

# 절주프로그램의 인지도 및 이용의도에 영향을 미치는 요인 연구

장혜정\* · 심재선\* · 박종애\*\*

\*경희대학교 경영대학 의료경영학전공 · \*\*한국보건산업진흥원 경영지원사업단

## ( 목 차 )

I. 서론  
II. 연구방법  
III. 연구결과  
IV. 고찰

V. 결론  
참고문헌  
Abstract

## I. 서론

술은 인류역사와 더불어 어느 시대, 어느 사회에서나 애용되어 왔으며, 우리 사회에서도 술은 매우 중요한 요소로 인식되어 왔다. 마을 축제나 가족 경조사에서 흥을 북돋우는 수단으로 술이 이용되어 왔으며, 직장 및 대학생 등 단체 모임 시 집단력 강화나 문제해결 등을 위해서 유용하게 사용되었다(권철 등, 2002). 그러나 잘못된 음주문화는 각 개인과 전체 사회의 건강에도 크게 영향을 미친다(박용주, 1999).

현재 우리나라의 음주현황을 살펴보면, 15세 이상 성인의 알코올 소비량은 14.5리터로 세계 2위로 발표되었고, 18세 이상 성인의 음주율은 남자 94.6%, 여자 80.7%로 전체 음주율이

87.6%이었으며, 이는 1996년 미국의 음주율 64.9%, 1997년 캐나다의 음주율 72.3%와 비교해 볼 때 매우 높은 수준임을 알 수 있다(한국음주문화연구센터, 2000; WHO, 1999; 보건복지위원회, 2002). 특히, 여성과 저연령층의 음주가 증가하는 추세인데, 예컨대 1997년 여성의 음주 경험률이 54.7%, 2000년에는 80.7%로 급격한 증가추세를 보이고 있고, 대학생 99.1%, 청소년 75.7%가 음주경험자이며, 초등학교 시절부터 술을 마신 학생도 27.3%나 된다(보건복지위원회, 2002).

음주는 간경변, 간암발생의 위험요인일 뿐 아니라, 구강암, 후두암, 식도암, 고혈압, 관상동맥 질환, 신생아결함의 주원인이 되고 있으며, 이러한 병리학적인 문제 외에도 각종 사고, 성범죄,

교신저자: 장혜정

서울특별시 동대문구 회기동 1 경희대학교 정경대학 의료경영학과  
전화번호: 02-961-9432, E-mail: hjchang@khu.ac.kr

자살, 가정 폭력 및 경제적 손실 등 다양한 사회적 문제의 원인이 되고 있다(WHO, 1990). 그 밖에도 위장 및 궤장 질환, 신경계 질환, 감정장애 등과 같은 정신장애, 그리고 자연유산도 높은 관련을 가지고 있는데(WHO, 1990), 이러한 음주와 질병과의 상관관계는 지난 20여 년 동안 수많은 역학적 연구에서 거론되고 있다(de Lorimier, 2000). 이와 같이 음주로 인한 폐해는 크기 때문에 다각적으로 정책적 접근이 시도되어야 할 보건문제 중 하나이다.

그러나, 이러한 음주의 위험을 인식하고 건강에 미치는 위험을 피하기 위하여 절주를 하려고 노력하는 사람 또한 적지 않다. 권철(1998)의 연구에 의하면 음주자들 중 절주시도를 했다는 응답률은 40.7%이었고, 이들은 건강이 나빠져서, 경제적 문제, 타인의 권유, 종교적인 이유로 절주 및 금주를 시도하고 있는데, 성별로 보면 남자 중 46.1%, 여자 중 25.9%가 금주를 시도하는 것으로 나타났다.

절주를 위한 시도는 개인뿐만 아니라 가정, 직장 및 지역사회 전반에 이르는 광범위한 영역에서 이루어지고 있는데, 자세한 절주사업 실태를 전체적으로 파악하고 평가한 연구가 아직 없는 상태이므로 정확한 현황을 알 수는 없다. 그러나 개략적으로 살펴보면, 절주에 대한 사업은 절주에 대한 교육 및 홍보, 알코올 광고에 대한 제한규정 마련 및 모니터링, 음주제한 연령에 대한 법률 제정과 시행, 건전한 음주문화를 위한 운동으로 전개되고 있으며, 이러한 서비스는 공공보건기관, 민간의료기관, 정부관련 단체 및 협회, 학교 등을 통하여 제공되고 있다(변종화, 1998). 현재 국내에서 운영되고 있는 절주프로그램은 다음의 다섯 가지 유형으로 요약할 수 있다(보건복지부, 2000).

첫째 유형은 공공보건기관에서 지역사회복지관을 중심으로 제공하는 프로그램이다. 알코올과 관련된 예방, 치료 및 재활 서비스를 시행하고 있는데, 그 대상은 주로 청소년과 지역 주민이며, 점차 알코올 중독자와 그 가족들을 대상으로 하는 상담·치료·재활 프로그램에도 비중을 두고 있다. 둘째 유형은 민간의료기관에서 각 기관별로 운영하는 음주 및 약물 오남용에 대한 비정기적 교육프로그램이다. 민간의료기관의 교육프로그램은 주로 일반인을 대상으로 공개강좌 형식으로 진행되거나, 담당 부서 혹은 관련 부서가 중심이 되어 비정기적으로 교육을 시행하고 있다. 셋째 유형은 정부관련 단체 및 협회에서 운영하는 절주 및 약물남용·사고예방에 대한 활동인데, 아직은 미흡한 실정이다. 넷째 유형은 비정부 관련 단체 및 협회가 제공하는 프로그램으로서 주로 음주에 관련된 조사나 교육·홍보 활동이 주를 이루고 있고, 강의나 자료제공 등의 방법을 통해 프로그램을 제공하고 있다. 예를 들어, 대한주류공업협회는 1997년부터 '건전 음주문화 정착 캠페인', '청소년 알코올 문제 예방을 위한 스티커 부착' 등의 주류 소비자 보호 사업을 추진 중이며, 알코올 예방과 관련된 정보, 연구, 홍보, 교육분야의 중장기 활동계획을 세우고 있다(대한주류공업협회, 2003). 그리고, 마지막 유형이 학교에서 제공하는 프로그램으로서, 일부의 학교에서는 보건소와 연계하여 '금연 시범학교'를 운영하기도 하고, 자체적으로 절주에 대한 '교육 및 상담 서비스'를 제공하기도 한다. 이와 같이 각 기관 및 단체에서 절주프로그램을 운영하고 있으나, 건강증진 및 절주에 대한 개념적 이해의 부족, 절주사업을 추진하기 위한 자원의 부족, 사업을 실행하기 위한 적극적 의지의 부족, 그리고 체

계적이고 장기적인 정책 및 역학조사 부재 등이 제한점으로 지적되고 있다(김광기, 1999).

이에 비해 미국은 1980년대 초반부터 민간활동이 활발하였으며, 정부와 민간 모두 알코올 문제에 대한 인식이 높고, 예방, 홍보, 연구조사, 정보수집 및 전파, 치료, 재활 등 모든 영역에서의 활동이 활발히 전개되고 있다(보건복지위원회, 2002). 미국의 절주프로그램을 제공하는 기관은 크게 공공기관, 민간기관 및 단체, 자조그룹으로 나눌 수 있는데, 특히 공공기관에서는 음주와 약물에 관련된 정보를 일반 대중뿐만 아니라 임상전문가, 정책 결정자들에게도 온라인을 통해서 제공하고 있다. 예를 들어, National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information 웹사이트에서는 알코올과 약물의 오남용 방지, 중재, 치료에 관련된 정보 및 책자 등을 제공하고 있으며, 알코올과 관련된 캠페인, 통계 등 모든 정보들을 데이터베이스화하여 온라인으로 제공하고 있어 접근성이 높다(NCADI, 2003). 한편, 민간기관 및 단체에서는 대학생들을 대상으로 한 음주문화 소개, 음주관련 설문조사, 음주정보를 제공하고 있는데, 그 예로 Being Drinking on Campus에서는 최근 하버드대에서 실시된 대학생 음주관련 설문조사 결과를 소개하여 성별 음주 패턴, 음주로 인한 개인별 피해 경험 등을 제공하고 있다. 다음으로 미국의 AI-Anon이라는 자조그룹에서는 알콜리즘 가족 및 개인들을 대상으로 12단계의 서비스에 대한 정보를 제공하고 있는데(AI-Anon, 2003), 국제적인 모임이 112개국에서 개최되었고 발간서는 30개 국어로 번역되어 이용하는 등 활발하게 운영되고 있다(보건복지부, 2000). 이같은 자조그룹은 정기적인 자조 모임을 통해 음주·약물이 건강에 미치는 영향, 중독을 치료하기 위

한 방법 등을 공유하고 함께 치료해 나감으로써 장기적인 치료효과를 볼 수 있다고 조사된 바 있어, 자조그룹을 활성화하는 방안도 고려해야 할 것으로 판단된다(Ouimette 등, 1998).

국의 사례와 비교해 볼 때, 우리 나라의 절주 프로그램은 전체적인 활동은 증가하고 있는 추세이지만, 아직은 충분히 활성화되어 있지 않으며 제공 프로그램의 내용 측면에서도 미흡한 실정이다(조주현, 2002; 김광중, 2003). 특히, 아직까지 음주 문제와 관련한 국내의 기초적인 연구가 부족한 실정으로 정확한 현황을 파악하고 효율적인 정책을 입안하기 위해서는 기초통계자료의 생산과 이를 위한 주기적인 실태조사가 필요하다. 지금까지 음주와 관련한 연구는 임상환자를 대상으로 하거나, 지역사회 수준에서의 음주양태 조사가 대부분이며, 주로 알코올 중독에 초점을 둔 연구들이 많아, 전체적인 국민들의 건강 및 음주예방을 위해 체계적으로 조사된 기초자료는 매우 미흡한 실정이다(박영남, 1988; 김광기, 1996; 이경미, 2001).

효과적인 건강증진 프로그램은 적절한 규모와 방법으로 지역사회 연계를 통해 제공되어야 하며, 이를 위해서는 객관적인 근거를 가지고 추정된 각 프로그램에 대한 수요가 산출되어야 한다. 따라서 본 연구에서는 절주에 대한 수요에 맞추어 효율적인 공급전략을 세우기 위하여 절주프로그램 및 공급자원의 기초적인 정보를 확보하기 위하여 수행하였다. 구체적으로, 음주 및 절주 현황을 분석함에 있어서 절주 의지가 있는지, 있다면 어떤 방법을 사용하겠는지, 그 이유는 무엇인지 등을 단계별로 조사하고자 한다. 이에 대한 조사결과를 근거로 절주프로그램의 수요를 파악하고 인지도를 높이기 위한 방안과 공급전략의 기초자료를 제공할 수 있을 것이

다. 또한, 절주프로그램 향후 이용의도 및 이용 장애요인을 단계별로 조사함으로써 절주프로그램 이용자의 요구에 부응할 수 있는 공급정책의 방향을 도출하고 건강증진 사업의 주요 분야의 하나인 절주사업이 효율적으로 수행될 수 있는 객관적인 근거를 마련하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 조사대상 및 방법

본 조사연구는 20세 이상 성인을 모집단으로 하였다. 표본추출을 위하여 보건복지부(1998)가 수행한 『국민건강·영양조사』의 조사대상자 중 20세 이상 성인 19,028명을 표본의 기본구조(sample framework)로 설정하였다. 이들을 대도시, 중소도시, 군지역의 거주지역별로 층을 만들어 500명의 표본을 층화추출하였다.

2000년 6월 1일부터 2000년 6월 28일까지 전 문조사요원이 전화설문을 실시하였는데, 전화면접에 응답한 500명의 응답자는 『국민건강·영양조사』에 참여한 경험이 있기 때문에 성별, 연령, 직업, 거주지, 그리고 음주상태 등 본 연구에서 필요로 하는 일부 개인특성 변수는 이미 조사된 상태였다. 본 조사에서는 기존 정보를 확인하고, 본 연구의 주요문제에 해당하는 절주의향과 적극적 절주프로그램에 대한 인지도, 이용의사, 장애요인 등 정보를 추가적으로 질문하였다.

### 2. 조사내용

과학적인 근거를 갖는 절주프로그램을 선정하기 위하여, 의료기관이나 지역사회를 기반으

로 제공된 절주프로그램의 효과를 분석한 문헌을 수집하여 대상, 제공빈도, 시기 등을 고려하여 통계적으로 유의함을 갖고있는 각 프로그램의 효과를 규명하였다. 이에 본 연구에서는 다수 문헌에서 그 효과가 입증된 절주프로그램으로 절주클리닉·교실, 단체교육, 그리고 단주동맹의 3개 프로그램을 선정하였다. 이들 프로그램에 대해서 Shope 등(1999)과 Ross 등(1998)에서는 술, 마리화나, 코카인 등 약물의 남용에 대한 예방교육과 클리닉교실 교육이 효과적임을 보였으며, Fleming 등(1999)에서는 일차진료의사에 의한 조언·충고, 절주상담의 효과를 증명하였다. 또한, Ouimette 등(1998)에서는 정기적인 자조그룹의 모임이 장기적인 효과를 보인다고 하였다.

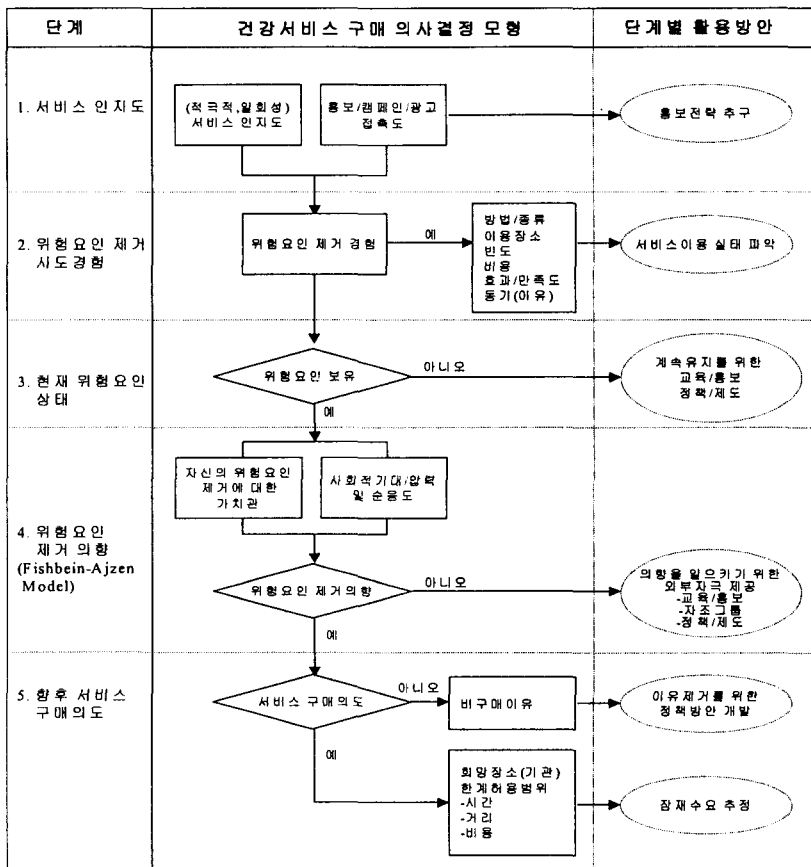
요약하면, '절주클리닉·교실'은 음주자를 대상으로 진료의사에 의한 조언, 충고, 절주상담을 하는 프로그램이며, '단체교육'은 학생 또는 학부모, 그리고 알코올 공급자 등을 대상으로 음주문제에 대한 지식을 제공하는 프로그램이다. 그리고, '단주동맹'이란 이미 위험에 노출된 음주자들이 정기적인 그룹모임을 통하여 음주·약물의 오·남용을 치료하고 장기적인 효과를 볼 수 있는 프로그램이다.

이렇게 선정된 절주프로그램에 대한 조사를 하기 위하여, <그림 1>과 같이 총 5단계의 의사결정 모형을 구축하고 조사표를 구성하였다. 절주프로그램 인지도, 절주시도 경험, 현재 음주상태, 절주의향, 향후 절주프로그램 이용의도를 확인하는 단계가 포함된다. 각 단계에서 절주프로그램의 경험이 있는 경우에는 프로그램 경험의 빈도와 비용, 효과 및 그에 대한 만족도, 사용동기 등과 함께 계속 사용의도를 조사하였으며, 경험이 없는 경우에는 프로그램에 대

한 인지도, 이용의도, 이용에 따른 장애요인 등을 조사하였다. 인지도는 건강한 음주량에 도달하도록 도와주는 다음 세 방법에 대해 들어 본 적이 있는지, 그리고 이용의도는 각 방법에 대해 이용할 의사가 있는지를 질문하였다. 이용에 따른 장애요인은 비용 측면, 거리 측면, 시간 측면, 프로그램의 질 측면, 사회적인 분위기 측면, 신체적인 상태 측면, 흥미 측면 등에서 도출하였다. 한편, 이용의도 및 계속 이용의도가 없는 경우에는 그 이유를 파악하여, 향후 프로그램 내용의 구성 및 제공방법 도출 시 참고자료로 사용하고자 하였다.

### 3. 분석 방법

수집된 자료를 다음의 4단계로 분석하였다. 1 단계에서는 성별, 연령, 거주지, 직업과 같은 응답자의 인구사회학적 특성에 대한 분포를 빈도 분석으로 파악하였다. 2단계에서 프로그램별 인지도, 이용률, 절주의도를 및 이용의도와 같이 <그림 1>에서 제시된 이용의사결정모형의 단계별 확률을 추정하였다. 3단계에서는 응답자 개인의 특성으로서 성별, 연령, 거주지, 직장을 고려하였을 때, 각 절주프로그램별 인지도, 절주



<그림 1> 단계별 이용의사결정 모형

시도경험, 음주상태, 절주할 의향, 절주프로그램 이용의도에 있어서 개인 특성별 차이에 대한 통계적인 유의성을 피어슨 카이제곱 검정 통계량을 사용하여 검정하였다. 이때, 연령은 20~39세, 40~59세, 60세 이상으로 구분하고, 성별은 남성, 여성으로, 거주지역은 7대도시, 중소도시, 군지역으로, 그리고 마지막으로 직업은 사무직, 생산직, 자영업, 그리고 나머지 주부, 군인, 학생 등을 포함한 기타군으로 구분하였다. 그리고, 마지막 4단계에서는 빈도분석을 통하여 프로그램 이용의도가 없을 경우 프로그램별로 가장 크게 작용하는 장애요인을 파악하였다.

또한, 1년 이내 절주의향에 미치는 영향요인을 파악하기 위하여 절주프로그램 이용에 대한 당위성과 시간비용 투입가치 등 주관적 태도에 대한 항목, 가족이나 친구, 동료의 자신의 절주에 대한 선호도 등 사회적 압력에 대한 항목과

함께 개인특성변수인 성별, 연령, 직업을 독립변수로 고려하고 절주의향을 종속변수로 고려한 로짓모형을 분석하였다. 이때, 당위성, 시간비용 투입가치, 가족의 선호도, 친구 및 동료의 선호도 문항은 5점 척도로 측정하였으나, 보통 이하를 0, '긍정', '절대긍정'을 1로 변환한 이항변수로 고려하였다. 로짓모형에서 승산비(odds ratio; OR) 계산을 위해 참조항목을 성별변수는 '여성'으로, 연령변수에서는 '60세 이상'으로, 직업변수에서는 '기타군'으로 두었다.

### III. 연구결과

#### 1. 응답자의 인구사회학적 특성

<표 1>과 같이 응답자 성별분포는 남성이 58%, 여성이 42%이었고, 연령별 분포는 20~39

<표 1> 응답자 인구·사회학적 특성

특성	구분	응답자수(명)	구성비(%)
성별	남성	290	58.0
	여성	210	42.0
연령	20~39 세	192	38.4
	40~59 세	204	40.8
	60세 이상	104	20.8
거주지역	대도시	201	40.2
	중소도시	210	42.0
	군지역	89	17.8
직업	사무직	96	19.2
	생산직	125	25.0
	자영업	69	13.8
	기타	210	42.0
음주상태	자주 음주	94	18.9
	가끔 음주	229	46.0
	과거에는 음주하였으나 현재 절주	40	8.0
	음주경험이 없음	135	27.1

세 38.4%, 40~59세 40.8%, 60세 이상 20.8%이었다. 그리고, 지역별로는 대도시 40.2%, 중소도시 42.0%, 군지역 17.8%로 분포하였다. 직업별로는 기타 42.0%, 생산직 25.0%, 사무직 19.2%, 자영업 13.8% 순이다. 전체 500명 중 음주경험이 없다고 답한 응답자 135명과 무응답자 2명을 제외한 후, 음주자 323명(64.9%)과 과거 음주경험이 있으나 현재 절주자 40명(8%)을 대상으로 분석하였다.

## 2. 절주프로그램별 인지도

음주경험이 있는 363명의 응답자 중 절주프로그램별 인지도 및 인지도에 대한 응답자 특성 변수들의 유의성은 <표 2>에 제시하였다. 절주프로그램 중 음주클리닉·교실이 18.2%로 인지도가 가장 높았으며, 단체교육 10.2%, 단주동맹

7.4% 순으로 나타났다.

성별로는 음주클리닉·교실의 경우 남성 15.9%, 여성 22.9%로 여성이 남성보다 인지도가 높았고, 단체교육의 경우 남성과 여성이 10.2%로 동일하였다. 그리고 단주동맹의 경우에는 남성 8.6%, 여성 5.1%으로 남성이 인지도가 높았다.

연령별로는 음주클리닉·교실의 경우 20~39세 25.7%, 40~59세 16.9%, 60세 이상 5.8%이고, 단체교육의 경우 20~39세 10.7%, 40~59세 13.0%, 60세 이상 2.9%이며, 단주동맹의 경우 20~39세 5.7%, 40~59세 11.7%, 60세 이상 1.4%이었다. 종합적으로, 20~39세와 40~59세의 연령대는 60세 이상 연령대보다 인지도가 상대적으로 높았으며, 특히 음주클리닉·교실에 대한 인지도는 유의수준 1% 하에서 통계적인

<표 2> 절주프로그램별 인지도

특성	구분	대상자수	절주클리닉·교실		단체교육		단주동맹	
			인지빈도수 (인지도,%)	$\chi^2(p값)$	인지빈도수 (인지도,%)	$\chi^2(p값)$	인지빈도수 (인지도,%)	$\chi^2(p값)$
	계	363	66(18.2)	-	37(10.2)	-	27(7.4)	-
성별	남성	245	39(15.9)	2.6	25(10.2)	0.0	21(8.6)	1.4
	여성	118	27(22.9)	(0.107)	12(10.2)	(0.992)	6(5.1)	(0.236)
연령	20~39세	140	36(25.7)		15(10.7)		8(5.7)	
	40~59세	154	26(16.9)	12.6	20(13.0)	5.4	18(11.7)	8.2
	60세 이상	69	4(5.8)	(0.002)**	2(2.9)	(0.068)	1(1.4)	(0.016)*
거주지	대도시	144	32(22.2)		21(14.6)		14(9.7)	
	중소도시	149	31(20.8)	11.4	14(9.4)	7.3	12(8.1)	4.8
	군지역	70	3(4.3)	(0.003)**	2(2.9)	(0.027)*	1(1.4)	(0.089)
직업	사무직	78	19(24.4)		9(11.5)		5(6.4)	
	생산직	94	10(10.6)	8.1	5(5.3)	8.7	5(5.3)	7.6
	자영업	55	7(12.7)	(0.045)*	11(20.0)	(0.034)*	9(16.4)	(0.056)
	기타	136	30(22.1)		12(8.8)		8(5.9)	

\* (p<.05) \*\* (p<.01)

차이가 있었고, 단주동맹에 대한 인지도는 유의 수준 5% 하에서 통계적인 차이가 있었다.

거주지역별 인지도는 음주클리닉·교실의 경우 대도시 22.2%, 중소도시 20.8%, 군지역 4.3%이었다. 단체교육의 경우 대도시 14.6%, 중소도시 9.4%, 군지역 2.9%이었고, 단주동맹의 경우에는 대도시 9.7%, 중소도시 8.1%, 군지역 1.4%이었다. 전반적으로 대도시의 인지도가 상대적으로 높았으며, 군지역은 대도시나 중소도시에 비하여 낮았다. 특히, 음주클리닉·교실은 유의 수준 1% 하에서 통계적인 차이가 있었으며, 단체교육은 유의수준 5% 하에서 통계적인 차이가 있었다.

직업별 인지도는 음주클리닉·교실의 경우 사무직 24.4%, 생산직 10.6%, 자영업 12.7%, 기타 22.1%이고, 단체교육의 경우 사무직 11.5%,

생산직 5.3%, 자영업 20.0%, 기타 8.8%이며, 단주동맹의 경우 사무직 6.4%, 생산직 5.3%, 자영업 16.4%, 기타 5.9%이었다. 전반적으로 사무직과 자영업의 인지도가 생산직과 기타 직업군보다 상대적으로 높았으며, 특히 음주클리닉·교실과 단체교육의 인지도는 유의수준 5% 하에서 통계적인 차이가 있었다.

### 3. 절주 시도 경험

음주경험이 있는 대상자의 절주 시도율은 22.9%로 성별과 연령 변수에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다(표 3). 성별에 따른 구분으로는 남성 30.2%, 여성 7.6%가 절주를 시도하였다. 연령에 따른 구분으로는 20~39세 13.6%, 40~59세 24.0%, 60세 이상 39.1%가 절주를 시

<표 3> 절주 시도 경험 및 영향을 미치는 요인

경험특성	구분	대상자 수	빈도수 (명)	비율 (%)	영향요인(p값)			
					성별	연령	거주지	직업
절주 시도 경험	있음	363	83	22.9	23.0 (<0.001)**	17.3 (<0.001)**	0.9 (0.633)	7.7 (0.052)
	없음		280	77.1				
절주 시도 기간	현재까지	80	25	31.2	5.3 (0.383)	16.0 (0.099)	9.1 (0.523)	18.0 (0.264)
	1개월 미만		15	18.8				
	1~6개월		16	20.0				
	6~12개월		4	5.0				
	1~3년		12	15.0				
절주 시도 경험이 있는 경우	3년 이상	83	8	10.0	1.8 (0.767)	14.2 (0.077)	3.7 (0.886)	17.7 (0.125)
	절주 동기		53	63.9				
절주 방법	의사권유	83	5	6.0	0.5 (0.475)	0.1 (0.947)	0.3 (0.865)	4.6 (0.207)
	가족권유		4	4.8				
	직장·사회 분위기		2	2.4				
	음주운전단속		19	22.9				
절주 방법	본인의지	83	79	95.2	0.5 (0.475)	0.1 (0.947)	0.3 (0.865)	4.6 (0.207)
	기타		4	4.8				

\* (p<.05) \*\* (p<.01)



도하였으며, 대도시 21.5%, 중소도시 22.1%, 군 지역 27.1%가 절주를 시도하였다. 또한 직업별로는 사무직 17.9%, 생산직 29.8%, 자영업 30.9%, 기타 17.6%가 절주를 시도한 것으로 조사되었다.

절주시도자 중 과거에 절주를 시도해서 현재까지 절주하고 있다고 응답한 비율은 전체 31.2%로 나타났다. 절주시도자의 절주기간에 대한 질문에 18.8%가 1개월 미만, 20.0%가 1~6개월, 5.0%가 6~12개월, 15.0%가 1~3년, 10.0%가 3년 이상 절주를 시도하였다가 다시 음주하는 것으로 나타났다. 절주동기로는 '의사의 권유'가 63.9%로 가장 많았으며, '가족권유' 6.0%, '직장·사회 분위기' 4.8%, '음주운전단속' 2.4%, '기타' 22.9%로 조사되었다. 또한, 절주방법으로는 '본인의지'로 절주를 시도하는 비율이 95.2%

로 대부분이며, 외부 지원적 방법에 의해 절주하는 비율은 4.8%에 불과하였다.

#### 4. 절주의향

현재 음주자를 대상으로 향후 1년 이내 절주의향이 있는지를 절주의 당위성과 시간투입가치, 절주에 대한 가족의 선호도, 친구·동료의 선호도와 함께 조사한 결과는 <표 4>에 제시하였다. 1년 이내 절주할 의향은 전체 응답자 중 30.8%으로 나타났으며, 절주의 당위성에 대하여 긍정적으로 응답한 응답자는 27.8%, 절주를 위해 시간과 비용을 투입할 가치가 있다고 응답한 비율은 6.3%, 가족의 선호도는 37.5%, 친구·동료의 선호도는 11.1%로 나타났다.

이들 절주의 당위성, 시간과 비용 투입가치,

<표 4> 1년 이내 절주의향에 대한 로짓분석 결과

구분	대상자수 (명)	빈도수 (명)	구성비(%)	승산비(OR)		p값
				추정치	95% 신뢰구간	
1년 이내 절주의향	332	100	30.1	-	-	-
당위성	333	92	27.6	3488.7	(226.9, 53634.8)	0.00(**)
시간비용 투입가치	333	21	6.3	0.9	(0.0, 70.3)	0.978
가족의 선호도	331	124	37.5	3.7	(0.8, 16.8)	0.09
친구·동료의 선호도	332	37	11.1	26.0	(2.7, 247.2)	0.00(**)
연령군						
20~39세			-	0.4	(0.0, 4.0)	0.70
40~59세				0.7	(0.1, 5.9)	
성별						
남성			-	0.5	(0.1, 3.2)	0.47
직업군						
생산직			-	0.2	(0.0, 1.7)	0.42
자영업				0.4	(0.0, 3.7)	
기타				0.5	(0.1, 3.1)	

\* (p<.05) \*\* (p<.01)

가족의 선호도, 친구·동료의 선호도와 함께 성별, 연령, 직업을 나타내는 개인 특성변수를 독립변수로, 그리고 1년 이내 절주의향을 종속변수로 하여 로짓모형 분석을 수행한 결과, 절주의 당위성과 친구·동료의 선호도에 대해 긍정적인 태도를 가진 경우 절주의향에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 절주의 당위성에 대하여 긍정적인 태도를 가졌을 경우 그렇지 않은 경우를 기준으로 절주의향은 3,489배의 승산비(odds ratio)를 나타냈고, 이의 95%의 신뢰구간은 (227, 53635)이었다. 절주를 위한 친구·동료의 선호도에 대해 긍정적인 태도를 가진 경우에는 그렇지 않은 경우를 기준으로 절주의향은 26배의 승산비를 나타냈고, 이의 95% 신뢰구간은 (3, 247)이었다. 시간비용 투입가치와 가족의 선호도 및 개인 특성변수에 따른 절주의향의 통계적인 차이는 없었다.

### 5. 절주프로그램 이용의도

<표 5>는 절주의향을 가진 음주자 중 적극적으로 절주프로그램을 이용할 의도가 있는지와 이용의도가 없을 경우의 장애요인을 나타내고 있다. 1년 이내 절주의향을 가진 음주자 중에서

음주클리닉·교실을 이용할 의향은 4.0%이었으며, 성별로는 남성 2.3%, 여성 14.3%이었다. 단체교육 프로그램을 이용할 의향은 8.1%이었으며, 남성 5.9%, 여성 21.4%이었다. 그리고 단주동맹 프로그램은 이용 희망자가 없는 것으로 나타났다.

절주프로그램을 이용할 의사가 없는 이유로는 '본인의 의지로 절주할 수 있음'이 90~95%로 조사되었으며, 다음으로 '절주프로그램을 이용할 시간적 제한'이 7~9%로 조사되었다. 다음으로 '가격이 비쌌'이 4~6%, '방법을 모름'이 2~8%, 그리고 '효과의심'이 약 1%로 조사되었다.

## IV. 고 찰

본 연구에서는 음주자를 대상으로 한 효과적인 절주프로그램에 대하여 5단계 이용의사결정모형을 구상하여 각 단계별로 조사하고 분석하였다. 이는 절주프로그램을 이용하여 절주할 확률을 높이는 목표를 추구함에 있어 각 진행단계별 문제점을 파악하여, 이에 따라 전략을 도출하기 위함이다.

<표 5> 절주프로그램 이용의도

프로그램	이용의도 (의도자수/대상자수, %)			이용의사가 없을 경우의 장애요인 (%)				
	전체	남성	여성	본인의지	효과의심	방법 모름	가격 비쌌	시간제한
절주클리닉·교실	4/101 (4.0)	2/87 (2.3)	2/14 (14.3)	90.8	1.0	4.1	6.1	7.1
단체교육	8/99 (8.1)	5/85 (5.9)	3/14 (21.4)	95.7	1.1	2.1	4.3	8.5
단주동맹	0/101 (0.0)	0/87 (0.0)	0/14 (0.0)	90.1	0.0	7.9	4.0	8.9

절주프로그램의 인지도를 확인하는 단계에서는 절주프로그램에 대한 인지도는 현저히 낮았으며 주로 사무직 젊은 층에서 인지도가 상대적으로 높게 조사되었는데, 이는 권철(2002)의 보고와도 유사한 결과이다. 프로그램의 인지도 중에서 단체교육과 단주동맹에 대한 인지도가 낮았으며, 절주를 시도한 사람 가운데 성공한 비율은 낮게 나타났으므로 효과적인 절주프로그램을 위해서는 음주자가 많은 중년층을 대상으로 집중적인 홍보전략이 필요한 것으로 판단된다. 구체적인 방법으로는 드라마 등에서 과음하는 장면을 부정적으로 묘사하는 등의 대중매체를 활용한 홍보, 절주방법 책자의 개발 및 보급, 유치원, 초등학교를 대상으로 절주의 중요성 교육을 하거나, 절주캠페인을 실시하는 등의 홍보 전략을 들 수 있겠다. 특히, 미국에서는 청소년 음주 예방을 위한 캠페인 활동, 부모 참여 프로그램 실시, 음주저항 훈련, 대학생음주예방을 위한 또래리더 양성 프로그램을 전국적으로 운영하고 있으며, 성인음주 예방을 위해서 경고스티커, 매체를 통한 캠페인 활동, 음주운전 방지를 위한 홍보 등을 적극적으로 실시하고 있어, 선진국의 사례를 검토하여 활용할 수 있을 것으로 판단된다(보건복지위원회, 2002).

절주를 시도한 비율은 60대 이상의 남성이 가장 많이 시도한 것으로 조사되었으나 절주성공률은 매우 낮은 것으로 나타났기 때문에, 이들에 대해서는 성공적인 절주가 이루어지도록 특별한 관심이 필요할 것이다. 특히, 시간과 비용을 투입해서 외적 도움을 받으며 절주하는 경우는 매우 적으며 대부분 본인의 의지로 절주한 경우가 많으므로, 음주자를 대상으로 효과적인 절주프로그램을 개발하고 이에 대한 인지도를 제고시키기 위한 전략이 필요할 것이다. 또한,

절주의 동기로 '의사의 권유'가 가장 높았으므로 의사의 절주 권유가 많은 영향을 미친다는 것을 알 수 있으며, 이 또한 절주프로그램의 과정에 참고할 수 있을 것이다. 구체적으로 환자의 내원 시 의사가 절주를 권유하도록 권장하며, 이러한 행위를 의료보험 수가에 반영하는 등 인센티브를 제공하는 방안을 생각해 볼 수 있겠다. 이와 관련하여 신명식(2002)의 연구에서도 주관적으로 건강상태를 평가할수록 음주의 가능성이 높아질 수 있으므로, 자신의 건강상태에 대해 정확히 인식할 수 있는 보건프로그램이 필요하다고 하여 전문가인 의사의 역할이 중요함을 확인하고 있다.

절주프로그램의 이용의도에 대한 조사결과, 대부분의 응답자가 절주 프로그램을 이용할 의향이 없으며 본인 스스로의 의지로 절주할 수 있다고 응답하였는데, 이는 곧 높은 절주 실패율로 연결된다고 할 수 있다. 물론 절주를 하고자 하는 본인의 의지도 중요하지만 절주성공률을 높일 수 있는 외적 도움이나 사회적 지지가 동반된다면 절주의 성공률은 높아질 것이라고 예상된다. 한편, 가족 및 친구·동료인 주변인의 절주 선호도가 낮게 나타났는데 이는 사회적 분위기가 절주를 유도하는 분위기가 아님을 의미하며, 특히, 건강의 위협을 느끼지 못하는 젊은 층에서 절주분위기가 저조하다는 것을 알 수 있다. 그러므로 사회 전반적으로 절주 분위기의 확산과 가족과 친구, 그리고 동료의 절주 분위기를 형성할 수 있는 방안을 강구해야 할 것이다. Wallerstein(1994)도 과음으로 인한 문제를 해결하기 위해서는 지역사회를 조직화하며 일상의 삶에서 과음하지 않는 것을 우선으로 하게 하여 지역사회 전체가 알코올을 자제할 수 있는 역량을 가져야 한다고 주장하였다. 따라서 음주

문제를 해결할 수 있는 구체적인 방법으로 효과성이 입증된 절주프로그램의 국내·외 사례를 소개하고, 절주의 중요성을 홍보하는 방안을 모색해야 할 것이다.

음주클리닉·교실과 단체교육에 대한 이용의도는 매우 낮았으며, 단주동맹에 대한 이용의도는 전혀 없는 것으로 나타난 것은 프로그램에 대한 인지도가 낮은 원인이 있겠지만, 음주자들이 본인의지로 절주가 가능하다고 생각하기 때문인 것이라고 판단된다. 그러나 외부의 도움 없이 본인의지로 절주를 시도할 경우 실패율이 높다는 것은 이미 연구결과에서도 판명되었다. 그러므로, 절주프로그램에 대한 인지도를 확대하고 지속적인 절주를 위한 방안을 강구해야 할 것이다. 구체적으로 비용이 소요되는 절주프로그램에 대한 접근성을 높이기 위하여 비용의 일부분을 국가가 지원하는 방안도 생각해 볼 수 있겠다. 김광기(1999)의 연구에서도 절주를 포함한 건강증진을 위한 재정적인 확보가 이루어지고 있지 않으며, 기술적 및 행정적인 지원도 미미하다고 주장하였다. 따라서, 이에 대한 대책을 마련해야 할 것으로 판단된다.

종합해보면, 효과적인 절주를 위해서는 의사가 절주를 권고하는 방법을 절주프로그램에 추가하여 효과를 높이고, 홍보와 캠페인, 광고 등을 통한 인지도를 높임으로써 절주프로그램에 참가하도록 유도하고 지속성을 높이며 국가적인 제도 및 정책적 뒷받침이 이루어질 때 절주프로그램의 성공률을 높일 수 있는 효과적인 방법이 될 것이다.

한편, 본 연구의 조사대상은 20세 이상 성인으로 국한하였는데, 그 이유는 19세 이하 미성년은 음주상태 및 음주에 대한 태도에 대하여 신뢰도 있는 정보를 제공할 수 없을 뿐만 아니

라, 적극적 절주프로그램의 이용에 대한 의사결정을 스스로 하기 어려울 것으로 판단하였기 때문이다. 그러나, 장기적인 예방차원과 인식의 변화를 위해서는 청소년의 효과있는 절주 프로그램의 대한 접근성을 제고하기 위한 기초 자료를 확보할 수 있는 본 연구와 동일한 목적의 조사가 청소년을 대상으로도 수행되어야 할 것이다.

## V. 결 론

본 연구는 절주에 효과적인 프로그램인 음주클리닉·교실, 단체교육, 단주동맹을 선정하여 5단계의 절주프로그램 이용 의사결정모형을 구상하였으며, 이에 따라 인지도 위험요인 제거 경험과 의향, 그리고 프로그램 이용의도 및 장애요인을 500명의 성인을 대상으로 전화설문으로 조사하였다. 분석결과를 근거로 다음과 같은 결론을 요약할 수 있다.

절주프로그램에 대한 인지도는 현저히 낮고, 그 중에서도 단체교육과 단주동맹에 대한 인지도가 낮았으며, 절주를 시도한 사람 가운데 성공한 비율은 약 30%정도이므로 효과적인 절주프로그램을 이용하도록 하기 위한 대중매체를 활용한 홍보, 절주캠페인 등의 집중적인 홍보전략이 필요한 것으로 판단된다. 또한, 조사결과 절주의 동기로는 의사의 권유가 가장 높았다. 의사의 권유가 절주에 큰 영향을 미치고 있으므로 절주프로그램의 과정에 추가하는 방안을 고려할 수 있는데, 구체적인 방법으로는 환자의 내원 시 의사가 절주를 권유하도록 권장하며, 이러한 행위를 의료보험 수가에 반영하는 등 인센티브를 제공하는 방안을 생각해 볼 수 있겠다.

가족이 절주를 선호하는 비율과 친구·동료

의 절주선호가 매우 낮은 것으로 나타나 사회 전반적으로 절주 분위기의 확산과 가족과 친구, 그리고 동료의 절주분위기를 형성할 수 있는 방안을 강구해야 할 것이다. 또한, 음주클리닉·교실과 단체교육에 대한 이용의도는 매우 낮았으며, 단주동맹에 대한 이용의도는 전혀 없는 것으로 나타났다. 그러므로, 단주동맹에 대한 인지도를 확대하고, 건강증진 서비스를 제공하는 의료기관, 학교, 사업장, 보건소, 민간단체 등의 지역사회의 상호 연계하여 체계적이고 지속적인 절주프로그램을 제공하는 방안을 강구해야 할 것이다. 이러한 공공정책의 수립이나 지역사회 협조가 뒷받침된다 하더라도, 개인적으로 절주하는 능력을 향상시키는 노력이 뒷받침되어야 하며, 절주프로그램의 적정한 양과 방법에 관한 이해가 필요할 것이다.<접수일자: 2003년 10월 6일, 게재확정일자: 2004년 2월14일>

### 참고문헌

- 권철, 남철현, 신중규, 김귀희, 이미경, 하은필. 지역사회 주민의 음주실태와 관련요인. 한국알코올과학회지. 2002;3(1):36-52.
- 김광기. 음주양태 및 음주관련문제에 대한 공중보건학적 연구. 대한보건협회지. 1996;22:92-162.
- 김광기. 절주문화와 건강증진사업. 대한보건협회지. 1999;25(1):21-26.
- 김광종. 근로자 건강보호를 위한 첫단계. 대한산업보건협회. 산업보건. 2003;182:2.
- 박영남. 종합병원에 입원한 남자환자의 음주양상과 신체질병. 대한의학협회지. 1998;31:94-887.
- 박용주. 우리나라 음주문화와 개선을 위한 정책방향. 보건학종합학술대회. 1999;3-8.
- 변종화. 국민건강증진사업의 현황과 정책과제. 보건사회연구원 세미나 자료. 1998.
- 보건복지부. 국민건강 및 영양조사. 1998.
- 보건복지부. 국민건강 수요 및 이용행태 조사. 2000.
- 보건복지위원회. 우리나라의 알코올 문제실태와 정책방향. 2002.
- 신명식. 한국성인의 문제음주행태 관련요인 분석. 한국알코올과학회지. 2002;3(1):111-130 .
- 이경미. 알코올 중독 환자들에 대한 인지행동치료. 용인정신의학보. 2001;8(1):3-11.
- 조주현. 근로자의 건강과 기업의 경쟁력. 대한산업보건협회. 산업보건. 2002;174:2-3.
- 천성수. 음주로 인한 평균수명 손실량 추정에 관한 연구. 대한보건협회지. 1998;24(1):154-163.
- 한국음주문화연구센터. 한국인의 음주실태. 2000.
- 대한주류공업협회. [cited August 2003] Available from URL: <http://www.kalia.or.kr/>.
- Al-Anon. [cited August 2003] Available from URL: <http://www.al-anon.alateen.org/>.
- de Lorimier AA. Alcohol, wine, and health, American Journal of Surgery. 2000;180(5):357-361.
- Fleming MF, Manwell LB, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for problems in older adults. a randomized community based trial. Journal of Family Practice. 1999;48(5):378-384.
- NCADI(National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information). [cited August 2003] Available from URL: <http://www.health.org/>.
- Quimette PC et al. Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one-year substance abuse treatment outcomes. Journal of Study Alcohol. 1998;59(5):513-522.
- Ross C, Richard L, Potvin L. One year outcome evaluation of an alcohol and drug abuse prevention program in a Quebec high school. Canadian Journal of Public Health. 1998;89(3):166-170.

Shope JT, Copeland LA, Kamp ME, Lang SW. Twelfth grade follow-up of the effectiveness of a middle school-based substance abuse prevention program. *Journal of Drug Education*. 1998;28(3):185-197.

Urban GL, Hauser JR. *Design and Marketing of New Products*. New Jersey. Prentice-Hall.

1993.

Wallerstein N, Bernstein E. Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly*. 1994;21(2):141-148.

WHO. *Management of Drinking problems*. WHO Regional Publications. European Series. 1990;32

WHO. *Alcohol. A Global Overview*. 1999.

<ABSTRACT>

## Study on the Recognition and Behavioral Intention for Alcohol-reduction Programs

Hye-Jung Chang\* · Jae-Sun Shim\* · Jong-Ae Park\*\*

\* *Department of Health Service Management, Kyung Hee University*

\*\* *Department of Management Consultancy, Korea Health Industry Development Institute*

Alcohol consumption is a major source of health problems, for example, alcohol consumption is related to liver diseases. In addition, the social and economic costs related to alcohol consumption are enormous. This study was conducted to evaluate the current status and influencing factors related to the recognition and behavioral intention for both drinking and alcohol-reduction programs. Three effective alcohol-reduction programs of clinic program, mass education, and alliance were considered. To explain the health behavior for drinking and alcohol-reduction programs, a five-stage behavioral intention model was built and 500 questionnaires were completed through a telephone survey. Stages of the model composed of recognition of the programs, past experiences, present drinking status, intention for drinking, and behavioral intention for alcohol-reduction programs. As a result, recognition rates of the programs were low in general, therefore the strategies of education, public relations, and advertisement need to be pursued. The alcohol dependency resulted in the fact that success rate was 30% although trial rate of alcohol-reducing was 23%. The necessity of alcohol-reduction programs were suggested. In addition, significant factors related to the intention for alcohol-reducing were individual attitude and reluctancy to pay their time and money. An insignificant factor was the attitude to their alcohol-reduction by other people. Behavioral intention rates for alcohol-reducing clinics were 4%, and those for mass education were 8%. There were very low purchase rates for clinic program, mass education, and alliance. In conclusion, evidenced-based and effective alcohol-reduction programs need to be encouraged to drinkers by medical doctors, and the strategies of education, public relations, and advertisement are also recommended. In addition, continuing legal and systematic support for alcohol-reducing would lower the drinking rate and ultimately contribute to the nation's health promotion.

**Key words** : Alcohol-Reducing, Health Promotion, Behavioral Intention