

## 소득계층에 따른 건강생활실천 관련 요인의 영향 차이

이민행<sup>1</sup>, 나백주<sup>1\*</sup>, 이무식<sup>1</sup>, 천성아<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>건양대학교 보건복지대학원 보건학과

### Difference of the Effect of Related Factors on Healthy Life\_Styles by the Income level

Lee Min Haeng<sup>1</sup>, Na Baeg Ju<sup>1\*</sup>, Lee Moo Sik<sup>1</sup> and Chun Sung-A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Public Health and Welfare Graduate school of Konyang University

**요 약** 본 연구는 어느 중소도시의 주민을 대상으로 무작위 표본 추출하여 전화로 건강생활실천 행태를 소득계층 별로 파악하고 관련요인을 분석하였다. 특히 보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도와 건강생활실천 행태와의 관련성을 분석하고자 하였다. 한국갤럽(주)을 통해 2006년 10월 11일에서 13일까지 3일간 일개시 19세에서 69세까지의 809명의 주민을 표본추출하여 이들을 대상으로 전화설문조사를 시행하여 자료를 분석하였다. 분석결과 소득계층이 낮은 사람들은 보건소의 건강증진사업에 대해 긍정적인 인식을 갖는 것과 건강생활실천의 관련성이 낮았으나 소득계층이 높은 사람들은 관련성이 높게 나타났다. 이는 소득계층에 따라 보건소의 건강증진사업이 미치는 영향이 다름을 시사한다.

**Abstract** This research have aimed for analyzing the effect of relative factors on healthy life styles by the income level in a medium-sized city. Especially, the research tried to figure out whether the public health center's health-promotion-activity had different effects on healthy life styles by the income level. The random sampled data of 809 citizens aged between 19 and 69 were analyzed through phone survey by the Korea Gallop inc(surveyed from 2006.10.11 to 10.13). In the low socioeconomic status, the relation between people's positive conception about public health center's health-promoting-program and healthy behavior tendency is low. But in the high socioeconomic status, the relation is high. This result suggest that the effect of public health center's health promotion programs on healthy life styles is different by income level.

**Key World** : Health promotion, Healthy life\_styles, Income level

### 1. 서론

사회경제적 수준이 낮은 집단은 건강위험 요인에 더 많이 폭로되고, 실제 건강수준도 나쁘다는 것은 이미 많은 국내외 연구들을 통해 밝혀진 사실이다. 국내의 사회계층간 건강격차 현황을 체계적으로 분석한 연구[1]에 따르면, 상위 소득계층에 비해 하위 소득계층의 사망위험이 2.3배 더 높은 것으로 나타났다. 건강행위는 사회경제적 변수와 독립하여 존재할 수 없고, 물질적인 조건이나 사회구조적인 요인을 규정하는 사회경제적 계층에 따라 건

강증진 행위 또는 건강위해 행위가 집단적으로 차별화된 다[2].

국내에서도 사회경제적 수준이 낮은 집단의 흡연율이 더 높은 경향이 보고되고 있다. 1998년과 2001년 국민건강영양조사를 분석한 결과, 소득수준에 따른 흡연율의 차이가 있을 뿐 아니라 이 같은 차이가 시간 경과에 따라 증가하는 것으로 나타났다[3].

소득수준이 낮은 사회계층에서의 건강 행태 수준을 향상시키기 위해서는 소득수준이 높은 사회계층에 대한 접근법과는 차별성을 두어야 하는데, 실제로 소득수준이 낮

\*교신저자 : 나백주(skqw@konyang.ac.kr)

접수일 10년 01월 16일

수정일 10년 02월 19일

재확정일 10년 02월 24일

은 사회계층은 그렇지 않은 사회계층에 비해 재정적 장애 요인 등으로 인하여 건강증진 활동에 참여할 수 있는 기회를 쉽게 상실하게 된다. 또한 똑같은 보건사업을 경험한다고 할 때 이에 대한 반응은 소득계층에 따라 재정적, 문화적 이유로 인해 다르게 나타날 수 있다. 따라서 사회계층별 차이를 고려하지 않고 건강증진사업을 시행할 경우 경제적으로 부유한 층의 건강은 더욱 증진되고 가난한 계층의 건강은 더욱 소외됨으로써 건강의 불평등을 더욱 더 심화시킬 수 있다[4].

최근 전국 보건소는 주민건강생활실천 사업으로서 주민전체적인 건강생활실천 분위기 조성사업을 중점 추진하였다. 하지만 일부 노인 등 생애 과정에 따른 접근은 시도하고 있지만 소득수준에 따른 사회 계층별 차이를 충분히 고려한 사업은 전무한 실정이다[5]. 또한 이제까지 건강증진사업 효과에 대한 연구에서 건강증진사업의 소득계층별 영향 차이를 분석한 연구는 거의 미흡하였다.

따라서 본 연구는 어느 중소도시의 주민을 대상으로 무작위 표본 추출하여 전화로 건강생활실천 행태를 소득계층별로 파악하고 관련요인을 분석하였다. 특히 보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도와 건강생활실천 행태와의 관련성을 분석하여 보건소 건강증진사업의 영향이 소득계층별로 어떤 차이를 보이는가에 대해 파악하고자 하였다.

## 2. 연구대상 및 방법

### 2.1 연구 대상

본 연구는 한국궐립(주)을 통해 2006년 10월 11일에서 13일까지 3일간 일개시 19세에서 69세까지의 809명의 주민을 표본추출하여 이들을 대상으로 전화설문조사를 시행하였다. 일개시 전체 인구 중 무작위 추출된 대상자의 나이 및 성별 특성은 지역사회 전체 나이 및 성별 특성에 따르도록 하였다.

### 2.2 연구 방법

본 연구에 사용된 설문지는 인구학적 기본특성으로 성과 연령, 기혼 여부를 조사하였고 사회경제적 변수로는 직업의 유무, 학력, 소득수준(월별 가구당 수입 ; 상여금, 이자, 임대료 등 포함), 의료보장 종류를 조사하였다. 소득계층은 가구당 소득 수준 99만원이하와 100만원이상으로 나누어 분석하였다. 그리고 건강생활습관으로는 흡연 여부(현재 흡연 여부), 음주여부(현재 음주 여부), 운동실천여부(현재 운동실천 여부)를 조사하였으며, 보건소의

건강증진사업 노력에 대한 인식도를 조사하였다.

### 2.3 자료 분석

본 연구의 자료 처리는 SPSS(ver 13.0 한글판)을 이용하였으며, 조사 대상자들의 일반적인 특성, 성별, 연령별, 소득계층, 교육수준, 직업유무, 의료보장 및 보건소의 건강증진사업 노력에 대한 긍정적인 인식정도와 흡연여부, 음주여부, 운동실천여부 등을 교차분석하여 단변량 카이제곱 분석을 하였다. 또한 나아가, 소득계층별로 흡연, 음주, 운동실천여부를 종속 변수로 하고 성별, 연령별, 교육수준, 직업유무, 의료보장, 보건소 건강증진사업 노력에 대한 긍정적 인식정도를 독립변수로한 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 이러한 분석을 통해 소득수준에 따른 특히 보건소의 건강증진사업 노력에 대한 긍정적인 인식도와 흡연, 음주, 운동실천여부의 관계를 분석하였다.

## 3. 연구결과

### 3.1 연구대상자의 일반적 특성

일반적 특성을 살펴보면, 전체 조사 대상자는 809명으로 남자는 407명(50.3%)이고, 여자는 402명(49.7%)이며, 연령은 60~69세가 191명(23.6%)이며, 교육수준은 고등학교 졸업 이상이 503명(62.2%)이었다. 직업별로는 유직이 455명(56.2%)이고, 의료보장종류는 건강보험가입자가 761명(95.8%)이었다. 월별 평균 가족 소득은 100만원이상이 561명(73.0%)이므로 나타났다(표 1).

[표 1] 조사대상자의 일반적 특성

(단위 : 명(%))

		남자	여자	계
연령	19~29세	55 (13.5)	45 (11.2)	100 (12.4)
	30~39세	50 (12.3)	110 (27.4)	160 (19.8)
	40~49세	79 (19.4)	91 (22.6)	170 (21.0)
	50~59세	101 (24.8)	87 (21.6)	188 (23.2)
	60~69세	122 (30.0)	69 (17.2)	191 (23.6)
교육 수준	중졸 이하	142 (34.9)	164 (40.8)	306 (37.8)
	고졸 이상	265 (65.1)	238 (59.2)	503 (62.2)
직업	유직	301 (74.0)	154 (38.3)	455 (56.2)
	무직	106 (26.0)	248 (61.7)	354 (43.8)
의료 보장 종류	건강보험	382 (95.3)	379 (96.4)	761 (95.8)
	의료급여	19 (4.7)	14 (3.6)	33 (4.2)
소득 계층	99만원이하	110 (28.5)	97 (25.4)	207 (27.0)
	100만원이상	276 (71.5)	285 (74.6)	561 (73.0)
계		407 (50.3)	402 (49.7)	809 (100.0)

조사대상자의 성, 연령, 소득계층, 교육수준, 직업유무, 의료보장 및 보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도와 흡연의 관계를 살펴보았다. 성( $p<0.01$ )과 직업유무( $p<0.01$ )에 따른 흡연여부는 통계적으로 유의하였다(표 2).

**[표 2]** 흡연여부에 따른 성, 연령, 소득계층, 교육수준, 직업유무, 의료보장 및 보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도 교차분석 현황

		흡연	비흡연	P-값*
성	남자	161 (39.6)	246 (60.4)	0.000
	여자	8 (2.0)	394 (98.0)	
연령	19~29세	23 (23.0)	77 (77.0)	0.616
	30~39세	31 (19.4)	129 (80.6)	
	40~49세	37 (21.8)	133 (78.2)	
	50~59세	33 (17.6)	155 (82.4)	
	60~69세	45 (23.6)	146 (76.4)	
소득계층	99만원이하	48 (23.2)	159 (76.8)	0.346
	100만원이상	121 (20.1)	481 (79.9)	
교육수준	중졸이하	55 (18.0)	251 (82.0)	0.112
	고졸이상	114 (22.7)	389 (77.3)	
직업유무	유직	126 (27.7)	329 (72.3)	0.000
	무직	43 (12.1)	311 (87.9)	
의료보장	건강보험	159 (20.9)	602 (79.1)	0.965
	의료급여	7 (21.2)	26 (78.8)	
보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도	노력한다고 생각함	105 (19.3)	440 (80.7)	0.106
	노력하지않는다고생각함	40 (25.2)	119 (74.8)	

\* P-값, X<sup>2</sup>-검정에 의함.

조사대상자의 성, 연령, 소득계층, 교육수준, 직업유무, 의료보장 및 보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도와 흡주와의 관계를 살펴보면 성( $p<0.01$ ), 연령별( $p<0.01$ ), 소득계층( $p<0.01$ ), 교육수준( $p<0.01$ ), 직업유무( $p<0.01$ ), 의료보장( $p<0.05$ ), 보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도( $p<0.01$ )에 따른 흡주여부는 통계적으로 유의하였다(표 3).

**[표 3]** 흡주여부에 따른 성, 연령, 소득계층, 교육수준, 직업유무, 의료보장 및 보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도 현황

		마심	안마심	P-값*
성	남자	282 (69.3)	125 (30.7)	0.000
	여자	169 (42.0)	233 (58.0)	
연령	19~29세	72 (72.0)	28 (28.0)	0.000
	30~39세	101 (63.1)	59 (36.9)	
	40~49세	100 (58.8)	70 (41.2)	
	50~59세	92 (48.9)	96 (51.1)	
	60~69세	86 (45.0)	105 (55.0)	
소득계층	99만원이하	95 (45.9)	112 (54.1)	0.001
	100만원이상	356 (59.1)	246 (40.9)	
교육수준	중졸이하	134 (43.8)	172 (56.2)	0.000
	고졸이상	317 (63.0)	186 (37.0)	
직업유무	유직	276 (60.7)	179 (39.3)	0.001
	무직	175 (49.4)	179 (50.6)	
의료보장	건강보험	431 (56.6)	330 (43.4)	0.022
	의료급여	12 (36.4)	21 (63.6)	
보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도	노력한다고 생각함	288 (52.8)	257 (47.2)	0.000
	노력하지않는다고생각함	111 (69.8)	48 (30.2)	

\* P-값, X<sup>2</sup>-검정에 의함.

조사대상자의 성, 연령, 소득계층, 교육수준, 직업유무, 의료보장 및 보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도와 운동여부의 관계를 살펴보면 성( $p<0.01$ ), 연령( $p<0.05$ ), 소득계층( $p<0.05$ ), 교육수준( $p<0.05$ )에 따른 운동실천여부는 통계적으로 유의하였다(표 4).

**[표 4]** 운동여부에 따른 성, 연령, 소득계층, 교육수준, 직업유무, 의료보장 및 보건소의 주민 건강증진 노력에 대한 인지여부 현황

		운동함	운동안함	P-값*
성	남자	254 (62.4)	153 (37.6)	0.007
	여자	213 (53.0)	189 (47.0)	
연령	19~29세	55 (55.0)	45 (45.0)	0.026
	30~39세	78 (48.8)	82 (24.0)	
	40~49세	111 (65.3)	59 (34.7)	
	50~59세	116 (61.7)	72 (38.3)	
	60~69세	107 (56.0)	84 (44.0)	
소득계층	99만원이하	105 (50.7)	102 (49.3)	0.018
	100만원이상	362 (60.1)	240 (39.9)	
교육수준	중졸이하	163 (53.3)	143 (46.7)	0.045
	고졸이상	304 (60.4)	199 (39.6)	
직업유무	유직	264 (58.0)	191 (42.0)	0.847
	무직	203 (57.3)	151 (42.7)	
의료보장	건강보험	437 (57.4)	324 (42.6)	0.293
	의료급여	22 (66.7)	11 (33.3)	

보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도	노력한다고 생각함	322 (58.7)	223 (40.9)	0.677
	노력하지않는다고 생각함	91 (57.2)	68 (42.8)	

\* P-값, X<sup>2</sup>-검정에 의한.

보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도와 소득수준에 따른 흡연여부 결과, 소득수준이 100만원이상의 흡연은(p<0.05)이고, 100만원이상의 음주는 (p<0.01)으로 통계적으로 유의하였다(표 5).

**[표 5]** 보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도와 소득수준에 따른 흡연, 음주, 운동실천여부(단변량 분석)

		노력한다고 생각함		노력안한다고 생각함		OR	P-값
		N	%	N	%		
99만원이하	흡연	39 (88.6)	5 (11.4)	0.68	0.457		
	비흡연	116 (84.1)	22 (15.9)				
100만원이상*	흡연	66 (65.3)	32 (34.7)	1.67	0.016		
	비흡연	324 (77.0)	97 (23.0)				
99만원이하	마심	71 (84.5)	13 (15.5)	1.10	0.822		
	안마심	84 (85.7)	14 (14.3)				
100만원이상*	마심	217 (68.9)	98 (31.1)	4.75	0.000		
	안마심	173 (83.6)	34 (16.4)				
99만원이하	운동함	82 (86.3)	13 (13.7)	0.83	0.648		
	운동안함	73 (83.9)	14 (16.1)				
100만원이상	운동함	240 (75.5)	78 (24.5)	0.92	0.618		
	운동안함	150 (73.5)	54 (73.5)				

\* P-값, X<sup>2</sup>-검정에 의한.

99만원이하의 소득인 사람들 중 흡연여부, 음주여부, 운동여부 등을 종속 변수로 한 로지스틱 회귀분석 결과 흡연과 음주에서 여자보다 남자가 더 많이 흡연하고 음주하는 것으로 나타났지만 운동에는 관련성이 없는 것으로 나타났다. 이외의 변수들은 흡연 및 음주, 운동 시행 여부와 관련이 없었다.

한편 100만원이상의 소득인 사람들 중 흡연여부, 음주여부, 운동여부 등을 종속 변수로 한 로지스틱 회귀분석 결과 모두 남자가 여자보다 흡연, 음주, 운동 실천을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 연령 변수는 흡연과 음주여부에만 관련이 있는 것으로 나타났는데 연령이 높을수록 흡연과 음주를 안 하는 것으로 나타났다. 건강보험 가입자와 의료급여 대상자에 따른 건강행동 차이는 음주에서만 나타났는데 건강보험 가입자가 의료급여 대상자보다 음주 비율이 훨씬 낮은 것으로 나타났다. 교육수준은 모두 관련이 없는 것으로 나타났다. 보건소의 건강증진 사업에 대한 인식정도는 흡연과 음

주에서만 관련성이 있는 것으로 나타났는데 보건소 건강증진사업에 대해 긍정적 인식을 하는 사람들일수록 모두 흡연과 음주를 더 하지 않는 것으로 나타났다(표6). 이러한 분석 결과는 99만원이하의 소득인 사람들과 두드러진 차이를 보이는 부분이다.

**[표 6]** 소득에 따른 흡연, 음주, 운동을 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석

		흡연	음주	운동	
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	
99만원이하	성(남자/여자)	16.66**	3.47**	1.06	
	연령(나이; 연속 변수)	1.03	.74	1.11	
	의료보장(건강보험/의료급여)	.75	.98	2.23	
	교육(고졸이상/고졸이하)	1.40	1.68	2.11	
	보건소의건강증진사업에대한긍정적인인식도(노력함/노력하지않음)	1.58	.97	1.39	
	100만원	성(남자)	110.02**	4.29**	1.73**
	이상	연령(나이; 연속 변수)	.78*	.76**	1.12
		의료보장(건강보험/의료급여)	.91	.07*	1.31
		교육(고졸이상/고졸이하)	.94	1.02	1.18
		보건소의건강증진사업에대한긍정적인인식도(노력함/노력하지않음)	.44*	.43**	.97

\* p<0.05, \*\* p<0.01

#### 4. 고찰

본 연구는 전화설문으로 지역사회 주민의 대표 표본을 추출하여 건강생활 실천여부와 관련요인을 조사 분석하였다. 전화설문은 비교적 정확한 정보를 얻을 수 있으면서도 시행에 따른 비용이 저렴하고 짧은 조사기간으로 인해 지역사회 개별대면 설문조사에 비해 장점이 많다 [6]. 특히 개인의 건강행동은 고혈압이나 당뇨, 결핵 등 질환과 달리 개인 스스로 인식하고 있는 건강문제이기 때문에 잘 고안된 설문지를 가지고 얼마든지 전화설문이

Control(CDC)를 중심으로 건강행동을 전화설문을 시행하고 있다[7]. 또한 한국에서도 정치여론조사 및 정책신평호도 등 전화설문 활용도가 매우 높은 실정이다. 그렇지만 전화설문은 전화기 보급률에 따라 표본의 대표성에 제약이 있을 수 있다. 하지만 최근 전화기 보급률의 향상 및 전화설문조사 기법의 발전 등으로 전화설문조사의 대표성이 크게 개선 되었다[8].

본 조사 결과 흡연율은 남성의 경우 약 40%, 여성은 2%의 수준을 보이고 있어 2007년 국민건강영양조사 결과인 남성 약 45%, 여성 5%와 비교할 때 약간 낮은 것으로 나타났다[9]. 연령군에 따른 흡연율은 본 조사에서 20대가 가장 높은 것으로 나타났지만 국민건강영양조사는 30대가 가장 높게 나타나 차이가 있었다. 그 외 소득수준이 낮은 경우와 고졸이상인 경우가 상대적으로 흡연율이 높은 것은 국민건강영양조사 자료와 일치하였다. 음주율은 남성이 약 70%, 여성이 42%로 나타났는데 국민건강영양조사 결과 월간 음주율이 남성 약 73.5%, 여성 41.5%로 비슷하게 나타났다. 연령의 증가에 따라 음주율이 낮아지고 교육수준이 높을수록 소득수준이 높을수록 음주율이 높아지는 것도 비슷한 양상으로 나타났다[9]. 운동실천율은 국민건강영양조사에서의 조사방식이 달라 직접적인 비교가 곤란하다. 하지만 국민건강조사에서는 격렬한 신체활동, 중등도 신체활동, 걷기운동 등으로 세분하여 조사를 시행하였기 때문이다. 하지만 고소득일수록 그리고 고학력일수록 운동실천율이 높은 것은 격렬한 신체활동에 대해서만 나타나고 있고 중등도 신체활동 및 걷기운동은 오히려 반대현상이 나타나고 있다. 하지만 비슷한 설문을 사용하여 중년층 성인에 대해 조사한 결과는 학력이 높을수록 그리고 수입이 많을수록 운동실천율이 높다고 보고하고 있어 유사한 결과를 보이고 있다 [10].

건강증진법에 의한 담배값 인상을 통해 건강증진기금이 대폭 늘어남에 따라 보건소 건강증진 사업은 크게 활성화 되었다. 하지만 보건소 건강증진 사업에 대한 문제점은 그동안 일부 제기되었다. 무엇보다 금연사업에 대해서 문제점을 분석한 보고가 가장 많은데 보건소 금연사업 담당자의 잦은 업무교체로 전문성이 낮다는 문제점과 이벤트 위주의 일회성 사업이 많고 지속적인 홍보 및 체계적인 사업 전개가 되지 않고 있다는 분석이 나타나고 있다[11]. 음주 및 운동사업에 있어 보건소 건강증진 사업의 문제점을 체계적으로 분석한 연구는 미흡하였지만 금연사업 등이 음주 및 운동사업과 병행되는 경우가 많아 금연사업의 문제점을 일반화 하여 해석할 수 있다. 보건소의 전통적인 주 이용층은 저소득 계층임에도 불구하고 [12] 저소득계층의 건강생활 실천율에 영향을 미치는

정도가 상대적으로 낮은 것은 보건소 건강증진 사업의 접근전략을 변화시켜야 함을 시사한다.

실제 보건소 일선에서 건강증진업무를 담당하는 사람들은 저소득계층 대상의 건강증진업무 추진이 어렵고 성과가 나지 않는다고 호소하는 경우가 많다. 저소득계층 주민이 스스로 호소하는 건강수준도 낮아 사업 추진에 어려움을 겪는 것은 사실이지만 [13] 저소득계층 주민에 대한 차별화된 집중관리 지역 선정과 접근성을 높인 도시보건지소 설치 및 활동 강화 등을 강도높게 추진하는 것이 지역사회 건강형평성 문제 해결에 도움을 줄 것이라고 제안하고 있다 [14].

저소득계층에게는 건강문제 외에도 경제적 어려움이나 문화적 건강신념의 문제 등이 복합되어 있을 수 있다. 따라서 이러한 건강문제 해결은 자연히 복지행정, 지역문화활동, 지역 병원 등과 밀접히 연계하여야 할 필요가 있다. 또한 지속적인 건강관리가 이루어져야 하고 건강문제에 대한 인식을 잘 파악하여 효과적인 건강증진 사업을 전개하여야 한다 [15].

본 연구는 소득계층에 따른 보건소의 건강증진사업에 대한 긍정적인 인식도와 건강생활 실천간의 관련성을 분석한 것으로 향후 소득계층별로 다른 건강증진사업 접근 전략을 개발하는 기초 자료로 활용할 수 있다.

하지만 각 개인별 보건소 건강증진사업의 참여 경험을 직접 확인하지 못했던 점과 건강생활 실천 변화 시점을 확인하지 못했던 점 등은 본 연구의 제한점으로 추후 보다 정밀한 연구가 이뤄져야 할 것이다.

## 참고문헌

- [1] 김혜련. 만성질환 유병과 주관적 건강수준의 사회계층별 차이와 건강행태의 영향, 2005
- [2] Macintyre, S. The Black report and beyond: What are the issues? *Social Science and Medicine* 1997; 44: 723-746
- [3] 이진석. 금연정책의 사회적 형평성. *Cancer Prevention Research* 2005; 10(3): 192-198
- [4] 윤태호, 문옥륜, 이상이, 정백근, 이신재, 김남순, 장원기. 우리나라의 사회계층별 건강행태의 차이, *예방의학회지* 2000;33(4):469-476
- [5] 보건복지가족부, 보건복지가족백서 2007; 651-664
- [6] 권근상, 김건엽, 김남승, 나백주, 오경재, 이무식. 보건학 연구방법 2004; 100-101
- [7] Gentry EM, Kalsbeek WD, Hogelin GC, Jones JT, Gaines KL, Forman MR et al. The behavioral risk factor surveys II Design, methods, and estimates from

factor surveys II Design, methods, and estimates from combined state data. *Am J Prev Med* 1985;1(6):9-14

- [8] 조비룡, 허봉렬. 건강위험요인에 대한 전화설문조사의 한국에서의 방법론적 고찰. *가정의학회지*, 1997; 18(10): 1054-1068
- [9] 질병관리본부, 2007 국민건강통계 - 국민건강조사 제4기 1차년도. 보건복지가족부, 2008; 26-97
- [10] 한수정. 중년기 성인의 운동실천과 삶의 질. *한국보건간호학회지*, 2004; 18(1): 14-26
- [11] 박순우, 이주열. 보건소 금연사업의 현황과 문제점 분석을 통한 개선방안. *농촌의학지역보건학회지* 2009; 34(1): 87-100
- [12] 이태용, 김광환. 대전시 보건소 내원 당뇨병환자들의 치료실태 및 치료순응도에 관한 연구. *한국산학기술학회논문지* 2009; 10(5): 1141-1147
- [13] 김은엽, 임근옥, 이현실. 일개지역 노인의 건강인식 및 건강관리에 관한 연구. *한국산학기술학회논문지* 2009; 10(10): 2974-2984
- [14] 윤태호. 우리나라 건강불평등 해소를 위한 정책 제언. *예방의학회지* 2007;40(6):447-453
- [15] Machenbach JP, Stronks K. The development of a strategy for racking health ineauqualities in the Netherlands. *Int J Equity Health* 2004;3(1):1-7

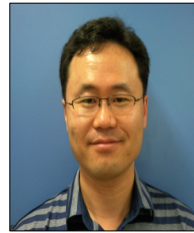
**이 민 행(Min-haeng Lee) [정회원]**



- 2004년 2월 ~ 2010년 2월 : 논산 보건소(의사)

<관심분야>  
건강증진, 노인복지, 의학통계, 독성통계

**나 백 주(Baeg-Ju Na) [정회원]**



- 1996년 3월 ~ 1998년 2월 : 전남대학교 의학석사
- 1998년 3월 ~ 2004년 2월 : 전남대학교 의학박사
- 1998년 4월 ~ 2001년 4월 : 국군군의학교교리장교
- 2001년 4월 ~ 2002년 2월 : 한국보건산업진흥원 책임연구원
- 2002년 3월 ~ 현재 : 건양대학교 의과대학 부교수

<관심분야>  
예방의학, 보건의료, 군진의학, 보건의료정책, 역학

**이 무 식(Moo-Sik Lee) [정회원]**



- 1999년 3월 ~ 현재 : 건양대학교 의과대학부교수
- 2008년 10월 ~ 현재 : 건양대학교 임상시험센터 소장
- 2009년 3월 ~ 현재 : 건양대학교 보건복지대학원 부원장

<관심분야>  
예방의학, 보건의료정책, 산업의학, 노인의학

**천 성 아(Chun Sung-A) [정회원]**



- 1999년 3월 : 전남대의대 수료 및 의사면허 취득
- 2001년 2월 ~ 2002년 2월 : 광주서구보건소 관리의사
- 2008년 2월 : 건양대학교 보건복지대학원 보건학석사 수료
- 2004년 2월 ~ 현재 : 논산시 보건소 관리의사

<관심분야>  
만성질환관리, 건강생활실천, 보건의료