韓國保健教育學會誌 第9卷 2號(1992. 12)
The Journal of Korea Society for Health Education, Vol. 9, No. 2(1992)

〈특별기고〉

健康增進－21世紀의 새로운 挑戰

韓 相 泰
(世界保健機構 西太平洋地域 事務處長)

목 차

Ⅰ. 序 論
Ⅱ. 變化하는 保健 樣相
Ⅲ. 變化의 바람직하지 못한 結果
Ⅳ. 變化에 對應하는 健康增進
Ⅴ. 責任의 分擔

Ⅰ. 序 論

전세계적으로 볼 때, 保健分野는 全般的으로 向上되는 趨勢를 나타내고 있습니다. 특히 平均壽命의 增加와 영아 사망률의 減少가 대표적인 것입니다.

서기 2000년이 되면 小兒痲痺가 사라지고, 癩病, 紅疫, 요오드 缺乏症과 같은 問題들이 실질적으로 완전히 解決될 것입니다. 大韓民國은 남녀 모두의 平均壽命이 74세 이상이 되고, 65세 이상의 人口가 全人口의 6.8%에 이르며, 全人口의 75% 이상이 都市에 살게 되어 현재의 OECD國家와 같은 상황이 될 것입니다. 그러나 일단 이러한 수준에 이르게 되면 變化의 速度는 보다 緩慢해질 것입니다.

오늘 제 이야기에서는, 우선 최근의 급속한 發展의 결과로 우리가 누리는 여러가지 健康上의 惠澤을 돌아보고, 우리가 直面하고 있는 새로운 問題들을 살펴 보겠습니다. 다음으로 健康增進이 어떻게 이러한 새로운 問題들에 대한 對應이 되며, 또한 現代人이 當面하고 있는 삶의 여러 問題들을 해결하는 데 어떻게 有用하게 쓰일 수 있는가를 생각해 보기로 하겠습니다.

Ⅱ. 變化하는 保健 樣相

지난 60년간 다음 4가지가 우리나라의 保健에 큰 影響을 미쳤다고 생각됩니다. 즉, ① 傳染性 疾患의 減少, ② 相對的인 食糧充足, ③ 돌보기(care) 방법의 變化, ④ 生活樣式의 變化가 그것입니다.

우리나라에서 産業化의 성공은 衛生과 生活條件에 큰 改善을 가져 왔습니다. 衛生, 住居, 飮食物, 飮用水 등의 改善은 結核, 呼吸器疾患, 泄瀉, 痢疾, 장티푸스, 콜레라와 같은 傳染性 疾患으로 인한 死亡을 크게 減少시켰습니다. 또한 1965년에 59세에 불과하던 平均壽命이 1990년에는 71세를 넘어섰고 계속 延長되는 추세에 있습니다. 영아사망률은 1965년에 1,000명 出生兒중 64 수준이던 것이 지금은 약 12로 줄었습니다. 1세에서 4세까지의 幼兒死亡率 역시 1965년의 약 3분의 1로 減少하였습니다.

이와 동시에 지난 세기의 유럽에서와 마찬가지로 産業化는 食糧의 生産, 處理, 貯藏, 分配課程을 크게 發展시켰습니다. 富의 增加와 더불어 풍족한 食糧과 이의 安定된 供給은 營養缺乏과 비타민 缺乏症이 실질적으로 消滅되도록 하였습니다. 1965년과 1990년 사이에 韓國人이 하루에 攝取하는 熱量은 30% 增加하였습니다. 이러한 營養狀態의 개선은 兒童期의 成長率을 增加시켰고 傳染病에 대한 抵抗力을 높였습니다. 營養不足은 이제 흔히 볼 수 있는 問題가 아니며, 젊은 男女가 부모들보다 키가 더 크고 體重도 더 무거운 것은 흔히 볼 수 있는 일입니다. 영아

사망률의 급격한 減少도 부분적으로는 營養狀態가 좋은 產母가 적절한 체중의 健康한 新生兒를 낳기 때문일 것입니다.

세번째로 중요한 것이 돌보기(care) 방법이 變化한 것입니다. 傳統的인 家族制度안에서는 家族과 個人에 대한 돌보기는 모든 사람의 責任이었습니다. 어린이들도 이러한 家族制度 안에서 스스로의 할 일이 무엇인가를 알고 있었습니다. 出產, 疾病, 死亡이 모두 집안에서 일어났습니다. 이것은 한편으로 相扶相助하는 것을 促進하기도 하였지만, 急性疾患이나 慢性疾患을 앓는 사람을 돌볼 만한 資源을 갖고 있지 못한 것을 뜻하기도 합니다. 이 때문에 피할 수 있는 苦痛과 早期死亡이 非一非再하게 일어났습니다.

지금은 家族制度가 바뀌었습니다. 많은 女性들이 敎育을 받고 勞動에 종사하고 있으며, 保健醫療를 포함한 製造業과 서비스業에 종사하고 있습니다. 1965년에는 醫師 1인당 人口가 2,645명이었고, 看護師 1인당 人口는 3,226명이었습니다. 지금은 醫師 1인당 人口가 1,007명, 그리고 看護師 人口는 190명 수준에 이르렀습니다. 특히 看護師의 숫자가 增加한 것은 괄목할 만합니다. 病에 걸려 診療費를 감당하지 못하면 어떻게 하나 하던 不安도 醫療保險의 擴大實施로 줄어들었고, 이제는 貧困層까지 惠澤을 보게 되었습니다.

生活樣式의 問題에 있어서는 우리나라는 傳統的으로 끈끈한 家族關係와 紐帶로 얽혀진 保守的인 社會였습니다. 少數의 上流層을 제외하고는 대부분의 사람들이 生業을 위해 農事나 다른 職業에 땀흘려 종사하면서 힘든 生活을 하였습니다. 몸을 움직이는 樣相이 변하여 運動量이 줄은 대신에 趣味生活과 스포츠에 많은 關心을 쏟게 되었습니다. 여러면에서 生活이 편리해졌고 平均壽命이 늘어났습니다. 中高等學校 就學率은 1960년대의 35%에서 1980년대에는 98%로 늘어났습니다. 都市化는 더욱 급격한 양상을 보이는데, 1965년에는 全人口의 32%가 都市에 살던 것이 지금은 그 비율이 70% 이상으로 增加하였습니다. 30년전 3개에 불과하던 人口 50만 이상의 都市가 지금은 11개로 늘어난 것입니다.

그러나 잘 아시다시피 모든 變化는 또한 바람직하지 못한 變化도 수반하는 것입니다. 여기에서 우리가 直面하고 있는 危險과 바람직하지 못한 면을 살펴 보겠습니다. 그러나 다행스러운 것은 여전히 肯定的인 면이 否定的인 면을 壓倒하고 있으며, 平均壽命이 늘었고, 더 健康하며, 더 生產的이고, 아마도 그 어느 때보다도 더 創造的일 것이라는 점입니다.

Ⅲ. 變化의 바람직하지 못한 結果

傳染病이 減少함에 따라 癌, 高血壓, 心臟疾患과 같은 非傳染性 疾患이 死亡의 중요한 原因이 되었습니다. 生活樣式이 疾病樣相에 여전히 중요한 要因으로작용하고 있으며, 후천성 면역결핍증(AIDS)과 같은 새로운 疾患은 더욱 그렇습니다. 아시아에서는 1985년에 전체적으로 心血管系疾患으로 인한 死亡率이 傳染病과 寄生蟲疾患에 의한 死亡率의 0.5%였으나 2015년에는 이것이 약 5배로 늘어날 展望입니다.

人口가 老齡化됨에 따라 老人人口가 차지하는 比率도 커지고 있습니다. 1990년에 65세이상 人口가 全體人口의 5%였으나 서기 2025년에는 13%에 달할 展望입니다. 家族, 地域社會, 職場, 혹은 國家중 누가 이들을 돌보겠습니까?

有病率과 死亡率에 관한 자료를 年齡, 性, 社會階層, 職業 등으로 구분해보면 健康狀態가 不均等하다는 것을 알 수 있습니다. 貧困層, 敎育을 덜 받은 肉體勞動者, 失業者, 不完全 就業者 등은 高等敎育을 받고 精神勞動에 종사하는 사람보다 健康狀態가 나쁘고 일찍 死亡하는 경우가 많습니다. 女性의 平均壽命이 일반적으로 男性보다 더 길지만 꼭 더 健康한 삶을 누리고 있다고 말할 수는 없습니다. 또한 社會經濟的으로 不利한 與件에 있는 사람들은 그렇지 않은 사람들에 비하여 有害한 環境에 露出되고 있습니다.

生活樣式이 變化함에 따라 우리가 져야 할 責任도 이때까지와는 다른 방법으로 다시 評價해 보아야 하겠습니다.

環境問題와 관련해서는 어떤 保健問題가 個人의 責任인가 혹은 集團의 責任인가 하는 問題가 더욱 심각해집니다. 國際聯合 環境會議에 맞추어 世界保健機構 保健環境委員會는 '우리의 地球, 우리의 健康(Our Planet, Our Health)'이라는 報告書를 발표하였습니다. 이 문서는 현재 環境이 健康에 대해 미치는 影響을 全世界的으로 檢討하고, 環境에 의한 健康問題는 開發途上國과 先進國 모두에 共通的인 것임을 强調하고 있습니다. 環境汚染의 결과,

-數億의 人口가 담배연기를 포함한 室內外의 生物學的, 化學的 要因에 의해 呼吸器 疾患을 앓게 되거나 病의 惡化를 경험하고 있고,

-數億의 人口가 家庭, 職場, 그리고 밖에서 불필요한 化學的, 物理的 危險에 露出되어 있습니다(이중에는 해마다 交通事故로 死亡하는 약 50만명과 負傷하는 수천만명이 포함되어 있습니다.

누구나 政府가 이런 問題를 해결할 것을 기대하고 있지만, 한 社會의 社會的, 經濟的, 文化的 環境의 하나인 保健問題에 대한 解答을 찾기는 쉽지 않습니다. 설사 그러한 解答이 있다 하더라도 그것이 각 個人의 選好와 꼭 附合하는 것도 아닙니다. 이러한 각 個人의 選好는 公衆保健의 立場에서는 바람직하지 않을 수도 있습니다. 政府가 個人의 私生活에 과연 얼마 만큼 關與해야 하는가에 대해 오랫동안 論難이 있었습니다. 個人과 社會의 健康에 대한 政府의 責任과 個人의 自由 가운데 어느 쪽을 더 强調하여야 하겠습니까? 예를 들어 吸煙을 보더라도 이런 이야기를 한 사람이 있습니다.

> 담배 栽培에 대한 政府의 奬勵, 극도로 발달된 廣告와 販賣術, 吸煙하는 同僚들의 壓力, 담배의 中毒性 등을 감안할 때, 과연 담배피는 習慣을 흡연자 자신만의 自發的 決定이라고 얘기할 수 있겠습니까?

위의 질문은 급속한 變化를 겪고 있는 社會에서 公衆保健政策을 遂行하는 데 따르는 어려움을 보여주고 있습니다. 경우에 따라서는 政府의 政策이 오히려 健康에 해로운 것일 수도 있습니다. 政府의 政策이 中毒性이 있고 몸에 해로운 담배같은 物質의 소비를 勸奬하는 결과를 가져 오는 수도 있습니다. 흡연의 경우, 흡연자의 수가 많아질 뿐 아니라 담배를 피지 않는 사람에게도 影響을 미치기 때문에, 이것은 個人의 選好問題를 떠나 公衆保健의 問題일 수 밖에 없습니다. 알코올과 麻藥의 濫用, 環境汚染의 問題에도 비슷한 葛藤이 있습니다.

이런 관점에서 不健康(ill-health)의 問題는 어떤 個人의 行動에 의해 생길 뿐 아니라 經濟的인 理由 또는 國家의 富(wealth of nation)를 管掌하려는 政府내 各部處의 利害다툼 때문에도 생긴다고 하겠습니다. 아마도 前者보다 後者가 더 중요할지 모르겠습니다. 政府의 政策에 영향을 미치고 豫算을 따내는 과정에서 保健은 흔히 뒷전에 밀리곤 합니다. 이런 점을 감안할 때, 國民의 健康增進을 積極的으로 推進하는 政策을 政府政策의 核心에 두도록 하는 戰略을 수립하는 것이 무엇보다도 중요하다고 하겠습니다.

Ⅳ. 變化에 對應하는 健康增進

전통적으로 公衆保健은 健康增進, 豫防, 治療, 再活의 영역으로 區分되어 왔습니다. 醫學의 괄목할 만한 發展은 豫防, 治療, 再活分野에서 큰 發展을 가져왔으나 健康增進分野에서는 별 進展이 없었습니다. 健康의 增進을 이루기 위하여 필요한 필수적인 과정에 대한 定義를 뚜렷하게 내리기 어렵다는 점이 그 이유의 하나가 되겠습니다. 그러나 동시에 生活樣式(lifestyle)과 관련된 疾病이 늘어나고 있고, 면역백신과 각종 治療手段의 開發에도 불구하고 여러 健康問題가 해결되지 않음에 따라 健康增進의 必要性이 더욱 커지고 있습니다.

이러한 이유로 1980년대 후반에 公衆保健의 未來에 대한 광범위한 討論이 이루어졌습니다. 1986년의 오타와 헌장, 그리고 1990년의 'Call for Action'과 같이 健康增進의 戰略과 原則을 定義하는 여러가지 宣言이 있었습니다. 아직 확실하지 않은 점이 있지만 健康增進은 세가지 原則 위에 基礎하여야 한다는 데 意見의 一致가 있었습니다.

① Advocacy, 즉 健康에 대한 大衆의 關心을 불러 일으키고, 保健醫療의 需要를 充足시킬 수 있는 健全한 保健政策을 수립해야 한다는 강력한 促求가 필요합니다.

② Empowerment, 즉 本人과 家族의 健康을 維持할 수 있게 하는 것을 그들의 權利로서 인정하며, 이를 위해 保健管理에 적극 참여하여 責任을 느끼게 하여야 하겠습니다.

③ Alliance, 즉 모든 이의 健康을 위한 發展이 계속되도록 健康에 영향을 미치는 經濟, 言論, 學校 등 모든 分野와 專門家들이 聯合하는 것이 또한 필요하다.

위의 原則들은 다음의 다섯가지 分野에서 實踐에 옮겨져야 합니다.

첫째로, 個人水準에서는 健康增進이란 각 個人이 필요한 技術을 開發하는 것입니다.

個人이 自身의 健康을 管理할 수 있는 能力을 培養하는 것이 健康增進의 핵심입니다. 그러므로 이에 필요한 情報

와 技術을 제공하는 데에 초점을 두어야 합니다. 個人이 자신의 健康을 增進시키기 위하여 할 수 있는 일은 많이 있습니다. 예를 들어 均衡된 食事, 規則的인 運動, 禁煙, 安全運轉, 家庭에서의 物資消費와 에너지 節約, 作業長에서의 保護具 着用 등이 그것입니다. 물론 個個人이 위에서 예로 든 일들을 實踐에 옮기고 行動을 바꾸게 도와주려면 적절한 對話가 필요합니다. 후천성 면역결핍증(AIDS)이 좋은 예입니다. 여러가지 다른 文化的 背景에서 硏究한 바에 따르면, 후천성면역결핍증(AIDS)의 傳播經路에 대해 잘못된 생각과 混亂이 있음을 알 수 있습니다. 一般이 갖고 있는 후천성 면역결핍증(AIDS)에 대한 知識, 態度, 믿음, 行動 등을 연구하고 이를 情報傳達과 敎育에 連繫시키는 것이 중요합니다. 특정한 文化的 背景을 가진 사람들에 접근하여 이들과 어떻게 意思疏通을 하느냐 하는 것이 健康增進에 관련된 연구의 중요한 과제입니다. 이러한 의미에서 健康에 직결되는 生活樣式을 가질 수 있도록 도와주고, 이들이 變化에 대처하는 能力을 키워주고, 또한 個人的으로 또는 集團的으로 實踐할 수 있도록 하는 것은 保健醫療 專門家에게 맡겨진 복잡한 과제입니다.

두번째로, 地域社會에서 健康增進의 實踐을 强化시키는 것에 대해 말씀드리겠습니다.

사람은 누구나 地域社會에 살며 다른 社會集團과 交通합니다. 健康增進의 戰略을 수립하고 健康을 向上시키기 위해서는 또한 地域社會의 협조가 필요합니다. 健康增進은 이러한 의미에서 大衆이 참여할 수 있는 柔軟한 體系를 갖추어야 하고, 情報에 접근할 수 있게 하여야 합니다.

地域社會 수준에서 효과적으로 할 수 있는 事業이 여러가지 있지만 그중 몇가지만 예를 들어 보면, 安全한 食水의 供給과 衛生, 健康에 유익한 環境造成, 心臟病 患者들의 서로돕기(self-help) 組織, 알코올 中毒者에 대한 社會的 支援體系 構築 등이 있을 것입니다.

세번째로, 健康增進에는 바람직한 環境의 造成이 중요합니다. 삶에 대한 肯定的인 태도를 增進시키고, 豫防的 資源을 활용할 수 있고, 健康에 좋은 條件을 開發하는 것 등이 모두 바람직한 環境의 造成에 속합니다. 이것은 "健康에 더 좋은 選擇이 더 쉬운 選擇"이 되도록 하는 것입니다. 職場과 食堂, 運動場에서의 禁煙과 콘돔을 쉽게 구할 수 있게 하는 것 등이 바람직한 環境의 예라 할 수 있습니다. 自然과 人造環境의 保護도 이중의 한 부분입니다. 모든 水準, 모든 부분에서 健康의 주장을 통해 우리는 서로간에, 地域社會와 自然環境에 대해 돌볼 責任을 느껴야 하겠습니다.

네번째는, 건전한 公共政策의 수립입니다. 健康增進은 모든 分野의 公共政策이 健康에 미치는 영향을 고려하고, 健康에 유익한 方向으로 수립되도록 하는 데에 기여하여야 합니다. 이러한 맥락에서 具體的인 實踐과 組織的 變化의 예가 많이 있습니다. 담배광고나 母乳代替品 廣告의 規制, 어린이 중심의 病院組織, 環境有害物質의 規制措置 등이 그것입니다.

다섯번째는, 保健醫療制度의 方向을 再調整하는 것입니다. 健康增進이란 이용자의 필요에 맞는 서비스를 開發하고, 專門引力의 訓練에 健康增進을 포함하며, 保健과 다른 分野와의 對話通路를 여는 것을 의미합니다.

健康增進에 대한 責任은 각 個人과 地域社會의 여러 集團들, 保健醫療 專門人力들, 保健醫療機關 및 政府 등이 나누어 가져야 하겠습니다. 이들은 서로 같이 일하는 법을 배워서, 病院을 포함하는 保健醫療機關들이 患者에 대한 臨床治療의 領域을 넘어 健康增進을 指向하도록 하여야 합니다. 우리는 "健康을 增進시키는 病院"이라는 관점에서, 환자들 자신이 스스로 해결하는 것이 가능하도록 情報와 指針을 주는 것을 고려하여야 합니다.

위에서 말한 다섯가지 要素들은 健康增進을 實踐하는 데 필요한 넓은 틀(framework)입니다. 이것은 한가지 活動에 적용될 수도 있을 것입니다. 그러나 健康增進이 公衆保健에 효과적으로 기여하기 위해서는, 위에서 말한 要素들을 結合해서 地域社會나 더 광범위한 地域 혹은 國家의 특별한 事情에 맞는 接近方法(approach)을 開發하여야 할 것입니다.

우리나라를 포함한 여러 나라에서 政府 各部處와 有關機關들이 참여하는 대대적인 健康增進運動이 시작되어야 하겠습니다. 保健開發에는 큰 運動 뿐 아니라 이를 補完하는 작은 일들도 많이 있습니다. 이에는 地域社會의 健康增進에 이바지하면서 동시에 자신의 健康도 向上시키는 個個人의 노력이 필수적입니다. 또한 이러한 노력들은 健康增進에 유리한 社會經濟的 環境을 造成하는 데에 關鍵이 될 것입니다.

V. 責任의 分擔

健康增進이 保健分野의 힘만으로 成就되기 힘들다는

것은 분명합니다. 政府, 民間機關, 地方自治團體, 企業, 大衆媒體 등의 협조가 필요합니다. 이는 個人과 地域社會, 그리고 保健專門人들 사이에서 責任의 分擔이 있어야 함을 의미합니다.

健康增進은 또한 새로운 同伴者를 만들어내기도 합니다. 예를 들면, 醫療保險制度가 健康增進의 좋은 同伴者라고 말하고 싶습니다. 우리나라에 醫療保險制度가 광범위하게 실시되어 모든 韓國人이 그 惠澤을 받고 있는 것은 참으로 다행스러운 일입니다.

많은 나라에서 法으로 醫療保險회사가 健康增進活動에 참여할 것을 規定하고 있습니다. 그 이유는 保險會社는 속성상 保險加入者가 健康할수록 保險料 支拂이 줄어들고 그 결과로 保險料 支拂을 最少로 하는 데에 관심이 있기 때문입니다. 또한 保險會社는 속성상 醫療機關, 經濟界, 保險加入者 사이에서 中繼者 역할을 합니다. 保險會社는 이 모든 當社者들에게 利益이 될 措置를 勸奬할 수 있는 좋은 위치에 있으며, 결과적으로 生活樣式과 生活條件의 改善에 기여할 수 있습니다.

健康增進의 核心에는 모든 個人이 健康하게 될 수 있는 潛在力을 가지고 있고, 이것은 人生의 어느 때라도 開發될 수 있는 것이라는 생각이 존재합니다. 慢性疾患을 앓고 있는 사람의 경우에도 健康增進活活動을 통해 잠재적인 健康能力을 極大化할 수 있습니다. 이들에 대한 社會的 不利益이나 差別에 대해 健康增進活動을 통해 對抗할 수도 있습니다. 健康增進은 또한 병을 앓으면서 살아가고 있는 사람들이 生活하는 데 有用한 技術을 습득할 機會와 社會的인 支援을 提供해주며, 이와 같은 활동을 支持하는 保健政策을 擁護하고 있습니다.

健康의 潛在力은 保健醫療制度 자체에도 적용될 수 있다고 생각합니다. 醫療人으로서의 우리의 業績을 자랑스럽게 생각할 수도 있지만, 우리는 여기에서 한발 더 나가 우리의 潛在力을 開發하여야 하겠습니다. 우리나라와 다른 여러 나라들이 保健分野에서 괄목할 만한 發展을 이룩하였지만 아직도 모든 個個人이 최선의 健康을 누린다고 하기에는 遼遠한 형편에 있습니다. 오늘날 變化하는 요구에 效果的으로 對處할 수 있다면, 가난한 나라든 부유한 나라든 여러 保健問題들을 해결할 수 있으리라고 생각합니다. 본인은 健康增進을 통하여 이와 같이 變化하는 健康上의 要求에 效果的으로 對處할 수 있다고 믿습니다. 이런 점에서 健康增進만이 중요한 것은 아니지만 우리 모두가 진지하게 고려하여야 할 매우 중요한 課題라고 생각합니다.

HEALTH PROMOTION-A NEW CHALLENGE IN THE 21ST CENTURY

Sang Tae Han
(Regional Director WHO Regional Office for the western pacific)

For the world as a whole, many of the trends in health are towards improvement, especially in terms of increasing life expectancy and decreasing infant mortality. By the year 2000 we expect some diseases such as poliomyelitis to be eradicated, and others, such as leprosy, measles and iodine deficiency disorders, to have been brought under virtually complete control.

For this country, the situation will probably soon be like that of the OECD-countries, with a life expectancy for both men and women of over 75 years, 12% or more of the population in the age group of 65 and over, and 75% of the population living in cities. Once those levels have been reached, however, change becomes much more gradual.

In this paper I will mention some of the health benefits we now enjoy as a result of rapid development, as well as some of the new problems we now face. I will then attempt to show how health promotion is a response to this new situation and how it can be used in some particular dimensions of modern life.

Changing health needs

In the last 60 years four things have had a particular impact on health in this country : (i) the decline of the communicable diseases ; (ii) relative food security ; (iii) changing patterns of care ; and (iv) changing lifestyles.

Our successes in industry have led to great improvements in sanitation and living conditions. This means improved hygiene, housing, food and water, with a corresponding drop in mortality from the communicable diseases, including tuberculosis, respiratory diseases, diarrhoea, dysentery, typhoid, cholera and many others. Life expectancy has increased dramatically from 59 years in 1965 to 73 in 1989, and continues to increase. The infant mortality rate has dropped from 64 per 1000 live births in 1965 to about a third of this number now, and child death rates (1-4 years) have also been reduced to a third of the 1965 lebvels. Immunization increased rapidly during the 1980s, and is now over 90%.

At the same time, as in Europe in the last century, industrialization has brought with it vast improvements in methods of food production, processing, storage and distribution. with increasing affluence, this new relative abundance of food, and security in its supply, has broght health benefits expressed in the virtual elimination of malnutrition and the near elimination of many vitamin deficiency diseases. There was a 28% increase in the average Korean's daily energy (calorie) supply between 1966 and 1986. The resulting improvement in nutritional status has meant an increase in childhood growth rates, which strengthens resistance to infectious diseases. Undernutrition is now rarely a problem and it is often noted that our young men and women are taller and heavier than their parents. The dramatic drop in the infant mortality rate can be

attributed at least in part to well-nourished mothers producing healthy infants of adequate birth weight

The fourth important area of change is in patterns of care. Care for the family and care for oneself used to be the responsibility of everyone. Even a child knew his or her responsibilities to the family. Birth, sickness and death took place in the home. While this encouraged self-reliance, it also meant that families often did not have the resources they needed to look after those with acute illness or chronic disabilities, so a great deal of avoidable suffering and premature death occurred.

Now family patterns have changed. More women are educated and in the workforce, providing goods and services-including health care-for money. Thirty years ago there was one doctor for every 2680 people and one nurse for every 2970. Now there is one doctor for every 1007 and one nurse for every 190 people. The latter is a particularly enviable ratio. The fear of falling ill and not being able to pay the doctor has declined with the rise of state insurance, by which even the poor are covered.

With regard to lifestyles, Korea has been a relatively conservative society with strong family ties and obligations. Life, except in the case of a privileged minority, has in the past been fairly hard, with much energy spent toiling in the fields and elsewhere to earn a living. Exercise patterns have changed, probably towards an overall reduction but with increased energy spent on leisure and sporting activities, perhaps most dramatically seen around the time of the Seoul Olympics four years ago. Life in many ways has become easier, and life expectancy has increased. Secondary schooling, as a percentage of age group, has increased from 35% in the 1960s to 90% in the late 1980s. A further marked change has been the increasing urbanization, from 32% in 1965 to over 70% now. There are now at least seven cities in this country with populations over 500,000 whereas 30 years ago there only three.

However, as was known traditionally, every change provokes a counter-change, and we will now look at some of the dangers and disadvantages of our new situation. Fortunately, the positive still far outweighs the negative and the average life is longer, healthier, more productive and probably more creative than ever before.

Adverse effects of change

As the communicable diseases have declined, the noncommunicable diseases have become the major causes of mortality. Lifestyles contiune to be an important factor in disease patterns, especially in the case of new threats such as AIDS. In Asia, in general, the percentage of deaths from cardiovascular diseases to infectious and parasitic diseases, which was around 0.5% in 1985, is anticipated to be about five times that level by 2015.

The population is becoming older, and the proportion of the very old is also increasing. In 1988, approximately 5% of the population were 65 years of age and over, and it is estimated that this will be a massive 16% by 2025. who will care for the old? The family, the community, business, or the state?

Epidemiological data on morbidity and mortality patterns differentiated by age, sex, social class and profession make the inequalities in health status rather obvious. The poorer, less educated blue-collar workers, the unemployed and the undere-

mployed suffer more ill health and premature death than people with higher education working in white-collar jobs. Females suffer more ill health than males. The disadvantaged are in addition exposed to more environmental hazards than those living in improved social and economic conditions.

As lifestyles change, our various responsibilities have also to be reassessed in non-traditional terms.

Questions of individual and collective responsibility for health have become particularly acute with regard to the environment. As part of the United Nations Conference on the Environment, the WHO Commission on Health and Environment Published a report entitled "Our Planet, Our Health", This document reviews the current environmental threats to health worldwide and stresses that serious environmental health problems are shared by both developed and developing countries. The effects of these are that :

-hundreds of millions of people suffer from respiratory and other diseases caused or exacerbated by biological and chemical agents, including tobacco smoke, in the air, both indoors and outdoors ; and

-hundreds of millions are exposed to unnecessary chemical and physical hazards in their home, workplace, or wider environment (including 500,000 who die and tens of millions more who are injured in road accidents each year).

Governments are expected to find solutions, but action on health pronblems that are part of the economec, social and cultural settings of society is difficult to carry out. On the one hand, action may conflict with individual preferences. On the other, such preferences may be harmful to public health. During the past century, there has been much debate on how far government can go to intervene in private life. Where should we draw the line between government responsibility for individual and collective health and the personal freedom to choose kind of behaviour against another ? In relation to smoking, for instance, one writer puts it like this :

"In a society in which modern advertising and merchandising techniqlues, government crop subsidies, peer-group pressure and the addictive nature of the subatance all conspire to encourage cigarette smoking, how voluntary is this high-risk habit ? "

The question reflects the difficulties of implementing public health policies, especially in countries adapting to rapid social change. Both economic policies and government policies can work against health. Both can result in pressure to consume a substance that is both addictive and harmful. Since the habit is shared by many people, we have to think in terms of public health rather than just individual behaviour. A similar conflict of values is seen in the debate over controlling alcohol and drug consumption, and pollution of the environment.

Ill health in this context is not caused only by the behaviour of certain people but also, and perhaps more importantly, by the basis of our economy and the conflicting interests of the different goverment departments which try to regulate the wealth of the nation. Health has always been a rather weak player in the game of inflencing gobernment policies and budgets. This makes it all the more important to design a strategy aiming at the heart of government policy : the active promotion good health.

Health promotion as response to change

Traditionally, public health was thought of in classical categories of promotive, preventive, curative and rehavilitative activities. The progress of medical science has brought remarkable achievements in prevention, treatment and rehabilitation, but

has contributed relatively little to promotion. This is partly because it has not proved easy to define clearly the essential steps to be taken in promoting health. At the same time, however, the need for health promtion has become more and more evident to all concerned as the proportion of diseases related to lifestyle has grown and many other disease problems have remained unsolved despite the existence of vaccines and cures.

This led to wide-ranging discussions in the latter half of the 1980s about the future of public health. Various statements on the subject habe been made, such as the Ottawa Charter(WHO, 1986) and the Call for Action(WHO, 1990), attempting to outline the principles and strategies of health promotion. Though many uncertainties remain, there is gineral agreement that three main principles should be followed in health promotion :

(1) Advocacy is needed to generate public interest in health, and ensure that policies are responsive to health needs.

(2) Peple meed to be Empowered with the knowledge, skills and resources that enable them to take responsibility for their own health and that of their dependants.

(3) Alliances are needed between the various professions and sectors which affect health, such as Business, the mass media and the schools, so that progress towards ensuring health for all can continue.

These basic principles should become practical in five areas of action.

First, on the level of the individual, health promotion means developing personal skills.

The process of enabling people to have better control over their health is at the heart of health promotion. Hence the focus on providing information and enhancing life skills. There are plenty. of things individuals can do to protect or improve their own health, such as ensuring a balanced food intake, taking regular exercise and non-smoking as well as driving safely, reducing energy consumption at home and using safety equipment at the workplace. Of course, if we want to enable individuals to take acton and support their behaviour change, we have to communicate appropriately. AIDS is a case in point : many studies carried out in various cultural contexts reflect misconceptions and considerable confusion about HIV transmission and AIDS. So it is important ot study the knowledge, attitudes, beliefs and begaviour of people and link the results to information and education activities. How to reach people in particular cultural settingsand how to communicate with them, are major questions for health promotion research. In that sense, helping people to develop lifestyles conducive to health, enhancing people's capacity to cope with changes and empower them to take action, both individually and collectively, is a complex task for heath professionals.

This leads us to the Second activity area, which is the strengtening of community action.

People can be reached through the communities and social groups they live in. Health promotion thus works through community action to achieve better health. It involves using flexible systems to encourage public participation, and provide access to information, and learning opportunities, as well as funding for health.

Thereare many examples of effective community action, in such areas as organizing water suppluy and sanitation, creating surroundings conducive to health, foming self-help groups of cardiac patients, or setting up social support systems for people with alcohol problems.

Thirdly health promotion also means to create supportive environments. This incudes promoting positive attitudes, provi-

ding access to preventive resources and developing living conditions conducive to health. One important aspect of this is to "make the healthier choice the easier choice". Smoke-free wordplaces and restaurants, low-fat food offers, exercise grounds and availability of condoms are some elements of supportive enviromnents. The protection of the natural and man-made enviroment is also a part of this. Our responsivility to take care of each other, our communities and our natural environment should be made clear through advocacy for health at all levels and in all sectors of society.

These leads us to the fourth area for action, the building of public policies. Health promotion should contribute to focusing attention on the health impact of public policies across all sectors, to ensure that they are health-conducive. In this connection, there are many examples of physical measures and organizaional changes. That can be introduced to protect health, such as the regulation of adverising for such procuct as tobacco and breast-milk substutes, the organization of Baby-Friendly Hospitals and the establishment of enviromnental hazard control measures.

The fifth activity area concerns the reorientation of health services. In this context health promotion means to develop services according to users' need and ensure equal access to them, to foster professional training and reoriention towards health promotion and to open channels between health and other services.

The resoponsibillity for health promotion is shard among individuals, community groups, health professionals, health service institutions and governments. They must work together, build alliances and move the heatlh services, including the hospitals, towards health promotion, beyond their responsibility for providing clinical and curative services. We should think in terms of developing "health promotive hospitals", which provide patients with the information and guidance they need in order to be as self-reliant as possible.

These five activity present a broad framework for action. They can also be applied to single activities. It is ginerally recognized that a set of mixed approaches, always adjusted to the specific situation of a community, region, or country has to be designed and implemented if health promotion is to contribute effectively to poublic helath.

This country and others should embark on major initiatives in the area of health promotion as separate nationwide activities involving all relevant organizations and institutions as well as different branches of the government. There is also scope for different smaller initiatives to complement major efforts in health development. Much depends on individuals who intentionally take measures to improve their own health while contributing to the health of the communities they live in. But much depends also on creating favorable socioeconomic conditions for such efforts.

Sharing responsibility

Clearly, health promotion cannot be achieved by the health sector alone. It involves coordinated action by government and voluntary organizations, by local authorities, industries and the media. It means sharing responsibiltiy between individuals, communities and health professionals alike.

Health promotion also produces new alliances. I would like to mention one possible partner, namely the health imsurance system. I am very glad to see that a complete coverage with health insurance has been achiceved for all Koreans.

In many countries national legislation calls for the involovement of health insurance companies in health promotion activities. The main reason for this is that health insurance companines by their very nature have an interest in keeping

their costs as low as possible ; the healthier their clients are the less they have to pay out. Also, health insurance companies are by their very nature mediators between the medical system, the working world and their clients. They are well placed to suggest measures that will benefit all of them, thus making a useful contribution to the improvement of lifestyles and living conditions.

At the heart of health promotion is the idea of health potential, which exists in each individual and can be developed at any stage in life. Even in the case of chronic illness, health promotion is concerned with enabling people to maximize this potential. It is also directed against the stigmatization and social disadvantage to which the chronically ill can be exposed. It includes the provision of social support and opportunities to develop personal skills related to living with an illness, and advocacy for public health policies that favour such support.

I would like to end on this note of health potential, which is also applicable to health care systems themselves. We can be proud of our achievements as health professionals but now we must go on to fulfil our potenetial. It is true that we have made significant progress in this country and many others but we are still very far from assuring the best possible health for everyone. If we can respond effectively to the changing needs of today we can lead the way in solving problems that every country is trying to solve, rich and poor alike. I have believed for some time now that health promotion provides a way of dong this. Not the only one but a very important one, which all of us need to take very seriously into consideration.