

## 코로나19 유행 상황에서 농어촌지역 건강마을 건강위원의 역할

김윤영<sup>1)</sup>, 김건엽<sup>2)\*</sup>, 홍남수<sup>2)</sup>, 강수진<sup>3)</sup>, 김은휘<sup>4)</sup>, 김종연<sup>5)</sup>, 박민아<sup>6)</sup>  
국립안동대학교<sup>1)</sup>, 경북대학교<sup>2)</sup>, 대구대학교<sup>3)</sup>, 경일대학교<sup>4)</sup>, 경북대학교병원<sup>5)</sup>, 선린대학교<sup>6)</sup>

### The Role of Health Committee for Health Management of Rural Residents in the COVID-19 Epidemic

Yunyoung Kim<sup>1)</sup>, Keonyeop Kim<sup>2)\*</sup>, Nam-Soo Hong<sup>2)</sup>, Soo Jin Kang<sup>3)</sup>,  
Eunhwi Kim<sup>4)</sup>, Jong-Yeon Kim<sup>5)</sup>, Min-Ah Park<sup>6)</sup>  
*Andong National University<sup>1)</sup>, Kyungpook National University<sup>2)</sup>, Daegu University<sup>3)</sup>,  
Kyungil University<sup>4)</sup>, Kyungpook National University Hospital<sup>5)</sup>, Sunlin University<sup>6)</sup>*

#### = Abstract =

**Objectives:** The purpose of this study was to suggest the direction of the Healthy Village project for rural residents in accordance with the prolonged COVID-19 by investigating the digital environment for major health problems, the role of a health leader, necessary projects, and non-face-to-face projects for Healthy Village members in the COVID-19 epidemic.

**Methods:** Telephone interview surveys were conducted with 585 residents from November 30, 2020 to December 21, 2020.

**Results:** Health problems perceived by residents were in the order of concerns about infection (48.5%), depression (32.5%), difficulties in using medical services (9.4%), and lack of exercise (7.7%). The role of the health committee in the COVID-19 situation was "encouraging people to follow quarantine rules" with 91.3%. As a necessary health village project, there was a high demand for the provision of health products and mental health projects. 17.9% said that there is a computer or smart device connected to the Internet in their home, and 42.2% said that there is someone in the village who can easily get help if there is a problem in accessing and using Internet information. 36.9% were able to watch videos, and 22.2% were able to use the Internet through public facilities.

**Conclusion:** In a public health crisis, where the provision of public health and medical services to rural residents is not smooth, it is necessary to manage health and quarantine through health leaders in the village, and it is required to establish a digital environment infrastructure that can conduct community participatory health village projects in a non-face-to-face environment.

**Key words:** Health Committee, Health Management, COVID-19, Digital Environment, Rural Area

\* Received November 15, 2021; Revised December 15, 2021; Accepted December 16, 2021.

\* Corresponding author: 김건엽, 대구광역시 중구 국제보상로 680 경북대학교 의과대학 예방의학교실  
Keonyeop Kim, Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Kyungpook National University, 680, Gukchaebosang-ro, Jung-gu, Daegu, ROK  
Tel: +82-53-420-4863, Fax: +82-53-425-2447, E-mail: pmkky@knu.ac.kr

## 서론

지난 2020년 1월 시작된 코로나바이러스감염증-19(COVID-19; 이하 코로나19) 범유행으로 인한 위기가 국내뿐 아니라 전 세계에서 지속 중이다. 2021년 8월 31일 기준 전 세계의 코로나19 확진자는 약 2억 1천만 명을, 사망자는 450만 명을 넘어섰고[1], 국내에서도 25만여 명이 확진되고 2,280여 명이 사망하였다[2]. 감염병 대유행은 직접 감염자들의 건강에 악영향을 미치기도 하지만, 의료자원에 대한 접근성 저하나 사회경제적 불평등 조장 등을 통해 사람들의 건강 격차를 심화시킬 수 있다[3][4]. 이러한 건강 격차는 국가, 인종, 경제적 계층뿐 아니라 도시와 농촌 사이에서도 관찰되며, 특히 고령층이 많은 농촌 지역은 상대적으로 부족한 보건 의료자원이 코로나19 대응에 장기간 동원되어 필수 의료서비스나 보건사업에 대한 접근성이 저하되며, 이는 스스로 건강관리 능력이 부족한 노인들의 건강 수준 저하로 이어져 건강격차가 더 심해질 수 있다[5][6][7]. 2002년 제1차 국민건강증진종합계획(Health Plan, HP)의 수립 이후 최근 제5차 종합계획(HP2030)에 이르기까지 건강 불평등 해소는 우리나라 건강증진 정책에서 핵심 목표였으며, 이를 위해 중앙 및 지방정부가 관련 정책 수립, 건강증진사업 수행, 건강 우호적 환경 조성 등 다각적으로 노력해왔다[8]. 2000년 후반부터는 정부 주도로 진행된 기존 보건사업의 한계를 극복하고 주민의 자발적인 건강생활 실천을 유발하기 위해 일부 농촌 지역 중심으로 건강마을 사업이 추진되기 시작하였다[9]. 건강마을 사업의 핵심 가치는 지역사회 주민참여로 이는 1978년 알마아타 선언 이후 건강 불평등 해소를 위한 핵심 전략으로 간주되어 왔다. 우리나라에서 가장 넓은 광역자치단체인 경상북도에서도 상당한 수준의 건강 불평등이 관찰되었으며, 이를 해결하기 위해 2014년부터 건강마을 조성사업을 통해 공동체 회복, 주민 역량강화 등 나름의 성과를 거두고 있다[10].

코로나19 범유행 이후 대면접촉의 제한과 보

건인력의 코로나19 대응 동원으로 보건소의 통합건강증진사업은 정상적으로 수행되기 어려운 한계에 봉착하였다[8]. 이에 대한 대안으로 휴대폰이나 컴퓨터 등 디지털 기술을 이용한 비대면 서비스가 도입되고 있으나, 고령층이 많은 농촌 지역은 디지털 방법에 대한 접근성이 낮은 한계가 있다[11]. 현재까지 코로나19가 종식되지 않은 상황이고 앞으로도 신종감염병이 유행된다면 지역사회 기반 비대면 건강증진사업의 수행이 불가피하다. 이를 위해서는 건강마을의 디지털 환경 구축 정도를 파악하고 이에 대한 접근 및 활용 가능성 등이 어느 정도 되는지 살펴볼 필요가 있다. 코로나19 유행이 지속되고 있는 상황에서 코로나19 치명률이 높은 고령이나 기저질환자에 대한 건강관리의 중요성이 증가하고 있다. 또한, 장기간 사회적 거리두기로 인한 사회적 활동 위축으로 노인들의 신체활동이 감소하고 사회적으로 고립되고 있는 점을 고려할 때 적극적인 관리가 필요한 농촌 지역 노인들에 대한 효과적인 접근 전략이 부재하다는 것은 건강 불평등을 심화시키는 위험 요인으로 작용할 수 있다[12][13]. 따라서 건강마을의 건강위원들이 코로나19에 대한 예방과 함께 지역사회 노인들의 신체적, 정서적 건강관리를 위한 활동을 지원하고 삶의 질을 향상하기 위해 지역의 건강문제를 인식하고 역할을 파악하는 것과 함께 다양한 건강관리 사업 전략들을 개발하고 추진할 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 코로나19 장기화에 따른 농어촌 지역주민들에 대한 효과적인 건강관리 사업의 전략 및 방향을 제시하기 위해 건강마을 사업에 참여하고 있는 건강위원을 대상으로 주민들이 생각하는 코로나19 유행 상황에서 주요 건강 문제, 건강리더의 역할, 건강한 마을 조성을 위한 필요한 사업, 비대면 사업 추진을 위한 디지털 환경에 대한 의견을 조사하여 분석하고자 한다.

## 연구대상 및 방법

### 1. 연구대상 및 자료수집 방법

이 연구는 경상북도가 2014년부터 추진하고

있는 주민 참여형 건강마을 조성사업 중 2020년 11월 현재 건강위원회가 조성되어 있고 주민 대상 사업 경험이 있는 29개 읍면동 마을을 대상으로 하였다. 29개 마을의 건강위원 총 724명 중 자료 수집에 동의한 585명을 대상으로 하였다. 건강마을 건강위원을 대상으로 2020년 11월 30일부터 12월 21일까지 일대일 전화면접조사 방법을 통해 자료를 수집하였다.

## 2. 연구도구

연구도구는 대상자의 일반적 특성, 코로나 상황에서의 건강문제 인식, 코로나 상황에서 건강위원회에서 수행한 역할, 코로나 상황 지속 시 필요한 건강마을 사업에 대한 인식, 인터넷 및 스마트폰 사용 현황 등의 내용으로 구분하여 일반적 특성을 제외한 총 9문항으로 구성하였다. 경상북도 통합건강증진사업지원단 자문교수들 중 예방의학, 지역사회간호학, 보건학 전문가 7명이 설문지 내용 구성이나 도구를 개발하였다. 도구의 내용타당성 평가를 위해 각 문항의 어휘, 언어적 구성, 의미전달 등이 적절한지를 평가하였으며, 전문가 의견에 따라 설문지 문항 및 순서 등을 수정, 보완하여 최종적으로 문항 내용을 결정하였다.

### 1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로는 성별, 연령, 건강위원 활동 기간, 거주 지역을 조사하였다. 성별은 남성과 여성, 연령은 40대, 50대, 60대, 70대 이상으로 구분하였다. 건강마을 건강위원으로 활동한 기간은 1년 미만, 1년 이상~2년 미만, 2년 이상~4년 미만, 4년 이상으로 구분하였다. 지역은 시지역과 군지역으로 구분하였는데, 시지역은 대부분 도농복합지역이고 군지역은 전형적인 농어촌지역에 해당된다.

### 2) 코로나19 상황에서의 건강문제 인식

‘코로나19 상황에서의 건강문제 인식’은 코로나 상황에서 주민들의 가장 큰 건강문제에 대해 알아보기 위한 것으로 ‘코로나 감염우려’, ‘신체활

동이나 운동부족’, ‘사회적 단절로 인한 외로움과 우울감’, ‘균형 잡힌 식사나 고른 영양 섭취의 어려움’ ‘병·의원 등 의료서비스 이용의 어려움’과 기타 의견의 5가지로 문항을 구성하였으며 가장 큰 문제 1가지만 선택하도록 하였다.

### 3) 코로나19 상황에서 건강위원회가 수행한 역할

코로나19 상황에서 건강위원회 역할에 대한 인식을 알아보기 위해 ‘아무 활동을 못함’, ‘건강위원 회의만 실시함’, ‘건강위원회가 방역수칙을 지키도록 격려함’, ‘주민 주도 최소대면 및 비대면 사업 기획, 추진함’, ‘보건소 주도 비대면 사업 수행’과 기타 의견의 6가지로 문항을 구성하였으며 복수응답이 가능하도록 하였다.

### 4) 코로나 상황 지속 시 필요한 건강마을 사업에 대한 필요성 인식

‘코로나 상황 지속 시 필요한 건강마을 사업에 대한 인식’은 내년에도 코로나 상황이 지속된다면 필요한 건강마을 사업에 대한 의견을 알아보기 위한 문항이다. 조사한 내용으로는 ‘집에서 혼자 할 수 있는 운동 및 체조 프로그램 보급’, ‘방역수칙을 지키면서 함께 모여 운동, 노래 교실 등 운영’, ‘건강물품이나 방역물품 같은 건강꾸러미 제공’, ‘건강수칙 포스터 및 교육자료 제공’, ‘주민들의 외로움이나 정신건강을 위한 사업’으로 주민들에게 필요한 건강마을 사업을 5가지로 구분하여 조사하였다. 각 문항은 리커트 5점 척도로 ‘매우 필요’ 5점, ‘필요’ 4점, ‘보통’ 3점, ‘필요 없음’ 2점, ‘전혀 필요 없음’ 1점으로 측정하였다.

### 5) 인터넷 및 스마트폰 등을 사용할 수 있는 비대면 사업 환경 현황

코로나19 상황에서는 비대면 건강마을 사업이 권장되었다. 이를 위하여 건강마을 내에서 사용 가능한 인터넷 및 스마트폰 현황을 알아보기 위해 ‘우리 마을 가정 내 스마트기기(인터넷이 연결된 컴퓨터, 스마트 텔레비전, 스마트폰 등) 구비 여부’, ‘마을 내 인터넷 이용에 문제 발생 시 도움 가능성’, ‘주민 공공시설 내 인터넷 연결 컴퓨터 사용

가능 여부', '주민 공공시설 내 동영상(예. 스마트 TV) 시청 가능 여부'의 4개 문항으로 설문지를 구성하였고, '예', '아니오'로 측정하였다. 본 설문에 사용한 문항은 2020 디지털 정보 격차 실태조사의 문항을 바탕으로 연구자들이 설문을 구성하였다(과학기술정보통신부, 2020).

### 3. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 26.0 Statistics Program을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성 및 코로나 상황에서의 건강위원회의 역할은 빈도분석하였으며, 대상자의 일반적 특성에 따른 변수 간 차이는  $\chi^2$  test, t-test, ANOVA로 분석하고 사후분석은 Duncan's test로 분석하였다. 통계적 유의수준은 0.05로 하였다.

### 4. 연구윤리심의

본 연구는 경상북도 주민 참여형 건강마을 조성사업으로 조사한 원자료 중 「개인정보보호법」 제23조에 따라 대상자를 식별할 수 있는 민감 개인정보를 제외한 자료를 이용하였으며, 기관 생명윤리위원회(Institutional Review Board; IRB) 승인(승인 번호: 1040191-202103-HR-003-01)을 받은 후 진행하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성에 따른 코로나19 상황에서의 건강문제 인식

연구대상자는 남자 349명(59.7%), 여자 236명(40.3%)으로 남자가 많았고 연령은 60대 303명(51.8%)과 50대 175명(29.9%)이 대다수를 차지했다. 건강위원 활동기간은 1년 이내가 111명(19.0%), 1년~2년이 185명(31.6%), 2~4년 116명(19.2%)이었고 4년 이상이 173명(29.6%)로 대상자의 29.6%가 4년 이상 장기간 활동한 것으로 나타났다. 대상자의 거주지역은 시지역이 41.5%, 농어촌 지역인 군지역이 58.5%로 군지역이 많았다.

일반적 특성에 따른 코로나19 상황에서 주민들이 인식하는 가장 큰 건강문제는 코로나19 감

염에 대한 우려(48.5%)와 우울(32.5%)이 큰 비중을 차지했고, 다음으로 의료서비스 이용의 어려움(9.4%), 운동 부족(7.7%)의 순이었다. 코로나19 상황에서 주민들이 인식하는 건강문제는 일반적 특성 중 지역에 따라서만 유의한 차이를 보였는데( $p=.013$ ), 시에 거주하는 경우 코로나19 감염에 대한 우려와 운동부족이 높았고 군에 거주하는 경우 우울을 호소하는 비율과 의료서비스 이용에 대한 어려움을 더 심각한 건강문제로 인식하였다(Table 1).

### 2. 코로나19 상황에서 건강위원회의 역할

코로나19 상황에서 건강위원회(건강리더)의 역할에 대하여 복수응답이 가능하도록하여 조사한 결과, 방역수칙을 지키도록 격려했다는 응답이 91.3%로 가장 많았다. 이어서 보건소 주도의 비대면 사업을 수행하였다는 응답이 89.7%, 주민 주도로 최소대면 및 비대면 사업을 진행하였다는 응답이 87.5%로 나타났다. 또한, 기존 건강마을 사업을 하지 못하고 건강위원 회의만 한 경우가 19.1%, 아무 활동도 하지 못했다는 의견이 16.2%, 기타 의견이 23.6%로 조사되었다. 기타 의견으로는 방역수칙을 지키면서 걷기운동을 하거나 보건소 주도 최소한의 대면 사업을 진행하였다는 의견이 있었다(Figure 1).

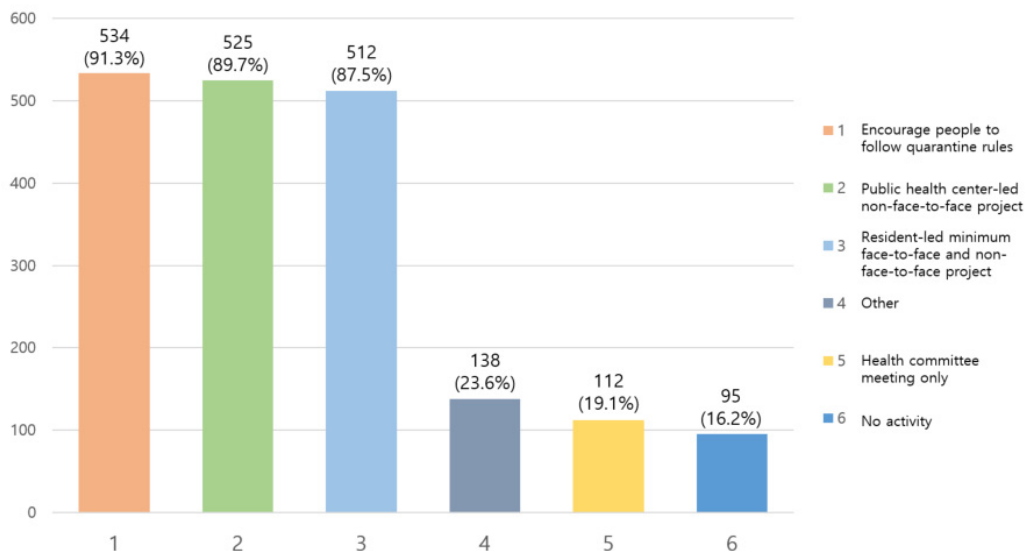
### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 코로나 상황 지속 시 필요한 건강마을 사업에 대한 필요성 인식

코로나19 상황 지속 시 필요한 건강마을 사업에 대한 건강위원들의 필요성 인식의 경우 코로나 상황 지속 시 필요하다고 생각하는 건강마을 사업으로 집에서 혼자 할 수 있는 운동 및 체조 프로그램 보급, 방역수칙을 지키면서 함께 하는 운동이나 노래교실 운영, 건강물품이나 방역물품 같은 건강꾸러미 제공, 건강수칙 포스터 및 교육자료 제공, 주민들의 외로움이나 정신건강을 위한 사업으로 구분하여 5점 척도로 조사한 결과, 건강꾸러미(건강물품) 제공이 4.50점으로 가장 높았고 정신건강사업이 4.28점, 혼자 할 수 있는 운동 및 체조 프로그램 보급 4.05점, 교육자료 제공 3.81점, 건강교실 운영이 3.31점 순으로 나타났다.

Table 1. General characteristics of subjects and recognition of health problems in the COVID-19 epidemic

Variables	Total	Health problems of residents in the COVID-19 epidemic						$\chi^2$	p
		COVID-19 infection	Depression	Difficulty in		Malnutrition	Others		
				using medical services	Lack of exercise				
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Gender									
Male	349 (59.7)	177 (50.7)	111 (31.8)	35(10.0)	24(6.9)	1 (0.3)	1 (0.3)	10.053	.074
Female	236 (40.3)	107 (45.3)	79 (33.3)	20(8.5)	21(8.9)	3 (1.3)	6 (2.5)		
Age (years)									
≤49	29 (5.0)	16 (55.2)	8 (27.6)	4 (13.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.4)	16.914	.324
50-59	175 (29.9)	88 (50.3)	59 (33.7)	15 (8.6)	11 (6.3)	1 (0.6)	1 (0.6)		
60-69	303 (51.8)	151 (49.8)	96 (31.7)	23 (7.6)	27 (8.9)	3 (1.0)	3 (1.0)		
≥70	78 (13.3)	29 (37.2)	27 (34.6)	13 (16.7)	7 (9.0)	0 (0.0)	2 (2.6)		
Period of health leader activity									
Less than 1 year	111 (19.0)	57 (51.4)	32 (28.8)	10 (9.0)	9 (8.1)	2 (1.8)	1 (0.9)	9.188	.868
1-2 years	185 (31.6)	91 (49.2)	54 (29.2)	21 (11.4)	16 (8.6)	1 (0.5)	2 (1.1)		
2-4 years	116 (19.8)	60 (51.7)	39 (33.6)	8 (6.9)	7 (6.0)	0 (0.0)	2 (1.7)		
More than 4 years	173 (29.6)	76 (43.9)	65 (37.6)	16 (9.2)	13 (7.5)	1 (0.6)	2 (1.2)		
Residence area									
Si	243 (41.5)	136 (56.0)	61 (25.1)	21 (5.6)	20 (8.2)	3 (1.2)	2 (0.8)	14.417	.013
Gun	342 (58.5)	148 (43.3)	129 (37.7)	34 (9.9)	25 (7.3)	1 (0.3)	5 (1.5)		
Total	585 (100.0)	284 (48.5)	190 (32.5)	55 (9.4)	45 (7.7)	4 (0.7)	7 (1.2)		

Figure 1. The role of the health committee in the COVID-19 epidemic (multiple responses)



코로나 상황 지속 시 필요한 건강마을 사업에 대한 인식을 일반적 특성에 따른 차이를 분석한 결과 연령과 지역에 따라 유의한 차이가 나타났다. 60대와 70대 이상 대상자는 40대보다 방역수칙을 지키면서 함께 하는 운동이나 노래교실의 필요성이 높다고 응답하였다( $p=.029$ ). 군 지역 거주 대상자보다 시 지역 거주 대상자의 경우 집에서 혼자 할 수 있는 운동 및 체조 프로그램 보급이 필요하다고 응답하였다( $p=.025$ )(Table 2).

**4. 인터넷 및 스마트폰을 사용할 수 있는 비대면 사업 환경 현황**

비대면 건강마을 사업을 추진하기 위한 인터넷 및 스마트기기 환경 현황은 가정 내 스마트기기 구비 여부, 인터넷 이용 시 도움 요청 가능 여부, 주민 공공시설 내 인터넷 사용과 스마트 TV 사용

가능 여부를 조사하였다. 응답자 중 가정 내 인터넷이 연결된 컴퓨터, 스마트 텔레비전, 스마트폰 등 스마트기기가 있다고 응답한 경우는 105명(17.9%)으로 매우 낮았다. 인터넷 정보의 접근과 이용에 문제가 발생한 경우 쉽게 도움받을 사람이 마을 내 있다는 응답이 238명(42.2%)이었다. 마을회관과 같은 주민 공공시설의 경우는 스마트 TV가 있어 동영상 시청이 가능하다는 응답이 198명(36.9%)이었고 인터넷이 연결된 컴퓨터 사용이 가능하다는 응답은 125명(22.2%)으로 스마트 TV가 컴퓨터보다는 더 많이 비치되어 있는 것으로 나타났다. 일반적 특성에 따라 차이를 비교한 결과에서는 대상자가 군 지역에 거주하는 경우 시 지역에 거주하는 경우에 비해 가정 내 스마트기기가 없다고 응답한 경우가 높았다( $p=.031$ )(Table 3).

Table 2. Necessity recognition for healthy village programs in the COVID-19 epidemic according to the general characteristics of the subjects (N=585)

Variables	Providing Exercise, gymnastics program	Operation of health class	Providing health products	Providing educational materials	Mental health project	
Gender	Male	4.00 ± 1.00	3.23 ± 1.24	4.51 ± 0.71	3.80 ± 1.03	4.27 ± 0.85
	Female	4.12 ± 0.88	3.42 ± 1.16	4.48 ± 0.64	3.83 ± 0.97	4.30 ± 0.75
	t/F (p)	-1.487 (.137)	-1.789 (.074)	0.465 (.642)	-0.398 (.691)	-0.356 (.722)
Age (year)	≤49 <sup>a</sup>	3.90 ± 0.94	2.83 ± 1.23	4.55 ± 0.74	3.72 ± 0.92	4.14 ± 0.79
	20-59 <sup>b</sup>	4.12 ± 0.98	3.18 ± 1.17	4.51 ± 0.65	3.95 ± 0.94	4.33 ± 0.76
	60-69 <sup>c</sup>	3.98 ± 0.97	3.41 ± 1.21	4.50 ± 0.70	3.75 ± 1.04	4.27 ± 0.81
	≥70 <sup>d</sup>	4.22 ± 0.86	3.40 ± 1.28	4.45 ± 0.73	3.76 ± 1.10	4.26 ± 0.93
	t/F (p)	1.851 (.137)	3.021 (.029)	0.208 (.891)	1.568 (.196)	0.553 (.646)
Period of health leader activity	Less than 1 year	4.07 ± 0.90	3.33 ± 1.25	4.50 ± 0.67	3.74 ± 1.10	4.19 ± 0.86
	1-2 years	4.03 ± 0.98	3.31 ± 1.19	4.53 ± 0.65	3.78 ± 0.97	4.22 ± 0.82
	2-4 years	3.98 ± 0.98	3.18 ± 1.20	4.49 ± 0.74	3.86 ± 0.95	4.34 ± 0.80
	More than 4 years	4.10 ± 0.96	3.38 ± 1.23	4.47 ± 0.70	3.86 ± 1.04	4.37 ± 0.78
	t/F (p)	0.412 (.744)	0.617 (.604)	0.245 (.865)	0.461 (.709)	1.673 (.172)
Residence area	Si	4.16 ± 0.91	3.27 ± 1.18	4.56 ± 0.58	3.81 ± 0.99	4.28 ± 0.83
	Gun	3.98 ± 0.98	3.34 ± 1.23	4.46 ± 0.75	3.81 ± 1.02	4.28 ± 0.80
	t/F (p)	2.243 (.025)	-0.675 (.500)	1.876 (.061)	0.092 (.927)	0.048 (.962)
Total	4.05 ± 0.96	3.31 ± 1.21	4.50 ± 0.69	3.81 ± 1.01	4.28 ± 0.81	

Table 3. Current Status of non-face-to-face environments where the internet and smartphones can be used according to the general characteristics of the subjects (N=585)

Variables	Having smart devices		Possibility to ask for help when using the Internet		Internet availability in public facilities for residents		Possibility to watch videos in public facilities		
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Gender	Male	63 (18.3)	282 (81.7)	134 (39.3)	207 (60.7)	80 (23.3)	263 (76.7)	135 (39.8)	204 (60.2)
	Female	42 (18.3)	187 (81.7)	104 (46.6)	119 (53.4)	45 (20.4)	176 (79.6)	63 (31.8)	135 (68.2)
	$\chi^2(p)$	0.001 (.981)		2.979 (.084)		0.683 (.408)		3.441 (.064)	
Age	40's	7 (25.0)	21 (75.0)	17 (60.7)	11 (39.3)	5 (17.9)	23 (82.1)	10 (35.7)	18 (64.3)
	50's	31 (17.9)	142 (82.1)	66 (38.6)	105 (61.4)	44 (26.2)	124 (73.8)	57 (34.8)	107 (65.2)
	60's	56 (18.9)	241 (81.1)	127 (43.6)	164 (56.4)	61 (20.9)	231 (79.1)	104 (38.1)	169 (61.9)
	over 70's	11 (14.5)	65 (85.8)	28 (37.8)	46 (62.2)	15 (19.7)	61 (80.3)	27 (37.5)	45 (62.5)
	$\chi^2(p)$	1.663 (.645)		5.671 (.129)		2.414 (.491)		0.519 (.915)	
Period of activity	Less than 1 year	21 (19.3)	88 (80.7)	37 (34.9)	69 (65.1)	22 (20.4)	86 (79.6)	25 (27.5)	66 (72.5)
	1-2 years	38 (20.9)	144 (79.1)	77 (43.0)	102 (57.0)	31 (17.2)	149 (82.8)	56 (32.0)	119 (68.0)
	2-4 years	17 (15.3)	94 (84.7)	52 (46.4)	60 (53.6)	31 (29.0)	76 (71.0)	52 (49.1)	54 (50.9)
	More than 4 years	29 (16.9)	143 (83.1)	72 (43.1)	95 (56.9)	41 (24.3)	128 (75.7)	65 (39.4)	100 (60.6)
	$\chi^2(p)$	1.778 (.620)		3.239 (.356)		6.055 (.109)		12.451 (.006)	
Type	City	53 (22.5)	183 (77.5)	100 (42.0)	138 (58.0)	50 (22.1)	176 (77.9)	81 (37.0)	138 (63.0)
	County	52 (15.4)	286 (84.6)	138 (42.3)	188 (57.7)	75 (22.2)	263 (77.8)	117 (36.8)	201 (63.2)
	$\chi^2(p)$	4.651 (.031)		0.006 (.940)		0.000 (.985)		0.002 (.964)	
Total	105 (17.9)	469 (80.2)	238 (42.2)	326 (57.8)	125 (22.2)	439 (77.8)	198 (36.9)	339 (63.1)	

## 고찰

이 연구는 농어촌 지역 건강마을 리더들을 대상으로 코로나19 유행 상황에서 주요 건강문제, 유행 시 건강위원이 수행한 역할과 코로나19가

지속 시 필요한 건강마을 사업을 살펴보았다. 그리고 비대면 건강사업 추진 시 요구되는 인터넷 및 스마트폰의 접근 환경을 파악하여 고령 인구가 많은 농어촌 지역의 주민 참여형 건강마을 사업의 개선방안을 제시하고자 하였다.

연구결과 코로나19 상황에서 지역주민들이 인식하는 건강문제는 코로나19 감염 위험과 우울이 높았고, 이외 의료서비스 이용의 어려움, 운동부족 등이 있었다. 코로나19 사망위험은 연령이 높을수록 증가하는데[14][15], 연구대상자의 과반수 이상이 60대 이상이고 실제 이들이 건강리더로서 역할을 해야 하는 거주 마을 주민들은 연령이 더 많은 고령자들이다. 건강리더들은 마을 주민들이 코로나19에 보다 취약하고 위험하다고 인식하여 감염 예방행동을 더욱 철저히 하여야 한다고 생각하고 있어[16] 코로나19 감염을 가장 큰 건강문제로 인식한 것으로 보인다. 연령에 따른 건강문제 인식의 차이는 유의하지 않았으나, 70대 이상에서 다른 연령에 비해 우울과 의료서비스 이용에 어려움을 호소하는 비율이 높게 나타난 점은 주의 깊게 살펴보아야 할 것이다. 노인의 경우 사회적 네트워크와 상호작용의 결핍은 외로움과 같은 사회적 고립감, 불안, 우울을 유발한다[17]. 코로나19 상황에서 노인들은 노인복지시설의 이용, 이동과 신체활동, 가족과의 교류에 더하여 정보통신 활용기술의 제한으로 더욱 심각한 사회적 고립을 경험하고, 외로움과 우울 등 사회·심리적 문제를 호소하였다[18]. 코로나19를 경험하는 노인의 건강 악화, 외로움, 우울은 서로 유의한 상관관계가 있어[19], 코로나19 감염 우려로 인한 의료서비스 이용의 어려움, 사회적 거리두기에 따른 외부 활동 감소와 운동 부족, 사회적 고립 증가로 인한 외로움과 우울은 서로 악순환하며 노인의 신체·심리적 건강에 유해한 영향을 미친다. 특히 이 연구결과에서 코로나19 상황에서 인식하는 건강문제가 지역에 따라 유의한 차이를 보여, 군에 거주하는 경우 시에 거주하는 경우보다 우울이나 의료서비스 이용에 대해 더 큰 어려움을 호소하므로 군에 거주하는 70대 이상 노인의 신체·심리적 건강 위협에 대한 실질적이고 조속한 대처가 필요하다.

신종 감염병 대유행이라는 위기상황에서 건강리더들로 구성된 건강위원회는 1차적으로 주민들이 방역수칙을 잘 지킬 수 있도록 독려하는

역할을 수행하였다. 감염병의 전파와 확산을 막기 위해서는 중앙과 지방정부의 신속하고 적절한 대응도 중요하지만 방역정책에 대한 시민들의 자발적 참여와 협조 없이는 이러한 방역 정책이 제대로 작동하는 것은 불가능하다. 감염병의 확산은 인간의 사회적 활동에 의한 것이기 때문에 감염병의 전파를 막기 위해서 국민 개개인의 사회적 활동에 대한 통제가 필요한데, 정부의 강제적 규제만으로는 시민 개개인의 활동을 완전히 통제하기 어렵기 때문이다. 따라서 건강위원회와 같은 자치적 주민조직이 다른 주민들을 정부의 방역수칙에 참여할 수 있도록 설득하고 독려하는 역할을 수행하는 것은 방역 정책 성공에 중요한 원동력이 될 수 있으며 감염병 대유행과 같은 공중보건학적 위기 상황에서 주민조직이 위기 극복의 중요한 자산이 될 수 있다고 생각된다.

건강위원의 87.5%가 주민 주도의 사업을 추진하였다고 응답하여 건강위원회가 감염병 대응으로 보건소가 사업을 제대로 수행할 수 없는 상황에서 주민조직을 중심으로 스스로 사업을 수행한 것을 확인할 수 있었다. 건강마을 조성사업에서는 건강위원회가 보건사업의 의사결정과정과 수행에 있어서 권한과 책임을 가지고 참여할 수 있도록 하였으며 이러한 실질적인 참여를 통해서 주민조직이 지역사회 건강문제 해결을 위한 역량을 어느 정도 갖추게 된 것으로 생각된다. 건강마을 조성사업과 같은 주민참여형 사업의 목적이 단기적인 건강행태 개선이나 건강관련 서비스 제공이 아니라, 지역사회의 역량강화를 통하여 지속 가능한 건강자치력을 향상시키는 것[20]이라는 점을 감안하면 주민들의 역량강화를 기반으로 주민 조직의 자립을 목표로 한 건강마을 조성사업 수행전략이 보건소 사업 수행이 불가능한 코로나19 유행 상황에서 주민 스스로의 행동과 실천으로 이어졌다고 생각된다.

공중보건 위기상황에서 방역수칙 독려와 주민 중심의 사업 등과 같은 건강위원들의 자발적인 활동은 건강마을사업을 통한 주민조직의 역량강화의 결과이기도 하지만 공동체 회복의 결과라고도 할 수 있다. 건강마을 조성사업의 성과를



연구한 결과 주민들은 사업을 통해서 마을이 화목해지고 소외된 이웃도 챙기는 공동체 의식이 회복되었다고 하였다[10]. 건강을 매개로 주민들이 자주 모이고, 소통하고, 어울리면서 마을과 이웃에 대한 관심을 가지게 된 것이다. 이러한 지역사회 공동체 의식은 지역사회 문제해결을 위한 주민들의 참여와 활동에 긍정적인 영향을 미치기 때문에[21] 지역의 건강문제 해결과 주민들의 건강증진을 위해서는 특정 질병예방이나 건강행태 개선과 관련된 사업에 매몰되기보다는 주민들이 모이고 소통할 수 있는 기회를 제공하는 것 자체에 의미를 두고 사업을 추진할 필요가 있을 것이다.

코로나 상황 지속 시 건강물품 제공에 이어 정신건강을 위한 사업이 필요하다는 의견이 두 번째로 많은 동의를 얻었다. 코로나19 장기화로 외출이 제한되고 사회적 활동이 어려워지면서 우울감을 호소하는 사람들이 많아졌고 코로나 블루(Corona blue)라는 신조어가 생길 정도로 중요한 사회적 문제로 대두되었다. 우리나라 20~65세 이하 성인을 대상으로 한 연구에서 전체 응답자의 40.7%가 코로나 우울을 경험하였으며[22], 특히 노인에게 있어 더 큰 스트레스, 외로움, 우울 등을 유발할 수 있다[23]. 직업 활동이나 소셜 네트워크 서비스(Social Network Service, SNS) 사용 등을 통해 최소한의 사회활동이나 비대면 소통이 가능한 젊은 세대와는 다르게 노인들은 사회 활동의 점점인 경로당이나 노인복지회관 등이 폐쇄되면서 사회적으로 고립될 수 있는 가능성이 높기 때문일 것이다. 감염병 대응을 위한 사회적 활동 제한으로 야기되는 외로움이나 우울감 경험 등은 노인과 같은 취약계층에서 더 크게 나타날 수 있기 때문에 감염병 대유행 시 이들이 이용하는 복지관이나 마을회관 등과 같은 시설을 폐쇄조치를 결정할 때는 그로 인한 포괄적 건강결정 요인에 대한 충분한 고려와 피해를 예방하고 최소화할 수 있는 대책 개발이 전제되어야 할 것이다.

연구대상자의 가정 내 스마트기기 이용 가능 여부는 17.2%로 우리나라 국민의 가구 내 인터넷

이용 가능 수준인 95.2%와 비교할 때 현저히 낮은 수준이며, 농어민 대상으로 조사된 인터넷 가능 수준인 88.1%와 비교해도 매우 낮은 것으로 나타나[24] 본 연구대상자들의 디지털 정보 격차가 기존 연구결과와 비교해 매우 큰 것으로 나타났다. 또한, 군 단위로 내려갈수록 가구 내 인터넷 가능 수준이 낮고, 마을회관과 같은 마을 내 공공시설에서의 인터넷 사용은 77.8%가 어렵다고 응답하여 농촌 지역의 경우 공공시설의 인터넷 접속 환경이 매우 열악한 것으로 나타났다. 본 연구에서는 전체 응답자의 가정 내 스마트기기 보유 여부만을 확인하고 실제 검색 및 이메일, 미디어 콘텐츠 사용 여부에 대해서는 구체적으로 조사하지 않았다. 그러나, 스마트기기 보유 수준이 매우 낮다는 것은 농어민의 정보 이용률이 낮다는 선행 연구결과들을 고려할 때[25] 연구대상자를 포함한 마을 주민들의 비대면 건강정보의 접근과 활용이 매우 취약할 것으로 생각된다. 최근 코로나바이러스 감염의 유행으로 물리적 접촉을 최소화하고 모바일 등을 통한 정보 전달과 의사소통의 중요성이 강조되는 상황에서 마을의 건강지도자로 활동하고 있는 건강위원들이 응답한 마을의 스마트기기 보유와 정보 활용 능력이 낮다는 것은 이들을 활용한 건강증진사업이 기존의 대면접촉 방식을 온라인 등으로 확장하는데 어려움이 될 수 있다. 기존의 대면 중심으로 이루어진 사업들을 갑작스러운 외부 환경 변화로 인해 비대면으로 전환하는 과정에서 주민들이 쉽게 사용할 수 있는 디지털 인프라 구축과 함께 마을 주민들 사이에서 가교역할을 하는 건강위원들의 디지털 정보 활용 능력은 필수적인 요소이다. 따라서, 마을의 리더 중 핵심인 건강위원들의 경우 비대면 상황에서도 보건소와 주민들 사이에서 적절한 의사소통할 수 있는 정보 활용 능력을 높일 필요가 있다.

조사의 결과를 보면 인터넷 정보의 접근과 이용에 문제가 발생한 경우 도움받을 사람이 없다고 응답한 경우가 57.8%로 나타나 물리적 환경을 지원할 수 있는 조력자의 도움이 필요한 것으로 나타났다. 최근에는 개인이 디지털 활용에서 겪는

어려움을 도와줄 수 있는 사회적 관계자원 (social support source)에 대한 중요성[26]이 대두되고 있다. 이 연구에서는 디지털 정보 실태 조사에서 사용한 디지털 조력자라는 개념을 적용하였는데, 선행 연구 결과에 따르면 개인의 기기 운영 능력이 낮은 집단일수록 디지털 조력자의 효과가 높아지는 것으로 보고되어[27] 스마트기기와 활용 능력이 부족한 농촌 거주 지역주민일수록 이러한 조력자에 대한 대책 마련이 비대면 건강마을 사업의 활성화 방안이 될 수 있다. 특히 농어촌 지역 고령노인의 경우에는 혼자 사는 경우가 대부분이고 가족이나 마을 주민들이 충분한 디지털 조력자의 역량을 갖추고 있지 못한 경우가 많으므로 정책적으로 고령층을 대상으로 한 지역사회 디지털 조력자를 제공하는 것이 필요하다. 이는 보건의료 서비스의 범위를 넘어서는 사회사회의 사회자본을 확대하기 위한 정책으로[28] 고령시대 건강하고 지속 가능한 스마트 건강마을을 위해 꼭 필요할 것으로 생각된다.

2020년 1월부터 시작된 코로나19 국내 유행이 장기간 지속되면서 농어촌 지역 주민들의 일상과 건강에 많은 영향을 미치고 있다. 노인 인구가 많은 농어촌 지역의 경우 상대적으로 젊은 중장년층 중심의 건강위원회를 구성하고 이들이 마을의 건강리더의 역할을 하면서 민관이 함께 하는 주민 참여형 건강마을을 추진하였고 나름의 성과를 나타내고 있었다. 하지만 코로나19로 인해 대면 모임을 통한 건강증진 및 건강마을 사업이 중단되어 기존의 전략이나 방법의 전환이 필요하게 되었고 이에 건강리더를 대상으로 한 비대면 전화 설문 조사를 하게 되었다. 29개의 마을과 건강위원 585명을 대상으로 하여 조사가 되어 1년 이상 건강마을 사업을 한 대부분의 마을들을 포함하였고 건강위원 전체 대상자 중 약 80%의 응답률로 조사 대상의 대표성은 있다고 볼 수 있지만 농어촌 지역 건강리더의 의견으로 일반화하기엔 한계가 있다. 그리고 코로나19로 인해 직접 대면조사를 하지 못하고 전화 조사를 하다 보니 충분한 설문 문항을 포함하지 못하고 설문내용에 대한 이해와 응답에도 제한점이 있

었다. 또한 지역별 코로나19 감염 발생상황이 상이하여 이에 따른 건강문제 인식이 지역별로 다를 수 있으나 이를 고려하여 분석하지 못한 한계가 있다. 하지만 코로나19로 인한 장기간의 사회적 거리두기로 보건사업을 포함한 일상생활이 멈추고 이로 인한 마을의 건강성과 지역주민들의 건강이 위협을 받는 상황에서 건강마을 건강위원들을 대상으로 주민들이 생각하는 우선적인 건강문제를 파악하고, 코로나 상황에서 실행한 업무와 코로나19가 지속 유행 시 필요한 사업에 대한 요구도, 비대면 사업을 위한 디지털 환경을 파악하여 농어촌 지역에서 주민 참여형 건강마을 사업을 위한 방향을 제안할 수 있었다.

코로나19 질환의 예방과 치료 등 지역사회 감염대응 능력을 높이는 것도 중요하지만, 이로 인한 농어촌 지역 주민들의 만성질환 예방 및 관리, 의료에 대한 접근성, 우울과 같은 정신질환 관리의 필요성이 함께 요구되며 코로나 방역과 치료로 인한 지역 내 보건의료 역량의 한계로 지역주민들에 대한 보건의료 서비스 제공이 원활하지 않은 상황에선 마을 내 건강위원 등 주민리더들을 통한 건강관리와 방역이 필요함을 알 수 있었다. 그리고 비대면 환경에서 주민 참여형 건강마을 사업을 할 수 있는 디지털 환경 및 인력에 대한 제공과 지원이 요구된다.

## 요 약

코로나19 유행에서 건강마을 위원들을 대상으로 주요 건강문제, 건강리더의 역할, 필요한 사업, 비대면 사업 추진을 위한 디지털 환경을 조사하여 코로나 장기화에 따른 농어촌 주민 대상 건강마을 사업의 방향을 제시하고자 하였다. 2020년 11월 30일부터 12월 21일까지 건강마을의 건강위원 총 585명을 전화면접조사 하였다. 주민들이 인식하는 건강문제는 코로나19 감염 우려(48.5%), 우울(32.5%), 의료서비스 이용 어려움(9.4%), 운동 부족(7.7%)의 순이었다. 코로나 상황에서 건강위원회의 역할은 방역수칙을 지키도록 격려하였다가 91.3%로 가장 많았다.

필요한 건강마을 사업으로 건강물품 제공, 정신 건강사업 요구도가 높았다. 가정 내 인터넷이 연결된 컴퓨터나 스마트 기기가 있다는 17.9%, 인터넷 정보의 접근과 이용에 문제가 발생한 경우 쉽게 도움 받을 사람이 마을 내 있다는 42.2%였다. 주민 공공시설에 동영상 시청은 36.9%, 인터넷 사용 가능은 22.2%였다. 코로나 방역과 치료로 놓여준 주민들에 대한 보건의료 서비스 제공이 원활하지 않은 공중보건 위기 상황에선 마을 내 건강리더를 통한 건강관리와 방역이 필요하며, 비대면 환경에서 주민 참여형 건강마을 사업을 할 수 있는 디지털 환경 인프라 구축이 요구된다.

### 감사의 글

경상북도 건강마을을 위해 사업에 참여해 주신 마을 주민, 건강위원회 리더분들과 경상북도와 보건소 담당자, 경상북도 통합건강증진사업지원단 교수님들께 감사드립니다.

### References

- World Health Organization(WHO). (2021). COVID-19 Weekly epidemiological update edition 49, published.
- Korea Disease Control and Prevention Agency, COVID-19 outbreak and vaccination status in Korea. Available from: <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156462356> [2021.07.20.]
- Kim EJ, Marrast L, Conigliaro J. COVID-19: magnifying the effect of health disparities. *J Gen Intern Med* 2020;35(8): 2441-2442
- People's Health Institute. The people's report on the COVID-19 pandemic in South Korea. 2020 (Korean)
- Lopez L, Hart LH, Katz MH. Racial and ethnic health disparities related to COVID-19. *JAMA* 2021;325(8):719-720
- Jeong HE, Lee J, Shin HJ, Shin JY. Socioeconomic disparities in Korea by health insurance type during the COVID-19 pandemic: a nationwide study. *Epidemiol Health* 2021;43:1-9
- Lakhani HV, Pillai SS, Zehra M, Sharma I, Sodhi K. Systematic review of clinical insights into novel coronavirus (COVID-19) pandemic: persisting challenges in US rural population. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(12):4279
- Kim DJ. Health plan 2030 for the promotion of national health. *Korea Institute for Health and Social Affairs Health Welfare Issue & Focus* 2021;404:1-7 (Korean)
- Heo, HH. A community-based participatory approach to reducing health inequalities. *Korea Institute for Health and Social Affairs Health Welfare Forum* 2018;6:62-77 (Korean)
- Hong NS, Kim KY, Lee KS, Kim MH, Kim EH, Park MA, Lee SJ, Kim JM. Effects and challenges of community-based participatory health project of Gyeongsangbuk-do province in Korea. *J Health Info Stat* 2020;45(2): 200-207 (Korean)
- Koh H. A Study on the Digital Divide and Life Satisfaction : Focusing on Generation, SES, and an Urban-rural Comparison. *Jour of KoCon a* 2017;17(5):633-641 (Korean)
- Kim SW, Kim SM, Kim YK, Kim JY, Lee YM, Kim BO, Hwangbo S, Park T. Clinical characteristics and outcomes of COVID-19 cohort patients in Daegu metropolitan city outbreak in 2020. *J Korean Med Sci* 2021;36(1):e12
- Park SM. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health among population. *Korea J Health Edu Promot* 2020;37(5):83-91 (Korean)

14. Kim G, Bae JH, Lee JH. Analysis of risk factors for COVID-19 death based on regional characteristics data. *Journal of Korean Institute of Information Technology* 2021;19(6):1-7 (Korean)
15. Ho FK, Petermann-Rocha F, Gray SR, Jani BD, Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Foster H, Hastie CE, Mackay DF, Gill Jason MR, O'Donnell C, Welsh P, Mair F Sattar N, Celis-Morales CA, Pell JP. Is older age associated with COVID-19 mortality in the absence of other risk factors? General population cohort study of 470,034 participants. *PLoS ONE*, 15(11), e0241824.
16. Hong D, Jeon MA, Cho CH. Predicting preventive behavior intention in COVID-19 pandemic context: Application of social variables to health belief model. *Jour of KoCon a*. 2021;21(5):22-35 (Korean)
17. Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, Meilstrup C, Madsen KR, Koushede V. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis, *The Lancet Public Health* 2020;5(1):e62-e70
18. Shin HR, Yun TY, Kim SK, Kim Y. An exploratory study on changes in daily life of the elderly amid COVID-19 -focusing on technology use and restrictions on participation in elderly welfare centers. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare* 2020;75(4):207-232 (Korean)
19. Seong KO, Kim SJ, Moon JH. Effects of life changes due to COVID-19 on depression in the elderly. *Social Work Practice & Research* 2021;18(2):99-129 (Korean)
20. Heo, HH, Son IS. A comparative case study of community-based participatory health programs in South Korea: Contextual differences in community coalition formation and intersectoral action. *Health and Social Welfare Review* 2020;40(1):271-296 (Korean)
21. Lee MS, Kang MJ. The impact of sense of community and concern for health on community participation in health promotion in a medium-sized Korean city. *Korea J Health Edu Promot* 2020;37(5):37-50 (Korean)
22. Korea Health Promotion Institution. 40.7% of the people experienced COVID depression and anxiety. Available from: <https://www.khealth.or.kr/board/view?linkId=1001456&menuId=MENU00907> [2021.08.15.]
23. Suh BD, Kwon KH. Impacts of the depression among the elderly in the South Korea community in COVID-19 pandemic. *J Health Info Stat* 2020;46(1):54-63 (Korean)
24. Ministry of Science and ICT. Digital information survey report. National Information Society Agency. 2020 (Korean)
25. Kim SH, Sung WJ. A study on the mobile internet use and digital divide of farmers and fishers. *Informatization Policy* 2020;27(3):19-38 (Korean)
26. Van DA, Courtois C, Van DJ. Internet skills, sources of support and benefiting from internet use. *Int J Hum Comput Interact* 2014;30(4):278 - 290
27. Ko HJ, Park SJ. Classification of the usage of digital supporters in the elderly and the comparison of their characteristics. *Journal of Korean Association for Regional Information Society* 2020;24(2):1-30 (Korean)
28. Kim JR, Jeong BG, Park KS, Kang YS. The Associations of Empowerment and Social Capital with Self-Rated Health in Communities with Poor Health. *J Agric Med Community Health* 2012;37(3):131-144 (Korean)