

# 코로나-19 동안 보건진료소에서의 통합형 건강증진 프로그램의 우울, 사회적 지지, 삶의 질에 대한 효과

이혜영<sup>1</sup> · 김윤경<sup>2</sup><sup>1</sup>전라남도 함평군 영흥보건진료소장, <sup>2</sup>전남대학교 간호대학 부교수

## Effects of an Integrated Health Improvement Program Based on Primary Health Care Posts on Depression, Social Support and Quality of Life during the COVID-19 Pandemic

Yee, Hyeyoung<sup>1</sup> · Kim, Younkyoung<sup>2</sup><sup>1</sup>Community Health Practitioner, Youngheung Primary Health Care Post, Hampyung, Korea<sup>2</sup>Associate Professor, College of Nursing, Chonnam National University, Gwangju, Korea

**Purpose:** This study was conducted to identify the effects of an integrated health improvement program for the elderly based on primary health care posts during the COVID-19 pandemic. **Methods:** A single group pretest-posttest design (n=16) was employed to evaluate an integrated health improvement program that took place twice a week for 11 weeks. The program was conducted in a small group of no more than 10 people in compliance with the guidelines to prevent COVID-19 infection. The program consisted of various contents such as making letters using blocks, health education, and talking about one's memories. The data were analyzed using the Wilcoxon signed rank test. **Results:** Following the program, social support ( $Z=-3.50, p<.001$ ) and quality of life of the elderly ( $Z=-3.74, p<.001$ ) were significantly improved among depression, social support and quality of life. **Conclusion:** The integrated health improvement program based on primary health care posts, considered in this study, was useful to improve the social support and quality of life of the elderly in the community, and needs to be applied to a larger number of elderly people throughout the community.

**Key Words:** Community; COVID-19; Health improvement; Primary health care post; Program development

## 서론

### 1. 연구의 필요성

우리나라 전체 인구 중 65세 이상 노인은 2021년 전체 인구

의 16.5%를 차지하고 있으며, 2025년에는 전체 인구 중 20.3%를 차지해 초고령사회로 진입할 것으로 예상된다[1]. 노인인구의 수명 연장은 신체적, 정신적 건강에 영향을 미쳐 노인성 만성질환을 비롯한 일상생활수행장애 및 우울 등 여러 어려움을 경험하게 한다[2]. 노년기는 이러한 어려움에 스트레스 요인에

**주요어:** 지역사회, 코로나19, 건강증진, 보건진료소, 프로그램 개발

**Corresponding author: Kim, Younkyoung**

College of Nursing, Chonnam National University, 160 Baekseo-ro, Donnu-gu, Gwangju 61469, Korea.  
Tel: +82-62-530-4949, Fax: +82-62-227-4009, E-mail: ykim0307@chonnam.ac.kr

- 본 연구는 농촌간호학회 연구비 지원에 의해 수행되었음.

- This study was supported by the Korean Academy of Rural Health Nursing fund.

**Received: May 10, 2022 / Revised: Jun 12, 2022 / Accepted: Jun 12, 2022**

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

대처할 자원이 감소하며 건강상 개인차가 뚜렷하게 나타나는 시기로 노년기에 보유하는 자원의 양에 따라 건강 수준의 차이가 확대되어 생애 전반기부터 누적되어 온 자원과 경험의 차이가 극대화되어 집단 내 불평등이 가장 심화되는 시기이다[3].

농촌 지역은 도시 지역보다 자기 보고된 신체적, 정신적 건강상태가 더 좋지 않고, 더 높은 만성질환율과 만성 통증을 보이며, 금연, 식이, 신체적 활동의 수준도 더 낮은 것으로 확인되고 있다[4]. 그런데 고령자 비중이 20% 이상인 초고령사회인 전남(23.8%), 경북(21.5%), 전북(21.4%), 강원(20.9%) 지역 중 전남, 전북은 특히 대표적인 농촌 지역으로 해당 지역의 건강 문제 및 이에 대한 관리의 어려움이 예상된다[1]. 우리나라는 의료취약 지역에 보건의료욕구 충족이라는 사회적 필요성에 따라 농어촌 일차보건의료조직의 하나로 보건진료소를 두고 있으며, 보건진료소 방문 주민의 대부분이 70대(70.4%)[5]이고, 더욱이 보건진료소 사업 중 건강증진사업의 편익이 일차진료에 의한 편익보다 약 2.2배의 편익을 내고 있으므로 농촌 지역의 노인을 위한 보건진료소의 건강증진사업의 확대가 요구되어진다[6].

농촌 지역 노인을 위하여 보건진료소 중심의 통합건강증진 프로그램이 수행되고 있다. 노래와 체조 강사를 활용한 프로그램, 공예 및 미술활동, 보건진료소가 주축이 되어 내외부 자원 연계를 통한 심심혈관질환 예방관리 프로그램들을 시행해왔다. 이러한 다양한 활동 등이 기존에 운영되어 왔지만 뇌블럭과 같은 도구를 활용한 인지활동 중심의 프로그램은 보건진료소 안에서 새로운 시도였으며 지역사회 주민의 우울, 사회적 지지, 삶의 질의 수준을 구체적으로 들여다보는 기회를 마련해 주었다[7]. 보건진료소 중심의 통합건강증진 프로그램의 효과 분석에서 건강상태가 양호하지 못하거나 남성 등의 참여에 한계가 있기는 하였으나 해당 프로그램들이 대상자들의 만족도와 삶의 질을 높이고 우울을 감소시킨 것으로 나타났다[8]. 그러나 이러한 보건진료소 중심의 건강증진 프로그램의 효과성에도 불구하고 코로나-19의 장기화로 인한 사회적 거리두기로 인해 노인들이 주로 집에 머물면서 대부분의 프로그램이 중단되었다. 이에 따라 코로나-19 감염 예방은 어느 정도 효과를 가져왔으나 노인의 신체적 활동 감소 및 사회 참여 기회가 제한됨에 따라 추가적인 문제들이 발생하게 되어 코로나-19에 따른 새로운 문제로 대두되고 있다[9].

우울은 노인의 경우 신체적 질환, 열악한 경제 사정 등 다양한 스트레스로 인해 우울 증상이 발병, 육체적, 정신적으로 삶의 질이 저하될 수 있어 적극적인 개입이 요구되는 중요한 정신건강상의 문제이다[10]. 신체적 건강이 특히 노인의 안녕을 위

한 중요한 요소이나 불안, 사회적 고립, 상실감은 정신건강에 영향을 주는 주요한 요소이며 노인의 우울과 자살위험을 증가시킬 수 있다[11]. 특히 코로나-19 감염예방을 위해 실시한 사회적 거리두기는 사회적 고립을 유발하여 노인들로 하여금 불안과 우울을 증가시켰다[12]. 따라서 코로나-19로 인한 지속적인 사회적 거리두기와 활동의 제한이 지속되고 있는 현재 시점에서 노인의 우울을 감소시키고 정신적 건강의 안녕을 꾀할 수 있는 노력이 필요하다.

사회적 지지는 노인의 삶의 만족에 영향을 미치는 중요한 요소로 노인의 삶의 질과 긍정적인 관계가 있는 가장 중요한 변수이다[13]. 2017년 노인실태조사 결과 노인의 42.2%가 독거노인이었으며, 독거노인의 자살생각 경험률은 10.6%로 동거노인의 5.1%보다 두 배 이상 높았으나 독거노인의 경우에도 일년에 2회 이상의 빈도로 비동거자녀와의 접촉이 자살의 위험행위를 낮추는 것으로 나타났다[14]. 농촌 지역 노인의 경우 젊은 자녀와의 비동거율이 높은데 반하여 코로나-19로 자녀와의 접촉빈도가 낮은 부분을 고려한다면 새로운 사회적 관계망을 형성하고 이를 활용한 사회적 지지를 통하여 우울을 낮출 수 있을 것으로 고려할 수 있다.

삶의 질은 안녕과 복지의 정도를 구체적으로 표현하는 포괄적이고 다차원적이라는 개념이며, 특히 노인의 삶의 질은 개인의 건강에 직접적으로 연관되어 다차원적 측면에서 느끼는 주관적인 안녕 상태이다[15]. 그런데 현재의 코로나-19 상황에서 지역사회 노인의 건강증진을 위한 여러 중재나 프로그램이 많은 수의 대상자를 포함하거나 접촉이 많은 신체활동을 진행하는데 많은 제한이 있으며, 감염예방을 위한 사회적 거리두기 등으로 인한 우울 등이 중요한 문제로 제시되고 있다. 반면에, 코로나-19로 인한 사회적 거리두기 기간에 고독감과 우울감을 느끼지 않도록 하는 사회심리적 자원을 제공하는 건강증진 프로그램이 사회적 거리두기로 인한 제한을 인식하는 정도와 상관없이 삶의 질을 유지하도록 돕는 것으로 나타났다[16]. 따라서 코로나-19 상황에 맞는 사회 환경적 요인을 고려하여 삶의 질 향상 방안들이 제시되어야 할 것이다. 보건진료소 중심 통합적 건강증진 프로그램의 우울, 사회적 지지, 삶의 질에 대한 효과 및 코로나-19 상황에서 대상자에 대한 접근 전략 및 프로그램 개발에 대한 기초자료를 제공하고자 한다.

이에 본 연구에서는 코로나-19 상황에서 농촌 노인을 위하여 보건진료소 중심의 통합적 건강증진 프로그램을 제공하고 그 효과를 확인하였다. 통합적 건강증진 프로그램은 농촌 노인의 코로나-19 사회환경적 요인을 고려한 맞춤형 프로그램으로 개발하며, 농촌 노인의 우울, 사회적 지지, 삶의 질에 대한 효과

및 코로나-19 상황에서 대상자에 대한 접근 전략 및 프로그램 개발에 대한 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

보건진료소를 이용하는 지역사회 노인에게 통합건강증진 프로그램을 적용하고 우울, 사회적 지지, 삶의 질에 미치는 효과를 평가하기 위함이다.

- 가설 1. 통합건강증진 프로그램에 참여한 노인의 우울이 프로그램 참여 전보다 감소할 것이다.
- 가설 2. 통합건강증진 프로그램에 참여한 노인의 사회적 지지가 프로그램 참여 전보다 증가할 것이다.
- 가설 3. 통합건강증진 프로그램에 참여한 노인의 삶의 질이 프로그램 참여 전보다 증가할 것이다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 통합건강증진 프로그램이 보건진료소 관할 노인의 우울, 사회적 지지, 삶의 질에 미치는 효과를 검증한 단일집단 사전-사후 설계연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구는 C도 H군에 소재한 Y보건진료소가 관할하는 여섯 개 마을에 거주하는 65세 이상 노인을 모집단으로 하여 보건진료소 이용 빈도가 높은 세 개 마을을 선정하고 인지선별검사(Cognitive Impairment Screening Test, CIST)를 통해 인지 기능 상태를 평가하여 인지기능이 건강증진 프로그램 참여가 가능한 지역 주민을 대상으로 하였다. 인지선별검사 후 치매의 심 의뢰점수는 연령과 교육년수의 기준으로 구분되어 있으며 예를 들면 연령이 70~79세이면서 비문해인 경우 13점 미만, 동일한 연령대에서 무학/문해~5년의 경우 14점 미만이라던 진단검사로 의뢰해야 하며 80~89세이면서 비문해인 경우 10점 미만의 점수를 얻는 경우도 진단검사를 의뢰해야 한다. 구체적인 선정기준은 Y보건진료소를 이용하는 65세 이상 노인으로, 스스로 일상생활과 의사소통이 가능하며 질문 내용을 이해할 수 있고, 연구목적에 이해하며 연구참여에 동의한 노인이다. 제외기준은 CIST 검사결과 치매로 의심되거나 이렇거나 프로그램 참여 등 신체적 활동에 어려움이 있는 노인이다.

### 3. 연구도구

대상자에 대한 인구사회학적 특성을 파악하기 위해 연령, 동거자 유무, 교육수준을 총 9개 문항과 인지기능을 평가하였으며, 통합형 건강증진 프로그램의 효과를 평가하기 위하여 우울, 사회적 지지, 삶의 질을 다음의 도구를 활용하여 평가하였다. 총 문항수는 57개 문항이다.

#### 1) Cognitive Impairment Screening Test (CIST, 인지선별검사)

보건복지부[17]에서 개발하여 국가 치매검진사업에 치매선별검사로 2021년 1월 1일부터 적용 중인 검사이다. 전체 문항수는 13개 문항이며 1:1 문답 및 지필문항으로 시행되고, 평가 영역은 지남력/기억력/주의력/시공간 기능/언어능력/집행기능으로 구성되어 있다. 점수범위는 0~30점이며, 점수가 높을수록 인지기능이 양호함을 의미한다.

#### 2) 우울

Sheikh와 Yesavage [18]이 개발한 15문항의 단축형 노인우울척도(Short Form Geriatric Depression Scale, SFGDS)를 조맹제 등[19]이 우리나라 노인에게 맞도록 표준화한 한국어판 단축형 노인우울척도(Short form of Geriatric Depression Scale- Korean version, SGDS-K)를 사용하여 측정하였다. 전체 15개 문항으로 구성되었으며 최근 1주일 동안 우울 증상을 경험했는지에 대해 “예/아니오”로 간단히 응답할 수 있도록 되어 있다.

총 15문항의 ‘예(0)/아니오(1)’로 응답하는 양분척도로 총 점수범위는 0점에서 15점이다. 부정적인 문항(2번, 3번, 4번, 6번, 8번, 9번, 10번, 12번, 14번, 15번)은 역환산하여 점수가 높을수록 우울의 정도가 심한 것을 의미하며, 8점 이상을 우울군으로 분류한다. 박경희[20] 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$  는 .881이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$  는 .777이었다.

#### 3) 사회적 지지

Sherbourne과 Stewart [21]가 개발하고 임민경[22]이 변안한 MOS-SSS (Medical Outcome Study Social Support Survey)척도를 사용하였다. 전체 19문항이며, 각 문항은 5점 척도(1점: 전혀없다, 2점: 대부분 없다, 3점: 반반이다, 4점: 대부분 있다, 5점: 항상 있다)로 구성되었다. 사회적 지지는 5개의 하위영역(정서적 지지, 정보적 지지, 물질적 지지, 애정적 지지, 긍정적 사회 상호작용)으로 구분되고 총 95점이 만점이며, 점수가 높을수록 사회적 지지가 높다는 것을 의미한다. 박경희

[20]의 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$  는 .969였으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$  는 .982였다.

#### 4) 삶의 질

Logsdon 등[23]이 정신건강 영역의 삶의 질 정도를 측정하기 위하여 개발한 척도를 신희영[24]이 번역한 도구를 사용하였다. 전체 13개 문항이며, 각 문항은 4점 척도(1점: 나쁘다, 2점: 그저 그렇다, 3점: 좋다, 4점: 매우 좋다)로 총 52점이 만점이며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 각 문항의 내용은 신체건강, 원기/기운, 기분, 생활환경, 기억력, 가족관계, 결혼생활, 친구관계, 자기 자신 평가, 일상적으로 집안일을 처리하는 능력, 일상을 즐겁게 보내는 여부, 금전상태, 자기 삶 평가 등으로 전체적인 삶의 질을 평가하였다. 그러나 본 연구대상이 독거노인을 포함하고 있다는 점에서 배우자와의 관계에 대한 평가 문항(“요즘 배우자와의 관계가 어떻습니까?”)과 인구사회학적 특성 및 독립변수인 사회적 지지에서 반복하여 측정하였던 가족 구성원들과의 관계, 친구관계를 묻는 문항을 제외하고 총 10문항 문항으로 구성하여 40점 만점으로 측정하였다. 박경희[20] 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$  는 .877이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$  는 .880이었다.

#### 4. 연구진행

이 연구의 통합건강증진 프로그램 개발 및 운영을 위하여 연구자가 인지활동 뇌블럭 교육에 대한 훈련을 이수하였다. 그리고 뇌블럭 교육에 대한 전문가 자문을 통해 프로그램을 보건진료소를 이용하는 대상자에게 적합하도록 구성하였다.

코로나-19 상황에서 감염예방을 위해 방역수칙을 게시하고 안내서 배부 및 구두로 설명하면서 대상자 증상확인 및 유증상자는 출입제한을 권고하였다. 프로그램 진행 기간에 관계자 및 대상자 등은 발열 확인, 마스크 상시 착용, 흐르는 물에 비누로 꼼꼼하게 손 씻기나 손 소독제로 손 소독을 시행하였다.

본 연구는 보건진료소 3개 마을에서 총 20명 내외의 집단 과정을 계획하였으나, 코로나-19의 지속적인 발생으로 보건진료소 이용자 대상 1:1 또는 4~16명의 최소 대면으로 운영되었다. 보건진료소의 지역적 특성과 프로그램 참여 가능 대상자의 연령 등의 인구학적 특성을 고려할 때 비대면 보건사업 진행은 현실적으로 어려워 사회적 거리두기의 추이를 반영, 완화된 시기에 간헐적으로 7월부터 9월까지 건강교실을 운영하였다. 사업이 시작된 7월 첫째 주는 7월 1일 0시부터 2주간 전라남도 전 지역이 거리두기 1단계가 적용되어 비교적 안정적인 시기였다. 하

지만 7월 16일부터 2주간 2단계로 격상되었고, 코로나-19 확진자 수의 꾸준한 증가로 7월 27일부터 8월 8일까지 3단계로 격상, 그 이후 3단계가 계속 유지되었으며 9월 5일까지 3단계가 2주 연장되는 등 프로그램이 마무리된 9월 중순까지도 거리두기 3단계가 유지되었다.

사회적 거리두기 격상으로 인해 사적 모임은 4명까지로 제한되었고, 공공기관 행사는 1.5단계는 방역수칙 실시 후 500명 미만까지 가능, 2단계는 100명 미만, 3단계는 50명 미만으로 프로그램 운영은 가능하였지만 집합 모임을 제한 및 금지하는 지역사회 분위기로 인하여 프로그램 운영에 어려움이 많았다.

가능한 소규모로 주 2회 프로그램을 진행하였으며, 프로그램 전과 후의 환기 및 테이블 위, 문 손잡이, 바닥 등을 소독제를 활용하여 닦아내는 방법으로 소독을 실시하였다.

대상자의 참여를 돕기 위해 프로그램 진행 3일 전부터 프로그램 내용과 참여 시간을 알리는 문자 메시지를 매일 발송하고, 프로그램 수행 전날과 당일에 유선전화로 대상자의 건강 상태 확인과 프로그램 내용을 안내하고 프로그램 참여를 독려하였다.

#### 5. 자료수집

프로그램에 자발적 참여의사를 밝힌 지역사회 노인은 총 21명이었으나 주간보호센터 활동 복귀 1명, 질병으로 인한 빈번한 검사 및 타 지역이동으로 인한 탈락 1명, 프로그램 참여자 중 혼자 남성이라는 이유로 참여 거절 1명 등 3명의 탈락, 인지선별검사 상 치매의심자 2명 제외로 총 16명의 자료를 최종 분석하였다. 표본수 산출은 코로나-19 상황에서 보건진료소 프로그램을 홍보하면서 3개월 이상 보건진료소를 방문하여 지속적으로 참여가능한 대상자를 모집하면서 동의한 대상자를 포함하였다. 연구 기간은 2021년 7월 5일부터 2021년 9월 16일까지였으며, 프로그램은 매주 2회씩 11주간 총 21회차 프로그램으로 진행되었으며, 사전 조사는 1회차 프로그램 시작전에 실시하였고, 사후 조사는 21회차 프로그램 수행 직후에 실시하였다(표 1).

#### 6. 윤리적 고려

연구 시작 전 대상자에게 연구의 목적과 필요성을 설명하고, 연구참여에 대한 자발적 동의를 한 경우 서면 동의서를 작성하도록 하였다. 연구대상자에게는 연구 도중 언제든지 참여 의사를 철회할 수 있음과 프로그램 진행 방법 및 내용, 자료수집방



표 1. 보건진료소 중심 통합건강증진 프로그램

회기	내용	주제	시간	작품
1	· 사진 설문지 통해 우울, 사회적 지지, 삶의 질 점수 파악 · 뇌블럭 구성물 소개 및 뇌블럭 마이크 만들기 통한 자기소개	자기소개하기	60분	
2	· 뇌블럭 한글 '엄마' 구현 · '엄마'와 추억 여행 떠나기 및 스토리텔링	'엄마'와의 추억 회상	60분	
3	· 뇌블럭 휴대폰 구현 및 전화번호 외우기 · '미' 단어 찾기, 나의 마음 살펴보기, 안부 전하기	자기 성찰하기	60분	
4	· 뇌블럭 티비 구현 및 내가 티비 속 주인공 되어보기	자존감 높이기	60분	
5	· 뇌블럭 책상 구현 및 유년의 꿈 스토리텔링	나의 꿈 돌아보기	60분	
6	· 뇌블럭 꽃 구현 및 나를 꽃에 비유해보기	장점 찾기	60분	
7	· 뇌블럭 장바구니 구현 및 치매예방 음식들 10가지 익히기 · 스피드 퀴즈	균형잡힌 영양섭취	60분	
8	· 뇌블럭 넥타이 구현 및 넥타이 도안 물감놀이, 다른 그림찾기 · 그리운 짝꿍에 대한 스토리텔링	배우자 이야기	60분	
9	· 뇌블럭 케익 구현 및 유년의 생일 스토리텔링	행복한 추억	60분	
10	· 뇌블럭 상자구현 · 가장 고마웠던/미안했던/사랑했던 사람에 대해 이야기 나누기	소중한 사람들	60분	
11	· 치매 예방 3☆3☆3 교육 · 자유롭게 내 솜씨 뽐내기!!	나를 표현하기	60분	
12	· 뇌블럭 의자 구현/의자도안 색칠 · 시 '의자' 감상 및 느낌 나누기, 휴식 같았던 경험 스토리텔링	나를 돌아보기	60분	
13	· 뇌블럭 한글 '가수' 및 아령 구현, 노래와 운동	삶에서의 즐거움	60분	

표 1. 보건진료소 중심 통합건강증진 프로그램(계속)

회기	내용	주제	시간	작품
14	· 뇌블럭 하트 구현 (합동작품) 및 하트나무 색칠 · 심혈관 건강 수칙 교육	심혈관 건강교육	60분	
15	· 뇌블럭 칫솔 구현 · 올바른 양치질 및 구강건강 수칙 교육	구강 건강교육	60분	
16	· 뇌블럭 물고기 구현 및 물고기 도안 색칠 및 작품 스토리텔링 · 비브리오패혈증 등 보건교육	감염병 예방교육	60분	
17	· 뇌블럭 한글 '사랑' 구현 · 건강하고 행복한 걷기를 통한 나를 사랑하기	걷기 교육	60분	
18	· 뇌블럭 비행기 구현 및 추억 여행담 나누기	휴식 갖기	60분	
19	· 뇌블럭 한글 '집' / 합동작품 '집' 구현 · 유년시절 나의 집 / 지금의 나의 공간 및 환경에 대한 스토리텔링	환경관리의 중요성	60분	
20	· 뇌블럭 한글 자음 모음 복습 · 가장 즐겁고 의미 있었던 주제 나누기	전체 과정 돌아보기	60분	
21	· 뇌블럭 경진대회 및 계절 가을 관련 작품 구현 (한글 '가을', 허수아비, 기차길, 꽃) · 프로그램 사후 조사 및 만족도 평가	경진대회 및 작품전시	60분	

법, 수집한 자료의 비밀유지, 연구목적 이외의 용도로 사용하지 않을 것을 설명하였다. 자료수집 및 프로그램 종료 후 연구에 참여한 모든 대상자에게 소정의 사례를 제공하였다.

## 7. 자료분석

연구문제를 검증하기 위해 SPSS/WIN 25.0 프로그램을 사용하여 다음과 같이 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 분석하였으며, 주요변수의 정규성검증은 Shapiro-Wilk test로 확인하였다. 프로그램 전과 후의 우울, 사회적 지지, 삶의 질 차이는 Wilcoxon signed rank test로 분석하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성에 대한 결과는 표 2와 같다. 대상자의 연령은 71~88세였으며, 70대가 5명(31.2%), 80대가 11명(68.8%)이었다. 여성이 16명(100%)이었으며, 배우자가 있는 경우가 6명(37.5%), 배우자가 없는 경우가 7명(43.8%), 자녀와 동거중인 경우 3명(18.8%)이었다. 학력은 무학이 12명(75.0%)으로 가장 많았으며, 주관적 건강상태에서는 '보통' 3명(18.8%), '나쁘다'가 11명(68.8%)으로 가장 많았다. 용돈만족도는 8명(50.1%)에서 '모자라다'와 '매우 모자라다'라고 하였다. 2개 이

**표 2. 대상자의 일반적 특성** (N=16)

특성	구분	n (%) or M±SD
성별	남	0 (0.0)
	여	16 (100)
연령 (범위 71~88)		81.00±5.05
결혼	유	6 (37.5)
	무	7 (43.8)
	기타	3 (18.8)
종교	불교	1 (6.3)
	천주교	1 (6.3)
	기독교	13 (81.3)
	기타	1 (6.3)
학력	무학	12 (75.0)
	초등학교 졸업	4 (25.0)
건강상태	매우 좋다	0 (0.0)
	좋다	1 (6.3)
	보통	3 (18.8)
	나쁘다	11 (68.8)
	매우 나쁘다	1 (6.3)
용돈만족도	매우 만족	0 (0.0)
	만족	3 (18.8)
	보통	5 (31.3)
	모자라다	7 (43.8)
	매우 모자라다	1 (6.3)
평균수입	< 50만원	13 (81.3)
	50~100만원	3 (18.8)
	> 100만원	0 (0.0)
질병갯수	1개 미만	8 (50.0)
	2개 이상	7 (43.8)
	3개 이상	1 (6.3)

상의 질병 갯수를 가지고 있는 대상자가 8명(50.1%)이었으며, 인지선별검사에서는 ‘정상’ 16명(87.5%), ‘치매의심’ 2명(12.5%)이었다. 우울은 0~15점 중에서 7점 이하가 7명(43.7%), 8점 이상이 9명(56.3%)으로 상당히 우울 수준이 높았다. 사회적 지지와 삶의 질 점수는 각각 38~95점, 15~30점 범위에 있었다.

## 2. 통합건강증진 프로그램의 우울, 사회적 지지, 삶의 질에 대한 효과

통합건강증진 프로그램 제공 후 효과 변인에 대한 전후 간의 차이는 표3과 같다. 우울은 프로그램 적용 후 유의하게 향상 되어(7점 이하의 경우  $Z=-1.37, p=.172$ , 8점 이상의 경우  $Z=-2.33, p=.020$ ) 가설 1은 지지되었다. 사회적 지지는 프로그램 적용 후 유의하게 향상 되어( $Z=-3.41, p=.001$ ) 가설 2는 지지되었으며, 하위영역에서는 정서적 지지( $Z=-3.43, p=.002$ ),

정보적 지지( $Z=-3.24, p=.001$ ), 물질적 지지( $Z=-3.50, p=.001$ ), 긍정적 사회 상호작용( $Z=-3.50, p<.001$ )의 4개 영역에서 의미 있는 향상을 보였다. 삶의 질은 프로그램 실시 전에 비해 실시 후 유의하게 향상되어( $Z=-3.43, p=.001$ ) 가설 3도 지지되었다.

## 논 의

본 연구는 코로나-19에 따른 감염 예방을 위한 거리두기 등으로 인해 일상생활의 제한 등을 경험하는 보건진료소 이용 지역사회 노인을 대상으로 통합건강증진 프로그램의 효과를 확인하고자 시도되었다. 연구결과 본 연구를 통해 개발된 보건진료소 중심 통합건강증진 프로그램은 노인 대상자에서 부분적으로 우울을 감소시키고, 사회적 지지와 삶의 질을 상승시키는 것으로 나타났다. 이를 중심으로 논의하고자 한다.

본 연구의 수행기간에 코로나-19로 인한 활동의 제한이 계속적으로 있었음에도 불구하고 프로그램 적용 후 지역사회 노인의 우울이 향상되었음이 확인되었다. 본 연구의 참여자들의 우울수준은 이전 일반 재가노인들의 우울수준[25]보다 높게 나타난 부분은 코로나-19의 영향일 가능성이 높다. 그러나 본 연구의 주요활동과 유사한 시니어비블럭 프로그램을 활용한 연구에서도 프로그램 후 대상자의 우울 수준이 향상되었다[7]. 본 연구에서는 가족과의 동거 여부가 조사되지 않았으나, 노인의 자녀와의 접촉에 대한 기존 연구결과는 자녀와의 동거가 사회적 접촉이 적더라도 자살을 생각하지 않도록 하여[26], 가족으로부터의 지지가 우울감과 자살생각을 낮추는 것으로 확인된다. 그런데 본 연구에서와 같은 정기적인 프로그램 참여를 통한 활동 증가와 함께 프로그램 중 스토리텔링 등 자기표현과 다른 프로그램 참여자와의 상호작용은 가족으로부터 받는 지지를 대신하는 효과로 고려되며, 농촌 지역의 여건상 가족과 함께 동거하지 못하는 노인의 비율이 높을 것을 고려하였을 때 이와 같은 가족 외 다른 이를 통한 사회적 접촉의 증가를 향상시킬 수 있는 여러 전략이 필요하다. 또한 향후 사회적 접촉의 대상과 범위, 그 빈도의 증가를 통한 우울의 효과를 파악하는 추후연구가 필요하다.

사회적 지지는 외부체계로부터 개인이 받는 다양한 형태의 도움을 의미하며 노인이 자신의 존재나 삶을 긍정적으로 수용하고 노년기의 생활에 잘 적응하도록 하여 삶의 질을 향상시키는데 영향을 주기 때문에[20] 지역사회 노인을 위한 통합건강증진 프로그램에서 다방면의 사회적 지지요소를 고려하는 것은 중요하다. 본 연구의 통합건강증진 프로그램을 통해 사회적 지지 영역 중 정서적, 정보적, 물질적 지지에서는 향상을 보였

표 3. 통합건강증진 프로그램 적용에 따른 우울, 사회적 지지, 삶의 질 효과

(N=16)

변수	구분	Pretest	Posttest	Z	p
		M±SD	M±SD		
우울	전체	7.11±2.61	4.89±1.97	3.04	.002
	0~7점	4.57±2.15	3.29±0.95	-1.37	.172
	8점 이상	9.00±1.12	6.22±1.79	-2.33	.020
사회적 지지	전체	59.44±12.37	74.81±9.89	-3.41	.001
	정서적 지지	13.25±2.89	15.88±2.03	-3.43	.002
	정보적 지지	12.69±2.52	15.56±2.13	-3.24	.001
	물질적 지지	12.69±2.96	15.50±2.66	-3.50	.001
	애정적 지지	9.13±2.06	9.13±2.06	<0.01	1.000
	긍정적 사회 상호작용	11.69±3.09	15.94±2.02	-3.50	<.001
삶의 질	전체	19.13±3.58	27.94±1.91	-3.43	.001
	신체건강	1.50±0.63	2.50±0.52	-3.50	<.001
	원기/기운	1.63±0.62	2.70±0.48	-3.74	<.001
	기분	2.06±0.25	2.94±0.25	-3.46	.001
	생활환경	2.13±0.34	2.88±0.34	-3.70	<.001
	기억력	1.25±0.58	2.31±0.48	-3.64	<.001
	자신평가	2.00±0.37	2.94±0.25	-3.64	<.001
	집안일처리 능력	2.13±0.72	2.88±0.34	-2.81	.005
	즐거운 일상	2.13±0.50	2.94±0.25	-3.36	.001
	금전상태	2.20±0.54	2.88±0.34	-3.05	.002
	자기삶평가	2.13±0.34	3.00±0.00	-3.74	<.001

으나 애정적 지지 영역에서는 유의한 효과가 나타나지 않았다. 애정적 지지는 애정과 호감을 주고받을 수 있는 사랑의 관계의 의미를 내포하는데[20] 코로나-19 상황에 따른 가족 간의 직접적인 방문 횟수 감소 등의 영향이 있었을 것으로 고려되며, 프로그램을 통한 참여자 간의 교류 강화 및 자녀 등의 가족 참여의 기회를 향후 계획하는 것이 필요할 것으로 보인다. 한편 보건진료소는 대상자들에게 휴대폰 문자와 전화를 통해 지속적으로 프로그램 참여를 독려하고 코로나-19 상황에서의 건강상태 확인이 이루어짐으로써 대상자에게 심리적 안정을 제공하고 대상자의 자녀들은 보건진료소에서 제공한 프로그램 참여 사진이 첨부된 안부문자서비스를 통해 부모의 건강한 일상을 확인함으로써 지역사회 지지체계를 발견하였을 것으로 사료된다.

또한 사회적 지지를 통해 노인의 삶의 질 향상을 위해 개입할 경우, 사회적 지지를 누가 어떻게 제공할 것인지에 대한 논의가 충분히 이루어져야 할 것이며, 노인에 대한 다각적 사정을 통해 개별적 욕구에 맞는 공식·비공식적 지지 체계를 구축[9]해 나가는 시스템이 필요하다. Koivunen 등[27]은 코로나-19 상황에서 사회적 거리두기에 대한 엄격함에 상관없이 대상자가 느끼는 심리사회적 자원의 이용가능성이 좋은 삶의 질을 유지하는데 도움이 되었다는 결과를 보고하였으며, Aung 등[28]은 사회적 거리두기에 영향을 받지 않으면서 항바이러스

면역을 촉진하는 신체활동을 유지하기 위한 지속가능한 건강증진 프로그램의 중요성을 주장하였는데 이러한 노인 대상자를 위한 프로그램 수행을 위해 다양한 지지체계를 발굴하고 적용해 나가는 것이 필요하다.

본 연구에서 삶의 질은 사전검사와 비교했을 때 사후에서 크게 향상하였다. 보건진료소 중심 통합건강증진 프로그램[8]에서와 같이 우울 감소와 다양한 요소가 포함된 프로그램이 삶의 질 증가에 영향을 준 것으로 고려된다. 또한 동일한 시니어 뇌블럭 프로그램을 적용한 연구[7]에서 노인의 생활만족도와 삶의 질 수준을 유의하게 향상시켰다는 결과도 본 연구결과를 뒷받침해주고 있다. 연구결과 통합건강증진 프로그램은 대상자의 삶의 질의 모든 하위 영역에서 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 삶의 질이 개인의 건강에 직접적으로 연관되어 신체, 정신, 사회, 영적인 다차원적 측면에서 느끼는 주관적인 안녕 상태임을 염두에 둘 때[20] 노인의 개인적 요인과 사회, 환경적 요인을 고려하여 삶의 질 향상 방안, 중재방법들이 개발될 수 있는 토대가 마련되어야 할 것이다.

현재 우리나라에서 65세 이상 노인인구의 증가와 함께 생활수준 및 생활습관의 변화로 질병구조가 급성기 질환에서 만성 질환으로 바뀌고 있어 향후 보건진료소 역할이 일차의료중심의 서비스 제공 보다 오히려 건강증진사업 제공의 비중이 더 크



게 변화하는 것이 필요하다는 보고가 있으며[6], 이는 건강증진기능이 강화되고 있는 보건진료소의 변화된 역할이라고 해석할 수 있다. 노인인가가 주로 방문하는 보건진료소의 최대 강점은 이러한 지역사회 대상자들의 특성을 반영하는 맞춤형 생활터 건강관리 제공이 가능하다는 점이며, 보건의료서비스에 대한 접근성이 제한적인 농어촌 지역에 위치한 보건진료소는 건강 관련 정보를 제공해주는 길라잡이의 역할을 병행해왔다. 보건진료소 중심의 노래, 체조, 공예, 미술, 심뇌혈관질환예방교실 등 다양한 프로그램이 기존에 운영되어 왔다. 본 연구에서 활용한 통합건강증진 프로그램은 노인의 과거 기억을 회상하여, 즐겁고 행복한 새로운 기억을 만들어가는 스토리텔링[29]을 경험하게 하였다. 지역사회 주민들과 밀접하게 소통 가능한 일차의료기관 보건진료소가 통합적 건강증진 프로그램을 내부 및 외부 자원을 활용하여 다양하게 협업하는 역량을 강화할 필요가 있겠다. 본 연구결과를 기반으로 지역사회 노인의 건강 관련 삶의 질을 개선시키기 위해서는 우울을 낮추어주고 사회적 지지망의 강화를 도모할 수 있는 다양한 활동과 간호중재적 접근을 개발하여 적용할 필요가 있겠다.

이러한 연구결과에도 불구하고 본 연구결과를 해석하는데 몇 가지 제한점이 있다. 본 연구의 효과평가는 단일군에 대한 사전-사후 평가로 이루어졌다. 또한 본 연구는 일개 보건진료소를 이용하는 노인을 대상으로 시행하였으며, 보건진료소 특화사업 일환으로 프로그램을 적용하였기 때문에 단일군의 프로그램 전 후의 단기 효과만을 측정하여 결과의 일반화에는 한계가 있다. 따라서 추후 연구대상을 확대하고 적절한 표본수를 고려한 유사실험연구 및 프로그램의 장기적 효과를 측정하는 확대 및 반복 연구가 필요하다.

## 결론 및 제언

본 연구에서는 보건진료소를 내소하는 지역사회 노인을 대상으로 코로나-19 상황 속에서 통합건강증진 프로그램을 참여한 결과 우울이 감소하고, 사회적 지지가 증가하며, 삶의 질의 점수가 모든 하위 영역에서 증가한 것으로 나타났다. 본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 보건진료소 중심 지역사회 통합건강증진 프로그램 수행 시 인지기능의 효과를 측정하기 위해서는 인지저하와 경도인지장애의 경계선 또는 경도인지장애진단을 받은 대상자를 구분하여 실험군과 대조군을 통한 실험연구를 적용하여 인지 기능 개선의 효과를 검증하는 연구가 필요하다. 둘째, 프로그램에 대한 장기적인 효과를 파악하기 위해 추적 조사를 해 볼

것을 제언한다. 셋째, 향후 연구에서는 통합건강증진 프로그램의 지역사회 남성노인에 대한 효과도 함께 확인하는 연구가 필요하다.

## REFERENCES

1. Statistics Korea. 2021. 2021 Statistics on the Aged. [Internet]. Daejeon: Statistics Korea. 2021 [cited 2022 May 1]. Available from: <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/11/3/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=415100&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt>
2. 황옥남, 유양숙, 조경숙, 김희경, 권보은, 은영, 등. 성인간호학(상) 제7판. 서울: 현문사; 2018.
3. 이윤정. 노인 건강수준의 지역 간 격차 비교. 한국콘텐츠학회논문지. 2015;15(11):347-358. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2015.15.11.347>
4. National Center for Health Statistics. National Health Interview Survey Tables of Summary Health Statistics [Internet]. Atlanta: U.S. Department of Health & Human Services. 2018[cited 2022 May 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/nhis/shs/tables.htm>
5. 김연성, 원장원, 강은나, 신혜리, 이정화, 조성은, 김수경. 보건진료소 노인대상 건강증진사업 실태연구. 보건복지부 연구보고서. 세종: 보건복지부; 2017. 11. 보고서번호: 11-1352000-002109-01.
6. 임은실, 박찬영, 이경아. 보건진료소 기능 재정립 및 건강증진사업 강화 연구. 보건복지부 연구보고서. 세종: 보건복지부; 2016. 11. 보고서번호: 11-1352000-001831-01.
7. 박선일, 노은아. 시니어 뇌블럭 프로그램(Senior Brain Block Program; S-BBP) 이 노인의 수단적 일상생활 활동, 생활만족도 및 삶의 질에 미치는 영향. 예술인문사회 융합 멀티미디어 논문지. 2019;9(7):657-664. <https://doi.org/10.35873/ajmahs.2019.9.7.059>
8. 임정미, 박현희, 장숙량. 보건진료소 중심의 주민 맞춤형 통합건강증진 프로그램의 효과분석. 한국농촌간호학회지. 2015;10(2):75-92. <https://doi.org/10.22715/JKARHN.2015.10.2.075>
9. Son JS, Nimrod G, West ST, Janke MC, Liechty T, Naar JJ. Promoting older adults' physical activity and social

- well-being during COVID-19. *Leisure Sciences*. 2012;43(1-2):287-294.  
<https://doi.org/10.4324/9781003145301-13>
10. 정순돌, 구미정. 우울 영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교. *노인복지연구*. 2011;52:305-324.  
<https://doi.org/10.21194/kjgsw..52.201106.305>
  11. Moutier CY. COVID-19: We must care for older adults' mental health [Internet]. Washington: American Foundation for Suicide Prevention. 2020 [cited March 20]. Available from:  
<https://afsp.org/story/covid-19-we-must-care-for-older-adults-mental-health>
  12. Robb CE, De Jager CA, Ahmadi-Abhari S, Giannakopoulou P, Udeh-Momoh C, McKeand J et al. Associations of social isolation with anxiety and depression during the early COVID-19 pandemic: a survey of older adults in London, UK. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;991.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.591120>
  13. Margilvy JK. Quality of life hearing order women. *Nursing Research*. 1985;34(3):124-128.  
<https://doi.org/10.1097/00006199-198505000-00003>
  14. 조명선. 지역사회 노인의 자살생각 영향요인: 2017년 노인 실태조사의 독거노인과 동거노인 비교. *보건교육건강증진학회지*. 2019;36(2):53-64.  
<https://doi.org/10.14367/kjhep.2019.36.2.53>
  15. 박민정, 정미영. 노인의 불안이 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향: 자아존중감과 사회적 지지의 복수매개 효과. *지역사회간호학회지*. 2020;31(1):24-33.  
<https://doi.org/10.12799/jkachn.2020.31.1.24>
  16. Koivunen K, Portegijs E, Sillanpaa E, Eronen J, Kokko K, Rantanen T. Maintenance of high quality of life as an indicator of resilience during COVID-19 social distancing among community-dwelling older adults in Finland. *Quality of Life Research*. 2012; 1-10.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-021-03002-0>
  17. 보건복지부. 인지선별검사(Cognitive Impairment Test: CIST) 검사지 및 기준[Internet]. 서울: 중앙치매센터. 2020 [cited 2021 February 20]. Available from:  
[https://www.nid.or.kr/info/dataroom\\_view.aspx?BID=216](https://www.nid.or.kr/info/dataroom_view.aspx?BID=216)
  18. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. 1986.  
[https://doi.org/10.1300/j018v05n01\\_09](https://doi.org/10.1300/j018v05n01_09)
  19. 조맹제, 배재남, 서국희, 함봉진, 김장규, 이동우, 등. DSM-III-R 주요우울증에 대한 한국어판 Geriatric Depression Scale (GDS)의 진단적 타당성 연구. *신경정신의학*. 1999; 38(1):48-63.
  20. 박경희, 김상미. 제주 지역 독거노인의 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향: 우울의 매개효과 중심으로. *보건과 복지*. 2020;22(3):115-138.  
<https://doi.org/10.23948/kshw.2020.09.22.3.115>
  21. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*. 1991;32(6):705-714.  
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
  22. 임민경. 일부 도시 저소득층의 사회적 지지와 건강의 관계. [석사학위논문]. [서울]: 서울대학교; 2002.
  23. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Quality of life in alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*. 1999;5:21-32.  
<https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00016>
  24. 신희영. 지역사회 거주 치매 환자에서 한국판 삶의 질-알츠하이머병 척도 개발을 위한 예비연구. *예방의학회지*. 2006;39(3):243-248.
  25. 한영란, 송미숙, 임지영. 재가노인을 위한 집단인지기능상 프로그램이 인지기능, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과. *대한간호학회지*. 2010;40(5):724-735.  
<https://doi.org/10.4040/jkan.2010.40.5.724>
  26. Sohn JN. A study on factors influencing the suicidal ideation in elderly people who live alone or live with family. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012;21(2):118-126.  
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2012.21.2.118>
  27. Koivunen K, Portegijs E, Sillanpaa E, Eronen J, Kokko K, Rantanen T. Maintenance of high quality of life as an indicator of resilience during COVID-19 social distancing among community-dwelling older adults in Finland. *Quality of Life Research*. 2022;31(3):713-722.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-021-03002-0>
  28. Aung MN, Yuasa M, Koyanagi Y, Aung TNN, Moolphate S, Matsumoto H et al. Sustainable health promo-

tion for the seniors during COVID-19 outbreak: a lesson from Tokyo. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 2020;14(04):328-331.

<https://doi.org/10.3855/jidc.12684>

29. Tsai A, Yang M, Lan C, Chen C. Evaluation of effects of

cognitive intervention programmes for the community-dwelling elder with subjective memory complaints. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;23(11):1172-1174. <https://doi.org/10.1002/gps.2050>