

# 주관적 건강인식과 건강검진 결과의 비교분석을 통한 건강행위 연구

문상식\* · 이시백\*\*

\*한국보건사회연구원 · \*\*서울대학교 보건대학원

## 〈목 차〉

- |                 |             |
|-----------------|-------------|
| I. 연구의 배경 및 필요성 | V. 고찰       |
| II. 연구의 목적      | VI. 요약 및 결론 |
| III. 연구의 방법     | 참고문헌        |
| IV. 분석결과        | Abstract    |

## I. 연구의 배경 및 필요성

개인의 건강을 결정하는 요인을 주로 유전적 요인, 환경적 요인, 개인의 생활습관, 의료서비스 등으로 구분한다. 이들 중 가용 보건의료자원의 90% 이상이 투입되는 '의료서비스'는 국민건강에 불과 10% 정도의 영향력만 행사하는 것으로 보고된 바 있다. Lalonde(1976)는 국민건강에 미치는 상대적 효과를 유전적 요인 16.7%, 환경적 요인 33.3%, 개인의 생활습관 33.3%, 의료서비스를 16.7%로 제시하고 있다. 한편 최근 우리 나라의 한 연구(O'Donnell, 1999)에서도 건강에 가장 크게 영향을 미치는 요인은 '개인의 생활습관'이 52%를 차지하며, '유전적 요인'이 20%, '환경적 요인' 20%이며, '의료서비스'의 영향력은 8%에 불과한 것으로 나타나 우리나라가 상대적으로 개인의 생활습관이 매우 높은 것으로 나타났다. 즉 만성퇴행성질환을 유발하는 주요 위

험요인이 흡연, 음주, 식이, 운동 등 건강과 관련된 생활양식으로 밝혀지고 있다(US DHHS 1988). 그리고 1990년 미국인의 사망요인을 추정한 보고에서는 모든 사망의 50%는 예방가능한 요인에 의하여 발생함을 제시하고 있는데 흡연으로 인한 요인이 가장 높고, 식이와 신체활동, 알코올 등이 주요 사망원인인 것으로 밝히고 있다(McGinnis, 1993). 이와 같이 각종 사망의 50%를 예방할 수 있는 요인 중 주요부분이 일상적인 개인의 건강실천 행위라고 볼 수 있다.

장기간의 건강행위는 쉽게 건강습관이 될 수 있으며 고정된 건강습관은 쉽게 변화되지 않으므로 가능한 한 성인병 이환율이 낮으며, 성인후기에 비해 상대적으로 건강습관이 확고하게 형성되어 있지 않은 성인 이전기에 바람직하지 못한 행위를 교정하고 좋은 건강행위를 수립하도록 돋는 것은 매우 중요하다. 뿐만 아니라 성인기 이후에는 가능한 올바른 건

강행위습관을 유도하도록 하거나 더 이상 악화되지 않는 건강행위습관을 유지토록 하는 것이 매우 중요하다.

건강행위 관련 우리 나라 기존연구를 보면 건강수준에 따른 건강행위분석이나 건강수준에 미치는 요인분석, 건강행위(건강생활실천)에 미치는 영향요인 분석등의 연구가 있다. 여기서 대부분의 건강수준은 주관적으로 인식하고 있는 건강을 연구대상으로 하고 있다. 하지만 주관적으로 인식하는 건강수준을 가지고 건강행위를 분석 혹은 예측하는 기준의 연구는 한계점을 가지고 있을 수 밖에 없다. 과연 주관적으로 건강을 인식한다고 해서 의사의 진단에 의한 건강수준과 일치할 수 있는가? 본인은 건강하다고 생각하는데 의사의 진단을 보면 많은 질병을 갖고 있는 경우, 또는 자신은 질병을 가지고 있다고 생각하는데 의사의 진단결과 전혀 건강에 이상이 없다고 판단되는 경우 등은 향후 건강행위에 지대한 영향을 미칠 수 있다. 이러한 차이에 대한 논의가 보건교육분야에서 이루어지고 있음에도 불구하고 국내에서는 이와 같은 연구가 이루어지지 못했다. 이의 가장 큰 원인은 이러한 연구를 뒷받침 할 수 있는 자료가 충분히 확보되지 못한데 있다. 그런데 1998년도에 실시된 국민건강·영양조사에 건강검진 내용이 추가되어 그동안의 문제점을 보완할 수 있게 되었다.

각 개인이 가지고 있는 건강에 대한 잠재의식을 깨우쳐 건강행위를 유도하는 것은 보건 교육의 가장 중요한 내용이라고 할 수 있다. 따라서 과연 주관적으로 인식하고 있는 건강수준과 실제 건강검진결과에서 나타난 결과를 가지고 이들에 대한 각 차이가 어떤 형태로

건강행위를 나타내고 있는지 살펴보는 것은 향후 보건교육에 매우 중요한 요소가 될 수 있다.

## II. 연구의 목적

본 연구의 목적은 우리나라 국민들이 인식하고 있는 주관적 건강인식과 이들의 실제 건강검진과의 차이에 따른 건강행위를 분석하여 보건교육 대상자 선정 및 대상자별 보건교육 방법을 제안하는데 있다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 주관적 건강인식에 따른 건강행위 정도를 분석한다.

둘째, 건강검진결과에 따른 질환유무별 건강행위 정도를 분석한다.

세째, 주관적 건강인식과 건강검진결과에 따른 비교분석을 통해 이들 차이에 따른 건강행위를 분석한다.

## III. 연구방법

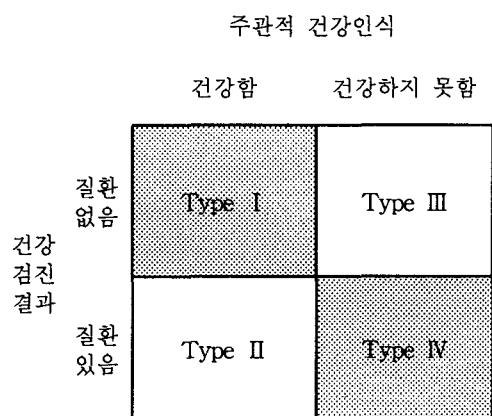
### 1. 연구자료

본 연구를 위해 1998년 국민건강·영양조사의 원자료(raw data)를 분석하였다. 국민건강·영양조사는 크게 건강면접조사, 보건의식행태조사, 건강검진조사, 영양조사 부분으로 나뉘어지며 본 연구에서 주로 사용한 부분은 건강면접조사(분석대상자의 특성요인), 보건의식행태조사(주관적 건강인식, 흡연, 음주, 체중조절, 운동, 수면, 건강검진 유무 등의 설문관련)

와 건강검진조사 항목(혈액검사, 요검사, 혈압 측정, 신체계측 등과 관련된 설문)을 주로 이용하며, 건강행위변수의 식생활 변수는 영양 조사부문을 활용하였다. 주관적 건강인식과 건강상태와의 차이 비교를 위해 최종적으로 건강면접조사, 보건의식행태조사, 건강검진조사, 영양조사에 모두 해당되는 교집합인 20세 이상 성인 7,702명을 그 분석대상으로 하였다.

## 2. 연구모형

다음 <그림 1>에서는 주관적 건강인식과 건강검진결과 질환유무를 기초로, 이들의 주관적 건강인식과 실제 건강상태(질환유무)에 따라 4가지 유형으로 분류한 것이다. 이들 4가지 유형에 따른 건강행위를 분석하였다.



Type I = 자기 건강을 올바르게 평가하고 있는 군(건강군)

Type II = 자기 건강을 과대 평가하고 있는 군(과대평가군)

Type III = 자기 건강을 과소 평가하고 있는 군(과소평가군)

Type IV = 자기 건강을 올바르게 평가하고

있는 군(건강취약군)

<그림 1> 주관적 건강인식과 건강검진결과에 따른 차이 유형

즉, 4가지 평가군으로 구분하는 바, 주관적 건강인식을 ‘건강함’과 ‘건강하지 못함’으로 분류하고 건강검진결과 나타난 질환수를 기준으로 질환이 ‘없음’과 ‘있음’으로 분류하였다. 이들을 2×2표로 분류하여 주관적 건강인식과 건강검진결과와의 차이유형을 Type I, II, III, IV로 재분류하였다. Type I은 주관적 건강인식이 좋으면서 실제 질환이 없는 경우로서 가장 바람직한 ‘건강군’이라고 정의하였다. Type II는 주관적 건강인식은 좋은데 실제로는 질환이 있는 경우로서 자기건강을 ‘과대 평가하는 군’으로 정의하였다. 또한 Type III는 주관적 건강인식은 나쁘지만 실제 건강검진에서 질환이 없는 군으로서 자기 건강을 ‘과소 평가하는 군’으로 정의하였다. Type II, III는 ‘잠재적인 건강위험군’으로 볼 수 있다. 마지막으로 Type IV는 주관적 건강인식이 나쁘면서 실제 질환이 있는 경우로서 ‘건강취약군’으로 정의하였다. 즉 자기건강평가의 정확도 측면에서 보면 Type I과 IV는 자기 건강을 올바르게 평가하고 있는 군으로 볼 수 있으며, Type II, III는 자기 건강을 올바르게 평가하고 있지 못한 군으로 주관적 건강인식과 건강검진 결과와의 차이가 있다고 볼 수 있다.

따라서 본 연구는 주관적 건강인식과 건강검진결과와의 차이가 건강행위에 어떤 영향을 미치는지를 밝히고자 하였기 때문에 다음의 단계를 통해 분석하였다.

① 주관적 건강인식에 따른 건강행위를 분석한다( $\chi^2$  test).

가설 : 주관적 건강인식이 높은 군이 건강 행위실천이 높을 것이다.

② 건강검진결과 질환유무별 건강행위와의 차이를 분석한다( $\chi^2$  test).

가설 : 건강검진결과 질환이 있는 경우 건강실행위가 낮을 것이다.

③ 주관적 건강인식과 건강검진결과의 차이 유형에 따른 건강행위를 분석한다( $\chi^2$  test).

가설 : 주관적 건강인식과 건강검진결과와의 차이에 따라 건강행위의 차이가 있을 것이다.

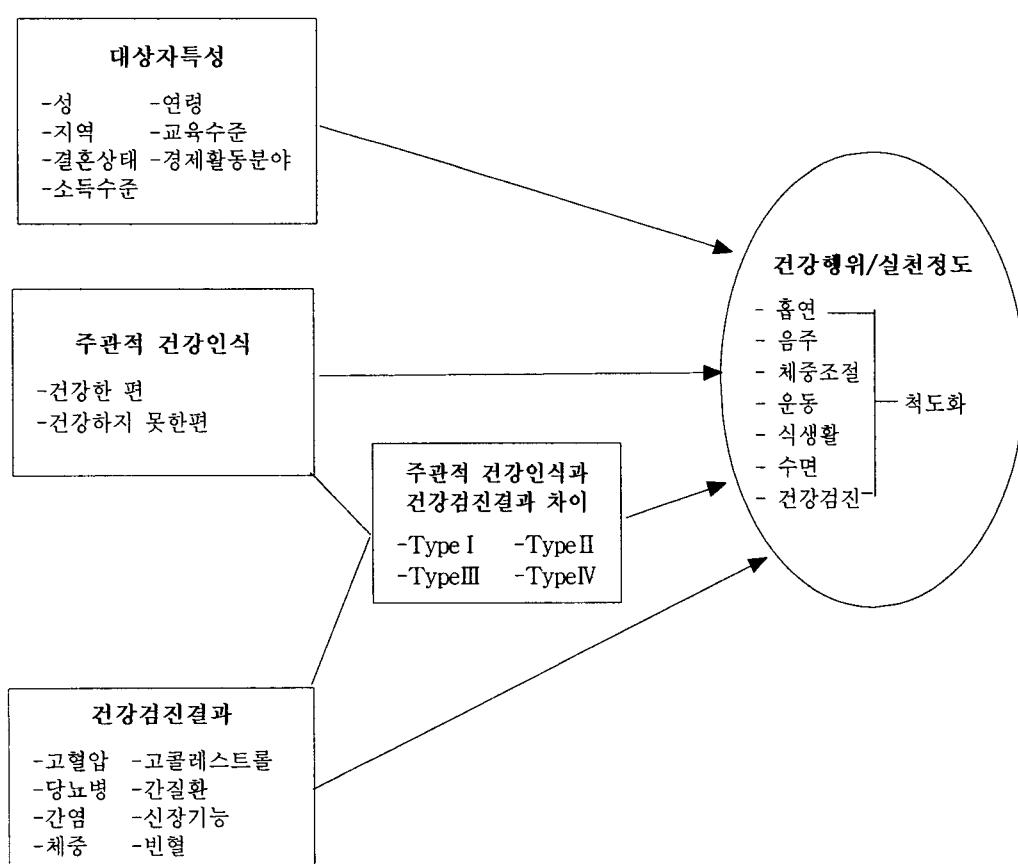
④ 주관적 건강인식, 질환유무가 건강행위

에 미치는 영향을 분석한다(Multiple Logistic Regression).

가설 : 주관적 건강인식이 높고 질환이 없는 경우 긍정적인 건강행위실천에 많은 영향을 미칠 것이다.

⑤ 대상자특성 변수, 차이유형이 건강행위에 미치는 영향을 분석한다(Multiple Logistic Regression)

가설 : 대상자 특성별, 주관적 건강인식과 건강검진결과의 차이유형에 따라 건강행위에 미치는 영향이 다를 것이다.



<그림 2> 연구모형

따라서 본 연구는 주관적 건강인식과 건강검진결과에 따른 건강행위, 주관적 건강인식과 건강검진결과와의 차이에 의한 건강행위를 분석하는데 있으며 이를 나타낸 기본 개념의 연구모형은 〈그림 2〉와 같다.

### 3. 연구사용 변수 및 분석방법

건강행위에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 독립변수로는 대상자특성변수, 주관적 건강인식 변수, 건강검진변수, 주관적 건강인식과 건강검진결과를 조합하여 분류한 차이유형 변수를 사용하였으며, 종속변수로는 건강행위변수를 선정하였다. 주관적 건강인식 변수는 매우 건강한 편, 건강한 편, 보통인 편, 건강하지 못한 편, 매우 건강하지 못한 편 등 5점 척도로 조사되었으나 본 연구에서는 건강검진결과와의 차이유형을 재구성하기 위하여 2분변수화 하였다. 질환의 선정은 국민건강영양조사에서 실시한 혈압 및 맥박 측정, 혈액검사(혈중지질농도 측정, 혈당측정, 간기능 검사, B형 간염 항원 및 항체, 혈중 요소질소, 크레아티닌, 해모글로빈), 뇨검사(일반 뇨검사, 요단백), 신체계측(체중, 신장측정, 신체돌례측정)등에서 밝혀 낼 수 있는 연관 질환 중 분석 가능한 8가지 질환을 선정하였다. 질환 의심자로 규정하는 기준치는 기존문헌, 각 질환 관련학회 판정기준, WHO, 임상전문가의 자문등을 통해 기준치를 적용하였다.

질환유무 변수는 8가지 질환중 1개 이상이라도 의심자로 판정된 경우 질환이 있는 경우로 하였으며 하나도 없는 경우를 질환이 없는 경우로 분류하였다. 즉 주관적 건강인식 변수와 마찬가지로 차이유형을 재구성하기 위해 2

분 변수로 처리하였다. 건강행위변수로는 국외 및 국내문헌을 기초로 선정하였으며 국민건강·영양조사에서 분석 가능한 변수를 고려하여 규칙적 식사, 규칙적 운동, 흡연, 음주, 체중조절, 수면시간, 건강검진 7가지를 최종 선정하였다. 또한 이들 건강행위를 0~7점까지 점수화하여 0~3점과 4~7점까지 분류한 2분변수를 총 건강행위변수로 규정하였다. 이의 분류는 Belloc과 Breslow가 6가지 기본적인 습관(Alamada 7)을 행하게 함으로써 수많은 질병과 조기사망을 예방할 수 있다고 하면서, 45세 남자가 6가지 건강습관중 절반 미만(2가지)을 실천하면 확률적으로 21.6년을 더 살수 있는데 반해 모두 또는 거의 실천하면 확률적으로 33.1년을 더 살 수 있다고 하였다. 그리고 1995년 한국보건사회연구원의 분석(남정자 등, 1995)에서도 Alamada 7중에 질병발생과 관련성이 높은 5개 건강행위를 중심으로 분석한 결과 건강실천행위 정도에 따라 만성질환 유병률과는 현저한 차이가 있음을 보여주었다. 즉 두가지 이하의 건강실천행위를 한 사람은 1,000명당 292명, 세가지의 건강행위실천은 212명, 그리고 4가지 이상을 한 사람은 158명만이 지난 1년간 만성질환을 지난 것으로 분석하였다. 이순영(1993)도 흡연, 음주, 운동, 체중, 수면에 5가지 변수에 대해 0~2점(하위실천군), 3점(중위군), 4~5점(상위군)으로 나누어 분석하였다. Belloc과 Breslow의 경우는 45세이상을 기준으로 하였기 때문에 본 연구의 대상인 20세 이상에 직접 적용하기에는 무리가 있었고, 남정자, 이순영의 연구는 5개 변수중에 3단계 분류를 하였기 때문에 특정 건강행위수를 2분화하기는 어려움이 있었다. 따라서 본 연구에서는 위 연구결과를 토

대로 이순영의 하위군과 중위군을 1개군으로 합하여 분석하였다. 즉 0~3점과 4~7점으로 최종 구분하여 건강실천이 적은 군과 건강실천이 많은 군으로 정의하였다.

지금까지 설명한 분석방법 변수들에 대한 구체적인 항목을 정리한 것이 <표 1>에 제시되어 있다.

<표 1> 분석 변수 및 구체적인 분석항목

구분	변수	구체적 분석항목	로지스틱 회귀분석 변수처리
① 대상자특성	-성	• 남자 • 여자	(기준변수)
	-연령	• 20~39세 • 40~59세 • 60세이상	(기준변수)
	-거주지역	• 도시(동) • 농촌(읍, 면)	(기준변수)
	-교육수준	• 중학교이하(미취학, 안다님, 초등학교, 국문해독만 가능, 중학교) • 고등학교 • 대학이상(전문대, 대학원이상 포함)	(기준변수)
	-결혼상태	• 미혼 • 유배우 • 별거·사별·이혼	(기준변수)
	-경제활동분야	• 제1군(입법공무원, 고위임직원 및 관리자, 전문가, 기술공 및 준전문가, 사무직원) • 제2군(서비스근로자 및 판매근로자, 농업 및 어업숙련 근로자, 기능원 및 관련기능 근로자, 장차, 기계 조작원 및 조립원, 단순노무직근로자) • 제3군(군인, 학생, 주부, 무직)	(기준변수)
	-소득수준	• 50만원 이하 • 51~150만원 • 151~300만원 • 301만원 이상	(기준변수)
② 주관적건강	-주관적건강인식	• 건강한편(매우 건강한 편 포함) • 건강하지 못한 편(보통인 편, 매우 건강하지 못한 편포함)	(기준변수)
인식			
③ 건강검진결과	-고혈압의심자 *	• 수축기혈압이 $\geq 140$ or 확장기혈압 $\geq 90$ (의심자)	질환 없음=0
	-고콜레스테롤증 의심자	• 수축기혈압 $< 140$ and 확장기혈압 $< 90$ (정상)	(기준변수)
	-당뇨병의심자 *	• 총 콜레스테롤 $\geq 240$ (의심자) • 총 콜레스테롤 $< 240$ (정상)	질환 있음=1
	-간질환의심자	• 공복시혈당 $\geq 126$ (의심자) • 공복시혈당 $< 126$ (정상)	
	-간염	• SGOT $> 30$ or SGPT $> 35$ (의심자) • SGOT = 10~30 or SGPT = 10~35(정상) • B형 간염항원이 있는 사람(의심자) • B형 간염항원이 없는 사람(정상)	

구분	변수	구체적 분석항목	로지스틱 회귀분석 변수처리
③ 건강검진결과	-신장기능의심자	• 크레아티닌 >1.2(의심자) • 크레아티닌 0.6~1.2(정상)	질환 없음=0 (기준변수)
	-체중	• BMI(체중/키 <sup>2</sup> )=18.5~24.9(체중이상) • BMI(체중/키 <sup>2</sup> )>24.9 or <18.5(정상)	질환 있음=1
	-빈혈의심자	• 혈색소가 남자<13, 여자<12(의심자) • 그외(정상)	
④ 건강행위	-흡연	• 흡연(매일 피움, 가끔 피움) • 비흡연(과거에 피움, 피운적 없음 포함)	비건강행위 (예: 흡연)=0
	-음주	• 음주(자주 마심) • 비음주(가끔 마심, 과거음주, 마시지 않음 포함)	건강행위 (예: 비흡연)=1
	-체중조절	• 체중조절(줄일려고 혹은 늘리려고) • 체중조절 않음	
	-규칙적운동	• 예 • 아니오	
	-수면시간	• 7~8시간 • <7시간 or >8시간	
	-건강검진	• 예 • 아니오	
	-규칙적식사	• 규칙적(규칙적, 대체로 규칙적) • 불규칙적(대체로 불규칙적, 불규칙적)	
-총 건강행위		• 건강행위점수가 0~3점 • 건강행위점수가 4~7점	

\* 고혈압과 당뇨병 의심자는 치료제 복용(의사처방약)을 하는 경우도 포함하였음.

〈표 2〉 대상자의 일반적 특성

특 성	구 분	빈도수	백분율(%)
성	남자	3,452	44.8
	여자	4,250	55.2
연령	20~39세	3,359	43.6
	40~59세	2,807	36.4
	60세이상	1,536	19.9
지역	도시	4,947	64.2
	농촌	2,755	35.8
교육수준	중학교이하	3,434	44.6
	고등학교	2,642	34.3
	대학이상	1,626	21.1
결혼상태	미혼	1,058	13.7
	유배우	5,788	75.1
	이혼, 별거, 사별	856	11.1
경제활동분야	제1군	1,076	14.0
	제2군	3,666	47.6
	제3군	2,960	38.4
가구소득	50만원 이하	1,654	21.5
	51~150만원	3,775	49.0
	151~300만원	1,957	25.4
	301만원 이상	316	4.1
계		7,702	100.0

## IV. 분석결과

### 1. 연구대상자의 일반적 특성

먼저 연구대상자의 일반적 특성을 살펴보면 다음 <표 2>와 같다. 성별로는 남자보다 여자가 다소 많았으며, 연령별로는 20~39세가 43.6%로 가장 많은 비중을 차지하였다.

지역별로는 도시가 농촌보다 많았고 교육수준을 보면 중학교 이하가 가장 많았으며 다음은 고등학교, 대학 이상 순이었다. 결혼상태별

로는 유배우가 가장 많았다. 그리고 경제활동분야는 제2군 그룹이 가장 많았고 다음은 제3그룹이었다. 가구소득별로는 51~150만원 수준이 가장 많았으며 다음으로는 151~300만원이었으며, 50만원 이하도 21.5%나 차지하고 있었다.

### 2. 주관적 건강인식에 따른 건강행위

주관적 건강인식은 자기의 건강상태를 파악하는데 매우 유용한 지표이다. 따라서 주관적

<표 3> 주관적 건강인식에 따른 건강행위

건강행위유형	주관적 건강인식		유의성
	건강함	건강하지 못함	
<b>흡연유무</b>			
흡연	33.7(1,066)	32.9(1,494)	$\chi^2=0.431$
비흡연	66.3(2,101)	67.1(3,041)	$p=0.512$
계	100.0(3,167)	100.0(4,535)	
<b>음주유무</b>			
음주	16.4(520)	16.8(763)	$\chi^2=0.221$
비음주	83.6(2,647)	83.2(3,772)	$p=0.638$
계	100.0(3,167)	100.0(4,535)	
<b>체중조절 노력유무</b>			
체중조절 노력함	31.8(1,008)	32.4(1,469)	$\chi^2=0.272$
체중조절 안함	68.2(2,159)	67.6(3,066)	$p=0.602$
계	100.0(3,167)	100.0(4,535)	
<b>규칙적운동 유무</b>			
예	22.7(718)	14.5(659)	$\chi^2=84.153$
아니오	77.3(2,449)	85.5(3,876)	$p=0.000$
계	100.0(3,167)	100.0(4,535)	
<b>수면시간</b>			
<7 or >8	40.2(1,274)	42.8(1,942)	$\chi^2=5.164$
7~8시간	59.8(1,893)	57.2(2,593)	$p=0.023$
계	100.0(3,167)	100.0(4,535)	
<b>건강검진 여부</b>			
예	47.1(1,493)	49.3(2,235)	$\chi^2=3.422$
아니오	52.9(1,674)	50.7(2,300)	$p=0.064$
계	100.0(3,167)	100.0(4,535)	
<b>규칙적인 식사 여부</b>			
규칙적	74.8(2,180)	69.4(2,904)	$\chi^2=24.893$
불규칙적	36.4(735)	30.6(1,283)	$p=0.000$
계	100.0(2,915)	100.0(7,102)	

건강인식에 대한 각각의 건강행위변수들을 분석하였다(표 3). 이하 통계적 유의성 기준은  $\alpha=0.05$ 를 기준으로 설정하였다. 분석결과 주관적 건강인식에 따른 건강행위유형중 규칙적인 운동, 수면시간, 규칙적인 식사유무와 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

자기의 건강을 건강하다고 인식하는 경우가 건강하지 못하다고 하는 경우보다 규칙적인 운동실천 비율이 높았다( $p<0.001$ ). 또한 건강하다고 인식하는 경우 적정수면시간인 7~8시간을 취하는 비율도 건강하지 못하다고 인식하는 경우보다 높았다( $p<0.05$ ). 마지막으로 건강하다고 인식하는 경우가 규칙적인 식사 실천율이 높았으며 건강하지 못하다고 인식한 경우 불규칙적인 식사를 하는 비율이 높았다( $p<0.001$ ).

따라서 위에 살펴본 본 바와 같이 건강하다고 인식하는 경우 유의한 변수중에는 모두 긍정적인 건강행위를 하고 있는 것으로 나타나 기존 연구에서 주관적 건강인식이 높은 군이 건강행위를 실천하는 비율이 높았다(Hanner, 1986; Duffy, 1988; Weitzel, 1989; Pender, 1990)는 사실을 뒷받침 해주고 있었다.

### 3. 건강검진결과 질환유무에 따른 건강행위

다음은 전체 질환 의심자들중 질환이 하나라도 있는 경우와 없는 경우로 2분화하여 건강행위정도를 분석하였다. 먼저 <표 4>에서 보는 바와 같이 질환유무별 건강행위와 통계적으로 유의한 차이가 있는 변수는 음주, 수면시간, 건강검진이었으며( $p<0.001, 0.05$ ) 흡연은  $p<0.1$ 수준에서 유의한 차이가 있었다. 체중조절, 규칙적인 운동, 규칙적인 식사와는 유

의한 차이가 없었다.

유의한 차이가 있는 변수중 질환이 있는 경우가 질환이 없는 경우보다 높은 비율을 보인 것은 건강검진이었다. 하지만 다른 모든 유의한( $p<0.1$ ) 차이를 가진 변수에서 질환이 있는 경우가 없는 경우보다 비건강행위 실천정도가 높게 나타났다. 즉 흡연률이나 음주율이 높았으며, 적정수면시간을 가지지 못하는 비율이 높은 것으로 나타났다.

### 4. 주관적 건강인식과 질환유무가 건강행위에 미치는 영향

다음은 건강행위에 미치는 영향을 대상자특성 변수와 주관적 건강인식, 건강검진결과 질환유무를 독립변수로 하여 각 건강행위에 대해 다중로지스틱 회귀분석을 실시하였다(표 5).

먼저 주관적 건강인식이 건강행위에 미치는 영향을 분석한 결과 통계적으로 유의한 변수로는 흡연여부, 음주여부, 체중조절 여부, 규칙적 운동, 건강검진 유무, 규칙적 식사유무였다. 즉 적정수면시간을 제외하고 모두 영향을 미치고 있었다. 주관적 건강인식을 보면 흡연의 경우는 주관적 건강인식이 높을 수록 비흡연 확률이 높았다. 음주의 경우도 건강인식이 높을 수록 비음주확률이 높았다. 체중조절은 주관적 건강인식이 높을 수록 체중조절을 하지 않는 확률이 높았으며, 규칙적인 운동은 건강인식이 높을 수록 실천하는 확률이 훨씬 높았다. 건강검진은 주관적 건강인식이 높을 수록 건강검진을 받지 않는 확률이 높았다. 규칙적인 식사유무에서는 주관적 건강인식이 높을 수록 규칙적 식사 실천을 하는 확률이 높았다. 그리고 7개의 건강행위를 3개 이하

(비건강행위군)와 4개 이상(건강행위군)으로 2 분화한 변수를 보면 주관적 건강인식이 높을 수록 건강행위를 실천하는 건강행위군이 될 확률이 유의하게 높았다.

다음은 건강검진결과 질환유무에 따른 건강 행위를 살펴보면 통계적으로 유의한 변수로는 음주, 체중조절, 적정수면시간 변수가 유의하였다. 음주와 관련해서 보면 질환을 가진 경

우가 질환이 없는 경우에 비해 음주를 하는 확률이 높았다. 체중조절은 질환이 있는 경우가 없는 경우에 비해 체중조절을 실천하는 확률이 높았다. 적정수면은 질환이 없는 경우가 질환이 있는 경우에 비해 적정수면을 취하지 못하는 확률이 높은 것으로 나타났다. 비건강 행위군과 건강행위군 유무 변수를 본 결과 질 환유무와는 통계적 유의성이 없었다.

〈표 4〉 질환유무에 따른 대상자의 건강행위

단위: %(명)

건강행위유형	질환유무		유의성
	없음	있음	
<b>흡연유무</b>			
흡연	31.8(854)	34.0(1,706)	$\chi^2=3.808$
비흡연	68.2(1,831)	66.0(3,311)	p=0.051
계	100.0(2,685)	100.0(5,017)	
<b>음주유무</b>			
음주	13.7(367)	18.3(916)	$\chi^2=26.534$
비음주	86.3(2,318)	81.7(4,101)	p=0.000
계	100.0(2,685)	100.0(5,017)	
<b>체중조절 노력유무</b>			
노력함	32.6(875)	31.9(1,602)	$\chi^2=0.346$
노력안함	67.4(1,810)	68.1(3,415)	p=0.556
계	100.0(2,685)	100.0(5,017)	
<b>규칙적운동 유무</b>			
예	17.8(479)	17.9(898)	$\chi^2=0.004$
아니오	82.2(2,206)	82.1(4,119)	p=0.948
계	100.0(2,685)	100.0(5,017)	
<b>수면시간</b>			
<7 or >8	37.6(1,010)	44.0(2,206)	$\chi^2=29.035$
7~8시간	62.4(1,675)	56.0(2,811)	p=0.000
계	100.0(2,685)	100.0(5,017)	
<b>건강검진 여부</b>			
예	46.8(1,256)	49.3(2,472)	$\chi^2=4.356$
아니오	53.2(1,429)	50.7(2,545)	p=0.037
계	100.0(2,685)	100.0(5,017)	
<b>규칙적인 식사 여부</b>			
규칙적	70.3(1,726)	72.2(3,358)	$\chi^2=2.886$
불규칙적	29.7(728)	27.8(1,290)	p=0.089
계	100.0(2,454)	100.0(4,648)	

〈표 5〉 주관적 건강인식 및 질환유무가 각 건강행위에 미치는 영향

	Odds ratio							
	흡연	음주	체중조절	운동	적정수면시간	건강검진유무	규칙적식사유무	건강행위군
<b>주관적 건강인식</b>								
건강한 편								
건강하지 못함	0.717***	0.818**	1.156**	0.593***		0.968	1.202***	0.771***
<b>질환유무</b>								
질환 없음								
질환 있음	1.009	0.758***	1.347***	1.007		0.887*	1.0495	1.036
	*p<0.05	**p<0.01	***p<0.001					1.029

〈표 6〉 대상자 특성별 주관적 건강인식과 건강검진결과별 차이유형

단위: % (명)

대상자 특성	차이유형별				전체
	Type I(건강군)	Type II(과대평가군)	Type III(과소평가군)	Type IV(건강취약군)	
<b>성</b>					
남자	16.0	29.8	17.1	37.0	100.0(3,452)
여자	14.6	22.6	21.6	41.1	100.0(4,250)
	$\chi^2=68.783$	df=3	p=0.000		
<b>연령</b>					
20~39세	21.6	25.0	24.0	29.4	100.0(3,359)
40~59세	11.6	25.4	18.9	44.1	100.0(2,807)
60세이상	7.9	28.6	11.3	52.1	100.0(1,536)
	$\chi^2=424.151$	df=6	p=0.000		
<b>지역</b>					
도시	16.7	25.3	20.9	37.1	100.0(4,947)
농촌	12.6	26.8	17.4	43.2	100.0(2,755)
	$\chi^2=48.986$	df=3	p=0.000		
<b>교육수준</b>					
중학교이하	9.6	24.7	16.5	49.2	100.0(3,434)
고등학교	17.8	26.1	22.8	33.3	100.0(2,642)
대학이상	23.1	27.9	21.0	28.0	100.0(1,626)
	$\chi^2=344.689$	df=6	p=0.000		
<b>결혼상태</b>					
미혼	25.3	24.5	23.0	27.2	100.0(1,058)
유배우	14.3	25.9	20.1	39.7	100.0(5,788)
이혼·별거·사별	9.1	27.6	12.1	51.2	100.0(856)
	$\chi^2=197.959$	df=6	p=0.000		
<b>경제활동분야</b>					
제1군	22.9	28.5	18.9	29.7	100.0(1,076)
제2군	14.1	27.1	19.1	39.7	100.0(3,666)
제3군	13.9	23.4	20.5	42.2	100.0(2,960)
	$\chi^2=93.182$	df=6	p=0.000		
<b>가구소득</b>					
50만원 이하	9.9	24.2	17.7	48.3	100.0(1,654)
51~150만원	15.6	25.8	20.2	38.4	100.0(3,775)
151~300만원	17.9	26.5	20.5	35.1	100.0(1,957)
301만원 이상	22.8	31.3	16.8	29.1	100.0(316)
	$\chi^2=117.050$	df=9	p=0.000		

## 5. 주관적 건강인식과 건강검진결과와의 차이유형이 건강행위에 미치는 영향

### 1) 대상자 특성별 차이유형

한 개인의 주관적 건강인식과 건강검진결과에 의해 판정된 질환과의 상호일치 혹은 불일치 정도를 파악하여 이들 차이유형에 따른 건강행위를 분석하였다.

먼저 대상자특성 변수와 차이유형과의 관련성을 파악하였으며 분석결과는 <표 6>과 같다. 대상자특성 변수별 차이유형과는 통계적으로 모두 유의하였다( $P<0.001$ ). 상대적인 건강군으로는 남자, 20~30대 연령층, 도시거주자, 교육수준이 대학이상, 미혼, 화이트칼라 경제활동 분야군, 고소득층들이었다. 자기의 건강을 과대 평가하는 군으로는 남자, 60세

<표 7> 주관적 건강인식과 건강검진결과별 차이유형에 따른 건강행위

단위: %(명)

건강행위유형	차이유형별				유의성
	Type I (건강군)	Type II (과대평가군)	Type III (과소평가군)	Type IV (건강취약군)	
<b>흡연유무</b>					
흡연	33.1(389)	34.0(677)	30.8(465)	34.0(1,029)	$\chi^2=5.400$
비흡연	66.9(786)	66.0(1,315)	69.2(1,045)	66.0(1,996)	$p=0.145$
계	100.0(1,175)	100.0(1,992)	100.0(1,510)	100.0(3,025)	
<b>음주유무</b>					
음주	12.9(151)	18.5(369)	14.3(216)	18.1(547)	$\chi^2=27.709$
비음주	87.1(1,024)	81.5(1,623)	85.7(1,294)	81.9(2,478)	$p=0.000$
계	100.0(1,175)	100.0(1,992)	100.0(1,510)	100.0(3,025)	
<b>체중조절노력유무</b>					
체중조절 안함	67.7(796)	68.4(1,363)	67.2(1,014)	67.8(2,052)	$\chi^2=0.643$
체중조절 노력함	32.3(379)	31.6(629)	32.8(496)	32.2(973)	$p=0.886$
계	100.0(1,175)	100.0(1,992)	100.0(1,510)	100.0(3,025)	
<b>규칙적운동 유무</b>					
예	23.9(281)	21.9(437)	13.1(198)	15.2(461)	$\chi^2=89.225$
아니오	76.1(894)	78.1(1,555)	86.9(1,312)	84.8(2,564)	$p=0.000$
계	100.0(1,175)	100.0(1,992)	100.0(1,510)	100.0(3,025)	
<b>수면시간</b>					
<7 or >8	36.3(427)	42.5(847)	38.6(583)	44.9(1,359)	$\chi^2=33.292$
7~8시간	63.7(748)	57.5(1,145)	61.4(927)	55.1(1,666)	$p=0.000$
계	100.0(1,175)	100.0(1,992)	100.0(1,510)	100.0(3,025)	
<b>건강검진 여부</b>					
아니오	52.1(612)	53.3(1,062)	54.1(817)	49.0(1,483)	$\chi^2=14.281$
예	47.9(563)	46.7(930)	45.9(693)	51.0(1,542)	$p=0.003$
계	100.0(1,175)	100.0(1,992)	100.0(1,510)	100.0(3,025)	
<b>규칙적인 식사 여부</b>					
규칙적	74.2(790)	75.1(1,390)	67.3(936)	70.4(1,968)	$\chi^2=29.303$
불규칙적	25.8(274)	24.9(461)	32.7(454)	29.6(829)	$p=0.000$
계	100.0(1,064)	100.0(1,851)	100.0(1,390)	100.0(2,797)	

이상 연령층, 농촌거주자, 대학이상, 이혼·별거·사별, 화이트칼라 경제활동분야, 고소득층 인 경우가 높았다. 다음은 자기의 건강을 과소 평가하는 군을 보면 여자, 20~30대 연령층, 도시거주자, 고등학교 교육수준, 미혼, 경제활동분야, 주로 주부 혹은 학생인 경우, 가구소득이 중간인 경우가 높은 비율을 차지하고 있었다. 건강취약(위험)군으로는 여자, 60세 이상 연령층, 농촌거주자, 중학교이하의 교육수준, 이혼·별거·사별인 경우, 경제활동분야가 주로 주부 혹은 학생인 경우, 가구소득이 매우 낮은 층에서 유의하게 높은 비율을 차지하고 있었다.

## 2) 차이 유형에 따른 건강행위

차이 유형에 따른 건강행위를 보면 <표 7>에서 보는 바와 같이, 흡연과 체중조절을 제외하고 모든 건강행위와 유의한 차이가 있었다( $p<0.001, 0.01$ ). 차이유형별로 보았을 때 Type II와 Type IV가 음주를 하는 비율이 높았으며 Type I이 비음주를 하는 비율이 가장 높았다. 또한 Type I이 규칙적인 운동을 실천하는 비율이 유의하게 높았으며 Type III가 규칙적인 운동을 하지 않는 비율이 유의하게 높았다. Type IV가 적정수면시간을 취하지 못하는 비율이 가장 높았으며 Type I이 적정수면을 취하는 비율이 유의하게 높았다. Type III가 건강검진을 실천하지 비율이 높았고 Type I, II와 커다란 차이를 보이지는 않았으나 Type IV와는 다소 많은 차이를 보였다. Type II가 규칙적인 식사를 하는 비율이 높았고 그 다음은 Type I이었으며 Type III는 불규칙적인 식사비율이 가장 높았다.

## 3) 대상자특성별 및 차이유형이 건강행위에 미치는 영향 분석

다음은 대상자특성 변수와 차이유형에 따른 각각의 건강행위를 분석하였다(표 8). 대상자 특성 변수와 차이유형을 독립변수로 종속변수는 각각의 건강행위 유무를 보았다

먼저 통계적으로 유의한 변수를 중심으로 살펴보면, 우선 흡연의 경우 여성이 남성에 비해 높은 비흡연 확률을 보였다. 연령별로 보면 60세 이상의 경우에 비해 20~30대, 40~50대가 흡연하는 확률이 높았다. 대학이상에 비해 고등학교, 중학교이하가 흡연확률이 유의하게 높았다. 결혼상태별로는 별거·사별·이혼에 비해 유배우나 미혼이 비흡연률이 높았다. 소득수준별로는 301만원 이상의 고소득층에 비해 50만원 이하의 저소득층이 통계적으로 유의한 변수였으며 저소득층의 흡연률이 높았다. 주관적 건강인식과 건강검진결과에 의한 차이 유형에 따른 흡연유무를 분석한 결과 Type I에 비해 Type IV만 통계적으로 유의한 변수였다. 즉 자기의 주관적 건강인식이 높으면서 실제 질환을 가지지 않은 Type I에 비해 자기의 주관적 건강인식이 낮으면서 실제 질환을 가지고 있는 건강취약군인 Type IV가 유의하게 높은 흡연률을 보이고 있었다.

음주유무는 남자에 비해 여자가 비음주를 하는 확률이 매우 유의하게 높았으며, 대학이상에 비해 중학교이하가 음주를 하는 확률이 높았다. 경제활동분야는 제3군에 비해 제1, 2군이 음주를 하는 확률이 매우 유의하게 높았다. 차이유형에 따른 음주유무는 Type I과 비교해볼 때 나머지 군에서 모두 음주를 하는 확률이 높았다. 특히 Type IV에서 음주를 하

는 확률이 가장 컸다.

체중조절은 남자보다는 여자가 체중조절을 하는 경우가 높았으며, 연령이 젊을수록 체중조절을 하는 경우가 매우 높았다. 지역별로는 도시보다는 농촌에서 체중조절을 하지 않는

확률이 유의하게 높았다. 대학이상에 비해 중학교 이하가 체중조절을 하지 않는 확률이 높았다. 결혼상태별로는 모두 매우 유의한 변수였으며 별거·사별·이혼에 비해 유배우와 미혼이 체중 조절율이 높았다. 경제활동분야는 제

〈표 8〉 대상자 특성 및 차이이유형의 건강행위에 대한 로지스틱 회귀분석 결과

	Odds ratio							
	흡연	음주	체중조절	규칙적운동	수면시간	건강검진	규칙적식사	
<b>성별</b>								
남자								
여자	40.107***	10.728***	1.442***	0.576***	0.854**	0.670***	0.872*	
<b>연령별</b>								
60세 이상								
40~59세	0.848	0.902	2.332***	0.949	1.392***	1.218**	0.555***	
20~39세	0.553***	0.902	3.160***	0.541***	1.998***	0.503***	0.457***	
<b>지역별</b>								
도시								
농촌	0.955	1.047	0.787***	0.546***	1.142*	0.947	1.059	
<b>교육수준별</b>								
대학이상								
고등학교	0.757**	0.863	0.979	1.031	0.957	0.752***	0.893	
중학교이하	0.812	0.775*	0.668***	0.667***	0.826*	0.656***	0.759**	
<b>결혼상태</b>								
별거·사별·이혼								
유배우	3.642***	0.969	1.442***	1.017	1.331***	1.141	1.721***	
미혼	3.909***	1.302	1.867**	0.939	1.138	0.820	0.865	
<b>경제활동분야</b>								
제3군								
제2군	0.977	0.650***	0.826**	0.531***	0.858**	1.236***	0.849*	
제1군	1.115	0.664***	0.991	0.732**	0.773**	3.998***	1.688***	
<b>소득수준별</b>								
301만원 이상								
151~300만원	1.001	0.790	1.003	0.905	1.234	0.953	1.006	
51~150만원	0.927	0.884	0.830	0.813	1.278*	0.778	0.916	
50만원 이하	0.658*	0.714	0.695*	0.715*	1.012	0.615**	0.752	
<b>차이유형</b>								
Type I (건강군)								
Type II (과대평가군)	1.141	0.708**	1.313**	0.872	0.869	0.898	0.972	
Type III (과소평가군)	0.832	0.754*	1.124	0.488***	0.945	1.011	0.721***	
Type IV (건강취약군)	0.758**	0.601***	1.543***	0.573***	0.851*	1.186*	0.778**	

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

3군에 비해 제2군은 체중조절을 하지 않는 확률이 높았다. 301만원 이상의 고소득에 비해 50만원 이하의 저소득층과 통계적으로 유의하였으며 301만원 이상에 비해 체중조절을 하지 않는 확률이 높았다. 차이유형별로 Type I에 비해 Type II와 IV가 체중조절을 하는 확률이 높았다.

규칙적 운동유무에 대한 분석결과 남자에 비해 여자의 규칙적 운동확률이 매우 낮았다. 60세 이상에 비해 20~30대가 규칙적 운동실천을 하지 않을 확률이 매우 높았다. 농촌이 도시에 비해 규칙적 운동 확률이 낮았다. 대학이상에 비해 중학교이하가 유의한 변수였으며 중학교이하가 대학이상에 비해 규칙적인 운동을 실천하지 않을 확률이 매우 높았다. 제3군에 비해 제1군과 제2군이 규칙적인 운동을 실천 않고 있는 확률이 유의하게 높았다. 소득수준을 볼 때 301만원이상에 비해 50만원 이하가 유의한 변수였으며 규칙적인 운동실천을 하지 않는 확률이 높았다. 차이유형에 따른 규칙적 운동은 Type I 을 기준으로 볼 때 Type III와 IV가 매우 유의한 변수로 선정되었으며 Type I에 비해 규칙적인 운동실천율이 매우 낮았다.

적정수면시간을 보면 남자보다는 여자가 적정수면을 취하지 못하는 것으로 나타났다. 연령이 젊어질수록 적정수면시간을 취하는 확률이 높은 것으로 나타났다. 도시보다는 농촌에서 적정수면을 취하는 확률이 높았다. 대학이상을 기준으로 볼 때 중학교이하에서는 적정수면을 취하지 못하는 확률이 높은 것으로 나타났으며 고등학교는 통계적으로 유의하지 않았다. 별거·사별·이혼에 비해 유배우가 적정수면시간을 취하는 확률이 높았으며 미혼도 적정수

면시간이 높았다. 제3군에 비해 제2군과 제1군에서 적정수면을 취하지 못하는 확률이 높았다. 차이유형을 보면 Type I에 비해 Type IV만 적정수면을 취하지 못하는 확률이 높았지만 나머지 유형과는 통계적 유의성이 없었다.

건강검진유무에 따른 분석결과는 남자가 여자보다 건강검진을 받는 확률이 높은 것으로 나타났다. 60세 이상에 비해 40~59세는 건강검진을 받은 확률이 높은 반면 20~30대는 오히려 건강검진을 받는 확률이 매우 낮은 것으로 나타났다. 대학이상에 비해 고등학교와 중학교이하가 건강검진을 받은 확률이 매우 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 경제활동분야를 볼 때 제3군에 비해 제2군과 제1군에서 매우 유의하게 건강검진을 받은 확률이 높은 것으로 나타났다. 소득수준별로 보면 301만원이상 소득층에 비해 50만원 이하가 매우 유의하게 건강검진을 받지 않은 확률을 보였다. 차이유형을 보면 Type I에 비해 Type IV만이 통계적으로 유의한 수준으로 건강검진을 받는 확률이 높은 것으로 나타났으며 나머지 유형은 통계적 유의성이 없었다.

규칙적인 식사여부를 보면 남자보다는 여자가 불규칙적인 식사를 하는 확률이 높았다. 연령별로는 60세 이상에 비해 40~59세, 20~39세가 매우 유의하게 불규칙적인 식사를 하는 확률이 높았다. 대학이상에 비해 중학교이하가 불규칙 식사확률이 유의하게 높았다. 별거·사별·이혼에 비해 유배우가 유의하게 규칙적인 식사확률이 높았으며 미혼은 통계적인 유의성이 없었다. 제3군에 비해 제2군은 유의하게 높은 불규칙적인 식사확률을 보였으며 제1군은 규칙적인 식사확률이 유의하게 높았다. 차이유형을 보면 Type I에 비해 Type III

와 IV가 불규칙적인 식사학률이 매우 유의하게 높았다.

#### 4) 대상자 특성별 전체 건강행위에 미치는 영향

건강행위실천군중 0~3개의 건강행위를 실

천하는 군을 ‘비건강행위군(0)’, 4~7개를 실천하는 군을 ‘건강행위군(1)’으로 분류하여 로지스틱회귀분석을 실시하였다(표 9).

먼저 성별로 보면 남자보다는 여자가 전체 건강행위군이 되는 확률이 훨씬 높아 약 2.9 배정도의 확률을 보였다. 이는 여자가 전반적

〈표 9〉 대상자 특성별 건강행위실천군 유무에 대한 로지스틱 회귀분석 결과

	Odds ratio	건강행위 실천군 유무		P-value	
		95%신뢰구간			
		하한값	상한값		
<b>성별</b>					
남자					
여자	2.852	2.56	3.178	0.000	
<b>연령별</b>					
60세 이상					
40~59세	1.142	0.985	1.324	0.078	
20~39세	0.927	0.776	1.108	0.406	
<b>지역별</b>					
도시					
농촌	0.959	0.860	1.070	0.454	
<b>교육수준</b>					
대학이상					
고등학교	0.758	0.651	0.883	0.000	
중학교이하	0.545	0.453	0.655	0.000	
<b>결혼상태</b>					
별거·사별·이혼					
유배우	1.848	1.561	2.187	0.000	
미혼	1.296	1.028	1.634	0.028	
<b>경제활동분야</b>					
제3군					
제2군	0.789	0.703	0.885	0.000	
제1군	1.480	1.240	1.766	0.000	
<b>소득수준</b>					
301만원 이상					
151~300만원	0.961	0.732	1.261	0.774	
51~150만원	0.844	0.647	1.102	0.214	
50만원 이하	0.615	0.463	0.818	0.001	
<b>차이유형</b>					
Type I (건강군)					
Type II(과대평가군)	0.943	0.805	1.104	0.463	
Type III(과소평가군)	0.761	0.644	0.899	0.001	
Type IV(건강취약군)	0.834	0.718	0.969	0.018	

으로 건강행위를 많이 실천하고 있는 것으로 보인다. 연령별로는 60세 이상에 비해 40~50대가 건강행위군이 되는 확률이 높았다 ( $p<0.1$ ). 20~30대는 오히려 비건강행위군이 되는 확률이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 지역별로는 통계적인 유의성이 없었다. 교육수준별로 보면 대학이상에 비해 고등학교, 중학교 이하가 비건강행위군이 되는 확률이 매우 유의하게 높았는데 특히 중학교 이하에서 높은 확률을 보였다. 결혼상태별로 보면 별거·사별·이혼에 비해 유배우나 미혼이 건강행위군이 되는 확률이 유의하게 높았으며 특히 유배우가 더 높은 확률을 보였다. 경제 활동분야를 보면 제3군(학생, 무직, 주부등)에 비해 블루칼라인 제2군이 비건강행위군이 되는 확률이 높았다. 이와는 반대로 화이트칼라인 제1군은 건강행위군이 되는 확률이 매우 유의하게 높은(1.5배) 확률을 보였다. 소득수준별로 보면 301만원 이상의 고소득층에 비해 다른 군들이 비건강행위군이 되는 확률이 높았는데 통계적으로 유의한 변수는 50만원 이하 소득층이었다. 즉 50만원 이하의 소득층은 301만원 이상에 비해 60%정도만 건강행위군이 되는 확률을 가지고 있었다.

다음은 주관적 건강인식과 건강검진결과 나타난 질병유무와의 조합에 따른 차이유형을 가지고 분석해보았다. 즉 기준변수인 Type I에 비해 Type II는 통계적 유의성이 없었다. 그러나 Type III는 Type I에 비해 비건강행위 확률이 매우 높았다. 그리고 Type IV도 Type I에 비해 유의하게 비건강행위를 할 확률이 높은 것으로 나타났다. 따라서 건강행위는 주관적 건강인식이 높을수록 바람직한 건강행위를 할 가능성이 높다고 볼 수 있다.

## V. 고찰

본 연구결과 주관적 건강인식이 높은 경우 유의한 변수 중에는 모두 건강행위실천이 높았다. 이는 주관적 건강인식이 높으면 건강실천행위가 높을 것이라는 가설을 지지하고 있었으며 기존 연구와도 일치하였다(Hanner, 1986; Duffy, 1988; Weitzel, 1989; Pender, 1990). 따라서 건강행위가 직접적으로 건강인식에 영향을 미친다기 보다는 건강인식이 형성되고 이러한 인식이 태도를 결정하여 건강행위를 한다고 볼 수 있다(김영란, 1997).

주관적 건강인식이 건강행위에 미치는 영향을 분석한 결과 통계적으로 유의한 변수로는 흡연여부, 음주여부, 체중조절 여부, 규칙적 운동, 건강검진 유무, 규칙적 식사유무였다. 질환유무가 건강행위에 미치는 영향을 보면 통계적으로 유의한 변수로는 음주, 체중조절, 적정수면시간 이었으나, 주관적 건강인식에 비해 상대적으로 건강행위에 커다란 영향을 끼치지 못하는 것으로 나타났다. 이는 어떤 행위를 할 것인지 말 것인지는 개인의 지각에 따라 결정된다. 과거의 경험에 의해서 사람들의 건강행위가 결정되는 것이라기 보다는 사람들의 주관적인 인지상태에 의해 그들의 행위가 결정된다는 것을 지지해 주고 있다(이정렬, 1996).

대상자특성 변수와 차이유형에 따른 건강행위와의 분석결과를 보면 다음과 같다. 대상자 특성을 중심으로 건강행위를 설명하면 다음과 같다.

여자가 흡연과 음주, 체중조절에 있어서는 남자보다 높은 건강실천행위를 보였지만 규칙적 운동, 적정수면시간, 건강검진, 규칙적 식

사에서는 상대적으로 낮은 건강실천행위를 보였다. 이는 남자들이 여자에 비해 흡연이나 음주를 많이 하며 체중조절을 덜하는 것이라 볼 수 있는데 이를 미국의 총 사망의 구성비와 비교하면 매우 흥미로운 사실을 알 수 있다(McGinnis JM, Foege WH, 1993).

즉, 총 사망원인에 기여하는 50%중 흡연, 다이어트, 음주요인이 전체 38%를 차지하고 있어 가장 많은 부분을 차지하고 있다. 이는 남성들의 이러한 건강위해 요인이 평균수명과도 관련이 있다고 추론할 수 있겠다. 여성들이 덜 수행하고 있는 규칙적 운동이나 수면시간, 규칙적 식사, 규칙적 식사보다는 남성들이 덜 수행하고 있는 흡연, 음주, 체중조절등이 사망원인에 기여하는 비율이 더 높다고 할 수 있을 것 같다.

특히 흡연의 경우 여자가 남자보다 월등히 높은데 흡연요인이 사망에 기인하는 요인이 가장 크기 때문에 흡연률 감소에 대한 구체적인 대안이 강구되어야 하겠다. 비흡연자에 대한 흡연자의 상대위험비에서도 흡연량이 많을수록 위험비가 높아지며 특히 남자보다는 여자의 위험비가 더 높다(Green LW, Kreuter MW, 1999). 따라서 점점 높아지고 있는 여성의 흡연율에 대한 대책도 시급히 마련되어야 한다.

그러나 전체 건강행위군으로 볼 때는 남자에 비해 여자가 건강행위를 실천하는 확률이 높았다. 앞에서 본 바와 같이 여자는 주관적 건강인식이 낮은 반면 질환은 남자보다 적었으며, 이는 남자가 여자보다 상대적으로 자기 건강을 과대 평가하는 경향이 있다는 것을 의미한다.

연령별로 보면 기준변수인 60세 이상에 비

해 40~59세에서는 유의한 변수는 체중조절, 적정수면시간, 건강검진은 건강행위를 실천하는 확률이 높았으며, 규칙적 식사는 기준변수보다 낮은 확률을 보였다. 20~39세에서는 기준변수에 비해 흡연과 규칙적 운동 건강검진, 규칙적 식사에서 모두 낮은 확률을 보였으며 체중조절과 적정수면시간은 건강행위 실천확률이 높았다. 이를 볼 때 20~30대의 젊은 연령층에서 흡연과 규칙적 운동, 건강검진, 규칙적인 식사에 대한 건강행위를 고령층에 비해 덜하는 것으로 나타났다. 건강행위 습관은 한번 형성되면 변화되기 어렵다는 점을 감안할 때 젊은 시기의 비건강 행위의 고착화로 인해 고령화되면 건강상태의 악화 혹은 건강수명의 감소로 이어질 가능성이 있다. 따라서 20~30대보다는 유치원, 초등학교, 중·고등학교 등 건강행위 습관이 형성되기 이전에 집중적인 건강행위를 조성토록 하여야 한다. 연령이 높아질수록 그 사회의 사회·문화적 요인에 노출될 가능성이 많다. 만약 그 사회가 비건강행위적 요인이 많이 존재한다면 행위변화는 더욱 어렵기 때문에 성인 이전기에 보건교육을 통한 바람직한 건강행위를 형성하도록 하여야 한다.

지역별로 보면 도시에 비해 농촌이 체중조절과 규칙적운동의 실천이 낮았으며 적정수면시간은 높은 확률을 보였다. 농촌의 생활습관상 저녁에 일찍 수면을 취하는 경우가 많아 적정 수면시간을 하는 경우가 높다고 추측할 수 있다. 도시에서는 도시인의 생활양식이 과격한 운동량을 요구하는 직업이 많지 않은 결과로 볼 수 있다. 따라서 체중조절과 규칙적인 운동이 필요 없는 경우가 농촌에서 많기 때문에 도시에 비해 이의 실천이 낮을 수 밖

에 없는 당연한 결과로 보여진다.

교육수준을 보면 기준변수인 대학이상에 비해 고등학교와 통계적으로 유의한 변수는 흡연이었으며 고등학교의 흡연 확률이 기준변수에 비해 높았다. 그리고 중학교 이하에서는 통계적으로 유의한 모든 변수가 기준변수에 비해 건강행위를 실천하는 확률이 낮았는데 이는 저학력층의 건강행위에 시사하는 바가 크다고 하겠다. 건강행위군 유무에서는 고등학교, 중학교가 대학이상에 비해 유의하게 낮은 확률을 보였다. 이는 기존의 대부분의 연구에서 보여주는 바와 같은 결과를 보여주고 있다. 고학력층은 건강에 대한 정보를 상대적으로 많이 제공받을 수 있고 많은 정보에 노출되어 있다고 볼 수 있다. 그리고 고학력층은 상대적으로 경제수준이 높기 때문에 건강에 대한 관심이 많을 수 있고 건강관련 자료도 쉽게 구하거나 접할 수 있을 것이다. 따라서 저학력층의 건강에 대한 지식이나 태도, 실천 방안 등에 대한 보건교육의 강화가 이루어져야 하겠다. 건강지식으로는 질병의 발생 원인과 전파경로에 대한 지식, 질병 및 건강 관리에 대한 지식, 질병예방에 관한 지식, 보건의료시설 이용에 대한 지식 등을 들 수 있다. 건강에 대한 태도측면에서는 건강의 중요성에 대한 의식을 높이고 질병예방 및 관리에 대한 태도와 동기유발을 높일 수 있는 교육방안이 요구된다. 그리고 건강을 실천하기 위해 예방접종, 운동 등 규칙적인 실천 강화, 건강 위해요인(담배, 약물오남용 등)에 대한 거부행위, 지역사회보건사업의 참여를 높이는 방안 등에 대한 교육방안이 강구되어야 한다(이시백 등, 1998).

결혼상태별로는 별거·사별·이혼인 집단에

비해 통계적으로 유의한 변수중에는 유배우, 미혼이 모두 높은 건강행위 실천확률이 높았다. 따라서 별거·사별·이혼인 경우 상대적 건강행위를 하지 못하는 확률이 높음을 알 수 있었다. 유배우나 미혼에 비해 비건강행위를 하는 경우로는 흡연, 체중조절, 적정 수면시간 등이며 향후 이들에 대한 건강행위유도를 위한 프로그램개발이 뒤따라야 하겠다. 전체 건강행위군 유무에서도 유배우와 미혼의 건강행위실천 확률이 별거·사별·이혼의 경우보다 높았다.

경제활동분야별로 보면 기준변수인 제3군에 비해 제2군에서는 음주, 체중조절, 규칙적 운동, 적정수면시간, 규칙적 식사의 건강행위실천 확률이 모두 낮았다. 그러나 건강검진에 대한 건강행위 실천확률은 높았다. 그리고 제1군도 음주, 규칙적 운동, 적정수면시간 건강행위실천이 낮았으며 건강검진은 높은 확률을 보였다. 전체건강행위군의 유무로 볼 때는 제2군은 기준변수에 비해 낮은 건강행위실천 확률을 보였으나 제1군은 오히려 높은 건강행위 확률을 보였다. 여기서 상대적으로 건강행위를 하지 못하는 취약군은 제2군인 블루칼라그룹으로 볼 수 있다. 즉 기준변수인 제3군에 비해 1, 2군은 직장인들로서 건강검진을 제외한 모든 행위에서 부정적인 건강행위를 보였는데, 건강검진은 직장에서의 건강검진의 결과로 보여진다. 직장인들은 매우 취약한 건강행위를 하고 있어 앞으로 직장인 중심의 건강증진사업프로그램의 실시와 확대를 통한 직장인의 건강증진이 요구된다. 직장건강증진사업은 이미 미국이나 일본에서 많이 시도되고 있으며 미국의 건강증진프로그램은 재해예방사업, 금연운동, 약물남용예방사업, 영양사업, 예

이즈교육, 정신건강, 암교육 등이 시행되고 있어(장원기, 1999) 앞으로 우리 나라도 이의 점진적인 확대가 요청된다.

소득수준별로 보면 기준변수에 비해 151~300만원은 적정수면시간만이 통계적으로 유의하였으며 건강행위실천 확률이 높았다. 50만 원 이하는 흡연, 체중조절, 규칙적 운동, 건강검진등에 통계적으로 유의하였으며 모두 기준변수에 비해 건강행위실천 확률이 유의하게 낮았다. 건강행위군으로 보아도 50만원 이하가 유의하게 낮은 건강행위정도를 보이고 있었다. 이는 예상된 바와 같이 저소득층의 건강행위가 매우 취약하다는 것을 보여주고 있다. 저소득층은 상대적으로 교육수준이 낮아 건강정보나 교육기회가 적어 건강에 대한 관심이나 인지정도가 낮을 가능성이 있고, 건강행위를 하고 싶어도 경제적 이유 때문에 하지 못하는 경우도 있을 수 있다. 따라서 예방적 건강검진을 위한 행위도 소홀히 할 수밖에 없다. 건강행위에 대한 무관심과 건강을 유지하기 위한 예방적 행위의 회피는 건강의 악순환을 초래할 가능성이 많아 저소득층에 대한 보건교육 및 건강정보제공은 보건소등 관련기관을 통한 지속적인 노력이 요구된다. 특히 저소득층에 대해서는 자발적인 참여유도보다는 공격적이고 적극적인 유도행위를 통해 건강검진을 받게 하거나 예방행위를 하도록 지원하여야 한다.

다음은 차이 유형에 따른 건강행위에 미치는 영향정도를 보면, 기준변수인 Type I에 비해 Type II는 음주와 체중조절이 유의한 변수였으며 모두 건강행위 실천확률이 유의하게 낮았다. Type III는 음주와 규칙적 운동, 규칙적 식사에서 유의한 변수였으며 모두 기준변

수에 비해 유의하게 낮은 실천확률을 보였다. 그리고 건강취약군이라 할 수 있는 Type IV는 흡연, 음주, 체중조절, 규칙적 운동, 적정수면시간, 건강검진, 규칙적 식사등 모든 변수에서 유의하였으며 체중조절과 건강검진은 기준변수에 비해 유의하게 높은 건강실천행위를 보였으나, 나머지 변수들에 대해서는 유의하게 낮은 건강실천행위를 보였다. 그리고 건강행위군의 유무로 볼 때 Type III, IV가 유의하게 낮은 건강행위실천군일 확률이 높았다.

주관적 건강인식이 높으면서 질환이 없는 Type I인 건강군은 다른 유형과 비교해 볼 때 가장 많은 건강행위를 실천하고 있었다. 다만 체중조절이나 건강검진은 건강행위실천 확률이 낮았다. 체중조절은 과·저체중인 경우 높은 건강행위실천 정도를 보이고 있었다. 이러한 건강군 즉 적극적인 건강행위를 갖고자 하는 군에게는 건강행위에 대한 유도를 하더라도 다른 군에 비해 쉽게 수용할 수 있다(김선우, 2000).

상대적으로 주관적 건강인식이 낮으면서 질환을 가지고 있는 Type IV에서 건강실천행위 확률이 높다는 것은 질환을 가진 경우 체중조절을 통한 건강행위가 많이 이루어지고 있다고 추정할 수 있다. 또한 건강검진도 마찬가지로 질환을 가지고 있으면서 본인의 건강인식이 낮은 Type에서 실천확률이 높은 것은 당연한 결과라 보여진다.

더욱 문제가 되는 것은 건강군에 비해 건강취약군으로 갈수록 흡연이나 음주, 규칙적 운동, 적정 수면시간, 규칙적 식사 등 대부분 취약한 건강행위를 하고 있다는 점인데 건강취약군을 가장 많이 형성하고 있는 대상자특성을 보면 여자이면서 60세 이상의 고령층, 농

촌거주, 중학교이하의 교육수준, 유배우나 미혼보다는 이혼·별거·사별인 경우, 경제활동분야가 학생·주부·무직 등인 제3군, 가구소득이 50만원 이하인 경우 등이었다. 이러한 건강취약군은 보건교육이나 건강행위 유도를 위한 참여에도 쉽게 수용되지 않을 뿐 더러 무관심한 경우가 많으리라 판단된다. 따라서 이들에 대한 정확한 건강정보를 제공할 수 있는 여건을 조성하고 대상자에 맞는 보건교육프로그램을 개발하여야 한다. 효과적인 보건교육방법을 위해서 대상자중심의 방법이나 매체중심, 조직체활용, 개별 혹은 집단교육 방법 등을 들 수 있는데 이들 건강취약 계층에 적절한 보건교육방법이 적용되어야 하겠다. 이러한 보건교육방법을 선택하는데 있어 일반적인 원칙으로는 첫째 대상자가 인지능력을 수행할 수 있는 기회를 주어야 하며, 둘째 대상자 스스로 만족할 수 있는 활동이어야 한다. 셋째 대상자의 능력 및 과거의 경험과 적정하게 조화되어야 하며 넷째 효과적인 방법을 선택함으로써 문제해결 가능성성이 있기 때문에 교육자의 폭넓은 사고가 필요하다. 마지막으로는 한가지 방법으로 여러 가지 결과를 가져올 수 있으므로 교육방법 선택시 한 가지 이상의 긍정적 결과를 가져 올 수 있는 방법을 선택하는 것이 바람직하다(김영임 등, 1997).

## VI. 요약 및 결론

본 연구는 주관적 건강인식과 건강검진결과에 따른 차이유형별 건강행위를 분석하는데 있다. 자료분석은 1998년도 국민건강·영양조사의 원자료(raw data)로서 건강면접조사, 보

건의식행태조사, 건강검진조사, 식생활조사에 모두 응한 20세 이상의 성인 7,702명을 그 분석대상으로 하였다.

분석변수로는 대상자특성 변수로서 성, 연령, 거주지역, 교육수준, 결혼상태, 경제활동분야, 소득수준을 주관적 건강인식 변수는 건강한편과 건강하지 못한 편인 2분 변수로, 건강검진결과 변수는 고혈압 유무, 고콜레스테롤 유무, 당뇨병 유무, 간질환 유무, 간염 여부, 신장기능이상 유무, 정상체중 유무, 비혈 유무를 분석했다. 또한 건강행위 변수로는 흡연 유무, 음주 유무, 체중조절 유무, 규칙적 운동 유무, 규칙적인 식사 유무, 적정 수면시간(7~8시간) 여부, 건강검진수진 유무와 건강실천군으로 나누어 분석하였다. 분석결과 나타난 주요 결과는 다음과 같다.

### (1) 주관적 건강인식과 질환유무별 건강행위를 분석하였다.

주관적 건강인식이 높은 경우 유의한 변수 중에는 모두 건강행위실천이 높았다. 이는 주관적 건강인식이 높으면 건강실천행위가 높을 것이라는 가설을 지지하고 있었다. 또한 질환이 하나라도 있는 경우와 없는 경우로 2분화하여 건강행위와의 차이를 분석한 통계적으로 유의한 변수는 음주, 수면시간, 건강검진이었으며 흡연이나, 체중조절, 규칙적인 운동, 규칙적인 식사와는 유의하지 않았다.

### (2) 주관적 건강인식과 건강검진결과에 의한 차이유형별 건강행위를 분석하였다.

차이유형에 따른 카이제곱 검정결과 주관적 건강인식과 건강검진결과와의 차이에 따라 건강행위가 차이가 있을 것이라는 가설이 지지되었다. 즉 차이가 없는 유형중에서도 바람직한 건강군인 Type I은 건강실천행위가 높은

반면 건강취약군인 Type IV가 가장 비건강행위를 많이 실천하고 있었다. Type II, III도 Type I에 비해 상대적으로 취약한 건강행위 구조를 가지고 있었다.

다음은 건강행위에 미치는 영향을 대상자 특성 변수와 주관적 건강인식, 건강검진결과 질환유무를 독립변수로 하여 각 건강행위를 다중로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 먼저 주관적 건강인식이 건강행위 미치는 영향을 분석한 결과 통계적으로 유의한 변수로는 흡연여부, 음주여부, 체중조절여부, 규칙적 운동, 건강검진 유무, 규칙적 식사유무였다. 질환유무가 건강행위에 미치는 영향을 보면 통계적으로 유의한 변수로는 음주, 체중조절, 적정수면시간 이었다. 주관적 건강인식이 높을수록 긍정적인 실천행위가 높았다. 이는 주관적 건강인식이 높을수록 건강실천행위에 영향을 미칠 것이라는 가설을 수용하였으며 질환유무는 상대적으로 건강행위에 커다란 영향을 끼치지 못하는 것으로 나타났다.

(3) 대상자 특성 및 주관적 건강인식과 건강검진결과와의 차이유형이 건강행위 미치는 영향을 다중 로지스틱 회귀분석을 통하여 분석하였다.

건강행위변수에 대해 차이유형의 기준 변수를 건강군(Type I) 중심으로 보면 다음과 같다. 먼저 흡연의 위험요인으로는 Type IV(건강취약군)였으며, 음주의 위험요인으로는 기준변수에 대해 모든 유형이 상대위험비가 높은 확률을 보였다. 체중조절은 Type II(과대 평가군)였으며 규칙적 운동을 하지 않을 확률에 영향을 미치는 유형은 Type III(과소평가군)와 IV였으며 적정수면을 취하지 못하는 위험요인은 Type IV였다. 건강검진 요인은

TypeIV가 실천 확률이 높았다. 규칙적인 식사를 하지 못하는 확률이 높을 위험요인은 Type III와 IV였다. 마지막으로 총건강행위실천군을 중심으로 보면 Type III와 IV가 건강행위에 있어 상대위험도가 높은 군으로 나타났다. 이들 군은 주관적 건강인식이 다른 군에 비해 낮은 군에 속한다.

즉 주관적 건강인식이 건강행위에 미치는 영향이 크다고 해석할 수 있으며 주관적 건강인식이 높으면서 질환이 없는 바람직한 건강군이 건강행위를 실천하는 정도가 가장 높았으며 그 외 나머지 유형인 주관적 건강인식과 건강검진결과 차이가 나는 Type II, III도 Type I에 비해 상대적으로 낮은 건강행위실천 정도를 보였다. 그리고 주관적 건강인식이 낮으면서 실제 질환을 가진 Type IV(건강취약군)가 오히려 건강행위를 가장 실천하지 못하는 것으로 나타나 계속적으로 건강취약군으로 남아있을 확률이 높을 것으로 사료된다.

## 참고문헌

- 김선우, 이선우, 김민지(2000), 한국인의 건강행위유형: 흡연, 음주, 운동변수를 중심으로, 1998 국민건강·영양조사 심층·연계분석, 보건복지부·한국보건사회연구원, 539-550.
- 김영란(1997), 건강증진/보건교육, 정담, 89-116.
- 김영임, 이시백, 정연강(1997), 보건교육, 한국방송대학교출판부, 46-92, 104-124, 125-168.
- 남정자, 최정수, 김태정, 계훈방(1995), 한국인의 보건의식행태, 한국보건사회연구원,

- 65-152.
- 이순영(1993), 한국인의 건강관심도, 건강실천행위 및 건강수준간의 구조분석, 연세대 박사학위논문.
- 이시백, 정영일(1998), 보건교육: 이론과 실제, 신팔출판사, 23-31, 81-141.
- 이정렬, 박신애(1996), 역학과 건강증진, 수문사, 347-373.
- 장원기, 배상수, 주영수, 서동우, 장인순, 정경래(1999), 지역사회 직장건강증진사업 추진전략 개발, 한국보건사회연구원, 110-118.
- 한국보건사회연구원(1999), 1998년도 국민건강·영양조사 진행보고서, 8-46.
- 한국보건사회연구원(1999), 1998년도 국민건강·영양조사: 건강검진조사, 22-88
- 한국보건사회연구원(1999), 1998년도 국민건강·영양조사: 건강면접조사, 66-119.
- 한국보건사회연구원(1999), 1998년도 국민건강·영양조사: 노인건강실태, 33-76.
- 한국보건사회연구원(1999), 1998년도 국민건강·영양조사: 보건의식행태조사, 43-134.
- 한국보건사회연구원(1999), 1998년도 국민건강·영양조사: 여성건강실태, 41-103.
- 한국보건사회연구원(1999), 1998년도 국민건강·영양조사: 총괄보고서, 44-132.
- Belloc NB, Breslow L(1972), Relationship of physical health status and health practices, Preventive Medicine, 1, 409-421.
- Berkman L.F., Breslow L. Health and ways of living-The Alameda County Study. Oxford University Press. 1983.
- Duffy ME(1988), Determinants of health promotion in midlife women, Nursing Research, 37, 358-362.
- Green LW, Kreuter MW(1999), Health Promotion planning: an educational and ecological approach, Mayfield Publishing Company, 83-149.
- Hanner ME(1986), Factors related to promotion of health-seeking behaviors in the aged, Unpublished doctoral dissertation.
- McGinnis, J. M., Foege, W. H., "Actual Causes of Death in the United States", JAMA, Vol.270, No.18, 1993.
- O'Donnell M(1999), Health Promotion: An Emerging Strategy for Health Enhancement and Business Cost Savings in Korea(Unpublished).
- Pender NJ, Walker SN, Sechrist K, Frank-Stromborg M(1990), Predicting health promoting lifestyle in the workplace, Nursing Research.. 39(6), 326-332.
- U.S. DHHS,, The Surgeon General's Report on Nutrition and Health, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1988.
- US DHHS(1979), Healthy people. The surgeon Geneva's Report on Health Promotion and Disease Prevention, Washington, DC: Public Health Services.
- Weitzel MH(1989), A test on the health promotion model with blue collar workers, Nursing Research, 38(2), 99-104.

## 〈ABSTRACT〉

# A Study of Health Behavior through Comparative Analysis of Self-perceived Health Status and Health Examination Results

Sang-Sik Moon\* · Sea-Baick Lee\*\*

\*Korea Institute for Health and Social Affairs

\*\*School of Public Health, Seoul National University

The purpose of this study is to analyze health behavior by comparing the difference between self-perceived health status and health examination results. The study subjects consist of 7,702 people aged over 20, surveyed by Health Interview survey, Health Examination survey, Dietary Life survey, Health Consciousness and Behavior survey. Data used in the study are drawn from raw data from a 1998 National Health and Nutrition survey.

General characteristics variables are sex, age, education level, residential area, marital status, occupation, and living standard while dichotomous variables, 'not healthy' and 'healthy' are used to measure self-perceived health status. Variables for health examination results are high blood pressure, high cholesterol, diabetes, liver diseases, liver inflammation, kidney diseases, normal weight, regular diet, optimum sleeping time(7-8 hours), regular health examination and health behavior practice group. Major findings of the study are as follows:

### 1) Analysis of self-perceived health status and health behavior by disease :

Variables significantly correlated with high self-perceived health status have strong associations with high health behavior practice, which supports the hypothesis that as one has high self-perceived health status, one is more likely to practice health promoting behavior.

The results of analysis of health behavior differences by dividing subjects into two categories, 'cases of illness' and 'cases of no illness' indicate that drinking, sleeping time, health examination are significant variables ( $p<0.001, 0.05$ ) whereas smoking, weight control, regular exercise, regular diet are not significant.

### 2) Analysis of disparity patterns between self-perceived health status and health examination :

The hypothesis that health behaviors would be different according to the disparity pattern between self-perceived health status and health examination is supported as a result of  $\chi^2$  test. Among

Type I : Self-perceived health status is high and actual health status is good (no disease)

Type II: Self-perceived health status is high and actual health status is poor(have disease)

Type III: Self-perceived health status is low and actual health status is good(no disease)

Type IV: Self-perceived health status is low and actual health status is poor(have disease)

Type I and Type IV show no disparity, Type I shows the highest health promoting behavior whereas Type IV shows the lowest health promoting behavior. Type II, and III, compared to Type I, practise lower health promoting behavior. Multi-logistics regression analysis was conducted to find out the degree of impact on health behavior. Independent variables are general characteristics, self-perceived health status and health examination result and presence of illness, while the dependent variable is health promoting behavior.

The analysis of the impact of self-perceived health status on the health promoting behavior shows that smoking, drinking, weight control, regular exercise, health examination practice, and/or regular diet are significantly correlated to self-perceived health status. High self-perceived health status is inversely related to high health promoting behavior. This finding supports the hypothesis that the higher one perceives one's health, the more likely one is to practice health promoting behavior. On the contrary, the presence of illness has little impact on health promoting behavior.

3) Multiple logistics analysis on how disparity patterns between self-perceived health status and health examination affect health behavior :

The results of multiple logistics analysis made on health behavior variables compared to the standard variable are as follows: When analyzed on the standard of Type I, smoking is a significant risk factor for the Type IV. In case of drinking, all the patterns show a high probability of relative risk ratio. With regard to weight control, it is a risk factor for Type II while all the patterns show high probability of not practising when analyzed on the standard of type IV. Type III and IV show high probability of not doing regular exercise while Type IV, shows a high probability of not taking appropriate sleeping time. When analyzed on the standard of type IV, all the patterns show a high probability of not taking health examinations. Type III and IV show a high probability of not having regular meals. As for overall health promoting behavior, Type III and IV show a high relative risk ratio. These two groups have low self-perceived health status. It implies that self-perceived health status has significant impact on health promoting behavior. This is also supported by the fact that

Type I with high self-perceived health status and no illness shows a high practice rate of health promoting behavior. Types II and III the groups with high disparity between self-perceived health status and health examination results, show a low practice rate of health promoting behavior when compared to Type I. Type IV, that is the group with low self-perceived health status and actual illness, shows the lowest practice of health promoting behavior. It is highly probable that this type proves to be the poorest health group.

**Key Word** : self-perceived health status, health examination result, disparity pattern, health behavior