

농촌주민의 적정음주를 위한 보건교육 전략

김미혜* · 정문희**

*신성대학 간호과 · **한양대학교 의과대학 간호학과

〈목 차〉

I. 서론	V. 결론 및 제언
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과	Abstract
IV. 논의	

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라는 최근 지속적인 경제성장과 사회 발전을 거듭하면서 농촌의 경제·사회 구조 역시 급격하게 변화하였다. 그러나 농촌은 아직도 도시에 비해 소득수준이나 교육수준이 낮은 편이고, 문화수준 및 의료수준 등 많은 측면에서 열세에 있다. 또한 농촌의 인구구조는 청장년층의 구성비가 현저히 적어 노인 및 부녀자들이 과도한 노동에 시달리는 특징을 나타내고 있다(김두희 등, 1997; 통계청, 2001).

이와 같은 사회구조적 영향이 술에 대한 의존도를 높인다고 한태선(2000)은 지적하였으며,

술은 원하는 것이 미덕인 전통적 음주풍토가 많이 남아있는 농촌사회에서, 음주는 농사일에 필수적인 힘의 원천이자 여가문화로 인식되고 있다. 농촌주민들에게 습관적 음주경향이 나타나는 것은 이와 유관하며, 이로 인한 신체적·정신적·사회적 기능손상이 우려된다.

불건전한 생활양식에 있어서 손실의 크기가 크고 예방 가능한 것 중의 하나가 잘못된 음주이며, 건전한 생활습관으로의 유도는 행태변화를 위한 보건교육적 접근이 효과적이다.

즉, 보건교육사업은 정보제공을 통해 행태변화를 유도하는 사업으로, 농촌주민의 음주양상과 같은 불건전한 생활양식 및 환경개선을 위해 필수적이라고 하겠다. 우리나라 건강증진사업 중 절주사업은 핵심사업인 바, 적정음주를 위한

교신저자 : 김미혜

충남 당진군 정미면 덕마리 산49 신성대학 간호과

전화번호: 041-350-1342, E-mail: mhye@shinsung.ac.kr

지역사회 중심의 보건교육 프로그램이 개발된다면 절주사업 역시 실효를 거둘 수 있을 것이다.

그러나 국내에서의 음주나 알코올과 관련된 대부분의 연구는 청소년 혹은 알코올 중독자를 대상으로 이루어지고 있으며, 연구주제 역시 문체음주에 관한 것으로 제한되어 있다(이정태, 2000). 최근 보건복지부에서는 2010년까지의 절주목표를 수립하고, 단계적 접근의 1차적 방법으로 절주교육을 계획하고 있으나, 지역주민을 대상으로 한 구체적인 보건교육 프로그램이 부족한 실정이다(한국알코올과학회, 2002).

2. 연구의 목적

본 연구는 농촌주민의 적정음주를 위한 지역사회 중심의 보건교육 전략을 제시하는데 목적이 있으며 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 적정음주에 대한 인식정도 및 행태변화 준비정도를 조사한다.
- 2) 음주행태 및 음주환경을 파악한다.
- 3) 음주관련 성향요인, 강화요인, 촉진요인을 분석한다.
- 4) 적정음주를 위한 보건교육 요구도를 조사한다.
- 5) 행태변화 단계에 따라 적정음주를 위한 보건교육 전략을 제시한다.

3. 용어의 정의

1) 적정음주(Moderate Drinking)

적정음주에 대한 최근의 정의는 대부분 일정 음주빈도 및 일정 1회 음주량으로 규정한다. 우리나라 국민의 적정음주는 성인 남성 기준으로 주 2회 이하, 1회 음주량이 순수알코올 중량 30mg 정도 수준인 소주 반병(3잔) 또는 맥주 1

병(3잔) 이하라고 허정택과 이창현(1999)은 주장한다. 보통 여성과 노인에 대해서는 알코올에 대한 감수성을 고려하여 이 기준의 1/2 정도의 음주량을 제안한다(이정태, 2000).

본 연구에서는 음주로 인하여 발생하는 신체적, 사회적, 경제적 피해를 염려하여 연구 대상자 각자가 스스로 조절하여 마셔야 한다고 인식하고 있는 주관적 음주빈도 및 1회 음주량으로 규정하였다.

2) 행태변화단계(Stages of Behavioral Change)

Prochaska와 DiClemente(1983)는 건강한 습관으로의 행태변화는 의식적이든 무의식적이든 일련의 변화단계(stages of change)를 거쳐서 이루어지고, 이러한 과정에서 각 단계별로 변화과정(process of change)이 일어난다고 하였다. 즉, 변화단계를 계획이전단계, 계획단계, 준비단계, 행동단계, 유지단계의 5단계로 분류하였으며, 변화단계별로 인식고취, 극적 안도감, 환경재평가, 사회적 개선, 자기 재평가, 자극통제, 지지관계, 역조건화, 조작적 관리, 자기개선의 10가지 변화과정 전략을 제시하였다. 따라서 보건교육시 대상자별 행태변화단계를 진단하고, 각 단계별로 적절한 변화과정 전략을 이용하여 효과적으로 교육할 것을 강조하였다(Prochaska와 DiClemente, 1992).

본 연구에서는 '적정음주를 습관화할 계획이 없다'를 계획이전단계로, '앞으로 6개월 이내에 적정음주를 시작할 계획이다'를 계획단계로, '앞으로 1개월 이내에 적정음주를 시작할 계획이다'를 준비단계로, '적정음주를 시작한 지 아직 6개월이 안되었다'를 행동단계로, '적정음주를 시작한 지 이미 6개월이 지났다'와 '비음주'를 유지단계로 분류하였으며, 계획이전단계, 계획

단계, 준비단계를 비적정 음주로, 행동단계와 유지단계를 적정 음주로 간주하였다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 기간

편의 추출에 의해 D군에 위치한 1개 보건진료소 관할지역인 6개 리에 거주하고 있는 19세 이상의 성인 467명을 대상으로 2002년 3월 4일부터 4월 5일 사이에 면접조사를 실시하였다. 1개 보건진료소 관할지역 인구를 대상으로 한 이유는 리 단위의 벽·오지에 설치하도록 되어있는 현행 보건진료소 설치기준상(농어촌 등 보건 의료의 위한 특별조치법, 1980) 농촌의 특성을 더 잘 반영함으로써 모집단의 대표성을 확보할 수 있기 때문이다.

2. 연구도구

문헌고찰 및 심층면담을 통해 설문지를 개발하였는 바, 일반적 사항 8문항과 Green 등(1980)이 제시한 PRECEDE모형(Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation)의 진단과정에 따라 사회적·역학적 진단을 위한 3문항, 행태적·환경적 진단을 위한 36문항, 교육적·조직적 진단을 위한 37문항, 행정적·정책적 진단을 위한 6문항의 총 90문항으로 구성하였다.

3. 분석방법

수집된 467부의 설문자료 중 응답이 불완전한 설문지를 제외한 총 451부의 자료를 SPSS-PC

10.0을 이용하여 분석하였다. 즉, 대상자의 일반적 사항 및 음주관련 요인은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차 등의 서술통계를, 음주관련 요인에 따른 음주특성의 차이 검정은 χ^2 -test와 t-test를, 음주관련 요인간 관계의 방향 및 정도는 Pearson 상관계수를 사용하였으며, 이 중 의미 있는 것만 제표하여 보건교육 전략을 제시하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 <표 3-1>과 같다.

<표 3-1> 대상자의 일반적 특성

명=451		
특성	구분	명(%)
성별	남성	228(50.6)
	여성	223(49.4)
연령	39세 이하	62(13.8)
	40 - 49세	71(15.7)
	50 - 59세	91(20.2)
	60세 이상	227(51.3)
교육정도	무학	133(29.5)
	초등졸	145(32.2)
	중졸	69(15.3)
	고졸이상	104(23.0)
결혼상태	유배우	353(78.3)
	기타	98(21.7)
의료보장	의료보험	436(96.7)
	의료보호	15(3.3)
종교	기독교	83(18.4)
	불교	91(20.2)
	천주교	48(10.7)
	기타	229(50.7)
생활경제수준	하	56(12.4)
	중·상	395(87.6)
직업	농업	323(71.6)
	비농업	128(28.4)

남성 50.6%, 여성 49.4%로 성별분포가 비슷하였다. 연령분포에 있어서는 농촌이라는 지역적 특성상 평균연령이 57.0세(±15.56)로 높게 나타났으며, 교육정도는 초등졸이 32.2%로 가장 많고 무학도 29.5%나 차지하고 있었다. 생활경제수준은 87.6%의 대상자가 보통수준 이상의 생활을 하고 있다고 인식하고 있었다. 직업은 농업을 전업하고 있거나 농업이외의 다른 직업을 겸업하고 있는 경우가 71.6%로 나타났다.

2. 사회적·역학적 진단

1) 걱정음주를 위한 행태변화 단계

희이론적 모형의 5가지 행태변화 단계가 본 연구에서는 대상자의 특성에 따라 걱정음주를 습관화할 계획이 없는 '계획이전단계', 앞으로 걱정음주를 시작할 계획인 '계획·준비단계', 걱정음주

를 시작했거나 비음주 상태인 '행동·유지단계'의 3단계로 분류되었다. 이를 다시 '계획이전단계'와 '계획·준비단계'를 '비적정 음주'로, '행동·유지단계'를 '적정 음주'로 분류하였다. 이 분류에 따라 일반적 특성별 걱정음주를 위한 행태변화 단계를 살펴본 결과, 연령, 교육정도, 종교에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다(표 3-2-1).

'행동·유지단계' 68.5%, '계획이전 단계' 19.7%, '계획·준비단계' 11.8% 순으로 나타났으며, 행태변화가 요구되는 비적정 음주자만을 대상으로 했을 때, '계획이전단계'가 62.7%로 걱정음주를 위한 행태변화 준비도가 매우 낮은 결과를 보였다.

2) 걱정음주에 대한 인식

(1) 걱정음주 빈도

주관적으로 인식하고 있는 걱정음주의 빈도

<표 3-2-1> 걱정음주를 위한 행태변화 단계

특성	구분	비적정 음주			적정 음주	명(%)
		계획이전단계	계획·준비단계	행동·유지단계	χ^2	
연령	39세 이하	14(22.6)	11(17.7)	37(59.7)	21.32**	
	40 - 49세	10(14.1)	17(23.9)	44(62.0)		
	50 - 59세	24(26.4)	8(8.8)	59(64.8)		
	60세 이상	41(18.0)	17(7.5)	169(74.5)		
교육정도	무학	20(15.0)	6(4.5)	107(80.5)	19.16**	
	초등졸	36(24.8)	17(11.7)	92(63.5)		
	중졸	16(23.2)	12(17.4)	41(59.4)		
	고졸 이상	17(16.3)	18(17.3)	69(66.4)		
종교	기독교	8(9.6)	3(3.6)	72(86.8)	20.34**	
	불교	19(20.9)	8(8.8)	64(70.3)		
	천주교	12(25.0)	5(10.4)	31(64.6)		
	기타	50(21.8)	37(16.2)	142(62.0)		
계		89(19.7)	53(11.8)	309(68.5)	451(100.0)	

** P<.01

<표 3-2-2> 적정음주 빈도에 대한 인식

특성	구분						명(%)
		무음주	월1회이하	월2-3회	주1-2회	주3회이상	χ^2
성별	남성	36(15.8)	39(17.1)	44(19.3)	65(28.5)	44(19.3)	80.03***
	여성	97(43.5)	61(27.4)	34(15.2)	20(9.0)	11(4.9)	
연령	39세 이하	9(14.5)	13(21.0)	21(33.9)	18(29.0)	1(1.6)	52.88***
	40 - 49세	17(24.0)	13(18.3)	16(22.5)	21(29.6)	4(5.6)	
	50 - 59세	21(23.0)	25(27.5)	13(14.3)	18(19.8)	14(15.4)	
	60세 이상	86(37.9)	49(21.6)	28(12.3)	28(12.3)	36(15.9)	
교육정도	무학	55(41.3)	39(29.3)	15(11.3)	13(9.8)	11(8.3)	55.32***
	초등졸	46(31.7)	26(17.9)	21(14.5)	23(15.9)	29(20.0)	
	중졸	16(22.2)	16(23.2)	13(18.8)	19(27.5)	5(7.3)	
	고졸이상	16(15.4)	19(18.3)	29(27.9)	30(28.8)	10(9.6)	
결혼상태	유배우	106(30.0)	76(21.5)	51(14.5)	72(20.4)	48(13.6)	12.93*
	기타	27(27.5)	24(24.5)	27(27.6)	13(13.3)	7(7.1)	
직업	농업	99(30.7)	74(22.9)	46(14.3)	57(17.6)	47(14.5)	13.14*
	비농업	34(26.6)	26(20.3)	32(25.0)	28(21.9)	8(6.2)	
음주 유형	비적정 음주	5(3.5)	25(17.6)	36(25.4)	44(31.0)	32(22.5)	99.33***
	적정 음주	128(41.4)	75(24.3)	42(13.6)	41(13.3)	23(7.4)	
계		133(29.5)	100(22.2)	78(17.3)	85(18.8)	55(12.2)	451(100.0)

* P<.05, *** P<.001

를 일반적 특성과 음주 유형별로 살펴 본 결과 의료보장, 종교, 생활경제수준에서는 통계적으로 유의한 차이가 없었으며 그 결과는 <표 3-2-2>와 같다.

일반적 적정음주 빈도인 주 1-2회 이하라고 응답한 경우가 전체의 87.8%로 나타남으로써 적정음주 빈도를 비교적 높지 않게 인식하고 있음을 알 수 있다.

그러나 남성의 경우, 연령이 높을수록, 초등졸에서, 유배우자가, 농업에 종사하는 경우에 적정음주 빈도를 더 높게 인식하고 있었다.

(2) 적정음주량

주관적으로 인식하고 있는 1회 적정음주량을

일반적 특성과 음주 유형별로 살펴 본 결과, 연령과 교육정도 및 음주 유형에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 그 결과는 <표 3-2-3>과 같다.

일반적 1회 적정음주량인 소주 반병 이하라고 응답한 경우가 전체의 84.0%로 나타남으로써 적정음주량에 대해서도 비교적 높지 않게 인식하고 있었으나, 30대 이하와 고졸 이상에서 적정음주량을 더 높게 인식하고 있는 것으로 나타났다.

음주 유형별로 살펴보았을 때, 적정음주 빈도에 대한 인식과 마찬가지로 적정음주량에 대한 인식 역시 적정 음주자와 비적정 음주자간 차이가 큰 것으로 나타났다.

<표 3-2-3> 1회 적정음주량에 대한 인식

특성	구분	무음주	소주1-2잔	소주반병	소주1병이상	명(%) χ^2
연령	39세 이하	9(14.5)	19(30.6)	13(21.0)	21(33.9)	46.67***
	40 - 49세	15(21.1)	21(29.6)	25(35.2)	10(14.1)	
	50 - 59세	23(25.3)	34(37.4)	16(17.6)	18(19.8)	
	60세 이상	86(37.9)	88(38.8)	30(13.2)	23(10.1)	
교육정도	무학	57(42.9)	55(41.3)	13(9.8)	8(6.0)	50.05***
	초등졸	45(31.0)	54(37.2)	21(14.5)	25(17.3)	
	중졸	15(21.7)	23(33.3)	19(27.6)	12(17.4)	
	고졸이상	16(15.4)	30(28.8)	31(29.8)	27(30.0)	
음주 유형	비적정 음주	9(6.3)	39(27.5)	43(30.3)	51(35.9)	121.67***
	적정 음주	124(40.1)	123(39.8)	41(13.3)	21(6.8)	
계		133(29.5)	162(35.9)	84(18.6)	72(16.0)	451(100.0)

*** P<.001

3. 행태적·환경적 진단

1) 음주행태

(1) 음주특성

평소 술을 마시는 사람이 42.8%, 과거에는 마

셨으나 현재는 마시지 않는 사람이 11.8%, 전혀 마시지 않거나 권할 때만 극소량 마시는 사람이 45.4%로 나타남으로써 현재 음주율에 있어서 통계청(1996)이 발표한 1995년도 20세 이상 농촌인구의 음주율(54.2%)보다 낮게 나타났다.

<표 3-3-1> 음주여부별 음주특성

음주특성	구분	현재 음주함	과거 음주 ¹⁾	명(%) χ^2
음주시작 연령	14세 이하	22(11.4)	8(15.1)	117.10***
	15 - 19세	93(48.2)	16(30.2)	
	20 - 24세	35(18.2)	17(32.1)	
	25 - 34세	25(12.9)	5(9.4)	
	35세 이상	18(9.3)	7(13.2)	
음주빈도	월 1회 이하	17(8.8)	12(22.6)	172.57***
	월 2 - 3회	35(18.1)	15(28.3)	
	주 1 - 2회	59(30.6)	7(13.2)	
	주 3회 이상	82(42.5)	19(35.9)	
1회 음주량	소주 1-2잔	43(22.3)	22(41.5)	246.00***
	소주 반병	48(24.9)	12(22.7)	
	소주 1병	64(33.1)	11(20.8)	
	소주 2병 이상	38(19.7)	8(15.0)	
계		193(78.5)	53(21.6)	246(100.0)

** P<.01, *** P<.001

¹⁾ : 현재 음주 안함이라고 응답한 자 중에서 과거에 음주했던 자

현재 음주자와 과거음주자의 음주특성을 비교한 결과는 <표 3-3-1>과 같다.

현재 음주자의 음주시작연령에 있어서 19세 이하의 미성년 음주인구가 59.6%로 허정택과 이창현(1999)이 서울 및 수도권 거주 만 15세 이상을 대상으로 조사한 29.2%보다 매우 높게 나타났다.

현재 음주자의 음주빈도는 일반적인 적정음주 빈도를 초과하는 주 3회 이상이라고 응답한 경우가 42.5%로, 허정택과 이창현(1999)이 조사한 16.7%보다 매우 높게 나타났다. 현재 음주자의 1회 음주량 역시 일반적 적정음주량으로 알려진 소주 반병을 초과하는 경우가 52.8%로, 통계청(1996) 자료의 도시지역 39.8%, 농촌지역 32.4%에 비해 매우 높게 나타났다.

또한 과거 음주자에 비해 현재 음주자에서 미성년 시기의 음주시작이 더 많고, 음주빈도 및 1회 음주량이 더 많은 결과를 보였다.

(2) 적정음주 실패이유

적정음주를 시도해 본 경험이 있는 대상자의 일반적 특성별 실패이유를 살펴본 결과는 <표

<표 3-3-2> 적정음주나 금주 실패 이유

명(%)

특성	구분	권유를 뿌리치지 못해	농사일이 고되서	낙이 없어서	기타	소계
교육정도	무학	7(46.7)	3(20.0)	3(20.0)	2(13.3)	15(100.0)
	초등졸	14(41.2)	14(41.2)	2(5.9)	4(11.7)	34(100.0)
	중졸	12(54.6)	5(22.7)	2(9.1)	3(13.6)	22(100.0)
	고졸이상	12(57.1)	6(28.6)	-	3(14.3)	21(100.0)
결혼상태	유배우	36(50.7)	26(36.6)	3(4.2)	6(8.5)	71(100.0)
	기타	9(42.9)	2(9.5)	4(19.1)	6(28.6)	21(100.0)
직업	농업	33(46.5)	28(39.4)	4(5.6)	6(8.5)	71(100.0)
	비농업	12(57.2)	-	3(14.3)	6(28.6)	21(100.0)
계		45(48.9)	28(30.4)	7(7.6)	12(13.1)	92(100.0)

3-3-2>와 같다.

현재음주자의 적정음주나 금주 시도율은 47.7%로 허정택과 이창현(1999)의 연구결과인 24.6%보다 매우 높게 나타났다. 또한 무학 상태이며 배우자가 없는 계층에서 낙이 없어서 다시 술을 많이 마시게 되었다는 응답이 각각 20.0%와 19.1%로 두드러진 결과를 보였다.

(3) 음주습관

현재 음주자의 음주습관별 음주빈도를 살펴본 결과는 <표 3-3-3>과 같다.

음주빈도와 관련해서 살펴보았을 때, 기타에 해당하는 혼자 또는 가족이나 친척과 함께 술을 마시는 경우, 반주를 즐기는 경우, 술자리를 2차 이상 하는 경우에 적정음주 빈도를 초과하는 주 3회 이상의 음주빈도가 상대적으로 높은 결과를 보였다.

2) 환경

(1) 농사시기별 음주행태

일반적으로 4월에서 10월 사이를 농번기, 11월에서 3월 사이를 농한기로 구분했을 때, 현재

<표 3-3-3> 음주습관

음주습관		구분	월 1회이하	월2-3회	주1-2회	주3회이상	계	명(%) χ^2
함께 마시는 사람	동료나 이웃		6(35.3)	17(48.6)	40(67.8)	40(48.8)	99(51.3)	23.98**
	친구		9(52.9)	13(37.1)	14(23.7)	23(28.0)	59(30.6)	
	기타		2(11.8)	5(14.3)	5(8.5)	19(23.2)	31(16.1)	
반주	즐기는 편		4(23.5)	13(37.1)	17(28.8)	47(57.9)	81(42.0)	11.77**
	반주 안함		13(76.5)	22(62.9)	42(71.2)	35(32.1)	112(58.0)	
술자리	1차		15(88.2)	27(77.1)	42(71.2)	44(34.9)	128(66.3)	13.90**
	2차 이상		2(11.8)	8(22.9)	17(28.8)	38(58.5)	65(33.7)	
계			17(8.8)	35(18.1)	59(30.6)	82(42.5)	193(100.0)	

** P<.01

<표 3-3-4> 농사시기별 음주행태 차이 및 이유

구분	많은 시기	특별히 할 일이 없어서	여럿이 모일 기회가 많아서	즐기기 위해서	일을 하기 위해 힘을 내려고	계 ¹⁾
음주량	농번기	1(1.9)	5(9.6)	-	46(88.5)	52(34.9)
	농한기	37(38.1)	56(57.8)	1(1.0)	3(3.1)	97(65.1)
음주횟수	농번기	1(1.9)	7(13.2)	-	45(84.9)	53(35.6)
	농한기	37(38.1)	54(56.3)	1(1.0)	4(4.2)	96(64.4)
계		38(25.5)	61(40.9)	1(.7)	49(32.9)	149(100.0)

¹⁾ : ()는 농번기와 농한기의 음주에 차이가 있다고 응답한 자 전체에 대한 %임

음주자 중 22.8%는 농번기와 농한기의 음주에 차이가 없다고 응답함으로써 연중 습관적인 음주경향을 보이고 있었으며, 차이가 있다고 응답한 사람을 대상으로 농사시기별 음주행태 차이 및 이유를 살펴본 결과는 <표 3-3-4>와 같다.

음주량 및 음주빈도가 더 많은 시기를 농한기라고 응답한 경우가 각각 65.1%와 64.4%로 나타남으로써 농한기의 음주량 및 음주빈도가 농번기보다 2배 가까이 높음을 알 수 있다. 농한기에 음주량 및 음주빈도가 높은 이유는 '여럿이 모일 기회가 많아서'가 각각 57.8%와 56.3%, '특

별히 할 일이 없어서'가 각각 38.1% 순으로 나타났다으며, 농번기에 음주량 및 음주빈도가 높은 이유는 '일을 하기 위해 힘을 내려고'가 각각 88.5%와 84.9%로 가장 높게 나타났다.

(2) 가정에서의 양조

일반적 특성 및 음주 유형에 따른 가정에서의 양조여부를 살펴본 결과, 결혼상태 및 종교와 음주 유형에서 통계적으로 유의한 차이를 보였 다(표 3-3-5).

<표 3-3-5> 가정에서의 양조 여부

				명(%)
특성	구분	담근다	안 담근다	χ^2
결혼상태	유배우	128(36.3)	225(63.7)	9.94**
	기타	19(19.4)	79(80.6)	
종교	기독교	14(16.9)	69(83.1)	14.09**
	불교	37(40.7)	54(59.3)	
	천주교	13(27.1)	35(72.9)	
	기타	83(36.2)	146(63.8)	
음주 유형	비적정 음주	57(40.1)	85(59.9)	5.37*
	적정 음주	90(29.1)	219(70.9)	
계		147(32.6)	304(67.4)	451(100.0)

* P<.05, ** P<.01

전체의 32.6%가 집에서 술을 담근다고 응답함으로써 가정에서의 양조율이 높게 나타났으며, 특히 비적정 음주(40.1%)와 적정 음주(29.1%)간의 차이가 두드러지게 나타났다.

4. 교육적·조직적 진단

1) 성향요인

음주 유형별 성향요인의 정도 차이를 살펴보면 <표 3-4-1>과 같다.

비적정 음주와 적정 음주의 평균의 차이가 주관적 건강인식 정도에서 4.31(t=11.24, p<.001)

로, 비적정 음주자가 적정음주자 보다 유의하게 높게 나타났다. 또한 술의 효과에 대한 기대 정도에서 4.12(t=10.36, p<.001), 과음조장적 음주 규범에 대한 태도에서 2.58(t=10.07, p<.001)로 유의한 차이를 보임으로써 비적정 음주자가 적정음주자 보다 주관적 건강인식 정도, 술의 효과에 대한 기대 정도, 과음조장적 음주규범에 대한 태도가 높은 것으로 나타났다. 또한 적정 음주와 비적정 음주의 음주통제력에서 평균의 차이가 1.67로 유의한 차이를 보임으로써 (t=-8.15, p<.001) 적정음주자가 비적정 음주자 보다 음주통제력이 높게 나타났다.

<표 3-4-1> 음주 유형별 성향요인의 정도 차이

			평균±표준편차
	비적정 음주 (명=142)	적정 음주 (명=309)	t값
주관적 건강인식	10.52±4.38	6.21±4.38	11.24***
술의 효과에 대한 기대	10.50±4.41	6.38±3.61	10.36***
과음조장적 음주규범에 대한 태도	10.34±2.20	7.76±3.09	10.07***
음주통제력	6.08±2.07	7.75±1.98	8.15***

*** P<.001

2) 강화요인

적정음주를 위한 행태변화 준비 정도와 강화요인간의 상관관계를 Pearson 상관계수로 산출한 결과는 <표 3-4-2>와 같다.

행태변화 준비 정도와 스트레스의 음주에 대한 영향정도는 $r=-.50$ 으로 유의하게 역 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 사랑 받고 있다고 느끼는 정도와는 $r=.11$ 로 유의하게 순 상관관계를 보였다. 즉, 스트레스의 음주에 대한 영향정도가 적을수록, 사랑받고 있다고 느끼는 정도가 클수록 행태변화 준비 정도가 큰 것으로 나타났다.

3) 촉진요인

지난 1년간 보건진료소 이용여부를 일반적 특성 및 음주 유형별로 살펴보았을 때, 연령 및 결혼상태에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 그 결과는 <표 3-4-3>과 같다.

전체의 77.8%가 이용경험이 있어 보건진료소 접근성이 매우 높게 나타났으며, 연령이 높을수록 이용률이 더 높은 것으로 나타났다.

5. 행정적·정책적 진단

전체 대상자의 57.0%가 적정음주교육 시 참

<표 3-4-2> 적정음주를 위한 행태변화 준비 정도와 강화요인간 상관관계

	1	2	3	4
1. 행태변화 준비정도	1.00			
2. 스트레스의 음주에 대한 영향정도	-.50**	1.00		
3. 사랑 받고 있다고 느끼는 정도	.11*	-.10	1.00	
4. 삶에 대한 만족도	.06	-.08	.47**	1.00

* $P < .05$, ** $P < .01$

<표 3-4-3> 지난 1년간 보건진료소 이용 경험

특성	구분	유	무	χ^2
연령	39세 이하	36(58.1)	26(41.9)	16.55**
	40 - 49세	56(78.9)	15(22.1)	
	50 - 59세	73(80.2)	18(19.8)	
	60세 이상	186(81.9)	41(18.1)	
결혼상태	유배우	289(81.9)	64(18.1)	15.27***
	기타	62(17.6)	36(82.4)	
음주 유형	비적정 음주	106(74.6)	36(25.4)	1.30 ^{ns}
	적정 음주	245(79.3)	64(20.7)	
계		351(77.8)	100(22.2)	451(100.0)

** $P < .01$, *** $P < .001$, ns : 통계적으로 유의하지 않음

<표 3-5> 적정음주교육 시 참여의사가 없는 이유

특성	구분	명(%)						
		시간이 없어서	도움이 될 것 같지 않아서	흥미(재미)가 없어서	교육내용을 알고 있어서	교통이 불편해서	기타	소계
연령	39세이하	13(28.9)	11(24.4)	11(24.4)	8(17.8)	-	2(4.5)	45(100.0)
	40-49세	9(24.4)	9(24.3)	10(27.0)	5(13.5)	1(2.7)	3(8.1)	37(100.0)
	50-59세	7(15.9)	17(38.6)	11(25.0)	2(4.6)	1(2.3)	6(13.6)	44(100.0)
	60세이상	12(9.2)	62(47.3)	33(25.2)	5(3.8)	8(6.1)	11(8.4)	131(100.0)
직업	농업	21(12.1)	72(41.4)	49(28.2)	10(5.7)	6(3.4)	16(9.2)	174(100.0)
	비농업	20(24.1)	27(32.5)	16(19.3)	10(12.1)	4(4.8)	6(7.2)	83(100.0)
음주유형	비적정 음주	12(16.0)	27(36.0)	20(26.7)	6(8.0)	3(4.0)	7(9.3)	75(100.0)
	적정음주	29(15.9)	72(39.6)	45(24.7)	14(7.7)	7(3.8)	15(18.3)	182(100.0)
계		41(16.0)	99(38.5)	65(25.3)	20(7.8)	10(3.9)	22(8.5)	257(100.0)

여할 의사가 없다고 응답함으로써 적정음주교육에 대한 동기가 낮은 것으로 나타났다. 참여할 의사가 없다고 응답한 경우에 그 이유를 일반적 특성 및 음주 유형별로 살펴본 결과는 <표 3-5>와 같다.

전체적으로 '별로 도움이 될 것 같지 않아서'가 38.5%로 가장 높게 나타났고, '교육에 흥미(재미)가 없어서'가 25.3%로 높게 나타났다. 또한 30대 이하와 비농업에서는 '시간이 없어서'가 각각 28.9%와 24.1%로 비교적 높게 나타났다.

IV. 논 의

술은 권하는 것이 미덕인 전통적 음주풍토가 남아있는 우리나라 농촌에서, 음주를 농사일에 필수적인 힘의 원천이자 여가문화로 주민들은 인식한다. 농촌주민들에게 습관적 음주경향이 나타나는 것은 이와 유관하며, 이로 인한 신체적·정신적·사회적 기능손상이 우려된다.

보건교육사업은 정보제공을 통한 개인과 집단의 행태변화를 유도하는 사업으로, 농촌주민의 음주양상과 같은 불건전한 생활양식 및 환경개선을 위해 필수적이다. 농촌주민의 음주폐해를 감소시키기 위해서는 지역사회 중심의 통합적인 보건교육 프로그램이 적정음주를 위한 좋은 대안이 될 수 있다. 우리나라 건강증진사업 중에는 절주사업이 핵심사업인 바, 적정음주를 위한 보건교육 프로그램이 개발된다면 지역사회 중심의 절주사업 역시 실효를 거둘 수 있을 것이다.

비적정 음주자 중 적정음주를 습관화할 계획이 전혀 없는 '계획이전 단계'에 속하는 경우가 62.7%로, 전국의 19세 이상 성인을 대상으로 한 손애리와 고승덕(2001)의 연구에서의 50.5% 보다 매우 높게 나타남으로써, 적정음주를 위한 행태변화 준비정도가 매우 낮은 편이었다. 특히 비교적 젊은 연령층과 경제적 어려움을 느끼고 있는 계층에 있어서 현재의 음주행태를 변화시킬 준비가 되어있지 않은 것으로 드러났다. 젊

은 연령층에서 변화의지가 낮게 나타난 이유는 건강에 대한 자신감 때문이며 생활수준이 낮은 집단에서는 경제적 어려움으로 인한 삶의 의욕 저하 때문인 것으로 볼 수 있다.

산업사회에서의 농촌사회는 갈수록 피폐해지며 이러한 상황에서 농촌주민들은 술에 기대게 된다고 한태선(2000)이 피력한 것처럼, 주관적으로 인식하는 낮은 생활경제 수준을 나타낸 집단에서 행태변화 준비정도가 낮게 나타난 것은 농촌사회에서 경제적 낙후로 인한 음주폐해 가능성을 암시한다. '계획이전 단계'에 있는 사람들은 자신의 행동에 문제를 갖지 않으며, 변화의 필요성을 느끼지 않는다. 따라서 동기화시키는 전략이 필요하며, 이를 위해서는 변화의 이익을 강조하고, 압력이 적은 정보를 많이 제공하는 것이 효과적이다(서미경, 2000).

적정음주에 대해서는, 빈도에 있어서 주 1-2회가 87.8%, 1회 음주량에 있어서 소주 반병 이하가 84.0%로 나타남으로써 비교적 높지 않게 인식하고 있었으나, 고연령의 남성 농업종사자들이 상대적으로 타 집단에 비해 적정음주 빈도를 높게 인식하고 있었다. 이는 농촌의 음주특성을 그대로 반영하는 결과라고 할 수 있다. 또한 학력이 높고 젊은 연령층에서 적정음주량을 높게 인식하고 있었다. 특히 대상자의 주관적인 판단에 따른 비적정 음주자와 적정 음주자간 적정음주에 대한 인식 차이가 크게 나타남으로써 비적정 음주자에 대해서 적정음주 빈도 및 양을 낮추는 것이 바람직하다는 인식의 개선이 필요하다.

음주율은 42.8%로 선행연구결과에 비해 비교적 낮게 나타났으나, 음주빈도 및 1회 음주량은 높게 나타났다. 이는 음주강도가 높아 이로 인한 음주폐해 가능성이 높을 수 있음을 시사하고

있으며, 적정음주의 빈도 및 양을 비교적 높지 않게 인식하고 있는 상황에 비추어, 인식과 행태간 커다란 차이가 존재함을 보여주고 있다. 따라서 행태변화 단계에 있어서 문제점을 인식하고는 있으나 이를 행동으로 옮기지 못하는 '계획·준비단계'의 전략이 중요하다고 하겠다. 즉 적정음주에 대한 긍정적 효과를 제시할 필요가 있으며 자기효능감을 고취하거나 변화에 대한 무력감에서 탈피하도록 지원하고 구체적인 계획을 세울 수 있도록 도와주는 전략이 필요하다. 이 때 주위로부터의 동기부여가 있어야 하며, 구체적인 행동실천 교육이 핵심이어야 한다.

또한 연령이 낮고 학력이 높을수록 음주율과 음주강도가 높은 결과를 보였으며 음주시작연령이 빨라지는 경향을 나타낸 것에 비추어 적정음주에 대한 조기교육을 강조해야 한다.

현재음주자의 적정음주나 금주 시도율은 47.7%로 매우 높게 나타난 바, 이는 행태변화 단계 중 '행동·유지단계'의 전략이 필요함을 의미하며, 이전 단계로 돌아가지 않도록 하는 행태강화 및 지지 전략이 요구된다. 특히 무학 상태이며 배우자가 없는 계층에서 낙이 없어서 다시 술을 많이 마시게 되었다는 응답이 각각 20.0%와 19.1%로 두드러진 결과를 통해 이들 계층에 대한 삶의 의지를 강화시킬 필요가 있음을 알 수 있다.

한편, 혼자 또는 가족이나 친척과 함께 술을 마시는 경우에 주 3회 이상으로 음주빈도가 높아지는 결과에 비추어, 혼자 마시는 습관을 지양하고 올바른 음주습관의 조기 형성을 위하여 가정교육이 중시되는 범사회적 운동도 주요할 수 있다고 본다.

적정음주에 부정적 영향을 미치는 음주습관은 혼자 마시는 것, 반주를 즐기는 것, 2차 이상

술을 마시는 것으로 나타난 바, 이에 대한 계도가 필요하다.

농한기에 음주량이 더 많다는 응답이 65.1%, 음주횟수가 더 많다는 응답이 65.1%로 농번기의 34.9% 및 35.6%에 비해 2배 가까이 더 많은 것으로 나타났다. 이로써 농한기에 주로 여럿이 모일 기회가 많거나 특별히 할 일이 없는 것이, 노동력을 충전하고자 농번기에 마시는 음주량이나 음주빈도보다 더 강한 과음유인이 되고 있음을 알 수 있다. 따라서 농한기에는 건전한 여가프로그램의 제공 및 부업 등 일자리 창출기회의 증대를 통해서, 농번기에는 술의 효과에 대한 기대를 낮추고 술을 대신할 수 있는 에너지원의 공급을 위한 대체 영양식의 보급을 통해 적정음주를 유도하는 전략이 필요하다. 또한 주민의 이용률이 높은 마을회관이나 경로당을 집단 보건교육 장소로 활용하여 연중 농사시기별로 차별화된 교육을 집중적으로 실시할 필요가 있다(김미혜, 2003).

주민의 32.6%가 집에서 술을 담고 있는 것으로 나타난 이 지역의 특성은 비적정 음주자와 적정 음주자간에도 차이를 보임으로써 농촌주민의 술에 관대한 인식을 전환시키는 것이 어려움을 시사한다. 따라서 단기적이라기 보다는 장기적 관점에서 이를 계도할 수 있는 사회적 분위기 조성을 위한 캠페인 전략이 필요하다.

비적정 음주와 적정 음주의 평균의 차이가 주관적 건강인식 정도에서 4.31($t=11.24, p<.001$)로, 비적정 음주자가 적정음주자 보다 유의하게 높게 나타났다. 이는 Poikolainen 등의 연구(이정태, 2000에 인용됨)와는 반대의 결과로서, 건강과신이 과음으로 이어질 수 있음을 시사하는 결과라 하겠다. 또한 비적정 음주자는 술의 효과에 대한 기대 정도와 과음조장적 음주규범에

대한 태도가 높은 반면, 적정음주자의 경우 음주통제력이 높게 나타남으로써 황인복 등(1993)의 연구결과 일치한다. 따라서 술의 부정적 영향을 강조하고, 건전한 음주규범에 대한 인식을 고취시키며 음주통제력을 강화하는 전략이 필요하다.

스트레스의 음주에 대한 영향정도 및 사랑 받고 있다고 느끼는 정도와 행태변화 준비정도간에는 Pearson 상관계수 $-.50$ 및 $.11$ 의 상관관계가 나타난 바, 적정음주에 대한 행태변화 준비정도는 스트레스의 음주에 대한 영향정도가 낮고 사랑 받고 있다고 느끼는 정도가 클수록 높았다. 이 점은 스트레스 관리나 애정 또는 소속감 등이 중요한 사회적 지지자원이 될 수 있음을 시사하는 바, 이 분야 검증을 통해 전략으로 투입할 수 있어야 한다.

지난 1년간 보건진료소 이용률이 전체의 77.8%이며, 특히 60대 이상에서는 81.9%로 높게 나타난 바, 적정음주를 위한 보건교육사업을 보건진료소를 통해 전개해 나갈 때 실효성을 거둘 수 있음을 예측할 수 있다. 따라서 보건진료소로서는 진료서비스 중심에서 건강증진 서비스 중심으로 사업내용을 전환하려는 노력이 필요하다.

적정음주 교육에 대한 참여의사가 43.0%로 비교적 높지 않은 상황에서, 참여의사가 없는 이유로 도움이 될 것 같지 않아서와 흥미(재미)가 없어서가 높게 나타났으며, 특히 30대 이하 비농업 종사자에서는 시간이 없어서가 높게 나타났다. 따라서 대상자별 체계적이고 차별화된, 예컨대 적정음주에 대한 지식정도 및 보건교육 요구도가 낮은 집단에 대한 집중적인 교육을 통해 지역주민의 참여를 유도할 수 있어야 한다.

Prochaska 등(1992)은 행태변화의 각 단계에

<표 4> 적정음주를 위한 행태변화단계별 보건교육 전략

변화단계	변화과정 전략 (횡이론적 모형)	전략 요소
계획이전단계	인식개선 (인식고취)	- 비적정 음주자의 적정음주량 및 빈도에 대한 인식의 조정 - 고연령 남성 농업종사자의 적정음주 빈도에 대한 인식의 계도 - 저연령 고학력자의 적정음주량에 대한 인식의 계도 - 적정음주행태와 현재음주행태간 차이인식의 체험화
	동기화 (인식고취)	- 적정음주의 건강상 이익 및 과음의 신체적·사회적·경제적 폐해 고취 - 청·장년층의 건강과신 불식 - 저소득자의 삶의 의지 강화 - 술의 긍정적 효과에 대한 과대평가 억제
	경험의 공유 (극적 안도감)	- 과거 음주자의 금주 전·후 변화 비교 - 적정음주 실천에 관한 사례발표
	재인식 (환경재평가)	- 농촌사회의 음주풍토에 대한 재인식
계획·준비단계	가치측정 (자기 재평가)	- 과음 전후의 신체적·사회적·경제적 상태 비교
	변화에 대한 무력감 탈피 (자기개선)	- 가족, 이웃, 보건진료원 등 사회적 지지자원의 조직화 - 적정음주 선언 등 행동실천 교육 - 적정음주 시도 경험이 있는 비적정 음주자에 대한 재시도 유도
	습관형성 (자기개선)	- 지역사회 초·중·고교와 연계한 청소년 대상 조기 적정음주교육 - 가정내 적정음주교육 지침 제공
	행태강화 (자기개선)	- 술의 부정적 영향 강조 - 건전한 음주규범에 대한 인식고취 - 음주통제력 강화
행동·유지단계	사회적 분위기 조성 (조작적 관리)	- 술 안담그는 시범마을 선정 - 적정음주 습관화 캠페인 (혼자 술 안먹기, 반주 안하기, 1차로 끝내기, 술 권하지 않기)
	참여유도 (지지관계)	- 보건교육 내용 및 방법의 차별화 - 30대 이하 비농업 종사자에 대한 가족 및 인쇄매체를 통한 간접 교육 - 보건진료소 건강증진 서비스의 조직화 및 활성화
	생활양식의 전환 (역조건화)	- 마을회관 및 경로당에서의 적정음주교실 운영 - 영양지도사업 - 스트레스 관리방안의 보급
	환경개선 (자극통제)	- 농한기 여가프로그램 운영

적절한 변화과정을 개발하였으며, 이는 모든 보건행태에 적용할 수 있다고 하였다. 따라서 본 연구의 결과를 통해 도출된 전략을 이들이 제시한 각 단계별 변화과정에 맞추어 해당 단계의 전략으로 제시하였다.

행태변화 단계는 '계획이전단계'와 '계획·준비단계', '행동·유지단계'로 분류할 수 있었고, 언급된 순서의 단계별로 '계획이전단계'의 보건교육 프로그램 전략으로서 인식개선, 동기화, 경험의 공유, 재인식을 도출하였다. 또한 두 번째 단계인 '계획·준비단계'의 보건교육 프로그램 전략으로서 가치측정, 변화에 대한 무력감 탈피, 습관형성, 행태강화를 도출하였다. 세 번째 단계인 '행동·유지단계'의 보건교육 프로그램 전략으로서 사회적 분위기 조성, 참여유도, 생활양식의 전환, 환경개선을 도출하였다. 이상의 3단계별 구체적인 전략은 <표 4>와 같다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 농촌주민의 음주특성 및 관련요인을 파악함으로써, 행태변화 단계에 따라 적정음주를 위한 보건교육 전략을 제시하는데 목적이 있다.

문헌고찰 및 심층면담을 통해 개발한 구조화된 설문지를 이용하여 2002. 3. 4 - 4. 5 사이에 충청남도 D군 소재 1개 보건진료소 관할 6개 리 거주주민을 대상으로 면접조사를 실시하였으며, 수집된 467부의 자료를 SPSS-PC 10.0으로 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 현재 음주자의 음주빈도 및 양이 주관적인 적정음주 빈도 및 양보다 매우 높게 나타났으

며, 주관적 판단에 의한 비적정 음주자의 적정음주를 위한 행태변화 준비정도가 매우 낮게 나타났다.

2. 적정음주에 대한 대표적인 부정적 행태 특성은 혼자 마시는 것, 반주를 즐기는 습관, 2차 이상 술을 마시는 것이었다. 농한기는 여럿이 모일 기회가 많은 데다 특별히 할 일이 없기 때문에 음주량 및 음주횟수가 많아지는 기간으로 나타났으며, 집에서 술을 담그는 풍습 또한 적정음주에 대한 부정적 환경으로 나타났다.
3. 적정음주에 영향을 미치는 대표적인 성향요인은 건강인식, 술의 효과에 대한 기대, 과음조장적 음주규범에 대한 태도, 음주통제력이었고, 강화요인은 일상생활 스트레스, 사랑받고 있다고 느끼는 정도였으며, 촉진요인은 보건진료소 접근성으로 나타났다.
4. 적정음주교육 시 참여의사가 비교적 낮음으로써, 보건교육에 대한 동기가 부족한 것으로 나타났다.

이상의 결과를 통해 농촌주민의 음주행태는 계획이전단계, 계획·준비단계, 행동·유지단계의 3단계로 분류할 수 있었으며, 각 단계별 적정음주를 위한 보건교육 전략은 1) 계획이전단계 : 인식개선, 동기화, 경험의 공유, 재인식 2) 계획·준비단계 : 가치측정, 변화에 대한 무력감 탈피, 습관형성, 행태강화 3) 행동·유지단계 : 사회적 분위기 조성, 참여유도, 생활양식의 전환, 환경개선이 도출되었다.

이상의 연구결과를 토대로 다음을 제언한다.

1. 본 연구는 편의 추출에 의해 제한된 지역의 주민만을 대상으로 실시한 연구로서, 연구의

결과를 일반화하기에는 한계가 있으므로 연구대상을 확대한 반복연구가 필요하다.

2. 적정음주를 위한 보건교육 프로그램의 개발 및 이에 대한 효과성을 입증하는 추후연구가 요구된다.<접수일자: 5월13일, 게재확정일자: 9월6일>

참고문헌

- 김광기, 이부옥, 허목, 박난수, 김상현. 보건소 중심의 지역사회 절주사업 모형개발. 보건복지부 건강증진연구사업에 관한 연구 보고서, 2000.
- 김두희, 임현술, 유선희. 흡연과 음주가 농촌 주민의 건강 상태에 미치는 영향. 한국농촌의학회지 1997;22(2):195-213.
- 김미혜. 노인건강체조 운영 효과. 당진군 보건소 용역보고서, 2003.
- 남정자 외 7명. 서울시민의 건강생활 실천수준. 서울특별시, 한국보건사회연구원 용역보고서, 1998.
- 노인철, 서문희, 김영래. 음주의 경제사회적 비용과 정책과제. 한국보건사회연구원 연구보고서, 1997.
- 서미경. 지역사회에서의 보건교육 방향설정을 위한 연구. 보건사회연구 2000;20(2):160-180.
- 손석준. 농촌지역 음주 행태의 특성과 문제점. 한국농촌의학회지 1998;23(1):123-134.
- 손애리, 고승덕. 금주 혹은 절주를 위한 행태변화 전략 : Transtheoretical Model(TTM)과 변화단계(Stages of Change) 이론 적용. 한국알코올과학회지 2001;2(2):41-51.
- 이정태. 적정음주의 의학적 측면. 건전한 음주문화 정착을 위한 심포지엄; 서울대학교 보건대학원, 2000년 11월.
- 통계청. 한국의 사회지표, 1996.
- 통계청. 2000년도 사망원인통계연보, 2001.
- 김용석, 천성수, 최은진, 김광기. 2010 건강증진 절주목표 달성을 위한 대상자별 절주교육 프로그램 개발. 한국알코올과학회 학술대회; 서울대학교 보건대학원, 2002년 2월.
- 한태선. 적정음주의 사회·문화적인 접근. 대한보건협회 건전한 음주문화 정착을 위한 심포지엄; 서울대학교 보건대학원, 2000년 11월.
- 허정택, 이창현. 음주행태의 문제와 개선방안. 한국소비자보호원 연구보고서, 1999.
- 황인복, 이민규, 주경채. 알코올효과에 대한 인지적 기대가 음주행동에 미치는 영향. 신경정신의학 1993;32(6):962-970.
- Aguirre-Molina, M., & Gorman, D. M. Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco and other drug. Annual Review of Public Health 1996;17:441-456.
- Green, L. W., & Kreuter M. W.. Health promotion planning : An educational and environmental approach(2nd eds). Mayfield Publishing Company, Palo Alto, C. A, 1991.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Patridge, K. B.. Health education planning: A diagnostic approach. Mountain View Calif.: Mayfield, 1980.
- Joseph, J., Breslin, C., & Skinner, H. Critical perspectives on the transtheoretical model and stages of change. In Tucker J. A., Donovan, D. M. & Marlatt G. A.(eds). Changing addictive behavior. New York: The Guilford Press, 1999.
- Kimchi, J., Polika, B., & Stevenson, J. S. Triangulation: Operational definitions. Nursing Research 1991;40(6):364-366.
- Pender, N. J. Health promotion in nursing practice(3rd eds). Appleton & Lange, 1996.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C.. Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983; 51:390-395.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C.. Stages of change in the modification of problem

behaviors. *Progress in Behavior Modification* 1992;28:183-218.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J.. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologists* 1992;47(9):

1102-1114.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F.. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997;12(1):38-48.

<ABSTRACT>

Health Education Strategies for Adoption of Moderate Drinking Habits among Rural Residents

Mee-Hye Kim* · Moon-Hee Jung**

* *Department of Nursing, Shinsung College*

** *Department of Nursing, College of Medicine, Hanyang University*

This study, based on stages of behavioral change, was aimed at suggesting strategies for the adoption of moderate drinking habits for community-based health education designed to help rural people.

An interview survey was conducted during the period from March 4 to April 5, 2002 by sampling 467 rural people living in 6 villages covered by a public healthcare clinic. The results of this study can be summarized as follows;

1. The perceived non-moderate drinkers were less prepared for behavioral change.
2. The heavier drinking habits were 'drinking alone', 'meals accompanied by drinking' and 'drinking twice or more at a time'. The agricultural off-season and the custom of brewing liquor at home were negative environmental factors for moderate drinking.
3. The predisposing factors affecting moderate drinking were recognition of health, expectation of the drinking effect, etiquette encouraging overdrinking and control of drinking. The reinforcing factors were stress from ordinary life and perception of being loved. The enabling factor was accessibility to the public healthcare clinic.
4. Rural residents are less motivated to participate in health education for moderate drinking.

Based on the above findings, health education strategies for each stage can be suggested as follows:

1) Pre-contemplation stage: improvement of perception, motivation, sharing of experiences, and reawakening. 2) Contemplation / preparation stage: measurement of value, departure from the inertia against a change, formation of a habit, and reinforcement of the behavior. 3) Action / maintenance stage: creation of a social atmosphere, encouragement of participation, change of life style, and improvement of environment.

Key words: Moderate drinking, Stages of behavioral change