

都市와 農村地域의 健康關心度, 健康行爲 및 主觀的인 健康認識과의 關聯性 研究

전선영, 권소희, 유현주, 장두섭¹⁾, 송용선, 이기남
원광대학교 한의학전문대학원 제3의학과, 1)일본 산업의과대학 산업생태학연구소

The Study on the Relationship between Health Concern, Health Behavior, and Subjective Health Cognition in Urban and Rural Area

Sun-Young Jun, So-Hui Kwon, Hyun-Ju Yu, Doo-Sub Jahng¹⁾, Yung-Sun Song, Ki-Nam Lee

Dept. of Third Medicine, Professional Graduate School, Wonkwang University, Korea

1) Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational & Environmental Health, Japan

To know the differences between health concern, health behavior, and subjective health cognition in urban and rural area, author used the correlation analysis between variables and wanted to provide basic data for public health service to support appropriate health care, health maintenance, and health promotion in community.

Data collection were done in JeonBuk area from September 10 to October 10, 2001, and subjects were above 20 years old adult. 350 and 250 subjects were from urban and rural area by random sampling, respectively. Questionnaire were completed by interview with direct or self-recording type.

Research tool was questionnaire with health concern, health behavior, and subjective health cognition, and data collected were analyzed into descriptives, crosstabs, T-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient by SPSS 10.0 program.

The results were as follows:

1. Health concern was 9.0% for upper group, 39.1% for middle group, 51.9% for lower group in urban area, and 10.1% for upper group, 41.0% for middle group, 48.8% for lower group in rural area. Health concern for middle and lower group was totally high percentage, and rural area had higher health concern than urban area.

2. Health behavior in both urban and rural area was statistically significant($p < 0.01$). Women who had higher age and with spouse had high degree of health behavior, and urban area had totally high score for health behavior compared to rural area.

3. Subjective health cognition was 71.0% for health, 29.0% for non-health in urban area, and 61.3% for health, 38.7% for non-health in rural area. Percentage of health group was higher in urban area than in rural area.

4. Degree of health behavior by health concern was statistically significant only in rural area. That is to say, the higher health concern had the higher degree of health behavior in rural area. Subjective health cognition by health behavior was totally significant correlation with health behavior in urban and rural area($p < 0.05$). That is to say, the higher health behavior in urban and rural area had the higher subjective health cognition.

5. For correlations between 3 variables, there was significant correlation between health behavior and subjective health cognition in urban area($p < 0.01$). There were correlations between health concern and health behavior, health behavior and subjective health cognition($p < 0.05$).

Considering above results, the higher health behavior had the higher subjective health cognition in urban area. The higher health concern had the higher behavior, and the higher health behavior had the higher subjective health cognition in rural area.

Key words: Health Concern, Health Behavior, Health Cognition, Urban and Rural Area

서론

건강증진에 대한 관심이 고조됨에 따라서 건강에 대한 개인의 형태를 건강 지향적으로 전환시키고자 하는 노력이 확산(Andersen 등, 1968; Suchman, 1970)되어지고 있다. 이러한 노력의 일환으로 1983년부터 전국적 규모의 국민건강조사를 실시하고 있으며 1989년부터 한국보건사회연구원의 주관 하에 '보건 의식 행태' 조사를 시행하는 한편 1995년도에는 '국민건강 증진법'을 제정함으로써 개개인에게 건강에 대한 가치와 책임 의식을 함양하도록 하고 있다.

아울러 스스로 건강관리를 하고자 하는 의식의 증가, 건강에 대한 개인의 참여와 책임감을 강조하는 의식의 확산 등 건강증진운동의 분위기가 조성되고 있다(박기수 등, 1999).

이러한 전사회적인 분위기 속에서 건강을 결정하는 요인으로서의 건강행위의 중요성이 더불어 커짐에 따라 이 분야의 많은 연구가 진행되었다.

우리 나라의 한 연구(O'Donnell, 1999)를 보면 건강에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 개인의 생활습관이 52.2%를 차지하며, 유전적 요인이 20%, 의료서비스의 영향력은 8%에 불과한 것으로 나타나(문상식 등, 2001) 개인의 생활습관이나 환경적 요인이 건강에 얼마나 큰 영향을 미치는가를 나타내고 있다.

또한 1990년 미국인의 사망요인을 추정한 보고에서는 모든 사망의 50%는 예방 가능한 요인에 의하여 발생함을 제시하고 있는데 흡연으로 인한 요인이 가장 높고, 식이와 신체활동, 알코올 등이 주요 사망원인인 것으로 밝히고 있다(Mc Ginnis, 1993). 이와 같이 각종 사망

의 대부분을 예방할 수 있는 요인 중 주요부분이 일상적인 개인의 건강실천 행위라고 볼 수 있다.

일반적으로 지역사회 주민 개개인이 생각하는 건강과 질병에 대한 개념은 사회 문화적인 요인에 의해 많은 영향을 받으며 의료이용 또한 상병이나 건강수준 등 의료필요의 직접적인 요인은 물론 인구학 및 사회경제적 요소들과도 밀접한 관계가 있다(이진희 등, 1988). 특히, 우리 나라는 농촌이 도시지역에 비해 고령노인 인구가 급증하고 있고(경제기획원, 1990), 의료서비스의 부족으로 인해 만성질환의 보유율이 도시노인보다 2배나 높은 것으로 조사되고 있다(신철호, 1992). 따라서 환경적 요인이나 생활습관에서 차이가 있는 도시와 농촌지역의 건강 관심도, 건강행위, 주관적 건강인식에 대한 연구를 할 필요가 있다.

그 동안 우리 나라에서 건강행위와 관련된 연구가 비교적 활발히 진행되어 왔으나 건강관심도, 건강실천행위, 그리고 건강수준간의 관계를 연구한 것은 1992년 전국을 대상으로 시행한 국민건강 조사 자료를 이용하여 공변량 구조분석을 통하여 이들의 관계를 제시한 연구(이순영 등, 1995년), 대도시지역 노인을 대상으로 일반화 로짓모형을 이용한 연구(송진아, 1997), 장애인을 대상으로 한 건강관심도, 건강실천행위 그리고 건강수준간의 구조모형(박기수 등, 1999), 예비노인과 노인집단의 건강관심도 및 건강행위, 주관적인 건강상태와의 관련성 연구(김남진, 2000) 등이 있을 뿐 도시지역과 농촌지역을 비교한 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강인식간의 관계를 연구한 것은 없는 실정이다.

따라서 본 연구는 도시와 농촌지역에 따라 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강인식 정도가 어떤 차이를 보이는지 알아보고 각 변수들간의 상관관계를 분석함으로써 지역사회에 적합한 건강 관리와 건강을 유지, 증진하며, 올바른 보건사업을 계획하기 위한 기초자료를 제공하고 자 다음과 같은 구체적인 목적을 가지고 연구를 진행하였다.

첫째, 도시와 농촌지역의 대상자의 일반적 특성에 따른 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강인식을 분석한다.

둘째, 건강관심도에 따른 건강행위 정도를 분석한다.

셋째, 건강행위 정도에 따른 주관적인 건강인식을 분석한다.

넷째, 주관적인 건강인식에 따른 건강관심 정도를 분석한다.

다섯째, 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강상태 변수들의 상관관계를 분석한다.

연구내용 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 전라북도내 거주하는 20세 이상 성인의 지역사회 주민들을 대상으로 하였으며, 2001년 9월부터 10월까지 2개월간 임의추출로 면접하여 설문지에 의한 직접면접 또는 자기기입식으로 조사하였다. 개별면접을 위해 대학생 10인을 교육시켜 조사하였다. 도시지역 주민 350명과 농촌(읍·면)지역 주민 250명으로 총 600명을 대상으로 하였으며 조사 수집된 자료를 정리하여 잘못 기재되었거나 응답이 누락된 자료는 제외하고 도시지역 314명, 농촌(읍·면)지역 217명으로 총 531(88.5%)명 이었다.

2. 연구도구 및 내용

본 연구에 필요한 조사도구는 일본 교토불교

대학 廣瀬 교수(교토 불교대학 사회학교수)와 원광대학교 한의학전문대학원 한방건강검진팀이 공동 개발한 도구를 이용하여, 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강인식에 관한 질문지를 사용했으며, 조사항목으로는 응답자의 일반적 특성 5문항, 건강관심도 3문항, 건강행위 24문항, 주관적 건강인식 1문항 등 총 33문항으로 구성되었다. 이 중 건강행위 도구는 음식조절 부분 12문항, 운동·휴식 부분 7문항, 개인위생 부분 5문항으로 나누어 사용하였다. 건강행위 도구의 각 문항들을 3점 척도화 하여 건강행위 실천을 한 경우 2점, 하지 않은 경우 0점, 보통인 경우 1점으로 하여 점수가 높을수록 건강 실천행위를 많이 하는 것을 의미하였다. 건강관심도는 이순영 등(1995), 송진아(1997), 박기수 등(1999), 김남진(2000)이 사용한 척도를 참고하여 정기 건강검진 여부, 건강을 위한 노력의 유무, 건강정보원의 유무를 기준한 것으로 정기적 건강진단을 받았을 경우 1점, 그렇지 않은 경우 0점, 건강을 위한 노력을 할 경우 1점, 그렇지 않을 경우 0점, 건강정보원이 있을 경우 1점, 그렇지 않을 경우 0점으로 하여 점수화 하고 점수가 높을수록 건강에 대한 관심이 높은 것을 의미하며, 0~1점은 낮은 군, 2점은 보통 군, 3점은 높은 군으로 재배치하였다. 건강상태는 스스로 인식하는 주관적인 건강상태로 자신의 건강인지 정도가 어떠한가에 대해 4점 척도로 측정하였으나 분석을 시행할 때는 아주 건강함과 건강한 편을 건강함 군으로 아주 건강하지 않음과 건강하지 않은 편을 건강하지 않음 군으로 재배치하여 분석하였다.

지금까지 설명한 분석방법 변수들에 대한 구체적인 항목을 정리한 것이 <표1>에 제시되어 있다.

<표1> 분석변수 및 구체적인 분석항목

구분	변수	구체적 분석항목
①대상자 특성	-성별	·남자 ·여자
	-연령	·20~29(20대)
		·30~39(30대)
		·40~49(40대)
		·50~59(50대)
		·60세 이상
	-거주지역	·도시(동) ·농어촌(읍, 면)
	-가족형태	·혼자
		·부부 ·배우자 없이 가족동거
	-직업	·배우자와 가족동거
·민간회사에 다닌다		
·관공서에서 근무		
·전문직(의사, 변호사등)에 종사		
·자영업		
·농·어업		
·기타직업 ·무직 ·전업주부 ·학생		
②주관적 건강인식	-주관적 건강인식	·건강함(건강한편 포함) ·건강하지 못함(건강하지 못한 편 포함)
③건강 관심도	-건강검진 여부	·한다-1점 안한다-0점
	-건강을 위한 노력여부	·한다-1점 안한다-0점
	-건강정보의 유무	·한다-1점 안한다-0점
④건강행위	-음식조절 12문항	·예-2점 아니오-0점 보통-1점
	-운동·휴식 7문항	·예-2점 아니오-0점 보통-1점
	-개인위생 5문항	·예-2점 아니오-0점 보통-1점

3. 자료분석

수집된 자료는 SPSS 10.0 program을 이용하여 연구대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율을 사용하였고, 대상자의 일반적 특성과 건강관심도, 주관적 건강인식과의 관계는 단변량 분석을, 건강관심도와 건강행위 변수와의 관련성은 ANOVA를, 건강행위와 주관적 건강인식

변수와의 관련성은 독립표본 t검정을 하였으며, 건강관심도, 주관적 건강인식, 건강행위 변수와의 상관관계는 Pearson 상관계수를 사용하였다.

분석결과

1. 일반적 특성에 따른 건강관심도, 건

강행위, 주관적 건강인식

1) 건강관심 정도

일반적 특성에 따른 건강관심도는 <표2>와 같이 도시지역의 상위군은 9.0%, 중위군이 39.1%, 하위군이 51.9%로 나타났고, 농촌지역은 상위군이 10.1%, 중위군이 41.0%, 하위군이 48.8%로 농촌지역이 도시지역에 비해 건강관심도가 조금 높게 나타났으나 도시지역과 농촌지역 모두 하위군의 비율이 높게 나타났다.

성별로는 도시와 농촌 지역 모두 남자가 여자보다 높게 나타났다. 연령별로는 도시에서 상위군은 40~49세, 중위군은 20~29세와 60세 이상, 하위군에서는 30~39세에서 가장 많았다. 농촌지역에서는 상위군, 중위군 모두 20~29세에서 가장 많았으며, 하위군에서는 5

0~59세에서 상대적으로 많이 나타났다. 가족 형태에서는 도시에서 상위군에서는 '부부만(15.6%)'이 가장 많았고, 중위군에서는 '배우자와 가족동거(54.6%)'가 상대적으로 많았다. 농촌지역에서는 상위군에 '부부만(11.5%)', 중위군에서는 '배우자없이 가족동거(47.6%)', 하위군에서는 '부부만(52.5%)'이 가장 많았다. 직업형태에서는 도시에서 '무직'이 상위군에 가장 많았으며, '농어업'이 중위군에 '민간회사에 다닌다' 항목이 하위군에 가장 많았으며, 농촌지역에서는 상위군, 중위군 모두 '학생'이 많았으며, 하위군에는 '관공서에서 근무'가 가장 많았다. 하지만 모든 항목에서 통계적으로 유의하지는 않았다.

<표 2> 건강관심 정도

특성	구분	N	건강관심도(도시)			N	건강관심도(농촌)		
			상	중	하		상	중	하
성	남자	173	7.5	39.9	52.6	96	8.3	40.6	50.1
	여자	139	10.8	38.1	51.1	121	11.6	41.3	47.1
연령	20~29세	72	8.3	44.4	42.2	26	15.4	57.7	26.9
	30~39세	66	9.1	33.3	57.6	4	14.3	40.5	45.2
	40~49세	90	12.2	35.6	52.2	57	12.3	38.6	49.1
	50~59세	66	7.6	42.4	50.0	43	7.0	30.2	62.8
	60세 이상	18	0	44.4	56.8	49	4.1	44.9	51.0
가족 형태	혼자	74	8.5	38.3	53.2	25	8.0	40.0	52.0
	부부만	106	15.6	40.0	44.4	61	11.5	36.1	52.5
	배우자없이 가족동거	88	10.9	41.3	47.8	42	7.1	47.6	45.2
	배우자와 가족동거	26	6.9	38.5	54.6	89	11.2	41.6	47.2
직업 형태	민간회사에 다닌다	47	2.1	27.7	70.2	12	0	33.3	66.7
	관공서에서 근무	42	7.1	23.8	69.0	21	9.5	14.3	76.2
	진문직에 종사	16	0	50.0	50.0	3	0	0	100
	자영업	55	9.1	40.0	50.9	33	12.1	51.5	36.4
	농어업	3	0	66.7	33.3	81	9.9	38.3	51.9
	기타직업	19	10.5	42.1	47.4	17	5.9	52.9	41.2
	무직	26	19.2	38.5	42.3	10	10.0	50.0	40.0
	전업주부	67	11.9	46.3	41.8	29	13.8	41.4	44.8
학생	37	10.8	48.6	40.5	11	18.2	72.7	9.1	
합	계	312	9.0	39.1	51.9	217	10.1	41.0	48.8

2) 건강행위 정도

일반적 특성에 따른 건강행위 정도는 <표3>과 같이 성별은 도시지역에서 음식조절 항목과 개인위생 항목은 여자가 더 높았고, 운동휴식 항목은 남성이 더 높았다. 농촌지역은 여자가 음식조절 항목과 개인위생 항목이 더 높은 점수를 나타냈고 운동휴식 항목에서는 남성이 더 높은 점수를 나타냈으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$). 연령은 도시지역에서 음식조절 항목이 60세 이상 연령에서 가장 높은 점수를 나타내었으며, 운동휴식 항목은 60세 이상, 개인위생 항목은 40~49세 이상 연령에서 가장 높은 점수를 보였으며, 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$). 농촌지역에서 음식조절 항목은 60세 이상, 운동휴식 항목은 50~59세, 개인위생 항목은 60세 이상 연령에서 가장 높았으며 음식조절 항목에서만 통계적으로 유의하였다($p < 0.05$). 가족형태에서 도시지역은 음식조절 항목에서 '부부만'의 가족형태, 운동휴식 항목과 개인위생 항목은 '배우자와 가족동거'에서 가장 높은 점수를 나타내었으며, 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다($p < 0.001$). 농촌지역은 음식조절 항목에서 '부부만'의 가족형태가 가장 높았고, 운동휴식 항목과 개인위생 항목 모두 '배우자와 가족동거' 형태에서 높은 점수를 보였지만 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다. 직업형태는 도시지역에서 음식조절 항목은 '전업주부'의 건강행위 정도가 가장 높았으며, 운동휴식 항목은 '농어업'에서 높았고, 개인위생 항목은 '기타직업' 형태에서 높게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다($p < 0.001$). 농촌지역에서는 음식조절 항목과 운동휴식 항목은 '무직'이 건강행위 정도가 높았으며, 개인위생 항목은 '전문직에 종사'가 높았으며 음식조절 항목에서만 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.01$). 건강행위 전체적으로 도시지역은 성별, 연령별, 가족형태, 직업형태 모든 항목에서 통계적으로

유의하였으나($p < 0.001$) 농촌지역은 성별과 직업형태 항목에서만 통계적으로 유의하였다($p < 0.01$).

3) 주관적 건강인식

일반적 특성에 따른 주관적 건강인식은 <표4>와 같이 도시지역은 '건강함' 71.0%, '건강하지 않음'이 29.0%였으며, 농촌지역은 '건강함' 61.3%, '건강하지 않음'이 38.7%로 나타났다.

성별로는 도시지역은 남자가 76.4%, 여자가 64.3%로 남자가 높게 나타났으며 통계적으로 유의하였고($p < 0.05$) 농촌지역은 남자가 여자보다 높게 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 연령에서는 도시지역은 약간의 차이는 있었지만 통계적으로 유의하지 않았고, 농촌지역은 40~49세 연령이 73.7%가 건강하다고 인식하였다. 건강하지 않음은 60세 이상이 가장 많았으며 통계적으로 유의하였다($p < 0.01$). 가족형태는 도시지역에서 '배우자 없이 가족동거' 형태, 농촌지역에서는 '배우자와 가족동거' 형태에서 많았으나 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다. 직업형태는 도시지역에서 '관공서에서 근무'가 건강함 군에 가장 많았고, '전문직에 종사'가 건강하지 않음 군에 많았으며, 농촌지역에서는 '민간회사에 다닌다'가 건강함 군에 많았고, '학생'이 건강하지 않음 군에 많았으며, 통계적으로 유의하지는 않았다.

<표3>건강행위 정도

특성	구분	건강행위(도시)			건강행위(농촌)				
		음식조절	운동휴식	개인위생	전체	음식조절	운동휴식	개인위생	전체
성	남자	12.78±5.56***	7.73±3.49	7.23±2.53***	27.67±9.08***	13.37±5.05***	7.17±3.50	7.28±2.30	27.88±8.31**
	여자	16.06±4.50***	7.12±3.51	8.46±1.61	31.72±6.84	15.83±3.98	6.61±3.33	7.55±2.28	29.94±6.73
연령	20~29세	10.49±4.60	5.62±3.29***	7.04±2.36**	23.06±8.10***	12.19±5.46*	6.27±4.13	6.85±2.98	25.30±9.57
	30~39세	13.53±5.46	6.88±3.39	7.87±2.42	28.14±8.30	14.98±4.66	6.26±3.14	7.52±2.37	28.76±7.59
	40~49세	15.10±4.77	7.97±3.27	8.33±1.90	31.40±6.78	14.88±4.05	6.54±2.99	7.47±2.08	28.87±6.55
	50~59세	16.85±4.76	8.86±3.28	7.98±1.96	33.70±7.01	15.05±4.74	8.09±3.82	7.51±2.27	30.65±7.37
	60세 이상	18.06±3.47	9.17±3.31	6.78±2.94	33.94±6.24	15.49±4.40	6.96±3.13	7.55±2.09	30.00±6.98
가족형태	혼자	9.96±5.23***	5.46±3.31**	7.16±2.67***	22.55±8.70***	13.08±5.59	7.04±3.67	7.04±2.49	27.16±9.41
	부부만	15.60±4.88	7.91±3.52	7.31±2.43	30.82±7.55	15.57±5.16	7.47±3.31	7.38±2.30	30.42±7.96
배우자와 가족동거	배우자없이 가족동거	12.44±4.90	6.78±3.30	7.42±2.29	26.20±8.60	14.50±4.76	6.48±3.58	7.40±2.23	28.38±8.43
	배우자와 가족동거	15.55±4.90	8.16±3.36	8.16±2.00	31.83±7.14	14.78±3.78	6.57±3.32	7.60±2.22	28.94±6.01
직업형태	민간회사에 다닌다	13.35±5.22***	8.27±3.69**	8.00±1.95***	29.43±7.78***	14.50±3.87**	8.83±1.64	7.58±1.73	30.92±4.83**
	관공서에서 근무	16.14±4.38	8.48±3.33	7.57±2.12	32.19±7.16	14.29±5.58	6.95±3.81	7.19±1.57	28.43±7.92
진문직에 종사	자영업	11.00±4.77	6.18±2.59	7.75±2.08	24.94±6.91	9.67±4.93	5.00±1.73	8.67±2.31	23.33±6.66
	농·어업	14.39±4.98	7.91±3.49	7.89±2.42	30.20±6.98	14.66±4.29	6.91±3.83	7.27±2.61	29.03±7.20
기타직업	무직	14.67±5.51	9.33±1.53	5.67±2.08	29.67±8.62	14.77±4.07	6.29±3.09	7.25±2.34	28.21±6.48
	전업주부	13.58±4.61	7.11±3.46	8.37±1.38	29.05±6.27	13.53±5.32	5.76±3.35	7.41±3.06	26.71±9.33
학생	전업주부	12.73±6.84	6.23±3.95	6.15±3.21	25.12±12.00	18.50±3.47	9.40±3.27	9.00±2.00	36.90±6.49
	학생	17.21±4.30	7.63±3.33	8.73±1.53	33.57±6.30	16.55±3.43	7.34±3.10	7.79±1.68	31.69±5.89
합계		10.31±4.80	5.67±3.13	6.81±2.34	22.56±8.70	11.09±7.12	7.09±4.85	6.91±2.77	25.09±12.49
		14.25±5.37	7.46±3.50	7.78±2.25	29.47±8.39	14.75±4.63	6.83±3.41	7.43±2.29	29.03±7.52

*p<0.05 ***p<0.001

<표 4> 주관적 건강인식

특성	구분	N	도시		N	농촌	
			건강함	건강하지 않음		건강함	건강하지 않음
성	남자	173	76.4*	23.6	96	67.5	32.3
	여자	139	64.3	35.7	121	56.2	43.8
연령	20~29세	72	72.2	27.8	26	53.8**	46.2
	30~39세	66	76.1	23.9	4	71.4	28.6
	40~49세	90	71.4	28.6	57	73.7	26.3
	50~59세	66	65.2	34.8	43	62.8	37.2
	60세 이상	18	66.7	33.3	49	40.8	59.2
가족 형태	혼자	74	65.3	34.7	25	40.0	52.0
	부부만	106	66.7	33.3	61	62.3	37.7
	배우자없이 가족동거	88	78.3	21.7	42	52.4	47.6
	배우자와 가족동거	26	71.8	28.2	89	68.5	31.5
직업 형태	민간회사에 다니다	47	72.9	27.1	12	83.3	16.7
	관공서에서 근무	42	81.0	19.0	21	61.9	38.1
	전문직에 종사	16	81.3	18.7	3	66.7	33.3
	자영업	55	75.0	25.0	33	75.8	24.2
	농어업	3	66.7	33.3	81	56.8	43.2
	기타직업	19	63.2	36.8	17	64.7	35.3
	무직	26	57.7	42.3	10	60.0	40.0
	전업주부	67	62.7	37.3	29	55.2	44.8
	학생	37	75.7	24.3	11	36.4	63.6
	합 계	312	71.0	29.0	217	61.3	38.7

*p<0.05 **p<0.01

2. 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강인식

1) 건강관심도와 건강행위

건강관심도에 따른 건강행위 정도는 <표 5>, <표 5-1>과 같이 도시지역은 음식조절 항목에서 건강관심도가 중위군 일 때 건강행위 점수가 14.74±5.72로 가장 높았고 운동휴식 항목은 중위군일 때 7.65±3.56점, 개인위생 항목은 상위군일 때 8.14±2.01점으로 건강행위 정도가

높았으며, 전체적으로 중·상위군일 때 건강행위 정도가 높았고 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 농촌지역은 건강관심도가 상위군일 때 음식조절 항목은 16.55±4.13, 운동휴식 항목은 7.77±3.66, 개인위생 항목은 8.05±2.10으로 건강행위 정도가 높았으며 건강행위 전체적으로 건강관심도가 높을수록 건강행위 정도가 높았고, 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<0.05).

<표 5>건강관심도에 따른 건강행위(도시)

변수	건강행위(도시)							
	음식조절 M±S.D	F	운동휴식 M±S.D	F	개인위생 M±S.D	F	전체 M±S.D	F
건강관심도								
상	14.43±6.0	1.075	7.0±3.42	0.418	8.14±2.01	0.393	29.57±8.36	1.075
중	14.74±5.72		7.65±3.56		7.75±2.30		30.12±9.21	
하	13.80±4.94		7.43±3.49		7.75±2.28		28.95±7.79	

<표 5-1>건강관심도에 따른 건강행위(농촌)

변수	건강행위(농촌)							
	음식조절 M±S.D	F	운동휴식 M±S.D	F	개인위생 M±S.D	F	전체 M±S.D	F
건강관심도								
상	16.55±4.13	2.680	7.77±3.66	0.882	8.05±2.10	1.361	32.36±7.35	3.188*
중	15.00±4.92		6.75±3.29		7.54±2.42		29.36±7.72	
하	14.16±4.40		6.75±3.47		7.22±2.20		28.06±7.24	

*p<0.05

2) 건강행위와 주관적 건강인식

건강행위에 따른 주관적 건강인식은 <표6>과 같이 두 집단 모두 건강행위 점수가 높으면 주관적인 건강인식도 좋은 편이었다. 즉 도시지역은 주관적으로 건강하다고 인식한 경우가 건강하지 않다고 인식하는 경우보다 음식조절, 운동휴식, 개인위생 항목 모두 건강행위 점수가 높았고 특히 운동휴식 항목에서 통계적으로 높

은 유의성(p<0.001)을 나타내었다. 농촌지역은 음식조절 항목과 운동휴식 항목에서 건강하다고 인식할수록 건강행위 점수가 높았으나 개인위생 항목에서는 '건강하지 않다'고 생각하는 경우 조금 더 높은 점수를 나타내었고 운동휴식 항목에 통계적으로 유의함(p<0.05)을 나타내었다. 건강행위 전체적으로 건강행위 점수가 높을수록 건강하다고 인식하고 있었다.

<표 6>건강행위에 따른 주관적 건강인식

변수	주관적건강(도시)			주관적건강(농촌)		
	건강함	건강하지않음	t	건강함	건강하지않음	t
건강행위						
음식조절	14.53±4.95	13.56±6.25	1.322	15.08±4.13	14.23±5.31	1.245
운동휴식	7.94±3.45	6.30±3.37	3.841***	7.04±3.14	6.00±3.66	2.997**
개인위생	7.93±2.09	7.41±2.59	1.704	7.41±2.06	7.46±2.62	-0.151
전체	30.39±7.60	27.26±9.74	2.733**	29.89±6.50	27.69±8.77	1.980*

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

3) 주관적 건강인식과 건강관심도
 주관적 건강인식에 따른 건강관심도는 <표7>과 같이 도시지역과 농촌지역에서 유의한 차이가 없었다. 즉, 도시지역이나 농촌지역 모두 건

강하지 않다고 인식할수록 건강관심도가 높았지만 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

<표7> 주관적 건강상태에 따른 건강관심도

변수	N	건강관심도(도시)			N	건강관심도(농촌)		
		상	중	하		상	중	하
주관적건강								
건강함	222	6.8	40.1	53.2	133	9.8	40.6	49.6
건강하지않음	90	14.4	36.7	48.9	84	10.7	41.7	47.6
합계	321	9.0	39.1	51.9	217	10.1	41.0	48.8

4) 변수간의 상관관계
 건강관심도와 건강행위, 주관적 건강인식간의 상관관계는 <표 8>에서와 같이 도시지역의 경우 건강행위와 주관적 건강인식이 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다(p<0.01). 그러나 건강관심도와 건강행위 건강관심도와 주관적 건강인식은 약간 차이가 있었

으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다. 반면에 농촌지역의 경우는 건강관심도와 건강행위, 건강행위와 주관적 건강인식이 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며(p<0.05), 건강관심도와 주관적 건강인식정도 는 통계적으로 유의한 상관관계는 나타나지 않았다.

<표 8> 세 변수간의 상관관계

	건강관심도	건강행위	주관적건강인식
도시			
건강관심도	1.000		
건강행위	.050	1.000	
주관적건강인식	.083	.170**	1.000
농촌			
건강관심도	1.000		
건강행위	.164*	1.000	
주관적건강인식	.022	.143*	1.000

*p<0.05 **p<0.01

고찰

우리 나라는 현대 산업사회로 발전하면서 경제적 발전과 전국민 의료보험의 실시로 국민건강수준이 향상된 것은 사실이나 산업화와 도시화에 따른 환경오염의 증대 및 인구의 고령화,

운동부족, 흡연, 과음 및 불균형한 식생활 등이 더 큰 건강위험요인이 되고 있고 그 결과 만성 퇴행성 질환중심으로 상병구조의 변화를 가져왔고, 이로 인한 의료비 증가 등이 주요 보건문제가 되고 있다. 이러한 건강문제에 대한 효과적이며 효율적인 대응은 상병 발생 후 치료에

의존하는 소극적인 대응이 아니라 상병이 발생하기 전에 발병 요인이 되는 환경오염을 줄이고 개인의 생활양식을 이용하도록 함으로써 적극적인 건강향상 책을 강구하는 것이다.

이는 개인의 건강에 대한 가치인식과 책임의식을 높여주고 건강생활실천을 유도할 수 있는 강력한 수단으로서 보건교육의 강화와 건강실천운동의 전개 등 교육적 접근이 요구된다. 또 지역주민의 건강행위를 유도하기 위해서는 예방적 접근으로서 건강위험요인을 조기에 발견, 개선할 수 있도록 건강검진 및 건강행태 조사에 의한 건강평가가 이루어져야 하며, 사회적 접근으로서 건강증진 행위를 유도하기 위한 건강증진법 등에 의한 제도적 규제 및 유인장치가 필요하며 환경적 접근으로서 건강증진시설의 확보 등 종합적인 접근이 요구된다.

건강증진이란 사람들로 하여금 스스로의 건강에 대한 통제를 증가시키는 과정이며, 또한 자신들의 건강을 개선하게 하는 과정(WHO, 1986)이다. 또한 사람들이 최적의 건강상태를 향하여 그들의 생활양식을 변화시키도록 돕는 학문이며 기술이다. 최적의 건강은 신체적, 정신적, 사회적, 영적 그리고 지적 건강의 조화로써 정의할 수 있다(WHO, 1987). 생활양식의 변화는 인지도를 향상시키고 행동변화를 유도하며 좋은 건강습관을 유지하도록 해주는 환경을 창조하는 노력의 결합을 통해서 촉진시킬 수 있다. 이 세 가지 중에서 지지적인 환경은 아마도 지속적인 변화를 가져오게 하는데 가장 큰 영향을 미칠 것이다(O'Donell, 1989). 이는 사회적, 정치적 과정을 포괄하는 종합적 과정이라고 할 수 있는데 건강증진은 개인이 기술과 능력의 강화를 꾀하는 활동뿐만 아니라 사회적, 환경적, 경제적 조건들을 변화시켜 이들 여러 조건들이 공중과 개인의 건강에 미치는 영향력을 격감시키려는 활동들을 포함한다(김공현과 김광기, 1993). 즉 사람들로 하여금 건강의 결정요소들에 대한 통제를 증가시킴으로써 스스

로의 건강을 개선하게 하는 과정을 말하고 참여는 건강증진활동을 지속시키는데 필수적이라고 할 수 있다.

사회가 발전하고 삶의 질에 대한 추구가 높아가면서 건강에 대한 개념도 변화되어 질병의 악화를 막으려는 치료적, 소극적 측면의 개념에서 예방적, 적극적인 측면, 즉 사람들로 하여금 건강에 대한 관리를 증진시켜 적극적인 건강에 이르도록 하는 건강증진의 중요성이 대두되었고 이러한 현대적 건강증진에 대한 개념이 공식적으로 강조된 계기는 1976년 캐나다 정부에서 발표한 Lalonde Report에서 비롯되었다(Lalonde, 1978). 이 보고서에 의하면 건강, 질병, 사망을 결정하는 요인을 유전, 물리적 환경, 생활양식, 의료체계의 4가지로 분류하고 그 각각의 비중을 정하였는데 그 중에 생활양식이 전체의 60%를 차지한다고 지적하였다. 이는 건강의 결정요인으로 생활양식의 중요성을 강조하였고 건강증진은 생활양식의 변화를 통해 이루어진다는 것을 제시한 것이다(김일순, 1993).

산업화가 진행되면서 도시와 농촌간의 경제, 문화적 격차는 더욱 심화되어 보건의료부문의 경우 민간의료기관의 시설분포가 농촌지역의 경우 도시지역에 비하여 현저히 낮은 상태에 있어 종합적인 보건 및 복지 서비스를 제공하는데 한계가 있다. 또한 농촌지역은 도시지역과 비교하여 건강상태가 현저히 낮고 노인인구가 상대적으로 많은 상태에서 인구 10만명당 사망률이 도시지역보다 2.5배나 높아 국민의 사회 복지 차원에서 문제가 심각하다(한인용과 채희재, 2000)

이에 본 연구에서는 지역주민들을 대상으로 도시와 농촌간의 건강관심도, 건강행위 및 건강인식도를 비교함으로써 지역별 특성에 적합한 보건의료서비스 정책 마련을 위한 기초자료를 제공하고자 기획하였다.

본 연구의 결과를 보면 대상자들의 건강관심도는 도시지역의 경우 상위군이 9.0%, 중위군

이 39.1%, 하위군이 51.9% 였으며, 농촌지역의 경우 상위군이 10.1%, 중위군이 41.0%, 하위군이 48.8%로 도시와 농촌지역 모두 건강관심도가 낮았다. 이는 도시 노인들의 건강관심도를 조사한 송진아(1997)의 연구에서 상위군 16.5%, 중위군 30.4%, 하위군 53.1%로 본 연구와 유사한 결과를 보였으나, 성인을 대상으로 조사한 이순영 등(1995)의 연구에서는 남자의 경우 상위군이 49.5%, 중위군이 28.5%, 하위군이 22.0%이었고, 여자의 경우 상위군이 45.8%, 중위군이 20.2%, 하위군이 34.0%로 본 연구보다 높았으며, 농촌 재택노인들을 대상으로한 엄영희 등(1999)의 연구에서 상위군이 44.4%, 중위군이 13.1%, 하위군이 42.5%로 본 연구와 차이가 있었다.

건강행위 정도에서는 도시의 경우 남자(27.67±9.08) 보다는 여자(31.72±6.84)가, 연령이 많을수록, '혼자' 이거나 '배우자 없이 가족동거' 형태보다는 '부부만'이나 '배우자와 함께 가족 동거'에서 건강행위 정도가 높았고, 직업형태에서는 '전업주부'가 33.57±6.30로 건강행위 점수가 가장 높았다. 농촌지역의 경우 남자(27.88±8.31) 보다는 여자(29.94±6.73)가, 연령이 높을수록, 혼자 사는 것보다는 배우자나 가족이 함께 살 때 건강행위 정도가 높았으며, 직업형태는 무직인 경우 36.90±6.49로 가장 높은 건강행위 점수를 나타내었다. 즉, 도시와 농촌지역 모두 남성보다 여성이, 연령이 많을수록 배우자가 있는 경우에 건강행위 점수가 높았다. 이것은 선행연구에 의해 지지되는데 노인이 청년보다 건강행위를 잘 이행하며(Brown & Mc Creedy, 1986) 연령이 건강행위 이행의 가장 설명력이 있는 변수임이 제시되었다(Walker etc, 1998). 그리고 김학순(1993)의 연구에서 건강행위 점수가 여학생 평균이 201.20점, 남학생 평균이 19.18점으로 여학생 집단이 남학생 집단보다 높다는 연구와 같은 결과를 보였고, 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관

한 연구(김효정, 1996)에서는 본 연구와 배우자가 있을수록 건강실천행위 지표가 높다는 결과는 일치하였으나, 남자가 여자보다, 연령이 적을수록 건강실천행위가 높다는 상반된 결과를 보였다. 전체적으로 건강행위 점수는 도시가 농촌지역보다 높았다. 이것은 도시집단 평균 198.73, 비도시집단 평균 189.45로 도시집단이 비도시집단보다 높게 나타난 김학순(1993)의 결과와 일치하였으며, 성인에 있어서 농촌지역 주민들과 도시지역 주민들간의 건강행태의 차이를 조사한 남정자 등(1995)의 연구나 조병만(1997)의 연구에서도 도시주민들과 비교하여 농촌지역 주민들의 건강행위 실천률이 낮게 나타나 본 연구 결과와 일치하였다. 건강행위 전체 평균점수 중 도시와 농촌지역 모두 운동휴식항목에서 각각 7.46±3.50, 6.86±3.41점으로 다른 항목들에 비해 낮았는데 이는 건강증진 생활양식 중 운동영역이 특히 낮다는 연구에 의해 지지된다(전정자 등, 1996 ;Walker, 1998 ; Duffy, 1993). 그러나 측정 문항 자체가 다르므로 직접적인 비교는 어렵다고 사료된다.

주관적인 건강인식 에서는 도시지역의 경우 건강함이 71.0%, 건강하지 않음이 29.0% 이며, 농촌지역의 경우 건강함이 61.3%, 건강하지 않음이 38.7%로 농촌지역 보다는 도시지역이 주관적인 건강인식이 좋은 것으로 나타났는데 이것은 우리 나라 농촌 주민들의 건강 수준이 주민들의 인습, 적극적인 해결 의식의 결여, 건강관리 방법의 미흡 등으로 인하여 도시 주민들보다 불량하며 더욱이 최근에는 청·장년층의 이농현상으로 인한 인구의 고령화(통계청, 1990)로 말미암아 건강 수준의 전반적인 저하와 만성 질환 유병률의 증가 현상을 보이고 있다는 것을 지지한다. 본 연구의 주관적인 건강인식은 송진아(1997), 이진임(1995), 이선혜(1996), 김남진(2000) 등의 결과보다 더 높았고, 농촌지역의 경우 신경림(1998)의 농촌지역 여성의 건강인식 및 상태에 관한 연구에서 '건강하다'이상

으로 대답한 경우가 72.06%로 본 연구보다 높은 결과를 나타내었으며, 정경자(1979)의 농촌 주민들을 대상으로 한 연구에서 자신의 건강상태 정도를 '보통이상'으로 대답한 경우가 63.5%로 본 연구보다 낮은 결과를 나타내었다. 또한 도시와 농촌지역 모두 여자보다 남자가 주관적인 건강상태를 더 좋게 인식하고 있었는데 Kaplan 등(1988), 신은영(1993), 조선화(1994), 권순범 등(1994), 지선하 등(1994), 이순영 등(1995), 정경임(1995)등 많은 연구들의 결과와 일치하였다. 이는 전통적인 남성위주의 사회에서 여성들이 몸이 아파도 참고 지내 왔으며, 20대와 30대를 거치면서 출산이라는 정신적, 신체적 부담 등으로 인한 것이라고 사료된다.

건강관심도, 건강행위, 주관적 건강인식에 영향을 미치는 변수를 보기 위해서 각각 측정변수들을 하나의 이론 변수로 묶어 설명하던지, 여러 이론 변수간의 관계를 동시에 분석할 수 있는 공변량 구조 분석이 있으나 본 연구에서는 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강인식의 변수에 대한 관계를 단계적으로 분석하였다.

건강관심도와 건강행위와의 관계에서는 통계적으로 유의한 차이는 없었지만 건강관심도가 중위군과 상위군에서 건강행위 점수가 높았다. 이는 건강행위 측정도구는 달랐지만 건강관심도가 높으면 건강행위도 높다는 김남진(2000)의 예비노인 집단과 노인집단을 대상으로한 연구와 일치하는 것이었다.

도시와 농촌지역 모두 건강행위 정도와 주관적 건강인식과의 관계에서 유의한 관계가 나타나 자신의 건강인식 정도에 따라 건강행위 이행정도에 차이가 있는 것으로 나타났는데 자신의 건강이 좋다고 인식한 경우가 건강행위 이행정도가 높았고 자신의 건강이 나쁘다고 인식한 경우 건강행위 이행정도가 낮았다. 이는 주관적 건강인식이 높으면 건강실천행위가 높다는 기존의 연구들과도 일치하였다(Hanner,

1986; Duffy, 1988; Weitzel, 1989; Pender, 1990). 또한 중년여성 262명을 대상으로 건강증진 행위에 대한 영향요인을 단계적으로 다중회귀분석으로 분석한 Duffy(1988)의 연구에서 현재 건강상태가 영향을 미친다고 하였고, Duffy, Rossow와 hernandez(1996)은 직장에 고용된 멕시코계 미국 여성 39명을 대상으로 건강증진 행위에 대한 영향을 canonical analysis를 이용해 분석한 결과 현재 건강상태가 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 그 외에 이순영 등(1995)의 연구나 송진아(1997)의 연구, 박기수 등(1999)의 연구, 김남진(2000)의 연구에서도 비슷한 결과를 나타내었고, Pender(1987)의 연구에서도 건강에 문제가 있는 경우 건강생활 양상의 수행정도가 낮음을 보고하여 본 연구결과와 일치함을 나타내었다. 따라서 건강행위가 직접적으로 건강인식에 영향을 미친 다기 보다는 건강인식이 형성되고 이러한 인식이 태도를 결정하여 건강행위를 한다고 볼 수 있다(김영란, 1997).

건강관심도, 건강행위, 주관적 건강상태의 변수들간의 상관관계는 도시지역의 경우 건강행위와 주관적 건강인식에 관해서만 상관관계가 있는 반면 농촌지역은 건강관심도와 건강행위, 건강행위와 주관적 건강인식간에 유의한 양의 상관관계가 있었다. 특히 농촌지역은 Breslow와 Enstrom(1980)의 시계열연구에 의하면 건강관심도가 결정되면 이 건강관심도가 건강실천행위를 결정하고 이 건강실천행위가 건강수준을 결정하고, 이때 결정된 건강수준은 건강관심도에 영향을 주게된다. 즉, 시간의 개념을 갖고 보면 건강실천행위가 건강관심도에 영향을 받고 결국 건강수준에 영향을 주게 되는 데 이때 결정된 후의 건강관심도에 영향을 주게된다는 연구를 어느 정도 지지한다고 할 수 있다.

결론

본 연구는 도시와 농촌지역에 따라 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강인식 정도가 어떤 차이를 보이는지 알아보고 각 변수들간의 상관관계를 분석함으로써 지역사회에 적합한 건강관리와 건강을 유지, 증진하며 올바른 보건사업을 계획하기 위한 기초자료를 제공하기 위하여 시도하였다.

자료수집은 2001년 9월부터 10월까지 약 2개월에 걸쳐 전북지역에 거주하는 20세 이상 성인을 대상으로 도시지역 350명, 농촌(읍, 면) 지역 250명을 무작위 임의추출로 면접하여 설문지에 의한 직접면접 또는 자기 기입 식으로 조사하였다.

연구도구로는 건강관심도, 건강행위, 주관적 건강인식에 관한 질문지를 이용하였으며, 수집된 자료는 SPSS 10.0 program을 이용하여 기술통계 방법과 교차 분석, t-test, ANOVA, Pearson 상관계수를 이용하여 분석을 실시하였고, 연구 결과는 다음과 같다.

1. 건강관심도는 도시에서는 상위군 9.0%, 중위군 39.1%, 하위군 51.9%이었으며, 농촌지역에서는 상위군 10.1%, 중위군 41.0%, 하위군 48.8%로 전체적으로 건강관심도는 중하위군이 많았으며 도시보다는 농촌지역의 건강관심도가 더 높았다.

2. 건강행위는 도시와 농촌지역 모두 통계적으로 유의하였다($p < 0.01$). 도시, 농촌지역 모두 남자 보다는 여자가, 연령이 높을수록, 배우자가 있을수록 건강행위 정도가 높았고, 전체적으로 도시가 농촌지역 보다 높은 건강행위 점수를 나타내었다.

3. 주관적 건강인식은 도시에서는 건강함 71.0%, 건강하지 않음 29.0%이고, 농촌에서는

건강함 61.3%, 건강하지 않음 38.7%로 농촌지역보다 도시에서 건강함 군이 더 높았다.

4. 건강관심도에 따른 건강행위 정도는 농촌지역에서만 유의한 차이를 보였다($p < 0.05$). 즉, 농촌지역에서는 건강관심도가 높으면 건강행위 정도가 높았다. 건강행위에 따른 주관적 건강인식은 건강행위 전체적으로 도시와 농촌지역에서 유의한 상관이 있었다($p < 0.05$). 즉, 도시와 농촌 모두 건강행위 정도가 높으면 주관적인 건강인식도 좋다고 할 수 있다.

5. 세 변수간의 상관관계는 도시지역에서는 건강행위와 주관적 건강인식에서 유의한 상관이 있었고($p < 0.01$), 농촌에서는 건강관심도와 건강행위, 건강행위와 주관적 건강인식에서 유의한 상관이 있는 것으로 나타났다($p < 0.05$).

이상의 결과를 종합해 볼 때 본 연구에서는 도시지역에서는 건강행위가 좋으면 주관적 건강인식이 좋고, 농촌지역에서는 건강관심도가 높으면 건강행위가 좋으며, 건강행위가 높으면 주관적 건강인식도 좋은 것으로 나타났다.

참고문헌

1. Amler RW, Eddins DL. Cross-sectional analysis: Precursors of premature death in the United State. In Amler RW, Dull HB(eds). Val.101, No.6, Nov.-Dec., 1987.
2. Breslow L, Enstrom JE. Persistence : Persistence of health habits and their relationship to mortality, Prev Med, 9(4), 469-483, 1980.
3. Duffy, M.E. : Primary Prevention

- behaviors : The female-headed one-parent family, NR. 9, 115-122.
4. Duffy, Rossow, hernandez : Correlates of health promotion activities in employed Mexcan American Women, Nursing Research, 45(1), 18-24, 1996.
 5. Henner ME : Factors related to promotion of health-seeking behaviors in the aged, Unpublished doctoral dissertation, 1986.
 6. Kasl SV, Cobb S: Health Behavior Illness Behavior and Sick Role Behavior, Archives of Environment and Health, 12, 246-266, 1966.
 7. O'Donnell M : An Emerging Strategy for Health Enhancement and Business Cost Saving in Korea(Unpublished), Health Promotion, 1999.
 8. O'Donnell M : Definition of health promotion, partIII, Expanding the definition, American Journal of Health Promotion, 3(3), 5, 1989.
 9. Lalonde. M : A new perspective on the health of Canadians: A working document, Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, 1978.
 10. McGinnis, J. M., Foege, W. H., "Actual Causes of Death in the United States", JAMA, Vol.270, No.18, 1993.
 11. Pender NJ, Walker SN, Sechrist K, Frank-Stromborg M : Predicting health promoting lifestyle in the workplace, Nursing Research, 39(6), 326-332, 1990.
 12. US Department of Health and Human Services, Public Health Service : "Healthy people 2000 ; National health promotion and disease prevention objectives, Washington, DC Government printing office, 1990.
 13. Walker, S. N., Volken, K. Sechrist, K. R., Pender, N. J. Health-promoting lifestyle of elder adults : comparison with young and middle-aged adults correlates and patterns, ANS, October, 76-89, 1988.
 14. Weitzel MH : A test on the health promotion model with blue collar workers", Nursing Research, 38(2), 99-104, 1989.
 15. WHO : Ottawa charter for health promotion, International conference on Health promotion, Ottawa, Canada, Nov, 17-21, 1986.
 16. WHO : Health Promoting for Walking Population
 17. 강혜영, 김수미 : 일부 도시·농촌노인의 건강상태 비교 연구-광주, 전남지역을 중심으로-, 지역사회간호학회지, 7(2): 1996
 18. 경제기획원 조사통계국 : 1989년 사망원인 통계연보, 1990.
 19. 권순범, 김공현, 김병성, 박형중 : 일부 도시지역노인의 건강관련 실천과 신체활동 기능에 관한 연구, 대한보건협회지, 20(2): 3-22: 1994.
 20. 김공현, 김광기 공역 : 건강증진 용어 해설, 한국보건간호학회지, 12(2): 1993.
 21. 김남진 : 노인들의 건강행위 실천정도 와 관련요인 분석, 한국노년, 20(2): 169-182: 2000.
 22. 김남진 : 예비노인 집단과 노인집단의 건강 관심도 및 건강행위, 주관적인 건강상태와

- 의 관련성 연구, 보건교육·보건증진학회지, 17(2): 2000.
23. 김무룡, 남철현 : 지역사회 주민의 건강증진 행위와 이에 영향을 미치는 요인, 대한보건협회학술지, 26(3): 340-350: 2000.
 24. 김숙 : 양호교사에 의한 정기적 보건교육이 아동의 건강지식과 건강행위에 미치는 효과, 한국학교보건학회지, 14(2): 161-175: 2001.
 25. 김숙영 : 성인의 체질별 건강증진 행위 및 건강상태, 기본간호학회지, 7(3): 441-452: 2000.
 26. 김일순 : 건강증진, 새 시대 의료의 새로운 지평, 간호탐구1, 12-19: 1993.
 27. 김애경 : 한국 일부지역 성인의 건강행위이행에 관한 연구, 대한간호학회지, 28(4): 931-939: 1998.
 28. 김영란 : 건강증진/보건교육, 정담, 89-116: 1997.
 29. 金學順 : 男女 高等學生들의 健康에 대한 연구, 한국학교보건학회지, 6(2): 1993.
 30. 김효정 : 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구, 석사학위논문, 계명대학교 대학원, 1996.
 31. 문상식, 이시백 : 주관적 건강인식과 건강검진 결과의 비교분석을 통한 건강행위 연구, 보건교육·건강증진학회지, 18(3): 11-36: 2001.
 32. 박기수, 천병렬, 감신, 예민해, 강유식, 김건엽, 손재희, 이영숙 : 장애인의 건강관심도, 건강실천행위 그리고 건강수준간의 구조분석, 예방의학회지, 32(3): 276-288: 1999.
 33. 신경림 : 농촌지역 성인 여성의 건강인식 및 상태에 관한 연구, 성인간호학회지, 10(1): 160-171: 1998.
 34. 신은영 : 농촌 노인의 건강상태와 생활 만족도에 관한 연구, 석사학위논문, 서울대학교 보건대학원, 1993.
 35. 신철호 : 일부 농촌지역 노인들의 유병상태와 일상생활능력, 충남대학교 대학원 석사학위논문, 1992.
 36. 이선희 : 노인이 인지하는 건강과 운동의 의미에 관한 논문, 석사학위논문, 한양대 대학원, 1996.
 37. 이순영, 김선우 : 한국인의 건강행태 유형에 관한 연구, 예방의학회지, 30(1): 181-194: 1997.
 38. 이은옥, 서문자, 임난영, 김재숙 : 만성 및 재활간호, 수문사, 1980.
 39. 이진임 : 서울시 노인의 건강문제에 따른 관리실태 분석, 석사학위논문, 연세대학교 대학원, 1995.
 40. 이진희, 고기호, 김용식, 이정애 : 일부 농촌주민과 도시영세민의 상병 및 의료이용에 관한 연구, 예방의학회지, 21(2): 404-418: 1988.
 41. 장인협, 최성제 : 노인복지학, 서울대학교 출판부, 1987.
 42. 전경자, 김영희 : 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교연구, 성인간호학회지, 8(2): 41-54: 1996.
 43. 정경임 : 한국인의 건강실천행위가 만성질환에 미치는 영향, 박사학위논문, 연세대학교 대학원, 1995.
 44. 조병만 : 농촌지역 주민들의 건강행태에 관한 조사연구, 한국농촌의학회지, 22(2): 183-193: 1997.
 45. 조선희 : 재가노인의 가정간호 요구도 및 일상생활능력에 관한 연구, 석사학위논문, 인제대학교 대학원, 1994.
 46. 지선하, 오희철, 김일순 : 노인 스스로 인지

한 건강상태와 사망률에 관한 연구, 한국역
학회지, 16(2): 172-180: 1994.

47. 최영모 : 의약분업에 대한 환자의 인식도
조사연구, 석사학위 논문, 원광대학교 보건
행정대학원, 2001.
48. 한인웅, 채희재 : 농촌지역 보건시설의 기
능설정에 관한 연구, 논문집, 33(2):
79-95: 2000.
49. 홍영상 : 중년 여성의 건강행위 모형구축,
중앙대 대학원 박사논문, 1998.