韓國保健教育學會誌 第四卷 一號 (1987)
The Journal of Korea Society for Health Education, Vol. 4, No. 1 (1987)

社會保健教育의 活性化 方案

金 水 日
(延世大學校 文理科大學)

<目 次>

Ⅰ. 서 론
Ⅱ. 사회교육이란 무엇인가?
Ⅲ. 의식수준향상을 위한 의식화촉진의 전략은 무엇인가?
Ⅳ. 사회교육기관은 그 특성이 어떠한가?
Ⅴ. 홍보의 실제에 있어 보건교육은 어떻게 나타나야 되는가?
Ⅵ. 사회보건교육의 활성화를 위한 그 방안은 무엇인가?

Ⅰ. 서 론

국민보건의식의 수준을 향상시키기 위한 사회교육 기관 및 단체의 기능진단과 아울러 홍보기능 활성화 방안은 사회보건교육의 활성화 방안으로 압축·요약된다면, 이는 국민보건의식의 수준을 향상시키려는데 목적하고 있다. 이와같은 목적을 달성하기 위하여 사회교육기관 및 단체가 홍보기능을 활성화하여야 되는 방법상의 문제로 귀결된다.

그러므로 사회보건교육의 활성화 방안은 첫째, 국민보건의식 수준 향상을 목적하며 ; 둘째, 사회교육기관 및 단체가 사회보건교육의 활 동을 맡아야 되며 ; 셋째, 홍보기능의 활성화가 주요 방법으로 제시된다. 이러한 세가지의 측면을 가로에 배열하고 세로의 쪽으로 상세화할 때에 다음과 같은 몇가지 의문을 준다.

1) 사회교육이란 무엇인가?
2) 의식수준의 향상을 위한 의식화 촉진의 전략은 무엇인가?
3) 사회교육기관은 그 특성이 어떠한가?
4) 홍보의 실제에 있어 보건교육은 어떻게 나타나야 되는가?
5) 사회보건교육의 활성화를 위한 그 방안은 무엇인가?

위의 다섯가지 의문을 풀어보는 것이 주어진 주제의 의도하는 것에 부합될 수 있을 것으로 여겨진다.

Ⅱ. 사회교육이란 무엇인가?

사회교육은 교육의 본래적 주기(initial cycle of education)[1]를 완료하였거나 중단한 자, 즉 학교의 청소년과 성인들에게, 또한 기간학제에 준한 정규학교 교육과정 이외의 활동에 참여하는 학생들에게 지속적인 자기충족, 직업적 자질의 향상, 사회적인 활동에 적극적인 참여를 목적으로 기초·보충교육, 기술·직업·전문교육, 건강증진교육, 가족생활교육 그리고 민주시민교육의 내용을 주간 전일제 출석수업방법이외의 학습편의를 직접·간접으로 제공하는 자와 대등한 관계를 유지하면서 수행되는 조직적인 교육활동이다.[2]

1) 교육의 본래적 주기는 우리나라의 현행학제에서 볼때에 국민학교에서 중학교 과정을 거쳐 1) 실업계 고등학교까지, 2) 종합고등학교의 실업반 3학년까지, 3) 고등학교과정을 경유하여 (1) 2년제 전문대학 (2) 2년 6개월의 수산·해양계 전문대학 (3) 3년제 간호계 전문대학 (4) 4년제대학 (5) 6년제의과, 치의과, 한의과대학까지로 나눈다.

2) 金水日, "우리나라 成人教育機會에 관한 一研究". 한국교육학회 사회교육연구회(편), 平生教育과 社會教育, 서울 : 培英社, 1982, p. 54.

그러므로 사회교육 내용의 주요 영역에는 자기건강과 타인의 건강을 증진하여야되는 즉 보건교육의 몫이 크게 차지되고 있으며 이는 자질의 함양과 사회적활동에 적극적인 참여와 나아가서는 지속적인 자기충족의 원동력이 된다. 이와같은 원동력이 보건교육증진에서 분출되려면 사회교육을 위한 자원단체들중 봉사집단과 전문직 집단에 의하여 국민보건을 위한 지도성의 가능성이 엿보여야 한다. 지도성의 가능성이란 학교외 청소년과 성인학습자의 보건교육을 위한 학습가능성과 계속성을 낳게 한다. 이러한 가능성과 계속성은 사회교육기관의 자원에 의하여 영향받게 되고 선별된 개별학습자의 자질에 따라 차이 있는 반응을 보이게 된다. 특히 거주지역, 인구특성, 분담된 역할, 관심분야에 따라 보건교육에 대한 반응은 상세화되며 이를 묶어 사회적 요구와 관계맺어 줄 때에 보건의식으로 발전될 수 있다.

한편 사회교육은 비형식교육(Nonformal education)방법[3]에 의하여 시간과 공간의 제한을 받지 않고 가치중립(time-free, space-free, value-free)의 접근방법을 택하고 있으나 보건교육에서는 가치중립에서 가치부여(value-laid)[4]로 시도되어야 한다. 학교교육을 형식교육(formal education)이라 부르며 비형식교육은 이에 대칭되는 방법이다. 그러므로 비형식교육은 교육의 기간이 짧고 교육내용의 선정과 교수학습활동의 평가는 성인학습자에 의하여 이루어지며 자기학습과 자발학습이 주요학습기법이다.

그러므로 사회교육측면에서 사회보건교육은 사회구성원 모두가 대상이 될 수 있겠으나 학교밖의 청소년과 성인을 주요대상으로 한정할 때에 그들의 현재와 미래에 대한 요구와 그들 개개인의 요구와 그들 각자가 속하여 있는 지역사회의 요구를 조사하여 사정(査定)하여야 된다. 왜냐하면 요구조사에 의한 사정의 필요는 국민보건을 위한 의식제고의 방향으로 다양한 프로그램이 요청되며, 그 요청에 따라 Cafeteria program이나 Buffet syllabus가 연구·개발되어 보급되어야 하기 때문이다.

한편 사회교육은 성인학습자와 그들의 학습을 위한 편의제공자(facilitator for adult education)와 대등한 관계를 유지하면서 수행되는 조직적인 교육활동이므로 Cafeteria program이나 Buffet syllabus 자체가 체계적이면서 범위와 계열(scope and sequence)을 맞추어 편제되어야만 조직적인 교수·학습활동이 전개된다.

Ⅱ. 의식수준향상을 위한 의식화 촉진의 전략은 무엇인가?

의식이란 현실속으로 주어진 심적현상의 총체, 자기자신의 상태 또는 과정의 직접인식, 자기자신의 심적내면을 거쳐가는 그 무엇을 지각하는 것, 현재의 모든 작용 혹은 활동을 통하여 얻어지는 지식으로 요약되는 심리학적 일반화 경향이 있다.

또한 의식이란 의식되어지는 내용, 자아, 그리고 상대와의 관계에서 나타나는 의식성을 의미하기도 한다. 여기에서 의식성이란 어떤 대상의 지향적 내재성을 뜻하며 ; 이는 의식하고 있는 것을 작용, 그리고 의식되어진 것을 내용이라 할 때에 전자에 무게를 두게 된다.

1. 보건의식

그러므로 보건의식의 수준향상이란 자기건강의 방향으로 나아가려는 지향적 내재성이 엿보여야 되며 자기자신의 건강유지는 자기자신과 상대의 건강을 위함이라는 것을 지각할 때에 보건의식이 싹트이게 되고, 이의 질적관리의 계속성에서 수준향상을 기대한다. 특히 국민보건의식은 의식의 표현성과 능동성이 요구되며 순간적인 의식작용이나 비 직관적인 의식체험이 통합됨을 필요하게 된다.

또한 의식에는 개인의식과 집단의식으로 나눌 수 있으며 이들 각각에 대한 이념, 교육내용, 교수방법의 전략을 국민보건의식의 측면에서 제시 될수 있다.

첫째, 이념에 있어 개인의식의 측면을 포괄할 수 있는 것은 자기자신의 건강, 보건교육이후의 건강수준 평준화, 건강한 인성의 유지에 있다.

3) Adair, Chales H., *Comparative study in adult education*, Tallahassee, Florida: Florida State University Press, 1977. (Unpublished Mimeo)

4) 金水日, 社會敎育學槪論, 서울 : 文音社, 1987, p. 19.

집단의식의 측면에서는 건강한 생존, 보건교육 기회의 평준화, 보건사업 추진자 혹은 촉매자의 양성에로 그 이념이 함축된다.

둘째, 교육내용은 개인의식의 쪽에서 볼 때에 일상생활에 있어 건강한 삶의 기회유지, 자기 자신의 건강확인 생활화, 보건교육프로그램에의 행동참여이다. 또한 집단의식에서는 국민보건의 생활습관 유지, 지역사회의 보건위생사실의 확인과 기동성 있는 집단 계몽운동이다.

셋째, 교수방법에 있어 개인의식제고를 위하여 하나의 견해를 제시하거나 또는 통일된 의견으로 결론을 맺는 방법, 창의적인 또는 창조성을 자극하는 방법, 그리고 태도변화의 방법이 대표적이다. 이에 해당되는 교수·학습방법의 구체적인 것은 두뇌창출집회(brainstorming), 사례연구(case study), 위원회(committee), 면접대담(interview), 강연(lecture or speech), 역할수행(role playing), 연극(skit), 집단토론(discussion group), 시범(demonstration), 현장확인(field trip or tour)등이다. 또한 집단의식을 위하여 (소)집단교육방법, 몇가지 견해의 개진방법, 의사소통 혹은 공동이해의 방법, 그리고 문제해결방법등이다. 이러한 집단의식을 향상시키는데 요구되는 기법은: 청중이해집회(audience reaction team), 소집단회의(buzz session), 자유토의(colloquy), 협의토론회(conference), 대규모 협의회(convention), 청취집회(listening team), 패널(panel), 질의토론(question period), 심포지움(symposium) 등이다.[5]

위와같은 교수방법은 가장 이상적이라고 할수만은 없으나 개인 및 집단방법사이에 서로 교류되어 시도하여 보면 더욱 바람직하다. 왜냐하면 사회교육방법에는 무슨 어떤 방법이 최고의 학습효과를 기대할 수 있고 교수활동에 있어 최선의 방안이 뚜렷하지 않기 때문이다.

그러나 그들이 즉 성인학습자가 놓여있는 특성에 따라 또한 그들의 요구와 관심이 다르기 때문에 개인·개별·집단으로 분류하는 상황의 분석방법, 개인과 단체와 지역사회중심의 고객위주방법, 그리고 개인적·문화적·사회적 체제접근의 방법등으로 나눈다.[6]

2. 보건요구

보건의식의 수준을 향상시키기 위한 보건요구는 생존, 교정, 성장 그리고 미래예측으로 나눈다.[7] 이들 네가지 요구는 각각 그것을 필요로 하는 대상집단(target population)과 그 구체적인 하위요구, 그리고 요구충족에 필요한 조치, 변화유발의 계기를 제시하려는 움직임에서 착수되어야 한다. 그러므로 생존요구에는 가족생활, 건강유지, 영양관리 등이 하위요구로 제시되며, 교정요구에는 이제까지의 생활습관에서 자신의 건강유지를 위하여 바꾸어야 될 즉 수정을 요하는 것이 나타난다. 성장요구에 있어서는 오염된 환경에 대한 지각과 건강지식의 획득과 건강유지의 생활화등이다. 또한 미래예측요구는 보건·의학기술의 변화에 따른 적응과 생태환경의 변화에 따라 再社會化과정이 요구된다.

위의 네(4)가지 요구를 지역사회보건의 측면에서 볼 때에 지역사회주민의 즉 성인개별학습자의 자질과 적절성과 동기와 관련지어 분석·종합하여야 된다.[8] 만일 지역사회주민의 자질이 "보건환경"의 성장에 기울여져 있다면 이의 적절성 여부를 서둘러 파악하여야 될 것이다. 그러나 그들의 성장 요구에 대한 적절성이 뚜렷하지는 않지만 교정의 쪽이라면 자질은 "성장"이며 적절성은 "교정"이므로 이를 상충되는 요구로 받아드린다.

이와같이 상충되는 요구에 있어 지역사회보건교육을 위한 프로그램편성의 우선순위를 정할때에 적절성에 가중되는 요구와 자질에 비중을 더 두는 요구를 상호견제하면서 조정한다.[9] 이때에

5) 上揭書 pp. 161-192.

6) Body, Rabert D. & Apps, Jerold W., "A conceptual model for adult education," *Redefining the discipline of adult education.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1980, pp. 5-11.

7) Unesco *Prospects for adult education and development in Asia and the Pacific.* Bangkok: Unesco Regional Office for Education in Asia and the Pacific, 1981, pp. 28-33.

8) Scissons, E.H. "A typology of need assessment definition in adult education," *Adult Education*, 33(1), 1982, pp. 21-23.

9) Ibid, pp. 20-22.

조정의 준거로서 제시되는 것은 동기이며, 성인 개별학습자의 측면에서는 자질의 방향이지만 사회보건교육 담당기관에서는 적절성에 무게를 둔다. 그러나 담당기관에서 중점화하고져 하는 프로그램의 적절성에서는 주민들의 자생적인 동기유발을 위한 프로그램이 편성되었거나 혹은 동시에 활용될 수 있어야 하며, 자질의 방향으로 프로그램을 편성할 경우 동기유발을 위한 프로그램은 요구되지 않지만 발전적인 보건교육의 기대에는 미진한 일면이 엿보이게 된다.

3. 보건의식 촉진화 전략

사회교육에 있어 전략개발은 열두(12)단계로 나눈다. 이는 현재의 상황기술(1), 바람직한 상황의 기술(2), 바람직한 상황에 대한 이론적 지침의 구성(3), 관찰된 상황의 분류(4), 설명체계의 설정(5), 추상적 수단개념에서 구체적인 참조준거에 의한 기본활동계획의 구안(6), 목적개념에 관련된 외인적 변인의 확인과 측정(7), 실행이전의 계획에 대한 가능성 확인과 가능한 실행계획의 평가(8), 실행계획의 시행(9), 실행과정의 평가계획구체화(10), 필요한 경우의 실행계획수정(11), 최종결과에 대한 평가관리(12)이다.[10]

이들 각단계의 프로그램화과정에는 기능, 정의, 준거, 지시, 그리고 방법상의 논의로 구체화된다. 첫째, 현재상황의 기술에 한정하여 예시하면 그 기능은 다음과 같다. 현재의 상황을 기술한 결과는 현재의 실천(행)체계가 적당한 것인지 관찰자들이 판단할 수 있도록 요구상태와 비교될 것이다.

이는 상황의 분석방법이 요구되며 가족생활과 건강유지, 가족의 영양관리등의 생존요구가 노출될 수 있겠고 보건의식의 자기지향적 내재성이 포함될 수 있다. 그러나 현재상황의 기술에 있어 무엇이 보건교육의 저해요인인가를 심층적으로 찾아 볼 경우 예로서 가구별 자녀규모와 생활의 정도와를 노출시켜 그 타당성을 제시할 수 있겠다.

둘째, 인간행동의 결과인 하나의 현상을 상황이라 할 때에, 그 상황에 관한 진술이 가시적이며 확실하게 부각된다. 이를 현재상황의 기술에 있어 "정의"라 일컬어 진다. 이는 자기자신과 자기상대의 건강을 위한 질적관리의 계속성에서 정의되어야 하며 국민보건을 위한 의식변화의 가능성과 그 능동성이 함축용해 된다.

특히 건강과 생존, 보건교육기회의 평준화 보건사업추진자와 촉매자의 감각적 접근이 가능한 방향으로 정의되어야 하며, 단 위지역사회의 체제접근방법이 동원될 수 있게 유도되어야 한다.

위와같은 정의의 전제조건이 충족될 수 있는 방향에서 "어느나라 어느지역사회의 100가구에 대한 인구조사결과중 합계출산율(total fertility rate per person)은 1987년 5월 15일 현재 2.5"라고 정의한다.

셋째, 현재상황의 기술을 위한 준거는 신뢰성이 전제되어야 하므로 상대적이고 양적인 용어보다는 지각된 자료와 절대적인 표현으로 진술하여야 된다. 그리고 관찰자의 관점과 목적을 명시한다. 즉 순간적인 의식의 체험이나 경험한 보건의식의 통합이, 건강한 삶의 기회유지와 자기자신의 건강확인 생활화, 나아가서는 보건교육 프로그램에의 참여유인등이 노출된다. 즉 성인교육에 있어 고객위주의 접근방법을 택하면서 종래의 건강유지방법의 수정을 은연중 의도하게 된다. 그러므로 위 두째에서 예로서 제시한 것과 연관지워 볼때에 합계 출산률 2.5와 가구당 평균자녀규모와의 상관을 제시함으로서 자녀규모와 모성보건에 대한 것을 구체화하여야 된다. 적정규모의 자녀생육이 가족의 건강, 모자의 건강(maternal child health), 모성의 건강, 아이의 건강에 직접적인 영향을 주고 있다. 자녀의 수가 많으면 많을수록 이는 어머니의 계속학습에는 유익되지 못한 조건들 중의 하나이다. 많은 자녀에 대한 교육기회의 불평등은 부모로서의 교육권과 자녀쪽에서는 학습권의 포기가 결과적으로 부분적인 차별대우를 낳게되어 예상되지 못한 사회적 문제로 제기된다. 그러나 이와같은 진술들이 현재상황의 기술에 준거가 되기 위하여서는 해당지역사회의 신뢰성이 중요문제로 부

10) Grabowski, S.M. and Others. *Preparing educators for adults.* Sam Francises: Jossey-Bass Publishers, 1981, pp. 17-38.

각된다. 즉 제시된 준거는 타당하다든가 옳은 내용이라든가 남여, 노소 모두에게 해당된다든가 아니면 긍정적인 반응을 도출할 수 있어야 한다.

넷째, 지시는 준거에 의하여 알맞게 기술할 수 있어야 되며 이의 능력을 함양하는 가장 효과적인 것은 경험을 쌓는 길이다. 즉 기술하기 위한 자료는 직접적인 관찰보다는 교수편의 제공자(instructional facilitator for adult learners)와의 접근을 통해서 얻을 수 있게된다.

그러므로 지시의 과정은 하나의 의사개진에서 시작하여 통일된 의견의 수합과 창의적이며 창조적인 접근방법을 통한 태도변화이어야 된다. 이는 국민보건의 생활습관 유지와 지역사회의 보건위생시설확인과 기동성 있는 계몽운동이 뒤따라야 된다. 왜냐하면 국민보건을 위한 촉매자역을 맡은자에게 교수편의 제공자로부터 얻은 간접경험의 내용과 기술을 개인 및 집단의식의 방향으로 지시하여야 되기 때문이다. 또한 지시되어야 할 사항속에는 집단의식을 통한 적절성의 확인과 개인의식의 훈련이 포함된다. 그리고 위의 예를 되새겨 볼때에 모성보건에 대한 자질의 함양이 요청되며, 결과적으로 합계출산률을 2.5미만으로 낮추어야 한다는 동기유발이 반영되어야 한다.

다섯째, 방법상의 논의는 상황을 완전하게 기술하기 위한 절차를 토의하는 것으로서 이는 그렇게 쉬운 일이 아니다. 기술하고자하는 단계가 유형상으로 단순하게 여겨질런지도 모른다. 그러나 현재의 상황을 정확하게 기술하는 것만이 성인계속 교육에서 뚜렷하게 사용되는 방법중의 하나이다. 특히 개별사건이나 대상집단을 기술하기 보다는 분류하려는 즉 관찰대상이 속하는 현상의 분석을 시도하려는 경향이 있다. 예를 들면 관찰자의 관심이 개별대상에게 맞추어지고 그 대상을 기술하도록 요구되어지면 대부분의 관찰자들은 그 대상의 속성을 실체화하고 지각적인 자료를 제시하여야지, 여성, 가임여성, 유배우가임여성, 유배우·유자녀가임여성과 같이 구분되어 분류됨을 뜻하는 것은 아니다.

그러나 합계출산율 2.5에 관련되는 여러가지 속성들은 자녀규모와 자녀양육에 따른 어머니의 계속교육기회유지의 가능성, 자녀규모별 터울의 흐름에 따른 동 기간의 사회화과정, 출산손모로 인한 산모의 건강, 남아출산압력에 대한 저항과 이에 따른 친족간의 갈등, 낳은 자녀에 대한 질적관리의 사회교육적 배려등이며 이의 실체화작업과 지작적인 자료들이 제시되도록 요구받게 된다.

위와같은 기능, 정의, 준거, 지시, 방법상의 논의는 보건의식 촉진화전략을 위한 성인교육의 실제에 있어 깊이 있는 상세화작업이 뒤따라야 된다. 특히 성인교육에 있어 보건의식 촉진화 전략은 열두(12) 단계를 일곱(7)번째 단계까지는 전략입안을 위한 작업이며, 여덟번째(8)단계는 작업된 것을 재확인과 검토의 일을 수행하여야 됨을 뜻한다. 즉 실행이전의 계획에 대한 가능성과 가능한 실행계획의 평가는 실행직전과 실행이후와의 중간점검이 되며 여기에서 자원인사의 확보, 재정적인 지원, 시공간의 관리, 평가체제의 수립이 뒤따라야 된다. 특히 보건에 관한 요구와 그 의식을 구별지어 정리하여야 되지만 때로는 의식 즉 요구라는 등식의 관계형성도 중요하다. 이는 느끼고 있는 요구는 부닥치는 문제로 노출될때에 즉 건강을 요구하지만, 건강하지 못할 때에 부닥치는 문제로 나타나야만 건강에 대한 의식이 싹트는 경우가 으레히 있음은 일반화된 경향이다. 그러나 의식 즉 요구라는 관계는 건강관리의 생활화라는 측면에서 배제되어서는 아니되며 의도적으로 포함되어야 할 주요과제이다.

Ⅳ. 사회교육기관은 그 특성이 어떠한가?

사회교육을 수행하는 곳이 사회교육기관이라면 이를 분류하는 방법에 따라 다양하게 나타난다. 이는 사회교육을 보는 각도에 따라 학습사회의 구현을 논의할때에 우리의 모든 사회가 사회교육기관이라 할 수 있으며 개별학습자가 소속된 것에 따라 분류하면 가정이 가족생활을 위한 사회교육 출발행동의 곳이라 한다. 특히 최고 최선의 우수한 선생님은 어머니라는 일부의 주장은 잠재적 교육과정에 의하여 움직여

지는 무형식의 교육기관이 가정이기 때문이다. 이와같이 사회교육기관의 대상폭이 넓은 것은 아직도 사회교육이 무정형의 상태에 있기 때문이다.[11]

그러나 사회교육의 특성은 사회교육기관의 분류[12]에 따라 찾아 보면 쉽게 알게된다. 첫째, 목적에 의하여 분류하여 보면 직업교육, 비직업교육, 재사회화교육기관으로 분류된다. 이는 한국직업훈련관리공단, YMCA, ××교도소가 위의 각각에 해당된다.

둘째 이윤추구의 측면에서 볼때에 영리기관으로서 재수생만을 대상으로 하는 대학입시준비교육기관으로서 ××학원이 있는가 하면 비영리기관으로서 대한적십자사가 있다.

셋째, 내용 즉 교수·학습활동의 실제에서 중점내용의 영역으로 분류할 때 기초·보충교육기관으로의 ××고등공민학교, 입시학원, ××대학교 평생교육원 ; 직업·기술·전문직 교육기관으로서 정수직업훈련원, 마산수출자유지역 사업내 공공직업 훈련원 ; 건강증진교육기관으로서 대학병원, 종합병원, 일반병원, 기타 특수병원에서 수행되는 건강 보전교육 프로그램 운영담당부서 ; 민주시민교육으로서 홍사단, 청소년 야영장 ; 문학·음악·미술등의 문예교육담당기관, 문화시설중심의 일반교양교육 프로그램 담당부서 등이다.

넷째, 자금지원의 쪽에서 찾아보면 정부부담교육기관으로서 공무원연수원, 기업자금으로 운영되는 사내 연수원 또는 사내 부설 특별학교(급), 수익자 부담으로서는 사회교육 일반기관의 대부분이 이에 속하며, 사회교육담당기관의 부담인 대한적십자사와 유네스코 한국위원회등이다.

다섯째, 사회교육대상을 중심으로 사회교육기관을 나눌수 있다. 먼저 사회교육대상에는 유익하지 못한 교육여건에 놓여 있는 자를 주요대상으로 하고 있는데 이들은 극단적인 빈곤과 공적보호요구자인 낮은 소득계층 ; 학력이 낮은 계층으로서 저학력 진학희망자, 실직(업)자, 구직자 ; 대규모자녀를 가진 가정의 성인가족 ; 결손가정의 가족구성원 ; 가사노동에만 전념하는 가정주부 ; 주요범죄자, 부랑자, 수감자, 보호감호자, 심신쇠약자, 지체부자유자, 노령 및 노약자 등이지만 극단적인 부유층이나 고학력구직자 또는 고학력 유휴자도 사회교육대상에서 볼때에 유익한 교육여건에 놓여있지만은 않은 것으로 보이게 된다.

저 소득층을 위하여서는 소득증대를 목적하는 기능교육기관, 저학력층에게는 학력의 부분적인 보완을 위하여 설립된 방계학제에 해당되는 준형식의 교육기관, 다자녀의 부모와 결손가정의 가족구성원과 주부를 위한 자기확인 및 자기개척을 위한 사회교육 일반기관등이 있다. 한편 주요범죄자·부랑자·수감자·보호감호자를 위한 교양교육·직업교육과 재사회화를 위한 적응교육기관, 심신쇠약자를 위한 대학병원·종합병원·일반병원의 다양한 프로그램과 이들을 위한 특수병원의 교육적인 활동이 있다. 또한 지체부자유자를 위한 정규직업연수원과 병원부설 재활학교가 있다. 한편, 노령 및 노약자를 위한 병의원시설 겸용 양로원의 사회교육기관이 요구된다.

그러나 교육여건에 따른 분류보다는 취학전 어린이를 위한 조기교육기관, 학교外 청소년을 위한 동기성취프로그램의 개발기관, 부녀자만을 대상으로 하는 취미·오락·여가선용의 교육기관이 있는 반면에 성인 및 노인을 위한 교육기관이 있다.

여섯째, 사회교육방법의 측면에서 사회교육기관이 분류된다. 사회교육방법은 사회교육기법에 의하여 그 기본이 정하여 지는데 이는 정보와 지식의 획득 그리고 지식의 적용이 사회교육기법의 주요기능으로 제시된다.

이와같은 사회교육기법의 기능은 학습하고자 하는 자발적인 동기형성에 의하여 이루어지는 자기학습과 그리고 누구와 더불어 또는 누군가에 의하여 형성되어가는 상호협동학습방법이 있다. 물론 이와같은 학습방법은 느끼고 있는 요

11) Kim, Sooil, *A comparative study of adult education in Indonesia, the Republic of Korea and Japan.* Tallahassee: Florida State University, 1981, p. 15.

12) 金水日, 劉惠敬, 社會敎育機關實態調査硏究, 서울 : 韓國敎育開發院, 1982, pp. 15-17.
이무근 외, 사회교육기관의 실태조사분석 및 육성방안에 관한 연구, 1985, 12(미출판 유인물) 참조.

구(need felt)와 부닥치는 문제(problem faced)가 주요과제로 나타난다.

자기학습의 경우는 전파매체와 인쇄매체를 통하여 진행되어지는데 주로 전파매체가 그 대표적인 것으로서 이를 전담하는 사회교육기관은 라디오와 TV의 방송국이다. 이들 방송국에서 편성하는 프로그램들은 정보와 교육과 오락이지만 교육프로그램에 한정됨이 원칙이다. 또한 인쇄매체를 활용하는데는 일간신문을 위시하여 월간 및 계간지가 주요 성인학습의 자료이지만 때로는 교양서적도 포함된다. 한편 상호협동학습에는 방송국과 신문·잡지사를 제외한 모든 사회교육기관이 포함되지만 교수 학습방법의 실제에 있어 주요한 것은 무엇보다 사회교육참여자는 대등한 위치에서 서로간의 경험과 앞으로의 과제에 대하여 토론하고 발전하는 것이어야 된다. 그러나 난선경험의 학습(random learning of experience)은 배제됨이 특징이다.

일곱째, 시설중심의 사회교육기관으로서 이는 사회교육만을 목적하는 사회교육기관은 박물관, 도서관, 방계학제에 속하는 각급학교 수준에 해당되는 교육기관이 있다. 한편 사회교육이 그 시설의 일부에 한정되어 있는 즉 부분적이면서도 부수적인 사회교육기관이 있다. 이는 사내 연수원 혹은 종합병원의 건강증진 프로그램등이 이에 해당된다.

원칙적으로 사회교육만을 전담하는 사회교육기관의 시설에는 어린이집과 대기실과 같은 부대시설 ; 도서관, 박물관, 전산실등의 전문시설; 강의실, 실험실, 세미나실등의 일반시설 ; 그리고 지역주민을 위한 수시집회의 장소를 제공할 수 있는 유사시설이 있어야 된다.

이상에서 사회교육기관 특성을 일곱가지(7) 측면에서 개략적이지만 찾게 된다. 그러나 사회보건교육을 위한 구체적인 관심들을 어떤기관에 반영하여야 되겠는가라는 문제를 주게된다. 보건교육의 대상을 건강한 성인에로 한정한 경우, 건강에 대한 요구를 스스로 외면한채 건강이 악화된 이후의 문제로 부각될 비율이 높게 나타나게 된다면 이는 무엇보다 대중매체를 통하여 자발적인 건강관리의 생활화를 시도하도록 동기유발이 주요한 과제로 제시된다. 그러므로 사회보건교육기관에서 전담하는 방법이외에는 뚜렷한 방안을 찾기가 쉬운일이 아니다. 왜냐하면 직업교육기관에 정부지원 공무원 연수원에, 혹은 수익자부담에 의하여 운영되는 일반학원에 건강교육을 위한 내용이 부분적으로 프로그램화하여 스며 녹여 들어가게 하는(program activities inserted)것은 제한된 시간에 맞추어 포함하기에는 쉬운 작업이 아니다.

Ⅴ. 홍보의 실제에 있어 보건교육은 어떻게 나타나야 되는가?

홍보와 건강교육과의 관계에서 목적, 유형, 전개, 평가로 나누어 진술하면 다음과 같다.

1. 홍보목적 : 이는 크게 네(4)가지로 나눈다. (1) 현상유지적(homeostasis)인 것으로서 많은 정보에 작은변화를 의도하게 된다. (2) 점진적인 개선(incrementalism)에는 적은정보와 작은 변화가 있다. (3) 혁신적인 개선(Neomobilism)에는 적은정보에 큰 변화를 시도하게 된다. (4) 일대변혁에는 많은정보에 크나큰 변화를 목적하고 있다.[13]

그러므로 보건교육에 있어서는 일대변혁이나 현상유지보다는 점진적인 개선을 통하여 혁신적인 방향으로 전환하는 것이 가장 이상적이나 여기에는 사회발전의 속도와 지수에 크게 영향받게 된다. 이는 변화폭의 대·소와 정보 및 지식의 다·소에 따라 크게 영향받게 된다.

2. 홍보유형 : 국민이 알고자 하는 사항과 국민이 알아야 할 사항으로 크게 나눈다.[14] 즉 국민이 알고자하는 사항에는 지역별·성별·교육정도별 국민의 건강에 대한 관심사항, 건강유지에 어렵고 불편한 사항, 국민각자의 건강관리에 애로사항, 기타 이에 관련되는 부수사항이 된다. 한편 국민이 알아야 할 사항으로서는 국민전체의 보건정보에 관한 것으로서 이에는 후

13) Stufflbeam, D.L. and Others. *Educational evaluation and decision-making*, Itasca: P.E. Pecock Pul. Inc., 1971, pp. 134-4.

14) 내무부 지방행정연수원, 계층에 맞는 홍보주제의 선정, 1987.5(미출판 유인물) 참조.

천성면역결핍증(AIDS)과 같은 증세, 예방, 발생이후의 정부조치에 대한 협조사항 등이다.

3. 홍보의 전개 : 이는 조직화, 접근방법, 그리고 전개과정으로 분류된다. (1) 홍보의 조직에 있어 대중매체의 경우를 예로서 제시하면 경제성과 정치성과 자치성이라 하겠다.[15] 경제성에서는 면허취득을 위한 방송연수의 경우 많은 성인 학습자가 참여하게 되는데 이는 이상적일런지는 모르나 보건전문요원의 자격취득에 일부의 방송을 청취케하고, 감청보고서를 점검하는 방안이 효과적이다. 물론 방송프로그램편성과도 사전협의가 전제된다. 정치성에는 행정적인 보건정보관리의 요청에 의하여 보건정보소용의 전개와 사회보건교육정보의 관리가 주된 부분이다. 그러나 정치성의 전재에는 편리하고, 능률적이며, 상호의존적이어야 된다. 끝으로 자치성에서는 현실감있는 대화와 이를 통한 언어작용에 의하여 보건에대한 이해의 수준까지 이루어져야 한다.

(2) 홍보의 접근방법에는 경험적·합리적인 접근방법, 규범적·재교육적 접근방법, 그리고 권력적·강제적 접근방법이 있다.[16] 경험적·합리적 접근방법에는 인간은 누구나 합리적 사고를 통한 자기이익의 추구가 전제되며 그 타당성이 입증되면 홍보된 내용을 수용한 이후 채택자에 한하여 어떤 혜택이 주어지게 된다. 이는 보건의식의 측면에서 매우 강한 정도의 채택가능성이 엿보이며 수용태세가 갖추어진 즉 보건을 위한 기초교육이수자에게는 별다른 저항감이 없이 홍보의 효율성이 높게 나타나게 된다.

규범적·재교육적 접근방법에는 인간의 행동유형이 사회문화적 규범에 의해서 크게 영향받음이 전제된다. 여기에는 개별학습자의 보건지식, 보건정보, 보건태도와 보건가치관의 변화가 규범적인 변화매개체에 의하여 이루어 질때에 매우 효과적이다. 권력적·강제적 접근방법에는 보건혁신을 위한 보건계획 및 구체적인 방안이 일방적으로 부과되는 방식으로서 혁신채택자들의 내면화에는 오랜시간이 걸리거나 힘이드는 제한점이 있다.

(3) 홍보의 전개과정에는 흥미, 이해, 다양함, 공동사고의 유도, 실천의욕의 제고등으로 분류된다.[17] 즉 보건의욕을 환기시켜 자발적·적극적인 보건활동에 자극을 주는 흥미와 보건의식의 함양을 위한 언어편중의 범위를 넘어서 확실한 이해를 끌어내는것, 보건사업실제에서 부닥친 경험과 좋은 장점들을 엮은 내용을 경험담으로 제시하면서 보건이해의 다양성과 심오함을 조장하는 것, 보건관념의 수준에서 정확한 보건정보를 전달함으로서 보건을 위한 공동사고의 유도, 그리고 바람직한 보건태도와 보건심성의 육성을 위한 보건실천의욕의 제고 등이다.

4. 홍보의 평가 : 이는 크게 적합, 인식, 관심, 노력, 예측(방)으로 요약된다.[18] (1) 보건문화적인 가치체계를 과거의 보건경험에 의하여 정립하여 보고 실제 보건의식의 변화에 투입하였을 때에 계획된 변화에 적합하였는가를 측정하여야 된다. (2) 보건의식의 변화를 위하여 제공된 교육기회의 수혜자들이 필요에 의하였음을 인식하고 있는지 확인한다. (3) 보건의식의 변화를 위한 촉매자들이 혁신 그 자체보다 새로운 보건의식의 착상에 대한 접근을 통하여 어떤 변화에 관심을 보여야 된다. (4) 보건의식의 변화를 위한 촉매자는 보건정보의 초기보급단계에서 단위지역사회의 여론지도층에 노력하여야 된다. (5) 특히 보건의식의 변화를 통한 사회적 결과는 국민보건의 증진에 기여할 것으로 예측하였으나, 그 반대의 현상이 나타날 경우, 즉 소망스럽지 못할 때에는 이의 예방에 앞장서야 된다.

한편 보건홍보에 대한 가장 효과적인 기대는 "보건지식은 인지성에 의하여, 보건가치의 판단은 평가성에 의하여, 보건의사의 수용은 지시성에 의하여 수행될 때에" 이루어진다.

---

15) 辻 功. 社會教育と マスコミ, 東京 : 東洋館出版社, 1977, pp. 86-87.
16) Bennis, W. and others. The planning of change. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1969,. pp. 34-57.
17) 林伸郎, 社會教育と 印刷媒體, 東京 : 東洋館出版社, 1977, pp. 74-75.
18) Rogers, E.M. *Diffusion of innovation*, New York, 1969, pp. 278-284.

Ⅵ. 사회보건교육의 활성화를 위한 그 방안은 무엇인가?

사회보건교육기관 및 단체에 의하여 사회교육기관에 홍보하는 방안이 가장 이상적이지만, 사회교육기관의 제한된 여건을 배제할 수 없다. 사회보건교육기관은 대학병원, 종합병원, 일반병원 그리고 기타 특수병원이라면, 이에 상대되는 단체는 보건·의료단체, 보건·의료전문인협회, 의료보조의 인력단체, 식품관계단체, 의약품관계단체 그리고 이·미용숙박업체 등이다.[19]

이들 기관 및 단체가 학교중심사회교육의 6개기관, 준학교체제의 308개기관, 40여개의 공무원 교육원, 305개의 직업훈련원, 70여개의 기업체내의 연수원, 448개의 법인 및 단체, 692개의 문화시설중심의 사회교육기관, 11,196개처의 사설강습소[20]에 국민보건의식향상을 위한 프로그램 편성에서 실제교육의 행위에 이르기 까지에는 상당한 어려움이 있을 것이다. 왜냐하면 사회교육은 수익자부담에 의하여 짧은기간내에 수행됨이 원칙이므로 그들의 학교의 계속교육이 자기자신의 보건 및 건강교육을 회피할 경우 기관對기관끼리의 접근을 시도하기에는 쉽지않기 때문이다.

한편 사회보건교육의 내용은 의학정보, 의학분야연구보고, 병원내 활동상황, 원의 진료통계, 장비·시설·인원등의 원내소개, 병원안내, 의학상식, 건강상식, 보건교육사항, 뉴우스, 교양물, 공지사항, 실적소개 등[21]의 전문인대상으로 편성되어 있는가 하면, 체육, 여가선용, 보건교육, 학교보건, 인구 및 가족계획, 환경오염, 정신보건, 의료보험, 사회보장, 건강관리, 산업보건, 보건법규, 보건행정, 응급처치, 구강보건, 약물·흡연·음주, 식품위생, 영양관리, 영양개선, 소독 및 살균, 여성의학, 성교육, 모자보건, 약품관리, 보건통계역학, 전염병관리, 한방의학, 공중보건등의 주요내용을 담은 제재들이 보건·의학연구소, 병원, 보건·의학분야의 동문회, 의사회, 의약기관, 보건소 및 보건진료소 등의 기관 및 단체와 직원[22]에게 보급된다면 사회교육을 위한 일반화에는 미치지 못할 것이다.

특히 위에 관련된 보건·의학분야의 기관 및 단체에 의해서 그 기관 및 단체의 구성원과 제한된 인원에 한정하여 집합교육, 강의·강연, 세미나, 시청각교육, 간담회, 학회참석등의 교수·학습방법[23]에만 한정된다면 이의 확대·보급의 길이 확산되기에는 쉽지 않을 것이다.

한편 우리나라 국민의 주요사망원인이 순환기계의 질환, 손상 및 중독, 악성신생물 순이며; 개인의 건강지각은 50세 이후에 25%이상이며; 건강관리방법은 14~24세는 운동으로, 25~54세는 식사조절에 의하여 55세 이상은 보약과 영양제 복용으로 나타나며; 산전진찰률은 학력이 높을수록 뚜렷한 경향이며, 의료비 지출률은 5%를 약간 상회하는 현황[24]에 놓여있다.

이와같은 현실에서 국민보건의식의 수준을 향상할 수 있는 방안을 제언하면 다음과 같다.

첫째, 건강지각과 보건태도에 관한 조사를 실시하여 국민보건의 의식수준을 일반화하는 방안이 제시된다. 왜냐하면 지역별·성별·연령별·교육정도별 차이있는 결과를 홍보하여야만 개인수준에서 건강의식이 싹트게 되고 미래에 대처하는 기회반응이 나타날 것이다.

둘째, 보건교육기관 및 단체는 사회교육기관과의 관계를 가능한 대상부터 찾아서 맺어야 되겠다. 이는 사회보건교육기관의 자원인력 배치와 지도성의 발휘에 따라 사회교육기관의 관련자는 학습의 가능성이 엿보이게 될때에 그들의 자질을 확인하고 접근하여야 된다. 왜냐하면 사회교육기관은 목적하는 바가 명시적이며 지원하여주는 자금원의 의도 또한 각양 각색이기 때문

19) 보건사회부 보건교육과, 교육실시현황조사표(단체), 1986(미출판 유인물) 참조.
20) 이무근·정지웅, 앞 책, pp. 163, 847-914.
21) 윗자료(병원 및 단체), 홍보매체 참조.
22) 윗자료 참조.
23) 윗자료 참조.
24) 경제기획원, 한국의 사회지표 1986, 서울 : 경제기획원 조사통계국, 1986, pp. 20-203, 220, 224.

이다.

셋째, 사회보건교육기관에서 이미 실시하고 있는 의학상식, 건강상식, 병원안내등의 보건정보를 공공기관, 피보험대상자, 환자 및 보호자 등에게 순회교육, 통신교육, 상담교육을 통하여 치료 및 예방의학의 측면에서 강화할 필요가 있다. 특히 이에 강조점은 이러한 강화의 정도가 심화될 때에 반상회를 통한 건강정보의 요구가 있을 것으로 기대하여 봄직하다.

넷째, 국민전체에게 전국·동시·일제전달(학습)이 가능한 보건교육내용을 전파매체를 통하여 방송(영)할 정책배려를 건의하여 실시되면 더욱 이상적이다. 어느곳에도 소속되어 있지 않은 많은 주민들은(non-membership trainee) 죽음의 원인이나, 건강관리의 현대의학적 방법, 의료비지출의 상향조절 필요성을 자신의 건강지각에 따를 주제지향적 프로그램에 집중하기에 이른다. 이는 홍보의 접근방법중 공동사고의 유도와, 적합, 인식, 관심, 노력을 통하여 예측하게 되는 지름길이다.

다섯째, Agent-Client System의 중점체제가 갖추어졌으면 더욱 바람직하다. Agent는 국민보건의 의식수준을 향상시킬 수 있는 사회보건교육 전문요원의 특수성을 지닌자로서 이는 촉매자 역할을 담당하게 된다. 왜냐하면 어느곳 어느기관에든지 이들이 배치되어 직무를 수행할때에 그들 주변에는 많은 고객이 모여들기 때문이다. 이는 Community Health Counselor역을 겸하게 될수도 있을 것이며 나아가서는 국민의 평균수명연장에도 크게 기여할 것으로 예상된다. 그러나 우리나라 사회교육법, 동법시행령에는 이에 관한 내용영역이 또는 자격요건에 포함되지 않았음은 아쉬운 일이다.

끝으로 사회보건교육의 현재상황을 다시금 조사·분석할 필요가 있다. 사회교육은 현재의 시점에서 앞으로의 방향을 설정하여야 되는데 이상적이라기 보다 현실적이어야 되기 때문이다.

參 考 文 獻

金水日, 社會敎育學槪論, 서울：文音社, 1987, p. 19.

金水日, "우리나라 成人敎育機會에 관한 一硏究", 한국교육학회 사회교육연구회(편), 平生敎育과 社會敎育, 서울：培英社, 1982, p. 54.

金水日, 劉惠敬, 社會敎育機關實態調査硏究, 서울：韓國敎育開發院, 1982, pp. 15-17.

이무근 외, 사회교육기관의 실태조사분석 및 육성방안에 관한 연구, 1985, 12(미출판 유인물)

내무부 지방행정연수원, 계층에 맞는 홍보주제의 선정, 1987. 5(미출판 유인물)

辻 功, 社會敎育と マスコミ, 東京： 東洋館出版社, 1977, pp. 86-87.

林伸郎, 社會敎育と 印刷媒體, ：東洋館出版社, 1977, pp. 74-75.

Adair, Chales H., *Comparative study in adult education*, Tellehassee, Florida: Florida State University Press, 1977.

Bennis, W. and others. The planning of change. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1969, pp. 34-57.

Body, Rabert D. & Apps, Jerold W., "A conceptual model for adult education," *Redefining the discipline of adult education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1980, pp. 5-11.

Grabowski, S.M. and Others. *Preparing educators for adults*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1981, pp. 17-38.

Kim, Sooil, *A comparative study of adult education in Indonesia, the Republic of Korea and Japan*. Tallahassee: Florida State University, 1981, p. 15.

Rogers, E.M., *Diffusion of innovation*, New York, 1969, pp. 278-284.

Scissons, E.H., "A typology of need assessment definition in adult education," *Adult Education*, 33(1), 1982, pp. 21-23.

Stufflbeam, D.L. and Others. *Educational evaluation and decision-making*, Itasca: P.E. Pecock Pul. Inc., 1971, pp. 134-4.

Unesco, *Prospects for adult education and development in Asia and the Pacific*. Bankok: UNESCO Regional Office for Education in Asia and the Pacific, 1981, pp. 28-33.