

건강증진 연구의 방향과 과제: 한국건강증진재단 연구과제(2005-2011년)를 중심으로

김광기*†, 제갈정*, 함승우**, 안지영***, 박정은*

* 인제대학원대학교, 알코올 및 도박문제연구소

** 인제대학교 대학원

*** 인제대학교 디자인연구소

Directions for and Challenges in Health Promotion Research: Focusing on Research Funded by the Korean Health Promotion Foundation, 2005-2011

Kwang Kee Kim*†, Jung JeKarl*, Seung-woo Ham**, Jiyoung An***, Jung Eun Park*

* *Center for Alcohol and Gambling Problems, Inje Institute of Advanced Studies*

** *Graduate School, Inje University*

*** *Design Institute, Inje University*

<Abstract>

Objective: This paper aims to describe health promotion (HP) research according to HP activities, strategies, target population, and settings, and to explore challenges for HP to reflect principles and values. **Methods:** A content analysis was employed for all research reports funded by the Korea Health Promotion Foundation from 2005 to 2011. Content analysis was conducted according to the HP activities and strategies as mentioned in the Ottawa Charter, and by target population and setting. Challenges for HP research were explored by priority actions suggested by the International Union for Health Promotion and Education. **Results:** The total number of research was 384. The most popular topic was on HP actions for reorienting health services, followed by developing personal skills, creating supportive environments, building healthy public policy, and strengthening community actions. Research focusing on enabling strategies was most dominant among the HP strategies, while both advocating and mediating strategies were unlikely to be studied. An even distribution was found across target populations. The most popular setting was communities, followed by workplaces and schools. **Conclusion:** HP research tends to be anchored on bio-medical, individualized, and behavioral perspectives. A discussion was made to overcome this tendency by employing HP in social sciences theory and methods.

Key words: Health promotion research, Korea Health Promotion Foundation, Ottawa Charter, Biomedical perspective, Social development perspective

I. 연구의 필요성과 목적

국민 건강을 확보하려는 정책의 접근방식은 해결할 건

강문제의 특성에 따라 달라야 한다. 감염성질환이 지배하던 시절의 접근방식은 생명과학¹⁾에 기반을 둔 국가주도형 규제체계 방식이었으며, 이를 통해 각종 감염성 질환을 성

Corresponding author : Kwang Kee Kim

64 Jeodong2-ga, Jung-gu, Seoul, 100-032, Korea

100-032 서울 중구 저동 2가 64 인제대학원대학교

Tel: +82-2-2270-0982 Fax: +82-2-2270-0974 E-mail: liteup@naver.com

▪ 투고일: 2012.9.1

▪ 수정일: 2012.9.7

▪ 게재확정일: 2012.9.17

1) 생리학, 미생물학 및 통계학을 포함하는 것을 의미함

공적으로 관리할 수 있게 되었다. 그 결과 만성질환 예방과 치료가 공중보건 목표가 된 시절과 사회에서는 임상과학에 기반을 둔 전문가 중심의 해결방식이 지배하고 있었다 (Potvin & McQueen, 2010). 이제 이런 시절과는 다른 접근방식을 통해 국민들의 건강이 확보되어야 할 시기이다. Breslow (1999)는 평균수명이 인간이 누릴 수 있는 거의 최고 수준까지 늘어나고 모든 사람들이 질병없이 건강하게 오래 살기를 원하는 사회에서는 건강증진이 국민 건강 확보를 위한 접근방식이 되어야 한다고 주장하고 있다. 이런 사회에서의 건강은 단순히 질병이 없는 상태와 같은 생의학적 상태를 의미하는 것이 아닌 일상생활을 위한 수단으로서의 가치를 가진다(Breslow, 1999). 따라서 일상생활 속에서의 건강관리에 기반을 두고 있는 다양한 사회과학적 지식과 일반인(lay person)의 관점이 잘 반영된 문제해결 접근방식이 필요하다.

우리나라는 이미 “건강 100세 사회”를 표방²⁾하고 있는 것에서 볼 수 있는 것처럼 건강하게 오래 사는 것을 소망으로 하는 사회이다. 이와 같은 일반 국민들의 소망은 보건복지부의 건강정책에 공식적으로 반영되어 있다. 제3차 국민건강증진종합계획(HP2020)이 제시한 바에 의하면, 우리 국민의 건강을 위한 정책 목표는 건강수명 연장과 건강형평성 제고이다(Ministry of Health and Welfare, 2011). 여기에서 규정하고 있는 건강은 신체적, 정신적 및 사회적 안녕을 의미하는 포괄적인 것이며 모든 국민에게 보장되어야 할 기본 권리로 전제하고 있다. 또한, 건강수명 연장과 건강형평성을 달성하기 위한 전략으로 건강증진, 특히 방콕헌장에서 규정하고 있는 건강증진을 채택하였다고 명문화하고 있다. 국민의 주도적 참여에 의한 건강개선 및 건강결정요인 변화 능력향상을 지원하는 과정으로 건강증진을 규정하고 이를 HP2020의 기본틀에 명시적으로 반영하고 있다는 것은 이전의 접근방식과는 다르게 진일보한 것이다.

개인에게 건강관련 정보를 제공하고 건강한 태도를 가지도록 하면 건강생활실천은 성취될 수 있을 것이라는 가정 하에 개인에 초점을 둔 생의학적(biomedical) 관점³⁾의 건강증진이 국내 건강증진사업을 지배하고 있다. 이런 관점

때문에 해결되어야 할 건강문제는 만성 질환 예방에만 한정되거나 전문가나 국가에 의해 규정되어 주어지고(Cho, 2008), 해결방식은 건강위험요인의 제거나 감소와 같은 행동주의적 수준에만 한정되어(Choi, Kim, Kim, & Lee, 2007), 건강의 사회적 결정요인을 고려하는 노력이 부족하다(Kim, 2008). 보건소 중심의 국가 주도형이며 주민은 사업의 대상으로만 존재하고 있다(Cho, 2008; Kim, 2008). 이런 이유로 우리가 채택하고 있는 건강증진은 의학적 패러다임에 근거하여 시행되어 오던 보건정책에 건강증진이라는 전략만을 입힌 것에 불과하며, 따라서 건강증진 본래의 역사적 철학적 맥락을 고려하지 못하고 있다(Cho, 2008)는 비판을 받고 있다. 개인 중심의 생의학적 건강증진을 확대하여 건강에 영향을 미치는 모든 환경이 변화될 수 있도록 하는 사회변화 과정으로서의 건강증진으로 질적 변화를 모색할 시점이다. 단순히 질병이 없거나 허약하지 않은 개념의 건강이 아닌 일상생활 속의 자원으로서의 건강을 모든 사람들이 동일하게 성취할 수 있도록 하려면 개인행동뿐만 아니라 환경변화가 필수적이며 이는 보건분야를 뛰어 넘어 관련 모든 분야에서의 환경변화를 요구하는 일이다.

건강증진 정책이 성공적으로 수행되려면 연구에 근거하여야 한다는 전제에서 정부는 건강증진기금의 일부를 매년 연구에 투입해오고 있다(Nam, 1999). 건강증진 연구사업에 투입된 연구과제에 대한 연대기적 분석은 몇 차례 수행되었다. Lee (2005)는 1998-2004년까지 수행된 연구과제의 연구영역과 연구비의 연도별 분포를 기술하였고 Chung (2008)은 1998-2007년까지의 건강증진기금 연구사업을 연구자, 연구주제, 연구비 등으로 구분하여 분석하였다. 또한 건강증진재단은 2009년부터 건강증진연구사업 연보발행을 통해 연구주제, 연구비, 연구기관, 연구성격(기초연구, 응용연구), 연구분야(건강생활실천, 질병예방 및 관리, 건강지원환경, 건강증진기반구축), 방법론(연구설계 및 방법, 자료), 연구대상 및 연구결과별로 수행된 과제를 분류하여 정보를 제공하고 있다. 이를 통해 그간에 추진된 건강증진 연구사업의 형식적 특성과 문제점을 이해할 수 있게 되었다. 일회성 연구보다는 중장기적인 연구들이 장려되어야 하고, 이론에 근거하되 방법론적으로 치밀한 연구들이 부족하며, 평가와 정책화 방법에 관한 연구가 더 많이 수행되어야 한다는 과제 도출이 되었다(Lee, 2005). 하지만 기존의 건강증진 연구과제 분석 노력들은 수행된 연구과제들이 건강증진이 추구

2) 대한보건협회 2012년 협회 활동 슬로건임

3) 질병은 세균과 같은 특정 병인에 의해 발생하며 개인이 살고 있는 심리, 사회문화적 특성보다는 신체적 특성에 근거하여 질병을 판단하며 건강은 개인의 섭생으로 성취될 수 있는 것으로 여기는 서양의학 인식모델

하는 본래의 가치와 원리를 얼마나 잘 반영하고 있는지에 대한 설명은 하지 못하고 있는 한계를 가지고 있다.

본 연구에서는 우리나라에서 이루어지고 있는 건강증진 연구가 건강증진이 본질적으로 추구하여야 할 가치와 원리를 얼마나 잘 반영하고 있는지를 검토해보고, 이를 토대로 건강수명 연장과 건강형평성을 목표로 하는 사회에 적합한 건강증진이 되기 위해 보완되어야 할 과제는 무엇인가를 제시하고자 한다. 구체적인 연구목적은 2005년 이후부터 2011년까지 건강증진재단이 지원하여 공개된 건강증진 연구과제의 내용들을 건강증진의 본래의 가치와 원리 측면에서 검토해보고 문제점과 정책과제를 도출하려는 것이다. 이와 같은 노력은 HP2020의 평가를 위한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

우리나라 보건정책의 핵심 화두가 된 건강증진이지만 그 원래의 가치와 원리를 제대로 반영하지 못한 채 생의학적 관점에 함몰되어 있다는 문제의식을 가지고 건강증진 정책을 비판하는 학자는 많지만 비판의 경험적인 근거를 제시하려는 노력은 거의 없었다고 볼 수 있다. 국내에서 추진되고 있는 건강증진 전략이 건강증진 본래의 가치와 원리를 얼마나 잘 반영하고 있는지를 경험적 자료로 제시하고 과제와 새로운 정책방향을 모색해보는 노력은 이런 맥락에서 매우 필요하다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 우리나라에서 수행된 건강증진 연구들이 건강증진의 원리와 가치를 얼마나 반영하고 있는지를 기술하려는 것이다. 이를 위해 한국건강증진재단⁴⁾이 관리한 건강증진 연구과제를 대상으로 하였다. 한국건강증진재단은 보건복지부의 지원 하에 우리나라의 건강증진에 관한 연구와 사업을 실제적으로 관리하고 있는 곳이다.

1995년부터 국내의 건강증진법이 제정되고 1998년 건강증진기금이 마련되면서 건강증진 사업과 연구가 시작되었지만 2005년 이전에는 보건복지부가 시행하던 보건사업을

건강증진기금으로 지원하는 정도였고 일부 보건소에서만 건강증진사업이 이루어지고 있었다(Lee, 2006). 본 연구에서는 2005년부터 2011년까지 한국건강증진재단의 건강증진기금을 지원받아 수행된 연구 중, 연구보고서가 공개된 것만을 분석하였다. 건강증진사업이 전국의 보건소로 확대된 것은 2005년부터이고 HP2010에 대한 수정계획을 발표한 것도 2005년이다. 또한 2005년을 기점으로 건강증진 연구에 대한 연구비가 대폭 증액되었다(Lee, 2006). 이런 맥락에서 우리나라 건강증진 연구사업은 2005년을 기점으로 질적인 변화를 한 것이라고 보고, 2005년부터 2011년까지 수행된 건강증진재단 지원 연구과제를 분석대상으로 하였다. 구체적으로는 한국건강증진재단이 “건강증진연구사업10년: 보고서 모음 2005-2007”의 제목으로 발간한 CD(Korea Health Promotion Foundation, 2009)에 수록된 연구보고서 중, 2005년부터 2007년 사이에 수행되어 공개된 보고서 220개 전부와 건강증진재단의 홈페이지(연구성과>건강증진연구보고서)(Korea Health Promotion Foundation, 2012a)에서 제공되고 있는 2008년부터 2011년까지의 보고서 전체 164개를 합하여 총 384개를 분석대상으로 하였다.

본 연구에서는 국민건강증진법 제25조 제1항 제4조에 근거하여 보건교육, 영양개선, 구장보건, 질병예방 및 건강생활실천 등 건강증진과 만성퇴행성질환의 예방을 위해 국민건강증진기금으로 지원되는 조사연구사업을 건강증진 연구사업으로 규정하였다(Korea Health Promotion Foundation, 2012b). 연구과제는 정책연구과제와 일반연구과제로 구분되는데 정책연구과제는 정부정책 및 사업과 직접 관련하여 연구가 필요하다고 인정되어 제안된 과제이고 일반연구과제는 연구자가 창의적으로 연구내용을 정하여 제안하는 자유과제이다.

2. 분석방법

건강증진 연구과제가 본질적으로 추구하고 있는 건강증진의 원리와 가치를 얼마나 반영하고 있는지를 평가하기 위한 기준은 건강증진에 관한 오타와현장으로 하였다. 건강증진에 관한 다양한 정의가 존재하고 있지만 건강증진의 철학과 원리 및 핵심가치를 가장 잘 대변하고 있는 것은 오타와현장이기 때문이다(O'Neill, 2012). 오타와현장에서 규정하고 있는 5가지 건강증진 영역(건강한 공공정책, 지원적 환경조성, 지역사회 활동, 개인행동기술 및 보건의료서

4) 2011년 한국건강증진재단이 발족하기 이전에는 2005년부터 한국보건사회연구원 산하 건강증진사업지원단이었음. 따라서 건강증진사업지원단이 관리한 연구과제를 포함함.

비스 재조정)과 3가지 전략 및 대상을 생활터(setting)와 인구집단별로 구분하였다.

오타와현장의 영역과 전략에 따라서 분석 내용은 다음과 같이 분류하였다. 「건강한 공공정책」영역은 입법, 재무, 조세, 조직, 형평성, 소득, 사회정책 등과 같은 정책 및 제도 마련에 관한 것으로 건강증진종합계획 수립도 이 영역에 포함하였다. 「지원적 환경의 조성」에는 기후변화나 재난, 법률, 제도 등처럼 건강에 영향을 미치는 자연환경과 사회문화적 환경 및 건강도시를 포함하여 분류하였다. 「지역사회 활동 강화」에 포함되는 것은 지역사회 역량강화를 위한 지역사회 개발, 자원봉사자 활동과 자조활동, 사회적 지원, 지역사회 주민의 참여, 문제에 대한 주인의식 및 자금지원에 관한 내용이었다. 「개인 기술의 개발」에는 건강정보 제공, 생활기술 교육을 포함하여 행동변화 기술 교육 등을 포함시켰다. 「보건의료서비스의 재조정」에는 보건의료서비스, 임상서비스 개편, 보건의료전문가의 교육 및 훈련과 연구기반에 관한 것이 포함되었다.

오타와현장에서 기술하고 있는 전략 중, 옹호(advocate)는 특정 이슈나 정책을 지지하기 위해 필수적인 자원과 사회적 영향력을 동원할 수 있는 기술을 의미한다(Wallack, Dorfman, Jernigan, & Themba-Nixon, 1993). 여기에는 법률 개정이나 통과, 정책을 위한 언론 매체 활용, 정책 의제설정, 담배나 주류에 부담금 부과와 관련하여 여론지도자나 언론을 활용하려는 전략 등에 관한 내용을 포함하였다. 조정(mediate)은 보건 분야 이외의 다른 부문 간의 협력과 조정에 해당하며 정부 내의 부문 간 협력뿐만 아니라 지역사회 단체들 간의 이해 조정을 의미한다. 역량(enable)은 개인과 지역사회가 스스로 건강문제를 인식하고 이를 해결할 수 있는 능력을 갖추는 것으로 역량강화, 네트워크 개발과 자원개발, 인력이나 자원의 조직화와 연대활동 등(Keleher, MacDougall, & Murphy, 2007)을 포함하였다.

International Union for Health Promotion and Education [IUHPE]에서는 건강증진이 향후 추구해야 할 방향과 우선순위를 두어야 할 활동영역을 제시하고 있는 바, 우리나라의 건강증진 과제 도출을 위한 분석틀로서 이를 채용하였다. IUHPE 제안에 따르면, 향후 우선순위가 높아져야 할 영역은 건강한 공공정책, 부문 간 협력을 위한 구조와 과정의 강화, 근거중심의 건강증진, 건강증진 인력 역량강화 및 지역사회 역량강화이다(IUHPE, 2011). 「건강한 공공정책」에

서는 건강증진을 사회개발의 한 단계로 인식하고 건강의 사회적, 문화적 및 경제적 맥락을 고려하여야 하며 HP2010이나 HP2020과 같은 계획마련, 건강영향평가, 국제거래가 정책에 미치는 영향 등에 관한 것을 다룬다. 「부문 간 협력」에는 다부문간 접근, 다부문적인 접근을 하는 건강도시, 건강증진학교, 건강증진사업장, 이들 중에서도 개인적 수준이 아닌 조직적 또는 사회생태적 수준의 접근, 건강증진병원, 감염성 질환 대응과 관리, 중앙정부와 지방정부와의 협력을 위한 인프라, 건강증진재원, 담배값 인상, 주류부담금, 건강증진재단 운영 등을 포함하였다. 「근거중심의 건강증진」에는 건강증진사업 일반에 대한 평가, 효과성 및 비용효과성 평가, 연구결과의 확산, 연구방법과 분석 등을 반영하였다. 보건교육사 등을 포함하는 건강증진 담당인력에 대한 교육 훈련과 교과과정 개발은 「건강증진 인력 역량강화」로 구분하였다. 「지역사회 역량강화」에는 지역사회 활동, 지역보건의료계획과 같은 지역사회의 기획, 정책결정, 프로그램 수행과 평가, 지역사회 참여, 시민단체의 역할, 지역사회 동원, 지역사회 조직화 및 연대에 대한 내용을 포함시켰다. 이와 같은 분류기준에 따라서 한국건강증진재단 연구보고서를 분석단위로 하여 단변량분석을 통해 과제별 및 년도별 분포를 기술하였다.

3. 분석의 신뢰도

본 연구는 내용분석을 연구방법으로 채택하고 있기 때문에 내용을 분류하는 코더(coder)의 판단이 매우 중요하다. 건강증진 전공 교수 2인이 분석 유무를 구성하고, 이를 보건학 박사과정 대학원생 1명에게 사전 교육을 시행한 후 최초 분류하도록 하였다. 최초 분류된 것을 전공 교수 2인이 독립적으로 다시 분류한 다음 이들 3인의 일치도(reliability)를 파악하였다. 일치도는 2인의 코더간 일치도(percent agreement)⁵⁾의 평균값으로 추정하였으며, 그 결과 오타와현장에 근거한 분류의 일치도는 81.1%, 대상집단과 생활터별 분류의 일치도 86.5%, IUHPE가 권고한 우선순위 과제 일치도 83.8%로 높은 편이었다.

5) 가장 간단하게 측정할 수 있는 일치도로서 “PA0=코더 간 일치된 분석단위 전체/전체 분석단위”의 공식으로 추계됨 (Neuendorf, 2002).

Ⅲ. 연구결과

1. 건강증진 연구과제 수행 추이

2005년 이후부터 2011년까지 한국건강증진재단을 통해 이루어진 건강증진 연구과제는 <Table 1>에 정리한 바와 같다. 건강증진 연구는 2005년 97개, 2006년 77개에서 2007

년 46개, 2011년에는 33개로 지속적으로 감소하였으며 2006년 이후로 정책연구과제에 비해 일반연구과제의 비중이 감소되고 있는 추세를 관찰할 수 있었다. 정책연구과제는 2005년 37.1%에서 2008년 77.1%까지 지속적으로 증가하였다가 그 이후 2011년 57.6%에 이르기까지 감소하는 경향을 보이고 있었다. 2011년을 제외하고는 정책연구과제 수는 전체적으로 매년 30-40개 정도로 비슷한 양상이었다.

<Table 1> Number of Korea Health Promotion Foundation funded research reports by topic selection (2005-2011)

		Unit: No. of research (%)		
Year	Classification	Topics designated by MoHW	Topics chosen by researcher	Total
2005		36 (37.1)	61 (62.9)	97 (100.0)
2006		48 (62.3)	29 (37.7)	77 (100.0)
2007		35 (76.1)	11 (23.9)	46 (100.0)
2008		37 (77.1)	11 (22.9)	48 (100.0)
2009		28 (68.3)	13 (31.7)	41 (100.0)
2010		32 (76.2)	10 (23.8)	42 (100.0)
2011		19 (57.6)	14 (42.4)	33 (100.0)
Total		235 (61.2)	149 (38.8)	384 (100.0)

Note: MoHW: Ministry of Health and Welfare

2. 오타와현장 기준

건강증진이 본질적으로 추구하고 있는 원리와 가치를 가장 잘 반영하고 있다고 할 수 있는 오타와현장에 근거하여 그동안 건강증진재단을 통해 수행된 건강증진 연구과제를 분석하였다. 이를 위해 5가지 건강증진 영역과 3가지 전략, 대상 인구집단 및 연구현장별로 구분하였다.

1) 건강증진 영역과 전략

건강증진 연구과제를 오타와현장에서 기술하고 있는 5가지 건강증진 영역에 따라 분류한 결과는 <Table 2>와 같다. 2005년부터 2011년까지 수행된 연구과제 384개 중, 보건의료서비스의 재조정에 대한 연구가 56.1%로 가장 많았으며, 개인적 행동기술 개발(12.5%), 건강한 공공정책 수립(12.2%)과 지원적 환경 조성(11.4%)에 대한 연구가 비슷한 수준으로 수행되었다. 지역사회 활동 강화를 다루는 연구

가 7.8%로 가장 적었다. 정책연구와 일반연구로 구분하여 분류하였을 경우에는 약간 다른 양상을 보였다. 보건의료서비스의 재조정을 다룬 연구가 지배적인 것은 동일하였으나 그 정도에서는 약간 차이(정책연구 60.4%, 일반연구 49.4%)가 있었고 건강한 공공정책 수립과 지원적 환경조성 영역은 전체에서 차지하는 비율이 비슷한 수준이었다. 지역사회 활동 강화 영역은 일반과제와 정책과제 모두에서 가장 낮은 빈도를 보였고 정책과제에서는 5.5%로 일반과제(7.8%)에서보다 낮았다. 개인적 행동기술 개발의 경우 일반과제에서는 16.7%로 정책과제(9.8%)에서보다 상대적으로 높은 분포를 보였다.

<Table 2> Distribution of Korea Health Promotion Foundation funded research reports by health promotion action areas and strategies as mentioned in the Ottawa Charter (2005-2011)

Unit: % (No. of research)

Classific- ation	Contents	Classification											Sub -total	Total				
		Year					Topics designated by MoHW								Topics chosen by researcher			
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011	2011	
HP actions	Build healthy public policy	5.6	8.3	14.3	24.3	10.7	18.7	5.3	12.8	11.5	10.3	0.0	27.3	7.1	10.0	14.3	11.3	12.2
	Strengthen community actions	5.6	6.3	2.9	8.1	0.0	12.5	0.0	5.5	16.4	6.9	9.1	0.0	14.3	0.0	14.3	11.3	7.8
	Develop personal skills	8.3	14.6	2.9	2.7	14.3	9.4	21.1	9.8	14.8	20.7	0.0	0.0	28.6	30.0	21.4	16.7	12.5
	Create supportive environments	16.7	2.1	8.6	24.3	10.7	6.3	15.7	11.5	13.1	10.3	9.1	27.3	7.1	10.0	0.0	11.3	11.4
	Reorient health services	63.9	68.7	71.3	40.6	64.3	53.1	57.9	60.4	44.3	51.8	81.8	45.4	42.9	50.0	50.0	49.4	56.1
	Sub-total	100.0 (36)	100.0 (48)	100.0 (35)	100.0 (37)	100.0 (28)	100.0 (32)	100.0 (19)	100.0 (235)	100.0 (61)	100.0 (29)	100.0 (11)	100.0 (11)	100.0 (13)	100.0 (10)	100.0 (14)	100.0 (149)	100.0 (384)
HP strategies	Mediate	5.6	2.1	14.3	18.9	7.1	0.0	0.0	7.2	13.1	3.4	9.1	18.2	7.7	0.0	14.3	10.1	8.3
	Advocate	5.6	0.0	0.0	2.7	0.0	12.5	5.3	3.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	21.4	2.0	2.9
	Enable	88.8	97.9	85.7	78.4	92.9	87.5	94.7	89.4	86.9	96.6	90.9	81.8	92.3	100.0	64.3	87.9	88.8
	Sub-total	100.0 (36)	100.0 (48)	100.0 (35)	100.0 (37)	100.0 (28)	100.0 (32)	100.0 (19)	100.0 (235)	100.0 (61)	100.0 (29)	100.0 (11)	100.0 (11)	100.0 (13)	100.0 (10)	100.0 (14)	100.0 (149)	100.0 (384)

Note: HP: Health Promotion, MoHW: Ministry of Health and Welfare

2005년부터 2011년까지의 년도별 추이에서도 보건의료 서비스의 재조정을 다룬 연구가 지배적인 것은 정책과제와 일반과제 모두에서 동일하였다. 2007년에는 정책과제의 71.3%, 일반과제의 81.8%가 보건의료서비스 관련으로 이 영역이 가장 많이 다루어졌다. 그 다음 해인 2008년에는 정책과제가 40.6%, 일반과제 45.4%로 이전 년도들에 비해 낮아졌지만 분석 기간 중 가장 많이 다루어진 영역이라는 점에서는 동일하였다.

국민건강증진종합계획 수립과 건강형평성 영역이 포함된 건강한 공공정책 수립 관련 정책과제는 2005년에는 5.6%에 불과하였으나 지속적으로 증가해서 2008년에는 24.3%까지 증가했다가 이후 감소추세를 보이며 2011년에는 5.3%에 불과하였다. 한편 일반과제에서 건강한 공공정책 수립 관련 연구는 전체 과제의 10% 정도를 차지하는 시기가 많았지만 2007년에는 한 건도 없었고, 2008년에는 27.3%나 수행되기도 하였다. 기후변화나 재난발생 대비책 및 건강도시에 관한 정책과제가 포함된 지원적 환경조성에 관한 연구는 특별한 일관성 없이 증감을 반복했으며 대체로 보건의료서비스의 재조정에 대한 연구의 비중이 감소한 년도에는 증가하는 양상을 보였다. 지원적 환경조성에 관한 연구는 일반과제에서 년도별로 일정한 양상을 보이지 않았다.

보건교육을 통한 정보제공이나 건강생활실천 행동기술 개발과 같은 개인적 행동기술 개발을 다룬 연구는 정책과제의 년도별 분포에서는 일정한 양상을 보이지 않았지만 일반과제의 경우에는 2007년과 2008년에 한 건도 없었고 2005년(14.8%)을 제외하고는 20-30%의 비율로 상대적으로 높은 분포를 보였다. 정책과제 및 일반과제 모두에서 가장 낮은 비율로 다루어지고 있는 지역사회 활동 강화 영역은 년도별로 뚜렷한 추이를 보이지 않았다. 지금까지 건강증진 영역 중에서 지역사회 개발, 자원봉사자 활동과 자조활동, 사회적 지원, 지역사회 주민의 참여 및 건강문제에 대한 주인의식 등이 가장 소홀히 다루어지고 있는 것을 알 수 있었다.

오타와현장에서 제시한 3가지 전략인 옹호, 조정 및 역량을 기준으로 2005년부터 2011년까지 수행되었던 연구과제를 분석한 결과는 <Table 2>에서 살펴볼 수 있다. 전체적으로 역량을 다룬 연구가 88.8%였으며 조정을 다룬 연구는 8.3%, 옹호와 관련된 연구는 2.9%에 불과하였다. 정책연구과제 중 역량에 대한 연구의 비중이 89.4%로 일반연구과제 87.9%에 비해 좀 더 많았으며, 조정 7.2%, 옹호 3.4%로 각

각 분포되어 있었다. 일반연구과제 중에서는 조정 10.1%, 옹호 2.0%로 일반과제와 정책과제 모두에서 활용된 전략의 상대적 비율분포가 유사한 양상을 보였다.

이를 년도별로 살펴보면 옹호전략과 조정전략은 전혀 다루어지지 않은 시기가 여러 곳(옹호의 경우, 2006, 2007 및 2009년, 조정의 경우에는 2010년)에서 관찰되었으며 역량전략을 다룬 연구과제가 대부분인 경우가 많았다. 이는 정책과제와 일반과제 모두에서 비슷한 양상이었다. 년도별 추이에서는 뚜렷한 특성을 관찰할 수 없었다.

2) 인구집단 대상 및 연구현장

어떤 집단을 대상으로 하는 연구들이 주로 이루어지고 있는지를 생애주기를 고려하여 영유아, 초등학교, 중고등학교, 대학생, 청장년, 노년, 임산부로 분류하여 살펴본 결과는 <Table 3>과 같다. 한 과제가 한 개 집단 이상을 대상으로 하는 경우에는 이를 반영할 수 있도록 중복 응답방식으로 하였기 때문에 전체 대상 연구과제의 수가 1,676개였다. 전반적으로 대상집단별로 연구과제가 비슷하게 분포되었다. 2005년부터 2011년까지 수행된 전체 연구과제 중 영유아를 대상으로 한 연구는 12.5%, 초등학교 13.7%, 중고등학교 14.6%, 대학생 12.8%, 청장년 16.6%, 노년 16.4%, 임산부 13.4%를 차지하고 있었다. 이는 정책연구과제와 일반연구과제에서도 대체로 유사한 양상이었으나, 일반연구과제의 경우 청장년(18.1%)과 노년(19.8%)을 대상으로 하는 연구가 좀 더 많았다. 인구집단별 분포가 유사한 비율을 보이고 있는 것은 건강증진 사업을 생애주기별로 연계하여 추진하는 것을 강조하고(Lee, 2007) 있는 것과 관련이 있는 것으로 보인다.

정책연구과제를 년도별로 살펴보면 영유아를 대상으로 하는 연구는 2008년까지 증가하다가 그 이후 감소하는 추세를 보였고, 초등학교 대상 연구는 약간씩 증감을 반복하는 수준에서 큰 변화없이 연구가 수행된 것을 관찰할 수 있었다. 중고등학교 대상 연구는 2009년 16.7%로 가장 많이 수행된 후 감소하는 양상이었고, 대학생 대상 연구는 2005년 이후 감소하였다가 2009년 이후 다시 증가하는 추세를 보였다. 청장년 대상 연구는 2005년 19.7%, 2006년 16.6%로 감소하였다가 2007년 이후 14%~15% 수준에 머물러 있고, 노년 대상 연구는 2009년까지 증가추세였다가 다시 감소하는 양상이었다. 임산부에 대한 연구는 13%~14% 수준에서 지속적으로 이루어지고 있었다.

<Table 3> Distribution of Korea Health Promotion Foundation funded research reports by target population and setting (2005-2011)

Unit: % (No. of research)

Classification	Classification		Topics designated by MoHW									Topics chosen by researcher					Total		
	Year	Contents	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Sub-total	2005	2006	2007	2008	2009	2010		2011	Sub-total
Target population ¹⁾		Infants and children	10.9	12.5	14.8	16.1	13.0	12.9	13.0	13.3	10.5	10.3	12.1	13.3	12.9	12.4	8.3	11.0	12.5
		Primary students	12.7	14.4	13.6	13.8	13.0	14.5	14.8	13.8	12.2	14.3	15.2	15.0	12.9	15.6	11.1	13.3	13.7
		Secondary students	14.5	15.7	14.8	15.5	16.7	14.5	13.9	15.2	13.0	14.3	12.1	15.0	12.9	15.6	11.1	13.5	14.6
		College students	14.5	13.0	12.3	12.6	12.0	13.4	14.8	13.2	12.2	12.7	9.1	13.3	6.5	9.4	13.9	11.9	12.8
		Adults	19.7	16.6	14.8	14.4	14.8	15.1	14.8	15.9	18.9	15.9	21.2	15.0	16.1	18.8	25.0	18.1	16.6
		The elderly	13.9	14.4	15.5	14.4	16.7	15.1	14.8	14.8	19.7	19.8	21.2	15.0	25.8	18.8	22.3	19.8	16.4
	Pregnant or feeding women	13.9	13.4	14.2	13.2	13.8	14.5	13.9	13.8	13.4	12.7	9.1	13.3	12.9	9.4	8.3	12.4	13.4	
	Sub-total	100.0 (173)	100.0 (216)	100.0 (162)	100.0 (174)	100.0 (108)	100.0 (172)	100.0 (115)	100.0 (1120)	100.0 (238)	100.0 (126)	100.0 (33)	100.0 (60)	100.0 (31)	100.0 (32)	100.0 (36)	100.0 (556)	100.0 (1676)	
Setting		Schools	0.0	10.4	5.7	5.4	10.7	12.5	5.3	7.2	6.6	3.4	0.0	0.0	15.4	10.0	14.3	6.7	7.0
		Communities	69.5	64.6	57.2	51.4	57.2	50.0	47.4	57.9	63.9	62.2	63.6	81.8	61.5	80.0	64.3	65.8	60.9
		Workplaces	19.4	20.8	31.4	37.8	21.4	31.2	36.8	27.7	26.2	24.1	18.2	18.2	23.1	10.0	14.3	22.1	25.5
		Others	11.1	4.2	5.7	5.4	10.7	6.3	10.5	7.2	3.3	10.3	18.2	0.0	0.0	0.0	7.1	5.4	6.6
		Sub-total	100.0 (36)	100.0 (48)	100.0 (35)	100.0 (37)	100.0 (28)	100.0 (32)	100.0 (19)	100.0 (235)	100.0 (61)	100.0 (29)	100.0 (11)	100.0 (11)	100.0 (13)	100.0 (10)	100.0 (14)	100.0 (149)	100.0 (384)

¹⁾ Multiple responses; MoHW: Ministry of Health and Welfare

일반연구과제의 년도별 추이는 정책연구과제와는 약간 다른 양상을 보여서, 대상에 따른 연구과제의 비중이 변화가 좀 더 큰 것을 알 수 있었다. 영유아에 대한 연구는 2008년까지 증가하여 13.3%였으나 이후 감소하여 2011년에는 8.3%에 그쳤으며, 초등학생 대상 연구는 2005년 12.2%에서 2007년 15.2%로 증가하였으나 2009년 12.9%, 2010년 15.6%, 2011년 11.1%로 일정한 경향성 없이 증감을 반복하고 있었다. 중고등학생 대상 연구도 초등학생 대상 연구와 비슷한 양상을 보였다. 대학생 대상 연구는 2005년 12.2%에서 2007년 9.1%로 감소하였다가 2008년 13.3%로 다시 증가했으며, 2009년 절반이하(6.5%)로 감소하였다가 이후 다시 증가하는 양상이었다. 청장년과 노년을 대상으로 하는 연구과제도 증감을 반복하고 있는데, 정책연구과제에 비해 일반연구과제에서 그 비중이 약간 더 많았다. 임신부에 대한 연구과제는 2008년과 2009년 일시적으로 늘어나기는 하였으나 2005년 이후 전체적으로는 감소하는 양상이었으며, 정책연구에 비해 연구의 비중이 적은 것을 알 수 있었다.

건강증진연구를 생활터(setting) 기준으로 분류해 본 결과, <Table 3>에서 볼 수 있는 것처럼 2005년 이후 수행된 연구의 과반수가 지역사회를 대상으로 하였다(60.9%). 그리고 25.5%의 연구과제가 사업장을 대상으로 하는 연구였으며, 7.0%가 학교, 6.6%가 기타의 연구였다. 정책연구과제에 비해 일반연구과제가 지역사회를 대상으로 하는 연구 비율이 더 많았고(57.9%: 65.8%), 사업장 대상의 연구는 정책연구(27.7%)에서 일반연구(22.1%)보다 좀 더 많았다.

정책연구과제의 경우 년도별 추이를 살펴보면 생활터별 연구의 분포가 점차 고르게 분포되는 경향을 보였다. 지역사회 대상의 연구는 2005년 69.5%에서 지속적으로 감소하는 추세여서 2011년 47.4%였고, 사업장 대상 연구는 2005년 19.4%에서 증감을 반복하지만 전체적으로는 증가추세로 2011년 31.2%로 증가하였다. 학교 대상 연구는 2005년에는 한 건도 없었으나 이후 10%대와 5%대에서의 증감을 반복하고 있다. 기타 생활터 대상 연구는 2005년 11.1%에서 5%대로 감소하였다가 2009년 10.7%, 2010년 6.3%, 2011년 10.5%로 변화하였다.

일반연구과제의 경우 지역사회를 중심으로 하는 연구가 60%와 80% 수준에서 증감을 반복하고 있었으며, 그 다음이 사업장 대상 연구이었다. 학교 대상 연구와 기타 대상 연구는 비교적 비중이 적었다. 2007년부터 2010년까지의 기간 동

안에는 학교와 기타 생활터에서 이루어진 연구가 매우 미진하여, 2008년에는 해당하는 연구가 없었다. 이러한 결과를 통해볼 때, 일반연구과제가 정책연구과제에 비해 지역사회를 대상으로 하는 쏠림현상이 좀 더 심한 것을 알 수 있었다. 지역사회 전체를 대상으로 하는 연구과제가 지배적으로 많았던 것은 학교나 사업장 또는 기타 생활터를 명확하게 지정하지 않는 한, 전체 지역사회를 대상으로 하는 것으로 분류하였기 때문이다. 이런 점을 고려해 본다면 사업장을 대상으로 하는 연구과제가 상대적으로 높았다고 볼 수도 있다.

2. IUHPE가 권고하는 건강증진 우선순위 기준

IUHPE에서 제시하고 있는 미래 건강증진 우선순위에 의해 그동안 이루어진 건강증진 연구과제를 분류해본 결과는 <Table 4>와 같다. 2005년부터 2011년까지 이루어진 연구과제 전체 중, 가장 많은 부분을 차지하고 있는 것은 근거중심의 건강증진 관련 연구였다. 즉 사업평가, 효과성 및 비용효과성, 연구결과의 확산, 연구방법과 분석 등에 대한 연구가 55.7%였다. 다부문간 접근, 감염성 질환 대응과 관리, 중앙정부와 지방정부 협력을 위한 인프라 등과 같은 부문간 협력을 위한 구조와 과정의 강화에 대한 연구가 13.8%였으며, 건강증진 담당 인력의 역량강화에 대한 연구가 12.2%, 지역사회 활동이나 참여, 기획, 조직화, 연대 등의 지역사회 역량강화에 대한 연구가 12.0%, 건강한 공공정책에 대한 연구가 6.3%로 각각 나타났다.

정책연구과제의 경우 근거중심 건강증진 연구가 년도별로 크게 증가하였다가 감소하는 양상을 보였으며, 근거중심 연구가 크게 줄어든 2008년과 2010년의 경우에는 비교적 전 영역에서의 연구가 고르게 수행된 것을 볼 수 있었다. 2008년의 경우에는 지역사회 역량강화에 대한 연구(24.3%)와 부문간 협력을 위한 구조와 과정의 강화에 대한 연구(16.3%)가 증가하였고, 2010년에도 지역사회 역량강화에 대한 연구와 건강증진인력의 역량 강화에 대한 연구가 많았다.

일반연구과제에서는 2005년에 비교적 전 영역에서 고르게 연구가 수행된 것으로 나타났으나, 그 이후 한쪽 영역으로의 쏠림현상이 보였다. 2006년에는 근거중심 건강증진 연구와 인력의 역량강화에 대한 연구가 크게 늘어났고, 2007년과 2010년에는 80%이상의 연구가 근거중심 건강증진에 대한 연구가 수행되는 등 연구 분야에 대한 전략적인 기획이 이루어지지 못하였음을 알 수가 있었다.

<Table 4> Distribution of Korea Health Promotion Foundation funded research reports by priority areas suggested by IUHPE (2005-2011)

Unit: % (No. of research)

Contents	Classification		Topics designated by MoHW											Topics chosen by researcher											Total
	Year		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Sub-total	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Sub-total							
Putting healthy public policy into practice	5.6	14.6	8.6	2.7	0.0	3.1	5.3	6.4	9.8	3.4	0.0	9.1	7.7	0.0	0.0	6.0	6.3								
Strengthen structures and processes in all sectors	25.0	4.2	8.6	16.3	25.0	12.5	0.0	13.2	19.7	3.4	9.1	18.2	23.1	10.0	14.3	14.8	13.8								
Toward knowledge-based practice	55.6	72.8	60.0	45.9	50.0	43.8	78.9	57.9	37.7	58.6	81.8	45.5	53.8	80.0	64.3	52.3	55.7								
Building a competent health promotion workforce	11.0	6.3	11.4	10.8	14.3	18.8	15.8	11.9	16.4	20.7	0.0	9.1	0.0	10.0	7.1	12.8	12.2								
Empowering communities	2.8	2.1	11.4	24.3	10.7	21.8	0.0	10.6	16.4	13.8	9.1	18.2	15.4	0.0	14.3	14.1	12.0								
Total	100.0 (36)	100.0 (48)	100.0 (35)	100.0 (37)	100.0 (28)	100.0 (32)	100.0 (19)	100.0 (235)	100.0 (61)	100.0 (29)	100.0 (11)	100.0 (11)	100.0 (13)	100.0 (10)	100.0 (14)	100.0 (149)	100.0 (384)								

Note: MoHW: Ministry of Health and Welfare; IUHPE: International Union for Health Promotion and Education

IV. 논의

국민건강증진재단이 지원하는 연구사업은 2005년 이후로 연구과제의 수, 특히 일반연구과제 수가 감소하는 양상을 보였다. 일반연구과제 수의 감소는 전체적으로 과제 수와 연구비가 감소하는 추세(Korea Health Promotion Foundation, 2012b)에서 정책연구과제는 매년 비슷하게 유지되다보면 당연한 감소할 수밖에 없는 결과로 여겨진다. 근거기반 건강증진 사업이 되어야 사업이 성공할 수 있기(Choi et al., 2007) 때문에 연구사업에 대한 투자가 확대되어야 함에도 불구하고 연구과제 수와 연구비가 감소하고 있다는 것은 건강증진 사업 추진에 부정적일 가능성이 있다.

한국건강증진재단이 지원한 연구과제들을 오타와현장에서 기술하고 있는 영역에 따라 분류해 보았을 때, 보건의료서비스의 재조정에 관한 영역이 절반 이상(56.1%)를 차지하고 있었다. 보건의료전문가의 교육 및 훈련, 연구기반 조성, 검진과 같은 임상 의료서비스 개선 및 일차예방서비스 개선에 관련된 내용을 다루고 있는 보건의료서비스 재조정 영역에서 실태조사나 인프라 구축과 같은 연구기반 조성에 관련된 과제를 제외하면 생의학적 관점에서 건강증진을 접근하고 있는 주제들이 대부분이었다. Chung (2008)은 1998년부터 2007년까지 이루어진 건강증진 연구과제 분석에서 가장 많은 비중(35.6%)을 차지한 분야가 질병예방 및 관리라고 보고하고 있다. 이 외에 건강한 공공정책의 수립과 지원적 환경조성 및 개인적 기술 개발 영역에서는 개인들의 건강생활실천 향상을 위해 정책을 포함한 환경조성과 정보제공과 같은 보건교육 영역을 주로 다루고 있는 것으로 볼 수 있다. 개인수준의 행동변화 이론에 기반을 둔 건강생활실천 향상 연구과제들은 근본적으로 건강증진을 의학적 관점에서 바라보고 있다는 것을 의미한다는 지적(McQueen, 2010)을 고려해 본다면 국내 건강증진 연구과제를 지배하고 있는 관점은 전문가가 주도하는 생의학적 것이라고 할 수 있다. 이와 같은 양상은 자주 인용되는 건강증진의 정의를 통해서도 확인할 수 있다. 건강증진이란 기존의 임상위주 보건의료서비스를 만성질환 예방 중심으로 전환하여 개인들이 건강생활실천을 쉽게 실천할 수 있도록 조건을 조성해 주고 교육하는 과정으로 규정(Lee, 2007; Lee, 2006)되고 있다.

오타와현장에서 규정한 건강증진 영역 중, 상대적으로

관심이 가장 낮은 것은 지역사회 주민의 참여, 건강문제에 대한 주인의식 고취 및 지역사회 개발에 해당되는 지역사회 활동 강화 영역이었다. 지역사회 활동 강화가 전체과제의 7.8%에 불과할 정도로 연구과제로서 주목을 받지 못하고 있는 것은 현재처럼 의학적 관점에 근거한 건강증진이 지배적인 상황에서는 당연한 결과인지도 모른다. 전문가가 주도하고 개인은 건강증진의 사업 대상이 되고 있는 현재의 건강증진 접근방식(Cho, 2008)에서는 지역사회 활동이 주목받을 여지가 별로 없을 것이다.

건강증진연구사업에서 가장 많이 활용되고 있는 전략은 역량이었다. 여기에는 역량강화, 네트워크와 자원개발, 인력이나 자원의 조직화와 지역사회 자원들 간의 연대활동 등에 관한 것들이 포함되었지만 보건분야 내의 조직과 단체들 간의 연대활동과 건강생활 정보공유 및 사회적 지지를 위한 활동들이 지배적이었다. 역량강화를 심리적 및 행동적 차원과 같은 개인수준에서 주로 다루고 있는 셈이다.

오타와현장에 의하면, 건강증진은 개인이 건강한 생활습관을 실천하도록 하는 것 이상의 것으로 건강결정요인을 통제할 수 있는 것이어야 한다(Kelcher et al., 2007). 건강결정요인 개선의 책임은 개인에게 있는 것이 아니라 사회에 있는 것이라는 문제의식을 가진 개인으로서의 사회개발과 사회발전의 적극적인 참여자가 될 수 있도록 역량을 강화해주는 노력이 필요하다. 이를 위해서는 개인의 심리적 및 행동적 차원에 근거한 건강생활실천 향상 노력뿐만 아니라 사회자본과 문화자본을 확보할 수 있도록 조건이 만들어져야 한다. 예컨대, 수영과 자전거타기를 즐기는 특정 건강생활습관을 실천하려면 여기에 투자할 시간이라는 문화자본이 있어야 하며 이를 위해서는 노동시간 감축, 육아문제를 해결할 수 대안 마련, 또는 이것을 돈으로 해결할 수 있는 경제적 여유가 주어져야할 뿐만 아니라 이와 같은 건강생활습관에 가치를 두고 선호하는 태도에 의해 선택하여야 한다(Abel, 2010). 무형의 문화자산(cultural capital)인 가치와 태도는 가정이나 친구관계 또는 지역사회를 통해 사회적으로 학습되어 형성된다. 노동시간의 단축, 육아문제 해결 또는 수영과 자전거타기에 투자할 재원에 대한 접근성 증대는 지역사회 활동을 통해 성취할 수 있는 것이다. 이런 맥락에서 건강생활실천 향상을 원한다면 개인수준에서뿐만 아니라 사회구조적 수준에서의 접근이 동시에 있어야만 한다. 단순히 건강위험행동의 개선을 통한 개인의 역량강화

보다는 지역사회 활동 강화를 통해 사회자본이나 문화자본이 축적될 수 있도록 역량을 강화하는 것이 건강증진 목표 달성을 위해 필수적이다 (Morgan, 2007).

역량전략에 비해 상대적으로 다루어지는 빈도가 월등히 낮기는 하였지만 두 번째로 많이 활용되는 전략은 부문간 협력을 다루는 조정이었다. 건강증진은 보건부만이 아닌 다른 부문의 참여를 유도하고 협력이 잘 이루어 질 수 있도록 하는 전략이 중요하다(Keleher et al., 2007)는 인식이 존재하기는 하지만 아직까지는 미진하게 다루어지고 있다고 볼 수 있다. 조정은 IUHPE (2011)가 건강증진 분야에서 우선순위가 높게 다루어져야 할 전략으로 규정하고 있으며 우리나라의 건강증진에도 많이 적용되어야 한다. 특별히, 이 전략 원래의 의미가 건강도시 영역에 어떻게 적용되어야 하는 것인지에 대한 연구가 많이 필요하다.

가장 낮은 빈도로 다루어진 건강증진 전략인 옹호는 건강문제의 원인을 개인의 행동변화와 정보제공과 같은 관점만이 아닌 사회변화 및 정책변화에 의해 이루어지는 것으로 이해하여 건강 문제정의 및 개선을 위해 지역사회 자원이 동원될 수 있도록 사람들을 설득하거나 지지하는 것(Wallack, 2006)이 되어야 한다. 옹호를 가장 잘 수행할 수 있는 방안은 매체옹호(media advocacy)이다(Wallack et al., 1993). 건강문제가 사회적 환경에서 비롯되는 것이라는 인식이 국내에서는 아직 부족한 점과 이를 언론매체를 통하여 어떤 방식으로 전달하는 것이 예산 확보와 같은 자원 동원에까지 이를 수 있는 것인지에 대한 논의가 부족하기 때문에 옹호전략은 거의 활용되고 있지 못하고 있다고 본다.

HP2020에서 설정하고 있는 건강수명 연장과 건강형평성 향상이라는 목표는 건강증진이 추구하여야 할 핵심가치(Ridde, Guichard & Houeto, 2007)를 잘 반영한 것이지만 사회개발 또는 사회발전의 관점에 근거한 건강증진이 되지 않는다면 이 목표는 달성되지 못할 것이다(Keleher et al., 2007). 왜냐하면 건강증진은 개인이 건강한 생활습관을 실천하도록 하는 것 이상의, 건강결정요인을 통제할 수 있는 일종의 사회개발이기 때문이다.

건강형평성의 확보를 위해서는 저소득층을 대상으로 하는 건강검진서비스의 제공과 같은 사전 예방적 의료서비스의 확대도 필요하지만 그것으로 충분하지는 않다. 사회 및 정치적 구조의 산물로서 건강불평등이 발생하기 때문에 단순히 건강검진서비스 접근성에 대한 형평성 확보로는 건강

형평성이 확보될 수 없다(Ridde, 2007). 의학적 방식에만 의존하는 것에만 머물지 말고(Kickbusch, 1996) 건강불평등의 원인이 되는 사회 및 정치적 환경의 변화를 유도할 수 있는 노력을 하여야 한다. 이는 건강한 공공정책의 시행과 시민사회의 참여 확보를 통해 달성할 수 있다(IUHPE, 2008; Baum, 2007). 건강한 공공정책을 다루고 있는 연구과제가 12.2%에 불과하고 옹호전략을 다룬 연구과제도 2.9%에 불과하다는 것을 볼 때, 건강형평성의 목표성취를 위해서는 향후 건강한 공공정책과 이를 옹호할 수 있는 전략에 대한 연구가 많이 보장되어야 할 것으로 생각된다. 특별히 건강한 공공정책에 대한 정치적 및 사회적 지원을 유도하기 위한 매체옹호에 대한 연구, 예컨대, Social Networking Service와 같은 사회매체를 건강증진 정책 옹호에 활용하는 방법에 관한 연구들이 필요할 것이다.

건강한 공공정책이 시행하려면 모든 정책에서 건강을 고려하는 접근방식(health in all policies)과 함께 건강에 대한 사회적 책임이 강조되어야 한다(Wise, 2007). 이를 위해서는 관련된 부문 간의 협력과 주민과 조직의 참여를 조율할 수 있는 조정전략과 건강은 개인적 책임이 아닌 사회적 책임이라는 것을 옹호하는 노력이 필수적이다. 옹호전략과 마찬가지로 상대적으로 주목을 받지 못하고 있는 조정전략에 대한 연구과제가 확대되어야 하는 이유가 여기에 있다.

건강증진 연구과제에서 좀 더 비중 있게 다루어져 할 과제는 위에서 지적한 것처럼, 건강한 공공정책, 부문간 협력 및 지역사회 역량강화에 관한 영역 이외에 건강증진 담당인력을 위한 교육과 교과과정 개발이다. 그렇다고 근거중심의 건강증진 연구가 지금까지 상대적으로 많이 이루어졌다는 이유로 소홀히 다루어져야 한다는 것은 아니다. 당연히 질적 발전을 위한 연구가 지속적으로 이루어져야 할 영역이다.

건강증진 담당인력을 위한 교육과 훈련에서 강조되어야 할 것은 건강과 질병의 의학적 패러다임을 벗어나서 일상생활의 수단으로서의 건강향상은 성취될 수 있는 것이며 이를 위해서는 건강을 사회생태학적 모델로 인식하는 패러다임을 가지도록 하는 것이다. 이와 함께 건강형평성, 사회정의와 시민사회 참여, 지속적인 사회발전 또는 건강발전(health development)을 위한 투자 및 문화적 다양성에 대한 고려와 같은 건강증진의 핵심가치와 원리(IUHPE, 2008)가 학습될 수 있는 교육과정이 마련되어야 하며 따라서 이에

관한 연구가 시급히 이루어져야 한다.

건강증진 연구가 대상으로 하고 있는 인구집단별 분포가 전 생애에 걸쳐 비슷한 비율로 분포하고 있다는 것은 바람직해 보이며 이러한 경향은 지속되어야 할 것이다. 건강증진 사업은 생활터별 기반으로 이루어져야 한다는 점(Keleher et al., 2007)에서 보면, 지역사회를 제외하고 상대적으로 비율이 높았던 사업장 이외의 생활터를 대상으로 하는 연구가 확대될 필요가 있다. 특히, 학교를 대상으로 하는 연구는 지금보다 더 확대되어야 한다. 학교를 대상으로 하는 연구가 보건복지부의 정책연구과제로 선정될 가능성은 상대적으로 낮다고 볼 때, 학교대상 연구를 일반연구과제에 일정부분 포함되도록 하는 장치를 마련하는 것을 검토해 볼 필요가 있다.

우리나라 건강증진이 효과성과 지속가능성을 확보하기 위해 시급히 요구되는 것은 건강생활실천 중심의 건강증진틀(framework)에서 일상생활을 하는 수단으로서 건강에 장애가 되는 환경적 및 구조적 요인을 개선하는 사회발전 또는 사회개발의 건강증진 틀로 전환(reframing)하는 것(Keleher et al., 2007)이다. 이를 위해서는 무엇보다도 건강을 생물학적, 심리학적 현상 일뿐만 아니라 사회적 현상으로 파악하고 구조적이고 맥락적으로 이해할 수 있어야 한다(Abel, 2010). 따라서 사회과학적 이론에 근거를 두고 있는 연구과제들에 대한 문호가 확대되어야 한다. 지금까지의 연구들이 건강을 생물학적 및 심리적 현상으로 인식하고 있는 과제들에 더 많이 투자하였던 관행에서 벗어나기 위해서는 한국건강증진재단이 사회과학 기반 연구 확대를 위해 제도적인 장치를 마련할 필요가 있다. 감염병이 지배하던 시대의 건강 확보를 위한 지식기반은 생명과학이었고 만성질환이 지배하던 시대의 지식기반은 임상의학이었지만 모두가 건강하게 오래 살기는 소망하는 사회의 지식기반은 사회과학이기(Potvin & McQueen, 2010) 때문이다.

현재의 건강증진 연구과제 선정과정은 정책연구와 일반연구가 다른 절차를 가지고 있지만 일단 선정된 연구과제는 건강증진 본질의 가치와 원리를 반영할 수 있어야 한다. 하지만 이 전제는 보건복지부의 정책적 필요성보다 우선하지 못하는 한계를 가지고 있다. 이와 같은 태생적 한계를 극복하는 방법으로 일반연구과제는 정책연구과제가 충족시키지 못하는 영역을 보완하는 것에 한정하거나 모든 연구과제는 건강증진에 대한 전문적 식견과 경험을 갖춘 전

문기획담당자(project manager)의 조정을 거쳐 과제내용이 선정될 수 있도록 하는 대안을 검토해 볼 필요가 있다.

우리나라 건강증진 연구의 내용과 방향을 건강증진연구재단의 연구과제를 대상으로 탐색한 연구이기 때문에 본 연구는 몇 가지 제한점을 가지고 있다. 우리나라에서 수행된 건강증진 연구 전체를 대상으로 분석한 것이 아니며 분석유목과 내용분류과정에서 연구자들의 주관적 판단이 개입하였을 가능성, 특정 기간(2005년-2011년)의 연구만을 대상으로 하였기 때문에 해당 기간의 시대적 제약에서 자유롭지 못한 것 등의 한계를 가질 수 있다. 이와 같은 한계가 있지만 우리나라 건강증진 연구의 내용과 방향에 대한 탐색적 기술을 통해 후속연구의 기반을 구축하였다는 의미를 가질 수 있다.

V. 결론

만성질환 사전 예방을 위한 개인수준의 건강생활실천에 초점을 둔 건강증진 연구들이 양적으로 증가한 가운데 건강증진은 효과성, 효율성 및 지속가능성의 확보라는 측면에서 새로운 과제를 가지고 있다. 연구설계, 이론적용, 과학적 평가와 지속성의 함양 등 연구 질적인 측면에서의 발전이 있어야 함과 동시에 지역사회와 사회발전 관점에서 건강증진을 이해하고 사업을 수행하려는 노력을 기울여야 한다. 건강을 일상생활의 자원으로서 인식하고 건강에 장애가 되는 환경적 및 구조적 요인을 개선하려는 사회발전 또는 사회개발 관점의 건강증진으로 전환하는 것이 건강수명의 연장과 건강형평성 확보를 효과적이고 지속가능하게 하기 위해 필요하다. 건강증진 연구과제가 이를 선도하여야 하며 건강한 공공정책의 시행, 지역사회 활동 강화 및 지역사회 역량강화와 같은 영역에 관한 연구와 함께 옹호나 조정전략과 같은 분야의 연구가 활성화되어야 할 것이다. 또한, 건강을 생물학적이고 행태학적으로 이해하는 시각을 확장하여 일종의 사회현상 또는 문화현상으로 인식하는 사회과학적 방법과 이론을 적극적으로 수용하는 것이 건강증진 연구와 사업의 활성화를 위한 한 대안이 될 것이다.

참고문헌

- Abel, T. (2010). Cultural capital in health promotion. In D. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin, J. M. Pelikan, L. Balbo & T. Abel (Eds.), *Health & modernity: The role of theory in health promotion* (pp. 43-73). New York, NY: Springer.
- Baum, F. (2007). Cracking the nut of health equity. *Promotion & Education* 14(2), 90-95.
- Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1030-1033.
- Cho, B. H. (2008, January). *A critical thought from humanities on health promotion in Korea*. Paper presented at the 1st Forum on Health Promotion organized by Korea Institute for Health and Social Affairs, Seoul, Korea.
- Choi, E. J, Kim, D. J, Kim, K. H, & Lee, S. H. (2007). Strategies to utilize evidence for health promotion programs. Seoul, Korea: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Chung, A. S. (2008, December). *Current situation and challenge in health promotion research*. Paper presented at the 10th Anniversary Workshop for Health Promotion Research organized by the Ministry of Health and Welfare, Seoul, Korea.
- International Union for Health Promotion and Education. (2011). Shaping the future of health promotion: priorities for action. Retrieved from http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/SFH_P_ENG.pdf
- International Union for Health Promotion and Education. (2008). Toward domains of core competency for building global capacity in health promotion: The Galway Consensus Conference Statement. Retrieved from http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap_building/Galway_Consensus_Statement.pdf
- Keleher, H., MacDougall, C., & Murphy, B. (2007). *Understanding health promotion*. South Melbourne, Victoria, Australia: Oxford University Press
- Kickbusch, I. (1996). *Health promotion: A global perspective*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Kim, K. K. (2008, January). *Towards integrated health promotion model*. Paper presented at the 1st Forum on Health Promotion organized by the Korea Institute for Health and Social Affairs, Seoul, Korea.
- Korea Health Promotion Foundation. (2009). *A collected volume of health promotion research in last 10 years: year of 2005-2007*. Seoul, Korea: Author.
- Korea Health Promotion Foundation. (2012a). *Research database*. Retrieved from <http://research.hp.go.kr/hpResearch/rsrptTma.dia?method=initView&mmid=021200000000>
- Korea Health Promotion Foundation. (2012b). *Annual report on health promotion research 2011*. Seoul, Korea: Author.
- Lee, J. Y. (2007). The past and future of health promotion program in health center. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 24(2), 135-148.
- Lee, K. S. (2005, May). *Challenges and systematic modification of programs provided by health promotion fund*. Paper presented at 2005 Spring Conference of the Korean Society for Health Education and Promotion, Seoul, Korea.
- Lee, K. S. (2006). Achievement of health promotion program in Korea. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 23(1), 143-171.
- Potvin, L., & McQueen, D. (2010). Modernity, public health, and health promotion. In D. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin, J. M. Pelikan, L. Balbo & T. Abel (Eds.), *Health & modernity: The role of theory in health promotion* (pp. 12-20). New York, NY: Springer.
- McQueen, D. (2010). Critical issues in theory for health promotion. In D. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin, J. M. Pelikan, L. Balbo & T. Abel (Eds.), *Health & modernity: The role of theory in health promotion* (pp. 21-42). New York, NY: Springer.
- Ministry of Health and Welfare. (2011). *Healthy People 2020*. Seoul, Korea: Author.
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promotion & Education*, 14(2), 17-22.
- Nam, J. J. (1999). Future directions for health promotion research. *Health & Welfare Forum* 9, 5-13.
- Neuendorf, . (2002). *The content analysis guidebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- O'Neill, M. (2012). The Ottawa Charter: A manifesto for 'protester'? *Global Health Promotion*, 19(2), 3-5.
- Ridde, V. (2007). Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion? *Promotion & Education*, 14(2), 63-67.
- Ridde, V., Guichard, A., & Houéto, D. (2007). Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity. *Promotion & Education*, 14(2), 12-16.
- Wallack, L. (2006). Media advocacy: Strategy for empowering people and community. In M. Minkler (Ed.), *Community organizing and community building for health* (pp. 419-432). Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Wallack, L., Dorfman, L., Jernigan, D., & Themba-Nixon, M. (1993). *Media advocacy and public health: Power for prevention*. Newbury Park, CA: Sage.
- Wise, M. (2007). The role of governance in health promotion effectiveness. In D. McQueen & C. Jones (Eds.), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 259-278). New York, NY.: Springer.