

보건소 건강관리회원의 진단적 연구* -PRECEDE 모형을 중심으로-

윤 순 념** · 박 정 호** · 박 성 애**
박 현 애** · 김 춘 미***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리 나라 국민의 건강수준을 사망양상을 통해 살펴보면 5대 사인별 순위는 뇌혈관질환, 운수사고, 심장질환, 간질환, 위암의 순서이며, 1970년대 이후 만성퇴행성질환으로 인한 사망이 전체 사망에서 차지하는 비율이 계속 증가하여 1996년에는 68.2%를 차지하고 있다(Korea National Statistical Office, 1997).

만성퇴행성 질환은 환경 및 생활양식의 변화와 관련된 다원적인 요인 즉, 현대산업사회의 발전의 산물인 환경오염과 담배, 술, 자동차, 운동부족, 영양불균형, 스트레스 등이 그 원인으로 지적되고 있다. 이에 오늘날의 건강문제 해결을 위해서는 환경 및 생활양식의 개선 등 일차적 예방에 초점을 둔 보건교육적, 예방의학적 및 환경보건학적인 새로운 시각에서의 종합적 접근책이 필요로 되면서 1970년대 중반부터 건강증진과 보건교육의 중요성에 대한 인식이 부각되었다(Byun, 2000).

건강증진의 목적은 사람들이 최적의 건강상태를 지향하기 위하여 건강행위 특히 생활양식의 바람직한 변화를 유도하는 것으로(O'Donell, 1989), 이 개념은 1974년 캐나다의 Lalonde 보고서와 1979년 미국의 "Healthy people"에서 공식적으로 표현되었다. 이후 일부 국가에

서는 1970년 후반부터 서서히 나름대로의 건강증진에 대한 시범사업들을 시작하였으며, 캐나다, 미국, 호주, 일본 등 여러 나라에서 질병의 예방과 건강증진을 강조하는 각종 프로그램을 시도하면서 1980년 후반에 이르러서는 범세계적인 활동으로 번지게 되었다(Nam, 2000).

이러한 세계적인 추세와 우리 나라 국민들의 건강수준의 향상을 위해 정부는 건강증진법(1995)을 제정하게 되었고, 국민건강증진 기금을 조성하여 1998년부터 시, 도별로 8개 건강증진 거점 보건소에서 3개년간 국민건강증진 사업을 개발하여 수행하였다.

이 사업의 일환으로 서울시의 강북구 보건소는 건강증진사업 시범 보건소로 선정되어 지역주민의 건강요구를 분석한 후 높은 유병율을 보인 고혈압, 당뇨, 관절염 등의 만성퇴행성 질환을 관리하기 위한 지역보건의료계획을 수립하여 건강증진사업을 실시하였다. 건강증진사업에는 금연, 절주, 영양, 운동 프로그램, 건강정보 보급사업이 포함되었다. 그리고 시범적으로 35-65세 미만의 성인을 우선 대상으로 건강관리회원등록제를 통한 개별 및 집단건강관리를 실시하여 지역사회 전체로의 확산을 위한 환경구축을 마련하였다(Seoul National University College of Nursing, 2001).

건강증진사업의 목표를 효과적으로 달성하기 위해서는 표적집단인 대상자의 건강요구와 이들의 건강 및 삶에 영향을 미치는 요인을 포괄적이고 체계적으로 사정하는

* 본 연구는 2000년도 서울대학교 간호대학 간호과학연구소의 연구비지원에 의해 수행되었음

** 서울대학교 간호대학

*** 여주대학 간호과

것이 필수적이다. 즉, 건강증진프로그램을 기획하는 건강 전문가들은 개인뿐만 아니라 사회적 차원에서 변화되어야 할 행위를 결정함으로써 프로그램기획을 위한 근거를 마련하는데 중요한 요인들을 정확하게 겨냥해야만 한다(Mark & Patricia, 1992).

외국에서 실시되고 있는 건강증진사업들을 살펴보면 지역사회중심의 자체적인 기획과 평가를 통하여 이루어지며 지역사회 나름대로의 다양한 프로그램이 운영되고 있다. 특히 유럽이나 미국의 경우 지역사회별 사업을 기획하기전 사전조사가 기본적으로 실시되고 있다. 건강증진사업을 본격적으로 시행하기전 제대로 된 기획은 지역중심의 실효성있고, 효율적인 프로그램을 개발, 운영할 수 있는 기반이 되는데, 이는 지역사회 주민의 요구분석과 현 실정에 대한 사전조사로부터 도출될 수 있다(Lee, 1995).

지역사회를 중심으로 하는 건강증진사업계획에 유용한 PRECEDE-PROCEED모형(Green & Kreuter, 1999)은 교육적, 생태학적 접근으로 건강행위와 환경을 개선함으로써 건강증진과 삶의 질을 변화시키는 포괄적인 개념틀이다. 이 모형의 특징은 건강행위에 영향을 미치는 다양한 요인들을 복합적으로 조직화하여 건강과 관련된 행위를 가장 효율적으로 개선할 수 있는 교육적 전략을 제시해준다(Yun 등, 2000).

이에 본 연구에서는 진단단계에 해당하는 PRECEDE 모형을 이용하여 강북구 보건소에서 건강증진사업의 일환으로 추진하고 있는 건강관리등록회원들의 삶의 질과 건강행위와 관련된 요인들을 진단하고자 한다. 본 연구는 건강증진사업의 효과를 극대화할 수 있도록 하기 위한 표적집단의 건강요구 및 특성분석에 유용한 근거자료로 활용될 수 있을 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) PRECEDE모형의 진단단계에 따른 대상자의 특성을 파악한다.
- 2) 건강관리등록회원의 건강과 건강행위에 영향을 미치는 변수들을 분석한다.
- 3) 건강관리등록회원의 삶의 질에 영향을 미치는 변수들을 분석한다.

3. 용어정의

건강관리등록회원 : 서울시 강북구에 거주하는 35-65세 주민 중 1999년 11월부터 2000년 2월까지 자발적으로 건강증진 프로그램에 등록하여 사회인구학적 특성, 신체적 건강상태(체중, 비만도, 혈압, 혈당, SGOT/SGPT, 콜레스테롤), 주관적 건강상태를 측정된 후 전산 프로그램에 의해 건강군, 위험군, 질병군으로 분류된 집단을 말한다. 이들은 매월 건강소식지를 받고, 6개월 또는 1년에 1회 정기적으로 검진을 받으면서 건강교실 등의 보건교육에 지속적으로 참여하는 건강관리 대상자들이다. 이 집단은 건강증진에 대한 주민의 관심을 유도하고 지역사회의 건강지킴이로 활용하여 건강증진사업의 효과를 높이고자 고안된 집중관리대상이다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 건강관리회원 1000명 중 81명을 비확률적 임의표집방법으로 선정하였으므로 연구결과를 일반화하는데 제한이 있다.

II. 이론적 기틀

PRECEDE-PROCEED 모형은 개인이 아닌 인구집단에 적용가능한 모형으로, Green과 Kreuter는 보건교육 기획을 위한 PRECEDE모형을 1980년에 발표하였고, 1991년에 PRECEDE 모형의 평가단계를 확장하여 PRECEDE-PROCEED모형을 제시하였다(Yun 등, 2000).

이 모형은 교육적, 생태학적 접근을 통한 건강증진사업의 기획을 위한 모형으로서 건강증진사업의 계획부터 실시 및 평가까지를 포괄하고 있다. 이 모형의 특징은 여러 측면의 사정과정을 통해 건강과 건강행위에 영향을 미치는 다양한 요인들을 복합적으로 분류하여 조직화할 수 있는 접근체계를 제시해준다. 특히 건강 및 건강행위에 사회적·생태학적 측면들이 중요한 요인임을 강조하고 있어 건강행위변화에 대한 책임을 대상자 중심으로 본 다른 건강행위 이론들과는 구별된다(Green과 Kreuter, 1999).

PRECEDE 개념틀은 인과적 모형이며, 투입보다는 결과를 먼저 고려한다. Green 등은 중재를 고안하기 전에 결과에 영향을 미치는 중요한 요인들을 먼저 사정해야 하며 그렇지 않으면 중재는 추측에 의하여 고안되어 잘못된 혹은 비효과적인 결과를 야기할 가능성이 높아진다고 하였다.

PRECEDE-PROCEED 모델을 단계별로 살펴보면, 1단계는 사회적 진단단계로 사람들 자신의 요구나 삶의 질 그리고 공동의 선을 위한 열망에 대한 인식정도를 결정하는 과정이다. 2단계는 1단계에서 규명한 삶의 질에 영향을 미치는 특정한 건강목표나 문제를 규명하는 단계이다. 이 단계에서 확인된 건강문제들은 순위를 매겨 부족한 자원을 사용할 가치가 가장 큰 건강목표나 문제를 규명한다. 3단계는 이전 단계에서 확인된 삶의 질 또는 건강결정요인에 가장 영향을 미치는 건강행위들과 사회적·물리적 환경요인을 규명하는 단계이다. 4단계는 규명된 건강행위에 영향을 주는 소인요인, 강화요인, 가능요인들을 진단하는 교육적·조직적 단계이다. 소인요인은 변화하고자 하는 동기유발을 촉진하거나 방해하는 개인이나 집단의 지식, 태도, 신념, 가치, 생각이다. 강화요인은 학습자가 행위를 실행한 후 행위를 계속하도록 하거나 하지 못하도록 하는 다른 사람으로부터 받는 격려나 피드백이다. 가능요인은 환경변화뿐 아니라 바라는 행위변화에 도움이 되거나 방해가 되는 기술, 자원 장애들이다. 5단계는 프로그램의 개발과 실행을 위한 조직과 행정의 능력과 자원을 사정하는 단계이다. 6단계는 실행하고, 7-9단계는 실행 후에 과정, 영향 그리고 결과를 평가하는 단계이다.

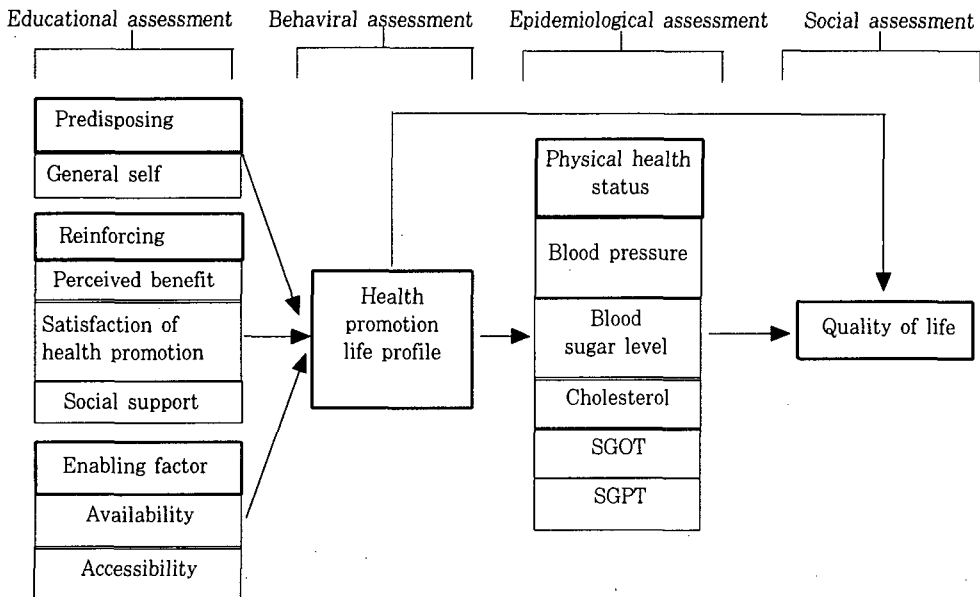
본 연구에서는 이 모형의 9단계 중 진단과정에 속하는 1-4단계 즉, 대상자들의 사회적 진단, 역학적 진단, 행위적 진단, 그리고 교육적 진단단계를 다루고 있으며, 연구의 이론적 기틀은 <Figure 1>과 같다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구대상 및 자료수집

연구 대상자는 서울시 강북구에 거주하는 35세 이상-65세 미만인 주민 중 건강관리회원으로 보건소에 자발적으로 등록하여 건강증진프로그램에 참여하기로 한 대상자를 비확률 임의표출방법으로 선정하였다.

자료수집은 1999년 11월 1일부터 2000년 8월 30일까지 보건소에 내소한 회원에게 조사원이 연구목적을 설명하고 동의를 구하여 직접 설문지를 배부하고 자가 기록하게 한 후 회수하는 방법으로 이루어졌다. 설문지를 작성한 총 대상자는 111명이었으나 자료가 불완전하거나 정확하지 않다고 판단된 자를 제외한 81명이 최종 자료분석에 포함되었다. 대상자들의 혈압, 혈당, 콜레스테롤, SGOT와 SGPT 수치는 보건소의 허락을 얻어 임상 검사결과를 활용하였다.



<Figure 1> The conceptual framework of this study

2. 연구도구

본 연구에서 사용된 연구도구들을 살펴보면 다음과 같다.

1) 삶의 질

연구 대상자의 삶의 질 측정은 Ro(1988)가 개발한 47문항의 삶의 질 측정도구를 본 연구대상자의 특성에 맞게 두 문항을 빼고 5점 척도의 45문항으로 구성하였다. 측정도구의 내용은 이웃관계, 가족관계, 신체상태와 기능, 정서, 자존, 경제생활 등으로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach Alpha가 .9039였다.

2) 건강증진생활양식

대상자의 건강증진행위의 측정은 Walker 등(1987)이 개발한 건강증진생활양식도구(HPLP)를 수정하여 사용하였다. HPLP(Health Promotion Lifestyle Profile)는 영양, 운동, 대인관계, 스트레스 관리, 건강책임 및 자아실현의 6개 영역의 48문항으로 되어있다. 본 연구에서는 적합하지 않은 5개 문항을 제외하고 43개 문항의 4점 척도를 사용하였다. 점수가 높을수록 건강증진행위를 많이 하는 것이다. 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach Alpha가 .9610이었다.

3) 일반적 자기효능감

대상자의 자기효능감의 측정은 Sherer와 Maddux(1982)의 일반적 자기효능감 척도를 기초로 4점 척도의 7 문항으로 Kim(1995)이 재구성한 도구를 사용하였다. 점수가 높을수록 자기효능이 높은 것이다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha가 .8847이었다.

4) 사회적 지지

대상자들이 지각하는 사회적 지지의 측정은 Weinert(1988)가 개발한 PRQ-II(Personal Resource Questionnaire-II)를 사용하였다. 이 도구는 긍정/조력, 양육, 그리고 친교의 3개 영역으로 구성되었으며, 4점 척도의 25문항으로 되어있는데, 점수가 높을수록 지각된 사회적 지지가 높은 것이다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha가 .9629였다.

5) 건강증진행위의 지각된 유익성

건강증진행위의 지각된 유익성 측정은 Oh(1994)의

측정도구를 사용하였다. 이 도구는 8개 문항으로 5점 척도로 구성되어있으며, 점수가 높을수록 지각된 유익성이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha가 .8828이었다.

6) 건강증진사업에 대한 만족도

대상자들의 건강증진사업에 대한 만족도는 현재 참여하고 있는 보건소의 건강증진프로그램에 대한 만족정도를 묻는 1개 문항으로 개발되었는데, 점수범위는 1~5점으로 점수가 높을수록 만족도가 높은 것이다.

7) 이용가능성

대상자들의 의료자원에 대한 이용가능성은 보건소에서 실시하는 건강증진 프로그램을 이용할 가능성을 묻는 1개 문항으로 개발되었는데, 점수범위는 1~5점으로 점수가 높을수록 이용가능성이 높은 것이다.

8) 접근성

대상자들의 의료자원에 대한 접근성은 보건소에서 실시하는 건강증진 프로그램에 참여하기 위하여 이용할 수 있는 교통편을 묻는 1개 문항으로 개발되었는데, 점수범위는 1~5점으로 점수가 높을수록 접근성이 높은 것이다.

3. 자료분석

수집된 자료는 SPSS 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 서술적 통계로, 측정도구의 신뢰도는 내적 일관성 검사인 Cronbach α 로 분석했다. 그리고 일반적 특성에 따른 각 변수간의 차이는 t-test, Kruskal-Wallis test를 이용하였고, 각 변수간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다. 삶의 질에 미치는 영향변수와 인과관계를 파악하기 위하여 경로분석을 하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자의 일반적 특성을 살펴보면, 성별분포는 남자 27명(33.3%), 여자 54명(66.7%)이고, 평균연령은 54세, 범위는 36세~67세이다. 교육수준은 고졸이 가장 많았으며(39.5%), 대졸이상, 중졸, 초졸, 그리

고 무학의 순이었다. 결혼상태는 유배우 상태가 68명(84%)으로 가장 많았고, 사별 7명, 미혼 2명 그리고 이혼과 별거가 각각 1명이었다. 직업은 주부가 45명(55.6%)으로 가장 많았으며, 기타, 기술직, 무직과 판매직, 사무직, 전문직의 순이었다. 월 수입정도는 50만원~100만원과 151만원~200만원이 24명(29.6%)으로 가장 많은 수를 차지하였으며, 101~150만원, 50만원 이하, 301만원 이상, 그리고 201~250, 251~300만원 순이었다(Table 1).

2. PRECEDE모형의 네 진단단계별 대상자의 특성비교

1) 사회적 진단: 삶의 질

연구 대상자의 삶의 질의 평균 값은 3.14로, 중간이상의 삶의 질의 정도를 나타내는 것으로 분석되었다. 대상자의 일반적 특성 중 남자, 35~39세의 연령, 대졸이상, 이혼자, 무직, 월수입 151~200만원인 군에서 비교적 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다(Table 1).

2) 역학적 진단

역학적 진단은 연구대상자의 건강문제를 파악하는 것으로, 본 연구에서는 대상자의 신체적 건강상태를 사정하기 위하여 혈압, 콜레스테롤, 혈당, SGOT/SGPT를 분석하였다.

전체 대상자 중 고혈압과 경계군이 각각 6.2%, 16%, 고혈당군 21%, 고콜레스테롤군 9.9%, 그리고 SGOT/SGPT가 높은 군이 4.9%로 나타났다. 따라서 많은 수의 건강관리회원으로 등록된 대상자들은 특별한 질병이나 건강문제가 없이 건강증진을 목적으로 보건소에서 실시하는 건강증진프로그램에 참여하고 있음을 확인하였다(Table 3).

3) 행위적 진단

전체 대상자의 건강증진생활양식의 평균점수는 2.30으로 연구도구의 점수범위와 비교할 때 중간 이상의 건강증진생활을 하는 것으로 분석되었다. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진생활양식은 남자, 30~39세의 연령, 무학, 이혼자, 전문직 종사자, 월수입 251~300만원인 군에서 비교적 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다(Table 1).

<Table 3> Physical health status of the subjects

Indicator	Division	N (%)
Blood pressure	Normal	64 (77.8)
	Boundary	13 (16.0)
	Hypertension	5 (6.2)
Blood sugar level	Normal	64 (79)
	Hyperglycemia	17 (21)
Cholesterol	Normal	73 (90.1)
	High cholesterol	8 (9.9)
SGOT	Normal	77 (95.1)
	Abnormal	4 (4.9)
SGPT	Normal	77 (95.1)
	Abnormal	4 (4.9)
Total		81 (100)

4) 교육적 진단

(1) 소인요인

소인요인은 대상자들의 건강에 대한 일반적 자기효능 정도를 분석하였다. 전체 대상자의 일반적 자기효능감의 평균점수는 2.88로 연구도구의 점수범위와 비교할 때 비교적 높은 자기효능감을 나타내는 것으로 분석되었다. 대상자의 일반적 특성에 따른 일반적 자기효능감은 남자, 40~49세의 연령, 초졸, 이혼자, 전문직 종사자, 월수입 151~200만원인 군에서 비교적 높은 것으로 나타났다. 그러나 연령을 제외한 나머지 변수에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 연령에 따른 일반적 자기효능감의 정도는 40~49세의 연령군이 가장 높은 점수를 보인 반면에 35~39세의 연령군이 가장 낮은 점수를 나타냈다(Table 1).

(2) 강화요인

본 연구에서는 강화요인으로 대상자들의 사회적 지지 정도와 건강증진행위의 지각된 유익성, 그리고 건강증진 사업에 대한 만족도를 분석하였다.

① 사회적 지지

전체 대상자가 지각하는 사회적 지지의 평균값은 2.91로 연구도구의 점수범위와 비교할 때 비교적 높은 사회적 지지를 지각하는 것으로 분석되었다. 대상자의 일반적 특성에 따른 사회적 지지는 여자, 40~49세의 연령, 중졸, 이혼자, 전문직 종사자, 월수입 101~150만원인 군에서 비교적 높은 것으로 나타났다. 그러나 연령과 결혼상태를 제외한 변수에서는 통계적으로 유의한

(Table 1) Quality of life, Health promotion life profile, General self efficacy and Social support on general characteristics

characteristics	category	N(%)	QOL mean(±SD)	t-test or K-W test	HPLP mean(±SD)	t-test or K-W test	GSE mean(±SD)	t-test or K-W test	SS mean(±SD)	t-test or K-W test	
gender	male	27(33.3)	3.19 (.41)	.450	2.34 (.41)	.407	2.89 (.38)	.015	2.83 (.34)	1.210	
	female	54(66.7)	3.12 (.44)		2.28 (.40)		2.88 (.50)		2.94 (.46)		
age	35-39	1(1.2)	3.40		2.53		2.00		2.13		
	40-49	21(25.9)	3.25 (.48)	2.352	2.31 (.34)	2.841	2.99 (.34)	7.262*	3.05 (.45)	7.722*	
	50-59	37(45.7)	3.12 (.44)		2.36 (.44)		2.95 (.46)		2.95 (.38)		
	60-65	22(27.2)	3.07 (.35)		2.17 (.38)		2.71 (.49)		2.74 (.42)		
education	no	1(1.2)	2.92		2.35		1.71		2.76		
	elementary	13(16)	3.05 (.59)		2.34 (.62)		3.02 (.49)		2.76 (.40)		
	middle	15(18.5)	3.13 (.28)	4.864	2.31 (.36)	1.544	2.79 (.41)	6.157	3.04 (.25)	4.075	
	high	32(39.5)	3.09 (.40)		2.24 (.35)		2.88 (.46)		2.83 (.43)		
	college and over	20(24.7)	3.31 (.43)		2.34 (.36)		2.93 (.43)		3.03 (.51)		
marital status	single	2(2.5)	3.13 (.22)		2.23 (.36)		2.71 (.40)		2.74 (.02)		
	with spouse	68(84)	3.18 (.43)		2.33 (.41)		2.91 (.46)		2.93 (.41)		
	widowed	7(8.6)	2.88 (.39)	6.347	2.02 (.37)	5.606	2.77 (.54)	4.855	2.79 (.50)	5.951	
	divorced	1(1.2)	3.57		2.46		3.42		3.88		
job	live seperately	1(1.2)	2.60		1.95		2.14		2.20		
	professional	1(1.2)	3.31		2.60		3.14		3.04		
	clerical worker	3(3.7)	3.06 (.19)		2.28 (.30)		2.80 (.32)		2.78 (.18)		
	salesman	6(7.4)	3.24 (.46)		2.19 (.31)		2.90 (.44)		2.92 (.39)		
	technical service	7(8.6)	3.04 (.46)	.942	2.30 (.45)	1.835	2.93 (.52)	1.514	2.81 (.39)	2.255	
	housewives	45(55.6)	3.13 (.44)		2.30 (.42)		2.84 (.52)		2.93 (.48)		
	unemployed	6(7.4)	3.38 (.39)		2.57 (.56)		2.97 (.30)		2.99 (.22)		
	etc.	13(16)	3.10 (.44)		2.20 (.31)		2.95 (.36)		2.87 (.45)		
	monthly income (ten-thousand won)	below 50	12(14.8)	2.86 (.55)		2.08 (.57)		2.80 (.52)		2.68 (.37)	
		50-100	24(29.6)	3.10 (.39)		2.32 (.42)		2.88 (.52)		2.95 (.44)	
101-150		16(19.8)	3.21 (.45)		2.32 (.30)		2.80 (.39)		3.02 (.37)		
151-200		24(29.6)	3.29 (.35)	8.116	2.37 (.34)	8.755	3.02 (.39)	4.114	2.95 (.45)	8.206	
201-250		1(1.2)	3.24		1.76		2.71		2.92		
mean(±SD)	251-300	1(1.2)	2.93		2.58		3.00		2.60		
	above 301	3(3.7)	3.13 (.29)		2.35 (.34)		2.60 (.71)		2.56 (.52)		
		81(100)	3.14 (.43)		2.30 (.40)		2.88 (.46)		2.91 (.43)		

* p<.1

차이를 보이지는 않았다. 연령에 따른 사회적 지지 정도는 40~49세의 연령군이 가장 높은 점수를 나타낸 반면에 35~39세의 연령군에서 가장 낮은 점수를 나타냈다 <Table 1>.

② 건강증진행위의 지각된 유익성

건강증진행위의 지각된 유익성의 평균값은 4.06으로 연구도구의 점수범위(1~5)와 비교할 때 비교적 높은 것으로 분석되었다. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 지각된 유익성은 여자, 35~39세의 연령, 대졸 이상자, 유배우자, 전문직 종사자, 월수입 201~250만원인 군에서 비교적 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다 <Table 2>.

③ 건강증진사업에 대한 만족도

보건소의 건강증진프로그램에 대한 만족도에 대한 조사결과를 분석해보면, "매우 불만스럽다"가 1(1.2%), "약간 불만스럽다"는 5(6.2%), "보통이다"가 31(38.3%), "약간 만족한다"는 11(13.6%), "매우 만족한다"는 11(13.6%), 그리고 무응답이 2.5%를 차지하였다. 즉, 51.9%의 대상자들은 만족하는 것으로 응답하였으며, 7.4%의 응답자는 건강증진사업 프로그램에 대하여 만족하지 않는 것으로 확인되었다.

현재 대상자들이 참여하고 있는 보건소의 건강증진프로그램에 대한 만족도의 평균값은 3.58로 비교적 높은 것으로 측정되었다. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진사업에 대한 만족도는 여자, 35~39세의 연령, 무학, 유배우자, 주부, 월수입 251~300만원인 군과 50만원 이하군에서 비교적 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다 <Table 2>.

(3) 촉진요인

본 연구에서는 촉진요인을 사정하기 위하여 자원의 이용가능성과 접근성을 분석하였다.

① 자원의 이용가능성

자원의 이용가능성의 조사결과 대상자 중 8.6%가 "매우 적절하지 못하다", 9.9%는 "약간 적절하지 못하다"라고 응답하였는데, 그 이유로는 "건강증진프로그램이 실시되는 정확한 날짜와 시간에 대해서 잘 몰라서", "바빠서 시간을 낼 수가 없어서", 그리고 "아기가 있어서 불편해서", 기타 "남편이 반대해서" 등이 있었다. 한편 응답자의

30.9%는 "약간 적절하다", 그리고 4.9%는 "매우 적절하다"라고 응답하였다.

자원의 이용가능성의 평균값은 3.33으로 비교적 높은 편이었다. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진사업에 대한 이용가능성은 여자, 50~59세의 연령, 고졸, 사별자, 판매직, 월수입 50만원 이하군에서 비교적 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다 <Table 2>.

② 접근성

접근성은 대상자들이 보건소에서 실시하는 건강증진 프로그램에 참여하는데 있어서의 교통의 편이정도로 분석하였다. 접근성의 평균값은 3.59로 비교적 높은 편이었다.

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진사업에 대한 접근성은 여자, 35~39세의 연령, 무학, 이혼자, 전문직 종사자, 월수입 201~250만원군에서 비교적 높은 것으로 나타났으나 연령과 직업을 제외한 나머지 변수에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 연령에 따른 접근성은 40~49세의 연령군이 가장 높은 점수를 나타냈으며, 이와는 반대로 35~39세의 연령군에서 가장 낮은 점수를 나타냈다. 그리고 직업에 따른 접근성은 전문직 종사자가 가장 높은 점수를 나타냈으며, 이와는 반대로 사무직 종사자에서 가장 낮은 점수를 나타냈다.

한편, 교통편이정도는 대상자들의 1.2%가 "매우 부적절하다", 4.9%는 "약간 부적절하다"라고 한 반면, 11.1%는 "약간 적절하다" 그리고 19.8%는 "매우 적절하다"라고 응답하였다 <Table 2>.

3. 연구변수간의 상관관계

교육적 진단변수들과 다른 진단변수들간의 관계를 분석해보면 다음과 같다. 자기효능감은 건강증진행위에 대한 지각된 유익성과 사회적지지, 건강증진생활양식, 그리고 삶의 질과 정적 상관관계가 있는 것으로 분석되었는데, 이들간의 상관계수는 각각 $r = .23(p < .05)$, $r = .50(p < .01)$, $r = .36(p < .01)$, $r = .36(p < .01)$ 이었다.

건강증진행위의 지각된 유익성은 사회적 지지와 건강증진생활양식과 정적 상관관계가 있는 것으로 분석되었는데, 이들간의 상관계수는 각각 $r = .44(p < .01)$, $r = .28(p < .05)$ 이었다. 그리고 건강증진사업에 대한 만족도는 건강증진 프로그램의 이용가능성과 높은 정적인 상

〈Table 2〉 Perceived benefit, Satisfaction, Availability and Accessibility of health promotion program on general characteristics

characteristics	category	PB mean(±SD)	t-test or K-W test	satisfaction mean(±SD)	t-test or K-W test	availability mean(±SD)	t-test or K-W test	accessibility mean(±SD)	t-test or K-W test
gender	male	4.02 (.59)	.280	3.48 (.80)	.565	3.18 (.78)	1.803	3.53 (.85)	.156
	female	4.09 (.54)		3.63 (.88)		3.42 (.71)		3.63 (.99)	
age	35-39	4.62		4.00		3.00		5.00	
	40-49	4.07 (.67)	3.990	3.52 (.81)	.481	3.30 (.80)	.348	3.94 (.91)	6.399*
	50-59	4.13 (.56)		3.59 (1.01)		3.37 (.80)		3.54 (.79)	
	60-65	3.92 (.42)		3.60 (.59)		3.33 (.59)		3.26 (1.09)	
education	no	3.62		5.00		5.00		5.00	
	elementary	3.97 (.46)	5.220	3.46 (1.19)	4.641	3.15 (.89)	3.515	3.25 (1.05)	3.491
	middle	4.03 (.48)		3.71 (.82)		3.46 (.77)		3.81 (1.07)	
	high	4.00 (.58)		3.67 (.79)		3.50 (.69)		3.60 (.83)	
	college and over	4.28 (.62)		3.35 (.67)		3.15 (.67)		3.60 (.94)	
	single	3.43 (.79)	6.694	3.00 (.00)	5.316	3.50 (.70)	1.595	3.00 (.00)	5.485
	with spouse	4.14 (.54)		3.64 (.88)		3.31 (.77)		3.66 (.92)	
marital status	widowed	3.83 (.40)		3.50 (.54)		3.60 (.54)		2.75 (1.25)	
	divorced	4.12		2.00		3.00		5.00	
	live seperately	2.75		3.00		3.00		3.00	
	professional	5.00		3.00		3.00		5.00	
job	clerical worker	3.83 (.28)	3.930	3.33 (.57)	1.403	3.00 (.00)	1.860	3.00 (.00)	6.390*
	salesman	4.06 (.74)		3.66 (.51)		3.50 (.57)		3.00 (.00)	
	technical service	4.07 (.44)		3.57 (.97)		3.14 (.69)		3.83 (.98)	
	housewives	4.10 (.55)		3.67 (.91)		3.39 (.73)		3.64 (1.01)	
	unemployed	4.08 (.43)		3.66 (1.03)		3.16 (1.16)		3.16 (.40)	
	etc.	3.93 (.64)		3.30 (.75)		3.41 (.79)		3.76 (1.01)	
monthly income (ten-thousand won)	below 50	3.93 (.65)		4.00 (.95)		3.70 (.94)		3.54 (1.03)	
	50-100	4.12 (.53)		3.37 (.87)		3.13 (.54)		3.40 (1.05)	
	101-150	4.05 (.54)		3.53 (.91)		3.23 (.72)		3.90 (.94)	
	151-200	4.14 (.59)	5.212	3.69 (.70)	7.674	3.56 (.72)	9.742	3.73 (.81)	4.202
	201-250	4.37		3.00		2.00		4.00	
mean(±SD)	251-300	3.15		4.00		3.00		3.00	
	above 301	3.75 (.33)		3.00 (1.00)		3.00 (1.00)		3.00 (1.00)	
		4.06 (.56)		3.58 (.85)		3.33 (.74)		3.59 (.94)	

관관계를 나타냈는데, 이 변수간의 상관계수는 $\gamma = .55(p<.01)$ 이었다.

사회적 지지 역시 건강증진생활양식과 삶의 질과 정적 상관관계가 있는 것으로 분석되었는데, 이들간의 상관계수는 각각 $\gamma = .55(p<.01)$, $\gamma = .57(p<.01)$ 로서 높은 편이었다. 그리고 건강증진 프로그램의 접근성은 간수치인 SGOT와 정적 상관관계를 보였는데, 상관계수는 $\gamma = .23(p<.05)$ 였다.

행위적 진단변수인 건강증진생활양식은 삶의 질과 높은 정적인 상관관계를 가지는 것으로 나타났는데, 이들간의 상관계수는 $\gamma = .56(p<.01)$ 이었다. 그리고 역학적 진단변수인 혈압과 혈당, 그리고 SGOT와 SGPT은 각각 높은 정적 상관관계를 가지는 것으로 분석되었는데, 이들의 상관계수는 $\gamma = .51(p<.01)$, $\gamma = .74(p<.01)$ 이었다(Table 4).

4. 삶의 질에 미치는 영향요인분석

교육적 진단변수들과 행위적, 역학적 그리고 사회적 진단변수들간의 인과관계를 살펴보기 위해 경로분석을 실시하였다.

경로분석은 인과관계 모형을 검정할 수 있는 일종의 다중회귀분석의 해석방법인데, 본 연구에서 변수들간의 인과관계를 파악하기 위하여 우선적으로 교육적 진단변

수들과 행위적 진단변수사이의 회귀분석을 하였다. 다음 단계에서는 교육적 진단변수와 행위적 진단과 역학적 진단변수들 사이의 회귀분석을 실시하였고, 마지막으로 교육적 진단변수, 행위적 진단변수 그리고 역학적 진단변수와 사회적 진단변수 사이의 회귀분석을 실시하였다. 경로분석결과는 <Figure 2>과 같다.

그림에서 제시되는 경로계수에서 나타나는 것처럼 최종 종속변수인 삶의 질에 영향을 미치는 변수로는 교육적 진단변수 중 강화요인인 사회적 지지와 행위적 진단변수인 건강증진생활양식, 그리고 역학적 진단변수 중 콜레스테롤과 간효소 수치인 SGPT가 있는 것으로 분석되었다.

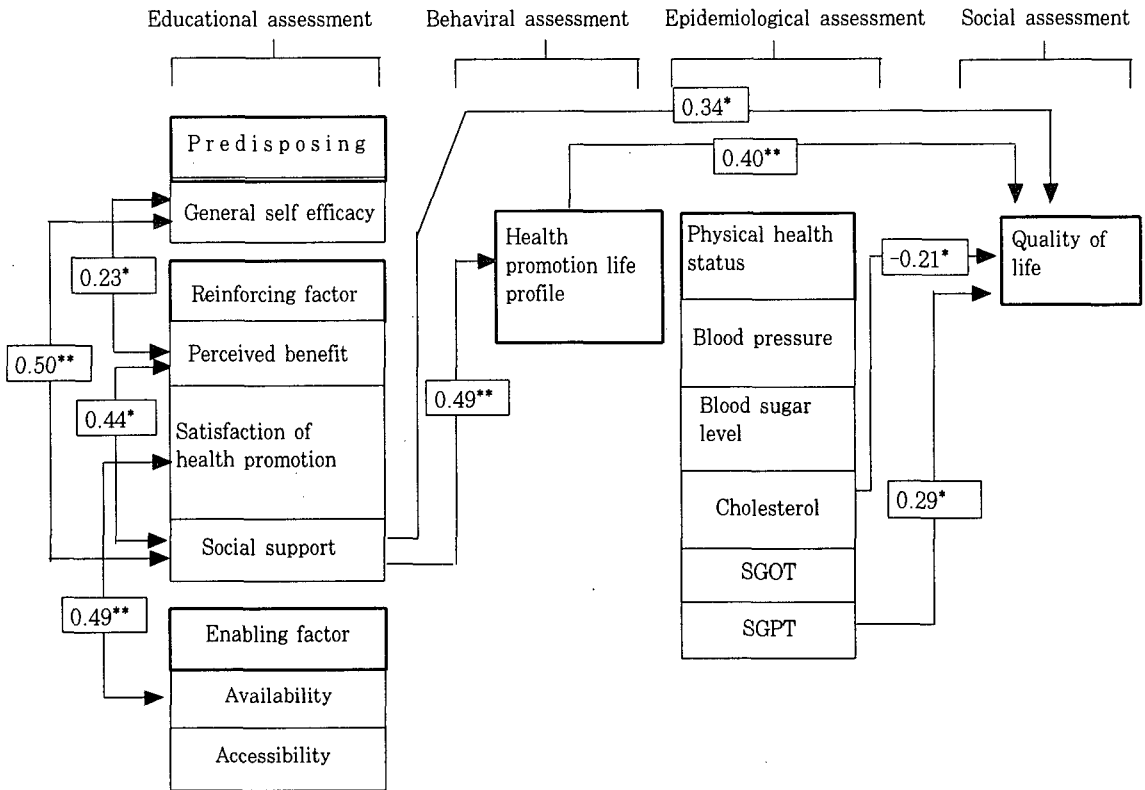
한편 역학적 진단변수에는 영향을 미치는 행위적, 교육적 진단변수는 없는 것으로 나타났다. 그리고 행위적 진단변수인 건강증진생활양식에는 교육적 진단변수 중 유일하게 사회적 지지가 영향을 미치는 것으로 분석되었다. 사회적 지지는 교육적 변수들 내에서 자기효능감 및 건강증진행위에 대한 지각된 유익성과 밀접한 상관관계가 있었다. 아울러 교육적 변수 중 소인변수인 건강행위에 대한 일반적 자기효능감은 지각된 유익성과 정적 상관관계가 있으며, 지각된 유익성은 다시 사회적 지지와 밀접한 상관관계를 가지고 있어서 교육적 진단변수 중에서는 사회적 지지가 다른 종속변수들에 대해 가장 핵심적인 영향변수임이 확인되었다.

<Table 4> Correlations among research variables

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	B	C1	C2	C3	C4	C5	D
A1	1.00												
A2	.23*	1.00											
A3	.08	.09	1.00										
A4	.50**	.44**	.01	1.00									
A5	.16	-.03	.49**	-.05	1.00								
A6	.20	.19	.00	.20	.06	1.00							
B	.36**	.28*	-.04	.55**	-.01	.19	1.00						
C1	.06	.01	.07	-.02	-.05	-.16	.00	1.00					
C2	-.18	.03	-.05	-.10	-.04	-.20	-.03	.51**	1.00				
C3	.04	.00	-.08	-.01	-.04	.14	.09	.11	.05	1.00			
C4	.06	.00	-.02	.06	.05	.23*	.12	.14	-.02	.12	1.00		
C5	.06	-.09	.05	.04	.13	.17	.08	.14	-.02	.12	.74**	1.00	
D	.36**	.21	.13	.57**	.03	.07	.56**	-.10	-.09	-.14	.04	.15	1.00

* $p<.05$, ** $p<.01$

(A1: General self efficacy, A2: Perceived benefit, A3: Satisfaction, A4: Social support, A5: Availability, A6: Accessibility, B: Health promotion life profile, C1: blood pressure, C2: blood sugar level, C3: Cholesterol, C4: SGOT, C5: SGPT, D: Quality of life)



* p<.05, ** p<.01

<Figure 2> Path analysis among variables

그 외에 강화요인인 건강증진프로그램에 대한 만족도는 촉진요인인 의료자원의 이용가능성과 밀접한 상관관계가 있는 것으로 분석결과 제시되었다.

V. 논 의

Green 등(1999)은 건강과 삶의 질은 서로 상호관련되어 있으므로 사회적 환경과 관련된 삶의 질을 이해하는 것이 매우 중요하다고 하였다. 또한 건강증진이 질병의 이환율이나 사망률을 감소시키는 도구적 가치를 지닐지는 몰라도 그 궁극적 가치는 삶의 질에 기여하는데 있다고 하였다. 삶의 질은 다차원적 개념으로 그 정의가 다양한데, 많은 연구자들은 주관적으로 평가하는 일상생활 전반에 걸친 삶의 만족으로 정의하고 있다 (Burckhardt, 1985). PRECEDE모형에서 삶의 질을

측정하는 사회적 사정은 아직 규명하고 측정하기 어렵지만 많은 객관적, 주관적 방법을 이용하여 측정할 수 있다. 본 연구에서는 Ro(1988)가 개발한 삶의 질 측정도구를 이용하여 분석하였다. 분석결과를 보면 전체 대상자의 삶의 질은 측정도구의 점수범위와 비교할 때 중간 이상 정도의 수준을 나타냈다. 이 삶의 질에 직접적으로 영향을 미치는 주요변수로는 건강증진생활양식($\gamma = .395, p = .01$), 사회적 지지($\gamma = .342, p = .05$), 건강수준에서 콜레스테롤($\gamma = -.206, p = .05$), 그리고 SGPT($\gamma = .293, p = .05$)가 관련되는 것으로 분석되었다. 특히 건강증진생활양식이 삶의 질과 유의한 높은 상관관계가 있는 것으로 분석되었는데, 이는 건강증진행위가 삶의 질의 중요한 요인이라고 제시한 다른 연구(Oh, 1994; Kim, 1993; McDaniel, 1987)결과와 일치되는 결과였다. 또한 사회적 지지 역시 삶의 질에 주요 영

·향요인으로 밝혀졌는데 이는 선행연구결과(Kim, 1995; Kwon, 1990; Burckhardt, 1985)와 일치되는 것이었다. 그런데 사회적 지지는 건강행위에 대한 일반적 자기 효능감과 지각된 유익성이 밀접한 상관관계가 있음이 본 연구에서 확인되었다. 즉, 이 두 변수는 간접적으로 건강 증진생활양식과 삶의 질에 영향을 미치고 있었다. Strecher 등(1986)은 21편의 자기효능감에 관한 연구 분석결과 자기효능감이 건강행위의 변화와 유지에 일관성 있게 순상관관계가 있다고 하였는데, 본 연구결과는 자기효능이 건강증진행위에 중요한 영향요인임을 밝히는 선행연구(Gu, 1992; Alexy, 1991; Pender, et al., 1990)결과와 일치하고 있다. 한편, 지각된 유익성은 건강관련행위 수행시 나타날 것이라고 기대하는 이득으로 건강행위를 하도록 동기화를 제공하는 요인이어서 이 두 변수간에는 정적 상관관계가 있다고 제시한 선행연구들(Gu, & Lee, 1990; Moon, 1990)과 일치되는 것이었다. 행위적 진단변수인 건강증진 생활양식에는 교육적 진단변수 중 유일하게 사회적 지지가 영향을 미치는 것으로 분석되었다. 사회적 지지는 교육적 변수들 내에서 자기효능감 및 건강증진행위에 대한 지각된 유익성과 밀접한 상관관계가 있었다. 아울러 교육적 변수 중 소인변수인 건강행위에 대한 일반적 자기효능감은 지각된 유익성과 정적 상관관계가 있으며, 지각된 유익성은 다시 사회적 지지와 밀접한 상관관계를 가지고 있어서 교육적 진단변수 중에서는 사회적 지지가 다른 종속변수들에 대해 가장 핵심적인 영향변수임이 확인되었다. 이는 제조업 여성근로자를 대상으로 건강증진행위를 예측하는 구조모형개발 연구에서도 건강증진행위를 설명하는 예측인자로 사회적 지지가 자기효능감, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 감정으로 구성된 인지감정인자와 쌍방관계가 있을 때 건강증진행위의 설명력이 현저히 증가되었다(Yun, 2001).

이 결과들은 개인이나 집단의 행위에 영향을 주는 요인을 성향요인, 강화요인, 그리고 촉진요인으로 분류하고 어느 단순한 행위라도 한가지 원인으로 인해 나타나는 행위는 거의 없으며, 이 세 가지 요인이 복합적으로 영향을 미쳐 나타난다고 한 Green 등(1999)의 주장을 부분적으로 뒷받침해주고 있다. 그런데, 이들이 제시한 PRECEDE모형에서와는 달리 소인요인과 촉진요인들은 직접적으로 건강증진생활양식에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 또한 건강증진생활양식 또한 역학적 진단변수인 건강상태와는 상관관계가 없는 것으로 나타

나 이 부분은 앞으로 더 연구되어야 할 과제라고 생각된다. 본 연구결과에서 삶의 질에 영향을 주는 요인 중 간효소 수치인 SGPT는 콜레스테롤과는 달리 삶의 질과 정적 상관관계를 가지는 것으로 나타났는데, 이는 심층적으로 확인할 필요가 있는 부분이라고 생각된다. 즉, 자가보고식 설문지로 자료수집하는 과정에서 응답자의 성의 있는 태도가 있었는지에 관해서는 더 검증할 필요가 있다고 본다.

본 연구결과와 간호학적 적용을 살펴보면, 건강증진을 위한 간호현장에서 대상자들의 삶의 질에 영향을 주는 변수들을 표적으로 이들을 변화시키고 강화시키는 간호전략을 구상해야 할 것이라고 생각한다. 즉, 건강증진을 통한 삶의 질의 향상을 성취하기 위해서는 일반적이고 표준화된 건강증진프로그램보다는 지역사회에서 집단을 대상으로 하되 그들 집단의 특성을 반영시킨 맞춤형간호를 실시해야 할 것으로 사료된다. 핵심적으로 대상자들의 자기효능감과 건강행위에 대한 지각된 유익성을 강화시키는 간호전략, 사회적 지지를 확충·보완하는 건강증진사업 프로그램의 실현은 대상자들의 삶의 질을 향상시키는데 기여할 수 있을 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 PRECEDE 모형을 이용하여 강북구 보건소의 건강관리회원으로 등록된 대상자들의 건강 및 건강행위와 관련된 요인들을 체계적으로 진단함으로써 대상자 요구 및 특성에 적합한 건강증진사업 프로그램을 개발하기 위한 기초자료로 활용하고자 실시되었다.

연구 대상자는 건강관리회원 중 비확률 임의표출방법으로 선정하였다. 자료수집기간은 1999년 11월 1일부터 2000년 8월 30일까지이며, 자가보고식으로 작성한 81명의 설문지를 최종 분석에 포함하였다. 수집된 자료는 대상자의 일반적 특성은 서술적 통계로, 측정도구의 신뢰도는 내적 일관성 검사인 Cronbach α 로, 일반적 특성에 따른 각 변수간의 차이는 t-test, Kruskal-Wallis test,를 이용하였고, 각 변수간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다. 그리고 삶의 질에 미치는 영향변수의 인과관계를 파악하기 위하여 경로분석을 실시하였다.

연구결과는 다음과 같다. 첫째, 대상자의 일반적 특성에서 성별분포는 남자 33.3%, 여자 66.7%였고, 평균 연령은 54세였다. 교육정도는 고졸이 39.5%로 가장 많

았으며, 결혼상태는 유배우 상태가 84%로 가장 많았다. 직업은 주부가 55.6%로 가장 많았으며, 월 수입정도는 50만원~100만원과 151만원~200만원이 각각 29.6%를 차지하였다. 둘째, PRECEDE모형의 사회적 진단변수인 삶의 질의 평균값은 3.14로 중간이상의 삶의 질의 정도를 나타내었다. 역학적 진단변수에서 혈압, 콜레스테롤, 혈당, SGOT/SGPT를 분석한 결과 전체 대상자 중 고혈압과 경계군이 각각 6.2%, 16%, 고혈당군 21%, 고콜레스테롤군 9.9%, 그리고 SGOT/SGPT가 높은 군이 4.9%로 나타났다. 행위적 진단변수인 건강증진생활양식의 평균점수는 2.30으로 중간 이상의 건강증진 생활양식을 가지는 것으로 분석되었다. 교육적 진단에서 소인요인인 일반적 자기효능감은 대상자의 연령과 교육정도에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 강화요인 중 사회적 지지는 연령과 결혼상태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 그리고 건강증진행위의 지각된 유익성은 결혼상태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 촉진요인인 자원의 이용가능성과 접근성을 분석하였는데, 자원의 이용가능성의 평균값은 3.33, 접근성은 3.59로 비교적 높은 편이었다. 셋째, 건강증진행위에 대한 자기효능감은 지각된 유익성과 사회적 지지와 정적 상관관계가 있는 것으로 분석되었다. 또한 건강증진행위의 지각된 유익성은 사회적 지지와 정적 상관관계가 있었으며, 건강증진사업에 대한 만족도는 건강증진 프로그램의 이용가능성과 높은 정적인 상관관계를 나타냈다. 행위적, 역학적, 사회적 진단변수들과의 상관관계에서는 건강행위에 대한 일반적 자기 효능감은 건강증진 생활양식과 삶의 질과 정적 상관관계를 가지고 있었으며, 건강증진행위에 대한 지각된 유익성은 건강증진 생활양식과 정적인 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 한편, 사회적 지지는 건강증진생활양식 및 삶의 질과 정적인 상관관계를 보였다. 그리고 건강증진 생활양식은 삶의 질과 높은 정적인 상관관계가 있는 것으로 분석되었다. 넷째, 교육적 진단변수들과 행위적, 역학적 그리고 사회적 진단 변수들간의 인과관계를 살펴본 결과 최종 종속변수인 삶의 질에 영향을 미치는 변수로는 교육적 진단 변수 중 강화요인인 사회적 지지와 행위적 진단변수인 건강증진 생활양식, 그리고 역학적 진단 변수 중 콜레스테롤과 간 효소 수치인 SGPT가 있는 것으로 분석되었다. 그리고 행위적 진단변수인 건강증진 생활양식에는 교육적 진단 변수 중 유일하게 사회적 지지가 영향을 미쳤으며 사회적 지지는 자기효능감 및 건강증진행위에 대한 지각된

유익성과 밀접한 상관관계가 있었다. 이는 사회적 지지가 다른 종속변수들에 대해 가장 핵심적인 영향변수임을 보여주었다.

이 연구결과를 토대로 앞으로 삶의 질에 영향을 미치는 변수로 사회적지지, 자기 효능감, 지각된 유익성에 기초한 보건교육 및 건강증진 프로그램 실시와 사업을 PROCEED 모형으로 검증하는 연구를 제안한다.

References

- Alexy, B. B. (1991). Factor Associated with Participation or Nonparticipation in a Workplace Wellness Center. *Researches in Nursing and Health*, 14, 33-40.
- Burckhardt (1985). The Impact of Arthritis on Quality of Life. *Nursing Research*, 34(1), 11-6.
- Byun, J. H. (2000). The Goal and Strategy of The National Health Promotion Enterprise: *The Textbook for Education·Training of Health Promotion Enterprise Personnel*. The Ministry of Health and Welfare.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion Planning, An Educational and Ecological Approach*. (3rd ed). Mayfield Publishing Co.
- Gu, M. O. (1992). *A Structural Model for Self Care Behavior and Metabolic Control in Diabetic Patient*. Unpublished Doctoral Dissertation, Seoul National University, Seoul, Korea.
- Gu, M. O., & Lee, E. O. (1990). Health Belief Model and Patient Role Behavior of Korean Chronic Disease Patient. *The Korean Nurse*, 29(3), 49-63.
- Kim, J. H. (1995). *An Effect of Guided Imagery Applied to Hemodialysis Patients*. Unpublished Doctoral Dissertation, Seoul National University, Seoul, Korea.
- Kim, S. H. (1993). *A Study of the Relationship between Health Promotion Behavior and Satisfaction of Life of the Elderly*.

- Unpublished Thesis, Korea University, Seoul, Korea.
- Korea National Statistical Office (1997). 1996 *The cause of Death Statistics*.
- Kwon, Y. E. (1991). *A Study of the Relationship between perceived Social Support and Quality of Life of Cancer Patients*. Unpublished Thesis, Yonsei University, Seoul, Korea.
- Lee, S. Y. (1995). The Health Promotion Enterprise in Foreign Country: *The Realizing Plan of The National Health Promotion Enterprise*. The Fall Seminar of Graduate School of Health Science and management, Yonsei University, Seoul, Korea.
- Mark, B. D., & Patricia, A. C. (1992). *Program Planning for Health Education and promotion*. Lea & Febiger, Philadelphia.
- McDaniel, R. (1987). *Relationship of Participation in Health Promotion Behavior to Quality of Life in Older Adults*. Unpublished Doctoral Dissertation. The University of Texas at Austin.
- Moon, J. S. (1990). *A Study of Instrument Development for Health Behavior of Korea Adults*. Unpublished Doctoral Dissertation. Yonsei University, Seoul, Korea.
- Nam, J. J. (2000). The Health Education Plan for Encouraging Health life Practice: *The Textbook for Education · Training of Health Promotion Enterprise Personnel*. The Ministry of Health and Welfare.
- O'Donnell, M. P. (1989). Selling Health Promotion to Cooperate America: Uses and Abuse of the Economic Argument. *Health Education Quartely*, 16(1), 13-5.
- Oh, P. J. (1994). *A Model for Health Promoting behaviors and Quality of Life in People with Stomach Cancer*. Unpublished Doctoral Dissertation, Seoul National University, Seoul, Korea.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Stromborg, M. F. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, 39(6), 326-331.
- Ro, You-Ja. (1988). *An Analytical Study on the Quality of Life of the Middle-aged in Seoul*. Unpublished Doctoral Dissertation, Yonsei University, Seoul, Korea.
- Seoul National University College of Nursing (2001). *The Evaluation of Gangbuk Health Promotion Enterprise as a Foothold Health Center*.
- Sherer, M., & Maddux, J. E. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction & Validation. *Psychological Reports*, 23, 386-9.
- Strecher, V. J., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The Role of Self-efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Education Quartely*, 13(1), 73-91.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(4), 76-81.
- Weinert, C. (1988). Measuring Social Support: Revision and Further Development of Personal Resource Questionnaire. In C. F. Waltz & O. L. Strickland(Eds). *Measurement of Outcomes*(pp.309-27). vol. 1, N. Y: Springer Publishing Co.
- Yun, S. N., Lee, G. S., Lee, H. J., Shin, Y. A., Kim, C. M., Choi, J. M., Hyun, H. J., & Kim, J. H. (2000). *The Health Promotion-The Plan of Health Promotion Enterprise @Health Information. Education*. SooMoonSa Publishing Co. Korea.
- Yun, S. N. (2001). Test of the New Health promotion Model for the Prediction of Female Employees' Health promotion Behavior at the Manufacturing Plants. *The J. of Korean Community Nursing*, Vol. 12, No. 3, 557-69.

- Abstract -

A Diagnostic Study on the Registered Beneficiaries of Health Centers - From the Perspective of the Precede Model -

Yun, Soon Nyung · Park, Jung Ho*
Park, Sung Ae* · Park, Hyeoun Ae*
Kim, Chun Mi***

Purpose : The purpose of this study was to conduct a systematic assessment on the level of health status, and quality of life of the health care beneficiaries registered in health management programs of public health centers. In order to investigate the level of health status and the quality of life and to find factors affecting them, the PRECEDE model, that was developed by Green, et al. for the purpose of a comprehensive diagnostic research, was used.

Method : The subjects were 81 residents who resided K-gu, Seoul. Data were collected from September, 1999 to August, 2000 using a self reported questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics, t-test, Kruskal-Wallis test, Pearson's correlation coefficient, and path analysis.

Results :

1. The quality of life and the level of health promoting lifestyle were moderate or more, but were not significantly different by sex, age, marital status, educational level, occupation, and monthly household income.

2. Self-efficacy was significantly correlated to be a perceived benefit, social support and health-promoting lifestyle. Perceived benefit had a significant correlation with social support and health promoting lifestyle. There was also a significant correlation between the level of satisfaction, and the availability of the health promotion program.

3. Social support, health promoting lifestyle, and health status were found to influence the quality of life directly, whereas self efficacy and perceived benefit affected the quality of life indirectly through social support.

Conclusion : The results of this study suggest that the health promotion program should include strategies to strengthen self efficacy and perceived benefit to enhance social support, and to encourage health promoting behaviors in order to improve the quality of life of the health care beneficiary.

Key word : Precede-Proceed Model, Health Center, Health promotion program, Health promotion behavior, Quality of life

* Seoul National University

** Yeojoo Institute of Technology