연구보고서 96-29, 154페이지, 800부

韓國人의 健康水準에 미치는 影響 分析

南 貞 子
趙 孟 濟
崔 銀 珍

韓 國 保 健 社 會 硏 究 院

머 리 말

最近 21세기로의 進入을 앞두고 국민의 「삶의 質」 향상에 관한 정책적 관심이 고조되고 있다. 삶의 質을 결정하는 가장 중요한 要素가 健康임은 主旨의 사실이다. 健康의 定義는 여러 가지로 내려질 수 있지만 세계보건기구(WHO)에서 정의하고 있는 건강이란 疾病이나 虛弱함이 없을 뿐 아니라 身體的 精神的 社會的으로 완전한 안녕상태이다.

이 報告書는 우리나라 國民의 健康水準과 관련된 危險要因을 WHO에서 定義하고 있는 건강 개념에 근거하여 身體的·精神的·社會的 次元에서 분석한 結果를 수록하고 있다. 분석자료는 「1995년도 國民健康 및 保健意識行態調査」 資料이다. 「國民健康 및 保健意識行態調査」는 당원이 1989년 이래 매 3년마다 실시하고 있는 조사로서 記述的인 分析結果는 1995년에 「韓國人의 健康 및 醫療利用實態」와 「韓國人의 保健意識行態」의 報告書로 기 발간한 바 있다.

이번 報告書에서는 高血壓, 中風, 심장병, 소화성궤양, 肝炎, 만성폐색성 폐질환, 糖尿, 關節炎 등 주요 만성질환의 有病率과 관련 위험요인을 분석·제시하였으며, 지금까지 다소 看過되어 오던 스트레스, 憂鬱症, 自殺意圖 등 精神健康의 문제와 健康餘命에 대해 多角度로 분석·제시하였다. 자료의 制限點이 있기는 하지만 이 연구 결과는 우리나라 국민이 사회경제적으로 生産的인 삶을 누릴 수 있도록 하는 健康保障政策開發에 많은 참고가 될 것으로 기대한다.

이 연구는 당원 南貞子 副硏究委員의 책임하에 수행되었으며 서울대학교 精神科 趙孟濟교수와 본원 崔銀珍 주임연구원이 함께 참여하였다. 이들 집필진의 구체적 담당 연구분야를 소개하면 다음과 같다.

序論·身體的 健康水準과 關聯 危險要因(南貞子)

精神的 健康水準과 關聯 危險要因(趙孟濟)

社會的 健康水準과 關聯要因(崔銀珍)

結論 및 政策建議(南貞子 · 崔銀珍)

연구진들은 본 연구의 수행을 위해 협조해 준 서울대학교병원 精神科 徐國熙 전임의사와 당원 調査統計室 都世綠 責任硏究員과 李然熙 主任 電算員에게 감사를 표하며 원고를 검독해준 鄭宇鎭 副硏究委員, 李儀卿 副硏究委員께 감사를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 참여한 著者들의 個人的 見解이며, 본 원의 公式見解가 아님을 밝혀둔다.

1996年 12月

韓國保健社會硏究院

院長 延 河 淸

目 次

要 約 ····· 11

第 1 章 序 論 ····· 25
第 1 節 硏究背景 및 必要性 ····· 25
第 2 節 硏究目的 및 內容 ····· 26
第 3 節 硏究方法 ····· 27
第 4 節 硏究의 制限點 ····· 38

第 2 章 身體的 健康水準과 關聯 危險要因 ····· 40
第 1 節 身體的 健康의 槪念과 測定에 관한 考察 ····· 40
第 2 節 全般的인 身體的 健康水準과 關聯要因 分析 ····· 42
第 3 節 主要 慢性疾患 有病率과 關聯 危險要因 ····· 53

第 3 章 精神的 健康水準과 關聯 危險要因 ····· 87
第 1 節 精神健康의 槪念과 測定에 관한 考察 ····· 87
第 2 節 憂鬱症 實態와 關聯 危險要因 ····· 92
第 3 節 알코올依存 實態와 關聯 危險要因 ····· 112

第 4 章 社會的 健康水準과 關聯要因 ····· 117
第 1 節 社會的 健康의 槪念과 健康餘命에 관한 考察 ····· 117
第 2 節 活動制限으로 인한 社會的 機能損失 期間 ····· 121
第 3 節 傷病餘命 ····· 127

第 5 章　結論 및 政策建議 ····· 131
　第 1 節　結 論 ····· 131
　第 2 節　政策建議 ····· 141

參考文獻 ····· 149

表 目 次

〈表 1- 1〉 硏究 對象者의 特性 ····· 28
〈表 1- 2〉 身體的 健康 關聯要因 分析을 위한 다변량
로지스틱 回歸分析에 使用된 變數값 ····· 31
〈表 1- 3〉 分析對象 慢性疾患과 種類別 患者數 ····· 32
〈表 1- 4〉 精神的 健康 關聯要因 分析을 위한 다변량
로지스틱 回歸分析에 使用된 變數값 ····· 33
〈表 2- 1〉 分析對象者의 身體的 健康水準 ····· 42
〈表 2- 2〉 國家別 主觀的 健康認識 比較 ····· 43
〈表 2- 3〉 社會人口學的 變數와 身體的 健康과의 關聯性 ····· 44
〈表 2- 4〉 吸煙과 身體的 健康과의 關聯性 ····· 46
〈表 2- 5〉 飮酒와 身體的 健康과의 關聯性 ····· 47
〈表 2- 6〉 體重, 運動, 睡眠, 休息, 스트레스와
身體的 健康과의 關聯性 ····· 48
〈表 2- 7〉 食習慣과 身體的 健康과의 關聯性 ····· 50
〈表 2- 8〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한
主觀的健康 關聯要因의 相對 危險度 ····· 52
〈表 2- 9〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 慢性疾患
關聯要因의 相對 危險度 ····· 53
〈表 2-10〉 高血壓 有病率의 比較 ····· 54
〈表 2-11〉 高血壓과 其他 慢性疾患과의 相關關係 ····· 55
〈表 2-12〉 60歲 以上 腦卒中 患者의 屋內 및 屋外 活動狀態 ····· 56
〈表 2-13〉 循環器系疾患과 社會人口學的 背景과의 關聯性 ····· 58
〈表 2-14〉 循環器系疾患과 吸煙과의 關係 ····· 60

〈表 2-15〉 循環器系疾患과 飮酒와의 關係 ····· 61
〈表 2-16〉 循環器系疾患과 體重, 運動, 睡眠, 스트레스와의 關係 ·· 62
〈表 2-17〉 慢性 循環器系疾患과 食習慣과의 關係 ····· 63
〈表 2-18〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 高血壓
關聯要因의 相對危險度 ····· 64
〈表 2-19〉 社會人口學的 變數와 慢性 消化器系疾患과의 關聯性 ·· 68
〈表 2-20〉 消化器系疾患과 吸煙과의 關係 ····· 69
〈表 2-21〉 慢性 消化器系疾患과 飮酒와의 關聯性 ····· 70
〈表 2-22〉 消化器系疾患과 體重, 運動, 睡眠, 스트레스와의 關係 ·· 71
〈表 2-23〉 慢性消化器系疾患과 食習慣과의 關係 ····· 72
〈表 2-24〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 慢性
消化性潰瘍 關聯要因의 相對危險度 ····· 73
〈表 2-25〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 慢性肝疾患
關聯要因의 相對危險度 ····· 74
〈表 2-26〉 韓·美間 年齡別 糖尿病 有病率의 比較 ····· 76
〈表 2-27〉 韓美間 年齡別 關節炎 有病率의 比較 ····· 77
〈表 2-28〉 社會人口學的 變數와 其他 慢性 閉塞性 肺疾患,
糖尿病, 關節炎과의 關係 ····· 79
〈表 2-29〉 慢性 閉塞性 肺疾患, 糖尿病, 關節炎과의
關係 吸煙과의 關係 ····· 80
〈表 2-30〉 慢性 閉塞性 肺疾患, 關節炎, 糖尿病과의
關係 飮酒와의 關係 ····· 81
〈表 2-31〉 慢性 閉塞性 肺疾患, 關節炎, 糖尿病과
體重, 運動과의 關係 ····· 82
〈表 2-32〉 慢性 閉塞性 肺疾患, 關節炎, 糖尿病과
食習慣과의 關係 ····· 83

〈表 2-33〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 慢性 慢性
閉塞性 肺疾患 危險要因의 相對 危險度 ····· 84
〈表 2-34〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 糖尿病
關聯要因의 相對危險度 ····· 85
〈表 2-35〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 慢性
關節炎 關聯要因의 相對危險度 ····· 86
〈表 3- 1〉 診斷道具 ····· 89
〈表 3- 2〉 反應群과 非反應群의 比較 ····· 93
〈表 3- 3〉 憂鬱症狀의 事例性 有病率(15～22歲 靑少年集團) ····· 101
〈表 3- 4〉 憂鬱症狀의 事例性 有病率(20～59歲 成人集團) ····· 102
〈表 3- 5〉 憂鬱症狀의 事例性 有病率(60～69歲 老人集團) ····· 103
〈表 3- 6〉 重症 憂鬱症狀의 事例性 有病率의 年齡群別 比較 ····· 107
〈表 3- 7〉 自殺思考 및 自殺企圖와 憂鬱症狀의 事例性 有病率 ·· 108
〈表 3- 8〉 憂鬱症狀의 事例性 有病率과 醫療追求行爲間 聯關 ···· 110
〈表 3- 9〉 年齡群別 憂鬱症狀의 危險要因과 相對危險度 ····· 111
〈表 3-10〉 飮酒와 憂鬱症狀의 事例性 有病率 ····· 114
〈表 4- 1〉 活動制限日의 年間比率 ····· 122
〈表 4- 2〉 2週間 總活動制限日數로 推定한 健康餘命 ····· 123
〈表 4- 3〉 寢上臥病日의 年間比率 ····· 125
〈表 4- 4〉 臥病餘命 ····· 126
〈表 4- 5〉 罹患日의 年間比率 ····· 127
〈表 4- 6〉 2週間 罹患日數로 計算한 傷病餘命 ····· 128
〈表 4- 7〉 慢性疾患 有病率에 의한 傷病餘命 ····· 130
〈表 5- 1〉 身體的 健康 指標別 主要 危險要因 및 相對 危險度 ·· 132
〈表 5- 2〉 多變量 로지스틱 回歸分析 結果에 의한
慢性疾患 種類別 主要 危險要因 및 相對 危險度 ····· 133
〈表 5- 3〉 期待餘命과 健康餘命의 國際比較 ····· 141

圖 目 次

〔圖 2- 1〕 性別, 年齡別 高血壓 有病率(人口 1,000名當) ····· 54
〔圖 2- 2〕 性別, 年齡別 腦卒中 有病率(人口 1,000名當) ····· 56
〔圖 2- 3〕 性別, 年齡別 心臟病 有病率(人口 1,000名當) ····· 57
〔圖 2- 4〕 性別, 年齡別 慢性 消化性潰瘍 有病率(人口 1,000名當) ···· 66
〔圖 2- 5〕 性別, 年齡別 慢性 肝疾患 有病率(人口 1,000名當) ····· 66
〔圖 2- 6〕 性別, 年齡別 閉塞性 肺疾患 有病率(人口 1,000名當) ··· 75
〔圖 2- 7〕 性別, 年齡別 糖尿病 有病率(人口 1,000名當) ····· 76
〔圖 2- 8〕 性別, 年齡別 關節炎 有病率(人口 1,000名當) ····· 77
〔圖 3- 1〕 CES-D 點數 頻度 分布 ····· 94
〔圖 3- 2〕 CES-D 點數의 累積百分率 分布 ····· 95
〔圖 3- 3〕 全體群에서의 스트레스 順位 ····· 97
〔圖 3- 4〕 CES-D 16點 以上 集團에서의 스트레스 順位 ····· 98
〔圖 3- 5〕 CES-D 21點 以上 集團에서의 스트레스 順位 ····· 98
〔圖 3- 6〕 CES-D 25點 以上 集團에서의 스트레스 順位 ····· 99
〔圖 3- 7〕 靑少年集團(滿 15~19歲)에서의 스트레스 順位 ····· 99
〔圖 3- 8〕 成人集團(滿 20~59歲)에서의 스트레스 順位 ····· 100
〔圖 3- 9〕 老人集團(滿 60~69歲)에서의 스트레스 順位 ····· 104
〔圖 3-10〕 男女別 알코올 依存群의 年齡群別 分布 ····· 113
〔圖 3-11〕 男女別 알코올依存群과 알코올非依存群의
CES-D點數分布 比較 ····· 115
〔圖 3-12〕 알코올依存群과 알코올非依存群의
CES-D點數分布 比較 ····· 116
〔圖 3-13〕 年齡群別 및 性別로 본 알코올依存群의 分布 ····· 116

要 約

1. 硏究目的 및 方法

본 연구는 身體的, 精神的, 社會的 측면에서 우리나라 국민의 건강수준을 살펴보며 이에 影響을 미치는 要因을 파악하기 위해 실시하였음. 이를 위해 전국에서 표본으로 선정된 6,791가구를 대상으로 한국보건사회연구원이 1995년도에 실시한 「國民健康 및 保健意識行態調査」 자료를 분석하였음. 건강수준에 영향을 미치는 要因을 파악하기 위해서는 다변량 로지스틱 回歸分析과 카이제곱 檢證을 실시하였음. 健康餘命算出을 위해서 生命表를 사용한 설리반(Sullivan, 1971)의 計算方法을 기초로 하였음.

2. 硏究結果

가. 身體的 健康水準에 影響을 미치는 危險要因

1) 身體的 健康에 影響을 미치는 危險要因

스스로 인식하는 健康狀態와 만성질환 이환여부를 전반적인 신체적 健康水準을 측정하는 指標로 선정하여 이에 이에 영향을 미치는 요인을 다음과 같이 파악하였음.

- 改善不能의 主要 危險要因

본 연구의 결과에 의하면 여자, 高年齡層, 저소득 계층이 스스로 認識하는 건강(主觀的 健康)의 측면에서 危險集團으로 나타났으며 만성질환에 걸릴 위험성도 여자, 고연령, 저소득, 군지역 거주자가 높은 것으로 나타났음. 性과 年齡은 醫學的으로도 신체적 건강에 확실하게 영향을 주는 요인이나 變化될 수 없는 要因이므로 이들 집단에 대해서는 보건의료 資源의 배분이나 프로그램의 제공 측면에서 우선적인 배려가 요구됨.

- 改善可能한 主要 危險要因

스트레스와 운동부족이 스스로 인식하는 건강상태에 가장 크게 영향을 미치는 危險要因으로 나타났으며 慢性疾患에는 흡연, 과다체중, 운동부족, 수면부족, 스트레스가 주요 危險要因으로 나타났음. 이들은 생활양식을 개선함으로써 변화가 가능한 危險要因으로 보건학적으로 매우 중요한 의미를 지님.

- 其他 寄與要因

통계적으로 크게 유의하지는 않으나 吸煙과 염분섭취도 스스로 인식하는 건강상태에 寄與하는 요인으로 나타났음. 과다체중인 경우와 육식을 선호하는 사람들에서 스스로 인식하는 건강상태가 좋게 나타났으며, 慢性疾患에는 과식과 鹽分攝取도 다소 영향을 미치는 것으로 나타났음. 위에서 제시한 연구결과는 앞에서 고찰한 많은 先行硏究의 결과와 일치됨. 다만 각 危險要因의 慢性疾患에 기여하는 危險度가 장기간의 추적연구 결과에 비해 낮게 나타난 점은 이 자료가 횡단적 자료이기 때문에 慢性疾患으로 인해 사망한 사람이 연구대상에서 누락된 점과 慢性疾患 발생 후에 변화된 飮酒, 吸煙 등의 행위를 알 수 없는 데에 기인되는 것으로 해석됨.

2) 慢性疾患 種類別 主要 危險要因

慢性疾患의 주요 危險要因은 우리나라에서 발생 빈도가 높은 高血壓, 소화성 궤양, 肝炎, 만성폐색성 폐질환, 관절염, 당뇨병의 여섯 가지 질환을 중심으로 살펴보았음.

- 改善不能의 主要 危險要因

年齡은 高血壓, 소화성 궤양, 간염, 만성폐색성 폐질환, 관절염, 당뇨의 주요 危險要因으로 나타났음. 여자는 남자에 비해 소화성 궤양, 만성폐색성 폐질환, 관절염에 걸릴 위험이 높게 나타난 반면에 남자는 간염에 걸릴 위험이 여자보다 높았으며 고혈압과 당뇨는 성별 차이가 없었음. 所得水準이 낮은 계층이 고혈압, 간염, 만성폐색성 폐질환, 관절염에 걸릴 가능성이 높게 나타났음.

- 改善可能한 主要 危險要因

흡연은 고혈압, 소화성 궤양, 만성폐색성 폐질환의 주요 危險要因으로 나타났음. 高度 음주일 경우 고혈압과 간염에 걸릴 위험성이 높게 나타났으며 매일음주를 하는 경우 관절염에 걸릴 위험이 높게 나타났음. 반면에 음주 頻度는 소화성 궤양과는 否(-)의 상관성을 보였음. 적당한 運動을 하지 않는 경우에 고혈압, 소화성 궤양, 만성폐색성 폐질환에 걸릴 위험성이 높게 나타났음. 과식은 만성폐색성 폐질환과 당뇨의 위험을 높여주며 過多體重인 경우에 당뇨병에 걸릴 위험성이 높게 나타났음. 당뇨는 또한 고혈압과 매우 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났는데 당뇨인 경우에 고혈압에 걸릴 위험은 1.75배나 큰 것으로 나타났음. 肉食을 선호하는 경우에 소화성 궤양에 걸릴 위험성이 높게 나타났음.

- 其他 危險要因

통계적으로는 有意하지 않으나 수면부족, 육식선호, 과식, 염분섭취, 과다체중, 스트레스 등도 각종 慢性疾患과 관련되는 것으로 나타났음.

나. 精神的 健康水準과 關聯 危險要因

1) 憂鬱症과 關聯危險要因

輕症 이상의 우울증상을 갖는 사람의 사례성 유병률(CES-D 16점 이상)이 전체의 25.3%로 美國의 백인, 일본 등 先進國의 10% 내외보다 많은 편임. 그러나 그리스의 24%나 미국의 흑인 또는 히스페닉계의 27.9%와는 유사했음. 우리나라 사람들이 비교적 우울증상 測定 때 같은 정도의 우울증상에 대하여 서구인들보다 더 높은 점수를 보인다고 가정하면, CES-D 점수 21점 이상을 憂鬱症狀群으로 볼 때 전체인구의 14.49%가 지난 1주 동안에 우울증상이 있었다고 볼 수 있고, CES-D 점수가 25점 이상으로 상당히 우울한 상태에 있었던 사람이 전체의 8.68%라고 볼 수 있음. 특히 15~22세의 青少年群 우울증의 사례성 유병률이 100명당 14명으로 다른 군에 비해 有意하게 높았고, 20~59세군이 가장 우울증이 적었음.

로지스틱 회귀분석의 결과로 odds ratio를 구하여 상대적인 위험도를 알아보았는데, 15세에서 22세군에서는 '여성'이 유의한 危險因子였는데 1.81배였음. 그외에 中高等學生이 大學生의 1.75배의 위험도가 있었고, 근로청소년이 1.35배, 하는 일이 없는 청소년이 2.06배의 위험도였음. 도시가 시골의 1.27배였음. 20세에서 59세군에서는 세 가지의 危險因子가 유의하게 나왔음. 첫째, 여성으로서 1.49배의 위험도, 둘째, 敎育水準으로 국졸 이하가 2.4배의 위험도, 셋째, 結婚狀態로서 死別,

離婚, 別居 등의 문제있는 결혼상태가 2.94배의 危險度를 나타내었음. 60세에서 69세군에서는 유의한 危險因子는 없었음. 도시가 시골의 1.17배, 여성이 1.58배, 무학력이 1.35배, 월 50만원 이하의 소득이 2.52배의 위험도를 나타내었음.

憂鬱症狀이 있는 사람은 없는 사람에 비해 병의원을 찾는 경우가 많음. 이는 비용면이나, 國民保健의 차원에서 우울증의 조기발견과 치료, 재발 방지를 위한 적극적인 노력이 필요함을 시사함.

2) 스트레스

우울증이 環境으로부터의 스트레스와 연관이 있다는 사실은 널리 알려져 있음. 스트레스는 年齡群에 따라 다르게 나타났는데, 15~22세의 청소년군은 역시 학업과 진학, 人間關係와 높은 상관성이 있었고, 20~59세는 경제적 곤란, 직장생활이 가장 큰 스트레스의 요인이었음. 60세 이상의 老人群에서는 자녀와의 관계, 건강상태, 경제적 곤란 등이 큰 스트레스로 작용하여 각 年齡群別로 서로 다른 스트레스원을 가지고 있음을 알 수 있었음. 노인들에 있어서의 자녀와의 관계는 고부간의 갈등, 노인소외의 문제, 家庭內 不和 등을 짐작하게 함.

3) 自殺意圖 및 自殺企圖 實態

自殺思考가 있는 사람은 즉시 정신의학적 평가가 필요함. '지난 1년 중에 自殺意圖가 있었다'고 답한 집단이 무려 전체의 26.3%였음. 이들 중 중증 우울증상의 사례성 유병률이 44.6%로 100명중 45명 정도이며, 즉각적인 정신과적 치료를 요하는 상태임.

自殺企圖의 경우, 지난 1년 중에 自殺思考가 있었던 사람 중, 지난 해에 自殺企圖를 한 적이 있는 사람이 6.2%임. 전체 중에서 자살기도

를 한 적이 있는 사람의 비율은 1.7%로 나타났음. 특히 自殺企圖者 중 40.2%는 작년에 두 번 이상 自殺을 기도했던 사람들인데, 이들은 즉각적인 치료 및 면밀한 관찰이 없다면, 自殺로 인생을 마감할 사람들이라고 볼 수 있음. 이런 연유로 自殺企圖를 한 적이 있는 사람의 경우 精神醫學的인 면밀한 관찰과 지속적인 치료의 필요성을 다시 확인할 수 있음.

自殺意圖나 自殺企圖의 경우, 공통적으로 15세에서 29세 사이의 젊은 층에 전체의 반 가까이가 분포하고 있고, 15세에서 19세 사이의 사춘기청소년 중 自殺思考가 있었던 사람의 6.2%가 지난 1년간 자살을 기도한 적이 있는 것으로 조사되었음. 생산성이 높고 社會活動度가 큰 젊은 층의 인구가 희생되는 현상은 국가나 사회의 경쟁력을 약화시키고 매우 심각한 社會的인 문제를 야기하므로 청소년의 자살에 특별히 유의해야 함.

4) 알코올 依存의 實態

알코올 依存에 관한 결과는 사용한 도구가 네 문항으로 된 CAGE였기 때문에 대략적인 결과밖에는 알 수가 없음. 전체적으로 10.0%가 알코올 依存群으로 추정되는데, 이들 중 알코올의존 의심군은 인구전체의 8.7%이고, 알코올의존 확실군은 인구전체의 1.3%로 추정됨. 이는 86년의 22%보다는 많이 減少되고 있는 추세를 반영한다고 볼 수 있음. 하지만, 이러한 차이는 道具의 차이 때문일 수 있으므로 확정적으로 단정할 수는 없고 추후 연구가 필요함.

20대 여성의 알코올 의존이 전체 여성 알코올의존의 56.7%를 차지하고 있어 다른 요인을 감안하더라도 매우 注目할 필요가 있음. 여성의 알코올 의존은 우울증과 밀접한 연관이 있음. 이는 정신의학적 조기진단과 治療를 요하는 狀況임. 남성의 경우는 밀접한 연관을 증명할

수 없으나, 여성의 경우는 명백함.

다. 社會的 健康水準과 關聯要因

1) 活動制限 餘命

2週間 活動制限日數로 算出된 활동제한여명은 남자는 0세에서 1.61년, 여자는 0세에서 1.89년이었음. 生涯 중 이환으로 인해 活動制限 상태에서 지내게 될 것으로 기대되는 活動制限 餘命은 성별의 큰 차이는 보이지 않았으나 市部보다 郡部가 다소 높은 편이었음.

2) 寢上臥病으로 인한 損失期間

年間 寢上臥病餘命은 女子가 남자보다 약간 높은 것으로 나타났음. 연령별 年間 寢上臥病比率은 남자의 경우는 20~24세에서 0.18%로 가장 낮았고 25세 이후 계속 增加하였으나 女子의 경우는 10~14세와 30~35세에서 0.27%로 가장 낮았고, 45세 이후에는 持續的으로 증가하였음. 地域別로 보면 남자는 市部 居住者가 군부 居住者보다 寢上臥病餘命이 적은 것으로 나타났으나 女子의 경우는 시·군부간 차이가 적었음.

3) 罹患期間으로 본 傷病餘命

2주간 총 罹患日數로 계산된 성별 및 연령별 상병여명은 남자는 0세에서 상병여명이 10.22년으로 나타났고 여자는 0세에서 15.70년으로 나타나 남자보다 여자의 傷病餘命이 높았음. 따라서 평균기대여명에 대한 이환이 없는 기간의 比率은 남자가 0세에서 84.90%, 여자는 79.26%로 나타났음. 地域別로 본 傷病餘命은 남자는 郡部居住者가 시

부거주자 보다 모든 年齡層에서 낮았음.

4) 慢性疾患으로 인한 傷病餘命

慢性疾患으로 인한 傷病餘命은 남자는 0세에서 19.57년이었고 여자는 0세에서 29.87년으로 나타나 남자보다 여자의 慢性疾患으로 인한 상병여명이 높은 것으로 나타났음. 慢性疾患이 없는 건강여명은 남자는 0세에서 48.09년이고 여자는 0세에서 45.80년으로 나타났음. 평균기대여명에 대한 健康餘命 비율은 0세에서 남자는 71.08%, 여자는 60.52%로 나타났음. 따라서 慢性疾患이 없이 지내는 기간비율은 여자보다 남자가 높았음. 慢性疾患으로 인한 상병여명을 시·군별로 보면 남녀 모두 비교적 전 연령층에서 비슷한 水準을 유지하였음.

5) 健康餘命

2週間 總活動制限日을 기초로 산출한 단기활동제한 餘命은 남자는 0세에서 66.05년, 여자는 0세에서 73.78년으로 나타났음. 活動制限餘命은 2週間 總活動制限日을 기초로 했기 때문에 健康餘命算出을 위한 활동제한의 개념을 충족하지 못하는 難點이 있음. 그러나 2주간 總罹患日을 기초로 한 상병여명을 보면 남자는 0세에서 10.22년, 여자는 0세에서 15.70년으로 나타나 이를 기초로 한 非罹患餘命은 남자는 57.44년, 여자는 0세에서 59.97년이었음. 상병여명은 남자는 0세에서 20.14년, 여자는 0세에서 30.59년으로 나타나 상병이 없는 健康餘命은 남자는 0세에서 47.52년, 여자는 0세에서 45.08년으로 나타났음. 따라서 상병여명은 남자보다 여자가 더 길다는 것을 알 수 있음.

표본수가 큰 89년 국민건강조사를 기초로 한 연구에서 나타난 한국인의 건강여명은 남자는 0세에서 50.71년, 여자는 49.94년으로 나타났

음(윤병준 외, 1996). 이로써 지난 6년간 傷病餘命이 증가하였음을 알 수 있음.

韓國人의 活動制限餘命 등을 외국과 비교했을 때 활동제한이 없는 건강여명이 매우 높게 나타났음. 이러한 결과가 나타난 것은 국내 국민건강조사에 障碍人을 포함하고 있지 않기 때문임. 따라서 OECD國家들과의 國際比較를 위해서는 국민건강조사에 장애인이 포함되어야 함.

3. 政策建議

가. 身體的 健康增進 對策

본 연구에서 제시하고 있는 身體的 健康水準과 관련 危險要因은 우리나라를 대표하는 標本人口를 대상으로 수집한 자료를 분석한 결과라는 점에서 대표성 있는 유일한 자료라고 할 수 있음. 또한 본 연구를 통해 파악한 高血壓, 소화성 궤양, 肝炎, 만성폐색성 폐질환, 關節炎, 당뇨병 등 6가지 주요 慢性疾患의 성별, 연령별 분포는 선행연구들에서 나타난 분포와 대체적으로 유사하였음. 아직까지 우리나라에는 전국을 대표할만한 이들 慢性疾患의 유병률이 산출되지 못한 실정이어서 각 질환별 有病率의 推移 등은 제시하지 못했음. 또한 각각의 慢性疾患의 사례수가 충분하지 않아 다각적인 측면에서 분석할 수 없었다는 제한점도 있음. 무엇보다도 본 연구자료가 追跡調査資料가 아닌 斷面績 조사자료라는 점에서 疾病의 원인적 요소로서의 危險要因을 파악하는데 많은 제한점이 있음. 그럼에도 불구하고 흡연, 음주, 운동부족 등 몇 가지 중요한 要因이 신체적 건강과 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타난 점은 큰 성과라고 할 수 있음. 연구결과 고혈압과 같은 하나의 단일 질환이 여러 危險要因을 지니고 있을 수 있으며, 반면에

흡연과 같은 단일 危險要因이 고혈압, 만성폐색성 폐질환 심지어는 소화성 궤양의 危險要因으로 나타난 점은 政策的으로 중요한 시사점을 제기함. 본 연구결과를 토대로 한 政策建議는 다음과 같음.

- 건강 脆弱階層으로 나타난 여자, 고연령, 저소득 계층, 군지역 거주자에 대해 정부는 우선적으로 保健醫療 資源을 배분하고 각종 건강증진 프로그램의 우선적 접근대상이 될 수 있도록 정책적 配慮를 해야 함.
- 政府와 지방자치단체는 신체적 건강과 관련된 危險要因에 대한 국민들의 認識을 높이기 위해 다음과 같은 노력을 기울여야 함.
  ① 보다 적극적인 地域保健活動을 통해 건강과 관련된 危險要因에 대해 지역사회주민들을 교육해야 함.
  ② 保健所 및 의료기관의 職員들을 대상으로 흡연, 음주, 운동부족이 身體的 健康에 미치는 영향에 대해 교육하며 이들이 危險要因을 감소시키기 위한 활동을 展開하도록 하여야 함.
  ③ 매스컴을 통해 건강의 危險要因에 대한 전국적인 캠페인을 실시해야 함.
  ④ 保健醫療 전문직의 각종 慢性疾患의 危險要因에 대한 인식을 높이기 위해 ㉮ 지역단위의 保健醫療機關 직원들을 위한 세미나의 개최 ㉯ 危險要因에 대한 인식과 豫防保健 行爲의 중요성을 인식시켜줄 수 있는 프로그램을 개발하여 普及함.
- 慢性疾患의 危險要因을 지니고 있는 高危險群들을 조기에 발견할 수 있는 方案으로 환자 발견을 위한 週期的 건강검진, 高危險群의 등록 관리 등이 필요함.
- 무엇보다도 政府는 개인의 건강에 대한 認識과 책임을 일깨워 주어야 하며 건강을 향상시킬 수 있는 環境을 조성해 주어야 함.
- 우리나라도 선진외국의 경우와 같이 고혈압, 당뇨, 간염, 소화성궤양

등 각종 慢性疾患의 危險要因을 밝히기 위한 국가차원의 장기간의 追跡硏究가 요구됨.

나. 精神健康 增進 對策

대부분의 精神疾患은 원인이 알려져 있지 않고 매우 복합적이므로 예방할 수 있는 방법도 限定的임. 그러나 본 연구를 통해 파악된 우울증, 자해행위를 포함한 自殺思考, 알코올 의존, 스트레스에 의한 질환은 早期發見과 고위험군 관리 등을 통하여 병의 경과를 완화시키고 조기치료를 함으로써 유병률을 상당히 감소시킬 수 있음. 우리가 관심을 갖고 대책을 樹立해야 할 부분을 다음과 같이 제시하고자 함.

1) 幼兒期 精神健康 對策

- 결손가정 또는 기능부전상태의 가정

부모가 없는 이이들이나, 미혼모의 자녀, 부모의 離婚으로 가정에 파탄이 온 경우, 부부간의 갈등으로 가정내에 緊張度가 높을 때, 극빈가정, 부모가 정신질환을 가진 경우 등에서 아이들은 情緖的으로 불안정하며 정신건강이 취약해짐. 부부치료, 가족지지 치료체계, 아동들에 대한 적절한 사회적 정서적 支持를 제공해줌으로써 정신질환의 발병을 줄이고 유병률을 감소시켜야 함. 豫防次元에서 영유아기를 포함하여 직장여성 자녀양육은 누가 어떻게 할 것인지에 대한 대책도 필요함.

- 靑少年期 精神健康 對策

① 알코올 의존 등 危害性 물질에 대한 대책: 청소년들 특히 20대 여성이 알코올 등에 依存되는 것을 방지하기 위해 관련 교육자

료를 충분히 준비하고 정식 敎科課程으로 편성, 교과서 등에 포함되도록 함.

② 심각한 학업 스트레스에 대한 대책: 學業 成績만을 위한 과당경쟁을 없애고, 학업이 뒤지는 학생들이 쓸데없는 劣等感을 갖지 않도록 하기 위해 현재의 入試爲主 교육제도를 획기적으로 개선함.

③ 憂鬱症 및 自殺意圖 早期發見 및 對策: 우울증 유병률이 가장 높게 나타난 청소년기는 여러가지 감정적인 混亂이 빈번한 시기임. 自殺意圖나 自殺企圖의 경우에도 전체의 반 가까이가 공통적으로 15세에서 29세 사이의 젊은 층에 분포하고 있고, 15세에서 19세 사이의 사춘기 청소년 중 自殺思考가 있었던 사람의 6.2%가 지난 1년간 자살을 기도한 적이 있는 것으로 조사된 점과 우울증과 자살이 매우 밀접한 相關關係를 갖고 있는 점은 조기발견과 적절한 조치의 필요성을 강력히 示唆하는 것이라 하겠음.

- 成人期에서의 職場과 家庭에서의 스트레스 減少對策

① 高危險群 管理: 극빈자에 대한 충분한 생활비 補助로 가난에 의한 정신질환의 脆弱性을 예방하고, 결혼위기 및 이혼상담을 통하여 행복한 부부관계와 健康한 가정을 유지하도록 함.

② 위기개입 센터 설립: 각 직장과 대학교 地域保健센터 등 언제나 접근이 용이한 곳에 위기상담을 받을 수 있는 상담요원과 응급상담시설이 마련되어야 함. 24시간 위기상담전화의 홍보를 강화하고, 각 종합병원급의 應急室에는 반드시 정신과 면접 상담소를 설치할 것을 의무화함.

③ 子女養育 및 敎育負擔 減少: 현대의 산업사회에서는 많은 여성들이 직업을 갖고 있고, 또 전문직종을 갖기 위해서는 가사생활이나 자녀 養育法에 대한 교육이 부족한 경우가 많음. 신혼부부와

임신부를 위한 자녀 養育에 대한 프로그램을 각 지역사회센터 등에서 실시하며, 부부 직장인들의 낮시간 자녀 탁아, 직장 탁아소 설치 의무화 등을 실시하여 母子關係의 정서적 안정을 도모하도록 함. 중학교까지 의무교육 및 교육비 보조, 특히 학교 급식을 전국적으로 확대하여 부모들의 부담을 줄임. 대학교 敎育水準을 상향 평준화하여 자녀들의 일류대학 진학에 대한 지나친 집착에 의한 정서적 不安定을 없애고 자녀들과의 대화를 촉진함.

- 老年期 精神健康 增進 對策

① 갱·노년기 憂鬱障碍 및 자살률 감소: 청소년층 다음으로 우울증 유병률이 높게 나타난 老年期는 각종 개인적 상실과 뇌의 생물학적 요인에 의한 우울증의 好發時期이며 가장 자살율이 높은 시기임. 우울증을 조기 발견할 수 있는 각종 스크리닝 도구들을 개발 보급하고, 일반 진료의들에게 충분한 敎育을 통하여 우울증을 早期發見하여 적절한 치료를 주선할 수 있도록 해주는 교육 프로그램을 마련하고 실행기관을 정함. 일반인들에게도 우울증의 증상과 자살의 무모함에 대한 교육·홍보자료들을 제작 배포함.

② 직업 은퇴자 대우 강화: 老年期의 가장 큰 정신질환의 위험인자들 중의 하나가 가난과 경제적 어려움임. 사회연금제도를 확립하여 은퇴 이후의 생계를 社會的으로 보장하도록 하며, 노인들의 주택 및 직장알선, 건강관리 등에 대한 體系的 制度를 마련하여야 함.

다. 社會的 健康과 健康餘命增進 對策

건강을 사회적인 機能과 役割을 원활히 遂行할 수 있는 상태로 정의한 파슨스(Parsons, 1972)의 사회적 健康槪念에 근거하여 生涯 중 상병없이 생존하게 되는 건강수명과 活動障碍가 없는 건강수명을 산

출함. 2週間 總罹患日에서 算出된 健康餘命이 남자는 57.44년, 여자는 0세에서 59.97년이었음. 慢性疾患이 없는 健康餘命은 남자는 0세에서 48.09년, 여자는 0세에서 45.80년으로 나타났음. 이 結果를 토대로 國民健康을 위해 개선되어야 할 政策課題는 다음과 같음.

- 여자의 傷病餘命이 남자보다 낮게 나타났고 군부의 여성이 시부보다 높게 나타난 점을 감안할 때, 郡部의 女性에 대한 우선적인 健康管理對策이 요구됨.
- 사회적 측면에서의 健康水準을 높이고 삶의 질을 向上시키기 위해서 단순한 수명의 연장보다는 健康餘命의 연장에 중점을 둔 保健政策의 樹立과 보건사업이 보다 적극적으로 전개되어야 함.
- 傷病이나 障碍로 인한 損失期間, 活動制限期間 등 보다 정확한 健康餘命을 위한 調査項目 및 調査方法이 개발되어야 하고 정기적인 조사로 健康餘命의 推移를 파악하여 보다 深度있는 연구가 추진되어야 함.
- 우리나라 健康餘命의 국제비교를 위해 국민건강조사에 障碍者를 포함하여야 함.

第 1 章　序 論

第 1 節　硏究背景 및 必要性

健康의 槪念은 질병의 정의와 함께 시대의 변천에 따라서 바뀌고 있다. 근대에 이르기 전만 해도 健康의 槪念은 신체적 건강에 국한하여 인식해 왔다. 19세기 중엽부터는 健康이 身體槪念에서 心身槪念으로 바뀌었다. 제2차 세계대전 이후 조직된 世界保健機構(WHO)에서는 健康을 단순히 疾病이나 불구가 없는 상태만이 아닌 완전한 肉體的, 精神的, 社會的인 安寧狀態라고 정의하였다(Basch, 1990). 세계보건기구의 健康에 관한 이러한 정의는 개념이 추상적이고 靜的이라는 비판을 받기도 하나 일반적으로 통용되는 정의라고 할 수 있다. 이와같은 세계보건기구의 健康에 대한 개념에 근거하여 이를 현실적으로 測定하기 위한 노력이 꾸준히 시도되어 왔으며 이론적 개념에 근거하여 건강수준을 제시해 줄 수 있는 各種 指標가 개발되어 왔다(Sullivan, 1966; Moriyama, 1968; Fanshel & Bush, 1970).

우리나라도 최근 세계화의 추진, OECD 가입 등과 더불어 국민들의 「삶의 質」 향상을 위한 욕구가 증대되면서 보건사업의 내용도 身體的 健康에만 촛점을 맞추기 보다는 精神的, 社會的 健康의 개념을 포괄한 내용이어야 하며 반드시 人間中心이고 安寧(wellbeing)중심이어야 한다는 인식이 높아지고 있다. 특히 과거에는 다소 看過되어 오던 사회구성원의 정신적 건강의 중요성에 대한 인식이 精神保健法의 制定(1995. 12)과 함께 고조되고 있으며 疾病을 지닌 狀態에서의 수명 연장이 아닌 건강한 상태에서의 壽命延長의 중요성이 대두됨에 따라 健康餘命이 중요한 保健指標로 대두되고 있다. 이와같은 맥락에서 1995

년도 국민건강조사에서는 疾病調査 특히 主要 만성질환의 有病率 파악과 만성질환과 관련된 생활양식(Life Style)을 파악하는 데에 많은 노력을 기울였다. 또한 精神健康을 측정하는데 가장 기본이 되는 우울증 尺度 등 몇 가지 중요한 변수를 새롭게 추가하였다.

「國民健康 및 保健意識行態調査」는 전국을 대표하는 표본가구를 대상으로 당원이 1989년 이래 매 3년마다 實施하고 있는 調査이다. 동 조사자료에 대한 기술적인 分析結果는 조사년도인 1995년에 「韓國人의 健康 및 醫療利用實態」와 「韓國人의 保健意識行態」라는 2권의 표제명으로 발간된 바 있다.

이번 연구에서는 1995년도『國民健康 및 保健意識行態調査』資料를 이용하여 1차년도 분석에서는 충분히 다루지 못했던 부분인 우리나라 국민의 健康水準을 신체적, 정신적, 사회적 건강의 측면에서 살펴보며 이들 健康水準과 관련된 要因을 分析하고자 한다. 과거에는 다소 간과되어 오던 정신적 건강과 健康餘命에 관한 분석을 함께 시도하였다.

第 2 節　硏究目的 및 內容

本 硏究의 目的은 우리나라 국민의 健康水準과 關聯要因을 건강의 신체적, 정신적, 사회적 측면에서 分析하고자 하는데 있다. 신체적 건강수준의 파악은 전반적인 主觀的 健康水準과 主要 慢性疾患의 有病率을 통해서 파악하며 정신적 건강수준의 파악은 憂鬱症, 自殺意圖, 알코올의존을 통해 파악하고자 한다. 사회적 건강은 건강의 기능적 次元에서의 健康餘命 指標를 통해 제시하고자 한다. 위와같은 硏究目的을 달성하기 위한 硏究의 내용은 다음과 같다

1. 文獻을 통해 건강의 槪念에 따른 경험적인 測定方法 및 測定道具에 대해 고찰한다.

2. 先行硏究를 고찰함으로써 분석하고자 하는 분야의 硏究動向를 살펴보며 분석모형을 설정한다.
3. 分析資料와 분석변수 및 분석방법에 관하여 기술하며 硏究의 제한점을 제시한다.
4. 세계보건기구에서 정의한 健康槪念의 次元에 根據하여 身體的, 精神的, 社會的 次元으로 나누어 健康水準을 分析한다.
5. 신체적 건강수준과 關聯要因을 주관적 건강인식, 만성질환이환 여부와 主要 慢性疾患인 고혈압, 심장병, 소화성궤양, 간염, 만성폐색성폐질환, 관절염, 당뇨병을 중심으로 살펴본다
6. 정신적 건강수준과 관련요인을 憂鬱症을 중심으로 살펴보며, 자살의도와 알코올의존에 관해서도 분석 제시한다.
7. 健康의 사회적 측면은 健康餘命 指標를 통해 살펴보고자 한다.

第 3 節 硏究方法

1. 分析資料

본 연구에서 사용한 資料는 1995년도에 韓國保健社會硏究院이 실시한 전국 규모의 가구조사인 국민건강 및 보건의식행태조사 자료이다. 有病率과 健康餘命을 산출하기 위해서는 국민건강조사 대상자(22,675명)를 분석대상으로 하였고 정신건강수준과 신체적, 정신적 건강과의 關聯 要因을 파악하기 위해서는 보건의식행태조사 대상자인 15~69세에 해당되는 성인 6,480명을 분석대상으로 삼았다. 본 연구의 분석대상자인 1995년도 國民健康調査 對象者와 保健意識行態 조사대상자의 일반적 특성은 <表 1-1>에서 제시한 바와 같다.

〈表 1-1〉 硏究 對象者의 特性

	센서스 자료[1](%)	국민건강조사		의식행태조사	
		수	%	수	%
전 체	-	22,675	100.0	6,480	100.0
거주지					
시지역	-	17,737	78.2	5,089	78.5
군지역	-	4,938	21.8	1,391	21.5
성					
남자	50.3	10,974	48.4	3,107	48.0
여자	49.7	11,701	51.6	3,373	52.0
연령					
0~9세	16.6	3,181	14.1	-	-
10~14세	9.2	2,166	9.5	-	-
15~19세	10.4	1,919	8.5	-	-
20~29세	19.9	3,601	15.9	763	11.8
30~39세	16.6	4,050	17.9	1,431	22.1
40~49세	10.9	2,998	14.2	1,609	24.8
50~59세	8.5	2,318	10.2	1,192	18.4
60~69세	4.8	1,417	6.2	922	14.2
70세 이상	2.8	1,025	4.5	563	8.7
교육수준					
미취학(만 6세 이하)	-	2,011	8.9	-	-
무학	-	1,789	7.9	405	6.3
국졸	-	4,676	20.6	972	15.0
중졸	-	3,798	16.8	1,036	16.0
고졸	-	6,985	30.8	2,676	41.3
전문대졸 이상	-	3,416	15.1	1,301	21.5
결혼상태					
미혼	-	4,600	20.3	1,826	28.2
유배우	-	11,003	48.5	4,223	65.2
기타(사별·이혼·별거)	-	1,726	7.6	431	6.7
비해당(만 14세 이하)	-	5,346	23.6	-	-
가구소득수준(월평균)					
50만원 이하	-	2,656	11.8	777	12.0
51~100만원	-	5,861	25.8	1,670	25.8
101~150만원	-	6,175	27.2	1,689	26.1
151~200만원	-	4,201	18.5	1,215	18.8
201~250만원	-	1,656	7.3	488	7.5
251만원 이상	-	2,126	9.4	641	9.9

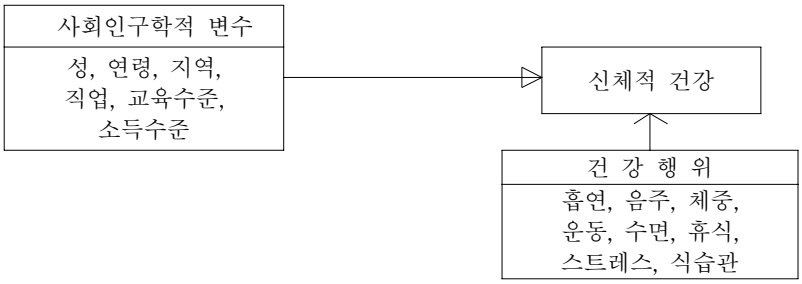
資料: 1) 통계청, 「시도별 추계인구」, 1960~2000.

우리나라 센서스 推計資料에 의하면 남자가 50.3%로서 여자보다 다소 많은데 비해 本 硏究對象은 여자가 51.6%로서 남자보다 약간 많았고 연령분포에서도 본 연구대상자가 센서스 추계자료에 비해 40세 이상 高年齡層의 比率이 다소 높게 나타났다. 이는 표본을 선정할 때 市部와 郡部의 비교를 용이하게 하기 위해 高齡人口가 많은 郡部에 2배의 加重値를 주었기 때문이다.

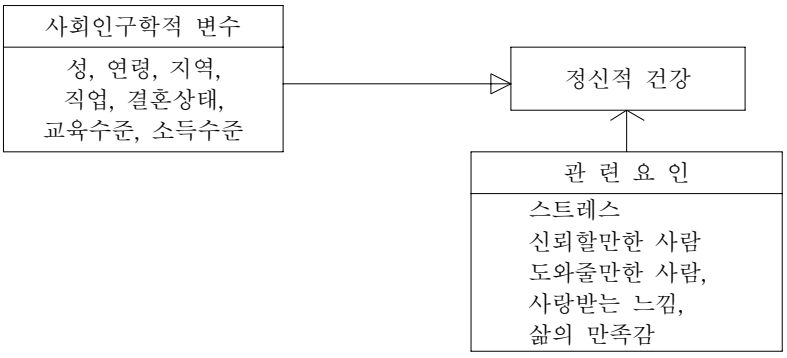
2. 分析 方法

가. 分析 模型

1) 身體的 健康 關聯要因 分析模型



2) 精神的 健康 關聯要因 分析模型



나. 分析 方法

1) 單變量 分析

통계프로그램인 SPSS를 사용하여 카이스퀘어 검증을 통한 기술적인 분석을 하였다.

2) 多變量 로지스틱 回歸分析

다변량 분석을 위해서는 PC용 SAS 프로그램을 이용하여 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 로지스틱 회귀분석의 기본가정은 교차비(odds)의 자연로그는 독립변수들과 선형의 관계를 가진다는 것이다. 모델은 다음과 같이 표현된다.

$$\log\left\{\frac{p(y)}{1-p(y)}\right\} = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \ \ldots\ \beta_p x_p$$

교차비(Odds ratio)는 다음과 같은 수식에 의해 산출하였다.

$$\phi = \frac{\left(\frac{e^{\beta_0+\beta_1}}{1+e^{\beta_0+\beta_1}}\right)\left(\frac{1}{(1+e^{\beta_0})}\right)}{\left(\frac{e^{\beta_0}}{1+e^{\beta_0}}\right)\left(\frac{1}{(1+e^{\beta 0+\beta 1})}\right)} = \frac{e^{\beta_0+\beta_1}}{e^{\beta_0}} = e^{\beta_1}$$

독립변수가 이분값을 갖는 로지스틱 회귀분석에서 교차비(Odds ratio) $\phi = e^{\beta 1}$이다(Hosmer & Lemeshow, 1989). 95% 신뢰구간의 계산은 다음의 공식에 의해 산출하였다(Hosmer & Lemeshow, 1989).

$$\exp\ \{\hat{\beta} \pm 1.96 \times SE\hat{}(\hat{\beta}_1)\}$$

3) 分析에 使用된 變數 및 定義

가) 身體的 健康과 關聯 危險要因分析을 위해 使用된 變數는 <表 2>와 같다.

〈表 1-2〉 身體的 健康 關聯要因 分析을 위한 다변량 로지스틱 回歸分析에 使用된 變數값

	변수값 1		변수값 0	
	항목	분석 대상자수	항목	분석 대상자수
종속변수				
주관적 건강	나쁨	2,277	좋은편	4,202
만성질환	있음	1,622	없음	4,857
고혈압	예	222	아니오	6,257
소화성궤양	예	443	아니오	5,977
만성폐색성 폐질환	예	149	아니오	6,330
관절염	예	314	아니오	6,165
당뇨	예	118	아니오	6,361
독립변수				
성	여자	3,372	남자	3,107
연령	40 이상	2,677	39 이하	3,802
거주지역	군	1,391	시	5,089
소득수준	50만원 이하	766	51만원 이상	5,713
흡연기간	20년 이상	982	19년 이하	5,497
흡연경험	있음	2,595	없음	3,885
음주빈도	매일음주	419	기타	6,060
음주량	고도음주	529	기타	5,949
알코올의존	예	643	아니오	5,837
과다체중	예	912	아니오	5,567
바람직한 운동	아니오	890	예	5,589
육체적인 일	하지않는편	3,001	하는편	3,478
수면시간	부족	1,256	기타	5,223
스트레스	있음	1,361	없음	4,686
육식선호	예	2,122	아니오	4,357
과식	예	172	아니오	6,307
염분섭취	예	1,668	아니오	4,808

나) 變數의 定義

(1) 肥滿度(체표면적비율을 이용한 체용적 지수 body mass index; 이하 BMI): 비만도의 구분은 25㎏/㎡ 이하를 「정상」, 25㎏/㎡ 이상을 과다체중으로 하였다.

BMI＝체중(㎏/키(m)의 제곱)

(2) 바람직한 운동: 평소에 땀에 젖고 숨이 가쁜 運動을 주 2회 이상 1회 20분 이상 하는 경우

〈表 1-3〉 分析對象 慢性疾患과 種類別 患者數

(단위: 명)

주요 만성질환	전체	의사진단	비진단
순환기계			
고혈압성 질환	592	551	41
중풍	130	100	30
심장병	255	221	34
소화기계			
소화성궤양(위염, 위궤양, 십이지장궤양)	1,076	952	124
간염, 간경화증	195	194	1
기타			
만성폐색성 폐질환(기관지염, 해소기침)	412	311	101
당뇨병	361	349	12
관절염(무릎이 붓고 몹시 아픔)	900	702	198

(3) 飮酒量[1)]

- 고도음주: 주 2회 이상 1회에 平均 소주 1병 이상 마시는 경우{월 알코올섭취량: 2,886.4㎖(에탄올 720gm) 이상}

1) 알코올 함유량은 소주의 경우 1홉(180.4㎖)을 에탄올 45gm으로, 맥주는 1병(640㎖)을 에탄올 25.6gm으로, 그리고 양주의 경우 위스키 1잔을 에탄올 10gm으로 환산하여 사용하였다.

- 중도음주: 주 2회 이상 1회에 평균 소주 반 병 이상을 마시거나 한 달에 2회 이상 1회에 평균 소주 1병 이상을 마시는 경우{월 알코올 섭취량: 1,440㎖(에탄올 360gm) 이상}
- 저도음주: 빈도와는 관계없이 1회에 평균 소주 1~2잔을 마시거나 1회 평균 소주 1병 이하를 주 1회 이하 마시는 경우

(4) 吸煙期間: 금연자 또는 현 흡연자의 총 흡연기간을 말함.

(5) 吸煙量: 금연자 또는 現 吸煙者의 1회 평균 흡연량을 말함.

나) 정신적 건강관련 危險要因分析을 위해 사용된 변수는 <表 1-4>와 같다.

〈表 1-4〉 精神的 健康 關聯要因 分析을 위한 다변량 로지스틱 回歸分析에 使用된 變數값

종속변수	변수값 1		변수값 0	
	항목	분석 대상자수	항목	분석 대상자수
종속변수				
우울증	있음	1,026	없음	3,467
알코올의존	있음	526	없음	4,900
자살의도	있음	1,463	없음	3,954
독립변수				
성	여자	3,373	남자	3,107
연령	15~21세	634	22~64세, 65세 이상	5,171
거주지역	군	5,089	시	1,391
직업	전문직	-	비 전문직	-
결혼상태	유배우	4,223	사별, 이혼, 별거	2,257
교육정도	대졸이상	1,115	고졸 이하	5,365
소득수준	저소득	-	기타	-
스트레스	있음	4,685	기타	1,361
신뢰할만한사람	없음	933	있음	5,547
도와줄만한 사람	없음	589	있음	5,891
사랑받는 느낌	없음	167	있음	6,313
삶의 만족감	없음	1,104	있음	5,476

본 연구에 사용된 역학연구센터 憂鬱症尺度(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, 이하 CES-D라 함)은 세계적으로 가장 널리 사용되어지고 있는 자기보고형 憂鬱症 簡易選別檢査 道具의 하나로서, 문항들이 매우 간결하고 증상의 존재 기간을 기준으로 정도를 측정하므로 地域社會群에서의 疫學用 硏究에 특히 적절하다고 알려져 있다(Craig & Van Natta, 1976; Myers & Weissman, 1980; Eaton & Kessler, 1981; Roberts & Vernon, 1983).

우리나라에서는 신승철 등(1991)이 CES-D의 使用度 硏究를 하여 주로 요인분석을 통해 橫文化的(cross-sectional) 考察에 중점을 두었었고, 한국인의 CES-D의 평균점수(15.6)가 미국인의 平均點數(9.1)보다 높아 국제적인 最適切斷點인 16점을 그대로 사용하는 것이 무리가 있어 새로운 한국인의 最適切斷點(cut-off point)을 찾고자 하여 24점을 基準으로 제시하고, 네 개의 肯定的 質問問項에 대한 문제점을 제시하였다.

조맹제(1993)의 硏究에서는 CES-D 항목을 네 차례에 걸친 예비연구를 통하여 肯定的 情緖를 묻는 네 문항(4, 8, 12, 16번 항목)중 한 항목(hopeful …… future)을 否定的 情緖項目('앞일이 암담하게 느껴졌다')으로 바꾸고, 나머지 세 항목(happy, enjoy, as good as)은 우리 정서에 맞는 쉽고 간결한 문장으로 다듬고 應答하기 쉬운 문항을 앞쪽으로 배치하는 등 問項 順序를 조정하여 5번('비교적 잘 지냈다'; happy), 10번('보통사람들만큼의 능력은 있었다'; as good as), 15번('큰 불만없이 생활했다'; enjoy)문항에 配置하여 수정된 한국어판 CES-D를 완성하였다. 臨床患者群과 一般群을 대상으로 연구를 실시하여 한국어판 CES-D의 信賴度와 妥當度를 입증하여 표준화하고, 最適切斷點에 관하여는 DSM-Ⅲ-R의 主要憂鬱症 診斷을 標準基準으로 하여, Kappa값이 가장 높고 예민도가 90% 이상이면서 특이도를 가장

적게 희생시키는 25점을 절단점 중의 하나로 설정하고, 지역사회 疫學 硏究의 일차 選別道具로서의 용도에 가장 適合하도록 銳敏度를 95% 이상으로 하고, 가음성률을 5% 이내로 하면서 地域社會對象群에서의 양성률을 25% 내외로 하는(75th percentile에 해당하는) '21점'을 또다른 切斷點(cut-off point)으로 설정하였다.

다. 健康餘命의 測定

본 연구에서는 설리반(Sullivan)의 건강여명 계산방법을 응용하여 '95년 국민건강의식행태조사의 이환조사자료를 가지고 韓國人의 평균기대여명에 대한 활동장애여명 및 상병여명을 산출하였다. 健康餘命이라는 용어는 活動障碍餘命, 寢上臥病餘命, 日常活動不能餘命 등을 平均期待餘命에서 뺀 수치를 의미한다.

본 연구에서는 「'95 국민건강의식행태 조사」자료에서 분석 가능한 2주 이내에 총활동제약일수와 慢性疾患罹患으로 지내게 되는 총이환일수를 토대로 상병여명을 推定하였다. 건강여명산출을 위해 필요한 傷病日數, 活動制約日數, 寢上臥病日數 등은 자료의 제한성에 의해 국민건강조사상의 2주간 활동제약일수, 罹患日數, 침상와병일수를 사용하였고 만성질환은 그 질병의 特性이 慢性이라는 것 때문에 2주간의 활동제약일수보다는 만성질환에 이환 중인 사람수를 중심으로 분석하였다.

1) 健康餘命의 計算

일생 동안 장애로 인해 活動이 제한되는 기간의 산출은 분석자료에 나타나는 장애의 정의에 따라 달라질 수 있다. 障碍期間을 측정할 수 있는 변수는 미국의 健康面接 설문조사의 경우(National Health

Interview Survey) 활동제한일수, 寢上臥病日數 또는 病院入院日數 등이다. 실제 分析上으로는 活動障碍期間이 자료의 변수특성에 따라 제한적이 될 수 있다는 난점이 있다(Sullivan, 1971). 설리반은 生命表를 이용하여 사망과 질병을 통합한 지표의 개발에서 活動障碍가 없는 기간의 비율을 다음과 같이 계산하였다.

$$I_x = \frac{1 - W_x}{365}$$

I_x : 활동장애가 없는 연간비율
W_x : X세의 년간 개인당 활동장애일수

주어진 연령계급에서 活動障碍가 제거된 生存人年은 다음과 같다.

$$L_x^* = L_x \times I_x$$

L_x^* : 주어진 年齡階級에서 활동장애가 제거된 생존인년
L_x : 生命表上의 생존인년
I_x : 活動障碍가 없는 사람들의 年間 粉率

활동장애가 제거된 期待餘命의 산출은 다음과 같다.

$$e_x^* = \frac{T_x^*}{l_x}$$

e_x^* : 활동장애가 제거된 기대여명
T_x^* : 총생존인년
l_x : 생명표상의 각 연령집단의 생존수

e_x^*가 산출되면 생명표상의 기대여명에서 e_x^*를 빼줌으로써 활동장애로 지내게 되는 기대여명을 구할 수 있다.

2) 活動障碍餘命의 算出

설리반(Sullivan)의 기법을 이용하여 活動障碍로 지내는 기간의 기대여명을 生命表를 사용하여 계산하는 方法은 다음과 같다(윤병준, 1995).

$$① \ {}_nL_x = e_x \times l_x - e_{x+n} \times l_{x+n}$$

${}_nL_x$: 생명표상의 정지인구로서 x세에서 x+n세까지 살아있는 사람의 平均人年(Person-year)

$$② \ {}_nLWD_x = {}_nL_x \times {}_nd_x$$

${}_nLWD_x$: x세에서 x+n세 사이에 상병상태로 지내는 평균인년

${}_nd_x$: x세에서 x+n세 사이의 상명상태에서 지내는 연간 비율

$$③ \ elWd_x = \frac{\sum_n LWD_x}{l_x}$$

$elWd_x$: 傷病狀態에 따른 平均傷病餘命

위와 같은 계산방법을 사용하여 生命表上의 기대여명에 대한 활동제한기간, 이환기간, 침상와병기간의 期待年數를 산출하는 節次는 다음과 같다.

① 年齡別 活動制限期間, 罹患期間, 寢上臥病期間의 연간 비율을 산출한다.

② 生命表上의 生存人年에 ①에서 산출된 비율을 곱하여 활동제한, 이환, 침상와병으로 인한 연령별 손실인년을 산출한다.

③ 生命表의 총생존연수 작성방법에 의하여 각 年齡階級別 損失人年을 누계한 總損失人年을 구하고 각 연령계급별 生存數로 나누어 평균 損失期待年數를 산출한다.

第 4 節　硏究의 制限點

본 연구는 世界保健機構에서 定義하고 있는 건강의 개념에 근거하여 우리나라 국민의 건강수준을 신체적, 정신적, 사회적 側面으로 나누어 제시하고 이들 건강수준에 影響을 미치는 요인을 파악하고자 하는 목적에서 이루어졌다. 그러나 본 연구는 다음과 같은 몇 가지 制限點을 지니고 있다.

1. 健康의 水準을 測定하는 데 있어서의 問題點

제2장에서도 여러번 언급했듯이 健康에 대한 이론적인 개념을 操作的으로 尺度化하는 데에는 아직까지 현실적으로 거리가 있으며 학문적인 合意가 충분히 이루어졌다고 볼 수 없다. 본 연구에서 시도한 건강의 尺度는 포괄적인 健康槪念 중 극히 일부에 지나지 않는다.

2. 橫斷資料를 利用한 關聯要因 分析의 限界

분석에 사용한 자료가 횡단적 조사자료(cross-sectional data)이기 때문에 여기서 제시된 變數間의 관련성에 대한 因果關係가 분명하지 않다. 즉 여기서 독립변수로 사용한 음주, 흡연, 식습관 등의 행위는 종속변수인 각종 疾病이 발생한 후에 變化된 행동일 수 있다는 점에서 결과 해석에 제한점이 있다. 무엇보다도 질병으로 인해 早期에 사망한 사람이 硏究對象에서 제외되었기 때문에 이 연구에서 산출된 독립변수의 각각의 만성질환에 대한 相對危險度는 실제보다 매우 낮을 素地가 있다.

3. 面接에 의해 把握한 傷病資料의 限界

이 연구에서 제시하고 있는 有病率은 面接調査에 의해 파악한 상병상태에 根據한 것이므로 실제보다 낮게 추정되었을 가능성이 크다.

4. 標本크기로 인한 限界

慢性疾患과 관련된 要因分析에서는 각각의 疾患別로 분석할 때 事例數가 적어서 연구결과에 따라 필요한 攪亂變數(confounding variable)를 統制하지 못함으로 인해 결과의 타당성에 대한 檢證을 할 수 없었다.

5. 健康餘命算出의 限界

健康餘命의 算出은 健康과 障碍, 活動制限에 대한 연구자의 정의에 따라 수치가 다르게 나올 수 있다. 健康餘命算出을 위해 분석자료로 사용한 「'96 國民健康 및 保健意識行態調査」에서는 단기질환으로 인한 상병일수, 침상와병일수, 活動制約日數 등을 단기 및 장기상병별로 각각 구분하고 있지 않아서 2주간 총 이환일, 活動制限日, 침상와병일수를 중심으로 健康餘命을 算出하였다. 따라서 장기질환으로 인한 연간 활동제한일, 침상와병일이 健康餘命計算에 정확하게 반영되지 못했다. 그리고 이 分析資料에는 障碍人이 포함되어 있지 않기 때문에 본 연구에서 산출한 韓國人의 活動制限期間을 보편화시킬 수 없는 제한점이 있다.

第 2 章　身體的 健康水準과 關聯 危險要因

第 1 節　身體的 健康의 槪念과 測定에 관한 考察

身體的 健康은 생리학과 醫學에 根據를 둔 개념으로써 19세기 생물학의 발달과 더불어 현대적인 疾病槪念의 대두와 함께 측정방법도 발전되어 왔다. 즉 疾病이란 신체상의 병리학적인 비정상상태를 생리학적, 의학적으로 압축한 상태로 定義된다. 따라서 질병은 관찰, 측정, 기록, 분류될 수 있는 어떤 비정상적인 症候와 症狀에 의해 진단되며, 正常에 대한 임상적인 基準에 따라 분류된다(Twaddli, 1974).

1. 疾病

疾病이란 의사에 의해 진단받은 狀態라는데 아직까지 많은 의료인들은 동의하고 있다. 이는 生物有機體의 기능을 객관적 기준에 의해 측정할 수 있다라는 점을 假定하는 것으로써 측정된 비정상 상태의 심각성에 의해 건강상태가 판정된다. 즉 의사의 진단에 의해 개인은 그에 따른 병명이 붙게 된다.

2. 症候와 症狀

疾患을 정의하는 의학적인 準據가 생체학 또는 행동과학적 측면에 있다고 볼 때, 의사에 의해 두 가지 樣相이 인식될 수 있다. 그 중 하나는 열, 만져지는 종양, 혈압, 임상검사 결과와 같은 '症候'로써 직접적인 관찰이 가능한 것이다. 다른 하나는 症狀으로서 이는 의사에 의해 항상 직접적으로 觀察되는 것은 아니다. 증상은 환자에 의해 호소

되어 짐으로써 알게 될 뿐이다. 症候를 동반하지 않은 症狀은 건강상태를 규정할 때 일반적으로 작용하지 못한다.

3. 主觀的인 健康認識

身體的인 健康을 측정하는 방법으로 症狀調査, 의학적 診斷名, 罹患日數 등의 의학적인 차원의 측정방법 이외에 주관적인 自己健康 評價를 신체적인 건강을 측정하는 尺度로 보기도 한다.

4. 身體의 機能的인 水準 評價

身體의 기능적인 側面을 평가하기 위한 척도에는 신체활동 정도, 일상활동 수행능력, 疾病으로 인한 活動制約日數, 침상와병일수, 직장결근일수 등이 포함된다.

5. 身體的 健康 槪念의 經驗的 測定

바우만은 外來 患者와 醫科大學 學生을 대상으로 한 경험적 연구에서 신체적 건강개념을 ① 健康에 대한 일반적인 느낌(a general feeling of well being) ② 疾病의 증상이 없는 상태(the absence of general or specific symptoms of illness) ③ 신체적 건강이 좋은 사람들이 할 수 있는 것들(what a person who is in good physical condition should be able to do)의 세 가지 종류로 측정하였다(Baumann, 1961).

알라메다 카운티의 연구(The Alameda County Human Population Laboratory)에서는 신체적 健康을 신체적 불구, 손상, 만성질환, 증상으로 개념화하였다(Breslow, 1972). 미국 질병관리센터(Center for Disease Control, CDC)의 건강면접조사(Health Interview Survey)에서는 신체적 건강을 측정하는 방법으로 증상, 罹患日數, 일상활동 수행

능력, 障碍日數를 조사하였고 신체의 기능적인 수준을 評價하기 위한 방법으로 활동제한일수, 침상와병일수, 직장결근일수를 調査하였다. 또한 주관적인 自己健康評價를 신체적 건강수준의 척도로 포함시키고 있다

第 2 節 全般的인 身體的 健康水準과 關聯要因 分析

1. 全般的인 身體的 健康水準

전반적인 身體的 健康水準을 측정하기 위한 지표로서 본 연구에서는 ① 스스로 인식한 건강상태와 ② 慢性疾患有無의 두 가지 지표를 사용하였다. 스스로 인식하는 건강상태는 의료인이 평가한 客觀的인 測定과 一致하지는 않지만 건강행위나 의료수요를 측정하는데는 가장 좋은 지표로 지적되고 있다(Ware et al., 1981). 이 두 가지 指標를 통해 분석대상자(15~69세)의 健康水準을 살펴본 결과, 스스로 인식하는 健康狀態(主觀的 健康水準)는 여자의 23.6%, 남자의 10.6%가 나쁜 편이라고 응답을 하였으며 여자의 28.5%, 남자의 21.3%가 한 가지 이상의 慢性疾患을 지니고 있는 것으로 나타났다. 이를 종합해 볼 때 전반적인 身體的 健康狀態는 여자가 남자보다 나쁜 것으로 평가된다(表 2-1 참조).

〈表 2-1〉 分析對象者의 身體的 健康水準

(단위: 명, %)

	주관적 건강인식			만성질환	
	나쁜편	보통	좋은편	있음	없음
남 자	328(10.6)	1,113(35.8)	1,666(53.6)	662(21.3)	2,446(78.7)
여 자	702(23.6)	788(26.4)	1,490(50.0)	961(28.5)	2,412(71.5)
전 체	1,030(15.9)	1,901(35.4)	3,156(48.7)	1,623(25.0)	4,857(75.0)

資料: 남정자 외, 『한국인의 보건의식행태』, 1995.

우리나라 국민들의 스스로 인식하는 건강상태는 OECD 국가들과 비교해 보면 매우 낮았다(表 2-2 참조).

〈表 2-2〉 國家別 主觀的 健康認識 比較

(단위: %)

국 가	연도	연령집단	주관적 건강인식 (좋지 않은편)
한 국[1)]	1995	15~69세	51.3
네델란드[2)]	1990	16세 이상	21.0
프 랑 스[2)]	1991	16세 이상	27.3
노르웨이[2)]	1993	16세 이상	18.0
체 코[2)]	1993	16세 이상	39.1

資料: 1) 본 연구자료
2) OECD Health Data, 1995.

2. 身體的 健康水準에 影響을 미치는 要因

가. 社會人口學的 變數와 身體的 健康과의 關聯性

年齡은 신체적 건강수준과 매우 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타났다. 즉, 남녀 모두 연령이 증가함에 따라 스스로 느끼는 건강상태(주관적 건강상태)가 나쁘게 나타났으며 만성질환 유병률도 증가하였다. 居住地域도 건강수준과 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타났는데 군지역 거주자는 시지역 거주자보다 남녀 모두 身體的 健康指標(만성질환 이환, 주관적 건강)가 좋지 않게 나타났다. 職業別로 신체적 건강수준(만성질환 이환, 주관적 건강)을 살펴보면 농·어업 종사자, 단순노무자, 주부·무직 등의 순으로 健康狀態가 나쁘게 나타났다. 性別로 볼 때도 그와 비슷한 경향을 보여주었다. 敎育水準別로 신체적 건강상태를 살펴보면 대학원졸업 이상의 소수 집단(89명)을 제외하곤 학력이 낮을수록 신체적 건강상태(만성질환 이환, 주관적 건강)가 나쁜 것으로 나타났다(表 2-3 참조).

〈表 2-3〉 社會人口學的 變數와 身體的 健康과의 關聯性

(단위: %)

	주관적건강(나쁜편)			만성질환(있음)		
	전체 (1,030)	남자 (328)	여자 (702)	전체 (1,623)	남자 (662)	여자 (961)
연령						
15~19세	4.8	1.8	7.5	5.0	5.6	4.6
20~29세	9.2	7.5	10.6	11.9	13.9	10.1
30~39세	11.2	7.1	15.2	18.4	16.1	20.6
40~49세	16.9	11.1	22.8	31.5	26.6	36.5
50~59세	29.9	18.9	40.0	44.5	32.0	56.0
60세 이상	36.5	27.0	43.6	59.2	49.9	66.1
	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001
지역						
시	13.5	8.3	18.4	21.3	19.2	26.1
군	24.7	19.2	29.3	28.5	29.3	36.7
	p<.001	p<.001	p<.05	p<.001	p<.001	p<.001
직업						
전문가	6.2	3.5	11.7	18.0	18.7	16.5
사무직원	5.6	2.9	11.0	16.5	21.0	7.1
서비스근로자	14.2	10.8	17.6	25.0	21.0	28.9
농업, 어업	31.0	26.2	36.1	41.6	35.9	47.5
숙련기술자	9.4	6.5	26.5	18.5	17.6	23.6
단순노무자	22.8	19.0	27.2	30.2	25.2	35.7
학생	6.5	5.7	7.3	6.5	8.6	4.4
주부, 무직 등	22.7	20.3	23.1	34.7	35.4	34.6
	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001
교육정도						
무학	45.9	41.4	47.2	58.2	49.5	60.6
국민학교	32.8	28.5	35.6	42.2	35.4	46.8
중학교	14.1	8.9	18.2	30.6	25.9	34.4
고등학교	9.5	6.3	12.7	16.2	16.6	15.8
전문대	8.5	5.1	12.2	14.5	10.9	18.4
대학교	8.7	6.4	12.0	15.5	16.6	13.9
대학원 이상	13.2	11.9	22.7	31.4	30.1	37.1
	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001
월평균소득						
50만원 이하	34.8	25.0	42.3	46.1	36.4	53.5
51~100만원	17.3	13.6	20.8	25.0	22.5	27.3
101~150만원	13.2	8.0	17.9	20.1	15.2	24.5
151~200만원	10.7	7.2	14.0	19.9	17.9	21.9
201~250만원	10.3	5.1	16.2	21.5	23.1	19.7
251만원 이상	10.1	6.2	14.0	25.8	24.3	27.3
	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001
전 체	15.9	10.6	20.8	25.0	21.3	28.5

註: ( )는 분석대상수

또한 월평균소득이 낮을수록 만성질환 유병률도 높고 主觀的 健康도 좋지 않은 경향을 보였다. 반면에 고소득 계층(월 평균 소득이 250만원 이상인 경우)의 건강상태는 보통 정도의 所得水準에 비해 나쁘게 나타났다. 연령, 居住地域, 직업, 교육정도, 소득수준과 신체적 건강과의 관련성은 모두 0.001 이하의 확률로 유의하였다.

나. 吸煙과 身體的 健康과의 關聯性

吸煙과 身體的 健康과의 관련성은 흡연경험, 흡연기간, 흡연량의 세 가지 지표를 통해 살펴보았다. 全體的으로는 比吸煙經驗者가 더욱 건강이 나쁜 것으로 나타났으나 성별 분류에 의하면 男女 모두에서 吸煙經驗者(현 흡연 및 과거흡연 포함)는 비흡연자보다 스스로 느끼는 健康狀態가 나쁜 편으로 나타났으며 慢性疾患 有病率도 높게 나타났다. 吸煙期間이 길수록 주관적 評價에 의한 健康狀態는 나빠지는 경향을 보여주었다. 吸煙期間은 특히 慢性疾患과 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타났다.

吸煙量과 신체적 건강과의 관련성은 다소 一貫性이 없게 나타났다. 다만 남자의 경우 하루 평균 한갑 반 이상을 피울 때 慢性疾患에 걸릴 가능성이 높게 나타났다(表 2-4 참조). 吸煙은 疾病과 死亡의 危險을 높일 수 있는 가장 큰 단일 요인임이 WHO를 비롯한 많은 연구에서 거듭 증명되어 왔다(WHO, 1995). 본 연구에서도 자료가 지닌 제한점에도 불구하고 흡연은 身體的 健康에 좋지않은 영향을 미칠 수 있는 가능성을 충분히 보여주고 있다고 하겠다.

다. 飮酒와 身體的 健康과의 關聯性

飮酒와 身體的 健康과의 관련성은 음주빈도, 음주량, 알코올의존의 세 가지 측면에서 살펴보았다. 첫째 음주빈도와 건강과의 관련성을 두

가지 신체적 건강지표를 통해 볼 때 共通的으로 월 2~4회 음주자의 健康狀態가 가장 양호한 것으로 나타났으며 매일음주자와 무음주자의 건강상태가 좋지 않은 것으로 나타났다. 둘째, 여자 고도음주자의 경우 만성질환 유병률이 높게 나타난 점을 제외하곤 음주량은 주관적 健康狀態와 거의 관련성이 없는 것으로 나타났다. 셋째, 알코올의존은 慢性疾患 罹患과는 관련성이 없는 것으로 나타났으나 남자의 경우에만 알코올 의존자가 비의존자에 비해 스스로 인식하는 건강상태가 나쁜편으로 나타났다(表 2-5 참조).

〈表 2-4〉 吸煙과 身體的 健康과의 關聯性

(단위: %)

	주관적건강(나쁜편)			만성질환(있음)		
	전체 (1,030)	남자 (328)	여자 (702)	전체 (1,623)	남자 (662)	여자 (961)
흡연경험						
현흡연	13.2	10.9	36.2	23.5	21.7	41.6
과거흡연	16.4	14.0	28.1	29.7	28.9	33.8
비흡연	17.3	7.9	19.7	25.2	16.3	27.5
	p<.001	p<.01	p<.001	-	p<.001	p<.001
흡연기간						
0~9년	10.8	6.8	28.5	16.0	13.1	28.8
10~19년	9.6	6.7	39.0	22.2	19.1	53.2
20년 이상	18.0	16.1	48.3	33.4	31.9	57.3
	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001
흡연량						
반갑 이하	15.8	11.3	34.0	25.6	22.6	37.6
약 한갑	12.4	10.8	34.9	22.8	21.2	45.1
한갑반 이상	13.9	13.3	26.3	28.2	27.9	35.1
	p<.001	p<.05	p<.001	-	p<.001	p<.001

註: ( )는 분석대상수

〈表 2-5〉 飮酒와 身體的 健康과의 關聯性

(단위: %)

	주관적건강(나쁜편)			만성질환(있음)		
	전체 (1,030)	남자 (328)	여자 (702)	전체 (1,623)	남자 (662)	여자 (961)
음주빈도						
무음주	17.8	10.9	21.4	26.9	21.9	29.5
월1회 이하	15.8	8.2	20.8	22.1	27.5	18.6
월2~4회	6.8	5.2	10.4	17.1	16.5	18.6
주2~4회	11.2	9.2	22.5	23.1	22.2	28.3
거의매일	20.2	18.9	33.0	24.4	23.1	37.5
	p<.001	p<.001	p<.01	p<.001	-	p<.001
음주량						
저도음주	12.0	8.1	17.5	20.9	19.9	22.2
중도음주	10.8	10.1	16.4	21.8	21.8	21.7
고도음주	12.8	12.0	24.2	22.8	21.6	41.7
	p<.001	-	-	p<.05	-	p<.01
알코올의존						
아니오	16.0	9.8	20.7	25.3	21.1	28.4
예	14.8	13.7	26.4	23.1	22.2	31.9
	p<.001	p<.01	-	-	-	-

註: ( )는 분석대상수

라. 體重, 運動, 睡眠, 休息, 스트레스와 身體的 健康과의 關聯性

過多體重은 남자의 주관적 건강상태에는 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으나 여자의 경우는 과다체중일 때 주관적 건강상태가 나쁜 경향이 두드러졌다. 과다체중과 만성질환과는 매우 밀접한 관련성을 보이고 있어 남녀 모두에서 과다체중인 경우 만성질환 유병률이 매우 높게 나타났다. 이와같은 결과는 "체중이 증가할수록 심장질환과 뇌졸중 등 심혈관 질환의 위험을 증가시킨다는 여러 선행연구(Kannel, 1971; Paffenbarger & Wing, 1971)의 결과와 일치된다(表 2-6 참조).

〈表 2-6〉 體重, 運動, 睡眠, 休息, 스트레스와 身體的 健康과의 關聯性

(단위: %)

	주관적건강(나쁜편)			만성질환(있음)		
	전체 (1,030)	남자 (328)	여자 (702)	전체 (1,623)	남자 (662)	여자 (961)
과다체중						
아니오	13.7	9.8	17.3	22.0	19.7	24.1
예	16.0	9.0	26.8	33.4	27.0	43.1
	-	-	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001
바람직한운동						
아니오	17.2	12.0	21.5	25.3	21.2	28.6
예	7.6	4.2	14.0	23.6	21.5	27.6
	p<.001	p<.001	p<.01	-	-	-
육체적인 일	-	-				
안하는편	16.7	10.6	22.1	26.8	21.1	31.7
하는편	14.9	10.6	19.1	23.1	21.5	24.6
	-	-	p<.05	p<.001	-	p<.001
수면시간						
충분	16.7	12.3	20.2	25.9	22.8	28.5
보통	13.4	9.3	17.9	22.5	21.0	24.1
부족	19.7	10.1	27.8	28.7	19.1	36.8
	p<.001	-	p<.001	p<.001	-	p<.001
스트레스유무						
없음	7.8	6.0	9.7	19.0	17.6	20.5
있음	16.2	10.7	21.2	24.5	20.8	27.8
	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	-	p<.001

註: ( )는 분석대상수

평소 바람직한 運動(일주일에 3회 이상 1번에 20분 이상)을 하는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 주관적 건강상태는 양호한 편으로 나타났으나 慢性疾患과는 관련성이 없는 것으로 나타났다. 肉體的인 일의 정도와 健康과의 관련성을 살펴보면 여자의 경우에만 육체적인 일을 안하는 편일 때 주관적 건강도 좋지 않고 慢性疾患에 걸릴 가능성도 높은 것으로 나타났다. 수면시간도 남자의 경우는 신체적 건강상태와 관련이 없는 것으로 나타났으나 여자에 있어서는 부족하다는 경우

에 主觀的 健康狀態가 좋지 않은 것으로 나타났고 만성질환 유병률도 높았다. 스트레스를 많이 느끼는 사람이 그렇지 않은 사람보다 만성질환 유병률도 높았고 주관적 건강상태도 나쁘게 나타났다. 단지 남자의 경우에만 스트레스와 만성질환과의 關聯性이 나타나지 않았다.

마. 食習慣과 身體的 健康과의 關聯性

食習慣과 健康과의 관련성을 보면 전체적으로 아침식사를 꼭 한다는 사람은 그렇지 않은 사람보다 스스로 느끼는 주관적 건강상태가 좋지 않은 편으로 나타났는데 성별로 분류해 보면 남자의 경우 유의한 상관관계가 없었고 女性의 경우는 유의한 관계가 있었다. 만성질환 유병률은 남녀 모두 아침식사를 꼭 하는 경우가 유병률이 높았다. 過食을 가끔 또는 항상한다는 사람보다 전혀 하지 않는다는 사람에서 만성질환 유병률이 높게 나왔고 간식도 가끔 또는 항상 한다는 사람에 비해 전혀 안한다는 사람들에서 만성질환 유병률이 높게 나왔다. 음식의 간은 싱겁게 또는 짜게 먹는 사람보다 보통으로 먹는 경우에 주관적 건강상태도 좋고 만성질환 유병률도 낮게 나타났다. 肉食을 선호하지 않는 편에 속하는 사람이 육식을 선호하는 편이라는 사람보다 만성질환 유병률이 높게 나타났다(表 2-7 참조).

많은 先行硏究에서는 아침식사를 거르거나 규칙적이지 못한 食習慣이 신체적 건강과 死亡 危險을 증가시킬 수 있는 要因이라는 점을 지적하고 있으며 과식을 하는 것이 過多體重과 관련되어 건강에 좋지 않은 영향을 미친다는 점을 보고하고 있고(Hejda & Farby, 1964; Metzner et al., 1977) 동물연구에서는 규칙적으로 음식을 먹여준 쥐들이 수시로 마음대로 먹게 한 쥐보다 體重이 적은 반면 壽命은 증가하였다(Leveille, 1972)는 결과를 보고하고 있다.

〈表 2-7〉 食習慣과 身體的 健康과의 關聯性

(단위: %)

	주관적건강(나쁜편)			만성질환(있음)		
	전체 (1,030)	남자 (328)	여자 (702)	있음 (1,623)	남자 (662)	여자 (961)
아침식사						
꼭먹음	17.4	11.3	23.6	28.3	24.1	32.6
가끔먹음	12.6	9.4	15.1	18.5	14.8	21.3
안먹음	14.1	7.2	19.2	19.3	14.8	22.5
	p<.001	-	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001
규칙적 식사						
예	17.3	11.1	23.7	28.9	24.5	33.5
아니오	14.4	9.9	17.9	20.7	17.1	23.6
	p<.001	-	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001
과식						
전혀안함	20.9	13.8	27.6	30.3	23.5	36.6
가끔함	13.0	8.8	16.9	22.0	19.9	24.0
항상함	20.8	10.6	26.4	28.2	21.9	31.7
	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001	-	p<.001
간식						
전혀안함	20.3	12.9	28.4	31.5	22.7	41.2
가끔함	14.3	9.6	18.7	23.0	19.9	25.8
항상함	16.3	11.5	19.2	23.9	26.4	22.3
	p<.001	p<.05	p<.001	p<.001	p<.05	p<.001
음식의 간						
싱겁게	17.0	10.1	22.8	31.5	22.6	31.5
보통	13.9	8.7	18.6	23.0	20.2	26.5
짜게	19.5	14.8	24.3	23.9	22.6	30.7
	p<.001	p<.001	p<.01	p<.01	-	p<.05
육식선호						
매우선호	15.8	13.8	18.8	25.2	22.7	29.0
선호	14.0	9.6	19.9	24.2	22.1	27.0
보통	13.7	9.6	17.5	23.4	20.5	26.1
선호안함	20.1	11.4	24.8	28.0	20.9	31.9
매우선호안함	23.1	16.5	27.4	26.7	19.6	31.4
	p<.001	p<.05	p<.001	p<.05	-	p<.05

註: ( )는 분석대상수

食鹽 攝取 및 육식선호도와 건강과의 관련성도 일반적으로 권장되는 상식과 다르게 나타났다. 즉 미국의 厚生省과 農業省에 의하여 발간된 '健康增進 및 慢性疾患을 위한 食餌指針'에서도 다양한 식품을 먹고, 포화지방 및 콜레스테롤이 낮은 식품과 채소, 과일, 곡물 등을 많이 섭취하고, 설탕, 소금 등은 절제할 것을 勸奬하고 있는데 비해 본 연구의 결과 음식을 싱겁게 먹는 경우 건강상태가 양호하지 않은 경향을 보이고 있는 점과 肉食을 선호하지 않는 경우 만성질환의 유병률이 높은 경향을 보이는 점은 一般的인 勸奬事項과 오히려 상반되는 결과로서 이 역시 발병 후의 음식조절로 인한 影響으로 판단된다.

바. 多變量 分析에 의한 身體的 健康과 關聯된 危險要因과 相對危險度

1) 主觀的 健康狀態와 關聯된 危險要因과 相對 危險度

多變量 로지스틱 回歸分析 결과에 의하면 여자, 고연령층, 저소득계층이 주관적 건강의 측면에서 취약계층으로 나타났으며, 스트레스와 運動이 주관적 건강상태에 가장 크게 영향을 미치는 위험요인으로 나타났다. 염분섭취 또한 주관적 건강상태에 기여하는 요인으로 나타났으며, 과다체중인 경우와 육식을 선호하는 경우에는 오히려 좋은 편으로 나타났다(表 2-8 참조).

2) 慢性疾患 關聯 危險要因과 相對 危險度

多變量 로지스틱 회귀분석 결과 여자, 고연령, 저소득, 군지역 거주자가 만성질환에 걸릴 위험성이 높은 집단으로 나타났으며 흡연, 과다체중, 운동부족, 수면부족, 스트레스가 만성질환의 위험요인으로 나타났다. 이들 요인의 만성질환에 대한 상대 위험도는 연령, 소득수

준, 성, 흡연경험의 순으로 높았다. 통계적으로 유의하지는 않았으나 과식과 염분섭취도 만성질환과 관련되고 있는 것으로 나타났다(表 2-9 참조).

이와같은 결과는 많은 선행연구의 결과와 일치된다. 다만 각 위험요인의 만성질환에 기여하는 위험도가 장기간의 추적연구 결과에 비해 낮게 나타난 점은 이 자료가 횡단적 자료이기 때문에 만성질환으로 인해 사망한 사람이 연구대상에서 누락된 점과 만성질환 발생 후에 변화된 음주, 흡연 등의 행위를 알 수 없는데에 기인된다고 하겠다.

〈表 2-8〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 主觀的健康 關聯要因의 相對 危險度

건강습관	추정계수값	상대위험도	유의수준
성(여자/남자)	0.2200	1.246	p<.001
연령(39세 이하/40세 이상)	0.2369	1.266	p<.001
거주지역(군/시)	0.0445	1.045	N.S.
직업(농·어업, 노동/기타)	0.0473	1.048	N.S.
소득수준(50만원 이하/기타)	0.1878	1.206	p<.001
흡연기간(20년 이상/기타)	0.0240	1.024	N.S.
흡연경험(없음/있음)	0.0655	1.067	N.S.
음주빈도(매일음주/기타)	0.0235	1.023	N.S.
음주량(고도음주/기타)	0.0728	1.075	N.S.
과다체중(예/아니오)	-0.0843	.919	p<.01
바람직한 운동(아니오/예)	-0.1961	.822	p<.001
육체적인 일(안하는편/하는편)	-0.0238	.977	N.S.
수면부족(예/아니오)	0.0492	1.050	N.S.
스트레스(예/아니오)	0.2641	1.302	p<.001
육식선호(예/아니오)	-0.0733	.930	p<.01
과식(예/아니오)	0.0558	1.057	N.S.
음식의 간(싱겁게/짜게)	0.0637	1.065	p<.05

註: 분석대상자수 6,480명

〈表 2-9〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 慢性疾患 關聯要因의 相對 危險度

건강습관	추정계수값	상대위험도	유의수준
성(여자/남자)	0.2813	1.324	p<.001
연령(39세 이하/40세 이상)	0.7726	2.164	p<.001
거주지역(군/시)	0.1226	1.130	p<.01
직업(농·어업, 노동/기타)	-0.0118	.989	N.S.
소득수준(50만원 이하/기타)	0.3614	1.435	p<.001
흡연기간(20년 이상/기타)	-0.1068	.899	p<.05
흡연경험(없음/있음)	0.1834	1.201	p<.001
음주빈도(매일음주/기타)	-0.1686	.845	p<.05
음주량(고도음주/기타)	0.0352	1.036	N.S.
과다체중(예/아니오)	0.1254	1.133	p<.01
바람직한 운동(아니오/예)	0.0987	1.103	p<.05
수면부족(예/아니오)	0.1439	1.154	p<.001
스트레스(예/아니오)	0.1077	1.113	p<.01
육식선호(예/아니오)	-0.0109	.990	N.S.
과식(예/아니오)	0.1136	1.120	N.S.
음식의 간(싱겁게/짜게)	0.0206	1.020	N.S,

註: 분석대상자수 6,480명

第 3 節 主要 慢性疾患 有病率과 關聯 危險要因

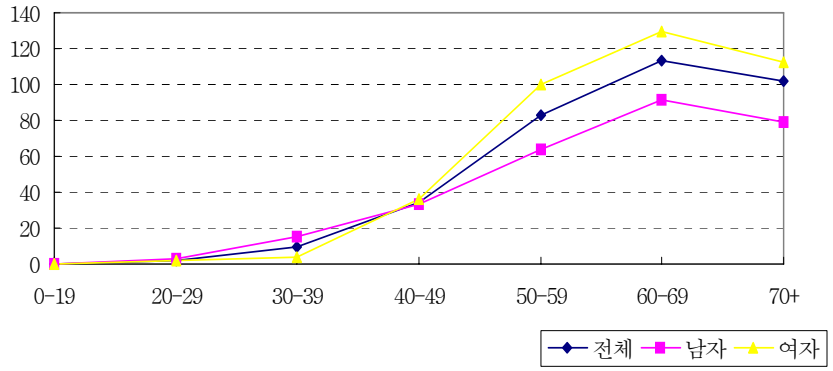
1. 慢性 循環器系疾患 有病率과 關聯 危險要因

가. 高血壓 有病率

高血壓은 대개의 경우 증상이 없으나 경미한 高血壓이라도 7~10년 치료를 안한 채 방치한다면 腦血管疾患과 心血管疾患을 초래할 수 있다고 한다(Harrison, 1976). 본 연구자료의 분석결과 파악된 우리나라의 高血壓 有病率은 인구 1,000명당 27명(남자 22명, 여자 31명)으로 나타났다. 그 중 93.1%가 의사에 의해 診斷이 내려진 경우이며 6.9%는 건강검진 등을 통해 파악된 경우이다(圖 2-1 참조). 성별·연령별로

有病率을 살펴보면 남녀 모두 20대부터 시작하여 연령이 증가할수록 급격히 증가하다가 70대에 다소 감소하는 傾向을 보였으며 20대와 30대는 남자의 有病率이 여자보다 높았으나 40대부터는 여성의 有病率이 남자보다 높게 나타났다.

［圖 2-1］ 性別, 年齡別 高血壓 有病率(人口 1,000名當)



이와같은 高血壓 연령곡선은 일부 농촌지역에 거주하는 30세 이상 남녀 694명을 대상으로 실제로 혈압을 측정하여 파악한 高血壓 有病率 조사결과와 유사하였다(表 2-10 참조).

〈表 2-10〉 高血壓 有病率의 比較

(단위: %)

연 령	남 자		여 자	
	본 연구자료	고운영 등[1)]	본 연구자료	고운영 등[1)]
30~39세	1.6	0.0	0.3	4.7
40~49세	3.3	9.6	3.6	6.8
50~59세	6.4	10.5	10.0	18.9
60~69세	9.1	22.8	12.9	26.3
70세 이상	7.8	18.6	11.2	18.5

資料: 1) 고운영 외, 「일부 농촌성인의 고혈압 유병률과 역학적 특징」, 『한국역학회지』, 제18권 제1호, 1996, pp.55~63.

다만 有病率에서 큰 차이를 보이고 있는데 이는 調査方法上의 차이에 의한 것으로 해석된다. 즉, 혈압측정에 의하면 高血壓이면서도 高血壓인지 모르는 사람들이 30~40%나 된다는 점을 감안할 때(김정순 등, 1995), 두 조사결과간의 有病率 차이는 당연한 결과라고 해석된다.

1) 高血壓과 其他 慢性疾患과의 關聯性

血壓이 높으면 心臟, 腎臟, 중추신경계, 末梢動脈 등이 침해되어 위험한 합병증을 유발하여 사망률이 증가한다고 보고되고 있다. 특히 심장이 침해되면 狹心症, 心筋梗塞, 좌심실비대, 우울성 심부전 등을 유발할 가능성이 높으며 중추신경의 침해시는 일과성 허혈증 및 뇌혈관장애를 일으킨다고 보고되고 있다(박옥규, 1985). 이와 관련하여 동일인구에 대해 20년간 추적조사한 미국 프라밍함 연구자료를 분석한 결과에 의하면, 확정역 高血壓을 가진 사람이 正常血壓을 가진 사람보다 관상동맥성 심질환에 걸리는 확률이 45~74세 남성에서는 2.3배, 여성은 3.3배 더 높으며 뇌혈관질환을 일으키는 뇌경색의 危險比는 남성 9.5배, 여성 13배로 매우 높았다(九州大學, 1993).

본 연구에서도 高血壓은 糖尿, 뇌졸중, 心臟病, 관절염과 유의한 관련성이 있는 것으로 나타났다(表 2-11 참조). 이와같은 결과는 高血壓의 예방과 관리를 통해 뇌졸중, 心臟病, 糖尿, 관절염 등 주요 慢性疾患의 예방과 조기발견이 가능함을 시사하는 것으로써 보건학적으로 중요한 의미를 지니고 있다.

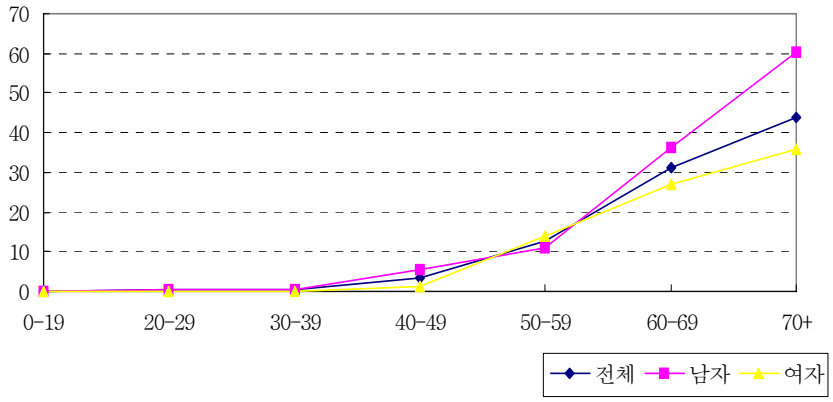
〈表 2-11〉 高血壓과 其他 慢性疾患과의 相關關係

	뇌졸중	심장병	소화성 궤양	간염	기관지염	당뇨	관절염
상관계수	.06	.09	.01	.01	.00	.11	.05
유의성	p<.001	p<.001	N.S	N.S	N.S	p<.001	p<.001

나. 腦卒中 有病率

腦卒中 즉, 중풍은 일단 발생하면 매우 危重하여 1년 이내에 환자 중에 사망하는 비율인 치명률이 68%나 되며 살아남는다고 해도 극히 一部의 患者만 완전히 회복되고 대부분은 각종 불능 때문에 거의 타인의 도움을 필요로 하게 된다(김정순, 1981). 우리나라의 뇌졸중 유병률은 인구 1,000명당 5.7명(남자 5.9명, 여자 5.6명)으로서 뇌졸중 有病率은 全般的으로 남자가 여자보다 높게 나타났으며 남녀 모두 연령이 증가할수록 急增하는 현상을 보여주었다(圖 2-2 참조).

［圖 2-2］ 性別, 年齡別 腦卒中 有病率(人口 1,000名當)



〈表 2-12〉 60歲 以上 腦卒中 患者의 屋內 및 屋外 活動狀態

(단위: 명, %)

활동상태	옥내활동	옥외활동
혼자할 수 있음	48 (53.9)	38 (42.7)
도움이 필요함	19 (21.4)	17 (19.1)
전혀할 수 없음	22 (24.7)	34 (38.2)
전 체	89 (100.0)	89 (100.0)

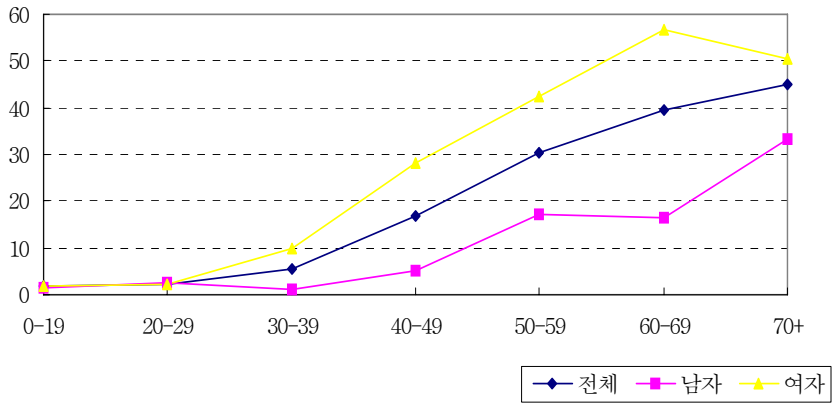
腦卒中 환자의 활동상태를 보면 46.1%가 屋內活動에서 타인의 도움을 必要로 하며 57.3%는 옥외활동에서 타인의 도움을 필요로 하는 것으로 나타났다(表 2-12 참조).

다. 心臟病 有病率

본 연구에서의 心臟病은 가구 면접조사를 통해 파악한 진단명이므로 이 안에는 慢性류머티스성 心疾患, 허혈성 心疾患, 폐순환 심질환 및 기타 心疾患이 포함되었을 것으로 간주된다. 心臟病 有病率은 인구 1,000명당 11.5명(남자 5.3명; 여자 17.4명)으로 여자에서 남자보다 훨씬 높았다.

성별, 연령별로 心臟病 有病率을 살펴보면, 남녀 모두 40대부터 두드러지게 증가하기 시작하는데 여성이 남성보다 전 연령군에서 훨씬 높은 有病率을 보였으며 60대는 성별 격차가 가장 커 여성의 有病率이 남성의 3.4배나 되었다(圖 2-3, 附表 參照).

［圖 2-3］ 性別·年齡別 心臟病 有病率(人口 1,000名當)



2. 循環器系疾患에 影響을 미치는 要因

가. 社會人口學的 變數와 循環器系 疾患과의 關聯性

단변량분석에 의한 사회경제적 수준과 循環器系疾患과의 관련성은 <表 2-13>과 같다. 중풍은 사례수가 적어 분석에서 제외하였다.

〈表 2-13〉 循環器系疾患과 社會人口學的 背景과의 關聯性

(단위: %)

	고혈압		심장병	
	아니오	예	아니오	예
지역별				
시(5,089)	96.9	3.1	98.9	1.1
군(1,391)	95.3	4.7	98.3	1.7
	p<.01		-	
월평균소득				
50만원 이하(766)	92.9	7.1	97.4	2.6
51~100만원(1,646)	97.6	2.4	98.6	1.4
101~150만원(1,665)	97.2	2.8	99.2	0.8
151~200만원(1,198)	97.8	2.2	99.1	0.9
201~250만원(632)	96.7	3.3	99.1	0.9
250만원 이상(632)	94.0	6.0	98.5	1.5
	p<.001		p<.01	
직업				
전문가(431)	96.2	3.8	99.0	1.0
사무직원(546)	96.1	3.9	100.0	-
서비스근로자(817)	96.0	4.0	98.4	1.6
농업, 어업(653)	95.0	5.0	97.8	2.2
숙련기술자(838)	98.2	1.8	99.4	0.6
단순노무자(488)	97.6	2.4	98.4	1.6
학생·주부·무직 등(2,440)	97.3	2.7	98.9	1.1
	p<.001		p<.001	
전체(6,480)	96.6	3.4	98.8	1.2

註: ( )는 분석대상자수

<表 2-13>에 의하면 高血壓은 군지역 거주자가 시지역 거주자보다 有病率이 높았고 소득수준이 50만원 이하이거나 250만원 이상인 경우 有病率이 높게 나타났고 직업별로 볼때는 농업이나 어업에 종사하는 경우가 타 직업에 비해 有病率이 높게 나타났다. 心臟病의 경우도 군지역거주자의 有病率이 시지역 거주자보다 다소 높은 경향은 보였으나 통계적으로는 유의하지 않았으며 월평균소득도 高血壓에서와 마찬가지로 소득수준이 아주 낮거나 높을 때(월평균소득 50만원 이하 또는 250만원 이상) 有病率이 높게 나타났다. 직업별로 볼 때에도 高血壓의 경우와 마찬가지로 농업이나 어업에 종사하는 경우에 有病率이 높았다.

나. 循環器系疾患과 吸煙과의 關聯性

흡연이 循環器系疾患을 유발하는 중요한 요인임은 國內外의 많은 연구를 통해 입증되었다(U.S., D.H.E.W., 1975). 본 연구에서도 단변량 분석의 제한점에도 불구하고 흡연기간은 고혈압, 중풍, 심장병과 관련성이 있음을 보여주었다. 즉 흡연기간이 20년 이상인 사람은 吸煙을 전혀 하지 않은 사람이나 흡연기간이 19년 이하인 사람보다 고혈압, 중풍, 심장병의 유병률이 높게 나타났다(表 2-14 참조).

그러나 흡연경험이 전혀 없는 사람이 흡연을 10년 또는 19년 동안 한 사람보다 고혈압과 심장병의 유병률이 높게 나타나 이 結果만 가지고는 순환기계에 미치는 흡연의 영향을 斷定的으로 말하기 어렵다. 더욱이 1일 평균 흡연량은 高血壓과는 관련성이 없는 것으로 나타났고 心臟病도 흡연경험이 없는 경우 오히려 有病率이 높게 나타나 보다 深層的인 分析이 필요함을 시사하고 있다.

〈表 2-14〉 循環器系疾患과 吸煙과의 關係

(단위: %)

	고혈압		심장병	
	아니오	예	아니오	예
총흡연량				
흡연경험무(3,885)	96.3	3.7	98.4	1.6
반갑 이하(832)	97.1	2.9	99.4	0.6
약한갑(1,249)	96.7	3.3	99.4	0.6
한갑반 이상(498)	97.1	2.9	99.1	0.9
	-		p<.01	
총흡연기간				
흡연경험없음(3,885)	96.3	3.7	98.4	1.6
0~9년(727)	98.8	1.2	99.9	0.1
10~19년(654)	97.0	3.0	99.6	0.4
20년 이상(983)	95.5	4.5	98.7	1.3
	p<.01		p<.01	
전체(6,480)	96.6	3.4	98.8	1.2

註: ( )는 분석대상자수

다. 循環器系疾患과 飮酒와의 關聯性

적당한 飮酒는 심장질환으로 인한 사망 특히 관상동맥성 심장질환으로 인한 사망을 줄이는데 기여한다는 연구결과들이 있고(Stason et al., 1976; Yano et al., 1977; Jackson et al., 1991) 반면에 이와는 반대로 오히려 과도한 飮酒가 急性, 慢性的으로 심장질환 발생이나 이로 인한 사망률을 높인다는 見解도 있으나(Wilhelmsen et al., 1973) 아직까지는 적당량의 음주는 순환기계질환에 防禦的 效果가 있다는 의견이 보다 지배적이다(表 2-15 참조).

적당량의 음주를 어떻게 定義하는가가 문제인데 본 연구에서는 高血壓과 음주빈도 및 음주량은 통계적으로 관련성이 없는 것으로 나타났으며 心臟病은 음주빈도나 음주량과 否의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

〈表 2-15〉 循環器系疾患과 飮酒와의 關係

(단위: %)

	고혈압		심장병	
	아니오	예	아니오	예
음주빈도				
무음주(4,447)	94.6	5.4	98.5	1.5
월1회 이하(134)	98.2	1.8	95.6	4.4
월2~4회(749)	96.0	4.0	99.7	0.3
주2~4획(731)	96.5	3.5	99.8	0.2
거의매일(419)	96.4	3.6	99.2	0.8
	-		p<.001	
음주량				
고도음주(530)	96.4	3.6	99.9	0.1
중도음주(651)	97.3	2.7	99.4	0.6
저도음주(750)	96.5	3.5	98.9	1.1
무음주(4,484)	96.5	3.5	98.5	1.5
	-		-	
전체(6,480)	96.6	3.4	98.8	1.2

註: ( )는 분석대상자수

라. 循環器系疾患과 體重, 運動, 睡眠, 스트레스와의 關聯性

肥滿인 사람은 그렇지 않은 사람보다 高血壓과 心臟病에 걸릴 위험성이 훨씬 높게 나타났는데 이와같은 결과는 여러 선행연구들의 결과와 일치된다. 즉, 過多體重은 오래 전부터 고혈압, 심장병 등 순환기계 질환의 危險을 增加시키는 것으로 알려져 왔다(Levinson, 1977; U.S. D.H.E.W., 1966). 프라밍함 연구에서도 성인의 心血管疾患에 대한 위험도는 體重이 증가할수록 높게 나타났으며(Kannel, 1971). 過多體重은 중년기 이후 腦卒中에 영향을 주는 요인으로 나타났다(Paffenbarger & Wing, 1971). 日常生活에서 肉體的인 일을 하지 않는 편이 하는 편보다 高血壓에 걸릴 위험이 높게 나타난 점도 身體的으로 活動하는 사람들은 心血管疾患 發生率이 평균보다 낮게 나타난다고 보고한 先

行硏究結果(Stamler et al., 1960)와 일치하였다.

바람직한 運動을 하지 않는 경우는 하는 경우보다 心臟病에 걸릴 가능성이 있는 것으로 나타난 점도 운동과 관련하여 包括的인 文獻硏究를 한 후 운동부족이 심혈관질환을 일으키는 危險要因이라는 결론을 내린 후로리처(Froelicher)의 연구와 일치된다(Froelicher, 1976).

〈表 2-16〉 循環器系疾患과 體重, 運動, 睡眠, 스트레스와의 關係

(단위: %)

	고혈압		심장병	
	아니오	예	아니오	예
비만				
아니오(4,954)	97.6	2.4	99.1	0.9
예(797)	91.6	8.4	97.9	2.1
	p<.001		p<.01	
바람직한운동				
아니오(5,591)	96.6	3.4	98.6	1.4
예(889)	96.6	3.4	99.6	0.4
	-		p<.05	
일상생활에서의 육체적인일				
하는 편(3,454)	97.0	3.0	98.7	1.3
하지않는 편(3,002)	96.1	3.9	98.9	1.1
	p<.05		-	
하루평균 수면시간				
7시간 이하(4,203)	96.5	3.4	99.0	1.0
8시간(1,491)	96.6	3.4	98.9	1.1
부족(1,257)	96.6	3.4	98.2	1.8
	-		-	
스트레스유뮤				
없음(1,361)	96.7	3.3	99.7	0.3
있음(4,686)	97.0	3.0	98.7	1.3
	-		p<.01	
전체(6,480)	96.8	3.2	98.9	1.1

註: ( )는 분석대상자수

수면시간은 순환기계질환과 統計的으로 상관성이 없는 것으로 나타났는데 이는 아주 길거나 아주 짧은 睡眠은 심질환, 뇌졸증과 관련성이

있는 것으로 보고한 해몬드(Hammond) 등의 硏究結果(Hammond, 1964; Hammond & Garfinkel, 1969; Kripke et al., 1979)와 一致하지 않았다. 스트레스는 心臟病과 關聯性이 있는 것으로 나타났다(表 2-16 참조).

라. 循環器系疾患과 食習慣과의 關聯性

평소에 과식을 많이 한다는 사람에서 高血壓 有病率이 높게 나타났는데 과식을 하는 것이 과다체중과 관련된 것으로 여러 역학연구에서 나타난 점(Hejda & Farby, 1964; Metzner et al., 1977)을 감안할 때 과식과 고혈압과의 관련성은 과식과 과다체중과의 관련성과 연관이 있을 것으로 해석된다. 음식의 간은 평소에 싱겁게 먹는다는 사람에서 高血壓 有病率이 높게 나타났다(表 2-17 참조).

〈表 2-17〉 慢性 循環器系疾患과 食習慣과의 關係

(단위: %)

	고혈압		심장병	
	아니오	예	아니오	예
과식				
전혀 하지않음(2,199)	95.4	4.6	98.3	1.7
가끔함(4,097)	97.3	2.7	99.0	1.0
항상함(172)	93.9	6.1	99.1	0.9
	p<.001		-	
음식의 간				
싱겁게(1,184)	95.5	4.5	98.2	1.8
보통(3,624)	97.1	2.9	99.0	1.0
짜게(1,668)	96.2	3.8	98.7	1.3
	p<.05		-	
전체(6,468)	96.6	3.4	98.8	1.2

註: ( )는 분석대상자수

이는 動物實驗에서는 혈압과 식염섭취간에 陽性的인 量的反應關係가 있으며 역학적 연구에서도 식습관과 고혈압과의 관련성이 있다고 보고한 金의 문헌연구 결과(김정옥, 1983)와 상반된다. 이와같은 결과

는 설문에 의해 평소 음식을 얼마나 짜게 먹는가를 물어 염분섭취량을 파악했을 때 응답자의 主觀性을 배제할 수 없었다는 점과 고혈압 등 이미 진단이 내려진 순환기계질환으로 인해 意圖的으로 싱겁게 먹을 수 있다는 점 등에서 이 변수의 타당도는 낮을 것으로 간주된다.

마. 多變量 分析에 의한 高血壓性 疾患의 危險要因

단순 교차분석에서 유의한 관련성이 있는 것으로 나타난 변수들을 독립변수로 선정하고 循環器系疾患 중 유병률이 가장 높은 고혈압성 질환을 종속변수로 하여 多變量 로지스틱 회귀분석(backward elimination method를 사용)을 실시하였다(表 2-18 참조).

〈表 2-18〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 高血壓 關聯要因의 相對危險度

건강습관	추정계수값	상대위험도	유의수준
성(여자/남자)	0.0569	1.058	N.S.
연령(39세 이하/40세 이상)	1.1968	3.307	p<.001
거주지역(군/시)	0.1668	1.181	p<.05
직업(농·어업, 노동/기타)	-0.3021	.739	p<.01
소득수준(50만원 이하/기타)	0.2724	1.313	p<.01
흡연기간(20년 이상/기타)	-0.2514	.778	p<.05
흡연경험(없음/있음)	-0.0756	.928	N.S.
음주빈도(매일음주/기타)	0.1314	1.140	N.S.
음주량(고도음주/기타)	0.4303	1.537	p<.001
과다체중(예/아니오)	0.0611	1.063	N.S.
바람직한 운동(아니오/예)	0.2041	1.226	p<.01
수면부족(예/아니오)	0.1178	1.124	N.S.
스트레스(예/아니오)	-0.0904	.914	N.S.
육식선호(예/아니오)	0.0870	1.091	N.S.
과식(예/아니오)	0.2924	1.339	N.S.
음식의 간(싱겁게/짜게)	0.0586	1.060	N.S.
당뇨	0.5615	1.752	p<.001
계	2.5391	12.667	p<.001

註: 분석대상자수 6,480명

분석 결과 年齡이 高血壓性 疾患의 가장 큰 危險要因으로 나타났는데 40세 이상인 경우는 39세 이하보다 高血壓에 걸릴 위험이 3.3배나 되었다. 당뇨가 두번째 危險要因으로 나타났는데 당뇨가 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 고혈압성 질환에 걸릴 위험이 1.75배나 되었다.

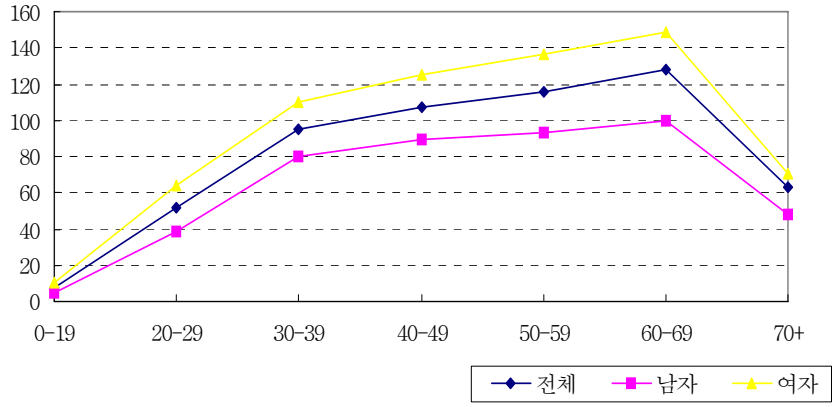
고도 음주자는 高血壓性 疾患에 걸릴 위험이 1.5배 정도 높았고 저소득층(1.3배)과 운동부족인 경우(1.2배)도 고혈압에 걸릴 위험이 높게 나타났다. 이들은 모두 0.01 이하의 확률로 유의하였다. 수면부족, 육식선호, 과식, 염분섭취도 통계적으로는 유의하지 않았으나 고혈압성 질환에 기여하는 것으로 나타났다. 흡연기간은 음(-)의 방향으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 연령, 저소득, 고도음주, 운동부족, 당뇨가 고혈압성 질환의 주요 위험요인으로 파악된 것은 이 분야의 여러 연구결과와 일치되는 것으로서 매우 의미가 있다.

3. 慢性 消化器系疾患의 有病率과 關聯 要因

가. 慢性 消化性潰瘍 有病率

만성 소화성궤양(위염, 위궤양, 십이지장 궤양)은 만성질환중 우리나라에서는 가장 흔한 질환으로 나타났다. 만성 소화성 궤양 특히 만성 위축성 위염은 위암으로 진전될 위험도가 높은 전구병변(precursor leson)으로써 위암까지의 진행소요기간은 16~24년 정도라는 보고가 있음(안윤옥 외, 1995)을 감안할 때 매우 주목되는 결과이다. 성별 연령별 만성 소화성궤양 유병률은 20대(51명)에서 30대(95명)에 급증한 후 60대까지 서서히 증가하다가 70대에 감소하였고 여자가 남자보다 전 연령층에서 유병률이 나타났다(圖 2-4 참조).

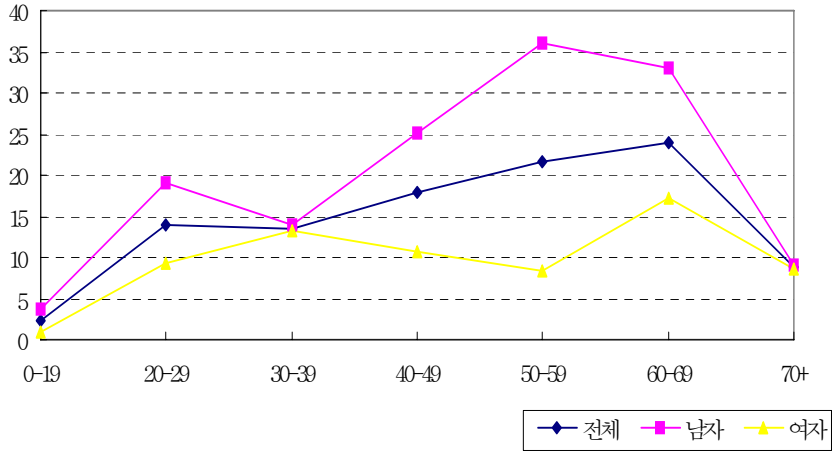
［圖 2-4］ 性別, 年齡別 慢性 消化性潰瘍 有病率(人口 1,000名當)



나. 慢性 肝疾患(肝炎, 肝硬化症) 有病率

慢性 肝疾患 유병률은 남자가 여자보다 전 연령구간에서 훨씬 높게 나타났으며 특히 50대 남자 有病率은 인구 1,000명당 36명으로 가장 높았다(圖 2-5, 附表 참조).

［圖 2-5］ 性別, 年齡別 慢性 肝疾患 有病率(人口 1,000名當)



다. 慢性 消化器系疾患과 關聯된 要因

1) 社會人口學的 變數와 慢性 消化器系疾患과의 關聯性

消化性 潰瘍에 걸릴 가능성은 女子가 男子보다 높은데 반해 肝疾患에 걸릴 가능성은 남자가 여자보다 훨씬 높게 나타났다. 郡地域 居住者는 시지역 거주자보다 소화성 궤양을 더 많이 앓고 있는 것으로 나타났으나 肝疾患 유병률은 지역간 별 차이가 없었다. 月 所得水準이 50만원 미만인 경우에 소화성 궤양과 간염 유병률이 높게 나타났고 職業別로는 농·어업 종사자의 유병률이 소화성궤양과 간염에서 모두 높게 나타났다(表 2-19 참조).

2) 慢性 消化器系疾患과 吸煙과의 關聯性

소화성 궤양은 흡연여부나 흡연량과는 관계가 없는 것으로 나타났으나 흡연기간과는 다소 관련이 있는 것으로 나타났다. 반면에 吸煙은 慢性 肝疾患과는 매우 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났는데 慢性 肝疾患 유병률은 현 흡연자, 과거흡연자, 비흡연자의 순으로 높았고 吸煙量도 하루 한갑 반 이상을 피우는 사람과 20년 이상 흡연을 한 사람에서 가장 높게 나타났다(表 2-20 참조).

3) 慢性 消化器系疾患과 飮酒와의 關聯性

慢性 消化性潰瘍은 음주 빈도와는 관련이 없는 것으로 나타났으며 알코올의존인 경우보다 비의존인 경우에 유병률이 더 높았고 평소 음주량이 적을수록 소화성궤양이 더 많은 것으로 나타났다. 이 결과에 대한 妥當性 檢證을 위해 性別, 年齡別 攪亂變數(confounding variables)의 통제가 필요하다고 보여지나 본 연구에서는 標本數 不足으로 深層分析을 못하였다.

〈表 2-19〉 社會人口學的 變數와 慢性 消化器系疾患과의 關聯性

(단위: %)

	소화성궤양		간질환	
	아니오	예	아니오	예
성별				
남자(3,107)	94.2	5.8	98.3	1.7
여자(3,373)	92.2	7.8	99.4	0.6
	p<.01		p<.001	
지역				
시(5,089)	93.7	6.3	98.9	1.1
군(1,391)	91.3	8.7	98.8	1.2
	p<.01		-	
월평균소득				
50만원 이하(766)	89.4	10.6	97.4	2.6
51~100만원(1,646)	92.8	7.2	98.6	1.4
101~150만원(1,665)	94.4	5.6	99.2	0.8
151~200만원(1,198)	93.6	6.4	99.5	0.5
210~250만원(632)	95.9	4.1	99.0	1.0
250만원 이상(632)	92.9	7.1	99.1	0.9
	p<.001		p<.001	
직업				
전문가(431)	94.2	5.8	99.7	0.3
사무직원(546)	94.4	5.6	98.7	1.3
서비스근로자(817)	92.6	7.4	99.1	0.9
농업, 어업(653)	88.8	11.2	97.9	2.1
숙련기술자(838)	93.1	6.9	98.9	1.1
단순노무자(488)	91.5	8.5	98.8	1.2
학생(929)	98.5	1.5	99.6	0.4
기타(군인, 주부, 무직)(1,778)	92.1	7.9	98.6	1.4
	p<.001		p<.05	
계(6,480)	93.2	6.8	98.9	1.1

註: ( )는 분석대상자수

〈表 2-20〉 消化器系疾患과 吸煙과의 關係

(단위: %)

	소화성궤양		만성 간질환	
	아니오	예	아니오	예
흡연여부				
현흡연(2,086)	92.8	7.2	98.1	1.9
과거흡연(509)	93.7	6.3	98.8	1.2
흡연 경험무(3,885)	93.3	6.7	99.3	0.7
	-		p<.001	
총흡연량				
흡연경험없음(3,885)	93.3	6.7	99.3	0.7
반갑 이하(832)	92.4	7.6	97.9	2.1
약 한갑(1,249)	93.6	6.4	98.4	1.6
한갑반 이상(498)	92.3	7.7	98.2	1.8
	-		p<.001	
총흡연기간				
흡연경험없음(3,885)	93.3	6.7	99.3	0.7
0~9년(727)	95.2	4.8	98.8	1.2
10~19년(654)	91.7	8.3	99.1	0.9
20년 이상(983)	91.1	8.9	98.0	2.0
	p<.01		p<.01	

註: ( )는 분석대상자수

慢性 肝疾患과 飮酒와는 매우 밀접한 관계가 있는 것으로 나타났는데 飮酒頻度가 잦은 경우, 알코올의존인 경우, 고도 음주인 경우에 간염 유병률이 매우 높게 나타났다. 생리학적으로 알코올은 전적으로 모두 肝에서 해독되기 때문에 해독량의 초과는 지방간, 알코올성 간염, 간 경화를 유발하여 간에 손상을 일으킨다는 점을 고려할 때, 본 연구에서 나타난 음주와 간질환과의 관련성은 매우 의미있다고 하겠다(表 2-21 참조).

〈表 2-21〉 慢性 消化器系疾患과 飮酒와의 關聯性

(단위: %)

	소화성궤양		만성 간질환	
	아니오	예	아니오	예
음주빈도				
무음주(4,447)	92.6	7.4	99.0	1.0
월1회 이하(134)	92.7	7.3	99.0	1.0
월2~4회(749)	94.9	5.1	99.7	0.3
주2~4회(731)	94.5	5.5	97.0	3.0
거의매일(419)	93.8	6.2	98.5	1.5
	-		p<.001	
알코올의존				
아니오(5,837)	92.9	7.1	99.1	0.9
예(643)	95.5	4.5	96.4	3.6
	p<.05		p<.001	
음주량				
고도음주(530)	96.1	3.9	96.8	3.2
중도음주(651)	93.9	6.1	99.0	1.0
저도음주(750)	93.0	7.0	99.0	1.0
무음주(4,484)	92.7	7.3	99.1	0.9
	p<.05		p<.001	

註: ( )는 분석대상자수

4) 慢性 消化器系疾患과 體重, 運動, 睡眠, 스트레스와의 關聯性

慢性 消化性潰瘍은 과다체중, 운동, 수면시간과는 관련성이 없는 것으로 나타났으나 日常生活에서의 肉體的인 일의 정도와는 다소 관련성이 있는 것으로 나타났으며 스트레스의 정도와는 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타났다. 반면에 慢性 肝疾患은 운동, 육체적인 일의 정도, 睡眠時間, 스트레스의 정도와는 關聯性이 없게 나타났으나 과다체중한 사람에서의 有病率이 그렇지 않은 사람보다 높게 나타났다(表 2-22 참조).

〈表 2-22〉 消化器系疾患과 體重, 運動, 睡眠, 스트레스와의 關係

(단위: %)

	소화성궤양		만성 간질환	
	아니오	예	아니오	예
비만				
아니오(4,954)	93.6	6.4	99.0	1.0
예(797)	93.2	6.8	97.9	2.1
	-		p<.05	
바람직한 운동				
아니오(5,591)	93.3	6.7	98.9	1.1
예(889)	92.4	7.6	98.9	1.1
	-		-	
육체적인 일				
하는편(3,454)	92.4	7.6	99.0	1.0
하지않는편(3,002)	94.1	5.9	98.7	1.3
	p<.01		-	
평균 수면시간				
충분(2,595)	93.8	6.2	99.1	0.9
보통(2,599)	92.9	7.1	98.6	1.4
부족(1,257)	92.4	7.6	98.9	1.1
	-		-	
스트레스유뮤				
없음(1,361)	96.7	3.3	98.8	1.2
있음(4,686)	92.5	7.5	98.9	1.1
	p<.001		-	
계(5,752)	93.5	6.5	98.9	1.1

註: ( )는 분석대상자수

5) 慢性 消化器系疾患과 食習慣과의 關聯性

소화성궤양 유병률은 아침식사를 반드시 하는지의 여부와는 관련성이 없는 것으로 나타났으나 過食을 전혀하지 않는 경우, 간식을 전혀 하지 않는 경우, 평소에 음식은 싱겁게 먹는 사람에서 높게 나타나 일반상식과 상반되는 結果를 보여주었다. 이는 소화성궤양이 있음으로 해서 평소 飮食을 조심하게 되었을 것으로 예상된다(表 2-23 참조).

〈表 2-23〉 慢性消化器系疾患과 食習慣과의 關係

(단위: %)

	소화성궤양		만성 간질환	
	아니오	예	아니오	예
아침식사				
꼭먹음(4,262)	92.8	7.2	98.8	1.2
가끔먹음(1,625)	94.3	5.7	98.8	1.2
안먹음(591)	92.9	7.1	99.2	0.8
	-		-	
과식				
전혀하지않음(2,199)	92.2	7.8	98.8	1.2
가끔함(4,097)	93.7	6.3	98.9	1.1
항상함(172)	96.0	4.0	99.5	0.5
	p<.05		-	
간식				
전혀안함(1,442)	91.7	8.3	99.1	0.9
가끔함(4,328)	93.6	6.4	98.8	1.2
항상함(701)	94.0	6.0	98.6	1.4
	p<.05		-	
음식의 간				
싱겁게(1,184)	91.5	8.5	98.6	1.4
보통(3,624)	94.0	6.0	99.0	1.0
짜게(1,668)	92.7	7.3	98.8	1.2
	p<.01		-	

註: ( )는 분석대상자수

라. 多變量 分析에 의한 慢性 消化性 潰瘍의 危險要因

만성 소화성 궤양의 위험요인은 성, 연령, 흡연, 음주, 운동, 육식선호로 나타났는데 여자는 남자보다 만성소화성 궤양에 걸릴 위험이 1.3배, 연령이 40세 이상인 경우는 39세 이하보다 1.4배, 흡연경험자는 비흡연자보다 1.2배 높게 나타났다. 운동을 하지 않는 경우, 육식을 선호하는 경우에도 만성 소화성궤양에 걸릴 위험이 높게 나타났다. 반면에 음주량은 否(-)의 방향으로 상관관계를 보였는데 이는 소화성 궤양이 있는 경우 생리적으로도 고도의 음주를 할 수 없는 점을 감안하

면 인과관계를 알 수 없는 이 자료의 제한점으로 인한 것이라는 추측이 가능하다(表 2-24 참조).

〈表 2-24〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 慢性 消化性潰瘍 關聯要因의 相對危險度

건강습관	추정계수값	상대위험도	유의수준
성(여자/남자)	0.2899	1.335	p<.001
연령(39세 이하/40세 이상)	0.3345	1.397	p<.001
거주지역(군/시)	0.0803	1.083	N.S.
직업(농·어업, 노동/기타)	0.1079	1.113	N.S.
소득수준(50만원 이하/기타)	0.1501	1.162	p<.05
흡연기간(20년 이상/기타)	0.0444	1.045	N.S.
흡연경험(없음/있음)	0.2123	1.236	p<.01
음주빈도(매일음주/기타)	-0.0778	.926	N.S.
음주량(고도음주/기타)	-0.2910	.748	p<.05
과다체중(예/아니오)	-0.0343	.967	N.S.
바람직한 운동(아니오/예)	0.1743	1.190	p<.05
수면부족(예/아니오)	-0.0577	.945	N.S.
스트레스(예/아니오)	0.0541	1.055	N.S.
육식선호(예/아니오)	0.3034	1.354	p<.001
과식(예/아니오)	-0.2935	.746	N.S.
음식의 간(싱겁게/짜게)	0.0329	1.033	N.S.
계	2.9805	19.688	p<.001

註: 분석대상자수 6,480명

마. 多變量 分析에 의한 慢性 肝疾患의 危險要因

횡단적 자료가 지닌 제한점에도 불구하고 소화성궤양에서와는 대조적으로 고도음주자는 慢性 肝疾患에 걸릴 위험성이 1.6배나 높게 나타났다. 이는 慢性 肝疾患과 음주량과의 밀접한 관련성을 입증해 주는 결과라고 하겠다. 성, 연령, 소득수준은 타 질병에서와 마찬가지로 慢性 肝疾患에서도 매우 중요한 요인으로 작용하였다(表 2-25 참조).

〈表 2-25〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 慢性肝疾患 關聯要因의 相對危險度

건강습관	추정계수값	상대위험도	유의수준
성(여자/남자)	-0.4264	.653	p<.05
연령(39세 이하/40세 이상)	0.5860	1.797	p<.001
거주지역(군/시)	-0.1197	.888	N.S.
직업(농·어업, 노동/기타)	0.1278	1.135	N.S.
소득수준(50만원 이하/기타)	0.4749	1.606	p<.01
흡연기간(20년 이상/기타)	-0.3297	.720	N.S.
흡연경험(없음/있음)	0.2387	1.269	N.S.
음주빈도(매일음주/기타)	-0.3613	.697	N.S.
음주량(고도음주/기타)	0.4755	1.608	p<.01
과다체중(예/아니오)	0.1792	1.196	N.S.
바람직한 운동(아니오/예)	-0.0279	.973	N.S.
수면부족(예/아니오)	0.1653	1.179	N.S.
스트레스(예/아니오)	0.0518	1.052	N.S.
육식선호(예/아니오)	0.0295	1.029	N.S.
과식(예/아니오)	-0.3704	.691	N.S.
음식의 간(싱겁게/짜게)	0.0107	1.010	N.S.
계	4.7039	110.278	p<.001

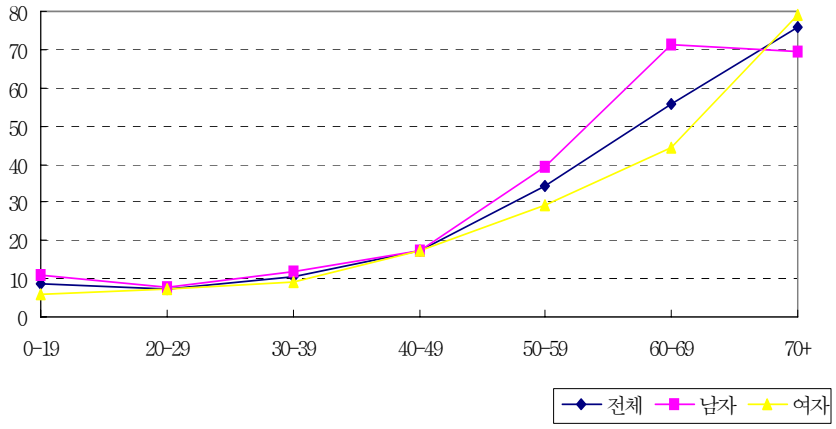
註: 분석대상자수 6,480명

4. 慢性 閉塞性肺疾患, 糖尿病, 關節炎의 有病率과 關聯된 要因

가. 慢性 閉塞性 肺疾患 有病率

만성폐색성 폐질환(만성기관지염과 해소기침) 有病率은 남자는 40대 이후 급증하다가 70대에 들어 減少되는 현상을 보인 반면 여자는 30대까지 완만하게 증가하다 40대 이후는 증가폭이 커지면서 60대에서 70대에 急增하는 현상을 보였다. 70대를 제외한 전 연령구간에서 男子에서 女子보다 높은 유병률을 보여주었다(圖 2-6 참조).

［圖 2-6］ 性別, 年齡別 閉塞性 肺疾患 有病率(人口 1,000名當)

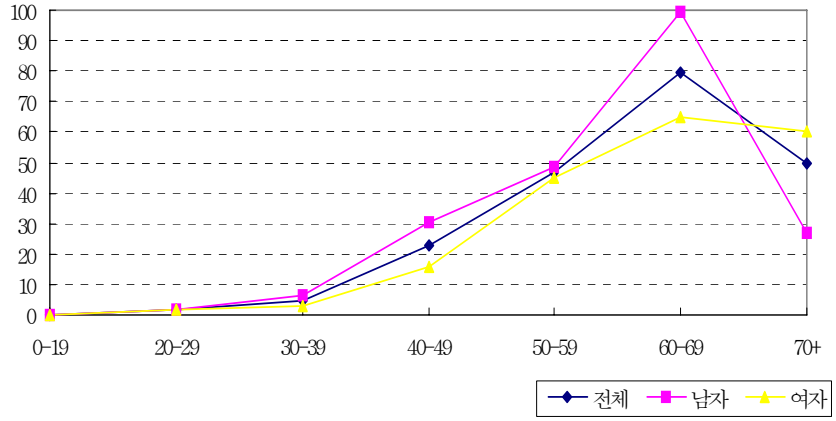


나. 糖尿病 有病率

당뇨병은 미국에서는 事故에 의한 경우를 제외한 下肢 切斷, 말기 신장질환, 생산 연령층 성인 실명(blindness)의 가장 중요한 원인적 질환이며, 불구, 조기사망, 선천성 기형, 주산기 사망, 의료비 상승을 초래하는 가장 중요한 원인이며, 여러 급만성질환(예: 허혈성 심질환, 중풍)발생에 기여하는 주요 위험요인으로 지적되고 있다(Carter Center of Emory University, 1985; Center for Economic Studies in Medicine, 1987; American Diabetes Association, 1988; Harris & Hamman, eds., 1985.)

우리나라 성인의 당뇨병 유병률은 40세의 1,000명당 23명에서 연령증가와 함께 급증하는 현상을 보이다가 70대에서 감소하는 현상을 보여주고 있다. 70대를 제외하고 전 연령층에서 남자에서의 유병률이 여자보다 높게 나타났다(圖 2-7 참조).

［圖 2-7］ 性別, 年齡別 糖尿病 有病率(人口 1,000名當)



연령별 당뇨병 유병률을 미국의 국민건강조사(National Health Interview Survey)결과와 비교해 보면 우리나라의 당뇨병 유병률이 미국과 큰 차이가 없음을 알 수 있다(表 2-26 참조).

〈表 2-26〉 韓·美間 年齡別 糖尿病 有病率의 比較

(단위: 인구 1,000명당)

미국(NHIS)[1] (1989)		국민건강조사(1995)	
연령	유병률	연령	유병률
44세 이하	7.2	40~49세	23.1
45~64세	58.2	50~59세	46.6
65~74세	89.8	60~69세	79.8
75세 이상	85.7	70세 이상	49.8

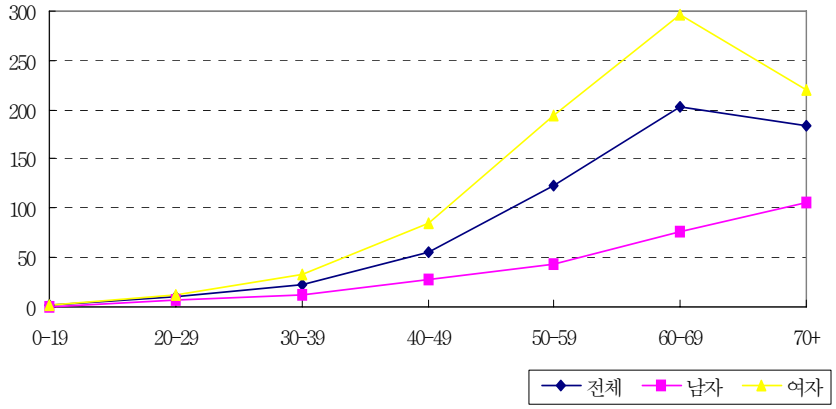
資料: 1) CDC, *MMWR*, Vol.42, No.28, 1993.

다. 關節炎 有病率

관절염은 미국에서는 65세 이상 노인 신체장애의 가장 큰 원인적 질환으로 지적되고 있다(Pope & Tarlow, 1991). 우리나라 관절염 유병률은 圖에서 보는 바와 같이 여성이 남성보다 전 연령구간에서 높

게 나타났다. 여자의 관절염 유병률이 남자보다 높은 것은 미국의 경우(남자 11.7, 여자 18.0)와 같다.

［圖 2-8］ 性別, 年齡別 關節炎 有病率(人口 1,000名當)



연령별 관절염 유병률을 미국의 국민건강조사(National Health Interview Survey)결과와 비교해 보면 전 연령구간에서 우리나라가 미국의 경우보다 적게 나타났으나 연령이 증가함에 따라 증가하는 추세는 미국의 경우와 유사하였다(表 2-27 참조).

〈表 2-27〉 韓美間 年齡別 關節炎 有病率의 比較

(단위: %)

미국(NHIS)[1] (1990)		국민건강조사(1995)	
연령	유병률	연령	유병률
24세 이하	1.3	20~29세	1.1
25~34세	6.6	30~39세	2.2
35~44세	12.7	40~49세	5.6
45~54세	22.6	50~59세	12.2
55~64세	36.5	60~69세	20.2
65~74세	45.4	70세 이상	18.3

資料: 1) CDC, *MMWR*, Vol.43, No.24, 1994.

라. 慢性 閉塞性肺疾患, 糖尿病, 關節炎 關聯 要因

1) 社會人口學的 變數와 其他 慢性 閉塞性 肺疾患, 糖尿病, 關節炎과의 關聯性

만성 폐색성 폐질환 유병률은 성별, 지역별로는 차이가 없었으나 월평균소득이 50만원 이하인 저소득층, 농·어업 종사자, 단순노무자에서 有病率이 높았다. 關節炎은 남자보다 여자에서 높게 나타났고 군지역 거주자의 유병률이 시지역 거주자에서 보다 높게 나타났다. 所得水準別로 보면 월 평균 소득수준이 낮을수록 유병률은 높아지는 경향을 보였고 직업별로는 농·어업, 기타(군인, 주부, 무직), 단순노무자의 順으로 높았다. 糖尿病 有病率은 여자보다 남자에서 높게 나타났으며 지역별 월 소득 수준별로는 차이가 없었다. 職業別로는 기타(군인, 주부, 무직), 단순노무자, 농·어업 종사자의 순으로 높게 나타났다(表 2-28 참조).

2) 慢性 閉塞性 肺疾患, 糖尿病, 關節炎과 吸煙과의 關聯性

만성 폐색성 폐질환은 吸煙과 매우 밀접한 관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 현 흡연자나 흡연경험이 있는 사람은 吸煙을 하지 않은 사람보다 유병률이 높게 나타났고 하루 평균 흡연량이 많을수록 유병률이 높았으며 吸煙期間이 길수록 유병률이 높아지는 경향을 뚜렷이 보여주었다. 糖尿病은 흡연여부나 흡연량과는 관련성이 없는 것으로 나타났으나 흡연기간은 길수록 유병률이 높게 나타났다(表 2-29 참조).

〈表 2-28〉 社會人口學的 變數와 其他 慢性 閉塞性 肺疾患, 糖尿病, 關節炎과의 關係

(단위: %)

	폐색성폐질환		관절염		당뇨병	
	아니오	예	아니오	예	아니오	예
성별						
남자(3,107)	99.3	0.7	98.1	1.9	97.7	2.1
여자(3,373)	99.6	0.4	92.4	7.6	98.4	1.6
	-		p<.001		-	
지역						
시(5,089)	99.5	0.5	96.1	3.9	98.2	1.8
군(1,391)	99.2	0.8	91.7	8.3	98.1	1.9
	-		p<.001		-	
월평균소득						
50만원 이하(766)	98.5	1.5	85.6	14.4	97.2	2.8
51~100만원(1,646)	99.5	0.5	94.7	5.3	97.9	2.1
101~150만원(1,665)	99.7	0.3	96.1	3.9	98.7	1.3
151~200만원(1,198)	99.5	0.5	98.0	2.0	98.2	1.8
210~250만원(632)	99.5	0.5	97.8	2.2	99.2	0.8
250만원 이상(632)	99.8	0.2	97.7	2.3	98.2	1.8
	p<.01		p<.001		-	
직업						
전문가(431)	99.3	0.7	99.6	0.4	98.8	1.2
사무직원(546)	100.0	-	99.0	1.0	99.6	0.4
서비스근로자(817)	99.4	0.6	95.9	4.1	98.2	1.8
농업, 어업(653)	99.0	1.0	88.7	11.3	97.5	2.5
숙련기술자(838)	99.6	0.4	97.9	2.1	98.4	1.6
단순노무자(488)	98.5	1.5	93.6	6.4	97.2	2.8
학생(929)	100.0	-	99.8	0.2	100.0	-
기타(군인·주부·무직)(1,778)	99.4	0.6	91.6	8.4	97.0	3.0
	p<.01		p<.001		p<.001	
계(6,480)	99.5	0.5	95.2	4.8	98.2	1.8

註: ( )는 분석대상자수

〈表 2-29〉 慢性 閉塞性 肺疾患, 糖尿病, 關節炎과의 關係 吸煙과의 關係

(단위: %)

	폐색성폐질환		관절염		당뇨	
	No	Yes	No	Yes	No	Yes
흡연여부						
현흡연(2,086)	99.1	0.9	97.1	2.9	98.0	2.0
과거흡연(509)	99.0	1.0	96.2	3.8	96.8	3.2
흡연경험없음(3,885)	99.7	0.3	94.0	6.0	98.4	1.6
	p<.01		p<.001		-	
총흡연량						
흡연경험없음(3,901)	99.6	0.4	94.0	6.0	98.4	1.6
반갑 이하(832)	99.7	0.3	96.0	4.0	97.5	2.5
약 한갑(1,249)	99.0	1.0	97.3	2.7	97.9	2.1
한갑반 이상(498)	98.8	1.2	97.3	2.7	97.9	2.1
	p<.01		p<.001		-	
총흡연기간						
흡연경험없음(3,885)	99.7	0.3	94.0	6.0	98.4	1.6
0~9년(727)	99.7	0.3	98.8	1.2	99.6	0.4
10~19년(654)	99.4	0.6	96.7	3.3	98.5	1.5
20년 이상(983)	98.5	1.5	95.4	4.6	96.7	3.3
	p<.001		p<.001		p<.001	
계(6,480)	99.5	0.5	95.2	4.8	98.2	1.8

註: ( )는 분석대상자수

3) 慢性 閉塞性 肺疾患, 關節炎, 糖尿病과 飮酒와의 關聯性

만성 폐색성 폐질환은 飮酒頻度나 飮酒量과는 관련성이 없는 것으로 나타났으나 알코올의존 성향이 있는 경우 만성 폐색성 폐질환 유병률이 높게 나타났다(表 2-30 참조).

〈表 2-30〉 慢性 閉塞性 肺疾患, 關節炎, 糖尿病과의 關係 飮酒와의 關係

(단위: %)

	폐색성폐질환		관절염		당뇨	
	아니오	예	아니오	예	아니오	예
음주빈도						
무음주(4,447)	99.6	0.4	93.9	6.1	98.0	2.0
월1회 이하(134)	99.5	0.5	98.3	1.7	99.1	0.9
월2~4회(749)	99.7	0.3	99.0	1.0	98.4	1.6
주2~4회(731)	99.1	0.9	98.8	1.2	98.4	1.6
거의매일(419)	98.4	1.6	93.7	6.3	99.1	0.9
	-		p<.001		-	
알코올의존						
아니오(5,837)	99.5	0.5	95.0	5.0	98.1	1.9
예(643)	98.7	1.3	96.9	3.1	98.6	1.4
	p<.05		p<.05		-	
음주량						
고도음주(530)	99.0	1.0	97.1	2.9	99.0	1.0
중도음주(651)	99.2	0.8	98.8	1.2	98.3	1.7
저도음주(750)	99.4	0.6	97.4	2.6	98.5	1.5
무음주(4,484)	99.6	0.4	94.0	6.0	98.0	2.0
	-		p<.001		-	
계(6,480)	99.5	0.5	95.2	4.8	98.2	1.8

註: ( )는 분석대상자수

4) 慢性 閉塞性 肺疾患, 關節炎, 糖尿病과 體重, 運動, 睡眠時間, 스트레스와의 關聯性

만성폐색성 폐질환(기관지염, 해소기침)은 과다체중, 운동, 육체적인 일, 수면시간, 스트레스와는 관련성이 없는 것으로 나타났다. 반면에 關節炎은 과다체중과 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타났다. 즉 과다

체중인 사람은 그렇지 않은 사람보다 유병률이 1.5배 이상 높게 나타났다. 바람직한 운동은 하지 않는 경우, 日常生活에서의 肉體的인 일은 하는 편인 경우에 관절염 유병률이 높았다. 스트레스와는 관련성이 없는 것으로 나타났다. 당뇨병 유병률은 過多體重인 사람이 그렇지 않은 경우보다 2배 이상 높게 나타났으며 日常生活에서 육체적인 일을 하지 않는 사람에서 유병률이 높게 나타났다. 糖尿는 운동, 수면시간, 스트레스 유무와는 관련성이 없는 것으로 나타났다(表 2-31 참조).

〈表 2-31〉 慢性 閉塞性 肺疾患, 關節炎, 糖尿病과 體重, 運動과의 關係

(단위: %)

	폐색성폐질환		관절염		당뇨	
	아니오	예	아니오	예	아니오	예
비만						
아니오(4,954)	99.5	0.5	96.5	3.5	98.4	1.6
예(797)	99.2	0.8	93.9	6.1	96.3	3.7
	-		p<.001		p<.001	
바람직한운동						
아니오(5,591)	99.4	0.6	94.9	5.1	98.2	1.8
예(889)	99.6	0.4	96.7	3.3	98.1	1.9
	-		p<.001		-	
육체적인일						
하는편(3,454)	99.5	0.5	94.1	5.9	98.5	1.5
하지않는편(3,002)	99.4	0.6	96.3	3.7	97.7	2.3
	-		p<.001		p<0.05	
하루평균수면시간						
충분(2,595)	99.5	0.5	93.9	6.1	98.2	1.8
보통(2,599)	99.3	0.7	96.8	3.2	98.4	1.6
부족(1,257)	99.5	0.5	94.2	5.8	97.6	2.4
	-		p<.001		-	
스트레스유뮤						
없음(1,361)	99.6	0.4	96.5	3.5	98.6	1.4
있음(4,686)	99.5	0.5	96.0	4.0	98.2	1.8
	-		-		-	
계(5,752)	99.5	0.5	96.1	3.9	98.1	1.9

註: ( )는 분석대상자수

5) 慢性 閉塞性 肺疾患, 關節炎, 糖尿病과 食習慣과의 關聯性

만성 폐색성 폐질환(기관지염, 해소기침)은 아침식사, 과식, 간식여부 등 食習慣과는 거의 관련성이 없는 것으로 나타났다. 關節炎과 糖尿病은 아침식사를 꼭 먹는 경우, 過食과 間食은 전혀 하지않는 경우에 유병률이 높게 나타나 美國 알라메다 카운티 연구 결과와 상반되었다(表 2-32 참조).

〈表 2-32〉 慢性 閉塞性 肺疾患, 關節炎, 糖尿病과 食習慣과의 關係

(단위: %)

	폐색성폐질환		관절염		당뇨	
	아니오	예	아니오	예	아니오	예
아침식사						
꼭먹음(4,262)	99.5	0.5	93.9	6.1	97.8	2.2
가끔먹음(1,625)	99.6	0.4	97.3	2.7	98.7	1.3
안먹음(591)	99.0	1.0	98.4	1.6	99.0	1.0
	-		p<.001		-	
과식						
전혀하지않음(2,199)	99.3	0.7	92.3	7.7	97.7	2.3
가끔함(4,097)	99.5	0.5	96.7	3.3	98.5	1.5
항상함(172)	99.4	0.6	94.2	5.8	98.0	2.0
	-		p<.001		-	
간식						
전혀안함(1,442)	99.2	0.8	92.2	7.8	97.2	2.8
가끔함(4,328)	99.5	0.5	96.2	3.8	98.3	1.7
항상함(701)	99.7	0.3	94.6	5.4	99.1	0.9
	-		p<.001		p<.01	
음식의 간						
싱겁게(1,184)	99.6	0.4	95.5	4.5	97.4	2.6
보통(3,624)	99.6	0.4	95.4	4.6	98.4	1.6
짜게(1,668)	99.1	0.9	94.4	5.6	98.1	1.9
	p<.05		-		-	
계(6,477)	99.5	0.5	95.1	4.9	98.2	1.8

註: ( )는 분석대상자수

마. 多變量 分析에 의한 慢性 閉塞性 肺疾患과 관련된 危險要因과 相對 危險度

만성폐색성 폐질환(만성기관지염, 해소기침)에는 흡연기간과 흡연경험이 매우 중요한 위험요인으로 나타났다. 운동부족과 과식도 만성폐색성 폐질환의 위험도를 높이는 요인으로 나타났다. 다른 만성질환에서와 마찬가지로 성과 연령도 중요한 요인으로 나타났다(表 2-33 참조).

〈表 2-33〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 慢性 慢性 閉塞性 肺疾患 危險要因의 相對 危險度

건강습관	추정계수값	상대위험도	유의수준
성(여자/남자)	0.2103	1.234	N.S.
연령(39세 이하/40세 이상)	0.3179	1.373	p<.01
직업(농·어업, 노동/기타)	0.0336	1.034	N.S.
소득수준(50만원 이하/기타)	0.2152	1.240	N.S.
흡연기간(20년이상/기타)	0.3553	1.426	p<.01
흡연경험(없음/있음)	0.3143	1.369	p<.05
음주빈도(매일음주/기타)	-0.2013	.818	N.S.
음주량(고도음주/기타)	0.0299	1.029	N.S.
과다체중(예/아니오)	0.1048	1.110	N.S.
바람직한 운동(아니오/예)	0.2431	1.275	p<.05
수면부족(예/아니오)	0.0404	1.041	N.S.
스트레스(예/아니오)	-0.1930	.824	p<.05
육식선호(예/아니오)	0.0568	1.058	N.S.
과식(예/아니오)	0.3311	1.392	N.S.

註: 분석대상자수 6,480명

바. 多變量 分析에 의한 糖尿病 관련 危險要因과 相對 危險度

高年齡, 수면부족, 스트레스, 과식, 過多體重인 경우 상대위험도가 높게 나타났다. 통계적으로 의미는 없었으나 남자와 매일음주자의 경우 糖尿의 가능성이 더 큰 것으로 나타났다(表 2-34 참조).

〈表 2-34〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 糖尿病 關聯要因의 相對危險度

건강습관	추정계수값	상대위험도	유의수준
성(여자/남자)	-0.2102	.811	N.S.
연령(39세 이하/40세 이상)	1.3132	3.717	p<.001
거주지역(군/시)	-0.0960	.908	N.S.
직업(농·어업, 노동/기타)	0.1016	1.106	N.S.
소득수준(50만원 이하/기타)	0.0932	1.097	N.S.
흡연기간(20년 이상/기타)	-0.2301	.795	N.S.
흡연경험(없음/있음)	0.1413	1.151	N.S.
음주빈도(매일음주/기타)	-0.5299	.589	N.S.
음주량(고도음주/기타)	-0.4090	.664	N.S.
과다체중(예/아니오)	0.2466	1.279	p<.05
바람직한 운동(아니오/예)	0.0678	1.069	N.S.
수면부족(예/아니오)	0.3553	1.426	p<.001
스트레스(예/아니오)	0.2236	1.250	p<.05
육식선호(예/아니오)	0.1580	1.171	N.S.
과식(예/아니오)	0.1987	1.219	p<.05
음식의 간(싱겁게/짜게)	0.0902	1.094	N.S.

註: 분석대상자수 6,480명

사. 多變量 分析에 의한 慢性 關節炎 관련 危險要因과 相對 危險度

慢性 關節炎에 걸릴 가능성은 여자가 남자보다 2.2배 이상 높은 것으로 나타났고 고연령, 저소득층이 관절염에 걸릴 위험도가 높게 나타났다(表 2-35 참조).

〈表 2-35〉 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 慢性 關節炎 關聯要因의 相對危險度

건강습관	추정계수값	상대위험도	유의수준
성(여자/남자)	0.8143	2.257	N.S.
연령(39세 이하/40세 이상)	1.1024	3.010	N.S.
거주지역(군/시)	0.1493	1.161	p<.001
직업(농·어업, 노동/기타)	-0.0894	.915	p<.001
소득수준(50만원 이하/기타)	0.4441	1.559	N.S.
흡연기간(20년 이상/기타)	-0.1221	.885	N.S.
흡연경험(없음/있음)	0.1307	1.139	p<.001
음주빈도(매일음주/기타)	0.3524	1.422	N.S.
음주량(고도음주/기타)	0.0464	1.047	N.S.
과다체중(예/아니오)	0.1107	1.116	p<.01
바람직한 운동(아니오/예)	0.0384	1.039	N.S.
육체적인일(안하는편/하는편)	-0.1045	.901	N.S.
수면부족(예/아니오)	0.1366	1.146	N.S.
스트레스(예/아니오)	-0.0965	.908	N.S.
육식선호(예/아니오)	-0.1048	.901	N.S.
과식(예/아니오)	0.0866	1.090	N.S.
음식의 간(싱겁게/짜게)	0.0572	1.059	N.S.

註: 분석대상자수 6,480명

第 3 章　精神的 健康水準과 關聯 危險要因

第 1 節　精神健康의 槪念과 測定에 관한 考察

精神健康이란 '정신질환이 없는 상태뿐 아니라 한 개인이 건강한 정신상태에서 매일매일의 日常生活에서 일어나는 일들에 잘 대처해 가면서 사고나 감정 또는 행동상의 有意한 기능부전을 느끼지 않으면서 대인관계, 對 社會關係를 형성해 가는 것이라고 말할 수 있다. 정신건강을 측정하는 도구에는 非診斷的 評價道具와 診斷的 評價道具가 있다.

1. 非診斷的 評價道具

어떤 진단기준에 의거한 것이 아니라 주로 精神科的 症狀을 測定하는 방법으로 되어 있다.

가. 홉킨스 症狀尺度(Hopkins Symptom Checklist 90R, SCL-90)

精神病理를 가진 환자를 넓은 範疇에서 평가하는 데 쓰인다. 90문항으로 되어 있고, 대개 30분 이내에 끝낼 수 있다. 간략형으로는 SCL-71, SCL-64, SCL-58이 있다. SCL-90에는 9개의 증상척도가 있다. 신체화, 강박행위, 대인관계 민감증, 우울증, 불안, 적개심, 공포성 불안, 편집적 사고, 정신증적 경향이 9개의 증상척도이고, 세 개의 global index가 있으며 自己報告型이라는 큰 장점이 있다. 현재의 상태에 촛점을 맞추어서 평가하게 되어 있다. 각 항목은 빈도에 따라 1점에서 4점까지 매긴다. 이 尺度는 수많은 정신분열병과 기분장애 등의 치료연구에 쓰였고, 그 타당성이 전세계적으로 널리 입증되어 있다.

나. 一般健康設問紙(General Health Questionnaire, GHQ)

이 도구는 精神症狀의 존재여부를 일반인을 대상으로 선별하는데 널리 쓰인다. 검사에 2분이 걸리는 GHQ-12와 10분에서 12분이 걸리는 GHQ-60이 있다. 지난 수주일 이내에 그 症狀이 있었는지 여부를 묻고, '있다'고 답한 숫자를 합한 것이 총점이 된다. 타당도 연구에서 정신병리의 指標로서 사용될 수 있다는 평가를 받고 있다.

다. 氣分狀態 프로파일(Profile of Mood States, POMS)

원래는 神經症的 환자를 연구하기 위해 개발되었으나, 임상연구에서 넓은 범주의 기분과 不安狀態를 평가하는 데 쓰인다. 증상의 강도에 따라 4점으로 나뉘어 점수를 매긴다. 긴장, 분노, 우울, 활력, 피로의 척도가 있다.

2. 診斷的 評價道具

가. 現在狀態檢診(Present State Examination, PSE)

제10판까지가 나와 있는데, 초기판들은 미국과 영국의 비교연구(US-UK Project)와 세계보건기구의 國際精神分裂症試驗硏究(International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS)에 사용되었다. 지난 일개월 동안의 증상에 대하여 질문한다. 精神病 症狀을 잘 가려낼 수 있는 장점이 있다. 140개 문항으로 精神病理의 영역을 골고루 물어보게 되어 있는데 15가지 이상의 妄想에 대한 기술이 있다. 하지만, 엄밀한 의미에서는 診斷的인 尺度가 아니고, 精神病理를 확인하는 체계라고 해야 옳다. PSE를 電算化한 體系를 카테고(CATEGO)라고 한다. 가장 최신판 PSE-10은 신경정신과 임상진단도구(Schedule for Clinical Assessmenin Neuropsychiatry, SCAN)에 포함되어 있다. 이 척도는 임상전문가용이다.

나. DSM-III-R 障碍診斷을 위한 構造化 臨床面接(Structured Clinical Interview for DSM-III-R Disorder, SCID)

準構造化面談으로 臨床專門家用이다. <表 3-1>은 개략적인 比較를 위하여 診斷的 評價道具들을 비교하여 제시한 것이다. DSM-Ⅲ-R의 진단기준에 따라 진단을 내린다. 선별질문을 통하여 진단범주를 가려서 診斷들을 배제하고 특정증상에 대한 질문을 하도록 되어 있다. 1987년 스피쯔(Spitzer)에 의해 개발되었다.

이는 臨床專門家만이 평가할 수 있고, 진단을 위해서는 融通性을 가지고 여러 가지 필요한 질문을 하여 核心的인 情報를 얻을 수 있도록 되어 있다는 것, 즉 DIS와는 달리 面談者가 臨床的인 判斷을 내린다는 것이 차이점이다. 여러 가지 판이 있다. SCID-P(정신과 환자용), SCID-OP(외래환자), SCID-Ⅱ(인격장애, Axis-Ⅱ), SCID-NP(정상인)가 있다. SCID-NP는 지역사회 연구용으로 사용될 수 있다.

〈表 3-1〉 診斷道具

Instrument	Diagnostic Function	Rater	Reference
Present State Examinstion (PSE-9)	Psychopathology	professional	Wing 1974
Structured Clinical Interview for DSM-III-R(SCID)	DSM-III-R Diagnosis	professional	Spitzer 1987
Diagnostic Interview Schedule (DIS)	Diagnosis for epidemilolgical studies	Non-professional	Robins 1981
Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia (SADS)	RDC Diagnosis	Professional	Endicott & Spitzer 1978
Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	DSM-III-R or ICD-10 diagnosis	Nonprofessional	Robins 1988
Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)	DSM-III-R or ICD-10 diagnosis	Professional	Wing 1990

다. 氣分障碍와 精神分列基準(Schedule for Affective Disorder & Schizophrenia, SADS)

1978년 엔디콧과 스피쯔(Endicott & Spitzer)에 의해 氣分障碍를 精神分裂病과 감별하기 위하여 만들어졌다. DSM-Ⅲ-R의 모체인 RDC (Research Diagnostic Criteria)를 사용하고, 準構造化된 면담이라는 점이 PSE와 유사하다. 증상과 症狀變化에 대한 6점 평가기준을 사용하며, 완성하는 데 시간이 많이 걸린다는 단점이 있다.

라. 診斷的 面談 道具(Diagnostic Interview Schedule, DIS)

1981년 로빈스(Robins) 등이 세인트루이스의 워싱턴대학에서 미국 국립정신보건연구소(NIMH)의 요청에 의해 만들었다. 역학적인 진료권 지역(Epidemiologic Catchment Area, ECA)등 주로 地域社會 硏究에 쓰기 위하여 만들어졌으나, 임상에서의 진단을 위해서도 쓰인다. DIS에서는 DSM-Ⅲ의 43개의 진단이 내려질 수 있다. 모든 診斷을 다 포함하려면 너무 많은 시간이 필요하여 반사회적 인격장애를 제외한 모든 인격장애를 배제하고, 기질성장애 중에는 '치매'만을 간이정신상태검사(MMSE)를 통하여 선별할 수 있도록 되어 있다.

18세 이상만을 대상으로 하고, 症狀이 없거나 경미한 경우 대개 한 시간정도가 걸리나 길면 세 시간까지 걸리기도 한다. 컴퓨터 알고리즘을 이용하여 진단한다. SADS나 SCID가 準構造化된 면담인 데 비해서 DIS는 고도로 構造化된 면담이어서 거의 융통성이 없고, 대상자에게 쓰여진 그대로 질문해야 하고, 예/아니오로 표시해야 한다. SADS나 SCID가 선별질문에서 '아니오'라고 답하면 건너뛰고 답할 수 있도록 되어있는 반면, DIS는 그런 경우가 드물다. DIS는 증상이 신체적 질병이나, 약물 또는 알코올의 影響 때문이 아닌지를 구분하고, 이를 1에서 5사이에서 표시하게 된다. 또 SADS는 기질적 원인을 감별하는

도구가 포함되어 있지 않지만, DIS에는 MMSE가 포함되어 있다. 이 도구는 일주일간 계획된 훈련을 받으면 임상가든 일반인이든 누구나 사용할 수 있다. 그리스트(Griest, 1987)는 DIS의 컴퓨터 판에 대한 硏究를 하였는데, 이 컴퓨터판은 임상적인 면담을 대신 할 수는 없고 보조적인 수단정도로만 사용되어야 한다고 권고하였다.

마. 混合國際診斷面接(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)

DIS에서 상당수의 문항을 빌어오고, PSE의 일부 문항을 포함하고 있다. 국가간의 비교연구를 위해서 DIS 문항의 내용을 일부 변경하였다. 비전문가가 할 수 있고, 콤퓨터로 채점을 한다. DSM-Ⅲ-R과 ICD-10의 진단기준에 따라 두 가지 진단을 내린다. 이 또한 일정기간의 조직적인 훈련을 거친 후에 일반인에 의해 사용되어질 수 있다. 이런 구조화된 면담의 장점은 信賴度가 높고, 있는 증상과 없는 증상 모두에 대한 기술이 되며, 경험이 적은 임상가도 비교적 신뢰할만한 진단을 내릴 수 있다.

바. 神經精神科 臨床的 診斷道具(Schedule for Clinical Assessment of Neuropsychiatry, SCAN)

CIDI와 마찬가지로 DSM-Ⅲ-R과 ICD-10의 진단을 내리는 준구조화된 면담도구이다. 세계보건기구에 의해 SCAN이 만들어졌다. PSE-10과 확실한 진단을 위한 여타 要素들로 이루어졌고, 평가자가 상황에 따라 현재상태, 현재의 에피소드, 全 生涯에 걸친 조사 등의 범위를 선택할 수 있다. SCAN에 있는 문항집단점검표는 병록지나 여타의 정보를 수집하여 정신병리를 평가하도록 되어 있고, 임상 정보절차는 지적 수준, 人格障碍, 사회적 지장 정도, 임상적 진단을 위한 요약 항목으로 되어 있다. 이 조사결과는 CATEGO-5에 입력되어 분석되는데,

그 결과로 ICD-10이나 DSM-Ⅲ-R의 진단을 내리는데 다축 진단도 가능하다.

第 2 節　憂鬱症 實態와 關聯 危險要因

1. 反應率과 未完成 資料分析

地域의 역학조사에 있어서 調査自體의 信賴性을 평가하는 방법의 하나가 反應率, 즉 全體調査對象者에 대한 조사완성자의 비율이다. 본 연구에서는 6,407명이 원래의 對象이었으나, CES-D를 조사할 때 노인에서의 반응이 느리고 제대로 수행하지 못한다는 面談要員의 보고에 의하여 對象者의 숫자를 줄여 5805명을 대상으로 하였고, 4,671명이 조사완성하였다. 즉 反應率은 4671÷5805＝0.8047이다. 미완성으로 처리되어 대상에서 제외된 集團에 대한 분석이 매우 중요하다. 만약 제외된 집단이 特殊性이 있어 조사하고자 하는 질병군일 可能性이 높다면 조사에 큰 문제가 된다. 본 연구에서도 제외된 집단을 따로 분석하였다(表 3-2 참조).

2. 憂鬱症(CES-D 點數) 分布

가. 集中傾向

① 最頻値(Mode, Mo)는 분포에서 가장 많이 나타나는 점수이다. CES-D의 경우, 3점이다. 이 때의 빈도치는 390인데, 이와 거의 비슷한 빈도치 388을 가진 점수는 0점이다.
② 中央値(Median, Med)는 8점이다
③ 平均値(Mean, M)는 10.86이다.
④ 편향: 좌측 편향(left skewed deviation)이 나타난다(圖 3-1 참조).

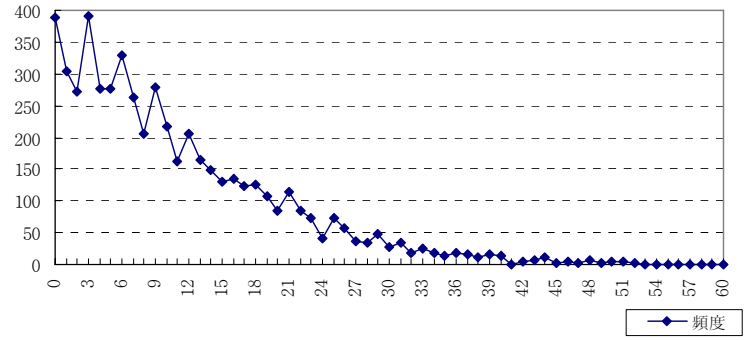
〈表 3-2〉 反應群과 非反應群의 比較

(단위: 명)

		비반응군	반응군	전체
	사례수	1,134	4,671	5,805
나 이	15～19세	16	458	474
	20～29세	71	1,039	1,110
	30～39세	186	1,400	1,586
	40～49세	136	849	985
	50～59세	313	569	882
	60～69세	412	356	768
교육수준	무학	384	261	645
	초등학교	358	693	1,051
	중학교	150	760	910
	고등학교	187	1,970	2,157
	전문대학	16	199	215
	대학교	35	722	757
	대학원 이상	4	63	67
직 업	고위관리자	8	22	30
	전문가	10	161	171
	준전문가	12	129	141
	사무직	18	411	429
	판매서비스직	104	624	728
	농어업	498	566	1,064
	기능근로자	56	394	450
	기계조작원	24	182	206
	단순노무자	115	324	439
	군인	1	18	19
	학생	15	547	562
	주부	154	985	1,139
	무직	119	308	427
지 위	자영업자	375	738	1,113
	고용주	34	151	185
	상용근로자(전일제)	128	1,256	1,384
	상용근로자(시간제)	4	62	66
	임시근로자	10	36	46
	일용근로자	66	203	269
	무급가족종사자	229	373	602
생활수준 (주관적 평가)	매우 못사는 편	92	199	291
	못사는 편	367	1,191	1,558
	보통	623	2,957	3,580
	잘사는 편	46	304	350
	매우 잘사는 편	5	17	22
가구소득수준 (월평균)	50만원 이하	507	666	1,173
	51～100만원	309	1,318	1,627
	101～150만원	172	1,213	1,385
	151～200만원	74	782	856
	201～250만원	32	297	329
	250만원 이상	31	348	379

註: 반응률은 0.8047임.

［圖 3-1］ CES-D 點數 頻度 分布



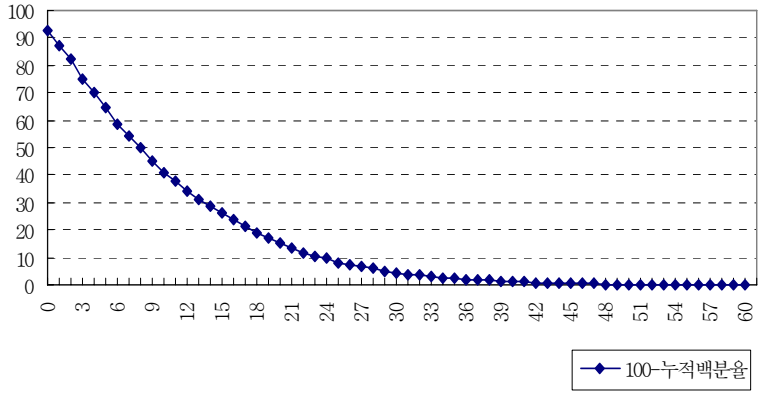
나. 切斷點에 따른 憂鬱症 頻度

CES-D 점수의 美國白人의 平均은 9.1(표준편차 9.3)이고(Eaton et al 1983), 미국흑인의 평균은 23.2이다(Stallon et al. 1990). 日本人의 平均은 10.5이고(Iwata et al., 1989) 우리나라의 경우 신승철(1991)의 연구에서의 평균은 15.6(표준편차 7.1)이고, 조맹제와 김계희(1993)의 연구에서의 地域社會群 평균은 14.91(표준편차 11.33)이었다. 美國에 거주하는 아시아계 移住民에 대한 연구(Kuo, 1984)에서 중국계는 평균 6.93(표준편차 6.82), 필리핀계는 平均 9.72(標準偏差 7.12), 일본계는 평균 7.30(표준편차 8.43), 한국계는 평균14.37(표준편차 7.84)였다.

[圖 3-2]에서 절단점을 設定하려고 할 때, 이에 따른 대략의 有病率을 추정할 수 있다(16점: 23.5%, 18점: 18.9%, 21점: 13.3%, 23점: 10.3%, 24점: 9.6%, 25점: 8.2%). 1993년 이전의 硏究에서 눈에 띄는 현상은 國內에 거주하든 美國에 거주하든 상관없이 韓國人의 CES-D 평균점수가 美國 白人이나 일본인보다 높고, 그리스인(Madianos 1994), 멕시코계 美國移住民(Garcia, 1989), 쿠바계나 푸에르토리코계 미국 이주민(Eaton & Kessler, 1994)보다는 낮은 水準이었다. 1995년

조사된 본연구에서는 평균 10.86(표준편차 9.46)으로 1989년 연구된 일본인의 平均點數와 비슷한 수준이다.

［圖 3-2］ CES-D 點數의 累積百分率 分布



3. 憂鬱症(CES-D)의 事例性 有病率(caseness rate)

精神科的 진단기준의 문제와 아울러 정신의학적 역학에 있어서 '사례발견' 또는 '사례성'이란 槪念이 매우 중요하다. 다른 질환에서도 마찬가지지만 정신증상에 관한 사례성의 문제는 거기에 사회적, 문화적, 心理的인 요인이 서로 얽혀있기 때문에 누구에 의해서, 언제, 어떻게, 정신적으로 '異常' 또는 '病的'이라고 認定을 받게 되었는지를 엄밀히 검토하지 않으면 안된다.

이상행동이란 일반정상인에게도 不安이나 緊張이 심할 때는 때로 나타나는 수가 있는 것으로 분명하게 질병을 수반하지 않은 행동이며, 한편 질병행동이란 그 行動의 밑바닥에 무엇인가 정신질환이 뿌리를 박고 있는데서 나오는 行動으로 전자와는 서로 구분하여야 한다. 자살, 비행, 犯罪, 藥物濫用, 알코올의존, 登校拒否 등 많은 문제행동이 법률상 또는 사회문적 요인에 의하여 흔히 규제를 받고 있는데 그것

이 異常이냐 正常이냐 하는 판단에는 그 개인이 소속하는 사회문화적 집단의 평균적인 規範이 背景에 작용하게 된다.

따라서 幻聽이 神의 소리라고 믿고 있는 집단에서는 幻聽을 異常이라고 보지 않을 것이며 금주하는 나라에서는 모든 음주는 異常行動으로 규정될 것이다. 가족이나 직장사람들에게 異常하게 보여서 할 수 없이 정신과에 와서 진찰을 받는 사람들 중에도 疾病이 발견되지 않는 예가 있고, 반대로 명백한 疾病行動임에도 불구하고 가족이나 이웃사람들은 전혀 이상하게 생각하지 않을 수 있다.

疫學調査에 있어서 종종 지역의 중심인물인 노인어른이나 마을지도자 또는 면장, 校長을 찾아가 情報를 제공받고 이에 의존하여 조사를 착수하게 되는 경우, 이 情報는 모두 상대적인 基準에 의한 것일 수밖에 없는 경우가 많다. 또한 어떤 설문지나 診斷道具 등을 이용하는 境遇라도 가양성이거나 가음성인 것이 조사결과에 반영됨을 꼭 피할 수만은 없을 것이다. 그래서 疫學調査에 따라서는 事例로 발견된 疾患의 頻度가 높은 데도 실제 임상에서는 그런 疾患者가 별로 없다든가 아니면 정반대의 결과도 있을 수 있다.

事例性 유병률이란 精神科 疫學硏究의 이 단계 事例確認方法中 일차 비진단적 선별검사결과 인위적으로 정해진 절단점을 기준으로 설정하여 選別한 事例를 인구 100명당 사례수로 나타낸 것이다. 臨床診斷群보다는 대체로 더 많은 수를 양성군으로 판정하게 된다. 엄밀한 의미에서는 이 양성군들과 憂鬱症의 임상진단군과의 관계를 명백히 말할 수는 없으나, 이 양성군들속에 가양성군과 진짜 臨床診斷群이 포함된다는 것은 사실이다. 하지만, 가음성군이 있어 질병이 있음에도 불구하고 빠진 군이 있다.

이 때문에 진단도구의 敏感度와 特異度가 높아야 하고, 이런 前提下에서 事例性 有病率을 통한 대략적인 推定이 가능하다. 事例性 有病率

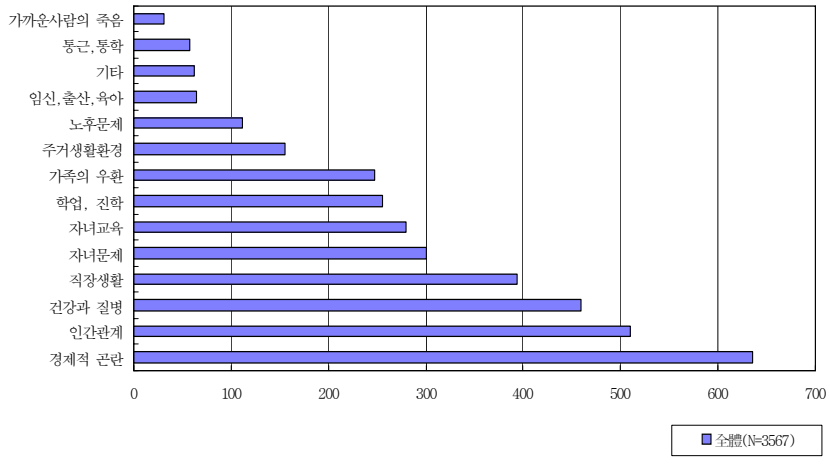
을 算出하려면 切斷點이 있어야 한다. 한국형 CES-D의 切斷點은 조맹제와 김계희(1993)의 硏究에서 ROC 커브분석법에 의해서 구해졌다. 臨床患者群에서 DSM-Ⅲ-R의 진단기준에 따라 진단하였을 때 Kappa 값이 가장 높고, 銳敏度가 90% 이상이면서, 特異度를 가장 적게 희생시키는 점을 구하는 것인데, '25점'이 選定되었다. 이를 본 연구에서 採擇하여, 25점 이상인 집단을 重症群으로 하고, 21점 이상인 集團을 中等症群으로 하고, 16점 이상인 集團을 輕症群으로 구분하였다.

4. 憂鬱症(CES-D)과 關聯된 危險要因

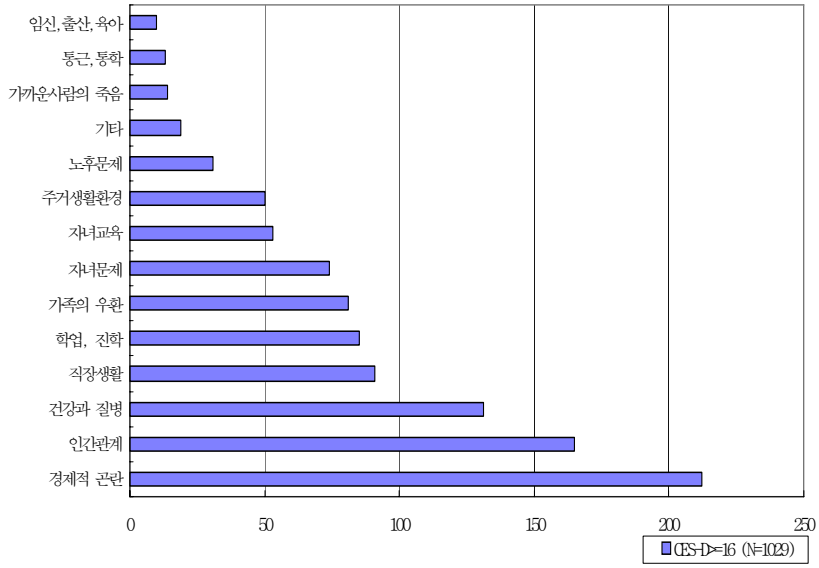
가. 스트레스의 種類와 憂鬱症과의 關聯性

CES-D의 點數別 群들에서 특정한 스트레스가 작용하는지 여부는 [圖 3-3, 圖 3-4, 圖 3-5, 圖 3-6]를 參照하여 보면, 切斷點에 따른 특이성이 없다. 단, 이 네 군에서 경제적 곤란, 人間關係, 健康과 疾病 順序로 큰 스트레스로 작용하고 있다는 사실을 알 수 있다.

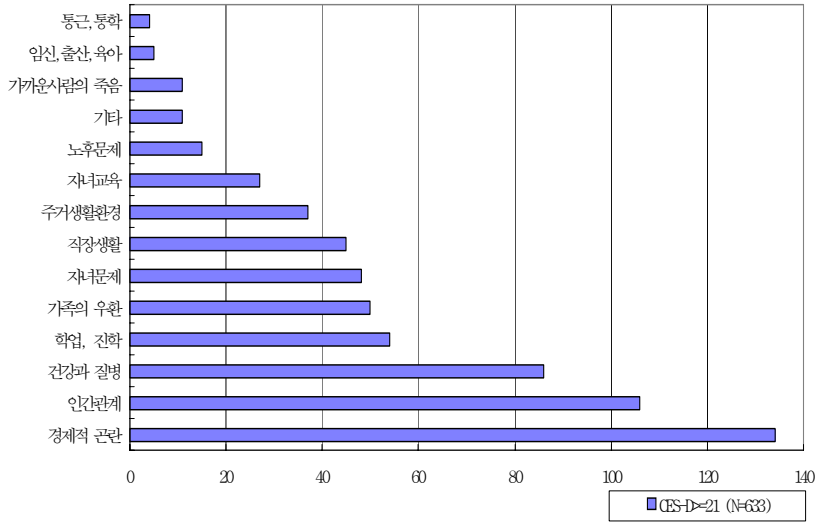
〔圖 3-3〕 全體群에서의 스트레스 順位



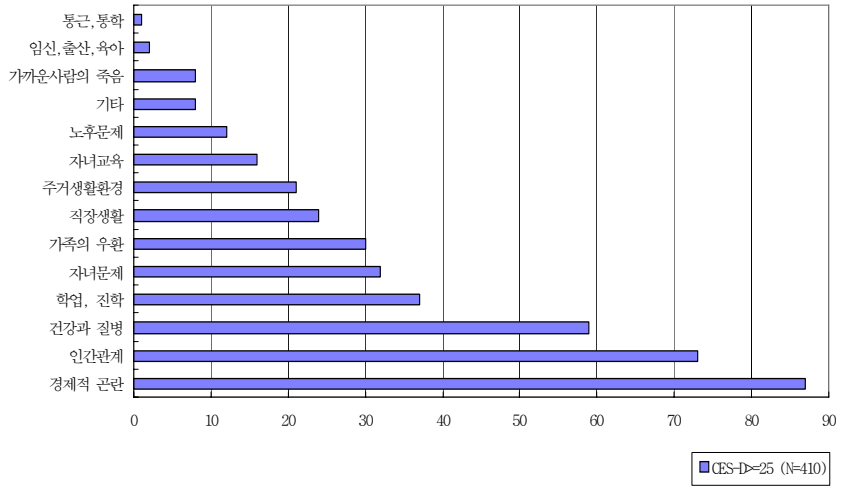
［圖 3-4］ CES-D 16點 以上 集團에서의 스트레스 順位



［圖 3-5］ CES-D 21點 以上 集團에서의 스트레스 順位



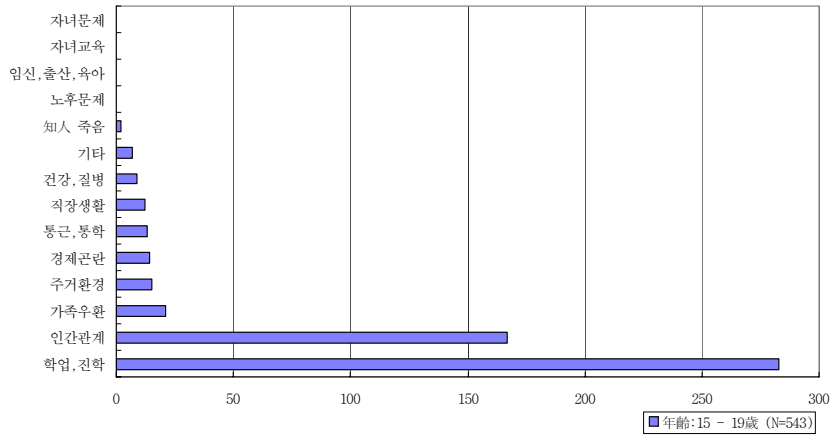
〔圖 3-6〕 CES-D 25點 以上 集團에서의 스트레스 順位



1) 年齡群別 스트레스의 種類와 憂鬱症과의 關聯性

연령군별로 스트레스의 종류를 살펴보면, 15세에서 19세 사이 청소년에서는(圖 3-7 참조) 흔히 豫想할 수 있는 바와 같이 학업과 진학이 1위, 2위 인간관계였다.

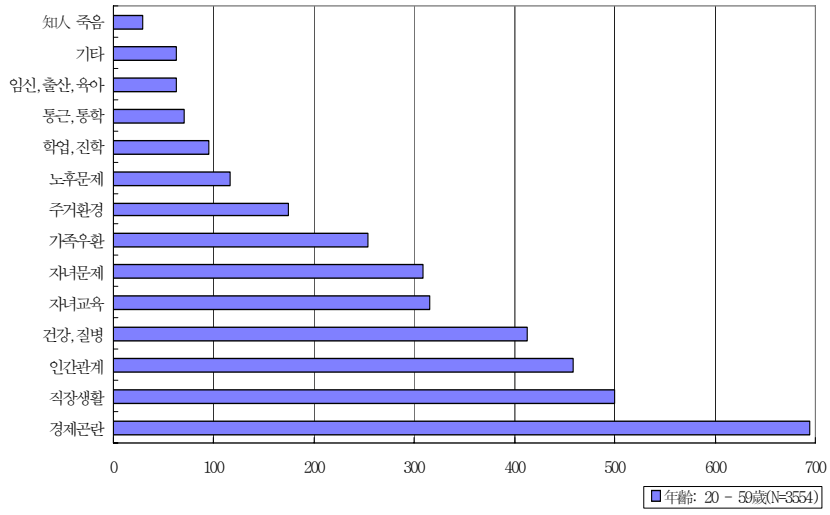
〔圖 3-7〕 靑少年集團(滿 15~19歲)에서의 스트레스 順位



청소년 시기에는 父母나 兄弟보다도 또래집단(동아리 集團; peer group)의 중요성이 크게 부각된다. 학업과 진학문제가 가장 큰 문제이기는 하지만, 未熟한 關係形成能力 때문에 겪게 되는 苦痛이 상당히 커서 이런 靑少年들을 위한 靑少年 相談의 중요성을 알 수 있다. 精神科 질환 중에 정신분열병, 憂鬱症, 物質使用障碍 등은 청소년기에 특히 호발하는 특징이 있어 어려움이 많은 靑少年들은 精神科醫師를 만나 적절한 評價와 治療를 받아야 할 것이다.

다른 스트레스는 상대적으로 거의 미미할 정도로 나타나서 이 두 가지에 집중할 필요가 있다. 이런 현상은 <表 3-3>에서도 볼 수 있다. 청소년의 憂鬱症 事例性 有病率은 生活水準, 家口所得水準, 社會階層指數와 연관없음을 볼 수 있는데, 이는 청소년들의 특성으로 이해될 수 있다. 20세에서 59세 사이 成人集團(圖 3-8 참조)에서는 전체군에서 4위를 차지하는 '職場生活'이 제2위의 스트레스로 작용하고 있는데, 職場生活에서 겪는 스트레스가 매우 크다는 것을 알 수 있다.

［圖 3-8］ 成人集團(滿 20～59歲)에서의 스트레스 順位



〈表 3-3〉 憂鬱症狀의 事例性 有病率(15～22歲 靑少年集團)

(단위: %)

		사례수	CES-D 점수			사례성 유병률(%)		
			평균	표준편차	표준오차	16점 이상	21점 이상	25점 이상
지 역	도시	454	13.14	9.99	0.33	35.63	21.83	13.92
	농촌	230	12.05	9.94	0.70	28.71	18.32	13.86
성 별	남자	273	11.83	9.16	0.41	29.01	16.23	10.75
	여자	411	13.84	10.54	0.43	38.88	25.21	16.47
나 이	15～18세	383	12.92	10.25	0.52	32.47	20.45	15.42
	19～22세	301	12.92	9.92	0.57	35.38	21.15	11.46
교육수준	무학	0	0.00					
	초등학교	4	21.28	14.42	5.45	57.15	42.86	42.86
	중학교	88	13.40	11.59	1.01	35.61	23.48	21.21
	고등학교	446	13.23	9.87	0.38	35.17	22.29	14.62
	전문대학	32	11.75	8.78	1.16	28.07	15.79	7.02
	대학교	113	11.34	8.38	0.58	31.13	16.04	6.60
결혼상태	미혼	650	12.97	9.97	0.30	34.80	21.23	14.03
	기혼	34	11.85	10.81	1.94	22.58	19.35	9.68
	사별	-	-	-	-	-	-	-
	이혼	-	-	-	-	-	-	-
	별거	-	-	-	-	-	-	-
생활수준 (주관적 평가)	매우 못사는 편	-	14.97	12.46	2.05	37.84	27.03	18.92
	못사는 편	-	13.53	9.76	0.58	37.10	20.85	14.49
	보통	-	12.75	9.90	0.38	33.29	21.76	13.83
	잘사는 편	-	11.30	9.60	1.06	32.93	14.63	8.54
	매우 잘사는 편	-	22.11	22.81	13.17	33.33	33.33	33.33
가구소득수준 (월평균)	50만원 이하	-	12.50	10.63	1.24	31.51	20.55	16.44
	51～100만원	-	13.24	10.46	0.67	34.98	21.40	16.87
	101～150만원	-	12.98	9.77	0.59	33.70	24.54	13.19
	151～200만원	-	13.92	9.67	0.60	40.23	22.99	14.18
	201～250만원	-	12.63	9.77	1.02	31.52	20.65	13.04
	250만원 이상	-	12.22	10.38	0.93	34.13	16.67	11.90
전 체		684	12.94	9.99	0.30	34.45	21.27	13.91

〈表 3-4〉 憂鬱症狀의 事例性 有病率(20～59歲 成人集團)

(단위: %)

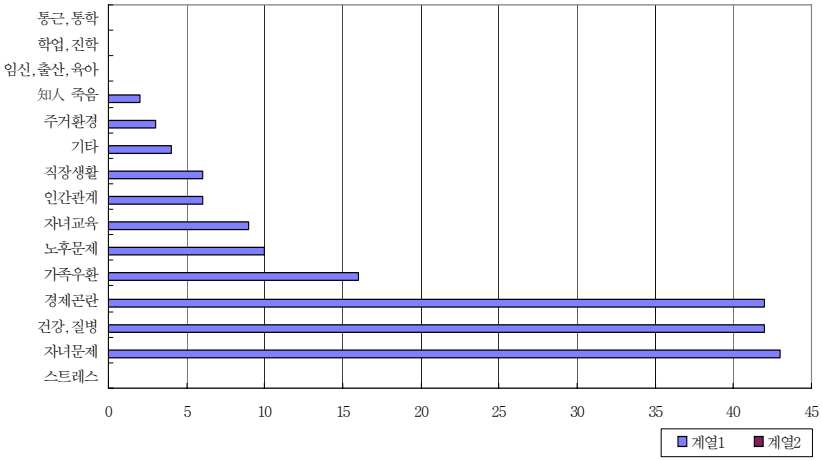
		사례수	CES-D 점수			사례성 유병률(%)		
			평균	표준편차	표준오차	16점 이상	21점 이상	25점 이상
지 역	도시	2,641	10.67	9.28	0.15	25.81	14.80	8.69
	농촌	1,070	10.05	9.20	0.35	22.56	12.81	8.59
성 별	남자	1,696	10.01	8.68	0.19	23.07	12.40	6.83
	여자	2,015	11.10	9.76	0.21	27.42	16.47	10.42
나 이	20～29세	1,001	11.73	9.51	0.26	30.96	18.24	10.07
	30～39세	1,349	10.01	8.92	0.24	22.29	12.55	8.08
	40～49세	817	9.64	8.82	0.27	20.87	12.23	7.57
	50～59세	544	10.89	9.90	0.38	27.26	14.46	8.89
교육수준	무학	123	13.92	8.28	1.22	35.71	24.11	15.18
	초등학교	522	11.36	12.88	0.43	26.93	17.77	12.75
	중학교	612	11.03	10.10	0.38	28.01	16.40	10.74
	고등학교	1,565	10.79	9.92	0.21	25.62	14.52	8.41
	전문대학	177	10.67	8.95	0.58	29.78	16.00	5.78
	대학교	649	8.97	8.08	0.27	20.05	9.91	5.41
	대학원	61	8.12	9.53	1.06	12.35	4.94	3.70
결혼상태	미혼	720	12.25	9.42	0.30	33.94	20.53	11.08
	기혼	2,751	9.69	8.74	0.15	21.42	11.52	6.90
	사별	137	15.05	11.66	1.06	40.83	29.17	22.50
	이혼	64	21.86	15.74	2.40	60.47	51.16	39.53
	별거	39	16.70	11.36	2.32	50.00	25.00	25.00
직 업	고위관리자	20	8.19	8.38	1.56	17.24	6.90	6.90
	전문가	149	8.54	7.59	0.57	16.85	11.24	5.09
	준전문가	123	7.50	7.61	0.59	16.77	7.19	4.19
	사무직	380	10.07	7.94	0.36	23.85	10.25	5.65
	판매서비스직	583	11.04	9.04	0.35	26.02	16.23	9.36
	농어업	408	9.31	8.29	0.49	18.28	10.34	7.24
	기능근로자	373	10.33	8.71	0.40	25.52	14.52	7.05
	기계조작원	166	12.25	9.50	0.65	33.49	18.14	10.23
	단순노무자	265	11.89	10.34	0.58	28.39	21.45	11.36
	군인	17	6.98	6.04	1.26	13.04	4.35	4.35
	학생	136	11.75	9.71	0.63	33.76	15.38	9.40
	주부	902	10.09	9.42	0.29	23.23	12.41	8.96
	무직	189	14.37	12.10	0.79	39.22	29.31	17.67
직 위	자영업자	597	9.69	8.13	0.33	19.87	10.26	6.95
	고용주	146	10.20	8.58	0.63	21.93	14.44	6.42
	상용근로자(전일제)	1,156	10.29	8.72	0.23	24.69	13.31	7.06
	상용근로자(시간제)	53	10.02	8.41	1.12	26.79	10.71	7.14
	임시근로자	33	10.37	10.80	1.78	24.32	21.62	13.51
	일용근로자	178	12.75	10.84	‘0.72	35.53	27.63	14.04
	무급가족종사자	310	10.40	8.92	0.54	24.19	14.44	9.03
생활수준 (주관적 평가)	매우 못사는 편	142	15.98	13.04	1.02	41.72	29.45	25.77
	못사는 편	900	12.01	9.71	0.30	29.90	18.85	11.14
	보통	2,403	9.94	8.69	0.16	23.46	12.52	7.02
	잘사는 편	251	8.22	8.00	0.46	17.49	8.58	5.61
	매우 잘사는 편	14	14.16	16.40	3.50	27.27	27.27	22.73
가구소득수준 (월평균)	50만원 이하	387	14.88	11.87	0.68	36.93	26.80	20.92
	51～100만원	1,069	11.29	9.67	0.29	27.64	16.46	10.20
	101～150만원	1,021	10.44	8.89	0.26	23.83	13.44	7.42
	151～200만원	650	9.38	8.19	0.28	24.77	10.70	4.53
	201～250만원	255	9.39	8.42	0.44	18.58	12.84	9.02
	250만원 이상	299	9.26	8.36	0.38	21.37	12.50	7.06
사회계층지수	상위	462	8.84	8.05	0.31	19.82	10.00	6.46
	중상위	1,047	9.77	8.51	0.23	22.30	11.26	5.85
	중하위	1,388	10.68	9.02	0.22	24.91	13.42	7.86
	하위	736	12.75	10.90	0.38	30.22	21.72	14.56
전 체		3,711	10.57	9.23	0.14	25.31	14.49	8.68

〈表 3-5〉 憂鬱症狀의 事例性 有病率(60～69歲 老人集團)

(단위: %)

		사례수	CES-D 점수			사례성 .유병률(%)		
			평균	표준편차	표준오차	16점 이상	21점 이상	25점 이상
지 역	도시	164	9.84	10.14	0.69	20.37	13.89	8.80
	농촌	172	11.10	10.64	1.17	24.39	13.41	10.98
성 별	남자	127	8.65	9.72	0.86	16.41	10.94	8.59
	여자	209	11.34	10.55	0.81	25.29	15.88	10.59
나 이	60～64세	210	10.35	10.75	0.78	23.40	14.36	10.11
	65～69세	126	9.90	9.44	0.90	18.18	12.73	9.09
교육수준	무학	121	12.26	11.63	1.33	27.63	18.42	14.47
	초등학교	129	10.90	9.21	0.82	23.20	12.00	8.00
	중학교	39	8.60	10.17	1.59	12.20	12.20	7.32
	고등학교	31	5.32	7.10	1.18	8.33	2.78	2.78
	전문대학	1	11.60	14.82	3.70	31.25	31.25	18.75
	대학교	12	4.95	3.48	2.01	0.00	0.00	0.00
결혼상태	미혼	1	10.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	기혼	213	10.15	10.61	0.73	13.01	8.33	6.55
	사별	115	11.96	11.01	1.03	10.42	7.14	4.76
	이혼	3	11.65	10.60	6.12	0.30	0.30	0.00
	별거	4	13.75	6.65	3.33	0.60	0.00	0.00
직 업	고위관리자	1	7.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	전문가	5	2.58	1.84	0.75	0.00	0.00	0.00
	준전문가	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	사무직	3	3.55	3.03	1.75	0.00	0.00	0.00
	판매서비스직	15	9.35	9.68	2.59	14.29	7.14	7.14
	농어업	120	10.84	10.23	1.24	22.06	13.25	11.76
	기능근로자	4	13.68	12.04	5.39	40.00	20.00	20.00
	기계조작원	3	2.47	1.51	0.57	0.00	0.00	0.00
	단순노무자	37	13.09	10.15	1.53	31.82	18.18	13.64
	주부	50	11.07	13.04	1.90	25.53	19.15	14.89
	무직	97	9.45	9.03	0.90	18.00	12.00	6.00
직 위	자영업자	92	9.52	9.34	1.19	22.58	11.29	8.06
	고용주	3	27.53	15.88	7.10	60.00	60.00	60.00
	상용근로자(전일제)	27	7.86	6.64	1.14	14.71	2.94	2.94
	상용근로자(시간제)	3	8.24	1.99	1.15	0.00	0.00	0.00
	임시근로자	1	15.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	일용근로자	16	11.48	11.90	2.98	31.25	12.50	12.50
	무급가족종사자	47	11.96	11.43	2.09	23.33	13.33	13.33
생활수준 (주관적 평가)	매우 못사는 편	35	13.93	10.38	2.04	30.77	19.23	19.23
	못사는 편	124	11.01	9.51	0.93	24.04	17.31	9.62
	보통	160	8.33	9.36	0.76	15.69	7.84	5.88
	잘사는 편	15	14.21	14.80	3.96	35.71	35.71	28.57
	매우 잘사는 편	1	58.00	0.00	0.00	100.00	100.00	100.00
가구소득수준 (월평균)	50만원 이하	181	11.77	10.41	0.95	28.57	19.33	12.61
	51～100만원	74	9.01	9.45	1.23	15.25	11.86	6.78
	101～150만원	37	10.59	10.84	1.55	22.45	10.20	10.20
	151～200만원	22	7.12	5.66	0.96	11.43	0.00	0.00
	201～250만원	6	3.04	2.14	0.68	0.00	0.00	0.00
	250만원 이상	12	11.72	15.06	3.14	17.39	17.39	17.39
사회계층지수	상위	9	11.73	14.56	3.89	21.43	21.43	21.43
	중상위	14	4.14	12.19	2.80	5.26	5.26	5.26
	중하위	58	8.11	5.92	0.72	13.25	1.47	1.47
	하위	209	11.36	10.87	0.84	25.75	17.96	11.98
	전 체	336	10.19	10.28	0.60	21.48	13.76	9.40

［圖 3-9］ 老人集團(滿 60～69歲)에서의 스트레스 順位



나. 社會階層指數와 憂鬱症과의 關聯性

본 연구에서는 사회계층을 硏究者들의 기준에 따라 네 개의 階層으로 나누었다. 그 넷은 상위, 중상위, 중하위, 하위로 나뉜다. 分類 基準은 조사된 다섯 문항을 골라 문항별로 점수를 주고 이 점수의 분포를 본 후 분포에 따라 네 群으로 나눈 것이다.

1) 敎育

교육은 한국사회에서 階層을 정하는데 매우 중요한 要素라 思料된다. 무학은 4점, 국민학교와 중학교는 3점, 고등학교와 전문대학은 2점, 대학교와 대학원은 1점으로 하였다.

2) 月所得

50만원 이하는 4점, 51만원에서 150만원은 3점, 151만원에서 250만원은 2점, 250만원 이상은 1점을 주었다.

3) 職業

고위관리자, 전문가, 準專門家는 1점, 사무직, 판매서비스직, 농어업, 技能勤勞者, 기계조작원, 學生, 軍人, 주부는 2점, 單純勞務者와 무직은 3점을 주었다.

4) 地位

고용주와 전일제 상용근로자는 1점, 雇用主, 시간제 근로자는 2점, 임시근로자, 상용근로자, 無給家族從事者는 3점을 주었다.

5) 主觀的 生活水準

매우 잘 사는 편과 잘 사는 편은 1점, 보통은 2점, 못 사는 편과 매우 못 사는 편은 3점을 주었다.

6) 分布: 각 點數의 合의 분포를 보았다

5점에서 8점: 680(14.4%)
9점에서 10점: 1370(28.7%)
11점에서 12점: 1722(36.0%)
13점에서 15점: 1001(20.9%)명으로 총 4,773명이 대상이었다.

7) CES-D 점수 25점 이상군의 年齡群別 比較(表 3-6 參照)

① 전체적으로 靑少年[2]의 有病率이 成人이나 老人보다 높다는 것을

2) 15세부터 22세까지를 청소년층으로 본 이유: 정상적으로는 만 15세는 중학교 3학년 학생, 16세에서 18세가 고등학생, 19세에서 22세가 대학생이다. 정신의학적으로는 15세에서 17~18세를 중기 청소년기(middle adolescence)라고 하고, 18~19세에서 22세 정도까지를 후기 청소년기(late adolescence)라고 불러 이렇게 나누어 분석하는 것이 타당하리라고 본다. 통상적으로 20

알 수 있다. 靑少年 100명 중 14명은 임상적인 평가와 치료가 필요하다고 할 수 있다.

② 地域別로는 그리 有意한 차이가 없고,

③ 性別에서는 여자가 훨씬 有病率이 높다. 이는 연령군과 상관없이 나타나는 現象이고, 많은 硏究에서 같은 結果가 제시되었다.

④ 敎育水準에서는 무학이나 국민학교, 中學校까지가 최종학력인 경우 우울증상이 더 많다. 연령군별로는 靑少年에서 특히 敎育水準이 낮을수록 有病率이 높아진다.

⑤ 結婚狀態에서는 기혼, 未婚, 死別, 別居, 離婚의 순서로 유병률이 높아진다. 離婚, 別居, 死別 등 결혼상태가 깨어지는 경우 유병률은 기혼에 비해 급격히 높아진다.

⑥ 職業에서는 육체노동을 하는 사람과 職業이 없는 사람에서 有病率이 높다.

⑦ 地位는 불안정한 경우인 臨時나 일용근로자에서 유병률이 높다

⑧ 主觀的인 生活水準에서는 대개 추측하기로는 못 사는 쪽으로 갈수록 有病率이 높을 것이나, 매우 잘 산다는 층도 유병률이 높아 양극단 모두에서 有病率이 높은 현상이다.

⑨ 家口所得은 소득이 낮을수록 有病率이 높게 나타났다.

⑩ 社會階層指數는 성인층에서는 하위계층의 有病率이 높으나, 청소년과 노인층에서는 상위계층에서도 有病率이 높다.

세 이상을 성인으로 간주하는 사회적 관행이 있지만, 청소년을 다소 늘려 잡는 것이 교육기간이 연장되면서 경제적으로도 부모에 종속되고, 부차적으로 정신적으로도 독립하지 못하여 청소년기가 길어지는 우리의 현실을 감안한다면, 이런 분류가 나름의 타당성이 있다고 본다.

〈表 3-6〉 重症 憂鬱症狀의 事例性 有病率의 年齡群別 比較

(단위: %)

CES-D 25이상		15~22세	20~59세	60~69세
지 역	도시	13.92	8.69	8.80
	농촌	13.86	8.59	10.98
성 별	남자	10.75	6.83	8.59
	여자	16.47	10.42	10.59
교육수준	무학	-	15.18	14.47
	초등학교	42.86	12.75	8.00
	중학교	21.21	10.74	7.32
	고등학교	14.62	8.41	2.78
	전문대학	7.02	5.78	18.75
	대학교	6.60	5.41	0.00
결혼상태	미혼	14.03	11.08	-
	기혼	9.68	6.90	10.10
	사별	-	22.5	9.52
	이혼	-	39.53	0.00
	별거	-	25.00	0.00
직 업	고위관리자	-	6.90	0.00
	전문가	0.00	5.06	0.00
	준전문가	9.52	4.19	0.00
	사무직	16.88	5.65	0.00
	판매서비스직	13.95	9.36	7.14
	농어업	0.00	7.24	11.76
	기능근로자	9.68	7.05	20.00
	기계조작원	18.18	10.23	0.00
	단순노무자	17.65	11.36	13.64
	군인	0.00	4.35	-
	학생	13.33	9.40	-
	주부	11.11	8.96	14.89
	무직	5.56	17.67	6.00
직 위	자영업자	0.00	6.95	8.06
	고용주	-	6.42	60.00
	상용근로자(전일제)	15.56	7.06	2.94
	상용근로자(시간제)	20.00	7.14	0.00
	임시근로자	0.00	13.51	0.00
	일용근로자	9.09	14.04	12.50
	무급가족종사자	25.00	9.03	13.33
생활수준 (주관적 평가)	매우 못사는 편	18.92	25.77	19.23
	못사는 편	14.49	11.14	9.62
	보통	13.83	7.02	5.88
	잘사는 편	8.54	5.61	28.57
	매우 잘사는 편	33.33	22.73	100.00
가구소득수준 (월평균)	50만원 이하	16.44	20.92	12.61
	51~100만원	16.87	10.20	6.78
	101~150만원	13.19	7.42	10.20
	151~200만원	14.18	4.53	0.00
	201~250만원	13.04	9.02	0.00
	250만원 이상	11.90	7.06	17.39
사회계층지수	상위	13.76	6.46	21.43
	중상위	9.97	5.85	5.26
	중하위	16.27	7.86	1.47
	하위	17.78	14.56	11.98
	전 체	13.91	8.68	9.40

다. 自殺과 憂鬱症狀

<表 3-7>에 의하면 自殺思考의 경우, '지난 1년 중에 자살사고가 있었다'고 답한 집단은 전체의 27%(1463/5417)이다. 이들의 25점 이상 有病率이 23.17로 '自殺思考가 없다'고 답한 집단의 4.55보다 훨씬 높아 우울증상으로서의 自殺思考가 가지는 유의성을 짐작할 수 있다.

自殺思考를 가진 집단의 연령군별 분포를 보면, 15세에서 19세군의 45.8%가 자살사고가 있고, 20대가 32.6%, 30대가 29,9%로 젊은 층에 자살사고가 많음을 알 수 있다. 또 15세에서 29세 사이의 젊은 층이 자살사고를 가진 집단의 44.5%를 차지한다. 自殺企圖의 경우, 지난 1년 중에 自殺思考가 있었던 사람 중, 지난 해에 자살기도를 한 적이 있는 사람이 7.0%(83/1224)이다. 전체 중에서 自殺企圖를 한 적이 있는 사람의 비율은 1.73%(83/4658)이다. 자살기도를 한 적이 있는 사람의 25점 이상 有病率이 44.57이다. 즉, 자살기도를 한 적이 있는 사람 100명 중 45명이 중증 우울증상이 있다. 특히 이들 自殺企圖者 중 40.2%는 작년에 2번 이상 자살을 기도했던 사람들인데, 이들은 즉각적인 치료 및 면밀한 관찰이 없다면, 자살로 인생을 마감할 사람들이라고 볼 수 있다.

〈表 3-7〉 自殺思考 및 自殺企圖와 憂鬱症狀의 事例性 有病率

	사례수	CES-D 점수			사례성 유병률(%)		
		평균	표준 편차	표준 오차	16점 이상	21점 이상	25점 이상
자살사고 여부							
예	1,463	17.05	11.09	0.29	49.62	35.13	23.17
아니오	3,954	8.58	7.61	0.12	17.32	8.09	4.55
계	5,418	10.86	9.46	0.13	26.04	15.41	9.58
자살기도 여부							
예	92	23.05	12.21	1.27	68.48	56.52	44.57
아니오	1,369	16.61	10.87	0.29	48.36	33.67	21.62
계	1,462	17.02	11.06	0.29	49.59	35.09	23.12

이런 연유로 자살기도를 한 적이 있는 사람의 경우 정신의학적인 면밀한 관찰과 지속적인 치료의 필요성을 다시 확인할 수 있다. 이는 우울증이 자신의 의지와는 관계없이 생물학적인 원인에 의하여 발생하는 主要憂鬱症이 있을 가능성을 시사한다.

自殺企圖者의 연령군별 분포는 15세에서 19세가 18.1%, 20세에서 29세가 25.3%를 차지해 15세에서 29세까지의 젊은 층에서 지난 1년간 자살사고가 있었던 비율이 43.4%를 차지해 청소년군의 자살에 대한 유의할 필요가 있다. 40세 이후가 自殺思考를 가진 집단의 25.3%만을 차지했다. 15세에서 19세 사이의 思春期靑少年 중 自殺思考가 있었던 사람의 7.2%가 自殺을 企圖했고 20세에서 29세 사이의 청년중 自殺思考가 있었던 사람의 6.2%가 지난 1년간 自殺을 企圖한 적이 있었던 것으로 조사되었다.

라. 醫療追求行態와 憂鬱症狀

1) 건강염려 정도는 우울증상과 聯關이 없는 것으로 보인다. 이는 전체군과 거의 일치하는 결과를 보이기 때문이다. 하지만, 건강염려가 없다는 群의 有病率이 낮다.
2) 慢性疾患에의 罹患이나 입원치료여부 등은 전체의 9.56보다 높은 13.40과 14.63으로 重症 우울증상과 연관이 있다.
3) 病醫院 외래이용빈도와 우울 증상간에는 연관이 있다. 외래를 이용하는 횟수가 많은 사람일수록 우울증상의 有病率이 높음을 <表 3-8>에서 알 수 있다. 憂鬱症 症狀의 일부로 신체적 증상이 나타나기 때문에 환자들이 이 병원 저 병원을 전전하는 경향이 있다. 본연구에서도 그런 傾向을 짐작할 수 있다. 하지만, 이 환자들이 다른 질병이 같이 있어 병원이용이 잦고, 이로 인해 우울한 증상이 이차적으로 발생하였을 가능성을 看過할 수는 있다.

어떤 경우이든 국민보건의 차원에서 憂鬱症을 조기에 발견하여 치료하고 재발을 방지하기 위한 적극적인 노력을 기울여야만 憂鬱症 환자들이 의료기관을 전전함으로 인해 생기는 불필요한 의료비용을 절약할 수 있을 것이다.

4) 한방병의원외래나 齒科診療와의 연관은 보이지 않는다.

〈表 3-8〉 憂鬱症狀의 事例性 有病率과 醫療追求行爲間 聯關

	사례수	CES-D 점수			사례성 유병률(%)		
		평균	표준 편차	표준 오차	16점 이상	21점 이상	25점 이상
주관적 건강인식							
매우 건강	578	8.56	8.64	0.36	17.65	10.73	7.44
건강한 편	2,136	9.63	8.52	0.18	21.54	11.94	6.18
보통	1,962	11.22	9.24	0.21	27.62	15.44	9.89
건강하지 못함	683	14.56	11.02	0.42	38.95	26.79	18.16
매우 불건강	67	22.02	13.90	1.70	62.69	47.64	38.81
건강염려							
걱정한다	4,370	10.85	9.53	0.14	28.08	16.64	10.21
걱정 안한다	1,040	11.44	8.64	0.27	17.31	9.90	6.63
만성질환: 이환	1.216	12.01	10.84	0.27	28.95	17.52	13.40
지난 2주간 외래이용	1,228	11.30	10.43	0.27	26.71	16.78	11.56
입원치료여부	328	11.82	10.49	0.52	28.05	18.29	14.63
연간 병의원 외래이용여부							
없다	2,479	10.56	9.09	0.18	24.61	14.72	8.31
1회	992	10.13	8.99	0.29	23.99	12.90	8.17
1~20회	1,773	11.38	9.74	0.23	28.31	16.86	11.34
21회 이상	156	13.59	12.82	1.03	31.41	19.23	17.95
연간한방병의원 외래이용여부	976	11.01	10.12	0.32	26.02	14.75	10.04
연간 치과진료이용여부	1,052	10.93	9.82	0.29	26.14	16.25	10.27
전 체	5,427	10.86	9.46	0.13	26.02	15.39	9.56

마. 多變量 로지스틱 回歸分析에 의한 憂鬱症의 危險要因

多變量 로지스틱 回歸分析의 결과로 odds ratio를 구하여 상대적인 위험도를 알아보았다. 15세에서 22세군에서는 '여성'이 유의한 危險因子였는데 1.81배였다. 그외에 중고등학생이 大學生의 1.75배의 위험도가 있었고, 근로청소년이 1.35배, 하는 일이 없는 靑少年이 2.06배의 危險度였다. 도시가 시골의 1.27배였다(表 3-9 참조).

〈表 3-9〉 年齡群別 憂鬱症狀의 危險要因과 相對危險度

연 령	위험요인	상대위험도
15~22세	여성(남성)	1.81
	중·고등학생(대학생)	1.75
	근로청소년(비근로청소년)	2.06
	도시 거주(농촌거주)	1.27
20~59세	여성(남성)	1.49
	국졸 이하(국졸 이상)	2.40
	사별, 이혼, 별거(유배우)	2.94
60~69세	도시 거주(농촌거주)	1.17
	여성(남성)	1.58
	무학	1.35
	월 50만원 이하 소득(이상)	2.52

20세에서 59세군에서는 세 가지의 危險因子가 유의하게 나왔다. 첫째, 여성으로서 1.49배의 위험도, 둘째, 敎育水準으로 국졸 이하가 2.4배의 위험도, 셋째, 결혼상태로서 死別, 離婚, 別居 등의 문제있는 결혼상태가 2.94배의 위험도를 나타내었다. 60세에서 69세군에서는 유의한 危險因子는 없었다. 도시가 시골의 1.17배, 여성이 1.58배, 무학력이 1.35배, 월 50만원 이하의 소득이 2.52배의 위험도를 나타내었다.

第 3 節　알코올依存 實態와 關聯 危險要因

1. 알코올 依存의 性別 特性

본 연구에서의 알코올의존 판정기준은 CAGE 점수가 2점 이상이다. CAGE 점수의 분포를 보면, 2점이 5.6%, 3점이 3.1%, 4점이 1.3%이다. 알코올의존이 매우 의심되는 群이 전체 8.7%(남자의 16.4%, 여자의 1.6%)이고, 알코올의존이 확실한 群이 전체 1.3%(남자의 2.4%, 여자의 0.1%)이다. 이들 모두를 알코올의존이라고 판정하기로 한다.

전체 5426명중 546명이 알코올의존으로 判定되어 10.02%의 有病率을 추정할 수 있다. 남자 알코올의존자는 498명으로 남자의 18.98%, 全體의 9.14%이다. 여자 알코올의존자는 48명으로 여자의 1.7%, 전체의 0.88%이다. 알코올의존자의 남녀비는 대략 10 對 1 정도의 比率이다. 1986년 당시 미국의 세인트루이스는 남자가 여자의 7배, 에드몬턴은 4배, 푸에르토리코는 13배, 타이완은 19배였다.

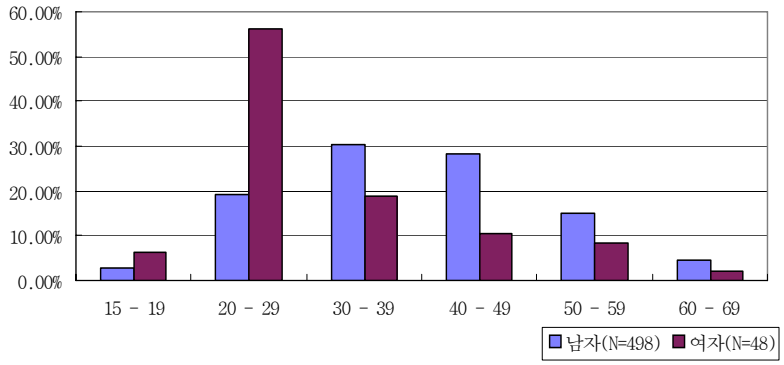
西洋에서의 硏究結果인 4~5 對 1에 비해 보면, 여성 알코올 依存이 적다고 할 수 있으나, 1986년 이정균의 연구결과였던 14대 1에 비하면 1995년 女性의 알코올의존이 다소 늘어난 것으로 보인다. 하지만 이정균의 硏究에서는 한국인의 알코올 依存이 22%라고 발표하였는데, 본 연구의 結果는 10.02%로 減少하는 추세를 보이고 있다. 물론 이정균의 연구는 DIS의 基準을 사용하였기 때문에 네 문항으로 된 CAGE의 결과와 직선적인 關係로 比較評價할 수는 없다.

2. 알코올 依存의 年齡群別 特性

男性에 있어서는 30대와 40대가 가장 많고, 이는 普遍的으로 인식되어온 결과이다. 하지만, 여성의 경우는 매우 特異하다. 20대에 전체 48

명중 27명이 몰려있어 전체의 57%가 包含된다(圖 3-10 참조). 20대의 음주가 늘어나고 있다는 認識이 있어왔지만, 전체의 절반 이상일 정도로 많을 것으로는 예상되지 못했던 結果이다. 하지만 이 結果는 20대는 자신의 알코올의존을 비교적 開放的으로 밝히고, 40~50대들은 감추고 있기 때문이 아닌가 推定할 수 있다. 그런 樣相을 감안하더라도 20대 여성의 음주에 주목할 필요가 있다.

〔圖 3-10〕 男女別 알코올 依存群의 年齡群別 分布



3. 알코올 依存과 關聯 危險要因

가. 社會人口學的 變數와 알코올依存과의 關聯性

알코올중독의 손쉬운 檢査인 CAGE를 적용한 本 硏究의 결과는, 알코올장애의 推定有病率은 9.69%이고, 알코올장애의 남녀비는 9:1로 전체적인 유병률은 減少하였으나, 道具가 달라 서로 비교하는데 다소의 장애가 있다는 것을 감안하더라도 여성의 알코올장애가 10년 사이에 3배 증가한 것을 알 수 있다. 西歐의 경우 男女의 비가 4~5:1 정도로 비율이 좁혀지고 있지만, 한국의 여성음주인구의 증가도 看過할 수준이 아니다. 물론 1986년 이정균 등이 사용한 DIS-Ⅲ와는 적용한 檢査

方法이 달라 산술적인 비교에 다소 문제가 있기는 하지만, 전체적인 趨勢를 이해하는데는 도움이 된다(表 3-10 및 圖 3-12, 圖 3-13, 圖 3-14 참조). 都市地域 對 郡地域의 알코올장애군간의 비율은 10(9.88%):11(10.94%)로 군 지역에 사는 사람에서 약간 더 많았다.

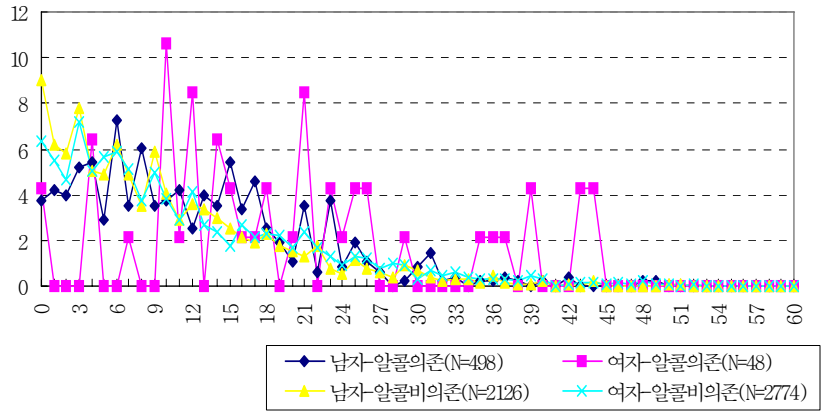
〈表 3-10〉 飮酒와 憂鬱症狀의 事例性 有病率

	사례수	CES-D 점수			사례성 유병률(%)		
		평균	표준 편차	표준 오차	16점 이상	21점 이상	25점 이상
즐겨마시기 시작한 연령							
20세 이전	657	12.01	9.44	0.37	29.07	19.33	9.13
20세 이후	866	10.33	9.14	0.31	24.71	13.74	10.39
계	1,523	11.05	9.30	0.24	26.59	16.22	9.85
알코올 의존							
남자	498	12.13	8.89	0.40	29.92	16.87	8.43
여자	48	20.21	11.85	1.71	54.17	45.83	31.25
계	526	12.85	9.46	0.41	33.27	20.15	10.84
알코올 비의존							
남자	2,126	9.76	8.72	0.19	21.35	11.81	7.43
여자	2,774	11.33	9.89	0.19	28.23	17.23	10.96
계	4,900	10.65	9.43	0.13	25.24	14.88	9.43
지난 한달간 음주빈도							
없다	3,687	10.70	9.52	0.16	25.44	14.70	9.41
한달에 1회 이하	122	12.93	10.55	0.95	35.25	21.31	13.11
한달에 2~4회	658	10.44	8.60	0.34	25.38	13.53	7.75
한달에 2~4회	638	11.69	9.58	0.38	27.27	18.97	11.44
거의 매일	318	11.22	9.56	0.54	28.62	17.61	10.06
계	5,427	10.86	9.46	0.13	26.02	15.39	9.56
음주 여부							
현 음주	1,737	11.22	9.31	0.22	27.29	16.81	9.96
과거 음주	348	12.63	10.26	0.55	34.48	20.11	14.66
음주않음	3,339	10.49	9.42	0.16	24.50	14.14	8.86
계	5,424	10.86	9.46	0.13	26.03	15.38	9.57

나. 알코올 依存과 憂鬱症(CES-D點數 및 事例性 有病率)과의 關聯性

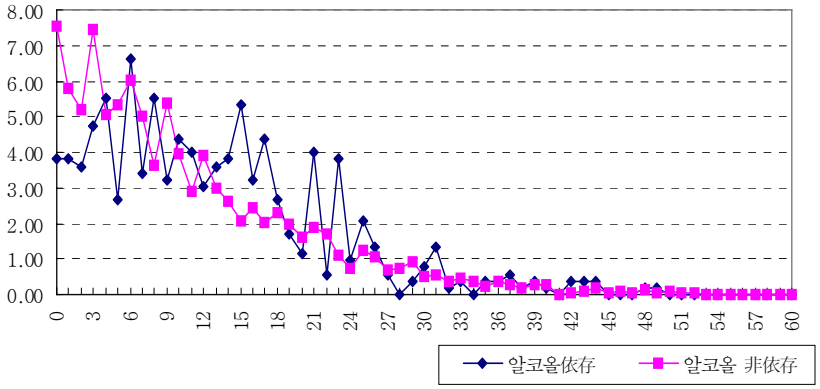
1989년 드라이맨(Dryman)은 알코올의존 남성에서는 특별히 우울증과의 연관을 밝히기 힘들지만, 알코올 依存 여성은 우울증과 연관이 있다는 주장을 했다. 본연구의 결과도 드라이맨의 주장을 지지한다. <表 3-10>에서 보면, 알코올 의존 여성에서 25점 이상의 重症 憂鬱症狀의 사례성 유병률이 100명당 31.25명으로 남성의 8.43명을 훨씬 凌駕한다. 이는 알코올 비의존의 경우 여성 對 남성이 7.43 對 10.96으로, 여성이 다소 높은 事例性 有病率를 나타낸다는 것을 감안하더라도 이 所見은 여성의 알코올 의존과 우울증과는 명백한 연관이 있다는 證據가 된다. 이외에 알코올의존군의 CES-D 점수 분포를 본 [圖 3-11, 圖 3-12]에서도 알코올의존 여성이 다른 군들과는 달리 우측상층부에 따로 分布하고, 이 분포지역이 중증 우울증상의 절단점인 25점 이상 地域이므로 여성 알코올의존군이 重症憂鬱症과 밀접한 聯關이 있음을 다시 한 번 확인할 수 있다.

〔圖 3-11〕 男女別 알코올依存群과 알코올非依存群의 CES-D點數分布 比較

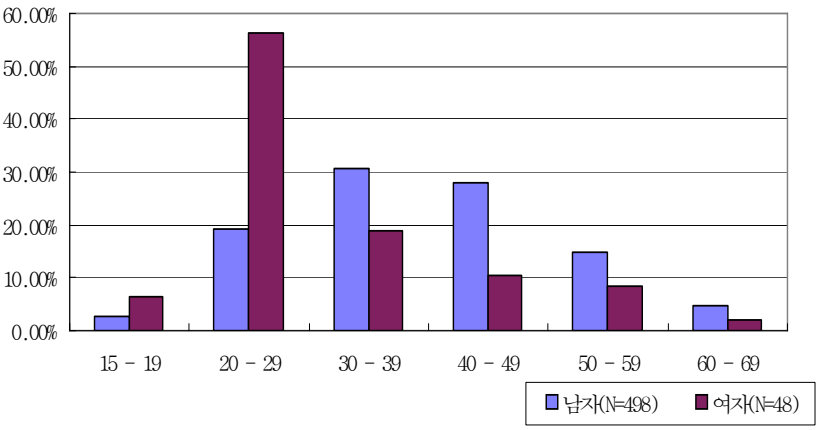


또 精神醫學的으로 靑少年期에 시작된 飮酒는 알코올의존으로 이어질 가능성이 매우 높다. 이런 경우 生物學的인 原因이 게재될 가능성이 높다. 그래서 20세 이전에 술을 즐겨마시기 시작한 사람들의 有病率을 조사해 보았으나 有意한 차이가 없었다.

［圖 3-12］ 알코올依存群과 알코올非依存群의 CES-D點數分布 比較



［圖 3-13］ 年齡群別 및 性別로 본 알코올依存群의 分布



第 4 章　社會的 健康水準과 關聯要因

第 1 節　社會的 健康의 槪念과 健康餘命에 관한 考察

1. 社會的 健康

生理學에 근거를 둔 健康과 疾病에 대한 정의는 생리학이나 의학적 연구에서는 매우 유용한 반면, 사회과학적 연구에서는 전혀 적절하지 않다고 社會學者들은 문제를 제기하고 있다. 왜냐하면, 의학적 정의는 사회적인 事實을 나타내주지 못하기 때문에 사회학적 분석에서는 무의미하다는 것이다.

社會學者들에 의하면, 건강과 질병을 정의하는 것은 모든 인간사회의 기초가 되는 業務遂行과 역할에 관한 문제와 결부시킨다. 질병에 대한 사회학적 관심은 파슨즈의 '사회적 체계'라는 논문에서 처음 제기되었다. 파슨스는 건강을 "주어진 사회적 역할과 업무를 효과적으로 遂行할 수 있는 개인의 최적의 역량이다"라고 정의하였다. 반면에 질병은 사회에서의 효과적인 업무수행을 저지하기 때문에 이탈된 사회적 역할로 규정하였다. 그러므로 파슨즈에 의하면 健康水準을 측정하기 위해서는 개인의 業務遂行能力과 그에 필요한 역량이 고려되어야 한다(Kosa & Robertson, 1969).

健康과 疾病에 관한 사회학자들의 최근의 연구는 질병행위에 患者役割 개념을 포함시킴으로써 보다 이해의 폭을 넓히고 있다. 미케닉(Mechanic)에 의하면 사람에 따라 동일한 증상을 지니고 있더라도 의료적 관심을 찾는 과정에서 患者役割의 適用樣相이 다르다는 것이다.

따라서 미케닉은 건강과 질병에 관한 기능적 정의의 중요성을 患者役割이라는 개념을 추가하여 더욱 명백하게 정리하여 강조하였다(Mechanic, 1977).

社會的인 건강의 測定內容으로는 사회적 상호작용, 의사소통 등이 있고(Bergner, 1981), 세계보건기구에 의하면 주관적 안녕, 사회적 기능, 생활의 만족 등을 社會的 健康의 次元으로 보고 있다. 사회적인 관계는 건강을 한정하거나 결정하는 要素로서 작용할 수 있으나 건강의 모체라고는 할 수 없다는 特性을 가진다. 예를 들어 사회적인 부적응이나 사회적 지위의 상실 등은 精神的인 불건강을 초래할 수 있다. 한편 바람직한 社會的 상호작용은 신체적 건강의 개선을 가져올 수도 있다. 예를 들어 汚染原이나 病原菌이 적은 社會的 接觸으로 인하여 좋은 건강을 가져올 수 있다. 이러한 관점은 社會的인 關係가 健康 自體의 한 부분이라기보다는 좋은 건강을 성취하는 手段이 될 수 있다는 것을 암시한다.

社會的인 健康에 대한 또다른 觀點은 자기자신이 느끼는 안녕의 상태뿐만 아니라 다른 사람의 安寧에 대한 영향에 관심을 둔다. 예를 들어 社會的으로 건강하기 위하여서는 자신이 속한 地域社會나 가족에게 긍정적인 寄與를 해야 한다(Greene & Simmons-Morton, 1984).

건강의 사회적인 차원은 機能的 차원으로 동일시하는 경향도 있다. 인간의 가능적 측면은 주어진 유전적, 혹은 환경적 조건하에서 적절히 기능할 수 있는 狀態를 의미한다. 건강의 차원을 설명할 때 사회적인 차원을 제외시키는 學者도 있는데 이것은 사회적인 과계나 사회적인 자원의 개입이 個人水準을 넘어설 수 있다는 점과 사회적 건강에 대한 개인적인 의미가 매우 다르기 때문이다(Ware, 1986).

2. 健康餘命

파슨스(Parsons, 1972)는 건강을 社會的인 機能과 役割을 원활히 遂行할 수 있는 상태로 정의하였다. 주어진 社會的 機能을 적절히 수행할 수 있는 것을 건강이라고 정의하는 것은 健康을 生活槪念에서 파악하는 것이다(Dubos, 1981). 인구집단의 健康水準은 수명과 삶의 질에 의해 영향을 받는다. 기대수명만으로는 健康의 質的인 면을 설명할 수 없기 때문에 상병이나 장에로 인해 손실되는 기간을 期待餘命에서 뺀 건강한 期待壽命을 보건수준으로 보는 학계의 연구가 활발히 진행되고 있다. 健康餘命의 측정을 위해서는 健康의 反對槪念인 상병이나 장애로 인한 餘命이 계산되어야 한다.

世界保健機構(WHO)는 하버드 대학 보건대학원과 함께 지난 5년간 세계의 질병부담(Global Burden of Disease, GBD)에 관한 연구를 추진해 왔다. 여기에 참여한 연구자들은 健康餘命과 비슷한 槪念으로 장애보정생존년수(Disability-Adjusted Life Year, DALY)라는 槪念을 제안하였다. 이 개념은 早期死亡으로 인한 生存年數의 喪失(Years of Life Lost, YLLs)과 障碍로 지내는 期間(Years Lived with Disability, YLDs)의 합계이다. 障碍餘命의 계산은 障碍의 종류와 그 중증도에 따라 가중치를 주어 계산하는데 死亡을 1로 보고, 완벽한 健康狀態를 0으로 보아 그 사이의 값을 부여하는 것이다(Murray & Lopez, 1996).

DALY와 비슷한 개념으로 인간의 기대수명에서 활동제한이 있는 기간을 뺀 質的으로 補完된 期待壽의 계산방법이 있다. 이것은 期待壽命年數에 가중치를 부여하는 것이다. 예를 들어 전혀 활동제한이 없는 경우는 期待壽命에 1.0을 곱해주고, 職場, 學校 家事勞動 등의 주된 일을 할 수 없는 경우에는 0.5를 곱해주며 주된 活動量에 제한을 받는 경우는 0.6을 곱해주고, 다른 活動에 制限을 받는 경우는 0.7을 곱해준다(Wilkins, 1986).

사회적인 健康에 영향을 줄 수 있는 신체기능적인 측면을 고찰하기 위하여 본 연구에서는 日常活動에 제한을 갖는 정도를 건강여명측정의 개념을 도입하여 測定하였다. 活動에 制限을 가진다는 것은 상병에 이환됨으로 인해 평상시의 활동에 부분적 혹은 전반적인 지장이 초래된 상태를 의미하여 사회적 건강을 평가하는 주요한 지표의 하나이다.

건강여명은 健康指標의 하나로서 사망을 중심으로 한 기대여명과 달리 사망과 상병을 결합하여 계량적으로 나타낸 단일 지표라고 할 수 있다. 健康餘命 算出의 개념은 평균기대여명에서 질병으로 인한 활동제약기간을 제한 것이다.

건강여명을 산출하는 방법은 챵(Chiang)의 방법과 설리반(Sullivan)의 방법이 있다. 챵(Chiang)은 건강지표 산출을 위하여 상병의 수, 상병기간, 死亡으로 인한 손실기간을 변수로 하여 사망률과 상병률을 추정하여 평균건강기간을 산출하는 수학적인 確率模型을 제시하였다. 설리반(Sullivan)의 건강지표의 개념은 사망과, 상병 및 활동장애를 고려하여 平均餘命에서 생존기간 동안 경험하는 평균활동제약기간을 뺀 것이다.

윤병준(1995)의 연구에서는 설리반(Sullivan)의 건강지표산출방법을 사용하여 생명표를 이용한 건강여명의 산출을 시도하였다. 윤병준(1995)의 연구에서는 상병상태에서 지내게 되는 期待餘命을 상병여명이라고 定義하였다. 상병여명은 급성질환으로 인한 상병여명과 만성질환으로 인한 상병여명으로 구분된다. 급성질환으로 인한 傷病餘命은 급성질환으로 인한 이환일수를 토대로 산출되며 만성질환으로 인한 상병여명은 이환자수, 즉 연간 이환율을 기반으로 하여 산출된다.

活動制限의 분석자료는 '95 국민건강의식행태 조사자료를 중심으로 하였다. 일상활동제약의 정도는 傷病으로 인한 이환일수, 활동제약일수, 와병일수 등을 중심으로 평가하였다. 상병으로 인한 活動制限日數의 정의는 심하게 아파서 일을 못했거나(入院, 缺勤, 缺席) 또는 하다

가 중지하고 반 나절 이상 쉬어야 했던 날의 數를 의미한다. 침상와병일수는 심하게 아파서 일을 못하고 반 나절 이상 누워 있었던 날수를 의미한다. 이환일수는 傷病으로 인하여 아팠던 날을 의미한다. 질병으로 인한 罹患, 와병, 活動制約日數를 연령별로 나누어 생명표계산방법을 응용한 健康餘命의 계산방법을 사용하여 각 연령코호트가 일생동안 경험하는 罹患日數, 침상와병일수, 활동제한일수를 산출하는 데 활용하였다.

第 2 節 活動制限으로 인한 社會的 機能損失 期間

1. 活動制限比率

1995 國民健康 및 保健意識行態調査 결과에서 추정한 전체 인구의 연간 활동제한일은 6.5일이었다. 5세에서 19세에서 1.83일로 가장 낮고 20세 이후 점차 增加하는 것으로 나타났다(최정수 외, 1995). 罹患으로 인한 2주간 總活動制約日에서 산출된 연간 총활동제약기간의 비율은 남자의 경우 20~24세에서 0.35%로 가장 낮았고 45세 이후부터 지속적으로 增加하여 80세 以上集團에서 10.7%로 가장 높았다. 여자의 경우는 10~14세에서 0.32%로 가장 낮았고 45세 이후 계속 증가하여 80세 이후에는 10.73%의 比率로 가장 높았다(表 4-1 참조).

2. 活動制限 餘命

2주간 總活動制約日數를 기초로 하여 출생코호트가 생애를 통해서 경험하는 활동제약의 기간은 남자의 경우 0세에서 1.61년이었다. 여자의 경우는 0세에서 1.89년으로 나타났다. 平均期待餘命에서 活動制限餘命을 뺀 활동제약이 없는 期待餘命은 남자는 0세에서 66.05년, 여자

는 0세에서 73.78년으로 나타났다. 平均期待餘命에서 活動制限餘命을 뺀 健康餘命의 平均餘命에 대한 비율은 0세에서 남자는 97.62%, 여자는 97.50%로 나타났다.

한국보건사회연구원의 89年度 國民健康意識行態調査資料를 기초로 분석한 윤병준의 연구(1995)에서는 집안 活動이나 外出, 交通手段利用 등의 활동을 수행하는데 남의 도움이 필요한 상태로 지내는 기간을 日常活動不能餘命으로 정의하였는데 남자의 일상활동불능여명은 0세에서 1.76년, 여자는 0세에서 3.32년으로 본 연구의 결과보다 높게 나타났다(表 4-2 참조).

〈表 4-1〉 活動制限日의 年間比率

연령 (세)	남자			여자		
	평균[1]	비율[2]	연간일수[3]	평균	비율	연간일수
0	.17	.0124794	4.55	.30	.0213688	7.80
1~4	.17	.0120864	4.41	.19	.0136878	5.00
5~9	.07	.0051217	1.87	.07	.0048148	1.76
10~14	.07	.0049784	1.82	.05	.0032460	1.18
15~19	.08	.0056996	2.08	.09	.0063551	2.32
20~24	.05	.0034711	1.27	.09	.0063788	2.33
25~29	.18	.0131182	4.79	.09	.0063706	2.33
30~34	.17	.0123202	4.50	.10	.0067920	2.48
35~39	.16	.0113615	4.15	.17	.0121701	4.44
40~44	.14	.0099843	3.64	.17	.0118178	4.31
45~49	.37	.0261516	9.55	.20	.0139895	5.11
50~54	.54	.0387830	14.16	.34	.0245760	8.97
55~59	.50	.0357837	13.06	.31	.0219661	8.02
60~64	.70	.0503138	18.36	.80	.0568515	20.75
65~69	.76	.0542097	19.79	.79	.0564675	20.61
70~74	1.30	.0928999	33.91	.91	.0650768	23.75
75~79	1.11	.0794697	29.01	1.04	.0745476	27.21
80+	1.50	1070138	39.06	1.50	.1073023	39.17

註: 1) 2주간 평균활동제한일
2) 하루평균 활동제한비율
3) 연간 활동제한일수

〈表 4-2〉 2週間 總活動制限日數로 推定한 健康餘命

연령 (세)	남 자			여 자		
	EX[1]	EI[2]	EI/EX[3] (%)	EX	EI	EI/EX (%)
0	67.66	1.61	2.38	75.67	1.89	2.50
1~4	67.33	1.61	2.39	75.38	1.88	2.50
5~9	63.60	1.57	2.47	71.64	1.84	2.56
10~14	58.80	1.55	2.64	66.80	1.82	2.72
15~19	53.94	1.53	2.83	61.91	1.80	2.91
20~24	49.21	1.51	3.06	57.06	1.78	3.11
25~29	44.54	1.50	3.37	52.25	1.75	3.35
30~34	39.93	1.45	3.63	47.45	1.73	3.64
35~39	35.40	1.41	3.97	42.67	1.70	3.98
40~44	30.94	1.37	4.43	37.93	1.65	4.35
45~49	26.71	1.36	5.08	33.27	1.61	4.83
50~54	22.76	1.28	5.64	28.77	1.56	5.43
55~59	19.04	1.16	6.12	24.38	1.47	6.05
60~64	15.48	1.08	6.97	20.12	1.41	7.02
65~69	12.29	.96	7.81	16.12	1.20	7.45
70~74	9.48	.87	9.21	12.46	1.02	8.20
75~79	7.11	.65	9.15	9.29	.85	9.20
80+	5.19	.56	10.71	6.70	.72	10.73

註: 1) 생명표상의 기대여명
2) 활동제한여명
3) 활동제한여명/기대여명비율

시·군별 活動制限餘命의 計算 결과 남자의 경우 시부의 인구는 0세에서 1.51년의 活動制限餘命이 算出되었고 군부에서는 1.84년이 산출되었다. 여자의 경우 시부의 인구는 1.81년의 活動制限餘命이 산출되었고, 군부의 경우 2.04년의 活動制限餘命이 산출되었다. 시·군별로 活動制限일의 比率을 분석한 결과 남자의 경우 65세 이전에는 시부의 인구가 活動制限이 없는 비율이 많은 반면 65세 이후에는 군부의 인구가 活動制限이 없는 비율이 더 많아지면서 상승하는 것으로 나타났다. 여자의 경우 시·군부 모두 活動制限이 없는 餘命의 비율이 연령증가와 더불어 감소하였는데 60~65세 이후 시부의 活動制限이 없는 비율이 더 급격히 감소하는 것으로 나타났다.

3. 急性疾患으로 인한 活動制限餘命

急性疾患으로 인한 活動制限일의 계산을 위하여 각 조사대상이 보고한 각 急性疾患의 活動制限日數 합계의 평균을 내어 계산하였다. 急性疾患은 질병코드상의 急性疾患을 기준으로 사용하였고 발생시기를 고려하여 2주 이내 발생한 急性疾患으로 인한 활동제약일을 계산하였고, 3개월 이내 발생한 急性疾患으로 인한 활동제약일을 계산하였다.

가. 2週 以內 發生한 急性疾患으로 인한 活動制限

2주 이내 발생한 急性疾患으로 인한 活動制限일의 연간비율은 남자는 0세에서 4.55%로 가장 높았고, 20～24세에서 0.28%로 가장 낮았다. 여자는 0세에서 6.67%로 가장 높았고 70～74세에서 0.38%로 가장 낮게 나타나 남자의 2주 이내 발생 急性疾患으로 인한 年間活動制限比率과 상이한 차이를 보였다. 2주 이내 발생한 急性疾患으로 인한 활동제약일로 계산한 期待餘命은 남자는 0세에서 0.27년, 여자는 0세에서 0.34년으로 나타났다. 平均期待餘命에 대한 활동제약이 없는 期待餘命의 비율은 0세에서 남자는 99.60%, 여자는 99.55%로 나타났다.

나. 3個月 以內 發生한 急性疾患으로 인한 活動制限

3개월 이내 발생한 急性疾患으로 인한 活動制限일의 연간비율은 남자는 80세 이후에서 5.22%로 가장 높았고, 20～24세에서 0.28%로 가장 낮았다. 여자는 0세에서 7.21%로 가장 높았고, 70～74세에서 0.57%로 가장 낮았다. 3개월 이내 발생한 急性疾患으로 인한 活動制約期待餘命은 0세에서 남자는 0.42년, 여자는 0.44년으로 나타났다. 평균기대餘命에 대한 활동제약이 없는 期待餘命의 비율은 0세에서 남자는 99.38%, 여자는 99.42%로 나타났다.

4. 寢上臥病으로 인한 損失期間

2주간 총침상와병일수에서 추정한 연간 寢上臥病比率은 남자의 경우 20~24세에서 0.18%로 가장 낮았고 25세 이후 계속 增加하는 것으로 나타났다. 여자의 경우는 10~14세와 30~35세에서 0.27%로 가장 낮았고, 45세 이후 持續的으로 增加하는 것으로 나타났다. 여성의 경우 분만은 罹患調査에서 제외시켰으나 연간침상와병비율은 여자가 남자보다 약간 높은 것으로 나타났다(表 4-3 참조).

〈表 4-3〉 寢上臥病日의 年間比率

연령 (세)	남 자				여 자			
	평균[1]	비율[2]	%	연간일수[3]	평균	비율	%	연간일수
0	.10	.01	.70	2.56	.19	.01	1.38	5.02
1~4	.06	.00	.45	1.64	.11	.01	.77	2.80
5~9	.05	.00	.38	1.37	.04	.00	.31	1.13
10~14	.04	.00	.28	1.03	.04	.00	.27	.98
15~19	.06	.00	.42	1.53	.07	.01	.52	1.91
20~24	.03	.00	.18	.67	.05	.00	.35	1.28
25~29	.08	.01	.55	1.99	.07	.00	.48	1.74
30~34	.11	.01	.82	2.99	.04	.00	.27	1.00
35~39	.12	.01	.87	3.17	.12	.01	.82	3.00
40~44	.11	.01	.76	2.78	.07	.01	.51	1.85
45~49	.22	.02	1.54	5.62	.12	.01	.88	3.21
50~54	.29	.02	2.08	7.60	.17	.01	1.20	4.40
55~59	.38	.03	2.75	10.03	.18	.01	1.31	4.79
60~64	.51	.04	3.62	13.21	.38	.03	2.70	9.86
65~69	.57	.04	4.06	14.82	.61	.04	4.33	15.82
70~74	.78	.06	5.55	20.27	.53	.04	3.82	13.94
75~79	.86	.06	6.13	22.38	.61	.04	4.39	16.03
80+	.97	07	6.92	25.25	1.02	.07	7.27	26.55

註: 1) 2주간 평균 침상와병일
2) 하루 평균 침상와병비율
3) 연간 침상와병일수

2주간 총와병일수로 계산한 寢上臥病餘命은 남자는 0세에서 1.05년, 여자는 0세에서 1.15년으로 여자가 남자보다 0.1년 더 많게 나타났다.

平均期待餘命에 대한 침상와병상태가 없는 餘命의 비율은 0세에서 남자는 98.45%, 여자는 98.48%로 나타났으며 연령증가와 더불어 완만히 감소하는 것으로 나타났다. 윤병준의 연구(1995)에서는 남자의 臥病餘命은 0세에서 1.26년, 女子의 경우 0세에서 1.76년으로 나타나 본 연구 결과보다 더 높았다(表 4-4 참조). 남자의 경우 市部의 人口가 군부의 인구보다 寢上臥病餘命이 적은 것으로 나타났다. 여자의 경우는 시·군부의 차이는 적었으나 60세 이전에는 시부의 인구가 寢上臥病餘命이 더 적은 것으로 나타났다.

〈表 4-4〉 臥病餘命

(단위: 년)

연령 (세)	남 자				여 자			
	평균 여명	와병 여명	건강 여명[1)]	와병/평균 여명(%)	평균 여명	와병 여명	건강 여명[1)]	건강/평균 여명(%)
0	67.66	1.05	66.61	1.55	75.67	1.15	74.52	1.52
1~4	67.33	1.06	66.27	1.57	75.38	1.15	74.23	1.52
5~9	63.60	1.04	62.56	1.64	71.64	1.12	70.52	1.57
10~14	58.80	1.03	57.77	1.75	66.80	1.11	65.69	1.66
15~19	53.94	1.01	52.93	1.88	61.91	1.10	60.81	1.77
20~24	49.21	1.00	48.21	2.03	57.06	1.08	55.98	1.88
25~29	44.54	1.00	43.54	2.24	52.25	1.06	51.19	2.03
30~34	39.93	.98	38.95	2.45	47.45	1.04	46.41	2.19
35~39	35.40	.95	34.45	2.68	42.67	1.03	41.64	2.42
40~44	30.94	.92	30.02	2.98	37.93	1.00	36.93	2.63
45~49	26.71	.91	25.80	3.40	33.27	.98	32.29	2.95
50~54	22.76	.87	21.89	3.82	28.77	.95	27.82	3.32
55~59	19.04	.82	18.22	4.29	24.38	.92	23.46	3.75
60~64	15.48	.74	14.74	4.80	20.12	.88	19.24	4.37
65~69	12.29	.65	11.64	5.32	16.12	.79	15.33	4.91
70~74	9.48	.57	8.91	6.05	12.46	.64	11.82	5.15
75~79	7.11	.46	6.65	6.47	9.29	.55	8.74	5.93
80+	5.19	.36	4.83	6.92	6.70	.49	6.21	7.28

註: 1) 침상와병이 없는 기대연수

第 3 節 傷病餘命

1. 罹患期間으로 본 傷病餘命

2주간 총 罹患日數에 의한 연간 평균이환일의 비율은 남자는 10~30세에서 10% 미만으로 나타났고, 30세 이후 점차 增加하는 것으로 나타났다. 여자는 5~25세에서 10% 미만의 비율을 보이다가 25세 이후 점차 증가하는 것으로 나타났다. 2주간의 총 이환일의 비율은 여자가 남자보다 더 높은 것으로 나타났다(表 4-5 참조).

〈表 4-5〉 罹患日의 年間比率

연령 (세)	남자				여자			
	평균[1]	비율[2]	%	연간일수[3]	평균[1]	비율[2]	%	연간일수[3]
0	1.90	.14	13.55	49.46	2.15	.15	15.37	56.11
1~4	2.18	.16	15.59	56.90	2.01	.14	14.35	52.37
5~9	1.40	.10	10.02	36.58	1.16	.08	8.31	30.34
10~14	.95	.07	6.81	24.86	1.03	.07	7.39	26.97
15~19	1.00	.07	7.12	25.97	1.01	.07	7.20	26.26
20~24	1.27	.09	9.04	32.99	1.37	.10	9.79	35.74
25~29	1.30	.09	9.30	33.93	1.73	.12	12.39	45.22
30~34	1.50	.11	10.72	39.13	1.93	.14	13.81	50.42
35~39	1.55	.11	11.04	40.30	2.42	.17	17.29	63.13
40~44	1.81	.13	12.91	47.11	2.70	.19	19.30	70.43
45~49	1.89	.13	13.49	49.22	2.86	.20	20.41	74.49
50~54	2.48	.18	17.74	64.75	3.96	.28	28.29	103.26
55~59	3.09	.22	22.09	80.62	4.40	.31	31.40	114.61
60~64	3.58	.26	25.57	93.34	4.76	.34	34.02	124.16
65~69	4.86	.35	34.70	126.66	5.62	.40	40.17	146.63
70~74	4.88	.35	34.85	127.21	5.66	.40	40.41	147.50
75~79	4.25	.30	30.35	110.79	4.64	.33	33.11	120.87
80+	3.80	.27	27.14	99.08	5.33	.38	38.04	138.84

註: 1) 2주간 평균 이환일
2) 하루 평균 이환비율
3) 연간 이환일수

2주간 총이환일수로 계산된 성별 및 연령별 傷病餘命은 남자는 0세에서 傷病餘命이 10.22년으로 나타났고 여자는 0세에서 15.70년으로 나타나 남자보다 여자의 傷病餘命이 높은 것으로 나타났다. 따라서 平均期待餘命에 대한 이환이 없는 기간의 比率은 남자가 0세에서 84.90%, 여자는 79.26%로 나타났다(表 4-6 참조).

〈表 4-6〉 2週間 罹患日數로 計算한 傷病餘命

(단위: 년)

연령 (세)	남 자				여 자			
	평균 여명	상병 여명	건강 여명[1)]	상병/평균 여명(%)	평균 여명	상병 여명	건강 여명[1)]	상병/평균 여명(%)
0	67.66	10.22	57.44	15.10	75.67	15.70	59.97	20.74
1~4	67.33	10.18	57.15	15.12	75.38	15.69	59.69	20.81
5~9	63.60	9.60	54.00	15.10	71.64	15.17	56.47	21.18
10~14	58.80	9.13	49.67	15.53	66.80	14.79	52.01	22.14
15~19	53.94	8.81	45.13	16.34	61.91	14.45	47.46	23.33
20~24	49.21	8.50	40.71	17.28	57.06	14.12	42.94	24.75
25~29	44.54	8.11	36.43	18.20	52.25	13.68	38.57	26.18
30~34	39.93	7.72	32.21	19.33	47.45	13.11	34.34	27.64
35~39	35.40	7.27	28.13	20.55	42.67	12.49	30.18	29.26
40~44	30.94	6.84	24.10	22.09	37.93	11.70	26.23	30.85
45~49	26.71	6.37	20.34	23.84	33.27	10.84	22.43	32.59
50~54	22.76	5.96	16.80	26.17	28.77	9.99	18.78	34.72
55~59	19.04	5.42	13.62	28.45	24.38	8.79	15.59	36.06
60~64	15.48	4.74	10.74	30.60	20.12	7.49	12.63	37.24
65~69	12.29	4.03	8.26	32.76	16.12	6.17	9.95	38.27
70~74	9.48	3.00	6.48	31.62	12.46	4.67	7.79	37.47
75~79	7.11	2.06	5.05	28.93	9.29	3.32	5.97	35.74
80+	5.19	1.41	3.78	27.16	6.70	2.55	4.15	38.05

註: 1) 이환이 없는 기대연수

윤병준의 연구(1995)에서 추정한 短期疾患으로 인한 상병여명은 남자의 경우 0세에서 3.23년, 女子의 경우 0세에서 3.48년이었다. 長期疾患으로 인한 傷病餘命은 남자의 경우 0세에서 12.79년, 여자의 경우 0세에서 21.46년으로 나타났다. 따라서 총 傷病餘命은 남자는 0세에서 16.02년, 여자는 0세에서 24.94년으로 나타나 본 硏究에서 2주간 총 이

환일수로 추정한 傷病餘命보다는 높게 나타났다. 시·군별로 본 傷病餘命은 남자의 경우 군부가 시부보다 모든 연령층에서 낮았다. 시부에 있는 남자들의 期待餘命에 대한 상병이 없는 기간비율이 상대적으로 낮게 나타났다. 여자의 경우 傷病餘命이 군부에 있는 인구가 더 높아서 시부의 인구가 상병없이 지내는 기간이 더 높은 것으로 나타났다.

2. 慢性疾患으로 인한 傷病餘命

慢性疾患으로 인한 傷病餘命의 산출은 慢性疾患이 일단발병하면 비가역적이 되므로 평균상병률을 산출하여 적용한다. 이러한 방법은 상병기간이 과대추계될 우려가 있으나 상병으로부터 회복되는 轉換確率의 추정이 어려워서 慢性疾患으로 인한 傷病餘命은 평균상병률을 측정하여 산출한다(윤병준, 1995). 慢性疾患으로 인한 傷病餘命을 산출하기 위하여 慢性疾患 罹患對象者를 이환시기에 관계없는 특정 慢性疾患 이환자와 3개월 이상 이환 후 조사일까지 이환 중인 사람으로 한정하였다.

慢性疾患 이환율은 남녀 모두 15세 이후 65세까지 지속적으로 증가하였다. 성별로는 20세 이후 여자의 慢性疾患 유병률이 남자보다 지속적으로 높아지는 것으로 나타났다. 慢性疾患으로 인한 傷病餘命은 남자는 0세에서 18.38년이었고 여자는 0세에서 28.58년으로 나타나 남자보다 여자의 慢性疾患으로 인한 傷病餘命이 높은 것으로 나타났다(表 4-7 참조).

慢性疾患이 없는 健康餘命은 남자는 0세에서 49.28년이고 여자는 0세에서 47.09년으로 나타났다. 平均期待餘命에 대한 健康餘命 비율은 연령증가와 더불어 감소하는 것으로 나타났다. 따라서 慢性疾患이 없이 지내는 期間比率은 여자보다 남자가 높은 것으로 나타났다.

윤병준(1995)에 의하면 89年 國民健康意識行態調査資料에 나타난 慢性疾患傷病餘命은 남자의 경우 0세에서 12.79년, 여자의 경우 0세에서

21.46년으로 나타났다. 따라서 慢性疾患으로 인한 傷病餘命은 지난6년간 增加하였다고 할 수 있다.

〈表 4-7〉 慢性疾患 有病率에 의한 傷病餘命

(단위: 년)

연령	남 자		여 자	
(세)	상병여명	비율[1)]	상병여명	비율[1)]
0	18.38	27.16	28.58	37.77
1~4	18.53	27.53	28.80	38.20
5~9	18.07	28.41	28.47	39.74
10~14	17.38	29.56	27.90	41.77
15~19	16.86	31.26	27.45	44.33
20~24	16.43	33.39	26.95	47.23
25~29	15.70	35.25	26.17	50.08
30~34	14.99	37.54	25.15	52.99
35~39	14.08	39.76	23.79	55.75
40~44	13.16	42.54	22.32	58.85
45~49	12.20	45.67	20.54	61.73
50~54	11.02	48.41	18.48	64.23
55~59	9.95	52.27	16.10	66.05
60~64	8.39	54.23	13.43	66.76
65~69	6.80	55.34	10.51	65.20
70~74	4.85	51.21	7.85	62.99
75~79	3.48	48.94	5.43	58.45
80+	2.51	48.36	3.78	56.47

註: 1) 기대여명에 대한 만성질환이 없는 기간의 비율

慢性疾患으로 인한 傷病餘命을 시·군별로 보면 남자의 경우 65세 이전에는 군부의 인구가 傷病餘命이 더 높은 것으로 나타났다. 여자의 경우 10~55세 사이에서 근소하게 군부의 인구가 傷病餘命이 더 높게 나타났으나 비교적 전 연령층에서 비슷한 수준을 유지하였다.

만성질환과 급성질환을 합한 총 상병여명은 남자는 0세에서 20.14년이고 여자는 0세에서 30.59년으로 나타났다. 따라서 상병이 없는 건강여명은 남자는 0세에서 47.52년, 60세에서 8.89년, 여자는 0세에서 45.08년, 60세에서 6.46년으로 나타났다.

第 5 章　結論 및 政策建議

第 1 節　結 論

1. 硏究結果 要約

본 연구는 身體的, 精神的, 社會的 측면에서 우리나라 국민의 건강수준을 살펴보며 이에 影響을 미치는 要因을 파악하기 위해 실시되었다. 이를 위해 전국을 대표하는 6,791개의 표본가구를 대상으로 당원이 1995년도에 실시한 「國民健康 및 保健意識行態調査」 자료를 분석하였다. 건강수준에 영향을 미치는 要因을 파악하기 위해서는 다변량 로지스틱 回歸分析과 카이제곱 檢證을 실시하였고 健康餘命算出을 위해서는 설리반(Sullivan, 1971)의 計算方法을 使用하였다. 분석결과를 요약하면 다음과 같다.

가. 身體的 健康水準과 關聯危險要因

1) 身體的 健康水準에 影響을 미치는 危險要因

신체적 건강에 영향을 미치는 危險要因은 ① 주요 危險要因과 ② 寄與要因의 두 가지로 분류하였으며 주요 危險要因은 다시 변화될 수 없는 危險要因과 변화 가능한 危險要因으로 분류하여 제시하였다(表 5-1 참조).

〈表 5-1〉 身體的 健康 指標別 主要 危險要因 및 相對 危險度

만성질환	주관적 건강(나쁨)	만성질환(있음)
개선불능의 위험요인	여자(1.25) 40세 이상(1.27) 저소득(1.21)	여자(1.32) 40세 이상(2.16) 군거주(1.13) 저소득(1.44)
개선가능의 주요 위험요인	과다체중(0.91) 운동부족(0.82) 스트레스(1.30) 육식선호(0.93) 염분섭취(1.06)	흡연(1.20) 과다체중(1.13) 운동부족(1.10) 수면부족(1.15) 스트레스(1.15)
기타 기여요인	흡연경험 음주량 수면부족	과식 염분섭취

註: ( )는 상대위험도

가) 改善不能의 主要 危險要因

본 연구의 결과에 의하면 여자, 高年齡層, 저소득 계층이 스스로 認識하는 건강(주관적 건강)의 측면에서 危險集團으로 나타났으며 만성질환에 걸릴 위험성도 여자, 고연령, 저소득, 군지역 거주자가 높은 것으로 나타났다.

나) 改善可能의 主要 危險要因

스트레스와 운동부족이 스스로 인식하는 건강상태에 가장 크게 영향을 미치는 危險要因으로 나타났으며 慢性疾患에는 흡연, 과다체중, 운동부족, 수면부족, 스트레스가 주요 危險要因으로 나타났다.

다) 其他 寄與要因

통계적으로 크게 유의하지는 않으나 吸煙과 염분섭취도 스스로 인식하는 건강상태에 寄與하는 요인으로 나타났다. 과다체중인 경우와

육식을 선호하는 사람들에서 스스로 인식하는 건강상태가 좋게 나타났다. 慢性疾患에는 과식과 鹽分섭취도 다소 영향을 미치는 것으로 나타났다.

2) 慢性疾患 種類別 主要 危險要因

慢性疾患의 주요 危險要因은 우리나라에서 발생 빈도가 높은 高血壓, 소화성 궤양, 肝炎, 만성폐색성 폐질환, 관절염, 당뇨병의 6가지 질환을 중심으로 살펴보았다(表 5-2 참조).

〈表 5-2〉 多變量 로지스틱 回歸分析 結果에 의한 慢性疾患 種類別 主要 危險要因 및 相對 危險度

구 분	고혈압	위궤양	간염	만성폐색성폐질환	관절염	당뇨
개선불능의 주요 위험요인	40세 이상 (3.30) 저소득 (1.31)	여자 (1.33) 40세 이상 (1.39)	남자 (1.35) 40세 이상 (1.79) 저소득 (1.60)	여자 (1.23) 40세 이상 (1.37) 저소득 (1.20)	여자 (2.25) 40세 이상 (3.01) 저소득 (1.56)	40세 이상 (3.70)
개선가능의 주요 위험요인	흡연기간 (0.77) 고도음주 (1.53) 운동부족 (1.22) 당뇨 (1.75)	흡연 (1.23) 음주 (0.74) 운동부족 (1.19) 육식선호 (1.35)	고도음주 (1.60)	흡연기간 (1.42) 흡연경험 (1.37) 운동부족 (1.27) 과식 (1.39)	매일음주 (1.42)	수면부족 (1.42) 스트레스 (1.25) 과식 (1.22) 과다체중 (1.27)
기타 기여요인	수면부족 육식선호 과식 염분섭취 과다체중	수면부족 스트레스	음주빈도 수면부족		흡연 수면부족	남자 매일음주

註: ( )는 상대 위험도

가) 改善不能의 主要 危險要因

年齡은 高血壓, 소화성 궤양, 간염, 만성폐색성 폐질환, 관절염, 당뇨의 주요 危險要因으로 나타났다. 여자는 남자에 비해 소화성 궤양, 만성폐색성 폐질환, 관절염에 걸릴 위험이 높게 나타난 반면에 남자는 간염에 걸릴 위험이 여자보다 높았으며 고혈압과 당뇨는 성별 차이가 없었다. 所得水準이 낮은 계층이 고혈압, 간염, 만성폐색성 폐질환, 關節炎에 걸릴 가능성이 높게 나타났다.

나) 改善可能의 主要 危險要因

흡연은 고혈압, 消化性 潰瘍, 慢性閉塞性 肺疾患의 주요 危險要因으로 나타났다. 高度 음주일 경우 高血壓과 肝炎에 걸릴 위험성이 높게 나타났으며 매일음주를 하는 경우 關節炎에 걸릴 위험이 높게 나타났다. 반면에 음주 頻度는 소화성 궤양과는 否(-)의 상관성을 보였다.

적당한 運動을 하지 않는 경우에 高血壓, 消化性 潰瘍, 만성폐색성 폐질환에 걸릴 위험성이 높게 나타났다. 과식은 慢性閉塞性 肺疾患과 당뇨의 위험을 높여주며 過多體重인 경우에 당뇨병에 걸릴 위험성이 높게 나타났다. 糖尿는 또한 高血壓과 매우 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났는데 당뇨인 경우에 高血壓에 걸릴 위험은 1.75배나 큰 것으로 나타났다. 肉食을 선호하는 경우에 消化性 潰瘍에 걸릴 危險性이 높게 나타났다.

다) 其他 寄與要因

통계적으로는 有意하지 않으나 수면부족, 육식선호, 과식, 염분섭취, 과다체중, 스트레스 등도 각종 慢性疾患과 관련되는 것으로 나타났다.

나. 精神的 健康水準과 關聯 危險要因

1) 憂鬱症

輕症 이상의 우울증상을 갖는 사람의 사례성 유병률(CES-D 16점이상)이 전체의 25.3%로 美國의 백인, 일본 등의 先進國의 10%내외 보다 많은 편이다. CES-D 점수 21점 이상을 憂鬱症狀群으로 볼 때 전체인구의 14.49%가 지난 1주 동안에 우울증상이 있었고, CES-D 점수가 25점 이상으로 상당히 우울한 상태에 있었던 사람이 전체의 8.68%였다.

우울증은 스트레스, 학력, 성별, 결혼상태, 직업종류, 사회경제적 위치에 따라 다르게 나타났다. 憂鬱症狀이 있는 사람은 없는 사람에 비해 병의원을 찾는 경우가 많았다. 이는 비용면이나, 國民保健의 차원에서 우울증의 조기발견과 치료, 재발 방지를 위한 적극적인 노력이 필요함을 시사한다.

2) 自殺意圖 및 自殺企圖 實態

'지난 1년 중에 自殺意圖가 있었다'고 답한 집단이 무려 전체의 26.3%이다. 이들 중 중증 우울증상의 사례성 유병률이 44.6으로 100명 중 45명 정도로 나타났다. 自殺企圖의 경우, 지난 1년중에 自殺思考가 있었던 사람중, 지난 해에 自殺企圖를 한 적이 있는 사람이 6.2%였고 전체 중에서 자살기도를 한 적이 있는 사람의 비율은 1.7%로 나타났다. 自殺意圖나 自殺企圖의 경우, 공통적으로 15세에서 29세 사이의 젊은 층에 전체의 반 가까이가 분포하고 있고, 15세에서 19세 사이의 思春期青少年 中 自殺思考가 있었던 사람의 6.2%가 지난 1년간 自殺을 기도한 적이 있는 것으로 조사되었다.

3) 알코올 依存

전체적으로 10.0%가 알코올 依存群으로 추정되는데, 이들 중 알코올의존 의심군은 인구전체의 8.7%이고, 알코올의존 확실군은 인구전체의 1.3%로 추정된다. 이는 86년의 22%보다는 많이 減少되고 있는 추세를 반영한다고 볼 수 있다. 20대 여성의 알코올 의존이 전체 여성 알코올의존의 56.7%를 차지하고 있는 것으로 나타났다.

다. 社會的 健康水準과 關聯要因

1) 活動制限 餘命

2週間 活動制限日數로 算出된 활동제한여명은 남자는 0세에서 1.61년, 여자는 0세에서 1.89년이었다. 生涯중 이환으로 인해 活動制限 상태에서 지내게 될 것으로 기대되는 活動制限 餘命은 성별의 큰 차이는 보이지 않았으나 市部보다 郡部가 다소 높은 편이었다.

2) 罹患期間으로 본 傷病餘命

2주간 총 罹患日數로 계산된 성별 및 연령별 상병여명은 남자는 0세에서 상병여명이 10.22년으로 나타났고 여자는 0세에서 15.70년으로 나타나 남자보다 여자의 傷病餘命이 높았다. 따라서 평균기대여명에 대한 이환이 없는 기간의 比率은 남자가 0세에서 84.90%, 여자는 79.26%로 나타났다. 地域別로 본 傷病餘命은 남자는 郡部居住者가 시부거주자보다 모든 年齡層에서 낮았다.

3) 慢性疾患으로 인한 傷病餘命

慢性疾患으로 인한 傷病餘命은 남자는 0세에서 18.38년이었고 여자

는 0세에서 28.58년으로 나타나 남자보다 여자의 慢性疾患으로 인한 상병여명이 높은 것으로 나타났다. 慢性疾患이 없는 건강여명은 남자는 0세에서 49.28년이고 여자는 0세에서 47.09년으로 나타났다. 평균기대여명에 대한 만성질환 여명 비율은 0세에서 남자는 27.16%, 여자는 37.77%로 나타났다.

4) 健康餘命

2주간 總罹患日을 기초로 한 상병여명을 보면 남자는 0세에서 10.22년, 여자는 0세에서 15.70년으로 나타나 이를 기초로 한 健康餘命은 남자는 57.44년, 여자는 0세에서 59.97년이었다. 慢性疾患으로 인한 상병여명은 남자는 0세에서 19.57년, 여자는 0세에서 29.87년으로 나타나 慢性疾患이 없는 健康餘命은 남자는 0세에서 48.09년, 여자는 0세에서 45.80년으로 나타났다. 단기이환과 만성질환이환을 합한 총 상병여명은 남자는 0세에서 20.14년, 여자는 0세에서 30.59년으로 나타났다. 건강여명은 남자는 0세에서 47.52년, 여자는 0세에서 45.08년으로 나타났다.

2. 健康水準 分析結果 考察

가. 身體的 健康水準과 關聯危險要因

健康에 대한 이론적인 개념을 操作的으로 尺度化 하는데에는 아직까지 현실적인 갭이 있으며 본 연구에서 시도한 健康의 尺度는 포괄적인 健康槪念 중 극히 일부에 지나지 않는다. 그리고 분석에 사용한 자료가 橫斷的 調査資料(cross-sectional data)이기 때문에 여기서 제시된 變數間의 관련성에 대한 因果關係가 분명하지 않다는 제한점이 있다. 본 硏究結果 나타난 韓國人의 主觀的 健康水準은 여자의 28.5%, 남자의 10.6%가 건강이 나쁜 것으로 나타났고, 女子의 28.5%, 男子의

21.3%가 한 가지 이상의 慢性疾患을 가지고 있는 것으로 나타났다. 전반적인 身體的 健康狀態는 여자가 남자보다 나쁜 것으로 평가된다. 본 연구에서 제시한 身體的 健康水準은 앞서 考察한 많은 先行硏究의 결과와 일치된다. 다만 각 危險要因의 慢性疾患에 기여하는 危險度가 장기간의 追跡硏究 結果에 비해 낮게 나타난 점은 이 자료가 횡단적 자료이기 때문에 慢性疾患으로 인해 사망한 사람이 연구대상에서 누락된 점과 慢性疾患 발생후에 변화된 음주, 흡연 등의 행위를 알 수 없는데에 기인되는 것으로 해석된다.

나. 精神的 健康水準과 關聯危險要因

우리나라 사람들이 비교적 우울증상 測定 때 같은 정도의 우울증상에 대하여 서구인들보다 더 높은 점수를 보인다고 가정하면, CES-D 점수 21점 이상을 憂鬱症狀群으로 볼 때 전체인구의 14.49%가 지난 1주 동안에 우울증상이 있었다고 볼 수 있고, CES-D 점수가 25점 이상으로 상당히 憂鬱한 狀態에 있었던 사람이 전체의 8.68%라고 볼 수 있다. 특히 15~22세의 靑少年群 우울증의 사례성 유병률이 100명당 14명으로 다른 군에 비해 有意하게 높았고, 20~59세군이 가장 우울증이 적었다.

우울증이 環境으로부터의 스트레스와 연관이 있다는 사실은 널리 알려져 있다. 스트레스는 年齡群에 따라 다르게 나타났다. 15~22세의 청소년군은 역시 학업과 진학, 人間關係와 높은 상관성이 있었고, 20~59세는 경제적 곤란, 직장생활이 가장 큰 스트레스의 요인이었다. 60세 이상의 老人群에서는 자녀와의 관계, 건강상태, 경제적 곤란 등이 큰 스트레스로 작용하여 각 年齡群別로 서로 다른 스트레스원을 가지고 있음을 알 수 있다. 노인들에 있어서의 자녀와의 관계는 고부간의 갈등, 노인소외의 문제, 家庭內 不和 등을 짐작하게 한다. 여성의

우울증 有病率이 남성에 비해 유의하게 높게 나타난 것은 전세계적으로 일치하는 결과이다. 특히 최종학력이 중졸이하인 경우 더 우울증상이 많았다.

결혼상태에서는 離婚, 別居, 死別의 순서로 유의하게 우울증이 많다. 여성, 중졸 이하의 최종학력, 결혼상태의 이상이 로지스틱 회귀분석결과 유의한 危險因子인 것으로 밝혀졌다. 직업적으로는 육체노동을 하는 사람과 직업이 없는 사람의 憂鬱症이 많고, 사회계층상으로는 상위층과 하위층 모두에 우울증이 많았다.

自殺思考가 있는 사람은 즉시 정신의학적 평가의 대상이 되어야 한다. '지난 1년 중에 自殺意圖가 있었다'고 답한 집단이 무려 전체의 26.3%이다. 이들 중 重症 憂鬱症狀의 사례성 유병률이 44.6으로 100명 중 45명 정도로서, 즉각적인 정신과적 치료를 요하는 상태이다. 自殺企圖의 경우, 지난 1년중에 自殺思考가 있었던 사람 중, 지난 해에 自殺企圖를 한 적이 있는 사람이 6.2%이다. 전체 중에서 자살기도를 한 적이 있는 사람의 비율은 1.7%로 나타났다. 특히 自殺企圖者 중 40.2%는 작년에 두 번 이상 自殺을 기도했던 사람들인데, 이들은 즉각적인 치료 및 면밀한 관찰이 없다면, 自殺로 인생을 마감할 사람들이라고 볼 수 있다. 이런 연유로 自殺企圖를 한 적이 있는 사람의 경우 精神醫學的인 면밀한 관찰과 지속적인 치료의 필요성을 다시 확인할 수 있다.

自殺意圖나 自殺企圖의 경우, 공통적으로 15세에서 29세 사이의 젊은 층에 전체의 반 가까이가 분포하고 있고, 15세에서 19세 사이의 사춘기청소년 중 自殺思考가 있었던 사람의 6.2%가 지난 1년간 자살을 기도한 적이 있는 것으로 조사되었다. 생산성이 높고 社會活動度가 큰 젊은 층의 인구가 희생되는 현상은 국가나 사회의 경쟁력을 약화시키고 매우 심각한 社會的인 문제를 야기하므로 청소년의 자살에 유의해야 할 필요가 있다.

알코올 依存에 관한 결과는 사용한 도구가 네 문항으로 된 CAGE였기 때문에 대략적인 결과밖에는 알 수가 없다. 전체적으로 10.0%가 알코올 依存群으로 추정되는데, 이들 중 알코올의존 의심군은 인구전체의 8.7%이고, 알코올의존 확실군은 인구전체의 1.3%로 추정된다. 이는 86년의 22%보다는 많이 減少되고 있는 추세를 반영한다고 볼 수 있다. 하지만, 이러한 차이는 道具의 차이 때문일 수 있으므로 확정적으로 단정할 수는 없고 추후 연구가 필요하다.

20대 여성의 알코올 의존이 전체 여성 알코올의존의 56.7%를 차지하고 있어 다른 요인을 감안하더라도 매우 注目할 필요가 있다. 여성의 알코올 의존은 우울증과 밀접한 연관이 있다. 이는 정신의학적 조기진단과 治療를 요하는 狀況이다. 남성의 경우는 밀접한 연관을 증명할 수 없으나, 여성의 경우는 명백하다.

다. 社會的 健康水準과 關聯要因

健康餘命算出을 위해 분석자료로 사용한 '96 國民健康 및 保健意識行態調査에서는 단기질환으로 인한 상병일수, 침상와병일수, 活動制約日數 등만이 使用可能했기 때문에 건강의 質的인 側面을 傷病期間만으로 測定하였다는데 제한점이 있다.

2주간 總罹患日을 기초로 한 상병여명을 보면 남자는 0세에서 10.22년, 여자는 0세에서 15.70년으로 나타나 이를 기초로 한 非罹患餘命은 남자는 57.44년, 여자는 0세에서 59.97년이었다. 慢性疾患으로 인한 상병여명은 남자는 0세에서 19.57년, 여자는 0세에서 29.87년으로 나타나 慢性疾患이 없는 健康餘命은 남자는 0세에서 49.28년, 여자는 0세에서 47.09년으로 나타났다. 1989年 國民健康意識行態調査에 나타난 慢性疾患傷病餘命은 男子가 0세에서 12.79년, 女子가 0세에서 21.46년이었는데(윤병준, 1995) 이로써 지난 6년간 慢性疾患으로 인한 傷病餘

命이 증가하였음을 알 수 있다.

健康餘命의 국제비교는 <表 5-3>과 같다. 한국인의 기대수명은 先進外國에 비하여 낮은 반면 健康餘命은 높게 나타났다. 국내의 높은 건강여명수치는 국내에서 행해지는 國民健康調査가 障碍人을 포함하고 있지 않기 때문에 나타난 결과라고 볼 수 있다. 따라서 OECD國家들과의 國際比較를 위해서는 國民健康調査의 대상에 障碍人이 포함되어야 하고 건강여명의 계산을 위해 OECD에서 기준하는 健康餘命의 槪念 및 活動不能期間에 대한 調査項目이 開發되어야 한다.

〈表 5-3〉 期待餘命과 健康餘命의 國際比較

	남 자			여 자		
	기대여명 (년)	활동장애 없는 건강여명 (년)	활동장애 없는 건강여명/기대여명 (%)	기대여명 (년)	활동장애 없는 건강여명 (년)	활동장애 없는 건강여명/기대여명 (%)
일본(1970)[1]	–	–	–	71.9	68.8	95.6
독일(1986)[1]	71.8	63.4	88.3	78.4	68.4	87.2
프랑스(1982)[1]	70.7	61.9	87.6	78.9	67.1	85.0
영국(1988)[1]	72.4	58.5	80.8	78.1	61.2	78.4
미국(1980)[1]	70.1	55.5	79.2	77.6	60.4	77.8
한국(1991)[2]	66.7	60.3	90.6	74.8	63.8	85.2

資料: 1) OECD(1993), *OECD Health Systems: Facts and Trend*, 1960~1991.
2) 윤병준·김정근, 「한국인의 활동장애가 없는 건강여명에 관한 연구」, 『인구학회지』, 16(1), 1996, pp.123~137.

第 2 節 政策建議

1. 身體的 健康增進 對策

본 연구에서 제시하고 있는 身體的 健康水準과 관련 危險要因은 우리나라를 대표하는 標本人口를 대상으로 수집한 자료를 분석한 결과

라는 점에서 대표성 있는 유일한 자료라고 할 수 있다. 또한 본 연구를 통해 파악한 高血壓, 소화성 궤양, 肝炎, 만성폐색성 폐질환, 關節炎, 당뇨병 등 6가지 주요 慢性疾患의 성별, 연령별 분포는 선행연구들에서 나타난 분포와 대체적으로 유사하였다. 아직까지 우리나라에는 전국을 대표할 만한 이들 慢性疾患의 유병률이 산출되지 못한 실정이어서 각 질환별 有病率의 推移 등은 제시하지 못했다.

또한 각각의 慢性疾患의 사례수가 충분하지 않아 다각적인 측면에서 분석을 할 수 없었다는 제한점도 있었다. 무엇보다도 본 硏究資料가 追跡調査資料가 아닌 斷面績 조사자료라는 점에서 疾病의 원인적 요소로서의 危險要因을 파악하는데 많은 제한점이 있었다. 그럼에도 불구하고 흡연, 음주, 운동부족 등 몇 가지 중요한 要因이 신체적 건강과 밀접한 關聯性이 있는 것으로 나타난점은 큰 성과라고 하겠다. 硏究結果 高血壓과 같은 하나의 단일 질환이 여러 危險要因을 지니고 있을 수 있으며, 반면에 흡연과 같은 단일 危險要因이 고혈압, 만성폐색성폐질환 심지어는 소화성 궤양의 危險要因으로 나타난 점은 政策的으로 중요한 시사점을 제기해 준다. 본 연구결과를 토대로 다음과 같은 政策建議를 하고자 한다.

① 건강 脆弱階層으로 나타난 여자, 고연령, 저소득 계층, 군지역 거주자에 대해 정부는 우선적으로 保健醫療 資源을 배분하고 각종 건강증진 프로그램의 우선적 접근대상이 될 수 있도록 정책적 配慮를 해야 한다.

② 政府와 지방자치단체는 신체적 건강과 관련된 危險要因에 대한 국민들의 認識을 높이기 위해 다음과 같은 노력을 기울여야 한다.

- 보다 적극적인 地域保健活動을 통해 건강과 관련된 危險要因에 대해 지역사회 주민들을 교육해야 한다.
- 保健所 및 의료기관의 職員들을 대상으로 흡연, 음주, 운동부족이

身體的 健康에 미치는 영향에 대해 교육하며 이들이 危險要因을 감소시키기 위한 활동을 展開하도록 하여야 한다.

- 매스컴을 통해 건강의 危險要因에 대한 전국적인 캠페인을 실시한다.
- 保健醫療 전문직의 각종 慢性疾患의 危險要因에 대한 인식을 높이기 위해 ㉮ 지역단위의 保健醫療機關 직원들을 위한 세미나의 개최 ㉯ 危險要因에 대한 인식과 豫防保健 行爲의 중요성을 인식시켜줄 수 있는 프로그램을 개발하여 普及한다.

③ 慢性疾患의 危險要因을 지니고 있는 高危險群들을 조기에 발견할 수 있는 方案이 필요하다.

- 환자 발견을 위한 週期的 健康檢診
- 高危險群의 登錄 管理

④ 무엇보다도 政府는 개인의 건강에 대한 認識과 책임을 일깨워 주어야 하며 건강을 향상시킬수 있는 環境을 조성해주어야 한다.

⑤ 우리나라도 선진외국의 경우와 같이 고혈압, 당뇨, 간염, 소화성 궤양 등 각종 慢性疾患의 危險要因을 밝히기 위한 국가차원의 장기간의 追跡硏究가 요구된다.

2. 精神健康 增進 對策

대부분의 精神疾患은 원인이 알려져 있지 않고 매우 복합적이므로 예방할 수 있는 방법도 限定的이다. 그러나 본 연구를 통해 파악된 우울증, 자해행위를 포함한 自殺思考, 알코올 의존, 스트레스에 의한 질환은 早期發見과 고위험군 관리 등을 통하여 병의 경과를 완화시키고 早期治療를 함으로써 유병률을 상당히 감소시킬 수 있다. 우리가 관심을 갖고 대책을 樹立해야 할 부분을 다음과 같이 제시하고자 한다.

가. 幼兒期 精神健康 對策

缺損家庭 또는 기능부전상태의 가정: 부모가 없는 이이들이나, 미혼모의 자녀, 부모의 離婚으로 가정에 파탄이 온 경우, 부부간의 갈등으로 가정내에 緊張度가 높을 때, 극빈가정, 부모가 정신질환을 가진 경우등에서 아이들은 情緖的으로 불안정하며 정신건강이 취약해진다. 부부치료, 가족지지치료체계, 아동들에 대한 적절한 사회적 정서적 支持를 제공해줌으로써 정신질환의 발병을 줄이고 유병률을 감소시킨다. 豫防次元에서 영유아기를 포함하여 직장여성 자녀 양육은 누가 어떻게 할 것인지에 대한 대책도 필요하다.

나. 靑少年期 精神健康 對策

① 알코올 의존 등 危害性 물질에 대한 대책: 청소년들 특히 20대 여성이 알코올 등에 依存되는 것을 방지하기 위해 관련 교육자료를 충분히 준비하고 정식 敎科課程으로 편성, 교과서 등에 포함되도록 한다.

② 심각한 학업 스트레스에 대한 대책: 學業 成績만을 위한 과당경쟁을 없애고, 학업이 뒤지는 학생들이 쓸데없는 劣等感을 갖지 않도록 하기 위해 현재의 入試爲主 교육제도를 획기적으로 개선한다.

③ 憂鬱症 및 自殺意圖 早期發見 및 對策: 우울증 유병률이 가장높게 나타난 청소년기는 여러가지 감정적인 混亂이 빈번한 시기이다. 自殺意圖나 自殺企圖의 경우에도 전체의 반 가까이가 공통적으로 15세에서 29세 사이의 젊은 층에 분포하고 있고, 15세에서 19세 사이의 사춘기 청소년 중 自殺思考가 있었던 사람의 6.2%가 지난 1년간 자살을 기도한 적이 있는 것으로 조사된 점과 우울증과 자살이 매우 밀접한 相關關係를 갖고 있는 점은 조기발

견과 적절한 조치의 필요성을 강력히 示唆하는 것이라 하겠다.

다. 成人期에서의 職場과 家庭에서의 스트레스 減少對策

① 高危險群 管理: 극빈자에 대한 충분한 생활비 補助로 가난에 의한 정신질환의 脆弱性을 예방하고, 결혼위기 및 이혼상담을 통하여 행복한 부부관계와 健康한 가정의 유지를 돕도록한다.

② 위기개입 센터 설립: 각 직장과 대학교 地域保健센터 등 언제나 접근이 용이한 곳에 위기상담을 받을 수 있는 상담요원과 응급 상담시설이 마련되어야 한다. 24시간 위기상담전화의 홍보를 강화하고, 각 종합병원급의 應急室에는 반드시 정신과 면접 상담소를 설치할 것을 의무화한다.

③ 子女養育 및 教育負擔 減少: 현대의 산업사회에서는 많은 여성들이 직업을 갖고 있고, 또 전문직종을 갖기 위해서는 가사생활이나 자녀 養育法에 대한 교육이 부족한 경우가 많다. 신혼부부와 임신부를 위한 자녀 養育에 대한 프로그램을 각 지역사회센터 등에서 실시하며, 부부 직장인들의 낮시간 자녀 탁아, 직장 탁아소 설치 의무화 등을 실시하여 母子關係의 정서적 안정을 도모하도록 한다. 중학교까지 의무교육 및 교육비 보조, 특히 學校給食을 전국적으로 확대하여 父母들의 부담을 줄인다. 대학교 教育水準을 상향 평준화하여 자녀들의 일류대학 진학에 대한 지나친 집착에 의한 정서적 不安定을 없애고 자녀들과의 대화를 촉진한다.

라. 老年期 精神健康 增進 對策

① 갱·노년기 憂鬱障碍 및 자살률 감소: 청소년층 다음으로 우울증 유병률이 높게 나타난 老年期는 각종 개인적 상실과 뇌의 생물

학적 요인에 의한 우울증의 好發時期이며 가장 자살율이 높은 시기이다. 우울증을 조기 발견할 수 있는 각종 스크리닝 도구들을 개발 보급하고, 일반 진료의들에게 충분한 敎育을 통하여 우울증을 早期發見하여 적절한 치료를 주선 할 수 있도록 해주는 교육 프로그램을 마련하고 실행기관을 정한다. 일반인들에게도 우울증의 증상과 자살의 무모함에 대한 교육·홍보자료들을 제작 배포한다.

② 직업 은퇴자 대우 강화: 老年期의 가장 큰 정신질환의 위험인자들 중의 하나가 가난과 경제적 어려움이다. 사회연금제도를 확립하여 은퇴 이후의 생계를 社會的으로 보장하도록 하며, 노인들의 주택 및 직장알선, 건강관리 등에 대한 體系的 制度를 마련하여야 한다.

3. 健康餘命의 增進方案

健康餘命은 사망과 傷病을 결합한 지표로서 국민의 健康水準을 나타내는 단일화된 지표로 사용될 수 있다. 본 연구에서는 건강여명의 산출방법을 사용하여 2주간 상병 및 총활동제한일 등을 사용하여 상병여명 및 활동제한여명을 추정하여 보았으나 자료의 제한점으로 인해 국제비교를 할 수 있는 건강지표로서의 건강여명이 산출되지 못하였다. 따라서 건강여명의 증대를 위해서는 건강여명산출을 위한 국민건강조사방법이 개발되어야 하고 이에 따라 산출된 건강여명의 증대를 위한 대책이 강구되어야 한다. 본 연구에서 나타난 결과에 따른 건강여명증진대책은 다음과 같다.

① 여자의 상병여명이 남자보다 낮게 나타나고 있고 특히 만성질환으로 인한 상병여명이 높게 나타난 점을 감안할 때, 女性에 대한 우선적인 健康管理 대책이 요구된다.

② 평균수명의 延長 및 인구의 고령화로 인하여, 앞으로 長期疾患으로 인한 傷病餘命 및 活動障碍로 인한 損失期間이 더욱 증가할 것으로 豫測된다. 따라서 사회적 측면에서의 健康水準을 높이고 삶의 질을 향상시키기 위해서는 단순한 수명의 연장보다는 健康餘命의 연장에 보건정책의 중점을 두고 地域單位로 지역주민의 건강특성에 맞는 保健事業이 보다 적극적으로 전개되어야 한다.

건강여명은 국민의 건강한 수명을 측정한다는 데서 삶의 질과 관련하여 그 의미가 매우 크다고 할 수 있다. 따라서 국민건강수준을 대표하는 健康餘命算出技法의 개발을 필수적인 課題이다. 이를 위한 향후 대책은 다음과 같다.

① 활동장애기간으로 산출되는 활동장애여명 및 건강여명의 한계를 극복하기 위하여 최근 세계보건기구에서 연구중에 있는 障碍補正生存年數(Disability-Adjusted Life Year: DALY)개념을 도입하여 조기사망으로 인해 상실된 생존년수와 장애로 인해 상실된 건강년수를 합한 질적으로 보정된 년수(Quality-Adjusted Life Year: QUALY)를 산출한다.

② DALY나 QUALY 외에도 OECD에서 요구하는 보건지표 중의 하나인 건강여명의 산출을 위해 유럽세계보건기구에서 제시하는 건강여명산출방법도 도입하여야 한다. 이 방법은 단기적인 활동제한기간과 長期的인 傷病으로 인한 활동제한 정도를 합하여 활동장애여명을 산출하고 이것을 기대여명에서 제함으로써 건강여명을 산출하는 것이다.

③ 국민건강조사에 사용되는 설문항목에 위에서 제시한 활동장애애 관한 항목이 포함되어야 한다.

④ 건강여명의 산출에 사용되는 기대여명이 대상인구의 사망추이를

잘 대표할 수 있도록 개발되어야 한다. 이를 위해 지역별로 세분화된 생명표가 활용되어야 한다.

⑤ 국민건강조사대상의 범위를 확대하여 障碍人도 포함하여야 한다. 대상인구에 대한 장기적인 傷病으로 인한 활동장애 정도를 정확히 파악하기 위해서 국민건강조사대상의 범위확대는 시급히 요청되는 課題이다.

⑥ 우리나라 健康餘命의 국제비교를 위해 국민건강조사에 障碍者를 포함하여야 한다. 美國의 경우 健康調査에 障碍者를 포함하여 活動障碍日數가 크게 차이가 나기 때문이다.

⑦ 傷病이나 障碍로 인한 損失期間, 活動制限期間 등 보다 정확한 健康餘命을 위한 조사항목 및 조사방법이 개발되어야 한다. 國民健康調査에서는 活動機能에 가중치를 부여하여 계산하는 補完된 期待壽命의 算出을 위한 항목은 포함하고 있지 않는데 삶의 質을 測定하는 하나의 指標로서 향후 包含되어야 한다고 思料된다.

參考文獻

남궁기 등,「한국 일 농촌지역(강화도) 노인주정중독의 역학적 연구」,『신경정신의학』, 28(6), 1989, pp.1082～1089.

남정자·최정수·김태정·계훈방,『한국인의 보건의식행태』, 한국보건사회연구원, 1995.

최정수·남정자·김태정·계훈방,『한국인의 건강과 의료이용실태』, 한국보건사회연구원, 1995.

반영진·박유문·석재호,「자살에 대한 일반인의 태도에 관한 예비적 연구」,『신경정신의학』, 28(1), 1989, pp.155～167.

배기안·김무진·석재호,「정신의학 교육이 자살중재기술에 미치는 영향」,『신경정신의학』, 29(4), 1990, pp.910～922.

신승철 등,「한국에서의 CES-D의 사용」,『신경정신의학』, 30(4), 1991, pp.752～767.

신승철·이종섭·이호영,「농촌지역(강화도)의 자살기도자에 대한 역학적 연구 1982, 1988」,『신경정신의학』, 1989, 28(5), pp.868～874.

신승철·이호영·이은설,「한국인의 자살(1965～1988)」,『신경정신의학』, 29(4), 1990, pp.923～932.

유석진,「사회정신의학의 연구방향 - 한국에서의 사회정신의학과 관련하여 -」,『서울의대정신의학』, 12(2), 1988, pp.55～66.

윤병준,『건강수명개념에 의거한 한국인의 건강수준에 관한 연구』, 보건학박사학위논문, 서울대학교 대학원, 1995.

윤병준·김정근,「한국인의 활동장애가 없는 건강여명에 관한 연구」,『인구학회지』, 16(1), 1996, pp.123～137.

윤우상·이영식·이길홍,「소아 청소년 자살기사에 관한 내용분석」,『신경정신의학』, 31(1), 1992, pp.171～181.

李符永·문경희,「삼국사기와 삼국유사에 나타난 한국고대인의 자살」,『신경정신의학』, 27(1), 1988), p.124～139.

李定均, 「한국정신장애의 역학적 조사연구(X) - 알코올 中毒의 有病率 -」, 『서울의대정신의학』, 13(1), 1988, pp.15~26.

이호영·신승철, 「일 농촌지역(강화도) 노인정신장애의 역학적 연구(Ⅲ)」, 『신경정신의학』, 28(4), 1989, pp.617~631.

장환일·전진숙, 「한국에서 Michigan주정의존 선별검사의 적용에 대한 예비연구」, 『신경정신의학』, 24(1), 1985, pp.46~53.

전현수·손명세·한선호, 『자살기도자의 임상적 특징』, 「신경정신의학」, 27(2), 1988, pp.384~394.

전국대학보건관리학교육협의회, 『보건학원론』, 계축문화사, 1994.

조맹제·김계희, 「주요우울증환자 예비평가에서 CES-D의 진단적 타당성 연구」, 『신경정신의학』, 32(3), 1993, pp.381~397.

조맹제·배재남, 「한국의 사회변화와 노인 정신건강」, 『정신건강연구』, 13, 1994, pp.82~96.

통계청, 『한국통계월보 11』, 1992.

_____, 『한국통계연감 42』, 1995.

Barnes G. E. et al., "Symptoms of depression in a Canadian urban sample", *Can J. Psychiatry,* 33, 1988, pp.386~393.

Caetano R., "Alcohol use and depression among U.S. hispanics," *British J. Addiction,* 82, 1987, pp.1245~1251.

Callahan C. M. et al., "Longitudinal study of Depression and Health Servies use among elderly Primary care patients," *J. Am. Geriatr. Soc.,* 42, 1994, pp.833~838.

Cho M. J. et al., *Concordance between two measures of depresssion in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey,* Division of Clinical Research, NIMH, Maryland, 1991.

Craig T. J, van Natta P. A., "Current Medication Use and symptoms of depression in a general population", *AJP*, 1978, pp.1036~1039.

_____, "Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms," *Arch Gen Psychiatry,* 36, 1979, pp.149~154.

Dryman A., "Relationship between psychiatric distress and alcohol use: findings from the Eastern Baltimore Mental Health Survey", *Acta Psychiatr Scand,* 80, 1989, pp.310～314.

Eaton W. W. & Kessler L. G., "Rates of symptoms of depression in a national sample," *Am J. Epidemiol*, 114(4), 1981, pp.528～538.

Garcia M. & Marks G., "Depressive symptomatology among mexican-american adult: An Examination with the CES-D scale," *Psychiatry research,* 27, 1989, pp.137～148.

Gavin D. R. et al., "Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-Ⅲ Drug disorders," *British J. Addiction,* 84, 1989, pp.301～307.

Golding J. M., et al., "Alcohol use and depressive symptoms among Mexican americans and Non- hispanic whites," *Alcohol & alcoholism,* 25(4), 1990, pp.421～432.

Green L. W., *Community Health,* Times Mirror/Mosby College Publishing, St. Louis, Missouri, 1990.

Ho T. P., "Changing patterns of suicide in Hong Kong," *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol,* 31, 1996, pp.235～240.

Hosmer D. W. & Jr. Lemeshow S., "Applied Logistic Regression," John Wiley & Sons, Inc., 1989.

Hsu K., & Marshall V., "Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, ionterns, and fellows," *AJP,* 144(12), 1987, pp.1561～1566.

Iwata N. et al., "Prevalence of depressive symptoms in a Japanese occupational setting: a Preliminary study," *AJPH*, 79(11), 1989, pp.1486～1489.

Keller M. B., "Current concepts in affective disorders," *J. Clin Psychiatry,* 50(5), 1989, pp.157～162.

Kennedy G. L. et al., "Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample," *AJP,* 146(2), 1989, pp.220～225.

Kuo W. H., "Prevalence of depression among Asian-Americans," *J. Nerv Ment Dis*, 172(8), 1984, pp.449~457.

Lepola U., "Alcohol and depression in panic disorder," *Acta Psychiatr Scand,* supp.377, 1994, pp.33~35.

Liang J. et al., "Generational Differences in the structure of the CES-D scale in Mexican Americans," *J. Gerontology: SOCIAL SCIENCES,* 44(3), 1989, pp.110~120.

Madianos M .G. et al., "Symptoms of depression, suicidal behaviour and use of substances in Greece: a nationwide general population survey," *Acta Psychiatr Scand,* 89, 1994, pp.159~166.

Moscicki E. K. et al., "The Hispanic Health And Nutrition Examination Survey (HHANES): Depression among mexican americans, cuban americans, and puertoricans," *Simon Bolivar Research Monograph,* No.1, 1986, pp.145~158.

Murphy J. M., "Depression in the community: Findings from the Stirling County Study," *Can. J. Psychiatry,* 35, 1990, pp.390~396.

Murray C. J. L. & Lopez A. D., *The Global Burden of Disease*, WHO, 1996.

Myers J. K. & Weissman M. M., "Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample," *Am J. Psychiatry,* 137(9), 1980, pp.1081~1084.

Neff J. A., "Alcohol consumption and psychological distress among U.S. Anglos, hispanics and blacks," *Alcohol & Alcoholism,* 21(1): 1986, pp.111~119.

OECD, *OECD Health Systems: Facts and Trend 1960~1991*, 1993.

Pritchard C., "New pstterns of suicide by age and gender in the United Kingdom and the Western World 1974~1992; an indicator of social change?" *Soc Psychiatry Epidemio*l, 31, 1996, pp.227~234.

Roberts R. & Vernon S. W., "The Centerfor Epidemiologic studies Depression scale: its use in a community sample," *Am J.*

Psychiatry, 140(1), 1983, pp.41～46.

Rothman J. & Brown E. R., "Indicators of Societal Action to Promote Social Health", Kar S.B.(Ed.); *Health Promotion Indicators and Actions,* Springer, New York, 1989.

Schuckit M. A., "Alcohol and depression: a clinical perspective," *Acta Psychiatr Scand*, supp.377, 1994, pp.28～32.

Stallones L. et al., "Prevalence and correlates of depressive symptomes among older U.S. adults," *Am J. Prev Med,* 6(5), 1990, pp.295～303.

Sullivan D. F., "A Single Index of Moretality and Morbidity," *HSMHA Health Reports,* 86(4), 1971, pp.347～354.

Wetzler S., *Measuring Mental Illness Psychometric Assessment for Clinicians*, American Psychiatric Press, Washington DC, 1989.

Wilkins R., "Health Expectancy by Local Area in Montreal: a summary of findings," *Canadian Journal of Public Health,* 77(3), 1986, pp.216～220.

Wing J., "SCAN and the PSE tradition," *Soc. Psychiatry Epidemiol,* 31, 1996, pp.50～54.

Wolinsky F. D., "Indicators of Individual Action to Promote Social Health," Kar S. B.(Ed.); *Health Promotion Indicators and Actions,* Springer, New York, 1989.

Ying Y. W., "Nonresponse on the CES-D scale in chinese americans," *International J. Soc Psychiatry,* 35(2), 1989: pp.156～163.

_____, "Depressive symptomatology among chinese-americans as measured by the he CES-D," *J. Clinical Psychology,* 44(5), 1988, pp.739～746.

Zimmerman M. & Coryell W., "The validity of a self-report questionnaire for diagnosing depressive disorder," *Arch Gen Psychiatry,* 45, 1988, pp.738～740.