

환자가 있는 농촌가족의 식행동과 건강행동 - 환자가 없는 농촌가족과 비교 -

이 승 교* · 정 금 주
수원대학교 식품영양학과* · 서원대학교 교양학부

The Patient Families' Diet and Health Behavior Living in Rural, Korea - Comparison of Non-Patient Families Living in Rural -

Rhie, Seung Gyo* · Chung, Kum Ju
Dept. Food & Nutr. The University of Suwon, Hwaseong, Korea*
School of General education. Seowon University, Cheongju, Korea

ABSTRACT

Recent trends in agricultural globalization have brought on a crisis to our already impoverished Korean farmers. This study was proposed to assist in comparing the health and dietary characteristics of farmer families that have chronic disease patients to farmer families that do not have chronic disease patients. For the study, 1870 families were selected from 9 rural Korean provinces. Trained evaluators interviewed farmer housewives to collect demographic, health behavior, and dietary relative information about family members. Statistical analyses were performed using SAS (ver 8.2). Chi-square tests and General Linear Models were also used. In general, patient family members were older than non-patient family members. For patient families, the mean age was 70.4 for husbands and 64.3 for wives. For non-patient families, the mean age was 64.2 for husbands and 57.3 for wives. Therefore we analyzed the data after we stratified the subjects based on the wife's age of 65. Patient families snacked less and "dined out" less than non-patient families. However, they consumed cookies more frequently, and milk and fruits less frequently, when compared to non-patient families. There were no significant differences in nutrient supplementation, and/or instant food intake frequencies between patient families and non-patient families. Sixty-two percent of patient family members complained about health problems such arthritis, lumbago, numbness, shoulder pain, dizziness, and others, whereas 52% of non-patient family members complained about Farmers' syndrome. Husband cigarette smoking was not significantly different among groups. However, the smoking patterns of the wives was significantly higher in patient families. Alcohol consumption was also higher in patient families. In summary, it was determined that rural patient families had poorer dietary behavior and poorer health in

general, when compared to non-patient families, and accordingly, diverse community-level health and nutritional support are suggested to solve the farmers' health problems and to improve their quality of life.

Key words: patient family, diet, health behavior, rural

I. 서 론

가족은 주요한 인간관계의 지속과 형성을 위한 기본 기능으로서 질병치료와 건강관리 측면에서의 가장 기본적이고 필수적인 자원이다. 가족의 기능 중에서 만성질환과 관련된 면을 볼 때 상호의존적 상호작용적 목표 지향적 개방체제를 이루지만 만성환자 여부에 따라 가족의 기능도 크게 변화하여 가족의 안정 상태 유지가 어렵고 가족 기능이 저하되는 것을 볼 수 있다(이영희 1988).

농촌에서의 노년인구 상승과 노동력의 부족 등 현상은 과도한 육체적 작업을 하는 농업활동으로 건강하지 못하고 질병에 시달리는 사람이 많다. 농촌지역에서의 만성질환 이환율의 증가와 스스로 건강하지 못하다는 인식은 도시에 비하여 월등히 높고 생활환경이 도시에 비하여 열악함을 말하고 있다(전경숙 2001; 박광희 2001; 최행남 1998). 그러나 또 농촌지역 거주노인은 건강상태에 대한 자기평가 점수가 높아(김정원·김초강 1997) 더 건강하게 생각하며, 건강에 대한 관심도는 도시보다 농촌에서 더 높다(전선영 2002)는 상반된 견해를 보인다. 건강을 유지하는데 있어 가족요인은 정신적 육체적 건강에 결정적 요인(박희정 2003)이며, 가족의 결속력은 건강생활양식의 실천도를 높이고(홍연경 2000), 특히 급·만성 질병이 있는 가족은 배우자와 다른 가족 구성원의 역할이 더욱 요구되고(최영희·원종순 1989), 이에 따라 가족 구성원은 많은 부담감과 삶의 질에 변화를 겪는다(김귀분·이경호 2001; 박영란 2000; 오영숙 1996; 이입숙 2001). 즉 가족중심 문화권인 우리나라의 경우 가족원의 질병은 가족 전체의 변화를 초래한다. 즉 환자와 가족을 따로 떼어 볼 수 없는 하나의 단위 또는 체제로서 이해하게 만든다. 환자가 있는 가

족은 환자 스스로 자율적 활동이 어려움에 따라 가족의 도움을 필요로 하고, 대부분의 가정은 환자에 대한 모든 책임을 맡게 됨으로서 가족의 삶의 질을 낮추는 것으로 보고 있다. 특히 뇌졸중이나 치매환자가족의 부담이 큰 영향력을 미치고(김귀분·이경호 2001), 그 중에서도 여성과 배우자에게 불안정이나 불행감을 준다(오영숙 1996).

건강 향상을 위하여 우리는 건강증진과 질병 예방에 대한 관심과 생활양식을 적절히 수정해야 할 필요를 자주 생각하는 바, 개인의 건강습관을 교정하고 건강을 위한 생활양식을 갖도록 증진하는 전략이 중요함을 강조하고 있다. 실제로 생활습관이 우수할수록 건강수준이 높음(오장균 2000; 이종현·전은정 1996)을 보이고 있으며 특히 음주와 흡연 및 운동은 질병에 의한 이환과 사망을 막는데 중요한 건강인자로서의 생활양식 요인(소희영 등 1998)으로 말하고 있다.

이에 본 조사에서는 농촌 거주 가족 중에 환자가 있는 가족의 식사행동과 건강행동을 비교하여 봄으로서 보다 나은 식생활 및 건강행동 설정을 위한 방향을 제시할 필요가 있으며, 농촌지역 환자가족에서 건강검진과 음주 흡연 등의 건강행동 뿐만 아니라 농업 종사에 따른 신체적 불편을 알아보고 그 불편의 해소를 위한 방안 설정을 위한 자료를 제시코자 한다.

II. 연구방법

1. 조사 대상

우리나라 전국 농촌지역(읍 면단위)의 일반가구를 대상으로 하였다. 전국 88개 시군 187개 행정리 1870가구로 하였으며, 집락의 가구 수 크기 비례추출법(Probability Proportional to Size :PPS)으로 읍/면을 표본 추출하였고 각 읍면 당 하나

씨의 행정리를 무작위 추출하고 조사원이 표본으로 선정된 행정리의 전체가구명부확보 후 계통추출법으로 추출하였다.

조사원은 조사지역내 거주자 또는 해당지역 사정을 잘 아는 사람으로서 조사목적 대상 가구의 선정방법 조사표 작성 시의 세부지침에 관한 교육을 받았다.

2. 조사내용

농촌의 일반사항과 식생활 및 건강행위에 대하여 설문지를 이용한 방법으로 조사하였다. 조사원이 표본가구를 방문하여 그 가구의 가구주나 주부를 대상으로 면접조사를 실시하는 방법으로 진행되었다.

조사된 요인을 점수화하여 비 환자가족과 비교하였다.

3. 분석

통계분석은 SAS(ver 8.2)를 이용하였다. 환자가족과 비 환자가족을 구분하여 그 분포에 대하여 빈도와 백분율을 보았고 Chi-square값으로 유의성을 비교하였다. 연령대별로 환자가족 구성에 차이가 있을 것을 고려하여 주부의 연령 65세 전후를 구분하여 노년가족과 중년가족을 구분하여 보았으며 식습관과 건강행위 등 요인을 점수화 한 경우 주부 연령으로 보정하여 GLM으로 평균과 편차를 구하고 F값으로 유의성을 검정하였다.

III. 결과 및 고찰

1. 환자가족의 일반적 특성

먼저 환자가족의 특성을 보면, 전체적으로 환자가 있는 가족은 12%이었고 환자가 없는 가족이 88%이었다 부인의 65세 이상 가족에서도 20.4%가 환자가족이었다. 노인의 만성 통증은 고통과 밀접한 관련(김효정 등 1999)이 있어 이 경우는 환자라고 생각하지 않고 불편한 상태라고 인식하고 있다고 본다. 포천군의 만성질환 유병율 13%(김진순 1997)와 비슷하였으며 농업종사자에 대한 김정식(2001)의 연구에서 고혈압 17.5%, 당뇨 9.2%, 관절염 17.5%의 비율에 비교할 때 적절한 비율이었다. 농촌노인의 유병율 68.9%(신철호 등 1992) 또는 만성질환이환율 87.6%(장정희 2000), 74.8%(조소영·김점자 1996) 보다는 매우 낮은 비율이었다.

환자의 분포가 연령에 따라 차이가 클 것을 감안하여 부인의 연령 65세 전후로 구분하여 환자가족과 비 환자가족을 비교하였다(Figure 1). 부인연령 65세 미만가족에서는 환자가족의 남편 교육연한이 7.75년이고 부인은 6.45년이었으며 이에 비하여 비 환자가족은 8.95년과 7.56년으로서 교육을 더 받은 것으로 나타났다($p<0.05$) 부인연령 65세 이상인 군에서는 환자가족의 남편은 3.75년 부인은 2.27년으로 노인세대의 교육연한은 낮았다. 비 환자가족과 비교할 때 남편 5.4년 ($p<0.01$)과 부인 2.9년($p<0.05$)보다 유의적으로 낮았다. 환자 가족의 가족 수는 부인 65세 미만 군에서는 3.4명 65세 이상 군에서는 환자가족이 2.4명이었으며 비 환자가족과 유의적인 차이를 보이

- °식습관점수: 아침식사점수+ 반찬수 점수+인스턴트식품 섭취 빈도+ 간식종류 점수.
- : 아침식사 점수: 꼭 먹는다 4점 가끔 먹는다 2점 안 먹는다 0점.
- : 반찬 수 점수: 9종 이상 4점, 7-8종 3점, 5-6종 2점, 3-4종 1점, 1-2종 0점.
- : 인스턴트식품 : 안 먹음 4점, 잘 안먹음 3점, 보통임 2점, 자주먹음 1, 매우 자주 먹음 0점.
- : 간식에 대한 권장식품별 점수: 과일 2점, 우유 2점, 나머지탄수화물식품 1점.
- °건강진단 : 연 2회 5점, 1-2년 1회 4점, 3-4년 1회 3점, 5-6년 1회 2점, 거의 안 한다 1점.
- °목욕빈도 : 매일 4점, 한주에 4-5번 3점, 한주에 2-3번 2점, 한주에 한 번 1점, 한 달 1회 0점.
- °음주빈도 : 매일 0점, 4-5번/주 1점, 2-3번/주 2점 한번/주 4점, 안 마신다 6점.
- °농부중 : 관절 등 각 증상에 대하여 있을 경우 1점 없으면 0점.

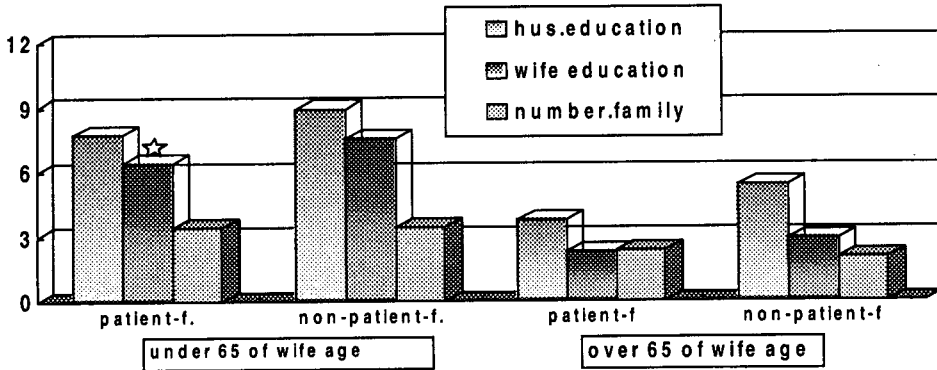


Figure 1. The Education years and number of family of subjects

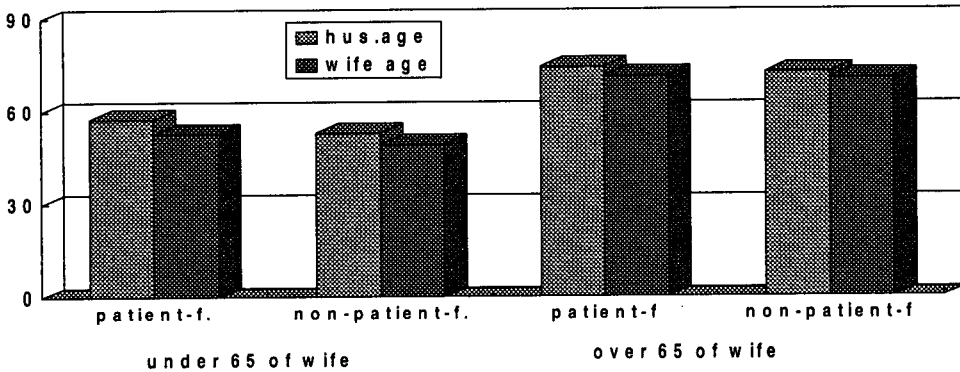


Figure 2. The mean age of subjects of patient family compared with non-patient family.

*Over 65 of wife's age group husbands' age Chi-square 7.99 p<0.01 wives' age Chi-square 9.79 p<0.01

지 않았다.

가족 연령분포를 보면(Figure 2), 부인 연령 65세 미만인 군에서는 남편 57.7세 부인 52.8세이며 65세 이상 군에서는 남편 74.3세 부인 71.4세이었

다. 비 환자가족과 비교할 때 65세 이상 군에서 환자가족의 연령이 비 환자가족(남편 72.5세 부인 70.7세)보다 남편(p<0.01)과 부인(p<0.01) 모두 유의적으로 많았다.

Table 1. The share of wife in family income of patient family compared with non-patient family

	Patient family	non-Patient family	frequency(%)
Household work only	64(29)	344(21)	408(21.9)
Household+agricultural work	121(54)	938(57)	1059(56.9)
Household work +part-time job	16(7)	231(14)	247(13.3)
Others	10(4.5)	44(3)	54(2.9)
No-answer	12(5)	80(5)	92(5.0)
Total	223(12)	1647(88)	1870(100)

χ^2 -value 14.99*** p<0.001

환자가족의 주부의 소득참여를 구분하여 조사한 결과는 다음 Table 1과 같다. 집안일만 한다는 주부는 29%였으며, 집안일과 함께 농업에 종사하는 경우는 54%이며 그밖에 다른 부업을 하는 경우 7%로 나타났다. 비 환자 가족과 비교할 때 농업이나 다른 부업에 참여하는 비율이 낮게 나타났고 집안일만 한다는 비율은 높아서 다른 소득활동 참여에 어려움을 보였다.

2. 환자가족의 식습관

식습관은 건강문제와 연결되어 고혈압 변비 위장질환 당뇨 등과 관련성이 높다(김건희·노승욱 1996 ; 조경자·한동희 1994 ; 원향례 1995). 또한 여러 가지 생활습관이 건강상태와 밀접한 관계가 있음(오장균 2000 ; 강신일 1991 ; 최영애 2003 ; 문혜경 2003 ; 조유향·박윤창 2003 ; 이종헌·전은정 1996)을 말하고 있어 농촌거주 환자가족의 식습관에 대한 고찰이 필요하다.

식습관 요인으로서, 간식과 외식 및 인스턴트 식품의 섭취, 아침식사와 반찬수를 알아보았다(Figure 3). 환자가족의 간식섭취를 보면 매일 먹

는다는 비율은 22%이며, 때때로 먹는다는 경우는 46% 거의 먹지 않는다고 응답한 비율은 32%이었다. 비 환자가족은 때때로 먹는 비율(58.7%)이 높아 더 높은 비율이었다. 또 거의 먹지 않는 비율이 비 환자가족 19%에 비하여 환자가족의 32%는 높은 비율로서 환자가족의 간식 섭취는 비 환자가족에 비하여 낮았다. 이러한 결과는 경남도민의 간식비율 52%(정효숙 1998)이나, 도시 지역 간식 비율 38.7%(남원계·임재은 1996)보다도 높지만 노인의 간식 비율 75.8%(조경자·한동희 1994)나 간식섭취를 하지 않는 노인 60.4%(정주애 등 1994) 등 조사에 따른 차이가 있다. 많은 간식의 섭취는 비만과 관련된다(김혜정 1999)는 점에서 간식에 대한 빈도와 종류 및 건강에 미치는 영향에 대한 논의가 있어야 할 것이다.

환자가족의 간식섭취시간은 오후 휴식시간(22.4%)이나 저녁 식사 후 휴식시간(14.7%)이 많았으며 오전 휴식시간도 높은 비율 12.1%을 보였다. 환자가족의 간식시간을 비 환자가족 과 비교할 때 특이한 점이 오전 휴식시간이 높았고 불규칙하다고 응답한 비율이 높은 비율로서 유의적

Table 2. The snack time of patient family compared with non-patient family

	Morning resting	Afternoon resting	After work	After dinner	Irregular	Total	χ ²
Patient family	14(12.1)	26(22.4)	5(4.3)	17(14.7)	54(46.6)	116	28.81****
Non-patient family	91(8.1)	272(24.3)	83(7.4)	247(22.1)	426(38.1)	1119	
Total	105(8.5)	298(24.1)	88(7.1)	264(21.4)	480(38.9)	1235	

**** p<.0001

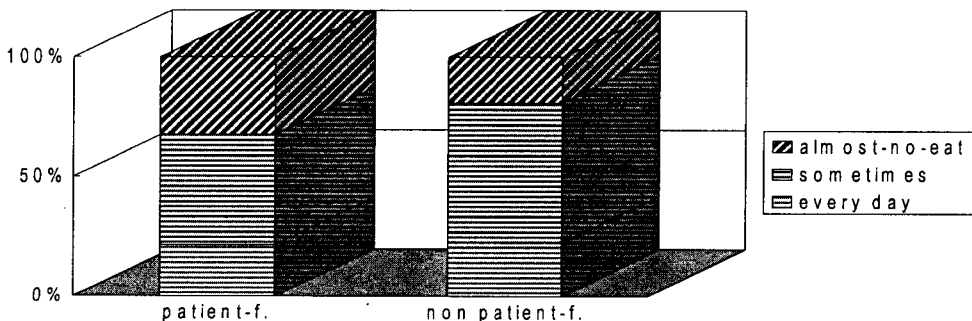


Figure 3. Snack frequency under 65 of wife age group of patient family compared with non-patient family. *Chi-square 13.37 p<0.001

Table 3. The kinds of snack of patient family compared with non-patient family

	Beverage	Fruits	Goodies	Cereal products	frequency(%)
Patient family	24(17.3)	63(45.3)	9(6.5)	43(30.9)	4.87ns
Non-patient family	178(14.5)	676(55.1)	66(5.4)	306(25.0)	
Total	202(14.8)	739(54.1)	75(5.5)	349(25.6)	

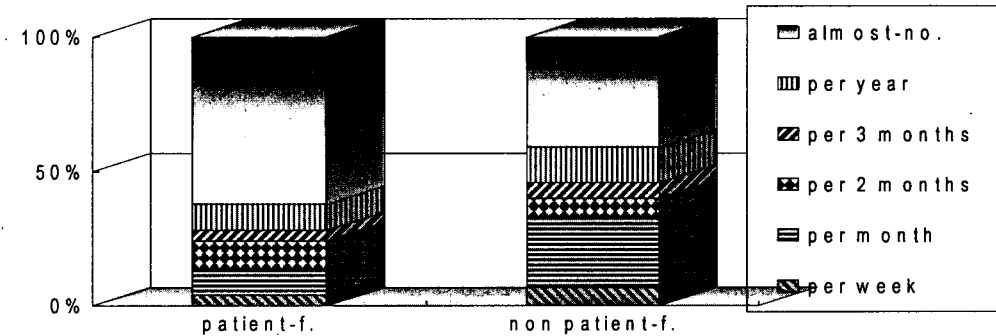


Figure 4. Dine-out frequency under 65 of wife age group of patient family compared with non-patient family
 ° Chi-square 24.56 p<0.001

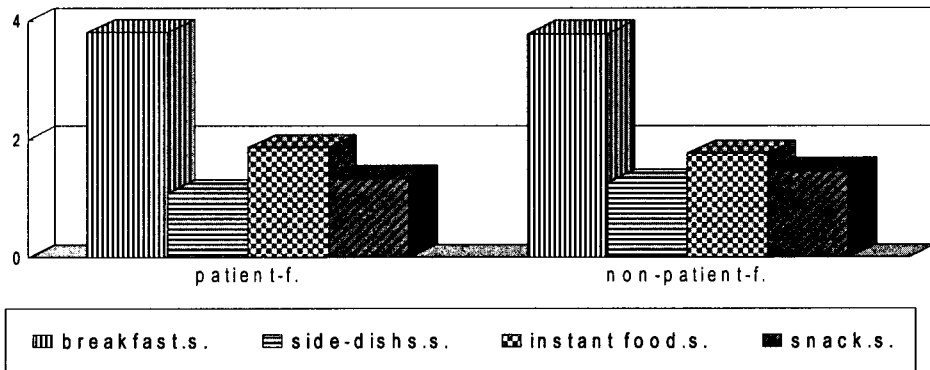


Figure 5. The dietary habit scores of patient family compared with non patient family (Adjusted by wife age)

인 차이(p<0.0001)를 보였다.

환자가족의 간식섭취 식품 종류를 보면 과일이 45.3%이고 곡류가 30.9%이었다. 비 환자가족은 과일의 비율이 좀 더 높고, 곡류의 비율이 감소하는 차이가 있었으나 통계적 유의차를 보이지는 않았다. 이를 경남도민의 간식식품으로서 과일 62.8%의 선택비율보다 낮은 경향이었으며(정효숙 1998), 실제 간식으로 섭취하는 식품선택에서 올바른 선택으로 유도할 필요가 있다.

우리의 식생활 양식의 변모는 특히 복잡한 생

활 속에서 간편성을 추구하고 생활수준의 향상으로 외식이 생활화되고 있어 기념일이나 사교적 만남 또는 음식을 통한 문화 교류의 장으로서 외식선택이 중요시 되고 있어 도시생활에서는 생활의 활력을 제공한다고 볼 수 있다. 그러나 농촌 지역에서는 도시와 같은 외식이 일반적으로 잘 이루어지지 않고 이웃이나 간단한 잔치에의 초대에 의한 외식 등 가정식의 확대형태로 이루어지고 있다고 본다. 본 조사에서 농촌에 거주하는 환자가 있는 가족의 외식 빈도를 보았다. 일 년

에 한번 이상 외식을 한다고 응답한 경우는 37.9%이었다. 이에는 일주일에 한 번 3.9%이고 한 달 한 번 9.7%이며 두 달 10.7%, 석 달 3.9% 그리고 일 년에 한 번 9.7%가 포함되어 있으며, 거의 하지 않는 가족이 62.1%이었다. 이에 비하여 비 환자가족은 그 빈도가 높아서 59.1%이며 한 달에 한번 외식이 26.2%로 가장 높은 빈도를 보여 훨씬 자주 하는 것으로 나타났다. 도시에서의 노인의 외식은 주 1-2회(이영순 등 1998)와 차이가 많아 농촌지역의 식생활이 즐거움을 찾기에 아직 부족한 점이 많으며 특히 환자가족의 식생활은 외식으로 오는 즐거움과는 매우 거리가 있다고 본다.

환자가족의 아침식사 점수와 반찬 수 및 인스턴트식품섭취와 간식 섭취에 대하여 점수화한 결과를 다음 Figure 5에 나타내었다.

아침식사에 대하여 꼭 먹는 경우를 4점으로 하여 볼 때 환자가족은 3.81로서 대체로 꼭 먹었으며 반찬 수에서도 최다 9종 이상일 때 4점을 만점으로 하여 볼 때 1.1점으로서 3-4종을 먹고 있는 것으로 나타났다. 인스턴트식품은 전혀 안 먹는 경우를 4점으로 자주 먹을 때 0점으로 하여 우수한 점수를 위주로 보았을 때 1.86점을 나타내어 이는 보통정도는 먹고 있다는 의미로 해석할 수 있는 점수였다. 이에 대하여 간식은 과일과 우유에 2점씩 주고 탄수화물식품은 1점을 부여한 점수로서 1.33점을 보여 이는 과일이나 우유섭취가 잘 안되고 탄수화물식품이 주된 간식이며 가끔 과일과 우유를 섭취하는 정도로 보였다. 환자가 없는 가족에서의 점수(아침식사 3.79점 반찬수 점수 1.26점 인스턴트식품섭취 점수 1.76점 및 간식점수 1.46점)는 환자가족보다 아침식사는 조금 덜 먹고 있으며 반찬 수는 조금 많으나 인스턴트식품을 조금 더 먹으며 간식은 과일 우유의 섭취가 조금 더 많은 것으로 해석이 되지만 통계적인 유의차는 보이지 않았다.

도시 남성에서도 젊은 층에서 또 사무직에서 나쁜 식습관을 보이는 경향(신영자 박금순 1995)과 도시지역 독거노인의 나쁜 식습관(정미숙·강금지 1996)이 문제가 될 수 있음을 고려할 때 환자가족의 식습관이 비 환자가족에 비하여 조금씩

부족함을 보여, 우수한 식습관은 건강상태와 상관성이 있기(황춘선 등 1991)에 환자가족의 건강을 위하여 식습관 향상에 대한 노력이 요구된다.

3. 환자가족의 건강행동

건강행동은 현대를 살아가는 가족의 경제적 측면과 신체적 측면 및 사회적 심리적 측면에서 위기 상황에 대처하는데 필요하다. 대체로 건강에 영향을 미치는 요인을 유전과 환경 질병과 생활양식을 들고 있지만 자신과 가족의 건강행동은 건강관리를 통한 건강증진의 한 형태로 보며 건강증진을 목표로 하는 행동으로 볼 수 있다. 적절한 자가 건강관리 행동은 일상생활수행능력과 신체적 자아효능감을 높이는데 기여한다(서혜림 등 1998). 농촌지역거주노인이 전반적인 건강상태에 대한 자기평가 점수가 높아(김정원·김초강 1997) 더 건강하게 생각하며, 건강에 대한 관심도는 도시보다 농촌에서 더 높다(전선영 2002)고 한다.

환자가 있는 가족의 건강검진과 목욕 및 음주에 대한 점수를 Figure 6에 제시하였다. 건강검진 점수는 65세 미만가족에서는 3.04점이고 65세 이상 군에서는 2.93점으로서 대체로 3-4년에 한 번 씩 하는 것으로 나타났으며 젊은 층에서 건강검진을 조금 더 자주하는 것으로 나타났다. 이를 비 환자가족과 비교하면 65세 미만가족은 3.12점, 65세 이상가족에서는 3.02점으로 환자가족에 비하여 좀 더 자주하고 있으나 통계적인 유의차는 보이지 않았다. 건강검진에 대한 점수화가 유의적인 차이를 보이지 않았으나 약간의 수치에 대한 차이를 볼 때 건강에 대한 관심도가 높으면 건강관리에 대한 실천도가 높고 실제 건강상태가 높음을 보여준 연구(최희정 1990)와 같은 경향이 었다.

남편의 목욕빈도는 환자가족이 2.77점과 2.03점이고 비 환자가족이 3.21점과 2.28점이었다. 대체로 일주일에 2-3회 하는 것으로 나타났으며 65세 미만가족에서 좀 더 자주 목욕을 하고 비 환자가족에서 좀 더 자주 하는 것으로 볼 수 있었다. 부인의 목욕빈도점수는 환자가족에서 2.92점과 2.16점이며 비 환자가족은 3.2점과 2.26점이었

다. 부인 연령 65세 미만 가족은 일주일에 두 번 이상 하는 것으로 나타났으나, 65세 이상 가족의 부인은 일주일에 한번 정도 하는 것으로 나타났다. 환자가족 여부보다는 연령층에 따른 습관 빈도에 더 영향을 주는 것으로 보인다.

음주는 골절과 관련이 있고(박병주 등 1999) 정신적 장애로서 자아존중감의 감소를 가져온다(안황란 등 1999). 우리나라의 음주로 인한 직접 사망율은 1995년도 전체 12.4%이며 남자는 16%

여자는 7.6%라고 한다(천성수 1998). 본 조사에서 음주빈도를 비교하면 남편은 환자가족에서 4.18점과 4.01점이며 비 환자가족에서 3.77점과 3.71점을 보였다. 4점이 일주일에 한번 음주빈도를 보이는 것으로 보아 이와 유사하지만 환자가족에서 남편의 음주빈도가 더 높았다. 부인의 음주를 점수화하여 보면 환자가족에서 5.7점과 5.68점이며 비 환자가족에서 65세 전후 모두 5.51점이었다. 즉 비 환자가족에서 부인의 음주점수가 약간

Table 4. The smoking status of patients family compared with non-patients family

unit: frequency(%)

	Husband				Wife			
	Smoke	Ex-Smoke	No-Smoke	No-answer	Smoke	Ex-Smoke	No-Smoke	No-Answer
Patients family	98 (44.0)	21 (9.4)	67 (30.0)	37 (16.6)	14 (6.3)	0 (0.0)	193 (86.6)	16 (7.2)
Non-patients family	792 (48.1)	97 (5.9)	458 (27.8)	300 (18.2)	41 (2.5)	9 (0.6)	1504 (91.3)	93 (5.7)
Total	890 (47.6)	118 (6.3)	525 (28.1)	337 (18.0)	55 (2.9)	9 (0.5)	1697 (90.8)	109 (5.8)
χ^2	5.217ns				12.08** p<0.01			

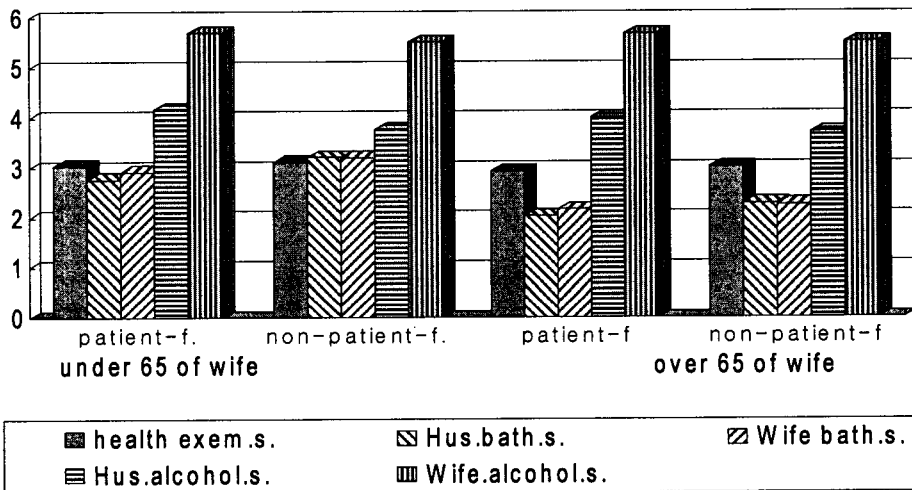


Figure 6. Health practice score of patient family compared with non patient family

- ° Medical check-up Frequency score; 2 per year: 5, one per 1-2 years, 4, one per 3-4 years: 3, one per 5-6 years: 2, almost no exem. : 1
- ° bath frequency score: every day: 4, 2-3 per week: 3, one per week: 2, one per 2 weeks:1, and one per month: 0.
- ° Alcohol drink score; almost every day: 0, 4-5 per week: 1, 2-3 per week: 2, one per week: 4, no drink: 6

낮으므로 좀 더 음주를 즐긴다고 볼 수 있었지만 6점이 음주를 전혀 하지 않는다는 점수이므로 거의 하지 않는 것으로 볼 수 있었다.

환자가족의 흡연상태를 비교하였다(Table 4). 건강위험요소로 자주 언급되는 흡연은 각종 질병의 원인으로서는 심혈관질환 양성을 높이고(김희균 등 1998) 악성신생물 호흡계 질환 이외에도 저체중아와 영아사망 등의 원인을 말하고 있으며(김공현 1999), 혈중 HDL-C의 농도를 낮추고(백영한·최규돈 1995), 총 콜레스테롤과 중성지방 함량을 높여(김영옥 등 1999) 상대적으로 동맥경화의 경향을 이끌어낸다고 한다. 그러나 우리나라 성인의 흡연율은 남자의 경우 외국인에 비하여 월등히 높고, 여성의 경우는 흡연율은 낮지만 간접흡연의 피해가 큼을 볼 때 같은 위험에 노출되어 있다고 본다.

본 조사에서 흡연하는 남편은 47.6%, 부인은 2.9%만이 흡연을 하기에 농촌에서는 여성의 흡연이 별로 없으나 흡연하는 경우에는 적지 않은 양의 흡연을 보였다. 환자가족에서의 흡연을 보면 남편은 비 환자가족과 유의적인 차이가 없었으나 부인에서는 흡연자와 무응답의 비율(7.2%)이 높아 비 환자가족에 비하여 흡연을 조금 하는 것으로 나타났다($p < 0.01$). 이는 노인의 흡연을 36.6%(장정희 2000)보다는 높았고, 부산지역 노인 남자의 흡연 56.7% 여자 27.1%보다는 낮았다(정주애 등 1994). 사망과 관련 있는 질병의 이환을 예방하는데 중요한 요인으로서 음주와 흡연

및 운동을 우선적으로 들고 있다(소희영 등 1998). 아직도 농촌지역 노인의 금연과 금주율이 59.6%와 60.3%(조소영·김점자 1996)에 불과한 것으로 보아 지속적인 건강생활실천에 주의를 하여야 할 것으로 본다.

농업의 직업병이라 할 수 있는 농부증은 장시간 태양아래서의 육체적 노동과 농약 비료 등 화학물질의 사용 등으로 소화계와 근골격계에 손상이나 중독 등 증상을 말하는 것으로서, 우울이나 불안 등 정신적 요인파도 밀접한 관련이 있다(박태진·이가영 1997 ; 서석권 등 1998).

환자가족의 농부증상을 나타내는 비율은 다음 Figure 7과 같다. 환자가족에서 남편의 농부증은 33.0%이고 부인의 농부증 호소는 41.8% 이었다. 이에 비하여 비 환자가족에서 보면 남편은 25.4%를 나타내었고 부인은 32.8%이며 다른 가족은 4.1%이었다. 환자가족이 비 환자가족에 비하여 남편과 부인에서 농부증이 더 높은 비율이었다. 충주지역 30세 이상 전업농 남자 21.0% 여자 45.1%(장성훈 등 1998)보다 약간 높았고, 경남지역 일부의 특히 비닐하우스 재배 농민의 농부증 소견을 77.6%(박재갑 1995)보다는 낮아 종사하는 농사일의 종류에 따라 차이가 있음을 보였다. 대구지역 60대 남자 29.1% 여자 34.3%(박순우 1997)보다 높은 비율을 보였다. 그러나 충남 부여군의 농부증 유병율은 36.7% 남자 27.4% 여자 45.0%(송주영 등 1998), 경북 의령군 농촌 지역 농부증 유병율은 26.8%(홍대용 등 1996) 등과 같이 전체

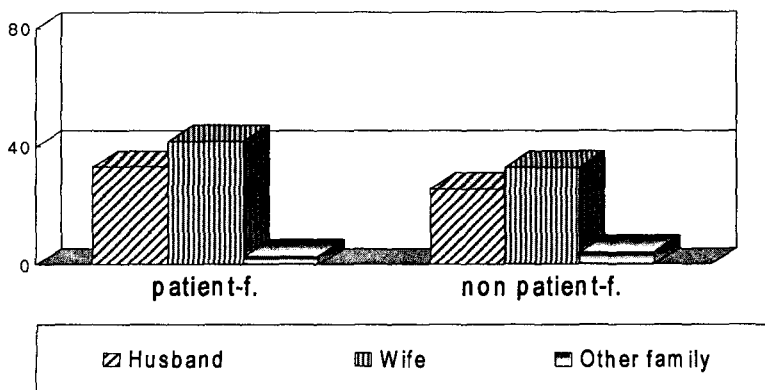


Figure 7. Farmers' Syndrome prevalence in family (unit:%)

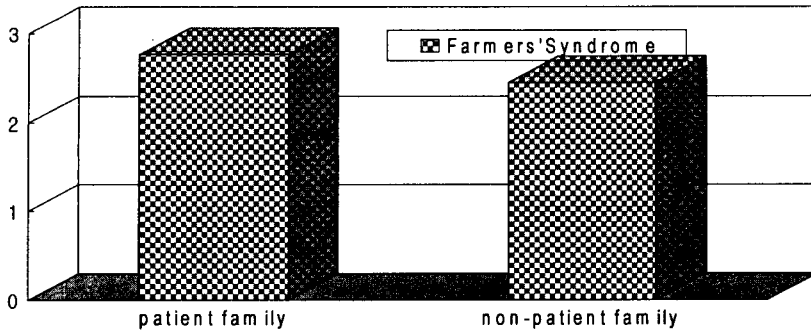


Figure 8. Farmers' Syndrome score of Patients family compared with non-Patients family (unit: points)

Table 5. The farmers' body complaints of patient family compared with non-patient family

	Arthritis	Lumbago	Dizziness	Numbness	Shoulder pain	Faints	Others	frequency(%)
Patient family	98 (44.0)	104 (46.6)	36 (16.1)	61 (27.4)	64 (28.7)	13 (5.8)	9 (4.0)	
Non-patient family	489 (29.7)	640 (38.9)	141 (8.6)	306 (18.6)	377 (22.9)	82 (5.0)	53 (3.2)	
Total	587 (31.4)	744 (39.8)	177 (9.5)	367 (19.6)	441 (23.6)	95 (5.1)	62 (3.3)	
χ^2	18.6***	8.87*	17.0***	12.6**	9.04*	8.87*	8.88*	

**** p<0.0001 *** p<0.001 ** p<0.01 * p<0.05

적으로는 본 결과와 비슷하였지만, 환자가족에서는 농부증 이환율이 월등히 높음을 보여주고 있었다. 농부증으로 말해지는 신체증상에 대하여 각기 점수를 부여하여 환자가족과 비 환자가족을 비교하여 다음 Figure 8에 제시하였다. 환자가족의 농부증 점수는 2.77점으로서 평균 3부위 정도의 신체불편부위가 있음을 보여 주고 있다. 이를 비 환자가족에서 보면 2.45점으로서 약간 낮은 점수를 보였다.

농부증을 유발하는 신체부위를 알아 본 결과는 다음 Table 5와 같다. 환자가족에서 응답한 신체 불편 부위는 허리가 아프다는 것이 46.6%로 가장 많았고 다음은 관절(44.0%), 어깨 통증(28.7%) 및 저림(27.4%)이었다. 이에 비하여 비 환자가족에서 응답한 불편부위는 환자가족의 경우와 순서는 같았으나 응답 비율이 약간씩 낮아서 허리 38.9% 관절 29.7% 어깨 22.9% 저림 19.6%이었다. 이는 육체적 노동의 결과로 보이며

육체적 노동에서의 편안한 자세유지에 대한 연구가 더 요구되는 점이라 할 수 있다. 가장 많은 농부증의 증상이 허리통증 83%(김병성 등 1995)인 연구도 있으며, 농촌노인의 만성질환 중 근골격계 질환이 70.5%(장정희 2000) 또는 43.7%(조소영·김점자 1996)인 것도 있고, 일부 연구(장성훈 1998)에서 여성의 경우에는 그 순서에 약간의 요통 저림 현기증 어깨의 순으로 약간의 차이를 보였으나, 이들 부위가 잦은 불편 빈도를 보이는 경향이있다.

IV. 결론 및 제언

농촌 거주 가족 중에 환자가 있는 가족의 식생활행동과 건강행동을 비교하여 환자가 있는 가족의 특수한 상황에 대한 보다 나은 대처로서 삶의 질을 향상 시키는데 보탬이 되고자 환자가 있는 가족의 식생활 및 건강행동에 대하여 조사 분석

하였다.

먼저 환자가족의 특성을 보면, 전체적으로 환자가 있는 가족은 12%이었고 환자가 없는 가족이 88%이었다. 부인의 65세 이상 가족에서도 20.4%가 환자가족이었다. 환자가족의 남편과 부인의 교육연한이 비 환자가족보다 유의적으로 낮았으며($p<0.05$), 환자가족의 주부의 소득참여 상태는 비 환자 가족과 비교할 때 농업이나 다른 부업에 참여하는 비율이 낮게 나타났고 집안일만 한다는 비율은 높아서 다른 소득활동 참여에 어려움을 보였다. 환자가족의 간식섭취는 비 환자 가족과 비교할 때 거의 먹지 않는 비율이 높았으며($p<0.001$) 간식시간은 오전 휴식시간이 높았다($p<0.0001$). 환자가족의 외식에서도 비 환자 가족과 비교할 때 훨씬 낮은 빈도임을 알 수 있었다($p<0.001$).

환자가족의 건강검진은 대체로 3-4년에 한 번씩 하는 것으로 나타났으며 비 환자가족과 유의적인 차이는 없었다. 목욕빈도에서도 65세미만 가족은 일주일에 2-3회, 65세 이상 가족은 일주일에 한번 정도 하지만 환자가족여부에는 차이가 없었다. 음주빈도에서도 남편의 경우는 환자가족에서 더 높았다($p<0.05$). 부인의 음주는 환자가족에서 조금 낮았으나 유의적인 차이는 없었다. 환자가족에서의 흡연을 보면 남편은 비 환자가족과 유의적인 차이가 없었으나 부인은 비 환자가족보다 흡연을 조금 하는 것으로 나타났다($p<0.01$). 환자가족에서 남편의 농부증은 33.0%이고 부인의 농부증 호소는 41.8%으로서 비 환자가족보다 높은 비율이었다($p<0.05$). 환자가족에서 응답한 신체 불편 부위는 허리(46.6%), 관절(44.0%), 어깨통증(28.7%) 및 저림(27.4%)이 많았으며 비 환자 가족에 비하여 조금씩 높은 비율이었다($p<0.05$).

이러한 결과에 따라 농촌에 거주하는 환자가족은 비 환자가족에 비하여 농촌 특성인 식품 생산과 저장 활동의 부진과 식습관에서의 빈곤함, 특히 농부증을 일으킬 수 있는 신체에 불편에 대한 호소가 높음을 감안할 때, 지역사회에서의 관심과 환자보호에 대한 일의 분담이 필요하다. 보다 나은 식생활을 위한 영양교육을 통하여 농촌에 거주하는 환자가족의 삶의 질 향상에 국가적

지원이 요구된다.

참고문헌

- 강신일(1991) 생활습관이 건강에 미치는 영향에 관한 연구: 혈액의 생화학적 변화를 중심으로. 건국대학교 대학원 박사학위논문.
- 김건희·노승욱(1996) 한국인식습관과 건강문제와의 관계연구. 덕성여대논문집 27, 547-558.
- 김공현(1999) 흡연, 음주, 그리고 건강. 인제의학 20(1)suppl., 133-142.
- 김귀분·이경호(2001) 노인층과 청·장년층 뇌졸중 환자가족의 건강상태 부담감 및 삶의 질과의 관계. 성인간호학회지 13(2), 262-276.
- 김병성·전해성·차인준(1995) 일부 농촌주민의 농부증 및 농기계사고. 인제대학교 지역사회의학연구소 연구논문집 1권, 31-40.
- 김영옥·이순영·김선우(1999) 남성의 흡연, 음주 및 운동습관과 혈중지질 수준간의 연관성. 한국지질학회지 9(4), 421-428.
- 김정식(2001) 충남 농업인 건강실태분석과 건강증진사업 활성화 방안 연구. 농어촌 건강검진사업을 중심으로. 충남대학교 석사학위논문.
- 김정원·김초강(1997) 일부 노인의 건강행동이 건강상태에 미치는 영향. 한국보건교육학회지 14(1), 73-95.
- 김진순(1997) 일부농촌지역 주민의 보건의료자원 이용양상. 한국농촌의학회지 22(2), 253-263.
- 김혜정(1999) 비만과 건강행위와의 관련성. 원광의과학 15(2), 187-192.
- 김효정·김명애·박경민(1999) 노인의 만성동통 유무에 따른 건강상태 및 일상활동 장애 비교. 한국농촌의학회지 24(1), 79-89.
- 김희균·강인숙·황은주·배형준(1998) 운동, 흡연, 음주 습관이 운동부하 검사 성적에 미치는 영향. 임상병리검사과학회지 30(3), 324-333.
- 남원계·임재은(1996) 도시지역주민의 식습관과 관련요인 연구. 한국보건교육학회지 13(2), 69-96.
- 문혜경(2003) 근로자의 생활습관과 건강인식에 따른 검진효과와 만족도. 대전대학교 경영행정사회복지 대학원 석사학위논문.
- 박광희(2001) 농촌노인의 안녕상태와 생활만족도에 관한 연구: 광주광역시 광산구 농촌지역을 중심으로. 호남대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 박병주·정귀옥·구혜원·배종면(1999) 노인인구에서 음주와 근위대퇴골 골절간의 연관성에 관한 코호트내 환자-대조군 연구. 한국역학회지 21(1), 93-103.
- 박순우(1997) 일부 농촌지역 농업종사자들의 건강진단 수검실태. 한국농촌의학회지 22(1), 1-18.
- 박영란(2000) 뇌졸중 환자가족의 부담감과 환자가지각한 가족지지에 관한 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문.

- 박재갑(1995) 경상남도 일부 지역 농업종사자의 농부중에 관한 조사연구. 인제대학교 지역사회의학 연구소 연구논문집 1권, 117-146.
- 박태진·이가영(1997) 농부층의 정신적 원인에 대한 연구. 한국농촌학회지 22(1), 49-59.
- 박희정(2003) 국민기초생활보장 수급자의 정신건강에 영향을 미치는 요인. 전북대학교 대학원 석사학위논문.
- 백영한·최규돈(1995) 성인남성에 있어서 흡연 음주 비만도가 혈중지질 및 요산에 미치는 영향. 울산대학교 의학저널 4(1), 71-78.
- 서석권·양선희·이미영·신동훈·이무식(1998) 농촌노인에서의 노부중과 우울증과의 관련성. 계명대학교의과대학 계명의대논문총 17(3), 354-366.
- 서혜림·김세종·염원상·이의철·백영호(1998) 집단에 따른 노인들의 자가 건강관리 행태, 일상생활 수행능력, 신체적 자기효능감에 관한 연구. 부산대학교 체육과학연구소 논문집 14, 133-143.
- 소희영·이미라·정미숙(1998) 흡연, 음주, 운동과 건강생활양식. 한국보건간호학회지 12(2), 221-235.
- 송주영·이연경·이석구·이태용·조영채·이동배(1998) 충남일부 농촌지역 주민들의 농부중에 관한 조사. 한국농촌학회지 23(1), 3-14.
- 신철호·이태용·이동배(1992) 일부 농촌지역 노인들의 유병상태와 일상생활능력. 충남의대잡지 19(1), 87-99.
- 안향란·배행자·김은심(1999) C시 읍주민의 자아존중감과 읍주민상태와의 상관관계. 정산간호학회지 8(2), 478-492.
- 오영숙(1996) 뇌졸중환자가족의 정신건강에 대한 조사연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 오장균(2000) 한 사업장 근로자들의 스트레스, 생활습관 및 건강수준간의 관계. 대한산업의학회지 12(1), 26-40.
- 원향례(1995) 식습관과 건강상태와의 관련성. 상지대학교 논문집 16권, 273-280.
- 이영순·구성자·한명주(1998) 시설노인과 재가노인의 식습관과 정신건강 상태에 관한 실태조사. 한국식생활문화학회지 13(5), 475-486.
- 이영희(1988) 만성질환이 있는 가족과정상가족의 가족기능 비교연구(노인가족을 중심으로). 이화여자대학교 간호과학대학 이화간호학회지 21(1), 1-51.
- 이임숙(2001) 치매노인가족의 부양부담에 관한 연구. 동아대학교 석사학위논문.
- 이종현·전은정(1996) 건강과 생활양식의 상호관련성. 대구효성가톨릭대학교 연구논문집 52(2), 57-67.
- 장성훈·이건세·이원진(1998) 충주지역 전업농민의 농부중에 관한 연구. 한국농촌학회지 23(1), 15-26.
- 장성훈(1998) 충주지역 전업농민의 농부중에 관한 연구 건국대학교 중원지역발전연구원 학술심포지엄발표자료 3, 74-89.
- 장정희(2000) 농촌 노인들의 보건의료이용 양상 및 서비스 요구도에 관한 연구. 인제대학교 보건대학원 보건학 석사학위 논문.
- 전경숙(2001) 농촌노인의 만성질환 실태와 보건복지대책에 관한 연구. 원광대학교 대학원석사학위 논문.
- 전선영(2002) 도시와 농촌지역의 건강관심도, 건강행위 및 주관적 건강인식과의 관련성 연구. 원광대학교 한의과전문대학원 보건학 석사학위 논문.
- 정미숙·강금지(1996) 도시남자 노인의 건강과 식품에 대한 인식 및 식습관 조사. 한국식생활문화학회지 11(4), 455-463.
- 정주애·김공현·김병성(1994) 부산지역노인들의 자가 건강관리에 대한 연구. 인제의학 15(2), 259-272.
- 정효숙(1998) 경남도민의 식습관과 식품선호도에 관한 연구 21세기 경남도민의 삶의 질 3권, 559-580.
- 조경자·한동희(1994) 노인의 식습관과 건강상태에 관한 연구.-부산시 남녀 노인을 중심으로-. 경성대학교논문집 15(2), 57-74.
- 조소영·김점자(1996) 한국농촌노인의 건강증진 관리요구에 관한 연구. 한국보건간호학회지 10(2), 146-161.
- 조유향·박윤창(2003) 일부지역 재가노인의 연령, 생활습관과 건강상태와의 관계. 한국노년학 23(2), 141-153.
- 천성수(1998) 읍주민으로 인한 평균수명 손실량 추정에 관한 연구. 대한 보건협회학술지 24(1), 153-166.
- 최영애(2003) 공동어시장 근로자들의 근로환경과 생활습관에 따른 건강상태 분석. 고신대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 최영희·원준순(1989) 급·만성 질병이 있는 가족의 가족 기능 비교 연구. 이화여자대학교 간호과학연구소 간호과학 1권, 5-30.
- 최행남(1998) 농촌노인의 건강상태와 의료 욕구에 관한 연구 -남원시 노인을 대상으로 -. 광주대학교 경상대학원 사회복지학 석사학위논문.
- 최희정(1990) 일부지역 주민들의 건강관리 실천과 이에 영향을 미치는 요인 조사연구. 성신간호대학 논문집 제 4집, 60-71.
- 홍대용·김장락·이명순·강경희·하호성(1996) 경남 일부지역의 농부중 및 하우스중 발생에 미치는 요인분석. 한국농촌학회지 21(2), 173-193.
- 홍연경(2000) 가족의 건강생활양식과 건강상태 분석 연구. 연세대학교보건대학원 석사학위논문.
- 황춘선·박모라·양이선(1991) 중년기의 식습관 및 기호가 건강상태에 미치는 영향. 한국식생활문화학회지 6(4), 351-367.