

서울 일부지역 성인의 건강생활양식 유형연구

이화경¹⁾, 이인영²⁾, 김은미³⁾, 이훈재⁴⁾, 배상수⁵⁾
도봉구 보건소¹⁾, 강북구 보건소²⁾, 구리시 보건소³⁾,
인하대학교 의과대학 사회의학교실⁴⁾, 한림대학교 사회의학연구소⁵⁾

Health Lifestyle Patterns of Seoul Adults

Hwa-Kyung Lee¹⁾, In-Young lee²⁾, Eun-Mi Kim³⁾, Hun-Jae Lee⁴⁾, Sang-Soo Bae⁵⁾

Dobong Public Health Center¹⁾, Gangbuk Public Health Center²⁾, Guri Health Center³⁾

Dept. of Social and Preventive Medicine, Inha University⁴⁾

Institute of Health Services Research, Hallym University⁵⁾

= ABSTRACT =

Objectives: Health behaviors are related to each other, or they may be essentially dependent upon each other. Hence the overall health behaviors of a given population could be better described in terms of health lifestyle patterns. This paper tried to classify such patterns in a sample population and suggest the socioeconomic and demographic characteristics of each groups.

Methods: A sample population comprised of 2,775 adults who reported their health behaviors in a public health survey were classified according to their smoking, drinking, diet, and exercise related pattern of behaviors. Clustering analysis was used to classify them.

Results: Six health lifestyle patterns were identified. Individuals in the passive lifestyle cluster (48.3%) had no active health promoting activities, but did avoid risk taking health behaviors. 24.8% of the sample (Health promoting lifestyle) had an overall healthy lifestyle. 13.5% of the sample were in the smoking cluster, and 8.4% were in the alcohol drinking cluster. The hedonic lifestyle (4.5%) was characterized by heavy smoking, alcohol drinking and poor diet and exercise. 0.7% of the sample (Smoking-Drinking lifestyle) had heavy smoking and drinking, but good diet and exercise. Each group could be characterized by sex, age, and income.

Conclusions: A population sample of Seoul adults were successfully clustered into six health lifestyles. The socioeconomic and demographic characteristics were suggested for the characterization of the each health lifestyle groups. We can approach to a certain target population with specific strategy.

Key Words: Health lifestyle, Health behavior pattern, Health promotion

* 교신저자: 이화경, 서울특별시 도봉구 쌍문2동 565번지, 전화: 02-2289-1420, 팩스: 02-2289-1745,
E-mail: hkledr@dobong.go.kr

서론

어떤 사회 또는 집단의 성원이 공유하고 있는 생활방법에 대한 인식이나 행동의 양상을 생활양식이라고 하는데, 이는 개인이나 가족의 가치관 때문에 나타나는 다양한 행동, 사고, 언어 특성 등 생활의 모든 측면의 문화적, 심리적 차이를 전체적인 형태로 나타낸 말이다. 보건영역에서 크게 강조되고 있는 생활양식의 중요성과 그 개념은 오래전부터 소비자들의 행동 양상을 이해하기 위한 목적으로 경영학 분야에서도 널리 연구되어 왔다. 소비자의 전반적인 생활양식에 대한 깊은 이해는 시장의 세분화와 이에 근거한 마케팅 전략의 수립을 가능케 하여 성공적 기업활동을 촉진하게 된다[1]. 이는 사업의 근거와 효율성이 취약하다고 지적받고 있는 지역단위 건강증진사업의 내실화 노력에도 큰 시사점을 주고 있다. 예를 들어 주요 건강행태들의 집합적 패턴에 따라 인구집단을 소집단으로 유형화할 수 있다면 각 유형별 건강행태의 종합적 특성과 프로그램 요구도를 반영하여 건강증진사업을 추진할 수 있을 것이다.

우리나라는 1970년대를 거치며 순환기계 질환, 악성 신생물, 만성퇴행성질환이 국민보건을 위협하는 주요 질환으로 확고히 자리잡았다. 2004년도 사망원인 통계에 따르면 주요 사망원인 질환 중에서도 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨병이 전체 사망원인의 약 절반을 차지하는 것으로 나타났다[2]. 이들 질환은 식생활, 운동, 흡연, 음주 등의 건강행태가 공통적이고 중요한 위험요인이 되고 있어 생활습관병이라고 칭하기도 한다. 라롱드 보고서[3]에서는 사망에 영향을 미치는 다양한 요소 중 생활습관이 43% 정도를 기여한다고 주장한 바 있으며, 이 보고서를 계기로 운동, 식습관, 흡연, 음주 등 주요 건강행태의 분포와 빈도, 그리고 건강행태와 질병간의 관련성을 파악하기 위한 연구들이 이어져 왔다[4]. 한편 최근에 와서는 각각의 건강행태들이 서로 밀접한 관련을 보

인다는 현상에 주목하고 이를 계량적으로 규명하기 위한 연구들이 시도되고 있다[5-7]. 건강행태들은 질병발생의 위험요인으로서 상승효과를 나타낼 수 있기 때문에 인구집단에서의 질병발생 규모를 결정함에 있어서 개별 건강행태들의 분포와 빈도보다는 건강행태의 종합적 유형의 분포와 빈도가 더욱 중요하다고 할 수 있다. 이것이 건강행태들 간의 상호관련성을 주목하여야 하는 핵심적 이유이다.

본 연구는 대도시인 서울 시민의 2002년 자료를 이용하여 우리나라의 도시 지역 성인의 건강행태 유형을 분석하고자 함이 주 목적이다. 또한 향후 지역차원의 건강증진프로그램을 기획할 때 사업대상의 세분화와 접근전략 개발의 근거로 활용될 수 있도록 각 건강행태 유형 소집단별 사회경제적, 인구학적 특성을 제시하고자 하였다.

대상 및 방법

1. 연구자료

이 연구는 서울시의 서울시민보건지표조사[8] 중 동북부 4개 구 2,775명의 보건의식행태 조사 자료를 분석했으며 대상자 연령은 20세 이상 성인 자료로 한정했으며, 조사 내용 중에서 건강행태 관련 변수와 인구사회학적 변수만 분석에 사용했다.

2. 변수선정

본 연구에서는 주요 건강행태 변수로 흡연, 음주, 운동, 식습관을 선정하였다. 본 연구에서 건강행태 변수를 선정한 기준은 Patterson[5]이나 Lee와 Kim[6]에서와 같은 흡연, 음주, 식습관, 운동을 선정하였는데, 선정기준은 (1) 건강수준에 영향을 미치는 것으로 밝혀진 건강실천행위이며, (2) 의료기관 이용과 관련이 없고, (3) 매일매일 개인이 선택하여 실행 또는 자제하는 행동으로, (4) 기존 건강증진 및 질병 예방프로그램에 중요한 행동으로 제시되어 있는 것들이며, 우리나라 건강증진사업의 핵심을

이루고 있는 것이기도 하다.

흡연변수는 지난 한달 간 흡연한 하루 평균 담배 개피 수이며, 음주변수는 지난 한달 간 총 음주 일수를 이용하였다. 운동변수는 일주일 동안에 땀에 젖고 숨이 가쁠 정도의 운동을 몇 분 동안 했는가를 측정했으며, 식습관 변수는 아침식사 여부, 규칙적 식사 여부, 고른 영양섭취 여부를 나쁜 쪽이 1, 좋은 쪽이 4로 하여 각각 4점 척도로 평가한 다음 합산하여 총 3점에서 12점에 이르는 식습관지수(Dietary quality index, DQI)로 삼았다. 그리고, 변수들이 서로 측정치가 다르므로 절대치나 표준편차가 적은 변수들의 효과가 무시되는 것을 방지하기 위해 군집분석을 하기 전 각 건강행위 변수들의 평균이 0, 표준편차가 1이 되도록 표준화를 실시하였다.

인구사회학적 특성 변수는 성별, 연령, 결혼 상태, 교육수준, 소득으로 했다.

3. 자료분석

각각의 개인을 유사한 건강행위패턴을 갖는 몇 개의 군으로 분류하기 위하여 이 연구에는 유클리드 거리를 기초로 반복적인 알고리즘을 통해 상호배반적 군집을 형성시키는 SAS의 fastclus 처리절차를 이용하여 군집분석을 실시하였다. 이때 군집해(cluster solution)를 선택하는 통계값으로는 R^2 및 Cubic clustering criterion(CCC)을 이용하였다. 군집분석을 실시한 결과, 군집의 유형은 각 군집에 해당되는 행위들의 수준을 기초로 명명하였다. 건강생활양식 유형을 분류한 후, 인구사회학적 변수에 따른 각 유형 별 분포의 차이를 백분율로 기술했으며, 통계적 유의성은 chi-square test로 평가하였다. 유의수준은 0.05로 하였다.

결 과

1. 건강생활양식 유형

SAS fastclus로 연구대상 2,775명의 자료를 통계처리한 결과 6개의 군집으로 분류되었다.

Fastclus 방법을 이용한 군집분석을 할 경우 군집하는 R^2 와 CCC를 검토하여 최적의 군집수를 결정한다.

R^2 란 각 군집수에 따라 군집을 나눌 경우 군집이 전체의 변동 부분을 얼마나 설명해줄 수 있는가를 나타내는 것으로 군집수를 전체표본수로 할 경우 1, 군집수가 1일 경우는 0이 된다. 군집수를 1에서부터 점차 증가시키게 되면 R^2 값은 증가하게 되는데 그 증가폭이 줄어드는 시점의 군집수를 최적의 군집수로 삼게 된다[9]. 그림 1을 보면 군집이 7 이상이 되는 시점부터 R^2 의 값의 증가 속도가 완만해짐을 볼 수 있다. 따라서 군집수는 6이 적절하다.

CCC의 경우도 군집수의 변화에 따른 군집의 설명력 변화지표인데 2이상이며 국소적 최고점이 있을 경우를 최적의 군집수로 하게 된다. 그림 1을 보면 군집수 6에서 최고점이 존재해서 군집수 6이 최적임을 알 수 있다.

6개의 군을 그 특성에 따라 명명하였다. 6개 군의 각 건강생활양식의 일반적 특성은 알기 쉽도록 표 1에 정리하였다. 그리고 각 유형의 순서는 빈도순으로 정리하였다. 각 군의 명명은 건강행위의 특성에 따라 임의로 명명했으며, 기존 연구에서 사용한 명칭을 참고하였으나, 의미를 보다 명확히 하고자 몇 가지는 다르게 표현하였다.

제일 많은 사람이 분류된 제1군은 1,339명이 속해 48.3%를 차지했다. 흡연, 음주는 거의 하지 않지만, 좋은 식습관이나 운동을 위해 적극적으로 노력하지는 않는 특성을 지니고 있다. 제1군을 소극적건강행위군(Passive lifestyle)으로 명명했다. 제2군은 건강행위가 전반적으로 좋은 686명이 분류되었으며, 전체의 24.7%로 흡연, 음주를 거의 하지 않으며 좋은 식습관을 추구하고 운동을 많이 하는 특성을 지니고 있다. 제2군은 적극적건강추구군(Health promoting lifestyle)으로 명명했다. 제3군은 375명이 속해 13.5%이다. 흡연을 많이 하며, 음주 습관은 평균에 해당하고, 식생활 습관도 그리 나쁘지 않지만, 운동은 별로 하지 않는 특

4 서울 일부지역 성인의 건강생활양식 유형연구

성으로, 제3군은 흡연군(Smoking lifestyle)이라 명명했다. 제4군은 232명으로 8.4%이다. 흡연은 별로 하지 않고, 음주를 많이 하며, 식사는 잘 챙겨먹지만, 운동은 별로 하지 않는다. 제4군은 음주군(Drinking lifestyle)으로 명명했다. 제5군은 125명으로 4.5%이다. 흡연, 음주를 많이 하며, 식생활습관도 나쁘고, 운동도 거의 하지 않아 건강관련행태가 전반적으로 바람직하지 않은 사람들로써 제 5군은 건강유해행위군(Hedonic lifestyle)으로 명명했다. 마지막으로

제6군은 18명으로 0.7%이다. 흡연을 심하게 하고, 음주도 많이 하면서도 식습관과 운동량은 평균보다 약간 좋은 것으로 나타난 소수의 군이다. 이 제6군을 흡연-음주군(Smoking-Drinking lifestyle)으로 명명했다.

각 유형의 건강행위변수별 표준화 평균값을 구해서 정리하면 다음 표 2와 같다. 이 표준화 평균값을 이용하여 여섯 개의 유형의 특성을 가시적으로 이해하기 쉽도록 정리한 것이 그림 2 이다. 모든 건강행위 변수의 바람직한 행

표 1. 건강생활양식 유형별 건강행태

건강생활양식	N	백분율	건강행위	평균	표준편차
전 체	2,775	100	흡 연 ¹⁾	5.2	9.2
			음 주 ²⁾	4.4	2.2
			식 습 관 ³⁾	9.4	2.2
			운 동 ⁴⁾	60.9	115.8
소극적건강행위군	1,339	48.3	흡 연	1.0	3.1
			음 주	1.7	2.8
			식 습 관	8.4	1.9
			운 동	17.1	44.0
적극적건강추구군	686	24.7	흡 연	1.3	3.1
			음 주	1.7	2.8
			식 습 관	11.1	1.5
			운 동	175.6	163.4
흡 연 군	375	13.5	흡 연	20.6	6.0
			음 주	4.6	4.8
			식 습 관	9.7	1.9
			운 동	24.2	53.5
음 주 군	232	8.4	흡 연	5.1	6.8
			음 주	17.7	7.7
			식 습 관	10.8	1.3
			운 동	50.7	101.5
건강유해행위군	125	4.5	흡 연	19.2	7.2
			음 주	22.2	7.7
			식 습 관	7.0	2.0
			운 동	27.8	60.9
흡연-음주군	18	0.7	흡 연	47.2	9.0
			음 주	13.9	8.6
			식 습 관	9.7	2.3
			운 동	70.0	100.8

- 1) 개피/하루 (Cigarettes/day)
- 2) 일/한달 (Day/month)
- 3) 식습관지수 (DQI)
- 4) 분/일주일 (min/wk)

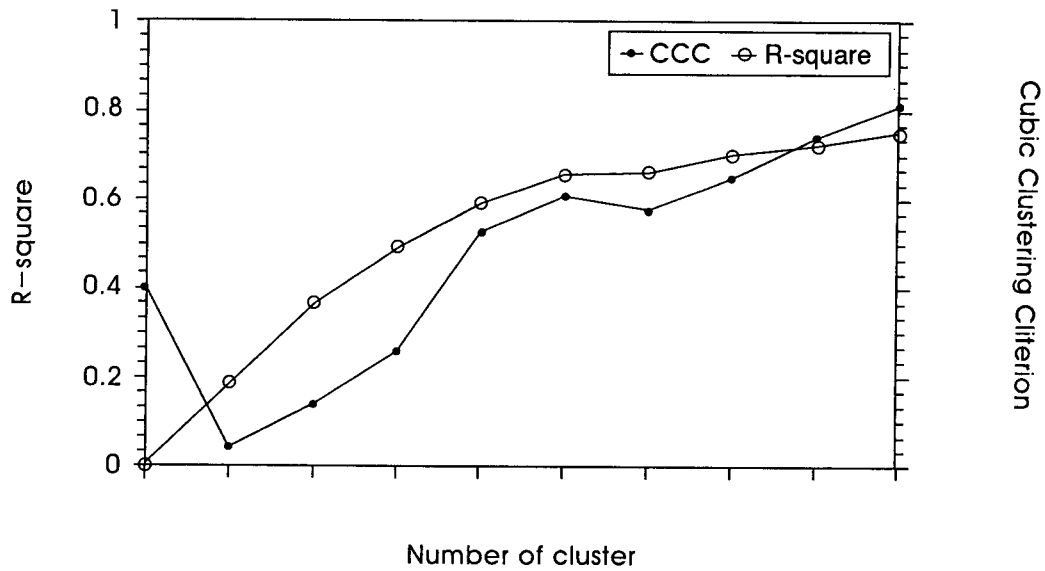


그림 1. 군집해의 결정

표 2. 각 유형의 건강행위 변수의 표준화 평균값

군집	흡연	음주	식습관	운동	빈도	유형
1	-0.45592	-0.37667	-0.40484	-0.37799	1339	소극적건강행위군
2	-0.41978	-0.38207	0.83773	0.99059	686	적극적건강추구군
3	1.67007	0.02173	0.17604	-0.31685	375	흡연군
4	-0.00519	1.83706	0.68076	-0.08808	232	음주군
5	1.52109	2.47295	-1.04793	-0.28501	125	건강유해행위군
6	4.56872	1.31469	0.19918	0.07858	18	흡연-음주군

위는 양의 방향으로 해로운 행위는 음의 방향으로 표시했으며 각 건강행위의 평균치를 0으로 하고 분산을 1로 하여 그림에서 1은 1SD, -1은 -1SD이다.

2. 건강생활양식 각 군의 인구사회학적 특성

1) 성별에 따른 건강생활양식 유형 분포 차이
 조사대상은 남자 1,247명(44.9%), 여자 1,528명(55.1%)이었으며, 성별 건강행위 유형분포는 남자에서는 소극적건강행위군이 26.9%, 적극적건강추구군이 19.4%, 흡연군이 28.5%, 음주군이 14.4%, 건강유해행위군이 9.4%, 흡연-음주군이 1.4%인데 반하여, 여자에서는 소극적건강행위군 65.6%, 적극적건강추구군 29.1%, 흡연

군1.3%, 음주군 3.4%, 건강유해행위군 0.5%, 흡연-음주군 0.1%로 나타났다. 소극적건강행위군과 적극적건강행위군이 여자가 남자보다 많고 건강에 바람직하지 않은 흡연군, 음주군, 건강유해행위군, 흡연음주군이 남자에서 많은 것이 특징이다(p<0.001).

2) 연령 별 건강생활양식 유형 분포차이

조사대상의 연령은 20-39세가 1,377명(49.6%), 40-64세가 1,117명(40.3%), 65세 이상이 281명(10.1%)이었으며, 각 연령대 별로 건강생활양식 유형별 분포를 보면, 20-39세 연령에서는 소극적건강행위군이 54.4%, 적극적건강추구군이 18.1%, 흡연군은 15.3%, 음주군은 6.8%, 건

6 서울 일부지역 성인의 건강생활양식 유형연구

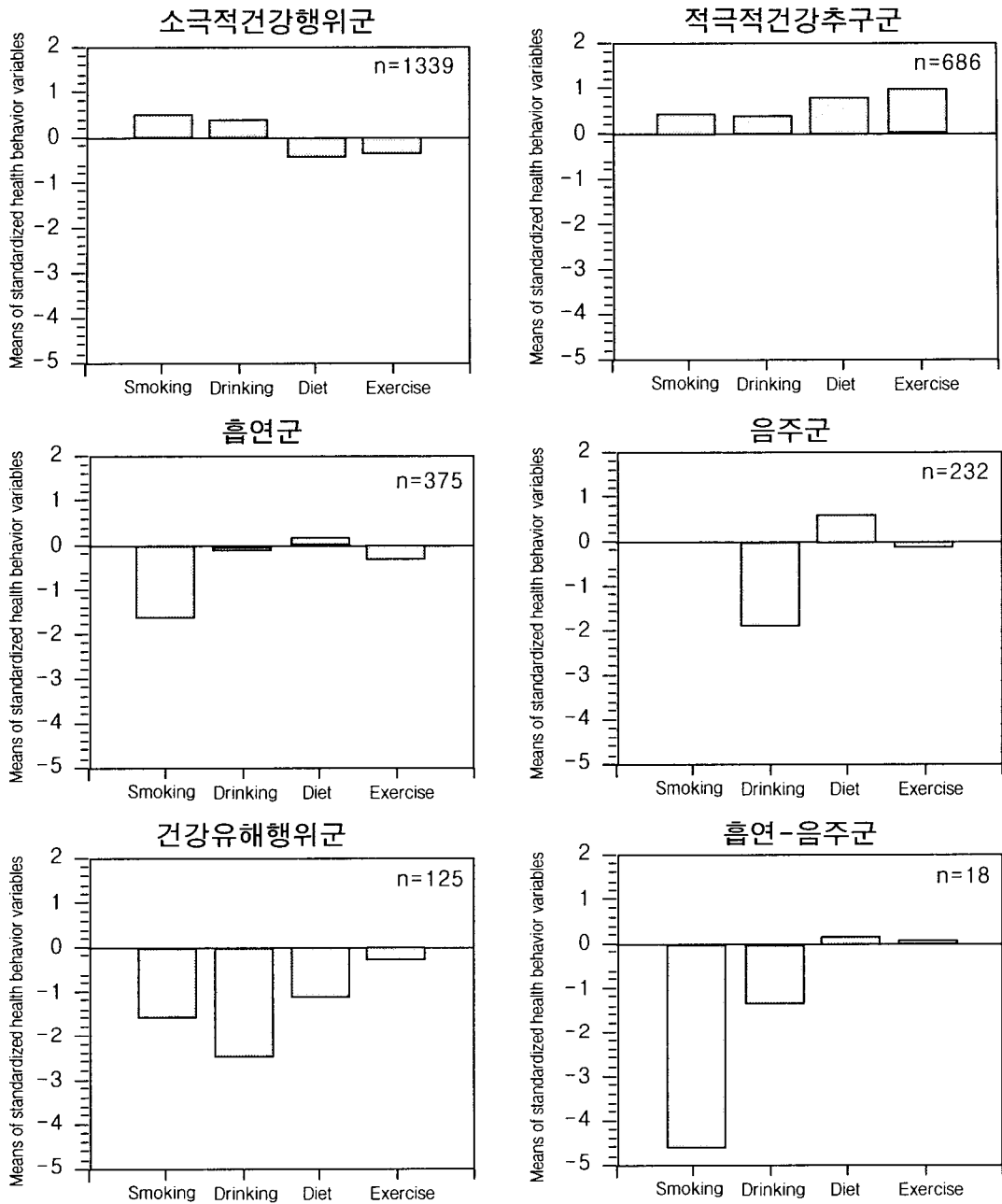


그림 2. 서울 일부지역의 건강생활양식 유형 분석 도표 (각 군별 변수의 표준화 평균을 사용. 양의 방향은 평균적 건강행위 보다 양호한 것을, 음의 방향은 평균적 건강행위 보다 나쁘다는 것을 나타냄)

건강유해행위군은 4.9%이었다. 40-64세 연령에서는 소극적건강행위군이 41.8%, 적극적건강추구군이 30.2%, 흡연군은 12.4%, 음주군은 9.9%, 건강유해행위군은 4.8%이었다. 65세 이상에서는 소극적건강추구군은 43.8%, 적극적건강추구군이 35.6%, 흡연군은 9.6%, 건강유해행위군은 1.1%, 음주군은 9.6%이었다. 적극적건강추구군

은 연령이 높아지면서 증가하였다 ($p < 0.001$).

3) 교육수준에 따른 건강생활양식 유형 분포 차이

조사대상의 교육수준은 무학 111명(4.0%), 초등학교 299명(10.8%), 중학교 334명(12.0%), 고등학교 1,175명(42.3%), 전문대학 이상 856명

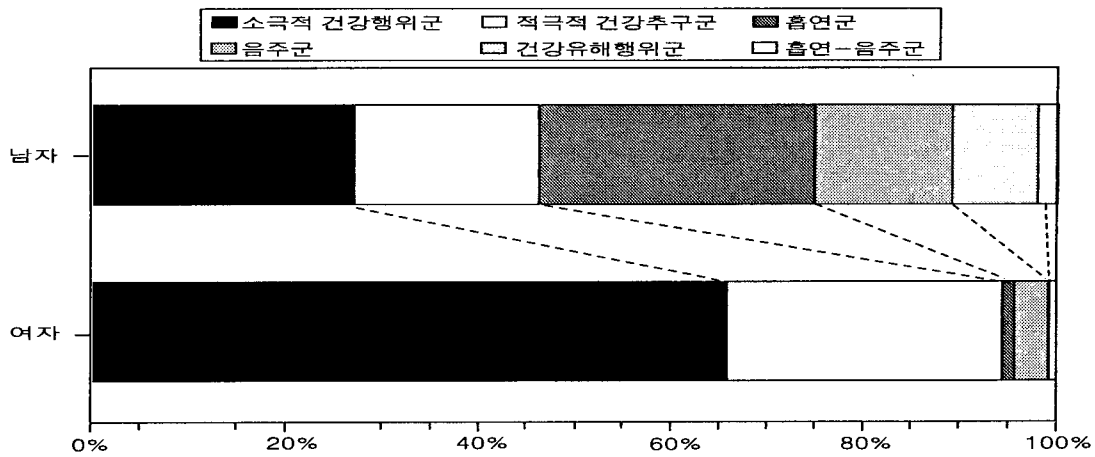


그림 3. 성별에 따른 건강생활양식 유형 분포차이(p<.0001)

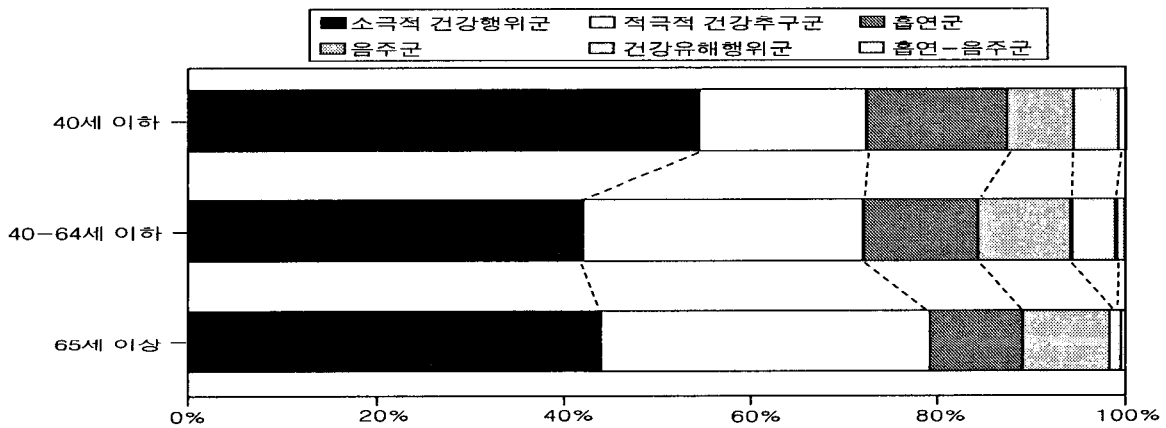


그림 4. 연령 별 건강생활양식 유형의 분포 차이(p<.0001)

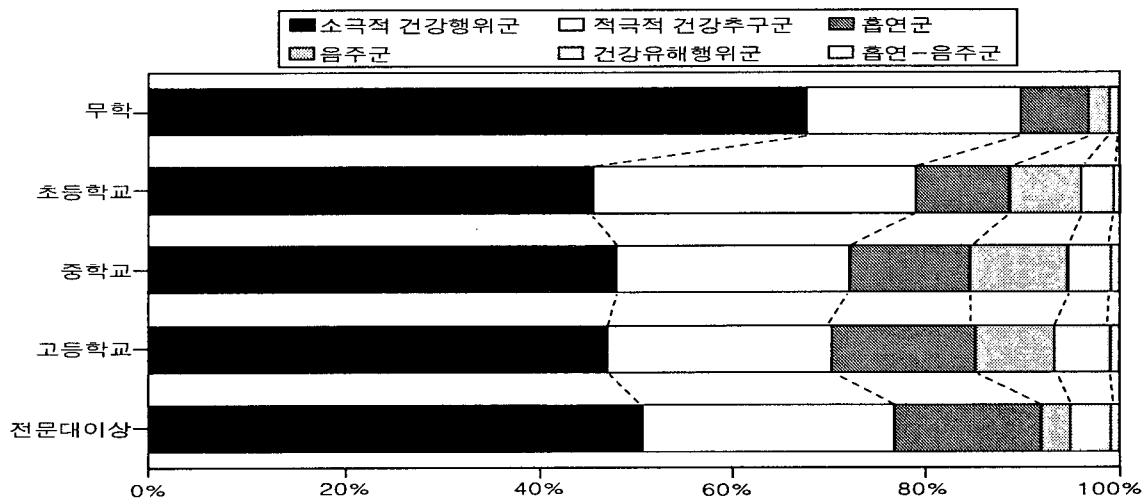


그림 5. 교육수준에 따른 건강유형 분포차이(P=0.0003)

8 서울 일부지역 성인의 건강생활양식 유형연구

(30.9%)이었다. 교육수준이 무학인 사람들의 69.4%가 소극적건강행위군, 21.6%가 적극적건강추구군이었으며, 흡연군은 6.3%, 음주군1.8%, 건강유해행위군은 0.9%이었다. 고등학교 학력에서는 소극적건강행위군이 47.1%, 적극적건강추구군은 23.0%, 흡연군은 14.7%, 음주군은 8.9%, 건강유해행위군은 5.5%이었으며, 전문대학 이상 학력에서는 소극적건강행위군이 48.1%, 적극적건강추구군은 24.7%, 흡연군은

14.5%, 음주군은 8.1%, 건강유해행위군은 4.1%이었다($p=0.0003$).

4) 결혼상태에 따른 건강생활양식 유형 분포 차이

거)는 1,858명(67.0%) 이혼/사별/별거는 333명(12.0%)이었다. 미혼에서는 소극적건강행위군이 58.4%, 적극적건강추구군이 14.0%, 흡연군은 14.9%, 음주군은 6.3%, 건강유해행위군은

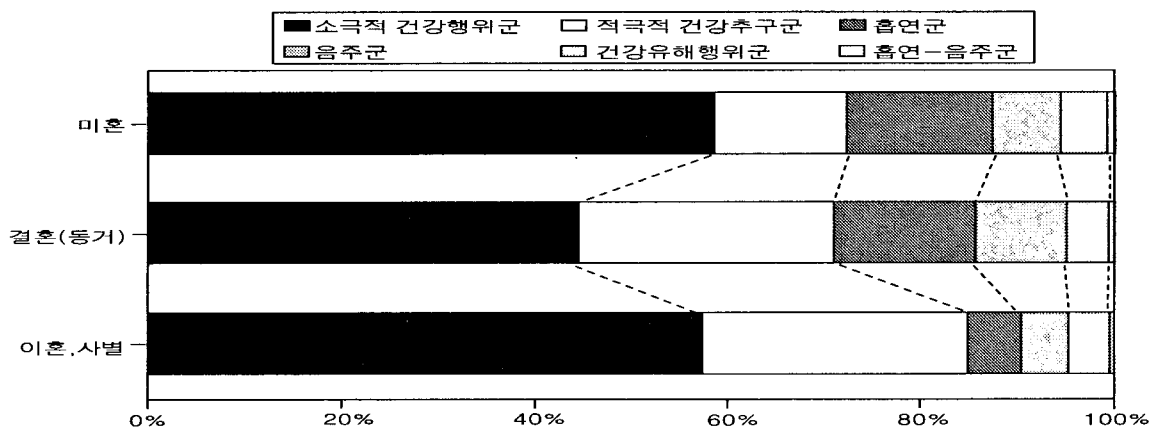


그림 6. 결혼상태에 따른 건강생활양식 유형 분포 차이($P<.0001$)

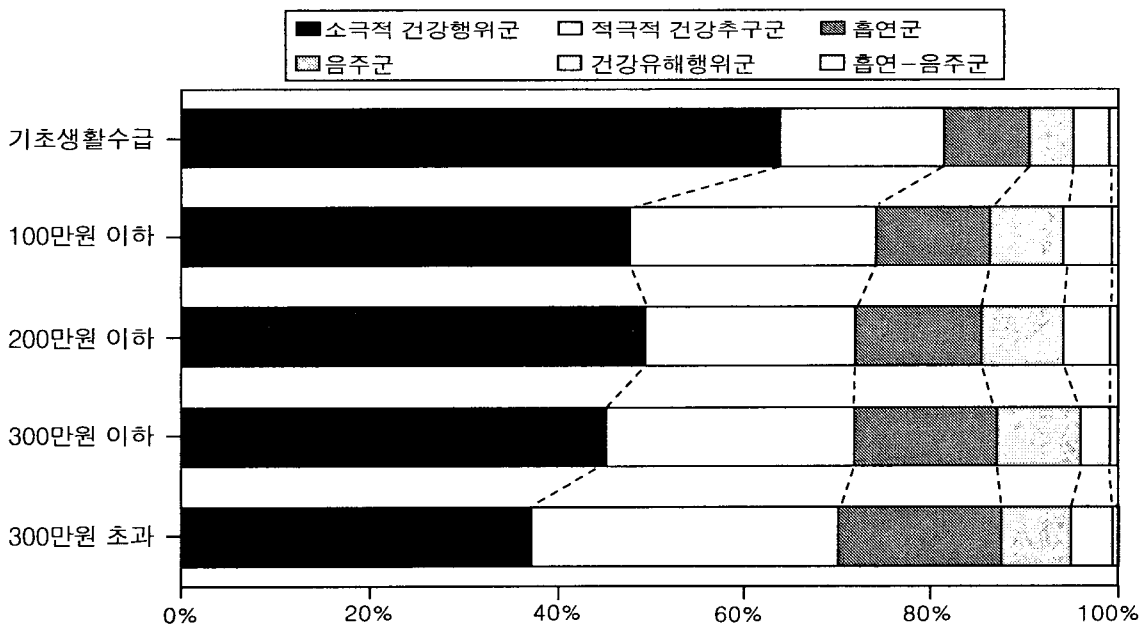


그림 7. 소득수준에 따른 건강유형 분포차이($p<0.0017$)

5.5%이었으며, 결혼한 사람들에서는 소극적건강행위군 43.5%, 적극적건강추구군이 27.5%, 흡연군 14.6%, 음주군 9.6%, 건강유해행위군은 4.3%이었다. 이혼/사별/별거 그룹에서는 소극적건강행위군은 56.8%, 적극적건강추구군은 28.2%, 흡연군 5.1%, 음주군은 5.1%, 건강유해행위군은 4.2%이었다($p < .0001$).

5) 소득수준에 따른 건강유형 분포차이

조사대상자의 수입 분포는 기초생활수급자가 147명(5.3%), 100만원 이하가 726명(26.2%), 200만원 이하가 1,172명(42.2%), 300만원 이하가 495명(17.8%), 300만원 이상이 235명(8.5%)이었다.

기초생활수급자에서는 소극적건강행위군이 64.0%, 적극적건강추구군이 17.7%, 200만원 이하인 그룹에서는 소극적건강행위군이 49.7%, 적극적건강추구군이 22.2%, 흡연군 13.5%, 음주군 8.8%, 건강유해행위군은 5.12%이었으며, 300만원 이상인 사람들에서는 소극적건강행위군이 37.0%, 적극적건강추구군이 33.6%, 흡연군은 17.0%, 음주군은 7.7%, 건강유해행위군은 4.3%이었다. 소득이 높아질수록, 특히 300만원 이상 대상자들에서 소극적건강행위군이 차지하는 비중이 적고(37.0%), 적극적건강추구군의 비중이 큰(33.6%) 양상을 보이며, 흡연군과 음주군 그리고 건강유해행위군에서는 특별한 차이를 볼 수 없었다($p < 0.0017$).

고 찰

서울시민 보건지표조사(2002)는 2001년 7월-10월에 실시한 조사로, 그 중 보건외식행태조사는 25개구의 조사대상 20,981가구에서 연령이 15세 이상인 가구원 중에서 생일이 가장 빠른 가구원을 선정해 실시한 자료이다. 본 연구는 서울의 일개 구의 건강증진 사업을 위한 대상 분류를 위해 시작되었으나 표본수가 작아서, 비교적 서민층이 많고 생활수준이 유사하다고 알려진 동북부 4개구의 자료를 분석대

상으로 선택하여, 20세 이상 성인 2,775명을 분석 하였다. 이 자료의 대상 선정은 확률계통추출법을 사용했으나, 본 연구에서는 서울시 자료 모두가 아닌, 동북부 4개구의 자료만 분석했으므로 서울시 전체를 대표할 수 없으며, 저소득층이 많은 동북부의 특성이라 할 수 있다.

본 연구에서 사용한 군집분석방법은 Weber의 생활양식 이론에 바탕을 둔[10], 마케팅 연구가들이 주로 사용하는 생활양식분석에 근거하며, 이는 인구집단을 유사한 사회적 규범, 신념, 행동을 갖는 소집단으로 분류해 내기 위해 쓰는 다변량 군집 방법이다.

군집분석에서는 건강행위 변수들이 연속변수이어야 하므로, 흡연량, 음주일수, 운동량은 연속변수로 했고, 식습관은 임의로 구성된 DQI로 표시했다. 흡연은 하루에 몇 개피의 담배를 피우는가 하는 흡연량에 의미를 두었다. 흡연을 가끔씩 소량하는 사람의 건강관련 행태들은 비흡연자들 보다 오히려 흡연자들을 더 닮았다는 가설하에, 흡연 여부에 따라 건강관련 행태들의 연관관계분석을 한 연구도 있으나[11], 본 연구에서는 군집분석의 특성상 연속변수인 흡연량을 선택했다. 음주일수의 경우는 음주의 강도가 반영되지 않았는데, 본 연구에 이용된 자료에서 한 번 음주시 음주량이 조사되어 있었으나 음주량 기입의 정확도를 확인할 수 없었고, 본 연구의 목적상 생활 습관의 유형 연구에서는 음주의 빈도가 더 적합할 것으로 생각되어 음주 빈도만을 변수로 이용했다. 또한 흡연과 음주는 답변에 응한 사람들이 솔직하게 응답하지 않았을 수 있으므로 결과 해석시 유의하여야 한다. 그리고 운동량은 땀에 젖고 숨이 가쁠 정도의 운동을 하는 주당 시간(분)을 기준으로 하였는데, 일상생활의 육체적 활동량은 포함시키지 않았다. Patterson은 그의 연구에서 만성질환 위험도를 증가시키는 8가지 식습관(총 열량 중 지방 비율, 포화지방, 콜레스테롤, 과일채소 섭취, 곡류, 단백질, 염분, 칼슘섭취)를 0.12점으로 점수를 부여하고 총점을 0~16으로 하여 DQI를 만

들었고[5], Lee와 Kim은 아침식사여부, 짠음식, 동물성 콜레스테롤 식품, 채소류 섭취 4가지 변수로 1,2,3점을 부여하여 총점을 4~16점으로 DQI를 만들었다[6]. 본 연구는 자료의 한계로 인하여 식습관 변수로 아침식사, 규칙적 식사, 골고루 섭취를 선정하여, 식사습관 만을 고려하고, 채소류 섭취, 염분, 지방 섭취, 총 칼로리 섭취 정도 등 식사의 질적 변수는 고려하지 않은 점 등이 식습관 변수의 제한점이다. 본 연구에서는 서울 일부 지역 20세 이상 성인의 건강 생활양식이 6개의 유형으로 분류되었으며, 표 3에 선행 연구의 결과와 비교하여 정리하였다[5-7]. 흡연, 음주 등 유해 행위는 하지 않지만 식습관, 운동 등에서 적극적으로 건강을 추구하지는 않는 소극적건강행위군이 가장 다수(48.3%)로 나타났고, 바람직한 건강행위를 하는 적극적 건강추구군(24.8%)이 분류되었으며, 바람직하지 않은 건강행위를 하는 흡연군, 음주군, 건강유해행위군, 흡연-음주군을 포함하여 모두 6개 군으로 분리되었다. 흡연-음주군은 0.7%로 작은 비중이지만 군집수가 6개 일 때 CCC의 값이 정점을 형성하므로 군집해를 6개로 하였다.

소극적건강행위군은 미국의 patterson[5]의 분류에서의 passive lifestyle과 같은 특성의 군인데, Patterson의 연구에서는 24.8%, 한국의 Lee와 Kim[6]의 연구에서는 39.1%로 분류된

것에 비해, 본 연구에서는 48.3%로 큰 부분을 차지하고 있다. 그리고 본 연구에서는 적극적 건강추구군이 24.8%로 분류되었다는 점이 Lee와 Kim[6]의 연구와 다른 점으로 본 연구가 서울이라는 대도시의 주민을 대상으로 하였고, 최근의 자료이기 때문으로 추정된다. Kim[7]의 연구는 농촌지역의 연구인데, 식생활군이 67.8%로 가장 많은 수가 분류되었고, Patterson[5]과 Lee와 Kim[6]의 연구에서는 식생활군(Good diet lifestyle)과 운동군(Fitness lifestyle)이 분류되었는데, 본 연구에서는 분류되지 않았다.

건강생활양식 유형을 분류한 유사 연구들을 비교해보면, 변수측정방법에는 약간 차이가 있었으나, 같은 건강행위 변수를 사용한, 같은 시기의 유사 연구에서 건강생활양식 유형 분포의 지역 별 차이를 볼 수 있다. 유사한 연구들에서 건강생활 유형 분류의 결과가 차이를 보이는 것은 분석기법의 차이, 조사와 연구 설계의 적합성, 건강행위규정기준의 차이에 따라 달라지기도 하지만, 주요인은 조사대상 인구구성과 건강행위의 수준의 차이 때문이다. 미국과 한국의 분류결과에서 적극적건강추구군에서 차이가 보이며, 같은 한국에서도 농촌과 도시에서 식생활을 중시하는 농촌의 특성이 나타나고, 조사시기의 변화에 따른 건강생활유형의 변화도 보인다. 이런 양상을 활용하면 지역

표 3. 건강생활양식 유형 분류 결과비교

유형	Patterson (U.S.,1994)	Lee and Kim (Korea,1997)	Kim YG (Jeollanamdo, 2003)	Lee HK (Seoul, 2003)
적극적건강추구군	10.4%	-	-	24.8%
식생활군	24.5	32.9	67.8	-
운동군	17.2	7.2	6.2	-
소극적건강행위군	24.8	39.1	11.9	48.8
음주군	5.2	1.1	2.6	8.4
흡연군	15.6	17.2	10.9	13.5
건강유해행위군	2.3	2.5	0.6	4.5
흡연-음주군	-	-	-	0.7

간의 차이와, 시계열적 변화 등을 한눈에 보는 것이 가능할 것으로 생각된다.

건강생활양식의 인구사회학적 특성에 대해 고찰하여보면 식생활습관과 운동, 흡연과 음주 두 부류에서 차이가 보인다. 좋은 식습관과 운동은 간접적이고 추상적인 위험을 피하고자 하는 행위로 매일 어떤 여건 하에서 선택하는 것이며 흡연, 음주는 직접적이고 명확한 위험을 피하고자 하는 행위로 사회적 금기, 법률의 영향을 받는다[12]. 그래서 두 부류에 대한 태도에 영향을 미치는 요인은 상당히 다를 것이다[13].

흡연, 음주 행태관련 유형에서는 성별이 큰 인자였으며 식사와 운동은 적극적건강추구와 관련 고연령, 여자, 수입이 많을수록 바람직하였다.

요 약

우리나라 서울 일부지역 20세 이상 성인 2,775명을 대상으로 흡연, 음주, 식습관, 운동량을 기초로 군집 분석을 실시한 결과 생활양식이 6개의 유형, 즉 소극적건강행위군, 적극적건강추구군, 흡연군, 음주군, 건강유해행위군, 흡연-음주군으로 분류되었다. 각각의 특성은 다음과 같다. 소극적 건강행위군은 전체 대상의 48.3%를 차지하며, 흡연과 음주는 거의 하지 않지만, 식습관과 운동은 평균보다 낮다. 여자가 많으며, 젊은 연령이 많다. 적극적건강추구군은 전체 대상의 24.8%로 흡연, 음주, 식습관, 운동 모두에서 바람직한 행동을 보이는 군이다. 여자, 나이가 많을수록, 유배우자, 수입이 높은 사람에서 많다. 흡연군은 전체대상의 13.5%로 흡연량은 하루평균 20개비 정도이며, 음주와 식습관은 평균정도이고, 운동은 별로 하지 않는다. 남자와 젊은 사람에서 많다. 음주군은 전체 대상의 8.4%로 술을 많이 마시면서(월평균 17.7일) 식습관이 좋은 편이고, 흡연과 운동은 평균정도이다. 남자가 많으며, 나이 많은 사람에서 많다. 건강유해행위군은 전체 대

상의 4.5%로 모든 건강행위가 바람직하지 않은 사람들로 구성된다. 남자에서, 그리고 젊은 연령에서 많다. 흡연-음주군은 전체의 0.7%로 소수이지만 다른 군과는 달리, 흡연·음주는 많이 하면서도 식습관·운동량은 평균보다 약간 좋은 사람들인데, 건강행태의 다원성을 보여주는 예가 된다.

본 연구의 군집해가 Patterson[5], Lee와 Kim[6], Kim[7] 등의 선행연구와 다른 점은 우선 서울이라는 대도시 지역의 20세 이상 성인만을 대상으로 하였다는 점과, 조사시기가 다르다는 점을 감안하여 보아야하는데, 소극적 건강행위군이 48.3%로 많았고, 적극적건강추구군이 24.8%로 많이 분류된 것이 특징적이다. 그리고 지역이나, 시기에 따라 건강생활 양식의 유형 분류의 결과가 다르게 나오므로, 같은 지역에서 연차를 두고 건강생활양식을 분류하는 동일 연구를 하면 건강생활양식의 변화를 파악할 수 있고, 다른 지역에서 동일시기에 같은 분석을 시행한다면 지역간의 차이를 비교할 수 있으므로 지역보건계획에 기초자료를 제공할 수 있을 것이다.

6개의 유형의 분포에 영향을 미치는 인구사회학적 변수로는 성별, 연령, 수입이 두드러졌다. 특히 여자에서는 소극적 건강행위군, 적극적건강추구군이, 남자에서는 흡연군, 음주군, 건강유해행위군이 많았다. 연령이 많아지면서 건강을 위해 적극적인 태도를 보이는 적극적건강추구군이 증가했으며, 수입이 300만원 이상에서 특히 소극적건강행위군이 적고 적극적건강추구군이 많은 양상을 보였다. 이러한 연구 결과를 기초로하여 각 군에 적절한 접근방법을 찾고, 개입전략을 세울 수 있을 것이다. 여자가 주를 이루는 소극적건강행위군에게는 운동실천, 식생활 개선에 대한 적극적 개입을, 흡연군, 음주군에게는 주로 남자들을 대상으로 사회제도적, 문화적 접근을, 건강유해행위군에게는 치료적 접근을 시도해볼 수 있겠으며, 그 외 건강생활 양식의 유형에 따라 다양한 접근 전략에 대해 연구할 수 있을 것이다.

참고문헌

1. Kang MG. The influence of health lifestyle on health care utilization. The Graduate School of Yonsei University, 2000(Korean)
2. 통계청. 사망원인통계결과. 2002
3. Lalonde M. A new perspective on the health Canadians: A working document. Ottawa, International Canada, 1974
4. Revicki D, Sobal J, DeForge B. Smoking status and the practice of other unhealthy behaviors. *Fam Med* 1991;23:361-364
5. Patterson RE, Haines PS, Porkin BM. Health lifestyle patterns of US adults. *Preventive Medicine* 1994;23:453-460
6. Lee SY, Kim SW. Health behavior patterns of Korean. *Korean J of Preventive Medicine* 1997;30(1):181-193(Korean)
7. Kim YG. The relationship between health behavior pattern and health status or health management of some rural residents in Korea. The Graduate School of Environment and Public Health, Chosun University, 2003(Korean)
8. 서울특별시. 서울 시민 보건지표조사 결과. 한국보건사회연구원, 2002
9. 김기명, 전명식. SAS군집분석. 자유아카데미, 1996
10. Cockerham WC. Lifestyles, social class, demographic characteristics, and health behavior. In: Gochman DS(ed.). *Handbook of health behavior research(I)*. New York, Plenum Press, 1997
11. Burke V, Milligan RAK, Beilin LJ, Dunbar D, Spencer M. Clustering of health-related behaviors among 18-year-old Australians. *Preventive Medicine* 1997; 26: 724-733
12. Langlie JK. Interrelationships among preventive health behaviors: A test of competing hypotheses. *Pub Health Rep* 1979;94:216-225
13. Berrigan D, Dodd K, Troiano RP, Susan M, Krebs-Smith, Barbash RB. Patterns of health behavior in U.S. adults. *Preventive Medicine* 2003;36:615-623