

독거노인과 배우자 동거노인의 건강행태와 건강수준 비교

정선숙¹ · 김정순²

부산대학교병원 간호부¹, 부산대학교 간호대학²

Comparison of Health Behaviors and Health Level between Elders Living Alone and Those Living with a Spouse

Jeong, Sun Sook¹ · Kim, Jung Soon²

¹Department of Nursing, Pusan National University Hospital, Pusan
²College of Nursing, Pusan National University, Yongsan, Korea

Purpose: This study was conducted in order to identify differences in health behaviors and health level for elderly people who are living alone and those who are living with a spouse. **Methods:** Study participants included 222 people living alone and 629 people living with a mate aged 65 years and over who were participants in the Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey in 2010. The statistical package SPSS 18.0 was employed. The data were analyzed for frequency, percentage, χ^2 -test and multiple logistic regression. **Results:** In general, older people living alone were less likely to sleep (aOR=2.44, $p<.001$) and to eat breakfast (aOR=3.87, $p=.001$), and more likely to think of suicide (aOR=2.06, $p<.001$) than older people living with a spouse. Older men living alone were more likely to smoke (aOR=2.20, $p=.037$), less likely to sleep (aOR=3.10, $p=.007$) and to eat breakfast (aOR=5.20, $p=.012$), and more likely to think of suicide (aOR=4.00, $p<.001$) than older men living with a spouse. Older women who live alone were more likely to smoke (aOR=4.97, $p=.018$) and less likely to eat breakfast (aOR=3.10, $p=.031$) than older women living with a spouse. **Conclusion:** Findings of this study demonstrated that older people living alone and those living with a spouse differ with regard to average sleeping time, not eating breakfast, and thinking about suicide. Therefore, specific plans fit for individual personality of elderly people in the community who are living alone and living with a spouse should be prepared.

Key Words: Health behaviors, Health level, Elders, Alone, Spouse

서론

1. 연구의 필요성

현재 우리나라는 빠른 속도로 노인인구가 증가하고 있으며 평균수명 또한 증가함에 따라 독거노인과 배우자 동거노인을 포함한 노인단독가구의 비율이 증가하고 있다. 이는 통계청의 인구 총 조사 자료를 보면 명확히 알 수 있는데, 2010년 일

반 가구원으로 속해 있는 65세 이상의 전체 노인 528만여명 중 독거노인 20.2%, 배우자 동거노인 33.9%로 노인단독가구 노인의 비율이 꾸준히 증가하고 있는 것으로 나타났다(통계청, 2010). 가족은 간접적으로는 긍정적인 건강 행태를 위한 기준의 내면화에 영향을 주고, 직접적으로는 부정적인 건강 행태로부터 벗어나게 하는 일상적인 규제를 제공함으로써(Umberson, 1987) 서로에게 관여하게 되는데, 노인단독가구 노인은 이를 공유할 다른 가족이 없어 주변으로부터 고립

주요어: 건강행태, 건강수준, 독거, 노인, 배우자

Corresponding author: Kim, Jung Soon

College of Nursing, Pusan National University, 49 Beomoe-ri, Mulgeum-eup, Yongsan 626-870, Korea
Tel: +82-51-510-8353, Fax: +82-51-510-8308, E-mail: tomas@pusan.ac.kr

투고일: 2013년 12월 3일 / 심사완료일: 2014년 1월 25일 / 게재확정일: 2014년 1월 25일

될 가능성이 높다(차유숙, 2006). 자녀 동거노인의 경우, 자녀에 의해 경제적·사회적 지지를 받을 수 있으나, 노인단독가구 노인의 경우 경제력에 한계가 있고 다른 가족이 제공하는 사회적 지지가 부족하여 다양한 건강행위에 부정적인 영향을 주고, 이는 건강상태의 약화로 이어진다(김진구, 2011; 주태하, 2011).

특히, 노인단독가구 중 독거노인의 경우 건강 지각 상태가 낮고 종교활동 및 사회활동을 포함한 사회활동정도도 떨어지며, 무력감 및 외로움을 보통 이상으로 느끼고 사회적 지지 또한 잘 받지 못한다고 느끼는 것으로 나타났다(김희경 등, 2010). 이와 같이 노년기에 흡연, 음주 등의 부적절한 건강행동이 건강상태를 악화시키고(김혜경, 2008), 만성질환 증가와 정신 및 신경 기능의 저하, 불안, 우울 등으로 인해 정신적 노화도 경험하게 되는(김남진, 1999) 특성을 감안할 때, 가족의 지지가 부족한 독거노인에서는 이러한 위험성이 더 높을 것으로 예상된다.

가족동거노인에 비해 독거노인은 신체적 건강상태와 생활만족도가 평균 이하로 낮게 나왔고(석소현, 2008), 정신적 건강상태도 낮은 것으로 나타났다(유광수, 박현선, 2003). 한편, 가족형태가 노인의 건강행위에 미치는 영향에 대한 연구에서는 자녀의 동거보다 배우자와 동거가 인플루엔자접종, 암검진, 흡연억제 및 의료미검진의 방지와 같이 의료기관에 적극적인 방문을 함으로써 건강행위에 긍정적인 영향을 주었고(김진구, 2011), 가족관계에서 배우자 중심형이 자녀중심형보다 삶의 만족도가 높게 나타나(김영범, 박준식, 2004) 노인에게 자녀보다는 배우자의 지지가 더 중요함을 알 수 있다.

그러나, 기존 노인 건강 관련 연구에서는 대체로 독거노인만을 대상(김종민, 2003; 노유정, 2009; 서영숙, 2003; 서옥석, 2007; 이경민, 2006; 채현탁, 2006)으로 하거나, 독거노인과 가족동거노인의 건강수준(박현선, 2000; 배재은, 2010; 백경란, 2006; 최양혜, 2008)을 개별적으로 연구하고 있으며, 독거노인과 배우자만을 동거 가족으로 하는 순수 노인단독가구 노인의 건강행태나 건강수준을 직접적으로 비교한 연구는 찾기 힘들다. 또한 남녀 독거노인별로 다른 특징들이 있었는데 여성 독거노인의 경우 경제수준과 건강수준이 낮았고, 남성 독거노인의 경우는 사회적 관계 만족도가 낮게 나타났으나(이윤정, 2012) 남녀별 특성을 비교한 연구도 부족한 실정이다.

따라서, 이러한 기존 연구들은 노인단독가구 노인의 특성을 설명하는데 한계가 있으며, 그들의 건강행태와 건강수준에 대해 전체적으로 파악하기 힘들다. 또한, 선행연구들은 임의 표집된 제한된 표본만을 이용하였기에 국내 노인의 특성을

대표하기에는 부족한 제한점이 있다. 이에 따라, 본 연구에서는 전 국민을 대상으로 실시한 국민건강영양조사 자료를 이용하여, 독거노인과 배우자 동거노인의 건강행태와 건강수준을 비교하고, 지역사회 독거노인의 건강관리를 위한 기초자료를 제공하고자 실시되었다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 독거노인과 배우자 동거노인의 건강행태와 건강수준을 비교하여, 노인단독가구 중에서 특히 독거노인의 건강관리에 기초자료를 제공하기 위함이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 독거노인과 배우자 동거노인의 인구사회학적 특성, 건강행태, 건강수준을 비교한다.
- 남녀별 독거노인과 배우자 동거노인의 인구사회학적 특성, 건강행태, 건강수준을 비교한다.
- 독거와 배우자 동거 상태에 따른 남녀 노인의 건강행태와 건강수준의 위험요인을 확인한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 2010년 제 5기 1차년도 국민건강영양조사 원자료를 이용한 이차 자료분석이며, 독거노인과 배우자 동거노인 간의 건강행태와 건강수준의 차이를 비교하는 단면 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구에 이용된 자료는 2010년 질병관리본부와 보건복지가족부가 실시한 제 5기 1차년도 국민건강영양조사 자료이다. 국민건강영양조사는 전 국민을 대상으로 층화집락추출방식으로 조사 가구를 선출하였으며, 국민의 건강수준, 건강 관련 의식 및 행태, 식품 및 영양섭취 실태에 대한 대표성과 신뢰성을 갖춘 통계를 산출하여 보건정책 수립 및 평가에 필요한 기초자료를 제공하기 위해 실시된 조사이다. 내용은 건강 설문조사, 영양조사, 검진조사로 구성되어 있는데, 건강 설문조사의 교육 및 경제활동, 이환, 의료이용 항목, 영양조사의 전체 항목은 면접방법으로 조사하였고, 건강 설문조사의 흡연, 음주 등 건강행태 영역은 자기기입식으로 조사하였다. 검진조사는 직접

계측, 관찰, 검체 분석 등의 방법으로 수행되었다.

본 연구의 대상자는 조사에 응답한 1,478명의 65세 이상 노인 중에서, 독거노인 222명, 배우자 동거노인 629명이었다. 본 연구에 사용된 원자료는 공식적인 절차에 따라 해당기관으로부터 취득하였으며, 원자료 중에 대상자의 이름, 주민등록번호, 주소 등 대상자를 확인할 수 있는 자료는 취득 전에 모두 삭제되었다.

3. 연구도구

자료는 2010년 제 5기 1차년도 국민건강영양조사의 건강 설문·검진·영양 조사표로 측정된 것을 이용하였다. 각각의 문항은 대상자가 직접 기입한 내용도 있었지만, 여러 가지의 문항을 취합하여 하나의 내용으로 만든 '생성변수'도 있었다. 인구사회학적 특성은 '공통변수'의 '사회경제적위치지표'와 '건강 설문조사'의 '가구공통설문'을 이용하였고, 건강행태는 '검진조사'의 '신체계측'에서 '비만 유병여부', '건강 설문조사'의 '음주', '흡연', '신체활동', '정신건강(하루 평균 수면시간)', '영양조사'의 '식생활조사'에서 '아침식사 섭취여부'를 이용하였다. 건강수준은 신체건강과 관련하여 '건강 설문 이환'에서 각종 만성질환과 관련된 문항과 '주관적 건강상태'를 이용하였고, 정신건강은 '건강 설문조사'의 '정신건강(스트레스 인지율, 우울증상 경험률, 자살 생각률)'을 이용하였다.

1) 인구사회학적 특성

'사회경제적위치지표'에서 '성별', '만 나이', '소득 사분위수(가구)', '교육수준 재분류 코드', '동/읍면'을, '가구공통설문'에서 '가구 세대구성코드'를 이용하였다. 특히 소득 수준은 '하-중하', '중상-상'으로, 교육 수준은 '초졸 이하', '중졸 이상'으로 재분류하였다. 또한 세대구성은 '1인가구(혼자)', '부부(본인+배우자)'로 재분류하였다.

2) 건강행태

'비만 유병여부', '음주', '흡연', '신체활동', '하루 평균 수면시간', '아침식사 섭취여부'를 말한다.

(1) 비만 유병여부

신체계측의 키와 몸무게를 이용하여 계산된 '체질량지수(Body Mass Index)'를 바탕으로 생성된 '비만 유병여부'의 '저체중', '정상', '비만'으로 분류된 것을 이용하였다.

(2) 음주

'알코올 사용장애 선별검사 10항목 점수합'인 'AUDIT 점수'를 이용하였으며, 0점에서 7점까지를 일반 음주, 8점에서 40점까지를 '문제음주(제갈정, 2001)'로 재분류하였다.

(3) 흡연

흡연과 관련된 여러 가지 문항을 바탕으로 생성된 '현재 흡연여부'의 '현재 흡연'을 흡연군으로, '과거흡연 또는 비흡연'을 비흡연군으로 재분류하였다.

(4) 신체활동

중등도 신체활동과 관련된 문항을 바탕으로 생성된 '중등도 신체활동 실천율' 항목에서 '중등도 신체활동 1회 30분 이상, 주5일 이상 실천'을 실천군으로, '중등도 신체활동 1회 30분 이상, 주5일 이상 실천하지 않음'을 비실천군(U.S. Department of Health and Human Services, 2008)으로 재분류하였다.

(5) 하루 평균 수면시간

설문 조사에서 평균 수면시간은 시간단위로 측정되었으며, 본 연구에서는 기존 Kazuo 등(2008)의 연구에서 노인의 수면시간이 7.5시간 이하 시 심혈관 질환 발생률이 이보다 많을 때보다 4.4배 높아진다는 결과에 근거하여 '하루 평균 수면시간'이 8시간 이상 시 양호, 8시간 미만일 시 불량으로 재분류하였다.

(6) 아침식사 섭취여부

'조사 2일전 아침식사 섭취여부'와 '조사 1일전 아침식사 섭취여부' 모두 '예'라고 답한 군을 식사군으로, 이틀 중 하루라도 '아니오'라고 답한 군을 결식군으로, '모름/무응답'을 결측값으로 재분류하였다.

3) 건강수준에서의 신체건강

신체적 건강 기준에 의한 만성 질환의 수, 개인의 생각인 '주관적 건강상태'를 이용하였다.

(1) 만성질환의 수

2010년 통계청의 '고령자 통계'에서 제시된 '65세 이상 노인의 주요 사망원인'으로 '암', '뇌혈관질환', '심장질환', '당뇨', '폐렴', '만성하기도질환(만성 폐쇄성 폐질환, 천식)'이 있었고 '노인에게 호발하는 질환'으로 '고혈압', '관절염', '골다

공증', '요통'이 있었다. 본 자료에서는 '폐렴'과 '만성 폐쇄성 폐질환', '골다공증', '요통'은 포함되어 있지 않아 제외하였고, 나머지 각 질환과 관련된 문항에서 '현재 앓고 있음'에 응답한 수를 합산하여 '0', '1~2', '3개 이상'으로 재분류하였다.

(2) 주관적 건강상태

평소 본인의 건강에 대한 생각을 본 자료에서는 '매우 좋음', ' 좋음', '보통', '나쁨', '매우 나쁨'의 5점 척도로 되어 있었으며, 이를 ' 좋음', '보통', '나쁨'의 3점 척도로 재분류하였다.

4) 건강수준에서의 정신건강

스트레스, 우울, 자살생각과 관련 항목 들을 바탕으로 생성된 문항을 이용하였는데, '스트레스 인지율'에서 평소 '스트레스 많이 느낌'과 '스트레스 적게 느낌'으로, '우울증상 경험률'에서 '2주 이상 연속 우울감 있음'과 '2주 이상 연속 우울감 없음'으로, '자살 생각률'에서 '최근 1년간 자살을 생각해본 적 있음'과 '최근 1년간 자살을 생각해본 적 없음'으로 분류된 것을 이용하였다.

4. 자료분석

본 연구의 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

독거노인과 배우자 동거노인의 인구사회학적 특성, 건강행태, 건강수준 및 남녀별 제 변수의 비교는 빈도와 백분율을 확인하고 χ^2 -test로 분석하였다. 독거와 배우자 동거 상태에 따른 인구사회학적 특성, 건강행태와 건강수준의 위험요인은 다중 로지스틱 회귀분석(Multiple Logistic Regression Analysis)을 실시하여 확인하였다.

연구결과

1. 독거노인과 배우자 동거노인의 인구사회학적 특성, 건강행태, 건강수준

인구사회학적 특성 중 나이는 70대에서 독거노인 59.0%, 배우자 동거노인 55.2%, 80대 이상에서 독거노인 15.3%, 배우자 동거노인 7.0%로 나타났으며, 연령범주에 따라 배우자 동거유무에 차이가 있었다($p < .001$). 성별은 남자에서 독거노인 18.5%, 배우자 동거노인 59.1%, 여자에서 독거노인 81.5%, 배우자 동거노인 40.9%로 나타났으며, 남자에서는 배우자

동거노인의 비율이, 여자에서는 독거노인의 비율이 유의하게 높았다($p < .001$). 교육 수준은 초졸 이하에서 독거노인 83.3%, 배우자 동거노인 58.6%로, 가구소득 수준은 하·중하에서 독거노인 93.6%, 배우자 동거노인 87.1%로 많았다. 교육 수준($p < .001$)과 가구소득 수준($p = .008$) 모두 독거노인에서의 비율이 배우자 동거노인에 비해 유의하게 높았다.

건강행태에서 문제 음주를 하는 사람의 비율은 독거노인에서 10.2%, 배우자 동거노인에서 25.6%로 배우자 동거노인에서 유의하게 높았고($p < .001$), 현재 흡연하는 사람의 비율은 독거노인에서 12.1%, 배우자 동거노인에서 13.6%로 배우자 동거노인에서 더 높았으나 이는 유의하지 않았다. 평균 수면시간이 불량한 비율은 독거노인 79.8%, 배우자 동거노인 66.7%로 독거노인의 비율이 유의하게 높았으며($p < .001$), 아침 식사를 결식하는 비율은 독거노인 8.7%, 배우자 동거노인 2.8%로 이는 유의한 차이가 있었다($p < .001$).

건강수준에서 신체건강은 만성질환을 3개 이상 가진 비율이 독거노인 20.6%, 배우자 동거노인 11.9%로 독거노인의 비율이 배우자 동거노인에 비해 유의하게 높았으며($p = .004$), 주관적 건강상태가 나쁘다고 한 비율은 독거노인 44.0%, 배우자 동거노인 35.1%로 이는 유의한 차이가 있었다($p = .037$). 정신건강은 스트레스를 많이 느끼는 비율이 독거노인 27.0%, 배우자 동거노인 18.7%로 독거노인의 비율이 배우자 동거노인에 비해 유의하게 많았고($p = .010$), 우울증상 2주 연속 있음이 독거노인 20.9%, 배우자 동거노인 14.3%로 이는 유의한 차이가 있었으며($p = .024$), 자살 생각을 해 본 적 있음이 독거노인 35.0%, 배우자 동거노인 17.2%로 나타났고 이는 통계적으로 유의하였다($p < .001$)(표 1).

2. 남녀별 독거노인과 배우자 동거노인의 인구사회학적 특성, 건강행태, 건강수준

남자의 경우, 나이는 70대에서 독거노인 63.4%, 배우자 동거노인 55.9%, 80대 이상에서 독거노인 19.5%, 배우자 동거노인 9.4%로 나타났으며, 독거노인에서의 70대, 80대 이상의 비율이 통계적으로 유의하게 높았다($p = .024$). 교육 수준은 초졸 이하에서 독거노인 58.5%, 배우자 동거노인 45.2%, 중졸 이상에서 독거노인 41.5%, 배우자 동거노인 54.8%로 독거노인에서는 초졸 이하가, 배우자 동거노인에서는 중졸 이상이 많았으나, 이는 유의한 차이가 없었다. 가구소득 수준은 하·중하에서 독거노인 90.2%, 배우자 동거노인 86.3%로 많았으나, 이 또한 유의한 차이는 없었다. 문제 음주를 하는 사

표 1. 독거노인과 배우자 동거노인의 인구사회학적 특성, 건강행태, 건강수준 비교

(N=851)

구분	분류	독거 (n=222)	배우자 동거 (n=629)	χ^2	p
		n (%)	n (%)		
나이(세)	65~69	57 (25.7)	238 (37.8)	19.826	< .001
	70~79	131 (59.0)	347 (55.2)		
	80 이상	34 (15.3)	44 (7.0)		
성별	남	41 (18.5)	372 (59.1)	108.673	< .001
	여	181 (81.5)	257 (40.9)		
교육 수준	초졸 이하	180 (83.3)	349 (58.6)	42.863	< .001
	중졸 이상	36 (16.7)	247 (41.4)		
가구소득 수준	하~중하	206 (93.6)	548 (87.1)	6.959	.008
	중상~상	14 (6.4)	81 (12.9)		
거주 지역	동	130 (58.6)	397 (63.1)	1.446	.229
	읍/면	92 (41.4)	232 (36.9)		
비만 유병여부	저체중	12 (5.4)	21 (3.5)	4.377	.112
	정상	127 (57.2)	389 (64.6)		
	비만	83 (37.4)	192 (31.9)		
음주	일반 음주	114 (89.8)	328 (74.4)	13.525	< .001
	문제 음주	13 (10.2)	113 (25.6)		
현재 흡연	흡연	26 (12.1)	81 (13.6)	0.328	.567
	비흡연	189 (87.9)	513 (86.4)		
신체활동	실천	24 (11.2)	75 (12.6)	0.315	.575
	비실천	191 (88.8)	519 (87.4)		
평균 수면시간	양호 (8시간 이상)	44 (20.2)	199 (33.3)	13.196	< .001
	불량 (8시간 미만)	174 (79.8)	398 (66.7)		
아침식사 섭취여부	식사	189 (91.3)	584 (97.2)	12.789	< .001
	결식	18 (8.7)	17 (2.8)		
만성질환의 수(개)	0	45 (20.6)	161 (27.0)	11.242	.004
	1~2	128 (58.7)	364 (61.1)		
	3개 이상	45 (20.6)	71 (11.9)		
주관적 건강상태	좋음	52 (23.9)	187 (31.4)	6.604	.037
	보통	70 (32.1)	200 (33.6)		
	나쁨	96 (44.0)	209 (35.1)		
스트레스 인지율	많이 느낌	58 (27.0)	111 (18.7)	6.565	.010
	적게 느낌	157 (73.0)	483 (81.3)		
우울증상 경험률	2주 연속 있음	45 (20.9)	85 (14.3)	5.130	.024
	2주 연속 없음	170 (79.1)	509 (85.7)		
자살 생각을	해 본 적 있음	75 (35.0)	102 (17.2)	29.383	< .001
	해 본 적 없음	139 (65.0)	492 (82.8)		

람의 비율은 독거노인에서 29.7%, 배우자 동거노인에서 35.8%로 배우자 동거노인에서 더 높았으나, 이는 유의하지 않았다. 현재 흡연하는 비율은 독거노인에서 36.6%로 배우자 동거노인 22.0%보다 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다($p=.038$). 평균 수면시간이 불량한 비율이 독거노인 80.5%, 배우자 동거노인 62.9%로 나타났으며 독거노인에서의 비율이 유의하게 높았고($p=.026$), 아침식사를 결식하는 비율은

독거노인 10.0%, 배우자 동거노인 2.5%로 이는 유의한 차이가 있었다($p=.012$). 만성 질환을 3개 이상 가진 비율이 독거노인 12.2%, 배우자 동거노인 8.4%로, 주관적 건강상태가 나쁘다고 한 비율은 독거노인 31.7%, 배우자 동거노인 28.4%로 나타났으나, 이들은 유의한 차이가 없었다. 스트레스를 많이 느끼는 비율은 독거노인 17.1%, 배우자 동거노인 11.6%, 우울증상 2주 연속 있음은 독거노인 17.1%, 배우자 동거노인

표 2. 남자 독거노인과 배우자 동거노인의 인구사회학적 특성, 건강행태, 건강수준 비교

(N=413)

변수	항목	독거 (n=41)	배우자 동거 (n=372)	χ^2	p
		n (%)	n (%)		
나이(세)	65~69	7 (17.1)	129 (34.7)	7.463	.024
	70~79	26 (63.4)	208 (55.9)		
	80 이상	8 (19.5)	35 (9.4)		
교육 수준	초졸 이하	24 (58.5)	161 (45.2)	2.618	.106
	중졸 이상	17 (41.5)	195 (54.8)		
가구소득 수준	하~중하	37 (90.2)	321 (86.3)	0.500	.479
	중상~상	4 (9.8)	51 (13.7)		
거주 지역	동	25 (61.0)	238 (64.0)	0.144	.704
	읍/면	16 (39.0)	134 (36.0)		
비만 유병여부	저체중	1 (2.4)	13 (3.6)	0.597	.742
	정상	30 (73.2)	242 (67.4)		
	비만	10 (24.4)	104 (29.0)		
음주	일반 음주	26 (70.3)	197 (64.2)	0.539	.463
	문제 음주	11 (29.7)	110 (35.8)		
현재 흡연	흡연	15 (36.6)	78 (22.0)	4.322	.038
	비흡연	26 (63.4)	276 (78.0)		
신체활동	실천	7 (17.1)	40 (11.3)	1.168	.280
	비실천	34 (82.9)	314 (88.7)		
평균 수면시간	양호 (8시간 이상)	8 (19.5)	132 (37.1)	4.970	.026
	불량 (8시간 미만)	33 (80.5)	224 (62.9)		
아침식사 섭취여부	식사	36 (90.0)	346 (97.5)	6.294	.012
	결식	4 (10.0)	9 (2.5)		
만성질환의 수(개)	0	13 (31.7)	119 (33.4)	0.651	.722
	1~2	23 (56.1)	207 (58.1)		
	3개 이상	5 (12.2)	30 (8.4)		
주관적 건강상태	좋음	14 (34.1)	131 (36.8)	0.218	.897
	보통	14 (34.1)	124 (34.8)		
	나쁨	13 (31.7)	101 (28.4)		
스트레스 인지율	많이 느낌	7 (17.1)	41 (11.6)	1.038	.308
	적게 느낌	34 (82.9)	313 (88.4)		
우울증상 경험률	2주 연속 있음	7 (17.1)	36 (10.2)	1.805	.179
	2주 연속 없음	34 (82.9)	318 (89.8)		
자살 생각률	해 본 적 있음	15 (36.6)	44 (12.4)	16.875	< .001
	해 본 적 없음	26 (63.4)	310 (87.6)		

10.2%로 나타났으나 모두 유의한 차이가 없었으며, 자살생각을 해본적 있음이 독거노인 36.6%, 배우자 동거노인 12.4%로 독거노인의 비율이 유의하게 높았다($p < .001$) (표 2).

여자의 경우에도, 나이는 70대에서 독거노인 58.0%, 배우자 동거노인 54.1%, 80대 이상 독거노인 14.4%, 배우자 동거노인 3.5%로 나타났으며, 70, 80대 이상에서 독거노인의 비율이 통계적으로 유의하게 높았다($p < .001$). 교육 수준은 초졸 이하에서 독거노인 89.1%, 배우자 동거노인 78.3%로 많았으며 이는 유의한 차이가 있었고($p = .004$), 가구소득 수준

은 하-중하에서 독거노인 94.4%, 배우자 동거노인 88.3%로 많았으며, 이 또한 유의한 차이가 있었다($p = .030$). 문제 음주를 하는 사람의 비율은 독거노인에서 2.2%, 배우자 동거노인에서 2.2%로 비율이 같았다. 현재 흡연하는 비율은 독거노인에서 6.3%로 배우자 동거노인 1.3%보다 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다($p = .005$). 평균 수면시간이 불량한 비율이 독거노인 79.7%, 배우자 동거노인 72.2%로 나타났으나 이는 유의한 차이가 없었고, 아침식사를 결식하는 비율은 독거노인 8.4%, 배우자 동거노인 3.3%로 이는 유의한 차이가

있었다($p=.023$). 만성 질환을 3개 이상 가진 비율이 독거노인 22.6%, 배우자 동거노인 17.1%, 주관적 건강상태가 나쁘다고 한 비율은 독거노인 46.9%, 배우자 동거노인 45.0%로 나타났으나, 이들은 유의한 차이가 없었다. 스트레스를 많이 느끼는 비율은 독거노인 29.3%, 배우자 동거노인 29.2%로, 우울증상 2주 연속 있음은 독거노인 21.8%, 배우자 동거노인 20.4%로 나타났으나 모두 유의한 차이가 없었으며, 자살생각을 해 본 적 있음이 독거노인 34.7%, 배우자 동거노인 24.2%

로 독거노인의 비율이 유의하게 높았다($p=.020$)(표 3).

3. 독거와 배우자 동거 상태에 따른 남녀 노인의 건강행태와 건강수준 위험요인

남녀 독거노인과 배우자 동거노인의 건강행태와 건강수준의 차이를 비교한 결과 유의미한 변수였던 흡연, 평균 수면시간, 아침식사 섭취여부, 자살생각 경험률을 종속변수로 하고

표 3. 여자 독거노인과 배우자 동거노인의 인구사회학적 특성, 건강행태, 건강수준 비교 (N=438)

변수	항목	독거 (n=181) n (%)	배우자 동거 (n=257) n (%)	χ^2	p
나이(세)	65~69	50 (27.6)	109 (42.4)	22.374	< .001
	70~79	105 (58.0)	139 (54.1)		
	80 이상	26 (14.4)	9 (3.5)		
교육 수준	초졸 이하 중졸 이상	156 (89.1) 19 (10.9)	188 (78.3) 52 (21.7)	8.339	.004
가구소득 수준	하~중하 중상~상	169 (94.4) 10 (5.6)	227 (88.3) 30 (11.7)	4.691	.030
거주 지역	동 읍/면	105 (58.0) 76 (42.0)	159 (61.9) 98 (38.1)	0.660	.417
비만 유병여부	저체중	11 (6.1)	8 (3.3)	3.118	.210
	정상	97 (53.6)	147 (60.5)		
	비만	73 (40.3)	88 (36.2)		
음주	일반 음주	88 (97.8)	131 (97.8)	0.000	.993
	문제 음주	2 (2.2)	3 (2.2)		
현재 흡연	흡연	11 (6.3)	3 (1.3)	7.942	.005
	비흡연	163 (93.7)	237 (98.8)		
신체활동	실천	17 (9.8)	35 (14.6)	2.128	.145
	비실천	157 (90.2)	205 (85.4)		
평균 수면시간	양호 (8시간 이상)	36 (20.3)	67 (27.8)	3.060	.080
	불량 (8시간 미만)	141 (79.7)	174 (72.2)		
아침식사 섭취여부	식사	153 (91.6)	238 (96.7)	5.193	.023
	결식	14 (8.4)	8 (3.3)		
만성질환의 수(개)	0	32 (18.1)	42 (17.5)	0.651	.722
	1~2	105 (59.3)	157 (65.4)		
	3개 이상	40 (22.6)	41 (17.1)		
주관적 건강상태	좋음	38 (21.5)	56 (23.3)	0.218	.897
	보통	56 (31.6)	76 (31.7)		
	나쁨	83 (46.9)	108 (45.0)		
스트레스 인지율	많이 느낌	51 (29.3)	70 (29.2)	0.001	.975
	적게 느낌	123 (70.7)	170 (70.8)		
우울증상 경험률	2주 연속 있음	38 (21.8)	49 (20.4)	0.123	.726
	2주 연속 없음	136 (78.2)	191 (79.6)		
자살 생각률	해 본 적 있음	60 (34.7)	58 (24.2)	5.447	.020
	해 본 적 없음	113 (65.3)	182 (75.8)		

독거 및 배우자동거에 따라 얼마나 차이가 있는지를 나이, 교육 수준, 가구소득 수준을 통제한 상태에서 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하여 알아보았다.

독거노인은 배우자 동거노인에 비해 평균 수면시간이 불량할 위험비가 2.44배($p < .001$), 아침식사를 결식할 위험비가 3.87배($p = .001$), 자살생각을 해본적 있을 위험비가 2.06배($p < .001$) 더 높았다. 남자의 경우, 독거노인이 배우자 동거노인에 비해 현재 흡연할 위험비가 2.20배($p = .037$), 평균 수면시간이 불량할 위험비가 3.10배($p = .007$), 아침식사를 결식할 위험비가 5.20배($p = .012$), 자살생각을 해본적 있을 위험비가 4.00배($p < .001$) 더 높았다. 여자의 경우 독거노인이 배우자 동거노인에 비해 현재 흡연할 위험비가 4.97배($p = .018$), 아침식사를 결식할 위험비가 3.10배($p = .031$) 더 높았다(표 4).

논 의

수명 연장과 핵가족화의 증가로 혼자 사는 노인이나 배우자와 둘이서 살아가는 노인, 즉 노인단독가구 노인이 증가하게 되었다. 이들은 다른 가족들과 함께 살아가는 노인들과는 다른 특성을 가지고 있으며, 특히 노인에게 있어서 배우자의 역할 또한 중요하다. 따라서, 지역사회에서 독거노인을 대상으로 한 건강관리 시 그 특성에 맞는 건강행태의 증진을 위한 프로그램 개발에 기초자료를 제공하고자 본 연구는 시도되었다.

노인단독가구 노인의 인구사회학적 특성을 살펴보면, 독거노인에서는 여자가 81.5%, 배우자 동거노인에서는 남자가 59.1%로 유의하게 많았다. 이는 2005년과 2010년의 여자 독거노인의 비율이 각각 83.0%, 79.7%로 여자 독거노인의 비율이 남자 독거노인의 비율보다 현저히 많았던 통계청 자료에서도 알 수 있었다. 이미 잘 알려져 있는 바와 같이, 여성의 기대수명이 남성에 비해 높기 때문에 배우자와의 사별 등의 이

유로 혼자 사는 여자 독거노인의 비율이 배우자 동거노인에 비해 유의하게 많았던 것으로 사료된다. 독거노인의 교육수준에서는 초졸 이하가, 가구소득 수준에서는 하-중하가 배우자 동거노인에 비해 유의하게 많았다. 이는 독거노인에서 배우자 동거노인에 비해 교육수준이 낮고 월 평균 총수입이 낮게 나타났던 전예슬(2009)의 결과와 일치하였다. 독거노인에서 교육의 기회가 남자보다 적었을 여성의 비율이 높았기 때문에 교육수준이 낮게 나타난 것이라 생각되고, 부부 중 한 사람이라도 수입이 있다면 가구소득 수준이 올라갈 것이므로 배우자 동거노인에 비해 독거노인에서 경제적인 어려움이 더 많은 것이라고 생각된다.

한편, 독거노인에서 배우자 동거노인에 비해 문제 음주, 불량한 평균 수면시간, 아침식사 결식이 많은 것으로 나타났으며, 구체적으로 수면시간은 2.44배 불량하였고, 아침식사 결식은 3.87배 많은 것으로 나타났다. 이는 배우자와의 동거 여부가 노인의 흡연 억제, 인플루엔자 접종, 의료 미검진에 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석된 김진구(2011)의 연구결과와 유사한 결과이다. 배우자와 단지 함께 살고 있다는 것 이상으로 서로의 건강행위에 영향을 준다는 의미에서, 노인에서도 배우자의 역할이 중요하다는 것을 알 수 있다.

건강수준을 보면, 독거노인에서 배우자 동거노인에 비해 더 많은 만성질환을 가지고 있고, 주관적 건강상태가 나쁘다고 하였으며, 스트레스, 우울증상, 자살생각도 더 많이 느끼고 경험하는 것으로 나타났는데, 구체적으로 자살생각은 2.06배 더 많이 해본적이 있는 것으로 나타났다. 이는 배우자 동거노인이 독거노인에 비해 신체적 건강과 심리적 건강 모두에서 가장 높은 점수를, 독거노인의 심리적 건강 점수가 가장 낮은 것으로 나타난 황희원(2002)의 연구결과와 유사하다. 주태하(2011)의 연구에서도 독거노인의 경우 배우자 동거노인에 비해 사회적 지지의 수준과 자기효능감의 수준이 낮고 우울 수준과 스트레스 수준이 높은 것으로 나타나 본 연구의 결과를

표 4. 건강행태와 건강수준의 다중 로지스틱 회귀분석

구분	전체		남		여	
	aOR (95% CI)	p	aOR (95% CI)	p	aOR (95% CI)	p
현재 흡연	0.87 (0.53~1.43)	.586	2.20 (1.05~4.39)	.037	4.97 (1.32~18.75)	.018
평균 수면시간	2.44 (1.64~3.63)	.000	3.10 (1.35~7.12)	.007		
아침식사 섭취여부	3.87 (1.80~8.34)	.001	5.20 (1.45~18.70)	.012	3.10 (1.11~8.66)	.031
자살생각률	2.06 (1.43~2.99)	< .001	4.00 (1.91~8.35)	< .001	1.29 (0.81~2.05)	.275

주. '비흡연', '수면시간 불량', '아침식사 결식', '자살생각 해 본 적 없음'을 참조변수로 사용함.
aOR : 나이, 교육 수준, 가구소득 수준을 보정한 오즈비; CI : Confidence Interval.

뒷받침한다. 배우자와 관심과 정서적 지지를 공유하면서 신체 건강과 정신 건강 모두에 긍정적인 영향을 받았을 것으로 사료된다.

성별로 살펴보면, 교육 수준과 가구소득 수준은 여자에서만 독거노인과 배우자 동거노인 사이에 유의한 차이가 있었다. 이는 앞에서 언급한 바와 같이, 독거노인에서 여성의 비율이 현저히 높고 그들은 교육의 기회가 적었으며, 배우자 동거노인의 배우자와 경제적으로 공유가 가능하기 때문인 것으로 생각된다. 문제 음주는 두 집단 사이에 남녀 모두 차이가 없는 것으로 나타났는데, 이러한 결과는 배우자의 역할 중 부정적인 건강행위를 감소시킨다는 앞서 나타난 결과와 상반되는 것으로 보여진다. 그러나 이는 남녀로 나뉘어져 분석에 사용된 문제 음주 항목의 빈도수가 매우 적었기 때문인 것으로 여겨진다. 평균 수면시간에서는 남자에서만 배우자 동거노인에 비해 독거노인의 평균 수면시간이 3.10배 유의하게 불량한 것으로 나타났는데, 이는 비교 가능한 연구결과를 찾지 못하여 원인을 확인하기 어렵다.

흡연과 아침식사, 자살 생각과 같은 건강행태 항목에서는 남녀 모두 독거노인이 배우자 동거노인에 비해 현재 흡연을 많이 하고 아침식사를 거르며 자살 생각을 해 본 적이 있는 것으로 나타났다. 구체적으로는 배우자 동거노인에 비해 독거노인에서 남자는 현재 흡연하는 비율이 2.2배 많았고 아침식사를 결식하는 비율이 5.20배 많았으며 자살생각은 4.00배 해 본 적이 있는 것으로, 여자에서는 현재 흡연하는 비율이 4.97배 많았고 아침식사를 결식하는 비율이 3.10배 많은 것으로 나타났다. 이는 남자 독거노인이 가족 동거노인에 비해 아침식사 결식과 스트레스 및 자살 생각을, 여자 독거노인은 가족 동거노인에 비해 스트레스 및 자살 생각을 많이 느끼고 경험하는 것으로 나타난 김영주(2009)의 연구와 유사한 결과이다.

본 연구는 다음과 같은 제한점을 지닌다. 첫째, 노인의 경우 사회적 지지체계가 건강행태나 건강수준에 큰 영향을 줄 수 있다. 본 자료에는 직업의 유무나 가족 구성원에 대해서는 수집이 되어 있으나, 그 외에 자주 왕래하는 친구나 모임 참여 등과 관련된 내용은 수집되어 있지 않아 결과에 영향을 미쳤는지 알 수 없었다. 둘째, 건강수준과 관련하여 객관적인 측면은 만성질환의 수만 포함하였고 주관적 건강상태나 스트레스 인지율 등은 대상자가 주관적으로 답한 내용으로, 건강수준을 좀 더 객관적으로 파악하기는 어렵다.

이러한 제한점에도 불구하고, 본 연구는 국가에서 시행한 전국 규모의 대표성이 있는 자료를 이용했다는 점과 가장 최신의 국민건강영양조사 자료를 이용하여 독거와 배우자 동거

에 따라 남녀 노인의 건강행태와 건강수준이 어떻게 다른지에 대해 규명한 연구로써 지역사회 독거노인의 건강 관련 프로그램 개발에 참고 자료로서의 의의가 있다고 하겠다.

결론

본 연구는 독거노인과 배우자 동거노인의 건강행태와 건강수준의 차이를 파악하기 위한 단면조사연구이다. 2010년 실시된 국민건강영양조사 제5기 1차년도 자료 중 건강 설문 조사에 응답한 1,478명의 65세 이상 노인 중에서, 대상자는 독거노인 222명, 배우자 동거노인 629명이었다. 독거노인과 배우자 동거노인의 인구사회학적 특성과 건강행태, 정신건강, 건강수준의 차이를 빈도와 백분율, χ^2 -test로 분석하였고, 독거와 배우자 동거 형태에 따른 남녀 노인의 건강행태와 건강수준의 위험요인을 확인하기 위해 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 주요 연구결과는 다음과 같았다.

첫째, 배우자 동거노인에 비해 독거노인에서 평균 수면시간이 불량하였고, 아침식사를 거르는 사람이 많았으며, 자살 생각을 해본 적이 더 많았다.

둘째, 남자 독거노인의 경우, 배우자 동거노인에 비해 현재 흡연을 많이 하였고, 평균 수면시간이 불량하였으며, 아침식사를 거르는 사람이 많았고, 자살생각을 해본 적이 더 많았다.

셋째, 여자 독거노인의 경우, 배우자 동거노인에 비해 현재 흡연을 많이 하였고, 아침식사를 거르는 사람이 더 많았다.

따라서 지역사회 독거노인을 대상으로 체계적인 금연 교육과 규칙적인 아침식사 섭취를 위한 구체적인 방안을 마련하고, 자살생각을 예방할 수 있는 프로그램을 개발 및 운영해야 할 것이다. 특히 남자 독거노인에게에는 평균 수면시간 늘리기와 정서적 지지 등의 맞춤형 서비스를 제공해야 할 것이다.

REFERENCES

- 김남진(1999). 규칙적인 운동참여 여부와 그 정도가 노인의 생활만족도에 미치는 영향. **한국노년학회지**, 19(3), 51-64.
- 김영범, 박준식(2004). 한국노인의 가족관계망과 삶의 만족도. **한국노년학회지**, 24(1), 169-185.
- 김영주(2009). 남녀별 독거노인과 동거노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각 비교. **기본간호학회지**, 16(3), 333-344.
- 김종민(2002). **한 지역사회 독거노인의 건강행태에 따른 영양 상태와 일상생활 수행능력**. 충남대학교 석사학위논문, 대전.
- 김진구(2011). 가족형태가 노인의 건강행위에 미치는 영향. **한국노인복지학회지**, 51, 35-56.
- 김혜경(2008). **저소득 노인의 건강행동과 신체 및 정신 건강간의 관계**.

- 삼육대학교 석사학위논문, 서울.
- 김희경, 이현주, 주영주, 박순미(2010). 독거노인의 자아통합감 영향 요인. **노인간호학회지**, 11(2), 204-215.
- 노유정(2009). **여성독거노인의 사회적 관계망이 생활만족도에 미치는 영향**. 충신대학교 석사학위논문, 서울.
- 박순미(2007). **독거노인의 건강상태지각, 통증, 일상생활활동, 외로움과 삶의 질**. 공주대학교 석사학위논문, 공주.
- 박현선(2000). **독거노인과 가족동거노인의 건강상태에 대한 비교**. 전북대학교 석사학위논문, 전주.
- 배재은(2010). **독거노인과 가족동거노인의 우울 비교연구**. 공주대학교 석사학위논문, 공주.
- 백경란(2006). **지역사회 저소득층 독거노인과 가족동거노인의 우울**. 고려대학교 석사학위논문, 서울.
- 서영숙(2003). **농촌 지역 여성 독거노인의 사회적 관계와 정신건강**. 대불대학교 석사학위논문, 영암.
- 서옥석(2007). **농어촌여성독거노인의 건강증진행위와 삶의 질 간의 관계**. 한서대학교 석사학위논문, 서산.
- 석소현(2008). 독거노인과 가족동거노인의 신체적 건강상태, 가족지지 및 생활만족도에 관한 비교연구. **지역사회간호학회지**, 19(4), 564-574.
- 유광수, 박현선(2003). 독거노인과 가족동거노인의 건강상태에 관한 비교 연구. **한국노년학회지**, 23(4), 163-179.
- 이경민(2006). **지역 사회 거주 독거노인의 정신건강에 대한 조사연구**. 고려대학교 석사학위논문, 서울.
- 이윤정(2012). 남녀 독거노인가구와 부부노인가구의 복지서비스 이용의 영향요인. **한국노년학회지**, 32(4), 1119-1135.
- 전예슬(2009). **가구유형에 따른 한국 노인의 건강상태 비교 연구**. 이화여자대학교 석사학위논문, 서울.
- 제갈정(2001). **한국인의 음주실태**. 서울: 한국음주문화연구센터.
- 주태하(2011). **사회적 지지, 자기효능감, 스트레스가 노인 우울에 미치는 영향**. 가톨릭대학교 석사학위논문, 서울.
- 차유숙(2006). **독거노인의 특성에 관한 사례연구 및 지원방안에 관한 연구: 은평구 독거노인 심층면접을 중심으로**. 명지대학교 석사학위논문, 서울.
- 채현탁(2006). **지역주민 중심의 독거노인 사회적 지지망 강화방안: 자원봉사자 연계 개입을 중심으로**. 대구대학교 박사학위논문, 대구.
- 최양혜(2008). **농촌 지역 독거노인과 가족동거노인의 건강상태 및 간호요구도**. 한양대학교 석사학위논문, 서울.
- 통계청(2010). **인구주택총조사**, 서울.
- 황희원(2002). **노인의 동거형태에 따른 자아존중감, 건강상태, 생활만족도에 관한 연구**. 전남대학교 석사학위논문, 광주.
- Eguchi, K., Pickering, T. G., Schwartz, J. E., Hoshida, S., Ishikawa, J., Ishikawa, S., et al. (2008). Short sleep duration as an independent predictor of cardiovascular events in Japanese Patients With Hypertension, American Medical Association. *Archives of Internal Medicine*, 20(10), 2225-2231.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). Physical activity guidelines for Americans. Retrieved from <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx>
- Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration, *Journal of Health and Social Behavior*, 28(3), 306-319.