

# 청소년 금주 프로그램의 실제

최 은 진

한국보건사회연구원 책임연구원

## 1. 음주문제의 심각성

청소년기의 음주행태는 중요한 공중보건 문제이다. 청소년기 주요 사인은 교통사고, 폭력, 자살 등이고 이 사인들의 원인은 음주와 관련이 있다<sup>1)</sup>.

알코올은 하루 10g이하의 섭취시 관상동맥심장병(CHD)위험을 감소시키지만 50대이상의 사람에게만 효과가 있다<sup>2)</sup>. 음주량이 증가하면 관상동맥심장병으로 인한 사망, 알코올 중독, 사고, 범죄 등의 위험이 증가한다. 또한 음주의 감소가 혈중 콜레스테롤 레벨을 감소시키는 데 영향을 준 것으로 보고된 바 있다<sup>3)</sup>.

## 2. 청소년 음주 행태

### 가. 음주율

97년도에 한국보건사회연구원에서 실시한 서울시민 보건의식 행태조사에서는 '평소에 술을 드십니까?'라는 문항에 의해 음주율을 측정하여 술을 즐겨 마시지는 않아도 사교상, 업무상 술을 마시는 경우도 음주에 포함시켰다. 조사결과 조사대상자의 64.7%가 현재 술을 마시는 것으로 나타났으며 남자의 현음주율이 79.7%, 여자의 현음주율이 50.8%로 나타났다. 연령별로는 20대의 음주율이 가장 높아서 80.9%이었으며 15~19세와 60대의 음주율이 41.5%로 나타났다.

남녀 모두 20세 이후 성인의 음주율은 연령이 높아질수록 감소하는 추세를 보이고는 있으나 남자의 경우 20대, 30대, 40대 음주율이 각각 90.9%, 88.2%, 84.4%로 나타났으며 여자는 20대가 72.9%, 30대가 58.8%, 40대가 45.8%인 것으로 나타났다. 학력별로는 남녀 모두 학력수준이 높을수록 음주율도 높아져서 전문대졸 이상인 경우 남자는 87.2%, 여자는 62.2%가 술을 마시는 것으로 나타났다.

- 1) Office of Disease Prevention and Health Promotion, Disease Prevention/health promotion: The facts. Palo Alto, CA: Bull Publishing, 1998.
- 2) WHO, Health 21: The Health for all policy framework for the WHO European Region-21 Targets for the 21st century, 1991.
- 3) Martez et al, Life-style factors associated with changes in serum lipids in a follow-up study of cardiovascular risk factors, Eur J Epidemiol, Sep, 14:6, 525-33, 1998.

〈표 1〉 서울시민의 연령별 음주실태

(단위: %)

	계(N)	현음주	과거음주	무음주
전체	100.0(19,373)	64.7	3.5	31.8
성				
남자	100.0( 9,341)	79.7	4.4	15.9
여자	100.0(10,032)	50.8	2.6	46.6
연령				
15~19세	100.0( 2,335)	41.5	1.5	57.0
20~29세	100.0( 4,697)	80.9	3.3	15.9
30~39세	100.0( 4,656)	73.2	3.0	23.8
40~49세	100.0( 3,789)	64.5	2.4	33.2
50~59세	100.0( 2,566)	53.2	6.3	40.5
60~69세	100.0( 1,330)	41.5	6.9	51.6

〈표 2〉 서울시민의 연령별 음주실태

(단위: %)

	남 자				여 자			
	계(N)	현음주	과거음주	무음주	계(N)	현음주	과거음주	무음주
전체	100.0(9,341)	79.7	4.4	15.9	100.0(10,032)	50.8	2.6	46.6
연령								
15~19세	100.0(1,181)	49.1	1.4	49.5	100.0(1,154)	33.9	1.5	64.6
20~29세	100.0(2,088)	90.9	1.7	7.4	100.0(2,609)	72.9	4.5	22.6
30~39세	100.0(2,290)	88.2	3.8	8.0	100.0(2,366)	58.8	2.1	39.1
40~49세	100.0(1,836)	84.4	3.7	11.9	100.0(1,953)	45.8	1.2	53.0
50~59세	100.0(1,306)	74.2	10.1	15.7	100.0(1,260)	31.3	2.4	66.3
60~69세	100.0( 640)	66.8	10.9	22.3	100.0( 690)	17.9	3.2	78.9

#### 나. 음주시작 연령

평균 음주시작 연령은 21.8세이며 남자는 20.3세에, 여자는 24.0세에 음주를 시작하는 것으로 나타나 남자가 약 4년정도 음주를 먼저 시작하였다. 연령대별 분포를 보면 20~29세의 연령에서 음주를 시작한 비율이 53.3%로 가장 높았으며 15~19세가 28.4%, 30~39세가 7.8%로 나타났다.

음주이유로는 스트레스 해소가 41.8%로 가장 높게 나타났으며 사교목적이 40.5%, 업무상 음주가 10.4%, 습관적 음주가 4.6% 등으로 조사되었다. 남자의 경우 스트레스 해소를 목적으로 음주하는 경우가 가장 많았던 반면 여자에게서는 사교목적이 음주가 1위를 차지하였고 연령대별로 살펴보면 10대와 20대에서 다른 연령대에 비해 사교목적이 음주가

높은 비율을 나타낸 반면 30대와 40대 등 사회적으로 가장 많이 활동할 연령대에서 업무상 음주비율이 높게 나타났다. 습관적 음주비율은 연령에 비례하여 높아지는 것으로 조사되었다.

〈표 3〉 서울시민의 평균음주 시작연령 (단위: %)

	전 체						
	14세 이하	15~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세
전체	0.9	28.4	53.3	7.8	4.3	1.8	3.5
성							
남자	1.2	36.8	51.9	6.8	2.2	0.4	0.7
여자	0.5	15.5	55.4	9.4	7.4	4.0	7.8
연령							
15~19세	4.1	95.9	-	-	-	-	-
20~29세	0.8	33.1	64.1	2.0	-	-	-
30~39세	0.5	22.4	59.4	10.4	5.4	1.9	-
40~49세	0.5	18.6	49.9	11.9	7.6	4.9	6.6
50~59세	1.1	15.3	43.4	14.6	8.9	2.4	14.3
60~69세	1.0	15.4	42.0	13.8	9.2	3.0	15.6

〈표 4〉 서울시민 중 현음주자의 음주이유 (단위: %)

	스트레스 해소	사교	업무상	습관적 음주	기타
전체	41.8	40.5	10.4	4.6	2.7
성					
남자	41.0	35.1	14.9	7.1	1.9
여자	43.3	48.2	3.8	0.8	3.9
연령					
15~19세	45.2	47.1	1.6	1.4	4.7
20~29세	43.0	47.2	6.2	1.9	1.7
30~39세	44.2	34.9	14.7	3.8	2.4
40~49세	42.2	34.4	14.9	5.8	2.7
50~59세	33.4	40.4	12.5	9.7	4.0
60~69세	34.5	41.8	2.7	15.6	5.4

#### 다. 음주빈도 및 과음빈도

현음주자를 대상으로 한 지난 한 달간 음주빈도에 관한 문항에서는 월 2~4회 마신다는 응답이 42.8%로 가장 높게 나타났으며 거의 매일 음주한다는 고도음주자의 비율은 6.5%로 나타났다. 우리나라에서의 고도음주자는 50세 이상의 남자에서 매우 높게 나타나

고 있는데 서울시민의 경우에서도 50~59세 남자 음주자의 16.1%, 60~69세 남자 흡연자의 22.7%가 고도음주자로 나타나 이들이 음주로 인한 위험요인을 가장 많이 내포하고 있는 고위험집단으로 나타났다. 한편 이러한 음주행태는 1995년 전국조사에 비해 서울시민의 음주행태가 비교적 양호함을 보여주고 있다.

〈표 5〉 성별, 연령별 고도음주자 비율 추이(1989~1997년) (단위: %)

	전체				남자				여자			
	1989	1992	1995	1997	1989	1992	1995	1997	1989	1992	1995	1997
계	6.8	6.0	6.6	6.5	13.2	12.2	12.6	10.0	0.9	0.6	1.0	1.3
15~19세	-	-	-	1.5	-	-	-	1.3	-	-	-	1.8
20~29세	2.4	1.5	3.4	2.7	4.9	3.7	6.2	4.2	0.7	0.1	1.0	1.2
30~39세	5.5	4.4	5.6	5.7	10.0	8.6	10.9	8.9	0.6	0.3	0.5	1.2
40~49세	10.6	8.5	9.6	9.7	20.0	16.9	17.9	14.7	1.4	0.7	1.2	1.0
50~59세	12.3	12.5	11.8	11.7	23.9	23.8	22.3	16.1	1.4	1.9	2.0	0.9
60~69세	-	-	-	18.5	-	-	-	22.7	-	-	-	4.1

주 : 1989, 1992, 1995년은 전국민을 대상으로 한 결과이며, 1997년 자료는 서울시민을 대상으로 한 결과임.  
 자료 : 한국보건사회연구원, 『국민건강 및 보건의식행태조사』, 각년도

‘평소 얼마나 자주 주량 이상의 과음을 하십니까?’라는 질문을 통해 파악한 현음주자의 과음률은 51.5%로 나타났으며 과음하지 않는다는 응답은 48.5%였다. 이 중 1년에 3회 이내로 과음한다는 응답이 20.2%, 3개월에 1~3회가 14.5%, 1개월에 1~3회가 11.5%, 주 1회 이상이 5.3%로 나타났다. 여자의 과음경험률보다 남자의 과음경험률이 월등히 높았으며 연령별로는 20대, 30대, 40대의 과음률이 다른 연령대보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 6〉 현음주자의 평소 과음빈도 (단위: %)

	계(N)	없음	1년에 3회 이내	3개월에 1~3회	1개월에 1~3회	주1회 이상
전체	100.0(12,534)	48.5	20.2	14.5	11.5	5.3
성						
남자	100.0( 7,437)	33.1	22.8	19.4	16.6	8.1
여자	100.0( 5,097)	71.0	16.4	7.3	4.0	1.3
연령						
15~19세	100.0( 972)	54.2	23.0	12.9	6.7	3.2
20~29세	100.0( 3,797)	46.9	24.5	15.6	9.3	3.6
30~39세	100.0( 3,409)	47.0	18.4	16.0	12.4	6.2
40~49세	100.0( 2,441)	46.4	17.1	13.5	15.2	7.8
50~59세	100.0( 1,365)	51.3	19.0	12.6	12.7	4.4
60~69세	100.0( 550)	61.2	13.2	10.2	9.6	5.8

## 라. 음주로 인한 활동제한

음주로 인해 지난 한 달간 ‘결근이나 결석 등 정상적 활동의 전면적 제한’이 있었던 경우와 ‘지각이나 조퇴 등 부분적 제한’이 있었던 경우, ‘평소에 비해 일을 제대로 하지 못한 경우’ 등으로 활동제한이 있었는지를 조사한 결과 이 세가지 중에서 어느 하나라도 활동제한이 있었던 것으로 응답한 비율은 전체 음주자의 17.6%였으며 전면적 제한이 1.8%, 부분적 제한이 3.9%, 평소보다 일을 제대로 하지 못한 경우가 11.9%였고 남성의 활동제한 비율이 29.4%로서 여성의 6.6%보다 높게 나타났다. 모든 활동제한 종류에서 술을 많이 마시는 20대, 30대, 40대의 비율이 높았다.

〈표 7〉 음주로 인한 활동제한 실태

(단위: %)

	전체	전면적인 제한	부분적인 제한	일을 제대로 하지 못함
전체	17.6	1.8	3.9	11.9
성				
남자	29.4	2.9	6.4	20.1
여자	6.6	0.6	1.5	4.5
연령				
15~19세	9.9	1.7	3.2	5.0
20~29세	25.1	2.0	6.7	16.4
30~39세	21.9	2.3	4.5	15.1
40~49세	18.1	1.9	3.3	12.9
50~59세	9.2	1.1	1.1	7.0
60~69세	4.3	0.2	0.4	3.7

## 3. 금주 프로그램의 범위

성공적인 금주사업을 위해서는 두 가지 level의 접근이 모두 필요하다. Macro Level에서는 국가적인 정책, 법규 등이 필요하고 Micro Level에서는 학교 및 개인적 차원의 프로그램(학교 교육과정, intervention 등)이 필요하게 된다. 그리고 예방 프로그램은 청소년 초기에 투입될수록 그 효과가 큰 것으로 보고되고 있다. 그리고 전통적인 교수방법보다는 학생들의 자발적 참여를 일으킬 수 있는 교수방법을 선택하도록 한다. 미국의 DARE(Drug Abuse Resistance Education)에서는 경찰공무원이 직접 교사의 역할을 하는 것으로 교육효과를 높인 사례도 있다<sup>4)</sup>.

4) Ennett, et al, How effective is Drug Abuse Resistance Education? A Meta-Analysis of Project DARE outcome evaluations, American Journal of Public Health, Vol.84, No.9, 1994, p. 1394-1401.

#### 4. 학교중심 금주 프로그램의 전략<sup>5)</sup>

- 청소년대상 금주사업의 전략은 사회적인 영향 및 기술개발중심의 교육에 중점을 둔다.
- 자기주장 훈련 : 긍정적인 자세에서 자신을 방어할 수 있는 기술을 개발한다.
  - 거절기술 : 음주의 권고를 거절할 수 있는 기술을 개발한다.
  - 의사소통의 기술 : 성인 및 또래집단으로부터 정보를 입수하고 교환하는 활동에 초점을 둔다.
  - 스트레스 관리 : 스트레스상황을 건강한 방향으로 이끌 수 있는 방법을 지도한다.
  - 의사결정 기술 : 여러 종류의 행동양상을 스스로 평가해보고 해결책을 찾는 기술 및 음주를 대신할 수 있는 행동의 결과를 평가해 보고 선택할 수 있는 기술을 의미한다.
  - 자기자각 : 개인적인 감정을 느끼고 관리할 수 있는 기술을 의미한다.
  - 소비자 계몽 : 광고를 통해 호소되는 음주의 유혹을 비판적으로 볼 수 있는 시각을 가지도록 한다.
  - 음주의 신체, 정신, 사회적 영향에 대한 정보를 바로 알도록 한다.

#### 5. 외국 금주 프로그램의 사례

##### 가. 프레이리의 PROBLEM-POSING방법

프레이리의 방법은 비판적인 의식을 가동시키는 교육방법이다. 프레이리 방법은 제3세계 국가들에서 많이 사용되었는데 미국의 보건교육활동에도 적용된 바 있다. University of New Mexico school of medicine에 의해 1982년 지역사회 및 학교를 중심으로 개발된 알코올 및 약물남용 예방 프로그램은 고위험집단의 십대를 대상으로 하였고 프로그램 내용은 지역내의 병원 응급실 방문, 유치장 방문후 이 경험에 대한 토론을 하여 학생들이 자발적으로 절주활동을 하도록 하는데 초점을 두었고 캠페인 활동으로 확대되는 성과를 거둔바 있다<sup>6)</sup>.

##### 나. 인지적인 위험요인을 중심으로 한 프로그램(project alert)<sup>7)</sup>

이것은 7에서 12학년을 중심으로 한 약물남용 예방 프로그램으로 건강신념 모델 및 자기확신이론을 응용한 교육 프로그램이다. 건강신념 모델에서 적용된 교육요소는 음주권

5) Redican et al, Organization of School Health Programs, 2nd edition, Wm. C. Brown Communications, Inc., Dubuque, IA, 1993.

6) Wallerstein, N & Bernstein, E., Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education, Health Education Quarterly, 1988, 15, 370-394.

7) Ellickson et al, Preventing adolescent drug use: long term results of a junior high program, American Journal of Public Health, Vol. 83, No. 6, 1993, p. 856-861.

유를 거절하는 데 장애가 되는 요인, 금주의 인지된 효과(이익), 자기확신관련 교육적 요소는 기술개발 훈련으로 바람직한 행동의 모델링, 바람직한 행동에 대한 칭찬 등이 포함 되어 있다. 이 프로그램에서 교사는 약물경험과 지식에 대한 충분한 정보를 주고 동기유발 및 기술개발 교육활동을 하도록 되어 있다.

#### 다. 가족을 포함시킨 금주 프로그램

플로리다주의 Stars(Start Taking Alcohol Risks Seriously)for families<sup>8)</sup> 프로그램은 단계별로 음주의 시작동기를 교육목표로 하여 음주형태와 결과를 줄이고 음주시작을 늦추며, 술 및 기타약물 사용을 줄이고, 음주관련 위험요인을 감소시키는 데 목적이 있다. 이 프로그램의 요소는 1차년도에는 도시지역 중학교 학생들을 대상으로 하여 양호교사의 상담, 부모 및 보호자에게 우편통신문 발송을 하고 2차년도에는 양호교사의 상담과 더불어 의사의 감독하에 가정통신숙제를 하도록 하고 3차년도에는 양호교사의 면담, 가정통신숙제, 또래 교육훈련 모델의 적용 등의 요소로 구성되어 있다. 이 프로그램의 평가는 프로그램참여자들로부터의 피이드백, 양호교사의 피이드백, 상담에 대한 녹음자료를 통해 이루어진다.

#### 라. 보건센터 단위의 또래교육을 통한 금주교육 사업

Corner Health Center Theatre Troupe<sup>9)</sup> 사업은 십대들의 음주문제를 포함한 보건문제에 초점을 두고 있다. 이 사업의 전략은 십대들로 하여금 사회문제들을 촌극을 통해 묘사하고 토론하는 데에 참여하게 하며 또래교육을 통해 예방적인 메시지가 전달되도록 하는데 있다. 이것은 교실 또는 그외의 장소에서 청소년들이 편안한 분위기에서 토론할 수 있도록 하는 데 초점을 둔다. 이 사업의 평가는 사전 사후 테스트를 통해 변화된 지식, 태도를 평가하게 한다.

### 6. 결 론

음주 및 약물남용예방을 위해 사회영향에 기초한 예방 프로그램이 효과적인 것으로 보고된 바 있다. 이 모델의 접근법은 사회환경을 음주시작의 결정요인으로 인식하여서 음주를 조장하는 사회영향을 인지하고 저항하는 기술과 규범의 개발에 초점을 두고 있다.

---

8) Practice Notes: STARS(Start Taking Alcohol Risks Seriously) for families, Health Education & Behavior, Vol. 24, No.2, 1997, p. 135-136.

9) Practice Notes: Strategies in Health Education, The Corner Health Center Theatre Troupe, Health Education & Behavior, Vol. 25 No.1, 1998, p. 8-9.

사회영향의 교육적 요소로는 사회적 강화 또는 보상이 있고, 사회적 규범, 단계적 행동변화모델 적용 등이 사용된다.

효과적인 금주 프로그램 운영을 위해서는 학교와 가정 지역사회가 연계된 사업이 가장 효과적이다. 그리고 예방 프로그램은 청소년 초기에 투입될수록 효과가 크므로 청소년 이전단계부터 지속적인 예방 교육프로그램의 개발 및 투입이 필요하다. 그리고 교육현장에서는 전통적인 교육방법보다는 학생들의 자발적인 토론과 금주활동 참여를 도모하는 교육활동을 개발해야 한다. 그리고 또래집단 교육 프로그램에서 주의해야 할 사항은 지속적인 교육효과에 대한 추서관리 및 감독이 필요하다<sup>10)</sup>.

## 研究實績

- 최은진, 「韓國 靑少年들의 健康行動 實態把握 및 分析」, 『한국보건교육학회지』, 제10권, 제2호, 1993년 12월, pp. 86-99.
- 김수춘 · 김은주 편저, 『21世紀를 향한 保健醫療政策課題』, 靑少年保健執筆, p. 150-158. 韓國保健社會研究院, 1994.
- (연구보고서 94-33) 변종화 · 이순영 · 정기혜 편저, 『健康增進 示範保健所運營을 위한 技術支援研究』, 地域社會 健康生活實踐運動展開, 示範事業運營計劃書 作成 執筆 參與. 韓國保健社會研究院, 1994.
- 최은진, 「靑少年 保健實態 및 政策課題」, 『保健社會論集』, 제 14권, 제2호, 1994년 겨울, pp.103-115.
- 최은진, 「미국내 韓國學生들의 健康과 適應」, 『한국보건교육학회지』, 제12권 제1호, 1995. 6, pp. 72-82.
- (Working Paper 96-04) 한영자 · 최은진, *Health Profile of Korean Women: Exploring the Socio-Cultural Dimension of Women's Health*, 韓國保健社會研究院, 1996.
- 최은진, 「保健教育人力的 養成과 役割定立에 관한 考察: 美國의 事例를 中心으로」, 『保健社會研究』, 제16권 1호, 1996, pp.134-160
- (연구보고서 96-29) 남정자, 조맹제, 최은진, 『한국인의 건강에 미치는 영향분석』, 1996.
- 최은진 · 김응석, 「醫療保險 健康診斷事業의 事後管理體系 改編案」, 『保健社會研究』 제 17권 제2호, 韓國保健社會研究院, 1997. pp.25~49. 10. (정책연구자료 97-01) 김응석 · 최은진 · 유승흠 외, 『우리나라 健康診斷事業의 運營實態와 政策課題』, 韓國保健社會研究院, 1997.

---

10) Komro et al, Peer leadership in school and community alcohol use prevention activities, Journal of Health Education, 1999, p. 202-208.



- (정책연구자료 97-01) 김응석·최은진·유승흠 외, 『우리나라 健康診斷事業의 運營實態와 政策課題』, 韓國保健社會研究院, 1997.
- (용역보고서 98-06-2) 남정자·계훈방·김혜련·서미경·최은진 외, 『서울市民의 健康生活實踐水準』, 韓國保健社會研究院, 1998.
- (용역보고서 98-06-3) 변종화·홍문식·서미경·최은진 외, 『서울市民 健康增進 目標設定 및 戰略開發』, 韓國保健社會研究院, 1998.
- 최은진, 「健康增進人力的 訓練教育課程 開發」, 『保健社會研究』 제18권 제1호, 韓國保健社會研究院, 1998.
- (용역보고서 98-12) 서미경·오영호·최은진·김혜련·황나미 외, 『서울특별시 江北區 地域保健醫療計劃: 1999~2002』, 韓國保健社會研究院, 1998.
- (용역보고서 98-05) 송태민, 정영철, 최은진외, 「국민건강증진사업 정보화 기본계획연구」, 한국보건사회연구원, 1998.
- 최은진, 박천만, 「보건교육 및 건강증진에 대한 구성주의 방법의 적용」, 『한국보건교육학회지』 제15권 제 2호, 한국보건교육학회, 1998. 12.
- 최은진, 「TV放送을 통한 健康情報 普及의 現況과 政策方向」, 『보건복지포럼』 제31호, 韓國保健社會研究院, 1999. 4.
- (용역보고서 99-03) 최은진·서동우·문병윤, 『保健教育資料의 分析 및 改善方案: 映像資料를 중심으로』, 韓國保健社會研究院, 1999.