

# 핵심 건강지표와 서울시 보건소 건강증진사업 내용의 일치성 분석

이용주<sup>\*\*</sup>, 이주열<sup>\*\*</sup>, 송선우<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup>동덕여자대학교 보건관리학과, <sup>\*\*</sup>남서울대학교 보건행정학과

## The analysis of compatibility between the leading indicators and health promotion programs of community health centers in Seoul

Yong Joo Rhee<sup>\*\*</sup>, Ju Yul Lee<sup>\*\*</sup>, Sun Woo Song<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup>Department of Health Science, Dongduk Women's University

<sup>\*\*</sup>Department of Health Administration, Namseoul University

### <Abstract>

**Objectives:** This study examines that the compatibilities between the health promotion programs in community health center and the leading health indicators in National Health Plan. **Methods:** We analyzed health promotion programs associated with three health indicators; smoking(smoking rate in male), alcohol use(alcohol use rate in adults), obesity(obesity rate) in twenty five community health centers in Seoul. First, we classified three groups(*excellent, fair and poor groups*) using average scores of Seoul, that of Korea and National Health Plan2010 goals in three health indicators. Afterwards, we examined the compatibility between contents of health promotion programs regarding leading health indicators and the specific program activities. **Results:** The compatibility levels between health indicators and contents of health promotion programs was 80 % for smoking among fair and poor groups while fair and poor for smoking reported 60% and 70%, respectively. For obesity, excellent group reported 80% and fair group had 91%. **Conclusion:** In conclusion, although all districts were able to access available data for health indicators and health statistics every year, it seems that they did not only utilize these data enough in conjunction with health promotion programs but also did not integrate specific activities according to National Health Plan systematically.

**Key words:** health promotion program, compatibility, health center, health indicator

## I. 서론

1995년에 국민건강증진법이 제정되어 국가 차원에서 건강증진 정책과 사업을 강화할 수 있는 제도적 기틀이 마련되었으며, 보건소는 지역사회 건강증진사업의 중추적 역할을 담당하고 있다(Lee, 1997, Seo et al., 2003). 우리나라의 지역사회 건강증진사업은 2005년 건강생활실천사업으로 시작해서 2008년 지역특화 건강행태개선사업, 2012년 건강

생활실천 통합서비스사업으로 변경되었으며, 2013년부터는 통합건강증진사업으로 진행되고 있다(Lee, 2013). 국민건강증진법에서도 국가와 지방자치단체가 국민들의 건강을 증진하는 지역사회 보건사업을 적극적으로 추진하도록 규정하고 있다. 그 동안 보건소는 시군구 자체 건강증진사업뿐만 아니라 국가 차원의 건강정책을 지역사회에서 수행하는 중요한 역할을 담당해 왔다(Seo et al., 2004).

보건복지부는 2005년 이후 전국 보건소 직원들을 대상

Corresponding author: YongJoo Rhee

Department of Health Sciences, Dongduk Women's University, Seoul, Korea

주소: 서울시 성북구 화랑로 13길 자연과학대학 동덕여자대학교

Tel: +82-2-940-4487 Fax: +82-2-940-4480 E-mail: yrh759@dongduk.ac.kr

• Received: April 15, 2015

• Revised: May 15, 2015

• Accepted: May 28, 2015

으로 여러 보건사업 분야에서 보건기획과 관련된 직무능력을 향상시키기 위하여 전문교육과정을 운영하였고, 그 결과 사업계획서 작성뿐만 아니라 사업 기획에 대한 능력이 향상된 것으로 평가되고 있다(Lee, 2007). 이러한 결과로 건강증진사업 초기부터 학자들로부터 계속 지적되었던 보건소 건강증진사업 운영의 문제점들은 상당부분 개선된 것으로 볼 수 있다. 그럼에도 불구하고 여전히 제기되는 핵심문제는 보건소 건강증진사업이 지방자치단체 중장기 계획 및 국가 장기계획과 연계되지 못하고 있다는 것이다(Lee, 2012). 국가 차원의 건강증진사업이 성공하기 위해서는 중앙 정부의 합리적인 정책 수립과 함께 정책의 상당부분을 직접 수행하는 보건소 사업의 효과적 운영이 고려되어야 한다. 따라서 보건소는 지역사회 건강문제에 대한 기초 통계를 근거로 사업목표와 사업내용을 결정하고 실행하여야 한다. 이를 지원하기 위하여 2008년부터 시군구 단위로 지역사회 건강조사가 매년 실시되고 있다. 이 조사는 자치단체장이 지역보건의료계획 및 건강증진계획을 수립, 평가하도록 규정한 지역보건법(제2,3,4조) 및 국민건강증진법(제4조)에 의거하여 실시되고 있다.

한편, 보건복지부는 국가 차원의 중장기 계획으로 2002년 이후 국민건강증진종합계획을 수립하고 있다. 국민건강증진종합계획에서는 건강수명 연장 및 건강형평성을 목표로 제시하고 이 목표를 달성하기 위하여 흡연, 음주, 비만 16개 분야를 선정하여 핵심 건강지표를 제시하고 있다(Ministry of Health and Welfare, 2011). 국민건강증진종합계획은 우리나라 건강증진이 나아가야 할 방향을 명확히 제시하고 있기 때문에 이 계획에 따라 사업을 충실히 추진하는 것이 중요하다. 그러나 실제 정책개발과정이나 사업추진과정에서 국민건강증진종합계획은 거의 활용되지 못하고 있는 실정이다(Lee, 2012). 건강증진 방향에 대한 국가 계획과 지방자치단체 계획이 체계적으로 연계되지 못하고 있으며, 사업내용도 국가 건강증진 목표인 건강지표와 관련성이 낮다는 것이 일반적인 지적이다.

이 연구의 목적은 서울시 보건소에서 수행하고 있는 건강증진사업 세부 내용이 지역사회 건강조사 결과 및 국민건강증진종합계획의 핵심 건강지표와 어느 정도 관련성이 있는지를 알아보는 것이다. 구체적으로는 서울시 보건소가 건강증진사업 내용을 결정할 때에 지역사회 건강조사 결과 및 중앙 정부의 정책을 어느 정도 반영하고 있는지를

알아보려는 것이다. 이를 통하여 지역사회 건강증진사업이 어느 정도 국가 계획과 체계적으로 연계되고 있는지를 파악하고, 핵심 건강지표 중심의 건강증진사업 추진 방안을 제안하고자 한다. 이를 위하여 서울시 25개 보건소에서 가장 많이 진행되고 있는 공통의 세 금연, 절주, 비만 3개 분야를 선정하여 서울시 보건소 건강증진사업 세부 내용이 국민건강증진종합계획에서 제시한 핵심 건강지표와 어느 정도 일치하는지를 분석하였다.

## II. 연구방법

### 1. 연구자료 및 수집방법

이 연구대상은 서울시 25개구 보건소에서 2014년 실시한 건강증진사업 중에서 금연, 절주, 비만 3개 분야이다. 3개 분야의 모든 사업내용에 대한 자료 수집은 우선 2013-2014년 동안 각 보건소의 홈페이지에 탑재된 정보를 수집하여 정리하였다. 부족한 내용은 보건학을 전공하고 있는 대학생 20명이 직접 보건소를 방문하거나 전화 및 전자메일로 사업담당자와 접촉하여 프로그램 참가자들의 반응, 사업 진행 방법 및 운영 어려움 등과 관련된 정보를 수집하였다. 그러나 예산 및 인력 편성 등의 행정적인 정보는 파악할 수 없었다.

한편, 흡연율, 음주율, 비만율의 핵심 건강지표 자료는 질병관리본부의 지역사회 건강조사 결과(<http://knhanes.cdc.go.kr/>)를 활용하였으며, 건강지표의 2010년 목표치는 새국민건강증진종합계획2010(Ministry of Health and Welfare, 2006)을 참고하였다.

### 2. 분석방법

#### 1) 분석기준

서울시 25개구의 보건소로부터 수집된 금연, 절주, 비만 3개 분야의 모든 사업을 국민건강증진종합계획2010의 핵심 건강지표를 활용하여 일치성 여부를 분석하였다. 핵심 건강지표는 주요 성과목표로 성인남성 흡연율, 음주율, 비만율이다. 성인남성 흡연율은 평생 5갑 이상 흡연한 19세 이상 남자 중에서 현재 흡연하고 있는 비율이고, 음주율은 최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 사람의 비

율이며, 비만율은 체질량 지수(BMI)가 25 이상인 사람의 비율이다.

2) 통계분석

이 연구는 보건소가 추진하고 있는 건강증진사업 내용이 지역사회 건강조사 결과와 국민건강증진종합계획에서 제시한 핵심 건강지표와 어느 정도 일치하는지를 파악하는 것이다. 이를 위하여 흡연, 음주, 비만 3개 분야 영역에서 핵심 건강지표를 결정하고, 서울시 25개구 2013년의 건강지표 수치를 정리한 후에 서울시 평균, 우리나라 평균, 새국민건강증진계획2010년 목표치 3개 비교항목 수치와 비교하여 우수, 보통, 미흡 그룹으로 구분하였다. 우수 그룹은 3개 비교항목 수치 보다 낮은(양호) 지역별 핵심 건강지표 수치가 3개인 경우이며, 보통 그룹은 3개 비교항목 수치 보다 낮은(양호) 지역별 핵심 건강지표 수치가 1-2개인 경우이고, 미흡 그룹은 모든 지역별 핵심 건강지표 수치가 3개 비교항목 보다 높은 경우이다. 또한, 각 분야별로 추진하고 있는 세부사업 내용이 핵심 건강지표와 얼마나 일치

하는지를 판정기준을 적용하여 기술통계로 분석하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 서울시 각 지역별 건강지표 현황

조사대상 지역의 2013년 지역사회 건강조사 결과인 성인남성 흡연율, 음주율, 비만율은 <Table 1>과 같다. 지역사회 건강조사는 성인을 대상으로 하기 때문에 건강지표는 성인 관련 지표이다. 각 지역별로 건강지표의 최고치와 최소치는 성인남성 흡연율은 47.8%, 35.8%, 음주율은 64.7%, 56.3%, 비만율은 27.9%, 19.0% 이었다.

한편, 조사대상 지역의 건강지표와 비교를 위해서 선정한 각 건강지표의 서울시 평균, 우리나라 평균, 새국민건강증진계획2010 목표치는 성인남성 흡연율은 41.7%, 42.1%, 30.0%, 음주율은 62.2%, 60.1%, 52.0%, 비만율은 23.1%, 31.8%, 30.0% 이었다.

<Table 1> Distributions of health indicators for smoking, alcohol use and obesity among 25 districts in Seoul

25 Districts	Smoking rate in male* (2013)	Alcohol use rate (2013)	Obesity rate (2013)
A	38.4	60.4	20.7
B	42.3	59.4	22.2
C	45.0	56.3	23.8
D	42.2	60.9	20.3
E	40.8	62.8	24.5
F	39.7	60.5	20.9
G	38.5	61.2	26.9
H	44.4	60.9	25.8
I	42.2	61.1	23.5
J	43.1	60.2	27.9
K	44.6	60.6	25.6
L	41.7	60.9	23.2
M	40.8	64.4	22.7
N	44.8	56.4	26.5
O	37.8	57.9	20.5
P	40.2	64.7	23.7
Q	47.8	62.0	25.1
R	35.8	62.3	20.4

25 Districts	Smoking rate in male* (2013)	Alcohol use rate (2013)	Obesity rate (2013)
S	43.3	62.0	24.3
T	40.6	63.9	19.0
U	39.8	58.2	22.1
V	43.2	57.1	22.8
W	41.8	59.6	23.3
X	43.3	56.6	23.4
Y	44.3	61.6	24.0
Average scores in Seoul	41.7	62.2	23.1
Average score in Korea	42.1	60.1	31.8
Health plan2010 goals	30.0	52.0	30.0

\* Due to limited comparable indicator for all adults, only smoking rate among adult male was used.

## 2. 핵심 지표와 사업내용의 일치성 분석

### 1) 3개 분야 사업운영 실태

서울시 평균, 우리나라 평균, 새국민건강증진계획2010 목표치 3개 비교항목과 조사대상 지역의 핵심 건강지표를 비교하여 지역별 건강지표가 높은 지역 수를 정리한 것은 <Table 2>와 같다. 3개 비교항목의 건강지표보다 수치가 높다는 것은 해당 지역에서 각 분야의 건강증진사업이 미흡한 것으로 볼 수 있다.

성인남성 흡연율과 음주율은 25곳이 2010년 국가 건강증진 목표치 보다 높아서 3개 분야의 사업은 전체적으로 미흡하였다. 이와 달리 비만율은 25곳 모든 지역이 국가 목표치 보다 낮았다. 우리나라 평균과 비교하면, 성인남성 흡연율은 13곳, 음주율은 17곳이 비교 건강지표 수치보다 높았다. 분석결과로 보면, 서울시의 비만 분야 사업은 양호한 상태이지만 흡연과 음주 분야 사업은 활성화가 필요한 상태이다.

### 2) 흡연 관련 사업

우수, 보통, 미흡 그룹으로 구분한 결과에서 우수 그룹은 없었으며, 보통 그룹은 12곳, 미흡 그룹은 13곳이었다. 각 지역별 흡연 관련 총 사업수의 평균은 보통 그룹 5.58개, 미흡 그룹 5.1개였다. 미흡 그룹은 지역별 핵심 건강지표 수치가 3개 비교항목 보다 높은 경우로 흡연 분야 사업이 더욱 활성화되어야 할 지역으로 볼 수 있다<Table 3>.

한편, 핵심 건강지표와 사업내용의 일치성을 분석하였는데, 성인남성 흡연과 관련된 사업의 평균 일치성은 보통 및 미흡 그룹 모두 80%였다. 일치성이 100%인 지역은 보통 그룹 3곳, 미흡 그룹 7곳이었으나, 일치성이 80% 이하인 지역은 보통 그룹 8곳, 미흡 그룹 5곳이었다. 일치성은 전체 금연사업 중에서 성인남성과 관련된 금연사업의 비율을 의미하는데, 전체적으로 그룹과 상관없이 각 지역별로 흡연 관련 사업의 일치성에 차이가 있었다.

<Table 2> Distribution of poor groups for Smoking, alcohol use and obesity in Seoul

Criteria	Smoking rate in male*	Alcohol use rate	Obesity rate
Average scores in Seoul	14	5	15
Average score in Korea	13	17	0
Health plan2010 goals	25	25	0

\* Due to limited comparable indicator for all adults, only smoking rate among adult male was used.

<Table 3> Distributions of health promotion programs for smoking

Health Promotion Needs Group for Smoking	Smoking rate in male*	Total numbers of health promotion program	Numbers of target program	Compatibility rate(%)
Fair group (12 districts)	38.4	8	6	75
	40.8	5	3	60
	39.7	4	4	100
	38.5	4	3	75
	41.7	3	3	100
	40.8	4	3	75
	37.8	3	3	100
	40.2	9	6	67
	35.8	8	7	88
	40.6	7	5	71
	39.8	7	5	71
	41.8	5	4	80
	average	5.58	4.33	80
Poor group (13 districts)	42.3	8	3	38
	45.0	8	3	38
	42.2	5	3	60
	44.4	4	4	100
	42.2	5	5	100
	43.1	5	3	60
	44.6	8	8	100
	44.8	5	4	80
	47.8	1	1	100
	43.3	4	4	100
	43.2	7	6	86
	43.3	3	3	100
	44.3	3	3	100
average	5.10	3.80	80	

\* Due to limited comparable indicator for all adults, only smoking rate among adult male was used.

### 3) 음주 관련 사업

우수, 보통, 미흡 그룹으로 구분한 결과에서 우수 그룹은 없었으며, 보통 그룹은 20곳, 미흡 그룹은 5곳이었다. 각 지역별 음주 관련 총 사업수의 평균은 보통 그룹 2.3개, 미흡 그룹 2.6개였는데, 음주사업이 전혀 없는 지역도 보통 그룹에서 4곳이 있었다. 미흡 그룹은 음주 분야 사업이 더욱 활성화되어야 할 지역으로 볼 수 있다<Table 4>.

한편, 평균 일치성은 보통 그룹 60%, 미흡 그룹 70%였다. 일치성이 100%인 지역은 보통 그룹 4곳, 미흡 그룹 1곳이었으나, 일치성이 각 그룹별 평균 이하인 지역은 보통 그룹 11곳, 미흡 그룹 3곳이었다. 전체적으로 음주 관련 사업은 활성화되지 않았을 뿐만 아니라 각 지역별로도 총 사업수와 일치성에 큰 차이를 보였다. 일치성은 전체 음주 관련 사업 중에서 성인과 관련된 사업의 비중을 의미하기 때문에 청소년과 관련된 사업은 제외되었다.

&lt;Table 4&gt; Distributions of health promotion programs for alcohol use

Health Promotion Needs Group for Alcohol use	Alcohol use rate	Total numbers of health promotion program	Numbers of target program	Compatibility rate(%)
	60.4	0	0	-
	59.4	1	0	0
	56.3	4	2	50
	60.9	0	0	-
	60.5	9	8	89
	61.2	1	0	0
	60.9	2	1	50
	61.1	0	0	-
	60.2	4	1	25
Fair group (20 districts)	60.6	7	5	71
	60.9	3	3	100
	56.4	7	2	29
	57.9	7	4	57
	62.0	0	0	-
	62.0	2	2	100
	58.2	4	3	75
	57.1	5	4	80
	59.6	2	2	100
	56.6	3	3	100
	61.6	7	6	86
	average	3.40	2.30	60
Poor group (5 districts)	62.8	2	2	100
	64.4	4	3	75
	64.7	7	4	57
	62.3	3	2	67

## 4) 비만 관련 사업

우수, 보통, 미흡 그룹으로 구분한 결과에서 우수 그룹 10곳, 보통 그룹은 15곳, 미흡 그룹은 없었다. 각 지역별 비만 관련 총 사업수의 평균은 우수 그룹 2.1개, 보통 그룹 1.73개였으며, 비만 관련 사업은 활성화가 필요한 지역이 없었다<Table 5>.

한편, 성인 비만율과 사업내용의 일치성을 분석하였는

데, 평균 일치성은 우수 그룹 80%, 보통 그룹 91%였다. 일치성이 100%인 지역은 우수 그룹 7곳, 보통 그룹 11곳이었으나, 일치성이 각 그룹별 평균 이하인 지역은 우수 그룹 2곳, 보통 그룹 4곳이었다. 영양과 운동사업 중에서 체중조절과 관련되지 않은 사업들은 분석에서 제외시켰는데, 전체적으로 비만 관련 사업은 활성화되지는 않았지만 일치성은 우수하였다.

<Table 5> Distributions of health promotion programs for obesity

Health Promotion Needs Group for Obesity	Obesity rate	Total numbers of health promotion program	Numbers of target program	Compatibility rate(%)
Excellent group (10 districts)	20.7	1	1	100
	22.2	1	0	0
	20.3	3	3	100
	20.9	5	3	60
	22.7	1	1	100
	20.5	1	1	100
	20.4	2	2	100
	19.0	6	5	83
	22.1	2	2	100
	22.8	3	3	100
	average	2.50	2.10	80
Fair group (15 districts)	23.8	3	2	67
	24.5	1	1	100
	26.9	1	1	100
	25.8	1	1	100
	23.5	3	2	67
	27.9	2	2	100
	25.6	1	1	100
	23.2	1	1	100
	26.5	4	3	75
	23.7	1	1	100
	25.1	1	1	100
	24.3	2	2	100
	23.3	4	4	100
	23.4	2	1	50
	24.0	3	3	100
average	2.00	1.73	91	

#### IV. 논의

이번 연구결과에서 보건소가 건강증진사업의 세부 내용을 결정할 때에 통계자료를 근거로 접근 하는 노력이

부족하다(Lee et al, 1998)는 것을 다시 확인할 수 있었다. 서울시 보건소가 추진하고 있는 금연, 절주, 비만 3개 분야의 세부 사업내용은 지역사회 특성이나 산출된 건강 지표 결과에 근거해서 개발하기 보다는 기존의 사업내용

을 유지하는 것으로 파악되었다. 지역사회 건강조사 결과 및 중앙 정부의 건강증진계획이 보건소의 사업 진행에 직접적으로 영향을 미치지 못하는 것으로 파악되었다. 이번 연구의 분석 자료가 서울시 25곳 보건소에 한정 되어서 연구결과를 전국 보건소로 일반화시키는 것은 제한점이 있지만, 이번 연구에서 지역사회 건강증진사업이 어느 정도 국가 계획과 체계적으로 연계되지 못하고 있음을 확인할 수 있었다. 지역사회 건강조사 결과 및 국민건강증진종합계획의 핵심 건강지표가 보건소 건강증진사업 사업내용을 결정하는 과정에 크게 고려되지 않은 것으로 추측되었다. 특히, 건강지표 달성 정도로 구분한 우수, 보통, 미흡 그룹 간에 총 사업 수나 일치성에 특성별 차이를 파악할 수 없었다. 우수 그룹이나 미흡 그룹 간에 건강증진사업에 차이가 없다는 것은 지역사회 건강조사 결과나 건강지표에 근거하기 보다는 경험적으로 사업을 결정한다는 것을 의미한다.

그 동안 보건소는 국가 건강정책을 지역사회에서 수행하는 최일선 기관으로서 매우 중요한 역할을 담당하였다. 따라서 중앙 정부의 합리적인 정책 수립과 함께 정책의 상당 부분을 일선에서 직접 수행하는 보건소의 사업이 조화를 이루어 효과적으로 수행되어야 한다(Park & Lee, 2009). 2013년부터 보건소에서 운영되고 있는 통합건강증진사업에서는 필수 사업영역이 제시되어 있을 뿐 구체적인 성과지표가 제시되어 있지 않아서, 사업을 통해서 달성하려는 목표가 명확하지 않는 실정이다. 그런데, 국가 건강정책 목표를 달성하기 위해서는 핵심 건강지표를 통합건강증진사업 성과지표로 제시하는 것이 필요하다. 왜냐하면, 보건소가 수행하는 사업내용을 결정할 때에는 합리적으로 선정되고 해당 분야에 재원이 집중되어야 하는데 (Lee et al, 1998), 국가 건강정책 목표와 직접 관련된 사업이 우선적으로 고려되어야 하기 때문이다. 국민건강증진종합계획은 국가 장기계획이고, 지역보건료계획은 시군구 단위의 중기계획이며, 각 보건소에서 매년 작성하는 사업계획은 단기계획이다. 이들 계획이 서로 간에 체계적으로 연계되어야 국가 건강증진 목표가 성공적으로 달성될 수 있다(Lee, 2012).

외국의 경우 보건소 건강증진 프로그램은 구체적인 건강지표를 염두에 두고, 구체적인 표적집단 대상으로 추진하여 성공한 사례들이 많다(Bazzano, et al., 2009; Smith et al., 2014, Paschal et. al., 2004). 예를 들어, 비만율이 높은 흑

인 대상으로 (Paschal et al., 2004) 체중, 혈당, 허리 둘레를 줄이는 프로그램을 고안하여 실행하였고, 비만 대상집단을 별도로 선택하여 지역사회 내의 건강생활습관 프로그램을 기획하여 실행 평가하는 사례도 있다 (Bazzo, et al., 2009). 유럽의 경우는 연령 특성화 된 보건교육으로 심장병을 예방하는데 유의한 결과를 보여주는 사례도 있다(Lingfors et al., 2009). 미국의 경우는 남녀의 불건강을 고려하여 지역사회의 성차별적인 프로그램 기획을 국가단위로 해야 하는 것을 제안하였다(Alexander et al., 2015). 결국 지역사회 주민을 대상으로 하는 프로그램을 보다 효율적으로 운영하여 성공적으로 이끌기 위해서는 건강지표를 이용한 취약집단과 표적집단을 선별하여 접근하는 것이 중요하다.

보건소는 중앙 정부에서 제시한 핵심 건강지표를 중요하게 고려해야 하지만, 지역사회에서 시급하게 해결해야 할 건강문제에도 관심을 기울여야 한다. 이를 위해서는 지역사회 건강조사 결과를 근거로 사업 우선순위 또는 사업내용을 결정하는 것이 필요하다. 그런데, 현재 국민건강증진종합계획의 핵심 건강지표와 지역사회 건강조사는 성인을 대상으로 하기 때문에 청소년에 대한 건강정보와 통계자료가 매우 제한적이다. 따라서 중앙 정부는 청소년 건강수준과 관련된 건강지표를 제시하고, 질병관리본부의 청소년 건강행태 온라인 조사결과를 전국 보건소 단위에서 활용할 수 있도록 현재 보다 더 적극적인 지원 노력이 필요하다.

한편, 이번 연구의 제한점은 서울시 보건소 건강증진사업 중에서 흡연, 음주, 비만의 3개 사업만을 대상으로 핵심 건강지표만으로 일치성을 비교한 것이다. 보건소에서 건강증진사업을 개발할 때에 각 보건소의 여건이나 지역사회의 특성을 특별히 고려할 수 있는데, 이런 점은 고려할 수 없었다. 또한, 보건소의 자원 배분에 관한 자료수집이 제한되어서 건강증진사업의 적합성에 대한 심층적인 분석은 이루어지지 못하였다.

## V. 결론

이 연구는 보건소가 추진하고 있는 건강증진사업 내용이 지역사회 건강조사 결과와 국민건강증진종합계획에서 제시한 핵심 건강지표와 어느 정도 일치하는지를 파악하

는 것이다. 이를 위하여 서울시 25곳 보건소의 2014년 건강증진사업 내용을 성인남성 흡연율, 음주율, 비만율을 활용하여 분석하였다. 일차적으로 서울시 평균, 우리나라 평균, 새국민건강증진계획2010년 목표치 3개 비교항목 수치와 비교하여 우수, 보통, 미흡 그룹으로 구분하였으며, 그 다음에 각 분야별로 추진하고 있는 세부사업 내용이 핵심 건강지표와 얼마나 일치하는지를 분석하였다. 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 우수 그룹에 흡연과 음주는 없었으며, 비만 10곳이었다. 보통 그룹에 흡연 12곳, 음주 20곳, 비만 15곳 이었고, 미흡 그룹에 비만은 없었으며 흡연 13곳, 음주 5곳 이었다. 핵심 건강지표를 기준으로 보면 비만사업은 우수하였으나 흡연과 음주사업은 미흡한 상태였다.

둘째, 핵심 건강지표와 사업내용의 일치성은 흡연의 경우는 보통 및 미흡 그룹 모두 80%였고, 음주의 경우는 보통 그룹 60%, 미흡 그룹 70%였으며, 비만의 경우는 우수 그룹 80%, 보통 그룹 91%였다. 한편, 일치성이 100%인 지역은 음주의 경우는 보통 그룹 4곳, 미흡 그룹 1곳 이었고, 비만의 경우는 우수 그룹 7곳, 보통 그룹 11곳 이었다.

셋째, 흡연사업은 각 지역별로 일치성에 차이가 있었고, 음주사업은 각 지역별로도 총 사업 수뿐만 아니라 일치성에도 큰 차이를 보였다. 비만사업은 총 사업 수는 적었지만 일치성은 우수하였다.

이상의 연구결과를 종합하면, 현재 서울시 보건소에서 추진하고 있는 건강증진사업은 지역사회 건강조사 결과와 국민건강증진종합계획에서 제시한 중앙 정부의 건강정책을 충분히 반영하지 못하고 있었다. 지역사회 건강수준과 관련된 기초 통계를 매년 생산하고 있지만 사업계획에는 활용하지 못하고 있을 뿐만 아니라 국가 건강증진계획과 보건소의 사업내용이 체계적으로 연계되지 못하고 있다. 향후 좀 더 심층적이고 포괄적인 건강증진사업의 평가가 필요하다. 서울시 뿐 아니라 전국의 모든 보건소가 지역사회 건강수준과 관련된 자료를 바탕으로 건강증진사업을 기획하고 실행과정을 분석하여 지역사회 특성에 필요한 사업을 운영하는 것이 필요하다. 지역사회 주민을 대상으로 하는 건강증진사업을 효과적으로 운영하기 위해서는 건강지표를 활용하여 체계적으로 접근하는 노력이 필요하다.

## References

- Alexander, S., & Walker, E. M. (2015). Gender-based health interventions in the United States: An overview of the coalition for healthier community initiative. *Evaluation and Program Planning, 51*, 1-3.
- Bazzano, A. T., Zeldin, A. S., Diab, I. R., Garro, N. M., Allevato, N. A., & Lehrer, D. (2009). The Healthy Lifestyle Change Program: A Pilot of a Community-Based Health Promotion Intervention for Adults with Developmental Disabilities. *American Journal of Preventive Medicine, 37*(6//SUP1), 201-208.
- Ministry of Health and Welfare (2006). The New National Health Plan 2010. Seoul, Korea: Author.
- Park, J. S. (2005) The factors affecting on the health service satisfaction of health center visitors. *Korean Journal of Health Education and Promotion, 22*(1), 147-160.
- Park, S. W., & Lee, J. Y. (2009). The current status and problems of tobacco control programs of public health centers in Korea. *Journal of Agriculture Medicine & Community Health, 34*(1), 87-100.
- Lee, K. S. (1997). Health promotion strategies under regional health planning. *Korean Journal of Health Policy & Administration, 7*(1), 1-31.
- Lee, J. Y. (2007). The past and future of health promotion program in health center. *Korean Journal of Health Education and Promotion, 24*(1), 135-148.
- Lee, J. Y. (2012). Future directions for health promotion programs in the public sector. *Korean Journal of Health Education and Promotion, 29*(4), 29-38.
- Lee, J. Y. (2013). Future directions of the integrated health promotion programs in health center. *Korean Journal of Health Education and Promotion, 30*(4), 1-7.
- Lee, S. H., Jo, H. S., Park, Y. S., Kim, H. J., Sohn, M. S., Park, H. S., Lee, J. J., & Lee, S. G. (1998). Determination of strategic business units in health promotion service areas of health center. *Korean Journal of Health Policy & Administration, 8*(2), 109-124.
- Lingfors, H., Persson, L. G., Lindström, K., Bengtsson, C., & Lissner, L. (2009). Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only: Results from the Live for Life health promotion programme. *Preventive Medicine, 48*(1), 20-24.
- Seo, Y. H., Lee, D. H., Son, D. K., Jeong, A. S., Jeong, S. W. (2004). The development of a performance evaluation tool for health promotion programs of public health center. *Korean Journal of Health Education and Promotion, 21*(2), 1-16.
- Seo, Y. H., Jeong, A. S., Park, T. S., Park, N. S., Kim, S. J., & Lee, H. W. (2003). The process quality assessment health promotion programs at public health centers. *Korean Journal of Health*

*Education and Promotion*, 20(1), 1-17.

Smith, M. L., Jiang, L., Prizer, L. P., Ahn, S., Chen, S., Cho, J., Ory, M. G. (2014). Health Indicators Associated with Falls Among

Middle-aged and Older Women Enrolled in an Evidence-Based Program. *Women's Health Issues*, 24(6), 613-619.

Community health survey for <http://knhanes.cdc.go.kr/>