

말로 풀이하고 分析해서 一般에게 알려 주는 일이 중요하다. 法案은 專門家의 손에 맡기는 것이 常例이지만 專門家들이라고 해서 個人的인 偏見이나 格別한 關心이 없다는 보장은 없다. 科學技術이 關聯된 法案에 關心을 가진다는 것은 科學에 대한 理解를 도울 뿐만 아니라 國策에도 도움이 된다.

科學의 大衆化를 위한 또 하나의 중요한 手段은 科學을 하나의 文化로서 理解하는 것이다. 大學生이 科學史나 科學概論을 敎養科目으로 選擇하고 藝術家가 雜誌의 分子生物學에 관한 記事에 關心을 갖고 法律家가 텔레비전을 통해 宇宙生成의 神祕를 본다는 것은 실제적인 문제해결에는 도움을 줄 수 없을지 몰라도 科學과 人文學 間에 벌어지는 간극을 좁히는 데 큰 도움이 된다. 우리가 심심할 때 藝術이나 文學을 즐기듯 장차 科學도 그 대상의 하나가 될 수 있도록 만들어야 한다. 이렇게 理解할 수 있는 사람은 극히 적은 일부에 지나지 않더라도 이들은 대개 社會의 指導層이나 또 장차 지도층이 될 수 있는 사람들이라는 점에서 길게 볼 때 社會에 적지 않은 영향을 미칠 것이다.

科學의 大衆化는 大衆媒體의 協力 없이는 이루어질 수가 없다. 또 有能한 解説家와 電波프로그램의 製作者 없이는 그 效果를 기대하기 어렵다. 科學을 理解시키는 데 있어서 科學者 스스로의 參與가 무엇보다 중요하다. 當局이나 科學界가 大衆媒體의 協力을 일방적으로 期待만 할 것이 아니라 獎學制度나 研修制度를 통해 言論界에서도 有能한 科學解説家나 프로그램製作者, 그리고 評論家를 輩出할 수 있도록 적극적인 方法을 摸索해야 할 것이다.

## 건강에 관한 한국인의 지식, 태도 및 실천양상

가톨릭의대 예방의학교실 맹 광 호

### 1. 서 론

의학은 인체의 형태나 기능에 관한 연구를 통해서 생물학의 영역에 드는 소위 기초과학분야를 그 중요부분으로 포함하고 있는 학문이다.

그러나 실제적으로는 기술적 영역에 속하는 임상의학, 그리고 예방의학과 공중보건활동을 포함한 의학의 사회적 적용 즉 의료부문이 그 주종을 이룸으로써 과학의 사회화에 관한 한 어느 과학분야보다도 그 단위를 함축적으로 실천하고 있다고 말할 수 있다.

이것은 결국 의학이 학문적 관심에서라기보다 모든

사람이 건강하게 살 수 있도록 하는 것을 최종목적으로 발전해 왔으며 또 실제로 그래야만 하는 이유이기도 하다.

따라서 국민의 건강수준은 기초의학분야의 연구업적 말고도 궁극적으로는 의학이 갖는 중요한 효율성의 척도가 되는 것이다.

그러므로 어떤 연구집단의 건강수준을 높인다는 것은 이들의 상병율을 낮추고 사망을 줄이는 일이라고 할 수 있는데 의학은 바로 그 사회적 적용 즉 의료를 통해서 이 일에 적극 기여하고 있는 것이다.

그러나 의료란 어디까지나 주는 자와 받는 자—좁은 의미에 있어서 의사와 환자 간의 상호관계에 의해서 발생되는 것이기 때문에 공급면의 일방적인 양이나 질의 확장만으로는 결코 바람직한 결과를 가져올 수가 없는 것이다.

더구나 어느 시대, 어느 사회를 막론하고 질병은 그 유형을 자기 달리하고 있을 뿐 아니라 또 그 질병이나 건강에 관한 일반대중의 특정가치와 태도, 행동양식 및 지식수준이 다르기 때문에 이를 관리하기 위한 제도발전 기술, 그리고 인력의 질과 양에 있어서도 서로 크고 작은 차이점을 갖게 마련이다. 세계적인 의료경제학자인 V.R. Fuchs (1974) 교수 같은 이는 “각 주민 간 (인종간)의 건강수준차이는 의료의 질이나 양에 의한 차이보다 사회경제적·문화적 변수에 관여되는 바가 더 크다.”라고까지 말한 바 있다.

특히 건강이나 질병에 대한 지식과 태도 및 이에 대한 건강행동양식의 차이는 의료의 효율성, 나아가서는 전체 건강수준향상에 절대적인 영향을 미친다는 것이 잘 알려져 있다. (Cornely & Bigman, 1961; Hochbaum, 1958)

아직도 선진국에 비해서 우리나라는 의료시설과 인력에 있어서 절대수가 부족한 상태에 있음에도 불구하고 이들이 적절히 쓰여지지 못하고 있는 이유를 대체로 경제력이 낮은 것과 특히 농어촌지역에서 의료시설이 너무 멀리 있다는 점을 들고 있지만(허정 외, 1975; 이성신 외, 1974; 맹광호, 1977 등) 실제로 의료시설의 이용상태를 보면 건강의식이랄지 관습 등 비경제적인 요인이 크게 작용하는 걸 볼 수 있다. (정경균, 1976; 구인철, 1978; 송진환, 1976 등)

예컨대 오랜 세월을 두고 한국인의 생활습관 속에 자리잡아 온 다원적 의약관이라든지 무속적 인간의료 행은 현대 의료시설이나 의료인력 이용에 큰 영향을 미치고 있는 것이다.

### 2. 한국인의 질병관, 의약관

한국인에게 있어서 질병은 출입기념으로 파악되어 왔다. (이규태, 1976)

이렇게 되면 병이 들었다, 감기가 들었다는 말에 있어서 들어왔다는 개념표현과 병이 낫다, 감기가 나갔다는 말에 있어서 낫다 즉 나갔다는 개념표현이 바로 그것이다.

따라서 병이라는 것은 인체를 두고 들어오고 나가는 그런 출입이 자유자재한 어떤 요인인 것이다.

그 요인을 현대의학에서 따져 보면 병원체인 세균의 출입개념에 합당된다고 볼 수 있으나 과학적 지식이 없던 옛사람들은 그 요인을 어떤 정령의 이치로 알았던 것이다.

이규태(1976)는 이같은 한국인의 질병관과 관련한 질병치로나 예방행위를 다음 두가지로 구분해서 설명한 바 있다.

즉 정령에게 접을 주거나 협박을 가함으로써 병에 들지 않게 하는 적극적 방법과 정령에게 공물을 바치거나 그 정령이 원하는 것을 주거나 하는 소극적 방법이 그것인데 이같은 방법으로 질병에 대항해 온 일은 최근 까지도 흔했으며 지금도 적잖이 경험하는 일이다.

그러니까 정령 가운데 비교적 하급 귀류에 속하는 것에 대해서는 위협적이고 적극적인 주술방법을 씀으로써 그것들을 내쫓는 불양법을 사용한 반면, 고급신에 대해서는 충원적이며 소극적인 종교적 방법으로 기도법을 사용했으며 때로는 약물을 사용해서 치료하는 약요법을 쓰기도 했던 것이다. (한상복, 1976)

질병치료를 위해 사용해 오던 여러가지 약초 가운데는 그 약초가 갖는 일정한 약리작용 때문에 이를 사용하기도 했지만 실상 이들 약초 가운데는 순전히 마술적인 의미에서 배합되는 약제가 많아서 실상 약제사용에 있어서도 주술적인 의미가 있었던 것을 알 수 있다. (이부영, 1973)

이상에서 말한 한국인의 질병관과 그 진단이나 치료 및 예방에 있어서 신체와 정신에 관한 비분석적 통합개념은 현대 서구의학이 도입된 지 오래인 지금에 있어서도 건강에 대한 개념 및 현대의료시설의 이용에 있어 크게 작용하고 있는 것이다.

### 3. 한국인의 건강 및 질병에 대한 인식 및 질병관리양식

그동안 우리나라에도 크고작은 건강검진조사가 100여편을 넘고 있는데 대상인구수 5,000명 이상인 비교적 규모가 큰 연구들로부터 얻어진 결과를 보면 우리나라의 월간 상병율은 인구 1,000명당 평균적으로 200 정도에 이르고 있다. 그러나 이 상병율은 조사자마다 상당

한 차이를 보이고 있어서 비교적 규모가 큰 12편의 논문을 분석한 김정순(1977)의 연구에 의하면 이것이 145에서 230까지에 이르고 있다.

이것은 물론 조사자나 조사지역의 크기들에 따른 당연한 차이라고 볼 수가 있기는 하지만 건강에 대한 개인의 인식차이 또한 크게 영향을 미치기 때문이다.

예컨대 전체 상병율은 농촌주민에게서 낮게 나타남에도 불구하고 상병건당 이병일수라든지 입원일수가 도시주민의 그것보다 낫다는 사실(명 광호, 1977)은 아직도 민속의료관행이 짙은 농촌주민들의 경우 어지간한 질병은 병으로조차 생각치 않는 때문인 것이 분명하다.

이같은 사실은 또 일부 농촌주민을 대상으로 한 임재은 등(1976)의 연구에서 대상자의 35.7%가 “다소 몸이 아프더라도 일하는 데 지장이 없으면 건강한 상태”라고 대답한 것으로도 미루어 알 수가 있는 것이다.

이런 상태는 엄격히 말해서 인간의 건강상태 분류상 제 2단계인 불현성 질병상태(an incipient illness state)에 속하기 때문에(Rogers, 1960) 이때를 그냥 넘긴다는 것은 이미 일차예방을 통한 최적의 건강상태에 도달하는 기회를 놓치게 되는 것으로서 질병관리상 큰 의미를 갖고 있는 것이다.

말하자면 우리나라의 경우 특히 농촌주민들은 자신의 질병을 어느 정도는 숙명시하는 경향이 농후하다고 볼 수 있는데 이같은 현상은 그 질병의 원인에 대한 의식에서도 찾아 볼 수가 있다.

이같은 한국인의 건강 및 질병에 대한 지식이나 태도는 이들이 질병에 걸렸을 때 대처하는 행동양식 즉 의료시설 이용에서 그대로 반영되는 것을 알 수 있다.

대체로 우리나라에서는 상병자의 약 20%가 아무런 치료를 받지 않는 것으로 나타나고 있으며 특히 이 정도는 도시보다 농촌이 더 심하다.

병이 발생했을 때 의사를 찾는율은 전체적으로 약 30% 정도인데 도시지역이 오히려 농촌보다 낮고 그 대신 약국 등 자가치료율이 높게 나타난 것은 주목할 만한 일이다.

또한 한의사, 한약방의 이용이 도시의 경우 8.7%, 농촌의 경우 19.2%가 되며 미신, 기타 민속의료의 이용이 도시, 농촌 각각 2.6%와 5.6%로 나타나고 있어 의사나 보건소, 그리고 약국 등 소위 현대의료시설을 제외하고 나면 도시, 농촌이 각각 11.3%와 15.8%의 상병자가 한의학을 비롯한 전통의료시설을 이용하는 것으로 볼 수가 있다.

한편 농촌지역주민들의 경우 환자가 사망에 가까와

울수록 현대의료시설보다는 한의 내지는 기타의 전통적 민족·부속의료를 택하는 경향이 많아지고 있다.

우리나라 일부 농촌지역에서의 민족의료 이용에 대한 전문적인 조사를 한 송달옥(1974)의 연구에 의하면 실제로 우리나라 농촌주민들의 민족의료 이용도는 이보다도 훨씬 높은 것으로 나타나고 있기도 하다.

즉 이 조사연구에서 병이 발생했을 때 한번쯤 민족의료를 이용한 사람은 26.4%나 되었는데 여기서 민족의료란 미신적 주술방법과 전래의 약초, 생약, 기타 물품을 사용하는 모든 경우로서 여기서도 질병이 진행되면서 민족의료의 의존도는 상승하는 것을 볼 수 있었다.

#### 4. 결 론

최근 수십년 간의 한국 현대의학은 다분히 질병중심, 병원중심의 의료활동으로 일관해 온 감이 있으며 의료의 대상인 단위지역사회 주민의 보건에 대한 기본적인 과는 상당한 차이를 그대로 유지해옴으로써 그 토착화에 많은 어려움을 겪어 왔던 것이다.

개인의 질병과 행위물 이해하기 위해서는 그가 경험한 문화와 그가 속한 사회적 구조를 철저히 이해해야 함(Zborowski, 1952)에도 불구하고 이제까지의 한국 현대의학은 서구식의 진단과 치료를 그대로 표방해온 것에 지나지 않았다.

따라서 서구식의 의료수요, 공급원칙에 의하면 그 인력이나 시설이 절대수 부족한 형편에도 불구하고(주: 1974년 현재 의사 1인당 인구수에 있어서 한국은 약 2,600명인 데 반해 미국은 615명, 일본은 860명이고 병상은 한국이 인구 1,000명당 1.5개꼴인 데 비해 미국과 일본은 각각 10개, 20개가 넘는 실정이다.) 이 현대의료시설은 제대로 이용이 되고 있지 못한 실정이다.(주: 1975년 현재 우리나라 일반병상 이용율은 국공립이 28%, 사립이 39%, 의료법인인 67%).

이처럼 아직 낮은 현대의료 시설의 이용에 대해서 그동안 간헐적으로 그 이유를 조사연구해 온 논문들은 앞에서 언급한 바와 같이 한국인의 오랜 전통 속에 뿌리를 내려온 고유한 질병관 내지는 의약관의 영향이 큰 것을 지적해 내고 있다.

지자는 이상에서와 같이 그동안 건강에 관한 한국인의 관행과 의료이용상태에 대해 연구된 몇가지 문헌을 고찰함으로써 우리나라 실정에 맞는 지역사회 보건 의료의 정착화를 위한 몇가지 제언을 결론으로 지적하고자 한다.

첫째, 보건교육을 강화하여 건강에 대한 지식과 관심도를 높인다.

앞에서도 언급한 바와 같이 많은 사람들은 결코 건강

치 못한 상태까지를 건강한 상태로 잘못 알고 있다.

원래 건강의 관심도란 Hochbaum(1955)의 말처럼 “사실을 믿고 그것이 타인에게뿐 아니라 자신에게도 해당될 수 있다고 믿는” 소위 제 3수준의 지식이어야 한다. 부적절한 지식과 관심은 그 병을 조기에 예방할 수 있는 시기를 잃게 하기 때문이다.

더구나 질병의 원인을 미신적으로 알고있는 사실은 철저한 교육으로만 해결될 일이다.

둘째는 민족의료에 대한 철저한 조사와 그 과학성 여부에 대한 연구다.

대체로 민족의료는 경험의술의 집합에 그치고 체계화되지 못함으로써 많은 부분에 있어서 비과학성을 지니고 있기는 하나 심장질환에서 쓰는 디기탈리스의 발견에서 볼 수 있는 것과 같이 과학적인 유효성이 입증된 것도 적지 않다(김두중, 1955).

특히 농촌주민들에 관한 한, 이들의 의식은 아직도 현대의료보다는 민족의료 의식과 상통하는 점이 많기 때문에(구연철, 1978) 이들의 관행 가운데 과학적인 면을 보존해가면서 비과학적인 면을 제거해 가는 노력이 필요하다. 이 일을 위해서는 우선 광범위한 민족의료 관행연구가 이루어져야 한다.

세째는 비과학적 관행에 대처할 기본적 현대의료봉사의 제공이다.

농촌지역이 도시지역보다 비과학적 민족관행이 더 성행한다는 것은 반드시 생활의 현대화만으로는 설명이 안된다.

비교적 예방사업과 치료사업에 있어서 농촌지역에까지 광범위하게 보급된 결핵의 경우가 그 좋은 예다.

네째는 한의학의 현대화 내지는 과학화다.

우리나라에서는 병이 났을 때 아직도 한의사나 한약방을 찾는 일이 높다는 것은 앞서 의료시설이용에 관한 사항에서도 잘 나타나 주고 있다.

이것은 두말할 나위없이 우리나라 사람들이 전통의 학이랄 수 있는 한의학에 대한 친화성이 높은 것을 말해주는 것이다.

다섯째는 현대의학의 재검토와 현대의료 전달체제의 재정비이다.

19세기적 서양의학의 질병관 — 모든 병의 원인을 신체에서만 찾으려고 한 지나치게 분석적이고 검사적인 질병관 — 을 거의 그대로 비판없이 받아들여 발전시켜온 현대의학을 이제 한국인의 정신기능과 생활습관에 어느정도 부합하는 소위 한국의학으로 승화시키는 노력이 필요하다.