<c)	

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

은 것으로 나타났다($F=3.57, p<.05$). 결혼상태에서는 배우자가 생존해 있을 때($t=-.22, p<.05$), 사회활동을 참여하고 있을 때($t=-1.75, p<.001$), 월평균 생활비가 200만원 이상일 때 건강증진행위 수준이 더 높은 것으로 나타났다($F=85.94, p<.001$). 둘째, 건강정보문해력은 남성이 여성보다 높은 것으로 나타났고($t=2.10, p<.05$), 연령이 낮을수록($F=71.57, p<.001$), 학력이 높을수록($F=62.70, p<.001$), 배우자와 함께 거주할 때($t=8.22, p<.001$), 종교가 있을 때($t=-2.65, p<.01$), 사회활동에 참여하고 있을 때($t=-5.72, p<.001$), 소득활동에 참여하고 있을 때($t=-6.73, p<.001$), 기초생활수급대상자에 해당이 되지 않을 때($t=9.95, p<.001$), 월평균 생활비가 200만원 이상일 때, 건강정보문해력 수준이 더 높은 것으로 나타났다($F=83.88, p<.001$). 마지막으로 자기효능감은 연령이 낮을수록($F=25.32, p<.001$), 학력이 높을수록($F=12.91, p<.001$), 배우자가 생존해 있을 때($t=-5.04, p<.001$), 종교가 있을 때($t=-4.53, p<.001$), 사회활동에 참여하고 있을 때($F=-5.23, p<.001$), 소득활동에 참여하고 있을 때($t=-6.20, p<.001$), 기초생활수급대상자에 해당이 되지 않을 때($t=6.33, p<.001$), 월평균 생활비가 200만원 이상일 때($F=46.20, p<.001$) 더 높은 것으로 나타났다.

4. 건강증진행위, 건강정보문해력, 자기효능감의 상관관계

건강증진행위, 건강정보문해력, 자기효능감의 상관관계

를 살펴본 결과는 <표 4>와 같다. 건강정보문해력($r=.49, p<.001$)과 자기효능감($r=.36, p<.001$) 모두 건강증진행위에 정(+)적 상관관계를 보였다. 즉, 대상자의 건강증진행위는 건강정보문해력이 높을수록 또 자기효능감 수준이 높을수록 더 높은 것으로 나타났다.

5. 농촌고령자의 건강정보문해력이 건강증진행위에 미치는 상대적 영향력에 자기효능감의 매개효과

건강정보문해력과 건강증진행위의 관계에서 자기효능감의 매개효과를 검증하기 위하여 Baron과 Kenny의 3단계 절차를 이용한 다중회귀분석을 실시하였다. 매개효과 검증에 앞서 변수 간 다중공선성을 살펴보기 위해 회귀분석의 기본가정을 검토한 결과, 분산팽창지수(Variance Inflation Factor, VIF)가 1.3으로서 10 이하로 나타나 다중공선성의 문제가 없음을 확인하였다. 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계에서 자기효능감의 매개효과를 살펴본 회귀분석 결과는 <표 5>와 같다. 먼저, 1단계에서는 독립변인이 매개변인에 미치는 영향을 살펴보았다. 그 결과 23.1%의 설명력을 갖는 것으로 나타났고, 건강정보문해력($\beta=.48, p<.001$)은 자기효능감에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 다음으로 2단계에서는 독립변인이 종속변인에 미치는 영향을 살펴보았다. 그 결과 22.6%의 설명력을 갖는 것으로 나타났고, 건강정보문해력($\beta=.49, p<.001$)은 건강증진행위에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 마지막으로 3단계에서는 독립변인

<표 4> 건강증진행위, 건강정보문해력, 자기효능감의 상관관계

	건강증진행위	건강정보문해력	자기효능감
건강증진행위	1		
건강정보문해력	.49***	1	
자기효능감	.36***	.48***	1

*** $p<.001$

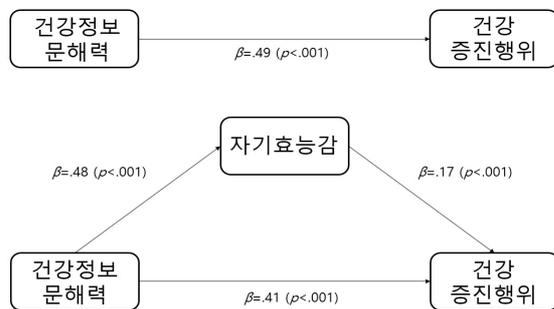
<표 5> 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계에서 자기효능감의 매개효과($N=552$)

단계	독립변수	종속변수	b	SE	β	R^2	F
1	건강정보문해력	자기효능감	.27	.02	.48***	.231	164.96
2	건강정보문해력	건강증진행위	.34	.03	.49***	.226	170.80
3	건강정보문해력 자기효능감	건강증진행위 건강증진행위	.29 .21	.03 .05	.41*** .17***	.229	164.96

Sobel test $z=3.7738, p<.001$

*** $p<.001$

과 매개변인이 종속변인에 미치는 영향력을 살펴보았다. 그 결과 22.9%의 설명력을 갖는 것으로 나타났고, 건강정보문해력($\beta=.41, p<.001$), 자기효능감($\beta=.17, p<.001$) 모두 건강증진행위에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 마지막 단계에서 독립변인의 영향력이 2단계보다 감소하고 유의한 경우 부분 매개효과가 있는 것으로 판단한다. 건강정보문해력이 건강증진행위의 관계에서 자기효능감의 매개효과에 대한 통계적 유의성을 검증하기 위해 Sobel test를 실시하였다. 그 결과 Z값의 임계치인 1.96보다 높게 나타나 자기효능감의 부분매개효과($z=3.7738, p<.001$)는 유의한 것으로 나타났다. 이로 농촌고령자의 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계에서 자기효능감은 부분매개효과가 있는 것을 알 수 있다.



[그림 2] 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계에서 자기효능감의 매개효과

V. 논의 및 결론

본 연구는 농촌의 고령자가 급격히 증가하는 상황에서 고령자 스스로 본인의 건강증진을 얼마나 실천하고, 건강정보문해력 수준이 어느 정도인지 살펴본 조사였다. 고령자의 건강정보문해력 수준이 건강증진행위에 미치는 영향을 살펴보고, 이때 자기효능감이 두 변인의 관계를 매개하는지 살펴보았다. 본 연구에서 나타난 결과에 따른 현실적인 상황을 다음과 같이 논의하고자 한다. 우선, 고령자의 건강증진행위와 건강정보문해력 그리고 자기효능감은 사회인구학적 특성에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다.

첫째, 건강증진행위 수준은 여성이 남성보다 높고, 연령이 낮을수록, 배우자와 함께 생활할 때, 사회활동에 참여하고 있을 때, 월평균 생활비가 많을수록 높은 것으로

나타났다. 일반적으로 건강증진행위를 실천하기 위해서는 건강에 유의한 활동에 대한 정보와 실천방법에 대한 지식이 필요하다. 이러한 지식은 다양한 경로를 통해 습득될 수 있는데, 농촌에서 거주하는 고령자의 경우 대부분 경로당에서 진행되는 건강관련 프로그램을 통해 습득하거나, 노인회와 같은 사회활동을 통해 타인으로부터 습득하게 될 가능성이 높다. 따라서 경로당 이용률이 더 높게 보고된 여성 고령자일 때(조혜연 외, 2019), 습득한 건강관련 정보를 교류할 수 있는 배우자와 함께 생활하는 양식이 곧 건강증진행위를 실천할 수 있는 환경적 요인이 되는 것으로 해석할 수 있다. 또한 건강증진행위는 농촌 거주 고령자를 대상으로 주기적인 신체활동 여부와 균형 있는 영양섭취에 관한 실천 정도를 측정하는데, 노쇠의 관점에서 접근하면 노화가 진행됨에 따라 신체기능 저하가 동반되기에 연령이 높을수록 건강증진행위 실천 점수가 낮아지는 것으로 해석할 수 있다. 이러한 결과는 건강증진행위에 관련 요인을 살펴본 연구(오지혜, 박은옥, 2017; 이승주, 심문숙, 2020; 이지은 외, 2015)와 일치하였다. 한편, 박미희 외(2015)는 75세 이상의 고령자일수록, 홀로 거주할 때 건강증진행위 점수가 더 높은 것으로 보고해 본 연구결과와 상반되는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 건강증진행위를 어떻게 측정했는지를 살펴볼 필요가 있다. 본 연구에서는 인지·신체적, 정신적, 사회적 건강 유지와 같은 행위 중심의 건강증진행위를 중점적으로 측정하였지만, 박미희 외(2015)는 이에 더해 건강책임과 자아실현 정도와 같은 인지적 측면을 함께 측정하여 연령이 더 높은 고령자 그리고 홀로 사는 고령자의 건강증진행위 점수가 더 높게 측정된 것으로 예측된다.

둘째, 건강정보문해력은 남성이 여성보다 높고, 연령이 낮을수록, 학력이 높을수록, 배우자와 함께 생활할 때, 종교가 있을 때, 사회활동과 소득활동에 참여하고 있을 때, 기초생활수급대상자가 아닐 때, 월평균 생활비가 많을수록 높게 나타났다.

건강정보문해력은 질병예방을 위한 지식과 같은 건강정보를 취득하고, 분별하고, 이해할 수 있는 능력으로 고령자의 교육수준과 밀접한 관련이 있다. 고령자의 교육수준의 경우 남성이 여성보다 상대적으로 더 높게 나타나는데(이상욱, 이정화, 2021) 이러한 사회적 현상이 반영된 결과로 해석된다. 이러한 결과는 고령자를 대상으로 웰스 리터러시 관련요인을 살펴본 연구(천희란, 이주열, 2020)와 일정 부분 일치하는 결과였다. 다만, 건강정보문해력의 평균점수가 본 연구에서 다소 낮게 측정되었는데, 이

는 연구대상자의 거주 지역의 차이인 것으로 사료된다. 천희란, 이주열(2020)은 수도권에 거주하는 고령자를 대상으로 건강정보문해력을 측정하였고, 본 연구는 읍·면 단위 농촌지역에서 거주하는 고령자를 대상으로 건강정보문해력을 측정하여, 건강에 관한 정보를 취득할 수 있는 기회가 상대적으로 부족한 농촌의 지역적 특성이 반영된 결과로 사료된다.

셋째, 자기효능감은 연령이 낮을수록, 학력이 높을수록, 배우자와 함께 생활하고, 종교가 있을 때, 사회활동과 소득활동에 참여할 때, 기초생활수급대상자에 해당되지 않고, 월평균 생활비가 많을수록 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 농촌지역 고령자의 자기효능감을 살펴본 연구(오영은, 2015)와 결과가 일치한다. 사회적인지이론에서는 인지요인과 환경요인 그리고 행동요인 세 요소가 상호 간에 영향을 미치는 관계임을 설명한다(Bandura, 1977). 이때 환경요인으로 타인의 영향, 인지요인으로 지식과 태도는 행동요인인 자기효능감에 영향을 미치며, 이는 각 요인의 정도에 따라 자기효능감의 수준이 결정됨을 이야기할 수 있다. 즉, 고령자의 높은 학력과 지식수준, 타인의 영향을 받을 수 있는 동거형태, 종교활동과 사회참여, 개인의 주체적인 삶을 영위할 수 있는 경제수준은 자기효능감을 높이는 선행변인이 된다는 것이다. 이러한 이론적 배경은 본연구의 결과를 지지한다고 할 수 있다.

다음으로 고령자의 건강정보문해력이 건강증진행위에 관계를 살펴본 다수의 연구는 건강정보문해력이 높을수록 건강증진행위 실천이 높아짐을 보고하였고(백경신, 2015; 이승주, 심문숙, 2020), 성인을 대상으로 한 연구에서도 일관성 있는 결과를 보고하였으며(이지은 외, 2015; 오지혜, 박은옥, 2017), 이와 같은 결과는 국외에서 진행된 연구결과와도 마찬가지로의 결과를 보였다(Guntzville et al., 2017; Xu et al., 2018). 또한 자기효능감도 건강증진행위에 영향을 미치는데, 그 정도가 낮을수록 건강증진행위도 낮은 것으로 나타났다(이윤정, 2018). 본 연구에서도 이와 같은 결과가 나타났는데, 농촌지역의 고령자의 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향을 살펴본 연구(최희정, 유장학, 2011), 그리고 도시지역에 거주하는 고령자를 대상으로 한 연구(강현욱, 김지태, 2009)에서도 유사한 결과가 나타났다. 건강정보문해력 자체가 건강을 잘 챙길 수 있다는 자신감으로 작용하여 건강증진행동에 도움이 된 셈이다. 게다가 개인의 자기효능감 수준은 개인의 행동 변화에 가장 기본적인 역량으로 건강에 대한 잘못된 습관을 통제하고, 유익한 활동을 실천하는

데 영향을 미친다(이윤정, 2018). 아울러 건강정보문해력은 자기효능감의 수준에 따라 건강증진행위에 다른 영향을 미치는 것으로 나타났는데(Lee et al., 2016), 본 연구에서도 그러한 결과가 나타났다. 이와 같은 변인들의 관계는 농촌고령자의 건강수명 연장을 위해 건강정보문해력 수준을 높이고, 자기효능감의 수준을 높일 수 있는 개입이 필요함을 시사하는 것이다. 다시 말하면, 본 연구에서 건강정보문해력, 그리고 자기효능감의 관계를 살펴본 결과, 건강정보문해력과 자기효능감은 모두 건강증진행위에 영향을 미치면서 자기효능감이 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계에서 부분적으로 매개하고 있었다. 건강정보문해력과 건강증진행위의 관계에서 자기효능감의 매개효과를 직접적으로 확인한 연구는 진행되지 않아 그 결과를 비교하는데 어려움이 있지만, 세 변인의 관계를 간접적으로 설명해 주는 연구는 진행되었다. 예를 들면 Lee et al.(2016)는 건강문해력과 자기효능감의 관계에서 건강정보문해력 수준이 높아지면, 건강증진을 위한 자기효능감이 높아지고, 이로 인해 높은 자기효능감은 자간호행위를 증진시키게 되는 등 건강정보문해력과 자기효능감의 정적 순환과 영향을 보고하였다. 따라서 본 연구에서 건강정보문해력이 건강증진행위에 영향을 미치는 관계에서 건강정보문해력은 자기효능감에 영향을 미치고, 자기효능감은 건강증진행위에 영향을 미치는 매개변인이라는 점이 선행연구를 통해 간접적으로 지지받은 것이다.

그러므로 고령자의 건강증진행위를 증진시키기 위해서는 고령자를 대상으로 건강정보문해력 수준을 향상시킬 수 있는 교육프로그램이 마련되어야 하며, 이때 단순 건강정보문해력 증진을 위한 교육만이 아닌 고령자의 자기효능감을 함께 높일 수 있는 방안이 고려되어야 할 필요가 있다. 최근 「농촌 지역 공동체 기반 경제·사회 서비스 활성화에 관한 법률」이 제정됨에 따라 농촌 지역 공동체의 활성화가 예상된다. 이러한 법률을 근거로 고령자의 건강상태를 증진할 수 있는 공동체 모델의 개발과 도입이 진행될 필요가 있다. 구체적으로 본 연구결과에서 나타난 바와 같이 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 밝혀진 건강정보문해력과 자기효능감의 경우 홀로 지내는 고령자, 고연령, 낮은 학력, 사회활동과 경제활동에 참여하지 않는 대상이 그렇지 않은 대상에 비해 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 따라서 공동체 모델 개발 및 서비스 대상 선정 시 이와 같은 결과를 고려해야 할 필요가 있다. 또한, 공동체를 중심으로 농촌 고령자의 건강증진 서비스가 활발히 제공될 수 있도록 정부와 지방자치단체의 적극

적인 관심과 지원이 요구된다.

끝으로 본 연구가 갖는 제한점을 제시하고 앞으로의 후속연구를 위하여 다음과 같이 제언하고자 한다. 본 연구의 자료수집은 임의표집 방법으로 진행되어, 조사원이 설문지 작성을 위해 고령자에게 했던 질문의 의미를 이해하지 못한 대상은 설문참여에 제외되었을 가능성이 있다. 그 결과 고등학교 졸업 이상의 학력을 가진 대상의 비율이 가장 높게 나타났다. 따라서 본 연구의 결과를 일반화하기에는 다소 어려움이 있으며, 후속연구에서는 이러한 제한점을 극복할 수 있도록 농촌 고령자의 사회인구학적 특성을 고려한 연구설계와 접근이 필요하다.

이러한 제한점에도 불구하고, 본 연구는 전국단위 농촌 지역에 거주하는 고령자를 대상으로 건강정보문해력 수준을 살펴보고, 건강증진행위와의 관계에서 자기효능감의 매개효과를 규명하여 고령자들의 건강증진행위를 촉진하기 위해서는 자기효능감을 함께 향상시켜야 한다는 근거를 마련했다는 점에서 의의가 있다. 이는 농촌사회에 거주하는 고령자가 스스로 건강증진행위를 실천할 수 있도록 하는 프로그램 개발 시 유용한 기초자료로 활용될 수 있음을 의미한다.

주제어: 농촌 고령자, 건강정보문해력, 건강증진행위, 자기효능감

REFERENCES

강현욱, 김지태(2009). 노인이 지각된 사회적지지와 자기 효능감이 건강증진행위에 미치는 영향. *한국여가레크리에이션학회지*, 33(3), 57-68.

고금지(2015). 도시·농촌 노인의 사회적 관계망이 삶의 만족도에 미치는 영향 : 건강증진행위 매개효과. 이화여자대학교 석사학위논문.

고정국, 이정화, 오영은(2019). 농촌노인의 신체적 건강이 우울에 미치는 영향 : 전·후기노인 비교를 중심으로. *한국지역사회생활과학회지*, 30(1), 83-100.

김귀분, 김현아, 석소현(2008). 노인의 건강지각, 건강지식 및 건강증진행위에 관한 연구. *동서간호학연구지*, 14(1), 56-67.

김명미(2005). 여가스포츠 참여노인의 건강행태와 정서적 행복감의 관계. 대구대학교 박사학위논문.

김미정, 양인숙(2022). 대학생의 건강정보이해능력, 건강관리 자기효능감, 건강행위 간의 관계. *융합정보논문지*, 12(1), 45-54.

김성혜(1993). 노인의 건강증진행위와 삶의 만족도와와의 관계연구 -노인대학의 노인을 중심으로-. 고려대학교 석사학위논문.

김예성(2014). 노인의 독거여부에 따른 건강증진행위와 신체적 정신적 건강에 관한 연구. *보건사회연구*, 34(3), 400-429.

김지현, 권명진, 정신경(2017). 중년성인의 건강통제위, 사회적지지, 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향. *한국산학기술학회지논문지*, 18(4), 494-503.

대한뇌졸중학회(2023). 뇌졸중 원인 및 예방, <http://www.stroke.or.kr/stroke/?doc=3> 에서 인출.

박미진, 여구환, 박병현(2010). 지역사회거주 빈곤 노인의 건강증진행위에 대한 영향 요인 연구. *노인복지연구*, 48, 205-227.

박미희, 최은희, 최경숙(2015). 일 농촌지역 노인의 건강 지식과 건강증진행위 및 의료서비스 욕구에 관한 연구. *동서간호학연구지*, 21(1), 18-27.

박정숙(2002). 도시와 농촌지역 노인의 건강증진행위와 지각된 건강상태 비교. *한국농촌의학회지*, 27(2), 137-148.

박지은, 김한나, 김계현, 김형수(2018). 생활습관병 예방관리를 위한 가이드라인 개발현황과 의사의 역할. *대한의사협회지*, 61(1), 62-70.

배병렬(2007). *(Amos 7에 의한) 구조방정식 모델링: 원리와 실제*. 서울: 청람.

백경신(2015). 지역사회거주 노인 고혈압 환자의 건강정보 이해능력이 자가간호 행위 이행에 미치는 영향. *Crisisonomy*, 11(8), 161-178.

보건복지부(2021). *2020년도 노인실태조사 결과보고서*. 세종: 보건복지부.

성명숙, 송병선(2004). 일 지역 농촌노인의 건강증진행위와 생활만족도의 관계. *기본간호학회지*, 11(1), 82-91.

송정국(2012). 노인의 심뇌혈관질환 예방적 건강행태에 대한 경로분석. 제주대학교 박사학위논문.

오영은(2015). 농촌노인의 고독감과 자기효능감에 영향을 미치는 변인 연구: 사회적 자본의 매개효과를 중심으로. 전남대학교 박사학위논문.

오영은, 이정화(2017). 농촌노인의 자기효능감에 영향을 미치는 요인. *한국지역사회생활과학회지*, 28(4),

- 561-579.
- 오인근(2012). 독거여성노인의 스트레스가 무망감 우울 증상에 미치는 영향 연구: 건강증진행위의 조절효과. *한국가족복지학*, 17(4), 237-255.
- 오지혜, 박은옥(2017). 지역사회 노인 고혈압 환자의 건강정보이해능력이 고혈압 자가관리행위에 미치는 영향. *보건교육건강증진학회지*, 34(1), 35-45.
- 유은우, 이윤미(2018). 노인 당뇨병 환자의 건강정보이해 능력과 자기관리행위 : 회복탄력성의 매개효과. *성인간호학회지*, 30(4), 376-384.
- 유호영(2022). 농촌지역 노인의 건강정보이해력이 건강행위와 삶의 질에 미치는 영향. 한림대학교 석사학위논문.
- 윤희상, 이해영, 이숙경(2008). 건강증진프로그램 이용과 관련된 요인 - 서울시 보건소를 중심으로-. *보건사회연구*, 28(2), 157-184.
- 이상욱, 이정화(2021). 중고령자의 은퇴관련변수와 가족관계 만족도가 은퇴 후 생활만족도에 미치는 영향: 성별차이를 중심으로. *한국생활과학회지*, 30(2), 259-276.
- 이승주, 심문숙(2020). 지역사회 노인의 건강정보이해능력과 미충족 의료가 건강증진행위에 미치는 영향. *한국보건간호학회지*, 34(2), 238-250.
- 이윤정(2018). 도시지역 독거노인의 주관적 건강상태, 자기효능감, 사회적 지지가 건강행위에 미치는 영향. *문화기술의 융합*, 4(2), 81-87.
- 이정찬, 박재산, 김귀현(2010). 노인의 건강증진행위의 실천과 관련요인. *보건교육 보건증진 학회지*, 27(2), 121-139.
- 이지윤, 윤순녕(2005). 도시와 농촌지역 여성노인의 건강증진행위와 관련요인 비교. *지역사회간호학회지*, 16(1), 13-22.
- 이지은, 이서영, 노현경, 이은주(2015). 기능적 의료정보 이해능력이 건강증진행위에 미치는 영향. *한국데이터정보과학회지*, 26(6), 1427-1438.
- 장지혜(2021). 한국 노인의 건강증진행위 이항측정도구 개발 및 평가. 한양대학교 박사학위논문.
- 정재필(2012). 노인의 건강증진 행위에 따른 건강상태가 삶의 질에 미치는 영향. 대구한의대학교 박사학위논문.
- 조혜연, 송그림, 이재원, 남은우(2019). 농촌 지역 거주 노인의 경로당 이용 관련 특성 및 사회참여 영향요인 분석 연구. *지역발전연구*, 28(3), 139-159.
- 천희란, 이주열(2020). 고령자의 헬스리터러시 관련 요인 : HLS-EU-Q16측정 도구 활용. *보건교육건강증진학회지*, 37(1), 1-13.
- 최슬기, 김혜윤, 황종남, 채수미, ... 천희란(2020). *건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구*. 세종: 한국보건사회연구원.
- 최연희(2005). 도시 취약계층 노인의 건강증진행위, 자아존중감과 우울간의 관계. *지역사회간호학회지*, 16(2), 148-156.
- 최연희, 김연화(2001). 일부 지역 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. *보건교육건강증진학회지*, 18(3), 103-115.
- 최영희, 김순이(1997). 한국 노인의 건강행위 사정 도구 개발. *대한간호학회지*, 27(3), 601-613.
- 최희정, 유장학(2011). 농촌지역 독거노인의 우울과 자기효능감이 건강증진행위에 미치는 영향. *동서간호학연구지*, 17(2), 149-155.
- 통계청(2021). 2020년 인구주택총조사 결과, https://census.go.kr/cds2020/surv/RealSurvRslt.do?q_menu=1&q_sub=11 에서 인출.
- 통계청(2022). 2022 고령자 통계, https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301060100&bid=10820&act=view&list_no=420896에서 인출.
- 한이철, 이순미, 정학성, 박대식, 안규미(2022). *인구감소 농촌 지역의 기초생활서비스 확충방안*. 나주: 농촌경제연구원.
- Bandura, A. (1977). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A., & Schunk, D. H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(3), 586-598.
- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1(3), 409-421.
- Bohanny, W., Wu, S. F. V., Liu, C. Y., Yeh, S. H., ... & Wang, T. J. (2013). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*,

- 25(9), 495-502.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (2002). The scope of health behavior and health education. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 3, 3-21.
- Guntzviller, L. M., King, A. J., Jensen, J. D., & Davis, L. A. (2017). Self-efficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, Hispanic population. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19, 489-493.
- Inoue, M., Takahashi, M., & Kai, I. (2013). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practice*, 14(1), 40.
- Lee, E. H., Lee, Y. W., & Moon, S. H. (2016). A structural equation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. *Asian Nursing Research*, 10(1), 82-87.
- Mason, J. O., & McGinnis, J. M. (1990). "Healthy People 2000": an overview of the national health promotion and disease prevention objectives. *Public Health Reports*, 105(5), 441.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Osborn, C. Y., Cavanaugh, K., Wallston, K. A., & Rothman, R. L. (2010). Self-efficacy links health literacy and numeracy to glycemic control. *Journal of Health Communication*, 15(S2), 146-158.
- Pelikan, J. M., & Ganahl, K. (2017). Measuring health literacy in general populations: Primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort. *Studies in Health Technology and Informatics*, 240, 34-59.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing Practice*. 3rd. Stamford: Appleton & Lange.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., ... & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Xu, X. Y., Leung, A. Y. M., & Chau, P. H. (2018). Health literacy, self-efficacy, and associated factors among patients with diabetes. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 2(2), e67-e77.

Received 7 September 2023;

1st Revised 29 September 2023;

Accepted 6 October 2023