

건강증진의 개념에 관한 고찰

김 대 회

(인제대학교 보건행정학과)

목 차

I. 서론 및 연구방법	IV. 요약 및 결론
II. 역사적으로 파악한 건강증진	참고문헌
III. 건강증진의 여러가지 개념	

I. 서론 및 연구방법

건강증진은 오늘날 보건의료 영역에서 가장 빈번히 언급되는 용어 중 하나이다. 이것은 보건의료의 모든 분과학문 영역에서 거의 무차별적으로 쓰이고 있어서 현대 보건학의 통학문적(interdisciplinary) 성격을 유감없이 보여 주고 있다.

이러한 건강증진의 의미는 학자들의 연구목적에 따라서 다분히 다차원적으로 사용되고 있다. 그런데, 이것은 경우에 따라서는 아무런 개념의 언급 없이, 혹은 전후맥락(context)에 전혀 적절하지 않게 언급되고 있기도 하다. 예를 들면, 건강에 좋을 것 같기만 하면 무조건 건강증진이라는 식의 서술방식이다. 이러한 용어의 무절제한 사용은 그렇지 않아도 다차원적인 건강증진 개념의 혼란을 더욱 가중시키는 요인이 되어 왔다.

그래서, 본 연구에서는 건강증진 개념을 명확화해 볼 필요가 있다고 생각하였다. 이 개념을 본격적으로 조망하기 위해서는 건강증진 개념을 다룬 여러

가지 문헌들을 종합적으로 분석해 볼 필요가 있었다. 본 연구는 이러한 문헌들의 분석을 통해서 이루어졌다.

II. 역사적으로 파악한 건강증진

1. 테일러(미국)의 건강증진사

미국의 테일러등(Taylor et al. 1982)은 서구 보건의료의 역사를 3개의 시대(치료, 예방, 건강증진)로 나누어 볼 수 있다고 한다. 그는 기원전 35세기 이후 17-18세기까지를 질병치료의 시대라고 본다.

18세기 말에는 치료로부터 예방으로 발상의 전환을 일으키는 몇 가지 사건이 있었다. 1779년에 제임스 린드(James Lind)는, 시트러스(citrus)열매를 먹으면 오랜 항해 동안의 괴혈병(scurvy)에 예방효과가 있다는 사실을 발견했다. 1796년에 제너(Edward Jenner)는 예방접종 기법을 개발했다. 1800년 이후는 예방의학의 성과가 만개한 시기였다. 테일러는, 예방의학의 진보가 질병과 사망의 양상을

변화시켰다고 보고 있다(급성질환에서 만성질환으로).

더불어 1960년대 이후로 생활의 질에 대한 관심이 높아지면서 건강증진의 시대가 도래했다. 미국 보건국장은 그것을 미국 역사에 있어서 두번째의 공중보건혁명(public health revolution)이라고 얘기했다(U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Public Health Service 1979). 건강증진의 시대는, 이전의 두 시대 보다 더욱 사회운동으로서의 성격을 갖고 있었다. 건강증진의 많은 부분은 의료의 주류 밖에서 생겨났다. 건강증진의 기본적인 가정은, 건강과 수명에 연관하여 적합하게 개선된 실행 행태의 변경(modification)이 정말로 건강과 수명을 증진시켜 준다는 것이다. 이 가정에 대해서는 긍정적인 코호트연구 결과들(MRFIT: Multiple Risk Factor Intervention Trial; Stanford Three Community Project)이 있다(Multiple Risk Factor Intervention Trial Group 1978; Farquhar 1978). 이 연구들은 아테롬성 심장병(atherosclerotic heart disease) 일차예방사업의 성공을 통하여 건강증진의 중요한 의미를 나타내주고 있다. 하지만, 테일러의 견해에 대해서 한 가지 문제점을 제기한다면, 환경에 대한 고찰의 부족을 들 수 있을 것이다.

2. 맥더널드(영국)의 건강증진사

영국의 맥더널드등(Macdonald et al. 1992)은 건강증진의 역사적 고찰에 있어서 테일러등과는 조금 다른 견해를 보이고 있다(3개의 시대: 환경, 개인, 환경). 그들에 의하면, 19세기의 공중보건은 주로 건강에 영향을 미치는 환경적 하부구조(environmental infrastructures)에 대한 개입(interventions)을 지향하고 있었다. 20세기 전반기가 되자, 포괄적 접근과 면역 프로그램의 발전과 함께 개인의 건강이 관심의 초점이 되었다. 20세기 후반기에 와서, 보다 전통적인 19세기의 공중보건접근법이 부활하게 되었다. 이것은 구조, 환경, 생태에 관심을 보

이고 있었다. 개인은 심리-사회적 맥락 속에서 고찰되었다(Arney et al. 1984). 생활양식과 보건행태도 공중보건과 임상의료의 주요 관심사로 떠올랐다. 이 시기의 공중보건접근법을 건강증진이라고 한다.

3. 보건교육과 건강증진사

건강증진은 보건교육의 유산으로부터 성숙되었다. 영국에 있어서 본격적인 보건교육은 1927년 보건교육중앙위원회(Central Council for Health Education)의 설립과 함께 시작했다. 이 위원회는 두 가지의 기능과 목표를 갖고 있었다.

첫째, 과학적, 기술적으로 건강한 생활을 위한 교육을 증진(promote), 조장한다.

둘째, 공중보건의 증진에 관계된 모든 법규들을 조정한다(coordinate).

이러한 보건교육은 그 내용을 주로 생활양식에만 제한하여, 구조적 측면(생태, 재정 등)을 도외시켰다. 최근의 건강증진은 이러한 간격을 메꾸고자 해왔다고 할 수 있다.

보건교육이 건강증진으로 통합, 변모된 것과 마찬가지로(Tannahill, 1985), 건강증진은 새로운 공중보건의 발전에 크게 기여하였고 이미 그것의 중요한 일부가 되었다고 할 수 있겠다.

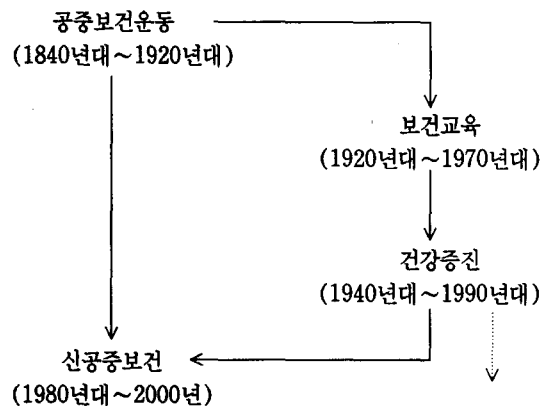


그림 1. 공중보건운동과 건강증진의 연대
출처: Macdonald et al.(1992)

4. 캐나다와 세계보건기구의 건강증진 개념사

1974년에 건강증진이라는 용어와 개념은 처음으로 본격적인 등장을 하게 되었는데, 바로 이 해에 캐나다의 국가보건복지성 장관인 래런드(Lalonde, 1975)가 ‘캐나다인의 건강에 관한 새로운 시각’이라는 보고서를 발표하였기 때문이다. 그는 죽음과 건강의 주된 원인으로 4가지 요소를 구명했는데, 그것은 생활양식, 환경, 보건의료체계, 인간생물학 등이었다. 이 보고서의 주된 연구결과는 행태(생활양식 접근방법)와 환경(구조적 접근방법)의 개선으로 질병과 조사(早死 premature death)를 유의하게 감소시킬 수 있다는 점이었다(김, 1991). 이 연구는 공공정책적 측면에서 중요한 의미를 갖는 것으로 평가되었다. 이 보고서의 결과로, 캐나다의 보건정책은 질병의 치료에서 예방으로, 그리고 종국적으로는 건강증진으로 그 초점을 옮겨갔다. 래런드의 보고서는 많은 공감을 얻게 되었는데, 그간의 폭좁은 의료모형(medical model)이 정신으로부터 신체를, 환자로부터 질병을, 사회로부터 환자를 분리해서 본(Basaglia, 1986) 결과, 나쁜 보건행태를 창출하는 문화, 실업, 무주택, 낮은 임금 등의 사회적 문제들을 도외시해왔기 때문이었다.

래런드의 보고서는 세계보건기구(WHO)의 주도적인 행동을 촉발하게 되어, 1977년에 알마아타선언(Alma-Ata declaration)이 있게 된다. 이 선언의 주제인 HFA 2000(Health For All 2000) 전략에는, 암시적으로 건강증진이라는 새로운 전망이 생활양식과 구조적 접근법을 결합하는 형태로 나타나 있었다.

1984년 세계보건기구는 건강증진을 ‘사람들이 자신의 건강을 더욱 잘 관리할 수 있도록 하고 개선할 수 있도록 하는 과정’이라고 명시적으로 정의하였다(WHO, 1984a). 여기에서 명심해야 할 것은, 보건교육이 건강증진의 가장 중요한 부분이지만, 건강증진이 협소하게 질병예방모형 내에서만 인식되어서는 안된다는 사실이다. 실지로 1980년대에, 건

강증진의 구조적 시각은 세계보건기구를 중심으로 하여 더욱 보완, 강화되는 추세를 보여왔다.

1984년 세계보건기구(유럽)는 두 접근법(생활양식과 구조적 접근법)을 축으로 하여 정식 건강증진 프로그램을 시작했다(WHO, 1984b). 이 프로그램으로 말미암아 1986년 11월에 캐나다 오타와(Ottawa)에서 제1차 국제건강증진회의(International Conference on Health Promotion)가 열렸다. 오타와회의에서는 건강증진정책(health promotion policy)이 강조되었다. 건강증진정책은 다양하고 보완적인 접근방법들의 결합(입법, 재정조치, 세금, 조직변화 등)으로서, 보건, 소득, 사회정책이 더욱 형평성을 갖도록 하는 조정활동이라고 정리되었다(WHO, 1986). 이 회의에서, 건강증진사업의 5개 기본영역을 윤곽짓는 오타와헌장이 채택되었다. 그 내용은 다음과 같다(Macdonald et al. 1992).

- 1) 건강한 공중정책(healthy public policy) 구축
- 2) 지원적 환경 창출
- 3) 지역사회 활동 강화
- 4) 개인적 기법 개발
- 5) 보건서비스의 재정향

신공중보건운동과 관련하여 ‘건강한 공중’ 정책은 ‘공중보건’ 정책으로부터 한 단계 더 나아간 새로운 개념으로 부각되었다. 또한, 오타와헌장은, 3가지의 과정적 방법론도 포함하고 있었다. 그것을 통해서, 사람들은 자신의 건강을 관리하기 시작할 수 있다고 보았다.

- 1) 조정(mediation)
- 2) 권능(enablement)
- 3) 옹호(advocacy)

제2차 국제건강증진회의는 1988년 4월에 호주 애델레이드(Adelaide)에서 열렸다. 이 회의에서는, 건강한 공중정책(healthy public policy)이 건강증진의 수단으로서 대단히 강조되었고, 특정한 우선순위를 갖는 정책이 윤곽지어졌다. 그 정책들은 여성보건을 지원하는 정책, 영양정책, 알콜/금연정책, 환경

과 관련된 정책 등이었다(WHO, 1988).

제3차 국제건강증진회의는 1991년 6월에 스웨덴 선즈볼(Sundsvall)에서 열렸다. 이 회의는 '건강지원환경(Supportive Environments for Health)' 구축을 강조하였다. 또한, 1, 2차 회의가 선진국가 중심의 모임이었다면, 3차 회의는 개발도상국가까지 포함한 범세계적인 대회였다는 점에서 의미를 찾을 수 있겠다(WHO, 1991).

III. 건강증진의 여러가지 개념

1. 건강증진사업의 가정

국립체임버기금이 밝힌 건강증진사업의 3가지 핵심가정은 다음과 같다.

- 1) 예방이 치료나 재활보다 선호된다.
- 2) 사람들이 일단 병에 걸린 다음에 치료하는 것 보다는, 사람들을 건강해지도록 훈련시키는 것(보건 교육)이 시간이나 자원 면에서 비용이 적게 먹힌다.

3) 건강한 생활양식은 궁극적으로 위험을 감소시키고, 건강수준을 향상시키고, 생활의 질을 향상시킨다(National Chamber Foundation, 1978).

2. 건강증진의 통합적 개념

미국의 산업장 건강증진 프로그램에 관한 국가회의에 의하면, 건강증진은, 질병예방과 생활양식 변경(modification)을 보다 전통적인 질병(질병이 일어난 후)치료에 통합시키려고 하는 요소들(예를 들면, 운동, 영양, 스트레스 관리 등)의 체계이다(Public Health Service, 1979).

이러한 통합적 시각에 의하면, 건강증진은 조정기계(mechanism of mediation)로 이해된다(Everly, Jr. 1985). 조정기계는 과정론적 시각에 입각하고 있는데, 그것은 어떤 결과(건강유지 및 향상)를 야기시키는 수단(전략, 전술 등의 개입)으로 생각된다고 한다.

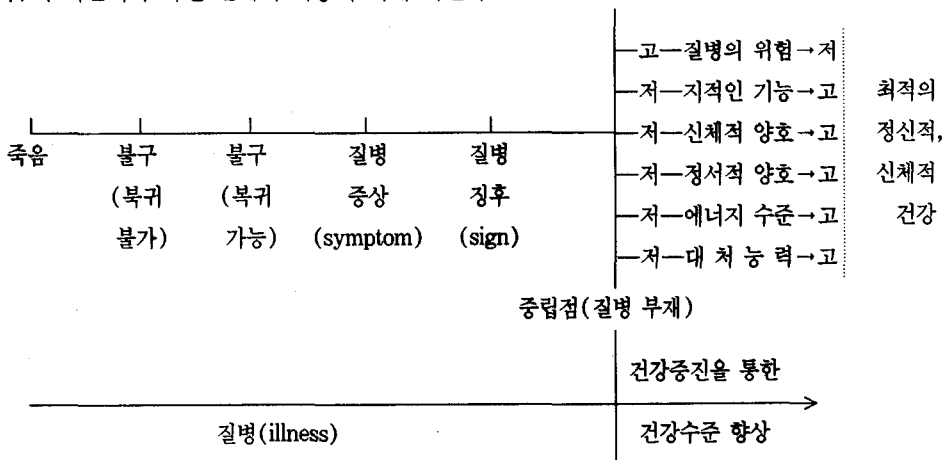


그림 2. 질병-건강의 연속개념과 건강증진¹⁾

출처 : Everly, Jr. (1985)

3. 건강증진의 이론 및 실행적 개념

테일러등(Taylor et al. 1982)에 따르면, 건강증

진이라는 용어는 이론가와 실행가(개업의 등 practitioner)에게 다른 이미지를 일으킨다고 한다.

1) 징후(徵候 sign)는 어떤 질환의 존재를 표시하는 것으로서, 검사자에게 알려주는 질환의 객관적 소견 또는 증거이다. 반면에 증상 또는 증후(症狀, 症候 symptom)는 환자에 의하여 인식되는 주관적 증거를 나타낸다.

이론가인 리벨등(Leavell et al. 1965)의 역학적 모형²⁾에 의하면 건강증진은 일차예방의 첫번째 단계이다. 이것은 전병원(前病原 prepathogenic) 수준(level)의 개입(intervention)으로서, 개인의 일반적 안녕과 성취를 제고시키는데 목적이 있다.

실행가들은, 세계보건기구의 건강정의에 따라, 신체적, 정신적, 사회적 안녕의 최적상태를 찾기 위한 사업을 계획하는 경향이 있다. 이러한 사업의 범주는 광범위한데, 미국 보건국장의 건강증진과 질병예방에 관한 보고서는 이것을 다음과 같이 나누고 있다. 환경지향적 사업들은 건강보호(health protection) 사업이라고 보고, 개인지향적 사업들(예. 행태)은 건강증진(health promotion) 사업으로 본다(U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Public Health Service 1979). 여기에서 건강보호 사업은 물리적 환경을 지향하고 있었고 정치적, 경제적, 사회적, 문화적인 환경을 의미하지는 않았다.

4. 건강증진의 실행적 개념(내용)

테일러등(Taylor et al. 1982)은 그들의 책에서 건강증진의 실행을 다음의 8개 장으로 나누어서 그 세밀한 내용을 살펴본다.

- 첫째, 영양
- 둘째, 체중관리
- 셋째, 운동
- 네째, 적당한 음주
- 다섯째, 금연
- 여섯째, 적당한 약품 사용
- 일곱째, 휴식 및 수면
- 여덟째, 스트레스관리

테일러등의 설명방식은 중산층의 행태지향적인 것으로서, 벨릭등(Belloc et al. 1972)의 연구결과

에 그 근거를 두고 있는 것으로 보인다.

벨릭과 브레스로우(Belloc and Breslow)는, 코호트연구를 통해서, 많은 질병과 너무 이른 사망(早死 premature deaths)³⁾이 사람들에게 단지 6가지의 기본적인 건강습관을 실행하게 함으로써 예방될 수 있는 것임을 밝혀냈다. 그 6가지 건강습관은 다음과 같다(Belloc et al. 1972).

- 가. 간식을 앓고 하루 세 끼를 규칙적으로 먹는다.
- 나. 1주일에 최소한 3회 이상의 적당한 운동을 한다.
- 다. 매일밤 7내지 8시간의 수면을 취한다.
- 라. 금연한다.
- 마. 정상 수준의 체중을 유지한다.
- 바. 필요한 경우에도 적당한 만큼만 음주한다.

(가의 간식앓기와 규칙식사를 나누어서 7가지의 건강습관으로 분류하기도 한다)

45세 남자가 6가지 건강습관 중 절반 미만을(2가지 이하) 실천한다면 확률적으로 21.6년을 더 살 수 있다고 기대되는데 반해서, 6가지 건강습관 모두를 또는 거의 모두를 실천한다면 33.1년을 더 살 수 있다고 기대된다(Belloc et al. 1972). 1900년에 비해서 1960년의 미국 백인남자의 기대수명이 60년간 단지 3년밖에 늘지 않았다. 그 동안 비약적인 생명과학의 발달과 식생활의 개선, 의료기술 및 장비의 발달 등이 있었음에도 불구하고, 그것들의 기대수명 상승효과는 기대보다 낮았던 것이다.

5. 카의 지표적 건강증진개념

카(Kar, 1989b)에 의하면, 건강수준은 보건사업 이외의 많은 요소에 의해서 영향받으므로, 보건사업 효과의 지표로서 건강수준 척도 대신에 건강증진 행동을 이용하는 것이 좋다고 한다. 그리하여, 카는 그

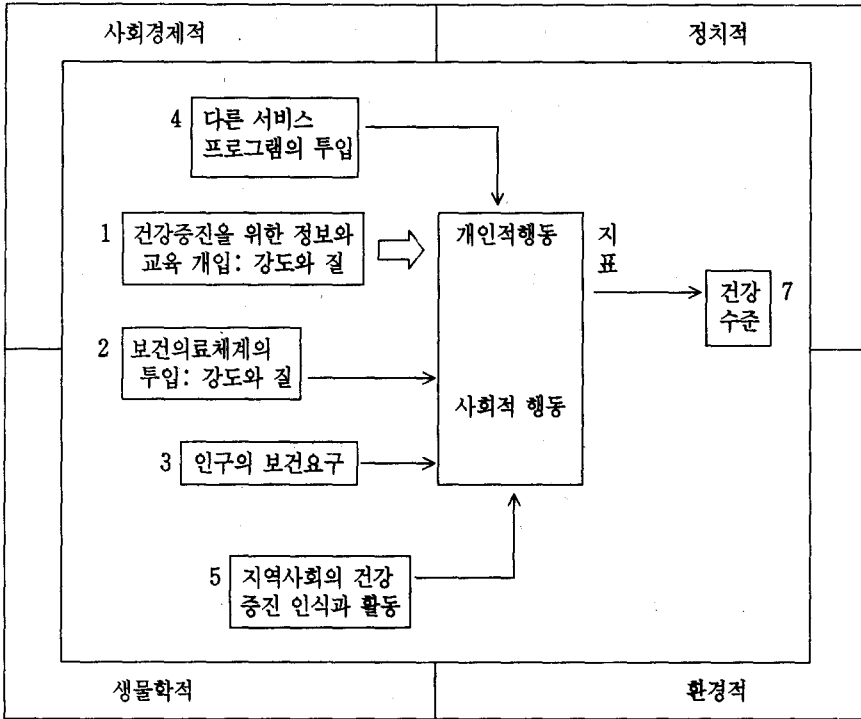
2) 일차적 예방은 전병원수준의 자연사에 건강증진(보건교육, 영양개선, 운동, 유인제도 등), 건강보호(예방접종, 개인위생, 환경위생, 사고예방, 규제제도 등)등의 적극적 예방수단을 이용한다. 이차적 예방은 초기병원수준, 식별가능 초기장해수준, 오래된 질병수준 등의 자연사에 건강진단, 조기치료, 적절치료, 입원치료 등의 소극적 예방수단을 이용한다. 삼차적 예방은 회복수준의 자연사에 의학적 재활, 사회적 재활 등의 소극적 예방수단을 이용한다.

3) 심혈관질환과 암으로 인한 사망중 80%에 이르기까지가 너무 이른 사망(早死 premature deaths)이다.

림과 같이 보건사업 지표로서의 건강증진 개념들을 제시했다. 이때 지표는 개인과 사회수준의 건강증진 및 질병예방 행동이 된다. 지표의 내용은 표 1과 같

다(구체적인 지표의 내용은 Kar(1989a) 참조).

키는 건강증진을 보는데 있어서 행동을 중점적으로 다루고 있다는 것을 알 수 있다.



*화살표는 영향을 표시함

그림 3. 건강증진 행동의 지표: 지표선택을 위한 개념적 틀

출처: Kar(1989b)

표 1. 건강증진 행동 지표의 2×3 행렬표

행동수준	건강수준		
	신체적	정신적	사회적
개인적	위험을 예방하고 개인의 신체적 안녕을 증진시키기 위하여 개인에 의해 채택된 행동	위험을 예방하고 개인의 정신적 안녕감을 증진시키기 위하여 개인에 의해서 채택된 행동	위험을 예방하고 개인의 사회적 안녕을 증진시키기 위하여 개인에 의해 채택된 행동
사회적	건강위험을 예방하고 신체적 안녕을 증진시키기 위하여 여러 사회단체에 의해서 채택된 행동	건강위험을 예방하고 구성원들 사이에서 정신적 안녕감을 증진시키기 위하여 여러 사회단체에 의해서 채택된 행동	위험을 예방하고 사회적 안녕을 증진시키기 위하여 여러 사회단체에 의해서 채택된 행동

출처: Kar(1989a)

6. 그린의 기획적 건강증진개념

그린등(Green et al. 1983)은 건강증진을 보건교육과 비교하며 다음과 같이 개념화하였다. 보건교육은 "개인·집단·지역사회에서, 건강으로 이끌 수 있는 행동의 자발적 적용을 촉진하도록 고안된 학습 경험들의 조합(combination)"으로 정의되고, 건강증진은 "건강으로 이끌 수 있는 행동을 위한 교육·조직·경제·환경적 자원들의 조합"으로 정의된다.

보건교육은 개개인·가족들 내의 비형식적 학습과정이며, 지역사회나 사회적 노력의 일부이며, 사회적 지원과 개인의 적용과정이다. 건강증진 개념은 역학적 사정(epidemiological assessment)에 기초를 둔 행동목표를 설정함에 있어서 보건교육 개념보다 더욱 적극적이다.

보건교육적 견지에서 볼 때, 점진적, 개인적 접근 방법은 인성에 대한 교육이며, 자발적인 변화에 의존하며, 그리고 강제로 법에 의해서 행동을 금하는 것보다 프로그램(program)의 목적을 더 잘 성취할 수 있게 한다고 한다. 특정한 불건강행위를 금하는 법이나 조치는 효과를 보기도 힘들지만, 효과를 본다 하더라도 오래 지속되지 않는다고 한다. 그 효과는 자발성을 바탕으로 하는 보건교육을 통해서만 가능하다고 한다(그림4). 이때, 개인과 사회, 역사의 맥락에서 좌절과 혼란을 피하기 위해 개입(intervention)이 필요하다. 즉, 환경적, 문화적, 경제적, 사회적 요인들을 모두 고려하여 적절한 보건교육을 실시해야 한다. 또한, 개인의 태도와 행동을 변화시키기 위해선 가족, 동료, 보건교육 제공자로부터의 지속적인 강화가 주어져야 한다(그림5). 이러한 점에서 보건교육은 행태와 환경을 증시하는 건강증진의 중요한 일부임을 알 수 있다(그림6).

보건교육과 건강증진은 다음과 같은 공통성을 갖고 있다. 우선, 보건교육과 건강증진의 분석은 개인적(personal)이고 심리적(psychological)일뿐만 아

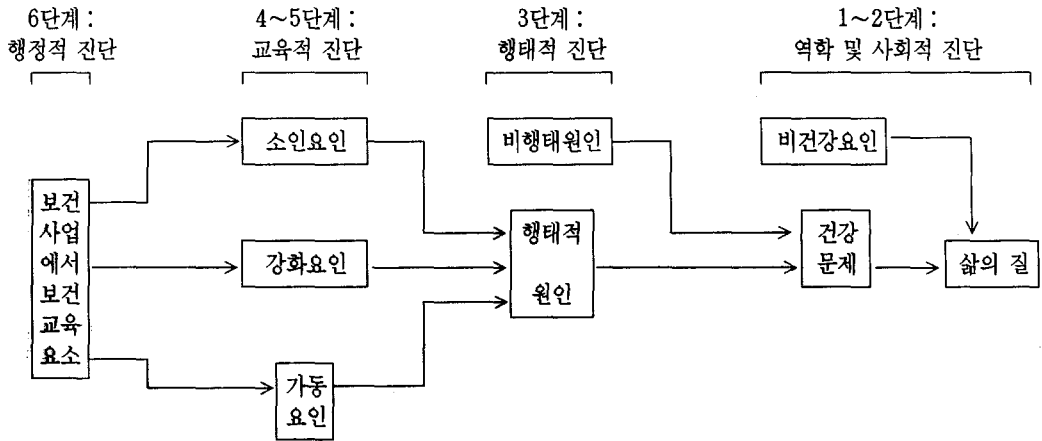
니라 사회적인 전후관계도 판단되어야 한다는 점이다. 양자는 지역사회와 가족의 수준에서 전달이 되고 지지되어야 한다. 다만, 건강증진은 그 조건인 경제·조직의 맥락에 보건교육보다 더 많은 관심을 기울인다. 또한 양자는, 사람들이 건강과 삶의 질의 향상을 위하여 자신들의 행동을 스스로 자발적으로 결정한다는 점에 이론적인 바탕을 두고 있다(건강증진의 경우, 이러한 경향이 조금은 회색된다.). 이러한 관점은 주민권력 및 건강의 기본권적 인식에 밀접하게 연결되어 있다. 그리고, 보건문제(health problems)와 보건요구(health needs)를 해결하기 위해선 양자의 분석이 필요하다. 나아가서, 양자는 장기적으로 건강문제를 예방하는데 있어서 대부분의 다른 기술들보다 효과적이다.

그린등의 보건교육 모형과 건강증진 모형에 있어서 가장 두드러진 공통점은, 소인성(predisposing), 가동성(enabling), 강화(reinforcing) 요소 등이 건강조건을 도와주며 행동변화를 지속할 수 있도록 도와준다는 설명틀이다.

1) 소인(편향)성 요소-대상자와 직접 의사소통을 함으로써 이들의 지식, 태도, 가치관 등의 변화를 일으켜 올바른 선택을 하도록 동기를 제공하는 "동기 유발자"의 역할을 하는 것으로서 대상자를 위한 program과 대중매체를 통한 홍보기능이 포함된다.

2) 가동성 요소-지역사회 조직 활동을 통하여 주민의 참여를 유발하여 서비스의 접근성을 증대시키고 사업의 지원 체계를 구축함으로써 사업이 원활히 운영된다(보건사업을 개발함으로써 참여 의식이 고양).

3) 강화 요소-보건요원, 가족, 친지, 동료 등을 통한 간접 의사소통 과정을 거쳐서 행동변화가 지원되고 또 이들의 감독(feedback) 기능을 통해 강화된다. 즉, 건강 행위가 변화되고 증진되는데는 주위의 협력과 분위기가 중요함을 시사하고 있다.

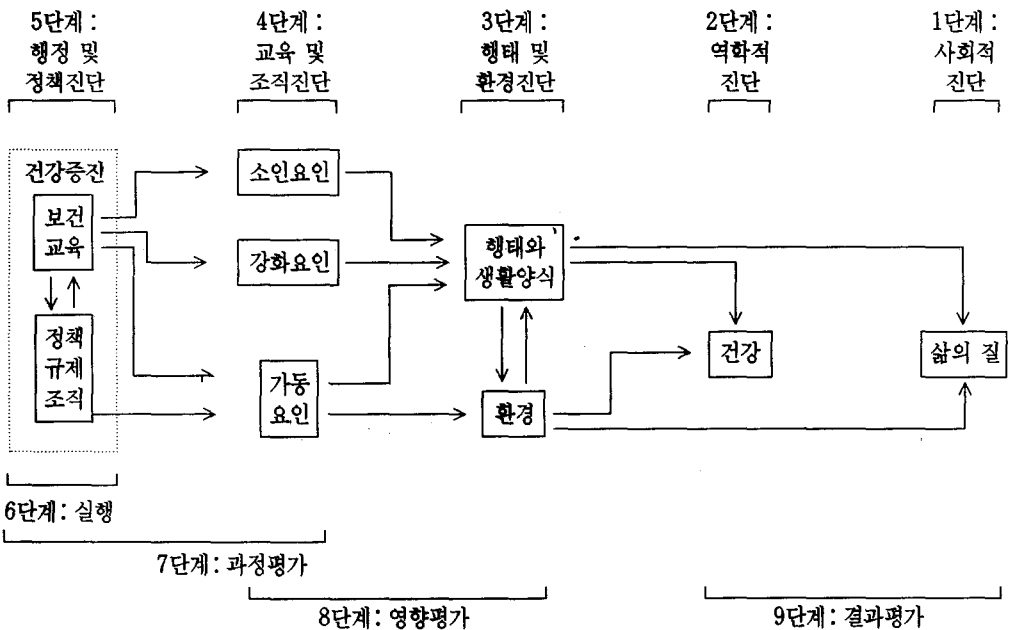


*PRECEDE : Predisposing, reinforcing, and enabling constructs in educational diagnosis and evaluation

그림 4. 보건교육 기획을 위한 PRECEDE모형

출처: Green et al.(1980)

PRECEDE : Predisposing, reinforcing, and enabling constructs in educational (and environmental) diagnosis and evaluation



PROCEED : Policy, regulatory, and organizational constructs in educational and environmental development

그림 5. 건강증진 기획과 평가를 위한 PRECEDE-PROCEED모형

출처: Green et al.(1991)

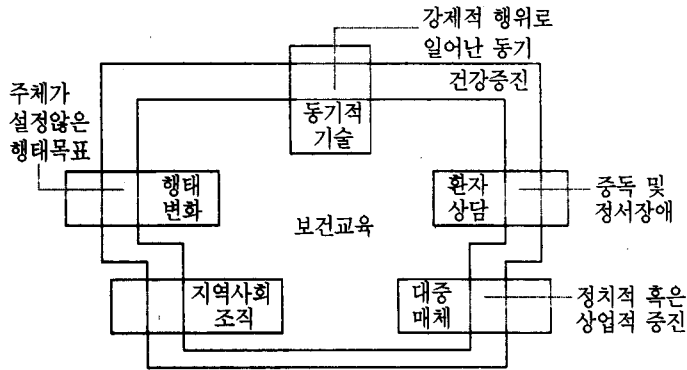


그림 6. 보건교육과 건강증진의 중첩영역

출처: Green et al.(1991)

7. 브레스로우의 질병예방과 건강증진 개념

질병예방은 집종을 비롯한 질병을 예방하기 위한 수단들로 구성되어 있다. 건강증진은 건전한 치아 유지를 비롯한 개인의 건강잠재력을 강화시키는 수단들로 구성되어 있다. 특정한 질병의 회피를 지향하려는 조치는 예방이라고 불리고, 더욱 일반적인 의미에서의 건강기여 조치는 건강증진이라고 불린다. 하지만, 건강증진과 질병예방은 그 중첩되는 의미 때문에 흔히 결합된 형태로서 사용된다. 예를 들면, 면역, 충분한 철분섭취 등은 건강증진이기도 하고, 질병예방이기도 하다. 면역은 어떤 질병(예를 들면 감기와 같은)에 대항하는 건강잠재력을 강화시키는 것으로 생각될 수도 있고, 특정하게 전염병을 예방하는 것으로 생각될 수도 있다. 철분섭취는 철분 결핍 빈혈에 대항하여 신체를 강화시키는 것으로 생각될 수도 있고, 특정하게 그것을 예방하는 것으로 생각될 수도 있다(Breslow, 1987).

8. 브레스로우의 건강증진 접근방법

브레스로우(Breslow, 1983)는 건강증진의 잠재력(potential)을 강조했다. 문명국가에서 건강에 대한 관심이라 함은 일반적으로 의료를 얘기하는 것이었고, 세부적으로는 의료의 제공량과 비용을 얘기하는 것이었다. 이러한 경향은 의료기술의 발달을 가져왔고, 이에 따라 치료의학이 건강의 주된 추진력으로

간주되게 하였다. 하지만, 실제로는 진단, 치료보다 건강증진과 질병예방(health promotion & disease prevention)이 건강개선에 효과가 더 큰 것이 밝혀지고 있으며, 그 잠재력은 광대하며 증가일로에 있다. 건강증진은 특정 질병예방을 포함하는 개념으로 이해된다(건강증진을 일차예방의 수단으로 파악했던 역학적 모형은 여기에서 목적과 수단의 전도현상을 드러낸다). 사실, 의료는 건강에 대한 관심보다는 건강에 문제가 있는 사람들에 대한 관심을 주로 보여왔었고, 의료제공량 및 비용은 그것으로 달성되는 건강에는 관심을 적게 기울여 왔을 뿐이다.

건강증진(health promotion)은 양·질적 수단을 모두 구비하며, 그 목표(Goal)는 세계보건기구(WHO)의 건강정의에 따른다. 그것은 인간 일반기능의 유지·증진과 건강 저해요소의 자제를 포함하는 개념이며, 그 접근방법으로서 예방의학수단, 환경수단, 행태에의 영향 등을 들 수 있다(그러므로 예방서비스, 건강보호, 건강증진은 광의의 건강증진개념에 포함된다고 할 수 있다).

1) 건강유지(예방)의학적 방법: 개인적 보건서비스를 포함하며, 그 목적은 질병발생을 피하는 의미로서의 1차 질병예방과 질병의 조기발견, 치료를 의미하는 2차 질병예방에 있다. 이러한 예방의학적 방법은 건강유지의학(health-maintenance medicine)이라는 표현이 더욱 옳은 표현이기도 하다. 왜

나하면, 의료의 실행원리가 "불편-반응"에서 "건강유지"로 초점을 옮겨가고 있기 때문이다. 예방기술의 개발만으로는 건강향상에 불충분하고, 그런 기술의 체계적인 이용이 있어야 효과의 극대화가 가능하다.

2) 환경적 방법: 환경통제를 통한 건강보호 필요성이 급속히 증가하는데 대한 체계적 접근이라 할 수 있다. 이것은 환경수단의 방어적 측면을 넘어서 건강환경 증진기회의 증가까지도 의미한다고 할 수 있다(예. 식수 불소화).

3) 행태에 대한 영향: 담배, 술, 비만 등에 대처하게 하는 행태변화를 탐구한다. 미국에서의 건강증진에 있어서 최대 방안을 형성하고 있다(Breslow 1983; 임등 1989).

브레스로우(Breslow)에 의하면, 미국의 일반인의 2/5, 사용자의 4/5, 노조리더의 9/10가 예방의학을 요구한다고 한다. 이러한 현상은 새로운 경향이며 계속 증가하는 추세에 있다고 한다. 또한, 캘리포니아 의학협회(C.M.A.: California Medical Association)에 의하면, "의료교육은 치료보다 예방에 치중해야 한다"고 한다. 미국의 경우, 행위별 수가제(fee-for-service)가 건강증진(health promotion)을 힘들게 하지만, 건강유지조직(HMO)을 중심으로 변화의 움직임이 있다고 한다. 지역사회 및 국가는 실질적인 자원의 동원으로 건강에 좋은 생활양식을 지향해야 하며, 문제와 처방의 원인관계 확인과 문제를 해결하기 위해서 할 수 있는 일의 구명을 건강증진에 있어서 중요한 과제로 삼아야 한다고 한다. 또한, 건강증진의 잠재력을 높이기 위해서는, 기존지식과 추가지식의 개발·검증·적용이 필요하다고 한다(Breslow, 1983).

9. 미국정부의 질병예방과 건강증진 개념

미국 보건국장의 건강증진과 질병예방에 관한 보고서는 세 가지 유형의 건강사업을 제시한다. 이것은 브레스로우의 건강증진 및 질병예방 개념과 일맥

상통하는 면이 있다.

첫째, 예방보건서비스(preventive health services)는 특정한 질병들과 건강문제들에 초점을 맞춘다.

둘째, 건강보호사업(health protection activities)은 환경문제에 관한 것이다. 이때의 환경은 물리적 환경을 의미한다.

셋째, 건강증진은 건강한 생활양식에 관한 것이다(promotion of healthy lifestyles).

표 2. 보건사업

<예방보건서비스>

고혈압관리
가족계획
임신 및 영아 관리
면역
성병

<건강보호>

독성물질 관리
산업안전보건
사고부상 관리
지역사회 상수의 불소화, 구강보건
전염병원칙 관리

<건강증진>

금연
알콜 및 약품 남용의 감소
영양개선
운동 및 살빼기
스트레스 및 과격행동 관리

출처: U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Public Health Service(1979);
The Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Public Health Service, U.S. Dept. of Health and Human Services(1988);
U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service(1988)

10. 태너힐의 건강증진모형

태너힐(Tannahill, 1985)은 건강증진을 정의하고, 계획하고, 실행하기 위하여 그림 7과 같은 모형을 개발하였다. 그에 의하면, 건강증진은 3개의 중첩되는 활동영역들(예방, 보건교육, 건강보호)이다. 그 구성요소는 다음과 같다.

- 1) 예방서비스: 예. 면역, 자궁암 검진 등
- 2) 예방보건교육:
 - 예방서비스 이해를 조장하려는 노력과 나쁜 건강을 예방하는 생활습관을 갖도록 하는 교육적 노력을 포함
- 3) 예방건강보호: 예. 상수도 불소화
- 4) 예방건강보호를 위한 보건교육: 예. 안전벨트 입법을 위한 집중적인 로비
- 5) (긍정적) 보건교육:
 - ① 행태에 긍정적 영향을 미치려는 교육
 - ② 개인, 집단, 지역사회가 긍정적인 건강속성을 발전시키도록 도우려는 교육. 건강속성은 건강관련 생활기술이나 높은 수준의 자기존중 등을 말하는데, 이것은 진정한 안녕(well-being) 제고의 핵심이 된다.
- 6) (긍정적) 건강보호: 예. 작업장 흡연정책
 - 건강보호는 긍정적 건강의 제고와 나쁜 건강(ill-health)의 예방을 목적으로 하며, 법적 혹은 재정적 통제, 기타 규제 및 정책, 자발적인 행동 등을 포함한다.
- 7) 긍정적 건강보호를 목표로 한 보건교육:
 - 정책결정자들 간에서 긍정적 건강보호 조치들

의 인식제고, 그 조치들을 위한 지원보장(Downie et al. 1990)

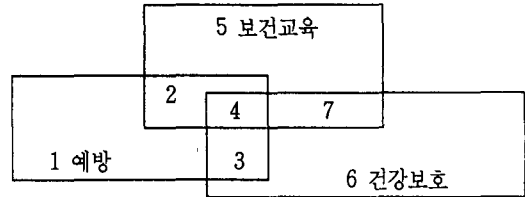


그림 7. 태너힐(Tannahill)의 건강증진모형

출처: Tannahill(1985)

11. 건강증진의 개인 및 지역사회 접근법

건강증진은 건강잠재력의, 나아가서 건강균형의, 보호, 유지, 향상을 지향하는 모든 노력을 포함하는 것이라고 할 수 있다. 그런데, 건강증진은 그 개념상 예방과 중첩된다. 주요한 차이가 있다면, 예방은 질병중심적 개념이고, 건강증진은 건강중심적 개념이라는 점이다(Noack, 1987).

건강증진에는 두 가지 주요 유형이 있는데, 그것은 개인건강 접근법과 지역사회건강 접근법이다. 개인건강 접근법은 직접 개인의 건강잠재력을 향상시키는데 목적이 있다. 지역사회건강 접근법은 우선 사회생태적 건강잠재력을 향상시키려 한다. 사회생태적 건강잠재력이란 경제적, 사회적, 문화적, 자연적, 기술적 환경의 건강자원들을 말한다(Burkitt, 1983; Castillo-Salgado, 1984; Noack, 1987).

표 3. 건강증진 개념의 개관

체 계	건강증진: 개인적 접근법	건강증진: 지역사회접근법
<사람>		
- 생물학적 체계	- 적절한 영양, 면역	- 적절한 영양상태, 면역
- 인지적 체계	- 보건정보, 교육상담	- 자아정체, 적절한 보건태도 및 지식
- 전체로서의 사람	- 운동, 훈련, 사회활동	- 정서안정, 신체양호
<건강관련 행태>	▽	△
- 습관	- 건강한 생활습관	- 건강한 생활습관
- 일	- 성취적, 스트레스없는 일	- 성취적, 스트레스없는 일
- 레크레이션	- 충분한 휴식, 레크레이션	- 충분한 휴식, 레크레이션
<사회문화적 체계>	▽	△
- 건강문화와 실행	- 긍정적 건강신념, 지식, 생활양식	- 건강선전, 대중정보, 보건교육프로그램
- 사회적 연결망	- 사회통합, 사회지원	- 정보연결망, 자조지원
- 작업조직과 직무체계	- 스트레스상황 인식, 개선에 참여	- 취업정책, 작업안전과 환경 개선
- 보건서비스, 학교, 사회제도	- 적절한 서비스사용, 보건사업에 참여	- 보건과 교육 정책/계획
- 사회경제적 구조	- 보건정책에 참여	- 경제적, 사회적 정책
<신체생물학적 환경>	▽	
- 신체적 자원	- 불건강 식품과 산물 회피	- 음식, 담배, 알콜, 약품, 소비자산물관련 정책, 입법
- 미시환경	- 적절한 주택, 안전한 길, 개선참여 등의 필요 인식	- 도시계획, 주택공급, 상수도, 하수도
- 거시환경	- 환경오염 인식, 개선에 참여	- 오염통제와 자연보존에 관련된 정책 및 입법

출처: Noack(1987)

IV. 요약 및 결론

건강증진이 걸치고 있는 기존의 학문 영역을 살펴 보면 그것이 대단히 포괄적임을 알게 된다. 그것은 생물학, 임상의학에서부터 거시 사회과학까지를 망라하는 거대한 학문체계를 이루고 있다. 역학, (임상)의학, (보건)교육학, (보건)사회학<사회역학, 행태과학, (보건)정책학>, (보건)행정학, (보건)

경제학 등의 제 학문들이 건강증진의 다양한 차원에 대해서 훌륭한 근거를 제시해 주고 있다.

이렇게 다양한 것으로 보이는 건강증진 개념의 논점을 정리해 보았을 때, 다음과 같은 특징들을 살필 수 있었다.

첫째, 초기의 건강증진 개념은 다분히 행태지향적이었던 것이다. 건강증진은, 그 연구가 진행되어 감에 따라, 점차 행태 및 구조의 복합성을 띠는 것으로 일

반화된다. 역사적으로 볼 때에도, 건강증진 개념은 행태를 중시하는 보건교육 개념의 외연적 확장이라고 할 수 있다. 즉, 건강증진은 보건교육의 역사와 그 맥을 같이 한다. 그것은 보건교육만으로는 달성할 수 없었던 성과를 건강증진의 보완을 통해서 달성하고자 한다는 것이다. 이때 건강증진이 포괄적 건강증진을 지향할 것인지 혹은 선택적 건강증진을 지향할 것인지는 앞으로 면밀히 지켜볼 필요가 있다. 그것은 일차보건의료의 포괄성, 선택성 논쟁과 그 궤를 같이 한다고 볼 수 있다.

둘째, 예방, 건강보호를 포함하는 광의의 건강증진 개념은 환경을 중시한다. 건강증진 개념의 가장 큰 의미는 본격적인 환경유관론적 사고방식이라는 점이다. 이때의 환경은 단지 물리적인 것만을 의미하는 것은 아니고, 정치적, 경제적, 사회적, 문화적 환경을 포함한다고 할 수 있다. 하지만, 건강증진의 개념에서 아직까지는 행태가 그 주된 측면이었고 환경은 그 중요성의 급부상에도 불구하고 다분히 부수적 측면 역할을 해왔다는 사실을 지적해 둘 필요가 있다.

세째, 건강증진 개념은 정책적 측면을 중시한다. 그것은 행태과학의 정책적 접촉이라고까지 표현될 수 있다. 아직 걸음마 단계에 머물고 있는 그 다양하고 구체적인 정책 영역들은 건강증진 개념의 무한한 발전가능성을 시사해 준다.

네째, 건강증진은 개인행태, 사회환경, 구체적 장애 등을 적극적으로 다루는 학문인 만큼 그 기초 및 근거과학으로서 사회역학의 도움을 필요로 한다. 사회역학은 건강증진 연구의 붐을 통하여 급격한 발전을 이룩할 수 있었다. 그래서, 건강증진 영역은 현대 사회역학 연구의 보고를 이룬다.

다섯째, 건강증진 개념의 우산 아래에서 기존의 몇몇 별개 학문들이 경계가 없어지고 상호 융합되는 현상을 보이고 있다. 사회역학, 보건행태론, 보건교육학, 보건사회학의 많은 부분, 보건정책학의 많은 부분 등이 무수한 이론들을 서로에게 빌려 주고 받는 사이에 사실상 같은 내용의 학문이 되어 가고 있

다. 오늘날 명칭이 전혀 다른 학과에 근무하는 교수들이 같거나 거의 비슷한 연구(공동연구일 수도 있다)를 수행하거나, 또는 같거나 거의 비슷한 전공을 표방하는 일은, 이미 건강증진 관련영역에서는 그다지 놀라운 일이 아니다. 스트레스 연구, 유형 A행태 연구 등의 심혈관질환 요인 연구는 이러한 영역의 대표적인 예라고 할 수 있다.

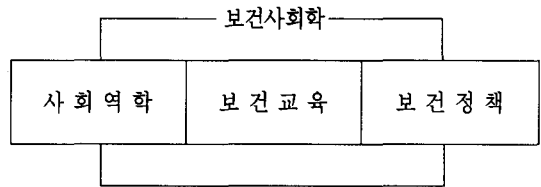


그림 8. 건강증진의 기초를 이루는 최소한의 기준학문

여섯째, 건강증진 개념은 사회과학 논쟁사에서 격렬하게 맞붙었던 두 가지 변용요인을 한 모형에 결집시켜 놓은 단순한 설명양식을 갖고 있다. 여기에서 행동과 환경<및 구조>이 점은 최근 사회과학계에서 비상한 관심을 모으고 있는 신제도주의(Jepperson, 1991)적 관점에서 더욱 깊이 고찰될 필요가 있다>은 문제해결 구도의 이원화를 대표하고 있다. 이러한 설명들은 건강증진 개념의 종합성을 반영하는 것으로서, 부문간 협조, 주민참여(IC, CI: intersectoral collaboration, community involvement) 등을 강조하는 일차보건의료를 구체화할 가능성을 보여 주는 장점을 갖고 있다. 반면에, 건강증진 개념은, 그 이론들의 통합 가능성을 극대화하지 않는 한, 행동과 환경에 대한 해묵은 논쟁을 재연하는 것만으로 그 생명이 끝날 수도 있다. 이 점은 깊이 있게 통찰되어야 할 것이다.

이상의 논의를 바탕으로 건강증진의 개념정의를 시도해 보면, 건강증진은 개인, 조직, 또는 사회적 상황에서 사람들의 행태 및 환경변화를 통하여 그들의 건강잠재력을 가장 효율적으로 극대화하기 위한

교육, 정책, 의료, 기타 자원들의 최적 조합을 말한다고 할 수 있다.

이러한 정의에 입각해 볼 때, 건강증진은 파다비용으로 인한 의료의 위기에 대처할 주요 패러다임이 될 가능성이 있다. 하지만, 그것은 동시에 자본주의 국가에서 지배적인 위치를 점하는 자본측의 이익을 대변하는 이데올로기의 도구로 전락할 가능성도 갖고 있는 것이 사실이다. 국민의 건강을 최고의 우선 순위로 하는 국민의 참여 및 통제가 지속적으로 필요할 것으로 보인다. 건강증진의 실천적 측면으로서 건강증진을 위한 국가기획(National planning for health promotion)을 살펴 보면, 첫째, 보건사업 전략은, 건강으로 이끌 수 있는 행동을 지원(support)하기 위해 조직되고(보건교육), 여기에 더해 환경적, 정책적, 경제적 요인의 조정이 필요하다(건강증진의 보완). 제대로 된 보건교육은 스스로 보건문제를 인식하고 행동을 변화시켜 건강을 향상시키는데 있고, 건강증진의 강조점은 행태(behavior)이지만 환경적 조정은 다양화될 수 있다. 둘째, 보건교육, 건강증진을 위한 국가정책은, 건강행태(health behavior)를 지원(support)해 주기 위해서, 정부나 민간 차원의 다양한 조치들의 협상(negotiation) 및 개입(intervention)이 필요하다. 셋째, 보건교육과 건강증진 프로그램(programs)을 실천할때, 문제는, 학습기회, 조직, 경제, 환경적 요인을 고려하고 강제적인 행동없이 가장 효율적으로 건강행위(health action)를 하게 하기 위해서, <어떻게 보건교육 프로그램을 "조합(combination)"하고 "디자인(design)"할 것인가>에 있다. 넷째, 보건교육과 건강증진을 위한 계획들은 정부나 민간 부분에서 함께 프로그램을 공유하며 문제해결의 방향을 모색해야 한다.

끝으로 건강증진의 미래를 전망해 보면, 앞으로 정부나 민간 차원에서 계속적으로 지원이나 관심이 증가할 것으로 보인다. 건강증진의 효과적이고 효율적인 실천에 대해서 아직은 과학적으로 부족한 여지

가 많기 때문에, 그 이론이나 학설들은 앞으로의 지속적인 연구를 통해 틀을 잡아 갈 것으로 전망된다.

참 고 문 헌

1. Arney W.A., Bergman B.J.(1984), *Medicine and the management of living*. Chicago: Chicago University Press.
2. Basaglia F.O.(1986), *The changing culture of health and the difficulties of public health to cope with it*. In: *European Social Development Programme*. Vienna dialogue on health policy and health promotion—towards a new concept of public health. Eurosocial Research and Discussion Papers.
3. Belloc N.B., Breslow L.(1972), *Relationship of physical health status and health practices*. *Preventive Medicine*, 1-3: 415-421.
4. Breslow L.(1983), *The potential of health promotion*. In: *Mechanic D. Handbook of health, health care, and the health professions*. New York: The Free Press.
5. Breslow L.(1987), *Some fields of application for health promotion and disease prevention*. In: *Abelin T., Brzezinski Z.J., Carstairs V.D.L.(ed.) Measurement in health promotion and protection*, WHO Regional Publications, European Series 22. Copenhagen: WHO/Europe.
6. Burkitt A.(1983), *Health education*. In: *Clark J., Henderson J.(ed.) Community health*. New York: Churchill Livingstone.
7. Castillo-Salgado C.(1984), *Assessing recent developments and opportunities in the promotion of health in the American work place*. *Soc.Sci.Med.* 19: 349-358.

8. Downie R.S., Fyfe C., Tannahill A.(1990), Health promotion—models and values. Oxford: Oxford University Press.
9. Everly, Jr. G.S.(1985), An introduction to health and occupational health promotion. In: Everly, Jr. G.S., Feldman R.H.L. Occupational health promotion—health behavior in the workplace. New York: John Wiley & Sons.
10. Farquhar J.W.(1978), The community—based model of lifestyle intervention trials. *Am.J.Epidemiol.* 108: 103—111.
11. Green L.W., Johnson K.W.(1983) Health education and health promotion. In: Mechanic D. Handbook of health, health care, and the health professions. New York: The Free Press.
12. Green L.W., Kreuter M.W.(1991), Health promotion planning: an educational and environmental approach, 2nd ed. Palo Alto, C.A.: Mayfield Publishing Company.
13. Green L.W., Kreuter M.W., Deeds S.G., Partridge K.B.(1980), Health education planning: a diagnostic approach. Mountain View, C.A.: Mayfield Publishing Company.
14. Kar S.B.(1989a), Indicators of individual and societal actions for health promotion. In: Kar S.B.(ed.) Health promotion indicators and actions. New York: Springer Publishing Company.
15. Kar S.B.(1989b), Introduction: health promotion action indicators. In: Kar S.B.(ed.) Health promotion indicators and actions. New York: Springer Publishing Company.
16. Lalonde M.(1975), A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Information Canada.
17. Leavell H.R., Clark E.G.(1965), Preventive medicine for the doctor in his community, 3rd ed. Toronto: McGraw—Hill.
18. Macdonald G., Bunton R.(1992), Health promotion—discipline or disciplines. In: Bunton R., Macdonald G.(ed.) Health promotion—disciplines and diversity. London: Routledge.
19. Multiple Risk Factor Intervention Trial Group(1978), The multiple risk factor intervention trial. *Ann.N.Y.Acad.Sci.* 304: 293—308.
20. National Chamber Foundation(1978), How business can promote good health for employees and their families. Washington, D. C.: National Chamber Foundation.
21. Noack H.(1987), Concepts of health and health promotion. In: Abelin T., Brzezinski Z.J., Carstairs V.D.L.(ed.) Measurement in health promotion and protection, WHO Regional Publications, European Series 22. Copenhagen: WHO/Europe.
22. Jepperson R.(1991), Institutions, institutional effects, and institutionalism. In: Powell, Dimaggio(ed.) The new institutionalism in organizational analysis. Chicago: The University of Chicago Press.
23. Public Health Service(1979), Proceedings of the National Conference on Health Promotion programs in Occupational Settings. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
24. Tannahill A.(1985), What is health promotion? *Health Education Journal*, 44: 167—168.

25. Taylor R.B., Denham J.W., Ureda J.R. (1982), Health promotion: a perspective. In: Taylor R.B., Ureda J.R., Denham J.W. (ed.) Health promotion: principles and clinical applications. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
26. The Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Public Health Service, U.S. Dept. of Health and Human Services(1988), Disease prevention/health promotion—the facts. Palo Alto: Bull Publishing Company.
27. U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Public Health Service(1979), Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention, DHEW(PHS) Publ. 79-55071. Washington D.C.: DHEW(PHS).
28. U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service(1988), Promoting health/preventing disease—objectives for the nation. Washington: DHHS.
29. WHO(1984a), Health promotion: a discussion document on the concept and principles. Copenhagen: WHO/Euro, Health Education Unit Publications.
30. WHO(1984b), Health promotion: European monographs in health and health education, Research 6. Copenhagen: WHO.
31. WHO(1986), Ottawa Charter for Health Promotion. J.Hlth.Prom. 1: 1-5.
32. WHO(1988), The Adelaide recommendations: healthy public policy. Copenhagen: WHO/Euro.
33. WHO(1991), To create supportive environments for health. The Sundsvall Handbook. Geneva: WHO.
34. 김대회(1991), 주민참여와 보건정책—보건교육 및 행태론의 새로운 접근. 한국보건교육학회지, 제8권 1호: 34-44.
35. 임재은, 정문호, 남철현, 이영자, 이명순, 김대회, 이효경(1989), 보건교육 활성화 방안에 관한 연구(1)—1차년도 기초조사. 서울: 대한보건협회.

<Abstract>

Study on the concept of health promotion

De Hi Kim

(Department of Health Administration, Inje University, Kimhae, Korea)

This study is concentrated on the concept of health promotion through the consideration and the review of articles and books concerning the theory and practice of health promotion.

The study results are as follows:

Firstly, the early definitions of health promotion are behavior-oriented concepts in general.

Secondly, the concepts of health promotion generally regard environmental factors as of great importance.

Thirdly, the concepts of health promotion attach great importance to the aspect of policy.

Fourthly, health promotion programs usually need the support from the study results of social epidemiology.

Fifthly, some distinguished academic fields have been fused into an integrated field under the concept of health promotion.

Sixthly, the two key concepts of health promotion are behavior and environment.

This study concludes that health promotion can be defined as "the optimal combination of educational, medical and policy resources to maximize the health potential of people most efficiently or effectively through the change of their behavioral and environmental factors at the level of individual, organization or society."