

健康에 대한 새로운 接近認識과 健康生活 效果

A New Perspective in Health Approach and the Effect of Health Life on Health Status

卞鍾和

(韓國保健社會研究院 首席研究員)

目次

I. 序 論	III. 健康生活의 健康效果
II. 健康問題에 대한 새로운 接近傾向	IV. 結 論

I. 序 論

지금까지의 세계 석학들이 주장하고 있는 理論이나 研究結果에 의하면 健康狀態를 決定하는 主要因은 環境(environment), 生活樣式(life style), 保健醫療組織(health care organization), 遺傳(heredity) 등 4가지로 알려져 있다.

이러한 健康決定要因(health determinants)들은 時代的인 發展·變化에 따라 영향을 받음으로써 함께 變化되고 있기 때문에 時代에 따라 健康에 미치는 影響力도 달라질 수 있다.

今世紀初만 하여도 傳染性疾患의 流行과 함께 科學的인 醫療의 發展으로 醫療의 效果度가 增大됨으로써 健康에 있어 醫療의 重要性이 크게 부각되었다.

그러나 오늘날과 같은 現代産業社會에서는 가장 問題視되는 主要死亡原因이 傳染性疾患이 아니라 암, 심혈관질환, 뇌혈관질환, 고혈압 및 당뇨병 등의 慢性退行性疾患과 事故 및 性病 등이며, 現代産業社會의 엄청난 技術的인 變化에서 오는 스트레스로 인한 심장장애, 위장장애, 정신장애 등이 增加함으로써 疾病의 패

턴이 크게 變化되었다.

그런데 이러한 疾患의 대부분이 주로 産業化와 都市化로 인한 環境 및 生活樣式的 變化에서 起因된 것으로 醫療組織의 問題보다도 環境이나 生活樣式과 더 깊은 關係를 갖고 있다고 한다¹⁾.

따라서 오늘날의 健康問題는 醫療만으로는 해결할 수 없는 실정으로서 醫療보다는 環境 및 生活樣式的 問題로 보는 경향이 있고, 이처럼 健康問題가 多要因的인 성격을 띠고 있기 때문에 健康問題에 대한 對處에 있어서도 多角的이고 綜合的인 接近이 필요하다.

따라서 健康問題의 接近에 있어 과거 傳染性疾患을 대상으로 한 醫療的 모델에서 慢性疾患을 대상으로 한 環境 및 生活樣式的 改善등 보다 광범한 모델로 개념적인 轉換期를 맞고 있다.¹⁾

따라서 여기서는 文獻考察을 통하여 健康 및 醫療에 대한 새로운 認識과 接近傾向을 검토하고 個人의 生活樣式 및 健康生活習慣이 健康에 미치는 效果度를 파악함으로써 향후 保健政策樹立에 있어 改善點을 提示코자 한다.

II. 健康問題에 대한 새로운 接近傾向

1. 疾病 및 健康問題에 대한 學際間 統合的 接近 傾向

오늘날의 主要健康問題가 과거 急性傳染性 疾患에서 慢性 疾患으로 바뀌었고, 이에 따라 單一的 原因的 健康 및 疾病 모델이 多要因的 健康 및 疾病 모델로 바뀌었다.²⁾

따라서 오늘날의 健康 및 疾病問題를 다루는데 있어서는 健康 및 疾病에 대한 接近方式의 再考 즉 探究焦點의 再照準(refocusing of perspective)이 요구된다.

과거 急性傳染性 疾患의 豫防管理에 매우 성공적이었던 病原體에 대한 研究는 오늘날 중요시되는 고혈압, 심관상동맥질환 및 심부정맥 등의 건강문제에는 효과적인 対応策이 되지 못하고 있다.

예를 들면 흡연, 고혈압, 혈청콜레스테롤 등의 심혈관의 위험요인들은 심근경색과 관련된 分散의 50% 이하에 대한 설명력을 갖고 있을 뿐이며,³⁾ 본태성 고혈압과 관련된 單一要因의 理論들에서도 마찬가지로 만족할 만한 결과를 가져오지 못했다.

이러한 疾病의 豫防管理를 위해서는 오늘날 健康問題의 多面性을 理解하는 보다 綜合的인 接近方式이 요구되고 있으며, 健康과 疾病에 대한 보다 광범한 다각적인 接近을 필요로 하기 때문에 Schwartz와 Weiss 등은 慢性 疾患에 대한 多角的인 接近方法을 성공적으로 개발하기 위해서는 多次元的으로 問題解決에 필요한 여러 분야의 專門家들이 보다 나은 協力關係를 발전 유지하고, 현안과제에 대하여 다각적인 共同對應을 효과적으로 할 수 있도록 相互間的 學問的 原理와 理論, 言語, 概念, 透視法 등을 잘 이해해야만 할 필요성이 있음을 지적하고 있다.²⁾ 이것은 健康問題의 接近은 바로 學際的 接近(interdisciplinary approach)의 필요성을 말해주는 것이기도 하다.

이러한 接近方式에 대한 理解를 돕기 위해서는 먼저 英國의 Jan C. Smuts가 주창한 holism(全體論)의 理論을 기초로 健康과 醫療을 살펴볼 필요가 있다.

Smuts는 우주속의 모든 有機的인 實體는 合成的인 性向이 있음을 강조하고 “실체는 점점 자라고 진화해서 어느 성숙단계에 이르면 완전한 것이 되며, 이 때의 全体(a whole)는 그 부분들의 집합보다 더 크다”는 理論⁴⁾을 정립하였다.

이 理論에서는 인간을 기능을 가진 전체로서 보고 있기 때문에 인간을 생리적, 심리적, 사회적 기능의 단순한 집합이 아닌 그 이상의 것으로 전체로서의 개개인은 각 구성요소들의 속성에 의해서 설명될 수 없는 속성을 갖고 있다는 것이다.⁵⁾

따라서 신체 각 부위의 세포, 조직 및 기관(cell, tissue and organ)의 구조나 기능에 대한 知識을 증가시킨다는 것은 全体로서의 인간의 機能을 설명하는 데 있어 이들 각 부분을 좀더 잘 認識케 한다는 것 외에 全体에 대한 理解를 增進시켜주는 것은 아니라고 한다.⁵⁾

이러한 전체론적인 시각에서 본 건강은 전통적인 의학에서 처럼 단순히 질병이 없는 상태로 보는 것이 아니라 신체적인 안녕상태는 물론 정신적, 정서적, 영적 안녕상태(mental, emotional, spiritual well-being)를 포함하는 적극적인 안녕상태를 말한다.⁶⁾

세계보건기구(World Health Organization)의 현장에 나타난 健康의 定義를 보면 “건강은 질병이나 허약의 不在뿐만 아니라 완전한 身體的, 精神的, 社會的 安寧狀態이다.”라고 되어 있어 바로 전체론적인 시각에서의 健康의 개념을 잘 나타내고 있다.⁵⁾

또 全体論的인 視覺에서의 醫療은 환자를 평가·치료하는데 있어 疾病보다 健康에 초점을 둔 患者중심의 醫療을 강조하고 있으며, 心身의 不可分性을 강조하고 건강을 유지하는데 있어 자신의 타고난 自然的 潛在力 즉 自然的 治癒力(vis medicatrix naturae)을 중시함으로써 약물이나 다른 人造的인 補助物(artificial aids)보다는 自然療法的 治療方法을 이용하려는 경향이 있다.⁷⁾

이러한 全體論的 醫療(holistic medicine)에서는 개인의 건강은 자신의 책임을 강조하고 있으며, 환자는 자신의 疾病治療를 위한 어떤 노력에도 적극적으로 참여하여야 한다는 것이다. 그리고 全体論的 醫療에서는 疾病의 治療보다는 疾病의 豫防과 健康向上에 目標를 두고 있다.

1970년대부터는 이러한 全体論的인 視角에서의 健康과 醫療問題를 다루려는 활동이 한층 활발해졌으며, 1977년 7월 미국의 샌디에고에서는 제1차 전체론적 건강학회가 개최되었고, 이후 全体論的 醫學會의 結成에 이어 全体論的 健康에 관한 여러 학회와 연구기관들이 전국적으로 확대설립되었으며, 1979년 9월 샌디에고의 주립대학에서 제1차 국제 전체론적 건강학회 회의가

개최되었다.⁷⁾

이러한 全體論의인 시각에서의 건강에 대한 研究活動으로 “Holistic Health Review”와 “Journal of Holistic Health” 등의 여러 専門學者들이 정기간행물로 출간되고 있다.

또 미국과 캐나다등에서는 主要健康問題가 되고 있는 慢性疾患의 發生에 있어 行動 및 生活樣式 要因(behavioral and lifestyle factors)의 役割의 重要性을 지적하고, 이에 대한 研究擴大의 필요성을 강조하는 여러 研究報告書들이 출간된 바 있다.^{8) 9) 10)}

따라서 최근 慢性疾患의 豫防管理에 있어 食事, 운동, 스트레스, 체중조절, 흡연행동 등은 새로운 研究영역으로 부상되었다.

그러나 疾病發生에 있어 環境 및 行動要因의 役割 즉 環境 및 行動要因들이 生體器官의 損傷과 機能障礙를 초래하게 되는 생리적, 생화학적 및 호르몬적 연쇄반응에 있어 상승적, 촉매적, 선동적, 조절적, 매개적 작용을 하는 因子로서의 役割究明은 향후 生體醫學과 行動科學界가 풀어나가야 할 가장 중요한 과제의 하나가 되고 있다.

이러한 共同問題를 해결하기 위하여 生體醫學과 行動科學의 研究者들이 각기 독립적인 시도를 하였으나 거의 모두가 만족할 만한 결과를 가져오지 못하였으며, 따라서 이러한 多要因의인 共同問題에 효과적으로 대응하기 위해서는 學際間的인 긴밀한 協力關係가 필요하다는 인식을 하게 되었고, 學際間的인 協力關係에 의한 相互作用의 協同의 努力들은 어떤 產物을 만들어 내는데 있어 서로 상승적이고, 촉매적인 작용을 하게 되므로 그 產物의 全體는 각 部分的 努力의 산술적 합계보다 클 것이라는 全體論의 理論에 부합되는 결과를 가져올 수 있다는 것이다.²⁾

특히 오늘날의 主要健康問題가 되고 있는 慢性疾患들의 대부분이 環境 및 生活樣式등과 밀접한 관계가 있는 多要因의인 性格을 지니고 있기 때문에 이들 疾病의 효과적인 豫防管理를 위해서는 무엇보다도 生體醫學者와 行動科學者의 共同協力的인 協力を 필요로 하였으며, 이에 따라 1977년 2월 미국의 예일대학에서의 行動醫學에 관한 會議가 개최됨으로써 行動醫學(behavioral medicine)의 정식출범을 보았다. 이듬해인 1978년 4월 국립과학원(National Academy of Sciences)에서의 제2차

행동의학 연구학회 회의를 통하여 진일보한 행동의학의 정의가 채택되었으며, 그 내용은 다음과 같다.²⁾

행동의학(behavioral medicine)은 건강과 질병을 이해하는데 있어 행동과학이나 생체의학의 지식과 기술을 통합·발전시키고 이러한 지식과 기술을 질병의 예방, 진단, 치료 및 재활에 응용하려는 학제적 분야(interdisciplinary field)이다.

행동의학은 건강과 질병문제를 다루는 데 있어 생체의학과 행동과학이라는 두가지의 서로 다른 전통적인 학문원리를 통합·발전시켜가고 있는 학제적 협력의 좋은 예이며, 이러한 學際的인 協力を 통한 統合的인 接近은 생물심리학(biological psychology), 정신생리학(psychophysiology), 정신치료학(psychosomatic medicine), 건강심리학(health psychology), 행동신경학(behavioral neurology)등에서도 볼 수 있듯이 확대·발전의 경향을 보이고 있다.

또 이러한 行動醫學의 統合적인 모델에 관한 研究訓練 프로그램이 미국의 여러 의과대학과 종합대학교에서 실시되고 있으며,¹¹⁾ 미국의 주요 生體醫學의 研究機關인 國立保健研究院(National Institutes of Health)에서도 生體醫學과 行動科學에 기초를 둔 疾病豫防管理의 統合적 모델 개발을 하고 있다고 한다.²⁾

이러한 行動醫學의 概念導入에 대한 價值는 결국 이 行動醫學의 모델을 적용하는 사람들이 慢性疾患의 豫防管理를 둘러싼 매우 복잡한 문제해결에 얼마만큼 효과적으로 기여할 수 있는나에 달려있다는 것이다.

2. 患者自身の 自助의 疾病治療 運動

과거 50年代에는 死亡과 不具의 主要原因이 自然의 病原体였으나 70年代以後 부터는 自然의인 病原体가 아니라 人間이 만들어낸 病原体 즉 담배, 술, 자동차, 무기, 환경오염 등으로서 主要傷病發生이 生物學的인 病因論에서 生活環境과 生活樣式의 問題로 바뀌었다. 예를 들면 全天候의인 도로, 자동차, 전선, 전화기 등의 交通 및 通信手段의 發達は 우리들 人間生活를 편리하고 운택하게 만들긴 하였으나 이러한 文明의 利器使用은 결국 운동부족, 환경오염 및 스트레스 등의 증가를 가져오게 됨으로써 각종 慢性疾患 및 交通事故 등의 發生을 증가시키고 있다는 것이다.¹²⁾

또 한편으로는 醫療技術의 발달과 함께 疾病의 診斷과

治療에 있어 값비싼 고급의료장비를 많이 사용하게 됨으로써 醫療費가 크게 증가되고 있으며, 醫療事故로 인한 紛爭이 증가하고 있다.

이러한 保健醫療的 環境與件의 變化로 미국과 캐나다 등에서도 專門醫療人보다는 患者自身이 할 수 있는 自助的 疾病治療 및 健康管理을 指向하는 運動이 일어나고 있다.

이러한 患者自身에 의한 自助的 疾病治療 및 健康管理運動의 타당성을 뒷받침하는 몇가지 예를 들어보면 다음과 같다.¹²⁾

미국의 경우 어느 하루의 總保健醫療需要的 약 80%는 1次診療에 해당되며, 2次와 3次 診療에 해당되는 醫療需要的 각각 15%와 5%에 불과하다고 한다. 이처럼 1次 診療에 해당되는 醫療需要가 매우 높는데 비하여 이러한 診療서비스를 줄 수 있는 醫療人은 전체 醫療人중 50%이하로서 醫療需要와 供給間에는 적어도 30%의 차이가 있어 醫療需給上에 불균형을 초래하고 있다는 것이다. 이러한 醫療需給上의 不均衡은 農村地域일 수록 더욱 심각하다.

또 1次 診療所利用에 관한 研究에서 醫師訪問件數의 30%~40%는 부적절한 경우이거나 訪問할 필요조차 없는 경우로서 이러한 訪問은 教育的인 努力에 의하여 줄일 수 있는 것이므로 위에서 언급한 患者自身の 自助的인 疾病治療 및 健康管理 運動은 결국 醫療需給上의 不均衡을 완하시킬 뿐만아니라 불필요한 醫療費浪費를 막을 수 있다는 것이다.¹²⁾

또 실제적인 경험으로 볼 때 醫療專門人이 아니더라도 보통 傷病의 약 1/3은 관리할 수 있기 때문에 많은 사람들이 자기 자신이 疾病管理를 하려는 생각을 갖고 있을 뿐만아니라 자신에 의한 自助的인 疾病治療 및 健康管理을 위한 學習過程이나 프로그램에 대한 관심이 높아지고 있다는 것이다.¹²⁾

이러한 프로그램의 첫 시도는 1970年 患者를 대상으로 한 學習過程(The Course for Activated patients)과 일반인을 대상으로 한 學習過程(The Health Activated person) 등으로서 이러한 學習過程에서는 個人들이 자신의 건강관리와 가족의 건강관리에 있어 보다 적극적인 역할을 할 수 있도록 하는 技術과 經驗을 제공하는 것이다.

이러한 個人들의 보다 적극적인 참여와 역할을 통한 健康活性化 事業(Health Activation Program)은 미국의

40개주 이상과 캐나다의 몇 주에서 실시되고 있으며, 이러한 教育過程을 履修한 사람의 수가 5천~6천명 이상에 달한다고 한다.¹²⁾

이러한 學習過程의 전형적인 教科課程은 보통 2시간씩의 16개 講座로 구성되어 있으며, 主要學習內容은 5가지로 健康管理을 위한 保健醫療制度的 適切利用, 醫師와 患者의 役割과 協力關係, 傷病의 觀察 및 治療方法, 健康에 대한 個人의 責任과 健康管理과 關聯된 意思決定, 健康增進과 自己統制등이다.¹²⁾

현재 많은 企業體, 大學 및 大學校와 保健醫療機關들이 疾病 및 健康管理을 위하여 個人들이 할 수 있는 여러가지 醫學的인 自助事業(medical self-help programs)을 개발하고 있을 뿐만아니라 教育·文化·社會·經濟的인 要因들에 의하여 自己自身에 의한 疾病治療 및 健康管理事業(medical self-care programs)은 보다 향상된 정밀성과 효과도를 갖고 더욱 擴大發展될 것으로 전망하고 있다.¹²⁾

III. 生活樣式 및 健康生活이 健康에 미치는 效果

사람들은 社會·文化·經濟的 背景의 差異에 따라서 서로 다른 生活樣式(life style)을 갖고 있으며, 이런 生活樣式중에는 健康에 좋은 영향을 미치는 生活樣式이 있는가 하면 이와는 반대로 健康에 나쁜 영향을 미치는 生活樣式도 있다.

또 여기서 健康生活이라 함은 우리들의 日常生活중 健康과 밀접한 關係가 있고, 健康에 좋은 영향을 미치는 生活를 지칭하고 있으며, 여기서는 文獻考察과 一部 調查資料의 分析을 통하여 生活樣式이나 健康生活이 健康에 미치는 影響과 效果를 살펴보고자 한다.

1. 生活樣式이 健康에 미치는 效果

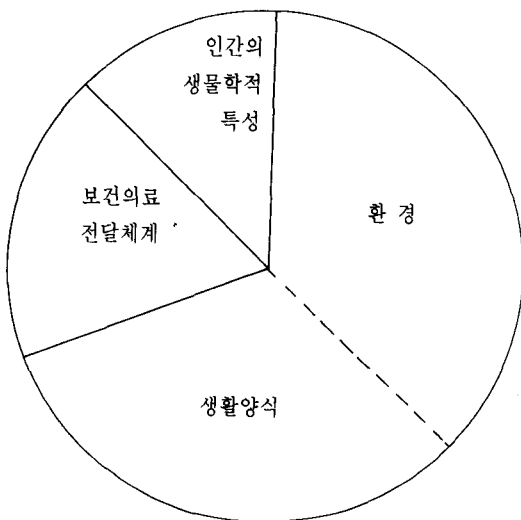
앞에서도 言及한 바와 같이 健康의 主決定要因은 環境, 生活樣式, 保健醫療組織, 遺傳 등 4가지로서 이들 要因들은 時代的인 發展變化에 따라 그 영향력도 변화되고 있기 때문에 오늘날과 같은 現代産業社會에서는 과거에 많이 유행하던 傳染性疾患이 현저히 감소된 반면 環境 및 生活樣式的 變化와 밀접한 關係가 있는 慢性 退化性疾患과 事故 및 性病등이 主要健康問題로 등장

되고 있다.

따라서 現代産業社會에서의 全般的인 健康問題의 解決에는 醫療組織의 問題보다도 環境과 生活樣式과 같은 非醫療的인 要因들이 더욱 重要視된다는 것이다.

캐나다 政府는 과거 15年間的 先拂制健康保險의 實施와 1967年의 全國的인 醫療保護制度의 導入으로 保健醫療서비스의 接近性이 크게 向上되었음에도 國民健康向上에 뚜렷한 進前이 없자 1971年 70세 이전의 早期死亡을 대상으로 主要原因을 分析토록 하였다. 그 結果 위와 같은 保健醫療서비스의 改善措置들이 死亡率과 罹患率에 미치는 영향이 극히 적다는 結論을 내리고, 그대신 環境要因과 生活樣式등 非醫療的인 要因들이 傷病罹患率과 死亡率을 결정하는 主要因으로 크나큰 作用을 하고 있기 때문에 이들 要因들이 效果的인 傷病管理의 主要한 關鍵이 된다는 사실을 밝히고 있다.¹³⁾

또 이러한 疫學的인 分析結果를 기초로 誘導된 環境, 生活樣式, 保健醫療傳達, 人間生物學的 要素등 健康要因들의 相對的 健康效果도를 보면 圖 II에서 볼수 있듯이 環境과 生活樣式的 效果도가 각기 1/3로 全體 效果도의 2/3를 점유하고 있으며, 保健醫療傳達와 生物學的 要素에 의한 效果도는 1/3에 해당된다. 이는 環境과 生活樣式的 要因이 우리들의 健康에 얼마나 중요한 영향



〈圖 1.〉 健康要因들이 公衆健康에 미치는 相對的 效果

력을 미치고 있는가를 잘 설명해주고 있는 것이다.

특히 交通事故에 의한 死亡의 경우는 生活樣式 즉 個人의 부주의한 行動에서 비롯되는 危險으로 인한 死亡의 寄與率이 약 75%를 차지하고 있으며, 자동차와 도로의 결함, 응급치료의 이용가능성등 環境과 保健醫療組織에 의한 死亡寄與率이 각각 20%와 5%에 그치고 있는 것으로 추계되고 있다.¹⁴⁾

미국의 保健經濟學者인 Fuchs는 네바다州와 유타州의 死亡率을 비교함으로써 所屬集團의 生活風習 즉 生活樣式이 健康에 미치는 영향을 다음과 같이 설명하고 있다.¹⁴⁾ 즉 네바다州의 死亡率은 거의 모든 年齡層에서 유타州의 사망율보다 40~50% 더 높다고 하며, 그 이유는 두 州間의 生活樣式的 差異에서 起因된 것으로 보고 있다. 이를 좀더 자세히 살펴보면 다음과 같다.

유타州 人口의 90%는 모르몬 教徒들로서 이들은 일반적으로 보수적인 生活樣式과 安定된 가정생활을 영위하고 있으며, 담배, 술, 커피등을 거의 마시지 않는데 비하여 네바다州의 사람들은 이와는 대조적으로 술과 담배의 消費性向이 높고 安定도가 낮은 家庭生活과 社會的 移動性이 높은 劣惡한 生活을 하고 있다는 것이다. 또 Belloc와 Breslow는 많은 疾病과 早期死亡이 다음과 같은 6가지 基本的 健康習慣을 실천할 경우 豫防될 수 있다는 研究結果를 提示하고 있다.¹⁵⁾

6가지 健康習慣은 간식없이 하루 세끼의 규칙적인 식사, 일주일에 적어도 3번이상의 적당한 운동실시, 하루 7~8시간의 수면유지, 금연, 정상체중유지, 절주 등으로 만일 45세의 남자가 이들 6가지 健康習慣들중 반수이하만을 실천할 경우는 平均期待餘命이 21.6年인데 비하여 6가지를 거의 모두 실천할 경우는 平均期待餘命이 33.1年으로 前者에 비하여부터 11年 6個月에 해당되는 期待餘命의 延長效果를 가져올 수 있다는 것이다.

이러한 研究結果들은 모두 健康生活이 健康에 미치는 效果를 立証하는 것으로서 영국의 Dartmouth College의 Nelson 教授등이 말하는 “한 人口集團의 健康向上을 위한 최대의 潛在力은 自己破壞的인 健康習慣을 줄이고, 積極的인 健康實踐을 增加시키는데 있다”라는 주장¹⁶⁾을 確信시켜주고 있다.

2. 健康生活實踐의 疾病豫防 및 健康增進 效果

1988年 當院에서는 醫療費增加抑制方案에 관한 研究

의 일환으로 一部 地域醫療保險實施地域의 45세 이상 人口 2,170名을 대상으로 健康生活의 實踐狀態와 이에 따른 健康狀態, 有病率 및 支出醫療費등을 調査分析한 바 있다.¹⁸⁾

여기서는 同 調査資料의 一部를 利用하여 健康生活 實踐이 健康增進 및 疾病豫防에 미친 效果를 分析코저 한다.

여기서 調査된 健康生活實踐項目은 保健社會部가 制定한 國民健康生活指針과 Breslow의 健康規則¹⁵⁾을 기초로 選定된 10가지로서 그 내용은 “일찍 자고 일찍 일어나기, 하루 7~8시간의 잠자기, 하루 세끼의 규칙적인 식사, 음식을 골고루 먹기, 식후 이닦기, 매일 운동실시, 매일 즐거운 생활하기, 금연실시, 절주실시, 알맞은 체중유지” 등이다.

위의 10가지 實踐項目중 5가지 이하의 下位 實踐者가 27.6%, 6~8가지의 中位 實踐者가 57.3%, 9~10가지의 上位 實踐者가 15.1%로서 健康生活習慣이 많이 改善되어야 할 필요성이 있음을 보여주고 있다.

表-1은 健康生活의 實踐水準別로 平소의 健康狀態와 有病率등을 比較한 것으로 實踐水準이 높아질 수록 뚜렷한 健康增進效果를 나타내고 있음을 알 수 있다.

表 1. 健康生活實踐水準*別 健康狀態와 有病率

구 분	(단위: %)			
	전체	하위 실천자	중위 실천자	상위 실천자
응답자수 (%)	2,170 (100.0)	600 (27.6)	1,243 (57.3)	327 (15.1)
건강상태				
건강하다	61.9	53.0	62.6	75.8
보통이다	14.6	14.8	15.8	9.5
건강치 않다	23.5	32.2	21.6	14.7
유병율**	24.7	30.5	23.4	18.7
1인당지출의료비(원)**	3,842	4,771	3,851	2,016

*건강생활실천수준의 구분은 10가지 건강실천 사항중 5가지 이하 실천자를 하위실천자로, 6~8가지와 9~10가지 실천자를 각각 중위와 상위 실천자로 구분하였음.

**유병율과 1인당 지출의료비는 지난 15일간의 유병율과 인구1인당의료비 지출액임.

健康實踐水準이 가장 낮은 下位 實踐者들에서는 健康率(건강하다는 응답율을 말함)이 53.0%인데 비하여 中位 實踐者들과 上位 實踐者들에서는 각각 62.6%와 75.8%로 현저한 增加傾向을 보이고 있다.

그러나 “건강하지 않다”는 應答率 즉 不健康率은 下位 實踐群에서 32.2%, 中·上位 實踐群에서 각각 21.6%와 14.7%로 減少傾向을 나타내고 있다. 이처럼 健康生活 實踐水準이 높아질 수록 健康率은 높아지고 不健康率은 낮아진다는 것은 바로 健康生活 實踐에 의한 健康 健康增進效果를 나타내는 것이다.

또 이러한 健康生活 實踐에 의한 健康增進效果는 바로 有病率에 반영되어 健康實踐水準이 낮은 下位 實踐群에서의 有病率은 30.5%에 이르고 있으나 中位와 上位 實踐群에서는 각각 23.4%와 18.7%로 크게 떨어지고 있다.

이처럼 健康實踐水準이 높을 수록 健康率이 增加하는 대신 不健康率이나 有病率이 현저히 減少하는 것은 健康生活 實踐에 의한 健康增進效果로 이들 中·上位 實踐者는 良好한 健康狀態를 유지할 수 있게 되고 또 높은 健康度를 유지함으로써 疾病에 잘 걸리지 않을 뿐만 아니라 疾病에 걸리더라도 강한 투병능력으로 傷病의 罹患狀態가 가볍고 쉽게 이겨 낼 수 있을 것이라는 생각을 할 수 있다.

이러한 추측을 뒷받침하고 있는 것은 健康生活 實踐에 의한 疾病의 豫防效果가 急性疾患보다도 慢性疾患에서 더욱 뚜렷하게 나타나고 있는 것이다(표 2 참조).

急性疾患의 有病率이 下位 實踐者와 中位 實踐者에서 각각 10.0%와 9.4%로 그 差異가 0.6%로서 6.0%의 減少率을 보이고 있으나 慢性疾患의 有病率은 下位 實踐者와 中位 實踐者에서 각각 17.3%와 11.4%로 兩者間의 差異가 5.9%에 이르고 있어 34.1%나 되는 큰 減少率을 보이고 있다.

이처럼 下位 實踐者와 中位 實踐者에서 慢性疾患의 有病率이 큰 差異가 나는 것은 下位 實踐者의 경우 健康도가 낮고 鬪病能力이 약하기 때문에 罹患疾病이 慢性化할 가능성이 높는데 비하여 中位 實踐者의 경우는 下位 實踐者에 비하여 높은 健康도와 강한 鬪病能力을 保有하고 있어 傷病의 罹患可能性이 낮고 또 罹患傷病이 쉽게 치유될 수 있어 慢性化되는 경우가 적을 뿐만 아니라 健康生活 自体가 慢性疾患의 治療에 좋은 效果를 갖고 있다는 데서 그 理由를 찾아볼 수 있을 것이다.

表 2. 健康生活實踐水準別 急慢性 有病率 比較

(단위: %)

구 분	하 위	중 위	상 위
	실천자	실천자	실천자
계	30.5	23.4	18.7
하위실천자 와의 차이	-	7.1	11.8
감소율	-	23.3	38.7
급성	10.0	9.4	6.4
하위층과의 차이	-	0.6	3.6
감소율	-	6.0	36.0
만성	17.3	11.4	10.2
하위층과의 차이	-	5.9	7.1
감소율	-	34.1	41.0
모름	3.2	2.6	2.1
하위층과의 차이	-	0.6	1.1
감소율	-	18.7	34.4

그런데 上位健康實踐者の 경우 下位實踐者에 비하여 急性性疾患의 有病率이 다같이 큰 幅으로 줄어들고 있어 急慢性疾患의 有病率 減少率이 36.0%와 41.1%에 이르고 있다. 이처럼 上位實踐群의 경우 下位實踐群에 비하여 急慢性 疾患의 有病率이 크나큰 減少率을 보이고 있는 것은 사람들이 자신의 健康管理에 대한 責任意識을 갖고 철저한 健康生活을 實踐할 경우 健康增進效果로 많은 急慢性疾患이 豫防될 수 있고, 이에 따라 醫療需要가 減少됨으로써 결국은 醫療費의 節減效果를 가져올 수 있음을 보여주는 것이다.

다음은 향후 國民保健教育의 強化등을 통하여 우리나라 45세 이상 人口의 健康生活實踐水準을 모두 上位水準으로 끌어올릴 경우 24.7%의 有病率이 18.7%로 減少됨으로써 현재 총 223만명에 달하는 有病者중에서 약 54만명에 달하는 有病者가 豫防될 수 있으며, 이러한 疾病豫防 및 健康增進效果로 約 45.2%의 醫療費節減效果를 가져옴으로써 年間 醫療費節減額數는 적어도 7~8 천억원에 달할 것으로 추정하고 있다.¹⁷⁾

이렇게 볼 때 健康生活이 國民保健向上과 醫療費節減에 미치는 效果는 至大한 것으로 國民의 健康生活實踐을 誘導하기 위한 凡國民運動의 展開와 함께 保健教

育의 強化가 요망되고 있다.

IV. 結 論

오늘날 現代産業社會에서의 主要健康問題가 과거 傳染性疾患에서 慢性退行性疾患과 事故 및 性病등으로 바뀌었으며, 이러한 傷病의 發生이 環境 및 生活樣式과 關係가 깊은 多要因의인 性格을 지니고 있기 때문에 健康問題의 解決에 있어서도 環境 및 生活樣式の 改善등 多次元의인 接近이 要求된다.

따라서 미국, 영국, 캐나다등 歐美의 先進國들에서는 科學的인 接近에 있어 單一科學을 利用한 獨立的인 어떤 試圖보다는 學際間 協力에 의한 統合的 接近이 보다 効果的이고 效率的임을 認識하고, 生活樣式の 改善과 함께 疾病 및 健康管理 있어 自助的 健康管理등 새로운 接近方式을 試圖하고 있으며, 이에 대한 研究와 事業을 활발히 추진하고 있다.

또 1988年 當院의 調査結果에서도 健康生活實踐이 健康增進 및 疾病豫防에 크나큰 效果가 있음을 立証하고 있으며, 이러한 健康增進 및 疾病豫防效果로 國民醫療費의 莫大한 節減效果를 가져올 수 있는 가능성을 보여주고 있다.

이렇게 볼 때 國民保健向上을 위하여 향후 우리나라의 保健政策方向은 醫療中心의 保健政策에서 健康增進 및 疾病豫防中心의 保健政策으로 一大轉換이 있어야 할 것으로 본다.

특히 오늘날 主要健康問題로 등장되고 있는 암, 심장 및 뇌혈관 질환, 고혈압과 사고에 의한 손상등 主要傷病의 대부분이 健康生活實踐을 통해서 豫防管理될 수 있다는 점에서 볼 때 向後 保健政策樹立에서 바람직한 健康行動의 變化를 誘導하기 위한 保健教育의 政策比重과 事業活動이 일층 強化되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. Lorenz K. Y. Ng. et al., "Toward a Conceptual Formulation of Health and Well-Being", *Strategies for Public Health*, ed. Lorenz K. Y. Ng. pp. 46-47, 5.
2. Stephen M. Weiss and Gary E. Schwartz, *Behavioral Medicine ; A New Perspective in Health Research and*

- Practics", *Strategies for Public Health*, ed. Lorenz K. Y. Ng. and Devra Lee Davis, op. cit., pp. 113-116, 124.
3. A. Keys, et al., "Probability of Middle Aged Men Developing Coronary Heart Diseases in Five Years", *Circulation*, 1972. pp. 815-828.
 4. Jan C. Smuts, *Holism and Evolution*, London : Mac-Millan, 1926.
 5. *The First Ten Years of the World Health Organization*, Geneva : World Health Organization, 1958.
 6. A. Angyal, *Foundations for a Science of Personality*, Cambridge, Mass. : Havard University Press, 1941. p. 157.
 7. Paul J. Rosch, *Holistic Medicine : Health Care of the Future ?*", *Strategies for Public Health*, op. cit., pp. 60-61.
 8. M. A. LaLonde, *A New Perspective on the Health of Canadians : A Working Document*, Ottawa : Ministry of Health & Welfare, 1974.
 9. *Forward Plan for Health, FY 1977-81*(Publication No. (OS) 76-50024), Washington, D. C. : Dept. of H. E. W. 1975.
 10. D. Banta, *Investigation of National Institute of Health* (Publication No. 70-661), Washington, D. C. : Dept. of H. E. W. 1976.
 11. Stephen M. Weiss, "News and Developments : Research training in behavioral medicine", *Journal of Behavioral Medicine*, 1978. pp. 241-247.
 12. Keith W. Sehnert, "The Medical Self Care Movement : Past, Present, and Future", *Strategies for Public Health*, op. cit., pp. 88-90.
 13. A. J. Stunkard, "The Practice of Health Promotion : The Case of Obesity", *Strategies for Public Health*, op. cit., p. 297.
 14. V. R. Fuchs, *Who Shall Live ? Health, Economics and Social Choice*, New York : Basic Books, 1974.
 15. N. B. Belloc and L. Breslow, "Relationship of Physical Health Status and Health Practices", *Preventive Medicine 1*, no. 3, 1972. pp. 415-421.
 16. E. C. Nelson, A. M. Keller and M. Zubkoff, "Incentives for Health Promotion : The Government's Role, *Strategies for Public Health*, op. cit., p. 219.
 17. 卞鍾和 等, 醫療費 增加抑制方案 研究 : 需要者の 行態分析을 中心으로, 서울 : 韓國人口保健研究院, 1989.

〈Abstract〉

A New perspective in Health Approach and the Effect of Health Life on Health Status

Jong Hwa Byun

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

This paper discusses a new perspective in health approach and the effect of health life on health status, and suggests some points to be improved in the establishment of health policies hereafter.

Today's health problems changed from the acute epidemic diseases caused by simple factor to the multifactorial chronic diseases.

Therefore, the health approach tries the holistic health approach, that is, the integrative approach by the interdisciplinary cooperation.

With the advent of holistic health and holistic medicine in 1970's, the behavioral medicine was born in 1977, which is the interdisciplinary field concerned with the development and integration of behavioral and biomedical science knowledge and techniques relevant to prevention, diagnosis and treatment.

As a means to the reduction of the unnecessary medical utilization and medical expense, the medical self care and self-help movement is well under way in the countries of America, England, and Canada, in which lay persons are encouraged to actively function for themselves to prevent, detect and treat common illnesses and to promote positive health habits through the health activation programs such as The Course for Activated Patients and The Health Activated Person.

This study shows that the individual health life gives great positive effect to his health status with the reduction of medical expense.

These above facts suggest that the preventive health programs such as health education should be developed and strengthened instead of medical care-oriented health policy.