

절주문화와 건강증진사업

- 지역사회 중심의 절주사업 -

김 광 기
인제대학교 보건대학원

I. 들어가는 말

정부는 평생건강관리체계 구축을 21세기 보건정책의 기본방향으로 설정하고 국민건강 증진 사업을 국가관리 중점사업으로 지정하여 추진하되, 중앙정부에 의한 획일적인 정책 시행이 아닌 지방정부가 보건정책 시행의 주체가 되는 보건정책을 시행하겠다는 전략이다(정건작 1998). 즉 보건소가 지역사회 주민의 건강수준 향상을 위한 실제적인 지역사회 중심기관으로 역할을 담당해 줄 것을 기대하고 있으며 이를 위해서 조직구조, 인력 및 시설을 새롭게 규정하고 새로운 프로그램을 개발 시행하기 위해 노력하고 있다. 실제 각 보건소에서는 현재 국민 건강증진법에 규정되어 있는 건강위험 요인들을 중심으로 지역보건 의료계획을 수립하여 지역사회 주민의 건강수준의 향상을 위한 준비를 하고 있다.

그러나 일선 보건소의 입장에서는 건강증진법에서 규정하고 있는 건강위험 행동의 감소를 위한 프로그램의 개발과 전략수립은 매우 미진한 상태에 있다. 보건소의 입장에서 보면 건강증진 사업을 해야 할 당위성은 있지만, 자발적이던 아니면 강요에 의해서든, 구체적으로 무엇을 어떻게 하여야 할 것인가에 대해서는 매우 혼란스러워 하고 있다.

이러한 맥락에서 보건소 단위에서 건강위험 행동에 대한 건강증진 사업이 어떻게 추진되어야 할 것인가를 논의하는 것은 매우 시의 적절한 것이다. 본 논문에서는 특별히 음주와 관련하여 무엇을, 왜, 그리고 어떻게 라는 실제적인 측면에서 지역사회 중심의 건강증진 전략을 고려해 볼 것이다.

II. 왜 음주가 문제인가?

적당한 정도로 음주하면 관상심장 질환의 위험을 감소시켜 건강에 도움이 된다는 역학적 근거가 있으나(Canadian Center on Substance Abuse 1993), 지나친 음주는 개인과 사회에 막대한 손실을 가져다주기 때문에 대부분의 국가에서는 술의 조제와 판매를 국가가 직접 통제하거나 약물(ps psychoactive substance)로 분류하여 특별히 관리하고 있다. 허용적인 음주규범을 가지고 있는 우리 나라의 경우는 알코올이 가져다주는 부정적인 폐해보다는 긍정적인 기능을 확대 강조하려는 경향이 있으며 따라서 선진 산업국가들에 비해 술을 마시는 사람의 비율도 높고 술 소비량도 많다. 1995년 현재 우리 나라 20세 이상 인구

의 63.1%(남자 83.0%, 여자 44.6%)가 술을 마시고 있으며 1992년에 비해 여성과 청소년의 음주가 증가하는 추세를 보이고 있다(통계청 1996). 국민 일인당 순알코올 소비도(15세 이상 인구 일인당 1985년 5.5ℓ에서 1990년에 5.8ℓ) 증가하고 있으며 특히 주류수입이 1992년에서 1995년 3년동안 거의 2배로 증가하였다(한국보건사회연구원 1997)는 것을 통해 우리 음주양태의 크기와 추세의 한 단면을 볼 수 있다.

이러한 환경 탓에 우리 나라는 알코올로 인한 피해 정도가 세계 최고의 수준에 있다. 인구 10만 명당 간암으로 인한 사망률(1990년)이 24.1(일본 13.9, 미국 1.4, 영국 1.4), 만성간질환으로 인한 사망률은 29.6(일본 13.0, 미국 10.9, 영국 6.2)으로 음주가 위험요인이 되는 간질환관련 사망률은 세계에서 가장 높으며(송건용 외 1993) 성인의 5대 사망원인 중의 하나이다. 음주는 간경변, 간암 발생의 위험요인일 뿐만 아니라 식도암, 고혈압, 관상동맥질환, 신생아 결함, 교통사고, 자살 및 타살의 주요 원인이 된다. 이외에도 위장 및 췌장 질환, 신경계 질환, 감정장애 등과 같은 정신장애, 그리고 자연유산 등과 높은 연관성을 갖고 있다(Witters et. al 1992). 특히 세계적으로 높은 우리나라의 교통사고율은 음주 소비양태와 상관관계가 높은 것으로 볼 수 있으며 음주운전으로 인한 사고사도 증가하는 추세이다. 1995년에 음주로 인한 교통사고 사망자는 690명으로 전체 교통사고 사망자의 6.7%를 차지하고 있으며 음주운전으로 인한 사망자 수는 1990-1995년 기간동안 연평균 12.7%의 증가 추세를 보였다(도로교통안전협회 1996). 또한, 세계보건기구(WHO)에 따르면 음주는 “교통사고 이외에도 작업장 사고, 가정 및 여가활동 사고와 관련성이 높으며 상당한 정도의 가족해체, 가정폭력, 아동학대의 원인이” 되는 것으로 알려져 있다(Lehto 1995). 경제적 손실 즉 직접적인 경제손실(알코올과 관련된 질환에 대한 치료비)과 간접적인 손실(작업장 사고와 결근 등으로 인한 생산성 감소 및 재산손실)도 높을 뿐만 아니라, 약물 남용과 병행하여, 청소년의 원치 않는 임신, 비행 등과 같은 사회문제의 원인이 되기도 한다. 우리 나라의 알코올로 인한 폐해를 경제적인 손실로 계산하면 우리 나라 GNP의 2.8%(1995년)에 해당하며 이에 알코올 소비지출 비용을 포함하면 GNP의 3.97%에(한국보건사회연구원 1997) 달하는 엄청난 정도이다.

이처럼 음주는 술을 마시는 당사자 개인뿐만 아니라 가정, 직장 및 지역사회 전반에 이르는 광범위한 영역에 걸쳐 폐해를 입히고 있고 그 크기도 상당한 수준에 이르고 있다. 음주는 이제 우리 나라의 보건문제 중 가장 우선적으로 해결해야 할 문제 중의 하나이다. 음주로 인한 폐해의 크기가 클 뿐만 아니라 예방가능성이 높기 때문에 정책적으로 볼 때는 최우선적으로 고려해야 할 보건문제이다. 그러나 지금까지의 우리 나라의 알코올 정책의 기본적인 시각은 개인의 책임을 강조하는 입장을 견지하여 왔다. 국민건강증진법과 청소년보호법의 제정이후 음주에 영향을 미치는 사회적 환경에 대한 통제를 시작하고는 있지만 아직까지 그 시행은 적극적이지 못하다.

III. 선진국의 음주통제 정책

음주폐해를 줄이기 위한 선진 산업사회에서의 음주통제 접근 방법들은 전통적으로는 도덕적이거나 의학적 또는 이 둘의 혼용이었다. 이들 접근법의 공통점은 음주폐해란 과음자 (heavy drinker)나 알코올 중독자와 같은 일부 사람들에게만 생기는 것으로 가정하고 있었다. 따라서 고위험에 폭로된 일부의 사람들만을 대상으로 하는 임상적 대응 전략들이 주종을 이루었다. 즉 알코올 중독자를 위한 치료시설이나 치료인력의 제공, 또는 알코올 중독자가 될 가능성이 있는 사람을 조기에 발견하는 것이 음주통제 정책의 주 관심사이었다.

그러나 1960년대 말부터 음주폐해에 대한 새로운 시각이 대두되고 음주통제에 대한 새로운 접근이 모색되게 된다(Room 1978). 음주폐해가 문제음주자(problem drinker)와 같은 일부 특수집단 사람들에게만 한정되어 발생하는 것이 아니라 적당히 마시거나 사교적으로 조금만 마시는 사람들까지도 여러 가지 폐해를 야기시킨다는 연구결과들이 발표되면서 음주통제 정책의 초점이 알코올 중독과 같은 병리적인 음주에서 음주관련문제(alcohol-related problems)로 바뀌어졌다(Room 1984). 음주관련문제란 음주로 초래되는 부정적인 결과들로서 이에겐 알코올남용이나 중독과 같은 병리적인 음주뿐만 아니라 음주로 초래되는 가정문제, 직장문제 및 법적인 문제 등이 포함되어 있다(김광기 1996). 알코올 통제 대상이 일부의 문제음주자들에 한정되는 것이 아니라 지역사회 전체 주민을 대상으로 확대된 것이다.

또한 음주로 결과되는 음주관련문제가 술을 마시는 사람에게만 폐해를 미치는 것이 아니라 술을 마시지 않는 사람에게도 폐해를 준다는 입장에서 음주를 지역사회의 중요한 사회문제의 하나로 인식하게 된다. 따라서 음주통제 정책은 중독자 및 과음자에 대한 대책뿐만 아니라 일반 주민을 대상으로 음주관련 문제를 감소하려는 해결책이 되었으며 지역사회 중심의 통제정책으로 전환되었다. 이들 지역사회 중심의 음주통제 정책들은 공중보건학적인 모델에 입각하고 있으며 전문가에 의해 주도되기보다는 지역 주민 중심이며 예방위주로 추진되고 있다(Aguirre-Molina and Gorman 1996).

선진 산업사회의 알코올 통제정책이 지역사회 중심이 되고 있는 또 다른 이유는 통제와 소비수준과의 연관성에 근거한다. 알코올 통제정책을 강화하면 알코올 소비가 감소하며 소비가 감소하면 음주로 인한 폐해도 감소한다는 이론적 및 경험적 근거에서 출발하고 있다(Lehto 1995; Room 1984). 단순히 문제 음주자들만을 대상으로 하는 치료와 재활 위주의 음주정책이 아니라 지역사회 전체의 알코올 소비를 통제하여 그로 인한 폐해를 줄이려고 노력하고 있다.

요컨대, 선진국들의 알코올 통제정책은 지역사회 전체를 대상으로 하며, 사회 전체의 알코올소비를 줄이면서 중독자 및 과음자에 대한 대책뿐만 아니라 일반인에게도 결과되는 음주관련 문제들을 감소시키려는 예방위주로 이루어지고 있다고 볼 수 있다.

IV. 건강증진사업으로의 절주사업

현재 우리 나라에서 건강증진사업의 한 부분으로 추진되고 있는 절주사업이 보건소 단위에서 어떤 내용과 전략으로 자리 매김 되어야 하는지를 모색하려면 현재의 실태와 문제점을 살펴보아야 한다. 그리고 건강증진 사업이 본질적으로 채택하고 있는 전략들을 절주와 관련하여 살펴본다.

현재 전국의 보건소에서 추진되고 있는 절주사업에 대한 자세한 실태를 전체적으로 파악하고 평가한 연구가 아직 없는 상태에서 실태를 정확하게 파악할 수는 없다. 그러나 개략적으로 살펴보면, 절주에 대한 건강증진사업은 절주에 대한 교육 및 홍보, 알코올 광고에 대한 제한 규정마련 및 모니터링, 음주제한연령에 대한 법률제정과 시행, 건전한 음주문화를 위한 운동의 전개 등이 보건복지부, 관련 보건단체, 보건소, 학교 및 사업장을 중심으로 추진되고 있다. 전체적으로 절주사업에 대한 활동이 증가하고는 있으나 활발히 추진되고 있는 것은 아니라고 평가된다(변종화 1998).

이렇게 절주사업이 미진한 이유는 몇 가지로 생각해 볼 수 있다. 첫째, 건강증진 및 절주에 대한 개념적 이해가 부족한 것 같다. 국민건강증진법상에 규정된 건강위험행동에 관하여 예방이나 보건교육 프로그램을 마련하는 것이 곧 건강증진 사업의 전부인 것으로 이해하는 경향이 있다. 건강증진사업의 내용을 어떤 그릇에 담을 것인가에 대한 구체적인 전략을 갖춘 프로그램의 개발이 부진한 것은 바로 건강증진에 대한 개념적인 몰이해와 관계가 깊다. 또한 건강증진법상에서 규정하고 있는 절주에 대한 개념적인 정의가 마련되지 않은 채 사업이 마련되고 있다. 목표 대상이 정확하지 않은 사업은 혼란이 있을 뿐이다.

둘째, 절주사업을 보건소에서 추진할 수 있는 자원이 충분하지 못하다. 즉 일선에서 주도적으로 건강증진 사업을 담당해야 할 '준비된 인력'이 부족하며 절주를 포함한 건강증진을 위한 재정적인 자원확보가 이루어지고 있지 않을 뿐만 아니라 기술적 및 행정적인 지원도 미미하다. 음주에 관한 국민건강행동지침 조차도 아직 마련되지 않고 있는 실정이다.

셋째, 일선 보건소가 절주사업을 주민의 건강수준 향상을 위한 한 방법으로 인식하지 못하고 있으며 사업을 실행하기 위한 의지도 소극적이고 수동적인 경우가 많다. 다만 법에 규정된 사업을 중앙정부의 지시와 지침에 따라 집행할 뿐, 지역사회의 독특한 상황을 고려한 지방정부의 독자적인 사업으로 절주사업이 추진되는 경우는 거의 없다.

넷째, 건강증진 사업의 일환으로 추진되는 절주사업은 건강증진법에서 규정하고 있는 금연, 운동, 영양 및 식생활 등 여러 영역의 한 구성프로그램으로 추진되고 있다. 보건소에서 추진되는 여러 가지 건강증진 사업 중의 한 부분이 되는 사업이기에 절주사업만이 갖는 고유한 사업의 필요성과 목표 및 전략을 가지기가 어렵다. 따라서 지역사회가 당면하고 있는 가장 시급한 보건문제 해결을 위한 우선 보건사업으로서의 절주사업이 추진되

지 못하고 있다. 결국, 절주에 대한 건강증진 사업은 형식만 갖추고 있을 뿐 살아있는 프로그램으로의 활동은 거의 없다고 볼 수 있다.

건강증진사업의 일환으로 절주사업이 추진되려면 건강증진에서 채택하고 있는 구체적인 전략을 따라야 한다. 일반적으로 건강증진전략에 준하는 알코올통제정책이 되려면 (김공현 외 1998),

- 1) 절주에 관한 건강한 공공정책이 수립되어야 한다. 음주와 관계되는 여러 기관들이 절주를 유도하는 방향으로 정책을 입안 집행하며 활동할 수 있도록 서로 상호조정 의 역할을 하는 노력이 있어야 한다. 실제 술 소비와 관련된 정부부처가 많기 때문에 이들 부처들 간에 협조와 조화를 이루는 것이 어렵지만 절주를 유도하는 방향으로 관련 정책이 수립되어야 한다.
- 2) 지원적인 환경을 조성하여야 한다. 음주소비를 줄이는 사회적, 경제적, 정치적 및 문화적 환경을 포괄하는 생태학적 의미에서의 지원적인 환경을 만들어야 한다.
- 3) 지역사회 활동을 강화하여야 한다. 지역사회 주민들이 보다 나은 건강을 누리기 위하여 일상의 삶에서 과음하지 않는 것을 우선으로 하게 하며, 과음으로 인한 문제를 해결하기 위한 개인적 집단적 의사 결정에 적극 참여하여 사회전체의 과음폐해를 줄이기 위해 지역사회를 조직화하는 등의 방법을 채택하는 것과 같은 지역사회 활동을 더욱 활성화하여야 한다. 이 과정에서 가장 중요한 것은 지역사회가 알코올을 자제할 수 있는 역량을 가지도록 하는 것이다. 이를 위하여 지역사회에 부존하고 있는 인적 물적 자원을 동원하여 과음으로 인한 문제에 대한 감독을 강화할 수 있도록 지역사회를 조직화하는 것도 한 전략이다(Wallerstein and Bernstein 1994).
- 4) 개인적으로 절주하는 능력을 향상시키도록 한다. 알코올 소비를 감소시킬 수 있는 여러 가지 교육프로그램의 수립을 통해 개인이 과음을 피할 수 있는 사회적 기술을 학습하도록 하는 것이 필요하다.
- 5) 의료서비스의 재조정이 필요하다. 단순히 알코올 중독자에게 치료서비스만을 제공하는 것이 아니라 음주소비를 줄이도록 하는 예방서비스 및 과음이나 중독환자에 대한 조기 발견 및 치료와 재활을 제공하는 프로그램이 제공되어야 한다. 이와 같은 전략에 준하여 절주사업이 추진될 때 건강증진사업이 목표를 쉽게 달성할 수 있을 것이다.

V. 지역사회 중심의 음주통제 정책

위에서 지적한 것처럼 선진 산업사회의 알코올 통제정책은 치료중심에서 예방을 주로 하는 정책으로, 공중보건학적인 모델에 입각하여, 전문가가 주도하는 것이 아니라 지역사회 주민이 중심이 되는 정책으로 전환되었다. 이러한 알코올 정책이 우리 나라에서 추

진되기 위하여는 보건소가 중심이 되는 지역사회 중심의 알코올 정책이 수립되고 시행되어야 한다. 앞으로의 정부 건강증진사업은 보건소를 중심으로 지역사회 건강증진을 활성화하며, 포괄적인 사업 추진보다는 건강생활 영역별로 특화된 프로그램을 추진하겠다는 전략(변종화 1998)이 추진되려면 절주사업에 대한 모형개발이 시급하다고 본다.

그러나 아직까지 보건소 중심의 절주사업 모형에 대한 논의는 활발하지 못하며 논의되는 내용도 구체적이고 활동 지향적이지 못하고 막연하며 종합적이고 체계적이지 못하다. 이런 맥락에서 보건소를 중심으로 하는 지역사회중심의 절주사업을 이론에 근거하여 구체적인 활동내용과 전략을 중심으로 논의하고자 한다. 지역사회중심의 절주프로그램은 이론적인 모델에 근원을 두어야 하는 바, 우리 나라 절주사업모형의 이론적인 근거를 공중보건학적인 모델과 지역사회조직 모델에 두고자 한다.

1. 공중보건학적인 모델

공중보건학적인 모델이란 전통적인 역학모델에 근거하는 것으로 숙주, 병원체, 환경과 이들간의 상호작용에 관심을 두고 있으며 절주사업의 핵심적인 내용이 된다. 숙주(host)는 음주자로, 병원체(agent)는 알코올의 생산과 이용으로, 환경은 음주를 장려하는 생태학적인 요인으로 구분하고 이들간의 상호작용에 근거하여 예방조치를 강구하려는 것을 말한다. 알코올 통제를 위한 공중보건학적인 모델은 이전의 도덕적(moral) 또는 의학적(medical) 통제모델과는 다르게 대상의 범위가 지역사회 전체라는 특징을 갖는다.

숙주는 술을 마시는 사람에 초점을 두는 것으로 음주자 개인의 행동을 변화시키려는 전략으로 교육 및 홍보 프로그램이 주종을 이룬다. 이는 여러 가지 차원에서 생각할 수 있다. 가장 널리 사용하는 것은 언론매체를 활용한 음주폐해와 절주의 장려, 그리고 절주요령에 대한 구체적인 기술을 제공하는 일이다. 언론매체에 의한 홍보와 교육시 고려해야 할 것은 모든 대상집단을 명확히 하고 그들에게 맞는 메시지로 내용과 형식을 구성하여야 한다는 점이다. 청소년 대상, 성인 대상, 운전자 대상, 임산부 대상 등 보다 구체적인 대상집단으로 세분화된 접근이 필요하다.

특히 청소년을 위한 절주 프로그램은 음주에 대한 사회적 압력을 거절할 수 있는 사회적 기술과 우리 나라 전통의 술 마시는 요령 즉 주도에 대한 교육에 중점이 된 내용이 포함되어야 하며, 자동차운전자를 위해서는 음주운전을 하지 않기 위한 요령이 포함되어야 한다.

언론매체를 통한 홍보나 교육이 효과를 발휘하기 위해서는 반듯이 대인간의 의사소통을 활발히 할 수 있는 교육훈련이 같이 따라야 한다. 일반적으로 대중매체는 프로그램의 존재를 인식하는데는 효과적인 것으로 알려져 있지만 이것이 개인의 행동변화로 연결되려면 대인간의 의사소통이 반듯이 같이 따라 주어야 한다(박형중 등 1997). 즉 사회 전체적인 수준에서 음주폐해와 절주에 대하여 언론매체를 통해 홍보 및 캠페인을 하는 동시

에 학교, 직장 및 보건소에서 이것에 대한 보건교육이 실천적 측면에서 이루어지는 교육이 따라야 한다.

요컨대, 동시 다발적인 절주 프로그램이 여러 가지 차원에서 제공되는 집중적인 노력이 필요하다. 대중매체를 통한 정보와 지식이 대인간의 의사소통을 통해 활발하게 교환되며 절주를 실천할 수 있는 사회적 기술을 습득할 수 있어야 한다. 이때 제공되는 정보는 음주의 개인적 및 사회적 폐해뿐만 절주의 혜택, 그리고 절주를 실천하는 사회적 기술을 학습하여 일상생활에 적용하며 이를 유지할 수 있도록 개인의 역량을 함양하는 것(empowerment)에 초점이 맞추어 진 것이어야 한다. 또한 다양한 집단을 대표하는 역할모델을 통해 주민들이 절주할 수 있도록 동기화 하여야 한다.

학교에서는, 학생을 위한 음주운전(특히 오토바이 음주운전)에 대한 폐해, 과음으로 생길 수 있는 음주관련 문제들, 과음을 피하는 요령, 절주의 혜택을 강조하는 내용 위주로 실시함과 동시에 부모와 함께 하는 교육 또는 학부모 회의나 학부모 조직을 활용한 절주프로그램 교육 등이 있을 수 있다(Perry et. al 1993). 또한 학생을 통한 부모의 음주행동을 통제하는 소위 ‘장거리 통제 방법(telescoping control)’도 고려할 수 있을 것이다.

지역사회에서는 민방위 교육이나 산업장 보건교육, 각종 종교단체 및 사회봉사단체(예, 청년회의소, 라이온스 등), 의료기관을 통한 절주교육이 있을 수 있다. 이때에도 음주관련 문제 중 가시적인 효과가 큰 것을 중점(음주운전, 음주로 인한 산업장 사고, 음주후 가정폭력 및 성폭력 등)으로 과음의 폐해를 강조하며 절주를 실천할 수 있는 행동기술을 반드시 교육내용에 포함시켜야 한다. 이와 같이 여러 곳에서 이루어지고 있는 교육과 홍보들이 시간적으로 거의 비슷한 시기에 이루어져서 초점이 잡힌 예방활동이 되도록 관련 기관들끼리 서로 협력할 수 있도록 조정하여야 한다.

과음으로 결과되는 폐해를 실감나게 전달하기 위해 실제로 희생자가 된 사람을 선정하여 이들로 하여금 교육 및 홍보를 맞도록 하는 것이 설득력이 클 수가 있다. 미국의 “음주운전을 억제하려는 어머니 모임(Mother Against Drunken Drive)”의 성공은 우리에게 시사하는 바가 크다고 본다.

절주 프로그램에서 병원체는 알코올, 과음, 또는 폭음을 의미한다. 사실 술의 생산을 억제하거나 감소시키는 것은 지방정부 차원에서 시행하기 어려운 일이다. 따라서 술의 이용과 접근도 또는 과음을 감소시키는 것을 목표로 할 수 있다. 이를 위한 구체적인 것으로 청소년들에 대한 음주이용을 감소시키기 위한 노력으로 청소년에 대한 주류판매 금지와 유흥업소 출입에 대한 단속을 강화하는 법집행이 있을 수 있다. 또한 주류판매업자에 대한 책임을 강화할 수도 있다. 즉 과음상태에 있는 음주자에게는 술을 판매하지 않도록 하며 만일 과음자가 이미 과음한 상태에서 더 술을 마셔서 사고를 당하거나 사고를 유발하였을 경우에는 판매업자에게도 책임이 있다는 인식의 전환을 위한 교육과 제도적 지원을 고려할 수 있을 것이다. 특히 젊은 층을 중심으로 ‘주량이상은 거절하기’, ‘원하는 만큼만

마시기’, ‘술 권하지 않기’를 새로운 음주규범으로 정착화 하는 프로그램이 필요하다.

음주 환경을 변화시키는 생태학적인 노력은 여러 가지 차원에서 가능하다. 음주운전에 대한 단속강화, 청소년을 대상으로 하는 주류판매 단속의 강화, 주류광고 규제 등과 같이 이미 시행되고 있는 노력 이외에도 몇 가지를 고려할 수 있다. 음주폐해에 대한 원인 중 가장 큰 요인은 사회환경적 요인이라는 인식을 지역사회 주민들이 갖도록 하는 것이 무엇보다도 중요하다(Aguirre-Molina and Gorman 1996).

언론매체를 활용하여 과음으로 인한 사회적 폐해와 비용은 개인의 문제가 아니라 우리 음주문화 즉 음주를 권하는 사회규범, 취중에 발생한 음주관련문제에 대한 너그러움, 과음에 대한 사회적 유인책 등과 같은 사회환경적 요인 때문이라는 것을 강조하여 이들 요인에 대한 변화의 필요성을 끌어내도록 하여야 한다. 음주운전에 대한 규범의 변화를 위해 음주운전에 대한 사법적인 대응에 음주운전으로 사고를 당한 환자나 가족을 돌보도록 하는 사회봉사명령을 포함하며 음주운전자들에게 음주운전 폐해에 대한 교육수강을 의무화하며 이를 강화하는 프로그램을 시행하여야 한다. 외국의 선진 산업사회에서 활용하고 있는 공공장소에서의 음주행위 금지를 우리 나라에서 강제집행 하는 것은 아직까지 어렵겠지만 이에 대한 계몽활동을 강화할 필요는 있다고 본다.

이와 같은 공중보건학적인 노력은 이미 선진 산업사회의 음주통제 정책의 이론적인 기틀이 되고 있는 바, 우리의 건강증진사업의 절주사업의 내용을 위한 이론적인 근거로서 활용될 수 있다. 이러한 프로그램의 내용을 어떠한 전략과 방법으로 할 것인가에 대한 이론은 지역사회조직 모델에서 찾을 수 있다.

2. 지역사회조직 모델

지역사회 스스로가 기존의 사회구조와 활용 가능한 자원을 이용하여 지역사회의 요구에 걸맞은 건강증진의 목표를 설정하고 이를 달성하려고 노력하는 과정을 지역사회조직 (community organization)이라고 한다(Minkler 1990). 이 모델을 지역사회 중심의 절주사업 추진을 위한 수단으로 활용할 수가 있다. 지역사회 외부에서 주어지는 일회성 또는 시범사업성 절주 프로그램은 사업의 지속성이 약하기 때문에, 음주규범의 변화를 최종목표로 하는 사업수단으로는 적절하지 못하다고 본다. 주민 스스로가 문제를 인식하고 해결방법을 모색하는 지역사회조직 모델이 더 바람직하다.

절주가 전체 지역사회 주민들의 삶의 질 향상을 결정하는 중요한 요인 중의 하나이기 때문에 과음에 대한 통제를 위해 지역사회의 모든 가능한 자원을 동원하는 조직적인 노력을 하려는 것이 이 모델의 목표이다(Brown 1991). 이를 위해서는 무엇보다도 선행되어야 하는 것은 과음이 사회문제라는 인식이다. 이러한 인식은 “뭔가 바뀌어야 한다”라는 주민의 동의를 끌어낼 수 있어야 한다. 과음이 사회적으로 문제가 되는 것은 알고 있지만 우리의 허용적인 음주문화에서 비롯되기 때문에 쉽게 음주습관이 바뀌어 지는 것도 아니

고 “어쩔 수 없지 않느냐?”가 아니라 주민들 스스로가 음주폐해로부터 벗어나기 위해 변화해야 한다는 인식을 가지도록 만들어야 한다. 즉 과음을 시급히 해결되어야 할 하나의 사회문제 또는 보건문제로 규정하는 것이 선행되어야 한다.

지역사회가 당면하고 있는 여러 가지 문제들 중 어떤 것만이 사회문제화가 되느냐 하는 것은 그 지역사회의 문화 속에서 파악하여야 한다. 즉 전체사회의 통합과 질서유지에 장애가 된다고 규정되는 문제가 사회적으로 관심을 쉽게 받을 수 있고 사회문제화 될 가능성이 높다. 음주 또는 과음이 우리 문화에서 가지고 있는 상징과 가치는 사회통합과 질서유지에 역기능적이라기보다는 오히려 기능적이라고 평가되는 경향이 있다. 이러한 맥락에서 볼 때, 음주 또는 과음이 우리 문화에서 사회문제 또는 보건문제로 사회적으로 정의될 가능성은 크지 않다고 본다.

음주나 과음을 사회문제의 하나로 규정하려면 음주와 관련된 행위 중 사회통합과 질서유지에 역기능적인 것을 부각시키는 것이 필요하다. 또한 과음이란 개념적으로나 조작적으로 정의하기가 애매하여 과음의 폐해에 대한 지역 주민의 동의를 끌어내는 것이 쉽지 않다. 이런 맥락에서 주민들이 쉽게 수용할 수 있으면서도 가시적인 사건(visible events)인 음주운전, 청소년 음주, 음주자의 가정폭력과 같은 것을 핵심 음주관련문제로 부각시키는 것이 적절하다고 본다(Kaplan et al. 1993). 특별히 음주운전과 음주자의 가정폭력은 이미 사회문제화 되어 있으며 청소년의 음주도 사회적으로 커다란 관심을 받고 있다. 이러한 핵심문제들이 결국 음주 또는 과음에 의해 결과되는 것이며 이를 예방하려면 ‘절주’가 필요하다는 입장에서 접근할 때, 건강증진사업으로서 절주 프로그램에 대한 지역사회의 요구(need)가 있을 수 있고 이를 바탕으로 지역사회 지도자나 주민들로부터 음주행동에 대한 변화의 필요성이 유도될 수 있다. 특별히 알코올에 대한 사회적 대책이 필요하다는 여론이 조성되어 이에 대한 대중적 지지가 있어야만 음주통제정책은 정착될 수 있다는 것을 명심하여야 한다(Room 1984).

이러한 인식의 변화와 행동에 대한 동기를 부여하기 위하여 지역사회의 조직과 언론매체의 활동을 우선적으로 활용할 필요가 있다. 언론매체를 통한 전략과 함께 음주폐해에 관한 여론의 형성을 위해 대인간의 의사소통이 활발해 질 수 있는 방법을 강구하는 것이 필요하다. 이때 지역사회의 여러 공식 및 비공식조직 - 보건의료단체, 상공회의소, 사회복지사단체, 종교단체, 산업장, 대학교, 학교, 정당단체, 사법기관 등 - 내의 여론지도자들을 활용하고 이들 지역사회 조직을 통해 과음의 사회적 폐해와 절주사업에 대한 필요성이 전파 확산되도록 하여야 한다(Aguirre-Molina and Gorman 1996). 이들 여러 조직들간에 협력체제를 구축하여 절주에 관한 한 실제적인 동반자로서 서로 협력할 수 있도록 하는 것이 중요하다. 건강생활실천협의회를 절주사업 추진기구로 활용할 수도 있으나 기존의 협의회가 활동이 미약한 경우에는 지역사회 지도자로 구성되는 별도의 절주사업 추진기구를 만들어 사업의 지원을 제도화하는 것이 필요하다.

일단 지역사회 주민들 스스로가 변화에 대하여 동기화가 되었다면 이제 필요한 것은 절주사업에 대한 구체적인 계획을 세우고 프로그램이 실시 유지될 수 있는 구조적인 장치를 확립하여야 한다. 지역사회의 조직들간에 이미 형성된 변화에 대한 인식과 동기화를 구성원들이 행동으로 실천할 수 있도록 하는 것이 중요하다. 이 과정에서는 절주 프로그램에 참여하는 다양한 지역사회 조직들간에 협력체제를 유지하도록 그 활동들을 조정하는 것이 무엇보다도 중요하다. 여러 곳에서 지역사회 주민에게 전달되는 절주에 대한 정보와 메시지가 일정한 기간동안 한꺼번에 제공되는 것이 행동변화에 효율적이고 효과적이라는 측면에서 ‘융탄폭격식’으로 절주 프로그램이 실시되도록 하여야 한다. 이 기간 동안에는 지역사회의 모든 관심이 절주와 관련되도록 지역사회 자원을 동원하는 것이 필요하다.

프로그램을 개발하고 계획하는 과정에는 지역사회 외부의 전문가들에게 지원을 받을 수 있지만 이를 추진하는 과정에는 지역사회 주민들이 추진의 주체가 되어야 한다. 따라서 추진하는 과정에서 요구되는 재정적인 자원과 인적인 자원도 지역사회 내부에서 충당하도록 하는 것이 필요하다. 지역사회의 사회문제 해결을 위해 주민 스스로가 해결방법을 찾는 소위 “새마을 운동”식의 접근방법이 필요한 것이다.

VI. 맺음말

보건소를 통한 지역사회 건강수준을 향상시키기 위한 구체적인 전략은 지역사회의 진단을 통한 지역의 보건문제를 파악하는 일이다. 이렇게 찾아진 보건문제를 모두 한꺼번에 해결할 수는 없는 것이고 제한된 인적 및 물적 자원으로 문제를 해결하려면 이들간에 우선 순위를 정해서 할 수밖에 없다. 우선 순위를 결정하는 기준은 손실(loss)의 크기와 예방가능성이며 지역사회에 끼친 손실의 크기가 크고 예방가능성이 높은 것부터 지역사회에서 우선적으로 해결되어야 할 보건문제이다(Dever 1984).

우리 나라의 경우, 과음으로 인한 손실은 매우 크며 그 예방가능성은 아주 높아 과음은 우선적으로 해결하여야 할 보건문제 중의 하나이다. 그러나 허용적인 음주문화를 가지고 있는 우리 나라에서 음주 내지는 과음이 하나의 보건문제화되어 정책의 대상이 되고 이를 위한 구체적인 전략이 수립되는 것은 아주 최근의 일이다. 국민건강증진법에서 건강 실천행동의 하나로 절주를 포함하고 있어 절주를 위한 전략들이 논의의 시작하는 단계에 있다고 본다. 그러나 아직도 음주 또는 과음을 바라보는 일반인의 시각은 부정적이기보다는 음주의 기능적 측면을 선호하는 입장이라고 여겨진다. 음주의 부정적인 폐해에 대한 인식과 음주규범을 변화시켜야 한다는 묵시적 동의는 있으나 음주나 과음을 통제 대상으로 여기는 것을 적극적으로 지지하지 않는 것이 오늘날 우리가 음주에 대하여 가지고 있는 태도라고 할 수 있다. 과음이 문제가 되다면 이는 과음하는 개인이나 그 가족

의 문제에 국한되는 것이지 이것을 사회문제로 파악하여 통제를 가하려고 하는 것은 지나친 것으로 여기고 있다. 요컨대 음주나 과음이 사회와 개인의 생활에 미치는 폐해가 엄청나 시급히 해결되어야 할 보건문제이지만 이것을 우선적으로 해결되어야 할 사회문제 또는 보건문제의 하나로 규정하여 대책을 강구하는 노력에는 인색하다고 볼 수 있다.

이러한 음주문화 하에서 건강증진사업으로서의 절주사업이 추진되기 위한 모형으로 공중보건학적인 이론과 지역사회조직 이론에 근거한 절주모형의 개발을 제안하였다. 이 모델의 특성은 다차원적인 수준에서 여러 가지 전략을 동시에 사용한다는 점에서 포괄적인 사업의 특성을 가지기도 한다.

이를 실제 지역사회에서 누가 담당하겠는가? 새마을 운동의 성공여부가 새마을지도자의 지도력에 의존하는 것만큼 이 절주사업모형의 성공은 이를 담당하는 지도자의 지도력과 의지에 달려있다.

이를 위해서는 이러한 사업을 담당할 인력의 양성이 무엇보다도 중요하다. 지역사회가 가지고 있는 자원을 조직적으로 동원하며 관련되는 여러 활동들이 서로 협력할 수 있도록 조정할 수 있는 전문적인 인력을 양성하여 보건소에 배치하는 것이 절대적으로 필요하다. 이를 위해 이들이 갖추어야 할 전문적인 지식과 자격에 대한 논의가 별도로 필요하다고 본다. 이러한 인력이 배출되기 전까지는 현재의 보건소 요원 중에서 선발하여 담당케 하는 것을 과도기적으로 고려할 수 있다. 즉 기존의 보건소 직원 중 지역사회 주민들과 의사소통을 활발하게 할 수 있고 여러 부문의 지도자와 협력을 잘 할 수 있는 사람을 선정하여 이들이 절주사업을 위한 ‘새마을지도자’로서의 역할을 담당하도록 하는 것을 고려할 수 있다.

이들이 절주사업을 계획하고 시행하며 평가하는 모든 과정에서 대학이나 연구소의 기술적인 지원을 받는 산학협동체제를 형성하지만 실제 사업의 주도권은 절주사업추진기가 가지며 보건소 직원 중에서 선발된 인력의 지도력에 의해 추진되어야 한다.

그러나 이와 같은 종합적인 지역사회 중심의 절주사업의 추진을 방해하는 요인들을 고려해야 한다. 특히 알코올 소비 감소에 관련된 이해관련단체나 기관들의 반대가 예상되며 지방 및 중앙정부의 관련부처들 간에 협조와 조화가 어려울 가능성이 많다 (Aguirre-Molina and Gorman 1996). 그러나 지역사회 주민들로부터 “과음이 사회문제이고 이를 위해서는 뭔가 해야 한다”는 여론적 지지를 얼마나 받느냐에 따라 이러한 장애요인들의 크기가 달라질 것이다.

보건소에서 제공되는 절주사업은 예방에 관한 것만 아니라 문제가 되는 음주자들을 조기에 발견할 수 있는 프로그램과 알코올 중독자들에게 치료와 재활서비스를 제공하기 위한 종합적인 프로그램을 고려하여야 한다.

참 고 문 헌

- 김광기, 음주양태 및 음주관련문제에 대한 공중보건학적 연구, 대한보건협회지 22(1): 162-192, 1996.
- 김공현, 김광기 역, 21세기 건강증진을 위한 자카르타 선언, 인제대학교 보건대학원, 1998.
- 송건용 외, 1992년도 국민건강 및 보건의식행태조사, 한국보건사회연구원, 1993.
- 도로교통안전협회, 1996년도판 교통사고 통계분석, 1996.
- 박형중, 김공현, 김광기, 보건교육, 서울:신광출판사, 1997.
- 변종화, 국민건강증진사업의 현황과 정책과제, 보건사회연구원 개원 27주년 기념세미나 자료 98-04, 1998.
- 정건작, 건강증진사업의 정책방향, 경상대학교 개교 50주년 기념 의과대학 통합심포지움, 지역사회 건강증진에 있어서 대학의 역할 및 지역사회 참여, 1998.
- 통계청, 한국의 사회지표, 1996.
- 한국보건사회연구원, 음주의 사회적 비용과 정책과제, 정책토론회 자료97-03, 1997.
- Aguirre-Molina, M. and Gorman, DM. Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug. *Annual Review of Public Health* 17:337-58, 1996.
- Brown, R. Community action for health promotion: A strategy to empower individuals and communities. *International Journal of Health Services* 21(3):441-456, 1991.
- Dever, GE. *Epidemiology in Health Service Management*, Gaithersburg, MD: Aspen. 1984.
- Kaplan, RM. Sallis, JF. Patterson, TL. *Health and Human Behavior*. New York: McGraw-Hill 1993.
- Lehto, J. *The Economic of Alcohol Policy*, WHO Regional Publications, European Series No 61. Copenhagen, Denmark: WHO 1995
- Minkler, M. Improving health through community organization. In K. Glanz, FM Lewis, BK Rimer (eds.). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco, Ca: Jossey-Bass 1990.
- Perry, CL. et. al. Background, conceptualization and design of a community-wide research program on adolescent alcohol use: Project Northland. *Health Education Research* 8(1):125-136, 1993.
- Room, R. Alcohol control and public health, *Annual Review of Public Health* 5:293-317, 1984
- Room, R. Priorities in alcohol social science research, *Alcoholism Digest* 4:1-9, 1978.
- Witters, W., Venturelli, P., Hanson, G. *Drugs and Society*, 3rd ed. Boston, MA: Jones and Bartlett Publisher, 1992.
- Wallerstein, N and Bernstein, E. Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly* 21(2):141-148, 1994.