

학교 건강증진 사업을 위한 사회생태학적 모형의 이론적 접근

정상혁*, 윤희상**†

*이화여자대학교 의과대학 예방의학교실, **서울여자간호대학

A Theoretical Approach of Social Ecological Model for School Health Promotion Program

Sang Hyuk Jung* Hee Sang Yoon**

* Department of Preventive medicine, Medical College, Ewha Womans University

** Seoul Woman's College of Nursing

ABSTRACT

Objectives: This study is to draw the design of the program which is improve school health promotion participation by applying the Social Ecological Model based on the literature review on the health promotion.

Methods: Literature review was carried out based on 5 factors of social ecological model using computer search engines of Google, ProQuest, and Riss4U.

Results: Social Ecological Model is consist of individual, interpersonal, institutional/organizational, community, and policy. Individual sphere is drawn from Health Belief Model, interpersonal sphere is Social Support Theory, institutional/organizational sphere is institutional resources theory, community sphere is community model, and policy sphere is Social Marketing Theory. The literature review show that the important variables affecting health promotion exist in each sphere. Individual sphere has social economic status, age, sex, sensitivity and specificity of illness, self-efficacy. Interpersonal sphere has support and use of family, friend and neighbor. Institutional/Organizational sphere has environment service reliability and utility.

Conclusions: Community sphere has distance, neighborhood safety, interrelationship among institutions. Policy sphere has cost, legislation advertisement, lobby and concern and leadership of Institution.

Key Words: school health promotion, social ecological model

접 수 일 : 2006년 10월 16일, 채 택 일 : 2006년 12월 4일

† 교신저자 : 윤희상(서울시 서대문구 홍제동 287-89 서울여자간호대학, Tel : 011-9635-8451, E-mail : viva826@hanmail.net)

I. 서론

1. 연구의 필요성

평균수명의 연장과 만성퇴행성 질환으로의 상병구조의 변화는 보건정책에 있어서 치료중심에서 예방중심으로의 건강증진정책 변화를 요구하고 있다. 이는 만성퇴행성질환이 개인의 생활습관요인에 의해 발병하고 또한 발병 때까지의 잠재기간이 길며 한번 이환되면 쉽게 치료되지 않는 이유로 사전예방이 무엇보다 중요하다. 이로 인하여 국가 세부단위에서 실시하는 건강증진 프로그램은 향후 국민의료비 절감 효과를 꾀할 수 있을 것으로 전망하고 있다.

건강증진에 대한 사회적 접근은 1974년 캐나다의 Lalonde Report와 1979년 미국의 Surgeon General Report: 'Healthy People'이 발표되면서부터 시작되었다고 볼 수 있다. 이 두 가지 보고서는 건강에 영향을 미치는 광범위한 환경적 요소와 개인적 생활양식에 대한 내용을 담고 있으며, 건강의 절반이상이 개인의 책임에 따른 생활습관으로 결정된다고 하였다. 그럼에도 불구하고 건강증진은 개인의 책임에만 국한시킬 수 없으며, 사회 환경적 요인에도 많은 관심을 기울여야 사회전체의 건강증진 목표를 도달할 수 있을 것이다.

건강증진은 건강에 대한 개인의 책임만이 아니라 사회적 지지, 조직적 접근, 정책적, 경제적 책임을 포함한 포괄적인 개념이다. 건강증진은 건강에 도움이 되는 개인생활습관의 변화와 생활환경개선을 위하여 보건교육, 보건과 관련된 조직적, 경제적, 정치적 노력의 변화를 의미한다(Green & Kruter, 1991). 즉 건강증진은 개인의 건강생활실천능력 제고 뿐 아니라 법, 제도, 공공정책 등의 사회지원체계가 건강 친화적으로 구축되도록 하는데 초점을 두고 있는 국민건강의 새로운 패러다임이다.

건강증진은 내용적으로 몇 개의 영역으로 대

별할 수 있다. 개인의 건강 생활 습관을 개선할 수 있는 능력을 개발하는 영역(남정자, 2000), 개인 생활 습관 변화를 지속적으로 유지(Green과 Kruter, 1991)시키는 영역, 건강에 대한 지식과 태도 함양에 중요한 청소년기의 적극적인 보건교육 개입 영역 등이 있다(이명선, 1999).

보건교육이란 인간이 건강을 유지, 증진하고 질병을 예방함으로써 적정기능수준의 건강을 유지하는데 필요한 지식, 태도 습성 등을 바람직한 방향으로 변화시켜 놓는 것으로, 개인은 보건교육을 통하여 건강의 유지와 증진에 관련된 지식을 습득하고 바람직한 생활습관을 형성할 수 있도록 기술을 개발할 수 있다. 보건교육은 학교, 지역사회, 산업장 등 여러 장소에서 실시 될 수 있고, 학교는 자아형성기에 있는 청소년들의 가치형성에 결정적인 영향을 미치는 주요한 기능을 감당하고 있으므로 학교에서의 건강증진을 위한 보건교육은 보다 중요한 가치와 의미를 지닌다. 그러나 문기내 등(2003)의 연구에서 보면 우리나라의 학교 보건교육은 형식적이고 비효율적으로 이루어지고 있어 중고등학교생들이 보건교육에 대한 관심과 흥미가 떨어져 있다고 보고하고 있다. 청소년기는 성인기 건강행위의 기초가 되므로 청소년기에 형성된 건강증진행위가 일생을 지속할 수 있도록 해 주어야 하므로 체계적인 계획과 평가에 의한 청소년기의 보건교육이 필요하다.

건강증진 연구에서 사회생태모형은 보건교육의 계획과 평가에 널리 사용되는 모형으로, 인간과 환경을 다루고 건강증진에 영향을 주는 요인을 다차원적으로 파악하게 하는 모형으로 개인의 특성과 환경을 포괄적으로 파악할 수 있다. 사회생태모형은 개인, 개인간, 조직, 지역 사회, 정책 등의 5가지 차원으로 구성되어 있으므로 건강행위를 개인과 환경을 구분한 접근을 통하여 건강행위를 증대시킬 수 있다. 그리고 보건교육 책임자는 개인이 가지고 있는 자원과 환경을 파악하여 치료적인 중재가 가능하고, 개인의 자원이 환경과 반응하는 방법을 파악하

여 건강문제 전문가로서 도와주는 방법을 알려 줄 수 있다.

학교단위의 건강증진사업에서도 사회생태모형을 이용한 건강증진에 대한 교육의 계획과 작성은 보건교육 책임자와 대상자 모두에서 필요한 방법으로 보인다. 이 연구에서는 사회생태모형을 이용하여 건강증진에 영향을 미치는 요인을 파악하여 보건교육 계획의 수립과 보건교육 프로그램 개발에 활용할 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

이 연구는 사회생태이론을 적용한 건강증진에 관한 선행연구를 살펴보고 향후 사회생태이론을 적용한 학교 건강증진에 관한 보건교육 계획과 평가에 도움이 되는 시사점을 도출하고자 한다. 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 건강증진 연구에서 사용된 사회생태이론을 구성하는 각 차원과 차원을 구성하는 이론을 파악한다.

둘째, 사회생태이론에 의하여 학교 건강증진 사업에 영향을 미치는 변수를 문헌고찰을 통하여 분류한다.

II. 연구방법

1. 연구자료

사회생태모형과 건강증진에 관한 연구현황을 파악하고자 문헌고찰을 실시하였다. 문헌고찰은 사회생태학적 모형을 5개 차원으로 분류하여 해당 차원에 해당되는 변수들의 중요성과 영향력을 파악하고자 하였다. 문헌 검색엔진으로는 구글(google)과 학술연구정보서비스(RISS4U)의 해외박사학위논문, ProQuest를 사용하였다.

검색용어는 일차적으로 사회생태모형(Social

Ecological Model), 사회생태이론(Social Ecological Framework, Social Ecological Theory)으로 검색하여 건강증진에서 사용되는 사회생태모형의 기본적인 틀과 적용된 이론을 확인하였다. 건강증진에 대한 연구는 Health Promotion을 검색용어로 정하여 검색하였으나, 범위가 너무 광범위하여 Health Promotion + Social Ecological Model, Framework으로 정하여 검색하였다. 전체자료의 발행연도와 문헌의 수는 제한을 두지 않았다.

2. 내용분석 기준

위와 같은 방법으로 고찰한 문헌을 다음의 기준으로 분석하였다.

- 1) 건강증진 행위를 종속변수로 사용한 논문을 대상으로 분석하였다.
- 2) 건강증진에 적용할 수 있는 사회생태이론을 파악하고 사회생태이론을 구성하는 각 차원의 이론을 분류하였다.
- 3) 건강증진에 영향을 주는 변수를 사회생태이론의 각 차원을 구성하는 변수로 분류하였다.

III. 결과 및 논의

1. 사회생태모형

사회생태이론은 개인의 행동은 자신이 처한 사회환경 속에서 형성된다는 이론이다. 개인의 행동은 자신의 과거경험, 가치기준, 태도 등의 심리적 특성, 가족 또는 사회적인 연결을 이루는 대인관계, 이웃, 지역사회, 사회정책, 문화와 같은 사회물리적인 환경의 영향을 받는다. 이 이론을 처음 주장한 학자는 Bronfenbrenner (1979)이다. 행동(behavior)은 개인이 소속된 가족, 조직, 정책과 같은 사회적 영향의 결과이

고, 사회적 영향을 변화시킴으로 개인의 행동 변화가 유도된다.

건강과 관련된 사회생태이론은 인간과 환경을 통합적으로 접근하여 건강에 영향을 주는 요인을 파악하여 사회적 맥락에서 긍정적인 건강행위의 변수를 설명할 수 있다. 따라서 이 모형은 다양한 환경적 요소에 영향을 받는 건강행위가 시간이 변함에 따라 변화되어가는 과정을 설명하는데 설득력이 있고, 건강증진을 결정하는 통합적인 접근을 가능하게 해 준다 (Mcleroy 등, 1988).

사회생태모형의 근본적인 이론은 인간의 건강추구행위는 사회생태학적으로 연관되어 있고, 건강은 개인과 환경과의 질적인 상호작용의 결과로서 물리적 환경과 사회적 환경은 서로 독립적이지만 연관되어 있다는 것이다. 개인 특성과 관련된 개인적 차원이 건강에 결정적 영향을 준다는 것은 기존 여러 이론에서 밝혀졌으나, 개인적인 차원에 못지않게 환경적 차원도 개인의 건강을 결정하는 중요한 요인으로 간주해야 한다는 것이 주요 이론을 구성하고 있다. 사회생태모형은 거시적 차원과 미시적 차원으로도 구분할 수 있다. 개인이 사회적으로 열악한 환경에 처해 있거나 건강위험행위를 지속했을 때 건강수준은 악화되고, 역으로 동기 부여, 자기효능감 강화 등은 건강증진행위를 증가시켜 건강수준이 향상되므로 개인의 행동은 사회환경에 대한 반응으로 간주될 수 있다. 따라서 사회환경적 요인은 개인 건강에 많은 영향을 줄 수 있으므로 미시적 측면의 개인 건강도 사회생태이론에 의거해서 연구될 수 있다.

사회생태이론은 개인 및 집단의 건강을 증진시키는 모형으로 차원에 따른 적절한 중재방법을 모색할 수 있고, 건강증진의 장애물을 조정하여 건강을 저해하는 요인을 개인과 환경을 분리하여 찾을 수 있으므로 건강증진을 설명하는데 적합한 이론으로 인정될 수 있다. 건강증진의 실패 원인을 다양하게 분석하여 개인에 대한 책임을 줄이고(Becker, 1986), 개인의 건

강증진행위에 영향을 미치는 요인을 차원별로 분석하여 접근할 필요가 있다. 건강증진을 위한 중재가 개인에 국한되는 것이 아니라 사회환경적 요인에 대한 다양한 접근으로 확장되는 것 바람직할 것이다(Green & Krueter, 1999). 사회생태이론을 도식화 하면 <그림 1>과 같다.



<그림 1> 사회생태이론 모형

2. 사회생태모형의 각 차원을 구성하는 이론

1) 개인차원

개인차원은 건강신념 모형에 근거를 두고 있으며, 5가지 주요개념으로 구성되어 있다. 첫째는 인지된 감수성으로 개인이 특정질병에 걸릴 가능성에 대해 인지하고 있는 정도로 특정질병에 대한 감수성은 사람마다 다르다. 사람의 인구학적 특성, 사회심리적 특성, 환경 특성에 의해 질병에 대한 감수성이 영향을 받기 때문에 건강신념모형에서는 질병에 걸릴 가능성을 인지하는 정도에 따라 특정행위를 할 가능성이 달라진다고 설명한다. 두 번째는 인지된 질병의 심각성으로 질병의 심각성에 대해 인지하는 정도를 말한다. 사람마다 다르고 질병을 어느 정도 심각하게 인지하느냐에 따라서 건강행위를 취할 가능성이 높다고 설명한다. 세 번째, 인지된 혜택은 건강행위를 함으로 오는 혜택을

<표1> 사회생태이론의 각 차원과 구성이론

영역	설명	구성이론
개인차원	개인에게 영향을 줄 수 있는 특성을 가진 변수로 수입, 교육정도, 연령, 결혼상태, 질병에 대한 심각도, 질병에 대한 민감도, 자아존중감이다.	건강신념이론
개인간차원	사회적 동질성을 가질 수 있고 지지해 주는 가족, 친구, 이웃의 지지이다.	지지체계이론
조직차원	개인, 공공, 조직 등 개인의 행동에 영향을 미치는 조직으로 학교 등이다.	조직차원이론
지역사회 차원	개인·그룹·조직이 공식적·비공식적으로 존재하는 곳이다.	지역사회모형
정책차원	개인의 행동에 영향을 주는 법, 정책 등이다.	사회마케팅이론

인지하는 정도로 건강행위를 함으로 질병에 걸리지 않을 것이라든지 질병에 걸려도 그 정도를 가볍게 할 수 있을 것이라고 주관적으로 인지하는 것이고 주관적 인지정도가 클수록 건강행위를 할 가능성이 높아진다고 본다. 네 번째, 인지된 장애는 건강행위를 함에 있어 부딪힐 수 있는 어려움으로 건강행위를 하는데 비용이 많이 들거나 기분이 좋지 않은 것 등이 포함된다. 다섯 번째, 행위를 위한 중재이다. 이는 건강행위에 참여하도록 자극을 줄 수 있는 중재이다. 중재의 효과는 사람들에 의해 인지된 감수성, 심각성 등에 따라 달라질 수 있다고 본다. 이와 같은 5가지의 주요개념 외에 자기효능감을 설명변수에 포함시킬 수도 있다(이정렬, 2004).

2) 개인간 차원

개인간 차원의 주요이론으로 지지체계이론을 들 수 있다. 사회지지체계(Cobb, 1976)란 '지속적인 관계패턴으로 이것은 개인의 심리적, 신체적 통합을 유지하는데 중요한 역할을 하는 것'을 의미한다. 사회지지체계의 목적과 성격은 사람들 간의 관계유형이며 지속적인 것이고, 격려와 관심, 지지를 제공하는 것이다. 인간은 사회적 욕구를 충족시키기 위해 타인과 상호작용하게 되고 이를 통해 사회적 지지를 얻게 된다. 지지체계란 사회 심리적 자산, 사회적 유대관계, 의미있는 사회적 접촉, 사회적 조직망, 지지체계, 관계제공 등의 여러 행태로 정의될 수 있다.

<표2> 건강증진과 관련된 개인차원의 변수

개인차원	건강증진
소득수준	+ Grzywacz 와 Marks(1999); Grzywacz와 Furqua(2000); McLeroy 등(2002); Fleury와 Lee(2006), Bull 등(2005)
교육	+ Grzywacz와 Furqua(2000); Ainsworth 등(2003); Fleury와 Lee(2006)
나이	+ Grzywacz와 Marks(1999); Ainsworth 등(2003); Fleury와 Lee(2006) - Grzywacz와 Furqua(2000)
성별	+ Grzywacz와 Marks(1999) + Grzywacz와 Furqua(2000)
심각도	+ Linnan 등(2001); Fleury와 Lee(2006)
민감도	+ Grzywacz와 Marks(1999); Linnan. 등(2001); Fleury와 Lee(2006)
자아존중감	++ Grzywacz와 Marks(1999); Linnan. 등(2001); Dolansky(2001); Fleury와 Lee(2006)

+, 긍정적 ++, 매우 긍정적

Cobb(1976)는 사회적 지지를 대인 관계적 지지와 동일시하면서 정서적 지지, 물질적 도움, 정보제공을 포함하는 것이라고 하였다. 대 인간의 관계제공과 상호작용을 사회적 지지로 정의하였고, 사회적 지지를 통하여 타인과의 의미있는 상호작용을 하게 되고 그 결과 문제 해결능력을 강화할 수 있다고 하였다. 지지체계란 개인을 둘러싸고 있는 사회적 환경에서 얻게 되는 자원을 의미한다. 여러 다양한 사람들과의 상호작용을 통하여 사회적, 정서적, 정보적, 물질적 도움을 받게 되는데 이는 개인의 삶의 질 향상에 도움을 주는 유용한 사회적 자원의 기능을 할 수 있다. 그러므로 긍정적인 격려와 지지는 건강증진 행위를 하는데 있어 자신감을 가지게 하고, 긍정적인 행동을 강화 할 수 있다. 따라서 가족, 친구들의 격려와 지지는 건강행위를 하는데 유용한 정보를 제공하고 구체적인 문제해결을 가능하게 한다(이중은, 1998).

3) 조직차원

조직차원은 조직자원이론에 바탕을 두고 있다. Levanthal 과 Brooks-Gunn(2000)은 조직이 보유한 자원에 대한 접근성과 질은 조직에

속한 대상자에게 영향을 준다고 하였다. 건강 증진을 할 수 있는 공간, 시설, 프로그램은 조직자원으로 중요하다. 다양한 건강증진프로그램과 시설이 있는 학교의 학생은 상대적으로 시설이 적은 곳의 학생보다 정기적으로 시설을 이용할 수 있다(Corti 등, 1997). 건강증진을 할 수 있는 장소의 제공은 학생이 자기와 비슷한 학생들과 사회적 유대관계를 형성할 수 있게 해주며, 물리적인 공간은 긍정적으로 작용하여 생산적인 건강증진 활동을 가능하게 해줄 수 있다.

4) 지역사회차원

지역사회차원의 주요 이론으로는 지역사회모형을 들 수 있다. 지역사회모형은 공공서비스가 공공재의 성격을 가지고 있으며, 각 개인에게 분배되는 정도가 여러 요인에 의하여 영향을 받을 수 있다. 일정한 지역에서 공공보건서비스가 제공될 때 서비스의 이용도는 지리적 특성, 기초자치단체의 인구 수, 교통 편리성 등과 같은 지역적 특성에 결정된다. 이중 서비스 공급기관에 대한 지리적 접근도는 매우 중요한 변수로 간주되고 있다. 또한 서비스 공급의 형

<표3> 건강증진과 관련된 개인간 차원의 변수

개인간차원	건강증진
가족의 건강증진 프로그램이용	? Grzywacz와 Furqua(2000); Bull 등(2006)
가족의 지지	+ Grzywacz와 Marks(1999); Grzywacz와 Furqua(2000); Bull과 Shhlay(2005); Fleury와 Lee(2006); Wickrama(1997); Bull 등(2006) ++ Ainsworth 등(2003)
친구의 건강증진 프로그램 이용	? Fleury와 Lee(2006); Bull 등(2006)
친구의 지지	+ Grzywacz와 Furqua(2000); Fleury와 Lee(2006); Bull 등(2006) ++ Ainsworth 등(2003)
이웃의 건강증진 프로그램 이용	? Grzywacz와 Furqua(2000); Fleury와 Lee(2006)
이웃의 지지	+ Dresler-Hawke와 Veer(2006)

+, 긍정적; ++, 매우 긍정적; ?, 보고되어 있지 않음

태가 공급자가 이동하여 공급하는 형태나 소비자가 이동하여 서비스 받는 형태나에 따라서도 서비스 이용도가 달라질 수 있다고 보고(이혜순, 2002)되었다.

5) 정책차원

정책차원은 사회마케팅이론에 근거를 두고 있다. 사회마케팅 접근은 장기적으로 소비자 사고체계를 바꾸는데 사용될 수 있으며, 상업적 마케팅기법과 같은 정도의 유용성이 있다. 사회마케팅은 하나 이상의 목표에 대한 사회적 관념 또는 실행 가능성을 높이기 위한 프로그램을 설계, 수용, 관리하는 일종의 사회변화 관리의 의미로 사용된다. 보건영역의 사회마케팅은 보건사업의 환경이 공급자인 정부 기관의 입장에서 소비자인 수요자 중심으로 변화하여야 함을 의미한다. 보건영역의 서비스 공급은 대상자의 필요적 욕구에 부응하여야 하고, 소비자들 스스로가 원하는 것을 선택하여 가치를 느끼고 적극적인 공공보건서비스를 이용하도록 유도하기 위한 전략이다. 사회마케팅의 주요이론은 수요자의 특성에 따라 문제를 분석하고 변화의 이점, 변화의 장애 요인을 파악하고, 대상자의 요구를 전략에 반영하여 개발하는 것이다. 사회마케팅 이론은 고객지향적인 경영전략(배상수, 2004)에서 파생된 것으로, 공공정책의 촉진전략으로 사용될 수 있다.

3. 건강증진 사업과 관련된 요인

1) 개인차원

개인차원에서 중요하게 간주하여야 할 변수는 부모의 소득수준, 부모의 교육정도, 성별, 질병에 대한 심각도, 질병에 대한 민감도, 자아존중감이다. 소득수준에서 보면 소득수준이 낮은 사람은 질병 유병률이 높고 음주, 흡연과 같은 건강위험행위를 즐기는 반면에 소득수준이 높

으면 규칙적인 건강증진 행위를 하며 예방활동에 치중한다(Fleury & Lee, 1999).

Ainsworth 등(2003)은 흑인의 건강증진에 대한 연구에서 교육수준이 높아지면 건강행위를 하는 확률이 2배 증가하고, 교육수준이 중학교 이상의 집단이 건강증진 행위를 많이 하는 것을 확인하여 교육수준은 건강증진 행위에 영향을 주는 변수라고 하였다. Fleury와 Lee (2006)는 사회생태모형과 건강증진행위의 연구에서 교육수준, 소득수준 등과 같은 사회경제적 변수는 개인차원에서 건강증진행위에 영향을 주는 변수로 선정하였고, 개인의 건강증진에 대한 지식, 태도, 행위에 영향을 주는 변수라고 하였다. Grzywacz와 Marks(2001)는 소득수준과 교육수준이 올라갈수록 규칙적인 건강증진 행위와 비례하는 것은 교육수준은 건강과 관련된 정보를 이용하고 해석하는데 영향을 주기 때문으로 보았다. 교육수준과 소득수준이 높으면 규칙적으로 건강행위를 하고, 특히 남성은 건강증진 행위를 하는데 교육수준과 소득수준에 영향을 받는다(Grzywacz & Marks, 2001).

개인이 지각하는 민감도는 개인이 질병에 걸리거나 건강을 잃을 수 있다는 개인적인 주관으로 가능성을 인지하는 정도에 따라 건강행위를 할 가능성이 달라지고, 질병에 대한 민감도가 높으면 생각을 행동으로 옮기는 동기를 제공하여 준다(Fleury & Lee, 2006). 자아존중감은 심리적인 측면에서는 개인의 믿음, 태도, 가치가 건강관련 행위를 결정짓는 기본적인 요인이다(Glanz 등, 1997). U. S. Department of Health and Human Services의 연구에서 (1996) 높은 자기효능감, 운동이 효과가 있다는 믿음, 건강에 대한 민감도는 건강증진 행위를 하는데 영향을 주었다. 자아존중감이 높으면 건강위험행위를 줄이고 건강증진행위가 향상되고, 치료적인 중재가 가능하다(Grzywacz & Furqua, 2000). Grzywacz와 Marks(2001)는 환경을 통제하면 건강에 대한 심각도와 자아효능감이 높고, 운동효과에 대한 믿음이 높은 대

상자가 운동을 규칙적으로 하였다. 반대로 낮은 자기효능감은 건강증진행위를 감소시키므로(Fleury & Lee, 2006), 자아존중감 향상 프로그램을 실시하면 개인 간 변수에도 영향을 주어 건강행위를 긍정적으로 변화시킬 수 있다(U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Bull & Shhlay, 2005). Linnan 등(2001)은 자아존중감은 사회심리적인 측면에서 건강증진과 관련된 지식과 행동을 변화시킬 수 있는 변수로 강조하였다

2) 개인간 차원

개인간 차원은 다양한 영역에서 건강증진 행위에 영향을 미칠 수 있는 변수로(Stokol, 1996), 사회생태모형에서 대부분의 인간은 가족과 지역사회 내에서 생활하는 것으로 가정한다(Bonfenbrenner, 1979). 개인의 지지체계로는 가족의 지지, 친구의 지지, 이웃의 지지가 있고, 사회적인 지지체계가 부족한 경우 건강상태에 차이를 나타낸다(Fleury & Lee, 2006).

가족은 인간의 삶에 있어 가장 기본적인 집단으로 가족 내에서는 역할이 주어진다. 가족은 건강과 관련된 행동을 조정하는데 영향을 가장 많이 미친다. 배우자나 부모는 건강위험행위를 줄이는데 관여하고, 건강과 관련된 행동을 사회적으로 조절하는 중요한 원천으로, 가정생활은 건강증진행위를 구성하는 중요한 배경이 된다(Wickrama 등, 1997).

가족의 지지는 가족이 갖는 관심에서 출발하며 중대한 문제가 생겼을 때 의지하는 정도를 의미한다(Grzywacz & Marks, 2001). 가족의 지지가 있을 때 규칙적으로 운동을 하고, 가족 간에 감정적으로 유대가 깊고, 갈등이 적으면 효과적인 의사소통과 건강증진 행위를 하며 건강관련 시설을 유용하게 이용한다(Wickrama, 1997 ; Grzywacz & Marks, 1999).

친구는 개인의 심리적 안정을 추구하는데 영향을 많이 미치는 변수로 사회 환경을 구성하

는 요소이다(Grzywacz & Fuqua, 2000). 취약 집단 건강증진 연구에서 친구의 지지가 중요한 변수로 확인되었고(Fleury & Lee, 2006), 건강 위험 행위연구에서 30%이상의 여성이 건강에 문제가 있을 때 친구에게 도움을 요청하거나 지지를 받고, 친구를 통하여 정보를 얻는다(Bull & Shhlay, 2005). 친구의 지지는 개인의 행동을 유지시키거나 중단시키는데 중요하다. 미국의 흑인여성의 건강증진 행위에 대한 연구에서 친구와 함께 건강증진행위를 하거나 친구로부터 권유를 받았을 때는 건강증진 행위가 증가한다(Ainsworth 등, 2003).

이웃의 지지는 이웃 간의 네트워크 형성은 사회지지로 이웃 간 지지를 하는 집단은 이웃의 같이 건강증진 행위를 한다(Yen & Kaplan, 1998). Bull과 Shhlay 등(2005)은 건강증진에 있어 시너지 효과를 일으키는 것은 구조 환경적 요소에서 사회적인 지지로 가족과 파트너 동료가 지지하였을 때 긍정적인 행동이 강화된다고 하였다.

3) 조직차원

조직의 특성(기술, 자원, 구조, 과정)에 따라 공공보건서비스의 이용은 많은 영향을 받는다. 조직의 내적 요소로는 지도력, 구조, 과정, 인적 물적 자원 등을 들 수 있으며, 외적요소로는 지역사회의 관심, 파트너쉽, 상부기관의 지지 및 협조 등을 들 수 있다(Riley 등, 2001).

우리나라 공공분야의 건강증진 사업에 대한 조직차원의 연구 중 하나인 '1999년 서울시 보건의료서비스 시민 만족조사(모현희, 1999)'를 보면 주요변수로 의료서비스에 대한 신뢰성, 근무 직원의 친절성, 이용 편리성, 시설 및 환경에 대한 만족도 등을 사용하고 있다. 박재산(2005)의 연구에서는 시설 및 설비 병원시설 환경 등에 만족하면 서비스 만족도가 높고, 재이용의사가 있으며, 주변인에게도 권유하는 것으로 보고되었다.

4) 지역사회차원

지역사회차원에서 건강증진을 위하여 지역 사회 자체의 규정을 정하기도 한다. 지역사회차원에서의 중재는 거시적으로 환경의 위험요소를 감소시키는 것이다(Stokols, 2000). 지역 사회의 다양한 성격은 건강관련행위를 하는데 영향을 미친다(Cheadle 등, 1999). 자신이 사는 지역사회가 안전하다고 느끼지 않는 대상자는 규칙적인 운동을 적게 하는 것으로 보아 지역 사회의 안전은 건강증진행위에 중요한 변수가 될 수 있다(Eyler 등, 1998). 지역사회로부터 개인에게 다양한 스트레스가 작용하면 건강증진행위를 줄이게 되고(Corti 등, 1997), 역으로 지지적인 환경이 조성되면 건강증진의 촉매제가 된다.

지역사회의 자원을 이용하는데 King 등(2002)은 지리적 접근도가 중요하다고 보고하였다. McMahan 등(2001)은 지역주민들이 건강증진을 하기 위해서는 지역의 클럽, 비영리단체, 지역의 대학 등과 협조하여 비용부

담이 없는 건강증진 관련 자원을 지역주민에게 제공하는 시스템을 구축해야 한다고 하였다. 이는 지역 내에 다양하게 분포되어 있는 지역사회 건강증진 자원을 활용하여야 하기 때문이다. 지역 내의 자원의 양과 분포에 따라 지역주민들의 건강수준은 영향을 받는다(Druss & Rosenheck, 1999). 지역 내 의료 인력의 분포는 의료이용을 결정하게 되고, 의료공급자원이 증가하면 의료이용도 증가한다(도세록 등, 2004).

임내영(2004)은 노인주간보호센터의 지역사회 자원 활용 도구에서 노인주간보호센터의 시설 만족도에 영향을 미치는 원인으로 지역사회 조직 네트워크, 시설 입지여건, 지역사회자원의 활용의 중요하다고 하였다. 그러므로 건강증진 프로그램 이용에 영향을 미치는 변수로 거리 및 통상 교통수단, 지역 내 기관과의 협조 등이 중요하고, 지역의 지역사회네트워크를 의미하는 변수로 지역의 다른 비영리 집단과의 연합과 연계가 중요하다.

<표 4> 건강증진과 관련된 조직차원의 변수

조직차원	건강증진
근무환경	+ Linnan 등(2001); 모현희(2000); 박재산(2004)
서비스의 신뢰성	+ 모현희(2000); 박재산(2004)
시설 및 환경	+ 모현희(2000); 박재산(2004)
인적물적자원 (지도력, 조직, 구조, 상부기관의 지지)	n.s Riley 등(2001); 모현희(2000)

+, 긍정적; n.s., 통계적으로 유의하지 않음

<표 5> 건강증진과 관련된 지역사회차원의 변수

지역사회차원	건강증진
건강증진 시설과의 거리	+ King 등(2002)
지역의 안전성	+ Eyler 등(1998) ; Corti 등 (1997); Cheadle 등(1999)
지역조직간의 연계	+ Stokols(2000); 임내영(2004); Bull과 Shhlay(2005); McMahan 등(2001)
지역사회의 건강증진시설의 양과 분포	+ Druss와 Rosenheck (1999); 김일호(2001) ; 도세록 등(2004)

+, 긍정적

<표 6> 건강증진과 관련된 정책차원의 변수

정책차원	건강증진
건강증진 시설 이용비용	+ 허순임과 최숙자(2006); 박종영 등(2005); 도세록 등(2004)
건강과 관련된 입법화 추진	+ Stokols(2000); Linnan 등(2001); Riley 등 (2001)
대중매체활용(TV광고 등)	+ Stokols(2000); Bul과 Shaley(2006)
로비	+ Stokols(2000)
조직지도자의 관심	+ Kegler 등(1998)

+, 긍정적

5) 정책차원

사회생태이론의 정책차원에서 보면 개인이 건강에 유용한 선택을 할 수 있도록 영향을 주는 환경으로 정책이 변화되어야 한다는 것이다(Stokols, 2000). 개인의 사회경제적인 변수가 건강을 좌우하는 것은 분명하지만 개인이 속한 사회경제적인 수준은 변화시키기가 어렵고, 중재를 통하여 변화시킬 수 없으므로 사회적 지지, 스트레스 감소, 지지적 환경구성, 건강관리 접근성 강화, 일상생활 자원개발 등의 중재변수를 이용하여 건강수준을 향상시킬 수 있다(Stokols, 2000).

정책차원의 변수들을 보면 기관과 기관과의 협력, 자매결연 추진, 지역사업 간의 교류, 자문위원회 구성 등의 변수를 들 수 있으며, 이러한 변수들은 전문적인 자원을 공유할 수 있고, 프로그램의 수월성을 추구하고, 중복되는 프로그램을 최소화 할 수 있게 해 준다. 그리고 지도자의 정치적인 신념, 조직 장악력, 조직 내 인력운영에 대한 계획 등은 조직 운영에 영향을 미치므로 고려되어야 하는 변수로 볼 수 있다(Kegler 등, 1998).

정책차원의 또 다른 변수들로는 법률 제정, 로비활동 등을 들 수 있다. 법률 제정 중 공중보건을 향상시키는 것으로 운전 중 안전벨트 착용, 최고속도 제한, 음주운전 금지 등을 들 수 있는데 이러한 법적인 제재를 통하여 정책적으로 사망률을 감소시킬 수 있다(Stokols, 2000). 건강증진을 위하여 법률을 제정하는 것

은 매우 신중한 과정을 거쳐서 이루어져야 하는데 개인과 지역사회에 효과적이며, 비용대비 효과가 탁월해야 하고(Riley 등, 2001), 사법적 접근이 가능하여야 한다(Linnan 등, 2001). 법률 제정은 건강증진이 활발히 운영되지 않거나 소극적인 지역이나 단체에 법을 적용함으로써 강제적으로 건강증진을 유도할 수 있다(Stokols, 2000).

IV. 요약 및 결론

건강증진은 건강에 도움이 되는 개인 생활습관 변화와 생활환경 개선을 위하여 보건교육, 보건과 관련된 조직적, 경제적, 정치적 노력의 변화가 함께 수반되어야 가능해진다. 건강에 대한 결정요인으로 개인의 책임이 가장 중요한 것으로 간주되어 왔으나 개인의 건강에 영향을 미치는 사회 환경적 요인의 역할이 점차 중요시되고 있다.

이 연구에서는 학교 건강증진프로그램에서 고려하여야 할 요인들이 어떠한 것들이 있는가를 구조적으로 분석하기 위하여 사회생태학적 모형에 대한 이론적 접근을 시도하였다. 문헌 고찰을 통하여 우리나라에서 고려할 수 있는 5개의 차원에 해당하는 각 변수들의 중요성과 방향성을 도출하고자 하였다. 사회생태모형은 개인차원, 개인간 차원, 조직차원, 지역사회차원, 정책차원의 5가지로 구성되어 있으며 개인 차원은 건강신념모형, 개인간 차원은 지지체계

이론, 조직차원은 조직자원이론, 지역사회차원은 지역사회모형, 정책차원은 사회마케팅이론이 적용되었다.

건강증진에 영향을 주는 변수로는 개인차원에서는 소득수준, 나이, 성별, 질병에 대한 민감도와 심각도, 자아효능감이었고, 개인간 차원은 가족, 친구, 이웃의 건강증진 프로그램 이용 및 권유와 같은 지지적 변수가 활용될 수 있는 변수로 판단되었다. 조직차원에서는 건강증진서비스 공급자의 근무환경, 서비스의 신뢰성, 시설 및 환경, 인적 물적자원 등이 건강증진 사업에 영향을 주는 변수로 사용될 수 있을 것으로 분석되었다. 지역사회차원에서는 건강증진 시설과의 거리, 지역의 안전성, 지역 조직간의 연계, 지역사회의 건강증진 시설의 양과 분포 등이었고, 정책차원에서는 건강증진 시설 이용비용, 건강과 관련된 입법화 추진, 대중매체를 활용한 광고, 로비, 조직 지도자의 관심 등이 건강증진 사업에 영향을 주는 변수로 선행연구에서 밝혀졌다. 향후 이러한 결과가 학교 건강증진사업의 구체적인 계획수립과 평가에 도움이 되기를 기대한다.

참고문헌

1. 김일호. 지역사회건강증진 사업평가 연구: 서울시 각 보건소를 중심으로[석사학위논문]. 서울대학교 보건대학원. 2000.
2. 도세록, 이연희, 신창우. 의료이용 환자의 상병변화 및 특성 분석. 한국보건사회연구원. 2004.
3. 남정자. 보건소의 건강증진사업을 위한 보건교육전략. 보건교육·건강증진학회지 2000. 17(1). 171-184.
4. 모현희. 보건소 이용자에 대한 만족도 조사 연구[석사학위 논문]. 연세대학교 대학원. 2000.
5. 문기내, 남철현, 김귀희, 위광복, 박경옥. 중등학생들의 보건교육 요구도 조사 연구. 보건복지연구 2003. 8. 11-34.
6. 박재산. 보건소 이용자의 의료서비스 만족도에 영향을 미치는 요인. 보건교육·건강증진학회지 2005. 22(1). 147-160.
7. 박종영, 김종배, 한성현. 우리나라 일부지역 여성 근로자의 보건의료요구 및 이용 실태와 관련요인 분석. 대한보건연구 2005. 31. 12-26.
8. 배상수. 보건사업기획. 계축문화사 2004.
9. 이명선. 청소년의 보건교육 요구도에 대한 연구. 보건교육·건강증진학회지 1999. 16(2). 41-54.
10. 이종은. 지역사회내의 정신질환자의 재활을 위한 사례연구: 사회지지체계를 중심으로 [석사학위논문]. 이화여자대학교 대학원. 1998.
11. 이정렬. 역학과 건강증진. 수문사. 2004.
12. 이승은. 보건소 건강증진 사업의 지역사회 자원활용실태[석사학위 논문]. 연세대학교 대학원. 2004.
13. 이해순. 보건행정서비스의 만족도에 영향을 미치는 요인 분석[박사학위논문]. 경성대학교. 2002.
14. 임내영. 노인주간보호센터의 지역사회자원 활용연구[석사학위논문]. 중앙대학교대학원. 2004.
15. 허순임, 최숙자. 논문소득수준에 따른 의료이용. 제7회 한국노동패널 학술대회 논문집. 2006.
16. Ainsworth BE, Wilcox S., Thompson WW, Richter DL, Henderson KA. Personal, Social, and physical environmental correlates of physical activity in African American woman in South Carolina. American Journal of Preventive Medicine 2003. 25(Suppl). S23-S29.
17. Anderson RA. behavioral Model of families use of health services.

- University of Chicago Research Services. 1968.
18. Becker MH. The Tyranny of Health Promotion. *Public Health Review* 1986. 14. 15-26.
 19. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and Design*. Cambridge. MA. Harvard University Press 1979.
 20. Bull S, Shhlay J. Promoting "Dual Proction" From Pregnancy and Sexually Transmitted Disease: A Social Ecological Approach. *Health Promotion Practice* 2005. 1(6). 72-80.
 21. Cheadle A, Bruce M, Diehr P, Koepsell T, Wagner E, Wickezer T & Curry S. An Empirical Exploration of a Conceptual Model for Community Based Health Promotion. *International Quarterly of Community Health Education* 1999. 13. 329-363.
 22. Cobb. S. Social Support as a Moderation of Life Stress. *Psychomatric Medicine* 1976. 38.
 23. Corti B., Donovan R. & Holman D. Factors influencing the use of physical activity facilities: results from qualities research. *Health Promotion Journal of Australia* 1997. 7. 16-21.
 24. Dresler-Hawke E, Veer E. Making health eating messages more effective: combining intergrated marketing communication with the behavior ecological model. *International Journal of Consumer Studies* 2006. 30(4). 318-326.
 25. Druss BG, Rosenheck RA. Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. *JAMA* 1999. 252. 651-656.
 26. Eyler A, Baker E, Cromer L, King A, brownson R & Donatelle R. Physical Activity and Minority Woman: A Qualitative Study. *Health Education and Behavior* 1998. 25. 640-652.
 27. Fleury J, Lee SM, Matteson B, Belyea M. Barriers to Physical Activity Maintenance After Cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary rehabilitation* 2004. 24. 296-307.
 28. Kegler M, Steckler A, McLeroy K, Malek S, Factors that contribute to effective health promotion coalitions: A study of ten Project ASSIT coalitions in North Carolina, *Health Education and Behavior* 1998. 25(3). 338-353.
 29. Fleury J, Lee S, The Social Ecological Model and Physical Activity in African American Women. *American Journal of Community Psychology* 2006.
 30. Glanz K, Lewis F & Rimer B. *Linking Theory Research and Practice*. in *Health behavior and Health Education*. San Frances CA: Jossey-Bass 1997.
 31. Green L, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*, 2nd ed. Mayfield, Mountain View; U.S.A 1991.
 32. Green L & kreuter M. *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach* 3rd ed. U.S.A Mayfield. 1999.
 33. Grzywacz J, Fuqua. J, The Social Ecology of Health: Leverage points and Linkages. *Behavioral Medicine* 2000. 26(3). 101-115.
 34. Grzywacz JG, Marks N. Social Inequalities and Exercise during Adulthood: toward an Ecological Perspective. *Journal of Health and Social Behavior* 2001. 42. 202-220.

35. Kegler M, Steckler A, McLeroy K & Malek S. Factors that contribute to effective health promotion coalitions: A study of ten Project ASSIT coalitions in North Carolina. *Health Education and Behavior* 1998. 25(3). :338-353.
36. King AC, Stokols D, Talen E, Brassington GS. Theoretical Approaches to the Promotion of Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine* 2002. 23(2S). 15-25.
37. Levanthal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcome. *Psychological Bulletin* 2001. 126(2). 309-337.
38. Linnan L, Sorensen G, Colditz G, Klar N, Emmoms K. Using Theory to Understand the Multiple Determinants of Low Participation in Worksite Health Promotion Programs. *Health Education & Behavior* 2001. 28(5). 591-607.
39. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A & Glanz K. An Ecological perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly* 1988. 15. 351-377.
40. McMahan S, Wells M, Stokols D, Phillips K, Clitheroe HC. Assessing Health Promotion Programming in Small Business. *American Journal of Health Studies* 2001. 17(3). 120-128.
41. Riley BL, Taylor M, Elliott S. Determinants of implementing heart health promotion activities in Ontario public health units: a social ecological perspective. *Health Education Research* 2001. 16(4). 425-441.
42. Stokols D. Social Ecology and Behavioral Medicine: Implications for Training, Practice, and Policy. *Behavioral Medicine* 2000. 26(3). 129-138.
43. U. S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta; Center for Disease Control and prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion 1996.
44. Wickrama KA, Fredrick OL, Rand DC & Glen HE. Marital Quality and Physical Illness: A Latent Growth Curve Analysis. *Journal of Marriage and the Family* 1997. 38. 363-375.