

〈특집 건강증진정책 포럼〉

지역사회 보건교육

이주열*† · 박천만** · 서미경*** · 최은진***

*남서울대 보건행정학과 · **계명대학교 공중보건학과 ·
***한국보건사회연구원 보건의료본부 건강증진기획/평가팀

〈목 차〉

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. 지역사회 보건교육의 내용 | 3. 지역사회 보건교육 활동 문제점 및 개선 방안 |
| 2. 지역사회 건강생활실천사업 운영 현황 | |

1. 지역사회 보건교육의 내용

보건교육은 일차보건의료 서비스 가운데 가장 핵심적인 것으로 단순히 보건지식의 전달이 아닌 건강과 관련된 의식과 행태를 바람직하게 변화시키는 행위이다. 우리나라는 국민건강증진 및 의료비 절감을 가져올 수 있는 1차 예방사업으로 1960년대 이후 보건교육 활동에 큰 관심을 기울여 왔다. 특히, 지역사회 보건사업의 핵심 주체인 보건소를 중심으로 보건교육사업을 추진하였다. 보건사업에서 지역사회를 사업 대상으로 하는 것은 주민들의 서비스에 대한 접근성을 높이고 형평성을 확보할 수 있기 때문이다.

보건소와 관련된 법은 국민건강증진법과 지역보건법이다. 과거 보건소법(2002년 지역보건법으로 개정)에서도 보건소 업무 중에 국민건강증진, 보건교육, 구강보건 및 영양개선 사업

등이 명시되었으나 제반 여건이 미비하여 보건교육 중심으로 사업이 진행되었다. 그러다 1995년 국민건강증진법이 제정되어 건강증진사업이 국가사업으로 추진되었다. 국민건강증진법에서는 국가와 지방자치단체가 국민들의 건강을 증진하는 지역사회 보건사업을 적극적으로 추진하도록 규정하고 있으며, 제2조 1항에서 국민건강증진사업을 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업으로 규정하고 있다. 또한, 제19조 2항에서는 보건소장이 추진해야할 국민건강증진사업을 보건교육 및 건강상담, 영양관리, 구강건강의 관리, 질병의 조기발견을 위한 검진 및 처방, 지역사회의 보건문제에 관한 조사연구, 기타 건강교실의 운영 등을 규정하고 있다(이주열 외, 2000).

지역보건법 제9조 1항에서는 보건소의 건강증진사업을 국민건강증진, 보건교육, 구강보건,

교신저자: 이주열

충남 천안시 성환읍 매주리 21 남서울대학교 보건행정학과 (우: 330-707)

전화번호: 041-580-2333, E-mail: ljj@nsu.ac.kr

영양개선사업 등으로 규정하고 있으며, 지역보건법 시행규칙 제5조 1항에서는 개인 또는 집단에 대한 보건교육의 업무 범위를 금연·절주 등 건강생활실천에 관한 사항, 만성퇴행성질환 등 질병의 예방에 관한 사항, 영양 및 식생활에 관한 사항, 구강건강에 관한 사항, 공중위생에 관한 사항, 건강증진을 위한 체육활동에 관한 사항, 기타 건강증진사업에 관한 사항 등 7개 항목으로 제시하고 있다(보건복지부, 2005).

한편, 국민건강증진법과 지역보건법에 명시된 건강증진사업의 내용은 건강생활실천사업, 구강건강사업, 영양개선사업 등으로 요약될 수 있다. 건강생활실천사업은 지역사회에 건강실천 분위기를 조성하고 보건교육을 통하여 개인에게 건강증진에 필요한 기술을 알려주는데 역점을 두고 있다. 구강건강사업이나 영양개선사업도 대부분 건강생활실천사업과 관련되어 있다. 그런데, 국민건강증진법에서 명시된 사업내용과 관련하여 모자보건법, 정신보건법, 구강보건법 등 이미 개별사업 단위별로 관련법이 제정되어 있으므로 혼선이 우려된다. 따라서 건강증진사업내용을 규정하기 위해서는 개별법으로 관리되는 보건사업과 연계방안을 명확히 해야 한다. 한편으로는 건강관리에 대한 국가의 개입 정도를 어떻게 규정하느냐 하는 것이다. 이러한 점을 고려한다면 건강증진사업의 내용은 개별법으로 관리되는 보건사업의 범위와 달라야 한다. 개별법의 사업내용은 예방 및 치료 중심이며, 국민건강증진법에 근거한 사업내용은 건강생활실천사업과 관련된다. 그러나 지역사회 건강증진사업의 수행주체인 보건소의 입장에서 본다면 개별법과 국민건강증진법에서 제시한 사업내용을 모두 담당해야 하므로 건강생활실천영역에서 부터 예방 및 치료의 영역까지 모두를 다루게 된다. 그러나 분명한 것은 우리나라 법

에 규정된 건강증진사업의 주요 내용은 금연, 절주, 만성질환예방, 공중위생, 구강, 운동, 영양 등 건강생활실천사업으로 요약되며, 구체적 사업방법은 보건교육, 건강상담, 건강교실, 건강정보관리, 조사연구 등으로 볼 수 있다(이주열 외, 2004).

2. 지역사회 건강생활실천사업 운영 현황

우리나라의 보건소에서 건강증진사업이 시작된 1998년 10월이후부터 지역사회 보건교육 활동은 건강증진사업으로 추진되었다(이주열, 2007). 따라서 지역사회 보건교육 활동실태를 알아보기 위해서는 현재 보건소에서 추진하고 있는 4대 건강생활실천사업의 내용을 파악하는 것이 바람직하다. 이 글에서는 전국 251개 보건소의 건강증진사업(금연, 절주, 운동, 영양) 활동내용을 알아보기 위하여 2007년 5월부터 8월 사이에 설문조사를 실시하였다. 구조화된 설문지를 전국 보건소의 건강증진사업담당자에게 발송하여 2006년도 보건소에서 추진한 건강증진 사업내용에 대해서 응답하도록 하였다. 자료는 보건소를 3개 유형(대도시형, 중소도시형, 농촌형)으로 나누어 분석하였다.

1) 금연사업

대도시형에서 금연 1순위 사업은 금연클리닉 45.0%, 금연교육 41.7%, 금연환경조성 8.3% 등이었고 2순위 사업은 금연교육 56.7%, 금연클리닉 18.3%, 금연 홍보 및 캠페인 15.0% 등이었으며 3순위 사업은 금연교육 35.0%, 금연 홍보 및 캠페인 28.3%, 금연지도점검 16.7%, 금연환경조성 8.3% 등이었다.

중소도시형에서 1순위 사업은 금연교육 44.4%, 금연클리닉 41.3%, 금연환경조성 7.9%,

금연 홍보 및 캠페인 6.3%였으며 2순위 사업은 금연교육 43.3%, 금연클리닉 28.3%, 금연 홍보 및 캠페인 13.3% 등이었고 3순위 사업은 금연교육 39.0%, 금연 홍보 및 캠페인 27.1%, 금연지도점검 13.6%, 금연클리닉 10.2% 등이었다.

농촌형의 경우 1순위 사업은 금연교육 45.8%, 금연클리닉 44.1%, 금연 홍보 및 캠페인 5.1%, 금연환경조성 3.4% 등이었고 2순위 사업은 금연교육 28.3%, 금연클리닉 17.2%, 금연 홍보 및 캠페인 13.8% 등이었으며 3순위 사업은 금연홍보 및 캠페인이 41.5%, 금연교육 28.3%, 금연

클리닉 11.3%, 금연지도점검 9.4% 등이었다. 금연사업의 1순위 사업은 금연교육과 금연클리닉의 비율이 높은 것으로 나타났다. 보건소 유형별로 금연교육은 농촌형>중소도시형>대도시형 순이고, 금연클리닉은 대도시형>농촌형>중소도시형 순으로 나타났다.

2) 절주사업

대도시형의 경우 1순위 사업은 절주 홍보 및 캠페인 45.8%, 절주교육 42.4%, 절주환경조성 10.2% 등이었고 2순위 사업은 절주교육 50.0%,

<표 1> 2006 중점 추진 건강생활실천사업 - 금연

		단위 : 개소 (%)		
구 분	1순위	2순위	3순위	
대도시형	금연교육	25 (41.7)	34 (56.7)	21 (35.0)
	금연클리닉	27 (45.0)	11 (18.3)	4 (6.7)
	홍보 및 캠페인	1 (1.7)	9 (15.0)	17 (28.3)
	금연지도자 양성	1 (1.7)	1 (1.7)	2 (3.3)
	지도점검	1 (1.7)	1 (1.7)	10 (16.7)
	금연환경조성	5 (8.3)	3 (5.0)	5 (8.3)
	기타		1 (1.7)	1 (1.7)
	계	60 (100.0)	60 (100.0)	60 (100.0)
중소도시형	금연교육	28 (44.4)	26 (43.3)	23 (39.0)
	금연클리닉	26 (41.3)	17 (28.3)	6 (10.2)
	홍보 및 캠페인	4 (6.3)	8 (13.3)	16 (27.1)
	금연지도자 양성		3 (5.0)	
	지도점검		2 (3.3)	8 (13.6)
	금연환경조성	5 (7.9)	3 (5.0)	4 (6.8)
	기타		1 (1.7)	2 (3.4)
	계	63 (100.0)	60 (100.0)	59 (100.0)
농촌형	금연교육	27 (45.8)	28 (48.3)	15 (28.3)
	금연클리닉	26 (44.1)	10 (17.2)	6 (11.3)
	홍보 및 캠페인	3 (5.1)	8 (13.8)	22 (41.5)
	금연지도자 양성		2 (3.4)	3 (5.7)
	지도점검	1 (1.7)	3 (5.2)	5 (9.4)
	금연환경조성	2 (3.4)	4 (6.9)	2 (3.8)
	기타		3 (5.2)	
	계	59 (100.0)	58 (100.0)	53 (100.0)

<표 2> 2006 중점 추진 건강생활실천사업 - 절주

		단위 : 개소 (%)		
구 분		1순위	2순위	3순위
대도시형	절주교육	25 (42.4)	28 (50.0)	15 (36.6)
	절주상담		1 (1.8)	2 (4.9)
	홍보 및 캠페인	27 (45.8)	20 (35.7)	14 (34.1)
	절주환경조성	6 (10.2)	3 (5.4)	3 (7.3)
	기타	1 (1.7)	4 (7.1)	7 (17.1)
	계	59 (100.0)	56 (100.0)	41 (100.0)
중소도시형	절주교육	27 (43.5)	23 (39.7)	14 (33.3)
	절주상담	4 (6.5)	2 (3.4)	
	홍보 및 캠페인	25 (40.3)	26 (44.8)	17 (40.5)
	절주환경조성	3 (4.8)	4 (6.9)	2 (4.8)
	기타	3 (4.8)	3 (5.2)	9 (21.4)
	계	62 (100.0)	58 (100.0)	42 (100.0)
농촌형	절주교육	32 (57.1)	19 (38.0)	14 (40.0)
	절주상담	1 (1.8)	1 (2.0)	2 (5.7)
	홍보 및 캠페인	18 (32.1)	25 (50.0)	12 (34.3)
	절주환경조성	2 (3.6)	1 (2.0)	2 (5.7)
	기타	3 (5.4)	4 (8.0)	5 (14.3)
	계	56 (100.0)	50 (100.0)	35 (100.0)

절주 홍보 및 캠페인 35.7%였으며 3순위 사업은 절주교육 36.6%, 절주 홍보 및 캠페인 34.1% 등이었다.

중소도시형은 1순위 사업으로 절주교육 43.5%, 절주 홍보 및 캠페인 40.3%, 절주상담 6.5% 등이었고 2순위 사업으로는 절주 홍보 및 캠페인이 44.8%, 절주교육 39.7%, 절주환경조성 6.9%였으며 3순위 사업으로는 절주 홍보 및 캠페인이 40.5%, 절주교육 33.3% 등이었다.

농촌형의 1순위 사업으로는 절주교육이 57.1%, 절주 홍보 및 캠페인 32.1% 등이었고 2순위 사업으로는 절주 홍보 및 캠페인이 50.0%, 절주교육 38.0%였으며 3순위 사업으로는 절주교육이 40.0%, 절주 홍보 및 캠페인 34.3% 등이었다.

절주사업에서의 1순위는 절주교육과 절주 홍보 및 캠페인으로 나타났다. 보건소 유형별로 절주교육은 농촌형>중소도시형>대도시형의 순

이고 절주 홍보 및 캠페인은 대도시형>중소도시형>농촌형의 순으로 나타났다.

3) 운동사업

대도시형의 경우 1순위 사업으로는 비만관리 29.0%, 대상자별 운동사업 25.8%, 운동프로그램 운영 16.1%, 동호회 9.7% 등이었고 2순위 사업으로는 비만관리와 대상자별 운동사업이 각각 27.9%, 운동프로그램운영 16.4%, 운동교육 8.2%였으며 3순위 사업으로는 대상자별 운동사업 31.7%, 운동프로그램운영 18.3%, 비만관리와 운동교육이 각각 13.3% 등이었다.

중소도시형은 1순위 사업의 경우 대상자별 운동사업과 운동교육이 각각 23.0%, 운동프로그램운영 18.0%, 비만관리 14.8%, 운동상담 11.5% 등이었고 2순위 사업은 운동프로그램운

<표 3> 2006 중점 추진 건강생활실천사업 - 운동

		단위 : 개소 (%)		
구 분	1순위	2순위	3순위	
대도시형	대상자별 운동사업	16 (25.8)	17 (27.9)	19 (31.7)
	비만관리	18 (29.0)	17 (27.9)	8 (13.3)
	운동교육	4 (6.5)	5 (8.2)	8 (13.3)
	프로그램 운영	10 (16.1)	10 (16.4)	11 (18.3)
	동호회	6 (9.7)	2 (3.3)	2 (3.3)
	운동상담	5 (8.1)	3 (4.9)	3 (5.0)
	운동지도자 양성		3 (4.9)	2 (3.3)
	홍보 및 캠페인	1 (1.6)	3 (4.9)	5 (8.3)
	운동환경조성	2 (3.2)	1 (1.6)	2 (3.3)
	기타			
	계	62 (100.0)	61 (100.0)	60 (100.0)
중소도시형	대상자별 운동사업	14 (23.0)	11 (18.3)	16 (29.6)
	비만관리	9 (14.8)	9 (15.0)	4 (7.4)
	운동교육	14 (23.0)	2 (3.3)	3 (5.6)
	프로그램 운영	11 (18.0)	25 (41.7)	11 (20.4)
	동호회	2 (3.3)	3 (5.0)	1 (1.9)
	운동상담	7 (11.5)	6 (10.0)	4 (7.4)
	운동지도자 양성			1 (1.9)
	홍보 및 캠페인	2 (3.3)	2 (3.3)	11 (20.4)
	운동환경조성	2 (3.3)	2 (3.3)	3 (5.6)
	기타			
	계	61 (100.0)	60 (100.0)	54 (100.0)
농촌형	대상자별 운동사업	23 (39.0)	15 (25.9)	5 (9.8)
	비만관리	6 (10.2)	10 (17.2)	9 (17.6)
	운동교육	12 (20.3)	4 (6.9)	7 (13.7)
	프로그램 운영	7 (11.9)	12 (20.7)	13 (25.5)
	동호회	4 (6.8)	3 (5.2)	4 (7.8)
	운동상담	2 (3.4)	1 (1.7)	4 (7.8)
	운동지도자 양성		1 (1.7)	1 (2.0)
	홍보 및 캠페인	4 (6.8)	4 (6.9)	5 (9.8)
	운동환경조성	1 (1.7)	6 (10.3)	3 (5.9)
	기타		2 (3.4)	
	계	59 (100.0)	58 (100.0)	51 (100.0)

영이 41.7%, 대상자별 운동사업 18.3%, 비만관리 15.0% 운동상담 10.0% 등이었으며 3순위 사업은 대상자별 운동사업이 29.6%, 운동프로그램운영 및 운동 홍보 및 캠페인이 각각 20.4%, 비만관리와 운동상담이 각각 7.4%였다.

농촌형은 1순위 사업으로 대상자별 운동사업이 39.0%, 운동교육 20.3%, 운동프로그램운영 11.9%, 비만관리 10.2% 등이었고 2순위 사업으로는 대상자별 운동사업이 25.9%, 운동프로그램운영 20.7%, 비만관리 17.2%, 운동환경조성

<표 4> 2006 중점 추진 건강생활실천사업 - 영양

단위 : 개소 (%)

구분	1순위	2순위	3순위	
대도시형	영양교육	10 (16.1)	5 (8.3)	7 (12.7)
	영양관리	22 (35.5)	19 (31.7)	17 (30.9)
	비만관리	14 (22.6)	14 (23.3)	8 (14.5)
	식이지도	3 (4.8)	3 (5.0)	7 (12.7)
	아침결식예방	8 (12.9)	5 (8.3)	2 (3.6)
	상담 및 처방	2 (3.2)	5 (8.3)	6 (10.9)
	기타	3 (4.8)	9 (15.0)	8 (14.5)
	계	62 (100.0)	60 (100.0)	55 (100.0)
중소도시형	영양교육	14 (23.3)	11 (19.0)	7 (13.0)
	영양관리	16 (26.7)	18 (31.0)	15 (27.8)
	비만관리	15 (25.0)	12 (20.7)	7 (13.0)
	식이지도	4 (6.7)	10 (17.2)	7 (13.0)
	아침결식예방	3 (5.0)	1 (1.7)	1 (1.9)
	상담 및 처방	2 (3.3)	2 (3.4)	3 (5.6)
	기타	6 (10.0)	4 (6.9)	14 (25.9)
	계	60 (100.0)	58 (100.0)	54 (100.0)
농촌형	영양교육	16 (26.7)	9 (15.5)	4 (7.8)
	영양관리	20 (33.3)	20 (34.5)	17 (33.3)
	비만관리	14 (23.3)	11 (19.0)	6 (11.8)
	식이지도	3 (5.0)	1 (1.7)	5 (9.8)
	아침결식예방	1 (1.7)	2 (3.4)	2 (3.9)
	상담 및 처방	1 (1.7)	2 (3.4)	3 (5.9)
	기타	5 (8.3)	13 (22.4)	14 (27.5)
	계	60 (100.0)	58 (100.0)	51 (100.0)

10.3% 등이었으며 3순위 사업으로는 운동프로그램운영이 25.5%, 비만관리 17.6%, 운동교육 13.7%, 대상자별 운동사업 9.8% 등이었다.

운동사업의 1순위 사업은 대상자별 운동사업, 비만관리, 운동교육 등인데, 보건소 유형별로는 대상자별 운동사업은 농촌형>대도시형>중소도시형의 순이고, 비만관리는 대도시형>중소도시형>농촌형의 순이며, 운동교육은 중소도시형>농촌형>대도시형의 순으로 나타났다.

4) 영양사업

대도시형 1순위 사업은 영양관리 35.5%, 비

만관리 22.6%, 영양교육 16.1%, 아침결식예방 12.9% 등이었으며 2순위 사업은 영양관리 31.7%, 비만관리 23.3%, 등이었고 3순위 사업으로는 영양관리 30.9%, 비만관리 14.5%, 영양교육과 식이지도가 각각 12.7%, 영양 상담 및 처방이 10.9% 등이었다.

중소도시형 1순위 사업은 영양관리 26.7%, 비만관리 25.0%, 영양교육 23.3%, 등이었으며 2순위 사업은 영양관리 31.0%, 비만관리 20.7%, 영양교육 19.0%, 식이지도 17.2% 등이었고 3순위 사업은 영양관리 27.8%, 기타 25.9%, 영양교육, 비만관리, 식이지도가 각각 13.0% 등이었다.

농촌형의 1순위 사업은 영양관리 33.3%, 영양교육 26.7%, 비만관리 23.3% 등이었고 2순위 사업은 영양관리 34.5%, 기타 22.4%, 비만관리 19.0%, 영양교육 15.5% 등이었으며 3순위 사업은 영양관리 33.3%, 기타 27.5%, 비만관리 11.8% 등이었다.

영양사업의 1순위 사업은 영양교육, 영양관리, 비만관리 등이었고 보건소 유형별로는 영양교육은 농촌형>중소도시형>대도시형의 순이고, 영양관리는 대도시형>농촌형>중소도시형 순이며, 비만관리는 중소도시형>농촌형>대도시형의 순으로 나타났다.

5) 조사결과 요약

2006년도 보건소에서 핵심적으로 추진한 4대 건강생활실천사업의 내용은 보건소 유형별로는 큰 차이는 없었다. 금연 1순위 사업은 금연클리닉, 금연교육, 금연환경조성, 홍보 및 캠페인 등이 많았다. 절주 1순위 사업은 절주교육, 홍보 및 캠페인 등이었다. 운동 1순위 사업은 대상자별 운동사업, 비만관리, 운동교육 등으로 보건소 유형별로 다소 차이를 보였다. 영양 1순위 사업은 영양관리, 영양교육, 비만관리 등이었다.

이상의 결과를 종합하면, 보건소 지역사회 건강증진사업의 핵심 영역은 보건교육 활동이라 할 수 있다. 영역별로는 절주, 영양, 금연, 운동 등의 순서로 전체 사업 내용 중에서 보건교육이 차지하는 비중이 높았다.

3. 지역사회 보건교육 활동 문제점 및 개선 방안

1) 문제점

첫째, 개인의 건강 행태변화와 관련된 보건교육 중심으로 건강증진사업을 추진하고 있으며,

건강에 영향을 미치는 환경변화에 대한 접근은 미흡한 실정이다. 즉, 보건교육 활동이 제한된 별개의 단위사업 중심으로 추진되어 사업대상자가 제한적이고 파급효과가 커지 않은 실정이다.

둘째, 보건교육 활동이 주제, 사업대상자, 교육방법 등이 지역별 특성을 고려하여 장기계획에 근거하여 진행되지 못하고 현실적으로 추진 가능한 사업 중심으로 매년 동일한 사업내용이 단순 반복적으로 추진되고 있다.

셋째, 금연, 운동, 영양, 절주 등의 건강생활 실천사업을 개별영역으로 나누어 사업을 추진함에 따라 업무 운영에서 비효율이 발생하고 건강관리에 대한 포괄적 접근이 이루어지지 못하였다. 특히 중앙에서 통합적으로 업무가 조정되지 못하고 개별사업 단위로 업무지침이 진행되어 일선 보건소의 담당자가 업무를 처리하는데 많은 애로점이 있다.

넷째, 사업 주체인 일선 보건소의 인력구성, 업무 형태, 예산, 행정체계 등을 고려하지 않은 채 중앙정부 중심으로 건강증진사업이 추진되었다. 보건소에서 건강증진사업을 운영 할 수 있도록 기술지원이 충분히 제공되지 않았을 뿐만 아니라 담당인력에 대한 교육도 미흡하였다. 또한, 시도단위 중심으로 사업을 운영하지 못하고 중앙정부에서 직접 보건소와 사업을 추진해 광역단위의 사업운영 계획이 마련되지 못하였다.

다섯째, 보건교육을 주로 외부 전문가에 의존하고 있다. 최근 보건소에 영양사, 운동전문인력 등이 채용되면서 영양 및 운동 분야의 경우 보건소 자체적으로 보건교육이 많이 이루어지고 있으나 여전히 대부분의 보건교육은 보건소 자체적으로 진행되기 보다는 외부 전문가를 초청한 강의가 많은 실정이다.

여섯째, 보건교육 담당 인력의 전문성이 부족

하여 체계적인 기획과정 없이 과거 경험에 의존하여 사업이 추진되고 있다. 최근 건강증진 FMTP를 통해서 담당인력에 대한 기획교육이 강화되고 있고, 간호 인력을 중심으로 보건교육 평가대회 등이 이루어져 기획 및 보건교육 능력이 크게 향상되고 있다. 그러나 보건교육에 관련된 보건소 전체 인력을 고려할 때 관련 교육과정에 참여하는 인력은 극히 제한적이다.

2) 개선 방안

첫째, 단기적으로 지역사회 보건교육 활동을 체계적으로 기술 지원할 수 있는 조직을 갖추어야 한다. 기술지원 조직은 각 시도 단위별로 대학 또는 관련 전문기관을 선정하여 위탁 운영하는 것이 바람직하다. 위탁 기관에서는 해당 시도의 각 보건소와 연계 체계를 형성하여 담당인력에 대한 교육훈련, 교육과정 개발, 평가 등의 업무를 지원하도록 한다.

둘째, 장기적으로 각 보건소에 보건교육 전문 인력을 배치해야 한다. 특히, 2009년 이후 보건교육사 국가자격화가 실시될 경우 이 인력을 적극 활용할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 최소한 각 보건소별로 2-3인의 전문 인력을 배치하여 각종 지역사회 보건교육이 체계화될 수 있도록 해야 할 것이다.

셋째, 다양한 보건교육 방법의 개발이 필요하다. 전통적으로 지역사회 보건교육은 집단 보건교육으로 진행되었는데, 최근 다양한 정보매체의 등장으로 주민들은 쉽게 건강정보에 노출되고 있다. 또한, 한 장소에 보건교육 대상자를 모집하기가 쉽지 않은 실정이다. 이런 이유로 소수 대상자 중심으로 교육이 진행되고 있는 실정이다. 이러한 문제점을 극복하기 위해서는 지역사회 특성에 적합한 새로운 보건교육 방법이 개발되어야 한다. 정부에서는 해당 분야에

건강증진 연구비를 지원하여 다양한 보건교육 방법이 개발될 수 있도록 지원해야 할 것이다.

참고문헌

- 권이혁, 2000년대의 국민건강증진을 위한 보건교육 추진방향, 보건교육기반 구축을 위한 워크샵 결과보고서, 대한보건협회, 1990.
- 남철현, 건강증진을 위한 보건교육인력양성프로그램 국민건강증진을 위한 보건교육인력개발 워크샵, 대한보건협회/한국보건교육협회의, 2002.
- 변종화, 건강증진을 위한 시군구단위 보건교육사업 활성화 방안, 보건복지포럼(8), 1997.
- 이주열, 보건소 건강증진사업의 과거와 미래, 보건교육건강증진학회지 24(1):135-148, 2007.
- 이주열 외, 지역단위 건강증진사업 추진체계 구축, 건강증진기금사업지원단, 2004.
- 이주열, 김창보. 지역사회 건강증진사업 활성화 방안. 건강증진학회지 2(1):3-12, 2000.
- 보건복지부, 국민건강증진법령집, 2005.

<Abstract>

Community Health Education

Ju-Yul Lee*† , Chun Man Park**, Mee-Kyung Suh***, Eun-Jin Choi***

**Namseoul University*

***Department of Public Health, Keimyung University*

****Center for Health Promotion Management, Korea Institute for Health and Social Affairs*

Health education aims at behavior change rather than just delivering health knowledge to people. In Korea health education activities in public sector began in 1960 and they were included in the primary prevention program in communities. This article reviewed current health education programs in healthy living practice programs provided by local public health centers in Korea and drew implications for the future role of health education in community setting.

Health education has been a core function of the National Health Promotion programs in the nation since the enactment of the National Health Promotion Law in 1995. The National Health Promotion programs are funded by the National Health Promotion Fund which are drawn from tobacco tax. The National Health Promotion programs include healthy living practice programs (smoking prevention and cessation programs, moderate alcohol use programs, physical activity promotion programs, and nutrition programs), chronic disease prevention programs, oral health programs and public hygiene programs. Methods of the National Health Promotion programs include health education, health counseling, health class, health information management, survey and research.

Smoking prevention and cessation programs include smoking cessation clinic, smoking cessation education, non-smoking environment program, and non-smoking campaign. Moderate alcohol use programs include alcohol use education, moderate alcohol use campaign, alcohol use counseling, and alcohol free environment programs. Physical activity promotion programs include obesity control, targeted exercise program, and exercise civic group programs. Nutrition programs include nutrition management, obesity management, nutrition education, breakfast eating program, and nutrition counseling and treatment programs.

The health education programs in community are not efficient today because there are many overlapping contents and short term goals. Community health education programs needs to be more comprehensive. Workforce development is another big issue at the moment because the National credential program will begin in 2009. Variety of community health education programs should be developed and funded by the national health promotion fund.

KeyWords : Community health education; Healthy living practice programs