韓國農村醫學會誌 : 第 22 券 第 2 號 1997
Korean J. of Rural Med. Vol. 22, No. 2, 1997

농촌 지역 주민들의 건강 행태에 관한 조사연구

부산대학교 의과대학 예방의학교실
조 병 만

The health behaviors of the residents in a rural area

Byung-Mann Cho
Department of Preventive Medicine, College of Medicine
Pusan National University

= ABSTRACT=

The status of health behaviors was surveyed in the random sample of 824 farmers (men 318, women 506) aged 40 years and older in Ulju-Gun, Kyungsangnam-Do. The data were collected by personal interview using structured questionnaire.

The prevalence of individual health practices by sex (men/women) was 44.4%/45.0% in sleeping 7 or 8 hours; 92.7%/89.9% in eating breakfast almost every day; 82.7%/83.8% in eating between meals rarely or once in a while; 40.6%/88.1% in no drinking; 37.4%/86.6% in no smoking; 4.7%/5.6% in doing physical exercise regularly; 89.0%/80.0% in maintaining desirable weight for height (body mass index<25kg/m^2); 3.9%/23.2% in doing these health practices six or more.

The level of practicing health behaviors and perceiving their own health status was lower than the data from the residents in Pusan City. Therefore it could be expected to improve the health status of the residents in rural area through the effort to make them taking more interest in practicing health behaviors.

KEY WORDS : prevalence, health behaviors, rural area

Ⅰ. 서 론

최근 우리나라 국민들의 이환 실태에 관한 조사(최정수 등, 1995)에 의하면 급성 질환의 유병률은 감소하고 있는 반면 만성 질환의 유병률과 전체 질환에서 만성 질환이 차지하는 비율은 증가하고 있는 것으로 보고되고 있으며 최근의 주요 사망원인을 보면 1993년에 순환기계 질환, 각종 암, 각종 사고로 인한 사망이 전체 사망원인의 66.4%(통계청, 1994)를 차지하고 있는 바, 이것은 10년 전인 1983년의 49.7%(경제기획원, 1984)에 비하여 크게 증가한 것으로서 비감염성 만성 퇴

행성 질환의 예방과 관리는 국민 보건의 중요한 과제로 등장하고 있다. 특히 농촌 지역은 노령 인구 증가(통계청, 1990)등의 이유로 만성 질환의 유병률이 높아(최성수 등, 1995) 주민들의 삶의 질에 직접적으로 영향을 주고 의료 비용의 증가를 초래할 것이므로 효율적인 관리 대책이 우선적으로 실시되어야 할 것이다. 미국에서도 국민 보건이 지향하는 방향은 필요도가 높은 인구집단(high-need segment)을 우선적으로 포함시키고 있다(Healthy people 2000, 1991).

한편 이러한 비감염성 만성 질환의 특징으로는 원인이 분명하지 않고 여러 가지 요인들이 관여하고 있다는 것으로서(예방의학과 공중보건 편집위원회, 1995) 이 요인들 중에서 특히 건강행태(health behavior)로서의 생활양식의 중요성이 강조되고 있다. 캐나다 정부에서 발표한 보고서(Lalonde, 1974)에 의하면 인간이 스스로 선택하게 되는 건강을 해치는 행동과 환경요인은 모든 연령층에서 5대 사망원인의 가장 중요한 배경인자가 되는 것으로 지적하였으며, 건강 문제를 보는 접근 방식으로서 인간 생물학적 요인, 생활양식 요인, 환경 요인, 그리고 보건의료 조직 등의 네가지 요인을 중심으로 분석하는 접근 방식을 제시하였다. 이와같은 접근 방식을 이용하여 연구한 결과들(Dever, 1977 ; CDC, 1977)에 의하면 모든 조기 사망(premature death)의 약 절반은 생활양식 요인에 기인한다고 하였다.

또한 미국 정부의 보고서(Healthy people, 1979)에서도 지역사회와 개인을 대상으로 안녕의 상태를 유지, 증진시킬 수 있는 생활양식을 개발하도록 도와 줄 수 있는 방책을 통하여 건강 증진을 달성할 수 있다고 하였으며, 우리나라 사람들에서도 생활양식과 신체적 건강 상태 사이에 관련성이 있는것으로 보고되고 있다(이순영과 서일, 1995 ; 조병만, 1996a).

따라서 한 지역의 주민들을 대상으로 건강 행태로서의 생활양식의 실태를 파악할 수 있다면 그 지역 주민의 건강 수준을 증진시킬 수 있는 구체적인 실천 방안을 발견할 수 있을 것이다. 그러므로 본 연구에서는 농촌 지역 주민들을 대상으로 이들이 가지고 있는 건강 행태로서의 생활양식의 실태를 파악함으로써 농촌지역 주민들의 건강 상태를 증진시킬 수 있는 실천 방안을 마련하는데 필요한 기본적인 자료를 제시하고자 하였다.

II. 연구 대상 및 방법

연구 대상 지역으로 경상남도에 위치한 농촌 지역인 울주군을 선정하였다. 연구 대상자로는 울주군 내에서 거주하고 있는 주민들 중 농업에 종사하고 있는 농민으로서 연령이 40세 이상인 사람들을 연구 대상자로 하였다. 이와같은 연구 대상자를 선정하기 위하여 먼저 열 곳의 리(里)를 무작위로 추출하여 그 지역의 농업협동조합 조합원 명부로부터 연구 대상으로 포함될 수 있는 사람들을 확인하였고, 다음으로 가구 방문을 통하여 조합원과 그 가족 중 40세 이상인 사람은 모두 연구 대상자로 선정하였다. 이들의 성별·연령군별 분포는 표 1에서와 같다.

표 1. 조사 대상자의 성별·연령군별 분포

( ) : %

연령(세)	남 성	여 성
40-49	34 (10.7)	56 (11.1)
50-59	77 (24.2)	108 (21.3)
60-69	114 (35.9)	190 (37.6)
70-	93 (29.2)	152 (30.0)
계	318 (100.0)	506 (100.0)

연구 대상자의 연령을 40세 이상으로 제한한 이유는 선행 연구(조병만, 1996a)에서 건강 행태와 신체적 건강 상태 간에 남성에서는 30세 이상부터, 그리고 여성에서는 40세 이상부터 유의한 관련성이 있는 것으로 제시되고 있음을 고려하였고 또한 최근 농촌 지역에서의 일반적인 현상인 농업 종사 인구의 고령화(통계청, 1990)를 감안하였기 때문이다.

개인의 생활양식과 건강 수준에 대한 주관적 인식의 정도를 구조화된 설문지를 이용하여 조사하였다. 생활양식에 관한 조사 항목으로는 Breslow 등(Belloc과 Breslow, 1972)이 신체적 건강 상태와 관련성이 있는 것으로 제시한 바 있고 우리나라 사람들에서도 건강 상태와의 관련성이 확

인된 바 있는(조병만, 1996a) 건강관련 습관, 즉 수면시간을 비롯한 아침식사, 간식, 음주, 흡연, 규칙적 운동의 여부 그리고 체중 상태를 포함하였으며 기타 건강관련 행태로서 영양제나 보약의 복용, 음식물을 짜게 먹는 정도, 커피나 차의 음용등도 추가하였다. 이들 중 건강 행위로는 하루 7-8시간의 수면을 하는 것, 아침식사를 거의 매일 하는 것, 간식을 거의 하지 않거나 가끔씩 하는 것, 음주를 하지 않는 것, 흡연을 하지 않는 것, 규칙적인 운동을 하는 것, 정상 체중을 유지하는 것 등으로 하였다. 체중 상태의 평가는 신체 비만 지수(body mass index, BMI ; kg/m^2)를 계산하여 이것이 25미만인 경우를 정상 체중으로 하고 25이상인 경우를 과다 체중으로 하였다(De Bruin A 등, 1996).

설문조사는 훈련된 조사요원이 직접 각 가구를 방문하여 면접조사를 하였고 동시에 신장과 체중도 측정하였다. 신장과 체중의 측정은 국가가 공인한 신장 측정계와 체중계를 사용하여 표준화된 방법으로 각각 cm 단위와 kg 단위로 측정하였다.

자료의 분석은 먼저 건강 행위의 실천 양상을 성별, 연령군별로 파악한 후 건강 행위를 실천하고 있는 사람들의 비율을 성별, 연령군별로 비교하였으며 성별 비교에서는 연령에 의한 영향을 직접법으로 보정하였다(Petrie, 1987). 그리고 건강 행위 실천 정도와 스스로 인식하고 있는 자신의 건강 수준에 대해서도 성별, 연령군별로 비교 분석하였다. 이상과 같은 자료의 분석과 정리에는 PC-SAS 통계 package(SAS Institute, 1988)를 이용하였다.

표 2. 성별·연령군별 수면 시간의 분포 ( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	7-8시간	6시간이하 또는 9시간이상	계	7-8시간	6시간이하 또는 9시간 이상	계
40-49	16 (47.1)	18 (52.9)	34	27 (48.2)	29 (51.8)	56
50-59	39 (50.7)	38 (49.3)	77	55 (51.9)	51 (48.1)	106
60-69	50 (45.0)	61 (55.0)	111	87 (46.3)	101 (53.7)	188
70-	35 (37.6)	58 (62.4)	93	57 (37.5)	95 (62.5)	152
계	140 (44.4)	175 (55.6)	315	226 (45.0)	276 (55.0)	502
χ^2_{trend}		2.26			4.24	
p 값		0.133			0.039	

표 3. 성별·연령군별 아침식사 빈도의 분포 ( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	거의매일	가끔씩 또는 거의 안함	계	거의매일	가끔씩 또는 거의 안함	계
40-49	31 (91.2)	3 (8.8)	34	50 (89.3)	6 (10.7)	56
50-59	74 (97.4)	2 (2.6)	76	98 (92.5)	8 (7.5)	106
60-69	103 (92.8)	8 (7.2)	111	166 (87.8)	23 (12.2)	189
70-	83 (89.3)	10 (10.7)	93	138 (90.8)	14 (9.2)	152
계	291 (92.7)	23 (7.3)	314	452 (89.9)	51 (10.1)	503
χ^2_{trend}		1.63			0.01	
p 값		0.201			0.916	

III. 결 과

조사 대상자들의 수면 시간의 성별·연령군별 분포는 표 2에서와 같다. 수면 시간이 하루 7-8시간인 사람의 비율이 남성에서 44.4% 여성에서 45.0%였다. 연령군별로는 남성에서 40대 47.1%, 50대 50.7%, 60대 45.0%, 70세 이상군 37.6%로서 연령 증가에 따른 일정한 경향은 관찰할 수 없었으며, 여성에서는 40대 48.2%, 50대 51.9%, 60대 46.3%, 70세 이상군 37.5%로서 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향을 보였다(p=0.039). 연령을 보정한 비율은 남성에서 44.3%, 여성에서 45.1%로서 성별 간에 유의한 차이는 없었다(p=0.819).

아침식사 빈도의 성별·연령군별 분포는 표 3에서와 같다. 아침식사를 거의 매일 하는 사람의 비율이 남성에서 92.7%, 여성에서 89.9%였다. 연령군별로는 남성에서 40대 91.2%, 50대 97.4%, 60대 92.8%, 70세 이상군 89.3%로서 연령 증가에 따른 일정한 경향은 관찰할 수 없었으며, 여성에서는 40대 89.3%, 50대 92.5%, 60대 87.8%, 70세 이상군 90.8%로서 역시 연령 증가에 따른 일정한 경향은 볼 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성에서 92.6%, 여성에서 89.9%로서 성별 간에도 유의한 차이는 없었다(p=0.182).

간식 빈도의 성별·연령군별 분포는 표 4에서와 같다. 간식을 거의 하지 않거나 가끔씩 하는 사람의 비율이 남성에서 82.7%, 여성에서 83.8%였다. 연령군별로는 남성에서 40대 85.3%, 50대 81.6%, 60대 82.7%, 70세 이상군 82.6%로서 연령 증가에 따른 일정한 경향은 볼 수 없었으며, 여성에서는 40대 83.9%, 50대 85.2%, 60대 85.4%, 70세 이상군 80.8%로서 역시 연령 증가에 따른 일정한 경향은 관찰할 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성에서 82.7%, 여성에서 83.8%로서 성별 간에 유의한 차이를 볼 수 없었다(p=0.685).

음주 상태의 성별·연령군별 분포는 표 5에서와 같다. 음주를 하지 않는 사람의 비율이 남성에서 40.6%, 여성에서 88.1%였다. 연령군별로는 남성에서 40대 29.4%, 50대 35.1%, 60대 37.7%, 70세 이상군 52.7%로서 연령이 증가함에 따라 증가하는 경향을 보였으며(p=0.006), 여성에서는 40대 87.5%, 50대 89.8%, 60대 89.5%, 70세 이상군 85.5%로서 연령 증가에 따른 일정한 경향은 볼 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성에서 40.7%, 여성에서 88.2%로서 성별 간에 유의한 차이를 볼 수 있었다(p=0.000).

흡연 상태의 성별·연령군별 분포는 표 6에서와 같다. 흡연을 하지 않거나 금연한 사람의 비율이 남성에서 37.4%, 여성에서 86.6%였다. 연령군별로는 남성에서 40대 29.4%, 50대 46.7%, 60대 30.7%, 70세 이상군 40.9%로서 연령 증가에 따른 일정한 경향은 관찰할 수 없었으며, 여성에서는 40대 96.4%, 50대 92.6%, 60대 87.4%, 70세 이상군 77.6%로서 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향을 보였다(p=0.000). 연령을 보정한 비율은 남성에서 37.2%, 여성에서 86.6%로서 성별 간에 유의한 차이를 볼 수 있었다(p=0.000).

표 4. 성별·연령군별 간식 빈도의 분포

( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	거의 않거나 가끔씩	거의 매일	계	거의 않거나 가끔씩	거의 매일	계
40-49	29 (85.3)	5 (14.7)	34	47 (83.9)	9 (16.1)	56
50-59	62 (81.6)	14 (18.4)	76	92 (85.2)	16 (14.8)	108
60-69	91 (82.7)	19 (17.3)	110	158 (85.4)	27 (14.6)	185
70-	76 (82.6)	16 (17.4)	92	122 (80.8)	29 (19.2)	151
계	258 (82.7)	54 (17.3)	312	419 (83.8)	81 (16.2)	500
χ^2_{trend}		0.02			0.59	
p 값		0.878			0.441	

표 5. 성별·연령군별 음주 상태의 분포 ( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	하지 않음	하고 있음	계	하지 않음	하고 있음	계
40-49	10 (29.4)	24 (70.6)	34	49 (87.5)	7 (12.5)	56
50-59	27 (35.1)	50 (64.9)	77	97 (89.8)	11 (10.2)	108
60-69	43 (37.7)	71 (62.3)	114	170 (89.5)	20 (10.5)	190
70-	49 (52.7)	44 (47.3)	93	130 (85.5)	22 (14.5)	152
계	129 (40.6)	189 (59.4)	318	446 (88.1)	60 (11.9)	506
χ^2_{trend}		7.44			0.52	
p 값		0.006			0.472	

표 6. 성별·연령군별 흡연 상태의 분포 ( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	하지 않거나 금연함	하고 있음	계	하지 않거나 금연함	하고 있음	계
40-49	10 (29.4)	24 (70.6)	34	54 (96.4)	2 (3.6)	56
50-59	36 (46.7)	41 (53.3)	77	100 (92.6)	8 (7.4)	108
60-69	35 (30.7)	79 (69.3)	114	166 (87.4)	24 (12.6)	190
70-	38 (40.9)	55 (59.1)	93	118 (77.6)	34 (22.4)	152
계	119 (37.4)	199 (62.6)	318	438 (86.6)	68 (13.4)	506
χ^2_{trend}		0.03			17.55	
p 값		0.861			0.000	

규칙적 운동 여부의 성별·연령군별 분포는 표 7에서와 같다. 규칙적인 운동을 하고 있는 사람의 비율이 남성에서 4.7%, 여성에서 5.6%였다. 연령군별로는 남성에서 40대 5.9%, 50대 2.6% 60대 5.4%, 70세 이상군 5.4%로서 연령 증가에 따른 일정한 경향은 볼 수 없었으며, 여성에서는 40대 1.8%, 50대 9.3%, 60대 4.8%, 70세 이상군 5.3%로서 역시 연령 증가에 따른 일정한 경향은 관찰되지 않았다. 연령을 보정한 비율은 남성에서 4.8%, 여성에서 5.6%로서 성별 간에 유의한 차이는 없었다(p=0.599).

체중 상태의 성별·연령군별 분포는 표 8에서와 같다. 신체 비만지수(BMI)가 25미만인 사람의 비율이 남성에서 89.0%, 여성에서 80.0%였다. 연령군별로는 남성에서 40대 82.4%, 50대 89.6%, 60대 88.6%, 70세 이상군 91.4%로서 연령 증가에 따른 일정한 경향은 볼 수 없었으며, 여성에서는 40대 80.4%, 50대 70.4%, 60대 81.1%, 70세 이상군 85.5%로서 연령이 증가함에 따라 증가하는 경향을 보였다(p=0.034). 연령을 보정한 비율은 남성에서 89.0%, 여성에서 79.9%로서 성별 간에 유의한 차이를 볼 수 있었다(p=0.001).

건강 행위 실천 정도의 성별·연령군별 분포는 표 9에서와 같다. 건강 행위를 여섯가지 이상 실천하고 있는 사람의 비율이 남성에서 3.9%, 여성에서 23.2%였다. 연령군별로는 남성에서 40대 0.0%, 50대 1.0%, 60대 1.8%, 70세 이상군 7.6%로서 연령 증가에 따른 일정한 경향은 볼 수 없었으며, 여성에서는 40대 28.6%, 50대 29.8%, 60대 23.6%, 70세 이상군 16.1%로서 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향을 볼 수 있었다(p=0.010). 연령을 보정한 비율은 남성에서 3.9%, 여성에서 23.3%로서 성별 간에 유의한 차이를 볼 수 있었다.(p=0.000).

표 7. 성별·연령군별 규칙적 운동 여부의 분포 ( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	하고 있음	하지 않음	계	하고 있음	하지 않음	계
40-49	2 (5.9)	32 (94.1)	34	1 (1.8)	55 (98.2)	56
50-59	2 (2.6)	75 (97.4)	77	10 (9.3)	98 (90.7)	108
60-69	6 (5.4)	106 (94.6)	112	9 (4.8)	179 (95.2)	188
70-	5 (5.4)	88 (94.6)	93	8 (5.3)	142 (94.7)	150
계	15 (4.7)	301 (95.3)	316	28 (5.6)	474 (94.4)	502
χ^2_{trend}		0.16			0.00	
p 값		0.689			0.985	

표 8. 성별·연령군별 체중 상태의 분포 ( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	BMI* < 25	BMI ≥ 25	계	BMI < 25	BMI ≥ 25	계
40-49	28 (82.4)	6 (17.6)	34	45 (80.4)	11 (19.6)	56
50-59	69 (89.6)	8 (10.4)	77	76 (70.4)	32 (29.6)	108
60-69	101 (88.6)	13 (11.4)	114	154 (81.1)	36 (18.9)	190
70-	85 (91.4)	8 (8.6)	93	130 (85.5)	22 (14.5)	152
계	283 (89.0)	35 (11.0)	318	405 (80.0)	101 (20.0)	506
χ^2_{trend}		1.35			4.48	
p 값		0.245			0.034	

* body mass index(kg/m^2)

자신의 건강 수준에 대한 주관적 인식 정도의 성별·연령군별 분포는 표 10에서와 같다. 자신의 건강 상태가 양호한 것으로 생각하고 있는 사람의 비율이 남성에서 44.5%, 여성에서 23.5%였다. 연령군별로는 40대 61.8%, 50대 55.8%, 60대 36.0%, 70세 이상군 38.9%로서 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향을 보였으며(p=0.003), 여성에서는 40대 30.4%, 50대 32.7%, 60대 21.3%, 70세 이상군 17.3%로서 역시 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향을 보였다(p=0.004). 연령을 보정한 비율은 남성에서 44.2%, 여성에서 23.7%로서 성별 간에 유의한 차이를 관찰할 수 있었다(p=0.000).

영양제나 보약의 복용 여부에 대한 성별·연령군별 분포는 표 11에서와 같다. 영양제를 복용하는 사람의 비율이 남성에서 35.9%, 여성에서 30.2%였다. 연령군별로는 40대 21.9%, 50대 26.7%, 60대 47.2%, 70세 이상군 35.2%로서 연령이 증가함에 따라 증가하는 경향을 보였으며(p=0.060), 여성에서는 40대 25.0%, 50대 33.6%, 60대 27.1%, 70세 이상군 33.6%로서 연령 증가에 따른 일정한 경향은 관찰할 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성에서 36.1%, 여성에서 30.3%로서 성별 간에 유의한 차이를 볼 수 없었다(p=0.085).

음식물을 짜게 먹는 정도의 성별·연령군별 분포는 표 12에서와 같다. 싱겁게 또는 보통 정도인 사람의 비율이 남성에서 56.5%, 여성에서 67.3%였다. 연령군별로는 남성에서 40대 52.9%, 50대 52.0%, 60대 55.4%, 70세 이상군 63.0%로서 연령이 증가함에 따른 일정한 경향은 관찰할 수 없었으며, 여성에서는 40대 75.0%, 50대 63.9%, 60대 65.8%, 70세 이상군 68.9%로서 역시 연령 증가에 따른 일정한 경향은 볼 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성에서 56.6%, 여성에서 67.3%로서 성별 간에 유의한 차이를 볼 수 있었다(p=0.002).

표 9. 성별·연령군별 건강 행위 실천 정도의 분포 ( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	6가지이상	5가지이하	계	6가지이상	5가지이하	계
40-49	0 (0.0)	34 (100.0)	34	16 (28.6)	40 (71.4)	56
50-59	3 (4.0)	72 (96.0)	75	31 (29.8)	73 (70.2)	104
60-69	2 (1.8)	106 (98.2)	108	43 (23.6)	139 (76.4)	182
70-	7 (7.6)	85 (92.4)	92	24 (16.1)	125 (83.9)	149
계	12 (3.9)	297 (96.1)	309	114 (23.2)	377 (76.8)	491
χ^2_{trend}		3.25			6.59	
p 값		0.071			0.010	

표 10. 성별·연령군별 건강 수준에 대한 주관적 인식 정도의 분포 ( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	양 호	불 량	계	양 호	불 량	계
40-49	21 (61.8)	13 (38.2)	34	17 (30.4)	39 (69.6)	56
50-59	43 (55.8)	34 (44.2)	77	35 (32.7)	72 (67.3)	107
60-69	40 (36.0)	71 (64.0)	111	40 (21.3)	148 (78.7)	188
70-	35 (38.9)	55 (61.1)	90	26 (17.3)	124 (82.7)	150
계	139 (44.5)	173 (55.5)	312	118 (23.5)	383 (76.5)	501
χ^2_{trend}		8.97			8.43	
p 값		0.003			0.004	

표 11. 성별·연령군별 영양제 복용 여부의 분포 ( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	복용함	하지않음	계	복용함	하지않음	계
40-49	7 (21.9)	25 (78.1)	32	14 (25.0)	42 (75.0)	56
50-59	20 (26.7)	55 (73.3)	75	36 (33.6)	71 (66.4)	107
60-69	51 (47.2)	57 (52.8)	108	49 (27.1)	132 (72.9)	181
70-	32 (35.2)	59 (64.8)	91	49 (33.6)	97 (66.4)	146
계	110 (35.9)	196 (64.1)	306	148 (30.2)	342 (69.8)	490
χ^2_{trend}		3.53			0.51	
p 값		0.060			0.477	

표 12. 성별·연령군별 짜게 먹는 정도의 분포 ( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	싱겁게 또는 보통	짜게	계	싱겁게 또는 보통	짜게	계
40-49	18 (52.9)	16 (47.1)	34	42 (75.0)	14 (25.0)	56
50-59	40 (52.0)	37 (48.0)	77	69 (63.9)	39 (36.1)	108
60-69	62 (55.4)	50 (44.6)	112	125 (65.8)	65 (34.2)	190
70-	58 (63.0)	34 (37.0)	92	104 (68.9)	47 (31.1)	151
계	178 (56.5)	137 (43.5)	315	340 (67.3)	165 (32.7)	505
χ^2_{trend}		1.96			0.06	
p 값		0.161			0.803	

커피나 차를 마시는 정도의 성별·연령군별 분포는 표 13에서와 같다. 커피나 차를 마시지 않는 사람의 비율이 남성에서 75.2%, 여성에서 88.8%였다. 연령군별로는 남성에서 40대 72.7%, 50대 70.1%, 60대 78.4%, 70세 이상군 76.3%로서 연령 증가에 따른 일정한 경향은 볼 수 있었으며, 여성에서는 40대 76.8%, 50대 85.7%, 60대 94.7%, 70세 이상군 87.9%로서 연령이 증가함에 따라 증가하는 경향을 보였다(p=0.025). 연령을 보정한 비율은 남성에서 75.3%, 여성에서 88.7%로서 성별간에 유의한 차이를 볼 수 있었다(p=0.000).

Ⅳ. 고 찰

건강 행태란 한 인간이 신체적인 증상이 없는 상태에서 질병을 예방하기 위하여 취하는 행동으로서(Kasl과 Cobb, 1966) 구체적으로는 생활양식, 즉 건강 상태에 영향을 미치는 생활습관으로 이해될 수 있다(예방의학과 공중보건편집위원회, 1995). 생활양식과 건강의 관련성에 대해 국외에서는 여러가지 측면에서 다양하게 연구되어 왔다.

미국 캘리포니아주 보건국의 Breslow 등(Belloc과 Breslow, 1972)은 1965년 캘리포니아주 Alameda County에 거주하는 20세 이상의 일반 주민들을 대상으로 일상적인 생활양식 가운데 신체적 건강 상태와 관련성이 있는 건강 행위를 구체적으로 제시하였다. 또한 Metzner 등(Metzner 등, 1983)은 미국 미시간주의 Tecumseh에서 실시하였던 Tecumseh Community Health Study의 자료 중에서 1967년-1969년에 수집한 자료를 분석하여 건강 행위의 실천과 관상동맥 심질환, 고혈압, 만성 기관지염 유병률과의 관련성을 보고하였다. 일본에서도 회사에 근무하는 남성 근로자와 그의 부인 95쌍을 대상으로 한 연구(Kawada 등, 1994)에서 건강 행위를 많이 실천하는 사람들은 Todai Health Index로써 평가한 건강 상태가 더 양호하였으며, 40-79세의 지역 주민들을 대상으로 4년간 추적 조사한 연구(Iso 등, 1993)에서는 건강 행위의 실천과 사망 위험도간에 역상관 관계가 관찰되었다. 국내에서는 지금까지 흡연이나 음주를 중심으로 한 단편적인 건강관련 행위와 질병 및 사망과의 관련성에 관한 연구가 주종을 이루고 있고(최수용, 1988 ; 맹광호, 1988 ; 이윤환, 1992) 최근에 이르러서야 보다 광범위한 건강 행위들과 건강과의 관련성에 관한 연구들이 보고되고 있으며 (Kim 등, 1991 ; 이정애와 이윤지, 1993 ; 이순영과 서일, 1995 ; 조병만, 1996a) 그 결과 우리나라 사람들에서도 건강 행위의 실천과 신체적 건강 상태 간의 관련성이 확인되고 있다.

한편 우리나라 농촌 주민들의 건강 수준은 주민들의 인습, 적극적인 해결 의식의 결여, 건강관리 방법의 미흡 등으로 인하여 도시 주민들 보다 불량하며 더우기 최근에는 청·장년층의 이농현상으로 인한 인구의 고령화(통계청, 1990)로 말미암아 긴긍 수준의 전반적인 저하와 만성 질환 유병률의 증가 현상을 보이고 있다. 최정수 등(최정수 등, 1995)의 조사 결과 연간 만성 질환(3개월 이상 지속된 질환/증상)의 인당 유병률이 인구 1000명당 299명이었으며 지역별로는 시 지역 281명, 군지역 363명으로서 군 지역이 더 높았다. 또

표 13. 성별·연령군별 커피나 차 음용 정도의 분포 ( ) : %

연령(세)	남 성			여 성		
	마시지 않음	하루 한잔 이상	계	마시지 않음	하루 한잔 이상	계
40-49	24 (72.7)	9 (27.3)	33	43 (76.8)	13 (23.2)	56
50-59	54 (70.1)	23 (29.9)	77	90 (85.7)	15 (14.3)	105
60-69	87 (78.4)	24 (21.6)	111	178 (94.7)	10 (5.3)	188
70~	71 (76.3)	22 (23.7)	93	131 (87.9)	18 (12.1)	149
계	236 (75.2)	78 (24.8)	314	442 (88.8)	56 (11.2)	498
χ^2_{trend}		0.79			5.04	
p 값		0.375			0.025	

한 농어촌 주민들의 사망률이 도시 주민들의 2.5배였으며, 특히 고혈압으로 인한 사망률은 6.3배인 것으로 보고되었다(보건 복지부, 1997). 그러므로 농촌 주민들의 건강 증진을 위한 한 방편으로서 개인의 건강 행태를 통한 접근이 필요한 실정이다.

본 연구 대상 지역과 인접한 도시 지역 주민들에서 동일한 조사 도구를 이용하여 건강 행태를 조사하였던 이전의 연구 결과(조병만, 1996b)와는 달리 건강 행위 실천율의 연령군별 비교에서 남성의 음주, 여성의 수면시간, 흡연, 체중 상태를 제외한 모든 항목에서 관련성을 볼 수 없었고 연령을 보정한 성별 간의 비교에서도 음주, 흡연, 체중 상태를 제외한 모든 항목에서 성별 간에 유의한 차이를 볼 수 없었던 것은 농촌 지역 주민들의 일상적인 생활양식의 특성을 반영하는 것으로 생각되지만 40세 이후 연령에서의 특징으로도 생각할 수 있으며 특히 연령과의 관련성에 대해서는 본 연구가 단면적인 연구로서 결과 해석상 한계를 가지므로 이 점에 대해서는 추가적인 연구가 필요할 것이다.

도시 지역 주민들을 대상으로 한 연구 결과(조

표 14. 농촌과 도시 주민의 건강관련 행태 및 건강수준에 대한 인식정도의 비교 (40세-70세 이상)

항 목	성 별	연령 보정한 비율 (%)		
		농촌(울주군)	도시(부산시)	p 값
수면 시간	남 성	45.9	48.6	0.536
(7-8시간)	여 성	46.5	38.1	0.016
아침식사	남 성	93.0	86.8	0.009
(거의매일)	여 성	80.9	80.3	0.000
간식	남 성	83.1	85.8	0.387
(거의 않거나 가끔)	여 성	84.0	81.8	0.400
음주	남 성	37.1	35.1	0.641
(하지않음)	여 성	88.2	87.2	0.636
흡연	남 성	36.5	36.1	0.928
(하지않음)	여 성	89.3	87.2	0.349
규칙적 운동	남 성	4.7	39.3	0.000
(하고있음)	여 성	5.1	22.1	0.000
체중	남 성	87.5	83.1	0.140
(정상)	여 성	79.1	76.8	0.424
건강행위 실천	남 성	2.9	17.6	0.000
(6가지 이상)	여 성	25.1	26.7	0.614
짜게먹는 정도	남 성	55.0	65.8	0.011
(싱겁거나 보통)	여 성	68.6	73.4	0.131
커피나 차	남 성	74.1	43.3	0.000
(마시지 않음)	여 성	86.0	57.6	0.000
영양제	남 성	31.9	32.8	0.831
(복용함)	여 성	29.3	30.2	0.797
건강수준 인식	남 성	49.7	51.3	0.703
(양호)	여 성	25.9	39.2	0.000

병만, 1996b)와 비교해 본 표 14의 내용을 요약하면, 첫째 농촌 주민들은 도시 주민들에 비하여 아침식사를 거의 매일 하는 사람의 비율이 더 높았고 규칙적으로 운동을 하는 사람의 비율이 더 낮았으나 체중이 정상인 사람의 비율은 더 높았다. 둘째 건강 행위를 여섯가지 이상 실천하는 사람의 비율이 남성과 여성 모두에서 더 낮았다. 셋째 음식물을 짜게 먹는 사람의 비율이 더 높았고, 커피니 차를 마시는 사람의 비율은 더 낮았다. 넷째 자신의 건강 수준이 양호한 것으로 인식하고 있는 사람의 비율이 더 낮았으며 영양제나 보약을 복용하는 사람의 비율이 도시 주민들과 비슷한 정도를 보였는데 이러한 사실은 자신의 건강 수준에 대한 인식 정도를 간접적으로 시사하는 것으로 생각된다.

농촌 지역 주민들과 도시 지역 주민들 간의 이와같은 차이는 남정자 등의 조사 결과(남정자등, 1995)를 군지역과 시지역으로 나누어 비교 관찰하였을 때 볼 수 있는 차이와 유사하였다. 그러므로 농촌 주민들의 건강 상태와 관련성을 가지는 요인으로는 농사일로 인한 과중한 신체적 부담, 개인의 건강 행태, 사회 문화적 요인 등을 세시할 수 있을 것이다. 이들 중 개인의 건강 행태로서의 건강 행위 실천과 건강 수준 간의 관련성은 정영옥 등의 연구(정영옥과 김상순, 1995)에서도 확인할 수 있으며 건강 행위의 실천은 개인적인 노력으로 가능하다는 점에서 농촌 주민들의 건강 증진을 위한 여러가지 접근 방법들 중에서도 우선 순위가 가장 높다고 할 수 있을 것이다. 다만 본 연구가 단면적 연구 설계로 이루어졌고 연구 대상자의 수가 충분하지 않아서 건강 행위와 건강 수준간의 관련성에 대한 심도있는 분석이 이루어지지 못하였으므로 관련성을 보다 명확히 하기 위해서는 후속 연구가 필요할 것으로 생각된다.

V. 요 약

농촌 지역 주민들의 건강 수준을 향상시킬 수 있는 실천 방안을 제시하는데 필요한 기본적인 자료를 얻을 목적으로 경상남도 울주군내에 거주하는 농민으로서 연령이 40세 이상인 사람들 824명(남성 318명, 여성 506명)을 대상으로 건강관련 생활양식의 실태를 조사하였으며 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

수면시간이 하루 7-8시간인 사람의 비율이 남성에서 44.4%, 여성에서 45.0%였고 아침식사를 거의 매일 하는 사람의 비율은 남성에서 92.7%, 여성에서 89.9%였으며 간식을 거의 하지 않거나 가끔씩하는 사람의 비율은 남성에서 82.7%, 여성에서 83.8%였다. 음주를 하지않는 사람의 비율이 남성에서 40.6%, 여성에서 88.1%였고 흡연을 하지않는 사람의 비율은 남성에서 37.4%, 여성에서 86.6%였다. 규칙적인 운동을 하고 있는 사람의 비율이 남성에서 4.7%, 여성에서 5.6%였으며 체중이 정상인 사람의 비율이 남성에서 89.0%, 여성에서 80.0%였다. 이상과 같은 건강 행위를 여섯가지 이상 실천하고 있는 사람의 비율이 남성에서 3.9%, 여성에서 23.2%였다.

도시 주민들과 비교하여 건강 행위를 여섯가지 이상 실천하는 사람의 비율이 남성과 여성 모두에서 더 낮았으며 또한 자신의 건강 수준이 양호한 것으로 인식하고 있는 사람의 비율도 더 낮았다. 그러므로 농촌 주민들에 있어서 바람직한 건강 행위의 실천을 통한 건강 수준의 향상을 기대할 수 있을 것으로 생각된다.

참 고 문 헌

1. 경제기획원 조사 통계국. 1983년 사망 원인 통계 연보. 1984
2. 남정자, 최정수, 김대정, 계훈방. 한국인의 보건의식 행태-1995년도 국민 건강 및 보건 의식 행태 조사-. 서울, 한국 보건사회 연구원, 1995
3. 맹광호. 한국인 성인 남녀의 흡연관련 사망에 관한 연구. 한국 역학회지 1988; 10(2): 138-145
4. 보건 복지부. 농어촌 의료 서비스 개선 사업의 중간 평가와 정책 과제. 서울, 농어촌 의료 서비스 기술 지원단, 1997, 쪽16-26
5. 예방의학과 공중보건 편집위원회. 예방의학과 공중보건. 개정2판. 서울, 계축문화사, 1995; 쪽 472-474, 쪽624-629
6. 이순영, 서인. 주요 건강 실천 행위가 건상 수준에 미치는 영향. 한국 역학회지 1995; 17(1): 48-63

7. 이윤환. 음주가 사망에 미치는 영향. 서울, 연세대학교 보건대학원, 1992
8. 이정애, 이윤지. 일부 대학생들에 있어서 생활습관과 신체 및 정신 건강도와의 관련성. 한국농촌 의학회지 1993; 18(2): 173-183
9. 이정애. 농어촌 주민의 건강 수준 현황과 건강증진 방안. 한국 농촌 의학회지 1995; 20(2): 211-229
10. 정영옥, 김상순. 일부 농촌 주민의 건강 증진 생활 양식 수행 정도. 한국 농촌 의학회지 1995; 20(2): 133-148
11. 조병만. 생활양식과 신체적 건강 상태의 관련성에 관한 연구. 한국 역학회지 1996a; 18(1): 84-94
12. 조병만. 부산 시민들의 건강 행태 및 관련 요인에 관한 조사연구. 부산 의사회지 1996b; 32(10): 13-20
13. 최수용. 한국인의 암 발생 위험요인. 한국 역학회지 1988; 10(1): 30-39
14. 최성수, 남정자, 김태정, 계훈방. 한국인의 건강과 의료 이용 실태. 서울, 한국 보건사회연구원, 1995, 쪽53-78
15. 통계청. 인구 주택 총조사. 1990
16. 통계청. 1993년 사망 원인 통계 연보. 1994
17. 坪野 吉孝, 深尾 彰, 久道 茂. 生活習慣と死亡の關聯に關するコホート研究. J Epidemiol 1993; 3(1)S: 303-304
18. Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. Prev Med 1972; 1(3): 409-421
19. CDC. The Leading Causes of Death in the United States. Atlanta: Centers for Disease Control, 1977
20. De Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health interview surveys. Copenhagen, WHO, 1996, 쪽 83-86
21. Dever GEA. An epidemiologic model for health policy analysis. Soc Indicators Res 1977; 2: 453-466
22. Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention. Washington, DC: US Department of Health, Education and Welfare; 1979, DHEW publication PHS 79-55071
23. Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1991. DHHS publication PHS 91-50213
24. Kasl SV, Cobb S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. Arch Environ Health 1966; 12(2): 246-266
25. Kawada T, Shinmyo RR, Suzuki S. Effects of regular health practices on subjective evaluation of health. Jpn J Ind Health 1994; 36: 57-63
26. Kim K-H, Shin HR, Nakama H, Fujita M. Health related practices and chronic illness in Korea. Asia-Pacific J Public Health 1991; 5(4): 313-321
27. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1974
28. Metzner HL, Carman WJ, House J. Health practices, risk factors and chronic disease in Tecumseh. Prev Med 1983; 12: 491-507
29. Petrie A. Lecture notes on medical statistics. 2nd ed. Boston, Blackwell Scientific Publications, 1987, 쪽203-208
30. SAS Institute Inc. SAS/STAT guide for personal computers, Version 6 ed, Cary, NC: SAS Institute Inc. 1987