

도시·농촌지역 주민의 건강행태에 관한 연구

이정미¹⁾, 권근상¹⁾, 이주형^{1)*}, 전갑성²⁾

전북대학교 의과대학 예방의학교실¹⁾, 전북대학교 보건대학원²⁾

A Study on Health Behavior of the Populations in Urban and Rural Area

Jeong-Mi Lee¹⁾, Keun-Sang Kwon¹⁾, Ju-Hyoung Lee^{1)*}, Gab-Sung Jeon²⁾

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chonbuk National University¹⁾,

Graduate School of Public Health, Chonbuk National University²⁾

= ABSTRACT =

Objectives: This study was carried out to evaluate the socio-demographic, style of living, and health related behaviors of community residents between urban and rural areas in Jeonbuk province.

Methods: The data was obtained from 2,086 residents who lived in Jeonbuk province from July to September 2001 which included 1,238 residents in urban area and 848 residents in rural area.

Results: The results were as follows:

There were significant differences socio-demographic characteristics including occupation and educational level of the populations between urban and rural areas.

In the urban populations, housewives, professional classes, and people who received collage graduate education were significantly higher, people who were engaged in the primary industries and lower educational classes(below middle school), in contrast, were significantly lower than in the rural populations.

In the practice of health behavior, consumption of health foods and amount of exercise in urban populations were significantly higher than in the rural, whereas the state of health, prevalence of chronic disease, Body Mass Index(BMI), consumption of ethanol and cigarette, and hours of sleep were not significantly different between the urban and rural populations.

In the eating habits, rate of surfeit, vaccination of hepatitis B, and screening of cancer in the urban populations were significantly higher than in the rural, rate of regular meal, taste of salted food, consumption of vegetables, in contrast, were significantly lower than in the rural. But, consumption of coffee, intake of meat, and periodic medical checkup were

* 교신저자: 전주시 덕진구 금암동 산 2-20, 전화: 063-270-3094, 전송: 063-274-9881, E-mail: premd77@chonbuk.ac.kr

not significantly different between urban and rural communities.

Logistic regression analysis revealed that the factors associated with subjective thought on health state were sex, age, occupation, educational level, exercise, and consumption of coffee.

Logistic regression analysis to find related factor with prevalence of chronic disease was conducted. As a results, age, educational level, BMI, intake of meat, screening of cancer, and consumption of health foods were related to prevalence of chronic disease.

Conclusions: The study showed that special attention to device the health plan are necessary and it suggested that consideration of regional differences are required to provide the community health projects.

KEY WORDS: Health behavior, Urban populations, Rural populations.

서 론

최근 들어 국내 보건의료분야의 관심은 국민들의 전반적 생활수준의 향상과 더불어 과거의 삶의 양적인 증가에서 질적인 향상으로 변화하고 있다. 지금까지 평균수명의 연장에 많은 관심을 기울인 결과 고령화 사회로 인구구조의 변경이 초래되었다. 하지만, 최근에는 어떻게 건강하게 생활하며 이 기간을 증가시키고 질병이환과 이환기간을 감소시킬 것인가에 보다 많은 관심을 갖게 되었다. 이와 관련해 보건의료 분야도 국민들의 건강 및 질병의 결정요인으로서 개인의 건강행태에 관심을 보이고 있으며 건강증진과 관련된 현재의 건강수준, 건강행위는 지속적인 관심의 대상이 되어야 한다고 주장하고 있다[1]

건강행태는 생활양식과 더불어 건강수준과 밀접한 관련을 가지고 있으며[2], 건강행태에 대한 연구는 건강에 대한 관심이 증가되고 건강을 결정하는 요인으로서 건강행태의 중요성이 대두되면서 활발해지고 있다. 그동안 보고된 전향적 조사들은 흡연, 음주, 고혈압, 비만, 식염섭취 양상 등의 건강행태는 사망률과 밀접한 관련이 있는 것으로 보고하고 있으며 좋은 건강습관일수록 사망률이 낮은 것으로 보고하고 있다[3].

현대의 보건상황은 질병의 양상이 급성 전염성 질환에서 만성 퇴행성 질환 중심으로 변화하게 되고 의학의 발전방향 또한 치료중심에서 예방중심으로 전환되고 있다[4]. 건강의 유지와 증진을 위해서는 개인의 건강에 대한 태도나 건강증진 행위가 전제되어야 하며 이를 위해서는 개인의 태도를 건강지향적으로 전환시키고 유지하는 것이 중요하다[5]. 한편 만성 퇴행성 질환으로의 이행은 질환 자체가 원인이 정확히 밝혀진 경우는 드물고 효과적인 치료방법도 밝혀지지 않은 경우가 대부분이어서 좋은 생활습관들을 통한 예방적 건강행위를 실천하는 것이 무엇보다 중요하다[1].

이러한 보고들은 건강증진사업에 대한 중요한 근거를 제시하고 있으나, 그동안의 많은 건강증진사업은 사회·인구학적 특성에 따라 내용이나 방법 등이 특화되지 않고 불특정 다수를 대상으로 주로 실시·전개되어 왔다[6].

이에 대해 윤태호 등[6]은 사회계층적 차이에 의한 건강행태에 대한 차이를 직시하면서 건강증진 사업에 있어서도 대상자의 인구학적 특성을 고려하여 실시되어야 한다고 보고하고 있다.

한편, 현재 우리사회는 그동안의 산업화 과정으로 인하여 경제적, 사회적 여건의 향상을 가져왔으며, 이로 인하여 젊은 인구의 도시지

역 집중화와 노인인구의 농촌지역 잔류라는 지역적 분리를 초래하였다[7].

이러한 도·농간 인구분포의 차이로 인해 거주지역에 따라 보건관련 특성이나 건강행태에 차이가 존재할 개연성이 높으며, 이러한 차이가 존재한다면 이들을 대상으로 실시되는 건강증진사업도 대상자들의 특성에 따라 적절하게 이루어져야만 할 것이다.

이에 본 연구에서는 전라북도에 거주하는 사람들을 대상으로 도시, 농촌간의 건강행태와 생활양식 등을 조사·비교함으로써 건강증진사업의 지역별 접근방향성 설정의 기초자료를 제시하고자 한다.

대상 및 방법

1. 조사대상 및 방법

조사대상 지역은 도시와 농촌의 두 지역으로 분류하고, 도시지역은 전주시, 농촌지역은 고창, 순창, 임실 등으로 분류하였다. 대상자는 전북 지역에 살고 있는 만 20세 이상을 대상으로 인구구조의 차이를 보정하기 위하여 성별과 연령을 층화하여, 층화집락무작위추출로 도시지역에서 1,300명, 농촌지역에서 900명을 추출하였다. 추출된 조사대상을 2001년 7월에서 9월까지 3개월에 걸쳐 조사하였으며, 이 중에서 무응답 항목이 5개 이상이거나 응답이 불성실한 114명의 자료를 제외한 도시지역 1,238명, 농촌지역 848명(총 2,086명)의 자료가 최종적으로 분석되었다. 조사방법은 연구자로부터 직접 교육을 받은 조사원들에 의해 직접 면접을 통해 자기기입식으로 이루어졌으며, 노인 등 자기기입이 어려운 대상자의 경우는 조사원이 간접 기입하였다.

2. 조사내용

조사내용은 조사대상자의 일반적 특성, 건강실천 행위, 건강검진, 건강지표로 구분하였다. 일반적 특성은 성별, 연령, 직업, 결혼상태, 교육수준을 조사하였고, 건강실천행위는

BMI(Body Mass Index), 흡연, 음주, 운동습관, 식생활습관이었으며, 건강검진은 종합건강진단, B형예방접종, 암검사 여부를 조사하였고, 건강지표는 만성질환과 자각적인 건강상태를 이용하였다.

BMI지수는 한국 보건사회 연구원(1995, 1996) 연구의 기준을 이용하여 '25kg/m²미만'을 정상으로, 25kg/m² 이상'을 과체중으로 분류하였다. 흡연은 비흡연, 과거흡연, 현재흡연으로 구분하였으며, 음주는 비음주, 과거음주, 현재음주의 상태로 나누었다. 운동은 1주일에 1회이상하는 경우와 그렇지 않은 경우로 분류하였고, 규칙적인 식사는 하루 세끼 중 한끼라도 가끔 혹은 자주 거른 경우를 불규칙적인 식사로 규정하였다.

만성질환여부는 지난 1년 동안 한 개 이상의 만성질환을 최소한 2주 이상 앓았던 경우를 만성질환이 있는 경우로 하였으며, 자각적인 건강상태는 ' 좋음', '보통', '나쁨'으로 분류하였다.

3. 분석방법

조사대상자의 일반적 특성에 대한 분포를 알아보기 위하여 빈도와 퍼센트를 구했으며, 각 변수에 따른 도시와 농촌지역의 건강실천 행위 및 식생활습관과 건강검진행위에 대한 검정은 χ^2 -test를 하였고, 일반적 특성 및 건강실천행위에 따른 만성질환과 자각적 건강상태와의 관련성을 보기위한 종합적 분석은 다변량 로지스틱 회귀분석(multivariate logistic regression analysis)하였다. 분석은 SPSS (statistical package for social science) Ver 11.0/PC 통계 프로그램을 이용하였다.

결 과

1. 조사대상자의 일반적 특성

성별은 남자가 48.6%, 여자가 51.4%였고, 연령은 20-29세, 30-39세, 40-49세 50-59세 60세 이상이 각각 22.1%, 21.0%, 21.7%, 13.4%의 분

4 도시·농촌지역 주민의 건강행태에 관한 연구

포를 보였으며, 성별과 연령은 도시와 농촌이 비슷한 분포를 하였다. 직업은 도시에서 가정주부가 26.1%로 가장 많았으며, 일반사무직이 18.9%로 나타난 반면, 농촌에서는 일반사무직이 18.9%, 농·어·축산업이 21.3%, 가정주부가 19.5%순으로 나타나 도시와 농촌에 차이가 있었다($p<0.01$) 결혼상태는 기혼이 72.4%로 가장 많았고, 미혼이 21.3%, 기타 6.2%였으며, 도시와 농촌이 비슷한 분포였다. 교육수준은 도시에서 전문대졸 이상이 42.0%, 농촌에서는 중졸이하가 37.2%로 가장 높게 나타나, 도시와 농촌의 교육수준에 차이가 있었다($p<0.01$) (표 1).

2. 도·농간 건강상태 및 만성질환 여부
주관적 건강상태에 대한 생각은 보통이라고 응답한 경우가 59.9%로 높았으며, 좋다고 응답한 경우가 30.5%, 나쁘다고 응답한 경우가 9.6%였고, 도시와 농촌 모두 보통이라고 응답한 경우가 가장 높게 나타났다. 복용한 건강식품은 도시에서 영양제와 보약이 22.1%와 24.1%로 농촌의 18.8%와 20.8%보다 높게 나타났다($p<0.05$). 만성질환은 있는 경우가 전체 22.2%였고 도시와 농촌에는 차이가 없었다(표 2).

3. 건강관련행태

표 1. 조사 대상자의 일반적 특성 (%)

특성	도시	농촌	계
성별			
남	602(48.6)	411(48.5)	1,013(48.6)
여	636(59.3)	436(51.5)	1,072(51.4)
연령			
20 - 29	268(21.6)	194(22.9)	462(22.1)
30 - 39	265(21.4)	173(20.4)	438(21.0)
40 - 49	280(22.6)	175(20.6)	455(21.8)
50 - 59	250(20.2)	202(23.8)	452(21.7)
60세 이상	175(14.1)	104(12.3)	279(13.4)
직업**			
학생	167(14.2)	113(14.1)	280(14.1)
농·어·축산업	95(8.0)	170(21.3)	265(13.4)
가정주부	308(26.1)	156(19.5)	464(23.4)
단순·생산 및 판매서비스직	146(12.4)	114(14.3)	260(13.1)
일반사무직	223(18.9)	165(20.6)	388(19.6)
전문직	136(11.5)	34(4.3)	170(8.6)
기타	106(9.0)	48(6.0)	154(7.8)
결혼상태			
미혼	258(20.9)	185(22.1)	443(21.3)
기혼	906(73.2)	597(71.2)	1,503(72.4)
기타	73(5.9)	56(6.7)	129(6.2)
교육수준**			
중졸이하	258(21.7)	302(37.2)	560(28.0)
고졸	431(36.3)	282(34.7)	713(35.7)
전문대졸 이상	498(42.0)	228(28.1)	726(36.3)

** $p<0.01$

표 2. 도·농간 건강상태 및 만성질환 이환여부 (%)

특성	도시	농촌	계
건강상태			
좋음	381(31.1)	249(29.6)	630(30.5)
보통	732(59.8)	505(60.1)	1,237(59.9)
나쁨	112(9.1)	86(10.2)	198(9.6)
복용한 건강식품*			
없다	600(51.3)	455(56.9)	1,055(53.6)
영양제	258(22.1)	150(18.8)	408(20.7)
보약	282(24.1)	166(20.8)	448(22.8)
기타	29(2.5)	28(3.5)	57(2.9)
만성질환			
무	938(78.3)	630(77.0)	1,568(77.8)
유	260(21.7)	188(23.0)	448(22.2)

* p<0.05

표 3. 도시·농촌에 따른 건강관련행태 (%)

특성	도시	농촌	계
BMI			
<25	1,020(83.6)	666(81.1)	1,686(82.6)
≥25	200(16.4)	155(18.9)	355(17.4)
음주			
비음주	665(57.4)	446(57.6)	1,111(57.5)
과거음주	41(3.5)	22(2.8)	63(3.3)
현재음주	452(39.0)	306(39.5)	758(39.2)
흡연			
비흡연	897(75.1)	589(73.1)	1,486(74.3)
과거흡연	37(3.1)	22(2.7)	59(3.0)
현재흡연	260(21.8)	195(24.2)	455(22.8)
운동**			
거의하지 않는다	677(55.2)	529(62.9)	1,206(58.3)
주1회 이상	549(44.8)	312(37.1)	861(41.7)
충분한 수면			
충분하다	396(32.4)	310(36.9)	706(34.2)
보통이다	649(53.0)	420(50.1)	1,069(51.8)
부족하다	179(14.6)	109(13.0)	288(14.0)

** p<0.01

BMI는 25이상인 경우가 조사대상자중 17.4%였으며, 음주는 음주를 하지 않는 경우가 57.5%로 가장 많았고, 현재 음주자는 39.2%로 나타났다. 또한 흡연은 현재 흡연자가 22.8%였

으며, BMI지수 및, 음주, 흡연은 도시와 농촌이 비슷한 분포였다. 운동은 주 1회 이상 하는 경우가 41.7%였으며, 도시는 44.8%, 농촌은 37.1%로 농촌보다 도시가 높게 나타났다

($p<0.01$). 수면은 충분하거나 보통이라고 응답한 경우가, 34.2%와 51.8%로 나타났으며, 부족하다고 응답한 경우는 14.0%였다(표3).

4. 식생활 습관

커피음용은 조사대상자중 64.0%가 커피를 마시는 것으로 나타났으며, 도시는 65.2%, 농촌은 62.2%로 비슷한 분포였다. 식사는 규칙적으로 하는 경우가 63.6%였고, 불규칙인 경우가 36.4%였으며, 농촌보다 도시에서 불규칙적으로 식사하는 것으로 나타났다($p<0.01$). 조사대상자의 70.8%가 과식하는 것으로 나타났으며, 도시에서 73.5%, 농촌에서 66.9%로 농촌보다 도시에서 현저하게 높게 나타났다($p<0.01$). 음식의 짠 정도는 싱겁게 먹는다고 응답한 경우와 보통이라고 응답한 경우가 각각 16.0%와 66.7%였으며, 짜게 먹는다고 응답한 경우가 17.3%였

다. 짜게 먹는 경우가 도시에서는 16.4%였으며, 농촌에서는 18.7%로 도시보다 농촌에서 음식을 짜게 먹는 것으로 나타났다($p<0.01$). 육류는 도시와 농촌에서 비슷하게 섭취하는 것으로 나타났으며, 채소의 섭취는 적게 먹는 경우가 도시에서 11.4%, 농촌에서 9.9%였고, 많이 먹는 경우가 도시에서 32.8%, 농촌에서 38.6%로 도시보다 농촌에서 많이 먹는 것으로 나타났다($p<0.01$)(표4).

5. 건강검진

종합검진은 도시와 농촌이 비슷하였고, 적어도 3-4년에 한번이상 받는 경우가 도시에서 60.5%, 농촌에서 56.0%였다. B형 간염 예방접종은 대상자이나 실시 안한 경우가 도시에서 17.5%, 농촌에서 11.0%로 도시보다 농촌에서 실시한 경우가 많았던($p<0.01$) 반면, 암검사를

표 4. 도시·농촌에 따른 식생활 습관

(%)

특성	도시	농촌	계
커피음용			
거의 안마신다	425(34.8)	317(37.8)	742(36.0)
마신다	796(65.2)	521(62.2)	1,317(64.0)
식사의 규칙성**			
규칙적	746(61.1)	554(67.2)	1300(63.6)
비규칙적	474(38.9)	270(32.8)	744(36.4)
과식여부**			
안한다	322(26.5)	273(33.1)	59(29.2)
한다	891(73.5)	551(66.9)	1,442(70.8)
음식의 짠 정도**			
싱겁게 먹는다	224(18.2)	109(12.9)	333(16.0)
보통이다.	807(65.5)	579(68.4)	1,386(66.7)
짜게 먹는다	202(16.4)	158(18.7)	360(17.3)
육류의 섭취 정도			
적게 먹는다	386(31.3)	301(35.6)	687(33.0)
보통이다	659(53.4)	432(51.1)	1,091(52.5)
많이 먹는다	188(15.2)	113(13.4)	301(14.5)
채소의 섭취정도**			
적게 먹는다	140(11.4)	84(9.9)	224(10.8)
보통이다	689(55.9)	426(50.4)	1,115(53.7)
많이 먹는다	404(32.8)	335(39.6)	739(35.6)

** $p<0.01$

표 5. 도시·농촌에 따른 건강검진

(%)

특성	도시	농촌	계
종합검진			
매년 수진	146(12.0)	9(11.3)	240(11.7)
2년에 1번	385(31.7)	221(26.7)	606(29.6)
3-4년에 1번	204(16.8)	149(18.0)	353(17.3)
받은적 없다	480(39.5)	365(44.0)	845(41.3)
B형간염예방접종**			
접종대상자가 아님	369(33.5)	339(45.4)	708(38.3)
대상자이나 실시안함	193(17.5)	82(11.0)	275(14.9)
실시함	538(48.9)	326(43.6)	864(46.8)
암검사*			
받은적 없다	814(66.9)	592(72.2)	1,406(69.0)
있다	403(33.1)	228(27.8)	631(31.0)

* p<0.05, ** p<0.01

표 6. 주관적 건강상태에 대한 다변량분석

특성	B	Exp(B)	95% CI†
성별			
남		1.00	
여	0.44	1.55	1.01 - 2.40
연령			
20 - 29			
30 - 39	0.54	1.72	0.64 - 4.63
40 - 49	1.19	3.30	1.24 - 8.78
50 - 59	1.55	4.72	1.75 - 12.75
60세 이상	2.13	8.43	3.00 - 23.67
직업			
학생	0.84	2.30	0.70 - 7.58
농·어·축산업	0.04	1.05	0.41 - 2.65
가정주부	-0.32	0.73	0.28 - 1.85
단순·생산 및 판매서비스직	-0.17	0.85	0.32 - 2.25
일반사무직	0.53	1.70	0.73 - 3.95
전문직		1.00	
교육수준			
중졸이하	0.73	2.08	1.10 - 3.92
고졸	-0.22	0.80	0.46 - 1.41
전문대졸이상		1.00	
운동			
거의 하지않는다	0.64	1.90	1.25 - 2.87
1주 1회 이상		1.00	
지역			
도시		1.00	
농촌	-0.07	0.94	0.65 - 1.35

† 95% CI : 95% confidence interval

받은적이 있는 경우는 도시에서 33.1%, 농촌에서 27.8%로 농촌보다 도시가 현저하게 높았다 ($p<0.05$)(표5).

6. 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인의 다변량분석

주관적 건강상태에 영향을 미칠것으로 생각되는 일반적 특성 및 건강행태, 건강검진을 독립변수로 하여 다변량분석을 한 결과 성별, 연령, 직업, 교육정도, 운동의 변수가 선택되었다.

성별에서는 남자보다 여자에서 1.55(95% CI 1.01-2.40)배 높게 나타났으며, 연령에 따라서는 20-29세를 기준으로 40-49세에서 3.30(95% CI 1.24-8.78)배, 50-59세에서 4.72(95% CI 1.75-12.75)배, 60세 이상에서 8.43(95% CI 3.00-23.47)배로 연령이 증가할수록 높게 나타났다.

표 7. 만성질환에 관한 다변량분석

특성	B	Exp(B)	95% CI†
연령			
20 - 29		1.00	
30 - 39	0.26	1.30	0.78 - 2.15
40 - 49	0.97	2.63	1.63 - 4.26
50 - 59	1.57	4.79	2.99 - 7.68
60세 이상	1.93	6.90	4.12 - 11.57
교육수준			
중졸이하	0.21	1.23	0.89 - 1.71
고졸	-0.38	0.70	0.52 - 0.95
전문대졸이상		1.00	
BMI			
<25			
≥25	0.38	1.46	1.01 - 1.95
육류의섭취 정도			
적게 먹는다		1.00	
보통이다	-0.47	0.62	0.48 - 0.80
많이 먹는다	-0.24	0.79	0.54 - 1.14
	-0.37	0.69	0.54 - 0.88
암검사			
받은적 없다		1.00	
있다	-0.37	0.69	0.54 - 0.88
지역			
도시		1.00	
농촌	-0.01	0.99	0.77 - 1.27

† 95% CI : 95% confidence interval

교육수준은 전문대졸이상에 비하여 중졸이하가 2.08(95% CI 1.10-3.92)배 높게 나타났으며, 운동은 1주일에 1회이상 하는군에 비하여 거의하지 않는 군이 1.90(95% CI 1.25-2.87)배 높은 것으로 나타났으나 지역에 따른 차이는 없었다(표6).

7. 만성질환과 관련있는 요인에 대한 다변량분석

만성질환과 관련이 있는 변수 즉, 일반적 특성 및 건강행태, 건강검진을 독립변수로 하여 다변량분석을 한 결과 연령, 교육수준, BMI, 육류의 섭취, 암검사 수진여부의 변수가 선택되었다.

연령은 20-29세를 기준으로 40-49세가 2.63(95% CI 1.63-4.26)배, 50-59세가 4.79(95%

CI 2.99-7.68)배, 60세 이상이 6.90(95% CI 4.12-11.57)배로 연령이 증가할수록 높게 나타났다. BMI는 25이상인 경우 1.46(95% CI 1.01-1.95)배 높게 나타났으며, 암검사는 받은적이 없는 경우에 비해 있는 경우 0.71(95% CI 0.53-0.96) 배 낮은 것으로 나타났지만, 지역에 따른 차이는 없었다(표7).

고 찰

최근 생활수준 및 의식수준의 향상과 평균 수명 연장으로 건강에 대한 관심이 증가됨에 따라, 질병을 치료하는 것보다 질병을 예방하는 것이 건강관리에 있어 더 바람직하다는 견해가 보고되면서 건강행태에 대한 중요성이 대두되고있다[8]. 건강을 유지·증진시키기 위한 구체적인 방안에 대해 김일순[9]은 금연, 금주, 운동, 충분한 수면, 체중관리, 아침식사섭취, 식간 간식금지 등과 같은 건강행태를 보고하였으며, 이러한 건강행태를 유지하는 군에서 사망률이 낮았다는 연구결과도 있다[3].

이에 본 연구는 거주지역에 따라 건강행태의 차이를 알아보기 위하여 전라북도에 거주하는 사람들을 대상으로 도시·농촌간의 건강행태와 생활양식 등을 조사하였으며, 도시와 농촌의 성별과 연령의 분포를 비슷하게 조사하였다.

본 연구 결과, 조사대상자의 지역에 따른 교육수준은 도시에서 전문대졸이상인, 농촌에서 중졸이하가 가장 높은 분포를 보여 도시와 농촌의 교육수준에 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 직업이 도시에서 전문직 11.5%, 농촌에서 4.3%로 나타나 교육수준에 따른 직업의 결과를 반영해주는 것으로 사료되며, 농·어·축산업이 농촌에서 가장 높게 나타난 것은 지역적 특성에 따른 결과로 사료된다.

복용한 건강식품에 대해서 복용한 건강식품이 있는 경우가 도시에서 48.7%, 농촌에서 43.1%로 농촌보다 도시가 높았고, 이는 김덕수 등[10]의 일부 농촌 주민을 대상으로 한 연구

에서 건강을 위해 보조식품을 복용한 여성이 49.7%, 여성이 40.4%로 평균 43.6%가 복용했다는 연구와 일치하는 결과를 얻었다. 복용한 건강식품으로는 도시와 농촌이 각각 보약, 영양제, 기타 순으로 같았으며, 김덕수 등[10]의 연구에서도 보약이 가장 많아 본 연구와 같은 결과를 얻었다.

만성질환은 연령이 증가되면서 그 유병률이 증가하는 특징을 갖고 있는 것으로 알려져 있다[11]. 본 연구에서는 만성질환의 유병률이 22.2%였으며, 도시는 21.7%, 농촌은 23%로 비슷한 수준으로 조사되었으나, 남정자 등[12]의 연구에서는 만성질환의 유병률이 농촌에서 33.3%, 도시에서 22.8%로 농촌보다 도시에서 높게 나타났다. 이는 본 연구는 도시와 농촌의 연령분포를 비슷하게 조사하였던 반면, 남정자 등[12]의 연구에서는 농촌지역에 노인인구가 많았기 때문으로 사료된다. 따라서 이러한 만성질환의 유병률을 감소시키기 위하여 노인이 되기 이전의 청·장년기부터 보건교육을 실시하는 것이 무엇보다도 중요하다고 하겠다[11].

BMI는 25이상인 경우가 도시와 농촌이 각각 16.4%와 18.9%로 비슷한 분포였으며, 조사대상자의 17.4%가 25이상의 과체중으로 나타났다. 이러한 결과는 대전지역 중·장년층(만 30세 이상 60세 미만)을 대상으로 한 박지연 등[13]의 연구에서 과체중이 18.3%로 나타난 결과와 비슷한 수준이었으나, 도시지역 주민의 남성 9.7%, 여성 12.9%[14]에 비해서는 높은 것이었다. 또한 농촌노인을 대상으로 한 김정순[15]의 연구에서는 8.57%가 과체중으로 나타났다. 이러한 비만은 혈압상승과 당뇨 그리고 체력감소, 욕창, 수면장애 등의 원인이 되며 비만할수록 사망위험도 증가하는 것으로 알려져 있다[16]. 따라서 최근 식생활의 서구화로 비만환자가 늘어나고 있어 이들 집단에 대한 특별한 관심이 요구되며, 적절한 체중관리에 대한 교육이 필요하다고 사료된다.

본 연구의 현재 흡연자는 도시에서 21.8%, 농촌에서 24.2%로나타나, 남정자 등[12]의 도

시와 농촌이 30.4%와 32.2%였던 것보다 낮은 수준이었다. 본 연구의 비흡연자는 74.3%로 일부 농촌주민을 대상으로 한 김덕수 등[10]의 연구와 이정애[17]의 연구 보다 높은 결과를 얻었다. 따라서 흡연이 관상동맥질환, 말초혈관질환, 만성폐쇄성 폐질환 등의 질병과 밀접한 관계가 있으며, 폐암, 췌장암, 방광암과 자궁경부암의 발생률을 증가시키기 때문에 금연교육은 건강증진사업의 주요내용으로 포함되어야 할 것이다[15].

현재 음주자는 도시에서 39.0% 농촌에서 39.5%로 도시와 농촌이 비슷한 수준이었던 반면, 남정자 등[12]의 연구에서는 도시와 농촌이 26.9%와 31.4%로서 농촌보다 도시가 높았던 것과는 차이가 있었으며, 본 연구에서 더 높은 음주율을 보였다. 또한 농촌주민을 대상으로 조사하였던 김두희 등[17]의 연구 결과 보다는 높은 수준이었으며, 권순범 등[18]의 연구와는 비슷한 결과를 얻었다.

주 1회 이상 운동하는 경우 도시에서 44.8%, 농촌에서 37.1%로 농촌보다 도시에서 높게 나타났다. 이는 농촌주민을 대상으로 했던 김덕수 등[10]의 연구와 이정애[17], 조병만[19]의 연구보다 규칙적 운동 실시율이 높았다. 이러한 결과는 도시지역 주민에 비해 농촌주민들은 규칙적 운동을 할 수 있는 여건이 부족하고, 농사일과 같은 노동을 운동이라고 생각하는 경향이 있기 때문이라고 사료된다. 또한 현대사회에 사는 사람들은 활동량이 적고 생활형태도 불규칙하여 이로 인한 체력감소가 우려되어 운동의 필요성이 절실하다.

식생활 습관은 불규칙적으로 식사하는 경우와 과식하는 경우에 농촌보다 도시에서 높게 나타났는데, 이는 불규칙적인 식사율이 도시에서 50.5%, 농촌에서 34.5%로 도시지역이 농촌지역보다 높게 나타난 남정자 등[12], 남철현[20]의 연구와 같은 결과였다. 또한 김덕수 등[10]의 연구에서는 규칙적 식사율은 사회생활이 활발한 젊은 연령층일수록 낮게 조사되었고, 고연령층 일수록 증가하는 소견을 보였다.

음식은 도시보다 농촌에서 짜게 먹는 것으로 나타났으며, 육류의 소비는 도시와 농촌이 비슷하였다. 채소는 도시보다 농촌에서 많이 소비하는 것으로 나타나 남정자 등[12]과 남철현[20]의 연구와 같은 결과였다.

종합검진의 경우 도시와 농촌이 비슷한 수준이었으며, B형 간염예방접종은 접종대상자임에도 실시하지 않은 경우가 농촌보다 도시가 많았다.

또한 암검사를 받은경우가 농촌보다 도시에서 높게 나타났는데, 이는 도시에서 의료기관을 쉽게 접할수 있고, 경제력과 교육수준이 높아 이러한 고가의 검사에 접할 기회가 많았을 것으로 사료된다.

최근 건강평가를 위해 다양한 측정도구가 개발되어 왔는데, 그중 주관적 건강상태는 의학적 검사로 알 수 없는 전반적인 건강상태를 반영하는 것으로 건강을 평가할 때 널리 사용되고 있으며, 객관적인 질병유무 및 일상생활수행 어려움과는 달리 자신의 건강을 어떻게 인지하고 있는가를 나타내는 지표로서, 정책기획 및 결정자가 유용하게 사용할 수 있는 건강지표로 알려져 있다[21, 22, 23].

본 연구에서는 주관적 건강상태가 도시나 농촌에서 보통 이상이라고 응답한 경우에 비해 나쁘다고 응답한 경우가 9.6%에 불과하여 대부분 자신의 건강에 대해 긍정적인 평가를 하는 것으로 나타났다. 또한 주관적 건강상태에 영향을 미치는 변수로는 남자에 비해 여자에서, 연령이 높을수록, 직업과 교육수준, 운동을 하지 않는 경우로 나타났다. 오영희[23]의 연구에서는 연령이 증가할수록, 교육수준이 높을수록, 취업자일수록, 경제적으로 여유 있는 노인에서 자신의 건강상태가 좋다는 결과를 얻었다. 이는 본 연구의 연령이 증가할수록 건강에 부정적이었던 결과와는 상반된 결과로서, 설문지 항목에 동년배와 비교했을 때의 상대적 건강상태에 대한 질문이 없었던 이유로 사료된다. Fillenbaum[24]의 연구에서는 성별에 따른 주관적 건강평가의 차이는 없었음에도

불구하고 여성이 남성보다 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다. 일반적으로 교육수준이 높은 집단이 상대적으로 주관적 건강상태도 좋게 평가하는 것으로 알려져 있으며, 수입이 많을수록 건강상태를 좋게 평가하는 것으로 보고되고 있다[25]. 교육수준은 건강에 대한 지식과 좋은 건강행위, 건강에 유용한 환경 조성 및 적절한 건강자원의 활용을 통해 건강에 기여한다고 본다[26].

만성질환은 연령이 증가할수록, BMI가 높은 경우, 암검사를 받지 않은 경우에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 정경임(1997)의 연구에서는 낮은 건강인식, 40세 이상의 연령, 흡연, 비정상체중일수록 만성질환에 영향을 미치는 것으로 조사되어 연령과 비정상체중요인이 일치하는 결과를 확인하였다. 또한 도시와 농촌에서 성별과 연령의 구조가 비슷한 분포로 조사되었기 때문에 지역간의 건강상태와, 만성질환에 미치는 영향은 의미가 없는 결과를 얻었다. 이는 지역적 특성보다 연령이 중요한 요인으로 작용한 결과로 사료된다.

본 연구는 흡연과 음주를 정량화하여 비교하지 못하였고, 단면연구이므로 인과관계를 규명하는데 어려움이 있었다. 생활양식이 여러 가지 만성질환의 원인이라는 사실은 널리 알려져 있으므로 예방 가능한 건강 위험인자들의 제어와 생활 습관이 건강에 미치는 경향 등을 교육함으로써 건강 증진에 도움을 줄수 있으리라 생각하며, 앞으로 건강증진을 목표로 도시와 농촌 지역의 특성을 고려한 보건사업을 개발하여 전개해 나가는 것이 바람직하다고 본다.

요 약

도시·농촌지역 주민의 건강행태를 알아보기 위하여 전주 및 고창, 순창, 임실, 부안, 무주, 장수, 진안 지역에서 살고 있는 만 20세 이상의 2,086명을 대상으로 2001년 7월 1일부터 9월 30일까지 3개월 동안 설문조사를 실시한

결과 다음과 같았다.

1. 조사대상자의 일반적 특성은 성별, 연령, 결혼상태에서 도시와 농촌이 비슷한 분포였다. 교육수준은 도시에서 전문대졸 이상이 42.0%, 농촌에서는 중졸이하가 37.2%로 가장 높게 나타나, 농촌과 도시에서의 교육수준이 현저한 차이를 보였다($p<0.01$). 직업은 도시에서 가정주부(26.1%), 일반사무직(18.9%)로 나타난 반면, 농촌에서는 일반사무직(20.6%), 농·어·축산업(21.3%), 가정주부(19.5%)순으로 나타났다($p<0.01$).

2. 도시, 농촌에 따른 주관적 건강상태에 대한 생각은 도시와 농촌이 비슷한 분포였다. 복용한 건강식품은 도시에서 영양제와 보약이 22.1%와 24.1%로 농촌의 18.8%와 20.8%보다 높게 나타났다($p<0.05$). 또한 만성질환의 유병률은 22.2%였으며, 도시와 농촌에 차이는 없었다.

3. BMI 25이상인 경우가 조사대상자 중 17.4%였으며, 도시와 농촌이 비슷한 수준이었다. 음주와 흡연, 충분한 수면여부 또한 도시와 농촌이 비슷한 분포를 보였고, 운동에서만 매주 1회 이상 하는 경우가 도시에서 44.8%, 농촌에서 37.1%로 농촌보다 도시가 높게 나타났다($p<0.01$).

4. 식생활습관에서 커피음용과 육류섭취는 도시와 농촌에서 비슷한 분포를 보였고, 과식은 도시에서 73.5%, 농촌에서 66.9%로 농촌보다 도시에서 현저하게 높게 나타났다($p<0.01$). 규칙적인 식사와 음식을 짜게 먹는 경우, 채소의 섭취가 도시보다 농촌에서 많이 하는 것으로 나타났다($p<0.01$).

5. 종합검진은 도시와 농촌이 비슷하였고, 적어도 3-4년에 한번 받는 경우는 58.7%였다. B형간염예방접종은 대상자이나 실시하지 않은 경우가 도시에서 17.5%, 농촌에서 11.5%로서 농촌보다 오히려 도시에서 예방접종을 실시하지 않은 경우가 많았으며, 암검사는 받은 적이 있다고 응답한 경우가 도시에서 33.1%, 농촌에서 27.8%로 농촌보다 도시에서 더 높게 나타

났다($p<0.05$).

6. 자각적 건강상태를 종속변수로 설정하고, 나머지 일반적 특성 및 건강행태, 건강검진을 독립변수로 하여 다변량분석 한 결과, 성별, 연령, 직업, 교육수준, 운동여부가 자각적 건강상태에 영향을 미치는 것으로 나타났다($p<0.05$). 또한 만성질환과 관련이 있을 것으로 예상되는 변수를 다변량분석 한 결과 연령, 교육수준, BMI, 육류섭취정도, 암검사여부의 변수들이었다($p<0.05$).

이상의 결과로 전북지역에 거주하는 도시와 농촌지역주민들의 건강행태는 운동 및 식생활 습관, 건강검진에서 차이를 보였으며, 자각적 건강상태와 만성질환에 영향을 미칠 것으로 생각되는 변수로는 연령과 교육수준, 운동 및 BMI 등이 나타나 앞으로 연구 뿐 아니라 보건사업 계획에도 이러한 사항을 고려하여야 할 것으로 사료된다.

참고문헌

- 이순영, 김선우. 한국인의 건강행태 유형에 관한 연구. *예방의학회지* 1997; 30(1): 181-194
- 송건용, 남정자, 최정수, 김태정. 1992년도 국민보건 및 보건의식 형태조사: 보건의식형태 조사결과. 서울, 한국보건사회연구원, 1993
- Breslow CL, Enstrom JE. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Pre Med* 1980; 9: 469-483
- 이선희, 조희숙. 이성적 행동이론에 의한 도시지역 주민들의 일부 건강증진행태 관련요인 분석. *예방의학회지* 1999; 32(2): 183-190
- Stachtchenko S, Jenicek M. Conceptual Differences between prevention and health promotion: Research Implication for community health programs. *Canadian Journal of Public Health* 1990; 81: 53-59
- 윤태호, 문옥륜, 이상이, 정백근, 이신재, 김남순, 장원기. 우리나라의 사회계층별 건강행태의 차이. *예방의학회지* 2000; 33(4): 469-476
- 한국보건사회연구원. 1992년도 국민건강 및 보건의식행태 조사-국민건강 조사결과. 1993
- Pender NJ, Pender AR. Attitudes, Subjective Norms and Intentions to engage in health behaviors. *Nursing Research* 1986; 35: 15-18
- 김일순. 건강증진: 새시대 의료의 새로운 지평. 국제학술대회 주제 강연, 1993
- 김덕수, 임현술, 김두희. 일부 농촌 주민의 건강증진 행태에 관한 연구. *한국농촌의학회지* 2000; 25(2): 327-341
- 서미경. 한국 노인의 만성질환 상태 및 보건·의료 대책. *한국노년학* 1995; 15(1): 28-39.
- 남정자, 최정수, 김태정, 계훈방. 한국인의 보건의식행태. *한국보건사회연구원* 1995; 171-247
- 박지연, 구난숙. 체질량 지수와 식습관에 따른 중·장년층의 식생활 특성. *대한지역사회영양학회지* 2001; 6(1): 43-50
- 노원환, 김석범, 강복수. 건강증진과 관련된 행태에 영향을 미치는 인구사회학적 특성. *한국농촌의학회지* 1998; 23(2): 157-173
- 김정순. 일 농촌노인의 건강상태 및 건강증진행위에 관한 연구. *지역사회간호학회지* 2001; 12(1): 187-201
- 대한가정의학회. 한국인의 건강증진. *고려의학*, 1996: 550-551
- 이정애. 농어촌 주민의 건강수준 현황과 건강증진 방안. *한국농촌의학회지* 1995; 20(2): 211-229
- 권순범, 김공현, 김병성, 박형중. 일부 도시지역 노인의 건강관련 실천과 신체 활동기능에 관한 연구. *대한보건협회지* 1994; 20(2): 3-22

19. 조병만. 농촌 지역 주민들의 건강행태에 관한 조사연구. *한국농촌의학회지* 1997; 22(2): 183-193
20. 남철현. 농촌지역 주민의 건강증진을 위한 보건교육방안. *한국농촌의학회 '99 총회 및 추계학술대회 일정* 1999; 3-23
21. Bergner M. Measurement of health status. *Medical Care*. 1985; 23(5): 696-704
22. Farmer MM, Ferraro KF. Kistress and perceived health: mechani는 of health decline. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 39: 298-311
23. 오영희. 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인. *한국노인학회 · 한국노년학회 추계학술대회* 2001; 129-142
24. Fillenbaum GG. Social context and self-assessments of health among the elderly. *Journal of Health and Social Behavior* 1979; 20: 45-51
25. Markides KS, Lee DJ. Predictors of health status in middle-aged and older Mexican Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1991; 46(5): S243-S249
26. Friedle J. Mechanisms of interaction between education and health: discussion. *Health Policy and Education* 1982; 3: 101-104
27. 정경임. 한국인의 건강실천행위가 만성질환 이환에 미치는 영향. '과학의 날'기념 추계학술대회 1997; 102-103