

---

# 地域社會에서의 保健教育方向 設定을 위한 研究

徐美卿

---

狹義의 概念으로 접근한 地域사회 保健교육의 대상은 전체인구의 59.4%인 2648만 3천명이다. 인구학적 특성으로는 未就學 어린이, 老人(60세 이상 노인의 95.9%), 女性(30세 이상 여성의 90% 이상)이 대부분이다. 地域사회保健교육 重點 主題는 우리 나라에 有病率이 높거나 致命率이 높은 질환에 영향을 미치는 원인 중 保健교육의 개입으로 개선이 가능한 健康生活習慣으로 운동, 흡연, 음주, 영양, 비만, 스트레스, 예방접종, 건강검진, 구강관리 관련 예방행동, 운수사고관련 예방행동이다. 이러한 健康行爲에 대한 保健教育的 접근은 개인의 특성에 따라 개별적이며 專門的으로 접근하여야 한다. 또한 예산이 충분히 지원되어, 선정된 保健교육 주제에 대한 持續的이고 統合的인 保健교육이 실시되어야 한다. 또한 전문적인 保健교육을 위하여 국가 또는 공인된 기관이 주관하여 保健教育 專門人力에 대한 양성이 시급히 이루어져야 한다.

주요용어: 地域사회, 保健교육

---

筆者: 본고는 徐美卿 副研究委員에 의해 수행된 『國民健康增進을 위한 保健教育弘報戰略 開發』(1998)의 내용 일부를 수정·보완한 것임.

▶ 원고를 검독하여 주신 李州烈·崔銀珍 責任研究員께 감사드립니다.

## I. 序論

건강한 생활습관은 개별적 혹은 복합적으로 만성질환의 발생 및 악화 또는 회복에 영향을 미치고 있다. 현대의 疾病構造에서는 개인의 건강을 결정하는 요인으로 ‘개인의 생활습관’이 52%를 차지하며, ‘유전적 요인’이 20%, ‘環境的 要因’이 20%이며, 기존 보건의료제도에서 가장 역점을 두고 많은 자원을 투입한 ‘醫療 서비스’는 불과 8% 정도만이 건강에 영향을 주고 있는 것으로 나타나고 있다(남정자 외, 2000)<sup>1)</sup>.

따라서 건강생활습관의 향상은 현대의 疾病을 예방, 감소시키는데 중요한 역할을 하며, 비용 절감의 효과를 보여주고 있다. 적당한 운동, 금연, 적당한 體重의 유지, 절주, 7~8시간의 수면습관, 규칙적인 아침식사 등의 건강한 생활습관을 실천할 경우 그렇지 않은 사람보다 早期死亡의 위험이 적은 것으로 나타나고 있다(Belloc, N.B., 1973). 미국 질병관리센터(CDC)의 연구에 의하면, 당뇨병환자 보건교육에 1불을 투자한 경우 2~3불의 의료비용 절감 효과가 있었고, 50~60대 여성을 대상으로 乳房癌 검사를 매 2년마다 실시함으로써 다른 예방사업에 비해 매우 적은 비용으로 생명을 구할 수 있었다. 특히, 학교 학생을 대상으로 실시한 금연, 약물 및 알코올 남용, 성교육은 불필요한 건강비용에 비해 14배의 費用 便益이 있었다(UK Dept. of Health, 1992).

만성질환의 예방은 건강생활습관의 향상이라는 행태변화를 통하여 가능하며, 이러한 行態變化의 유도는 효율적인 보건교육 및 홍보전략을 통

---

1) 유전적 요인(20%), 환경적 요인(20%), 개인의 생활습관(51%), 의료서비스(8%)를 들 수 있는데, 개인의 생활습관이 건강결정요인에서 차지하는 비율이 50% 정도로 건강결정요인의 반을 차지한다(O'Donell, 1999; U.K., Department of Health, February 1998.).

하여 접근하여야 한다. 본 연구에서는 우리 나라에서 만연하는 만성질환의 예방 및 유병률의 감소와 早期死亡을 방지할 수 있도록 보건교육의 현황 분석을 실시하고 이에 대한 대책을 마련하고자 한다.

## II. 研究方法

우리 나라에서의 위험요인에 대한 보건교육 수요 및 공급현황을 분석하고자 공급자 및 수요자조사를 다음과 같이 실시하였다.

### 1. 供給者 調査

본 연구의 조사대상은 전국의 244개 보건소, 16개 시·도청 및 34개 보건관련단체의 보건교육실무담당자를 대상으로 보건교육 현황 및 개선방안에 관하여 1999년 8월 6~31일까지 조사를 실시하였다. 보건소와 시·도청 및 保健關聯團體의 보건교육담당자를 대상으로 조사한 내용은 우리나라에서 주요한 만성질환에 영향을 미치는 건강생활습관(흡연, 음주, 운동, 영양, 비만, 건강검진, 구강관리, 스트레스관리, 운수사고 관련행위)에 대한 보건교육현황으로 郵便調査 및 출장을 병행하여 실시하였다.

### 2. 需要者 調査

일반인들의 健康危險要人에 대한 행동단계실태를 파악하기 위하여 일반인 1,000명(전화번호부에서 표본추출)에 대하여 주요 만성질환에 영향을 미치는 건강생활습관에 대한 일반인의 태도를 분석하였다. 조사내용의 기본틀은 행동단계 理論을 적용하여 각 건강생활습관별로 5단계로 구분하였고, 1999년 8월 31일~9월 3일(4일간)까지 전화조사를 실시하였다. 건강생활습관으로 구성된 설문지의 항목에서는 ① 흡연여부, ② 운

동 여부(주 3회 이상, 숨가쁘고, 땀이 날 정도, 30분 이상 지속), ③ 영양(세 끼를 규칙적으로 드십니까?), ④ 비만(체중을 줄이거나 늘리려는 노력을 해 보셨습니까?), ⑤ 口腔健康習慣(저녁식사 후에 또는 잠자기 전에 반드시 이를 닦고 주무십니까?), ⑥ 음주습관(요즈음 술을 드시면 적당하게 드시는 편입니까?) 運輸事故豫防習慣으로 ⑦ 운전을 하십니까? ⑧ 운전을 할 때 안전벨트를 언제나 착용하십니까?(운전을 하는 경우만) 또는 남이 운전하는 차를 탈 때 언제나 안전벨트를 착용하십니까? 를 질문하였다.

각 질문의 응답은 5단계의 項目으로 나누어, 어느 단계에 해당되는지를 응답하도록 하였다.

### 3. 行動段階理論(Stages of Change Theory)

James Prochaska에 의하여 개발되고 발전된 이론으로 개개인의 건강 생활습관 정도 및 태도, 지식 등에 따라 보건교육적 접근법을 달리하여 접근하는 방법이다. 이 스테이지 理論에서는 건강생활에 대한 개인의 준비단계를 5단계로 구분하고 있다. 5단계는 계획이전(precontemplation) 단계, 계획(contemplation)단계, 준비(preparation)단계, 실행(action)단계, 지속(maintenance)단계의 순서이다.

計劃以前段階는 변화 계획이 없는 단계이다. 자신의 행동에 문제를 갖지 않으며, 변화하여야 할 필요성을 느끼지 않는다. 이러한 대상에게는 변화의 이익을 강조하고, 압력이 적은 정보를 많이 제공하는 것이 효과적이다. 計劃段階는, 문제를 인식하고 곧 행동변화를 하겠다는 생각을 하는 단계이다. 이 단계에서는 주위로부터 자극(가까운 사람의 흡연 관련 죽음, 본인의 heart attack 등)이나 동기부여가 없다면 이러한 단계가 지속되면서 올바르지 못한 행동이 계속될 수 있다.

準備段階는 구체적인 행동실행계획이 잡혀져있는 단계이다. 이 단계에서는 실행 가능한 목표를 설정하는 것이 중요하며, 금연교실 등 실천교

육 행동 중심적인 프로그램이 효과적이다. 行動段階는 건강한 생활습관을 갖기 위하여 노력하는 단계로 개인적인 시간과 노력을 상당히 투자하여야 하는 기간이다. 이 단계는 사람에 따라 1일~6개월 정도 지속되며, 이 기간 중에는 건강행동이 일정하게 지속되지는 않는다. 새로운 행동을 지속시키기 위한 교육방법을 도입하여야 한다. 維持段階는 중독성 또는 습관성이던 불건전한 행동이 없어진 단계로, 새로운 생활습관이 6개월 이상 지속된 경우이다. 이러한 생활습관이 지속적으로 유지되기 위하여는 이웃의 지원이 절대적으로 필요하다.

〈表 1〉 行動段階別 特徵

단계	행동의 특징	주요 보건교육 제공메세지 및 방법
계획이전단계 (precontemplation: never)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가까운 미래에 행동을 변화시킬 의사가 없음.</li> <li>• 문제를 인식하지 못하거나 간과함.</li> <li>• 변화를 강요당하는 느낌을 받음.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인지유도(awareness): 변화의 이익 강조</li> <li>• 압력이 적은, 그러나 양질의 정보 제공</li> </ul>
계획단계 (contemplation: someday)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 문제를 인식함.</li> <li>• 가까운 미래에 변화할 의사가 있음.</li> <li>• 구체적인 계획은 없음.</li> <li>• 이 단계에 머무르고 준비단계로 넘어가지 못하는 경우가 많음.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인지유도(awareness): 변화에 따른 불편함, 작은 생각의 변화가 큰 행동의 변화 유도</li> </ul>
준비단계 (preparation: soon)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1달 이내에 행동으로 옮길 계획이 있음.</li> <li>• 과거에 시작했던 계획이 실패했던 경험이 있기도 함.</li> <li>• 작은 행동의 변화가 나타나기도 함.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 행동실천교육: 행동 중심적인 프로그램, (금연)교실 등 실현 가능한 목표 설정</li> </ul>
행동단계 (action: now)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 현재의 문제를 극복하기 위하여 행동, 경험, 환경을 조성시킴.</li> <li>• 상당한 시간과 정성이 필요함</li> <li>• 행동이 지속적으로 이루어지지 않음.</li> <li>• 1일~6개월 정도 지속함.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중재(intervention): 변화된 행동의 지속</li> </ul>
유지단계 (maintenance: forever)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중독성 또는 습관성 행동이 없음.</li> <li>• 새로운 생활습관이 6개월 이상 지속됨.</li> <li>• 새로운 행동이 자신의 한 부분으로 정착됨.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• support: 변화된 행동의 지속</li> </ul>

### Ⅲ. 地域社會 保健教育 需要 分析

#### 1. 對象

보건교육은 개인의 신념, 태도, 행동에 영향을 주어, 자발적으로 올바른 결정을 하도록 돕는 기전으로, 행동수정을 통한 보건문제의 해결을 시도하는 과정이다(WHO, 1969; 美國 公衆衛生教育 協會, 1973; Green, L.W., et. al., 1980; Mico, P. and Ross H., 1975).

지역사회 보건교육은 접근방법에 따라 크게 지역사회 일반주민 대상 보건교육과 지역사회 내의 특정 조직 및 인구집단에 대한 보건교육으로 구분된다. 광의의 개념인 지역사회 안에서의 보건교육은 특수대상에 대한 목적적 접근을 시도한다. 그 예가 지역사회 안에서의 學校, 産業場, 保健의료기관 등이 수행하는 보건교육이다. 따라서 廣義의 개념에 의한 지역사회 보건교육은 전 국민을 대상으로 한다. 그러나 狹義의 개념인 지역사회 보건교육은 지역주민을 대상으로 지역사회 전반에 걸쳐 접근을 시도하며, 지역사회주민에 대한 직접적인 보건교육으로, 보건교육의 대상은 지역사회 거주자이다. 즉, 산업장(산업안전보건법에 의하여 노동부에서 주관), 학교(학교보건법에 의하여 교육부에서 주관)는 제외되며, 건강상의 기준으로 볼 때 질병이 있는 사람(병원에서 주관)도 제외된다. 본 논문에서는 협의의 개념을 채택하여, 地域社會 保健教育 對象을 선정하며, 이들에 대한 보건교육 방법을 논하고자 한다.

이와 같은 경우 지역사회 보건교육 대상은 전 人口의 59.4%로 미취학 어린이, 노인(60세 이상 노인의 95.9%), 女性(30세 이상 여성의 90% 이상)이다.<sup>2)</sup>

---

2) 학교에서의 보건교육은 학교보건법에서 관장하고 있으며, 대상은 유치원, 초등학교, 중학교, 고등학교, 특수학교, 고등기술학교, 공민학교, 고등공민학교 재학생(3~29세) 11,727,894명과 교직원 428,257명으로 추산된다. 산업장

〈表 2〉 地域社會 保健教育 對象者 分布

(단위: %, 명)

		계	0~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60세 이상
전체		100.0 (44,553,301)	31.6 (14,098,995)	19.0 (8,442,291)	18.8 (8,364,103)	12.4 (5,535,396)	8.9 (3,977,229)	9.3 (4,135,287)
	남	100.0 (22,357,135)	32.9 (7,349,117)	19.3 (4,316,357)	19.0 (4,249,367)	12.7 (2,841,359)	8.7 (1,952,512)	7.4 (1,648,423)
여		100.0 (22,196,166)	30.4 (6,749,878)	18.6 (4,125,934)	18.5 (4,114,736)	12.1 (2,694,037)	9.1 (2,024,717)	11.2 (2,486,864)
	전체	14.2 (6,342,071)	0.9 (127,340)	24.8 (2,092,224)	24.3 (2,035,058)	22.2 (1,226,287)	17.4 (693,524)	4.1 (167,638)
산업장 <sup>1)</sup>	남	20.5 (4,572,407)	0.6 (43,573)	27.6 (1,189,586)	40.0 (1,701,118)	33.8 (959,302)	27.8 (541,904)	8.3 (136,924)
	여	8.0 (1,769,664)	1.2 (83,767)	21.9 (902,638)	8.1 (333,940)	9.9 (266,985)	7.5 (151,620)	1.2 (30,714)
학교	전체	26.3 (11,727,894)	62.3 (8,777,068) <sup>2)</sup>	35.0 (2,950,826) <sup>3)</sup>	-	-	-	-
	전체	59.4 (26,483,330)	36.8 (5,194,587)	40.2 (3,399,235)	75.7 (6,329,045)	77.8 (4,309,109)	82.6 (3,283,705)	95.9 (3,967,649)
지역사회	남		-	-	60.0 (2,548,249)	66.2 (1,882,057)	72.2 (1,410,608)	91.7 (1,511,499)
	여		-	-	91.9 (3,780,796)	90.1 (2,427,052)	92.5 (1,873,097)	98.8 (2,456,150)

註: 1) 종사자수 50인 미만 사업장에 근무하는 근로자는 전체 사업장 근로자의 의 42%임(1997. 4. 30일 현재).

2) 유치원(3~5세) 533,912명, 초등학교(6~11세) 3,834,561명, 중학교(12~14세) 2,011,468명, 고등학교(15~17세) 2,326,880명임.

3) 대학교 이상(18~28세) 학생수(1998년 현재)임.

資料: 노동부, 『노동통계연감』, 1998, p.66.

교육부 등, 『교육통계연보』, 1998.

## 2. 重點 保健教育 主題

보건교육 중점 주제의 선정은 여러 가지 基準에 의하여 선정이 가능

대상자는 산업안전보건법의 관장을 받는 모든 사업장 202,095개소의 사업 주, 종사자 6,342,071명이며 주로 30~50대의 남자로 구성된다. 지역사회 보건교육의 대상은 전체인구의 59.4%이며, 인구수로는 2648만 3천명이다.

하나, 본 논문에서는 치명성과 規模의 원칙에 따라 보건교육 중점주제를 선정하였다. 이 원칙에 따라 우선적으로 우리 나라에서 유병률이 높거나, 死亡原因이 되는 질환을 선정하면, 腦血管疾患, 심장질환(허혈성 심장질환 및 기타질환), 운수사고, 간질환, 위암, 소화성궤양 및 위염, 관절염, 기타 근골격계질환, 치아우식증, 고혈압이다(통계청, 1999; 남정자 외, 1995). 이러한 질환의 예방에 기여하는 보건교육적 요소로서 개인의 행동 변화가 가능한 요인은, 運動, 吸煙, 飲酒, 營養, 肥滿, 스트레스, 豫防接種, 健康檢診, 口腔管理關聯豫防行動, 운수사고관련예방행동이다(서미경 외, 1999). 따라서 보건교육의 중점질환으로는 腦血管疾患, 心腸疾患(허혈성 심장질환 및 기타질환), 운수사고, 간질환, 위암, 소화성궤양 및 위염, 관절염, 기타 근골격계질환, 치아우식증, 고혈압이며, 중점 주제는 주요질환에 영향을 미치는 건강생활습관과 관련된 요소인 흡연, 음주, 영양, 운동, 비만, 스트레스, 건강검진, 예방접종, 구강관리, 운수사고 예방관리이다.

### 3. 重點 保健教育 主題에 對한 保健教育 準備 程度

지역사회 주민의 중점주제에 대한 保健教育準備度를 건강행동단계에 따라 구분하면 다음과 같다. 흡연의 경우는 흡연자 중에서도 금연을 할 의사가 전혀 없는 사람과(계획이전단계), 禁煙을 할 의사가 있는 사람(계획단계, 준비단계)으로 구분된다. 금연자 중 78.9%는 계획이전단계이며, 11.0%는 계획단계, 11.1%는 準備段階에 있다. 이러한 분포는 음주, 운동, 영양, 체중조절행동에서도 유사하게 나타난다. 計劃以前段階의 분포는 음주자의 78.9%, 운동을 아직 실시하지 않는 사람의 79.6%, 바람직한 영양습관을 가지고 있지 않은 사람의 67.8%, 체중조절 미실시자 중에서 77.3%이다.

따라서 바람직하지 않은 건강행동습관을 가진 사람 중의 약 25% 정도는 보건교육의 실시를 통하여 비교적 쉽게 바람직한 건강생활습관으



로 전환이 가능한 사람으로 분류가 된다. 특히 이담기와 安全벨트 着用의 두 가지 행동에 대하여는 이를 닦지 않거나 안전벨트를 착용하지 않으면서 변경할 의사가 없는 사람의 비율이 이담기 46.1%, 안전벨트착용 52.8%로 상대적으로 낮다. 이는 이담기와 안전벨트 착용 즉, 구강관리행위와 운수사고 豫防行爲는 다른 건강행위 보다 쉽게 바람직한 행동으로 전환이 가능하다는 결론을 유도한다.

반면에 현재 바람직한 건강생활을 하더라도 다시 원래의 행동으로 되돌아갈 가능성이 있는 사람이 있음을 주지하여야 한다. 예를 들면 금연을 실시하고 있는 사람 중에서도 禁煙을 실시한 지 아직 6개월이 안된 사람은 다시 흡연행동으로 돌아갈 확률이 높은 사람으로 분류되는데 금연자의 약 1.9%를 차지한다. 그러나 이 조사에서는 吸煙을 해 본 적이 없는 사람도 유지단계에 포함되어 있으므로, 실제로 禁煙試圖後 다시 흡연을 하는 사람의 비율은 더 높다. 행동단계에 있는 사람의 비율은 바람직한 행동을 하는 사람 중에서 흡연 1.9%, 음주 2.0%, 영양 1.6%, 이담기 0.5%, 안전벨트 착용 3.0%로 약 2% 내외의 비율을 보인다. 그러나 체중조절자 중에서는 8%, 運動實施者 중에서는 14.2%로 이 비율이 높으며 상대적으로 운동 실시자와 체중 조절자는 실패할 확률도 높다는 점을 감안하여야 한다.

결론적으로 이담기, 안전벨트 착용에 대한 健康行爲는 다른 건강행동에 비하여 바람직한 행위로 유도하기 쉬운 행위이며, 반대로 체중조절, 운동실시는 일단 시작한 사람에 대하여도 지속적인 보건교육을 실시하여야 이 행동들이 지속될 수 있다. 問題行動의 유발 규모와 맞물려서 분석하여 보면 이담기로 대변되는 구강관리행동은 이담기를 제대로 하지 않는 사람의 비율이 중점보건교육주제에 해당되는 건강행동 중에서 두 번째로 높으면서 건강행동으로의 전환가능성이 높기 때문에, 구강관리에 방행동에 대한 교육을 실시할 경우 保健教育의 효과가 가장 빨리 가장 높게 나타날 수 있는 주제이다. 안전벨트의 착용도 일단 보건교육을 실시하면 교육의 효과가 빨리 높게 나타날 수 있다.

〈表 3〉 保健教育 受容段階別 對象의 分布

구분		계	계획이전단계	계획단계	준비단계	행동단계	유지단계
			당분간 시작할 생각 없음	6개월내에 시작할 생각	1개월내에 시작할 생각	시작한지 6개월 안됨	시작한지 6개월 경과 <sup>1)</sup>
흡 연	전체	100.0(976)	28.0(273)	3.9(38)	3.6(35)	1.2(12)	63.3(618)
	남자	100.0(488)	51.6(252)	7.2(35)	6.6(32)	2.5(12)	32.1(157)
	여자	100.0(488)	4.3( 21)	0.6( 3)	0.6( 3)	0.0( 0)	94.5(461)
음 주	전체	100.0(993)	5.4( 54)	1.8(18)	3.5(35)	1.8(18)	87.5(875)
	남자	100.0(494)	6.9( 34)	2.4(12)	6.1(30)	2.0(10)	82.6(408)
	여자	100.0(499)	4.0( 20)	1.2( 6)	1.0( 5)	1.6( 8)	92.2(460)
운 동	전체	100.0(990)	53.0(525)	6.8(67)	6.8(67)	4.7(47)	28.7(284)
	남자	100.0(492)	45.9(226)	7.1(35)	6.5(32)	4.3(21)	36.2(178)
	여자	100.0(498)	60.1(299)	6.4(32)	7.0(35)	5.2(26)	21.3(106)
영 양	전체	100.0(934)	16.5(154)	2.7(25)	5.1(48)	1.2(11)	74.5(696)
	남자	100.0(466)	14.6( 68)	3.4(16)	5.8(27)	0.4( 2)	75.8(353)
	여자	100.0(468)	18.4( 86)	1.9( 9)	4.5(21)	1.9( 9)	73.3(343)
체 조	전체	100.0(994)	12.4(123)	1.3(13)	2.3(23)	6.8(68)	77.2(767)
	남자	100.0(498)	10.4( 52)	1.4( 7)	1.4( 7)	5.6(28)	81.2(404)
	여자	100.0(496)	14.3( 71)	1.2( 6)	3.2(16)	8.1(40)	73.2(363)
이 담 기	전체	100.0(995)	5.3( 53)	2.0(20)	4.2(42)	0.4( 4)	88.1(876)
	남자	100.0(497)	6.9( 34)	2.6(13)	4.8(24)	0.4( 2)	85.3(424)
	여자	100.0(498)	3.8( 19)	1.4( 7)	3.6(18)	0.4( 2)	90.8(452)
안 전 벨 트 착용	전체	100.0(415)	13.5( 56)	3.6(15)	8.4(35)	2.2( 9)	72.3(300)
	남자	100.0(320)	14.6( 45)	4.1(13)	10.3(33)	2.5( 8)	69.1(221)
	여자	100.0( 95)	11.6( 11)	2.1( 2)	2.1( 2)	1.1( 1)	83.1( 79)

#### IV. 地域社會 保健教育 供給 現況

우리 나라에서 보건교육은 중앙은 保健福祉部 건강증진과에서, 시·도 단위에서는 보건복지국, 사회환경국 등에서 담당하고, 보건교육공공체계에서 최일선 사업은 시·군·구 단위의 보건소에서 담당하고 있다. 본 논문에서는 지역사회주민과 가장 밀접한 관계를 유지하고 있는 保健所에

서의 보건교육 현황을 분석하였다.

### 1. 保健教育 人力

保健所에서의 보건교육 전담인력이 있는 곳은 86%이며, 전담자는 간호직(62.0%)과 보건직(24.5%)으로 대졸 이상의 학력을 보유하고 있다. 그러나 보건교육담당기간이 1년 미만인 사람의 비율이 53.8%로 전문성을 갖기에는 전담기간이 짧은 短點이 있다.

〈表 4〉 保健所 保健教育 專擔人力의 特性<sup>1)</sup>

(단위: %, 명)

		비율	빈도수
계		100.0	171
교육담당기간	12개월 이하	53.8	92
	13~24개월	19.8	34
	25~36개월	14.6	25
	37~48개월	5.9	10
	49개월 이상	5.9	10
직 렬	보건직	24.5	42
	간호직	62.0	106
	의무직	1.2	2
	기타	12.3	21
학 력	고졸	11.7	20
	전문대졸	58.5	100
	대졸	27.5	47
	대학원재학 이상	2.3	4

註: 1) 전담인력의 수가 2인 이상인 곳 50개소, 1인인 곳은 71개소, 없는 곳은 22개소임.

### 2. 保健教育 所要 豫算

보건소에서의 보건교육은 1개 보건소 당 1년에 행사개최 4.8건, 건강교실 3.2건, 放送媒體活用 2.7건, 자료제작 2.3건으로 저조한 실적이다.

소요예산 또한 행사 1회 평균 44만원, 건강교실 18만원, 방송매체 4만  
 여원, 자료제작 98만원으로 매우 적게 쓰고 있다.

〈表 5〉 保健所 保健教育關聯 行事·健康教室·放送媒體活用·資料製作  
 件數 및 所要豫算額, 參與人員數<sup>1)</sup>

(단위: 건, 만원, 명)

	보건교육 관련행사	건강교실	방송매체활용	자료제작
평균 건수	4.8	3.2	2.7	2.3
건당 평균소요액	44.3	18.6	4.7	98.5
건당 평균참여인원 <sup>2)</sup>	850.1	477.6	-	-

註: 1) 보건교육관련행사를 개최하지 않은 곳은 13개소, 건강교실을 운영하지 않은  
 곳은 32개소, 방송매체를 활용하지 않는 곳은 55개소, 자료제작을 하지 않  
 는 곳은 45개소임.

2) 방송매체와 자료제작은 참여인원과 관련 없음.

### 3. 保健教育 主題

보건소에서의 보건교육내용은 반 이상을 건강생활습관을 주제로 다루  
 고 있다. 行事에서는 금연, 식이영양, 구강관리의 순으로 많이 다루고 있  
 으며, 健康教室에서는 식이영양, 운동, 비만관리의 순서로 많이 다루고  
 있다. 放送媒體를 통한 교육에서는 식이영양, 건강검진의 순서로 다루고  
 있다. 자료는 식이영양, 운동, 금연을 주로 다루고 있다. 상대적으로 사  
 고에 대한 부분을 가장 등한시하고 있다(表 6 참조).

가장 많이 이용하는 放送媒體는 지역신문(222건), 유선방송(119건)이  
 며, 인쇄매체는 팸플렛 84건, 소책자 72건, 리프렛 72건, 시청각자료(비  
 디오, OHP) 22건의 순으로 많이 활용하였다.

### 4. 保健教育 對象

보건교육행사의 대상은 연령별, 성별, 건강상태별로 다양하다. 대상자  
 의 過半數가 일반성인이다. 대상자의 구체성 정도는 대상자를 유치원

地域社會에서의 保健教育方向 設定을 위한 研究

생, 고등학생, 임산부, 노인, 내소만성환자 등으로 세분화한 노력도 보이는 반면, 유치원생~중학생, 일반성인, 학부모 등 대상이 廣範圍한 경우도 있다.

主題別 대상은 금연의 경우 아직 흡연을 시작하지 않은 사람에 대한 흡연예방교육, 흡연자의 금연교육, 담배판매자 등에 대한 교육 등 전반적인 접근에는 못 미치고 있으며, 대체적으로 일단 흡연률이 높은 일반성인이 주 대상으로 진행되고 있다. 절주, 식이영양, 비만, 스트레스도 一般成人(남자)을 중심으로 캠페인성행사를 실시하고 있다. 구강관리는 초등학생, 유치원생에 대한 캠페인의 비율이 높다. 그러나 영유아의 구강질환 비율을 볼 때는 더 많은 교육이 필요하다. 사고사가 20세 미만에서의 가장 주요한 사인임에도 불구하고 학생에 대한 事故教育은 거의 실시되고 있지 않다.

〈表 6〉 保健所 保健教育關聯 行事·健康教室運營·放送媒體活用·資料製作關聯 保健教育內容<sup>1)</sup>

(단위: 건)

	보건교육관련행사	건강교실	방송매체활용	자료제작
총 건 수 <sup>2)</sup>	680	462	381	327
금 연	199	101	94	102
절 주	131	95	65	87
운 동	142	206	88	108
식 이 영 양	190	280	119	137
비만(체중조절)	95	144	59	86
스 트 레 스	93	89	58	61
구 강 관 리	147	74	65	60
건 강 검 진	105	89	99	72
사 고	20	25	16	22
기 타	283	269	210	173

註: 1) 응답한 보건소수는 143개소이며, 보건교육관련행사를 개최하지 않은 곳은 13개소, 건강교실을 운영하지 않은 곳은 32개소, 방송매체를 활용하지 않은 곳은 55개소, 자료제작을 하지 않은 곳은 45개소임. 각 항목별 응답건수는 중복응답임.

2) 총 건수는 응답한 143개 보건소에서 1년간 보건관련행사, 건강교실개최, 방송매체활용, 자료제작을 실시한 실제 건수임.

〈表 7〉 保健所の 保健教育關聯 行事 教育主題別 參與對象者 類型

(單位: %, 件)

구 분	금연	절주	운동	식이 영양	비만	스트 레스	구강 관리	건강 검진	사고	기타 <sup>1)</sup>
유치원생	0.5	-	1.4	7.0	7.4	-	13.0	7.8	5.0	5.7
유·초등생	-	-	0.7	-	1.1	-	4.8	1.9	5.0	0.4
유·초·중	-	-	-	-	-	-	1.4	-	-	-
초등학생	3.1	0.7	4.9	6.5	7.4	3.2	20.5	3.8	-	7.1
중학생	7.1	3.1	0.7	0.5	-	1.1	1.4	-	5.0	4.6
초·중·고	1.0	0.7	-	-	-	-	1.4	-	-	1.4
중·고	4.6	3.9	0.7	0.5	-	3.2	0.7	1.0	5.0	5.7
고등학생	5.1	2.3	0.7	0.5	-	1.1	0.7	1.0	-	5.0
일반성인	50.0	50.4	54.3	52.7	54.3	52.6	40.4	49.0	55.0	42.5
학부모	-	-	0.7	0.5	-	-	-	-	-	0.4
부녀회	1.5	1.6	2.1	3.8	4.2	4.3	0.7	5.8	-	2.9
임산부	-	-	1.4	2.2	-	1.1	1.4	2.8	-	1.4
임산부·일반성인	-	-	-	0.5	-	-	-	4.8	-	-
영유아모	-	-	-	0.5	1.1	-	-	-	-	0.4
영농후계자	1.0	1.6	1.4	1.0	-	1.1	-	1.0	-	0.4
직장인	8.2	10.1	4.9	3.8	4.2	11.8	6.1	4.8	-	7.8
민방위대원	7.7	12.4	7.1	2.2	6.4	8.6	0.7	6.7	5.0	4.6
노인	5.6	8.5	13.4	8.6	6.4	7.5	3.4	5.8	20.0	4.6
내소만성환자	1.0	1.6	3.5	5.9	6.4	2.2	1.4	1.0	-	1.8
보건담당자	3.6	3.1	2.1	3.2	1.1	2.2	2.0	2.8	-	2.9
자원가사봉사자	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4
계	100.0 (196)	100.0 (129)	100.0 (142)	100.0 (186)	100.0 (94)	100.0 (93)	100.0 (146)	100.0 (104)	100.0 (20)	100.0 (280)

註: 1) 기타에는 성교육, AIDS 예방교육 등이 포함됨.

건강교실의 교육대상은 캠페인 행사에 비하여 세분화되어 있다. 일반성인의 비율은 낮아진 반면, 부녀회, 임산부, 직장인, 來所慢性患者 등으로 더욱 세분되어 진행되고 있다. 또한 건강교실이라는 특수성으로 건강인에 비하여 非健康者에 대한 교육의 비율이 높다. 주제별로는 금연교육이 일반성인, 임산부, 노인, 내소만성환자 등 대상이 다양하며, 교육내용도 다양하다. 절주, 운동, 식이영양, 비만, 스트레스도 구체적인 다양한 대상으로 접촉하고 있다. 역시 구강관리와 사고 부분에서 初中學生을 대상으로한 敎育은 尠조하다.

〈表 8〉 保健所の 健康教室 教育主題別 參與對象者 分布

(단위: %, 건)

참여대상자	금연	절주	운동	식이 영양	비만	스트 레스	구강 관리	건강 검진	사고	기타 <sup>1)</sup>
유치원생	-	-	2.5	4.0	4.2	2.3	8.1	1.1	-	2.2
유·초등생	-	-	0.5	0.7	1.4	-	5.4	-	-	1.1
유·초·중 초등학생	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
초·중·고 중·고 중학생	-	-	0.5	1.1	0.7	-	6.8	-	-	0.8
고등학생	1.0	-	-	-	-	1.1	-	-	4.0	0.8
일반성인	1.0	1.1	0.5	0.4	0.7	2.3	1.3	1.1	4.0	0.4
학부모	2.0	24.4	0.5	0.4	0.7	28.4	-	1.1	-	1.1
부녀회	24.0	-	20.6	22.4	26.1	-	28.4	28.1	56.0	27.2
임산부	-	1.1	0.5	0.4	-	-	-	1.1	8.0	1.1
임산부·일반성인	1.0	9.6	3.4	6.5	7.0	2.3	-	6.8	-	5.6
영유아모	11.0	-	20.6	19.5	13.4	9.1	17.6	10.1	4.0	19.0
영농후계자	-	1.1	0.5	0.4	-	4.6	-	-	-	-
직장인	1.0	-	3.4	8.6	3.5	-	6.8	5.6	12.0	12.7
민방위대원	-	3.2	-	-	-	1.1	-	-	-	-
노인	3.0	2.1	1.9	0.7	1.4	1.1	1.3	1.1	-	1.5
내소만성환자	2.0	20.2	1.0	0.7	-	1.1	1.3	-	-	-
보건담당자	16.0	36.1	14.2	10.4	9.9	11.4	14.9	16.9	4.0	8.2
자원가사봉사자	37.0	1.1	28.9	23.4	30.3	35.2	8.1	25.9	4.0	17.5
자원가사봉사자	1.0	-	0.5	0.4	0.7	1.1	-	-	-	-
계	100.0 (100)	100.0 (94)	100.0 (204)	100.0 (277)	100.0 (142)	100.0 (88)	100.0 (74)	100.0 (89)	100.0 (25)	100.0 (269)

註: 1) 기타에는 성교육, AIDS 예방교육 등이 포함됨.

## V. 要約 및 政策提言

狹義의 개념으로 접근한 지역사회 보건교육 대상은 전체인구의 59.4%인 2648만 3천명이다. 인구학적 특성으로는 미취학 어린이, 老人(60세 이상 노인의 95.9%), 女性(30세 이상 여성의 90% 이상)이 대부분이다. 이러한 보건교육 대상의 대부분은 건강생활습관이 바람직하지 않은 편

이다. 보건교육준비도를 健康行動段階에 따라 구분하면 바람직하지 않은 건강행동습관을 가진 사람 중의 약 25% 정도는 보건교육의 실시를 통하여 비교적 쉽게 바람직한 건강생활습관으로 전환이 가능한 것으로 나타났다. 특히 구강관리행위와 運輸事故 豫防行爲는 다른 건강행위보다 쉽게 바람직한 행동으로 전환이 가능하다. 반면에 현재 바람직한 건강생활을 하더라도 다시 원래의 행동으로 되돌아갈 가능성이 있는 집단은 각각의 건강행동별로 금연자의 1.9%, 음주 2.0%, 영양 1.6%, 이담기 0.5%, 안전벨트 착용 3.0%로 약 2% 내외이다. 그러나 體重調節者 중에서는 8%, 운동실시자 중에서는 14.2%로 이 비율이 높으며 상대적으로 운동 실시자와 체중 조절자는 失敗할 확률도 높다.

보건소에서 실시되고 있는 우리 나라에서의 보건교육은 규모가 적고 전문성이 부족하다. 保健所에서의 보건교육 전담인력은 대부분 배치되어 있고 교육수준은 높으나, 잦은 자리 이동으로 전문성을 갖추기 어려운 상황이다. 보건소에서의 보건교육은 1개 보건소 당 1년에 行事開催 4.8건, 건강교실 3.2건, 방송매체활용 2.7건, 자료 제작 2.3건으로 저조한 실정이다. 所要豫算 또한 행사 1회 평균 44만원, 건강교실 18만원 방송매체 4만여 원, 자료제작 98만원으로 매우 적게 쓰고 있다.

보건교육내용은 반 이상을 건강생활습관을 주제로 다루고 있다. 건강생활습관 중에서는 禁煙, 食餌營養, 口腔管理, 運動, 肥滿管理 등을 자주 다루고 있으며, 상대적으로 사고에 대한 부분을 가장 등한시하고 있다. 가장 많이 이용하는 방송매체는 지역신문(222건), 유선방송(119건)이며, 인쇄매체는 팸플렛 84건, 소책자 72건, 리플렛 72건, 시청각자료(비디오, OHP) 22건의 順으로 많이 활용하였다.

보건교육의 對象은 연령별, 성별, 건강상태별로 다양하나, 대상자의 과반수가 일반성인으로 치우쳐 있다. 대상자의 구체성 정도는 대상자를 유치원생, 고등학생, 임산부, 노인, 내소만성환자 등으로 細分化한 노력도 보이는 반면, 유치원생~중학생, 일반성인, 학부모 등 대상이 廣範圍한 경우가 더 많다. 보건교육은 주제별·대상별로 세분되어 이루어지고 있지



않다. 예를 들면 금연은 아직 흡연을 시작하지 않은 사람에 대한 흡연예방교육, 흡연자의 금연교육, 담배판매자 등에 대한 교육 등 多樣하게 다루어지고 있지 못하며, 대체적으로 일단 흡연률이 높은 일반성인이 주 대상으로 진행되고 있다. 또한 事故死가 20세 미만에서의 가장 주요한 사인임에도 불구하고 학생에 대한 사고교육이 미흡하다.

이상과 같이 우리 나라 국민의 健康生活習慣은 바람직하지 않은 편으로 건강생활습관을 유도하여야 할 보건교육의 대상이 매우 많다(서미경, 1999). 이는 보건교육에 인력, 시간, 비용을 많이 투자하여야 함을 의미한다. 그러나 우리 나라에서 현재 保健福祉部에서 집행하는 보건예산은 1999년 국고 171억, 건강증진기금 129억원을 합하여 300억원에 불과하다. 이 중 일부가 보건교육에 할당되었는데, 이는 캘리포니아주 건강증진법(proposition 99)의 보건교육비인 3조 9천억원(1년)에 훨씬 못 미치는 액수로 보건교육에 대한 예산의 투자가 저조하다. 일반 주민에게 보건교육의 효과가 도달할 수 있도록 충분한 豫算의 지원이 필요하다.

또한 장기적인 관점에서 우리 나라에서도 일단 선택된 중점보건교육 주제에 대하여는 국가 차원에서 캠페인을 하고, 地方單位에서 각 주제와 관련된 보건교육 및 서비스를 제공하는 國家主導型 통합프로그램의 운영방식을 장기간 지속적으로 진행하여야 한다. 外國에서는 국가에서의 보건교육의 공통점은 선정된 중점 주제에 대하여, 국가적인 차원에서 각 주제별로 다양한 방법(캠페인, 전화, 인터넷, 자료의 개발, 검진 및 상담, 건강교실 등)을 동원하여 장기간 綜合的인 보건교육을 실시하고 있다. 미국에서는 국가 또는 주단위의 Physical Activity for Adolescence, 5-a-day Program, Sister Together: Move More, Eat Better 등 주제별 캠페인을 운영하면서 세부사업으로 건강검진, 상담, 보건교육, 소규모의 wellness fair를 실시하는 등 하나의 캠페인 아래 다양한 보건교육프로그램을 실시하며, 건강감시체계(BRFSS)를 통하여 즉각적이고 지속적인 건강행동의 변화를 측정하고 있다. 日本에서는 영양, 운동, 휴양 부분에 대하여 영양지침은 1985년에, 運動指針은 1993년에, 휴양지침은 1994년

에 작성하여 이후 지속적으로 3가지 주제에 대한 캠페인을 실시하고 있다. 영국에서는 흡연(smokeline) 및 癮藥(national drugs and solvent helpline) 무료상담전화를 별도로 운영하고, 국가적인 차원에서의 암검진 프로그램을 운영하는 등 국가단위 또는 주단위에서 보건교육을 이끌어 가면서 다른 종류의 서비스프로그램을 병행하여 운영하고 있다. 싱가포르에서는 암, 흡연 등의 중점 주제에 대하여 健康 體驗觀 運營(Health Zone), 생활방식중재 상담 및 훈련(Staywell Center), 정보의 제공(Health Information Center), 대중매체를 통한 교육(대중매체전달과) 등 종합적인 접근을 통하여 보건교육을 실시하고 있다.

일선에서의 보건교육을 효율적으로 하기 위하여는 전문가의 확보가 필요하다. 현재 保健所에서 보건교육 전담자는 잦은 자리 이동으로 전문성을 갖추기에는 무리가 있다. 따라서 잦은 전담자의 자리 이동을 피하고, 이들에게 보수교육을 실시하여 전문성 확보를 지원하여야 한다. 근본적으로는 전문인력의 양성이 필요한데, 전문인력의 양성은 현재 보건교육담당자들(보건소의 보건교육 담당자)에 대하여 보수교육 실시후 보건교육 資格證을 수여하여 보건교육을 담당하게 하는 것과, 보건관련대학에서 보건교육을 전공한 학생에 대하여 보건교육교사 자격증을 수여하여 졸업후 保健教育을 실시하도록 하는 방안이다. 보건교육 전문인력 양성제도 도입에 있어서는 이 두 가지 인력에 대하여 국가 공인 형태이든 공신력 있는 學會나 協會 명의로 자격시험을 통해 인정함으로써 그들의 자질을 높여나가는 것이 중점이 되어야 한다.

## 參 考 文 獻

김용은, 「한국에서의 만성간질환자의 역학적 특성 및 추이」, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1994.

- 남정자·조맹제·최은진, 『한국인의 건강수준에 미치는 영향 분석』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 남정자·최정수·김태정 외, 『한국인의 보건의식행태-1995년도 국민건강 및 보건의식행태조사』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 맹광호, 「한국인 성인남녀 주요 암발생 관련 요인에 관한 사례-비교군 연구」, 『한국역학회지』 제15권 1호, 한국역학회, 1993.
- 박경숙·양석환, 「혈청 콜레스테롤 및 혈당의 참고치와 고혈압과의 관계에 관한 연구」, 『중양의학』 제59권 12호, 1994.
- 박종구·김현주·박금수 외, 『뇌혈관질환과 관상동맥성 심질환의 위험요인에 관한 환자-대조군 연구』, 『예방의학회지』 제29권 3호, 예방의학회, 1996.
- 박영희, 「운동이 고혈압에 미치는 효과」, 『중양의학』 제60권 1호 1995.
- 서미경, 『국민건강증진을 위한 보건교육 홍보사업 전략개발』, 한국보건사회연구원, 1999.
- 신해림, 「우리 나라 간암의 역학적 특성」, 『역학회지』 17권 1호, 1995, pp.7~14.
- 이영희·권호근, 『과천지역 초등학교생들의 간식섭취양상과 치아우식증 발생간의 관련성』, 1997.
- 정귀옥 외, 「혈압에 영향을 미치는 위험요인에 관한 연구」, 『한국역학회지』 제17권 2호, 한국역학회, 1995.
- 조본경·권호근, 『과천시 초등학교에서 제 1대구치 치아우식증 발생양상에 관한 2년간의 추적 조사연구』, 1998.
- 주 리·정중학, 「생활양식과 혈압의 관련성」, 『예방의학회지』 제30권 3호, 예방의학회, 1997.
- 통계청, 『사망원인 통계연보』, 1999.
- Belloc, N B C & Berslow L., "Relationship of Physical Health Status and Health Practices", *Preventive Medicine*, Vol.1, No.3, 1972.
- WHO, "Research in Health Education", *WHO Techn. Rep. Series*, 1969.

Health Educ, "Society for Public Health Education, New Definitions; Report of the 1972~1973 Joint Committee on Health Education Terminology", *Health Education Monograph* Vol.34, 1973.

Green, L. W., et al., *Health Education Planning, A Diagnostic Approach*. Mayfield Publishing Co., Palo Alto, 1980.

Paul mico, Helen ross, *Health Education and Behavioral science*, Oakland, Calif: Third Party Edition, 1975.

UK Department of Health, *The Healty of the Nation*, 1992.

*Summary*

---

## A Study on the Development of Health Education Strategies in Communities

*Mee-Kyung Suh*

---

This study aims at developing strategies for effective health education in local communities which will function to prevent common chronic diseases, reduce illness rates, and reduce early deaths.

The target population for health education in local communities accounts for 59.4 percent of the national population or 26,483 thousands people. They consist mostly of pre-schooling children, elderly people, and women. The subjects for public health education include physical exercise, smoking, alcohol drinking, nutrition, obesity, stress, vaccination, health check-up, dental hygiene, and vehicle accident. In South Korea, the proportion and size of the target population for health education are particularly large, so that the budget for this public work should be increased. Once main subject areas in health education are determined, they should be addressed with a state-initiated integrative program through which the central government stages public campaigns and local governments provide health education and service. Finally, training of health education personnel should be pursued in two directions. First, current health education personnel may receive complementary health education in order to attain a certificate for health education. Second, college students with a major in health education in special public health schools may receive the certificate for health education.