

# 지역주민 참여에 영향을 미치는 건강증진사업 지원요인 -일개 광역시 일 만보 걷기사업을 중심으로-

## Supporting Factors Affecting Citizen Engagement in Community Health Promotion Program

-Focused on 10,000-Step Walking Program of a Metropolitan City-

문선미\*, 강소영\*\*

부산광역시 남구보건소\*, 부산가톨릭대학교 간호학과\*\*

Sun-Mi Moom(sunmi65@korea.kr)\*, So-Young Kang(kang0026cup.ac.kr)\*\*

### 요약

본 연구는 지역사회 건강증진사업에서 주민참여에 영향을 미치는 사업지원요인을 규명하기 위한 서술적 연구이다. B시에서 주최한 3개월간 일반보 걷기사업을 중도에 포기하지 않고 끝까지 참여한 지역주민 418명을 대상으로 하였다. 자료는 자기보고식 설문지를 이용하여 수집하였고, T검정과 분산분석, 다중회귀분석으로 분석하였다. 사업 참여자 중 물리적 지원(만보기( $p < .001$ ), 걷기기록장( $p < .001$ ), 실천저금통( $p = .002$ ))을 이용하거나, 정보적 지원(걷기교육, 주민리더교육)에 참여하거나( $p < .001$ ), 촉진행사 및 모임(보건소별 걷기모임)에 참여횟수가 많거나( $p < .001$ ), 파트너십(걷기 동아리에 소속된 경우)에 따라서( $p < .001$ ) 걷기 참여일수는 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 또한 걷기 기록장 사용, 동아리 소속이 걷기 참여의 유의한 영향요인으로 나타났다. 따라서 추후 건강증진 사업운영 시 참여자의 건강증진 행위실천을 돕기 위한 물품을 지원하고 파트너십을 구축(모임, 동아리) 하는 등 주민참여 향상을 위한 다양한 정책전략이 필요하다.

■ 중심어 : | 참여 | 지역사회 | 지역주민 | 건강증진 |

### Abstract

This study aimed at examining the factors affecting citizen engagement in community health promotion program that a local government offered for residents. A descriptive study was conducted with a sample of 418 participants who completed 10,000-Step Walking Program, sponsored by the local government of B city. Data were collected, using a self-reported questionnaire, and analyzed with statistical methods, including T-test, ANOVA, and multiple regression. There were significantly different in the number of participation days in the program by material support(pace counter( $p < .001$ ), exercise notebook( $p < .001$ ), piggy bank( $p = .002$ )), informational support(Walking training, leadership training)( $p < .001$ ), promotion events and meetings, and membership of exercise club( $p < .001$ ). Using exercise notebook( $p < .001$ ) and exercise club membership( $p < .001$ ) were the supporting factors affecting citizen engagement in the walking program. This research shows that various political plans for providing material and social supports including walking activity aids, community club forming are needed to encouraging citizens' participation in health promotion programs.

■ keyword : | Engagement | Community | Resident | Health Promotion |

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

1992년부터 성인병 예방, 암 예방을 위한 건강검진과 보건교육을 실시하면서 건강증진 개념이 정부 정책으로 도입되기 시작했다[1]. 이후 2005년부터 보건소에서 개인 생활습관(금연, 절주, 운동, 영양 등) 중심의 '건강생활실천사업'을 실시하면서 본격적인 건강증진사업을 추진하게 되었다.

지난 10여 년간 건강증진사업을 시행했음에도 불구하고 지역사회 주민의 걷기 실천율('05년 60.7%, '14년 41.7%)<sup>1)</sup>이나 고위험 음주율('05년 11.6%, '14년 13.5%)<sup>2)</sup>과 같은 개인 생활습관은 개선되지 않고 오히려 악화된 경우가 있다[2]. 또한 지역사회 건강증진사업 추진 시, 지역주민을 사업주체가 아닌 사업대상자로만 한정하여 사업을 기획하고 진행하였기에 주민의 자발적인 참여나 그로부터 나타나는 실제적인 사업효과는 부진하여 건강증진사업의 한계가 드러났다[3].

2002년 세계보건기구(WHO) 보고서에서는 '지역사회에 소속된 개인과 집단, 이해관계자들의 건강의제를 파악·결정하고 그들의 경험과 의견을 공유하고 반영하는 참여과정은 중요하다. 이를 통해 건강증진사업에 대한 그들의 관심이 증가되고, 주인의식이 함양되어 사업의 효과적인 통합이나 융합이 가능하다'고 강조했다[4]. 이는 '참여'가 21세기 건강증진사업의 핵심개념으로 건강증진사업 개발·운영 시 필요할 뿐 아니라, 사업이나 활동에 참여하는 그 자체가 건강증진에 유익함을 의미한다[5-8].

최근 우리나라에서도 건강증진사업의 효율적인 사업수행을 위하여 '주민참여'를 강조하고 있다. 이에 2012년부터 보건복지부에서 전국 16개 보건소에 '지역사회 참여형 건강증진사업'을 시범운영하고 있다. 참여형 건강증진사업은 지역사회 주민이 주체가 되어 능동적으로 사업 전 과정에 참여하여 건강행태뿐만 아니라 사회환경 등을 포함한 지역사회 전반을 변화시키고자 한다[6][9][10].

그러나 참여형 건강증진사업을 개발하여 운영하기에 보건소 사업담당자들이나 정책결정자들이 주민참여에 대한 인식이나 이해가 부족하고, 주민 역시 기존에 시행하던 시혜적인 보건사업 방식에 익숙하여 사업의 주체자로서 적극적으로 참여하기 어려운 실정이다. 이처럼 정책적으로 참여의 중요성을 강조하고 있으나 간호·보건분야에서 주민참여 연구는 주민 역량강화, 임파워먼트 관련 참여학습, 건강증진사업 출석횟수에 따른 참여 현황과약 정도만이 보고되고 있어, 건강증진사업에서 주민참여를 좌우하는 영향요인에 관한 선행연구는 부족하다[11].

일개 광역시에서는 참여사업의 일환으로 2011년부터 시민들을 대상으로 '1530 건강걷기 ; 3개월간 일반보건의사업(이하 '1530 건강걷기'로 기술)을 올해로 5년째 추진하고 있다. '1530 건강걷기'는 걷기사업으로 시작하여 동아리를 결성하고 자발적인 걷기동아리로 연계하는 참여형 건강증진사업이다. 1530 건강걷기사업은 걷기기록장 작성, 걷기대회 개최, 주민교육, 지역별 걷기동아리 결성 등 주민들의 걷기활동 참여를 지속시키기 위한 다양한 전략들을 함께 추진하고 있다.

건강증진사업 성과는 건강습관 개선, 나아가 건강수준 향상이지만 실제 단기간의 사업운영으로 그 성과를 파악할 수는 없다. 따라서 건강증진 활동 참여를 건강향상의 전제조건으로 규정하고, 본 연구에서는 걷기 참여일수를 결과목표로 걷기 참여일수에 미치는 영향요인을 파악하고자 한다.

본 연구는 2014년 일개 광역시 '1530 건강걷기' 참여자 중 3개월간 걷기활동에 참여한 자를 대상으로 걷기 참여일수를 종속결과로 대상자의 참여유도를 위해 추진한 전략(물리적 지원, 정보적 지원, 연락접촉 유형, 촉진행사, 파트너십) 중 걷기 참여일수에 영향을 미치는 요인을 분석하여, 지역사회 참여형 건강증진사업에서 주민참여를 위한 기초자료를 제공하여, 주민참여 정착에 기여하고자 한다.

## II. 이론적 배경

### 1. 건강증진사업

1) 걷기실천율 : 최근 1주일 동안 걷기를 1회 10분 이상, 1일 총 30분 이상 주 5일 이상 실천한 분율

2) 고위험음주율 : 1회 평균 음주량이 7잔(여자 5잔) 이상이며 주 2회 이상 음주하는 분율

우리나라는 1992년 제7차 경제사회발전계획부터 건강증진 개념을 정책으로 도입하여 암, 성인병 예방을 위한 보건교육과 건강검진을 실시했다[1]. 이어 1995년 ‘국민건강증진법’을 제정하여 건강증진사업 추진의 제도적 기반을 만들었고, 이를 기반으로 건강증진기금을 조성했다. 1997년부터는 15개 보건소에서 건강증진사업 모형개발을 시작했고[1][12][13], 2002년 이후 금연, 운동, 영양, 절주 등의 건강생활실천사업을 점차 확대했다. 2005년부터는 건강증진사업을 전국 보건소에서 추진하게 되었다[12][14]. 2005년부터 추진한 건강생활실천사업은 흡연, 음주, 식습관, 운동부족 등 잘못된 생활습관을 건강 위협원인으로 판단하여, 개인별 특성을 고려한 일대일 상담, 교육, 인식 개선을 위한 홍보 등을 추진했다[14]. 이후 2008년부터는 ‘지역특화 건강행태개선사업’으로 사업명을 변경하고, 지역 특성을 반영하여 금연, 절주, 운동, 영양, 비판사업을 추진하도록 했다[15].

2005년부터 최근까지 보건소에서 추진하고 있는 건강증진사업은 ‘건강생활실천사업’, ‘지역사회 건강행태개선사업’, ‘통합건강증진사업’ 등으로 사업명을 바꿨지만, 사업명 변경에 따른 차이점이 뚜렷하지 않고, 사업의 주요점도 대부분 개인의 건강행태개선에 맞춰져 있다. 이로 말미암아 보건소에서 십여 년간 건강증진사업을 추진하고 있지만 주민들이 체감하기에 역부족이고, 개인의 습관이나 인식을 변화시키기도 어려운 실정이다.

실제 세계보건기구에서 주장하는 건강증진은 특정 건강문제나 건강행태에 국한된 것이 아니라 사회, 환경 등을 아우르는 폭넓은 개념이다. 그러나 우리나라에서는 건강생활 실천이 건강증진이라는 인식이 만연하고, 건강수준 향상을 위한 다양하고 포괄적인 사회, 환경 등의 정책적 접근이 미흡한 편이었다[16].

이에 2012년부터는 건강증진사업의 추진전략으로 공공정책, 건강 환경조성, 지역자원 활용 등 사회적 접근을 강조하기 시작했다. 더불어 전국 16개 보건소에서 건강증진 사업모형 개발을 위하여 지역사회 구성원이 주체가 되어 참여하는 ‘건강증진보건소’를 시범운영하고 있다. ‘건강증진보건소’는 다양한 지역주민에게 참여

기회를 제공하여, 사업의 전 과정(기획 - 수행 - 평가 - 환류)에 지역주민을 능동적으로 참여시켜 지역사회 전반을 포괄적으로 변화시키고자 한다[10]. 2012년 이후 주민참여가 강조되면서, ‘건강 동아리 운영’, ‘건강지킴이 양성’, ‘주민리더 교육’, ‘주민조직 운영’ 등 주민이 주체가 되는 주민참여형 건강증진사업을 추진하게 되면서, 건강증진사업의 패러다임이 전환되기 시작했다.

## 2. 건강증진사업에서 참여

건강증진에서 지역사회 참여는 “지리적 근접성, 특별한 이해관계, 또는 유사한 상황에 의해 관계 맺어진 사람들의 집단과 그리고 그런 집단을 통해 사람들의 건강에 영향을 미치는 문제들을 해결하기 위해 협력하여 일하는 과정”이다[17]. 일반적으로 성공적인 프로젝트가 지속적인 협력 관계로 발전하는 것처럼 신뢰를 구축하고, 새로운 자원과 협력하여, 더 나은 의사소통을 만들고, 전반적인 건강상태를 향상시키기 위해서는 지역주민이 참여해야한다[17-19].

지역사회 참여 촉진전략인 ‘임파워먼트 모형’에서는 참여 정도에 따라 정보 제공(Informing) - 의견 참고(Consulting) - 관여(Involving) - 협력(Collaborating) - 역능화(empowerment)로 그 단계를 구분한다[6][10][20]. 지역사회 참여는 지역사회의 연속적인 개입을 수반하고, 시간이 지나면서 이런 구체적인 협력은 좀 더 넓은 범위의 지역사회 참여로 발전할 가능성이 있다[5]. 참여 초기에 주민들은 단순한 캠페인이나 홍보 대상으로 보건교육에 참여하거나, 비공식 또는 공식 모임의 회원이 되어 지역에 대한 관심을 키우다가, 점차 주민의식, 공동체 의식 등을 함양하여 건강에 관련된 주요 사안에 영향력을 발휘하는 등 점점 더 높은 수준의 참여단계로 발전이 가능한 것이다[6].

최근 우리나라도 건강증진사업에서 지역주민 참여의 중요성을 인식하여 ‘지역사회 참여형 건강증진 모형개발’을 위한 ‘건강증진보건소’ 시범사업을 추진 중이며, 지역보건의료계획, 통합건강증진사업에서도 사업추진 시 주민참여를 요구하기 시작했다. 그러나 이제껏 개별사업 위주의 건강증진사업 추진과 지역사회의 자발적인 주민 참여조직이 없는 현 상황에서는 낮은 단계의

주민참여부터 시작해야 된다. 또한 주민참여 활성화를 위하여 지역주민 역량강화 뿐만 아니라 대표자, 활동가, 담당자들에 대한 교육이나 훈련도 필요한 실정이다.

### 3. CIPP 모형

Stufflebeam이 제안한 CIPP(Context, Input, Process, Product)모형은 사업 운영에 대한 단계별 체계적인 분석으로 사업 운영의 의사결정을 돕기 위한 유용한 정보를 제공하는 도구로 활용되고 있다[21][22].

CIPP모형은 네 가지 요인유형으로 구성되어있다. 먼저, 상황(context)요인은 사업계획 단계에서 목표를 설정하고 요구를 분석하여 사업 운영의 정당한 근거가 되는 요인이다. 투입(input)요인은 목적달성을 위하여 이용 가능한 자원, 전략, 실행방안 등 사업 운영을 위해 개발되어 사용되는 요인을 말한다. 과정(process)요인은 사업의 목적달성에 영향을 주는 사업진행이나 수행과정에 관한 것으로, 실천과정, 절차, 진행과정, 운영상의 문제에 해당된다. 산출(product)요인은 사업성과에 해당하는 것으로, 사업 효과, 사업 지속 여부 등에 대한 정보를 의미한다[22][23].

	상황요인	투입요인	과정요인	산출요인
핵심가치 (Core Value)	목적	계획	실행	성과
	목표 설정, 요구분석, 우선순위 선택	구조적 결정, 자원, 실천방안	실천과정, 절차, 진행과정	사업 효과, 종결, 지속 여부

그림 1. CIPP 모형

## III. 연구방법

### 1. 연구대상

연구대상자는 B시 ‘제4회 1530 건강걷기 ; 3개월간 일반보걷기사업(2014년 8월 26일 ~ 11월 25일)’ 참가자이다. B시는 걷기사업 추진을 위하여, 신문, 유선방송, 홈페이지 게시, 현수막 부착 등의 홍보방법을 통하여 대상자를 모집했다. 대상자에게 신체계측, 기초검진, 건

강상담, 운동처방을 실시하고, 걷기교육, 걷기기록장 작성교육을 실시한 뒤 3개월간 매일 일반보걷기를 실천하도록 했다.

연구대상자는 일반보걷기를 최종까지 참여한 611명 중 걷기사업 종료 후 사후점검(걷기기록장 제출, 신체계측, 기초검진 등) 시 연구목적과 필요성을 설명한 뒤 연구참여에 동의한 426명을 대상으로 설문조사를 실시했다. 작성된 설문지 중 불성실 답변을 한 8명을 제외한 418명의 자료를 분석했다.

본 연구는 연구자가 소속된 생명윤리심의위원회의 심의를 통과했다(심의번호 CUIRB-2014-058).

### 2. 연구도구

본 연구는 걷기 참여일수에 영향을 미치는 영향요인을 파악하기 위해 총체적인 관점에서 각 사업영역별 분석이 용이한 Stufflebeam의 CIPP 모델을 사용했다.

걷기사업 참여에 영향을 주는 지원요인을 파악하기 위하여, 먼저 선행연구를 조사하고, 심층면담을 통해 사업의 단계별로 사업 참여에 관련된 영역별 지표를 도출했다. 전문가 회의(간호학 박사 1명, 체육학과 박사 1명, 운동처방사 2명)를 통해 도출된 지표로 설문문항을 완성하고, 설문문항은 사전설문과 전문가 검토를 통해 최종 결정했다.

사업 상황요인은 걷기 참여자의 개인별 상황 즉 건강상태(만성질환 유무), 걷기습관(이전부터 걷기실천 유무)으로 구성했다.

사업 운영 시 투입되는 지원요인으로는 참여자의 참여행위 이행 유도를 위한 물리적 지원(만보기, 걷기기록장, 실천저금통)과 정보적 지원(주민 참여 의식 강화를 위한 주민리더교육, 걷기교육) 2개 영역이다.

과정요인은 사업을 진행하면서 제공하는 지원요인으로 참여자 연락유형(전화, 문자, 대면접촉)과 촉진행사(발대식, 시 걷기대회, 보건소별 걷기모임) 그리고 파트너십으로 구성했다.

산출요인은 걷기사업의 최종목표인 걷기 참여일수로 했다.

설문지는 요인별 7개 영역과 11개의 측정지표, 총 17개의 문항으로 구성했다.

### 3. 자료 분석 방법

설문지는 IBM SPSS Statistics 23.0 프로그램을 이용하여 분석했다.

대상자의 일반적 특성, 상황요인(참여자 개인적 특성), 사업 투입, 사업 과정은 실수, 백분율, 평균, 표준편차를 산출하였다.

걷기 참여일수에 따른 차이를 검증하기 위하여 일반적 특성, 상황요인, 사업 투입, 사업 과정인은 T검정과 분산분석을 실시했다.

걷기 참여일수에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 유의한 차이가 있는 독립변수를 다중회귀분석했다.

표 1. CIPP모형을 토대로 한 사업영역별 지표

	영역	측정 지표	
상황요인	참여자의 개인적 특성	만성질환	유/무
		평소 걷기 습관	
투입요인	물리적 지원	만보기 사용 정도	4점 Likert 척도
		걷기기록장 사용 정도	
		실천저금통 사용 정도	
	정보적 지원	걷기 교육이수	유/무
주민리더교육이수			
과정요인	연락접촉유형	전화 연락	횟수
		문자 연락	
		대면 접촉	
	촉진행사 및 모임	발대식참여	유/무
		광역시 걷기대회참여	
		보건소별 걷기 모임	횟수
파트너십 (상호작용)	걷기 동아리 소속	회원, 비회원	
	참여 촉진자(주 연락자)		
	걷기 동반자		
산출요인	사업성과	걷기 참여일수	걷기기록장 확인

## IV. 연구결과

### 1. 일반적 특성

1530 건강걷기 참여자의 일반적 특성은 다음과 같다 [표 2]. 연구참여자는 총 418명이고, 성별은 여자가 90.0%, 연령은 60대가 44.0%였다. 결혼 여부는 92.6%가 결혼 상태였고, 학력은 중졸이하가 44.3%였다. 직업은 경제활동을 하고 있는 경우가 82.3%였고, 종교가 있는

참여자가 88.0%로 나타났다.

### 2. 참여 현황

응답자의 걷기 참여일은 평균 71.6일로 [표 3]과 같다. 3개월간 걷기실천은 60일 이상이 74.2%로 가장 많았고, 30-59일 20.1%, 29일 이하가 5.7%로 나타났다.

표 3. 걷기 참여 현황 (N=418)

	구분	N	%	Mean	SD	Mode
참여일	0-29일	24	5.7	71.6	21.734	90
	30-59일	84	20.1			
	60일 이상	310	74.2			

### 3. 분석 결과

#### 3.1 일반적 특성별 걷기 참여일 차이

응답자 중 연령에 따라 걷기 참여일수에 유의한 차이가 있었고( $p<.043$ ), 이 중 70세 이상에서 걷기 참여일수가 가장 높게 나타났다.

또한 만성질환이 있거나( $p<.004$ ), 평소 걷기를 실천하고 있는 참여자( $p<.043$ )의 걷기 참여일수가 유의하게 높게 나타났다[표 2].

#### 3.2 사업 투입에 따른 걷기 참여일수

사업운영 시 걷기 참여자의 걷기활동(건강행위)을 유도할 수 있도록 지원한 만보기, 걷기기록장, 실천저금통을 사용여부에 따라 걷기 참여일수에 유의한 차이가 있었고, 사후검증 다중비교결과 만보기를 항상 착용한 경우( $p<.001$ ), 걷기기록장을 항상 기록한 경우( $p<.001$ ), 실천저금통을 항상 사용한 경우( $p=.002$ ) 걷기 참여일수가 유의하게 높았다.

주민 역량강화를 위해 실시한 걷기교육과 주민리더 교육도 교육 참여횟수가 많을수록 걷기 참여일수에 유의한 차이가 있었다( $p<.001$ )[표 4].

#### 3.3 사업 운영과정에 따른 걷기 참여일수

사업 운영과정 시 참여자 관리를 위해 참여자에게 연락하는 방법으로 전화연락, 문자연락, 대면접촉 간 참여일수는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

걷기참여를 지속적으로 유도하기 위해 실시한 촉진

표 2. 일반적 특성 및 일반적 특성별 걷기 참여일수 차이 (N=418)

		응답자		걷기 참여일수			
		N	%	Mean	SD	t or F	p
성별	남자	42	10.0	71.40	21.083	-.048	.962
	여자	376	90.0	71.57	21.833		
연령	50대 미만 <sup>a</sup>	49	11.7	72.57	21.099	2.734	.043 b<d
	50대 <sup>b</sup>	119	28.5	67.23	24.848		
	60대 <sup>c</sup>	184	44.0	72.43	20.895		
	70대 이상 <sup>d</sup>	66	15.8	76.17	17.109		
결혼상태	미혼	15	3.6	76.33	16.105	1.507	.223
	결혼	387	92.6	71.05	22.091		
	기타	16	3.8	79.38	15.393		
학력	중졸 이하	185	44.3	74.09	19.077	2.938	.054
	고졸	146	34.9	68.29	24.142		
	대졸 이상	87	20.8	71.66	22.295		
직업	경제활동 무	74	17.7	71.55	20.804	.001	.999
	경제활동 유	344	82.3	71.56	21.958		
종교	없음	50	12.0	73.82	19.984	.784	.433
	있음	368	88.0	71.25	21.968		
만성질환	무	173	41.4	67.94	22.509	-2.887	.004
	유	245	58.6	74.11	20.838		
평소 걷기실천	무	125	29.9	68.26	21.659	-2.031	.043
	유	293	70.1	72.96	21.650		

표 4. 사업 투입지원에 따른 걷기 참여일수 차이 (N=418)

		구분	응답자		걷기 참여일수			
			N	%	Mean	SD	t or F	P
물리적 지원	만보기 사용정도	거의 착용안함 <sup>a</sup>	32	7.7	63.00	25.618	7.295	<.001 a,b,c<d
		중종 빠트림 <sup>b</sup>	86	20.6	66.73	21.130		
		한번씩 빠트림 <sup>c</sup>	117	28.0	69.31	22.404		
		항상 착용 <sup>d</sup>	183	43.8	76.76	19.690		
	걷기기록장 사용정도	거의 작성안함 <sup>a</sup>	33	7.90	64.24	22.344	8.635	<.001 a,b,c<d
		중종 빠트림 <sup>b</sup>	94	22.5	65.36	22.149		
		한번씩 빠트림 <sup>c</sup>	106	25.4	69.56	21.880		
		항상 작성 <sup>d</sup>	185	44.3	77.16	19.987		
	실천저금통 사용정도	거의 사용안함 <sup>a</sup>	71	17.0	66.61	22.747	4.919	.002 a,b<d
		중종 빠트림 <sup>b</sup>	97	23.2	66.98	22.020		
		한번씩 빠트림 <sup>c</sup>	117	28.0	73.27	20.395		
		항상 사용 <sup>d</sup>	133	31.8	76.03	21.172		
정보적 지원	걷기 교육이수	안 받음 <sup>a</sup>	131	31.3	65.15	22.044	18.359	<.001 a<b,c, b<c
		1-3회 <sup>b</sup>	199	47.6	70.93	22.656		
		4회 이상 <sup>c</sup>	88	21.1	82.51	13.626		
	주민리더 교육이수	안 받음 <sup>a</sup>	212	50.7	67.48	23.137	10.378	<.001 a<b,c
		1-3회 <sup>b</sup>	152	36.4	73.79	20.688		
		4회 이상 <sup>c</sup>	54	12.9	81.28	13.745		

표 5. 사업운영 과정지원에 따른 걷기 참여일수의 차이 (N=418)

	구분	응답자		걷기 참여일수				
		N	%	Mean	SD	t or F	P	
연락접촉 유형	전화연락 (N=417)	1-2회	107	25.7	70.78	22.703	.730	.483
		3-5회	179	42.9	73.17	20.092		
		6회 이상	131	31.4	70.46	22.553		
	문자연락	1-2회	71	17.0	71.01	22.786	.347	.707
		3-5회	176	42.1	72.59	20.302		
		6회 이상	171	40.9	70.72	22.774		
	대면접촉 (N=416)	1-2회	154	37.0	70.96	21.354	.953	.387
		3-5회	141	33.9	70.54	22.718		
		6회 이상	121	29.1	73.97	20.858		
촉진행사 및 모임	발대식	미참여	112	26.8	69.21	24.903	-1.223	.223
		참여	306	73.2	72.42	20.429		
	광역시 걷기행사	미참여	148	35.4	70.64	23.714	-.616	.538
		참여	270	64.6	72.06	20.596		
	보건소별 걷기모임	0회 <sup>a</sup>	156	37.3	72.08	21.070	6.895	.001 a,b,c,d
		1-2회 <sup>b</sup>	138	33.0	67.40	24.211		
		3-5회 <sup>c</sup>	67	16.0	69.67	21.950		
		6회 이상 <sup>d</sup>	57	13.6	82.40	10.925		
	파트너십	걷기동아리 소속 (N=252)	비회원	86	34.1	57.48	26.081	-6.819
회원			166	65.9	78.41	15.861		
참여촉진자 (N=408)		없음	24	5.9	70.13	25.216	.804	.492
		담당자	284	69.6	71.15	22.058		
		걷기참여자	54	13.2	69.72	22.421		
		걷기동아리	46	11.3	75.91	16.995		
걷기동반자 (N=326)		가족	50	15.3	66.18	23.058	1.724	.162
		지인	88	27.0	70.51	22.400		
		걷기참여자	89	27.3	68.43	20.691		
	걷기동아리	99	30.4	73.80	20.345			

표 6. 걷기사업 지원요인 중 걷기 참여일수에 미치는 영향

	Model 1				Model 2				
	B	$\beta$	t	p	B	$\beta$	t	p	
(상수)	51.741		7.003	<.001	16.715		1.990	.048	
통제변수	연령	2.048	.076	1.161	.247	-.612	-.023	-.381	.703
	만성질환 유무	5.554	.124	1.920	.056	3.325	.074	1.258	.210
	평소 걷기실천 유무	3.014	.061	.957	.340	-1.256	-.025	-.429	.669
독립변수	만보기 사용정도				-.252	-.011	-.132	.895	
	걷기기록장 사용정도				6.110	.266	3.104	.002	
	실천저금통 사용정도				-.812	-.039	-.549	.584	
	걷기 교육이수 횟수				2.669	.079	1.178	.240	
	주민리더 교육이수 횟수				1.719	.052	.810	.419	
보건소별 걷기모임				-.738	-.036	-.565	.572		
걷기동아리 소속				18.624	.398	5.718	<.001		
Model F( $\alpha$ )			2.742(.044)				8.822(<.001)		
R <sup>2</sup>			.032				.268		
Adjusted R <sup>2</sup>			.020				.238		

행사 중 일회성 행사인 걷기 발대식과 광역시 주관 걷기대회는 걷기 참석일수에 유의한 차이가 없었고, 주기적으로 운영하는 보건소별 걷기모임은 걷기 참여일수에 유의한 차이가 있었고( $p < .001$ ), 걷기모임 참여를 많이 할수록 걷기참여 일수가 유의하게 높았다.

또한 동아리가 결성된 경우( $N=252$ ), 동아리 소속여부에 따라 걷기 참여일수에 유의한 차이가 있었고( $p < .001$ ), 동아리 회원이 비회원보다 걷기 참여일수가 높게 나타났다.

걷기사업의 참여를 격려하는 참여촉진자에 따른 걷기 참여일수는 유의한 차이가 없었고, 동반자와 함께 걷기를 한 경우( $N=326$ ), 동반자의 유형에 따라 걷기 참여일수에 유의한 차이는 보이지 않았다[표 5].

### 3.4 참여 영향요인 분석

걷기사업 참여의 영향요인을 분석하기 위하여 걷기 참여일수를 종속변수로 다중회귀분석을 실시했다.

통계변수는 일반적 특성 중 걷기 참여일수에 유의한 차이가 있는 연령과 개인별 상황요인인 만성질환 유무, 평소 걷기실천 유무로 정하고, 독립변수는 걷기 참여일수에 통계적으로 유의한 차이를 보인 지원요인으로 결정했다.

회귀분석결과 만보기 사용, 걷기기록장 사용, 실천저금통 사용, 걷기교육 이수, 주민리더교육 이수, 보건소별 걷기모임, 동아리 소속은 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났고( $p < .005$ ), 더빈 왓슨(Durbin-Watson) 통계량은 1.268로 잔차의 독립성이 확인되었다. 공차한계는 .416-.877, 분산팽창인자(VIF)는 1.140-2.416로 다중공선성 문제도 나타나지 않았다.

모델1은 개인적 요인으로 설명력은 3.2%이고, 통계적으로 유의하게 나타났다( $F=2.742, p=.044$ ).

모델2는 통제변수에 독립변수인 만보기 사용, 걷기기록장 사용, 실천저금통 사용, 걷기교육 이수, 주민리더교육 이수, 보건소별 걷기모임, 동아리 소속을 추가하여 걷기 참여일수에 미치는 영향을 분석하였다. 설명력은 26.8%이고, 통계적으로 유의하게 나타났다( $F=8.822, p < .001$ ).

변수 중 걷기기록장 사용( $p=.002$ ), 동아리 소속( $p < .001$ )이 걷기 참여일수에 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났다[표 6].

## V. 논의

본 연구는 B시 참여사업의 일환으로 추진하고 있는 '1530 건강걷기' 참여자를 대상으로 걷기활동 참여에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 실시했다. 본 연구에서는 3개월 간 걷기사업 참여를 통해 걷기활동이 지속되고 일상화되기 위한 다양한 사회적 지지전략을 개입하였고, 걷기사업 지원요인들을 설문, 분석했다.

연구결과 평균 참여일은 71.6일이었으며, 60일 이상이 74.2%로 나타났다. 성별에 따른 걷기 참여일수는 남성 71.4일, 여성 71.6일로 유의한 차이가 없었고, 참여자 성별은 여성이 90.0%로 높게 나타나, 보건소 등의 보건사업 운영 시 여성이 다수 참여하는 선행연구들과 일치했다[24][25].

본 연구에서는 걷기사업 참여일수에 영향을 미치는 개인별 영향요인을 제외한 사업투입과 사업과정-물리적 지원(물품 지원), 정보적 지원(걷기교육, 주민리더교육), 연락접촉 유형(전화, 문자, 대면접촉), 촉진행사 및 모임(발대식, 시 걷기대회, 보건소 걷기모임), 파트너십(동아리 구성, 상호작용 등)-에 따른 걷기 참여일수의 차이를 분석했다. 물론 건강행위 실천은 자기 효능감이 높거나[26], 운동에 대한 동기화가 높은 사람이 지속성도 높으며[27][28], 더불어 시간, 경제, 장소 등 다양한 요인들이 건강행위 지속성에 영향을 미친다고 한다[29-31]. 그러나 이런 요인들은 개인적 수준에 집중되어 있다. 건강증진사업에서는 경제, 사회, 환경, 조직 등 다양한 지역자원을 활용하고, 그 자원의 건강잠재력을 향상시키는 접근이 필요하며, 개인을 포함한 지역사회 모두를 변화시키려는 노력은 오히려 다수인의 행동변화에 더 큰 영향을 미친다고 한다[32]. 본 연구에서는 걷기 참여일수에 영향을 미치는 개인적 요인을 제외하고, 건강증진 사업지원에 관련된 요인들을 파악하고자 한다.

걷기사업 관련 물리적 지원은 걷기 참여자에게 지급되는 물품으로 참여자는 매일 걸을 때 만보기를 착용하고, 걷기 활동 후에 걷기기록장을 작성하고, 매일 걷기 실천 성공여부에 따라 실천저금통에 저금을 하도록 교육했다. 이는 걷기실천에 따른 의미화된 행위를 부여하여 주체적으로 약속, 의무, 책임 등을 실천하도록 했다.

연구결과 만보기, 걷기 기록장, 실천저금통을 사용한 경우에서 걷기 참여일수의 유의한 차이가 나타나, 추후 건강증진사업 계획 시 건강증진 관련 행위가 이행될 수 있도록 약속을 하거나 책임을 부여하는 등의 강화전략을 사용하면 효과적일 것이다[33].

정보적 지원은 걷기교육, 주민리더 교육으로 교육에 참여한 자가 걷기 참여일수도 유의하게 높게 나타났다. 이는 당뇨교실 참가자가 교육 후 지식, 식사 조절 등에 효과적이고, 사업장 보건교육도 건강증진 행위(운동, 흡연, 음주)를 강화시켜, 보건교육은 건강에 이로운 습관형성을 돕는다는 선행연구와도 일치한다[34-36].

사업 운영 중 참여자 연락을 위해 전화, 문자, 대면접촉을 실시하였으나, 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 연락접촉 유형에 관련된 선행연구가 거의 없고 본 연구만으로는 미흡하여, 추후 더 발전된 연구가 필요할 것이다.

촉진 행사의 경우 일회성 행사인 발대식, B시 걷기대회는 유의하지 않았으나, 보건소에서 주기적으로 실시한 보건소별 걷기모임은 모임에 많이 참여할수록 걷기 참여일수도 유의하게 높았다. 또한 걷기동아리에 소속된 경우에도 걷기 참여일수가 유의하게 높았다. 이는 걷기운동에서 사회적 교류는 중요하고[35], 건강증진 행위는 친구, 이웃과 함께하고 사회적으로 결속될 때 강화된다는 선행연구와도 일치한다[38]. 또한 집단 구성원들이 과업을 함께 이루고 목표달성을 위해 상호교류하는 집단적 노력과도 관련이 있다. 이런 사회적 관계는 정서적 신뢰가 형성되었을 때 과업수행을 위해 협력할 수 있다[38].

걷기 참여일수에 유의한 영향요인으로는 물리적 지원(걷기기록장 사용)과 파트너십(걷기동아리 소속)으로 나타나, 걷기사업이나 건강증진사업의 참여 성공을 위해서는 사업 참여 시 약속이나 책임 등의 의미를 부여하고, 동아리 등의 모임을 결성하여 정서적 교감이나 신뢰를 형성하면 건강증진사업 참여에 효과적일 것으로 사료된다.

본 연구는 일개 시 걷기사업의 결과이며, 걷기 참여기간이 장기간이고, 연구대상자는 걷기사업이 종료 될 때까지 걷기에 참여한 자료 걷기사업의 중도 탈락자는

연구에서 제외되었다. 이에 연구결과를 전체로 일반화하기에 한계점을 가지고 있다.

그러나 현재 지속적인 건강증진사업 추진에도 불구하고 주민의 건강행태가 개선되지 않고, 개인별 건강효과도 미미한 현재 시점에 건강증진사업 운영 시 참여자들의 참여를 촉진하고 건강행위를 지속할 수 있도록 실천전략을 모색한 점에서 의의를 가진다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 B시 '1530 건강걷기' 사업에서 참여자의 3개월간 걷기 참여에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 실시했다. 연구대상자는 B시 보건소 건강증진사업 '1530 건강걷기' 참여자 중 418명을 대상으로 구조화된 설문지를 이용하여 수집한 자료를 SPSS 23.0 프로그램을 이용하여 분석했다. 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 걷기사업 중 물리적 지원(걷기기록장, 만보기, 실천저금통)을 이용한 참여자의 걷기 참여일수는 통계적으로 유의하게 높았다.

둘째, 걷기사업 중 정보적 지원(걷기교육, 주민리더교육)에 참여한 대상자의 걷기 참여일수는 통계적으로 유의하게 높았다.

셋째, 파트너십에서는 보건소별 걷기모임에 참여한 자와 걷기동아리에 소속된 자가 소속되지 않은 자보다 걷기 참여일수가 통계적으로 유의하게 높았다.

넷째, 걷기기록장 작성, 걷기동아리 소속은 걷기 참여일수에 유의한 영향요인으로 나타났다

본 연구결과 추후 건강증진사업 운영 시에는 참여자가 주체적으로 걷기(건강증진 행위)를 실천할 수 있도록 의미화된 물품을 지원하고, 더불어 의미화된 행위를 이행할 수 있도록 약속, 의무, 책임을 부여해야 한다. 또한 주민 건강인식 향상을 위한 보건교육을 실시하고, 더불어 동아리 등의 네트워크를 구축하여 참가자 간의 상호교류, 정서적 교감 등이 필요하다.

한편 본 연구는 사업 효과 후 바로 결과를 분석한 것으로 향후 동아리 참여자의 장기적인 효과평가가 필요할 것이다.

## 참고 문헌

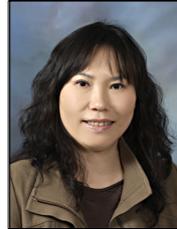
- [1] 가톨릭대학교 건강증진연구사업, *우리나라 국민 건강증진의 과거, 현재, 미래*, 한국건강증진재단, 2011.
- [2] 보건복지부, *2014년 국민건강통계 : 국민건강영양조사 제6기 2차년도*, 2015.
- [3] 서울대학교, *아파트 주민을 위한 지역사회 기반 참여연구 적용방안*, 한국건강증진재단, 2012.
- [4] WHO Regional Office for Europe, *Community participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques*, WHO Regional Office for Europe, 2002.
- [5] Clinical and Translational Science Awards Consortium, *Principles of Community Engagement Second edition*, National Institutes of Health, 2011.
- [6] 유승현 “지역사회건강증진을 위한 참여: 이해와 적용,” *보건교육 · 건강증진학회지*, 제29권, 제4호, pp.57-66, 2012.
- [7] E. A. Baker and C. A. Brownson, “Defining characteristics of community-based health promotion programs,” *J. of Public Health Management and Practice*, Vol.4, No.2, pp.1-9, 1998.
- [8] B. A. Israel, B. Checkoway, A. Schulz, and M. Zimmerman, “Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control,” *Health Education Quarterly*, Vol.21, No.2, pp.149-170, 1994.
- [9] 보건복지부, *2014년 지역사회통합건강증진 사업 안내 : 참여형 건강증진모형개발 시범사업*, 2014.
- [10] 보건복지부, *2012년 보건소 건강생활실천 안내*, 2012.
- [11] 김장락, 정백근, 박기수, 강윤식, “건강증진을 위한 참여학습의 적용 사례,” *농촌의학 · 지역보건학회지*, 제36권, 제2호, pp.130-142, 2011.
- [12] 이주열, “보건소 건강증진사업의 과거와 미래,” *보건교육 · 건강증진학회지*, 제24호, 제2호, pp.135-148, 2007.
- [13] 배상수, 함수근, “보건소 건강증진사업 체계의 강화방안,” *대한보건연구*, 제33호, 제1호, pp.1-13, 2007.
- [14] 보건복지부, *2005년 국민건강증진사업*, 2015.
- [15] 보건복지부, *2008년 국가 건강증진사업 지역특화 건강행태개선사업*, 2015.
- [16] 남은우, “보건교육과 건강증진의 국제적인 동향,” *보건교육 · 건강증진학회지*, 제25권, 제1호, pp.105-115, 2008.
- [17] Atlanta (GA): CDC/ATSDR Committee on Community Engagement, *Principles of community engagement (1st ed)*, Centers for Disease Control and Prevention, 1997.
- [18] N. Shore, Reconceptualizing the Belmont Report, “A community-based participatory research perspective,” *J. of Community Practice*, Vol.14, No.4, pp.5-26, 2006.
- [19] N. Wallerstein, “Empowerment to reduce health disparities Scandinavian,” *J. of Public Health Supplement*, Vol.59, pp72-77, 2002.
- [20] 유승현, “건강증진을 위한 지역사회기반 참여연구의 적용 방안,” *보건교육 · 건강증진학회지*, 제26권, 제1호, pp.141-158, 2009.
- [21] D. L. Stufflebeam, “The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability,” *J. of Research and Development in Education*, Vol.5, No.1, pp.19-25, 1971.
- [22] 이인숙, 한승연, “u-러닝 연구학교 효과성 평가 지표 개발연구,” *교육정보미디어연구*, 제16권, 제2호, pp.145-176, 2010.
- [23] D. L. Stufflebeam and A. J. Shinkfield *Systematic evaluation*, Boston:Kluwer -Nijhoff, 1985.
- [24] 김희걸, 문자, “집단건강운동이 고혈압환자의 신체적 건강에 미치는 효과,” *한국농촌간호학회지*, 제1권, 제1호, pp.59-64, 2006.
- [25] 이창현, 김영인, 김숙영, “걷기지도자 교육과정이 걷기운동지식과 자기효능감에 미치는 효과,” *지역사회간호학회지*, 제21권, 제2호, pp.178-187, 2010.

- [26] 조병희, *지역사회 조직자원의 활용을 통한 건강 증진 접근 전략 개발*, 보건복지부, 2003.
- [27] 송미령, 유수영, “시설노인의 건강증진행위 이행 정도와 예측요인,” *한국간호교육학회지*, 제13권, 제2호, pp.301-309, 2007.
- [28] 최재희, 이화석, “댄스스포츠 참여노인의 참여동기, 심리적행복감, 지속의도의 관계,” *한국콘텐츠학회*, 제12권, 제12호, pp.156-169, 2012.
- [29] 권윤정, “노인 운동 행위변화단계별 중재사업 개발 및 평가,” *지역사회간호학회지*, 제13권, 제2호, pp.205-215, 2002.
- [30] 이현영, 홍준희, 송우엽, “규칙적인 노인 운동참여자의 운동동기 탐색,” *한국스포츠심리학회지*, 제19권, 제1호, pp.51-63, 2008.
- [31] 성장훈, 유루경, 장채욱, “노인의 운동실천 제약요인 및 운동행동변화 단계별 차이,” *한국스포츠심리학회지*, 제19권, 제2호, pp.115-133, 2008.
- [32] 홍순명, 황혜진, 최순호, 정은미, “울산시 보건소 당노교실에 참가한 당노환자의 교육효과에 관한 연구,” *울산대학교 생활과학논문지집*, 제2권, 제1호, pp.13-23, 2000.
- [33] 김은미, 윤순영, “소규모 사업장 보건관리사업이 고령근로자의 건강수준에 미치는 효과,” *한국산업간호학회지*, 제19권, 제1호, pp.78-87, 2010.
- [34] 송정국, 박형근, 홍성철, “심뇌혈관질환 고위험군 대상 교육사업의 효과,” *농촌의학·지역보건학회지*, 제40권, 제3호, pp.126-136, 2015.
- [35] 조희숙, 송예리아, 홍선영, 유승현, 이정렬, “걷기 행사 참가의 결정요인,” *보건교육·건강증진학회지*, 제24권, 제3호, pp.73-86, 2007.
- [36] 윤기선, 박정열, “국민건강증진을 위한 보건교육 확대방안에 관한 연구,” *한국콘텐츠학회논문지*, 제15권, 제3호, pp.303-317, 2015.
- [37] 윤희상, 이해영, 이숙경 “건강증진사업 이용과 관련된 요인,” *보건사회연구*, 제28권, 제2호, pp.157-184, 2008.
- [38] 이동섭, 최용득, “집단신뢰와 집단성과,” *조직과 인사관리연구*, 제38권, 제1호, pp.187-210, 2014.

저 자 소 개

문 선 미(Sun-Mi Moon)

정회원



- 1987년 2월 : 부산가톨릭대학 간호학과
- 1992년 2월 : 한국방송통신대학교 국어국문학과(국문학사)
- 2006년 8월 : 인제대학교 보건관리학과(보건학석사)

- 2015년 2월 : 부산가톨릭대학교(간호학박사 수료)
- 1996년 12월 ~ 현재 : 부산광역시 간호직 공무원(현, 남구보건소)

<관심분야> : 건강증진, 시민참여, 보건기획과 정책

강 소 영(So-Young Kang)

정회원



- 1989년 2월 : 가톨릭대학교 간호학과(간호학 학사)
- 1995년 11월 : 미국 미네소타 대학교 간호학과(간호학석사)
- 2003년 8월 : 미국 미네소타 대학교 간호학과(간호학박사)

- 2004년 3월 ~ 현재 : 부산가톨릭대학교 간호대학 간호학과 부교수

<관심분야> : 간호행정, 창의성, 간호인적자원관리, 간호기획