

## The Impact of Health Promotion Program on Quality of Life to Overcome Elderly and Middle-aged Woman's Crisis

– Examination of the Jeungpyeong-gun Health Promotion Program –

Mi Jung Jo<sup>#</sup>, Min Kyu Lee<sup>†</sup>

Chungbuk National University, 1, Chungdae-ro, Seowon-gu, Cheongju-si, Chungcheongbuk-do, Korea

### Abstract

The purpose of this study was to examine how integrated health promotion programs at public health centers affected the quality of life of elderly and middle-aged women in Jeungpyeong-gun in Korea. Unlike the existing studies, this study classified the operational aspects of health promotion programs into the four factors (facility, administration/operation, manpower and program), and analyzed how each of these factors influenced the outcomes of health promotion programs. In addition, this study explored the effects of health promotion programs on the quality of life and compared them between the public and private institutions. The eventual goal of this study was to provide the basic information which would be needed for the theoretical and practical development of health promotion programs in rural areas.

**Key words:** woman's crisis, health care program, quality of life

### 1. 도입

세계보건기구(WHO)는 건강이란 신체적, 정신적(인지, 정서) 및 사회적으로 완전히 양호한 상태에서 질병에 걸리지 않았던지 허약하지 않다고 해서 건강한 것은 아니라고 했다(WHO, 2004). 이러한 측면에서 본다면 건강이란 질 높은 삶을 의미하며, 건강을 지키고 증진하려는 행위는 건강에 대한 단순한 지식을 앎으로써 행하여지는 것이 아니라 건강한 습관을 형성하려는 태도와 행동의 실천정도에 달려있으며 그러한 행위가 질

병을 예방한다(Kang, 2005).

오늘날은 산업과 과학의 발달로 인해서 첨단 의료기술의 빠른 발전을 가져왔고, 건강생활수준도 많이 향상되었으며, 전반적인 보건의로 환경이 급변하고 있는 실정이다. 이러한 환경 변화는 단순히 오래 사는 생명연장을 소원하는 것이 아닌 건강하고 아름답게 살면서 노년기에도 질 높은 삶을 영유하고자 하는 방향으로 변화하고 있다는 것을 의미한다.

한편, 우리나라는 세계에서 가장 빠른 속도로 고령사회에 진입하고 있다. 국가적으로나 개인적으로 충분한 적

<sup>#</sup> The 1st author: Mi Jung, Jo, Tel. +82-43-835-4241, e-mail. [chn1967@korea.kr](mailto:chn1967@korea.kr)

<sup>†</sup> Corresponding author: Min Kyu, Lee, Tel. +82-43-261-3613, e-mail. [baroo@cbnu.ac.kr](mailto:baroo@cbnu.ac.kr)

응과정 없이 고령사회로 진입하면서 노인과 관련된 사회경제적, 의료적인 문제가 사회문제로 대두되고 있다.

이에 정부는 국민의 건강 증진을 목적으로 국민건강증진법을 1995년 제정하고 보건소법을 지역보건법으로 바꾸면서 보건소를 지역주민의 건강관리를 위한 공공기관으로 육성하여 지역 보건소를 주민의 평생건강관리센터로 업무와 기능을 강화하였다. 아울러 지역주민의 건강관리를 위한 중추기관으로 보건소를 육성하여 주민들 스스로 건강생활 실천을 통하여 건강한 삶의 질을 높일 수 있게 하는 다양한 건강증진프로그램 및 사업을 제공하도록 하는 제도적인 기반을 마련하였다 (YONHAP, 1995. 9).

그러나 이러한 건강증진프로그램은 보건소에서 운영하는 프로그램은 전문인력이 주로 무기계약직, 비정규직(23개월 근무)이 대부분을 차지하고 있기 때문에 짧은 근무기간으로 업무추진에 미온적이거나 업무 파락 후 퇴직하여야 하는 일이 다반사이고, 민간기관에서 운영하는 건강증진프로그램의 경우에는 체계적이고 전문적인 보건의료서비스 제공이 미흡하다. 즉, 대부분 외부강사나 자원봉사자에 의존하고, 특히, 프로그램 제공 전후 기초건강검사나 전문적인 교육은 보건소 전문인력에 의뢰하는 상황이다. 이처럼 현재의 건강증진 프로그램도 개선할 점이 많다.

따라서 이 연구에서는 보건소(지소), 진료소 중심의 주민 밀착형 지역사회통합건강증진사업으로 다양한 형태의 프로그램이 지역주민의 건강 행태의 변화와 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 효과를 검증하고자 하며, 특히 민간기관에서 운영하는 건강증진프로그램과의 차이점을 살펴봄으로써 보건소 중심 주민 맞춤형 지역사회통합건강증진사업을 개선하고 활성화 시키는데 기여하고자 한다.

## II. 이론적 논의

### 1. 건강증진의 개념과 건강증진정책

세계보건기구(WHO)는 건강이란 신체적, 정신적(인

지, 정서) 및 사회적으로 완전히 양호한 상태로서 질병에 걸리지 않았던지 허약하지 않다고 해서 건강한 것은 아니라고 정의하고 있다(WHO 2004). 이런 정의는 질 높은 삶을 영유하는 것이 건강하다는 것을 의미하는 것이다.

또한, Pender(1996)의 건강증진모형에 의하면 건강증진행위는 활동계획에 직접영향을 받기도 하지만 지각한 유익성, 지각된 장애성, 지각된 자기효능, 행위와 관련된 정서, 대인관계, 상황적 요인과 같은 행위관련 인지와 정서요인에 의하여 직접적인 영향을 받는다고 하였다. 이처럼, 오늘날 건강증진이란 단순히 질병을 예방하는 것 이상으로 건강을 유지하기 위한 적극적인 개념으로 이해하고 있다.

이에 우리나라에서도 국민의 건강증진을 향상시키기 위하여 1995년 ‘국민건강증진법’을 만들었으며, 이 법은 “국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함”을 목적으로 하고 있다. 특히 이 법의 제2조에서는 국민의 건강증진을 위한 구체적인 사업으로 국민의 건강증진사업에 대한 정의를 내리고 있는데, “국민건강증진사업이라 함은 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업”이라고 명시하고 있으며, 건강증진 사업의 범위로 금연 및 절주운동(제8조, 제9조), 영양개선(제15조, 제16조), 구강보건(제17조, 제18조), 건강검진(제20조, 제21조) 등으로 규정하고 있다(Act of National Health Promotion, §1-§21).

일반적으로는 건강증진이란 위의 국민건강증진법에서 제시하는 영양, 체중관리, 운동, 적당한 음주, 금연 등 건강행태변화에 초점을 둔 비교적 협의의 개념과 이외에 질병위험요인의 조기발견과 관리를 포함하는 광의의 건강증진을 모두 포함하는 개념으로 이해되고 있다(Song, 2007: 5).

한편, 우리나라 건강증진정책의 발전과정을 살펴보면, 우선, 1983년 국민건강조사를 시작으로, 1989년 보건인식행태조사를 실시하였다. 그 후 1995 국민건강증

진법과 지역보건법을 제정하였으며, 1996년 제1차 지역보건의료계획을 수립하였고, 1998년 건강증진 거점 보건소를 중심으로 한 건강증진 시범사업을 실시하였다. 또한, 2000년 보건의료기본법을 제정하였고, 2002년에는 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)」을 수립하였으며, 건강증진 사업을 전국 보건소로 확대하였다. 2005년 「새국민건강증진종합계획(New Health Plan 2010)」을 수립하였고, 2011년에는 ‘은 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상’을 만들고자 「제3차 국민건강증진종합계획(New Health Plan 2020)」을 수립하였다. 이와 같이 보건소를 중심으로 건강증진사업을 본격적으로 실시한 것은 15년 정도의 기간 동안이다.

## 2. 건강증진사업과 삶의 질 간의 관계에 관한 선행연구

현대사회에서는 과학과 기술의 발달로 인하여 첨단 의료가 발달하였고, 이로 인하여 의학의 발전과 기대수명이 연장되었다. 이는 곧 노년기에도 건강하고 질 높은 삶의 살고자 하는 욕구를 증대시키게 되었다.

그러나 중년기부터 신체적 노화를 실감하고 사회적 변화를 경험하며 각종 만성질환 증가와 우울, 건강문제 등이 발생하게 되어 삶의 질 향상에 저해요인으로 작용하고 있다.

따라서 이 연구에서는 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 대한 선행연구를 검토해 보고, 특히, 건강증진사업이 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는지에 대한 기존의 선행연구들을 검토해 보고자 한다.

우선, 삶의 질에 영향을 미치는 요인들로는 사회적 지지 정도, 건강통제, 자아존중감, 연령, 인종, 교육정도, 치료방법, 결혼상태 및 주택소유 정도, 가족지지, 건강증진 행위 등이 알려져 있다(Kim, 2002). 이처럼 삶의 질은 환경이 요구하는 적응방식, 즉 신체적, 정신적, 사회적인 등 복잡한 요인들의 복합적인 영향과 밀접한 관계가 있음을 알 수 있다.

다음, 건강증진 프로그램과 삶의 질의 관계에 대한 선행연구를 보면, 우선, Park, et. al.(2003)는 그들의

연구에서 중년여성을 위한 건강관리 프로그램이 신체 조성, 자기효능감과 건강증진행위에 효과적이라고 제시하고 있다.

Choi(2008)의 연구에서는 지역사회 보건소에서 각 지역의 중년여성의 요구도를 반영한 건강증진 프로그램의 개발 및 탄력적인 운영이 필요하며, 이를 적극적으로 홍보하여, 중년 여성의 참여율을 높이는 전략이 필요하다고 주장하고 있다.

Jang(2009)은 농촌 노인의 경우 신체적 건강과 정신적 건강 모두 삶의 질에 양(+)의 상관관계를 나타내고 있다고 분석한 바 있다.

Park(2011)는 그의 연구에서 건강증진 프로그램에 참여하는 노인들은 자기효능감이 자아존중감과 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치고 있음을 제시한바 있다.

Choi(2011)의 연구에서도 통합적 노인 건강증진 프로그램이 삶의 질에 영향을 미치고 있다고 주장하고 있으며, 특히, 심리적 영역에서 삶의 질 향상에도 기여하고 있다고 제시한 바 있다.

Choi(2014)의 연구에서는 중년여성의 노후준비 건강증진 프로그램이 노화불안을 낮추고, 노인에 대한 태도를 긍정적으로 변화시키지는 못하였으나, 자기효능감은 높아졌고, 건강증진행위가 높아졌음을 실증적으로 밝힌바 있다.

Im(2014)의 연구는 보건진료소 중심의 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램이 건강관련 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치고 있다고 제시한 바 있다.

## III. 연구 설계

### 1. 연구 분석의 틀

건강증진 프로그램이 노인과 중장년의 여성의 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치고 있다는 것을 알 수 있었고, 특히, 자기효능감과 자아존중감 등에 긍정적인 영향을 미치고 있다는 것을 최근 선행연구들을 통해서 알 수 있었다. 그러나 기존의 선행연구들은 포괄적으로 건강증진사업과 삶의 질에 대한 연구들이 주를 이루고 있

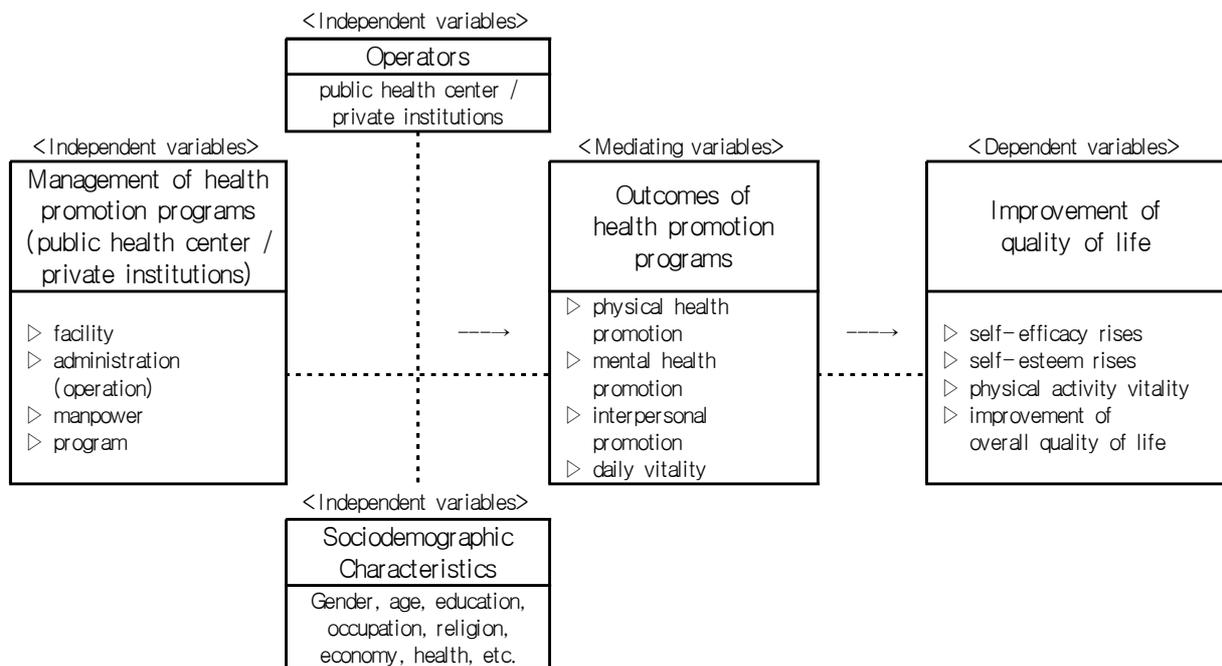


Figure 1. The framework of research and analysis

다는 것을 알 수 있다. 따라서 이 연구에서는 보다 세분화 된 즉, 건강증진사업의 운영을 시설적 측면, 행정(운영)적 측면, 인력 측면, 프로그램 측면으로 구분하여 각 요인들이 건강증진사업 효과(신체적, 정신적, 대인관계적, 일상생활적)에 어떠한 영향을 미치는 지를 구체적으로 살펴보고자 하며, 또한 건강증진사업이 삶의 질(신체적 활동 향상, 자기효능감 상승, 자아존중감 상승, 전반적 삶의 질 향상)에 어떠한 영향을 미치는 지를 살펴보고자 한다. 특히, 통합건강증진사업을 실시함에 따라서 운영의 주체가 보건소와 민간기관으로 이원화되어 있기 때문에 공공기관과 민간기관에서 운영하는 건강증진프로그램이 삶의 질에 어떠한 차이가 있는지를 이 연구에서는 밝혀내고자 한다.

## 2. 자료의 분석방법

이 연구는 증평균 보건소의 건강증진 프로그램을 이용하는 만 50세 이상 중년 여성들을 대상으로 하여, 2015년 6월 1일부터 6월 20일까지 20일간 설문 조사를 실시하였고, 측정은 Likert의 5점 척도(매우 부정 - 1점, 부정 - 2점, 보통 - 3점, 긍정 - 4점, 매우 긍정 - 5점) 방식으로 등간 척도로 구성하였다. 이 연구에서

분석을 위한 설문지 분석은 통계패키지 SPSS 15.0을 이용하였다. 인구통계 변수를 정리하기 위하여 빈도분석(Frequency Analysis)을 실시하였으며, 각 요인에 대한 설문문항의 구성타당도 및 내적 일관성을 조사하기 위하여 요인분석(Factor Analysis)과 신뢰도 검증(Reliability Test)을 실시하였다. 아울러, 건강증진사업의 운영(시설, 행정, 인력, 프로그램)과 건강증진 프로그램의 효과간의 영향관계 및 건강증진 프로그램의 효과와 삶의 질 간의 영향관계를 살펴보기 위하여, 상관관계 및 회귀분석방법을 사용하였다.

## 3. 조사대상자의 특성

인구 통계학적 특성을 살펴보면, 다음과 같이 전체 대상자 중 8.2%가 남성이었고, 91.8%가 여성이었다. 증평균 보건소 및 민간기관의 건강증진 프로그램 이용자가 거의 여성이라는 것을 알 수 있다. 연령대는 30대부터 60대까지 다양하게 분포하고 있었으며, 기혼자가 많다는 것을 알 수 있다.

학력은 고등학교 졸업자가 31.8%로 가장 많았고, 다음으로 대학교 졸업자가 28%로 많았다. 직업은 주로 전업주부가 53.8%로 가장 많았다.

Table 1. Sociodemographic characteristics (1)

|                | Division   | N   | Percentage (%) |
|----------------|------------|-----|----------------|
| Gender         | Male       | 26  | 8.2            |
|                | Female     | 292 | 91.8           |
|                | Total      | 318 | 100.0          |
| Age            | 30 or less | 42  | 13.2           |
|                | 31- 35     | 52  | 16.4           |
|                | 36- 40     | 67  | 21.1           |
|                | 41- 45     | 32  | 10.1           |
|                | 46- 50     | 22  | 6.9            |
|                | 51- 55     | 31  | 9.7            |
|                | 56- 60     | 72  | 22.6           |
|                | Total      | 318 | 100.0          |
| Marital status | Single     | 15  | 4.7            |
|                | Married    | 218 | 68.6           |
|                | Widowed    | 72  | 22.6           |
|                | Separated  | 13  | 4.1            |
|                | Total      | 318 | 100.0          |

Table 2. Sociodemographic characteristics (2)

|            | Division                          | N     | Percentage (%) |
|------------|-----------------------------------|-------|----------------|
| Education  | No education                      | 53    | 16.7           |
|            | Up to elementary School           | 34    | 10.7           |
|            | Up to middle School               | 31    | 9.7            |
|            | Up to high School                 | 101   | 31.8           |
|            | University-level                  | 89    | 28.0           |
|            | Graduate or more                  | 10    | 3.1            |
|            | Total                             | 318   | 100.0          |
| Occupation | Homemaker                         | 171   | 53.8           |
|            | Agriculture and livestock farming | 34    | 10.7           |
|            | Commerce                          | 24    | 7.5            |
|            | Business                          | 33    | 10.4           |
|            | White collar                      | 40    | 12.6           |
|            | Others                            | 16    | 5.0            |
| Total      | 318                               | 100.0 |                |
| Religion   | No religion                       | 114   | 35.8           |
|            | Protestantism                     | 68    | 21.4           |
|            | Buddhism                          | 96    | 30.2           |
|            | Roman Catholic                    | 38    | 11.9           |
|            | Others                            | 2     | 0.6            |
| Total      | 318                               | 100.0 |                |

통계조사자들의 생활수준은 보통이 51.6%로 가장 많았고, 약간 여유가 있는 경우가 26.4%로 많았으며, 소득형태는 본인 손질이 38.1%로 가장 많았다. 건강상태는 보통이 가장 많았다.

#### IV. 분석결과 및 시사점

##### 1. 신뢰도 분석결과

이 연구에서는 척도의 타당성과 신뢰성을 검증하기 위하여 요인분석과 신뢰성 분석을 실시하였다. 우선 측

정도구인 설문문항의 신뢰도를 평가하기 위해 크론바하 알파계수를 사용하여 신뢰도를 분석하였다.

설문조사 결과 얻어진 자료를 토대로 주요변수들의 신뢰성을 검증하기 위한 지수인 Cronbach's alpha 값은 0-1의 값을 가지며, 높을수록 바람직하나 반드시 몇 점 이상이어야 한다는 기준은 없다. 일반적으로 0.8-0.9 이상이면 바람직하고 0.6-0.70이면 수용할 만한 것으로 여겨진다. 따라서, 이 연구에서는 다음의 표와 같이, Cronbach's  $\alpha$  값이 0.7 이상으로 수용할 만한 수준으로 판단된다.

Table 3. Sociodemographic characteristics (3)

| Division         |                       | N   | Percentage (%) |
|------------------|-----------------------|-----|----------------|
| Wealth           | Very unwealthy        | 15  | 4.7            |
|                  | Unwealthy             | 45  | 14.2           |
|                  | Average               | 164 | 51.6           |
|                  | Wealthy               | 84  | 26.4           |
|                  | Very wealthy          | 10  | 3.1            |
|                  | Total                 | 318 | 100.0          |
| Source of income | Own income            | 121 | 38.1           |
|                  | Spouse's income       | 108 | 34.0           |
|                  | Dependent on children | 50  | 15.7           |
|                  | Life grants           | 27  | 8.5            |
|                  | Others                | 12  | 3.8            |
|                  | Total                 | 318 | 100.0          |
| Health condition | Very unhealthy        | 5   | 1.6            |
|                  | Unhealthy             | 52  | 16.4           |
|                  | Average               | 163 | 51.3           |
|                  | Healthy               | 77  | 24.2           |
|                  | Very healthy          | 21  | 6.6            |
|                  | Total                 | 318 | 100.0          |

Table 4. The result of reliability analysis

| Factors               |                                     | No. of questions                   | Cronbach's $\alpha$ |       |
|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------|-------|
| Independent variables | Health promotion program management | Facility                           | 2                   | 0.891 |
|                       |                                     | Administration (operation)         | 3                   | 0.767 |
|                       |                                     | Manpower                           | 3                   | 0.854 |
|                       |                                     | Program                            | 5                   | 0.891 |
| Mediating variables   | Effect of health promotion program  | Effect of health promotion program | 4                   | 0.872 |
| Dependent variables   | Quality of Life                     | Self-efficacy                      | 5                   | 0.918 |
|                       |                                     | Self-esteem                        | 5                   | 0.918 |
|                       |                                     | Physical activity vitality         | 5                   | 0.921 |
|                       |                                     | Overall quality of life            | 10                  | 0.943 |

Table 5. Differences between the participating institutions

| Division                 | Participating institutions         | N                     | Avr.   | Std. Err. | $p$      | $t$    |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------|--------|-----------|----------|--------|
| Health promotion program | Facility satisfaction              | Public health centers | 3.9922 | .69681    | 0.473    | .786   |
|                          |                                    | Private institutions  | 3.9286 | .72032    |          |        |
|                          | Administration satisfaction        | Public health centers | 3.9983 | .61350    | 0.237    | .711   |
|                          |                                    | Private institutions  | 3.9471 | .64967    |          |        |
|                          | Manpower satisfaction              | Public health centers | 4.3212 | .62092    | 0.134    | 4.952  |
|                          |                                    | Private institutions  | 3.9444 | .72388    |          |        |
| Program satisfaction     | Public health centers              | 4.1969                | .59859 | 0.726     | 1.476    |        |
|                          | Private institutions               | 4.0937                | .62671 |           |          |        |
| Effect of program        | Effect of health promotion program | Public health centers | 3.9753 | .67952    | 0.375    | -2.557 |
|                          |                                    | Private institutions  | 4.1667 | .60992    |          |        |
| Quality of life          | Self-efficacy                      | Public health centers | 3.6615 | .76861    | 0.975    | .521   |
|                          |                                    | Private institutions  | 3.6159 | .75328    |          |        |
|                          | Self-esteem                        | Public health centers | 3.7115 | .77167    | 0.007 ** | 1.198  |
|                          |                                    | Private institutions  | 3.5984 | .89603    |          |        |
|                          | Physical activity vitality         | Public health centers | 3.7375 | .76675    | 0.036 *  | -.489  |
|                          |                                    | Private institutions  | 3.7825 | .85791    |          |        |
| Overall quality of life  | Public health centers              | 3.6021                | .71278 | 0.001 **  | .702     |        |
|                          | Private institutions               | 3.5365                | .94899 |           |          |        |

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

Table 6. Analysis of relationship between health promotion program management and its effect (1)

| Model                       | Unstandardized coefficient |           | Standardized coefficient | t     | p-value  |
|-----------------------------|----------------------------|-----------|--------------------------|-------|----------|
|                             | B                          | Std. Err. | β                        |       |          |
| (constant)                  | 1.187                      | .224      |                          | 5.289 | .000     |
| 1 Facility satisfaction     | .115                       | .055      | .123                     | 2.102 | .036 *   |
| Administration satisfaction | .135                       | .067      | .128                     | 2.003 | .046 *   |
| Manpower satisfaction       | -.022                      | .065      | -.023                    | -.333 | .739     |
| Program satisfaction        | .472                       | .077      | .438                     | 6.090 | .000 *** |

Notes: Dependent variable: Effect of health promotion program

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

Table 7. Analysis of relationship between health promotion program management and its effect (2)

| Model                       | Unstandardized coefficient |           | Standardized coefficient | t     | p-value  |
|-----------------------------|----------------------------|-----------|--------------------------|-------|----------|
|                             | B                          | Std. Err. | β                        |       |          |
| (constant)                  | .339                       | .293      |                          | 1.155 | .249     |
| 1 Facility satisfaction     | .098                       | .066      | .100                     | 1.492 | .137     |
| Administration satisfaction | .125                       | .078      | .113                     | 1.616 | .108     |
| Manpower satisfaction       | .209                       | .086      | .191                     | 2.429 | .016 *   |
| Program satisfaction        | .439                       | .095      | .387                     | 4.628 | .000 *** |

Notes: Dependent variable: Effect of health promotion program

Cases of public health centers only

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

2. 차이 분석결과

보건소와 민간기관 이용자들 간의 인식차이를 살펴 보기 위하여 독립표본 t-검정을 실시한 결과 다음과 같이, 자아존중감, 신체적 활력, 삶의 질 만족에서 유의미한 차이를 보이고 있었다. 즉, 민간기관 이용자보다 보건소 프로그램 이용자들이 자아존중감, 신체적 활력, 삶의 질 만족을 더 높게 인식하고 있었다.

3. 관계 분석결과

건강증진사업 운영이 건강증진 프로그램에 미치는 영향정도를 분석하기 위하여 선형 다중회귀분석(Multi-Regression Analysis)을 실시한 결과 다음과 같이, 건강증진사업의 시설, 행정, 프로그램에 대해서 만족도가 높을수록 건강증진 프로그램이 효과적이라고 인식하고 있다는 것을 알 수 있다. 특히, 건강증진사업의 프로그램에 대한 만족도(B: 0.472)가 건강증진프로그램의 효과에 정(+ )의 영향력이 가장 높았다.

보건소 건강증진 프로그램 이용자들로 한정하여, 건강증진사업 운영이 건강증진 프로그램에 미치는 영향정도를 분석하기 위하여 선형 다중회귀분석(Multi-Regression Analysis)을 실시한 결과 다음과 같이, 건

강증진사업의 인력 만족과 프로그램 만족도가 건강증진 프로그램의 효과에 정(+ )의 영향력을 미치고 있는 것으로 결과가 나타났고, 특히, 프로그램에 대한 만족도(B: 0.439)의 영향력이 가장 높았다. 즉, 보건소 프로그램 이용자들은 프로그램에 대한 만족도가 높을수록 또는 건강증진 사업의 인력에 대한 만족도가 높을수록 건강증진 프로그램을 효과적이라고 인식하고 있다는 것을 알 수 있다. 반면에 시설과 행정운영에 대한 만족도는 건강증진 프로그램의 효과에 별다른 영향력을 미치지 못하고 있음을 알 수 있다.

민간기관 건강증진 프로그램 이용자들로 한정하여, 건강증진사업 운영이 건강증진 프로그램에 미치는 영향정도를 분석하기 위하여 선형 다중회귀분석(Multi-Regression Analysis)을 실시한 결과 다음과 같이 프로그램에 대한 만족도(B: 0.411)가 건강증진 프로그램의 효과에 정(+ )의 영향력을 미치고 있는 것으로 나타났다. 즉, 민간기관에서 운영하는 건강증진사업의 경우 시설, 행정운영, 인력에 대한 만족도는 효과에 별다른 영향을 미치지 못하고 있는 것으로 나타났고, 반면에 프로그램은 건강증진 사업의 효과에 강한 영향력을 미치고 있음을 알 수 있다.

Table 8. Analysis of relationship between health promotion program management and its effect (3)

| Model                       | Unstandardized coefficient |           | Standardized coefficient | t     | p-value |
|-----------------------------|----------------------------|-----------|--------------------------|-------|---------|
|                             | B                          | Std. Err. | $\beta$                  |       |         |
| (constant)                  | 1.896                      | .327      |                          | 5.800 | .000    |
| 1                           |                            |           |                          |       |         |
| Facility satisfaction       | .113                       | .090      | .134                     | 1.266 | .208    |
| Administration satisfaction | .114                       | .119      | .121                     | .958  | .340    |
| Manpower satisfaction       | -.078                      | .102      | -.093                    | -.767 | .444    |
| Program satisfaction        | .411                       | .122      | .423                     | 3.371 | .001 ** |

Notes: Dependent variable: Effect of health promotion program

Cases of private institutions only

\* p &lt; .05 \*\* p &lt; .01 \*\*\* p &lt; .001

Table 9. Correlation between the effect of Health Promotion Program and quality of life

| Division                        | Self-efficacy | Self-esteem | Physical activity vitality | Improvement of overall quality of life |
|---------------------------------|---------------|-------------|----------------------------|--|
| Pearson correlation coefficient | 0.369 **      | 0.337 **    | 0.345 **                   | 0.247 **                               |
| p-value (both side)             | .000          | .000        | .000                       | .000                                   |
| N                               | 318           | 318         | 318                        | 318                                    |

\*\* Correlation coefficients are significant at 0.01 level(both side).

건강증진 프로그램의 효과와 삶의 질의 관계를 살펴 보기 위하여, 이변량 상관계수를 활용한 상관관계분석 (Analysis of Correlation)을 실시한 결과 다음과 같이 유의미한 정(+)의 상관성이 있다는 것을 알 수 있다. 건강증진 프로그램의 효과가 자기효능감, 자아존중감, 신체적 활력, 삶의 질 향상에 긍정적인 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 특히, 건강증진 프로그램은 자기효능감에 상대적으로 큰 영향을 미치고 있다는 것을 알 수 있다.

## V. 요약 및 시사점

이 연구는 보건소의 통합건강증진 프로그램이 노인과 중장년 여성의 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는지를 살펴보고자 함이었다. 기존의 선행연구들과 달리, 이 연구에서는 보다 세분화 된 즉, 건강증진사업의 운영을 시설적 측면, 행정(운영)적 측면, 인력 측면, 프로그램 측면으로 구분하여 각 요인들이 건강증진사업 효과(신체적, 정신적, 대인관계적, 일상생활적)에 어떠한 영향을 미치는 지를 구체적으로 살펴보고자 하였으며, 또한 건강증진사업의 효과가 삶의 질(신체적 활동 향상, 자기효능감 상승, 자아존중감 상승, 전반적 삶의 질 향상)

에 어떠한 영향을 미치는 지를 살펴보고자 하였다. 아울러, 통합건강증진사업을 실시함에 따라서 운영의 주체가 보건소와 민간기관으로 이원화되어 있기 때문에 공공기관과 민간기관에서 운영하는 건강증진프로그램 이 삶의 질에 어떠한 차이가 있는지를 이 연구에서는 밝혀내고자 하였다. 이를 통하여 궁극적으로 농촌지역 건강증진 프로그램의 발전에 학문적 및 정책적 기초자료를 제공하고자 하였다.

결과적으로, 민간기관 이용자보다 보건소 프로그램 이용자들이 자아존중감, 신체적 활력, 삶의 질 만족을 더 높게 인식하고 있었다. 따라서 향후 민간기관에서 운영하는 건강증진 프로그램의 경우에는 지금보다 더 질 높은 서비스를 제공하는 것이 필요할 것이다.

그리고, 건강증진 사업을 운영함에 있어서 시설, 행정운영, 인력, 프로그램이 건강증진 프로그램의 효과에 미치는 영향에서는 프로그램이 특히 영향을 많이 미치고 있었다. 때문에 향후에는 유익하고 공급자 중심이 아닌, 수요자 중심에서 알찬 프로그램을 개발하고 유지하는 것이 가장 필요할 것이다.

마지막, 농촌지역 건강증진사업이 삶의 질 즉, 자기효능감, 자아존중감, 신체적 활력 등에는 긍정적인 영향을 미치고 있는 것으로 분석 결과가 나타났기 때문에

농촌지역 이용자들의 삶의 질 향상을 위하여 건강증진 사업을 지속적으로 해나가는 것이 필요할 것이다.

## 감사의 글

This work was supported by the research grant of Chungbuk National University in 2013.

## References

- Choi, Eun Jin. 2008. Correlation among Depression, Self-esteem, Life Satisfaction and the Quality of Life of the Elderly Department of Nursing. Thesis for a Masterate. Kyunghee Univ.
- Choi, Hee Jung. 2014. The Effect on Health Promoting Program for Aging Preparation in Middle-aged Women. Thesis for a Doctorate. Kyungpook University.
- Choi, Jin Il. 2011. Measuring Effectiveness of an Integrated Health Improvement Program for Older Adults: Focusing on Quality of Life. Thesis for a Masterate. Dong-eui University.
- Im, Jung-Mi. 2014. An Analysis of the Effect of the Integrated Health Promotion Program with the Residents-tailored Based on the Community Health Post. Thesis for a Masterate. Chung-ang University.
- Jang, Eun-a. 2009. Study on the Elderly's Quality of Life Living in Rural Area. Thesis for a Masterate. Inha University.
- Jeungpyeong-gun. 2015. *Jeungpyeong-gun Health Services Plan*. Jeungpyeong-gun.
- Kang, Moon-Jeong. 2005. Relation between Self-efficacy and Health Promotion Behavior of Elementary School Students. Thesis for a Masterate. Korea National University of Education.
- Kim, Yeon Hee. 2002. The Efficiency Evaluation of Welfare Policy Execution Process. Thesis for a Masterate. Hanyang Univ.
- Park, Chung-bae. 2011. Feelings of Self-efficacy in Senior Citizens Participating in Health Promotion Programs and its Effects on Self-esteem and Quality of Life. Thesis for a Doctorate. Kyonghee University.
- Park, Hyeong Sug, Mi Hye Seong, and Yun Mi Lee. 2003. Effects of Health Management Program on Body Composition, Self-efficacy and Health Promotion Behavior in Middle-aged Women. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 9(2): 152-160.
- Pender, N.J. 1996. *Health Promotion in Nursing Practice*.(3rd ed). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Song, Su-Kyun. 2007. A Study on the Name Recognition of Health Promotion Program and the Effects of Exercise Health Program in the Public Health Centers. Thesis for a masterate. Kosin University.
- WHO(World Health Organization). [www.who.int](http://www.who.int)
- ### *Korean References Translated from the English*
- 강문정. 2005. 초등학생의 자기효능감과 건강증진행위와의 관계. 한국교원대학교 석사학위논문.
- 김연희. 2002. 복지정책집행과정의 효율성 평가: 서울시 사회 복지관을 중심으로. 한양대학교 석사학위논문.
- 박충배. 2011. 건강증진프로그램에 참여하는 노인의 자기효능감이 자아존중감 및 삶의 질에 미치는 영향. 경희대학교 박사학위논문.
- 박형숙, 성미혜, 이윤미. 2003. 중년여성의 건강관리 프로그램이 신체조성, 자기효능감 및 건강증진행위에 미치는 효과. *여성건강간호학회지*. 9(2): 152-60
- 송수경. 2007. 보건소 건강증진 프로그램의 인지도와 운동 프로그램 효과에 관한 연구. 고신대학교 석사학위논문.
- 임정미. 2014. 보건진료소 중심의 주민 맞춤형 통합건강증진 프로그램의 효과분석. 중앙대학교 석사학위논문.
- 장은아. 2009. 농촌노인의 건강과 삶의 질의 관계에 관한 연구. 인하대학교 석사학위논문.
- 증평군. 2015. 보건사업계획. 증평군.
- 최은진. 2008. 노인의 우울, 자아존중감, 생활만족도 및 삶의 질 관계 연구. 경희대학교 석사학위논문.
- 최진일. 2011. 통합적 노인 건강증진 프로그램의 효과성 분석. 동의대학교 석사학위논문.
- 최희정. 2014. 중년여성의 노후준비 건강증진 프로그램 적용 효과. 경북대학교 박사학위논문.

## 중고령 여성위기 극복을 위한 건강증진사업과 삶의 질 관계

- 증평군 건강증진 프로그램을 중심으로 -

국문초록 이 연구는 보건소의 통합건강증진 프로그램이 노인과 중장년 여성의 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는지를 살펴보고자 함이었다. 기존의 선행연구들과 달리, 이 연구에서는 보다 세분화 된 즉, 건강증진사업의 운영을 시설적 측면, 행정(운영)적 측면, 인력 측면, 프로그램 측면으로 구분하여 각 요인들이 건강증진사업 효과(신체적, 정신적, 대인관계적, 일상생활적)에 어떠한 영향을 미치는지를 구체적으로 살펴보고자 하였으며, 또한 건강증진사업의 효과가 삶의 질(신체적 활동 향상, 자기효능감 상승, 자아존중감 상승, 전반적 삶의 질 향상)에 어떠한 영향을 미치는 지를 살펴보고자 하였다. 아울러, 통합건강증진사업을 실시함에 따라서 운영의 주체가 보건소와 민간기관으로 이원화되어 있기 때문에 공공기관과 민간기관에서 운영하는 건강증진프로그램이 삶의 질에 어떠한 차이가 있는지를 이 연구에서는 밝혀내고자 하였다. 이를 통하여 궁극적으로 농촌지역 건강증진 프로그램의 발전에 학문적 및 정책적 기초자료를 제공하고자 하였다. 결과적으로, 민간기관 이용자보다 보건소 프로그램 이용자들이 자아존중감, 신체적 활력, 삶의 질 만족을 더 높게 인식하고 있었다.

주제어 : 여성위기, 건강증진사업, 삶의 질

Profiles **Mi Jung, Jo** : Masterated in Public Administration from Chungbuk National University (Thesis : “A Study on the Quality of Life and the Health Promoting Program Participation,” 2015). Incumbent manager, Visiting Health Team of Jeungpyeong Health Center. The main areas of interest are public infectious disease prevention, its countermeasures, professional and systematic policy of the local government to improve the quality of women’s lives, and the improvement of the quality of personalized services to be executed by public institutions. Also interested, regardless of business, in folk games of Joseon Dynasty, and management of Korean cultural properties, dreaming life after retirement(chn1967@korea.kr).

**Min-kyu, Lee** : Doctorated in Law (major in Public Administration) from Graduate School of Law, Kyoto University, Japan (Thesis : “Accounting and Fiscal Reforms in Japanese Prefectural Governments”). Professor, Division of Public Administration, Chungbuk National University. The main areas of interest are local autonomy, local finance, and inter-governmental relations. Main research are “The Political Analysis of the Intergovernmental Governance” (2008, coauthor), “Incentive of Using Accounting Information in Local Government during the Retrenchment of Finance Period Ⅰ·Ⅱ·Ⅲ” (2010) and so on(baroo@cbnu.ac.kr).