

성별에 따른 가구형태가 건강상태에 미치는 영향

전 경 숙* · 이 효 영**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

핵가족과 단독 가구의 증가, 이혼율의 증가 및 사회 변화에 따른 가치관의 변화 등은 다양한 가족 형태의 변화를 가져왔고, 이 중 빠른 증가를 보이고 있는 가구 유형의 하나가 한부모 가구이다. 한부모 가구는 1985년 848가구에서 2005년 1,124가구로 증가하였으며 (Korean National Statistical Office, 2005) 예전에는 이를 결손가정 또는 편부모 가구라는 용어를 사용하였으나 이는 부정적이며, 차별적인 의미를 담고 있어 좀 더 보편적이며 중립적인 용어로 한부모 가구이라는 용어로 사용하게 되었다. 하지만 한부모 가구이라는 중립적 용어의 사용에도 불구하고, 이를 특수한 가정, 결손가정, 또는 위기의 가정으로 바라보는 시각은 여전히 존재하고 있다.

한부모 가구가 경험하는 문제는 흔히 심리적 문제 (Kim, 2005), 사회경제적 문제들과 사회복지정책의 부족 (Og, Choe, Kwon, & Kang, 2004) 및 한부모 가구의 양육 부담 (Ohem & Chun, 2006) 등으로 분류할 수 있다. 한쪽 배우자의 부재로 인하여 가정생활에서 불가피하게 변화가 발생하고, 대다수가 저학력과

저소득으로 인하여 경제적 어려움을 겪게 되며, 직업 선택에 있어서도 자녀양육과 가사의 문제를 고려해야 되기 때문에 선택의 폭이 적어진다. 또한 직업을 가지게 되는 경우라도 자녀 양육에 있어 시간이 절대적으로 부족하여 자녀와의 관계를 형성하는데 어려움을 겪게 되며, 다른 사람에게 양육과 가사를 맡기게 되면 지출이 늘어나는 문제로 인하여 빈곤한 상태에 처하게 되는 경우가 많다. 더욱이 사회적 편견으로 인해 심리적으로 위축되고 고독감을 느끼게 되며, 주변 사람들의 부정적 인식을 경험함으로써 인해 생활에 있어 어려움을 느끼게 된다.

한부모 가정이 겪게 되는 경제적 문제와 그 밖에 발생하는 여러 문제들은 건강상태에 부정적인 영향을 주는 요인으로 작용하여, 이들의 건강상태가 다른 집단에 비해 낮을 것임을 예측할 수 있다. 최근 건강 형평성 관련 연구는 사회 경제적 수준이 낮은 계층, 즉 교육 수준이나 경제 수준이 낮은 계층의 건강 문제는 그렇지 않은 그룹에 비해 더 많으며 (Kawachi & Kenndy, 1999), 사회경제적 건강격차는 사회와의 단절을 통한 부정적 영향과 사회심리적 과정을 통해 건강에 영향을 주는 등의 메커니즘을 통해 이루어진다고 설명한다. 또한 가난하거나 교육수준이 낮거나 사회적으로 고립된 사람들은 다양한 위험관련 행동들에 참여

* 동서대학교 보건의료계열 간호학과 교수

** 동서대학교 보건의료계열 보건행정학과 교수(교신저자 E-mail: princesa@hitel.net / gsj64@naver.com)

투고일: 2009년 2월 10일 심사요리일: 2009년 2월 11일 게재확정일: 2009년 4월 1일

할 가능성이 높고, 건강에 유익한 행동에 참여하지 않을 가능성이 높다. 개인의 사회경제적 여건은 어떤 행동에 참여할 수 있는 환경적 기회를 제공하거나 제한함으로써 행동 및 건강에 영향을 미치게 된다(Kawachi & Kenndy, 1999).

한부모 가구의 취약성에 대한 사회적 접근을 시도하는 연구는 그동안 주로 이들이 처한 사회경제적 취약성 및 육아문제에 집중되어왔으며 이들의 건강문제는 상대적으로 소홀히 되어왔다. 게다가 대부분의 연구들이 여성 한부모 가구주에 집중되어 왔으며 남성 한부모 가구주에 대한 관심은 상대적으로 소홀히 되어왔다. 이들 연구는 가부장적인 한국사회에서 여성이 차지하는 상대적으로 낮은 지위에 초점을 두고(Seok, Kim, & Yoo, 2006) 여성가구주 가구는 남성 가장의 실직과 그에 따른 가족 경제의 어려움을 겪게 되면서도 여성가구주 대부분이 취업의 기회가 제한되어 있고 국가적 지지체계 등의 부족으로 인하여 빈곤탈피의 기회마저 박탈당하고 있다고 일관되게 보고하고 있다(Yoo & Shim, 2004). 이와 같은 논의는 한국사회에서 어느 정도 인정을 받고 있지만 연구 대부분이 특정한 성인 여성 한부모 가구를 대상으로 사회경제적, 지지적 차원의 상황들에 주목하고 있어 실제로 이러한 상황이 한부모 가구의 일반적 경험들인지, 이러한 경험들에서 성은 어떻게 관련되는 지에 대한 실증적 검증은 명확히 이루어진바 없다. 따라서 본 연구는 대표성 있는 우리나라 성인을 대상으로 한부모 가구 특성과 성이 사회경제적 상태 및 건강상태에 어떻게 관련되는지를 파악하고자 하였다.

2. 연구 목적

본 연구는 우리나라 성인을 대상으로 성별에 따른 가구형태가 사회경제적 상태 및 건강 상태에 어떻게 관련되는지를 파악하고자 했으며 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 25-64세의 기혼 성인대상자의 성별 가구 형태에 따른 사회경제적 상태 및 건강수준의 차이를 파악한다.

둘째, 사회경제적 상태를 보정한 상태에서 성과 가구형태가 건강수준에 독립적인 영향을 미치는지를 파

악한다.

사회경제적 변수는 건강수준을 결정하는 하나의 중요변수이기에 가구형태에 따른 순수한 건강차이를 파악하고자 혼란변인(confounder)으로써의 사회경제적 변수의 역할을 제어할 필요가 있었다.

3. 연구의 제한점

첫째, 본 연구에서 사용한 『2005국민건강영양조사』의 건강면접조사는 건강상태를 자기 보고식(self-reported)으로 측정하였기에 자신의 건강에 대한 평가 및 보고에 있어서의 남성과 여성의 차이가 기여했을 가능성을 배제할 수 없다.

둘째, 단면연구이기에 인과적 관계를 명확히 할 수 없다. 한부모 가구 특성이 건강에 영향하기도 하지만 동시에 건강하지 못함으로 인해 이혼, 별거, 사별 등의 결혼 상태에 변화를 경험할 수도 있기 때문에 인과적 방향성에 대한 규명은 향후 종단적 연구를 통해 좀 더 규명되어야 할 과제라 하겠다.

II. 연구 방법

1. 연구 자료 및 연구 대상

보건복지가족부와 보건사회연구원이 공동으로 실시한 『2005년 국민건강영양조사』 자료를 사용하였다. 건강면접, 보건행태, 건강검진 및 영양조사로 이루어진 『2005국민건강영양조사』 본 자료 중 본 연구를 위해서는 다양한 건강상태 및 대상자의 사회경제적 특성을 포함하고 있는 건강면접조사에 참여한 25세 이상 64세 이하의 기혼 성인가구 중 총가구원수가 2인 이상인 가구의 가구주 또는 배우자에 해당하는 성인을 대상(15,311명)으로 하였다. 선택한 대상자 중 주관적 건강상태, 우울, 불안, 가구소득 등의 주요 변수에 있어서의 결측 케이스(481명)를 제외한 14,830명(가중치 적용: 14,829명)을 최종 분석대상으로 하였다.

2. 측정 도구

1) 가구형태

가구형태는 사별, 이혼, 별거의 사유로 배우자가 없는 상태에서 자녀 또는 다른 가족과 함께 동거하는 가구를 '한부모 가구', 배우자가 있으면서 자녀 또는 다른 가족과 동거하는 가구를 '부부가구'로 구분하였다.

2) 사회경제적 상태 변수

사회경제적 상태에는 교육수준, 가구소득, 직업 및 주택소유 형태를 포함하였다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하, 중학교졸업, 고등학교 졸업, 대학교 졸업의 네 그룹으로 구분하였다. 가구소득은 자가보고 형식으로 조사된 월 가구소득에 대하여 가구원수를 보정한 등가소득(equivalent income)을 산출하였다. 본 연구에서는 OECD 국가 간 비교에서 사용하는 가구균등화 지수(equivalent scale) 0.5를 사용하였으며 이렇게 계산한 등가소득을 4분위로 나누어 최상위 25% 분위에 해당하는 그룹을 준거집단으로 삼았다. 직업은 '사무직', '비사무직', '주부·군인·학생', '무직'으로 나누었다. 또한 주거유형은 '자가 소유'와 '기타'(세입, 무상 등)로 구분하였다.

3) 건강 변수

전반적인 건강수준을 나타내는 주관적 건강수준을 사용하였다. 이는 유병과 사망을 예측하는데 신뢰성과 정확성이 입증된 지표로 알려져 있다(Idler & Benyamini, 1997). 연구에 사용된 주관적 건강상태의 측정문은 "당신의 건강은 대체로 어떠하다고 생각하십니까?"에 대한 질문에 (1)'매우건강하다', (2)'건강하다', (3)'보통이다', (4)'약간 나쁘다', (5)'매우 나쁘다'의 응답을 선택하도록 구성되었다. '약간 나쁘다' 또는 '매우 나쁘다'고 응답한 경우를 '건강하지 못한 집단'으로 하고 나머지 응답의 경우를 '건강한 집단'으로 하였다. 최근 주관적 건강수준을 결과 변수로 한 논문에서 건강상태를 본 연구에서의 분류와 같이 이분화하여 분석하고 있으며 이는 타당한 것으로 인정되고 있다(Khang, Lynch, Yun, & Lee, 2004).

또한 '통증·불편감', '불안·우울'관련 삶의 질을 사용하였다. 이는 교차·문화적 적용 작업과 확인 과정을 거친 한국어판 KEQ-5D에 의해 측정한다(Kim, Cho, Uhm, Kim, & Bae, 2005) 것으로 5가지 항목에는 '운동 능력', '자기 케어 능력', '일상 활동', '통증·불편

감', '불안·우울'이 포함된다. 각각의 문항은 ① 문제없음, ② 중등도 문제 있음, ③ 중증 문제 있음의 세 가지 선택으로 평가하도록 주어졌다. 본 연구는 '통증·불편감', '불안·우울'의 각 문항에 '문제 없음'에 응답한 경우를 '건강한 집단' 그렇지 않은 응답의 경우를 '건강하지 못한 집단'으로 구분하였다.

3. 자료 분석 방법

성과 가구형태에 따른 사회경제적 상태 및 건강수준의 차이를 파악하기 위하여 성과 가구 형태에 따른 사회경제적 상태 및 건강수준의 분포에 대한 빈도와 백분율을 산출하였으며 이들 차이의 유의성을 검정(Chi-square test)하였다. 연구의 유의 수준은 $p < 0.05$ 와 $p < 0.01$ 수준에서 검증하였다. 또한 성과 가구 형태에 따라 사회경제적 상태 및 건강수준이 어떻게 다른지를 살펴보기 위해 연령 보정 로지스틱 회귀 분석을 수행하였으며 연령이외의 다른 사회경제적 요인을 고려한 이후에도 성과 가구형태가 건강수준에 미치는 영향 정도가 어떠한지를 탐색하기 위해 다변량 로지스틱 회귀분석을 수행하였다. 사회경제적 변수는 건강수준을 결정하는 하나의 중요변수이기에 가구형태에 따른 순수한 건강차이를 탐색하고자 혼란변인(confounder)으로써의 사회경제적 변수의 역할을 제어할 필요가 있었다.

교육수준 및 직업 등과 같은 사회경제적 변수간의 상관관계 및 두 변수 간 상호작용을 확인한 결과 독립변수 간 상관관계가 모두 0.3이하였으며 변수간 상호작용이 발견되지 않았다. 모든 회귀분석 모형은 Hosmer-Lemeshow 모형 적합도 검정 결과 예측값과 관찰값의 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났다. 통계 분석 시에는 표본추출 및 조사완료율을 보정하기 위한 가중치를 부여하였으며 통계 프로그램은 SPSS+12.0을 사용하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적인 특성은 Table 1에 나타내었다.

남성이 전체 대상자의 47.8%를 차지하였고, 여성이 52.2%였다. 또한 남성 가운데 한부모 가구주인 경우는 3.5%(251명)였으나 여성의 경우는 8.2%(633명)로 여성이 한부모 가구의 가구주가 될 위험이 높은 것으로 나타났다. 한부모 가구주가 된 주된 사유는 사별(2.5%), 이혼(2.6%), 별거(9%)였으며, 여성 한부모 가구주는 50.4%가 사별의 경우로 가장 많았으며 이혼은 35.5%, 별거는 14.1%에 해당하였다. 반면 남성

한부모 가구주의 경우 61.8%가 이혼한 경우였으며 사별 19.9%, 별거 18.3%였다.

연령분포에 있어서는 부부가구의 남성, 여성의 경우 35-44세에 가장 많이 분포하는 반면 한부모 가구의 남성, 여성은 45-54세에 가장 많이 분포하였다. 학력에 있어서는 부부가구의 경우 대학이상 졸업이 남녀 각각 37.7%, 24.0%에 해당하는 반면 한부모 가구의 경우 남자 12.7%, 여자 8.2%만이 대학이상 졸업에

Table 1. Distribution of Socioeconomic and Health Status by Sex and Family Structure of Adults Aged 25 to 64 Years in Korean National Health and Nutritional Examination Survey, 2005 (n=14,827)

	Coupled family		Single-parent family		Total		
	Men n(%)	Women n(%)	Men n(%)	Women n(%)	Men n(%)	Women n(%)	Total n(%)
Socioeconomic status							
Age	**				**		
25-34	1,139(16.7)	1,685(23.7)	12(4.8)	48(7.6)	1,151(16.3)	1,733(22.4)	2,884(19.4)
35-44	2,432(35.6)	2,489(35.0)	89(35.5)	169(26.7)	2,521(35.6)	2,658(34.3)	5,179(34.9)
45-54	2,027(29.7)	1,883(26.0)	108(43.0)	266(42.0)	2,135(30.1)	2,149(27.7)	4,284(28.9)
55-64	1,234(18.1)	1,055(14.8)	42(16.7)	151(23.8)	1,276(18.0)	1,206(15.6)	2,482(16.7)
Educational attainment	**		**		**		
College+	2,574(37.7)	1,707(24.0)	32(12.7)	52(8.2)	2,606(36.8)	1,759(22.7)	4,365(29.4)
High school	2,840(41.6)	3,210(45.1)	118(47.0)	255(40.2)	2,958(41.8)	3,465(44.7)	6,423(43.3)
Middle school	775(11.3)	1,025(14.4)	57(22.7)	140(22.1)	832(11.7)	1,165(15.0)	1,997(13.5)
Less than elementary	642(9.4)	1,170(16.5)	44(17.5)	187(29.5)	687(9.7)	1,357(17.5)	2,043(13.8)
Occupation	**		**		**		
Non-manual	2,128(31.2)	774(10.9)	20(8.0)	42(6.6)	2,148(30.3)	816(10.5)	2,964(20.0)
Manual	4,035(59.1)	2,455(34.5)	171(68.1)	415(65.6)	4,206(59.4)	2,870(37.1)	7,076(47.7)
Housewife · soldier etc.	71(1.0)	3,844(54.0)	2(0.8)	72(11.4)	73(1.0)	3,917(50.6)	3,989(26.9)
Unemployed	597(8.7)	39(0.5)	58(23.1)	104(16.4)	655(9.2)	142(1.8)	798(5.4)
Housing tenure							
Owned	4,459(65.3)	4,746(66.7)	116(46.2)	286(45.2)	4,575(64.6)	5,032(65.0)	9,607(64.8)
Dose not own(i.e., rent)	2,373(34.7)	2,367(33.3)	135(53.8)	347(54.8)	2,508(35.4)	2,714(35.0)	5,222(35.2)
Equivalent household income ^a					**		
1st 25%	1,716(25.1)	1,721(24.2)	23(9.2)	42(6.6)	1,738(24.5)	1,764(22.8)	3,502(23.6)
2nd 25%	1,699(24.9)	1,728(24.3)	43(17.1)	106(16.7)	1,742(24.6)	1,834(23.7)	3,576(24.1)
3rd 25%	1,915(28.0)	1,959(27.5)	67(26.7)	148(23.3)	1,982(28.0)	2,107(27.2)	4,089(27.6)
4th 25%	1,502(22.0)	1,704(24.0)	118(47.0)	338(53.3)	1,620(22.9)	2,041(26.3)	3,662(24.7)
Health status							
Self-rated health	**		*		**		
Healthy	5,972(87.4)	5,896(82.9)	193(76.9)	442(69.8)	6,166(87.1)	6,338(81.8)	12,503(84.3)
Unhealthy	859(12.6)	1,216(17.1)	58(23.1)	191(30.2)	917(12.9)	1,407(18.2)	2,324(15.7)
Pain-discomfort	**				**		
No	5,274(77.2)	4,923(69.2)	155(61.8)	360(56.8)	5,429(76.6)	5,283(68.2)	10,712(72.2)
Yes	1,557(22.8)	2,190(30.8)	96(38.2)	274(43.2)	1,654(23.4)	2,463(31.8)	4,117(27.8)
Anxiety depression	**				**		
No	6,050(88.6)	5,696(80.1)	176(70.1)	410(64.8)	6,226(87.9)	6,106(78.8)	12,332(83.2)
Yes	781(11.4)	1,416(19.9)	75(29.9)	223(35.2)	856(12.1)	1,639(21.2)	2,495(16.8)
N	6,831(49.0)	7,112(51.0)	251(28.4)	633(71.6)	7,082(47.8)	7,745(52.2)	14,827

^a Household income having divided by the square root of the number of household members.

* p<0.05, **p<0.01, significance of difference between men and women

해당하였다. 반대로 중학교 이하의 저학력 분포에 있어서는 부부가구의 남녀(남: 17.5%, 여: 29.5%)에 비해 한부모 가구의 남녀(남: 40.2%, 여: 51.6%)에서 높게 나타났다. 직업에 있어서, 부부가구의 남성의 경우 사무직 31.2%, 비사무직 59.1%였으며 무직의 경우는 8.7%에 불과하였으나 부부가구의 여성은 대부분 비사무직(34.5%)에 종사하며 54.0%는 주부였다. 한편 한부모 가구주 남성의 경우 비사무직에 종사하는 경우가 가장 많았으며 무직이 23.1%로 높게 나타났다. 한부모 가구주 여성 역시 비사무직에 종사하는 경우가 65.6%로 가장 많았으며 무직이 16.4%에 해당하였다. 주택 소유여부에 있어서는 부부가구 남녀의 경우 약 66%가 주택을 소유하고 있는 반면 한부모 가구 남녀는 약 45%만이 소유하는 것으로 나타났다. 가구 소득에 있어서도 부부가구의 남녀 각각 25.1%, 24.2%가 최상위 25% 분위에 분포하는 반면 한부모 가구주의 경우 남자 9.2%, 여자 6.6%만이 최상위 25% 분위에 속하였다.

가구형태 및 성별 주관적 건강수준, 통증·불편감 및 우울·불안 상태를 살펴본 결과, 부부가구의 남녀 각각 12.6%, 17.1%만이 자신의 건강이 건강하지 않다고 평가한 반면 한부모 가구의 남녀가구주는 각각 23.1%, 30.2%가 불건강하다고 평가하였다. 통증 또는 불편감이 있는지에 대해서는 부부가구 남녀 각각 22.8%, 30.8%가 그렇다고 하였다. 한편 한부모 가구

의 남성 가구주는 각각 38.2%, 43.2%가 통증 또는 불편감을 호소하며 부부가구의 남녀에 비해 통증 또는 불편감을 더 많이 경험하는 것으로 나타났으며 특히 여성에서 더 높았다. 또한 한부모 가구의 남녀가구주(남: 29.9%, 여: 35.5%)는 부부가구의 남녀(남: 11.4%, 여: 19.9%)에 비해 더 많이 우울 및 불안을 경험하는 것으로 나타났다.

2. 성과 가구형태에 따른 사회경제적 상태 및 건강상태

Table 2는 성과 가구형태가 사회경제적 상태 및 건강상태에 어떻게 관련하는지를 살펴본 것이다. 최하위 25%분위 가구소득, 낮은 교육수준, 실업, 무주택 여부의 네 가지 사회경제적 자원에 있어서 열악한 그룹에 속할 위험을 부부가구에 속한 남성을 준거집단으로 하여 제시하였다. 또한 주관적으로 건강하지 않은 상태, 주관적 통증/불편감 여부 및 불안/우울의 3가지 건강수준을 부부가구의 남성을 준거집단으로 하여 나타냈다.

한부모 가구의 여성가구주가 부부가구 남성에 비해 3.99배 낮은 교육수준(초등학교 이하)에 분포할 위험이 큰 것으로 나타났으며 이는 한부모 가구의 남성가구주(OR: 2.60) 및 부부가구 여성(OR: 2.65)보다 높은 것이었다. 실업의 위험에 있어서 가장 취약한 그룹은 한부모 가구의 남성가구주로 부부가구 남성

Table 2. Odds Ratio^a of Socioeconomic Status(a) and Gealth Status(b) by Sex and Family Structure (n=14,827)

	Men		Women	
	Coupled family	Single-parent family	Coupled family	Single-parent family
(a) Socioeconomic status				
Educational attainment in less than elementary school	1.00	2.60(2.37-2.85)	2.65(1.98-3.55)	3.99(3.29-4.84)
Unemployment	1.00	3.48(2.51-4.82)	0.06(0.04-0.08)	1.79(1.41-2.27)
Household income ^b in lowerest 25%	1.00	3.33(2.57-4.32)	1.16(1.07-1.25)	4.05(3.41-4.80)
Does not own home (i.e., rent)	1.00	2.81(2.16-3.65)	0.82(0.76-0.88)	3.14(2.64-3.74)
(b) Health status				
Self-rated health as 'poor'	1.00	1.98(1.44-2.70)	1.65(1.50-1.82)	2.64(2.18-3.20)
Pain-discomfort	1.00	2.02(1.54-2.63)	1.66(1.54-1.80)	2.30(1.94-2.73)
Anxiety-depression	1.00	3.16(2.38-4.19)	2.07(1.88-2.28)	3.85(3.21-4.62)

^a ORs after controlling for 5 years age group(25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 50-59, 60-64); reference category is men in coupled family

^b Household income having divided by the square root of the number of household members.

해 3.48(95% CI: 3.29-4.84)배 실업 위험이 높은 것으로 나타났으며 두 번째 실업 위험이 높은 그룹은 한부모 가구의 여성가구주(OR: 1.79, 95% CI: 1.41-2.27)로 나타났다. 등가구소득이 최하위 25% 분위에 속할 위험에 있어서는 한부모 가구의 여성가구주는 부부가구의 남성에게 비해 4.05배나 되었으며 이는 한부모 가구의 남성가구주의 3.33배보다 높은 것이다. 또한 무주택의 위험 역시 한부모 가구의 경우 높은 것으로 나타났으며 이 경우 역시 여성(OR: 3.14)이 남성(OR: 2.81)보다 높은 것으로 나타났다. 따라서 실업 위험을 제외한 소득, 교육수준, 및 주택소유 여부의 사회경제적 수준에 있어서 한부모 가구의 여성은 가장 취약한 위치에 있었다.

건강수준에 있어서도 한부모 가구 남녀의 불건강 위험은 부부가구의 남성에게 비해 높게 나타났다. 그러나 건강에 대한 한부모 가구의 영향은 여성보다는 남성에서 크게 나타나는 경향을 보였다. 즉 여성의 경우 가구형태에 상관없이 부부가구의 남성에게 비해 모든 건강결과에서 불건강 위험이 높게 나타나며 여성의 한부모 가구여부의 건강에의 영향은 남성에서의 그것보다 적은 경향이었다. 불건강 위험의 경우 여성은 가구형태에 관계없이 부부가구의 남성에게 비해 높았는데, 부부가구 여성의 경우 1.65(95% CI: 1.50-1.82)배, 한부모 가구의 여성의 경우 2.64(96% CI: 2.18-3.20)배였다. 한부모 가구의 남성의 불건강 위험은 부부가구의

남성에 비해 1.98(95% CI: 1.44-2.70)배로 뚜렷하게 불건강 위험이 높게 나타났다. 통증/불편감 및 불안/우울에 있어서도 여성은 부부가구 남성에게 비해 위험이 높게 나타났는데, 한부모 가구의 여성(통증/불편감: 2.30, 불안/우울: 3.85)은 부부가구 여성(통증/불편감: 1.66, 불안/우울: 2.07)에 비해 그 위험이 더욱 크며 그 어느 그룹에 비해 가장 불리한 위치에 있었다. 한편 한부모 가구의 남성은 부부가구 남성에게 비해 통증·불편감 위험은 2.02배, 불안·우울 위험은 3.16배였으며, 여성의 한부모 가구주의 건강에의 영향 정도보다 크게 나타났다.

Table 3은 성을 분리한 상태에서의 가구형태가 남녀 각각의 사회경제적 상태 및 건강수준에 어떻게 관련되는지를 살핀 것이다. 한부모 가구의 여성은 부부가구의 여성에게 비해 무직일 위험은 31.55배였으며 최하위 25% 가구소득에 분포할 위험은 3.51배였으며 한부모 가구의 남성이 저소득 그룹에 분포할 위험은 부부가구의 남성에게 비해 3.29배였다. 또한 한부모 가구의 여성의 자가 주택이 아닐 위험은 부부가구 여성의 3.86배이며 한부모 가구의 남성은 부부가구의 남성에게 비해 자가 주택이 아닐 위험이 2.82배였다. 건강에 있어서는 한부모 가구의 여성은 부부가구의 여성에게 비해 불건강 위험이 1.58배인데 비해 한부모 가구의 남성은 부부가구의 남성에게 비해 1.99배 불건강 위험이 높았다. 통증/불편감 호소 위험에 있어서는 한부모 가구의

Table 3. Odds Ratio^a of Socioeconomic Status(a) and Gealth Status(b) by Family Structure among Men and Women (n=14,827)

	Men		Women	
	Coupled family	Single-parent family	Coupled family	Single-parent family
(a) Socioeconomic status				
Educational attainment in less than elementary school	1.00	3.05(2.04-4.56)	1.00	1.52(1.25- 1.84)
Unemployment	1.00	3.53(2.5 -4.91)	1.00	31.55(21.32-46.69)
Household income ^b in lowerest 25%	1.00	3.29(2.54-4.26)	1.00	3.51(2.96- 4.16)
Does not own home (i.e., rent)	1.00	2.82(2.17-3.67)	1.00	3.86(3.23- 4.07)
(b) Health status				
Self-rated health as 'poor'	1.00	1.99(1.46-2.73)	1.00	1.58(1.30- 1.91)
Pain-discomfort	1.00	2.04(1.57-2.66)	1.00	1.33(1.12- 1.59)
Anxiety-depression	1.00	3.12(2.35-4.14)	1.00	1.88(1.58- 2.25)

^a ORs after controlling for 5 years age group(25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 50-59, 60-64); reference category is men in coupled family and women in single-parent family

^b Household income having divided by the square root of the number of household members.

여성은 부부가구 여성에 비해 1.33배 높은 반면 한부모 가구의 남성은 부부가구 남성에 비해 2.04배 높게 나타났다. 불안/우울의 경우는 한부모 가구의 여성은 부부가구 여성에 비해 1.88배 높은 반면 한부모 가구의 남성은 부부가구 남성에 비해 불안/우울의 위험이 3.12배로 월등히 높았다.

3. 성과 가구형태가 건강상태에 미치는 영향

연령 및 사회경제적 요인을 고려한 후 성과 가구형태가 건강상태에 미치는 영향정도를 살펴보았다(Table 4). 연령, 교육수준, 직업, 주택소유, 및 가구소득을 보정한 이후에도 한부모 가구의 남녀는 가구주의 불건

강 위험은 부부가구에 비해 여전히 불건강 위험이 높은 경향을 보였다. 먼저 주관적 건강 수준의 경우, 한부모 가구의 남성의 불건강 위험의 odds ratio는 1.29(95% CI: 0.93-1.78)였다. 이는 사회경제적 요인을 보정하기 이전 남성에서 한가구주의 불건강 위험이 1.98배에서(Table 2) 교육수준, 직업, 주택소유 및 가구에서소득의 영향을 보정함으로써 한부모 가구의 불건강 위험이 경감되어 더 이상 부부가구의 남성과 유의한 차이를 나타내진 않았다. 한편, 여성의 경우 전체적으로 남성에 비해 불건강 위험이 높았다. 부부가구내의 여성(OR: 1.46, 95% CI: 1.28-1.65)과 한부모 가구의 여성(OR: 1.71, 95% CI: 1.40-2.09) 모두 준거 집단인 부부가구의 남성에 비해 불건강 위

Table 4. Adjusted Odds Ratio^a of Various Health Outcomes by Sex and Family Structure (n=14,827)

	Self-rated health as 'poor'	Pain-discomfort	Anxiety-depression
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Family structure			
Men in coupled family	1	1	1
Women in coupled family	1.46(1.28-1.65)	1.55(1.40-1.71)	2.09(1.85-2.37)
Men in single-parent family	1.29(0.93-1.78)	1.49(1.13-1.96)	2.23(1.66-3.00)
Women in single-parent family	1.71(1.40-2.09)	1.66(1.39-1.98)	2.86(2.36-3.45)
Age			
25-34	1	1	1
35-44	1.69(1.40-2.03)	1.15(1.02-1.29)	1.40(1.21-1.63)
45-54	2.88(2.38-3.49)	1.74(1.53-1.98)	1.94(1.66-2.28)
55-64	4.81(3.91-5.92)	2.38(2.05-2.77)	2.16(1.80-2.60)
Educational attainment			
College+	1	1	1
High school	1.13(0.97-1.32)	1.07(0.96-1.20)	1.06(0.93-1.21)
Middle school	1.88(1.56-2.26)	1.49(1.29-1.72)	1.37(1.15-1.62)
Less than elementary	2.72(2.25-3.28)	2.28(1.96-2.65)	1.51(1.26-1.81)
Occupation			
Non-manual	1	1	1
Manual	1.28(1.05-1.55)	1.40(1.23-1.60)	1.13(0.95-1.33)
Housewife ·soldier etc.	1.41(1.14-1.75)	1.30(1.11-1.51)	1.22(1.02-1.46)
Unemployed	2.87(2.26-3.66)	2.34(1.93-2.85)	2.94(2.35-3.67)
Housing Tenure			
Owned	1	1	1
Does not own(i.e., rent)	1.28(1.14-1.42)	1.05(0.97-1.15)	1.20(1.09-1.33)
Equivalent household income^b			
1st	1	1	1
2nd	1.08(0.94-1.24)	1.03(0.93-1.14)	1.10(0.97-1.25)
Lowest	1.61(1.41-1.83)	1.40(1.26-1.54)	1.68(1.48-1.89)

^a ORs was adjusted for age, educational attainment, household income, occupation, and house ownership; reference category is men in married-couple family with OR defined as 1.00.

^b Household income having divided by the square root of the number of household members.

험이 높게 나타났으며 이는 한부모 가구의 남성(OR: 1.29, 95% CI: 0.93-1.78)보다도 높았다. 신체적 통증 및 불편감의 호소에 있어서도 부부가구의 남성에 비해 부부가구의 여성은 1.55(95% CI: 1.40-1.71)배, 한부모 가구의 여성은 1.66(95% CI: 1.39-1.98)배 위험이 더 높았는데, 이는 한부모 가구의 남성(OR: 1.49, 95% CI: 1.13-1.96)보다도 더 높은 것이었다. 따라서 주관적 건강 및 통증·불편감 호소에 있어서 가장 취약한 그룹은 한부모 가구의 여성이며 다음 취약 그룹은 부부가구 여성이었다. 한부모 가구의 여성은 불안·우울에 있어서도 부부가구의 남성에 비해 2.86배의 위험을 나타내며 가장 취약하였으나 두 번째 취약그룹은 한부모 가구의 남성(OR: 2.23, 95% CI: 1.66-3.00)으로 나타났다. 부부가구 여성의 경우도 부부가구 남성에 비해 2.09(95% CI: 1.66-3.00)배 불안·우울을 경험하는 것으로 나타났다.

성과 가구형태 이외 연령, 교육수준, 직업, 주택소유 및 가구 소득은 세 가지 건강수준 모두에 영향을 미치는 것으로 나타났다(Table 4). 연령이 증가함에 따라 주관적 불건강, 통증/불편감 및 불안/우울의 위험이 유의하게 증가하였는데, 특히 주관적 건강수준의 경우 연령에 따른 위험의 크기가 가장 큰 폭으로 증가하였다. 교육수준의 경우 고등학교 졸업은 대학졸업에 비해 건강 위험이 증가하지 않는 반면 중학교 및 초등학교의 낮은 교육수준은 모든 건강결과에서 불건강 위험을 유의하게 증가시키는 것으로 나타났다. 직업 또한 모든 건강결과에 영향을 미치는 것으로 나타났으며 비사무직은 사무직에 비해 주관적으로 불건강(OR: 1.28, 95% CI: 1.05-1.55), 통증 및 불편감(OR: 1.40, 95% CI: 1.23-1.60)의 위험을 유의하게 증가시켰다. 불안 우울의 위험도 증가시켰으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었다. 특히 실업상태에 있는 경우 모든 건강결과의 위험을 2배 이상 증가시키는 것으로 나타났다. 자가소유의 주택이 없는 경우는 자가 소유 경우보다 불건강 위험, 불안 및 우울의 위험이 각각 1.28배, 1.40배 높게 나타났으나 통증 및 불편감의 위험을 유의하게 증가시키진 않았다. 가구소득의 경우 최하위 가구소득은 최상위 가구소득에 비해 주관적 불건강(OR: 1.61, 95% CI: 1.41-1.83), 통증/불편감(OR: 1.40, 95% CI: 1.26-1.54), 및 불안/우울(OR: 1.68, 95% CI:

1.48 -1.89)의 위험이 높게 나타났다.

IV. 논 의

본 연구결과는 한부모 가구의 남성과 여성은 부부가구에 있는 남녀에 비해 사회경제적으로 취약한 위치에 있으며 주관적 건강수준에 있어서 불건강 위험이 높게 나타났다. 또 하나의 흥미로운 결과는 성과 한부모 가구의 특성이 서로 교차적으로 작동하여 사회경제적 상태 및 건강수준에 남녀에게 달리 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 한부모 가구의 여성은 한부모 가구의 남성에 비해 사회경제적 상태 및 건강상태에 있어서 더욱 열악한 위치에 있으며 가장 취약한 그룹임을 확인할 수 있었다.

먼저 한부모 가구의 가구주가 부부가구의 가구주에 비해 사회경제적으로 열악한 위치에 있으며 건강상태에 있어서도 건강하지 못한 현상을 보인 본 연구결과는 한부모 가구의 여성들이 부부가구의 여성보다 사회경제적으로 취약한 위치에 있음을 일관되게 보고하는 국내연구결과들과 불안, 우울 등의 정신건강 문제 및 주관적 건강수준에 있어서 더 흔히 건강하지 않음을 경험하고 있다는 서구의 연구들(Brown & Moran, 1997; Westin & Westerling, 2006; Janzen, Green, & Muhajarine, 2006)과 일치하는 결과이다. 부부가구를 이루고 있는 남녀는 물질적 자원에 대한 접근 및 사회적 지지에 있어서 더 좋은 위치에 있기에 건강에 위해한 행위에 빠질 가능성이 덜하며(Benzeval, 1997) 사회적 역할로 인한 스트레스에서 더 보호되는 경향이기에 때문에 건강에 있어서 이득을 경험한다(Janzen, Green, & Muhajarine, 2006). 반면 사별, 이혼, 별거 등의 사유로 결혼상태가 단절된 상태에 있는 동안에는 상당한 스트레스를 경험하며 이는 장·단기적으로 건강에 부정적 영향을 미치는 것으로 추정된다(Benzeval, 1997; Westin & Westerling, 2006).

한부모 가구형태와 성 특성은 교차적으로 작동하여 한부모 여성가구주가 사회경제적 및 건강수준에 있어 가장 취약한 위치에 있는 것으로 나타났다. 먼저 교육수준의 경우, 전체적으로 여성이 남성에 비해 최하위 교육수준에 분포할 위험이 높은 것으로 나타났으며 한

부모 가구 여성이 부부가구의 여성에 비해 최하위 교육수준에 분포할 위험이 컸다. 그러나 이는 여성이 남성에 비해 적은 교육기회(Khang et al., 2004)를 갖게 되는 사회구조적으로 경험하게 되는 남녀의 위치차이를 고려한다면 실질적으로 교육수준의 한부모 가구에 대한 영향정도는 남성에서의 영향에 비해 적은 것이라고 할 수 있다. 또한 실업의 위험 또한 한부모 가구의 남성에서 더 크게 나타났는데 이 또한 성이라는 특성이 한부모 가구에 교차적으로 작용한 것으로 해석된다. 즉 여성의 경우 남성에 비해 경제활동 인구가 적기 때문에 한부모 가구의 여성에서 실업의 위험이 한부모 가구의 남성에 비해 적게 나타난 것으로 해석된다. 한편 성 특성을 분리하여 남녀 각각에서의 한부모 가구 특성이 사회경제적 특성에 영향을 미치는 정도를 살펴본 결과(표 3 참조), 남녀사이에 큰 차이가 존재하지 않는 것으로 나타났다. 이는 한부모 가구의 특성이 성과 함께 작동할 때 사회경제적 상태에 있어서 여성에게 더 불리하게 작동함을 뒷받침하는 것으로 해석된다.

한편 건강상태는, 사회경제적 자원에 있어서의 성과 한부모 가구의 영향 패턴과는 달리 한부모 가구의 영향보다는 성에 의한 영향에 의한 차이가 뚜렷한 경향을 보였다. 즉 불안/우울을 제외한 주관적 건강 및 통증/불편감과 같은 신체적 건강에 있어서는 부부가구의 여성 및 한부모 가구의 여성 모두는 결혼상태의 남성에게 비해 건강하지 않을 위험이 컸으며 이는 한부모 가구 남성의 위험정도보다도 큰 것이었다. 성을 분리하여 한부모 가구의 특성이 건강상태에 영향을 미치는 정도를 살펴본 결과에서 이를 거듭 확인할 수 있다. 건강에 있어서는 한부모 가구형태의 특성은 여성보다는 남성에게 더 크게 부정적으로 영향을 미치는 것으로 확인되며 이는 남성의 경우 상대적으로 새롭게 주어지는 자녀 돌봄의 역할 및 가사에 대한 적응 부담감, 그리고 이로 인한 스트레스는 건강에 부정적인 영향을 미칠 것이다(Benzeval, 1997).

한부모 가구라는 특성이 건강에 주는 부정적 영향은 남성에서 더 크게 관찰됨에도 불구하고 성 특성이 교차적으로 작동하는 경우 한부모 가구의 여성이 건강에 있어 가장 취약한 그룹에 위치하게 된다. 이는 '여성은 남성보다 더 많이 질병으로 고생한다'는 남녀건강차이에 대한 정설(gender paradox)에 의한 설명(Macintyre,

Hunt, & Sweeting, 1996; Hunt & Annandale, 1999)과 더불어, 여성가구주의 경우 유배우 여성에 비하여 신체적, 정신적 문제를 훨씬 더 많이 경험하게 되며, 저소득 상태가 오래도록 지속됨과 동시에 정신과적 문제의 발생 빈도가 현저하게 높게 나타나는 등(Lipman, Offord, & Boyle, 1997)의 한부모 가구의 특성과 함께 설명될 수 있을 것이다. 여성 가구주의 만성질환의 대부분은 결혼 생활에서의 어려움과 홀로 되는 경험 자체에서 비롯되는 경우가 대부분이고, 여성 가구주 내에서도 한부모 가구주로서 지낸 기간이 적으면 적을수록 만성질환의 발현이 적은 것으로 나타났다(Brown & Moran, 1997). 더군다나 한부모 가구주 중 여성 가구주는 가난과 여러 가지 자원의 제한으로 인해 고용 및 가족의 건강과 안녕을 유지하기 위한 책임을 유지하기 위해 갈등을 겪게 되며, 주거 환경도 매우 열악하여 건강에 큰 위험 요소가 된다(Hidebrandt, 2002). 사실 성 특성은 건강 및 질병의 4가지 영역, 즉, 생물학적, 사회심리적, 건강행태 및 사회구조적 결정요인(Marmot, Shipley, & Rose, 1984) 모두에 관련되어 있다(Lahelma, Martikainen, Rahkonen, & Silventoinen, 1999). 여성은 주로 하위 직종에 종사하거나 같은 직종이라 해도 남성의 경우보다 더 낮은 임금을 받거나 사회 활동 기회의 제한 등으로 직업에 있어서의 사회 내에서 여성과 남성은 다른 구조적 위치를 가지게 되며(Arber & Cooper, 1999) 건강에 영향을 미치는 물질적 자원 및 기타 다양한 삶의 조건에의 접근이 다르고 역할에 따라 심리적 경험이 다르다(Ross & Bird, 1994; Arber & Cooper, 1999). 따라서 한부모 가구의 여성은 한부모 가구의 사회경제적, 건강 위험에의 부정적 영향(Westin & Westering, 2006) 뿐만 아니라 여성이란 성 역할 특성에 의한 사회경제적 위치 및 건강상태가 낮게 나타날 가능성을 동시에 가지고 있는 것이라 할 수 있다. 사회경제적으로 취약한 환경에 있는 여성은 경제적으로 풍족한 여성에 비해 사회적 지지 자원이 부족하고 더 사회적으로 고립될 수도 있기 때문이다(Oakely & Rajan, 1991).

본 연구는 한부모 가구의 남녀 가구주가 경험하는 사회경제적 상태 및 건강 상태를 살펴보고 이들이 경험하는 사회경제적 취약함이 이들 건강에 기여하는 정

도를 탐색하였다는 점에 의의가 있다. 또한 한부모 가구형태의 특성은 성에 따라 달리 작용하고 있음을 확인할 수 있음에 의의가 있다 하겠다. 가족은 가장 기초적인 사회 토대이며, 예방이나 치료의 중재를 위해 가장 효과적으로 접근할 수 있는 조직이다(WHO, 2003). 따라서 가족의 건강을 위협할 수 있는 사회, 경제적, 인구학적 요인의 변화에 가족이 역동적으로 대처할 수 있도록 예방정책 또는 증진정책을 통해 가족에게 효과적인 중재가 이루어지도록 도와야 할 것이며, 이를 위해서는 가구의 특성에 따른 건강보호법 및 정책이 수반되어야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 『2005국민건강영양조사』 자료를 통해 25세 이상 64세 이하의 성인을 대상으로 성과 한부모 가구 특성이 성인의 사회경제적 상태와 건강상태에 어떻게 영향을 미치는지를 살펴보았으며 최종적으로는 사회경제적 요인을 고려한 후에도 성과 한부모 가구 특성이 건강수준에 영향을 미치는 정도를 탐색하였다.

본 연구는 성과 한부모 가구주라는 요인 자체가 사회경제적 상태와 건강상태에서의 취약성과 밀접하게 관련되어 있으며, 한부모 가구주의 단편적인 문제점에 대한 연구에서 벗어나 한부모 가구라는 요인이 사회경제적 자원뿐만 아니라 건강에 있어서도 부정적으로 관련되어 있음을 실증적으로 보여주는 결과라 할 수 있다. 또한 한부모 가구의 영향은 성에 따라 달라져 부부 가구의 여성에 비해 한부모 가구의 여성의 사회경제적 취약함은 부부가구의 남성보다 더 클 수 있음 알 수 있었고, 건강자원에 대한 영향에 있어서는 한부모 가구의 특성보다는 성 특성이 더 크게 영향함을 확인할 수 있었다. 따라서 연구결과는 가구형태에 따른 사회경제적 자원 및 건강수준의 차이에 있어서는 성의 관련성을 인식할 필요성을 제기되어진다.

우리가 주목하여야 할 또 하나의 중요한 결과는 사회경제적 자원에서는 한부모 가구주인 남성이 부부가구의 남성보다 취약한 것으로 나타난다는 것이다. 우리는 일반적으로 여성이 모든 측면에서 더 취약하다고 인지하고 있고, 이에 대한 관심이 주로 여성에게 집중

되어 있는 반면, 남성의 경우에도 건강 및 사회경제적 수준에 있어서 한부모 가구주라는 요인으로 말미암아 취약해질 수 있음에 주목하여 향후 한부모 가구의 남성가구가 직면하는 자녀양육부담, 생활상의 문제, 심리정서적 문제 및 건강문제에 대한 기초 연구 및 관련 요인 연구를 제안한다.

가족의 특성과 가족의 건강은 유기적인 상호관계를 가지고 있고, 가족의 구조와 특성의 변화는 가족의 건강에 영향을 줄 수 있으며, 현재 빠르게 변화하고 있는 사회, 경제, 인구학적 특성의 변화들은 가족 건강에 큰 압력으로 작용할 수 있다. 본 연구결과도 가구특성에 따른 건강격차가 분명 존재함을 확인할 수 있었고, 한부모 가구의 남녀가구를 건강위험 잠재 집단으로 분류 고려하여 구체적 건강관리 정책 및 지원이 필요가 있다.

References

- Arber, S., & Cooper, H. (1999). Gender difference in health in later life: The new paradox? *Soc Sci Med*, 48, 61-76.
- Banzeval, M. (1997). The self-reported health status of lone parents. *Soc Sci Med*, 46(10), 1337-1353.
- Brown, G. W., & Moran, P. M. (1997). Single mothers, poverty and depression. *Psychol Med*, 27, 21-33.
- Hidebrandt, E. (2002). The health effects of work-based welfare. *J Nurs Scholarsh*, 34, 363-368.
- Hunt, K., & Annandale, E. (1999) Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health. *Soc Sci Med*, 48, 1-5.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Social Behav*, 38, 21-37.

- Janzen, B. L., Green, K., & Muhajarine, N. (2006). The health of single fathers: Demographic, economic and social correlates. *Can J Public Health, 97*(6), 440-444.
- Kawachi & Kennedy. (1999). Income inequality and health: Pathways and mechanisms. *Health Serv Res, 34*, 215-227.
- Khang, Y. H., Lynch, J. W., Yun, S., & Lee, S. I. (2004). Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: Use of mortality and morbidity measures. *J Epidemiol Community Health, 58*, 308-314.
- Kim, M. H., Cho, Y. S., Uhm, W. S., Kim, S., & Bae, S. C. (2005). Cross-cultural adaptation and validation of the Korean version of the EQ-5D in patients with rheumatic diseases. *Qual Life Res, 14*, 1401-1406.
- Kim, O. N. (2005). A study on factors influencing psychological well-being of single mothers -Focusing on family and social variables-. *Korean Home Economics Association, 43*(1), 129-144.
- Korean National Statistical Office. (2005). *Population and Housing Census*. cited 2009, January 10. Web site: <http://www.kosis.kr>
- Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Silventoinen, K. (1999). Gender differences in ill health in Finland: Patterns, magnitude and change. *Soc Sci Med, 48*, 7-19.
- Lipman, E. L., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1997). Single mothers in Ontario: Sociodemographic, physical and mental health characteristics. *Can Med Assoc J, 156*, 639-645
- Marmot, M. G., Shipley, M. J., & Rose, G. (1984). Inequalities in death: Specific explanations of a general pattern. *J Lancet, 5*, 1003-1006.
- Oakley, A., & Rajan, L. (1991). Social class and social support: The same of different? *Sociology, 25*(1), 31-59.
- Og, S. H., Choe, S. E., Kwon, S. Y., & Kang Y. J. (2004). Special issue: Single parent family: The social support network of divorced single mother families. *Korean Home Management Association, 22*(1), 181-191.
- Ohem, M. S., & Chun, D. I. (2006). A study on caregiving burdens and social support about the low-income families of single parents. *Social Welfare Review, 11*, 75-108.
- Ross, C. E., & Bird, C. E. (1994). Sex stratification and health lifestyle: Consequences of men's and women's perceived health. *J Health Soc Behav, 35*, 161-178.
- Westin, M., & Westerling, R. (2006). Health and healthcare utilization among mothers and single fathers in Sweden. *Scand J Public Health, 34*, 182-189.
- WHO. (2003). Family and health: 132nd session of the executive committee. Pan American health organization & World health organization.
- Yoo, G. J., & Shim, S. D. (2004). Political suggestions for protecting the disadvantaged. Korean Development Institute.

The Influence of Family Structure and Sex on Health Status

Jeon, Gyeong-suk(Department of Nursing, Dongseo University)

Lee, Hyo-young(Department of Health Administration, Dongseo University)

Purpose: This study investigated the health and socioeconomic status of single-parent and partnered families, and examined the intersection between sex and single-parent status focusing on inequalities of health and socioeconomic status. **Methods:** This was a cross-sectional study using the data from the nationally representative 2005 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. A total of 14,827 respondents had custody of their own children and other family members (13,943 were coupled families and 891 were single-parent). **Results:** Our result indicate that single-parent had poorer health status and were more likely to have lower educational attainment, lower household income, no home ownership and be unemployed. However, the association between single-parent status and socioeconomic and health inequality were in divergent ways according to sex. The most socioeconomically disadvantaged were single-parent women. Inequalities in health differ markedly by sex but vary little according to single-parent status. **Conclusions:** An uneven distribution of socioeconomic resources might help us to understand why single-parent, both women and men, have worse health than parents who live together. Previously recognized sex gap with regard to health status also might help us to understand the difference in health between single-parent men and single-parent women found here.

Key words : Sex, Family characteristic, Single-parent families, Health