ISSN 2093-5986(Print)
ISSN 2288-0666(Online)

The Korean Journal of Health Service Management
Vol.8 No.4 pp.199-207 December 2014
http://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2014.8.4.199

노인에서 가구유형과 건강행태: 제 5기 국민건강영양조사(2010-2012)

이유현[1], 김윤진[1·2]‡, 조덕영[3]
[1]부산대학교병원 가정의학과, [2]부산대학교 의학전문대학원 가정의학과,
[3]부산대학교 의학전문대학원 의료경영학과

Family Type and Health Behaviors in Elderly : Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES), 2010-2012

Yu-Hyeon Yi[1], Yun-Jin Kim[1·2]‡, Duk-Young Cho[3]
[1]Department of Family Medicine, Pusan National University Hospital,
[2]Department of Family Medicine, Pusan National University School of Medicine,
[3]Department of Medical management, Pusan National University School of Medicine

<Abstract>

Family type is not only an important sociodemographic variable for health studies but also influences the health behavior and health condition of individuals. This study assessed a representative sample to see whether family type is associated with health behavior in Korean adults age 65 and older. This is a cross-sectional study of 9,535 Korean elderly who participated in the 2010-2012 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. The subjects were classified as couple cohabitation, couple-offspring cohabitation, alone, or alone-offspring cohabitation. We assessed the relationship between family type and six health behaviors (smoking, high risk drinking, walking, oral examinations, health screenings, and influenza vaccinations) after controlling covariates.

The "alone" classification had a significantly higher risk of no health screening, but was more likely to have an influenza vaccination than couples. Significant interactions between family type and healthy behavior were observed with oral health screening, influenza vaccination, and smoking {Odds ratio (95% confidence interval), 1.452 (1.066-1.980), 1.375 (1.083-1.747), 2.246 (1.604-3.146)}. There is a significant association between family type and healthy behaviors.

Key Words : Health Behaviors, Family Type, Aged

* 이 논문은 부산대학교병원 임상연구비에 의하여 연구되었음.
‡ Corresponding author : Yun-Jin Kim(yujkim@pusan.ac.kr) Department of Family Medicine, Pusan National University School of Medicine
• Received : Sep 1, 2014 • Revised : Oct 20, 2014 • Accepted : Dec 12, 2014

Ⅰ. 서론

노년기는 신체적, 정신적으로 쇠약해짐과 동시에 사회적 관계망이 축소되면서 가족은 노인에게 있어서 중요한 생의 구조이며 삶의 양식이 된다. 최근 10여 년간 주된 가구유형으로 인식되던 3인 가구와 4인 가구의 비중은 감소하고(2000년 20.9%, 31.1% → 2010년 21.3%, 22.5%), 1인 혹은 2인 가구가 전체 가구의 절반에 육박했다[1]. 이러한 가구유형의 변화는 노인에서도 마찬가지로 나타나며 자녀와 함께 사는 노인의 비율은 크게 감소한 반면, 부부단독이나 노인 혼자 거주하는 비율은 크게 증가하였다. 이러한 노인 단독 혹은 노인 부부 가구의 증가는 노인의 생활양식 변화와 건강행태 변화에 영향을 미친다.

고령화 사회에서 가구유형과 가족지지는 노인의 심리사회적 적응에 중요한 요인으로, 가족유형이 변화함에 따라 노인의 고독감이 더욱 증가되고 있다[2]. 또한, 독거노인에서는 자녀 및 배우자와 동거하는 노인에 비해 고독감이 증가하고 자살률이 높다[3].

건강행태는 일반 인구의 건강상태 결정의 주요한 요인으로 이는 노인에서도 관찰되는 일반적인 사항이며 고령자에서 건강행위 실천은 높은 수준의 기능 보존과 연관이 있다[4][5]. 흡연, 과체중, 운동부족은 노인에서 사망률 및 장애발생을 증가시키고[6] 최근 프랑스의 12년간 추적한 코호트 연구[7]에서 세 가지 건강위험행위(흡연, 운동부족, 과일/야채섭취 부족)의 조합은 장애발생에 누적효과가 있었다. 건강행위 실천은 좋은 건강상태를 유지하고 성공노화를 이루기 위해 중요하고 이는 환경, 사회경제적 상태, 생물학적 요인 등 여러 가지 요소의 영향을 받는다[8]. 사회적 관계 및 가족 유형은 건강행위 등의 행동 양식에 강한 영향을 미친다[9][10]. 결혼상태[11], 가족유무[12] 요인도 건강행위 실천을 증진시킨다고 알려져 있다.

최근까지의 노인 가구유형과 건강행태에 관한 논문들은 대상자의 범위가 남, 여로 국한 되거나, 포함된 건강행태 및 검진이 제한적이어서, 생활습관영역(흡연, 걷기, 음주)와 검진영역(건강검진, 독감예방접종, 구강검진), 정신건강상태를 종합한 연구가 필요하다. 이에 본 연구에서는 65세 이상 노인에서 가구유형에 따른 사회경제적 특성을 조사하고, 가구유형이 정신건강 상태, 건강 행태 및 검진 행위와 어떤 관련성을 보이는가를 비교 분석하였다.

Ⅱ. 연구방법

1. 연구 대상

국민건강영양조사는 대한민국 국민을 목표 모집단으로 층화 및 추출의 방법으로 대상자를 설정한 후 조사를 진행하기 전 연구의 목적과 방법을 충분히 설명하고, 연구 참여에 대한 동의를 구하고 동의서를 작성하였다. 이번 연구에서는 2010-2012년 국민건강영양조사 건강설문조사에 응답한 대상자 25,534명 중에서 건강설문조사와 건강검진조사에 모두 참여한 65세 이상 노인 5,782 명을 연구대상으로 하였다.

2. 조사 방법

국민건강영양조사에서 건강검진과 건강의식 행태조사 설문지를 이용하였다. 본 연구에서 이용한 변수들에 대해 간략히 기술하면 다음과 같다.

가구유형은 현재 동거하는 가족구성원에 대한 질문에 대한 답으로 부부동거, 부부-자녀동거, 독거, 독거-자녀동거로 답한 경우를 포함하고, 조부모, 친인척, 형제자매와 동거하는 경우는 제외하였다.

건강설문조사의 면접 방법으로 조사한 항목 중

에서 인구사회학적 특성으로 연령, 성별, 교육 정도(졸업기준), 경제 상태(월평균가구수입), 취업여부를 포함하였으며, 경제 상태는 상, 중상, 중하, 하로 분류하였다.

자기기입식으로 조사한 건강행태영역 설문 중에서 스트레스 인지여부, 지난 2주간 우울증상 경험여부, 지난 1년간 자살사고 여부, 흡연, 음주, 운동, 건강검진, 구강검진, 독감예방접종, 활동제한, 미치료 여부(병원이용, 의료이용)에 관한 문항을 포함하였다. 흡연은 평생 동안 담배를 5갑(100개비)이상 피웠고 현재 흡연하는 경우 현재 흡연으로 정의하고, 1회 평균 음주량이 여자 5잔 이상, 남자 7잔 이상이며 주 2회 이상일 경우 고위험 음주로 정의하였다. 걷기를 1일 총 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 경우 걷기 실천군으로 정의하였다.

검진조사에서 신체 계측을 통해 자료를 수집한 체중과 신장 측정치를 포함하였다. 수검자는 가벼운 가운을 착용하고 신장, 체중, 허리둘레를 측정하였다. 신장은 발뒤꿈치, 엉덩이, 등, 머리의 뒷부분이 신장계 수직판에 닿도록 한 후 측정하여 0.1cm 단위로 기록하였고, 체중은 0.1kg 단위까지 계측하였다. 체질량지수가 25kg/m^2이상인 경우를 비만군으로 정의하였다.

3. 통계 분석

국민건강영양조사의 복합표본설계를 이용하여 자료를 수집하였으므로, 선택오류를 최소화하기 위하여 1차 추출단위, 층화변수 및 표본가중치를 부여하여 결과치를 추정하고, 복합 표본 분석 통계 방법을 이용하였다. 연속형 변수는 일반선형모델을 이용하여 추정값±표준오차로 표현하였고, 범주형 변수는 독립성검정(Chi-square test)를 이용하여 비율(추정값 ± 표준오차)로 표현하였다.

성별과 가구유형에 따른 대상자의 인구사회학적 특성(연령, 가구소득, 교육수준, 가구유형, 취업여부), 건강행태(음주, 흡연, 운동, 건강검진, 독감예방접종, 구강검진), 의료이용(미치료, 활동제한) 차이를 복합표본분석의 교차분석(χ^2-test), 일반선형분석으로 분석하였다.

가구유형과 건강행위 실천의 연관성 확인을 위해 가구유형을 독립변수로 하고 건강행태를 종속변수로 하여 연령, 성별, 공변수(월평균 가구수입, 직업여부, 교육, 정신건강, 활동제한)를 통제한 후 분석하였다. 건강검진, 구강검진의 경우 시행을 참조변수로 두고 미시행위험을 조사하였고, 독감예방접종, 흡연, 음주, 걷기의 경우 미시행을 참조변수로 두고 실천하는 경우에 대해 다변량 로지스틱 회귀분석(Binary logisticregression)으로 Odd's ratio 및 95% 신뢰구간을 구하였다.

통계프로그램으로는 SPSS ver. 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 사용하였으며 모든 검정의 유의수준은 p값이 0.05 미만인 경우로 하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 성별에 따른 건강행위, 사회경제적 상태 비교

연구에 포함된 대상자 중 남성이 2,495명, 여성이 3,287명이었고, 평균 연령은 남성 69세, 여성 70세였다. 여성에서 80세 이상 초고령자의 비율이 더 높았고 취업자의 비율이 낮고, 월평균 가구수입이 '하'에 속하는 경우가 49 %로 남성에 비해 10 % 이상 많았다. 교육수준의 경우 초등학교 졸업자의 비율이 80 % 로 학력수준이 낮았다. 또한 독거, 미치료, 활동제한의 비율이 높고, 건강검진, 구강검진 등 건강증진 행위 실천비율은 낮았다.

생활습관의 경우 여성 노인에서 남성에 비해 흡연, 고위험 음주의 위험은 낮았으나 걷기 실천이 낮고, 비만한 경우가 많았다. 정신건강 상태의 경우 스트레스 인지, 우울증상 경험, 자살사고 등의 비율이 높아 정신건강 상태가 위험하였다.

<Table 1> Sociodemographic characteristics of subjects.

	Male (n=2495)	Female (n=3287)	P-value
Age	68.98±0.17	70.45±0.17	<0.001
Age			<0.001
60-69	57.4 (1.2)	48.0 (1.2)	
70-79	35.6 (1.2)	40.3 (1.2)	
80 or older	7.0 (0.6)	11.7 (0.8)	
Household income			<0.001
Low	36.9 (1.3)	49.1 (1.2)	
Middle-low	29.7 (1.2)	25.5 (1.0)	
Middle-high	18.9 (1.0)	14.3 (0.8)	
High	14.5 (0.9)	11.1 (0.7)	
Jobs	53.0 (1.5)	31.6 (1.2)	<0.001
Education			<0.001
Elementary school	44.0 (1.5)	80.0 (0.9)	
Middle school	19.0 (1.1)	9.7 (0.6)	
High school	24.9 (1.1)	8.0 (0.6)	
College	12.1 (0.9)	2.3 (0.3)	
Family type			<0.001
Couple cohabitation	62.3 (1.5)	45.8 (1.3)	
Couple-offspring cohabitation	28.2 (1.4)	13.8 (1.0)	
Alone	7.4 (0.7)	28.5 (1.1)	
Offspring cohabitation	2.1 (0.4)	11.9 (1.1)	
Untreated	12.0 (0.8)	26.1 (1.0)	
Limited daily activities	18.1 (1.0)	23.9 (1.0)	<0.001
Oral Examination	20.4 (1.1)	14.3 (0.9)	<0.001
Health screenings	70.2 (1.2)	61.1 (1.2)	<0.001
Influenza vaccination	66.2 (1.3)	71.8 (1.0)	<0.001
Current smoking	27.2 (1.1)	3.3 (0.4)	<0.001
High risk drinking	32.7 (1.4)	4.3 (0.7)	<0.001
Walking	51.1 (1.3)	39.6 (1.2)	<0.001
Obesity	30.4 (1.2)	38.5 (1.1)	<0.001
Stress	13.3 (0.9)	28.2 (1.0)	<0.001
Depression	11.0 (0.8)	19.9 (0.8)	<0.001
Contemplation of suicide	14.1 (0.9)	25.0 (1.0)	<0.001

Values are presented as percent ± standard error.
Untreated: non-receipt of needed medical care in past 12 months.
Walking: 30 or more minutes, more than five days per week during the last week
High risk drinking: seven or more drinks (female five or more drinks), more than twice a week
Obesity: 25 or more body mass index

2. 가구유형에 따른 사회경제적 상태, 건강행위, 정신건강 상태 비교

독거의 경우 73세로 평균 연령이 가장 높았고 부부, 독거-자녀의 경우 69세로 비슷하고 부부-자녀의 경우 65세로 가장 낮았다. 즉 독거, 부부, 자녀와 함께 사는 경우 순으로 나이가 감소하였고, 나이가 많아지면서 자녀와 함께 살지 않는 노인가구(독거, 부부)로 가구유형이 변화하는 것으로 확인되었다. 또한 월가구 평균 수입 '하'의 비율도 독거 및 부부에서 높았다.

여성, 미취업, 저학력, 미치료, 활동제한의 비율

은 독거, 독거-자녀, 부부, 부부-자녀의 순으로 낮아졌고, 배우자가 없는 경우 사회 경제적 지위가 낮고 의료이용 또한 제한을 받는 것으로 조사되었다.

건강검진과 구강검진 시행은 부부-자녀, 부부, 독거-자녀, 독거의 순으로 낮아졌다.

독감예방접종의 경우 자녀와 함께 살지 않는 독거노인이 부부와 자녀가 함께 사는 독거 부부에 비해 더 잘 챙기는 것으로 조사되었다.

흡연 및 고위험 음주 등의 건강위험행위의 경우 부부-자녀, 부부의 경우 독거-자녀, 독거에 비해 높았고, 배우자가 있는 경우 흡연, 고위험 음주의 건강위험행위자가 10 % 더 많았다. 걷기실천은 가구유형에 따라 유의한 차이가 없었다.

정신건강 상태는 배우자가 있는 경우 더 건강하였다. 지난 2주간 우울증상 경험, 스트레스 인지의 비율이 독거-자녀 및 독거에서 부부-자녀, 부부에서보다 높았고, 배우자가 없는 경우, 자녀와 함께 사는 경우 우울, 스트레스 정도가 심한 것으로 나타났다. 자살사고의 경우 독거에서 가장 높았고, 독거-자녀, 부부, 부부-자녀 순으로 낮아졌다.

<Table 2> Distribution of Socioeconomic status, health related behavior, mental health status by family type (weighted)

	Couple cohabitation	Couple-offspring cohabitation	Alone	Offspring cohabitation	P-value
Age	69.13 ± 0.18	65.75 ± 0.23	73.06 ± 0.29	69.04 ± 0.56	<0.001
Age,					<0.001
60-69	54.1	78.8	30.1	56.4	
70-79	40.6	20.6	52.7	37.8	
80 or older	5.3	0.6	17.2	5.7	
Female	44.7	35.0	81.0	85.9	<0.001
Household income					<0.001
Low	50.6	19.9	78.4	34.2	
Middle-low	29.3	30.1	13.9	28.6	
Middle-high	11.3	29.5	4.7	26.2	
High	8.8	20.5	3.0	11.0	
Jobs	48.5	49.8	30.5	32.3	<0.001
Education					<0.001
Elementary school	58.5	46.1	80.2	77.3	
Middle school	15.6	17.6	8.5	10.0	
High school	18.7	24.3	7.8	9.4	
College	7.1	12.0	3.5	3.3	
Untreated	15.9	17.7	29.8	22.4	<0.001
Limited daily activities	20.1	19.0	28.9	21.3	0.001
Oral Examination	18.8	23.6	10.0	11.4	<0.001
Health screenings	69.0	70.5	57.3	57.3	<0.001
Influenza vaccination	72.5	58.9	75.3	63.2	<0.001
Current smoking	14.4	18.1	12.0	8.4	0.004
High risk drinking	22.2	25.3	14.7	16.2	0.016
Walking	39.6	39.7	36.8	38.8	0.766
Stress	19.1	20.0	23.5	25.6	0.093
Depression	13.9	14.2	21.7	23.2	<0.001
Contemplation of suicide	16.7	16.2	28.8	21.6	<0.001

Values are presented as weighted percent (estimated mean), estimated mean ± standard error
p-values are obtained by general linear model analysis in complex sample design, p-values are obtained by cross tabulation analysis (Pearson's chi-square test) in complex sample design.

3. 가구유형이 건강행태에 미치는 영향

나이, 성별을 보정한 회귀분석결과(Model 1) 가구유형은 구강검진, 건강검진, 독감예방접종, 흡연 등의 건강행태와 유의한 상관관계를 보였고, 고위험 음주, 걷기 실천 등의 요인과는 무관하였다. 건강검진, 구강검진 미검 위험이 부부에 비해 부부-자녀, 독거, 독거-자녀의 순으로 교차비가 상승하였다.

나이, 성별, 월평균 가구수입, 취업여부, 교육수준 등의 인구사회학적인 변인을 통제한 결과(Model 2)에서도 가구유형은 구강검진, 독감예방접종, 흡연 등의 건강행태에 영향을 미치는 유의미한 변인인 반면{odds ratio [OR] (95% confidence interval [CI]) 1.466 (1.076~1.906), 1.378 (1.087~1.747), 2.387 (1.702~3.347)}, 건강검진, 고위험 음주, 걷기실천 등과의 연관성은 유의하지 않았다.

정신건강상태, 활동제한 등의 변인을 추가로 보정한 후에도(Model3) 구강검진 미검, 독감예방접종, 흡연은 여전히 부부에 비해 독거에서 유의하게 교차비가 높았다.{OR(CI) 1.452 (1.066~1.980), 1.375 (1.083~1.747), 2.246 (1.604~3.146)}

<Table 3> Odds ratios of family type and health related behavior from multivariate logistic regression

	No Oral Examination	No Health Screenings	Influenza vaccination	Current smoking	High risk drinking	Walking
Model 1						
Couple cohabitation	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Couple-offspring cohabitation	0.911 (0.693-1.197)	1.123 (0.905-1.394)	1.329 (1.052-1.675)*	1.000 (0.743-1.345)	0.885 (0.638-1.229)	0.911 (0.743-1.117)
Alone	1.557 (1.158-2.094)*	1.268 (1.045-1.537)*	1.416 (1.122-1.788)*	2.411 (1.735-3.349)**	1.335 (0.907-1.966)	1.115 (0.888-1.401)
Alone-Offspring cohabitation	1.664 (1.000-2.768)	1.521 (1.026-2.256)*	1.771 (1.168-2.683)*	1.592 (0.871-2.908)	1.579 (0.709-3.518)	1.164 (0.810-1.671)
Model 2						
Couple cohabitation	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Couple-offspring cohabitation	1.055 (0.790-1.409)	1.178 (0.938-1.481)	1.381 (1.087-1.754)**	1.128 (0.829-1.533)	0.921 (0.655-1.293)	0.871 (1.710-1.069)
Alone	1.466 (1.076-1.906)*	1.182 (0.969-1.441)	1.378 (1.087-1.747)**	2.387 (1.702-3.347)**	1.317 (0.885-1.960)	1.135 (0.896-1.436)
Offspring cohabitation	1.661 (0.981-2.811)	1.474 (0.988-2.200)	1.890 (1.239-2.883)**	1.676 (0.936-2.999)	1.317 (0.591-2.937)	1.128 (0.780-1.633)
Model 3						
Couple cohabitation	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Couple-offspring cohabitation	1.057 (0.791-1.412)	1.158 (0.920-1.458)	1.386 (1.092-1.760)*	1.089 (0.802-1.477)	0.910 (0.650-1.274)	0.881 (0.717-1.83)
Alone	1.452 (1.066-1.980)*	1.163 (0.953-1.420)	1.375 (1.083-1.747)*	2.246 (1.604-3.146)**	1.369 (0.906-2.068)	1.153 (0.910-1.460)
Offspring cohabitation	1.660 (0.982-2.805)	1.453 (0.975-2.165)	1.860 (1.213-2.853)*	1.578 (0.864-2.882)	1.275 (0.583-2.787)	1.142 (0.786-1.659)

Values are presented as odds ratio (95% confidence interval). Odds ratio obtained by multivariate logistic regression. *P-value <.05, **P-value <.01

Model 1. adjusted for age, sex.

Model 2. adjusted for age, sex, monthly income, jobs, education.

Model 3. adjusted for age, sex, monthly income, jobs, education, emotional stress (depression experience, stress perception, contemplation of suicide), limited daily activities

Ⅳ. 고찰 및 결론

본 연구는 65세 이상노인에서 가구유형에 따른 건강행태의 차이를 알아보기 위해 제 5기 국민건강영양조사(2010-2012) 자료를 이용한 단면연구이다. 본 연구에서 평가한 건강행태 중에서 고위험 음주, 걷기 실천여부를 제외한 건강검진, 구강검진, 독감예방접종, 흡연 등의 건강행태는 가구유형과 관련이 있었다. 자녀 동거 유무에 상관없이 부부에 비해 독거에서 독감예방 접종률, 구강검진 수검률이 낮아 건강증진 행위실천이 낮았고 흡연의 위험이 높았다.

1. 가구 유형과 정신건강 상태

노인에서 가구유형은 삶의 질을 결정하는 중요한 환경적 특성이 되며[13], 가족동거여부는 노인의 건강 및 심리적 안정에 영양을 미치는 주요한 인자이다[14]. 가족과 함께 동거하는 노인은 가족으로부터 건강에 대한 보호나 부양을 받음으로써 건강상태가 독거노인보다 더 좋으며 가족이 지지체계 역할을 하여 스트레스 완화와 질병위험 감소 효과가 있다[15]. 이번 연구에서도 정신건강 상태의 경우 배우자가 없는 경우(독거, 독거-자녀)에서 우울증상 경험과 자살 생각 경험률이 높아 가구유형은 노인의 심리적 안정 및 지지에 유의한 상관관계가 있음을 확인하였다. 즉, 독거, 독거-자녀에서 부부, 부부자녀에 비해서 우울증상 경험이 높고 자살사고 높아 기분상태 정도가 저조하고 정신건강상태가 나쁜 것을 확인하였다. 이 결과는 혼자 살거나 배우자가 없는 노인의 기분상태, 우울, 불안 등이 가족과 함께 살거나 배우자가 있는 노인보다 기분상태가 저조하다는 다른 연구결과와 유사하였다[16]. 즉 가족동거 및 배우자 유무는 노인의 심리적 정서적 건강에 큰 비중을 차지하며 특히 노인들은 노령화에 따른 여러 스트레스, 신체적 질병, 경제사정 악화, 사회로부터의 고립 등으로 정서적인 문제를 일으키기 쉬우며[17] 가족과의 분리가 기분이나 우울 등 정신건강에 중요한 영향을 미친다[18].

가족지지는 노인의 심리사회적 환경에 중요한 요인으로 이전 연구에서도 자녀 및 배우자와 동거하는 노인에 비해 독거 노인에서 고독감이 증가하고 자살률이 높았고[3][19] 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인 중 우울의 위험도가 가장 높다고 한 보고[20]도 있었다. 이번 연구결과 자살사고의 경우 독거에서 가장 높았고, 독거-자녀, 부부, 부부-자녀 순으로 낮아졌다. 즉, 자녀동거여부 보다는 배우자가 있는 경우에서 없는 경우보다 우울, 스트레스, 자살사고 비율이 낮아지는 것으로 보아 심리적 지지와 안정은 자녀보다는 배우자 동거유무의 영향이 큰 것으로 생각된다. 그러므로 노인 우울 및 자살 예방을 위해서는 독거노인에 대한 사회적 관리 및 보호체계가 필요할 것으로 생각된다.

2. 가구유형에 따른 건강행태

구강검진, 독감예방접종, 흡연 등의 건강행태는 가구유형에 따라 유의한 차이가 있었다. 독거 노인에서 독감예방접종 비율 높았지만 구강검진 미검, 흡연 위험이 높았다. 이는 선행연구[15][21]들에서 독거 노인의 건강행태가 다른 가구유형에 비해 좋지 않음을 보고했던 것과 유사하다. 독거 노인에서 활동제한의 비율이 높아 거동이 불편하고, 취업률이 낮아 월 평균 수입이 낮은 것이 미치료율을 높이고 구강검진 미검 위험을 높이는 요인으로 생각된다. 노인에서 구강 건강 및 위생상태는 건강상태 및 영양상태를 결정하고 삶의 질에 영향을 미치므로[22][23], 치주질환, 결손치 여부를 확인하는 등 간단한 구강 검진으로 조기진료가 필요하다. 또한 흡연은 암, 심혈관 질환, 호흡기 질환 등 각종 만성질환의 원인일 뿐 아니라 치주질환의 유병률 및

심한 정도와 관련성이 있고 구강건강의 최종 목표인 잔존 치아 수에도 영향을 준다[24]. 독거노인에서 흡연 및 구강검진 위험이 높고 구강 건강 상태가 나쁜 것으로 생각되어 음식섭취장애로 인한 영양결핍 및 낮은 삶의 질이 우려된다.

3. 연구의 제한점

본 연구는 국민건강영양자료를 이용한 단면연구로서, 가구유형과 건강행태의 관련성에 대하여 시간적 선후관계나 인과관계 파악이 어렵다. 그러나 인과관계와 무관하게 건강행태에 영향을 미치는 다양한 사회경제적 변수 등을 보정한 자료이므로 그 상관관계에 있어서 의미를 부여할 수 있을 것이다. 다음으로 조사시점의 가구유형 뿐만 아니라 가구유형의 변화시점 역시 건강행태에 영향을 미치는 것으로 보이는데 본 연구에서는 현재 동거하는 자녀 및 부부로 가구유형 정의에 있어 변화에 대한 시점 파악이 불가능하였다. 마지막으로 가구유형 및 건강행태에 대한 자료가 객관적인 자료나 측정이 아니라 연구 참여자의 응답에 의존하여 정확도가 떨어질 수 있다. 이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 국민건강영양조사 자료를 이용하여 한국인 노인에 대한 대표성을 확보하였고 남녀를 모두 포함하여 성별에 따른 차이를 제시하였고, 가구유형이 건강행태에 미치는 영향을 분석함에 있어 인구사회경제학적변인과 정신건강상태를 고려한 데 그 의의가 있다.

결론적으로 한국인 노인에서 가구유형에 따라 구강검진, 독감예방접종, 흡연 등의 건강행태는 차이가 있고 특히, 독거 노인에서 건강 행태가 좋지 않았다. 향후 가구유형에 따른 건강행태의 관련여부를 입증하기 위해 가구유형이 변화하는 시점을 포함한 전향적 연구가 필요하고, 독거 노인의 건강행태 개선을 위한 사회적 지지와 체계가 필요하다.

REFERENCES

1. E.Y. Choi, S.P. Kwon(2012), Changes in population and household structure housing characteristics(1985~2010), Statistics, Vol.3(1);1-32.
2. S.D Chung(2001), Living arrangement and loneliness among elderly community residents, Korean Journal of Family Social Work, Vol.7;256-274.
3. K.H Jo, H.J. Lee(2006), Attitudes of Elderly Koreans toward Suicide -a Q-Methodological Approach-, J Korean Acad Nurs, Vol.36(6);905-916.
4. M. Tsubota-Utsugi, R. Ito-Sato, T. Ohkubo, M. Kikuya, K. Asayama(2011), Health behaviors as predictors for declines in higher level functional capacity in older adults: the Ohasama Study, J Am Geriatr Soc, Vol.59(11);1993-2000.
5. C. Maraldi, T.B. Harris, A.B. Newman, S.B. Kritchevsky, M. Pahor, A. Kosterl(2009), Health ABC study: Moderate alcohol intake and risk of functional decline: the Health, Aging and Body Composition study, J Am Geriatr Soc, Vol.57(10);1767-1775.
6. E.F. Chakravarty, H.B. Hubert, E. Krishnan, B.B. Bruce, V.B. Lingala, J.F. Fries(2012), Lifestyle risk factors predict disability and death in healthy aging adults, Am J Med, Vol.125(2);190-197.
7. F. Artaud, A. Dugravot, S. Sabia, A. Singh-Manoux, C. Tzourio, A. Elbaz(2013), Unhealthy behaviours and disability in older adults: Three-City Dijon cohort study, BMJ, 347;f4240.
8. E.M. Emmons(2000), Health behaviors in a social context. In Social Epidemiology. Edited by Berkman LF, Kawachi I. Oxford: Oxford University Press, pp.242-266.

9. L.F. Berkman, T. Glass(2000), Social integration, social networks, social support and health. In Social Epidemiology. Edited by Berkman LF, Kawachi I. Oxford: Oxford University Press, pp.137-173.
10. D. Umberson, R. Crosnoe, C. Reczek(2010), Social relationships and health behavior across the life course, Annu Rev Sociol, Vol.36;139-157.
11. L.J. Waite(1995), Does marriage matter?, Demography, Vol.32(4);483-507.
12. J.T. Denney(2010), Family and household formations and suicide in the United States, J Marriage Fam, Vol.72(1);202-213.
13. E. Gee(2000), Living arrangements and quality of life among Chinese Canadian elders, Soc Indic Res, Vol.51(3);309-329.
14. K.L. Chou, I. Chi(2000), Comparison between elderly Chines living alone and those living with others, J Gerontol Social Work, Vol.33(4);51-66.
15. K.S. You, H.S. Park(2003), Comparison of health status between senior people living alone and those who live with their families, J Korean Gerontol Soc, Vol.23(4);163-179.
16. Y.M. Jung(2005), Mood states, activities of daily living and attitude toward aging according to spouse's existence, J Korean Acad Adult Nurs, Vol.17(4);656-617.
17. J. Yoon(1996), Adult, elderly psychology. Seoul:Chungang Aptitude Publishing, pp.23-26.
18. J.S. Kim, H.S. Lee, I.K. Jung, D.I. Kwak(1998), Depressive symptoms of the espousal bereaved elders, J Korean Neurophychiatr Assoc, Vol.2(1);85-92.
19. S.S Han, S.W. Kang, S.H. Jeong(2012), Experiences of depressive symptom and suicidal thinking between the elderly living alone and the elderly couples, The korean journal of health service management, Vol.6(3);29-38.
20. S.Y. Sohn(2014), A study on factors affection the elderly suicidal ideation in Korea, The Korean journal of health service management, Vol.8(2);149-160.
21. S.E. Cha(2007), Marital status of elderly: does it really matter for health?, J Korean Gerontol Soc, Vol.27(2);371-392.
22. C. Wanda. A. Gonsalves, S. Wrightson, RG. Henry(2008), Common Oral Conditions in Older Persons, Am Fam Physician, Vol.78(7);845-852.
23. M. Lamy, P. Mojon, G. Kalykakis, R. Legrand, E. Butz-Jorgensen(1999), Oral status and nutrition in the institutionalized elderly, J Dent, Vol.27(6);443-448.
24. H.Y. Kim, S.J. Hwang(2011), Association of smoking, economic status and oral health in the elderly in Dong-gu, Daejeon, J Korean Acad Oral Health, Vol.35(1);67-76.