
생활터 중심의 건강마을 만들기 사업*

최영미¹ · 김지은²

1. 유성구 보건소, 세동보건진료소장
 2. 충청대학교 간호학과 조교수
-

The Healthy Village Projects Centered on the Living Site

Youngmi Choi¹ · Jieun Kim²

1. Community health practitioner, Saedong Primary health care post
2. Assistant professor, Department of Nursing, Chungcheong University

Purpose: The purpose of this study was to identify health problems in the community by providing healthy village projects centered and based on the actual living site and to enhance the empowerment of the community related to health. **Methods:** The participants were 600 people who lived in one of the 5 villages under the jurisdiction of one Primary Health Care Post (PHCP) in D city. The Community Health Practitioner (CHP) carried out the projects to increase geographical and temporal accessibility by building infrastructures through connecting human and physical resources in the community. The health leaders who were trained through the project consistently managed, and periodically checked the residents' health status. **Results:** The participants in the projects had significantly lower levels of depression, routine stress, and activity of daily living (ADL) disorders, and higher interpersonal relationships, and health-related quality of life (HRQoL) compared to the control group. **Conclusions:** The healthy village projects centered on the living site led to voluntary participation from the residents, improve HRQoL and enhanced empowerment of community.

Key words: Health-related quality of life, Empowerment, Primary health care, Community

주요용어 : 생활터, 지역공동체, 건강마을, 건강관련 삶의 질

교신저자 김지은

우) 28171 충청북도 청주시 흥덕구 강내면 월곡길 38 충청대학교 간호학과

Tel: 043-230-2806, Fax: 043-230-2779, Email: jieunk0329@gmail.com

* 행정자치부 지역공동체 활성화 공모사업에 선정되어 진행된 프로젝트의 결과입니다.

투고일: 2018년 4월 8일 | 심사완료일: 2018년 5월 25일 | 게재확정일: 2018년 6월 20일

서론

1. 연구의 필요성

건강마을 사업은 세계보건기구 건강증진사업의 장소(setting)접근에서 나온 하나의 형태이다[1]. 최근 우리나라에서도 생활터에 기반한 건강마을 만들기 사업이 지자체 중심으로 확대되어 진행되고 있다. 서울 구로구, 부산 해운대구, 경기 여주시, 충북 영동군, 경북 영천시 등이 대표적이며, 모두 건강결정요인을 중심으로 마을 안에서 통합적인 보건정책의 개선을 목표로 한다[1]. 공통적으로 사업 적용 후 걷기 및 중등도 신체활동 실천율, 불균형 식습관 개선, 금연 등 주민의 건강행태가 변화하였고, 체지방량의 감소 및 근육량 증가 등 실질적인 건강증진의 효과가 나타났다. 이후 건강생활 실천 분위기가 다른 마을로 확산되는 등 그 효과에 대해 꾸준히 보고되고 있다 [2].

건강한 마을은 지역주민의 건강개선과 건강증진을 목적으로 주민이 능동적으로 참여하고 주민이 중심이 되어 마을 활동들이 이루어진다. 즉, “건강이란 사람들이 배우고 일하고 놀고 사랑하는 일상생활의 장소 안에서 그들에 의해 만들어지고 존재하는 것이다.”라는 Ottawa 헌장의 내용을 뒷받침하는 것이다. 특히, 지역 공동체의 네트워크는 생활조건과 노동조건 등 사회적 결정요인이 생활습관에 미치는 영향을 완화시키기도, 악화시키기도 하는 것으로 알려져 있다. 지역공동체의 특성 그 자체가 그 곳에 살고 있는 주민들의 건강에 중요한 중재적 역할을 하고 있다는

것이다.

이런 의미에서 개인의 건강관리 능력은 지역사회로부터 영향을 받고, 건강에 영향을 미치는 대부분의 요인들도 지역사회 차원에서 접근할 때 더 효과적으로 관리될 수 있다. 건강증진활동에 있어 지역사회는 동일한 환경에 노출되어 있어 유사한 건강문제를 지니며, 경제적 공동체로서 생산, 분배, 소비에 영향을 미칠 뿐 아니라 가치와 문화를 공유하고 정치적 의사결정기구이자, 문제해결을 위한 능력과 자원을 갖고 있다. 이러한 특성을 지니고 있는 사회의 건강증진 문제를 효과적으로 해결할 수 있는 능력을 지역사회역량 (community capacity)이라고 하는데 이는, 합의에 의해 수립된 목적을 달성하기 위하여 자원을 조직하고 동원하는 주민의 능력이라고 정의할 수도 있다[3]. 건강마을이 건강도시 사업과 다른 점은 주로 농촌지역에서 지역주민의 건강을 보호하고 증진함과 동시에 지역여건을 개선하는데 초점을 둔 사업이다. 선진국에서도 건강마을 사업이 지역의 건강증진을 위해 개발되어왔고 만성질환 치료비용에 비하여 훨씬 저렴한 비용으로 질병을 예방할 수 있다는 결과가 도출되었다. 건강마을 사업은 질병예방 및 건강증진을 위해서 효과적인 사업으로 추진할 수 있는 다양성을 가진 사업이라고 할 수 있다[1].

본 사업이 수행된 지역은 도시근교 농촌의 의료, 문화 취약지역으로 지역사회 건강조사 분석결과 유성구 타 지역에 비해 건강수준이 낮고 주민의 80% 이상이 농부증 증상을 보유하고 있으며 37% 이상이 65세 이상 고령자로 만성질환이 지속적으로 증가하고 있는 추세

에 있다. 이러한 지역은 지역사회와 주민이 자발적으로 참여하여 건강 공동체를 형성하고 주민 스스로 건강 문제를 진단하고, 해결하는 수요자 중심의 건강증진사업을 실행할 필요가 있다. 선행연구들이 건강마을 만들기 사업 적용 후 신체적, 경제적 효과 평가를 보고하고 있지만, 신체적 건강 외에 우울, 대인관계, 일상생활 스트레스, 삶의 질 등 정신적 건강과 관련된 평가보고는 찾아보기 어렵다 [2].

따라서 본 연구에서는 상대적으로 중재가 필요하다고 판단된 일개 마을을 대상으로 생활터 중심의 건강마을 만들기 프로그램을 개발하고, 신체적·정신적 측면에서 사업의 효과가 있는지 검증하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 생활터 중심의 건강마을 만들기 사업의 프로그램을 개발 및 적용하여 그 효과를 규명하기 위함이며, 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 생활터 중심의 건강마을 만들기 사업의 프로그램을 개발한다.
- 둘째, 프로그램 참여에 따른 우울, 대인관계, 일상스트레스, 일상활동장애, 건강관련 삶의 질의 차이를 비교한다.
- 셋째, 프로그램 참여에 따른 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 예측요인을 규명한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 60세 이상 여성 노인을 대상으로 생활터 중심의 건강마을 만들기 사업에 참여한 군과 참여하지 않은 군 사이에 우울, 대인관계, 일상스트레스, 일상활동장애, 건강관련 삶의 질을 비교하는 사례연구이다.

2. 연구대상

대상자는 D시 Y구 S보건진료소의 관할지역 5개 마을에서 편의추출하였다. 연구 대상자 선정 기준은 60세 이상의 여성 노인이며, 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 참여를 결정한 자이다. 주민 600여 명 중 프로그램 참여군 40명과 프로그램에 참여하지 않은 대조군 40명을 편의추출하여 대상자는 총 80명이었다.

3. 연구도구

1) 우울

본 연구대상자의 우울을 측정하기 위하여 Sheikh와 Yesavage[4]이 개발한 GDS Short Form을 기백석(1996)[5]이 번안하여 표준화한 한국판 노인우울척도단축형(Geriatric Depression Scale Short Form Korea Version, 이하 GDSSF-K)을 사용하였다. 본 도구는 예, 아니오로 답하는 양분척도이며, 15문항으로 구성되었다. 이 중 2, 7, 8, 11, 12번의 5문항은 역문항으로 ‘아니오’를 ‘0’점으로, 그 외 나머지 문항은 ‘예’를 ‘0’점으로 채점하였다. 점수가 높을수록 우울상태가 심함을 의미한다. 도구 표준화 연구 당시 Cronbach's α 계수는 .88이었고 본 연구에서는 .82였다.

2) 대인관계

본 연구에서는 Schlein 등[6]의 대인관계 변화척도(relationship change scale)를 문선모[7]가 번안하여 진석균이 수정·보완한 것을 본 연구의 대상자들에게 맞게 재구성하여 사용하였다. 총 25문항의 긍정문으로 되어 있으며 하위 영역은 만족감 4문항, 의사소통 4문항, 신뢰감 3문항, 친근감 3문항, 민감성 2문항, 개방성 5문항, 이해성 4문항 이었다. 각 문항은 ‘매우 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점까지로, 점수가 높을수록 대인관계가 좋음을 의미한다. 진석균의 연구에서 신뢰도 Cronbach α 계수는 .88이었고 본 연구에서는 .90이었다.

3) 일상스트레스

노인의 일상 스트레스 측정은 김현이[8]의 일상스트레스척도를 사용하였다. 총 12문항으로 생활사건에 있어서 ‘전혀 받지 않는다.’ 1점에서 ‘매우 받는다’ 4점 척도이다. 점수가 높을수록 일상 스트레스 정도가 높음을 의미한다. 김현이(2011)의 연구에서 신뢰도 Cronbach α 계수는 .89이었고 본 연구에서는 .91였다.

4) 일상활동장애

Katz 등[9]이 개발한 도구를 바탕으로 배향숙[10]이 수정 보완한 도구인 KADL(한국형 일상 생활지표)를 사용하였다. 총 17문항으로 일어서기 4문항, 걷기 5문항, 물건 쥐기 2문항, 팔 뻗치기 3문항, 몸단장하기 3문항으로 구성되어 있다. ‘전혀 불편하지 않다’ 1점에서 ‘극심하게 불편하다’ 4점 척도이며 점수가 높

을수록 일상활동이 어려움을 의미한다. 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach α = .94이었고 본 연구에서는 .97였다.

5) 건강관련 삶의 질

Ware 등[11]에 의해 개발된 표준화된 축약형 삶의 질 측정 도구 개정판을 기초로 하여 홍선이[12]가 노인에게 적합하도록 수정·보완한 것을 사용하였다. 총 8문항으로 신체적 기능, 신체적 건강문제에 의한 역할 제한, 통증, 일반적 건강, 활력, 사회적 기능, 정신적 건강 문제에 의한 역할 제한 및 정신건강 관련 삶의 질 등으로 구성되었으며, Likert의 5점 척도를 이용하였다. 점수가 높을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 개발 당시 신뢰도는 Cronbach α = .81이었고 본 연구에서는 .90였다.

4. 자료수집절차

본 연구의 자료수집은 연구책임자가 일개보건진료소 관할지역에 거주중인 대상자를 직접 방문하여 연구의 목적과 과정을 설명하였으며, 이들 중 연구 참여를 허락한 노인을 대상으로 자료수집을 시작하였다. 2016년 9월 1일부터 2016년 10월 15일까지 구조화된 설문지를 이용하여 1:1 면접조사를 시행하였다.

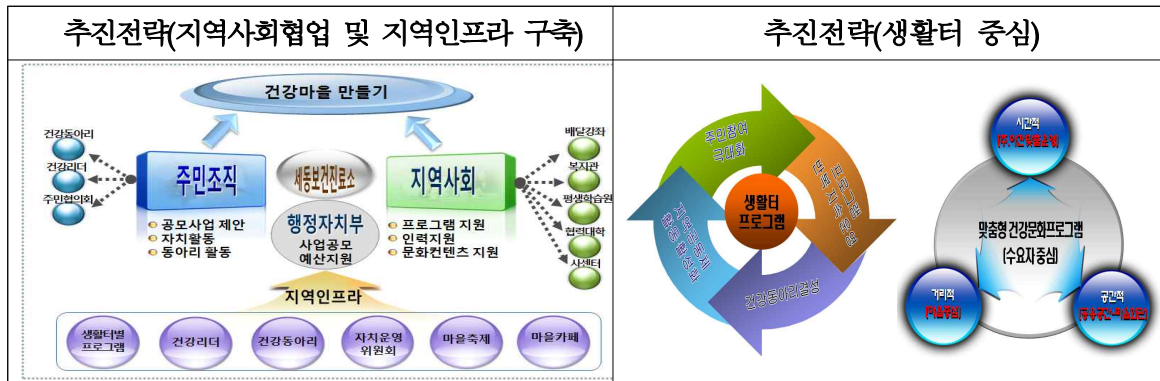
5. 자료분석방법

대상자의 일반적 특성은 백분율과 평균으로 제시하였으며, 사업의 효과는 독립표본 t-test(Independent t-test)와 상관관계 분석(Correlation coefficient)를 시행하여 분석하였

다. 대상자의 삶의 질에 미치는 영향요인은 다중회귀분석(Multiple regression)으로 분석하였다.

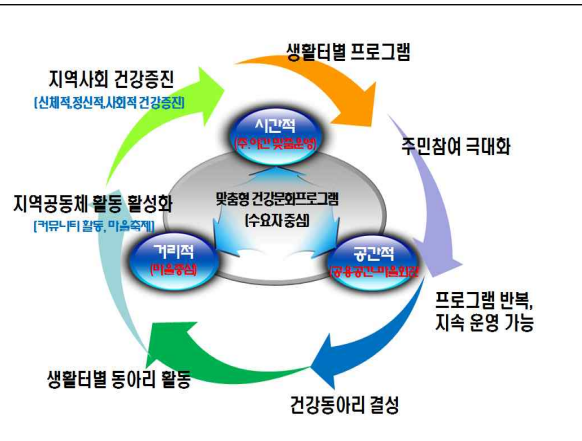
연구결과

1. 생활터 중심의 건강마을 만들기 프로그램 개발



<그림 1> 사업 추진전략

생활터	주간운영 프로그램 (13:00~16:30)	야간운영 프로그램 (19:00~22:00)
A (10종)	노래교실, 실버체조, 기체조, 요가, 설장고, 민화, 퀵트, 도자기공예	난타, 라인댄스
B (8종)	노래교실, 요가, 생활체조, 실버체조	승무복가라, 우리춤, 라인댄스, 요리교실(허준의 밥상)
C (5종)	노래교실/ 실버체조	승무복가라, 우리춤, 노래교실, 요리교실(허준의 밥상)
D (4종)	노래교실, 요가, 풍물, 실버체조	
E (2종)		노래교실, 건강체조
운영 프로그램 총계		16종



<그림 2> 생활터 중심의 건강마을 만들기 프로그램

사업의 추진전략은 지역사회협업 및 지역인프라 구축과 생활터 중심의 건강문화프로그램 개발 및 운영이다. <그림 1> 건강문화프로그램을 통해 결성된 건강동아리, 건강리더, 주민협의회회의 주민조직은 마을 안에서 동아리활동 및 자치활동을 하고 주민조직이 보

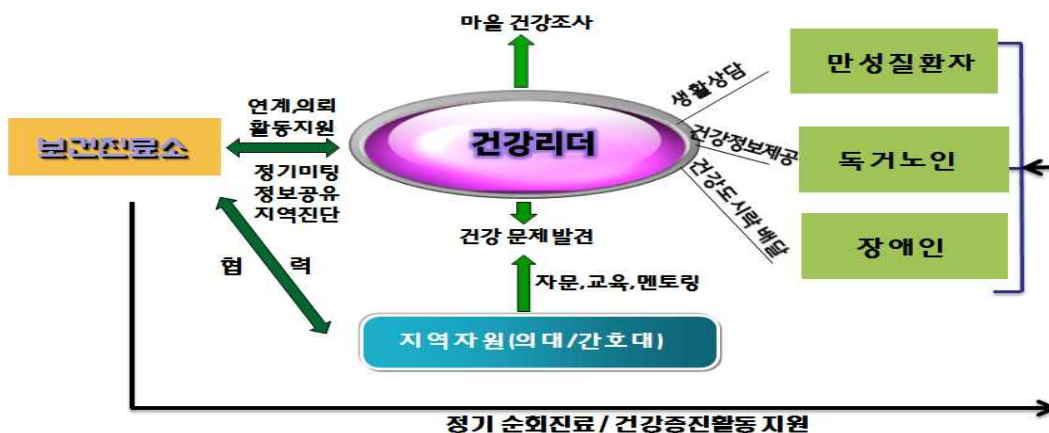
건진료소와 협력하여 행정자치부 지역공동체 활성화 공모사업에 제안, 선정되어 사업비를 확보하였다. 또한, 지역사회 내의 다양한 기관들과 협력관계를 구축하여 인적·물적자원을 연계 및 지원받았으며, 보건진료소는 이를 기반으로 마을 안에 건강과 관련한 인프라(생활

터 별 프로그램, 건강리더, 건강동아리, 자치 운영위원회, 마을 축제, 마을카페)를 구축하였다. 건강문화프로그램은 수요자 중심의 시간적, 거리적, 공간적 접근성에 맞추어 생활터별로 주·야간 프로그램을 운영하였다.

프로그램은 생활터 별 맞춤형 건강문화프로그램 운영과 공동체 활동기반 강화프로그램으로 운영하였다. 생활터 별 맞춤형 건강문화프로그램 내용은 크게 신체활동, 정서활동, 건강식으로 분류하였다. 본 지역에서 수행된 프로그램은 공간적, 거리적, 시간적 접근성을 수요자에게 맞춘 생활터 중심의 프로그램이다. <그림 2> 농촌지역의 특성상 낮에는 농작업에 종사하느라 프로그램에 참여할 시간이 없다. 따라서 지역주민의 참여율을 높이기 위해서는 주민들이 원하는 시간, 접근이 쉬운 장소, 누구나 활용할 수 있는 공용공간의 3가지 조건에 맞추어 프로그램을 운영하는 방법이 필요했다. 그것은 바로 생활터별로 설치된 마을회관에서 주·야간으로 운영하는 방법이었다. 생활터별 건강문화프로그램 운영은 마을

중심으로 주민들의 지속적 참여율을 향상시켰고 프로그램의 지속적, 반복적 운영은 자연스럽게 건강 동아리를 결성하는 계기가 되었다. 이 건강동아리를 중심으로 생활터에서 건강활동이 강화되었다.

공동체 활동기반을 강화하기 위하여 건강리더를 양성하고, 건강동아리를 결성하고, 주민 자치활동을 강화하고, 마을카페를 조성하였다. 건강리더는 5개 마을 총 20명을 선발하여 5회에 걸쳐 마을활동가의 역할 및 고혈압, 당뇨관리, 혈압측정법 등을 교육하였고 마을마다 경로당에 혈압계를 비치하였다. 교육받은 건강리더가 주민 혈압을 측정하고 모니터링하여 진료소에 보고하고 마을 건강문제를 공유함으로써 보건진료소와 함께 마을 내 만성질환자를 발견하고 관리하는 것이다. 건강리더 활동체계는 마을 주민에 의한 다각적 상생케어로 마을 건강문제를 개선하고 지역공동체성을 강화함으로써 “우리 마을 건강지킴이” 역할을 통해 건강한 마을을 만들기 위한 활동이다.<그림 3>



<그림 3> 건강리더 활동체계

〈표 1〉 생활터 별 건강동아리 현황

생활터	건강동아리 수	내용
A	7	노래 1, 난타 1, 장고 1, 건강체조 2, 요가1, 걷기1
B	5	노래1, 댄스1, 북가락1, 우리춤1, 실버체조1
C	4	노래1, 우리춤 1, 북가락 1, 건강요리1, 걷기1
D	3	노래1, 요가1, 풍물1, 걷기1
E	1	노래 1

생활터 건강문화프로그램을 통하여 건강 동아리들이 결성되었다.〈표 1〉 건강증진 프로그램은 대상자가 어떤 분야에 대한 전문성과 자신감을 성취할 수 있는 기회를 제공 해주어야 하며 대상자가 사회활동과 새로운 인간 관계를 형성하는 것을 적극적으로 장려하고 그것을 오랫동안 지속할 수 있도록 도와주어야 한다[13]. 본 지역에서 실행된 생활터 중심의 지속적, 반복적인 건강문화프로그램은 생활터 별로 요가, 체조, 난타, 우리춤, 노래, 승무북가락, 댄스, 걷기 등의 건강 동아리를 만

들어냈다. 이 건강 동아리들은 자생적으로 결성되었으며 각 마을에서 자발적으로 프로그램 운영에 참여하고 보건진료소와 적극적인 소통을 통하여 프로그램을 모니터링하고 환류하였다. 이 프로그램을 통해 신체적 건강상태, 정서적 지지로 인한 정신건강, 사회적 네트워킹을 향상시켜 개인의 안녕상태를 유지함은 물론 마을 공동체 활동 - 마을 축제 공연, 생활터 건강활동 - 강화 및 타지역 건강동아리 결성에 영향을 미치고 건강한 마을 만들기에 일조하였다.〈그림 1〉.



〈그림 4〉 건강동아리 활동모형

주민자치활동도 강화되었으며, 마을카페도 조성되었다. 1개 마을은 통장님의 주도로 주민이 참여하는 주민 참여 예산제를 통해 마을 쓰레기 분리수거장을 설치하여 마을 환경을 개선하였다. 또한, 보건진료소 유휴공간(기존 거주공간)을 리모델링하여 주민 복합 커뮤니티 공간인 “마을 카페”로 재생하였다. 북카페, 주민 쉼터, 프로그램실, 회의실, 동아리실 등으로 활용하여 지역사회 소통공간으로서의 기능을 활성화하였다.

건강증진 프로그램 종류는 노래교실, 생활체조, 승무북가락, 요가, 난타 등 이었고 프로그램 참여개수는 평균 2.05개로 나타났다. <표 2> 프로그램 참여기간은 평균 31.72개월로 6개월에서 60개월까지의 분포로 25~36개월 참여중인 대상자가 48.7%로 가장 많은 것으로 나타났으며, 주 횟수는 평균 1.82회로 41.0%가 1회로 가장 많았고, 그 다음 2회 38.5%, 3회 17.9% 순으로 나타났다.

2. 프로그램 참여자 일반적 특성

<표 2> 건강증진 프로그램 참여자의 특성

특성	구분	빈도(%)	평균
건강증진 프로그램종류 (복수응답)	노래교실	36(92.3)	
	생활체조	20(51.3)	
	승무북가락	11(28.2)	
	요가	9(23.1)	
	난타	3(7.7)	
	기타	2(2.6)	
프로그램 참여 수	1개	9(23.1)	2.1 개
	2개	21(53.8)	
	3개	7(17.9)	
	4개	2(5.1)	
프로그램 기간	6~12개월	6(15.4)	31.7 개월 (6개월~60개월)
	13개월~24개월	6(15.4)	
	25개월~36개월	19(48.7)	
	37개월~48개월	6(15.4)	
	49개월 이상	2(5.1)	
주 횟수	1회	16(41.0)	1.8 회
	2회	15(38.5)	
	3회	7(17.9)	
	4회	1(2.6)	

3. 생활터 중심의 건강마을 만들기 사업 효과

건강증진 프로그램 참여에 따른 변수들 간의 차이는 우울($t=-2.106, p=.038$), 일상 스트레

스($t=-2.495, p=.015$), 일상활동장애($t=-3.005, p=.004$), 건강관련 삶의 질($t=2.548, p=.013$)이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 건강증진 프로그램 참여군은 미참여

군보다 우울 및 일상 스트레스 점수가 낮았으며 일상활동의 어려움이 덜 하고 건강관련 삶의 질은 높은 것으로 나타났다.<표 3>

<표 3> 건강증진 프로그램 참여에 따른 우울, 대인관계, 일상 스트레스, 일상활동장애, 건강관련 삶의 질 정도 및 차이

변수	평균±표준편차	범위	프로그램참여군	프로그램미참여군	t(p)
			평균±표준편차	평균±표준편차	
우울(점)	0.3±.24	0~1	0.3±.23	0.4±.23	-2.11(.038)
대인관계(점)	3.4±.41	1~5	3.5±.34	3.4±.46	1.21(.229)
일상스트레스(점)	1.9±.57	1~4	1.7±.55	2.0±.56	-2.50(.015)
일상활동장애(점)	1.8±.73	1~4	1.5±.71	2.0±.68	-3.01(.004)
건강관련삶의질(점)	3.8±.68	1~5	4.0±.62	3.6±.69	2.55(.013)

건강증진 프로그램 참여자 특성과 우울, 대인관계, 일상 스트레스, 일상활동장애, 건강관련 삶의 질 간의 상관관계는 <표 4>와 같다. 프로그램 참여 가짓수와 우울과는 보통의 역 상관관계($r=-.522, p=.001$), 일상스트레스와는 약한 역 상관관계($r=-.341, p=.034$)를 보였다. 즉, 프로그램 참여 가짓수가 많을수록 우울점수와 일상스트레스는 낮아지는 것으로 나타났다. 프로그램 기간과 우울과는 보통의 역 상관관계($r=-.640, p=.000$) 일상 스트레스, 일상활동장애와는 각각 약한 역 상관관계($r=-.457, p=.003$)($r=-.435, p=.006$)를, 건강관련 삶의 질과는 약한 순 상관관계($r=.455, p=.004$)를 보였다. 즉, 프로그램 기간이 길수록 우울점수, 일상스트레스, 일상활동장애가 낮아지며 또한 건강관련 삶의 질은 높아지는 것으로 나타났다. 프로그램 주 횟수와 우울과는 보통의 역

상관관계($r=-.588, p=.000$)를 보였고, 일상스트레스, 일상활동장애와는 각각 약한 역 상관관계($r=-.465, p=.003$)($r=-.359, p=.025$)를, 건강관련 삶의 질과는 약한 순 상관관계($r=.325, p=.044$)를 보였다. 즉, 프로그램 주 횟수가 많을수록 우울점수, 일상스트레스, 일상활동장애가 낮아지고 건강관련 삶의 질은 높아지는 것으로 나타났다.

건강상태의 경우 ‘나쁘다’에 비해 ‘좋다’, ‘보통이다’가 건강관련 삶의 질에 미치는 영향이 높은 것으로 나타났으며, 다음으로 독립변수 중 일상활동장애가 건강관련 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다($p<.01$) <표 5>.

즉, 건강증진 프로그램 참여에 따른 건강관련 삶의 질 영향요인은 건강상태와 일상활동장애가 영향을 미치는 것으로 나타났다.

〈표 4〉 건강증진 프로그램 특성과 우울, 대인관계, 스트레스, 일상활동장애, 건강관련 삶의 질 간의 관계

특성	우울	대인관계	일상스트레스	일상활동장애	건강관련 삶의 질
	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)
프로그램 참여 수	-.52(.001)	-.02(.927)	-.34(.034)	-.30(.065)	.23(.158)
프로그램 기간	-.64(.000)	.06(.700)	-.46(.003)	-.44(.006)	.46(.004)
프로그램 1주 횟수	-.59(.000)	.10(.553)	-.47(.003)	-.36(.025)	.33(.044)

〈표 5〉 건강증진 프로그램 참여가 건강관련 삶의 질에 미치는 영향

	비표준화 계수		표준화계수	t	p
	베타	표준오차	베타		
(상수)	3.963	.744		5.326	<.001
연령_75세이상	-.106	.141	-.079	-.757	.453
종교_있다	-.033	.116	-.023	-.285	.777
동거형태_가족 및 친척동거	-.091	.126	-.064	-.717	.477
학력_초졸	.020	.172	.014	.115	.909
질병수_2개이상	.236	.157	.166	1.501	.140
건강상태_좋다	.964	.239	.428	4.039	<.001
건강상태_보통이다	.571	.150	.422	3.798	<.001
우울	-.015	.326	-.005	-.048	.962
대인관계	.138	.160	.084	.865	.391
일상스트레스	-.225	.151	-.192	-1.494	.141
일상활동장애	-.278	.096	-.305	-2.898	.006

논 의

생활터 중심의 건강마을 만들기 사업의 여러 프로그램 중 생활터 별로 시행한 건강문화프로그램의 효과분석만 시행하였다. 건강리더 활동은 사업기간이 짧아서 아직 효과성 평가는 이르고 사업이 안정적으로 지속된 이후 건강마을 만들기에 미치는 영향을 평가할 필요성이 있다. 따라서 이 부분에서는 주민 역량강화 부분과 건강문화프로그램의 효과에

대해 논의하고자 한다.

첫째, 기존의 보건의료사업을 탈피한 접근을 통한 주민의 성장과 주민 자생조직인 건강동아리의 형성이다. 생활터 중심의 프로그램을 통해 주민들을 만나고 일방 수직적이 아닌 주민들의 의견을 수렴하고 주민들이 자발적으로 모이고 프로그램에 관심을 갖고 운영에 참여하게 하였다. 보건진료소장은 직접적으로 개입하기보다 주민들의 활동을 지지해주고 프로그램을 연계해주는 코디네이터로서의 역할을 하였다. 이를 통해 주민들의 역

량이 강화되고 자생적인 조직을 만들게 되었다. 이 자생조직은 생활터에서 자발적으로 건강활동을 하였고, 타지역 건강동아리 결성에 영향을 주었다.

둘째, 건강문화 프로그램 참여에 따른 변수들 간의 관계를 살펴보면, 참여군의 건강관련 삶의 질은 우울, 일상 스트레스, 일상생활장애와 역 상관관계를 나타냈다. 즉 우울, 일상 스트레스, 일상생활장애가 적을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 미 참여군의 건강관련 삶의 질은 우울, 일상 스트레스, 일상생활장애와 역 상관관계를, 대인관계는 순 상관관계, 즉 우울, 일상 스트레스, 일상생활장애는 적을수록, 대인관계는 높을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 김은하와 이지원(2009)의 연구에서 우울 증상이 적을수록, 일상생활 수행능력의 저하가 적을수록 건강관련 삶의 질이 높게 나타난 결과[14]와 김숙영과 손신영(2012)이 스트레스가 낮을수록 건강관련 삶의 질이 높게 나타난 결과와 일치한다[15]. 그러나 본 연구의 건강문화 프로그램 참여군의 경우 대인관계는 건강관련 삶의 질과는 관련성이 없게 나타난 반면 미 참여군의 경우 대인관계는 높을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것으로, 김숙영과 손신영(2012)이 사회적 관계망이 높을수록 건강관련 삶의 질이 높아진 결과와 일부분 일치하는 것으로 나타났다[15]. 따라서 지역사회에서 건강관련 삶의 질을 높이기 위해 우울, 일상 스트레스, 일상생활장애를 낮추고 대인관계를 높이기 위한 방안을 강구해야 할 것이다. 건강문화프로그램 특성과 우울, 대인관계, 일상 스트레스, 일상활동

장애, 건강관련 삶의 질 간의 상관관계는 건강증진 프로그램의 참여하는 가짓수가 많을수록 우울점수와 일상 스트레스는 낮아졌고, 프로그램 기간이 길수록 우울, 일상 스트레스, 일상활동장애가 낮았고 건강관련 삶의 질은 높았다. 또한 프로그램 주 횟수가 많을수록 우울점수, 일상 스트레스, 일상활동장애가 낮아지고 건강관련 삶의 질은 높아지는 것으로 나타나 프로그램 적용에 있어 기간은 단기적인 프로그램에서 끝나지 않고 장기적인 프로그램 운영이 중요하며 주당 횟수도 2~3회로 늘려 지역주민의 건강증진을 극대화 시켜야 할 것이다. 건강문화 프로그램 참여에 따른 건강관련 삶의 질 영향요인은 건강상태와 일상활동장애가 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러므로 건강관련 삶의 질의 향상을 위해 신체 활동량 증가를 위한 대안으로 여러 가지 건강문화 프로그램의 활성화가 필요하다.

본 연구는 지역사회 건강조사에 기초하여 건강마을 만들기 사업이 필요한 일개마을을 확보하였고, 기존 선행문헌에서 보고한 신체적 효과 평가에서 벗어나 정신적 건강의 효과를 확인하였다는 데 의의가 있다. 그러나 본 연구의 대상자와 대상지역을 60세 이상 여성과 일개 지역으로 한정하였기 때문에 연령 및 성별, 지역별 특성에 따라 일반화하는데 한계가 있을 수 있다.

결론 및 제언

건강한 마을 만들기란 주민들의 자발적 참

여를 기반으로 지역의 자원을 활용하여 물리적 환경개선, 사회적, 경제적, 문화적 환경을 종합적으로 개선함으로써 주민의 삶의 질을 높이는 일련의 활동으로 정의(부산광역시 마을만들기 조례, 서울시 마을만들기 지원 등에 관한 조례)내릴 수 있다. 본 연구를 통해 공동체를 이용한 중재는 지역 주민의 우울, 일상스트레스, 일상활동장애를 감소시키고, 대인관계, 건강관련 삶의 질을 향상시키는 것을 확인하였다.

이러한 사업은 주민들의 자발적 참여가 가장 중요한 요인이다. 그러나 현실에서 주민의 자발성이 실현되기는 쉽지 않다. 우리나라는 정부 주도의 성장정책으로 인해 보건정책도 마찬가지로 중앙 중심의 하향식 보건정책으로 일관되어왔다. 그로 인해 보건, 건강문제에는 주민이 자발적으로 개입할 여지가 없었다. 주민들의 자발성은 학습도 안 됐을 뿐더러 아직까지 낮설다. 특히 농촌지역은 시간도 없고 의식수준도 낮고 고령화지역이라 더하다. 그러나 농촌은 도시와 달리 지역연대감에 기반한 지역공동체성이 아직 잔존하고 있다. 건강마을 사업은 무엇보다도 지역 공동체가 건강해져야한다는 것에 목표가 있다. 따라서 지역주민 모두가 건강프로그램의 효과를 누릴 수 있도록 유도하는 것이 필요하다.

건강의 사회적 요구는 정치적 요구를 통해서 바꾸는 것이 아니라 참가적 운영을 통해 기존의 문제를 폭로하고 새로운 자율적 공간과 조직을 만들어갈 수 있다. 이것이 건강 공동체이고 이러한 것들은 마을에서 시도되어야한다. 이를 위해서는 공공부문에서 일차보건의료의 역할 재구축이 선행되어야한다. 신

체적 건강에만 치중하는 경향보다 사회, 정신적 건강을 위한 서비스를 확대하고 지역사회 네트워크 형성도 촉진해야한다. 무엇보다 모든 정책에 주민이 참여할 수 있게 해야 한다. 자신의 몸과 마을에 대해서 다 잘 아는 사람은 주민들이라는 사실을 인지하고 주민들의 건강증진 욕구를 촉진하는 마을 활동가들을 육성하고 지지할 필요가 있다. 다양한 이해관계자들이 적극적으로 교육과정을 개발하고 사람들을 양성한다면 마을의 건강지형이 바뀔 수 있다.

참 고 문 헌

1. 최은진. 건강마을 사업을 위한 정책과제. *보건복지포럼*. 2012;10:88-96.
2. 한국건강증진개발원. 2014 주민참여형 건강증진사업 성과종합자료집. 2015;6-69.
3. 한국건강증진개발원. 주민이 함께하는 우리지역 건강증진활동. *건강증진총서*. 2014;3(18).
4. Yesavage JA., Sheikh JI. Geriatric Depression Scale(GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*. 1986; 5(1-2): 165-173.
5. 기백석. 한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구. *대한신경정신의학회지*. 1996;35(2):298-306.

6. Schlein S, Guerney B. The relationship change scale. [Pennsylvania]. Pennsylvania State University; 1977.
7. 문선모. 인간관계훈련 집단상담의 효과에 관한 연구. 경상대 논문집. 1980;19:195-204.
8. 김현이. 노인의 자기효능감, 일상스트레스, 건강행위가 자아통합감에 미치는 영향. [석사학위논문]. [서울]: 성신여자대학교; 2011.
9. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am GeriatrSoc* 1983;31:721-7
10. 배향숙. 노인의 퇴행성관절염 질환이 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향. [석사학위논문]. [대구]: 대구한의대학교; 2011.
11. Ware JE, Kosinski M, Bjorner JB, Turner-Bowker DM, Gandek B, Maruish ME. User's manual for the SF-36 v2 Health Survey(2nd ed.). Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated. 2011.
12. 홍선이. 도시지역 전.후기 독거노인의 건강관련 삶의 질과 영향요인. [석사학위논문]. [대구]: 경북대학교; 2013.
13. 임미영, 문영희. 노인건강증진프로그램 효과분석. 한국보건간호학회지. 2013;8: 384-398.
14. 김은하, 이지원. 복지관 이용 노인의 건강 관련 삶의 질 영향요인. *한국노년학회지*. 2009;29(2): 425-440.
15. 김숙영, 손신영. 농촌 여성노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향요인. *노인간호학회지*. 2012; 14(2).