

지역단위 건강증진사업 추진체계 구축

이 주 열 (남서울대학교 보건행정학과 교수)

지역단위 건강증진사업 추진체계 구축

이 주 열 (남서울대학교 보건행정학과 교수)

I. 문제 제기

세계보건기구는 건강증진을 새로운 공중보건(New Public Health)이라고 표현하고 있으며, 1986년 건강증진에 대한 제1차 국제회의(오타와 선언) 이후 4차례의 국제회의를 통해 건강증진을 보건의료와 건강수준 향상을 위한 새로운 대안으로 제시하고 있다. 그 동안 논의(Green, 1979, 1982, 1991; Taylor, 1982; Brelow, 1983; O'Donnell, 1986; WHO, 1986; Healthy People 2000, 1991; 변종화 등, 1992)된 건강증진의 개념을 종합해 보면 건강증진은 건강인을 대상으로 건강에 유익한 생활양식 및 환경의 변화와 예방서비스의 개선을 통하여 건강 잠재력을 함양하고 건강 위험요인을 조기발견·관리함으로써 적극적 건강을 향상하고 불 건강의 위험요인을 감소하려는 데 목적을 두고 있다. 여기에서 건강인은 단순히 육체적 질병유무로 구분되지 않으며 일상생활에서 자기 역할을 수행할 수 있는 상태에 있는 사람을 의미한다.

우리나라에서도 변화된 환경에 효과적으로 대처하기 위해 1995년에 국민건강증진법을 제정하였다. 국민건강증진법의 제정 시행으로 건강증진에 대한 사회적 관심이 높아지고 국가적 차원에서 건강증진을 위한 정책과 사업을 강화할 수 있는 제도적 기틀이 마련되어 보건사업의 일대 전환기를 맞고 있다. 특히, 국민건강증진법에 근거하여 건강증진기금이 조성되어 1998년부터 건강증진사업 운영에 필요한 재원이 되고 있다.

건강증진 개념의 등장은 건강관리에 대한 변화로 인식되며(변종화와 이주열, 1999), 개인이나 지역사회가 가지고 있는 건강잠재력을 최대한 이끌어 내도록 역량을 강화하는 사업으로 간주된다(변종화 등, 1999). 따라서 건강증진은 보건사업에 대한 새로운 패러다임의 변화이며 이러한 변화에 부응하기 위한 일선 보건조직의 노력이 요구된다

(이주열 등, 1999). 국민건강증진법에서도 국가와 지방자치단체가 국민들의 건강을 증진하는 지역사회 보건사업을 적극적으로 추진하도록 규정하고 있다. 지역사회 건강증진사업은 주민의 건강 향상을 위하여 1차 예방에 초점을 둔 건강관리 서비스가 주요 활동으로 이는 사회의 참여와 지역적 접근을 필요로 하는 활동이다. 따라서 시·군·구 지역단위의 유일한 공공 보건기관으로 예방보건서비스 기능을 주요 업무로 담당하고 있는 보건소를 중심으로 활성화하는 것이 바람직하다(이주열과 김창보, 2000).

보건복지부는 지역사회 단위의 건강증진사업 모형을 개발·보급하기 위하여 1998년 9월부터 전국 18개 건강증진 거점보건소를 지정하여 2001년 6월까지 시범사업을 실시하였으며, 2002년 10월부터는 전국 100개 보건소로 확대하여 사업을 운영하였다. 그리고 2004년부터는 전국 156개 보건소로 사업범위를 확대하였고 2005년부터는 전국 모든 보건소에 건강증진기금을 지원하여 건강생활실천사업을 실시하도록 하고 있다.

이러한 외형적인 사업의 확대에도 불구하고 지역사회 건강증진사업의 수행주체인 보건소에서는 사업운영에 관한 뚜렷한 이정표를 가지고 있지 못한 것이 현실이다. 개념이해의 부족, 사업방법 부족, 현실적 여건미흡, 제도적 지원 부족 등 여러 가지 이유가 있겠지만 근본적 이유의 하나는 그 동안 건강증진사업 운영을 위해 필요한 다양한 논의와 점검이 충분히 이루어지지 못했기 때문이다. 이러한 이유로 전국 단위로 사업이 확대된 시점에서 보건소 건강증진사업의 운영방안이 구체화되어 있지 못하여 일선 사업담당자들은 사업운영에서 많은 애로점을 겪고 있다.

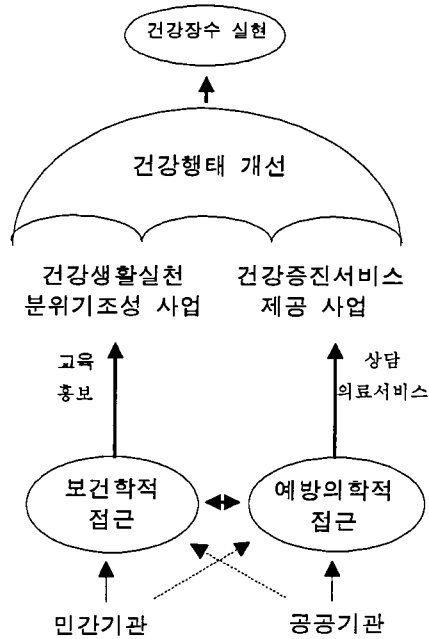
건강증진사업은 중앙정부에서 일정하게 개발하여 제시한 내용을 지역사회에서는 수행만 하면 되는 과거의 보건사업과 달리 지역사회 보건소가 중심이 되어 사업을 기획하고 추진방법을 구체화해야 한다. 기존 보건사업이 제공자 중심의 사업이었다면 건강증진사업은 소비자와 제공자가 함께 운영하며 주민의 실제적인 참여에 의하여 사업이 개발되어야 한다. 따라서 지역주민과 단체의 적극적인 참여가 필수적이며 지역사회 자원을 연계하여 운영하지 않을 수 없다. 그런데 그 동안 우리나라의 지역사회 건강증진사업은 보건소를 중심으로 극히 제한적 범위에서 진행되었다. 특히, 건강증진사업을 보건소에서만 하는 사업으로 인식하여 민간부문을 동반자로 참여시키지 못한 점이 있다.

II. 지역사회 건강증진사업의 운영 방향

건강증진은 질병예방, 보건교육, 건강증진에 관한 공공정책 변화와 지역사회 활동 등으로 정의된다. 이를 위해서 건강한 생활양식을 기르는 것, 보건의료서비스에 접근성을 높이고 건강결정에 참여시키는 것, 사람들이 쉽게 건강한 선택을 할 수 있도록 환경을 개선하는 것, 신체와 건강유지에 대해 교육하는 것 등이 사업과정에 포함된다.

우리나라의 경우 보건소 중심의 지역사회 건강증진사업은 크게 두 측면에서 접근되고 있다. 하나는 포괄적 지역사회 역량강화 즉, 특정 질환에 위험이 있는 인구집단에 초점을 두기 보다는 전체 지역사회 주민을 대상으로 하는 건강생활실천분위기 조성사업이며, 다른 하나는 개인단위로 구체적인 건강증진 서비스를 제공하는 사업이다. 건강증진 활동은 건강생활실천분위기 조성사업은 교육, 홍보 중심으로 이루어지며, 건강증진서비스 제공 사업은 상담과 의료서비스 중심으로 이루어지고 있다. 건강생활실천사업은 1998년부터 추진되었던 사업으로 금연, 절주, 운동, 영양 등을 중심으로 진행되고 있다. 이와 달리 개인 단위로 접근하는 건강증진 서비스 사업은 전국 보건소에서 운영되고 있는 금연클리닉과 2005년에 20개 보건소에서 시범 운영될 주민건강증진센터가 대표적이다. 이러한 사업은 상담을 통한 행동요법뿐만 아니라 약물요법이나 치료서비스와 연계되고 있다.

향후 우리나라의 지역사회 건강증진사업은 건강생활실천분위기 조성사업과 건강증진서비스 제공 사업이 동시에 추진될 것으로 예상된다(그림1 참고). 앞으로 건강증진사업이 이와 같이 추진될 경우 사업운영에서 고려해야 할 접근방법을 살펴보면 다음과 같다.



<그림 1> 지역사회 건강증진사업 운영 방향

1. 장(settings) 중심의 접근방법: 건강생활실천 분위기 조성사업

1986년 오타와에서 거행된 세계보건기구의 건강증진에 관한 국제회의에서는 ‘건강증진에 관한 오타와 헌장’을 채택하여 공표하였을 뿐만 아니라 실천 방법으로 ‘건강을 위한 장(settings for health) 이론’을 소개하였다. 이것은 1996년 캐나다에서 발간한 ‘건강증진을 위한 활동 보고서’에서 더욱 구체적으로 제안되었다. 이 접근 방법은 세계보건기구의 학교건강증진, 직장 건강증진, 병원 건강증진, 건강도시 등의 프로젝트를 통하여 널리 알려진 방법으로 건강을 개발할 수 있는 잠재력이 모든 조직과 지역사회에 내재해 있다는 전제에서 출발한다.

전통적 보건 접근방법은 건강상 문제가 되는 어떤 특정한 문제(예: 흡연, 음주, 운동 부족 등)를 중심으로 이것들이 건강에 얼마나 해로운가에 관한 정보를 유통시켜 개인들이 스스로 생활습관을 변화시켜 그 문제를 해결하도록 하는 것이다. 이러한 방법은

개인의 행동에 영향을 주는 구조적 환경은 변화시키지 않은 채 개인의 행동만을 변화시키려는 접근 방법이다.

그러나 ‘건강을 위한 장 이론’은 어떤 인구 집단의 건강문제는 특정한 사회 환경, 개인이 속한 집단, 집단과 관련되는 개인의 여러 요인 등이 상호작용하여 일어나는 결과로 본다. 장은 어떤 특정한 인구 집단이 생활하고 일하며 서비스를 이용하는 물리적 환경이 되는 지역은 물론이고 거기에 존재하는 지역사회와 모든 조직체와 그들의 활동까지 포함한다. 학교 건강증진에 대한 장 중심 접근방법을 예로 든다면, 학생들의 개인적 생활습관을 건강에 이롭도록 변화시키는 것은 물론이고 학교라는 장의 물리적 환경, 관행, 규칙 등을 건강에 도움이 되도록 변화시키는 것이다. 즉, 개인의 변화와 장의 변화를 동시에 추구한다.

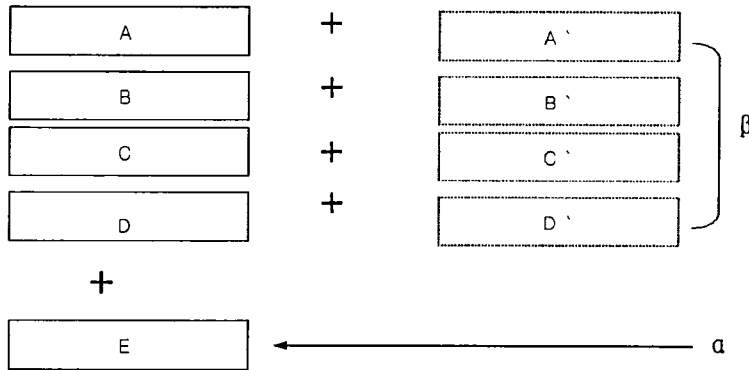
장(settings) 중심의 접근방법에서 개입 대상은 개인이 아니라 사회체계가 된다. 따라서 구체적 개입을 고려할 때는 사회체계가 처한 현재의 상황 및 변화되어야 할 방향에 대한 폭 넓은 이해가 필요하다. 똑 같은 개입이라고 하더라도 장(settings)에 따라서 개입의 내용, 방법, 절차, 결과가 다르게 되기 때문이다. 개입 대상은 처음부터 한 조직체 전부일 필요는 없다. 현실 여건을 고려하여 개입 대상을 결정하게 되는데, 당장 조직체 전부가 아니고 일부분을 대상으로 개입하더라도 장기적으로 연결고리를 찾아서 전체에 영향을 미칠 수 있도록 해야 한다.

기존 질병관리사업 운영방법과 건강증진사업이 차별화되는 부분은 개인 중심의 접근 방법뿐만 아니라 개인의 건강행위 변화와 관련된 지역사회 활동을 강화하거나 제도적 규제를 통하여 건강생활 분위기를 조성하는 것이다. 그 동안 우리나라 보건소의 건강증진사업은 개인 중심의 접근 방법으로 건강증진사업을 추진하였기 때문에 지역사회 활동 및 제도적 접근은 제한되었다. 현실적으로 보건소가 주택, 환경, 제도, 법률 등의 제반 공공정책과 업무 연계를 갖는다는 것은 쉽지 않다. 이러한 현실적 제약으로 우리나라 보건소의 건강증진사업은 주민들의 건강생활실천을 유도하여 건강의 잠재력을 향상시키는 사업이 주된 과제로 다루어졌다.

2. 개인 중심의 접근 방법: 건강증진서비스 제공 사업

새로운 보건사업을 운영하는 방법은 두 가지가 있는데, 기존 사업과 별개의 것으로

간주하여 새롭게 추가하는 방법(α 방법)과 기존 사업을 발전적으로 확대하는 방법(β 방법)이다. 아래 <그림4>에서 보는 것처럼 α 방법은 기존 사업 A---D와 별개의 사업으로 D를 추가하게 된다. 보건소에서 새로운 사업으로 금연사업을 할 때 기존 보건사업과 별도로 사업대상자를 선정해서 운영하는 방법이다. 이와 달리 β 방법은 금연사업을 할 경우 기존 보건사업과 연계해서 운영하는 것이다. 고혈압관리사업 혹은 방문보건 사업대상자 중에서 흡연자를 파악하고 이들에게 금연실천을 유도하는 방법이다. 즉, 기존 사업의 범위를 확대하고 기존 사업대상자를 중심으로 건강증진사업을 추가적으로 실시하는 것이다.



<그림 2> 보건사업 운영 방법

개인 중심의 건강증진사업은 기존의 보건사업과 연계된 사업이며 기존의 질병예방 및 질병관리 사업에 대한 질적인 접근이라 할 수 있다. 우리나라 보건소는 질병예방 및 보건교육 중심으로 사업을 담당해 왔으며 이러한 과정에서 건강증진서비스가 각 사업에서 상당히 진행되어 왔기 때문에 기존 사업과 차별화 되는 별도의 사업영역으로 건강증진을 개념규정 할 수는 없다. 개인을 중심으로 하는 보건소의 건강증진사업은 별도의 새로운 사업으로 이해되기 보다는 기존 보건교육 사업을 활성화시키기 위한 새로운 접근방법으로 이해되어야 한다.

<표 1> 기존 보건사업과 연계 운영 사례

운동	고혈압, 당뇨병환자를 위한 운동교실, 노인을 위한 체조교실 등
영양	고혈압, 당뇨병환자를 위한 영양교실, 이유식 교육, 모유수유 홍보 등
금연	학교보건사업과 연계한 흡연예방교육 등

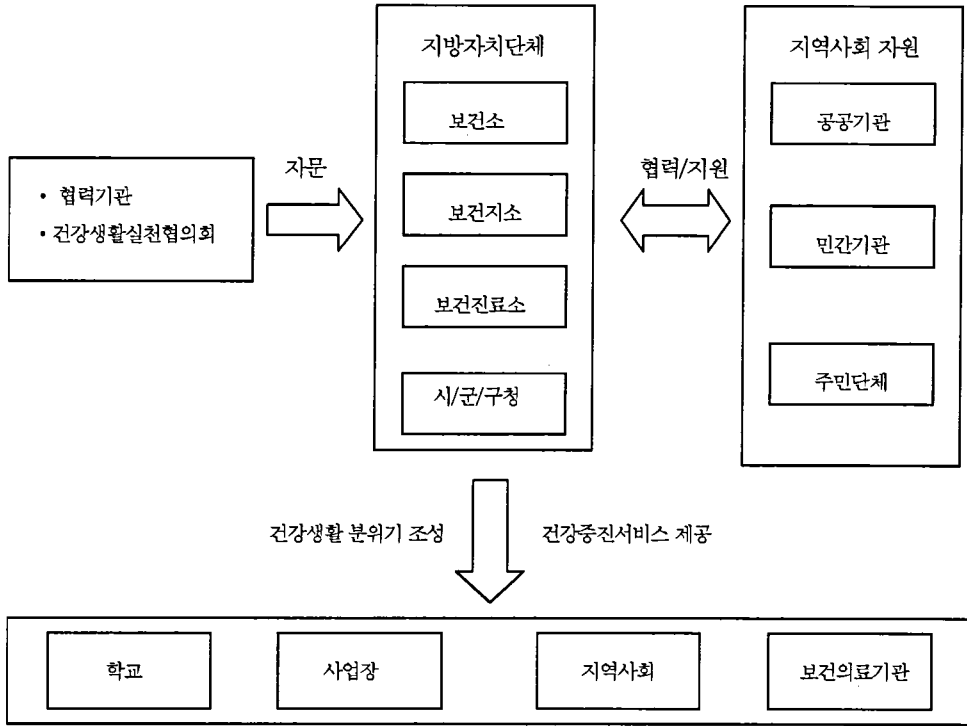
Ⅲ. 지역사회 협력체계의 구축 방향

1. 건강증진사업 연계 체계의 기본 모형

보건소가 지역사회 건강증진사업의 중심체가 되는 것은 바람직하지만 보건소만으로 사업을 추진할 수는 없다. 따라서 보건소 효과적, 효율적으로 사업을 추진하기 위해서는 지역사회의 자원을 보건소를 중심으로 연계시키는 과정이 필요하다. 앞에서 언급한 것처럼 지역사회 건강증진사업의 주체는 지방자치단체가 중심이 될 때 가장 이상적이다. 지방자치단체가 중심이 된다는 의미는 자치단체장이 건강증진사업에 얼마나 관심을 가지고 있느냐와 관련된다. 보건소만의 노력으로 건강증진사업을 추진한다면 제한된 범위에서 기존 사업의 범위로 한정되어 사업이 진행될 수밖에 없다.

지역사회 건강증진사업이 이상적으로 추진되기 위한 기본 모형은 <그림 3>과 같은데, 지역사회의 공공기관, 민간기관, 주민단체 등의 협력과 지원을 받아서 보건소를 비롯한 지방자치단체 기관이 중심 역할을 담당하도록 한다. 관련 전문기관으로 부터 기술자문을 받도록 하며, 지역주민 대표로 구성된 건강생활실천협의회 운영을 통하여 주민들의 의견을 청취하고 필요한 경우 도움을 요청하도록 한다.

건강증진사업은 개인의 행동에 영향을 주는 구조적 환경 변화를 고려한 장이론에 근거하여 학교, 사업장, 지역사회, 보건의료기관 등으로 나누어 접근하는 것이 바람직하다. 이를 위해서 보건소는 사업대상 기관을 대상으로 건강생활분위기를 조성함과 동시에 건강증진서비스를 제공하게 된다.



<그림 3> 연계체계의 기본 모형

2. 부문별 건강증진사업 협력 방안

1) 협력 대상기관

지역사회 건강증진사업을 추진하기 위한 부문별 협력기관을 지역사회 단위, 광역 단위, 국가 단위 등으로 나누어 살펴보면 아래 <표2>와 같다. 보건조직의 경우 지역사회 단위에는 보건소/지소/진료소가 있으며, 광역 단위에는 지방의료원, 보건환경연구원 등이 있고 국가 단위에는 보건복지부, 질병관리본부, 식품의약품안전청 등이 있다. 건강증진사업 운영과 관련하여 협력이 가능한 정부조직은 지역사회 단위에는 시군구청, 농촌지도소가 있으며, 광역 단위에는 시도청, 경찰서, 소방서 등이 있고 국가 단위에는 교육부, 문화관광부, 경찰청 등이 있다.

한편, 민간조직의 경우 지역사회 단위에는 마을조직, 동호회 모임 등이 있으며, 광역 단위에는 지역봉사 모임, 생활체육협의회, 청소년 단체 등이 있고, 국가 단위에는 대한

적십자사, 한국건강관리협회, 대한가족보건복지협회, 대한결핵협회 등이 있다.

그 동안은 지역사회에서 뿐만 아니라 광역 단위와 국가 단위에서도 부문별 협력 방안이 제대로 추진되지 못하였다. 그런데 구체적 협력 방안은 사업내용에 따라서 달라질 수밖에 없기 때문에 각 사안 별로 진행될 수밖에 없다.

<표 2> 부문별 건강증진사업 협력 방안

조 직	지역사회 단위	광역 단위	국가 단위
보건조직	보건소/지소/진료소	지방의료원, 보건환경연구원 등	보건복지부, 질병관리본부, 식약청 등
정부조직	시군구청, 농촌지도소	시·도청, 경찰서, 소방서 등	교육부, 문화관광부, 경찰청 등
민간조직	마을조직, 동호회 모임	지역봉사 모임, 생활체육협의회, 청소년 단체 등	대한적십자사, 한국건강관리협회, 대한가족보건복지협회, 대한결핵협회 등

2) 지역사회 단위의 부문별 협력내용

구체적으로 지역사회 단위에서 실현 가능한 부문별 협력 내용을 살펴보면 <표 22>와 같다. 각 부문별로 협력할 수 있는 내용은 다양하다. 보건부문 외의 정부조직에서 특히 경찰관과는 음주단속을 절주홍보 사업과 연계할 수 있다. 민간 보건의료 기관과 협력내용은 질병치료가 필요한 환자에 대한 이송이 주요 내용이 된다.

지역단체와는 보건소가 공동으로 다양한 보건교육 및 홍보활동을 전개시키는 것이 바람직하다. 이 과정에서 지역 언론매체는 중요한 홍보수단이 될 수 있다. 특히 영양사업, 절주사업, 금연사업에 관련 민간업체를 참여시켜 협조를 구하는 것은 중요하다. 일반적으로 민간업체들은 보건소의 건강증진사업에 비협조적일 것으로 생각하고 협력을 시도하지 않는 경우가 많은데, 사업이 효과적으로 추진되기 위해서는 민간업체의 협조가 필수적이다. 따라서 이들 업체에 대한 지도단속을 강화할 것이 아니라 계몽홍보 활동을 통하여 협조를 받도록 하는 것이 필요하다.

<표 3> 지역사회 단위의 부문별 세부협력 내용

협력 부문	관련 대상	협력 내용
보건부문 외의 지방 정부조직	보건부문 외 공무원	보건소와 업무 협조
	교사	학교보건, 생활체육 등
	경찰관	음주단속 시 보건부문과 연계
	사회복지사	복지사업과 연계
민간 보건의료 부문	의사(한 의사, 치과 의사 포함)	건강 및 질병관리 상담
	약사	복약지도 및 건강 상담
보건의료 관련 전문조직	대학 및 전문가	사업운영 자문
보건 관련단체 지부	한국건강관리협회, 대한가족보건복지협회 등	건강검진, 보건교육자료 제공, 보건교육활동 등
사업장	산업보건안전팀	자료제공, 보건교육 시간 마련
	노동조합	자료제공, 환경개선
지역단체	시민단체	홍보 및 건강증진의 우선순위 제고
	종교, 자원봉사 조직 등	보건교육, 실천 프로그램 운영
지역 언론매체	신문, 라디오, 유선방송	정보제공 및 여론 형성
기타	식품제조업체, 음식점	식품성분 표시 등의 정보제공
	주류판매업소	건전음주문화 정착에 참여
	담배판매업소	청소년 담배 안팔기 등

자료: 감신, 보건소 건강증진사업의 방향과 주요 전략, 2004를 참고로 재구성 하였음.

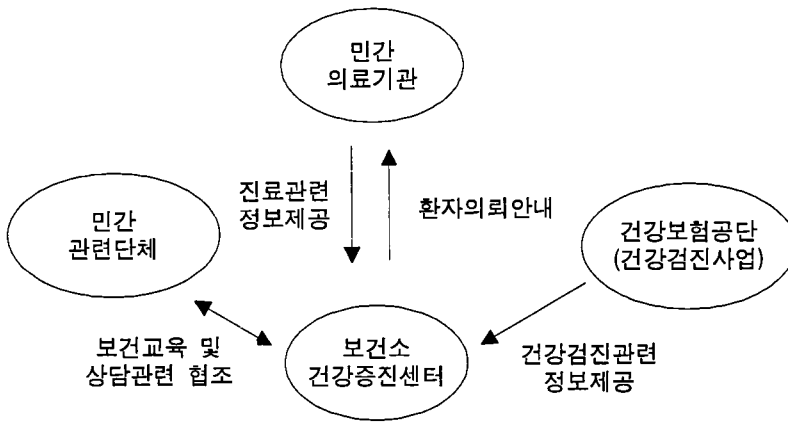
2. 지역사회 특성별 연계 체계 모형

1) 대도시형 : 건강증진센터형

대도시 지역에서 건강증진사업을 효과적으로 추진하기 위해서는 지역 주민들에게 실제적인 서비스를 제공할 수 있는 별도의 조직이 필요하다. 보건소에 건강증진센터를 설치하여 전문적인 건강증진 서비스를 제공하는 것이 필요하다. 건강증진센터의 원활한 운영을 위하여 지역사회 내의 여러 단체와 연계하여 활동을 진행한다. 초기 대상자 확보를 위해서 건강보험공단의 정기 건강검진자료를 활용하고, 건강문제가 상담서비스만으로 해결될 수 없는 경우에는 의료기관에 의뢰하도록 한다. 구체적인 운영 연계 체

계는 <그림 4>와 같다.

- 건강증진센터의 업무에는 상담서비스가 중심을 이루고 검진, 예방접종 등의 업무는 기존 보건사업이나 민간 의료기관과 연계한다. 연령별 주요 사업의 특성을 개괄적으로 요약하면 영유아기에는 적절한 발육 및 발달상황을 모니터링하고, 학령기에는 건강생활습관 확립을 위한 교육과 상담을 강화하며, 청·장년기 이후부터는 일정 간격으로 만성질환의 조기발견을 위한 건강검진이 강화된다. 물론 개별로 파악된 위험요인여부에 따라 임상검사 내용 및 상담서비스 내용은 적절히 변형되어야 한다.
- 건강증진센터의 사업은 외견상 건강하고 특별한 질병에 대한 증상이 없는 대상을 중심으로 연령과 성별 등의 특성을 고려한다. 각 시기의 위험요인을 결정, 건강위험도를 평가하고 초기 무증상기에 질병을 발견하여 예방 및 치료 또는 의뢰, 행위교정을 통하여 질병을 예방하고 건강을 증진시키는 건강관리 사업이다. 사업운영의 기본방향은 첫째, 건강생활실천 유도를 위한 행동교정 상담서비스를 제공한다. 만성질환의 1차 예방과 2차 예방을 위해서 질병예방과 건강증진 서비스는 매우 중요하다. 일차의료에서 행할 수 있는 행동교정 교육과 관련된 상담 서비스의 내용은 금연교육·상담, 영양교육·상담, 운동교육·상담, 스트레스 경감교육·상담 등이 있다. 둘째, 생애주기별로 건강문제를 접근한다. 생애주기별로 다양한 건강문제가 발생하며, 이러한 문제를 해결하기 위해서는 신체·건강상의 특성을 고려하여 건강관리 서비스가 제공되어야 한다.

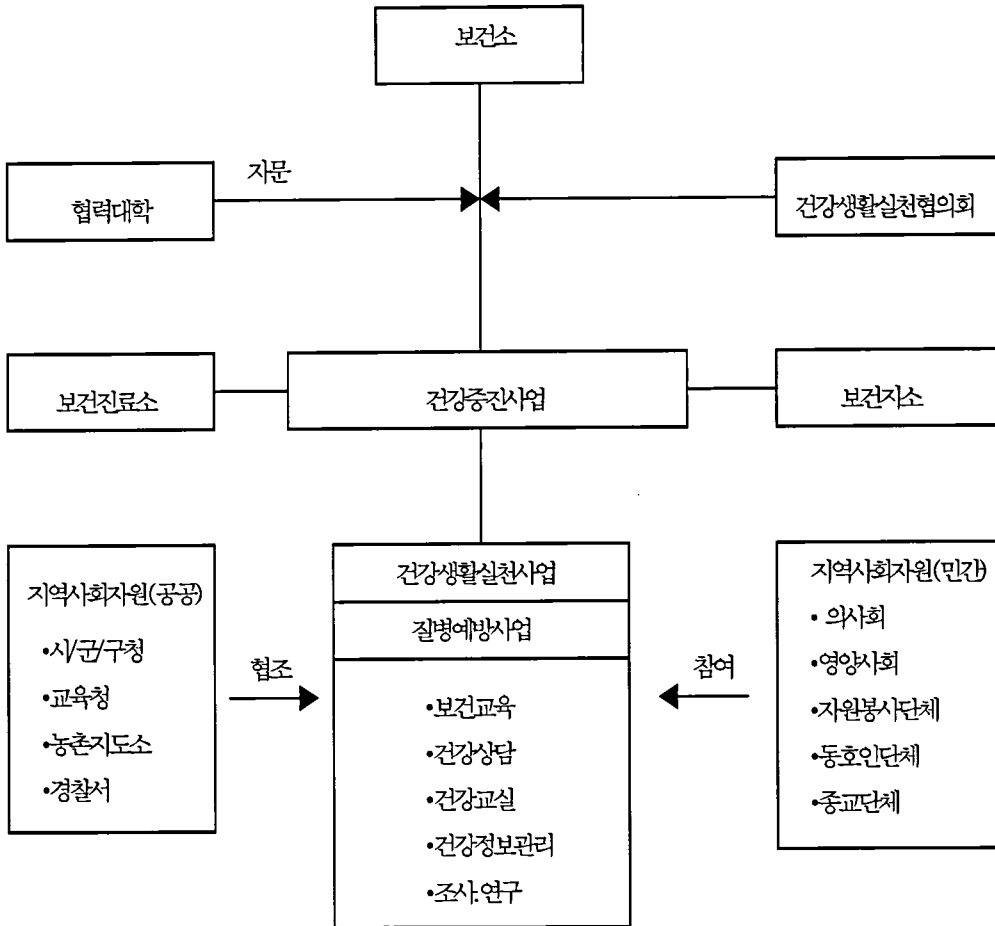


<그림 4> 보건소 건강증진센터의 연계 체계

2) 중소도시형 : 지역사회 자원 활용형

중소도시 지역에서 건강증진사업을 효과적으로 추진하기 위해서는 지역사회 자원을 최대한 활용하는 것이 필요하다. 보건지소 및 진료소의 경우 담당지역이 넓고 업무가 과중하여 대부분의 경우 특정한 역할을 기대하기 어려운 실정이다. 따라서 지역사회 자원을 최대한 활용하는 전략이 필요하다.

- **지역사회의 여러 조직 대표가 참여하는 『사업운영위원회』**를 구성하여 정기적으로 운영하고 **지역사회의 자발적인 참여와 협력을 유도한다.** 위원회는 지방의회, 언론기관, 교육청, 각급 학교, 사업장, 건강보험 단체, 시민단체, 기타 주민대표 등으로 구성한다.
- **지역사회의 지도자급 인사 즉, 읍·면·동장, 학교장, 의·약사, 이·통·반장, 마을 부녀회장, 청년지도회장 등 지역사회 건강증진사업에 핵심적으로 참여할 대상자 중심으로 교육과 회의 개최 등 홍보활동에 역점을 둔다.**
- **지역사회 건강증진사업에서 이용할 수 있는 매스컴은** **지역사회의 유선 TV 방송망, 지역신문, 시 회보, 반상회보, 기타기관 및 단체의 정기발간물 등이다.** 이들 지역 언론매체와 협조체계를 마련하고 정기적으로 건강정보를 제공하여 보도 할 수 있도록 한다. **지역사회의 유선방송망, 지역신문, 시 회보 등의 매스컴을 이용하기 위해서는 시청 공보관실 의 담당자 등과 교육·홍보내용 및 추진계획에 대한 사전협의를 통하여 사업추진에 대한 협조를 받는다.**
- **보건교육 활동은 민방위훈련, 농촌지도소의 영농교육, 이장 회의, 종교단체의 모임 등을 적극적으로 활용한다.**



<그림 5> 중소도시형 건강증진사업 운영 체계

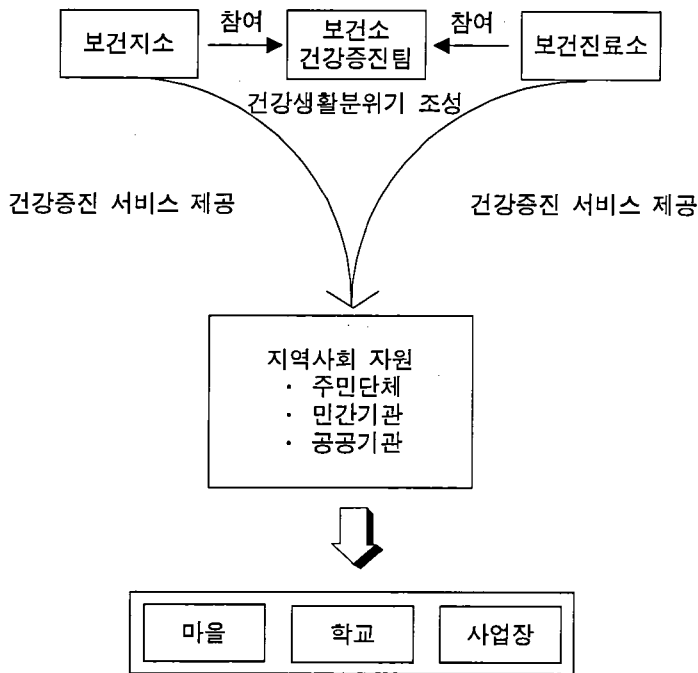
3) 농촌형 : 보건지소 및 진료소 중심형

농어촌 지역에서 건강증진사업을 효과적으로 추진하기 위해서는 보건지소 및 보건진료소의 적극적 참여가 필요하다. 활용할 수 있는 지역사회 자원이 제한되어 있을 뿐만 아니라 보건소의 건강증진팀도 인력이 부족하므로 보건지소 및 진료소 요원의 참여가 중요하다. 건강증진사업은 지소 및 진료소가 소재한 마을별로 접근하는 것이 가장 효과적이다.

- 보건요원이 가정방문을 통하여 가정주부나 기타 가구원을 대상으로 가족의 건강에 관한 문제점을 파악하고 이를 개선하기 위한 상담·지도한다. 상담·지도의 내용은

가족의 건강상 문제점을 중심으로 그 원인과 예방관리방법을 소개하고 보건소 내방을 통하여 건강검진 및 처방관리 서비스를 받도록 권장·지도한다. 가족의 건강문제가 생활양식 및 건강습관 등 건강행동과 관련된 것일 경우 그리고 가족 중 건강생활실천상의 문제가 있을 경우 이의 개선에 초점을 둔 계몽교육 실시한다.

- 반상회와 어머니회 및 기타 지역주민들의 모임을 이용하여 주민들의 주요 건강문제에 대한 토의와 건강생활실천내용을 중심으로 한 개인 및 가정에서의 건강관리방법에 관한 좌담회를 개최한다. 반상회 및 어머니회 모임을 이용한 좌담회 개최는 사전 활동계획 수립을 통하여 보건소, 보건지소, 보건진료소 등 보건요원들이 직접 참석하여 교육을 실시하도록 하며, 교육실시에 필요한 교육·홍보자료를 배부한다.



<그림 5> 농촌형 건강증진사업 운영 체계

참고문헌

1. 감신, 보건소 건강증진사업의 방향과 주요 전략, 천안시 보건소 건강생활실천평가대회 자료집, 2004.
2. 변종화, 이순영, 정기혜. 건강증진시범 보건소 운영을 위한 기술지원 연구, 한국보건사회연구원, 1994.
3. 변종화, 김진수, 김은주. 지역단위 건강증진사업 실태와 개선방안, 한국보건사회연구원, 1997.
4. 서울대학교 의과대학 의료관리학 교실. 경기도 건강증진 플랜개발, 1997.
5. 이주열, 일반보건학, 진우, 1995.
6. 이주열, 박강원, 임재은. 지역사회 건강증진사업 운영사례; 서울시 은평구 건강증진사업을 중심으로. 건강증진학회지 1999;1(1) :56-63
7. 이주열 외, 지역사회 건강증진사업 운영 지침서, 한국보건사회연구원, 2001.
8. 이주열 외, 건강증진사업담당자 교육훈련 교재, 한국보건사회연구원, 1999.
9. 이주열, 김창보. 지역사회 건강증진사업 활성화 방안, 건강증진학회지 2(1):3-12, 2000.
10. 이주열, 이윤석, 보건소의 건강증진사업 전략, 건강증진학회지 5(1):12-27, 2003.
11. 이원영 외, 차세대 건강증진을 위한 공공보건의료 인프라 확충방안, 보건복지부, 2004.
12. 이평수 외. 21세기 국민건강증진을 위한 보건소 업무개선 및 사업평가방안 개발, 한국보건산업진흥원, 1999.
13. 보건복지부. 국민건강증진법령집. 2001.
14. 보건복지부, 건강증진거점보건소기술지원평가단 사업종합보고서, 2001.
15. 건강증진거점보건소기술지원평가단; 보건소 건강증진 프로그램안내서, 2001.
16. 건강증진거점보건소기술지원평가단; 보건소 건강증진사업 운영방안, 2001.
17. 건강증진기금사업지원단, 보건소 건강증진사업 평가결과, 2004
18. 황인경 외. 보건소 건강생활실천사업 내용의 표준화 및 평가지표 개발, 건강증진기금사업지원단, 2004.
19. Abelin T, Brezezinski ZJ, Carstairs VDL. *Measurement in Health Promotion and Protection*. WHO. 1989

20. Bracht N, Kingsbury L.. *Health Promotion at the Community Level*. Newbury Park: Sage. 1984
21. Breckon DJ, Harvey JR, Lancaster RB. *Community Health Education, Setting, Roles and Skill*. Rockvill:Aspen. 1989.
22. Chechoway, B. Community participation for health promotion: Prescription for public policy. *Wellness Perspectives: Research, Theory and Practice*, 1989; 6(1), 18-26.
23. Dhillon HS, Philip L. *Health Promotion and Community Action for Health in Developing Countries*. PP 5-6, Geneva: WHO. 1994
24. Dines A, Cribb A(eds). *Health Promotion: Concepts and Practice*. London: blackwell Scientific Publications. 1993
25. Dines A, Cribb A(eds). *Health Promotion: Concepts and Practice*. London: blackwell Scientific Publications, 1993; Abelin T, Brzezinski ZJ, Carstairs VDL. Measurement in Health Promotion and Protection. WHO, 1987
26. Frasure-Smith N, Lespeance F, Ralajic M: Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993; 270: 1819-1825.
27. Miner, K.J. & Ward, S.E. Ecological health promotion: The promise of empowerment deuation. *Journal of Health Education*, 1992; 23(7), 429-432
28. Mossey JM, Shapiro E: Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health* 1982; 72: 800-807.
29. Reppucci ND, Woolard JL, Fried CS: Social, community, and preventive interventions. *Annual Review of Psychology* 1999; 50: 387-418.
30. Roter D, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS: Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997; 277:350-356.