

<특집 건강증진정책 포럼>

## 보건교육과 건강증진의 국제적인 동향: 우선순위 사업에 대한 검토

남은우

연세대학교 보건과학대학 보건행정학과

### < 목 차 >

- |                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| 1. 건강증진과 보건교육                     | 4. 한국에의 정책 시사점 |
| 2. 한국의 건강증진역량 평가                  | 참고문헌           |
| 3. IUHPE의 건강증진사업<br>우선순위와 보건교육 방향 |                |

### 1. 건강증진과 보건교육

#### 1) 건강결정요인을 고려한 건강증진사업 추진

1974년도에 캐나다에서 발표된 Lalonde 보고서에 건강을 증진시킬 수 있는 다음의 4가지 요인을 들고 있다(제니 나이두, 2004). 첫째, 질병에 대한 개인적 소인을 결정하는 유전적 및 생물학적 요인 둘째, 흡연과 같이 질병을 유발시킬 수 있는 건강행태로서의 생활양식 셋째, 주거나 공해와 같은 환경적 요인 그리고 넷째, 보건의료 서비스의 수준과 성격요인이다. 이상의 내용을 토대로 한국의 건강증진사업 내용과 비추어 볼 때, 유전적인 요인은 대부분 변화시키기 힘든 분야이나, 생활양식 개선(음주 및 흡연 관리, 영양 및 신체활동)은 현재의 건강생활실

천 사업에 추진되고 있는 것으로 볼 수 있다. 그러나 주거 및 공해와 같은 환경적인 요인 관리 는 아직 잘 이루어지고 있지 않으므로 “건강영향평가”와 “건강도시 사업”과 같은 사업을 통하여 이를 추진하여야 할 것이다(남은우와 김건엽 외, 2007). 이러한, 건강결정요인을 고려한 보건사업의 실시는 비용 효과적인 사업이 될 것이다(정영호 외, 2006).

현재 여러 지방자치단체에서 큰 관심을 가지고 사업을 개발·추진 중인 건강도시 사업에 중앙정부는 우선순위를 두고 기술지원을 하여야 하며(남은우, 2007), 건강증진의 거버넌스(health promotion governance) 강화와 효율적인 전략 수립의 일환으로서 건강도시사업을 추진할 필요가 있다(Kelley, 2007)(Andrea et al, 2007).

교신저자: 남은우

강원도 원주시 흥업면 매지리234-1 연세대학교 의료복지연구소 건강도시연구센터  
전화번호: 033-760-2413, 전송: 033-762-9562, E-mail: ewnam@yonsei.ac.kr

## 2) 건강증진과 보건교육과의 관계

영국의 Tones 와 Green 교수 등은 건강증진에 대하여 다음의 공식을 사용하여 설명하고 있다(Tones and Green, 2006). 즉, 건강증진사업은 보건교육과 건강한 공공정책이 수립 시행되어야 함을 의미한다.

공식: **건강증진 = 보건교육 \* 건강한 공공정책**

보건교육의 역할과 예방수준을 보면, 원천예방과 1차 예방, 2차 예방 그리고 3차 예방으로 분류하는 경우가 있다(최은진 외, 2006). 여기서 원천예방은 건강한 생활습관을 그만두지 않도록 설득하는 것이다. 1차 예방은 고위험 군을 파악하고 충고와 상담을 제공함으로써 불건강을 피하게 하려는 활동이다. 이 사업의 사례로는 보건교육과 질병관리(disease management)가 있다. 2차 예방은 조기 진단과 치료를 통해서 질병의 기간을 줄이고 불건강의 진행을 방지하려는 것이다. 이러한 사업의 예로서는 치료에 대한 교육, 당뇨병자를 위한 식이 요법, 심장환자를 위한 이완 요법 등이 있을 수 있다. 이러한 사업이 시행되는 장소(setting)는 병원이 나 보건소가 될 수 있다. 유럽의 많은 병원에서는 건강증진병원(health promoting hospital) 사업을 실시하고 있다. 3차 예방은 불가역적인 상황에서 오는 기능 장애나 후유증을 제한하려는 노력이다. 이러한 사례로는 장애 보장구의 사용과 재활치료에 대한 교육이 있다. 한국과 같이 노인 인구가 증가하는 국가에서는 이 3차 예방 사업이 앞으로 새로이 중요시 되는 분야로 대두 될 것이고, 이 사업은 노인장기요양서비스 비용을 줄이는 새로운 건강증진사업이 될 것이다.

건강한 공공정책(healthy public policy)은

공중보건 지향적인 정책을 의미한다. 가령, 담뱃값을 인상하여 청소년의 흡연율을 떨어뜨리는 정책이나, 건강도시사업에서 추진하고 있는 금연거리 조성 등이 이에 해당한다.

## 3) 오타와 헌장에서의 정책 함의

세계보건기구는 모든 사람을 위한 건강 (Health for All)을 실현하기 위하여, 1978년도에 일차보건의료 전략(Primary Health Care)을 채택하여 추진하여 오고 있다. 이 일차보건의료 전략은 개발도상국가나 일부 선진국의 농촌지역에 적합한 사업모형으로 효과적이나, 생활습관에 기인하여 발생하는 비전염성질환(NCD, Non Communicable Disease)관리에는 다른 접근방법이 필요하다는 판단에 의해, 1986년도에 캐나다의 오타와에서 제 1차 건강증진에 관한 국제건강증진회의를 개최하였다(한상태 외, 2008). 이 회의에서 발표된 건강증진에 관한 헌장은 다음의 건강증진사업 방향을 제시해 주고 있다.

첫째, 개인의 역량 강화이다. 이를 위해 정부는 보건교육을 더욱 강화하여야 할 것이다. 즉, 부모역할 프로그램, 절주 교육, 금연방법의 교육, 운동의 생활화(예: 계단 오르기), 영양(예: 신선한 야채 먹기) 등이 이에 해당된다.

둘째, 지역사회역량 강화이다. 이를 위해, 지역사회는 주민 대상 요리 교육, 정원 가꾸기 보급, PC방 금연지도, 금연도로 지정, 걷기 동아리 육성, 민방위 교육을 통한 보건교육 등의 프로그램을 발굴 시행토록 한다.

셋째, 시설 및 서비스에의 접근성 향상 방안이다. 지역 주민들과 서비스 제공자 간의 서로의 욕구 충족을 위해, 조정해 주는 것이 필요하다. 건강증진 시설과 사업에 접근이 어려운 대상자

(예, 언어 문제가 있는 외국인, 노인, 여성, 장애인, 어린이 등)를 옹호해 줄 수 있는 지원 단체를 발굴 지원해 주는 새로운 시도가 요구된다. 이러한 일들은 지역대학이나, NGO가 담당할 수 있을 것이다.

넷째, 건강한 공공정책의 강화이다. 건강한 공공정책이 지역단위까지 확산되도록 하여야 한다. 현재, 중앙정부 차원에서 건강증진사업의 일환으로 실시되고 있는 건강한 공공정책 사례는 담배세를 건강증진기금으로 활용하는 사례가 가장 좋은 사례로 평가 받고 있다. 그리고 만일 담뱃값을 인상하면, 흡연율이 떨어지게 되는데, 이와 같이 담배가격을 인상하는 것도 건강한 공공정책의 사례가 될 것이다. 지역 단위에서의 사례는 아직 많지는 않으나, 원주시의 지방담배소비세를 원주시 건강도시사업에 투자하고 있는 사례가 있다. 이 사업은 WHO 서태평양지역의 우수 건강증진재정(Health Promoting Financing) 사례로 평가받아 WHO 정책 우수상을 수상한 바 있다(연세대학교 의료복지연구소 건강도시연구소 센터 2006).

#### 4) 자카르타 건강증진회의에서의 건강증진사업 우선순위

1997년도에 개최된 자카르타 건강증진에 관한 WHO 회의에서 발표된, 건강증진 사업에 관한 우선순위는 다음과 같다. 즉, 도시화, 인구구조 변화, 만성질환, 운동부족, 항생제 내성, 약물오용, 폭력, 전염병, 환경파괴, 세계화 등 10개 분야이다.

이 10개 분야와 한국의 건강증진사업에서 추진되고 있는 주요 사업(보건복지부, 2005)인 금연, 절주, 영양, 운동 등 건강생활실천 4개 영역과 구강보건, 정신보건, 전염병, 만성질환관리, 암관

리사업 등과 비교해 볼 때, 한국의 건강증진사업은 도시화, 폭력, 환경 파괴, 세계화에 대한 정책이 부족한 상태의 국가로 볼 수 있다. 즉, 한국은 의학적 모델에 의한 건강증진사업을 하고 있는 국가로 평가할 수 있는데, 향후의 건강증진사업 개발은 사회를 변혁 시킬 수 있는 건강증진 모형의 사업 개발이 더욱 필요한 것으로 나타났다.

왜냐하면, 영국에서는 이미 건강증진사업의 파트너십 구축을 위해서, 정부가 할 일, 지역사회와 지방정부가 할 일, 그리고 개인이 할 일을 영국 보건부에서 발표한 바 있다(영국 보건부, 1998). 영국은 이미 1980년대 말에 신공중보건의 개념 하에 건강도시 프로젝트를 개발하여, 자원봉사조직과 학술기관 뿐만 아니라 70개 이상의 지방정부가 건강도시 사업에 참여를 하여 종합적인 건강증진 사업을 추진하고 있다(제니 나이두, 2003).

Andrea도 도시화가 된 지역에서의 건강증진사업의 새로운 모델로서 건강도시사업을 제시하고 있다. 건강도시사업은 종합적인 건강증진사업의 모델로서, 지역사회의 물리적, 사회적, 환경적 그리고 정신적인 안녕을 달성할 수 있으며, 약 7,000개의 지역사회 및 도시(communities and cities)가 활동 중이라고 제시하고 있다(Andrea et al, 2007).

#### 5) 방콕 현장

2005년 8월 11일에 방콕에서 개최된 WHO 건강증진에 관한 회의에서는 방콕현장이 발표되었다. 이날 발표된 내용과 건강증진사업과의 관련성을 검토해 보면 다음과 같다(남은우, 2006). 방콕현장에서는 건강증진사업을 통해 부자와 빈자간의 차이를 줄이는 노력을 기울여야 한다고 강조하고 있다. 이를 위해서는 건강증진과 집단

보건 문제에 대한 정부 부처 간의 강력한 합의가 필요하다. 또한 정부는 형평성에 입각한 보건 사업의 효과 평가나 지역 보건계획 등을 수립해 보건 정책과 입안의 결과를 투명하게 해야 한다. 방콕 회의의 참가자들은 세계보건기구와 회원국에게 정책 결정과 실행의 격차를 줄이고, 정책과 파트너십을 현실화하도록 강력히 요구하였다. 이는 정치적 리더십을 요구한 것이다. 회의 참가자들은 세계보건기구가 다른 기구들과 협력하여 자원 배분, 정책 실천, 적절한 지표와 목표를 통한 활동 감시, 진전 상황에 대한 정기 보고와 같은 활동을 회원국들과 함께 하기를 기대하였다. 이번의 방콕 현장은 전 지구적, 지역적 차원의 실천과 더불어 건강증진을 위한 전 세계적 파트너십에 모든 사람들이 참여할 것을 촉구한 회의로 평가 받고 있다. 이번의 제6차 건강증진 국제회의에 참가한 참가국은 건강을 증진시키고, 필요한 자원, 정책, 실천을 옹호하는 노력에 자국이 노력할 것을 서약하였다.

#### 6) 일본의 건강일본 21의 기본 틀

건강일본 21(Healthy Japan 21)의 기본 틀은 2002년 8월에 제정된 건강증진법에 기초하고 있다. 건강일본 21은 3대 목표를 갖고 있는데, 조기 사망 예방, 건강수명의 연장, 의료비 경감에 초점을 두고 있다. 이 사업을 추진하기 위한 과제로서는 생활습관병 예방이며, 특히, 1차 예방을 강조하고 있다. 1차 예방, 2차 예방, 3차 예방 대상자 선정 시 건강보험 조합의 진료비 청구서(건강검진자료 포함)를 분석하고, 대상자를 명확하게 선정하여 사업을 실시하고 있다(松下 외, 2003). 일본은 건강증진사업의 일환으로 비만관리 사업을 대사증후군에 대한 질병관리 프로그램으로 개발하여 시행하고 있다. 일본의 최

근 정책에서의 시사점은 한국의 경우도 보건교육 사업의 일환으로서 건강보험공단의 자료를 분석하여, 보건교육 대상자를 선정하고, 이들에게 적절한 건강정보를 제공하는 등 정확한 건강정보를 제공하는 보건교육을 실시하여, 질병 예방 및 의료비 절감 노력을 하여야 할 것이다(Nam et al 2006).

일본의 건강증진사업은 개인의 특성을 중요시하고, 과학적인 근거에 기반하며, 대상자를 명확히 하는 사업을 추진하며, 지역의 실정에 맞는 사업을 추진하는 점이다. 지역의 실정에 맞는 지방계획의 기본 이념은 주민제일주의, 주민 능력 향상, 환경의 정비 및 주민 참가이다(남은우, 2005).

#### 7) 근거중심의 건강증진 사업

건강증진을 과정(process)'으로 인식하는 것이 중요하다. 한 예로서 한 사람이 담배를 끊었다면, 금연 사실이 광고에 의한 결과, 의사와 면담에 의한 결과, 어떤 동기나 압력에 의한 결과, 혹은 친구나 가족이 폐암으로 사망한 것에 영향을 받은 결과 인가를 구별하기는 어렵다. 하지만 중요한 사실은 그가 담배를 끊었다는 사실이다. 따라서 건강증진은 인간의 삶의 질을 향상시키기 위하여 노력하는 것이며, 그 노력의 효력이 늦게 나타날 수도 있다. 따라서 건강증진은 단기간의 효과를 기대하는 사업은 아닌 것이다(IUHPE 저, 한국보건교육건강증진학회 역 2003). 효과적인 건강증진 사업은 실천할 수 있는 개인의 기술과 능력을 강화 시켜 주며, 건강결정요인에 대하여 통제를 가할 수 있도록 해 주는 것이다. 건강증진은 주요한 투자 분야가 되며, 사회적, 경제적 발전의 필수적인 요소이다.

2. 한국의 건강증진역량 평가

전에 각국의 건강증진역량 조사를 하였다. 보고는 당시 보건복지부가 WHO에 제출한 자료를 입수하여 필자가 재정리한 것이다(표1).

1) 개요

세계보건기구는 제6차 방콕 건강증진회의 이

<표 1> 건강증진능력 수준에 대한 자체 평가

등급	항 목
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강생활실천(영양, 신체활동, 금연, 절주)</li> <li>- 흡연을 감소</li> <li>- 환경위해 감소</li> <li>- 위험한 성행위 감소</li> <li>- 작업장 건강 및 안전증진</li> <li>- 전염병 관리</li> <li>- 금연관리 계획</li> <li>- 보건복지부 건강증진국 유무<sup>1)</sup></li> <li>- 국가 및 지방정부 수준에서의 건강위해 행위에 관한 조사</li> <li>- 지역 그리고 국제적인 수준의 건강증진 증재에 관한 연구 발표</li> <li>- 국가 수준에서의 별도의 건강증진예산 배정</li> <li>- NGO와 시민단체와의 건강증진사업 협력에 대한 근거</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 청소년 알코올 소비 관리(예: 알코올 판매 금지)</li> <li>- 알코올 관리 계획</li> <li>- 건강영양 계획</li> <li>- 국가 및 지방정부 수준에서의 사회 및 환경위해 요인에 관한 조사</li> <li>- 건강증진전문가 양성을 위한 국가수준의 전문가 단체</li> <li>- 건강증진사업을 위한 담배세, 알코올, 유류 등을 활용한 기금</li> <li>- 정신보건계획</li> <li>- 건강증진활동 계획의 가이드라인</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 국가 및 지방정부 수준에서의 건강증진활동에 관한 조사</li> <li>- 대학원 수준에서의 보건교육과 훈련에 대한 정부의 재정적인 지원</li> <li>- 대학수준에서의 보건교육과 훈련에 대한 정부의 재정적인 지원</li> <li>- 신체활동계획</li> </ul>
D	- 해당 없음
E	- 근거에 기반을 둔 건강증진사업을 관리할 전문가 채용
F	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강증진사업에 대한 민간부문과 정부와의 협력 사업에 대한 근거</li> <li>- 건강증진전문가의 채용 정도(보건교육사 포함)</li> <li>- 국가 및 지역수준에서의 건강증진분야에 정부와의 협력에 관한 근거(예: 건강도시)</li> <li>- 사회 및 경제적인 결정요인관리</li> <li>- 건강증진사업에 대한 민간부문과 NGO 및 시민단체와의 협력</li> <li>- 장별 접근 사업계획(예: 지역사회, 건강도시, 건강한 마을, 학교, 직장 등)</li> <li>- 교통사고 손상 예방계획</li> <li>- 보건응급관리 계획</li> </ul>

출처: 본 자료는 보건복지부가 2005년도에 제6차 WHO건강증진에 관한 방콕회의를 위해 WHO 서태평양지역사무소에 제출한 내부보고서를 필자가 재정리한 표임.

1) 그러나, 그 후 건강증진국이 폐지되어 현재는 건강정책국으로 바뀌어 이에 대한 등급재조정이 필요함. 필자의 견해로는 B등급으로 하향 재조정이 필요함.

2) 평가 방법

표1의 평가는 A부터 F까지 6단계로서 보건복지부에서 자체 평가한 결과이다.

- A. Fully implemented : 완전히 정착되거나 잘 작동하고 있음.
- B. Partially implemented : 부분적으로 정착.
- C. Actioned : 시작되었으나 효과나 성과를 평가하기에는 아직 이룸.
- D. Under development : 실행을 위한 국가 차원의 Commitment가 있으며 이를 개발하기위한 노력진행 중임.
- E. Being considered : 실시를 고려하고 있으나 국가 차원의 Commitment는 없음.
- F. Not currently actioned : 아직 고려되지 않고 있거나 고려하지 않기로 함.

3) 평가결과

자체평가결과 A등급에 12개 항목이, B등급에 8개 항목이, C등급에 4개 항목이, D등급은 없었고, E등급에 1개 항목이 그리고 F등급에 8개 항목으로 평가되었다. 이상의 내용을 볼 때, 한국은 건강생활실천 사업 관련 항목은 잘 관리되고 있는 국가로서 평가되고 있으나, 교육 및 전문가 활용 항목은 C, E와 F등급에 해당 되는 수준으로서 이에 대한 국가적인 차원에서의 대책이 필요한 상황이다. 또한, 건강증진사업 추진시 권장되고 있는 장별 접근도 잘 추진되고 있지 않고 있었다. 또한, 신공중보건사업의 종합적인 접근전략으로 유럽에서 제시되고 있는 건강도시사업(Kelley, 2006)에 대하여 한국 정부의 사업 추진 지원이 부족한 상태이다. Nam 과 Katrine이 국제건강증진학회지에 발표한 건강증진에 관한 한국의 건강증진능력 평가 결과, 한

국의 건강생활실천 능력은 비교적 우수한 국가로 평가되었으나, 건강증진분야에 대한 자원 투자(시간, 인력, 기술)는 부족한 국가로 평가되었다(Nam and Katrine 2007). 그러나, 2006년도부터는 보건복지가족부(당시 보건복지부)의 건강투자기획팀을 중심으로, 다양한 건강도시사업<sup>2)</sup> 지원 정책을 개발 중에 있다.

3. IUHPE의 건강증진사업 우선순위와 보건교육 방향

건강은 인간의 기본적인 요건이고, 개인과 사회의 성공적인 기능 수행을 위한 기초이기도 하다. 건강증진은 사람들이 건강에 영향을 끼치는 기본적인 요소들을 조절함으로써 그들 자신의 건강을 관리하는 것을 장려함을 목적으로 하고 있다. 주요 건강결정요인은 사람들의 문화적, 사회적, 경제적, 환경적, 생활양식 등이 있는데, 사회적 및 개인적 행태가 이러한 요소들에 의해 강하게 영향을 받는다.

1986년에 발표된 오타와헌장은 건강증진의 이론과 실행에 대한 기본 방향을 제시하였다. 또한, 2007년도 6월에 캐나다 밴쿠버 IUHPE 총회에서 발표된, Shaping the future of health promotion: priorities for action의 보고서는 건강을 증진하기 위한 활동과 건강증진강화를 위한 사항이 제시되었다(<http://www.iuhpe.org>).

2) 건강도시사업은 21세기 인류의 수명과 삶의 질을 개선할 새로운 사업으로서, 신공중보건(new public health) 개념에 의한 등장한 개념으로서, 1986년도에 WHO 유럽지역사무소에 적극적으로 추진하기 시작한 사업이다. 한국이 속한 서태평양지역은 건강도시연맹이 2004년도에 만들어져 2007년 12월 말 현재 88개의 도시가 가입하여 네트워크를 형성하여 상호 교류를 하고 있다 (<http://www.alliance-healthycities.com/>).

IUHPE는 프랑스 파리에 본부를 두고 있는 국제보건건강증진학회(International Union for Health Promotion and Education)로서 전 세계에 3,000여명의 회원이 활동하고 있고, 학회 운영은 6개의 지역으로 나누어 이루어지고 있다. WHO와 UNICEF 등과 다양한 보건교육 및 건강증진 관련 업무 협력을 하고 있다. 이의 주요 내용을 검토 분석하면 다음과 같다.

1) 새로운 도전 분야에 대한 새로운 접근 방법 필요

IUHPE는 이 보고서에 오타와 헌장의 개념을 다시 검토하고 효과적인 건강증진 사업을 강화하는 것이 긴급한 문제라고 제시하였다. 최근, 국가 내에서 그리고 국가 간의 건강불평등이 세계적으로 증가하고 있고, 세계화의 증가와 함께 국경을 넘어선 여러 가지의 건강 영향력은 종종 개인, 지역사회, 국가의 지배권을 넘어 건강결정 요인에 영향을 미치고 있다. 왜냐하면, 인구증가, 도시화와 상업화가 환경에 심각한 손상을 주고, 제한된 자원에 영향을 주고 있기 때문이다. 또한, 전염성 질환의 유행과 만성질환에 대한 질병부담 때문에 건강증진은 이러한 새로운 도전 분야(new challenges, new approach)에 사업의 우선순위를 두어야 한다는 것이다(예, 건강 불평등, 세계화, 인구증가, 도시화, 상업화, 환경 오염, 전염성 질환, 만성질환 등).

2) 모든 분야의 구조와 과정 강화

성공적인 건강증진을 위해서는 모든 분야의 구조와 과정을 강화하여야 한다(strengthening structures and processes in all sectors). 건강 결정요인을 효과적으로 관리하려면, 보건의료,

교육, 환경, 교통, 주거, 상업을 포함한 모든 분야들이 건강을 증진시킬 수 있도록 하여야 한다. IUHPE 에서는 이러한 사업 분야로 건강도시(healthy cities) 사업을 들고 있다. 건강도시 운동은 건강한 공공 정책에 기초한 통합된 분야 간의 건강증진을 실행하기 위한 성공적인 모델이기 때문이다(IUHPE 2007).

개인과 그들의 환경에 대한 개입의 범위를 종합적으로 필요로 하는 건강증진사업은 학교(school)와 사업장(workplace)도 성공적인 분야이다. 따라서 건강한 행태와 건강 결정요인에 대해 효과적으로 실행하는 건강증진학교와 건강증진사업장 등 다양한 생활의 장 접근에 기초한 건강증진사업이 더욱 크게 확장되어야 한다(예; 건강결정요인 규명, 보건의료, 교육, 환경, 교통, 주거, 건강도시사업, 학교, 직장 등)

3) 건강한 공공정책 실행 분야

건강증진의 초점은 건강을 위한 필요조건과 건강형평성에 있는데 건강의 사회적, 경제적 결정요인과 건강형평성을 다루기 위한 밀레니엄 개발 목표(Millennium Development Goals, MDGs<sup>3)</sup>)와 다른 정책을 통해 국가적으로, 세계적으로 인식되도록 하여야 한다. 이러한 것이 건강한 공공정책 실행분야(putting healthy public policy into practice) 중의 하나이다.

오타와 헌장에서는 건강한 공공정책 개발을 위해 다른 분야와의 협력 활동을 할 것을 요구

3) MDGs는 전 세계인의 가난을 줄이기 위해 2000년도 9월에 만들어진 아젠더이다. MDGs 의 8개 목표 중 3개 목표가 보건 분야이다. 즉, 목표 4. 아동사망률 감소, 목표 5. 모자보건 향상, 목표 6. HIV/AIDS, 말라리아 및 기타 중요 질병 퇴치 등 3개 분야이다(한상태 외, 2008, p 119-123 참조).

하고 있다. 이는 지방과 중앙 그리고, 사회적, 문화적, 경제적 배경이 다른 여러 분야 간에서 다양한 방법으로 구체화되어야 한다.

건강증진은 새롭고 재출현하는 주요 보건 위협에 맞서고 관리하는 중요한 역할을 담당해야 한다. 전염성질환의 관리와 건강에 대한 환경적, 방사선학적, 생물학적 위협에 관한 증가를 고민하고 이를 관리하기 위한 건강보호가 보건교육과 건강증진 분야에 포함되어야 한다(IUHPE, 2007). 또한, 건강증진에 있어 국가적인 수준의 연구 센터의 정보 제공, 정책 옹호와 다양한 건강증진 활동의 통합, 정보 제공과 지식 집적 그리고 역량 만들기를 통한 기술적인 지원 분야에 사업의 우선순위를 두어야 한다.

아울러, 담배세를 통한 건강증진사업 재정 조성을 유지하기 위한 분야의 노력이 요구된다. 왜냐하면, 충분한 재원은 건강증진 전문가와 연구의 지속성, 건강형평성의 결정요인에 대한 종합적인 사업 활동에 필수적이기 때문이다.

#### 4) 지식에 기초한 사업 실행 분야

지식에 근거한 사업 시행(knowledge based health practice)은 복잡하고, 지역사회에 기초한 건강증진 개입과 장기적인 연구와 정책의 영향력과 건강 형평성에 대한 효과 평가에 유용하기 때문에 이 분야에 대한 지원이 필요하다. 사업 효과성에 대한 근거(evidence)와 건강증진 사업 추진의 비용효과에 필요한 가이드라인이 작성되어야 할 것이다. 왜냐하면, 정책결정자들과 건강증진 사업 수행자들은 어떻게 가능한 정보와 근거를 확보하고 사용할 것인지에 대하여 알아야 한다. 이를 위해서는 정보수집과 비교를 위한 국내외적인 메커니즘과 효과적인 건강증진

의 지식 전달이 확대 되도록 사업을 개발 하여야 한다.

따라서, 건강증진과 사회적 건강결정요인(social determinant of health)에 대한 국제적으로 비교 가능한 데이터 시스템을 개발하여야 한다(예, 근거에 의한 사업, 건강증진 사업 중재, 비용 효과, 사회적 건강결정요인, 국제비교데이터 시스템 구축: HP-source data base<sup>4)</sup> 등)

#### 5) 능력 있는 건강증진 및 보건교육 인력 양성 분야

건강증진을 위한 인력의 역량은 몇몇 국가에서만 잘 발달되어 있고 대부분의 국가는 아직 부족한 상태이다. 세계적으로 건강증진전문가와 사업수행자 훈련과 교육에 더 많은 투자를 할 것이 요청되고 있다(IUHPE 2007). 이를 위한 필수적인 훈련 분야는 다음과 같다. 정치인에 대한 옹호와 중재를 위한 지식과 능력 개발 분야, 건강과 건강결정요인에 대한 정책의 영향력을 평가하는 분야, 사용가능한 정보와 증거에 접근하고 중재를 평가하는 분야 등에 인력을 투입해야 한다. 따라서 보건교육인력 양성과 보건교육 원칙에 의해 사업을 수행할 건강증진 분야에 투자를 해야 한다(예; 건강증진 인력 양성, 보건교육 인력 양성, 건강증진 분야에 투자 등)

4) IUHPE 유럽 지역을 중심으로 하여, HP-source data base에 의해, 국가간의 건강증진사업 역량을 비교 평가 할 수 있게 만든 데이터베이스이다. 이 모델을 이용해 전 세계 주요 국가의 건강증진사업 역량 평가한 논문으로는 Mittlemark et al, 2005가 있고, 한국과 일본의 건강증진사업을 비교 평가한 논문으로는 Nam et al(2006)이 있다.



6) 지역사회 역량 강화 분야

건강향상을 위해 개인과 지역사회의 역량을 강화하는 것은 건강향상과 공중보건 목적을 달성하기 위한 효과적인 도구가 된다(UHPE 2007). 건강증진전략은 지역사회 활동을 강화하고 기획과 정책결정, 실행, 사업을 평가하는 데, 강력하고도 성공적인 전략이 된다. 건강증진사업은 지역 전통을 육성하고, 지역사회 구성원에 의해 주도되며, 지역사회의 평범한 일상생활과 연계되었을 때 가장 성공적인 사업이 된다.

정보통신과학은 지역사회와 사회적 네트워크를 세계적으로 연계하였고, 지난 십여 년간 어디에서나 이용할 수 있게 되었다. 정보격차가 축소됨에 따라서, 증가된 정보와 지원 그리고 사회동원(social mobilization)을 통한 건강증진 잠재력이 증가하고 있다. 따라서 이러한 새로운 분야가 사업의 우선순위가 될 것이다. 미래의 건강한 공공정책에 영향을 주기 위해서는 반드시 주민이 지역사회와 도시사회가 건강증진을 위해 서로 손을 맞잡고 일해야 하며, 이러한 사업으로는 건강도시사업이 있다(예; 지방자치단체 지원, 정보통신과학의 활용, 건강도시의 개발 지원<sup>5)</sup> 등)

4. 한국에의 정책 시사점

한국 건강증진사업 발전과 보건교육인력 활용 분야 탐색을 위해, 한국 건강증진사업의 역량평가 및 국제적인 최근 동향을 검토하여 보았다.

5) 한국정부는 2006년도에 보건복지부에 건강도시포럼을 설립 운영하여 건강도시지원책에 대하여 심도 있게 검토 하였고, 현재는 건강투자기획팀을 중심으로 이에 대한 다양한 정책을 개발 중에 있다. 당시 보건사회연구원 건강증진사업지원단에서 운영한 건강도시포럼 홈 페이지는 <http://healthycity.hp.go.kr>이다.

한국의 건강증진사업 수준 평가를 위해 보건복지부 자체 평가 자료 분석과 건강증진 관련 자료를 분석해 본 결과에 기초하여, 한국의 건강증진역량이 강화되어야 할 분야 세가지를 아래와 같이 제시 한다.

첫째로는 건강증진사업 추진시 지역사회, 도시 및 마을, 학교, 직장, 병원, 시장 등을 대상으로 한 장별 접근(setting approach)이 필요하며,

둘째로는 신공중보건사업의 종합적인 접근전략으로서 건강도시사업이 제시되었으며 이러한 새로운 사업 분야에는 중앙정부의 행·재정적인 지원을 하여 지역사회역량 강화를 지원하는 것이 필요하며,

셋째로는 위의 사업을 원활히 추진하기 위해서는 자질을 갖춘 보건교육사를 활용하여 사업의 기획, 추진 그리고 평가를 하여야 할 것이다.

왜냐하면, 21세기는 사망원인이 생활습관(life style)에 기인하는 경우가 점점 증대하게 되는 신공중보건(new public health)시대이기 때문이다. 또한, 보건교육의 범위(scope)는 개인의 건강교육 수준에서 지역사회 환경을 건강하게 조성하는 분야로까지 확대되어야 할 것이다.

결론적으로 보건교육의 영역이 지금까지의 개인의 생활습관을 변화시키고, 개인의 건강증진능력을 제고시키는 수준에서, 앞으로는 지역사회의 역량을 강화시키는 종합적인 건강증진사업 추진방향으로 확대 될 필요성이 있음을 시사하고 있다. 따라서, 기존의 건강증진사업을 건강도시 사업으로 확대하는 건강증진정책이 요망된다.

## 참고문헌

- 남은우, 건강일본 21에 대한 고찰, 한국보건교육건강증진학회지, 21(2), 2004.6.
- 남은우, 건강증진방콕현장, 제30회 보건학종합학술대회집, 2005. 11.3-5, 대한보건협회, p.105-111
- 남은우, 건강도시와 건강영향평가, 한국보건교육건강증진학회 학술대회 연세집, 2006. 5.26
- 남은우, 건강도시사업 추진과 정책 과제, 한국보건교육건강증진학회지, 24(1), 2007.6
- 남은우, 김건업 외, 건강도시 인증제도 도입 방안에 관한 연구, 연세대학교 의료복지연구소, 건강증진사업지원단, 2007
- 보건복지부 건강투자기획팀, 건강투자정책관련 참고 자료-Vol 1-, 2007.3
- 보건복지부, 2005년도 건강증진사업 안내, 보건복지부
- 보건복지부, 2006년도 건강증진사업 안내, 보건복지부
- 연세대학교 의료복지연구소 건강도시연구센터. 원주시, WHO Award for Healthy Cities 2006, Application for the Award to Financing of Health Promotion Activities, How to Finance Healthy City Project-The Healthy City Project in Wonju Financed with Tobacco Tax. 2006.8.
- 정영호, 서미경, 이종태, 정형선, 고숙자, 채수미, 김명희. 우리나라 국민의 건강결정요인 분석, 한국보건사회연구원 건강증진사업지원단, 2006. 3. p.187-188
- 제니 나이두 저, 지역보건연구회 역, 건강증진-이론과 실제, 계축문화사, 2003
- 최은진 외 역, Keith Tones와 Jackie Green 저, 건강증진, 계축문화사, 2006. p.27
- 한국보건사회연구원. 보건복지부, 건강투자의 유효 전략과 방향, 2007.4.21
- 한국보건교육건강증진학회 역, IUHPE 저, 건강증진효과의 Evidence, 계축문화사, 2003, p 2-3
- 한상태, 김한중, 남은우. 국제보건학, 고려의학, 2008,
- Andrea Neiman, Mary Hall, "Urbanization and Health Promotion: Challenges and Opportunities", in David V. McQueen and Catherine M. Johnes, Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness, Springer, 2007. p.211-217
- De Leeuw, E and Skovgaard T, Utility Driven Evidence for Healthy Cities: Problems with evidence generation and application. Social Science and Medicine, 61, 1331-1341
- IUHPE, Shaping the Future of Health Promotion: priorities for action, 2007. 6. 7.
- Kelley Lee, Global Health Promotion: how can we strengthen governance and build effective strategies?, Health Promotion International, Volume 21 Supplement December 2006. p.45
- Mittlemark MB, Wise M, Nam EW, Burgoa CS, Saan H, Hargard S, and Tang KC, Mapping National Capacity to Engage in Health Promotion: Overview of Issues and Approaches, 6th WHO Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, 7-11 August 2005.
- Nam EW, Toshihiko H, Davies JK and Ikeda N, Health Promotion Policies in the Republic of Korea and Japan: a comparative study, Promotion and Education, November 2006. IUHPE, p. 20-28
- Nam EW, E Katrine, Health Promotion Capacity Mapping: the Korean Situation, Health Promotion International, Oxford Journals, 22 Number 2 June 2007. p. 160-161
- Takehito T et al, Healthy Cities and Urban policy Research, Spon Press, 2003
- Tones K and Green J, 최은진 외 역, 건강증진 계획과 전략, 계축문화사, 2006
- 松下 擴 外, 健康日本 21- 地域保健醫療計劃, 勁草書房, 2003.

<ABSTRACT>

<Special Article>

## International Trend of Health Education and Health Promotion

Eun Woo Nam

*Healthy City Research Center Institute of Health and Welfare Yonsei University at Wonju*

For the development of Korean health promotion projects, this paper appraised the capacities of health promotion projects and examined the latest international trend of the health promotion field, based on the appraisal of data made by the Ministry of Health and Welfare, 2005 and IUHPE relevant reports.

The capacities of Korean health promotion should be strengthened as follows: First, it is urgent to give health education and to use the professionals of it. Secondly, setting approach is required when working on health promotion projects. Thirdly, it is necessary to strengthen the capacities of local communities through the central government's administrative and financial supports for the healthy cities project which is a strategy of general approach to new public health projects.

The 21<sup>st</sup> century is an age of new public health that the cause for deaths increasingly is centered on life style. So it is necessary to expand the scope of health education to the field of making the environment of local community healthy beyond the level of individual health education. And further, it is required to develop the curriculum of health and to work out new strategies for health promotion.

In conclusion, Korea should train competent human resources in the fields of practice of healthy public policies, of knowledge-based projects, and of health promotion (like health educators). The political direction for it should be to promote various healthy city projects, not only health center-led health promotion projects, and further, to strengthen the capacities of the health promotion projects of local communities.

**Key words** : Health education and Health promotion; Healthy cities