보건교육건강증진학회지 제36권 제4호(2019. 10) pp.31-42
Korean J Health Educ Promot, Vol.36, No.4 (2019)
https://doi.org/10.14367/kjhep.2019.36.4.31

지역사회 건강증진사업의 활성화를 위한 보건교육사의 역할 강화와 능력 개발

김영복*†, 이주열**, 고광욱***, 박남수****, 오영아*****, 임은실******
*대구대학교 재활건강증진학과 교수, **남서울대학교 보건행정학과 교수, ***고신대학교 의과대학 교수,
****협성대학교 보건관리학과 부교수, *****한국보건복지인력개발원 교수연구실장, ******대구보건대학교 간호학과 부교수

The roles and professional competencies of health education specialists to improve the community-based health promotion programs

Young-Bok Kim*†, Ju Yul Lee**, Kwang Wook Koh***, Namsoo Park****, Younga Oh*****, Eunshil Yim******
Professor, Department of Rehabilitation & Health Promotion, Daegu University
**Professor, Department of Health Administration, Namseoul University*
***Professor, College of Medicine, Kosin University*
****Associate professor, Department of Health Management, Hyupsung University*
*****Head of professor & research, Korea Human Resource Development Institute for Health & Welfare*
******Associate professor, Department of Nursing, Daegu Health College*

Objectives: This study may prove to be specializing competencies of the Korean health education specialist for activating community health program and enhancing professionalism of the Korean National Certified Health Education Specialist (KCHES). **Methods:** 75 field experts who worked in health education and promotion and 607 health educators who had the KCHES participated in survey for needs on competencies for health education and promotion from August 23 to September 25, 2018. **Results:** Enhancing competencies on health education and promotion were health needs assessment, health communication, health education program implementation, health information management, health education program evaluation, and healthy environment building in order of that. Important sub-competencies were empowering, self-management, health counseling & health coaching, communicating, performing programs by health topics, sustaining the programs, health advocacy, setting goals and objectives, promoting health programs, performing the plan in order of that. **Conclusions:** To strength the role of KCHES in community-based health promotion programs, it would be enhance the competency for needs assessment, planning, implementation, resource linkage and service coordination, monitoring, health communication, and health care with ICT. In addition, it would suggest the improvement of the KCHES management system to increase efficiency and professionalism on community health programs.

Key words: health education specialist, health education and health promotion, community-based programs

Ⅰ. 서론

국민건강증진법이 1995년에 제정된 이후, 국민건강수준 향상을 위해 2002년 제1차 국민건강증진종합계획이 수립되었고, 국민건강증진사업, 지역특화 건강행태개선사업 및 통합 건강증진사업 등의 명칭으로 지역사회 단위의 건강증진사업을 활성화시키기 위해 노력해 왔다(Ministry of Health & Welfare and Korea Health Promotion Foundation,

Corresponding author: Young-Bok Kim
Department of Rehabilitation & Health Promotion, College of Rehabilitation Science, Daegu University, 201, Daegudai-ro, Jillyang-eup, Gyeongsan-si, Gyeongsangbuk-do, 38453, Republic of Korea
주소: (38453) 경상북도 경산시 진량읍 대구대로 201 대구대학교 재활과학대학 재활건강증진학과
Tel: +82-53-850-6093, Fax: +82-53-850-6099, E-mail: healthkyb@daegu.ac.kr
※ 본 연구는 보건복지부 국민건강증진기금으로 수행되었음(2018-01B-009)
• Received: September 6, 2019 • Revised: September 25, 2019 • Accepted: September 25, 2019

2015). 반면 국민건강종합계획은 5년마다 건강목표와 건강증진사업의 추진체계를 제시하고 있으나, 실제 정책개발과정에서의 낮은 활용수준, 예산 확보의 어려움, 관련 부서 간의 관심과 연계 부족, 효과적인 건강증진사업을 추진하기 위한 인력 확보 등의 문제점을 안고 있다(Cho, 2010; Lee, 2012).

특히 전문성을 갖춘 인력을 확보하기 위해 2003년에 국민건강증진법 제12의2, 제12의3, 제12의4를 신설하여 '보건교육 및 건강증진의 전문 지식과 기술을 갖춘 자'인 보건교육사를 양성하고자 국가자격제도를 도입하였으나, 보건교육사의 급수별 역할이 모호하고, 현장의 배치기준이 마련되지 못해 실효성이 떨어지는 국가자격제도로 평가되어 왔다(Kim et al., 2018b; Lee & Kim, 2017; Ministry of Government Legislation, 2019). 이를 반영하듯 2010년부터 2018년까지 10회의 국가시험을 통해 총 12,656명의 보건교육사를 배출하였으나, 보건교육 및 건강증진 현장에서의 역할과 기능이 명확히 정립되지 못하여 인력 채용 및 활용이 활발히 이루어지지 못하고 있다(Korea Health Personnel Licensing Examination Institute, 2019).

이는 보건교육사 자격 취득과 관련된 독특한 특성과도 관련이 있다. 보건교육사 중 97.9%(12,387명)가 3급 자격증 소지자로서 급수별 교육과정 및 국가시험과목을 비교해 볼 때, 3급 국가시험으로 검증할 수 있는 업무능력의 범위가 좁으며, 3급 자격증 소지자의 대부분이 타 직종의 자격증을 중복적으로 취득하고 있어 보건교육사의 활용수준을 낮추는데 기여하고 있다(Kim et al., 2018a; Korea Health Personnel Licensing Examination Institute, 2019; Lee & Kim, 2017). 이와 함께 보건교육사 역할 및 직무에 관한 사회적 인식 부족, 보건교육사의 채용 기회 부족, 급수별 역할 미정립, 교육과정 질 관리 부족, 유사 교과목의 복잡한 심사과정 등으로 인하여 실효성 있는 국가자격증으로 자리매김하지 못하고 있다(Oh & Lee, 2010; Lee & Kim, 2017; Kim et al., 2018b).

특히 보건의료 분야의 자격은 직무의 전문성이 확보되지 못했을 때, 관련법의 활용이 부족할 때 현장에서의 활용성이 낮아지는 것으로 보고되고 있다(Lee, Kim, & Nam, 2018). 다행히 2019년에 지역보건법이 개정되어 지역보건소 및 보건의료원의 최소배치기준에 보건교육사를 포함하여 채용의 기회가 확대되었고, 2019년 10월에 시행을 앞둔 보건의료인력지원법 시행령 제2조에서 보건교육사를 보건의료인력으로 규정함에 따라 인력의 수급 및 질 관리를 위한 근거를 마련하였다(Ministry of Government Legislation, 2019). 이러한 이유로 지금은 보건교육사가 공공보건의료부문의 예방사업에서 전문 인력으로 자리매김하기 위해 현장의 수요를 적극 반영한 직무능력을 강화해야 할 시점이다. 건강증진사업 수행인력의 역량 강화를 위해 2010년부터 수행된 현장수요조사의 결과를 살펴보면, 현장수요가 높은 직무능력은 보건교육 수행, 지역사회 건강증진 요구도 진단, 사업 기획, 사업 관리, 건강증진환경 조성, 사업 평가, 자료 분석 등인 것으로 보고되고 있다. 이와 함께 다양한 목표와 대상을 위한 건강증진사업이 수행됨에 따라 사업의 종합설계능력과 통합운영능력을 강조하고 있다(Kim, Kim, Kim, & Shon, 2013; Kim et al., 2018b; Lee & Kim, 2017; Choi & Kim, 2014).

따라서 보건교육 및 건강증진 현장의 수요를 파악하고, 보건교육사 자격증 소지자의 현장 활동을 분석하여 지역사회 건강증진사업에서의 보건교육사의 역할과 기능을 재정립하고, 자격증의 전문성을 강화하기 위한 근거를 마련하는 것은 매우 의미있는 일이라 할 수 있다.

이에 본 연구는 지역사회 건강증진사업의 전문성을 높이고, 보건교육사의 역할을 재정립하기 위해 보건교육 및 건강증진사업의 현장전문가가 요구하는 직무능력과 보건교육사가 요구하는 직무능력을 비교 및 분석함으로써 보건교육사에게 우선적으로 강화해야 할 핵심 역량을 제안하는 한편 보건교육사 국가자격제도의 실효성을 높이는데 기여할 수 있는 기초자료를 제공하고자 한다. 이를 위해 보건교육사의 직무를 추가적으로 분석하여 직무능력을 향상시키기 위한 핵심 역량과 하위 역량을 도출하고, 현장전문가 및 보건교육사를 대상으로 핵심 역량 및 하위 역량에 관한 중요도를 분석하여 보건교육사의 역할을 재정립하고 전문성을 강화하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

Ⅱ. 연구방법

본 연구는 보건교육사의 직무기술서(2009)를 바탕으로 11개의 임무(duty), 49개의 일(task), 259개의 일의 요소(element of task) 중 49개의 일(task)에 대해 DACUM(Developing A Curriculum) 기법을 활용하여 추가 분석을 수행하였다(Kim et al., 2009). 추가 분석을 위해 6인의 보건교육 및 건강증진 전문가가 국민건강증진종합계획, 건강증진사업 지침, 미국의 보건교육전문가 인증제도(Certified Health Education Specialist, 이하 CHES), 유럽의 건강증진전문가 인증제도

(Health Promotion Accreditation System, 이하 HPAS)를 분석하여 보건교육사의 임무(duty)와 일(task)을 도출하였다(Kim et al., 2013; Lee & Kim, 2017). 2009년에 개발된 기존의 보건교육사 직무는 임무(duty) 11개, 일(task) 49개, 일의 요소(element of task) 259개이나, 본 연구의 추가 분석을 통해 도출된 직무능력은 11개의 임무(duty), 65개의 일(task)이었다.

도출된 보건교육사의 임무(duty)와 일(task)을 보건교육 및 건강증진사업 수행 인력의 직무능력으로 규정하였고, 직무능력은 핵심 역량과 하위 역량으로 구분하였다. 직무능력의 중요도를 조사하기 위해 2018년 8월 23일부터 9월 25일까지 이메일 조사를 실시하였고, 설문조사에는 현장전문가 75명, 보건교육사 자격소지자 607명이 참여하였다. 현장전문가 설문조사는 지역보건소, 국민건강보험공단, 지역금연지원센터, 건강검진전문기관의 건강증진사업 담당자에게 협조 공문을 발송하여 참여를 독려하였다. 보건교육사 설문조사는 보건교육사 자격소지자 11,737명에게 안내문을 이메일로 발송하였고, 이중 607명(5.2%)이 자발적으로 조사에 참여하였다. 본 조사는 대구대학교 생명윤리위원회의 심의를 거쳐 수행되었다(1040621-201807-HR-019-02, 1040621-201807-HR- 020-02).

조사항목은 추가 분석을 통해 도출된 보건교육사의 직무능력을 중심으로 구성하였고, 핵심 역량은 11개의 임무(duty)로, 하위 역량은 65개의 일(task)로 구성하였다. 핵심 역량에는 보건교육 요구도 진단, 보건교육 프로그램 기획, 보건교육 방법 및 매체 개발, 보건교육 프로그램 수행, 보건교육 프로그램 평가, 보건교육 프로그램 관리, 건강증진 환경조성, 보건의사소통, 보건교육 정보관리, 연구 수행, 전문성 향상이 포함되었고, 하위 역량에는 49개의 일(task)과 새롭게 추가된 16개의 일(task)이 포함되었다〈Table 1〉. 새롭게 추가된 16개의 일(task)은 우선순위 설정하기, 보건교육 주제 설정하기, 보건교육 자원 활용 계획하기, 보건교육 매체 및 자료 활용 계획하기, 단계/과정별 자원 활용하기, 건강주제별 프로그램 수행, 생애주기별 프로그램 수행, 생활터(setting)별 프로그램 수행, 자원봉사자 조직하기, 건강정보이해 및 활용능력(health literacy) 확인하기, 보건교육 정보 제공하기, 건강상담·건강코칭하기, 보건프로그램 홍보하기, 건강 옹호하기, 건강정보기술(health IT) 활용하기, 과학적 연구 설계하기 등이었다. 이와 함께 일반적인 특성을 알아보기 위해 성, 연령, 전공, 근무지(기관) 등을 조사하였고, 조사도구에 관한 내용타당도를 확보하기 위해 보건교육 및 건강증진 전문가 6인이 설문문항을 검토하였다. 핵심 역량 및 하위 역량의 중요도를 분석하기 위해 우선순위합을 산출하였고, 현장전문가와 보건교육사 간의 직무능력에 관한 중요도 차이를 살펴보기 위해 상관분석과 t-검정을 실시하였다.

〈Table 1〉 Additional job analysis of health education specialist

Core competencies (duty, 11)	Sub-competencies (tasks, 65)	
	Job analysis, 2009 (49)	Additional job analysis, 2018 (16)
Health needs assessment	- Planning the needs assessment - Search for related references - Collecting data - Analyzing data - Interpreting the results	- Setting priorities
Health education program planning	- Engaging stakeholders - Using the planning theory - Setting goals & objectives - Design for program - Strategies mix - Evaluation planning - Implementation planning	- Setting health education topics - Planning the use of health education resources
Health education method & material development	- Design for instruction - Developing education methods - Using education material tools - Developing education materials	- Planning the use of health education materials

Core competencies (duty, 11)	Sub-competencies (tasks, 65)	
	Job analysis, 2009 (49)	Additional job analysis, 2018 (16)
Health education program implementation	- Adopting a program - Developing action plan - Establishing management system - Applying action steps - Performing the plan - Sustaining the programmes	- Using the resource by stage/process - Performing programmes by health topics - Performing programmes by life cycle - Performing programmes by setting
Health education program evaluation	- Preparing evaluation - Evaluating validity of program theory - Evaluating process - Evaluating the effectiveness - Evaluating the economics - Drawing conclusions - Using the conclusion	
Health education program management	- Managing budgets - Managing resources - Linkage of health services - Monitoring - Leadership	- Organizing volunteers
Healthy environment building	- Suggesting policies - Building healthy environment for community level - Building healthy environment for organization level - Building healthy environment for individual level	
Health communication	- Developing health communication - Developing health messages - Communicating - Strategic use of health communication	- Confirming health literacy - Providing health information - Health counselling & health coaching - Promoting health programmes - Health advocacy - Using health IT
Health information management	- Creating health information - Using health information	
Research	- Conducting Scientific researches - Using research results	- Designing for Scientific research
Professionalism improvement	- Supporting health education personnels - Empowering health education specialists - Self-management	

Ⅲ. 연구결과

1. 일반적 특성

보건교육 및 건강증진사업의 현장전문가와 보건교육사 자격소지자를 대상으로 직무능력을 강화하기 위한 핵심 역량과 하위 역량을 조사하였다. 조사에 참여한 현장전문가는 75명이었고, 이중 여성은 55명이었고, 20~40세는 53명이었으며, 보건학 및 간호학 전공자는 32명이었고, 지역보건소 근무자는 40명(53.3%)이었다. 보건교육사 자격소지자 607명 중 3급 소지자는 395명(65.1%)이었고, 2급 소지자 204명 중 경력에 의해 승급된 2급 소지자는 167명이었다. 20~40세는 377명이었고, 보건학 및 간호학 전공자는 477명이었으며, 지

역보건소 근무자는 114명(18.8%)이었다. 반면 보건교육사 자격소지자 중 병원 근무자가 155명으로 가장 많았고, 보건교육사 자격소지자의 급수 분포는 1급이 8명(1.3%), 2급이 204명(33.6%), 3급이 395(65.1%)명으로 3급 소지자가 가장 많았다.

〈Table 2〉 General characteristics

Classification		Field expert	Health education specialist					Total
			Level 1	Level 2		Level 3	Sub total	
				Examination[a]	Career[b]			
Gender	Female	55	7	31	143	337	518	573
	Male	20	1	6	24	58	89	109
Age	20-30 years	21	2	21	9	209	241	262
	31-40 years	32	1	9	31	95	136	168
	41-50 years	11	3	4	71	65	143	154
	51-60 years	11	2	3	44	21	70	81
	61 years and over	0	0	0	12	5	17	17
Major	Public health	6	1	14	34	119	168	174
	Nursing	26	5	17	92	195	309	335
	Others	43	2	6	241	81	330	373
Workplace	Health care center	40	4	2	56	52	114	154
	Health insurance corporation	28	0	0	4	0	4	32
	Health screening center	3	0	0	3	7	10	13
	Public institution	0	0	9	11	24	44	44
	Health research center	0	0	1	5	11	17	17
	Company	0	0	4	11	36	51	51
	School	0	1	2	20	31	54	54
	University	0	0	4	26	41	71	71
	Hospital	0	2	13	11	129	155	155
	Smoking cessation center	2	0	0	0	3	3	5
	Others	2	1	2	20	60	83	85
Total		75	8	37	167	395	607	682

[a] Certified the level 2 by the national examination
[b] Certified the level 2 by the upgrade system of work experiences

2. 보건교육 및 건강증진사업 수행 인력의 핵심 역량

보건교육 및 건강증진사업 수행 인력의 핵심 역량 중 중요도가 높은 능력은 전문성 향상이었고, 다음이 보건교육 요구도 진단, 보건의사소통, 보건교육 프로그램 수행, 보건교육 정보관리, 보건교육 프로그램 평가, 건강증진 환경조성, 보건교육 프로그램 기획, 보건교육 프로그램 관리, 보건교육 방법 및 매체 개발, 연구 수행 순이었다.

현장전문가와 보건교육사 모두 전문성 향상을 가장 중요한 능력으로 응답하였고, 현장전문가가 보건교육사보다 보건교육 프로그램 수행, 보건교육 프로그램 관리에 관한 능력을 중요하게 응답하였다. 반면 보건교육사가 현장전문가보다 보건교육 요구도 진단에 관한 능력을 중요하게 응답하였다. 현장전문가와 보건교육사 간의 핵심 역량에 관한 중요도의 차이는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

〈Table 3〉 Importance of core competencies on health education & health promotion

Classification	Field experts(n=75)			KCHES(n=607)			Total(n=682)			t	p
	Mean	SD	Priority	Mean	SD	Priority	Mean	SD	Priority		
Health needs assessment	4.03	0.77	4	3.98	0.86	2	3.99	0.85	2	-0.450	.653
Health education program planning	3.93	0.75	8	3.86	0.88	8	3.87	0.87	8	-0.586	.558
Health education method & material development	3.76	0.77	10	3.85	0.83	9	3.84	0.82	10	0.862	.389
Health education program implementation	4.09	0.74	2	3.92	0.80	4	3.94	0.80	4	-1.743	.082
Health education program evaluation	3.97	0.75	7	3.88	0.81	6	3.89	0.81	6	-0.933	.351
Health education program management	3.93	0.76	8	3.83	0.79	10	3.85	0.79	9	-0.997	.319
Healthy environment building	3.99	0.77	6	3.87	0.85	7	3.88	0.84	7	-1.196	.232
Health communication	4.09	0.62	2	3.98	0.76	3	3.99	0.75	2	-1.174	.241
Health information management	4.03	0.73	4	3.88	0.85	5	3.90	0.84	5	-1.405	.160
Health research	3.76	0.83	10	3.75	0.91	11	3.75	0.90	11	-0.069	.945
Professionalism improvement	4.24	0.57	1	4.06	0.86	1	4.08	0.84	1	-2.529	.013

3. 보건교육 및 건강증진사업 수행 인력의 하위 역량

보건교육 및 건강증진사업 수행 인력의 핵심 역량별 하위 역량에 관한 중요도를 분석한 결과, 보건교육 요구도 진단에 관한 하위 역량의 중요도는 우선순위 결정이 가장 높았고, 다음이 분석결과 해석, 자료 분석, 자료 수집, 관련자료 검색, 요구도 진단과정 기획 순이었다. 보건교육 프로그램 기획에 관한 하위 역량의 중요도는 보건교육 주제 설정이 가장 높았고, 다음이 목적과 목표 설정, 관계자 참여, 수행 계획, 프로그램 설계, 보건교육 자원 활용 계획, 평가 계획, 중재전략 구성, 기획이론 활용 순이었다. 보건교육 방법 및 매체 개발에 관한 하위 역량의 중요도는 보건교육 매체 및 자료 활용 계획이 가장 높았고, 다음이 교육자료 개발, 교육방법 개발, 교육매체 개발, 교수 설계 순이었다.

보건교육 프로그램 수행에 관한 하위 역량의 중요는 계획실행이 가장 높았고, 다음이 프로그램 지속, 건강주제별 프로그램 수행, 세부 계획 수립, 수행단계 적용, 단계/과정별 자원 활용, 생애주기별 프로그램 수행, 프로그램 채택, 생활터별 프로그램 수행, 관리체계 수립 순이었다. 보건교육 프로그램 평가에 관한 하위 역량의 중요도는 효과 평가가 가장 높았고, 다음이 평가 결론 도출, 과정 평가, 평가 준비, 경제성 평가, 프로그램 이론 타당성 평가 순이었다.

보건교육 프로그램 관리에 관한 하위 역량의 중요도는 모니터링, 건강서비스 연계·조정, 자원 관리, 예산 관리, 리더십 발휘, 자원봉사자 조직 순이었고, 건강증진 환경조성에 관한 하위 역량의 중요도는 개인 간 수준의 건강환경 조성, 지역사회수준의 건강환경 조성, 조직수준의 건강환경 조성, 정책 제안 순이었다.

보건의사소통에 관한 하위 역량의 중요도는 건강상담·건강코칭이 가장 높았고, 다음이 의사소통, 보건교육 정보 제공, 보건의사소통을 전략적으로 활용, 보건프로그램 홍보, 건강옹호, 건강정보이해 및 활용능력 확인, 건강정보기술 활용, 보건의사소통 개발, 건강메시지 개발 순이었다. 보건교육 정보관리에 관한 하위 역량의 중요도는 건강정보 관리 및 활용, 건강정보 생성 순이었고, 연구 수행에 관한 하위 역량의 중요도는 연구 결과 활용, 과학적 연구 수행, 과학적 연구 설계 순이었다. 마지막으로 전문성 향상에 관한 하위 역량의 중요도는 전문 역량 강화, 자기 관리, 보건교육 인력 지원 순이었다.

하위 역량 중 현장전문가와 보건교육사 간의 중요도 차이를 보인 능력은 보건교육 프로그램 수행에 관한 하위 역량 중 단계/과정별 자원 활용, 생애주기별 프로그램 수행, 생활터별 프로그램 수행이었고, 보건의사소통에 관한 하위 역량 중 건강메시지 개발, 전문성 향상에 관한 하위 역량 중 전문역량 강화이었다. 이상 5가지 하위 역량에 대한 중요도 점수는 현장전문가가 보건교육사보다 높았고, 현장전문가와 보건교육사 간의 중요도 차이는 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다($p<.05$, $p<.01$).

〈Table 4〉 Importance of sub-competencies on health education & health promotion

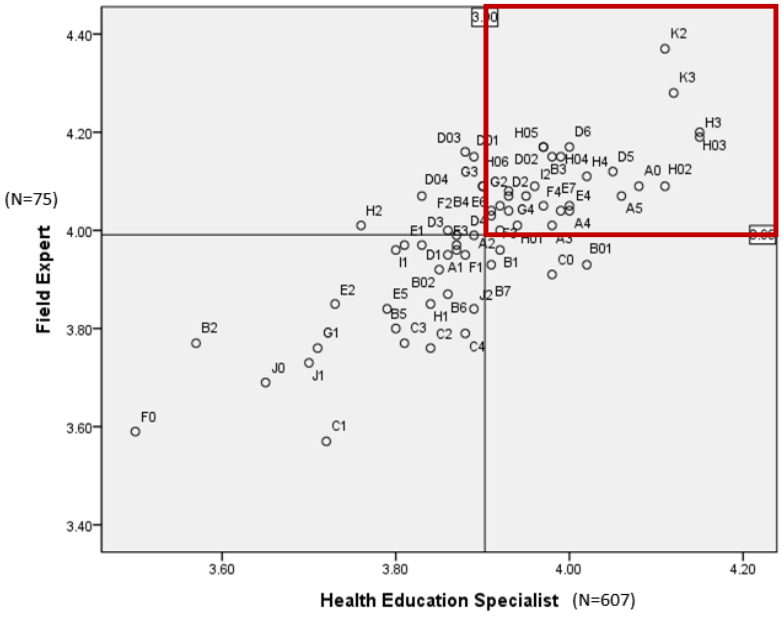
Classification		Field experts(n=75)			KCHES(n=607)			Total(n=682)			t	p
		Mean	SD	Priority	Mean	SD	Priority	Mean	SD	Priority		
Health needs assessment	Planning the needs assessment	3.96	0.89	6	3.87	1.02	6	3.88	1.01	6	-0.691	.490
	Search for related references	4.00	0.84	5	3.92	0.91	5	3.93	0.90	5	-0.744	.457
	Collecting data	4.01	0.85	4	3.98	0.92	4	3.98	0.91	4	-0.325	.745
	Analyzing data	4.04	0.83	3	3.99	0.97	3	3.99	0.95	3	-0.455	.649
	Interpreting the results	4.07	0.84	2	4.06	0.99	2	4.06	0.98	2	-0.075	.940
	Setting priorities	4.09	0.86	1	4.08	1.01	1	4.08	0.99	1	-0.131	.896
Health education program planning	Setting health education topics	3.93	0.78	4	4.02	0.99	1	4.01	0.97	1	0.930	.354
	Engaging stakeholders	3.96	0.88	3	3.92	1.00	3	3.92	0.99	3	-0.350	.726
	Using the planning theory	3.77	0.85	9	3.57	1.00	9	3.60	0.98	9	-1.873	.064
	Setting goals & objectives	4.15	0.80	1	3.98	0.99	2	4.00	0.98	2	-1.381	.168
	Design for program	4.00	0.82	2	3.86	1.00	5	3.88	0.98	5	-1.309	.194
	Strategies mix	3.80	0.90	8	3.80	1.00	8	3.80	0.99	8	-0.008	.994
	Planning the use of health education resources	3.92	0.90	6	3.85	0.98	7	3.86	0.97	6	-0.562	.574
	Evaluation planning	3.87	1.00	7	3.86	1.02	5	3.86	1.01	6	-0.081	.936
	Implementation planning	3.93	0.96	4	3.91	1.00	4	3.91	1.00	4	-0.196	.845
Health education method & material development	Design for instruction	3.57	0.95	5	3.73	0.95	5	3.71	0.95	5	1.309	.191
	Developing education methods	3.76	0.85	4	3.84	0.91	3	3.83	0.90	3	0.742	.458
	Using education material tools	3.77	0.86	3	3.81	0.91	4	3.80	0.91	4	0.305	.761
	Developing education materials	3.79	0.86	2	3.88	0.90	2	3.87	0.90	2	0.832	.405
	Planning the use of health education materials	3.91	0.87	1	3.98	0.90	1	3.97	0.89	1	0.642	.521
Health education program implementa-tion	Adopting a program	3.95	0.90	10	3.85	0.90	8	3.86	0.90	8	-0.865	.387
	Developing action plan	4.07	0.84	6	3.93	0.92	4	3.95	0.91	4	-1.217	.224
	Establishing management system	3.97	0.87	9	3.83	0.93	9	3.85	0.93	10	-1.259	.208
	Applying action steps	4.04	0.85	8	3.92	0.92	5	3.93	0.92	5	-1.107	.269
	Performing the plan	4.12	0.85	5	4.05	0.92	1	4.06	0.91	1	-0.646	.519
	Using the resource by stage/process	4.15	0.82	4	3.89	0.93	6	3.92	0.92	6	-2.237	.026
	Sustaining the programmes	4.17	0.84	1	4.01	0.93	2	4.02	0.92	2	-1.484	.138
	Performing programmes by health topics	4.17	0.83	1	3.97	0.92	3	3.99	0.91	3	-1.801	.072
	Performing programmes by life cycle	4.16	0.82	3	3.88	0.97	7	3.91	0.96	7	-2.360	.019
	Performing programmes by settings	4.07	0.81	6	3.83	0.98	9	3.85	0.97	9	-2.019	.044

Classification		Field experts(n=75)			KCHES(n=607)			Total(n=682)			t	p
		Mean	SD	Priority	Mean	SD	Priority	Mean	SD	Priority		
Health education program evaluation	Preparing evaluation	3.97	0.82	5	3.82	0.91	5	3.83	0.90	4	-1.439	.151
	Evaluating validity of program theory	3.85	0.85	6	3.73	0.95	7	3.74	0.94	6	-1.077	.282
	Evaluating process	3.99	0.85	4	3.89	0.91	4	3.90	0.91	3	-0.829	.407
	Evaluating the effectiveness	4.04	0.80	2	4.00	0.93	1	4.01	0.91	1	-0.342	.732
	Evaluating the economics	3.84	0.87	7	3.79	0.95	6	3.79	0.94	5	-0.441	.660
	Drawing conclusions	4.03	0.77	3	3.90	0.93	3	3.92	0.91	2	-1.265	.209
	Using the conclusion	4.05	0.75	1	4.00	0.92	1	4.01	0.91	1	-0.436	.663
Health education program management	Managing budgets	3.95	0.93	5	3.87	0.92	3	3.88	0.92	3	-0.640	.522
	Managing resources	3.97	0.84	4	3.86	0.90	5	3.88	0.89	3	-1.008	.314
	Linkage of health services	4.04	0.86	2	3.93	0.91	2	3.94	0.91	2	-0.983	.326
	Organizing volunteera	3.59	1.01	6	3.50	0.99	6	3.51	1.00	6	-0.676	.499
	Monitoring	4.05	0.91	1	3.97	0.92	1	3.98	0.92	1	-0.754	.451
	Leadership	3.99	0.83	3	3.87	0.94	3	3.88	0.93	3	-1.042	.298
Healthy environment building	Suggesting policies	3.76	0.88	4	3.71	0.95	4	3.72	0.94	4	-0.403	.687
	Building healthy environment for community level	4.05	0.85	3	3.92	0.92	2	3.93	0.91	2	-1.220	.223
	Building healthy environment for organization level	4.09	0.82	1	3.90	0.93	3	3.92	0.92	3	-1.714	.087
	Building healthy environment for individual level	4.07	0.83	2	3.95	0.92	1	3.96	0.91	1	-1.052	.293
Health communica-tion	Confirming health literacy	4.01	0.85	8	3.94	0.90	7	3.95	0.90	7	-0.678	.498
	Developing health communication	3.85	0.83	10	3.84	0.91	9	3.84	0.90	9	-0.150	.881
	Developing health messages	4.01	0.81	8	3.76	0.94	10	3.79	0.93	10	-2.520	.013
	Communicating	4.19	0.77	2	4.14	0.91	2	4.15	0.89	2	-0.382	.703
	Strategic use of health communication	4.11	0.76	5	4.02	0.91	4	4.03	0.89	4	-0.752	.453
	Providing health information	4.09	0.81	6	4.11	0.87	3	4.11	0.86	3	0.162	.871
	Health counselling & health coaching	4.20	0.70	1	4.15	0.89	1	4.16	0.87	1	-0.469	.639
	Promoting health programmes	4.15	0.65	4	3.98	0.88	5	4.00	0.86	5	-1.573	.116
	Health advocacy	4.17	0.67	3	3.97	0.90	6	3.99	0.88	6	-1.896	.058
	Using health IT	4.09	0.72	6	3.90	0.90	8	3.92	0.89	8	-1.802	.072
Health information management	Creating health information	3.96	0.80	2	3.80	0.91	2	3.82	0.90	2	-1.425	.155
	Using health information	4.09	0.74	1	3.96	0.90	1	3.98	0.89	1	-1.226	.221

Classification		Field experts(n=75)			KCHES(n=607)			Total(n=682)			t	p
		Mean	SD	Priority	Mean	SD	Priority	Mean	SD	Priority		
Health research	Designing for Scientific research	3.69	0.88	3	3.66	0.96	3	3.66	0.95	3	-0.322	.747
	Conducting Scientific researches	3.73	0.84	2	3.70	0.98	2	3.70	0.97	2	-0.308	.758
	Using research results	3.84	0.82	1	3.89	0.95	1	3.89	0.94	1	0.446	.656
Professional-ism improvement	Supporting health education personnels	4.08	0.80	3	3.93	0.93	3	3.95	0.92	3	-1.296	.195
	Empowering health education specialists	4.37	0.63	1	4.11	0.92	2	4.14	0.90	1	-2.366	.018
	Self-management	4.28	0.65	2	4.12	0.92	1	4.14	0.90	1	-1.439	.151

4. 보건교육 및 건강증진사업 수행 인력의 하위 역량에 관한 우선순위

현장전문가와 보건교육사의 하위 역량에 관한 중요도를 분석한 결과, 공통적으로 중요도가 높게 나타난 능력은 전문역량 강화이었고, 다음이 자기 관리, 건강상담·건강코칭, 의사소통, 건강주제별 프로그램 수행, 프로그램 지속, 건강 옹호, 목적과 목표 설정, 보건프로그램 홍보, 계획 실행, 보건의사소통을 전략적으로 활용, 건강정보기술 활용, 건강정보 관리 및 활용, 우선순위 설정, 개인 간 수준의 건강환경 조성, 세부 계획 수립, 분석결과 해석, 평가결과 활용, 지역사회 수준의 건강환경 조성, 모니터링, 수행단계 적용, 효과 평가, 건강서비스 연계·조정, 자료 분석, 건강정보이해 및 활용능력 확인, 자료 수집 순이었다($p<.05$, $p<.01$).



Empowering health education specialists
Self-management
Health counselling & health coaching
Communicating
Performing programmes by health topics
Sustaining the programmes
Health advocacy
Setting goals & objectives
Promoting health programmes
Performing the plan
Strategic use of health communication
Providing health information
Using health IT
Using health information
Setting priorities
Building healthy environment for individual level
Developing action plan
Interpreting the results
Using the conclusion
Building healthy environment for community level
Monitoring
Applying action steps
Evaluating the effectiveness
Linkage of health services
Analyzing data
Confirming health literacy
Collecting data

[Figure 1] Priority on importance of sub-competencies among field experts and health education specialist

Ⅳ. 논의

개인이나 인구집단의 실천적 변화를 유도하기 위해서는 사회생태학적 요인을 고려한 다수준적, 다차원적 접근 전략을 개발해야 한다. 이를 위해 보건교육 및 건강증진사업 수행 인력은 요구도 진단, 맞춤형 정보제공, 교육·상담·사후관리·홍보·모니터링, 자원연계, 건강환경 조성에 관한 직무능력을 핵심 역량으로 강화해 나가야 한다. 다시 말해 사회생태학적 건강결정요인 분석, 건강형평성 제고를 위한 대상자 발굴, 목표집단의 건강문제 개선을 위한 서비스 설계, 홍보·정보제공·교육·상담·자원 연계, 건강환경 조성, 모니터링·지속적인 사후관리, 평가 및 피드백·근거생성 및 활용 등의 능력을 갖추는 것이 무엇보다 중요하다(Kim et al., 2018b).

미국의 보건교육전문가 인증제도와 유럽의 건강증진전문가 자격인증제도는 이러한 직무능력을 핵심 역량으로 규정하고 있다. 미국의 보건교육전문가 인증제도는 대학 교육과정 중심의 CHES와 대학원 교육과정 중심의 MCHES(Master Certified Health Education Specialists)로 구분되며, 자격인증제도는 National Commission for Health Education Credentialing(이하 NCHEC)에서 관리하고 있다. 핵심 역량은 공통된 7개의 책임과 능력으로 구성되며, 7개의 책무는 보건교육·건강증진 요구·자산·역량 진단, 보건교육·건강증진 기획, 보건교육·건강증진 수행, 보건교육·건강증진 관련 평가와 연구 실행, 보건교육·건강증진 운영과 관리, 보건교육·건강증진 인적자원의 역할, 건강·보건교육·건강증진에 관한 의사소통 및 옹호이다(NCHEC, 2019b). CHES의 핵심 역량은 33개 역량, 162개 세부 영역으로 구성되며, MCHES의 핵심 역량은 34개 역량, 223개 세부영역으로 구성되어 있다(NCHEC, 2019a).

유럽의 건강증진전문가 자격인증제도는 Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe(CompHP) 프로젝트를 통해 개발되었고, International Union for Health Promotion and Education(IUHPE)가 건강증진전문가 인증제도를 관리하고 있다. 유럽 건강증진전문가의 9개의 핵심 역량은 변화 유도, 건강 옹호 활동, 파트너십을 통한 중재, 커뮤니케이션, 리더십, 진단·사정, 기획·계획 수립, 실행, 평가 및 연구이다. 각 영역은 건강증진 직무 수행의 특정한 분야를 다루고, 원활한 직무 수행을 위한 세부영역을 제시하고 있으며, 질 관리를 위한 직업 개발의 지속적 진행, 자격인증제도 및 직업 기준 개발의 토대 제공, 건강증진 직무 수행의 기준 개발 등을 수행하고 있다(International Union for Health Promotion and Education, 2019; Kim et al., 2018b).

한편 자격인증제도가 아닌 민간자격제도로 운영하고 있는 영국은 건강증진전문가의 10가지 책무를 개발하여 권고사항으로 제안하고 있다. 책무는 정책과 과제의 기획, 건강역량 개발, 건강증진활동 촉진 및 지원, 워크숍 수행, 파트너십 형성, 옹호, 자문 및 인적 자원, 근거중심의 업무수행, 인식 제고 활동, 교육자료 개발 및 활용이다(Kim et al., 2018b).

이처럼 세계 각 국은 건강증진사업의 성공적인 수행을 위해 전문 인력의 핵심 역량을 개발하고, 인적 자원의 역할 강화를 위한 근거를 마련함으로써 전문 자격제도의 실효성을 높이고, 인적 자원의 체계적인 질 관리를 위한 다양한 방안을 모색해 나가고 있다(Oh & Lee, 2010; Kim et al., 2013; Lee & Kim, 2017). 이러한 이유로 본 연구는 보건교육 및 건강증진사업 수행 인력의 핵심 역량과 하위 역량을 도출하여 지역사회 건강증진사업에서 강화해야 하는 직무능력을 구성하였고, 현장에서 우선적으로 요구하는 직무능력을 강화하기 위한 방안을 제안하고자 한다. 즉 보건교육사가 보건교육 및 건강증진 분야의 전문 인력으로서 자리매김하기 위해서는 현장의 요구가 높은 보건교육 수행, 보건의사소통, 보건교육 정보관리, 건강증진 환경조성, 보건교육 프로그램 관리에 관한 직무능력을 강화해 나가야 한다. 또한 요구도 진단, 보건프로그램 기획, 건강주제·생애주기·생활터별 프로그램 수행, 건강서비스 연계·조정, 모니터링, 의사소통(건강상담·건강코칭, 홍보, 옹호), 건강정보기술 활용, 개인 및 지역수준의 건강환경 조성 등에 관한 하위 역량을 개발하여 건강증진 전문인력으로서의 역할을 정립해 나가야 한다. 반면 이와 같은 관점은 과거 보건교육 및 건강증진 분야의 현장수요를 조사한 결과와 크게 다르지 않다. 현장수요가 높은 보건교육 수행, 지역사회 건강증진 요구도 진단, 사업 기획, 사업 관리, 건강증진환경 조성, 사업 평가, 자료 분석 등의 능력을 강화해야 할 뿐 만 아니라, 건강증진 사업의 종합설계능력과 통합운영능력을 강조하고 있기 때문이다(Lee, 2010; Choi & Kim, 2014; Kim et al., 2013; Kim, 2016; Kim et al., 2018b; Lee et al., 2018; Park, 2016).

이와 함께 보건교육사의 직무능력이 효과적으로 활용될 수 있는 현장을 발굴하는 것도 중요하다. 이를 위해 지역사회(보

건소, 보건지소, 보건진료소 등)에 기반 한 건강생활실천(흡연, 음주, 운동, 영양) 프로그램, 만성질환(대사증후군, 비만 등) 예방·관리 프로그램, 노인건강(노인성질환예방, 치매관리 등) 프로그램, 감염병 예방·관리(결핵, 에이즈 등) 프로그램 등에 관한 운영 능력을 강화해 나가야 한다(Lee, 2010; Kim, 2010; Kim, 2014; Lee & Kim, 2017; Kim et al., 2018b). 또한 보건교육사 국가자격제도의 활성화를 위해 첫째, 단기적으로는 현장수요를 반영한 직무 개편, 표준교육과정 개발, 유사과목 심사제도 개선, 직무능력 강화를 위한 연수교육 또는 보수교육의 실시, 국가건강증진사업의 필수인력으로 규정하는 방안 등을 추진해야 한다. 둘째, 중기적으로는 급수체계 및 승급제도 개선, 급수별 교과목 개편, 관련 교육과정 인정방안 도입, 보수교육 및 자격증 갱신제도 도입, 건강증진 분야의 보건교육사 채용 의무화를 추진해야 하며, 셋째, 장기적으로는 보건교육사 단일등급 추진, 교과목 및 국가시험 제도 개선, 전문보건교육사의 도입을 추진해야 한다.

본 연구는 다음의 제한점을 갖고 있다. 첫째, 현장전문가 수요조사가 공공기관 중 지역보건소에 집중되어 수행되었기 때문에 민간기관 및 유관기관의 현장수요를 반영하지 못하였다. 이에 관한 보완적인 후속연구가 필요할 것이다. 둘째, 보건교육사 자격소지자를 대상으로 한 수요조사에 전체 자격소지자의 5.2%가 참여하였으므로, 보건교육사 현장수요결과를 일반화하는데 한계를 지니고 있다. 셋째, 보건교육사 자격소지자 중 보건학 및 간호학 전공자가 45.6%인 반면 관련분야 전공자가 54.4%를 차지하였고, 근무기관이 임상 및 기타 분야인 경우가 약 34.9%를 차지하였다. 이는 핵심 역량의 중요도를 현장의 경험이 아닌 이론적, 원론적으로 응답했을 가능성을 배제할 수 없다. 따라서 향후 공공 및 민간기관에서 보건교육사로서 업무를 수행하는 현장 인력을 대상으로 기관별 직무능력에 관한 수요를 심층적으로 파악할 수 있는 조사를 수행해야 할 것이다.

V. 결론

지역사회 건강증진사업의 전문성을 향상시키고, 건강증진사업의 효과성, 효율성을 높이기 위해 보건교육사가 지녀할 핵심 역량과 하위 역량을 살펴보았다. 이를 통해 우선적으로 강화해야 할 역량을 도출하여 보건교육사의 직무능력을 강화함으로써 현장에서 실효성 있는 국가자격제도로 자리매김할 수 있도록 근거를 마련하고자 하였다. 본 연구결과에서 살펴보았듯이 보건교육 및 건강증진사업 수행 인력의 핵심 역량 중 우선적으로 강화되어야 할 능력은 보건교육 요구도 진단, 보건의사소통, 보건교육 프로그램 수행, 보건교육 정보관리, 보건프로그램 기획 등이었고, 하위 역량 중 우선적으로 강화해야 할 능력은 특화된 보건교육 프로그램의 수행, 건강정보의 효과적 제공, 건강증진 환경의 조성 등이었다. 따라서 보건교육 및 건강증진사업 수행 인력의 핵심 역량 및 하위 역량에 기반 한 보건교육사의 직무능력이 강화되어야 하고, 이를 뒷받침할 수 있는 교육과정 개편 및 질 관리제도 개선, 지속가능한 단계별 자격관리체계 수립을 꾀함으로써 국민건강증진사업의 효율성을 높이고, 보건교육사 관련 법령 및 정책의 실효성을 높일 수 있는 기회를 제공해야 한다.

References

Cho, B. (2010). The past and the current status of community-based health promotion. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, *27*(4), 1-6.

Choi, S. H., & Kim, M. (2014). Analysis of the priority of roles performed by health educators in charge of health promotion programs at community health centers. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 31(5), 121-133. doi: 10.14367/kjhep.2014.31.5.121.

International Union for Health Promotion and Education. (2019). *The CompHP Project*. Retrieved from http://www.iuhpe.org/index.php/en/comphp-2/1248-comphp-2

Kim, H. (2010). The roles and professional competencies of health education specialists in public health organizations. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, *27*(2), 23-36.

Kim, M., Kim, Y., Kim, W., Kim, H., Nam, Y., Park, H., . . . & Hwang, M. (2009). *The job analysis for health education specialist*. Seoul: Korea Health Personnel Licensing Examination Institute.

Kim, Y. (2014). Enhancement for competencies of health education specialists to prevent chronic disease in public heath organizations. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, *31*(5), 135-146. doi: 10.14367/kjhep.2014.31.5.135.

Kim, Y. (2016). Strategies to approach the customized health management service to prevent chronic disease.

Korean Journal of Health Education and Promotion, *33*(4), 89-100. doi: 10.14367/kjhep.2016.33.4.89.

Kim, Y., Kim, G., Kim, H., & Shon, A. (2013). *Improvement of the Korean National Certified Health Education Specialist System*. Seoul: Korea Health Promotion Foundation.

Kim, Y., Kim, H., Kim, H., & Na, W. (2018a). *Validity of the national examination by certificated levels*. Seoul: Korea Health Personnel Licensing Examination Institute.

Kim, Y., Lee, J., Koh, K., Park, N., Oh, Y., & Yim, E. (2018b). *Development of specializing job areas and improvement system of the Korean National Certified Health Education Specialist (KCHES) by job analysis*. Seoul: Korea Health Promotion Foundation.

Korea Health Personnel Licensing Examination Institute. (2019). *National exam passing rate by year*. Retrieved from http://www.kuksiwon.or.kr/Publicity/ExamStatistic.aspx?SiteGnb=5&SiteLnb=3

Lee, J. (2010). The roles and professional competencies of health education specialist in public sectors. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, *27*(2), 17-21.

Lee, J. (2012). Future directions for health promotion programs in the public. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, *29*(4), 29-398.

Lee, J., & Kim, Y. (2017). *Future directions for the Korean national certified health education specialist*. Seoul: Korea Health Promotion Foundation.

Lee, J., Kim, Y., & Nam, Y. (2018). An analysis of duty and workplace of the health education specialist through the review of literature. *The Journal of Korean Society for School & Community Health Education*, *19*(2), 1-10.

Ministry of Government Legislation. (2019). *National law information center*. Retrieved from http://www.law.go.kr

Ministry of Health & Welfare and Korea Health Promotion Foundation. (2015). *The 4th health plan 2016~2020*.

National Commission for Health Education Credentialing. (2019a). *Area of responsibility, competencies and sub-competencies for health education specialists 2015*. Retrieved from https://www.speakcdn.com/assets/2251/hespa_competencies_and_sub-competencies.pdf

National Commission for Health Education Credentialing. (2019b). *Seven areas of responsibility*. Retrieved from https://www.nchec.org/responsibilities-and-competencies

Oh, Y., & Lee, J. (2010). Quality management scheme for health education specialist. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, *27*(2), 59-67.

Park, N. (2016). Empowerment of health education specialist in digital health care market. *Fall conference of Korea Society for Public Health Education*, 127-139.