

일부 농촌 주민의 건강 증진 행태에 관한 연구

동국대학교 의과대학 예방의학교실
김덕수*, 임현술, 김두희

A Study on the Health Promotion Behaviors in Rural Areas

Duck-Soo Kim*, Hyun-Sul Lim, Doo-Hie Kim

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Dongguk University

= ABSTRACT =

Objectives : This study is to evaluate the status of health promotion behaviors and life styles in rural areas.

Methods : A self-administered questionnaire survey was carried out for 1,350(men : 461 persons, women : 889 persons) people in rural areas ages of 30 years and older in Buk-myun, Uljin-Gun and Kikye-myun, Pohang-City, Kyung-sangbuk-Do from March 13 to 25 in 1999. We established health promoting scores by using data results. Collected data was analyzed through the chi-square trend test, Student's t-test, ANOVA and multiple comparison. The data was analyzed using a SPSS/win statistical package.

Results : The age-adjusted prevalence of individual health promoting behavior by sex was 39.4% in men and 94.0% in women in regard to non smoking ; 39.4% and 92.5% in non-drinking ; 17.2% and 13.1% in physical exercise on a regular basis ; 79.8% and 80.0% in a regular diet ; 81.6% and 75.6% in maintaining desirable body mass index ; 81.2% and 78.2% in sufficient physical rest ; 84.2% and 82.1% in sufficient mental rest ; 48.4% and 40.6% in supplemental intake for health. The age-adjusted proportion for a screening examination in stomach cancer by sex was 39.9% in men and 37.1% in women ; 31.8% and 28.0% in liver cancer ; 17.0% and 12.7% in colon cancer ; 37.0% and 31.0% in undergoing a medical health screening. The health promoting scores were statistically significant, higher in the younger aged women's group($p < 0.01$). In spite of very low health promoting scores, some men thought of themselves healthy.

Conclusions : The health promoting scores showed a gradual improvement as ages in men increase. Although men in ages of 30 to 40 were found to have lower scores in their

* 교신저자(E-mail : kdsdkpm@chollian.net)

health promoting scores, they were still to believe that none of health status is problematic. However, it was shown a vice-versa effect in women. They thought of their health as in a bad condition, but in measurement scores outranked their personal beliefs.

In general, as ages increase one tends to consider of his or her health status poor. Therefore the plans for health improvement are needed to be come up.

KEY WORDS : Health promotion behaviors, Rural area, Life style

서론

건강행태와 개인의 생활양식은 상당량 중복되어 있음으로 올바른 생활양식을 통해 건강 증진을 도모할 수 있다. 건전한 생활 습관으로는 금연, 금주, 운동, 충분한 수면, 체중관리, 아침식사 섭취, 식간에 간식 금지 등이 있고 이러한 건전한 생활습관을 유지하는 군에서 사망률이 낮았다는 보고도 있다(Breslow와 Enstrom, 1980). 또한 만성질환과 건강습관 간에 유의한 상관 관계가 있다는 보고도 있다(Metzer 등, 1983).

현재의 건강증진과 질병 예방 운동은 개인의 행동 변화에 그 초점이 맞추어지고 있으며, 개인의 생활양식의 변화를 위해서는 그 사회가 갖고 있는 의학적 사회 문화적 배경에 의존한다. 특히 질병 예방보다 건강증진에 초점을 맞출 때 그러한 개념은 더욱 두드러진다. 이는 남성 전염병 질환의 감소와 함께 상대적으로 만성 퇴행성 질환이 증가하고 있으며 여러 발생 요인 중 특히 건강에 유해한 행동 습관이 개인의 건강에 영향을 미친다는데 기인한다(Heynes 등, 1978; Karasek 등, 1981; Jimenez, 1993; 조병만, 1997).

건강행태는 여러 가지 요인에 의해 결정되고 예측될 수 있는데 주로 문화적 요인이나 사회구조적 요인을 분석함으로써 집단적인 차원에서는 상당 부분 예측할 수가 있으나, 동일한 조건을 갖추고 있다고 해서 예측되는 건강행태가 모든 개인에게서 반드시 적용되는 것은 아니다(예방의학과 공중보건 편집위원회, 1999). 그러나, 집단 건강증진 프로그램의 개발을 위해서 집단 생활 양식과 집단 건강행태에 대한 올바른 분석이 반드시 필요하다(McBeath, 1991; Jimenez, 1993).

본 연구는 일부 농촌 주민을 대상으로 건강행태(health promotion behavior)와 생활양식의 실태를 파악하고, 주관적 건강상태를 조사하여 농촌지역 주민들의 건강 증진을 위한 기초자료로 활용하고자 하였다.

대상 및 방법

1. 연구대상

1999년 3월 14일부터 20일까지 경상북도 울진군 북면 주민과 포항시 기계면 주민 중 30세 이상인 주민을 대상으로 하였다. 지역별로 연구에 참여한 주민은 울진군 북면이 862명(남성: 247명, 여성: 615명), 포항시 기계면이 1,004명(남성: 429명, 여성: 575명)이었다. 연구대상자 선정은 먼저 각 리(里)에 이장을 통해 홍보를 하고, 자진하여 검진에 참여한 사람을 기본으로 하였으며, 각 리별로 참여 인원을 선정하여 부족한 리는 별도 홍보와 함께 직접 방문하여 검진을 받지 않은 사람을 모시고 오는 방법을 취하였다. 전체 조사 인원 1,866명 중에서 설문항목이 미비하거나 자료가 부족한 경우를 제외하고 북면 주민 609명(남자: 253명, 여자: 356명)과 기계면 주민 741명(남자: 208명, 여자: 533명)으로 총 1,350명을 연구대상으로 하였다. 포항시 기계면 지역은 주변에 공단이나 사업장이 없이 농사를 주업으로 하는 지역이고, 울진군 북면 지역은 원자력발전소를 제외하고는 주변 지역에 공단이나 사업장이 없이 농사를 주업으로 하는 지역으로, 두 지역을 유사한 농촌지역으로 간주하고 연구를 시작하였다. 이들의 성별·연령군별 분포는

표 1과 같다.

2. 연구방법

개인의 건강을 위해서 어떠한 건강증진 행위를 하는지 알아보기 위해 연구자가 고안한 설문지를 이용하였다. 설문지의 내용은 건강관련 습관으로 규칙적인 식사, 짠 음식 섭취 정도, 운동 여부, 음주, 흡연, 육체적 정신적 휴식을 취하는 정도 및 체중 상태를 포함하였다. 건강증진을 위한 행위로는 건강을 위해 복용하는 보조품 유무, 위암 검사 유무, 간암 검사 유무, 대장암 검사 유무 및 건강진단 유무 등을 조사하였다. 개인이 생각하는 본인의 건강상태에 대해서도 조사하였다. 체중 상태에 대한 평가는 체질량 지수(body

mass index, BMI)를 계산하여 25kg/m² 미만인 경우를 정상 체중으로 25kg/m² 이상인 경우를 과다 체중으로 정의하였다.

상기 건강 증진에 대한 설문을 이용하여 건강증진 행태를 점수화 하였다. 점수 선정은 다음과 같이 연구자가 임의로 정하였다. 비흡연(3점), 비음주(1점), 규칙적 운동 실시(2점), 정상 체중 범위(1점), 규칙적 식사(0.5점), 적당한 염분 섭취(0.5점), 적당한 육체적 휴식(0.5점), 적당한 정신적 휴식(0.5점), 위암 검사 경험(0.5점), 간암 검사 경험(0.25점) 및 대장암 검사 경험(0.25점)으로 총 10.0점 만점으로 하였다. 상기 점수를 이용하여 건강증진 행태를 3개 군으로 분류하였다. 0점~3.99점은 절대 부족군, 4.0점~6.99점은 부족

표 1. 조사 대상자의 성별·연령군별 분포

() : %

연령(세)	남성	여성
30-39	41(8.9)	158(17.8)
40-49	58(12.6)	111(12.5)
50-59	114(24.7)	209(23.5)
60-69	155(33.6)	252(28.3)
70-	93(20.2)	159(17.9)
계	461(100.0)	889(100.0)

표 2. 성별·연령군별 비흡연 상태의 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상군	현재비흡연	비흡연률(%)*	대상군	현재비흡연	비흡연률(%)**
30-39	41	11	26.8	158	157	99.4
40-49	58	18	31.0	111	110	99.1
50-59	114	51	44.7	209	201	96.2
60-69	155	66	42.6	252	230	91.3
70-	93	40	43.0	159	140	88.1
계	461	186	40.3	889	838	94.3
연령보정률			39.4†			94.0†

*p<0.05 by χ^2 -test for trend, comparison between age groups

**p<0.001 by χ^2 -test for trend, comparison between age groups

† p<0.01 by χ^2 -test(age adjusted)

표 3. 성별·연령군별 비흡주 상태의 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상군	현재비흡주	비흡주율(%)**	대상군	현재비흡주	비흡주율(%)
30-39	41	13	31.7	158	145	91.8
40-49	58	16	27.6	111	103	92.8
50-59	114	42	36.8	209	193	92.3
60-69	155	62	40.0	252	234	92.9
70-	93	52	55.9	159	147	92.5
계	461	186	40.1	889	822	92.5
연령보정률			39.4†			92.5†

**p<0.01 by χ^2 -test for trend, comparison between age groups

† p<0.01 by χ^2 -test(age adjusted)

표 4. 성별·연령군별 규칙적 운동 여부의 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상자	규칙적운동	규칙적운동실시율(%)*	대상자	규칙적운동	규칙적운동실시율(%)**
30-39	41	8	19.5	158	44	27.8
40-49	58	16	27.6	111	21	18.9
50-59	114	20	17.5	209	27	12.9
60-69	155	24	15.5	252	17	6.7
70-	93	10	10.8	159	13	8.2
계	461	78	16.9	889	122	13.7
연령보정률			17.2			13.1

*p<0.05 by χ^2 -test for trend, comparison between age groups

**p<0.01 by χ^2 -test for trend, comparison between age groups

군, 7.0점 이상은 적당군으로 분류하였다.

연령층 증가에 따른 건강증진 행태의 차이는 경향성에 대한 카이 제곱 검정을 하였으며 성별에 따른 건강행태의 차이는 연령에 대하여 보정한 다음 카이 제곱 검정을 시행하였다. 건강증진 점수는 성별·연령별 평균비교를 하였다. 이상과 같은 자료의 분석은 SPSS 9.0 for windows 통계 프로그램을 이용하였다.

결 과

조사 대상자들의 흡연 상태의 성별·연령군

별 분포는 표 2와 같다. 비흡연율은 남성에서 40.3%, 여성에서 94.3%이었다. 연령군별로는 남성에서 30대 26.8%, 40대 31.0%, 50대 44.7%, 60대 42.6%, 70세 이상군 43.0%로 연령이 증가할수록 비흡연율이 증가하는 경향을 보였다(p<0.05). 여성에서는 30대 99.4%, 40대 99.1%, 50대 96.2%, 60대 91.3%, 70세 이상군 88.1%로 연령이 증가할수록 감소하는 경향을 보였다(p<0.01). 연령을 보정한 비흡연율은 남성이 39.4%, 여성이 94.0%로 여성이 통계적으로 유의하게 높았다(p<0.01).

음주상태의 성별·연령군별 분포는 표 3과 같다. 비흡주율은 남성에서 40.1%, 여성에서 92.5%

표 5. 성별·연령군별 규칙적 식사 유무의 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상자	규칙적 식사	규칙적식사섭취율(%)**	대상자	규칙적 식사	규칙적식사섭취율(%)**
30-39	41	23	56.1	158	106	67.1
40-49	58	45	77.6	111	72	64.9
50-59	114	90	78.9	209	176	84.2
60-69	155	134	86.5	252	221	87.7
70-	93	84	90.3	159	131	82.4
계	461	376	81.6	889	706	79.4
연령보정률			79.8			80.0

**p<0.01 by χ^2 -test for trend, comparison between age groups

표 6. 성별·연령군별 체질량 지수의 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상자	*BMI<25	정상체중률(%)**	대상자	*BMI<25	정상체중률(%)
30-39	41	34	82.9	158	133	84.2
40-49	58	43	84.1	111	72	64.9
50-59	114	90	78.9	209	147	70.3
60-69	155	123	79.4	252	195	77.4
70-	93	86	92.5	159	127	79.9
계	461	376	81.6	889	674	75.8
연령보정률			81.6†			75.6†

*body mass index(kg/m²)

*p<0.05 by χ^2 -test for trend, comparison between age groups

†p<0.01 by χ^2 -test (age adjusted)

이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 31.7%, 40대 27.6%, 50대 36.8%, 60대 40.0%, 70세 이상군 55.9%로 연령이 증가함에 따라 비음주율이 증가하는 경향을 보였다(p<0.01). 여성에서는 30대 91.8%, 40대 92.8%, 50대 92.3%, 60대 92.9%, 70세 이상군 92.5%로 연령 증가에 따른 일정한 경향은 관찰할 수 없었다. 연령을 보정한 비음주율은 남성이 39.4%, 여성이 92.5%로 남성이 통계적으로 유의하게 높았다(p<0.01).

농사일을 제외한 규칙적 운동여부의 성별·연령별 분포는 표 4와 같다. 규칙적 운동을 실시하는 비율이 남성에서 16.9%, 여성에서 13.7%이

었다. 연령군별로 남성에서는 30대 19.5%, 40대 27.6%, 50대 17.5%, 60대 15.5%, 70세 이상군 10.8%로 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향을 보였다(p<0.05). 여성에서도 30대 27.8%, 40대 18.9%, 50대 12.9%, 60대 6.7%, 70세 이상군 8.2%로 연령이 증가할수록 감소하는 경향을 보였다(p<0.01). 연령을 보정한 비율은 남성이 17.2%, 여성이 13.1%로 성별 유의한 차이는 없었다.

규칙적 식사 유무의 성별·연령별 분포는 표 5와 같다. 규칙적으로 식사하는 비율이 남성에서 81.6%, 여성에서 79.4%이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 56.1%, 40대 77.6%, 50대 78.9%, 60

표 7. 성별·연령군별 음식을 보통 또는 싱겁게 섭취하시는 정도의 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상자	보통 또는 싱거운 음식 섭취자	보통 또는 싱거운 음식 섭취율(%)	대상자	보통 또는 싱거운 음식 섭취자	보통 또는 싱거운 음식 섭취율(%)
30-39	41	28	68.3	158	123	77.8
40-49	58	39	67.2	111	77	69.4
50-59	114	69	60.5	209	133	63.6
60-69	155	85	54.8	252	177	70.2
70-	93	60	64.5	159	125	78.6
계	461	281	61.0	889	635	71.4
연령보정률			61.5†			71.2†

† p<0.01 by χ^2 -test (age adjusted)

표 8. 성별·연령군별 육체적 휴식을 취하는 정도의 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상자	적절한 실시자	적절한 육체적 휴식 실시율(%)	대상자	적절한 실시자	적절한 육체적 휴식 실시율(%)
30-39	41	31	75.6	158	124	78.5
40-49	58	50	86.2	111	88	79.3
50-59	114	88	77.2	209	157	75.1
60-69	155	123	79.4	252	198	78.6
70-	93	84	90.3	159	128	80.5
계	461	376	81.6	889	695	78.2
연령보정률			81.2			78.2

표 9. 성별·연령군별 정신적 휴식을 취하는 정도의 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상자	적절한 휴식 실시자	적절한 정신적 휴식 실시율(%)	대상자	적절한 휴식 실시자	적절한 정신적 휴식 실시율(%)
30-39	41	32	78.0	158	135	85.4
40-49	58	52	89.7	111	91	82.0
50-59	114	93	81.6	209	168	80.4
60-69	155	129	83.2	252	207	82.1
70-	93	84	90.3	159	130	81.8
계	461	390	84.6	889	731	82.2
연령보정률				84.2		82.1

대 86.5%, 70세 이상군 90.3%로 연령이 증가할수록 규칙적으로 식사하는 경향이었다($p<0.01$). 여성에서도 30대 67.1%, 40대 64.9%, 50대 84.2%, 60대 87.7%, 70세 이상군 82.4%로 연령이 증가할수록 규칙적으로 식사하는 사람이 많았다($p<0.01$). 연령을 보정한 비율은 남성이 79.8%, 여성이 80.0%로 성별 유의한 차이는 없었다.

체질량 지수의 성별·연령별 분포는 표 6과 같다. 체질량 지수가 25 kg/m² 이하인 정상군의 비율은 남성에서 81.6%, 여성에서 75.8%이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 82.9%, 40대 74.1%, 50대 78.9%, 60대 79.4%, 70세 이상군 92.5%로 40대 이후 점차 증가하는 경향을 보였다($p<0.05$). 여성에서는 30대 84.2%, 40대 64.9%, 50대 70.3%, 60대 77.4%, 70세 이상군 79.9%로 연령이 증가함에 따른 일정한 경향은 관찰할 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성이 81.6%, 여성이 75.6%로 남성에서 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.05$).

주관적으로 느끼는 음식을 보통 또는 심하게 섭취하지는 정도의 성별·연령군별 분포는 표 7과 같다. 음식을 보통 또는 심하게 섭취하는 비율이 남성에서 61.0%, 여성에서 71.4%이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 68.3%, 40대 67.2%, 50대 60.5%, 60대 54.8%, 70세 이상군 64.5%로 연령이 증가함에 따른 일정한 경향은 관찰할 수 없었다. 여성에서도 30대 77.8%, 40대 69.4%, 50대

63.6%, 60대 70.2%, 70세 이상군 78.6%로 연령이 증가함에 따른 일정한 경향은 관찰할 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성이 61.5%, 여성이 71.2%로 여성에서 통계적으로 유의하게 높게 나타났다($p<0.01$).

육체적 휴식을 취하는 정도에 대한 주관적 인식 정도의 성별·연령군별 분포는 표 8과 같다. 보통 또는 충분한 육체적 휴식을 취하고 있는 비율이 남성에서 81.6%, 여성에서 78.2%이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 75.6%, 40대 86.2%, 50대 77.2%, 60대 79.4%, 70세 이상군 90.3%로 연령이 증가함에 따른 일정한 경향을 관찰할 수 없었다. 여성에서도 30대 78.5%, 40대 79.3%, 50대 75.1%, 60대 78.6%, 70세 이상군 80.5%로 연령에 따른 유의한 경향을 관찰할 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성이 81.2%, 여성이 78.2%로 성별간에 유의한 차이는 없었다.

정신적 휴식을 취하는 정도에 대한 주관적 인식 정도의 성별·연령군별 분포는 표 9와 같다. 보통 또는 충분한 정신적 휴식을 취하고 있다고 생각하는 비율이 남성에서 84.6%, 여성에서 82.2%이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 78.0%, 40대 89.7%, 50대 81.6%, 60대 83.2%, 70세 이상군 90.3%로 연령이 증가함에 따른 일정한 경향을 관찰할 수 없었다. 여성에서도 30대 85.4%, 40대 82.0%, 50대 80.4%, 60대 82.1%, 70세

표 10. 성별·연령군별 건강을 위한 보조품 복용 여부의 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상자	복용경험있음	복용률(%)	대상자	복용경험있음	복용률(%)
30-39	41	12	29.3	158	56	35.4
40-49	58	27	46.6	111	43	38.7
50-59	114	65	57.0	209	88	42.1
60-69	155	77	49.7	252	111	44.0
70-	93	48	51.6	159	61	38.4
계	461	229	49.7	889	359	40.4
연령보정률			48.4†			40.6†

† $p<0.01$ by χ^2 -test(age adjusted)

이상군 81.8%로 연령에 따른 유의한 경향을 관찰할 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성이 84.2%, 여성이 82.1%로 성별간에 유의한 차이는 없었다.

건강을 위한 보조품을 복용했던 경험이 있는지에 대해 성별·연령군별 분포는 표 10과 같다. 복용한 경험이 있다는 비율은 남성이 49.7%, 여성이 40.4%이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 29.3%, 40대 46.6%, 50대 57.0%, 60대 49.7%, 70세 이상군 51.6%로 50대가 가장 높았으나 연령에 따른 유의한 차이는 없었다. 여성에서는 30대 35.4%, 40대 38.7%, 50대 42.1%, 60대 44.0%, 70세 이상군 38.4%로 60대까지는 점차 증가하였으나 통계적으로 유의하지 않았다. 연령을 보정한 비율은 남성이 48.4%, 여성이 40.6%로 남성이 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.01$).

건강을 위하여 복용한 보조품의 종류는 표 11과 같다. 복용한 보조품의 종류로는 한약(보약)

표 11. 복용한 보조품의 종류별 분포

항목	명* N=1,350	복용률 (%)
한약(보약)	290	21.5
인삼	106	7.9
녹용	64	4.7
영양제	52	3.9

*복수 누계 하였음

이 290명(21.5%)으로 가장 많았고, 인삼 106명(7.9%), 녹용 64명(4.7%), 영양제 52명(3.9%)의 순이었다. 영양제에는 스쿠알렌, 비타민제, 피로회복제, 혈액순환제 및 칼슘제 등을 포함하였으며, 기타 개소주, 흑염소, 키토산 등도 소수 있었다.

위내시경 또는 위장 조영술과 같은 위암 검사를 받아본 경험 유무의 성별·연령군별 분포는 표 12와 같다. 1회 이상 위암 검사를 받은 사람의 비율이 남성에서 40.8%, 여성에서 36.8%이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 26.8%, 40대 34.5%, 50대 54.4%, 60대 45.8%, 70세 이상군 25.8%로 50대 까지 증가하다가 점차 감소하는 소견을 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다. 여성에서는 30대 25.9%, 40대 46.8%, 50대 42.1%, 60대 39.7%, 70세 이상군 28.9%로 40대가 가장 높았고 점차 감소하는 소견을 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다. 연령을 보정한 비율은 남성이 39.9%, 여성이 37.1%로 성별간에 유의한 차이는 없었다.

초음파 및 혈액검사를 통한 간암 검사를 받아본 경험 유무의 성별·연령군별 분포는 표 13과 같다. 1회 이상 간암 검사를 받은 사람의 비율이 남성에서 31.9%, 여성에서 27.7%이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 29.3%, 40대 34.5%, 50대 40.4%, 60대 34.8%, 70세 이상군 16.1%로 50대까지 증가하다가 점차 감소하는 소견을 보였으며,

표 12. 성별·연령군별 위암 검사 여부 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상군	1회 이상 위암검사	위암 검사 실시율(%)	대상군	1회 이상 위암검사	위암 검사 실시율(%)
30-39	41	11	26.8	158	41	25.9
40-49	58	20	34.5	111	52	46.8
50-59	114	62	54.4	209	88	42.1
60-69	155	71	45.8	252	100	39.7
70-	93	24	25.8	159	46	28.9
계	461	188	40.8	889	327	36.8
연령보정률			39.9			37.1

표 13. 성별·연령군별 간암 검사 여부 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상군	1회 이상 간암검사	간암 검사 실시율(%)*	대상군	1회 이상 간암검사	간암 검사 실시율(%)*
30-39	41	12	29.3	158	27	17.1
40-49	58	20	34.5	111	30	27.0
50-59	114	46	40.4	209	75	35.9
60-69	155	54	34.8	252	68	27.0
70-	93	15	16.1	159	46	28.9
계	461	147	31.9	889	246	27.7
연령보정률			31.8			28.0

*p<0.05 by χ^2 -test for trend, comparison between age groups

표 14. 성별·연령군별 대장암 검사 여부 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상군	1회 이상 대장암검사	대장암 검사 실시율(%)	대상군	1회 이상 대장암검사	대장암 검사 실시율(%)
30-39	41	5	12.2	158	12	7.6
40-49	58	6	10.3	111	15	13.5
50-59	114	29	25.4	209	26	12.4
60-69	155	27	17.4	252	38	15.1
70-	93	13	14.0	159	20	12.6
계	461	80	17.4	889	111	12.5
연령보정률			17.0†			12.7†

† p<0.05 by χ^2 -test(age adjusted)

표 15. 성별·연령군별 종합건강진단 검사 여부 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상자	1회 이상 종합검진	건강 검진 실시율(%)	대상자	1회 이상 종합검진	건강 검진 실시율(%)
30-39	41	11	26.8	158	53	33.5
40-49	58	20	34.5	111	35	31.5
50-59	114	44	38.6	209	71	34.0
60-69	155	64	41.3	252	79	31.3
70-	93	35	37.6	159	39	24.5
계	461	174	37.7	889	277	31.2
연령보정률			37.0†			31.0†

† p<0.05 by χ^2 -test(age adjusted)

표 16. 성별·연령군별 건강 상태에 대한 주관적 인식 정도의 분포

연령(세)	남 성			여 성		
	대상자	건강상태가 좋음	건강상태 인식률(%)*	대상자	건강상태가 좋음	건강상태 인식률(%)**
30-39	41	32	78.0	158	141	91.1
40-49	58	42	72.4	111	82	73.9
50-59	114	82	71.9	209	124	59.3
60-69	155	104	67.1	252	147	58.3
70-	93	58	62.4	159	76	47.8
계	461	318	69.0	889	573	64.5
연령보정률			69.6†			63.4†

* $p < 0.05$ by χ^2 -test for trend, comparison between age groups

** $p < 0.01$ by χ^2 -test for trend, comparison between age groups

† $p < 0.05$ by χ^2 -test(age adjusted)

통계적으로 유의하였다($p < 0.05$). 여성에서는 30대 17.1%, 40대 27.0%, 50대 35.9%, 60대 27.0%, 70세 이상군 28.9%로 연령이 증가함에 따라 일정한 경향은 관찰할 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성이 31.8%, 여성이 28.0%로 성별간에 유의한 차이는 없었다.

대장 내시경 및 변내 잠혈검사와 같은 대장암 검사를 받아본 경험 유무의 성별·연령군별 분포는 표 14와 같다. 1회 이상 대장암 검사를 받은 사람의 비율이 남성에서 17.4%, 여성에서 12.5%이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 12.2%, 40대 10.3%, 50대 25.4%, 60대 17.4%, 70세 이상군 14.0%로 연령이 증가함에 따른 일정한 경향을 관찰할 수 없었다. 여성에서는 30대 7.6%, 40대 13.5%, 50대 12.4%, 60대 15.1%, 70세 이상군 12.6%로 연령이 증가함에 따른 일정한 경향을 관찰할 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성이 17.0%, 여성이 12.7%로 남성이 통계적으로 유의하게 높게 나타났다($p < 0.05$).

건강 검진을 받아본 경험 유무의 성별·연령군별 분포는 표 15와 같다. 1회 이상 건강 검진을 받은 사람의 비율이 남성에서 37.7%, 여성에서 31.2%이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 26.8%, 40대 34.5%, 50대 38.6%, 60대 41.3%, 70세

이상군 37.6%로 60대까지 증가하다 감소하였으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 여성에서는 30대 33.5%, 40대 31.5%, 50대 34.0%, 60대 31.3%, 70세 이상군 24.5%로 연령이 증가함에 따른 일정한 경향을 관찰할 수 없었다. 연령을 보정한 비율은 남성이 37.0%, 여성이 31.0%로 남성에서 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.05$).

본인의 건강상태에 대해 주관적 인식 정도의 성별·연령군별 분포는 표 16과 같다. 본인의 건강이 보통 또는 좋다고 응답한 비율이 남성에서는 69.0%, 여성에서는 64.5%이었다. 연령군별로 남성에서는 30대 78.0%, 40대 72.4%, 50대 71.9%, 60대 67.1%, 70세 이상군 62.4%로 연령이 증가할수록 본인의 건강이 좋다고 생각하는 사람이 점차 감소하는 경향을 보였고 통계적으로 유의하였다($p < 0.05$). 여성에서도 30대 91.1%, 40대 73.9%, 50대 59.3%, 60대 58.3%, 70세 이상군 47.8%로 연령이 증가할수록 본인의 건강이 좋다고 생각하는 사람이 감소하는 경향을 보였고 통계적으로 유의하였다($p < 0.01$). 연령을 보정한 비율은 남성이 69.6%, 여성이 63.4%로 남성에서 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.05$).

생활 양식과 건강행태에 대한 설문조사 항목에 대해서 점수화하여 건강증진 점수를 계산하

표 17. 성별·연령군별 건강증진 점수의 평균 및 표준편차

연령(세)	남 성		여 성	
	(평균±표준편차)†		(평균±표준편차)†	
30-39	3.65±1.81		6.66±1.31**	
40-49	4.07±1.71		6.41±1.23	
50-59	4.51±1.81		6.32±1.18	
60-69	4.41±2.07		6.14±1.29**	
70-	4.56±1.75		6.02±1.43**	
계	4.36±1.89†		6.29±1.30†	

* p<0.01 by one-way ANOVA, comparison between age groups

**p<0.01 by multiple comparison

† p<0.06 by one-way ANOVA, comparison between age groups

p<0.01 by student's t-test, comparison between genders

표 18. 성별 주관적 건강 인식 정도에 따른 건강증진 점수분포 () : %

건강증진점수	남 성			여 성		
	보통 또는 좋음	나쁨	계	보통 또는 좋음	나쁨	계
-3.9	151(68.5)	69(31.4)	220	17(36.2)	30(63.8)	47
4.0-6.9	142(70.0)	61(30.0)	203	385(63.5)	221(36.5)	606
7.0-	25(65.8)	13(34.2)	38	171(72.5)	65(27.5)	236
계	318(69.0)	143(31.0)	461	573(64.5)	316(35.5)	889

**p<0.01 by χ^2 -test for trend, comparison between health promoting score groups

였다. 총점 10.0점으로 이렇게 계산된 건강증진 점수를 남녀에 따른 연령군별 분산분석을 실시한 결과는 표 17과 같다. 남성에서 건강증진 점수의 연령군별 평균은 30대 3.60점, 40대 4.01점, 50대 4.40점, 60대 4.32점, 70세 이상군 4.51점으로 연령이 증가할수록 점차 증가하는 소견을 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다. Duncan 법을 이용한 다중비교에서도 연령군간 통계적 유의성을 관찰할 수 없었다. 여성에서는 30대 6.60점, 40대 6.32점, 50대 6.24점, 60대 6.06점, 70세 이상군 5.96점으로 연령이 증가할수록 점차 건강증진 점수가 감소하는 경향을 보였으며, 통계적으로 유의하였다(p<0.01). Duncan 법을 이용해 다중 비교를 했을 때 30대와 60대 및 70세 이상군 간의 평균치 차이는 통계적 유의성을 보였다(p<0.01). 성별로는 여성이 남성에 비해서 건강증진 점수

가 높았으며, 통계적으로 유의하였다(p<0.01).

주관적 건강 인식 정도의 성별·건강증진 점수별 분포는 표 18과 같다. 본인의 건강이 보통 또는 좋다고 생각하는 사람의 비율이 남성에서 69.0%, 여성에서 64.5%이었다. 건강증진 점수대별로 남성에서는 0 - 3.9점 68.5%, 4.0 - 6.9점 70.0%, 7.0점 이상 65.8%로 유의한 차이가 없었다. 여성에서는 0 - 3.9점 36.2%, 4.0 - 6.9점 63.5%, 7.0점 이상 72.5%로 건강증진 행태 점수가 증가할수록 본인의 건강이 좋다고 응답한 경우가 많았고 통계적으로 유의하였다(p<0.01).

고 찰

생활양식(lifestyle)이란 '개인이 내리는 결정들로서 건강에 영향을 미치고 어느 정도 스스로

나타나 조병만(1997)의 남성 11.0%, 여성 20.0%에 비하여 높은 것이며, 도시지역 주민의 남성 9.7%, 여성 12.9%(노원환 등, 1998)에 비해서도 높은 것이다. 도시지역 주민에 비해 농촌 주민들은 규칙적 운동을 할 수 있는 여건이 부족하고, 농사일과 같은 노동을 운동이라고 생각하는 경향이 있기 때문이라고 생각한다. 규칙적 운동이 30대~40대에서 가장 높은 것으로 조사되었음에도 불구하고 40대 농촌 주민의 정상체중률이 가장 낮은 것으로 조사되었다. 이는 불규칙한 식사 습관, 음주 및 흡연 등이 농촌 주민의 비만과 더욱 밀접한 관련이 있을 것으로 유추해 볼 수 있으며, 지역 주민을 위한 적절한 체중관리 프로그램 개발이 필요할 것이다.

육체적 휴식과 정신적 휴식은 80% 이상 보통 또는 충분히 취하는 것으로 조사되었다. 이는 도시지역 주민을 대상으로 한 연구(노원환 등, 1998)의 충분한 수면율이 남성 55.8%, 여성 59.4%에 비해서 높은 것이며, 농촌지역 20대부터 50대를 대상으로 한 연구(정영옥과 김상순, 1995)의 적절한 휴식률이 54.7%에 비해서도 높은 것이다. 농촌지역 주민들은 도시지역에 비해서 정신적 스트레스를 적게 받을 것으로 생각되며, 육체적 노동은 많지만 충분한 수면과 휴식을 취하는 것으로 볼 수 있다.

건강을 위해서 복용하였던 보조품이 있는가에 대해서는 남성이 49.7%에서, 여성이 40.4%에서 복용한 적이 있다고 응답하여 평균 43.6%에서 복용하는 것으로 조사되었다. 복용하였던 보조품의 종류는 한약(보약)이 290명(21.5%)으로 가장 많았고, 인삼 106명(7.9%), 녹용 64명(4.7%), 영양제 52명(3.9%) 순으로 아직도 농촌 주민의 대다수가 보약을 선호하는 것으로 나타났다.

위암검사와 간암검사 실시율은 50대까지는 점차 증가하다가 60대부터 감소하는 것을 볼 수 있다. 이는 60대 이상의 연령층에서 암 검사에 대한 인식도 부족과 50대까지 경제력이 있는 가운데 자의에 의한 검진이 가능한 반면 60대 이

후에는 자식에게 의존도가 높아지면서 검사 실시율이 떨어지는 것으로 생각된다. 위암의 경우 우리나라에서 발생률이 높고 조기 검진의 효과가 크기 때문에 실시율을 높이기 위한 노력을 해야 할 것이다. 대부분의 암 검사 실시율이 남성에서 높았고, 대장암 검사율과 건강검진 실시율이 여성에 비해 남성에서 통계적으로 유의하게 높게 나타났는데, 이는 남성이 경제력을 갖고 있으며, 교육수준도 높아 이러한 고가의 검사에 접할 기회가 많았을 것으로 생각된다.

주관적 건강인식 정도가 나쁘다고 응답한 사람은 남녀 모두 연령이 증가할수록 건강에 문제가 있다고 생각하는 것으로 조사되어 다른 연구(정영옥과 김상순, 1995)와 유사한 결과를 보였다. 그러나, 1992년 조사에서 60세 이상 인구에서 건강에 문제가 있다고 응답한 비율이 65.2%(이정애, 1995)인 것에 비하면 본 연구는 60세 이상 남성에서 34.8%, 여성에서는 47.0%로 과거에 비해 점차 건강상태가 좋아진 것으로 유추할 수도 있으나, 조사 대상자 선정에서 홍보를 통해 무료 검진을 원하시는 분들을 일차 대상으로 하였고 그 후 각 마을별로 다니면서 마을회관이나 노인정 같은 곳에 계신 분들을 모시고 와서 조사를 실시하였으므로 선택 치우침에 의한 효과일 수 있다. 건강증진 점수는 남성에서 연령이 증가할수록 점차 증가하는 소견을 보였으나, 여성에서는 나이가 증가할수록 지속적으로 감소하는 것으로 조사되었다. 그러나 건강증진 점수 평균은 여성이 남성에 비해 유의하게 높게 나타났다. 이는 연구 대상을 20세부터 59세까지로 한 정영옥과 김상순(1995)의 연구와 김선미 등(1998)의 연구에서 농촌 사회 남성이 주로 가정의 경제권을 갖고 있고, 학력도 높으며, 사회생활이 여성에 비하여 활발하기 때문에 남성에서 건강증진 수행에 좋은 영향을 준다는 설명과 상이한 것이다. 그러나 건강증진 점수를 선정하는데 있어서 비흡연에 3점, 비음주에 1점을 선정하는 것이 이와 같은 성별 차이가 나타나게 된 것이라고 생각하여 흡연과 음주를 제외한 건강증진 점수를 선정

해 성별로 비교해 본 결과 여성이 남성에 비해 건강증진 행태점수가 통계적으로 유의하게 낮은 것으로 조사되었다($p < 0.01$). 농촌 남성들의 사회 생활은 술과 담배를 더욱 조장하기 쉬우며, 특히 젊은 남성에서 더욱 그러한 것으로 조사되어 올바른 건강행태에 대한 교육과 건강증진을 위한 노력이 더욱 필요할 것으로 생각된다. 여성에서 연령이 증가함에 따라 건강증진 점수가 낮았고 본인의 건강도 나쁘게 인식하는 것을 조사되어 고연령층을 대상으로 한 올바른 건강행태 교육이 필요할 것이다.

주관적 건강 인식 정도와 건강증진 행태점수와의 상관성은 여성에서 건강증진 행태점수가 높을수록 본인의 건강이 좋다고 인식하는 사람이 많았다. 그러나, 남성에서는 건강증진 행태점수가 절대 부족군에 속하면서 본인의 건강이 좋다고 응답한 경우가 68.5%나 되어 본인의 건강을 과신하는 것으로 조사되었다.

결론적으로 남성에서는 여성에 비해 암 검사와 건강검진 같은 고가의 검사를 많이 하면서도 올바른 건강행태가 건강증진에 도움을 준다는 것을 인식하지 못하고 있는 것으로 판단되므로, 농촌지역 30대 및 40대 젊은 남성들을 대상으로 한 올바른 건강행태에 대한 교육을 실시해야 할 것이며, 여성에서는 고연령층을 대상으로 한 운동 프로그램과 건강증진 프로그램 개발에 노력해야 할 것이다.

요 약

농촌 사회는 60세 이상의 노령인구가 점차 증가하고 있고, 연령이 증가할수록 본인이 느끼는 건강 상태를 나쁘게 인식하고 있는 것으로 나타나 이에 대한 대책이 필요할 것이다. 남성에서는 연령이 증가할수록 건강증진 행태 점수가 낮게 조사되었으며, 30대~40대 연령층에서 건강증진 행태 점수가 가장 낮으면서 본인의 건강을 과신하는 것으로 조사되었다. 여성에서는 연령이 증가할수록 본인의 건강이 나쁘다고 인식하고 있

었으며, 건강증진 행태 점수도 낮게 조사되었다.

농촌 지역 남성을 대상으로 한 건강증진 노력은 젊은 연령층을 중점적으로 올바른 건강행태 교육을 통해 지속적인 건강증진에 주력해야 할 것이다. 특히 30대~40대 연령층을 중점적으로 금연 운동에 노력해야 할 것이며, 40대~50대 연령층에게는 적절한 체중관리를 위한 프로그램 개발에 노력해야 할 것이다. 여성에서는 고연령층을 대상으로 건강증진에 노력해야 할 것이며, 특히 60대~70대 고령의 노인들이 할 수 있는 운동 프로그램 개발 노력과 40대~50대 연령층의 체중관리에도 노력해야 할 것이다.

인용문헌

1. 김선미, 김양옥, 김기순, 류소연, 이철갑, 안현옥, 박종, 손명호, 일부 농촌지역 노인들의 건강증진활동 수행정도 및 관련요인, 한국농촌의학회지 1998;23(1):79-89
2. 노원환, 김석범, 강복수, 건강증진과 관련된 행태에 영향을 미치는 인구사회학적 특성, 한국농촌의학회지 1998;23(2):157-173
3. 예방의학과 공중보건 편집위원회, 예방의학과 공중보건, 3판, 서울, 계축문화사, 1999, 쪽 545-547
4. 유중선, 김석범, 강복수, 산업장 근로자들의 건강증진 프로그램에 대한 수요, 대한산업의학회지 1996;8(2):239-248
5. 이정애, 농어촌 주민의 건강수준 현황과 건강증진 방안, 한국농촌의학회지 1995;20(2):211-229
6. 이충원, 조원철, 이미영, 서석권, 김귀련, 신혜원, 산업장 근로여성에서 빈혈증과 관련된 생활양식 변수, 대한산업의학회지 1996;8(1):73-84
7. 정영옥, 김상순, 일부 농촌주민의 건강증진 생활양식 수행정도, 한국농촌의학회지 1995;20(2):133-147
8. 조병만, 농촌 지역 주민들의 건강행태에 관

- 한 조사연구. 한국농촌의학회지 1997; 22(2):183-193
9. Breslow CL, Enstrom JE. Persistence of health habits and their relationship to mortality, *Pre Med* 1980;9:469-483
 10. Heynes SG, Levine S, Scotch N, Feinleib M, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. *Am J Epidemiology* 1978;107(5):362-381
 11. Holcomb JD, Mullen PD, Fasser CE, Smith Q, Martin JB, Parks LA, Wente SM. Health behaviors and beliefs of four allied health professions regarding health promotion and disease prevention. *J Allied Health* 1985;14(4):373-385
 12. Jimenez D. Life style: instrument in health promotion programs. *Rev Med Chil* 1993 May;121(5):574-580
 13. Karasek R, Backer D, Marxer FA, Therell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A Prospective study of Swedish men. *AJPH* 1981;71(7):694-703
 14. Metzner HL, Carman WJ, House J. Health practices, risk factors and chronic disease in Tecumseh. *Prev Med* 1983; 12:491-507
 15. McBeath WH. Health for all: a public health vision. *Am J Public Health* 1991; 81(12):1560-1565
 16. Pender NJ. Expressing health through lifestyle patterns. *Nurs Sci Q* 1990; 3(3):115-122
 17. Thornberry OT, Wilson RW, Golden PM. The 1985 health promotion and disease prevention survey. *Public Health Rep* 1986;101(6):566-570