

농촌 건강증진 시범사업 지역주민과 비 시범사업 지역주민의 건강증진생활 행태 비교

이영숙

전남대학교 간호대학, 간호과학 연구소

The Comparison with Health Promoting Life Styles of People between Demonstrating and Non-Demonstrating Health Promotion Services in Rural Community

Young-Sook Lee

*College of Nursing, Chonnam Research Institute of Nursing Science,
Chonnam National University*

= ABSTRACT =

Objectives: This study was to compare with health promoting Life styles of people between demonstrating and non-demonstrating health promotion services in rural community.

Methods: Objects of the study were 13,000 people by stratified sampling in rural community of H and J Gun in Korea. Data were collected from 1st December to 30th, 2005, using structured questionnaire. Research tool of this study were modified Korea BRFSS, Park's stress questionnaire and Nutritional evaluation tool suggested by ministry of health & welfare in Korea.

Results: People received demonstrating health promotion services were significantly more good health promoting life styles in related drinking, exercise and stress than that of non-demonstrating health promotion services.

Conclusions: There were significantly higher health promoting Life styles of people received demonstrating health promotion services than that of non-demonstrating. Government supporting health promotion services was more effective than that of local government finance.

Key words: Health promotion, Rural, Life style, Comparison study

* 접수일(2009년 5월 14일), 수정일(2009년 6월 1일), 게재확정일(2009년 6월 5일)
* 교신저자 : 이영숙, 광주광역시 동구 학동 5번지, 전화 : 062-220-4344, Fax : 062-225-3307, E-mail : yslee@jnu.ac.kr
* 이 논문은 2005년도 전남대학교 학술연구비 지원에 의하여 연구되었음

서 론

인구의 고령화 추세와 생활양식의 변화로 암, 순환기계 질환 등 만성퇴행성질환이 증가하여 주요 사망원인이 되고 있을 뿐만 아니라 이들 질병은 지속성, 난치성 등으로 국민의료비 증가와 삶의 질을 떨어뜨리는 주요 요인이 되고 있다[1]. 또한 1980년대 이후 국민소득 증대에 따른 생활수준 향상으로 어느 때보다도 국민들의 건강 및 삶의 질 향상에 대한 욕구가 증대하였으며, 인구 고령화 추세의 급진전으로 만성퇴행성질환 등에 대한 사망비를 증가 등 선진국 형태의 상병구조로 변화되고 있는 추세이다[2].

만성퇴행성 질환의 주요 원인은 생활양식변화와 건강위험요인의 증가를 들 수 있다. 첫째 생활양식의 변화로는 운동부족 현상이 나타나는 반면 식생활습관의 변화로 동물성 식품과 가공식품의 과다한 섭취로 영양 불균형을 초래하며, 흡연, 음주 등 건강에 위해한 생활습관이 만연되기 때문이다. 둘째 건강위험요인의 증가 측면에서는 산업화, 도시화로 인한 환경오염, 교통량 증가 등 생활여건의 변화로 인한 질병 및 사고발생의 위험 증가이다[3].

따라서 주민의 건강을 지키는 건강사업은 질병의 발생이후 사후적인 치료는 대응적 조치에 불과한 것으로 효율적이 아니며, 사전 예방적 보건정책으로 전환이 필요하며, 건강문제에 대한 새로운 접근 방식을 모색할 필요가 있다[4]. 즉 건강증진 생활습관의 보급을 최우선 과제로 만성퇴행성 질환을 예방할 수 있는 다각적 전략이 필수적이다.

이에 따라 만성질환의 발생 이전에 질병의 원인이 되는 흡연, 음주, 영양불균형, 운동부족, 스트레스 등 건강에 위해한 요인을 감소시키는 건강증진생활 실천의 중요성이 강조되고 있다. 정부는 공공의료기관이 건강증진사업을 활성화하고 지역주민의 건강관리를 위한 지역사회중심기관의 역할을 수행할 수 있도록 건강증진사업 역량을 키우고 사업추진을 하도록 하였다. 이를 위해서는 지역사회 주민의 건강증진 실천 행태와 요구 및 질병관련 특성을 고려한 사업기획이 필수적이며[5], 주민의 건강증진생활 습관을 파악하여 그 결과를 기초로 사업을 기획하고 수행하여 평가하는

조사과정이 선행되어야 한다.

국내 건강증진 관련 연구는 대다수가 보건소를 중심으로 하고 있다. 그 이유는 보건복지부가 2003년부터 일부 보건소를 중심으로 건강증진 시범사업을 2년간 실시한 후, 2005년부터 보건소에 건강증진 사업을 위한 예산지원을 확대하였기 때문이다[2]. 따라서 보건소마다 금연, 금주, 운동, 영양 중에서 1~2개 사업을 선정하여 활발하게 실시하고 있다. 그 결과 보건소에 등록된 대상자를 중심으로 각 각의 사업운영에 대한 보고서는 다수이다. 즉 초등, 중등, 고등학생, 성인 대상 각 각의 금연사업, 장년기 여성 운동사업, 임부 영양사업, 노인 건강대학 운영사업 등 선별적 사업의 운영보고서 형태이다. 그러나 국가의 지원을 받고 건강증진 시범사업을 수행하는 보건소와 자체 예산으로 건강증진 사업을 수행하는 보건소간 주민의 건강증진 생활 행태가 차이가 있는지를 비교하는 연구는 찾지 못하였다. 건강증진 사업은 “지역사회의 기존 인적, 물적 자원을 동원하여 자립자조, 사회적 자원, 보건 이슈의 방향과 대중 참여 강화를 위한 융통성 있는 제도 개발을 장려한다. 이렇게 하기 위해서는 계속적이고, 전반적인 정보 건강에 대한 학습기회 및 재정지원이 요구된다”[6]. 이는 건강증진 사업의 재정적 뒷받침과 지역사회 참여의 중요함을 시사하고 있어, 시범사업과 비 시범사업 지역의 건강증진 생활실태 차이는 규명할 가치가 있다고 본다. 또한 건강증진의 5대 요소를 모두 포함한 연구변수를 중심으로 주민 전체 대상의 연령별, 거주지역 주민수 별로 층화표집하여 대표성이 있는 건강증진 사업의 총체적인 결과를 보여주는 연구논문도 찾아보기 힘든 실정이다.

따라서 본 연구는 건강증진 시범사업을 수행하는 보건소와 자체 예산으로 건강증진 사업을 수행하는 보건소간 주민의 건강증진 생활 행태의 차이를 비교하고자 한다. 또한 대표성 있는 농촌지역 건강증진생활 행태를 비교함으로써 지역주민의 건강문제를 정확하게 파악하여 향후 농촌지역 건강증진 사업방향을 과학적인 근거중심으로 기획하고, 주민의 요구에 입각한 건강증진 사업수행을 위한 기초자료를 제공하고자 함이다.

대상 및 방법

1. 대상 및 자료수집방법

대상자 표집은 전라남도 18개 군을 모집단으로 하여 지난 1년간 건강증진 시범사업 실시 지역 1개 군(H 군)과 비 실시 지역 1개 군(J 군)을 임의표집하고, 조사대상자의 목적 모집단은 2개 군에 주소를 둔 주민 전체 세대이며, 세대주 또는 배우자, 가구원 중 1명을 조사 대상으로 20세부터 70세 이상 주민 중 연령별, 남녀별, 읍면별로 인구분포 수에 따라 층화비율 표집을 하여 총 1,300명을 추출하였다.

조사기간은 2005년 12월 1일부터 12월 30일까지 이었으며, 조사요원은 간호대학 학부학생 10명을 선정하여 조사시작 3일전에 C대학교 간호대학에서 농촌주민 건강증진생활 습관 및 건강행태 설문지 지침서를 가지고, 조사요원 사전교육과 면접기법에 대한 교육을 3시간 실시하였다. 조사요원은 설문지에 대한 설명과 내용을 충분히 숙지하고, 자료수집은 해당보건소 담당직원과 보건요원의 도움으로 면 보건지소나 경로당 등 조사장소를 미리 섭외하였고 조사요원의 준비물은 가방, 설문지, 파일, 볼펜, 줄자, 기록지, 조사대상자 명단이었으며, 보건지소의 체중계를 이용하였다. 자료수집은 고령자는 주민의 집을 방문하여 면접법으로, 젊은 연령층은 마을회관이나 주민의 가정에서 체중과 키를 잰 후 자기기입식으로 수집하였다. 조사 방문은 오전 9시부터 저녁 6시까지 실시하였고, 대상 가정이 부재중이었거나 부적절한 답을 한 경우에는 재 방문 또는 전화 통화를 통하여 조사내용을 보완하였다.

2. 조사도구

설문지의 내용은 사회·인구학적 조사변수로 성, 연령, 학력, 월수입, 결혼상태, 가족수, 주거형태 등을 포함하였으며, 흡연 및 음주, 운동, 영양, 건강 및 체중과 BMI, 스트레스였다.

건강증진 생활 행태 도구는 1980년대 이후 미국 질병통제센터(CDC)에서 50개주의 성인을 대상으로 매달마다 전화설문을 통하여 건강에 대한 지식, 행동, 태도에 관한 정보를 수집하는 BRFSS(Behavioral Risk Factor Surveillance System)[7]를 수정하여

구리시 건강증진사업 기초조사에서 사용한 한국판 BRFSS설문지[8], 옥천군의 ‘옥천 주민의 고혈압 관련행태 조사’ 설문지[9] 및 “건강 옥천 2010”을 향한 옥천군 지역사회진단(건강실태)조사지[10]를 수정·보완하여 사용하였다.

영양요인은 보건복지부와 한국보건사회연구원의 식생활 자가진단표 [11] 10문항 도구이며, 1~6번 문항은 예(1점), 7~10번 문항은 아니오(1점)에 따라 1점씩 계산하여, 3점미만은 식생활이 불량, 4~6점은 보통, 7~10점은 좋음으로 평가한다. 스트레스 측정 도구는 박순영[12]이 개발한 도구로 신체적, 심리적 스트레스의 2개 영역 총 30문항(4점 척도)으로 측정된 점수로 점수가 높을수록 스트레스가 높고, 스트레스 정도는 0-5점 평균치 이하, 6-12점은 평균수준, 13-19점은 주의 수준, 20점 이상은 경고수준으로 분류한다.

3. 자료 분석

SPSS win ver. 10.0 PC+를 이용하여 사회·인구학적 변수와 건강증진 생활 행태의 모든 변수는 빈도와 백분율로, 건강증진 시범 사업 지역과 비 시범사업 지역간 연구변수의 비교는 χ^2 -test와 Fisher's exact probability test를 하였다.

결 과

1. 일반적 특성

성별에서 남자가 H 군이 48.1%로 J 군 50.5%로 보다 약간 낮은 편이었고, 여자는 H 군이 51.9%, J 군이 49.5%로 약간 높은 편이었다. 연령은 H 군에서는 70대 이상이 18.4%, 20-29세가 17.8%, 60-69세가 17.4% 순이었으며, J 군에서는 60-69세가 22.4%, 40-49세가 18.6%, 20-29세가 17.0% 순으로 두 지역 주민간의 간에 연령분포에는 약간의 차이가 있었다. 교육정도는 고등학교 졸업이 H 군 24.9%, J 군 26.3%, 초등학교 졸업이 H 군 20.1%, J 군 23.4% 순으로 비슷하게 나왔으며, 결혼상태는 두 지역 주민간의 모두 유배우자가 H 군 68.9%, J 군 70.7% 으로 가장 많았다. 월평균 개인수입은 50만원 미만이 H 군 38.2%, J 군 44.9%로 가장 많았으며, 주거형태는 H 군이 자택 73.1%, 단독주택 60.7%, J 군은 자택 85.2%,

단독주택 77.1%로 가장 많았다. 현재 동거하고 있는 가족수는 H 군이 2명 26.8%, 4명 23.3%, 3명 17.9%, J 군이 2명 33.7%, 3명 20.4%, 4명 17.2% 순으로 나왔다.

Table 1. Characteristics of subjects between demonstrating of H and non-demonstrating of J Community on health promotion service

Characteristics		H C(N=748)	J C(N=501)
		N (%)	N (%)
Gender	Male	360 (48.1)	253 (50.5)
	Female	388 (51.9)	248 (49.5)
Age(yrs)	20-29	133 (17.8)	85 (17.0)
	30-39	123 (16.4)	73 (14.6)
	40-49	116 (15.5)	93 (18.6)
	50-59	108 (14.4)	68 (13.6)
	60-69	130 (17.4)	112 (22.4)
	≥ 70	138 (18.4)	70 (14.0)
Education	Illiteracy	126 (16.8)	82 (16.4)
	Elementary	150 (20.1)	117 (23.4)
	Middle	74 (9.9)	49 (9.8)
	High	186 (24.9)	132 (26.3)
	Junior college	64 (8.6)	65 (13.0)
	≥University	148 (19.8)	56 (11.2)
Marital status	Not married	111 (14.8)	81 (16.2)
	Married	515 (68.9)	354 (70.7)
	Bereavement	105 (14.0)	65 (13.0)
	Divorced	8 (1.1)	1 (0.2)
	Separated	3 (0.4)	0 (0.0)
Monthly income (10,000won)	≤ 50	261 (38.2)	215 (44.9)
	50-100	116 (17.0)	80 (16.7)
	100-150	104 (15.2)	88 (18.4)
	150-200	91 (13.3)	42 (8.8)
	200-250	72 (10.5)	26 (5.4)
	≥ 250	40 (5.8)	28 (5.8)
Housing	Owner	537 (73.1)	420 (85.2)
	Rent with deposit	166 (22.6)	44 (8.9)
	Monthly rent	12 (1.6)	14 (2.8)
	Others	20 (2.7)	15 (3.0)
Type of home	Apartment	266 (37.3)	91 (19.7)
	Traditional home	433 (60.7)	356 (77.1)
	Others	13 (2.0)	15 (3.2)
Number of family	1	81 (10.8)	64 (12.9)
	2	200 (26.8)	167 (33.7)
	3	134 (17.9)	101 (20.4)
	4	174 (23.3)	85 (17.2)
	5	109 (14.6)	56 (11.3)
	≤6	49 (6.6)	22 (4.4)

* H C : H community J C : J community

2. 흡연관련 건강증진 생활 행태

두 지역 주민간의 흡연에 대한 건강증진 생활 행태 중 흡연여부는 통계적으로 유의한 차이($\chi^2 = 1.209, p=.506$)가 없었다. 그리고 흡연량이나 니코틴 중독정도, 지난 1년간 금연시도, 금연시도 방법, 금연 이유 등의 분포에서도 큰 차이가 없고, 두 지역 간 통계적으로 유의한 차이가 아니었다(Table 2).

3. 음주관련 건강증진 생활 행태의 차이

음주정도에서 H 군은 전혀 안마시는 경우가 51.9%, J 군이 56.0%이었다. 두 지역 주민간 음주 관련 건강증진 생활 행태 중 음주정도($f=346.159, p=.000$), 한달간 음주량($f=19.583, p=.001$), 향후 금주/절주 계획($f=9.171, p=.057$) 등에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나왔다(Table 3).

Table 2. Differences of health promotional life style related smoking between H and J community

Smoking	H C		J C		Fisher or χ^2	p
	N	(%)	N	(%)		
Smoking						
Yes	170	(22.9)	100	(20.4)	1.209	.546
Now no, but yes before	109	(14.7)	77	(15.7)		
No	463	(62.4)	313	(63.9)		
Amount of Smoking						
1 -15 cigarette	82	(48.2)	41	(41.8)	1.912	.385
16-24 cigarette	65	(38.2)	37	(37.8)		
≤25 cigarette	23	(13.5)	21	(20.4)		
Intoxication of nicotian						
Mild(1-3point)	2	(1.2)	4	(4.0)	3.973	.114
Moderate(4-6point)	1	(0.6)	1	(1.0)		
Severe(more 7 point)	168	(98.2)	95	(95.0)		
Quit smoking for 1 year						
Yes	108	(63.5)	69	(69.0)	.376	.226
No	62	(36.5)	31	(31.0)		
Methods of quit smoking						
Self control	90	(84.1)	61	(84.7)	4.623	.655
Quit smoking program (school clinic of quit smoking)	4	(3.7)	1	(1.4)		
Acupuncture of quit smoking	5	(4.7)	1	(1.4)		
Aids of quit smoking (gum, patch, Eundan)	8	(7.5)	6	(8.3)		
Others	0	(0.0)	3	(4.2)		
Reason for quit smoking						
Unhealthy condition	65	(59.1)	39	(56.5)		
After education of quit smoking	3	(2.7)	1	(1.4)		
Economics	7	(6.4)	1	(1.4)		
Religious	23	(20.9)	1	(1.4)		
Social anti-smoking campaign	12	(10.9)	27	(39.1)		

Table 3. Differences of health promotional life style related drink between H and J community

Drink	H C		J C		Fisher or χ^2	p
	N	(%)	N	(%)		
Drinking frequency						
None	386	(51.9)	274	(56.0)	346.159	.000
1 - 2/monthly	147	(19.8)	0	(0.0)		
1 - 2/weekly	92	(12.4)	89	(18.2)		
3 - 4/weekly	53	(7.1)	73	(15.0)		
5 - 6/weekly	17	(2.3)	29	(5.9)		
Daily	49	(6.6)	24	(4.9)		
Amount of drink/month						
Soju 1 - 2cup(beer \geq 1 bottle)	119	(32.4)	59	(26.6)	19.583	.001
Soju 3 - 4cup(beer 2bottle)	109	(29.7)	42	(18.9)		
Soju 5cup(beer 3bottle)	36	(9.8)	26	(11.7)		
Soju 1 bottle(beer 4bottle)	58	(15.8)	49	(22.1)		
Soju 2 bottle(beer 8bottle)	35	(9.5)	30	(13.5)		
Soju 3 bottle(beer 12bottle)	10	(2.7)	16	(7.2)		
Reason for drink						
Clear stress, change mood	136	(37.4)	102	(46.2)	9.171	.057
Human relationship	157	(43.1)	74	(33.5)		
Business	25	(6.9)	19	(8.6)		
Habitual	22	(6.0)	18	(8.1)		
Others	24	(6.6)	8	(3.6)		
Plan of no abstinence from drink						
Not Plan within 6 months	152	(43.7)	104	(47.3)	9.979	.019
Plan but don't prepare doing	73	(21.0)	64	(29.1)		
Plan within 1 months	20	(5.7)	10	(4.5)		
Don't know	102	(29.3)	42	(19.1)		

4. 운동관련 건강증진 생활 행태

운동관련 특성중 운동여부($F=95.551$, $p=.000$), 운동종류($F=7.833$, $p=.049$), 운동하지 않는 이유($F=15.124$, $p=.010$), 향후 운동계획($F=5.511$, $p=.019$)은 두 지역 간 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나왔다. 운동여부에서는 H 군이 운동을 하는 경우가 67.5%, J 군이 39.5%로 매우 차이가 있었으며, 운동의 종류는 걷기가 H 군 51.3%, J 군이 61.8%이었으며, 운동을 하지 않는 이유로는 H 군은 바빠서 운동할 시간이 없다가 37.5%, 습관이 되지 않아서가 29.8%, J 군은 습관이 되지 않아서가 39.7%, 바빠서 운동할 시간이 없다

29.5%로 차이가 있었으며, 향후 운동 계획에서는 H 군은 62.5%, J 군은 86.4%가 있는 것으로 나왔다(Table 4).

5. 영양 관련 건강증진 생활 행태

두 지역 주민간의, 약간 위험한 상태는 H 군이 10.5%, J 군이 8.1%, 매우 위험한 상태는 H 군이 0.5%, J 군이 0.6%로 비슷한 빈도를 나타냈다. 영양위험 요인을 양호, 약간 위험, 매우 위험상태로 분류하여 두 지역 주민 간 비교한 결과 통계적 유의한 차이($p=.678$)는 없었다 (Table 5).

Table 4. Differences of health promotional life style related exercise between H and J community

Characteristics	H C		J C	
	N (%)	N (%)	x ²	p
Activity of exercise				
No	243 (32.5)	303 (60.5)	95.551	.000
Yes	505 (67.5)	198 (39.5)		
Type of exercise*				
Walking	266 (51.3)	155 (61.8)	7.833	.049
Sport dance, Yoga	21 (4.1)	9 (3.6)		
Climb a mountain	69 (13.3)	27 (10.8)		
Physical exercise(dumbbells, ropeskipping ect.)	37 (7.1)	12 (4.8)		
Others	126 (24.3)	48 (19.1)		
Reason of non-exercise*				
Very busy	116 (37.5)	107 (29.5)	15.124	.010
Physical uncomfortable condition	48 (15.5)	29 (8.0)		
Not like exercise	18 (5.8)	38 (10.5)		
No habitual exercise	92 (29.8)	144 (39.7)		
No facility for exercise	20 (6.5)	16 (4.4)		
Not need of exercise	15 (4.9)	29 (8.0)		
Plan of exercise				
No	115 (37.5)	52 (13.6)	5.511	.019
Yes	192 (62.5)	383 (86.4)		

* Include duplicated responses

Table 5. Differences of Nutritional behaviors between H and J community

Nutritional behaviors	H community		J community	
	N (%)	N (%)	Fisher	p
Good (0-2point)	383 (89.1)	157 (91.3)	.778	.678
Moderate risk(3-5point)	45 (10.5)	14 (8.1)		
High risk(above 6point)	2 (0.5)	1 (0.6)		

6. 건강과 체중관련 건강증진 생활 행태

건강상태에 대한 주관적 생각은 두 지역 주민 간에 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다($f=26.659$, $p=.000$). H 군은 건강한 편이 41%, 보통 38.3%, 허약한 편이 20.7%이었으며, J 군은 건강한 편이 44.2%, 보통 29.9%, 허약한 편이 25.9%로 나왔다. 체중에 대한 주관적 생각에서는 통계적 유의한 차이는 없었지만 H 군은 마른 편이 22.3%, 보통 40.8%, 비만한 편이 36.9%, J 군이 마른편이 30.8%, 보통 46.7%, 비만한 편이 35.2%로 나왔다.

실제 비만도(BMI)에서도 통계적으로 유의한 차이는 없었다(Table 6).

7. 스트레스 정도

두 지역 주민의 스트레스 정도는 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($F=29.222$, $p=.000$). H 군은 평균치 이하의 스트레스가 52.5%, 평균 수준은 35.6%, 주의수준 9.5%, 경고수준 2.4%인데 비해 J 군은 평균치 이하의 스트레스가 39.8%, 평균수준이 38.4%, 주의수준이 18.1%, 경고수준이 3.7%로 차이가 있었다(Table 7).

Table 6. Differences of health promotional life style related health and weight between H and J community

	H C	J C	χ^2	p
	N (%)	N (%)		
Subjective feeling of health				
Strong healthy	77 (10.4)	25 (5.1)	26.659	.000
More healthy	227 (30.6)	192 (39.1)		
Average healthy	284 (38.3)	147 (29.9)		
More weakness	125 (16.8)	109 (22.2)		
Strong Weakness	29 (3.9)	18 (3.7)		
Subjective evaluation of weight				
severe slim	14 (1.9)	15 (15.7)	9.304	.054
moderate slim	151 (20.4)	75 (15.1)		
average	303 (40.8)	232 (46.7)		
moderate obesity	248 (33.4)	162 (32.6)		
severe obesity	26 (3.5)	13 (2.6)		
BMI				
≥ 20 (lower weight)	115 (15.5)	77 (15.7)	.677	.879
20-24(normal weight)	439 (59.0)	266 (54.2)		
25-29(over weight)	172 (23.1)	138 (28.1)		
≤ 30 (obesity)	18 (2.4)	10 (2.0)		

Table 7. Differences of Level of stress between H and J community

Level of stress	H C	J C	χ^2	p
	N (%)	N (%)		
Below mean level	392 (52.5)	196 (39.8)	29.222	.000
Mean level	266 (35.6)	190 (38.4)		
Careful notice level	71 (9.5)	89 (18.1)		
Remarkable caution level	18 (2.4)	18 (3.7)		

고 찰

1년간 정부의 재정지원 건강증진 시범사업을 받은 농촌지역과 보건소 자체 예산으로 건강증진 사업을 받은 두 농촌지역 주민의 건강증진 생활 행태를 비교한 결과, 시범지역 H 군과 비 시범지역 J 군의 사회인구학적 특성인 남녀 비율과 20대부터 70대 까지 연령분포, 학력, 결혼상태, 월 수입, 주거형태 및 가족수가 유사한 집단이므로 건강증진 생활 행태 비교가 타당한 집단이었다. 그러나 두 지역의 건강증진 사업의 사전 자료가 없이 사업 후 자료로만 비교한 제한점이 있다.

건강증진 5대 요소 중 흡연관련 건강증진 생활 행태를 보면 20세 이상 흡연율은 시범지역(22.9%)이 비시범지역(20.4%)보다 약간 높았으나 2006년 전국 흡연비율(27.3%)보다 낮았다[13]. 담배를 피우는 사람의 흡연량을 비교해 보면 전국은 「21개비 이상」이 8.9%인데[13], 시범지역은 「25개비 이상」이 13.5%, 비시범 지역이 20.4%로 높았고, 7점이상 니코틴 중독도 시범지역(98.2%)과 비시범지역(95.0%) 모두 높아, 농촌지역의 금연사업은 흡연율 감소보다 흡연량 감소에 주력할 필요가 있다. 지난 1년 동안 흡연자 중 담배를 끊으려고 시도한 사람의 비율은 전국(51.4%)보다 시범지역(63.5%)과 비시범지역(69.0%)이 높아 흡연

율을 포함해 건강증진 사업의 효과가 있음을 보여주지만 질적 사업인지는 알 수가 없다. 금연이유는 건강이 나쁜 것이 두 지역 모두 과반수 이상의 비율로 건강할 때 금연의 중요성을 교육해야함을 나타내고 있다. 그 다음 금연이유는 시범사업 지역에서 종교적 이유(20.9%)가 비시범지역보다(1.4%) 월등히 높고 사회적 금연 분위기는 비시범지역(39.1%)이 시범지역보다(10.9%) 월등히 높아 사회적 금연분위기 확산과 종교가 금연사업의 주요 영향요인임을 반증하고 있다. 금연방법은 두 지역 모두 ‘자기의지’가 80% 이상을 보여, 금연 의지를 강화하는 전략이 중요하다고 본다. 또한 금연교육에서 강조할 덕목은 건강을 해친다는 점을 명확히 주지하고 흡연과 건강의 관련성을 부각시키는 것이 효율적이다[14].

음주관련 건강증진 생활 행태 중 20세 이상 음주율은 73.2%이나[13] 시범지역(51.9%)과 비시범지역(56.0%) 모두 낮고, 시범지역이 비시범지역보다 낮았다. 그러나 전국 통계는 1년간 1번 이상 음주한 경우로 기준이 달라 직접적인 시계열 비교가 적절하지 않고, 2002년 전국 음주율 69.79%보다 낮고[15] 유사한 D군 지역의 음주율 46.3%보다는 높았다[16]. 이는 D군이 대도시 인접지역으로 전통적인 농촌의 음주문화를 답습하지 않은 것으로 생각되어 도농 복합지역과 농촌 지역을 비교하는 차후 연구가 필요하다. 주 1회 이상 술을 마신 사람 중 절주나 금주를 시도한 인구비율은 전국은 31.8%[13]인데 1달 이내 금주시도 의사는 시범지역(5.7%)과 비시범지역(4.5%) 모두 낮아 시사하는 바가 크다. 즉 농촌주민은 마을행사나 단체여행, 제사음식나누어 먹기 등 간헐적이며 소량인 음주에 대해 비음주로 인식[17]하는 관행을 바꾸는 것이 선행되어야 한다.

운동관련 건강증진 생활 행태 중 규칙적 운동은 시범지역(67.5%)이 비시범지역(39.5%)보다 월등히 높았고, 시범사업 지역은 운동을 못한 이유가 바빠서 운동할 시간이 없다(37.5%), 습관이 되지 않아서(29.8%)의 순위였고 비 시범사업 지역은 반대로 습관이 되지 않아서 (39.7%), 바빠서 운동할 시간이 없다(29.5%) 순 이었다. 시범지역은 운동참여를 강화한 결과로 보이며, 향후 운동시간을 참여가능한 대상별로 오전과 오후, 또는 초

저녁 운동 반을 개설하여 선호하는 걷기나 등산을 습관이 되도록 1개월 이상 지속적으로 관리함이 효율적이라고 판단된다.

영양관련 건강증진 생활 행태는 식생활이 양호한 상태는 시범지역(89.1%)과 비시범지역(91.3%)이 유사하게 좋았다. 건강상태에 대한 주관적 생각은 시범지역(20.7%)이 비시범지역보다 허약하다(25.9%)가 낮았고, 아주 건강하다(10.4%)는 비시범지역 5.1%보다 유의하게 높았다. 체중에 대한 주관적 생각과 비만도(BMI)는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이러한 결과는 체중이나 비만도가 단기간 사업으로 변화되지 않기 때문이라고 본다. 향후 ‘비만방지는 국가에서 실시하는 건강생활을 실천 하도록 해야하며, 건전한 음주문화와 식생활문화의 정착과 운동실천을 증가를 위한 건강증진 사업을 구체적으로 모색하여야 한다’는[18] 주장대로 건강증진 사업은 5대 요소를 종합적으로 접근함이 타당하다고 본다.

스트레스는 시범지역의 평균이하 스트레스 수준(52.5%)이 비시범지역(39.8%)보다 상당히 높았고, 주의수준 스트레스도 9.5%로 비시범지역 18.1%보다 유의하게 낮았다. 동일 도내의 유사한 N군 농촌주민의 스트레스 고위험군이 16.6%이고, 건강군이 20.2%와 비교해보면[19] 건강증진 사업의 스트레스 관리 효과가 크다고 보며, 시범사업 지역의 효과가 더 높음을 알 수 있다. 향후 농촌 지역 주민의 스트레스 관리는 사회적 지지와 인성을 고려한 방안을 개발한다면[19] 스트레스 관리효과가 더 증대되리라고 본다.

시범지역과 비시범 지역간 금연관련 생활행태 관련 요인 즉 흡연량, 니코틴 중독정도, 지난 1년간 금연시도와 방법 및 이유는 유의한 차이가 아니었다. 음주관련 생활행태 차이는 시범지역의 음주율, 음주량이 비시범지역보다 유의하게 낮았고, 향후 금주와 절주 계획이 유의하게 높았다. 운동관련 요인은 시범지역이 비시범지역보다 규칙적으로 운동하는 비율 유의하게 높아 건강증진 사업의 시범효과가 가장 지대한 요인으로 나타났다. 금연과 금주는 TV나 방송에서 보건복지부 차원의 홍보로 익숙하게 받아들이는 요소로 개인이 스스로 노력할 수 있는데 반해, 운동은 인식보다 실천이 중요한 생활행태이므로 운동시설과

환경 조성이 우선적임을 시사한다.

이상 연구결과를 토대로 보건복지부 지원의 건강증진 시범사업 지역 주민이 더 건강하다고 생각하고, 흡연율, 음주관련 생활행태가 모두 좋았으며 규칙적 운동율도 높았고, 스트레스도 유의하게 낮아 정부 지원 건강증진 사업이 효과적이라고 나타났다. 이는 건강증진 5대 요소를 모두 포괄하는 사업계획을 하였으며, 타 보건소와의 경쟁을 통해 사업지역으로 선정되고, 사업 종료 후 내외부 평가 기준과 지침이 명확하며, 사업비 지원이 중요요인으로 작용하였다고 본다. 생활습관 행태인 흡연, 운동, 과거병력은 대사증후군 발생에 영향을 미치고[20, 21], 이는 성인병 발병을 초래하므로 주민의 건강증진 사업의 정부지원을 지속적으로 확대할 필요가 있다.

건강증진 사업은 건강기금에서 지원되고 건강증진사업 효과의 극대화를 위해서 사업기금은 건강증진 종합계획의 최종 목표인 건강수명 연장과 건강형평성을 달성하기 위한 것이 되어야하며, 전략적 우선순위에 의하여 기금을 배분 및 활용하고, 통합적으로 관리하는 모형 개발을 고려해볼만하다[22]. 향후 우리나라의 건강증진 사업은 외국의 건강증진 사업 관련 연구와 같이 건강증진 모형과 전략개발, 관련 요인변수의 분석과 건강증진 요소별 적정 접근전략, 다학제간 건강증진 등의 방향으로 전환이 필요하며, 소외지역 주민 전체의 건강증진, 도 단위 비만 예방 사업, 소수민족, 또는 이민족에 따른 황문화 접근전략의 건강증진 연구 등 대규모 건강증진 연구에 관심을 기울일 필요가 있다[23~26].

요 약

본 연구는 건강증진 시범사업을 수행하는 보건소와 자체 예산으로 건강증진 사업을 수행하는 보건소간 주민의 건강증진 생활 행태의 차이를 대표성있는 대상자를 선정하여 비교하고자 하였다.

대상은 지난 2004년 1년간 건강증진 시범사업 실시 지역 1개 군(H 군)과 비 실시 지역 1개 군(J 군)을 임의표집하고, 2개 군에 주소를 둔 20세 이상 주민 전체 중 연령별, 남녀별, 읍면별로 인구 분포 수에 따라 층화비율 표집을 하여 총 1,300

명을 추출하였다. 자료는 훈련받은 조사원이 젊은이는 자가보고식으로 노인은 면접법으로 수집하였고 도구는 한국판 BRFSS 설문지를 수정보완하고, 보건복지부의 식생활자가점검표, 박순영이 개발한 스트레스 측정도구의 설문지를 이용하였으며, 두 지역 주민의 건강증진 생활행태를 차이를 χ^2 -test와 Fisher's exact probability test로 비교하였다.

연구결과, 보건복지부 지원의 건강증진 시범사업 지역 주민이 더 건강하다고 생각하고, 흡연율, 음주관련 생활행태가 모두 좋았으며 규칙적 운동율도 높았고, 스트레스도 유의하게 낮아 정부 지원 건강증진 사업이 효과적이라고 나타났다. 이는 건강증진 5대 요소를 모두 포괄하는 사업계획을 하였으며, 타 보건소와의 경쟁을 통해 사업지역으로 선정되고, 사업 종료 후 내외부 평가 기준과 지침이 명확하며, 사업비 지원이 중요요인으로 작용하였다고 본다.

본 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 다년간 건강증진사업 시범지역과 비시범지역의 차이를 비교하는 반복연구가 필요하다.
- 2) 건강증진생활 행태를 중심으로 대도시, 도농복합도시 및 농촌의 건강증진 사업 효과를 비교할 필요가 있다.

참고문헌

1. 보건복지부. 건강증진 사업 편람. 보건복지부, 2002
2. 보건복지부. 주요 만성질환관리사업 지침. 보건정책관실 질병관리팀, 2006, 쪽1-4
3. 보건복지부. 건강증진 사업 교육훈련-사례분석을 통한 생애주기별 건강증진 사업 기획 및 운영 전략. 서울, 건강증진 거점보건소 기술지원 평가단, 2002
4. 유승현. 건강증진을 위한 지역사회기반 참여연구의 적용 방안. *보건교육·건강증진학회지* 2009;26(1):141-158
5. 이영숙, 임영효, 심미정, 김은영. 담양군 보건사업기획을 위한 지역사회 진단 및 건강지표, 전라남도 담양군보건소·전남대학교 간호과학연구소, 2006, 쪽1

6. 이경식. 건강증진 II. *간호학탐구* 1994;(3)1:5-18
7. Jackson C, Jatulis DE, Fortmann SP. The behavioral risk factor survey and the Stanford five-city project survey: a comparison of cardiovascular risk behavior estimates. *Am J Public Health* 1991;82:412-416
8. 한양대학교 의과대학 예방의학교실. 구리시 뇌졸중 예방을 위한 건강증진 사업. 한양대학교 지역사회 보건연구소, 1998.
9. 옥천군 보건소. '옥천 주민의 고혈압 관련행태 조사' 설문지. 1999, 쪽1-19
10. 옥천군 보건소. "건강 옥천 2010"을 향한 옥천군 지역사회진단(건강실태)조사지. 쪽1-17
11. 보건복지부. 한국보건사회연구원. 건강생활 이렇게 하자. 1999, 쪽45
12. 박순영. 스트레스 측정도구. *광주광역시 서구 보건소식* 1999;11(84):2
13. 통계청. 2006 사회통계조사결과-가족, 보건, 사회참여, 노동. 2006, 쪽18-24
14. 조유향, 박윤창. 농촌 청소년의 흡연양상과 건강증진사업과의 연계점. 한국농촌의학회 추계학술대회 연세집, 2003, 쪽51-53
15. 보건복지부. "2001 국민건강·영양조사-보건 의식행태 편" 2002
16. 이영숙, 임영호, 심미중, 김은영. 담양군 보건사업기획을 위한 지역사회 진단 및 건강지표, 담양군보건소, 전남대학교 간호과학 연구소, 2006, 쪽10
17. Moon-Hee Ko & Yongg-Sook Lee. Relationships of geriatric depression on leisure activities and drinking habits among the elderly. *Chonnam Journal of Nursing Science* 2008;13(1):63-80
18. Yoo Hyang Cho. Prevalence and correlates of obesity in rural residents of Korea. *Journal of Korean Society for health and Promotion* 2007;24(4):29-43
19. Mi Ah han, Ki Soon Kim, Jong Park, So Yoen Ryu, & Mung Geun Kang. Psychosocial stress levels and related factors in some rural residents. *J Agri Med & Community Health* 2008;33(1):47-58
20. Ha-Jeong Kim. Health lifestyle behaviors associated with metabolic syndrom in a rural community. Graduate School, Chonnam National University, Master Thesis, 2007
21. Wamala SP, Lynch J, Horsten M, Mittleman MA, S-Gusafsson K & Orth-Gomer K. Education and the metabolic syndrome in women. *Diabetes Care* 1999;22:1999-2003
22. Jeong Ae Suk. Review of the health promotion foundations and its implication for Korea. *Journal of Korean Society for health and Promotion* 2008;25(4):93-110
23. Champman, SL. In search of program models for health promotion. *The Art of Health Promtion* 1997;1(5):1-7
24. Duffy, ME. Determinant of health-promoting lifestyles in older persons. *IMAGE: J of Nurs Scholarships*. 1993;25(1):23-28.
25. Pender, NJ. Health promotion in nursing practice. Noewalk, Conn, Appleton & Lange, 1982
26. Walker, SN, Volkan, K., Schrist, KP, & Pender, NJ. Health promoting life styles of older adults : Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Adv in Nurs Science* 1988;11(1):76-90.