

fer

## Family and Environment Research

# 1인가구의 건강관련 습관적 소비, 생활시간이 주관적 건강에 미치는 영향: 비1인가구와 세대별 비교를 중심으로

하지경 · 이성림  
성균관대학교 소비자가족학과

## The Effect of Health-Related Habitual Consumption and Lifetime on Subjective Health of One Person Households: Focusing on Comparison between Non-One Person Households and Generations

Ji Kyeong Ha · Seonglim Lee  
Department of Consumer & Family Science, Sungkyunkwan University, Seoul, Korea

### Abstract

Recently, one-person households have surpassed nuclear families. One-person households are expected to have many problems with health due to an irregular life style and a tendency to be more isolated from society. In addition, we need to divide the generations and survey each generation due to differences in one-person household factors and characteristics as well as the unique physical conditions of each generation. Therefore, based on the sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey, this survey examined health behavior differences between one-person households and non-one-person households according to generation (respectively) as well as studied how one-person households and health behavior influence subjective health conditions. The major result of this survey is as follows. First, one-person households reveal a higher rate in the negative health behavior than non-one-person households. Second, the physical activity of all households reveals a high rate of non-activity. Third, health scores of one-person households are lower than that of non-one-person households; consequently, the analysis of health scores for one-person households and non-one-person households indicated that the middle age health scores for one-person households have been lowest in generations. Fourth, the factors that influence subjective health conditions indicated that one-person household and health behavior has meaningful influence; in addition, the subjective health condition of one-person households are lower than non-one-person households under controlled health behavior.

### Keywords

one-person household, habitual consumption, lifetime, subjective health condition

## 서론

우리나라 가족구조는 전통적인 대가족 중심에서 산업화, 도시화의 진전과 함께 점차 핵가족의 형태로 변모하여 왔으며, 최근 핵가족화를 넘어 홀로 가구를 구성하여 거주하는 1인가구가 급증하고 있다[21]. 1인가구의 수는 2010년에 23.9%를 차지했고, 2015년에 27.1%, 2021년에 30%의 점유율을 보일 것으로 예상된다[45]. 2인가구의 수도 증가 추세이지만, 1인가구의 증가가 더 빨리 이루어지고 있다. 1인가구의 증가원인으로는 초혼 연령의 상승, 핵가족 내에서의 분리, 이혼율 증가 등의 여러 가지 요인을 들 수 있다. 또한 가족중심의 삶보다는 자신에게 투자하는 삶을 추구하고자 하는 성향이 강하게 나타나면서 1인가구의 증가는 앞으로도 지속적으로 늘어날 전망이다. 1인가구는

Received: December 20, 2016

Revised: January 13, 2017

Accepted: January 19, 2017

This article was presented as a conference paper at the Consumer Research Conference in 2015.

### Corresponding Author:

Seonglim Lee  
Department of Consumer & Family Science, Sungkyunkwan University, 25-2 Sungkyunkwan-ro, Jongno-gu, Seoul 03063, Korea  
Tel: +82-2-760-0521  
Fax: +82-2-760-0507  
E-mail: clothilda@skku.edu

일반가구에 비해 양극화, 고령화, 여성화 등의 특성이 강한 것으로 나타나고 있다[21]. 그리고 과도한 경쟁사회에서 혼자 생활해야 하는 성인은 불규칙한 생활, 불균형적인 식사, 과도한 스트레스, 흡연과 음주 등의 좋지 않은 건강습관으로 야기되는 다양한 건강문제에 노출되어 있다[26].

세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 1948년 세계보건헌장에서 '건강이란 질병이 없거나 허약하지 않은 상태만을 의미하는 것이 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전히 안녕한 상태에 놓여 있는 것'이라고 정의하였다. 즉, 현대사회에서 건강의 개념은 다차원적인 속성을 반영하고 있으며, 최근에는 '건강'이라 하면 단순히 질병이 없는 상태만을 의미하는 것이 아니라 건강증진 개념과 더불어 주관적 건강평가 및 삶의 질을 평가하는 자료로서 이해되고 있다[31]. 주관적 건강상태는 실제 건강과 차이가 있고[5], 건강상태에 대한 질문을 반복적으로 실시할 경우 답변에 차이가 있다는[10] 문제점이 있으나, 개인이 스스로 건강을 정의하고 이를 근거로 자신의 건강을 측정하는 것이므로 개인의 건강상태를 보다 포괄적으로 반영할 수 있으며, 실제의 객관적 건강상태보다 오히려 주관적으로 느끼는 건강이 삶의 질을 좌우하는 중요한 변인이 될 수 있다.

위축된 경기상황과 인구 고령화 등의 원인으로 올해 평균소비성향은 2003년 전국단위 관련 통계를 집계한 이후 가장 낮은 수치로 전 부문의 소비지출이 감소하였으나 담배와 음주에 대한 소비는 전년대비 증가하였다[47]. 스스로 통제하지 못하면 자신은 물론 주변 사람들에게도 건강상 피해를 주는 흡연과 음주의 습관적 소비행위는 가격인상과 다양한 건강관련 캠페인에도 불구하고 중독성과 습관성, 쾌락적 요인, 위축된 경기상황 등으로 인하여 해롭다는 것을 인지하나 끊지 못하는 부정적 소비가 이어지고 있는 것이다. 심리적으로 의지할 사람 없이 혼자 생활해야 하는 1인가구는 흡연과 음주 소비에 더욱 쉽게 노출되어 건강상의 문제가 있을 수 있다.

Davis 등[11]의 연구에서는 미국의 1인가구 여성이 비1인가구 여성보다 신체비만지수가 낮으나, 1인가구 남성의 경우는 비1인가구 남성보다 흡연율이 높고 건강상태가 좋지 않은 것으로 나타났다. Hedblad 등[15]은 스웨덴의 중년 남성근로자를 대상으로 23년간 추적 조사를 한 결과, 혼자 생활하는 것은 비만과 상관관계가 있는 것으로 나타났다. Kim [26]은 성별에 따라 성인 독신가구와 다인가구간의 건강행위를 비교하였는데 독신가구 여성의 경우 음주율은 높으나 규칙적인 운동, 충분한 수면, 정기적인 건강검진을 실천하는 비율이 높았으며 남성의 경우 건강행위는 연령, 교육수준, 소득수준에 따라 유의한 차이가 있으나 독신가구와

다인가구간의 차이는 없는 것으로 나타났다.

1인가구의 증가와 더불어 사회적으로 관심이 증가하는 건강증진 현상에도 불구하고 1인가구의 건강관련 소비행위가 어떠한지에 관한 국내 연구는 거의 이루어지지 않았다. 그리고 동일한 1인가구 내에서도 형성요인 및 특성이 다르고, 연령대에 따라 건강상태가 달라지므로 세대별로 나누어 살펴볼 필요가 있다. 따라서 본 연구는 변화하고 있는 현대사회에서 청년, 중년, 노년기의 세대별로 1인가구와 비1인가구의 건강관련 소비행위의 차이를 파악하고 1인가구 여부와 건강관련 소비행위가 주관적인 건강 상태에 미치는 영향을 알아보고자 한다. 그리하여 1인가구의 건강에 대한 이해를 돕고, 1인가구 건강증진을 위한 기본 정보 및 방안을 마련할 수 있는 기초자료를 제시하고자 한다.

## 선행연구 고찰

통계청의 표준정의에 따르면[44] 1인가구란 혼자서 살립하는 가구이며, 1인이 독립적으로 취사와 취침 등의 생계를 유지하는 가구이다. 국내 1인가구는 1980년대 총가구의 4.8%에 불과하였으나 이후 빠르게 증가하면서 2010년 약 410만 세대(총가구의 23.9%)가 넘었다. 국내 총가구수는 1975-2010년 동안 2.6배 증가한 반면 1인가구는 약 14.4배 증가한 것으로 조사되었고[43], 이러한 추세로 볼 때 2030년에는 4가구 중 1가구가 1인가구가 될 전망이다이라고 밝혔다[45].

1인가구는 각 세대별로 형성배경이 다르기 때문에 동일한 1인가구라도 상당히 이질적인 특성을 보일 것으로 예측할 수 있다. 20-30대의 1인가구는 학업이나 취업으로 인해 부모로부터 독립하면서 주로 형성되는데 특히 노동시장에서의 취업기회가 대도시 중심으로 제공되고, 결혼연령이 높아지면서 1인가구가 증가하고 있다. 현대사회에서 결혼에 대한 청년들의 가치관 변화, 개인주의 심화도 20-30대 1인가구의 증가원인이다. 이들은 교육수준이 높고 자가비중이 작으며 비교적 풍요로운 생활을 영위하면서 개성을 중요시하는 층과 불안정한 노동시장 지위로 인하여 사회적 빈곤층으로 생활할 가능성이 높은 층으로 양극화되는 경향이 있다 [21].

40-50대의 경우, 경제적 여건이나 자녀 교육을 이유로 아내·자녀와 떨어져 혼자 사는 1인가구와 이혼에 의한 1인가구가 대표적인 형태이다[14]. Kim 등[23]의 연구에서 중년기 1인가구의 요인별 특성을 살펴보면, 상대적으로 여성은 자가비율이 높은 반면 남성은 월세의 비중이 높은 등 주거실태에 있어서 남녀차이

가 있을 뿐 아니라 특성별로 노동시장에서의 위상, 결혼상태 등의 차이가 있어 이들의 다양성에 대한 심도 있는 이해가 필요하다고 지적하고 있다. 그리고 청년기 1인가구와 비교하여 가족과의 교류가 낮았으며 독거기간이 길어질 가능성이 높았다.

노년기 1인가구는 세계적인 고령화 추세와 더불어 남녀 평균 수명의 차이, 황혼이혼, 도시화 등의 원인으로 증가하였으며, 이들 노년기 1인가구는 다른 가구에 비해 빈곤율이 높아 사회적 문제가 되고 있고, 교육수준이 낮고 신체적·심리적 건강상태도 취약하여 사회적 관심이 필요하다.

## 1. 1인가구의 건강

1인가구는 불규칙한 생활습관과 사회적으로 고립되기 쉬운 특성상 건강상에 문제가 많을 수 있다고 예상할 수 있다. 또한 가정 내에서 정서적으로 교류할 사람의 부재로 인하여 심리적 문제가 발생할 수도 있다. 외로움 등의 정서적 결핍감을 감내하기 위해 장년층 남성 1인가구의 경우 스트레스 해소를 위한 여가활동으로 음주나 흡연과 같은 습관적 행위에 집중하여 건강에 위해를 끼치는 것으로 나타났다[20]. 성별에 따라 성인 독신가구와 다인가구간의 건강행위를 비교한 Kim [26]의 연구를 살펴보면 남성의 경우 독신가구 여부는 건강행위에 영향을 미치지 않으나 여성의 건강행위는 독신과 유의한 관련이 있는 것으로 나타났다. 독신가구 여성은 다인가구 여성보다 과음주군이 될 확률이 높고 흡연율도 높게 나타났다. 반면 남성의 건강행위는 독신여부보다는 인구통계학적 특성과 관련이 있는 것으로 나타났다. Jung 등[22]의 연구를 보면, 노년기 1인가구의 경우, 비1인가구에 비하여 만성 질환율이 높은 경향을 보이며 우울시수도 높게 나타났다. 그리고 1인가구 고령자는 비1인가구 고령자와 비교하여 스스로 건강하지 않다고 평가하는 비율이 10% 높았다. 서울시 고령여성 1인가구 생활실태를 살펴보면[36], 고령 1인가구의 질병 보유와 관련하여, 7개의 질병(골다공증, 갑상선질환, 요통, 관절염, 빈혈, 백내장, 골절) 항목에서 여성노인이 남성노인에 비해 질병보유율이 2배 이상 높게 나타났다. 특히 관절염의 경우, 남성노인이 24.7%에 비해 여성노인은 51.5%가 보유하고 있었다. 이러한 질병으로 인해 일상생활 및 신체활동에서 불편함이 지속된다면 심리적·정서적 문제를 동반할 수도 있다.

주관적 건강상태란 의학적 건강수치나 체력검사 점수 등 객관적으로 측정된 건강지표가 아니고, 개인이 인지하는 건강수준을 나타내는 자가평가적 건강개념으로[27], 의학적 검사로 알 수 없는 총체적인 건강상태를 반영할 수 있기에 일반적으로 널리 사용되고 있으며, 정책기획 및 결정자가 유용하게 사용할 수 있는 건

강지표라고 하였다[4, 40].

Idler와 Benyamini [18]에 의하면 주관적 건강상태는 자신의 건강에 대해 스스로 평가하는 지표이며, 사망률을 예측하는데 유용하다. Campbell [6]은 건강상태는 만성질환의 유무와 같은 객관적 건강상태와 스스로 평가하는 주관적 건강상태를 통해 측정될 수 있지만 실제의 객관적 건강상태보다는 오히려 개인이 주관적으로 느끼는 건강에 대한 만족이 삶의 질을 예측하는 중요한 변인 중의 하나라고 하였다[8]. 주관적 건강상태는 병원 검진을 통한 객관적 검사와 비교하여 신뢰도에 문제가 있다는 지적도 있으나, 측정 방법이 용이하고 현장에서 즉시 조사가 가능하다는 점과 개인 스스로의 포괄적인 건강을 측정할 수 있다는 장점이 있다.

## 2. 건강관련 습관적 소비: 흡연과 음주

흡연과 음주의 경우, 스스로 통제하지 못하면 자신은 물론 주변사람들에게도 건강상 피해를 주는 부정적 소비행위라 할 수 있다. 통계청의 2016년 2분기 가계동향에 따르면[47] 가구당 월평균 소비지출금액은 328만 1,000원으로 전년대비 동일하지만 실질소비지출은 .8% 감소했다. 그리고 가계의 평균소비성향은 70.9%로 전년 같은 기간에 비하여 .7% 하락했으며 이는 2003년 전국단위 관련 통계를 집계한 이후 가장 낮은 수치이다. 그 원인으로 고령화로 인해 30-40대 가구주에 비해서 소비를 덜 하는 60대 이상 가구주의 비중이 높아져 평균소비성향이 낮아진 점과 위축된 경기상황을 들 수 있다. 그러나 이처럼 가계의 소비가 위축되었으나 담배와 주류에 대한 소비는 늘어난 것으로 집계됐다. National Tax Service [37]의 '2분기 소비지출 12대 품목별 동향'에 따르면 2분기 월평균 담배·주류 소비지출액수는 3만 4,800원으로 전년대비 7.1% 증가한 것으로 나타났다. 담배소비가 10.9%, 맥주와 소주 등 주류 소비는 .2% 늘었다. 담배와 주류 소비를 줄이기 위하여 담배가격 인상과 공공장소에서의 흡연금지, 적당한 음주문화 조성을 위한 광고 및 캠페인이 실시되고 있으나, 흡연과 음주의 중독성과 습관성, 쾌락적 요인, 위축된 경기 상황 등으로 인하여 해롭다는 것을 인지하나 끊지 못하는 부정적 소비가 이어지고 있다.

담배는 기호식품으로 성인이면 손쉽게 접할 수 있으나 흡연은 현대에 건강을 위해하는 행위 중 가장 높은 사망요인이 되고 있으며[34] 모든 암의 30%가 흡연 때문에 생긴다[25]. 특히 흡연자의 경우 담배연기와 직접 접촉되는 구강, 식도, 폐, 기관지 등의 장기에 발생하는 암 중 90% 정도는 실제 흡연에 의한 것이며 담배연기와 직접 접촉하지 않는 장기도 비흡연자에 의해 암발생률이 1.5-3배 정도 높다[25]. 또한 흡연은 고혈압, 관상동맥질환,

복부대동맥류, 말초혈관질환과 같은 죽상경화질환의 대표적 위험 인자이다[25, 29]. 흡연자의 사망 상대위험비는 비흡연자와 비교할 때 흡연량과 흡연기간에 비례하여 증가하며[13], 흡연자의 건강수준은 흡연기간이 길수록, 흡연량이 많을수록 낮아진다[25]. Back [1]의 연구에 의하면 질병발생 위험도에 있어서, 현재는 금연하였으나 과거 흡연하였던 사람들은 비흡연자와 같은 상태가 되기까지 평균 15년 정도가 걸린다고 하였다. 2016년 상반기 국내 담배 판매량은 353억 969만 1,400개비로 지난해 상반기 310억개비보다 14% 증가하였다. 가계 소득 상위 20%의 월평균 담배 지출이 3만 6천원으로 25.3% 급증한 것이다[47]. 높은 담배가격 인상으로 담배 소비가 줄어들 것이라는 정부의 예측과 상반된 결과로 계속되는 저성장과 경기불안으로 가계의 담배와 술 소비가 늘어난 것을 알 수 있다.

적당한 음주는 피로회복, 긴장완화, 수면촉진 등으로 건강에 유익하며 관상동맥질환을 예방하고 이로 인한 사망률의 감소에 효과가 있다[48, 50]. 또한 적당한 음주는 대인관계 및 사람들과의 친분유지에 도움이 되어 원활한 사회생활에 도움을 준다. 하지만 알코올은 통제하지 못하면 사회적으로, 개인적으로 문제가 생길 수 있다. 술은 문제 음주자들이 스스로 인정하는 바와 같이 음주량과 음주빈도 등에 대한 자신의 통제가 어려운데, 특히 술에 대하여 관대한 문화규범을 가진 한국사회에서는 과음 및 폭음으로 이어지는 경우가 많지만 만취시에 나타나는 비이성적인 행동이나 실수에 대해 너그러운 자세이어서 음주문제가 심각하게 인식되지 못하고 있는 실정이다[39, 48]. 과도한 양의 음주는 다양한 신체적·정신적 질병과 사회적·경제적 문제를 일으킨다[24, 31, 41]. Lee와 Ban [30]은 많은 양의 술을 정기적으로 마시면 신체적으로 뇌와 위장관 손상은 물론 간장질환, 심혈관계질환 등의 질병발생 증가와 성기능 및 생식기능의 장애를 일으키고 불면, 치매, 자살 등의 심리적 폭력, 범죄 등의 사회적 문제를 초래하는 것으로 보고하고 있다[24]. 음주소비의 측정은 1인당 실제 주종별 소비한 양을 정확하게 측정하는데 한계가 있어 생산과 유통 단위에서 산출되는 출고량으로 계산한다. 국제통계연보에 따르면[37], 우리나라의 경우 2014년 주류 출고량은 4,015천 kL이며 20세 이상 성인으로 나누면 1인당 99 L 이상을 소비한 것이다. 이는 금주하는 인구를 고려하지 않은 수치로 음주소비가 많은 것을 알 수 있다. Wechsler 등[49]의 연구에 따르면, 같은 장소에서 술을 5잔 이상 마신 사람은 술을 마시지 않은 사람과 비교하여 건강이 위험할 수 있다고 하였다. 세계보건기구에서는 술의 종류에 따라 1잔의 양을 달리 계산하며 각 잔에 포함된 알코올의 양을 12 g으로 산정하여 위험음주자의 기준을 남자의 경우 주 1회 이상, 1회 알코올섭취량 60 g 이상, 여자의

경우 주 1회 이상, 1회 알코올섭취량 40 g 이상으로 밝히고 있다[24] 이는 남성과 여성의 체내 알코올 분해율이 다르기 때문이다. 살펴본 바와 같이, 음주를 측정하기 위해서는 음주빈도와 음주의 양을 함께 고려하여야 한다.

### 3. 건강관련 생활시간: 수면시간과 운동시간

개인의 시간 활용과 의식을 파악하여 사람들의 생활방식과 삶의 질을 측정할 수 있는 생활시간조사는 개인유지를 위한 필수생활시간, 일·학습·가정관리 등의 의무적인 활동을 하는 의무생활시간, 교제 및 여가활동과 운동·봉사활동 등 개인이 자유롭게 사용하는 여가생활시간으로 나뉜다. 이 중 필수생활시간에 속하는 수면시간과 개인이 선택하여 사용하는 여가생활시간 중 운동시간은 건강과 직결되는 생활시간으로 주어진 24시간을 어떻게 활용하느냐에 따라 단기·장기적 건강에 영향을 미칠 수 있다.

인간은 수면을 통해 육체적·심리적·정서적 피로를 회복하고 생활의 원동력을 가질 수 있다. 수면은 인간의 건강유지에 필수적인 기본 생리기능 중 하나로서 피로회복을 돕고, 기억을 형성하게 해주며 과도한 투입을 완화하여 학습을 돕는 효과가 있다[24]. 인간은 충분한 수면을 취함으로써 심신을 재충전하고 최상의 컨디션을 유지할 수 있다. 반면에 수면을 제대로 취하지 못할 경우에는 활력이나 자발성, 동기나 의욕 등이 감퇴되고 피로와 무기력, 두통, 과민상태, 불안, 우울한 기분이 초래되어 낮 활동에 부정적 영향을 미치게 된다[19, 24].

대체적으로 사람들의 표준 수면시간은 비슷하며 Belloc과 Breslow [3]에 따르면 건강에 가장 적절한 수면시간을 7-8시간이라고 하였다. 그러나 적절 수면시간은 성별, 연령, 개인의 체질별로 상이하며 개인이 속한 사회의 문화에 따라 다를 수 있다. 사회인구학적 특성과 수면시간에 관한 선행연구를 살펴보면, 미국 생활시간 분석을 이용한 분석에 따르면 중년층의 수면시간이 가장 짧았으며 연령이 어리거나 많은 경우는 상대적으로 수면시간이 긴 것으로 나타났다[2]. 캐나다 생활시간자료 분석에서는 고소득보다 저소득일수록, 밤 시간 근무자보다 낮 시간에 일하는 근무자일수록, 미혼보다 기혼일 경우 수면시간이 긴 것으로 나타났다[16]. 통계청 생활시간조사를 이용하여 남녀의 수면시간을 분석한 Eun과 Cha [12]의 연구에서는 남자보다 여자의 수면시간이 적었으며, 관련 요인으로 남녀의 사회적 역할과 관련된 차이점들을 발견하였다.

적절한 수면시간에서 벗어나 9시간 이상 자는 경우는 평균보다 덜 건강하고 6시간 이하의 수면은 건강에 심각한 위험이 될 수 있다고 하였다[24]. 즉, 적절한 수면을 취하지 못하고 짧은 수면

시간이나 지나치게 많은 수면을 취하는 경우가 지속되면 심혈관에 의한 사망률이 증가할 수 있으며, 수면으로 인한 피로가 장시간 누적되면 각종 신체적 질병이 증가함은 많은 연구를 통해 입증되었다. 그리고 제대로 수면을 취하지 못하는 경우 정신적·심리적 이상 문제도 발생할 수 있는데, Hwang과 Park [17]의 성인을 대상으로 수면시간과 자살생각 연관성을 분석한 연구는 수면시간이 짧을수록 우울증 및 자살생각이 높다는 바를 지적하고 있다. 도시지역 주민들의 수면시간과 자살사고의 연관성을 연구한 Lee 등[32]의 연구에서는 10시간 이상의 과다수면의 경우 우울감과 자살사고의 유의한 연관성이 있다고 밝히고 있다. 또한 Lee 등[28]의 청소년 대상 수면시간 연구에서도 청소년들의 수면부족 상태는 정서적 안정감을 저하시켜 자살 생각을 증가시키고 음주와 흡연과 같은 건강 위해 행동을 많이 하게 하는 것으로 나타났다. 통계청의 생활시간조사에 따르면[46] 우리나라 성인의 경우, 수면과 식사를 하는 필수생활시간은 10시간 53분이었으며 이 중 수면시간에 7시간 48분을 사용하고 있었다.

운동생활시간은 인간의 건강, 안녕, 발달과 기능에 필수적이고 건강증진과 질병예방에 유익하며 삶의 질에 대한 표시이다[33]. 일반적으로 신체활동이 많은 사람은 비활동적인 사람보다 더 오래 살며, 다른 건강 위해요인과 관계없이 비활동적인 사람들은 활동적인 사람들에 비하여 관상동맥질환, 고혈압, 당뇨, 골다공증, 비만의 발생 가능성이 높은 것으로 제시되고 있다[7, 24].

적절한 운동은 활동적인 삶을 영위할 수 있도록 하며, 신체적 건강관리 뿐 아니라 우울증과 불안증세를 감소시키는 등의 심리적 개선효과도 있다. 이러한 운동의 중요성과 더불어 신체활동이 건강에 미치는 영향을 파악하기 위해서는 신체활동을 측정하는 방법이 중요하다. 실험실과 같은 통제된 환경이 아닌 일상생활 중의 신체활동을 정확하게 측정하는 것은 매우 어려워 측정도구를 개발하기 위한 연구가 국외에서 활발히 진행되었고 다양한 방법들이 개발되었다[39, 42]. 신체활동량을 측정하는 방법으로 특정 물질이나 기계적인 장치를 이용하여 측정하는 방법과 설문지 자가 기입, 관찰, 질문지 등을 통하여 간접적으로 측정하는 방법 등이 개발되었으며, 그 중 다수의 인구를 대상으로 한 역학 조사에서는 설문 조사법이 사용하기 용이하며 가장 널리 사용되고 있다 [39].

건강관련 생활시간 중 운동시간을 측정하기 위하여 사용한 신체활동 측정도구 중 세계보건기구에서 개발한 국제신체활동 설문지(International Physical Activity Questionnaire, IPAQ)는 가장 보편적으로 이용되고 있는 설문지형 도구로 간단한 문항들로 남녀 성인의 신체활동을 측정하도록 고안되어 12개국에서

18-65세의 성인을 대상으로 그 타당도가 검증되었으며[9, 39], 국내 Park [38]의 연구에서도 성인 69명을 대상으로 IPAQ 한국어판 설문지의 타당도가 검증되었다. IPAQ는 지난 일주일간 걷기, 중등도의 활동, 격렬한 신체활동 정도를 측정하고 각 신체활동을 하루에 몇 분씩 주 단위로 몇 회 하였는지 조사한다. 항목들은 걷기, 중등도, 격렬한 신체활동에 따라 분리된 점수를 부여하기 위해 구조화되어 있고 전체 활동의 정도를 파악하기 위해 총점을 합산한다[38]. 각 항목의 점수는 에너지 소비량을 뜻하는 metabolic equivalent task (MET)로 표시되고, 이 점수에 따라 비활동, 최소한의 활동, 건강증진신체활동으로 구분한다. 통계청의 생활시간조사에 따르면[46] 우리나라 성인의 경우, 운동에 하루 중 31분을 사용하고 있었다.

이상과 같은 이론적 고찰을 참고하여 본 연구에서는 1인가구의 건강관련 습관적 소비로서 흡연과 음주, 건강관련 생활시간으로 수면시간, 운동생활시간을 포함하였다.

## 연구방법

### 1. 연구문제

- 연구문제 1. 1인가구와 비1인가구의 세대별로 건강관련 습관적 소비는 어떠한 차이가 있는가?  
 연구문제 2. 1인가구와 비1인가구의 세대별로 건강관련 생활시간은 어떠한 차이가 있는가?  
 연구문제 3. 1인가구 여부와 건강관련 습관적 소비, 건강관련 생활시간은 주관적 건강상태에 어떠한 영향을 미치는가?

### 2. 연구대상 및 자료

#### 1) 연구대상

본 연구는 제6기 국민건강영양조사 자료를 이용하였다. 국민건강영양조사는 건강설문조사, 영양조사, 검진조사로 구성되어 있고, 본 연구에서는 전체 조사대상 중 20세 이상의 남녀 성인(5,215명)을 대상으로 하였다. 이 중 1인가구는 혼자 사는 가구로 488명이었으며 비1인가구는 2인 이상이 함께 거주하는 가구로서 4,727명을 대상으로 분석하였다. 연구대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다.

#### 2) 주요 변수의 측정

본 연구에서 흡연은 흡연에 노출된 경험이 없는 '비흡연군,' 과

Table 1. Sociodemographic Characteristics of Subjects (N=5,215)

| Variable           |                          | One person household (n=488) | Non-one person household (n=4,727) |
|--------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Gender             | Man                      | 155 (31.8)                   | 2,045 (43.3)                       |
|                    | Woman                    | 333 (68.2)                   | 2,682 (56.7)                       |
| Residential area   | Urban                    | 371 (76.0)                   | 3,831 (81.0)                       |
|                    | Rural                    | 117 (24.0)                   | 896 (19.0)                         |
| Level of education | Below graduate           | 267 (54.7)                   | 965 (20.4)                         |
|                    | Below middle school      | 49 (10.0)                    | 486 (10.3)                         |
|                    | Less than high school    | 90 (18.4)                    | 1,706 (36.1)                       |
|                    | College degree or higher | 82 (16.8)                    | 1,570 (33.2)                       |
| Household income   | Very low                 | 281 (57.6)                   | 745 (15.8)                         |
|                    | Low                      | 97 (19.9)                    | 1,270 (26.9)                       |
|                    | High                     | 50 (10.2)                    | 1,294 (27.4)                       |
|                    | Very high                | 60 (12.3)                    | 1,417 (30.0)                       |
| Married            | Married                  | 393 (80.5)                   | 4,067 (86.0)                       |
|                    | Single                   | 95 (19.5)                    | 660 (14.0)                         |
| Age range          | Youth                    | 77 (15.8)                    | 1,479 (31.3)                       |
|                    | Middle age               | 138 (28.3)                   | 2,343 (49.6)                       |
|                    | Old age                  | 273 (55.9)                   | 905 (19.1)                         |

Values are presented as number (%).

거에는 담배를 피웠으나 현재 피우지 않는 ‘금연군,’ 현재 담배를 피우고 있거나 가끔이라도 피우는 ‘흡연군’으로 구분하였다. 음주는 음주를 하지 않거나 최근 1년간 전혀 마시지 않은 ‘비음주군,’ 남녀에 따라 음주량과 빈도[35, 49]를 측정하여 적당음주군과 과음군으로 분류하였다. 먼저 남자의 경우 평소에 4잔 이하의 음주를 월 2-4회 이하 하는 경우이며 여자의 경우는 평소에 1-2잔 이하의 음주를 월 2-4회 이하 하는 경우를 ‘적당음주군’으로 분류하였다. 그리고 남자의 경우 평소에 5-6잔 이상의 음주를 주 2-3회 이상 하는 경우와 여자의 경우 평소에 3-4잔 이상의 음주를 주 2-3회 이상 하는 경우를 ‘과음군’으로 분류하였다.

수면시간은 Belloc과 Breslow [3]의 신체적 건강상태와 건강행위의 관계에 관한 연구를 참고하여 하루 7시간 이상에서 8시간 이하의 수면을 취하는 ‘정상군’과 그 외의 수면시간을 ‘비정상군’으로 정의하였다. 운동생활시간의 경우 본 연구에서는 세계보건기구의 축소형 신체활동설문지를 사용하여 지난 7일 동안의 격렬한 신체활동, 중등도 신체활동, 걷기의 구체적 시간을 측정하고 점수로 변환한 후 사용하였다. ‘비활동’의 경우 신체활동의 가장 낮은 단계로 최소한의 활동과 건강증진신체활동을 하지 않는 경우에 속한다. ‘최소한 활동’은 주 3일 이상, 하루에 20분 이상 격

렬한 신체활동을 하거나, 주 5일 이상, 하루에 20분 이상 격렬한 신체활동을 하거나, 주 5일 이상, 어떤 신체활동이든 600 MET (min/wk)의 신체활동을 한 경우 중 하나에 해당하는 경우이다. ‘건강증진신체활동’은 최소수준의 신체활동 권장량을 초과하고 건강한 생활양식을 위해 충분한 신체활동을 축적하는 경우로 적어도 주 3일 이상, 1,500 MET (min/wk)에 해당되는 격렬한 신체활동을 하거나 주 7일 이상, 어떤 신체활동이든 3,000 MET (min/wk)의 운동량을 소비하는 경우에 해당한다.

주관적 건강상태는 국민건강영양조사 원시자료에서 본인의 건강이 매우 좋다, 또는 좋다고 평가한 경우를 ‘건강군’으로, 본인의 건강이 보통이라 평가한 경우를 ‘보통군’으로, 본인의 건강이 나쁘다 또는 매우 나쁘다라고 응답한 경우를 ‘비건강군’으로 측정하였다.

건강점수는 흡연, 음주, 수면시간, 운동생활시간에서 건강에 해로운 영향을 끼치는 행위는 0점, 건강에 긍정적 영향을 끼치는 행위는 2점을 부과하여 총 0점부터 8점까지 점수화하였다. 예를 들어 흡연(0점), 과음(0점), 수면시간 비정상(0점), 운동시간 비활동(0점)으로 계산하여 0점부터 비흡연(2점), 적당한 음주(2점), 수면시간 정상(2점), 건강증진 신체활동(2점)을 모두 더한 8점까지의 건강점수를 환산하였다.

### 3) 분석방법

1인가구와 비1인가구의 일반적 특성을 파악하기 위하여 빈도와 백분율을 살펴보았으며, 1인가구와 비1인가구의 세대별 흡연과 음주, 수면시간과 운동생활시간의 차이를 알아보기 위하여 chi-square test를 실시하였고, 1인가구와 비1인가구의 건강행위점수의 차이를 비교하기 위하여 t-test를 하였다. 그리고 1인가구와 비1인가구의 주관적 건강상태를 알아보기 위해 chi-square test를 실시하였고, 흡연과 음주, 수면시간과 운동생활시간이 주관적 건강상태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 위계적 회귀분석을 실시하였다.

## 분석결과

### 1. 1인가구와 비1인가구의 세대별 중독성 소비, 건강관련 생활시간 차이

1인가구와 비1인가구의 흡연과 음주를 살펴보면 Table 2와 같다. 먼저 흡연을 살펴보면 청년기 1인가구는 흡연의 비율이 가장 높았고(48.1%) 다음으로 비흡연(36.4%), 금연(15.6%)이었

**Table 2.** Smoking and Drinking of One Person Households and Non-One Person Households (N=5,215)

|                   | Youth                        |                                     | Middle age                    |                                     | Old age                       |                                   |
|-------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|                   | One person households (n=77) | Non-one person households (n=1,479) | One person households (n=138) | Non-one person households (n=2,343) | One person households (n=273) | Non-one person households (n=905) |
| Smoking           |                              |                                     |                               |                                     |                               |                                   |
| Non-smoking       | 28 (36.4)                    | 915 (61.9)                          | 70 (50.7)                     | 1,426 (60.9)                        | 199 (72.9)                    | 518 (57.2)                        |
| No smoking        | 12 (15.6)                    | 199 (13.5)                          | 22 (15.9)                     | 452 (19.3)                          | 41 (15.0)                     | 283 (31.3)                        |
| Smoking           | 37 (48.1)                    | 365 (24.7)                          | 46 (33.3)                     | 465 (19.8)                          | 33 (12.1)                     | 104 (11.5)                        |
| $\chi^2$          | 23.575**                     |                                     | 14.496*                       |                                     | 28.652**                      |                                   |
| Drinking          |                              |                                     |                               |                                     |                               |                                   |
| Non-alcoholic     | 5 (6.5)                      | 230 (15.6)                          | 44 (31.9)                     | 645 (27.5)                          | 173 (63.4)                    | 448 (49.5)                        |
| Moderate drinking | 28 (36.4)                    | 544 (36.8)                          | 39 (28.3)                     | 865 (36.9)                          | 69 (25.3)                     | 268 (29.6)                        |
| Overindulgence    | 44 (57.1)                    | 705 (47.7)                          | 55 (39.9)                     | 833 (35.6)                          | 31 (11.4)                     | 189 (20.9)                        |
| $\chi^2$          | 15.344*                      |                                     | 4.245                         |                                     | 19.227**                      |                                   |

\*p<.05, \*\*p<.001.

으며 청년기 비1인가구의 경우 비흡연(61.9%), 흡연(24.7%), 금연(13.5%)의 순이었으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ( $\chi^2=23.575, p<.001$ ). 중년기의 경우 1인가구와 비1인가구 모두 비흡연의 비율이 가장 높았으나, 1인가구는 흡연 비율(33.3%)이 비1인가구(19.8%)에 비해 높은 편이고 유의한 차이가 있었다 ( $\chi^2=14.496, p<.05$ ). 노년기는 1인가구와 비1인가구 모두 비흡연의 비율이 가장 높았다.

음주의 경우 청년기를 살펴보면 1인가구와 비1인가구 모두 과음의 비율이 가장 높았으나 그 비중은 1인가구(57.1%)가 더 높았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=15.344, p<.05$ ). 중년기 1인가구는 과음의 비율(39.9%)이, 중년기 비1인가구는 적당한

음주(36.9%)의 비율이 높았으며 노년기는 1인가구와 비1인가구 모두 비음주의 비율이 높았다.

Table 3은 1인가구와 비1인가구의 생활시간 중 수면시간과 운동생활시간 분석 결과이다. 건강관련 생활시간 중 수면시간을 살펴보면, 청년기 1인가구는 비정상(51.9%), 비1인가구는 정상(54.1%)의 비율이 높았으며 중년기 1인가구는 비정상(61.6%), 비1인가구는 정상과 비정상의 비율이 비슷하게 나타났다. 노년기의 경우 1인가구(71.0%), 비1인가구(60.6%)로 비정상의 비율이 높았으며 노년기 1인가구의 비정상이 더 많은 것으로 나타났다. 운동생활시간을 살펴보면 청년기 1인가구는 비활동이 40.3%, 최소한 활동이 37.7%, 건강활동이 22.1%였으며 다른 세대와 비1인

**Table 3.** Sleep Time and Exercise Life Time of One Person Households and Non-One Person Households (N=5,215)

|                   | Youth                        |                                     | Middle age                    |                                     | Old age                       |                                   |
|-------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|                   | One person households (n=77) | Non-one person households (n=1,479) | One person households (n=138) | Non-one person households (n=2,343) | One person households (n=273) | Non-one person households (n=905) |
| Sleep time        |                              |                                     |                               |                                     |                               |                                   |
| Normal            | 37 (48.1)                    | 800 (54.1)                          | 53 (38.4)                     | 1,156 (49.3)                        | 79 (28.9)                     | 357 (39.5)                        |
| Abnormal          | 40 (51.9)                    | 679 (46.0)                          | 85 (61.6)                     | 1,087 (50.6)                        | 194 (71.0)                    | 548 (60.6)                        |
| $\chi^2$          | 1.074*                       |                                     | 6.235*                        |                                     | 9.937*                        |                                   |
| Exercise time     |                              |                                     |                               |                                     |                               |                                   |
| Inactivity        | 31 (40.3)                    | 767 (51.9)                          | 85 (61.6)                     | 1,309 (55.9)                        | 171 (62.6)                    | 516 (57.0)                        |
| At least activity | 29 (37.7)                    | 469 (31.7)                          | 39 (28.3)                     | 710 (30.3)                          | 93 (34.1)                     | 320 (35.4)                        |
| Health activity   | 17 (22.1)                    | 243 (16.4)                          | 14 (10.1)                     | 324 (13.8)                          | 9 (3.3)                       | 69 (7.6)                          |
| $\chi^2$          | 4.127                        |                                     | 2.238                         |                                     | 7.168*                        |                                   |

\*p<.05.

Table 4. Health Score of One Person Households and Non-One Person Households

|            | One person households | Non-one person households | t-test  |
|------------|-----------------------|---------------------------|---------|
| Youth      | 3.45 (1.93)           | 3.99 (1.94)               | 2.368*  |
| Middle age | 3.31 (1.80)           | 4.00 (1.81)               | 4.283** |
| Old age    | 3.73 (1.46)           | 3.84 (1.52)               | 1.031   |
| Total      | 3.57 (1.65)           | 3.96 (1.80)               | 4.951** |

\* $p < .05$ , \*\* $p < .001$ .

가구에 비해 건강활동을 가장 많이 하는 것으로 나타났다. 청년기 비1인가구는 청년기 1인가구에 비해 비활동의 비율이 높았다. 중년기 1인가구는 중년기 비1인가구에 비해 비활동의 비율이 높았으며 최소한 활동과 건강관련 활동을 적게 하는 것으로 나타났다. 노년기 1인가구도 마찬가지로 노년기 비1인가구에 비해 비활동의 비율이 높았고 건강활동을 적게 하는 것으로 나타났다. 전반적으로 전 세대에서 비활동의 비율이 높은 것을 알 수 있다.

1인가구와 비1인가구의 건강점수를 측정하기 위하여 건강행위에 부정적 영향을 0점, 긍정적 영향을 2점으로 하여 흡연, 음주, 수면시간, 운동시간의 4개 영역에서 각 0점-2점까지 총합 8점으로 점수화하여 분석하였으며 그 결과는 Table 4와 같다. 결과를 살펴보면, 1인가구의 전체 점수는 3.57점, 비1인가구의 전체 점수는 3.96점으로 비1인가구의 건강점수가 더 높게 나타났다( $t=4.951$ ,  $p < .001$ ). 세대별로 살펴보면, 청년기 1인가구는 3.45, 중년기 1인가구 3.31점, 노년기 1인가구는 3.73점으로 1인가구 중에서 노년기 1인가구의 건강점수가 가장 좋은 것으로 나타났다. 청년기 비1인가구의 건강점수는 3.99점, 중년기 비1인가구는 4.00점, 노년기 비1인가구는 3.84점으로 비1인가구 중에서 중년기 비1인가구의 건강점수가 가장 좋게 나타났다. 모든 세대에서 비1인가구에 비해 1인가구의 건강점수가 낮게 나타났고 특히 중년기의 경우 1인가구와 비1인가구의 점수차가 가장 크게 나타났다.

## 2. 1인가구와 비1인가구의 건강행위에 따른 주관적 건강상태

1인가구와 비1인가구의 주관적 건강상태를 살펴보면 Table 5와 같다. 모든 세대에서 보통의 응답 비율이 가장 높았으나 비1인가구의 보통 응답이 1인가구에 비해 높은 편이었다. 청년기의 경우 1인가구의 비건강은 14.3%, 보통은 46.8%, 건강은 39.0%였으며 비1인가구의 비건강은 10.0%, 보통은 48.3%, 건강은 41.7%로 나타났으며 통계적으로 유의하지는 않았다. 중년기의 경우, 1인가구의 보통은 47.8%, 비건강은 31.9%, 건강은 20.3%였으며 비1인가구는 보통이 52.5%, 건강 31.1%, 비건강 16.3%였으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=23.710$ ,  $p < .001$ ). 노년기의 경우 1인가구는 비건강 42.5%, 보통 40.7%, 건강 16.8%였으며 비1인가구는 보통 48.3%, 비건강 29.4%, 건강 19.2%의 순으로 통계적으로 유의하였다( $\chi^2=11.303$ ,  $p < .001$ ).

주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 종합적으로 살펴보기 위해 위계적 다중회귀분석을 실시하였으며 분석결과는 Table 6과 같이 나타났다. Model 1에서는 일반적 특성과 1인여부, 연령대 변수를 투입하여 각 변수들이 주관적 건강상태에 어떤 영향을 미치는지 검증하여 보았다. 그 결과 주관적 건강상태 점수에 대한 이 모형의 설명력은 10.2%로 나타났다. Model 1에서 성별(여자  $\beta = -.089$ )과 교육수준(중졸이하  $\beta = .84$ , 고졸이하  $\beta = .253$ , 대졸이상  $\beta = .327$ ), 가구소득(중하  $\beta = .090$ , 중상  $\beta = .101$ , 상  $\beta = .182$ ), 1인여부(1인가구  $\beta = -.085$ ), 연령대(중년기  $\beta = -.089$ , 노년기  $\beta = -.160$ )가 유의미한 영향력을 갖는 변수로 검증되었다. 이는 여자보다 남자가, 교육수준과 가구소득이 높을수록 주관적 건강상태가 높고 1인가구가 비1인가구에 비해 주관적 건강상태가 좋지 않으며, 청년기에 비해 중년기, 노년기가 주관적 건강상태가 낮음을 의미한다.

Model 2는 건강행위 변수들을 추가로 투입하여 분석한 것이며 설명력은 12.3%로 나타났다. Model 2에서 유의한 영향을 미치는 변수는 성별(여자  $\beta = -.131$ )과 교육수준(중졸이하  $\beta = .095$ , 고

Table 5. Subjective Health Status of One Person Households and Non-One Person Households

|            | Youth                        |                                     | Middle age                    |                                     | Old age                       |                                   |
|------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|            | One person households (n=77) | Non-one person households (n=1,479) | One person households (n=138) | Non-one person households (n=2,343) | One person households (n=273) | Non-one person households (n=905) |
| Non-health | 11 (14.3)                    | 147 (10.0)                          | 44 (31.9)                     | 384 (16.3)                          | 116 (42.5)                    | 285 (29.4)                        |
| Middle     | 36 (46.8)                    | 715 (48.3)                          | 66 (47.8)                     | 1,229 (52.5)                        | 111 (40.7)                    | 437 (48.3)                        |
| Health     | 30 (39.0)                    | 617 (41.7)                          | 28 (20.3)                     | 730 (31.1)                          | 46 (16.8)                     | 183 (19.2)                        |
| $\chi^2$   | 1.534                        |                                     | 23.710**                      |                                     | 11.303**                      |                                   |

\*\* $p < .001$ .

Table 6. Regression Analysis of Subjective Health Status

| Variable                            | Model 1                  | Model 2        | Model 3        |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------|----------------|
|                                     | $\beta$ (SE)             | $\beta$ (SE)   | $\beta$ (SE)   |
| Constant                            | 2.307 (.027)             | 2.391 (.032)   | 1.690 (.058)   |
| Gender (man)                        | Woman                    |                |                |
|                                     | -.089 (.019)**           | -.131 (.026)** | -.114 (.026)** |
| Residential area (urban)            | Rural                    |                |                |
|                                     | .019 (.024)              | .029 (.023)    | .025 (.295)    |
| Level of education (below graduate) | Below middle school      |                |                |
|                                     | .084 (.036)*             | .095 (.035)*   | .070 (.036)*   |
|                                     | Less than high school    |                |                |
|                                     | .253 (.030)**            | .274 (.027)**  | .221 (.030)**  |
|                                     | College degree or higher |                |                |
|                                     | .327 (.033)**            | .358 (.029)**  | .289 (.033)**  |
| Household income (very low)         | Low                      |                |                |
|                                     | .090 (.030)*             | .109 (.028)**  | .079 (.029)*   |
|                                     | High                     |                |                |
|                                     | .101 (.031)*             | .118 (.030)**  | .082 (.031)*   |
|                                     | Very High                |                |                |
|                                     | .182 (.032)**            | .179 (.030)**  | .153 (.032)**  |
| Married (married)                   | Single                   |                |                |
|                                     | -.002 (.032)             | .033 (.027)    | -.021 (.032)   |
| 1 Person (more than 2 people)       | 1 Person                 |                |                |
|                                     | -.085 (.034)*            |                | -.062 (.034)*  |
| Age range (youth)                   | Middle age               |                |                |
|                                     | -.089 (.027)**           |                | -.090 (.027)** |
|                                     | Old age                  |                |                |
|                                     | -.160 (.037)**           |                | -.157 (.037)** |
| Smoking (no smoking)                | Non-smoking              |                |                |
|                                     |                          | .096 (.030)*   | .096 (.030)*   |
|                                     | Smoking                  |                |                |
|                                     |                          | -.062 (.030)** | -.158 (.030)** |
| Drinking (non-alcoholic)            | Moderate drinking        |                |                |
|                                     |                          | .087 (.024)**  | .098 (.024)**  |
|                                     | Overindulgence           |                |                |
|                                     |                          | -.033 (.026)*  | -.015 (.030)*  |
| Sleep time (normal)                 | Abnormal                 |                |                |
|                                     |                          | -.076 (.018)** | -.071 (.018)** |
| Exercise time (at least activity)   | Inactivity               |                |                |
|                                     |                          | -.088 (.020)** | -.214 (.029)** |
|                                     | Health activity          |                |                |
|                                     |                          | .126 (.030)**  | .130 (.032)**  |
| $R^2$                               | .102                     | .123           | .158           |
| F                                   | 49.346**                 | 52.346**       | 18.007**       |

\* $p < .10$ , \*\* $p < .05$ .

졸이하  $\beta = .274$ , 대졸이상  $\beta = .358$ , 가구소득(중하  $\beta = .109$ , 중상  $\beta = .118$ , 상  $\beta = .179$ ), 흡연여부(비흡연  $\beta = .096$ , 흡연  $\beta = -.062$ ), 음주여부(적당한 음주  $\beta = .087$ , 과음군  $\beta = -.033$ ), 수면시간(비정상  $\beta = -.076$ ), 신체활동(비활동  $\beta = -.088$ , 건강증진신체활동  $\beta = .126$ )이었다. 금연에 비해 비흡연인 경우가 주관적 건강상태가 좋았으며 흡연은 주관적 건강상태에 좋지 않게 나타났으며, 적당한 음주는 긍정적 영향을, 과음은 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 적당 수면시간에 비해 비정상 수면시간은 주관적 건강에 부정적 영향을 미쳤고, 신체활동은 건강증진 신체활동을 하는 경우 주관적 건강상태가 좋은 것으로 나타났다.

최종 Model 3에서는 모든 변수들을 분석한 것으로 설명력은 15.8%로 나타났다. Model 3에서 유의한 영향을 미치는 변수는 성별(여자  $\beta = -.114$ )과 교육수준(중졸이하  $\beta = .070$ , 고졸이하  $\beta = .221$ , 대졸이상  $\beta = .289$ ), 가구소득(중하  $\beta = .079$ , 중상  $\beta = .082$ , 상  $\beta = .153$ ), 1인여부(1인가구  $\beta = -.062$ ), 연령대(중년기  $\beta = -.090$ , 노년기  $\beta = -.157$ ), 흡연여부(비흡연  $\beta = .096$ , 흡연

$\beta = -.158$ ), 음주여부(적당한 음주  $\beta = .098$ , 과음군  $\beta = -.015$ ), 수면시간(비정상  $\beta = -.071$ ), 신체활동(비활동  $\beta = -.214$ , 건강증진 신체활동  $\beta = .130$ )이었다. 금연에 비해 비흡연인 경우가 주관적 건강상태가 좋았고, 흡연인 경우는 좋지 않았으며, 적당한 음주를 하는 경우는 주관적 건강상태가 좋았으나 과음군은 좋지 않았고, 수면시간이 비정상에 속할 때 주관적 건강상태가 좋지 않았다. 신체활동은 비활동의 경우 주관적 건강상태가 나빴으며 건강증진신체활동을 하는 경우 주관적 건강상태가 좋은 것으로 나타났다.

## 결론

본 연구의 주요 결과를 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 1인가구는 비1인가구에 비해 부정적 건강행위의 비율이 높게 나타났다. 1인가구와 비1인가구의 건강행태 수행 점수를 분석한 결과 1인가

구는 3.57점, 비1인가구는 3.96점으로 1인가구의 건강점수가 낮게 나타났다. 이는 독신가구는 독신생활의 자유로움을 즐기는 한편 식사도 대충 때우고 자신의 건강은 돌보지 않아 심각한 질병을 초래하는 경우가 있다는 Kim 등[23]의 연구 결과와도 일치한다. 세대별로 살펴보면, 청년기 1인가구의 건강점수는 3.45점으로 청년기 비1인가구 3.99점에 비해 유의하게 낮게 나타났다. 중년기 1인가구의 건강점수는 3.31점, 중년기 비1인가구의 건강점수는 4.00점으로 역시 통계적으로 유의하게 낮게 나타났다. 노년기의 경우 1인가구의 건강점수는 3.73점, 비1인가구의 건강점수는 3.84점이었으나 통계적 차이는 없었다. 건강점수가 가장 높은 집단은 중년기 비1인가구(4.00)였으며, 건강점수가 가장 낮은 집단은 중년기 1인가구(3.31)로 나타났다.

둘째, 청년기, 중년기 1인가구는 동일 세대 비1인가구에 비해 흡연과 과음, 수면시간 비정상인 비율이 높았으며 노년기 1인가구는 비1인가구 및 다른 연령대에 비해 신체활동 비활동의 비율이 가장 높았다. 성별에 따라 독신가구와 다인가구간의 건강행위를 비교한 Kim [26]의 연구에서도 독신가구의 여성이 다인가구의 여성보다 과음주군이 될 확률이 높게 나타났으며, 흡연율도 높아 본 연구의 결과와 일치한다.

셋째, 청년기 1인가구를 제외한 모든 세대별 가구의 운동생활 시간 중 비활동의 비율이 50% 이상으로 높게 나타났으며, 중년기 1인가구(61.6%)와 노년기 1인가구(62.6%)의 비활동 비율이 높았다. 그러나 청년기 1인가구의 경우, 비1인가구와 다른 연령대에 비해 건강증진 신체활동을 하는 비율이 가장 높게 나타났다(22.1%).

넷째, 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 성별, 교육수준, 가구소득, 1인여부, 연령대, 음주여부, 수면시간, 신체활동으로 나타났다. 남성에 비해 여성일수록 주관적 건강상태가 좋지 않았으며 교육수준과 가구소득이 높을수록 주관적 건강상태는 좋게 나타났다. 그리고 1인가구일 경우와 연령대가 높아질수록 주관적 건강상태는 나빠다. 건강행위에서 금연을 기준으로 비흡연자의 주관적 건강상태는 좋게 나타났고, 흡연자의 경우 나쁘게 나타났다. 음주의 경우, 비음주를 기준으로 적당한 음주는 주관적 건강상태에 정적 영향을, 과음은 부적 영향을 주고 있었으며, 수면시간이 비정상일 경우 주관적 건강상태가 나쁘게 나타났다. 신체활동은 최소한 활동을 기준으로 비활동은 부적 영향을, 건강증진신체활동은 정적 영향을 주는 것으로 나타났다.

다섯째, 주관적 건강상태에 부정적 영향을 미치는 요인으로 운동생활시간 비활동, 흡연, 과음의 순으로 나타났으며, 긍정적 영향을 미치는 요인으로는 건강증진신체활동, 적당한 음주, 비흡연

의 순으로 나타났다.

이상의 연구결과로부터 다음과 같은 시사점을 도출하였다.

첫째, 1인가구는 비1인가구에 비해 건강관리에 소홀한 편이고 건강행위 점수도 낮게 나타나 1인가구의 건강증진을 위한 대책이 강구되어야 하며, 전반적으로 신체활동 수준이 낮은 편이므로 전체 가구를 대상으로 운동실천을 유도할 수 있는 방안이 필요한 것으로 보인다.

둘째, 1인가구의 건강행태가 세대별로 다르므로 세대별 차이를 고려한 건강증진 정책을 수립될 필요가 있다. 예를 들어, 청년기와 중년기 1인가구는 흡연율과 과음하는 비율이 높아 이와 관련된 건강증진 프로그램이 필요하다. 흡연의 경우 간접흡연을 방지하기 위한 공공시설 금연화를 2012년부터 실시하여 연차적으로 금연구역이 확대하고 있으며, 2015년 1월부터 대폭적인 가격인상이 반영된 가격규제 정책이 실시되었으나 담배소비는 전년과 비교해 줄지 않은 것으로 나타나 실효성 있는 대안이 필요하다. 그리고 해당 법률에 따라 주류접근도 제한 정책, 주세, 음주운전 규제, 주류광고 제한, 교육 홍보 및 치료 등 음주폐해 예방과 감소정책이 시행되고 있으나 세대와 대상에 적절한 프로그램이 개발되어 시행되어야 할 것이다. 노년기 1인가구는 신체활동을 증진할 수 있는 규칙적인 운동, 충분한 수면과 관련된 프로그램 지원이 필요하다. 특히 본 연구의 결과, 중년기 1인가구의 건강행태 수행점수가 전체가구 중 가장 낮게 나타났다. 기존의 건강관련 선행연구들이 노년기 가구에 집중되어 있어서 세대별 특성을 반영한 연구가 이루어져야 할 것이다.

셋째, 부정적 소비와 건강관련 생활시간을 통제한 상태에서도 1인가구의 주관적 건강상태는 비1인가구에 비해 낮게 나타나므로 1인가구의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 심리적, 사회적, 환경적 요인이 무엇인지 밝히는 후속 연구가 수행될 필요가 있다.

넷째, 비1인가구의 경우 가족구성원 수나 가족구성원 형태에 따라 부정적 소비와 건강관련 생활시간에 차이가 있는지에 관한 후속 연구가 필요하며, 증가하는 1인가구의 추세를 반영하여 이들의 건강행위가 객관적, 주관적 건강 및 질병발생에 미치는 효과에 대한 연구가 필요하다.

본 연구는 1인가구가 눈에 띄게 증가하는 상황에서 1인가구의 건강관련 소비행위와 주관적 건강상태에 대해 접근하고자 하였으며, 특히 동일한 1인가구 내에서도 형성요인 및 특성이 다르고, 연령대에 따라 건강상태가 다르므로 세대별로 살펴본 것에 의의가 있다. 그러나 2차자료를 사용하였기 때문에 비1인가구에 비하여 분석에 사용된 1인가구의 샘플 수가 작다는 한계점을 가진다. 후속의 연구는 본 연구의 결과를 토대로 1인가구 뿐만 아니라 비

1인가구의 동거인 수나 관계에 따라 주관적 건강에 어떤 차이가 나타나는지와 같은 보다 구체적인 연구가 필요하다.

## Declaration of Conflicting Interests

The authors declared that they had no conflicts of interest with respect to their authorship or the publication of this article.

## References

1. Back, S. S. (1989). Smoking and health control. *The Journal of Korean Society for Health Education*, 6(2), 66-74.
2. Basner, M., Fomberstein, K. M., Razavi, F. M., Banks, S., William, J. H., Rosa, R. R., et al. (2007). American time use survey: Sleep time and its relationship to waking activities. *Sleep*, 30(9), 1085-1095. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.9.1085>
3. Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1(3), 409-421. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(72\)90014-X](https://doi.org/10.1016/0091-7435(72)90014-X)
4. Bergner, M. (1985). Measurement of health status. *Medical Care*, 23(5), 696-704. <https://doi.org/10.1097/00005650-198505000-00028>
5. Bound, J. (1991). Self-reported versus objective measures of health in retirement models. *The Journal of Human Resources*, 26(1), 106-138. <https://doi.org/10.2307/145718>
6. Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Journal of Psychologist*, 31(2), 117-124. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.31.2.117>
7. Centers for Disease Control and Prevention. (1996). *Physical activity and health: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA: CDC.
8. Cha, E. (2012). *Predictive model of HRQoL of Korean goose daddies* (Unpublished doctoral dissertation). Ewha Womans University, Seoul, Korea.
9. Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-Conunty reliability and validity. *Medicine & Science in Sports Exercise*, 35(8), 1381-1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
10. Crossley, T. F., & Kennedy, S. (2002). The reliability of self-assessed health status. *Journal of Health Economics*, 21(4), 643-658. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(02\)00007-3](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(02)00007-3)
11. Davis, M. A., Moritz, D. J., Neuhaus, J. M., Barclay, J. D., & Gee, L. (1997). Living arrangements, changes in living arrangements, and survival among community dwelling older adults. *American Journal of Public Health*, 87(3), 371-377. <https://doi.org/10.2105/AJPH.87.3.371>
12. Eun, K. S., & Cha, S. E. (2010). Gender differentials and covariates of sleep time in daily life of Korea. *Journal of Korean Official Statistics*, 15(2), 82-103.
13. Grundy, S. M., Greenland, P., Herd, A., Huebsch, J. A., Jones, R. J., Mitchell, J. H., et al. (1987). Cardiovascular and risk factor evaluation of healthy American adults: A statement for physicians by an Ad Hoc Committee appointed by the Steering Committee, American Heart Association. *Circulation*, 75(6), 1340A-1362A.
14. Han, J. M., & Lee, Y. H. (2013). Analysis of the effect of increase of one person household on consumer spending. *KIET Monthly Industrial Economics*, 177(3), 22-31.
15. Hedblad, B., Jonsson, S., Nilsson, P., Engstrom, G., Berglund, G., & Janzon, L. (2002). Obesity and myocardial infarction-vulnerability related to occupational level and marital status: A 23-year follow-up of an urban male Swedish population. *Journal of Internal Medicine*, 252(6), 542-550. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2796.2002.01069.x>
16. Hurst, M. (2008). Who gets any sleep these days? Sleep patterns of Canadians. *Canadian Social Trends*, (85), 39-53.
17. Hwang, E. H., & Park, M. H. (2016). The association between total sleep time and suicidal ideation in adults over the age of 20. *The Journal of the Korea Contents Association*, 16(5), 420-427. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2016.16.05.420>
18. Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37. <https://doi.org/10.2307/2955359>
19. Jee, Y. (2013). *A structural model for health risk behavior of late adolescent: 2010 Korea adolescent health survey based* (Unpublished doctoral dissertation). Pusan National University, Busan, Korea.
20. Jo, H. J., & Jun, S. H. (2010). Changes in the global economic paradigm and the Korean economy: Seven major structural features of a domestic company. *Korea Economic Commentary*, (394), 1-20.
21. Jung, K. H., Nam, S., Jeong, E., Lee, J., Lee, Y., Kim, H., et al. (2012). *Policy implications of changes in family structure: Focused on the increase of single person households in Korea*. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs.
22. Jung, K. H., Oh, Y., Lee, Y., Son, C., Park, B., Lee, S., et al. (2011). *Survey on the elderly in 2011*. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs.
23. Kim, C., Ko, M. H., Kim, M. J., Kim, J., Kim, H. J., Moon, J. H., et al. (2008). The life of elderly women living alone. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(5), 739-747. <https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.5.739>
24. Kim, J. H. (2009). *Analysis of health behaviors and health status by socioeconomic status in male & female employees* (Unpublished master's thesis). Yonsei University, Seoul, Korea.

25. Kim, S. M., Jang, I. S., Oh, J. Y., & Roh, Y. K. (1996). The behavioral aspect for health promotion study by smoking status. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine, 17*(6), 400-407.
26. Kim, Y. J. (2009). Comparison of health practices between single- and multiple-member households by gender in Korean adults. *Journal of Korean Public Health Nursing, 23*(2), 219-231.
27. Koo, H. M., Park, J. H., & Moon, W. S. (2001). Age-related changes in subjective health of the elderly by exercise participation and dietary habits. *Korean Journal of Sport Science, 12*(3), 45-57.
28. Lee, J. J., Kang, J. H., Lee, S. K., & Chae, K. Y. (2013). Impact of sleep duration on emotional status in adolescents. *Journal of Korean Child Neurology Society, 21*(3), 100-110.
29. Lee, S., Cheong, Y. S., Park, E. W., Choi, E. Y., Yoo, H. K., Kang, K. H., et al. (2010). Prevalence of sleep disorder and associated factors in family practice. *Korean Journal of Family Medicine, 31*(11), 837-844.
30. Lee, W. J., & Ban, D. J. (1996). Health practices of university students. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, 16*(2), 157-171.
31. Lee, Y. J., & Choi, G. J. (2013). The effect of Korean adult's mental health on QOL(quality of life): The fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2010. *Journal of Digital Convergence, 11*(1), 321-327.
32. Lee, Y. J., Kim, S. J., Cho, I. H., Kim, J. H., Bae, S. M., Koh, S. H., et al. (2009). A study on the relationship between sleep duration and suicidal idea in an urban area of South Korea. *Sleep Medicine and Psychophysiology, 16*(2), 85-90.
33. Mason, D. J., & Redeker, N. (1993). Measurement of activity. *Nursing Research, 42*(2), 87-92. <https://doi.org/10.1097/00006199-199303000-00005>
34. McGinnis, J. M., & Foegen, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *JAMA, 270*(18), 2207-2212. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03510180077038>
35. Ministry of Health and Welfare. (2002). *Nation health nutrition survey in 2001*. Seoul: Ministry of Health and Welfare.
36. Moon, E. Y., Jang, H. Y., & Kwon, Y. H. (2013). A study on living conditions and policies of senior single women households in Seoul. *Seoul Womens Family Foundation Research Report, 8*, 1-170.
37. National Tax Service. (2015). *National tax statistics chronological list 2015*. Sejong: National Tax Service.
38. Park, J. Y. (2010). *Physical activity, cardiovascular risk level and insulin resistance in middle-aged adult* (Unpublished master's thesis). Keimyung University, Daegu, Korea.
39. Park, S. S. (1989). Smoking and health control. *The Journal of Korea Health, 6*(2), 66-74.
40. Shin, J. H. (2013). *Effects of perceived health status on satisfaction with school life of morning taekwondo training* (Unpublished master's thesis). Kyung Hee University, Seoul, Korea.
41. Shin, M. S. (2002). Problem drinking and related factors among adults in Korea. *Journal of Korean Alcohol Science, 3*(1), 111-130.
42. Speck, B. J., & Looney, S. W. (2006). Self-reported physical activity validated by pedometer: A pilot study. *Public Health Nursing, 23*(1), 88-94. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2006.230112.x>
43. Statistics Korea. (2010). *Population and housing census*. Daejeon: Statistics Korea.
44. Statistics Korea. (2010). *Statistical explanation materials*. Daejeon: Statistics Korea.
45. Statistics Korea. (2012). *Future household estimating*. Daejeon: Statistics Korea.
46. Statistics Korea. (2015). *Lifetime survey: National statistics almanac in 2015*. Daejeon: Statistics Korea.
47. Statistics Korea. (2016). *2016 2rd quarter household trend survey*. Daejeon: Statistics Korea.
48. Theobald, H., Bygren, L. O., Carstensen, J., & Engfeldt, P. (2000). A moderate intake of wine is associated with reduced total mortality and reduced mortality from cardiovascular disease. *Journal Studies on Alcohol, 61*(5), 652-656. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.652>
49. Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A., & Castillo, S. (1995). Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health, 85*(7), 921-926. <https://doi.org/10.2105/AJPH.85.7.921>
50. Yang, J. M. (2004). Alcoholic drinking. *Journal of Korean Medical Association, 47*(3), 214-225. <https://doi.org/10.5124/jkma.2004.47.3.214>