

건강증진과 관련된 행태에 영향을 미치는 인구사회학적 특성

영남대학교 의과대학 예방의학교실
노원환, 김석범, 강복수

Association of Health-related Behaviors with Socio-demographic Characteristics

Won-Hwan Roh, Seok-Beom Gib Kim, Pock-Soo Kang

*Department of Preventive Medicine and Public Health
College of Medicine, Yeungnam University*

= ABSTRACT =

A survey was conducted to study the influence of socio-demographic factors on health-related behaviors, from June 1 to July 31, 1996. The study population was 1,903 adults in Kyongju City. A questionnaire method was used to collect data. Health-related behaviors included 24 items for men and 26 items for women.

The followings are summaries of findings :

The compliance of health promotion activities was higher when the age was older in men, when married, when having no religion and when the education level was higher than the other groups. And it was significantly higher when the income was lower in men and higher in women, in the residents living in apartment, in white collar workers, in the chronic ill people and when the body weight was lower than the other groups.

Notable differences were found in the composition of health behavior factors for socio-demographic characteristics. Men used more tobacco, coffee and tea, salt and alcohol than women. However, the practice rates of regular exercise and physical examination were higher in men than women. On the other hand, the practice rates of fruit/vegetable intake, milk drinking and regular tooth brushing were higher in women than men.

When the age was old, the amount of fruit/vegetable intake, the frequency of physician visit and health check-up, and regularity of meal were increased.

When the income was high, the use rate of seat-belts, the amount of coffee, milk, fruit/vegetable and red meat intake were increased. The frequency of regular exercise, tooth brushing, health check-up, pap test and breast self examination were higher in the rich than the poor.

When the education level was high, the frequency of regular exercise and tooth brushing, and the

use rate of seat belts were increased, and the amount of alcohol consumption and salt intake were decreased.

These findings suggest that socio-demographic factors are significantly associated with the patterns of health behaviors.

In conclusion, public health programs and individual counseling efforts should be multifaceted and behavior-specific to encourage to practice healthy life-style.

KEY WORDS : Health-related behaviors, Socio-demographic factors, healthy life-style.

1. 서 론

건강한 생활양식을 통해 여러 가지 질환 특히, 대부분의 만성퇴행성 질환은 예방이 가능한 것으로 최근 알려져 있다(Belloc과 Breslow, 1972 ; Breslow와 Enstrom, 1980). 따라서 많은 양공보건 프로그램들이 건강한 생활양식을 개발하고 이를 주민들에게 실시하는 사업들이 활발하게 추진되고 있으며, 주민들의 건강에 대한 태도로 자신들의 건강한 생활양식을 통해 만성퇴행성 질환과 각종 사고의 발생을 감소시킬 수 있다는 방향으로 전환되고 있다.

건강증진 관련행태를 Kasl과 Cobb(1966)는 "질병발생을 예방하거나, 질병을 부종상 단계에서 발견하여 자신의 건강을 보전하려는 일련의 활동"이라고 정의하였다.

건강증진 관련행태에 영향을 미치는 여러 변수들을 인구학적 및 사회심리적 특성으로 구분하여 기술한 연구들이 다수 있었다(Marks, 1985 ; Matarazzo, 1984). 인구학적 특성으로는 성, 연령, 인종, 교육수준, 결혼상태 및 건강상태 등이 있으며 사회심리적 특성으로는 소득수준, 직업 그리고 개인의 사회성(친지와의 접촉 빈도, 각종 사회단체 참여정도 등)이 여기에 속한다.

이러한 연구들을 토대로 실제로 지역사회에서 주민들을 대상으로 건강을 증진시키고 질병을 예방하기 위한 많은 프로그램들이(Belloc 등, 1975 ; Ferenchik, 1975 ; Passra, 1980)이 수행되었다. 이들 프로그램은 주민 건강관련 행태를 실천함으로써 얻어지는 이득에 대한 대중의 지식, 태도 그리고 믿음을 변화시켜 이를 실제 행동으로 옮길 수 있도록 개발하는 것이었다. 그러나 이러한 과정에서 주민들은 건강증진 관련행위를 실천

함으로써 얻는 결과와 이를 실천하는 과정에서 겪어야하는 고통사이에 상당한 갈등을 하게 된다. 물론 그 반대의 상황으로 인한 갈등도 존재한다.

예를 들면, 규칙적인 운동을 건강에는 매우 유익하지만 이를 실천하는 데는 많은 노력이 필요하며, 그 반대의 경우도 흡연을 건강에는 해롭지만 그 자체는 즐거운 것일 수 있다(Norman, 1985).

결과적으로 이러한 여러 가지 건강관련 관련행태들을 실천하는 양상이 개인의 인구사회학적 특성에 따라 차이가 있는 건강증진 관련행태들 사이의 상호관련성에 관한 충분한 분석이 이루어지지 않음으로 인해 효과적인 사업수행이 어려워졌다.

특히, 건강증진프로그램을 효과적으로 수행하기 위해 우선적으로 해결해야할 과제로서 첫째, 과연 건강한 생활을 영위하며 건강위해요인에 대한 폭도를 최소화하려는 집단과 그 반대의 경우와 확연히 구분 지을 기준을 마련해야하는 것(Sokal 등, 1982)이 둘째로, 연령, 성별, 종교 같은 종류의 건강관련행태를 실시하면서 자동차 안전벨트 착용과 같은 다른 종류의 건강관련행위는 하지 않는 사람들이 존재한다. 이는 건강증진 관련행태가 일어난다는 것만이 일차원의 단순 구조가 아니라 여러 가지 영향변수들이 동시에 작용하는 다차원적인 행태이다. 이와 같은 독립적인 건강관련 관련행태들이 갖는 상관으로 이차원 또는 3차원이며 특히, 이 중에서 사회심리학적 요인의 역할은 특히 더욱 심층적으로 이루어져야한다(Lamblie, 1979). 셋째로 시간의 경과에 따른 건강증진 관련행태의 지속성이 어떻게 유지되며 이에 영향을 미치는 변수에 대한 연구가 필요하게 되었다

(Rakowski 등, 1987).

건강증진 관련행태들간의 상호관련성을 이해 하면 주민들의 건강관련행위의 수행양상의 차이를 설명할 수가 있고 따라서 건강증진 관련행위를 촉진시킬 수 있는 실천전략들을 개발할 수 있으며 보건의료제공자들에게 건강관련행태에 관한 보건교육에도 지침을 제공할 수 있다.

지금까지의 우리 나라에서 이루어진 건강증진 관련행태에 관한 연구는 주로 분석하는 건강증진 활동의 항목이 너무 적거나 조사대상자의 수가 적었으며 대상자의 연령도 상당히 제한된 경우가 대부분이었다. 따라서 특기할 만한 건강증진활동의 체계적 분류와 상관성을 규명하기에는 부족하였다(권순범 등, 1994 ; 유중선 등, 1996 ; 이충원 등, 1996).

또한 건강증진 관련행태는 세계 여러 나라의 기후와 풍토, 인종, 사회관습 및 식생활 습관 등 여러 가지 측면에서 매우 다양하므로 그 나라의 특성에 맞는 건강증진 관련행태의 분석이 이루어져야 하겠다.

구체적인 목적은 첫째, 지역사회 조사를 통하여 인구사회학적 특성에 따른 개인의 전반적인 건강생활양식의 실천정도를 조사하고 둘째, 각각의 건강증진 관련행태 실천양상을 인구사회학적 특성별로 파악하는 데 있다.

II. 대상 및 방법

경주시의 동, 통 및 반별 목록을 통하여 추출 단위를 반으로 하는 계통추출을 실시하여 경주시민 중 1,903명을 조사대상자로 하고 훈련된 조사원이 1996년 6월 1일 부터 2개월간에 걸쳐 가정을 방문하여 면접조사표에 의거 직접 면접식 설문조사를 실시하였다.

설문조사 내용으로는 인구학적 및 사회경제적 특성(성별, 연령, 종교, 결혼상태, 직업, 교육정도, 의료보장의 종류, 주거상태, 가구소득), 상병 및 의료이용양상(급만성 상병 이환여부, 지난 2주간 의료기관 이용여부 및 종류) 그리고 건강증진과 관련된 행위 실천양상이었다. 건강증진과 관련된 행위 실천양상을 조사하는 항목으로는 미국에서

1979년에 실시된 전국 건강실천도 조사(National Survey of Personal Health Practices and Cosequences 1979-1980)(Wilson과 Elinson, 1981 ; Gordon 등, 1986 ; Lee 등, 1986)에서 사용한 항목 중 우리 나라 실정에 맞지 않는 항목을 일부 수정하고 추가하여 남자는 24개 건강증진 관련행태행위를 선정하였고 여자는 이에 자궁경부암검진과 유방암 자가검진 등 2개 행위가 더 추가되었다(표 1).

수집된 조사결과를 DBASE III Plus로 정리하여 SPSS Window(VS. 6.1)로 분석하였다.

건강 생활양식 실천도는 건강증진 관련행태의 각 항목(남자 24개, 여자 26개 항목)을 3점(양호), 2점(보통), 1점(불량)으로 점수화하여 측정하고 각 항목의 점수를 합하여 항목수로 나누어 계산하였다.

각각의 건강증진 관련행태의 실천은 표 2와 같이 정의하였다(표 2).

III. 성 적

조사대상자는 총 1,903명으로 남자 616명, 여자 1,287명이었다. 연령은 30- 39세 사이가 남자 26.6%, 여자 33.3%로 가장 많았으며, 결혼상태는 유배우 기혼이 73.8%로 가장 많았다. 종교는 50.5%가 불교였으며, 57.3%가 단독주택에 거주하였다(표 3-1).

월 가구 소득은 27.4%가 100-150만원이었고, 43.3%가 지역의료보험에 가입하고 있었다. 학력은 고졸이 37.5%로 가장 많았다(표 3-2).

직업의 분포는 남자의 경우 일반사무직이 18.2%로 가장 많았고 생산직, 판매서비스직 순이었으며, 여자의 경우는 52.4%가 가정주부였다. 만성질환자는 15.0%였으며, BMI지수 상 저체중이 21.5%였다(표 3-3).

인구사회학적 특성에 따른 건강생활양식 실천도를 살펴보면, 여자가 2.23으로 남자의 2.05보다 유의하게 높았고($p < 0.01$), 남자에서는 60세 이상의 고연령군에서 건강생활양식 실천도가 2.11로 가장 높았으며, 여자에서는 연령의 변화에 따른 뚜렷한 양상을 발견할 수 없었다(표 4).

남녀 모두에서 유배우 기혼자의 건강생활양식 실천도가 각각 2.07, 2.26으로 높았으며, 종교를 가지지 않은 사람이 남녀 각각 2.16 및 2.29로 가장 높았다(표 5).

남자는 아파트 거주자가 2.09로 가장 높았으며, 여자는 연립주택 거주가 2.27로 가장 높았다. 남자는 월 가구소득 50만원 미만군이 2.11로 가장 높아 소득이 낮을수록 실천도가 높았고, 여자는 월 가구소득 200만원 이상군이 2.29로 가장 높아 소득이 높을수록 실천도가 높았다(표 6).

의료보장 형태에 따른 건강생활양식 실천도에 있어 남자는 의료보호 대상자가 2.17로 가장 높았고, 여자는 공교 의료보험 가입자가 2.33으로 가장 높았다. 교육정도에 따른 건강생활양식 실천도는 남녀 모두 전문대졸 이상이 각각 2.17과 2.29로 가장 높았으며, 교육수준이 높을수록 실천도가 높았다(표 7).

직업에 따른 건강생활양식 실천도는 남자에서는 무직이 2.17로 가장 높았고, 전문·관리직, 일반사무직 순이었으며, 여자에서는 일반사무직이 2.31로 가장 높았고, 전문·관리직, 가정주부 순이었다(표 8).

만성질환 이환자에서 건강생활양식 실천도가 남녀 각각 2.16 및 2.29로 비이환자에 비해 높았으며, BMI지수에 따른 실천도에 있어 남자는 저체중이 2.10으로 가장 높았고 여자는 정상체중이 2.24로 가장 높았다(표 9).

건강증진 관련행태 실천율을 남녀별로 구분하여 보면 남자가 흡연율 63.4%, 음주율 21.8%로 여자의 5.8%와 0.8%에 비해 월등히 높았으며 그 밖에도 규칙적 운동, 맨손체조, 커피음용, 차음용, 청량음료음용, 육류섭취, 식염섭취 및 건강진단 실천율이 여자에 비해서 높았으며 여자는 과일·채소섭취율이 76.7%로 남자의 59.5% 보다 높았으며 그 외에도 양치질수행률 및 우유음용률이 높았다(표 10).

연령이 증가할수록 실천율이 높아지는 건강증진 관련행태로는 과일·채소섭취, 규칙적 식사, 아침식사, 식염섭취, 의사방문, 혈압측정 및 단골의사의 보유였으며, 연령이 증가할수록 실천율이 낮아지는 것으로는 안전벨트착용, 양치질수행, 커피음용, 차음용, 청량음료음용, 우유음용 및 간염예

방접종이었다. 그 외에도 흡연율은 60대 이상이 33.6%로 가장 높았으나 그 다음 순으로는 20대로 25.5%였다. 음주율은 40대가 10.9%로 가장 높았으며 규칙적인 운동과 맨손체조는 50대가 가장 실천율이 높은 반면 60대 이상이 가장 낮았다. 충분한 수면율은 40대에서 50.1%로 가장 낮았고 육류섭취율은 30대가 8.6%로 가장 높았다. 자궁암 검진율은 40대가 65.7%로 가장 높았다.

연령에 따른 뚜렷한 경향을 보이지 않는 건강증진 관련행태로는 건강진단, 보조제 복용 및 유방암 자가검진에 관한 실천율이었다(표 11).

월평균가구 소득이 증가할수록 실천율이 높아지는 건강관련 행태로는 규칙적인 운동, 안전벨트착용, 양치질수행, 커피음용, 차음용, 우유음용, 과일·채소섭취, 육류섭취, 건강진단, 간염예방접종 및 자궁암 검진이었으며, 반대로 소득이 낮을수록 실천율이 높은 것으로는 흡연율, 규칙적인 식사, 아침식사 및 유방암자가검진이었다. 그 외에도 음주율은 50-100만원군, 맨손체조율은 100-150만원군, 청량음료음용률은 150-200만원군, 의사방문율은 50만원 미만군이 가장 높았으며, 혈압측정률, 단골의사 보유율 및 보조제 복용률은 50만원 미만군과 200만원 이상군이 다른 군에 비해 높았다(표 12).

생산직 및 농·어·축산업에 종사하는 사람은 다른 직업군에 비해 흡연율, 음주율, 의사방문율 및 단골의사 보유율이 가장 높았고 안전벨트착용률, 양치질수행률 및 간염예방접종률은 가장 낮았다. 판매 서비스직종의 경우는 커피음용률, 육류섭취율, 식염섭취율, 자궁암 검진율이 다른 직업군에 비해 가장 높았던 반면, 충분한 수면율, 규칙적인 식사율, 아침식사율, 혈압측정률, 건강진단율은 가장 낮았다. 사무직 및 전문·관리직이 다른 직업군에 비해 실천율이 높은 것으로 규칙적인 운동, 맨손체조, 안전벨트착용, 양치질수행, 차음용, 청량음료음용, 우유음용, 혈압측정, 건강진단, 간염예방접종과 관련된 행위였으며 식염섭취율과 자궁암 검진율은 가장 낮았다(표 13).

교육수준이 높을수록 규칙적인 운동, 맨손체조, 안전벨트착용, 양치질수행, 커피음용, 차음용, 우유음용, 육류섭취, 간염예방접종 및 보조제복용 행위의 실천율이 높았으며, 음주율, 아침식사율 및

식염섭취율은 낮았다. 흡연율, 규칙적인 식사율, 의사방문율, 혈압측정률 및 단골의사 보유율은 초졸 이하에서 가장 높았고, 흡연율과 충분한 수면율은 중졸에서 가장 낮았다. 청량음료음용률과 자궁암 검진율은 고졸에서 가장 높았고, 규칙적인 식사, 의사방문 및 단골의사 보유율은 가장 낮았다(표 14).

만성질환에 이환된 사람은 흡연, 음주, 규칙적인 운동, 맨손체조, 규칙적인 식사, 아침식사, 육류섭취, 식염섭취, 의사방문, 혈압측정, 건강진단, 단골의사보유, 보조제 복용 등의 실천율이 높았으며, 만성질환에 이환되지 않은 사람에서는 안전벨트착용, 양치질수행, 충분한 수면, 커피음용, 차,

음용, 청량음료음용, 우유음용, 과일·채소섭취율, 간염예방접종, 자궁암 검진, 유방암 자가검진 등의 행위를 많이 하였다(표 15).

정상체중군에서는 흡연, 음주, 안전벨트착용 등의 실천율이 높았고, 과체중군에서는 규칙적인 운동, 맨손체조, 육류섭취, 식염섭취, 혈압측정, 건강진단, 단골의사보유 등의 실천율이 높았으며, 저체중군에서는 양치질수행, 우유음용, 보조제복용 등을 많이 하였다. 그 외 충분한 수면, 커피음용, 차음용, 청량음료음용, 과일·채소섭취, 규칙적인 식사, 아침식사, 의사방문, 간염예방접종, 자궁암 검진 및 유방암 자가검진 등의 행위는 체중과는 유의한 관련이 없었다(표 16).

표 1. 건강증진과 관련된 행태의 조사항목

건강증진 관련행태	특 성
1. 일일흡연량	1일 흡연으로 소비하는 담배 갑수
2. 흡연기간	일생동안 흡연을 한 연수
3. 주간음주횟수	1주일 중 음주를 하는 날수
4. 음주기간	일생동안 음주를 한 연수
5. 의사방문유무	지난 1년간 진료목적의 의사방문 유무
6. 혈압측정유무	지난 1년간 혈압측정 유무
7. 단골의사유무	평소 자주 이용하는 단골의사 유무
8. 양치질횟수	하루 중 양치질 회수
9. 커피음용	하루에 마시는 커피의 잔수
10. 과일·채소섭취	1주일 중 과일이나 채소를 섭취하는 날수
11. 안전벨트착용	승용차를 탈 때 안전벨트 착용 여부
12. 간염예방접종	간염예방접종 1회 이상 접종 여부
13. 규칙적 식사	식사의 횟수에 관계없이 규칙성의 여부
14. 아침식사	1주일 중 아침식사를 하는 날수
15. 규칙적 운동	1주일 중 운동을 실시하는 날수
16. 맨손체조	1주일 중 맨손체조를 실시하는 날수
17. 청량음료음용	1주일 중 청량음료를 마시는 날수
18. 건강진단유무	지난 1년간 건강진단 수진 여부
19. 우유음용	1주일 중 우유를 마시는 날수
20. 육류섭취	1주일 중 육류를 섭취하는 날수
21. 식염섭취	음식섭취 시 짠맛에 대한 주관적 취향
22. 차음용	하루에 마시는 차의 잔수
23. 수면시간	하루에 자는 시간
24. 보조제 복용	지난 1년간 보약이나 영양제 복용 여부
25. 자궁암 검진유무	일생동안 1회 이상 자궁암 검진 유무
26. 유방암 자가검진유무	일생동안 1회 이상 유방암 자가검진 유무

표 2. 건강증진 관련행태의 실천의 정의

건강증진 관련행태	정 의
1. 흡연	현재 흡연을 하는 경우
2. 음주	주간 3회 이상 음주를 하는 경우
3. 의사방문	지난 1년 동안 진료목적의 의사방문을 1회 이상 한 경우
4. 혈압측정	지난 1년 동안 혈압측정을 1회 이상 한 경우
5. 단골의사보유	평소 자주 이용하는 단골의사를 가진 경우
6. 양치질수행	하루에 3회 이상 양치질을 하는 경우
7. 커피음용	하루에 1잔 이상 커피를 마시는 경우
8. 과일·채소섭취	거의 매일 과일이나 채소를 섭취하는 경우
9. 안전벨트착용	승용차를 탈 때 항상 안전벨트를 착용하는 경우
10. 간염예방접종	간염예방접종을 1회 이상 실시하거나 자연항체생성을 확인한 경우
11. 규칙적 식사	횟수에 관계없이 식사를 규칙적으로 하는 경우
12. 아침식사	거의 매일 아침식사를 하는 경우
13. 규칙적 운동	1주일 중 운동을 3회 이상 실시하는 경우
14. 맨손체조	거의 매일 맨손체조를 실시하는 경우
15. 청량음료음용	1주일 중 청량음료를 3회 이상 마시는 경우
16. 건강진단	지난 1년간 건강진단을 받은 경우
17. 우유음용	거의 매일 우유를 마시는 경우
18. 육류섭취	거의 매일 육류를 섭취하는 경우
19. 식염섭취	음식섭취 시 맵거나 짜게 먹는 경우
20. 차음용	하루에 1잔 이상의 차를 마시는 경우
21. 충분한 수면	하루에 7시간 이상 잠을 자는 경우
22. 보조제 복용	지난 1년간 보양이나 영양제를 복용한 경우
23. 자궁암 검진	일생동안 1회 이상 자궁암을 검진한 경우
24. 유방암 자가검진	일생동안 1회 이상 유방암 자가검진을 한 경우

표 3-1. 조사대상자의 일반적 특성

(단위 : %)

일반적 특성	남 자 (n=616)	여 자 (n=1,287)	계 (n=1,903)
연령(세)			
20 - 29	16.7	14.8	15.4
30 - 39	26.6	33.3	31.2
40 - 49	17.9	18.8	18.5
50 - 59	15.1	14.5	14.7
60 이상	23.7	18.6	20.3
결혼상태			
미혼	20.0	5.0	9.8
기혼(유배우)	72.5	74.4	73.8
사별	4.1	17.6	13.2
기타	3.4	3.0	3.1
종교			
불교	42.0	54.5	50.5
기독교	10.7	13.2	12.4
기타	4.9	5.4	5.2
없음	42.3	26.9	31.9
주거형태			
단독주택	58.8	56.6	57.3
아파트	25.0	36.9	33.0
연립주택	3.9	4.1	4.1
기 타	12.3	2.4	5.6

표 3-2. 조사대상자의 일반적 특성

(단위 : %)

일반적 특성	남 자 (n=616)	여 자 (n=1,287)	계 (n=1,903)
월가구소득(만원)			
50 미만	6.0	7.5	7.0
50-100	20.8	21.0	20.9
100-150	29.4	26.5	27.4
150-200	21.7	21.4	21.5
200 이상	22.1	23.7	23.2
의료보장			
지역의료보험	41.8	44.1	43.3
직장의료보험	47.3	40.4	42.6
공·교 의료보험	5.4	9.6	8.2
의료보호	2.4	3.1	2.9
무보험	3.1	2.9	3.0
교육정도			
초졸 이하	24.1	31.3	29.0
중 졸	12.7	16.0	14.9
고 졸	37.9	37.3	37.5
전문대졸 이상	25.2	15.5	18.6

표 3-3. 조사대상자의 일반적 특성

(단위 : %)

일반적 특성	남 자 (n=616)	여 자 (n=1,287)	계 (n=1,903)
직업			
생산직	17.6	2.6	7.4
판매서비스직	15.8	11.1	12.6
일반사무직	18.2	5.9	9.9
농·어·축산업	15.5	7.3	10.0
가정주부	-	52.4	35.9
전문·관리직	4.3	1.0	2.0
기타	28.6	19.8	22.2
만성질환 이환여부			
있음	16.7	14.2	15.0
없음	83.3	85.8	85.0
BMI			
20 미만 (저체중)	14.4	24.9	21.5
20-25 (정상)	75.8	62.1	66.6
25 이상 (과체중)	9.7	12.9	11.9

표 4. 연령별 분포에 따른 건강 생활양식 실천도

연령(세)	남 자** (n=616)	여 자** (n=1,287)
20 - 29	2.01	2.22
30 - 39	2.04	2.25
40 - 49	2.00	2.24
50 - 59	2.06	2.25
60 이상	2.11	2.18
계 †	2.05	2.23

** : p<0.01, measured by one-way ANOVA.

† : p<0.01, measured by t-test.

표 5. 결혼상태 및 종교별 건강 생활양식 실천도

특 성	남 자** (n=616)	여 자** (n=1,287)
결혼상태		
미혼	1.99	2.16
기혼(유배우)	2.07	2.26
사별	2.11	2.17
기타	1.85	2.13
종 교		
불교	2.01	2.20
기독교	2.04	2.23
기타	2.15	2.26
없음	2.16	2.26

** : p<0.01, measured by one-way ANOVA.

표 6. 주거형태 및 월 가구소득에 따른 건강 생활양식 실천도

특 성	남 자 (n=616)	여 자 (n=1,287)
주거형태		*
단독주택	2.03	2.22
아파트	2.09	2.25
연립주택	2.06	2.27
기타	2.04	2.21
월 가구소득(만원)		**
50 미만	2.11	2.18
50-100	2.05	2.17
100-150	2.04	2.24
150-200	2.06	2.25
200 이상	2.07	2.20

* : p<0.01, measured by one-way ANOVA.

** : p<0.05, measured by one-way ANOVA.

표 7. 의료보장 분포 및 교육정도에 따른 건강 생활양식 실천도

특 성	남 자** (n=616)	여 자** (n=1,287)
의료보장		
지역의료보험	2.00	2.19
직장의료보험	2.08	2.24
공·교 의료보험	2.16	2.33
의료보험	2.17	2.20
무보험	1.95	2.21
교육정도		
초졸 이하	2.04	2.19
중졸	2.00	2.22
고졸	2.02	2.24
전문대졸 이상	2.17	2.29

** : p<0.01, measured by one-way ANOVA.

표 8. 직업 분포에 따른 건강 생활양식 실천도

직 업	남 자 (n=616)	여 자** (n=1,287)
생산직	2.04	2.16
판매서비스직	1.99	2.20
일반사무직	2.08	2.31
농·어·축산업	2.05	2.24
가정주부	-	2.25
전문·관리직	2.14	2.30
기타	2.05	2.18

* : p<0.05, measured by one-way ANOVA.

** : p<0.01, measured by one-way ANOVA.

표 9. 만성질환 이환여부 및 BMI에 따른 건강 생활양식 실천도

특 성	남 자 (n=616)	여 자 (n=1,287)
만성질환 이환	**	**
있음	2.16	2.29
없음	2.03	2.22
BMI	*	*
20 미만 (저체중)	2.10	2.21
20~25 (정상)	2.04	2.24
25 이상 (과체중)	2.02	2.12

* : p<0.05, measured by one-way ANOVA.

** : p<0.01, measured by t-test.

표 10. 성별에 따른 건강증진 관련행태의 실천율

(단위 : %)

특 성	남 자 (n=616)	여 자 (n=1,287)
흡연율	63.4	5.8
음주율	21.8	0.8
규칙적 운동률	14.6	6.3
맨손체조율	11.9	6.2
안전벨트착용률	37.6	31.7
양치질수행률	21.3	31.3
충분한 수면율	55.8	59.4
커피음용률	10.6	5.6
차음용률	33.8	24.4
청량음료음용률	56.2	48.5
우유음용률	18.2	24.4
과일·채소섭취율	59.5	76.7
규칙적 식사율	79.0	82.7
아침식사율	85.1	86.7
육류섭취율	8.1	5.4
식염섭취율	24.1	17.8
의사방문율	32.4	33.6
혈압측정률	60.8	61.7
건강진단율	38.9	29.4
단골의사보유율	13.5	13.9
간염예방접종률	43.2	49.6
보조제 복용률	26.5	26.7
자궁암 검진율	-	45.1
유방암 자가검진율	-	83.2

표 11. 연령에 따른 건강증진 관련행태의 실천율

(단위 : %)

건강증진 관련행태	20대 (n=293)	30대 (n=593)	40대 (n=351)	50대 (n=279)	60대 이상 (n=386)
흡연율	25.5	19.1	22.8	24.7	33.6
음주율	3.9	4.9	10.9	7.2	11.7
규칙적 운동률	9.0	9.3	9.0	12.3	6.4
맨손체조율	8.2	9.1	6.6	9.3	6.7
안전벨트착용률	41.0	41.4	39.4	29.9	13.5
양치질수행률	39.6	36.7	24.0	15.8	18.4
충분한 수면율	64.7	62.7	50.1	51.3	58.8
커피음용률	10.9	7.8	9.4	4.3	3.6
차음용률	32.3	23.2	33.0	23.7	18.7
청량음료음용률	74.0	54.8	50.4	39.2	34.8
우유음용률	33.8	24.8	22.8	18.6	12.4
과일·채소섭취율	63.8	70.3	74.7	74.1	72.8
규칙적 식사율	68.1	78.4	79.3	88.8	92.9
아침식사율	72.5	84.2	85.0	92.8	95.8
육류섭취율	6.8	8.6	4.3	5.7	4.4
식염섭취율	19.1	18.2	19.9	20.1	22.7
의사방문율	26.6	24.8	28.8	39.1	50.9
혈압측정률	57.7	57.7	63.2	65.8	64.7
건강진단율	33.5	29.2	35.7	37.8	39.2
단골의사보유율	3.8	9.6	12.2	17.9	24.6
간염예방접종률	60.4	64.0	46.8	37.4	21.6
보조제 복용률	25.3	28.4	21.0	25.5	30.7
자궁암 검진율	18.6	56.6	65.7	50.3	20.2
유방암 자가검진율	83.1	80.8	84.3	84.2	86.0

표 12. 월평균 가구소득(만원)에 따른 건강증진 관련행태의 실천율 (단위 : %)

건강증진 관련행태	50 미만 (n=122)	50~100 (n=362)	100~150 (n=474)	150~200 (n=371)	200 이상 (n=401)
흡연을	28.2	26.7	23.6	24.4	20.3
음주를	6.0	9.7	6.7	6.5	7.6
규칙적 운동을	5.2	5.4	9.3	8.8	13.4
맨손체조를	5.7	4.4	10.4	9.7	9.3
안전벨트 착용률	14.0	17.1	37.1	39.7	48.6
양치질수행률	13.2	21.0	31.4	27.5	36.6
충분한 수면을	63.9	54.7	57.2	65.3	55.9
커피음용률	9.8	6.4	7.0	7.0	11.0
차음용률	13.1	20.4	26.6	29.5	38.1
청량음료음용률	35.2	47.2	55.7	56.5	51.7
우유음용률	14.8	16.9	21.7	22.6	30.7
과일·채소섭취율	65.6	64.0	70.4	71.0	80.5
규칙적 식사를	87.2	80.8	78.8	83.0	82.1
아침식사를	93.3	85.9	84.2	88.9	85.4
육류섭취율	3.3	3.0	5.7	4.8	10.7
식염섭취율	27.0	20.1	17.7	18.5	21.0
의사방문을	54.1	35.8	30.8	28.3	30.1
혈압측정률	67.2	61.2	63.9	55.1	65.0
건강진단을	27.0	30.3	33.5	33.7	37.4
단골의사보유율	20.5	14.4	11.6	10.2	16.2
간염예방접종률	15.6	37.6	51.2	55.7	62.5
보조제 복용률	27.9	19.4	27.1	22.2	36.6
자궁암 검진을	22.7	42.0	43.6	52.0	56.5
유방암 자가검진을	90.9	86.9	81.4	85.7	79.3

표 13. 직업에 따른 건강증진 관련행태의 수행양상 (단위 : %)

건강증진 관련행태	생산직 농·어·축산업 (n=330)	판매 서비스직 (n=239)	사무직 전문·관리직 (n=225)	가정주부 (n=681)	기타 (n=419)
흡연을	47.2	28.8	40.0	3.2	30.2
음주를	15.2	9.9	10.9	0.2	10.6
규칙적 운동을	9.3	6.9	14.5	7.3	8.4
맨손체조를	8.8	6.7	13.3	6.6	7.9
안전벨트 착용률	31.6	40.5	51.6	34.7	19.5
양치질수행률	15.2	34.3	38.8	31.7	22.9
충분한 수면을	62.1	50.0	52.9	64.9	51.4
커피음용률	7.9	15.9	9.8	4.6	4.8
차음용률	23.9	33.5	36.8	24.7	26.5
청량음료음용률	50.0	52.7	59.1	50.7	46.2
우유음용률	17.9	23.8	30.7	25.4	15.8
과일·채소섭취율	67.6	74.4	63.6	77.4	66.3
규칙적 식사를	84.2	67.8	78.7	85.1	83.2
아침식사를	92.0	77.1	78.9	89.2	86.3
육류섭취율	7.3	7.9	7.1	5.4	5.2
식염섭취율	24.3	24.3	15.6	17.4	20.1
의사방문을	38.3	25.1	26.9	32.4	38.1
혈압측정률	59.1	52.7	73.8	63.1	59.1
건강진단을	40.4	24.3	62.8	25.6	25.9
단골의사보유율	15.2	9.6	8.4	14.2	16.4
간염예방접종률	35.5	47.4	65.8	55.0	35.2
보조제 복용률	24.3	25.5	29.6	28.5	24.5
자궁암 검진을	44.4	53.2	40.5	50.5	27.8
유방암 자가검진을	88.7	82.7	84.5	79.8	89.9

표 14. 교육정도에 따른 건강증진 관련행태의 실천율

(단위 : %)

건강증진 관련행태	초졸 이하 (n=550)	중졸 (n=282)	고졸 (n=712)	전문대졸 이상 (n=354)
흡연율	25.6	22.7	24.3	24.5
음주율	9.3	7.2	7.2	6.0
규칙적 운동률	5.2	6.2	11.1	13.0
맨손체조율	6.5	6.7	7.7	11.9
안전벨트착용률	14.9	31.0	40.0	51.7
양치질수행률	14.4	20.3	35.6	39.7
충분한 수면율	57.1	52.7	59.3	62.1
커피음용률	4.0	4.6	8.8	11.0
차음용률	19.5	24.8	30.6	35.3
청량음료음용률	38.0	50.2	59.3	55.2
우유음용률	14.4	17.7	26.0	31.4
과일·채소섭취율	70.7	70.0	70.7	73.4
규칙적 식사율	90.4	82.9	73.9	81.6
아침식사율	94.3	85.4	83.0	80.9
육류섭취율	4.4	5.7	7.3	7.6
식염섭취율	24.1	23.3	16.3	17.6
의사방문율	43.4	29.2	25.0	36.4
혈압측정률	65.1	57.5	59.6	62.8
건강진단율	30.0	28.4	31.0	42.8
단골의사보유율	18.5	12.4	10.0	14.7
건강예방접종률	24.7	47.5	57.1	64.9
보조제 복용률	24.9	24.0	27.6	29.3
자궁암 검진율	34.4	52.5	55.2	39.6
유방암 자가검진율	83.9	84.3	81.7	84.4

표 15. 만성질환 이환여부에 따른 건강증진 관련행태의 실천율

(단위 : %)

건강증진 관련행태	있음 (n=281)	없음 (n=1,590)
흡연율	29.2	23.8
음주율	9.4	7.3
규칙적 운동률	12.5	8.4
맨손체조율	8.9	7.8
안전벨트착용률	27.0	34.8
양치질수행률	21.0	29.3
충분한 수면율	56.9	58.5
커피음용률	4.6	7.6
차음용률	24.3	28.0
청량음료음용률	36.9	52.9
우유음용률	16.0	23.3
과일·채소섭취율	70.8	71.6
규칙적 식사율	83.9	81.3
아침식사율	90.3	85.6
육류섭취율	7.8	6.1
식염섭취율	21.8	19.5
의사방문율	77.1	25.8
혈압측정률	82.9	57.7
건강진단율	39.2	31.1
단골의사보유율	39.9	9.3
건강예방접종률	34.1	49.9
보조제 복용율	30.9	25.7
자궁암 검진율	43.8	45.1
유방암 자가검진율	81.9	83.4

표 16. BMI에 따른 건강증진 관련행태의 실천율

(단위 : %)

건강증진 관련행태	20 미만 (저체중) (n=408)	20~25 (정상) (n=1,265)	25 이상 (과체중) (n=226)
흡연율	18.9	26.6	22.7
음주율	5.6	8.5	6.3
규칙적 운동률	7.3	9.2	10.9
맨손체조율	6.1	8.0	12.1
안간베트차용률	30.0	35.0	32.3
양치질수행률	33.9	26.8	24.0
충분한 수면율	59.7	57.7	58.4
커피음용률	6.6	7.4	7.1
차음용률	24.3	28.5	27.1
청량음료음용률	51.7	50.7	50.6
우유음용률	24.4	22.2	19.9
과일·채소섭취	73.3	70.1	73.0
규칙적 식사율	80.5	81.8	81.4
아침식사율	85.6	86.6	85.1
육류섭취율	5.1	6.4	7.5
식염섭취율	17.6	19.4	26.7
의사방문율	35.5	32.1	35.4
혈압측정률	63.2	59.8	67.3
건강진단율	31.3	32.4	35.0
단골의사보유율	11.7	14.0	16.4
간염예방접종률	49.4	48.3	40.1
보조제 복용률	29.5	26.9	18.8
자궁암검진율	34.0	49.3	46.3
유방암 자가검진율	84.6	83.7	78.0

IV. 고 찰

건강증진 관련행태에 영향을 미치는 여러 변수들을 인구학적 및 사회심리적 특성으로 구분할 수가 있다. 또한 각 개인이 실천하는 건강관련행태의 가지수의 분포를 관찰하면 대개 일산(unimodal)분포를 나타낸다. 이는 건강한 생활양식을 가진 사람과 그렇지 못한 사람을 쉽게 구분하기가 어려움을 나타낸다. 구분이 쉽지 않은 이유는 각 건강증진 관련행태들 사이의 낮은 상관성에서도 알 수 있다. 따라서 이번 연구에서는 이러한 다양한 건강증진 관련행태의 실천양상을 전체적으로 계산하여 건강생활 양식 실천도도 파악하고 각각의 건강증진 관련행태를 인구사회학적 변수별로 나누어 조사하였다.

인구학적 특성 중 남녀별 건강생활 양식 실천도가 여자에서 월등히 높았다. 이러한 현상을 건

강증진 관련행태의 실천율에 따라 세분하여 분석해 보면 남자의 경우 흡연율과 음주율이 여자에 비해 높고 바쁜 사회활동으로 인해 수면시간이 부족하며 커피와 청량음료 등을 섭취할 기회가 많았으며, 여자의 경우 상대적으로 시간적 여유가 많으므로 규칙적으로 식사를 하고 건강검진 등을 더 많이 받았으므로 규칙적인 운동이나 맨손체조 수행률 등이 다소 낮음에도 불구하고 전체적으로 건강증진 관련행태의 실천율은 높게 나타났다. 이러한 남녀의 차이는 미국에서도 동일하게 나타나는 현상으로 남자에서는 금연 및 금주프로그램이 여자에서는 체중관리 프로그램 등이 지역사회에서 가장 필요하면서 효과적인 건강증진 프로그램인 것으로 알려져 있다(Gottlieb 등, 1987).

특히 음주 시에 흡연을 하고 싶은 강한 충동을 느끼게 되므로 이 둘 사이에는 생리적으로 강한 연관성을 가질 수밖에 없고 따라서 둘 중 한가지

에 대한 건강증진 프로그램을 실시함으로써 금연과 절주 두 가지 목적을 동시에 얻을 수 있는 것으로 되어있다(Tapp와 Goldenthal, 1982 ; Stephens, 1986).

Langlie(1977)는 예방건강행위를 직접적인 것과 간접적인 것으로 구분하였는데 이 중 직접적인 예방건강행위로는 안전운전 및 교통질서 준수와 관련된 행위, 개인의생 및 음주와 흡연습관 등의 개인의 건강에 직접적으로 위해를 미칠 수 있는 행위로 정의하였으며 이러한 행위에 영향을 미치는 변수로는 성별 및 연령이 있으며 여자에서 그리고 연령이 증가할수록 실천율이 높았다. 간접적인 예방건강행위로는 안전벨트착용, 운동, 영양과 식습관, 예방접종, 의료이용 및 건강검진 등의 행위가 포함되며 이의 실천은 주로 개인의 건강믿음모형에 의해 결정되어진다고 하였다.

이번 연구에서 연령의 차이에 따른 전체적인 건강 실천도에는 뚜렷한 경향은 없었으나 남자의 경우 60세 이상이 되면 실천도가 다른 연령에 비해 월등히 높아진 것을 볼 수 있다. 이는 이 연령군에서 직장의 은퇴 등으로 시간적 여유가 많아져 규칙적인 식사와 아침식사의 빈도가 높아지고 식습관이 비교적 비서구적으로 커피 및 청량음료 음용의 정도가 낮고 만성질환의 이환으로 의사방문 및 혈압측정의 기회가 많아지며 단골의사 보유율도 높아지기 때문인 것으로 생각된다.

그러나 규칙적인 운동수행률은 20대에서 50대에 이르기까지 지속적으로 증가하다가 60대에 이르러는 뚜렷이 감소하였다. 60대의 낮은 운동수행률의 이유를 밝혀야 할 필요가 있을 것이다.

연령이 증가할수록 금연율 및 절주율이 높아지는 현상은 여러 연령별 흡연 및 음주관련 행태 조사에서 나타났으나 금연 및 절주에 관한 계몽운동이 과거보다 최근에 더 활발하기 때문에 연령별 코호트연구에서는 이번 연구에서처럼 아직도 고연령층에서 흡연 및 음주율이 높았다(Ceintano 등, 1982 ; Gottlieb 등, 1987).

여자의 경우 자궁암 검진율이 40대가 가장 높고 30대와 50대에는 반수 이상이 자궁암 검진을 받아 본 적이 있었다. 그러나 60대 이상에서는 20.3%만이 자궁암 검진을 받은 적이 있다고 응답하였다. 이러한 소견은 미국의 경우에도 65세 이

상의 여성 중 23%는 한번도 자궁암 검진을 받은 적이 없었던 반면, 65세 미만에서는 자궁암 검진 미경험자가 2%에 지나지 않았으며 유방암, 자가검진도 비슷한 양상이었다(Schoenborn, 1986).

이렇게 고연령군에서 낮은 검진율을 보이는 이유는 자궁암 검진이나 유방암 자가검진이 미국의 경우 50년대 말, 우리 나라의 경우는 그보다 더 이후에야 일상적인 검사법으로 도입되었으므로 노인들의 경우 암검진에 대한 인지도가 낮았고, 과거에는 산부인과 전문의 진료보다 상대적으로 부인과 암질환의 조기검진의 필요성에 대한 인식이 상대적으로 낮은 일반의사를 통한 의료이용이 많았기 때문일 것이다. 그러므로 아직도 부인과 암질환 발생위험이 높은 50대와 60대의 여성에 대한 조기 암검진에 대한 홍보와 교육이 필요하다고 생각한다.

이번 연구에서 연령별 유방암 자가검진율의 차이는 뚜렷하지 않았는데 그 이유는 응답자들이 유방암 자가검진법에 대한 정확한 이해가 부족하여 응답내용의 정확도가 낮을 가능성이 있다. 따라서 유방암 자가검진법에 대한 정확한 지식을 응답자들이 가지고 있는지에 대한 추후 조사가 필요할 것이다.

건강증진 관련행위를 실천하는데는 건강과 관련된 지식, 태도 및 믿음이 중요하다. 즉 건강을 증진시키고 질병을 예방하는데 중요하다고 생각하는 행위에 대한 실천도도 비례적으로 높았다(Langlie, 1977 ; Turk 등, 1984). 이러한 건강증진 관련행태에 대한 태도는 교육수준에 따라 크게 좌우되게 된다. 따라서 교육수준이 높을수록 건강생활 실천도가 높아지게 된다.

고학력군일수록 실천율이 특히 높은 건강증진 관련행태로는 규칙적인 운동, 맨손체조, 양치질수행, 안전벨트착용, 자궁암 검진 및 간염예방접종 등이었으며 식습관 및 영양과 관련된 행태들인 커피음용, 청량음료음용, 규칙적인 식사, 아침식사 및 육류섭취 정도는 고학력군일수록 오히려 건강증진과 반대되는 경향을 보였다.

이러한 경향은 소득수준별 건강증진 관련행태의 실천율에서도 동일하게 나타났는데 이는 우리나라의 경우 교육수준과 소득수준은 대부분의 경우 비례관계에 있기 때문일 것이다. 그러나 남자

의 경우 소득이 높을수록 전반적인 건강생활 실천도는 오히려 낮아지고 여자에서는 높아지는 경향을 나타내었다.

우리 나라의 경우 여자는 전업주부가 많아서 고소득층일수록 건강증진 관련행위를 실천할 시간적 및 경제적 여유가 많으며, 남자의 경우는 고소득층일수록 바쁜 업무, 스트레스 및 잦은 음주와 흡연, 불규칙적인 식사 등이 실천도를 낮추게 하는 요인으로 해석된다.

직업별 건강생활 실천도는 전문직과 일반사무직이 관매서비스직 및 생산직에 비해 높았다. 특히 생산직과 농·어·축산업 종사자에서 음주 및 흡연율이 높았으며 규칙적인 운동 실천율은 낮았다.

생산직의 근로자인 경우 산업장에서의 금연은 환경위생학적 측면에서 매우 중요하다. 특히 분진 발생 작업장에서의 금연은 필수적이다. Fielding (1982)에 의하면 사업장에서 금연프로그램이 가장 비용-효과적이었다고 보고하였고, Sorensen 등 (1995)은 보건교육이나 금연 캠페인 등 홍보활동을 통한 금연프로그램의 효과가 높지 않아 사업장 내에서의 금연을 공식화하며 최면요법을 통한 금연교실을 운영하여 뚜렷한 성과를 거두었다고 하였다.

따라서 산업장에서 근로자들을 대상으로 이러한 건강증진 관련행태의 실천을 통해 근로자들의 건강을 증진시켜 결근율을 감소시키고, 생산성을 향상시키는 각종 건강증진프로그램을 개발하는 것이 매우 중요하다고 본다.

그러나 대부분의 농·어·축산업 종사자들은 소규모 업종으로 집단적인 건강증진 프로그램을 실시하기가 매우 어렵다. Fries 등(1994)은 개인별 보건교육용 서신과 본인이 직접 성인병에 대한 예방활동을 관리하는 책자의 배부 등을 통한 보건교육프로그램이 성인병 발생을 감소시키고 이로 인한 의료이용을 낮추었다고 하였다. 따라서 이들을 대상으로한 서신이나 대중매체를 이용한 원격리 보건교육방안이 개발되어야겠다.

BMI로 구분한 과체중군이 정상이나 저체중군에 비해 전반적인 건강증진 관련행태의 실천도가 낮았다. 과체중군의 경우 규칙적인 운동 수행률은 다소 높았으나 육류섭취와 식염섭취가 정상이나

저체중군에 비해 과도하였으며 간염예방접종과 보조제 복용은 적게 하였다. 그러나 비만은 생활양식 이외에도 유전적인 소인이 많이 작용하므로 결과해석시 이를 고려하여야 한다(Sobal 등, 1992).

이번 연구에서 일상적인 신체활동에 관한 조사는 제외하였다. 일상적인 신체활동의 정도는 건강상태를 측정하는 기준은 될 수 있지만 그 자체가 건강증진 관련행태라고는 하기 어렵다. Kick과 Sobal(1990)의 연구에 의하면 어떤 사람은 하루 중 일상적인 신체활동은 왕성히 하는 반면, 건강을 위한 운동은 거의 하지 않는 경우가 있을 수 있다. 따라서 이러한 경우에는 건강증진 관련행태를 실천한다고 볼 수 없으며 자발적인 운동행위와 일상적인 신체활동과는 구분하여 건강증진 프로그램이 개발되어야 한다고 본다.

Stephens(1986)에 의하면 규칙적인 운동과 맨손체조사이에는 높은 상관성이 있다고 하였다. 따라서 운동과 관련된 건강증진 관련행태의 실천율을 조사할 때 위의 두 행태를 하나로 통합할 필요가 있겠다.

이 연구의 제한점으로 첫째, 시간의 경과에 따른 건강증진 관련행태의 지속성이 어떻게 변화하며 이에 영향을 미치는 변수를 파악하면 건강증진 프로그램을 계획하는 단계에서 주민들의 순응도에 나쁜 영향을 미칠수 있는 요소들을 제거할 수가 있으나(Rakowski, 1987), 여기서는 1 회의 단면적 조사만을 실시하여 지속성에 대한 분석이 불가능하였다. 둘째로 조사대상자의 사회성에 관한 특성이 조사되지 못하였고, 상당한 종류의 건강관련행태가 조사에 포함되지 못함으로 인해 각 행위들간의 상관관계나 각 요인에 포함된 건강관련행태들을 충분히 설명하지 못하였으며, 셋째로 조사방법이 조사대상자들의 건강관련행위를 관찰을 통한 직접조사가 아니고 면접을 통한 자기응답방식을 채택함으로써 정보의 오류가 상당히 존재할 것이다. 마지막으로 이번 연구에서는 제외된 건강증진 관련행태들간의 상호관련성을 조사함으로써 개인별 건강관련행위의 실천기전을 더 자세히 파악할 수가 있을 것으로 생각된다.

V. 요약

인구사회학적 변수가 건강생활양식 실천도와 건강증진관련 행위의 실천율에 미치는 영향을 파악하기 위하여 1996년 6월 1일부터 2개월간 경주시에 거주하는 주민 1,903명을 대상으로 사전에 훈련된 조사원이 가구방문을 통하여 면접조사표에 의거 직접 면접식 설문조사를 실시하였다.

설문조사 내용은 인구학적 및 사회경제적 특성, 상병 및 의뢰이용양상, 그리고 건강증진과 관련된 행위(남자 24개, 여자 26개 항목)이었다.

조사대상자의 사회인구학적 특성별로 건강생활양식 실천도가 높은 경우는 남자의 고연령군, 유배우 기혼자와 사별한 자, 종교가 없는 사람, 아파트 및 연립주택 거주자, 남자의 저소득층과 여자의 고소득층, 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 가입자, 고학력자, 전문관리직 종사자, 만성질환 이환자 및 저체중자 등이었다.

건강증진 관련행위의 실천율에 있어 남자는 흡연, 음주, 규칙적 운동, 맨손체조, 커피음용, 차음용, 청량음료음용, 육류섭취, 식염섭취 및 건강진단율이 여자에 비해서 높았으며, 여자는 과일·채소섭취율, 양치질수행률 및 우유음용률이 남자보다 높았다.

연령이 증가할수록 실천율이 높아지는 건강증진 관련행태로는 과일·채소섭취, 규칙적 식사, 아침식사, 식염섭취, 의사방문, 혈압측정 및 단골의사 보유였으며, 연령이 증가할수록 실천율이 낮아지는 것으로는 안전벨트착용, 양치질수행, 커피음용, 차음용, 청량음료음용, 우유음용 및 간염예방접종이었다.

월평균 가구소득이 증가할수록 실천율이 높아지는 건강관련 행태로는 규칙적인 운동, 안전벨트착용, 양치질수행, 커피음용, 차음용, 우유음용, 과일·채소섭취, 육류섭취, 건강진단, 간염예방접종 및 자궁암 검진이었으며, 반대로 소득이 낮을수록 실천율이 높은 것으로는 흡연율, 규칙적인 식사, 아침식사 및 유방암자가검진이었다.

생산직 및 농·어·축산업에 종사하는 사람은 다른 직업군에 비해 흡연율, 음주율, 의사방문을 및 단골의사 보유율이 높았고 안전벨트착용률, 양치질수행률 및 간염예방접종률은 낮았다. 판매서

비스직종의 경우는 커피음용률, 육류섭취율, 식염섭취율, 자궁암 검진율이 다른 직업군에 비해 높았던 반면, 충분한 수면율, 규칙적인 식사율, 아침식사율, 혈압측정률, 건강진단율은 낮았다. 사무원 및 전문·관리직이 다른 직업군에 비해 규칙적인 운동, 맨손체조, 안전벨트착용, 양치질수행, 차음용, 청량음료음용, 우유음용, 혈압측정, 건강진단, 간염예방접종 실천율은 높았으며, 식염섭취율과 자궁암 검진율은 낮았다.

교육수준이 높을수록 규칙적인 운동, 맨손체조, 안전벨트착용, 양치질수행, 커피음용, 차음용, 우유음용, 육류섭취, 간염예방접종 및 보조제 복용행위의 실천율이 높았으며, 음주율, 아침식사율 및 식염섭취율은 낮았다. 초졸 이하 군에서는 흡연율, 규칙적인 식사율, 의사방문율, 혈압측정률 및 단골의사보유율이 높았다.

만성질환에 이환된 사람은 흡연, 음주, 규칙적인 운동, 맨손체조, 규칙적인 식사, 아침식사, 육류섭취, 식염섭취, 의사방문, 혈압측정, 건강진단, 단골의사보유, 보조제 복용 등의 실천율이 높았으며, 만성질환에 이환되지 않은 사람은 안전벨트착용, 양치질수행, 충분한 수면, 커피음용, 차음용, 청량음료음용, 우유음용, 과일·채소섭취율, 간염예방접종, 자궁암 검진, 유방암 자가검진 등의 실천율이 높았다.

정상체중군에서는 흡연, 음주, 안전벨트착용 등의 실천율이 높았고, 과체중군에서는 규칙적인 운동, 맨손체조, 육류섭취, 식염섭취, 혈압측정, 건강진단, 단골의사보유율이 높았으며, 저체중군에서는 양치질수행, 우유음용, 보조제 복용률이 높았다.

결론적으로 인구사회학적 특성에 따라 건강생활양식 실천도와 건강증진 관련행위의 실천양상이 다양하게 나타났다.

따라서 건강증진 프로그램에 주민의 참여를 촉진시키고 건강관련행위의 실천을 권장하는 전략으로는 주민의 사회경제적인 특성을 고려한 건강증진 프로그램이 설계되어야 한다.

참고 문헌

1. 권순범, 김공현, 김병성, 박형중. 일부 도시지역 노인의 건강관련 실천과 신체활동기능에 관한 연구. 대한보건협회지 1994; 20(2): 3-22
2. 유중선, 김석범, 장복수. 산업장 근로자들의 건강증진 프로그램에 대한 수요. 대한산업의학회지 1996; 8(2): 239-248
3. 이종원, 조현길, 이기영, 신복원, 김관현, 신혜원. 산업장 근로여성에서 생활습관과 관련된 생활양식 변수. 대한산업의학회지 1996; 8(1): 73-84
4. Belloc N, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. *Prev Med* 1972; 1: 409-421
5. Blackburn H, Grimm R Jr, Leupker RV, Mittlemark M. The primary prevention of high blood pressure. A population approach. *Prev Med* 1985; 14: 466-481
6. Breslow L, Enstrom JD. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med* 1980; 9: 469-483
7. Celentano DD, Shapiro S, Weisman CS. Cancer preventive screening behavior among elderly women. *Prev Med* 1982; 11: 454-463
8. Farquhar JW. The Stanford five city project. Design and methods. *Am J Epidemiol* 1985; 122: 323-334
9. Fielding J. Health promotion and disease prevention at the worksite. *J Occup Med* 1982; 21: 523-529
10. Fries JF, Harrington H, Edwards R, Kent LA, Richardson N. Randomized controlled trial of cost reductions from a health education program. The California Public Employees' Retirement System(PERS) Study. *Am J Health Promotion* 1994; 8(3): 216-223
11. Gordon NP, Cleary PD, Parker CE, Czeisler CA. The prevalence and health impact of shiftwork. *Am J Public Health* 1986; 76: 1225-1228
12. Gottlieb NH, Lloyd LE, Bernstein VR. Sex and age differences in lifestyle risk. Implications for health promotion program planning. *Am J Prev Med* 1987; 3: 192-199
13. Kasl SV, Cobb S. Health behaviour, illness behaviour, and sick role behaviour. *Arch Environ Health* 1966; 12: 246-266 and 531-541
14. Krick J, Sobal J. Relationships between health protective behaviors. *J Comm Health* 1990; 15: 19-34
15. Langlie JK. Social networks, health beliefs, and preventive health behavior. *J Health Soc Behav* 1977; 18: 244-260
16. Langlie JK. Interrelationships among preventive health behaviors. A test of competing hypotheses. *Public Health Rep* 1979; 94: 216-225
17. Lee FS, Forthofer RN, Lorimor RJ. Analysis of complex sample survey data. Problems and strategies. *Soc Methods Res* 1986; 15: 69-100
18. Marks JS. The behavioral risk factor surveys. State-specific prevalence estimates of behavioral risk factors. *Am J Prev Med* 1985; 1: 1-7
19. Matarazzo JD. Behavioral health. John Wiley and Sons, New York, 1984, pp. 3-40
20. Norman RMG. Studies of the interrelationships amongst health behaviors. *Can J Public Health* 1985; 76: 407-410
21. Paska P. Evaluating community-based preventive cardiovascular programs. Problems and experiences from North Karelia Project. *J Comm Health* 1983; 9: 49-64
22. Rakowski W. Persistence of personal health practices over a 1-year period. *Public Health Rep* 1987; 102: 483-493
23. Rakowski W, Julium M, Hickey T, Halter JB. Correlates of preventive behavior in late life. *Res Aging* 1987; 9: 331-355
24. Schoenborn CA. Health habits of U.S. adults, 1985. The 'Alameda 7' revisited. *Public Health Rep* 1986; 101: 571-580
25. Sobal J, Revicki D, Deforge B. Patterns of interrelationships among health-promotion

- behaviors. *Am J Prev Med* 1992; 8(6): 351-359
26. Sorensen G, Beder B, Prible CR, Pinney J. Reducing smoking at the workplace. Implementing a smoking ban and hypnotherapy. *J Occup & Env Med* 1995; 37(4): 453-460
27. Stephens T. Health practices and health status. Evidence from the Canada Health Survey. *Am J Prev Med* 1986; 2: 209-215
28. Tapp JT, Goldenthal P. A factor analytic study of health habits. *Prev Med* 1982; 11: 724-728
29. Turk DC, Rudy TE, Salvey P. Health protection. Attitudes and behaviors of LPNs, teachers and college students. *Health Psychol* 1984; 3: 189-210
30. Wilson RW, Elinson J. National survey of personal health practices and consequences. Background, conceptual issues and selected findings. *Public Health Rep* 1981; 96: 218-225