保健敎育 · 健康增進學會誌 第22卷 第4號(2005. 12) pp.179-202
Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.22, No 4(2005)

농촌형 노인 건강증진프로그램 개발 연구: PRECEDE 모형을 중심으로*

오윤정** · 박정숙***
**거창전문대학 간호과 · ***계명대학교 간호대학

〈목 차〉

Ⅰ. 서론
Ⅱ. 연구방법
Ⅲ. 연구결과
Ⅳ. 논의
Ⅴ. 결론
참고문헌
Abstract

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 지역별 노령화 현상을 비교해 보면, 2000년 도시 지역에서는 65세 이상의 노인 인구가 100명당 5.4명인데 비하여 농촌 지역에서는 100명당 14.7명으로 농촌 지역의 노인 인구가 도시 지역에 비해 2배가 넘는다(통계청, 2001). 농촌의 노인 인구 증가현상은 도시와 달리 상대적 빈곤과 사회 문화적 차이로 인한 환경적 특수성으로 더 심각한 노인문제가 발생될 가능성이 있다(이경혜와 박영미, 2001).

한국보건사회연구원에서 실시한 2001년 말 전국 65세 이상 노인들의 유병률을 조사한 결과, 농촌 노인이 도시 노인에 비해 유병률이 더 높은 것으로 나타났다(한국보건사회연구원, 2002). 또한 농촌 노인들은 도시 노인들에 비해 의료접근성이 떨어지고, 예방적 보건의료서비스에서 소외되어 있으며, 건강생활을 위한 관련시설의 접근성이 불리한 환경적 조건하에서 생활하고 있다(주경식 등, 1996). 한국보건사회연구원에 의하면 98년 말 현재 종합병원, 병원, 의원 등 전국의 의료기관 64,514개 가운데 농촌 지역인 군 단위 병원 수는 5,985개로 9%에 불과한 것으로 나타났으므로(최인석, 1999), 농촌 주민의 의료접근성이 상당히 떨어지는 것을 알 수 있다.

이와 같이 농촌 노인들은 건강 관련서비스를

* 본 연구는 2003년 보건복지부 국민건강증진기금으로 수행되었음.
교신저자 : 오윤정
경상남도 거창군 거창읍 대평리 1396 거창전문대학 간호과 (우: 670-804)
전화번호: 055-940-2563, E-mail: 2563yjoh@hanmail.net

적시에 제공받지 못하는 실정에서 농촌의 노동력 부족으로 인해 나이가 들어서까지 과중한 노동을 감당해야 하고, 젊은이들이 도시로 떠나 도와줄 인력이 없어져서 자신의 생활을 스스로 꾸려나가야 하므로 노화현상이 더욱 가속화된다. 따라서 농촌 노인이 독립적이고 건강한 생활을 유지하는 것은 매우 중요한 일이며, 이를 위해서는 노인 스스로가 주체적 건강관리 의식 하에 건강을 직접 관리하는 건강증진의 접근이 절실하다고 할 수 있다(조소영과 김점자, 1996).

오늘날 노인의 건강문제는 사회적으로 중요한 관심사가 되었고, 노인의 건강유지 증진은 개인 각자의 문제가 아니라 사회, 국가적 공동 과제라고 할 수 있다(장성옥 등, 1999). 노인이 되면 모든 장기의 퇴행성 변화로 인해 신체기능이 저하되고 일상생활 활동에 제한이 따르며 만성 퇴행성 질환의 이환율이 매우 높아져서, 노화로 인한 일상적인 건강관리는 물론 각종 노인성 질환을 관리해야 하므로 어느 연령층보다도 자신의 건강을 유지 증진하기 위한 노력이 요구된다. 과거에는 노인은 질병에 걸리기 쉽고, 의존적이며, 자신의 익숙해진 생활습관을 변화시킬 수 없다는 잘못된 편견으로 인해, 노인의 생활양식을 변화시키는 건강증진에 대한 논의는 별로 이루어지지 않았다. 그러나 인간의 수명이 연장됨에 따라 노년기에도 인간적인 삶의 질을 유지하고 주어진 조건하에서 최대한의 자립성을 가지고 바람직한 건강증진 행위를 하도록 하는 것이 중요하다는 것을 깨달아 오늘날에는 노인의 건강증진에 대한 논의가 활발하게 이루어지고 있다(Brody, 1997).

노인들을 대상으로 건강증진프로그램을 개발 및 적용한 기존의 연구들을 살펴보면, 대부분의 연구에서 연구 대상자들이 도시 노인에게 국한되어 있으며, 건강증진프로그램의 개발 내용도 주로 운동 프로그램에 국한되어 있다(김은영과 전경자, 2000; 우선혜 등, 2001; Nobuo 등, 2002). 노인을 위한 포괄적인 건강증진프로그램을 개발한 김선엽(1997)과 정영미(2001)의 연구에서는 대상자들의 요구를 반영하기 보다는 문헌고찰을 위주로 교육 내용을 개발하였고, 구미옥 등(2002)은 노인들의 건강요구 조사를 기초로 건강증진프로그램을 개발하였으나 프로그램의 기간과 내용 측면에서 보완이 필요한 것으로 사료된다. 따라서 농촌 노인들을 위한 체계적이고 실효성 있는 건강증진프로그램이 부족한 실정이며, 농촌 노인에게 적합한 맞춤형 노인 건강증진프로그램(tailored health promotion program)을 개발할 필요성이 있다.

PRECEDE(Predisposing, Reinforcing, and Enabling Cases in Educational Diagnosis and Evaluation) 모형은 건강문제의 빈도를 감소시키기 위해서는 건강문제를 발생시키는데 기여하는 요인을 우선 규명하여야 효과적으로 그 요인에 영향을 미칠 수 있다는 가정에 입각하여 만들어진 것으로서, 건강행위에 영향을 미치는 다양한 요인들을 복합적으로 조직화하여 건강과 관련된 행위를 가장 효율적으로 개선할 수 있는 전략들을 제시하고 있는 이론이다(윤순녕 등, 2000). 이러한 점에서 PRECEDE 모형은 농촌 노인들의 다양한 건강관련 요인과 건강 요구도 및 지역사회 현 실정을 충분히 반영한 농촌형 노인 건강증진프로그램을 개발하는데 적절한 모형이라고 사료된다.

이에 본 연구에서는 PRECEDE 모형을 이용하여 체계적이고 효율적인 농촌형 노인 건강증진프로그램을 개발함으로서 농촌 노인의 체계적인 건강관리 사업에 일조하고자 한다.

Ⅱ. 연구방법

1. 연구의 개념틀

본 농촌형 노인 건강증진프로그램은 PRECEDE 모형과 Walker 등(1995)의 Health Promotion Lifestyle을 개념틀로 활용하여 개발하였다(그림 1).

PRECEDE 모형은 사회적 진단, 역학적 진단, 행동적·환경적 진단, 교육적·조직적 진단, 행정적·정책적 진단의 5단계로 구성되어 있다. 본 연구에서는 1단계인 사회적 진단은 대상자의 삶의 질을 변수로 선정하고, 2단계 역학적 진단에는 사망률과 유병률, 대상자의 건강문제, 농부증, 건강상태를 진단하였다. 3단계인 행동적·환경적 진단에는 건강증진 행위와 지역사회의 환경을 진단하였고, 4단계인 교육적·조직적 진단에는 소인요인으로 자기 효능감, 강화요인으로 지각된 가족/동료의 건강관심도, 가능요인에는 건강증진프로그램의 이용가능성, 접근성과 건강증진프로그램 요구도를 진단하였다. 5단계인 행위적·정책적 진단에는 건강증진프로그램에 대한 자원, 인력, 건강증진프로그램과 관련된 정책을 분석하였다.

2. 연구설계

농촌형 노인 건강증진프로그램을 개발하기 위한 PRECEDE 진단과정은 조사연구를 하였고, 건강증진프로그램에 대한 대상자의 만족도를 검증하기 위해서는 단일군 사후설계를 사용하였다.

3. 연구대상 및 자료수집 방법

농촌형 노인 건강증진프로그램 개발하기 위해

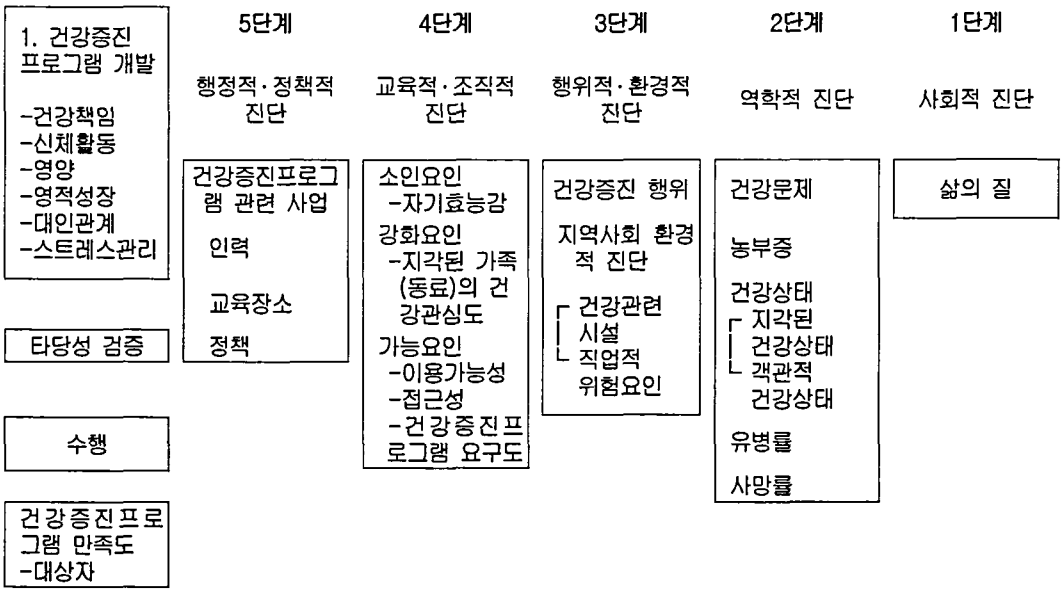

그림 1. 연구의 개념틀

서는 경상남도 G군 M면에 있는 Y, C, G 마을에 거주하는 122명의 노인 중 기록이 누락된 자료 7명을 제외한 115명을 본 연구의 최종 분석대상자로 선정하였다. 대상자 선정기준은 다음과 같다.

1) 65세 이상의 노인
2) 일상생활에 지장을 주는 심각한 질병을 앓지 않는 자
3) 거동이 불편하지 않는 자
4) 정신 장애를 수반하지 않는 자
5) 연구 목적을 이해하고 참여에 동의한 자로 선정하였다.

건강증진프로그램의 만족도는 건강증진프로그램을 실시한 Y마을 노인 중 규칙적으로 프로그램에 참여한 44명으로 이루어졌다. 탈락자는 17명이며, 탈락 이유로는 "낮은 참여도(8주 이하)" 8명, "가족들과의 휴가" 2명, "동창회 모임" 2명, "설문지가 귀찮아서" 2명, "자식 집 방문" 2명, "몸을 다친 경우" 1명이었으며, 대조군의 탈락 이유로는 "자식 집 방문" 2명, "가족들과의 휴가" 2명, "일하러 간 경우" 1명, "설문지가 귀찮아서" 1명이었다.

건강증진프로그램 개발을 위한 자료 수집은 G군에 거주하는 간호학생 10명을 연구조원으로 활용하여 2003년 3월 10일에서 4월 9일까지 실시하였다. 먼저 본 연구자와 연구조원이 설문지를 읽어주어 응답하도록 하였으며 응답에 소요되는 시간은 40분 정도였다. 다음으로 혈압, 맥박, 체지방율, 허리유연성, 악력, 배근력, 하지근력을 측정하였으며, 마지막으로 혈당과 콜레스테롤 검사를 위해 채혈을 하였다. 역학적 진단 중 유병률, 사망률과 행정적 · 정책적 진단은 문헌고찰을 통해 관련 자료를 수집하였다.

건강증진프로그램 만족도 조사는 16주 건강증진프로그램의 마지막 주인 2003년 8월 2일에 실시하였다.

4. 연구도구

1) 삶의 질

노유자(1988)가 개발한 삶의 질 측정도구를 노인에게 맞게 수정, 보완한 총 37문항을 사용하였다. 정서 상태 9문항, 경제생활 5문항, 자아 존중감 8문항, 신체 상태와 기능 9문항, 이웃관계 3문항, 가족관계 3문항으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미하며, 본 연구에서의 도구의 신뢰도인 Cronbach's α는 0.92이었다.

2) 건강문제

Weider 등(1945)이 개발한 CMI(Cornell Medical Index) 문항 중에서 노인에게 맞게 수정, 보완한 총 86문항을 사용하였다. 눈 · 귀 7문항, 호흡기 14문항, 심장 · 혈관계 10문항, 소화기계 20문항, 근육 · 골격계 5문항, 피부 6문항, 신경계 12문항, 비뇨 · 생식기계 7문항, 피로 5문항으로 구성되어 있다. 예는 1점, 아니오는 0점으로 점수가 많을수록 건강문제가 많음을 의미한다. 본 연구에서의 도구의 신뢰도인 Cronbach's α는 0.92이었다.

3) 농부증

맹광호(1980)가 개발한 농부증 측정도구로 어깨 결림, 요통, 손발 저림, 야간 빈뇨, 호흡 곤란, 불면, 어지러움, 복부 팽만감의 8가지 증상에 대하여 조사한 총점수를 사용한다. 조사시점을 기

준으로 각 증상이 지난 1개월 간 항상 있었으면 2점, 때때로 있었으면 1점, 없었으면 0점으로 하여 합계 점수가 7점 이상이면 '농부증 양성', 3-6점이면 '농부증 의심', 2점 이하이면 '농부증 없음'으로 판명한다. 본 연구에서의 도구의 신뢰도인 Cronbach's α는 0.75이었다.

4) 건강상태

(1) 주관적 건강상태

Lawston 등(1982)이 개발한 Health self rating scale을 노인에게 맞게 수정, 보완한 것으로 현재의 건강상태 1문항, 1년 전과의 비교 1문항, 건강상의 문제 1문항, 동년배와 비교 시 1문항으로 총 4문항으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 좋음을 의미하며, 본 연구에서의 도구의 신뢰도인 Cronbach's α는 0.79이었다.

(2) 객관적 건강상태

혈압, 맥박, 체지방률(체지방 분석기 이용: Body Composition Analyzer, DX-100, Jawon, Korea), 혈당, 콜레스테롤, 허리 유연성(전굴 유연성 측정기 이용: Sit & Reach Flexibility Tester, 01285, U.S.A), 악력(악력계 이용: Digital Grip Dynamometer, Takei Kiki Kogyo, Tokyo, Japan), 배근력(배근력계 이용: Digital Back Muscle Dynamometer, Takei Kiki Kogyo, Tokyo, Japan), 하지근력(측각계 이용: Goniometer®)을 측정하였다.

5) 건강증진 행위

Walker 등(1995)이 개발한 HPLP Ⅱ 도구를 보완하여 사용하였다. HPLP Ⅱ는 건강책임 9문항, 신체활동 8문항, 영양 9문항, 영적성장 9문항, 대인관계 9문항, 스트레스 관리 8문항으로 구성되어 있으며, 본 연구에서는 건강책임 영역에 음주와 흡연에 대한 2문항을 삽입하였다. 각 측정도구는 4점 척도의 54문항으로 구성되어 있으며 건강증진 행위의 수행정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 도구의 신뢰도인 Cronbach's α는 0.90이었다.

6) 자기효능감

Sherer와 Maddix(1982)에 의해 개발된 일반적인 자기효능척도를 사용하였다. 일반적인 자기효능척도는 행동의 시작, 노력, 역경에도 불구하고 지속하려는 의지, 성취, 확신에 대한 내용을 포함한다. 각 측정도구는 5점 척도의 17문항으로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 도구의 신뢰도인 Cronbach's α는 0.87이었다.

7) 지각된 가족/동료의 건강관심도

본 연구자와 간호학 교수 1인에 의해 개발된 지각된 가족/동료의 건강관심도 척도를 사용하였다. 본인의 건강에 대한 가족과 동료의 관심도를 5점 척도 2문항으로 측정한 것으로 점수가 높을수록 본인의 건강에 대한 가족과 동료의 관심도가 높은 것이다.

8) 건강증진프로그램 요구도

본 연구자와 간호학 교수 1인에 의해 개발된 건강증진프로그램 요구도 척도를 사용하였다. 건강증진프로그램의 참여여부, 필요성, 참여의사, 운영 시간, 적당한 요일, 시작 시간, 배우고자 하는 내용에 대해 각 1문항으로 구성되었다.

9) 건강증진프로그램 만족도

본 연구자와 간호학 교수 1인에 의해 개발된 건강증진프로그램 만족도 척도를 사용하였다. 건강증진프로그램에 참석한 노인을 대상으로 건강증진프로그램에 대한 만족도를 10점 척도 20문항으로 측정하였다. 점수가 높을수록 건강증진프로그램에 대한 만족도가 높은 것이다.

5. 자료 분석 방법

본 연구의 자료는 SPSS WIN 10.0을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 대상자의 일반적인 특성과 건강관련 특성은 실수와 백분율로, 각 단계의 진단과 프로그램의 만족도는 빈도와 백분율 혹은 평균과 표준편차로 분석하였다. 측정도구의 신뢰도 검사는 Cronbach's α를 사용하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 농촌형 노인 건강증진프로그램 개발

대상자의 연령은 65세-69세가 48명(41.7%)으로 가장 많았고, 평균 연령은 70.91세 이었다. 성별은 여성이 71명(61.7%)으로 남성의 44명(38.3%)보다 많았으며, 교육정도는 무학이 63명(54.8%), 한달 용돈은 10만원 미만이 38명(33.0%), 용돈 제공은 본인이 55명(47.8%), 결혼상태는 기혼이 79명(68.7%), 가족동거유형은 노부부 둘만 생활하는 경우가 58명(50.4%), 종교는 불교가 51명(44.0%), 직업은 있는 경우가 88명(77.0%)으로 가장 많은 것으로 나타났다. 건강교육은 받지 않은 군이 99명(86.1%), 받은 군이 16명(13.9%)이었고, 진단 받은 질병이 있는 경우가 81명(70.4%), 없는 경우가 34명(29.6%)이었으며, 현재 약을 복용하고 있는 경우가 77명(67.0%), 약을 복용하지 않는 경우가 38명(33.0%)으로 나타났다. 건강검진 유무는 한 번도 받은 적이 없는 경우가 53명(46.1%)으로 나타났다.

1) PRECEDE 진단과정

(1) 사회적 진단

대상자의 사전 삶의 질 평균평점은 3.20이며, 하위 영역 중에서는 이웃관계가 3.79로 가장 높았으며, 가족관계 3.57, 정서 상태 3.29, 자아 존중감 3.11, 경제생활 3.07, 신체 상태와 기능이 2.95의 순으로 나타났다(표 1).

표 1. 대상자의 삶의 질 정도

(N=115)

특성	구분	최소값	최대값	Mean	SD	평균평점
삶의 질	전체	54	169	118.63	16.61	3.20
	정서상태	10	45	29.66	6.91	3.29
	경제생활	6	23	15.29	2.89	3.07
	자아존중감	10	38	24.93	4.85	3.11
	신체상태와 기능	13	39	26.63	4.68	2.95
	이웃관계	5	15	11.39	1.93	3.79
	가족관계	4	15	10.71	2.33	3.57

(2) 역학적 진단

① 사망률

2001년도에 M면의 노인인구 총 801명 중 16명이 사망하였다. 2001년 우리나라 65세 이상 노인들의 사망원인별 자료(통계청, 2002)에서 순환기계 질환으로 인한 사망이 가장 많았으며, 그 다음이 신생물, 호흡기계 질환, 내분비, 영양 및 대사 장애, 사망의 외인, 소화기계 질환, 정신 및 행동장애, 특정 감염성 및 기생충성 질환, 비뇨생식기 질환, 근골격계 질환, 신경계 질환의 순으로 나타났다.

② 유병률

G군의 유병률은 12.2%이고, 이중 고혈압이 42.6%로 가장 높은 것으로 나타났으며, 그 다음은 소화기계 19.6%, 근골격계 16.9%, 당뇨병 12.2%, 정신질환 3.4%, 뇌졸중 2.3%, 암 1.6%, 치매 1.4%의 순으로 나타났다(거창군, 2003).

③ 건강문제 측정

2002년 1년 동안 Y, C, G 마을의 65세 이상 노인들이 G군 M면 보건지소를 방문한 이유로는 호흡기계 감염이 57.6%로 가장 많았으며, 그 다음이 고혈압 19.4%, 요통과 무릎 통증 15.4%, 가려움증 3.8%, 소화 장애 3.8%의 순이었다.

대상자들의 사전 신체계통별 건강문제에서는 근육·골격계에 대한 건강문제가 0.65로 가장 높았으며, 그 다음이 피로 0.41, 눈·귀 0.34, 심장·혈관계 0.29, 비뇨·생식계 0.26, 호흡기계 0.22, 소화기계 0.21, 신경계 0.21, 피부 0.16의 순으로 나타났다. 건강문제를 성별로 살펴보면, 여성이 26.18로 남성의 19.59 보다 높아, 여성이 남성보다 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다(표 2).

④ 농부증

장기간의 농업에 종사하는 사람들에게 나타날 수 있는 직업병인 농부증을 조사한 결과 농부증이 양성인 경우가 54명(47.0%)으로 나타났으며, 농부증이 의심되는 경우가 41명(36.0%)이며, 농부증이 없는 경우는 20명(17.0%)에 불과했다. 성별로는 여성이 7.18로 남성의 4.79 보다 높아, 여성이 남성보다 농부증이 더 많은 것으로 나타났다(표 3).

표 2. 대상자의 건강문제 정도

신체계통(항목)	전체(n=115)	남(n=44)	여(n=71)	평균평점
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)
눈·귀(7)	2.40(1.77)	2.11(1.51)	2.59(1.90)	0.34(0.25)
호흡기계(14)	3.11(2.71)	2.93(2.77)	3.22(2.68)	0.22(0.19)
심장·혈관계(10)	2.99(2.94)	2.00(2.14)	3.60(3.20)	0.29(0.29)
소화기계(20)	4.36(2.50)	4.15(2.89)	4.49(2.24)	0.21(0.12)
근육·골격계(5)	3.26(1.76)	2.45(1.89)	3.77(1.47)	0.65(0.35)
피부(6)	0.98(1.22)	0.88(1.14)	1.04(1.26)	0.16(0.20)
신경계(12)	2.60(2.32)	1.88(2.48)	3.04(2.11)	0.21(0.19)
비뇨·생식계(7)	1.85(1.52)	1.65(1.53)	1.97(1.52)	0.26(0.21)
피로(5)	2.07(1.57)	1.50(1.47)	2.43(1.53)	0.41(0.31)
전체(86)	23.66(12.25)	19.59(12.32)	26.18(11.59)	0.27(0.14)

⑤ 건강상태

대상자들의 사전 지각된 건강상태 중에서 현 건강상태는 건강하지 않은 편인 경우가 39명(34.0%)으로 가장 많았으며, 매우 건강하다는 한 명도 없는 것으로 나타났다. 건강상태를 1년 전과 비교했을 때 더 나빠졌다가 72명(62.6%), 하고 싶은 것을 하는데 있어서 건강상의 문제가 있는지에 대해서는 약간 있는 경우가 52명(45.2%), 자신의 건강을 동년배와 비교했을 때 비슷하다가 44명(38.3%)으로 가장 많은 것으로 나타났다. 지각된 건강상태의 평균점수는 7.81점이다(표 4).

대상자들의 사전 객관적인 건강상태는 수축기 혈압의 평균이 128.43㎜Hg이고, 이완기 혈압은 77.91㎜Hg이다. 안정 시 맥박은 평균 73회, 혈당은 평균 89.80㎎/dℓ, 콜레스테롤은 158.65㎎/dℓ, 하지근력은 31초로 나타났다.

성별에 따라 기준치에 차이가 있는 체지방률은 남자 21.30%, 여자 30.66%이고, 허리 유연성은 남성은 -4.76㎝이고 여자는 1.07㎝이며, 왼손 악력은 남자 29.77㎏, 여자 15.87㎏, 오른손 악력은 남자 29.00㎏, 여자 16.80㎏이다. 배근력은 남자 60.55㎏, 여자는 20.83㎏으로 나타났다(표 5).

(3) 행위적·환경적 진단

① 행위적 진단 : 건강증진 행위

대상자들의 사전 건강증진 행위의 평균평점은

표 3. 대상자의 농부증 정도

농부증	전체(n=115)	남(n=44)	여(n=71)
	n(%)	n(%)	n(%)
농부증 없음(2점 이하)	20(17.0)	12(27.3)	8(11.0)
농부증 의심(3-6점)	41(36.0)	21(47.7)	20(28.0)
농부증 양성(7점 이상)	54(47.0)	11(25.0)	43(61.0)
전체점수 Mean(SD)	5.98(3.61)	4.79(3.21)	7.18(3.53)

표 4. 대상자의 지각된 건강상태 정도

(N=115)

특성	범주	n	%
현재 건강상태	매우 건강하지 못하다.	16	14.0
	건강하지 못한 편이다.	39	34.0
	보통이다.	28	24.0
	건강한 편이다.	32	28.0
	매우 건강한 편이다.	0	0.0
1년 전과 비교시	더 나빠졌다.	72	62.6
	같다.	36	31.3
	더 좋아졌다.	7	6.1
건강상의 문제	건강상의 문제가 많이 있다.	45	39.1
	건강상의 문제가 약간 있다.	52	45.2
	전혀 없다.	18	15.7
동년배와 비교시	더 나쁘다.	38	33.0
	비슷하다.	44	38.3
	더 좋다.	33	28.7
전체(14점)	Mean(SD)	7.81(2.27)	

2.05로 나타났으며, 하위 영역별로는 영양이 2.43으로 가장 높았으며, 그 다음이 대인관계 2.33, 스트레스 관리 1.97, 영적성장 1.94, 건강책임 1.89, 신체활동이 1.39 순으로 나타났다(표 6).

대상자들의 운동변화의 5단계를 분석한 결과, 규칙적인 운동은 하지 않으며, 앞으로 6개월 안에 규칙적인 운동을 할 의사가 없는 경우가 69명(60.1%)으로 가장 많은 것으로 나타났다(표 7).

② 환경적 진단

㉠ 건강관련 시설의 접근성이 떨어짐

M면은 1개의 보건지소와 2개의 보건진료원이 있으며, Y, C, G마을은 M면 보건지소에서 건강관리를 책임지고 있다. M면 보건지소는 최신 의

표 5. 대상자의 객관적 건강상태 정도

(N=115)

특성	변수	구분	성별	최소값	최대값	Mean	SD
생리적	혈압(mmHg)	수축기		90.0	170.0	128.43	18.89
		이완기		50.0	100.0	77.91	11.88
	안정 시 맥박(회/min)			50.0	100.0	73.00	10.66
	체지방률(%)		남	10.5	37.1	21.30	5.38
			여	5.7	39.6	30.66	6.12
	혈당(mg%)			55.0	205.0	89.80	23.22
	총 콜레스테롤(mg%)			79.0	248.0	158.65	32.79
체력	허리 유연성(cm)		남	-20.5	14.0	-4.76	8.06
			여	-27.0	18.5	1.07	8.60
	악력(kg)	왼손	남	10.4	44.5	29.77	7.77
			여	0.0	25.1	15.87	4.47
		오른손	남	10.6	45.0	29.00	8.25
			여	5.0	27.7	16.80	4.95
	배근력(kg)		남	22.0	124.5	60.55	25.76
			여	0.0	44.0	20.83	10.89
	하지근력(초)			0.0	145.0	31.00	28.62

표 6. 대상자의 건강증진 행위 정도

(N=115)

특성	구분	최소값	최대값	Mean	SD	평균평점
건강증진 행위	전체	70	172	111.09	16.87	2.05
	건강책임	9	33	17.05	4.70	1.89
	신체활동	8	24	11.17	3.88	1.39
	영양	15	34	21.92	3.40	2.43
	영적성장	9	29	17.49	3.96	1.94
	대인관계	10	32	20.97	3.86	2.33
	스트레스 관리	9	25	15.78	3.17	1.97

료장비와 전문 의료인이 부족한 실정이이며, 전문 의료 인력으로는 공중보건의가 1명 배치되어 있다. 건강관리 및 건강교육으로는 공중보건의가 각 마을회관을 방문하여 혈압측정을 해주고, 혈압관리에 대한 교육을 간단하게 실시하는 정도이며, 각 마을회관 방문일자도 불규칙적이었다. 보건진료소가 있는 마을에는 보건진료원으로부터 건강교육을 받고 있으나 주로 질병위주의 교육이며, 노인들을 위한 특별한 교육 프로그램이 없는 실정이다.

㉡ 직업적 위험요인

대상자의 88명(77.0%)이 직업이 있는 것으로 나타났으며, 직업유형으로는 대부분이 농업에 종사하였다. 농촌 노인들은 과도한 농업노동과 장기간 무릎을 구부린 채로 쪼그리고 앉아서 일해야 하고, 노동력 부족 및 농업기계화 부진 등으로 감당하기 어려운 육체노동을 지속하고 있으며, 농약 등 인체에 유해한 물질을 해마다 다루고 있다.

(4) 교육적·조직적 진단

① 소인요인

일반적인 특성 중에서 교육적 진단에 영향을 미치는 연령, 교육정도, 건강교육 유무에 대해 살펴보면, 연령은 평균 70.91세이고, 교육정도는 무학이 63명(54.8%), 건강교육을 한 번도 받은 경험이 없는 경우가 99명(86.1%)으로 가장 많은 것으로 나타났다.

건강증진 행위에 많은 영향을 미치는 자기효능감은 5점 만점에 평균 3.40점으로 나타났다.

② 강화요인

지각된 가족의 건강관심도는 대체로 관심이 있다가 50명(43.5%)으로 가장 많았으며, 그 다음이 매우 관심이 많다가 39명(33.9%), 그저 그렇다가 19명(16.5%), 대체로 관심이 없다가 7명(6.1%), 관심이 전혀 없다는 없는 것으로 나타났다. 지각된 동료의 건강관심도는 그저 그렇다가 58명(50.4%)으로 가장 많았고, 대체로 관심이 있다가 29명(25.2%), 매우 관심이 많다가 12명(10.4%), 관심이 전혀 없다가 8명(7.0%), 대체로 관심이 없다가 8명(7.0%)으로 나타났다(표 8).

③ 가능요인

㉠ 이용가능성

기존의 건강증진프로그램은 비정규적일 뿐만 아니라 주로 질병 위주였으며, 거의 G읍에서 실

표 7. 대상자의 운동행위 변화단계

(N=115)

특성	구분	n	%
운동변화 단계	규칙적인 운동을 6개월 이상하고 있음(유지단계)	10	8.7
	규칙적으로 운동은 하고 있으나 6개월이 되지 않음(행동단계)	2	1.7
	규칙적인 운동은 하지 않으나 앞으로 30일 안에 규칙적으로 운동할 의사 있음(준비단계)	5	4.3
	규칙적인 운동은 하지 않으나 앞으로 6개월 안에 규칙적으로 운동할 의사 있음(계획단계)	29	25.2
	규칙적인 운동은 하지 않으며, 앞으로 6개월 안에 규칙적인 운동을 할 의사 없음(계획전단계)	69	60.1

시하였다. M면 노인들이 건강증진프로그램을 이용하기에는 교통편이 불편할 뿐만 아니라 경제적, 시간적인 여유도 없어서 많이 참석하지 못하는 실정이었다. 또한 건강증진프로그램에 대한 홍보도 미흡하여 많은 노인들은 건강증진프로그램 실시 일시 및 장소에 대한 정보가 부족하였다. 면지역 노인들에게 건강교육을 받지 못한 이유에 대해 질문한 결과, 건강교육을 실시하는 정확한 날짜와 시간을 잘 몰라서가 28명(28.3%), 바빠서 시간을 낼 수 없어서가 25명(25.2%), 교통이 불편해서가 23명(23.2%), 귀찮아서가 17명(17.2%), 기타가 6명(6.1%)으로 나타났다.

㉡ 접근성(교통편)

면지역에서 전문 의료기관과 보건소가 위치한 G읍까지의 거리는 자가 운전으로 20-30분 정도이고, 대중교통을 이용할 경우는 버스정류장까지 10-15분 정도 걸어와야 되며, 버스도 30-40분마다 있고, G읍까지 30분 정도를 가야 되기 때문에 의료시설의 접근성이 떨어진다. 따라서 교통편의 불편 및 경제적인 부담으로 인해서 노인들이 거의 참석하지 못하는 실정이다.

㉢ 건강증진프로그램 요구도

대상자들에게 건강증진프로그램의 요구도를 파악한 결과, 건강증진프로그램에 참여한 경험이 있는 경우가 16명(13.9%)이고, 건강증진프로그램이 필요하다는 경우가 111명(96.5%), 건강증진프로그램에 참여하겠다가 104명(90.4%), 1회 프로그램 운영시간은 1시간이 64명(55.7%), 적당한 요일은 토요일이 72명(62.6%), 적당한 시간은 오후 1시-오후 3시 사이가 50명(43.5%), 적당한 장소는 마을회관이 109명(94.8%)으로 나타났다. 배우고 싶은 건강증진프로그램 내용으로는 건강교육과 운동이 각각 32명(27.8%), 노래 24명(20.9%), 춤 19명(16.5%), 기타 8명(7.0%)의 순으로 나타났다(표 9).

(5) 행정적 · 정책적 진단

① 행정적 진단

㉠ 사업내용

G군 보건소의 2003-2006년 보건의료계획을 살펴보면, 핵심 사업으로 만성퇴행성 질환 중 고혈압 예방 및 관리 사업이 있다. 4년 동안 연차적으로 고혈압 관리 장비를 구입하고 인력을 배치하며, 관내 병원에 합병증 검사의뢰, 혈압조절 불

표 8. 대상자가 지각한 가족과 동료의 건강관심도

(N=115)

특성	구분	n	%
지각된 가족의 건강관심도	관심이 전혀 없다.	0	0.0
	대체로 관심이 없다.	7	6.1
	그저 그렇다	19	16.5
	대체로 관심이 있다.	50	43.5
	매우 관심이 많다.	39	33.9
지각된 동료의 건강관심도	관심이 전혀 없다.	8	7.0
	대체로 관심이 없다.	8	7.0
	그저 그렇다.	58	50.4
	대체로 관심이 있다.	29	25.2
	매우 관심이 많다.	12	10.4

량자 병의원 의뢰, 중증 환자 병원 입원치료 등의 사업을 하게 된다. 일반사업에는 금연, 절주, 운동, 영양개선 사업이 있는데, 대상자는 주로 성인과 청소년이 중심이 되며, 보건교육 및 대중매체를 통한 홍보를 주된 사업으로 한다. 정신보건사업에는 65세 이상 노인들을 대상으로 치매 사업이 있으며, 주된 내용은 예방교육, 조기검사, 상담 및 의뢰, 등록 및 관리이다. 만성 퇴행성 질환 사업에는 고혈압 관리, 당뇨병 관리, 암 관리, 관절염 관리가 있으며, 환자등록 및 관리, 보건 교육 및 홍보가 주된 사업내용이다(거창군, 2003).

G군 보건소의 향후 사업을 분석해 보면, 주로

표 9. 대상자의 건강증진프로그램 요구도

(N=115)

변수	구분	n	%
건강증진프로그램 참여경험	예	16	13.9
	아니오	99	86.1
건강증진프로그램의 필요성	필요하다	111	96.5
	필요하지 않다	4	3.5
건강증진프로그램 참가여부	참가 하겠다	104	90.4
	참가하지 않겠다	11	9.6
건강증진프로그램 소요시간	1시간	64	55.7
	2시간	43	37.4
	3시간	5	4.3
	4시간 이상	3	2.6
요일	월요일	12	10.4
	화요일	9	7.9
	수요일	4	3.5
	목요일	3	2.6
	금요일	15	13.0
	토요일	72	62.6
시간	AM 10-AM12	21	18.3
	AM 11-PM 1	35	30.4
	PM 1-PM 3	50	43.5
	PM 2-PM 4	9	7.8
장소	마을회관	109	94.8
	보건지소	4	3.5
	보건소	2	1.7
건강증진프로그램 내용	건강교육	32	27.8
	운동	32	27.8
	춤	19	16.5
	노래	24	20.9
	기타	8	7.0

질병치료 중심의 사업이며, 특히 노인들을 위한 건강증진 및 질병예방 사업은 부족한 실정이다. 또한 보건교육 및 대중매체를 통한 홍보들은 주로 G읍에 위치한 보건소를 중심으로 이루어지고 있기 때문에, 노인들이 많이 거주하는 면 지역에서는 그 혜택을 보기가 힘든 실정이다.

㉡ 인력

G군은 건강증진프로그램을 운영할 전문 인력이 부족하다. 보건소에는 4명의 간호사가 배치되어 있고, 17개의 보건진료소에는 각 1명씩, 보건지소에는 한 명도 없는 실정이다. 보건소에서 매주 목요일 마다 실시하는 노인 운동도 보건진료원들이 교대로 하고 있다.

㉢ 교육장소

G군 M면은 각 마을의 중심에 마을회관이 있으므로, 마을회관을 교육장소로 활용한다.

② 정책적 진단

G군의 노인인구 비율이 17.1%로 이미 고령사회에 진입하였다. 따라서 G군의 역점시책 방안 중 하나가 고령화 시대 대비 노인복지시책을 강화하는 것으로, 노후생활을 보장하기 위해서 노인복지기금을 조성하고, 노인여가활동을 지원하기 위해서 경로당 신축 및 개보수, 노인 행사비 지원, 노인학교 운영 등의 노인복지를 위한 사업을 전개할 계획에 있다.

PRECEDE 진단결과를 요약하면, 대상자들의 평균 연령이 70.91세이고, 무학이 63명(54.8%), 건강교육을 받은 경험이 없는 경우가 99명(86.1%)으로 나타났다. 건강문제 중에서는 근육, 골격계에 대한 건강문제가 가장 많았고, 농부증 양성률이 47.0%로 나타났다. 객관적인 건강상태에서는 허리 유연성, 악력, 배근력이 매우 낮았고, 여성의 체지방률은 높았으며, 건강증진 행위의 영역 중에서는 신체 활동이 가장 낮았고, 영양 영역이 가장 높은 것으로 나타났다. 대상자들은 교육장소로 마을회관을 많이 선호하였으며, 교육 프로그램으로는 건강교육과 운동을 가장 많이 원하는 것으로 나타났다.

2) PRECEDE 진단결과를 바탕으로 개발된 농촌형 노인 건강증진프로그램

농촌형 노인 건강증진프로그램의 6개영역에 PRECEDE 진단결과의 반영정도는 다음과 같다.

건강책임 영역에는 건강증진 행위의 하위 영역 중 건강책임에 대한 영역의 점수가 낮고 노인들이 고혈압, 관절염, 중풍, 신생물 등의 유병률이 높기 때문에 만성질환과 신생물에 대한 예방 및 관리, 호흡기계 감염을 예방하기 위해 위생관리에 대한 내용을 포함하였다. 영양 영역에는 우리나라 노인들의 주된 사망원인인 뇌혈관 질환 및 G군 노인들에게 가장 많은 질환인 고혈압과 무릎, 요통 등의 관절염을 예방하기 위해 저염식이의 중요성과 칼슘 섭취를 권장하고, 농부증의 원인 요소인 영양부족을 예방하기 위해 올바른 식습관 형성에 대한 교육 내용이 포함되었다. 영적성장 영역에는 건강증진 행위의 하위 영역 중 영적성장 영역의 점수를 높이기 위해 노인의 영적요구와 죽음준비 교육을, 대인관계 영역은 삶의 질의 하위 영역 중에서 이웃관계, 가족관계의 점수를 높이기 위하여 부부, 자녀, 손자녀, 친구와의 관계에 대한 교육을 포함시켰다. 스트레스 관리 영역에는 삶의 질의 하위 영역 중에서 정서 상태를 증가시키고 건강문제 중 피로와 농부증의 원인 요소인 과로, 스트레스를 감소시키기 위해서 노래교실, 발마사지, 스포츠 댄스, 긍

정적인 사고 등의 내용을 포함하였다. 신체활동 영역에는 삶의 질의 하위영역 중 신체 상태와 기능 영역과 건강증진 행위의 하위영역 중 신체활동 영역이 가장 낮고, 건강문제 중에서 근육·골격계의 문제가 가장 많았으며, 허리 유연성, 악력, 배근력이 매우 낮은 것으로 나타나 6종류의 운동 프로그램을 매주 1시간씩 실시하고, 주중에도 한 번 더 방문하여 전주에 배운 운동을 함께 실시하는 것으로 구성하였다.

교육방법은 대상자들의 건강증진프로그램 요구도를 바탕으로 본 프로그램의 진행 요일, 시간, 장소를 결정하고, 사회적인 지지모임을 강화하기 위해서 자조 그룹을 형성하고, 자기효능감을 강화하기 위해 주 2회 전화 상담을 통해 지지와 격려를 하도록 하였으며, 성취경험을 강화하기 위하여 건강에 대한 지식을 제공하고, 매일 건강생활 실천점검표를 실천하도록 하였다.

3) 농촌형 노인 건강증진프로그램 내용의 타당성

개발된 건강증진프로그램을 평가받아 내용과 교육방법에 대해 수정하고 보완하기 위해 노인 간호 분야 교수 2명, 군 보건소에 근무하는 간호사 1명, 보건진료원 1명, 보건소장 1명, 예방의학 교수 1명으로 총 6명의 전문가 평가단을 구성하였다.

전문가 평가는 내용 영역과 교육방법 영역으로 나누었으며, 내용 영역 중강의 영역은 타당도가 5점 만점에 4.52점이었고, 운동 영역은 4.50점이며, 교육방법 영역은 4.26점으로 나타났다.

강의 영역에서는 총론 부분인 건강증진 생활양식과 운동의 이점, 경로잔치에 관한 내용이 4.83점으로 가장 높았으며, 건강책임 영역의 금연과 절주가 4.00점으로 가장 낮게 나타났다. 운동 영역은 심폐기능 강화운동과 치매예방 운동이 4.83점으로 가장 높았으며, 고혈압, 관절염 예방 운동이 4.00점으로 가장 낮게 나타났다. 교육방법에서는 강의 시간이 3.33점으로 가장 낮았으며, 그 다음이 운동방법 중 비디오를 보면서 따라 하기가 3.50점, 파워포인트 이용은 3.83점 순으로 나타났다(표 10).

전문가들로부터 평가를 받은 후 수정 보완한 사항은, 교육방법 영역 중에서 강의시간은 1시간에서 40분-50분 정도로 하고, 10분 정도는 휴식을 취하고 운동을 1시간 정도 실시하며, 강의 시에는 다양한 교육기자재를 이용하여 교육의 효과를 증진시키도록 한다. 운동 영역에서는 매주 실시하는 전신 스트레칭 운동은 비디오를 이용하지 않고 연구자 및 연구보조원이 앞에서 시범을 보이고, 대상자가 따라 할 수 있도록 하고, 운동 시 비디오를 보고 따라하는 경우는 LCD 프로젝터를 이용해 큰 화면에 운동하는 모습이 나오도록 하였으며, 매 운동 시마다 연구자 및 연구보조원은 대상자가 정확한 운동을 실시할 수 있도록 동작을 교정해 준다. 또한 주중에 한 번 더 방문하여 그 전주에 배운 운동을 실시하도록 한다.

대상자로 하여금 매일 건강생활 실천점검표를 참고하여 실천할 수 있도록 하고, 잘하는 대상자에게 인센티브를 제공하도록 한다. 그리고 건강증진프로그램에 지속적인 참여와 건강증진 행위를 잘 실천할 수 있도록 주 2회 전화 상담을 실시한다. 수정 보완한 건강증진프로그램을 농촌 노인 3명에게 적절성을 조사한 결과, 적절하다고 인정되었다.

4) 최종 개발된 농촌형 노인 건강증진프로그램

건강증진프로그램은 4개월(16주)간 진행되며, 주 1회 2시간 수업으로 구성되었으며, 1시간은

표 10. 농촌형 노인 건강증진프로그램 내용의 타당성

(N=6)

영역	주수	평가요소	평가내용	Mean	SD
내용: 강의	1	입학식/사전조사	· 입학식, 참여 계약 체결, 사전조사	4.83	0.40
	2	총론	· 건강증진 생활양식과 운동의 장점	4.83	0.40
	3	건강책임	· 위생관리, 피부 자가검진, 구강 자가점검	4.50	0.54
	4	영양	· 올바른 식습관, 저염식이, 칼슘 섭취 등	4.66	0.51
	5	건강책임	· 만성질환관리	4.50	0.54
	6	건강책임	· 암예방과 조기발견	4.33	1.03
	7	스트레스 관리	· 좋은 느낌-좋은 생각(긍정적인 사고)	4.16	0.40
	8	경로잔치	· 노래자랑, 레크레이션	4.83	0.40
	9	대인관계	· 인간관계	4.33	0.51
	10	영적성장	· 노인들의 영적요구	4.66	0.81
	11	건강책임	· 금연과 절주	4.00	0.89
	12	영적성장	· 죽음준비 교육	4.50	0.83
	13	스트레스 관리	· 마사지	4.66	0.51
	14	스트레스 관리	· 스포츠 댄스	4.16	0.75
	15	스트레스 관리	· 노래교실	4.66	0.51
	16	졸업식/사후조사	· 졸업식, 자조모임 결성, 사후조사	4.66	0.51
	전 체			4.52	0.35
내용: 운동	2-15	건강증진	· 신체 전반적인 스트레칭 운동	4.66	0.81
	4, 10	심폐기능 강화	· 제자리에서 뛰기, 큰 원을 만들어 돌면서 운동하기 등	4.83	0.40
	5, 11	치매예방	· 손, 발 운동	4.83	0.40
	6, 12	고혈압, 관절염 예방	· 고혈압, 관절염 예방을 위한 운동	4.00	0.63
	7, 13	사미자 장수체조	· 머리에서 발끝까지 각 근육과 관절을 수축 이완시킴	4.50	0.54
	9, 15	유연성 증진	· 각 근육과 관절의 유연성 증진	4.16	0.75
	전 체			4.50	0.25
교육방법		1. 시간배정	· 강의 1시간, 운동 1시간	3.33	1.21
		2. 강의	· 파워포인트	3.83	0.75
			· 궤도	4.00	1.09
		3. 운동	· 비디오를 보면서 따라하기	3.50	0.83
			· 운동 동작 교정해주기	4.50	0.83
		4. 교육기자재	· 프로젝터, 실물, 모형 등 다능한 교육기자재 이용하기	4.50	0.54
		5. 토의	· 각자의 경험담과 의견 교류하기	4.50	0.83
		6. 매일 건강생활 실천점검표	· 30분 걷기 운동	4.83	0.40
			· 노인건강증진 운동	4.50	0.83
			· 싱겁게 먹기	4.33	0.81
			· 담배 피우지 않기	4.33	0.81
			· 술 마시기 않기	4.00	0.89
			· 좋은 생각, 좋은 말하기	4.16	0.40
			· 친구와 즐겁게 놀기	4.16	0.40
		7. 격려/상담	· 일주일에 1번 방문(운동교정)	4.83	0.40
			· 일주일에 2번 전화 상담	4.83	0.40
	전 체			4.26	0.30

건강교육과 상담, 토의를 진행하고, 1시간은 노인에게 적합한 운동을 실시한다.

건강교육의 세부적인 내용을 보면, 건강책임 영역(5회)에서는 건강증진 생활양식과 노인운동 이론 및 이점, 암 예방과 조기발견, 위생관리, 치아/의치관리, 만성질환관리, 금연과 절주를 다루었고, 영양관리 영역(1회)에서는 저염 식이와 올바른 식습관을 다루었다. 스트레스관리 영역(4회)에서는 스포츠 댄스, 발마사지, 노래교실, 긍정적인 사고의 내용이 포함되었고, 대인관계 영역(2회)에서는 인간관계와 의사소통, 경로잔치를 포함시켰으며, 영적성장 영역(2회)에서는 노인들의 영적요구, 죽음준비교육을 다루었다. 프로그램의 첫 주에는 입학식과 건강측정을 실시하고, 마지막 주에는 졸업식과 건강측정을 실시하여 총 16주 프로그램으로 구성되었다.

운동은 매주 1시간씩 집단 운동을 실시하였으며, 매주 실시하는 전신 스트레칭 운동은 연구자 및 연구조원이 앞에서 시범을 보이고 노인들이 따라할 수 있도록 하였다. 또한 노인의 근력, 심폐기능 및 유연성을 강화하기 위해 운동프로그램을 개발하였으며, 이를 비디오로 만들어서 매주 비디오를 보면서 운동을 실시하게 하였다.

프로그램 시작 시 건강증진프로그램 참여 계약서에 서명하도록 하였으며, 매일 건강생활 실천점검표에 스스로 체크해서 다음 주에 가져오도록 하고, 실천율이 높은 대상자를 선정해 긍정적인 인센티브를 제공하였다. 매주 출석점검을 하고, 건강증진프로그램이 끝나더라도 지속적으로 건강증진 생활양식을 실천하도록 하기 위하

표 11. 농촌형 노인 건강증진프로그램 만족도 평가

(N=89)

특성	범주	Mean(SD)
건강교육	제 2주 : 어르신 건강 관리	8.79(1.13)
	제 3주 : 피부 및 구강 관리, 위생 관리	8.84(1.19)
	제 4주 : 노인 영양 관리	8.47(0.92)
	제 5주 : 만성 질환 관리	8.81(0.89)
	제 6주 : 암예방과 조기 발견	8.63(1.52)
	제 7주 : 긍정적인 사고	8.52(1.13)
	제 8주 : 경로 잔치	8.81(1.16)
	제 9주 : 노인의 대인관계	8.65(1.32)
	제10주 : 노인의 영적요구	8.54(1.06)
	제11주 : 금연과 절주	9.00(1.20)
	제12주 : 노인의 죽음 준비	8.69(1.22)
	제13주 : 발마사지	9.02(1.11)
	제14주 : 스포츠 댄스	9.06(1.38)
	제15주 : 노래 교실	9.06(0.92)
	전체	8.79(0.71)
운동	노인 건강증진 운동	8.95(1.21)
	유연성 증진 운동	8.81(1.16)
	사미자 장수 체조	9.09(1.15)
	치매예방 운동	8.86(1.28)
	고혈압/관절염 운동	8.61(1.01)
	심폐기능 강화운동	8.27(1.35)
	전체	8.76(0.87)

여 자조모임을 만들어 규칙적인 모임을 가지도록 격려하였다. 연구조원은 건강증진프로그램에 지속적인 참여와 건강증진 행위를 잘 실천할 수 있도록 주 2회 전화 상담을 실시하였다.

2. 건강증진프로그램 만족도 평가

16주의 건강증진프로그램을 실시 후 만족도를 조사한 결과 스포츠 댄스, 노래교실, 금연과 절주에 대한 강의 만족도가 높은 것으로 나타났으며, 노인의 영양 관리, 스트레스 관리, 노인의 영적요구에 대한 강의 만족도가 낮은 것으로 나타났다. 운동은 사미자 장수체조에 대한 만족도가 가장 높았으며, 심폐기능을 강화하는 운동이 만족도가 가장 낮은 것으로 나타났다. 강의에 대한 전체 만족도는 8.79점이며, 운동은 8.76점으로 나타났다(표 11).

Ⅳ. 논 의

농촌형 노인 건강증진프로그램은 PRECEDE 모형의 5단계 진단결과를 바탕으로 개발하였으며, 내용면에서는 Walker 등(1995)이 구조화한 건강증진 생활양식의 6개 영역을 기본 틀로 해서 농촌형 노인 건강증진프로그램의 내용을 개발하였다.

각 영역의 시간배정은 건강책임 4회, 스트레스 관리 4회, 영적성장 2회, 영양 1회, 대인관계 1회로 설정하였고, 신체활동은 매 주마다 실시하였다. 대상자의 삶의 질 하부영역에서 이웃관계, 가족관계의 점수가 가장 높았고, 신체 상태와 기능의 점수가 가장 낮았으며, 건강증진 행위에서는 영양 영역이 실천율이 가장 높았고, 그 다음이 대인관계, 스트레스 관리, 영적성장, 건강책임, 신체활동 순으로 나타났다. 객관적인 건강상태에서도 허리 유연성, 악력, 배근력이 매우 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과를 바탕으로 농촌 노인들에게 건강증진 행위 실천율이 높은 영양과 대인관계는 1회씩, 실천율이 낮은 건강책임과 스트레스 관리는 4회씩, 실천율이 가장 낮은 신체활동은 매주 1시간씩 실시하도록 계획하였다.

농촌형 노인 건강증진프로그램 개발에 기초자료를 제공한 PRECEDE 진단결과를 살펴보면, 삶의 질의 하위 영역에서는 신체 상태와 기능이 가장 낮았고, 가족관계와 이웃관계가 가장 높은 것으로 나타났으며, 이는 문명자(2001)의 연구결과와 일치하였다. 농촌 노인들에게 이웃관계와 가족관계가 높은 것은 농촌의 특성상 가족단위의 공동 작업이 행해지는 경우가 많고, 지역적인 연고가 깊어 이웃 간에 친밀하게 지내기 때문이다. 신체 상태와 기능이 낮은 것은 교통수단의 이용제한, 의료기관의 접근성 미비, 양질의 의료기관의 도시 편중화, 과중한 업무량으로 인해 나타난다고 사료된다. 따라서 본 프로그램에서는 이웃관계, 가족관계가 지속적으로 유지 증진될 수 있도록 대인관계 영역에서 인간관계를 다루었으며, 신체 상태와 기능을 증진시킬 수 있는 건강교육과 운동 프로그램을 강화하였다.

통계청(2002)에 따르면 2001년 우리나라 65세 이상 노인들의 사망원인으로 순환기계 질환이 가장 많았고, 그 다음이 신생물, 호흡기계 질환 등인 것으로 나타났으며, G군의 주민들에게 가장 많은 질병이 고혈압인 것으로 나타났다. 그리고 2002년 한 해 동안 M면 보건지소를 방문한 이유로는 호흡기계 감염이 가장 많았으며, 그 다음이 고혈압, 요통과 무릎 통증의 순이었다. 따

라서 농촌형 노인 건강증진프로그램의 건강책임 영역에 순환기계 질환과 암 예방 및 조기발견, 호흡기계 질환 예방을 위한 개인위생, 고혈압 예방 및 관리방법에 대한 내용을, 영양 영역에 저염 식이와 올바른 식습관 내용을 포함시켰다.

대상자들의 건강문제는 근육 · 골격계와 피로에 대한 건강문제가 가장 많은 것으로 나타났으며, 이는 농촌 노인을 대상으로 하는 많은 선행연구(조소영과 김점자, 1996; 이경혜와 박미영, 2001)와 일치하였다. 이처럼 농촌 노인들이 근골격계 질환이 많은 이유는 대부분의 농촌 노인들이 과도한 농업노동을 감당해 왔고 현재에도 노동력 부족 및 농업기계화 부진 등으로 감당하기 어려운 육체노동을 지속하고 있기 때문인 것으로 사료된다. 따라서 농촌형 노인 건강증진프로그램에는 건강책임 영역에 관절염 예방 및 관리방안, 운동 프로그램에 관절염 예방 운동, 허리 강화운동, 유연성 증진 운동 등을 포함하였다.

본 연구의 대상자 중에서 농부증 양성률이 47.0%로 높게 나타났다. 농촌 지역에 거주하는 성인들을 대상으로 하는 김은주(2002)의 연구에서는 농부증 양성률이 42.6%, 농촌 지역 비닐하우스 재배자를 대상으로 하는 이인배 등(1999)의 연구에서는 37.3%로 나타나, 본 연구의 농부증 양성률이 선행연구에 비해 높음을 알 수 있다. 따라서 농촌형 노인 건강증진프로그램에는 농부증을 예방하고 농부증의 증상을 감소시킬 수 있는 방법, 즉 요통예방 운동과 허리 강화운동, 어깨 결림을 예방하고 완화하는 운동을 실시하였고, 농부증의 원인 요인으로 추정되는 과로, 긴장 등 스트레스를 완화하는 방법에 대해 교육하였으며, 감염 예방과 올바른 식습관을 형성할 수 있는 프로그램을 포함하였다.

대상자의 지각된 건강상태 중에서 현 건강상태는 건강하지 못한 편이다가 34.0%, 1년 전과 비교 시 더 나빠졌다가 62.6%, 건강상의 문제는 조금 있다가 45.2%, 동년배와 비교 시는 거의 비슷하다가 38.3%로 가장 많은 것으로 나타났다. 노인들을 대상으로 한 박정숙(2003)의 연구에서는 현재 지각된 건강상태가 좋지 않다가 31.9%, 1년 전과 비교해서 건강상태가 더 나빠졌다가 48.8%, 하고 싶은 것이 있으나 건강상 문제가 약간 있다가 47.5%, 동년배와 비교 시 건강상태가 거의 비슷하다가 42.5%로 나타나, 본 연구 대상자들의 지각된 건강상태가 더 좋지 않은 것으로 나타났다. 따라서 농촌 노인들의 지각된 건강상태를 높일 수 있는 포괄적인 건강증진프로그램이 시급한 실정임을 알 수 있다.

대상자들의 객관적인 건강상태 중에서 혈압, 맥박, 혈당과 콜레스테롤은 대부분의 대상자들이 정상범위인 것으로 나타났다. 본 연구 대상자의 체지방률을 문화관광부(1999)에서 발표한 국민체력 기준치 중에서 노인의 기준치와 비교한 결과 여성 노인의 체지방률은 높은 것으로 나타났으며, 허리 유연성은 남녀 모두 매우 약한 것으로 나타났다. 신유선(1997)과 Pullen 등(2001)의 연구에서는 농촌 노인들이 운동량이 많다고 생각하기 쉬우나 제한된 범위 내에서 특정 근육만 사용하여 유연성이 부족하다고 하였다. 고영완 등(2002)이 제시한 국민 체력기준치 중에서 노인의 기준치와 비교한 결과, 악력과 배근력은 남녀 모두 매우 약한 단계에 해당되었다. 악력, 배근력, 하지근력의 약화는 기동성과 균형감이 직결되어 일상 활동 장애를 유발한다. 그러나 지속적으로 꾸준하게 운동을 하면 체중부하 자극이 가해지고 근수축이 이루어져 근 위축을 예방될 수 있다. 따라서 본 연구 대상자들을 위한 운동 프로그램에는 대상자들의 균형 잡힌 상지운동과 하지운

동을 위해 전신 근육, 관절의 스트레칭, 유연성 강화운동, 30분간 걷기 등의 운동을 지속적으로 실시하는 것을 포함하였다.

대상자들은 건강증진 행위의 하위 영역 중에서 영양 관리를 가장 잘 실천하고 있었으며, 실천율이 가장 낮은 영역은 신체활동 영역과 건강책임 영역이었다. 대부분의 선행연구(박정숙, 2003; 박정숙과 오윤정, 2004; Pullen 등, 2001; Armer와 Elise-Radina, 2002)에서도 영양 관리의 수행정도가 가장 높았고, 신체활동과 건강책임의 수행정도가 가장 낮은 것으로 나타나 본 연구결과와 일치하였다. 따라서 농촌형 노인 건강증진프로그램에는 규칙적인 운동의 중요성을 강조하고 운동시작을 동기화시키고 자신에게 맞는 운동을 꾸준히 해 나가도록 하기 위해서 신체활동 영역을 강화하였는데, 즉 매주 1시간씩 운동을 실시하고 주중에 한 번 더 방문하여 전주에 배운 운동을 함께 실시하도록 하였다. 또한 자신의 건강에 대한 책임을 질 수 있도록 건강증진 행위의 6개영역에 대한 건강지식을 제공하였다.

또한 본 연구 대상자들의 운동변화 단계는 계획 전 단계가 60.1%로 가장 많은 것으로 나타났으며, 운동을 실시하는 행동단계와 유지단계가 10.4%에 불과하였다. 노인을 대상으로 실시한 장성옥 등(2002)의 연구에서는 계획 전 단계가 51.2%, 행동단계와 유지단계가 19.4%로 나타나, 본 연구 대상자의 경우 행동단계와 유지단계에 있는 대상자가 상당히 적음을 알 수 있었다. 따라서 농촌 노인들에게 운동행위 실천율을 높이고, 유지 증진하도록 하기 위해서 운동의 유익성에 대한 자료 및 정보를 제공하고 운동을 지속할 수 있도록 계속 격려하고 인센티브를 제공하는 전략을 포함하였다.

본 연구의 자기효능감은 3.40점으로, 노인을 대상으로 실시한 박은숙 등(1998)의 3.45점보다 약간 낮은 점수를 보여주었다. 자기효능감은 주어진 행위를 부분적 혹은 독립적으로 수행하는데 중요한 결정요소로서 많은 선행연구에서(김희자 등, 2000; Nied와 Frankline, 2002) 건강증진 행위의 강력한 영향요인으로 나타났다. 따라서 건강교육 제공과 주 2회 전화 상담을 통한 지지와 격려로 자기효능감을 높여주도록 계획하였다.

본 연구 대상자들의 교육수준은 무학이 63명(54.8%)이므로 건강증진프로그램 개발 시 유인물의 글자크기는 크고 간단하였으며, 대부분 글자보다는 그림으로 설명하였다. 대상자들이 한 달 용돈이 없는 경우와 10만원 미만인 경우가 69명(60.0%)이므로, 소득이 없는 노인을 대상으로 실시하는 건강증진프로그램이니만큼 특별한 시설이나 기구가 필요하지 않으면서도 흥미를 유발시킬 수 있는 프로그램으로 구성하였다.

본 연구 대상자들의 지각된 가족의 건강관심도는 대체로 관심이 있는 경우가 42명(36.5%)으로 가장 많았으며, 지각된 동료의 건강관심도는 그저 그렇다가 58명(50.4%)으로 가장 많은 것으로 나타났다. 농촌 노인들을 대상으로 하는 황연희(1996)의 연구에서는 가족, 친척, 이웃의 지지와 노인의 건강, 생활만족도 간에는 유의한 정적인 상관관계를 가지고 있는 것으로 나타났다. 농촌 노인을 대상으로 하는 이가영과 박태진(2000)의 연구에서는 사회적 지지가 높은 노인들에 비하여 사회적 지지가 낮은 노인들의 건강상태가 불량할 위험이 약 14배 높은 것으로 나타났다. 따라서 사회적 지지는 질병 발생 이전 단계에서 적극적으로 건강을 지키는 건강증진 행동에 있어 중요한 행동 결정 요인이 되므로, 본 연구에서는 개인을 대상으로 교육하기보다는 집단을

대상으로 교육하여 동료 간의 상호작용 및 격려와 지지를 교환할 수 있도록 자조 그룹을 형성하여 사회적 지지 체계를 강화하도록 하였다.

이상과 같이 본 연구에서는 농촌 노인들의 건강문제, 건강증진 행위, 건강증진프로그램 요구도 및 지역사회의 현 실정 등의 다양한 요인들의 진단결과를 바탕으로 농촌 노인에게 적합한 농촌형 노인 건강증진프로그램을 개발하였다.

진단결과 중에서 건강증진프로그램에 반영하지 못한 내용으로는 삶의 질의 하위영역 중에서 자아존중감을 향상시킬 수 있는 방안과 환경적 진단에서 직업적인 위험요인으로 나타난 유해물질(농약) 사용법에 대한 교육이 부족하였다. 전문가 집단의 평가에서 호흡기계 강화를 위해 심폐기능 강화운동을 많이 실시할 것을 권하였으나, 본 프로그램의 실시장소가 마을회관이므로 심폐기능 강화운동을 실시하기에는 공간이 부족하였고, 농촌 노인들의 건강문제를 살펴본 결과 근육·골격계의 문제가 가장 많은 것으로 나타나, 심폐기능 강화운동보다는 전신 스트레칭, 유연성 강화운동에 초점을 맞추었다. 본 프로그램에서는 자조그룹을 마지막 16주에 형성하여 건강증진프로그램을 지속적으로 유지할 수 있도록 하였으나, 동료들의 상호작용과 지지, 격려를 강화하기 위해서 프로그램을 시작하면서 형성하는 것이 더욱 효과적일 것이다. 향후 농촌형 노인 건강증진프로그램을 수정 보완할 때 금번에 반영하지 못한 진단결과의 내용과 농촌이라는 문화적 혹은 생활 환경적인 요소를 충분히 고려한다면 한 단계 업그레이드된 프로그램을 만들 수 있을 것이다.

본 연구의 건강증진프로그램 만족도를 살펴보면, 스포츠 댄스, 노래교실, 금연과 절주에 대한 강의 만족도가 높았으며, 노인의 영양 관리, 스트레스 관리, 노인의 영적요구에 대한 강의 만족도는 상대적으로 보아 낮은 것으로 나타났다. 지식 주입식 보다는 참여식 강의에 대한 만족도가 더 높게 나타났으므로 향후 노인들을 대상으로 건강교육을 실시할 때에는 참여식 강의를 실시하는 것이 더 효과적일 것이다.

운동은 사미자 장수체조에 대한 만족도가 높았으며, 심폐기능을 강화하는 운동에 대한 만족도가 상대적으로 낮게 나타났다. 사미자 장수체조는 동작이 쉽고 간단하였으며, 같은 연배의 모델이 운동하는 모습을 보고 공감대가 형성되어 만족도가 높은 것으로 사료되고, 심폐기능 강화운동은 앉았다 일어서기, 원을 그리면서 돌기, 제자리에서 높이뛰기 등의 운동으로 구성되어 있어서 근육, 골격계에 문제가 있는 노인들이 하기에는 무리가 있으며, 큰 원 그리면서 돌기 등의 운동은 마을회관에서 실시하기에는 장소가 협소하였다. 따라서 노인들이 운동을 장기간 지속하기 위해서는 간단하면서도 재미있는 운동이어야 하고, 개인의 건강요구와 목표에 적합해야 한다고 사료된다.

Ⅴ. 결론

본 연구의 목적은 PRECEDE 진단과정과 Walker 등(1995)의 건강증진행위 분류에 근거하여 농촌형 노인 건강증진프로그램을 개발하는 것이다.

건강증진프로그램 개발 시 연구대상은 G군의 65세 이상 노인 115명을 대상으로 이루어졌으며, 자료 수집기간은 2003년 3월 10일부터 4월 9일까지 이루어졌다. 건강증진프로그램에 대한 대상자의 만족도 조사는 총 44명으로 이루어졌으

며, 16주 프로그램의 마지막 주인 2003년 8월 2일에 실시하였다. 자료 분석 방법은 SPSS 10.0 프로그램을 이용하였으며, 일반적인 특성 및 건강관련 특성은 실수와 백분율을 구하고, 각 단계의 진단과 프로그램의 만족도는 빈도와 백분율 혹은 평균과 표준편차로 분석하였다. 도구의 신뢰도 검사는 Cronbach α로 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다.

본 농촌형 노인 건강증진 프로그램은 PRECEDE 모형과 Walker 등(1995)의 Health Promotion Lifestyle을 개념틀로 활용하여 개발하였다. PRECEDE 모형의 5단계 진단결과를 바탕으로 개발된 건강증진프로그램은 6명의 전문가들로부터 평가를 받아 강의, 운동, 교육방법에 대해 수정하고 보완한 후 3명의 농촌 노인에게 적절성을 조사한 결과, 적절성이 인정되었다.

최종 개발된 건강증진프로그램은 4개월(16주)간 진행되며, 주 1회 2시간 수업으로 구성되었으며, 1시간은 건강교육과 토의로 진행되고, 1시간은 노인에게 적합한 운동을 실시한다. 교육 장소는 마루바닥으로 된 마을회관을 이용하였다.

건강교육의 세부적인 내용을 보면, 건강책임 영역(5회)에서는 건강증진 생활양식과 노인운동 이론 및 이점, 암 예방과 조기발견, 위생관리, 치아/의치관리, 만성질환관리, 금연과 절주를 다루었고, 영양관리 영역(1회)에서는 저염 식이와 올바른 식습관을 다루었다. 스트레스관리 영역(4회)에서는 스포츠 댄스, 발마사지, 노래교실, 긍정적인 사고의 내용이 포함되었고, 대인관계 영역(2회)에서는 인간관계와 의사소통, 경로잔치를 포함시켰으며, 영적성장 영역(2회)에서는 노인들의 영적요구, 죽음준비교육을 다루었다. 프로그램의 첫 주에는 입학식과 건강측정을 실시하고, 마지막 주에는 졸업식과 건강측정을 실시하여 총 16주 프로그램으로 구성되었다. 운동은 매주 1시간씩 집단 운동을 실시하였으며, 매주 실시하는 전신 스트레칭 운동은 연구자 및 연구조원이 앞에서 시범을 보이고 노인들이 따라할 수 있도록 하였다. 또한 노인의 근력, 심폐기능 및 유연성을 강화하기 위해 운동프로그램을 개발하였으며, 이를 비디오로 만들어서 매주 비디오를 보면서 운동을 실시하게 하였다.

건강증진프로그램 실시 후 만족도를 조사한 결과 강의에 대한 전체 만족도는 8.79점이며, 운동은 8.76점으로 나타났다.

이상의 결과로 농촌형 노인 건강증진프로그램의 효과를 검증할 수 있는 연구가 필요하며, 농촌 노인들의 건강증진을 위해 유용하게 활용될 수 있도록 전 농촌 지역에 확대, 보급할 수 있는 전략이 강구되어야 할 것이다.<접수일자: 2005.5.9, 게재확정일자: 2005.8.24>

참고문헌

거창군. 제 3기 지역보건 의료계획. 거창군: 경남: 거창군, 2003.

고영완 외 5명. 체력평가와 운동처방. 홍창, 2002.

구미옥 외 5명. 지역사회에 기반을 둔 노인 건강증진 프로그램에 대한 평가 연구. *대한간호학회지* 2002;32(3):384-394.

김선엽. 건강증진 프로그램이 노인의 건강증진에 미치는 영향[박사학위논문]. 대구: 계명대학교 대학원, 1997.

김은영, 전경자. 보건소의 노인정 운동 프로그램 실시에 따른 노인의 인지지각요인, 건강증진 및 생활만족도 비교. *지역사회간호학회지* 2000;11(1):80-89.

김은주. 농부증 영향요인. *지역사회간호학회지* 2002;13(4):817-825.

김희자, 김주현, 박연환. 일지역 농촌 노인들의 건

강증진 행위에 미치는 요인. *성인간호학회지* 2000;12(4):573-583.

노유자. 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구[박사학위논문]. 서울: 연세대학교 대학원, 1988.

문명자. 재가 노인의 일상생활 기능과 삶의 질에 관한 연구. *재활간호학회지* 2001;4(1):46-57.

문화관광부. 나의 체력 수준은?. 서울: 문화관광부, 1999.

맹광호. 한국 농촌주민의 농부증에 관한 연구: 일반질환 유병상태와의 관계. *인간과학* 1980;4(10):45-51.

박은숙 외 5명. 노인의 건강증진 행위 및 삶이 질병에 영향을 미치는 요인. *대한간호학회지* 1998; 28(3):638-649.

박정숙. 도시와 농촌지역 노인의 건강증진 행위와 지각된 건강상태 비교. *한국농촌의학회* 2003; 27(2):137-148.

박정숙, 오윤정. 농촌노인의 건강증진 생활양식과 건강증진프로그램 요구도에 관한 연구. *지역사회간호학회지* 2004;15(1):5-17.

신유선. 일부 도시, 농촌 노인의 건강상태 비교연구: 부산, 경남 지역을 중심으로. *지역사회간호학지* 1997;8(2):237-249.

우선혜, 김효정, 박영숙. 유산소 리듬 운동 프로그램이 노인의 혈압, 심박수 및 생활만족도에 미치는 효과. *대한보건협회학회지* 2001;27(3): 225-232.

윤순녕 외 5명. 건강증진. 수문사, 2000.

이가영, 박태진. 노인에서의 건강행위와 신체적 건강상태의 관련성. *가정의학회지* 1998;19(7): 672-683.

이경혜, 박미영. 경남 일부지역 농촌노인의 영양섭취조사: 건강과 노화상태 및 생활만족도를 중심으로. *대한지역사회영양학회지* 2001;6(5):773-788.

이인배 외 5명. 일부 농촌지역 비닐하우스 재배자들의 농부증 실태와 관련요인. *한국농촌의학회* 1999;24(1):13-33.

장성옥, 박영주, 이숙자, 박은숙. 노인의 지각된 건강 영향요인, 건강관행 수행과 지각된 건강상태에 관한 연구. *간호학논집* 1999;1(1): 71-81.

장성옥, 이평순, 박은영. 노인의 운동실천단계와 관련변인과의 관계 연구. *대한간호학회지* 2002; 32(5):609-623.

정영미. 건강증진 프로그램이 노인의 건강에 미치는 효과[박사학위논문]. 서울: 한양대학교 대학원, 2001.

조소영, 김점자. 한국농촌 노인의 건강증진 관리 요구에 관한 연구. *한국보건간호학회지* 1996;10(2):146-161.

주경식, 김한중, 이선희, 민혜경. 도시농촌 간 의료이용 수준의 비교분석. *예방의학회지* 1996; 29(2):311-330.

최인석. 농촌 노인문제 이제 관심을 갖자: 열악한 의료 환경. 농민신문 1999년 11월 1일자

통계청. 2000년 인구주택 총 조사. 서울: 통계청, 2001.

통계청. 2001년 사망원인 통계연보. 서울: 통계청, 2002.

한국보건사회연구원. 2001 국민건강·영양조사. http://www.kihasa.re.kr/html/sub04_01.jsp. 2002.

황연희. 농촌지역 노인이 지각하는 생활 및 건강실태에 관한 조사연구[석사학위논문]. 경남: 인제대학교 대학원, 1996.

Armer JM, Elise-Radina M. Definition of health and health promotion behaviors among midwestern old order amish families. *The J of Multicultural Nursing & Health* 2002; 8(3):43-52.

Brody EM. Long-term care of older people: a practice guide. New York, Human Science Press, 1997.

Lawston MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriented multi-level assessment instrument. *J of Geronotology* 1982;37(1):91-99.

Nied R, Franklin B. Promoting and prescribing exercise for the elderly. *American Family Physician* 2002;65(3):419-426.

Nobuo, T et al. Water based exercise improves health related aspects of fitness in older

women. *Medicine & Science in sports & Exercise* 2002;34(3):544-551.

Pullen C, Walker SN, Fiandt K. Determinants of health promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family & Community Health* 2001;24(2):49-72.

Sherer M, Maddix JE. The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Report* 1982;51:663-671.

Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. HPLP II. Nebraska, University of Nebraska Medical Center, 1995.

Weider A, Bordman K, Mittelmann B, Wescher D, Wolff HG. Cornell service index. *War Medicine,* 1945;7:209.

<ABSTRACT>

Development of the Tailored Health Promotion Program for Rural Elderly: Based on the PRECEDE Model

Yun Jung Oh* · Jeong Sook Park**

* *Dept. of Nursing, Geochang Provincial College*
** *College of Nursing, Keimyung University*

Purpose: The purpose of this study was to develop the health promotion program for rural elderly through PRECEDE process.

Method: The health promotion program was developed based on the preliminary diagnosis. The data collection was performed from March 10th to April 9th, 2003. The subjects were selected at Mari Myun, Geochang Gun, in Korea. The preliminary diagnosis was examined with the 115 elders. Data was analyzed by descriptive statistics and Cronbach's α test with SPSS/Win 10.0 program.

Results: The health promotion program was developed based on diagnostic result using PRECEDE model. The developed program was corrected and revised with the advices from 6 experts. The final program included health responsibility(cancer prevention and early detection, hygienic, false teeth management, no smoking and moderation in drink, and chronic disease prevention and management), physical activity(6 kinds of exercise), nutrition(low sodium diet, calcium intake, and right eating habit), spiritual growth(spiritual demand and death preparation teaching), interpersonal relations(relationship with couple, children, grandchildren, neighborhood), and stress management(sports dance, foot massage, positive thought, and song class).

Conclusion: I propose that it is necessary to identity the effect of health promotion program for rural elderly. And strategy development that can spread the health promotion program elderly is needed.

Key words : PRECEDE Model, Health Promotion Program, Rural Elderly