가족 유형과 인구사회학적 요인에 따른 60세 이상 한국인의 건강 관리: 5기 국민건강 영양조사 결과를 바탕으로

부산대학교병원 가정의학과¹, 부산대학교병원 의생명연구원², 양산부산대학교병원 가정의학과클리닉³, 부산대학교 의학전문대학원 의학교육실⁴

탁영진^{1,2} · 김윤진^{1,2} · 이상엽^{3,4} · 이정규^{1,2} · 정동욱³ · 이유현^{1,2} · 조영혜³ · 최은정³ · 남경지³

Health Care Behavior of People 60 Years and Older in Korea According to Family Type and Sociodemographic Factors - The 5th Korea National Health and Nutrition Examination Survey

Young-Jin Tak, MD^{1,2}, Yun-Jin Kim, MD^{1,2}, Sang-Yeoup Lee, MD^{3,4}, Jeong-Gyu Lee, MD^{1,2}, Dong-Wook Jung, MD³, Yu-Hyeon Yi, MD^{1,2}, Young-Hye Cho, MD³, Eun-Jung Choi, MD³, Kyung-Jee Nam, MD³

¹Department of Family Medicine, Pusan National University Hospital, Busan,

²Biomedical Research Institute, Pusan National University Hospital, Busan,

³Family Medicine Clinic, Pusan National University Yangsan Hospital, Yangsan,

⁴Medical Education Unit, Pusan National University School of Medicine, Yangsan, Korea

Background: This study evaluated the effects of family type and sociodemographic factors on medical treatment, health behavior, and subjective health status in Koreans 60 years and older.

Methods: This study was based on data from the 5th Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES), a nationwide health interview survey using a rolling sampling design involving complex, stratified, multistage, probability cluster. Our subjects included those ≥ 60 years of age ($n=1,946$) participating in the KNHANES 2010. Family type was categorized into 7 groups according to cohabitation: alone, couple cohabitation (living with a spouse), parent(s) cohabitation (couple living with parent(s)), offspring cohabitation (no spouse, living with offspring), couple offspring cohabitation (couple living with offspring), couple offspring parents cohabitation (couple living with parent(s) and offspring), and others. Logistic regression analyses were used to examine the association of family type and sociodemographic factors with health care.

Results: The most common family type was couple cohabitation ($38.26 \pm 1.8\%$). In this group, the percentage of non-receipt of needed medical care (odds ratio [OR], 0.60; 95% confidence interval [CI], 0.42 to 0.87) and current smoking rate (OR, 0.32; 95% CI, 0.20 to 0.50) were significantly lower than those living alone. Among the sociodemographic characteristics, male gender, apartment dwelling, high middle household income, 2 member family, education higher than middle school, and possessing own house were associated with good health care behavior.

Conclusion: This study shows that couples have better health care behavior than other family types, in particular, limited smoking, appropriate medical treatment, and positive subjective health status. Those living alone visit medical clinics less often and have a negative subjective health status.

Key Words: Family type, Korean elderly, Health care

Received: August 9, 2012 ▶ Revised: November 13, 2012 ▶ Accepted: December 4, 2012

Address for correspondence: Yun-Jin Kim, MD

Department of Family Medicine, Pusan National University Hospital, 179 Gudeok-ro, Seo-gu, Busan 602-739, Korea

Tel: +82-51-240-7834, Fax: +82-51-242-8671, E-mail: yujkim@pusan.ac.kr

*이 논문은 부산대학교 자유과제 학술연구비(2년)에 의하여 연구되었음.

서론

세계적으로 보건 의료 기술의 발달로 평균 수명이 연장되고 출산율이 감소함에 따라 전체 인구에서 노인이 차지하는 비율이 급격하게 증가하고 있다. 우리나라도 2007년에 이미 65세 이상 노인 인구의 비중이 9.9%로 고령화 사회에 진입하였고, 2019년에는 고령사회(aged society)가 될 것으로 예상된다¹⁾. 이 같은 고령화 사회에서 노인 개인적으로는 사회적 역할과 생산성 상실, 빈곤, 질병 등으로 어려움을 겪게 되며, 국가적으로는 노년 부양비와 노인 복지를 위한 비용 증가 등의 문제를 안게 된다²⁾. 실제로 우리나라 전체 노인 중 98%가 하나 이상의 만성 퇴행성 질환에 이환되어 있는 것으로 조사되어 앞으로 노인의 의료 이용률과 의료비 상승이 큰 사회적 문제가 될 것이다³⁾.

한편 우리나라는 전통적으로 확대 가족 형태를 유지해오다 1960년대 이후 경제 구조의 변화와 경제 성장으로 핵가족화 되면서 노인 1세대 가구가 급증하였다^{4,5)}. 이러한 가족 구조의 변화는 노인의 생활 양식을 변화시켜 건강 관리 행태에도 큰 영향을 미치게 되었다⁶⁻⁸⁾.

노인의 건강 관리 행태에는 직업, 교육 수준, 사회 활동, 운동 등과 같은 다양한 요인들이 영향을 미치는데⁹⁾, 그 중 가족 형태가 미치는 영향에 대한 연구가 국외^{10,11)}나 국내¹²⁻¹⁸⁾에서 많이 이루어져 있다. 하지만 대부분이 자녀 동거 노인과 독거 노인의 비교이며¹⁹⁾, 독거 노인의 소외감이나 고독감을 중심으로 한 정신 건강 상태에 관한 연구이다^{20,21)}. 노인들은 자녀와 배우자에게 기대하는 바가 다르기 때문에¹²⁾ 부부 노인 가구를 제외한 연구는 가족 유형에 따른 노인의 건강 관리 행태를 정확하게 반영하지 못했을 가능성이 크다. 또한 대다수의 연구가 사회복지학과나 행정학과 등에서 이루어져 노인 복지 사회 정책의 개선점 제안에 초점이 있고, 노인 건강 관리의 전반적인 요소나 질병의 치료 상태에 대해서는 논의된 바가 적다. 이에 본 연구는 노인 건강 관리 행태와 인구사회학적 특성(성별, 연령, 가구원 수, 가계 소득, 교육 수준, 주택 소유 여부, 배우자 동거 여부)의 연관성을 알아보고, 가족 유형에 따른 노인 건강관리 행태의 차이를 밝히고자 하였다.

대상 및 방법

1. 대상

본 연구는 질병관리본부의 주관으로 수행된 국민건강 영양

조사 제 5기(2010년) 자료²²⁾를 분석하였다. 이 조사는 전국 약 3,840가구, 만 1세 이상 가구원 전체를 대상으로 2010년 1월부터 12월까지 총 8,473명에게 실시된 것이다. 본 연구는 제 5기 국민건강 영양조사 참여자 중, 개인의 사회 경제적 위치나 가족 구조가 크게 변하는 시기(은퇴, 자녀의 독립이나 결혼)를 겪기 시작하는 연령인 60세 이상의 남녀 총 1,946명을 대상으로 하였다.

본 연구는 제5기 국민건강영양조사 결과를 이용한 것이며, 이 조사는 질병관리본부 연구윤리심의위원회의 승인을 받아 수행된 것이다(승인번호: 2007-02-CON-04-P, 2008-04EXP-01-C, 2009-01CON-03-2C, 2010-02CON-21-C).

2. 방법 및 설문 내용

제 5기의 표본 설계는 2009년 주민등록 인구 자료와 2008년 아파트 시세 자료를 표본 추출틀로 이용하였다. 또한 순환 표본 설계 방법으로 제 5기 3개년 표본이 전국을 대표하는 독립적인 확률 표본이 되고, 각 연도별로 유사한 특성을 갖는 표본이 뽑히도록 하였다. 국민건강 영양조사의 내용은 건강 설문 조사, 영양 조사, 검진 조사로 구성되어 있고, 건강 설문 조사와 검진 조사는 이동 검진 센터에서 1:1면접 방식으로 실시되었다. 본 연구는 건강 설문 조사의 가구 조사, 교육, 경제 활동, 이환, 의료 이용, 건강 검진, 예방 활동, 흡연, 음주, 신체 활동, 삶의 질에 대한 자료를 이용하였다.

1) 인구사회학적 특성

설문을 통해 연령, 성별, 소득 수준, 교육 수준, 배우자 동거 여부, 가구원 수, 주택 소유, 주택 형태를 조사하였다.

2) 질병 치료율

연간 병원 미 치료율은 최근 1년간 병원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있었는지에 대한 분율로, 만성 질환 치료율은 설문 조사에서 각 질환을 의사로부터 진단받은 유병자 중, 현재 치료 여부에 대한 분율로 정의하였다.

3) 건강 관련 행위

건강 검진 수진율은 최근 2년 동안 건강을 위해 건강 검진을

받은 여부에 대한 분율로, 독감 예방 접종률은 최근 1년 동안 인플루엔자(계절 독감) 예방 접종을 받은 여부에 대한 분율로, 3일 이상 보행률은 최근 1주일 동안 최소 3일은 걷기를 실천한 분율로, 현재 흡연율은 평생 5갑(100 개비)이상 흡연한 사람 중 현재 흡연하는 사람(매일 피움 또는 가끔 피움)의 분율로 정의하였다.

4) 주관적 건강 상태

평소에 ○○○님의 건강은 어떻다고 생각하십니까?라는 질문에 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨 중에 대답하도록 하였고, 매우 좋음과 좋음을 좋음으로, 보통을 보통으로, 나쁨과 매우 나쁨을 나쁨으로 분류하였다.

3. 가족 유형의 분류

노인들의 가족 형태는 다른 연령층에 비해 복잡하여 다양한 형태로 구분 가능한데²³⁾, 본 연구에서는 가족 내 경제력, 기능을 고려하여 동거하는 인원, 세대 유형, 가구주와의 관계에 따라 1인 가구인 경우 독거로, 부부만 사는 경우 부부 동거, 부부와 미혼 및 기혼 자녀가 함께 사는 경우 부부자녀 동거, 편부 및 편모와 미혼 및 기혼 자녀가 함께 사는 경우 자녀 동거, 부부와 양친 혹은 편부모가 사는 경우 부모 동거, 부부와 미혼 및 기혼 자녀가 양친 혹은 편부모와 함께 살 경우 부부자녀 부모 동거로, 이외 다른 모든 세대 유형(친지나 친구와의 동거 등)은 기타로 정의하여 총 7개로 가족 유형을 분류하였다.

4. 통계 분석

국민건강 영양조사는 복합 표본 설계에 의한 자료이기 때문에 복합 표본 분석 통계 방법을 이용해서 분석을 실시했다. 자료의 분석 시에는 층화 변수와 1차 추출 단위, 가중치를 이용하여 분석 계획 파일을 작성하고, 60세 이상 노인인 대한 부모 집단(sub population) 분석으로 가족 유형에 따른 노인의 질병 치료 경향과 건강 관리 행태를 추정하였다. 연구 대상자의 특성과 질병 치료, 건강 관리는 빈도 분석을 이용하여 추정하였고 가족 유형과 질병 치료, 건강 관리, 주관적 건강 상태의 관련성은 교차 분석을 실시했다. 노인의 질병 치료, 건강 관리, 주관적 건강 상태에 영향을 미칠 수 있는 성별, 연령, 소득과 교육 수준, 가구원 수, 배우자 동거 여부, 주택

소유, 주택 형태와의 관련성을 단변량 로지스틱 회귀분석을 이용하여 오즈비 및 95% 신뢰 구간을 구하였다. 가족 유형에 따른 질병 치료, 건강 관리, 주관적 건강 상태의 오즈비를 얻기 위해 성별과 연령을 보정한 다변량 로지스틱 회귀분석을 이용했다. 모든 통계 처리는 IBM SPSS ver. 18.0 (IBM Co., Armonk, NY, USA)을 이용하여 분석하였고 통계적인 유의 수준은 p값이 0.05 미만인 경우로 하였다.

결 과

1. 조사 대상의 인구사회학적 특성

조사 대상의 53%는 60대이며 70대 이상의 노인은 47%였고 남자가 43.2%, 여성이 56.8%로 여성이 더 많았다(Table 1).

가족 유형은 부부 동거가 38.3%로 가장 많고, 기타 가족 유형이 13.9% 두번째로 노인들이 다양한 가족 형태로 살고 있음을 알 수 있다. 가구 소득은 70.1%가 중저소득층으로 많은 노인이 넉넉하지 않은 형편에 있었고, 교육 정도에 있어서는 67.2%의 노인이 초등학교 이하의 교육을 받았으며, 5.8%만이 대학 이상의 교육을 받았다.

연간 병원 미치료율(최근 1년간 병원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있다)은 전체 노인의 22%로 조사되었다. 만성 질환의 치료 여부와 관련하여 관절염의 경우 의사에게 진단받은 환자 991명 중 976명이 현재 치료받고 있다고 답하여 98.4%의 가장 높은 치료율을 보였고, 고혈압과 당뇨는 각각 85.2%, 80.9%, 이상지질혈증은 52.1%의 환자가 현재 치료를 받고 있었다. 건강관련 행위 부문에서 건강검진 수검률은 62.9%, 독감 예방 접종률 67.2%, 주 3일 이상 보행률 65.2%, 현재 흡연율은 14.5%로 나타났다.

주관적 건강상태는 30.2%의 노인은 좋다고 생각하며, 33.9%의 노인은 나쁘다고 생각하고 있었다.

2. 인구사회학적 특성과 건강관련 행위, 주관적 건강 상태의 연관성

건강검진은 남성이 여성보다 더 잘 받으며(odds ratio [OR], 1.851; 95% confidence interval [CI], 1.20 to 2.84), 소득 수준은 상위 계층에 비해 중상위 계층의 수검률이 높았고(OR, 1.97; 95% CI, 1.02 to 3.79), 주거 형태가 아파트인 경우, 단독 주택에서 사는 노인보다 수검률이 높았다(OR, 2.00;

Table 1. Sociodemographic characteristics and current medical treatment rate of subjects

Characteristic	No. of subjects	Value (%)
Age (yr)		
60-69	1,044	53.0±1.5
≥70	902	47.0±1.5
Sex		
Male	876	43.2±1.0
Female	1,070	56.8±1.0
Family type		
Alone	258	12.1±1.0
Couple cohabitation	822	38.3±1.8
Couple-offspring cohabitation	255	13.5±1.2
Offspring cohabitation	88	5.7±0.8
Parent(s) cohabitation	64	4.6±0.8
Couple-offspring-parent(s) cohabitation	223	12.1±1.1
Others	235	13.9±1.2
Household income		
Low	881	45.6±1.9
Low-middle	472	24.5±1.4
High-middle	303	15.9±1.1
High	259	14.0±1.4
Education		
Elementary school or lower	1,196	67.2±1.6
Middle school	262	12.4±1.0
High school	307	14.6±1.0
College or higher	130	5.8±0.8
Untreated, yes	375	22.0±1.1
Current medical treatment rate (no. of treatment/patient)		
Hypertension	1,237/1,444	85.7±1.4
Dyslipidemia	347/666	52.1±2.7
Diabetes mellitus	433/535	80.9±2.2
Arthritis	976/991	98.4±0.4
Health screenings, yes	1,200	62.9±1.6
Influenza vaccination, yes	1,295	67.2±1.4
≥3 Days/wk of walking, yes	1,261	65.2±1.5
Current smoking, yes	268	14.5±0.9
Subjective health status		
Good	582	30.2±1.7
Middle	695	35.9±1.5
Bad	624	33.9±1.4

Values are presented as percent±standard error.

Untreated, nonreceipt of needed medical care in past 12 months. Medical conditions based on diagnosis made by a physician.

95% CI 1.37 to 2.92) (Table 2). 반면, 주택 무소유자는 2개 이상의 주택 소유자 보다 건강 검진을 덜 받는 것으로 나타났다 (OR, 0.48; 95% CI, 0.29 to 0.78).

독감 예방 접종은 가구원 수가 1명일 때 가구원 수가 4명 이상인 경우에 비해 높은 접종률을 보였으나(OR, 2.06; 95% CI, 1.15 to 3.69), 60대가 70세 이상 노인 에 비해 낮았고(OR,

0.33; 95% CI, 0.25 to 0.44), 공동 주택에 사는 노인의 접종률이 단독 주택에 사는 노인보다 낮았다(OR, 0.55; 95% CI, 0.39 to 0.79). 주 3일 이상 걷는 비율은 교육 수준과 주택 형태에 영향을 받았는데, 초등 이하의 교육을 받은 노인이 대학 이상의 교육을 받은 노인보다 낮았으나(OR, 0.46; 95% CI, 0.25 to 0.86), 아파트 거주 노인은 단독 주택 거주 노인 에

Table 2. Odds ratios of health-related behavior, subjective health status by sociodemographic characteristics from univariate logistic regression

	Health screenings	Influenza vaccination	≥3 Days/wk of walking	Current smoking	Subjective health status-good
Sex					
Male	1.85(1.20-2.84)	0.84 (0.59-1.18)	0.87 (0.63-1.18)	25.72 (15.55-42.54)	1.38 (1.01-1.90)
Female	1	1	1	1	1
Age (yr)					
60-69	0.84 (0.62-1.15)	0.33 (0.25-0.44)	1.26 (0.96-1.65)	1.32 (0.92-1.90)	0.98 (0.75-1.29)
≥70	1	1	1	1	1
Household income					
Low	0.83 (0.50-1.39)	1.24 (0.80-1.93)	1.18 (0.76-1.86)	0.85 (0.47-1.53)	0.50 (0.32-0.78)
Low-middle	1.15 (0.67-1.98)	1.47 (0.95-2.27)	1.31 (0.87-1.97)	0.83 (0.47-1.48)	0.55 (0.36-0.83)
High-middle	1.97 (1.02-3.79)	1.38 (0.83-2.31)	0.91 (0.55-1.48)	1.04 (0.53-2.04)	0.67 (0.44-1.03)
High	1	1	1	1	1
Education					
Elementary school	0.56 (0.22-1.43)	0.93 (0.54-1.60)	0.46 (0.25-0.86)	3.12 (1.45-6.74)	0.57 (0.31-1.05)
Middle school	0.75 (0.27-2.12)	0.73 (0.41-1.28)	0.62 (0.31-1.21)	3.35 (1.51-7.42)	0.51 (0.27-0.95)
High school	0.74 (0.27-2.03)	0.74 (0.44-1.27)	0.79 (0.45-1.40)	1.98 (0.85-4.62)	0.59 (0.33-1.07)
College	1	1	1	1	1
Living with spouse					
No	0.96 (0.56-1.65)	0.90 (0.58-1.39)	1.31 (0.86-1.98)	2.84 (1.31-6.13)	0.93 (0.56-1.55)
Yes	1	1	1	1	1
Number of family					
1	1.05 (0.57-1.95)	2.06 (1.15-3.69)	0.63 (0.35-1.14)	0.84 (0.31-2.26)	0.82 (0.43-1.58)
2	1.28 (0.83-1.98)	1.29 (0.92-1.81)	0.85 (0.61-1.19)	0.62 (0.39-0.97)	0.90 (0.63-1.28)
3	1.01 (0.59-1.72)	0.88 (0.58-1.33)	1.03 (0.66-1.61)	0.81 (0.47-1.42)	0.66 (0.44-0.98)
≥4	1	1	1	1	1
House(s) owned					
None	0.48 (0.29-0.78)	0.79 (0.47-1.34)	0.72 (0.45-1.14)	1.41 (0.77-2.60)	0.88 (0.56-1.39)
1	0.69 (0.45-1.06)	0.81 (0.53-1.25)	1.10 (0.74-1.63)	0.83 (0.53-1.28)	0.93 (0.68-1.27)
≥2	1	1	1	1	1
Type of housing					
Apartment	2.00 (1.37-2.92)	0.90 (0.66-1.24)	1.60 (1.13-2.25)	0.85 (0.56-1.30)	0.97 (0.69-1.36)
Tenement	1.35 (0.92-1.98)	0.55 (0.39-0.79)	0.96 (0.64-1.45)	0.84 (0.45-1.55)	0.58 (0.37-0.90)
Others	2.61 (0.76-9.06)	0.52 (0.24-1.12)	0.85 (0.42-1.69)	0.30 (0.07-1.31)	0.43 (0.17-1.08)
Detached	1	1	1	1	1

Values are presented as odds ratio (95% confidence interval).
Odds ratio obtained by univariate logistic regression.

비해 높았다(OR, 1.60; 95% CI, 1.13 to 2.25). 현재 흡연율은 성별과 교육 수준 및 배우자 동거 여부, 가구원 수의 영향을 받았다. 남성이 여성보다(OR, 25.72; 95% CI, 15.55 to 42.54), 초졸 이하의 교육을 받은 노인과(OR, 3.12; 95% CI, 1.45 to 6.74) 중등 이하의 교육을 받은 노인이(OR, 3.35; 95% CI, 1.51 to 7.42) 대학 이상의 교육을 받은 노인보다 흡연율이 높았으며, 배우자와 동거 하지 않는 노인도 배우자와 동거하는 노인에 비해 흡연을 많이 하고 있었다(OR, 2.84; 95% CI, 1.31 to 6.13). 반면 가구원 수가 2명일 때는 4명 이상의 경우

보다 흡연율이 낮았다(OR, 0.62; 95% CI, 0.39 to 0.97).

주관적 건강 상태는 성별과 소득 수준, 교육 수준, 가구원 수, 주택 형태에 따라 차이를 보였다. 남성이 여성에 비해 자신의 건강 상태가 좋다고 생각했다(OR, 1.38; 95% CI, 1.01 to 90). 반면 소득 수준이 중하위(OR, 0.50; 95% CI, 0.32 to 0.78)와 중상위층의 노인(OR, 0.55; 95% CI 0.36 to 0.83)은 상위층 노인에 비해 건강이 좋다고 생각하는 비율이 낮았으며, 중학교 이하의 교육을 받은 노인 또한 대학 이상의 교육을 받은 노인에 그 비율이 낮았다(OR, 0.51; 95% CI,

0.27 to 0.95). 또한 가구원 수가 3명인 경우, 가구원 수가 4명 이상인 보다 건강이 좋다고 생각하는 비율이 낮았고(OR, 0.66; 95% CI, 0.44 to 0.98), 공동 주택에 거주하는 노인 또한 단독 주택에 거주하는 노인에 비해 건강하다고 생각하는 비율이 낮게 나타났다(OR, 0.58; 95% CI, 0.37 to 0.90).

3. 인구사회학적 특성과 질병 치료의 연관성

연간 병의원 미 치료율은 남성이 여성에 비해 낮았으며(OR,

0.540; 95% CI, 0.35 to 0.83), 소득 수준도 중상위 계층인 노인이 상위 계층의 노인에 비해 낮았다(OR, 0.51; 95% CI, 0.26 to 0.98) (Table 3). 또한 아파트에서 사는 노인이 단독 주택에 사는 노인보다 연간 병의원 미 치료율이 낮았다(OR, 0.50; 95% CI, 0.34 to 0.73). 반면 자기 주택이 없는 노인의 연간 연간 병의원 미 치료율이 2개 이상의 주택 소유를 하고 있는 노인보다 높았다(OR, 2.10; 95% CI, 1.28 to 3.45).

고혈압 치료율은 성별에서만 차이가 있었고 남성이 여성에

Table 3. Odds ratios of current medical treatment rate by sociodemographic characteristics from univariate logistic regression

	Untreated*	Tx of HTN	Tx of dyslipidemia	Tx of DM	Tx of arthritis
Sex					
Male	0.54 (0.35-0.83)	0.31 (0.10-0.97)	1.16 (0.44-3.04)	0.55 (0.21-1.45)	0.88 (0.17-4.57)
Female	1	1	1	1	1
Age					
60-69	1.19 (0.87-1.62)	0.51 (0.17-1.51)	0.67 (0.36-1.22)	3.06 (1.23-7.61)	1.36 (0.44-4.18)
≥70	1	1	1	1	1
Household income					
Low	1.20 (0.72-2.00)	1.04 (0.32-3.34)	0.71 (0.22-2.37)	0.77 (0.19-3.19)	2.18 (0.29-16.27)
Mid-low	0.87 (0.51-1.50)	0.67 (0.23-1.98)	1.00 (0.33-3.08)	0.84 (0.23-3.05)	3.34 (0.47-23.74)
Mid-high	0.51 (0.26-0.98)	0.95 (0.24-3.66)	0.60 (0.20-1.81)	1.24 (0.19-8.08)	1.28 (0.32-5.23)
High	1	1	1	1	1
Education					
Elementary	1.78 (0.70-4.50)	0.37 (0.04-3.19)	1.49 (0.43-5.17)	0.27 (0.06-1.27)	1.08 (0.18-3.04)
Middle	1.33 (0.47-3.74)	0.64 (0.07-6.15)	1.40 (0.34-5.80)	0.75 (0.11-5.03)	1.23 (0.38-5.16)
High	1.35 (0.49-3.70)	0.50 (0.06-4.50)	0.66 (0.17-2.51)	0.19 (0.04-0.89)	1.12 (0.22-4.17)
College	1	1	1	1	1
No of family					
1	0.95 (0.51-1.76)	2.96 (0.61-14.34)	0.98 (0.26-3.66)	0.84 (0.17-4.13)	1.80 (0.13-24.23)
2	0.78 (0.50-1.20)	2.75 (1.02-7.43)	1.07 (0.43-2.67)	2.18 (0.65-7.37)	0.82 (0.09-7.10)
3	0.99 (0.58-1.69)	2.51 (0.98-6.45)	1.20 (0.41-3.45)	1.07 (0.22-5.13)	1.57 (0.15-16.52)
≥4	1	1	1	1	1
Living with spouse					
No	1.04 (0.60-1.79)	1.79 (0.43-7.49)	2.62 (0.96-7.15)	1.11 (0.39-3.15)	0.84 (0.16-4.33)
Yes	1	1	1	1	1
House(s) owned					
None	2.10 (1.28-3.45)	1.55 (0.37-6.59)	0.54 (0.20-1.45)	0.68 (0.17-2.71)	1.24 (0.16-9.82)
1	1.45 (0.95-2.23)	0.60 (0.21-1.68)	0.84 (0.37-1.92)	0.84 (0.27-2.63)	1.61 (0.29-9.04)
≥2	1	1	1	1	1
Type of housing					
Apartment	0.50 (0.34-0.73)	1.27 (0.56-2.89)	1.69 (0.87-3.30)	1.70 (0.61-4.71)	0.84 (0.24-2.96)
Tenement	0.74 (0.51-1.09)	2.16 (0.70-6.65)	2.03 (1.02-4.06)	2.24 (0.65-7.71)	1.15 (0.28-4.61)
Others	0.38 (0.11-1.33)	1.63 (0.18-14.82)	0.55 (0.08-3.98)	1.24 (0.20-7.81)	0.25 (0.02-3.43)
Detached	1	1	1	1	1

Values are presented as odds ratio (95% confidence interval).

*Untreated, nonreceipt of needed medical care in past 12 months; Tx, current medical treatment rate; HTN, hypertension; DM, diabetes mellitus.

Odds ratio obtained by univariate logistic regression. Medical conditions based on diagnosis made by a physician.

Table 4. Current medical treatment rate, health-related behavior, subjective health status of subject by family type

	Alone	Couples cohabitation	Offspring cohabitation	Parents cohabitation	Couples-offs pring cohabitation	Couples-offs ring-parents cohabitation	Other cohabitation	Total	p-value*
Untreated	33.0±3.6	18.6±1.7	24.4±5.4	21.9±5.6	19.2±3.2	23.3±3.4	22.4±3.7	22.0±1.2	0.044
Tx of HTN	97.7±1.1	94.5±1.4	94.8±5.0	85.5±7.0	94.7±1.8	88.8±4.2	95.0±2.1	94.0±1.1	0.211
Tx of dyslipidemia	67.5±8.0	62.8±5.4	70.5±12.8	36.1±18.7	56.3±10.4	58.4±10.8	75.0±6.5	63.4±3.2	0.422
Tx of DM	80.3±5.3	87.6±3.8	79.7±10.2	91.6±6.4	85.0±5.8	92.3±4.0	93.9±3.7	87.6±2.2	0.436
Tx of arthritis	96.8±1.8	97.8±1.1	92.9±4.9	100±0.0	97.8±2.2	98.6±1.0	97.5±1.4	97.4±0.7	0.606
Health screenings	59.1±3.2	65.7±2.3	47.8±6.3	62.5±8.2	66.9±3.7	58.2±4.9	64.4±3.8	62.9±1.6	0.103
Influenza vaccination	80.8±3.1	68.5±2.1	58.2±5.7	54.9±8.2	53.7±3.9	72.5±3.3	68.0±4.4	67.2±1.4	<0.001
≥3 Days/wk of walking	58.3±4.0	65.7±2.3	66.4±6.4	55.4±8.8	68.1±4.4	66.8±4.1	68.5±4.0	65.2±1.5	0.476
Current smoking	12.8±2.4	13.5±1.1	14.3±4.7	17.2±4.4	18.8±3.1	17.9±2.9	11.0±2.1	14.5±0.9	0.284
Subjective health status									0.036
Good	25.1±3.2	32.3±2.3	23.4±5.4	25.7±6.4	34.9±4.0	28.5±4.0	29.4±4.0	30.2±1.7	
Middle	28.3±2.8	35.0±2.0	41.2±6.8	42.4±7.0	42.0±4.5	38.9±3.9	32.6±4.0	35.9±1.5	
Bad	46.6±3.7	32.7±2.4	35.4±7.1	31.8±7.3	23.1±3.7	32.6±3.9	38.0±4.3	33.9±1.4	

Medical conditions based on diagnosis made by a physician.

Values are presented as mean±standard error of the mean. Medical conditions based on diagnosis made by a physician.

Untreated, nonreceipt of needed medical care in past 12 months; Tx, current medical treatment rate; HTN, hypertension; DM, diabetes mellitus.

*p-values obtained by cross tabulation analysis in complex sample design.

비해 치료율이 낮았다(OR, 0.31; 95% CI, 0.10 to 0.97). 이상지질혈증 치료율은 주택 형태에서 차이가 있었고 공동주택에서 거주하는 경우가 단독 주택에 거주하는 경우보다 치료율이 높았다(OR, 2.03; 95% CI, 1.02 to 4.06). 당뇨병 치료율은 연령과 가구주와의 관계, 주택 형태와 관련이 있었다. 60대가 70세 이상 보다 당뇨병 치료율이 높았으며(OR, 3.06; 95% CI, 1.23 to 7.61), 기타 주택 형태에 거주하는 것이 단독 주택에 거주하는 것보다 역시 높은 치료율을 보였다(OR, 1.24; 95% CI, 1.98 to 7.81). 관절염 치료는 소득 수준과 관련이 있었는데, 중상위계층의 노인이 상위계층의 노인보다 치료율이 높았다(OR, 12.82; 95% CI, 3.15 to 52.32).

4. 가족 유형에 따른 질병 치료, 건강 관련 행위, 주관적 건강 상태

가족 유형에 따른 질병의 치료 여부에서 원하는 병의원 치료를 받지 못하고 있는 가족 유형은 독거 노인이 33.0%로 가장 많았고, 부부 동거 노인은 18.6%로 가장 낮아 다른 어느 가족 유형보다 병의원 치료를 잘 받고 있으며, 이는 통계적으로도 유의하였다($p=0.044$). 만성 질환 치료율은 고혈압, 이상지질혈증, 당뇨병, 관절염 모두 가족 유형간 통계적으로 유의한 차이는 없었다(Table 4). 이를 성별과 연령을 보정하여 로지스틱 분석한 결과, 연간 병원 미 치료율은

독거 노인에 비해 부부 동거 노인이 낮았다(OR, 0.604; 95% CI, 0.42 to 0.87). 관절염 치료에서는 부모 동거 노인이 독거 노인에 비해 다소 높은 치료율(OR, 1.07; 95% CI, 2.80 to 4.11)을 보였다. 반면 고혈압 치료는 부모 동거 노인과 부부자녀 부모 동거 노인이 독거 노인에 비해 치료 받는 비율이 낮았다(OR, 0.17; 95% CI, 0.04 to 0.77) (OR, 0.22; 95% CI, 0.06 to 0.80) (Table 5).

가족 유형에 따른 건강 검진은 부부자녀 동거 노인의 수진율이 66.9%로 가장 높았고, 자녀 동거 노인의 수진율이 47.8%로 가장 낮게 조사되었으나, 유형간 차이는 유의성이 없었다($p=0.103$). 독감 예방 접종은 독거 노인이 가장 높은 접종률(80.8%)을 보였고, 부부자녀 동거 노인은 53.7%로 가장 낮았고, 이는 통계적으로도 유의한 차이였다($p<0.001$). 현재 흡연율은 부부자녀 동거 노인에서 18.8%로 가장 높았으며, 기타 가족 동거 노인에서 가장 낮았지만(10.9%), 차이가 통계적 유의성은 없었다($p=0.284$) (Table 4). 이를 성별과 연령을 보정하여 분석하면, 건강 검진 수진율은 독거 노인에 비해 자녀 동거 노인이 더 낮았고(OR=0.49; 95% CI, 0.28 to 0.89), 독감 예방 접종률에 있어서도 부부자녀 동거 노인(OR, 0.53; 95% CI, 0.30 to 0.94), 자녀 동거 노인(OR, 0.44; 95% CI, 0.25 to 0.77), 부모 동거 노인(OR, 0.38; 95% CI, 0.16 to 0.89)가 모두 독거 노인에 비해 낮았다(Table 5). 반면 흡연율은 독거 노인에 비해 부부 동거 노인(OR, 0.32; 95% CI, 0.20

Table 5. Odds ratios of current medical treatment, health-related behavior, subjective health status by family type from multivariate logistic regression adjusted for age, sex

	Alone	Couples cohabitation	Offspring cohabitation	Parents cohabitation	Couples-offspring cohabitation	Couples- offspring-parents cohabitation	Other cohabitation
Untreated*	1	0.60 (0.42-0.87)	1.16 (0.75-1.79)	0.67 (0.34-1.31)	0.66 (0.38-1.12)	0.66 (0.39-1.13)	0.61 (0.36-1.04)
Tx of HTN	1	0.73 (0.23-2.27)	0.56 (0.05-5.80)	0.17 (0.04-0.77)	0.89 (0.24-3.35)	0.22 (0.06-0.80)	0.51 (0.14-1.88)
Tx of dyslipidemia	1	0.88 (0.36-2.13)	1.16 (0.30-4.36)	0.30 (0.04-2.02)	0.73 (0.24-2.19)	0.69 (0.23-2.02)	1.42 (0.54-3.71)
Tx of DM	1	2.06 (0.73-5.82)	0.86 (0.25-2.96)	10.74 (2.80-41.14)	1.40 (0.36-5.52)	3.20 (0.95-10.84)	3.84 (0.99-14.91)
Tx of arthritis	1	1.86 (0.38-9.08)	0.47 (0.06-3.51)	10.74 (2.80-41.14)	1.91 (0.25-14.38)	2.56 (0.41-15.82)	1.33 (0.27-6.55)
Health screenings	1	1.03 (0.76-1.38)	0.49 (0.28-0.89)	0.95 (0.46-1.97)	0.88 (0.56-1.39)	0.91 (0.56-1.48)	1.13 (0.74-1.71)
Influenzavaccination	1	0.74 (0.46-1.20)	0.44 (0.25-0.77)	0.38 (0.16-0.89)	0.53 (0.30-0.94)	0.68 (0.40-1.17)	0.60 (0.35-1.04)
≥3 Days/wk of walking	1	1.09 (0.73-1.61)	1.18 (0.63-2.21)	0.74 (0.34-1.62)	1.03 (0.58-1.82)	1.38 (0.86-2.22)	1.44 (0.96-2.18)
Current smoking	1	0.32 (0.20-0.50)	0.90 (0.35-2.31)	0.55 (0.23-1.33)	0.39 (0.20-0.73)	1.04 (0.51-2.12)	0.53 (0.26-1.07)
Subjective health status-good	1	1.16 (0.75-1.79)	0.88 (0.46-1.67)	0.89 (0.42-1.91)	1.24 (0.73-2.11)	1.12 (0.67-1.87)	1.17 (0.69-2.00)

Mellitus

Values are presented as odds ratio (95% confidence interval). Odds ratio obtained by multivariate logistic regression adjusted for age, sex. Medical conditions based on diagnosis made by a physician.

*Untreated, nonreceipt of needed medical care in past 12 months; Tx, current medical treatment rate; HTN, hypertension; DM, diabetes

to 0.50)과 부부자녀 동거 노인(OR, 0.39; 95% CI, 0.20 to 0.73)이 낮게 나타났다.

가족 유형에 따른 주관적인 건강 상태는 독거 노인에서 나쁘다고 생각하는 비율이 46.6%로 가장 높은 반면, 부부자녀 동거 노인은 23.1%만이 나쁘며 좋다고 대답한 비율은 34.9%로 가장 높아 주관적 건강 상태는 부부자녀 동거 노인이 가장 긍정적이었다(Table 4). 반면 독거 노인은 좋다고 대답한 비율이 25.1%로 적었고 나쁘다고 생각하는 비율은 가장 높아 주관적인 건강 상태가 가장 부정적이었으며, 이러한 차이는 통계적으로도 유의했다($p=0.036$). 하지만 성별과 연령을 보정하여 분석한 결과, 독거 노인에 비해 다른 가족 유형의 주관적 건강 상태의 차이점은 없었다(Table 5).

고 찰

본 연구는 가족 유형 및 인구사회학적 특성이 60세 이상 노인의 만성 질환 치료, 건강 관련 행위, 주관적 건강 상태에 미치는 영향을 알아보고자 하였다. 그 결과 인구사회학적 특성 중, 가장 많은 수의 건강 관리 행태와 연관성이 있었던 인자는 성별이었으며, 현재 흡연율, 건강 검진 수진율, 연간 병원 미치료율, 고혈압 치료율, 주관적 건강 상태에서 차이를 보였다.

남성이 여성에 비해 자신의 신체 변화에 대한 민감성이

떨어져 병의원을 잘 찾지 않는다는 통념과 달리 Kim²⁴⁾의 연구에서도 노인에서는 남성이 여성보다 검진을 받을 가능성이 28.8% 정도 높았다고 보고하고 있으며, 본 연구에서도 남자가 연간 병원 미치료율은 낮았으며, 건강 검진도 잘 받고 있으며 주관적 건강 상태도 여성에 비해 긍정적이었다. 하지만 흡연율이 월등히 높고 고혈압 치료율은 낮았다. 이는 이전 한국 남녀노인 간에 건강 행위가 상이하다는 연구 결과¹⁹⁾와도 일치하는 것으로 남성의 경우 운동이나 체중 관리와 같은 적극적인 건강 행위를 실천하는데 유리하며, 여성은 음주, 흡연, 콜레스테롤 섭취 등과 같은 부정적인 건강 행위를 억제하는데 유리하다는 것을 의미한다.

소득 수준은 중상위 계층이 상위 계층에 비해 오히려 병원 치료율과 건강 수진율, 관절염 치료율이 높게 나타났다. 반면 하위 계층과 중하위 계층의 주관적 건강 상태가 상위 계층보다 나쁘게 나타나 낮은 소득 수준이 실제 건강 관리 행태보다 자신의 건강 상태에 대한 부정적인 인식의 요인이 된다는 것을 알 수 있다. 이에 더해 자가 주택이 없는 노인이 2개 이상의 주택을 소유한 노인에 비해 연간 병원 미치료율은 높고 건강 검진 수진율은 낮아 주택 소유 여부가 소득 수준보다 건강 관리 행태에 더 큰 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 이는 자가에 거주하는 노인이 전세나 월세에 사는 노인보다 신체적 사회적 정신적 건강 상태가 좋았다는 Lee와 Lee²⁵⁾의 연구 결과와도 상통한다. 교육 수준은 주 3일 이상 걷기 여부와

현재 흡연율, 주관적 건강 상태에 영향을 미쳤다.

위 세가지 결과를 종합해 볼 때, 실제적인 병원 이용에 가장 영향을 주는 인자는 주택 소유 여부이며, 소득 수준은 중상위 이상이면 병원 이용을 하는데 큰 어려움이 없고, 소득과 교육 수준은 주관적인 건강 상태에 영향을 준다고 할 수 있다.

이번 연구 결과 중 흥미로운 것은 주택 형태가 아파트일 때 연간 병원 미치료율은 낮고 건강 검진 수진율은 높았으며, 주 3일 이상 걷는 비율도 높게 나타나 건강 관리 행태에 긍정적인 인자로 작용했다는 것이었다. 예전에는 아파트가 전통 가옥에 비해 이웃과의 소통이 단절된 개인주의의 상징이었지만, 현재 아파트 거주는 여러 의료기관으로의 접근성이 좋고 이웃을 통한 건강 정보의 획득과 교환이 용이하여 건강 관리 행태에 긍정적인 인자가 될 수 있다.

가족 유형에 따른 건강 관리 행태의 차이는 연간 병원 미치료율과 독감 예방 접종률, 주관적 건강 상태였다. 독거 노인은 다른 가족 유형의 노인보다 연간 병원 미치료율이 높고 주관적 건강 상태는 부정적이었지만, 독감 예방 접종률이 가장 높았다. 선행 연구들에서 독거 노인의 건강 상태가 일반 노인에 비해 좋지 않음을 보고했던 것과 연관하여^{26,27)}, 그 원인의 하나로 이번 연구 결과 독거 노인이 원하는 병원 치료를 받지 못하고 있다는 것을 꼽을 수 있다. 또한 노인들의 주관적인 건강 상태가 좋지 않을수록 건강 행태에 대한 관심이 많고, 이에 대한 이행률을 높인다는 이전 연구 결과¹³⁾와 연관지어 생각하면 독거 노인의 독감 예방 접종률이 다른 가족 유형의 노인보다 높고 건강 관련 행위에서 부부 동거 노인을 제외하면 다른 가족 유형의 노인보다 나쁘지 않았다는 결과를 이해할 수 있으며, 독거 노인의 높은 병원 치료 욕구를 예상할 수 있다. 각 지역 보건소에서 시행되는 65세 이상과 독거 노인에 대한 무료 예방 접종의 영향도 독거 노인이 나 70대 이상 노인에서 높은 독감 예방 접종률에 기여했을 것이다. 반면 부부 동거 노인은 연간 병원 미치료율과 현재 흡연율이 다른 어느 가족 유형의 노인보다 낮게 나타나 건강 관리에 있어 바람직하다는 것을 알 수 있었다. 하지만 이외 다른 가족 유형의 노인은 독거 노인에 비해 건강 관리 행태에서 더 나은 실천이 이루어진다고 보기 힘들었다. 고혈압은 부모 동거 노인과 부부자녀 부모 동거 노인은 독거 노인에 비해 치료율이 낮았으며, 독감 예방 접종률에서도 부부자녀 동거 노인, 자녀 동거 노인, 부모 동거 노인이 독거 노인에 비해 낮았다. 자녀 동거 노인(건강 검진 수진율, 독감 예방 접종률)과 부모 동거 노인(고혈압 치료율, 독감 예방 접종률)도 독거

노인보다 건강 관련 행태가 잘 이루어지지 못하고 있었다. 이러한 결과는 '결혼 관계의 지속, 즉 배우자와의 동거가 건강 행태에 긍정적인 영향을 주는 반면 자녀와의 동거가 건강 행태에 큰 영향이 없었다.'²⁸⁾는 이전의 연구와도 상통하는 것이다. 이는 이번 연구 대상인 노인의 경우 동거하는 자녀가 어느 정도 장성하여 양육 관계로 인한 책임감과 의무감이 중장년층 보다 크지 않아 건강에 대한 개인적인 동기가 자녀 동거로 크게 영향을 받지 않기 때문이라고 생각할 수 있다. 그리고 자녀들 역시 고령의 부모에게 운동을 하게 하거나 금주나 금연을 강요하지 않기 때문에 건강 행태에 대한 개입이 배우자만큼 적극적이지 못한 것도 원인이 된다. 최근 베이비붐 세대를 대상으로 이루어진 연구²⁹⁾에서 5%만이 노후에 자녀와 함께 사는 것을 바라고 대부분은 자녀를 독립시킨 후 부부끼리 살기를 원했다. 또한 몸이 아파도 요양 시설이나 배우자의 도움을 받겠다고 하였고 자녀에게 수발을 받고 싶다고 한 비율은 3.8%에 지나지 않았다. 이러한 결과로 볼 때 노인 부부의 증가는 앞으로도 지속될 것이며, 부부의 건강한 노화(healthy aging)를 도모하는 것이 무엇보다 중요하다고 할 수 있다. 그러기 위해서 병원에서는 부부를 기본 단위로 한 가족 치료와 건강 관리 교육을 실시해야 하며, 배우자가 없는 노인은 독거는 아니라도 건강 취약 집단으로 분류하여 별도의 관리가 필요하다.

이번 연구는 다음과 같은 제한점을 가진다. 첫째로 가족 유형이 가족 기능을 그대로 반영하지는 못한다는 것이다. 즉 누구와 같이 살고 있는지가 그 가족 구성원의 지지와 보호를 받는다는 것을 의미하지는 않으며 같이 살고 있더라도 자녀의 역할이나 부모의 역할이 다르다면 같은 가족 유형이라 하더라도 건강 관리 행태에 차이가 있을 수 있다. 둘째는 만성 질환 유병 여부를 의사에게 진단받은 경우만 포함하였고, 치료 여부도 설문으로 조사하였기 때문에 검사를 받아보지 못한 사람의 경우는 유병자에서 제외된 점이다. 인지되지 못한 유병자의 경우 그 질환의 치료를 받지 않고 있으므로 본 연구의 만성질환 치료율이 과대 평가되는 원인으로 작용했을 것이다. 셋째, 건강 검진 수검률이나 독감 예방 접종률은 다른 건강 관리 행태보다 그 지역구의 보건의로 정책이나 홍보의 영향을 많이 받는 인자이다. 연구 대상자가 모두 같은 지역구 내 거주자가 아니었기 때문에 이에 대한 보정이 필요했을 것으로 판단된다. 넷째는 노인 건강 상태에 대한 조사에 신체적 건강 상태에 대한 항목만 포함이 되었다는 것이다. Yu와 Park²⁶⁾의 조사에 따르면 독거 노인이나 가족 동거 노인이나 신체적 건강 상태는

유의한 차이가 없었으나, 정신적 건강 상태는 가족 동거 노인에서 월등히 좋았다. 본 연구에서도 주관적 건강 상태에 대해 독거 노인이 다른 가족 유형의 노인보다 부정적이었다는 것을 감안하면 앞으로의 연구는 노인의 정신적 건강 상태에 대한 조사가 추가되는 것이 바람직하다.

하지만 이번 연구는 가족 유형을 7가지로 세분화하여 우리나라의 다양한 가족 형태를 실제와 가깝게 반영한 점에서 의의가 있다. 또한 유병률 정도로 건강 상태를 평가했던 이전 연구들과 달리 질병에 대한 치료 여부를 조사하였다는 점에서 의미가 있다. 그리고 국민건강 영양조사의 자료를 이용하였기 때문에 결과의 신뢰성이 높고, 국민 전체의 경향으로 일반화할 수 있다는 장점을 가진다.

결론적으로 부부끼리 사는 60세 이상 한국인의 건강 관리 행태가 다른 가족 유형 보다 바람직하였고 남성, 중상위의 소득 수준, 고학력, 자가주택 소유, 아파트 거주가 긍정적인 건강 관리 행태와 연관이 있었다.

요 약

연구배경: 우리나라는 전통 대가족에서 핵가족화되는 과정에서 다양한 가족 유형을 양산하였다. 하지만 이전 가족 유형과 고령자의 건강관리에 관한 연구들은 독거인과 비독거인으로만 구분하였다. 이에 본 연구는 가족 유형을 보다 세분화하여 각 유형간에 고령자의 만성 질환 치료율, 건강관련 행위, 주관적 건강 상태의 차이와 인구사회학적 특징과의 연관성에 대해 알아보고자 하였다.

방법: 2010년 제5기 국민건강 영양조사에 참여한 60세 이상 한국인 1,946명을 대상으로 하였다. 가족 유형은 세대 유형과 동거인에 따라 독거, 부부 동거(부부 둘만 사는 경우), 자녀 동거(배우자 없이 자녀와 사는 경우), 부모 동거(부부가 부모와 사는 경우), 부부자녀 동거(부부가 자녀와 사는 경우), 부부자녀 부모 동거(부모를 모시는 부부가 자녀와 함께 사는 경우), 기타 동거 총 7가지로 분류하였다. 로지스틱 회귀분석을 통하여 가족 유형 및 개인의 인구사회학적 특성과 고령자 건강 관리 행태와의 연관성을 조사하였다.

결과: 가장 많은 가족 유형은 부부 동거로 전체 가족 유형의 $38.26 \pm 1.8\%$ 를 차지하였다. 독거인에 비해 부부 동거인이 연간 병원 미치료율(odds ratio [OR], 0.60; 95% confidence interval [CI], 0.42 to 0.87)과 현재 흡연율(OR, 0.32; 95% CI, 0.20 to 0.50)은 낮았고 주관적인 건강 상태도 긍정적이었다.

하지만 부부 동거 이외의 가족 유형에 속하는 사람들은 독거인보다 나은 건강 관리 행태를 보여주지 못하였다. 인구사회학적 특성 중에서는 남성, 아파트 거주, 중상위 계층 이상의 소득 수준, 2명의 가구원 수, 중학교 졸업 이상의 교육 수준, 주택자가 소유가 긍정적인 건강 관리 행태와 연관성이 있었다.

결론: 부부 동거인의 건강 관리가 독거를 포함한 다른 가족 유형에 속하는 사람들 보다 바람직하였다. 이는 60세 이상 한국인의 경우 자식이나 부모보다 배우자와의 동거가 건강 관리에 효과적이며 배우자가 없는 고령자는 함께 사는 가족이 있더라도 건강 관리에 취약할 수 있다는 것을 의미한다.

REFERENCES

1. Stastics Korea, e-nara index. Population composition by age [Internet]. Daejeon: Stastics Korea; [c2013] [cited 2012 May 30]. Available from: http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=1010&bbs=INDX_001.
2. Kim MH, Kim SH. A study on factors causing the burden of medical expenses to the elderly with chronic disease. Korean J Soc Welf 2002;48:150-78.
3. Stastics Korea. Elderly statistics 2003 [Internet]. Daejeon: Stastics Korea; [c2013] [cited 2003 Oct 2]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/1/index-board?bmode=read&aSeq=25993.
4. Won YH. A study about factors on the type of housing in Korean elderly. J Korean Fam Stud Assoc 1996;8:77-89.
5. Kim SG, Yang OG, Jo AJ, Kim YG, Park SG, Kim MH. A study on the family diversity and strategies for the establishment of social protection systems. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2004.
6. Kim YB, Park JS. The family network and life satisfaction of elderly in South Korea. J Korean Gerontol Soc 2004;24:169-85.
7. Kim JH. Physical health and sociodemographic factors in Korean elders. J Korean Gerontol Soc 1996;16:120-36.
8. Ko SD, Kim M. Relationship between the characteristic and physical, mental and social health in the elderly. J Korean Soc Health Educ Promot 1996;13:115-29.
9. Kim SK. The impact of income levels on health of the elderly. Sahoegwahangnonchong 1999;15:89-97.
10. Umberson D. Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. J Health Soc Behav 1987;28:306-19.
11. Chen MY, Shiao YC, Gau YM. Comparison of adolescent health-related behavior in different family structures. J Nurs Res 2007;15:1-10.
12. Hwang MY. A study on the functioning of informal support

- networks of the urban low income elderly. *J Korean Gerontol Soc* 1999;19:27-46.
13. Jeon EY, Kim KB. A study of factors that influence the promotion of healthy behavior in the elderly according to types of residency. *J Korean Acad Nurs* 2006;36:475-83.
14. Seo GS. Health behavior in the aged and related variables. *J Korean Gerontol Soc* 2008;28:1201-12.
15. Eun Y, Song MS, Gu MO. Barriers to health behaviors in male and female elderly people in Korea. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2008;38:332-43.
16. Kim HS, Heo JS. A study of influential factors on health promoting behaviors of the elderly: focusing on senior citizens living in Seoul. *J Korean Gerontol Soc* 2010;30:1129-43.
17. Park MJ, Yeo KH, Park BH. Influential factors related to health promotion behaviors among community dwelling elderly with low economic status. *J Welf Aged* 2010;48:205-27.
18. Choi Y. Household types and health status among the elderly people. *J Welf Aged* 2005;29:123-49.
19. Ann KS. Study on the quality of life and social support of married couple and single households elderly. *J Korean Gerontol Soc* 2005;25:1-19.
20. Kim JH, Jung YM. A study on health status and quality of life in living alone elderly. *J Korean Gerontol Nurs* 2002;4:16-26.
21. Baek HS, Won CW, Choi HR, Kim BS. Loneliness and cognitive function in the elderly living alone: cross-sectional study. *J Korean Geriatr Soc* 2007;11:205-12.
22. Korea Centers for Disease Control and Prevention. The Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V-1), 2010. Cheongwon: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
23. Zimmer Z. A further discussion on revisiting the classification of household composition among elderly people. *J Cross Cult Gerontol* 2003;18:247-50.
24. Kim JG. The impact of family type on health behavior of elderly people. *J Welf Aged* 2011;51:35-55.
25. Lee JS, Lee IS. A study of impacts of health promotion activities and socio-economic status on health status of the aged. *J Welf Aged* 2005;27:231-53.
26. Yu GS, Park HS. Comparison of health status between senior people living alone and those who live with their families. *J Korean Gerontol Soc* 2003;23:163-79.
27. Cha SE. Marital status of elderly: does it really matter for health? *J Korean Gerontol Soc* 2007;27:371-92.
28. Rueda S, Artazcoz L. Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. *Ageing Soc* 2009;29:625-47.
29. Jeong KH, Lee SJ, Lee YK, Kim SB, Sun WD, Oh YH, et al. Baby boomers' demographic profiles and welfare needs. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2010.