

성별에 따른 성인 독신가구와 다가구간의 건강행위 비교*

김 영 주**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

2005년 인구주택 총조사에 따르면 총 조사가구 중 1인 가구가 20%인 것으로 나타났다(Korea National Statistical Office, 2005). 1인 가구의 수가 1980년에는 4.8%, 2000년에는 15.5%인 점을 감안할 때 그 수가 급속하게 증가하는 것을 볼 수 있다. 총 1인 가구 중 20세부터 65세 미만의 성인 1인 가구는 71%에 해당된다(Korea National Statistical Office, 2005). 독신이라 함은 일반적으로 홀로 사는 사람을 통칭하는데(Yoon, 2002), 성인 독신가구의 증가원인으로 산업형태의 변화로 인한 여성의 경제적 독립에 따라 늦게 혼인하거나, 결혼하기 보다는 독신으로 생활하는 것을 선택한다. 또한 결혼생활에서 가치관 갈등으로 인해 이혼 혹은 별거를 선택하는 사례가 늘고 있다(Lee, 2005).

독신가구의 증가와 함께 사회적 관심이 증가하는 이슈 중의 하나는 건강증진이다. 고혈압, 당뇨 등 만성질환이 증가하고 건강관리에 대한 개인의 참여와 의식이 증가하는 사회분위기속에서 건강증진의 중요성은 더욱 커지고 있는 추세이다. 1960년 미국 캘리포니아주에

있는 알라메다 카운티에서 실시된 연구결과를 바탕으로 흡연, 음주, 운동, 체중, 수면, 아침식사, 간식여부 등 7가지 건강행위가 제시되었는데, 이 가운데 흡연, 음주, 운동, 체중, 및 수면은 사망률, 심장질환 발생 및 비만과 밀접하게 연관되어 있는 것들이다(Berkman & Breslow, 1988). Doll 등(2004)의 연구에서 50년간 추적관찰을 통해 흡연과 사망률에 유의한 관련이 있음을 나타냈고, Thun 등(1997)은 적절한 음주는 전체 사망률을 감소시키지만, 지나친 음주는 사망률이 증가됨을 보여주었다. 또한 비만인 사람이 여러 종류의 암으로 사망하는 확률이 높은 것으로 연구되었다(Calle, Rodriguez, Walker-Thumond, & Thun, 2003). 이런 일련의 연구결과들이 보여주듯이 건강하기 위해 실천될 수 있는 건강행위들이 질병발생 예방 및 건강수준과 상태에 중요한 영향을 미침을 알 수 있다.

그러나 경쟁사회에서 혼자 사는 성인은 불규칙한 생활, 불균형적인 식사, 과도한 스트레스, 흡연과 음주 등의 좋지 않은 건강습관으로 야기되는 많은 건강문제에 노출되어 있다. 미국의 한 연구에 의하면 독신여성이 그렇지 않은 여성보다 신체비만지수가 낮으나, 남성 독신자의 경우 그렇지 않은 남성보다 흡연율이 높고 건강상태가 좋지 않은 것으로 조사되었다(Davis, Moritz, Neuhaus, Barclay, & Gee, 1997). 30세

* 이 논문은 2009년도 성신여자대학교 학술연구조성비 지원에 의해 연구되었음

** 성신여자대학교 간호대학 조교수(교신저자 E-mail: yjkim727@sungshin.ac.kr)

투고일: 2009년 6월 17일 심사외뢰일: 2009년 6월 19일 게재확정일: 2009년 8월 6일

에서 69세 사이의 덴마크인 138,290명을 대상으로 한 코호트연구에서 독신자를 그렇지 않은 사람과 비교했을 때 갑작스런 심장마비와 급성 관상동맥증후군의 발병률이 2배 이상 높은 것으로 나타났다(Nielsen, Faergeman, Karsen, & Foldspang, 2006). 또한 스웨덴의 중년 남성근로자를 대상으로 23년 동안 추적 조사한 결과 독신생활은 비만과 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다(Hedblad et al., 2002). 비만은 관상동맥질환 발생의 주요 원인으로써 이 연구에서 독신자인 비만노동자의 관상동맥질환 발병율과 사망률이 동거인이 있는 노동자보다 각각 1.9배, 2.5배 높은 것으로 나타났다. 이 밖에 많은 외국 연구들이 혼자 사는 성인의 사망률이 결혼한 성인이나 동거인이 있는 성인보다 유의하게 높은 것을 보여주고 있다(Ben-Shlomo, Smith, & Shipley, 1993; Cheung, 2000; Johnson, Backlund, Sorlie, & Loveless, 2000; Rosengren, Wedel, & Wilhelmsen, 1989). 이와 같이 독신자들의 사망률과 질병발생률이 비독신자들에 비해 높은 가운데 독신자들의 건강행위에 더욱 관심을 가져야 하며 더 깊게 연구되어야 할 것이다.

기존의 연구들이 독신여부에 따른 사망률을 주로 연구한 것에 비해 예방 가능한 질병의 주요 원인인 건강행위의 양상을 조사한 연구들은 거의 없는 상태이다. 더욱이 국내 독신가구의 수가 급증하는 것에 비해 이들의 건강관련 행태가 어떠한지 그리고 독신이 건강행위에 어떻게 영향을 미치는지에 관한 국내 연구는 거의 이루어지지 않았다. 또한 혼자 사는 경우 성별에 따라 독신생활에 대한 적응양상이 다르고(Lee, 2005), 성별이 건강행위를 실천하는데 있어 주요 예측인자가 될 수 있으므로(Gallant & Dorn, 2001) 성별에 따른 개별적인 분석이 이루어져야 한다.

이에 본 연구는 전국규모의 설문조사인 국민건강영양조사 자료를 이용하여 성별에 따른 성인 독신가구와 다인가구간의 사회경제적 특성과 건강행위간의 차이를 살펴보고, 독신이 건강행위에 미치는 영향을 알아보고자 한다. 본 연구의 결과는 급속히 증가하는 성인 독신가구를 대상으로 지역사회 중심의 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료로 활용될 것이다.

2. 연구 목적

- 1) 남녀별로 독신가구와 다인가구간의 인구사회학적 특성을 파악한다.
- 2) 남녀별로 독신가구와 다인가구간의 건강행위의 차이를 비교한다.
- 3) 남녀별로 독신여부가 성인의 건강행위에 미치는 영향을 규명한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 독신가구와 다인가구간의 건강행위 차이를 알아봄으로써 가구형태에 따른 건강증진 목표설정 및 지역사회에 기반을 둔 건강증진사업 프로그램 개발에 필요한 기초자료를 제공하기 위해 이루어진 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구 자료 및 대상자

본 연구에 사용된 자료는 2005년 질병관리본부와 한국보건사회연구원이 실시한 국민건강영양조사 제3기 자료이다. 국민건강영양조사는 층화집락추출방식으로 가구를 추출하여 국민의 건강수준, 건강관련 의식 및 행태, 영양섭취 실태에 대한 기초자료를 제공하기 위한 것으로 건강설문조사, 검진조사 및 영양조사로 구성되어 있다. 이 중 건강설문조사는 건강면접조사와 보건의식행태조사로 이루어져 있는데, 건강면접조사는 사회경제적 특성과 질병 이환 등을 조사하였으며 만 19세 이상 성인에게 가구방문 일대일 면접조사를 실시하였다. 보건의식행태조사는 흡연, 음주, 신체활동 및 운동, 휴식과 수면, 건강검진 등의 내용을 포함하고 있으며 가구방문 자기기입식 설문조사 방식으로 조사되었다. 원시자료의 항목별 무응답률은 현저히 낮으며 특히 본 연구에 사용된 변수들의 무응답률은 0.8%이하로 무응답 대체를 하지 않고 분석하였다. 본 연구의 대상자는 제3기 국민건강영양조사 중 건강설문조사에 응답한 가구원 34,152명 중 만 19세부터 64세까지의 남자성인 10,383명, 여자성인 11,374명으로 총 21,757명을 대상으로 하였다. 본 연구의 자료는 공식적인 절차에 따라 질병관리본부로부터 취득하였으며 자료에는 대상

자의 성명, 주민등록번호, 주소 등 대상자가 누구인지 확인할 수 있는 내용이 전혀 없었다.

3. 연구 변수

1) 일반적 특성

성별에 따라 대상자의 나이, 결혼상태, 교육수준, 월 평균 가구소득, 직업 등에 관한 특성을 조사하였다.

2) 가구

대상자를 독신가구와 다인가구로 구분하였다. 독신 가구는 혼자 사는 1인 가구의 대상자를 의미하며, 다인가구는 2인 이상이 함께 사는 대상자를 의미한다.

3) 건강행위

본 연구의 종속변수인 건강행위는 Jung 등(2006)의 정의와 같이 최상의 안녕상태를 유지하기 위한 주도적 건강행위와 인지요인에 대한 다각적인 행동양식으로써, 기존의 많은 연구들(Bae et al., 2007; Jung et al., 2006; Lee & Kim, 1997; Lee & Suh, 1995; Lee, Sohn, & Nam, 1995)에서 사용되었고 건강수준과 깊은 연관성이 있는 것으로 나타난 흡연, 음주, 운동, 수면 외에 미국심장협회에서 건강증진활동의 하나로 추천하고 있는 건강검진 항목을 추가하여 총 5가지 건강행위를 다음과 같이 개별적으로 구분하였다.

- (1) 흡연 : 현재 담배를 매일 또는 가끔 피우는 대상자를 흡연군으로 하고, 비흡연자와 과거에 피웠으나 현재 피우지 않는 대상자를 비흡연군으로 구분하였다.
- (2) 음주 : 적정 수준의 음주는 심장발작과 동맥경화 등의 위험성을 줄인다는 최근 연구들이 발표되면서 음주는 음주회수와 음주량에 따라 건강에 미치는 영향이 다를 수 있다. 이에 본 연구에서는 한국보건사회연구원에 분류한 고위험 음주기준에 따라 대상자를 구분하였다. 1회 음주시마다 남자의 경우 소주 7잔 이상, 여자의 경우 5잔 이상씩 월 5회 이상 음주하는 대상자를 과음주군(excessively drinking)으로 분류하였고, 비음주자, 과거에는 음주하였으나 현재 금주한 대상자,

그리고 매회 음주시마다 남자의 경우 소주 7잔 이하, 여자의 경우 5잔 이하로 월 4회 이하의 음주를 하는 대상자를 적정 음주군(appropriately drinking)으로 분류하였다.

- (3) 운동 : 여가시간에 주 3회 이상 규칙적으로 운동을 하는 대상자를 운동군으로, 전혀 하지 않는 대상자와 주 2회 이하의 운동을 하는 대상자를 비운동군으로 구분하였다.
- (4) 수면충분도 : 하루에 취하고 있는 수면시간이 피로회복에 충분하다고 생각하느냐는 질문에 '매우 충분하다' 또는 '충분하다'고 응답한 대상자를 수면충분군으로, '불충분하다' 또는 '매우 불충분하다'라고 응답한 대상자를 수면불충분군으로 분류하였다.
- (5) 건강검진 : 지난 2년간 건강검진을 1회 이상 받은 대상자와 전혀 받지 않은 대상자로 구분하였다.

4. 자료 분석 방법

자료는 단일변량분석 및 다변량 분석 두단계로 이루어졌다. 단일변량분석은 chi-square test를 이용하여 독신가구와 다인가구간의 사회경제적 변수 및 건강행위의 차이를 비교하였다. 다변량분석은 사회경제적 변수들을 포함하는 모델로서 독신이 건강행위에 미치는 영향을 조사하기 위해 로지스틱 다중회귀분석(multiple logistic regression)을 실시하였다. 건강실천행위는 남녀에 따라 다르므로 본 연구의 분석은 남녀로 나뉘어 각각 이루어졌다. 모든 자료는 SPSS 15.0 for windows을 이용하여 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 성별에 따른 독신가구와 다인가구간의 인구사회학적 특성

Table 1은 남녀별 독신가구와 다인가구간의 인구사회학적 차이를 보여주고 있다. 다인가구인 경우 남녀 모두 40대가 가장 많았으며, 독신가구의 경우 남자는 20대, 여자는 50대가 많았다. 남자독신의 경우 미혼이 63%였으나 여자독신의 경우 이혼, 별거, 사별이 56%로 나타났다. 교육수준은 남녀모두 독신가구원이 다

Table 1. Sociodemographic Differences by Gender and Living Arrangement

Sociodemographic characteristics	Categories	Male (n=10,383)				Female (n=11,374)			
		Multiple household n(%)	Single household n(%)	χ^2	p	Multiple household n(%)	Single household n(%)	χ^2	p
Age	19-29 years old	1,872(19.4)	222(30.1)	71.3	<.001	2,387(22.4)	160(22.6)	180.3	<.001
	30-39 years old	2,504(26.0)	212(28.7)			2,767(25.9)	99(14.0)		
	40-49 years old	2,728(28.3)	131(17.8)			2,871(26.9)	138(19.5)		
	50-59 years old	1,810(18.8)	129(17.5)			1,856(17.4)	180(25.4)		
	60-64 years old	731(7.6)	44(6.0)			784(7.4)	132(18.6)		
Marital status	Not married	2,235(23.2)	465(63.0)	1393.1	<.001	2,002(18.8)	260(36.7)	2008.1	<.001
	Married	7,083(73.5)	97(13.1)			7,844(73.6)	50(7.1)		
	Divorce, bereavement	314(3.3)	176(23.8)			809(7.6)	398(56.2)		
Education	<Elementary school	830(8.6)	89(12.1)	10.8	.004	1,696(15.9)	230(32.4)	131.3	<.001
	Middle-high school	4,637(48.1)	330(44.7)			5,516(51.8)	276(38.9)		
	≥College	4,165(43.2)	319(43.2)			3,442(32.3)	203(28.6)		
Occupation	Officer	2,645(27.5)	167(22.6)	44.6	<.001	1,766(16.6)	130(18.4)	703.2	<.001
	Laborer	4,551(47.3)	368(49.9)			3,017(28.3)	285(40.3)		
	Farmer, fisher, etc	534(5.5)	22(3.0)			796(4.7)	38(5.4)		
	Housewife, student	627(6.5)	88(11.9)			4,759(44.7)	57(8.1)		
	Unemployed	1,272(13.2)	93(12.6)			613(5.8)	198(28.0)		
Average household income (10,000won)	<100	847(8.9)	252(35.0)	660.7	<.001	1,125(10.7)	391(56.0)	1326.0	<.001
	100-199	2,340(24.6)	270(37.6)			2,612(24.8)	229(32.8)		
	200-299	2,617(27.5)	140(19.5)			2,811(26.7)	60(8.6)		
	≥300	3,710(39.0)	57(7.9)			3,988(37.9)	18(2.6)		

구원보다 초등학교 졸업이하가 유의하게 많았다. 직업의 종류를 살펴보면 대부분 노무직이 많았으나 특이한 점은 여자 독신가구의 28%가 직업이 없는 것으로 나타났다. 월평균 총가구소득은 다인가구인 경우 남녀 모두 월 평균 300만원 이상의 소득이 가장 많았으나, 독신가구의 경우 월평균 100만원 이하의 소득이 남자는 35%, 여자는 56%로 다인가구의 평균소득과 유의한 차이를 보였다.

2. 성별에 따른 독신가구와 다인가구간의 건강행위 차이

남녀별 독신가구와 다인가구간의 건강행위의 차이는 Table 2와 같다. 남자의 경우 독신가구의 흡연율이 다인가구보다 유의하게 높았고, 다인가구의 남성이 독신가구의 남성보다 지난 2년 동안 건강검진을 더 많이 받은 것으로 나타났다. 여자의 경우 독신가구가 다인가구보다 흡연율이 15%이상, 음주율이 6.7%이상 높은 것으로 나타났다. 그러나 독신가구의 여성이 다인가구의 여성보다 충분한 수면을 취한다고 응답하였다.

3. 성별에 따른 가구형태가 건강행위에 미치는 영향

건강행위의 실천경향에 대한 이해를 돕고 자료분석의 일관성을 유지하기 위해 본 연구에 사용된 건강행위들은 부정적인 행태(건강위험행위)로 통일되어 분석되었다. 즉, 다섯 가지 건강행위에 대한 로지스틱 분석은 흡연군, 과음주군, 비운동군, 수면 불충분군, 비건강검진군을 중심으로 실행되었다.

1) 흡연

여자의 경우 대학교 졸업이상의 여성보다 초등학교 졸업이하의 여성의 흡연율이 3.99배(95% CI=1.40-11.97), 중·고등학교 졸업 여성의 흡연율이 2.04배(95% CI=1.13-3.70) 높았다(Table 3). 독신가구 여성이 다인가구 여성에 비해 흡연율이 1.6배 높으나 통계적으로 유의하지 않았다.

남자의 경우 연령, 교육수준, 가구소득이 흡연과 유의하게 관련된 것으로 나타났다(Table 4). 60대와 비교하여 20대가 7.43배, 30대가 4.17배, 40대가 3.0배 흡연을 많이 하는 것으로 나타났다. 교육수준이 낮

Table 2. Differences in Health Behaviors by Gender and Living Arrangement

Health behaviors	Categories	Male (n=10,383)		X ²	p	Female (n=11,374)		X ²	p
		Multiple household n(%)	Single household n(%)			Multiple household n(%)	Single household n(%)		
Smoke	One or more cigarettes a day	1,533(54.1)	156(62.9)	7.11	.008	146(4.3)	47(19.7)	105.0	<.001
	No cigarettes at all or ex-smoker	1,300(45.9)	92(37.1)			3,239(95.7)	191(80.3)		
Drink	Excessively drinking	1,215(42.9)	101(40.7)	.43	.547	341(10.1)	40(16.8)	10.71	.002
	Appropriately drinking	1,618(57.1)	147(59.3)			3,044(89.9)	198(83.2)		
Sleep	Good sleep	1,812(63.9)	149(60.1)	1.46	.242	2,017(59.6)	159(66.8)	4.83	.028
	No good sleep	1,022(36.1)	99(39.9)			1,368(40.4)	79(33.2)		
Exercise	Three or more times a week	881(31.1)	83(33.5)	.60	.433	1,138(33.6)	90(37.8)	1.74	.202
	Two or less time a week	1,953(68.9)	165(66.5)			2,247(66.4)	148(62.2)		
Health examination	One or more times for last two years	1,589(56.1)	113(45.6)	10.2	.002	1,447(42.7)	111(46.8)	1.51	.223
	No health exam for last two years	1,244(43.9)	135(54.4)			1,938(57.3)	126(53.2)		

Table 3. Multiple Logistic Regression for Health Practices in Women (n=11,374)

	Currently smoke	Excessively drink	Exercise two or less times a week	No good sleep	No regular health exam
	Odds ratio (95% CI)	Odds ratio (95% CI)	Odds ratio (95% CI)	Odds ratio (95% CI)	Odds ratio (95% CI)
Age					
19-29 years old	1.18(0.31-4.49)	4.08(2.29-7.26)	3.21(2.24-4.60)	1.38(0.98-1.94)	4.33(3.06-6.12)
30-39 years old	1.77(0.46-6.81)	2.50(1.42-4.42)	2.28(1.62-3.19)	1.32(0.95-1.83)	3.39(2.44-4.70)
40-49 years old	1.83(0.49-6.81)	1.90(1.11-3.25)	1.64(1.19-2.27)	1.34(0.98-1.83)	1.59(1.17-2.16)
50-59 years old	1.13(0.32-3.99)	1.08(0.64-1.84)	1.07(0.79-1.46)	1.05(0.77-1.41)	1.02(0.76-1.36)
60-64 years old	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Years of education					
<Elementary school	3.99(1.40-1.97)	2.65(1.68-4.16)	2.71(2.03-3.64)	1.08(0.82-1.41)	1.70(1.29-2.24)
Middle-high school	2.04(1.13-3.70)	1.71(1.29-2.27)	1.24(1.03-1.48)	1.03(0.87-1.22)	1.72(1.43-2.05)
≥College	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Average household income (10,000won)					
<100	1.94(0.86-4.37)	1.17(0.79-1.73)	1.62(1.24-2.11)	1.19(0.93-1.52)	2.29(1.77-2.95)
100-199	1.13(0.58-2.17)	1.05(0.78-1.40)	1.59(1.32-1.93)	1.06(0.87-1.22)	1.88(1.56-2.26)
200-299	0.70(0.34-1.42)	1.03(0.77-1.37)	1.40(1.16-1.68)	0.99(0.82-1.18)	1.55(1.29-1.85)
≥300	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Living arrangement					
Single household	1.63(0.83-3.17)	1.82(1.23-2.71)	0.72(0.53-0.97)	0.72(0.53-0.97)	0.71(0.53-0.95)
Multiple household	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

을수록 그리고 소득수준이 낮을수록 흡연을 많이 하는 것으로 나타났다. 독신남성이 다인가구 남성보다 1.3배 흡연율이 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다.

2) 음주

여자의 경우 나이, 교육수준, 독신가구가 음주에 영향을 미치는 것으로 조사되었다(Table 3). 60대 여성과 비교하여 20대 여성의 음주율이 4.08배, 30대는 2.5배, 40대는 1.9배 높은 것으로 나타났다. 교육수준

이 낮을수록 고위험 음주군에 속하며, 혼자 사는 여성이 다인가구의 여성보다 1.8배(95% CI=1.23-2.71) 음주를 많이 하는 것으로 나타났다.

남자의 경우 20대가 60대보다 고위험 음주율이 낮으나 통계적으로 유의하지는 않았다(Table 4). 40대가 60대보다 유의하게 높은 음주율을 보였다(OR=1.54, 95% CI=1.13-2.11). 초졸 남성이 대졸 남성에 비해 고위험 음주군에 속할 확률이 1.7배 높았다.

Table 4. Multiple Logistic Regression for Health Practices in Men (n=10,383)

	Currently smoke	Excessively drink	Exercise two or less times a week	No good sleep	No regular health exam
	Odds ratio (95% CI)	Odds ratio (95% CI)	Odds ratio (95% CI)	Odds ratio (95% CI)	Odds ratio (95% CI)
Age					
19-29 years old	7.43(4.92-11.22)	0.91(0.64-1.28)	1.82(1.28-2.58)	1.77(1.23-2.55)	5.45(3.82-7.77)
30-39 years old	4.17(2.90- 6.00)	1.19(0.86-1.64)	2.31(1.65-3.23)	2.43(1.71-3.45)	1.52(1.09-2.11)
40-49 years old	3.00(2.11- 4.25)	1.54(1.13-2.11)	1.60(1.16-2.21)	1.48(1.05-2.09)	1.14(0.83-1.58)
50-59 years old	1.75(1.23- 2.48)	1.22(0.89-1.67)	1.07(0.77-1.48)	1.04(0.73-1.48)	1.02(0.73-1.41)
60-64 years old	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Years of education					
<Elementary school	1.95(1.36- 2.80)	1.75(1.28-2.40)	1.87(1.33-2.64)	1.13(0.80-1.59)	1.54(1.11-2.14)
Middle-high school	1.46(1.20- 1.77)	1.29(1.09-1.53)	1.28(1.07-1.54)	1.13(0.95-1.34)	1.71(1.43-2.05)
≥College	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Average household income (10,000won)					
<100	1.76(1.26- 2.47)	0.87(0.66-1.16)	1.33(0.99-1.79)	0.74(0.55-1.00)	2.86(2.14-3.83)
100-199	1.42(1.13- 1.79)	0.92(0.76-1.12)	1.56(1.27-1.93)	0.79(0.64-0.96)	1.74(1.42-2.13)
200-299	1.32(1.06- 1.64)	0.97(0.81-1.18)	1.56(1.28-1.91)	0.89(0.73-1.08)	1.16(0.95-1.42)
≥300	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Living arrangement					
Single household	1.30(0.91- 1.87)	1.04(0.75-1.33)	0.76(0.57-1.03)	1.28(0.96-1.71)	.98(0.73-1.31)
Multiple household	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

3) 운동

여자의 경우 나이가 젊을수록, 교육수준이 낮을수록, 월평균 가구소득이 적을수록 주 3회 이상의 규칙적인 운동을 하지 않는 것으로 나타났다(Table 3). 그러나 독신가구 여성이 다인가구 여성보다 1.28배(95% CI=0.53-0.97) 더 규칙적인 운동을 하는 것으로 나타났다.

남자의 경우 60대와 비교하여 30대가 가장 규칙적인 운동을 하지 않았으며(OR=2.31, 95% CI=1.65-3.23), 그리고 교육수준과 소득수준이 낮은 그룹이 규칙적인 운동을 하지 않는 것으로 나타났다(Table 4). 독신여부에 따른 유의한 차이는 없었다.

4) 수면

충분한 수면을 취하는가에 대한 항목에서는 여자의 경우 독신가구 여성이 다인가구 여성보다 충분한 수면을 취하는 것으로 나타났다(OR=0.72, 95% CI=0.53-0.97). 다른 변수들은 유의한 관계가 없었다(Table 3). 남자의 경우 20대와 30대가 충분한 수면을 취하지 못하는 것으로 나타났다(Table 4).

5) 건강검진

정기적인 건강검진을 받는가에 대한 항목에서는 여자의 경우 나이, 교육수준, 소득수준, 독신여부에 따라 유의한 차이가 있었다(Table 3). 60대에 비해 20대는 4.33배(95% CI=3.06-6.12), 30대는 3.39배(95% CI=2.44-4.71) 정기적인 건강검진을 받지 않는 것으로 나타났다. 또한 교육수준이 낮고 소득수준이 낮은 그룹이 건강검진을 받지 않았다. 그러나 혼자 사는 여성이 동거인이 있는 여성보다 정기적인 건강검진을 더 받는 것으로 나타났다(OR=0.71, 95% CI=0.53-0.95).

남자의 경우 역시 나이, 교육수준, 소득수준이 건강검진 여부와 관련이 있는 것으로 나타났다(Table 4). 나이가 젊을수록, 교육수준이 낮을수록, 소득수준이 낮을수록 정기적인 건강검진을 받지 않는 것으로 나타났으나, 독신여부는 유의한 관련이 없었다.

IV. 논 의

1. 연구 자료에 대한 고찰

본 연구에 사용된 국민건강영양조사 자료는 전국을 모집단으로 층화군집확률 방법으로 추출한 대상자를 조사하였기 때문에 동일 연령층의 우리나라 국민을 대표한다고 볼 수 있다(Lee & Suh, 1995). 또한 기존 건강행위에 대한 연구들이 일부 지역의 직장이나 산업장 등에서 대상자를 모집하고 그 수도 적게는 150명에서 많게는 1,042명인 것에 반해, 본 연구는 전국단위에서 추출한 21,757명의 대상자를 분석하였기에 연구 결과의 신뢰성과 일반성이 증가되었으리라 본다. 그러나 단면적으로 조사된 2차 자료라는 특성 때문에 다인가구인 경우 동거인의 수나 관계에 따른 건강행위의 차이를 조사할 수 없었고, 건강행위에 영향을 미치는 요인들 중 사회적 관계, 사회적 지지 등 사회문화적 변수들을 고려할 수 없었다. 또한 결혼상태의 변화, 즉 기혼에서 이혼으로 인해 독신가구가 되었을 경우 건강행위의 변화 또는 반대의 경우에 대한 분석을 할 수 없었다. 향후 코호트 연구 등을 통해 결혼상태 변화에 따라 건강행위가 달라지는지에 대한 연구가 시행되어야 할 것이다.

우리나라 독신가구가 전체 인구의 20%인 것에 비해 국민영양조사에 추출된 독신가구의 대상자 수가 상대적으로 적는데, 이는 많은 독신자가 설문조사를 위한 가정방문시 부재로 인해 조사에 참여하지 못한 것으로 추측된다. 그러나 이런 제한점에도 불구하고 본 연구는 위에 언급했듯이 전국 규모의 대표성과 신뢰성이 있는 자료와 기존 연구에 비해 월등히 많은 수의 대상자를 이용하여 남녀별로 성인 독신가구를 구성하고 있는 인구사회학적 특성을 파악하고, 독신가구와 다인가구간의 건강행위의 차이를 분석한 초기 단계의 연구이다.

2. 연구 방법에 대한 고찰

기본적으로 인구집단의 건강행위 양상은 인구사회학적인 변수인 사회경제적 수준, 연령, 성별, 및 교육수준 등으로 예측할 수 있는데(Lee & Kim, 1997), 본 연구에서는 이런 인구사회학적 변수들과 함께 독신여부가 성인의 건강행위에 어떠한 영향을 미치는지를 살펴보고자 하였다. 본 연구에 사용된 건강행위는 흡연, 음주, 운동, 수면, 건강검진으로 이는 많은 선행연구에서 건강수준 및 질병의 이환율과 깊은 관련이 있는 것

으로 밝혀진 주요 변수들이다. 이 다섯가지 종속변수들을 모두 이분법으로 재분류하였는데 이분변수로 분류시 몇가지 고려해야 할 사항들이 있다. 먼저 음주의 경우 과음주와 적정음주에 대한 기준이 다양한데 Lee (1992)의 연구에서는 음주량을 기준으로 일주일에 소주 반병에서 매일 소주 반병을 마시는 경우를 적정음주로 정의하였고, 다른 연구에서는 음주회수만을 고려하여 음주행위를 분류하였다(Lee et al., 1995; Jung et al., 2006). 그러나 1회 음주량과 음주회수에 따라 건강에 미치는 영향이 다르므로 본 연구에서는 매회 음주시 남자는 7잔 미만, 여자는 5잔 미만의 음주량을 월 4회 미만 음주하는 군을 적정음주로 정의하였다. 이는 음주행위를 분류하는데 있어 타당도를 높이는 방법이라고 생각된다.

운동의 효과를 보기 위해서는 중정도의 신체활동을 매일 30분씩 혹은 강도가 높은 신체활동을 주 3회 20분씩 하는 것이 이상적이지만, 본 연구에서는 운동의 강도와 시간은 고려하지 못하고 운동 회수만을 기준으로 분류하여 운동의 적절성을 평가하기에 미흡할 수 있다. 그러나 대부분의 선행연구들이 운동 회수만을 기준으로 분석, 논의되었기에 선행연구와 본 연구를 비교하기에 용이하다.

흡연, 음주, 운동, 건강검진은 변수자체가 계량적으로 측정된 것에 비하여 수면충분도는 상대적으로 주관적인 요소가 포함되었을 수 있다. 따라서 바람직한 측정은 실제 수면시간을 측정하는 것이 좋으나 본 연구에서는 수면의 질적인 측면인 수면의 충분성을 파악하는 것으로 대신하였다.

정기적인 건강검진을 받는 행위를 건강에 대한 관심도를 나타내는 적절한 지표로 제시되나(Lee et al., 1995), 건강검진을 단체로 한 경우와 개인이 스스로 건강검진을 한 경우는 그 행위가 같은 비중으로 건강의 관심도를 표현하지는 못한다. 즉 취업된 젊은 성인이 직장에서 실시하는 단체검진에 의무적으로 참여하는 것과 무직의 나이든 성인이 스스로 개인검진을 받는 경우 건강행위에 차이가 있다고 볼 수 있다. 그러나 본 연구에서는 개인검진과 단체검진을 분류할 수 없기 때문에 이에 대한 분류 없이 건강검진 여부에 따른 분류를 사용하였다.

3. 연구 결과에 대한 고찰

본 연구결과에서 먼저 주목할 만한 점은 남녀별로 독신가구를 이루고 있는 인구사회학적 특성의 차이이다. 혼자 사는 성인 여성은 50-59세 사이가 가장 많았으며 여성 독신가구의 절반이상이 배우자와 이혼, 별거, 또는 사별 후 혼자 사는 것으로 나타났다. 또한 여성독신가구는 고졸이하의 학력이 70%에 달하며, 절반이상이 월평균 가구소득이 100만원 이하였다. 즉 우리나라에서 혼자 사는 여성들의 특성은 이혼이나 별거, 사별 후에 재혼을 하지 않고 혼자 사는 저소득층의 중년 여성이 많다는 사실이 본 연구를 통해 밝혀졌다. Kim 등(2008)의 연구에 의하면 홀로 지낸 기간에 관계없이 이혼이나 사별 등으로 남편과 헤어져 혼자 사는 여성은 남편의 뒷바라지에서 해방되어 독신생활의 자유로움을 만끽한다고 하였다. 그러나 이들은 자유로움을 즐기는 한편 식사도 대충 때우고 자신의 건강을 돌보지 않아 심각한 질병을 초래하는 경우도 있다고 하였다(Kim et al., 2008). 혼자 사는 중년 여성들은 경제적 어려움과 더불어 주위의 관심이 없다면 체계적인 건강관리로부터 쉽게 소외될 수 있는 집단으로 여겨진다. 이와 달리 남자의 경우 결혼을 하지 않은 20-30대 고학력의 미혼남성이 주로 독신가구를 이루고 있었다. 이는 독신가구가 급속하게 증가하는 시점에서 이들을 위한 건강증진 프로그램을 개발하거나 건강교육을 실시할 경우 남녀에 따라 고려해야 할 인구사회학적 특성이 다름을 나타낸다.

여성의 건강행위 양상은 혼자 사는 것과 유의한 관련이 있는 것으로 본 연구를 통해 밝혀졌다. 독신가구의 여성이 다인가구의 여성보다 과음주군이 될 확률이 높고, 특히 고졸 이하의 학력을 지닌 젊은 여성의 음주율이 높게 나타났다. 또한 통계적으로는 유의한 관계가 없었지만 독신가구 여성의 흡연율이 다인가구의 여성보다 높게 나타난 점도 간과해서는 안 될 중요한 문제점이다. 20대 여성의 흡연율이 1989년 1.4%에서 1995년 5.9%로, 30대 여성의 흡연율이 1989년 1.1%에서 1995년 3.4%로 유의하게 증가하고 있는 추세이다(Lee & Lee, 2000). 비록 여성의 흡연율이 남성의 흡연율보다 현저히 낮지만 이처럼 점차 증가하고 있는 추세로 볼 때 독신 여성의 흡연은 여자 전체

연령층의 흡연율에 영향을 미치고 이는 보건학적으로 중요한 문제가 된다. 또한 여성의 경우 남성보다 더 낮은 비율의 체액 구성과 에스트로겐의 효과 등으로 같은 양의 술을 마셔도 남성보다 고혈압과 뇌졸중의 위험이 증가하는 것으로 나타났다(Bradley, Bardrianth, Bush, Boyd-Wickizer, & Anwalt, 1998). 특히 혼자 사는 젊은 여성들은 자신들의 건강뿐만 아니라 가까운 미래에 결혼을 통해 다음 세대의 출산과 양육, 역할 모델로서 책임을 담당하므로 이들의 건강문제는 매우 중요하다(Kim et al., 2003). 따라서 이들 젊은 독신여성들의 흡연과 음주에 중점을 둔 직장내 건강증진 프로그램이 별도로 만들어져 실시되어야 할 것이다.

반면에 다인가구의 여성이 독신가구의 여성보다 규칙적인 운동을 하지 않으며, 충분한 수면을 취하지 못하고, 또한 정기적인 건강검진을 받지 않는 것으로 나타났다. 이 결과는 미국 텍사스주에서 실시한 지역요구도조사 자료를 이용한 연구결과와 거의 유사한 것을 볼 수 있다(Bae et al., 2007). 이 연구에서 독신가구의 여성이 다인가구의 여성보다 규칙적인 운동을 더 많이 하는 것으로 나타났는데, 이는 다인가구의 여성 74%가 결혼한 상태로, 93%가 결혼하지 않았거나 이혼 또는 사별하여 혼자 사는 독신 가구 여성보다 가정관리 및 가족돌보기에 바빠 자신의 건강관리를 위한 활동에 소홀한 것으로 사료된다. 실제로 Yoon(2002)의 연구에 의하면 30-40대 미혼자들이 수면, 식사, 의료적 건강관리 등의 개인유지활동에 하루 평균 10시간 22분을 사용하고, 음식준비 및 청소, 기타 가사일 등의 가정관리 및 가족돌보기 활동에는 48분을 사용하는 반면, 기혼자들은 개인유지활동에 10시간 6분, 가족을 돌보거나 가사일에 2시간 47분을 사용한다고 보고하였다. 이와 같이 독신가구 여성과 다인가구 여성의 시간활용에 따른 차이는 건강행위양상의 차이로 나타남을 볼 수 있다.

남성의 경우 독신가구 여부는 건강행위에 영향을 미치는 주요 요인이 아닌 것으로 나타났다. 이는 여성의 경우 가족의 구조나 가구원간의 상호작용이 개인의 건강행위에 많은 영향을 미치나 남성의 경우 그다지 큰 영향을 미치지 않는 것으로 보인다. 즉, 여성이 많은 시간을 배우자와 자녀를 돌보거나 가정일에 할애할수록 그들이 자신의 건강을 위해 행하는 행위나 시간은

감소하는 것이다. 반면에 남성의 건강행위 실천은 Lee (1999)의 연구에서도 나타났듯이, 가구 구성원의 수보다 자신이 건강행위를 실천하려는 의지, 지각된 건강상태, 자기효능의 영향이 큰 것으로 사료된다. 또한 남성 전체 흡연율이 70%에 가까워 전반적으로 높은 흡연율을 보이고 있어 독신 남성의 흡연이 전체 남성 흡연율에 큰 영향을 미치지 않는 것으로 사료된다.

남성의 건강행위는 독신여부보다는 연령과 교육수준 등의 변수와 관련이 있는 것으로 나타났다. 즉 나이가 젊을수록, 학력이 낮을수록 흡연을 많이 하고 규칙적인 운동을 하지 않고 건강검진을 받지 않는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 선행 연구와 일치하는 것으로, Kim 등(2004), Lee(1999)의 연구에서 중장년층 남성의 운동습관 실천정도는 40대보다 20, 30대의 실천율이 매우 낮았으며, 나이가 증가할수록 건강관심도도 높아지는 것으로 나타났다. 가장 스트레스를 많이 받는 40대 남성의 급사율이 높다(Kim et al., 2004)는 점을 감안할 때 20대부터 40대의 건강을 준비한다는 의미에서 젊은 남성층의 건강증진에 대한 인식고취와 실천에 대한 구체적인 전략이 필요함을 강조하고 있다.

본 연구에서 남녀 모두 학력이 낮고 소득수준이 낮을수록 운동을 하지 않고 건강검진을 받지 않으며 흡연을 많이 하는 것으로 나타났다. 교육수준이 건강정보를 습득하는 기반이 되므로 교육수준이 높은 군이 좋은 건강행위의 이점과 이를 실천하는 방법의 습득정도가 높아 실제적으로 건강행위 실천 정도에 영향을 미친 것으로 사료된다. Kim 등(2004)의 연구에서도 수입이 증가할수록 규칙적인 운동의 실천정도가 증가하고 정기적인 건강검진을 받는 것으로 나타나 건강증진행위는 경제적 여유가 있어야 한다는 생각이 우선되는 것으로 사료된다. 월 평균 가구소득은 다인가구보다는 독신가구가, 남성보다는 여성이 현저히 낮아 월 평균 소득이 100만원 이하인 경우가 1인 남성가구의 35%인 것에 반해 1인 여성가구는 절반이상인 56%이었다. 이는 여성 독신가구가 남성 독신가구에 비해 경제적으로 열악하고 빈곤층의 대부분이 여성가구, 1인 및 2인 소규모 가구, 노령가구 등과 같이 인구학적 취약성을 지닌 가구가 많다는 기존의 연구와 일치하였다(Shim, 2002). 독신 여성가구의 학력 및 취업률이 다른 집단보다 낮게 나타나고 이들의 경제적 빈곤은 정기적인

건강검진 이행, 의료보험료 및 기타 의료비 등의 지출과 직접적인 관계가 있으므로 이들의 경제적 지원을 위한 정책이 마련되어야 할 것이다. 현재 국민건강보험공단에서 2년마다 실시하고 있는 범국민 건강검진에 대한 적극적인 홍보와 독거 저소득층 전담팀을 통한 참여유도로 자칫하면 건강관리에서 제외될 수 있는 1인 저소득층 여성의 건강검진율을 높이는 것이 중요하리라 본다. Kim과 Chae(2005)는 노동시장에서 성별에 따른 임금수준의 차이를 없애야 하며 연령과 적성, 능력에 맞는 다양한 직종 개발, 소자본 창업 지원, 직업훈련기간 동안의 경제적 지원 등 1인 여성가구를 위한 정책을 제시하였다. 또한 Shim(2002)은 독신가구를 위한 경제적 준비방법에 대해 두가지 측면을 제안하였다. 하나는 미시적 측면에서 개인에 대한 재무교육을 이른 시기부터 실시하여 자산관리 및 노후경제를 스스로 준비할 수 있는 지식과 능력을 습득하도록 하며, 다른 하나는 거시적인 측면에서 지금까지 금융산업의 중심이 2인 이상의 가족을 중심으로 한 연금이나 보험상품이었다면 앞으로 독신가구의 증가에 따른 독신가구를 위한 금융상품의 개발이 이루어져야 한다는 것이다.

1992년 국민건강영양조사 자료를 기초로 건강행위와 건강수준과의 관계를 규명한 연구에서는 흡연, 음주, 수면, 운동 그리고 체중이 건강수준과 관련된 것으로 밝히고 있다. 즉, 흡연을 적게 할수록, 운동회수가 증가할수록, 정상체중일수록 건강수준이 높다는 것이다(Lee & Suh, 1995). 만성 성인병의 발생과 이로 인한 사망률은 대부분 바람직하지 못한 건강행위로 인한 것임을 고려할 때 이를 예방하기 위한 건강증진 프로그램 개발과 중재 시 대상자의 성별과 연령, 교육수준, 소득수준뿐만 아니라 가구형태, 즉 대상자가 독신가구인지 혹은 다인가구인지도 고려해야 할 중요한 특성중의 하나이다. 예를 들어 혼자 사는 젊은 여성들에게는 음주와 흡연에 관련된 건강관리 프로그램이 중점적으로 제공되어야 하며, 저소득층의 다인가구 여성에게는 정기적인 건강검진을 받고, 가사일로부터 해방되어 충분한 수면과 휴식을 취할 수 있도록 다각적인 지원과 중재가 필요하다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 통해 도출된 주요 결론은 다음과 같다.

1. 남성 독신가구는 20대가, 여성 독신가구는 50대가 많은 부분을 차지하였다.
2. 남성 독신가구의 63%가 미혼이었으나 여성 독신가구의 56%는 이혼, 별거, 또는 사별로 인한 상태가 많았다.
3. 남성 독신가구의 12%가 초졸 학력이며 35%가 월평균 소득 100만원 이하인 반면에 여성 독신가구의 32%가 초졸 학력이며 56%가 월평균 100만원 이하의 소득으로 1인 여성가구의 낮은 교육수준과 경제적 빈곤이 심각하였다.
4. 여성의 건강행위를 살펴본 결과, 독신가구 여성의 음주율이 다인가구 여성보다 1.8배 이상 높았으나 규칙적인 운동, 충분한 수면, 정기적인 건강검진 등의 건강행위 실천율은 독신가구의 여성이 다인가구의 여성보다 높았다.
5. 남성의 경우 건강행위는 연령, 교육수준, 소득수준에 따라 유의한 차이가 있었으나 독신가구와 다인가구간의 차이는 없었다.

이상의 결론을 바탕으로 다음과 같이 제언한다.

1. 성인을 대상으로 하는 포괄적인 건강증진 프로그램 보다는 대상자의 연령, 성별, 교육수준, 가구형태를 고려한 개별화된 프로그램 개발과 적용이 필요하다. 예로 혼자 사는 젊은 여성에게는 흡연과 음주예방에 중점을 둔 직장내 건강증진 프로그램이 필요하고, 저소득층의 다인가구 여성에게는 규칙적인 운동, 충분한 수면, 그리고 정기적인 건강검진과 관련된 프로그램 지원이 필요하다.
2. 1인 저소득층 여성의 건강검진 참여를 높이기 위한 정부 차원의 전담팀을 만들어 이들의 정기적인 건강검진을 유도하고, 1인 저소득층 여성의 소자본 창업 지원 및 직업 훈련기간 동안의 경제지원이 필요하다.
3. 급속히 증가하는 독신가구의 추세에 맞춰 이들의 건강행위가 건강수준, 질병발생과 사망에 미치는 효과에 대한 추적 연구가 필요하다.
4. 다인가구인 경우 동거인 수나 관계에 따른 건강행위의 차이가 있는지에 관한 연구가 필요하다.

References

- Bae, S., Urrutia-Rojas, X., Patel, D., Migala, W. M., Rivers, P. A., & Singh, K. P. (2007). Comparison of health behaviors among single-and multiple-member households. *Am J Health Behav*, 31(5), 514-525.
- Ben-Shlomo, Y., Smith, G. D., & Shipley, M. (1993). Magnitude and causes of mortality differences between married and unmarried men. *J Epidemiol Community Health*, 47(3), 200-205.
- Berkman, L. F., & Breslow, L. (1988). *Health and ways of living*. New York: Oxford University Press.
- Bradley, K. A., Bardriant, S., Bush, K., Boyd-Wickizer, J., & Anwalt, B. (1998). Medical risks for women who drinks alcohol. *J Gen Intern Med*, 13(9), 627-639.
- Calle, E. E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K., & Thun, M. J. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U. S. adults. *N Engl J Med*, 348(17), 1625-1638.
- Cheung, Y. B. (2000). Marital status and mortality in British women: A longitudinal study. *Int J Epidemiol*, 29(1), 93-99.
- Davis, M. A., Moritz, D. J., Neuhaus, J. M., Barclay, J. D., & Gee, L. (1997). Living arrangements, changes in living arrangements, and survival among community dwelling older adults. *Am J Public Health*, 87(3), 371-377.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328, 1519.
- Gallant, M. P., & Dorn, G. P. (2001). Gender and race differences in the predictors of daily health practices among older adults.

- Health Educ Res*, 16(1), 21-31.
- Hedblad, B., Jonsson, S., Nilsson, P., Engstrom, G., Berglund, G., & Janzon, L. (2002). Obesity and myocardial infarction-vulnerability related to occupational level and marital status. A 23-year follow-up of an urban male Swedish population. *J Intern Med*, 252(6), 542-550.
- Johnson, N. J., Backlund, E., Sorlie, P. D., & Loveless, C. A. (2000). Marital status and mortality: The national longitudinal mortality study. *Ann Epidemiol*, 10(4), 224-238.
- Jung, M., Kim, J., Choi, S., Lee, J., Hwang, S., & Chon, M. (2006). Health behaviors of male workers in a work place. *J Korean Soc Living Environ Sys*, 13(4), 310-319.
- Kim, C., Ko, M. H., Kim, M. J., Kim, J., Kim, H. J., Moon, J. H., Baek, K. S., Son, H., Oh, S., Lee, Y., & Choi, J. (2008). The life of elderly women living alone. *J Korean Acad Nurs*, 38(5), 739-747.
- Kim, E. J., Hwang, S. S., Park, J. M., & Lee, H. I. (2004). A study on health promotion behaviors of a group of middle aged men in K-ku Incheon city. *J Korean Community Nurs*, 15(3), 408-418.
- Kim, H. J., Han, S. H., Lee, T. Y., & Kim, J. S. (2003). The relationships between health behaviors and subject health status of unmarried female workers. *Chungnam Med J*, 30(2), 73-84.
- Kim, Y. H., & Chae, J. S. (2005). The financial status of single households. *Korean Home Econ Assoc*, 43(1), 85-103.
- Korea National Statistical Office (2005). *Population and household statistical database*. Retrieved February 4, 2009, from the Web site: <http://www.kosis.kr>.
- Lee, S. A. (2005). An analysis on social life, social status, and economical situation according marital condition. *Korean J Family Welfare*, 12(10), 147-169.
- Lee, S. Y., & Kim, S. W. (1997). Health behavior patterns of Korean. *Korean J Prev Med*, 30(1), 181-193.
- Lee, S. Y., & Lee, S. W. (2000, November). *Factors influencing smoking behavior of Korean*. Paper presented at the meeting of the Korean Society For Health Education And Promotion, Seoul, Korea.
- Lee, S. Y., Sohn, M. S., & Nam, C. M. (1995). Structural modeling of health concern, health practice and health status of Koreans. *Korean J Prev Med*, 28(1), 187-205.
- Lee, S. Y., & Suh, I. (1995). Relationships of health status and health practices. *Korean J Epidemiol*, 17(1), 48-63.
- Lee, Y. H. (1992). *Effect of alcohol drinking on mortality: A cohort study*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Lee, Y. H. (1999). Analysis of influencing factors on health promoting behavior in middle-aged men. *J Korean Acad Adult Nurs*, 11(3), 557-569.
- Nielsen, K. M., Faergeman, O., Larsen, M. L., & Foldspang, A. (2006). Danish singles have a twofold risk of acute coronary syndrome: Data from a cohort of 138,290 persons. *J Epidemiol Community Health*, 60(8), 721-728.
- Rosengren, A., Wedel, H., & Wilhelmsen, L. (1989). Marital status and mortality in middle-aged Swedish men. *Am J Epidemiol*, 129(1), 54-64.
- Shim, Y. (2002). An exploratory study on the economic life of single households. *J Korean Home Manag Assoc*, 20(6), 198-208.
- Thun, M. J., Peto, R., Lopez, A. D., Monaco,

J. H., Henley, S. J., & Heath, C. W. (1997). Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U. S. adults. *N Engl J Med*, 337(24), 1705-1714.

Yoon, S. Y. (2002). An exploratory study on the single people time use and leisure behavior. *J Korean Home Manag Assoc*, 20(6), 209-217.

ABSTRACT

Comparison of Health Practices between Single- and Multiple-Member Households by Gender in Korean Adults

Kim, Young Ju(Assistant Professor, College of Nursing, Sungshin Women's University)

Purpose: This study compared health behaviors between single-member and multiple-member households by gender in adults. **Method:** Study subjects were 21,757 adults 20-65-years-of-age from the Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey in 2005. The relationship between health behaviors and residence characteristics was assessed using multiple logistic regression analysis while controlling for sociodemographic characteristics. **Results:** Younger women living alone were more likely to drink than older women living with others. Women who were in multiple-member households and had a low income were less likely to exercise regularly, to sleep well, and to have regular health examinations. Age, educational level, and income were significantly associated with smoking, exercise, and health examination rather than residence characteristics in men. **Conclusion:** Residence characteristics should be considered in developing a public health program to reduce or increase modifiable health behaviors as well as age, gender, education, and income.

Key words : Adult, Health behavior, Residence characteristics