

국민건강증진을 위한 보건교육확대방안에 관한 연구

Expanding Health Education Plan For Improving Public Health

윤기선*, 박정열**

호서대학교 교양학과*, 나사렛대학교 국제경영학과**

Gi-Seon Yun(yyyggs@hanmail.net)*, Chung-Yeol Park(cyp4x4@kornu.ac.kr)**

요약

본 연구는 국민건강증진을 위해 보건교육기관에서 실시하던 보건교육을 평생교육원의 보건교육으로 확대하여 보건교육의 기회 폭을 넓혀 누구나 쉽게 가까운 장소에서 보건교육을 받을 수 있는 기회를 제공함으로써 보건교육을 증진시키고 의료비용을 절감 할 수 있는 방안을 제시하고자 한다. 즉 국민건강증진향상을 위한 보건교육확대방안에 관한 연구를 분석하고자 20대 이상 보건교육을 필요로 하는 남·여를 대상으로 보건프로그램이나 교육에 참가한 사람 중 무작위 추출법을 사용하여 연구표본을 선정하였다. 수집된 자료의 통계처리는 데이터 코딩과 데이터 크리닝 과정을 거쳐 SPSS 20.0 for Windows 통계 패키지 프로그램을 활용하였고 분석한 결과는 다음과 같다. 국민건강증진의 교육과 질병예방 및 영양개선 그리고 식생활개선은 보건교육확대에 영향을 주는 것으로 조사되었으나, 참가의향에는 영향을 주지 않는 것으로 조사되었으며, 보건교육지원이나 건강보험혜택과 교육장소 확대는 참가의향에 영향을 주는 것으로 조사되었다. 또한 참가의향이 높을수록 의료비절감도 높아지는 것으로 나타났다. 그리고 국민건강증진의 교육과 질병예방은 의료비절감에 영향을 주지 않으나, 영양개선 및 식생활개선, 보건교육지원, 건강보험혜택 그리고 교육장소 확대는 의료비절감에 영향을 주는 것으로 조사되었다.

■ 중심어 : 국민건강증진 | 평생교육원 | 보건교육 | 보건교육확대 | 의료비절감 |

Abstract

Although the public health centers have been initiating health education recently, it is not extending as expected and the participation of the program is low. The reason is that the office workers have few opportunities to receive health education since there are few public health centers in relation to the population. Much time is required for travel and attendance of the classes. In order to solve this problem, the aim is to increase participation in health education, improve the overall public health awareness, expand the number of health education locations to reduce medical expenses, vitalize the lifelong educational health programs, and improve the national health insurance. In order to research about the health education expansion plan for public health improvement, a study focused on men and women above age 20 who need health education. The research sample was selected through random sampling that targeted people who participated in the health programs or the health education. The period of this survey was from September 1st to September 30th, 2014. A total of 509 participants completed the survey data for the actual analysis to propose the health education expansion plan for the public health improvement.

■ keyword : | Public Health Improvement | Lifelong Education Center | Health Education | Health Education Expansion | Medical Expense Reduction |

* 본 연구는 2015년도 나사렛대학교 교내연구비 지원으로 이루어졌음

접수일자 : 2015년 01월 28일

수정일자 : 2015년 02월 23일

심사완료일 : 2015년 03월 02일

교신저자 : 박정열, e-mail : cyp4x4@kornu.ac.kr

1. 서론

1. 연구배경 및 문제점 제기

보건교육은 개인과 사회의 효율적인 생활을 위한 교육으로, 일반시민 자신이 알고 있는 건강지식과 그 지식의 실천과의 격차를 없애주거나 감소시키는데 크게 도움이 되어야 한다. 병이 난 다음에 치료하는 것보다 발생하기 이전에 예방하는 것이 중요하고, 이러한 질병 예방사업에서 최적의 수단이 보건교육이다[2].

보건교육의 목표는 건강증진 및 질병예방과 관련된 개념의 이해, 정확한 정보 및 건강증진서비스에 접근할 수 있는 능력함양, 건강을 개선하고 건강위험을 줄이는 능력과 문화, 매체, 기술 등이 건강에 미치는 영향을 인지하게 하는 것이다. 또한 건강개선을 위한 커뮤니케이션의 기술 함양, 건강개선을 위해 목표를 설정하고 의사결정기술(decision-making skill)의 능력을 갖게 하며 개인, 가족, 지역사회의 건강을 위해 지원활동을 할 수 있도록 유도하는 것 등이 포함된다[2].

그러나 그동안 지역보건의료의 보건사업 내용은 가족계획이나 결핵관리사업 등 오래전부터 실시해 왔던 사업에만 치중하고, 지역주민의 건강관리나 고위험집단의 추적관리, 또는 만성퇴행성 질환의 예방관리, 보건교육 등과 같이 지역사회에서 새롭게 요구되는 보건사업은 제대로 제공되지 못하였다. 한편, 질병예방 및 건강의 유지증진을 위해 보건교육을 활성화시키기 위하여 다양한 보건프로그램 교육을 하는 평생교육원이 점차로 증가하고 있다. 그러나 보건교육프로그램의 평가는 사업실적, 교육방법에 중점을 둔 단편적인 평가만 이루어지고 있는 것으로 지적되고 있다[1].

또, 현재 보건복지부는 보건교육을 보건소에서만 하고 있다. 이에 직장인이거나 보건소에서 거리가 멀리 떨어진 사람들은 보건교육을 받을 교육의 기회가 많지 않다. 그리고 건강보험은 국민의 질병, 부상에 대한 예방, 진단, 치료, 재활, 출생, 사망 등 국민건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써, 국민건강보건을 향상시키도록 되어있으나 검진, 치료위주의 보험급여가 이루어지고 있는 실정이다. 따라서 병에 걸리기 전에 건강관리를 할 수 있도록 하는 보건교육활성화의 제도적

인 시스템이 필요하다.

2. 연구의 목적

최근 보건소에서 보건교육을 실시하고 있지만 사실상 보건교육이 확대되지 않고 있으며, 보건교육에 대한 참여도 또한 높지 않다. 그 이유는 대부분 한정된 장소인 보건소에서 보건교육을 하기 때문에 교육받는 당사자들이 시간이 없거나 직장인들은 보건교육을 받을 기회가 적으며, 또한 집에서 멀리 떨어진 곳에서 보건교육을 받기 위해서는 많은 시간이 소요되기도 한다. 이를 해결하기 위해서, 보건교육의 참여확대 유도를 통해 국민건강 증진을 위한 보건교육 장소를 확대함으로써 보건교육의 참가의향을 높이고 의료비용을 감소시키고자 하며 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 이론적 배경으로 국민건강증진 정책과 실태, 보건교육의 실태, 국민건강보험제정실태, 평생교육시설 및 교육만족도를 알아본다.

둘째, 국민건강증진(보건교육과 질병예방증진, 영향개선 및 건강생활의 실천증진)이 참가 의향에 미치는 영향을 분석 한다.

셋째, 보건교육 참여확대(보건교육, 건강보험혜택, 보건교육)가 참가의향에 미치는 영향을 분석 한다.

넷째, 참가의향이 의료비절감에 미치는 영향을 분석 한다.

따라서 국민건강증진을 위해 보건교육장소의 확대시키고 참가의향을 높여 의료비 지출을 감소시키기 위한 방안을 제시하는데 있다.

3. 보건교육과 실태

3.1 보건교육

보건교육이란 단순히 지식을 전달하거나 그 지식을 유지하고 있는 데에 그치는 것이 아니라[7], 건강을 자기 스스로 지켜야 한다는 생각으로 올바른 행동을 일상생활에서 습관화 하도록 돕는 교육과정이며, 보건교육의 목적은 보건교육을 통하여 지역사회 구성원 스스로 건강문제를 해결할 수 있는 능력을 갖도록 하는데 있으며, 질병 발생 전에 질병예방, 건강의 유지와 증진, 행동

과 태도의 변화, 질병 유발인자의 제거 및 개선을 목적으로 하고 있다[6][7]. 보건교육의 원칙은 다음과 같다. 첫째, 보건에 대한 지식, 태도, 행동의 변화를 가져오게 하도록 한다. 둘째, 보건교육 후 효과에 대한 평가는 반드시 하도록 한다. 셋째, 보건교육 계획 시 대상자의 요구를 반영한다. 넷째, 교육대상자에게 적합한 교육방법을 선택한다[8][9].

보건교육의 일반적 내용은 지역사회 간호업무 중 보건교육이 가장 포괄적이고 중요하며, 보건교육 중 학교 보건은 가장 능률적이며 효과적이고, 보건교육의 대상은 지역사회주민 전체로 보건교육 시 가장 중요한 것은 대상자와 함께 계획하는 것이다[15].

최근 대중매체와 인터넷의 영향으로 사람들은 무분별하게 쏟아져 나오는 건강정보에 노출되어 있다[18]. 따라서 사람들은 인터넷과 보건소에서 교육사로부터 건강에 대한 정확한 지식과 기술을 습득하고 이를 시험해 볼 수 있는 기회를 제공받아야 한다. 특히 보건교육은 건강한 생활습관이 건강한 삶과 행복의 기초가 되며, 성인이 된 후 풍요로운 삶을 즐기기 위해 건강은 필수적이라는 것을 사람들이 알 수 있도록 보건교육의 개념들을 소개하고 지식을 전달해 주어야 한다[15].

보건교육은 학교, 보건소, 보건교육기관에서 가장 중요한 업무이며, 사람들에게 정확한 지식과 치료, 치유방법을 가르쳐주고 개개인의 건강에 대한 인식, 태도, 가치관을 변화시켜 긍정적인 건강행위를 하도록 유도하고 그것을 유지 및 증진시켜 준다. 따라서 보건교육을 하는 기관에서 올바른 건강지식을 수립할 수 있도록 정규적으로 보건교육을 실시하는 것은 필수적이라 할 수 있다[20].

3.2 보건교육의 실태

노년기에 이르면 누구나 인체의 생리기능에 특별한 질병이 없어도 기능저하를 경험하게 된다. 심박출량·폐활량·최대 산소섭취량의 저하, 뇌세포수의 급격한 감소, 신경전달 속도의 감소, 각종 면역기능의 저하 등 모든 장기와 기관의 기능감소가 정도의 차이를 두고 나타난다. 이 모든 것이 자연스러운 생리적 감퇴현상의 하나로 간주되어 많은 노인들이 경제적 어려움으로도

적절한 건강보호를 받을 수 없는 문제가 있다[23].

이러한 신체적인 기능저하 외에도 노인에게 있어서 건강상의 문제가 되는 것은 만성퇴행성 질환이다. 만성퇴행성 질환이란, 일단 발병하면 그 진행이 서서히 왔듯이 치유 또한 오랜 기간의 경과를 거치게 되고 게다가 완전회복은 거의 불가능하다. 특히 급성질환과 달리 빠른 시간 이내에 정상적으로 회복되지 않으며 호전과 악화를 반복하면서 점차 나빠지는 방향으로 진행되는 질환을 말하는데, 노인들에게 가장 흔한 질환은 고혈압, 당뇨, 관절염 등이다.

Markides & Mindel(1987)은 노인의 건강을 노화과정과 그에 따르는 변화를 고려할 때 인체의 생물학적, 생리적, 사회문화적인 환경 등이 서로 상호작용하여 그 결과로서 나타나는 것이라고 하였다. 노인의 질병은 젊은 사람에 비해 발생률이 높고, 치명률이 또한 높으며 중복질환을 가지는 특이한 점이 있으며, 이러한 질병은 노인의 생활기능의 장애요인이 된다[24][25].

노인의 건강상태에 대한 평가는 의학적 진단에 따른 객관적인 방법과 본인 스스로의 느낌에 의한 주관적인 판단방법으로 나눌 수 있다. 문상식 등(2001)은 주관적으로 지각하는 건강상태는 노인의 건강상태를 파악하는데 중요한 지표로, 본인이 건강하다고 인식하는 경우 건강행위를 실천하는 비율이 높았음을 보고한바 있다.

김영혜(2003)는 65세 이상 여성 노인들이 '건강하다'는 것을 단순히 질병이 없는 상태가 아니라 몸에 대한 통제권을 스스로 가지고 있는 능력 안에서 가족과 사회속에서 적절하게 기능할 수 있는 상태로 인지하고 있으며, 특히 여성노인의 건강행위는 개인적, 생물학적, 심리적 요소뿐 아니라 개인이 속해있는 사회문화의 광범위한 영향을 많이 받고 있다고 보고하고 있다.

2015년 수요자중심의 능동적인 협력과 연계 수행을 유도하고, 보건소 내외 자원을 효과적으로 파악하고 협력하기 위한 '협의기구' 구성 및 운영을 권장하고자 한다[26][27]. 이를 위해 지역보건의료계획과 중복되는 부분을 생략하는 등 계획서 양식을 간소화한다. 교육감은 보건교육 진흥을 위해 보건교육센터를 설치할 수 있다. 보건교육센터는 보건교육의 진흥을 위한 중장기 계획 및 정책의 연구개발, 연수운영, 자료개발, 평가 등을 주

요 기능으로 한다[17].

보건교육센터는 보건교육전문직(연구관, 교육연구사)과 직원으로 구성하되, 필요한 경우 외부전문가를 위촉 또는 초빙할 수 있다. 또한 교육감은 보건교육의 진흥을 위해 지역교육청 단위의 보건교육 거점학교를 지정·운영할 수 있으며, 이에 따라 보건교육 거점학교 운영에 필요한 예산 및 인력을 지원할 수 있다. 보건교육 거점학교는 지역 특성에 맞는 맞춤형 보건교육 프로그램을 운영한다[18].

4. 건강보험재정실태

현재 한국사회는 고령화 사회로의 진입, 소아청소년의 학업 및 교우관계, 청장년층의 취업 및 실업문제, 가부장적 사회 속에서 주부의 가사 및 육아스트레스, 사이버 사회에서의 무기력감 및 인간관계에 대한 회의 등으로 인해 정신건강이 와해되고 있다[19].

표 1. 건강보험 재정실태 현황 2013년도 기준

| | | 2012 | 2011 | 2010 |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 수입 | 계(A) | 42,473,652,817 | 38,761,068,391 | 33,948,880,393 |
| | 보험료(C1) | 36,389,962,619 | 32,922,109,942 | 28,457,726,348 |
| 지출 | 계(B) | 39,152,044,404 | 37,258,746,902 | 34,926,339,447 |
| | 보험급여비 | 37,581,294,601 | 35,830,249,261 | 33,749,302,672 |
| | 보험급여비(실급여비)(D) | (37581294601) | (35830249261) | (33749302672) |
| 총수지출(B/A) | 소계 | 92.2 | 96.1 | 102.9 |
| 보험료대급여비율(D/(C1+C2+C3)) | 소계 | 90.1 | 94.4 | 101.3 |
| 당기차액(A-B) | 소계 | 3,321,608,413 | 1,502,321,489 | △977459054 |
| 이월금 | 소계 | 6,063,791,091 | 5,789,741,227 | 4,887,762,338 |
| 누적준비금 적립금(E) | 소계 | 4,575,743,575 | 1,560,023,785 | 959,258,215 |
| 적립률(E/D) | 소계 | 12.2 | 4.4 | 2.8 |
| 연간적용인구 1인당보험료 | 소계 | 843,173 | 772,415 | 683,228 |
| 연간적용인구 1인당급여비 | 소계 | 759,290 | 729,262 | 692,159 |

자료 : 보건복지부 및 국민건강보험공단, 2013

이러한 사회에서 연간 36조원의 건강보험재정 지출은 보건복지부 장관의 승인 하에 국민건강보험공단의 자치회계로 운영되기 때문에 국회의 직접적인 심의·의결을 받지 않는 일종의 국회 재정통제권의 사각지대이다. 건강보험의 2013년도 지출규모는 391억원 정도이며, 수입은 424억원에 해당된다. 재정지원은 「국민건강보험법」과 「국민건강증진법」에 근거를 두며, 당해연도 건강보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액으로 규정되어 있다[30].

국민연금, 고용보험, 산재보험 등의 타 사회보험재정이 기금으로 운용되면서, 통합재정에 포함되고 국회의 심의·의결을 거치는 것과 차이가 있기 때문에 건강보험은 여타 사회보험에 비해 재정당국과 국회의 통제가 미약하므로 적자발생 등의 재정건전성 악화문제에 적절히 대처하지 못할 수 있다. 미국의 경우에는 건강보험에 가입하지 않으면 2014년부터는 벌금이 부과되는데 개인일 경우 2015년에는 2014년에 부과된 액수(\$95)의 세배, 2016년에는 일곱 배가 된다.

건강보험에 가입하지 않으면 환자가 입원비와 치료비 등 경비 전체를 부담해야 하며 국가가 치료비를 지불해주지 않는 데도 불구하고 벌금 처벌까지 받아야 한다. 벌금을 피하려면 늦어도 2013년 12월 31일까지는 정부가 제공하는 건강보험에 가입해야만 된다.

이 강제성을 띤 건강보험법에 대한 오바마 대통령의 해명은 ‘누구나 들어야 하는 자동차 보험으로 이해하면 된다’라고 말했는데 자동차 보험은 양자 간에 가해자와 피해자 뿐 아니라 상해를 당한 자동차도 관계되어 있지만 개인을 위한 건강보험과는 다르기 때문에 개인의 건강을 국가가 책임지겠다는 뜻인지 혼란스러울 수 있겠다.

2010년 3월 21일 일요일 저녁에 통과된 건강보험개혁안은 과거에 있어 왔던 전통적이고 민주적인 방법을 택하지 않고 색다른 편법을 동원하여 전에 없는 놀라운 방식으로 강행되었다.

막대한 예산을 들여 저소득층 뿐 아니라 중산층까지 보험료를 지원해 주도록 했고 건강보험 가입 여부를 IRS가 조사하도록 했으며, 직원 16,000여명을 증원하여 건강보험에 가입하지 않은 사업체와 개인을 대상으로

세무조사와 벌금을 추정하는 등 다른 어떤 깊숙이에 매우 악한 계획이 숨겨져 드러나지 않고 있다.

건강보험에 소요되는 비용이 미국 전체 경제의 1/6을 차지하며 작년(2009)에는 재정적자가 \$1.4조에 달하여 오바마 대통령은 미 역사상 최대 재정 적자를 초래한 대통령으로 기록될 전망이다. 또한 건강보험개혁은 앞으로도 더욱 엄청난 적자에 적자를 가져 올 것이며 해마다 이에 대한 이자만 \$70억씩 늘어날 것으로 예상되고 있다.

5. 평생교육 참가의향

평생교육 참여에 관한 일반적 논의는 개인의 사회 참여와 심리 특성이라는 큰 줄기 속에서 다루어져 왔다 [21]. 이와 관련하여 초기 연구로 Knox와 Videbeck의 연구(1963)가 있다. 이들은 성인의 발달 단계에 따른 사회적 참여 현상이 패턴화 되어 있음을 지적하고, 여기에는 개인의 참여에 대한 주관적 태도와 개인 생활공간이 지닌 객관적 구조 영향이 작용한다고 논의하였다. 이들의 논의는 특히 개인의 생활공간의 객관적 구조에 영향을 미치는 요인으로 개인의 역할과 신분 구성, 참여 기회의 가능성 그리고 개인적·환경적 제약 등을 다루고 있다[16]. 평생교육에 참여하는 학습자의 참여 유형을 알아보기 위한 이론적인 틀을 처음으로 구축한 사람은 Houle(1961)로 평생교육 참여 동기 유형의 분류는 사실상 모든 교육 참여 동기 연구의 기본이 되고 있다 [39].

Houle(1961)은 다양한 형태의 계속교육에 참여하는 소규모 성인 집단을 대상으로 심층 면접을 실시하여 그들의 교육 참여 역사, 성인교육에 유인된 요인들, 교육 참여자로서 자신을 바라보는 관점을 탐구하여 성인학습자들이교육에 참여하는 동기를 목표지향성, 활동지향성, 학습지향성의 세 가지로 밝혀냈다[39]. 먼저 목표지향형 성인학습자들은 학교교육을 받는 목표와 유사한 이유로 계속 교육에 참여하는 학습자로서 실용주의적, 기능주의적 목표를 지니며‘조직적인 강의나 코스에 관심을 갖고 기술자격증이나 졸업장획득’등의 의도적인 목적을 지닌 학습자를 말한다. 활동지향형 학습자는 교육기관을 사람들이 서로 만나고 우정을 갖는 개방된

장소이며 사회적으로는 안정된 사교장소로 인식하며 교육은 고독을 피하기 위한 수단으로서 ‘사회적 인간관계 유지, 개선, 확대’ 라는 의도적 목적을 지닌 학습자이며, 학습지향형 학습자는 자신에 대한 분명한 자아개념을 지니 자신을 학습에 몰두하는 사람으로 인식하며 교육은 계속활동이기보다 매우 일상적인 일 중의 하나로 ‘지식 자체에 관심’을 가지는 학습자를 말한다. 이상근·기영화의 세 가지 참여 동기 유형 제시 이후 수많은 연구들이 수행되었으나 그가 제시한 유형의 구조를 입증하는 결과를 보였으며 Houle이 제시한 세 가지 요인보다 더 많은 요인이 있다는 것을 밝혔지만 그의 유형론을 반박하거나 잘못되었다고 하는 사람은 없었다. Houle의 분류를 준거로 한 학자들의 성인학습자의 참여 동기 유형을 분류하면 다음과 같다.

표 2. 평생교육참여동기 유형[16]

| Houle (1961) | Sheffield (1983) | Burgess (1971) | Morstain & Smart (1974) | Boshier (1971) |
|--------------|--------------------------|--|---------------------------|--------------------------------|
| 목표지향 | 개인목표지향 사회목표지향 | 개인적 목표성취동기 사회적 목표성취동기 | 외부적 기대 직업적 향상 | 가족 연대감 직업적 향상 |
| 활동지향 | 대외활동지향 대외욕구충족 활동지향 | 현상도피 동기 활동 참여 동기 | 사회적 관계 사회적 복지 도피/자극 | 상호이해 증진 사회적 교섭 사회적 자극 |
| 학습지향 | 학습지향 | 지적 성취동기 종교적 목표성취동기 공식적 자격획득동기 | 인지적 흥미 | 교육적 준비 인지적 흥미 |

Sheffield(1983)는 목표지향을 개인적 목표지향과 사회적 목표지향으로 활동지향은 대외 활동지향과 대외 욕구충족 활동지향으로 구분하였고, Burgess(1971)는 목표지향을 개인적 목표성취동기와 사회적 목표성취동기로 활동지향을 현상 도피 동기와 활동 참여 동기로 구분하고 학습지향을 지적 성취동기와 종교적 목표성취동기 그리고 공식적 자격획득동기로 구분하였다. Morstain & Smart(1974)는 목표지향 동기를 목표지향을 외부적 기대와 직업적 향상으로 활동지향을 사회적 관계와 사회적 복지 그리고 도피/자극으로 구분하고 학습지향은 인지적 흥미로 보았으며, Boshier(1971)는 목

표지향을 가족연대감과 직업적 향상으로 활동지향을 상호이해 증진과 사회적 교섭 그리고 사회적 자극으로 구분하였고, 학습지향은 교육적 준비와 인지적 흥미로 나누었다[33].

이처럼 성인학습자의 평생교육 참여 동기에 대한 연구는 Houle의 분류를 시작으로 많이 연구되어 왔다. 그러나 개개인마다 지니고 있는 동기의 양상은 매우 다양하여 시간과 공간 그리고 심리적, 생리적인 측면에서 볼 때, 변화무쌍한 성질을 지니고 있기 때문에 동기 자체를 명확하게 개념 짓기란 쉽지 않다. 실제로 학습자들이 학습에 참여하는 동기를 검토해보면, 실제적 목적을 가지고 참여한다는 점에서 매우 단순해보이지만, 이들이 자발적으로 학습에 참여하고 있고 학습자 개개인의 배경이나 특성이 다양하다는 점을 고려하면 학습자의 참여 동기는 매우 복잡하다고 할 수 있다[39][40].

II. 연구 설계

1. 연구모형 및 가설의 설정

1.1 연구모형

최근 들어 생활소득이 높아지면서 건강에 대한 지식이 향상되고 관심 또한 높아지고 있다. 이에 지역보건소에서는 다양한 보건교육프로그램을 운영하고 있다. 그러나 보건소는 지역성의 한계가 있어 많은 사람이 지역보건소를 찾아가서 보건교육을 받는 경우는 소수에 불과하다. 이에 최근 평생교육원이 많이 생겨나고 있어 이를 보건교육과 연계시켜 평생교육원에서 보건교육을 담당하고 건강보험의 혜택을 부여하며 보건교육사의 보건교육을 활성화시키고자 한다. 따라서 본 연구에서는 보건소에서 보건교육을 해오던 것을 보건교육활성화 방안으로 평생교육원에서 보건교육을 실시하고, 보건교육사를 통하여 보건교육의 폭을 확대하고 나아가 보건교육을 받은 사람들에게 건강보험의 혜택을 줌으로써 보건교육확대를 꾀하고자 한다.

이에 보건교육의 활성화 방안으로 국민건강증진과 보건교육지원, 건강보험혜택, 보건교육장소확대를 독립변수로 설정하였고 참가의향과 의료비절감을 종속변수

로 하여 그에 미치는 영향을 분석하고자 [그림 1]과 같이 모형을 설정하였다.

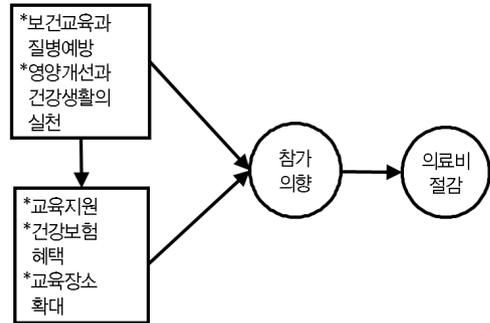


그림 1. 연구모형

1.2 가설의 설정

본 논문은 국민건강증진활성화를 위한 보건교육확대방안에 관한 연구로 가설은 다음과 같이 설정하였다.

가설 1. 국민건강증진(보건교육과 질병예방증진, 영양개선과 건강생활의 실천)은 보건교육확대, 참가의향, 의료비절감에 유의적인 정(+)의 영향을 미친다.

가설 2. 보건교육확대(보건교육지원, 건강보험할인혜택, 보건교육장소확대)는 참가의향과 의료비절감에 유의적인 정(+)의 영향을 미친다.

1.3 표본설계 및 자료수집

본 연구에서는 20대 이상 보건교육을 필요로 하는 남녀를 대상으로 국민건강증진향상을 위한 보건교육확대방안에 관한 연구를 분석하고자 보건프로그램이나 교육에 참가한 사람을 대상으로 무작위 추출법을 사용하여 연구표본을 선정하였다.

자료의 수집은 본 연구자와 사전에 교육을 받은 조사요원과 함께 실시하였다. 설문조사 시 설문조사의 목적과 방법 등을 상세히 알려준 후, 응답자가 설문항목에 대해 직접 기입하는 자기 기입 방법을 사용하였으며, 응답자가 설문지에 응답하는 시간은 평균 10-15분이 소요되었다. 설문조사 기간은 2014년 9월 1일부터 2014

년 9월 30일까지 설문지를 통해 실시하였으며, 총 550부의 설문지를 배포하여 이중 520부가 회수되었다. 조사내용의 일부가 누락되거나 불성실하게 응답했다고 판단된 11부의 설문지를 제외한 509부의 자료가 실제 분석에 사용되었다.

1.4 설문지 구성 및 분석방법

장정유의 평생교육시설에서의 중년여성을 위한 구강보건교육프로그램 효과(2011), 신경희의 고등학생 구강건강증진을 위한 단기구강보건교육프로그램 개발 및 효과(2011), 최미숙의 결혼이주여성을 위한 구강보건교육프로그램의 효과(2012)등의 내용을 배경으로 보건교육참여확대가 국민건강증진과 건강보험재정향상에 미치는 영향을 분석하기 위하여 설문지를 재구성하였다. 본 조사에서 수집된 자료의 통계처리는 데이터 코딩과 데이터 크리닝 과정을 거쳐 SPSS 20.0 for Windows 통계 패키지 프로그램을 활용하여 다음과 같은 방법으로 분석하였다.

- 첫째, 표본의 일반적 특성을 파악하기 위하여 기술통계 분석, 빈도 분석을 실시하였다.
- 둘째, 측정도구의 세부 항목들을 영역별로 분류하기 위하여 요인분석, 신뢰도 분석, 상관관계를 분석하였다.
- 셋째, 가설 검증을 위하여 다중회귀분석을 이용하여 결론을 도출하였다.

III. 분석결과 및 가설검증

1. 일반적 사항과 통계적 특성

1.1 빈도분석

본 연구는 국민건강증진향상을 위한 보건교육참여확대방안을 연구하기 위하여 성인 남·여 509명을 대상으로 보건교육을 받았거나 받기를 희망하는 사람을 대상으로 설문지법을 활용하여 응답자의 특성을 조사하였다. 조사내용으로는 응답자의 여성이 70.7%, 기혼이 70.1%, 40-49세 36.1%, 거주지역 경기도가 32.8%, 보건교육에 참석한 경험 1번 98.4%, 건강상태는 보통이다가

20.6%, 보건교육장소로 적당한 곳은 평생교육원이 36.3%, 건강관리를 위한 월 비용지급은 1-2만원이 2-3만원은 77.2%, 보건교육장소로 선호하는 이유는 의사는 휴일이나 야간시간대 이용하는 사람이 55.6%, 교육받기를 원하는 사람은 보건교육사가 43.6%로 가장 높게 나타났다.

2. 기술통계

2.1 기술통계

수집된 자료에 대한 특성을 가장 효과적으로 설명할 수 있는 요약치를 찾아내는 분석방법을 기술통계분석이라고 할 수 있는데 주로 이산변수나 연속변수를 분석한다. 이러한 기술통계량의 계산은 보다 심층적인 자료 분석을 위한 기본적인 준비단계라고 할 수 있다.

표 3. 기술통계분석

| | N | 최소값 | 최대값 | 평균 | 표준편차 |
|----------|-----|------|-------|--------|--------|
| 국민건강증진 | 509 | 2.00 | 5.00 | 3.767 | .467 |
| 교육지원 | 509 | 1.60 | 5.00 | 3.748 | .623 |
| 건강보험혜택 | 509 | 1.80 | 5.00 | 3.934 | .446 |
| 교육장소확대 | 509 | 1.00 | 12.00 | 3.915 | .567 |
| 참가의향 | 509 | 1.40 | 5.00 | 3.992 | .648 |
| 의료비절감 | 509 | 1.00 | 5.00 | 3.9784 | .50828 |
| 유효수(목록별) | 509 | | | | |

기술통계의 분석을 보면 국민건강증진 509명 응답자의 평균은 3.7678으로 나타났으며, 최소값은, 2.00, 최대값은 5.00으로, 표준편차는 .46776으로 나타났으며, 범위는 3(5.00-2.00)로 나타났다.

둘째, 보건교육지원 509명 응답자의 평균은 3.7481으로 나타났으며, 최소값은, 1.60, 최대값은 5.00으로, 표준편차는 .62316으로 나타났으며, 범위는 3.4(5.00-1.60)로 나타났다.

셋째, 건강보험혜택 509명 응답자의 평균은 3.9344으로 나타났으며, 최소값은, 1.80, 최대값은 5.00으로, 표준편차는 .44617으로 나타났으며, 범위는 3.2(5.00-1.80)로 나타났다.

넷째, 보건교육장소확대 509명 응답자의 평균은 3.9159으로 나타났으며, 최소값은, 1.00, 최대값은 12.00

으로, 표준편차는 .56722으로 나타났으며, 범위는 11(12.00-1.00)로 나타났다.

다섯째, 재참가의향 509명 응답자의 평균은 3.9921로 나타났으며, 최소값은, 1.40으로, 최대값은 5.00으로, 표준편차는 .50828으로 나타났으며, 범위는 3.6(5.00-1.40)로 나타났다.

여섯째, 의료비절감 509명 응답자의 평균은 3.9784로 나타났으며, 최소값은, 1.00으로, 최대값은 5.00으로, 표준편차는.50828으로 나타났으며, 범위는 4(5.00-1.00)로 나타났다.

3. 신뢰도분석 및 상관관계 분석

3.1 신뢰도 분석

척도의 신뢰성은 한 대상을 유사한 측정도구를 여러 번 측정하거나 한 가지 측정도구로 반복 측정했을 때 일관성 있는 결과를 산출하는 정도에 관련된다. 즉 일관성 있는 결과가 산출될수록 그 척도의 신뢰성이 높다. 척도의 신뢰성에 대한 평가 방법은 내적일관성에 의한 방법으로 한 구조를 다항목으로 측정했을 때 항목들이 일관성 혹은 동질성을 갖는가에 관한 것이다. 내적일관성은 항목들 간의 상관관계로써 평가되는데, 항목들 간의 상관관계가 높을수록 내적일관성이 높다. 일반적으로 가장 많이 쓰이는 내적일관성에 의한 척도의 신뢰성 평가방법은 Cronbach's α 계수를 이용하는 것이다. Cronbach's α 계수는 0에서1사이의 값을 가지며, 높을수록 바람직하나 반드시 몇 점 이상이어야 한다는 기준은 없다. 흔히 0.8~0.9이상이면 바람직하고 0.6~0.7이면 수용할만한 것으로 여겨진다. 그러나 0.6보다 작아지면 내적일관성을 결여한 것으로 받아들여진다. 따라서 본 연구는 신뢰도 분석 결과 국민건강증진향상을 위한 보건교육확대방안에 관한 연구의 신뢰도는 0.7 이상으로 나타나 신뢰도는 모두 충족되는 것으로 나타났다.

표 4. 신뢰도분석

| 문항 | 문항 수 | 문항번호 | Cronbach's α |
|----------------|------|------|---------------------|
| 보건교육과 질병예방증진 | I-1 | 5 | .743 |
| 영양개선과 건강생활의 실천 | I-2 | 5 | .739 |
| 보건교육지원 | II-1 | 5 | .723 |
| 건강보험혜택 | II-2 | 5 | .700 |
| 보건교육장소확대 | II-3 | 5 | .707 |
| 보건교육참가의향 | IV-1 | 5 | .708 |
| 의료비용 절감 | V | 5 | .700 |

1.2 상관관계 분석

상관관계분석은 변수들 간의 상관분석을 통하여 특정 현상을 기술하거나 설명하는 기술연구의 한 유형이다. 상관분석은 두 변수간의 상관분석을 통하여 사회과학 현상의 복합적인 상황을 보다 의미 있게 해석하고 궁극적으로 예측과 변수간의 인과관계를 규명하는 것이다. 본 연구의 목적인 각 요인별 인과관계를 파악하고 요인들의 예측타당성을 알아보기 위하여 상관관계 분석을 실시하였는데, 모든 연구 개념들 간의 상관관계는 유의적으로 정(+)의 방향으로 나타났다. 이것은 요인들 간의 관계가 양의 방향성을 보이고 있어 연구가설에 제시된 요인들 간의 관계와 일치하는 것을 나타내어 기준타당성을 만족시키고 있는 것으로 판단된다.

표 5. 상관관계 분석

| N=509 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 보건교육과 질병예방증진 | 1 | .550** | .144** | .183** | .173** | .138** | .188** |
| 영양개선과 건강생활의 실천 | .550** | 1 | .145** | .205** | .183** | .135** | .230** |
| 보건교육지원 | .144** | .145** | 1 | .379** | .344** | .322** | .367** |
| 건강보험혜택 | .183** | .205** | .379** | 1 | .512** | .394** | .379** |
| 보건교육장소 확대 | .173** | .183** | .344** | .512** | 1 | .396** | .337** |
| 보건교육에 참가의향 | .138** | .135** | .322** | .394** | .396** | 1 | .549** |
| 의료비용 절감 | .188** | .230** | .367** | .379** | .337** | .549** | 1 |

** 상관계수는0.01 수준(양쪽)에서 유의합니다.

[표 6]에 따르면 첫째, 보건교육과 질병예방증진과 영양개선 및 건강생활의 실천증진간의 상관계수는 .550로

서 유의수준.000에, 보건교육참여확대로 보건교육지원 상관계수는 .114로서 유의수준.001에서, 보건교육참여확대로 건강보험혜택의 상관계수는 .183로서 유의수준.002에서, 보건교육참여확대로 보건교육장소확대의 상관계수는 .173로서 유의수준.000에서 보건교육에 재 참가의향 상관계수는 .138로서 유의수준.002에, 의료비 절감상관계수는 .188로서 유의수준.000에 귀무가설은 각각하고 연구가설은 지지된다. 결론적으로 보건교육과 질병예방증진은 모든 변수들 상관관계는 정(+)의 관계가 있다.

둘째, 영양개선 및 건강생활의 실천증진과 보건교육 참여확대로 보건교육지원 상관계수는 .145로서 유의수준.001에서, 보건교육참여확대로 건강보험혜택의 상관계수는 .205로서 유의수준.000에서, 보건교육참여확대로 보건교육장소확대의 상관계수는 .183로서 유의수준.000에서 보건교육에 재 참가의향 상관계수는 .135로서 유의수준.002에, 의료비 절감상관계수는 .230로서 유의수준.000에 귀무가설은 각각하고 연구가설은 지지된다. 결론적으로 영양개선 및 건강생활의 실천증진은 모든 변수들 상관관계는 정(+)의 관계가 있다.

셋째, 보건교육참여확대로 보건교육지원과 보건교육 참여확대로 건강보험혜택의 상관계수는 .379로서 유의수준.000에서, 보건교육참여확대로 보건교육장소확대의 상관계수는 .344로서 유의수준.000에서 보건교육에 재 참가의향 상관계수는 .332로서 유의수준.000에, 의료비 절감상관계수는 .367로서 유의수준.000에 귀무가설은 각각하고 연구가설은 지지된다. 결론적으로 보건교육참여확대로 보건교육지원은 모든 변수들 상관관계는 정(+)의 관계가 있다.

넷째, 보건교육참여확대로 건강보험혜택과 보건교육 참여확대로 보건교육장소확대의 상관계수는 .512로서 유의수준.000에서 보건교육에 재 참가의향 상관계수는 .394로서 유의수준.000에, 의료비 절감상관계수는 .379로서 유의수준.000에 귀무가설은 각각하고 연구가설은 지지된다. 결론적으로 보건교육참여확대로 건강보험혜택은 모든 변수들 상관관계는 정(+)의 관계가 있다.

다섯째, 보건교육참여확대로 보건교육장소확대와 보건교육에 재 참가의향 상관계수는 .396로서 유의수

준.000에, 의료비 절감상관계수는 .337로서 유의수준.000에 귀무가설은 각각하고 연구가설은 지지된다. 결론적으로 보건교육참여확대로 보건교육장소확대는 모든 변수들 상관관계는 정(+)의 관계가 있다.

여섯째, 보건교육에 재 참가의향과 의료비 절감상관계수는 .549로서 유의수준.000에 귀무가설은 각각하고 연구가설은 지지된다. 결론적으로 보건교육에 재 참가의향은 모든 변수들 상관관계는 정(+)의 관계가 있다.

4. 요인분석

요인분석은 다수변수들 간의 상관관계를 분석하여 변수들의 바탕으로 이루는 공통차원들을 통해 이 변수들을 설명하는 통계기법으로 다수의 정보들을 정보손실을 최소화 하면서 소수의 요인들로 축약하여 독립변수와 종속변수가 없으며, 모든 변수들 간의 관계를 분석함으로써 변수들의 토대를 이루는 요인을 발견하여 주어진 자료 자체를 분석하는 것이다.

요인추출방법으로는 주성분분석으로 원래의 변수들의 분산 중 가급적 많은 부분을 설명하는 소수의 요인을 추출 하는데 목적을 두었고 공통요인분석은 원래변수들의 토대가 되는 잠재차원들을 찾아내는데 목적을 두었다. 요인분석은 기본적인 상관관계가 높은 변수들끼리 그룹핑하는 것이므로 변수들 간의 상관관계가 전반적으로 매우 낮다면 (대체로 ± .3이하) 그 자료는 요인분석에 부적합하다.

표 6. 국민건강증진 요인 분석

| 공통성 | 보건교육과 질병예방 | 영양개선과 건강생활실천 |
|------------|------------|--------------|
| 요인 | 성분1 | 성분2 |
| 질병예방 | .705 | .104 |
| 흡연예방 | .821 | -.398 |
| 음주예방 | .784 | -.468 |
| 건강에 유익한 행위 | .538 | .576 |
| 가치와 책임의식 | .562 | .552 |
| 건강생활에 도움 | .104 | .705 |
| 영양개선에 도움 | -.398 | .821 |
| 질병치유에 도움 | -.468 | .784 |
| 식생활이 개선됨 | .576 | .538 |
| 보건지식이 개선됨 | .552 | .562 |

보건교육 및 질병예방은 성분1에서 요인이 질병예방, 흡연예방, 음주예방, 건강에 유익한 행위, 가치와 책임

의식이 높게 적재되는 것으로 나타났으며, 영양개선과 건강생활실천은 성분2에 요인이 건강과 생활, 영양개선, 질병치유, 식생활이 개선, 보건지식이 개선이 높게 적재되는 것으로 나타났다.

표 7. 보건 교육지원 요인 분석

| 공통성 | 보건교육지원 | 건강보험혜택 | 교육장소혜택 |
|-----------------|--------|--------|--------|
| 요인 | 성분1 | 성분2 | 성분3 |
| 교통비 지원 | .875 | .119 | -.575 |
| 교육비 지원 | .719 | -.046 | -.419 |
| 교육을 받으면 비용을 지급 | .599 | -.353 | .599 |
| 교육을 받으면 상품을 지급 | .609 | .382 | -.409 |
| 교육을 무료 | .617 | -.150 | .513 |
| 건강보험료를 할인 | .496 | .670 | -.450 |
| 건강보험료환급 | -.563 | .695 | .553 |
| 건강보험산정 기준을완화 | -633 | .608 | .462 |
| 진료비 본인부담을 줄여줌 | .539 | .620 | .420 |
| 건강보험료를 연말정산에 포함 | .466 | .655 | -.210 |
| 평생교육원 | .511 | .490 | .700 |
| 문화센터 | -.541 | .114 | .338 |
| 학교 | .500 | -.687 | .829 |
| 시민센터 | -.439 | .725 | .852 |
| 보건소 | .465 | -.439 | .582 |

보건지원교육은 성분1에서 요인이 교통비지급, 교육비지급, 건강검진을 할인, 진료상담무료, 교육비무료가 높게 적재되는 것으로 나타났으며, 건강보험혜택은 성분1에서 요인 건강보험료 할인, 건강보험료 환급, 건강보험 산정 기준 완화, 건강보험본인부담을 줄여줌, 건강보험적용할인 해움이 높게 적재되는 것으로 나타났다.

그리고 보건교육장소확대는 성분1분에서 요인 평생교육원, 문화센터, 학교, 보거소가 높게 적재되는 것으로 나타났다.

표 8. 참가의향과 의료비절감 요인 분석

| 공통성 | 재 참가의향 | 의료비용절감 |
|----------------------|--------|--------|
| | 성분1 | 합계 |
| 교육에 재 참가 | .782 | .327 |
| 참가횟수를 늘림 | .711 | .613 |
| 다른 사람에게 추천 | .856 | .473 |
| 교육비를 늘림 | .865 | .335 |
| 다양한 교육프로그램을 추가적으로 참가 | .854 | .251 |
| 일반의약품 구입비용이 줄었음 | .538 | .757 |
| 병원진료비용이 줄었음 | .544 | .797 |
| 입원, 물리치료비가 줄었음 | .366 | .798 |
| 육체적인 건강이 호전됨 | .553 | .837 |
| 정신 건강이 호전됨 | .378 | .780 |

재 참가 의향은 성분1에서 요인 재 참가, 참가횟수를 늘릴 것이다, 다른 사람에게 추천, 교육비를 늘릴 것이다, 다양한 프로그램을 추가적으로 참가할 것이다가 높게 적재되는 것으로 나타났으며, 의료비절감은 성분2에서 요인 일반의약품 구입비용이 줄었으며, 병원진료비용이 줄었으며, 육체적인 건강이 호전되었으며, 정신 건강이 호전되었음이 높게 적재되는 것으로 나타났다.

5. 회귀분석

본 연구의 가설검정에 직접적으로 사용되는 통계적 추정치로서 회귀계수의 비표준화된 베타(β)값은 독립변수의 상대적 크기를 설명할 때 이용되며, 유의수준을 판별하는 t값, 회귀식의 적합도를 나타내는 F검정과 회귀식에서 독립변수들의 설명력을 나타내는 결정계수(R²) 값을 주로 이용한다. 또한, 독립변수들 간의 다중공선성 문제를 검정하기 위해 분산확대지수(VIF: Variance Inflation Factor)와 허용도(Tolerance)를 살펴보았다. 즉, VIF가 10이하이거나 허용도(Tolerance) 값이 0.1이상이면 변수들 간의 다중공선성은 없는 것으로 판명되는데[4], 본 연구에서 다중공선성의 선행요인들에서 다중공선성은 이 기준들을 만족하여 공선성 문제는 없는 것으로 나타났다.

표 9. 국민건강증진교육이 보건교육확대에 미치는 영향

| 모형 | 비표준화계수 | | 표준화계수 | t | 유의확률 |
|----------------|--------|---------|-----------|--------|------|
| | B | 표준오차 | 베타 | | |
| (상수) | 2.901 | .141 | | 20.614 | .000 |
| 교육과 질병예방 | .072 | .033 | .108 | 2.172 | .030 |
| 영양개선과 건강생활의 실천 | .204 | .043 | .234 | 4.716 | .000 |
| R | R 제곱 | 수정된R 제곱 | 추정값의 표준오차 | F | |
| .093 | .089 | .36947 | 3.540 | 25.932 | |

국민건강증진이 보건교육확대에 미치는 영향은 상관관계가 .093 이고 변화량은 25.932로 교육과 질병예방은 영향력 .072로 유의확률 .030으로 유의적으로 나타났으며, 영양개선과 건강생활실천은 영향력 .204로 유의확률은 .000으로 유의적으로 나타났다(p<0.05).

표 10. 국민건강증진교육이 참가의향에 미치는 영향

| 모형 | 비표준화계수 | | 표준화계수 | t | 유의확률 |
|----------------|--------|---------|-----------|-------|-------|
| | B | 표준오차 | 베타 | | |
| (상수) | 1.031 | .044 | | .000 | 1.000 |
| 보건교육과 질병예방 | .091 | .053 | .091 | 1.737 | .083 |
| 영양개선과 건강생활의 실천 | .085 | .053 | .085 | 1.613 | .107 |
| R | R 제공 | 수정된R 제공 | 추정값의 표준오차 | F | |
| .155a | .024 | .020 | .98984332 | 6.239 | |

국민건강증진이 참가의향에 미치는 영향은 상관관계가 .155이고 변화량은 6.239로 교육과 질병예방은 영향력 .91로 유의확률 .083으로 유의적이지 않는 것으로 나타났으며, 영양개선은 영향력 .085로 유의확률은 .107로 유의적이지 않는 것으로 나타났다. 따라서 교육과 질병 예방과 영양개선은 참가의향에 영향을 주지 않는 것으로 나타났다

표 11. 보건교육확대방안교육이 참가의향에 미치는 영향

| 모형 | 비표준화계수 | | 표준화계수 | t | 유의확률 |
|---------|--------|---------|-----------|--------|-------|
| | B | 표준오차 | 베타 | | |
| (상수) | 1.406 | .039 | | .000 | 1.000 |
| 보건교육지원 | .161 | .043 | .161 | 3.752 | .000 |
| 건강보험혜택 | .215 | .047 | .215 | 4.567 | .000 |
| 교육장소 확대 | .231 | .046 | .231 | 4.973 | .000 |
| R | R 제공 | 수정된R 제공 | 추정값의 표준오차 | F | |
| .478a | .228 | .223 | .88120919 | 49.731 | |

보건교육확대가 참가의향에 미치는 영향은 상관관계가 .478 이고 변화량은 49.731로 보건교육지원은 영향력 .164로 유의확률 .000으로 유의적으로 나타났으며, 건강 보험혜택은 영향력 .215로 유의확률은 .000으로 유의적으로 나타났으며, 교육장소 확대는 영향력 .231로 유의확률은 .000으로 유의적으로 나타났다. 따라서 보건교육지원과 건강보험혜택과 보건교육장소확대는 참가의향에 영향을 주는 것으로 나타났다.

표 12. 보건교육참가의향이 의료비절감에 미치는 영향

| 모형 | 비표준화계수 | | 표준화계수 | t | 유의확률 |
|-------|--------|---------|-----------|--------|-------|
| | B | 표준오차 | 베타 | | |
| (상수) | 5.826 | .042 | | .000 | 1.000 |
| 참가의향 | .337 | .042 | .337 | 8.053 | .000 |
| R | R 제공 | 수정된R 제공 | 추정값의 표준오차 | F | |
| .337a | .113 | .112 | .94252354 | 64.846 | |

보건교육참가의향은 의료비절감에 미치는 영향은 상관관계가 .113 이고 변화량은 64.846으로 참가의향은 영향력 .337로 유의확률 .000으로 유의적으로 나타났다. 따라서 보건교육참가의향은 의료비절감에 영향을 주는 것으로 나타났다.

표 13. 종합정리

| 독립변수 | | 종속변수 | T값 | 유의확률 | 채택 유. 무 |
|----------------|---|--------|-------|------|---------|
| 교육과 질병예방 | → | 보건교육확대 | 2.172 | .003 | 채택 |
| 영양개선과 건강생활의 실천 | → | 보건교육확대 | 4.716 | .000 | 채택 |
| 보건교육과 질병예방 | → | 참가의향 | 1.737 | .083 | 기각 |
| 영양개선과 건강생활의 실천 | → | 참가의향 | 1.613 | .107 | 기각 |
| 보건교육지원 | → | 참가의향 | 3.752 | .000 | 채택 |
| 건강보험혜택 | → | 참가의향 | 4.567 | .000 | 채택 |
| 교육장소 확대 | → | 참가의향 | 4.973 | .000 | 채택 |
| 참가의향 | → | 의료비절감 | 8.053 | .000 | 채택 |

종합정리를 하면 국민건강증진으로 질병예방교육과 건강생활실천교육은 보건교육확대에 영향을 주는 것으로 조사되었으며, 참가의향에 영향을 주는 것으로 조사되었다, 이에 참가의향은 의료비용절감에 영향을 주는 것으로 조사되었다, 그러나 국민건강증진으로 질병 예방교육과 건강생활실천교육만으로는 참가의향에 영향을 주지 않는 것으로 조사되었다. 따라서 보건교육의 참가의향을 높이고 의료비용을 절감하기 위해서는 단순한 질병예방교육과 건강생활실천교육보다는 보건교육을 지원하고 건강보험혜택을 주고 보건교육장소를 확대하여 참가의향을 높이는 것이 중요하고 볼 수 있다.

IV. 결론

1. 고찰

최근 들어 고령화, 식사문화, 스트레스, 운동부족으로 인한 질병은 점차 높아져 가고 있으나, 보건교육은 인터넷 홈페이지를 활용한 질병위주의 홍보와 관리 치료 요법을 중심으로 예방관리하고 있는 실정이다. 따라서 보건교육은 질병을 사전에 예방하고 현재 건강상태를 보다 효과적인 관리를 유지하기 위해서는 현재의 보건교육의 활동을 좀 더 확대하여 현재 보건소와 협회의 인터넷 위주의 교육보다는 평생교육기관을 활용하여 보건교육을 확대하여 보건교육을 실시한다면, 건강검진을 줄일 수 있고 국민건강보험의 지출비용을 장기적으로 줄일 수 있을 것이다.

최근 의료비는 점점 증가하는 추세이며 이를 충당하기 위해서 건강보험공단의 재정은 점점 악화 되어가고 있는 실정이며 이를 의료보험가입자에게 부담시키고 있는 것이 현실이다. 이러한 의료보험제정의 악화를 감소시키기 위해 국민의 건강증진이 중요하며 이를 해결하기 위해서는 보건교육을 하는 것이 중요하다. 그러나 일정이 바쁘고 교육의 장소가 한정되어 있는 관계로 많은 사람들은 보건교육을 받지 못하고 있다. 이를 해결하기 위해서 보건교육장소를 확대한다면 보건교육의 참여자는 늘어날 것이고 이로 인하여 국민의 건강은 더욱더 향상될 것으로 사료된다. 오늘날 한정된 보건소에서 교육을 하던 것을 평생교육원으로 확대하여 다양한 프로그램으로 교육을 한다면 보건교육은 더욱 활성화가 되고 의료비 또한 절약될 것이며 건강보험제정향상에도 도움이 될 것이다. 이에 평생교육원에서는 보건교육사를 활용하여 직장인들과 학생들이 참여할 수 있는 시간과 장소를 선정하여 교육을 한다면 보건교육의 향상에 크게 이바지하게 될 것이다.

2. 연구결과

오늘날 질병의 양상은 대부분 암, 당뇨병, 고혈압, 만성퇴행성 질환인데 이는 생활습관과 밀접한 것으로 평상시 건강관리가 중요하다. 평상시 건강관리를 위하여 식생활과 적절한 운동, 보건교육참여 등 건강관리를 잘

한 사람과 그렇지 못한 사람은 보험료부과에 있어서 보험료할인이나 보험급여차별을 해야 한다. 최근 보건소에서 보건교육을 실시하고 있지만 사실상 보건교육이 크게 확대가 되지 않고 있으며, 보건교육에 대한 참여도 또한 높지 않다. 그 이유는 한정된 장소인 보건소에서 주로 보건교육을 하기 때문에 교육받는 당사자들이 시간이 없거나 직장인들은 보건교육을 받을 기회가 적으며, 또한 집에서 멀리 떨어진 곳에서 보건교육을 받기 위해서는 많은 시간이 소요되기도 한다. 이를 해결하기 위해서는 보건교육참여확대를 유도하여 참가의향을 높이고, 이를 통하여 국민건강 증진을 향상시켜 보건교육의 장소를 확대함으로써 의료비를 절감하고 평생교육보건프로그램 활성화와 국민건강보험제정을 높이는 것이 중요하다. 본 연구에서는 20대 이상 보건교육을 필요로 하는 남녀를 대상으로 국민건강증진향상을 위한 보건교육확대방안에 관한 연구를 분석하고자 보건프로그램이나 교육에 참가한 사람을 대상으로 무작위추출법을 사용하여 연구표본을 선정하였다. 설문조사 기간은 2014년 9월 1일부터 2014년 9월 30일까지 설문지를 통해 실시하였으며, 총 509부의 설문자료를 실제 분석에 사용하여 국민건강증진향상을 위한 보건교육확대방안에 대하여 제시하였다.

본 조사에서 수집된 자료의 통계처리는 데이터 코딩과 데이터 크리닝 과정을 거쳐 SPSS 20.0 for Windows 통계 패키지 프로그램을 활용하여 표본의 인구통계학적 질문을 파악하기 위하여 빈도분석을 실시하였으며, 측정도구의 세부항목들을 영역별로 분류하기 위하여 요인분석을 실시하였으며 측정도구의 신뢰도를 파악하기 위하여 Cronbach's α 계수를 산출하였으며, 추출된 요인을 상관관계를 보기 위해서 상관분석을 실시하였으며, 끝으로, 가설 검증을 위하여 다중회귀분석을 사용하였다.

인구통계학적인 응답자 질문응답은 20세 성인 남녀 509명을 대상으로 보건교육을 받았거나 받기를 희망하는 사람을 대상으로 설문지 법을 활용하여 응답자의 특성을 조사하였다. 조사내용으로는 응답자의 여성이 70.7%, 기혼이 70.1%, 40-49세 36.1%, 거주지역 경기도가 32.8%, 보건교육에 참석한 경험 1번 98.4%, 건강상

대는 보통이다가 20.6%, 보건교육장소로 적당한곳은 평생교육원이 36.3%, 건강관리를 위한 월 비용지급은 1-2만원이 2-3만원이 77.2%, 보건교육장소로 선호하는 이유는 의사는 휴일이나 야간시간대 이용하는 사람이 55.6%, 교육받기를 원하는 사람은 보건교육사가 43.6%로 가장 높게 나타났다.

인구학적인 통계 자료를 바탕으로 국민건강증진향상을 위한 보건교육확대방안에 관한 가설을 검증한 결과는 다음과 같다.

의료비를 절감하는데 있어서 김현주(2014)는 원격진료를 적극적으로 활용하는 방안을, 안선희(2014)는 연구개발시스템구축과 인력양성 방안을, 그리고 청원군(2012)은 모바일서비스를 통해 보건의료서비스와 건강관련정보제공을 방안으로 제시하였다. 그러나 본 연구는 보건교육확대를 바탕으로 연구하였다.

첫째, 가설 1. 국민건강증진(보건교육과 질병예방증진, 영양개선과 건강생활의 실천)은 보건교육확대, 참가의향, 의료비절감에 유의적인 정(+)의 영향을 미친다.

국민건강증진활동은 보건교육확대에 영향을 주는 것으로 조사되었으며, 참가의향에는 영향을 주지 않는 것으로 조사되었다. 그러나 국민건강증진활동의 영향개선과 건강생활실천은 의료비 절감에 영향을 주는 것으로 조사되었다.

가설 2. 보건교육확대(보건교육지원, 건강보험할인혜택, 보건교육장소확대)는 참가의향과 의료비절감에 유의적인 정(+)의 영향을 미친다.

보건교육확대는 참가의향을 높이는 것으로 조사되었으며, 의료비절감에 영향을 주는 것으로 조사되었다.

3. 연구의 결론 및 향후과제

본 연구는 국민건강증진향상을 위한 보건교육확대방안에 관한 연구로서 다음과 같은 한계점을 가지고 있다.

첫째, 보건교육확대를 한정적인 장소로 평생교육장소를 선정하였으며, 평생교육원에서 보건교육프로그램을 교육하는 횟수가 적어 보건소에서 보건교육을 받은 사람으로 한정을 하여 설문조사를 실시하였다.

둘째, 전국을 대상으로 설문을 조사하였으나 일부의

한정된 보건교육을 받은 사람을 대상으로 조사하였으므로 전 국민의 대표성을 갖지는 못한다.

셋째, 국민건강증진향상에 맞추어 보건교육비 지급과 의료보험혜택과 교육장소의 선정에 있어서 다소 개인적인 의견이 포함되어 있다.

따라서 향후 과제로는 국민건강증진향상을 위하여 다양한 보건프로그램개발과 교육방법에 따른 보건교육확대가 향후 연구과제로 남는다.

참고 문헌

- [1] 고승덕, 노인의 삶의 질을 결정하는 요인 추출에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문, pp.5-15, 1996.
- [2] 김영복, 위자형, “단기 보건교육 프로그램 활용한 중학생보건의 효과분석”, 한국보건교육학회지, 제14권, 제1호, pp.1-18, 1997.
- [3] 김대희, “건강증진정책의 방향 및 융통성 검토”, 보건교육·건강증진학회지, 제16권, 제2호, pp.251-264, 1999.
- [4] 김남선, 신미정, “마을평생학습리더 양성과정 참여자의 프로그램 만족도에 관한 연구”, 평화통일연구, 제7권, 제1호, pp.25-46, 1990.
- [5] 김종서, “우리나라의 학원교육의 개혁 방안”, 명지대학교사회교육연구소, 제10권, 제2호, pp.189-200, 1999.
- [6] 김영혜, 여성 노인의 건강행위 탐색, 이화여자대학교, 박사학위논문, pp.2-9, 2003.
- [7] 문상식, 이시백, “주관적 건강인식과 건강검진 결과의 비교분석을 통한 건강 행위연구”, 한국보건교육·건강증진학회지, 제18권, 제3호, pp.11-36, 2001.
- [8] 보건복지부, 국민건강증진 종합계획 지침, 서울: 보건복지부, 2005.
- [9] 보건복지부, 한국보건사회연구원, 국민건강증진 종합계획 중간평가, 서울: 보건복지부, 2006.
- [10] 송은주, 평생교육 참여 의도가 여성의 삶의 질

- 에 미치는 영향, 중앙대학교, 석사학위논문, 2011.
- [11] 신경희, *고등학생의 구강건강증진을 위한 단기 구강보건교육프로그램개발 및 효과*, 단국대학교 대학원, 박사학위논문, 2011.
- [12] 장정유, *평생교육시설에서의 중년여성을 위한 구강보건 교육프로그램의 효과*, 단국대학교 대학원, 박사학위논문, 2011.
- [13] 이공숙, *학부모의 학교교육참여에 관한 연구*, 고려대학교교육대학원, 석사학위논문, 1993.
- [14] 임영희, 안주영, 권인탁, “대학 평생교육원 프로그램 참여자의 참여 동기, 프로그램 만족도, 행복감의 구조관계 분석”, 한국 HRD 연구, 제7권, 제1권, pp.45-66, 2012.
- [15] 이시백, “보건문제의 변화와 보건교육의 역할”, 한국보건교육학 학회, 제10권, 제1호, pp.1-7, 1993.
- [16] 이기환, *평생교육학습자의 참여 동기와 만족도: 관공서의 평생교육을 중심으로*, 대구대학교 대학원, 박사학위논문, 2003.
- [17] 이해경, “정신건강과 치유환경”, 한국콘텐츠학회논문지, 제12권, 제4호, pp.34-38, 2014.
- [18] 이야리, 정영철, “보건복지 개인정보보호 교육 콘텐츠개발”, 한국콘텐츠학회논문지, 제12권, 제3호, pp.39-43, 2014.
- [19] 오요섭, *평생학습도시 주민의 평생교육 만족도에 관한 연구*, 숭실대학교대학원, 석사학위논문, 2006.
- [20] 윤병준, “일부국가의 국민건강증진 종합계획에 관한 고찰”, 한국학보건교육학회지, 2013.
- [21] 윤영집, *카톨릭교회 평생교육 프로그램 참여자의 참여 동기과 만족도 분석*, 고려대학교대학원, 석사학위논문, 2005.
- [22] 오현주, *농촌지역 노인의 건강행태와 보건지소에서의 노인건강증진사업 활성화*, 인제대학교 대학원, 석사학위논문, 2001.
- [23] 한국건강관리협회, *건강교육 공시자료*, 2014.
- [24] <http://www.who.int/>, 2014.
- [25] http://www.nhis.or.kr/portal/site/main/MENU_WBDDG03.
- [26] 권이중, *사회교육개론*, 서울: 교육과학사, 1992.
- [27] 김현희, *보건관련법규*, 예당출판사, 2010.
- [28] 김성순, *고령사회정책론*, 홍익제, 2003.
- [29] 배장오, *평생교육개론*, 서울: 서현사, 2009.
- [30] 서울시 송파구 송파보건소 *보건교육자료*, 2014.
- [31] 조유향, *노인보건*, 현문사, 1989.
- [32] A. W. Astain, *What matters in college Four critical tears revisited*. San Francisco, CA: Jossey Bass. 1993.
- [33] R. Boshier, *Psychometric properties of the alternative form of the education participation scale*, Adult Education Quarterly, Vol.43, No.3, pp.150-167, 1991.
- [34] R. S. Caffarella, *Planning programs for adult learners, A practical guide for educators, trainer and staff developers*, San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1994.
- [35] K. P. Cross, *Adult as learners, Increasing participation and facilitating learning*, San Francisco, Jossey-Bass, 1981.
- [36] G. Darkenwald and S. Merriam, *Adult education: Foundations of practice*, New York: Harper & Row Publishers, 1982.
- [37] C. B. Eavay, *History of Christian Education*, Chicago: Moody Press, 1964.
- [38] J. S. Edward, T. H. David, J. K. Richard, and David Satcher, “Progress toward the healthy people 2010 goals and objectives,” Annual Review of Public Health, Vol.31, pp.271-281, 2010.
- [39] C. O. Houle, *Inquiring mind*. Madison, WI, University of Wisconsin Press, 1961.
- [40] Hasegawa Toshihiko, Healthy Japan 21, a New perspective on health promotion policy for Japan in the 21st century, Journal of Korean Society for Health Education and

Promotion, Vol.22, No.3, pp.135-155, 2005.

[41] P. Jarvis, *Adult and continuing education: Theory and practice*, London: Routledge, 1995.

[42] O. Kenneth and S. Warren, *Christian education, Its history and philosophy*, Eugene: Wipf & Stock Pub, 1992.

[43] M. Knowles, *Modern practice of adult education*, Chicago, Association Press, 1970.

[44] K. G. Keppel, J. N. Percy, and R. J. Klein, "Measuring progress in healthy people 2010," *Healthy People 2010 Stat Notes*, Vol.25, pp.1-16, 2010.

[45] M. S. Knowles, *Andragogy in action: Applying modern principles for adult learning*, San Francisco: Jossey-Bass, 1984.

[46] H. K. Koh, J. J. Piotrowski, S. Kumanyika, J. E. Fielding, "Healthy People, a 2020 vision for the social determinants approach," *Health Educ Behav*, Vol.38, No.6, pp.551-557, 2011.

[47] E. A. Locke, *Handbook of industrial and organizational psychology*, Chicago, IL, Rand McNally, 1976.

[48] S. B. Merriam and R. S. Caffarella, *Learning in adulthood*, San Francisco: Jossey-Bass, 1991.

[49] E. W. Nam, T. Hasegawa, J. K. Davies, and N. Ikeda, "Health promotion policies in the Republic of Korea and Japan, a comparative study," *Health Promotion & Education*, Vol.13, No.1, pp.20-28, 2006.

[50] T. Valentine, United States of America, The current predominance of learning for the job. In P. Belanger & S. Valdivielso (Eds.), *The emergence of learning societies: Who participates in adult learning*, pp.95-108, 1997.

[51] US DHHS, *Disease Prevention and Health Promotion, Objectives for the Nation*, Washington DC, DHHS, 1980.

저 자 소 개

윤 기 선(Gi-Seon Yun)

정회원



- 2010년 8월 : 호서대학교 정보경영학과 박사졸업
- 2015년 1월 : 웨스트민스터 신학대학원 박사수료
- 2014년 7월 ~ 현재 : ManA 회사 대표

- 2012년 3월 ~ 현재 : 호서대학교 교양학부 겸임교수
- <관심분야> : 창업, 의료경영, 전시컨벤션

박 정 열(Chung-Yeol Park)

정회원



- 2009년 9월 ~ 현재 : 나사렛대학교 국제경영학과 교수
- 2007년 8월 ~ 2009년 9월 : California State University, Sacramento 연구 교수
- 1999년 2월 : 숙명여자대학교 영

어영문학 박사

- 2014년 2월 : 한양대학교 글로벌MBA
- <관심분야> : 영어교육, 보건교육, 지역문화, 국제경영, 전략 프로젝트