

농촌주민의 성인성 질병실태와 보건지도

이화여자대학교 의과대학 예방의학교실
연세대학교 의과대학 예방의학교실*
최삼섭 · 위자형 · 이선희*

I. 서 론

오늘날 국민은 누구나 보건의료서비스에 쉽게 접근할 수 있기를 기대하며 건강을 권리로 인식해 가고 있다. 또한 정부나 지방자치단체가 주민의 건강에 대하여 보장할 수 있는 제도적 장치 마련할 책임이 있음을 주장하고 있다. 그간 우리나라는 지속적인 경제성장과 사회발전을 하면서 산업국가로 변모하는 과정에서 도시는 물론 농촌의 경제사회 구조 역시 급격하게 변화하여 왔다. 그러나 농촌은 도시에 비해 아직도 소득수준이나 교육수준도 떨어지고 사회·경제·문화 모든 측면에서 열세에 있다고 할 수 있으며 그 차이 역시 줄어들지 않고 있다.

그간의 농촌과 도시간의 균형적 발전을 위한 보건의료부문의 정책중 1980년에 제정한 '농어촌 보건의료를 위한 특별조치법' 시행은 농어촌 등 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료에의 접근성을 증대시켰으며 효율적인 1차 보건의료 제공으로 지역간 의료균형과 주민보건향상에 크게 기여하였으며 전국민 의료보험 조기사행의 틀을 구축하는 바탕이 되었다. 그러나 아직도 보건의료자원(의료시설과 인력 공허) 배분의 불균형과 도농간의 경제, 사회, 문화적인 수준의 격차에 따른 의료요구로 주민의 보건의료 서비스 수혜수준에 큰 차이를 나타내고 있다(송건용 등, 1982).

우리나라의 농촌 보건의료의 문제점은 도시에 비해 특수 사망률이나 유병률이 아직도 높고 증가추세에 있으며 의료시설이나 의료인력 등 의료자원이 부족하여 불리한 여건에 놓여 있다는 점이다. 이같은 농촌지역의 불리한 사회적 여건과 농촌주민들의 건강상태 상황을 감안할 때 농

촌주민들의 건강유지 및 향상을 도모하기 위해서는 농촌 의료전달체계 정립에 의한 환자 치료기능 강화도 중요하지만 이에 못지 않게 잠재하는 질병을 조기발견, 조기치료하는 보건의료 활동 또한 필요하다 할 것이다.

이 연구는 지방자치단체가 지역보건소식과 지역보건요원활동을 통하여 농촌주민의 건강증진과 질병예방사업 특히 성인성 질병의 예방관리 방안을 모색하고자 수행하였다.

II. 농촌지역 인구의 특성

농촌이란 도시의 입장에서 보면 공간적으로 배후지와 같은 개념이지만 양자간에는 기능적이고 구조적인 측면에서 상호보완적인 관계가 존재한다. 도시의 비교할 때 현재의 농촌은 소득수준과 교육수준이 낮으며 사회, 정치, 문화적 측면에서 열위에 있다. 그러나 고도산업사회로 이행함에 따라 도시와 농촌의 균형된 보완은 불가피한 명제이며 국민경제적 측면에서나 사회, 정치, 문화 측면에서 농촌이 감당해야 할 역할 역시 중요해지고 있다.

농촌은 도시로부터 경제적, 교육적, 문화적 혜택을 흡수하고 도시민에게 좋은 자연환경과 위락장소를 제공함으로써 국민정서 생활의 향상과 생산성의 향상에 도움을 줄 수 있으며 상호간의 유기적인 기능관계를 분담하도록 도울 것이기 때문이다. 농촌이란 행정구역의 단위를 기준으로 할 때 군부를 말하며 도시권 시부를 뜻한다. 따라서 농촌인구는 크게 읍지역 인구나 시지역 인구로 구분되지만 엄격하게 따지면 읍지역은 도시적 특성을 강하게 띠고 있다. 따라서 인구

통계적으로 볼 때 농촌인구의 약 1/3은 읍지역 주민으로서 도시인구의 특성을 가지고 있다고 볼 수 있다.

1960년 이후의 시·읍·면 지역의 연도별 인구변화를 보면(표 1) 전체 인구는 1960년을 기준으로 할 때 1990년에 1.6배 증가하였고 특히 시부에서는 3.78배가 증가하였다. 읍부에서는 2.13배가 증가하였으나 면부에서는 0.58배로 오히려 감소를 보이고 있다. 군부(읍·면) 인구는 도시유출로 인해 감소되고 있으며 이러한 감소는 특히 읍지역 주민의 감소에 기인함을 알 수 있다.

표 1. 연도별 시·읍·면 인구, 1990

연도	인 구 수 (1,000인)			
	시	읍	면	계
1960	6,997	2,259	15,733	24,989
1970	12,929	2,850	15,654	31,433
1980	21,441	4,537	11,461	37,449
1990	26,418	4,815	9,187	40,420
인 구 지 수 (100 : 1960년 기준)				
1960	100	100	100	100
1970	185	126	99	126
1980	306	201	73	150
1990	378	213	58	162

자료 : 1) 내무부, 한국도시연감, 1982, p. 24
2) 인구주택 총조사 보고서, 대한통계협회, 1990

면지역 또는 농어촌 벽지의 젊은 연령인구의 읍 및 도시로의 이동은 지역간 인구구조의 차이에서 현저하게 나타나고 있다(표 2). 1990년에 전인구중 60세 이상의 노령인구비는 면지역이 12.0%로서 도시의 4.9%나, 읍지역의 7.8%보다 높으며 인구 노령화지수도 면지역이 상대적으로 높게 나타나고 있다. 과거 20년간 군부 인구중 읍부의 인구는 계속 증가하였으며 앞으로도 그 추세는 계속될 것이다.

표 2. 지역별, 연령별 인구구조 및 노령화지수 (1990)

인구구조(세)	단위 : 천명 (%)		
	도시지역	읍지역	면지역
0-14	7,835 (29.7)	1,500 (31.1)	2,760 (30.0)
15-59	17,301 (65.4)	2,038 (61.1)	5,329 (58.0)
60 이상	1,282 (4.9)	377 (7.8)	1,098 (12.0)
계	26,418(100.0)	4,815(100.0)	9,187(100.0)
노령화지수*	10.1	16.0	26.0

자료 : 인구주택 총조사보고서, 1990. 통계협회
* 노령화지수=(65세 이상 인구/0-14세 인구)×100

향후의 인구 증가수익률 살펴볼 때(표 3) 1990년 현재 우리나라의 총인구수는 약 4,042만 명으로서 2,000년에는 16%가 증가한 4,683만명에 이를 것으로 예상된다. 이중 65세 이상 노인인구비는 4.34%에서 6.35%로 증가할 전망이다. 이러한 노인인구의 증가는 농촌 인구구조의 노령화를 더욱 가속시킬 것이다.

표 3. 우리나라 인구증가 전망

연령	1990년			2000년		
	계	남	여	계	남	여
총 계	40,419 (100.0)	20,228 (100.0)	20,192 (100.0)	46,828 (100.0)	23,574 (100.0)	23,257 (100.0)
0-4세	3,703 (9.16)	1,923 (9.51)	1,780 (8.81)	3,450 (7.37)	1,787 (7.58)	1,663 (7.15)
5-9세	3,916 (9.69)	2,025 (10.01)	1,891 (9.37)	3,414 (7.29)	1,780 (7.55)	1,634 (7.03)
10-14세	4,476 (11.07)	2,311 (11.42)	2,165 (10.72)	3,268 (6.98)	1,709 (7.25)	1,560 (6.71)
15-24세	8,561 (21.18)	4,413 (21.82)	4,148 (20.54)	7,670 (16.38)	3,974 (16.86)	3,698 (15.90)
25-34세	7,185 (17.78)	3,617 (17.88)	3,569 (17.68)	8,085 (18.55)	4,485 (19.02)	4,201 (18.06)
35-44세	4,769 (11.80)	2,433 (12.03)	2,336 (11.57)	8,144 (17.39)	4,153 (17.62)	3,991 (17.16)
45-54세	3,784 (9.36)	1,853 (9.16)	1,932 (9.57)	5,366 (11.46)	2,758 (11.70)	2,608 (11.21)
55-64세	2,275 (5.63)	1,000 (4.94)	1,273 (6.30)	3,856 (8.23)	1,866 (7.92)	1,991 (8.56)
65-74세	1,224 (3.03)	498 (2.46)	727 (3.60)	2,127 (4.54)	830 (3.52)	1,297 (5.58)
75이상	526 (1.30)	155 (0.77)	371 (1.84)	845 (1.81)	232 (0.98)	614 (2.64)

III. 농촌 지역 주민의 성인성 질환 현황

1. 우리나라 주요 사망원인

질병통계나 사망통계는 그 나라 국민 보건정책이나 복지정책 수립에 있어 중요한 기준이 된다. 특히 사망통계 자료는 그 나라의 사회·문화적 지표가 될 뿐만 아니라 국민의 건강상태를 나타내는 주요 보건지표가 되기 때문에 중요성과 활용성이 다른 지표보다도 크다고 할 수 있다. UN 보고에 의하면 전통사회에서의 사망양상은 전염병 또는 호흡기계 질환에 의한 높은 사망률을 나타내는 반면에 근대화된 사회에서는 40-50대 국민에게 비전염성 질환인 순환기계 질환, 암질환 및 손상과 중독에 의한 사망이 증가하고 있다고 보고하였다. 사망통계중에서 각 국가마다 10대 주요 사인 또는 5대 주요 사인으로 대표되는 사망양상에 대한 조사와 더불어 국가별 비교가 활발하게 이루어지고 있는 것도 이와 같은 이유에 기인하고 있다.

연도별 주요 사망원인의 변천과정을 보면(표 4) 1980년대에 들어서는(강재연과 최삼섭, 1985) 순환기계 질환과 만성 질환들이 주류를 이루고 있으며 45-64세 연령군에서의 주요 사인 역시 성인성 질환들이 상위를 점하고 있다. 이와 같은 사망양상은 45-64세 연령군이 사회활동을 하는데 있어 신체적으로나 정신적으로 가장 많은 부담을 겪는 연령군이기에 때문에 성인성 질환의 축적현상이 두드러지게 나타나고 있는 것으로 해석된다. 문옥륜 등(1981)은 우리나라 성인병 실태조사에서 고혈압, 뇌졸중, 간경변, 암 및 당뇨병 등이 40-50대 연령군에서 가장 높다고 보고하고 있는 바 성인성 질환으로 인한 사망의 증가를 뒷받침해 주는 자료라고 생각된다. 65세 이상 연령군의 10대 주요 사인의 순위는 뇌혈관 질환(1위), 고혈압성 질환(2위), 위 악성 신생물(3위), 기관지염·폐기종 및 천식(4위), 만성 간질환 및 간경변(5위), 결핵(6위), 폐렴(7위), 중독 및 독성영향(8위), 기관지 및 폐악성물(9위), 당뇨병(10위) 순으로 45-64세 연령군과 유사하다. 한편 1980년도 농촌주민의 10대 주요 사인을 보면 전체 국민들과 비교할 때 순환기계 질환 외에 중독 및 독성 영향이나 자살 등 사고가 많고 성인성 질환의 비중이 높게 나타나고 있다.

1985년 주요 사망원인에서는 순환기계 질환과 악성 신생물의 비중이 과거에 비해 현저하게 높아졌음을 볼 수 있으며 45-64세 연령군에 있어서는 악성 신생물과 사고의 비중이 전체 인구에 비해 상대적으로 높았다.

1990년에 들어선 자동차 교통사고와 기타 사고 등의 비중이 현저하게 높아졌으며 순환기계 질환중 고혈압성 질환의 비중은 약간 낮아진 반면 악성 악성 신생물이 전반적으로 증가함을 볼 수 있다. 이러한 경향은 1993년에 들어 보다 뚜렷해지고 있으며 고혈압성 질환은 5위로 밀려나 있는데 이러한 결과는 고혈압 관리에 대한 높은 관심의 결과에 의한 것으로 유추된다.

표 4. 연도별 주요 사인의 변천

연령	1980년	1985년	1990년	1993년
전체인구	1. 뇌혈관 질환	1. 뇌혈관 질환	1. 뇌혈관 질환	1. 뇌혈관 질환
	2. 고혈압성 질환	2. 고혈압성 질환	2. 교통사고	2. 교통사고
	3. 중독 및 독성영향	3. 순환기계 질환 및 기타 신질환	3. 고혈압성 질환	3. 위 악성 신생물
	4. 위 악성 신생물	4. 위 악성 신생물	4. 위 악성 신생물	4. 만성 간질환 및 간경변
	5. 만성 간질환 및 간경변	5. 만성 간질환 및 간경변	5. 만성 간질환 및 간경변	5. 고혈압성 질환
	6. 결핵	6. 간의 악성 신생물	6. 기타 사고	6. 기타 사고
	7. 자동차 교통사고	7. 교통사고	7. 간의 악성 신생물	7. 간의 악성 신생물
	8. 자살 등 불의의 사고	8. 기타 불의의 사고	8. 폐의 악성 신생물	8. 폐의 악성 신생물
	9. 기관지염·폐기종 및 천식	9. 결핵	9. 당뇨병	9. 당뇨병
	10. 폐렴	10. 기관지염 및 천식	10. 결핵	10. 결핵
45-64세 연령군	1. 고혈압성 질환	1. 뇌혈관 질환		
	2. 뇌혈관 질환	2. 만성 간질환 및 간경변		
	3. 만성 간질환 및 간경변	3. 고혈압성 질환		
	4. 위 악성 신생물	4. 위 악성 신생물		
	5. 결핵	5. 폐순환기계 질환 및 기타 신질환		
	6. 당뇨병	6. 간의 악성 신생물		
		7. 결핵		
		8. 교통사고		
		9. 기타 불의의 사고		
		10. 기관지염·폐기종 및 천식		

2. 성인성 질환의 유병률

고혈압 및 뇌혈관 질환과 암은 우리나라 40-50대 연령군에서 가장 많은 사망자를 초래하는 성인성 질환으로 보고되고 있으며 이에 따라 이들 질환들에 대한 유병률 연구들 역시 활발하게 이루어지고 있다.

1) 고혈압 유병률

우리나라 도시와 농촌을 대상으로 1980년에 조사된 고혈압(165/95 mmHg 이상) 유병률(서울보건연구회, 1981)을 보면 15세이상 인구의 7.2%가 고혈압 유병자였으며 연령증가에 따라 30-40대에서는 7-5%, 65세 이상에서는 30-40%로 유병률이 증가하였다. 이로부터 10년후인 1990년 전국 조사에서는(김정순 등, 1994) 혈압수준이 140/90mmHg 이상이거나 고혈압 치료약물을 복용하고 있는 경우가 19.8%였으며 160/95mmHg 이상인 경우도 12.4%나 되었고 역시 연령이 증가할 수록 유병률은 증가하였다. 지역간 유병률을 비교해 보면 농촌이 11.24%였고 도시가 14.43%였으나 고혈압 약물복용자는 도시에서 높아 상대적으로 농촌의 고혈압 관리사업이 부실함을 짐작할 수 있다. 향후 노령인구의 지속적인 증가를 고려할 때 우리나라 고혈압 유병률의 수준은 증가할 것으로 전망된다. 고혈압은 약 25%가 고혈압성 심질환을 유발하며 10-25%가 신부전증을, 3-30%는 울혈성 심부전증을 0.5-2%는 심근경색증을 유발하는 등(서울보건연구회, 1981) 여러 순환기 질환의 위험요인으로 작용하기 때문에 관리에 역점을 두어야 할 질환으로서 이에 대한 집중적인 보건사업이 요망된다.

2) 암질환 유병률

암질환은 사망원인에서 2위를 차지하는 중요한 질환이다. 김정순(1988)이 지역의료보험 시범사업지역인 흥천, 옥구, 군위, 보은, 강화 및 목포 6개 지역 의료보험 대상자 약 50만명을 대상으로 1987년 1년간 의료보험 청구명세서를 분석한 결과에 따르면(표 5) 남자의 경우 인구 10만명당 242.4명, 여자의 경우 235.3명으로 남자가 약간 많았다. 연령군별로 살펴볼 때 남자는 65-74세군에서 가장 높고 여자는 55-64세군에서 가장 높았다.

표 5. 인구 10만명당 성별, 연령별 암 유병률, 1987

연령	남		여		계	
	환자수	유병률	환자수	유병률	환자수	유병률
0	0	0	0	0	0	0
1 - 4	6	46.96	1	9.40	7	29.90
5 - 14	9	21.13	12	29.74	21	25.32
15 - 24	24	51.66	20	48.48	44	50.17
25 - 34	25	72.49	47	139.22	72	105.50
35 - 44	55	229.94	60	274.98	115	251.42
45 - 54	125	575.67	119	532.58	244	553.81
55 - 64	132	1,126.57	121	781.00	253	929.81
65 - 74	102	1,254.30	62	552.19	164	847.11
75 -	19	835.90	19	441.76	38	578.04
계	497	242.43	461	228.17	958	235.35
연령표준화율		225.08		188.36		203.94

1985년 연령별 한국인구기준 표준화율
자료) 김정순 : 한국역학회지 10(1):1-29, 1988

부위별 암유병률을 보면(표 6) 남자의 경우 위암이 가장 높고(80.97) 다음이 폐암(33.71)과 간암(30.24)순이었다. 여자에 있어서는 위암(45.04), 자궁경부암(36.13)과 유방암(16.33)의 순이었다. 다만 이 자료는 의료보험 자료이기 때문에 진단의 잘못이나 질병 명이 다를 수 있어 그 결과를 일반화하기에는 제한이 있다.

표 6. 인구 10만명당 성별 암 발생부위별 암 유병률, 1987

부위별암	남		여		계	
	환자수	유병률	환자수	유병률	환자수	유병률
위 암	166	80.97	91	45.04	257	63.14
폐 암	65	31.71	30	14.85	95	23.34
간 암	62	30.24	31	15.34	93	22.85
대장/직장암	33	15.42	22	10.89	55	13.51
구강암	19	9.26	20	9.90	39	9.58
식도암	15	7.31	14	6.93	29	7.12
유방암	-	-	33	16.33	-	-
자궁경부암	-	-	73	36.13	-	-
기타, 암	137	-	147	-	284	-
계	497	242.43	461	228.17	958	235.35

자료) 김정순 : 한국역학회지 10(1):1-29, 1988

실제 암환자에 대한 조사자료로서 보건사회부가 1982년부터 1987년까지 5년간 수련병원에서 진료한 암환자를 조사한 보고에 따르면(표 7)

남자의 경우 위암이 29.6%로 가장 많고 간암(15.0%), 폐암(13.2%) 순으로 의로보형 자료분석 결과와 유사하였으나 여자에서는 자궁경부암(27.8), 위암(17.8), 유방암(9.1)의 순으로 약간의 차이를 보였다.

표 7. 성별, 부위별 암 빈도 순위, 1982-1987

순위	남				여			
	부위	환자수	%	부위	환자수	%		
1	위암	19,545	29.6	자궁경부암	15,661	27.8		
2	간암	9,928	15.0	위암	10,069	17.8		
3	폐암	8,716	13.2	유방암	5,150	9.1		
4	대장/직장암	3,928	5.6	대장/직장암	3,421	6.0		
5	조혈기암	2,609	4.0	갑상선암	2,603	4.6		
6	식도암	2,008	3.0	간암	2,513	4.5		
7	방광암	1,946	2.9	폐암	2,333	4.1		
8	후두암	1,607	2.4	조혈기암	1,921	3.4		
9	췌장암	1,400	2.3	난소암	1,428	2.5		
10	담낭암	1,390	2.1	담낭암	1,072	1.9		
	계	66,154	100.0	계	56,493	100.0		

자료) 보건사회부 : 한국인 암등록 조사자료(1982. 7. 1. - 1987. 6. 30.) 분석보고, 1988

표 8. 1960, 1970 및 1980년대 통계 암환자 연구 문헌자료를 종합분석한 성별, 연령별, 부위별 암 빈도 순위

부위별암	1960년대		1970년대		1980년대	
	남 (n=19608)	여 (n=23085)	남 (n=9297)	여 (n=8743)	남 (n=32061)	여 (n=28019)
위암	23.8	9.1	30.1	14.8	29.4	17.7
간암	9.4	1.8	8.3	2.7	16.0	4.7
폐암	5.7	1.2	9.0	1.5	11.9	4.0
대장/직장암	6.3	3.3	6.8	4.2	5.7	6.0
후두암	6.1	0.3	3.7	0.1	2.4	-
방광암	2.1	0.3	2.9	0.5	2.8	0.5
피부암	5.1	2.0	2.5	1.8	0.8	0.5
골암	2.2	0.9	1.7	0.2	0.7	0.5
갑상선암	0.7	2.7	0.2	3.6	0.4	4.2
자궁경부암	-	48.3	-	38.0	-	28.1
유방암	-	8.1	-	9.3	-	12.4
기타	38.6	22.0	34.8	23.3	29.9	21.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료) 영광호, 이원철. 한국역학회지 1987;9(1):139-150

한편 맹광호 등(1987)이 암환자 관련 연구논문들을 종합적으로 분석한 결과에 따르면 남자의 경우 특히 간암과 폐암의 상대적인 빈도가 증가하고 있으며 여자에서는 자궁경부암의 빈도가

감소하는 반면 위암과 유방암이 크게 증가하고 있다고 보고하였다.

동촌지역 주민의 암유병률을 보면(표 9) 1987년 1년간 강화군민의 암발생률은 인구 10만명당 남자 190.7명, 여자 159.7명으로 나왔으며 이러한 결과를 세계인구의 연령별 분포에 따라 표준화시키면 인구 10만명당 남자 190.7명, 여자 138.8명에 해당한다. 1983년과 1987년을 비교할 때 전반적으로 암발생이 증가하고 있음을 알 수 있다.

표 9. 인구 10만명당 성별 암 발생률, 강화군, 1983-1987

연도	남			여		
	환자수	발생률	연령표준화* 발생률	환자수	발생률	연령표준화* 발생률
1983	68	143.9	141.9	45	98.7	89.7
1984	89	201.9	191.8	50	108.4	100.4
1985	86	199.3	192.6	46	101.7	82.1
1986	81	189.0	188.5	49	111.2	94.5
1987	81	197.0	190.7	68	159.7	138.8
계	405	185.4	183.0	258	115.4	99.5

* UICC 연령별 세계인구 기준

자료) 연세의대 예방의학교실 : 강화 암등록 사업 (1983-1987), 1989

성별, 발생부위별 현황을 보면(표 10) 남녀 모두 위암 발생률이 가장 많고 남자의 경우 폐암과 간암 순이며 여자는 자궁경부암과 간암 순위를 보이고 있다.

표 10. 인구 10만명당 부위별 성별, 암발생률, 강화군, 1983-1987

부위별암	남		여	
	환자수	발생률	환자수	발생률
위암	151	69.1	66	29.5
폐암	60	27.5	11	4.9
간암	40	20.6	25	11.2
대장/직장암	32	14.7	18	8.1
식도암	19	8.7	2	0.9
방광암	9	4.1	4	1.8
췌장암	7	2.7	8	3.6
백혈병	12	5.5	6	2.7
갑상선암	3	1.4	15	6.7
자궁경부암	-	-	54	24.2
유방암	-	-	13	5.8
난소암	-	-	6	2.7
기타, 암	72	-	30	-
계	405	185.4	258	115.4

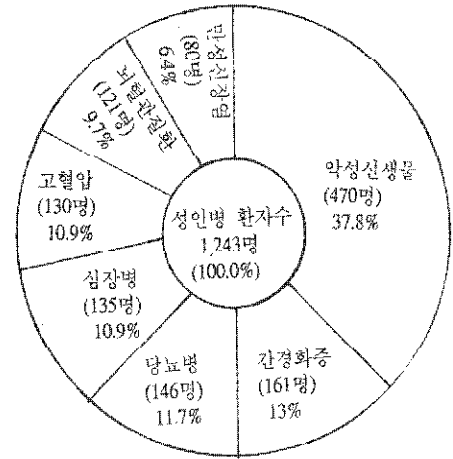
자료) 연세의대 예방의학교실 : 강화 암등록 사업 (1983-1987), 1989

최근 1992년 보사부에서 한국인 암등록 조사 자료를 분석 제시한 바에 따르면(의계신문, 1992) 도시, 농촌 모두 남자에게서 여자보다 암 유병이 높고 발생순위도 남자의 경우엔 위암(28.2%), 간암(15.8%) 폐암(15.4%)순이었으며 여자는 자궁경부암(22.3%), 위암(17.5%), 유방암(10.5%)순으로 폐암과 유방암이 증가하는 추세를 보이고 있다. 따라서 우리나라 암발생의 특징은 위암 발생이 남녀 모두 높으며 일본과 더불어 세계에서 가장 높은 수준이고 간암 발생 역시 중국과 함께 세계적으로 높은 수준의 발생률을 보이고 있다. 또한 남녀 모두 폐암이 빠르게 증가하고 있는 점도 주목할 만하다고 하겠다. 최근에 암발생 요인을 연구한 맹광호(1993)에 따르면 위암이나 간암 그리고 폐암에서 도시 지역에 거주하는 사람보다는 농촌인구에게서 발생이 높은 것으로 나타나 농촌인구에 대한 집중적인 암관리 사업이 현실적으로 필요함을 시사하고 있다.

3. 기타 성인성 질환 유병률

고혈압 다음으로 높은 성인성 질환은 만성 폐쇄성 폐질환으로 분류되는 만성 기관지염·폐기종 및 천식이다. 사망순위에서는 9-10위를 차지하나 그 유병률은 높아서 영세지역 주민의 2.3%, 농촌주민의 5.4%가 이 질환으로 고생하고 있다. 선진국에서 문제가 되고 있는 당뇨병의 유병률은 최근 들어 우리나라에서도 증가하고 있는 추세이며 15세 이상의 농촌인구에서 0.9%로서 도시영세민의 0.2%보다 높은 것으로 보고되고 있다(서울보건연구회, 1981). 문화병의 하나로 경제발전과 병행하여 발생하는 당뇨병은 과체중 인구의 증가와 더불어 점차 증가되어 동맥경화증, 고혈압, 만성 신질환, 백내장 등의 합병증을 유발하며 퇴행성 질환의 증가를 더욱 촉진시킬 것으로 전망된다. 사망순위 7위인 만성 간질환 및 간경변은 아직까지 주목할 만한 유병상태로 보고되지 않고 있으나 만성 간질환의 일부로 이행되는 간염 B 바이러스 항원 양성률은 8% 수준에 있다(천병렬 등, 1992).

1979년 10월 진국 병의원예 입원중인 성인환자들을 대상으로 전체 입원환자의 12%를 차지하는 몇가지 만성 퇴행성 질환의 백분율을 도시한 결과를 살펴보면 그림 1과 같다.



자료) 문옥륜 등 : 성인병 실태조사, 1981

그림 1. 전국 입원환자를 대상으로 한 만성병 질환의 상대비도, 1980

지역주민을 대상으로 한 일반적 유병상태 결과와는 다르게 유병률이 낮고 치명율이 높은 악성 신생물의 비중이 가장 크고 유병률과 치명율이 모두 높은 뇌혈관 질환자가 비교적 낮게 나타나고 있음이 특징적이다. 이같은 결과는 뇌혈관 질환자들중에는 노령인구가 많은 편이며 이들 노령인구계층은 상대적으로 입원을 꺼려하고 재가치료를 하는 우리나라 사회문화적 특성과, 만성적인 경과를 갖기 때문에 입원진료를 선호하지 않는 뇌혈관 질환의 특성으로 인해 입원환자조사에서 과소 집계되었을 것으로 판단된다.

주요 4대 만성 질환에 대한 이환율을 조사한 최근 결과를 보면(표 11) 4개 질환 모두에 있어서 시부보다 군부에서의 이환율이 높았으며 군부가 1.9배 높았다. 이중 특히 근골격계 및 피하조직 질환의 이환이 가장 높았으며 다음으로 소화기계 질환 순이었다.

표 11. 지역별 인구 1,000인당 주요 4대 만성 질환 이환율 (단위 : 건)

상 병	시부	군부	차이
근골격계 및 피하조직 질환	49	152	103
소화기계 질환	46	93	47
순환기계 질환	27	50	23
신경계 및 감각기 질환	16	34	18
계	138	329	191

자료 : 한국보건사회연구원, 1992년도 국민건강조사, 1993

IV. 농촌지역 주민의 건강검사를 통한 건강관리

건강관리라 함은 자신의 육체적, 정신적 건강상태를 정상적으로 유지시키며 주기적으로 점검을 통하여 질병을 빨리 발견 치료하고 나아가 예방하는 것을 말한다(최삼식 등, 1986). 국민의 평균수명이 연장됨에 따라 고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 암, 심장병, 간장질환, 만성 폐질환, 만성 비뇨기계 질환 등 성인성 질환자가 늘어나고 있으며 활동기 인생을 위협하는 이러한 질환들은 중년기 이후 사망원인의 50% 이상을 차지하고 있다. 오늘날 알려진 성인성 질환의 대다수는 조기발견과 조기치료로서 효과적인 치료를 기대할 수 있고 합병증을 예방할 수도 있어 환자 본인은 물론 가정의 파탄과 경제적 손실도 막을 수 있기 때문에 정기적인 건강검사의 필요성과 중요성이 강조되고 있으며 이를 세도화하려는 노력이 경주되고 있다.

이러한 관점에서 농촌주민 건강검사 사업은 지방자치체 시대를 맞아 지방자치 단체장의 책임으로 시행해야 할 지역주민 복지 사업의 중요 과제로 검토되어야 할 것이다. 농촌주민에 대한 건강검사는 읍·면소재 보건지소가 중심이 되어 지역사회내의 개업의원 등 의료시설과 읍사무소, 농협 단위조합 등 지역조직들이 지역사회 개발사업의 일환으로서 협동으로 수행하는 것이 바람직하다. 농촌주민을 위하여 시행해야 할 건강검사를 순회검사와 센터검사로 구분하여 그 기능을 비교하면 그림 2, 그림 3과 같다.

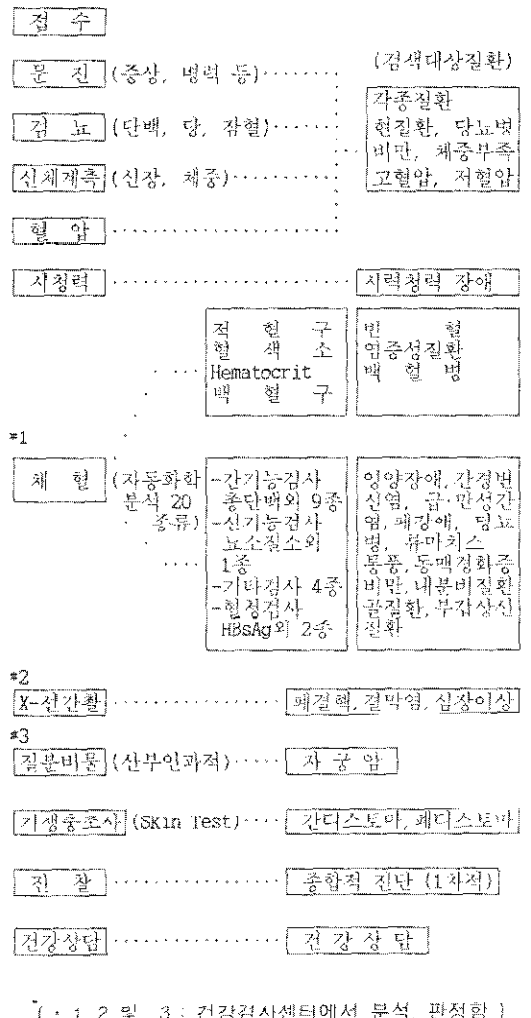


그림 2. 집단건강검사 내용

V. 농촌지역 주민에 대한 성인병 지도

1. 먼지역 보건요원들의 성인병 지도사업

7간 우리나라 농촌지역에 있어서 보건지소 또는 읍사무소에 소속된 면 보건요원들에 의한 지역주민 결핵예방과 치료사업, 가족계획사업을 포함하는 모자보건사업은 농촌주민의 건강유지 향상과 우리나라 인구증가 억제에 크게 기여하여 왔으며 이 지역에 개설된 보건진료소 요원인 보건진료요원의 1차 보건진료 활동은 농촌주민의 1차적인 보건의료 요구를 충족시키는 새로

운 접근방법으로 정착되어지고 있다. 이와 같은 농촌 보건사업은 정부가 1980년에 '농어촌 보건 의료'를 위한 특별조치법' 보완개정으로 의사들을 농어촌 보건의료기관에 배치 활용하여 취약 지역 주민들에게 보건의료를 효율적으로 제공함으로써 지역간 의료균형과 전국민 보건향상에 획기적인 기여를 하게 하였다.

1989년 농어촌 지역에도 의료보험이 도입됨에 따라 농촌지역 주민의 성인병 예방과 조기발견을 위한 보건사업의 필요성이 제기되고 있으며 특히 질병구조의 변화에 따라 주민에 대한 건강

검사항목	탐색 검사기능어부		조기발현 탐색 대상질환
	순회검사	센터검사	
문진	○	○	현증질환, 기왕력, 가족력
검뇨	○	○	신장염, 당뇨병, 잠혈
신체측정	○	○	비만, 퇴소체중
혈압	○	○	고혈압, 저혈압
시력검사	△	○	시력장애, 세종맥경화, 당뇨
청력검사	○	○	청력장애
일반혈액검사	○	○	빈혈, 백혈병, 증성질환
일반혈액화학검사	○	○	폐·신기능장애, 당뇨병, 동맥경화, 심장병
기생충검사	○	○	간디스토마, 폐디스토마
부인과검사	○	○	자궁암, 자궁근종
흉부 X-선	○	○	폐결핵, 암, 심장비대
유방 X-선	X	○	유암, 유선
위부 X-선	X	○	식도, 위, 12가지의 암, 중양
심전도	X	○	협심증, 심장정맥색심비대, 부정맥
심폐기능	X	○	천식, 폐기증, 만성기관지염
초음파검사	X	○	암 및 기타증상(상복부 복강내)
진각상담	○	○	진각상담

그림 3. 집단건강검사 기능비교

증진교육이 시급해지고 있다. 시부와 군부의 건강관리 방법을 조사 비교한 결과에 따르면(표 12) 1989년에 비해 1992년에는 전반적으로 건강관리에 대한 노력이 증가되고는 있으나 시부에 비해 군부에서 건강관리에 대한 재반 노력을 절대적으로 등한시하고 있음을 볼 수 있다. 향후의 질병들이 주민 개개인의 생활행태와 밀접하게 관련된다는 점에서 주민들에게 다양한 건강관리 방법과 그 필요성을 주지시킬 필요가 있다.

표 12. 건강관리 방법

구분	운동	식사 조절	담배, 술절제	위생상태, 복용	기타	아무것도 안함	계
시부	1989	10.9	8.7	4.1	6.8	4.6	64.9
	1992	16.6	13.3	2.9	7.9	8.9	50.0
군부	1989	4.6	2.6	2.1	5.8	0.0	84.0
	1992	7.3	7.2	2.6	7.7	3.0	72.2

자료) 한국보건사회연구원 : 국민건강조사, 1990, 1993

이와 관련된 구체적인 보건사업으로서 전국 보건지소에 배치된 공중보건의사의 책임 하에 보건진료요원과 면 보건요원을 보수교육하여 성인성 질환 보건지도를 수행하는 방안을 새로운 과제로 검토해 볼 수 있다.

성인성 만성 질환들 가운데에는 젊은 시절에 섭생과 체력관리 등을 잘 지도하면 장·노년에 이르러 성인성 질환에 걸리지 않게 하거나 발병

해도 경미한 경과를 거치게 되는 질환이 적지 않다. 따라서 지역주민에 대해 기회가 있을 때마다 마을모임이나 가정방문을 통하여 성인병 예방에 대한 지도가 중요하다. 또한 이러한 지도와 교육이 보건요원의 중요한 역할이 될 수 있으며 조기발견도 보건진료요원의 역할이 된다.

성인병은 일단 발병하게 되면 불치의 경우가 많으므로 안정된 취하게 하는 것은 환자에 대한 생활의 권리를 박탈하는 결과를 가져올 수 있으며 더 악화되지 않도록 진로하고 제한된 범위 내에서라도 가능한 생활을 영위할 수 있도록 지도하는 것도 중요한 지도사항중의 하나이다. 진정한 의미에서 건강은 수명을 길게 연장하는데 그치지 않고 삶의 질이라는 측면에서 의미있는 삶을 영위할 수 있도록 지원하여야 한다. 따라서 만성병을 가지면서도 사회생활을 계속 할 수 있도록 환자의 생활을 지도하고 가정에 요양 중인 환자에 대하여 효과적인 요양지도를 통하여 가능한 빨리 사회복귀가 이루어질 수 있도록 하여야 한다. 이와 같은 기능적 역할을 수행하기 위해서는 보건진료요원과 보건요원에게 대한 직무교육과 더불어 성인성 질환에 대해 충분히 이해하고 조치할 수 있는 훈련이 제공되어야 지역내 의사의 지도와 감독하에 원활한 관계를 유지하면서 봉사하는 자세의 함양이 필요하다. 위와 같은 취지에 따라 다음 장에서는 보건요원 또는 보건진료요원의 성인병 지도상의 실제와 범위에 대하여 기술하고자 한다.

2. 성인병 환자의 생활지도

근래에 와서 고혈압이나 암에 대한 예방적 집단검진이 많은 의료시설에서 시행되고 있음은 바람직한 예방사업이라 할 수 있다. 그러나 이러한 검사를 받은 사람중에는 실제로 건강에 아무런 이상이 없으면서도 자신의 건강에 불안을 갖고 사회적 활동에까지 지장을 느끼는 경우들이 있다. 예방검진이란 좋은 뜻에서 받은 검진이 오히려 신경성 환자를 만든다면 이는 검진결과가 올바르게 피검사자들에게 전달되지 않으므로서 생지 일이라 하겠다. 검진시 바쁜 의사가 피검사자와 충분한 시간을 갖고 대화한다는 것이 어려운 일일수 있다. 따라서 보건요원이나

보건진료요원들이 검사결과를 피검사자에게 바르게 전달하고 교육할 필요가 있으며 피검자의 지적 수준에 맞게 정확히 이해될 수 있도록 설명되어야 한다. 또한 생활지도할 경우 생활이나 식이에 대한 일방적인 규제와 제한만을 지도하는 것은 바람직하지 않으며 환자들의 사기나 의욕이 저하되기 쉽기 때문에 치료에 역효과를 가져올 수 있다. 따라서 생활지도는 일상생활에서 쉽게 시행이 가능한 것부터 시작하여 점진적으로 노력이 필요한 사항으로 진전시켜 가는 것이 효과적일 수 있으며 현재의 일이나 직업을 계속 수행하면서 생활을 즐길 수 있는 방향으로 지도해 가는 것이 바람직하다. 성인병에 걸렸음을 알게 된 환자들은 조금하계 약물요법에 의존하려 하게 되나 성인병의 대부분은 생활의 조정이 가장 기본적인 치료법이라는 점을 지도하여야 한다. 많은 성인병들은 평생 치유되지 않는 것도 있으나 더 악성으로 진행되지 않도록 하거나 합병증이 발발하지 않도록 관리하면 사회생활을 지장받지 않고 장수도 누릴 수 있으므로 이러한 점들에 대한 충분한 설명을 통하여 환자들의 의욕을 진작시켜 줄 필요가 있다. 의사나 보건요원 또는 보건진료요원은 환자가 스스로 질병을 관리할 수 있도록 곁에서 지도하고 지원해 줄 수 있어야 하며 이를 위해 매년 1회의 정기검진이 유익함을 보건지도하여야 한다. 종합검진을 위하여 입원하는 경우도 가능하겠지만 대부분의 경우 외래에서 성인병 예방목적의 검진을 받을 수 있고 지도 받을 수 있음을 홍보지도하는 것이 바람직하다. 그러나 정기검진후에도 신체에 이상을 느끼게 될 경우에는 그 원인을 파악하기 위하여 빨리 내원할 필요가 있음을 교육하여야 한다. 무엇보다도 중요한 점은 보건요원의 기능중 가장 중요한 기능으로서 보건교육을 들 수 있는 바 대상에 적합한 교육 프로그램과 보건지도가 강조되어야 한다.

3. 성인병 관리에 있어서의 예방의학적 입장

성인병은 그 발병을 완전히 예방하기에는 어려우나 조기에 발견만 하면 질병의 진행을 방지할 수도 있고 일부 암에서는 조기수술에 의해 치료시킬 수 있는 것도 있다. 또한 보건진료요원에 의한 적절한 보건지도로서 위험한 합병증

을 예방하고 경감할 수 있는 경우도 있다. 따라서 이와 같은 사항은 보건요원 또는 보건진료요원이 주지하고 미리 관리하려는 자세가 무엇보다도 중요하며 질병이 악화되지 않도록 조기에 조치하려는 노력이 필요하다. 예방의학적 측면에서 성인성 질환들은 다음과 같이 분류해 볼 수 있다.

- 1) 조기발견이 질병의 진행을 억제할 수 있는 질환 : 고혈압, 심장병, 당뇨병, 만성 폐질환
- 2) 조기발견이 질병퇴치의 기회를 줄 수 있는 질환 : 암, 고혈압의 일부
- 3) 조기발견이 질병의 합병증을 예방할 수 있는 질환 : 당뇨병(심장병, 신장해, 동맥경화), 기관지확장증, 폐기종, 만성 기관지염(폐성심), 고혈압(고혈압성 심장병, 신경화, 뇌졸중), 류마치스성 심장판막증, 선천성 심장병(세균성 심내막염, 심부전), 담석증(담낭염, 담관실), 요로결석, 급성 신우신염, 방광염(만성 신우신염, 만성고혈압)
- 4) 조기발견이 발병예방에 도움이 되는 질환 : 비만증(당뇨병, 심장병), 정신적 긴장상태(동맥경화, 고혈압, 신경증)

4. 성인병 지도에 있어서 보건요원과 의사와의 관계

성인병의 보건지도를 어렵게 하거나 중단케 하는 원인중에는 보건요원이나 보건진료요원과 환자나 환자가족과의 관계이상으로 의사와의 관계가 문제되는 경우가 적지 않다. 의사들 가운데는 투약이나 주사가 치료의 중심이라고 생각하므로써 환자의 식이지도, 생활지도, 작업요법 등의 구체적인 지도를 중한시하는 경우들이 있다. 의사는 환자에 대해 원칙적인 주의를 줄 뿐 바쁜 진료일정에 쫓겨 또는 예방의학적 사고의 부족으로 퇴원하거나 진단한 환자들에 대한 경과추구를 등한하게 된다. 그럴 경우 어느 정도 의사로부터 진료 받아 호전되었음에도 불구하고 재발되거나 악화되어 새로이 치료를 받게 되는 경우들이 있으며 보건진료요원이나 보건요원들은 이러한 경우들이 발생하지 않도록 의사와 환자사이에서 적극적인 매개 역할을 수행하여야 한다. 보건요원이나 보건진료요원이 실이실 일

환자에 대하여 독자적으로 진단하고 진료하는 것은 바람직하지 않으며 이들 환자들을 적절히 진료 받을 수 있는 의사에게 연계해 주는 것이 필요하다. 아울러 환자의 상태나 여건을 의사에게 보고하고 환자의 질병상태를 파악할 수 있도록 의사로부터 충분히 지도 받아야 한다.

참 고 문 헌

강재연, 최삼섭. 1980년도 우리나라 10대 주요 사망원인에 관한 조사. 한국역학회지 1985; 7(1): 133-142

경제기획원 조사통계국. 사망원인 통계연보. 1985, 1990, 1993

김일준, 이동우. 최근 한국인의 사망력의 방향에 관한 고찰. 예방의학회지 1969; 2(1): 61-76

김정순. 한국인의 암발생 현황과 역학적 특성. 한국역학회지 1988; 10(1): 1-29

대한보건협회. 보건의 날 기념 성인병 예방 홍보 시민공개 강좌. 1990

대한예방의학회. 예방의학과 공중보건. 계속문화사, 1995

맹광호, 이원철. 문헌고찰을 통한 한국인 암환자 실태 및 역학적 특성에 관한 연구. 한국역학회지 1987; 9(1): 139-150

맹광호. 한국인 성인남녀 주요 암발생 관련 요인에 관한 사례-비교군 연구. 한국역학회지 1993; 15(1): 59-73

문옥륜, 김건익, 임현식. 성인병 실태조사. 보건학논문집 1981; 31: 77-100

보건사회부. 한국인 암등록 조사자료 분석보고 - 1982. 7. 1 ~ 1987. 6. 30. 1988

서울보건연구회. 보건백서 -하편-. 1981, 쪽 292-293

송건용, 김홍숙. 우리나라 의료요구 및 의료이용에 관한 조사 연구 보고. 한국인구보건연구원, 1982

송건용. 농어촌 벽지보건의료에 관한 연구. 한국인구보건연구원, 1982

연세대학교 의과대학 예방의학교실. 강화군 암등록사업(1983-1987). 1989

의계신문. 1992년 8월 3일자(제392호) 10면

일야원중명. 성인병 발견과 관리. 의학청원, 동경, 1980

진병렬, 이미경, 노윤경. 문헌분석에 의한 한국인의 B형 간염 바이러스 표면항원 양성률. 한국역학회지 1992; 14(1): 54-62

최삼섭, 남택승, 박정선. 농촌보건진단센터 설립 및 운영 연구보고서. 한국농촌의학회, 1986

최양부. 전환기의 농촌경제사회와 농정전환의 방향모색 (I). 농업경제 1979; 2(2): 8-23

추산서웅, 좌등신일. 성인병 관리. 의치약 출판 주식회사, 동경, 1975

한국보건사회연구원. 국민건강실태조사. 1990, 1993

Jeoung Soon Kim, SunJin Kim, Daniel W Jones, Young Pyo Hong. Hypertension in Korea; a national survey. American Journal of Preventive Medicine 1994; 10(4): 200-204