

대구광역시 영세주민의 건강행위 및 건강실천행위 관련요인

임용찬* · 이증정* · 박종원**

*계명대학교 의과대학 예방의학교실 · **선린병원 산업의학과

〈목 차〉

I. 서론	V. 결론
II. 연구대상 및 방법	참고문헌
III. 연구결과	Abstract
IV. 논의	

I. 서론

급속한 산업화와 도시화로 인해 도시의 외곽 지역 또는 기존의 저소득층 지역에 인구밀집 현상이 일어나 보건문제를 비롯한 여러 가지 사회 문제가 야기되었으며, 불결한 환경문제, 각종 공해문제, 각종 사고의 증가, 만성퇴행성 질환의 증가, 근로 무능력자나 노인인구의 증가 및 의료보험실시로 인한 의료수요의 증가 등 여러 가지 새로운 보건문제가 등장하였다. 이전에 의료소외지역이라 할 수 있었던 농어촌은 일차보건의료사업의 정부주도로 비교적 잘 전개되어 공공의료기관에 의해 의료취약지역의 의료가 일부 해결되고 있으나, 도시지역은 공공의료부문

이 상대적으로 취약하여 공공보건조직에서 시행해야 할 예방사업, 환자발견사업, 환자추구관리, 환경개선사업, 보건교육사업이 충분히 수행되지 못하고 있다. 또한 이러한 도시 지역 내 주민들의 보건의료문제는 일시적인 의료의 제공만으로는 만족스럽게 해결되지 않으며 또한 이것은 근원적인 해결방법이 되지 못한다는 특성이 있다(이진희 등, 1998).

우리 나라는 1997년 IMF체제 이후 빈곤은 더욱 심각한 사회문제로 대두되었으며, 이러한 경제위기는 계층간불평등과 빈부격차를 악화시켜 영세민계층을 확대시켰으며 기존의 생활보호제도로 대응할 수 없는 규모와 양상으로 변화되었다.

1999년의 국민기초생활보장법 제정으로 그동

교신저자 : 이증정

대구시 중구 동산동 194번지계명대의대 예방의학교실(700-712)

전화번호: 053-250-7009, E-mail: jjlee@dsmc.or.kr

안 공적 부조의 제도권 밖에 있었던 영세민들까지 2000년 10월부터 제도권내로 일부 수용되었으나, 적용범위와 적용대상에 있어 사각지대를 가지고 있으며 급여의 범위가 기본적 생활과 의료보장의 측면에서 충분하지 못하는 등 아직 서비스의 양적, 질적 측면이 미흡한 실정이다.

특히 의료급여제도의 경우 진료비 체불문제는 어느 정도 해결되어 의료기관에서 진료를 꺼리는 현상은 일부 해소되었으나, 입원진료의 일부본인 부담과 고가의 진료 및 첨단의료로부터의 소외 등은 도시 영세민의 의료이용에 장애로 작용하여 이들의 건강관리가 더욱더 열악한 환경에 놓이게 되었다(이수일 등, 1998; 임미영 등, 2001).

2001년 세계보건기구는 '건강위해행위를 감소 시킴으로써 건강수명을 연장하자' 라는 제목으로 인류의 건강을 위협하는 흡연, 음주 등 10가지 건강위해행위에 관한 실태와 건강생활실천 전략, 건강위해행위의 비용-효과적인 관리방안을 제시하는 등 21세기 인류건강향상을 위해서는 무엇보다 건강행태가 중요함을 강조하고 있다. 우리 나라는 2002년 4월 국민건강의 궁극적 목표를 '건강수명의 연장'으로 설정하고 이의 달성을 위한 건강생활 실천 분야로 금연, 절주, 운동, 영양을 선정하여 이에 관한 구체적 목표를 제시하는 국민건강증진 종합대책을 수립, 발표하였다(남정자, 2003).

우리나라에서 이러한 보건의료 기획 및 정책 수립을 위한 전국규모의 건강행태에 대한 조사는 1989년 이래 한국보건사회연구원에서 국민건강조사와 병행하여 시행하고 있다. 조사내용으로 흡연, 음주, 스트레스 등의 건강위해행위와 운동, 체중조절 등의 건강생활실천행위, 건강진단, 암검진 등의 각종 예방행위실태를 매 3년마다 정기적으로 조사가 되고 있지만 대상자들을

사회계층별로 구분하거나, 영세민을 대상으로 한 건강상태 및 행태조사는 이루어지지 않고 있다(남정자 등, 1995; 남정자 등, 1996). 한 지역의 보건의료사업 등 모든 보건의료계획은 그 지역 주민의 건강상태 및 건강행위의 실천 정도에 따라 수립되고 시행되어야 하며, 이를 위해서는 해당지역 대상주민들에 대한 보건의료정보가 필수적이다.

이에 이 연구는 대구광역시 일개 구 지역의 영세민을 대상으로 일반 건강상태, 질병예방행위 및 생활습관과 그에 영향을 미치는 관련요인을 조사, 분석하여 향후 도시지역의 영세민들의 건강에 대한 위험 요인을 감소시키며, 나아가 지역 주민 건강증진에 도움을 줄 수 있는 기술적 기반을 마련하고자 시행하였다.

II. 연구대상 및 방법

연구는 대구광역시 동구의 일개 영세민 아파트 2개 단지에 거주하는 주민 2,679명을 모집단으로 2002년 11월 예비조사를 거쳐 12월 한달동안 조사하였다. 대구광역시 동구의 기초수급대상자는 총 4,951가구 9,756명이며, 이중 조사지역인 영세민 아파트에 거주하는 주민은 1,211세대 2,679명이다. 아파트는 2개의 단지로 구성되어 있고, 각 단지는 2개통으로 이루어져 있으며, 각 통은 9개 아파트 동으로 이루어져 있다.

연구대상의 선정은 총 18개 아파트 동 중에 계통 표본추출을 한 3동, 6동, 9동, 12동, 15동, 18동의 6개 동의 설문이 가능한 주민들을 조사하였으며 조사 완료자는 315명이었다. 이중 20세 미만인자와 설문내용의 신뢰성이 없는 17명을 제외하고 298명을 연구대상으로 하였다.

주민들의 건강 상태 측정은 한국형 Behavioral Risk Factor Surveillance System(이하 BRFSS)을 사용하여 측정하였으며, 조사는 조사원에 의한 일대일 직접면담을 통하여 조사하였다. BRFSS는 미국질병통제센터에서 1980년대 이후 50개주 성인을 대상으로 매달 전화 설문하여 건강에 대한 지식, 행동, 태도에 관한 정보를 수집하는 도구이다(Jakson 등, 1991).

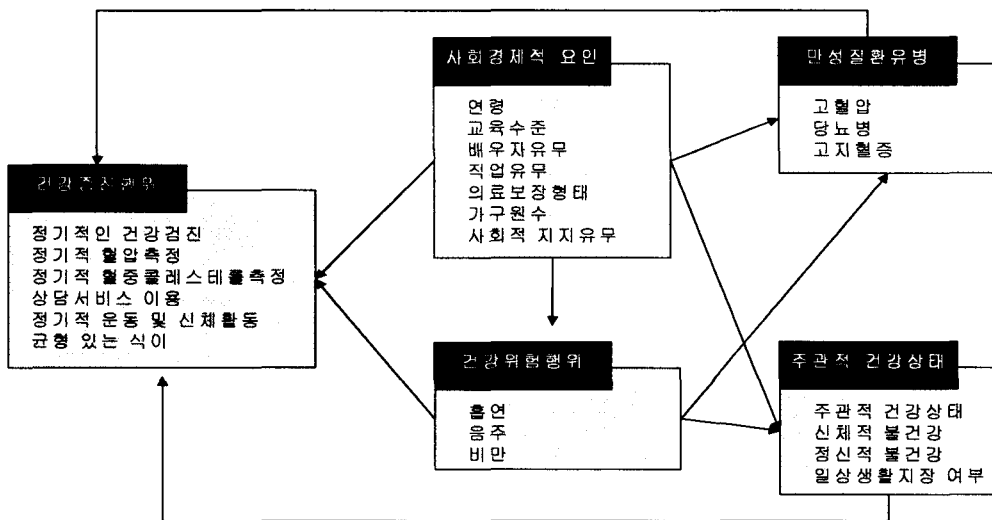
이 도구는 1998년 구리시 뇌졸중 예방을 위한 건강증진 기초사업(한양대학교 의과대학, 1998)과 1999년 옥천군 건강증진사업 기반조성에 관한 연구(충북대학교 의과대학 등, 1999)에서 사용된바 있다.

면담지의 구성은 성, 연령, 의료보장, 학력, 직업, 총수입, 결혼상태, 종교, 거주기간, 거주형태 등의 사회인구학적 변수를 포함하였으며, 건강 및 질병에 관한 문항으로는 주관적 건강상태, 혈압 측정관련, 콜레스테롤 측정관련, 흡연 및 음주실태, 심혈관 질환 병력, 위험요인 수준, 의사와의 상담 및 검사여부, 주요 질병 예방 지식

도 등을 포함하였으며, 건강생활 실천도는 일상 생활 정도, 식습관, 운동습관, 체중조절관련, 사회적 활동 실태 등을 포함한다.

직업에 대한 조사는 직업군별로 이루어졌으나, 대상의 특성상 직업이 없는 군이 높은 비율을 차지하여 직업이 있는 군의 세밀한 분류는 비율적으로 의미가 없는 것으로 판단되어 직업의 유무로만 구분하였다. 사회적 지지에 대한 정의나 유형은 학자마다 다를 수 있는데 통상적으로 의지할 수 있는 사람, 돌봐주고 사랑하고 가치가 있다는 것을 알게 해주는 사람의 존재 혹은 이용 가능성이라 정의된다. 이 연구에서는 힘들고 어려운 일이 있을 때 도와줄 친구나 친족의 수를 표시하게 하여 1명이라도 존재하는 경우 사회적 지지가 있는 것으로 하였다.

전반적인 신체적 건강수준을 측정하기 위한 지표로서 본 연구에서는 만성질환 유무와 스스로 인식한 건강상태의 두 가지 지표를 사용하였다. 만성질환 유병은 고혈압, 당뇨병, 고지혈증 3가지의 만성질환 중 1개 이상의 질환을 의사로



<그림 1> 연구 가설 모형도

부터 진단 받은 경우로 하였다. 정기적인 건강검진 여부는 지난 1년간 정기정진을 받은 자를 정기적인 건강검진을 받은 자로 하였으며, 정기적인 혈압측정 여부는 월별로 측정 횟수를 물어 1회 이상 인자로 하였고, 정기적인 혈중 콜레스테롤 측정은 최근 1년 내에 콜레스테롤 수치 검사를 한자를 정기적 측정을 받은 자로 하였다. 규칙적인 신체활동이나 운동의 여부는 주당 30분 이상의 운동이나 신체활동을 3회 이상으로 하는 것을 기준으로 하였다. 건강식이의 실천 여부는 매일 야채를 섭취하는지 여부에 따라 구분하였다.

의사와의 상담을 받은 자는 최근 1년 동안 흡연, 음주, 비만 등의 건강위험행위에 대한 조언이나 운동, 식이 등의 건강증진행위에 대한 조언을 받은 경험이 있는 자로 하였다. 통계적 분석은 SPSS ver 11.0을 이용하여 카이제곱 분석과 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

대상자의 사회 인구학적 특성은 남녀사이 연령 및 교육수준의 분포 차이가 있었으며 ($p < 0.01$), 초등학교 졸업 이하의 학력자가 52.7%를 차지하였다. 미혼, 사별, 이혼 등으로 배우자가 없는 대상자가 남자에서는 42.3%, 여자에서는 65.8%를 차지하였다 ($p < 0.01$). 직업이 없는 대상자는 전체 81.2%였으며, 남녀간에 차이를 보였으며 ($p < 0.01$), 의료보장의 형태는 의료급여가 67.4%를 차지하였다. 동거하는 가족수는 본인을 포함하여 2인 이하인 경우가

54.0%를 차지하였으며, 사회적 지지는 평소 도움을 줄 수 있는 친족이나 친구의 유무로 표시하였는데 사회적 지지가 없다고 답한 대상자가 57.4%였다 (Table 1).

2. 사회 인구학적 특성과 건강상태와의 관련성

대상자들의 건강상태는 현재의 만성질환 유병과 스스로 자각하는 건강상태 즉 주관적 건강상태로 조사하였는데, 남자 대상자 111명중에서 24명(21.6%)이 만성질환에 이환 되어 있었으며, 주관적으로 건강이 좋지 않다고 호소한 대상자는 65명(58.6%)이었다 (Table 2 & 4). 여자에서는 만성병 유병자가 65명(34.8%)이었으며, 주관적으로 건강이 좋지 않다고 호소한 대상자는 125명(66.8%)이었다 (Table 3 & 5). 이러한 만성질환 유병과 주관적 건강상태는 연령에 따라, 건강위험행위를 하느냐 하지 않느냐에 따라 크게 차이가 날수 있으므로 이를 보정하여 사회인구학적 변수와 신체적 건강과의 관련성을 분석하였다. 남자에서는 연령만을 보정한 경우와 연령과 건강관련 위험 행위 둘 다를 보정한 경우 모두에서 직업이 없는 대상자에서 만성질환 이환이 높았다 (OR: 13.73, 95% CI: 1.42-132.97, OR: 14.85, 95% CI: 1.50-147.62) (Table 2).

여자의 경우는 연령만을 보정한 경우와 연령과 건강관련 위험 행위 둘 다를 보정한 경우 모두에서 배우자가 없는 대상자에게서 만성병의 이환이 적었다 (OR: 0.39, 95% CI: 0.17-0.88, OR: 0.33, 95% CI: 0.14-0.79). 또한 동거가족수가 3명 이상인 대상자에서 연령을 보정한 경우와 연령, 건강위험 행위를 같이 보정한 경우에서 만성병 이환이 적었다 (OR: 0.28, 95% CI: 0.13-0.63, OR: 0.27, 95% CI: 0.12-0.62) (Table 3).

주관적 건강상태는 남자대상자에서 교육수준에 따라 차이를 보였는데, 연령을 보정한 경우와 연령, 건강위험 행위를 같이 보정한 경우에서 중학교 졸업의 학력을 가진 대상자에서 고등학교 이상을 졸업한 학력을 가진 대상자들보다 건강상태가 좋지 않다고 느끼는 사람이 적었다(OR: 0.24, 95% CI: 0.07-0.85, OR: 0.17, 95% CI: 0.05-0.66). 직업이 없는 대상자에서는 직업이 있는 대상자들에 비해 건강이 좋지 않다고 대답한 대상자가 많았다(OR: 9.90, 95% CI: 2.53-38.80, OR: 8.73, 95% CI: 2.17-35.08)(Table 4).

여자에게서는 교육수준과 의료보장의 종류에 따라 주관적으로 느끼는 건강상태가 차이가 있는 것으로 나타났는데, 남자에서와 마찬가지로 연령을 보정한 경우와 연령, 건강위험 행위를 같이 보정한 경우에서 중학교 졸업의 학력을 가진 대상자에서 고등학교 이상을 졸업한 학력을 가진 대상자들보다 건강이 나쁘다고 느끼는 사람이 적었다(OR: 0.31, 95% CI: 0.11-0.89, OR: 0.31, 95% CI: 0.10-0.91). 의료보장에 종류에 따라서는 의료급여를 받는 대상자들에게서 건강보험가입자들보다 건강이 나쁘다고 느끼는 대상자가 많았다(OR: 3.16, 95% CI: 1.45-6.88, OR: 3.05, 95% CI: 1.33-6.98)(Table 5).

3. 사회 인구학적 특성에 따른 건강관련 위험행위

남자대상자에서 사회 인구학적 특성에 따른 건강관련 위험행위를 보면 흡연과 음주율은 연령에 따라 차이를 보였으나($p < 0.01$) 비만은 유의한 통계적 차이는 없었다. 교육수준에 따른 건강관련 위험행위의 차이는 없었으며, 배우자 유무에 따른 건강위험행위의 차이도 없었다. 직업이 있는 대상자에서 음주를 하는율이 80.0%

로 직업이 없는 군의 45.7%보다 훨씬 높은 분포를 보였다($p < 0.01$). 그 외 의료보장 형태와 동거하는 가족수에 다른 건강관련 위험행위의 차이는 없었으나 사회적 지지가 없는 경우 흡연을($p < 0.05$)과 음주율($p < 0.01$)이 낮았다(Table 6).

여자대상자의 사회 인구학적 특성에 따른 건강관련 위험행위를 보면 연령에 따른 건강관련 위험행위의 차이는 없었으며, 교육수준에 따른 흡연, 음주율의 차이는 없었다. 하지만 중졸 학력자에서 고졸이상 학력자에 비해 비만자가 많은 것으로 나타났다($p < 0.05$). 배우자 유무와 직업 유무에 따른 건강위험 행위의 차이는 없었으며, 의료급여대상자에서 국민건강보험 대상자들에 비해 비만자가 많았다($p < 0.05$). 동거가족수와 사회적 지지의 유무에 다른 건강관련 위험행위의 차이는 없었다(Table 7).

4. 대상자들의 건강관심행위, 건강위험행위와 건강증진행위

규칙적인 건강검진, 혈압측정, 콜레스테롤 수치 측정, 등의 건강과 관련된 관심행위와 식이, 체중조절, 육체적 활동 및 운동, 음주, 흡연에 대한 의사의 조언 혹은 상담 여부, 실제 육체적 활동 및 운동 실천여부 와 현재의 흡연, 음주, 비만 상태간의 관계를 분석한 결과 남자에서는 음주를 하는 군에서 정기적인 건강검진을 더 하지 않는 것으로 나타났으며($p < 0.01$), 흡연군에서 의사의 금연에 대한 충고가 더 많은 것으로 나타났다($p < 0.05$)(Table 8).

여자에서는 음주를 하지 않는 군에서 정기적인 혈압측정을 더 하는 것으로 나타났으며($p < 0.01$), 흡연군 및 비만인 군에서 각각 의사의 금연에 대한 충고와 체중조절에 대한 조언을 더 많이 듣는 것으로 나타났다($p < 0.01$)(Table 9).

<Table 1> General Characteristics of Study Populations

	unit: person (%)		
Variables	Male	Female	Total
Age**			
-39	24(21.6)	21(11.2)	45(15.1)
40-49	45(40.5)	50(26.7)	95(31.9)
50-59	16(14.4)	25(13.4)	41(13.8)
60-69	11(9.9)	41(21.9)	52(17.4)
70-	15(13.5)	50(26.7)	65(21.8)
Educational level**			
>High	52(46.8)	40(21.3)	92(30.9)
Middle	19(17.1)	30(16.0)	49(16.4)
<Elementary	40(36.0)	117(62.6)	157(52.7)
Spouse**			
Yes	64(57.7)	64(34.2)	128(43.0)
No	47(42.3)	123(65.8)	170(57.0)
Occupation**			
Yes	30(27.0)	26(13.9)	56(18.8)
No	81(73.0)	161(86.1)	242(81.2)
Type of medical security			
Health insurance	37(33.3)	60(32.1)	97(32.6)
Medical aid	74(66.7)	127(67.9)	201(67.4)
No. of family			
≤2	52(46.8)	109(58.3)	161(54.0)
≥3	59(53.2)	78(41.7)	137(46.0)
Social support			
Yes	41(36.9)	86(46.0)	127(42.6)
No	70(63.1)	101(54.0)	171(57.4)
Total	111(100.0)	187(100.0)	298(100.0)

**P<0.01:using chi-square test

<Table 2> Adjusted Odds Ratio of Chronic Disease according to Education, Spouse, Occupation, Medical Security Type, Number of Family and Social Support among Men

Variables	Total number	Number of patients	Crude prevalence (%)	Adjusted for age	Adjusted for age and health risk behavior
				OR(95% CI)	OR(95% CI)
Educational level					
>High	52	10	19.23	1.00	1.00
Middle	19	5	26.32	2.29(0.63-8.41)	2.46(0.65-9.21)
<Elementary	40	9	22.50	1.22(0.30-4.96)	1.18(0.28-5.04)
Spouse					
Yes	64	18	28.13	1.00	1.00
No	47	6	12.77	0.62(0.17-2.20)	0.59(0.16-2.19)
Occupation					
Yes	30	1	3.33	1.00	1.00
No	81	23	28.40	13.73(1.42-132.97)	14.85(1.50-147.62)
Type of medical security					
Health insurance	37	8	21.62	1.00	1.00
Medical aid	74	16	21.62	0.57(0.18-1.80)	0.57(0.17-1.97)
No. of family					
≤2	52	12	23.08	1.00	1.00
≥3	59	12	20.34	2.13(0.65-6.96)	2.02(0.61-6.71)
Social support					
Yes	70	18	25.71	1.00	1.00
No	41	6	14.63	1.25(0.35-4.45)	1.54(0.39-6.15)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals.

<Table 3> Adjusted Odds Ratio of Chronic Disease according to Education, Spouse, Occupation, Medical Security Type, Number of Family and Social Support among Women

Variables	Total number	Number of patients	Crude prevalence (%)	Adjusted for age	Adjusted for age and health risk behavior
				OR(95% CI)	OR(95% CI)
Educational level					
>High	40	6	15.00	1.00	1.00
Middle	30	9	30.00	0.67(0.22-2.10)	0.74(0.23-2.43)
<Elementary	117	50	42.74	1.15(0.40-3.27)	0.98(0.33-2.93)
Spouse					
Yes	64	24	37.50	1.00	1.00
No	123	41	33.33	0.39(0.17-0.88)	0.33(0.14-0.79)
Occupation					
Yes	26	1	3.85	1.00	1.00
No	161	64	39.75	5.62(0.64-49.26)	4.58(0.52-40.26)
Type of medical security					
Health insurance	60	19	31.67	1.00	1.00
Medical aid	127	46	36.22	1.38(0.64-2.97)	1.28(0.57-2.84)
No. of family					
≤2	109	51	46.79	1.00	1.00
≥3	78	14	17.95	0.28(0.13-0.63)	0.27(0.12-0.62)
Social support					
Yes	101	38	37.62	1.00	1.00
No	86	27	31.40	0.85(0.42-1.72)	0.96(0.45-2.03)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals.

<Table 4> Adjusted Odds Ratio of Perceived General Health according to Education, Spouse, Occupation, Medical Security Type, Number of Family and Social Support among Men

Variables	Total number	Numbers reported poor	Crude prevalence (%)	Adjusted for age	Adjusted for age and health risk behavior
				OR(95% CI)	OR(95% CI)
Educational level					
>High	52	19	36.54	1.00	1.00
Middle	19	13	68.42	0.24(0.07-0.85)	0.17(0.05-0.66)
<Elementary	40	33	82.50	0.28(0.07-1.22)	0.26(0.06-1.19)
Spouse					
Yes	64	37	57.81	1.00	1.00
No	47	28	59.57	1.45(0.34-6.24)	1.42(0.30-6.60)
Occupation					
Yes	30	5	16.67	1.00	1.00
No	81	60	74.07	9.90(2.53-38.80)	8.73(2.17-35.08)
Type of medical security					
Health insurance	37	13	35.14	1.00	1.00
Medical aid	74	52	70.27	2.83(1.00-8.02)	3.03(0.98-9.40)
No. of family					
≤2	52	35	67.31	1.00	1.00
≥3	59	30	50.85	1.70(0.47-6.19)	1.94(0.48-7.74)
Social support					
Yes	70	49	70.00	1.00	1.00
No	41	16	39.02	1.50(0.51-4.39)	0.97(0.30-3.18)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals.

<Table 5> Adjusted Odds Ratio of Perceived General Health according to Education, Spouse, Occupation, Medical Security Type, Family Status and Social Support among Women

Variables	Total number	Numbers reported poor	Crude prevalence (%)	Adjusted for age	Adjusted for age and health risk behavior
				OR(95% CI)	OR(95% CI)
Educational level					
>High	40	14	35.00	1.00	1.00
Middle	30	19	63.33	0.31(0.11-0.89)	0.31(0.10-0.91)
<Elementary	117	92	78.63	0.65(0.23-1.85)	0.56(0.19-1.68)
Spouse					
Yes	64	41	64.06	1.00	1.00
No	123	84	68.29	0.99(0.44-2.23)	1.00(0.42-2.35)
Occupation					
Yes	26	6	23.08	1.00	1.00
No	161	119	73.91	2.71(0.79-9.41)	2.96(0.82-10.77)
Type of medical security					
Health insurance	60	30	50.00	1.00	1.00
Medical aid	127	95	74.80	3.16(1.45-6.88)	3.05(1.33-6.98)
No. of family					
≤2	109	78	71.56	1.00	1.00
≥3	78	47	60.26	0.93(0.41-2.11)	0.87(0.37-2.00)
Social support					
Yes	101	78	77.23	1.00	1.00
No	86	47	54.65	1.38(0.66-2.87)	1.42(0.66-3.07)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals.

<Table 6> Health Risk Behavior according to Socio-demographic Characteristics among Men

Variables	Smoking		Drinking		BMI	
	Yes	No	Yes	No	>=25	<25
Age						
-39	17(70.8)	7(29.2)	18(75.0)	6(25.0)	5(20.8)	19(79.2)
40-49	31(68.9)	14(31.1)	30(66.7)	15(33.3)	8(17.8)	37(82.2)
50-59	5(31.3)	11(68.8)	8(50.0)	8(50.0)	2(12.5)	14(87.5)
60-69	4(36.4)	7(63.6)	2(18.2)	9(81.8)	2(18.2)	9(81.8)
70-	6(40.0)	9(60.0)	3(20.0)	12(80.0)	1(6.7)	14(93.3)
	P=0.014		P=0.001		P=0.798	
Educational level						
>High	32(61.5)	20(38.5)	31(59.6)	21(40.4)	10(19.2)	42(80.8)
Middle	9(47.4)	10(52.6)	9(47.4)	10(52.6)	3(15.8)	16(84.2)
<Elementary	22(55.0)	18(45.0)	21(52.5)	19(47.5)	5(12.5)	35(87.5)
	p=0.850		p=0.125		p=0.759	
Spouse						
Yes	32(50.0)	32(50.0)	33(51.6)	31(48.4)	10(15.6)	54(84.4)
no	31(66.0)	16(34.0)	28(59.6)	19(40.4)	8(17.0)	39(83.0)
	p=0.094		p=0.402		p=0.844	
Occupation						
Yes	21(70.0)	9(30.0)	24(80.0)	6(20.0)	6(20.0)	24(80.0)
No	42(51.9)	39(48.1)	37(45.7)	44(54.3)	12(14.8)	69(85.2)
	p=0.087		p=0.001		p=0.510	
Type of medical security						
Health insurance	20(54.1)	17(45.9)	20(54.1)	17(45.9)	9(24.3)	28(75.7)
Medical aid	43(58.1)	31(41.9)	41(55.4)	33(44.6)	9(12.2)	65(87.8)
	p=0.684		p=0.893		p=0.101	
No. of Family						
≤2	28(53.8)	24(46.2)	24(46.2)	28(53.8)	6(11.5)	46(88.5)
≥3	35(59.3)	24(40.7)	37(62.7)	22(37.3)	12(20.3)	47(79.2)
	p=0.561		p=0.080		p=0.209	
Social support						
Yes	29(70.7)	12(29.3)	34(82.9)	7(17.1)	9(22.0)	32(78.0)
No	34(48.6)	36(51.4)	27(38.6)	43(61.4)	9(12.9)	61(87.1)
	p=0.023		p=0.000		p=0.210	

BMI: body mass index.

<Table 7> Health Risk Behavior according to Socio-demographic Characteristics among Women

Variables	Smoking		Drinking		BMI	
	Yes	No	Yes	No	>=25	<25
Age						
-39	-	21(100.0)	8(38.1)	13(61.9)	2(9.5)	19(90.5)
40-49	4(8.0)	46(92.0)	7(14.0)	43(86.0)	8(16.0)	42(84.0)
50-59	4(16.0)	21(84.0)	6(24.0)	19(76.0)	7(28.0)	18(72.0)
60-69	5(12.2)	36(87.8)	6(14.6)	35(85.4)	6(14.6)	35(85.4)
70-	11(22.0)	39(78.0)	9(18.0)	41(82.0)	3(6.0)	47(94.0)
	p=0.087		p=0.155		p=0.121	
Educational level						
>High	2(5.0)	38(95.0)	11(27.5)	29(72.5)	4(10.0)	36(90.0)
Middle	3(10.0)	27(90.0)	5(16.7)	25(83.3)	8(26.7)	22(73.3)
<Elementary	19(16.2)	98(83.8)	20(17.1)	97(82.9)	14(12.0)	103(88.0)
	p=0.084		p=0.159		p=0.037	
Spouse						
Yes	4(6.2)	60(93.8)	8(12.5)	56(87.5)	7(10.9)	57(89.1)
No	20(16.3)	103(83.7)	28(22.8)	95(77.2)	19(15.4)	104(84.6)
	p=0.052		p=0.091		p=0.398	
Occupation						
Yes	1(3.8)	25(96.2)	8(30.8)	18(69.2)	3(11.5)	23(88.5)
No	23(14.3)	138(85.7)	28(17.4)	133(82.6)	23(14.3)	138(85.7)
	p=0.140		p=0.108		p=0.707	
Type of medical security						
Health insurance	4(6.7)	56(93.3)	13(21.7)	47(78.3)	4(6.7)	56(93.3)
Medical aid	20(15.7)	107(84.3)	23(18.1)	104(81.9)	22(17.3)	105(82.7)
	p=0.083		p=0.565		p=0.049	
No. of family						
≤2	16(14.7)	93(85.3)	22(20.2)	87(79.8)	14(12.8)	95(87.2)
≥3	8(10.3)	70(89.7)	14(17.9)	64(82.1)	12(15.4)	66(84.6)
	p=0.373		p=0.702		p=0.621	
Social support						
Yes	14(16.3)	72(83.7)	20(23.3)	66(76.7)	14(16.3)	72(83.7)
No	10(9.9)	91(90.1)	16(15.8)	85(84.2)	12(11.9)	89(88.1)
	p=0.194		p=0.200		p=0.386	

BMI: body mass index.

<Table 8> Behavioral Characteristics on Health concerns according to Health Risk Behavioral Characteristics among Men

Variables	Smoking		Drinking		BMI	
	Yes	No	Yes	No	>=25	<25
Regular Health check up						
Yes	26(41.3)	29(60.4)	23(37.7)	32(64.0)	10(55.6)	31(45.6)
No	37(58.7)	19(39.6)	38(62.3)	18(36.0)	8(44.4)	37(54.4)
	p=0.046		p=0.006		p=0.452	
Regular BP check up						
Yes	38(60.3)	33(68.8)	35(57.4)	36(72.0)	9(50.0)	46(67.6)
No	25(39.7)	15(31.3)	26(42.6)	14(28.0)	9(50.0)	22(32.4)
	p=0.359		p=0.110		p=0.166	
Regular cholesterol level check up						
Yes	8(12.7)	10(20.8)	7(11.5)	11(22.0)	3(16.7)	13(19.1)
No	55(87.3)	38(79.2)	54(88.5)	39(78.0)	15(83.3)	55(80.9)
	p=0.249		p=0.134		p=0.812	
Take a doctor's advice on diet						
Yes	19(30.2)	16(33.3)	16(26.2)	19(38.0)	7(38.9)	21(30.9)
No	44(69.8)	32(66.7)	45(73.8)	31(62.0)	11(61.1)	47(69.1)
	p=0.721		p=0.184		p=0.519	
Take a doctor's advice on weight control						
Yes	6(9.5)	3(6.3)	5(8.2)	4(8.0)	3(16.7)	3(4.4)
No	57(90.5)	45(93.8)	56(91.8)	46(92.0)	15(83.3)	65(95.6)
	p=0.351		p=0.970		p=0.070	
Take a doctor's advice on physical activity and exercise						
Yes	16(25.4)	14(29.2)	13(21.3)	17(34.0)	5(27.8)	19(27.9)
No	47(74.6)	34(70.8)	48(78.7)	33(66.0)	13(72.2)	49(72.1)
	p=0.658		p=0.134		p=0.989	
Take a doctor's advice on drinking						
Yes	18(28.6)	10(20.8)	19(31.1)	9(18.0)	4(22.2)	20(29.4)
No	45(71.4)	38(79.2)	42(68.9)	41(82.0)	14(77.8)	48(70.6)
	p=0.352		p=0.113		p=0.545	
Take a doctor's advice on smoking						
Yes	21(33.3)	6(12.5)	14(23.0)	13(26.0)	4(22.2)	17(25.0)
No	42(66.7)	42(87.5)	47(77.0)	37(74.0)	14(77.8)	51(75.0)
	p=0.011		p=0.709		p=0.807	
Physical activity and exercise						
Yes	9(14.3)	11(22.9)	11(18.0)	9(18.0)	5(27.8)	12(17.6)
No	54(85.7)	37(77.1)	50(82.0)	41(82.0)	13(72.2)	56(82.4)
	p=0.241		p=0.996		p=0.337	
Total	63(100.0)	48(100.0)	61(100.0)	50(100.0)	18(100.0)	68(100.0)

BP: blood pressure; BMI: body mass index.

<Table 9> Behavioral Characteristics on Health concerns according to Health Risk Behavioral Characteristics among Women

Variables	Smoking		Drinking		BMI	
	Yes	No	Yes	No	>=25	<25
Regular Health check up						
Yes	14(58.3)	83(50.9)	18(50.0)	79(52.3)	16(61.5)	42(52.5)
No	10(41.7)	80(49.1)	18(50.0)	72(47.7)	10(38.5)	38(47.5)
	p=0.497		p=0.802		p=0.421	
Regular BP check up						
Yes	20(83.3)	131(80.4)	22(61.1)	129(85.4)	23(88.5)	62(77.5)
No	4(16.7)	32(19.6)	14(38.9)	22(14.6)	3(11.5)	18(22.5)
	p=0.731		p=0.001		p=0.223	
Regular cholesterol level check up						
Yes	5(20.8)	46(28.2)	7(19.4)	44(29.1)	10(38.5)	24(30.0)
No	19(79.2)	117(71.8)	29(80.6)	107(70.9)	16(61.5)	56(70.0)
	p=0.448		p=0.241		p=0.422	
Take a doctor's advice on diet						
Yes	12(50.0)	58(35.6)	10(27.8)	60(39.7)	15(57.7)	29(36.3)
No	12(50.0)	105(64.4)	26(72.2)	91(60.3)	11(42.3)	51(63.8)
	p=0.173		p=0.183		p=0.054	
Take a doctor's advice on weight control						
Yes	4(16.7)	26(16.0)	5(13.9)	25(16.6)	12(46.2)	8(10.0)
No	20(83.3)	137(84.0)	31(86.1)	126(83.4)	14(53.8)	72(90.0)
	p=0.929		p=0.695		p=0.000	
Take a doctor's advice on physical activity and exercise						
Yes	12(50.0)	60(36.8)	13(36.1)	59(39.1)	14(53.8)	30(37.5)
No	12(50.0)	103(63.2)	23(63.9)	92(60.9)	12(46.2)	50(62.5)
	p=0.215		p=0.743		p=0.142	
Take a doctor's advice on drinking						
Yes	4(16.7)	16(9.8)	5(13.9)	15(9.9)	3(11.5)	10(12.5)
No	20(83.3)	147(90.2)	31(86.1)	136(90.1)	23(88.5)	70(87.5)
	p=0.311		p=0.490		p=0.897	
Take a doctor's advice on smoking						
Yes	10(41.7)	12(7.4)	4(11.1)	18(11.9)	3(11.5)	10(12.5)
No	14(58.3)	151(92.6)	32(88.9)	133(88.1)	23(88.5)	70(87.5)
	p=0.000		p=0.892		p=0.897	
Physical activity and exercise						
Yes	6(25.0)	26(16.0)	5(13.9)	27(17.9)	4(15.4)	19(23.8)
No	18(75.0)	137(84.0)	31(86.1)	124(82.1)	22(84.6)	61(76.3)
	p=0.272		p=0.568		p=0.369	
Total	24(100.0)	163(100.0)	36(100.0)	151(100.0)	26(100.0)	80(100.0)

BP: blood Pressure; BMI: body mass index.

5. 건강관심 행위에 영향을 미치는 요인

자신의 건강에 대해 관심을 가지는 건강증진 행위로 정기적인 건강검진 및 의사와의 건강상담여부와 연령을 보정한 대상자의 사회 인구학적 특성, 건강관련위험행위, 만성병 유병, 스스로 판단하는 건강상태와의 관련성 분석에서 남자에서 일상생활에 지장을 받을 만큼 몸이 불편한 사람에게서 정기적인 건강검진을 하는 비율이 높았으며(OR: 6.48, 95%CI: 1.35-31.10), 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 만성질환 이환자들이 정상인들보다 정기건강검진율이 높았다(OR: 4.63, 95%CI: 1.19-17.93).

의사와의 상담여부는 배우자가 없는 남자대상자에게서 상담이 적은 것으로 나타났으며(OR: 0.13, 95%CI: 0.03-0.62), 직업이 없는 사람에게서 직업이 있는 대상자들에 비해 상담률이 높은 것으로 나타났다(OR: 8.43, 95%CI: 1.36-52.41). 또한 정신적인 불편을 호소하는 대상자에서 상담률이 높았으며(OR: 8.96, 95%CI: 2.18-36.88), 정기검진과 마찬가지로 만성병이 있는 대상자에게서 상담률이 높은 것으로 나타났다(OR: 53.08, 95%CI: 6.04-466.56)(Table 10).

여자대상자에서는 교육수준이 중졸인 대상자에서 고졸이상인 대상자들보다 정기검진율이 높은 것으로 나타났으며(OR: 3.33, 95%CI: 1.13-9.82), 남자와 마찬가지로 만성질환이 있는 군에서 검진율이 높은 것으로 나타났다(OR: 2.33, 95%CI: 1.10-4.92). 의사와의 상담여부에 영향을 미치는 요인은 만성질환 유병(OR: 9.15, 95%CI: 3.82-21.90) 외에는 없었다(Table 11).

6. 건강증진 행위실천에 영향을 미치는 요인

건강생활의 실천여부 즉 규칙적인 신체활동 및 운동의 실천, 건강식이의 실천(1일 1회 이상 채소 섭취)과 대상자의 사회 인구학적 특성, 건강관련위험행위, 만성병 이환, 스스로 판단하는 건강상태, 건강에 대한 관심행위와의 관련성을 분석한 결과 남자에서 규칙적인 신체활동 및 운동의 실천에 영향을 주는 통계적으로 유의한 변수가 없었다. 건강식이 실천의 경우는 배우자가 없는 남자대상자가 건강식이 실천을 하지 않는 것으로 조사되었고(OR: 0.20, 95%CI: 0.04-0.95), 육체적으로 건강이 좋지 않다고 호소한 군에서 건강식이 실천율이 높은 것으로 나타났다(OR: 17.67, 95%CI: 1.65-189.09). 또한 정기적으로 혈압을 측정하는 군에서 건강식이 실천을 더 하는 것으로 나타났으며(OR: 26.94, 95%CI: 4.25-170.62), 의사와의 상담을 하는 군에서 건강식이 실천을 더 안하는 것으로 나타났다(OR: 0.11, 95%CI: 0.02-0.49)(Table 12).

여자대상자에서는 사회적 지지가 없는 군에서 사회적 지지가 있는 군에 비해 규칙적인 신체활동 및 운동의 실천율이 낮았으며(OR: 0.37, 95%CI: 0.14-0.94), 건강식이 실천도 사회적지지가 없는 군에서 낮았다(OR: 0.45, 95%CI: 0.22-0.93). 또한 정신적으로 불건강하다고 인식하는 군에서 건강식이 실천을 더 하지 않는 것으로 나타났다(OR: 0.47, 95%CI: 0.23-0.97)(Table 13).

<Table 10A> Age Adjusted Odds Ratios of Health concerns according to Socio-demographic State Health Risk BehaviOR and Perceived General Health Status among Men

Variables	Regular Health check-up	Regular Health consult
	OR(95% CI)	OR(95% CI)
Educational level		
>High	1.00	1.00
Middle	1.05(0.29-3.78)	3.13(0.49-20.02)
<Elementary	1.26(0.32-5.03)	1.03(0.21-5.05)
Spouse		
Yes	1.00	1.00
No	0.95(0.30-3.02)	0.13(0.03-0.62)
Occupation		
Yes	1.00	1.00
No	0.70(0.18 - 2.78)	8.43(1.36-52.41)
Type of medical security		
Health insurance	1.00	1.00
Medical aid	2.00(0.69 - 5.77)	4.37(0.93-20.62)
No. of family		
≤2	1.00	1.00
≥3	0.51(0.50-4.59)	0.32(0.08-1.30)
Social support		
Yes	1.00	1.00
No	1.09(0.37-3.24)	0.50(0.12-2.03)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals.

<Table 10B> Age Adjusted Odds Ratios of Health Concerns according to Socio-demographic State Health Risk Behaviors and Perceived General Health Status among Men (continued)

Variables	Regular Health check-up	Regular Health consult
	OR(95% CI)	OR(95% CI)
Smoking		
No	1.00	1.00
Yes	0.57(0.20-1.68)	2.15(0.49-9.45)
Drinking		
No	1.00	1.00
Yes	0.54(0.17-1.74)	1.36(0.30-6.18)
BMI		
<25	1.00	1.00
>=25	2.41(0.62-9.38)	4.63(0.94-22.74)
Self assessed health status		
good	1.00	1.00
bad	0.51(0.07-3.58)	1.34(0.13-14.41)
Poor physical health		
No	1.00	1.00
Yes	0.96(0.14-6.37)	2.57(0.30-21.97)
Poor mental health		
No	1.00	1.00
Yes	1.00(0.35-2.84)	8.96(2.18-36.88)
Poor usual activity		
No	1.00	1.00
Yes	6.48(1.35-31.10)	0.71(0.13-3.78)
Chronic illness		
No	1.00	1.00
Yes	4.63(1.19-17.93)	53.08(6.04-466.56)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals; BMI: body mass index.

<Table 11A> Age Adjusted Odds Ratios of Health Concerns according to Socio-demographic State Health Risk Behaviors and Perceived General Health Status among Women

Variables	Regular Health check-up	Regular Health consult
	OR(95% CI)	OR(95% CI)
Educational level		
>High	1.00	1.00
Middle	3.33(1.13-9.82)	1.21(0.37-3.99)
<Elementary	1.25(0.46-3.38)	2.04(0.67-6.23)
Spouse		
Yes	1.00	1.00
No	1.56(0.73-3.34)	1.47(0.63-3.41)
Occupation		
Yes	1.00	1.00
No	3.25(0.93-11.32)	1.42(0.37-5.54)
Type of medical security		
Health insurance	1.00	1.00
Medical aid	1.47(0.69-3.12)	1.06(0.45-2.47)
No. of family		
≤2	1.00	1.00
≥3	1.05(0.51-2.16)	0.95(0.42-2.13)
Social support		
Yes	1.00	1.00
No	0.78(0.39-1.55)	0.47(0.21-1.04)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals.

<Table 11B> Age Adjusted Odds Ratios of Health Concerns according to Socio-demographic State Health Risk Behaviors and Perceived General Health Status among Women (continued)

Variables	Regular Health check-up	Regular Health consult
	OR(95% CI)	OR(95% CI)
Smoking		
No	1.00	1.00
Yes	1.16(0.44-3.11)	1.22(0.41-3.64)
Drinking		
No	1.00	1.00
Yes	0.95(0.42-2.15)	1.40(0.56-3.49)
BMI		
<25	1.00	1.00
>=25	1.36(0.52-3.54)	2.19(0.70-6.86)
Self assessed health status		
good	1.00	1.00
bad	1.79(0.62-5.16)	1.20(0.38-3.77)
Poor physical health		
No	1.00	1.00
Yes	0.80(0.27-2.34)	1.32(0.41-4.29)
Poor mental health		
No	1.00	1.00
Yes	0.71(0.35-1.41)	1.10(0.51-2.37)
Poor usual activity		
No	1.00	1.00
Yes	0.59(0.25-1.39)	1.99(0.79-5.01)
Chronic illness		
No	1.00	1.00
Yes	2.33(1.10-4.92)	9.15(3.82-21.90)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals; BMI: body mass index.

<Table 12A> Age Adjusted Odds Ratios of Practice of Health Behaviors according to Socio-demographic status, Health risk Behaviors, Perceived General Health Status and Health Promote Behaviors among Men

Variables	Physical activity and exercise	Diet
	OR(95% CI)	OR(95% CI)
Educational level		
>High	1.00	1.00
Middle	5.20(0.93-29.08)	1.86(0.45-7.74)
<Elementary	0.84(0.10-7.02)	2.79(0.58-13.52)
Spouse		
Yes	1.00	1.00
No	0.85(0.14-5.04)	0.20(0.04-0.95)
Occupation		
Yes	1.00	1.00
No	1.24(0.25-6.05)	0.22(0.03-1.60)
Type of medical security		
Health insurance	1.00	1.00
Medical aid	2.07(0.50-8.51)	2.06(0.54-7.88)
No. of family		
≤2	1.00	1.00
≥3	0.81(0.19-3.51)	0.81(0.22-3.00)
Social support		
Yes	1.00	1.00
No	0.63(0.16-2.57)	0.84(0.22-3.17)
Smoking		
No	1.00	1.00
Yes	0.46(0.12-1.80)	3.00(0.80-11.23)
Drinking		
No	1.00	1.00
Yes	1.86(0.42-8.32)	1.20(0.31-4.68)
BMI		
<25	1.00	1.00
≥25	3.01(0.71-12.66)	2.45(0.45-13.39)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals; BMI: body mass index.

<Table 12B> Age Adjusted Odds Ratios of Practice of Health Behaviors according to Socio-demographic status, Health risk Behaviors, Perceived General Health Status and Health Promote Behaviors among Men (continued)

Variables	Physical activity and exercise	Diet
	OR(95% CI)	OR(95% CI)
Self assessed health status		
good	1.00	1.00
bad	3.32(0.18-60.13)	0.56(0.06-5.33)
Poor physical health		
No	1.00	1.00
Yes	0.70(0.05-9.55)	17.67(1.65-189.09)
Poor mental health		
No	1.00	1.00
Yes	1.46(0.31-6.77)	1.52(0.42-5.51)
Poor usual activity		
No	1.00	1.00
Yes	0.15(0.02-1.29)	1.66(0.25-11.11)
Regular Health-check up		
No	1.00	1.00
Yes	1.42(0.35-5.79)	1.09(0.33-3.62)
Regular BP-check up		
No	1.00	1.00
Yes	2.31(0.56-9.48)	26.94(4.25-170.62)
Regular cholesterol level check up		
No	1.00	1.00
Yes	2.70(0.33-22.01)	1.00(0.21-4.85)
Take a doctor's advice		
No	1.00	1.00
Yes	0.31(0.06-1.74)	0.11(0.02-0.49)
Chronic illness		
No	1.00	1.00
Yes	4.17(0.47-37.03)	0.99(0.20-4.84)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals.

<Table 13A> Age Adjusted Odds Ratios of Practice of Health Behaviors according to Socio-demographic Status, Health Risk Behaviors, Perceived General Health Status and Health Promote Behaviors among Women

Variables	Physical activity and exercise	Diet
	OR(95% CI)	OR(95% CI)
Educational level		
>High	1.00	1.00
Middle	1.68(0.45-6.25)	0.80(0.27-2.40)
<Elementary	1.49(0.39-5.73)	0.53(0.18-1.59)
Spouse		
Yes	1.00	1.00
No	1.06(0.38-2.97)	0.91(0.40-2.06)
Occupation		
Yes	1.00	1.00
No	0.99(0.19-5.20)	1.36(0.37-4.95)
Type of medical security		
Health insurance	1.00	1.00
Medical aid	1.36(0.47-3.94)	0.86(0.38-1.90)
No. of family		
≤2	1.00	1.00
≥3	1.81(0.67-4.83)	1.81(0.84-3.92)
Social support		
Yes	1.00	1.00
No	0.37(0.14-0.94)	0.45(0.22-0.93)
Smoking		
No	1.00	1.00
Yes	1.34(0.40-4.52)	1.70(0.63-4.60)
Drinking		
No	1.00	1.00
Yes	0.67(0.20-2.26)	0.64(0.26-1.58)
BMI		
No	1.00	1.00
Yes	0.64(0.17-2.42)	1.48(0.55-3.95)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals; BMI: body mass index.

<Table 13B> Age Adjusted Odds Ratios of Practice of Health Behaviors according to Socio-demographic Status, Health Risk Behaviors, Perceived General Health Status and Health Promote Behaviors among Women (continued)

Variables	Physical activity and exercise	Diet
	OR(95% CI)	OR(95% CI)
Self assessed health status		
good	1.00	1.00
bad	0.34(0.09-1.34)	1.38(0.44-4.39)
Poor physical health		
No	1.00	1.00
Yes	2.15(0.52-8.97)	1.27(0.40-4.01)
Poor mental health		
No	1.00	1.00
Yes	1.08(0.42-2.82)	0.47(0.23-0.97)
Poor usual activity		
No	1.00	1.00
Yes	0.77(0.23-2.55)	0.50(0.20-1.26)
Regular Health-check up		
No	1.00	1.00
Yes	2.37(0.90-6.25)	0.59(0.29-1.22)
Regular BP-check up		
No	1.00	1.00
Yes	2.32(0.43-12.50)	2.41(0.84-6.88)
Regular cholesterol level check up		
No	1.00	1.00
Yes	1.43(0.48-4.26)	1.47(0.61-3.52)
Take a doctor's advice		
No	1.00	1.00
Yes	1.96(0.71-5.38)	1.71(0.78-3.76)
Chronic illness		
No	1.00	1.00
Yes	1.74(0.52-5.81)	0.66(0.25-1.73)

OR: odds ratios; CI: confidence intervals.

IV. 논 의

이 연구에서는 건강행위의 실천 즉 규칙적인 운동과 건강식이의 실천, 흡연자의 금연, 음주자의 절주에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 개인의 생활습관을 포함하여, 인구사회적 요인, 현재의 건강상태, 건강에 대한 관심행위 등을 포괄적으로 포함하여 조사하였다. 이중 금연과 절주의 경우는 흡연자와 음주자 만을 대상으로 해야 하고, 운동, 식이와 달리 어느 한 시점에서 발생하고 그 뒤로는 비흡연자, 비음주자로 분류되게 되므로 분석에서 제외하였다. 또한 건강에 대한 관심행위 중, 정기적인 건강검진과 의사와의 상담여부를 중요한 건강증진행위로 보고 이에 영향을 미치는 인구 사회, 경제적 요인, 건강위험행위, 만성질환유병, 주관적 건강상태에 따른 영향을 분석하였다.

이 연구에서 대상자들의 건강상태 평가 항목 중 만성병 유병의 경우는 질병발생과 변수들 간의 선후관계가 명확하지 않은 제한점이 있지만 주관적인 건강상태는 현재의 건강상태를 나타내며, 건강위험행위나 건강증진행위들도 현재의 상태이므로 영향을 미치는 요인으로 사용에는 큰 무리가 없을 것으로 판단된다.

여러 나라들에서 건강행위가 질병의 한 요인으로 주요하게 취급되어 오고 있는 반면, 이러한 건강행위와 사회계층이 질병에 미치는 영향에 대해서는 많은 논란이 있다. 다수의 연구자들이 건강행위가 건강에 미치는 영향을 강조하는 반면 다른 연구자들은 건강행위가 건강의 사회경제적 차이를 설명해 주지 못하며, 건강행위와 건강과의 관련성은 오히려 건강행위와 사회경제적 지위와의 관련성 때문인 것으로 보고 있

다. 즉 건강행위들이 건강에서의 사회계층적인 차이에 기여를 한다면 이는 건강행위, 그 자체가 물질적인 조건이나 구조적인 문제에 그 근원이 있다는 것이다(Daevey Smith 등, 1991; Marmot 등, 1991; Adler 등, 1993; Macintyre, 1997).

이 연구 결과 대상자의 건강상태 즉 만성질환 유병과 주관적 건강상태에 사회인구학적 요인과의 관계에서 직업유무, 배우자의 유무, 동거가족수, 교육수준, 의료보장의 종류가 대상자의 건강상태에 영향을 주는 것으로 나타났는데 이는 손미아 등(2002)의 연구의 교육수준과 만성질환 유병상태와 주관적인 불건강상태는 역상관의 선형관계를 보인다는 결과와 남자에서는 일치하는 경향을 보였으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었으며, 여자에서는 오히려 중졸학력자에서 고졸이상 학력자보다 만성병 유병이나 주관적 건강상태가 좋은 것으로 나타났다.

배우자가 있는 집단과 그렇지 않은 집단간의 건강 비교연구는 주성수 등(1993)이 노인을 대상으로 한 연구에서 배우자가 없는 집단이 배우자가 있는 집단에 비해 더 많은 신체질환을 갖고 있고, 건강상태가 좋지 않은 것으로 보고하였으며, 오장균 등(1991)의 농촌지역 노인들을 대상으로 한 연구에서도 배우자가 생존해있는 노인의 유병률이 53.9%로 배우자가 사별한 군의 59.4%보다 낮았다. 또한 가족이 셋 이상 사는 가정의 노인의 유병률이 55.0%로 혼자 사는 노인의 67.3% 보다 낮았다. 이는 가족들의 지지도와 보살핌이 노인건강관리에 긍정적인 영향을 미쳤음을 알 수 있게 해주는 사실이며, 유승훈 등(1987)이 전 연령군에서 조사한 결과에도 가족수가 적을수록 유병률이 높았다. 또한 위의 연구에서 직업이 없는 경우 유병률이 58.8%로

직업이 있는 경우의 51.1%보다 높게 나타났다. 이 연구에서는 가족 수에 따른 만성 유병의 차이는 관찰되지 않았으나, 직업이 있는 군에서 만성질환 유병률이 현저하게 낮음을 알 수 있었다. 이 같은 결과는 직업이 있는 군은 좀 더 젊은 연령이기에 질환에 이환 될 확률이 고연령층에 비해 상대적으로 적고 일을 한다는 것은 그만큼 건강하다는 것으로도 생각 할 수도 있고, 사회생활에 임하면서 건강관리에 적극적으로 관심을 가졌기 때문으로 판단된다.

1998년 충청남도 천안시의 30세 이상 성인들의 교육수준별 고혈압 유병률을 조사한 결과에서 학력이 높아질수록 고혈압 유병률이 낮아지는 경향을 보였는데(김주연, 2000), 이번 조사에서도 남자대상자의 경우 같은 경향은 관찰되었으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었다.

연구 결과에서 남자 대상자중에서 21.6%가 만성질환에 이환 되어 있었으며, 여자에서는 34.8%가 만성질환에 이환 되어 있었다. 주관적으로 건강이 좋지 않다고 호소한 남자대상자는 58.6%로 매우 높았으며, 여자는 66.8%로 남자보다 더 높았다. 2001년 '서울시민 보건지표조사'의 일환으로 서울시 25,000가구에서 15세 이상 인구를 대상으로 이루어진 보건의식 행태조사에서 본인의 건강상태가 매우 건강한편 또는 건강한편 이라고 인지하는 비율이 각각 52%, 21% 나타났으며, 남자의 57.20%, 여자의 48.04%가 건강상태가 좋다와 매우 좋다는 인식을 가지고 있었다. 이러한 비율과 비교해 볼 때 이 연구의 대상자들의 건강에 대한 주관적 인식이 매우 나쁜 것으로 나타났으며, 이러한 비율을 최근의 OECD 국가들의 건강이 좋다고 느끼는 비율 지표(영국 75.1%, 스웨덴 77.8%, 미국 88.9%, 프랑스 88.0%)와 비교해보면 매우 낮은 수준이다(김

해연, 2002).

이 연구에서 흡연, 음주, 비만 등의 건강위험행위와 만성병 유병 및 주관적 건강상태간의 관계를 보기 위하여 연령 및 사회경제적 요인을 보정하여 분석하였으나 남자에서는 연령과 교육수준을 보정하고 음주만이 주관적인 건강상태와 관련이 있는 것으로 나타났고, 여성에 있어서는 비만이 만성질환 유병과 주관적 건강상태 모두와 관련이 있는 것으로 조사되었다. 이는 음주, 흡연 등의 건강위험행위가 사회계급과 만성질환과의 관련성에 어떠한 영향도 미치지 못하고 자각적인 건강상태와 사회계급과의 관련성은 약하다는 결과와 일부 일치되는 점이 있었다(손미아, 2002).

1995년에 보건사회연구원에서 15세에서 69세까지 6,480명을 대상으로 조사한 연구결과에 의하면 남녀모두에서 흡연경험자가 비흡연자보다 스스로 느끼는 건강상태가 나쁜 편으로 나타났으며, 만성병의 유병률도 높은 것으로 나타났다. 또한 음주는 빈도로 볼 때 월 2-4회의 음주자의 건강상태가 가장 양호한 것으로 나타났고, 매일 음주자와 무음주자의 건강상태가 좋지 않은 것으로 나타났다. 또한 위의 연구에서 과체중은 남자의 주관적 건강상태에는 영향을 미치지 않은 것으로 나타났으나 여자의 경우는 과다 체중일 때 주관적 건강상태가 나쁜 경향이 두드러진 것으로 나타나(남정자 등, 1995; 남정자 등, 1996) 본 연구와 같은 결과를 보여주고 있다. 또한 이 연구에서는 적절한 운동(일주일에 3회 이상 1번에 20분 이상)을 하는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 주관적 건강상태는 양호한 것으로 나타났으나 만성병이환과는 관련이 없는 것으로 나타났다.

이 연구에서 주관적 건강상태와 관련된 건강

관련 위험행위를 분석한 결과 여자, 고연령층, 저소득계층이 주관적 건강의 취약계층으로 나타났다으며, 만성병이환의 경우는 여자 고연령, 저소득, 군지역거주, 흡연, 과다체중, 운동부족 등이 만성질환의 위험요인으로 나타났다.

남자 대상자들에서 직장생활을 하는 사람이 안하는 사람에 비해 음주율이 훨씬 높은 것으로 나타났으며, 사회적 지지가 있는 군에서 흡연과 음주를 하는율이 유의하게 높았다. 이는 이무식 등(2002)이 충청북도의 농촌주민을 대상으로 한 연구에서 흡연을 하지 않은 사람에게서 높은 사회적 지지를 가지고 있었고, 술을 마시지 않는 사람에게서 사회조직망이 높다는 조사 결과와는 상반되게 나타났다. 사회적 지지의 조사는 힘들고 어려운 일이 있을 때 도와줄 친구나 친족의 수를 표시하게 하였는데, 이는 남자 대상자들에서 사회적 지지를 해주는 사람과의 만남이나 모임에서 술과 담배가 연관되어 있어 나타난 결과라 볼 수 있다.

여자 대상자에서 교육수준과 더불어 비만과 관련이 있는 요인으로 의료보장의 형태가 있었다. 의료급여를 받는 군에서 비만자가 더 많은 것으로 나타났는데, 이는 의료보장 자체가 경제적 여건에 의해 의료급여 여부가 결정되므로 이는 결국 경제적 상황이 더 좋지 못한 군에서 여자 비만자가 많다는 결과이다.

개인의 생활습관이 그 개인의 건강상태와 질병이환에 영향을 준다는 것은 이미 널리 알려진 사실이다. 지금까지 흡연, 음주, 식이, 운동 등의 각각의 건강행위가 질병이나 사망에 미치는 영향에 관한 연구는 흡연에 대한 Doll과 Hill의 연구로부터 최근까지 국내외에서 많은 연구들이 이루어져 왔다(이순영과 서일, 1995).

또한 최근에는 그 동안의 각각의 건강과 관련

된 위험행위들이 개인의 건강이나 질환에 미치는 영향을 파악하고자하는 경향에서 벗어나 각 건강행위가 서로 연관되어 있고 상호 영향을 미친다는 가설 하에 이를 종합적으로 파악하고자 하는 새로운 시각의 연구들이 수행되고 있다 (Slater 등, 1991; Patterson 등, 1994).

각각의 건강행위가 서로 연관되어 있다는 입장은 일차원적인 견해로 하나의 좋은 건강행위를 실천하는 개인은 다른 건강행위 역시 좋은 방향으로 실천 할 것이며, 이때 건강에 대한 신념은 건강에 대한 신념은 건강을 선택하는 인지적이고 합리적인 접근에 의한 신념을 반영한다는 것이다(Taylor, 1986). 이와는 달리 중립적인 입장의 다원적인 견해는 건강행위는 독립적으로 일어나며, 행위간의 관계가 일관성이 있는 것으로 보이지 않는다는 것이다. 즉 건강행위가 어떤 행위는 독립적으로 일어나는 반면 어떤 행위는 동시에 연계성을 가지고 발생한다는 것이다(Steele 등, 1972; Langlie, 1974; Tapp 등, 1982).

이번 연구결과에서 정기적인 건강검진과 혈압, 콜레스테롤의 측정 등의 이차적 예방행위와 여러 가지 건강위험요인에 대한 의사와의 상담, 규칙적인 신체활동이나 운동실천 여부와 흡연, 음주, 비만 등의 건강관련 위험행위사이의 관계에서 남자 음주자의 경우 비 음주자에 비해 정기적인 건강검진을 받는율이 현저히 낮았으며, 이와는 상반되게 여자에서는 음주자에서 정기적으로 혈압을 측정하는율이 높았다. 건강에 대한 관심행위 중, 정기적인 건강검진과 의사와의 상담여부와 인구 사회, 경제적 요인, 건강위험행위, 만성질환유병, 주관적 건강상태와의 관계에서 남자대상자의 경우는 배우자가 없는 경우 건강상담을 더 하지 않았으며, 직업이 없는

대상자에서 건강상담을 더 많이 하는 것으로 나타나 이는 영세민의 직업적 특성상 시간적 여유에 따른 의료기관의 접근성에 기인한 문제로 생각된다. 또한 정신적으로 건강하지 않다고 생각하는 사람에게서 의사와의 상담률이 높았으며, 일상생활에 지장을 초래할 정도로 최근 1개월간 몸이 불편한 경험이 있었던 대상자에서 정기적 검진율이 높은 것으로 나타났다. 만성질환의 경우 여러 요인들과 선후관계를 알 수는 없으나 만성질환에 이환되어 있는 대상자가 정기적인 검진과 의사와의 상담도 더 많이 하는 것으로 나타났다. 여자대상자의 경우에는 종종 학력자가 고졸이상 학력자보다 정기적인 건강검진을 더 하는 것으로 조사되어 교육수준이 높을수록 건강에 대한 관심이 높을 것이라는 예상과는 일치하지 않았다. 또한 남자 대상자들과 마찬가지로 선후관계를 알 수는 없으나 만성질환 유병이 건강에 대한 관심을 가지는데 중요한 변수였다.

이순영 등(1995)은 전국을 대상으로 실시한 국민건강조사자료를 이용하여 남자 1,304명, 여자 1,495명을 대상으로 건강의 관심도, 건강실천행위, 건강수준 및 사회경제적 변수간의 구조모델을 구축한 후 공변량 구조분석을 실시한 결과 남녀 모두 도시에서 살고, 교육수준과 경제수준이 높을수록 건강에 대한 관심이 많았으며 건강에 대한 관심이 많을수록 건강실천행위를 많이 하였다고 보고하였다. 또한 남녀모두 연령이 적고 가족의 건강수준이 높으며 건강실천을 많이 할수록 건강수준이 높은 것으로 나타났다. 또한 같은 대상에 대한 흡연과 주관적 건강수준은 전혀 흡연을 하지 않는 사람이 가장 건강하며 흡연기간이 길수록 인식하는 건강수준이 나쁜 반응양상관계를 보였다. 음주 횟수와 주관적 건강

수준과의 관계는 포물선 양상을 보였는데, 특히 남자에서 그 양상이 뚜렷했다. 운동과 주관적 건강수준과의 관계는 남녀모두 일주일에 2회 이상 운동하는 경우가 그렇지 않은 경우보다 상대적으로 건강수준이 높았으나 양의 선형관계가 통계적으로 유의하지는 않았다. 체중에서는 정상체중인 사람은 저체중이거나 과체중인 사람보다 주관적 건강수준이 더 높았다.

이 연구에서 최종적으로 건강행위의 실천 즉 규칙적인 운동과 건강식이의 실천과 관련이 있는 요인들을 분석한 결과 남자에서는 배우자가 없는 군에서 배우자가 있는 군에 비해 건강식이를 못하고 있는 것으로 나타났으며, 육체적으로 건강하지 못하다고 생각하는 군에서 건강식이의 실천이 높은 것으로 나타났다. 또한 정기적으로 혈압을 측정하는 군에서 그렇지 않는 군에 비해 건강식이를 실천하는율이 현저하게 높았으나, 의사와의 상담을 통해 건강에 관한 조언을 들은 군에서 오히려 건강식이의 실천율이 낮아 상이한 결과를 보여주었다. 이는 향후 임상에서의 의사들의 역할 중 질병의 진단 및 치료 뿐 아니라 건강한 생활습관 특히 만성병에서의 운동이나 식이에 대한 환자들의 교육과 모니터링의 중요성이 강조되어야 할 것으로 판단된다. 다른 연구에서도 건강에 대한 관심도가 높으면 건강행위정도가 높았으며, 건강행위 정도가 높으면 주관적 건강상태도 좋은 것으로 나타났다(김남진, 2000). 따라서 이들에게 건강상태를 좋게 하기 위해서는 건강행위 실천을 많이 하도록 하여야 할 것이며, 이를 위해서는 건강에 대한 관심도를 높일 수 있는 방안이 모색되어야 하겠다.

건강을 증진할 수 있게 하기 위해서는 건강과 생활양식, 건강과 환경, 건강과 사회정책 등에

대한 정보를 제공하는 보건교육이 필수적이며, 스스로 건강에 대한 관심과 책임을 일깨워 주고, 건강한 생활습관을 갖도록 유도하여 건강에 실질적으로 도움을 줄 수 있는 지역사회 서비스를 제공해야 할 것이다

건강증진사업의 목적은 개인의 건강과 관련된 식습관, 운동습관, 흡연·음주·약물 복용 등의 기호습관, 스트레스관리 등의 생활습관의 개선과 이를 뒷받침할 수 있는 환경을 조성하는 것에 있다.

이 연구에서 사용된 조사변수 중 직업의 유무, 배우자의 유무, 가구원수, 교육수준, 의료보장형태 등의 사회경제적 요인은 현재의 개인적 노력으로 해결되기가 거의 불가능한 요인들이다. 하지만 영세민 집단을 대상으로 한 이번 연구에서 조사된 흡연, 음주, 비만 등의 건강위험 행동과 일부 건강과 관련된 행위나 습관들은 사회적, 제도적 뒷받침과 지역사회에서의 관심과 개인의 노력에 의해 보정되어 질 수 있는 문제들이다. 또한 도시 영세민들이 자신의 건강에 대한 관심 즉, 정기건강검진이나, 혈압측정, 콜레스테롤 측정, 의사와의 상담 등의 건강행위나, 운동, 식이 등의 건강증진 행위들도 적절하게 잘 유지될 수 있도록 제도적인 장치의 마련과 지역사회의 관심이 필요할 것으로 생각된다.

또한 이 연구에서 나타난 것과 같이 높은 유병률을 보이고 있는 만성퇴행성질환은 완치보다는 장기적 관리가 필요하며 그로 인한 사회·경제적, 가정적 부담은 개인 차원의 접근보다는 국가적 차원의 적극적인 조기발견, 지속적인 추구관리로 합병증 혹은 악화방지를 예방할 수 있으며 교육과 홍보를 통한 적극적인 자기 관리는 만성질환의 위험 요인을 감소시킬 수 있을 것이다.

V. 결 론

이 연구는 대구광역시 한 구의 영세민을 대상으로 일반 건강상태 및 생활습관을 포함한 그에 영향을 미치는 관련요인 및 질병예방행위 등을 조사하여 향후 도시지역의 질병이환 고위험군에 대한 위험 요인을 감소시키며, 나아가 지역 주민 건강증진에 도움을 줄 수 있는 기술적 기반을 마련하고자 시행하였다.

조사대상으로 영세민 아파트 지역의 20세 이상의 주민 298명이었으며, 한국형 BRFSS를 사용하여 일대일 직접 면담으로 조사하였다. 면담지의 구성은 사회 인구학적 조사변수로는 성, 연령, 의료보장, 학력, 직업, 총수입, 결혼상태, 종교, 거주기간, 거주형태 등을 포함하였으며, 건강 및 질병에 관한 문항으로는 주관적 건강상태, 혈압 측정관련, 콜레스테롤 측정관련, 흡연 및 음주실태, 심혈관 질환 병력, 위험요인 수준, 검사여부, 주요 질병 예방 지식도 등을 포함하였으며, 건강생활 실천도는 일상생활 정도, 식습관, 운동습관, 체중조절관련, 사회적 활동 실태 등을 포함하였다.

고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 만성질환 유병에 영향을 미치는 사회경제적 특성을 조사한 결과 남자에서는 직업의 유무, 여자에서는 배우자의 유무, 가구원수가 유의한 변수로 채택되었다. 연령과 함께 건강위험행동으로 흡연, 음주, 비만을 보정한 후 분석에서도 동일한 결과를 보였다. 연령을 보정하고 주관적 건강상태에 영향을 미치는 사회경제적 특성을 조사한 결과 남자에서는 교육수준, 직업유무, 의료보장형태, 여자에서는 교육수준, 의료보장형태가 유의한 변수로 나타났다. 연령과 여러 사회적 요인들을 보정하

고 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 만성질환 유병에 영향을 미치는 흡연, 음주, 비만 등의 건강위험 행위들을 조사한 결과 비만이 여자에서 유의한 변수로 채택되었다. 또한 연령과 여러 사회적 요인들을 보정하고 주관적 건강상태에 영향을 미치는 건강위험 행위들을 조사한 결과 역시 비만이 여자에서 유의한 변수로 채택되었다.

연령을 보정한 후 최근 1년 내에 정기건강검진을 받은 여부를 사회경제적요인, 건강위험행위, 만성병유병, 주관적 건강상태 등을 독립변수로 하여 로지스틱회귀분석을 한 결과 남자의 경우 고혈압, 당뇨 혹은 고지혈증이 있는 주민에게서 최근 1년 전 검진을 받은율이 높은 것으로 나타났으며, 건강상태가 좋지 않아 일상생활에 지장을 받는 주민에게서 그렇지 않은 주민보다 최근 1년 사이 정기건강검진을 받은율이 높은 것으로 나타났다. 여자의 경우는 교육수준과 만성질환 유병여부가 정기검진을 받는데 영향을 미친 유의한 변수였다. 의사와의 상담이나 조언경험 여부도 남녀 모두에서 만성병 유병여부가 중요한 요인이었으며, 그 외 남자에서는 직업의 유무, 정신적 불건강, 배우자의 유무 등이 유의한 변수였다.

영세민 집단을 대상으로 한 이번 연구에서 조사된 흡연, 음주, 비만 등의 건강위험행동과 일부 건강과 관련된 행위나 습관들은 사회적, 제도적 뒷받침과 지역사회에서의 관심과 개인의 노력에 의해 보정되어질 수 있는 문제들이다. 또한 도시 영세민들이 자신의 건강에 대한 관심 즉, 정기건강검진이나, 혈압측정, 콜레스테롤 측정, 의사와의 상담 등의 건강행위나, 운동, 식이 등의 건강증진 행위들도 적절하게 잘 유지될 수 있도록 제도적인 장치의 마련과 지역사회의 관심이 필요할 것으로 생각된다.<접수일자: 3월

21일, 게재확정일자: 6월 21일>

참고문헌

- 김남진. 예비노인 집단과 노인집단의 건강관심도 및 건강행위, 주관적인 건강상태와의 관련성 연구. 보건교육·건강증진학회지 2000;17:1-12.
- 김주연, 이동배, 조영채, 이석구, 장성실, 권윤희, 이태용. 고혈압 환자들의 순응도와 건강행태의 관계. 한국농촌의학회지 2000;25:29-49.
- 김혜연, 문상직. 서울시 인구의 건강행위실천 수준(Ⅱ). 보건복지포럼 2002.11
- 남정자, 최정수, 김태정, 계훈방. 한국인의 보건의식행태. 한국보건사회연구원 1995.
- 남정자, 조맹제, 최은진. 한국인의 건강수준에 미치는 영향 분석. 한국보건사회연구원 1996.
- 남정자. 한국인의 건강행태의 변화와 정책과제. 보건복지포럼 2003.6.
- 손미아. 사회계급과 건강행위가 유병률에 미치는 영향. 예방의학회지 2002;35:57-64.
- 오장균. 일부 농촌지역 노인들의 만성질환 유병상태와 의료이용 양상. 예방의학회지 1991;24:328-38.
- 유승흠, 조우현, 박종연, 이병근. 도서지역주민의 의료이용양상과 그 결정요인. 예방의학회지 1987;20:287-300.
- 이무식, 김대경, 김은영, 나백주, 성태호. 일부 농촌주민의 사회적 지지, 사회조직망과 건강행태와의 관련요인 분석. 보건교육건강증진학회지 2002;19:73-98.
- 이수일, 조병만, 황인경, 김돈균, 김영실, 강수용, 차애리, 하이호. 도시 영세 노인들의 건강평가에 관한 연구. 대한보건협회학술지 1998;24:59-70.
- 이순영, 서일. 주요 건강실천행위가 건강수준에 미치는 영향. 한국역학회지 1995;17:48-63.
- 이순영, 손명세, 남정모. 한국인의 건강관심도, 건강실천행위 및 건강수준간의 구조분석. 예방

- 의학회지 1995;28:187-205.
- 이진희, 고기호, 김용식, 이정애. 일부 농촌주민과 도시영세민의 상병 및 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지 1988;21:404-18.
- 임미영, 유호신. 전국 저소득층노인의 보건의료이용과 영향요인 분석. 지역사회간호학회지 2001;12:589-99.
- 주성수, 윤숙례. 노부와 홀로 사는 노인들간의 일반 건강에 관한 비교연구. 한국노년학회지 1993;13:55-62.
- 충북대학교의과대학, 건양대학교의과대학, 건국대학교 의과대학, 단국대학교 의과대학, 을지대학교, 옥천군보건소: 옥천군 건강증진사업 기반조성에 관한 연구 1999. 12.
- 한양대학교 의과대학 예방의학교실, 한양대학교 지역사회 보건연구소. 구리시 뇌졸중예방을 위한 건강증진사업 1998. 12.
- Adler NE, Boyce WT, Chesney MA, Folkman S, Syme SL. Socioeconomic inequalities in health: no easy solution. JAMA 1993;269:3140.
- Daevy Smith G, Shipley MJ. Confounding of occupation and smoking: Its magnitude and consequences. Soc Sci Med 1991a;32:1297-300.
- Jakson C, Jatulis DE, Fortmann SP. The behavioral risk factor survey and the Stanford five-city project survey: a comparison of cardiovascular risk behavior estimate. Am J Public Health 1991; 82:412-6.
- Langlie JK. Interrelationships among preventive health behaviors: A test of competing hypothesis. Pub Health Rep 1979;15:299-315.
- Macintyre S. The Black report and beyond what are the issues? Soc Sci Med 1997;44:723-45.
- Marmot MG, Daevey Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunnder E, Feeney A. Inequalities in health twenty years on: the Whitehall II study of Brithish Civill Servants. Lancet 1991;337:1387-94.
- Patterson RE, haines PS, Porkin BM. Health lifestyle patterns of US adults. Preventive medicine 1994;23:453-60.
- Slater MD, Flora JA. Health lifestyle: Audience segmentation analysis for public health interventions. Health Edu Q 1991;18:221-33.
- Steel JL, McBroom WH. Conceptual and empirical dimension of health behaviors. J Health Soc Behav 1972;13:382-92.
- Tapp JT, Goldenthal P. A Factor analytic study of health habit. Prev Med 1982;11:724-8.
- Taylor SE. Health psychology. New York. Random House, 1986.

<ABSTRACT>

Relationship among Health Status, Health Behaviors and Health Practices of Adults in a Poor Area

Yong Chan Lim · Jung Jeung Lee · Jong Won Park*

*Department of Preventive Medicine College of Medicine, Keimyung University
Department of Occupational Medicine, Sunlin Hospital**

The problems of health in poor peoples are various and difficult things to solve it. They are highly susceptible to chronic disease because of bad environment and It is hard to access to medical services because of their Socio-demographic status. Therefore, it is important to address the problem of prevention of chronic disease and health promotion aspect.

The purpose of this study was to determine the relationships among the health status, health behaviors and health practices of poor people in urban slum area.

The subject of this study were 298 poor peoples who live in poor area in Daegu metropolitan city and they were asked to answer the survey questionnaires modified for Korean from behavioral risk factor surveillance system of Centers for Disease Control and Prevention USA.

The result of the study were as follows;

(1) There were significant relationships between health status (prevalence of chronic disease and perceived general health) and socio-demographic factor such as occupation, existence of spouse, number of family educational level, type of medical security. (2) There were some relationships between health risk behaviors such as smoking, drinking and obesity and health status of subject especially in female obesity.(3) There were relationships among health concern activity, prevalence of chronic disease and some social factor such as educational level and occupation. (4) There were relationships among health practice, health concern activity, health status and socio-demographic factors of subject.

This study suggest that health status, socio-demographic status, health concerns and health promotion activity of study populations were associated and It is very important things supporting the poor people in the level of community and nation to practice healthy behaviors themselves.

Key words: Health status, Health behaviors, Health practices, Poor area