保健敎育・健康增進學會誌 第25卷 第3號(2008. 9) pp.1-19
Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.25, No.3(2008)

사회생태모형에 기초한 보건소 건강증진 프로그램 이용 분석

윤희상
서울여자간호대학

〈목 차〉

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

Ⅰ. 서론

건강증진은 건강에 도움이 되는 행동과 생활환경을 만들기 위한 교육적 환경적 지지와 결합으로 건강에 도움이 되는 개인생활습관의 변화와 생활환경개선, 보건과 관련된 조직적, 경제적, 정치적 노력의 변화를 의미하며(Green과 Kruter, 1991), 개인의 건강생활실천 향상과 법, 제도, 공공정책 등의 사회지원체계가 건강친화적으로 구축되도록 하는데 초점을 두는 국민건강의 새로운 패러다임이다(남정자, 2000).

건강증진행위는 개인과 환경과의 상호작용의 결과로 다차원적으로 구성되었고, 개인을 둘러싼 환경 내에서의 활동, 역할, 대인관계가 상호작용의 연결성을 가지고 발생하는 것으로 설명할 수 있으며(석말숙, 2004), 사회적 환경에 영향을 받으므로 다양한 접근이 요구되고, 건강관리자는 사회환경에 따라 개인과 환경의 특성을 구분하여 개인의 건강행위를 긍정적으로 변화시킬 수 있다(Grzywacz과 Marks, 2001). 현대에 있어 건강관리는 건강능력을 향상 시킬 수 있는 건강증진의 중요성이 강조되는데 이는 다양한 원인에 의해 질병이 발생하고 원인이 교정 가능하므로, 선진국에서는 건강증진에 대한 국가적 투자와 연구가 시작되었고, OECD에서는 국가 보건의료체계를 건강증진사업으로 전환하였다(보건복지부, 2008).

우리나라에서는 1995년 건강증진법 제정으

교신저자: 윤희상

전화번호: 02-2287-1743 Fax: 02-395-8018 E-mail: viva826@snjc.ac.kr
▪ 투고일 2008.7.27 ▪ 수정일 2008.9.18 ▪ 게재확정일 2008.9.20

로 건강증진에 대한 법적 제도적 장치를 마련하였고, 국민건강증진종합계획을 수립하여 보건소를 거점으로 지역사회중심 건강증진사업이 추진되고 있다. 그러나 서구화된 식습관과 음주 흡연 비만의 증가로 건강행태가 악화되고 심장병 뇌졸중 고혈압 등의 만성질환이 증가하고 있어 건강수준을 향상 시킬 수 있는 효과적인 접근이 요구된다(보건복지부, 2008). 건강증진을 통하여 건강의 향상을 이루는 것은 개인의 생활습관을 긍정적인 것으로 변화하여 건강잠재력을 최대한 발휘하고 주위환경을 건강에 유익한 것으로 변화시킴으로 신체적 정신적 안녕을 달성하여 개인적 삶의 질 향상과 사회적 경제적으로 생산적이고 창의적인 삶이 가능하도록 하는 것이 중요하다. 우리나라에서는 건강증진이 국민건강향상에 있어 가장 우선시 되고 있으며 많은 보건소가 건강증진사업에 대한 투자를 증대시켜 오고 있다(이선희 등, 1998).

사회생태모형은 개인의 행동을 사회맥락(context)에서 보아야 한다는 모형으로, 개인의 과거력, 가치기준, 태도 등의 심리적 특성, 가족 또는 사회적인 연결을 이루는 대인관계, 이웃, 지역사회, 사회정책, 문화와 같은 사회물리적인 환경의 영향을 받는다는 가정으로, 처음 주장한 학자는 Bronfenbrenner(1979)이고 McLeroy 등(1988)은 개인 및 사회 환경적 구성요소와 행태변화와의 관련성을 파악하기 위하여 사회생태모형(Socio ecological model)을 제시하였다. 그의 모형에 따르면 개인의 행동에 영향을 미치는 다양한 요소가 존재하고, 행동은 개인이 소속된 가족, 조직, 정책과 같은 사회적 영향의 결과로 간주하고 사회적 영향을 변화시킴으로 행동의 변화를 유도한다. 사회생태모형은 인간과 환경을 통합적으로 다루고, 사회적 맥락에서 특성을 파악하여 긍정적인 건강행위를 설명할 수 있으므로, 건강증진에 대한 통합적인 접근이 가능하고(McLeroy 등, 1988), 건강증진행위에 영향을 미치는 요소를 사회생태모형을 구성하는 요인별로 분석할 수 있어 독립적, 다차원적으로 접근이 가능하여 건강중재가 다양하게 이루어질 수 있는 방법을 제시하므로 건강증진 연구에 적합한 연구 틀로 인정받고 있다(Etter과 Grzywacz, 2001).

외국에서의 사회생태모형을 이용한 건강증진연구는 생애주기별(Grzywacz와 Marks, 2001), 취약계층 대상(Fluery와 Lee, 2006)을 위한 연구가 있고, 행태개선을 위한 정책강화(Grzywacz와 Fuqua, 2000), 건강행위향상을 위한 지역사회중심 접근(Stokols, 2000) 등이 있다. Linnan 등(2001)은 지역주민의 유병율 감소를 위하여 건강증진사업 이용자의 특성을 파악하였고, Sorensen 등(2001)은 건강증진프로그램에 참여도가 낮은 직장인을 대상으로 조직이 건강증진에 대한 협조가 부족하고 직장동료나 이웃의 지지가 적을 때 건강증진 프로그램에 참여가 저조한 것을 발견하였고, Riley 등(2001)은 지역사회 파트너쉽의 중요성을 지적하였다.

우리나라의 건강증진에 대한 연구는 제공자인 보건소의 예산, 인력, 사업진행과정, 구조, 결과를 중심으로 이루어져, 보건소 건강증진사업의 평가연구(이승은, 2004; 이태화 등, 2005)가 있고, 건강증진 사업에 대한 평가지표 연구(이선희 등, 1998; 송현종, 2003; 이건세, 2003; 서영준 등, 2004)가 있다. 보건소이용에 대한 연구로는 만족도 조사(이가언, 2000; 이혜순, 2002; 모현희, 2002)가 있다. 그러나 건강증진 프로그램 이용자 중심의 연구는 부족한 실정으로, 이용에 영향을 미치는 요인을 체계적

으로 파악하여 건강증진행위를 효과적으로 향상시킬 수 있는 연구가 필요하다.

사회생태모형을 이용한 건강증진 연구는 건강관리자의 관심을 유도하여 건강을 저해하는 요인을 개인과 개인이 속한 환경에서 찾을 수 있고, 건강증진행위의 장애물을 파악하여 조정할 수 있으므로, 건강증진행위에 대한 개인의 책임을 줄이고(Becker, 1986), 실패하는 원인을 다양하게 분석할 수 있으므로, 이 연구에서는 공공보건기관인 보건소를 중심으로 진행되고 있는 건강증진프로그램을 사회생태모형에 따라 개인, 개인간, 조직, 지역사회, 정책요인으로 세분화하여 분석하므로서 프로그램 이용과 관련된 변수를 각 요인별로 파악하여 중재를 통한 건강증진향상을 이루고자 한다. 이에 프로그램을 이용하는 집단과 이용하지 않는 집단을 구분하여 각 집단의 특성을 파악하고, 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인을 분석하여 보건소 건강증진 프로그램(이하 프로그램) 이용향상을 위한 기초자료를 제공하고자 다음과 같은 목적을 가지고 연구를 진행하였다.

첫째, 보건소 건강증진 프로그램 이용집단과 이용하지 않는 집단을 비교한다. 둘째, 보건소 건강증진 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

Ⅱ. 연구방법

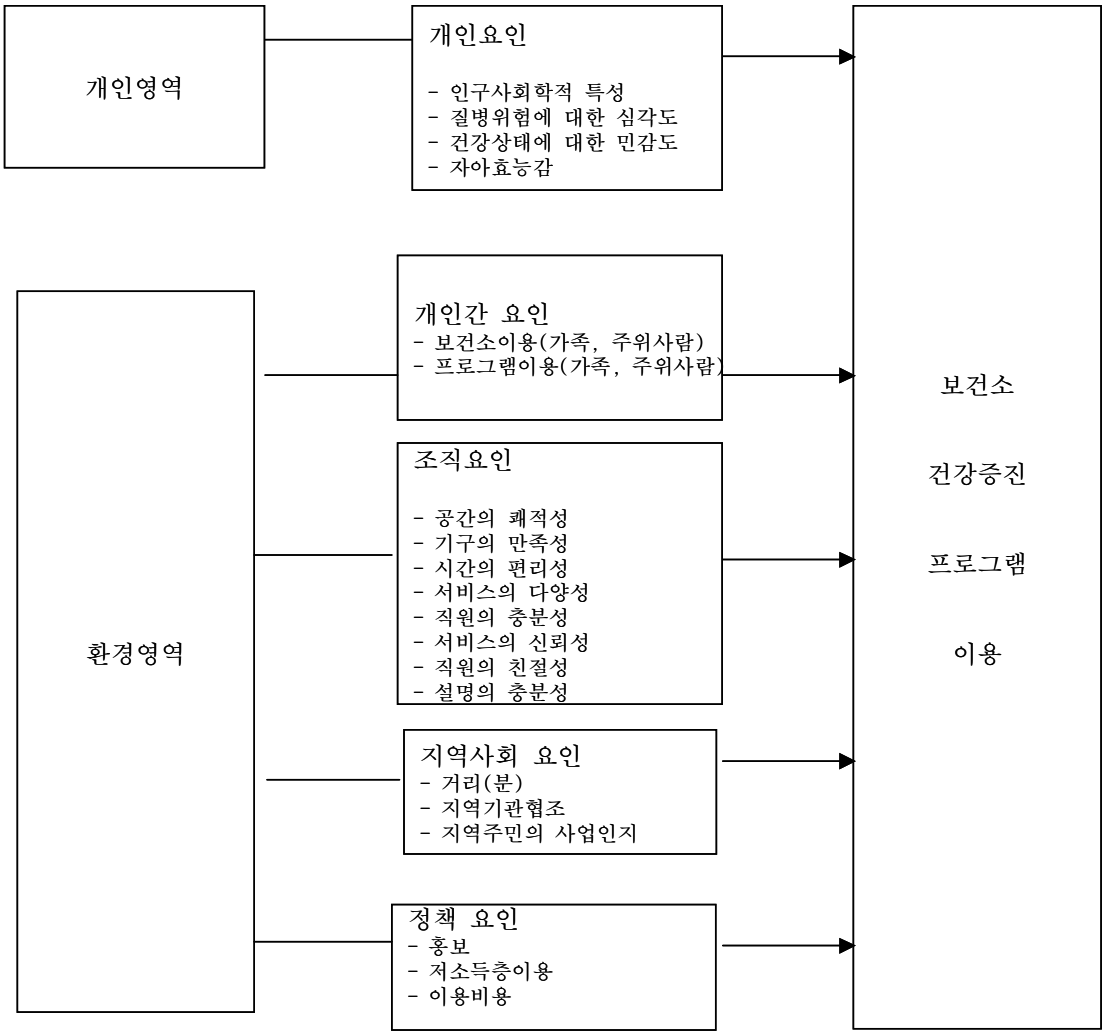
1. 연구의 개념 틀

이 연구의 개념틀은 사회생태모형으로, 개인차원과 환경차원으로 나누고, 환경차원은 개인간요인, 조직요인, 지역사회요인, 정책요인으로 구분하여 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인을 파악한다. 개인요인은 인구사회학적 특성, 질병위험에 대한 심각도, 건강상태에 대한 민감도, 자아효능감을 측정하였고, 개인간요인은 보건소 이용과 권유, 프로그램 이용과 권유, 조직요인은 공간의 쾌적성, 기구의 만족성, 시간의 편리성, 서비스의 다양성, 직원의 충분성, 서비스의 신뢰성, 직원의 친절성, 설명의 충분성, 지역사회요인은 보건소와의 이동거리, 지역기관과의 협조, 지역주문의 사업인지, 정책요인은 홍보, 저소득층 이용과 이용비용을 측정변수로 하였다〈그림 1〉.

2. 조사대상

조사대상자는 서울특별시와 지방을 선정하였다. 서울특별시의 25개구를 남부, 북부, 서부, 동부지역의 4개의 권역으로 구분하여 4권역 중 1개 보건소를 선정하여 4개 보건소를 중심으로 총 515명이고, 지방은 구미, 선산, 김천의 보건소를 중심으로 총 539명이 연구대상이다. 프로그램 이용자는 보건소 건강증진 프로그램을 이용하는 대상자 중에서 이 연구의 목적에 동의의사를 밝힌 사람이다. 프로그램 비이용자는 보건소가 위치한 지역에 거주하는 주민으로 보건소의 건강증진 프로그램을 제외한 다른 프로그램을 이용하는 자와 보건소를 전혀 이용하지 않는 자로 구분하였다. 보건소의 다른 서비스를 이용하자는 자는 보건소 내에서 설문조사였다. 보건소를 전혀 이용하지 않는자는 보건소가 속해 있는 구, 군에 거주하는 자로보건소를 중심으로 반경 2Km 이상 떨어져 있는 지역에서 보건소를 이용할 수 있는 시간에 설문조사하였다.

연구대상자 모두에게 연구의 목적을 설명하였고, 연구에 참여 할 것을 동의한 만 20세 이



< 그림 1 > 연구의 개념틀

상의 남녀를 편의 추출하여, 부적절한 응답 60부를 제외하고 최종적으로 994명이 분석대상으로 프로그램 이용자 312명, 비이용자 682명으로 구성되었다.

프로그램 이용자 312명의 분포는 서울에서 북부지역 24명(7.7%), 동부지역 39명(12.5%), 남부지역 28명(9.0%) 서부지역 52명(16.2%)이었다. 지방은 김천46명(14.7%), 서산75명(24.0%), 구미48명(15.4%)이었다. 프로그램을 이용하지 않는 자 682명의 분포는 서울에서 북부지역 101명(14.8%), 동부지역 110명(16.2%), 남부지역 50명(7.3%), 서부지역 56명(8.2%)이었다. 지방은 김천215명(31.5%), 서산63명(9.2%), 구미87명(12.8%)으로 각 지역이 고른 분포를 나타내었다.

3. 조사기간

이 연구의 자료수집기간은 2006년 11월 15일부터 2007년 3월 30일까지이며, 자료수집 방법은 표준화된 설문지를 통한 일대일 면접조사로 이루어졌다. 조사원은 지역사회에서 근무한 경험이 있는 간호사 5인에게 설문지와 관련된 훈련을 실시한 후 설문조사에 임하도록 하였다.

4. 용어정의

보건소 건강증진 프로그램에 대한 이론적 정의는 보건복지부에서 명시한 지역주민과 공공 및 민간 기관이 모두 참여하여 지역주민들의 건강의식개혁과 건강행태변화를 유도하고자 보건소가 중심으로 주민들의 건강증진 및 질병예방을 위하여 제공되는 직접적인 대민보건서비스 의미한다(보건복지부, 2005). 이 연구에서 사용되는 조작적 정의는 공급자인 보건소에서 제공하는 공공 서비스 중 국민의 건강증진 및 질병에 대한 예방과 치료, 기타 모든 보건에 관한 홍보 및 교육 등에 관한 서비스로 수혜자가 직접 내소한 건강증진프로그램으로 구체적으로, 금연, 절주, 운동, 영양 등 보건소에서 공통적으로 실시하고 있는 사업과 지방자치단체의 실정과 보건소 특성에 따라 운영되고 있는 당뇨예방관리, 안전사고예방, 고혈압예방관리, 스트레스관리, 구강건강관리 프로그램 등을 의미한다.

5. 변수의 측정 및 설문문항의 구성

사회생태모형을 이용하여 프로그램에 이용에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다음의 절차를 거쳐 설문문항을 개발하였다. 프로그램 이용을 사회생태모형에 따라 개인, 개인간, 조직, 지역사회, 정책요인으로 구분하여, 관련문헌 검토와 기존에 개발된 연구도구를 사용하였다. 개인요인에서 질병위험에 대한 심각도, 건강상태에 대한 민감도, 자아효능감 문항과 조직요인 문항은 기존의 연구도구를 참조하였다. 개인간 요인, 지역사회요인, 정책요인은 이 연구에 적합하도록, 관련문헌과 이론을 고찰하여 설문문항을 개발하였다. 개발된 설문문항의 타당성은 이 분야의 전문가인 지역사회간호학 전공 교수 4인, 예방의학과 교수 1인, 건강증진 실무자 1인, 응용통계학자 1인, 보건소 실무자 1인에게 의뢰하여 검증을 받았다. 그리고 본 연구 수행 전 7명의 프로그램 이용자와 12명의 프로그램 비이용자를 대상으로 예비조사를 거쳐 최종설문지를 확정하였고, 구성문항은 다음과 같다.

1) 개인요인

(1) 인구사회학적 특성

성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구소득 등을 조사하였다.

(2) 질병위험에 대한 심각도

질병위험에 대한 심각도는 Becker(1974)의 건강신념모델을 토대로 문정순(1990)이 개발한 성인의 건강신념 측정도구를 참고로 채효숙(2001)이 성인을 대상으로 측정 한 것을 이 연구에 맞게 수정 보완하여 3문항을 작성하였다. 0, 1, 2, 3점의 4점 척도로 구분되어 가능한 점수의 분포는 0점에서 9점 사이로 점수가 높을수록 질병위험에 대한 심각도가 높은 것을 의미한다. 개발당시 cronbach's α는 .89이었고 채효숙(2001)의 연구에서는 .79였으며, 이 연구에서는 .78 이었다.

(3) 건강상태에 대한 민감도

건강상태에 대한 민감도는 국민건강영양조사에서 사용한 일반적인 건강지각과 관련된 문항을 사용하였으며, '건강하지 않다' 부터 '최상이다'까지 5점 척도이고 점수가 높으면 자가건강평가가 좋은 것을 의미한다.

(4) 자아효능감

자아효능감 도구는 Sherer와 Marddux(1982)가 특정상황에 국한 되지 않는 일반적 상황에서의 자기효능을 측정하고자 개발되었다. 이 연구에서는 김주현(1995)이 Sherer와 Marddux(1982)의 일반적 자기효능 척도를 참고로 사용한 문항을 이용하였고, 0, 1, 2, 3점의 4점 척도로 구분되었고, 총 7개 문항으로 점수의 분포는 0점에서 21점 사이에 분포하고 점수가 높으면 자아효능감이 높은 것을 의미한다. 김주현(1995)연구에서의 cronbach's α는 .88 이었고, 이 연구에서는 .85 이었다.

2) 개인간 요인

개인간 요인은 개인은 행동에 영향을 주는 역동적인 사회 환경에서 상호 지지적인 환경을 제공하므로 설문조사의 문항구성은 사회적 환경을 인지하는 다른 사람과 상호작용을 통한 지지체계를 구성하는 것에 초점이 맞추어져야 한다(Gregson 등, 2001; McLeroy 등, 1988). 사회생태모형에서는 인간은 가족 및 지역사회에서 생활하는 것으로 가정하고, 가족은 건강과 관련된 행동을 사회적으로 조절하는 중요한 원천으로 간주한다(Gregson 등, 2001). 친구는 개인의 심리적 안정을 추구하는데 영향을 미치는 변수로 친구의 지지는 개인의 행동을 유지시키거나 중단시키는 역할을 하고 친구의 지지가 있을 때 건강증진행위가 증가한다(Grzywacz와 Furqua, 2000; Fleury와 Lee, 2006). 이웃은 지역사회에서 공유할 수 있는 네트워크를 가지고 정보와 시설을 공유하는 집단으로 이웃의 지지는 건강행동을 강화시키거나 중단 시킬 수 있으므로 이웃의 지지와 권유는 건강증진행위에 영향을 준다(Linnans, 2001; Grzywacz와 Furqua, 2000). 그러므로 이 연구에서는 개인간 영역을 구성하는 구체적인 변수로 가족의 보건소 이용과 권유, 주위사람(친구, 이웃)의 보건소 이용과 권유, 가족의 프로그램 이용과 권유, 주위사람(친구, 이웃)의 프로그램 이용과 권유를 예 아니오로 구분하였다.

3) 조직요인

조직은 개인의 행동에 영향을 미치는 환경으로 서비스의 신뢰성, 친절성, 이용 편리성, 시설 및 환경이 포함되고 이 연구에서는 보건소를 구성하는 시설 및 환경이다(서울시 한국보건사회연구원, 2002). 박재산(2005)의 연구에서는 병원의 시설 및 설비에 만족하면 서비스 만족도가 높고 재이용의사가 있어 주변인에게도 권유하는 것으로 나타났고, 모현희(2002)는 보건소 이용자의 만족도 조사에서 보건소 시설 및 환경, 이용절차, 서비스 소요기간, 서비스 수행능력, 직원의 친절성과 성의를 문항으로 전반적 만족도에 대하여 조사하였다. 이 연구에서는 모현희(2000)의 보건소 이용 만족도조사에서 사용된 문항으로, 공간의 쾌적성, 기구의 만족성, 시간의 편리성, 서비스의 다양성, 직원의 충분성, 서비스의 신뢰성, 직원의 친절성, 설명의 충분성 등, 시설 및 환경, 인적 물적 자원으로 구

성하여 총 8문항으로 0, 1, 2, 3, 4 점의 5점 척도로 측정하였다. 점수가 높을수록 보건소 건강증진 관련 프로그램에 대하여 긍정적인 평가를 하는 것을 의미한다.

4) 지역사회요인

지역사회의 다양한 성격은 건강관련 행위를 하는데 영향을 미치는 것으로 지지적인 환경조성은 건강증진행위를 유도하는데 긍정적인 역할을 한다(Cheadle 등, 1999). King 등, (2002)은 일차의료기관 이용을 결정짓는 요소로 지리적 접근성을 중요한 변수로 간주하였고, 서울시 한국보건사회연구원(2002)의 연구에서 보건소를 이용하지 않는 이유는 거리가 멀고 교통이 불편하기 때문으로 파악되어 교통은 지역사회요인의 중요 구성 변수이다. 이승은(2004)은 지역사회기관과의 연계 및 상호협조는 보건소 건강증진 사업에서 중요하였고, 정보의 인지 및 활용은 지역주민이 지속적으로 보건소 건강증진 사업을 이용하고 협력을 이루는데 중요하였다(서영준 등, 2004).

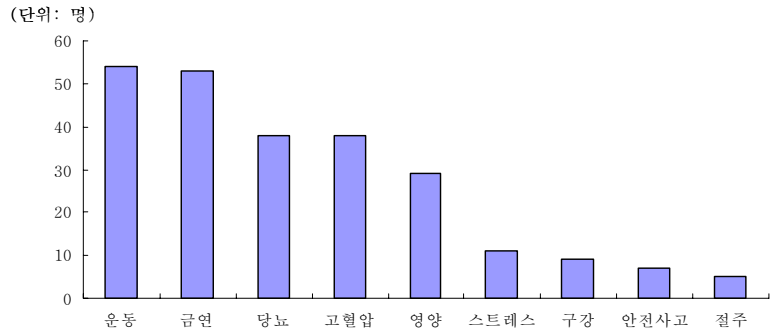
이 연구에서 지역사회요인의 구성변수는 보건소와의 이동거리, 지역기관 협조, 지역주민의 사업인지 등으로 총 4문항으로 측정하였다. 거리문항은 집에서 보건소까지의 걸리는 시간을 분으로 측정하였고, 통상교통수단을 기재하도록 하였다. 지역기관협조는 보건소와 지역사회의 다른 기관과의 상호협조를 측정하였고, 지역주민의 사업인지는 보건소에서 실시하고 있는 전반적인 업무, 방문보건, 구강보건, 건강증진, 진료 등을 알고 있는 정도를 설문조사하였다. 각 문항은 5점 척도로 측정하여, 0점에서 4점 사이로 점수가 높으면 보건소가 지역사회기관과 교류를 원활히 하고, 보건소 사업에 대해 지역주민의 인지정도가 높은 것을 의미한다.

5) 정책요인

정책요인은 사회가 변화하는 과정에서 개인이 건강에 유익한 선택을 할 수 있도록 영향을 주는 것으로, 개인이 자발적으로 건강에 유리한 결정을 할 수 있도록(Stokols, 2000; Sorenson 등, 2004), 개인, 조직, 정부가 상호작용하여 대중에게 정보를 홍보하고, 대중을 위한 정책을 정하고, 법제화하려는 움직임이 해당된다.

건강행위를 위한 의료이용에 영향을 미치는 변수는 홍보이다. 홍보는 의료소비자가 필요성을 인식하고 필요에 부응하는 서비스를 제공하여 서비스를 받아들이도록 하는 과정이다(최선희, 1996). 저소득층은 의료요구는 높으나 의료이용은 제한되어 의료이용에 영향을 미치는 접근성, 지불능력, 편의성에서 보건소를 많이 이용한다(허순임과 최숙자, 2006). 비용은 의료기관 이용에서 중요한 변수로 우리나라 보건소를 이용하는 대상자는 의료비가 저렴하기 때문으로 밝혀졌고(이가언, 2003; 박재산, 2005), 이것은 보건소 이용의 혜택이다.

이 연구에서 사용되는 변수는, 홍보, 저소득층 이용, 이용비용으로 총 4문항으로 측정하였다. 홍보의 문항은 프로그램에 대한 광고를 본 경험의 여부는 예 아니오로 구분하였고, 광고를 본 매체를 표시하도록 하였다. 저소득층 이용과 이용비용의 문항은 0점에서 4점 사이의 척도로 측정하였고, 점수가 높으면 저소득층 이용이 많고 무료로 또는 저렴하게 이용하는 것으로 인지하는 것을 의미한다.



<그림 2> 프로그램 이용 빈도

전체적으로 이 연구에서 설문구성은 개인요인의 23문항, 개인간요인의 4문항, 조직요인의 8문항, 지역사회요인의 4문항, 정책요인의 4문항으로 구성되었다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS 12.0을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 인구사회학적 특성과 요인에 따른 차이를 알아보기 위해 빈도, 백분율, 평균, 표준편차 등의 기술통계분석을 실시하였으며, 프로그램 이용자와 비이용자와의 차이를 알아보기 위해 t-test, χ^2-test를 실시하였다. 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 종속변수는 보건소 건강증진 프로그램 이용 유무로 지난 1년 동안 보건소 건강증진 프로그램을 이용한 경험이 있으면 '예', 아니면 '아니오'로 답하였다. 독립변수는 개인, 개인간, 조직, 지역사회, 정책 요인의 구성변수로 하여 다중로지스틱 분석을 실시하였다. 결혼상태는 미혼 이혼 사별 기타의 응답이 매우 적어 분석 시에는 기혼과 기타로 재구성하여 분석하였으며, 명목변수는 가변수 처리하여 분석에 사용하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 이용집단과 비이용집단의 비교

프로그램 이용 빈도는 운동(22.1%), 금연(21.7%), 당뇨(15.6%), 고혈압(15.6%), 영양(11.9%), 스트레스(4.5%), 구강(3.7%), 안전사고(2.9%), 절주(2.0%)의 순으로 운동과 금연 프로그램을 많이 이용하였다〈그림 2〉. 이용집단과 비이용집단의 요인별 비교는 다음과 같다〈표 1〉.

1) 개인요인

개인요인에서 이용하는 집단과 이용하지 않는 집단은 성별(χ^2= 11.05, p= .000), 결혼상태(χ^2= 20.12, p= .000), 교육수준(χ^2= 59.85, p= .000), 연령(t= 12.06, p= .000), 질병위험에 대한 심각도(t= 6.93, p= .001), 자아효능감(t= 3.04, p= .000)에서 집단간 차이가 있었다.

2) 개인간요인

가족의 보건소 이용과 권유(χ^2= 60.49, p= .000), 주위사람의 보건소 이용과 권유(χ^2 =71.00,

p= .000), 가족의 프로그램 이용과 권유(χ^2= 126.52, p= .000), 주위사람의 프로그램의 이용과 권유(χ^2= 180.16, p= .000)에서 차이가 있었다.

<표 1> 이용집단과 비이용집단의 비교

(N=994)

요인	구성요인		이용집단	비이용집단	χ^2 t	P
개인요인	성별	남	125(12.6)	199(20.0)	11.05	.000**
		여	187(18.8)	483(48.6)		
	결혼상태	기혼	271(27.3)	506(50.9)	20.12	.000**
		기타	41(4.1)	176(17.7)		
	교육수준	초졸 이하	49(5.0)	44(4.4)	59.85	.000**
		중졸	41(4.1)	54(5.5)		
		고졸	138(14.0)	256(25.5)		
		대졸	84(8.4)	328(33.1)		
	연령(세)		53.39±12.86	42.20±13.89	12.06	.000**
	소득수준		188.39±113.66	188.39±113.66	1.01	.32
	질병위험에 대한 심각도		6.18±1.81	5.33±1.78	6.93	.000**
	건강상태에 대한 민감도		3.34±0.92	3.37±0.83	1.31	.18
	자아효능감		13.27±3.54	12.57±3.36	3.04	.0.00**
개인간요인	가족의 보건소 이용과 권유	예	228(22.94)	84(8.45)	60.49	.000**
		아니오	318(31.99)	364(36.62)		
	주위사람의 보건소 이용과 권유	예	244(24.55)	68(6.84)	71.00	.000**
		아니오	340(34.21)	342(3.41)		
	가족의 프로그램 이용과 권유	예	187(18.81)	125(12.58)	126.52	.000**
		아니오	159(16.00)	523(52.63)		
	주위사람의 프로그램 이용과 권유	예	232(23.24)	80(8.05)	180.16	.000**
		아니오	198(19.92)	484(48.69)		
조직요인	공간의 쾌적성		2.79±0.87	2.47±0.86	5.45	.000**
	기구의 만족성		2.71±0.93	2.18±0.87	8.66	.000**
	시간의 편리성		2.69±0.95	2.15±0.97	8.19	.000**
	서비스의 다양성		2.53±0.98	1.99±0.87	8.65	.000**
	직원의 충분성		2.49±0.93	2.10±0.83	6.51	.000**
	서비스의 신뢰성		2.94±0.75	2.44±0.75	9.75	.000**
	직원의 친절성		3.17±0.75	2.48±0.84	11.82	.000**
	설명의 충분성		2.92±0.87	2.32±0.87	10.07	.000**
지역사회요인	거리(분)		16.11±11.14	17.79±10.30	2.26	.02*
	지역기관협조		2.47±0.93	2.12±0.84	5.79	.000**
	지역주민의 사업인지		2.54±1.01	2.01±0.91	8.13	.000**
정책요인	홍보	예	220(22.13)	92(9.26)	121.88	.000*
		아니오	225(22.64)	457(45.98)		
	저소득층 이용		2.16±1.16	2.13±1.05	0.41	.681
	이용비용		3.32±0.78	3.09±0.77	4.38	.000**

* P<.05, ** P<.001

3) 조직요인

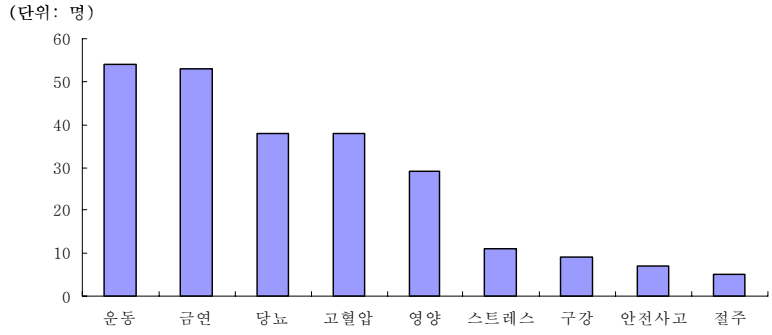
프로그램 이용하는 집단은 공간의 쾌적성(t= 5.45, p= .000), 기구의 만족성(t= 8.66, p= .000), 이용시간의 편리성(t= 8.19, p= .000), 서비스의 다양성(t= 8.65, p= .000), 직원의 충분성(t= 6.51, p= .000), 서비스의 신뢰성(t= 9.75, p= .000), 직원의 친절성(t= 11.82, p= .000), 설명의 충분성(t= 10.07, p= .000) 등 보건소 건강증진프로그램에 대하여 이용하지 않는 집단보다 긍정적인 것으로 나타났다.

4) 지역사회요인

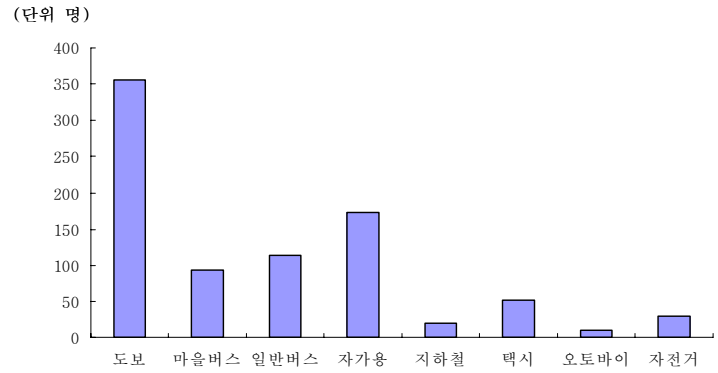
거리는 집에서 보건소까지 걸리는 시간으로 이용집단은 16분 이용하지 않는 집단은 17분 정도로 답하였고, 통상 교통수단은 도보, 자가용, 일반버스, 마을버스, 택시, 자전거, 지하철의 순이었다〈그림 3〉. 지역 기관과의 협조(t= 5.79, p= .000), 지역주민의 사업인지(t= 8.13, p= .000)는 이용집단의 평균이 높았다.

5) 정책요인

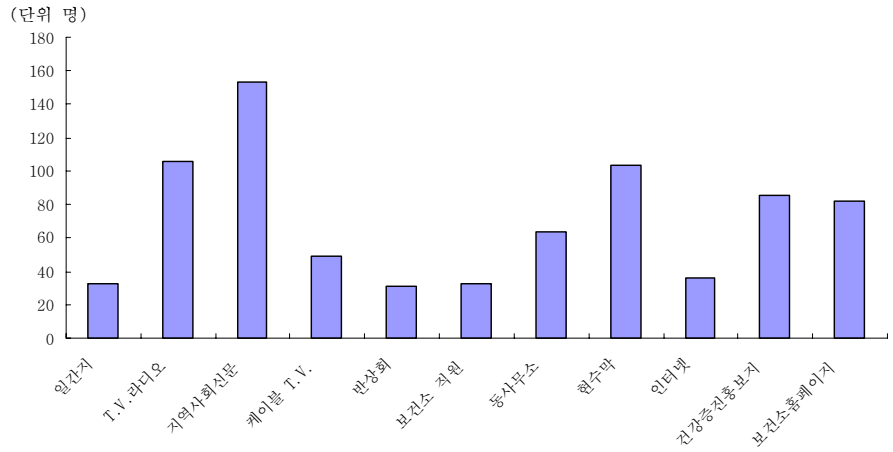
이용 집단은 프로그램에 대한 홍보를 이용하지 않은 집단보다 많이 보았고(χ^2= 121.88, P= .000), 보건소를 무료 또는 저렴하게 이용할 수 있는 곳으로 인지하였다(t= 4.38, P= .000). 프로그램 홍보를 본 매체는 지역사회신문, T.V. 또는 라디오, 현수막, 건강증진 홍보지, 보건소 홈페이지 순이었다〈그림 4〉.



<그림 2> 프로그램 이용 빈도



<그림 3> 교통수단



<그림 4> 홍보 매체

2. 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인

이 변량 분석에서 유의미한 변수만으로 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 개인요인에서 남성이, 기혼자가 많이 이용하였고, 연령이 증가할수록 많이 이용하는 것으로 나타났다. 질병위험에 대한 심각도가 높을수록 많이 이용하였으나 자아효능감은 유의하지 않은 것으로 나타났다. 개인간요인은 가족이 프로그램 이용을 권유하면 1.96배, 친구나 이웃이 권유하면 4.58배 높게 이용하였다. 조직요인은 공간의 쾌적할수록, 기구가 만족스러울수록, 직원이 친절할수록 많이 이용하였다. 지역사회요인에서 보건소가 주민에게 보건소 업무에 대하여 많이 인지시킬수록 이용이 증가하였고, 정책요인에서는 프로그램의 홍보를 본 사람이 4.69배, 보건소가 무료 혹은 저렴하게 이용할 수 있는 곳이라고 인지하는 사람이 1.42배 많이 이용하였다〈표 2〉.

표 2. 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인

(N=994)

요인	구성요인		odds ratio	95% Confidence Interval	P
개인요인	성별	여	1.00	1.01-1.93	0.04*
		남	1.39		
	연령(세)		1.05	1.04-1.06	0.00**
	결혼상태	기타	1.00	1.08-2.72	0.02*
		기혼	1.71		
	교육수준		0.92	0.76-1.09	0.33
	질병위험에 대한 심각도		1.20	1.09-1.32	0.00**
	자아효능감		1.01	0.96-1.06	0.66
개인간요인	가족의 보건소 이용과 권유	아니오	1.00	0.88-1.93	0.19
		예	1.30		
	주위사람의 보건소 이용과 권유	아니오	1.00	0.61-1.49	0.82
		예	0.95		
	가족의 프로그램 이용과 권유	아니오	1.00	1.34-2.86	0.00**
		예	1.96		
	주위사람의 프로그램 이용과 권유	아니오	1.00	3.01-6.98	0.00**
		예	4.58		
조직요인	공간의 쾌적성		0.74	0.58-0.94	0.01*
	기구의 만족성		1.40	1.12-1.76	0.00**
	시간의 편리성		1.09	0.89-1.34	0.38
	서비스의 다양성		1.12	0.90-1.38	0.31
	직원의 충분성		0.98	0.79-1.21	0.85
	서비스의 신뢰성		1.29	0.97-1.72	0.08
	직원의 친절성		1.97	1.46-2.65	0.00**
	설명의 충분성		1.18	0.92-1.51	0.19
지역사회요인	거리(분)		0.99	0.97-1.00	0.10
	지역기관협조		1.18	0.96-1.44	0.11
	지역주민의 사업인지		1.70	1.41-2.05	0.00**
정책요인	홍보	아니오	1.00	3.49-6.29	0.00**
		예	4.69		
	이용비용		1.42	1.17-1.73	0.00**

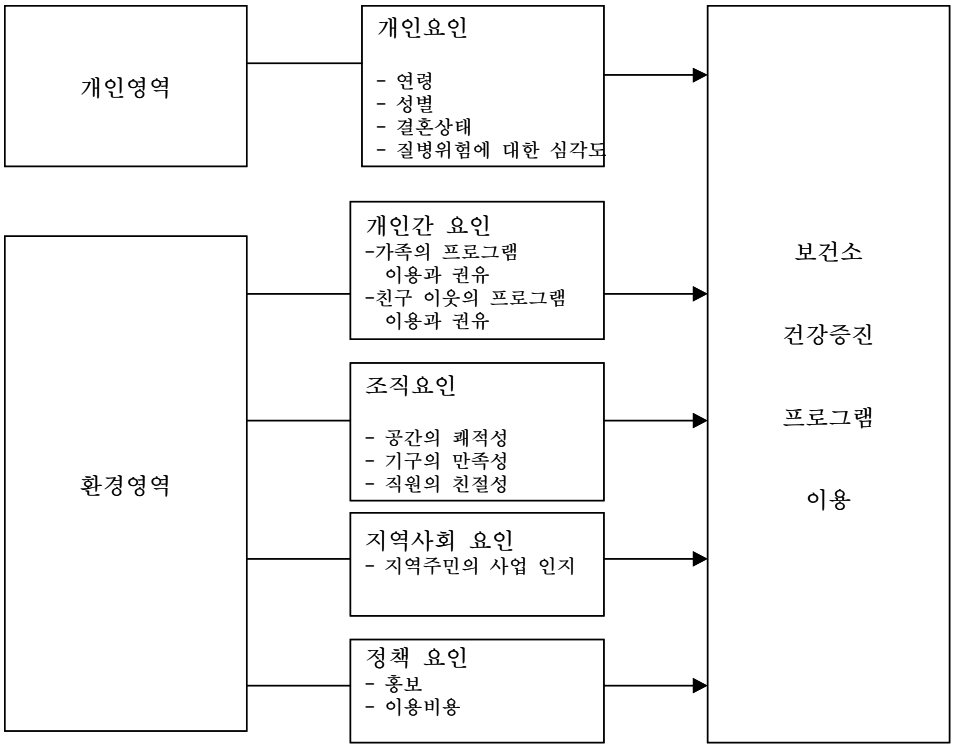
* P < .05, ** P < .001

로지스틱회귀분석 결과 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인을 사회생태모형에 따라 구성하면 다음과 같다〈그림 5〉.

Ⅳ. 논의

이 연구는 보건소 건강증진 프로그램 이용 향상을 위한 기초단계로 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인을 조사하였으며 사회생태학적 모형을 이론적 연구틀로 적용하여 이용에 영향을 미치는 사회생태모형이 도출되었다.

이 연구에서 5개 요인을 나누어 분석한 결과 개인요인에서는 남성이 여성보다, 기혼자가 미혼자보다 많이 이용하였고, 연령이 증가할수록 많이 이용하는 것으로 나타났다. 심각도가



<그림 5> 프로그램의 사회생태모형

높을수록 많이 이용하였으나 자아효능감은 유의하지 않은 것으로 나타났다. Grzywacz와 Marks(1999)의 연구에서 남자는 연령이 낮은 집단에서 건강행위를 많이 하고 여자는 연령이 높아질수록 건강증진 활동을 많이 하였다. Fleury 등(2004)의 사회생태모형을 이용한 흑인 여성의 운동에 관한 연구에서 연령이 높은 것은 건강증진을 방해하는 요소로 지적하였다. 그러나 우리나라의 보건소 이용의 연구에서는 연령이 높은 집단이 이용을 많이 한다는 것과 (김문환과 남철현, 1997; 서인선, 2000; 이태화 등, 2005), 연령과 보건소 이용과는 유의하지 않다는 연구(이가언, 2000) 등 결과가 상이하다. 이 연구에서는 연령이 높을수록 프로그램을 많이 이용하는 것으로 나타난 것은 우리나라 보건소 이용은 65세 이상 노인 인구가 질병관리를 위하여 많이 이용하고, 프로그램이 보건소 안에서 실시되므로 연령이 높아질수록 이용을 많이 하는 것으로 해석할 수 있다. 이 연구에서 남성이 여성보다 많이 이용하는 것으로 나타났다. Grzywacz와 Marks(2001)는 여성은 소득수준이 높으면 건강증진행위를 지속적으로 하는 것으로 보고하여 이 연구결과와 차이가 있다. 이 연구에서 남성이 많이 이용하는 것은 우리나라 보건소 건강증진 프로그램은 금연 클리닉을 중점적으로 운영하고 금연 클리닉

의 이용자가 남성이기 때문으로 해석할 수 있다. 이철민(2006)의 전국 10개 보건소 금연 클리닉 시범사업 등록자 중 남성, 657명 여성, 35명으로 남성이 압도적으로 많은 것은 이와같은 해석을 지지해 준다.

심각도가 높으면 많이 이용하였으나 자아효능감은 영향을 주지 않는 변수로 나타났다. 심각도는 건강증진행위를 하지 않으면 질병에 이환될 가능성이 높은 것으로 인지하는 것으로 심각도가 높으면 건강행위를 할 가능성이 높다고 한 Linnan 등(2001)의 연구결과와 일치하였다. 그러나 자아효능감이 영향을 주지 않는 변수인 것은 선행연구에서 자아효능감은 중요변수이고 자아효능감 향상으로 건강행위를 긍정적으로 변화시킬 수 있다는 결과와 상이하였다(Linnans 등, 2001; Bull과 Shhlay, 2005). 그러나 이변량 분석에서는 이용집단의 자아효능감이 높았고 통계적으로 유의하였으므로 반복연구가 필요하고 개인요인을 구성하는 변수간의 관련성을 고려할 필요성이 있다.

개인간요인은 가족이 프로그램이용을 권유할수록, 친구나 이웃이 권유할수록 높게 이용하였다. 친구나 이웃이 권유하면 건강증진행위가 증가하는 것은 선행 연구결과와 일치하는 것으로 가족 친구 이웃이 권유하면 건강증진행위가 증가하므로 친구 이웃 등의 이용과 권유를 통한 프로그램 활성화를 유도하는 것이 필요하다(Fleury와 Lee, 2006; Grzywacz와 Fuqua, 2000; Grzywacz와 Marks, 2001). 특히 운동을 할 때 옆에서 같이 하는 친구와 가족이 있으면 건강증진행위가 향상되는 것으로 나타났으므로(Fleury와 Lee, 2006) 친한 사람끼리 프로그램을 이용하도록 하는 것도 이용을 향상시킬 수 있는 방법으로 고려해 볼 수 있다.

조직요인은 공간이 쾌적하고, 기구가 만족스럽고, 직원이 친절하면 이용확률이 높았다. 모현희(2000)의 보건소 만족도 연구에서 시설과 친절이 보건소이용 만족도에 영향을 주어 이 연구 결과와 일치하였다. 그러나 서울시 보건소 건강증진 사업에 대한 연구에서는 건강증진센터의 시설면적과 프로그램 수는 유의하였으나 장비와 인력은 유의하지 않아 이 연구와 차이가 있고(김일호, 2000), Riley 등(2001)의 연구에서 보건소 건강증진 사업 이용자는 친절한 직원을 선호하는 것으로 확인되어 이 연구결과와 일치하였다. 프로그램의 활성화를 위하여 직원의 친절이 우선되어야 하고 운동기구, 검사기구등을 지속적으로 현대화할 필요성을 보여준다. 그리고 이용하지 않는 집단은 보건소 공간, 기구, 서비스, 직원에 대하여 이용집단보다 평균점수에서 낮게 나타났으므로 보건소 시설 및 인력에 대한 개선작업과 함께 지역주민에 대한 인식개선이 요구된다.

지역사회요인에서는 지역주민이 보건소 사업에 대하여 인지하면 이용을 많이하는 것으로 나타났다. McLeroy 등(1988)은 지역사회는 지역 안에서 조직이 존재하고 건강증진을 이룰 수 있도록 공공서비스를 주민에게 인지시키는 것을 강조하여 이 연구결과와 일치하였다. 그러나 거리는 프로그램 이용에 유의하지 않았다. 이는 거리가 지역주민이 프로그램을 이용하는데 영향을 미치는 변수라고 한 연구결과와 상이하고(이혜순, 2002; 이태화 등, 2005), 보건소를 이용하지 않는 이유가 거리가 멀고 교통이 불편하다고 응답한 서울시의 연구와도 다른 결과를 보여주고 있다(서울시 한국보건사회연구원, 2002).

정책요인에서 프로그램의 홍보를 본 사람은

보지 않은 사람에 비하여 4.69배 많이 이용하였고, 보건소가 무료 혹은 저렴하게 이용할 수 있는 곳이라고 인지하는 사람이 많이 이용하였다. 김일호(2000)는 보건소 건강증진사업과 활동에서 홍보가 중요하다고 하였으며, 서영준 등(2003)는 언론기관을 통한 기사성 홍보강화가 추진되어야 한다고 하여 이 연구결과와 일치하였다. 그리고 홍보를 본 매체가 T.V.나 라디오, 지역사회신문의 순으로 나타나 매체를 이용한 홍보강화가 중요하다. 그러므로 지역적 특성과 인구사회학적 특성을 고려하여 적절한 홍보전략을 세워 지역사회홍보 매체를 이용하는 것은 프로그램을 활성화 시킬 수 있는 방법이 될 수 있다. 홍보는 지역주민의 의견을 극대화 할 수 있도록 프로그램의 내용, 가치, 기대되는 효과를 설명하여 동기부여를 하는 것이 중요하고, 이용자가 스스로 가치를 느낄 수 있도록 이용자 지향적인 홍보전략이 필요하다(배상수, 2004). 프로그램을 이용하는 이유로 무료 혹은 저렴하게 이용할 수 있는 곳이라고 생각하는 사람이 많이 이용하는 것은 보건소를 이용하는 이유가 비용이 저렴하기 때문이라는 연구결과와 일치하였으므로(서울시 한국보건사회연구원, 2002), 보건소에서는 건강증진을 저렴하게 할 수 있는 곳이라는 인식을 지역주민에게 홍보하는 것이 필요하다.

이 연구의 제한점은 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 단면적인 조사방법을 사용하였기 때문에 영향요인과 이용과의 선후관계를 명확히 제시할 수 없다는 것과 사회생태학적 모형의 개인, 개인간, 조직, 지역사회, 정책요인들 간에도 일정한 관련성이 존재할 수 있다. 또한 농촌과 도시에 따른 특성이 있을 수 있으나 이를 반영하지 못하였으므로 후속 연구에서는 농촌과 도시를 비교 분석하는 것도 의미있는 작업이 될 수 있다. 그러나 이 연구가 우리나라 지역주민이 보건소 건강증진사업 이용에 영향을 미치는 요인을 개인, 개인간, 조직, 지역사회, 정책의 수준으로 나누어 파악하였고 서울과 지방으로 포함한 표본을 대상으로 수행된 조사로 향후 건강증진사업 이용향상을 위한 전략을 강구하는데 유용하게 활용될 수 있을 것으로 판단된다.

Ⅴ. 결론

프로그램 이용에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 서울과 지방의 보건소를 중심으로 994명을 연구대상으로 선정하여 사회생태모형에 따라 개인, 개인간, 조직, 지역사회, 정책요인으로 세분화하여 분석하여 프로그램을 이용하는 집단과 이용하지 않는 집단을 구분하여 각 집단의 특성을 파악하고, 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인을 분석하여 다음과 같은 결과를 확인하였다.

첫째, 개인요인에서는 기혼, 남성, 연령이 높을수록, 질병위험에 대한 심각도가 높을수록 많이 이용하였다.

둘째, 개인간요인에서는 가족이 프로그램을 이용하거나 권유할수록, 친구나 이웃이 프로그램을 이용하거나 권유할수록 많이 이용하였다.

셋째, 조직요인에서는 공간이 쾌적할수록, 기구나 시설이 만족스러울수록, 직원이 친절할수록 많이 이용하였다.

넷째, 지역사회요인에서는 지역주민이 보건소 사업을 인지할수록 프로그램을 많이 이용하였다.

다섯째, 정책요인에서는 프로그램 홍보가 영향을 미치는 변수이고, 이용비용이 무료이거나 저렴할수록 많이 이용하였다.

위의 결과로 보건소 건강증진 프로그램 이용에 대한 사회생태모형이 도출되었으므로 연구결과를 바탕으로 지역주민의 건강증진을 위한 체계적인 접근이 시도되어야 할 것이다. 또한 보건소 건강증진실 환경을 쾌적하고 지역주민이 원하는 환경으로 조성하는 것과 적극적인 홍보가 필요하며, 보건소 건강증진 프로그램은 지역주민의 건강향상과 건강도시 형성에 필수적인 국가사업이므로 반복적인 연구를 통해 보다 체계적인 결과가 필요할 것이다.

참고문헌

김문환, 남철현. 노인에 있어 건강행위연구, 한국노년학연구, 1997;17(1):148-158

김일호. 지역사회건강증진사업 평가 연구. 서울대학교 석사학위 논문. 2000

김주현. 혈액투석환자에게 적용한 지시적 심상요법의 효과. 서울대학교 박사학위 논문. 1995

남정자. 보건소의 건강증진 사업을 위한 보건교육 전략. 보건교육 건강증진 학회지 2000;17(1): 171-184

모현희. 보건소 이용자에 대한 만족도 조사 연구. 연세대학교 석사학위 논문. 2000

문정순. 성인의 건강신념 측정도구 개발 연구. 연세대학교 박사학위논문. 1990

박재산. 보건소 이용자가 인지하는 보건의료서비스 길, 만족도, 재이용의사 및 타인권유 의향간의 인과관계분석. 보건행정학회지, 2005;15(3):60-78

배상수. 보건사업기획. 서울: 계축문화사. 2004

보건복지부. 건강증진.http://www.mw.go.kr/user . 2008

서영준, 이동현, 손동국, 정승원, 정애숙, 박남수, 김주경, 이희원, 이무식. 보건소 건강증진사업 성과지표개발. 보건교육 건강증진 학회지, 2004;21(2):1-16

서영준, 정애숙, 박태선, 김주경, 박남수, 이희원. 보건소 건강증진사업 수행과정의 질평가. 보건교육 건강증진 학회지, 2003;20(1):1-17

서울특별시 한국보건사회연구원. 서울시민을 위한 건강증진프로그램. 한국보건사회연구원. 2002

석말숙. 노인의 주관적 안녕감에 대항 생태체계적 접근. 노인복지연구, 2004;26: 237-261

송근원, 강대창. 지역 보건 서비스의 산출에 영향을 미치는 요인. 보건행정학회지, 2003;13:69-73.

송현종. 보건소 건강증진사업평가지표개발. 연세대학교 박사학위논문. 2003

이가언. 일 대도시 보건소 이용자의 보건의료서비스 만족도. 보건행정학회지, 2000;13(4):28-47

이건세. 보건소 및 광역 보건행정 기능강화 방안. 의료제도발전을 위한 정책과제 자료집. 2003

이선희, 조희숙, 박영숙, 김한중, 손명세, 박혜숙, 이지전, 이상욱. 보건소 건강증진사업에서의 전략적 사업영역결정. 보건행정학회지, 1998;8(2):110-124

이승은. 보건소 건강증진 사업의 지역사회자원 활용실태. 연세대학교 석사학위 논문. 2004

이태화. 이정렬, 김희순, 함옥경. 건강증진사업 시범 여부에 따른 지역주민의 사업인식과 참여도, 건강행위 비교연구. 대한간호학회지, 2005;35(3):461-468

이철민 조경숙 원소영 김열 유상호 이정운 최재경 윤대현 이종구. 금연 클리닉에서 남성의 장단기 금연 성공과 관련된 요인: 2004년 보건소 금연 시범 사업 분석. 대한 임상건강증진학회지, 2006;6(1):37-45

이혜순. 보건행정서비스의 만족도에 영향을 미치는 요인 분석. 경성대학교 박사학위논문. 2002

채효숙. 건강신념모델을 이용한 대학생의 음주 관련 요인 분석. 연세대학교 석사학위 논문. 2001

최선희. 일 지역사회종합병원의 마케팅 실태에 관한 조사연구. 한양대학교 행정대학원 석사학위 논문. 1996

허순임, 최숙자. 논문소득수준에 따른 의료이용. 제7회 노동 패널 학술대회논문집. 2006

Bandura. A. Social Cognitive Theory. Greenwich, CT. 1989

Becker, M. H. The Tyranny of Health Promotion. Public Health Review, 1986:14:15-25

Bronfenbrenner, U. The Ecology of Human Development: Experiments by nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979

Bull. S. & Shhlay. J. Promoting "Dual Protection" From Pregnancy and Sexually Transmitted Disease: A Social Ecological Approach", Health Promotion Practice, 2005:1(6):72-80

Cheadle, A., Bruce, M., Diehr, P., Koepsell, T., Wagner, E., Wickezer, T. & Curry, S. An Empirical Exploration of a Conceptual Model for Community Based Health Promotion. International Quarterly of Community Health Education, 1989:13:329-363

Etter. S. & Grzywacz. J. Worker's Perception of How Jobs Affect Health: A social Ecological Perspective. Journal of Occupational Health Psychology, 2001:69(3):101-113

Fleury, J. & Lee. S. The Social Ecological Model and Physical Activity in African American Women, American Journal of Community Psychology, 2006:10

Fleury. J., Lee. S. M., Matteson. B. & Belyea. M. Barriers to Physical Activity Maintenance After Cardiac rehabilitation. Journal of Cardiopulmonary rehabilitation, 2004:24:296-307

Glanz, K., Lewis, F & Rimer, B. Linking Theory, Research and Practice. in Health behavior and Health Education. San Frances: Jossey-Bass, 1997

Green. L., Kreuter, M. W. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach, 2nd ed. Mayfield: Mountain View, CA, 1997

Gregson. J, Foerster. S.B., Orr. R., Jones. L., Benedict. J., Clarke. B., Hersey. J., Lewis. J. & Zotz K. System, Environmental, and Policy Changes: Using the Social-Ecological Model as a Framework for Evaluating Nutrition Education and Social Marketing Programs with Low-Income Audiences, Journal of Nutrition Education, 2001:33:sup1, s4-s15

Grzywacz. J.G. & Marks. N. Social Inequalities and Exercise during Adulthood: Toward an Ecological Perspective. Journal of Health and Social Behavior, 2001:42:202-220

Grzywacz. J.G. & Fuqua. MS. The Social Ecologicy of Health Leverage Points and Linkages. Behavioral Medicine, 2000:26(3):101-115

King A. C., Stokols. D., Talen. E. & Brassington. G. S. Theoretical Approaches to the Promotion of Physical Activity. American Journal of Preventive Medicine, 2002:23(2S):15-25

Linnan. L. Sorensen. G., Colditz. G., Klar. N. & Emmoms. K. Using Theory to Understand the Multiple Determinants of Low Participation in Work site Health Promotion Programs. Health Education & Behavior, 2001:28(5):591-607

McLeroy. K. R., Bibeau. D., Steckler. A. & Glanz, K. An Ecological perspective on Health Promotion Programs. Health

Education Quarterly, 1988;15:351-377

McLeroy. K. Community-based interventions. American Journal of Public Health, 2003;93(4):529-33.

Riley. B. L., Tayor. M. & Elliott. S. Determinants of implementing heart health promotion activities in Ontario public health units: a social ecological perspective. Health Education Research. 2001;16(4):425-441

Sherer. M., Maddux. J.E. The self-efficacy scale : Construction & Validation. Psychological Report, 1982;;51:663-671

Sorenson. G., Linnan. L. & Hunt. M. K. Worksite-based research and initiatives to increase fruit and vegetable consumption. Preventive Medicine, 2004;39:S94-S100

Stokols. D. Social Ecology and Behavioral Medicine: Implications for Training, Practice, and Policy. Behavioral Medicine, 2000;26(3):129-138

<ABSTRACT>

Analysis of the utilization of health promotion program in health care centers based on a socio ecological model

Hee Sang Yoon

Seoul Women's College of Nursing

Purpose: The research was performed to distinguish the group of users of the health promotion programs in health care center, to identify the characteristics of this group, and to investigate the factors that have influence on the use of the health programs. The specific research purposes are: First, to compare the group which uses the health promotion program of health care center and that which does not. Second, to analyze the factors that have influence on the use of the health promotion program.

Method: This study was done from November 15th 2006 and March 30th 2007. The study subjects were Seoul and Provinces. Seoul was divided into 4 areas of eastern western, northern, and southern area. Provinces were Gimchon, Gumi and Sosan. From each area, one health care center was chosen from the ones that wanted to participate. Total number of observations was 994. The survey questionnaire consisted of individual, interpersonal, organizational, community, policy factors based on socio-ecological model. The analysis method was logistic regression.

Results: Odds ratios of individual factors is sex(1.39), age(1.05), marriage status(1.71) severity(1.20). Odds ratios of interpersonal factors is use and support of family(1.96), use and support of resource persons like friends and neighbor(4.58). Odds ratios of organizational factors is the comfortness of space(0.74), the satisfaction of health care center facility(1.40), kindness of employ(1.97). Odds ratios of community factors is health care center program recognition(1.70). Odds ratios of policy factors is advertisement(4.69) and expense(1.42).

Conclusion: Socio-ecological model of health promotion in health care center is obtained based on five factors and health planners should consider these determinants of health promotion program in health care center and develop intervention methods.