

## 서울시 일개 지역에 거주하는 중장년의 건강문제 및 건강행위

윤 순 념\* · 김 정 희\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

국민의 건강증진에 대한 국가적 관심은 1974년 캐나다의 라론드 보고서가 발표된 이후 미국과 유럽국가들로부터 시작되었다. 우리나라의 경우에는 1970년대 이후 만성퇴행성 질환으로 인한 사망이 계속 증가되면서 건강증진사업의 필요성이 대두되었던 바, 5대 사인별 순위를 살펴보면 뇌혈관질환, 운수사고, 심장질환, 간장질환, 위암 순으로 60대의 뇌혈관 질환 관련 사망률은 인구 10만명당 34.4로 30대의 7.3에 비해 5배 가량 높으며, 심장질환 또한 14배 가량 높다(통계청, 1997). 만성질환의 예방과 관리에 관한 여러 연구에서는 환경과 생활양식의 개선이 효과적인 건강관리의 주요 관건이 된다는 사실을 밝히고 있다(Blair 외, 1989).

따라서 정부에서는 건강증진법(1995)을 제정하여 지방자치단체장으로 하여금 지방자치단체의 실정을 고려하여 건강증진에 관한 세부계획을 수립·시행하도록 하고 있으며, 매 4년 마다 지역보건의료계획을 자체적으로 수립하도록 하고 있다(지역보건법, 1995). 또한 1998년부터는 244개 보건소 중 18개 보건소를 선정하여 전국적으로 건강증진거점사업을 실시하고 있다. 건강증진거점사업 보건소 중 특정질환 예방을 목적으로 하는 뇌졸중예방사업 4개소와 고혈압예방사업 5개소는 금연, 운동, 식생활에 대한 사업을 주요 내용으로 하고 있다. 그

외 보건소에서도 학교보건, 여성건강관리, 건강생활실천사업 등 사업 명칭은 다르나 구체적인 사업내용에는 금연, 운동, 식생활, 체중조절, 절주 등이 주로 포함되고 있다(보건복지부, 2000).

그러나 지역보건의료 계획을 수립하여 적절한 건강증진사업을 개발하고 지역주민의 참여를 통하여 그 효과를 높이기 위해서는 각 지방자치단체 지역주민들의 건강수준을 파악하고 지역주민의 건강증진 요구도를 나타내는 자료가 필수적이다(Dignan과 Carr, 1992). 국민건강증진법(1995)에 따르면, 건강한 생활양식 실천을 통한 건강증진 노력을 국민의 건강수준 향상을 위한 핵심적인 전략의 하나로 간주하고 있는 바 이는 건강한 생활양식 실천을 통해 개인이 질병에 걸리고 불구가 될 가능성을 줄일 수 있기 때문이다.

이에 본 연구는 일개 도시지역 거점보건소의 건강관리 등록 회원을 확보하고 이들의 건강생활실천 수준을 파악하여 이에 기초한 건강증진사업 개발을 하고자 수행되었다.

#### 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 지역사회 주민의 건강문제와 건강행위 실천정도를 파악하여 지방자치단체 수준의 건강증진사업의 개발·수행을 위한 기초자료를 제공하는데 있다. 구체적 목적은 첫째 일개 지역에 거주하는 중장년기 성인들의 건강수준을 파악하고, 둘째 대상자들의 건강행위의 실천 정도를 분석하는 것이다.

\* 서울대학교 간호대학  
\*\* 제주대학교 의과대학 간호학과

## II. 문헌 고찰

건강증진에 대한 국가적 관심은 캐나다의 라론드 보고서(1974)와 미국의 "Healthy people"(1979)을 시작으로 공식적으로 표명되었다. 라론드 보고서에서는 건강의 장(health-field)을 크게 생물학적, 환경적, 생활양식, 보건의료조직 요인으로 구분하고 건강에 미치는 영향 정도를 규명하였는데, 그중 생활양식이 전체의 60% 정도를 차지하는 것으로 보고하였다. 미국 보건국장 보고서(Surgeon General's Report, 1979) 또한 우리 자신의 부주의한 습관과 오염된 환경 및 유해한 사회적 환경에 의해 우리 스스로를 살해하고 있다고 하였다(윤순녕과 전경자, 1994). 이 두 보고서는 개인과 국가가 개인의 행위를 변화시키고 자신의 건강수준을 향상시키기 위해 취할 수 있는 필수적인 역할이 무엇인가에 대한 관심을 불러일으켰다.

우리나라의 경우, 상병구조의 변화와 의료비의 증가에 따라 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진할 목적으로 건강증진법이 제정되었다(1995). 이 법에 따르면 건강증진사업은 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말한다. 그러나 법 제정 이후, 기초자치단체의 보건소를 중심으로 한 건강증진사업의 실시는 매우 미흡하며, 학계와 전문단체가 주관하여 건강증진사업의 발전방안에 대한 토론이 있었으나 사업에 대한 구체적인 합의없이 원론적인 필요성이 주로 다루어졌다(변종화, 1996).

국민건강증진법(1995)에서는 개인의 건강증진노력을 국민의 건강수준 향상을 위한 핵심적인 전략으로 간주하고 있는데, 이는 건강한 생활양식 실천을 통해 개인이 질병에 걸리고 불구가 될 가능성을 줄일 수 있기 때문이다. 따라서 건강증진에서 개인의 건강행위는 중요한 요소로 간주되어 건강증진중재 전략의 효과 연구에서 중요한 종속변수로 사용되고 있다(Allen, 1995).

건강행위란 건강을 강화하고 질병을 예방·조기발견하기 위한 활동 뿐 아니라 질병의 치료까지 포함하는 총체적 행위를 의미한다. 또한 현대인의 건강상태를 증진시키기 위해서는 일시적인 행위보다는 생활양식을 바람직하게 변화시키는 과정이 강조되고 있다. 생활양식이란 행위나 활동이상의 더 지속적인 또는 습관적인 행위유형을 의미한다. 즉 가정이나 친구, 직장 등의 사회체내

에서 일상적으로 이루어지는 모든 활동으로 구성되며 건강을 증진하거나 저해하는 습관을 포함하는 등 개인의 건강에 영향을 미치는 활동을 통제하는 모든 행위를 말한다(Walker 등, 1988).

건강문제는 연령에 따라 차이를 보이는데, 우리나라의 연령별 사인을 보면 40대에서 간질환이 1위를, 50대 이상에서는 뇌혈관 질환이 1위를 차지하며 연령이 높아질수록 인구 10만명당 사망률이 현저히 증가한다(통계청, 1997). 40세이상의 만성질환 이환자 비율은 '90년 27.2%에서 '95년 30.2%로 증가하여 2000년에는 34.9%로 늘어날 전망이다(최성기, 2000). 특히 인생주기를 6단계로 구분한 Havighust(1972)에 따르면 30-60세는 중년기로 구분되는 바, 이 시기는 다른 연령층과 구별되는 특징을 보인다. 유통업 여성근로자를 대상으로 한 연구에 따르면(김숙영, 1999), 청년기가 중년기 보다 건강문제 호소율이 높고 흡연, 음주, 운동, 식습관, 수면 등 건강행위 실천수준도 낮았다. 또한 서울 일개 구의 9개동 2,231명을 대상으로 건강증진사업 개발을 위한 요구조사 결과(박성애 외, 1998), 20대 성인과 노인은 만성질환 유무와 건강생활실천에서 유의한 차이를 나타냈다.

한편 건강증진행위 실천에는 여러 요인들이 영향을 미치는 바, 제조업 여성근로자를 대상으로 한 연구에 따르면, 건강증진행위에 직접적인 영향을 미치는 요인은 지각된 건강수준이었으며 간접적으로는 지각된 유익성과 장애성, 자기효능, 행위관련 감정을 포함하는 인지, 감정 요인과 대인관계요인의 영향이 유의한 것으로 나타났다(윤순녕, 2000). 그리고 윤순녕과 김정희의 연구(1999)에서는 Pender모형의 '행동계획수립' 요인이 건강증진행위 실천을 예측하는 강력한 요인으로 보고하였으나, 이는 인지 및 감정요인과 함께 볼 때는 유의한 관계가 없는 것으로 나타났다(윤순녕, 2000).

또한 건강증진 및 행위를 다룬 연구들에서는 환경과 유전적 소인, 개인의 습관 및 행위와 건강, 질병결과와 같은 요인 사이에 유의한 관계가 있음을 보고하였다(Blair 외, 1989). 지역 주민을 대상으로 한 미국의 Alameda 지방에서 실시된 연구에서는 인간을 신체적, 정신적, 사회적 측면에서 지속적인 위치를 유지하려는 경향이 있고 생활양식은 신체적, 정신적, 사회적 건강에 영향을 미치거나 그에 의해 영향을 받는다고 가정하였다. 따라서 본 연구에서도 사회적 건강변수로 주관적 건강인식, 신체적 건강변수로는 만성질환의 유무, 정신적 건

강변수로 스트레스를 포함시켰다. 또한 같은 연구에서 건강수준과 연관성이 있는 건강행위와 사망률과의 관계를 9년간을 연구한 결과, 금연과 금주 혹은 소량 알콜 섭취, 운동, 체중조절, 7-8시간의 수면이 사망의 위험을 낮추는 요인으로 보고하였다(California State Department of Public Health, 1966: Breslow & Enstrom, 1980). 이는 우리나라에서 시행된 남정자 외(1996) 연구와 같은 결과였으며, 조병만(1996)의 연구에서는 여자의 경우 아침식사, 간식하지 않음, 정상체중 유지가 건강수준을 향상시키는 행위로 나타났다.

이상에서 살펴본 바, 평균 수명은 연장되었으나 만성 질환을 지닌 채 불건강한 상태에서의 수명연장은 의료비 증가의 한 요인이 되며 누군가 돌보아야 하는 가족원이 필요하고 장기적으로는 가족의 경제·사회적 기능 약화와 삶의 질 저하를 초래할 수 있다. 따라서 만성질환의 원인적 요인으로 간주되는 음주, 흡연, 비만, 운동부족 등 바람직하지 못한 생활양식이 변화되어야 건강하게 사는 삶의 기간을 연장할 수 있다는 점에서 건강행위실천의 중요성이 강조된다. 또한 건강증진영역에서는 전문보건의료인의 역할보다는 개인의 건강행위실천이 중요하고 기존의 보건의료전달체계가 현재까지 차지하던 역할과 중요성은 적어지는 반면 국민의 건강행위실천을 유도할 수 있는 전략들이 필요하다(남정자외, 1995). 따라서 적절한 건강증진 사업을 개발하고 지역주민의 참여를 통하여 그 효과를 높이기 위해서는 지역 주민들의 건강행위실천에 영향을 미치는 다양한 변수들에 대한 사정이 필요하다 하겠다.

### III. 연구 방법

#### 1. 연구대상 및 방법

대상자는 서울 K구에 거주하는 30-64세 성인들로 보건소의 '건강관리회원'에 등록하기로 동의한 주민들이었다. 대상자 모집은 먼저 지역사회 여러 곳에 현수막을 설치하고 유인물을 배포하여 건강관리회원을 모집함을 알려, 대상자가 자발적으로 참여토록 하였으며 보건소를 방문할 때나 건강주간 행사시 등록을 권장하였다. 자료 수집은 조사원과의 면담이나 전화를 통하여 구조화된 설문지를 이용하여 수집되었다. 조사기간은 1998년 10월

부터 1999년 2월까지였으며, 연구 대상자는 1,050명이었으나, 일부 응답누락 문항이 있어 최종 분석에는 1,040명(99.0%)의 자료만을 사용하였다.

#### 2. 연구도구

대상 주민들의 건강수준과 건강행위 실천 정도에 대하여 선행 문헌들에 근거하여 본 연구자가 개발한 총 58문항의 도구를 사용하였다.

설문지의 내용은 일반적 특성을 묻는 6문항과 고혈압, 협심증, 당뇨 등 특정 질병의 병력 및 가족병력 유무, 과거 수술 경험 유무, 암의 전구증상 유무, 지각된 건강상태 등에 대한 26문항, 스트레스로 인한 부정적인 심리·신체적 증상의 유무에 관한 11문항이었으며, 스트레스도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 0.81이었다. 또한 주민들의 건강행위 실천 정도에 대해서는 Robbins과 Blankenbaker (1982)의 건강위험평가와 미국 캘리포니아주 Alameda County에서 실시한 조사연구 결과 규명된 7가지 건강습관인 금연, 절주, 수면, 운동, 적정체중, 아침식사, 간식 여부 등을 근거로 개발한 흡연·음주·수면·식습관·운동 수행 정도 등에 관한 15문항이었다. 비만도의 경우, 건강관리회원 등록시 연구보조원이 측정한 대상자의 신장과 체중을 사용하여, BMI(body mass index=kg/m<sup>2</sup>)를 기준으로 과소, 표준, 과다체중을 분류하였다. 분류 기준은 남자의 경우 19.9 이하, 20-26.9, 27.0 이상으로, 여자의 경우 19.9 이하, 20-24.9, 25.0 이상이었다(김정희, 1996).

#### 3. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS-PC+ 8.0를 사용하여, 일반적 특성과 질병의 과거력과 가족력, 운동의 종류 등에 대해서는 빈도와 백분율로 분석하였으며, 건강상태와 건강행위 실천 정도에 대한 연령대 별 비교는  $\chi^2$ 검정, 스트레스 정도와 BMI 평균치에 대한 비교는 ANOVA를 이용하여 분석하였다.

한편 본 연구 대상자들의 성별, 연령별 분포가 전국 통계치와 차이가 있었던 바(통계청, 1999), 이 같은 결과는 건강증진행위의 실천 정도에 영향을 줄 수 있기 때문에(DHHS, 1988) 대상자의 편중을 고려하여 추후 분석에서는 남, 녀 및 연령별로 나누어 분석하였다.

### III. 연구 결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자는 남자 311명(29.9%), 여자 729명(70.1%)으로 여자가 남자의 2.3배이었다. 평균 연령은 남자 53.1세, 여자 51.4세로, 남녀 모두 50대가 116명(37.3%), 317명(43.5%)으로 가장 많았다. 또한 남녀 모두 대부분 유배우자가 있는 상태였으며(83.3%, 80.2%), 학력수준은 고졸이상이 남, 녀 각각 248명(79.7%), 390명(52.2%)을 차지하였다. 직업상태는 남자의 경우 대부분이 직장을 가지고 있는 반면, 여자는 주부 및 무직이 625명으로 전체 85.7%를 차지하였다. 가구의 소득수준이 200만원 이하의 경우가 남, 녀 각각 91.3%, 93.8%로 나타났다.

#### 2. 성별, 연령별 건강상태 및 건강문제

##### 1) 남 자

남자의 35.4%가 건강한 편이라고 응답하였고, 30대가 타 연령군에 비해 인식된 건강수준이 낮았으며 암의 전구증상 “유” 응답군도 타 연령군에 비해 높았으나 이는 통계적으로 유의하지 않았다. 요통은 평균 41.2%가 있다고 하였으며 28.9%가 수술경험이 있다고 응답하였다. 또한 남성의 40.5%에서 현재 약을 복용하고 있는 것으

로 나타났으며 30대에 비해 40대 이후에서 약 복용율이 현저히 증가하였다( $p<.01$ )〈표 1〉. 질병에 대한 기왕력의 경우, 고혈압(남성의 26.1%)이 가장 높았고 그 다음으로는 당뇨와 위장질환 순이었으며, 남성들은 평균 0.7건의 만성질환을 가진 것으로 나타났다. 또한 가족 질병력도 고혈압이 28.2%로 가장 높았고 그 다음 암(23.9%), 당뇨(15.5%) 순이었다〈표 3〉.

##### 2) 여 자

여자의 경우 27.8%가 건강한 편이라고 응답하였으며, 연령이 증가할수록 건강수준에 대한 인식이 낮은 것으로 나타났으며( $p<.05$ ), 암의 전구증상이 있다고 응답한 대상자는 64.7%이었다. 또한 요통이 있다고 응답한 경우는 61.5%이었으며, 수술경험이 있는 경우는 34%이었고, 최근 약 복용율은 48.5%로, 세 가지 모두 연령이 증가할수록 증가하였다( $p<.01$ ,  $p<.05$ ,  $p<.01$ )〈표 2〉.

과거 질병력의 경우, 여성은 평균 1.0건 이상의 질환을 가졌던 것으로 나타났으며, 위장질환이 36.7%로 가장 높았고 그 다음 고혈압(28.7%), 관절염(28.5%), 빈혈(22.3%), 당뇨(13.8%) 순이었다. 이상 5개 질병 중 빈혈과 위장질환은 연령이 낮을 수록 높았으며, 고혈압, 당뇨, 관절염은 30대에 비해 40대 이후 현저하게 증가하였다. 가족질병력은 고혈압이 39.7%로 가장 높았고 그 다음 암(36.3%), 당뇨(19.9%) 순이었다〈표 3〉.

〈표 1〉 남성의 연령별 건강상태

	구 분	30대	40대	50대	60대	계	N(%)
지각된 건강상태	건강	3(18.8)	33(37.9)	39(33.6)	33(38.4)	108(35.4)	3.621
	보통	10(62.5)	46(52.9)	61(52.6)	45(52.3)	162(53.1)	
	불건강	3(18.8)	8( 9.2)	16(13.8)	8( 9.3)	35(11.5)	
암 전구증상	유	13(72.2)	51(51.7)	67(57.8)	46(51.7)	171(55.0)	3.274
	무	5(27.8)	42(48.3)	49(42.2)	43(48.3)	140(45.0)	
요통	유	8(44.4)	36(41.4)	49(42.2)	35(39.3)	128(41.2)	0.258
	무	10(55.6)	51(58.6)	67(57.8)	54(60.7)	183(58.8)	
수술경험	유	4(22.2)	27(31.0)	34(29.3)	25(28.1)	90(28.9)	0.615
	무	14(77.8)	60(69.0)	82(70.7)	64(71.9)	221(71.1)	
최근 약복용	유	2(11.1)	30(34.5)	59(50.9)	35(39.3)	126(40.5)	12.919**
	무	16(88.9)	57(65.5)	57(49.1)	54(60.7)	185(59.5)	

\*\* $p<.01$

〈표 2〉 여성의 연령별 건강상태

N(%)

구 분	30대	40대	50대	60대	계	$\chi^2$
지각된 건강상태						
건강	16(29.1)	67(30.3)	76(24.7)	37(29.8)	197(27.8)	8.176*
보통	35(63.6)	121(54.8)	162(52.6)	50(40.3)	368(51.9)	
불건강	4(7.3)	33(14.9)	70(22.7)	37(29.8)	144(20.3)	
암 전구증상						
유	34(57.6)	214(64.8)	208(65.6)	82(66.4)	472(64.7)	1.562
무	25(42.4)	80(35.2)	109(34.4)	42(33.6)	257(35.3)	
요통						
유	38(64.4)	120(52.9)	200(63.1)	89(71.2)	448(61.5)	12.636**
무	21(35.6)	107(47.1)	117(36.9)	36(28.8)	281(38.5)	
수술경험						
유	11(18.6)	72(31.7)	202(63.7)	50(40.0)	248(34.0)	9.442*
무	48(81.4)	155(68.3)	115(36.3)	75(60.0)	481(66.0)	
최근 약복용						
유	22(37.3)	93(41.0)	162(51.3)	76(60.8)	353(48.5)	16.638**
무	37(62.7)	134(59.0)	154(48.7)	49(39.2)	375(51.5)	

\*p<.05, \*\*p<.01

〈표 3〉 성별, 연령별 과거 질병력 및 가족력

N(%)

구 분	남 성					여 성				
	30대	40대	50대	60대	계	30대	40대	50대	60대	계
과거질병력										
고혈압	1(8.3)	10(19.2)	32(31.1)	16(27.1)	59(26.1)	3(8.1)	21(10.7)	71(21.6)	34(24.8)	129(19.3)
협심증	-	-	6(5.8)	1(1.7)	7(3.1)	1(2.7)	4(2.0)	8(2.4)	4(2.9)	17(2.4)
심근경색	1(8.3)	-	1(1.0)	2(3.4)	4(1.8)	-	1(0.5)	5(1.5)	-	6(0.9)
뇌졸중	-	1(1.9)	5(4.9)	1(1.7)	7(3.1)	-	-	1(0.3)	-	1(0.1)
당뇨	3(25.0)	8(15.4)	15(14.6)	8(13.6)	34(15.0)	1(2.7)	9(4.6)	34(10.3)	18(13.1)	62(8.9)
위장질환	-	13(25.0)	10(9.7)	11(18.6)	34(15.0)	15(40.5)	62(31.6)	71(21.6)	17(12.4)	165(23.6)
빈혈	1(8.3)	5(9.6)	5(4.9)	1(1.7)	12(5.3)	12(32.4)	38(19.4)	38(11.6)	12(8.8)	100(14.3)
천식	-	2(3.8)	3(2.9)	2(3.4)	7(3.1)	-	6(3.1)	16(4.9)	9(6.6)	31(4.4)
결핵	2(16.7)	9(17.3)	11(10.7)	9(15.3)	31(13.7)	2(5.4)	11(5.6)	10(3.0)	2(1.5)	25(3.6)
간염	2(16.7)	4(7.7)	7(6.8)	2(3.4)	15(6.6)	3(8.1)	8(4.1)	5(1.5)	3(2.2)	19(2.7)
관절염	2(16.7)	-	7(6.8)	5(8.5)	14(6.2)	-	31(15.8)	63(19.1)	33(24.1)	127(18.3)
암	-	-	1(1.0)	1(1.7)	2(0.9)	-	5(2.6)	7(2.1)	5(3.6)	17(2.4)
소 계	12(100.0)	52(100.0)	103(100.0)	59(100.0)	226(100.0)	37(100.0)	196(100.0)	329(100.0)	137(100.0)	699(100.0)
가족질병력										
고혈압	1(16.7)	14(30.4)	13(22.4)	12(37.5)	40(28.2)	8(26.7)	48(36.1)	46(26.9)	14(25.5)	116(29.8)
협심증	2(33.3)	1(2.2)	3(5.2)	1(3.1)	7(4.9)	1(0.3)	5(3.8)	3(1.8)	1(1.8)	10(2.6)
심근경색	-	-	1(1.7)	-	1(0.7)	1(0.3)	8(6.1)	10(5.8)	1(1.8)	20(5.1)
뇌졸중	1(16.7)	9(19.6)	11(19.0)	6(18.8)	27(19.0)	5(16.7)	17(12.8)	17(9.9)	8(14.5)	47(12.1)
간질환	-	3(6.5)	7(12.1)	1(3.1)	11(7.7)	5(16.7)	11(8.3)	10(5.8)	6(10.9)	32(8.2)
당뇨	1(16.7)	9(19.6)	7(12.1)	5(15.6)	22(15.5)	4(13.3)	19(14.3)	26(15.2)	9(16.4)	58(14.9)
암	1(16.7)	10(21.7)	16(27.6)	7(21.9)	34(23.9)	6(0.2)	25(18.8)	59(34.5)	16(29.1)	106(27.2)
소 계	6(100.0)	46(100.0)	58(100.0)	32(100.0)	142(100.0)	30(100.0)	133(100.0)	171(100.0)	55(100.0)	389(100.0)

주)복수응답, 무응답 제외

남성-과거질병력: 평균0.7건(±0.9), 범위0-5건/가족질병력: 평균0.5건(±0.6), 범위0-3건  
 여성-과거질병력: 평균1.0건(±1.0), 범위0-6건/가족질병력: 평균0.5건(±0.8), 범위0-4건

이상에서 남성과 여성의 건강문제를 비교해 보면, 인구 1,000명당 만성질환 이환율은 남자 521, 여자 616이었다. 또한 남성에 비해 여성의 건강문제가 현저히 많으며 여성의 경우 특히 연령이 증가할수록 건강문제의 비율이 증가하였고 빈혈 및 위장질환은 젊은 여성이 높은 것으로 나타났다. 건강문제는 남성의 경우 고혈압의 기왕력이 높는데 비해 여성은 위장질환이 가장 높고 남성에 비해 관절염 및 빈혈이 더 많은 것으로 나타났다. 요통 또한 남성에 비해 현저히 높게 나타났다. 유전적 소인이 있거나 가족력이 있는 질병을 가족이 앓았다고 응답한 대상자는 전체적으로 남녀 모두 고혈압(남: 28.2%, 여: 39.7%)이 가장 많았고 그 다음 암(남: 23.9%, 여: 36.3%), 뇌졸중(남: 19.0%, 여: 16.1%), 당뇨(남: 15.5%, 여: 19.9%) 순으로 나타났다.

3. 성별, 연령별 건강행위

1) 남 성

흡연자는 37.3%, 음주자는 66.9%이었으며, 30대가 다른 연령에 비해 흡연율과 음주율이 더 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 식사습관을 보면 횟수는 1일 3회가 평균 86.5%였고 30대가 40대 이후에 비해 현저히 낮았으며(p<.05), 과식, 간식, 인스턴트식품의 섭취의 횟수는 모두 젊은 연령층이 많았고 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(p<.01). 대상자의 50%가 7-8시간 수면하는 것으로 나타났으며 이 비율은 연령이 낮을수록 유의하게 높았다(p<.01). 비만도의 경우 남성의 74.7%가 표준군에 속하였으며 연령별로 유의한 차이는 없었다. 연령이 낮은 군이 높은 군에 비해 스트레스 수준이 유의하게 더 높은 것으로 나타났다(p<.05)(표 4).

<표 4> 남성의 연령별 건강행위

N(%), N=311

구 분		30대	40대	50대	60대	계	$\chi^2/F값$	
흡연	유	9(56.3)	36(41.4)	39(34.5)	29(33.3)	113(37.3)	4.023	
	무	7(43.8)	51(58.6)	74(65.5)	58(66.7)	190(62.7)		
음주	유	15(83.3)	62(71.3)	78(67.2)	52(58.4)	208(66.9)	5.803	
	무	3(16.7)	25(28.7)	38(32.8)	37(41.6)	103(33.1)		
횟수 (회)	불규칙	3(16.7)	9(10.3)	5( 4.3)	3( 3.4)	20( 6.4)	10.704*	
	2	2(11.1)	5( 5.7)	4( 3.4)	5( 5.6)	16( 5.1)		
	3	12(66.7)	71(81.6)	104(89.7)	81(91.0)	269(86.5)		
	4	1( 5.6)	2( 2.3)	3( 2.6)	-	6( 1.9)		
천천히 식사	전혀	2(11.1)	17(19.5)	26(22.4)	21(23.6)	67(21.5)	1.510	
	가끔	8(44.4)	42(48.3)	42(36.2)	35(39.3)	127(40.8)		
	자주	3(16.7)	14(16.1)	22(19.0)	9(10.1)	48(15.4)		
	항상	5(27.8)	14(16.1)	26(22.4)	24(27.0)	69(22.2)		
과식 여부	전혀	4(22.2)	14(16.1)	29(25.0)	35(41.2)	82(27.0)	12.519**	
	가끔	11(61.1)	59(67.8)	76(65.5)	42(49.4)	188(61.8)		
	자주	2(11.1)	9(10.3)	9( 7.8)	6( 7.1)	26( 8.6)		
	항상	1( 5.6)	4( 4.6)	1( 0.9)	2( 2.4)	8( 2.6)		
간식 여부	전혀	3(16.7)	14(16.9)	30(26.3)	38(45.2)	85(28.4)	22.399**	
	가끔	12(66.7)	49(59.0)	70(61.4)	40(47.6)	171(57.2)		
	자주	2(11.1)	15(18.1)	13(11.4)	5( 6.0)	35(11.7)		
	항상	1( 5.6)	5( 6.0)	1( 0.9)	1( 1.2)	8( 2.7)		
식습관	어육류 섭취 (회/주)	1이하 3-4 매일	7(41.2) 8(47.1) 2(11.8)	28(32.6) 49(57.0) 9(10.5)	42(37.2) 53(46.9) 18(15.9)	34(38.6) 44(50.0) 10(11.4)	111(36.5) 154(50.7) 39(12.8)	0.646
	녹황색 채소섭취 (회/주)	1이하 3-4 매일	7(41.2) 7(41.2) 3(17.6)	32(37.6) 44(51.8) 9(10.6)	34(29.8) 57(50.0) 23(20.2)	30(34.5) 43(49.4) 14(16.1)	103(34.0) 151(49.8) 49(16.2)	3.232
	인스턴트 섭취	거의 안먹음 월 1-2회 주 1-2회 매일	1( 5.9) 6(35.3) 9(52.9) 1( 5.9)	23(26.7) 18(20.9) 44(51.2) 1( 1.2)	46(40.0) 23(20.0) 45(39.1) 1( 0.9)	49(56.3) 15(17.2) 22(25.3) 1( 1.1)	119(39.0) 62(20.3) 120(39.3) 4( 1.3)	22.678**
고콜레스테롤식 품섭취(회/주)	1이하 2-3 4-6 매일	9(52.9) 7(41.2) - 1( 5.9)	32(37.6) 45(52.9) 5( 5.9) 3( 3.5)	60(52.6) 41(36.0) 11( 9.6) 2( 1.8)	40(46.0) 42(48.3) 4( 4.6) 1( 1.1)	141(46.5) 135(44.6) 20( 6.6) 7( 2.3)	0.592	
	음식와 간	아주짜게	-	2( 2.3)	5( 4.3)	5( 5.7)	12( 3.9)	3.393
		합당하게	5(27.8)	24(27.9)	32(27.8)	27(30.7)	88(28.7)	
		보통	11(61.1)	43(50.0)	58(50.4)	39(44.3)	151(49.2)	
	심겁게	2(11.1)	17(19.8)	20(17.4)	17(19.3)	56(18.2)		

〈표 4〉 남성의 연령별 건강행위(계속)

N(%), N=311

구분	30대	40대	50대	60대	계	$\chi^2/F값$
수면(시간)	4이하	-	3(3.5)	3(2.7)	3(3.4)	9(2.9)
	5-6	1(5.6)	34(39.5)	46(40.7)	43(48.3)	124(40.5)
	7-8	16(88.9)	44(51.2)	56(49.6)	37(41.6)	153(50.0)
	9이상	1(5.6)	5(5.8)	8(7.1)	6(6.7)	20(6.5)
비만도	과소	2(11.8)	2(2.4)	6(5.3)	8(9.4)	18(6.0)
	표준	12(70.6)	65(78.3)	85(74.6)	61(71.8)	224(74.7)
	과다	3(17.6)	16(19.3)	23(20.2)	16(18.8)	58(19.3)
연령별 평균 <sup>†</sup>	23.9(3.4)	25.0(2.5)	24.7(3.7)	24.7(3.3)	24.7(3.2)	0.612
스트레스(연령별 평균 <sup>†</sup> )	3.4(3.2)	3.7(3.0)	3.1(2.7)	2.4(2.5)	3.1(2.8)	3.225*
운동	거의안함	9(50.0)	38(43.7)	42(36.2)	28(31.5)	118(37.9)
	주1회	5(27.8)	14(16.1)	19(16.4)	14(15.7)	52(16.7)
	주2회	2(11.1)	9(10.3)	15(12.9)	12(13.5)	38(12.2)
	주3회이상	2(11.1)	26(29.9)	40(34.5)	35(39.3)	103(33.1)
1회 시간	30분미만	12(66.7)	39(48.1)	41(50.6)	26(32.1)	119(42.2)
	30분-1시간	5(27.8)	26(32.1)	29(35.8)	19(23.5)	79(28.0)
	1시간이상	1(5.6)	16(19.8)	31(38.3)	36(44.4)	84(29.8)

주)무응답 제외, \* p<.05, \*\*p<.01  
<sup>†</sup>ANOVA분석, 단위: 평균(±표준편차)

또한 30분 이상 운동하는 경우가 57.8%로 연령이 높은 군의 비율이 유의하게 높았다(p<.01)〈표 4〉. 운동의 종류는 산책 및 걷기가 41.1%로 가장 많았고 그 다음 등산(28.9%), 조깅(9.1%) 순이었다(표 5).

2) 여성

흡연율은 3.6%이었으며 연령별 차이는 없었다. 음주율은 32.2%로 낮은 연령층의 음주율이 높게 나타났다(p<.01). 또한 여성의 79.6%가 3회 식사하는 것으로 보고하였고 식사 속도는 천천히 하는 경우가 37.4%로 나타났다. 과식여부는 '가끔'이 64.4%, '자주'가 14.5%였으며 낮은 연령층의 비율이 유의하게 높았으며, 간식여부와 인스턴트 식품의 섭취 횟수, 어육류의 섭취 횟수 또한 타 연령군에 비해 유의하게 높게 나타났다(p<.01,

p<.05).

여성의 47.7%가 평균 7-8시간 수면하는 것으로 나타났다으며 연령이 낮을 수록 비율이 유의하게 높았다(p<.01). 비만도의 경우 여성의 50.0%가 표준군에 속하고 높은 연령층이 표준군에 속하는 비율이 낮은 반면에 낮은 연령층은 과소체중군에 속하는 비율이 높았다. 연령이 높은 군의 경우는 과다체중군에 속하는 비율이 더 높았다(p<.01)〈표 6〉.

또한 여성의 운동 수행 정도는 연령이 낮은 군이 높은 군에 비해서 운동을 더 자주하는 것으로 나타났다(p<.01). 그러나 30분 이상 운동하는 경우는 평균 52.1%로 높은 연령층의 비율이 높았다(p<.01). 운동의 종류는 남성의 경우처럼 산책이나 걷기가 45.8%로 가장 많았고 그 다음 등산이 18.8%를 차지하였다(표 5).

〈표 5〉 성별, 연령별 운동종류

성별	운동의 종류	30대	40대	50대	60대	계
남	산책, 걷기	7(50.0)	30(41.7)	41(42.3)	30(37.5)	108(41.1)
	조깅	-	7(9.7)	12(12.4)	5(6.3)	24(9.1)
	자전거	2(14.3)	4(5.6)	3(3.1)	7(8.8)	16(6.1)
	수영	1(7.1)	2(2.8)	1(1.0)	-	4(1.5)
	체조	1(7.1)	5(6.9)	4(4.1)	2(2.5)	12(4.6)
	등산	3(21.4)	17(23.6)	27(27.8)	29(36.3)	76(28.9)
	구기종목	-	7(9.7)	9(9.3)	7(8.8)	23(8.7)
계	14(100.0)	72(100.0)	97(100.0)	80(100.0)	263(100.0)	
여	산책, 걷기	19(32.2)	73(41.7)	122(46.9)	53(50.0)	268(45.8)
	조깅	4(9.3)	14(8.0)	22(8.5)	11(10.4)	51(8.7)
	자전거	2(4.7)	5(2.9)	9(3.5)	3(2.8)	19(3.2)
	수영	2(4.7)	11(6.3)	14(5.4)	8(7.5)	35(6.0)
	체조	8(18.6)	15(8.6)	38(14.6)	8(7.5)	69(11.8)
	등산	4(9.3)	45(25.7)	44(16.9)	17(16.1)	110(18.8)
	구기종목	4(9.3)	12(6.9)	11(4.2)	6(5.7)	33(5.6)
계	43(100.0)	175(100.0)	260(100.0)	106(100.0)	585(100.0)	

주)복수응답, 무응답 제외

〈표 5〉 여성의 연령별 건강행위

N(%), N=729

구 분		30대	40대	50대	60대	계	$\chi^2/F값$	
흡연	유무	3(5.5)	9(4.1)	10(3.3)	3(2.4)	25(3.6)	1.238	
		52(94.5)	212(95.9)	291(96.7)	120(97.6)	676(96.4)		
음주	유무	30(50.8)	89(39.2)	90(28.4)	26(20.8)	235(32.2)	23.984**	
		29(49.2)	138(60.8)	227(71.6)	99(79.2)	494(67.8)		
식습관	릿수 (회)	불규칙	8(13.6)	13(5.7)	22(6.9)	12(9.6)	55(7.5)	3.103
		1	-	-	1(0.3)	-	1(0.1)	
		2	7(11.9)	27(11.9)	38(12.0)	15(12.0)	87(11.9)	
		3	43(72.9)	186(81.9)	252(79.5)	98(78.4)	580(79.6)	
	천천히 식사	전혀	11(18.6)	51(22.5)	105(33.1)	39(31.2)	206(28.3)	5.770
		가끔	25(42.4)	85(37.4)	107(33.8)	32(25.6)	250(34.3)	
		자주	14(23.7)	34(15.0)	33(10.4)	19(15.2)	100(13.7)	
		항상	9(15.3)	57(25.1)	72(22.7)	35(28.0)	173(23.7)	
	과식 여부	전혀	3(5.4)	36(16.2)	74(23.9)	37(30.3)	150(21.1)	14.669**
		가끔	41(73.2)	154(69.4)	193(62.5)	68(55.7)	457(64.4)	
		자주	11(19.6)	27(12.2)	36(11.7)	16(13.1)	90(12.7)	
		항상	1(1.8)	5(2.3)	6(1.9)	1(0.8)	13(1.8)	
	간식 여부	전혀	7(12.3)	57(25.7)	92(29.8)	46(39.0)	203(28.7)	11.583**
		가끔	41(71.9)	136(61.3)	183(59.2)	57(48.3)	417(59.0)	
		자주	6(10.5)	25(11.3)	29(9.4)	15(12.7)	75(10.6)	
		항상	3(5.3)	4(1.8)	5(1.6)	-	12(1.7)	
아유류 섭취 (회/주)	1이하	20(34.5)	78(35.3)	143(47.4)	54(43.5)	295(41.8)	12.078**	
	3-4	32(55.2)	110(49.8)	138(45.7)	57(46.0)	338(47.9)		
	매일	6(10.3)	33(15.0)	21(7.0)	13(10.5)	73(10.4)		
	녹황색 채소섭취 (회/주)	1이하	17(29.8)	78(35.1)	115(37.8)	30(34.5)		265(37.6)
3-4	27(47.4)	100(45.0)	130(42.8)	43(49.4)	302(42.8)			
매일	13(22.9)	44(19.9)	59(19.4)	14(16.1)	138(19.6)			
인스턴트 섭취	거의안먹음	24(42.9)	110(49.5)	196(64.5)	94(78.3)	425(60.5)	40.534**	
	월1-2회	8(14.3)	53(23.9)	55(18.1)	14(11.7)	130(18.5)		
	주1-2회	21(37.5)	54(24.3)	49(16.1)	12(10.0)	136(19.3)		
	매일	3(5.4)	5(2.3)	4(1.3)	-	12(1.7)		
고콜레스테롤식 품섭취(회/주)	1이하	25(42.4)	105(47.7)	184(61.3)	75(66.4)	389(56.4)	2.201	
	2-3	23(39.0)	92(41.8)	95(31.7)	29(25.7)	240(34.8)		
	4-6	7(12.5)	17(7.7)	19(6.3)	7(6.2)	50(7.2)		
	매일	1(1.8)	6(2.7)	2(0.7)	2(1.8)	11(1.6)		
음식의 간	아주짜게	-	-	4(1.3)	-	4(0.6)	17.226**	
	짜갈하게	15(25.9)	52(23.2)	87(27.8)	45(36.3)	199(27.6)		
	보통	38(65.5)	151(67.4)	181(57.6)	62(50.0)	433(60.1)		
	상절계	5(8.6)	21(9.4)	42(13.4)	17(13.7)	85(11.8)		
수면 (시간)	4이하	1(1.7)	2(0.9)	16(5.1)	7(5.6)	26(3.6)	38.951**	
	5-6	12(20.7)	73(32.9)	138(44.4)	68(54.4)	291(40.6)		
	7-8	38(65.5)	124(55.9)	133(42.8)	46(36.8)	342(47.7)		
	9이상	7(12.1)	23(10.4)	24(7.7)	4(3.2)	58(8.1)		
비만도	과소	8(13.8)	19(8.6)	9(2.9)	3(2.4)	39(5.4)	23.505**	
	표준	32(55.2)	118(53.2)	160(51.1)	48(38.7)	359(50.0)		
	과다	18(31.0)	85(38.3)	144(46.0)	73(58.9)	320(44.6)		
	연령별 평균 <sup>†</sup>	23.8(4.8)	24.3(3.7)	25.2(3.3)	25.7(2.8)	24.9(3.5)		3.004**
스트레스(연령별 평균) <sup>†</sup>		3.8(3.3)	4.1(2.9)	3.9(2.9)	2.8(2.9)	3.9(3.5)	0.373	
	거의안함	42(36.2)	28(31.5)	146(46.1)	58(46.4)	351(48.1)	8.315*	
	주1회	19(16.4)	14(15.7)	38(12.0)	17(13.6)	98(13.4)		
	주2회	15(12.9)	12(13.5)	23(7.3)	5(4.0)	53(7.3)		
주3회이상	40(34.5)	35(39.3)	110(34.7)	45(36.0)	227(31.1)			
운동	30분미만	39(72.2)	96(42.3)	119(44.2)	46(45.1)	301(47.9)	15.562**	
	1회 시간	9(16.7)	56(24.7)	64(23.8)	29(28.4)	158(25.1)		
	1시간이상	6(11.1)	51(22.5)	86(32.0)	27(26.5)	170(27.0)		

주)무응답 제외, \*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01

†ANOVA분석, 단위: 평균(±표준편차)



## IV. 논 의

### 1. 대상자의 건강수준

인식된 건강수준의 경우 '건강한 편'이 전국(48.9%, 1995)이나 서울(56.3%, 1998)와 비교하여 낮았으며, 응답자의 과반수 이상에서 암의 전구증상이나 과거 만성 질환의 경험을 보고하는 등 연구 대상자는 서울시민이나 전국민들에 비하여 자신의 건강상태를 부정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 특히 여성의 경우 연령이 높을수록 건강 인식 수준이 낮았는데, 이는 기왕력 및 암의 전구증상, 요통 등에 대하여 여자가 남자에 비하여 높게 나타난 것과 관련된 것으로 생각된다. 여러 보고들에 따르면 지각된 건강상태가 질병 이환과 건강행위 실천에 영향을 준다(변종화 외, 1996). 따라서 실제적인 만성질환의 관리와 함께 지역 주민 스스로가 자신의 건강을 관리할 수 있다는 자신감을 키워주는 방안이 필요하다.

또한 질병 과거력에 대한 본 연구 결과를, 질병이환상태를 조사한 다른 연구들과 직접적으로 비교하는 것은 어려우나, 만성질환의 이환율을 남자 28.8%, 여자 33.4%로 보고한 조사(서울특별시, 1998)와는 차이를 보였다. 이는 본 연구 대상자와 달리 기존 조사의 경우, 통상적으로 생활을 같이하는 가구원 모두를 대상으로 포함하는 등 대상자의 차이에서 기인된 것으로 생각된다.

대상자의 질병 기왕력을 살펴보면, 특히 여자의 경우 모든 연령층에서 남자에 비하여 만성질환의 이환률이 높고, 1인 평균 1.5건 정도의 질병을 호소하며 위장질환과 빈혈이 높았다. 이처럼 성별에 따른 건강문제의 차이는 건강증진사업이 성별에 따라 특성화되어야 함을 시사한 것이다. 현재 보건소의 주요 건강증진사업은 모성 및 영유아관리, 구강보건, 고혈압관리, 당뇨병예방관리, 암예방관리, 감염성질환 및 성병 관리, 정신보건, 영양지도사업, 건강캠페인, 운동지도 순으로(변종화 외, 1999), 여성을 대상으로 하는 프로그램은 모성 및 영유아관리에 국한되어 있으며, 중장년 여성을 대상으로 하는 프로그램은 거의 전무한 상태이다. 따라서 본 연구의 성별에 따른 특성화된 건강문제 예방 및 관리가 필요하다.

또한 본 연구 결과 30, 40대 여성의 경우 과거 질병력에서 위장질환과 빈혈의 경험이 높은 반면 건강행위 및 생활양식의 실천 정도가 50, 60대에 비하여 낮았다. 이는 유통업 여성근로자를 대상으로 한 김숙영(1999)의 연구와 유사한 결과로, 중장년기에 나타나는 건강문제가

이미 중년기 이전 단계에서부터 나타나기 시작하며 중년기 이전 단계의 건강행위 및 생활양식의 실천 정도와 관련됨을 의미하는 것으로 생각된다. 따라서 중장년기의 건강문제 예방 및 관리는 중년기 이전의 단계에서부터 이루어져야 함을 시사한다.

### 2. 건강행위 실천수준

대상자의 흡연율은 전국 평균(남정자 외, 1995)과 서울시민(1998)이나 WHO(1995) 보다 남, 녀 모두 낮았으나 전국 '시'지역의 흡연율과는 유사하였다. 남자의 경우 30대가 56.3%로 가장 높아 흡연의 가장 큰 위험집단으로 나타났으며, 남, 녀 모두 40대 이후 각 연령대별 흡연율이 감소하는 것으로 나타났다. 흡연은 알려진 건강위험요인 중에서 가장 위험한 요인 중의 하나로 하루 40개피 이상을 피우는 30-40대 흡연자는 비흡연자에 비하여 평균 8년 이상 수명이 감소되며(DHHS, 1979), 모든 암 사망의 30%가 흡연때문이라고 한다(Vecchia 등, 1995). 따라서 본 연구 결과, 특히 사회에서 왕성하게 활동하는 30, 40대의 흡연율이 높은 것은 이 연령대의 흡연에 의한 사망이나 이환 가능성이 매우 높음을 의미한다. 이는 본 연구가 국제구체금융기간에 이루어진 점도 관련되는 것으로 보이는데, 많은 근로자들이 업무 피로와 스트레스를 느끼며 이를 흡연으로 해소한다는 보고와 관련됨을 추정할 수 있다(한국일보, 1994).

또한 전반적으로 흡연율이 줄어든다 해도 금연은 조직화된 노력에 의해 일어나기보다는 개인적 노력에 의한 것이 대부분이라는 점에서, 금연에 대한 집단적 노력에는 한계가 있다고 알려져 있다(전경자, 1994). 따라서 30, 40대를 대상으로 흡연자에게는 금연노력에 대한 지지 및 금연시도, 비흡연자에게는 흡연 예방을 할 수 있도록 상담과 교육이 필요할 것이다.

한편 대상자의 음주율은 서울시민에 비하여 낮았다. 본 연구에서 음주 빈도 및 양에 대한 자료의 미비로 이를 분석에서 제외했기 때문에 직접적인 비교가 어려우나 음주율면에서 전국민 조사 결과에 비해서 높았다. 남, 녀 모두 30, 40대에서 가장 높았고 연령이 증가할수록 음주율은 감소하여 60대에서 가장 낮은 수치를 보인 바, 이는 전국의 조사나 서울시민의 조사와 유사하였다.

음주를 일으키는 원인은 유전적, 행태적, 환경적 요인 등으로 나누어지는데(Taylor, 1982), 행태적 요인과 관련하여서 한 조사에서 음주 이유 중 스트레스 및 욕구불

만 해소가 가장 높게 나타났다(서울특별시, 1998). 따라서 지역사회 주민들의 음주문제에 대한 접근에 있어서 스트레스 해소나 지지집단의 존재 여부 등이 중요할 것으로 생각된다. 또한 같은 연구에서 음주이유 중 사교목적과 업무상 음주가 2, 3위를 차지하였으며, 음주운전 경험도 운전자의 8.7%가 1회 이상을 보고하였고 남자와 20, 30대에서 음주운전율이 높게 나타났다. 따라서 우리나라의 음주에 대한 허용적 태도나 사회적 음주(social drinking)의 역할, 음주운전에 대한 경각심 미비 등의 환경적 요인을 고려한다면 음주문제에 대한 개인적 접근은 어려운 것으로 보인다. 따라서 건강증진의 관점에서 음주문제는 예방적이고 집단적인 노력이 필요할 것이다(전경자, 1994).

식습관과 관련하여 흔히 나타나는 문제는 불균형적인 식사와 영양결핍 혹은 과잉섭취 등이다(Taylor, 1982; Willet, 1987). 본 연구 결과 30, 40대가 50, 60대 보다 식사의 불규칙성, 과식 및 간식 여부, 인스턴트식품 섭취 등에서 바람직하지 못한 식습관을 가지는 것으로 보고되었다. 이는 서울시 조사(1998)나 전국민 조사(남정자의, 1995)와 유사한 결과였다. 또한 대상자의 32.6%가 짜게 먹는다고 보고하였는데, 이는 서울시민을 대상으로 한 조사(24.3%)에 비하여 높은 수준이었다. 특히 60대 노인층이 짜게 먹는 것으로 나타났다. 본 연구의 대상자들의 연령 분포가 밀반찬이나 젓갈류, 장아찌, 자반, 김치 등 짠 음식을 좋아하는 50, 60대가 많은 점을 고려하더라도 조사 대상자들은 음식을 짜게 먹는 편으로 보인다. 또한 사회경제적으로 취약한 60대에서 어육류와 녹황색 등을 주1회 이하 섭취한다는 응답이 많았다. 따라서 식습관의 고위험군인 30, 40대를 대상으로 한 식생활에 대한 교육과 함께 노인 인구의 동거 가족여부 및 식생활 형태에 대한 추후 조사가 필요하고 이를 통한 노인의 식생활에 대한 실제적인 도움이 필요하다.

본 연구 결과 주1회 및 3회 이상 규칙적으로 운동을 하는 비율은 전국 평균치에 비하여 높았다. 그러나 1회 운동시간이 30분 미만인 경우가 남자 42.2%, 여자 47.9%로, 운동효과는 의심스럽다. 운동이 건강에 효과적이기 위해서는 운동으로 인해 땀이 나고 숨이 가쁘게 되어야 하는 등 운동 강도가 중요하며 일반적으로 최소 일주일에 3번 이상, 30분 이상 운동을 해야 효과가 있다(Pender, 1996). 한편 성별 및 연령에 따라 운동실천의 차이가 있었는데, 주 1회 이상, 30분 이상의 운동을 남자가 더 많이 하였고, 연령별로는 30, 40대가 50, 60

대 보다 운동을 하지 않으며, 운동을 하는 경우에도 1회 시간이 30분 미만인 경우가 많았다. 이는 다른 조사와 유사한 것으로, 한 조사(서울특별시, 1998)에 따르면 운동하지 않는 이유 중 응답자의 과반수 이상이 '시간부족'과 '시설부족', '자신에게 적절한 운동방법을 모르기 때문'이라고 보고하였다. 따라서 시간이 없거나 이용시설이 없어서 운동 부족을 호소하는 30, 40대를 대상으로한 운동 교육에서는 이러한 장애요인들을 줄여 주는 것이 규칙적인 운동을 하는 가장 중요한 요소가 될 것이다. 또한 근골격계에 무리가 가지 않는 연령에 맞는 운동을 일상생활에서 실천할 수 있는 교육이 필요하다. 즉 점심 시간을 이용하거나 출퇴근 시 대중교통을 이용하면서 속보를 하는 등 업무에 지장이 없고 운동을 같이하는 파트너나, 가족의 지지를 함께 고려한 운동실천교육이 필요하다.

최근 수면과 건강, 사망과의 관계에 대한 관심이 비교적 높아졌다(Behler, Tippet, & Mandel, 1994). 보통 4시간이하의 잠을 자는 30세 이상 남성들은 7-8시간을 자는 사람보다 6년간 사망률이 2.8배 높으며 10시간 이상 자는 사람들은 1.8배 높은 것으로 보고된다(서울특별시, 1998). 조사 대상 주민들의 7시간 미만 수면 시간 비율은 서울시민을 대상으로 한 조사 결과(1998)와 유사하였으나, 9시간 이상 수면한다는 응답은 같은 조사의 결과에 비하여 높은 편이었다. 건강증진 측면에서 수면은 절대적인 수면 시간 보다는 '충분한 수면을 하는지'에 대한 주관적 인식이 더 중요할 것이나, 본 연구에서는 수면에 대한 만족감 등을 조사하지 않았다. 따라서 추후조사에서는 주관적인 수면 상태나 만족에 대한 조사가 필요하다.

전체 대상자들의 비만 비율은 다른 조사의 결과에 비하여 높았으며 특히 여자의 비만 비율이 더 높았다. 이는 과체중을 분류하는 기준이 다른 조사에서와 달랐던 이유와 관련되는 것으로 생각된다. 즉 서울시민을 대상 조사에서는 남, 녀 모두 BMI 지수가 25이상인 경우를 비만으로 분류하였으나, 실제 임상에서는 남자 27이상, 여자 25이상을 비만으로 정의하여(경남호, 1986; 김정희, 1996) 본 연구에서도 이 기준을 따랐다. 이를 고려하면 서울시민과 비슷한 수준의 비만도를 보이는 것으로 추정될 수 있다. 또한 본 연구에서 연령이 낮을수록 비만자의 비율이 낮아지고 표준체중에 미치지 못한 사람들의 비율이 높아졌는데 이는 다른 조사들의 결과와도 일치한 것이었다(남정자 외, 1995; 서울특별시, 1998).

비만은 고혈압, 고지혈증, 당뇨병 등의 위험요인으로 압과도 일부 관련이 있는 것으로 추정된다(김정희, 1996). 따라서 적절한 체중의 유지는 이환율과 사망률을 줄일 수 있으며(Drenick, 1980), 체중은 단지 유전적, 환경적 요인에 원인이 있기보다는 개인적인 조절 여하에 달려있다(Taylor, 1982). 또한 체중관리에 있어서는 부분적인 방법 보다는 운동이나 휴식, 여가, 흡연, 음주, 스트레스관리 등 건강에 결정적인 영향을 주는 조화로운 생활양식을 강조된다(Taylor, 1982).

이상에서 살펴본 바, 연령이 높을 수록 건강문제가 많은 반면, 연령이 낮을수록 건강행위 및 생활양식의 실천 수준은 더 낮은 것으로 나타났다. 이는 중장년기에 나타나는 건강문제가 중장년기 이전 단계에서부터 실천해온 건강한 생활습관의 유지와 관련됨을 시사한다. 즉 중장년기는 흡연, 음주, 스트레스, 고혈압, 당뇨 등 모든 건강 위험요인이 다른 연령층에 비하여 높고 건강위험요인이 구체적으로 질병으로 나타나는 시기이며(Behler 등, 1994), 또한 중년기 이전의 청년기, 청소년기에 형성된 건강행위 및 생활양식의 영향을 받는다(Kudzma & Quinn, 1994).

따라서 청소년기가 성인기에 비해 건강행위에 대한 변화가능성이 높고, 집단 중심의 건강증진사업을 전개할 수 있으며, 이 시기에 형성된 건강행위가 그 다음 시기에 까지 영향을 줄 수 있음(Schurman 등, 1994)을 고려한다면, 지역사회 중장년층 주민을 대상으로 한 건강증진사업은 학교보건사업과 연계하여 수행되어야 할 것으로 생각된다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 서울의 일개 지역 주민의 건강문제 및 건강행위 실천정도를 조사하여 이에 기초한 건강증진사업을 하고자 수행되었다. 연구 대상자는 서울의 K구에 거주하는 30세 이상의 성인들 중, K구 보건소의 '건강관리회원'에 등록하기로 동의한 주민 1,040명이었다. 자료는 1998년 9월부터 1999년 2월까지 6개월 동안 구조화된 설문지를 이용하여 조사원의 면담 또는 전화에 의해 수집되었다. 자료분석은 SPSS-PC+를 이용하여 서술적 통계와  $\chi^2$ 검정, ANOVA를 하였다. 연구결과는 다음과 같다.

1. 남자의 35.4%, 여자의 27.8%가 건강한 편이라고

응답하였으며 대상자의 과반수 이상에서 암의 전구증상과 과거 만성질환 경험이 있었다. 주요 만성질환 종류별 이환상태를 보면, 남자의 경우 고혈압, 당뇨, 위장질환 순이었고, 여자는 위장질환, 고혈압, 관절염, 빈혈, 당뇨 순이었다. 또한유전적 소인이 있거나 가족력이 있는 질병은 고혈압, 암, 뇌졸중, 당뇨 순으로 나타났다.

2. 남녀의 흡연율은 각각 7.3%, 3.6%로 다른 조사의 결과에 비하여 낮았고 남녀의 음주율은 66.9%, 32.2%로 이 또한 전국평균치 보다는 낮았다. 연령이 낮을수록 불규칙한 식사, 과식 및 간식 여부, 인스턴트식품 섭취 등 식습관은 바람직하지 않았다. 또한 주1회나 3회 이상 규칙적으로 운동하는 비율은 전국 평균치에 비하여 높았으며, 남자와 높은 연령층에서 운동을 더 많이 하였고 남녀 모두 산책, 걷기, 등산 등을 많이 하였다. 비만 비율은 다른 조사의 결과와 유사하였고, 여자와 연령이 높을수록 더 높게 나타났으며, 연령이 낮을수록 과소체중의 비율이 높았다.

이상의 연구결과를 바탕으로 K구 보건소의 건강관리 회원에 등록된 주민들에 대한 건강관리 프로그램을 제안하고자 한다.

1. 중장년층을 대상으로 한 건강증진사업은 성별에 따른 건강문제의 차이에 대한 고려가 필요하다.
2. 건강행위의 실천이 부족한 30, 40대 주민들을 대상으로 일상생활 속에서 실천할 수 있는 건강증진 프로그램이 요구된다.
3. 지역사회 주민들이 자신의 건강을 스스로 관리하고 건강행위를 실천할 수 있도록 하는 방안이 필요하다.
4. 중장년층을 대상으로 한 건강증진사업은 건강증진행위가 형성되는 중년기 이전 단계인 청년기 및 청소년기에서의 건강증진사업 특히 학교보건사업과 연계하여 시작되어야 한다.

## 참 고 문 헌

건강증진법 (1995).  
 경난호 (1986). 비만증과 음식요법 및 행동치료. 대한의학협회지, 29(12), 1273-1279.  
 김숙영 (1999). 유통업 여성근로자의 건강문제와 건강행위에 관한 연구. 서울대 대학원 간호학 석사 학위

- 논문
- 김정희 (1996). 비만 성인의 건강관련 행위. 서울대학교 석사학위논문.
- 남정자 외 (1995). 한국인의 보건의식행태. 한국보건사회연구원
- 남정자 외 (1996). 한국인의 보건수준에 미치는 영향 분석. 한국보건사회연구원
- 박성애, 박정호, 윤순녕, 이인숙, 박현애 (1998). 건강증진사업개발을 위한 요구도조사. 간호학 논문집, 12(2), 202-219.
- 변중화 외 (1999). 국민건강증진기금사업의 운영 및 평가체계 개발. 한국보건사회연구원.
- 변중화(편저) (1996). 국민건강증진사업의 효과적 추진 방안. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부 (2000). 건강증진사업 담당자 교육 훈련교재(관리자반), 133-379
- 서울특별시 및 한국보건사회연구원 (1998). 서울시민의 건강생활실천수준.
- 서울특별시 및 한국보건사회연구원 (1998). 서울시민의 보건의료수준.
- 윤순녕 (2000). 제조업 여성근로자의 건강행위예측을 위한 Pender 새모형의 검증. 1998, 학술진흥재단 자유공모 연구주제. 미게체.
- 윤순녕, 김정희 (1999). 제조업 여성근로자의 건강증진행위 관련요인 분석 : Pender의 건강증진모형을 적용하여. 산업간호학회지, 8(2), 130-140.
- 윤순녕, 전경자 (1994). 건강증진. 대한간호, 33(5), 19-34.
- 전경자 (1994). 산업장 건강증진프로그램 개발에 관한 연구. 서울대학교 박사학위논문.
- 조병만 (1996). 생활양식과 신체적 건강상태의 관련성에 관한 연구. 한국역학회지, 189(1), 84-94.
- 지역보건법. (1995).
- 최성기 (2000). 건강증진사업의 정책과정. 보건복지부, 건강증진사업과정 선택전문교육교재, 3-10.
- 최창수 외 (1995). 한국인의 건강과 의료이용실태. 한국보건사회연구원.
- 통계청 (1997). 사망통계연보.
- 통계청 (1999). 한국통계연감.
- 한국일보 (1994). 직장인 60% 업무피로와 스트레스-답배로 해소(7월19일자).
- Allen, J. K. (1996). 이론을 바탕으로한 건강증진 연구와 실무. 서울대학교 개교 50주년 기념 국제학술대회자료집, 21-31.
- Behler, D., Tippet, T., & Mandle, C. L. (1994). Middle Adult. In Edelman, C. L. & Mandle, C. L.(ed.) Health Promotion throughout the lifespan(3rd ed.). St. Louis: Mosby. 607-633.
- Blair, S. N., Kohl, H. W., Paffenbarger, R. S., Clark, D. G., Cooper, K. H., & Gibbons, L. W. (1989). Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and women. JAMA, 262, 2395-2401.
- Breslow, L., & Enstrom, J. E. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality. Preventive Medicine, 9, 469-483.
- California State Department of Public Health. (1966). Alameda County Population, Berkeley: California State Department of Public Health.
- DHEW (1979). Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. DHEW(PHS) Pub No. 79-55071.
- DHHS (1979). Smoking and health: a report of Surgeon General, U.S. DHHS.
- DHHS (1988). Disease prevention/health promotion, the facts. Bull Publishing Co.
- DHHS (1979). Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives.
- Digman, M. B., & Corr, P. A. (1992). Program Planning for health education and promotion. Lea & Febiger : Philadelphia, 17-58.
- Drenick, E. J., Bale, G. S., & Seltzer, F. (1980). Excessive mortality and causes of death in morbidly obese men. JAMA, 243(5), 443-445.
- Kudzma, E. C., & Quinn, J. (1994). Young adult. In Edelman, C. L. & Mandle, C. L.(ed.) Health Promotion throughout the lifespan(3rd ed.). St. Louis: Mosby. 573-608.
- Kudzma, E. C., & Quinn, J. (1994). Young

- Adult. In Eldelman, C.L., & Mandel, C. L. (1994). Health Promotion through the lifespan(3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Pender, N. J. (1996). Health promotion in nursing practice(3rd ed). Stamford: Appleton & Lange.
- Robbins & Blankenbaker. (1982).
- Taylor, R. B. (1982). Health promotion: Principles and clinical application. Appleton-Centry- Crofts.
- Vecchia, C. L., Decarli, A. & Pagano, R. (1995). Pattern of Smoking Initiation in Italian Males and Females from 1955-1985. Preventive Medicine, 24, 293-296.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988).Health promoting lifestyles of older adults : comparison with young & middle-aged adults, correlation and patterns. Advanced in Nursing Science, 11(1), 76-90.
- WHO (1995). World Health Report. Geneva: WHO.
- Willet, W. (1990). Nutritional epidemiology. Oxford University Press.

- Abstract -

Key concept : The middle-aged, health problem, health behavior

## The Middle-aged's Health Problems and Health Behavior in an Urban Area

*Yun, Soon Nyoun\* · Kim, Jeong Hee\*\**

The purpose of this study is to identify health problems and health behaviors of the middle-aged residing in urban areas and to plan

and implement health promotion programs based on their health needs.

The subjects' age ranged from 30-64 years in 1,040 middle-aged residing in an area of Kangbook-ku in Seoul. The data were collected from September 1998 to February 1999 with structured questionnaire using face-to-face or telephone interviews. The data were analyzed by SPSS-PC+ and identified by X<sup>2</sup> test and ANOVA. The results were as follows:

1. 35.4% of the males and 27.8% of the female responded that they were healthy regarding their perceived health status. In the order of chronic illness prevalence in the case of males was hypertension, diabetes, and digestive disorders and, in the case of females, was digestive disorders, hypertension, arthritis, anemia, and diabetes.

2. Male and female's smoking rates were 7.3% and 3.6% each and marked the highest rate of 30 to 40 years: drinking behavior was 66.9% in males and 32.2% in females.

3. The younger males had the worse dietary habits and had the lowest frequency of regular exercise. The older the females were, the more their weight increased.

According to the results, health promotion programs by sex are recommended, especially in the target population of 30 to 40 years, and focused on the strategies for promoting self-care and actual health practice: it is strongly suggested that health promotion programs for adolescent and school-aged children before middle aged health behavior begins.

\* Professor, College of Nursing, Seoul National University

\*\* Full-time instructor, Dept. of Nursing, College of Medicine, Cheju National University