

한국의 보건교육 제공체계 연구

—보건교육 정책을 중심으로—

김 대 회* · 임 재 은**

(*서울대학교 국민보건연구소 · **서울대학교 보건대학원)

목 차

I. 서 론	V. 보건 교육 관련 체계
II. 연구방법	VI. 보건 교육 사업을 위한 실무적 제언
III. 우리나라의 보건 교육 체계	VII. 요약 및 제언
IV. 우리나라의 지역단위 보건교육체계	참고문헌

I. 서 론

1977년 Alma-Ata 선언에서 '2000년대까지 모두에게 건강을(Health for All)'이라는 목표 및 그 수단으로서의 일차보건의료 개념이 선포된 이후, 모든 보건 분야는 이 목표를 달성하기 위하여 노력하여 왔다. 1978년 UNICEF 및 WHO에 의해서 개척된 일차보건의료를 위한 국제회의에서는, 많은 보건 문제를 예방, 통제하는 보건 교육이 일차보건의료의 여덟가지 필수 요소 중에서 첫째라고 선언하였다. 이렇듯 일차보건의료 달성 수단으로서의 보건 교육이 강조되어 오며 따라, 보건 교육 자체 내에서도 낡은 방식에서 벗어난 새로운 방식의 접근법이 필요하게 되었다. 과거의 접근법에 있어서는, 생의학적인 모델을 바탕으로 한 진료를 위한 캠페인, 포스터 등을 통한 전파를 강조했다. 그러므로, 주민의 건강신념이나 나름대로의 전통 의료행위가 무시되었고, 사회, 경제적 요인 또한 무시되었다. 또한, 일차보건의료를 달성하기 위해서는 주민참여가 필수적인데, 과거의 접

근법에서는 이것을 중요하게 생각지 않았거나 왜곡되게 해석하고 있었다. 또한, 현대 질병 형태의 변화로 생의학적 모형의 문제 해결 능력에 한계가 오게 되자, 보건 교육 내에서도 과감한 전략 변화가 요구될 수 밖에 없었다. 그리하여, 새로운 보건 교육 전략은 모두를 건강하게 하기 위하여 '주민 참여'와 '셀프케어(Self-care)'라는 큰 방향을 제시하게 된다. 결국, 새로운 보건 교육은 다음과 같이 정리될 수 있겠다.

첫째, 보건 교육은 2000년대까지 모두에게 건강을 주기 위해서 일차보건의료 전략과 밀접한 관계 및 조화를 이루어야 한다.

둘째, 보건 교육은 주민 참여와 자조(Self-reliance)를 필수적인 요소로 삼아야 한다.

셋째, 보건 교육은 보건 영역 내외의 다른 분야들과 조화를 이루어야 한다.

네째, 보건 교육의 기획능력을 향상시켜, 모니터링(monitoring)과 평가(evaluation)를 중요시 해야 한다.

이러한 방향 및 전략은 합리적인 보건 교육 체계를 갖추지 않고서는 불가능하다. 현재 우리 나라의 보건

교육은 앞에서 언급된 내용을 따라가지 못하고 있다고 할 수 있다.

이제 보건 교육의 단계적 측면을 보기로 하자. 보건 교육 행위는 원칙적으로 인간들 간의 관계일 수 밖에 없다. 이러한 관계로서의 보건 교육은, 첫번째 단계로서 개인이 가족 내에서 배우는 비형식적인 교육으로부터 시작된다. 두번째 단계로서의 보건 교육은, 지역 사회 사업의 일환으로서 정태적인 지역 사회의 건강을 향상시키기 위한 노력이라는 것이다. 세번째 단계로서의 보건 교육은, 사회와 환경의 변화에 따라서 건강을 보호, 유지, 증진시키기에 필요한 행동 적응 능력에 대한 사회적 지원 행위라는 것이다. 그러므로, 보건 교육은 개인과 개인의 관계로부터 거대 조직 사회와의 관계에 이르기 까지 다양한 관계의 스펙트럼을 가질 수 밖에 없다.

현대 사회에서 가족은 핵가족화 하고 있으며, 조직은 거대화, 집중화 되어 가고 있다. 한국 사회에서도, 가족 내의 대화 시간은 갈수록 줄어들고 있고, 조직 내의 업무는 폭주하고 있다. 따라서, 자연스러운 가족 간의 대화를 통한 보건 교육 기회는 점점 줄어들 수 밖에 없다. 그러므로, 지역사회 사업의 일환 및 환경 변화 적응 능력을 제고시키기 위한 사회적 지원 행위로서의 보건 교육은 그 중요성이 더해 간다고 할 수 있겠다. 그런데, 이러한 지원 행위는 공식적, 비공식적 체계를 필요로 하고 있다.

현재 우리나라 보건의료 체계는 보건 교육 실시 체계 미비, 보건 교육 전문가 부족, 보건 교육 홍보 체계 미흡, 보건 교육 자료 부족 등의 문제점을 안고 있다. 이러한 문제점들은 곧 바로 국민 건강 수준의 저하로 연결되고, 건강 수준 저하는 막대한 의료비 지출을 동반할 수 밖에 없다. 진단, 치료 보다 건강 증진(Health Promotion)과 질병 예방(Disease Prevention)이 건강에 대해 더 큰 효과를 갖고 있으나 더 적은 비용이 든다는 점을 감안할 때¹⁾²⁾, 위에서 지적된 문제점들은 국민 보건 의료에 있어서 가장 중요한 저해 요인이 됨을 알 수 있다. 그러므로, 보건 교육 사업에 대한 효율적인 지원 체계 수립이 크게 요청되고 있다.

이에 따라, 임등¹⁾은 우리나라 보건 교육 실태를 조사하고 그 저해 요인을 살펴 보았다. 주민층의 보건 교육 요구도 조사에 따르면, 보건 교육 요구에 현실적인 교육

제공이 못 미치는 실정이었다. 보건에 대한 주민의 참여도 부족한 것으로 나타났다. 보건 의료인의 대다수도, 우리 나라의 보건교육이 잘 안되고 있다고 생각하고 있었다. 그 이유에 대해서는, 전문 인력의 부족 및 부족, 행정 체계의 미비, 교육 자료의 부족, 정부의 관심 부족 순으로 나타났다. 보건 교육 사업에 대한 효율적인 지원 체계 수립이 요구되었다.

인간 자원의 활용이라는 측면에서 개발의 의미를 개념화시킨 하비슨³⁾은 국가 개발에 있어서 보건 교육이 차지하고 있는 중요성을 강조하였다. 구체적으로 그는 한 국가의 개발 잠재력은 경제 성장과 교육 성취 정도를 제외하고는 보건 정도에 의해 좌우되며 이러한 보건에는 다양한 연령에 따른 생활 기대와 유아 사망률, 심각한 질병의 발생(말라리아나 결핵, 기생충 등), 보건 시설의 활용 등과 더불어 전체 국민의 영양 정도도 포함되어 있다고 기술하였다. 특히 로웨(Lowe)는 학교에서 주로 보건과 영양 교육을 담당하는 근대화된 국가와는 대조적으로 제3세계 국가에서는 성인 교육이 본질적인 요소로서 보건 교육을 담당해야 한다고 주장하였다⁴⁾. 제3세계 국가와 선진국의 중간 위치에 있는 우리 나라로서는, 로웨가 지적한 성인교육과 학교 보건이 모두 중요할 수 밖에 없다. 장래의 선진국가를 내다보면, 보건 교육에 있어서 학교 보건 교육의 중요성이 부각되지 않을 수 없다. 그러므로, 본 연구는 학교 보건 현황 및 개선 방향을 같이 다루었다.

본 연구는 다음과 같은 목적을 가진다.

첫째, 우리나라의 보건 교육 현황을 집중적으로 파악한다.

둘째, 보건의료 제공자측을 집중적으로 연구한다.

셋째, 보건 교육 체계 분석을 함으로써, 그 결과가 보건 교육 업무의 효율화, 과학화를 이루는 초석이 되게 한다.

네째, 본 연구에서 제기되는 문제점들을 해결하기 위한 정책 대안을 제시한다.

II. 연구 방법

보건 교육 제공체계 및 현황을 보기 위하여 사용한 연구 방법은, 첫째, 관계자 면접, 둘째, 관계 장부 열람, 셋째, 기존의 문헌 고찰 등이었다.

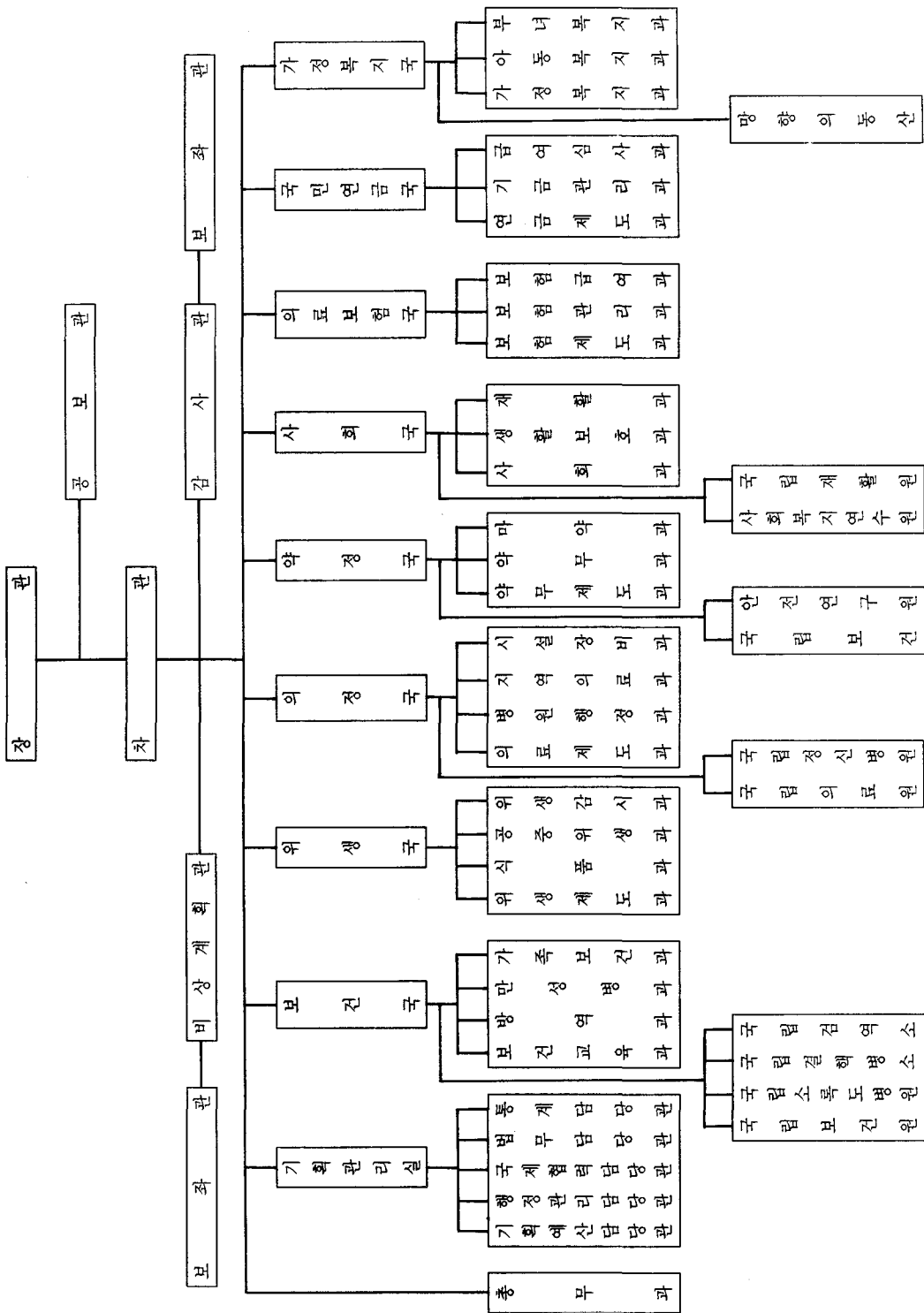


그림 1. 보건사회부 조직 현황

전체적인 보건 교육 제공체계를 보기 위해서 기존의 문헌들을 검토하기도 했는데, 많은 부분이 면접조사에 근거하고 있다.

지역 수준(단위)의 보건 교육 제공체계 현황을 보기 위해서, 일개 군의 보건의료원(보건소)과 일선 요원들을 방문하여 장부 열람 및 관계자 면접을 실시하였다.

Ⅲ. 우리나라의 보건 교육 체계

해방 후 현재까지 정부 보건 기구는 여러번 변화를 거쳤다. 하지만, 보건 교육 관계 부서는 항상 취약했었다. 구미나 아시아의 여러 나라에서는 보건교육국이 보건사회부 혹은 보건부에서 중요한 위치를 점하는 경우가 많다. 우리나라는 보건사회부의 보건국 내에 보건교육과를 갖고 있다. 하지만, 1986년의 보건교육과 예산 총액은 1억원도 되지 않았다. 그 이후 현재까지도, 보건교육과에 대한 지원은 크게 나아지지 않고 있다. 중앙의 기구가 이렇게 약할 뿐만 아니라, 시, 도나 시, 군에 있어서도 보건 교육을 전담하는 직원을 두고 있는 보건소나 보건과는 거의 없어서, 현실적으로 보건 교육 체계는 대단히 취약하다. 한계는 있지만, 국내의 수개 보건대학원, 4년제 대학의 보건교육관련학과, 전문 대학

등에서 보건 교육 전문가 역할을 담당할 인력은 배출되고 있다. 이들 인력을 전문 인력화해서 효율적으로 사용할 수 있는 자격증 제도 형성 및 그에 상응한 교육, 실습 체계가 이루어져야 할 것이다. 중앙 수준에서 지역사회 일선까지 체계적으로 업무가 실시될 수 있는 보건 교육 담당 기구 및 보건 교육 담당 요원을 두어야 한다. 보건 관계 단체나 보건사회부 이외의 타 부서와도 보건관련 업무에 대해서는 긴밀한 협조를 유지해야 한다.

현재, 각 수준의 보건 행정 조직은 그림 1부터 그림 4와 같다.

그림들에서 볼 수 있는 바와 같이 우리나라의 보건 교육 체계는 중앙에 머리만 있을 뿐 움직이는 데에 사용할 몸통이나 팔, 다리가 없는 상태다. 보건 교육을 활성화 시키기 위해서는, 그림 5와 같은 보건 교육 행정 체계가 필요하다.

바람직한 체계 그림에 표시된 모든 보건 교육 기구를 한꺼번에 설치하는 것은 현실적으로 불가능하다. 우선, 보건소 내에 보건 교육 전담 직원을 두는 것으로부터 보건 교육 체계의 문제점을 풀어 나아가야 할 것이다. 그 성과를 바탕으로 점차 보건 교육 조직들을 구성, 체계화하여야 할 것이다.

덧붙여서 보자면, 우리나라 보건 교육 사업 발전의

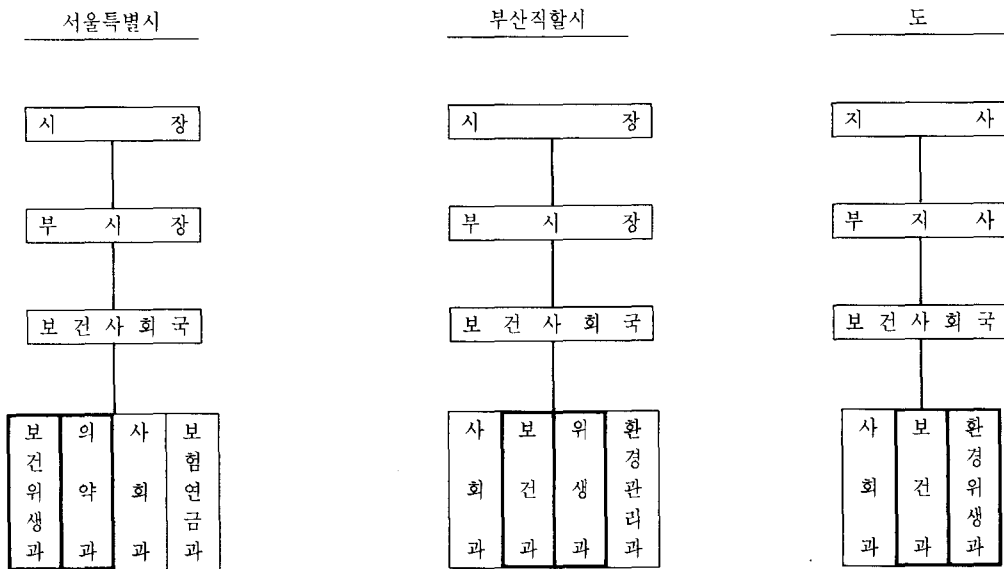


그림 2. 시, 도의 보건 행정 조직

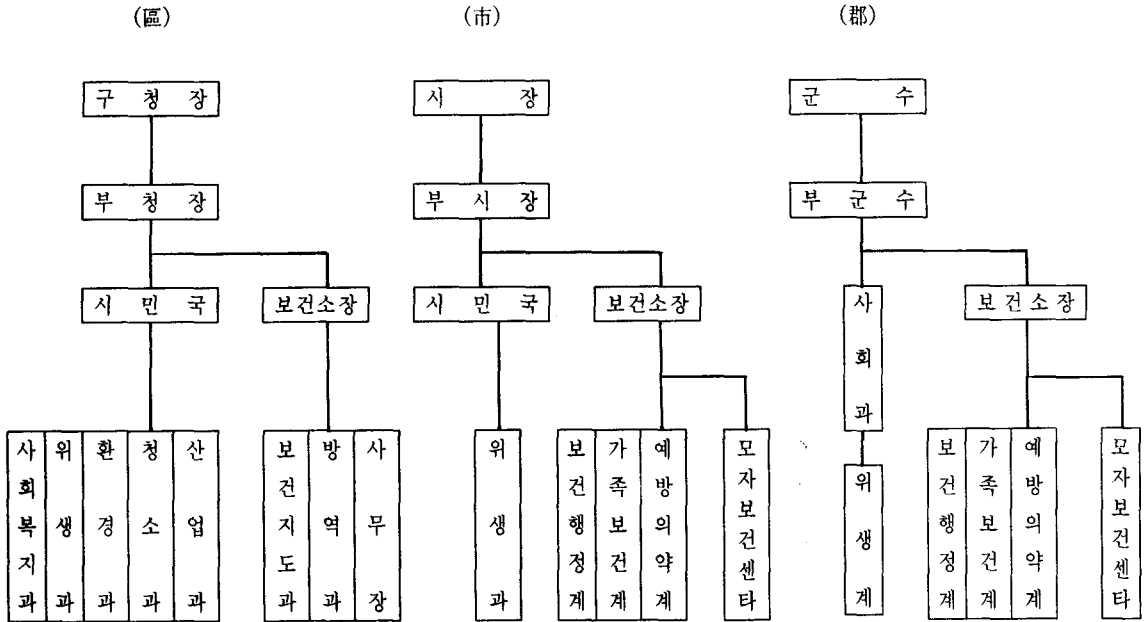


그림 3. 구, 시, 군의 보건 행정 조직

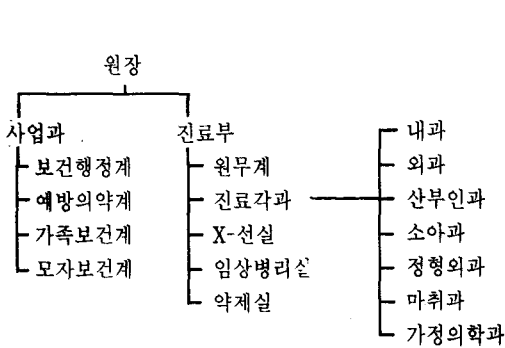


그림 4. 군 보건의료원의 보건 행정 조직

저해 요인은 다음과 같다⁵⁾. 첫째, 정책 결정자의 보건 교육에 대한 이해 부족이다. 둘째, 지방 교육 행정 체계의 미흡이다. 셋째, 보건 교육 전문가의 부족이다. 넷째, 보건 교육 관련 기초 조사 자료의 부족이다. 다섯째, 보건 교육 및 홍보용 자료의 부족이다. 여섯째, 학교 보건 교육의 비활성화이다. 일곱째, 지역사회 주민들의 잘못된 보건 의식의 고정화로 이를 올바르게 바꾸는데에는 많은 노력이 필요하다. 여덟째, 전문 보건교육

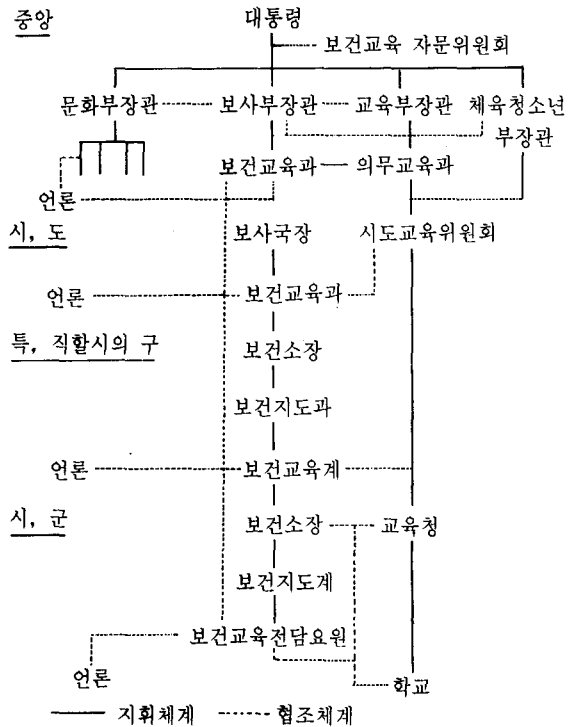


그림 5. 바람직한 보건 교육 행정 기구도

사를 양성하는 교육 및 실습 과정이 미약하다. 아홉째, 보건 의료 기관과 관련 인사들의 보건 교육 활동이 미약하다. 열째, 대중매체의 활용이 미흡하다.

이러한 문제점들을 해결해 나아가기 위한 정책 방향은 다음과 같이 지적된다⁵⁾. 첫째, 보건 교육 행정 체계의 확립이다. 둘째, 보건 교육 자료 개발 센터의 설립이다. 셋째, 국민 건강 생활 지침의 생활화이다. 네째, 예방 보건 사업 확충과 업무 활동 강화이다. 다섯째, 보건 요원의 보건 교육 훈련 강화이다. 여섯째, 방송 및 언론계와의 협조 체계 구축이다. 일곱째, 학교 보건 교육의 강화이다. 여덟째, 산업보건관리자의 보건 교육 강화이다. 아홉째, 일차보건의료 사업에서 보건 교육 업무의 강화이다. 열째, 보건 교육 전문 인력의 양성이다. 열한째, 보건 교육 관련 연구 사업의 강화이다. 열두째, 유관 단체와의 협조 체계의 구축이다.

IV. 우리나라의 지역 단위 보건 교육 체계

1. 지역단위 보건의료 및 보건 교육 현황

1) 지역 보건의료 자원

조사 대상이 된 군의 인구는 63,036명이었다. 가구 수는 14,715였다. 본군은 2읍 8개면으로 구성되어 있었다.

본군의 공공 부문으로는 1개 보건의료원, 8개 보건지소(1개읍 제외) 및 8개 보건진료소가 있었다. 9개 면·읍사무소 각각에는 2~3명의 보건담당요원이 근무하고 있었다. 민간 부문으로는 5개 의원(전문의 없음), 2개 치과의원, 2개 한의원 및 30개 약국 등이 있었다.

보건의료원에는, 1명의 원장 산하에 보건사업과(과장 1명)와 진료부(부장 1명)가 있었다. 보건사업과 산하에는 보건행정계(직원 6명), 예방의약계(직원 3명), 가족보건계(직원 2명) 및 모자보건계(직원 2명) 등이 있었다. 진료부 산하에는 원무계(직원 12명), 진료각과(직원 10명), X선실, 임상병리실, 간호, 약제실, 일용직(직원 3명) 등이 있었다. 직종별 의료인력으로 보았을 때, 의사 수는 전문의(8명), 일반의(3명), 치과의(1명)로서 12명이었고, 간호사가 14명, 간호조무사가 2명, 치과위생사가 6명이었다. 병상은 31개였다.

보건지소에는 원칙적으로 일반 공중보건의사 1명, 진료 보조원 1명 및 치과 공중보건의사 1명, 치과위생사

1명 등이 근무하게 되어 있었다. 전체 보건지소(8개)에 일반의 8명, 치과의 8명이 근무하고 있어서, 이들 인력에는 문제가 없었다. 그러나, 전체 보건지소에 근무하는 간호사 1명, 간호조무사 6명은 약간 모자라는 형편이었다.

전체 보건진료소(8개)에는 8명의 보건진료원이 근무하고 있었다.

전체 민간의원(5개)에는 5명의 일반의가 있었고, 10개 병상이 있었다. 전체 치과의원(2개)에는 2명의 치과의가 있었다.

군 전체의 직종별 인력, 자원구성은 다음과 같았다. 전문의 8명, 일반의 16명, 치과의 11명, 보건진료원 8명, 간호사 15명, 간호조무사 8명 및 치과위생사 6명 등이었다. 병상수는 41개였다.

2) 지역 보건의료 서비스 및 교육

보건의료원 설치조례에 따르면 보건의료원의 관장 업무는 다음과 같다. 모든 관장 업무가 실시되고 있지는 않은 실정이었기에, 실제로 실시되고 있는 업무에는 별표(*)를 붙여서 구분했다. 첫째, 보건사상의 계몽에 관한 사항. 둘째, 보건통계에 관한 사항. 셋째, 영양의 개선과 식품위생에 관한 사항. 네째, 환경위생과 산업 보건에 관한 사항. 다섯째, 학교보건과 구강위생에 관한 사항. 여섯째, 의료사업의 향상과 증진에 관한 사항. 일곱째, 보건에 관한 실험과 그 검사에 관한 사항(*). 여덟째, 결핵, 성병, 나병 등 전염병과 기타 질병 예방과 진료에 관한 사항(*). 아홉째, 특수지방병의 연구에 관한 사항(*), 열째, 공의 지도에 관한 사항(*). 열한째, 의약에 관한 지도에 관한 사항(*). 열두째, 모자보건과 가족계획에 관한 사항(*). 열세째, 기타 국민보건의 향상과 증진에 관한 사항. 열네째, 질병의 진료 및 진료에 대한 임상학적 연구(*).

공의 지도, 의약 지도 등 보건의료 제공자에 대한 보건 교육은 일부 이루어지고 있었다. 하지만, 주민층에 대한 보건 교육은 특수 보건 사업 이외에는 거의 이루어지고 있지 않았다. 열세째, 첫째, 다섯째, 여섯째 업무 등이 전혀 실시되고 있지 않은 것이 그 증거이다. 주민을 위한 건강 증진(Health Promotion) 차원의 사업이 이루어져야만 할 것이다.

보건의료원직제에 관한 조례에 의한 각계별 업무 분장은 다음과 같다. 모든 관장 업무가 실시되고 있지는

않은 실정이었기에, 실지로 실시되고 있는 업무에는 별표(*)를 붙여서 구분했다.

보건행정계의 업무는 다음과 같다. 첫째, 문서관리 및 공인관리(*). 둘째, 당직근무 수령 및 원내의 복무 단속(*). 셋째, 예산 운영 및 전도금관리(*). 넷째, 의료장비 및 차량관리(*). 다섯째, 비품 및 소모품 관리(*). 여섯째, 일반환자 및 치과치료(보건사업과 내). 일곱째, 진단서 및 제증명 발급(보건사업과 내). 여덟째, 진료비 및 기타 수가의 징수(보건사업과 내). 아홉째, 보건진료소 및 보건진료소의 지도 감독. 열째, 각종 보건통계. 열한째, 원내의 타계에 속하지 않은 사항.

보건 교육 사업에 해당하는 업무는 거의 없다.

가족보건계의 업무는 다음과 같다. 첫째, 가족계획 사업 추진(*). 둘째, 국민영양 실태조사 및 연구. 셋째, 학교보건. 넷째, 주민 보건향상과 건강증진.

모든 업무가 보건 교육 사업에 해당함에도 불구하고, 보건 교육의 내용이나 실적이 장부 등으로 전혀 정리되어 있지 않았다. 보건 교육 업무의 실질화가 요망되었다.

예방의약계의 업무는 다음과 같다. 첫째, 방역 대책 및 수립(*). 둘째, 방역약품 및 기계관리(*). 셋째, 급성전염병 환자 관리 및 진료에 관한 사항(*). 넷째, 급, 만성 전염병에 관한 사항. 다섯째, 음류수소독관리. 여섯째, 위생 해충 구제 사업. 일곱째, 의료법에 의한 허가, 등록, 개설 신고 처리 지도(*). 여덟째, 약사법에 의한 등록 신고 처리 및 지도(*). 아홉째, 마약 및 마약 사범과 양속 경작 단속(*). 열째, 식중독에 관한 사항. 열한째, 전염병 예방접종 지도 계몽 및 교육(*). 열두째, 기생충 관리(*). 열세째, 나병, 성병 환자 관리 및 예방에 관한 사항(*). 열네째, 결핵 환자 관리 및 예방(*).

보건 교육 사업에 해당하는 업무가 많음에도 불구하고, 보건 교육의 내용이나 실적이 장부 등으로 정리되어 있지 않았다. 보건 교육 업무의 현실화가 요망되었다.

모자보건계의 업무는 다음과 같다. 첫째, 임신부의 산전 산후 관리. 둘째, 분만 개조와 응급 조치. 셋째, 영유아 예방접종 및 건강관리(*). 넷째, 기타 모자보건 진료에 관한 사항.

보건 교육과 관련되어서 업무가 이루어지지는 않고 있었다. 보건 교육 사업의 지원을 통한 모자보건의 활성화가 요망되었다.

원무계의 업무는 다음과 같다. 첫째, 병원 문서 수발 및 공인 관리(*). 둘째, 당직 근무 수령 및 병원 내의 복무 단속(*). 셋째, 병원 내 예산 운영 및 전도금 관리(*). 넷째, 병원 내 의료 장비 및 차량 관리(*). 다섯째, 병원 내 비품 및 소모품 관리(*). 여섯째, 병원 내 진단서 및 제증명 발급(*). 일곱째, 병원 내 진료비 및 기타 수가의 징수(*). 여덟째, 병원 내 기타 진료 지원 업무(*).

보건진료소 설치조례의 보건진료소 관장 업무 중, 보건진료소 자체에서 실시되고 있는 것은 별표(*)를 붙이고, 읍면 보건요원에 의해 실시되고 있는 것은 (#)표를 붙였다. 첫째, 모자보건 및 가족계획 사업(#). 둘째, 보건교육. 셋째, 예방 접종(#). 넷째, 결핵, 나병, 성병, 전염병의 예방과 진료(#). 다섯째, 보건통계의 자료수집. 여섯째, 일반 진료(*). 일곱째, 그밖에 보건행정에 필요한 사항(#, *).

명시적 규정인 보건 교육은 전혀 실시되고 있지 않은 것으로 나타나고 있었다.

보건진료소 설치조례 및 농특법에 의한 보건진료원의 관장 업무는 다음과 같다. 보건사회부 장관이 정하는 환자진료지침에 의거한 의료행위로서, 첫째, 상병 상태를 판별하기 위한 진찰, 검사 행위. 둘째, 환자의 이송, 셋째, 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급을 요하는 환자에 대한 응급처치, 넷째, 상병의 악화 방지를 위한 처치, 다섯째, 만성병 환자의 요양 지도 및 관리, 여섯째, 정상 분만시의 개조 및 가족계획을 위한 피임기구의 삽입, 일곱째, 예방접종, 여덟째, 제1호 내지 제7호의 의료행위에 따르는 의약품의 투여 등이다. 기타업무로서, 첫째, 환경위생 및 영양개선에 관한 업무, 둘째, 질병예방에 관한 업무, 셋째, 가족계획을 포함한 모자보건에 관한 업무, 넷째, 주민의 건강에 관한 업무를 담당하는 자에 대한 교육 및 지도에 관한 업무, 다섯째, 기타 주민의 보건의료 증진에 관한 업무 등이다.

사실상 보건 교육에 관련되는 업무는 실시되고 있지 않았다.

3) 지역 보건의료 및 교육의 평가

지역단위 보건의료에 대해서는 다음과 같은 평가가 가능하다.

첫째, 예산, 인사, 보건사업 등에 있어서, 지역단위의

교육 내용이 1988년 1년간 4회 실렸고, 유선 방송을 통한 홍보 활동이 4회 있었다. 예방의약계의 경우, 정기적인 집단 교육 이외에 중앙에서 내려 오는 홍보물 배부가 타계 보다 상대적으로 많은 것으로 나타났다. 하지만, 그 정확한 회수는 대장 및 인터뷰를 통해서 파악되지 않았다. 이런 사정은 타계에서도 마찬가지였다. 이 사실을 통해, 보건 체계에 있어서 보건 교육 정보 및 보고 체계의 미비를 확인할 수 있었다. 본 계에서는 반상회 보에도 보건 교육 내용을 1회 개제했다. 군부대를 대상으로 한 보건 교육 자료 배부 및 교육도 각각 2회, 3회씩 있었던 것으로 나타났다. 이때의 보건 교육 자료는 성병 교육용 비티알 테이프 및 슬라이드였다. 모자보건계의 경우에는, 교육 자료(팝플릿 등) 배부가 타계 보다 미약하였다. 그 이유는, 본 계가 신설된 지 얼마 되지 않았다는 점과, 상부로부터의 교육 자료 피배부 회수 또한 상대적으로 빈약했다는 점 등으로 요약될 수 있을 것 같다.

보건 의료원의 각 계 모두는 보건 교육의 필요성을 깊이 인식하고 있었으나, 직원, 예산의 부족 및 교육 저해 환경 등으로 인해서 실제 보건 교육을 실효있게 수행하지 못하는 형편이었다. 실제로, 보건 의료원 및 보건지소의 보건 교육 예산 책정은 전무하였다. 보건 의료원 측에서는 보건 교육을 담당할 전문 부서 내지는 담당자 및 중앙으로부터의 충분한 지원 등을 요구하고 있었다.

본 보건 의료원의 5개 계 계장 중 4개 계장이 행정직이었는데, 행정직은 2년 마다 교체가 된다고 한다. 이들 행정직 계장들은 교육 배경 및 공무원 전력 상 보건에 관한 이해를 충분히 가질 기회가 없었던 것이 보통이다. 그러므로, 이들이 보건 업무에 익숙해 지는데에는 상당한 시간이 필요하다. 계장의 잦은 교체는 물상식적인 보건 행정을 초래하기 쉬운 요인이었다. 보건 의료원 공무원의 임용, 승진 등 인사에는, 보건직 공무원이 현재보다 더욱 고려되어야 하며, 그들의 일반적 공무원과의 차별도 시정되어야 한다.

3. 지역단위 보건교육에 관한 제언

지역단위 보건 교육에 대해서는 다음과 같은 제안이 가능하다⁶⁾. 첫째, 일선 보건요원을 위한 보건 교육 훈련 내용은 이론 보다 실제 업무에 활용될 수 있는 현장 실무

교육 위주로 이루어져야 한다. 둘째, 보건 교육 활동 지침서를 작성하여 모든 보건요원에게 배포, 활용토록 한다. 셋째, 주민들에게 건강 지식을 습득하게 할 수 있는 교육 홍보에 필요한 교육 자료가 개발되어 충분히 배포되어야 한다. 넷째, 면 보건요원의 근무 장소가 개선 확보되어야 한다. 다섯째, 보건소의 기본 보건 사업 계획에 보건 교육 계획이 포함되어야 한다. 여섯째, 보건 분야에 종사하는 모든 사람들이 보건 교육을 할 수 있도록 모든 보건 관련 교육 훈련 과정에 보건 교육 과목을 삽입하고 배정 시간을 늘려야 한다. 일곱째, 요원들의 보건 교육 활동에 적극 사용될 수 있도록 보건소와 지소 및 보건진료소 단위에는 최소한의 보건 교육 기재를 확보하여야 한다. 여덟째, 보건요원들의 교육 홍보 활동을 위한 출장비를 충분히 확보하여야 한다. 아홉째, 면보건요원의 대부분을 차지하고 있는 간호보조원의 자질 향상을 위하여 간호보조원 학원의 교육이 대폭 강화되어야 한다. 열째, 보건요원들이 지역사회 조직(반상회, 민방위 등)을 활용하여 보건 교육 활동을 효과적으로 할 수 있도록 행정적 뒷받침을 해야 한다. 열한째, 보건진료원의 직무교육기간을 연장하고 보건 교육시간 배정도 늘려야 하며 이들에게도 최소한의 시청각 교육 기재를 공급하고 교육 자료도 충분히 공급하여 집단 교육 실시를 활성화시켜야 한다.

4. 지역사회 보건요원의 보건 교육 활동 및 제언

우리 나라는 지역사회의 읍, 면 단위에 가족 계획, 모자 보건 및 결핵 관리 사업 등을 실행하는 보건요원과 리 단위에 보건진료원을 두고 있다. 현실적으로, 보건 교육 사업을 실행할 수 있는 가장 주요한 인력 중의 하나가 이들이라고 할 수 있다. 그래서, 이들을 효율적으로 보건 교육 사업에 활용할 수 있는 대안을 살펴보기로 한다.

보건요원의 보건 교육 기능 활성화를 위해서 다음과 같이 제안한다⁷⁾. 첫째, 보건 교육자로서의 보건요원 자질 향상을 위한 훈련 과정 및 내용, 방법에 대하여 연구, 조치가 요구된다. 둘째, 보건 교육 기능 수행을 위한 중앙으로부터 일선 요원까지 체계화되는 조직 및 담당 인력배치 등의 제도적 조치가 요망된다. 셋째, 보건 교육을 보고서식에서 독립 사업화할 것인지 기능으로 각종 사업에 통합할 것인지에 대한 연구가 필요하다.

네째, 보건 교육의 평가를 활동 과정 결과의 수치 집계와 수치 집계에 그치거나 먼 훗날의 영향 평가(Impact evaluation) 정도로 생각하기 쉬운 것을 1차 또는 중간 효과평가(Effects evaluation)로 접근시키는 개념의 정립과 방법 개발이 요청된다. 다섯째, 보건 교육의 효과를 제시할 수 있는 자료 확보(대상 집단 개인의 현황 변동 파악 자료: 예, 가정 건강 기록부 등)와 지속적인 활용의 제도적 장치가 필요하다. 여섯째, 2000년대의 건강을 전망할 때, 국민 개인별 일생의 건강을 계속적으로 관리할 수 있는 국민수첩 등의 제도를 마련함이 바람직하다.

5. 지역사회 보건 교육 시범 사업 사례의 고찰 및 평가

우리나라에서 지역사회 보건 교육 시범 사업은 극히 드물었다. 본 연구에서도 중기계획 내에 보건 교육 시범 사업을 계획한 바 있으나¹⁾, 여러가지 여건의 어려움으로 성사되지 못하고 있다. 따라서, 여기에서는 타 시범사업의 사례⁸⁾를 보려 한다.

한국 보건 개발 연구원은 일차보건의료 사업에 지역사회 보건 교육 사업을 포함시켜서 실시했다. 당 연구원은 3개 시범군(홍천, 군위, 옥구) 보건소에 지역사회 보건 교육을 담당하는 보건 교육사를 두어 보건 진료원 등의 보건 요원과 타 기관의 홍보 활동 관계자와 협조토록 하였다.

교육 방법으로는 슬라이드, 영화, 차트, 책자, 그리고 부락의 유선 방송을 이용하였다. 교육 실시는 반상회, 민방위 및 예비군 교육, 영농 및 새마을 교육, 식생활 개선 교육, 학교보건 교육, 마을의 사랑방 모임, 공공기관 직원 회의 등을 통하여였다.

교육 실적으로는, 1977년에서 부터 1980년의 4년간 연평균 홍천군민 78,000명, 군위군민 55,000명, 옥구군민 33,000명이 교육에 참여한 것으로 나타났다.

1977년에 기초조사가 있었고, 1979년에 사후평가조사가 있었다. 그리고 1980년에는 주민의 보건의식 구조조사가 있었다. 그 결과는 다음과 같다.

첫째, 1977년과 1979년의 비교에 의하면, 위생적 분만률, 부인의 불임수술률 및 홍역에 대한 예방접종률은 시범지역이 각각 45%, 18%, 37%로서, 대조지역의 19%, 10%, 15% 보다 유의하게 증가되었다.

둘째, 1977년과 1980년의 비교에 의하면, 가정 분만시에 탯줄을 끊는 방법과 배꼽을 덮는 방법에서, 위생적인 처리 행위가 각각 27.7%와 32.3% 만큼 현저히 향상되었다.

세째, 몇년도 조사인지 명확하게 밝혀져 있지는 않으나, 가족계획에 대한 지식은 보건요원의 보건 교육을 통하여 습득한 경우가 48.2%로 가장 높았으며, 보건 교육 모임에 대한 참석 의사 조사에서는 84%가 긍정적인 반응을 보였다. 지역 주민의 보건 교육에 대한 관심도와 수용도가 크다는 것을 알 수 있었다.

결국, 보건 교육사를 활용한 시범사업은 성공적인 결과를 도출했다는 것을 알 수 있다. 이들의 활동은 주민의 보건 의식 수준을 향상시켜 일차보건의료에 주민참여를 유도함으로써 사업을 성공적으로 이끄는 데 중요한 일익을 담당했다고 한다.

그러므로, 다음과 같은 지적이 있었다.⁸⁾ 자격 갖춘 보건 전문 인력의 확보와 보건 교육 행정 조직의 미비로 당분간 보건 교육사의 전국적인 확대 활용은 어려울 것으로 사료되나 가능한 한 조속히 선진제국과 같이 자격 갖춘 보건 교육사의 양성, 활용 방안이 도출되어야겠다.

이 연구는 다음과 같이 보건 교육 정책 수립에 대해서 건의하고 있다.⁸⁾

첫째, 보건 조직기구에 보건 교육 부서 신설

둘째, 도, 군 단위에 보건 교육사 양성, 배치
세째, 보건요원 훈련 기관의 모든 교과 과정에 보건 교육 과목 삽입

네째, 군보건소 단위에 최소한의 시청각 기재와 교육 자료의 확보

다섯째, 지역 방송 및 마을 유선 방송을 통한 정기적인 보건 교육

여섯째, 학교 교육의 강화로 정기적인 건강 강좌 설치 및 양호 교사의 보임 촉구

일곱째, 보건진료원을 보건소 단위에도 배치하여 보건 교육사로 활용하며 마을 단위 보건진료원의 단기 유고시 이를 대신 기동 배치하여 업무의 공백 상태 방지 등이다.

본 연구의 입장에서, 이 시범사업 결과에 대한 짧은 평가를 덧붙여 본다. 당 시범사업은 보건 교육 정책에 중요한 시사점을 던져 주는 동시에 약간의 문제점도 지니고 있다. 시사점은, 지역 사회에서 보건 교육을

실시하면 높은 효과를 얻을 수 있다는 사실을 증명해 준다는 점이다. 또한 어떠한 보건 교육 사업을 실시하면 효과적일 수 있는가 라는 질문에 대한 초보적인 해답을 제시해 주고 있다는 점이다. 하지만, 과연 이 시범사업의 방법 및 결과가 보건 교육 정책 대안으로서 쉽게 받아들여질 수 있는지에 대해서는 의문이 남을 수밖에 없다. 당 시범사업의 보건 교육사는 특정 보건 교육 업무를 시범적으로 실시하고 있었으나, 각 부서의 고유 보건 교육 업무를 조정하는 역할을 하지는 않고 있다. 즉, 보건 교육 업무에 중점을 두고 있었다. 만약 모든 보건 교육 업무를 보건 교육사가 담당하는 것이라고 한다면, 군 보건소에 1명의 보건 교육사가 있을 때, 현실적으로 그가 대부분의 군 보건 교육 업무를 담당할 수 있을까? 한마디로, 불가능하다. 그런데, 시군 보건소 수준에 수명의 보건 교육사를 배치한다는 것은, 현재의 우리나라 보건소 실정으로 볼 때 단기적으로는 어려운 일이다. 결국 보건소의 각 부서는 스스로 고유 보건 교육 사무를 보아야만 하는 실정인 것이다. 이러한 실정 하에서는, 보건 교육사는 각 부서의 보건 교육 업무를 종합 기획, 조정하는 고유 업무를 가지는 것이 옳다고 본다. 더불어, 특정의 중점 보건 교육 사업을 보건 교육사가 담당할 수 있다. 보건 교육사는 고유 업무 이외에 위탁 업무를 가질 수 있다. 즉, 각 부서가 당장 실행하기 힘든 보건 교육 업무를 보건 교육사가 일정 기간 대행한 다음, 축적된 업무 지식(Know-how)을 업무와 함께 당해 부서로 이관해 준다. 이러한 업무 분장은, 통합 일차보건의료의 이념과도 일치한다. 보건 교육사는 보건의료사업의 조정 및 통합, 부문간 협조 등의 주요한 실행자가 된다.

6. 보건소의 보건 교육 예산 고찰

한국인구보건연구원이 1983년도에 군보건소의 예산 내역을 조사한 바를 살펴보면, 군일반회계에서 보건소에 투입된 예산액의 비율이 약 2.41%로 매우 낮았다. 보건소 예산 중 50%가 인건비에 소요되고, 보건소 본연의 기능에 관련된 사업비에 35.6%가 사용되어 보건의료서비스의 제공 기능이 미진함을 보여주고 있다. 한편 보건소 예산의 재원별로는 군비가 83%, 도비가 3%, 국비가 14%를 각각 차지하고 있으며 국비의 주 내용이 보건지소, 보건진료소의 장비, 인건비 및 운영비에 쓰

이고 있으므로 실제로 보건소에 투입되는 국비는 미약한 실정이다⁹⁾. 따라서, 보건교육 사업에 까지 예산이 돌아올 수 없는 것이 현실이다. 보건사업 예산 및 보건교육 예산의 확보가 없이 보건 교육 사업을 할 수 있다는 것은 꿈과 같은 것이다. 보건 교육 체계 및 예산 확보가 강력히 요구된다.

7. 보건 교육 장비 현황

보유하고 있는 보건 교육 장비의 종류가 단순하다고 할 수 있다. 실질적으로 보건 교육을 할 때 쓸 내용 자료가 거의 없다. 그나마 있는 장비의 사용도 너무 빈약하다. 교육 장비 보유의 의미는 다분히 장식적이다.

표 1. 보건 교육 장비 현황

장 비	보 유 비	A	B	A/B
영사기	1.0	1.4	1.0	140
환등기	0.8(1)	1.2	1.6	75
확성기	0.4	0.8	2.8	29
녹음기	0.8	1.6	1.2	133
카메라	0.4(0.6)	0.4	1.0	40

() : 수선/폐기 요망되는 물품

A : 평균 사용 보유 수량

B : 기준 필요량

A/B : 총족률

출처 : 유왕근 ; 보건소의 조직, 기능에 대한 고찰 및 강화 방안을 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 석사 논문, 1989.

V. 보건교육 관련체계

1. 학교 보건 교육

우리나라의 경우에는 현실적으로 학교 교육에서 차지하는 보건교육의 위상은 대단히 취약하다고 할 수 있다. 일선 학교 및 교육청에 보급되어 있는 학교보건자료집에 의하면, 그 목표와 기본 방침에 현대 질병 및 건강 위해 추세에 대응하는 학교보건교육의 내용에 대한 언급이 없다. 즉 학교 보건교육이 실지로는 장식적 의미에 그칠 소지를 갖고 있다. 최소한 현대 만성질환과 환경보건의 언급 만큼은 있어야 할 것이다.

우리 나라의 학교보건 서비스는 기생충 업무, 예방

접종 등에서 가시적인 효과를 거둔 것이 사실이다. 그러나, 학교 고유의 서비스 및 보건교육은 형식화 되어 있다. 학생 및 주민의 불만도도 높았다. 한 예를 들면, 체질 검사에 대해 검사만 하고 조치가 없다는 점 등을 불만스러워 하고 있었다.

우리나라에는 교육부 내에 학교 보건사업만을 전담하는 독립부서가 없다. 교육부에서 학교보건 관리 업무 및 학교 급식 업무를 담당하고 있다. 시도의 단위에서는 교육위원회에서 학교보건 업무를 담당하고 있다. 시군 단위에서는, 교육청이 학교보건을 다루고 있다. 보건소는 시군 교육청과 공식적인 채널을 갖고 있지 않고, 협조체계를 이루고 있다. 보건지소는 일선학교의 신체 검사 지원을 하기도 하고, 보건요원과 협조로 예방접종을 하기도 한다. 병의원, 약국 등은 학교보건과 전혀 연계되어 있지 않다.

- 학교보건 국가 관리체계의 문제점은 다음과 같다.

1) 교육부에 학교보건 업무만을 전담하는 부서가 없다.

2) 보건직 공무원 부족이다.

3) 학교보건 사업이 환경 위생 내지 환경 정화 사업에 치중하고 있다.

- 학교 보건의 지역 관리체계에 있어서 그 문제점은 다음과 같다.

1) 규정은 잘 되어 있으나, 예산, 인력이 없어 형식에 흐르고 있는 사업들이 많다.

2) 꼭 필요한 경우라도, 일반적으로 보건사회부 예산을 떼어 내어, 학교 보건에 충당할 수 없다.

3) 큰 예산 없이도 할 수 있는 중요한 사업들이, 계기가 없어서 안되고 있는 수가 많다.

4) 보건소, 병원 및 학교가 명확한 체계를 이루지 못함으로써 학교보건의 형식적인 면이 불식되지 않고 있다.

5) 교육청 보건기사는 보건소와 유기적 연관을 맺지 못하고 있다.

6) 체육 과목의 보건 부분 강의를 일반적으로 양호교사가 아닌 체육교사가 맡고 있는데, 그나마 형식화 되어 있다.

- 학교보건 관리체계 문제점 해결을 위한 정책 제언은 다음과 같다.

1) 지방 자치체의 실질화를 통하여 예산, 인력을 확

보함으로써, 형식에 흐르고 있는 사업들을 실질화 한다.

2) 보건소 예산 중 학교보건으로 사용될 수 있는 부분을 교육청이 감안하여 보건소와 함께 사업을 해 나아갈 수 있도록 해야 한다.

3) 큰 예산 없이도 할 수 있는 중요 사업들을 선정해서 먼저 시행해야 할 것이다.

4) 보건소, 병원 및 학교가 공식, 비공식 체계를 이루어야 한다.

5) 교육청 보건기사와 보건소가 유기적 연관을 맺게 해야 한다.

6) 장기적으로는 보건교육 교사가 보건 과목 내지는 체육 과목의 보건 부분을 강의하도록 해야 한다. 단기적으로는, 양호교사가 체육 과목의 보건 부분을 강의하도록 한다.

- 교육청 수준의 학교보건 관리의 문제점은 다음과 같다.

1) 교육청, 보건소, 병의원간 기술면, 행정면, 교육 훈련면에서 공식적 연계가 거의 없다.

2) 학교 교육비에 관해서는 교장 자율로 보건 예산을 잡는데, 각 학교는 보건 부문에 거의 예산 배정을 않는다.

3) 행정적으로 강제 보건예산 없이는 학교 교육비가 집행되기 힘들다.

4) 양호교사 교육이 형식에 그치고 있다. 그나마 양호교사 교육에서 배운 지식이 학교에서 사장된다.

5) 교육청의 각종 보고서를 통한 학교보건 규제가 형식에 그치고 있다.

- 학교 수준의 학교보건 관리의 문제점은 다음과 같다.

1) 양호실과 교사 휴게실을 같이 써서는 양호실이 정상운영될 수 없다.

2) 양호실 장비를 사용한 적이 거의 없다.

3) 체질 검사시 구강검사 등이 제대로 되고 있지 않고, 검사시간이 너무 짧다. 또한 후속조치가 거의 없다.

4) 체질검사시 교의수당이 제대로 지급되고 있지 않다.

5) 양호교사가 없는 학교가 많아서, 성교육, 성징교육을 담당할 사람이 마땅치 않다. 순회양호교사 정도로는 시의적절한 교육이 되지 않는다.

6) 보건 의식면에서 볼 때, 건강 자체보다도 교육을

위한 건강을 증시한다.

7) 학생이 아파서 학교에 못나올 때, 진단서를 첨부해도 결석처리한다.

-교육청 수준의 학교보건 관리에 관한 제언은 다음과 같다.

1) 교육청, 보건소, 병의원간 기술면, 행정면에서 공식적, 비공식적 연계를 강화한다.

2) 교육청 보건요원, 양호교사 등의 교육을 보건소 주관하에 정기적으로 실시한다.

3) 학교 교육비에 있어서, 명시적인 예산 배정 이외에 학교 자율 보건예산에 두는 것이 바람직하다.

4) 학교 교육비에 강제 보건예산을 둔다.

5) 양호교사 교육의 경우, 배운 지식을 이용할 수 있게 교육하도록 한다.

6) 양호교사가 없는 경우, 양호교사 교육을 받은 교사를 양호담당으로 하게 한다. 이때, 매 양호교사 교육이 끝날 때 마다 당해 피교육 교사를 새 양호 담당교사로 임명하여 전 교사를 보건요원화하도록 하게 한다.

-학교 수준의 학교보건 관리에 관한 제언은 다음과 같다.

1) 양호실의 장비를 사용하도록 하여 양호실의 형식성을 타파해야 한다.

2) 양호실은 다른 용도와 병행되어 쓰여져서는 안된다.

3) 체질 검사시 구강검사 등을 제대로 해야 한다.

4) 체질 검사시 검사시간을 2~3일로 늘린다. 이때, 가능한한 후속조치를 할 수 있도록 해야 한다.

5) 교의수당의 유용을 근절해야 한다.

6) 성교육, 성정교육에 있어서, 담당교사를 지정함이 좋다. 이때, 계획수립, 변동 대응 능력 함양 등으로, 시의적절한 교육이 되도록 한다.

7) 보건 의식을 건강 자체를 중시하는 의식으로 전환시킨다.

8) 아파서 결석한 경우에 진단서를 첨부할 때는, 출석처리를 해야 한다.

2. 산업 안전, 보건 교육

산업재해 및 산업장 건강위해는 개인 및 가정, 이웃에 불안과 불행을 가져다 준다. 나아가 이것은 사회전체의 문제가 되어 사회불안정의 원인이 된다. 우리나라처럼

산업재해로 다치거나 병들어 죽는 사람이 1년에 14만 명이 넘고 간접적으로 약 9,300억원의 손실을 보는 나라에서는 더더군다나 그렇다.

안전 및 보건관리는 하드웨어(안전사고 및 보건의 화학적, 물리적, 기계적 분석)적 접근만으로는 완전히 해결되지 않는다. 산업장 노동자의 안전 및 보건을 확보하기 위해서, 노동자의 사고 및 건강위해요인에 대한 지식, 태도, 행동이 바람직한가를 알 필요가 있다. 안전 및 보건에 관한 지식은 주로 교육내용 및 방법상의 문제가 된다. 그 현실적인 내용 및 방법을 연구해야 할 것이다. 태도면에 있어서는, 사고 및 건강위해요인에 대한 비과학적, 미신적인 태도가 문제시된다. 이러한 태도에 대한 엄밀한 조사, 연구가 선행되어야 한다. 다음에 그것은 교육을 통해서 교정되어야만 할 것이다. 행위면에 있어서는 노동자의 안전 및 보건에 관한 실제행동을 조사, 관찰, 파악한 다음, 예방장치 및 교육적 교정기회를 마련해야 한다. 결국 작업장에서 직접 일하는 근로자의 지식, 태도, 행동에 대한 사회과학적 분석이 필요하고, 그 결과는 안전 및 보건 교육으로 환원(Feed-back)되어야 한다.

산업안전보건법(1990. 1. 13. 개정, 공포)에 의하면 "사업주는 사업장의 1) 안전보건조직과 그 직무에 관한 사항, 2) 안전, 보건교육에 관한 사항, 3) 작업장 안전관리에 관한 사항, 4) 작업장 보건관리에 관한 사항, 5) 사고조사 및 대책수립에 관한 사항, 6) 기타 안전, 보건에 관한 사항을 포함한 안전보건관리규정을 작성하여 노동부장관에게 신고하여야 한다", (법 제20조 1항)라고 규정되어 있다(신설). 안전, 보건교육에 관한 사항이 두 번째로 언급되어 있다. 또한, "사업주는 1) 정기적으로, 2) 채용할 때와 작업내용을 변경할 때 당해업무와 관계되는, 3) 유해, 위험한 작업에 근로자를 사용할 때 당해업무와 관계되는 특별한 안전보건교육을 실시해야 한다", (산업안전보건법 제31조 제1~3항)라고 규정되어 있다(신설). 산업안전보건에 있어서 교육은 대단히 중요하며, 이러한 교육은 일회적으로 끝나서는 안되고 지속적이어야 한다. 그러므로 정기적인 교육조항의 신설은 대단히 의미있는 것이다.

개정된 법에서는, 일정 규모 이상의 사업장에서는 당해사업의 실시를 총괄 관리하는 자로 하여금 '안전보건관리책임자'가 되도록 규정했다. 이에 수반하여

‘안전관리자’ 및 ‘보건관리자’는 안전보건관리책임자를 보좌하는 자로서의 위치를 확보케 하였다. 또한 ‘산업보건의’ 제도를 도입하고, 사업장의 ‘관리감독자’에게 당해직무와 관련된 안전, 보건상의 업무를 수행하도록 했다.

산업안전보건체계를 안전 및 보건교육면에서는 적극적으로 이용해야 한다. 안전보건관리책임자, 안전관리자, 보건관리자, 산업보건의 및 관리감독자에 대해서, 안전 및 보건 교육에 대한 긍정적 내지는 적극적인 태도 및 자세를 갖도록 함은 대단히 중요하다.

산업 안전, 보건 교육이 형식화되지 않도록 하기 위해서는, 교육 내용 및 기관, 강사 등의 선정, 결정에 노동자의 참여가 보장되어야 할 것이다. 그럼으로써 사업주에 의해 형식적으로 치뤄지는 교육이 아니라 노동자를 위한 실질적인 교육이 될 수 있도록 하여야 한다.

3. 사회교육을 통한 보건 교육

1985년 10월에 공포된 사회교육법 시행령 제2조에서 예시한 10개의 교육활동 영역 중 ‘건강 및 보건 교육’이 세번째로 올라 있다. 사회 교육을 통한 보건 교육의 중요성이 규정화된 것이다. 그래서, 사회 교육을 통한 보건 교육의 문제점 및 활성화 대책을 개괄적으로 살펴보기로 한다.

사회 교육을 통한 보건 교육을 활성화하기 위해서는 다음과 같은 점을 유념해야 할 것이다¹⁰⁾¹¹⁾.

첫째, 질병 및 사회 양상의 변화에 따라 사회 교육적 방법을 통한 보건교육의 필요성이 증대되고 있다. 사회 교육은 학교 교육이나 기타 정규 교육에 비해서 더 문제 지향적이고 현장 교육적인 성격을 띠기 때문이다.

둘째, 사회 교육의 수요에도 불구하고, 아직 우리나라에서는 보건을 내용으로 한 사회 교육 프로그램 및 이를 위한 단체들의 수가 절대적으로 부족하다. 그러므로, 보건 교육을 주된 기능으로 한 전문 사회 단체의 발족과 육성이 필요하다. 더불어서, 각종 사회 교육 단체들이 그들의 교육 프로그램 중에 보건에 관한 내용을 보다 적극적으로 포함하도록 하는 일도 중요하다.

세째, 개인 또는 기존 사회 단체들에 의해서 실시되고 있는 보건 교육 내용과 방법에 대한 조정, 관리의 문제이다. 따라서, 보건 교육 조정, 관리 기관으로서 ‘보건교육협회’ 같은 단체를 설립하는 것이 필요할 것

이다.

네째, 남성의 사회 교육에도 보건 교육을 포함시킬 필요가 있다.

4. 보건 교육 자료은행 및 자료개발센터

효율적인 보건 교육 정보 개발 및 관리를 위해서는, 최소한 보건사회부 산하의 중앙 수준에 보건 교육 자료은행 및 자료개발센터가 설치되어야 한다. 중앙에서의 성과를 바탕으로, 장기적으로는 도, 시 수준에 보건 교육 자료은행 및 자료개발센터가 운영되어야 한다. 그 지역 특성에 맞는 보건교육 자료개발을 위해서는 지역 특성을 고려할 수 있는 현지 은행 및 개발센터가 필요하기 때문이다.

대상 매체의 특성에 맞는 원고를 개발하기 위해서는 이들 매체의 편집담당자들과의 정기적인 모임을 통해 이들에게 먼저 보건 교육의 필요성을 인지시킨 후 이들 편집자들을 통해 대상층의 요구를 파악하고 이를 근거로 원고를 개발하는 것이 바람직하다. 자료 개발에는 예산을 아끼지 않는 과감한 투자가 요구된다.

5. 대중매체를 통한 보건 교육

1) 대중매체의 효과를 극대화시키는 방법의 강구 이외에도, 그것을 행위로 전환시키는 보완 방법이 검토되어야 할 것이다.

2) 대중매체를 통해 국민보건에 관한 정보를 제공할 경우, 성급하게 행동변화까지 기대하는 메시지를 제시하고 않고 그 자체에 대한 객관적인 메시지를 제시하는 것이 바람직하다.

3) 대중매체를 통해 형성된 태도를 행동으로 발전시키는 방법으로서 미디어 포름을 이용한다.

4) 매스 미디어를 통한 보건 교육에 있어서도 대인 접촉이 필요하다.

5) 국민 보건 교육 이외에 매체 종사자들을 교육시키는 일이 중요하다.

6) 보건당국의 공보 체계를 개선해야 한다. 소비자운동을 활용한 대중 매체의 보건 교육 방안이 바람직하다.

7) 대중매체를 이용하여 보건 교육 계획을 수립하기 위한 제언은 다음과 같다¹²⁾. 첫째, 보건사회부는 관계 부처(문화부)와 협의하여 방송의 고정시간, 신문과 잡

지의 고정난을 무상으로 확보토록 해야 한다. 둘째, 의도적인 프로그램 투입을 위하여 소요 예산을 보건교육과에서 확보해야 한다. 셋째, 향후 계획 수립의 전초 작업으로 대상군별 각종 매체를 통한 특정 정보에 관한 접촉도 파악이 시급하다. 넷째, 지속적인 프로그램 개발 및 제공을 위한 예산과 전문 인력 확보 조치가 예상된다. 다섯째, 정부의 포괄적이고 조직적인 보건 교육 사업 계획 수립 및 사업 시행을 지원할 수 있도록 하기 위해서는 보건 교육 분야 전문가로 구성되는 민간 조직체 구성이 시급하다.

VI. 보건 교육 사업을 위한 실무적 제언

보건 교육 사업에 있어서 고려되어야 할 사항은 다음과 같다.

첫째, 보건 의료 제공자, 특히 보건 교육가는, 정치, 경제, 사회, 문화적 요인이 주민들의 건강에 미치는 영향이 지대하다는 사실을 인정해야 한다. 보건 교육가는, 그 사회의 고유한 사회 성격에 따라서 어떠한 활동을 해야 하는지 또한 어떠한 활동까지 할 수 있는지를 냉철히 판단하여, 사업을 실행에 옮겨야 한다.

둘째, 현재의 형편에서는 보건 자원을 충분히 확보하는 것이 어려우므로, 보건 교육가는 가용 자원을 가장 효율적으로 사용할 수 있어야 한다. 여기에는 보건 교육가의 기획 능력 향상이 요구될 것이다. 또한, '민에 의한(by the people)'의 이념에 합당한 주민 참여 내지는 '민을 위함(for the people)'의 이념에 합당한 주민 동원의 능력이 필요할 것이다.

셋째, 현대 질환은 생활 양식 등의 영향을 크게 받으므로, 보건 교육가는 다수 주민의 '인간 생태(Human ecology)'를 파악하여야 한다. 과거 수십년간 개발된 많은 치료 중심의 보건 교육 모델은, 다수는 진리를 모르고 소수만이 진리를 안다는 가정 하에 만들어졌다. 그래서, 보건 교육가는 보건 지식등을 파악하여 무지한 다수에 전파하면 모든 것이 해결된다고 생각하였다. 주민 개개인의 평상시 생활 양식이나 집단의 인간 생태는 상대적으로 덜 중요했다. 그러나, 오늘날에 질환 형태가 변함에 따라, 가장 중요한 병인은 생활 양식이 되어 가고 있다. 그러므로, 개개인의 생활 양식 변화가 필요하고, 이것을 위해서는 인간 생태에 대한 꾸준한 관심이 필

요하다.

넷째, 보건 교육가는 주민들의 건강 욕구에 동기를 부여해야 한다. 즉, 보건 교육가가 단순히 주민에게 건강 지식을 제공하는 데에 자신의 역할을 한정해서는 안된다. 또는 주민의 요구를 받아들이는 것만으로 만족해서도 안된다. 보건 교육가는 주민들이 건강에 관심을 갖도록 하고, 그 관심이 주민의 요구 사항으로 전환되도록 하는 일에 힘써야 한다.

새로운 보건 교육의 구체적 방안은 다음과 같다.

첫째, 보건 문제와 건강 관련 문제를 어떻게 확인, 분석할 수 있을 것인가에 대한 분석 기법을 개발한다.

둘째, 주민이 보건 정보에 어려움 없이 접근할 수 있도록 한다.

셋째, 보건 문제를 해결하는 방법에 대한 주민의 선택권을 부여해야 한다. 이것은, 자신의 운명을 자신이 선택할 수 있게 한다고 하는 주민 참여의 원칙에 부합되어야 한다.

넷째, 보건 의료 제공자와 주민들 사이에 효율적인 의사전달 통로가 필요하다. 제공자와 주민 간에 상호 이해와 협조를 확보하기 위해서는 이것이 필수적이다.

다섯째, 보건 교육 목표를 구체화시키고 단순화함으로써, 일반 주민들이 교육 목표를 쉽게 이해하고 따르거나 수정을 제안할 수 있게 한다.

여섯째, 주민들에게 보건 문제들 중 어떤 문제에 보건 사업이 우선 순위를 두고 있는지를 알게 한다.

보건 교육에 있어서 따라야 할 윤리적 고려는 다음과 같다.

첫째, 보건 정책, 행정이 내지 보건 교육가는 개인 및 주민 집단의 자치권이나 가치관을 인정해야 한다.

둘째, 정확한 보건 정보를 줌으로써, 주민들이 그릇되지 않은 판단을 할 기본 조건을 만들어 주어야 한다. 또는, 그릇되거나 애매한 정보를 통해서 보건 및 보건 교육을 집권층의 정치, 경제적인 목적에 이용되게 하는 사례는 없도록 해야 한다.

셋째, 보건의료나 보건 행태에 있어서 개개인 및 지역 사회 주민의 가치관을 존중해야 한다. 보건 교육가는 기본적으로 개인 및 주민을 이해하려는 태도를 가져야 한다. 이것이 없는 보건 교육은 사상누각일 뿐이다.

넷째, 보건 교육가는, 아주 예외적인 부득이 한 경우를 제외하고는 지역 사회 주민의 가치관에 반하는 행동을

해서는 안된다. 그러므로, 보건 교육가는 무엇 보다도 먼저 그 지역사회의 인간 생태를 파악해 두어야 한다.

다섯째, 주민의 어떠한 보건 요구라도 경시, 모욕적인 태도를 보여서는 안된다. 우선 순위에서 밀려 대안을 거의 제시할 수 없는 보건 요구라도, 그 한계 내에서는 최대한으로 도움을 주려고 성의를 다해야 한다.

보건 교육 기획과 관리에 있어서, 보건 교육가는 정책 형성, 정책 결정, 정책 집행 및 정책 평가의 각 단계에 적극적으로 참여해서 현실에 동떨어지지 않은 실제적 보건 교육이 이루어지게 한다.

주민들이 일차보건의료에 합당한 역할을 수행하려고 하면, 올바른 정보가 제공되어야 한다. 그 가장 합당한 수단이 매스미디어이다¹⁾. 매스미디어를 통해서 건강 여론이 형성될 수도 있다. 하지만, 매스미디어만으로 보건 문제가 해결될 수는 없다는 점을 명심해야 한다.

보건 교육가는, 훈련을 통하여 주민들이 건강한 생활 양식을 갖도록 해야 할 것이다. 이 과정에 가족의 역할을 최대한으로 활용해야 할 것이다. 구체적인 훈련 방침은 다음과 같다.

첫째, 훈련 프로그램은 주민들의 인간 생태(Human ecology)에 바탕을 둘 필요가 있다.

둘째, 주민으로 하여금 보건 프로그램에 대해서 적극적인 태도를 갖도록 동기화 한다.

세째, 주민으로 하여금 생활 환경 및 여건과 건강과의 관계를 인식하도록 한다.

네째, 주민에게 지역 사회의 보건 문화와 사회 구조에 대한 정보를 제공하는 내용이 되도록 한다.

다섯째, 지역사회 참여를 통한 보건 교육이 이루어지게 한다.

여섯째, 보건에 관한 지식을 보유하게 할 뿐만 아니라, 그것들을 실행하며 다른 사람들에게 전달할 수 있는 능력을 갖게 한다.

일곱째, 보건 교육가는 사회적인 역할이 중요하다는 사실을 주민들이 인식하도록 한다.

그 교육의 접근법은 다음과 같다.

첫째, 보건 교육 훈련은 계속적인(Continuous) 훈련이어야 한다.

둘째, 주민으로 하여금 실천을 통해서 배우도록 해야 한다.

세째, 주민들의 참여가 있도록 해야 한다.

네째, 다학문적 지식을 통하여 현실 적합한 훈련이 되도록 해야 한다.

VII. 요약 및 제언

1) 우리 나라의 보건 교육 체계는 중앙에 머리만 있을 뿐 움직이는 데에 사용할 몸통이나 팔, 다리가 없는 상태이다. 보건 교육을 활성화 시키기 위해서는, 중앙에서부터 지방까지 일관적으로 관통하는 보건 교육 행정 체계가 필요하다. 하지만 이 모든 보건 교육 기구를 한꺼번에 설치하는 것은 현실적으로 불가능하다. 우선, 보건소 내에 보건 교육 전담 직원을 두는 것으로부터 보건 교육 체계의 문제점을 풀어 나아가야 할 것이다. 그 성과를 바탕으로 점차 보건 교육 조직들을 구성, 체계화하여야 할 것이다.

2) 기존의 시범사업에서 보건 교육사는 특정 보건 교육 업무를 시범적으로 실시하고 있었으나, 각 부서의 고유 보건 교육 업무를 조정하는 역할을 하지는 않고 있다. 만약 모든 보건 교육 업무를 보건 교육사가 담당하는 것이라고 한다면, 군 보건소에 1명의 보건 교육사가 있을 때, 현실적으로 그가 대부분의 군 보건 교육 업무를 담당할 수 없다. 그런데, 시군 보건소 수준에 수명의 보건 교육사를 배치한다는 것은, 현재의 우리 나라 보건소 실정으로 볼 때 단기적으로는 어려운 일이다. 결국 보건소의 각 부서는 스스로 고유 보건 교육 사무를 보아야만 하는 실정인 것이다. 이러한 실정하에서는, 보건 교육사는 각 부서의 보건 교육 업무를 종합 기획, 조정하는 고유 업무를 가지는 것이 옳다고 본다. 더불어, 특정의 중점 보건 교육 사업을 보건 교육가가 담당할 수 있다. 보건 교육사는 고유 업무 이외에 위탁 업무를 가질 수 있다. 즉, 각 부서가 당장 실행하기 힘든 보건 교육 업무를 보건 교육사가 일정 기간 대행한 다음, 축적된 업무 지식(Know-how)을 업무와 함께 당해 부서로 이관해 준다. 이러한 업무 분장은, 통합 일차보건의료의 이념과도 일치한다. 보건 교육사는 보건의료 사업의 조정 및 통합, 부문간 협조 등의 주요한 실행자가 된다(보건 행정, 학교, 산업, 메스컴, 사회교육 등의 윤활유 역할).

3) 다음과 같이 보건 교육 정책 수립에 대해서 건의

한다.

첫째, 보건 조직기구에 보건 교육 부서 신설, 둘째, 군 단위에 보건 교육사 양성, 배치, 셋째, 보건 요원 훈련 기관의 모든 교과 과정에 보건 교육 과목 삽입, 넷째, 군보건소 단위에 최소한의 시청각 기재와 교육 자료의 확보, 다섯째, 지역 방송 및 마을 유선 방송을 통한 정기적인 보건교육, 여섯째, 학교 교육의 강화로 정기적인 건강 강좌 설치 및 양호 교사의 보임 촉구, 일곱째, 보건진료원을 보건소 단위에도 배치하여 보건 교육사로 활용하며 마을 단위 보건진료원의 단기 유고시 이를 대신 기동 배치하여 업무의 공백 상태 방지 등이다.

4) 최종적으로 요청되는 보건 교육 행정 체계 모형은 그림 5와 같다. 현실적으로 그림 5와 같은 보건 교육 체계를 일괄적으로 한꺼번에 형성시키는 것을 불가능하다. 우선 가능한 대안은, 시, 군, 구 보건소에 보건 교육 전담요원을 배치하는 일이다. 그리고 나서 점진적으로 필요한 조직을 확충해 나아가야 할 것이다.

5) 정부가 보건 교육의 필요성에 공감하고 있는 것은 사실이다. 보건사회부에서는, 1990년 3월에 서울특별시, 직할시 및 시, 도지사가 시, 도 보건교육 담당을 지정하여 보고하도록 하였다. 또한 각 시, 도에서는 관내 시, 군, 구 보건소의 보건 교육 담당자를 지정하도록 하였다. 그리하여 명목적으로는 전국적인 보건 교육 체계가 형성된 것처럼 보이게 되었다. 임등¹⁾의 연구에서 제시된 정책 제언이 형식적으로 받아들여진 것으로 보인다. 하지만, 이들 지정된 보건 교육 담당자들은 이미 다른 전담업무(보건소의 경우 주로 6급으로서 보건지도계장 등)를 맡고 있는 공무원들이다. 이들이 지정 담당자로서 보고되어 있다하더라도, 이들은 보건 교육 업무를 실행할 여유도 능력도 없는 것이 보통이다. 실지로 보건 교육의 성과를 보기 위해서는, 형식적이지 않은 실질적 보건 교육 전담 요원이 필요하다.

참 고 문 헌

1. 임재은, 정문호, 남철현, 이영자, 이명순, 김대회,

- 이효경 : 보건 교육 활성화 방안에 관한 연구(I)-1 차년도 기초 조사, 대한 보건 협회, 서울, 1989.
2. 임재은, 김대회, 정문호, 남철현, 이영자, 이명순, 김미경 : 보건 교육 활성화 방안에 관한 연구(II)-2 차년도 제공체계 모형, 대한보건협회, 서울, 1990.
3. Harbison, F. H. : *Human Resources as the Wealth of Nations*, Oxford University Press, New York, 1973.
4. Darkenwald, G. G. and Merriam, S. B. : 성인 교육의 이론과 실제, 백종억 역, 덕성여자대학 출판부, 서울, 1986.
5. 유원하 : "2000년대를 향한 보건정책과 보건교육의 방향", 2000년대를 향한 국민보건교육 전략개발 세미나 보고서, 보건사회부, 서울, 21-36, 1985.
6. 남철현 : "보건 사업에 있어서 보건 교육의 역할과 기능-토의 3," 보건교육 방향 및 전략개발-세미나 결과 보고서-, 보건사회부, 한국인구보건연구원, 서울, 12-15, 1982.
7. 이양재 : "국민보건교육을 위한 보건요원의 기능과 역할", 2000년대를 향한 국민보건교육 전략개발 세미나 보고서, 보건사회부, 서울, 79-97, 1985.
8. Nam, Chul Hyun : *Community Health Education, Journal of Korean Public Health Association*, Vol. 7, No. 1, June, 69-75, 1981.
9. 유왕근 : 보건소의 조직, 기능에 대한 고찰 및 강화 방안에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 석사논문, 1989.
10. 맹광호 : "사회 교육을 통한 보건 교육-토의 2", 2000년대를 향한 국민보건교육 전략개발 세미나 보고서, 보건사회부, 서울, 131-134, 1985.
11. 남철현 : "사회 교육을 통한 보건 교육-토의, 질의응답", 2000년대를 향한 국민보건교육 전략개발 세미나 보고서, 보건사회부, 서울, 135, 1985.
12. 이양재 : "보건교육사업에서 대중매체의 효율적인 활용방안-토의 3", 보건교육방향 및 전략개발-세미나 결과 보고서-, 보건사회부, 한국인구보건연구원, 서울 31-35, 1982.

〈Abstract〉

Study on Health Education Providing System in Korea

– Health Education Policy –

De Hi Kim* · Chea Eun Im**

*The Institute of Health and Environmental Sciences, Seoul National University

**School of Public Health, Seoul National University

The method of this study is as follows :

First, the interview with the civil servants concerned.

Second, the review of the pertinent public ledgers.

Third, the review of the existing reference.

The results of this study are as follows.

1) The health education system in Korea has only the head. But it does not have the trunk and the limbs that it can move with.

2) Health educator should have the essential work that is the planning and coordinating work of intersectoral health education programs. They should also have the trust works from other sectors.

3) The proposition in the health education policy is as follows :

First, the department or section of health education should be made newly in the public health organization.

Second, at the level of province(Do) and county(Gun), the health educator should be stationed.

Third, most training courses of health care members should involve health education subjects.

Fourth, the health center at the level of county(Gun) should have a minimum material and audio-visual equipment of health education.

Fifth, regular health education should be put into practice through local broadcast or CATV etc..

Sixth, school health education should be consolidated.

Seventh, village health worker(nurse) should be stationed at the level of health center, so that he(he) can work as health educator.

4) The ultimate model of health education system is that of Fig. 5. But it is impossible to change the system synoptically. At first health educator should be stationed at health center. And then the system should be gradually organized.

Key terms : Health education providing system, Health education policy, Health center, Health worker