

〈특집 건강증진정책 포럼〉

보건의료인에 대한 보건교육 정책

박순우**

*대구가톨릭대학교 의과대학

〈목 차〉

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. 의료기관에서의 보건교육의 필요성 | 4. 보건의료인 교육 활성화를 위한 정책 방향 |
| 2. 보건의료기관에서의 보건교육을 위한 법과 제도 | 5. 결론 및 제언 |
| 3. 보건의료인의 건강행태 및 보건교육 현황 | 참고문헌 |

1. 의료기관에서의 보건교육의 필요성

오타와 현상의 건강증진에 대한 5가지 활동 영역(건강한 보건 정책 수립, 지지적 환경 구축, 지역사회 활동 강화, 개인 기술 개발, 보건서비스 방향 재설정) 중 특히 보건서비스 방향의 재설정에 입각하여 병원에서도 건강증진의 개념이 도입되었다.

건강증진병원이 갖추어야 할 조건이나 기능은 여러 가지가 있지만 특히 환자에 대한 의료서비스를 제공하는 입장에서 환자의 치료와 요양 및 건강을 유지하기 위한 역량강화(empowerment)를 촉진할 필요가 있다. 즉, ① 질병예방과 건강증진을 위한 새로운 서비스를 제공하며, 기존의 서비스를 좀 더 차원이 높은 건강을 얻도록 재설정하고, ② 의료서비스의 질보장 및 향상도를 높이고 병원내의 안전성(원내감염, 사고 등)

을 높이며 치료와 관리뿐만 아니라 환자의 삶의 질과 안녕에도 초점을 두며, ③ 치료단계에서 미리 예방과 재활에 대한 체계적인 고려를 하고 타 관련 부서와 연계망을 제고하는 총체적(holistic), 지속적, 통합적인 치료와 관리 서비스를 제공하고, ④ 환자와 그 가족에게 예방, 만성질환과 장애에 대한 대처능력 등 건강향상을 위한 역량강화(empowerment)를 위해 효과적인 의사소통, 상담, 훈련의 참여 기회를 확대하여야 한다. 또한 병원이 의료진과 직원에게 건강한 직장이 되도록 하기 위해, ① 병원 조직 관리에 직원의 건강에 대한 우선순위를 높게 설정하고, ② 업무 과정을 직원의 건강위험을 감소하고 건강을 증진하는 방향으로 재설정하며, ③ 직원이 더욱 건강한 업무 생활을 유지하고 환자의 더 나은 건강증진을 위해 직원을 대상으로 한 향상된 교육과 훈련을 필수적으로

교신저자: 박순우

대구시 남구 대명4동 3056-6 대구가톨릭의대 마리아관 614호(우: 705-718)

전화번호: 053-650-4493, E-mail: parksw@cu.ac.kr

실시하고, ④ 직원의 적극적이고 참여적인 역할(empowerment)을 체계적으로 향상시킬 필요가 있다(Pelikan 등, 2001). 이러한 건강증진병원의 개념은 유럽의 경우 이미 1988년에 도입이 되어 1990년에 세계보건기구 유럽사무소 지역 국가 중심으로 네트워크를 형성하기 시작하였고 현재 아시아권에서는 대만이 참여하고 있다(<http://www.hph-hc.cc/partners.php>).

한편 병원은 그 지역사회에서 건강증진의 중요한 역할을 할 수 있는 조직인데 이를 위해 ① 건강과 질병의 발생분포에 대한 자료 제공, ② 보건소, 학교, 기업체 등과 협력하여 상담, 교육, 정보제공 등의 사업 수행, ③ 지역사회 식품업계의 건강한 식품 공급 및 영양에 대한 상담 역할, ④ 지역사회의 기획 서비스에 조직적으로 협조를 하는 등 지역사회 건강증진을 위한 옹호자 혹은 대리인의 역할을 할 수 있다(Pelikan 등, 2001).

이를 통해 볼 때 건강증진병원의 이념을 달성하기 위해서는 환자와 그 가족을 위한 보건교육 뿐만 아니라 의사를 비롯한 의료기관의 직원에 대한 교육이 필요하며, 나아가서 지역주민을 위한 보건교육이 필요하다고 할 수 있다. 의료기관의 경우 의사, 간호사를 비롯한 의료전문가가 포진해 있고, 이들은 환자와 지역사회의 신뢰를 얻을 수 있는 위치에 있으며, 접근성이 좋으므로 건강증진 및 보건교육을 실시하기에 매우 유리한 조건을 갖추고 있다고 할 수 있다(Naidoo & Wills, 2000). 그러나 비록 의료기관이 보건교육을 위한 잠재적 자원을 풍부하게 갖추고 있다고는 하나 환자와 그 가족을 위한 보건교육이 궁극적으로 행태의 변화를 가져오고 건강증진으로 이어지는 효과를 나타내기 위해서는 교육의 내용과 방법이 매우 중요하다. 그리고 의료진을 비롯한 병원 직원들의 건강증

진도 중요하므로 이들을 위한 보건교육과 건강행태의 개선도 필요하다.

2. 보건의료기관에서의 보건교육을 위한 법과 제도

의료법 제24조에는 의료인은 환자나 환자의 보호자에게 요양방법이나 그 밖에 건강관리에 필요한 사항을 지도하도록 규정하고 있고, 제30조에 회원의 자질 향상을 위해 필요한 보수교육을 하도록 하고 있다.

의료기관에서의 교육·상담료는 비급여항목으로 지정되어, 당뇨병, 고혈압, 심장질환, 장루수술, 투석 및 치주질환에 대하여 교육·상담을 통해 환자가 자신의 질병을 이해하고 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정할 수 있도록 하고 있다. 교육은 담당의사의 지시 하에 실시하며 상근 교육전담인력을 배치하여야 하며 별도의 공간과 교육별로 전과정을 30분 이상 실시하여야 한다. 이 경우 교육 프로그램 전과정을 포함한 비용을 1회 산정할 수 있는데, 이 비용에는 반복교육 및 추후관리가 포함된다. 의원급 요양기관에서는 고혈압, 당뇨병을 비롯한 만성질환에 대한 교육·상담료를 만성질환관리료로서 산정해 놓았는데 금액은 1,450원이고 기관당 한 환자에 대하여 연간 12회 이내(월 2회 이내)로 상정할 수 있도록 하고 있다. 교육 후 진료기록부에 내용과 관리내역을 기록하여야 한다(대한병원협회, 2007).

3. 보건의료인의 건강행태 및 보건교육 현황

미국에서 조사된 바에 의하면 흡연자 중 70% 정도가 매년 병원을 찾고 있는데, 이들은 의사로부터 금연에 대한 조언과 지지를 받을 때 더욱 만족감을 느끼고 의사에 대한 신뢰감

을 가지게 된다고 한다. 특히 환자가 건강에 대한 우려가 큰 경우에 금연에 대한 동기 유발은 쉬워지는데, 환자를 대상으로 한 금연 개입은 다른 어떤 의학적 조치보다 비용-효과적인 방법으로 알려져 있고(Hollis, 2000), 이러한 비용-효과적인 측면은 일차의료기관에서의 간단한 음주관리에서도 입증된 바 있다(Kraemer, 2007). 이와 같이 보건의료인의 환자를 대상으로 한 조언 및 개입은 매우 중요한데, 의료인 스스로의 건강을 지킴과 동시에 의사가 환자로 부터 신뢰감을 얻고 본보기가 되기 위해서는 우선 의료인 바람직한 건강행태를 갖는 것이 필요하다.

가. 보건의료인의 건강행태

2005년에 조사된 우리나라 의사들의 흡연율은 남자가 34.9%, 여자가 2.3%로서 특히 남자의 경우 일반 인구에 비해서는 낮았지만 선진국에 비해서는 많이 높은 편이었다(서홍관 등, 2007). 치과 의사의 경우도 비슷하여 2003년에 서울시 치과 의사를 대상으로 조사한 바에 의하면 남자가 32.3%, 여자가 0.5%로 나왔다(권호근 등, 2004). 한편 2003년에 조사된 의과대학생들의 흡연율은 남자가 31.5%, 여자가 2.2%로서 의사들의 흡연율과 거의 비슷하였다. 이 경우도 타 대학의 학생들에 비해서는 낮은 수준이었지만 선진국에 비해서는 많이 높은 수준이었다(박순우 등, 2004).

건강행태의 대표적인 지표라 할 수 있는 흡연율에서 아직 우리나라 의료인과 예비의료인이 후진성을 면하지 못하고 있다는 사실은 다른 건강행태의 경우도 비슷할 가능성이 높음을 시사한다. 이러한 사실은 의과대학들이 타과 학생들에 비해 건강증진 행위의 실천도가 높지 않았다는 사실에서도 드러난다(김남균 등,

2006). 한편 일개 대학병원의 조사이긴 하지만 병동 간호사들의 손씻기 횟수나 방법이 권고기준에 비해 매우 미흡한 것으로 나타났다(김명희 등, 2003).

보건의료인들의 건강행태에 대한 포괄적인 조사 결과는 없지만 이들이 가지고 있는 의료적인 지식이 반드시 실천으로 이어지는 않는다는 추정을 해 볼 수는 있으며, 환자에 대한 보건교육의 중요한 자원인 보건의료인 스스로의 건강한 생활 실천을 유도할 수 있는 방안 마련이 필요하다고 할 수 있다.

나. 보건의료인의 환자를 대상으로 한 보건교육

보건의료인들의 환자에 대한 보건교육의 경우 가장 대표적인 지표라 할 수 있는 금연 권고의 경우를 통해 엿볼 수 있다. 치과 의사의 경우 환자에게 금연을 권고하는 경우는 84.7%였지만 대부분 담배를 피우지 말라는 정도로 그치고 있으며 그나마 흡연 환자에게 항상 금연을 권고하는 경우는 19.5%에 지나지 않았다는 사실을 볼 때(권호근 등, 2004) 환자를 대상으로 한 충분한 교육이 이루어진다고는 보기 어렵다. 이러한 결과는 거의 15년 전에 의사들을 대상으로 조사한 결과에서 환자에게 흡연여부에 대한 질문이나 상담을 전혀 하지 않는 경우가 14.3%였던 것과 거의 비슷하였다(이강숙 등, 1991).

치과 의사들이 환자에 대한 금연교육을 실시하는 경우가 29.6%, 의향은 있으나 실시하지 못하는 경우 62.6%였다(권호근 등, 2004). 의사가 금연상담을 할 때의 어려움으로서 상담훈련이 되어 있지 않은 것이 71.4%로서 가장 많았고 시간이 없는 것이 66.3%, 흡연자가 금연에 관심이 없는 경우 54.3%(이강숙 등, 1991)였는

데, 이러한 상황과 여건은 현재도 크게 달라지지 않았을 것으로 추정된다. 예를 들어 타 질환보다 금연이 더욱 절실하게 필요한 관상동맥 질환 경우에서조차도 비록 90% 이상이 금연권고를 받았지만 구체적인 금연 처방을 받은 경우는 6%에 지나지 않았다는 사실(김현미 등, 2005)에서 알 수 있다.

한 지역사회에서 이루어진 조사에 의하면 간호사의 경우에서도 환자에 대해 흡연 여부를 항상 질문한다는 경우가 37%에 지나지 않는 반면 거의 혹은 전혀 질문하지 않는 경우가 28%였으며, 금연교육에 필요한 자료를 갖추고 있는 경우는 8%에 지나지 않고, 금연교육을 받은 경우가 3.6%에 지나지 않는 등 환자에 대한 보건교육이나 상담에 거의 참여를 하지 못하고 있는 것으로 나타났다(김진선 등, 2003).

한 조사에 의하면 우리나라 병원급 이상 의료기관에서 건강증진 서비스를 실시하고 있는 경우는 85%로서 건강생활실천 영역으로서는 영양프로그램이 50%로서 가장 많았고, 금연프로그램 30%, 절주/금주 프로그램 27%, 운동프로그램 23% 등의 순이었고, 질병관리 프로그램으로서는 당뇨병에 관한 것이 62%로 가장 많았고, 고혈압 42%, 골다공증 35% 등의 순이었다. 환자를 대상으로 하는 프로그램을 운영하고 있는 경우는 82%, 지역사회 주민을 위한 프로그램을 운영하는 경우는 61%, 모두를 운영하는 경우는 58%였다(이상규 등, 2001). 이 조사 결과만을 놓고 볼 때는 예상보다 병원의 건강증진에 대한 관심도가 높다고 생각할 수 있지만 '건강증진 서비스'에 대한 해석을 응답자들이 자의적으로 판단하여 과대평가되었을 가능성이 있다. 즉, 상당수의 병원에서 실시하고 있는 당뇨병을 비롯한 각종 질환에 대한 환자와 가족, 혹은 지역사회 주민을 대상으로 한 교육이나

강좌 등이 포함됨에 따른 결과인 것으로 생각된다.

한편 대구광역시에서는 고혈압, 당뇨병 환자를 중심으로 한 환자 등록사업과 함께 의료인, 특히 일차의료기관의 의사를 통한 환자교육 사업을 수년 전부터 시도하고 있으며 최근에 국가 시범사업으로서 실시하고 있다. 이 과정에서 의사의 참여를 유도하기까지 인식과 필요성 제고, 물리적 환경 조성 등 여러 가지 측면에서 많은 어려움을 겪었으며 아직 그러한 진동이 계속 되고 있다.

다. 보건의료인을 위한 교육 실태

보건의료인들의 건강행태 개선과 환자를 위한 보건교육의 방법에 대한 것은 학생 시절과 수련과정에서 잘 이루어져야 할 필요가 있다. 그러나 2005년에 조사한 바에 의하면 전국의 의과대학에서 정규 교육과정 중에서 금연 혹은 흡연 관련 교육을 실시한다고 한 경우는 64.5%였는데 흡연의 건강에 대한 영향이 대부분이었고, 금연방법 혹은 금연 프로그램에 대한 내용을 다루는 경우는 교육을 실시하는 학교의 40%에 지나지 않았다(박순우, 2005). 간호대학의 경우도 흡연에 관련된 교육내용을 다루기는 하지만 대부분 암발생 등 질병관련 내용 중심이고 금연을 위한 상담요법에 대해서는 4년제의 91%, 3년제의 80%가 전혀 혹은 거의 다루고 있지 않았다(신성례 등, 2003). 이러한 실정은 단지 금연에 국한된 것이 아니라 건강증진을 위한 전반적인 영역에 공통된 현상이라고 추정하여도 큰 무리는 아닐 것으로 생각된다.

수련과정에서도 환자에 대한 보건교육 방법에 대한 교육이 제대로 이루어진다고 기대하기는 어려운 실정인데 그 예로서 가정의학과 의사들을 대상으로 한 조사에서 모유수유에 대한

지식을 잘 못 가지고 있는 경우가 상당수 있었으며 80~90% 가까이가 전공의 수련 기간 중 모유수유에 대한 내용을 충분히 배울 기회가 없었다고 하였다(김혜림 등, 2006).

최근 건강증진기금을 이용해 보건의료인을 대상으로 금연지도자 교육을 3년째 시도한 바 있다. 의사회, 치과의사회, 간호사회, 약사회, 물리치료사회 등 환자들과 직접적으로 접촉하는 보건의료인 단체 회원을 대상으로 실시하고 있는 이 연수 프로그램은 보건의료인을 통한 환자의 건강행태 변화를 유도하고자 하는 취지에서 성공적으로 정착할 경우 다른 보건교육의 모델이 될 수 있는 좋은 기회였다. 그러나 2008년도 사업 예산이 대폭 삭감되는 바람에 사업의 지속성이 의문시되고 있는 상황이다.

4. 보건의료인 교육 활성화를 위한 정책 방향

보건의료인을 대상으로 보건교육을 실시하는 것은 보건의료인 스스로의 건강행태를 개선하는 것과, 보건의료인들로 하여금 환자와 그 가족의 건강행태를 개선하도록 하는 두 가지 목적을 동시에 갖추고 있다고 볼 수 있다. 보건의료인 스스로의 건강행태를 개선하는 문제는 이미 의학적 지식을 충분히 갖추고 있고 본인의 행동에 대한 인지를 하고 있을 가능성이 높으므로 일반인과는 다른 차원의 접근이 필요할 것이다. 그리고 환자 및 가족을 대상으로 한 보건교육은 대구시의 경험에서 보듯이 결코 쉬운 일이 아니다. 그러나 환자를 대상으로 한 보건교육은 환자의 치료결과와 삶의 질에 큰 영향을 미칠 수 있으므로 비중있게 다루어야 할 문제이다. 보건의료인을 위한 보건교육 정책에 대한 의견은 다음과 같다.

가. 학부과정 및 수련과정에서의 교육 강화

보건의료인에 대한 교육은 특히 학부과정에서의 교육이 가장 중요하다고 생각한다. 학부의 교육과정에서 환자에게 반드시 파악해야 할 건강행태와 그에 대한 상담방법을 교육하도록 해야 한다. 이러한 지식과 기술의 습득은 졸업 후 수련시기에 적용이 가능하도록 지속적인 교육과 여건의 마련이 필요하다. 최근 의사면허 국가고시에 실습시험이 추가되면서 흡연이나 음주상담 등에 대한 내용을 포함하기로 한 것은 상당히 바람직한 변화로 생각된다. 향후 보건의료인의 국가자격시험에 이러한 보건교육이나 상담에 대한 내용을 포함하고 단계적으로 확대함으로써 학부과정에서 필수적으로 교육이 이루어지게 할 수 있다.

또한 학교에서의 환경 조성을 통해 불건강한 행태가 학생 때 교정이 되도록 한다. 이는 단순한 교육만으로는 어려우며 학생생활지도 차원에서 학교가 깊은 관심으로 가지고 건강증진학교의 분위기를 조성할 필요가 있다.

나. 보건교육을 위한 진료환경 조성 및 보건교육에 대한 인센티브 제공

현재의 의료 환경에서는 환자에 대한 보건교육의 여건이 매우 열악하다고 할 수 있다. 보건교육을 실시할 만한 시간적 여유나 인력이 부족하며 무엇보다 보건교육으로 인한 직접적 인센티브가 거의 없는 실정이다. 더욱이 환자 스스로 보건교육에 대한 요구가 크지 않은 상황에서 보건교육이 환자에 대한 혜택(benefit)으로 작용하는 효과도 적다. 환자를 위한 보건교육을 활성화하기 위해서는 가장 먼저 해결되어야 할 문제가 보건교육에 대한 의료보험 급여 항목에 현실적인 상담수가 반영 등 인센티브 제공이라 할 수 있다.

보건교육에 대한 수가를 산정하는 것은 의료보험 재정 확충 방안의 문제나 보건교육의 비용-편익 분석 등 사전에 해결하여야 할 과제가 있을 것이다. 우선 상대적으로 손쉽게 적용할 수 있는 방안으로서 보건교육을 활발히 수행하는 의료기관에 대한 인증서 발급이라든가 의료기관 평가에서 가산점을 부여하는 방안 등을 생각해 볼 수 있다.

다. 보건의료인의 역량강화 및 교육프로그램과 가이드라인의 개발

보건교육은 단순한 지식전달만으로 이루어지는 것이 아니고 환자의 행동을 바꾸고 지속성을 유지할 수 있도록 하여야 한다. 5A's/5R's과 같이 외래에서 간단히 상담할 수 있는 기법을 비롯하여 우선 가능한 범위에서부터 역량을 갖추도록 할 필요가 있다. 이를 위해 그리고 각 보건의료인 단체에서 실시하고 있는 연수교육에 환자를 대상으로 한 보건교육 과정을 포함하여 필수적으로 이수하도록 할 필요가 있다. 또한 각 영역별로 과학적이고 효과가 입증된 교육프로그램과 가이드라인의 개발이 필수적인데 이는 교육의 표준화 및 평가를 위해서도 필요하다.

라. 전문교육사 양성

외래에서의 간단한 상담이나 집단을 대상으로 하는 교육 외에 개별 혹은 소그룹을 대상으로 전문적인 교육과 상담 및 행동변화를 유도하고, 또한 추적관찰을 통해 행동변화의 지속성을 관리해야 할 필요가 있다. 이러한 업무를 수행하기 위해서는 그 분야의 전문적인 지식만 갖추고 있다고 해서 되는 것이 아니고 보건교육에 대한 기술과 관리능력을 갖추어야 한다. 따라서 보건교육의 기법을 습득하기 위한 별도

의 교육과정이 필요한데 기존 보건교육사 교육제도를 활용할 수 있다(남철현, 2006). 단, 보건교육사의 실제 업무를 수행할 수 있는 검증과정이 필요할 것이고, 의료기관의 경우 관련 의료지식이 필요한 경우가 많으므로 의사, 간호사, 영양사 등과 같이 해당 분야의 전문가가 보건교육사의 자격을 겸비하여 적극적으로 참여하면 더욱 효과적일 수 있을 것이다.

마. 지역사회 보건기관과 의료기관 간의 연계

지역사회에는 고혈압, 당뇨병 등의 질환을 가지고 있으면서 진단을 받지 않고 있거나 진단을 받았으나 치료나 관리를 제대로 하지 않는 경우, 그리고 질환자는 아니지만 위험요인을 가지고 있는 경우 등 보건교육을 통해 건강행태를 개선해야 할 대상자가 매우 많다. 이러한 경우는 지역의 보건기관에서 적극적 홍보와 진단교육, 그리고 환자 및 위험요인 보유자 선별검사를 통해 의료기관으로의 전원 및 지역 전문가를 활용한 보건교육이 필요하다. 보건소와 의료기관, 필요에 따라서는 국민건강보험공단 간의 역할분담과 연계를 통해 효율적인 보건교육사업이 이루어지도록 해야 할 필요가 있다.

바. 보건교육의 중요성과 필요성 인식 제고

보건교육 서비스를 제공하는 것도 중요하지만 교육 대상자의 교육에 대한 필요성과 효과에 대한 인식을 제고하는 것도 중요하다. 건강증진서비스에 대한 긍정적인 태도가 이용의도에 영향을 미치지 않았다는 연구 결과(함명일 등, 2003)에서 보듯이 일반인들은 건강행태의 변화에 대한 필요성은 인식하더라도 실제 서비스를 이용하지 않을 가능성이 있다. 이는 건강행태 변화에 대한 자기효능감(self-efficacy)의 부족 등에 기인할 가능성이 있으므로 다양한

홍보전략을 통해 건강행태는 과학적인 방법과 체계적인 프로그램을 통해 개선될 수 있음을 알릴 필요가 있다.

사. 연구개발

현재 국내의료기관에서 실시되고 있는 보건교육의 양과 질에 대한 파악이 거의 되어 있지 않은 실정이다. 이러한 기본 조사를 비롯하여 보건교육을 위한 자료 및 방법 개발, 효과 평가 등을 위한 연구사업의 병행이 필요할 것이다. 특히 보건교육 혹은 건강증진 사업을 통한 비용-편익 효과를 입증함으로써 국가적 차원에서 의료기관에서의 보건교육을 위한 지원을 할 수 있는 근거를 마련할 필요가 있다.

5. 결론 및 제언

비록 의료법에 환자와 그 가족을 대상으로 질병관리나 요양방법에 대한 지도를 하도록 되어 있고 비급여 항목으로 교육·상담에 대한 수가를 산정하도록 되어 있지만 실제 일선 의료기관에서는 교육이 활발하지 않다는 것은 일반적으로 느끼고 있는 사실이다. 특히 건강증진의 개념에서 환자와 그 가족들이 자신과 가족의 건강보호와 증진을 위해 역량을 구축하고 건강한 행태를 유지할 수 있도록 하기위한 프로그램은 현실적으로 거의 기대하기 어렵다.

의료기관에서의 보건교육이 활성화되지 못하고 있는 큰 요인의 하나로서 보건교육으로 인한 즉시적이고 가시적인 효과가 나타나지 않으며, 현실적인 제약점이 크다는 것을 생각할 수 있다. 건강행태의 변화 자체가 매우 어려울 뿐만 아니라 그 효과 또한 당장 나타나지 않기 때문이다. 또한 보건교육을 위해서는 의사, 간호사, 영양사와 같은 고급 인력과 함께 별도의

시간, 공간이 필요하며, 반면에 환자나 보호자로부터의 요구가 그리 크지 않은 상황에서 의료기관에서 보건교육이라는 것을 필수적인 서비스로 선택하기에는 어려울 것이다. 그리고 비록 비급여 항목으로서 교육·상담에 대한 수가를 산정할 수 있도록 되어 있지만 우리나라 국민들이 보건교육을 받기위해 비용을 부담하는데 익숙하지 않고 진료비 내역에 대해 민감한 상황에서 비용을 환자에게 청구하는 것은 의료기관으로서 큰 부담이 아닐 수 없다. 또한 보건교육을 실시한다 하더라도 보건교육 방법론이나 건강행태에 대한 이론과 실기에 대해 전문적인 교육을 받은 경우는 별로 없을 것이므로 단순한 지식 전달 위주의 교육이 될 가능성이 높다.

그리고 정부차원에서도 의료기관에서 보건의료인을 통한 환자 및 가족에 대한 보건교육의 중요성에 대해 얼마나 인식하고 있는가 하는 것도 짚어 볼 필요가 있다. 비록 보건교육에 대한 수익보전을 위한 일부 장치를 마련해 놓았다 하더라도 의료기관 입장에서는 결코 투자에 비해 직접적인 수익을 기대하기는 어려운 구조이다. 현재 의료기관에서 실시하고 있는 보건교육의 양과 질적인 측면은 거의 전적으로 의료기관 자체적인 판단과 결정에 맡겨져 있다고 할 수 있다. 그리고 보건교육에 따른 부가적인 효과도 환자의 건강유지와 증진이라는 본질적인 목적 외에 환자에 대한 서비스 향상, 의료기관의 이미지 제고, 그리고 의료기관의 경쟁력 제고 등 부수적인 목적도 작용하는 것으로 추측된다.

그러나 국가 차원에서는 보건교육의 의미를 비용-효과 측면에서 궁극적으로 국민의료비 절감이라는 정책적인 측면에서 접근할 필요가 있다. 환자와 그 가족, 나아가서 지역주민에 대한

보건교육을 통해 치료순응도 제고, 건강행태 개선 등 1차 예방 뿐만 아니라 2차 및 3차 예방 활동의 강화가 이루어지고 이는 결국 국민의 건강보호와 의료비 절감으로 이어질 수 있다. 또한 치료위주의 의료기관 기능에서 질병예방과 건강증진을 위한 역할과 기능을 확대함으로써 국가의 국민건강증진사업에 대한 부담을 분담할 수 있을 뿐만 아니라 국민으로부터 신뢰를 받을 수 있는 의료기관으로 자리잡는데 기여할 수 있을 것이다. 따라서 정부에서는 보건 의료기관에서의 보건교육을 각 의료기관의 자체적인 판단에만 맡길 것이 아니라 국가차원의 필수적인 투자로 인정하여 과감한 투자를 할 필요가 있다.

참고문헌

- 권호근, 유자혜, 전현선, 김영남. 서울특별시 치과 의사 흡연실태 조사연구. 대한구강보건학회지 2004;28(3):415-422.
- 김남균, 박동훈, 조희경, 조비룡. 의과대학생과 법과대학생의 건강증진에 대한 인식도와 건강행위 실천도. 가정의학회지 2006;27:376-383.
- 김명희. 김주성, 정현경, 이상엽, 김정순, 강인순. 일개 대학병원 내, 외과계 일반병동 간호사의 손씻기 실태 조사. 가정의학회지 2003;24(6):565-569.
- 김진선, 정영, 박은영. 일 지역사회 간호사들의 금연지도 활동에 대한 조사연구. 지역사회간호학회지 2003;14(2):211-222.
- 김현미, 최창진, 송기배, 정옥성, 강한별. 관상동맥 질환자의 흡연 실태 및 금연과 관련된 요인. 가정의학회지 2005;26(10):629-635.
- 김혜림, 이홍수, 오영아, 김수연. 가정의학과 의사들의 모유수유 관련 지식, 태도, 경험 및 수련. 가정의학회지 2006;27:120-127.
- 남철현. 보건교육사 양성 및 활용방안. 보건교육·건강증진학회지 226;23(2):141-161.
- 대한병원협회. 건강보험요양급여비용. 2007. 1.
- 박순우, 박정환, 이상원, 임현술, 이종태, 강윤식. 의과대학생들의 흡연 실태 및 다른 건강 행태와의 관련성. 예방의학회지 2004;37(3):238-245.
- 박순우. 의과대학생 흡연실태 및 의과대학 금연교육 실태 조사 결과. 대한예방의학회 제 57차 추계학술대회 연세집. pp. 89-106, 2005.
- 서홍관, 지선하, 전형준. 우리나라 의사 흡연을 및 흡연행태. 가정의학회지 2007;28:599-603.
- 신성례, Sama Linda, Danao Leda. 전국 간호교육기관의 금연관련 교육내용 분석. 대한간호학회지 2003;33(2):256-264.
- 이강숙, 김현숙, 양세정, 신호철 등. 금연상담에 대한 주치의사의 지식, 태도, 실천. 가정의 1991;12(11):35-43.
- 이상규, 박춘선, 강명근, 함명일, 이순영, 조우현. 우리나라 병원들의 건강증진 서비스 도입 현황과 이에 영향을 미치는 요인. 예방의학회지 2001;34(4):399-407.
- 함명일, 강명근, 박춘선, 조우현. 병원 건강증진 서비스에 대한 의료소비자의 이용 의도. 예방의학회지 2003;36(2):108-116.
- Hollis JF. Population impact of clinician efforts to reduce tobacco use. In: National Cancer Institute. Population based smoking cessation: proceedings of a conference on what works to influence cessation in the general population. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 12. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub. No. 00-4892; 2000. p.129-154.
- Kraemer KL. The cost-effectiveness and

cost-benefit of screening and brief intervention for unhealthy alcohol use in medical settings. *Subst Abus* 2007; 28(3):67-77.

Naido J, Wills J (eds). *Health promotion: foundation for practice*, 2nd ed. Baillière Tindall, Royal College of Nursing, 2000. pp. 309-325.

Pelikan JM, Krajic K, Dietscher C. The health promoting hospital(HPH): concept and development. *Patient Educ Couns* 2001;45(4):239-243.

<http://www.hph-hc.cc/partners.php>

<ABSTRACT>

Health Education for Health Professionals

Soon-Woo Park*[†]

**Department of Preventive Medicine, Catholic University of Daegu School of Medicine*

The hospital setting provides many opportunities for health promotion. There are many health professionals including physicians, nurses, medical technicians who have close contact with patients and their family. Health professionals are very influential to arouse the awareness about health and illness, and to motivate to change lifestyle among patients. Thus health professionals are most effective and important human resources for health education for patients to improve recovery rates and to promote health.

In spite of the importance of health professionals' role in health promotion, the Korean government has provided little support for their health education for patients. Most of the health professionals have not learned about health education theories and skills, and have little attention to educate patients to change their lifestyle. Also the health professionals themselves have relatively poor lifestyle compared with advanced western countries.

To improve health education for patients and their family, following strategies and policies should be considered: reinforcing curriculum for health education in college and training course, providing practical incentives for patient education, capacity building for health education and developing guideline for patient education, training health educators, networking and collaborating between community health center and hospitals, promoting the importance of health education among patients, researching and developing health education theory and practice including cost-benefit of health education.

Keywords: health education, health professional, hospital, patient