

# 농촌지역사회의 보건교육 요구도에 관한 연구

김종우\* · 남철현\*\* · 김성우\*\*

\* 창원 보건소 · \*\* 경산대학교 보건대학원

## 〈목 차〉

I. 서론	IV. 요약 및 결론
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과 및 고찰	Abstract

## I. 서론

‘건강은 개인의 일상생활 및 사회발전에 있어서 소중한 자원으로 소극적 건강 수준을 넘어서서 적극적 건강을 추구하며, 건강에 대한 책임은 개인과 사회가 같이 나누어야 하고 이를 위하여 교육적 및 제반 환경적인 접근을 포함한 대부분, 다수준에서의 생태학적 접근이 이루어져야 한다’는 세계 보건의료 분야의 공동 인식과 흐름 속에서(Green & Kreuter, 1999; Kickbusch, 1997; Legar, 1997; WHO, 1986; WHO, 1997) 우리나라는 지난 5년 동안 국민들의 건강수준 및 삶의 질 향상을 위해 국가 수준에서 건강에 대한 새로운 개념과 가치관을 확립하고 국민건강관리를 위한 새로운 접근, 즉 질병예방 및 건강증진 중심의 접근을 위한 보건의료정책을 수립하는 등 여러 분야에서 많은 성과가 이루어져왔다(오대규, 1998).

오늘날 건강수준을 증진시키기 위한 전략개발

은 과거 전통적인 의료 중심의 접근 방법으로부터 개인의 건강습관을 중요시하는 건강증진의 개념으로 바뀌고 있으며 이에 따라 보건교육의 필요성이 강조되고 있다(이명선, 1994).

보건교육은 국민보건의 바탕이 되는 것이며 조직적인 사회교육인 동시에 문화운동이라고 할 수 있다. 요컨대 모든 국민이 건강에 대하여 적극적으로 태도를 취하도록 하는 데에 보건교육의 뜻과 중요성이 있는 것이다(권이혁, 1990).

이와 같이 보건교육이 국민건강 관리의 가장 기본 요소임에도 불구하고 국민건강관리에 대한 국가의 정책이 질병예방 및 건강증진 중심으로 방향이 전환되기 전까지 보건의료분야에서 몇몇 보건 사업의 경우를 제외하고는 보건교육의 중요성 및 역할이 충분히 인식되지 못했다.

이러한 연유로, 우리나라에서는 아직까지 보건교육이 단순히 건강에 관한 지식의 전달로 간주되는 경우가 많으며, 사업수행을 위한 방법론적인 접근도 지식 전달을 위한 방법을 모색하는 정도에 그치는 수가 많다(김명 등, 1998; 남철현, 1998).

1995년 국민건강증진법 제정 및 시행이후 현재 우리 나라 각 지역 수준, 즉 광역시·도 및 시·군·구 수준에서의 지역 보건소에서는 보건교육홍보사업 등의 기존 건강증진사업의 강화 및 새로운 사업 실시 등 보건교육홍보와 질병예방을 위한 보건교육과 유선방송망이나 시·군·구의 신문회보 등을 이용한 보건교육 홍보 실시율이 50~70%이고, 금연교실과 당뇨, 고혈압교실 운영율은 25.3%와 49.4%이며, 시·군·구의 건강생활실천협의회 구성비율은 84.1%이고 동 협회회의 회의 개최율은 37.1%였다(한국보건사회연구원, 1997). 이와 같이 보건교육 및 홍보사업 실시율이 많이 증가하여 지역주민들의 건강정보에 대한 접근성은 많이 향상된 것으로 보이나 질적 향상의 여지가 많이 남아 있는 것으로 보인다(이명순, 1999).

오늘날 보건교육 및 건강증진의 사업 수행에 있어서 요구되는 접근들은 과거와는 다른 건강증진의 새로운 패러다임아래 시대 변화 및 요구에 부합되는 혁신적인 방법을 필요로 하고 있기 때문에 이에 관한 집중적인 논의와 연구 및 투자가 이루어져야 한다(Green & Kreuter, 1999; Kickbusch, 1997).

특히 보건교육이 효과적으로 실행되기 위해서는 우선 피교육자들이 원하는 보건교육이 무엇인지 그 요구를 조사하여 그에 상응하는 요구내용으로 교육이 이루어져야 한다(김명호, 1998).

보건교육요구도는 교육대상자의 학력, 성별 등 개인특성에 따라 그 요구도가 다를 뿐 아니라 경제, 문화, 건강상태에 따라서도 다를 수 있으므로 보건교육사업을 시행하기 앞서 교육대상자의 흥미분야와 수용도를 파악하는 보건교육요구도 조사가 선행되어야 한다. 이를 통해 보다 현실적인 교육을 실시할 수 있고 그 효과도 극대화할 수

있기 때문이다.

더욱이 교육을 실시하고자 하는 지역과 대상에 대한 사전정보가 부족한 보건교육사업을 추진할 때에 있어서의 보건교육요구도 조사는 전체적인 사업결과에 결정적인 영향을 미칠 수 있으므로 그 중요성이 더욱 강조되고 있다. 보건교육에서의 사각지대인 농촌지역사회에서는 지역 실정에 맞고, 특성 있는 대상자에 대한 보건교육이 되지 않고 있다고 볼 수 있다.

이에 이 연구에서는 농촌지역사회 주민들의 보건사업에의 참여도를 높이고 개인의 자기건강관리를 스스로 책임질 수 있도록 농촌지역사회의 지역주민을 대상으로 보건교육의 내용과 방법에 대한 요구도를 조사하여 농촌지역사회주민 대상의 특성에 따른 보건교육계획의 수립과 보건교육 프로그램의 개발에 활용할 기초자료를 제공하는데 목적을 두었다.

이 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 농촌지역주민들의 특성에 따른 보건교육 희망분야, 내용 그리고, 보건교육 방법에 대한 요구도를 파악.

둘째, 농촌지역주민들의 보건교육요구도에 영향을 미치는 요인 분석.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상 및 시기

경상남도 창녕군의 전체 인구 76,207명 중 창녕군 지역사회 내 거주하는 만 20세 이상 성인남녀의 인구 57,468명(창녕군 통계연감, 1999) 중 2.78%인 1,600명을 대상으로 하였으며 이들은 창녕군의 2개 읍·12개 면의 행정구역별로 층화

한 후 각 읍·면별 인구 규모에 비례하여 무작위 추출되었다.

조사시기는 2000년 4월 17일부터 4월 27일까지 11일간 이었다.

## 2. 조사방법

지역주민 30명을 대상으로 사전조사를 한 후 설문지를 수정 보완하여 작성된 설문지를 사용하여 사전에 교육된 창녕군 보건소, 13개 보건지소 및 18개 보건진료소의 직원 및 보건요원이 주민을 직접 면접하여 설명한 후 자기 기입식으로 조사하였다.

## 3. 연구도구 및 내용

본 연구의 연구도구로는 설문지법을 이용하였으며, 설문지는 개인건강, 보건교육 내용과 방법, 보건교육요구도, 건강증진에 관한 선행연구와 보건소에서 수행하고 있는 업무내용을 참고하여 작성하였다<표 1>.

## 4. 분석방법

수집된 자료 총 1,394부(1,600부 중 회수율은 87.1%)중 응답내용을 부실하게 기재한 144부를 제외시킨 1,250부(78.1%)를 부호화 처리한 후 SPSS version 7.0을 이용하여 분석하였으며, 자료의 분석방법 및 유의성 검정은 백분율, 평균과 표준편차, 교차분석, ANOVA,  $\chi^2$  -test, t-test,

<표 1> 변수의 내용

특성(문항)	세부내용
일반적 특성 (8)	성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 직업, 의료보장, 생활수준, 종교
보건교육 경험 및 관심도 (9)	보건교육의 경험여부, 건강정보의 원하는 출처 보건교육의 관심정도, 보건교육의 희망여부 보건교육을 희망하지 않을 경우 그 이유 보건소의 보건교육에 관한 만족도
보건교육 방법에 대한 요구도 (9)	보건교육의 교육매체, 보건교육의 장소 보건교육의 참여시간, 보건교육의 시행횟수 강사(교육자) 지역사회에서의 보건교육의 전담 주체 순회이동보건교육 실시에 대한 관심도 보건소의 경로당 순회진료 및 이동검진사업과 병행한 보건교육에 대한 관심도 보건소에서의 건강교실운영의 희망여부
보건교육내용에 관한 요구도 질병예방 및 관리 (8개 영역 36문항)	음주와 흡연의 건강장해와 금연 및 금주법 개인위생 및 건강습관(개인건강관리) 정신보건 및 스트레스에 관한 교육 환경에 관한 교육 성교육 안전사고예방 및 응급처치 가족건강관리와 의료기관 이용 및 건강검진

F-ratio를 이용하였다. 보건교육 요구도 분석은 Likert 5점 척도법으로 분석하였는데 ‘매우필요하다’는 5점, ‘약간필요하다’ 4점, ‘보통이다’는 3점, ‘약간불필요하다’는 2점, ‘전혀필요없다’ 1점으로 하였다.

설문지의 신뢰도계수(Cronbach's alpha)는 0.9350~9685로서 신뢰도는 높았다.

### Ⅲ. 연구결과 및 고찰

#### 1. 일반적인 특성별 건강에 대한 정보습득 경로

건강에 대한 정보습득의 경로는 전파매체(TV, Radio, Cable TV) 58.2%, 인쇄매체(신문, 잡지, 게시판, 홍보유인물 등) 15.3%, 보건(지)소 14.6%, 의료기관(병원, 의원, 한의원) 6.3%, 보건교육 강

<표 2> 8개 보건관련영역별 35개 문항

영역	문항내용
질병예방 및 관리 (11)	고혈압 예방 및 관리, 당뇨 예방과 및 관리 암 예방 및 관리, 퇴행성관절염 예방 및 관리 뇌졸중의 예방 및 관리, 부인과 질환 예방 및 관리 간장질환 예방 및 관리 만성 폐질환 예방 및 관리 (만성기관지염, 폐기종, 천식 등) 식중독 예방 및 관리(식품위생) 전염성질환의 예방 및 관리 (결핵, 콜레라, 이질, 유행성 출혈열, 인플루엔자 등) 농촌특성의 직업병 예방 및 관리 (하우스병, 농약 간접중독 등)
음주와 흡연의 건강장해와 금연 및 금주법 (2)	담배와 건강관리 술과 건강관리
개인위생 및 건강습관(개인 건강관리) (7)	신체청결의 중요성, 영양과 건강 비만 예방과 관리, 운동 및 체력관리 약물 오남용 및 중독, 구강관리, 바른 자세 잘못 알려진 건강상식 바로잡기
정신보건 및 스트레스 (3)	스트레스 관리 및 해소법 치매예방과 관리, 정신장애 예방과 관리
환경보건에 관한 교육 (3)	대기 및 수질오염, 환경보건과 관련된 공중도덕 환경보존을 위한 개인실천방안
성교육 (4)	임신 및 출산의 과정 피임 가족계획 및 모자보건(산전후관리, 영유아관리) 성병 예방과 관리
안전사고예방 및 응급처치 (3)	적절한 응급처치에 관한 교육 안전사고 예방에 관한 교육
가족건강관리와 의료기관 이용 및 건강검진 (2)	가족건강관리, 의료기관이용 건강검진의 필요성(성인병 검진)

연 3.9%, 기타 2.3% 순으로 건강에 대한 정보습득은 주로 전파매체를 통하여 이루어지고 있었다 <표 3>.

## 2. 일반적인 특성별 보건소에서 실시하는 보건교육 및 홍보에 대한 견해

보건소에서 실시하는 보건교육 및 홍보에 대

<표 3> 일반적 특성별 건강에 관한 정보습득 경로

구 분	계	전파매체 (TV 유선방송 라디오등)	인쇄매체 (신문, 잡지 게시판·홍보 유인물 등)	보건교육 강연	의료기관 (병원, 의원 한의원 약국 등)	보건소 보건지소 보건진료소	기타	$\chi^2(df)$
	100.0(1250)	58.2(727)	15.3(191)	3.9(49)	6.3(79)	14.6(175)	2.3(29)	
<b>성별</b>								
남	100.0(673)	59.0	15.9	4.0	5.8	13.5	1.8	
여	100.0(577)	57.2	14.6	3.8	6.9	14.6	2.9	3.256(5)
<b>연령(세)</b>								
20-29	100.0(129)	68.2	19.4	-	5.4	3.9	3.1	
30-39	100.0(274)	61.7	22.3	1.8	6.2	6.2	1.8	
40-49	100.0(271)	65.3	14.0	3.3	7.4	8.5	1.5	
50-59	100.0(256)	54.7	15.2	4.7	7.0	15.6	2.7	
60+	100.0(320)	47.8	8.8	7.2	5.3	28.1	2.8	125.142(20)***
<b>결혼상태</b>								
미혼	100.0(119)	61.3	27.7	0.8	5.0	4.2	0.8	
기혼	100.0(1013)	58.9	15.3	4.1	5.8	13.1	2.7	
독신(이혼, 별거, 사별)	100.0(118)	48.3	2.5	5.1	11.9	31.4	0.8	73.591(10)***
<b>교육수준</b>								
초등이하	100.0(388)	48.7	6.7	5.7	6.4	28.9	3.6	
중졸	100.0(210)	58.6	14.3	6.7	7.1	11.9	1.4	
고졸	100.0(433)	66.3	16.6	2.1	6.9	6.7	1.4	
전문대졸	100.0( 90)	61.1	31.1	2.2	1.1	4.4	-	
대졸이상	100.0(129)	56.6	27.1	1.6	6.2	3.9	4.7	178.653(20)***
<b>직업</b>								
농·축산업	100.0(594)	56.1	9.1	6.1	5.2	21.4	2.2	
공무원·사무직	100.0(208)	52.4	29.4	0.5	6.3	8.7	2.9	
서비스·판매직	100.0( 99)	66.7	21.2	4.0	3.0	2.0	3.0	
기술전문직	100.0( 63)	63.5	27.0	-	6.3	3.2	-	
주부	100.0(168)	69.0	14.3	1.2	7.7	6.5	1.2	
생산·노무직	100.0( 21)	71.4	4.8	-	9.5	-	14.3	
기타	100.0( 41)	51.2	19.5	2.4	22.0	2.4	2.4	
무직	100.0( 56)	48.2	8.9	8.9	7.1	25.0	1.8	182.040(35)***
<b>의료보장</b>								
의료보험	100.0(1208)	58.6	15.6	3.7	6.2	13.9	2.0	
의료보호	100.0( 42)	45.2	7.1	9.5	9.5	16.7	11.9	24.749(5)***
<b>생활수준(자가판단)</b>								
잘 사는 편	100.0( 73)	60.3	9.6	6.8	4.1	19.2	-	
보통	100.0(979)	58.3	17.3	3.6	5.8	13.1	1.9	
못 사는 편	100.0(198)	56.6	7.6	4.5	9.6	16.7	5.1	29.973(10)***
<b>종교</b>								
있다	100.0(641)	58.2	14.4	4.5	7.0	13.9	2.0	
없다	100.0(609)	58.1	16.3	3.3	5.6	14.1	2.6	3.483(5)

\*\*\* p<0.001

해서는 '매우 만족'과 '약간 만족'이 각각 4.5%·14.4%, '보통'이 56.4%, '약간 불만족'과 '아주 불만족'이 각각 18.6%·6.1%였다. '만족스럽다'는 응답률은 20대가 10.1%, 30대가 14.2%, 40대가 19.2%, 50대가 23.5%, 60대 이상이 22.5%이었으며, 교육수준 별로는 초등학교 졸업 이하자가 24.5%, 중학교 졸업자가 21.0%, 고등학교 졸업자가 15.8%, 전문대학 졸업자가 15.6%, 대학교 졸업이상자가 14.7%로서, 연령이 높을수록 교육수준이 낮을수록 보건소에서 실시하는 보건교육 및 홍보에 대해서 만족스러워 하였다. '불만족스럽다'는 응답률은 20대가 31.8%, 30대가 27.7%, 40대가 31.0%, 50대가 23.4%, 60대 이상이 23.4%이었으며, 교육수준 별로는 초등학교 졸업 이하자가 18.0%, 중학교 졸업자가 29.0%, 고등학교 졸업자가 27.0%, 전문대학 졸업자가 31.1%, 대학교 졸업이상자가 24.9%로 연령이 낮을수록 교육수준이 높을수록 보건소에서 실시하는 보건교육 및 홍보에 불만족스러워 하였다. 즉, 정부나 지역보건소에서 제공하고 있는 건강정보나 교육, 홍보에 대해서는 연령이 높은 자보다 연령이 낮은 자들이 부족하다고 하였는데, 이는 정부에 대한 요구도가 높기 때문이라고 생각되며, 교육수준이 높을수록 부족하게 느끼는 것은 이들의 요구수준에 맞는 각종 교육, 홍보자료 개발이 충분치 못하기 때문이라 생각된다<표 4>.

### 3. 가장 효율적인 보건교육방법

응답자가 선호하는 보건교육방법으로 'TV, Radio, 유선방송 등의 전파매체 홍보' 37.2%로 가장 높았고, '강사에 의한 집단교육(강연)' 25.4%, '개별상담' 15.0%, '영화, 비디오, 슬라이드 상영' 11.6%, '신문, 보건교육자료 및 책자 등의

인쇄매체' 10.8%의 순 이었다. 이는 남철현 등(1998)의 조사와 일치한다<표 5>. 보건교육의 방법으로 대인접촉, 대중매체 그리고 지역사회 캠페인을 통한 방법 등 여러 가지가 있으나(남철현 등, 1998) 대중매체의 하나인 인쇄매체를 우편을 이용하여 주민들에게 전달하는 것은 제한된 인력의 활용, 정보의 보관성 및 지속성으로 인해 그 효과가 우수한 것으로 알려져 있다(Tones와 Tilford, 1994). 또한 건강생활 실천 수준은 인쇄매체가 전파매체보다 더 효과가 크다는 보고(남철현, 1984)도 있다. Fries 등(1994)은 개인별 보건교육용 서신과 성인병에 대해 스스로 예방할 수 있게 해주는 책자의 배부 등을 통한 보건교육 프로그램이 성인병 발생을 감소시키고 의료이용을 낮추었다고 하였다. 그러나, 유승흠(1989)이 농촌주민을 대상으로 보건교육방법에 대한 선호도 조사결과 '강의'가 36.3%로 1위, '안내책자'가 26.6%로 2위, '개별상담'이 17.8% 3위로 보고한 결과와는 차이가 있었다. 이는 농촌지역에서도 멀티미디어 및 케이블 TV의 보편화로 이들 매체의 신속성, 오락성으로 인한 이용률 증가와 보건교육 프로그램의 증가에 따른 결과로 생각된다.

### 4. 일반적인 특성별 희망하는 보건교육장소

보건교육장소는 '보건(지)소' 48.1%, '병원 및 민간의료기관' 22.9%, '여성회관' 17.8%, '종교단체' 3.3%, '기타' 7.9%의 순 이었으며, '보건(지)소'를 가장 선호하였다. 이들 중 연령이 많을수록 교육수준과 사회경제적 수준이 낮은 대상자와 직업별로는 농·축산업 및 주부가 선호하였다. 이는 유승흠(1989)과 남철현(1998)이 농촌지역주민을 대상으로 조사한 연구에서 보건교육을 실시하는 교육장소로 보건소를 선호하는 것으로 보고한

결과와 비슷하였다. '여성회관'을 선호한 대상자는 남자가 13.7%, 여자가 22.7%로 여자대상자들이 여성에게 친숙한 '여성회관'을 더욱 선호하였

다. 종교단체를 선호한 대상자 중 유종교자의 응답률이 3.6%로 높았다<표 6>.

<표 4> 일반적 특성별 보건소에서 실시하는 보건교육 및 홍보에 대한 견해

구분	계	매우만족	약간만족	보통	약간불만족	아주불만족	$\chi^2(df)$
	100.0(1250)	4.5(56)	14.4(180)	56.4(705)	18.6(233)	6.1(76)	
<b>성별</b>							
남	100.0(673)	5.1	15.8	54.5	19.0	5.6	
여	100.0(577)	3.6	12.8	58.6	18.2	6.6	4.377(4)
<b>연령(세)</b>							
20-29	100.0(129)	2.3	7.8	58.1	24.8	7.0	
30-39	100.0(274)	2.9	11.3	58.0	21.5	6.2	
40-49	100.0(271)	3.7	15.5	59.8	15.1	5.9	
50-59	100.0(256)	6.3	17.2	53.1	19.9	3.5	
60+	100.0(320)	5.9	16.6	54.1	15.6	7.8	28.453(16)*
<b>결혼상태</b>							
미혼	100.0(119)	6.7	10.1	52.9	22.7	7.6	
기혼	100.0(1013)	4.0	14.7	57.2	18.1	6.0	
독신(이혼, 별거, 사별)	100.0(118)	5.9	16.1	53.4	19.5	5.1	6.604(8)
<b>교육수준</b>							
초등이하	100.0(388)	6.2	18.3	57.5	13.4	4.6	
중졸	100.0(210)	4.3	16.7	50.0	17.6	11.4	
고졸	100.0(433)	2.3	12.5	58.0	22.6	4.6	
전문대졸	100.0( 90)	6.7	8.9	53.3	26.7	4.4	
대졸이상	100.0(129)	5.4	9.3	60.5	17.1	7.8	47.352(16)***
<b>직업</b>							
농·축산업	100.0(594)	5.4	16.0	57.2	16.5	4.9	
공무원·사무직	100.0(208)	3.8	13.9	55.3	19.7	7.2	
서비스·판매직	100.0( 99)	3.0	8.1	55.6	25.3	8.1	
기술전문직	100.0( 63)	4.8	19.0	44.4	27.0	4.8	
주부	100.0(168)	3.0	11.9	65.5	16.7	3.0	
생산·노무직	100.0( 21)	-	9.5	57.1	28.6	4.8	
기타	100.0( 41)	9.8	7.3	53.7	18.5	9.8	
무직	100.0( 56)	1.8	19.6	41.1	17.6	19.6	52.918(28)**
<b>의료보장</b>							
의료보험	100.0(1208)	4.3	14.5	57.0	18.2	6.0	
의료보호	100.0( 42)	9.5	11.9	40.5	31.0	7.1	8.225(4)
<b>생활수준(자가판단)</b>							
잘 사는 편	100.0( 73)	6.8	13.7	53.4	23.3	2.7	
보통	100.0(979)	4.4	14.4	57.0	18.4	5.8	
못 사는 편	100.0(198)	4.0	14.6	54.5	18.2	8.6	5.741(8)
<b>종교</b>							
있다	100.0(641)	4.1	13.7	56.8	20.6	4.8	
없다	100.0(609)	4.9	15.1	56.0	16.6	7.4	7.014(4)

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

<표 5> 일반적 특성별 가장 효율적인 보건교육방법

구분	계	강사에 의한	영화, 비디오	자료 및	TV,라디오	개별상담	$\chi^2(df)$
		집단교육 (강연)	슬라이드 상영	책자, 신문등의 인쇄매체	유선방송 등의 전파매체		
	100.0(1250)	25.4(317)	11.6(144)	10.8(134)	37.2(464)	15.0(187)	
<b>성별</b>							
남	100.0(673)	23.7	10.1	12.5	39.1	14.6	
여	100.0(577)	27.5	13.2	8.7	35.0	15.5	10.147(4)*
<b>연령(세)</b>							
20-29	100.0(129)	26.4	10.9	12.4	34.9	15.5	
30-39	100.0(274)	23.4	10.9	12.4	38.0	15.3	
40-49	100.0(271)	30.4	11.9	12.2	35.6	10.0	
50-59	100.0(256)	28.3	13.4	10.6	34.3	13.4	
60+	100.0(320)	20.4	10.7	7.5	41.4	20.1	25.874(16)
<b>결혼상태</b>							
미혼	100.0(119)	25.4	15.3	18.6	30.5	10.2	
기혼	100.0(1013)	25.7	11.2	9.7	38.4	15.0	
독신(이혼, 별거, 사별)	100.0(118)	23.1	11.1	12.0	34.2	19.7	15.484(8)
<b>교육수준</b>							
초등이하	100.0(388)	22.7	11.9	5.7	38.9	20.9	
중졸	100.0(210)	28.4	12.5	13.5	33.7	12.0	
고졸	100.0(433)	27.1	10.2	11.8	40.1	10.7	
전문대졸	100.0( 90)	23.3	14.4	18.9	34.4	8.9	45.795(16)***
대졸이상	100.0(129)	24.8	11.6	12.4	30.2	20.9	
<b>직업</b>							
농·축산업	100.0(594)	28.3	12.5	8.8	36.6	13.8	
공무원·사무직	100.0(208)	26.0	15.4	9.6	34.1	14.9	
서비스·판매직	100.0( 99)	16.2	4.0	19.2	50.5	10.1	
기술전문직	100.0( 63)	17.7	12.9	14.5	30.6	24.2	
주부	100.0(168)	28.7	6.6	9.0	41.9	13.8	
생산·노무직	100.0( 21)	23.8	14.3	19.0	23.8	19.0	
기타	100.0( 41)	20.0	10.0	25.0	35.0	10.0	
무직	100.0( 56)	12.5	14.3	8.9	32.1	32.1	69.256(28)***
<b>의료보장</b>							
의료보험	100.0(1208)	25.4	11.5	11.0	37.4	14.8	
의료보호	100.0( 42)	26.8	14.6	4.9	31.7	22.0	3.450(4)
<b>생활수준(자가판단)</b>							
잘 사는 편	100.0( 73)	32.9	13.7	13.7	21.9	17.8	
보통	100.0(979)	26.1	11.4	10.4	37.3	14.9	
못 사는 편	100.0(198)	19.7	11.6	11.6	46.4	14.6	11.923(8)
<b>종교</b>							
있다	100.0(641)	30.3	10.3	12.2	31.8	15.4	
없다	100.0(609)	20.4	12.8	9.2	42.9	14.6	26.607(4)***

\* p<0.05, \*\*\* p<0.001



<표 6> 일반적인 특성별 희망하는 보건교육장소

구분	계	보건(지)소	여성회관	종교단체	민간 의료기관	기타	$\chi^2(df)$
	100.0(1250)	48.1(601)	17.8(223)	3.3( 41)	22.9(286)	7.9( 99)	
<b>성별</b>							
남	100.0(673)	49.5	13.7	3.1	25.1	8.6	
여	100.0(577)	46.4	22.7	3.5	20.3	7.1	18.988(4)***
<b>연령(세)</b>							
20-29	100.0(129)	47.3	12.4	4.7	27.1	8.5	
30-39	100.0(274)	50.4	22.3	1.5	22.3	3.6	
40-49	100.0(271)	41.0	20.3	3.7	26.9	8.1	
50-59	100.0(256)	49.2	17.2	3.9	21.5	8.2	
60+	100.0(320)	51.6	14.7	3.4	19.4	10.9	30.963(16)*
<b>결혼상태</b>							
미혼	100.0(119)	41.2	18.5	5.9	28.6	5.9	
기혼	100.0(1013)	48.1	17.9	2.8	22.9	8.4	
독신 (이혼, 별거, 사별)	100.0(118)	55.1	16.9	5.1	16.9	5.9	11.911(8)
<b>교육수준</b>							
초등이하	100.0(388)	52.1	17.3	4.9	15.7	10.1	
중졸	100.0(210)	43.8	14.8	4.3	29.5	7.6	
고졸	100.0(433)	49.2	18.0	1.6	23.6	7.6	
전문대졸	100.0( 90)	41.1	23.1	2.2	31.1	2.2	
대졸이상	100.0(129)	44.2	20.2	3.1	25.6	7.0	36.356(16)**
<b>직업</b>							
농·축산업	100.0(504)	51.3	16.8	3.4	19.7	8.8	
공무원·사무직	100.0(208)	46.6	26.4	1.0	18.8	7.2	
서비스·판매직	100.0( 99)	43.4	14.1	4.0	34.3	4.0	
기술전문직	100.0( 63)	31.7	9.5	6.3	44.4	7.9	
주부	100.0(168)	53.0	19.6	2.4	17.9	7.1	
생산·노무직	100.0( 21)	47.6	14.3	-	28.6	9.5	
기타	100.0( 41)	36.6	9.8	9.8	34.1	9.8	
무직	100.0( 56)	39.3	14.3	5.4	32.1	8.9	67.396(28)***
<b>의료보장</b>							
의료보험	100.0(1208)	47.9	17.9	3.2	23.2	7.8	
의료보호	100.0( 42)	52.4	16.7	4.8	14.3	11.9	2.766(4)
<b>생활수준(자가판단)</b>							
잘 사는 편	100.0( 73)	38.4	20.5	4.1	27.4	9.6	
보통	100.0(979)	48.7	17.3	2.9	24.0	7.2	
못 사는 편	100.0(198)	48.5	19.7	5.1	15.7	11.1	14.206(8)
<b>종교</b>							
있다	100.0(641)	50.5	17.9	3.6	20.1	7.8	
없다	100.0(609)	45.5	17.7	3.0	25.8	8.0	6.441(4)

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

### 5. 보건교육 내용에 대한 요구도 순위

조사 대상자들이 가장 보건교육을 받기를 원하는 내용을 Likert 5점 척도법으로 분석한 결과는 1위가 질병의 예방 및 관리, 2위는 의료기관 이용, 가족건강관리 및 건강검진, 3위는 안전사고 예방 및 응급처치, 4위는 개인위생 및 건강습관(개인건강관리), 정신보건 및 스트레스 관리, 5위는 음주와 흡연의 건강장해와 금연 및 금주법, 6위는 환경보건, 7위는 성교육 순 이었다<표 7>.

<표 7>보건교육 내용에 대한 요구도 순위

순위 영역	M±SD (5점만점)
1 질병의 예방과 관리	3.60±0.82
2 가족건강관리와 의료기관이용 및 건강검진	3.40±0.80
3 안전사고예방 및 응급처치	3.36±0.80
4 개인위생 및 건강습관(개인건강관리)	3.33±0.80
4 정신보건 및 스트레스에 관한 교육	3.33±0.86
5 음주와 흡연의 건강장해와 금연 및 금주법	3.32±0.91
6 환경보건에 관한 교육	3.16±0.89
7 성교육	2.89±1.06

#### 1) 질병의 예방 및 관리에 따른 보건교육요구도

질병의 예방 및 관리에 따른 보건교육요구도는 3.60±0.82로 가장 높았다. 60대 이상이 3.64±0.88, 30대가 3.61±0.74, 50대가 3.60±0.76, 40대가 3.56±0.80, 20대가 3.50±0.91이었으며, 교육수준 별로는 대학교 졸업이상자가 3.88±0.767, 전문대학 졸업자가 3.66±0.77, 초등학교 졸업 이하자가 3.60±0.85, 고등학교 졸업자가 3.54±0.80, 중학교 졸업자가 3.49±0.78로서 연령과 교육수준이 높을수록 요구도가 높았다<표 8>.

#### 2) 의료기관이용 및 가족건강관리, 건강검진에 따른 보건교육요구도

의료기관이용 및 가족건강관리에 따른 보건교육요구도는 3.40±0.80으로 20대가 3.68±0.77, 30대가 3.58±0.74, 40대가 3.49±0.83, 50대가 3.35±0.76, 60대 이상이 3.10±0.77이었으며, 교육수준 별로는 대학교 졸업이상자가 3.73±0.79, 전문대학 졸업자가 3.67±0.69, 고등학교 졸업자가 3.57±0.76, 중학교 졸업자가 3.28±0.75, 초등학교 졸업 이하자가 3.12±0.78로서 연령이 적을수록 교육수준이 높을수록 요구도가 높았다<표 8>.

#### 3) 절주와 금연에 따른 보건교육요구도

절주와 금연에 따른 보건교육요구도는 3.32±0.91로서 성별로는 남자가 3.44±0.87, 여자가 3.16±0.93으로 이는 사회활동이 많고 담배와 술을 기호하는 남자들의 요구도가 그만큼 높기 때문이라고 생각된다. 20대가 3.40±0.92, 30대가 3.40±0.91, 40대가 3.39±0.94, 50대가 3.29±0.83, 60대 이상이 3.17±0.93이었으며, 교육수준 별로는 대학교 졸업이상자가 3.53±0.98, 전문대학 졸업자가 3.52±0.86, 고등학교 졸업자가 3.37±0.94, 중학교 졸업자가 3.33±0.74, 초등학교 졸업 이하자가 3.12±0.92로서 연령이 적을수록 교육수준이 높을수록 요구도가 높았다<표 8>.

#### 4) 개인위생 및 습관에 따른 보건교육요구도

개인위생 및 습관에 따른 보건교육요구도는 3.33±0.80으로 20대가 3.62±0.76, 30대가 3.50±0.73, 40대가 3.40±0.81, 50대가 3.24±0.72, 60대 이상이 3.06±0.84이었으며, 교육수준 별로는 대학교 졸업이상자가 3.78±0.76, 전문대학 졸업자가 3.54±0.66, 고등학교 졸업자가 3.47±0.78, 중

학교 졸업자가 3.17±0.71, 초등학교 졸업 이하자가 3.05±0.78로 연령이 적을수록 교육수준이 높을수록 요구도가 높았다<표 8>.

<표 8> 질병의 예방, 의료기관이용, 가족건강관리 및 건강검진, 절주와 금연, 개인위생에 따른 보건교육 요구도

구분	인원수	질병예방 및 관리	의료기관이용 가족건강관리 및 건강검진	절주와 금연	개인위생 및 습관
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
	1250	3.60±0.82	3.40±0.80	3.32±0.91	3.33±0.80
<b>성별</b>					
남	673	3.60±0.82	3.44±0.81	3.44±0.87	3.27±0.81
여	577	3.60±0.81	3.36±0.79	3.16±0.93***	3.39±0.78*
<b>연령(세)</b>					
20-29	129	3.50±0.91	3.68±0.77	3.40±0.92	3.62±0.76
30-39	274	3.61±0.74	3.58±0.74	3.40±0.91	3.50±0.73
40-49	271	3.56±0.80	3.49±0.83	3.39±0.94	3.40±0.81
50-59	256	3.60±0.76	3.35±0.76	3.29±0.83	3.24±0.72
60+	320	3.64±0.88	3.10±0.77***	3.17±0.93**	3.06±0.84***
<b>결혼상태</b>					
미혼	119	3.52±0.90	3.55±0.81	3.34±0.92	3.54±0.73
기혼	1131	3.57±0.80	3.41±0.79	3.34±0.89	3.32±0.80**
<b>교육수준</b>					
초등이하	388	3.60±0.85	3.12±0.78	3.12±0.92	3.05±0.78
중졸	210	3.49±0.78	3.28±0.75	3.33±0.74	3.17±0.71
고졸	433	3.54±0.80	3.57±0.76	3.37±0.94	3.47±0.78
전문대졸	90	3.66±0.77	3.67±0.69	3.52±0.86	3.54±0.66
대졸이상	129	3.88±0.767***	3.73±0.79***	3.53±0.98***	3.78±0.76***
<b>직업</b>					
농·축산업	594	3.56±0.83	3.23±0.78	3.22±0.87	3.09±0.77
공무원·사무직	208	3.78±0.83	3.75±0.74	3.58±0.96	3.67±0.79
서비스·판매직	99	3.56±0.73	3.62±0.72	3.56±0.84	3.52±0.72
기술전문직	63	3.79±0.68	3.62±0.81	3.56±0.71	3.57±0.61
주부	168	3.48±0.76	3.36±0.80	3.19±0.98	3.45±0.74
생산·노무직	21	3.24±0.99	3.29±0.64	3.19±0.98	3.19±0.88
기타	41	3.37±0.73	3.76±0.70	3.15±1.01	3.59±0.74
무직	56	3.75±0.90	3.27±0.82***	3.21±0.89***	3.45±0.78**
<b>의료보장</b>					
의료보험	1208	3.60±0.81	3.41±0.80	3.32±0.91	3.33±0.79
의료보호	42	3.62±0.96	3.10±0.69*	3.12±0.88	3.12±0.92
<b>생활수준(자가판단)</b>					
잘 사는 편	73	3.85±0.84	3.49±0.71	3.45±0.76	3.39±0.72
보통	979	3.59±0.78	3.40±0.80	3.34±0.89	3.33±0.79
못 사는 편	198	3.55±0.95*	3.40±0.82	3.14±1.02*	3.27±0.86
<b>종교</b>					
있다	641	3.60±0.80	3.42±0.78	3.28±0.91	3.34±0.78
없다	609	3.59±0.83	3.38±0.81	3.36±0.92	3.32±0.82

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

5) 성교육에 따른 보건교육요구도

성교육에 따른 보건교육요구도는  $2.89 \pm 1.06$ 으로 요구도가 낮았다. 이는 젊은 층의 이농현상으로 인해 고령자 위주의 농촌지역의 보수적인 사고와 관련성이 있다고 생각된다. 성별로는 여자가  $3.03 \pm 1.02$ , 남자가  $2.76 \pm 1.08$ , 20대가  $3.67 \pm 0.82$ , 30대가  $3.35 \pm 0.88$ , 40대가  $3.07 \pm 1.02$ , 50대가  $2.74 \pm 0.91$ , 60대 이상이  $2.13 \pm 0.94$ 이었으며, 교육수준 별로는 전문대학 졸업자가  $3.46 \pm 0.80$ , 대학교 졸업이상자가  $3.44 \pm 0.93$ , 고등학교 졸업자가  $3.21 \pm 0.98$ , 중학교 졸업자가  $2.77 \pm 0.96$ , 초등학교 졸업이하자가  $2.27 \pm 0.97$ 로 여자와 연령이 적을수록 교육수준이 높을수록 요구도가 높았다<표 9>.

6) 스트레스(정신보건)에 따른 보건교육요구도

스트레스(정신보건)에 따른 보건교육요구도는  $3.33 \pm 0.86$ 였으며 여자가  $3.46 \pm 0.82$ , 남자가  $3.23 \pm 0.87$ 로서 여자의 요구도가 높았다.

연령별로는 20대가  $3.65 \pm 0.77$ 로 가장 높았다. 30대가  $3.52 \pm 0.81$ , 40대가  $3.42 \pm 0.83$ , 50대가  $3.23 \pm 0.87$ , 60대 이상이  $3.06 \pm 0.87$  순 이었다. 교육수준 별로는 대학교 졸업이상자에서  $3.71 \pm 0.83$ 으로 가장 높았고, 고등학교 졸업자가  $3.69 \pm 0.86$ , 전문대학 졸업자가  $3.68 \pm 0.65$ , 중학교 졸업자가  $3.23 \pm 0.77$ , 초등학교 졸업 이하자가  $3.07 \pm 0.86$ 의 순 이었다. 직업별로는 공무원·사무직이  $3.74 \pm 0.78$ , 서비스·판매직이  $3.54 \pm 0.73$ , 기술전문직이  $3.49 \pm 0.76$ , 기타가  $3.49 \pm 1.03$ , 무직이  $3.46 \pm 0.79$ , 주부가  $3.45 \pm 0.76$ , 농·축산업이  $3.10 \pm 0.86$ , 생산·노무직이  $3.00 \pm 0.71$ 로 농·축산업에 종사하는 응답자가 요구도가 낮았으며 공무원·사무직에 종사하는 응답자가 요구도가 높았다. 연령이 적을수록 교육수준이 높을수록 요구

도가 높았다<표 9>.

7) 환경보건에 따른 보건교육요구도

환경보건에 따른 보건교육요구도는  $3.16 \pm 0.89$ 였으며 연령별로 보면 60대 이상이  $3.80 \pm 0.80$ 로 가장 높았으며, 20대가  $3.47 \pm 0.85$ , 30대가  $3.39 \pm 0.86$ , 40대가  $3.33 \pm 0.90$ , 50대가  $3.01 \pm 0.85$ 이었다. 교육수준 별로는 대학교 졸업이상자가  $3.51 \pm 0.91$ , 전문대학 졸업자가  $3.47 \pm 0.80$ , 고등학교 졸업자가  $3.35 \pm 0.88$ , 중학교 졸업자가  $3.07 \pm 0.78$ , 초등학교 졸업 이하자가  $2.81 \pm 0.84$ 로서 60대 이상의 대상자를 제외하고 대체로 연령이 적을수록 교육수준이 높을수록 요구도가 높았다. 60대 이상의 대상자의 경우 '보건과 관련된 공중도덕'항목에서 요구도가 높았는데 이는 고령자 위주의 농촌지역의 보수적인 사고와 도덕성에 중점을 둔 대상자들의 선택에 의한 결과로 생각된다<표 9>.

8) 안전사고예방 및 응급처치에 따른 보건교육요구도

안전사고예방 및 응급처치에 따른 보건교육요구도는  $3.36 \pm 0.80$ 으로 높았는데 이는 농촌지역의 경운기 추돌 사고 및 농기계에 의한 조작 부주의 사고 등의 사고율이 해마다 증가하는 추세와 연관성이 있다고 생각된다. 20대가  $3.68 \pm 0.71$ , 30대가  $3.56 \pm 0.69$ , 40대가  $3.43 \pm 0.79$ , 50대가  $3.26 \pm 0.77$ , 60대 이상이  $3.06 \pm 0.83$ 이었으며, 교육수준 별로는 전문대학 졸업자가  $3.69 \pm 0.74$ , 대학교 졸업이상자가  $3.66 \pm 0.71$ , 고등학교 졸업자가  $3.49 \pm 0.74$ , 중학교 졸업자가  $3.30 \pm 0.72$ , 초등학교 졸업 이하자가  $3.05 \pm 0.84$ 로서 연령이 적을수록 교육수준이 높을수록 요구도가 높았다<표 9>.

<표 9> 성교육, 스트레스, 환경보건, 안전사고에 따른 보건교육요구도

구분	인원수	성교육	스트레스 (정신보건)	환경보건	안전사고예방 응급처치
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
	1250	2.89±1.06	3.33±0.86	3.16±0.89	3.36±0.80
<b>성별</b>					
남	673	2.76±1.08	3.23±0.87	3.12±0.89	3.34±0.81
여	577	3.03±1.02	3.46±0.82***	3.20±0.88	3.37±0.78
<b>연령(세)</b>					
20-29	129	3.67±0.82	3.65±0.77	3.47±0.85	3.68±0.71
30-39	274	3.35±0.88	3.52±0.81	3.39±0.86	3.56±0.69
40-49	271	3.07±1.02	3.42±0.83	3.33±0.90	3.43±0.79
50-59	256	2.74±0.91	3.23±0.87	3.01±0.85	3.26±0.77
60+	320	2.13±0.94***	3.06±0.87***	3.80±0.80***	3.06±0.83***
<b>결혼상태</b>					
미혼	119	3.48±0.83	3.55±0.82	3.35±0.85	3.58±0.68
기혼	1131	2.89±1.05***	3.33±0.84**	3.18±0.88*	3.35±0.80***
<b>교육수준</b>					
초등이하	388	2.27±0.97	3.07±0.86	2.81±0.84	3.05±0.84
중졸	210	2.77±0.96	3.23±0.77	3.07±0.78	3.30±0.72
고졸	433	3.21±0.98	3.69±0.86	3.35±0.88	3.49±0.74
전문대졸	90	3.46±0.80	3.68±0.65	3.47±0.80	3.69±0.74
대졸이상	129	3.44±0.93**	3.71±0.83***	3.51±0.91***	3.66±0.71***
<b>직업</b>					
농·축산업	594	2.51±1.02	3.10±0.86	2.91±0.84	3.14±0.78
공무원·사무직	208	3.43±0.92	3.74±0.78	3.59±0.84	3.68±0.74
서비스·판매직	99	3.34±0.88	3.54±0.73	3.43±0.85	3.53±0.68
기술전문직	63	3.38±0.91	3.49±0.76	3.41±0.91	3.60±0.70
주부	168	3.23±1.00	3.45±0.76	3.29±0.88	3.45±0.79
생산·노무직	21	2.71±0.78	3.00±0.71	3.76±0.89	3.05±0.74
기타	41	3.22±0.88	3.49±1.03	3.46±0.81	3.68±0.82
무직	56	2.35±0.98***	3.46±0.79***	3.02±0.75***	3.39±0.82***
<b>의료보장</b>					
의료보험	1208	2.90±1.06	3.34±0.85	3.17±0.89	3.37±0.79
의료보호	42	2.48±1.04*	3.10±1.08	2.88±0.89*	2.95±0.83**
<b>생활수준(자가판단)</b>					
잘 사는 편	73	2.45±1.01	3.53±0.87	3.07±0.81	3.30±0.70
보통	979	2.97±1.05	3.37±0.83	3.22±0.87	3.38±0.79
못 사는 편	198	2.65±1.07***	3.11±0.07***	3.92±0.95***	3.25±0.85
<b>종교</b>					
있다	641	2.90±1.01	3.34±0.03	3.13±0.90	3.38±0.77
없다	609	2.87±1.11	3.33±0.88	3.19±0.88	3.33±0.82

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

## IV. 요약 및 결론

본 연구는 농촌지역주민을 대상으로 보건교육에서의 희망분야, 교육내용, 방법 등 보건교육 요구도를 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 경상남도 창원군내에 거주하는 만20세 이상 성인남녀의 인구 57,468명(창녕군 통계연감, 1999) 중 2.17%인 1,250명을 대상으로 2000년 4월 17일부터 4월 27일까지 11일 동안 설문조사를 실시하였으며 그 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 성별은 남자가 53.8%이었고, 연령은 50대와 60세 이상이 각각 20.5%, 25.6%로 노년층 인구가 많았으며, 직업으로는 농·축산업에 종사자가 47.6%였다.
2. 주관적 건강상태는 '건강하다' 28.3%, '건강하지 않다' 16.0%로 '건강하지 않다'는 60세 이상이 31.3%이었다. 건강에 대한 관심도는 연령과 교육수준이 높을수록 높았으며, 건강에 대한 정보습득에 대한 노력정도는 교육수준과 생활수준이 낮을수록 노력하지 않는 편이었으며, 건강에 대한 정보습득의 경로는 '전파매체'가 58.2%, '인쇄매체'가 15.3%, '보건(지)소' 14.6%, '민간의료기관' 6.3%, '보건교육 강연' 3.9% 순 이었다. 정기적인 건강검진은 '꼭 한다' 9.2%, '간혹 한다' 50.5%, '하지 않는다' 40.3%로 지역주민의 정기건강검진에 대한 수진율은 교육수준과 생활수준이 높을수록 높았으며, '하지 않는다'라는 응답자는 20대, 30대의 젊은 층이 각각 56.6%, 44.2%로 높았으며, 의료보호대상자가 66.7%이었다.
3. 보건소에서 실시하는 보건교육 및 홍보에 대해서는 '만족스럽다'가 19.9%, '불만족스럽다'

가 24.7%이였으며 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록 불만족스러워 하였다.

4. 보건교육은 '필요하다'가 28.2%였고, '보통이다'가 61.8%였으며, 9.9%가 '필요없다'는 응답률을 보였으며, 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록 보건교육의 필요도가 낮았다.
5. 선호하는 보건교육방법은 'TV, Radio, 유선방송 등의 전파매체' 37.2%로 가장 높았고, '강사에 의한 강연' 25.4%, '개별상담' 15.0%, '영화, 비디오, 슬라이드 상영' 11.6%, '신문, 보건교육자료 및 책자 등의 인쇄매체홍보' 10.8%의 순 이었다.
6. 희망하는 보건교육의 장소는 '보건(지)소' 48.1%, '병원 및 의료기관' 22.9%, '여성회관' 17.8%, '종교단체' 3.3%, '기타' 7.9%의 순 이었다.
7. 가장 선호하는 보건교육 영역 1위는 질병의 예방 및 관리였으며, 2위는 의료기관 이용, 가족건강관리 및 건강검진, 3위는 안전사고예방 및 응급처치, 4위는 개인위생 및 건강습관(개인건강관리), 정신보건(스트레스) 및 건강관리, 5위는 음주와 흡연의 건강장해와 금연 및 금주법, 6위는 환경보건, 7위는 성교육 순 이었다.

이상의 결과를 종합해보면 보건교육은 교육수준과 생활수준이 낮고 연령이 높으며 건강에 대한 지식수준이 낮은 응답자에게 더욱 필요함에도 불구하고 이들에게 있어 보건교육에 대한 요구도가 낮았다. 따라서 더 많은 지역주민들이 건강검진과 보건교육에 대해 적극적인 관심과 인식을 가지게 하고 보다 건강한 생활을 영위하도록 하기 위해서는 지역보건소와 지역사회 보건의료단체에서 계획적이고 체계적인 보건교육 수행이 반드시 필요하다.

우리 나라 보건의료부문의 자원은 제한되어 있으며 건강증진과 보건교육에 관련된 투자는 우선 순위에서 하위수준에 머물러있다. 특히 농촌 지역에서는 더욱 그러하다. 그러므로 지방자치단체는 지역주민의 건강증진을 위하여 보건교육사업에 투자 순위를 높여 보건교육자료의 개발과 공급을 확대하고 미국에서 실시하고 있는 보건교육사와 같은 전문인력을 투입하여 효율적인 사업을 기획, 수행하고 평가하여야한다. 그리고 지역 사회주민이 요구하는 보건교육내용을 중점적으로 선정하고 농촌지역사회의 특성과 현실을 고려한 효과적인 보건교육방법을 선택하여 실시함으로써 건강증진사업에 투입될 자원을 가능한 한 효율적이고 효과적으로 이용할 수 있도록 해야 할 것이다.

### 참고문헌

권이혁: 2000년대의 국민건강증진을 위한 보건교육 추진방향, 보건교육기반 구축을 위한 워크샵 결과보고서, 대한보건협회, 3-10, 1990.

김 명, 고승덕, 김영복: 국민건강증진사업 활성화를 위한 보건교육사 자격 인정제도 도입 방안, 한국보건교육학회지, 15(2), 67-79, 1998.

남철현: 보건교육 및 건강증진, 계축문화사, 1998.

남철현, 유왕근, 위광복, 김기열: 경북도민의 보건의식행태 조사연구, 경산대 보건복지연구소, 1998

남철현: 한국인의 보건의식행태와 이에 영향을 미치는 요인, 한국인구보건연구원, 1984

변종화: 건강증진을 위한 시·군·구 단위 보건교육사업 활성화 방안, 한국보건사회연구원, 1997.

변종화, 김진수, 김은주: 지역단위 건강증진 사업 실태 및 개선방안, 한국 보건사회연구원, 서울, 1997.

유승흠, 손명세: 농촌주민이 원하는 보건교육의 내용과 방법, 한국보건교육학회지 6(1): 66-73, 1989.

오대규: 2000년대 한국의 공중보건 정책방향, 영남대학교 심포지움-21 세기

우리나라 공공보건사업의 방향, 대구, 1998. 6. 26.

이명순: 지방자치단체의 건강증진사업 활성화 방안, 보건교육건강증진학회지 제16권 2호, 1999.

창녕군: 통계연감, 1999.

Fries JF, Harrington H, Edeards R, Kent LA, Richardson N: Randomized controlled trial of cost reductions from a Health education program, The California Public Employees' Retirement System(PERS) Study, Am J Health promotion, 8(3), 216-223, 1994.

Green LW & Kreuter MW: Health promotion Planning: An Educational and Ecological Approach, 3rd ed, Mayfield Publishing Company, Mountain View: CA, 1999.

Kickbusch. I.: Think health: What makes the difference, Health Promotion International, 12(2), 265-272, 1997.

Legar, LS: Health promotion Settings: From Ottawa to Jakarta, Health Promotion International, 12(2), 99-101, 1997.

Tones K, Tilford S: Health Education: Effectiveness, efficacy, and equity, 2nd edition, Chapman & Hall, London, 180-213, 1994.

World Health Organization/Canadian Public Health Association: Ottawa Charter for Health Promotion. 1986.

World Health Organization: The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, The 4th International Conference on Health Promotion, Jakarta, Indonesia, July 21-25, 1997.

<ABSTRACT>

## A Study on the Health Education Need Assessment of Rural Community

Jong-Woo Kim\* · Chul-Hyun Nam\*\* · Sung-Woo Kim\*\*

\* *Changwon Health center*

\*\* *Graduate School of Public Health, Kyungsan University*

At the opening of a new millennium and a new century, health promotion and education services in Korea are in the early developmental stage.

The National Health Promotion Act legislated in 1995 was a milestone for initiating a national and local health promotion program in Korea. And since then local governments and health centers have been developing and providing health promotion program for the community populations. The short history of health promotion and education in Korea has meant that local governments and health centers have a limited experience and organizational capacity for health promotion and education planing and practice.

This study was attempted to measure health education need of rural community and to analyze the factors for health education need assessment.

Surveyors interviewed 1250 subjects randomly selected. Subjects were 2.17% of men and women in Changnyung county and older then 20 years old.

Data were collected from April 17, 2000 through April 27, 2000.

The questionnaire consisted of general characteristics, health educational experiences, health educational method, health educational content and health educational needs for rural community residents.

The questions on the health educational needs of content consist of 36 questions in 8 fields.

The statistical methods used for the analysis were  $\chi^2$  -test, t-test, F-ratio and ANOVA using SPSS program.

In conclusion, despite more needs to the respondents who are in the low education level and socioeconomic state, in the old age, in the low health knowledge, they required less health education. To enjoy a more healthy life after more community residents actively understand and are interested in health education and health promotion, we certainly require a designed and systemic health education.

The resources of health department in Korea are limited and the investment involved in health



promotion and health education is severely reduced. Particularly this situation is more severe in the rural community. To select and perform an effective health education methods that the nature and reality of the rural community are considered, we'll use the resources to invest in health promotion affairs as effectively as possible and then they will take the responsibility of healthy community.

**Key words:** Health Education Need, Rural Community