

건강증진

1. 서론

과학의 발전과정을 설명하는 학설의 하나인 Kuhn¹⁾의 시각으로 보면 최근까지의 의학과 보건학은 생물의학(生物醫學, biomedical science)을 정상과학(正常科學, normal science)으로 하는 학문이라고 할 수 있다. 일부 학자들은 우리가 사는 현재가 바로 생물학적인 패러다임(biomedical paradigm*)에서 사회생태학적 패러다임(socioecological paradigm)으로 이행(移行)하는 과정이라고 주장한다.²⁻⁵⁾ 지난 약 100년동안 보건분야를 지배해온 생물학적인학은 인간을 장기와 조직으로 분화하여 보았고 육체와 마음을 분리하여 보았을 뿐만 아니라 인간이 처하여있는 환경의 중요성을 경시하였다. 이러한 경향은 부속품들의 조합으로 기계가 되고 기계의 고장은 바로 낱개 부속품의 기능이 망가졌거나 다른 부품과의 관계가 원활하지 못한 때문으로 보는 것 처럼 인간의 병에 대한 의사의 역할도 기계수리공이 기계를 고치듯 인간이란 기계를 수리하는 것으로 받아들인 것이라고 할 수 있다.⁴⁻⁶⁾ 이러한 경향의 근저에는 당시 풍미하던 데카르트철학(Cartesianism)이 깔려있다.

- 1) Kuhn T. The structure of scientific revolutions. Chicago : University of Chicago Press, 1968.
- 2) Ahmed PI, et al. Toward a new definition of health : an overview. In : Ahmed PI, Coelho GV (ed). Toward a new definition of health. New York : Plenum Press, 1979.
- 3) Catalano R. Health, behavior and the community. Oxford : Pergamon Press, 1979.
- 4) Engel GL. The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36
- 5) Noack H, Müller HRM. Morbidity, illness behavior and the medical model. In : Noack H (ed). Medical education and primary health care. London : Croom Helm, 1980.
- 6) Polger S. Health, international encyclopedia of the social sciences. New York : Mac Millan & Free Press, 1968, Vol. 5.

* paradigm : 과학분야의 기초적인 이론, 법칙 그리고 그 내용인 과학지식과 사례 및 세계관과 공통된 습관 등 어떤 시기의 어떤 과학자 공동체의 구성원전체가 공유하고 있는 공통된 전제(前提)를 말한다.

** 이 글은 유승흠저. 보건기획과 관리 제4장 건강증진. 수문사, 1995에 실려있음.

이러한 사고체계에서 질병에 대한 현실적 그리고 보건정책 측면의 이해는 다만 질병의 원인(causal factors)과 발생기전(pathophysiology, mechanism)에만 초점을 맞추었다. 다만 19세기 중엽 산업발달에 즈음하여 산업화, 도시화, 빈곤 그리고 열악한 생활환경과 작업장환경 등 사회경제적 요인이 질병과 건강에 커다란 영향을 준다는 측면을 강조하는 사회의학(社會醫學)이 독일, 미국, 영국 등에서 발달되었다.⁷⁾ 그러나 생물학적 의학의 성장은 19세기 말부터 두드러졌고 더욱이 생활환경과 작업환경의 부분적 개선은 사회의학의 발전 여세를 저해하였다. 생물학적 의학의 총아였던 세균론(germ theory)은 “질병의 특이한 직접적 원인을 찾는 방책”을 이론으로하여 대부분의 감염성질환을 설명하고 또 관리하는 데 결정적 역할을 하였다. 이러한 방책은 감염성질환 이외의 많은 질환도 특이한 직접적 원인을 방사선, 소음, 스트레스, 화학물질, 알콜, 담배 그리고 대기오염 등으로 설명하고 어느 정도의 성과를 올리고 있는 것도 사실이다. 이러한 사고체계에서는 건강이란 물리적 환경에 질병의 직접적 원인이 되는 요인이 없거나 적은 것을 의미하게 된다.

그러나 곧 질병의 발생은 감염병에서조차 직접적인 원인만으로는 설명할 수 없고 숙주가 되는 인간의 영양상태, 생활 및 작업환경, 교육수준 그리고 수입수준 등이 관여한다는 것이 알려졌다. 감염병에서 병균은 필요조건일 뿐 충분조건이 아니라는 것이 분명해졌고 병균에 대한 인간의 저항력이 또한 감염병 발생에 결정적인 역할을 한다는 것도 확인되었다. 이러한 측면에서 감염성질환에 대한 특수저항기전인 예방접종이 개발되어 의학의 새로운 분야를 개척하게 되었다. 인간이 병균에 대해 갖는 저항성의 개념은 감염병의 발생을 설명하는 데 국한되지 않고 물리적, 정신사회적 스트레스와 건강에 대한 잠재적 위험요인들에도 적용하게 되었다. 즉 이러한 개념의 도입은 건강을 유지하기 위해서는 질병의 직접적인 원인은 물론 위험 요인에 대처할 수 있는 충분한 수준의 저항요인을 유지하는 것이 필요하다는 것을 인정하게 된다.⁸⁾

최근에 발전을 이룬 정신신체의학, 의료사회학(醫療社會學) 그리고 사회역학(社會疫學) 분야의 연구결과를 “스트레스”와 이것에 어떻게 적응(coping) 하느냐가 인간의 건강과

7) Rosen G. The evolution of social medicine. In : Freeman HE, et al. Handbook of medical sociology. Englewood cliffs : Prentice-Hall, 1979.

8) Antonovsky A. Health, stress, and coping. San Francisco : Jossey-Bass, 1981.

불건강을 결정하는 연결고리라고 주장한다. 즉 환경요인과 인간저항력의 주된 연결고리는 바로 스트레스에 적응할 수 있는 능력이라는 것이다. 정상적인 환경에서 인간은 그가 노출되었는 물리적, 사회적 환경에 적응하여 생리학적, 정서적 그리고 인식적 측면에 균형을 유지한다. 그러나 빈곤, 영양부족, 극도의 육체적 피로, 사회지지의 상실 그리고 소중한 사람을 잃어버리는 등의 큰 스트레스 상황에서는 인간이 질병에 대한 감수성이 커지고 균형이 깨져서 건강을 잃게 된다는 것이다. 각 사람이 어떤 질병에 특히 감수성이 높고 낮음은 유전적요인은 물론 태어난 후 얻은 요인 그리고 그 사람이 처해있는 환경과의 관계가 다같이 영향을 준다.

질병발생에 대한 다인론(多因論, multifactorial etiology)적인 사회생태학적 패러다임은 심장혈관질환 등의 비감염성만성질환에 대한 역학연구에 의해 크게 지지되고 있다.⁹⁻¹⁰⁾ 예로 전체 사망률과 많은 비감염성 만성질환발생은 위험요인으로 알려진 흡연, 과도한 음주, 육체운동부족, 비만 그리고 수면부족 등과 양의 상관관계에 있을 뿐 아니라 사회지지도(social network)와 사회지지의 내용도 큰 영향을 준다는 것이 알려져 있다.¹¹⁾

건강에 영향을 주는 많은 요인중에서도 개개인 생활양식의 건강지향적 방향으로의 전환과 이를 효과적으로 수행하기 위하여 사회제도의 변화까지 유도하려하는 정책을 주로하는 건강증진(健康増進, health promotion)은 보건의학분야에 사회생태학적 패러다임의 침범임이 분명하다고 할 수 있을 것이다. 다만 건강증진이 근거하는 사회생태학적 패러다임은 기존의 생물의학은 물론, 사회정신적 그리고 사회의학적 시각을 포함해야 한다는 것도 또한 분명하다 할 것이다.

2. 건강증진의 정의와 발전과정

-
- 9) Winkelstein W Jr, Marmot M. Primary prevention of ischemic heart disease : evaluation of community interventions. *Ann Rev Public Health* 1981;2:253-76
 - 10) Berkman LF, Breslow L. *Health and ways of living*. Oxford : Oxford University Press, 1983.
 - 11) Klein SD. Class, culture, and health. In : Last JM (ed). *Public health and preventive medicine*. New York : Appleton Century-Crofts, 1980.

여러 학자나 단체가 건강증진을 나름대로 정의했다. 그러나 건강증진은 비교적 새로이 발전된 개념으로서 아직 명확하게 정의되었다고 보기 어려운 점이 있다. 건강증진은 전통적인 위생(衛生)의 개념을 대체적으로 대치하는 개념으로 보아도 무리가 없을 것이다. 건강증진의 실질적인 내용은 예방의 그것과 대부분 중복된다. 즉 전통적으로 1차, 2차 그리고 3차예방으로 분류되는 예방중 1차예방의 내용을 살펴본다.

일차예방은 “영양상태, 신체적합도(physical fitness), 정서적 안정, 감염병에 대한 예방접종 그리고 환경을 안전하게 하는 것 등을 개개인과 지역사회전체의 노력을 통하여 이름으로써 건강을 증진하는 것”으로 정의하였다.¹²⁾ 즉 일차예방의 고전적 정의의 내용에 이미 건강의 증진이라는 말이 있고 그 내용은 현재 건강증진의 그것과 거의 중복됨을 알 수 있다.

전통적인 질병의 예방(豫防) 개념과 건강증진(健康增進) 개념의 주요 차이점은 목표에 있지않고 초점에 있다고 주장하는 학자가 있는데 설득력을 갖고 있다.¹³⁾ 즉 예방은 질병을 겨냥한 개념이고 건강증진은 긍정적인 측면인 건강을 겨냥하고 있는 초점의 차이로 보는 견해이다.

Winslow는 이미 1920년에 “건강증진”은 “지역사회의 조직적인 노력으로...(중략) 개인건강을 위한 보건교육과 각 개인의 표준생활수준이 이들의 건강을 유지 또는 증진하는데 충분한 사회적장치를 개발하는 것이다”라고 설파하였다.¹⁴⁾ 이러한 지적이 이미 있는것

-
- 12) Last JM. A dictionary of epidemiology. Oxford : Oxford University Press, 1983.
 “Primary prevention can be defined as the promotion of health by personal and community-wide efforts, e.g., improving nutritional status, physical fitness, and emotional well-being, immunizing against infectious diseases, and making the environment safe.”
- 13) Noack H. Concepts of health and health promotion. In : Abelin T, et al (ed) : Measurement in health promotion and protection. WHO Regional Publications, European Series No. 22, 1987.
- 14) Winslow CEA. The untitled fields of public health. Science 1920;51:23
 “Promoting health” as “organized community effort for the ... education of the individual in personal health, and the development of the social machinery to assure everyone a standard of living adequate for the maintenance or improvement of health.”
- 15) Green LW. Kreuter MW, Deeds KB, et al. Health education planning : a diagnostic approach. Palo Alto, Calif : Mayfield Publishing Co., 1980
 “Health education is any combination of learning experiences designed to predispose, enable and reinforce voluntary adaptations of individual on collective behavior conducive to health.”

을 볼 때 건강증진은 새로운 개념이라고 보기는 어렵다.

또한 기존의 보건교육(保健教育)과 건강증진의 관계에 있어서 전자를 후자의 가장 중요한 필요요소라고 보아야 할 것이다. 보건교육은 “건강을 지향하는 개별 또는 집단행동의 자발적인 채택을 용이하게 하거나, 가능케 하거나 또는 강화시키기 위해서 구상된 습득경험을 주는 것 또는 이의 조합”이라고 정의된다.¹⁵⁾ 이러한 정의를 갖고 있는 보건교육은 천연두를 예방하기 위한 예방접종의 채택 등 한가지 분명한 목적을 갖고 있는 경우에 매우 효과가 있다. 즉 위험성이 높은 분명한 질병에 대한 예방접종 프로그램, 특정질환을 위한 조기검진 그리고 가족계획사업 등 효과가 즉각적이고, 단순하고, 명확한 보건상의 문제해결을 위한 개인행동의 유발에는 성공적이다. 그러나 최소한 1970년대의 많은 정책입안자나 보건정책담당자들은 보건교육만으로는 복잡하고 다단화되었는 목표인 평생가는 버릇이나, 생활양식(生活樣式)과 연결되어 있는 사회환경등의 변화를 유도할 수 있다는 확신을 갖지 못했던 것이 사실이다.¹⁶⁾ 단순히 흡연이 폐암을 일으킬 수 있다는 지식을 갖고 있는 학생들이 많아지면 담배를 끊는 학생수도 늘어날 것이라고 믿는 사람은 거의 없다는 사실¹⁷⁾과 잘 맞아들어 가는 논리이다. 그러나 건강증진은 보건교육이라는 방식을 가장 중요하고도 빠뜨려서는 안되는 속성을 가지고 있다.

가. 정의

건강증진 분야가 크게 발전한 것이 분명함에도 불구하고 이의 정의는 아직도 명확치 않다. 몇 가지 주목할만한 정의를 살펴본다.

1) Healthy People의 입장

미국에서 1979년에 출판된 The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention 에서는 건강증진을 정의하는 대신 이의 목표만을 밝혔다. 즉 건강증진의 목표는 “국민들의 안녕상태를 유지, 증진할 수 있는 생활양식의 계발을 도와줄

16) Green LW. Determining the impact and effectiveness of health education as it relates to federal policy. Health Educ Mono 1978;6:28-66

17) Flay BR. Social psychological approaches to smoking prevention : review and recommendations. In : Ward W (ed). Advances in health education and promotion. vol 2. Greenwich, Conn : JAI Press, 1987.

수 있는 정책을 개발하는 것이며 그 정책은 지역사회적 또는 개인적인 것을 두루 포함한다”라고 하였다.¹⁸⁾ 이 건강증진 목표의 정의는 다른 정의와 함께 생활양식 등 여러가지 요소가 건강에 영향을 준다는 것과 실천방책으로는 개인과, 지역사회주민의 노력 그리고 사회운동(societal action) 등이 동시에 수행되어야 한다고 한다.

2) Lawrence W. Green의 정의

“건강증진은 보건교육과 이와 관련된 조직적, 정치적, 그리고 경제적 개입 등 건강을 지향하는 행동과 환경의 변화를 추구하기 위한 위 과정의 단독적 또는 조합적인 시도이다.”¹⁹⁾

Green의 이러한 정의는 현재까지 가장 널리 인용되고 있다. 그는 건강증진을 개입과정(intervention processes)에 초점을 맞추어 정의하였으므로 국가나 사회가 건강증진을 공중보건의 한 정책으로 실행할 때 도움이 되는 정의로 알려져 있다. 그러나 이 정의는 건강에 책임을 지는 주체를 사회나 환경적 요인에서부터 개인의 행동으로 떠넘긴 측면이 강하다. 따라서 정부의 기본적인 보건서비스 분야와 보건사업 등에 대한 예산삭감의 근거로 악용될 우려가 있다는 비평을 받을 수 있다. 그외에도 정부가 개인의 자유와 사생활로 볼 수 있는 생활양식에 어디까지 어떤 논리로 관여할 수 있는가 하는 윤리적 및 철학적 문제점도 갖고 있다.²⁰⁻²¹⁾

18) Healthy people. The Surgeon General's Report on health promotion and disease prevention. Washington D.C. : U.S. Department of HEW Publication No. 79-55071, 1979.

(Health Promotion) its aim is "the development of community and individual measures which can help (people) to develop lifestyles that can maintain and enhance the state of well-being."

19) Green LW. National policy in the promotion of health. Int J Health Educ 1979;22:161-8

"Health promotion is any combination of health education and related organizational, economic and political interventions designed to facilitate behavioral and environmental changes conducive to health."

20) Bayer R, Moreno JD. Health promotion : ethical and social dilemmas of government policy. Health Affairs 1986;5(2):72-84

21) Becker MH. The tyranny of health promotion. Public Health Rev 1986;14:15-25

3) 오타와 헌장(Ottawa Charter for Health Promotion)

세계보건기구의 유럽지역사무소(European Regional Office)에서는 시스템의 변화 또는 사회생태학적 시각에 의한 정의를 하였다. 즉 “건강증진은 사람들로 하여금 건강에 대한 영향력 행사능력을 강화시키고 또한 건강을 발전시키도록 도와주는 과정이다”라고 정의하였다.²⁴⁾ 이 정의에 이어 건강증진의 기능은 “건강을 고취하고”, “사람들로 하여금 잠재되어 있는 건강의 최고수준의 실현” 그리고 “건강을 추구하는 데 관심을 달리하는 사회 사이의 중재”라고 Ottawa 헌장은 주장한다. 위의 정의와 기능은 역시 몇 가지 문제점을 갖고 있다. 즉 이 정의는 인간이 건강에 영향을 주는 생활양식 등 요인들에 대해 통제력을 가지고 있다는 이상적인 가정을 필요로 한다. 그러나 생활양식에 대한 개념도 학자간에 차이가 있을 뿐만 아니라 인간이 통제력을 과연 얼마나 갖고 있는가 하는 것도 큰 문제이다.²⁵⁾ 또한 설령 인간이 이러한 통제력을 갖고 있다하더라도 중앙정부가 국민의 음식 섭취, 성생활, 육체운동 등등에 대한 사항에 대해 관리 또는 감시하는 것을 제도적인 방책으로 시행하려 한다면 큰 한계에 직면할 것이다.²⁶⁻²⁷⁾ 아울러 건강증진에 대한 이 정의는

-
- 22) Levin L. Every silver lining has a cloud : the limits of health promotion. Soc Policy 1987;18(1):57-60
 - 23) Milio N. Promoting health promotion : Health or hype. Community Health Stud 1986;10:427-37
 - 24) First International conference on health promotion, "Ottawa Charter for Health promotion," Health promotion 1986;1:iii-v
"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health."
 - 25) Health promotion : a discussion document on the concept and principles. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, ICP/HSR 602, Sept. 1984) reprinted in Health Promotion 1986;1:73-6
 - 26) Minkler M. Health education, health promotion, and the open society. Health Educ Q 1989;16:17-30
 - 27) McLerog KR, Steckler BA, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q 1988;15:135-77
 - 28) Breslow L. Health status measurement in the evaluation of health promotion. Med Care 1989;27(suppl 3):S205-S216
 - 29) Mason JO, Tolsma DD. Personal health promotion. In : Holbrook JH(ed). Disease prevention and health promotion : a handbook for physicians. New York : Praeger, 1986 : 1-10.

범주내에 정치, 사회조직의 변화를 유도하는데 귀착하고 공중보건교육 등의 방책에 의존하게되는 속성을 갖게 된다. 그러나 이러한 속성은 기존의 환경보건, 공해관리, 산업안전과 산업보건 등등의 영역과 중복되기 때문에 오히려 건강증진의 영역을 분명히하기 보다는 애매하게 한다는 비판을 피할 수 없다.

4) 기타 정의

Breslow는 건강증진을 건강에 대한 긍정적측면을 강조함으로써 다음 같이 정의하였다.²⁸⁾ “건강증진은 여유있는 건강을 강화시키며 건강의 위험요인을 줄여나가는 것이다.”

Mason과 Tolsma²⁹⁾는 공중보건측면 접근방법으로서의 정의로, “건강증진은 개인과 사회의 반응을 일으키기 위한 행동을 말한다. 즉 건강을 위해 필요한 사항들에 우선순위를 정하거나 그러한 내용을 추진하기 위한 지역사회적 노력을 자극위해 개인이나 단체로서의 시민이 취하는 행동을 의미한다” 고 하였다.

나. 발전과정

흥미있게도 고대중국이나 히포크라테스 시대에 건강은 인간과 환경의 조화에 의해 결정된다는 생태학적인 개념을 갖고 있었다. 특히 고대중국의 의학에서는 영양섭취, 수면부족, 운동부족 또는 가족구성원이나 사회에 화합하지 못하게 되면 인간과 환경의 조화가 깨지고 병을 갖게된다고 하였다.³⁰⁻³¹⁾ 이러한 생각은 현재의 건강증진이 강조하는 사

30) Burkitt A. Health education. In : Clark J, Henderson J (eds). Community health. New York : Churchill Livingstone, 1983.

31) Capra F. The turning point. London : Fontana Paperbacks, 1983.

32) Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa : Information Canada, 1974.

“Self-imposed risks and the environment are principal or important underlying factors in each of the five major causes of death between ages one and seventy, and one can only conclude that unless the environment is changed and the self-imposed risks are reduced, the death rates will not be significantly reduced.”

33) Dever GEA. An epidemiologic model for health policy analysis. Soc Indicators Res 1977;2:453-66

34) The leading causes of death in the United States. Atlanta : Centers for Disease Control, 1977.

회생태학적 패러다임과 방불하다. 극히 최근에 건강증진이 크게 부각되게 만든 이정표적인 보고서는 소위 Lalonde Report³²⁾ 이다. 당시 캐나다의 보건사회부장관이었던 Marc Lalonde는 1975년에 출판된 보고서에서 다음 같이 말하였다.

“(인간이)자진해서 택하는 건강의 위험과 환경은 1세부터 70세까지 각 연령층 5대 사망원인의 가장 주되고도 중요한 요인이다. 따라서 환경의 변화와 자진해서 택하는 건강 위험을 줄이지 않고서는 사망률의 대폭 감소를 기대할 수 없다.”

이러한 기초적인 발상은 “보건의 범주개념(health field concept)”을 도입함으로써 분명히 하려했다. 그는 공중보건문제를 네가지 보건의 범주 즉 인간생물학(人間生物學, biology), 생활양식(生活樣式), 환경(環境) 그리고 보건의료조직(保健醫療組織)으로 나누어 분류하였다. 이렇게 분류했다는 사실은 질병과 사망의 일반적 원인분류에 예방가능성을 염두에 둬으로써 잠재적으로 건강증진의 구체적 방책을 세울 수 있게 하였을 뿐만 아니라 생활양식 분야의 건강에 대한 중요성을 보건의료조직의 그것과 비견할 정도로 높였다는 중요한 의미를 갖는다. 뒤이은 연구는 Lalonde의 네 가지 보건의 범주 중 생활양식(lifestyles)이 전체 조기 사망의 거의 절반을 차지한다고 하였다.³³⁻³⁴⁾

Lalonde보고서 보다는 조금 늦었으나 곧 미국에서도 방불한 내용을 갖는 보고서들이 발표되었다. 즉 1979년에 발표된 “Healthy People : The Surgeon General’s Report on Health Promotion and Disease Prevention”³⁵⁾ 이 그중 가장 먼저 출판되었으며 서문에서 다음같이 말하였다. “우리는 현재 무분별한 습관과 무분별한 환경오염 그리고 위대한 사

35) Healthy People : The Surgeon General’s Report on health promotion and disease prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of HEW Publication No. 79-55071, 1979.

“We are killing ourselves by our own careless habits. We are killing ourselves by carelessly polluting the environment. We are killing ourselves by permitting harmful social conditions to persist- conditions like poverty, hunger and ignorance-which destroy health, especially for infants and children.

- The Secretary’s Foreword pp. Viii.

36) Promoting health/preventing disease : objectives for the nation. Washington, D.C. : U.S. Department of HHS, Government Printing Office, 1980.

37) Healthy people 2000 : national health promotion and disease prevention objectives. Washington, D.C. : U.S. Department of HHS, Government Printing Office, DHHS Publication No. (PNS) 91-50212, 1990.

회환경 - 빈곤, 기아, 무지 등 - 특히 영아와 어린이의 건강을 위협하는 것을 방지함으로써 우리를 죽어가게 하고 있다”고 하였다. 아울러 미국정부의 핵심적 보건정책은 예방이며 예방의 가장 중요한 요소는 바로 건강증진임을 확실히 하였다. 이 보고서는 건강증진의 일반적 방향을 세가지로 대별하였다. 첫째는 개개인을 위한 예방보건서비스(preventive health services) 분야이며 실질적인 내용으로 가족계획 서비스, 임신과 영아관리 서비스, 예방접종, 성병관리 그리고 고혈압관리 서비스 등이다. 둘째는 인구집단을 대상으로한 건강보호(health protection)분야이다. 실질적 내용은 Kepone, polychlorinated biphenyls (PCBs), polybrominated biphenyls(PBBs) 등 유해 화학물질로부터의 보호, 도시 대기오염관리 등과 직장에서의 안전과 건강, 사고관리, 불소 함유 상수도공급, 그리고 감염성질환관리 등이다. 셋째는 인구집단을 대상으로 한 건강증진분야이며 금연, 알콜과 약물 남용감소, 국민영양향상, 운동과 체력관리 그리고 스트레스관리 등이 포함되어 있다. 또한 각 연령층마다 구체적인 목표를 설정하였는 바 이 목표들은 측정가능하고 달성가능한 것으로 구성되어 있다. 각 연령층마다 구체적 목표를 설정한 근거의 하나로 제시한 연령계층별 사망원인은 표 1과 같다. 연령층별 구체적 건강목표의 예를들면 영아들의 건강목표는 저체중영아의 감소와, 선천성 기형아의 감소이며 성인연령층의 그것은 심장발작과 뇌졸중 발생감소 및 암으로 인한 사망의 감소이며 이것은 모두 위표에서 보는 결과에 부응하는 목표가 된다. 이 목표를 더 확대 구체화한 보고서로서 1990년까지 달성을 목표로 한 단행본이³⁶⁾ 1980년에 출판되었고 1990년에는 다시 2,000년까지 달성할 것을 목표로 한 단행본³⁷⁾을 이어서 출판하였다.

현재의 건강증진 개념이 정립되는데는 생활양식을 중심으로한 위험요인에 대한 역학연구가 크게 기여하였다. 생활양식이 건강수준과 사망률에 영향을 준다는 사실을 초기에 연구한 예는 1965년부터 미국 캘리포니아주 Alameda군의 7,000여 주민을 대상으로 한 것을 들 수 있다. 이 연구에서는 일반상식수준으로 건강에 좋다고 알려진 항목 일곱가지 즉 충분한 수면시간, 아침식사, 간식을 하지않는 것, 적당한 체중, 금연, 금주 또는 적은 량의 음주 그리고 어떤 형태든 육체운동을 하는 것과 육체건강수준 그리고 사망률의 관계를 조사하였다. 연구결과는 이들 일곱가지 항목을 모두 갖고 있는 사람은 오직 한 가지 또는 전혀 갖고있지 않는 사람에 비하여 육체적으로 일정하리 만큼 30년이 젊었고 사망률은 전자가 후자의 단지 28%에 해당하는 낮은 율을 갖는다는 것이었다.³⁸⁻³⁹⁾

표 1. 연령층별 사망원인별 사망률, 미국 1977

원 인	영 아 (1세미만)		청년기/젊은성인 (15~24세)		성 인 (25~44세)		성 인 (45~64세)		노 인 (65세 이상)		계 (모든 연령) 순위 사망률 ²	
	순위 사망률 ¹	순위 사망률 ²	순위 사망률 ¹	순위 사망률 ²	순위 사망률 ¹	순위 사망률 ²	순위 사망률 ¹	순위 사망률 ²	순위 사망률 ¹	순위 사망률 ²		
만성질환												
심장질환	7	1.1	6	2.5	2	25.5	1	351.0	1	2334.1	1	332.3
뇌졸중	8	0.6	9	1.2	8	6.1	3	52.4	3	658.2	3	84.1
동맥경화증												
기관지염, 폐기종, 천식	3	14.9	5	6.5	1	29.7	2	12.2	8	69.3	2	178.7
암												
당뇨병			10	0.4	10	2.4	8	17.8	6	100.5	7	15.2
간경화증												
간염					7	8.6	4	39.2	9	36.7	8	14.3
감염병												
유행성 감기, 폐렴	5	50.6	6	1.5	8	1.39	9	15.34		169.7	5	23.7
뇌막염	6	32.7										
패혈증												
외상												
사고	2	9.0	1	44.1	3	23.1	7	18.3	10	24.5	6	22.9
기타사고	1	10.8	2	18.4	4	18.56	5	25.5	7	78.1	4	24.8
자살	10	0.4	3	13.6	5	17.3	6	19.1			9	13.3
타살	5	1.6	4	12.7	6	15.6						
산전, 영유아												
미숙아문제	1	407.7										
출산기문제	2	294.4										
선천성 기형	3	253.1	4	3.6	7	1.6						
급성영아사망증	4	142.8										
모든 원인		1412.1		43.1		117.1		182.5		1000.0		5288.1
												878.1

1. 100,000명 정상출생당

자료 : 미국 NCHS 생정통계국, 1977

2. 100,000명의 해당 연령층 인구당

표 2. 암 종류별 주요 위험요인에 의한 건강피해 - 미국, 1980

암 종류	위험요인	사망	상실된 인년 (65세 이전)	입원일수 (100,000일)	직접의료비 (백만달러)
폐암, 암	흡연	67,140	253,667	2,548	1,212
대장, 직장암	음식습관	11,444	27,546	645	260
유방암	음식습관	7,504	43,454	449	253
자궁경부암	흡연	1,320	9,431	136	43
췌장암	흡연	5,931	15,866	135	63
방광암	흡연	4,347	4,513	153	131
성대암	흡연	2,552	9,235	198	178
	음주	583	2,108	45	41
전체 암 중 차지하는 백분율		24	21	21	16

자료 : Rothenberg R 등. Closing the gap : the burden of unnecessary illness. Am J Prev Med 1987; 3(suppl 5) : 30~42

표 3. 심혈관질환의 주요 위험요인에 의한 건강피해 - 미국, 1980

위험요인	사 망	상실된 인년 (65세 이전)	질병건수-추정치 (1,000건)	직접의료 (백만달러)
흡 연	162,564	534,870	3,891	4,509
고혈압	295,162	319,499	3,536	6,289
혈중 콜레스테롤	101,766	159,333	4,791	7,655

자료 : White CC 등. Closing the gap : the burden of unnecessary illness. Am J Prev Med 1987 ; 3(Suppl 5) : 43~54

그후 잘 알려진 바와 같이 1978년에는 음주가 건강에 주는 영향을 종합적으로 편집 출판한 U.S. Congress on Alcohol and Health의 보고서⁴⁰⁾, 1979년에는 흡연의 건강피해에 관한 연구의 집성이자 세계적으로 유명한 미국 Surgeon General의 보고서⁴¹⁾ 등이 속속 발표되었다. 이들 1970년대 연구들이 생활방식과 건강수준 또는 사망률의 중요한 위험요인이라는 정성적인 연구가 주류를 이룬다고 본다면 1980년대는 정량적인 연구들로서 어떤 위험요인이 어떤 질병발생크기의 얼마나 큰 부분을 기여하고 있다는 것들이 주종을 이루었고 후반부터는 위험요인의 감소 또는 제거의 가능성에 대한 개입연구가 주류를 이루었다. 즉 일부 대표적인 것으로 표 4-2는 미국자료로서 각종 중요 암의 위험요인별 기여정도를 보여준다. 특기 할만한 것은 흡연, 음식습관 그리고 음주의 세가지 요인이 전체 암으로 인한 사망의 24%, 65세 이전 수명단축의 21%, 입원일수의 21%, 그리고 직접의료비의 16%에 원인으로 기여한다는 것이다.⁴²⁾ 표 4-3은 심혈관질환에 대한 흡연, 고혈압, 그리고 혈중 고콜레스테롤증의 지역사회기여위험도를 보여준다. 즉 65세 이전에 이 병으로 사망함으로써 잃는 수명의 총합인 1,782,900인년(人年) 중 30%는 흡연 때문이고, 18%는 고혈압, 그리고 9%는 고콜레스테롤증 때문이라고 한다. 또한 이들 세가지 위험요인의 기여크기를 합하면 전체 심혈관질환으로 인한 65세 이전 수명손실의 절반 이상을 차지한다⁴³⁾.

-
- 38) Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. *Prev Med* 1972;1(3):419-
- 39) Breslow L, Enstrom JE. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med* 1980;9(4):478-9.
- 40) Noble EP (ed). The prevention of alcohol problems. In : Third special report to the U.S. Congress on alcohol and health. Rockville, Maryland : U.S. DHEW National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1978.
- 41) U.S. Public Health Service. Smoking and health : a report of the Surgeon General, DHEW (PHS) Pub. No. 79-5006, Government Printing Office, 1979.
- 42) Rothenberg R, Nasca P, Mikl J, et al. Cancer. In : Amler RW, Dull HB (eds). Closing the gap : the burden of unnecessary illness. *Am J Prev Med* 1987;3(suppl 5):30-42
- 43) White CC, Tolsma DD, Haynes SG, et al. Cardiovascular disease. In : Amler RW, Dull HB(eds). Closing the gap : the burden of unnecessary illness. *Am J Prev Med* 1987;3(suppl 5):43-54
- 44) Amler RW, Eddins DL. Cross-sectional analysis : precursors of premature death in the United States. In : Amler RW, Dull HB(eds). Closing the gap : the burden of unnecessary illness. *Am J Prev Med* 1987;3(suppl 5):181-7

아울러 1980년 현재 미국인 전체 사망의 약 2/3는 예방 가능한 위험요인 때문이며 여섯가지 위험요인 즉 흡연, 음주, 사고위험, 고혈압, 과영양, 그리고 일차예방의 불충분은 전체 예방가능한 건강위해의 약 3/4을 일으키는 것으로 위 연구의 저자들은 결론지었다.⁴⁴⁾ 이 미 언급한대로 1980년대 후반부터는 생활양식 등 위험요인에 대한 개입의 가능성에 대해 연구가 주종을 이루었다. 음식습관은 어렸을 때부터 결정되는 것으로 가족과 문화배경에 큰 영향을 받고 변화가 어렵다고 알려져 있다. 그럼에도 불구하고 1970년대에 미국인의 포화지방섭취량은 의미있는 감소를 보였고 국민일인당 육류, 우유 등 지방공급식품 소비량은 계속 줄고 있는 추세임이 사실이다. 다만 미국인 음식에서 지방이 차지하는 비중이 현재까지는 너무 크다는 것도 또한 사실이다.⁴⁵⁾

사고예방분야에서는 미국에서 자동차에 있는 영아의 절반 이상이 부모의 팔에 안겨있지 않고 성능이 보강된 유아용 안전의자를 이용하고 있을 뿐만 아니라⁴⁶⁾ 자동차 안전벨트 이용을 법제화한 이후 이의 사용률은 매우 높아졌다.⁴⁷⁾ 또한 지난 25년간 미국내 전체 흡연율은 감소하고 있다. 즉 1965년의 전체흡연율은 40%이었고 1987년에는 29%로 감소하였고 특히 남자는 50.2%에서 31.7%로 크게 감소하였다.⁴⁸⁾

45) The Surgeon General's report on nutrition and health. Washington, D.C. : U.S. Department of HHS Publication No. (PHS) 88-50210. Government Printing Office, 1986.

46) The 1990 health objectives for the nations : a midcourse review. Washington D.C. : U.S. Department of HHS, Government Printing Office, 1986.

47) Comparison of observed and self-reported seat belt use rates-United States. MMWR 1988;37:549-51

48) Reducing the health consequences of smoking : 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Atlanta : U.S. DHHS Publication No. (CDC) 84-8411, CDC, 1989.

49) Berkman LF, Breslow L. Health and ways of living : the Alameda County study. New York : Oxford University Press, 1983.

50) Kaplan GA, Haan MN, Syme SL, et al. Socioeconomic status and health. In : Almer RW, Dull HB(eds). Closing the gap : the burden of unnecessary illness. Am J Prev Med 1987;3(suppl 5):125-9

51) APHA Technical Report. Criteria for the development of health promotion and education programs. Am J Publ Health 1987;77(1):89-92

이상과 같은 고무적인 연구결과는 최근 건강증진사업의 주요 내용인 생활양식의 바람직한 방향으로의 변화를 실질적 목표로 세우는 데 크게 기여하였다. 다만 이러한 변화 가능성은 민족, 문화, 그리고 같은 문화내에서도 성, 연령 사회경제적수준 등에 따라 다르다는 것이 잘 알려져 있으므로 이를 고려한 구체적 목표를 세워야 할 것이다.⁴⁸⁻⁵⁰⁾

미국의 공중보건협회(American Public Health Association)에서는 건강증진 프로그램이 타당성있고 대상에 알맞는 것이 되기 위한 기준을 제정 발표하였고 그 내용은 표 4-4와 같다.⁵¹⁾

표 4-4. 건강증진과 보건교육 개발기준

-
1. 건강증진의 프로그램은 목표로 하는 인구집단의 건강상태나 삶의 질의 위협이 되며 대상인구에 혼한 요인으로써 면밀히 정의되고, 측정가능하고, 그리고 수정가능한 위협요인 한 가지 또는 그 이상을 겨냥하여야 한다.
 2. 건강증진의 프로그램은 목표로 하는 인구집단의 특성, 필요, 선호를 고려한 것이어야 한다.
 3. 건강증진의 프로그램은 겨냥했던 위협요인을 확실하고도 효과적으로 감소시킬 수 있는 개입을 방법을 포함해야 할 뿐만 아니라 해당하는 특별한 상황에 알맞는 것이어야 한다.
 4. 건강증진 프로그램은 동원 가능한 자원 최적의 방법으로 사용할 수 있는 개입방법을 찾아서 실행하는 것이어야 한다.
 5. 건강증진 프로그램은 처음 시작할 때부터 조직되고, 기획되고 또 수행되어서 실행한 것과 그 효과가 평가될 수 있는 것이 되어야 한다.
-

자료 : 미국 공중보건협회의 전문보고서 : 건강증진과 보건교육 개발기준

Am J Public Health 1987;77(1):89-92

3. 실천방안

건강증진 사업의 실천초기단계는 주로 개인 생활양식의 변화에 초점을 맞추었다. 이는 변화 가능한 위험요인 특히 건강에 유해한 개인행동을 세균론에서 감염병의 직접원인인 병균에 해당하는 것으로 본 결과이다.⁵²⁾ 이미 언급한 “Lalonde Report”와 “Healthy People”은 이러한 원인-결과론적인 시각에 근거한 것이라고 할 수 있다. 현재도 이러한 가설에 근거한 건강증진사업이 중요한 부분을 차지하고 있는 것이 사실이다. 그러나 이것은 유럽과 특히 미국적인 사고방식인 개인주의 즉 개인의 성공과 실패의 책임은 바로 그 개인이라는 사상과 자유시장경제(market place democracy)를 신봉하는 사상에 크게 영향을 받은 것으로 볼 수 있다.⁵³⁾ 사회경제수준이 건강수준에 주는 영향은 매우 크다는 것이 이미 잘 알려져 있지만 이러한 시각에서 사회경제수준은 변화가능하지 않은 것으로 여겨서 개입연구의 대상으로 생각하지 않았다. 사회경제수준이 가장 높은 층은 가장 낮은 사망률을 갖고 있을 뿐만 아니라 사회경제수준이 낮은 군으로 내려갈수록 사망률은 더 높아진다. 질병력에 있어서도 사회경제수준은 가장 중요한 위험요인 중의 하나이다.⁵⁴⁻⁵⁷⁾

캐나다 정부는 Lalonde Report(1974) 이후 건강증진사업의 이론과 강조점을 구체화한 소위 Epp Report(1986)⁵⁷⁾를 발표하였다. 당시 캐나다의 보건사회부장관이었던 Jake Epp는 캐나다 국민의 건강향상을 위한 세가지 과제(challenges)를 제창하였다. 첫째는 비형평의 감소(reducing inequities), 둘째 예방사업의 확대(increasing prevention), 그리고 셋째

52) Pasick R. Health promotion for minorities in California. Report to the East Bay Area Health Education Center, 1987

53) Becker M. The tyranny of health promotion. Public Health Rev. 1986;14:15-25

54) Syme SL, Berkman L. Social class-susceptibility and sickness. Am J Epidem 1976;104:1-8

55) Kaplan GA, Haan M, Syme SL, et al. Socioeconomic status and health. Am J Epidemiol 1987;125:989-98

56) Marmot MG, Rose G, Hamilton PJS. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. J Epidemiol Community Health 1978;32:244-9

57) Epp J. Achieving health for All : A framework for health promotion. Report of the Minister of National Health and Welfare, Ottawa, Canada, 1986

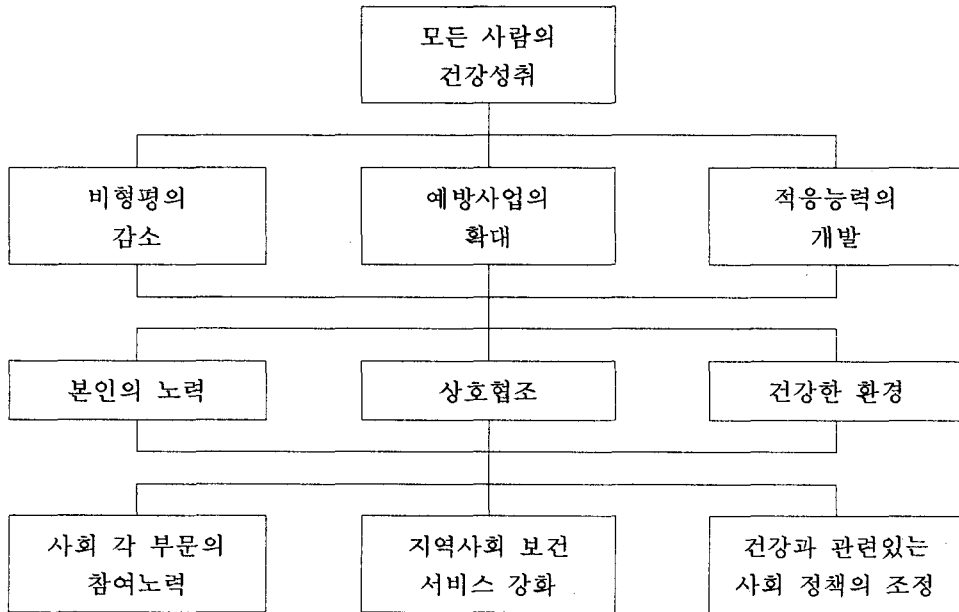


그림 1. 건강증진 달성 모형(Epp Report)

자료 : Epp J. Achieving health for all: a framework for health promotion. Report of the Minister of National Health and Welfare, Ottawa, Canada, November 1986

는 적응능력의 개발(enhancing coping abilities)이다. 세가지 과제중 경제수준 비형평의 감소를 첫째 과제로 내세우고 건강의 책임소재를 개인의 책임보다는 넓은 의미로 사회의 책임으로 보는 것은 이미 언급한 미국의 것에 비할 때 큰 시각차이를 갖고 있는 것이다. 추진 방책에 있어서도 목적 달성을 위해 보건과제(health challenges), 건강증진기전(health promotion mechanism) 그리고 실행방책(implementation strategies)의 세 단계를 갖고 있다 (그림 4-1). 금연사업을 예를 들면 담배의 판매, 담배 재배농가의 작물변경, 직장내 금연에 대한 국가적 정책의 수립과 함께 개개인의 금연을 적극 권장하는 입체적인 방법을 취한다.

위의 두가지 즉 미국과 캐나다의 접근방법은 건강증진사업 실천 방책의 두가지 주류이다. 즉 개인을 중시하는 것과 사회정책 등의 개입을 강조하는 것으로 이들은 서로 보완적이어서 국가나 사회, 문화에 따라 차이가 있으나 차차 사회정책의 개입이 강조되는 경향이 크다. 건강증진사업의 구체적 실천은 흔히 지역사회, 직장, 보건기관 그리고 학교를 대상으로 한다. 이 절에서는 각 대상에서 시도하는 사업내용을 간단히 살펴보고자 한다.

가. 지역사회 건강증진사업

미국의 Surgeon General에 의해 1979년에 출판된 건강증진과 질병예방에 대한 보고서는 건강문제에 대한 개인의 책임을 크게 강조하고 있다. 반면 일부 사람들은 같은 문제에 대하여 국가의 정책과 중앙정부가 주도하는 계획에 너무 큰 기대를 갖고 있다.⁵⁸⁾ 전자는 개인의 생활양식이 옳지않다는 생각을 근저에 갖고 있고 혁신적인 사회변화를 주된 방법으로 채택하려는 후자는 효과가 낮다는 약점을 가지고 있다. 생명력있는 건강증진사

58) Amler RW, Dull HB. Closing the gap : the burden of unnecessary illness New York : Oxford University Press, 1987

59) Eng E, Hatch J, Callan A. Institutionalizing social support through the church and into the community. Health Educ Quarterly 1985;12:81-92

60) Goepfinger J, Baglioni AJ. Community competence : a positive approach to needs assessment. Am J Community Psychol 1985;13:507-23

업이 되기 위해서는 언급한 양쪽의 측면이 서로 만나는 곳에 위치한 정책을 필요로 한다. 사생활에 가까운 생활양식을 바람직한 방향으로 변화시키는 것은 결국 개개인이 선택하는 면이 크지만 사회제도가 협조적인 방향으로 변화하지는 않으면 성공적인 건강증진사업이 될 수 없다는 것이 일반적인 인식이다.

이러한 측면에서 볼 때 지역사회는 건강증진사업에 가장 적합하고 효과있는 대상이 된다.⁵⁹⁻⁶⁰⁾ 지역사회나 정부는 정책수립, 선도적 역할, 예산할당과 건강증진사업에 필요한 자료를 제공할 수 있다. 개개인은 그들 자신의 행동을 지배해서 건강에 영향을 주는 요인들을 어느 수준까지 올려놓아야 하며 또한 그렇게하는 것이 허용되어야 한다. 생활양식의 변화에 영향을 주는 사회정책 또는 우선순위 등의 결정은 이것들이 목표로 하는 사람과 가능한 가까워서 가정과 직장에까지 이를 때 성공적인 효과를 기대할 수 있다. 건강증진사업은 대상으로하는 사람들에 관련이 있고 적절해야하기 때문에 이들이 사업의 계획단계에서부터 참여하는 것이 절대로 필요하다. 학습과 인간행동에 관한한 대상인구가 직접 계획단계에 참여했거나 그들자신의 목적달성을 위한 또는 처한 환경에 적응하는 데 필요한 경우에만 능동적 그리고 지속적으로 변화를 추구한다는 것이 잘 알려져 있다.⁶¹⁻⁶²⁾ 따라서 어떠한 보건사업의 목표도 대상인구의 사회적 목표(social goals) 또는 이들의 관심과 연결시키지 못한다면 해당 보건사업의 서비스를 주민들이 가치있는 것으로 평가하고 채택할 가능성은 거의 없다.

그러나 지역사회주민이 보건사업 계획수립의 초기단계부터 폭넓게 참여하는 것은 매우 어려워서 국가가 기획하고 연구비를 받은 대학의 교수들이 이끄는 대규모 지역사회보건사업에서도 제대로 이루어지지 못하는 경우가 많다. 지역사회주민들이 보건사업에 능동적으로 참여하게 되는 것은 보건사업의 계획안이 국가기관에 의해 검토되는 동안 동료 전문가 평가 등에 의해 승인되어 연구비지출이 결정된 다음이 되기 때문이다. 어떤 단체나 기관에서 기획된 보건사업으로 그 내용의 합당성 평가마저도 해당 지역사회가 아닌 다

61) Goodman RM, Steckler AB. The life and death of a health promotion program : an institutionalization case study. Inter Q Community Health Educ 1987-1988;3:5-21

62) Steckler AB, Goodman RM. How to institutionalize health promotion programs. Am J Health Promotion 1989;3:34-44

큰 곳에서 이루어지게 되면 그 보건사업이 지역사회에 들어올 때 동조하는 기관이나 사람들이 있다하더라도 이들의 참여는 다만 그 보건사업을 위한 자금의 지출이 계속될 때까지만 지속된다. 흔히 지역사회보건사업을 수행하는 학자들은 지역사회주민의 적극적인 참여에 대해 모순된 일처리를 하게 된다. 즉 지역사회보건사업에 대해 연구비를 주는 입장에 있는 국가나 기관은 그 보건사업이 성공할 것이라는 증거를 원하고 학자들은 증거가 될만한 내용을 포함하는 자세한 계획을 하게 된다. 지역사회당국이 해당 보건사업에 노출 또는 참여하게 되는 것은 바로 이 무렵이다. 그러나 이때는 이미 학자들의 자세한 사업 계획이 구상된 후여서 지역사회당국에 통보되는 것은 다만 해당 지역사회를 대상으로 보건사업을 수행할 것을 목적으로 하는 연구비를 신청했다는 사실과 이를 위해 적극 협조해 줄 수 있다는 것을 확인받고 싶다는 것 뿐이다. 즉 지역사회보건사업에서 성공의 열쇠를 갖고 있다고 잘 알려진 지역사회주민의 계획초기부터 적극적인 참여는 보건사업의 계획단계에서 차단되기 일쑤인 것이다. 그러나 연구비의 확보가 확실치 않은 기획의 매우 초기 단계에서 지역사회주민의 참여를 유도하는 것은 허황한 희망과 기대감을 갖게할 가능성이 있다는 위험이 따른다. 결국 자발적인 경우를 제외한 지역사회보건사업에서 지역사회의 적극적인 참여는 현실적으로 매우 어려운 문제가 된다. 이러한 어려운 문제에 대한 현재까지의 경험과 연구의 결과는 연구비를 제공하는 기관과 신청하는 기관 외에도 지역사회당국이 연구비 공여 결정과정에 참여할 것을 추천하고 있다.⁶³⁻⁶⁵ 이러한 측면은 더 나아가 지역사회 내의 여러가지 작은 조직들이 연합(community coalition)하여 정치적 또는 경제적인 영향력을 행사하는 정부나 큰 조직에 대처함으로써 지역사회보건사업에 대한 주도권을 행사 할 수 있다. 또한 지역사회연합은 지역사회와 상대편과의 의견교환통로의 역

63) Green LW. Evaluation and measurement : some dilemmas for health education. Am J Public Health 1977;67:155-61

64) Green LW. The theory of participation : a qualitative analysis of its expression in national and international health policies. In : ward WB(ed). Advances in health education and promotion, Vol.1, Part. A. Greenwich, CT:JAI Press Inc., 1986 211-36

65) Endres J. Teambuilding for community health promotion : how to guides on community health promotion, No. 14. Palo Alto : Health Promotion Resource Center, Stanford Center for Research on Disease Prevention, 1990

할을 수행할 수 있을 뿐 만아니라 지역사회 이익을 추구하는 과정에서 지역사회가 해당 사업에 대해서 깊게 알게되어 지역사회주민들로 하여금 보건사업에 참여하게하는 효과를 노릴 수 있게된다.⁶⁶⁻⁶⁷⁾ 지역사회연합은 지역사회지역주민의 적극적인 참여의 한가지 구체적 방법으로 지역사회를 대상으로하는 개입연구의 필수부분이 되었다. 즉 London의 건강한 공공정책 수립사업⁶⁸⁾ 그리고 New York과 Ohio주의 PATCH 계획⁶⁹⁻⁷⁰⁾이 좋은 예이다. PATCH(Planned Approach To Community Health)로 불리는 지역사회 건강증진사업단은 미국 주(州)와 지방 보건국 그리고 CDC(Centers for Disease Control) 간의 합동노력으로 1982년에 출범하였다. 이 사업에는 12개의 주와 40개 이상의 지역사회가 참여하였으며 Finland의 North Karelia 사업과⁷¹⁾ 미국의 비슷한 연구들의 결과에 기초한 것이 사실이지만 개입연구(介入研究)가 아니라는 점에서 크게 다르다. 각 지방의 보건당국은 지역사회주민과 지역사회내 여러가지 기관들과 같이 우선순위의 결정, 측정 가능한 목표의 설정, 필요한 지역사회내 자료수집 그리고 건강증진을 위한 사업내용의 선택 등을 결정하였다. 특히 각 지방에 특수한 자료 즉 지역사회 위험요인 조사, 생정통계, 그리고 여론인도자(opinion leader)에 대한 면접조사 등은 이 사업의 목표와 실행방책이 지역사회에 의해 지지되게하는 열쇠역할을 한다. 이러한 노력은 보건외 다른 분야와의 협력에도 성공을 얻었으며 좋은 예로 학교보건교육사업, 고속도로 안전사업 그리고 직장내 금연정책의

66) Nix HL. The community and its involvement in the study action planning process. Atlanta : U.S. DHEW, CDC. HEW-CDC-78-8355, 1977 : 5-6

67) Feighery E, Rogers T. Building and maintaining effective coalition : how to guides on community health promotion. Palo Alto : Health Promotion Resource Center, Stanford Center for Research on Disease Prevention, 1990

68) Farrant W, Taft A. Building healthy public policy in an unhealthy political climate : a case study from Paddington and North Kensington. Health Promotion 1988;3:177-86

69) Hanson P. Citizen involvement in community health promotion : a rural application of CDC'S PATCH model. Inter Q Health Educ 1988-1989;9:177-86

70) Fuchs JA. Planning for community health promotion : a rural example. Health Values 1988;12(6):3-8

71) Mc Alister A, Puska P, Salonen JT, et al. Theory and action for health promotion : illustrations from the North Karelia Project. Am J Public Health 1982;72(1):43-50

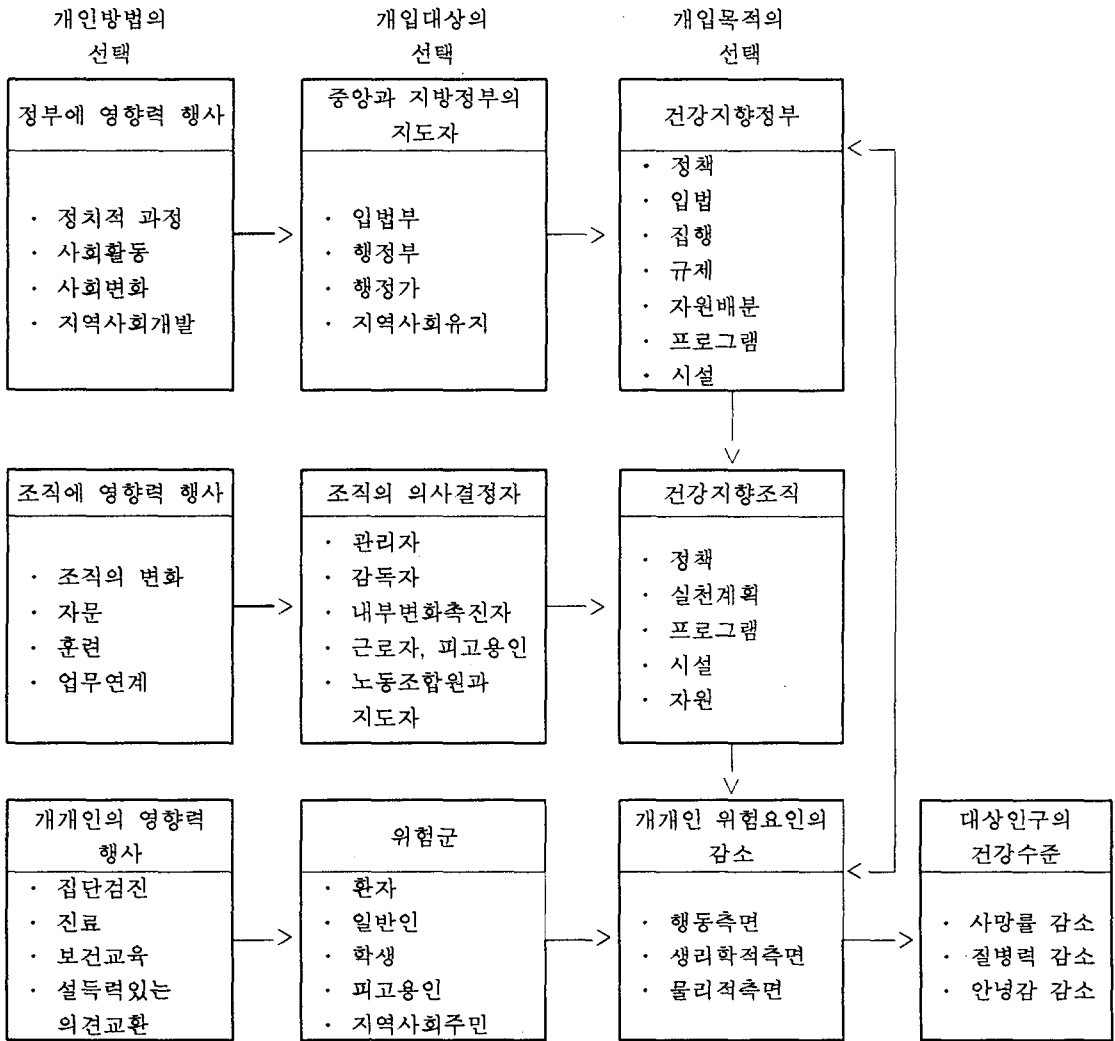


그림 2. 건강증진의 다단계 개입모형

자료: Simons-Mortron DG 등. Influencing personal and environmental conditions for community health. j Family commun Health 1988 ; 11(2) : 29

채택 등을 들 수 있다.⁷⁰⁾

또 하나의 지역사회를 대상으로 하는 건강증진사업의 모형으로 Healthy Cities 또는 Healthy Communities를 들 수 있다. 이 사업은 북미대륙과 유럽의 일부 지역에서 실시되고 있으며 1984년 토론토에서 열린 워크샵인 Healthy Toronto 2000⁷²⁾에 기초한다. Healthy Toronto 2000의 기본개념은 캐나다의 다른 많은 도시가 채택하였고 또한 세계보건기구가 후원하는 유럽의 건강증진사업과 미국에서는 Indiana 대학교와 캘리포니아 보건국이 후원하는 보건사업이 역시 위의 기본개념을 채택하였다. 이른바 캐나다모형은 사회생태학적시각(socioecological perspective)을 전제로하여 보건과 관계된 행동을 보기 때문에 정치지도자, 정부관리 그리고 지역사회의 공동노력으로 사회변화를 완성할 수 있다고 믿는다. Healthy Cities 사업은 특히 다섯가지의 큰 목적을 위해 노력하며 그 내용은 첫째, 건강을 유도하는 공공정책의 수립 둘째, 건강을 지지하는 환경의 조성 셋째, 건강을 향한 지역사회활동의 진작 넷째, 개개인의 건강을 위한 기술의 개발 다섯째, 보건의료서비스와 지역사회에 근거한 보건의료시스템을 건강증진 지향적인 것으로의 재편 등이며 이미 언급한 Epp Report(1986)와 철학을 같이한다.⁷¹⁾

그외에도 지역사회 건강증진사업을 성공적으로 수행하는 예가 많다.⁷³⁻⁷⁴⁾ 그 중에서도 이 분야의 개입연구경험을 많이 갖고있는 University of Texas Health Science Center는 다단계개입모형(多段階介入模型)⁷⁵⁾을 제시하였다. 즉 개인, 조직 그리고 정부의 각 단계에서 개입방법을 선택하고 목표 또는 대상을 찾으며 각 개입 단계별 목표를 정하여 노력함으로써 대상으로하는 인구의 건강수준을 높일 수 있다고 주장한다(그림 4-2).

72) Hancock T. Healthy cities : the Canadian project. Health Promotion 1987;26(1):2-4

73) The Secretary's community health promotion awards 1988. Atlanta : Center for Disease Control, 1988

74) Minkler M. Health education, health promotion, and the open society : an historical perspective. Health Educ Q 1989;16(1):17-30

75) Simons-Morton DG, Simons-Morton BG, Parcel GS, et al. Influencing personal and environmental conditions for community health ; a multilevel intervention model family and community health. J Family Community Health 1988;11(2):25-35

직장 건강증진사업

직장 건강증진사업과 보건교육 사업에 대한 관심은 점차적으로 증가하여왔고,⁷⁶⁾ 사업주들도 점차 고용인 건강수준의 향상은 사업이익과 일치하는 것으로 보게되었다. 이 분야의 가능성에 대해서는 별로 이견이 없다. Fortune 500에 올라있는 미국의 대기업중 절반이 응답한 조사에 의하면 이들 기업중 2/3가 건강증진 사업을 수행하고 있으며 많은 회사들이 이 사업의 확장을 준비하고 있다. 한편 건강증진 사업이 없는 회사들의 1/3은 이 사업의 실시를 준비한다고 한다. 미국 국민의 1/2이상이 일하고 있는 고용인 50인 이상이 사업장을 대상으로 조사한 바에 의하면 이들 직장의 2/3이상이 최소 한가지 이상의 건강증진사업을 실시하고 있으며 가장 많이 채택하고 있는 사업내용은 금연, 건강위험평가, 요통관리, 스트레스관리, 육체운동과 체격관리 그리고 직장의 사고예방 등이다.⁷⁷⁾

사업주들이 작업장에서의 건강증진을 지지하게 된 이유는 직장에 대한 만족감, 사기, 직장 피고용인의 건강향상, 생산성 향상과 결근과 전직률 등 생산성에 영향을 미치는 요인들의 개선, 그리고 의료비용의 감소 등이다.⁷⁸⁾⁻⁸⁰⁾ 건강증진사업이 과연 장기적으로도 비용을 절감하는가 하는 문제에는 회의적으로 생각하는 보건경제학자가 적지 않다. 이들은 특히 피고용인의 생명이 연장되면 연금도 증가하므로 피고용이 건강하여 은퇴하는 시기가 연장된다는 보장이 없으면 비용감소 효과가 있을 수 없을 것으로 주장한다.⁸¹⁾⁻⁸²⁾

미국에서 가장 잘 알려진 직장 건강증진사업의 예로는 Johnson & Johnson의 Live for Life program, AT&T의 Total Life Concept Program, Group Health Cooperative of Puget Sound의 Employee Health Promotion Program 그리고 Indiana Program의 Blue

76) Pearson CE. Health promotion and health education, the emerging role of the private sector. Hygiene 1988;7(2):20-22.

77) Hollander RB, Lengermann JJ. Corporate characteristics and worksite health promotion programs, survey findings from Fortune 500 companies. Soc Sci Med 1988;26:491-501.

78) Fielding JF, Piserchia PV. Frequency of worksite promotion activities. Am J Public Health 1989;79(1):16-20

79) Christenson GM, Kiefhaber A. The national survey of worksite health promotion activities. Am Assoc Occup Health Nurs 1988;36:262-265

80) Sciacca JP. The worksite is the best place for health promotion. Personnel J 1987;66(11):42-9.

81) Kristien MM. How much can business expect to profit from smoking cessation? Prev Med 1983;12:358-81

82) Warner KE, Wickizer TM, Wolfe RA, et al. Economic implications of workplace health promotion programs : review of literature. J Occup Med 1988;30(2):106-12

Cross-Blue Shield를 들 수 있다.⁸³⁾

직장내 건강증진사업은 고용주가 후원해 온 것이 사실이나 전통적으로 노동조합은 건강증진사업에 관여하여 왔고, 차차 조합원들에게 이익을 줄 수 있는 건강증진사업 내용을 실시하는데 관심을 갖게 되었다.⁸⁴⁾ 이 분야에 점차 강해지는 경향 네가지를 들 수 있다. 첫째, 개인의 건강문제 발견 전략에서 폭 넓은 건강증진 및 예방사업으로의 전환 둘째, 건강증진사업내에 조직의 환경변화의 추구 셋째는, 건강증진사업을 암, 심장병 등 질병에 대한 조기진단을 통한 2차예방서비스와 연계시키는 것, 그리고 넷째로 노동자 보호 활동과 건강증진사업 등의 통합경향이다.⁸⁵⁾⁻⁸⁸⁾

-
- 83) Opatz JP. Health promotion evaluation : measuring the organizational impact. Stevens Point, Wis : National Wellness Institute, Apr 1987 141
 - 84) Kaiser J, Behrens R. Health promotion and the labor union movement. Washington, D.C.: Washington Business Group on Health (WBGH Worksite Wellness Series), Jul 1986 28
 - 85) Roman PM, Blum TC. Formal intervention in employee health : comparisons of the nature and structure of employee assistance programs and health promotion programs. Soc Sci Med 1988;26:503-14
 - 86) Eriksen MP. Cancer prevention in workplace health promotion. Am Assoc Occup Health Nurs J 1988;36:266-70
 - 87) Carpenter RA. The evaluation of a low-cost worksite health promotion program. Am Assoc Occup Health Nurs J 1988;36:276-81
 - 88) Jordon-Marsh M, Vojtecky MA, Marsh DD. Workplace health promotion/protection : correlates of integrative activities. J Occup Med 1987;29:353-6

보건의료조직의 건강증진사업

예방과 건강증진의 잠재력에 대한 인식이 크게 변하고 있지만, 보건의료비 중 극히 일부분만이 예방사업에 쓰이고 있고⁸⁹⁾ 건강증진을 위하여서는 더욱더 적은 부분이 사용되고 있다. 미국의 Clinical Preventive Services Task Force는 그 보고서의 주요한 내용으로 의사의 관습적인 임상활동은 전통적으로 의사의 영역 밖의 것들이라고 한 때 간주되었던 일인 환자상담, 교육 등에 비해 오히려 환자에게 가치가 적다고 하였다. 이는 일차의료공급자의 책임규정에 새로운 패러다임을 제시하는 것이라고 볼 수 있다.⁹⁰⁾ 최근 연구에 의하면 의료인이 환자와 상담함으로써 환자의 생활양식을 변화시킬 수 있다고 한다. 흡연⁹¹⁾⁹²⁾ 과 육체운동⁹³⁾⁹⁴⁾이 그 좋은 예이며 많은 학자들은 의사의 환자상담과 교육이 임상영역(clinical setting)내에 포함될 것으로 보고 있다.⁹⁵⁾⁹⁶⁾⁹⁷⁾⁹⁸⁾

-
- 89) McGinnis JM. National priorities in disease prevention. *Issues Sci Tech* 1988;5(2):46-52
- 90) U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore: William & Wilkins, 1989 LIV-LXII.
- 91) Mason JO, Tolsma DD, Peterson HB, Hogue CJR. Health promotion for women: reduction of smoking in primary care settings. *Clin Obstr Gynecol* 1988;31:989-1002
- 92) Kotte TE, Battista RN, DeFriesse GH, et al. Attributes of successful smoking cessation intervention in clinical trial. *JAMA* 1988;259:2882-9
- 93) Harris SS, Casperson CJ, DeFriesse GH, Estes EH Jr. Physical activity counseling health adults as a primary preventive intervention in the clinical setting. *JAMA* 1989;261:3590-8
- 94) Simons-Morton BG, Pate RP, Simons-Morton DG. Prescribing physical activity to prevent disease. *Postgrad Med* 1988;83:165-76
- 95) Green LW. How physicians can improve patients' participation and maintenance in selfcare. *West J Med* 1987;147:346-49
- 96) Mullen PD, Green LW, Persinger G. Clinical trials of patient education for chronic conditions : a comparative analysis of intervention types. *Prev Med* 1985;14:753-81
- 97) Bartlett EE. Introduction: Eight principles from patient education research. *Prev Med* 1985;14:667-9
- 98) Fried RA, Iverson DC, Nagle JP. *The clinician's health promotion handbook*. Denver: Mercy Medical Center, 1985 9-21.

병원들 역시 건강증진분야에서 새로운 역할을 하고 있다. 미국병원협회에 보고하는 병원의 87% 이상이 1987년 현재 입원환자에게 환자교육을 제공하고 외래환자에 대해서도 73%의 병원이 보건교육을 한다.⁹⁹⁾ 병원들이 환자에게 교육을 제공하기 시작한 전형적인 예는 당뇨병에 대한 환자교육이었고 교육내용은 상세하면서도 표준화되어있다.¹⁰⁰⁾ 현재는 고혈압관리, 만성병질환관리, 그리고 고령환자들이 처방된 방법에 잘 따르게 하는 것 등이 포함되어 있다.⁹⁹⁾ 그외도 미국병원협회에 의하면 보고된 병원들의 70% 이상이 한 가지 이상의 지역사회보건증진 프로그램을 제공한다고 한다.

건강유지조직은 수입이 고정된 인두체에 의하므로 그들의 회원들에게 건강증진서비스 제공에 관심이 많을 것으로 생각된다. 그러나 보고된 203개의 건강유지조직중 50개 이상이 건강증진분야의 사업을 하지 않았다. 회원으로 남아있는 기간이 짧다는 사실과 건강증진분야의 사업실시 후 이로 인한 효과가 나타나는 데 걸리는 기간이 길다는 사실이 이러한 결과를 낳았을 것으로 생각된다.¹⁰¹⁾ 보건의료조직에 건강증진 분야가 도입되는 것을 제한하는 장벽은 이 분야의 지식이나 기술의 부족에 있지 않고 오히려 의학교육내용, 의료공급자의 태도, 그리고 환자들의 의료기관을 찾는 동기와 기대, 그리고 의료비 지불방법 등의 여러가지 문제가 함께 형성하는 것이다.¹⁰²⁾¹⁰³⁾¹⁰⁴⁾

99) American Hospital Association. Census of hospital-based health promotion programs: 1987, Chicago: The Association, 1988 73.

100) National Diabetes Advisory Board. National standards for diabetes patient education programs. Bethesda, MD: The Board, 1983

101) Bernton CT. What is the future for health promotion in HMO's ? : results of a national survey of 340 members of AMCRA. Am J Health Promotion 1987;1(4):24-7

102) Holcomb JD, Mullen PD, Fasser CE, et al. Health behaviors and belief of four allied health professions regarding health promotion and disease prevention. J Allied Health 1985;14:373-85

103) McGinnis JM, Hamburg MA. Opportunities for health promotion and disease prevention in the clinical setting. West J Med 1988;149:468-74

104) Horowitz MM, Byrd JC, Gruchow HW. Attitudes of faculty members, residents, students, and community physicians towards health promotion. J Med Educ 1987;62:931-4

학교건강증진사업

우리나라의 학생인구는 1993년말 현재 약 일천육십만명으로 전체인구의 24.0%를 차지하며 이들을 교육시키는 교원수도 약 삼십구만명에 이른다.¹⁰⁵⁾ 이것은 우리나라 인구의 1/3이 학교에서 공부하거나 일한다는 것을 의미한다. 많은 학자들은 잘 조화된 학교 건강증진사업은 우리 사회의 어떤 집단을 대상으로 하는 보건사업 보다 높은 비용-효과를 볼 수 있는 사업으로 믿는다. 건강을 중심으로한 시각으로 보면 학교는 건강증진사업의 가장 중요한 자원임에 틀림없다. 그러나 학교는 상대적으로 자치적인 조직이며 최소한 보건분야와는 분리 독립되었는 것이다. 교육분야에 종사하는 사람의 시각으로 보면 학교는 사회에서 부여받은 고유한 기능과 보건분야와는 상이한 우선순위를 갖고 있다. 따라서 이러한 고유한 기능과 우선순위는 보건분야의 목표달성을 위해 양보할 수는 없는 것이다. 일부학자는 보건분야의 구체적 행동목표는 학교의 고유한 사명에 비추어 볼 때 설 자리가 없다고 주장한다. 학교의 고유한 사명은 학생들에게 비판적인 사고와 추론하는 능력을 길러주는 데 있다고 믿기 때문이다.¹⁰⁶⁾¹⁰⁷⁾

따라서 보건이라는 한정된 시야만을 가지고 학교의 교육과정에 보건사업을 끼워넣으려한다면 학교의 기존 우선순위와 보완적인 것이 되기보다는 경쟁적인 것으로 받아들여져서 성공하기 힘들다. 학교보건분야 만큼 교육과 보건의 시각이 심각하게 부딪치는 곳도 없다. 이러한 시각의 차이는 두가지 동기가 서로 조화함으로서 해결될 수 있다.

105) 통계청. 한국의 사회지표, 1993. 136-19.

106) Stainbrook G, Green LW. Behavior and behaviorism in health education. Health Educ 1982;13:14-9

107) Resnick LB. Education and learning to think. Washington, DC: National Academy Press, 1987

즉 학교는 학생들이 앞으로 처할 가능성이 있는 건강상의 위해에 대처하거나 건강을 유지하는 데 필요한 지식과 기술을 가르쳐야한다는 명제에 보건서비스와 건강증진의 설 자리를 찾는 것이다.¹⁰⁸⁾ 교육과정에 포함된 보건교육, 보건상담, 학교급식 그리고 지역사회의 참여등 좋은 내용과 방법을 가진 학교보건사업이라 할지라도 교육기관의 고유한 사명의 달성에 기여하는 것으로 받아들여지지 않으면 어려운 문제가 될 가능성이 높다.¹⁰⁹⁾

학교보건사업의 내용은 전통적으로 상호 보완적인 관계에 있는 세가지로 구성되어 있었다. 즉 보건교육, 학교보건서비스 그리고 건강한 학교환경이고 이 내용은 단순성과 포괄성 때문에 지난 약50년동안 변함이 없었다.¹¹⁰⁾ 그러나 건강증진분야의 발전과 함께 종합적인 학교보건사업의 개념¹¹¹⁾으로 기존 세가지 내용 외에 다섯가지 내용이 추가 되었다(그림 0-3). 즉 학교-지역사회통합건강증진노력, 육체운동교육, 학교급식, 학교상담, 그리고 교원 건강증진사업이 그것이다. 새로이 추가된 다섯가지 내용이 기존 세가지 내용의 일부분 이라고도 볼 수 있다. 그러나 이렇게 내용을 분리함으로써 학교 보건사업에 포함되는 분야를 분명히 하고 필요한 인력을 명시하며 이들간 협조가 필수적이라는 것을 보여줄 수 있다. 또한 이들 보건사업의 궁극적 목표는 보건분야의 목적인 건강수준의 향상과 함께 교육목표의 성취에 있음을 밝힐 수 있는 장점이 있다.

108) Green LW, Heit P, Iverson DC, et al. The school health curriculum project-its practice, and measurement experiance. Health Educ Q 1980;7:13-34,(quotation from pp.31-2)

109) Green LW. Bridging the gap between community health and school health. Am J Public Health 1988;78:1149

110) Health Eduction Section, Committee Report, American Physical Education Association. J Health Physical Educ 1935 Dec::6

111) Kolbe L. Increasing the impact of school health promotion programs : emerging rearch perspectives. Health Educ 1986;17(5):47-52

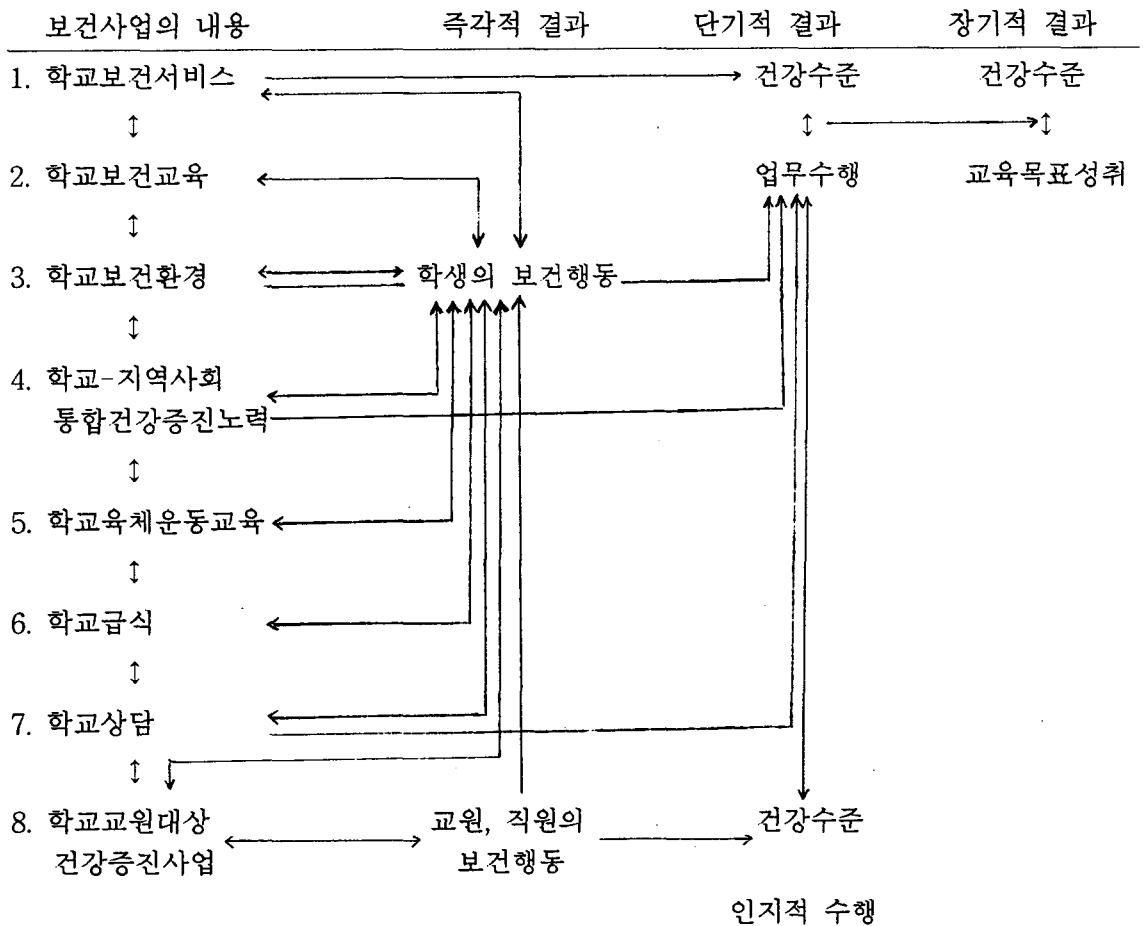


그림 3. 학교건강 증진사업의 내용과 산출

자료 : Allensworth DD, Kolbe LJ. The comprehensive school health program : exploring an expanded concept. J School Health 1987 Dec ; 57(10) :410

학생들의 정신적, 정서적 문제에 대하여 상담역할을 하는 정신과의사, 심리학자 (psychologist)들은 미국에서 자살과 청소년비행문제에 한하지 않고 건강에 이르게 하는 행동을 선택하게 하는 일등의 폭 넓은 부분에 관여하기 시작하였다.¹¹²⁾¹¹³⁾

학교급식사업으로 미국내에서 하루 2천7백만개의 점심과 3백만개의 아침이 제공되고 있다. 이 사업을 통해 영양교육과 실천을 동시에 수행할 수 있으며 음식습관은 어린 시절에 크게 영향받는다는 점에서 중요성이 부각된다.¹¹⁴⁾

학교육체운동사업은 육체운동이 건강에 좋은 효과가 있을 뿐만 아니라 학교성적에도 기여한다는 보고가 최근에 발표되었고¹¹⁵⁾ Healthy People에서는 미국의 1학년부터 12학년 학생의 최소한 50%가 학교에서 매일 시행하는 육체운동에 참가할 것을 목표로하고 있다.¹¹⁶⁾

이러한 학교보건사업의 내용을 포함하면서도 각각 특색있는 교육과정들이 미국에서 개발되어 있다. 즉 “Growing Healthy”¹¹⁷⁾, “Teenage Health Teaching Modules Program for Teachers and Students”¹¹⁸⁾ 그리고 “Know Your Body”¹¹⁹⁾ 등이 그것이며 각각의 자세한 내용은 해당 문헌을 참고하기 바란다.

112) Perry C. Health promotion at school : expanding the potential for prevention.

School Psychol Rev 1984;13(2):141-9

113) Thomas A. School psychologist : an integral member of the school health team. J

School Health 1987;57:465-8

114) Frank GC, Vaden A, Martin J. School health promotion: Child nutrition programs.

J School Health 1987;57:451-60

115) Bennett WJ. First lessons: a report on elementary education in America.

Washington, DC: U.S. Department of Education, 1986

116) Healthy People 2000, p.101

117) Growing Healthy. New York: National Center for Health Education, 1986

118) Health is basic : teenage health teaching module programs for teachers and students. Newton, Mass: Education Development Center, 1983.

119) Know your body. New York: American Health Foundation, 19