대한간호학회지 제35권 제3호, 2005년 6월
J Korean Acad Nurs Vol.35 No.3, 461-468, June, 2005

건강증진사업 시범여부에 따른 지역주민의 사업인식과 참여도, 건강행위 비교 연구

이태화[1] · 이정렬[1] · 김희순[1] · 함옥경[2]

서 론

연구의 필요성

최근 들어 건강관리사업은 단순히 질병예방이나 질병에 걸린 이후의 치료를 통해 건강을 유지하는 차원에서 보다 적극적으로 건강을 증진하는 차원으로 중심축이 변하였다. 이에 따라 일상생활속에서 건강증진을 도모하기 위한 다양한 활동과 행동이 개발되거나 장려되고 있는데, 금연이나 절주, 식생활 개선, 운동 등에 대한 사회적 관심이 급증하고 있는 현상은 모두 이러한 시대적 흐름에 따른 것이라 할 수 있다. 건강증진사업은 "개인이나 지역사회가 가지고 있는 건강 잠재력을 최대한 이끌어내도록 역량을 강화하는 것"을 목표로 하는 사업이다(남정자, 2000). 좀 더 포괄적인 측면에서 볼 때, 질병예방이나 건강보호를 포함하여 현재의 건강상태에 상관없이 좀 더 긍정적인 상태로 나아가게 하는 활동을 총칭한다. 건강증진에 대한 현대적 개념이 성문화되기 시작한 것은 1976년 캐나다 정부에서 발표한 보고서로부터이며 건강증진의 중요성이 부각된 것은 건강증진에 관한 제 1차 국제회의인 오타와 헌장에서부터이다(WHO, 1986). 2000년 제 5차 국제회의를 통해 사람들로 하여금 건강하고 건강한 선택을 하도록 하는 조건들을 촉진하는 일련의 정책 및 전략들이 제시되었다.

우리나라에서도 건강생활 실천과 건강증진을 위하여 1995년에 건강증진법, 지역보건법제정, 1997년부터 건강증진기금 조성 시작 등 많은 노력을 기울여 왔다. 1998년부터는 건강증진 기금으로부터 보건소에서의 건강증진 사업들을 지원해오고 있는데, 1998년 8월부터 2001년 7월까지 3년간, 전국 242개 보건소 중 18개 보건소를 선정하여 보건소를 중심으로 한 지역사회 건강증진 사업을 시범적으로 추진해 왔다. 사업내용은 주로 국민건강증진법에 명시된 보건교육, 건강생활 실천, 운동지도, 영양관리, 구강건강관리, 모자보건, 질병위험요인의 조기발견을 통한 성인병 예방관리, 금연, 절주를 위한 환경조성, 건강증진 시설확충 등의 범주에서 실시되었다(보건복지부, 2001).

지금까지 수행된 건강증진관련 연구는 두가지 접근으로 나누어 볼 수 있다. 하나는 미시적인 관점에서 개인에 초점을 맞추어 주로 개인의 건강증진생활양식 및 행위실태와 그와 관련된 사회심리학적 요인을 규명하는 연구들이고(이경자 등, 2001; 서인선, 2000; 박영주 등, 2000; Wardle & Stepto, 1999; Duffy, 1993; Martin & Panicucci, 1996), 다른 하나는 거시적인 관점에서 건강증진의 집단 사회적 측면을 고려한 학교, 산업장, 보건소의 건강증진프로그램 개발 및 효과평가를 측정하려는 지역사회 접근적 연구이다(박정희, 1999; 최선하와 이규난, 1995; Yu, Chen, Kim et al., 2002; Ockene, 1999; Hartman et al, 1997). 그러나 그 동안의 지역사회중심 건강증진사업에 대한 평가연구는 한 두 프로그램을 대상으로 비교적 통제된 환경에서 적은수의 대상자와 한정된 지역을 중심으로 수행되어 연구의 결과를 일반화하기가 어렵고, 도시와 농어촌 등 지역적 특성을 고려한 건강증진전략을 개발하기 위한 광범위한 연구는 거의 없었다. 또한 특정 프로그램의 효과평가에 있어서도 각 연구마다 상이한 평가틀과 내용을 가져 타 연구와 비교하기가 어려운 점도 지적되었다(Finkler & Hanson, 1995).

주요어 : 건강증진, 주민평가, 보건소
1) 연세대학교 간호대학, 간호정책연구소 연구원, 2) 경북대학교 간호학과
투고일: 2004년 9월 30일 심사완료일: 2005년 2월 11일

이에 본 연구에서는 3년간의 보건소 건강증진시범사업의 효과 평가를 같은 평가도구를 가지고 비교적 많은 대상자에게 적용하여 과정적 측면에서 사업에 대한 인식도, 참여도, 만족도를, 결과적 측면에서 건강행위의 변화를 직접수혜자인 지역주민을 대상으로 포괄적으로 평가해보고자 한다.

2002년도부터 전국 보건소로 건강증진기금 지원이 확대되고 있는 상황에서 건강증진 사업은 앞으로 더 활성화 될 것으로 보여 진다. 그러므로 많은 시행착오를 줄이고 전체 국민의 건강수준향상을 위한 전략으로서 건강증진 시범보건소 사업의 총괄적인 평가는 매우필요하다. 따라서 본 연구는 시범보건소 사업의 평가 결과를 바탕으로 앞으로 보건소에서의 건강증진사업을 보다 더 체계적으로 기획, 확산하는데 기여하고자 한다.

연구목적

본 연구는 보건소를 중심으로 한 건강증진사업이 지역주민의 사업 인식도, 참여도, 만족도, 및 건강행위변화에 미치는 효과를 파악하여, 앞으로 보건소에서의 건강증진사업을 보다 더 체계적으로 기획, 확산하는데 근거자료로 제공하고자 한다.

- 건강증진 시범보건소와 일반보건소 지역주민의 건강증진 사업에 대한 인식도, 참여도, 만족도를 비교한다.
- 건강증진 시범보건소 (이하 시범보건소)와 일반보건소 지역주민의 건강행위 정도를 비교한다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 건강증진사업 시범여부에 따른 지역주민의 사업 인식과 참여도, 건강행위를 비교 하기 위하여 시범보건소군와 일반보건소군을 비교한 후향적 조사연구(ex-post facto study)이다. 본 연구에서 시범보건소란 보건복지부로부터 보건소 건강증진사업의 시범적인 추진을 위해 1998년부터 3년간 건강증진사업에 대한 예산, 인력교육 및 기술지원을 받아 운동, 영양, 구강보건, 금연, 고혈압예방관리등의 건강증진사업을 수행한 전국의 18개 보건소를 의미한다. 일반보건소란 국민건강증진법과 지역보건법에 의해 보건소가 지역주민의 건강증진을 위해 운동, 영양, 구강보건, 금연, 고혈압예방관리등의 건강증진사업을 자체적으로 수행한 보건소를 의미한다. 두 보건소군의 사업내용 및 수행전략의 차이는 다음과 같다<Table 1>.

연구대상

연구대상은 시범보건소와 일반보건소 지역의 지역주민 2,261명으로 하였다. 시범보건소는 보건복지부에서 건강증진 시범보건소로 지정이 되어 3년간 건강증진사업을 수행한 전국 18개 보건소 전수를 대상으로 하였다. 일반보건소를 표출하기 위해서는 시범보건소 지역과 비슷한 특성, 즉 지역적 특성이나 인구규모, 경제적 수준등이 비슷한 보건소를 짝짓기 위해 먼저 전국지역을 특별시, 광역시, 시, 군으로 행정구역별로 체계적으로 나누어, 시범보건소와 비슷한 구역에 속한 보건소 명단을 확보한 후, 각 구역 별로 매 5번째 보건소를 시범보건소 수의 2배가 되게 뽑아 총 36개를 선정하였다. 대상자 선정기준은 보건소 내소자중 19세 이상 성인으로 의사소통이 가능하며, 연구에 참여하기를 허락한자로 하였다. 보건소당 50명씩으로 하여 총 2700명을 편의추출 하였으며, 최종

<Table 1> Comparison of content of the program and strategies between demonstration health centers and general health centers

	Demonstration health center	General health center
Content of programs	Smoking cessation Exercise Nutrition Dental Health Hypertension Management Other Healthy lifestyle Program	General health promotion (Smoking cessation and Exercise) Health education and counseling Nutrition Dental Health Hypertension Management
Strategies	1.Being provided technical support and counseling on health promotion programs from Cooperative colleges and Expert groups - Need assessment survey - Empower the community environment/ Social marketing - Referral to community resources - Health education and counseling - Space and equipment 2.Education and training of health care personnel 3.Development of evaluation process and tools	Health center operated the programs all by itself without any special strategies

적으로는 응답이 완전하지 않거나 거절한 대상자를 제외한 건강증진보건소 792명, 일반보건소 1,496명, 총 2,261명을 대상으로 하였다.

연구도구

조사를 위해 연구팀이 문헌고찰을 통해 자기기입식 구조화된 설문지를 개발하여, 건강증진시범보건소 기술지원평가단 자문교수를 중심으로 내용을 자문받아 수정보완하였다. 설문지는 시범보건소와 일반보건소 지역주민들을 대상으로 일반적 특성과 건강증진사업 인식도, 참여도, 만족도, 건강행위를 측정하는 항목으로 구성되었다. 인식도은 각 프로그램별로 지역주민들이 보건소에서 건강증진사업을 수행하고 있는지를 알고 있는지를 파악하는 질문으로 각각의 프로그램에 대하여 '예', '아니오', '잘 모른다'로 응답하게 하였다. 참여도는 인식도에서 '예' 라고 응답한 사람을 대상으로 참여했는지 여부를 '예', '아니오'로 응답하게 하였다. 만족도도 각 프로그램별로 '만족한다'로부터 '만족하지 않는다'까지 4점척도로 측정하였다. 건강행위는 흡연량, 운동실천, 취침전 잇솔질, 혈압측정, 염분섭취, 육류섭취의 내용으로 구성되어 있으며 건강행위정도를 체크하도록 구성하였다.

자료수집방법

자료수집기간은 2001년 6월 1일부터 6월 30일까지였으며, 자료수집은 연구팀이 보건소직원에게 자료수집목적 및 절차, 방법등을 서면과 전화를 통하여 정보를 제공한 후, 보건소 직원이 내소한 일반 지역주민들에게 연구의 목적을 설명한 후 동의를 얻어 설문지를 작성하게 하였다. 응답자가 노인이거나 도움이 필요한 경우에는 개별적으로 면접하여 구조화된 설문지를 완성하였다.

자료분석방법

수집된 자료는 SPSS PC 11.0을 통계 프로그램을 이용하여 통계처리 하였으며, 시범보건소와 일반보건소 지역주민의 인식도, 참여도, 만족도, 건강행위수준은 빈도와 백분율, 평균, 표준편차 등의 기술적 통계를 사용하였고, 시범보건소와 일반보건소 지역주민간의 비교는 카이분석과 t-검정을 실시하였다.

<Table 2> General characteristics of participants

variable	Demonstration	General	t(p)
	Mean(SD)	Mean(SD)	
Age	46.80(16.70)	43.11(15.13)	5.16(.000)
Income*	169.32(116.67)	178.37(113.49)	-1.65(.100)
Number of family members	3.41(1.45)	3.53(1.37)	-1.91(.060)
BMI	23.25(7.62)	23.01(9.50)	- .60(.552)
	n(%)	n(%)	X^2(p)
Gender			
male	294(37.2)	549(37.7)	.04(.841)
female	496(62.8)	909(62.3)	
Education			
none	60(7.7)	77(5.3)	35.72(.000)
elementary	141(18.1)	154(10.6)	
middle school	84(10.8)	168(11.5)	
high school	272(34.9)	532(36.5)	
college and over	223(28.6)	526(36.1)	
Marital status			
married	664(85.6)	1214(84.5)	1.13(.570)
single	98(12.6)	201(14.0)	
others	14(1.8)	21(1.5)	
Distance to health center			
within 10minutes by walk	124(15.7)	233(15.9)	4.54(.482)
within 10-30minutes by walk	240(30.3)	497(33.9)	
within 30minutes by bus	314(39.7)	546(37.3)	
within 30minutes by bus	84(10.6)	140(9.6)	
over 1hour by bus	20(2.5)	28(1.9)	
others	9(1.1)	20(1.4)	

* unit: 10,000won

연구 결과

대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성에 있어서 연령과 학력을 제외하면 두 집단간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 평균연령은 시범보건소가 46.8세로 일반보건소(43.1)보다 높았고(t=5.16, p=.000), 학력에 있어서는 시범보건소에서는 초등학교 졸업의 비율이 일반보건소 보다 높은 반면, 전문대 이상 졸업자의 비율은 일반보건소에서 훨씬 높았다(x^2=35.72. p=.000). 전체적으로 보았을 때 시범보건소의 고졸이상 비율은 63.5%였으나, 일반보건소에서는 오히려 72.6%로 고 학력자의 비율이 10% 정도 더 높았다. 그 외에 성별이나 결혼상태, 수입, 동거가족수, 보건소까지의 거리에 있어서는 별 차이가 없는 것으로 나타났는데, 가구당 동거 가족수는 두집단 모두에서 3.5명 정도였으며, 보건소까지의 거리는 대부분(86-87%)이 교통편이용 30분 이내의 거리에 살고 있었다<Table 2>.

건강증진 사업에 대한 인식도 및 인식경로

건강증진사업에 대한 인식도와 참여도, 만족도를 비교하기 위하여, 각 프로그램이 응답자의 지역에서 시행되었는지에 대하여 질문하였고(인식도), 이 질문에 '예'라고 응답한 경우에 한하여 그 프로그램에 참석하였는지(참여도), 참석하였다면 얼마나 만족했는지(만족도)에 대하여 질문하였다. 건강증진사업의 인식도에 있어서 구강프로그램을 제외한 모든 프로그램(운동, 영양, 금연, 고혈압예방)에서 두 집단간에 유의한 차이가 있었다<Table 3>. 즉 시범보건소 지역주민들이 자기지역에서 건강증진사업이 수행되는 것을 인지하고 있는 주민의 비율이 일반보건소지역 주민들보다 전반적으로 높게 나타나 건강증진 시범보건소의 홍보나 지역사회분위기 조성의 노력이 지역주민의 사업 인식도를 높이는데 효과가 있었던 것으로 보인다. 또한 시범보건소내에서도 여러 건강증진사업 중 고혈압예방관리 프로그램의 인식도가 가장 높았고(40.1%) 구강프로그램의 인식도가 가장 낮았다(21.5%).

보건소 건강증진사업에 대한 인지경로를 파악한 결과, 대중매체나 이벤트성 사업보다는 친구나 이웃, 보건소직원 등의 인적자원에 의해 인지하게 된 경우가 대부분이었다. 두 집단 모두에서 보건소 직원에 의해 건강증진사업을 알게 된 경우가 가장 많았고(시범보건소 36.6%, 일반보건소 31.1%), 그 다음은 친구 및 이웃(시범보건소: 32.7%, 일반보건소: 23.3%), TV 또는 라디오, 신문, 포스터, 이벤트에 의한 인지의 순으로 나타났다. 한편, 들은 적 없다고 응답한 경우도 시범지역의 경우 16.4%, 일반지역은 23.6%나 되었다.

건강증진 사업에 대한 참여도 및 만족도

인식도에서 '예'라고 대답한 사람을 대상으로 참여도를 살펴

<Table 3> Perception, participation, satisfaction rates of participants to health promotion programs

program	Perception			Participation			Satisfaction		
	Demonstration	General	x^2(p)	Demonstration	General	x^2(p)	Demonstration	General	t(p)
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)		M(SD)	M(SD)	
Exercise							3.29(.68)	3.02(.96)	3.14
yes	284(35.9)	188(13.4)	151.71	169(45.7)	45(24.0)	41.19			(.002)
no	138(17.4)	332(23.7)	(.000)	111(54.3)	143(76.0)	(.000)			
don't know	369(46.6)	883(62.9)							
Nutrition							3.27(.77)	2.89(.92)	3.68
yes	192(24.7)	121(8.8)	100.81	108(39.9)	28(23.1)	17.16			(.000)
no	138(17.8)	298(21.7)	(.000)	84(60.1)	93(76.9)	(.000)			
don't know	446(57.5)	952(69.4)							
Dental health							3.23(.75)	2.96(.84)	2.69
yes	167(21.5)	301(22.2)	.258	52(34.7)	128(32.0)	.53			(.007)
no	129(16.6)	231(17.0)	(.879)	98(65.3)	272(68.0)	(.467)			
don't know	481(61.9)	825(60.8)							
smoking cessation							3.11(.86)	2.99(.87)	1.06
yes	222(28.8)	261(19.3)	25.58	73(27.7)	87(24.7)	.67			(.292)
no	119(15.5)	247(18.3)	(.000)	149(67.1)	174(66.7)	(.411)			
don't know	429(55.7)	845(62.5)							
Hypertension management									
yes	310(40.1)	395(29.0)	27.42	165(54.6)	203(52.4)	4.48	3.38(.72)	3.17(.77)	2.99
no	99(12.8)	197(14.5)	(.000)	137(45.4)	184(47.6)	(.034)			(.003)
don't know	365(47.2)	770(56.5)							

보았다. 건강증진사업 인식도에 비해 참여도에 있어서는, 운동과 영양프로그램에 대해서만 두 집단간에 유의한 차이가 있었다. 그러나 비록 통계적으로 유의한 차이는 없었으나, 구강프로그램을 제외하고는 전반적으로 시범보건소 프로그램의 참여도가 일반보건소에 비해 다소 높은 것으로 나타났다 <Table 3>.

참여도에서 '예'라고 대답한 사람들을 중심으로 만족도를 파악하였다. 각 프로그램별 만족도를 4점 척도로 측정한 후 두 집단간의 차이를 분석하였을 때, 금연프로그램을 제외한 모든 프로그램(운동, 영양, 구강 및 고혈압예방관리)에서 시범보건소의 만족도 평균이 높았으며, 통계적으로도 유의하였다 <Table 3>. 만족도와 함께 건강증진 프로그램에서 제공된 정보의 유용성 및 타인권유 의향에 대해서도 알아보았다. 건강증진 프로그램에서 제공된 정보의 유용성에 대하여는 시범보건소 응답자의 78%가 도움이 되었다고 하였고, 일반보건소 응답자의 67.6%가 도움이 되었다고 응답하여 정보의 유용성에 대하여는 시범보건소가 10% 더 높게 조사되었고, 두 집단간의 유의한 차이를 보였다(x^2=34.84 p=.000). 또한, 건강증진 프로그램을 타인에게 권유하고 싶은 의향에 있어서도 시범보건소는 89.2%, 일반보건소는 81.2%였으며, 내년도 건강증진 프로그램에 참여하고 싶은 의향도 마찬가지로 시범보건소는 86.2%, 일반보건소는79.3%로 두 항목 모두에서 두 집단간에 유의한 차이를 보였다(각각 x^2=27.40 p=.000; x^2=49.39 p=.000). 참여할 의사가 없는 사람들을 대상으로 그 이유를 분석해 보았을 때, 시간이 없어서(54.1-69.8%)가 대부분의 이유였고, 그 다음은 거리가 멀어서, 별로 도움이 되지 않아서의 순이었다.

건강 행위의 변화

대상자들의 건강관련 행위가 두 집단간에 차이가 있는지를 비교하기 위해 흡연량, 규칙적인 운동 빈도, 취침전 잇솔질 여부, 지난 1년간 혈압측정경험, 염분섭취 정도 및 육류섭취 빈도에 대하여 알아보았다. 운동빈도에 있어서는 시범보건소에서는 24%가 주3회 이상의 규칙적인 운동을 하고 있는 것으로 조사되어, 일반보건소(18%)에 비해 규칙적인 운동하는 사람의 비율이 높았고, 통계적으로 유의한 차이를 보였다(x^2=14.60. p=.002). 그러나 운동을 전혀 하지 않는 비율도 두 집단에서 23.5-23.8%나 되는 것으로 조사되었다. 염분섭취에 있어서는 시범보건소의 응답자들 중 24%가 짜게 먹는다고 응답하여 오히려 일반보건소(19%)보다 염분섭취량이 많은 것으로 나타났고 또 통계적으로도 유의하였다(x^2=16.58. p=.002). 그

<Table 4> Comparison of health behaviors of participants

variable		Demonstration n(%)	General n(%)	x^2(p)
Smoking	no	613(79.8)	1113(77.4)	8.122(.150)
	1/2 pack/day	76(9.9)	151(10.5)	
	1 pack/day	68(8.8)	140(9.7)	
	1 and1/2 pack/day	12(1.6)	28(1.9)	
	2 pack and over/day	2(0.3)	6(0.4)	
Exercise(20 min over)	3 times over/week	189(24.0)	256(17.6)	14.602(.002)
	1-2 times/week	81(10.3)	158(10.8)	
	irregular	331(42.1)	697(47.8)	
	no	185(23.5)	347(23.8)	
Bedtime Tooth-brushing	always	604(76.6)	1104(75.5)	.502(.778)
	sometimes	152(19.3)	300(20.5)	
	never	33(4.2)	59(4.0)	
BP check up	yes	607(78.1)	1092(76.4)	.877(.349)
	no	170(21.9)	338(23.6)	
Salty Diet	not very salty	9(1.1)	35(2.4)	16.584(.002)
	not salty	142(18.0)	300(20.5)	
	average	449(57.0)	855(58.4)	
	salty	185(23.5)	260(17.8)	
	very salty	3(0.4)	14(1.0)	
Meat Diet	eat a lot	31(3.9)	72(4.9)	7.834(.098)
	eat often	189(23.9)	341(23.4)	
	average	339(42.9)	682(46.7)	
	eat little	205(25.9)	311(21.3)	
	eat never	26(3.3)	53(3.6)	

이외에 흡연량, 취침전 잇솔질 여부, 지난 1년간 혈압측정경험 및 육류섭취의 빈도에 있어서 두 그룹간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다<Table 4>.

논 의

본 연구는 정부의 보건소를 중심으로 한 건강증진시범사업의 효과를 지역주민의 측면에서 평가하여 건강증진사업을 전국적으로 확산하기 위한 과학적 근거를 마련하고, 궁극적으로는 국민의 건강수준의 향상에 기여하기 위하여 시도되었다. 건강증진이라는 개념은 오래동안 간호에서 기본적인 개념이었으나 최근들어 새롭게 관심이 증가되는 이유는 수명연장과 삶의 질의 향상은 평상시에 건강한 생활방식을 가짐으로서 최선으로 얻을 수 있고, 가능할 때 질병을 예방하고 건강을 증진하는 것이 질병을 치료하는 것보다 더 비용효과적이라는 사실에서 기인한다(Pender, 1996). 본 연구에서는 건강증진사업을 두가지 측면에서 평가한다고 볼 수 있는데 보건소가 건강증진프로그램을 잘 기획하여 지역주민들이 얼마나 인지하고, 참여하고, 만족하였는지에 대한 과정적이고 단기적인 평가와 건강증진사업이 궁극적으로 지역주민의 생활양식이나 건강행위를 어떻게 변화시켰는지를 평가하는 결과적이고 장기적 평가, 이 두 가지가 다 포함되었다.

Kar(1993)는 건강증진사업의 운영을 위하여 고려해야 할 가지 기준으로 개인행위와 생활양식의 변화, 지역사회 근거의 보건교육과 캠페인, 제도화된 건강증진전략, 대중매체의 활용 등을 제시하였다. 본 연구에서도 앞의 내용을 포괄할 수 있는 평가지표를 인지도, 참여도, 만족도 측면에서 개발하여 측정하였다. 연구결과에서, 지역주민의 건강증진사업 인식도, 참여도, 만족도를 비교하였을 때, 먼저 인식도에 있어서는 구강프로그램을 제외한 운동, 영양, 금연, 고혈압예방관리 프로그램에 있어서 시범보건소군의 인식도이 일반보건소군보다 유의하게 높았다. 즉 시범보건소 지역주민들이 자기지역에서 건강증진사업이 수행되는 것을 인지하고 있는 주민의 비율이 일반보건소 주민들보다 전반적으로 높게 나타나 건강증진시범보건소의 홍보나 지역사회분위기 조성의 노력이 지역주민의 사업인식도을 높이는데 효과가 있었던 것으로 보인다. 그러나 전반적으로 볼 때 건강증진사업에대한 지역주민 인식도은 약 40% 이하인 것으로 나타나, 다양한 방법을 이용한 보건소 건강증진사업의 홍보가 지속적으로 수행되어야 할 것으로 생각된다.

보건소 건강증진사업에 대한 인지경로를 파악한 결과, 대중매체나 이벤트성 사업보다는 친구나 이웃, 보건소직원 등의 인적자원에 의해 인지하게 된 경우가 대부분인 걸로 나타났는데, 이러한 결과는 대중매체를 통한 지식과 정보의 전달효과가 대단히 크다는 기존의 연구결과와는 상이하다(서인선, 2000). 이는 건강증진사업 홍보에 있어 단순히 대중매체를 활용한다는 것이 중요한 것이 아니라 지역적 특성이나 주민들의 인구사회학적 특성을 고려하여 그에 적절한 홍보전략을 세우는 것이 필요하다는 것을 시사한다. 또한 지역주민의 건강증진사업에 대한 인식을 향상시키기 위한 전략으로서의 매스미디어는 지시와 정보의 전달기능에, '대인접촉'을 통한 의사소통은 동기조성의 측면에서 나누어서 활용해야 한다는 주장도 설득력있게 고려해 보아야 한다(Timmreck, 1998).

참여도의 경우, 운동, 영양, 고혈압예방관리 프로그램의 참여도가 시범보건소군에서 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타나, 금연프로그램을 제외하면 인식도이 높았던 프로그램이 참여도도 일관성있게 높았다. 그러나 전반적인 참여도는 시범보건소의 고혈압예방관리사업이 50%로 가장 높았고, 평균 20-40% 내외였다. 건강행위에 있어서 시범보건소와 일반보건소의 응답자 중 약 25% 정도가 흡연을 하고 있는 것으로 나타나 우리나라 전체성인의 흡연율 36.3%보다는 상당히 낮게 나타났다(MOHW, 2001). 이는 조사대상자가 보건소 내소자에 국한되어 보건소이용자의 특성으로 이미 건강문제를 가지고 있거나 일반적 특성에서 나타난 바와 같이 여성응답자의 비율이 평균 62% 정도로 전국평균보다 높기 때문에 나타난 결과로 사료된다.

특히 건강증진사업의 인식이나 참여, 실천에 영향을 미칠 수 있는 주요변수인 나이와 학력은 기존연구에서 건강지식 및 건강증진행위 실천에 유의한 영향을 미치는 변수인것으로 일관성 있게 보고되고 있다(김문환과 남철현, 1997; 서인선, 2000; 이경자 등, 2001; Petridou et al., 1997). 나이의 경우 본 연구에서 시범보건소가 일반보건소 주민보다 평균연령이 유의하게 높았고, 학력도 고졸이상 비율이 시범보건소(63.5%)가 일반보건소(72.6%)에 비해 고 학력자의 비율이 10% 정도 더 낮았음에도 불구하고 건강증진시범보건소 주민의 인식, 참여, 건강행위변화가 일반보건소보다 더 긍정적인 것으로 나타난 것은 의미있는 결과이다.

결론적으로 건강증진사업에 대한 인식의 변화가 태도를 바꾸어 프로그램에 참여하게 되고, 이는 다시 행동변화로 이어지는 과정이 본 연구에서는 일관성있게 증명되지는 않았지만, 전체적으로 인식도, 참여도, 행위변화의 관계를 살펴보았을 때, 인식도은 평가한 5개의 프로그램중에서 4개가 시범보건소 지역주민에게서 유의하게 높았고, 참여도는 그중 3개의 프로그램에서 유의하게 차이가 있었으며, 행위변화로 효과가 나타난 항목은 운동실천율 1개로 나타났다. 기존의 여러 문헌에서도 보건교육을 통한 인식의 변화가 건강증진행위프로그램에의 참여로 나타나고 있음을 보고하고 있으며(Finkler & Hanson, 1995; 서인선, 2000; Stefiuk, Green, & Turnell, 2002), 또한 건

강증진프로그램의 참여가 대상자들의 건강위험요인의 감소, 건강행위 및 상태의 변화 및 의료비 감소, 삶의 질 향상에 효과를 보이는 것으로 나타났다(Hartman et al., 1997; Ockene, 1999; Weinehall, Westman, Hellsten et al., 1999; Yu, Chen, Kim et al., 2002; www.ncoa.org). 본 연구에서는 과정적이고 단기적 평가인 건강증진사업에 대한 인지도나 참여도, 만족도 등에 있어서는 시범보건소 지역주민들이 일반보건소에 비해 유의하게 높게 나타남으로서 대체적으로 긍정적으로 평가되었다. 그러나, 장기적 평가지표인 건강행위는 운동을 제외하면 두 집단간에 유의한 차이가 없는 것으로 파악되었는데, 이는 본 건강증진시범보건소 시범사업이 3년 동안 수행되었지만 1차년도는 건강증진사업을 위한 보건소조직, 인력 등 인프라를 구축하는 일에, 2차 년도에는 건강증진프로그램을 개발하는 일에, 3차 년도는 개발한 건강증진 프로그램을 수행하고 평가하는 일을 단계적으로 수행하여, 실제적으로 건강증진사업을 주민들에게 적용한 기간은 1년 정도밖에 안되어 행위변화를 평가하기에는 충분한 기간이 주어지지 않았다고 볼 수 있다.

본 연구의 제한점으로서는 먼저, 건강증진시범보건소와 일반보건소를 비교분석함에 있어서 두 지역 주민들의 사전동질성이 보장되지 않았기 때문에 본 연구에서는 측정한 여러 변수들의 차이가 정부가 투입한 시범사업의 결과인지를 적극적으로 논하기가 어렵다는 점이다. 둘째, 건강증진사업의 효과를 심도있게 논하기 위해서는 유사실험연구가 적절함에도 불구하고, 본 연구의 현실적인 제약으로 인해 서술적 연구로 진행하였다는 점, 몇 몇 인구사회학적 변수이외에 건강증진효과에 관련된 외생변수들을 효과적으로 통제하지 못했다는 점으로 인해 건강증진사업 시범여부에 따른 효과를 파악하기에는 제한적이었다는 점과 들을 들 수 있다.

결론 및 제언

본 연구는 보건소를 중심으로 한 건강증진사업 시범여부에 따른 지역주민의 사업 인식도, 참여도, 만족도, 및 건강행위변화의 차이를 비교하여, 앞으로 보건소에서의 건강증진사업을 보다 더 체계적으로 기획, 확산하는데 근거자료로 제공하고자 하고자 시도되었으며 주요연구결과는 다음과 같다.

- 지역주민의 건강증진사업 인식도에 있어서는 구강프로그램을 제외한 운동, 영양, 금연, 고혈압예방관리 프로그램에 있어서 시범보건소군의 인식도가 일반보건소군보다 유의하게 높았다.
- 참여도의 경우, 운동, 영양, 고혈압예방관리 프로그램의 참여도가 시범보건소군에서 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타나, 금연프로그램을 제외하면 인식도가 높았던 프로그램에 참여도도 일관성있게 높았다. 그러나 전반적인 참여도는 시범보건소의 고혈압예방관리사업이 50%로 가장 높았고, 평균 20-40% 내외였다.
- 건강증진사업에 대한 만족도는 금연프로그램을 제외한 모든 프로그램에 대해 시범보건소군에서 유의하게 높은 것으로 나타났다.
- 건강행위변화에 있어 운동실천율만이 시범보건소군에서 유의하게 높았으며, 염분섭취율은 오히려 일반보건소군에서 더 낮게 나타나 유의한 차이를 보였다.

위의 결과를 통하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 건강증진사업의 효과를 효과적으로 측정하는데 있어서 무작위실험설계(randomized clinical trial)을 이용한 연구를 시도할 것을 제안한다. 연구의 제한점에서 설명된 것과 같이 두 대상집단의 동질성문제와 전후 비교가 없었던 것이 건강증진사업의 영향을 객관적으로 평가하는데 제한적이었다. 둘째, 본 연구는 횡단적 연구로서 건강증진사업의 가장 중요한 효과인 대상자의 건강행위변화를 보기에 시간적으로 부적합한 연구설계 였다. 따라서, 추후연구에서는 종단적 연구를 통해 건강행위변화 및 삶의 질, 건강위험요인의 감소등 다른 주요변수들의 변화가 함께 측정되어 건강증진 효과가 좀 더 객관적이고 심도있게 다루어지기를 제안한다.

References

Duffy, M. E. (1993). Determinants of reported health promoting lifestyles in older persons, *J of Nursing Scholarship, 25*(1), 23-28

Finkler, S. A., & Hanson, K. L. (1995). Management techniques at primary care health centers : The impact of management innovation. *J Ambulatory Care Manage, 18*(2), 47-53.

Hartman, T. J., et al. (1997). Results of a community-based low literacy nutrition education program. *J Community Health, 122*(5), 325-341.

Kar, S. (1993). Health promotion movement implications for strategy and action. Proceedings of the National Conference on Health Promotion. Seoul. Korea

Kim, M. H., & Nam, C. H. (1997). Health behaviors and related factors in elderly. J of the Korea Gerontological Society, 17(1). 148-158.

Lee, K. J., Yoon, J. Y., Ko, I. S., Lee, T. W., & Joo, Y. S. (2000). A predictive model of health promotion in elderly. Unpublished Report.

Lee, S. J. (2000). An application effect of rhythmic movement program for the health promotion in the elderly. *J of Korean Acad Nurs, 30*(3), 776-790.

Martin, J. C., & Panicucci, C. L. (1996). Helath related practices and priorities: The health behaviors and beliefs of community-living black older women. *J of*

Gerontological Nursing, 22(4), 41-48.
Ministry of Health and Welfare (2001). Report of technical support advisory on health promotion demonstration project. Unpublished Report.
Nam, J. J. (2000). Health education strategies for health center health promotion program. *Jouranl of Korean Society for Health Education and Promotion,* 17(1), 171-184.
Ockene, J. K. (1999). Primary care-based smoking interventions. *Nicotine Tob Res*, *suppl, 2*, 189-193.
Park, J. M., & Han, S. H. (2003). The effect of exercise program on health and depression in the elderly. *J of Korean Acad Nurs, 33*(2), 220-227.
Park, Y. J. et al. (2000). Meta-analysis of health promotion related factors. *J of Korean Acad Nurs, 30*(4), 836-846.
Pender, N. (1996). *Health promotion in nursing practice (3rd ed.)*. Stanford, CT: Appleton & Range.
Petridou, E., Tolma, E., Dessypris, N., et al. (1997). A generalled evaluation of a community injury prevention project in two greek islands. *Int J Epidemiol, 26*(1), 173-179.
Suh, I. S. (2000). Health knowledge level and health promoting behavior for the elderly. *Korean J of Research in Gerontology, 9*, 51-70.
Stefiuk, W., Green, K. L, Turnell, R., et al. (2002). Process evaluation of the saskatoon breast feeding center. *J Hum Lact, 18*(1), 29-37.
Timmreck, T. C. (1995). *Planning, program development, and evaluation.* Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers
Wardle, J., Steptoe, A. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *J Epidemiol Community Health, 57*(6), 440-3.
Weinehall, L., Westman, G., Hellsten, G., et al. (1999). Shifting the distribution of risk : results of community intervention in a Swedish programme for the prevention of cardiovascular disease. *J Epidemiol Community Health, 53*(4), 243-250.
WHO (1986). Ottawa chater for health promotion. WHO, Geneva.
Yu, E. S., Chen, E. H., Kim, K. K., et al. (2002). Smoking among Chinese Americans: behavior, knowledge, and beliefs. *Am J Public Health, 92*(6), 1007-1012.
www.ncoa.org

Health Behaviors between a Health Promotion Demonstration Health Center and a General Health Center

Taewha Lee[1] · Chung-Yul Lee[1] · Hee-Soon Kim[1] · Ok-Kyung Ham[2]

1) College of Nursing, Nursing Policy Research Institute, Yonsei University
2) Department of Nursing, Kyungbook National University

Purpose: The purpose of the study was to compare community residents' perceptions, participation, satisfaction, and behavioral changes between a health promotion demonstration health center and general health center. **Method:** The design of the study was ex-post facto that compared community residents in demonstration health centers and general health centers. The sample included 2,261 community residents who were conveniently selected from demonstration (792 participants) and general health centers (1,496 participants). **Result:** The results of the study were as follows: 1) Perception and participation rates of exercise, nutrition, and hypertension management programs were significantly higher in the participants of demonstration health centers than those of general health centers.; 2) Satisfaction rates of all programs except the smoking cessation program were significantly higher in the participants of demonstration health centers than those of general health centers. However, only the exercise rate among risk behaviors of participants was significantly higher in demonstration health centers than general health centers. **Conclusion:** Systematic efforts for health promotion were effective not only in improving the community's awareness, participation, and satisfaction of the program, but also in changing health behaviors. This evidence should be used to foster and disseminate health promotion programs toother health centers to improve community residents' health status and quality of life.

Key words : Health promotion. Evaluation, Health center

• *Address reprint requests to : Taewha Lee*
College of Nursing, Yonsei University
134, Shinchon-dong, Seodaemun-gu, Seoul, Korea
Tel:+82-2-2228-3305 Fax:+82-2-392-5440 E-mail:twlee5@yumc.yonsei.ac.kr