

건강증진프로그램 이용과 관련된 요인

- 서울시 보건소를 중심으로 -

윤희상
서울여자간호대학

이혜영
University of Leeds

이숙경
이화여대 간호과학대학

건강증진은 건강한 삶을 사는데 가장 중요한 요인이다. 우리나라에서는 보건소를 중심으로 건강증진사업이 실시되고 있으며 금연, 절주, 운동 영양 등은 지역사회 보건소에서 시행하고 있는 대표적인 건강증진 프로그램으로 비용이 저렴하고 프로그램이 우수함에도 불구하고 이용하는 사람만 계속 이용하고 지역주민 전체에게 확산되지 못하고 있다. 그러므로 이 연구에서는 건강증진 프로그램 이용과 관련된 요인을 파악하는 것이 목적이다.

이 연구에서 사용된 개념 틀은 건강신념 모형이다. 건강신념 모형은 주관적 인지와 관련된 요인을 체계적으로 분석하기 위해서 널리 사용되고 있다. 건강신념모형은 건강행위와 관련된 동기를 설명하는 개념적 틀로 건강 관련 행위의 개입과 설명이 용이하고 주관적 인지와 관련된 요인을 체계적으로 분석할 수 있다. 연구결과가 실제적으로 현장에서 활용 가능하기 때문에 연구의 틀로 설정하였다.

연구에서 사용되는 변수로 종속변수는 보건소 건강증진 프로그램 이용 유무이다. 독립변수는 성별, 연령, 결혼상태, 교육정도, 소득, 건강상태에 대한 민감도, 건강증진의 심각도, 자아효능감, 비용인지, 홍보경험, 가족의 이용과 권유, 친구나 이웃의 이용과 권유이다. 자료 수집은 설문지를 이용하였고 수집방법은 서울을 동부, 서부, 북부, 남부로 구분하여 각 구역에서 연구에 참여하기를 희망하는 보건소를 중심으로 이루어졌다. 이용자는 지난 1년 동안 보건소 건강증진프로그램을 이용한 경험이 있는 자이다. 비이용자는 이용자와 연령과 성별 등 인구학적 특성이 비슷한 자료 각 보건소가 위치한 지역에 거주하는 주민으로 보건소의 다른 프로그램을 이용하고 건강증진 프로그램은 이용하지 않는 대상자와 보건소를 전혀 이용하지 않는 대상자이다. 연구에 참여한 총수는 495명으로 보건소 건강증진 프로그램 이용자 150명, 비이용자 345명으로 구성되었다. 분석방법은 빈도와 백분율, t 검정, 카이검정, 로지스틱 회귀분석이 사용되었다.

로지스틱 회귀분석결과 인구사회학적 변수로 성별과 연령이 영향을 미치는 변수로 확인되었다. 남성(OR=2.82, p=0.01)이 여성에 비해, 나이(OR=1.03, p=0.02)가 많을수록 많이 이용하였다. 건강신념 모형 구성변수로는 홍보(OR=3.96, p=0.00), 친구나 이웃의 이용과 권유(OR=5.40, p=0.00), 인지된 비용(OR=1.72, p=0.00)은 건강신념모형 구성변수로 이용에 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

그러므로 개인적인 관심과 심각도, 민감성을 강조하는 것에서 나아가 건강증진의 지지적 환경을 조성하는 것이 필요하다. 친구, 이웃의 이용과 권유, 홍보, 인지된 비용은 보건소 건강증진 프로그램 이용에 영향을 미치는 변수로 확인되었으므로 이들을 중심으로 하는 이용자 지향적인 홍보전략이 요구된다.

주요용어 건강증진프로그램, 건강신념 모형, 보건소, 이용

I. 서론

1. 연구의 필요성

건강증진이 본격적으로 논의되기 시작한 것은 1974년 캐나다의 Lalonde Report(보건복지부, 2005)와, 1979년 미국의 Surgeon General Report 'Healthy People'이 발표되면서부터다. 이 두 가지 보고서에서는 건강에 영향을 미치는 광범위한 요소가 중요한 이슈로 대두되었다. 건강증진은 개인이 건강생활실천을 향상시키기 위하여 지역사회가 건강 친화적으로 구축되도록 하는데 초점을 두는 국민건강의 새로운 패러다임으로 정의된다(남정자, 2000).

우리나라는 속도가 빠르게 고령화와 저출산이 증가하여 생산가능 노동인구가 급격히 줄어들고 있다. 미래사회는 우수한 인적 자원에 기초한 창의적인 능력을 지닌 사람을 요구하므로 국가를 유지 발전시키기 위해서는 건강증진을 통한 국민 역량 강화가 요구된다(보건복지부, 2008). 국가적 차원에서의 건강증진은 국가 발전의 원동력이 되므로 국민의 신체적 정신적 건강을 유지 증진시키고 삶의 질이 향상되도록 하기 위한 사회적 투자가 절실히 요구된다. 개인적 차원에서의 건강증진은 개인의 건강생활 역량을 최대화 할 수 있는 생활습관 변화가 요구된다. 건강증진은 생활방식과 연관되어 있고 개인의 신념과 관계되므로 건강생활습관을 개선 할 수 있는 능력개발이 요구되고, 이와 관련된 요인을 규명하여 건강에 긍정적인 행위를 할 수 있도록 사회적 환경을 조성하여 국민건강수준을 향상시켜야 한다.

우리나라는 서구화된 식습관과 음주, 흡연, 운동부족, 스트레스 등으로 전반적인 국민건강수준이 저하될 위험성이 있으며 고혈압과 당뇨 등의 만성질환은 지난 5년간 20%대의 높은 증가율을 보이고 있다(보건복지부, 2008). 이는 만성질환의 발생으로 건강수명이 줄어들고 의료비 지출이 증가되어 국민경제를 압박하게 되므로 건강증진 활성화를 통한 행태개선이 요구된다.

선진국에서는 이미 국가적 투자와 연구가 시작되어 OECD에서는 건강 개선을 위해 국가 보건의료체계를 이용한 예방 중심의 건강증진사업이 운영되고 영국과 프랑스에서는 대규모 건강증진프로그램이 지역주민에게 국가주도로 실시되고 있다(보건복지부, 2008).

외국에서 건강증진에 대한 연구는 건강생활습관을 개선하여 건강에 긍정적인 행위를 할 수 있는 구체적인 연구가 활발하여 Fleury와 Lee(2006)는 가족과 친지의 지지가 있을 때 건강증진행위가 증가하는 것을 확인하였고, Grzywacz와 Marks(2001)는 청소년기 건강증진행위는 개인적인 특성과 관련되었음을 파악하였다. Sorensen 등(2001)은 직장 건강증진 프로그램 성공을 방해하는 요인으로 조직의 비협조와 직장동료의 지지가 적을 때 건강증진 참여가 저조한 것을 파악하였다. Dolansky(2001)의 심장수술환자 대상 건강증진에 대한 연구에서 자아효능감이 영향을 미치는 변수였고, 사회적 지지가 있을 때 건강증진행위가 증가하였다. Riley 등(2001)은 건강증진 향상을 위

해서 조직의 구조, 지도력, 인적 물적 자원이 건강증진 전략에 맞추어져야 하고 지역주민의 관심과 파트너십의 중요성을 지적하였다.

우리나라에서 국민건강증진사업은 1995년 국민건강증진법이 제정되면서 본격적인 기반이 마련되어 국민건강증진종합계획이 수립되었고, 건강증진이 국민건강향상에 있어 가장 우선시 되고 있으며 건강증진사업에 대한 투자를 국가적으로 증대시켜 오고 있다(이선희 외, 1998). 건강증진 사업의 중추 수행기관으로 보건소를 거점으로 시범 사업이 수행되었으며 현재는 보건소마다 건강증진사업을 수행하고 있다. 보건소의 건강증진사업은 금연, 절주, 운동, 영양을 중심으로 건강생활실천사업을 제도적으로 접근하고 있으나 지역주민에게 활성화되지 못하고 있는 실정이다.

보건소 건강증진사업의 문제점은 건강증진사업을 위한 전문인력의 부족, 건강증진사업 수행을 위한 협력체계 부족, 잦은 사업평가와 현장에 적합하지 않는 평가로 업무활용성 저하가 원인으로 거론되고 있다. 체계적인 문제로는 사업이 영역별로 분류되고 세부사업별로 분류되어 있어 대상자별 사업이 아니므로 주민의 건강수준 향상에 기여하지 못하는 것으로 평가되고 있다(배상수와 함수근, 2007).

보건소 건강증진 프로그램은 우수하고 경제적이며 장소와 시설도 쾌적하지만 이용자가 국한되어 있고, 자신이 관리를 받고 있다는 느낌을 받지 못하므로 만족도가 낮은 것이 문제점으로 지적된다(배상수와 함수근, 2007). 보건소 중심 건강증진 사업은 보건복지가족부가 추진하는 공공부분 건강증진사업의 중심축으로서 설정되어 있으므로 국가적 차원의 건강증진을 이룩하기 위해서 보건소 건강증진프로그램이 활성화되어야 한다. 김진현과 유왕근(1999)은 보건소가 지역사회 중심 보건기관으로 건강증진사업을 효과적으로 추진하기 위해서는 보건소 운영을 고객 지향적으로 개혁하는 것을 주장하였다. 이를 위하여 지역주민의 이용을 향상 시킬 수 있는 연구가 필요하지만, 현재 이루어지고 있는 보건소 건강증진에 대한 대부분의 연구는 보건교육 전략 방법(남정자, 2000), 사업의 성과 지표(서영준 외, 2004), 평가지표개발(송현중, 2003), 사업영역 결정(이선희 외, 1998) 등으로 건강증진 사업제공자를 중심으로 이루어져 이용자인 지역주민을 중심으로 한 연구는 미비한 실정이다.

건강증진행위가 일어나기 위해서는 선호하는 인식을 가지고 있어야 한다. 주관적 인지와 관련된 요인을 체계적으로 분석하기 위해서는 건강신념 모형이 널리 사용되고 있다. 건강신념모형은 건강행위와 관련된 동기를 설명하는 개념적 틀로 건강관련 행위의 개입과 설명에 유용하게 이용되고 있으며 연구결과가 실제적으로 현장에서 활용 가능하다.

그러므로 이 연구에서는 보건소 건강증진 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인을 건강신념모형을 개념틀로 분석하여 프로그램 이용율을 높일 수 있는 자료를 제시하는데 있다. 이 연구의 결과는 보건소 건강증진 프로그램 이용 향상 중재 전략의 근거로 사용되고 궁극적으로 지역주민의 건강증진행위 실천 향상에 기여할 수 있을 것으로 기대한다.

II. 이론적 배경

1. 건강증진

세계보건기구(WHO)에서는 건강증진을 “사람들이 건강에 대한 관리의 능력을 높이고 자신의 건강을 향상시킬 수 있게 하는 과정(the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health)으로 정의하였다. Taylor는 행위적 개념으로 건강증진은 행태변화를 지향하는 것으로 영양, 체중관리, 운동, 적당한 음주, 금연, 적당한 약품 사용, 휴식 및 수면, 스트레스 관리의 8개의 장으로 나누어 정의 하였다. Kar는 행동을 중점적으로 다루고 이를 측정할 수 있는 지표적 개념으로 건강증진은 보건사업 효과 지표로 건강증진 행동을 다루었다(백지은, 2003). Green과 Kreuter(1991)는 건강증진을 이루기 위해서는 개인과 지역사회 참여의 중요성을 강조하여 “건강증진은 건강을 이끌 수 있는 행동을 위한 교육 조직 경제 환경적 자원들의 조합”으로 정의하였다. 미국정부는 건강증진을 협의의 개념으로 정의하여 건강생활양식으로 지칭하였다. 이와 같은 정의에 따라 건강증진이란 건강에 도움이 되는 개인생활습관의 변화와 생활환경개선, 보건과 관련된 조직적, 경제적, 정치적 노력의 변화를 의미한다(Green & Kruter, 1991).

Laande 보고서는 건강증진을 정의에 따라 개념적으로 접근하였다(김일호, 2000). 이 보고서는 개인의 건강에 영향을 미치는 요소로 유전적 요인, 보건서비스 요인, 개인행동과 생활양식, 환경을 지적하였다. 캐나다는 건강증진이 국가 보건정책의 근간이 되었고, 세계 보건기구는 건강증진정책의 중요성을 강조하게 되었다. Lalonde 보고서는 건강이란 개인생활습관에 의해 절반 이상이 결정되므로, 개인의 책임과 관리를 강조하였다. 개인 책임 강화는 다각적 접근, 지지적 환경의 구축, 주민의 참여, 지역사회역량 강화 등을 통하여 개인이 가지고 있는 건강잠재력을 최대화하여 건강증진을 이룰 수 있도록 하는 것을 의미한다(김일호, 2000). 1986년 오타와 국제건강증진회의에서는 건강증진을 “사람들이 건강을 더 잘 관리하고 개선하는 과정”으로 정의하였고, 이후 건강증진 개념이 확대되고 있다.

최근 건강증진이 개인의 건강향상과 지역사회에 국민보건향상을 위한 핵심적 개념으로 이해되고 있으며 세계보건기구는 건강증진을 보건의료와 건강수준 발전을 위한 사회적 실천차원으로 간주한다(백지은, 2003). 지역사회중심 건강증진사업은 선진국에서는 20년 이상 지속되었고, 학계 등 전문인의 협조 하에 지역사회 내 조직을 활성화하여 효과를 창출하는 특징을 갖고 있다(서미경, 2006). 미국 캐나다 유럽은 건강수준 향상을 위하여 보건의료부분과 사회 전 부분을 연계하여 문제를 해결하고자 한다. 이러한 접근은 건강중심적 사고에 기반을 둔 개인의 건강행위변화 및 추구, 지역사회 제반 환경의 변화로 요약할 수 있다(김일호, 2000).

우리나라에서의 건강증진 사업은 1995년 건강증진법이 발효되면서 본격화되었다. 한국보건사회

연구원은 건강증진을 “단순히 질병의 치료나 예방에 그치는 것이 아니라 건강행위의 실천을 통하여 사람들이 지니고 있는 건강잠재력이 충분히 발휘될 수 있도록 개발하고 건강평가를 통하여 건강위험요인을 조기발견, 관리함으로써 건강을 유지 향상하기 위한 보건교육적, 예방의학적, 사회제도적, 환경보호적, 수단을 강구하는 것”으로 정의하고 있다(백지은, 2003).

우리나라의 건강증진 사업은 공공의 성격으로 보건소를 중심으로 이루어지고 있으며, 2005년부터 건강생활실천사업이 보건소 마다 실시되고 있다. 현재 우리나라 정부에서 제정한 건강증진 목표는 전 국민 건강수준 향상, 지역 소득에 따른 건강격차 해소, 적정 수준의 국민의료비 증가 속도 관리로 설정하였고, 추진 방법은 생애주기별 건강증진체계 구축이다. 2008년 보건복지가족부의 건강증진내용은 금연과 흡연예방을 통한 건강생활실천 확산, 영양지원확대, 고혈압 당뇨관리를 통한 예방중심 건강관리, 건강환경 조성, 지역사회를 기본으로 하는 자율적인 건강정책 추진이다(보건복지가족부, 2008).

보건소 중심 건강증진사업은 주민의 만성질환구조에 대응할 수 있어야 하고, 보건소의 공공적 성격을 활용하여 지역주민이 경제적 부담없이 건강증진시설을 이용할 수 있도록 유도하여 삶의 질 향상에 기여할 수 있어야 한다(윤석준, 2006). 이것은 지역주민과 공공 민간이 모두 참여하여 지역주민의 건강의식 개혁과 건강생활실천을 이루는 것을 의미한다. 보건소는 건강증진서비스를 최우선사업으로 강화하고 지역주민은 건강에 대한 가치 및 책임의식을 가지고 스스로 건강관리 할 수 있는 능력을 가지는 것이다(배상수, 1993).

보건소 건강증진 사업에 대한 선행연구로는 건강증진 사업의 실태와 개선방안(변종화, 1998; 김대희, 2000; 이주열, 2000), 보건소의 역할설정(배상수, 2000)이 있다. 건강증진사업의 평가를 다룬 연구로는 송현종(2003)의 보건소 건강증진사업 평가지표 개발, 사업의 질평가를 위한 서영준 등(2003)의 보건소 건강증진사업 수행과정의 질평가, 김일호(2000)의 서울시 보건소를 중심으로 사업 평가 연구, 서미경(2006)의 건강증진정책 평가 및 실천방향이 있다. 건강증진 사업 수행을 활성화시키기 위한 건강증진사업 활성화를 위한 연구로 광민선(2002)의 보건소 건강증진사업 수행체계 개발, 도순자(2005)의 지역주민의 인지도와 이용도를 통한 농촌보건소의 건강증진사업 활성화를 위한 연구 등이 있다.

2. 건강신념 모형

건강신념 모형은 예방적 건강행위를 설명하기 위해 개발한 이래로 건강관련 행태를 설명하는 모형으로 가장 널리 활용되고 있다(Becker, 1986; Rosenstock, 1990; 손재희 외, 1999). 이 모형의 특징은 주관적 인식을 강조하여 개인의 인식이 행동을 결정하는 중요한 요인으로 간주하고 있으며, 단면 연구에서 행동의 다양성을 예측할 수 있어 건강관련행태를 설명하는데 사용되고, 건강행위를

유발시키는 변수에 대한 중재가 가능하므로 연구결과를 현장에서 활용하는 것이 용이하다(조희숙 외, 2004). 건강신념 모형은 건강행위의 수행과 관련된 요인이 무엇인지를 밝히는데 많이 이용되어져 왔다. 건강신념 모형에서 건강행위는 자신이 건강하다고 믿는 사람이 건강을 향상하기 위하여 취하는 행동이다. 개인은 건강과 관련된 행위를 취할 때 여러 가지 선택 가능한 행위의 가능성을 파악하고 가장 유리한 행위를 선택한다(최춘 외, 2006).

모형은 민감도, 심각도, 유익성, 장애성, 행동계기, 자아효능감으로 구성되어 있다(그림 1). 민감도는 자신의 건강에 대한 개인적인 주관으로 가능성을 인지하는 정도에 따라 건강행위가 달라지므로 민감도가 높으면 생각을 행동으로 옮기게 된다. 민감도는 예방적 건강행위의 예측인자로 연구에서 사용된다.

심각도는 건강증진행위를 하지 않았을 때 나타날 수 있는 결과에 대한 주관적인 인식이다. 행동을 결정하는데 객관적인 사실보다 주관적인 심각도가 더 중요하게 작용한다. 심각도의 정도는 건강증진 행위를 하지 않음으로 질병에 걸렸을 때 자신의 죽음이나 신체적, 정신적 문제를 초래할 수 있으며 직업 가정 사회적 관계와 임무수행 등에 영향을 줄 수 있다. 의학적으로는 심각하지 않지만 가족의 심리적 경제적 부담감을 가져온다면 심각하게 지각할 수 있다. 따라서 개인의 심각도 정도에 따라 건강증진행위의 가능성이 달라질 수 있다.

유익성은 건강증진행위가 실천으로 나타날 수 있는 것으로 건강행위의 효율성을 인지하는 것이다. 건강증진행위를 함으로써 건강이 향상되고 질병에 걸리지 않을 것이라든지 혹은 질병에 걸려도 정도를 경미하게 할 수 있을 것이라고 인지하는 것이다.

장애성은 추천하는 행동을 수행 할 때 그로 인해 손실을 감수해야 한다고 느끼는 부정적 요인으로, 실천하는 과정에서 물리적 재정적 및 기타 비용을 의미한다. 유익성이 커도 행위를 수행하기 위해 장애가 많으면 사람들은 행위를 할 가능성이 낮아진다.

행동의 계기는 행동이 일어날 수 있는 구체적인 요소이다. 건강행위에 영향을 미치는 자극으로 적절한 행동의 계기가 주어질 때 건강증진행위가 일어난다. 내적요인은 불편한 증상 통증 피곤감 등의 신체적 상태에 대한 지각이 포함되며, 외적자극에는 매스컴이나 주변의 영향에 의한 외적요인이 존재한다(문정순, 1990).

자아효능감은 예방적 건강행위에 적응하고 이를 완수하는 능력에 관한 지각을 조사하기 위하여 Rosenstock(1990)에 의하여 추가되었다. 자아효능감은 어떤 결과를 얻고자 하는 행동과정을 성공적으로 조직하고 수행할 수 있는 개인의 능력에 대한 판단으로 자아효능감이 높으면 건강증진행위가 향상된다.

이 모형에 따르면 건강행위는 개인이 그 상황에 대한 개인적 감수성을 믿는 경우, 그 상황이 심각한 결과를 가져올 것이라고 인지하는 경우, 또한 행위를 취하는데 있어 유익성이 높고 장애성이

낮다고 인지하는 경우, 적절한 활동계기가 주어지는 경우에 일어날 가능성이 높다고 본다(조희숙 외, 2004).

건강신념 모형이 사용된 최근의 연구로는 Schroetter와 Peck(2008)은 여성대상 심장병 예방을 위한 일차의료 중심 접근에서 장애성이 심장병 검진에 영향을 미치는 변수로 제시하였다. McClenahan 등(2007)은 고환자가검진에서 자아효능감이 가장 설명력 있는 변수라고 하였다. Roden(2004)은 젊은 부부를 대상으로 하는 건강증진행위와 욕구조사 연구에서 건강신념모형을 개념적 틀로 사용하였으며, Poss(2001)는 건강신념 모형을 이용하여 멕시코 이주 노동자의 결핵 검진을 설명하였다.

건강신념모형을 구성하는 변수간의 상호관련성과 인구사회학적 특성과의 관련성을 살펴보면 조희숙 외(2004)의 건강신념 모형을 적용한 한국인 건강관련 행동 연구에 대한 메타분석에서 건강증진행동 중 가장 큰 효과를 미치는 요인은 장애요인을 적게 인지할수록 행동개선으로 연결되었다. 장애요인을 적게 인지할수록 건강행동 실천이 높았고, 질병 자체의 심각성보다는 질병에 걸릴 가능성이 건강행동 실천에 통합효과 크기가 더 크게 나타났다. 건강신념구성 변수 중 행동계기는 건강행동 실천에 영향을 주었고, 방송매체를 통한 홍보와 타인을 통한 간접경험의 효과가 유의한 것으로 나타났다. 건강신념 구성변수간의 상호관련성은 장애성이 가장 큰 효과 있었으며, 질병에 걸릴 가능성, 행동의 계기로 방송매체, 타인을 통한 간접경험의 순이었다. 환자역할행동에 따른 건강신념 모형 구성변수간의 상호관련성은 보건교육이 가장 크게 영향을 미치는 요인이었다. 행동수행에 따른 이익이 크고, 장애가 적을수록 순응도가 증가하였다. 질병을 심각하게 인식하면 순응도가 증가하였으나 메타분석에서 효과 크기가 약한 것으로 나타났다. 박영주 등(2000)의 건강증진행위설명요인에 대한 메타분석에서 건강증진행위는 자아효능감과 지각된 건강상태에 영향을 받았고, 자아효능감과 건강증진행위와는 중정도의 정상관 관계를 보였고 지각된 건강상태는 낮은 정상관 관계를 보이는 것으로 파악하였다.

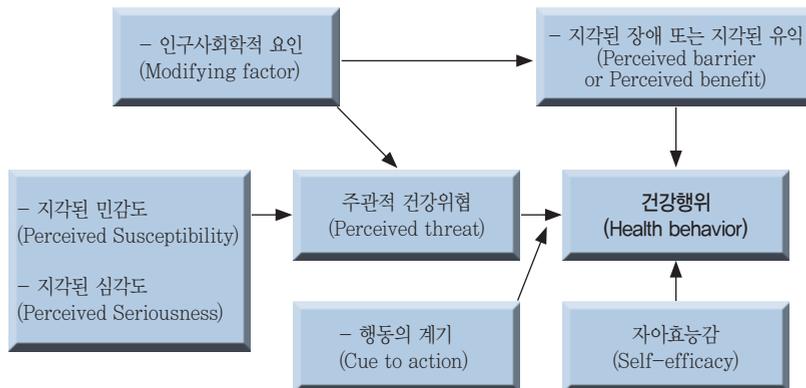
조병만(1999)의 건강신념 모델을 중심으로 도시지역 주민들의 건강행위에 영향을 미치는 연구에서 민감성은 심각성, 대중매체 홍보와는 정상관 관계, 장애정도와는 역상관 관계를 나타내었고, 심각성은 홍보와 정상관 관계, 장애정도와는 역상관 관계를 나타내었다. 그리고 장애정도는 건강행위를 예측하는 가장 유력한 변수이고, 인구사회학적 변수로 성별이 건강행위에 영향을 주고 남성과 여성이 건강행위를 다르게 하는 것으로 파악하였다. 이호진(2002)의 연구에서 학력이 높고 연령이 많으면 건강행위의 이행도가 높은 것으로 나타났고 교육수준과 수입은 암에 대한 심각성과 유의한 상관관계를 나타내었고 건강행위를 취할 가능성은 연령, 성, 교육수준에 영향을 받았다.

이덕철 등(1997)의 성인병 건강검진 순응도에 대한 연구에서 질병에 대한 심각도와 장애성이 예방적 의료행위나 선별검사에 영향을 주는 변수로 지적하였다. 손재희 등(1999)의 근로자의 금연 프로그램 참가의도에 대한 연구에서 흡연으로 인한 질병 발생의 심각성, 금연으로 인한 경제적 이익

성, 금연에 따른 장애정도, 흡연으로 인한 심각성과 금연으로 인한 유익성이 금연 프로그램 참가의도에 영향을 주는 변수임을 확인하였고 금연 참가를 향상시키기 위해서는 심각성, 금연의 유익성에 대한 적극적인 홍보를 강조하였다.

권경원 등(2000)의 초등학교 대상 건강증진행위 연구에서 부모의 경제적 수준은 지각된 건강상태와 장애성과 정상관관계가 있었다. 이병숙 등(2000)의 연구에서 건강신념과 건강행위실천 사이에 유의한 상관관계가 있는 것으로 보고되고 있으며 이영희 등(2002)의 관상동맥질환자의 건강행위 이행에 영향을 미치는 요인연구에서 지각된 장애성과 동기가 운동 이행에 영향을 주는 변수로 파악되었다. 최유선과 정혜선(2004)의 임상간호사의 손 씻기 수행관련 요인 분석에서 지각된 심각성과 지각된 유익성이 손 씻기 인지도와 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났고 지각된 민감성과 지각된 유익성 지각된 장애성은 손 씻기 수행도에서 유의한 변수로 파악되었다.

그림 1. 건강신념모형



III. 연구 방법

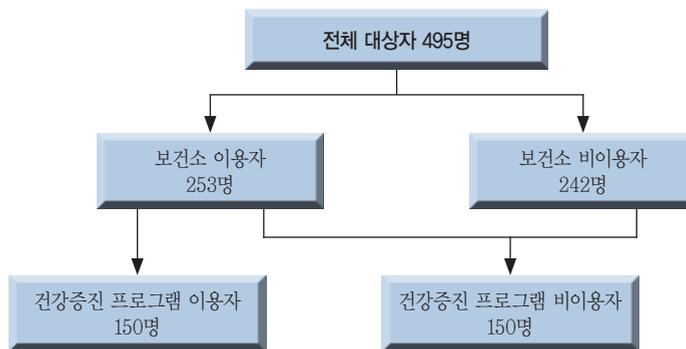
1. 연구대상

2006년 11월 15일부터 12월 5일까지 보건소 건강증진 프로그램 참여 실태를 분석하기 위해 자료 수집을 실시하였다. 대상자의 표집방법은 서울시를 동부, 서부, 북부, 남부를 구분하여 각각의 4개 보건소를 중심으로 진행하였다. 연구에 대해서는 보건소장과 담당자의 동의를 구하였고, 20세 이상 성인을 대상으로 이 연구에 참여하기로 동의한 자를 대상으로 선정하였다. 이용자는 지난 1년 동안 보건소 건강증진프로그램을 이용한 경험이 있는 자로 하였다. 비이용자는 이용자와 연령과 성별 등 인구학적 특성이 비슷한 자로 각 보건소가 위치한 지역에 거주하는 주민으로 보건소의 다른 프로그램을 이용하고 건강증진 프로그램은 이용하지 않는 대상자와 보건소를 전혀 이용하지 않는 대상자

로 구분하였다. 보건소만 이용하고 건강증진 프로그램을 이용하지 않는 대상자는 보건소에서 설문 조사하였다. 보건소를 이용하지 않는 대상자는 보건소가 속해 있는 구에 거주하는 자로 보건소와 일 정거리가 떨어져 있는 지역에서 설문조사하였다.

전체 대상자는 515명 이었으나 그 중 부적절한 응답 20부를 제외하여 최종적으로 495명으로 보 건소 건강증진 프로그램 이용자 150명, 비이용자 345명으로 구성되었다(그림 2).

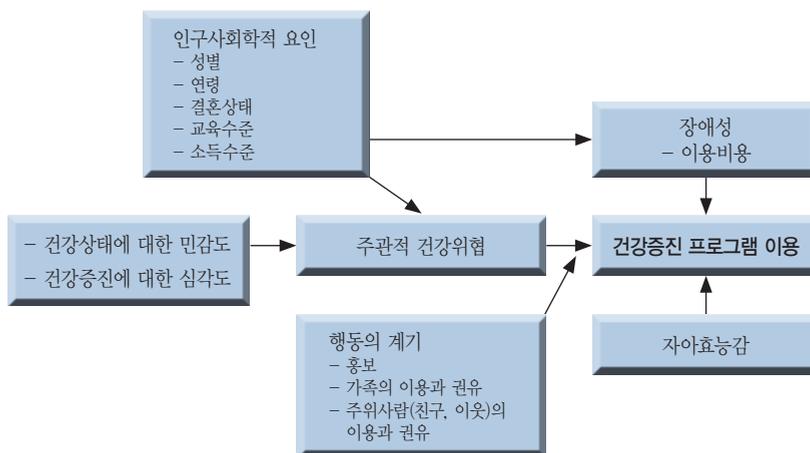
그림 2. 프로그램 이용자



2. 연구의 개념틀

이 연구에서 사용된 개념틀은 건강행태연구에 널리 이용되는 건강신념 모형으로 구성은 다음 과 같다(그림 3).

그림 3. 연구의 개념틀



3. 측정변수의 구성

이 연구에서 사용되는 변수로 종속변수는 보건소 건강증진 프로그램 이용 유무로 지난 1년 동안 보건소 건강증진 프로그램을 이용한 경험이 있으면 '예', 아니면 '아니오'로 답하였다. 구체적으로 보건소 건강증진프로그램은 금연, 스트레스관리, 당뇨예방, 절주, 안전사고 예방, 운동, 영양, 고혈압 예방관리, 구강건강프로그램을 의미한다.

독립변수로는 인구사회학적 변수로 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 소득수준을 측정하였고, 건강신념모형 변수로 건강상태에 대한 민감도, 건강증진에 대한 심각도, 장애성, 행동계기, 자아효능감으로 구성하였다(표 1).

건강상태에 대한 민감도는 자가건강평가로 설문은 MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey, version 2)에서 일반적인 건강지각과 관련된 5문항을 사용하였다. 0, 1, 2, 3, 4 점의 5점 척도이고 부정형 문항은 역으로 환산하여 가능한 점수의 총 범위는 0점에서 20점 사이에 분포하고, 점수가 높으면 자가건강평가가 좋은 것을 의미한다. 김동준(1999)에 의하여 타당도가 검증되어 cronbach's α 는 .89였고, 이 연구에서는 .79이었다.

건강증진에 대한 심각도는 건강증진행위를 하지 않았을 때 미치는 질병위험의 영향을 측정하는 것으로 Becker(1986)의 건강신념 모델을 토대로 문정순(1990)이 개발한 성인의 건강신념 측정도구를 참고로 채효숙(2001)의 연구에서 사용된 것을 사용하였다. '거의 그렇지 않다' 0점에서 '매우 그렇다' 3점으로 가능한 점수 범위는 0점에서 9점이며 점수가 높을수록 건강증진에 대한 심각도가 높은 것을 의미한다. 개발당시의 cronbach's α 는 .89였고 채효숙(2001)의 연구에서 .79이었고, 이 연구에서는 .77이었다.

장애성은 보건소 이용에 따른 인지된 비용 정도로 보건소는 저렴하게 또는 무료로 이용할 수 있는 곳인가를 질문하여 '매우 아니다', '아니다', '보통이다', '그렇다', '매우 그렇다'로 구분하였고 0점에서 4점 사이에 분포하고 점수가 높을수록 저렴하게 또는 무료로 이용할 수 있는 곳으로 비용에 따른 장애성이 적은 것을 의미한다.

자아효능감은 Sherer와 Marddux(1982)가 특정상황에 국한 되지 않는 일반적 상황에서의 자기효능을 측정하고자 개발된 것으로, 이 연구에서는 김주현(1995)이 Sherer와 Marddux(1982)의 일반적 자기효능 척도를 참고로 사용한 문항을 이용하였고, '거의 그렇지 않다' 부터 '매우 그렇다' 까지 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 α 는 .88 이었고, 이 연구에서는 .84이었다.

행동계기는 보건소에서 진행하고 있는 건강증진 프로그램에 대한 홍보를 본 경험이 있는냐를 질문하여 '예', '아니오'로 답하게 하였다. 가족 중에 건강증진 프로그램을 이용하거나 권유하는 것, 친

구나 이웃 등의 주위사람이 건강증진 프로그램을 이용하거나 권유하는 것을 질문하여 ‘예’, ‘아니오’로 답하였다.

홍보는 의료이용에 영향을 미치는 변수이다(최선희, 1996). 홍보는 의료소비자가 필요성을 인식하고 필요에 부응하는 서비스를 제공하여 서비스를 받아들이도록 하는 과정으로 홍보 전략은 건강증진 서비스에 대한 접근성을 높이는 수단이다. 가족의 권유와 이용은 건강과 관련된 행동을 조정하는데 영향을 많이 미치고 건강증진행위를 구성하는 중요한 배경이 된다(Wickrama, et al, 1997). 친구는 개인의 심리적 안정을 추구하는데 영향을 미치는 변수로 건강행위를 하는데 친구의 지지는 행동을 유지하거나 중단하는데 중요하다(Grzywacz & Mark, 2001; Sorenson, et al, 2004). 이웃의 지지는 사회지지로 연결되어 이웃과 함께 건강행위를 하게 되므로 구성변수이다(Sorenson, et al, 2004; Yen & Kaplan, 1998).

표 1. 변수의 구성

구분	측정변수의 내용	척도 수준	도구
인구사회학적 특성	교육수준 연령 성별 결혼상태 소득수준	초등학교졸, 중학교졸 고등학교졸, 대학교졸 세 남자, 여자 기혼, 미혼, 이혼, 사별, 기타 월생활비(백만원)	
건강증진에 대한 심각도	건강증진행위를 하지 않았을때 미치는 질병위험	Likert 4점 척도	채효숙(2001) cronbach's $\alpha=.79$
건강상태에 대한 민감도	자가건강평가	Likert 5점 척도	김동준(1999) cronbach's $\alpha=.89$
자아 효능감	개인의 능력에 대한 판단	Likert 4점 척도	김주현(1995) cronbach's $\alpha=.88$
장애성	보건소 이용에 따른 인지된 비용	Likert 5점 척도	
행동의 계기	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 보건소 건강증진 프로그램 홍보를 본 경험 ▪ 가족의 보건소 건강증진 프로그램 이용과 권유 ▪ 주위사람(친구, 이웃)의 보건소 건강증진 프로그램 이용과 권유 	예, 아니오 예, 아니오 예, 아니오	

4. 분석방법

이 연구에서 수집된 자료는 SPSS 12.0을 이용하여 통계 분석하였다. 전체 대상자의 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 구하였다. 건강증진 프로그램 이용자와 비이용자와의 차이와 프로그램 별 이용자와 비이용자를 비교하기 위해서는 t-test와 χ^2 -test를 실시하였다. 건강증진 프로그램에 따른 분석은 프로그램의 특성과 이용자의 분포를 고려하여 금연, 운동과 영양, 기타 프로그램으로 구분하였다. 인구학적 특성에서 결혼상태는 이혼과 사별이 매우 적어 기혼, 미혼, 기타로 구분하였다. 이변량 분석의 유의수준은 0.05이하로 하였다.

이용에 영향을 미치는 변수를 파악하기 위하여 건강증진 프로그램 이용을 종속변수로 하고 인구사회학적 특성과 건강신념모형 구성변수를 독립변수로 하여 입력방법에 의한 다중 로지스틱 회귀 분석을 실시하였다. 교차비(adjusted odds ratio 이하 adadjusted OR), 95% 신뢰구간(confidence interval, 이하 95% CI), p-value를 구하였고 유의수준은 0.05로 정의하였다. 홍보경험 유무와 가족, 친구 이웃의 권유는 ‘예’ ‘아니오’로 응답한 것을 가변수 처리하였다. 성별은 남 녀, 결혼 상태는 기혼 기타로 나누어 가변수 처리하였다. 다중 로지스틱 회귀분석은 전체 건강증진 프로그램 이용자를 대상으로 하였다. 프로그램에 따른 다중로지스틱 회귀분석은 이용자 수에 제한이 있어 모형의 건전성을 위협할 수 있고, 설명변수가 프로그램별로 상이하였을 때 의미가 있거나 예비분석에서 유의한 변수가 동일하였으므로 제외하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 특성

이 연구에서 종속변수는 보건소 건강증진 프로그램의 이용 유무로, 보건소 건강증진 프로그램을 이용한 응답자는 150명으로 전체의 30.3%이고 이용하지 않는 응답자는 345명으로 전체의 69.7%이다. 대상자의 분포는 보건소 건강증진 프로그램 이용자는 북부지역 39명(26.0%), 동부지역 40명(26.7%), 남부지역 32명(21.3%) 서부지역 39명(26.0%)이었고, 건강증진 프로그램을 이용하지 않는 자는 북부지역 99명(28.7%), 동부지역 102명(29.6%), 남부지역 68명(19.7%), 서부지역 76명(22.0%)으로 4개 지역이 고른 분포를 보였다(표 2). 전체 연구대상자의 인구사회학적 특성은 대졸 46%, 여자 67%, 기혼 74%, 평균 연령 44.71 ± 14.16 , 월 평균 생활비 197.36 ± 117.42 로 나타났다(표 3).

보건소 건강증진프로그램 이용 빈도는 금연프로그램(23%), 운동프로그램(22%), 당뇨예방관리(15%), 고혈압예방관리(15%), 영양프로그램(12%), 스트레스관리(4%), 구강건강프로그램(4%), 안전사고예방(3%), 절주프로그램(2%)의 순으로 금연과 운동 프로그램을 많이 이용하였다(그림 4).

표 2. 지역별 대상자 분포

(N=495)

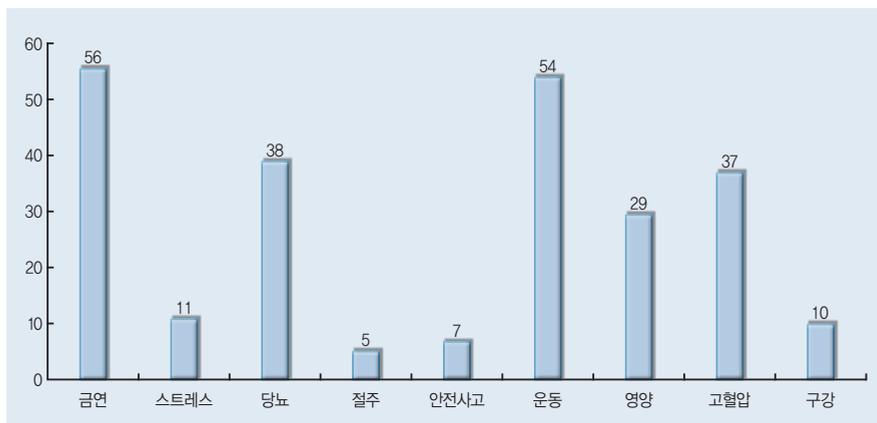
지역	이용함 빈도(%)	이용 안함 빈도(%)
북부	39 (36.0)	99 (28.7)
동부	40 (26.7)	102 (29.6)
남부	32 (21.3)	68 (19.7)
서부	39 (26.0)	76 (22.0)
계	150 (30.3)	345 (69.7)

표 3. 인구사회학적 특성

(N=495)

인구사회학적 특성	구분	빈도	%
교육수준	초졸 이하	36	7
	중졸	40	8
	고졸	190	38
	대졸	229	46
성별	남	165	33
	여	330	67
결혼상태	기혼	367	74
	미혼	107	22
	기타	21	4
월생활비(백만원)		197.36 ± 117.42	
연령(세)		44.71 ± 14.16	

그림 4. 보건소 건강증진 프로그램 이용 빈도(중복응답)



2. 이용자와 비이용자와의 차이 비교

보건소 건강증진 프로그램 이용자와 이용하지 않는 자와의 비교는 다음과 같다(표 4). 이용자는 비이용자에 비해 교육수준($\chi^2 = 31.98, p = .000$), 성별($\chi^2 = 12.44, p = .000$), 결혼상태($\chi^2 = 22.45, p = .000$), 연령($t = 9.85, p = .000$), 건강증진에 대한 심각도($t = 4.87, p = .001$), 인지된 비용($t = 3.00, p = .001$)에서 집단 간 차이가 있었다. 교육수준은 고졸에서, 성별은 여성, 결혼상태는 결혼을 한 사람, 연령이 높은 사람이 건강증진프로그램을 많이 이용하였다. 이용하는 집단은 건강증진에 대한 심각도, 자아효능감이 높았고, 보건소 이용비용을 저렴하게 인지하였다.

가족의 보건소 건강증진 프로그램 이용과 권유($\chi^2 = 56.67, p = .000$), 주위사람의 보건소 건강증진 프로그램의 이용과 권유($\chi^2 = 91.65, p = .000$)에서 이용을 권유받은 집단이 프로그램을 많이 이용하였다. 프로그램 이용자는 건강증진 프로그램 홍보를 많이 경험한 것으로 나타났다. ($\chi^2 = 72.74, p = .000$).

표 4. 이용자와 비이용자와의 차이 비교

(N=495)

변수	구분	이용자(%)(n=150)	비이용자(%)(n=345)	χ^2 t	P
교육수준	초졸 이하	24 (2.8)	12 (2.2)	31.98	.000**
	중졸	21 (4.3)	19 (3.9)		
	고졸	67 (13.6)	123 (24.8)		
	대졸	43 (9.7)	186 (38.7)		
성별	남	67 (44.7)	98 (28.4)	12.44	.000**
	여	83 (55.3)	247 (71.6)		
결혼상태	기혼	129 (26.1)	238 (48.1)	22.45	.000**
	미혼	13 (8.7)	94 (37.2)		
	기타	8 (5.3)	13 (3.7)		
월생활비(백만원)		188.39±113.66	201.04±118.92	1.01	0.35
연령(세)		52.65±12.94	40.11±13.06	9.85	.000**
건강증진에 대한 심각도		6.16±1.90	5.29±1.78	4.87	.000**
건강상태에 대한 민감도		10.59±3.35	10.52±3.04	0.24	.817
자아효능감		13.21±3.41	12.63±3.36	1.70	.094
인지된 비용		3.29±0.80	3.05±0.81	3.00	.001*
홍보	예	116 (23.4)	123 (24.8)	72.74	.000**
	아니오	34 (6.9)	222 (44.8)		
가족의 이용과 권유	예	87 (17.6)	80 (16.2)	56.67	.000**
	아니오	63 (12.7)	265 (53.5)		
친구 이웃의 이용과 권유	예	110 (22.2)	94 (19.0)	91.65	.000**
	아니오	40 (8.1)	251 (50.7)		

* p < .05, ** p < .01

3. 프로그램별 이용자와 비이용자와의 차이 비교

표 5. 프로그램별 이용자와 비이용자와의 차이 비교

변수	구분	금연		운동 영양		기타	
		이용자(%)	비이용자(%)	이용자(%)	비이용자(%)	이용자(%)	비이용자(%)
교육수준	초졸 이하	5 (8.93)	21 (5.2)	6 (9.84)	20 (4.97)	8 (11.94)	18 (5.54)
	중졸	7 (17.50)	33 (8.1)	6 (15.00)	34 (8.46)	12 (17.91)	28 (7.07)
	고졸	24 (42.86)	157 (38.6)	31 (50.82)	150 (37.31)	27 (40.30)	154 (38.89)
	대졸	20 (9.26)	196 (48.2)	18 (29.51)	198 (49.25)	20 (29.85)	196 (49.49)
	t/χ ²	4.21		9.52*		19.40**	
성별	남	45 (78.57)	113 (27.63)	10 (16.39)	147 (36.39)	29 (43.28)	128 (32.16)
	여	11 (21.43)	296 (72.37)	51 (83.61)	257 (63.61)	38 (56.72)	270 (67.84)
	t/χ ²	57.15**		9.47*		3.17	
결혼상태	기혼	45 (80.36)	313 (76.53)	55 (90.2)	303 (75.0)	58 (86.6)	300 (75.4)
	기타	11 (19.64)	96 (23.47)	6 (9.8)	101 (25.0)	9 (13.4)	98 (24.6)
	t/χ ²	0.41		6.88*		4.05*	
월생활비 (백만원)	t/χ ²	192.39±96.04	197.97±119.87	174.10±99.96	200.48±119.34	208.93±101.06	195.60±119.05
		0.30		1.49		0.79	
연령(세)	t/χ ²	49.46±14.25	44.06±14.04	53.92±10.10	43.32±14.17	58.15±11.04	42.44±13.36
		2.70*		5.63*		9.11**	
건강증진에 대한 심각도	t/χ ²	5.70±1.97	5.56±1.86	6.66±1.61	5.41±1.85	6.35±1.75	5.44±1.86
		0.51		4.98*		3.69*	
건강상태에 대한 민감도	t/χ ²	10.28±2.86	10.57±3.17	10.95±3.73	10.48±3.04	10.33±2.83	10.58±3.18
		0.66		1.08		0.60	
자아효능감	t/χ ²	12.90±2.80	12.77±3.48	13.62±2.89	12.66±3.47	13.46±3.80	12.67±3.33
		0.27		2.04		1.73	
인지된 비용	t/χ ²	3.07±0.84	3.12±0.81	3.43±0.56	3.07±0.84	3.31±0.98	3.09±0.80
		0.44		3.25*		2.07*	
홍보	예	41 (73.21)	183 (44.74)	51 (83.61)	173 (42.82)	53 (79.11)	171 (42.96)
	아니오	15 (26.79)	226 (55.26)	10 (16.39)	231 (57.18)	14 (20.96)	277 (57.04)
	t/χ ²	15.99**		35.31**		29.99**	
가족의 이용과 권유	예	35 (62.50)	122 (29.83)	36 (59.02)	121 (29.95)	45 (67.16)	112 (28.14)
	아니오	21 (37.50)	287 (70.17)	25 (40.98)	283 (70.05)	22 (32.84)	286 (71.86)
	t/χ ²	23.50**		20.02**		39.05**	
친구 이웃의 이용과 권유	예	41 (73.21)	155 (37.90)	46 (75.41)	150 (37.13)	52 (77.61)	144 (36.18)
	아니오	15 (26.79)	254 (62.10)	15 (24.59)	254 (62.87)	15 (22.39)	254 (63.82)
	t/χ ²	25.17**		31.85**		40.37**	

* p < .05, ** p < .01

보건소 건강증진프로그램 별 비교를 실시하였다. 건강증진프로그램은 금연, 운동과 영양, 기타, 3개의 프로그램을 분류하여 이변량 분석을 실시하였다(표 5). 금연 프로그램은 남자($\chi^2 = 57.15$, $p = .000$), 연령이 높은 사람($t = 2.70$, $p < .05$), 홍보를 많이 본 사람($\chi^2 = 15.99$, $p = .000$), 가족의 이용과 권유($\chi^2 = 23.50$, $p = .000$), 주위사람이 이용과 권유가 많은 사람($\chi^2 = 25.17$, $p = .000$)이 이용을 많이 하였다.

운동과 영양 프로그램은 고졸의 교육수준($\chi^2 = 9.52$, $p < .05$), 여자($\chi^2 = 9.47$, $p < .05$), 기혼($\chi^2 = 6.88$, $p < .05$), 연령이 높은 사람($t = 5.63$, $p < .05$), 보건소 이용비용이 저렴하다고 인지하는 사람($t = 3.25$, $p < .05$), 건강증진에 대한 심각도가 높은 사람($t = 4.98$, $p < .05$), 홍보를 많이 경험한 사람($\chi^2 = 35.31$, $p = .000$), 가족의 이용과 권유($\chi^2 = 20.02$, $p = .000$), 주위사람이 이용과 권유($\chi^2 = 31.85$, $p = .000$)가 있을 때 많이 이용하였다.

스트레스관리, 당뇨예방, 절주, 안전사고 예방, 고혈압 예방관리, 구강건강관리 프로그램은 고졸($\chi^2 = 19.40$, $p = .000$), 기혼($\chi^2 = 4.05$, $p < .05$), 연령이 높은 사람($t = 9.11$, $p < .05$), 건강증진에 대한 심각도가 높은 사람($t = 3.69$, $p < .05$), 보건소 이용비용이 저렴하다고 인지하는 사람($t = 2.07$, $p < .05$), 홍보를 경험한 사람($\chi^2 = 29.99$, $p = .000$), 가족의 이용과 권유($\chi^2 = 39.05$, $p = .000$), 주위사람의 이용과 권유가 있는 사람($\chi^2 = 40.37$, $p = .000$)이 많이 이용하였다.

4. 건강증진 프로그램 이용 관련 요인 분석

건강증진 프로그램 이용과 관련된 변수는 남성($OR = 2.82$)이 많이 이용하였고, 연령($OR = 1.03$)이 높을수록 이용이 증가하였다. 이용비용이 저렴하다고 인지할수록($OR = 1.72$) 많이 이용하였다. 프로그램에 대한 홍보를 경험한 사람($OR = 3.96$)이 많이 이용하였고, 친구나 이웃이 이용하거나 권유를 받는 사람($OR = 5.40$)이 많이 이용하였다(표 6).

표 6. 건강증진프로그램 이용 관련 변수

변수	구분	Adjusted OR	95% CI	p - value
성별	여성	1.00		
	남성	2.82	1.46~5.44	0.01*
결혼상태	기타	1.00		
	기혼	2.19	0.87~5.53	0.10
교육수준		0.69	0.48~1.00	0.06
연령(세)		1.03	1.01~1.07	0.02*
소득(월생활비)		1.00	1.00~1.00	0.64
건강증진에 대한 심각도		1.15	0.99~1.36	0.12
건강상태에 대한 민감도		1.05	0.96~1.15	0.29

표 6. 계속

변수	구분	Adjusted OR	95% CI	p - value
자아효능감		0.93	0.87~1.03	0.35
인지된 비용		1.72	1.18~2.50	0.00**
홍보	아니오	1.00	2.13~7.37	0.00**
	예	3.96		
가족의 이용과 권유	아니오	1.00	0.48~1.95	0.86
	예	0.96		
친구 이웃의 이용과 권유	아니오	1.00	2.67~10.93	0.00**
	예	5.40		

$\chi^2=171.59, p=0.00$

* $p < .05$, ** $< .001$

V. 고찰

이 연구는 서울시 보건소를 중심으로 건강증진 프로그램 이용과 관련된 요인을 파악하고자 실시되었다. 연구의 표본은 서울시를 4개 권역으로 구분하여 이용자를 추출하여 북부 28%, 동부 29%, 남부 20%, 서부 23%의 분포를 나타내어 서울시 지역인구인 북부 21%, 동부 21%, 남부 29%, 서부 29%와 비교하여 비슷한 분포를 나타내었다.

표본은 권역별로 구분하여 개인단위에서는 편의추출된 표본을 사용하였다. 그러나 정기현(1999)의 서울시 보건소를 중심으로 주민의 보건 의식 행태 및 보건소 이용에 영향을 미치는 요인에 대한 연구에서 보건소 서비스를 이용하는 대상자의 결혼상태는 기혼이 88.4%, 월평균 소득은 101~200만원 수준이 가장 많았고 교육 수준은 고졸이 가장 많아 서울시 보건소 이용자와 이 연구의 대상자와 구성이 유사하였다. 그리고 이가연(2003)의 대도시 보건소 이용자를 중심으로 한 연구에서 고졸의 교육수준이 가장 많았다. 월평균 수입은 150만원에서 200만원 사이가 46%를 차지하여 이 연구의 인구학적 특성과 유사하였다. 이태화 등(2005)의 시범보건소 건강증진사업연구에서 대상자의 평균 연령이 46.80세, 남성 37% 여성 62%, 고졸의 교육수준이 34.3%로 가장 많았고, 결혼상태는 기혼이 85%로 이 연구의 인구학적 특성과 유사하였다.

이 연구는 건강신념 모형을 이용하여 보건소 건강증진 프로그램 이용에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 보건소 이용에 따른 비용 인지 정도, 건강증진 프로그램 홍보경험, 친구 이웃의 이용과 권유, 연령, 성별이 영향을 주는 변수로 나타났다.

건강신념 모형에서 건강증진행위를 결정하는 요인은 인구사회학적 변수와 인지 지각 변수가 있다(Becker, 1986). 인지 지각 변수로 민감도, 심각도, 자아효능감은 믿음, 태도, 가치와 관련되어 건

건강증진행위를 결정짓는 기본적인 요인이다(Glanz et al, 1997) 외국의 건강증진연구에서는 개인이 지각하는 민감도와 심각도가 높으면 건강행위가 증가하였다(Fleury & Lee, 2006). 국내의 건강증진 연구에서는 자아효능감이 가장 설명력 있는 변수로 사용되었다(홍연란, 2006; 권경원 외, 2000; 이지윤과 윤순녕, 2005). 국외의 건강증진연구에서 Pender(1987)는 자아효능감은 건강증진의 핵심적인 변수로 간주하였다. Wickrama 등(1997)은 인지 지각 요인이 건강증진행위에 영향을 미치는 중요변수로 보고하였다. 그러나 이 연구에서는 건강증진에 대한 심각도, 건강상태에 대한 민감도, 자아효능감은 프로그램 이용에 영향을 미치지 않는 변수로 나타나 선행 연구결과와 차이를 보였다. 그리고 행동의 계기를 구성하는 홍보, 친구나 이웃의 권유와 인지된 비용이 영향을 주는 변수로 확인되었다. 이것은 보건소 건강증진 프로그램 이용을 결정하는데 개인적인 특성이 영향을 주어도 행동의 계기를 결정하는 홍보, 친구나 이웃의 권유, 비용이 중요한 변수인 것을 의미한다.

행동을 결정하여 실행하는데 개인적인 인지 지각요인보다는 환경과 상호작용하는 주변의 영향이 큰 것으로, 행위를 할 수 있는 상태가 되어 있더라도 구체적인 행동이 나타나려면 방아쇠역할을 하는 행동의 계기를 구성하는 변수가 중요한 것으로 해석할 수 있다. 행동의 계기에 많이 노출될수록 건강행동을 잘 이행하게 되고 건강행동 실천에 효과가 있으므로, 구체적으로 방송매체를 통한 홍보와 타인을 통한 간접경험이 필요하므로(조희숙 외, 2004), 적극적인 홍보를 통한 건강증진 프로그램 이용을 향상시키는 것이 필요함을 시사한다. 보건소의 건강증진사업의 홍보는 사회마케팅(Social Marketing)을 활용한 방법이 요구되고, 소비자가 필요성을 인식하고 필요에 부응하는 서비스를 받아들여도록 하는 과정으로 구성하여 서비스에 대한 접근성을 높이는 것이 필요하다. 강복수 등(1995)의 연구에서 보건소를 이용하지 않는 이유가 보건소에서 하는 일을 모르기 때문으로 보고되었고, 모현희(2000)의 연구에서 보건소사업의 참여경로가 방문시 홍보물을 본 경험이라는 것은 이를 반영한다. 박재산(2005)의 연구에서 지역보건의료시설을 이용한 경험이 있는 집단이 다시 이용하는 것으로 파악되었고, 미국의 식생활개선을 위한 연구에서 홍보가 실질적인 개선을 유도할 수 있으므로 초점 집단을 선정하여 홍보하는 방법을 제시하고 있다(Sorenson & Linnan, 2004). Green과 kreuter(1991)는 성공적인 건강증진사업은 개인과 지역사회가 함께 건강결정 요소를 변화시키는데 있어 대중의 참여를 중요하게 보았다. 그러므로 보건소에서는 현재보다 적극적으로 해당 보건소에서 실시하고 있는 건강증진 프로그램에 대한 홍보를 실시하여 지역주민의 이용을 활성화시키는 것이 요구된다. 이 연구에서 건강증진프로그램을 이용하는 사람 중 홍보를 본 경험이 있는 사람이 77.3%로 홍보를 보지 못한 사람을 상회하고 있다. 이용하지 않는 집단에서 홍보를 본 경험이 있는 사람은 35.7%이고 보지 못한 사람이 64.3%인 것은 홍보의 중요성을 나타내는 것이라 할 수 있다. 따라서 건강증진 프로그램 참가 의도를 높이기 위해서는 건강증진행위의 유익성을 적극 홍보하는 전략이 필요하다.

이 연구에서 친구 이웃의 이용과 권유는 프로그램 이용에 영향을 주는 변수로 나타나 Wickrama

등(1997)과 Grzywacz와 Marks(2001)의 연구결과와 일치하였다. 친구와 이웃의 지지는 개인의 행동을 유지시키거나 중단시키는데 중요하다. Fleury와 Lee(2006)의 미국 흑인여성을 대상으로 한 연구에서 친구와 함께 건강증진행위를 하거나 친구로부터 권유를 받았을 때는 건강증진 행위가 증가하는 것으로 나타났다. Yen과 Kaplan(1998)은 이웃은 사회적 지지를 구성하는 네트워크를 형성하는 관계로 이웃간 서로 지지를 하는 집단은 이웃이 함께 건강증진 행위를 하는 것으로 보고하였다.

개인의 행동은 이웃, 친구, 지역사회와의 대인관계에서 파악하여야 하고 행동은 개인이 접촉하는 대인관계에서 영향을 받으므로(McLeroy, 2003), 이 연구에서도 친구 이웃이 권유할 때 가장 많이 이용하는 것으로 나타나 선행연구와 일치하였다. 그러므로 이웃과 친구를 활용한 프로그램 참가 유도하는 효과적인 방법이 될 수 있다. 보건소에 대하여 긍정적인 이미지를 가지고 있는 이용자가 지역사회에서 건강리더로 활동하여 다른 대상자를 건강증진 프로그램 참여를 유도하는 순환구조의 형성이 요구된다. 보건소 담당자의 권유보다는 이용자의 권유와 홍보는 경험을 통한 신뢰감을 형성할 수 있으므로 건강증진프로그램 이용으로 유도하는데 성공적인 전략이 될 수 있다.

그러나 가족의 권유는 영향을 미치는 유의한 변수가 아니었다. 이변량 분석에서는 가족의 이용과 권유가 유의하였고 프로그램 별 분석에서도 유의하였으나 회귀분석에서 유의하지 않은 것은 가족의 이용과 권유, 이웃 친구의 이용과 권유 변수 사이에 상관행렬이 존재하거나, 건강증진의 여러 프로그램이 혼합되었기 때문으로 해석할 수 있다. 기존의 연구에서는 가족의 권유는 가장 신뢰할 수 있는 사람이 권하는 것으로 가족은 건강과 관련된 행동을 조정하고 결정하는데 영향을 가장 많이 미치고, 배우자의 권유는 건강행위를 결정하게 하는 요소라는 결과와 차이를 보이고 있다(Grzywacz & Marks, 2001). 간암 검진행위(김성재, 2006)에서는 가족의 권유 등이 가장 중요한 변수였고, Cheadle 등(1989)의 의료이용에 대한 연구에서 가족 친구 이웃의 권유가 영향을 주는 변수로 확인되었다. Grzywacz와 Marks(2001)는 가족이 건강과 관련된 행동을 조정하는데 영향을 미치는 것으로 파악하였다. Fleury와 Lee(2006)는 건강증진행위는 친구와 이웃이 옆에서 같이 대화를 하면서 운동을 할 때 강화되는 것으로 파악하였다. 사회적 관계에서 이웃끼리 운동을 할 때 사회적 지지와 결속력이 강화되는 것으로 나타났다. 박장순(2003)의 의료이용에 미치는 영향 연구에서 주변사람이 권유하였을 때 이용 만족도가 높은 것으로 나타났다. 이와 같이 가족의 이용과 권유가 중요한 변수로 지적한 선행연구와 친구나 이웃의 권유가 중요한 것으로 지적한 선행연구 등 다양한 연구결과가 있다. 그러나 이 연구에서 가장 가까운 가족의 권유가 영향을 미치지 않은 이유는 가족의 권유를 받았던 사람 중에는 친구나 이웃의 권유를 동시에 받은 사람이 많아 건강증진 프로그램 이용 결정에 가족의 추가적인 권유가 크게 영향을 미치지 않았다. 이것은 건강증진행위는 동료가 권했을 때 촉진작용을 하는 것으로 해석할 수 있고 이태화 등(2005)의 건강증진사업 시범여부에 따른 지역주민의 사업인식과 참여 건강행위 비교연구에서 보건소 건강증진사업의 인지경로로 친구 이웃이 권유하였을 때 인지하였고, 인지도가 높으면 참여도가 일관성 있게 높게 나타난 것은 이 연구결과와 일

치하였다. 그러나 가족의 이용과 권유는 선행연구에서 중요한 변수이고 이 연구에서도 이변량 분석에서 통계적으로 의미가 있으므로 간과할 수 없다. 가족의 이용과 권유가 유의하지 않은 것은 프로그램 이용자에게 가족이 없어서인지 혹은 가족이 권유하지 않거나 가족의 권유보다는 이웃과 친구의 권유가 더 효과적인 권유로 인지하는지의 원인 파악을 위해서 반복연구가 필요하고, 가족을 배우자 자녀 등으로 세분화하여 연구를 실시할 필요성이 제기된다.

이 연구에서 인구사회학적 변수로 남성이 이용을 많이 하는 것으로 나타났다. Grzywacz와 Marks(2001)에 의하면 성별은 건강증진행위에 차이를 보여 여성은 교육수준이 높고 연령이 젊을수록 건강증진행위를 많이 하고 남성은 교육수준이 높고 연령이 높으면 건강증진행위를 많이 하였다. 여성은 교육수준이 높은 여성이 젊어서 건강증진행위를 많이 하고 남성은 지속적으로 건강증진행위를 하는 것으로 파악하였다. Bull 등(2006)의 연구에서도 여성이 건강증진행위를 많이 하는 것으로 보고되어 이 연구결과와 차이가 있었다. 이 연구에서 이변량 분석에서는 여성이 남성보다 11% 많이 이용하였으나 회귀분석에서는 남성이 이용에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이것은 보건소마다 건강증진 프로그램으로 금연클리닉을 운영하고 이용하는 대상자의 대부분이 남성이기 때문으로 해석할 수 있다. 이철민(2006)의 전국 10개 보건소 금연 클리닉 시범사업 등록자 중 남성이 압도적으로 많은 것은 이와 같은 해석을 지지해 준다.

연령은 건강증진행위와 관련이 있는 변수로 파악되었다. 우리나라의 건강증진연구에서 김문환과 남철현(1997)의 연구에서 연령이 증가하면 건강증진행위를 많이 하는 것으로 나타나 이 연구결과와 일치하였다. 보건소 이용은 강복수 등(1995)의 연구에서 연령이 증가하면 보건소 이용이 증가하였으나 이가연(2003)의 연구에서는 연령은 관련성이 없었다. 이 연구에서는 연령이 증가할수록 건강증진 프로그램을 많이 이용하였다. 이것은 보건소가 주로 노인층이 많이 이용하므로 건강증진 프로그램도 보건소 내에 있으므로 연령이 많은 집단이 많이 이용하는 것으로 해석할 수 있다. 이것은 이변량분석에서 이용집단의 평균연령이 비이용집단보다 높게 나타났다. 그러나 Ainworth 등(2003)의 연구에서 연령이 증가하면서 사회심리적인 역동성과 심폐기능의 저하로 신체의 움직임이 줄어들어 건강증진 행위가 감소한다고 하여 이 연구결과와 상이하였다. Grzywacz와 Marks(2001)의 연구에서 남성은 연령이 많아지면 건강증진행위를 많이 하였으므로, 남자와 여자를 분리하여 분석하는 것도 의미있는 작업이 될 수 있을 것으로 사료된다. 또한 젊은 사람들의 건강증진 프로그램 이용을 확대하기 위하여 현재 일부 시도되고 있는 토요일 또는 야간의 보건소 개방을 확대하는 것도 대안이 될 수 있다. 토요일과 야간에 이용자 연령에 적합한 건강증진 프로그램을 운영하면 건강증진 프로그램을 전 연령대로 확산할 수 있고, 생애주기별 건강증진사업이 보건소에서 실천될 수 있는 계기가 될 수 있다.

이 연구는 목적적 표본 설계 방법에 의해 선정된 표본을 연구대상으로 한다는 점에서 일반화 가능성의 한계를 가지고 있다. 즉 연구대상이 서울지역에 국한되어 있고 교통접근성, 홍보접근성 등 요

인이 다를 가능성이 있지만 이러한 특성이 비슷한 집단에서 추출하지 못했기 때문에 이 연구의 결과를 전체 한국 보건소 건강증진 프로그램 이용에 적용시키기에는 외적 타당성의 문제가 있다. 그러나 이러한 한계에도 불구하고 이 연구는 보건소 건강증진 프로그램 이용을 향상시키기 위한 가장 중요한 변수로 친구와 이웃의 권유와 홍보의 중요성을 밝히고 있다는 점에서 의의를 가진다.

VI. 결론

보건소 건강증진 프로그램 이용에 대한 연구는 궁극적으로 지역주민의 건강을 유지 증진하고 국민건강수준을 향상하기 위함이다. 이를 위하여 예방적 접근과 행태개선사업을 위하여 공공보건기관인 보건소가 중심이 되어 건강증진사업을 성공적으로 확대하기 위하여 이 연구결과를 바탕으로 제안을 하면 다음과 같다.

첫째, 건강증진사업은 개인의 건강에 대한 민감성 심각성을 강조하는 것에서 벗어나 행동의 계기가 되는 홍보, 친구나 이웃의 권유를 통하여 건강증진을 할 수 있는 주위환경을 조성하는 것이 필요하다. 이전의 건강증진을 위한 질병에 대한 공포주입식 방법보다는 긍정적인 방법으로 스스로가 선택하고 필요에 의해 할 수 있도록 하고 이를 위하여 건강증진프로그램에 대한 적극적인 홍보를 실시하여 보건소에서 필요한 프로그램을 이용할 수 있다는 인식을 확산시키는 것이 중요하다.

둘째, 친구나 이웃의 권유는 보건소 건강증진 프로그램 이용에 영향을 미치는 변수로 확인되었으므로 친구나 이웃을 통한 마케팅이 필요하다. 친구와 이웃 권유는 사회적 환경을 지지적인 상태로 바꾸어 환경자산을 구성한다. 유사한 사람들 간의 관계유형을 형성하고, 사회적 지지체계를 형성하여 건강증진에 대한 격려와 지지 관심을 표명하여 건강증진에 대한 문제해결을 할 수 있는 기초를 마련할 수 있다. 보건소는 지역에 존재함으로써 같은 지역에 거주하는 이웃을 하나의 단위로 하여 건강증진프로그램에 참여를 집단으로 권유하고 집단을 위한 프로그램을 개발하는 것이 필요하다. 보건소 건강증진실에 집단을 위한 시간을 마련하고 멘토를 정하여 스스로 관리하게 하는 역량 강화로 이웃을 단위로 하는 집단 건강증진능력 개발 향상을 이룰 수 있다. 더불어 직원은 멘토를 통한 집단을 관리하므로 직원의 업무부담도 줄일 수 있다. 이러한 행위는 인구사회학적 변수에서 연령이 유의한 변수이므로 비슷한 나이의 집단을 건강증진프로그램을 이용하는 집단으로 결성하여 건강증진 행위를 긍정적인 방향을 나아가도록 임파워먼트를 주어 도와주는 것이 방법이 될 수 있다. Linnan 등(2001)은 이와 같은 행위를 포괄 집단의 압력으로 표현하였고 지역의 리더나 동료와 협조하여 건강증진 행위를 증가할 수 있다는 연구결과를 발표하였다.

셋째, 보건소 건강증진 프로그램에 대한 홍보는 중요하다. 보건소에서 실시하고 있는 건강증진 프로그램의 유의성을 홍보하여 이용향상을 꾀할 수 있다. 그리고 보건소 건강증진 프로그램의 홍보

는 지역주민의 수용을 극대화 할 수 있도록 프로그램의 내용, 비용, 가치, 기대되는 효과 등을 설명하여 동기부여를 하는 것이 중요하고, 이용자가 스스로 가치를 느낄 수 있도록 이용자 지향적인 홍보전략이 필요하다. 건강증진프로그램에 있어 지역적 특성이나 주민들의 인구사회학적 특성을 고려하여 적절한 홍보전략을 세우는 것은 보건소 건강증진 프로그램을 활성화 시킬 수 있는 방법이 될 수 있다. 이와 같이 보건소 건강증진프로그램에 대한 홍보는 이용의 증가를 가져오므로 적극적인 홍보 마케팅이 필요하다. 장기적으로 사고체계를 바꾸고 상업적인 마케팅기법도 사용하여 지역주민을 대상으로 정책적 프로그램의 수용이나 정부의 정책 수용을 극대화하고자 하는 서비스를 중심으로 마케팅을 실시하여 보건소 건강증진이용을 향상시킬 필요성이 있다.

이 연구는 보건소 건강증진프로그램 이용과 관련된 요인을 밝히고자 하였으나 실시되고 있는 프로그램에 따른 차이를 두지 않았으므로 객관적 검증이 부족한 한계를 지닌다. 하지만 기존 국내연구보다 많은 수를 대상으로 하였고 서울을 세분화하여 분석하였으므로 이용에 미치는 요인을 확인하였다는데 의미가 있다. 건강증진사업은 계속 확대되고 외국에서도 지속적인 연구가 진행되므로 농촌과 도시를 비교연구를 실시하여 도시와 농촌 간의 차이를 규명하는 것도 의미 있는 작업이 될 수 있을 것이다. 보건소 건강증진 프로그램은 지역주민의 건강향상과 건강도시 형성에 필수적인 국가사업이므로 반복적인 연구를 통해 보다 체계적인 접근방법이 도출될 수 있도록 하는 것이 필요하다.

윤희상은 University of Glasgow에서 보건학 석사, 이화여자대학교에서 간호학 박사를 받았으며 현재 서울여자간호대학 전임강사로 재직중이다. 주요관심분야는 건강증진이며 현재 보건소 건강증진프로그램, 주민건강대학 등을 연구하고 있다(E-mail: shinhosung@gmail.com).

이혜영은 서울대학교에서 간호학 석, 박사를 받았으며 현재 University of Leeds, School of Health care에서 박사후 연구원으로 재직 중이다. 주요관심분야는 만성질환자의 건강증진이다(E-mail: hy59@snu.ac.kr).

이숙경은 현재 이화여자대학교 간호학 박사과정 중으로 주요관심분야는 간호경영으로 비용효과분석을 연구하고 있다(E-mail: kmamy@hanmail.net).

참고 문헌

- 강복수, 이경수, 김천태(1995). 도시 보건소 보건의료서비스 이용의 결정요인. 보건행정학회지, 5(2): pp.104-126.
- 곽민선(2002). 건강증진사업 활성화를 위한 보건소 건강증진사업 수행체계 개발. 석사학위논문, 간호학과, 서울대학교 대학원, 서울.
- 김대희(2000). 한국건강증진 사업 방향의 문제점에 대한 연구. 보건교육 건강증진학회지, 17(2).
- 김동준(1999). 악성 근골격계 증양환자의 기능평가와 삶의 질 평가에 관한 연구. 서울대학교 석사학위논문, 서울.
- 김문환, 남철현(1997). 노인에 있어 건강행위연구. 한국노년학연구, 17(1), pp.148-158.
- 김성재(2006). 건강신념모델에 의한 간암검진 미수검자들의 건강의식 : 부산지역 국민건강보험 지역 가입자들을 대상으로. 석사학위논문, 의료복지행정학과, 고신대학교, 부산.
- 김진현, 유왕근(1999). 보건사업의 효율성 평가와 정책적 의의-DEA를 이용한 경상남도 사례 분석. 보건행정학회지, 9(4): pp.87-119.
- 권경원, 감 신, 박기수(2000). 초등학교 학생의 건강해위실천에 영향을 미치는 요인 -건강증진모델을 기초로- 예방의학회지, 33(2): pp.137-149.
- 김일호(2000). 지역사회 건강 증진 사업 평가 연구 : 서울시 각 구 보건소 중심으로. 석사학위논문, 인구학과, 서울대학교 대학원, 서울.
- 김주현(1995). 혈액투석환자에게 적용한 지시적 심상요법의 효과. 박사학위논문, 간호학과, 서울대학교 대학원, 서울.
- 남정자(2000). 보건소의 건강증진 사업을 위한 보건교육전략. 보건교육 건강증진 학회지, 7(1): pp.171-184.
- 도순자(2005). 농·어촌 지역 보건소 건강증진사업의 활성화에 관한 연구 : 주민의 인지도와 이용도를 중심으로. 서울대학교 석사학위 논문, 서울.
- 모현희(2000). 보건소 이용자에 대한 만족도 조사 연구. 석사학위 논문, 보건행정학과, 연세대학교 대학원, 서울.
- 문정순(1990). 성인의 건강신념 측정도구 개발 연구. 박사학위논문, 간호학과, 연세대학교 대학원, 서울.
- 박영주, 이숙자, 박은숙, 유호신, 이재원, 장성옥(2000). 건강증진행위설명 요인에 대한 메타분석. 대한간호학회지, 30(4), pp.836-846.
- 박장순, 유승흠, 손태용, 박은철(2003). 의료이용 전, 후 기대와 만족수준 비교. 병원경영학회지, 8(1): pp.112-134.

- 박재산(2005). 보건소 이용자의 의료서비스 만족도에 영향을 미치는 요인. 보건교육 건강증진학회지, 22(1): pp.147-160.
- 배상수(2000). 지역보건법을 중심으로 한 보건소 기능의 재정립, 21세기 공공보건의료체계의 역할. 2000년도 한국보건행정학회 후기 학술대회. pp.66-89.
- 배상수, 함수근(2007). 국민건강증진사업 추진체계의 확충과 다각화 ; 보건소 건강증진사업 체계의 강화방안, 대한보건연구, 33(1), pp.13-13.
- 백지은(2003). 보건소 건강증진사업. 수요토픽리뷰, 서울.
- 변중화(1998). 서울시민 건강증진 목표설정 및 정책개발. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부 2008. www.moha.go.kr.
- 손재희, 김성아, 감 신, 예민해, 박기수, 오희숙(1999). 근로자의 금연 프로그램 참가 의도와 관련된 요인, 예방의학회지, 32(3), pp.297-305.
- 서영준, 이동현, 손동국, 정승원, 정애숙, 박남수, 김주경, 이희원, 이무식(2004). 보건소 건강증진 사업 성과지표개발. 보건교육 건강증진 학회지, 21(2): pp.1-16.
- 서미경(2006). 건강증진정책 평가 및 실천방향. 서울: 한국보건사회연구원.
- 송현종(2003). 보건소 건강증진사업평가지표개발. 박사학위논문, 연세대학교 대학원, 서울.
- 윤석준(2006). 건강증진서비스 확충을 통한 일자리 창출 기대효과에 관한 연구. 서울: 건강증진사업단.
- 윤희상(2007). 보건소 건강증진 프로그램 이용에 대한 사회생태모형분석, 박사학위논문, 간호학과, 이화여자대학교, 서울.
- 이병수, 김미영, 김미현, 김선경(2000). 우리나라 일부 대학생의 건강신념 및 건강행위 실천도. 대한간호학회지, 30(1), pp.213-224.
- 이영희, 김화순, 조의영(2002). 관상동맥질환자의 건강행위 이행에 영향을 미치는 요인-건강신념 변수를 중심으로. 대한간호학회지, 31(1), pp.40-49.
- 이가연(2000). 일 대도시 보건소 이용자의 보건의료서비스 만족도. 보건행정학회지, 13(4): pp.28-47.
- 이선희, 조희숙, 박영숙, 김한중, 손명세, 박혜숙, 이지전, 이상욱(1998). 보건소 건강증진사업에 서의 전략적 사업영역결정. 보건행정학회지, 8(2): pp.110-124.
- 이주열(2007). 보건소 건강증진사업의 과거와 미래. 보건교육건강증진학회지, 24(2): pp.135-148.
- 이지윤, 윤순녕(2005). 도시와 농촌지역 여성 노인의 건강증진행위와 관련요인 비교. 지역사회간호 학회지, 1, pp.13-22.
- 이철민, 조경숙, 원소영, 김 열, 유상호, 이정운, 최재경, 윤대현, 이종구(2006). 금연 클리닉에서 남성의 장·단기 금연 성공과 관련된 요인: 2004년 보건소 금연 시범 사업 분석. 대한 임상 건강증진학회지, 6(1): pp.37-45.
- 이태화, 이정렬, 김희순, 함옥경(2005). 건강증진사업 시범 여부에 따른 지역주민의 사업인식과 참여도, 건강행위 비교연구. 대한간호학회지, 35(3): pp461-468.

- 이호진(2000). 학교 주변 유해환경 이용과 청소년의 건강위험행태분석; 건강신념 모델을 적용하여. 석사학위논문. 이화여자대학교, 서울.
- 조병만(1999). 도시지역 주민들의 건강행위에 영향을 미치는 인자 -건강신념 모델을 중심으로- 한국역학회지, 21(2), pp.151-157.
- 조희숙, 김춘배, 이희원, 전현재(2004). 건강신념 모형을 적용한 한국인 건강관련 행동 연구에 대한 메타분석. 한국심리학회지, 9(1): pp.69-84.
- 정기현(1999). 도시지역 주민의 보건의식행태 및 보건소 이용에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 : 서울시 1개구를 중심으로. 석사학위논문. 서울대학교, 서울.
- 최효숙(2001). 건강신념모형을 이용한 대학생의 음주 관련 요인 분석. 석사학위 논문. 연세대학교, 서울
- 최선희(1996). 일 지역사회종합병원의 마케팅 실태에 관한 조사연구. 석사학위 논문, 한양대학교 행정대학원, 서울.
- 최유정, 정혜선(2004). 건강신념모형을 적용한 임상간호사의 손씻기 수행관련 요인분석. 임상간호연구, 9(2), pp.32-41.
- 최 춘, 박 중, 강명근, 김기순(2006). 일부노인의 B형 간염 예방접종 이행과 건강신념과의 관련성, 보건교육 건강증진학회지, 123(4); pp.89-104.
- 홍연란(2006). 초등학교 고학년 아동의 건강증진행위 구조모형. 지역사회간호학회지, 1, pp.102-111.
- Ainsworth, B. E., Wilcox, S., Thompson, W. W., Richter, D. L., Henderson, K. A, (2003) Personal, Social, and physical environmental correlates of physical activity in African American woman in South Carolina. *American Journal of Preventive Medicine*, 25:S-3-S29.
- Becker, M. H. (1986). The Tyranny of Health Promotion. *Public Health Review*, 14: pp.15-25.
- Bull, S., & Shhlay, J. (2005). Promoting “Dual Protection” From Pregnancy and Sexually Transmitted Disease: A Social Ecological Approach”, *Health Promotion Practice*, 1(6), pp.72-80.
- Cheadle, A., Bruce, M., Diehr, P., Koepsell, T., Wagner, E., Wickezer, T., & Curry, S. (1989) An Empirical Exploration of a Conceptual Model for Community Based Health Promotion. *International Quarterly of Community Health Education*, 13: pp.329-363.
- Fleury, J., & Lee, S. (2006). The Social Ecological Model and Physical Activity in African American Women, *American Journal of Community Psychology*, 10.
- Glanz, K., Lewis, F., & Rimer, B. (1997). Linking Theory, Research and Practice, in Health behavior and Health Education, San Frances; Jossey-Bass.

- Green, L., Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*, 2nd ed. Mayfield; Mountain View, CA.
- Grzywacz, J.G., & Marks, N. (2001). Social Inequalities and Exercise during Adulthood: Toward an Ecological Perspective. *Journal of Health and Social Behavior* 42, pp.202-220.
- Linnan, L., Sorensen, G., Colditz, G., Klar, N., & Emmoms, K. (2001). Using Theory to Understand the Multiple Determinants of Low Participation in Work site Health Promotion Programs. *Health Education & Behavior*, 28(5), pp.591-607.
- Dolansky, M. (2001). *Effect of Cardiac Rehabilitation on older Adult's Recovery Outcomes Following Coronary Artery Bypass Surgery*. Pd. D Dissertation Case Western Reserve University.
- McClenahan, C., Shevlin, N., Adamson, G., Bennett, C., O'Neill, B. (2007). Testicular self-examination: a test of the health belief model and the theory of planned behaviour. *Health Education Research*, 22(2): pp.272-84.
- McLeroy. (2003). Community-Based Interventions, *American Journal of Public Health*, 93(4): pp.529-533.
- Pender, N. J. (1987). Attitudes, subjective norms and intentions engage in health behavior. *Nursing research*, 35, 15-18.
- Poss, J. (2001). Developing a New Model for Cross-Cultural Research: Synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. *Innovative Methodologies, Advances in Nursing Science*, 23(4): pp.1-15.
- Riley, B. L., Taylor, M., & Elliott, S. (2001). Determinants of implementing heart health promotion activities in Ontario public health units: a social ecological perspective. *Health Education Research*, 16(4), pp.425-441.
- Rosenstock, I. M. (1990). *The health belief model: Explaining health behavior through expectancies in health behavior & health education theory research & practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Roden, J. (2004). Revisiting the Health Belief Model: Nurses applying it to young families and their health promotion needs, *Nursing & Health Sciences*, 6(1), pp.1-10.
- Sherer, M., Maddux, J. E. (1982). The self-efficacy scale : Construction & Validation. *Psychological Report*, 51, pp.663-671.
- Sorenson, G., Linnan, L., Hunt, M, K. (2004). Worksite-based research and initiatives to

- increase fruit and vegetable consumption, *Preventive Medicine*, 39: S94–S100.
- Wickrama, K., Lorez, F., Conger, D., & Elder, G. (1997). Marital quality and physical illness: A latent growth curve analysis. *Journal of Marriage & the Family*, 59: pp.143–155.
- Yen, I. H., & Kaplan, G. A. (1998). Poverty area residence and change in physical activity level: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health*, 88: pp.1709–1701.
- Schroetter, S. A., Peck, S. D. (2008). Women's risk of heart disease: promoting awareness and prevention – a primary care approach. *Medical Surgical Nursing*, 17 (2), pp.107–113.

Factors Associated with the Use of Health Promotion Program -Seoul Community Health Center-

Hee Sang Yoon
Seoul Women's College of Nursing

Hae-young Lee
University of Leeds

Sook kyung Lee
Ewha womans University

It is well-known that health promotion is the most important factor for healthy life. Health promotion programs, such as those for smoking cessation, reducing drinking, exercise, nutrition provided by community health centers, are proven to be economic and excellent. However, the number of users is very limited, and most of the community residents are not using these programs. This study aims at analyzing the factors associated with the use of the health promotion programs, and recommend policy measures that may increase the utilization rate of these programs.

The conceptual framework used in the research is health belief model. We adopted the use of health promotion program of community health center as dependent variable. Independent variables are sex, age, marital status, education level and income status, perceived susceptibility, seriousness, self-efficacy, perceived cost, promotion of program recommendation of family, friend, neighbor.

The data was collected through a survey. For the survey, Seoul was divided into 4 areas: eastern, western, northern, and southern area. From each area, one community health center was chosen from the ones that wanted to participate. Total number of observations was 495: 150 users and 345 non users. We used frequency table, t-test, chi square test and logistic regression for the analysis.

Logistic analysis was performed to compare those users and nonusers. 'sex' and 'age' were socio-demographic factors that showed a statistically significant influence with users. Male(OR=2.82, p=0.01) and older age(OR=1.03, p=0.02) showed a higher likelihood of users compare to female and younger ages. Promotion(OR=3.96, p=0.00), recommendation of friend and neighbor(OR=5.40, p=0.00), and perceived cost(OR=1.72, p=0.00) were significant factors at the component of health belief model.

Therefore, it is necessary to support the environment of health promotion beyond individual concern of seriousness and susceptibility. It is also necessary to implement an effective and user-friendly marketing strategy. Because the factors which have strong influence on the use of health promotion program are recommendation of friends and neighbor, promotion and perceived cost.

KEY WORDS

Health Promotion Program, Health Belief Model, Community Health Center, Utilization