

# 21C 세계화시대 방콕헌장의 건강증진전략과 실천 수준: 우리나라 지역 건강증진사업을 중심으로

이 명 순<sup>1\*</sup> · 김 장 략<sup>2</sup> · 강 민 정<sup>1</sup> | <sup>1</sup>성균관대학교 의과대학 사회의학교실, <sup>2</sup>경상대학교 의과대학 예방의학교실

## Implementation of the Bangkok Charter's health promotion strategies in Korean health promotion efforts at the municipality level

Myoung-Soon Lee, MD<sup>1\*</sup> · Jang-Rak Kim, MD<sup>2</sup> · Min-Jung Kang, MSW<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Social and Preventive Medicine, Sungkunkwan University School of Medicine, Suwon, <sup>2</sup>Department of Preventive Medicine, Gyeongsang National University School of Medicine, Jinju, Korea

\*Corresponding author: Myoung-Soon Lee, E-mail: msnlee@skku.edu

Received September 1, 2011 · Accepted September 16, 2011

To address effectively health determinants and challenges in the rapidly changing global context of the 21st century, the Bangkok Charter for Health Promotion was adopted at the Sixth Global Conference for Health Promotion in 2005. According to the Bangkok Charter, all sectors and settings of society are required to implement five strategies for health promotion: they must be advocates for health and health promotion, make strategic investments in their policies and programs, build capacity, regulate and enact appropriate legislation, and build partner alliances with other actors for health promotion. The purpose of this study is to assess the extent to which Korea has implemented the health promotion strategies of the Bangkok Charter. To facilitate more effective approaches to promote health in Korea, we sent survey questionnaires to 224 local public health centers throughout the country. We received responses from 384 professionals in 145 of these public health centers. Our analysis of these surveys indicates that basic concepts of health promotion as well as important approaches and health promotion strategies have not been effectively utilized in the Korean context. This is particularly true of efforts to regulate and legislate in the public health field, and to partner and build alliances for health promotion. Efforts in these areas have been inadequate and not given enough priority within the field as a whole. With a concerted effort to implement these strategies for health promotion in all sectors and all settings of Korean society, we can expect more effective interventions and approaches for promoting health and to achieve a higher level of overall societal health.

**Keywords:** Bangkok Charter; Health promotion; Health promotion strategies; Korea



## 서 론

21 세기에 들어서면서 빠르게 변화하는 사회적·물리적 환경변화는 사람들의 일상생활뿐만 아니라 건강에도 많은 영향을 미친다. 특히 급속하게 진행되는 세계화과정, 정보화 및 통신기술의 발전과 전 세계 곳곳에서 진행되고 있는 개발 및 도시화, 이로 인한 기후 환경변화 등으로 인해 세계는 새로운 건강결정요인(health determinants)과 건강도전과제(health challenges) 등에 직면하고 있다[1,2].

이에 세계보건기구는 건강증진에 관한 오타와헌장 채택(1986) 이후 20년만인 2005년 8월 태국 방콕에서 열린 제6차 건강증진을 위한 세계회의에서 회원국들과의 합의를 거쳐서 '세계화시대 건강증진을 위한 방콕헌장(The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World)'을 채택하였다[3]. 건강증진에 관한 첫 국제적 합의인 오타와헌장은 주요 질병유형이 만성질환으로 바뀌고 건강결정요인으로서 일상생활의 생활양식과 생활여건 등 대상집단을 둘러싼 사회적·물리적 환경의 중요성이 인식되면서, 건강증진 개념이 새롭게 대두됨에 따라 채택되었다. 오타와헌장에서는 지구상 모든 사람들의 건강목표 달성을 위한 핵심 전략으로 일차보건의료에 이어 건강증진을 채택함을 밝히면서, 일상생활에서 건강의 가치 및 건강을 위한 필수요건, 건강증진의 정의 및 기본 전략과 실제 주요 건강증진활동이 이루어져야 할 다수준의 활동영역 등 주요 접근방법 및 원칙들을 제시하였다[4]. 반면, 방콕헌장은 오타와헌장에서 제시한 건강증진의 정의 및 기본 개념과 접근 노력의 중요성을 재확인하고, 오타와헌장 이후 지난 20년 동안의 많은 세계적인 변화를 강조하면서 효과적인 대처를 촉구하고 있다. 특히 최근 급속히 전개되고 있는 세계화과정 속에서 세계가 직면한 새로운 건강결정요인 및 건강도전과제를 밝히면서, 이에 효과적으로 대처하기 위한 건강증진전략을 새롭게 제시하였고, 지구상 모든 국가의 정부와 관련분야 뿐만 아니라 비정부기관 및 시민사회와 민간기업을 비롯한 민간부문의 적극적 참여와 파트너십, 일관된 정책 등을 서약을 통해 촉구하고 있다[2,3,5,6].

방콕헌장 내용을 구체적으로 살펴보면, 우선 세계가 새롭게

게 직면한 건강결정요인들로 최근 심화되고 있는 국가 간 및 국가 내에서의 건강 불평등, 새로운 소비양식과 의사소통방법, 상업화, 지구 환경의 변화, 그리고 도시화 등을 명시하였다. 이와 함께 작업여건, 학습환경, 가족구조 및 지역사회의 문화, 사회구조 등에 심각한 부정적 영향을 미치며 급격하게 진행되는 사회적·경제적 및 인구학적 변화와 남·녀 성에 따른 감수성 차이, 어린이들의 취약성 증가, 소외계층, 장애인 및 원주민들에 대한 배척 증가 역시 21세기 세계가 직면한 건강도전과제임을 밝히고 있다. 한편, 세계화과정을 건강수준 향상 및 초국가적인 건강위험 감소를 위한 협력을 가능하게 하는 새로운 기회로서 발전된 정보화 및 의사소통 기술과 향상된 세계수준의 관리 및 경험공유 기전 등을 적극 활용할 수 있음을 강조하고 있다[7-9].

방콕헌장에서는 이러한 세계화 상황 속에서 보다 건강한 세계로 나아가기 위한 대처로서 다섯 가지 건강증진전략을 새롭게 제시하였다. 제시된 전략들은 오타와헌장의 기본 전략을 보다 실천중심으로 구체화한 것으로, 건강을 위한 주창(advocate), 투자(invest), 역량함양(build capacity), 법규 제정 및 규제(regulate and legislate)와 파트너십 형성 및 연대구축(partner and build alliance) 등이다. 이러한 전략들은 지난 이십여 년 동안 많은 사업 및 연구를 통해 효과가 입증되어왔는데[10-23], 방콕헌장에서는 모든 건강증진 관련 분야 및 모든 건강증진 사업의 장(settings)에서 이들을 충분히 활용한 효과적인 개입이 이루어져야 한다고 강조하였다. 이와 함께 지구상 모든 사람들의 건강을 위한 주요 건강증진활동 주체들의 각오와 다짐을 촉구하였다. 세계수준의 협력과 국가수준의 모든 정부의 노력, 지역사회 및 시민사회의 활동, 그리고 민간기업의 사회적 책임 경영 등 건강증진을 위한 사회 다양한 구성원들의 적극적 참여와 파트너십, 일관된 정책의 중요성 등을 강조하면서 이들 네 건강증진활동 주체 차원의 서약(commitments)을 명시하였다.

한편, Jackson 등[10]은 건강증진사업의 효과성에 관한 1999년 이후 여러 국가의 주요 보고서 및 논문 등을 종합 고찰해서, 오타와헌장에서 제시한 건강증진 기본 접근전략의 실천 및 활용과 그 효과성에 관해 제6차 세계건강증진 회의에서 다음과 같이 보고한 바 있다. 우선, 건강한 정책수립을

위한 투자는 핵심전략이며, 건강지원적인 환경조성은 개인, 사회 및 구조적 수준 등 다 수준에서 이루어져야 하고, 지역 사회 활동 강화 노력에 관해서는 검토가 더 필요한 반면, 개인수준의 건강기술 습득은 다른 수준의 접근과 같이 이루어지는 것이 효과적이며, 다 수준 및 다 차원에서의 다양한 전략 및 활동은 매우 효과적이라고 보고하였다. 이와 더불어, 건강증진노력의 효과를 높이는 데 핵심적인 활동들은 모든 수준의 기관 및 조직 또는 분야 간 협력, 지역사회의 건강증진사업 기획 및 주요결정 참여와 적극적인 활동, 건강한 생활터 만들기(특히 건강한 학교, 건강한 지역사회, 건강한 직장, 건강도시 등), 정책결정자들의 책임의식 및 의지, 그리고 재정확보 및 기반구축과 해당 지역사회의 사회적·환경적 배경에 대한 충분한 인식 등이라고 보고하였다.

방콕현장 채택이후 세계보건기구를 비롯해서 여러 나라에서 방콕현장 실행을 위한 노력을 전개하고 있다[2,24-27]. 우리나라도 이러한 국제적 흐름에 맞추어, 21세기 세계화 시대, 급속히 변화하는 사회적 상황과 새로운 건강결정요인 및 건강과제에 적절하게 대처하기 위한 보다 새로운 차원의 국민건강증진 노력이 필요하다. 우리나라는 1995년 국민건강증진법이 제정된 이후 지난 십여 년 동안 국가 및 지방자치단체 수준에서 정부와 건강분야의 전문직 협회 및 관련기관, 비정부기관 및 조직들이 국민건강증진을 위한 많은 노력을 전개해왔다. 국민건강증진기금 설치, 시·도 광역수준의 기술적 및 교육적 지원을 위한 건강증진사업지원단(2005)과 한국건강증진재단 설립(2011), 지역건강증진인력 교육실시, 국민건강영양조사 체계정비와 지역사회 건강조사 및 청소년 온라인건강행태조사 체계구축, 건강증진사업(건강생활실천 및 건강도시사업 등) 전개와 국민건강증진종합계획 1차(2003), 2차(2006) 및 3차(2011) 수립 등 정책적, 재정적, 조직적, 교육적 및 기술적 차원의 많은 기반 구축 성과를 가져왔다[28-30]. 그러나, 국민건강수준 향상이라는 실제 건강목표 달성을 위해서는 건강증진 노력의 방법론적인 발전과 내실 있는 전개가 필요하다. 방콕현장에서 주창하듯이, 효과가 입증된 건강증진전략을 모든 건강증진의 장에서 적극적으로 활용하고 실천함으로써 건강증진노력을 효과적으로 전개해가야 한다. 또한 건강수준을 달성하

는 데 중요한 역할을 하는 여러 건강증진활동 주체 즉 건강분야를 비롯한 중앙 및 지방 정부와 지역사회 및 시민사회, 그리고 민간기업 등 민간부문이 건강에 대한 공동 책임의식을 갖고 일관된 정책 및 파트너십 아래 통합·조정된 노력을 해야 한다. 한편, 보건복지부는 지난 7월 발표한 제3차 국민건강증진종합계획(2011-2020)에서 건강증진을 위한 기본 접근전략을 방콕현장의 건강증진전략에 기초할 것임을 밝히고 있다[30].

이에 본 연구는 향후 우리나라 국민건강증진 노력의 효과적 전개방안 모색을 위해, 방콕현장에서 제시한 다섯 가지 건강증진전략 등을 토대로 우리나라 지역 건강증진사업에서 효과적인 전략 실천의 중요성에 대한 인식 및 실천수준을 측정하고, 더불어 그 동안 건강증진의 개념 및 기본 접근들을 얼마나 적용해왔는지 측정하고자 하였다. 이같은 우리나라 건강증진사업에 대한 방법론적인 검토를 통한 연구결과는 건강증진노력의 효과적인 전개방안을 모색하는 데 좋은 근거자료를 제공하고, 결과적으로 국민건강수준 향상에 기여할 것이다.

## 연구대상 및 연구방법

### 1. 방콕현장의 건강증진전략

방콕현장의 건강증진전략과 그 정의는 다음과 같다[3].

- 주창: 인간의 기본권과 사회 연대 책임에 기초해서 건강의 중요성을 사회에 널리 알린다(Advocate for health based on human rights and solidarity).
- 투자: 건강결정요인들에 적절하게 대처하기 위해 지속 가능한 정책 및 건강증진 활동과 하부구조 구축에 투자한다(Invest in sustainable policies, actions and infrastructure to address the determinants of health).
- 역량함양: 정책 개발, 리더십, 건강증진사업 및 서비스 수행, 지식전달 및 연구, 그리고 건강지식 습득능력 등을 위한 역량을 함양한다(Build capacity for policy development, leadership, health promotion practice, knowledge transfer and research, and health literacy).
- 법규제정 및 규제: 건강위해로부터 높은 수준의 보호를



보장하고, 모든 사람들에게 건강과 안녕을 위한 동등한 기회가 가능하도록 법규를 제정하고 규제활동을 한다(Regulate and legislate to ensure a high level of protection from harm and enable equal opportunity for health and well-being for all people).

- 파트너십 및 연대구축: 지속가능한 활동들을 만들어가기 위해 공공 및 민간부문, 비정부기관, 국제기구 및 시민사회와 함께 파트너십을 형성하고 연대를 구축한다(Partner and build alliance with public, private, nongovernmental and international organizations and civil society to create sustainable actions).

## 2. 연구대상

본 연구에서 관심의 대상은 시·군·구 기초지방자치단체 수준의 지역 건강증진사업이다. 이는 우리나라 건강증진사업은 그 동안 국민건강증진법(1995) 및 지역보건법(1996) 등에 근거해서 기술적 및 교육적 지원을 위한 일부 중앙수준의 건강증진연구와 비정부기관, 전문직협회 및 정부산하기관 등 유관기관 사업을 제외하면, 지난 십여 년 간 시·군·구 기초지방자치단체 지역수준에서 보건소가 중심이 되어 전개해왔기 때문이다. 이에 따라 본 연구의 대상집단은 전국 보건소의 관리자 및 건강증진업무 담당인력으로, 구체적 대상은 보건소장(보건소에 따라 건강증진과장)과 건강증진업무 담당 팀장 및 담당자 등으로 정하였다. 조사실시 전 전화응답을 통해 참여의사를 표시한 보건소는 전국 246개 보건소 중 224개 보건소였다.

조사 참여보건소는 지역별로 수도권(서울, 인천 및 경기) 지역 34, 강원지역 14, 대전 및 충청지역 22, 대구 및 경북지역 28, 부산, 울산 및 경남지역 26, 광주, 호남 및 제주지역 21개 보건소로 총 145개 지역보건소였다. 참여의사를 표시한 보건소 중 실제 참여율은 64.7%이며, 보건인력 참여율은 57.1%(384명)이었다. 조사 참여자 중 보건소장이 115명(29.9%), 과장 3명(0.8%), 팀장 128명(33.3%), 담당자 122명(31.8%)이었다. 조사 참여자의 64.3%가 여자였고, 평균 연령은 47세로 40대와 50대가 80% 이상을 차지하였다. 건강증진업무 담당기간은 1-3년이 가장 많았으며 전체 응답

자의 70% 이상이 10년 이상 보건소에서 근무한 것으로 응답하였다(Table 1).

## 3. 연구내용 및 조사도구 개발

연구내용은 방콕현장에서 제시한 건강증진전략의 실천수준과 이에 따른 실천요구를 지난 십여 년간 우리나라 기초지방자치단체인 시·군·구 수준에서 전개해온 지역 건강증진사업에 대하여 측정하는 것이다. 이에 따라 첫째, 방콕현장에서 제시한 건강증진전략 실천의 중요성 인식정도와 지역 건강증진사업에서의 실천수준을 측정하였다. 둘째, 그동안 지역수준의 건강증진사업에서 오타와현장에서 제시한 건강증진의 개념 및 기본 접근전략의 적용수준을 측정하였다.

본 연구에서 방콕현장 건강증진전략의 실천수준 조사와 함께 오타와현장의 건강 및 건강증진의 개념과 기본 접근전략의 적용수준을 같이 파악하고자 한 까닭은 다음과 같다. 우리나라에서 오타와현장이 건강분야에 소개되기 시작한 것은 1990년대 중반에 국민건강증진법이 제정된 후이며, 실제 지역에서 건강증진사업이 활발하게 전개되기 시작한 것은 국민건강증진기금이 조성되어 활용가능해진 2000년 이후로 비교적 최근이다. 따라서, 국민건강증진 노력을 효과적으로 전개하기 위해서는 '건강증진'이라는 비교적 새로운 개념 및 기본 접근에 대한 충분한 인식과 이해 및 이를 적용하고자 하는 노력이 기본적으로 갖추어져야하기 때문이다. 연구내용에 따라 조사도구는 다음과 같이 세 부분으로 구성하였다.

### 1) 건강증진의 개념 및 기본 접근전략의 적용 수준

건강증진의 개념 및 기본 접근전략의 적용수준에 관한 조사내용은 오타와현장을 토대로 '건강 및 건강증진의 개념', '건강증진 기본전략' 및 '건강증진의 주요 접근' 등 세 영역으로 나누어서 구체적 문항을 개발하였다. '건강 및 건강증진의 개념' 영역은 '건강형평성 달성을 위한 사회 공동연대 책임 및 노력', '건강증진의 정의(사람들이 스스로 건강수준을 향상해가는 것을 가능하도록 함)', '건강의 기본 필수요건 보장 및 타 분야와의 협력관계 형성' 등에 관한 3문항이었다. '건강증진 기본전략' 영역은 '건강의 중요성 주창 및 건강결정요인을 건강에 이로운 방향으로 만들어감(advocate)', '평등한 기회제공 및 자원확보(enable)', '건강증진관련 활동들

**Table 1.** The social demography of survey participants (N=384)

Variables		No.	%
Gender	Men	133	34.6
	Women	247	64.3
	Non response	4	1.1
Age (yr)	20-29	16	4.2
	30-39	39	10.2
	40-49	153	39.8
	50-59	164	42.7
	≥60	6	1.6
	Non response	6	1.6
Region <sup>a)</sup>	Capital territory (34)	88	22.9
	Gangwon (14)	36	9.4
	Taejun-Choongchung (22)	61	15.9
	Daegu-Gyeongbuk (28)	74	19.3
	Busan-Ulsan-Gyeongnam (26)	71	18.5
	Kwangju-Honam-Jeju (21)	54	14.1
Positions in the division of labor amongst health officials	Director	115	29.9
	Division chief	3	0.8
	Middle manager	128	33.3
	Frontline worker	122	31.8
	Others	16	4.2
Length of service for health promotion	<6 mos	47	12.2
	6 mos - 1 yr	27	7.0
	1-3 yr	136	35.4
	3-5 yr	63	16.4
	≥5 yr	96	25.0
	Non response	15	3.9
Length of service in the public health center (yr)	<1	14	3.6
	1-3	26	6.8
	3-5	20	5.2
	5-10	43	11.2
	≥10	268	69.8
	Non response	13	3.4
Total		384	100.0

<sup>a)</sup> ( ) No. of participating local public health centers.

의 통합·조정 노력 및 보건의료전문직의 책임(mediate)' 등에 관한 3문항을 포함하였다. '건강증진의 주요 접근' 영역은 '지역요구와 국가 및 지역 상황에 적절한 건강증진전략 및 프로그램', '다 수준에서의 건강증진활동 전개', '생활터(학교, 직장, 가정 및 지역사회 등)중심 접근(setting-based

approach)' 등에 관한 3 문항을 포함하였다. 적용수준은 Likert 5점 척도를 활용해서 측정한 문항별 평균점수와 적용률 및 적용시도율 등 두 가지 차원에서 측정했다. 각 문항에 대하여 조사 참여자가 '적용하지 못함', '거의 적용하지 못함', '적용을 시도함', '적용함', '충분히 적용함'에 응답하게 하고 각각 1-5점을 배정한 후 문항별 평균점수를 산출하였다. 문항별로 '적용함' 또는 '충분히 적용함'의 응답비율을 적용률, 여기에 '적용을 시도함'의 응답 비율을 더한 것을 적용시도율로 정의하였다. 조사도구에 대한 신뢰도 검증결과, Cronbach's  $\alpha$  값이 세 영역 모두에서 0.6 이상으로 신뢰할 만한 수준이었다 (Table 2).

## 2) 방콕현장 건강증진전략 실천의

### 중요성 인식 수준

방콕현장 건강증진전략 실천에 대한 중요성 인식수준 역시 5개 전략별 문항(건강을 위한 주창, 투자, 역량함양, 법규제정 및 규제, 파트너쉽 형성 및 연대구축 등)에 대하여 Likert 5점 척도를 활용해서 측정한 전략별 평균점수와 중요성 인식정도에 따른 인식률의 두 가지 차원에서 측정하였다. 각 문항에 대해서 조사 참여자가 '전혀 중요하지 않음', '중요하지 않음', '보통임', '중요함', '매우 중요함'에 응답하게 하고 각각 1-5점을 배정한 후, 문항별 평균점

수를 산출했다. 중요성 인식률은 각 전략별 문항에 대해 '중요함' 또는 '매우 중요함'의 응답 비율로 정의하였다.

## 3) 지역 건강증진사업에서의 방콕현장 건강증진전략 실천 수준

방콕현장 건강증진전략의 실천수준은 건강증진전략별로




**Table 2.** The survey instrument

Domain	Construct	Item	Cronbach's $\alpha$
Part I. Perceived extent of implementation of the Ottawa Charter's health promotion concepts and approaches (9) <sup>a)</sup>	Health promotion (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· The society should achieve health equity based on human rights and solidarity.</li> <li>· Health promotion is the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health.</li> <li>· Improvement in health requires a secure foundations in the prerequisites for health, so intersectoral collaboration is important.</li> </ul>	0.666
	Health promotion strategies (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Health promotion action aims at making the health determinants favourable through advocacy for health.</li> <li>· Health promotion focuses on achieving equity in health by acting to reduce differences in current health status and ensure equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential.</li> <li>· Health promotion demands actions coordinated by the all concerned people, and health professionals have a major responsibility to mediate between differing interests in society for the pursuit of health.</li> </ul>	0.758
	Health promotion approaches (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Health promotion strategies and programmes should be adapted to the local needs and possibilities of individual countries and regions.</li> <li>· Health promotion actions should be taken at multi levels (individuals, communities, environments, and policies).</li> <li>· Health promotion programs and services should be implemented by setting-based approach (in schools, home, work and community setting etc.).</li> </ul>	0.739
Part II. Perceived importance of the health promotion strategies of the Bangkok Charter (5) <sup>a)</sup>	Advocate (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Advocate for health based on human rights and solidarity.</li> </ul>	NA
	Invest (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Invest in sustainable policies, actions and infrastructure to address the determinants of health.</li> </ul>	NA
	Build capacity (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Build capacity for policy development, leadership, health promotion practice, knowledge transfer and research, and health literacy.</li> </ul>	NA
	Regulate and legislate (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Regulate and legislate to ensure a high level of protection from harm and enable equal opportunity for health and well-being for all people.</li> </ul>	NA
	Partner and build alliance (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Partner and build alliance with public, private, nongovernmental and international organizations and civil society to create sustainable actions.</li> </ul>	NA
Part III. Perceived implementation of the Bangkok Charter's health promotion strategies (29) <sup>a,b)</sup>	Advocate (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Advocate for health based on human rights.</li> <li>· Advocate for achievement of health equity based on solidarity.</li> <li>· Advocate for health promotion approaches.</li> <li>· Get supports from decision makers and administrators.</li> <li>· Get supports and active participations from community organizations, health professionals and health-related agencies.</li> <li>· Implement health education and promotion programs appropriately to target population.</li> <li>· Use mass media actively to advocate for health and health promotion.</li> </ul>	0.843-0.861
	Invest (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Establish sustainable health promotion policies to address the determinants of health.</li> <li>· Develop appropriate programs and guidelines to address the determinants of health.</li> <li>· Build infrastructure to address the determinants of health.</li> <li>· Secure sustainable health promotion fund.</li> <li>· Build a research infrastructure and health information system.</li> </ul>	0.790-0.801
	Build capacity (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· The governments at national and local levels have leadership for health promotion.</li> <li>· The governments at all levels build the capacity for policy development in health promotion.</li> <li>· The health practitioners, the professional associations, and NGOs build the capacity for providing health promotion programs or services.</li> <li>· The academia and research organizations build the capacity for health promotion research and knowledge transfer.</li> <li>· The citizens build the capacity for health literacy and skill development.</li> </ul>	0.867-0.873

Table 2. Continued

Part III. Perceived implementation of the Bangkok Charter's health promotion strategies (29) <sup>a,b)</sup>	Regulate and legislate (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Legislate to ensure a high level of protection from harm for health and well-being for all people.</li> <li>· Regulate thoroughly on harm by enforcing the related legislations for health and well-being for all people.</li> <li>· Legislate to enable equal opportunities for health and well-being for all people.</li> <li>· Provide equal opportunities by enforcing the related legislations for health and well-being for all people.</li> </ul>	0.828-0.856
	Partner and build alliance (8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· The civil society and professional associations etc. participate actively in planning health promotion actions.</li> <li>· The civil society and professional associations etc. participate actively in implementing health promotion actions.</li> <li>· The civil society and professional associations etc. participate actively in evaluating the health promotion actions.</li> <li>· The partnership for health is built among governments and affiliated organizations at all levels to provide formal opportunities for participation.</li> <li>· The partnership for health is built among departments of the governments at all levels to provide formal opportunities for participation.</li> <li>· The private industries implement workplace health promotion program.</li> <li>· The private industries participate in societal health promotion efforts with healthy products and marketing.</li> <li>· The alliance with international organizations such as WHO and international societies is built for health promotion.</li> </ul>	0.907-0.926

( ) presented as no. of items.

NA: not applicable.

<sup>a)</sup> As measured using Likert 5 scales.

<sup>b)</sup> The directors of local public health centers (PHCs) assessed the extent to which the Bangkok Charter's health promotion strategies had been implemented at the municipality level in Korea in the decade after 1995; the middle managers and the frontline workers of PHCs focused their assessment on four health promotion programs over the year of 2005-2006: tobacco control, alcohol use, physical activity, and diet.

<sup>c)</sup> Cronbach's  $\alpha$  was calculated in each group of directors, middle managers and frontline workers.

의미를 구체화한 실천활동 각 문항들에 대해 Likert 5점 척도를 활용해서 측정했다. 방콕현장의 전략별 실천활동은 연구자들이 건강증진전략의 의미를 전략별로 구체화하고 관련 문헌고찰 및 국내·외 전문가 의견, 초점그룹조사 결과 등을 반영해서 개발한 방콕현장 건강증진전략 실천지침 안에 근거하였다[31,32]. 건강증진전략별 실천활동 문항은 '주창' 7문항, '투자' 5문항, '역량함양' 5문항, '법규제정 및 규제' 4문항, '파트너쉽 형성 및 연대구축' 8문항 등 총 29개 문항이다. 각 문항에 대하여 조사 참여자가 '전혀 활발하게 이루어지지 않음', '활발하게 이루어지지 않음', '보통임', '활발하게 이루어짐', '매우 활발하게 이루어짐'에 응답하게 하고 각각 1-5점을 배정한 후 평균하여 실천 활동별 점수를 구한 후, 다시 이를 평균하여 건강증진전략별 점수로 하였다. 조사참여자가 각 문항에 대해 '활발하게 이루어짐' 또는 '매우 활발하게 이루어짐'으로 응답한 비율을 실천율로 정의하였다. 전략별로 조사도구에 대한 신뢰도 검증결과, 건강증진

전략별 Cronbach's  $\alpha$  값이 모두 0.8 이상으로 신뢰도가 충분히 높았다(Table 2).

위의 방콕현장 건강증진전략별 실천수준을 측정한 조사 대상 사업내용은 조사 참여자의 역할과 사업경험 등을 고려해서, 관리자(보건소장 및 과장 등)와 건강증진업무 담당인력(팀장 및 담당자)을 구분하여 조사도구와 조사 설문서를 개발하였다. 관리자 경우는 기초지방자치단체 수준의 건강증진사업 전반에 대해서 방콕현장 건강증진전략별 실천활동의 실천정도를 주관적으로 평가하도록 하였고, 건강증진업무 담당인력(팀장 및 담당자) 경우는 기초지방자치단체 수준의 건강증진사업 전반이 아닌 구체적 건강증진사업 즉 내 가지 건강생활실천사업(흡연예방 및 금연사업, 운동사업, 절주사업, 영양사업)을 대상으로 지난 12개월 동안의 건강증진전략 실천정도를 주관적으로 평가하도록 하였다. 이는 아직까지 우리사회에서 건강증진사업을 건강생활실천 영역에 국한해서 인식하고 지역에서 사업을 전개해왔기 때문이다.



#### 4. 자료 수집 및 자료 분석

조사자료 수집은 2006년 12월-2007년 1월 2개월 동안 전국 246개 보건소 중 참여의사를 표시한 224개 보건소의 보건소장, 건강증진업무 담당 팀장 및 담당자를 대상으로 구조화된 조사도구를 이용한 자기기입식 우편 설문조사를 통해 이루어졌다. 조사 설문서 표지에 응답자로 하여금 조사 참여 동의의사를 표시하도록 함으로써 수동적 동의를 구하였다. 조사자료 수집결과, 전체 672명의 조사대상자(224개 보건소×3인) 중 399명의 조사자료를 수집하였으며, 이 중 응답이 충분하지 않거나 성실하게 응답하지 않은 15명을 제외한 384명의 자료를 분석하였다.

자료 분석은 SPSS ver. 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) 통계프로그램을 활용하였다. 건강과 건강증진의 기본 개념 및 접근전략 적용수준은 문항별 빈도분석과 기술통계를 실시해서 문항별 평균점수와 적용률 및 적용 노력률을 산출하였다. 각 문항별로 직위(보건소장, 팀장, 담당자)에 따른 적용수준 차이를 검증하고자 일원배치 분산분석을 실시하였다.

방콕현장 건강증진전략 실천의 중요성 인식수준은 문항별 빈도분석과 기술통계를 실시해서 문항별 평균점수와 중요성 인식률을 산출하였고, 각 전략별로 직위에 따른 중요성 인식 정도 차이를 분석하고자 일원배치 분산분석을 실시하였다.

지역 건강증진사업에서 방콕현장 건강증진전략의 실천수준은 전략별 의미를 구체화한 실천활동 문항별 빈도분석과 기술통계를 실시해서 다섯 가지 건강증진전략의 전략별 및 구체적 실천활동 문항별 평균점수와 실천율을 산출하였다. 팀장 및 담당자 경우는 네 가지 건강증진(건강생활실천)사업별로 각 실천활동 평균점수를 산출하되, 네 사업 전체의 평균점수는 산출하지 않았다.

#### 5. 연구결과의 타당성 검토

지역 건강증진사업에서의 건강증진전략 실천수준 조사자료 분석 후, 조사결과의 적절한 해석 및 타당성 검토를 위해 국내 학계 및 보건의료분야, 비정부기관 등 다양한 분야의 관련 전문가를 포함한 전문가 회의 및 연구세미나를 2회 실시하였다.

## 연구결과

### 1. 지역 건강증진사업에서의 건강증진의 기본 개념 및 주요 접근의 적용수준

건강증진의 개념과 기본 접근전략의 적용수준에 대한 문항별 평균점수는(Table 3), 모두 5점 기준에 3점 이상(3.2-3.8)으로 지역 건강증진사업에서 적용수준이 높지 않으나 모두 적용하고자 노력하는 수준으로 나타났다. 9개 문항 중 '사람들이 스스로 건강수준을 향상시키는 것을 가능하도록 함', '건강의 중요성 주창 및 건강결정요인을 건강에 이로운 방향으로 만들어 감' 및 '생활터 중심의 접근', '건강에 대한 포괄적 정의와 사회 공동책임에 갖고 노력함' 등은 3.5 이상으로 상대적으로 높은 반면, '건강형평성 달성 노력'(3.38), '건강의 필수여건 보장 및 타 분야와의 협력관계 형성'(3.33), '건강증진을 위해 관련되는 사람들의 활동을 통합·조정 및 보건의료전문직 책임'(3.20) 및 '지역요구와 국가 및 지역 상황에 적절한 건강증진전략 및 프로그램'(3.25), '다 수준에서의 건강증진활동 전개'(3.39) 등은 적용수준이 3.5 미만으로 상대적으로 다른 개념 및 접근전략보다 다소 낮았다.

건강증진의 개념 및 접근전략의 적용정도에 대해 '적용함' 또는 '충분히 적용함'으로 응답한 적용률은 9개 문항 중 '사람들이 스스로 건강수준을 향상시키는 것을 가능하도록 함', '건강의 중요성 주창 및 건강결정요인을 건강에 이로운 방향으로 만들어 감' 및 '생활터 중심의 접근' 등 3개 문항에 대해서만 보건소장과 팀장 및 담당자 모두에서 50% 이상이었다. 반면, 여기에 '적용을 시도함' 응답을 포함하여 측정한 적용 노력률은 모든 문항에서 75% 이상이었다. 적용률 및 적용 노력률이 비교적 낮은 문항은 '건강의 필수여건 보장 및 타 분야와 협력관계 형성', '건강증진활동의 통합·조정' 및 '국가 및 지역 상황에 적절한 전략 및 프로그램' 등으로, 이는 위에서 제시한 문항별 평균점수 결과와도 일치한다.

한편, 조사 대상자의 직위에 따른 건강증진의 개념 및 접근전략 적용수준을 비교한 결과, 전반적으로 팀장 및 담당자가 보건소장에 비해 적용수준을 다소 높게 평가하였으며, '건강의 필수여건 보장 및 타 분야와의 협력관계 형성' 및 '생



**Table 3.** Public health centers (PHCs) implementation of the Ottawa Charter's health promotion concepts and approaches at the municipality level in Korea

	Distribution of response (%) (N=382)					
	Mean <sup>a)</sup> (SD)	Not implemen- ted at all	Very little effort made to implement	Some effort made to implement	Partly imple- mented	Thoroughly implemented
1. The society should achieve health equity based on human rights and solidarity.	3.51 (0.77)	0.8	5.8	44.0	40.8	8.6
2. Health promotion is the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health.	3.83 (0.67)	0.3	0.5	29.0	56.4	13.8
3. Improvement in health requires a secure foundations in the prerequisites for health, so intersectoral collaboration is important.	3.33 <sup>b)</sup> (0.92)	1.8	16.8	36.6	36.1	8.6
4. Health promotion action aims at making the health determinants favourable through advocacy for health.	3.59 (0.79)	0.5	6.8	37.2	44.5	10.9
5. Health promotion focuses on achieving equity in health by acting to reduce differences in current health status and ensure equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential.	3.38 (0.82)	0.5	11.2	46.2	33.4	8.6
6. Health promotion demands actions coordinated by the all concerned people, and health professionals have a major responsibility to mediate between differing interests in society for the pursuit of health.	3.20 (0.83)	1.3	17.0	47.0	29.5	5.2
7. Health promotion strategies and programmes should be adapted to the local needs and possibilities of individual countries and regions.	3.25 (0.88)	2.4	16.3	42.0	33.1	6.3
8. Health promotion actions should be taken at multi levels (individuals, communities, environments, and policies).	3.39 (0.81)	0.3	12.8	42.6	36.8	7.6
9. Health promotion programs and services should be implemented by setting-based approach (in schools, home, work and community setting etc.).	3.76 <sup>b)</sup> (0.81)	0.3	5.2	29.9	47.4	17.2

<sup>a)</sup> We measured PHC health officials' responses by using Likert 5 scales (1: not implemented at all, 2: very little effort made to implement, 3: some effort made to implement, 4: partly implemented, 5: thoroughly implemented).

<sup>b)</sup> Difference of the perceived extent of implementation of the Ottawa Charter, according to different positions in the division of labor (directors, middle managers, or frontline workers) amongst health officials by ANOVA test was statistically significant ( $p < 0.05$ ).

활터 중심의 건강증진사업 전개'는 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

## 2. 방콕현장 건강증진전략 실천의 중요성 인식수준

방콕현장에서 제시한 건강증진전략 실천의 중요성 인식수준을 측정한 결과, 5점 기준에 대부분 4점 이상이였다 (Table 4). 또한 건강증진전략 실천의 중요성 인식정도에 따라 '중요함' 또는 '매우 중요함'으로 응답한 중요성 인식률은 다섯 가지 건강증진전략 모두에서 74% 이상으로 지역 건강증진사업에서 방콕현장 건강증진전략 실천의 중요성은 비교적

모두 높게 인식하고 있는 것으로 나타났다. 한편, 다섯 가지 전략 중 '법규제정 및 규제'(3.97) 및 '파트너쉽 형성 및 연대 구축'(4.07) 전략의 실천 중요성 인식수준이 '주창'(4.13), '투자'(4.17) 및 '역량함양'(4.21) 전략에 비해서 상대적으로 다소 낮았다. 조사 참여자의 직위에 따른 방콕현장 건강증진전략의 중요성 인식수준을 비교한 결과 유의한 차이가 없었다.

## 3. 지역 건강증진사업에서의 방콕현장 건강증진전략 실천수준

방콕현장 건강증진전략별로 그 의미를 구체화한 실천활

**Table 4.** The perceived importance of the Bangkok Charter's health promotion strategies, by various levels of health officials at local public health centers in Korea

	Total (N=368)	Directors (n=118)	Middle managers (n=128)	Frontline workers (n=122)	p-value
Advocate	4.13 (0.66)	4.17 (0.68)	4.11 (0.69)	4.12 (0.59)	0.743
Invest	4.17 (0.69)	4.25 (0.72)	4.14 (0.70)	4.16 (0.62)	0.376
Build capacity	4.21 (0.64)	4.20 (0.59)	4.27 (0.62)	4.20 (0.69)	0.623
Regulate and legislate	3.97 (0.79)	4.04 (0.77)	3.97 (0.81)	3.95 (0.76)	0.628
Partner and build alliance	4.07 (0.69)	4.04 (0.74)	4.18 (0.61)	4.05 (0.71)	0.233

Values are presented as mean (SD). As measured using Likert 5 scales (1, not important at all; 2, little important; 3, somewhat important; 4, important; 5, very important). p-value by ANOVA test.

동 각 문항에 대한 실천수준과 이를 통해 측정된 건강증진전략별 실천수준 결과를 관리자와 건강증진담당인력 조사내용에 따라 구분하여 제시하면 다음과 같다.

#### 1) 관리자(보건소장 및 과장)

우선 지역 건강증진사업 전반에서의 건강증진전략 실천수준을 평가한 것을 살펴보면, 건강증진전략 실천의 중요성을 대부분 5점 기준에 4점 이상으로 높게 인식했던 것과는 달리, 건강증진전략 모두에서 실천수준을 5점 기준에 3.5 이하로 낮게 평가했다(Table 5, Figure 1). 다섯 가지 건강증진전략 중 '건강의 중요성 및 형평성 주창'(3.5) 전략의 실천수준은 상대적으로 높은 반면, '법규제정 및 규제'와 '파트너쉽 형성 및 연대구축' 전략 경우 각각 3.04, 2.83으로 상대적으로 낮았는데, 이는 건강증진전략 실천의 중요성 인식수준 결과 경우와 비슷하다. 건강증진전략 실천수준을 전략별로 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

• 건강의 중요성 및 형평성 주창: '건강의 중요성 및 형평성 주창' 전략은 '건강의 중요성 알림', '건강불평등 감소의 중요성 알림', '건강결정요인 관리를 위한 건강증진사업의 중요성 알림', '정책결정자 및 관리자의 지원과 지지를 이끌어냄', '지역보건의료인력, 지역사회 관련단체 및 기관의 지지와 참여를 이끌어냄', '대상집단별 건강교육 및 홍보를 실시함', '건강 주창을 위해 대중매체를 활용함' 등 7개 실천활동 문항으로 의미를 구체화해서 측정하였다(Table 2). 실천수준 측정결과는 '건강의 중요성 및 형평성 주창' 전략의 평균

점수는 5점 기준에 3.5점이었고, 문항별 평균점수는 3.13-3.84이었다. 구체적으로 살펴보면, '대상집단별 건강교육 및 홍보를 실시함'이 3.84로 건강을 위한 주창 실천활동 중 실천수준을 가장 높게 평가하였고, 다음으로 '건강결정요인 관리를 위한 건강증진사업의 중요성 알림'(3.67), '건강 주창을 위해 대중매체를 활용함'(3.60), '지역보건의료인력 등 관련단체 및 기관의 지지와 참여를 이끌어냄'(3.53) 순이었으며, '정책결정자 및 관리자의 지원과 지지

를 이끌어냄'(3.48), '건강의 중요성 알림'(3.42), '건강불평등 감소의 중요성 알림'(3.13) 등은 3.5 미만으로 상대적으로 실천수준을 낮게 평가했다. 또한, 구체적 7개 실천활동의 실천정도에 따라 '매우 활발하게 이루어짐' 및 '활발하게 이루어짐'을 포함해서 측정된 실천율에서도 7개 문항 중 '건강의 중요성 알림', '건강 불평등 감소의 중요성 알림' 및 '정책결정자 및 관리자의 지원과 지지를 이끌어냄' 등의 3개 실천활동 문항은 실천율이 50% 미만으로 매우 낮았다.

• 건강을 위한 투자: '건강을 위한 투자' 전략은 '정책 수립', '프로그램 및 지침 개발', '하부구조 구축', '지속가능한 건강증진기금 확보', '연구기반 및 건강정보체계 구축' 등 5개 실천활동 문항으로 의미를 구체화해서 측정하였다(Table 2). 실천수준 측정결과는 '투자' 전략의 평균점수는 5점 기준에 3.24이었고, 문항별 점수는 2.76-3.63으로 문항별로 실천수준의 차이가 있었다. 구체적으로 살펴보면, '적절한 정책 수립'이 3.63이었고, 다음으로 '적절한 프로그램 및 지침 개발'(3.45), '건강증진을 위한 하부구조 구축'(3.31)이었고, '연구기반 및 건강정보체계 구축'(3.04), '지속가능한 건강증진기금 확보'(2.76) 순으로, 건강을 위한 투자 전략의 실천수준은 전반적으로 높지 않았다. 특히 '연구기반 및 건강정보체계 구축'과 '지속가능한 건강증진기금 확보' 실천활동 경우 다른 실천활동에 비해서 상대적으로 낮았다. 또한 실천율을 측정한 결과, 5개 실천활동 문항 중 '적절한 정책 수립'을 제외한 모든 문항에서 실천율이 50% 미만으로

**Table 5.** Health officials' perceived implementation of the Bangkok Charter's health promotion strategies at the municipality level in Korea

	Directors <sup>a)</sup> (n=118)	Middle managers & frontline workers (n=250) <sup>b)</sup>			
		Tobacco control	Alcohol use	Physical activity	Diet
• Advocate	3.50 (0.60)	4.08 (0.61)	3.11 (0.88)	3.93 (0.71)	3.64 (0.79)
1. Advocate for health based on human rights.	3.42 (0.82)	4.48 (0.64)	3.00 (1.09)	4.27 (0.77)	3.89 (0.89)
2. Advocate for achievement of health equity based on solidarity.	3.13 (0.77)	3.86 (0.93)	2.94 (1.04)	3.78 (0.98)	3.51 (0.99)
3. Advocate for health promotion approaches.	3.67 (0.79)	4.33 (0.75)	3.33 (1.05)	4.14 (0.79)	3.87 (0.89)
4. Get supports from decision makers and administrators.	3.48 (0.88)	3.82 (0.89)	3.00 (1.07)	3.77 (0.93)	3.44 (0.94)
5. Get supports and active participations from community organizations, health professionals and health-related agencies.	3.53 (0.75)	3.96 (0.88)	3.09 (1.09)	3.83 (0.90)	3.54 (0.96)
6. Implement health education and promotion programs appropriately to target population.	3.84 (0.72)	4.04 (0.92)	3.13 (1.17)	3.93 (0.98)	3.67 (1.06)
7. Use mass media actively to advocate for health and health promotion.	3.60 (0.91)	4.14 (0.90)	3.31 (1.18)	3.88 (1.01)	3.66 (1.06)
• Invest	3.24 (0.70)	3.77 (0.76)	2.94 (0.90)	3.57 (0.82)	3.37 (0.83)
1. Establish sustainable health promotion policies	3.63 (0.80)	4.01 (0.89)	3.11 (1.14)	3.85 (0.96)	3.59 (1.03)
2. Develop appropriate programs & guidelines	3.45 (0.78)	3.90 (0.88)	2.96 (1.09)	3.76 (0.95)	3.47 (1.01)
3. Build infrastructure to address the determinants of health.	3.31 (0.91)	3.54 (1.05)	2.66 (1.11)	3.36 (1.08)	3.12 (1.09)
4. Secure sustainable health promotion fund.	2.76 (1.19)	3.98 (1.13)	3.38 (1.25)	3.77 (1.14)	3.64 (1.17)
5. Build a research infrastructure and health information system.	3.04 (0.98)	3.53 (1.06)	2.73 (1.11)	3.26 (1.12)	3.17 (1.10)
• Build capacity	3.26 (0.68)	3.60 (0.79)	2.90 (0.91)	3.46 (0.83)	3.31 (0.84)
1. The governments at national and local levels have leadership for health promotion.	3.40 (0.88)	3.70 (1.00)	2.98 (1.13)	3.55 (1.05)	3.35 (1.11)
2. The governments at all levels build the capacity for policy development in health promotion.	3.12 (0.89)	3.66 (0.98)	2.92 (1.07)	3.48 (0.98)	3.36 (0.98)
3. The health practitioners, the professional associations, and NGOs build the capacity for providing health promotion programs or services.	3.26 (0.90)	3.52 (0.92)	2.85 (0.98)	3.39 (0.93)	3.26 (0.91)
4. The academia and research organizations build the capacity for health promotion research and knowledge transfer.	3.15 (0.81)	3.57 (0.98)	2.96 (1.07)	3.43 (1.01)	3.34 (1.00)
5. The citizens build the capacity for health literacy and skill development.	3.36 (0.71)	3.66 (0.86)	2.89 (1.04)	3.59 (0.92)	3.38 (0.99)
• Regulate and legislate	3.04 (0.75)	3.44 (0.91)	2.56 (0.96)	2.84 (1.00)	2.78 (0.99)
1. legislate to ensure a high level of protection from harm for health and well-being for all people.	2.77 (0.96)	3.55 (1.11)	2.38 (1.10)	2.72 (1.16)	2.67 (1.13)
2. regulate thoroughly on harm by enforcing the related legislations	2.91 (0.92)	3.38 (1.11)	2.38 (1.13)	2.67 (1.18)	3.61 (1.15)
3. legislate to enable equal opportunities for health and well-being for all people.	3.19 (0.88)	3.40 (1.05)	2.71 (1.12)	2.96 (1.13)	2.89 (1.10)
4. provide equal opportunities by enforcing the related legislations.	3.31 (0.93)	3.47 (1.08)	2.81 (1.16)	3.11 (1.13)	3.03 (1.13)
• Partner and build alliance	2.83 (0.79)	2.89 (0.89)	2.37 (0.90)	2.76 (0.89)	2.64 (0.90)
1. The civic society and professional associations etc. participate actively in planning health promotion actions.	3.03 (0.93)	3.00 (1.10)	2.46 (1.12)	2.93 (1.11)	2.78 (1.10)
2. The civic society and professional associations etc. participate actively in implementing health promotion actions.	3.09 (0.95)	3.20 (1.06)	2.55 (1.10)	3.13 (1.07)	2.86 (1.07)
3. The civic society and professional associations etc. participate actively in evaluating the health promotion actions	2.95 (0.96)	2.85 (1.21)	2.45 (1.18)	2.76 (1.20)	2.68 (1.18)
4. The partnership for health is built among governments and affiliated organizations at all levels to provide formal opportunities for participation.	2.91 (0.90)	2.95 (1.09)	2.47 (1.10)	2.80 (1.08)	2.73 (1.08)



Table 5. Continued

5. The partnership for health is built among departments of the government at all levels to provide formal opportunities for participation.	2.93 (0.91)	3.05 (1.08)	2.52 (1.06)	2.86 (1.05)	2.81 (1.09)
6. The private industries implement workplace health promotion program.	2.70 (0.98)	2.93 (1.22)	2.21 (1.11)	2.72 (1.16)	2.50 (1.15)
7. The private industries participate in societal health promotion efforts with healthy products and marketing.	2.78 (1.02)	2.72 (1.25)	2.26 (1.11)	2.68 (1.19)	2.57 (1.19)
8. The alliance with international organizations such as WHO and international societies is built for health promotion.	2.36 (1.14)	2.57 (1.28)	2.16 (1.12)	2.37 (1.20)	2.32 (1.17)

Values are presented as mean (SD). As measured using Likert 5 scales (1, not important at all; 2, little important; 3, somewhat important; 4, important; 5, very important).

<sup>a)</sup> The directors of local public health centers (PHCs) assessed the extent to which the Bangkok Charter's health promotion strategies had been implemented at the municipality level in Korea in the decade after 1995.

<sup>b)</sup> The middle managers and the frontline workers of PHCs focused their assessment on four health promotion programs over the year of 2005-2006: tobacco control, alcohol use, physical activity, and diet.

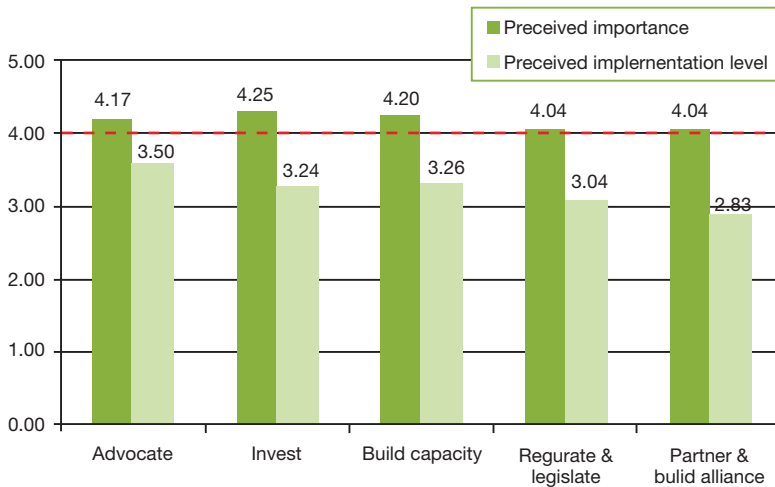
우리나라 지역 건강증진사업에서 건강을 위한 투자 전략의 실천이 활발하게 이루어지지 않는 것으로 나타났다.

• 건강증진을 위한 역량함양: '건강증진을 위한 역량함양' 전략은 '건강증진에 관한 리더십', '모든 수준 정부의 정책개발을 위한 역량함양', '보건의료인력과 전문직협회 및 비정부기관의 건강증진사업 및 서비스 수행을 위한 역량함양', '학계 및 연구기관의 건강증진연구 수행 및 지식전달 역량함양', 그리고 '시민들의 건강정보 지식 및 기술 습득능력 함양' 등 5개 실천활동 문항으로 의미를 구체화해서 측정하였다 (Table 2). 실천수준 측정결과는 '역량함양' 전략의 평균점수는 5점 기준에 3.26이었으며, 실천활동 문항별 점수는 3.12-3.40이었다. 문항별로 살펴보면, '건강증진에 관한 리더십'이 3.40이었고, '시민들의 역량함양'(3.36), '보건의료인력, 관련 전문직협회 및 비정부기관의 역량함양'(3.26), '학계 및 연구기관의 역량함양'(3.15), '모든 수준 정부의 역량함양'(3.12) 순으로, 전반적으로 역량함양 전략 실천수준에 대한 평가가 높지 않았다. 또한, 실천율 경우도 5개 실천활동 문항 모두에서 실천율이 50% 미만으로 우리나라 건강증진사업에서 역량함양 전략의 실천 역시 활발하게 이루어지지 않는다고 평가하였다.

• 법규제정 및 규제: '법규제정 및 규제' 전략은 건강위해로부터 보호하고, 모든 사람들의 건강과 안녕을 위해 동등한 기회를 제공하기 위한 법규제정 및 규제활동 내용으로 의미를 구체화해서 4개 실천활동 문항으로 측정하였다 (Table 2). 실천수준 측정결과는 '법규제정 및 규제' 전략의 평균점수는

5점 기준에 3.04이며 앞에서 기술한 다른 전략들에 비해서 실천수준이 상대적으로 더 낮았다. 구체적 실천활동 문항별로 살펴보면 '법규 시행을 통해 사람들에게 동등한 기회 제공'이 3.31, '모든 사람들에게 동등한 기회 제공을 위한 법규 마련' 3.19, '법규 시행을 통한 건강위해 규제' 2.91, '건강위해로부터 보호하기 위한 법규 제정'이 2.77로, 모든 실천활동 문항에서 실천수준이 3.5 미만으로 낮았다. 한편, 실천율을 측정한 결과에서도 4개 문항 모두 실천율이 50% 미만이었으며, 특히 '건강위해로부터 보호하기 위한 법규 마련'과 '법규 시행을 통한 건강위해 규제' 경우 각각 19.4%, 22.8%로 실천율이 매우 낮았다.

• 파트너십 형성 및 연대구축: '파트너십 형성 및 연대구축' 전략은 '건강증진사업 및 서비스 기획/수행/평가지 다양한 건강증진활동 주체(비정부기관, 시민단체 및 전문직협회 등)의 참여'(3문항), '건강증진 관련 정책 수립시 모든 수준 정부 간 및 정부 부서 간/산하단체와의 파트너십 형성'(2문항), 민간기업의 직장 건강증진사업 수행/제품생산 및 판매 과정에서 지역 건강증진을 위한 노력'(2문항), 그리고 '국제기구 및 국제사회와의 협력관계 및 연대구축'(1문항) 등 8개 실천활동 문항으로 의미를 구체화해서 측정하였다 (Table 2). 실천수준 측정결과는 '파트너십 형성 및 연대구축' 전략의 평균점수는 5점 기준에 2.83으로 다섯 가지 건강증진전략 중 실천수준이 가장 낮았다. 구체적으로 살펴보면, 실천활동 문항 중 '건강증진사업 기획/수행단계에서 다양한 건강증진활동 주체(지역사회 비정부기관, 시민단체 및 전문직협회



**Figure 1.** Local public health center directors' perceived importance and perceived implementation of the Bangkok Charter's health promotion strategies at the municipality level in Korea (n=118). As measured using Likert 5 scales.

등의 참여를 제외한 6개 실천활동 문항에서 5점 기준에 3점 미만으로 전반적으로 건강증진활동 주체 간에 파트너십 형성 및 연대구축 등이 활발하게 이루어지지 않는 것으로 나타났다. 또한, 실천율 측정 결과 역시, 8개 실천활동 문항 모두에서 실천율 50% 미만으로 나타나서 우리나라 건강증진사업에서 파트너십 형성 및 연대구축 전략 실천수준이 상당히 낮음을 알 수 있다

## 2) 건강증진업무 담당인력(팀장 및 담당자)

건강증진업무 담당 팀장 및 담당자가 구체적 건강증진사업 중 네 가지 건강생활실천사업(흡연예방 및 금연, 절주, 운동 및 영양사업)을 대상으로 각 사업에 있어서 지난 12개월 동안의 경험을 토대로 건강증진전략 실천수준을 평가한 결과는 다음과 같다.

- 전반적인 건강증진전략 실천수준: 우선 전반적인 건강증진전략 실천수준을 살펴보면, 네 가지 건강생활실천사업 모두에서 '건강의 중요성 및 형평성 주창' 전략이 높았고(흡연예방 및 금연, 운동, 영양사업 경우 3.5 이상; 절주사업 3.11), 다음으로 '건강을 위한 투자', '역량함양', '법규제정 및 규제', '파트너십 형성 및 연대구축' 전략 순으로 나타났다(Table 5, Figure 2). 특히 '법규제정 및 규제' 전략과 '파트너십 형성 및 연대구축' 전략 경우 실천수준이 상당히 낮았

는데, '법규제정 및 규제' 전략은 흡연예방 및 금연사업을 제외한 다른 사업에서 5점 기준에 3점 미만으로 낮았고, '파트너십 형성 및 연대구축' 전략은 모든 건강생활실천사업에서 3점 미만으로 나타났다. 이러한 결과는 보건소장을 대상으로 조사한 건강증진전략 실천수준 결과와도 비슷하다. 한편, 건강증진전략별 의미를 구체화한 실천활동 문항별 실천수준 결과 역시 Table 5에서 보여주듯이 위의 결과와 유사한 결과를 보이고 있으며, 이에 따른 구체적 기술은 생략한다.

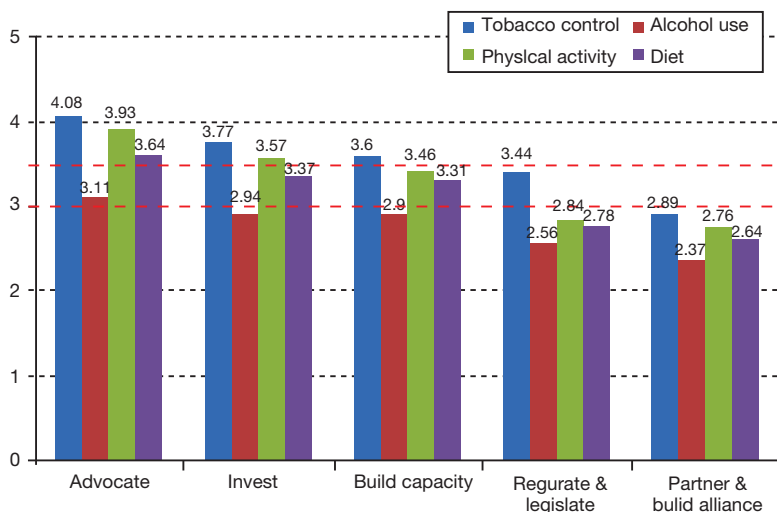
## • 건강증진사업별 건강증진전략 실천수준: 건강증진사업별로 건강증진전략

실천수준을 살펴보면, 흡연예방 및 금연사업은 '파트너십 형성 및 연대구축' 전략(2.89)을 제외한 나머지 건강증진전략은 모두 평균점수가 3.5 이상으로 실천수준이 가장 높았고, 다음으로 운동, 영양, 절주사업 순으로 나타났다(Table 5, Figure 2). 운동 및 영양사업은 전반적으로 실천수준이 비슷하였으나 운동사업의 실천수준이 다소 높았고, 단지 '법규제정 및 규제' 전략 실천활동 중 '건강위해에 대한 철저한 규제 시행' 경우 영양사업이 흡연예방 및 금연사업 다음으로 운동사업보다 높게 나타났다. 반면, 절주사업 경우 그 동안 우리나라 건강증진사업 초기부터 주요 사업으로 전개해왔음에도 불구하고, 실제 건강증진전략 실천수준이 모두 3.5 이하로 상당히 낮았다. 이 중 '건강을 위한 주창' 전략은 3.11이었고, 나머지 전략 점수는 3.0 이하로 모든 건강증진전략 실천수준이 가장 낮았다.

## 고 찰

본 연구는 21C 세계화시대, 급변하는 사회적 상황과 새로운 건강결정요인 및 건강도전과제 속에서 국민건강수준 향상을 위한 건강증진 노력의 효과적인 전개를 촉진하기 위해, 지역수준의 건강증진사업을 중심으로 방법론적인 검토를





**Figure 2.** Local public health center middle managers and frontline workers' perceived implementation of the Bangkok Charter's health promotion strategies in four health promotion programs at the municipality level in Korea (n=250). As measured using Likert 5 scales.

하였다. 그 동안 국민건강증진법 및 지역보건법에 근거해서 우리나라 지역수준의 건강증진사업을 전개해온 지역보건소 관리자 및 건강증진업무 담당인력들을 대상으로 주관적 평가를 통해 건강증진 개념 및 기본 접근전략의 적용과 최근 방콕현장에서 제시된 건강증진전략 실천의 중요성 인식 및 실천정도를 측정하였다. 측정결과, 우선 지역 건강증진사업의 전개에서 건강증진의 개념 및 기본 접근전략 적용수준은 전반적으로 충분히 높지는 못하나 비교적 적용하기 위해 노력하고 있는 것으로 나타났다. 특히 건강증진의 정의인 '사람들이 스스로 건강수준을 향상해가는 것을 가능하도록 함', '건강의 중요성 주창 및 건강결정요인을 건강에 이로운 방향으로 만들어 감'과 '생활터 중심의 접근' 등은 기본 접근전략 중 적용수준이 상대적으로 높게 나타났다. 이는 그 동안 국민건강을 위해서 건강의 중요성을 널리 알려온 노력과 '건강증진'이란 새로운 개념을 이해시키고 건강증진사업을 생활터 중심 즉 학교, 직장 및 지역사회 등을 중심으로 전개하고자 노력해온 결과라고 생각한다. 반면, '건강의 필수여건 보장 및 타 분야와의 협력관계 형성', '건강증진활동의 통합·조정' 및 '국가 및 지역상황에 적절한 전략 및 프로그램' 등은 상대적으로 적용수준이 낮았는데, 이는 현재 우리나라의 건

강증진 관련 상황을 잘 반영하는 것으로 보인다. 앞에서 기술한 Jackson 등 [10]의 건강증진사업에서의 기본 접근 전략 실천 및 그 효과성에 관한 보고 등을 토대로 이러한 결과를 생각할 때, 국민건강증진의 효과적 전개를 위해서는 향후 오타와현장에서 제시한 기본 접근전략을 더 충실히 적용하려는 노력과 이를 촉진할 방안 개발이 필요하다.

오타와현장의 기본 건강증진전략을 보다 실천중심으로 새롭게 제시한 방콕현장의 다섯 가지 건강증진전략 (건강의 중요성 및 형평성 주창, 건강투자, 건강증진 역량함양, 건강증진 법규제정 및 규제, 건강증진 파트너쉽 형성 및 연대 구축 등)의 실천수준을 측정한 결과, 모

든 전략의 실천 중요성은 비교적 충분히 인식하고 있으나, 실제 건강증진사업에서의 구체적 전략 실천수준은 낮게 나타났다(Tables 4, 5)(Figures 1, 2). 특히 건강증진전략 중 건강증진을 위한 '법규제정 및 규제'와 '파트너쉽 형성 및 연대구축' 전략 경우는 '주창', '투자' 및 '역량함양' 전략보다 중요성 인식 및 실천수준이 낮게 나타났으며, 이런 결과는 주요 지역수준의 건강증진사업인 네 가지 건강생활실천사업(흡연 예방 및 금연, 절주, 운동, 영양) 모두에서 나타났다. 실제 법규제정 및 규제활동 없이는 공공부문이든 민간부문이든 구체적 활동의 근거가 마련되지 않고 또한 일부 자발적인 건강증진활동이 시작되어도 지속가능성이 낮은 점을 고려할 때, 향후 필요한 법규제정 및 규제 시행 노력이 보다 적극적으로 실천되어야 함을 보여준다. 한편, 최근 들어 우리 사회에서 이와 관련한 일부 발전적인 노력이 이루어졌다. 2010년 5월 국민건강증진법 중 금연관련 간접흡연에 관한 새로운 조항이 신설되면서 공공장소에서의 간접흡연예방 및 간접흡연으로 인한 건강위해로부터 보호가 가능해졌고, 이에 따라 실제 서울시를 비롯한 광역 또는 기초지방단체 수준에서 조례제정을 통해 강력한 규제활동을 전개하고 있다[33]. 또한 영양사업 관련해서 식생활안전관리 특별법이 2008년 제정

되어 2009년부터 시행에 들어갔으며, 특히 2011년 일부 법 개정을 통해 어린이 식품안전 보호구역에서의 건강위해적인 식품판매 규제활동 강화 근거를 마련하였다[34]. 이와 더불어 최근 술, 탄산음료 및 고열량·저영양 식품에 대한 건강증진부담금 부과에 대한 논의가 일부 전개되었는데, 이러한 논의는 다른 국가에 비해 다소 늦었지만 우리사회에서 최근 대사증후군 유병률의 급격한 증가, 성인 및 소아비만 증가 추세로 볼 때 지금이라도 충분한 논의와 사회적 합의가 필요하다. 이같은 발전상황도 있으나 향후 보다 적극적인 필요한 법규제 및 규제활동 실천을 위한 논의 및 활동 전개가 필요하다.

또한 '파트너십 형성과 연대구축' 전략은 건강증진 전반 및 구체적인 건강증진사업 모두에서 전략 실천수준 점수가 3.0 이하이며 구체적 실천활동 수준도 가장 낮게 보고되었는데, 이런 결과는 오타와현장에서 제시한 건강증진 개념 및 기본 접근전략 중에서 이와 관련된 '건강의 필수여건 보장 및 타 분야와의 협력관계 형성'과 '건강증진활동의 통합·조정' 접근전략의 낮은 적용수준과 일치한다. 이러한 결과는 우리나라에서 건강증진사업을 전개함에 있어서 아직까지는 다양한 건강증진활동 주체들이 참여할 수 있는 공식적·비공식적 참여기회가 충분히 제공되지 않을 뿐만 아니라, 서로 다른 기관이나 이해집단 간에 파트너십 형성이 쉽지 않으며 파트너십을 형성해도 상호 이해 및 존중 속에 지속하기 어렵기 때문이라고 생각한다. 또한 캐나다 같은 일부 국가에서는 정부 간 협력을 강조하고 실제 이를 위한 노력을 기울이는 반면, 우리나라 경우 아직 중앙 및 지방정부 수준에서 서로 다른 분야 및 부서 간 협력에 대한 필요성 인식 및 이를 위한 노력정도가 낮으며, 같은 분야에서도 서로 다른 수준의 정부 즉 중앙, 광역 및 기초 지방자치단체 간에 상호 존중의 파트너십보다는 일방향적인 협력체계가 이루어지기 때문으로 보인다. 그런데, 다양한 건강증진활동 주체 간의 좋은 파트너십 형성은 오타와현장 및 방콕현장 뿐만 아니라 캐나다, 호주, 미국 등의 성공적인 건강증진사업사례에서 항상 필수요소로서 제시하고 있고[16,19,35-37], 실제 다양한 건강증진활동 주체 간에 좋은 파트너십 형성 및 이에 따른 통합·조정된 노력 없이는 효과적인 사업전개 및 정책

마련이 가능하지 않다. 따라서 파트너십 형성 및 효과적인 의사소통을 위한 보다 적극적인 노력과 필요한 기술함양이 필요하다. 한편, 최근 우리 사회에서도 민간부문의 건강증진을 위한 참여가 점차 높아지고 있다. 민간기업 등 민간부문에서 직장건강증진사업을 전개할 뿐만 아니라, 일부 제품 생산 등에서 건강증진노력을 보이고 있다. 저지방 제품을 생산하는 유제품 산업과 최근 나트륨 함량을 자발적으로 낮추기로 한 라면 생산업체 등은 좋은 예로, 향후 식품산업을 비롯한 민간기업 참여를 더욱 권장해야 하며 이에 대한 사회적 인정이 필요하고, 방콕현장에서 강조하듯이 시민사회 및 지역사회 등 시장에서의 소비자의 선택에 의해 더욱 촉진되어야 한다.

'건강 및 건강형평성 주창' 전략 경우는 다른 전략에 비해 상대적으로 실천수준이 높게 나타났다. 그러나, '건강불평등 감소 노력' 실천활동 경우는 주창 전략의 다른 실천활동에 비해 실천수준이 낮는데, 이는 인간의 기본권으로서 또는 사회 공동연대에 기초한 건강의 중요성 및 형평성에 대한 주창 활동이 충분히 실천되고 있지 않음을 보여준다. 한편, 사회복지사업법 개정을 통해 2004년 신설한 '농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법' 등은 이러한 건강불평등 감소를 위한 우리사회 노력의 일환으로 볼 수 있으며, 최근 일부 광역 및 기초 지방자치단체 수준에서 건강불평등 감소를 위한 보다 적극적인 실천 노력이 이루어지고 있는데, 경상남도 도 수준에서 전개하고 있는 '건강플러스 행복플러스 사업' 등은 향후 건강형평성 달성을 위한 좋은 실천 사업사례이다.

'건강투자' 전략도 실천수준이 전반적으로 높지 않게 나타났다. 앞서 서론부분에서 기술하였듯이 지난 수년간 국가 및 지역수준에서 발전적인 실천활동 노력이 이루어졌다. 향후 내실을 갖추어야 하거나, 국민건강증진 종합계획이 지속적으로 수립되었고 중앙뿐만 아니라 지역수준에서 기술 및 교육적 지원을 제공할 건강증진사업지원단이 설치되었으며, 국민건강영양조사 및 지역사회 건강조사, 청소년 건강행태 조사 등 건강관련 조사체계 기반구축 등이 이루어졌다. 반면, 국민건강증진기금 마련에도 불구하고 지역건강증진사업에서 지속가능한 건강증진기금 확보 관련한 실천수준이 낮게 나타난 것은 중앙정부의 건강증진사업 재정지원이



뚜렷한 중장기적 비전 및 일관성 있는 계획의 제시없이 해마다 바뀌고 있고, 지역수준에서 지방자치단체장과 지역주민의 건강요구에 잘 부합되지 않으면 국가지원사업비(국비)에 대한 지역수준의 지방비 확보가 쉽지 않기 때문인 것으로 보인다.

‘건강증진 역량함양’ 전략 실천수준이 높지 않은 것은 우리나라에서는 보건소 건강증진사업 담당인력을 대상으로 건강증진전문인력 교육과정을 비롯한 비교적 다양한 역량함양 기회가 제공되고 있는 반면, 아직까지 지역보건인력 이외의 정부 및 학계, 관련 전문직협회 및 비정부기관 등 다른 중요한 건강증진활동 주체들에 대한 역량함양 기회는 일부 대학의 교육과정을 제외하고는 거의 제공되고 있지 않기 때문인 것으로 보인다. 지역보건인력 경우도 다양한 교육 및 훈련기회 제공으로 건강증진 지식수준은 전반적으로 향상되었으나 실제 건강증진사업 전개에 필요한 기술습득 기회가 지속적으로 제공되지 못하고 있다. 한편, 국가 및 지역수준에서의 리더쉽, 정책개발과 건강증진 연구수행 및 지식전달 역량 실천점수가 높지 않은데, 이것은 아직까지도 우리나라 학계 및 중앙정부차원에서 건강증진의 기본 개념 및 접근 전략 등에 관한 혼선이 있으며, 이와 함께 정부의 분명한 방향설정 및 비전 제시와 건강증진을 위한 중장기적 계획 및 실행의지, 우리 지역 상황에 적절한 프로그램 제시 등이 충분히 이루어지지 못하고 있기 때문으로 보인다. 향후 정부와 학계의 발전적 노력이 필요하다.

구체적 건강증진사업 중 흡연예방 및 금연사업은 모든 건강증진전략의 실천수준이 높았고, 그다음 운동 및 영양사업에서 전반적으로 비슷한 실천수준을 보였으며, 절주사업에서는 모든 전략의 실천활동 수준이 낮았다. 이런 결과는 현재 우리나라 건강증진사업 전개 상황을 잘 반영해서 보여주고 있고, 사업성과에 대한 과정평가처럼 그 동안 우리나라 건강증진사업의 성과에 대한 설명을 일부 제공한다고 생각한다. 특히 절주사업 경우 다른 사업에서 비교적 실천수준이 높은 건강의 중요성 및 형평성 주창 전략조차도 실천수준이 낮게 나타났는데, 이는 우리 사회 전반의 음주문화 및 음주에 대한 허용적인 사회분위기가 실천활동 전개에 부정적 영향을 미치고 있음을 간접적으로 보여주는 것으로 보인다.

한편, 본 연구에서는 우리나라 국민건강증진 노력에 대한 방법론적인 검토를 위해 조사 사업대상을 지역수준의 건강증진사업으로 정하였고, 조사 참여자 범위를 공공보건의료기관에서 근무하는 지역보건인력에 국한하였다. 이에 따라 다양한 건강증진활동 주체에 의한 활동을 충분히 검토할 수 없었는데, 특히 병·의원 등 국민건강을 위해 중요한 역할을 하는 의료분야의 건강증진노력에 대한 검토가 이루어지지 못하였다. 이는 조사 당시 우리나라 건강증진사업 발전상황과 우리나라 의료 현실 즉 병의원에서 건강증진서비스 제공 및 건강증진사업에의 적극적 참여가 어려운 점 등을 고려한 접근이었다. 그러나, 최근 우리나라에서도 일부 지방의료원을 중심으로 지역사회 건강증진을 위한 병원운영 즉 오타와현장의 기본 접근원칙에 따라 병원의 목적 및 서비스 제공방향을 재정립해서 운영하는 건강증진병원(health promoting hospital)에 대한 관심이 높아지고 있으며 일부 병원은 운영경험 등을 보고한 바 있다[38,39]. 또한 우리나라 일차진료의사들을 중심으로 적극적인 건강증진활동과 이를 위한 건강증진에 대한 의사들의 인식변화 노력이 필요하다는 연구보고[40] 등이 있었으며, 대한의사협회는 국민건강증진을 위한 구체적 활동을 위해 전문분과위원회 구성 및 회원 대상으로 교육을 일부 실시한 바 있다. 이와 같이 최근 우리나라 의료분야의 국민건강증진을 위한 구체적 활동 참여의사 및 노력 등이 높아지고 있는데, 의료분야의 적극적 건강증진활동을 촉진하기 위해서는 우선 의사를 비롯한 의료인력을 대상으로 오타와현장 및 방콕현장을 비롯한 건강증진활동의 주요 접근방법에 관한 교육과 병의원의 건강증진서비스 기반구축 및 건강한 환경조성 등을 위한 다차원의 지원이 필요하며, 관련집단인 의사 및 의사협회와 이를 지원하는 학계 및 정부의 구체적 노력이 필요하다. 이같은 의료분야의 적극적 참여가 이루어질 때 국민건강증진을 위한 노력의 보다 효과적인 전개가 가능할 것이다.

결과적으로, 본 연구를 통해 우리나라 지역수준 건강증진사업에서의 건강증진 개념 및 주요접근과 건강증진전략의 실천 정도를 파악할 수 있었으며, 적극적인 실천활동이 가능하도록 다차원 및 다수준에서의 지원노력이 필요함을 알 수 있다. 본 연구에 참여한 지역보건소 및 조사참여자의 지역

적 분포는 비교적 전국적으로 고른 분포를 보이고 있어서 충분한 대표성을 갖고 있으며, 조사참여자 중 보건소장 및 과장을 제외한 팀장 및 담당자 등 건강증진담당인력의 대부분이 1년 이상 건강증진업무 담당경험을 갖고 있어서 조사참여자들은 본 연구를 위한 적절한 참여집단이었다고 생각한다. 그러나, 본 연구는 다음과 같은 제한점을 갖는다. 우선, 지역수준의 건강증진사업을 대상으로 건강증진전략 실천수준을 조사함에 있어서, 조사참여에 동의했으나 실제 조사에 참여하지 않은 보건소에 관한 자료수집이 없어서 선택 비뮤림이 발생했을 가능성이 있다. 둘째, 지역건강증진사업에서의 전략 실천수준을 측정함에 있어서 연구실행 여건상 지역보건인력에 의한 주관적 평가자료를 활용하였는데, 이에 따라 결과해석에 일부 제한점을 갖는다. 이를 보완하기 위해 2회에 걸친 전문가세미나 및 초점그룹 토의 등을 통해 연구결과에 적절한 해석 및 측정결과의 타당성을 검토받았는데, 비교적 우리나라 건강증진관련 상황을 잘 반영하는 것으로 평가받았다. 그러나, 향후 적절한 측정도구를 개발하여 객관적 평가와 사업관련 객관적 자료에 대한 질적자료 수집 등을 같이 시행하는 것이 바람직하다. 한편, 최근 우리나라에서는 지역보건소의 건강증진업무에 대한 평가가 행정안전부의 정부합동평가, 보건복지부의 지역보건의료계획 수립 및 시행평가와 이외 보건소 각 업무영역에 대한 다양한 평가들이 이루어지고 있는데, 지역보건의료계획 수립 및 시행평가에서는 일부 과정평가지표 즉 방법론적인 평가지표를 포함하고 있으나 아직까지는 대부분 평가가 성과중심으로 이루어지고 있다. 따라서 본 연구에서 개발한 조사도구의 방콕현장 건강증진전략 구체적 실천활동 문항 등을 현재 중앙 및 지방정부가 실시하고 있는 지역건강증진사업의 평가지표로 활용한다면 건강증진사업의 전개과정에 대한 객관적 평가가 가능할 것이며, 이러한 평가방식 및 방법은 지역수준 건강증진노력의 보다 효과적인 전개를 촉진할 것이다. 셋째, 본 연구에서 조사참여자 범위를 공공보건의료기관에서 근무하는 지역보건인력에 국한해서 다양한 건강증진활동 주체에 의한 활동을 충분히 평가할 수 없었다. 조사 당시 우리나라 건강증진사업 발전 상황 및 조사여건을 고려해서 조사참여자 범위에 비정부기관 및 지역사회, 보건의료전문직 협

회 및 민간 병의원 등을 포함하지 못했는데, 향후에 조사대상 범위를 확대해서 우리 사회의 다양한 건강증진활동 주체를 대상으로 포함한 조사연구가 필요하다.

끝으로 본 연구는 다음과 같은 의의를 갖는다. 우선, 본 연구를 통해 지난 십여 년간 전개해온 우리나라의 국민건강증진 노력을 건강증진에 관한 세계적 합의인 오타와현장 및 방콕현장에 기초하여 방법론적인 시각에서 처음으로 포괄적으로 검토할 수 있었다. 둘째, 연구결과를 통해 우리나라 지역수준 건강증진사업에서 건강증진의 기본 접근 및 주요 전략 실천수준과 전개 상황을 파악하였고, 이에 따른 실천요구를 파악할 수 있었다. 이러한 실천요구 등에 근거해서 기술적 및 교육적 지원과 재정적 지원이 이루어진다면 우리나라 국민건강증진 노력의 방법론적인 발전과 보다 효과적인 전개가 가능할 것이다. 셋째, 본 연구를 위해 개발한 조사도구는 전반적인 사업전개 뿐만 아니라, 각 사업별 또는 각 인구대상집단별 건강증진사업 기획 및 수행과정과 평가 등 사업전개의 모니터링 혹은 사전사후 과정 차원에서 사업 평가도구로서 이용할 수 있으며, 측정결과는 건강증진활동 주체의 역량함양을 위한 교육적 근거로서 활용할 수 있다.

## 요약 및 결론

21C 세계화시대, 세계가 새롭게 직면하는 건강결정요인 및 건강도전과제에 적절하게 대처하기 위한 방콕현장이 2005년 채택되었고, 새로운 건강증진전략이 제시되었다. 우리나라도 이러한 국제적 흐름에 맞추어 효과적인 국민건강증진 노력이 이루어져야 하며, 그 동안 구축해온 건강증진 기반위에 방법론적인 발전과 내실 있는 전개가 필요하다. 이에 본 연구는 연구자들이 개발한 방콕현장 건강증진전략 실천 지침안 및 건강증진에 관한 오타와현장에 기초해서 조사 설문서 형태의 측정도구를 개발하여, 우리나라 시·군·구 기초지방자치단체 수준의 건강증진사업에서 건강증진의 개념 및 기본 접근전략 적용수준과 방콕현장 건강증진전략의 구체적 실천수준을 측정하였다. 전국 246개 지역보건소 중 145개 보건소와 384명의 지역보건인력(보건소장 등 관





리자 및 업무담당인력)이 조사에 참여하였다.

연구결과, 오타와헌장에서 제시한 건강증진의 개념 및 기본 접근전략은 전반적으로 충분하지는 않으나 비교적 적용하고자 노력하고 있는 것으로 나타났다. 방콕헌장에서 제시한 다섯 가지 건강증진전략은 모든 전략 실천의 중요성에 대한 인식수준은 높은 반면, 실제 건강증진사업에서의 구체적인 전략 실천수준은 낮게 나타나서 실천지원 및 촉진방안 개발의 필요성을 보여준다. 특히 건강증진을 위한 '법규제정 및 규제'와 '파트너십 형성 및 연대구축' 전략 경우는 '주창', '투자' 및 '역량함양' 전략보다 중요성 인식 및 실천수준이 모두 낮았는데, 이러한 결과는 지역수준의 건강증진사업 전반뿐만 아니라 구체적인 건강생활실천사업 결과 모두에서 볼 수 있었다. 건강증진사업 중 흡연예방 및 금연사업은 다른 사업에 비해 모든 건강증진전략의 실천수준이 높았고, 그 다음 운동 및 영양사업에서 전반적으로 비슷한 실천수준을 보였으며, 절주사업에서는 모든 전략의 실천수준이 낮았다. 이런 결과는 우리나라 건강증진사업 전개상황을 잘 반영하고 그 동안의 사업성과에 대한 설명을 제공한다고 생각한다. 한편, 조사 실시 후 지난 수년 동안 '건강투자' 및 '역량함양', '법규제정 및 규제' 전략 관련 긍정적인 발전이 있었다. 특히 건강증진 기반구축을 위한 건강투자가 중앙 및 지역수준에서 많이 이루어졌고, 금연 및 영양과 관련된 새로운 법규제정으로 규제활동이 강화되었으나 보다 적극적인 전략 실천 노력이 필요하다.

결론적으로, 본 연구결과를 통해서 그 동안 우리나라 지역수준의 건강증진사업에서 건강증진 개념 및 기본 접근전략의 적용이 충분히 이루어지지 못하였으며, 건강증진전략 실천의 중요성은 비교적 높게 인식하지만 전반적으로 낮은 실천수준임을 파악할 수 있었고 특히 파트너십 형성 및 연대구축 실천수준이 상당히 낮음을 알 수 있었다. 따라서 향후 우리사회 건강증진노력의 효과적인 전개를 위해서는, 주요 건강증진전략 실천 촉진 방안 모색 및 다수준 다차원적 지원이 이루어져야 하고, 국민건강을 위해 중요한 역할을 하는 우리사회의 건강분야 전문직 및 관련기관, 지역사회 및 시민사회단체, 중앙 및 지역수준의 정부, 민간기업 등 민간부문과 국제기구 등 다양한 건강증진활동 주체 간에 파트너십 형

성을 통한 통합 · 조정된 노력과 일관된 건강지향적 정책수립 노력이 필요하다. 이러한 노력 등이 이루어질 때 21C 세계화 시대 국민건강수준 향상의 건강목표 달성을 기대할 수 있다.

## Acknowledgment

The authors would like to thank Gong-Hyun Kim, Chong-Hee Cho, Hye-Kyung Hwang, Min-Soo Park, Steven Hugh Lee, and all the participating health officials from local public health centers across Korea. This study was supported by a grant from National Health Promotion Fund, Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea.

**핵심용어:** 방콕헌장; 건강증진; 건강증진전략; 지역 건강증진사업

## REFERENCES

1. World Health Organization. Global health promotion scaling up for 2015: a brief review of major impacts and developments over the past 20years and challenges for 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2011 Jul 15]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/>.
2. World Health Organization Executive Board. Health promotion: follow-up to 6th global conference on health promotion (117th Session, Provisional agenda item 9.5). The report of the World Health Organization Executive Board [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2011 Jul 15]. Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB117/B117\\_11-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB117/B117_11-en.pdf).
3. World Health Organization. The Bangkok Charter. The 6th Global Conference on Health Promotion. Bangkok: World Health Organization; 2005.
4. World Health Organization. The Ottawa Charter. The 1st Global Conference on Health Promotion. Ottawa: World Health Organization; 1986.
5. Kickbusch I. The dynamic of health promotion: from ottawa to bangkok: reviews of health promotion and education online 2005 [Internet]. [cited 2011 Jul 15]. Available from: <http://www.rhpeo.org/reviews/2005/1/index.htm>.
6. Tang KC, Beaglehole R, O'Byrne D. Policy and partnership for health promotion: addressing the determinants of health. Bull World Health Organ 2005;83:884.
7. McMichael AJ, Butler CD. Emerging health issues: the



- widening challenge for population health promotion. *Health Promot Int* 2006;21 Suppl 1:15-24.
8. Lee K. Global health promotion: how can we strengthen governance and build effective strategies? *Health Promot Int* 2006;21 Suppl 1:42-50.
9. Fidler DP. Health as foreign policy: harnessing globalization for health. *Health Promot Int* 2006;21 Suppl 1:51-58.
10. Jackson SF, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Hamann S, Buasai S. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promot Int* 2006;21 Suppl 1:75-83.
11. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Regional framework for health promotion 2002-2005 [Internet]. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2002 [cited 2011 Jul 15]. Available from: <http://www.wpro.who.int>.
12. RBM Advocacy Task Force. A global advocacy framework to roll back malaria 2006-2015. Roll back Malaria [Internet]. [cited 2011 Jul 15]. Available from: [http://rbm.who.int/global\\_advocacy/docs/GlobalAdvocacyStrategy.pdf](http://rbm.who.int/global_advocacy/docs/GlobalAdvocacyStrategy.pdf).
13. Fosse E. Review of selected literature on health promotion infrastructure, policy and practice-bibliography [Internet]. [cited 2011 Jul 15]. Available from: [http://www.hp-source.net/docs/Literature\\_Review.PDF](http://www.hp-source.net/docs/Literature_Review.PDF).
14. Catford J. The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promot Int* 2005;20:1-6.
15. Mittelmark MB, Wise M, Nam EW, Santos-Burgoa C, Fosse E, Saan H, Hagard S, Tang KC. Mapping national capacity to engage in health promotion: overview of issues and approaches. *Health Promot Int* 2006;21 Suppl 1:91-98.
16. Foster-Fishman PG, Berkowitz SL, Lounsbury DW, Jacobson S, Allen NA. Building collaborative capacity in community coalitions: a review and integrative framework. *Am J Community Psychol* 2001;29:241-261.
17. Labonte R, Woodard GB, Chad K, Laverack G. Community capacity building: a parallel track for health promotion programs. *Can J Public Health* 2002;93:181-182.
18. Raeburn J, Akerman M, Chuengsatiansup K, Mejia F, Oladepo O. Community capacity building and health promotion in a globalized world. *Health Promot Int* 2006;21 Suppl 1:84-90.
19. Wilson M. Building community capacity to increase participation in regular and social physical activity [Internet]. Heart Foundation: [cited 2011 July 15]. Available from: <http://www.heartfoundation.org.au/sites/SiteCollectionDocuments/HFW-Conference-Poster.pdf>.
20. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)
21. Hawkes C. Marketing food to children: the global regulatory environment [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [cited 2011 Jul 15]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591579.pdf>.
22. National Association of Country and City Health Officials (NACCHO). A strategic approach to community health improvement: MAPP-field guide [Internet]. Washington DC; NACCHO: 2002 [cited 2011 Jul 15]. Available from: <http://www.naccho.org>.
23. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: Mc Graw-Hill Humanities; 2005.
24. Wise M. Building capacity to promote health at national and local levels: after the Bangkok Charter about globalization, policy and partnerships. In: Korean Society for Health Education and Promotion. 2005 International Symposium Proceedings; 2005 Sep 23-24; Seoul, Korea. p. 33-51.
25. Tang KC, Beaglehole R, Pettersson B. Implementation of the Bangkok Charter on Health Promotion in a Globalized World: experience and challenges of selected high income countries in Europe. *Soz Praventivmed* 2006;51:254-256.
26. Mittelmark MB. Shaping the future of health promotion: priorities for action. *Health Promot Int* 2008;23:98-102.
27. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. A strategy for health promotion in the Eastern Mediterranean region [Internet]. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2008 [cited 2011 Jul 15]. Available from: <http://www.wpro.who.int>.
28. Lee JK, Jung TR. The current situation and strategies of health promotion practice in Korea. Proceedings of the Spring Conference of the Korean Society for Preventive Medicine in 2005; 2005 May 13; Seoul, Korea. Seoul: The Korean Society for Preventive Medicine; 2005.
29. Korea Institute for Health and Social Affairs. Establish of new health plan 2010. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2006.
30. Ministry of Health and Welfare. The 3rd National Health Plan (2011-2020). Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2011.
31. Lee MS, Kim JR, Park MS, Kang MJ. Guidelines and approaches to facilitate the implementation of health promotion strategies of the Bangkok Charter in Korea. Suwon: Sungkunkwan University School of Medicine; 2006.
32. Lee MS, Kim JR, Park MS, Kang MJ. Guidelines to facilitate the implementation of health promotion strategies of the Bangkok Charter in Korea. Paper presented at: The vision and practice of the national health promotion practice. 2007 Spring Conference of The Korean Society for Health Education and Promotion; 2007 May 27-28; Daegu, Korea.
33. National Health Promotion Act of 1995, Stat. 10327 (May 27, 2010) [Internet]. Seoul: Ministry of Government Legislation; [ci-



- ted 2011 Jul 15]. Available URL: <http://www.law.go.kr/main.html>.
34. Child Dietary Life Safe Control Special Act 2008, Stat. 10513 (Mar. 21, 2009) [Internet]. Seoul: Ministry of Government Legislation; [cited 2011 Jul 15]. Available URL: <http://www.law.go.kr/main.html>.
  35. Centers for Disease Control and Prevention. The power to reduce health disparities: voices from REACH communities [Internet]. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2007 [cited 2011 Jul 15]. Available from: <http://www.cdc.gov/reach>.
  36. Healthy Alberta Communities. Building a healthier Alberta: one community at a time (2005-2010 report). [Internet]. Edmonton: University of Alberta, School of Public Health, Centers for Health Promotion Studies; c2005-2010 [cited 2011 Jul 15]. Available from: <http://www.healthyalbertacommunities.com>.
  37. Raine KD, Plotnikoff R, Nykiforuk C, Deegan H, Hemphill E, Storey K, Schopflocher D, Veugelers P, Wild TC, Ohinmaa A. Reflections on community-based population health intervention and evaluation for obesity and chronic disease prevention: the Healthy Alberta Communities project. *Int J Public Health* 2010;55:679-686.
  38. Seoul Medical Center. Current status and prospects of the health promoting hospital. In: Proceedings of the Seoul Medical Center International Conference 2010; 2010 Nov 1; The Korea Chamber of Conference & Industry, Seoul, Korea.
  39. Pelikan JM, Krajic K, Dietscher C. The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Educ Couns* 2001;45:239-243.
  40. Cho HJ, Sunwoo S, Song YM. Attitudes and reported practices of Korean primary care physicians for health promotion. *J Korean Med Sci* 2003;18:783-790.



## Peer Reviewers' Commentary

1995년 국민건강증진법이 제정되고 담배부담금으로 조성하는 건강증진기금이 만들어진 후에 건강증진에 관한 연구와 사업이 활발하게 진행되었다. 최근에 고혈압, 당뇨병 등 생활습관병의 급증에 따라 보건소 등 공공의료분야뿐 아니라 의료기관에서도 건강증진에 많은 관심을 가지고 실행하고 있다. 이 논문은 건강증진사업 추진에 필요한 기본적인 전략 중 WHO 방콕헌장을 과제로 하여 인식과 채택 등을 연구하였다. 이러한 기본 방침은 공공보건사업 뿐 아니라 의료행위 중 이루어지는 건강증진서비스에도 참고가 될 것이다. 이 논문은 예방의학 분야와 건강증진, 공공보건의로 종사자에게 참고가 되고 많은 연구에 인용이 될 것으로 보인다.

[정리:편집위원회]