

순천시 지역적 특성에 따른 건강 행태 비교

한려대학교 보건행정학과¹⁾, 유한대학 의무행정과²⁾
민혜영¹⁾, 오현주^{2)*}

A Comparison of Health Behavior between Rural and Urban in Soonchun City

Hye-Young Min¹⁾, Hyohn-Joo Oh²⁾

*Department of Health Administration, Hanlyo University¹⁾,
Department of Health Services Administration, Yuhan College²⁾*

= ABSTRACT =

The objective of the study was to examine and compare health behavior between rural area and urban area in Soonchun city. Data were collected through personal interviews from 25. April to 30. May in 1998. Questions were asked to the rural area residents(n=399) and urban area residents(n=149) about their health behaviors, including such as self-recognition of health status, health related behaviors(smoking, drinking, eating habit, and exercising), status of disease and prevention, and utilization of hospital. As we examine the demographic characteristics, rural area residents were more aged($p<0.001$) than urban area residents. And the urban residents had higher education($p<0.01$), higher income($p<0.01$) and higher health care cost($p<0.01$) than rural residents.

There were difference in health status existed between rural and urban residents. Rural residents had poorer health status($p<0.01$) than urban residents, and however urban residents had more anxiety about their health($p<0.01$) than rural residents.

Comparison of the health related behavior between rural and urban area residents, rural residents were more likely to smoke($p<0.05$), less intake of milk($p<0.01$), do not exercise($p<0.01$), and less try to lose their weight($p<0.01$) than urban residents. Rural resident used to suffer from chronic diseases than urban residents($p<0.01$).

Consideration of health care need for rural residents are required due to the results shown as above. Therefore, the health care center, where most of the rural residents depend on for their treatment and prevention of disease, should make inquiries about resident's health care need and evaluate the important information sources for construction of a health care information system.

KEY WORDS : Rural and urban, Health behavior, Health care center, Health information system

서 론

최근 지역사회 단위 중심의 주민건강증진을 위한 계획에 필요성이 크게 부각되고 있으며 사회 전반적인 질병에 대한 양상의 변화뿐 아니라 보건의료를 바라보는 시각에 있어서도 커다란 전환이 있었다. 또한 지방자치제의 실시와 더불어 일부 보건관련법규가 변화하여 지방자치기관의 역할을 강조하고 있다.

건강에 대한 개념은 인간의 수명이 연장되면서 점점 그 의미를 달리하고 있다. 기대수명의 연장은 단순히 오래 산다는 의미가 아니라 '건강하게 사는 삶의 기간'이 얼마나 되는가이다. 즉, 건강이라는 것은 질병에 걸리지 않은 상태뿐 아니라 적극적인 의미에서의 건강증진을 포함하는 것이다. 건강증진이라는 것은 건강하다고 생각하는 사람들의 행동변화를 목적으로 하는 개념이다. 일본에서는 최근 '만성병'이라는 용어 대신에 '생활관습병'으로 바꾸었다. 이것은 만성병이라고 하는 질병의 대부분은 어떤 생활양식을 갖고 있는가가 중요한 이환 요인으로 작용하기 때문이다. 이처럼 건강증진이라는 문제는 의료 전문가의 역할보다는 개개인이 건강 행태를 실천하는 것에 그 중요성이 더해지고 있다. 그렇다면 개인의 사망과 관련된 요인을 수정하기 위해서는 무엇보다도 행위를 하는 사람의 가치관이 올바르게 정립되어야 한다. 가치관의 정립은 교육을 통해서만이 실현될 수 있는 것이다. 그러므로 올바른 생활양식을 통하여 건강을 생활을 할 수 있도록 체계적인 보건교육이 마련되어야 하며 이것을 주도할 지방자치기관의 역할도 다시 한번 제고해야 할 시점에서 순천시 주민의 기본적인 보건 의식과 행태를 조사하는 것은 그 의의가 크다고 할 수 있다.

이 연구는 순천시 주민을 대상으로 지역적

인 특성에 따른 건강에 대한 기본적인 지식과 건강 행태 그리고 지역 주민의 의료이용 행태 등을 조사함으로써 순천시 주민들의 건강수준을 파악하고 앞으로 보건기획의 수립방향을 제시하기 위한 기초적인 자료를 제공하는데 본 연구의 목적이 있다. 세부목적은 다음과 같다.

첫째, 순천시 주민의 지역 특성별 보건의식과 건강 행태를 비교하고, 둘째, 지역 특성별 주민들의 의료이용에 대한 현황 등을 조사하여, 셋째, 지역 특성에 따른 순천시 주민에게 제공되어야 하는 보건의료서비스에 대한 기본 방향을 제시하고자 한다.

대상 및 방법

1. 조사 대상자

조사 대상자는 순천시에 거주하고 있는 전체 인구 266,897명의 0.2%인 548명을 대상으로 표본조사 하였다(표 1). 이 지역은 도·농 통합 도시로서 읍면지역과 시지역의 인구는 읍면지역 70,000여명, 시지역은 1,900여명이 분포하고 있다. 표본은 읍·면·동에 거주하고 있는 가구를 무작위로 선정하였고 조사 대상자는 무작위로 선택된 가구 중에서 만20세 이상의 성인을 대상으로 생일이 가장 빠른 사람을 선택하였다.

2. 조사 방법 및 내용

자료 수집은 구조화된 설문지를 이용하여 면접원이 개별 방문하여 면접조사를 실시하였다. 조사기간은 1998년 4월 25일부터 5월 30일까지 약 한 달의 기간이 소요되었다.

조사 내용은 주로 순천시 주민의 건강 행태와 의료시설의 이용도에 대한 내용이며, 설문지는 기존의 관련자료 및 연구자료를 토대로 작성하였다. 설문내용은 주관적 건강인식, 건

*교신저자(E-mail: jooh@yuhan.ac.kr)

표 1. 조사 대상 인구 분포

단위:명(%)

구 분	인 구	
	전체 (N=266,897) ¹⁾	조사대상 (N=548)
동지역	192,694(72.2)	149(27.2)
읍/면지역	74,203(27.8)	399(72.8)
남자	133,297(49.9)	286(52.2)
여자	133,600(50.1)	262(47.8)

1) 1998년 순천시 통계자료

강관련 행태(흡연, 음주, 식사, 운동), 질병상태 및 예방활동(만성질환, 건강검진, 암검사)와 의료이용(입원 및 외래)을 조사하였다. 그리고 조사대상 인구를 대상으로 인구사회학적 특성(성 연령, 결혼상태, 학력, 직업과 주거형태, 의료보험, 소득 등)에 관한 내용을 조사하였다.

3. 분석방법

조사대상자의 인구사회학적 특성, 주민들의 건강에 대한 인식, 건강관련 행태, 질병관련 예방 활동 및 의료이용에 대하여 지역 특성에 따라 차이가 있는지를 비교분석하였다.

결 과

1. 조사 대상자의 인구사회학적 특성

조사 대상자의 인구학적인 특성은 표 2와 같다. 평균 연령을 보면 농촌형은 51세였으며 도시형은 37세였다($p<0.001$). 성별 분포는 농촌형에서는 남자가 218명(54.6%)으로 여자인 경우 181명(45.4%)보다 많았으며 도시형인 경우는 여자가 82명(55.0%)으로 남자 67명(45.0%)보다 많았다($p<0.05$). 최종 학력은 농촌형인 경우 초등학교를 졸업한 경우가 129명(32.4%), 무학인 경우가 78명(19.6%) 순이었으며 도시형에서는 대학교를 졸업한 경우 71명(47.7%), 고등학교를 졸업한 경우 56명(37.6%) 순이었

다($p<0.01$). 결혼여부는 농촌형 및 도시형 모두 각각 기혼이 354명(88.9%)과 114명(76.5%)로 미혼인 경우보다 많았다($p<0.01$). 주민들의 가족수를 보면 농촌형과 도시형 모두 가족수가 4~5명인 경우 각각 176명(44.7%)과 76명(52.1%)으로 가장 많았다($p>0.1$). 직업은 농촌형인 경우 농·임업에 종사하는 경우가 224명(56.6%)로 가장 많았으며 도시형인 경우는 사무직에 있는 경우가 76명(52.4%)로 가장 많았다($p<0.01$). 월평균 총소득을 비교하여 보면 농촌형은 월 100만원 미만인 경우 814명(46.5%)으로 가장 많았으며 도시형에서는 월 100만원 이상 200만원 미만인 경우가 61명(43.9%)으로 가장 많았다($p<0.01$). 주거형태를 보면 농촌형인 경우 단독주택에 거주하는 사람이 358명(90.2%)으로 가장 많았고 도시형인 경우는 아파트에 거주하는 경우가 74명(51.0%)으로 가장 많았다($P<0.01$). 의료보험에 가입한 경우는 농촌형인 경우 360명(90.9%), 도시형인 경우 142명(97.9%)으로 가장 많았으며 기타 무보험이거나 의료보호인 경우는 농촌형은 36명(9.1%)이었고 도시형은 3명(2.1%)이었다($P<0.01$). 월 평균 보험료는 농촌형이 약 18,000원을 납입하였으며 도시형은 월 평균 21,000원을 납입하였다($P<0.01$).

2. 주민들의 건강에 대한 인식

조사 대상자가 스스로 느끼는 주관적인 건강에 대한 인식(표 3)은 농촌형인 경우 73.7%

표 2. 지역 특성별 인구사회학적 특성

단위:명(%)

	농촌형	도시형	χ^2 값 또는 t값
성			
남자	218(54.6)	67(45.0)	
여자	181(45.4)	82(55.0)	4.064(p=0.044)
소계	399(100.0)	149(100.0)	
최종학력			
초등학교	129(32.4)	6(4.0)	
중학교	57(14.3)	7(4.7)	
고등학교	76(19.1)	56(37.6)	
대학교	52(13.1)	71(47.7)	150.209(p=0.001)
대학원 이상	6(1.5)	8(5.4)	
무학	78(19.6)	1(0.7)	
소계	398(100.0)	149(100.0)	
결혼여부			
기혼	354(88.9)	114(76.5)	
미혼	44(11.1)	35(23.5)	13.556(p=0.001)
소계	398(100.0)	149(100.0)	
가족수			
3명이하	155(39.3)	52(35.6)	
4~5명	176(44.7)	76(52.1)	2.582(p=0.275)
6명이상	63(16.0)	18(12.3)	
소계	394(100.0)	146(100.0)	
직업			
사무직	72(18.2)	76(52.4)	
기술직	27(6.8)	14(9.7)	
농·임업	224(56.6)	4(2.8)	132.478(p=0.001)
기타 ¹⁾	73(18.4)	51(35.2)	
소계	396(100.0)	145(100.0)	
월평균 총수익			
100만원 미만	184(46.5)	24(17.3)	
100~200만원 미만	127(32.1)	61(43.9)	
200~300만원 미만	38(9.6)	30(21.6)	59.077(p=0.001)
300만원 이상	12(3.0)	18(13.0)	
기타 ²⁾	35(8.8)	6(4.3)	
소계	396(100.0)	139(100.0)	
주거형태			
아파트	19(4.8)	74(51.0)	
연립, 빌라	3(0.8)	9(6.2)	
단독주택	358(90.2)	60(41.4)	181.995(p=0.001)
기타	17(4.3)	2(1.4)	
소계	399(100.0)	149(100.0)	
보험종류			
의료보험	360(90.9)	142(97.9)	
기타 ³⁾	36(9.1)	3(2.1)	7.824(p=0.005)
연령	50.5±17.0	37.0±14.2	9.377(p=0.000)
월보험료(단위:천원)	17.8±8.0	21.4±11.7	-2.800(p=0.006)

- 1) 기타 직업 : 학생, 주부, 무직 등
- 2) 기타 소득 : 없음 및 무응답
- 3) 기타 보험 : 의료보호, 미가입

가 '건강한 편이다' 라고 생각하고 있었으며 도시형에서는 91.8%가 '건강하다' 고 생각하고 있었다($p<0.01$). 주민 스스로 느끼는 건강에 대한 염려는 농촌형에서 65.5%가 '가끔 한다' 고 하였으며 20.7%는 '항상 한다' 고 응답하였다. 도시형에서는 75.7%가 '항상 건강에 대하여 염려한다' 고 하였으며 19.6%는 '전혀 염려하지 않는다' 고 응답하였다($p<0.01$). 현재 일상생활에서 갖는 고민이나 스트레스 여부를 물었을 때 '예' 라고 대답한 경우가 농촌형 및 도시형 모두 각각 70.0%와 77.9%로 '아니오'

라고 대답한 경우보다 많았다($p>0.05$). 고민과 스트레스를 받는 이유에 대한 주민들의 인식은 농촌형에서는 가족문제(26.2%), 경제적 문제(22.5%), 건강과 질병(21.8%) 순이었고 도시형에서는 경제적 문제(21.2%), 가족문제(17.7%) 및 기타(17.7%), 건강과 질병(12.4%) 및 진로문제(12.4%) 순이었다($p<0.01$).

3. 건강과 관련된 행태

건강관련 행태를 보면 표 4와 같다. 흡연에 대한 경험은 농촌형의 경우 현재 흡연을 하고

표 3. 지역별 주민들의 건강에 대한 인식

단위:명(%)

	농촌형	도시형	χ^2 값 또는 t값
주관적 인식			
건강하다	292(73.7)	135(91.8)	20.905($p=0.001$)
건강하지 못하다	104(26.3)	12(8.2)	
소계	396(100.0)	147(100.0)	
건강에 대한 염려			
항상한다	82(20.7)	7(4.7)	20.686($p=0.001$)
가끔한다	260(65.5)	112(75.7)	
전혀 안한다	55(13.9)	29(19.6)	
소계	397(100.0)	148(100.0)	
고민/스트레스			
예	271(70.0)	113(77.9)	3.283($p=0.070$)
아니오	116(30.0)	32(22.1)	
소계	387(100.0)	145(100.0)	
고민/스트레스 원인			
인간관계	10(3.7)	12(10.6)	29.722($p=0.001$)
건강과 질병	59(21.8)	14(12.4)	
노후문제	18(6.6)	3(2.7)	
가족문제	71(26.2)	20(17.7)	
직장문제	14(5.2)	6(5.3)	
진로문제	13(4.8)	14(12.4)	
경제적 문제	61(22.5)	24(21.2)	
기타	25(9.2)	20(17.7)	
소계	271(100.0)	113(100.0)	

있다고 응답한 경우는 35.6%, 도시형인 경우는 24.1%가 응답하였다($p<0.05$). 음주 경험의 질문에 즐겨 마신다는 응답이 농촌형이 33.9%, 도시형이 31.3%이었고, 농촌형과 도시형 모두 마시지 않는 경우가 각각 58%와

61.5%로 가장 많았다($p>0.1$). 음주량은 농촌형인 경우 소주를 반병(맥주는 1-2병) 정도 마신다고 응답한 경우가 33.6%이었으며 도시형인 경우 소주를 1병(맥주는 3-4병) 정도 마신다고 응답한 경우가 43.9%이었다($p>0.1$). 하루

표 4. 지역별 건강관련 행태

단위:명(%)

	농촌형	도시형	χ^2 값
흡연경험			
현재 피운다	141(35.6)	35(24.1)	6,366(p=0.041)
과거 유, 현재 무	34(8.6)	15(10.3)	
안 피운다	221(55.8)	95(65.5)	
소계	396(100.0)	145(100.0)	
음주경험			
즐거마신다	135(33.9)	46(31.1)	0,530(p=0.767)
과거 유, 현재 무	32(8.0)	11(7.4)	
안 마신다	231(58.0)	91(61.5)	
소계	398(100.0)	148(100.0)	
음주량			
소주 1~2잔(맥주 1병 이하)	27(24.6)	6(34.2)	2,819(p=0.420)
소주 반병(맥주 1~2병)	37(33.6)	14(34.2)	
소주 1병(맥주 3~4병)	35(31.8)	18(43.9)	
소주 3병 이상	11(10.0)	3(7.3)	
소계	110(100.0)	41(100.0)	
규칙적인 식사			
예	308(77.8)	104(71.7)	2,142(p=0.143)
아니오	88(22.2)	41(28.3)	
소계	396(100.0)	145(100.0)	
과식			
전혀 안한다	155(39.2)	41(28.1)	8,130(p=0.017)
가끔 한다	235(59.5)	105(71.9)	
항상 한다	5(1.3)	-	
소계	395(100.0)	146(100.0)	
잔음식			
싱겁게 먹는다	79(20.0)	19(12.9)	5,265(p=0.072)
보통이다	242(61.3)	105(71.4)	
짜게 먹는다	74(18.7)	23(15.7)	
소계	395(100.0)	147(100.0)	
우유섭취			
안 마신다	200(50.9)	37(25.2)	47,066(p=0.001)
가끔 마신다	168(42.8)	75(51.0)	
하루 1컵 이상	25(6.4)	35(23.8)	
소계	393(100.0)	147(100.0)	
비타민 및 영양제 복용			
안먹는다	232(58.6)	117(79.6)	21,079(p=0.001)
가끔 먹는다	143(36.1)	26(17.7)	
자주 먹는다	10(2.5)	1(0.7)	
매일 먹는다	11(2.8)	3(2.0)	
소계	396(100.0)	147(100.0)	

세끼 식사의 규칙성 여부에 대하여 농촌형 및 도시형 모두 '예'라고 각각 77.8%와 71.7%가 대답하였다(p>0.1). 과식을 자주하는가에 대

하여는 농촌형과 도시형 모두 '가끔 한다'라고 각각 59.5%와 71.9%가 응답하였다(p<0.05). 평소에 음식의 간을 어떻게 해서 먹는지에 대

하여 보통으로 먹는다고 농촌형, 도시형 각각 61.3%, 71.4%가 응답하였다($p>0.05$). 하루에 우유 섭취량은 농촌형은 '마시지 않는다'고 한 경우가 50.9%로 가장 많았고 도시형은 '가끔 마신다'라고 한 경우가 51.0%로 가장 많았다($p<0.01$). 비타민 및 영양제 복용 여부를 묻는 질문에 농촌형의 경우 '안 먹는다'는 58.6%, '가끔 먹는다'는 36.1%이었으며 도시형의 경우는 '안 먹는다'는 79.6%, '가끔 먹는다'는 17.7%가 응답하였다($p<0.01$).

규칙적인 운동을 하는지에 대하여 질문한 결과(표 5), 농촌형인 경우 67.1%가 전혀 운동을 하지 않았으며 18.4%가 가끔 한다고 응답하였고 일주일에 1-2회 운동을 하는 경우는 8.4%이었다. 도시형인 경우 운동을 전혀 안 하는 경우가 38.7%이었으며 가끔 한다고 한 경우가 36.6%이었고 일주일에 1-2회 운동을 하는 경우는 18.3%이었다($p<0.01$). 운동을 하는 경우의 운동량은 농촌형인 경우 42.2%가 20분 이상을 한다고 하였으며 도시형인 경우 52.7%가 20분 이상을 한다고 하였다($P>0.05$).

주로 운동하는 장소로는 농촌형인 경우 집이 48.0%로 가장 많았고, 도시형인 경우는 집 주변의 산책로나 등산로가 39.4%로 가장 많았다($p<0.05$).

주민들의 체중조절에 대한 노력을 하는지 여부를 물어 본 결과(표 6), 농촌형에서는 현 상태를 유지하고 있다가 24.9%로 가장 많았고 도시형에서는 체중을 감소시키려고 노력한다가 41.3%로 가장 많았다($p<0.01$). 신체총실지수(BMI)는 25 미만이 농촌형인 경우 84.2%이었고 도시형인 경우 88.6%이었다($p<0.1$). 신체총실지수가 25 이상인 경우 체중조절 노력에 대한 응답을 살펴보면 체중을 감소시키려고 노력하는 경우 농촌형 및 도시형 모두 39.6%와 64.9%로 가장 많았다($p>0.1$). 신체총실지수가 25 이상인 응답자 중에서 감소시키려는 이유는 농촌형은 66.7%, 도시형은 70.0%가 건강 때문이라고 응답하였으며($p>0.1$) 체중을 감소시키기 위한 노력으로는 농촌형인 경우 운동이 40.0%, 방법이 없다가 33.3% 순이었고 도시형인 경우 식이요법과 운동이 모

표 5. 지역별 운동관련 특성

단위:명(%)

	농촌형	도시형	χ^2 값
운동			
전혀 안 한다	255(67.1)	55(38.7)	37.772($p=0.001$)
가끔한다	70(18.4)	52(36.6)	
주1-2회	32(8.4)	26(18.3)	
주3 이상	23(6.1)	9(6.3)	
소계	380(100.0)	142(100.0)	
운동량			
10-14분	35(32.1)	27(36.5)	6.485($p=0.090$)
15-19분	18(16.5)	6(8.1)	
20분 이상	46(42.2)	39(52.7)	
안한다	10(9.2)	2(2.7)	
소계	109(100.0)	74(100.0)	
운동장소			
집	47(48.0)	21(31.8)	9.284($p=0.026$)
산책/등산로	22(22.5)	26(39.4)	
체육시설	22(22.5)	18(27.3)	
기타	7(7.1)	1(1.5)	
소계	98(100.0)	66(100.0)	

표 6. 지역별 신체중실지수(BMI) 및 체중조절

단위:명(%)

	농촌형	도시형	χ^2 값
체중조절 노력			
줄이려 한다	60(23.0)	43(41.8)	15.215(p=0.004)
늘리려 한다	32(12.3)	8(7.8)	
유지하고 있다	65(24.9)	25(24.3)	
노력하지 않는다	62(23.8)	19(18.5)	
조절하지 않는다	42(16.1)	8(7.8)	
소계	261(100.0)	103(100.0)	
BMI			
25 미만	336(84.2)	132(88.6)	1.669(p=0.196)
25 이상	63(15.8)	17(11.4)	
소계	399(100.0)	149(100.0)	
체중조절 노력(BMI≥25)			
줄이려 한다	19(39.6)	9(64.3)	3.399(p=0.334)
늘리려 한다	-	-	
유지하고 있다	12(25.0)	1(7.1)	
노력하지 않는다	11(22.9)	3(21.4)	
조절하지 않는다	6(12.5)	1(7.1)	
소계	48(100.0)	14(100.0)	
체중감소 이유(BMI≥25)			
건강유지를 위해	18(66.7)	7(70.0)	3.333(p=0.504)
질병치료를 위해	-	1(10.0)	
외모 때문에	4(14.8)	1(10.0)	
기타	1(3.7)	-	
체중조절하지 않는다	4(14.8)	1(10.0)	
소계	27(100.0)	10(100.0)	
체중감소 방법(BMI≥25)			
없다	10(33.3)	2(20.0)	3.259(p=0.353)
식이요법	5(16.7)	4(40.0)	
운동	12(40.0)	4(40.0)	
다이어트 약 복용	-	-	
체중감소 필요없다	3(10.0)	-	
소계	30(100.0)	10(100.0)	

두 40.0%이었다(p>0.1)

4. 만성질환 및 예방 활동

지역별 주민들의 만성질환 유무에 대하여 없다고 한 경우가 농촌형은 85.6%이었고 도시형은 97.7%이었다(p<0.01). 건강검진을 받아본 경험이 없다고 응답한 농촌형 주민은 63.5%이었고 도시형 주민은 60.6%이었다(p>0.1). 건강검진을 받게된 경위는 농촌형 주

민인 경우 보건소에서 홍보물이나 통지 등을 통한 안내를 받았다고 응답한 경우가 32.9%로 가장 많았고 도시형 주민인 경우 직장에서 단체로 검진을 받았다고 응답한 경우가 77.8%로 가장 많았다(p<0.01). 질병의 조기 발견을 위하여 지난 1년 동안 위암, 간암, 폐암 및 장암 검사를 받은 경험이 없는 경우 모두 90.0% 이상이었다(표 7).

표 7. 지역별 만성질환 및 건강검진¹⁾

단위:명(%)

	농촌형	도시형	χ^2 값
만성질환			
없다	320(85.6)	129(97.7)	14.446(p=0.001)
있다	54(14.4)	3(2.3)	
소계	374(100.0)	132(100.0)	
건강검진 경험			
예	141(36.5)	56(39.4)	0.375(p=0.540)
아니오	245(63.5)	86(60.6)	
소계	386(100.0)	142(100.0)	
검진받은 이유			
홍보/통지를 통해	45(32.9)	2(3.7)	40.702(p=0.001)
직장에서	41(29.9)	42(77.8)	
학교에서	2(1.5)	2(3.7)	
예방차원에서	14(10.2)	2(3.7)	
건강에 이상이 생겨서	27(19.7)	4(7.4)	
타인의 권유로	5(3.7)	1(1.9)	
기타	3(2.2)	1(1.9)	
소계	137(100.0)	54(100.0)	
위암검사 여부			
예	34(9.9)	7(5.6)	2.193(p=0.139)
아니오	309(90.1)	119(94.4)	
소계	343(100.0)	126(100.0)	
간암검사 여부			
예	28(8.2)	9(7.1)	0.132(p=0.716)
아니오	315(91.8)	117(92.9)	
소계	343(100.0)	126(100.0)	
폐암검사 여부			
예	16(4.7)	5(4.0)	0.105(p=0.746)
아니오	327(95.3)	121(96.0)	
소계	343(100.0)	126(100.0)	
장암검사 여부			
예	12(3.5)	2(1.6)	1.541(p=0.463)
아니오	330(96.2)	124(98.4)	
소계	343(100.0)	126(100.0)	
유방암검사 여부			
예	23(14.6)	4(5.6)	3.750(p=0.053)
아니오	135(85.4)	67(94.4)	
소계	158(100.0)	71(100.0)	
자궁암검사 여부			
예	53(33.5)	19(26.8)	1.046(p=0.306)
아니오	105(66.5)	52(73.2)	
소계	159(100.0)	71(100.0)	
에이즈검사 여부			
예	6(1.8)	3(2.4)	0.192(p=0.662)
아니오	336(98.3)	123(97.6)	
소계	342(100.0)	126(100.0)	

1) 지난 1년간 검사를 받은 경우

표 8. 지역별 의료이용과 관련된 특성

단위:명(%)

	농촌형	도시형	χ^2 값
아픈 경험 ¹⁾			
있었다	105(28.1)	39(28.1)	0.000(p=0.997)
없었다	269(71.9)	100(71.9)	
소계	374(100.0)	139(100.0)	
병원 방문 ¹⁾			
있었다	64(17.3)	24(17.4)	0.000(p=0.990)
없었다	305(82.7)	114(82.6)	
소계	369(100.0)	138(100.0)	
외래방문 하지 않은 이유 ¹⁾			
간단한 질병	124(54.9)	48(64.0)	14.086(p=0.007)
비용	32(14.2)	2(2.7)	
멀어서	14(6.2)	-	
시간이 없어서	46(20.4)	22(29.3)	
기타	10(4.4)	3(4.0)	
소계	226(100.0)	75(100.0)	
입원 경험 ²⁾			
있었다	26(7.5)	11(8.2)	0.065(p=0.798)
없었다	320(92.5)	123(91.8)	
소계	346(100.0)	134(100.0)	

1) 지난 2주간의 경험을 질문하였음

2) 지난 1년간의 경험을 질문하였음

5. 의료이용관련 특성

조사 대상자의 의료 이용에 관련된 특성으로 보면 표 8과 같다. 지난 2주간 아픈 경험 여부에 대하여 질문한 결과 농촌형인 경우와 도시형인 경우 모두 71.9%가 아픈 경험이 없었다고 응답하였다. 지난 2주 동안 병원을 방문하였는지 여부에 대하여 농촌형과 도시형 각각 82.7%, 82.6%가 방문한 적이 없었다고 하였다. 지난 2주 동안 외래 방문을 하지 않은 경우 그 이유에 대하여 농촌형은 간단한 질병(54.9%), 시간이 없었기 때문에(20.4%), 비용 때문에(14.2%) 순으로 응답하였고 도시형은 간단한 질병(64.0%), 시간이 없어서(29.3%) 순이었다($p<0.01$). 지난 1년 동안 입원한 경험이 있었는지를 물어봤을 때 농촌형은 92.5%가 도시형은 91.8%가 입원한 경험이 없었다($p>0.1$).

고 찰

이 연구는 순천시 주민의 건강과 보전에 대한 인식과 그 행태를 어떻게 실천하고 있는가를 알아봄으로서 차후 이러한 건강 행태 실천과 건강과의 관련성을 파악하여 주민의 건강 증진을 위한 모델을 만들기 위한 기초자료를 얻기 위해 실시하였다.

순천시를 농촌형 지역과 도시형 지역으로 구분하여 보았을 때 인구 비율에 의해 동지역에는 전체 인구의 72.2%가 살고있고 읍면지역에는 27.8%의 인구가 살고 있다. 그러나 이 조사에서는 읍면지역에서 72.8%, 동지역에서는 27.2%가 조사되어 비율에 의한 표본 선정이 되지 않았다. 그러나 성별로 구분한 것은 실제 인구의 구성비가 남자가 499, 여자가 501이고 조사 대상자도 이와 비슷한 522 : 478의 비율로서 조사 대상은 무작위로 표본 추출하

였다. 자료 수집은 1998년 4월말에서 5월말까지 실시하였으며 분석은 주로 기술분석을 이용하여 현 실태 파악에 중점을 두었다.

학력에 대해 농촌형에서는 고등학교까지가 전체의 85.4%를 차지하고 있으며, 도시형에서는 47%가 고등학교까지의 학력이고 대졸 이상이 53.1%를 차지하고 있다. 가족수에서 3명 이하가 39.3%나 차지하고 있는 것은 부부세대가 많이 차지하고 있다는 것을 의미한다. 실제 순천시에 노인부부는 19,136(24.2%)세대가 있으며, 이중 농촌지역은 12.4%로서 인구비로 볼 때 도시지역보다 훨씬 많이 살고 있는 것을 알 수 있다.

건강에 대한 인식에서 건강하지 못하다고 생각하는 사람들은 도시형보다는 농촌형 거주자에게서 더 많았으며 그 이유는 농촌형 거주자의 평균 연령 분포가 훨씬 높았기 때문에 그만큼 건강에 대한 염려가 클 것이라 생각된다. 미국의 경우 65세 이상의 건강상태를 조사한 결과 농촌 주민이 도시 주민보다 건강상태가 나쁘다고 하였다(Manous 등, 1995). 고민이나 스트레스에 대한 질문에 농촌형 거주자의 70%, 도시형 거주자의 78%가 받고 있다고 응답하였고, 그 원인으로 농촌형은 주로 가족 문제, 경제적 문제 건강문제가 주를 이루고 있고, 도시형 거주자는 주로 경제적 문제, 가족, 건강, 진로, 인간관계 등 고르게 분포하고 있다. 이는 농촌형 거주자의 생활형태로 보아 건강과 질병문제와 경제적 문제는 분리하여 생각할 수 없는 부분이기 때문에 이 요인의 상관성은 고려할 필요가 있다고 고려된다.

스트레스 여부에 조사 대상자의 72.3%가 있다고 응답하였다. 이는 국민건강 및 보건위생행태조사(한국보건사회연구원, 1995, 이후 국민건강조사라 함)의 결과인 77.5%와 비교해 보면, 전체 국민보다는 낮은 수준이나 여전히 높은 편이다. 또한 동지역과 읍면지역을 비교해 보면 동지역에 거주하는 주민이 훨씬 많은

스트레스 요인을 갖고 있다는 것을 알 수 있다. 도시 거주자인 경우 농촌 거주자보다는 다양한 사회적 관계를 형성하고 있으므로 더 많은 스트레스 요인이 존재할 수 있다.

순천시의 흡연률은 31.6%로서 우리나라 20세-59세 성인 흡연율의 35.5%에 비해서는 낮았고 세계보건기구가 보고한 평균 흡연률인 30%와는 거의 비슷한 양상을 보이고 있다. 그러나 농촌형의 경우 35.6%가 흡연을 하고 있고 도시형의 경우 24.1%의 분포를 보이고 있다. 특히 남자만의 흡연률을 보았을 때 상당히 높은 수준(59.4%)으로 조사되었다. 남성의 국가별 흡연률을 비교해 보면 미국은 28.6%, 영국은 29.0%, 독일은 36.8% 그리고 프랑스는 38.0%로 우리나라보다 훨씬 낮은 수치를 보였다. 흡연과 질병에 관한 연구는 상당히 많이 진행되어 있고 흡연과 관련된 질병으로는 각종 암과 고혈압, 심장계 질환 등 많은 질병의 원인으로 밝혀지고 있다. Patterson 등(1994)에 의하면, 미국 사람이 금연을 실시하고, 식이조절을 하고, 하루 30분씩 걷고, 금주를 할 경우 1년에 120만 명의 사망자를 줄일 수 있다고 한다. 그리고 의과대학생을 대상으로 금연교육의 실시 전후를 비교한 연구(Chung 등, 1996)에서는 교육을 실시하기 전의 태도에서 35%가 담배광고를 금지해야 한다고 한 것이 교육 후에는 50%로 증가하였고, 흡연에 대한 모든 행위가 금지되어야 한다고 한 경우는 교육 전이 26%이었고, 후에는 43%이었다. 환자에 대한 금연효과가 효율적이라는 생각은 25%에서 70%로 증가하였다. 그러므로 금연교육은 흡연 통제에 있어서 학생들의 지식과 태도를 증진시키는 데 효율적이라는 결론을 내리고 있다. 따라서 향후 흡연에 대한 정책으로 흡연에 대한 인식 전환이 우선적으로 되어야 할 것이며 그러기 위해서는 가장 위협이 큰 집단에 대한 철저한 통제가 있어야 한다. 20대의 첫 흡연을 막기 위해서는 중·고등학교에

서 흡연의 위험을 강조하는 철저한 금연교육이 있어야 한다. 또한 금연에 대한 인식을 계속적으로 확산시키기 위해 금연에 대한 계몽 및 홍보활동을 해야 한다. 예를 들어 작업장에서의 금연교육의 실시, 건물마다 금연구역을 정하게 하고 금연 스티커나 뺏지를 배부하는 등의 홍보가 지속적으로 있어야 한다. 현재 음주자는 전체는 33.1%이고 농촌형은 33.9%, 도시형은 31.3%로 농촌형은 국민건강조사의 31.4%보다 높게 나타났다. 그리고 전체 남자의 경우 53.3%로 50.8%의 건강조사보다 높았고 전체 여자의 경우는 11.5%로 13.5%의 건강조사 결과보다는 낮았다. 음주행위가 건강에 미치는 영향은 과음으로 인한 간관련 질환과 음주로 인한 교통사고가 문제될 수 있다. 간암으로 인한 사망률은 우리 나라의 경우 인구 10만 명당 24.1명으로 일본의 13.9명, 미국의 1.4명 그리고 영국의 1.4명에 비해 상당히 높은 편이었다(국민건강조사, 1995). 이 통계만으로도 우리 나라의 술소비가 얼마나 많다는 것을 짐작할 수 있다. 그러므로 음주에 대한 위해한 측면을 다각적으로 교육하는 것이 시급한 실정이다. 대부분 성인의 경우 술을 마시는 것은 스트레스를 해소하기 위한 것이기 때문에 올바른 음주문화가 정착될 수 있도록 홍보를 통하여 모든 사람이 협조할 수 있도록 해야 할 것이다. 음주에 의한 교통사고는 상당히 심각하다. 1989년부터 1993년 사이 음주로 인한 교통사고가 연평균 20%씩 증가했다. 음주 운전자의 사고에 대한 강한 처벌을 통해 사고를 줄이도록 해야 하며 더욱 중요한 것은 어린 시절부터 보건교육을 통해 이런 부분을 숙지할 수 있는 프로그램이 만들어져 보급해야 한다는 것이다. 식습관에 대해서는 농촌형, 도시형 모두 규칙적인 식사를 하고 있으나, 과식 여부에 도시형의 경우 가끔 과식을 하다고 한 사람이 72%를 차지하고 있는 것으로 보아 정량적인 식사를 하지 않는다고 할 수 있겠다.

농촌형의 경우 음식을 짜게 먹는 경향이 많은 것으로 보이고 있다. 우유 섭취량을 보면, 농촌지역에서는 안 마신다고 응답한 경우가 54%, 가끔 마신가가 43%로 거의 마시지 않는 경우가 94%나 차지하고 있다. 이는 도시거주자의 76%에 비해 상당히 높은 편이며 순천시 거주자의 대부분이 우유 섭취량의 낮아서 올 수 있는 칼슘부족 질병이 초래될 수 있는 가능성이 높다고 할 수 있다. 비타민 및 영양제의 복용여부는 안 먹는다고 응답한 사람은 농촌형의 59%에 비해 도시형 거주자는 80%로 볼 때, 건강에 대한 염려는 농촌 거주자가 많이 하고 있는 것에 비하여 영양보충제 섭취는 도시 거주자가 하고 있다는 것을 연계시켜 보았을 때 건강에 대하여 도시 거주자들이 좀 더 예민하다는 것을 알 수 있다. 시민들의 식생활을 올바르게 유도하기 위해서는 역시 홍보와 교육을 통하여 지속적으로 인식을 전환시켜야 한다. 실천 방안으로는 공공기관에서 효율적인 교육프로그램을 개발하여 학교나 대형 산업장의 식당 등에 보급하는 운동을 하고, 농촌지역이 넓은 순천지역은 보건소나 농촌지도소에서 지역주민을 대상으로 하는 식생활에 대한 교육을 실시하거나 또는 음식강좌를 열어 올바른 음식문화를 보급하는 것도 하나의 방안이 될 수 있을 것이다. 운동 여부는 도시형의 경우 61.3%가 운동을 하다고 응답하였고 농촌형은 32.9%만이 응답하였다. 또한 운동량을 보면 20분 이상 한다고 응답한 것은 농촌형의 경우 42.2%, 도시형은 52.7%로 운동의 효과를 볼수 있는 충분한 시간은 되지 않고 있다는 것을 알 수 있다. 운동장소로 농촌형의 경우 집에서 한다고 응답한 경우가 48%로 가장 많았고 그 외 산책/등산로가 22.5%, 체육시설은 22.5%로 응답한 반면, 도시형 거주자는 산책/등산로가 39.4%, 체육시설이 27.3%로 주로 집밖에서 운동하는 것으로 나타났다. 이는 등산로나 체육시설이 농촌지역보다는 도시지

역에 더 많이 조성되어 있다고 수 있고 농촌 지역 사람들의 체육시설에 대한 접근도가 떨어져지고 있음을 알 수 있다. 운동은 자발적인 의지도 중요하지만 운동을 할 수 있는 시설 등의 분위기의 조성 등이 운동의 동기에 커다란 영향을 미칠 수 있다. 또한 운동에 참여하는 것이 건강에 위협을 주는 요인을 통제하는데 긍정적인 효과가 있다는 연구(King 등, 1996)가 있는데, 여기서는 운동에 참여함으로써 금연에 대한 긍정적인 효과가 있다는 것을 증명하고 있다. 이처럼 운동이라는 것은 다른 위협요인을 통제하는데 중요한 역할을 하고 있기 때문에 운동에 대한 효용성을 구체화하는 교육, 홍보활동이 있어야 한다. 인식의 변화와 함께 적극적인 시민참여가 반드시 필요한 부분이다. 체중을 줄이려는 노력은 농촌지역에서 23%, 도시지역에서는 42%로 도시지역에서 체중을 줄이려는 노력이 훨씬 많으나 실제로 BMI지수로 보면, 25 이상은 농촌지역이 15.8%로 도시지역의 11.4%보다 높았다. 그러나 체중감소의 노력이 도시지역에서 더 큰 것은 다이어트에 대한 관심과 직장생활을 통한 사회적인 스트레스가 더 크기 때문일 것으로 판단된다. 체중감소의 이유로는 대부분이 건강유지를 위해서라고 응답하였고, 감소방법은 식이와 운동요법이 가장 많이 이용되었다. 그러나 농촌지역의 경우 특별한 감소방법이 없다고 응답한 사람이 30.3%나 되는 것으로 보아 이에 대한 대책이 필요하고 앞의 운동 여부 관련성을 고려하여 문제를 해결해야 할 것이다.

만성질환의 이환여부를 묻는 질문에 농촌형 거주자는 14.4%가 도시형은 23%가 있다고 응답하였다. 이처럼 농촌지역에 만성질환자가 많이 분포하고 있는 것은 연령이 높은 것도 하나의 이유가 될 수 있다. 또한 지난 1년간 건강검진을 받았느냐는 질문에 농촌형과 도시형 모두에서 63.5%, 60.6%로 비슷한 분포를

보이고 있다. 이는 국민건강조사의 63.9%와 비슷한 양상을 보이고 있다. 그러나 건강진단을 받게 된 이유에서는 커다란 차이를 보이고 있는데 농촌지역은 보건소의 홍보나 통지를 통해서가 32.9%로 가장 많았고 도시형은 직장이나 학교에서가 81.5%이었다. 또한 건강에 이상이 생겨서 라고 응답한 경우 농촌지역에서 19.7%나 차지하고 있는 것으로 보아 건강상의 문제가 잠재적으로 많이 내재하고 있음을 짐작할 수 있다. 암에 대한 검사율은 국민건강조사와 마찬가지로 농촌형과 도시형 모두 저조하였다(위암 9.9%, 5.6%, 간암 8.2%, 7.1% 폐암 4.7%, 4.0% 장암 3.5%, 1.6% 에이즈 1.8%, 2.4%). 여성의 경우 유방암은 농촌형이 14.6%, 도시형이 5.6%이고 자궁암은 농촌형이 33.5% 도시형이 26.8%로 국민건강조사의 전체 평균인 유방암 6.1%, 자궁암 19.6%보다 훨씬 높은 수진율을 보이고 있다. 이것은 우리나라 전체 평균보다 훨씬 높았는데 이것은 보건소의 홍보역할이 중요하게 작용한 결과라고 볼 수 있다. 또한 농촌지역에서 수진율이 더 높은 것은 보건지소나 진료소의 홍보 및 진료활동의 역할이 큰 몫을 차지하고 있음을 알 수 있다. 또한 건강관련 지식을 얻는 지식원으로 대중매체가 66.3%로 가장 높았으며(부표 1 참조) 이 결과는 국민건강조사의 66.7%와 동이한 결과를 보이고 있다. 그러나 차이를 보이고 있는 부분은 보건의료인에 의해 지식을 얻었다고 응답한 경우에서 순천시 19.9%였으나 국민건강조사에서는 5.9%만이 보건 의료인에게서 지식을 얻었다고 응답하였다. 특히 농촌지역에서는 22.1%가 보건 의료인에 의해 지식을 얻었다고 응답하였다. 따라서 보건소를 비롯한 공공기관의 주민에 대한 지속적인 홍보와 올바른 건강 실천 안내가 중요하다는 것을 다시 한번 확인 할 수 있다. 주민들이 실제적으로 질병에 걸리지 않기 위한 예방활동을 체계적으로 수행할 수 있도록 정기적인 프로

그램의 개발이 필요할 것이다. 예를 들면, 정기적으로 예방검진을 안내한다거나 민간의료기관과 연계하여 의료보험에서 예방검진을 공동 프로그램으로 진행하는 등의 건강증진 프로그램에 공공기관, 의료보험자 등이 함께 참여하여 주민 건강을 증진시킬 수 있는 방안이 필요하다.

의료이용에 관한 내용에서 지난 2주간 아픈 경험이 있었느냐는 질문에 농촌과 도시형 모두 28.1%가 있었다고 응답했고, 외래방문 여부에는 농촌 및 도시지역 모두 17%가 병원을 방문했다고 하였다. 그러나 외래방문을 하지 못한 이유로 농촌지역인 경우 간단한 질병이었기 때문인 경우가 54.9%로 가장 많았으나 그 외에 시간이 없어서가 20.4%, 비용문제가 14.2%, 거리가 멀어서가 6.2%로 응답하고 있는 것으로 보아 농촌지역의 의료기관 이용은 여전히 경제적, 지리적인 접근도가 심각하게 떨어지고 있음을 알 수 있다. 입원경험 여부에서는 농촌지역이 도시지역에 비해 약간 떨어지고 있는데 이것 역시 위와 같이 접근도 때문일 것이다.

요 약

1. 건강증진을 위한 농촌형과 도시형을 특성을 고려한 다양한 시설 및 프로그램의 개발이 필요하다.

순천시 주민의 건강실천행위는 미흡하다고 할 수 있으며 특히 농촌지역은 기본적인 의료시설 뿐만 아니라 건강증진을 위한 체육시설도 갖추고 있지 않다. 건강 행태를 실천하도록 유도하기 위한 다양한 시설과 교육프로그램을 개발하여 올바른 생활습관이 되도록 유도해야 할 것이다.

2. 건강증진을 위하여 지역사회와의 제휴를 형성하여 지역 구성원들이 적극 참여하도록

해야 한다.

좋은 보건교육프로그램이 있다 하더라도 지역 주민의 참여와 지원 없이는 성공할 수 없다. 그러므로 사기관, 자선기관, 공공보건조직을 프로그램에 따라 연계하여 실질적으로 전 주민의 참여를 유도할 수 있어야 한다.

3. 보건소의 역할에 대한 중요성을 재인식하고 지역의료체계의 핵심적인 중추기관으로서의 기능을 재정립해야 한다.

의료시설이 미비한 농촌지역의 경우는 보건지소와 보건진료소가 의료시설의 역할을 대행할 수 있는 수준으로 준비가 되어 접근성이 부족한 주민들의 불편함을 보완할 수 있다. 보건소가 지금까지 수행해온 기능을 재정리하고 지역주민이 무엇을 원하고 있는가를 파악하여 지역보건의료에 관련된 전체적인 계획을 수립하는데 기초로 삼아야 할 것이다. 이제까지의 사업실적위주의 업무에서 탈피하여 구체적인 계획을 수행하는 의사결정기구로서의 역할에 그 중요성을 두어야 할 것이다.

4. 지역주민의 요구사항을 적극 수용할 수 있는 정보시스템의 구축이 필요하다.

현대는 정보화 시대이기 때문에 빠른 업무수행이 그 성과의 승패를 좌우할 수 있을 것이다. 현장에서 직접 주민의 요구를 수용하여 정책으로 처리하기 위해서는 정보화가 필수적이다. 순천시인 경우 그 특성상 농촌형과 도시형이 함께 존재하는데, 현재와 같이 일일이 개별 방문만을 통한 관리는 시간적으로나 경제적으로 효율적이지 않으므로 주민들의 요구를 정확히 파악하여 필요한 정보관리를 위해서는 보건의료 정보화의 구축이 시급하다.

인용문헌

1. 남정자 등, 한국인의 보건의식행태, 한국보건사회연구원, 1995

2. 그린 순천시. 농어촌의료서비스개선 사업계획서. 순천시, 1989
3. 21세기 고양시민 건강증진을 위한 지역보건 의료계획. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1996
4. Chung TWH, et al. Knowledge and attitudes about smoking in medical students before and after a tobacco seminar. Med Edu 1996; 30:290-295
5. Mainous AG 3d, Kohrs FP. A comparison of health status between rural and urban adults. J Community Health 1995;20(5):423-431
6. King TK, et al. Cognitive-behavioral mediators of changing multiple behaviors: Smoking and a sedentary lifestyle. Prev Med 1996;25:684-691
7. Patterson RE, et al. Health lifestyle patterns of U.S. adults. Prev Med 1994;23:453-460

부표 1. 건강에 대한 정보 수집

단위:명(%)

	농촌형	도시형	χ^2 값
건강관련 지식 정보			
없다	13(3.3)	5(3.4)	23.487(p=0.001)
대중매체	266(67.7)	93(63.7)	
가족	16(4.1)	9(6.2)	
학교	1(0.3)	4(2.7)	
의료인력	87(22.1)	21(14.4)	
홍보매체	9(2.3)	13(8.9)	
기타	1(0.3)	1(0.7)	
소계	393(100.0)	146(100.0)	