

지방자치단체의 건강증진사업 활성화 방안

- 교육적 접근을 중심으로 -

이 명 순

경상대학교 의과대학 예방의학교실

〈 목 차 〉

I. 서 론	사업 활성화를 위한 교육적 접근
II. 우리나라 기초 지방자치단체 수준에서의 건강증진사업의 현황과 문제점	IV. 결 론
III. 기초 지방자치단체 수준에서의 건강증진	참고문헌
	영문초록

I. 서 론

21세기를 열어 가는 지금, 우리 나라 건강증진사업은 1995년 국민건강증진법이 제정된 이래 지난 4년간의 초창기를 지나 많은 가능성과 발전이 기대되는 성장기로 들어서고 있다. '건강은 개인의 일상생활 및 사회발전에 있어서 소중한 자원으로 소극적 건강 수준을 넘어서서 적극적 건강을 추구하며, 건강에 대한 책임은 개인과 사회가 같이 나누어야 하고 이를 위하여 교육적 및 제반 환경적인 접근을 포함한 다부문 다수준에서의 생태학적 접근이 (Ecological approach)

이루어져야 한다'는 세계 보건의료 분야의 공동 인식과 흐름 속에서 (Green & Kreuter, 1999; Kickbusch, 1997; Legar, 1997; WHO, 1986; WHO, 1997), 우리 나라는 지난 4년 동안 국민들의 건강수준 및 삶의 질 향상을 위해 국가 수준에서 건강에 대한 새로운 개념과 가치관을 받아들이고 국민건강관리를 위한 새로운 접근, 즉 질병예방 및 건강증진 중심의 접근을 위한 보건의료정책을 수립하는 등 여러 분야에서 많은 노력이 이루어지고 변화가 모색되었다 (오대규, 1998).

그 동안의 우리나라 국민건강증진사업의 전개상황을 보면, 우선 국민건강증진의 기본목표와 접근 전략이 세워지고, 국민건강증진 사업추

진체계모형에 의해 중앙과 지방의 역할이 나누어졌다. 중앙정부는 국가수준에서 국민건강증진을 위한 기본시책 등을 수립하고, 각 지방자치단체는 지역수준에서의 건강증진사업을 국가의 기본시책에 따라 기획하여 수행하고 있다. 이와 같은 건강증진 사업수행을 위한 법적, 제도적 및 정책적 여건과 함께 국민건강증진기금의 조성 등 재정적 여건 등도 일정 수준 이루어졌다. (정건작, 1998) 그러나, 실제 건강증진사업의 수행에 있어서는 중앙과 지역, 어느 수준에서도 사업이 충분히 활성화되어 전개되고 있다고 보기 어렵다. (변종화 등 1997)

이에 본 연구에서는 우리 나라 기초 지방자치단체 수준에서 지역단위 건강증진사업 추진 현황 및 문제점을 살펴보고 이와 관련하여 건강증진사업 전개를 원활하게 할 수 있는 방안들을 교육적 접근을 중심으로 모색하고자 한다. 특히 기초 지방자치단체 수준에서의 건강증진사업을 위한 역량 함양 및 지역사회 참여 증대를 위한 방법을 논의하고자 하며 또한 지역 건강증진사업의 주요 참여자, 주요 건강증진 파트너들의 역할을 높일 수 있는 방안도 같이 찾아보고자 한다.

이와 같은 논의는 우리 나라 건강증진사업이 향후 국민건강증진기금의 적극적 활용에 따라, 즉 건강증진사업을 위한 재정적 지원이 보다 적극적으로 이루어지면서 건강증진사업의 기반이 중앙 및 지역 각 수준에서 구축되고 연구 및 사업수행 등이 활발히 전개되는 새로운 발전 단계로 접어들 것으로 생각되므로 시기적으로 적절하다고 생각한다.

II. 우리나라 기초 지방자치단체 수준에서의 건강증진사업의 현황과 문제점

1. 건강증진사업의 주체

기초 지방자치단체 수준에서 건강증진사업의 주체는 지방자치단체의 공공조직 또는 보건관련 단체, 대학, 민간 보건의료기관, 학교, 고용주 및 기타 비정부 민간기관 등 지역 내 다양한 조직이 될 수 있다. 그러나, 우리 나라에서는 아직까지 비정부 민간기관에 의한 일부 사업의 경우를 제외하고는 지역수준에서의 건강증진사업은 대부분 지방 정부가 주체가 되어 시·군·구 보건소를 중심으로 전개하고 있고 지역 내 타 조직에 의한 건강증진 사업은 거의 전개되지 못하고 있는 상황이다. (변종화 등 1997; 변종화 1999)

이와 같은 상황은 국민건강증진법의 제정 및 지방자치제의 실시에 따른 보건소법의 지역보건법으로의 개정 등이 거의 같은 시기에 이루어져 시행된 데서 비롯된다. 지역수준의 건강관리가 광역 지방자치단체 및 기초 지방자치단체 중심으로, 특히 기초 지방자치단체인 시·군·구의 경우는 지역보건소가 지방 정부의 보건 담당 부서로서 지역보건의료계획 수립과 함께 지역 중심 건강증진사업의 기획 및 수행 등 지역 보건의료의 중추적 역할을 맡게 되었다. 이와 같이 정부차원에서 국민건강증진법에 따라 건강증진사업추진체계를 만들고 지역보건법에 의거해 공공조직을 통하여 지역수준에서의 건강증진사업을 주도적으로 추진하고 있는 반면, 지역 내 다른 보건관련 여러 조직이나 기관, 단체들은 건

강증진에 관한 관심 및 이해와 건강증진사업의 중요성에 대한 인식이 충분하지 못하였으며, 그동안 비정부 조직으로서 사업 수행을 할 수 있는 여건 또한 조성되지 않아서 이들에 의한 건강증진사업 및 연구는 거의 전개되지 못하고 있기 때문이다.

그러므로, 현재 기초지방자치단체의 시·군·구 보건소는 지역 건강증진에 있어서 그 역할이 지방정부의 보건행정기관으로서 지역 내 여러 기관의 건강증진사업을 지원, 또는 여러 조직간의 통합적인 노력을 위해 조정해주는 역할보다는 일선 공공 보건의료기관으로서 실제 사업수행 주체로서의 역할을 맡고 있다. 따라서 현재 우리나라 각 지역단위에서 건강증진사업의 활발한 전개여부는 전적으로 각 시·군·구 지역 보건소의 사업 기획 및 수행역량에 따른다고 할 수 있다.

그러나, 향후에는 지역 내 다양한 조직이나 기관들이 건강증진사업의 중요성에 관한 인식증가와 함께 국민건강증진기금을 비롯한 여러 기금 등의 재정적 지원 및 중앙으로부터 기술적 지원 등을 통하여 사업의 주체로서 보다 적극적으로 참여하여야 한다. 이들이 건강증진 관련연구 및 실천운동 등을 공공조직과 함께 전개해나아가 갈때, 지역수준의 건강증진사업이 활성화되고, 지역의 건강증진 역량이 함양될 것이다.

2. 건강증진사업의 전개 현황

위에서 언급하였듯이 현재 기초지방자치단체인 시·군·구 지역단위의 건강증진사업은 시·군·구 보건소를 중심으로 이루어지므로 지역수준에서의 건강증진 사업의 전개 현황은 시·

군·구 보건소의 건강증진 사업추진 상황에 대한 검토를 통하여 파악할 수 있다.

한국보건사회연구원에서는 지방자치단체 수준에서의 건강증진사업 추진실태를 조사하여 보고한 바가 있다. (변종화 등, 1997) 조사 연구는 1997년 8월과 9월 사이 전국 15개 시도 및 170개 시·군·구 보건소의 건강증진 사업 추진실태조사와 사업관계자(시·도 47명, 시·군·구 615명)를 대상으로 한 설문조사로 실시되었다. 조사 이후 '98 IMF 파동 및 새정부 출범 등으로 인하여 지방정부의 구조조정을 비롯한 다소의 상황 변화가 있었을 것으로 간주되고, 또한 현재 건강증진 시범보건소로 지정된 18개 보건소의 경우는 시범사업을 위한 건강증진기금의 확보 등으로 사업수행 여건이 다소 다를 것이다. 그러나, 전반적인 지역수준에서 건강증진사업 현황을 이해하는 데 크게 무리가 없을 것으로 생각되어 논의의 자료로 활용하고자 하며 보고된 조사결과를 간략히 살펴보면 다음과 같다.

1) 지역수준 건강증진 사업의 기반 (Infrastructure) 및 조직역량

(1) 사업조직

- 시·군·구 건강증진사업은 주로 보건소 조직에 의해 수행되고 있었다.
- 대부분의 보건소가 건강증진사업을 전담하는 별도의 조직없이, 주로 대민적인 건강증진 및 질병예방 서비스를 제공하는 가족보건계, 예방의약계, 건강관리계 등을 비롯한 보건지도계, 보건행정계 등 각 부서별로 해당업무를 분담하여 업무를 추진하고 있다. 수행해야할 건강증진업무에 비해 사업조직

이 강화되지 못한 상태로서 조직개편 및 자원의 재배치 등을 통한 조직 강화의 필요성을 제시하고 있다.

(2) 사업담당인력

- 건강증진업무를 담당하도록 지정된 보건소 인력은 평균 2.3명으로 보통 1-3명이 담당하는데 업무내용의 다양성 및 업무량에 비해 인력이 부족한 것으로 나타났다.
- 사업관계자 응답자 중 약 2/3 정도가 건강증진사업 수행에 필요한 지식 및 기술습득이 충분하지 못하다고 답하였고 보건소 다른 보건요원들도 사업담당자들의 건강증진 지식 및 기술습득이 부족한 것으로 판단하였으며, 이러한 사업 수행에 필요한 지식 및 기술 습득의 부족을 건강증진사업 수행의 주요 문제점으로 지적하였다.
- 건강증진사업의 특성상 업무를 수행할 전문인력 등이 필요하나 충원되지 못한 실정으로 이 중 가장 요구도가 높은 인력은 보건교육인력이었고 그 다음은 운동지도 전문인력, 영양사 및 건강검진 의사 순이었다. 보건교육인력에 대한 요구도는 광역시·도의 경우에도 보건행정인력이나 보건간호인력 및 의사인력에 비해 매우 높게 나타났다.

(3) 사업예산

- 보건소의 예산규모('97)는 평균 약 30억 원으로 시·군·구 예산의 2.5%에 해당하였으며 주요 예산재원은 대부분 시·군·구비(90%이상)로부터 조달되었으며, 국비 및 시·도 비로부터의 예산지원은 매우 적었다
- 건강증진사업 예산을 보건소 중 62.9%만이 편성하였고, 예산액은 보건소 당 평균 7천

8백만원 정도로 보건소 전체 예산의 2.6%에 해당하여 강조되는 중요도에 비해 보건소 사업 중 우선순위가 높지않은 것을 볼 수 있다. 예산부족이 인력부족과 함께 건강증진사업 수행의 어려운 점으로 가장 많이 지적되었다.

(4) 시설 및 장비

- 대부분 보건소가 건강증진사업 수행을 위한 시설 및 장비가 충분히 갖추어지지 않았다고 응답하였고 특히 영양관리, 건강검진 및 운동지도와 보건교육을 위한 시설장비가 필요한 것으로 조사되었다.

(5) 지방자치단체의 정책적지원 및 행정적 지원과 협조관계

- 시·군·구 지방자치단체장의 보건소 사업에 관한 협조에 대하여는 응답한 사업관계자의 2/3가 협조적인 것으로 답한 반면, 건강증진사업에 관한 지방자치단체장의 관심에 대해 응답자 중 1/2만이 높다고 답하였다.
- 시·군·구와 행정협조는 응답한 사업관계자 중 1/2만이 잘 이루어지고 있다고 답하였다.
- 반면, 시·군·구 의회로부터 건강증진사업에 대한 승인을 얻기가 힘든 것으로 나타났다. 특히 사업승인과 관련한 가장 큰 문제점은 낮은 재정자립도 등 지방재정의 어려움으로 지적되었다.

2) 시·군·구 보건소의 건강증진사업 활동 현황

1995년 국민건강증진법 제정 이후 대부분 지역 보건소의 경우 건강증진사업 활동이 강화되

었으나 일부 보건소(약 16%)에서는 강화되지 않은 것으로 보인다. 건강증진사업 활동 현황을 조사결과를 통해 살펴보면 다음과 같다.

(1) 보건교육, 홍보사업

- 각종 매체를 이용한 보건교육과 홍보사업 활동이 '95년 이후 증가하였는데 TV, 신문, 시·군·구 회보 등 대중매체 이용률이 증가하였고 강연 및 좌담회 실시도 증가하였다.
- 각종 건강교실의 운영율, 즉 금연교실, 당뇨·고혈압 교실, 영유아·임산부 건강교실, 성인 및 노인 건강교실 운영사업 실시율이 증가하였고, 시청각 교육실 설치도 증가하였다
- 각종 보건행사 개최율이 높아진 것으로 나타났다.
- 한편, 각각의 보건교육 사업의 효과에 대해서는 사업관계자들 중 일부만이 긍정적인 반응을 보이고 있다. (건강교실 운영에 관하여는 응답자 중 28-30%, 각종 매체이용에 관하여는 22.4%, 강연, 좌담회 등에서는 15.6%).
- 그 반면, 각종 보건교육사업의 확대실행 필요성에 관하여는 대다수가 필요하다고 응답하였다.

'95년 국민건강증진법이 제정, 시행된 후 보건교육에 관한 중요성이 강조되면서 보건교육 및 홍보사업 실시율이 많이 증가하여 지역주민들의 건강정보에 대한 접근성은 많이 향상된 것으로 보이나 질적 향상의 여지가 많이 남아 있는 것으로 보인다.

(2) 성인병 고위험자 예방관리사업

- '97년 상반기 중 성인병 검진사업 실시율은 61.2%이었고 검진 실적은 평균 2,525명 등으로 성인병 고위험자 발견율은 9.7% 정도이었다. 노령 층 인구가 많은 군 지역에서 실시율이 높은 것으로 나타났다.
- 고혈압 및 당뇨병 등록 관리사업 실시율도 '95년에 비해 증가하였으며 군 지역의 경우 높은 등록관리율을 보였다.

(3) 구강건강관리사업

- 구강건강검진사업, 치아홈메우기사업, 치아불소도포사업 및 치아스케일링 사업 등의 실시율이 모두 증가하였으며, 치과의사와 치과위생사 배치율이 높은 군 지역에서 구강건강관리 사업의 실시율이 현저하게 높게 나타났다.

(4) 모자보건사업

- 기존의 보건사업활동으로서 거의 모든 보건소에서 활발히 실시하고 있는 것으로 나타났다고 시 지역에서 군 지역보다 더 활발히 추진되고 있었다.

(5) 영양관리와 운동지도사업

- 영양관리사업의 실시율은 '97 상반기에 29.4%로 나타났고, 집단교육 실시율은 35.9% 정도로 특별·광역시 보건소에서 높은 실시율을 보였다.
- 운동지도사업을 실제로 실시하는 보건소는 170개중 5개소로 실시율이 매우 낮았다.

(6) 학교와 사업장의 건강증진사업 지원

- '97년 상반기 중학교 보건교육을 지원한 보건소는 45.9%이며 사업장 보건교육을 지원한 보건소는 28.8%로 학교사업 지원은 군 지역에서, 사업장 사업지원은 시 지역에서

높았다.

(7) 흡연제한 등 건강위해환경에 대한 규제 법령의 시행실태

- 보건소의 공중이용시설 및 담배판매업소에 대한 방문지도는 거의 모든 보건소에서 실시하고 있었으며 방문 실적도 대폭 증가하였다.
- 담배자동판매기 설치규정 및 공중이용시설의 금연·흡연구역 지정관리는 비교적 잘 시행되고 있는 것으로 조사된 반면, 19세 미만 청소년에 대한 담배판매금지 규정 관리에 대해서는 사업관계자들의 긍정적 응답율이 낮았다. (43.4%)

(8) 지역사회 참여 활성화를 위한 조직개발 : 건강생활실천협의회

- 건강생활실천협의회는 조사당시 다수의 시·군·구 (84.1%)가 구성한 것으로 조사되었으나 실제 건강생활실천 협의회 개최는 1년에 평균 1.1회 정도로 거의 활동이 부진한 것으로 나타났다.
- 사업관계자들의 건강생활실천협의회의 운영효과 및 운영확대 필요성에 대해 대부분 부정적인 반응을 보이고 있어 건강증진사업 전개에 있어서 협의기구의 필요성 및 중요성에 관한 인식이 매우 낮은 것으로 나타났다.

3) 건강증진 사업관계자가 인식하는 사업 수행시의 어려운 점

- 인력부족을 시·군·구 사업관계자 응답자 중 92.1%가 지적하였다.
- 이외 사업수행 시에 문제가 될 수 있는 예

로사항과 관련하여 응답자들은 예산부족(79.3%)과 사업수행에 필요한 지식 및 기술부족(70.1%)이 가장 많이 지적하였고, 그 다음, 시설·장비부족(67.3%), 보건교육·홍보자료부족(59.0%), 사업지침부족(41.8%), 시·군·구의 협력부족(26.8%)의 順으로 지적하였다.

3. 건강증진사업 전개에 있어서의 문제점

위와 같은 보건소 중심의 지역 건강증진사업 추진현황을 종합해 볼 때, '95년 국민건강증진법 제정 이후 대부분의 보건소에서 건강증진사업 추진을 위하여 많은 노력이 이루어지고 있음을 알 수 있다. 그러나 그 노력은 대부분 기존의 건강증진사업의 실시율 증가 및 새로운 건강증진업무 실시 등 양적인 측면에서 주로 이루어지고 있음을 알 수 있다. 따라서 효율적이고 효과적인 지역수준에서의 사업추진을 위해서는 다음과 같은 문제점들의 해결을 위한 접근 방안이 필요하다.

첫째, 보건소 차원에서 건강증진사업 수행을 위한 인력, 예산, 시설·장비 등 지역 건강증진사업 수행을 위한 자원이 부족하며 이에 대한 확보방안이 필요하다. 사업의 원활한 수행을 위해 보건소 사업조직을 개편하거나 보다 효율적인 조직 운영체계를 모색하여 건강증진사업을 위한 조직 강화가 필요하다. (전기홍 등, 1997)

둘째, 건강증진사업 담당자 및 일반 보건소요원들의 건강증진사업 수행에 관한 지식 및 기술이 많이 부족한 것으로 지적되어 이에 대한 교육·훈련이 절실히 요구되고 있다(변중화,

1999).

셋째, 건강증진을 위한 다양한 사업활동이 이루어지고 실시율이 증가했으나, 각각의 사업의 효과에 대하여는 대부분의 사업관계자들이 긍정적으로 생각하고 있지 않으므로 효과적인 사업 전개 방안이 요구된다.

넷째, 건강증진사업의 효율적 수행을 위한 사업지침이 마련되어 있지 않으므로, 표준화된 사업지침과 사업 수행 시에 이용할 교육·홍보자료가 개발되어 보급되어야 한다. 이에 대한 중앙 정부 수준에서의 적극적 지원이 요구된다(변종화, 1999).

다섯째, 지방자치단체로부터의 정책적 및 행정적 지원과 협조가 충분치 않으며 지방자치단체장의 건강증진사업에 관한 관심도 더 촉구되어야 한다. 건강증진사업 승인을 위한 지방의회 등 지역 수준의 정책 결정자들의 건강증진에 대한 이해와 협력을 구하기 위한 노력이 필요하다(김용익, 1992; 차병준과 박재용, 1996).

여섯째, 지역수준 건강증진사업 전개에 있어서 지역 내 주요 조직 및 기관과 주민들의 적극적 참여를 위한 조직기구가 구성되었으나 이러한 조직의 중요성 및 필요성에 대한 인식 부족과 경험 부족 등으로 거의 운영되고 있지 않다. 대부분의 지방자치단체에서 건강생활실천협의회가 구성되었고 이에 관한 조례가 제정되었으나 실제 운영 및 활동은 거의 활성화되지 않은 것으로 보인다. 지방자치단체의 건강증진사업 관계자들이 지역수준의 건강증진사업 수행에 있어서 지역사회의 적극적 참여의 필요성 및 중요성에 관한 인식 제고를 위한 노력이 필요하다(김용익, 1992).

마지막으로, 지역 건강증진 사업 수행의 주체가 지방 정부의 공공조직인 지역 보건소에 거

의 국한되어 있고 지역 내 다른 조직들이 지역 건강증진 파트너로서의 역할이 활성화되어 있지 않다. 지역 보건소가 지역 건강증진을 위해 통합적인 노력을 피하거나 조정자적인 역할을 수행하지 못하고 직접적으로 사업을 수행하는 일차적 역할에 그치고 있으며, 또한 지역 내 가능한 자원의 활용이 충분히 이루어지지 못하고 있다. 지역건강증진 파트너들의 적극적 참여를 위한 활성화 방안이 필요하다(변종화, 1999).

Ⅲ. 기초 지방자치단체 수준에서의 건강증진사업 활성화를 위한 교육적 접근

위와 같은 기초 지방자치단체의 건강증진사업 전개에 있어서의 문제점을 해결하고 지역 건강증진사업을 원활하게 수행해 나가기 위한 방안을 모색하는 데 있어서 본 연구에서는 교육적 접근을 중심으로 논의하고자 한다.

기초 지방자치단체의 건강증진사업 전개에 있어서 시·군·구 보건소의 지역 건강증진사업 수행 역량은 가장 중요한 사업의 원동력이다. 시·군·구 보건소의 지역 건강증진사업 수행 역량을 함양시키기 위해서는 우선 보건소 내에 충분한 인력 및 필요한 전문인력 확보가 우선되어야 하고 시설 및 장비와 사업수행을 위한 예산이 확보되어야 한다. 이와 함께 건강증진담당 인력들의 건강증진사업 수행능력이 지식 및 기술 습득에 관한 교육, 훈련 등을 통해 함양되어야 한다. (APHA, 1991) 이와 같이 구축된 기반을 바탕으로 지역 건강증진을 위한 좋은 사업계획을 세울 수 있고, 지역사회 및 대상집단에 적절한 사업 수행방법 등을 선정하여 사업을 효과

적으로 전개해 나갈 수 있다. 본 연구에서는 지역 건강증진사업 수행 역량을 구축하기 위한 방안에 관하여 법적, 제도적, 경제적 및 조직적 지원 등 사업 수행 환경 및 여건에 관한 접근보다 건강증진사업 수행능력 함양을 위한 지역보건인력에 대한 교육적 접근에 중점을 두고 논의하고자 한다. 이를 위해 교육적 접근의 필요성과 구체적인 교육 및 훈련실시 방안에 관하여 검토를 하고자 한다.

1. 지역보건인력에 대한 교육적 접근의 필요성

건강증진사업을 수행할 담당인력에 대한 능력함양, 즉 인력개발을 위한 교육적 접근은 건강증진사업을 전개하는 데 있어 가장 중요한 요소이며, 사업수행에 있어 결정적 요소이다. 그럼에도 불구하고 흔히 그 과정이나 결과가 다른 요소나 자원에 대한 투자에 비해 쉽게 가시적이지 않으며, 단기간에 외부적인 효과를 가져오질 않기 때문에 그 중요성이 간과되고 있다. 실제로 우리 나라에서 '95년 국민건강증진법 제정 이후 건강증진사업 추진을 위한 전개 과정에서 가장 소홀히 되어 온 부분이라고 생각한다. 국민 건강증진을 위한 다른 법적, 제도적, 경제적 여건을 조성하기 위해 많은 실제적이고 구체적인 노력과 활발한 논의가 이루어진 데 비해 인력개발을 위한 교육적 접근은 중요성이 인식되지 못한 채 그 여건이 충분히 조성되지 못했다.

이러한 상황은 앞서 언급되었던 조사결과(변중화 등, 1997) 등에서 쉽게 찾아 볼 수 있다. 지역보건인력의 건강증진 사업에 관한 지식과 기술부족, 비효과적인 사업수행, 사업수행을 위

한 지침 및 교재 부족 등 건강증진사업관계자들에 의해 높게 지적된 문제점들이 교육적 접근이 충분히 이루어지지 않고 있는 우리의 상황을 보여준다.

우리 나라에서 교육적 접근과 관련한 이와 같은 상황은 보건교육사업의 전개 및 발전과정에서도 찾아 볼 수 있다. 보건교육이 국민건강관리의 가장 기본 요소임에도 불구하고 국민건강관리에 대한 국가의 정책이 질병예방 및 건강증진 중심으로 방향이 전환되기 전까지 보건의료분야에서 몇몇 보건사업의 경우를 제외하고는 보건교육의 중요성 및 역할이 충분히 인식되지 못했다. 그 결과, 우리 나라에서는 다른 나라에 비해 보건교육 분야의 기반이 충분히 구축되지 못하였다. 따라서 보건교육이 이루어져야 할 병·의원 및 학교, 사업장, 지역사회 등에서 보건교육사업이 활발히 전개되지 못하였으며, 보건사업 전개 과정에서도 보건 교육적 접근 및 방법론 등이 적용되지 못하여 보건교육의 역할을 찾기 힘들었다. 이러한 연유로, 우리 나라에서는 아직까지 보건교육이 단순히 건강에 관한 지식의 전달로 간주되는 경우가 많으며, 사업수행을 위한 방법론적인 접근도 지식 전달을 위한 방법을 모색하는 정도에 그치는 수가 많다. 또한 보건의료 담당인력들에게 보건교육에 대한 기본적인 교육 및 훈련이 이루어지지 않고 있어 이들에 의한 건강교육을 기대하기 어려우며, 보건교육 전문인력 양성도 국가차원에서 제도화되어 있지 않다(김명 등, 1998; 남철현, 1998).

이러한 사정으로 현재 우리 나라 각 지역 수준, 즉 광역 시·도 및 시·군·구 수준에서 건강증진사업을 수행하는 데 있어 가장 필요로 하는 인력이 앞서 조사 결과에서 볼 수 있었듯이 보건교육 전문인력임에도 불구하고, 현재 인력

공급의 여건이 준비되어 있지 않다. 또한 현재 지역 보건소에서 '95년 국민건강증진법 제정 및 시행이후 보건교육사업이 기존 사업의 강화 및 새로운 사업 실시 등 양적인 측면에서 많이 증가했음에도 불구하고, 사업을 수행하는 사업관계자들로부터 사업 효과에 대한 긍정적인 평가를 받지 못하는 것은 보건교육 사업의 대상인 건강관련행태 변화 자체의 어려움도 있겠지만 사업 수행에 있어서 대상집단 및 교육요구에 적절한 접근이(김공현, 1998; ; Glanz et al, 1997; Green & Kreuter, 1999) 이루어지지 않고 있기 때문이라고 생각할 수 있다. 보건교육 사업실시에 있어서 대상집단 및 사업수행 방법 선정 등을 위해 보건교육적 방법론을 적용하기보다는 보건 행정적인 접근으로 양적인 증가에 치중하지 않았나 생각된다..

한편, 오늘날 보건교육 및 건강증진의 사업수행에 있어서 요구되는 접근들은 과거와는 다른 건강증진의 새로운 패러다임아래 시대 변화 및 요구에 부합되는 혁신적인 방법을 필요로 하고 있기 때문에 이에 관한 집중적인 논의와 연구 및 투자가 이루어져야 한다(Green & Kreuter, 1999; Kickbusch, 1997).

2. 지역보건인력의 건강증진사업 수행능력 함양을 위한 교육 및 훈련에 관한 구체적 논의

지역 보건소의 건강증진사업 수행역량 함양을 위해서 누구에게, 교육내용을 어떻게 선정하여, 교육 및 훈련을 누가 시킬 것인가에 대해 논의하고자 한다.

1) 교육대상

보건소장을 포함하여 건강증진사업 담당 인력이 우선적으로 교육대상이 되어야하나, 예산 등 자원이 가능한 범위 내에서는 보건소 전 요원에 대한 교육이 이루어져야 한다. 진료의사, 영양사, 운동지도 전문인력 등 일부 인력을 제외하고는 보건소의 대부분 인력들은 시간이 지남에 따라 담당 업무 부서가 바뀌는 경우가 많으며, 건강증진업무인 경우 앞서 지역 보건소의 건강증진사업 추진 실태 조사에서 보여주듯이, 대다수의 보건소에서 건강증진사업 조직을 새롭게 만들기보다는 기존의 여러 부서에 업무를 분담하여 추진하고 있기 때문이다. 또한 업무 부서가 바뀌지 않고 건강증진담당 조직이 새롭게 구성된다 할지라도 건강증진 업무의 성격상 기존의 여러 부서와 연관되므로 부서간의 충분한 이해와 협조 없이는 건강증진업무 추진이 원활하게 이루어지기 어렵다. 또한 보건소의 건강증진담당 인력 부족에 관한 해결 방안으로 보건의료인력의 신규 임용을 통한 인력 확보보다는 전담 부서를 두되 기존인력으로부터 건강증진사업팀을 구성하여 운영하는 방법도 제시(남정자 등, 1996)되고 있는데 이런 경우 역시 부서간의 상호 이해를 통한 지원적 분위기는 효율적 사업전개에 있어 필수적이다.

이 같은 이유 등으로 보건인력의 건강증진업무 참여도 또는 전문성에 따라, 훈련 내용의 수준을 나누어 접근하되 어느 수준까지는 보건소 요원 전체를 대상으로 교육이 이루어져야 한다. 보건소 전 요원에 대한 교육의 기회를 통하여 개개인의 업무 수행능력 향상뿐만 아니라 보건소 내 상호 지원적 업무환경이 이루어지면 건

강증진업무의 원활한 수행이 지속적으로 활발히 이루어 질 것이다.

2) 교육 및 훈련내용과 교육방법의 선정

앞서 언급된 조사 결과에서 볼 수 있듯이 보건소 요원들의 건강증진사업 수행과 관련한 교육요구 및 기술적 지원에 대한 필요가 많아짐에 따라 최근 들어 보건소 건강증진담당 인력을 비롯한 지방자치단체의 사업관계자들을 대상으로 한 교육이 워크 샵 또는 강의 형태로 여러 곳에서 실시되는 것을 볼 수 있다. 그런데, 대부분의 경우 교육이나 훈련내용 및 교육방법은 교육을 주관하는 기관에서 교육 제공자 중심으로 선정하여 실시하고 있다. 이와 관련하여, 지역보건인력들에 대한 교육 및 훈련의 실제 효과를 높이기 위한 접근방안을 방법론적 차원에서 제시하고자 한다.

첫째, 교육대상자의 교육요구에 대한 사정이 교육과정 기획에 있어서 우선적으로 이루어져야 한다. 파악된 교육요구를 토대로 교육내용 및 교육방법 등 교육과정이 구성되어야 한다. 둘째, 건강증진의 이론적 모형에 근거해서 교육을 위한 체계적인 접근을 시도해야 한다. 셋째, 가능한 범위 내에서 교육에 관련한 전 과정에 교육대상 집단의 적극적 참여가 가능하도록 참여연구 방법론적인 접근(Green et al, 1995; 이명순, 1998)이 이루어져야 한다. 이에 대해 부언하여 설명하면 다음과 같다.

(1) 교육요구사정

오늘날, 건강증진시대에 있어서 보건교육 및 건강증진사업은 사업을 담당하는 보건전문인력 중심이 아니라 사업 대상집단 중심으로 시행되어야 하며, 또한 파악된 교육요구에 근거하여

사업의 목적 및 목표를 세우고 적절한 사업 수행방법을 선정하는 등 체계적인 접근을 해야 한다. 또한 대상집단의 행동에 영향을 줄 수 있는 여러 차원에서 접근, 즉 생태학적 접근을 해야 대상집단의 건강관련 행태 변화를 일으킬 수 있고 궁극적인 사업 목표 및 효과를 기대할 수 있다(Glanz et al, 1997; Green & Kreuter, 1999; Nutbeam & Harris, 1998; Simons-Morton et al, 1995). 건강증진인력을 대상으로 하는 교육 및 훈련에도 이러한 건강증진사업의 접근방법을 적용해야 한다 (Green, 1991). 이러한 접근에 의한 교육은 지역보건인력으로 하여금 스스로의 학습 경험을 통해서 지역사회를 대상으로 건강증진사업을 수행할 때 보다 쉽게 바람직한 접근을 시도하고자 하는 동기부여의 기회를 제공할 수가 있고 필요한 건강증진적 접근 기술을 습득하게 할 수 있다.

지역보건인력의 교육요구에는 건강증진업무 수행관련 기술이나 지식습득 뿐만 아니라, 직장생활 등과 관련한 다른 삶의 질 차원의 요구도 포함될 수 있다. 실제로 진주시 보건소의 경우, 건강증진업무 수행 능력을 향상시키기 위한 교육요구 사정 결과, 보건소 보건인력들이 교육을 통해 궁극적으로 달성하고자 하는 목표가 건강증진 업무 수행능력 향상뿐만 아니라, 직무에 대한 자긍심, 업무 만족도 증가, 보건소내 부서간 효율적인 협력체계 구축과 주민의 보건소 서비스에 대한 만족도 증가 등으로 다양한 교육요구가 파악되었다. 이 같은 교육요구는 시대적 상황에 따른 보건소의 역할 변화 및 요구되는 서비스 변화에 따른 적응과 상호 지원적인 직장환경 등을 통해서 자신들의 삶의 질을 향상시키고자 욕구가 반영된 것으로 생각한다. 그러므로 이들에 대한 교육·훈련 시에는 이러한 교육대

상자의 삶의 질 차원에서의 요구가 같이 수용되어야 궁극적으로 교육 사업의 효과를 기대할 수 있다. 이 같은 삶의 질 차원에서의 요구 수용을 위한 노력은 지역사회를 대상으로 하는 건강증진 사업에서

보건의료전문가의 지역건강문제에 대한 역학적 사정(Epidemiological Assessment)에 앞서서 지역사회내 주요 삶의 질 차원의 사회적 관심 및 건강요구가 무엇인지 파악하여 반영하고자 노력, 즉 사회적 사정(Social Assessment)이 이루어져야 하는 것과 같다(Green & Kreuter, 1999).

(2) 건강증진의 이론적 모형을 이용한 체계적 접근

교육대상자의 교육요구사정과 함께 보건교육 및 건강증진분야의 이론적 모형을 건강증진인력의 효과적인 교육사업개발을 위해서 적극적으로 활용할 것을 제시하고자 한다. The PRECEDE-PROCEED model, Transtheoretical (Stage of Change) Model, Social Learning Theory 등 여러 이론적 모형이 개발되어 국외에서는 효과적인 건강증진사업의 기획 및 평가를 위해서 뿐만 아니라 보건의료인력의 행위 변화 등을 위한 교육 및 훈련 사업에 활발히 적용되고 있다. 위와 같은 이론적 모형들을 이용한 체계적인 접근을 통해서 교육·훈련의 효과를 보다 높일 수 있으며 또한 평가연구와 병행함으로써 우리 현실에 실제적인 교육·훈련방법을 지속적으로 개발해 갈 수 있다. 한편, 건강증진의 주요 이론적 모형에 관하여 지역보건인력을 대상으로 적절한 수준에서 교육함으로써 지역사회를 대상으로 하는 보건교육 및 건강증진 사업에서 지역보건인력이 효과적이고 체계적인 접근을 가능하도록 할 수

있다. 호주에서는 실제적으로 지역사회에서 건강증진사업을 수행하는 인력들을 위해서 주요 이론과 실제 적용에 관한 간략한 지침을 개발하여 교육교재 등으로 사용하고 있다(Nutbeam, 1998).

(3) 교육대상자의 적극적 참여를 위한 참여 연구 방법론의 적용

지역보건인력의 교육·훈련을 위한 교육의 전반적인 과정에 걸쳐 참여연구 방법론(Green et al, 1995)의 적용은 지역보건인력들을 교육대상자인 수동적인 자세로부터 벗어나서 자신의 교육·훈련 과정에 적극적인 참여자의 역할을 갖게 함으로써 스스로의 능력 함양에 책임감과 위임을 갖고 임하게 할 수 있다. 또한 참여연구 방법을 적용함으로써 교육과정을 통하여 교육대상자와 교육 제공자는 상호간에 서로의 상황 및 경험을 배우고 나눌 수 있는 기회를 갖게 되므로 보다 실제적 상황에 적합한 교육이 이루어져서 교육효과를 높힐 수 있다. 이러한 지역보건인력의 개인 차원에서의 적극적 참여 경험은 지역사회를 대상으로 하는 건강증진업무를 수행 시에 지역 사회로의 파급효과를 기대할 수 있어 지역주민들의 적극적인 참여를 촉진시킬 수 있을 것이다.

간략히 요약하면, 지역사회를 대상으로 건강증진사업을 전개해 나아갈 지역보건인력의 역량 함양(empowerment)을 위한 교육 및 훈련을 위해서는 보건교육과 건강증진의 기본적인 방법론이 적용되어야 한다. 이것은 교육 및 훈련효과를 높이고 이들의 지역 건강증진업무 수행 시에 지역사회로의 이차적 파급효과를 기대할 수 있기 때문이다. 이에 대해 Green 등(1991)은 보건교육 및 건강증진업무를 담당할 인력을 교육

하기 위해서는 지역 내 집단을 대상으로 실시하는 보건교육 및 건강증진사업에서와 마찬가지로 보건교육의 주요 원칙들을 적용할 것을 제시하고 있다.

3) 교육제공기관

건강증진사업에 필요한 지식 및 기술습득에 관한 지역 보건인력들의 교육수요와 관련하여 중앙에서는 그 동안 국립 보건원의 훈련원을 통해서 교육 및 훈련기회를 제공하여 왔다. 이와 함께 향후에는 최근에 한국보건사회연구원에 개설된 보건교육개발센터에서 교육, 훈련 및, 교육·홍보 자료 개발 및 보급과 대중매체를 이용한 교육·홍보 등을 통해 지역 건강증진사업을 위한 교육 및 홍보 지원활동을 할 것으로 기대되고 있다. 또한 정부는 건강증진 시범보건소를 중심으로 건강증진사업 모형을 개발해서 전국적으로 확대 실시할 예정(정건작, 1998)이며 최근 이들 전국 18개 시범보건소 중 일부 시범보건소에서는 시범사업의 일환으로 타 보건소 인력을 대상으로 건강증진에 관한 교육, 훈련의 기회를 제공하기도 한다.

그러나 이와 같은 중앙의 교육 및 훈련 지원 방안에는 충분한 제고가 필요하다. 국가차원에서 교육에 관한 종합적 기획이나 조정 및 표준화된 교육지침이나 홍보자료 개발 등은 중앙에서 풍부한 자원 및 전문인력을 활용하여 이루어지는 것이 바람직하다고 생각하나 실제적인 지역보건인력에 관한 교육 및 훈련은 다음과 같은 보다 적극적인 접근방안이 필요하다고 생각한다.

(1) 교육과 훈련의 지역화

교육과 훈련을 지역화(regionalization)하여 광역시·도, 지역수준에서 지방정부와 대학의 통

합적 노력을 통해 실제 지역의 역학적, 사회적 및 의료환경적 특성에 맞는 교육이 제공되어야 한다. 그 이유를 다음과 같이 제시할 수 있다.

우선, 중앙의 현 훈련원의 교육시스템 하에서는 전국의 지역보건인력 대한 교육·훈련의 기회를 충분히 공급하기는 어렵다고 간주된다. 그러므로 중앙에서 교육, 훈련에 관한 기본 계획 수립 및 표준화된 지침 등을 개발한 후 기초 지방자치단체의 상위 수준인 광역 시·도 지역수준에서의 보건담당부서가 지역 내 대학들과 연계하여 건강증진연구 및 사업지원을 위한 교육·훈련 등을 적극적으로 맡아 지방자치단체에 교육적 지원을 제공하는 것이 바람직하다. 광역시·도 차원에서 지역 건강증진을 위한 센터를 대학중심으로 개설하여 운영하는 것은 적극적이고 좋은 방안이 될 수 있다. 이러한 지역건강증진 연구센터는 광역시·도 수준의 건강증진 기반 구축에 중요한 역할을 할 수 있을 것이다.

실제로 캐나다의 경우 지난 20여 년간의 건강증진사업에 대한 평가 및 고찰에서 건강증진사업을 지방화 및 지역화해야 함을 강조하였고 또한 건강증진사업 전개에 있어서 각 주 수준(provincial level)에서 대학 중심의 건강증진연구 센터(캐나다 전국에 걸쳐 13개)를 건립하였던 것이 지역 수준의 기반 구축에 매우 중요한 과정이었다고 평가하였다(Health Canada, 1998).

둘째, 지역 수준에서 이와 같은 교육·훈련의 기회를 제공해야 보다 실제적이고 지역 실정에 적합한 건강증진사업을 전개하는 데 크게 도움이 될 것이다. 지역 보건의료 수요에 맞는 지역 보건의료계획이 수립되어야 하듯, 건강증진사업도 궁극적으로는 지역의 보건의료 문제를 해결하고 건강수준을 향상시켜 지역 주민의 건강수명 연장 및 삶의 질 향상을 목적으로 전개하는

것이다. 그러므로, 교육대상자가 해당지역의 지역보건의료체계 및 지역건강문제에 적합하게 접근하면서 지역내 여러 조직 및 가용자원을 충분히 활용하고 지역내 여러 집단에 의해 전개되는 건강증진사업을 지원 조정할 수 있도록 능력함양을 위한 교육 및 훈련은 실제 사업 수행 지역과 비슷한 지역 환경에서 제공되는 것이 바람직하다.

또 다른 이유는 지역보건인력들의 교육 및 훈련기회에 대한 실제적인 접근성을 훨씬 높일 수 있는 점등을 들 수 있다. 지리적, 경제적 측면에서 중앙에서의 교육·훈련보다 접근성이 높으며 지역 상황을 반영한 교육 및 훈련 계획 수립이 가능하다.

한편, 현재 정부의 계획처럼, 광역 시·도 내의 건강증진 시범보건소를 거점으로 교육·훈련의 기회를 제공할 수도 있으나, 현재 각 보건소의 여러 사정을 고려할 때 지방 정부나 대학 또는 보건관련 단체만큼 광역 시·도 수준의 지역 내 여러 보건소를 위한 교육 및 훈련 준비가 충분히 이루어지기는 어렵다고 판단된다.

(2) 보건관련 민간기관과의 역할 분담

지역의 대학 및 보건관련 단체, 민간 보건의료기관과 비정부 민간 조직 등 지역보건인력의 교육 및 훈련에 참여할 수 있는 지역 내 가용자원들을 활성화하여 지역보건인력 교육에 관한 책임과 위임을 나누어야 한다. 즉, 지역 수준에서의 여러 조직과 주민대표 등 지역 내 여러 집단을 활성화시키고 교육 및 훈련에 적극 참여하게 함으로써 지역 내 여러 조직간의 상호 이해를 넓히고 지역 수준의 건강증진 역량을 함양하기 위한 통합적인 노력을 펴할 수 있다. 이러한 계기들은 향후 지역 내 건강증진사업의 원활한

전개와 여러 조직의 건강증진 사업간 통합 및 조정 등을 용이하게 할 것이다.

(3) 보건관련 단체 및 협회에 의한 다양한 연수 프로그램 제공

마지막으로 대한보건협회 등 보건관련 단체 및 협회 등의 조직에서 지역보건인력을 위한 교육 및 훈련의 기회를 보다 많이 제공할 수 있어야 한다. 국외의 경우 보건관련 협회 의 연례 학술대회를 전후하여 또는 별도로 다양한 지식 및 기술 습득을 위한 워크샵 등 연수 프로그램이 제공되고 협회차원에서 사업관련치침 등도 개발하여 제공하고 있으며, 다양한 지역보건인력들의 참여가 활발히 이루어진다. 우리 나라 경우 보건의료분야에서 전문직 중심의 학회나 협회 차원의 연수프로그램은 비교적 활발히 이루어지고 있는 반면, 이에 속하지 않은 지역보건인력이나 여러 분야의 보건관련 인력들이 모여서 경험을 나누거나 특정 주제하의 연수 프로그램 등에 같이 참여할 수 있는 상호 교류의 장은 많지 않다. 우리 나라에서도 협회 차원에서의 적극적인 노력과 중앙정부의 재정적, 행정적 지원이 이루어지면 충분히 가능하다고 생각한다. 협회 차원의 실제적이고 다양한 연수 프로그램에 노출되면서 같은 분야에 종사하는 보건인력간에 혹은 학계와 지역 일선 사업관계자 간의 서로의 지식과 경험을 자연스럽게 배우고 나눌 수 있다. 또한, 앞서 예를 든 진주시 보건소 경우처럼 다수의 지역보건인력들이 자신의 업무에 대한 자긍심 부족을 느끼는 경우가 많은 데 이러한 기회를 통해 지역보건업무에 대한 자긍심 고취 및 사기 등도 높아질 수 있어 건강증진업무의 효과적 수행을 위한 동기부여 및 강화를 위해 좋은 기회를 제공할 수 있을 것으로 생각한다.

IV. 결 론

지방자치단체의 건강증진사업 활성화 방안을 교육적 접근을 중심으로 살펴보았다. 지역수준에서 건강증진사업을 전개하는 데 있어 보건행정적인 접근, 즉 법적, 제도적, 정책적, 조직적인 접근을 통해 사업을 활발히 추진하는 것은 중요하다. 그러나 이와 함께 교육적인 접근을 통해 실제 건강증진사업을 담당할 지역보건인력들의 능력을 함양하여 지역 건강증진을 위한 리더쉽을 갖추어야 그 지역의 건강증진사업을 수행할 수 있는 기본 하부구조 및 기반이 구축되었다고 할 수 있다. 현재 지역 건강증진사업의 추진 현황을 살펴볼 때 다음과 같은 교육적 접근이 절실히 요구되고 있다.

지역 건강증진사업 수행 능력을 함양하기 위한 교육 및 훈련의 기회는 보건소장 및 건강증진 사업담당 인력을 포함하여 가능한 지역보건소의 모든 보건인력에 주어져야 한다. 건강증진사업 수행에 있어 보건교육 및 건강증진의 방법론을 이해하고 적용하는 것은 개인과 지역사회가 스스로 건강을 관리하고 향상시킬 수 있는 역량을 갖추도록 접근하는 건강증진 사업의 기본 과제이다. 건강증진사업을 수행할 지역 보건 의료인력을 위한 교육 및 훈련과정에서도 이러한 방법론을 적용하는 것이 교육사업의 효과를 높이고 지역보건인력이 지역사회를 대상으로 건강증진 사업수행 시에 지역사회로의 과급효과를 기대할 수 있다. 지역보건인력들의 건강증진사업 수행을 위한 교육·훈련은 지역화하여 지역 중심으로 제공하는 것이 바람직하다. 지역 보건인력을 위한 교육 및 훈련 사업에 지역 내 여러

보건관련 조직이나 기관을 적극 참여시켜 지역 건강증진을 위한 위임과 책임을 같이 나누고 건강한 지역사회를 만들기 위한 통합적인 노력을 꾀하여야 한다. 보건관련 협회나 단체에서 지역 보건인력이나 회원을 위한 더욱 다양한 교육 및 연수 프로그램 등을 제공하여 지식과 경험의 공유 및 상호교류 등을 지원할 수 있어야 한다. 이러한 교육적 접근을 통하여 지역보건인력의 능력이 함양될 때 지역 수준에서의 건강증진 사업은 보다 활성화 될 수 있다.

참 고 문 헌

1. 김공현 : 지역사회 보건사업을 위한 보건교육, 한국보건교육학회지, 1998, 15(1), 205-218
2. 김명, 고승덕, 김영복 : 국민건강증진사업 활성화를 위한 보건교육사 자격인정제도 도입 방안, 한국보건교육학회지, 1998, 15(2), 67-79
3. 김용익 : 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구, 보건행정학회지, 1996, 6(1), 29-58
4. 남정자, 최정수, 문상식 외 : 지역보건의 정책과제와 활성화 방안, 한국보건사회연구원, 서울, 1996
5. 남철현 : 삶의 질 향상을 위한 우리나라 보건요원의 역할, 한국보건교육학회지, 1998, 15(2), 199-215
6. 변종화, 김진수, 김은주 : 지역단위 건강증진사업 실태 및 개선방안, 한국보건사회연구원, 서울, 1997
7. 변종화 : 국민건강증진사업 현황과 향후 발전방향, 한국건강증진학회 창립총회 및 기

- 념학술제, 서울, 1999. 3. 26
8. 보건복지부 : 국민건강증진 기본시책, 1996
 9. 오대규 : 2000년대 한국의 공중보건 정책방향, 영남대학교 심포지움 - 21세기우리나라 공공 보건사업의 방향, 대구, 1998, 6, 26
 10. 이규식 : 보건소의 건강증진사업과 지역보건 의료계획, 보건행정학회지, 1997, 7(1): 1-31
 11. 이명순 : 지역사회 건강증진을 위한 대학과 지역사회의 파트너쉽 형성. 경상대학교 개교50주년 기념 의과대학 통합 심포지움-건강증진, 진주, 1998. 11. 3.
 12. 정건작 : 건강증진사업의 정책방향, 경상대학교 개교50주년 기념 의과대학 통합 심포지움-건강증진, 진주, 1998. 11. 3.
 13. 전기홍, 송미숙, 정지연, 김찬호 : 보건소 기능의 중요도에 따른 자원배분의 적절성 평가, 보건행정학회지, 1997, 7(2), 19-45
 14. 차병준, 박재용 : 보건소의 사업성과와 관련된 요인, 보건행정학회지, 1996, 6(1), 29-58
 15. American Public Health Association : *Healthy Communities 2000. Model Standards*, 3rd ed. American Public Health Association. Washington DC, U.S.A. 1991
 16. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK : *Health Behavior and Health Education*, 2nd ed. Jossey-Bass Inc., Sanfrancisoco, 1997
 17. Green LW, et al. : *Study of Participatory of Research in Health Promotion*, The Royal Society of Candada, Ottawa, 1995
 18. Green LW & Kreuter MW : *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*, 3rd ed, Mayfield Publishing Company, Mountain View: CA, 1999
 19. Health Canada. Health Promotion in Canada - a case study. *Health Promotion International*, 1998, 13(1), 7-26
 20. Kickbusch.I. : Think health: What makes the difference, *Health Promotion International*, 1997, 12(2), 265-272
 21. Legar, LS : Health Promotion Settings: From Ottawa to Jakarta, *Health Promotion International*, 1997, 12(2), 99-101
 22. Nutbeam D & Harris E : *Theory in a Nutshell*. National Center for Health Promotion, University of Sydney, Australia, 1998
 23. Simons-Morton BG, Greene WH, Gottlieb NH : *Introduction to Health Education and Health Promotion*, Waveland Press, Inc. Prospect Heights: IL, 1995
 24. World Health Organization/ Canadian Public Health Association : *Ottawa Charter for Health Promotion*. 1986
 25. World Health Organization : The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, The 4th International Conference on Health Promotion, Jakarta, Indonesia, July 21-25, 1997

〈Abstract〉

Facilitating Health Promotion Programs at the Local Level: An Educational Approach

Myoung-Soon Lee

MD, DrPH, Dept. of Preventive Medicine,
College of Medicine, Gyeongsang National University

This paper will discuss about how we can foster educational support mechanisms to facilitate health promotion programs at the local level. Health promotion in Korea is in the early developmental stage; it has only been since the Health Promotion Act was legislated in 1995, the health promotion programs have been planned and implemented. In the context of the recent decentralization process, local health departments have a major responsibility for developing and implementing health promotion programs at the local level. The short history of health promotion in Korea has meant that local public health departments have limited experience and organizational capacity for health promotion planning & practice. The results of one survey for investigating the progress of health promotion at the local level are instructive. The survey demonstrated that the public health workers recognized that the lack of personnels, insufficient budget, the lack of policy & the organizational support, the lack of skill & knowledge to be effective health promoters, the lack of guidance for health promotion practice were major barriers to implementing health promotion programs at the local level. The object of this paper is to suggest some ways of overcoming barriers to implementing health promotion programs at the local level

This paper emphasizes on the importance of educational supports as well as environmental supports - legislative, policy, organizational, economical - in building the organizational capacity and infrastructure of local health department for health promotion. It suggests some ways of providing educational supports to the public health workers at the local level, and supports the positions that educational opportunities for training in health promotion can be better provided

to the public health workers at the provincial level rather than at the national level. It argues that the educational & training programs should be developed and based on the educational need assessment; that the application of the main educational principles & theoretical models for health promotion be used to develop educational programs for the public health workers; and that professional health organizations should make plans to provide more educational programs at their annual conferences or at other convenient times. These kinds of educational supports facilitate the ability of public health workers to improve their capacity for health promotion practice at the local level and help to alleviate some of the pressure on state resources.

Key words: *Health Promotion, Facilitation, Local level, Educational Supports*