

제 2 주제

보건소의 보건교육 사업 개선을
위한 기반 구축

서 미 경

한국보건사회연구원 연구위원

보건소의 보건교육 사업 개선을 위한 기반 구축

서 미 경

한국보건사회연구원 연구위원

I. 서론

최근의 우리 나라에서 국민건강을 위협하는 질환은 뇌혈관질환, 심장질환 등 만성질환이 대부분이며, 만성질환으로 인한 고통은 앞으로도 당분간 지속될 전망이다. 건강보호 또는 건강증진이라는 관점에서 만성질환의 특성은 전통적인 의료서비스에 의한 사후 치료 보다는 운동, 영양관리 등의 개인의 생활습관에 의하여 더 많은 영향을 받는다. 건강생활습관의 정착은 건강증진사업 그 중에서도 보건교육적인 요소의 강화가 필요하다.

이러한 변화에 대응하게 위하여 정부는 국민건강증진법과 지역보건법을 제정하고, 건강증진기금을 조성하여 적극적인 건강증진사업을 추진하였다. 또한 건강증진사업에서의 보건소의 역할을 강화시키고자 건강증진거점보건소를 선정하여 시범사업을 실시하였으며, 2002년 부터는 100개의 보건소에 건강증진기금을 지원하여 지역사회에 기반을 둔 건강증진사업의 활성화를 도모하고 있다.

이러한 정부의 정책은 건강증진 및 보건교육사업의 양적인 활성화에 기여하였다. 그러나 지역사회에 기반을 둔 건강증진 및 보건교육사업을 구축하기 위하여는 건강증진 및 보건교육의 실천적인 개념 정립, 담당 행정 체계의 단일화, 보건교육전담인력의 양성, 보건교육에 필요한 교육자료 및 기자재, 표준화된 보건교육 프로그램의 개발 및 보급 등 보건소에서 원활한 건강증진 및 보건교육사업을 실시할 수 있는 기반 구축의 필요성을 제기하고 있다.

II. 보건교육 및 건강증진의 범위

세계보건기구에서의 건강증진은 개인 및 개인이 속한 지역사회의 건강잠재력을 향상시키는 것을 목표로 하여 건강생활행위 실천능력의 강화, 법·제도, 보건의료체계의 정비 등 지역사회의 건강환경조성을 위한 행정 및 의료적기반구축을 강조하고 있다. 캐나다 오타와에서 개최된 1차 국제건강증진회의(1986)에서는 건강증진을 “사람들로 하여금 자신의 건강에 대한 통제를 증가시키고 개선하게 하는 과정”으로 정의하였고, 이어서 개최된 캐나다 애덜레이드(1988), 스웨덴 선드볼(1991), 인도네시아 자카르타(1997년)에서의 건강증진 행동 강령으로 첫째, 건강에 관한 사회적 책임 제고, 둘째, 보건발전에 대한 투자 증대, 셋째, 민·관에 걸친 보건사업동반관계 구축 및 확대, 넷째, 건강증진 정책 전달 하부구조 보장의 필요성 등 정치·사회·행정의 포괄적 참여의 중요성을 강조하였다.

또한 보건교육을 통한 지역사회의 능력증대 및 개인역량의 강화를 포함시켜 보건교육이 건강증진 달성에 필요한 5대 주요 요소 중의 하나임을 명시하였다. 구체적인 보건교육 방법으로 지역사회에 대하여는 실용적인 교육, 지도자 자질 훈련, 자원의 확보 및 이용의 강화를, 개인에 대하여는 지속적이고 믿을 만한 결정과정, 변화에 영향을 주는 기술 및 지식의 강화를 강조하였다.¹⁾ 따라서 보건교육은 건강증진 실천 5대전략의 하나이며, 개인 및 지역사회를 대상을 이들이 가지고 있는 건강 잠재력을 최대한 강화시켜주기 위한 주요 수단으로, 건강에 관한 신념, 태도, 행동에 영향을 주는 개인·집단·지역에서의 모든 경험, 노력, 과정을 말한다. (WHO, 1969).

이러한 보건교육의 중요성은 만성질환이 주요질환으로 부각되면서 그 중요성이 더욱 강조된다. 흡연, 음주, 잘못된 식습관, 운동부족, 스트레스 등 개인의 생활습관이 현대 주요 만성질환인 심장병, 암, 당뇨병, 간경화, 근골격계질환, 신경계통질환을 유발시키는 주요 인자로 입증되었다.

1) The jakarta declaratio on leading health promotion into the 21st century, <http://www.who.int/hpr/archive/jakarta/english.html> 03-05-12

<표 1> 만성질환에 대한 위험요인

구 분	심장병	암	당뇨병	간경화	근골격계 질환	신경계 질환
흡연	+	+			+	?
간접흡연	?	+				?
음주	+	+		+	+	+
식습관	+	+	+		+	?
운동부족	+	+	+		+	+
스트레스	?	?				
비만	+	+	+		+	+

주: + = 입증된 위험요인; ? = 가능한 위험요인

자료: Brownson et al., Chronic Disease Epidemiology and Control, American Public Health Association, 1998.에서 재구성

전체적인 보건의료틀에서 볼 때 개인의 건강을 결정하는 요인으로 개인의 생활 습관(51%), 유전적 요인(20%), 환경적 요인(20%), 의료 서비스(8%)의 순으로 그 영향력이 큰 것으로 보고되었다. 건강지향적 생활습관은 만성질환 및 만성질환으로 인한 조기사망을 예방하는 효과가 크다. 또한 생활습관 즉 건강지향적인 생활습관은 조기사망의 40~70%, 급·만성질환의 1/3~2/3 정도를 예방할 수 있다 (Berkman et al, 1983).

<표 2> 건강에 영향을 미치는 요인

불변요인	가 변 요 인			
	사회경제적 요인	환경요인	생활습관	보건의료적 접근
유전적 요인, 성, 나이	빈곤, 실업, 사회적 소외	대기오염, 주택, 먹는 물, 사회적 환경.	영양, 운동 및 신체활동, 흡연, 음주, 성행위, 약물남용	교육 의료(보험)제도 사회제도 교통 여가(시설)

자료: U.K., Dept of Health, Our Healthier Nation, Feb. 1998

Ⅲ. 보건소에서의 보건교육 현황

가. 보건소에서의 건강증진 사업 방향 : 주제, 대상

1995년 제정된 국민건강증진법에서는 “국민건강증진사업”을 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업으로, “보건교육”을 개인 또는 집단으로 하여금 건강에 유익한 행위를 자발적으로 수행하도록 하는 교육으로 정의하였다. 이는 WHO에서의 보건교육을 건강증진사업의 주요요소로 분류하고, 보건교육이 개인과 집단의 건강행동 역량강화방법임을 제시한 WHO의 정의와 그 맥을 같이 한다.²⁾

보건소에서의 보건교육사업 내용에 대하여는 지역보건법과 국민건강증진법에 규정되어 있다. 지역보건법에서는 보건소에서 실시할 사업³⁾을 국민건강증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업, 전염병의 예방·관리 및 진료, 공중위생 및 식품위생, 응급의료에 관한 사항, 정신보건에 관한 사항 등 14개항을 제시하면서 첫 번째로 “국민건강증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업”을 명시하여 보건소에서 국민건강증진 및 보건교육사업이 주요사업임을 규정하고 있다. 또한 국민건강증진법에서는⁴⁾ 보건소장이 주민의 건강증진을 위하여 실시하여야 할 사업의 하나로 보

-
- 2) 제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. “국민건강증진사업”이라 함은 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말한다. 2. “보건교육”이라 함은 개인 또는 집단으로 하여금 건강에 유익한 행위를 자발적으로 수행하도록 하는 교육을 말한다. (국민건강증진법 2조)
- 3) 제9조(보건소의 업무) 보건소는 당해 지방자치단체의 관할구역안에서 행하여지는 다음 각호의 사항을 관장한다. 1. 국민건강증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업; 2. 전염병의 예방·관리 및 진료; 3. 모자보건 및 가족계획사업; 4. 노인보건사업; 5. 공중위생 및 식품위생; 6. 의료인 및 의료기관에 대한 지도등에 관한 사항; 7. 의료기사·의무기록사 및 안경사에 대한 지도등에 관한 사항; 8. 응급의료에 관한 사항; 9. 농어촌등보건의료를위한특별조치법에 의한 공중보건조사·보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도등에 관한 사항; 10. 약사에 관한 사항과 마약·향정신성의약품의 관리에 관한 사항; 11. 정신보건에 관한 사항; 12. 가정·사회복지시설등을 방문하여 행하는 보건의료사업; 13. 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환등의 질병관리에 관한 사항; 14. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항; 15. 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업; 16. 기타 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구등에 관한 사업 (지역보건법 제9조)
- 4) 국민건강증진법제19조(건강증진사업등) ①국가 및 지방자치단체는 국민건강증진사업에 필요한 인원 및 시설을 확보하고, 그 시설의 이용에 필요한 시책을 강구하여야 한다. ②시장·군

건교육·건강상담을 규정하고 보건교육내용으로 첫째, 금연·절주 등 건강생활의 실천; 둘째, 만성퇴행성질환등 질병의 예방; 셋째, 영양 및 식생활; 넷째, 구강건강; 다섯째, 공중위생에 관한 사항; 여섯째, 건강증진을 위한 체육활동; 일곱째, 기타 건강증진사업에 관한 사항을 보건교육의 주요 요소로서 규정하고 있다.

실제 보건소에서 이루어지고 있는 건강증진사업도 이러한 법 적인 근거를 반영하고 있다. 최은진(2002)의 조사에⁵⁾ 의하면 건강증진 또는 보건교육사업의 주제는 금연 절주 사업이 23.36%, 고혈압당뇨사업 등 만성퇴행성 질환예방관리사업이 22.59%로 높은 빈도를 나타내었다. 비만관리를 포함한 영양사업이 12.52%를 나타내었다. 또한 국민건강증진기금의 지원을 받아 건강증진사업을 실시한 100개의 보건소에서는 금연, 운동, 절주, 영양관리의 4가지 건강생활실천을 중심으로 건강증진사업을 실시하였다.

보건교육대상자는 성인, 청소년, 여성, 노인의 순으로 높았다. 그러나, 학생 및 직장인은 학교보건법과 산업안전법에서 현행 법 및 행정체계상 보건교육을 받을 수 있는 근거가 있으나 노인과 여성, 영유아는 이러한 근거조차 타 법에 마련되어 있지 않으므로, 지역사회 건강을 책임지는 보건소에서 더욱 관심을 가져야 하는 대상이다. 또한 주제별로 금연은 청소년을, 영양관리는 여성과 영유아를, 만성질환은 노인과 성인을 대상으로 실시하여 대상에 적합한 보건교육을 실시하고 있었다. 그러나 법에서도 보건교육의 대상별 특성·건강상태·건강의식 수준 등에 따라 적절한 보건교육을 실시할 것을 권고한 만큼 대상에 따른 세분화된 보건교육주제 및 세분화된 교육적 접근이 필요하다.⁶⁾

수·구청장은 지역주민의 건강증진을 위하여 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 보건소장으로 하여금 다음 각호의 사업을 하게 할 수 있다. <개정 1997.12.13> 1. 보건교육 및 건강상담; 2. 영양관리; 3. 구강건강의 관리; 4. 질병의 조기발견을 위한 검진 및 처방; 5. 지역사회의 보건문제에 관한 조사·연구; 6. 기타 건강교실의 운영등 건강증진사업에 관한 사항
국민건강증진법시행령제17조(보건교육의 내용) 법 제12조의 규정에 의한 보건교육에는 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다. 1. 금연·절주등 건강생활의 실천에 관한 사항; 2. 만성퇴행성 질환등 질병의 예방에 관한 사항; 3. 영양 및 식생활에 관한 사항; 4. 구강건강에 관한 사항; 5. 공중위생에 관한 사항; 6. 건강증진을 위한 체육활동에 관한 사항; 7. 기타 건강증진사업에 관한 사항

- 5) 2002년도 전 국 보건소를 대상으로 실시한 설문조사의 결과로 응답한 보건소는 181개소 임. (최은진 등, 국민건강증진을 위한 보건교육 자료의 현황 평가, 한국보건사회연구원, 2002).
- 6) 국민건강증진법12조 (보건교육의 실시 등) ①국가 및 지방자치단체는 모든 국민이 건강생활을 실천할 수 있도록 그 대상이 되는 개인 또는 집단의 특성·건강상태·건강의식 수준 등에

<표 3> 보건교육의 사업대상별 주제

(단위: N, %)

	전체	영유아	청소년	성인	노인	여성	기타
금연	22.71	8.27	53.15	19.53	2.30	0.71	7.55
절주	0.65	0.75	0.30	1.00	-	-	-
운동	2.45	-	0.30	2.24	12.64	5.71	-
영양비만	12.52	24.06	6.61	11.69	3.45	30.71	-
정신건강	6.97	0.75	2.70	8.21	13.79	-	37.74
구강건강	11.23	40.60	18.02	6.59	3.45	0.71	5.66
만성질환	10.65	-	-	10.57	49.43	19.29	18.87
고혈당뇨	11.94	-	0.60	21.64	5.75	0.71	5.66
성교육	5.55	12.03	13.51	2.49	-	2.86	1.89
모자보건	5.94	11.28	0.30	2.74	-	37.14	3.77
기타	9.42	2.26	4.50	13.31	9.20	2.14	18.87
총계	100.00 (1550)	100.00 (133)	100.00 (333)	100.00 (804)	100.00 (87)	100.00 (140)	100.00 (53)

자료: 최은진 외, 국민건강증진을 위한 보건교육자료의 현황과 평가, 한국보건사회연구원, 2002

나. 보건소에서의 보건교육 : 예산

보건교육 및 건강증진사업에 소요된 연평균예산은 239만5천원이며 연간 35.7회의 보건교육 및 건강증진사업을 실시하였으므로 1회당 소요예산은 6만7천원으로 극히 적은 예산으로 보건교육 및 건강증진 사업이 실시되고 있음을 시사한다. 다른 보건사업과의 관계에서도 건강증진에 배정된 예산은 그 비중이 적은 것을 알 수 있는데, 2001년도 시도에 배정된 보건부분전체예산에서 건강증진사업에 대한 예산이 차지하는 비율은 10.7%에 불과하였다.⁷⁾

따라 적절한 보건교육을 실시한다.

7) 서울시를 제외한 지역에 대한 비율임. (이상희외, 건강증진사업 수행을 위한 국가, 지방자치단체, 민간단체간 역할 분담체계 및 상호연계체계 개발, 보건복지부, 2002).

<표 4> 보건소 건강증진사업의 주제별 연간회수, 인원수, 소요예산
(단위 : 회, 명, 천원)

간략주제	연간회수	인원수	소요예산
계	35.67	1646.50	2396.57
금연	23.90	2212.58	1640.57
절주	4.78	976.50	2065.50
운동	45.97	1799.33	1420.71
영양 및 비만	11.46	571.18	2704.30
정신건강	12.84	621.51	759.11
구강건강	135.13	3825.60	3224.67
만성질환	44.56	1393.12	2437.28
고혈압당뇨	23.43	705.44	3781.62
기타	21.42	1920.99	2193.70
성교육	25.27	1416.06	3456.56
모자보건	16.22	733.42	1275.00

자료: 최은진 외, 국민건강증진을 위한 보건교육자료의 현황과 평가, 한국보건사회연구원, 2002

다. 보건소에서의 보건교육 : 인력

보건소에서 보건교육 및 건강증진을 담당한 별도의 부서가 있는 보건소는 전체 보건소의 56.0%이며, 공식적인 담당부서가 없는 경우가 44.0%로(이상희외, 2001) 건강증진사업에 전담하기 어려운 여건을 가지고 있다. 또한 일반적으로 보건소에서 보건교육 담당자는 평균 1.8명이나, 담당인력의 47.4%는 보건교육 외에 다른 업무와 겸임한다. 또한 업무담당기간은 평균 22.7개월로 2년 정도 근무 한 경우가 많았다. 다른 업무와의 겸임비율이 높고 업무담당경력이 짧아서 자체적으로 보건교육사업을 기획하고 추진하는 데 제한점이 많다. 실제로 보건소에서 보건교육을 포함한 전반적인 건강증진업무를 담당하는 영양사, 운동처방사 등 인력은 전체 보건소 인력의 10.3%에 불과하나,⁸⁾ 이 중에서도 보건소에서 건강증진사업을 실시하는

8) 보건소에서 보건교육을 포함한 전반적인 건강증진업무를 담당하는 전문인력은 영양사, 물리치료사, 운동처방사, 치과 의사, 치위생사 등이며, 이들의 총합은 전체 보건소 인력의 10.3%임. (이상희외, 건강증진사업 수행을 위한 국가, 지방자치단체, 민간단체간 역할 분담체계 및 상호

데 가장 필요한 인력으로 보건교육담당자를⁹⁾ 뽑고 있다. 이는 건강증진사업 수행에 있어서 보건교육이 절대적으로 필요하며 전문적인 보건교육을 담당할 수 있는 인력 또한 필요한 것을 시사한다.

또한 보건교육을 담당하기 위하여는 주제별 또한 보건교육 방법별 훈련이 지속되어야 하는데, 보건교육담당자들의 최근 1년 이내 연수경험은 65.9%에 불과하여 최신 정보에 대한 교육 기회가 높지는 않다. 또한 연수 내용이 금연교육이 51.7%로 한 가지 내용으로 치우쳐 있었다. 보건교육담당자들에 대한 연수교육은 지역주민의 일반적인 특성 및 건강요구도와 보건교육담당자의 호응도에 기반하여 중장기적인 계획이 수립되어야 할 것이다.

<표 5> 보건소 보건교육 담당자의 과거 1년간 연수분야 및 향후 연수희망주제

	연수교육 경험분야		연수교육 희망분야	
	빈도	%	빈도	%
금연	76	51.7	50	34.0
절주	19	12.9	34	23.1
운동	16	10.9	83	56.5
영양	8	5.4	58	39.5
비만	1	0.7	71	48.3
스트레스	2	1.4	59	40.1
구강	4	2.7	20	13.6
건강검진	7	4.8	12	8.2
만성질환	30	20.4	47	32.0
사고 및 안전	3	2.0	16	10.9
기타	12	8.2	6	4.1

주) 응답자 N=147

자료: 최은진 외, 국민건강증진을 위한 보건교육자료의 현황과 평가, 한국보건사회연구원, 2002

연계체계 개발, 보건복지부, 2002).; 의무, 치무, 약무, 보건, 간호, 의료기술, 식품위생, 영양, 보건통계, 전산 등 보건의료업무를 전담할 전문인력등을 둔다고 명시하고 있음(지역보건법 시행령 제10조)

9) 보건교육담당자 48.1%, 보건간호인력 33.6%, 의사인력 6.9%, 기타 11.5%임(이상희외, 건강증진사업 수행을 위한 국가, 지방자치단체, 민간단체간 역할 분담체계 및 상호연계체계 개발, 보건복지부, 2002).

라. 보건소에서의 보건교육 방법 및 자료

보건소에서 실시한 보건교육법은 건강강좌가 가장 많다. 그 다음으로 행사, 실습, 방송 및 인쇄물의 배포를 통한 보건교육을 하고 있다. 사업의 방법 또는 형태가 교육대상별로 큰 차이는 나지 않는다. 보건소에서는 보건교육용 자료를 1년에 평균 6~7종 정도 구매하거나 개발하는데, 소요된 비용은 평균 168만원 정도인 것으로 나타났다. 보건소에서의 보건교육은 강좌에 의존하며 실시하고, 필요한 보건교육자료는 대체로 구입을 하고 있다. 보건교육자료의 구입 또는 개발도 1년에 7종 이하로 다양한 보건교육이 제공되고 있지 못하다. 이는 보건교육에 대한 예산이 미비하고, 전문인력이 미비한 현실에서 초래된 당연한 결과이다.¹⁰⁾ 따라서 보건소에서 전문인력이 미비하며, 예산의 획기적인 증액을 기대하기 어려운 상황에서 보건교육을 실시하는데 필요한 보건교육 프로그램 및 보건교육자료를 중앙에서 개발하여 이를 보건소에서 활용하도록 하므로써 저비용 고효율의 건강증진사업을 실시할 필요성이 제기된다.

<표 6> 보건교육사업방법의 대상별 특성

	강좌	행사	실습	방송	인쇄물 배포	기타	전체
전체	61.03	16.71	6.84	3.74	3.55	8.13	100.00(1,550)
청소년	68.17	13.21	5.11	4.20	1.20	8.11	100.00(333)
영유아	51.88	15.04	14.29	3.76	1.50	13.53	100.00(133)
여성	59.29	22.14	7.86	3.57	2.86	4.29	100.00(140)
노인	71.26	4.60	16.09	1.15	-	6.90	100.00(87)
일반성인	57.46	19.78	5.35	3.98	5.60	7.84	100.00(804)
기타	81.13	1.89	3.77	1.89	-	11.32	100.00(53)

자료: 최은진 외, 국민건강증진을 위한 보건교육자료의 현황과 평가, 한국보건사회연구원, 2002

10) 보건소장을 대상으로 실시한 조사에서 건강증진사업 시행상 어려운 점으로 전문인력의 부족 77.2%, 사업예산의 부족 58.0%, 프로그램의 부족 56.3%, 시설 및 장비의 부족 45.1%의 응답을 보임 (이상희외, 건강증진사업 수행을 위한 국가, 지방자치단체, 민간단체간 역할 분담체계 및 상호연계체계 개발, 보건복지부, 2002).

IV. 정책제언 및 결론

우리 나라에서는 국민건강증진법과 지역보건법에서 건강증진사업 및 보건교육의 중요성을 강조하고, 이 사업을 보건소에서 실시할 수 있는 근거를 마련하였다. 그러나 실질적인 건강증진 및 보건교육사업 실시에 있어서 대상 및 주제의 접근방향의 재설정, 행정체계의 정비, 안정적인 예산의 확보 및 보건교육 및 건강증진 전문인력의 확보와 훈련강화 등 개선하여야 할 문제점을 제기하고 있다.

가. 보건교육 대상 및 내용 정립

보건소에서의 보건교육 대상 및 내용은 지역의 특성에 맞는 사업을 실시하는 것도 필요하나 우선적으로는 현재와 앞으로의 질병추세에 따라 국가단위의 건강증진 목표를 수립하고 목표 달성의 한 부분으로서 보건소의 역할을 구분하여 실시하도록 국가에서 보건교육 목표 및 과제와 전개방법에 대한 계획을 수립하고 실시하여야 한다. 또한 국가주도형 통합프로그램을 장기간 지속적으로 진행하고, 보건교육 수요파악, 결과 평가 등을 위한 조사와 연구를 병행하는 정책을 실시하여야 한다.

외국의 경우도 그 나라의 질병의 예방 및 건강증진 목표 하에 만성질환 자체 또는 만성질환 관련 건강행위에 대한 중점 보건교육 주제를 선정하여 보건교육을 실시하고 있다. 일본은 휴양, 운동, 영양을 중점적으로 다루고 있으며, 미국은 신체활동(운동), 영양, 성보건, 사고, 흡연, 약물남용을, 영국에서는 심장병, 뇌혈관질환, 암, 사고, 정신질환, 성보건을 중점 건강증진 및 보건교육과제로 선정하고 있다(서미경, 1999). 우리나라의 경우 2001년 주요 사망원인은 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨병, 간질환의 순으로 높으며(통계청, 2001), 또한 만성질환 유병률도 관절염, 고혈압, 요통·좌골통, 위염·소화성궤양, 당뇨의 순으로 높았다(최정수 외, 2001).¹¹⁾

11) 만성질환 유병률은 인구 1,000명당 관절염 58.43명, 고혈압 46.92명, 요통·좌골통 34.74명, 위염·소화성궤양 29.38명, 당뇨 20.98명임. (최정수 외, 2001국민건강영양조사, 한국보건사회연구원, 2001).

따라서 이러한 만성질환의 위험요인인 운동, 영양, 흡연, 음주, 스트레스 관리에 대한 건강생활습관의 개선이 주요 보건교육 주제로 선정되어야 한다. 또한 보건소에서 보건교육 대상주제 및 대상보건교육대상자 및 보건교육 주제 선정에 있어 학교 보건법과 산업안전법에서 보호받지 못하는 노인과 여성, 영유아에 대한 더 적극적인 보건교육이 필요하다. 또한 건강정보 및 보건의료서비스의 혜택을 상대적으로 덜 받는 저소득층에 대한 보건교육이 우선적으로 이루어져야 한다.

나. 보건교육 예산의 안정적 확보

건강증진은 현대의 질병체계가 변해가면서 그 요구도가 높아지는 사업임에도 불구하고 보건소에서 보건교육 및 건강증진사업에 소요된 예산은 1회 당 6만7천원으로 극히 적은 예산으로 예산의 증액이 필요하다. 우리나라의 경우 만성질환이 증가함에 따라 위험요인에 대한 예방이 필요하고, 건강생활습관을 유도하여야 할 보건교육의 대상이 매우 많은 편이다. 이는 보건교육에 인력, 시간, 비용을 많이 투자하여야 함을 의미한다. 그러나, 순수하게 건강증진사업에 소요되는 예산인 건강증진기금은 2003년 916억원이었으며, 이는 보건의료정책에 책정된 예산의 20.6%에 불과하다. 건강증진사업이 전적으로 국민건강증진기금에 의존하고 있음을 감안할 때, 우리나라의 보건의료정책에서 건강증진사업이 차지하는 비중은 미미하다.¹²⁾ 캘리포니아주 건강증진법(proposition 99)의 보건교육비인 3조9천억원(1년)에 비교할 때, 보건교육에 대한 예산의 투자가 저조함을 알 수 있다. 건강증진 및 보건교육에 대한 예산의 증액이 필요하며, 예산의 근원으로 건강증진기금외에 안정적인 일반예산의 지원이 필요하다.

또한 건강증진정책 예산의 배정에 있어서 직접 사업비에만 집중적으로 배정하기 보다는, 건강증진사업이 체계적으로 진행될 수 있는 기반 구축에 대한 예산배정이 필요하다. 건강증진사업이 지역단위에서 활발하게 이루어지기 위하여는 자원의 효율적인 관리가 중요한 요소이다. 자원으로는 체계적인 전문인력의 관리, 직무교육 및 일선에서의 보건교육에 필요한 교육교재 및 기자재 확보에 필요한 예산이 배정

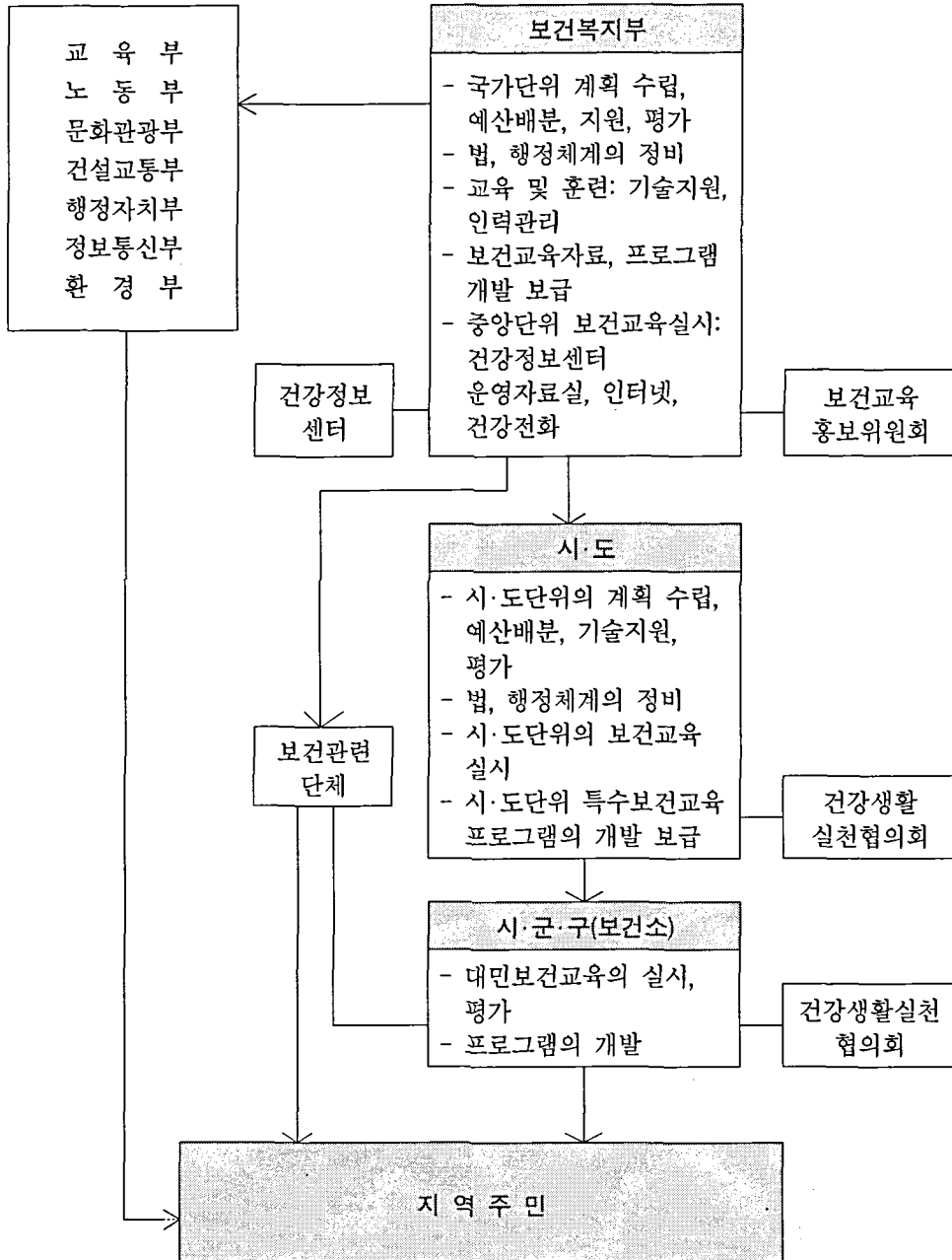
12) 1998년 보건복지부 예산 중 보건의료부분에 배정된 예산은 2,269억원이며, 2003년에는 4,440억원이다(보건복지부, 세입세출예산개요 1998, 2003).

되어야 한다. 또한 건강증진정책에 대한 장단기 정책은 연구와 평가결과에 따라 수립되어야 하므로, 이러한 연구평가를 담당할 수 있는 예산인 건강증진 연구개발 예산의 확보가 필요하다.

다. 보건교육 전담부서 및 연계체계

현재 보건소에서 보건교육 및 건강증진을 담당한 부서가 없는 보건소도 50% 정도 되고, 전담인력이 없는 보건소가 많아 건강증진 및 보건교육사업의 효과를 거두기 어렵다. 따라서 전담부서의 설치와 보건교육을 전담하는 중앙에서 지방에의 전달체계의 확립이 필요하다.

보건교육체계는 국민건강증진법에 의하면 보건복지부(장관)가 주관이 되나, 대상에 따라 학교는 교육부, 사업장은 노동부에서 주관하고, 군인은 국방부에서 주관하여 진행한다. 또한 문화관광부에서도 청소년국을 두어 청소년 교육을 지원하고 있으며, 체육국에서 운동보건교육을 지원하고 있다. 직접 보건교육은 하지 않더라도 건설교통부, 행정자치부, 정보통신부, 환경부 등도 건강환경조성 및 보건교육 통로로서의 역할을 하고 있는 부서이다. 따라서 전체 주민에 대한 보건교육 중 보건복지부가 직접 보건교육을 담당하여야 할 대상은 전체 주민의 약 60%이며, 나머지 인구에 대하여는 교육부, 노동부, 문화관광부, 국방부와 협조하여 보건교육을 실시할 수 있다. 보건복지부가 직접 보건교육을 담당하지 않아도 될 40%에 대한 보건교육에서 보건복지부의 역할은 보건교육의 기획, 기술지원, 자료의 개발 등 간접적인 보건교육지원 역할을 하여야 한다. 보건복지부를 중심으로한 각 행정단위별 보건교육 역할은 보건복지부는 중앙에서 모든 보건교육을 전담하여야 하는 기관이므로 우리나라의 보건교육 계획수립, 예산배분, 기술지원, 평가의 역할을 하고, 필요한 보건교육자료를 개발하며, 국가단위에서 실시하였을 때 효과가 높은 보건교육은 직접 실시하여야 한다. 시·군·구 및 보건소는 대민서비스를 직접하는 곳으로 소규모 대상의 보건교육을 실시하여야 한다. 주요대상은 지역주민 중에서 취약계층인 저소득계층과 낮은 교육수준의 일반인이며, 이들을 대상으로 소규모의 건강교실, 상담 등의 방법을 통하여 바람직한 건강행동을 유도하고, 변화된 바람직한 건강행동이 유지되도록 보건교육을 실시하도록 한다.



라. 전문인력의 확보

현재 보건소에서 건강증진사업의 진행에 어려운 점으로 보건교육 전문인력의 부족이 가장 심각한 원인으로 인지되고 있다. 또한 현재의 보건교육 담당자들에 대한 훈련도 보건교육업무 수행에 필요한 교육이 충분히 이루어지지 않는 것으로 조사되었다. 따라서 보건교육전담인력의 확보는 1차적으로 이루어져야 한다.

1997년 인도네시아 자카르타에서 개최된 제4차 건강증진 국제회의의 슬로건인 “21세기 건강증진을 이끌고 살 새로운 시대의 새로운 일꾼”으로, 세계보건기구에서는 각 국가에서 보건교육전문가를 두도록 권고하고 있으나, 선진국에서도 건강증진의 기초분야로 보건교육의 전문성을 강조하고, 보건교육전문가를 양성하고 있다. 예를 들면 보건교육담당인력제도는 미국이 가장 발달되어 있다. 미국에는 보건교육전문가제도와 보건교육사제도가 있으며, 이들은 4년제 대학에서 보건교육을 전공한 사람에 대하여 국가 또는 협의회 등에서 자격을 부여한 전문가들이다. 일본에서는 보건교육을 보건소의 위생담당, 보건부가 담당하며, 건강만들기사업재단, 학회 등에서 건강운동실천지도자와 같은 전문자격을 부여하고 있다. 또한 스코틀랜드에서도 별도의 보건교육전문가가 보건교육을 전담하고 있다. 우리 나라는 기존의 일반 보건요원 내지 의사나 간호사를 통한 각 전문업무별로 보건교육을 실시해 오던 형태의 보건교육사업만으로는 21세기형 건강증진시대를 맞아 효율적인 보건교육사업을 전개하기에는 매우 미흡하다.

보건교육 전문인력의 양성에는 두가지 방향을 두어야 하는데 현재 보건교육담당자들(보건소의 보건교육 담당자)에 대하여 보수교육 실시 후 보건교육 자격증을 수여하여 보건교육을 담당하게 하는 것과, 보건관련대학에서 보건교육을 전공한 학생에 대하여 보건교육교사 자격증을 수여하여 졸업 후 보건교육을 실시하도록 하는 방안이다. 보건교육 전문인력 양성 제도 도입에 있어서는 이 두가지 인력에 대하여 국가 공인 형태이든 공신력 있는 학회나 협회 명의로 자격시험을 통해 인정함으로써 그들의 자질을 높여나가는 것이 중점이 되어야 한다.

보건교육담당자의 역할은 담당업무와 관련하여 구체적으로 제시하면 다음과 같다. 첫째, 개인과 지역사회 건강요구도를 사정한다. 둘째, 효과적인 보건교육사업을 계획한다. 셋째, 보건교육 및 건강증진 프로그램을 개발한다. 넷째, 보건교육사업을

수행한다. 다섯째, 수행된 보건교육사업에 관한 효과평가를 실시한다. 여섯째, 보건교육 및 건강증진 프로그램에 필요한 자료를 개발하고 보급한다. 일곱째, 보건교육에 관한 자원을 활용한다. 여덟째, 보건교육 서비스를 조정한다. 아홉째, 보건교육 전문인력으로 활동한다. 열번째, 건강과 보건교육에 대한 관심사를 유도해낸다. 열한번째, 지역사회 보건의료인력에 대한 보건교육 활용방안을 교육한다.

마. 보건교육자료의 개발 보급

또한 보건소에서 전문인력이 미비하며, 예산의 획기적인 증액을 기대하기 어려운 상황에서 보건교육을 실시하는데 필요한 보건교육 프로그램 및 보건교육자료를 중앙에서 개발하여 이를 보건소에서 활용하도록 하므로써 저비용 고효율의 건강증진사업을 실시하도록 하여야 한다. 비용이 많이 드는 교육자료는 중앙에서 제작하여 보급하는 것이 비용을 절약할 수 있고, 보건소 보건교육담당인력의 업무량이나 요구되는 지식기술 등의 과부하를 막을 수 있다. 따라서 중앙에서는 지역사회 교육담당자들이 기존의 교육자료를 선택하고 적절히 활용할 수 있도록 정부차원에서 지침서를 개발·보급하는 것도 필요하다.

영국 등 선진국에서는 중앙단위에서 보건교육정보를 개발보급하여 건강증진사업의 효율화를 도모하고 있다. 영국의 보건교육 및 자료 전달은 보건부(Department of Health)와 함께 4개 지역의 보건교육국에서 담당하고 있다. 보건교육국에서는 암(the national cancer plan, 2000.9), 정신건강(the mental health national service framework, 1999.9), 노인건강(the older people National Service Framework, 2000.3)에 대한 건강네트워크를 설립하여 집중관리를 하고 있고, 24시간 건강정보전화·인터넷을 운영하여 건강에 관련된 전문가, 시설, 정보를 제공하고 있다. 웨일즈 건강증진국(Health Promotion Wales)에서는 보건교육의 통로로서 “Promoting health and well being in Wales” 사이트를 개설하여 건강과 관련된 정보를 제공한다. 특히 보건정보 도서관을 운영하여 건강정보를 제공하고 있다.

싱가폴¹³⁾에서는 보건교육부 각 과에서 보건교육자료개발 및 홍보사업을 실시하기도 하지만 보건교육 자료개발 및 전달 전담부서로 마케팅·커뮤니케이션과

13) <http://app.hpb.gov.sg/cor/cor01.asp>

(Marketing & Communication) 를 두고 있다. 이 과에서는 마케팅, 보건교육자료 개발, 건강정보의 3개의 영역에서 보건교육자료의 개발과 전달, 홍보사업실시하고 있다. 캐나다에서는 14) 중앙정부의 보건교육부(Health Canada) 산하 소수민족 건강관리과에서 보건교육정보센터(Publication Resource Center)를 운영하여 전문가, 일반인 등 모든 사람이 이용할 수 있도록 인쇄물, 영상물 형태의 다양한 주제의 보건교육자료를 제공하고 있다. 또한 건강정책 및 홍보과에서 온라인 캐나다 건강정보(Health Canada Online)와 온라인 캐나다 건강증진(Health Promotion Canada)을 운영하여 건강에 관련된 정보를 제공한다.

참고문헌

- 서문자, 박영입, 유재순, 김인자, 『건강증진과 건강교육』, 수문사, 2000.
- 서미경외, 『국민건강을 위한 보건교육·홍보사업 전략개발』, 한국보건사회연구원, 1999
- 이상희 외, 『건강증진사업 수행을 위한 국가, 지방 자치 단체, 민간단체간 역할 분담체계 및 상호연계체계 개발』, 보건복지부, 2002
- 최은진 외, 『국민건강증진을 위한 보건교육 자료의 현황 평가』, 한국보건사회연구원, 2002
- 최정수 외, 2001국민건강영양조사, 한국보건사회연구원, 2001
- 최정수외, 『2001 국민건강·영양조사』, 보건복지부, 2002
- Berkman LF, Breslow L, *Health and ways of living- the Alameda County Study*, Oxford University Press, 1983.
- Brownson et al., *Chronic Disease Epidemiology and Control*, American Public Health Association, 1998
- U.K., Dept of Health, *Our Healthier Nation*, 1998
- 2001 주요 사망원인, <http://www.nso.go.kr>
- Health Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca>, 2003년 5월 현재
- Health Promotion Board in Singapore, <http://www.hpb.gov.sg/hpb/cor/cor0304.asp>
- Ottawa Charter For Health Promotion, <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>, 2003년 5월 현재
- Sundvall Statement On Supportive Environments For, Health, <http://www.who.int/>

14) <http://www.hc-sc.gc.ca>참조

[hpr/archive/docs/sundsvall.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/sundsvall.html), 2003년 5월 현재

The Adelaide Recommendations, <http://www.who.int/hpr/archive/docs/adelaide.html>,
2003년 5월 현재

The Jakarta Declaratio On Leading Health Promotion Into The 21St Century,
<http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/english.html> 2003년 5월 현재

The mental health NSF, <http://www.doh.gov.uk/nsf/mentalhealth.htm>

The national cancer plan, <http://www.doh.gov.uk/cancer/index.htm>

The older people NSF, <http://www.doh.gov.uk/nsf/olderpeople/index.htm>