

## 국외의 노인 건강증진 프로그램 분석 연구\*

### 구 미 옥\*\*

#### I. 서 론

##### 1. 연구의 필요성

오늘날 간호의 초점이 치료중심에서 건강중심으로 변화함에 따라 건강증진은 전문직 간호의 새로운 지평이 되고 있다(Meleis, 1990).

생활수준의 향상과 의료기술의 발전으로 노인인구의 증가현상은 세계적인 추세이며 우리나라 역시 65세 이상 인구가 1970년에 전체 인구의 3.1 %에 불과하던 것이 1997년에 6.3% 였으며, 2000년에는 7.1 %로 증가되어 고령화사회에 접어들게 되고, 2020년에는 13.2 %로 급속히 증가될 것으로 전망되고 있다(보건복지부, 1997).

노인인구의 약 80 %는 한가지 이상의 만성질환으로 고통받고 있으며(U.S.Special Committee on Aging, 1987) 노인 연령층은 의료수요가 높고, 의료비 지출이 많이 일어나는 시기이고(Heidrich, 1998) 그밖에 우리나라에서는 가족구조의 변화, 여성역할의 변화 등으로 인해 노인부양, 특히 노인간호는 현실적으로 심각한 문제로 부상되고 있다(최영희, 1998).

노년기 건강문제의 약 80 %는 주로 생활양식의 변화를 통하여 연기되거나 예방될 수 있다(Pastorino & Dickey, 1990). 의료인들의 노인에 관한 잘못된 편견

중의 하나는 노인에서 생활양식의 변화가 불가능한 것으로 생각하여 노인의 건강증진을 위한 노력을 하지 않는다는 것이다(송미순, 1996). 그런데 선행연구에 따르면 노인은 건강행위를 변화시키고, 새로운 건강행위를 시작할 수 있으며(오진주, 김신미, 송미순, 1996; Heidrich, 1998) 이들 건강증진행위는 질병예방과 건강상태의 개선을 통해 노인이 건강하게 생활할 수 있는 기간을 연장시키고 기능장애의 기간을 줄이며, 노인이 독립적이고 의미 있는 일에 참여할 수 있게 하므로서 삶의 질을 높일 수 있다는 증거들이 축적되고 있다(Branch & Jette, 1984; Kane, Kane & Arnold, 1985). 또한 노인의 건강증진 노력은 의료비 지출을 감소시키는데 크게 기여할 가능성이 있는 것으로 보여지고 있다(Heidrich, 1998).

우리나라에서는 노인 복지관이 정부시책에 의해 늘어나고 있으나 그 안에 건강관련 프로그램이 거의 없는 상태이며 특히 간호사가 일할 수 있는 장은 전혀 마련되어 있지 않다(송미순, 1996). 그러므로 노인의 건강과 삶의 질 향상을 위한 간호중재의 일환으로 노인의 건강증진행위를 증가시킬 수 있는 프로그램의 개발과 운영이 적극적으로 요청된다. 서구에서는 우리나라보다 고령화사회가 먼저 도래하여 이미 다양한 노인 건강증진 프로그램이 개발, 운영되고 그 결과가 다양하게 평가되어 왔다. 이들 선행 노인건강증진 프로그램을 분석하는 것은

\* 이 논문은 1998년도 경상대학교의 연구년제 연구비에 의해 지원되었음

\*\* 경상대학교 의과대학 간호학과, 경상대학교 노인건강연구소

우리나라에서 노인 건강증진 프로그램을 개발하는데 중요한 지침을 제공할 수 있을 것인데 아직까지 국내,외에서 이러한 분석연구가 시도된 적이 없었다. 이에 본 연구는 서구에서 개발된 선행 노인 건강증진 프로그램에 관한 문헌을 분석, 종합하여 노인 건강증진 프로그램의 대상, 프로그램의 구성, 프로그램 효과 측정변수 및 프로그램의 효과에 대한 분석결과를 제시 하므로서 우리나라에서 노인 건강증진 프로그램 개발을 위한 발전적 방향을 제시하고자 한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 노인에서 건강증진의 초점

건강증진은 건강을 옹호하는 일반적인 과정을 의미하는 광범위한 개념으로서 교육, 환경개선, 입법, 사회적 규범의 변화 등이 포함될 수 있다. 건강증진의 초점은 개인, 그룹, 크게는 사회가 될 수 있다(Dignan & Carr, 1992).

건강증진의 초점을 개인에 두었을 때 Pender(1982)는 건강증진행위를 인간의 자기실현 성향에 대한 표현으로서, 특정 질병이나 문제와 관련되지 않으며, 개인의 안녕, 자아실현, 자기성취를 유지, 증진시키는 것을 목적으로 한다고 정의하였다. 한편 건강보호(예방)행위는 인간의 안정성향에 대한 표현이며 개인의 질병가능성을 줄이는 것을 목적으로 하는 것으로 구별하고 있다.

그러나 노인은 자주 만성질환과 기능장애를 가지고 있어 건강증진과 질병예방이 동시에 요구되므로 건강증진과 질병예방을 구별하여 개념화하는 것은 어렵고, 수행하는 것은 더욱 어렵다(Futrell & Alford, 1996). 그러므로 노인의 건강증진에서는 광범위한 초점을 갖는 것이 필요하다고 생각된다. Heidrich(1998)는 노인의 건강증진을 광범위하게 정의하여 1) 건강에 영향을 주는 개인의 생활양식 행위와 관련된 전략(신체 활동, 영양 등), 2) 건강보호 전략(낙상 예방, 구강건강 등) 3) 질병 예방 전략(건강상담, 스크리닝, 예방접종 등)을 모두 포함하였다. Benson 등(1989)은 젊은 사람에 대한 건강증진은 주로 건강문제를 예방하는데 중점을 두지만 중년이후의 사람에서는 일차예방부터 만성질환에 대한 자기간호, 환경 내에서 독립적으로 기능하는 개인의 능력을 유지하는 활동이 모두 포함된다고 하였다.

한편 많은 전문가들은 노인의 건강증진에서 기능적 독립성을 유지시키는 것을 중요시하고 있다. Healthy

People 2000(USDHHS, 1990)에서는 노인의 건강을 증진시키는데 있어 중요한 요소는 단순한 수명연장이 아니라 기능적 독립성을 개선하는 것이라고 제시하고 있다. Hickey와 Stilwell(1991)은 건강증진은 노인이 가능한 오래 그들의 기능적 독립과 자율성을 유지하는 것을 돕도록 디자인되어야 한다고 하였다. 노인기까지 생존한 사람들은 예상 수명이 놀랍게도 긴데 평균 65세인 사람은 앞으로 15년을, 평균 75세인 사람은 10년, 85세인 사람은 6년을 더 살 것으로 기대되고 이들 기간의 약 1/2동안 기능적으로 독립적인 상태이다(Kane, Ouslander & Abrass, 1984). 이에 따라 Ory(1984)는 노인에서 건강증진의 목적은 기능저하를 가능한 예방하므로서 다른 사람에게 의존하는 시기를 늦추는 것이라고 보았다. 이상의 문헌을 종합해 볼 때 노인에서 건강증진의 초점은 기능장애를 예방하고 기능적 독립성을 향상시키며, 질병을 예방하고 관리하는 모든 건강활동을 포함하는 것이 타당하다고 생각된다.

### 2. 노인 건강증진 프로그램

노인을 위한 건강증진 프로그램은 노인이 건강행위를 변화시킬 수 있으며(오진주, 김신미, 송미순, 1996; Heidrich, 1998) 이들 건강행위는 질병을 예방하고 건강상태를 개선하므로서 노인이 건강하게 생활할 수 있는 시간을 연장시키고 기능장애의 시간을 줄이며 노인의 삶의 질을 높일 수 있다는(Branch & Jette, 1984; Kane, Kane & Arnold, 1985) 근거하에서 개발, 수행된다.

노인 건강증진 프로그램을 개발하는 과정은 일반적인 건강증진 프로그램 개발 과정에 기초를 두고 있다. Dignan과 Carr(1992)는 그의 건강교육/건강증진 프로그램 개발 모델(Health Education /Promotion Planning Model)에서 건강증진 프로그램 개발의 5단계계를 제시하였다. 그 단계는 1) 지역사회 분석 단계 : 지역사회에 대한 정보수집과 진단을 통해 지역의 요구를 사정하고, 프로그램을 위한 타겟 그룹을 규명한다. 2) 타겟 그룹 사정 단계 3) 프로그램 계획 단계 : 건강교육에 대한 목적과 목표를 규명하고, 프로그램에 사용될 교육 방법과 활동을 선택한다. 4) 프로그램 수행 단계 5) 프로그램 평가 단계로 평가에는 프로그램의 과정(process)과 결과(outcome)에 대한 평가가 가능하다. 과정 평가는 프로그램이 계획된 대로 수행되고, 참여자에 의해 수용된 정도를 확인하기 위한 것이며, 결과

평가는 프로그램의 목적과 목표가 도달된 정도를 파악하기 위한 것이다.

미국 보건협회의 Ad Hoc Work Group(1987)은 건강증진 프로그램 개발에 있어서 모든 장소나 영역에 적용될 수 있는 하나의 최선책은 없다고 하였으며, 건강증진 프로그램의 성공을 위해서 프로그램을 디자인하고 수행할 때 지켜야 할 5가지 기준을 제시하였다. 이 기준은 1) 건강증진 프로그램에서는 타겟 그룹에 많이 이환 되어 있어 건강상태와 삶의 질을 위협하나, 사람들의 노력에 의해 수정이 가능한 위험요인을 다루어야 한다. 2) 프로그램은 타겟 그룹의 특성, 요구, 선호를 고려해야 한다. 3) 프로그램은 1)의 위험요인을 효율적으로 감소시킬 수 있으면서 동시에 특정 셋팅에 적절한 중재를 포함해야 한다. 4) 프로그램에서는 이용 가능한 자원을 최대한 활용할 수 있는 중재가 규명되고 수행되어야 한다. 5) 프로그램은 시작 시부터 그 과정과 결과가 평가될 수 있도록 계획되고 수행되어야 한다는 것이다.

노인을 위한 건강증진 프로그램 개발과정으로 FallCreek, Warner-Reitz 와 Mettler(1986)는 3단계 계를 제시하였다. 1단계는 프로그램 개발의 기초 구축 단계로 개발자는 프로그램을 후원하는 조직의 목적과 자원을 확인하고, 타겟그룹의 요구와 특성을 규명하고, 지역사회의 자원을 조사하는 것이다. 2단계는 프로그램 디자인 단계로 1 단계에서 사정된 자원과 타겟 그룹의 요구에 기초하여 이루어진다. 프로그램 디자인의 구성요소에는 예산, 시간, 철학, 목적과 목표, 교육과정과 일정 및 교육방법, 프로그램 수행자, 장소 선정, 프로그램 참여자 모집과 적절한 참여자 선정이 포함된다. 3단계는 프로그램 평가단계이다. 이상의 문헌을 종합하면 노인건강증진 프로그램을 개발하기 위해서는 먼저 대상이 될 노인 그룹을 결정한 후 이들 노인 그룹의 요구와 특성을 분석하고, 이용 가능한 자원을 파악한 후 그 결과에 기초하여 프로그램을 계획, 수행, 평가하는 것이 필수적으로 생각된다.

고령화사회에 접어들어 미국에서는 이미 다양한 노인 건강증진 프로그램이 개발, 운영되어 왔다(부록 참조). 이들 프로그램은 그 목적, 대상, 교육과정과 일정 및 방법 면에서 다양성을 갖고 있는데 미국 내에서 노인 건강증진 프로그램으로 잘 알려진 몇 가지 프로그램을 제시하면 다음과 같다.

Healthwise program: Growing Younger (Kemper, 1986)는 60세 이상의 지역사회에서 독립적으로 살고 있는 노인을 대상으로 하였고, 30개월간 1800명 이상

의 노인이 프로그램에 참여하였다. 프로그램의 주제는 신체 적성(physical fitness), 영양, 스트레스 관리, 의학적 자기간호이며 프로그램은 4회, 매회 2시간 워크샵으로 구성되었다. 워크샵은 소그룹으로 운영되며 매회 워크샵에는 위의 4가지 내용이 포함되었고 "직접 수행하므로서 학습된다(learning by doing)"는 것이 강조되었다. 프로그램 종료후 6주에 추가모임이 있었다. 프로그램의 효과를 측정한 결과 대상자는 건강행위에 유의한 변화가 있었으며 체중, 신체지방 퍼센트, 유연성, 콜레스테롤, 혈압에 대한 생리적 계측에서 긍정적인 변화가 있었다.

Healthy Lifestyles for Seniors Program (Warner-Reitz & Grothe, 1981)은 지역사회에 거주하는 저소득 노인을 대상으로 실시되었다. 3년간 총 10회의 프로그램이 수행되었고 이들 프로그램에 총 200명의 노인이 참여하였다. 프로그램의 주제는 건강감시, 영양교육, 운동, 스트레스 관리로 구성되었다. 프로그램은 6개월간 1주에 2회 수행되었으며, 매회는 3.5시간으로 구성되었는데 보통 처음 1시간은 노인전문간호사와의 개별면담이 이루어졌고, 다음 2.5시간은 영양, 스트레스 관리, 또는 운동 교실로 구성되었다. 프로그램의 효과를 측정한 결과 대상자의 안녕/생활만족, 투약이행이 증가하고, 혈압과 체중이 감소하였다. 또한 대상자의 대부분이 식이를 변화시켰고, 영양에 대한 지식이 증가하였다. 대상자의 43 %에서 스트레칭 운동, 75 %에서 에어로빅 운동을 수행하였다.

Wallingford Wellness Project(FallCreek & Stam, 1982)는 54세 이상의 지역사회 노인을 대상으로 하였으며 실험군 90명, 대조군 44명으로 구성되었다. 매주 3시간씩 21주간 건강교실을 운영하였으며 주제는 신체 적성 7주, 스트레스 관리 7주, 영양이 7주간 다루어졌으며 자기 주장(environmental assertiveness)은 21주 내내 다루어졌다. 프로그램은 그룹학습을 촉진하기 위해 노인을 10-20명씩 구성하여 운영되었다. 프로그램의 효과 측정결과 실험군은 프로그램 참여전과 비교해서 프로그램 직후에 건강정보, 안녕, 건강행위, 사회적 건강, 정신건강, 위험요인, 건강행위 변화와 유지에 대한 동기유발 및 신뢰감에서 유의한 차이를 보였다. 또한 우울, 건강책임, 사회적 및 건강서비스에 대한 지식에서 프로그램 참여전과 비교 시 프로그램 6개월 후에 유의한 차이를 보였다.

Williams 등(1996)은 노인을 대상으로 한 많은 건강증진 프로그램이 효과적이라는 연구결과가 증가되고

있어 노인 건강증진 프로그램은 일반적으로 그 효과가 인정되고 있다고 하였다. 그렇지만 건강증진 프로그램의 구성요소 중 어떤 요소가 이런 효과를 초래하였는지가 명확하지 않다고 지적하여 앞으로 보다 성공적이고, 비용-효율적인 노인건강증진 프로그램을 개발하기 위해서는 이들 요소를 규명하는 연구가 필요하다는 것을 시사하였다. Futrell과 Alford(1996)는 미국에서 노인건강증진 프로그램을 개발하는 선구적인 작업은 이미 이루어졌으며 지금은 이들 기존의 프로그램을 보다 정련화하고 프로그램을 적용하려는 특정 노인그룹의 요구에 맞추어 프로그램을 변형하는 것이 필요한 단계라고 하였다.

우리나라에서 성공적인 노인 건강증진 프로그램을 개발하기 위해서는 서구에서 개발되고 수행, 평가된 기존의 노인 건강증진 프로그램을 분석하는 것이 도움이 될 수 있을 것이다. 국내, 외의 선행연구에서는 이러한 선행 노인 건강증진 프로그램에 대한 분석 연구가 없었으므로 이러한 연구가 필요하다고 생각된다.

### III. 연구 방법

#### 1. 연구대상 프로그램

본 연구는 서구에서 개발된 노인 건강증진 프로그램으로서 본 연구자가 프로그램에 관한 문헌수집이 가능했던 20 개의 프로그램을 대상으로 하였다. 문헌은 CINAHL과 Medline을 이용하여 1975년-1998년까지 추적되었으며 문헌선정의 기준은 노인이 대상이면서 프로그램의 제목이나 개발목적에 건강증진이나 자기간호가 포함된 경우였다.

#### 2. 프로그램 분석

선정된 프로그램을 분석하기 위해 다음과 같은 항목과 분류기준을 정하였다.

##### 1) 프로그램의 대상

대상을 지역사회 거주 노인, 시설 노인, 기타 군으로 분류하여 분석하였다.

##### 2) 프로그램의 구성

프로그램의 구성은 건강교육, 건강사정 및 상담, 운동 프로그램으로 분류하여 분석하였다. 건강교육은 다시 주제, 시간 및 기간, 방법으로 세분화하여 분석하였다.

##### 3) 프로그램 효과 측정변수

효과 측정변수는 프로그램의 결과와 과정에 대한 측정변수로 분류하였다. 프로그램의 결과를 측정하는 변수는 다시 프로그램의 직접적 효과를 측정하는 변수와 간접적 효과를 측정하는 변수로 분류하였다. 프로그램에 대한 지각을 측정하는 변수는 프로그램의 과정에 대한 측정 변수로 분류하였다.

##### 4) 프로그램의 효과 분석

프로그램의 효과는 건강교육, 건강사정 및 상담, 운동 프로그램 각각의 유형에 대해 분석하였다.

## IV. 연구결과 및 논의

### 1. 프로그램의 대상

전체 20개 프로그램중 14개 프로그램은 지역사회에 거주하는 독립적으로 생활할수 있는 노인을 대상으로 하였다. 이는 노인에서의 건강증진의 목적이 만성질병으로 인한 기능장애와 활동제한의 기간을 줄이며 신체적, 정신적, 사회적으로 최적인 활동을 할수 있는 기간을 연장시키는데 있으므로(Breslow & Somers, 1977) 이들이 건강증진 프로그램의 일차적인 대상이 되는 것은 당연한 결과라 생각된다.

시설 노인을 대상으로 한 프로그램(Barbaro & Noyes, 1984)은 1편에 불과하였는데 이들 노인은 지역사회 노인에 비해 고령이며 보다 병약한 상태로서 건강증진 프로그램의 주 대상이 되지 못하는 것을 알수 있었다. 앞으로 건강증진 전략이 이들 시설 노인의 삶의 질에 영향을 줄수 있는지에 대한 연구가 필요하며(Robertson, 1991), 시설노인을 위한 건강증진 프로그램이 개발되고, 확대되어야겠다.

한편 일부 연구에서는 Medicare 수혜자(Mayer 등, 1994; Vickery, Golaszewski, Wright & Kalmer, 1988), 은행 퇴직자(Fries, Bloch, Harrington, Richardson & Beck, 1993), 일반의가 의뢰한 노인(Morey, Crowley, Robbins, Cowper & Sullivan, 1994)을 대상으로 하였다.

### 2. 프로그램의 구성요소

노인의 건강증진을 위한 프로그램은 크게 1) 건강교

육 2) 건강사정 및 상담 3) 운동 프로그램중 하나 또는 이들의 조합으로 구성된 것을 알 수 있었다.

1) 건강 교육

건강교육은 건강증진 프로그램에서 가장 많이 이용되어 20개 프로그램 중 17개 프로그램에서 이용되었다. 이중 건강교육만을 이용한 프로그램은 11개이었는데 10개 프로그램은 강의나 그룹세션으로 건강교육을 제공하였고, 1개 프로그램(Vickery 등, 1988)은 단지 건강교육 책자만을 제공한 경우이다. 나머지 6개 프로그램은 건강교육이 건강사정 및 상담(Mayer 등, 1994; Warner-Reitz & Grothe, 1981), 운동 프로그램(Mount, 1991)과 같은 비중으로 수행된 경우와 건강교육이 다른 프로그램에 보조적으로 수행된 경우(Fries 등, 1993; Morey 등, 1994; Rogers, Grower & Supino, 1992)이었다(표 1). 건강교육은 건강에 긍정적인 영향을 주는 행위변화에 초점을 둔 교육으로서 건강지식, 기술 및 태도의 발달을 촉진시키므로(Hooper, 1998) 건강교육이 건강증진 전략에서 우선적으로 이용되고 있음을 알 수 있었다.

건강교육의 주제로는 다양한 주제가 선정되었다. 생활양식을 다룬 프로그램이 가장 많았는데 1) 신체 적성 또는 운동 12개, 2) 영양 11개, 3) 스트레스 관리 9개 4) 정서적 안녕이 2개 프로그램에서 있었다. 노인의 건강증진에서는 현존하는 만성질환의 진행을 늦추고, 만성질환과 관련된 기능장애를 감소시키는 수단으로 생활양식(행동적 요인)을 수정하는 것이 중요한 목표이므로(Hickey & Stilwell, 1991) 생활양식과 관련된 주제가 가장 많이 선정된 것이 타당하다고 생각된다.

<표 1> 건강증진 프로그램의 구성

구성요소	프로그램 수
건강교육	11
건강사정 및 상담	3
건강사정 및 상담 + 건강교육	2
건강사정 및 상담 + 건강교육(보조)	2
운동 + 건강교육(보조)	1
운동 + 건강교육	1
계	20

다음으로는 의학적 지식을 다룬 프로그램이 많았는데

그 내용으로는 1) 노인에서의 흔한 건강문제(급, 만성 질병) 7개, 2) 약물사용 6개, 3) 응급조치 3개, 4) 의학적 자기간호가 3개 프로그램에서 활용되었다. 이는 노인의 약 80 %가 최소한 하나 이상의 만성질환을 갖고 있으므로(U.S. Special Committee on Aging, 1987) 이들 질병을 스스로 관리할 수 있는 능력을 증진시키는 것과 관련된 것으로 보인다.

노인의 독립적인 생활을 격려하기 위한 교육으로 지역사회 자원 활용에 대한 주제가 5개 프로그램에서 있었다. 그밖에 많이 활용된 주제로는 건강증진의 개념, 노인의 특성 및 노화에 따른 변화, 안전이 있었으며, 정신건강을 강조하는 프로그램으로 상실과 슬픔, 기억력 및 정신 능력 유지가 있었다(표 2). 이밖에도 일부 프로그램에서는 자아존중감, 가족관계, 감정, 희망, 건강 책임 등의 주제가 다루어졌다.

<표 2> 건강교육의 주제

주	제	프로그램 수
건강증진의 개념		3
노인의 특성 및 노화에 따른 변화		4
의학적 지식	노인에서의 흔한 건강문제	7
	약물사용	6
	응급조치	3
	의학적 자기간호	3
생활양식	신체적성, 운동	12
	영양	11
	스트레스 관리	9
	정서적 안녕	2
	독립적인 생활	지역사회 자원 활용
	의료소비자의 역할	1
	의료인과의 의사소통	1
정신건강	상실 및 슬픔	3
	기억력 및 정신능력 유지	2
안 전		4

건강교육의 시간 및 기간을 건강교육이 주 프로그램이었던 11개 프로그램에서 분석한 결과 지역사회 노인을 대상으로 한 프로그램에서는 2시간씩 4회(Kemper, 1986)에서 부터 1주에 2회, 매회 3.5시간씩 6개월간(Warner-Reitz & Grothe, 1981)까지 매우 다양하

였고, 1회 교육시간은 2시간이 5개 프로그램으로 가장 많았다. 시설노인을 대상으로 한 프로그램이 1개 (Barbaro & Noyes, 1984) 있었는데 이 프로그램에서는 매달 1회 교육을 시행하였다.

건강교육의 방법으로는 11개 프로그램 중 1개 프로그램(Mount, 1991)을 제외하고는 그룹으로 운영되었으며 교육자의 정보제공 외에 노인의 참여를 격려하는 다양한 방법이 동원되었다. 그 방법으로는 그룹토론(Benson 등, 1989; Higgins, 1988; Kemper, 1986; Koseki, Reid, 1991; Mayer 등, 1994; Nelson 등, 1984; Ruffing-Rahal, 1994; Warner-Reitz & Grothe, 1981), 역할놀이(Benson 등, 1989; Nelson 등, 1984), 자기계약(Nelson 등, 1984), 기술훈련(실습)(Benson 등, 1989; Koseki & Reid, 1991; Mayer 등, 1994; Nelson 등, 1984), 문제해결 연습(Koseki & Reid, 1991), 질문과 답변(Barbaro & Noyes, 1984; Koseki & Reid, 1991), 실제적용(Kemper, 1986; Ruffing-Rahal, 1994; Warner-Reitz & Grothe, 1981)이 이용되었다. 노인대상 건강교육 프로그램에서는 프로그램의 구조 및 강도와 관계없이 정보제공과 경험위주의 교육전략을 조합하여 사용하는 것이 가장 효과적인 전략으로 인정되고 있다(Fallcreek 등, 1986). 즉 짧은 시간동안(10-20분 정도) 강의를 하여 바람직한 태도와 행위변화에 필요한 건강정보와 근거를 제공하고, 이후 그룹토론을 시행함으로써 참여자들 간에 서로 배우고 지지하며 사회화를 촉진시키고, 또한 새로운 행위를 직접 시도해 보는 기회를 갖게 하는 것이 바람직한 것으로 제시되고 있다. 그러므로 정보제공과 함께 노인의 참여를 격려하는 위의 다양한 시도들은 바람직한 전략이라고 생각된다.

한편 건강교육중 노인에게 운동을 시행한 경우가 4개 프로그램(Benson 등, 1989; Higgins, 1988; Ruffing-Rahal, 1994; Warner-Reitz & Grothe, 1981)에서 있었다. 이는 본격적인 운동 프로그램은 아니더라도 운동을 직접 수행함으로써 참여자에게 필요한 동작을 익힐 기회를 주고, 또한 규칙적이고, 적절하고, 안전한 운동 습관을 확립하는데 도움을 줄 수 있다.

## 2) 건강사정 및 상담

건강사정 및 상담이 7개 프로그램에서 이용되었다. 이중 건강사정 및 상담만 이용된 프로그램은 3개, 건강교육이 건강사정 및 상담과 같은 비중으로 이용된 경우가 2개, 보조적으로 이용된 경우가 2개 프로그램에서

있었다(표 1).

이들 프로그램의 내용을 보면 먼저 의료인이 대상 노인에게 전반적인 건강사정(병력 수집, 신체검진, 검사실 검사 포함)을 시도하여 건강문제를 파악하거나(Fox, Breuer & Wright, 1997; Rogers 등, 1992; Rubenstein 등, 1994; Warner-Reitz & Grothe, 1981; Weiler, Chi, Lubben, 1989) 아니면 건강위험 사정도구에 의해 건강위험을 사정하였다(Fries 등, 1993; Mayer 등, 1994). 이후 의료인은 각 건강문제(위험)에 대한 건강상담을 하고, 각 대상자에 대한 건강계획(처방)을 세우며 대상자에게 이 계획을 수행하도록 격려하였다. 1개 프로그램(Fries 등, 1993)에서는 이 과정이 모두 우편으로 이루어졌다.

이 과정에서 환자의 참여를 격려하기 위해서 건강사정 결과와 건강계획을 대상자와 함께 검토하거나(Rogers 등, 1992), 대상자와 상호합의 된 건강계획을 개발하고, 서면 화 된 건강계획서를 환자에게 제공하기도 하였다(Fox 등, 1997; Mayer 등, 1994). 또한 지속적인 건강상담을 하고, 환자의 이행을 돕고, 이행정도를 파악하기 위하여 간호사나 사회사업가가 사례 관리자(case manager)로 임명되고(Rogers 등, 1992), 건강증진과 자기관리 책자(Fries 등, 1993)가 제공되었으며, 추후 전화상담(Mayer 등, 1994; Rogers 등, 1992)을 하거나 노인전문간호사(Geriatric nurse practitioners)가 정기적으로 가정방문(Rubenstein 등, 1994)을 실시하기도 하였다. 이상의 7개 프로그램 중 5개 프로그램에서 간호사가 건강사정 및 상담을 담당하고 있어 이 분야는 간호사가 주도적인 역할을 하고 있는 분야라는 것을 확인할 수 있었다.

건강사정 및 상담이 건강교육과 다른 점은 개인에게 건강증진에 대한 개별화된 동기유발을 하고 개별화 된 건강계획을 세우는데 중요한 방법이라는 점이다(송미순, 1996).

## 3) 운동 프로그램

운동 프로그램은 2개 프로그램에서 시행되었다(Morey 등, 1994; Mount, 1991)(표 1). 이중 한 프로그램은 운동부하 검사, 근 골격계 평가 등을 통해 운동 프로그램을 개별화하였다(Morey 등, 1994). 2개 프로그램 모두에서 건강교육을 함께 시행하였다. 송미순(1996)은 건강증진을 위해서는 건강상담만으로는 충분치 않으며 노인이 실제 참여하여 건강증진 활동을 배우고 자신의 생활습관을 유지할 수 있도록 하는 프로그램

운영이 병행되어야 할 것이라고 보았는데 운동 프로그램은 이러한 프로그램으로 적절하다고 생각된다.

### 3. 프로그램의 효과 측정 변수

노인의 건강증진 프로그램을 구성 시 건강교육, 건강사정 및 상담을 이용한 경우 이들 유형간에 프로그램 효과 측정변수에 차이가 없었다. 또한 운동 프로그램의 경우 모두 건강교육을 함께 시행하여서 측정변수가 다른 두 유형과 별 차이가 없었다. 그러므로 노인의 건강증진 프로그램의 효과 측정변수에 대한 분석결과를 프로그램 유형별로 구분하지 않고 함께 묶어서 제시하고자 한다.

<표 3> 프로그램 효과 측정 변수

측정 변수	프로그램의 수
<b>직접적 효과</b>	
건강행위(생활양식)	12
지식	5
기술	3
태도	4
의료서적의 이용	2
유연성	2
유산소 능력	1
<b>간접적 효과</b>	
생리적 계측 결과	4
건강상태	2
건강지각	1
기능적 상태	1
안녕	3
삶의 질	1
의료기관 이용	4
의료비 지출	2
<b>프로그램에 대한 지각</b>	
프로그램에 대한 만족도	2
프로그램에 대한 지각된 이득	2

본 연구 대상이 된 20개 프로그램 중 프로그램 평가가 시행된 17편의 프로그램에서 노인 건강증진 프로그램의 효과를 파악하기 위해서 측정된 변수는 프로그램의 직접적인 효과와 간접적인 효과를 측정하는 변수로 구분될 수 있다. 직접적인 효과를 측정하기 위한 변수 중 가장 많이 이용된 변수는 건강행위(생활양식)의 변화로 12개 프로그램(Barbaro & Noyes, 1984; Benson 등, 1989; FallCreek & Stam, 1982; Fox 등, 1997; Higgins, 1988; Kemper, 1986; Mayer 등,

1994; Nelson 등, 1984; Rogers 등, 1992; Ruffing-Rahal, 1994; Warner-Reitz & Grothe, 1981; White & Nezey, 1996)에서 측정되었다. 지식은 5개(FallCreek & Stam, 1982; Mount, 1991; Nelson 등, 1984; Rogers 등, 1992; Warner-Reitz & Grothe, 1981)에서, 태도의 변화는 4개(Mount, 1991; Nelson 등, 1984; Rogers 등, 1992; Warner-Reitz, & Grothe, 1981), 기술의 변화는 3개 프로그램(Benson 등, 1989; Mount, 1991; Nelson 등, 1984)에서 측정되었다. 그밖에 의료서적 이용, 유연성, 유산소 능력 등이 측정되었다(표 3).

간접적인 효과로는 생리적 계측 결과(biometric outcome)가 6개(FallCreek & Stam, 1982; Higgins, 1988, 1989; Kemper, 1986; Mayer 등, 1994; Warner-Reitz & Grothe, 1981; White & Nezey, 1996), 안녕 4개(FallCreek & Stam, 1982; Ruffing-Rahal, 1994; Morey 등, 1994; Warner-Reitz & Grothe, 1981), 의료기관 이용이 5개 프로그램(Benson 등, 1989; FallCreek & Stam, 1982; Nelson 등, 1984; Rubenstein 등, 1994; Vickery 등, 1988)에서 측정되었다. 그밖에 건강상태, 건강지각, 기능적 상태, 삶의 질, 의료비 지출 등이 측정되었다. Heidrich(1998)는 노인의 건강증진과 관련된 선행연구에 대한 문헌분석을 시도하였는데 그 결과 선행연구에서는 건강상태, 의료비 지출을 측정변수로 이용한 연구가 매우 적고, 삶의 질 변수는 노인에서 중요한 변수인데 중요하게 다루어지지 않고 있다고 지적하였는데 이는 본 연구결과와 일치한다. 한편 본 연구에서는 기능적 상태 개념이 단지 1개 프로그램에서만 측정되었는데 노인에서 건강증진의 초점이 기능적 독립성을 향상시키는 것이라고 볼 때 기능적 상태 개념은 중요한 측정변수가 될 수 있다고 생각되며 Heidrich(1998) 역시 기능상태를 건강증진에 대한 측정변수로 제안한 바 있다(표 3).

한편 대상자에게 프로그램의 과정에 대한 평가로서 프로그램에 대한 만족도가 2개(Barbaro & Noyes, 1984; Benson 등, 1989), 프로그램에 대한 지각된 이득이 2개(Benson 등, 1989; White, Nezey, 1996) 프로그램에서 측정되었다(표 3).

### 4. 프로그램의 효과

노인에게 수행된 건강증진 프로그램이 효과적 이었는지를 프로그램의 3가지 유형인 1) 건강교육 2) 건강사

정 및 상담 3) 운동 프로그램으로 나누어서 분석하였다. 이를 위하여 각 프로그램 유형별로 그 프로그램을 단독으로 사용하거나 그 프로그램이 주 요소였던 프로그램만을 선정하여 분석하고 그 결과를 비교적 많이 이용된 측정변수 위주로 제시하였다.

1) 건강교육

건강교육을 단독으로 이용한 11개 프로그램 중 프로그램 평가에 대한 자료가 제시되어 있었던 9개 프로그램을 분석하였는데 그 결과는 다음과 같다(표 4).

프로그램의 직접적 효과 중 건강행위는 8개 프로그램

에서 측정되었으며 이중 6개 프로그램에서 프로그램이 건강행위를 변화시키는데 효과가 있는 것으로 나타났다. 기술의 변화는 3개 프로그램, 지식과 태도는 각각 1개 프로그램에서 측정 되었으며 모두 효과가 있는 것으로 나타났다. 의학적적 이용 빈도는 2개 프로그램에서 모두 증가된 것으로 나타났다.

프로그램의 간접적 효과인 생리적 계측 결과는 4개 프로그램에서 측정되었는데 이중 1개 프로그램은 효과가 있는 것으로 나타났고 2개 프로그램에서는 측정변수에 따라 그 효과가 다른 것으로 나타났다. 건강상태, 삶의 질은 각각 1개 프로그램에서 측정되었는데 효과가

<표 4> 프로그램의 효과 분석

측정변수	분석 프로그램 수	프로그램의 효과		
		effective	non-effective	mixed result
<b>건강교육 (총 9개 프로그램)</b>				
<b>-직접적 효과-</b>				
건강행위	8	6	1	1
기술	3	3	0	
지식	1	1	0	
태도	1	1	0	
의학적적 이용	2	2	0	
<b>-간접적 효과-</b>				
생리적 계측 결과	4	1	1	2
건강상태	1	0	1	
삶의 질	1	0	1	
안녕	4	3	1	
의료기관 이용	4	1	3	
- 프로그램에 대한 만족도 -	2	2	0	
<b>건강사정 및 상담 (총 4개 프로그램)</b>				
<b>-직접적 효과-</b>				
건강행위	3	2	1	
<b>-간접적 효과-</b>				
기능적 상태	1	1	0	
의료비 지출	1	1	0	
의료기관 이용	1	0	0	1
<b>운동 프로그램 (총 1개 프로그램)</b>				
<b>-직접적 효과 -</b>				
유연성	1	1	0	
유산소 능력	1	1	0	
<b>- 간접적 효과 -</b>				
안녕	1	1	0	
질병영향 평가	1	1	0	

없는 것으로 나타났다. 안녕은 4개 프로그램 중 3개 프로그램에서 효과가 있는 것으로 나타났으며, 의료기관 이용은 4개 프로그램 중 1개 프로그램에서만 효과가 있는 것으로 나타났다.

프로그램에 대한 만족도를 2개 프로그램에서 측정하였는데 모두 만족하는 것으로 나타났다.

## 2) 건강사정 및 상담

건강사정 및 상담을 단독으로 이용하거나 이 프로그램이 주 요소였던 5개 프로그램 중 결과가 제시된 4개 프로그램을 분석한 결과는 다음과 같다(표 4).

프로그램의 직접적 효과 중 건강행위(또는 건강위험지수)는 3개 프로그램에서 측정되었으며 이중 2개 프로그램에서 프로그램이 건강행위를 변화시키는데 효과가 있는 것으로 나타났다.

프로그램의 간접적 효과인 기능적 상태, 의료비 지출은 각각 1개 프로그램에서 측정되었으며 모두 효과가 있었다. 의료기관 이용은 1개 프로그램에서 측정되었는데 측정개념에 따라 그 효과가 다른 것으로 나타났다.

## 3) 운동 프로그램

운동 프로그램이 주 요소였던 프로그램은 1개 있었는데 직접적 효과인 유연성, 유산소 능력과 간접적 효과인 안녕, 질병 영향 평가(sickness impact profile)에서 모두 유의하게 효과가 있는 것으로 나타났다(표 4).

이상의 분석결과를 보면 건강교육은 노인의 건강행위를 변화시키고 지식과 기술, 태도를 개선하는데 효과가 있는 것으로 보인다. 그러나 간접적인 효과인 생리적 계측결과, 건강상태, 삶의 질, 안녕, 의료기관 이용에 있어서는 대상 프로그램수가 작아 결론을 도출하기 어려우나 안녕 변수 외의 변수에서는 프로그램의 효과가 분명치 않은 것으로 보인다. 이는 Heidrich(1998)의 선행 논문 분석에서 건강증진 프로그램 참여 후 노인은 건강행위에 변화를 보이거나 이러한 변화가 더 나은 건강상태를 초래하는지는 분명치 않다는 결과와 부분적으로 일치한다. 그러므로 건강교육의 간접적(장기적) 효과를 확인하는 연구가 앞으로 보다 많이 수행되어야겠다.

건강사정 및 상담, 운동 프로그램은 전반적으로 노인의 건강증진에 효과가 있는 것으로 보이거나 대상 프로그램 수가 작아서 확실한 결론을 도출할 수가 없다.

이상의 분석결과를 종합해 볼 때 건강증진 프로그램은 전반적으로 노인의 건강증진에 효과가 있음을 시사한다. Williams 등(1996) 역시 노인을 대상으로 한 건강

증진과 질병 예방 프로그램이 성공적이라는 연구결과가 증가하면서 이들 프로그램의 효과는 일반적으로 인정되고 있다고 하였다. 그러나 건강증진 프로그램의 어떤 요소가 이러한 효과를 초래하였는지에 대해서는 명확하지 않은 것으로 지적되고 있고(Heidrich, 1998; Williams 등, 1996) 본 분석에서 프로그램 유형별로 효과를 분석하였지만 분석 대상 프로그램이 작아서 어떤 유형의 프로그램이 더 효과적인지를 논할 수가 없었다. 또한 같은 유형의 프로그램 내에서도 프로그램의 효과를 가져오는 것이 프로그램의 내용, 프로그램 전달자, 프로그램의 횟수, 프로그램 수행 상황중 어느 것인지가 명확하지 않다(Heidrich, 1998). 그러므로 앞으로는 건강증진 프로그램에서 이들 요소를 규명하는 연구가 시도될 필요가 있다. 이는 성공적인 프로그램의 특성을 규명하게 하므로써 노인을 위한 건강증진 프로그램을 가장 효율적으로 조직, 운영하도록 하고 그 결과 건강증진 프로그램을 위한 자원과 예산을 효율적으로 활용하는데 기여할 것이다.

## V. 결론 및 제언

노인에서 건강증진영역은 노인 전문간호사의 역량을 크게 발휘할 수 있는 주요 영역이다(Conn & Armer, 1996) 본 연구에서는 우리나라에서 노인을 위한 건강증진 프로그램 개발을 위한 발전적 방향을 제시하기 위해서 서구에서 개발된 20개 선형 노인 건강증진 프로그램을 분석, 종합하였으며 그 결과는 다음과 같다.

1. 프로그램의 대상은 대부분 지역사회에 거주하는 노인이었다.
2. 프로그램은 건강교육, 건강사정 및 상담, 운동 프로그램 중 하나 또는 이들의 조합으로 구성되었다.
  - 1) 건강교육은 프로그램중 가장 많이 이용되었으며, 주제로는 생활양식, 의학적 지식, 독립적 생활, 건강증진의 개념, 노인의 특성 및 노화에 따른 변화가 많이 다루어졌다. 교육방법으로는 정보제공 외에 노인의 참여를 격려하기 위해 그룹토론, 기술훈련, 실제적용, 역할놀이, 질문과 답변 등의 방법이 이용되었다.
  - 2) 건강사정 및 상담에서는 노인에 대한 전반적인 건강사정 또는 건강위험 사정이 이루어지고 그 결과 도출된 각 건강문제(위험)에 대한 건강계획(처방)이 세워진 후, 노인에게 이 계획을 수행하도록 격

려되었다.

3) 운동 프로그램은 건강교육이 함께 시행되었다.

3. 프로그램의 효과 측정변수중 직접적인 효과 측정변수로는 건강행위(생활양식), 지식, 태도, 기술, 의료서적 이용 등이 이용되었다. 간접적인 효과 측정변수로는 생리적 계측 결과, 건강상태, 기능상태, 안녕, 의료기관 이용, 의료비 지출 등이 이용되었다.

4. 프로그램의 효과를 보면 건강교육은 노인의 건강행위를 변화시키고, 지식과 기술, 태도를 개선하는데 효과가 있는 것으로 보이나 간접적 효과에서는 효과가 분명치 않은 것으로 보였다. 건강사정 및 상담, 운동 프로그램은 대상 프로그램 수가 작아서 결론을 도출할 수 없었다.

결론적으로 이상의 결과를 바탕으로 앞으로 우리나라에서 노인 건강증진 프로그램을 개발할 때의 발전적 방향을 제시하면 프로그램 개발은 일차적으로 지역사회에서 독립적으로 생활하는 노인을 대상으로 하는 것이 바람직하겠다. 프로그램의 구성은 건강교육을 우선적으로 시도하는 것이 권장되며 건강교육의 주제로는 생활양식과 의학적 지식과 관련된 주제가 가장 적절하고, 교육방법으로는 정보제공외에 노인의 참여와 직접 경험을 촉진할 수 있는 전략을 사용하는 것이 바람직하다. 프로그램의 효과를 측정할 때는 직접적인 효과를 측정하는 건강행위(생활양식), 지식, 태도, 기술, 의료서적 이용 등의 변수를 이용하는 것이 적절하다고 생각된다.

제 언

추후 연구를 위한 제언으로는 1) 시설 노인에 대한 건강증진 프로그램의 효과를 검증하는 연구가 필요하다. 2) 프로그램의 효과 측정변수로 건강상태, 기능적 상태, 삶의 질, 의료비 지출 등의 개념이 보다 많이 활용되고, 이들 변수에 대한 프로그램의 효과가 보다 명확히 규명되어야겠다. 3) 프로그램의 유형별 프로그램의 효과를 비교하는 연구가 필요하다. 4) 성공적인 프로그램의 특성을 규명하는 연구가 필요하다고 생각된다.

참 고 문 헌

보건 복지부 (1997). 보건복지 통계연감. 제 43호.

송미순 (1996). 노년기의 건강증진(학술대회 자료). 보건의료체계의 변화와 건강증진, 77-83. 서울대학교 간호과학연구소.

오진주, 김신미, 송미순 (1996). 노인의 건강행위 수행 실태와 이에 영향을 미치는 요인. 성인간호학회지, 8(2), 324-337.

최영희 (1998). 노인전문간호사 제도의 방향(학술 세미나 자료). 노인간호의 전망, 1-12. 계명대학교 간호과학 연구소.

An Ad Hoc Work Group of the American Public Health Association (1987). Criteria of the Development of Health Promotion and Education Programs. AJPH, 77(1), 89-92.

Branch, L. G., & Jette, A. M. (1984). Personal health practices among the elderly. American Journal of Public Health, 17, 1126-1129.

Breslow, K., & Somers, A. (1977). The lifetime monitoring program. New England Journal of Medicine, 296(11), 601-608.

Conn, V. S., & Armer, J. M. (1996). Gerontological Nursing: The Time for Health Promotion. Journal of Gerontological Nursing, 22(12), 5-6.

Dignan, M. B., & Carr, P. A. (1992). Program Planning for Health Education and Promotion(2nd ed.). Williams & Wilkins.

Fallcreek, S., Warner-Reitz, A., & Mettler, M. H. (1986). Designing Health Promotion Programs for Elders. In K.Dychtwald, J.MacLean,(Eds.), Wellness and Health Promotion for the Elderly(pp. 219-233). Aspen Publication.

Futrell, M., & Alford, D. M. (1996). Health Promotion: Its Role in Enhancing the Health of the Elderly. In E.A.Swanson & T. Tripp-Reimer(Eds.), Advances in Gerontological Nursing. Vol 1. Issues for The 21st Century (pp. 81-101). Springer Publishing Co.

Heidrich, S. M. (1998). Health Promotion in Old Age. Annual Review of Nursing Research, 16, 173-195.

Hickey, T., Stilwell, D. L. (1991). Health

- Promotion for Older People: All is Not Well. The Gerontologist, 31(6), 822-829.
- Hooper, J. I. (1998). Health Education. In C.L.Edelman, C.L.Mandle. Health Promotion throughout the Lifespan(4th ed.)(pp. 224). Mosby.
- Kane, R. L., Kane, R. A., & Arnold, S. B. (1985). Prevention and the elderly : Risk factors. Health Services Research, 19, 945-955.
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., & Abrass, I. B. (1984). Essentials of Clinical Geriatrics. New York: McGraw-Hill.
- Meleis (1990). Being and Becoming Healthy : The Core of Nursing Knowledge. Nursing Science Quarterly, 3(3), 107-114.
- Ory, M. G. (1984). Health promotion strategies for the aged. Journal of Gerontological Nursing, 10(10), 31-37.
- Pastorino, C. A., Dickey, T. (1990). Health Promotion for the Elderly : Issues and Programming Planning. Orthopaedic Nursing, 9(6), 36-42.
- Pender (1982). Health Promotion in Nursing Practice. Appleton & Lange.
- Robertson, J. (1991). Promoting health among institutionalized elderly. Journal of Gerontological Nurisng, 17, 15-19.
- U.S.Special Committee on Aging (1987). Health status and health services utilization. In Aging America: Projections and Trends. Wahington,D.C.: U.S.Department of Health and Human Services.
- USDHHS(U.S. Department of Health and Human Services)(1990). Healthy People 2000: National health promotion and disease prevention objectives. DHHS Publication No.(PHS) 91-50213. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Williams, S. J., Drew, J., Wright, B., Seidman, R., McGann, M., & Boulan, T. (1996). Health Promotion Workshops for Seniors: Predictors of Attendance and Behavioral Outcomes. Journal of Health Education, 27(1), 13-20.
- \* 노인 건강증진 프로그램 게재 논문 및 저서
1. Barbaro, E. L., & Noyes, L. E. (1984). A Wellness Program for a Life Care Community. The Gerontologist, 24(6), 568-571.
  2. Benson, L., Nelson, E. C., Napps, S. E., Roberts, E., Kane-Williams, E., Salisbury, Z. T. (1989). Evaluation of the Staying Healthy After Fifty Educational Program: Impact on Course Participants. Health Education Quarterly, 16(4), 485-508.
  3. Echevarria, K. H., Ross, V., Bezon, J. F., Flow, J. (1991). A Successful Aging Project: Pooling University and Community Resources. Journal of Gerontological Nursing, 17(5), 27-31.
  4. FallCreek, S., Stam, S. B. (1982). The Wallingford Wellness Project - An Innovative Health Promotion Program with Older Adults. Center for Social Welfare Research, School of Social Work, University of Washington. Seattle.
  5. Fox, P. J., Breuer, W., Wright, J. A. (1997). Effects of a Health Promotion Program on Sustaining Health Behaviors in Older Adults. American Journal of Preventive Medicine, 13(4), 257-264.
  6. Fries, J. F., Bloch, D. A., Harrington, H., Richardson, N., & Beck, R. (1993). Two-Year Results of a Randomized Controlled Trial of a Health Promotion Program in a Retiree Population: The Bank of America Study. The American Journal of Medicine, 94, 455-462.
  7. Higgins, P. G. (1988). Biometric outcomes of a geriatric health promotion programme. Journal of Advanced Nursing, 13, 710-715.
- Higgins, P. G. (1989). Short Term Changes in Health Behaviours of Older Adults. The Canadian Journal of Nursing

- Research, 21(1), 19-30.
8. Kemper, D. (1986). The Healthwise Program: Growing Younger. In K.Dychtwald, J. MacLean(Eds.). Wellness and Health Promotion for the Elderly(pp. 263-273). Aspen Publicaion.  
Kemper, D. W. Deneen, E. J., Giuffre, J. V. (1986). Growing Younger Handbook(2nd ed.). Boise, Idaho : Healthwise, Inc
  9. Koseki, L. K., & Reid, S. E. (1991). Elderly Self Care Education: A Low Technology Primary Health Care Option for Developing Countries, Asia-Pacific Journal of Public Health, 5(4), 322-330.
  10. Mayer, J. A., Jermanovich, A., Wright, B. L., Elder, J. P., Drew, J. A., & Williams, S. J. (1994). Changes in Health Behaviors of Older Adults: The San Diego Medicare Preventive Health Project. Preventive Medicine, 23, 127-133.
  11. Morey, M. C., Crowley, G. M., Robbins, M. S., Cowper, P. A., & Sullivan, R. J. (1994). The Gerofit Program: A VA Innovation, Southern Medical Journal, 87(5), S83-S87.
  12. Mount, J. (1991). Evaluation of a Health Promotion Program Provided at Senior Centers by Physical Therapy Students. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 10(1), 15-25.
  13. Nelson, E. C., McHugo, G., Schnurr, P., Devito, C., Roberts, E., Simmons, J., & Zubkoff, W. (1984). Medical Self-care Education for Elders: A Controlled Trial to Evaluate Impact. AJPH, 74(12), 1357-1362.
  14. Rogers, J., Grower, R., & Supino, P. (1992). Participant Evaluation and Cost of a Community-Based Health Promotion Program for Elders. Public Health Reports, 107(4), 417-426.
  15. Rubenstein, L. Z., Aronow, H. U., Schloe, M., Steiner, A., Alessi, C. A., Yuhas, K. E., Gold, M., Kemp, M., Raube, K., Nisenbaum, R., Stuck, A., & Beck, J. C. (1994). A home-based geriatric assessment, follow-up and health promotion program: Design, methods, and baseline findings from a 3-year randomized clinical trial. Aging: Clinical & Experimental Research, 6(2), 105-120.
  16. Ruffing-Rahal, M.A. (1994). Evaluation of Group Health Promotion with Community-Dwelling Older Women. Public Health Nursing, 11(1), 38-48.
  17. Vickery, D. M., Golaszewski, T. J., Wright, E. C., Kalmer, H. (1988). The Effect of Self-Care Interventions on the Use of Medical Service Within a Medicare Population. Medical Care, 26(6), 580-588.
  18. Warner-Reitz, A., Grothe, C. (1981). Healthy Lifestyles for Senios: An Interdisciplinary Approach to Healthy Aging. A Meals for Millions/Freedom from Hunger Foundation, New York
  19. Weiler, P. G., Chi, I., Lubben, J. E. (1989). A Statewide Preventive Health Care Program for the Aged. Public Health Reports, 104(3), 215-221.
  20. White, J., Nezey, I. O. (1996). Project Wellness: A Collaborative Health Promotion Program for Older Adults. Nursing Connections, 9(1), 21-27.

-Abstract-

Key concept : Elderly, Health promotion, Program

## A Review of Health Promotion Program for the Elderly

*Gu, Mee Ock\**

The purpose of this study was to suggest directions for developing a Health Promotion Program for the elderly in Korea for the future. For this, twenty previously developed & implemented health promotion programs were reviewed and analyzed in terms of target population of the program, components of the program, measurement variables for effects of program, the effects of the program. The results were as follows.

1. Most of the target populations were older adults living independently in the community.
  2. Components of the program were health education, health assessment and counseling and exercise program.
- Health education was done in most of programs. The topics of health education

that were often included in the programs were life style changes, medical knowledge, independent living, the concept of health promotion and changes related to aging.

- In health assessment and counseling, health professionals discovered their health problems through health assessment or health risk appraisal. Then they developed health recommendations on each health problem and encouraged the elderly to implement the recommendations.
3. Variables measuring the direct effects of the program were health behavior, knowledge, attitude, skill, use of medical/health reference book. Variables measuring the indirect effects, biometric outcome, health status, functional status, medical service utilization, medical cost and wellbeing.
  4. The analysis showed that health education was effective for changing health behaviors, improving knowledge, skill and attitude in the elderly.

Those results were suggested to be used guidelines for developing a health promotion program for the elderly in Korea for the future.

---

\* Department of Nursing, Gyeongsang National University.  
Gerontological Health Research Center,  
Gyeongsang National University

<부록> 국외의 노인 건강증진 프로그램 요약

프로그램명/ 저자(연도)	대상	프로그램 구성	효과 측정변수	프로그램의 효과
<b>- 건강교육 -</b>				
A Wellness Program (Barbaro & Noyes, 1984)	시설노인 370명	건강교육 매달 1회	프로그램에 대한 만족 건강행위	대상자는 프로그램 시작후 6개월에 만족을 표현함 6개월 4개 건강행위에서 변화가 있음
Stay Healthy After Fifty program (Benson 등, 1989)	지역사회 노인 325명	건강교육 2시간씩 11회	건강기술, 의학적적이용, 건강행위, 의료수가에 대한 이해 건강지각, 건강상태, 의료기관이용 프로그램에 대한 지각된 이득 프로그램에 대한 만족도	실험군의 이들 변수에 대한 점수가 대조군보다 높음 실험군과 대조군간에 차이가 없음. 결과가 제시되지 않음 대상자의 97 %가 프로그램에 만족함
Successful Aging Project (Echevarria 등, 1991)	지역사회 노인 351명	건강교육	제시안됨	제시안됨
Wallingford Wellness Project(FallCreek & Stam, 1982)	지역사회 노인 134명	건강교육 3시간씩 21주	건강정보, 안병, 건강행위, 사회적건강, 정신건강, 위험요인, 건강행위 변화 와 유지에 대한 동기 유발 및 신뢰감 우울, 건강책임, 사회적 및 건강서비스에 대한 지식 혈압, 건강문제수	실험군에서 프로그램 전과 비교시 프로그램 직후에 이들 변수에서 차이를 보임 실험군에서 프로그램 6개월후에 차이를 보임 실험군에서 프로그램 직후 차이가 없음
Geriatric health promotion program (Higgins, 1988, 1989)	지역사회 노인 67명	건강교육 2.5시간 씩 4회	생리적 계측결과 건강행위	실험군의 안정시 맥박수, 수축기혈압, 콜레스테롤, 유연성결과가 대조군보다 좋으나 이완기혈압, 체중, 신체지방 퍼센트에서는 차이가 없음 실험군에서 더 많은 건강행위에서 긍정적인 결과를 보임
Healthwise Program : Growing Younger (Kemper, 1986)	지역사회 노인 1800명 이상	건강교육 2시간씩 4회	건강행위 생리적 계측결과	대상자의 건강행위에 변화가 있음 체중, 신체지방 퍼센트, 유연성, 콜레스테롤, 혈압에서 긍정적인 변화가 있음
Elderly Education for Self Care Project (Koseki & Reid, 1991)	지역사회 노인 187명	건강교육 2시간씩 5회	제시안됨	제시안됨
Self Care for Senior Citizens Program (Nelson 등, 1984)	지역사회 노인 330명	건강교육 2시간씩, 13회	자기간호 지식, 기술 태도 생활양식 의료기관이용, 건강상태, 삶의 질	실험군의 지식, 기술점수가 더 높음 실험군이 의사와 더 효과적으로 의사소통할수 있다고 믿음 실험군이 생활양식변화를 더 많이 시도 프로그램 1년후 이들 변수에서 실험군과 대조군간에 차이가 없음

<부록> 계속

프로그램명/ 저자(연도)	대상	프로그램 구성	효과 측정변수	프로그램의 효과
Group Health Promotion (Ruffing-Rahal, 1994)	지역사회 28명	건강교육 1시간씩 26주	생활양식, 심리적 -영적 안녕, 사회적 통합	실험군에서 프로그램 전후 이들 변수에 없음
Self Care Interventions (Vickery 등, 1988)	Medicare 대상자 654가계	건강교육 책자, 뉴스레터 제공	의료이용 의료비 비출, 건강교육자료이용  건강위험행위 자기간호에 대한 태도	실험군의 의료이용이 대조군보다 낮음 실험군의 의료비 지출이 더 낮음 실험군의 35 %에서 참고서적, 75 %에서 자기간호교육패키지를 이용함 이들 변수에 대한 결과제시 없음
Project Wellness (White & Nezey, 1996).	지역사회 노인 22명	건강교육 1시간씩 12주	건강증진행위  생리적 계측결과  프로그램 평가	대상자의 총 건강증진행위와 건강책임행위가 증가했으나, 다른 영역의 행위에서는 변화 없음 혈압, 삼두근 피부두께가 감소함. 다른 변수 에서는 변화없음 17명중 16명이 유용하다고 보고함
<b>- 건강교육 + 건강사정 및 상담 -</b>				
Health Promotion Program (Fries 등, 1993)	은행퇴직자 3412명	건강(위험) 사정 및 상담/ 건강교육 책자제공	건강위험 지수 의료비 지출 지불된 claim	실험군에서 건강위험지수가 개선됨 실험군의 의료비 지출이 더 적음 실험군에서 지불된 claim이 감소함
San Diego Medicare Preventive Health Project(Mayer 등, 1994)	Medicare 수혜자 1800명	건강(위험) 사정 및 상담 건강교육 2시간씩 8회	건강행위  혈압	실험군은 신체활동, 지방과 카페인섭취 에 대한 결과가 대조군보다 좋으나 다른 변수에서는 차이가 없음 고혈압이 있는 실험군에서 프로그램 후 12개월에 혈압이 감소됨
Community-Based Health Promotion Program for Elders (Rogers 등, 1992)	지역사회 노인 378명	건강사정 및 상담/ 건강교육 2년간 2회	건강문제통제 지식 노화에 대한 태도, 자신의 건강을 돌보는 능력 프로그램에 대한 만족도	대상자의 건강문제 통제에 영향을 주지못함 대상자의 지식이 증가됨 이들 변수에 대한 효과는 분명치 않음 구체적인 결과가 제시되지 않음
Heathy Lifestyle for Seniors program (Warner-Reitz & Grothe, 1981)	지역사회 노인 200명	건강교육 3.5시간씩 1주 2회 6개월간/ 건강사정 및 상담	안녕, 생활만족 혈압, 체중 고혈압약 투약이행 식이, 영양지식  운동수행정도  운동에 대한 태도 관절각도	대상자의 안녕, 생활만족점수가 증가함 혈압과 체중이 감소함 투약이행이 증가함 대상자의 대부분이 식이를 변화시키고, 영양지식이 증가함 대상자의 43 %에서 스트레칭운동, 75 %에서 에어로빅운동을 수행함 16명중 15명에서 운동의 효과를 긍정함 관절각도가 증가됨

<부록> 계속

프로그램명/ 저자(연도)	대상	프로그램 구성	효과 측정변수	프로그램의 효과
<b>- 건강사정 및 상담 -</b>				
Health Promotion program (Fox 등, 1997)	지역사회 노인 213명	건강사정 및 상담	건강행위이행	실험군의 건강행위 이행정도가 대조군보다 좋음
Home based geriatric assessment, follow up, health promotion program (Rubenstein 등, 1994)	지역사회 노인 414명	건강사정 및 상담	기능적 상태 양노원 입원 병원입원 지역사회서비스이용 의사방문	프로그램 3년후에 실험군의 기능적 상태가 대조군보다 좋음 양노원에 영구적으로 입원한 수가 실험군에서 더 적음 실험군과 대조군간에 차이가 없음 실험군은 사회화 촉진서비스를 더 많이 이용함 실험군의 의사방문횟수가 더 많음
California Preventive Health Care for the Aging Program (Weiler 등, 1989)	지역사회 노인 5454명	건강사정 및 상담	제시안됨	제시안됨
<b>- 운동 프로그램 + 건강교육 -</b>				
Gerofit Program (Morey 등, 1994)	일반의가 의뢰한 노인 약 500 명	운동 1주 3회 매일 1.5시간/ 건강교육 매달 1회	유연성 유산소능력 안녕 질병영향평가	대상자는 프로그램 2년후에 이들변수가 증가함
Health Promotion Program by Physical Therapy Students (Mount, 1991)	지역사회 노인	운동 1주1회 14주/ 건강교육 1.5시간씩 14주	안녕에 대한 자기책임 관절의 유연성 지식 심박동수 감시 운동프로그램 참여	대상자의 자기책임이 증가함. 손목관절의 신전만 증가함 지식의 정답률이 증가함 62명중 25명만 심박동수를 감시할 수 있음 매주 평균 67명이 참여함