

삶의 질 향상을 위한 우리나라 보건요원의 역할

남 철 현*

1. 서 론

삶의 질을 향상시키고자 하는 염원은 끊임없이 삶을 영위해 온 인류가 추구하여 온 보편적인 가치라고 할 수 있다. Inkeles(1993)는 삶의 질을 근대화 또는 산업화 맥락에서 연구하였으며 산업화로 인하여 물질적, 물리적 조건 특히 국민총생산량(GNP)과 같은 경제적 조건의 발전이 있었으며 그 결과 국민의 삶의 질이 향상되었다고 결론짓고 있다. 구체적으로 세계은행, 국제연합, 국제노동기구, 세계보건기구 등에서 발표한 수많은 측정치에 의하면 상대적 빈곤 국가의 물질적, 물리적 생활조건이 상대적 부국국민의 '삶의 질'보다 열등하다고 분석하고 있다. 경제·사회발전이 가져다주는 풍요의 증가는 일반적으로 국민의 삶의 행복을 증가시켜 준다고 보는 것이 Inkeles의 주장이다. 결론적으로 Inkeles는 '삶의 질'을 생활수준(standard of life) 또는 경제수준의 향상이라는 개념으로 해석하고 있다.

우리 나라는 경제개발에 걸친 제 7차 5개년 계획을 거치면서 급속한 경제성장을 해 왔다고 볼 수 있으나 양적 성장에 치우치다 보니 내면적인 질적 성장을 소홀히 하였다고 볼 수 있다. 예를 들어 우리 나라의 자동차 대수는 양적으로 짧은 기간에 많이 늘어 외적성장을 가져왔지만 이에 따라야 하는 교통문화에 대한 내적 성장은 거의 이루지 못하여 교통무질서로 인한 세계 제 1위 교통 사고국으로 기록되고 있다. 우리 나라는 급속한 산업화를 이룩한 양적 경제성장을 원동력으로 1995년 1인당 GNP도 1만 달러를 넘어 절대 빈곤으로부터의 탈출에도 성공하였으나 한편으로는 경제성장이 보건, 복지, 환경, 문화 등 우리생활과 직결된 부문의 질적 향상에 얼마나 기여했는가에 대한 의문이

* 한국보건교육학회장, 경산대학교 교수

제기되고 있다. 더구나 1997년말 밀어닥친 IMF한파로 인하여 실제 거품이 꺼지면서 모든 면에서 어려워지고 있으며 우리가 향유하고 있는 '삶의 질'은 경제수준에도 맞지 않게 상당히 낙후되어 있는 것으로 평가되고 있다.

우리 나라의 '삶의 질'을 세분하여 국제 비교하면 경제부문은 29위, 교육부문은 28위, 문화·정보부문은 23위이지만 보건의료분야는 59위로 비교적 낙후되어 있다. 전 부문 종합순위는 174개국 중 29위로 평가되고 있다<표 1>. 이는 우리의 경제규모 및 수준과 '삶의 질'을 구성하는 부문의 수준이 균형과 조화를 이루지 못하고 있음을 뜻한다. 특히 보건의료, 사회간접자본, 개인서비스 등이 상대적으로 낙후되어 있다. 이는 IMF이전의 자료로 평가된 것인데 IMF 이후 자료로 평가한다면 이보다 더욱 떨어질 것으로 생각된다. 더구나 고도성장의 사회적 내용으로 환경오염, 교통체증 등의 문제가 심각해지고 있으며 복지 재정, 산업채해, 교통사고 및 대형안전사고 등 사회안전측면의 취약점까지 감안하면 우리의 '삶의 질'과 경제수준간의 불균형은 더욱 심화 될 것으로 예상된다.

'삶의 질'을 향상시키려는 인간의 욕구는 다분히 소득수준의 상승에 기인하기보다는 행복한 삶을 추구하고자 하는 인간 본능에서 비롯된다고 본다.

행복한 삶은 경제적인 풍요도 중요하다. 그 동안 정부는 제 7차에 걸친 경제 5개년 개발계획의 성공에 힘입어 전국민 의료보험을 실시하여 어느 정도 성공했으나 재정의 불안정과 제도의 미비, 그리고 국민의 인식부족으로 아직 의료보장이 미흡한 실정에 있다. 또한 지방자치제 실시에 따라 지역보건법이 제정되었지만 아직 소기의 성과를 보지 못하고 있다. 정부는 국민건강증진법을 1995년 9월 1일부터 발효시켜 시행하고 있으며, 1998년에는 한국보건사회 연구원에 보건교육개발센터의 설립과 한국건강관리협회의 순회이동보건교육단의 발족 그리고 필요한 부분의 연구활동지원 등 가시적인 사업을 지원하고 있으나 중앙과 지방의 사업추진관련체도와 조직의 미비, 지방자치단체의 합리적이고 구체적인 특성화 사업계획의 소홀, 관련조직간의 협력체계미비 등으로 국민건강증진사업은 지지부진하여 활성화되지 못하고 있다.

따라서 국민건강에 직간접으로 영향을 많이 미치는 보건의료 부문이 174개국 중 59위로 다른 부문에 비하여 특히 1인당 GNP순위가 비슷한 국가와의

비교에서도 크게 뒤 떨어져 있다는 것은 심각히 생각해 볼 문제이다.

〈표 1〉 '삶의 질'의 현위치(국제순위)

국가	삶의 질(1994년 기준)					HDI
	전체	경제	교육	보건	문화	
한국	29	29	28	59	23	31
미국	1	1	2	20	10	2
일본	8	2	33	3	8	3
프랑스	11	4	9	9	21	8
영국	10	9	22	8	9	18
독일	13	3	27	13	14	15
이탈리아	19	12	10	6	29	20

주) 삶의 질 순위는 경제부문의 5개지표, 교육부문의 5개지표, 보건부문의 4개지표, 문화·정보부문의 2개지표를 대상으로 주성분분석(Principal Components Analysis)에 의한 복합지표로 삶의 질 지수를 산출한 다음 세계 174개국을 비교한 것임.

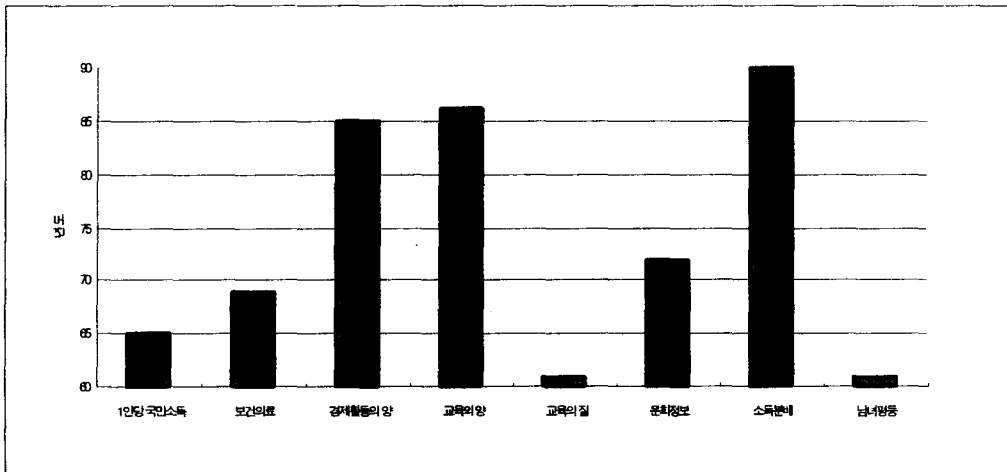
HDI: Human Development Index.

자료: 윤병식 외, '한국인의 삶의 질: 현황과 정책과제', 한국보건사회연구원, 1996

삶의 질 부문 및 OECD국가와 대비한 우리나라의 삶의 질 현위치를 도시한 그림1에서 보는 바와같이 교육수양부문에서는 우리나라 수준은 1980년대 후반의 OECD국가들의 평균수준에 도달하였으나 교육의 질 부문과 남녀간의 평등 문제는 1960년대의 OECD국가 수준에 못 미치는 것으로 나타나고 있으며 보건의료부문은 1960년 말 수준으로 상당히 낙후되어 이러한 보건의료부문의 낙후는 제도적인 점도 중요하지만 국민의 보건의식행태수준의 문제와 관련이 깊다. 근래 우리나라의 국민보건문제는 질병양상의 변화로 일대 전환을 받고 있는데 국민이 이에 대한 건강한 생활양식을 인식하여 적극 실천한다면 충분히 해결할 수 있으며 이는 곧 삶의 질을 높이는 것이다. 따라서 국민보건의식행태수준을 높여 건강한 생활을 하도록 하는 데는 보건교육을 할 수 있는 보건인

력의 역할이 대단히 중요하다고 본다.

〈그림 1〉 OECD국가 대비 우리나라 '삶의 질'의 현위치



2. 삶의 질의 개념과 구성요건

삶의 질의 개념은 주관적인 성향이 강하며 객관화하기 어렵다. 특히 이론적으로 삶의 질이란 厚生(welfare) 혹은 效用(utility)으로 표현될 수 있으며, 그 개념의 이해와 계량화에 대한 논의는 아직도 계속되고 있다.

사람의 질을 우리말 사전이 풀이한 바에 따라 해석한다면, 첫째, 삶의 질에서 '질'은 사람 됨됨이의 바탕으로서, 사람의 질을 의미하지는 않으나 사람으로서 갖추어야 할 덕목(德目)을 의미하여 바람직한 삶을 가능하게 하는 바탕을 의미한다고 하겠다. 둘째, 사물의 질을 뜻하는 의미에서 삶의 질을 유추한다면, 삶에 필요한 각종 재화와 서비스가 지닌 유용성, 내용의 좋고 나쁨, 가치, 등급, 속성 등을 총체적으로 나타내는 이른 바 효용으로서 삶의 질이다. '양보다 질이 우선이다'라는 표현에서 보듯이 삶의 질은 비교대상이 되는 다른 삶보다 질적으로 더 나은 삶을 의미한다. 삶의 질이 지닌 어의를 부연한다면, 개인 및 사회구성원의 필요를 충족시키기 위하여 요구되는 양적으로 '보다 많

은’ 것을 넘어서 질적으로 ‘보다 좋은’것에 대하여 상대적으로 더욱 관심을 갖게 되었음을 표현한 것으로 해석된다. 이러한 맥락에서, 삶의 질이라는 표현에서 ‘질’은 규범적인 개념이다.

이상에서 살펴 본 내용에서 나타나듯이 ‘삶의 질’은 여러가지 의미를 함축하는 표현이기 때문에 그 개념이 임의적으로 규정되지 않으나 어의적(語義的)으로 보아 그 함축하는 바를 종합한다면, 삶의 질은 ‘살아가는 일이 더 더 좋아지거나 나빠지는 상태’에 대한 추상적인 표현이라고 하겠다.

국제기간의 연구사례에서는, 삶의 질을 流量으로서 生活水準과 貯量으로서 福祉水準에 이루어진다는 전제하에 각에 대한 개념을 제시하고 있다. 생활수준은 ‘재화와 서비스의 흐름의 결과로서 단위시간의 욕구에 대한 획득된 충족의 수준’으로, 복지수준(복지상태)은 ‘일정시점에서 개인 및 인구집단의 욕구에 대한 충족의 결과로서 인지된 상태’(Drewnowski, 1970)로 규정하고 있다. 이 개념은 삶의 질을 욕구에 대한 충족의 관계로 파악하는 효용론에 따르고 있으며, 생활 및 복지의 구성요소별 지표에 의하여 각각의 수준과 분포를 고려한 삶의 질을 표시한다.

또 하나의 예로서, 삶의 질의 개념을 앞서 살펴본 바와 같이 그 어의와 유사하게 규정짓는 사례도 보인다. 즉 삶의 질은 다른 상태에 있는 것보다 어떤 상태에 있는 것이 더 좋은 존재(being better)로서, 개선되고 있거나 악화되고 있는 것으로서, ‘ 좋거나 나쁜 것(being good or bad)으로서 보여지는 것’(Wingo, 1977)으로 표현하고 있다.

한편 삶의 질은 Sen(1985)이 제시한 예에서와 같이, 음식물의 공급에 의한 재화의 저장이나 음식물의 소비로써 얻는 즐거움 또는 욕구충족으로 표시되는 복지수준보다는 영양수준과 같이 그 사람의 신체여건에 대한 표현으로 이해된다. 즉, 재화와 서비스의 양이 많다고 하여 삶의 질이 향상된다고 볼 수 없으며, 빈부의 차이에 따라 욕구충족이 상이하게 나타나는 복지수준이 삶의 질을 뜻하지 않는다. 즉 소득이 아무리 많더라도 질병을 가졌거나 건강하지 않다면 삶의 질을 높일수가 없는 것이다.

삶의 질의 구성요건은, 건강과 생명, 재산과 안전과 기본적인 요건, 쾌적한 삶을 위하여 불가결한 물리적 요건, 그리고 사람다운 삶을 영위하기 위하여 요

구되는 고차원의 욕구인 정신적 요건등이며, 물리적 요건은 그 수준, 안전, 형평, 쾌적 등에 의하여 평가되고 정신적 요건의 평가차원은 수준, 안정(안심), 형평, 자유 등이다. 한편 경제사회발전은 발전단계에 상응하는 경제사회구조와 의식구조의 변화에 상응하는 경제사회구조와 의식구조의 변화를 가져오며 이러한 구조변화는 개개인 물론 인구집단의 삶의 질을 구성하는 요건들을 외생적으로 또는 시간의 흐름에 따라 교호작용을 통하여 변화시킨다.

이같은 구조변화는 삶의 질을 구성하는 직접적인 요건은 되지 않으나 삶의 질에 영향을 미치면서 일정한 추이와 경향을 보이는 특징을 지닌다. 구조변화를 경제사회구조와 의식구조의 변화로 구분한다면, 전자의 경우에 속하는 것은 노령화, 세계화, 정보화, 도시화, 산업화, 환경친화, 지방화, 핵가족화 등이며, 후자에 속하는 것은 정신적, 심리적 의식의 변화 등이다.<표 2>

예를 들면, '건강과 안전'과 같은 사회적 관심사는 미국의 삶의 질을 위하여 일반적으로 대단히 중요한 것으로 간주되는 사회적 영역을 대표하며 (Teriecky, 1975), 우리나라의 사회지표체계에서도 '건강'과 '안전'은 각각 하나의 부문으로 설정되어 있다(한국보건사회연구원, 1995).

〈표 2〉 '삶의 질' 구성요건 및 평가차원

구성요건 및 관련구조변화		평가차원
구성요건	기본적 요건 물리적 요건 정신적 요건	건강, 생명과 재산의 안전수준, 안정, 형평, 쾌적수준, 안정·안심, 형평, 자유
'삶의 질' 관련구조 변화	경제사회구조 의식구조	노령화, 세계화, 정보화, 도시화, 산업화, 환경친화, 지방화, 핵가족화 등 의식구조변화

삶의 질을 측정하기 위하여 삶의 질의 관심부문(영역)을 구성하고 이에 따라 개별지표를 선정하는 것은 중요하다. 이 경우 개별지표는 경제사회적 변수간의 인과를 나타내는 구조 또는 모형에 포함되어야 지표로서 의미를 지닌다. 삶

의 질에 대한 관심영역은 <표 3>에서 보는 바와 같이 언론사와 민간조사 기관에서 실시한 삶의 질에 관한 지표는 항목의 차이가 있으나 총괄적 내용은 비슷하다.

중앙일보사가 전국 74개 시의 삶의 질을 비교·평가하기 위하여 행한 삶의 질의 평가 분야는 6개항 36개 지표이며, 공보처 여론과가 '미디어 리서치'에 위촉하여 세계화 시대에 요구되는 국민복지와 삶의 질에 대한 국가적 정책마련을 위한 자료로 활용하는 것을 목적으로 조사한 삶의 질 구성부문은 23항목을 제시하였다. 가장 관심있는 삶의 질의 분야는 본인과 가족의 건강, 자녀문제, 안락한 주거생활, 수입증대, 직장에서의 성공, 본인의 노후대책등의 순으로 나타나 삶의 질에서 건강이 가장 우선임을 알 수 있었다(윤병식 외, 1996)

<표 3> '삶의 질'조사에서 제시된 부문구성의 사례

평가분야 (중앙일보)	구성부문(공보처 위촉조사)		가장 관심 많은 '삶의 질' 순위
	1. 현재의 소득수준	13. 사회복지 향상	
	2. 현재의 직업	14. 교육의 질 향상	
	3. 현재의 물가	15. 안전관리 시설	
1. 건강한 생활	4. 깨끗한 수도물 공급	16. 인권보호	1. 본인과 가족건강
2. 안전한 생활	5. 깨끗한 자연환경	17. 법질서 및 사회질서확립	2. 자녀문제
3. 교육·복지	6. 자연휴식공간확보	18. 청소년 문제	3. 안락한 주거생활
4. 경제생활	7. 쓰레기 처리문제	19. 현재의 건강 상태	4. 수입증대
5. 편리한 생활	8. 건강하고 위생적인 식품	20. 문화·예술생활	5. 직장에서 성공
6. 문화생활	9. 주택난 해소	21. 레저·여가생활	6. 본인의 노후대책
	10. 교통문제 해소	22. 주위사람과의 인간 관계	
	11. 민생치안 확립	23. 가정의 화목	
	12. 의료서비스 제공		

3. 우리 나라 보건의료 부문의 삶의 질 수준

한나라의 삶의 질을 다른 나라의 수준과 비교하는 연구가 오랫동안 지속되어 오고 있지만 성공적이지 못하였는데 그 이유는 삶의 질을 갖는 정성적 특성을 정량화하여 비교한다는 것이 쉽지 않고 삶의 질에 영향을 주는 관심변수

에 관한 자료를 모든 나라에서 얻을 수 없기 때문이다. 수집 가능한 각 국가의 자료를 참고하여 삶의 질을 보건·의료, 경제, 교육, 문화·정보 부문의 4개 부문으로 나누어 부문별 종합자료를 구성하여 표준화된 각 부문의 제 1주 성분 점수를 백분위 점수로 환산하여 순위를 결정하여 비교·분석한 자료인 윤병식 외(1996)의 보고에 의하면 우리 나라의 보건·의료부문의 삶의 질은 174개국 가운데 59위로 밝혀졌다. 따라서 우리 나라에서 동부문의 삶의 질 수준은 소득수준 및 인간개발순위(1인당 GNP순위 및 HDI순위) 31위에 비해 크게 뒤지고 있음을 알 수 있다. 동 부문 삶의 질의 상위 5위권에는 스웨덴, 스위스, 노르웨이, 그리스 등 유럽권에 속하는 국가와 일본이 위치하고 있으며, 삶의 질이 가장 열악한 국가들로는 아프가니스탄, 시에라 레온, 말리, 말라위, 기니아 비사우 등 주로 중동과 아프리카에 위치하고 있는 국가들이다. 한편, 우리 나라의 삶의 질 수준을 OECD국가들과 비교할 때, 24위로 국제순위 93위인 터키보다는 양호한 수준을 보이고 있으나, OECD순위 23위인 뉴질랜드와는 점수에 있어서 약 16점의 격차를 보이고 있다.

우리 나라에서 보건·의료부문의 삶의 질 수준을 점수로 보면, 1위인 스웨덴을 100점으로 하였을 때 약 71점으로, 3위인 일본 수준의 약 74%, 10위인 벨기에의 약 75%, 26위인 뉴질랜드의 81%에 해당하는데 이는 아시아권의 홍콩이나 싱가포르보다 낮은 수준이다<표 4>. 또한, 64위인 중국에 비해서는 순위 차이는 있으나 점수면에서는 거의 비슷한 수준을 보이고 있다.

본 분석에서와 같이 우리 나라의 보건·의료부문 삶의 질이 1인당 GNP나 HDI 순위에 비하여 상대적으로 낮은 이유는 본 부문의 지표를 결정하는 각 변수의 크기가 모두 낮은 값을 보이기 때문이라고 할 수 있다. 즉, 출생시 남성의 기대수명년수는 59위, 출생시 여성의 기대수명년수는 42위, 영아생존률은 58위, 65세 이상 인구비율은 62위에 불과하다.

이러한 낮은 수준을 향상시키기 위해서는 정부의 보건의료에 대한 적절한 정책이 수반되어야 하지만 무엇보다 국민의 보건에 대한 의식수준을 높여야 한다.

〈표 4〉 한국과 OECD국가의 보건·의료부문 '삶의 질' 비교

국가명	OECD순위	국제순위	100분위 점수
스웨덴	1	1	100.00
스위스	2	2	96.37
일본	3	3	96.20
노르웨이	4	4	96.16
그리스	5	5	96.09
이탈리아	6	6	95.67
스페인	7	7	95.41
영국	8	8	94.58
프랑스	9	9	94.48
벨기에	10	10	94.20
오스트리아	11	11	93.54
덴마크	12	12	93.38
독일	13	13	92.86
네덜란드	14	14	92.54
핀란드	15	15	91.67
아이슬란드	16	16	91.52
캐나다	17	17	91.15
룩셈부르크	18	18	90.89
호주	19	19	89.85
미국	20	20	89.63
포르투갈	21	21	89.22
아일랜드	22	24	87.53
뉴질랜드	23	26	87.27
한국	24	59	71.01
터어키	25	93	57.21

주) 현재 OECD가입국은 29개국이나 1995년 이후에 가입한 체코, 헝가리, 폴란드 등은 자료구독의 어려움으로 분석에서 제외되었음.

4. 삶의 질 향상을 위한 보건교육사업의 필요성

〈표 3〉의 삶의 질의 구성부문을 보면 건강한 생활과 안전한 생활관련 부문이 가장 많고 관심분야는 본인과 가족건강, 안락한 주거생활 그리고 노후대책이 높은 순위를 차지하고 있다. 이들 분야는 건강증진 사업과 직결되므로 건강증진이 제대로 이루어진다면 삶의 질은 향상될 수가 있다.

국민건강증진이 향상되면 삶의 질의 국제지표에 이용된 보건의료부문인 남

녀기대수명이 늘어나고 영아사망률이 낮아질 것이며 65세 노인인구 비율은 늘어날 것이다.

국민건강증진을 위하여는 3대 목표 즉 첫째, 국민들의 건강생활실천 수준향상, 둘째, 예방서비스의 접근제고, 셋째, 건강보호·증진적 생활환경조성이 달성되어야 한다(변종화, 1998).

이를 달성하기 위한 기본방향은 국민건강생활실천을 유도하기 위한 건강생활지도 즉 보건교육에 중점을 두어야 한다.

예방보건사업 역시 보건교육을 통하여 지역사회 주민의 참여를 유도해야 하며 건강생활환경조성도 주민들에 대한 교육홍보가 이루어져야 효과가 있다. 그러므로 모든 공중보건활동에는 보건교육사업이 필수적으로 선행되어야 함으로써 가정에서, 학교에서, 직장에서, 의료기관 그리고 산업장 등 모든 지역사회에서 보건교육은 실시되어야 한다.

「미네소타」대의 G.Anderson은 공중보건활동의 3요소 즉 보건서비스, 보건법규, 보건교육중 보건교육이 가장 중요하고 절대적이라고 주장하였다. 한마디로 보건교육은 국민보건의 바탕이 되는 것이며 조직적인 사회교육인 동시에 문화운동이라고 할 수 있다. 요컨대 모든 국민이 건강에 대하여 적극적으로 태도를 취하도록 하는 데에 보건교육의 뜻과 중요성이 있는 것이다(권이혁 1990). 그리고 보건교육사업은 개인이나 지역사회가 건강에 이로운 생활양식을 유지 및 촉진하게 할 수 있고 건강에 관련되는 문제를 해결할 수 있는 능력을 확보하게 할 수 있다(박형종 외 1997).

사람은 누구나 건강을 유지하고 증진시키려는 데 심혈을 기울인다. 이와 같이 건강에 대한 욕구는 어떤 개인 뿐 아니라 가정, 지역사회, 국가 등 인간집단이며 모두 다 가지고 있다. 이 욕구를 충족시키기 위하여 우리는 건강에 대한 여러가지 프로그램을 갖게 되는데 이런 활동을 건강관리라 하며, 철저한 건강관리를 하기 위해 보건교육사업이 필수적으로 필요하다(남철현 1998).

5. 질병양상변화와 국민건강의 문제

'96년도 인구추계에 따르면 65세 이상 노령인구가 5.9%였으며 매년 증가하

여 2023년에는 약 14.0%가 되어 노인보건문제는 보건의료분야에 하나의 큰 과제가 되고 있다. 또한 암, 뇌졸중, 심장병, 고혈압, 당뇨병 그리고 간질환 등 만성퇴행성질환과 사고에 의한 손상으로 인한 사망이 전체 사망자의 70%를 넘고 있어 질병발생양상이 선진국의 형태로 변하고 있다. 이러한 질환은 의료적인 조치만으로 치료가 어려워 국민건강과 삶의 질적저하를 초래함은 물론 국민의 의료비 증가의 요인이 되고 있다. 1995년에는 21조 9천 4백억원으로 추계되어 1970년의 국민의료비 714억원에 비해 152배 증가(같은 기간 소비자 물가지수 8.3배)되었는데 이는 의료보험자의 보험금여비중 만성퇴행성질환의 진료비가 차지하는 비율이 32%(1993)로서 높기 때문이다(변종화, 1996).

우리나라의 최근의 연령별 사망원인을 보면 40대 이상에서는 암과 뇌혈관질환 및 심장병 등 심혈관계질환으로 인한 사망이 증가하였으며, 청장년층 이하에서는 불의의 사고에 의한 사망이 대단히 높아 1위를 차지하고 있다<표 5>.

〈표 5〉 연령별 5대 사망 원인 순위

	1위	2위	3위	4위	5위
0세	선천이상	주산기 사망	불의의 사고	폐렴, 기관지염	심장병
1-9세	불의의 사고	선천 이상	암	심장병	폐렴, 기관지염
10-19세	불의의 사고	심장병	암	자살	선천이상
20-29세	불의의 사고	암	자살	심장병	뇌혈관질환
30-39세	불의의 사고	암	만성 간질환	심장병	자살
40-49세	암	불의의 사고	만성간질환	뇌허로간질환	심장병
50-59세	암	뇌혈관질환	불의의 사고	만성 간질환	심장병
60-69세	암	뇌혈관질환	심장병	고혈압성 질환	불의의 사고
70세이상	뇌혈관질환	암	심장병	고혈압성 질환	불의의 사고

자료: 통계청, '96 사망원인 통계연보, 1997

심혈관계질환은 우리 나라 생활양식이 서구화와 밀접한 관계가 있다고 생각되며 21세기에도 암과 함께 사망의 주요원인이 될 전망이다. 암질환의 발생은 위암의 경우 '95년 인구 10만 명당 29.3명을 기록하여 일본(38.5명) 다음으로

높은 수치이고, 간암의 경우 23.4명을 기록하여 OECD국가 중에서는 최고의 수치를 보이고 있다. 일본의 경우 우리 나라와 비슷한 현상으로 위암(38.5명, '93)과 간암(16.1명, '93)에서 높은 발생률을 보여주고 있는 것으로 보아 동양사회의 전통적 관습에서 오는 생활양식에 기인한 바가 큰 것으로 보인다.

최근 과거 소실된 것으로 생각되었던 질병들이 재유행하거나 발병한 적이 없던 새로운 질병(Re-emerging and Emerging Infectious Disease)의 발생으로 경각심을 높이고 있다. 즉, 70년대 이후 우리 나라 감염성 질환 발생양상은 한동안 발생이 없던 질병들 중 최근 콜레라와 말라리아 등이 다시 발생하고 있다<표 6>. 그리고 이전에는 전혀 보고된 적이 없던 병원성대장균(O-157)이 '97년 수입육류 검역과정에서 발견된 데 이어서 '98년 6월초 유통 햄버그에서 발견되는 등 병원성대장균(O-157)으로 인한 공식환자 발생위험이 점차 높아지고 있으며, 에이즈, 인플루엔자, 장내바이러스감염 등 해외유입 감염병 질환의 발생으로 정부에는 이에 대하여 국민들에게 충분한 교육홍보를 하여 예방토록 하여야 할 것이다.

〈표 6〉 주요 감염병 발생현황

	'75	'80	'85	'90	'94	'95	'96	'97
콜레라	-	145	-	-	-	68	2	10
장티푸스	534	201	208	232	267	370	475	265
폴리오	23	14	-	-	-	-	-	-
홍역	4,973	5,097	1,283	3,415	7,883	71	65	2
말라리아	1,238	-	-	-	20	107	356	1,724
유행성출혈열	-	20	64	106	132	89	118	104
일본뇌염	117	107	-	1	3	-	-	-
에이즈	-	-	-	127	90	108	102	-

자료: 보건복지부, “급성전염병관리지침”, 1998

이와같은 감염성질환의 발생양상은 국제교류가 가속화 될 21세기에는 더욱 심각해질 것으로 생각된다. 그러나 21세기는 국민생활이 풍요로워지는 반면에

마약 등 약물중독, 미혼모 증가, 전염성질환과 만성 퇴행성 질환의 증가, 교통사고와 각종 안전사고 그리고 환경오염과 폐기물에 의한 환경파괴등 삶의 질을 높이는 인간다운 생활을 영위하는데 방해가 되는 건강장해가 심각하게 발생할 수 있을 것이다. 그러므로 이에 대한 예방보건사업으로 보건교육사업이 우선되어야 한다.

서울시민의 주요 만성질환 및 사고에 대한 최근 통계를 보면 주요 만성질환은 치아우식증(1위), 피부질환(2위), 관절염(3위), 소화성궤양(3위), 고혈압(5위)의 순으로 나타났으며 이들 5개 질환은 전체 만성질환의 절반이상(50.1%)을 차지하였다.

〈표 7〉 생애주기별 만성질환 유병률¹⁾(5대 질환)

질환명	전체	0-6세 (학령전기)	7-18세 (학령기)	19-44세 (성인전기)	45-64세 (성인후기)	65세이상 (노년기)
치아우식증	57.1(1)	71.7(1)	82.2(1)	50.1(2)		
피부병	53.7(2)	19.3(2)	26.4(2)	68.9(1)	65.4(4)	
관절염	41.4(3)				106.7(1)	252.0(1)
소화성궤양	41.3(4)			43.2(3)	78.9(3)	86.2(5)
고혈압					86.3(2)	182.4(2)
천식(만성기침)	29.8(5)	10.4(3)	6.5(5)			
축농증		9.7(4)	20.6(3)			
알레르기성 비염		7.4(5)	16.9(4)			
당뇨					55.9(5)	99.9(4)
요통, 좌골통				22.1(4)		117.4(3)
치질, 치핵				19.6(5)		

주: 1) (연간 만성질환 이환건수 ÷ 전체 조사대상 인구) × 1,000

2) ()은 유병률 순위임,

자료: 한국보건사회연구원, 「서울시민의 보건의료수준」, 1998

그리고 사고발생률을 원인별, 생애주기별로 살펴보면 운수사고는 성인기와 노년기에 발생률이 높게 나타났으며, 폭행에 의한 사고는 학령기에, 중

독에 의한 사고는 학령전기 및 노년기에 부주의에 의한 사고는 노년기에 높았다.

〈표 8〉 연간사고 발생률¹⁾(원인별, 생애주기별)

	학령전기 (0-6세)	학령기 (7-18세)	성인전기 (19-44세)	성인후기 (45-64)세	노년기 (65세 이상)
계	311.4	225.7	215.3	278.9	355.4
교통, 운수사고	22.5	18.8	44.4	41.0	69.5
폭행	3.8	8.4	5.0	0.00	-
중독	281.4	196.5	162.5	226.3	270.4
부주의사고	38.8	4.2	5.0	13.7	23.2
기타	311.4	227.8	217.0	280.9	363.2

주: 1) (연간 사고 발생건수 ÷ 전체 조사대상 인구) × 1,000

자료: 한국보건사회연구원, 「서울시민의 보건의료수준」, 1998.

이상과 같이 심혈관계질환과 암 등 질환과 서울 시민의 만성질환은 주원인이 주로 낮은 보건의식이나 해로운 생활양식 등에 기인한다고 볼 때 보건의료정책의 접근방식에서 효과적인 정책대응은 질병발생 후 치료에 의존하는 소극적 대응이 아니라 질병발생이전의 건강증진 및 질병예방을 도모하는 적극적인 건강관리대책에 따라 예방할 수도 있으므로 향후 21세기에는 정부가 국민의 건강증진활동에 특히 보건교육사업에 더욱 적극적인 노력을 아끼지 말아야 할 부분이다.

7. 삶의 질 향상을 위한 보건요원의 역할

병이 난 다음에 치료하는 것보다 병이 나기 전에 예방하는 것이 중요하고, 이 질병예방사업의 으뜸이 되는 수단으로 보건교육이 강조되고 있는 것은 어제 오늘의 이야기가 아니다. 자신의 건강을 자신이 지키는데 필요한 지식, 태도, 행동의 무지는 다른 일반 지식의 무지보다 더 큰 문제로 받아들여야 한다. 모든 지역사회주민들은 건강에 대한 올바른 지식과 태도 형성이 이루어지고

이를 보건행동으로 이어지도록 해야한다. 이렇게 되기 위해서 모든 보건요원은 지역 사회내에 존재하는 가능한 모든 자원을 이용하여 효과적인 활동을 전개해야 한다. 일반 사설 의료기관을 포함하여 기타 유관단체들이 모두 참여할 수 있도록 하며 공공보건기관(의료기관, 보건(지)소 또는 보건진료소)의 보건요원도 보건교육자의 역할을 담당해야 한다. 개인접촉의 형태는 강력한 설득력을 발휘할 수 있고 주민들의 건강에 대한 요구를 즉시 파악할 수 있는 큰 장점을 가지고 있다(남철현 1998).

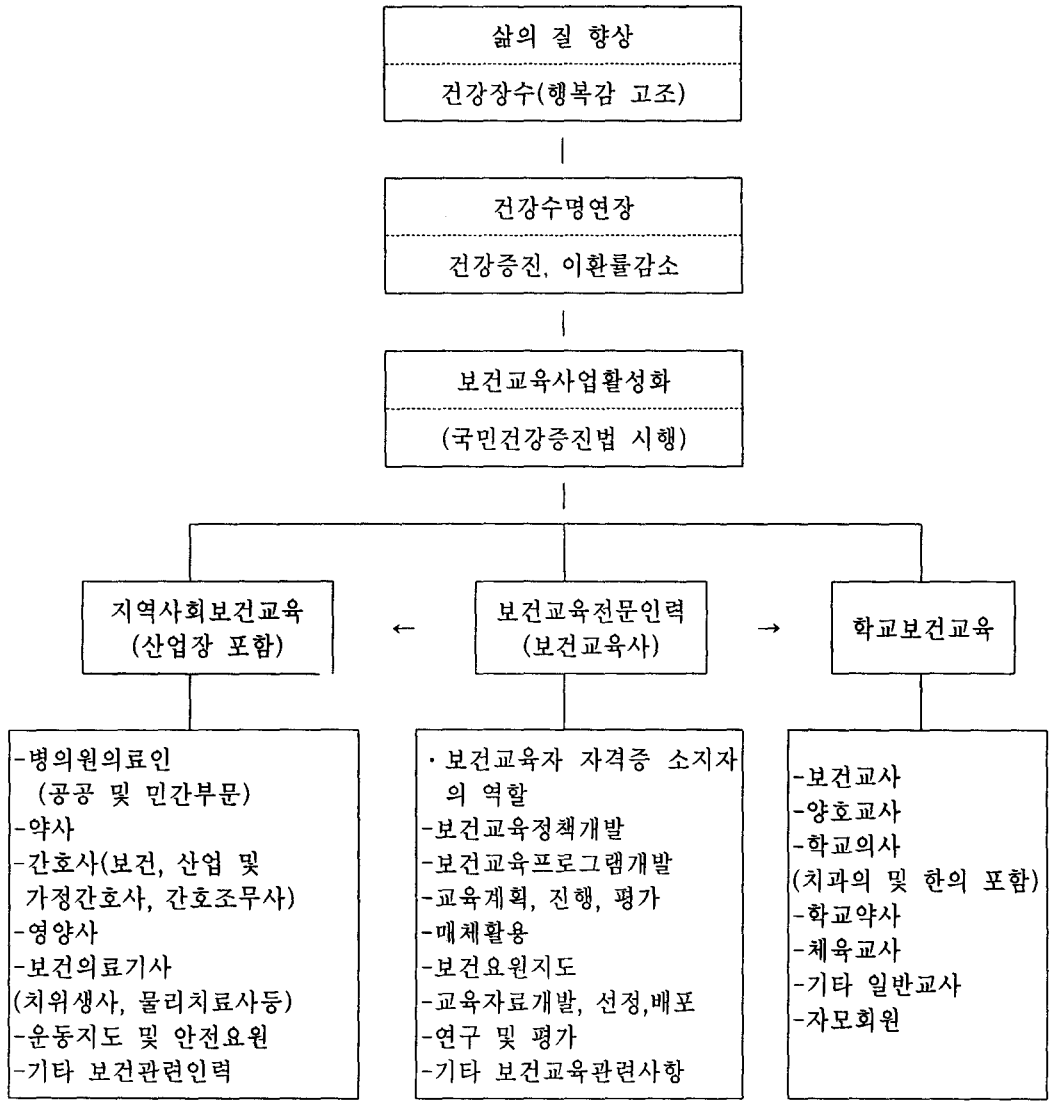
특히 오늘날 경제사회적 환경의 급속한 변화로 대두되고 있는 각종 보건문제를 고려할 때, 사전에 질병을 예방하고 주민 스스로 자기 건강을 지켜 나가며 국민의 건강의식 수준을 향상시킬 수 있는 보건교육 활동에 대한 국가의 역할이 대단히 중요하다. 그래서 건강에 대한 주민의 책임이 구체적으로 무엇인지를 알게 하고, 주민 스스로 능동적으로 질병을 예방할 수 있도록 대국민 보건교육을 국가책임으로 실천해야 한다(이시백 1998).

보건교육의 활동범위를 편의상 지역사회 보건교육과 학교 보건교육으로 대별할 수 있다. 지역사회 보건교육사업은 모든 보건요원에 의하여 수행되며, 개인 및 집단이 건강한 생활을 영유할 수 있도록 예방적인 목적하에 지역사회 주민을 대상으로 하여 이루어지는 활동과정이다(그림 2).

학교 보건사업은 학교 보건교사가 주관하고 양호교사, 학교의사, 학교약사, 일반교사, 자모회원의 지원이 필요하다. 효과적인 지역사회 보건교육이 수행되기 위해서는 지역사회 주민들이 스스로 자기들 건강문제를 인식하고 보건사업은 지역사회 주민전체의 공동사업임을 알도록 해야 한다. 그래서 주민들이 사업에 참여할수 있는 가능한 모든 기회를 부여하여야 한다. 이러한 가능성을 높여주기 위해서 지역사회 집단 및 조직 즉 보건교육활동을 수행하는 모든 보건요원이 소속되어 있는 공공부문인 지역사회 자치단체의 보건기관(공공의료기관, 보건(지)소 또는 보건진료소)과 민간부문으로 지역사회내의 민간단체 및 지원기관 이용을 권장하고 있다. 또한 전문 보건교육인력으로서 보건교육사제도를 도입하여 건강증진법에 의한 보건교육 뿐 아니라 폭 넓은 질 높은 교육이 체계적이고 효율적으로 이루어지도록 해야 할 것이다. 그리고 삶의 질 향상을 위하여는 보건의료부문이 강

화되고 활성화되어야 할 것이며 이는 곧 국민건강증진과 직결된다. 건강증진사업에서 가장 중요한 것은 보건교육사업이며 이를 위하여는 보건관련 인력의 역할이 대단히 중요하다. 보건요원의 일반적 역할을 정리하면 다음과 같다.

- (1) 보건교육활동의 주체자 역할 - 보건교육사업계획, 수행, 평가 등
- (2) 보건관련자료개발의 역할 - 자료개발, 선정, 배급 등
- (3) 예방보건서비스 제공자 역할 - 검진, 예방접종, 건강상담 등
- (4) 건강생활환경여건 조성자 역할 - 건강증진시설확보, 점검 등
(주거, 식수, 화장실, 쓰레기, 소음, 공해 등)
- (5) 공공과 민간부문간의 보건사업 조정자 역할 - 공공 및 민간의 보건교육사업 효율성 증대
- (6) 자기건강관리(self care) 상담 역할 - 직장근무자, 산업장근로자, 병원환자 대상 상담 등
- (7) 지역사회조직과 주민의 자발적 참여유도 역할 - 건강증진사업에서 지역사회역할의 중요성, 동기조성
- (8) 농촌지도소 등 타기관 주민지도요원과 협조 역할 - 영양지도사 및 농촌관련 지도자



〈그림 2〉 삶의 질 향상을 위한 보건인력

가. 지역사회 보건교육 인력

1) 보건교육에 있어서의 의사(한의사, 치과의사 포함)의 역할

개업의사나 병원 근무의사라도 의사의 역할로서 기초적인 것은 일상의 진료를 보건교육적(환자교육적)으로 하는 일이다. 이 경우 환자(대상자)나 그 가족이 질병에 관하여 이해하고 치료상 필요한 것을 실행하도록 하게 하는 것이

그 목적이지만 건강행위에 초점을 맞추는 일이 중요하다. 그러기 위해서는 환자의 사고방식이나 생활상태의 파악이 불가결하며 질병 악화의 방지를 포함한 광의의 예방과 가정보건의 관점이 특히 필요하다. 또한 의사로서 지역사회나 단체의 건강교실등 보건교육에 참가하여 주민의 건강을 위하여 조언하는 역할을 갖는다.

이 외에 의료인, 간호사 등 다른 직종이 하는 교육(특히 내용)에 관하여 지시나 조언을 하는 입장에 있으나, 이 경우는 환자(대상자)가 하지 않으면 안되는 행동을 명확히 하는 일이 중요하다. 그리고 의사는 보건소장, 병원장 등 기관의 장인 경우가 많은데 이 경우는 기관 전체로서 보건교육의 본래 자세나 각 직종의 역할에 관하여 충분한 이해와 그 추진이 필요하며 교육효과를 평가하고 실시 가능한 교육계획을 세우는 것도 중요하다.

2) 약사의 역할

개업약사는 우리 나라의 현 의료관행상 지역사회주민과 건강상담을 할 수 있으며 의사의 처방전 없이 환자애의 투약도 가능함으로 국민의 보건의료이용률이 가장 높아 주민과의 접근도가 높다. 그러므로 각종 질병예방과 약의 오남용에 대한 건강상담을 적극적으로 할 필요가 있다.

3) 간호직의 역할

간호직의 업무는 모두가 보건교육 그 자체이거나 보건교육의 기회가 되는 것 뿐이라고 생각한다. 또한, 지역주민이나 환자의 가장 가까운 상담대상자이며 보건교육자이다.

간호직중 보건간호사와 가정간호사는 바로 보건교육의 제 일선에 있기 때문에 가정방문, 보건지도, 각종 검진시의 지도 등을 가장 보건 교육적으로 실시하는 것이 필요하며, 생활에 결부된 보건교육사업의 기획, 실시가 기대된다. 실제 보건교육은 입안할 때에는 보건교육과 주민참여를 기본 바탕으로 하여 가족보건을 중심으로 하는 일이 중요하다. 그리고 간호사가 병(산)원이나 보건소 근무의 경우에는 임신, 출산, 가족계획에 관한 교육이 주된 일이고 입퇴원 환자에 대한 환자교육이라고 하는 중요한 역할도 가지고 있는 것이다.

4) 영양사의 역할

보건소나 농촌지도소의 영양사는 주로 지역에 있어서의 건강증진 중의 영양 교육을 담당하게 되지만 영양을 '건강생활과 영양'이라고 한 넓은 입장에서 보건의료인과 사회체육인들과의 연계를 긴밀히 하는 일이 중요하다. 공공 또는 민간단체, 산업장 등 식당에 종사하는 영양사도 소속직원들을 대상으로 건강식품, 식이요법 등에 대한 교육을 해야한다.

학교급식과 환자급식의 경우 학생과 환자 및 그 가족이 일상생활과 관련이 있기 때문에 철저한 준비가 필요하다.

5) 각종 의료기사의 역할

물리치료사는 재활보건과 물리치료운동에 대하여, 치위생사는 치아우식증, 이빨닦기, 충치등 구강보건에 대하여, 임상병리 및 방사선 기사 등도 감염등 병원성균의 전파와 핵관련물질의 위해 등에 대하여 지역사회 주민과 접하여 상담과 교육을 할 수가 있다.

6) 운동, 체력 및 에어로빅 지도 요원의 역할

건강증진사업에서 중요한 분야인 운동, 체력 그리고 에어로빅 지도자가 할 수 있는 인력으로 체육전공인력과 운동관련인력(가칭 운동처방사 등) 그리고 에어로빅 강사를 통한 적절한 신체운동등도 보건교육사업의 하나로 활용할수 있을 것이다.

7) 보건관련 기타요원

안전요원들은 응급처치 교육을 할수가 있으며 교육을 받은 보건행정업무요원들도 보건교육사업평가와 보건교육지원업무에 종사할 수 있다.

나. 학교보건교육

학교보건은 학생, 교사 그리고 기타 학교직원들의 건강유지, 질병예방 및 건강평가(진단)를 목적으로 계획 수립된 보건사업으로서 보건교사, 교의(校醫), 양호교사, 치과 의사, 학교약사 그리고 일반교사들의 직접적인 관여로 수행된다.

이와 같은 목적으로 실행되는 영역을 크게 나누어 보면 ① 정기 또는 비정기적인 신체검사를 통하여 아동 및 모든 학교 종사자들의 건강상태 평가, 전염병 관리, 응급처치, 집단급식 등 개인 및 집단 건강을 중심으로 한 건강봉사(health services) ② 학교환경위생관리(조명, 환기, 안전수 공급, 화장실 청결 등), 안전시설 유지, 계절에 따른 수업시간 조정, 학업평가시험제의 적정, 아동들의 정서적 발달에 미치는 환경의 조정, 교과과정 개발 등 학교생활을 중심으로 한 건강한 학교 생활(healthful living) ③ 학습을 통해 건강지식을 가르치며, 학교생활에서 실지건강에 대한 새로운 경험을 준다거나 기타 관련된 학습내용에서 건강에 대한 태도 및 행위를 배우게 하는 건강 학습(health instruction)이다.

학교보건교육은 가정과 사회의 파급효과가 크므로 대단히 중요하다. 앞으로 선진국과 같이 보건과목을 설정하고 보건교사(간호사와 보건관련학과 출신으로 교직과목 이수자)를 임용하여 합리적이고 체계적으로 보건학습을 담당시켜야 할 것이다.

다. 전문보건교육인력의 양성 활용

보건교육사업을 효과적으로 수행하기 위하여는 보건교육전문인력의 양성이 시급하다. 국민건강증진법에 의한 보건교육사업수행에도 자격을 갖춘 보건교육인력을 양성하여 지역사회 보건소, 산업장, 병원, 보건교육을 하고 있는 각종 민간단체, 보건관련조직에서 활용하도록 되어야 한다.

우리 나라에는 보건교육사 제도가 없지만 미국 등 선진국에는 보건교육사(Health Education)가 보건교육전문가로서 관련기관에 배치되어 활용되고 있다. 보건교육을 지도하는 사람은 누구든지 한사람의 보건교육사로서 고려될 수 있지만 전문적인 교육과 훈련을 받지 않은 사람은 어떤 방법이나 절차가 가장 적절한 교육이 될 수 있는지를 이론적으로 충분히 이해하지 못하기 때문에 대상자들의 의식행태를 바람직하게 변화시키는데는 실패하는 수가 많다(남철현 외, 1993).

전문적으로 훈련된 보건교육사(보건교육전문가)는 보건교육 프로그램을 계

획하고, 지도하고, 평가하는 유일한 기능을 가지며 그 목적은 사람들이 건강한 생활을 받아들이고 유지하도록 격려하며 유효한 보건사업과 서비스를 현명하게 사용하고 받아들일 수 있도록 개인과 집단이 그들 자신이 결정하게 하여 그들의 건강상태와 환경을 증진시키도록 하는데 있다(Breckkon, 1989).

미국의 경우 보건교육사는 Health science educator, public(communit) Health educator 그리고 school health educator 3가지 형태로 분류되고 있으며, 군 보건소 조직에 보건교육사가 임명되어 보건교육에 대한 전반적인 계획을 수립하고 관내에서 보건요원들이 원활한 보건교육을 수행하고 평가할 수 있도록 지도하며 도와주고 있다.

보건교육사의 정의는 보건교육의 정의에 따라 약간씩 다르지만 의미는 거의 같다.

Turner(1951)는 보건교육은 개인 및 지역사회 보건과 관련되는 습관, 태도, 그리고 지식에 유리하게 영향을 미치는 경험의 요약이고 지역사회 보건교육은 지역사회에서 주민들이 좀더 지성적인 보건행동에 대하여 그들 자신들이 지식을 듣거나 이해하는 하나의 학습과정이며 지역사회 보건교육사는 보건문제를 해결하는데 필요한 지역의 흥미, 연구, 그리고 활동을 개발하고 조직하는 것을 도와주는 사람이라고 하였다.

1973년 뉴욕의 보건교육회장단 회의보고서에서 보건교육은 보건지식과 보건 실천간의 거리를 연결시켜주는 하나의 과정이며 보건교육사는 사람들이 건강을 향상시키는데 있어서 그들의 생활양식을 변화 발전하는 것을 도와주는데 관여하는 사람이라고 하였다(Report, 1973).

Mico와 Ross(1975)는 보건교육은 건강변화와 문제해결의 과정을 개선하기 위한 행동과학의 적용이라고 하였으며 보건교육사는 개인, 조직, 또는 사회변화를 위한 보건교육의 활용에의 계획된 접근에 종사하는 어떤 사람이라고 하였다.

Simonds(1976)는 “보건교육사는 항상 개인과 지역사회 보건문제를 고려하면서 일반 대중을 교육시키고 보건분야에서 다른 훈련에 의해서 효과적으로 이루어진 기능을 보장하는 것이다”라고 하였다.

전문가로서 보건교육사는 내용과 방법에서 전문적인 능력 수준을 유지하기

를 기대한다. 보건교육사는 전문적인 모임에 능동적으로 참여하고, 연구에 뒤 떨어지지 않도록 하며 동료들과 의견을 교환하며 유효할 때 자세한 평가를 하므로써 전문적으로 성장할 수 있다.

라. 주요 보건교육 및 상담내용

이들 보건요원들이 교육과 상담을 할 보건교육 주요내용은 우리 나라에서 많이 발생하거나 문제가 되고 있는 질병과 건강관리에 관한 것으로 구체적으로 나열하면 다음과 같다. 교육자료개발에 있어서는 이들 내용을 질병별 또는 생애주기별로 개발하여 활용토록 한다.

- 1) 일반적인 주요 비전염성 질병과 만성 퇴행성 질환 관리(암, 당뇨병, 뇌졸중, 고혈압, 심장질환, 골관절질환, 동맥경화, 천식, 신경통, 치아질환, 치매 등)
- 2) AIDS, 임질, 매독 등 성병관리
- 3) 영양관리(올바른 건강식품, 비만관리)
- 4) 운동 및 체력증진 방법
- 5) 흡연 및 음주의 건강장해와 금연 및 절주법
- 6) 가족계획 및 모자보건(산전후관리, 영유아관리)
- 7) 개인위생(손씻기, 손발톱 깎기, 목욕, 옷갈아 입기, 침 빨기, 이빨 닦기 등)
- 8) 스트레스 해소법
- 9) 결핵, 뇌염, 유행성 출혈열, 말라리아, 인플루엔자, 렙토스피라, 콜레라, 장티브스 등, 전염성 질환 예방관리
- 10) 응급처치 및 각종 민간 요법
- 11) 식중독(비브리오, 0-157 등)
- 12) 안전과 사고
- 13) 성교육(미혼모 예방)
- 14) 약물중독(마약, 환각제, 분드 흡입 등)
- 15) 잘못 알려진 건강상식 바로 잡기

8. 맺음말

소득수준의 향상, 인구의 고령화의 가속, 만성퇴행성질환 비중의 증대, 각종 사고의 발생률 증가, 감염성질환의 감소, 재발생률 증가, 보건 및 의료과학기술의 발전 등 보건의료부문의 환경변화에 적극 대처하여 국민건강증진을 이룩함으로써 삶의 질을 높이는 것은 중요하다. 이를 위하여는 국민의료의 접근성과 편의성 제고, 포괄적인 의료 서비스 보장, 의료기관간 환자에 대한 의료정보교환, 의료서비스 보장, 의료기관간 환자에 대한 의료정보교환, 노인·장애인·빈곤층에 대한 의료보장, 응급의료체계확립, 의약품·식품의 안전관리, 예방보건사업의 강화 등이 해결되어야 한다. 이의 해결에는 중앙정부와 광역 및 지방자치단체의 적극적인 관심과 투자가 뒤따라야 하지만 국민들의 적극적이고 자발적인 참여가 필요하다. 따라서 지역사회 주민들의 보건사업에의 참여도를 높이고 개인의 자기건강관리를 스스로 책임질 수 있도록 하는 보건교육사업이 필수적이므로 모든 보건분야에 종사하는 보건요원들은 책임의식과 사명감을 가지고 국민의 의식행태수준을 높이는데 열과 성을 다하여 중국에는 건강증진과 더불어 삶의 질을 높이는데 기여해야 할 것이다.

참고문헌

1. 권이혁, 2000년대의 국민건강증진을 위한 보건교육 추진방향, 보건교육기반 구축을 위한 워크샵 결과보고서, 대한보건협회, 1990, pp. 3-30
2. 김 명, 각급학교의 정규 교육을 통한 보건교육강화, 보건교육기반 구축을 위한 워크샵 결과 보고서, 대한보건협회, 1990.
3. 김명호, 국민보건교육을 위한 대중매체의 기능과 역할, 국민보건교육 전략 개발, 보건사회부, 1985.
4. 김모임, 건강교육의 오늘과 내일, 건강교육 세미나 보고서, 대한적십자사, 1984.

4. 남철현, 21세기 삶의 질 향상을 위한 건강증진방안, 21세기 인류의 미래와 삶의 질 향상, 경산대학교 개교 17주년 국제학술대회, 1997.
5. 남철현, 건강증진을 위한 보건교육과 보건교육사 활용, 한국보건교육학회지, 10(2), 1993
6. 남철현, 보건교육 및 건강증진, 계축사, 1998.
7. 남철현, 서미경, 김혜련, 국민보건의식 형태 조사연구, 한국인구보건연구원, 1984.
8. 남철현, 순회이동보건교육사업의 필요성과 방향, 순회이동보건교육세미나 자료, 보건복지부 및 한국건강관리협회, 1998.
9. 남철현, 의료보험제도 정착을 위한 보건교육 및 홍보프로그램 개발연구, 의료보험관리공단, 1992.
10. 남철현, 지역사회주민의 보건의식향상을 위한 보건교육사업, 한국보건학회지, 1985.
11. 남철현, 학교보건사업을 통한 건강증진사업연구, 한국학교보건학회지, 10(2). 1997.
12. 박형중, 김공현, 김광기, 보건교육, 신평출판사, 1997
13. 박형중, 변종화, 공단 피보험대상자의 질병예방 및 건강증진 사업의 효과적 추진방안, 의료보험관리공단, 1991.
14. 변종화, 국민건강증진사업의 효과적 추진방향, 한국보건사회연구원, 1996.
15. 변종화, 국민건강증진사업의 현황과 정책과제, 국민건강증진사업의 현황과 발전방향 세미나 자료, 한국보건사회연구원, 1998.
16. 오대규, 2000년대 한국의 공공보건정책의 방향, 21세기 우리나라 공공보건사업의 방향 심포지움 자료, 영남대 의과대학, 1988.
17. 윤병식외, 한국인의 「삶의 질」 현황과 정책과제, 한국보건사회연구원, 1996.
18. 윤성희, 미국의 사업과 보건교육 전문인력 활용, 21세기 국민건강증진을 위한 보건교육 전문인력 활용방안, 한국보건교육학회, 1997, 16
19. 이규식, 남철현, 의료보험의 보건예방사업 확대모델개발연구, 연세대학교 보건대학, 1995.

20. 이시백, 국민보건의식향상 및 보건단체의 역할, 보건복지부 및 순회이동보건교육 세미나 자료, 한국건강관리협회, 1998.
21. 임재은, 김대회, 정문호, 남철현, 보건교육 활성화방안에 대한 연구, 대한보건협회, 1990.
22. 정영일, 남은우, 국민건강증진을 위한 보건교육 전문인력 활용방안, 한국보건교육학회지, 14(2), 1997.
23. Andrew Tannahill: "What is Health Promotion?", Health Education Journal 44, 1989, pp. 167-168.
24. Clair Turner, Community Health Education's Compendium of Knowledge(St. Louis: C.V. Mosby Co, 1951, p. 11).
25. D. J. Breckon, Community Health Education, An Aspen Publication, Rockville, Maryland, 1989, pp.3-11, pp 274-281.
26. Drewnowski, Jan, Studies in the Measurement of Level of Living and Welfare, United Nations Research Intitute for Social Development, Report, No. 70. 3, Geneva, 1970.
27. Helem S. Ross and paul R. Mico, Theory and Practice in Health Education, Mayfield Publishing Company, 1980, pp. 6-12, pp. 71-99.
28. Paul Mico and Helen Ross, Health Education and Behavioral Science(Oakland, Califithind party Associates, 1975, pp. 3-6)
29. Report of the President's Committee on Health Education(N.W: Public Affairs Institute, 1973, p. 11)
30. Scott K. Simonds, "Health Education Manpower in United States", Health Education Monographs 4, No. 3,(1976), p.210
31. Sen, A., "The Standard of Living: Lecture I , Concept and Critiques", Cambridge: Cambridge Univ. press, 1987.
32. Terleckyi, Nester E., Improvement of Quality of Life: Estimate of Possibilities in the United States, 1974-83, National Planning Association, Washington, D.C., 1975.
33. WHO, Ottawa Chart for Health Promotion, November 17-21, 1986