

보건진료소 중심의 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램의 효과분석*

임정미¹, 박현희², 장숙량³

1. 경기도 이천시 상봉보건진료소 2. 대전과학기술대학교 간호학과 3. 중앙대학교 적십자간호대학

Analysis of the Effect of a Resident-tailored Integrated health Promotion Program based on the Primary Health Care Post*

Im, Jung-Mi¹ Park, Hyeon-Hee² Jang, Soong-Nang³

1. Gyeonggi-do Icheon-si Sangbong Primary Health Care Post

2. Associate Professor, Dept. of Nursing, Daejeon Institute of Science and Technology

3. Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University

Purpose: The purpose of this study was to examine the effects of an integrated health promotion program provided by one community health post by comparing this program with more traditional health promotion programs provided by other institutions. **Methods:** The participants in this study were 110 selected local residents from I city. Of them, 55 residents participated in the integrated health promotion program in the community health post, and the other 55 participated in a program at another institution. SPSS 21.0 was used for descriptive analysis. **Result:** Scores for program effects, satisfaction level, quality of life related to health and depression were higher for the integrated health promotion program offered by the community health post compared to health promotion programs of the other institution. The differences were statistically significant. **Conclusion:** The findings of the study indicate that the integrated health promotion program can be helpful for community health posts in being successful in future plans to meet the needs of residents. Use of this program will also contribute to the development of community health posts but sustained research efforts need to be channeled into these programs.

Key words : Health Promotion, Program, Primary Health Care

주요어 : 건강증진, 프로그램, 일차보건의료

교신저자 박현희 대전과학기술대학교 간호학과 조교수 대전광역시 서구 혜천로 100 e-mail: phh2015@dst.ac.kr

투고일: 2015년 10월 15일

심사완료일: 2015년 12월 10일

게재확정일: 2015년 12월 26일

서론

1. 연구의 필요성

21세기를 맞이하면서 의료기술의 빠른 발전으로 평균수명이 증가하고 있고, 지역주민의 건강생활수준도 많이 향상되어 전반적인 보건의료 환경이 급변하고 있는 실정이다. 이중 보건진료소는 제공자 중심이 아닌 지역주민이 중심이 되는 보건기관으로서 지역주민의 건강한 삶을 보장하기 위해 지역실정에 맞는 맞춤형 건강관리프로그램을 개발하여 운영하고 있으며, 지역주민들의 특성을 잘 반영하여 일상생활 속에서 주민 맞춤형 건강관리를 계속 할 수 있는 최대의 강점이 되고 있다(김춘미와 전경자, 2012).

지난 30여 년 이상 보건진료소는 지역주민들 가까이에서 건강증진과 질병예방을 위한 보건의료서비스를 실시해 오는 동안 우리나라에서 시행한 보건사업 중에서 주민의 만족도가 높으며 가장 효과적이고 성공한 사업으로 평가를 받고 있다(오영호, 김재훈, 김진순, 이준협 및 김수봉, 2002). 또한 지역주민 눈높이에서 실시하는 건강증진교실이나 다양한 오락 활동의 참여로 생활의 활력도 느끼며 삶의 질도 향상되었다고 인식하고 있다(김춘미, 2012).

보건소나 보건진료소 뿐 아니라 건강증진사업을 수행하기 위하여 지역사회의 민간단체나 관련기관(노인복지관, 지역노인회, 국민건강보험공단 등)에서도 만성질환 예방과 건강관리에 관한 정보를 제공하거나 건강관리 서

비스를 제공하고 있다(김광기, 2013). 그러나, 건강보험공단은 건강지원사업 연구를 통하여 민간기관 등 타기관의 서비스 전문성 문제와 이용자 제한, 서비스 접근성 제한, 사후관리 어려움 등의 여러 가지 핵심문제가 제기되었다(이주열, 이수연, 권은선 및 오수미, 2008). 이에 지역주민의 건강관리를 위한 중추기관으로 보건소를 육성하여 주민들 스스로가 건강생활 실천을 통하여 건강한 삶의 질을 높일 수 있게 하는 다양한 건강증진프로그램 및 사업을 제공하도록 하는 제도적 기반이 마련되었다(연합뉴스, 1995).

선행연구에서 보건소나 보건진료소 중심으로 신체적, 정신적, 사회적인 총체적 접근을 통하여 지역주민의 인식을 변화시키고, 그들의 환경 및 생활을 관리, 조절하여 긍정적이며 바람직한 행동을 유도하는 포괄적인 건강증진프로그램의 필요성이 보고되었다(오현수와 김영란, 1999). 경로당, 마을회관 등에서는 건강증진프로그램을 건강체조, 건강춤, 스트레칭, 게이트볼 등 노인들을 위해 다양하게 진행하고 있다(홍승연, 2008). 단일사업으로 구성된 운동프로그램을 실시한 대부분의 연구들(현석환, 2012; 정민호, 성동일, 2008; 고기준, 2010)에서 전반적으로 신체적, 정신적인 건강상태를 증가시키고 성인병 예방 및 건강증진에 도움이 되었다고 보고하였다.

그러나 기존의 단일구성 건강증진프로그램보다 운동, 교육, 음악 등이 병합된 통합건강증진프로그램이 효과가 있으며(임미영, 문영희, 2013; 추연경, 손준호, 2012; 최진일, 2011; 한상숙, 김원옥, 현경선, 원정숙, 김귀분, 2005), 운동 프로그램과 건강증진강좌를 함께

실시한 통합프로그램을 실시한 결과 건강 체력 뿐 만 아니라 우울에도 긍정적인 영향이 보고되었다(추연경, 손준호 2012; 최진일, 2011). 또한 국민건강보험공단이 지원한 경로당 노인운동프로그램을 이용한 노인들이 우울은 낮아지고, 자아 존중감 및 생활만족도에 미치는 효과는 높아졌고 대상자의 생리적 지표, 기능수행 능력, 생활습관까지 좋은 결과를 나타내는 등 긍정적인 측면이 보고되었지만(황홍경, 2008), 지역주민들과 밀착하여 적극적으로 참여할 수 있는 보건진료소 중심의 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램의 운영프로그램에 대한 효과분석연구는 미흡한 실정이다.

따라서 본 연구는 건강검진과 보건교육, 다양한 형태의 건강증진프로그램이 포함된 보건진료소 중심의 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램이 지역주민들의 건강과 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 효과를 검증하고자 한다. 또한 타 기관의 건강증진프로그램간의 효과와 만족도 그리고 지역주민의 건강과 관련된 삶의 질과 우울 등에 미치는 효과를 비교분석하여 보건진료소 중심의 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램을 활성화 시키는데 기여하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램이 지역주민들의 건강과 삶의 질에 어떤 영향을 미치는지 효과를 분석하고, 지역주민의 건강에 대한 만족도와 삶의 질을 높일 수 있는 보건진료소 중심의 주민 맞춤

형 통합건강증진프로그램을 활성화시키기 위함이다. 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 보건진료소 중심의 맞춤형 통합건강증진 프로그램과 단일 건강증진프로그램의 효과를 비교 분석한다.
- 2) 보건진료소 중심의 맞춤형 통합건강증진 프로그램과 단일 건강증진프로그램의 주민의 만족도를 비교 분석한다.
- 3) 보건진료소 중심의 맞춤형 통합건강증진 프로그램과 단일 건강증진프로그램의 주민의 건강관련 삶의 질을 비교 분석한다.
- 4) 보건진료소 중심의 맞춤형 통합건강증진 프로그램과 단일 건강증진프로그램의 주민의 우울정도를 비교 분석한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 보건진료소의 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램과 단일 건강증진프로그램간의 효과를 비교·분석하기 위한 비동등성 대조군 사후비교 연구이다.

2. 연구대상

연구대상자는 I시 보건진료소 두 곳에 거주하는 관할 지역주민 중 건강증진프로그램에 최근 3년동안 참여한 적이 있는 주민을 대상으로 S보건진료소(맞춤형 통합건강증진프로그램 운영) 지역주민 55명과 K보건진료소(단

표 1. 건강증진프로그램 내용 및 참여자수(실 인원/연간)

맞춤형 통합건강증진프로그램(S보건진료소)				단일 건강증진프로그램(K보건진료소)			
총인구수	2011년	2012년	2013년	총인구수	2011년	2012년	2013년
	98명	111명	102명		95명	99명	100명
	연간평균 참여자 수 (103.7명)				연간평균 참여자 수(98명)		
1,023명	음악, 리듬요법 노래교실, 댄스 및 건강 체조 요가, 명상요법 밴드스트레칭 웃음요법, 걷기동아리			1,119명	노래 교실	체조 교실	공예 교실
					스포츠 댄스	민요 교실	난타

일 건강증진프로그램 운영) 지역주민 55명을 편의 추출하였다.

본 연구는 보건진료소의 주민 맞춤형 통합 건강증진프로그램과 타 기관의 건강증진프로그램간의 효과를 비교·분석하기 위한 비동등성 대조군 사후비교 연구이다. 연구의 대상자는 I시 보건진료소 두 곳에 거주하는 관할 지역주민 중 건강증진프로그램에 최근 3년 동안 참여한 적이 있는 주민을 대상으로 하였으며, I시에 있는 두 개의 보건진료소는 인근 지역에 위치 한 전형적인 농촌지역으로 환경과 대상자의 특성 및 관할 인구수가 유사하므로 연구대상 보건진료소로 선정하였다. 2011년에서 2013년의 최근 3년 동안에 S보건진료소는 보건진료 전담 공무원이 직접 건강검진과 보건교육, 건강증진프로그램이 포함된 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램을 기획하고 운영하고 있는 곳이며, K보건진료소는 국민건강보험공단 및 지역노인회에서 파견된 강사가 단일 건강증진프로그램을 운영하고

있다. 최근 3년간 보건진료소 별 건강증진프로그램의 내용과 참여자수는 [표 1]과 같다.

연구 대상자수는 S보건진료소 지역주민 55명과 K보건진료소 지역주민 55명을 편의 추출하여 분석대상으로 하였다. 산출근거는 최근 3년간 건강증진프로그램 참여자수의 평균은 S보건진료소(103.7명), K보건진료소(98명)으로 연간 참여자수의 50% 이상을 차지하므로 대표성이 있다고 판단되었다. 연구대상자의 모집은 S보건진료소와 K보건진료소 보건진료 전담공무원의 도움을 요청하여 최근 3년간 건강증진프로그램에 참여한 적이 있거나, 참여 중인 지역주민 중 출석부를 참조하여 한 개의 건강증진프로그램 당 출석률이 70%이상인 지역주민을 대상으로 자료를 수집하기 전 연구의 목적과 필요성에 대해 충분히 설명한 후, 연구 참여의사에 동의를 한 주민을 최종 대상으로 선정하였다. 그리고 2011년도 이전에 실시한 건강증진프로그램에 참여한 지역주민은 연구대상자에서 제외하였다.

3. 연구도구

설문내용은 선행 문헌(건강증진프로그램 관련 연구 등)을 참고하여 연구목적에 맞게 수정과 보완하였고, 삶의 질과 우울에 관한 설문은 국내와 국외의 신뢰도와 타당도가 검증된 도구를 사용하였다.

설문지 구성내용과 문항 수는 다음과 같다 (표 2).

1) 건강증진프로그램 내용

(1) 음악·리듬요법

치료 레크레이션의 한 형태인 음악·리듬요법은 건강과 관련된 삶의 질을 증진시키는

것으로서 질환자 뿐 만 아니라 일반사람에게도 적용하여 스트레스 관리나 행동수정 프로그램으로 좋은 효과를 준다고 한 연구를 근거로 하였다(전은영, 김숙영, 유현숙, 2009). 보건진료소에서 실시한 음악·리듬요법은 소고, 딸랑이, 트라이앵글, 에그쉐이크 등 손쉽게 다룰 수 있는 타악기를 이용하여 음악의 리듬감을 느끼게 하고, 율동을 가미하여 운동 효과도 주었다. 또한 친숙하고 쉬운 음악의 악보를 제공하고 레인보우 핸드벨을 이용하여 음감을 표현하게 하여 주민들의 스트레스 해소 및 상호간의 친밀감을 유도하였다. 본 프로그램을 진행하는 보건진료 전담공무원은 효과적인 음악, 리듬요법 진행을 위해 레크레이션지도자 2급(한국레크레이션협회)자격을 취득하였다.

표 2. 설문지 구성내용

구성지표	구성내용	문항 수
일반적 특성	성별, 연령, 결혼상태, 학력, 직업, 종교, 경제상태, 생활형태	8
건강관련 특성	몸무게, 신장, 주관적 건강수준, 고혈압 유무, 당뇨유무, 질병 유무, 수면형태, 규칙적 운동, 스트레스 정도	8
건강증진프로그램 효과	과정평가 참여 동기, 종류, 참여기간, 결석횟수(결석이유)	4
	효과평가 건강도움 여부, 스트레스극복 도움여부, 일상생활 도움여부, 친목도모 도움여부	4
건강증진프로그램 만족도	만족도, 재미도, 이해도, 습득, 운영시간 적절성, 진행시간 적절성, 빈도의 적절성, 장소의 적절성, 강도의 적절성, 지속적 참여의사, 타인에게 권유, 기대하는 프로그램	12
건강관련 삶의 질	운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 불안/우울	5
우울검사	우울관련 문항	15
계		56

(2) 노래 교실

노래는 특별한 노력을 기울이지 않고 편안하게 부르고 들으면서 자신의 느낌과 감정을 표출시켜서 자신감을 가지게 하며, 연령과 수준에 관계없이 주민에게 접근하여 자연스럽게 사회성도 기를 수 있는 효과적인 건강증진프로그램이다. 음악 감상과 노래 부르기, 악기연주로 생활만족도가 증가되었다고 한 박미정과 정영(2005)의 연구를 근거로 하여 건강 박수치기와 리듬악기를 함께 실시하면서 어르신들이 좋아하는 대중가요와 민요, 동요 등 다양한 종류의 노래로 듣기와 부르기를 병행 실시하였다.

(3) 댄스 및 건강 체조

댄스 및 건강 체조 프로그램은 음악에 맞추어 고단한 심신과 생활의 활력을 되찾고, 리듬감 있는 움직임을 통하여 심폐기능과 유연성을 향상시키고자 실시하였다. 김은아(2012)의 연구를 근거로 댄스와 건강 체조 프로그램은 지역주민들이 좋아하는 대중가요와 민요에 맞추어 건강상태와 체력수준을 고려한 쉬운 동작으로 내용을 구성하였고, 준비운동, 본 운동, 마무리 운동 순으로 진행하였다. 그리고 중, 저 강도의 운동크기로 유산소운동과 유연성, 근육과 관절의 강화에 목표를 두고 시행하였다. 효과적인 교육을 실시하기 위하여 본 프로그램을 진행하는 보건진료 전담공무원은 임상운동사 자격 연수과정(아주대학교 의과대학)과 노인건강운동사1급(국제전문자격진흥협회)을 취득하였다.

(4) 요가, 명상요법

요가를 통하여 통증을 완화시키고 바른 자세와 바른 생활습관을 통하여 다른 질병으로의 이환을 예방하고, 신체적, 정신적으로 안정을 할 수 있게 하였다. 그리고 명상은 주민들에게 긍정적인 사고로의 전환과 활기를 불어주어 정신적인 스트레스를 감소시키기 위해서 실시하였다. 요가와 명상은 허소영(2009)의 연구를 근거로 하였고, 김은아(2012)의 요가프로그램을 응용하여 지역주민들의 수준에 맞게 재편성하여 진행하였다. 명상자세는 최윤영(2004)의 책과 CD를 참고로 하여 잔잔한 클래식과 로하스 음악을 들으며 시행하였다.

(5) 밴드스트레칭

탄력밴드를 이용한 스트레칭은 위험으로부터 근육이나 관절의 손상을 예방할 뿐 아니라 나이, 공간, 시간에 구애받지 않고 신체에 부담을 주지 않으면서 근력 및 체력의 증진과 관절의 유연성을 증가시키는데 효과적이라고 한 김현욱(2004)의 연구를 근거로 하였다. 보건진료소에서는 김난수(2005)연구의 동작과 자세를 참조하여 프로그램을 구성하였고, 동작은 스트레칭체조지도자1급(국제전문자격진흥협회)을 취득한 보건진료 전담공무원이 구성하여 진행하였다.

(6) 웃음 요법

웃음요법 프로그램은 내재된 우울감소와 자기 존중감을 이끌어내어 정서적으로 건강한 삶을 살 수 있도록 하고 지역주민의 유대감을 형성하는데 목적이 있으며, 프로그램은 김

사라형선(2010)의 연구를 참고로 하여 내재된 우울을 밖으로 표출하게 하여 인정하는 단계를 거쳐 칭찬과 감사를 통한 웃음치료를 통하여 마음의 평안을 경험하게 하는 내용으로 구성하였다. 본 프로그램을 진행하는 보건진료 담당공무원은 효과적인 교육을 위해 건국대학교 웃음치료1급 과정을 이수하였다.

(7) 걷기 동아리

걷기동아리 프로그램은 지역주민들의 유산소능력을 향상시키고, 하지의 근력과 지구력을 단련하기 위하여 동아리를 만들어서 서로 상호적인 교류를 나눌 수 있도록 만든 것으로 지역주민들이 가장 선호하는 운동프로그램이다. 지역주민들 뿐 만 아니라 보건진료소에서 비용도 거의 들지 않고 상해의 위험이 적어 체력수준의 다양성에도 불구하고 쉽게 접근할 수 있는 장점이 있는 프로그램으로 오석중(2013)의 연구를 근거로 실시하였다. 걷기프로그램을 진행하기 전에 운동으로 인한 상해를 미리 예방하고자 보건진료소에서 모여 간단한 준비운동(5분) 및 스트레칭과 운동 후 정리운동(5분)까지 반드시 시행하였고, 지역주민의 연령이 높고 운동 강도를 측정하기에 무리가 있어 각자의 신체능력에 맞게 40-50분 정도 숨이 약간 찰 정도의 저, 중강도로 걷기를 실시하였다.

2) 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램

주민 맞춤형 통합건강증진프로그램은 건강검진과 보건교육, 그리고 다양한 건강증진프로그램으로 합쳐진 포괄적 형태의 신체적, 정

신적, 사회적전반의 건강증진을 도모하는 프로그램이며 음악·리듬요법, 노래교실, 댄스 및 건강 체조, 요가·명상요법, 밴드스트레칭, 웃음요법, 걷기동아리 등으로 다양하게 구성되어 있다. 1주 2~3회, 1시간~1시간 30분(건강검진 10분, 건강보건교육 10-20분, 건강증진프로그램 40-60분)으로 탄력적으로 운영하고 최소 12주 이상 최대 20주까지 실시하였다.

주민 맞춤형 통합건강증진프로그램은 지역주민이 효율적인 여가생활을 통하여 삶의 활력소를 되찾고, 지역주민의 신체적, 정신적, 사회적 건강행위를 변화시켜 건강한 삶을 살아 갈 수 있도록 하기 위한 목적으로 직무적 경험을 바탕으로 본 연구자가 운영하는 건강증진프로그램을 의미한다. 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램은 건강검진과 보건교육, 그리고 다양한 건강증진프로그램으로 합쳐진 포괄적 형태의 신체적, 정신적, 사회적인 전반의 건강증진을 도모하는 프로그램으로 구성되어 있다. 선행연구들을 근거로 하여 문헌을 고찰하고 지역주민의 상담을 통하여 원하는 건강요구가 무엇인지 수집하였다. 그리고 주민의 눈높이에서 자발적인 동기를 유발하여 참여를 유도시킬 수 있는 재미와 운동을 병행한 맞춤형 통합건강증진프로그램으로서 음악·리듬요법, 노래교실, 댄스 및 건강 체조, 요가·명상요법, 밴드스트레칭, 웃음요법, 걷기동아리 등 다양하게 구성되어 있다. 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램은 1주 2~3회, 1시간~1시간 30분(건강검진 10분, 건강보건교육 10-20분, 건강증진프로그램 40-60분)으로 탄력적으로 운영하고, 진행은 농번기에는 야간시간에, 농한기에는 낮 시간을 이용하여 최

소 12주 이상 최대 20주까지 실시하고 있다.

3) 건강관련 삶의 질 측정

건강관련 삶의 질은 성상석(2004)의 EQ-5D (EuroQol-5 Dimensions)를 사용하였다. EQ-5D는 건강상태를 묻는 5개의 문항 운동 능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 불안/우울로 구성되며, 점수가 클수록 삶의 질이 높은 것으로 평가하였다. 삶의 질 점수 계산 방식은 남해성(2010)의 한국인을 대상으로 한 질 가중치 연구에서 도출된 보정식을 이용하여 산출하였다. 본 연구의 Cronbach's α 값은 0.85점이었다.

4) 우울정도 측정

우울정도를 측정하기 위하여 Yesavage 등(1983)이 개발한 30문항을 조맹제 등(1999)이 15문항으로 축소하여 만든 한국판 노인우울 척도 단축형 도구(Short Form of Geriatric Depression Scale : SGDS)를 이용하였다. 우울과 관련된 문항은 1점, 그렇지 않은 경우는 0점으로, 총 0~15점이며 점수가 높을수록 우울정도가 심하다는 것을 의미한다. 4점 이하는 정상이고, 5-9점은 경증 우울, 10-15점은 중증 우울로 구분된다. 우울증 선별을 위한 최적 가이드라인은 10점으로 제안하였다. 본 연구의 Cronbach's α 값은 0.85점이었다.

4. 자료수집 및 분석

자료수집은 I시 보건진료소 두 곳에 거주하

는 관할 지역주민으로 건강증진프로그램에 최근 3년 동안 참여한 적이 있는 주민을 대상으로 하였으며, 대상자 한 명당 평균 20분~30분정도의 시간이 소요 되었다. 2014년 5월 24일부터 6월 13일까지 3주간 면접 설문 조사를 실시하였다. 수집된 자료는 SPSS WIN 21.0을 이용하여 분석하였다. 연구대상자의 일반적 및 건강관련 특성을 파악하고 건강증진프로그램 과정과 효과, 건강증진프로그램 만족도, 삶의 질, 우울정도를 비교하기 위해 빈도, 백분율, 평균, 표준편차, χ^2 -test, t-검정, 일원변량분석을 실시하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 중앙대학교 생명윤리심의위원회 (IRB No. 1041078-201405-HR-071-01)에서 승인을 받은 후 보건진료 전담공무원의 협조 하에 설문지를 이용한 면접 설문조사를 실시 하였다. 연구 참여 의사를 밝힌 최종 대상자에게 동의서를 작성하기 전 설문자료의 개인 정보는 연구 목적으로만 사용한다는 개인정보 보호에 관한 조항 등을 자세히 설명하고, 설문조사 중 언제라도 대상자가 원하는 경우 그만 둘 수 있음도 알려 주었다.

6. 연구의 제한점

본 연구의 제한점은 첫째, 일부 지역의 특정 보건진료소의 건강증진프로그램에 참여하는 주민들로 한정하여 선정하였기 때문에 전체 보건진료소로 확대 적용함에 제한이 있으며 보건진료소 중심의 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램이 타기관의 단일 건강증진프로

그램보다 효과가 있다고 해석하기는 다소 무리가 있다. 둘째, 설문 대상자는 대부분 고령이기 때문에 당시의 건강이나 개인적 상태에 따라 응답 편견이 존재할 가능성이 있다. 셋째, 최근 3년간 건강증진프로그램에 참여한 고령자의 회상에 의지한 설문조사이므로 성인의 회상능력에 비하여 낮은 점을 고려할 때 결과에 대한 정확도가 떨어질 가능성이 있다.

연구 결과

1. 일반적 특성

성별은 보건진료소 중심의 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자와 타 기관 단일 건강증진프로그램 참여자 모두 여자가 각각 81.8%, 80.0% 이었다. 연령은 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 68.7세, 단일 건강증진프로그램 참여자는 68.6세이었다. 결혼 여부는 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자 중 기혼이 83.6%, 단일 건강증진프로그램 참여자는 사별이 50.9% 이었으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < .001$). 학력은 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 초졸이 36.4%, 단일 건강증진프로그램 참여자는 무학과 초졸이 각각 41.8% 이었다.

직업별로는 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자와 단일 건강증진프로그램 참여자 농업, 축산업이 각각 47.3%, 58.2%로 가장 많았다. 종교는 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 50.9%로 단일 건강증진프로그램 참여자의 47.3%보다 불교가 많았고, 단일 건강증

진프로그램 참여자는 23.6%로 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자의 9.1% 보다 기독교가 많았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 경제 상태는 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 36.4%로 단일 건강증진프로그램 참여자의 14.5% 보다 상 수준이 많았으며, 단일 건강증진프로그램 참여자는 65.5%로 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자의 50.9%보다 중 수준이 많았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < .05$). 생활 형태는 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자는 배우자 소득이 32.7%, 단일 건강증진프로그램 참여자는 자녀에게 완전 의존이 34.5% 이었으나 통계적으로는 유의한 차이를 보이지 않았다(표 3).

2. 건강관련 특성

체중은 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 62.69kg, 단일 건강증진프로그램 참여자는 61.15kg 이었고, 신장은 각각 154.95cm, 153.11cm 이었다.

건강상태는 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 60.0%로 단일 건강증진프로그램 참여자의 29.1%보다 좋음이 많았고, 단일 건강증진프로그램 참여자는 40.0%로 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자의 10.9%보다 나쁨이 많았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < .01$). 고혈압은 단일 건강증진프로그램 참여자가 58.2%로 더 많았으나 유의한 차이를 보이지 않았지만, 당뇨병은 단일 건강증진프로그램 참여자가 29.1%로 더 많았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < .01$). 질병여부는 단일 건강증진프로그램 참여자가

표 3. 연구대상자의 일반적 특성

구	분	맞춤형	단일 프로그램(N=55)	t or χ^2	p
		프로그램(N=55)			
		Mean(SD) or N(%)			
성별	남	10(18.2)	11(20.0)	0.06	.808
	여	45(81.8)	44(80.0)		
연	령	68.7(8.44)	68.6(9.04)	-0.07	.946
결혼 여부	기혼	46(83.6)	25(45.5)	17.97	<.001
	사별	9(16.4)	28(50.9)		
	미혼/이혼	-	2(3.6)		
학력	무학	19(34.5)	23(41.8)	2.92	.404
	초졸	20(36.4)	23(41.8)		
	중졸	14(25.5)	7(12.7)		
	고졸이상	2(3.6)	2(3.6)		
직업	무직	24(43.6)	20(36.4)	1.48	.476
	농업, 축산업	26(47.3)	32(58.2)		
	상업/기타	5(9.1)	3(5.5)		
종교	무교	13(23.6)	10(18.2)	5.31	.257
	기독교	5(9.1)	13(23.6)		
	불교	28(50.9)	26(47.3)		
	천주교	8(14.5)	6(10.9)		
	기타	1(1.8)	-		
경제 상태	상	20(36.4)	8(14.5)	7.03	.030
	중	28(50.9)	36(65.5)		
	하	7(12.7)	11(20.0)		
생활 형태	본인수입	12(21.8)	9(16.4)	2.64	.621
	배우자 소득	18(32.7)	13(23.6)		
	자녀 일부의존	6(10.9)	10(18.2)		
	자녀 완전의존	16(29.1)	19(34.5)		
	국가생활보조	3(5.5)	4(7.3)		

49.1%로 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자의 21.8%보다 질병이 많았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < .01$). 수면형태는 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자는 숙면이 76.4%, 단일 건강증진프로그램 참여자는 보통이 40.0%로 가장 높은 분포를 보였으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < .001$). 운동여부는 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자

는 주 4회 이상이 36.4%, 단일 건강증진프로그램 참여자는 전혀 하지 않음이 41.8%로 가장 높은 분포를 보였으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < .001$). 스트레스 정도는 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 41.8%로 단일 건강증진프로그램 참여자의 7.3%보다 느끼지 않았고, 단일 건강증진프로그램 참여자는 52.7%로 맞춤형 통합건강증진프로그램

표 4. 건강관련 특성

구	분	맞춤형 프로그램(N=55)	단일 프로그램(N=55)	t or χ^2	p
		Mean(SD) or N(%)			
몸무게		62.69 (10.06)	61.15 (7.07)	0.93	.353
신장		154.95 (8.54)	153.11 (6.98)	1.23	.220
건강상태	좋음	33(60.0)	16(29.1)	17.02	.002
	보통	16(29.1)	17(30.9)		
	나쁨	6(10.9)	22(40.0)		
고혈압여부	있다	26(47.3)	32(58.2)	1.31	.252
	없다	29(52.7)	23(41.8)		
당뇨병여부	있다	5(9.1)	16(29.1)	7.12	.008
	없다	50(90.9)	39(70.9)		
질병여부	있다	12(21.8)	27(49.1)	8.94	.003
	없다	43(78.2)	28(50.9)		
수면형태	불면증	3(5.5)	19(34.5)	30.14	<.001
	보통	10(18.2)	22(40.0)		
	숙면	42(76.4)	14(25.5)		
운동여부	전혀 하지 않음	8(14.5)	23(41.8)	21.69	<.001
	주 1회~3회	27(49.1)	25(45.5)		
	주 4회 이상	20(36.4)	7(12.7)		
스트레스	느끼지 않는다	23(41.8)	4(7.3)	25.15	<.001
	보통이다	23(41.8)	22(40.0)		
	느끼는 편이다	9(16.4)	29(52.7)		

램 참여자의 16.4%보다 느끼는 편이었으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<.001$)(표 4).

3. 건강증진프로그램 효과

건강증진프로그램 효과(표 5)는 건강($t=8.88$, $p<.001$), 스트레스나 우울 극복($t=6.24$, $p<.001$), 일상생활($t=8.79$, $p<.001$), 친

목도모($t=3.96$, $p<.001$)에 도움이 되었다는 응답은 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 단일 건강증진프로그램 참여자보다 높았으며, 참여한 건강증진프로그램 종류에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 전체적으로 건강증진프로그램 효과는 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 단일 건강증진프로그램 참여자보다 높은 인식을 보였으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($t=8.61$, $p<.001$).

표 5. 건강증진프로그램 효과 수준

구 분	맞춤형	단일	t	p
	프로그램(N=55)	프로그램(N=55)		
Mean(SD)				
건강 도움	4.56(0.54)	3.31(0.90)	8.88	<.001
스트레스나 우울 극복에 도움	4.49(0.63)	3.51(0.98)	6.24	<.001
일상생활에 도움	4.38(0.62)	3.11(0.88)	8.79	<.001
친목도모에 도움	4.42(0.71)	3.78(0.96)	3.96	<.001
건강증진프로그램 효과	4.46(0.52)	3.43(0.73)	8.61	<.001

4. 건강증진프로그램 만족도

건강증진프로그램에 대한 만족도(표 6)는 내용(t=9.78, $p<.001$), 내용의 흥미(t=12.40, $p<.001$), 내용의 이해(t=7.90, $p<.001$), 따라하기 쉬움(t=8.07, $p<.001$), 운영시간 적절 t=7.04, $p<.001$), 진행시간 적절(t=7.73, $p<.001$), 강사의 태도나 말투(t=11.10, $p<.001$), 지속적 참여(t=3.56, $p<.01$), 타인에게 권유(t=4.80, $p<.001$)가 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 단일 건강증진프로그램 참여자보다 높은 만족도를 보였으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

전체적으로 건강증진프로그램 만족도는 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 단일 건강증진프로그램 참여자보다 높았으며, 참여한 건강증진프로그램에 따른 비교에서 유의한 차이를 보였다(t=11.42, $p<.001$).

5. 건강관련 삶의 질과 우울

건강관련 삶의 질(표 7)은 운동능력(t=3.67, $p<.005$), 자기관리(t=3.65, $p<.005$), 일상 활동(t=4.35, $p<.001$)은 맞춤형 통합건강증진프로

그램 참여자가 단일 건강증진프로그램 참여자보다 높았으며, 통증/불편감(t=5.85, $p<.001$)은 낮게 나타났다. 모두 참여기관에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 전체적으로 건강관련 삶의 질은 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 단일 건강증진프로그램 참여자보다 높았으며, 참여한 건강증진프로그램 종류에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다(t=50.6, $p<.001$). 건강증진프로그램 참여기관에 따른 우울정도는 참여한 건강증진프로그램에 따른 우울은 단일 건강증진프로그램 참여자가 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자보다 높았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다(t=-7.07, $p<.001$).

논의

본 연구의 건강증진프로그램 효과와 만족도는 전체적으로 맞춤형 통합건강증진프로그램의 참여자에서 더 높게 나타났다. 선행연구들에서 단일구성 건강증진프로그램보다 운동, 교육, 음악 등이 병합된 통합건강증진프로그램이 더 효과가 있었으며(추연경과 손준호,

표 6. 건강증진프로그램 만족도 수준

구 분	맞춤형 프로그램(N=55) 단일 프로그램(N=55)		t	p
	Mean(SD)			
내용	4.76(0.47)	3.33(0.98)	9.78	<.001
내용의 흥미	4.64(0.52)	2.93(0.88)	12.40	<.001
내용의 이해	4.22(0.83)	2.69(1.17)	7.9	<.001
따라 하기 쉬움	3.96(0.98)	2.33(1.14)	8.07	<.001
운영시간 적절	4.67(0.55)	3.56(1.03)	7.04	<.001
진행시간 적절	4.75(0.52)	3.49(1.09)	7.73	<.001
횟수 적합	4.09(0.84)	3.76(0.92)	1.94	.055
장소 적절	4.75(0.52)	4.56(0.74)	1.64	.104
강사의 태도/ 말투	4.87(0.34)	3.64(0.75)	11.10	<.001
지속적 참여	4.58(0.57)	3.98(1.11)	3.56	.001
타인에게 권유	4.78(0.46)	4.05(1.03)	4.80	<.001
건강증진프로그램 만족도	4.55(0.27)	3.48(0.64)	11.42	<.001

2012; 최진일, 2011; 김수빈, 2010; 한현숙, 2010; 한상숙, 김원옥, 현경선, 원정숙 및 김귀분, 2005), 건강증진프로그램 적용 시 단순히 운동만 하는 것이 아니라 건강이나 질병에 관련된 다양한 교육이 함께 병합될 때 더욱 효과적이고 만족감을 제공하며 궁극적인 행동변화를 가지고 올 수 있다고 한 연구와도 일치된다(임미영과 문영희, 2013). 이는 맞춤형 통합건강증진프로그램의 수와 내용이 단일 건강증진프로그램보다 다양하고, 건강검진과 보건교육이 병행된 포괄적형태의 구성과 마을회관이나 보건진료소에 모여서 서로 유대관계를 형성하며 소속감을 가질 수 있는 진행으로 사회적인 지지 효과가 있었을 것으로 생각한다. 재미와 관심을 불러일으킬 수 있는 웃음치료, 노래교실, 율동 등 다양한 내용으로 구성되어 즐거움이 동반되어 참여율이나 호응이 더욱 높은 것으로 생각되었다. 향후 기대하는 건강증진프로그램으로 맞춤형

통합건강증진프로그램의 참여자는 등산과 걷기 등의 동적인 건강증진프로그램을, 반대로 단일 건강증진프로그램 참여자는 노래, 민요 교실이나 음악요법 등의 정적인 건강증진프로그램을 원하고 있었으므로 그들의 요구사항이 계획에 반영되어야 할 것이다.

건강관련 삶의 질 측정은 주관적인 평가이지만 건강관련 생활에 대한 삶의 만족감을 측정하는 것으로서 주민건강생활의 중요한 개념이라고 볼 수 있다. 본 연구에서 건강관련 삶의 질은 맞춤형 통합건강프로그램의 참여자가 단일 건강증진프로그램의 참여자보다 높았고 우울정도는 낮았다. 이는 건강과 삶의 질에 관한 선행연구에서 대부분 운동프로그램에 참여한 노인의 삶의 질이 향상된 결과와 일치됨을 볼 수 있었고(임미영과 문영희, 2013; 최연희와 이춘지, 2012; 양정수, 황부근과 고대규, 2010; 박정숙과 오윤정, 2005), 경로당 건강증진프로그램 및 여가스포츠 활동

표 7. 삶의 질 수준

구 분	Mean(SD)		t	p
	맞춤형 프로그램(N=55)	단일 프로그램(N=55)		
운동 능력	1.60(0.53)	1.25(0.44)	3.67	.001
자기 관리	1.29(0.50)	1.04(0.19)	3.65	.001
일상 활동	1.44(0.57)	1.07(0.26)	4.35	<.001
통증/ 불편감	1.33(0.47)	1.93(0.63)	5.85	<.001
삶의 질	0.89(0.73)	0.74(0.20)	5.31	<.001
우울정도	2.47(2.04)	6.35(3.51)	-7.07	<.001

에 참여 노인들을 대상으로 우울에 긍정적인 효과가 있다고 한 연구결과와도 일치하였다(최연희와 이춘지, 2012; 유송지, 2008; 정진오, 2008). 일반적으로 운동이 인지적 및 심리적 기능에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다고 알려져 있다. 그런데 맞춤형 통합건강증진프로그램이 단일 건강증진프로그램보다 건강관련 삶의 질과 우울에서 더 좋은 결과를 얻을 수 있었던 것은 대상자들과 밀접한 관계를 유지하면서 신체적, 정신적, 사회적인 접근을 통한 주민맞춤형 통합건강증진프로그램을 제공하고, 대상자들의 건강에 대한 인식을 변화시키고자 노력한 보건진료소의 역할이 크다고 볼 수 있을 것이다. 맞춤형 통합건강증진프로그램이 대상자들에게 사회접촉의 기회를 제공하고, 건강증진프로그램을 통하여 주민들은 사회적·심리적 지지를 받게 됨으로서 실질적으로 건강에 대한 인식과 인지가 향상되었다고 볼 수 있었다고 판단된다. 또한 이상민(2006)의 연구에서 노인운동프로그램 적용 시 삶의 질에 영향을 미치지 못한 이유로 12주 미만의 짧은 운동프로그램의 기간 때문이라고 하였는데 맞춤형 통합건강증진프로그램은

단일 건강증진프로그램과는 달리 중·장기적 프로그램으로서 건강관련 삶의 질에 영향을 주었을 가능성이 있다고 생각한다.

본 연구의 건강증진프로그램 과정에 따른 건강증진프로그램 효과, 만족도, 건강관련 삶의 질은 참여기간이 12주 이상 참여 할수록 높게 나타난 결과는 단기간이 아닌 지속적인 건강증진프로그램 운영의 필요성을 시사해주는 것으로서, 건강증진프로그램이 8~12주 이상 장기적일수록 효과적이라고 한 임미영과 문영희(2013)의 연구와 일치한다. 또한 일반적인 특성에 따른 건강증진프로그램 만족도에서 배우자가 없고, 학력과 경제수준이 낮은, 생활비를 자녀에게 의존하는 대상자일수록 건강증진프로그램의 만족도가 낮았다. 이 연구결과를 통하여 건강증진프로그램의 만족도를 더 높이기 위해서는 타 기관이든, 보건진료소든 건강증진프로그램을 설계할 경우 대상자 특성에 맞게 진화된 건강증진프로그램 개발이 우선 고려되어야 할 부분이라고 생각한다. 또한 건강관련 특성에 따른 건강증진프로그램에서 참여기간에서 12주 이상 참여자는 건강상태가 좋은, 고혈압과 당뇨병이 없는,

숙면하는, 운동을 하는, 그리고 스트레스를 느끼지 않는 대상자에서 많았는데, 이는 현재 건강상태에 따라서 건강증진프로그램 지속적 참여율이 달라짐을 반영한다고 생각한다. 이는 12주 이상의 중·장기적인 건강증진프로그램에 참여하려면 기본적으로 건강상태가 어느 정도 이상으로 달성한 사람들이 참여할 수밖에 없는 상황으로 해석될 수 있으므로 건강상태가 좋지 않은 대상자들에 대한 고려와 적절한 대책 또한 요구됨을 시사한다.

이상으로 본 연구에서 나타난 결과들을 종합해보면, 맞춤형 통합건강증진프로그램이 단일 건강증진프로그램보다 더 효과가 있으며 대상자들의 만족도와 삶의 질을 높이고 우울을 감소시키는 것을 알 수 있다. 다만 건강상태가 양호하지 못한 대상자들과 비참여자에 대한 참여율을 높일 수 있는 대책이 마련된다면 양질의 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램으로 거듭날 수 있을 것으로 생각된다. 맞춤형 통합건강증진프로그램과 단일 건강증진프로그램의 효과와 만족도, 건강관련 삶의 질과 우울을 비교분석하면서 접근한 본 연구가 주민 눈높이에 맞춘 보건진료소 통합건강증진프로그램이 존재의 위기에 직면하고 있는 보건진료소의 긍정적인 미래를 설계하는데 도움이 될 수 있을 것으로 사료된다. 또한 본 연구를 바탕으로 보건진료소의 주민 맞춤형 통합건강증진 프로그램 연구가 지속적으로 이루어진다면 보건진료소가 더욱 발전하고 질적으로 도약하는데 본 연구가 기초연구로서 기여할 수 있을 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 단일 건강증진프로그램과 보건진료소 중심으로 이루어지고 있는 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램의 효과를 비교분석하여 지역주민의 건강에 대한 만족도와 삶의 질을 높일 수 있는 주민과 밀착된 보건진료소 중심의 주민 맞춤형 통합건강증진프로그램의 효과를 규명하고자 실시하였다. 맞춤형 통합건강증진프로그램의 효과, 만족도, 삶의 질은 맞춤형 통합건강증진프로그램 참여자가 단일 건강증진프로그램 참여자보다 높았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 반면 우울 정도는 단일 건강증진프로그램 참여자가 높았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 본 연구결과로 맞춤형 통합건강증진프로그램이 단일 건강증진프로그램보다 더 효과가 있으며 대상자들의 만족도와 건강관련 삶의 질을 높이고 우울을 감소시키는 것을 검증하였으며, 이는 보건진료소가 앞으로 미래를 설계하고 역할을 재정립하는 과정에 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

이상의 연구결과를 기초로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 향후 지역사회에서 지역주민들을 위한 건강증진프로그램을 효과적으로 기획, 수행하기 위해서는 통합건강증진프로그램의 구성측면과 과정측면이 충분히 고려되어야 할 것이다. 둘째, 대상자 특성(건강상태가 양호하지 못한 주민, 남성, 비참여자 등)을 고려하여 참여에 대한 동기를 유발시키고, 적극적으로 참여할 수 있도록 건강증진프로그램의 내용을 보강하는 등 진화된 건강증진프로그램 개발 및 보급 전략이 필요하다.

셋째, 통합건강증진프로그램 확산을 위해 필요한 인력과 예산확보 등의 정책적 지원을 포함한 비용·효과적인 측면이 고려가 필요하다. 끝으로 일부 보건진료소 뿐만 아니라 전체적인 보건진료소의 맞춤형 통합건강증진프로그램에 관한 추후연구가 이루어져서 계속적으로 효과성을 입증할 수 있는 반복연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 고기준 (2010). 걷기운동 프로그램이 남성 노인들의 노화관련 호르몬에 미치는 영향 : 경산지역 노인들을 대상으로. *대구미래 대학 보건교육·보건증진학회지*, 27(4), 73-81.
- 김광기 (2013). *우리나라 건강증진 정책의 현재와 미래 [주제발표3] 건강증진 사업의 선진화방안 : 범·재정 중심*. 한국보건행정학회학술대회.
- 김난수 (2005). 탄력밴드 스트레칭이 견관절 유연성에 미치는 효과. *대한물리치료학회지*, 17(4), 477-484.
- 김사라형선 (2010). 어머니의 분노 및 우울치료와 자기존중감 향상을 위한 웃음치료 집단상담프로그램의 효과. *아동학회지*, 31(2), 197-207.
- 김은아 (2012). *중년여성을 위한 요가 응용 무용프로그램*. 경성대학교 교육대학원, 부산.
- 김춘미 (2012). *보건진료원 역할 재정립 및 실행방안 개발*. 한국건강증진개발원 연구보고서.
- 김춘미, 전경자 (2012). 보건진료원들이 지각하는 보건진료소 30년간의 활동경험과 성과. *지역사회간호학회지*, 23(1), 51-62.
- 김현욱 (2004). 스트레칭프로그램은 근골격계 질환 예방에 효과가 있는가? 이 프로그램은 어떻게 설계하고 실행하여야 효과가 있는가?. *대한산업보건협회*, 195, 15-20.
- 남해성 (2010). EQ-5D 건강상태에 대한 한국인 질 가중치 산출. 질병관리본부 주간 건강과 질병, 3(16).
- 박미정, 정영 (2005). 음악요법이 노인의 우울과 삶의 만족도에 미치는 영향. *지역사회간호학회지*, 16(3), 241-248.
- 박정숙, 오윤정 (2005). 농촌형 노인 건강증진 프로그램이 건강증진행위와 건강상태에 미치는 효과. *대한간호학회지*, 35(5), 943-954.
- 성상석 (2004). *한국인에서 EQ-5D를 이용한 건강관련 삶의 질 측정*. 한양대학교 대학원, 석사학위논문, 서울.
- 양정수, 황부근, 고대규 (2010). 중량부하물 착용 운동이 허약노인의 인체기능, 활동체력 및 삶의 질에 미치는 영향. *운동과학*,

- 19(1), 82-90.
- 연합뉴스 (1995. 9. 18)
<http://media.daum.net/breakingnews/newsview?newsid=19950918115800954>
- 오석중 (2013). *동일강도 걷기와 달리기운동이 20대 마른 비만여성의 신체조성, 유산소성 능력 및 무릎관절 근기능 변화에 미치는 영향*. 중앙대학교대학원 석사학위논문, 서울.
- 오영호, 김재훈, 김진순, 이준협, 김수봉 (2002). *보건진료소 기능 및 재무회계제도 개선방안*. 보건사회연구원 연구보고서.
- 오현수, 김영란 (1999). 관절염 환자를 위한 건강증진 프로그램의 개발-총체적 모델의 적용. *한국간호과학회*, 29(2), 314-327.
- 유송지 (2008). *지역사회 노인의 경로당 건강증진프로그램 참여수준이 우울, 삶의 질에 미치는 영향*. 가톨릭대학교 보건대학원, 석사학위논문, 서울.
- 이상민 (2006). *12주간의 저강도 운동프로그램이 농촌 여성 노인의 일상생활체력과 삶의 질에 미치는 영향*. 경희대학교 대학원, 박사학위논문, 서울.
- 이주열, 이수연, 권은선, 오수미 (2008). *국민건강보험공단 건강지원사업의 중장기 발전방향에 관한 연구*. 국민건강보험공단.
- 임미영, 문영희 (2013). *노인건강증진 프로그램의 효과분석*. *한국보건간호학회지*, 27(2), 384-398.
- 전은영, 김숙영, 유현숙 (2009). 음악요법과 율동운동이 시설 여성노인의 삶의 질, 혈압 및 상근력에 미치는 효과. *대한간호학회지*. 39(6). 829-839.
- 정민호, 성동일 (2008). 보건소의 국민건강증진을 위한 운동프로그램효과에 관한 연구. *국민건강증진 연구논문집*. 4(1), 61-78.
- 정진오 (2008). 여가스포츠 활동에 참가하는 노인의 지각된 자아존중감이 스트레스와 우울의 관계에 미치는 매개효과. *한국사회체육학회지*, 33, 715-724.
- 조맹제, 배재남, 서국희, 함봉진, 김장규, 이동우, 강민희 (1999). DSM-III-R 주요우울증에 대한 한국어판 GDS의 진단적 타당성 연구. *대한신경정신의학회*, 38(1), 48-63.
- 최연희, 이춘지 (2012). 레크레이션 병합 체조 프로그램이 후기 여성노인의 체력, 우울, 인지기능 및 삶의 질에 미치는 효과. *대한간호학회지*, 42(6), 843-852.
- 최진일 (2011). *통합적 노인건강증진프로그램의 효과성 분석 : 삶의 질을 중심으로*. 동의대학교 대학원 사회복지학과, 석사학위논문, 부산.

- 최윤영 (2004). *몸이 아름다워지는 최윤영 요가 30분*. 서울. 넥서스북.
- 추연경, 손준호 (2012). 16주간 복합운동 프로그램이 여성노인의 건강 체력과 우울에 미치는 영향. *코칭능력개발지*, 14(3), 105-114.
- 한상숙, 김원옥, 현경선, 원정숙, 김귀분 (2005). 노인을 위한 건강증진프로그램 적용효과. *대한간호학회지*, 35(6), 1054-1062.
- 한현숙 (2010). *여성노인을 위한 통합적 건강증진프로그램의 효과성 연구 : 노인여가복지시설 중심으로*. 백석대학교 기독교전문대학원, 박사학위 논문, 충청남도.
- 허소영 (2009). *성인여성의 벨리댄스 및 요가 참여가 신체적 자기효능감에 미치는 영향*. 서강대학교 교육대학원, 석사학위논문, 서울.
- 현석환 (2012). 12주간 걷기운동이 비만여성의 체력, 신체구성 및 혈중지질에 미치는 영향. *한국사회안전학회지*, 8(1), 135-150. 백석대학교 기독교전문대학원, 박사학위논문, 충남.
- 홍승연 (2008). *건강보험공단 건강지원사업의 효과분석 : 60세 이상의 고령자를 중심으로*. *건강보험포럼*, 7(3), 94-107.
- 황홍경 (2008). *노인운동이 우울, 자아존중감 및 생활만족도에 미치는 효과 : 국민건강보험공단지원 노인 운동프로그램 중심으로*. 경남대학교 행정대학원. 석사학위논문. 경상남도.
- Yesavage, J. A, Brink, T. L, Rose, T. Leirer, V O. (1983). Development and validation of geriatric depression screening scale. A Preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 17. 37-49.