Journal of Digital Convergence
Vol. 17. No. 8, pp. 453-463, 2019

ISSN 1738-1916
https://doi.org/10.14400/JDC.2019.17.8.453

한국 1인 가구의 건강관련 삶의 질 영향 요인 분석

구혜자
경성대학교 간호학과 조교수

Analysis of health-related quality of life factors in south Korean one-person households

Hye-Ja Gu
Assistant professor, Department of Nursing Science, Kyungsung University

요 약 본 연구는 국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017) 자료를 이용하여 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향 요인을 규명하기 위해 시도되었다. 연구 대상자는 301명이었고, SPSS Win 25.0 프로그램을 이용하여 복합표본 빈도분석, 기술통계, t-test 또는 분산분석과 일반선형 회귀분석을 실시하였다. 주요 결과로는 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질 점수는 평균 0.92점이었으며, 통증 및 불편감 영역에서 2.5%의 대상자가 중증의 문제가 있는 것으로 나타났다. 회귀분석 결과 건강 관련 삶의 질은 가구 소득 수준이 하, 교육 수준은 초졸 이하, 현재 음주는 하지 않는 경우 각 각 0.034, 0.039, 0.031 낮았다. 주관적 건강상태는 좋거나 보통, 활동 제한이 없는 경우, 관절염이 없는 경우 0.072, 0.065, 0.103, 0.040 각 각 높았으며, 본 모형은 우리나라 1인 가구의 건강 관련 삶의 질을 43.1% 설명하였다. 이상의 결과를 토대로 우리나라 1인 가구의 건강 증진을 위한 정책 마련에 기초를 제공하였으며 1인 가구 대상자의 건강 관련 삶의 질을 향상시키기 위해 지속적으로 관심을 가지고 다학제간 접근의 중재안을 마련하는 것이 필요하다.

주제어 : 국민건강영양조사, 건강관련 삶의 질, 1인 가구, 복합 표본, 삶의 질

Abstract The purpose of this study was to investigate one-person household its health-related quality of life(HRQOL) using data from the seventh Korea national health and nutrition examination survey(KNHANES Ⅶ-2) 2017. The subjects were 301. The data were analyzed by frequency, descriptive analysis and linear regression analysis using SPSS complex samples Win 25 program. The HRQOL score was 0.92, and 2.5% of the subjects in the pain and discomfort area had severe problems. HRQOL related to the subject was 0.034, 0.039, and 0.031, respectively, when the household income level was lower, the education level was lower than elementary school graduates, and if they did not drink at present. HRQOL was 0.072, 0.065, 0.103, and 0.040 in perceived health status good or moderate, the absence of activity limitation and arthritis, was explained 43.1%. There is a need to develop interdisciplinary approaches with great interest in improving the one-person households HRQOL.

Key Words : Korea national health and nutrition examination survey, Health related quality of life, One-person households, Complex sample, Quality of life

This research was supported by Kyungsung University Research Grants in 2019.
*Corresponding Author : Hye-Ja Gu(ghj9999@ks.ac.kr)
Received June 10, 2019 Revised July 28, 2019
Accepted August 20, 2019 Published August 28, 2019

1. 서론

1.1 연구의 필요성

현대 사회의 가족은 독신 및 1인 가구, 이혼 가족, 재혼 가족, 한 부모 가족 등 다양한 형태로 나타나며, 그 중에서도 가장 뚜렷하게 나타나는 특징이 1인 가구의 증가이다[1]. 1인 가구의 증가는 전 세계적인 문제로 급부상하고 있으며[2] EU 28개국 회원국에서도 31%(2010년)에서 34%(2017년)로 증가하는 양상을 보이고 있다[2]. 1인 가구란 결혼여부와 무관하게 함께 살고 있는 사람이 없는, 가구원이 1인 가구이다[3]. 우리나라에서는 주로 '단독 가구'란 용어가 사용되어 오다가 2005년 이후에 '1인 가구'라는 용어를 사용하기 시작하였다[1]. 통계청 「장래가구추계」 통계 정보 보고서에서[4] 1인 가구 증가는 2000~2015년 기간 중 전체 가구 수 증가의 62.1%를 차지하여 동 기간 중 가장 크게 증가하고 있으며, 가구원 수 별 가구 비중은 27.2%(2015년)로 가장 높았고 지속적으로 증가 되어 2045년에는 36.3%까지 증가할 것으로 전망하고 있다.

최근 우리가 경험하는 1인 가구의 증가는 단순히 일시적인 변화라기 보다는 사회 전반의 가구 유형이나 가구 형태의 전면적인 변화 및 개편이라고 보는 편이 더 설득력이 있다[3]. 통계청(2019) 자료에 의하면, 2015년 연령별 우리나라 1인 가구의 비율이 20세~39세에서 31.89%, 40~64세에서 38.73% 그리고 65세 이상에서 29.38%를 차지하고 있는 것으로 나타났다[5]. 부모로부터 독립한 2~30대 1인 가구로부터 비혼, 이혼 및 자녀 해외유학 등으로 가족과 분리된 50대 1인 가구, 기대 수명의 연장과 배우자 사별로 인한 7~80대 1인 가구까지 1인 가구의 연령대와 생활양식은 다양하다[6]. 1인 가구가 늘고 사회가 점차 개인화 되어감에 따라 홀로 있는 시간을 어떻게 보내는가가 중요해지고 있다[7]. 홀로 있는 시간이 만족스러운 사람들이 있는가 하면 부정적 감정을 경험하는 사람들도 있다[7]. 1인 가구가 주목받고 있는 이유는 다인가구에 비해 소득, 주거, 안전, 건강 등의 위험에 더 노출되어 있고[8]. 그 수의 급격한 증가와 함께 이들의 삶의 만족도가 다인 가구에 비해 낮게 나타나기 때문이다[9].

삶의 질은 인간이 추구하는 다양한 가치 중의 하나로서, 인간을 대상으로 하는 다양한 관련 분야에서는 삶의 질에 관심을 갖고 이를 향상시키기 위해 노력해오고 있고, 삶의 질 가운데서도 건강 관련 삶의 질은 인간 존재의 근본인 생명과 관련된 것이기에 그 중요성의 의미가 더 크다[10]. 선행연구를 보면 폐결핵[10], 진행성 심부전[11], 말초동맥[12], 골다공증[13], 고혈압[14], 갑상샘암[15] 대상의 건강관련 삶의 질을 분석한 연구들이 있었고, 발달 단계별로 중장년[16-19], 노인[20-22] 대상의 연구들이 있었다.

이들 연구에서 건강관련 삶의 질은 인구 사회학적으로 성별에 따라 차이가 있고[23] 연령이 높을수록[19,24], 낮은 소득수준[13,25,26], 낮은 교육수준[13,23,24], 무직[24], 배우자가 없는 기혼자[24]일 때 낮았다. 질병 및 건강관련 요인으로는 주관적 건강상태 인식이 나쁠수록[10,14,23,27], 만성질환을 동반할수록[10,13,23], 비만도가 증가할수록[19,28], 활동 제한이 있을수록[13,14,19,27] 스트레스 인지가 높을수록[13,14,23], 흡연 할수록[28], 음주를 하지 않을 경우[14,27] 건강관련 삶의 질이 낮았다. 1인 가구 대상의 건강관련 삶의 질을 연구를 보면 중년 1인 가구는 활동제한이 있는 경우, 우울점수가 높을수록, 신체활동을 미실천할 경우, 평생 흡연량이 많을수록 건강관련 삶의 질이 낮았고, 노인의 경우 남녀 모두 주관적 건강이 나쁠수록, 활동제한이 있을수록 건강관련 삶의 질이 낮았다[29]. 하지만 많은 비율을 차지하는 청년 1인 가구를 포함한 전체 성인 1인 가구 대상의 건강관련 삶의 질에 관한 연구는 없었다.

이제는 국민 스스로 일상생활과 밀접한 사회적 이슈로 1인 가구의 증가 추세를 높게 인식함에 따라 이들의 삶의 질을 결정하는 개인적 조건, 사회적 관계 및 환경적 조건에 대한 입체적이며 심층적인 논의가 필요하다[30]. 이상의 고찰을 토대로 선행연구에서 분석된 인구 사회학적 요인과 질병 및 건강관련 요인들을 통합적으로 고려하여 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질의 영향 요인을 규명하기 위하여 국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017) 자료를 이용하여 심층적으로 분석하고자 한다.

1.2 연구 목적

본 연구에서는 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석하여 1인 가구의 건강 증진을 위한 기초자료를 제공하고자 하며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 1인 가구의 일반적 특성, 질병·건강관련 특성을 파악한다. 그리고 건강관련 삶의 질의 정도를 분석한다.

둘째, 우리나라 1인 가구의 일반적 특성과 질병·건강관련 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이를 분석한다.

셋째, 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

2. 연구 방법

2.1 연구 설계

본 연구는 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위하여 국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017) 자료를 2차 분석한 서술적 조사연구이다.

2.2 연구 대상

국민건강영양조사 원시자료 이용지침서[31]에 따르면 표본 추출 틀은 표본설계 시점에서 가용한 가장 최근 시점의 인구주택총조사 자료를 기본 추출 틀로 사용하였고, 공동주택공시가격 자료를 추가하여 기본 추출 틀을 보완하여 대표성 있는 표본을 추출하도록 하였다[31]. 표본추출 방법은 조사구, 가구를 2단계 층화집락표본추출방법을 사용하였고, 시·도, 동·읍·면, 주택유형(일반주택, 아파트)을 기준으로 추출 틀을 층화하고, 주거면적 비율, 가구주 학력 비율 등을 내재적 층화기준으로 사용하였다[31]. 제7기 1차년도(2016)부터 조사구는 192개로 표본조사구 내에서 양로원, 군대, 교도소 등의 시설 및 외국인 가구 등을 제외하였다[31]. 이로써 제7기 2차년도(2017) 참여 가구는 3,580가구, 참여자는 8,127명이었고 1인 가구의 비율 증가로 참여 가구 수는 전년 대비 약 70가구 증가하였으나, 참여자 수는 약 30명 감소하였다[31]. 본 연구의 관심 집단 변수는 1인 가구로, 분석 시 1세대 가구(부부, 기타), 2세대 가구(부부와 미혼자녀, 편부모와 미혼자녀, 기타)와 3세대 이상 가구는 1인 가구가 아닌 것으로 분류하였으며 1세대 가구(1인 가구)로 응답한 경우만 1인 가구로 변수를 새로이 선정하여 분석 전 계층변수로 지정하였다. 최종적으로 본 연구에 참여한 1인 가구는 301명이었다.

2.3 연구 도구

본 연구의 도구는 국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017) 자료 설문지로 선행연구 결과 본 연구 목적에 부합하는 일반적 특성, 질병·건강관련 특성 및 건강관련 삶의 질과 관련된 문항을 변수로 선정하였다. 독립 변수는 참여 대상자의 일반적 특성과 질병 및 건강관련 특성이며, 종속변수는 건강관련 삶의 질이다. 분석을 위한 변수들의 문항은 그대로 사용, 재분류 및 통합 등에 대해 전문가 1인의 자문을 거쳐 선정하였다.

2.3.1 일반적 특성 변수

일반적 특성으로 성별은 '남자'와 '여자'이며, 연령은 선행연구를 바탕으로[23] '19~39세', '40~64세' 및 '65세 이상'으로 재분류하였다. 가구 소득수준은 '하', '중(중하, 중상 포함)'과 '상'으로 재분류 하였고, 교육수준은 '초졸이하', '중졸', '고졸' 및 '대졸이상'으로 그대로 사용하였으며 결혼여부 문항과 함께 총 5문항이다.

2.3.2. 질병·건강관련 특성 변수

질병·건강관련 특성으로 주관적 건강상태는 선행연구를 토대로[13] '좋음(매우 좋음, 좋음 포함)', '보통' 및 '나쁨(매우 나쁨, 나쁨 포함)'으로 재분류 하였고, 활동제한과 유산소 신체활동 실천율은 여부로 조사되었다. 현재 흡연 여부는 '예(매일 피움, 가끔 피움 포함)'와 '아니오(과거엔 피웠으나 현재 피우지 않음 포함)'로, 현재 음주 여부는 '예(월 1회 미만, 월 1회 정도, 월 2~4회, 주 2~3회 및 주 4회 이상 포함)'와 '아니오(최근 1년간 전혀 마시지 않음)'로 재분류 하였고, 평소 스트레스 인지 정도는 '대단히 많이 느낀다', '많이 느끼는 편이다', '조금 느끼는 편이다'와 '거의 느끼지 않는다'를 그대로 사용하였다. 주중 하루 평균 수면 시간은 선행연구를 토대로[32] '6시간 이하(0~360분 포함)', '7~8시간(361~480분)'과 '9시간 이상(481분 이상)'으로 재분류 하였다. 비만 유병 여부는 선행연구에 의해[29] '저체중', '정상', '과체중(비만 전 단계 포함)', '비만(1단계 비만 포함)'과 '고도 비만(2, 3단계 비만 포함)'으로 재분류 하였다. 질병관련 변수는 선행연구를 통해 건강관련 삶의 질에 유의한 관계가 있었던 고혈압[14], 뇌졸중[34], 관절염 또는 류마티스성 관절염[35], 폐결핵[10], 천식[36], 당뇨[37], 위암[38], 대장암[39], 유방암[40], 자궁경부암[24], 폐암[41], 갑상선암[15] 진단 여부를 사용하였고, 이로써 질병·건강 관련 특성은 총 20문항이다.

2.3.3 건강관련 삶의 질 변수

종속변수인 건강관련 삶의 질은 Euro-Qol(EQ) group에서 개발한 EQ-5D(EuroQol-5Dimension)를 활용하였고[13], EQ-5D는 2005년부터 국민건강영양조사 건강설문조사에서 질문 항목에 최초로 포함하기 시작

하였다[24]. EQ-5D는 '운동능력', '자기관리', '일상활동', '통증 및 불편감'과 '불안 및 우울'의 5가지 영역의 '1=문제 없음', '2=다소 문제 있음'과 '3=심각한 문제 있음'의 3가지 수준으로 구성되어 있고[31] 본 연구에서는 그대로 사용하였다. 건강관련 삶의 질 지수(EQ-5D index)는 건강관련 삶의 질 5가지 차원의 기술 체계를 종합한 지표로[27], EQ-5D의 5가지 영역의 3가지 수준으로 나타난 건강상태를 모두 3^5 =243가지로 측정하여 얻어진 점수에 가중치를 적용하여 구하게 되며 -1점에서 +1점까지 분포한다[27]. EQ-5D 효용값이 높을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것을 의미한다[9]. 본 연구의 EQ-5D index는 아래의 계산식에 의해 산출되었다[31].

EQ-5D=1-(0.05+0.096*M2+0.418*M3+0.046*SC2+0.136*SC3+0.051*UA2+0.208*UA3+0.037*PD2+0.151*PD3+0.043*AD2+0.158*AD3+0.05*N3)[31].

2.4 자료 수집 및 분석 방법

국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017)의 자료는 가구원 확인조사, 건강 설문조사, 검진조사, 영양조사를 통해 수집되었다[31]. 이 중 건강 설문조사는 조사방법에 따라 가구조사(면접조사), 건강면접조사, 건강행태조사로 구분 할 수 있다[31]. 가구조사는 가구원 수, 세대 유형, 가구 소득 등을 가구 내 성인(만 19세 이상) 1인에게 조사하였다[31]. 건강면접조사는 이환, 의료이용, 활동제한, 교육 및 경제활동, 신체활동 등을 조사하고 건강행태조사(자기기입식조사)는 흡연, 음주, 정신건강, 안전의식, 구강건강 등을 조사하였다[31].

본 연구에서는 국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017) 자료를 분석하기 위하여 SPSS Win 25.0 프로그램을 사용하였고, 원시자료의 특성을 반영한 복합표본설계 방법으로 분석하였다. 복합표본설계 계획파일은 국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017)에서 제공하는 정보인 계획변수 계층으로 관심 집단 변수(one person household), 군집(PSU), 표본가중값(wt_itvex)을 지정하고, 추정에 대해 가정할 표본 설계로 복원 표본추출(단순 무작위 표본 추출 가정에 따라 변수를 추정할 때 무한 모집단 수정(FPC) 사용)을 지정하여 분석준비를 하였다. 구체적으로는 다음과 같다.

첫째, 일반적 특성(성별, 연령, 가구 소득 수준, 교육 수준 및 결혼여부), 질병·건강 관련 특성(주관적 건강상태, 활동제한 여부, 현재 흡연과 음주 여부, 평소 스트레스 인지 정도, 주중 하루 평균 수면 시간, 유산소 신체 활동 실천율, 비만 유병 정도, 고혈압, 뇌졸중, 관절염 또는 류마티스성 관절염, 폐결핵, 천식, 당뇨, 위암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 폐암과 갑상선암 진단 여부) 및 건강관련 삶의 질(운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증 및 불편감과 불안 및 우울)에 대해서는 복합표본 빈도와 백분율을 구하였고, EQ-5D index에 대해서는 기술통계로 평균값과 표준오차를 구하였다.

둘째, 일반적 특성과 질병·건강관련 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 복합표본 t-test 또는 분산분석을 실시하였다.

셋째, 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 복합표본 일반선형회귀분석을 하였다. 선행된 분석에 의해 유의확률 p<.05 로 건강관련 삶의 질에 차이를 나타낸 연령, 가구 소득 수준, 교육 수준, 주관적 건강상태, 활동제한 여부, 현재 음주 여부 및 관절염 여부를 일반선형회귀분석에 투입하여 분석하였다.

2.5 연구 윤리

본 연구는 국민건강영양조사 홈페이지를 통해 질병관리본부의 원시자료를 제공받아(2019.04.07.) 대학의 연구윤리심의위원회의 승인(KSU-19-04-006)을 받은 후 실시하였다.

3. 연구 결과

3.1 우리나라 1인 가구의 일반적 특성 및 질병·건강 관련 특성

3.1.1 우리나라 1인 가구의 일반적 특성

우리나라 1인 가구의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 대상자들은 남자 84.9%, 연령은 40~64세 44.2%, 가구 소득 수준은 중 46.5%, 교육 수준은 대졸 이상 38.0%, 결혼은 미혼이 57.2%으로 가장 많았다.

Table 1. General characteristics of participants (N=301)

Variables	Categories	n	%
Gender	Male	243	84.9
	Female	58	15.1
Age(years)	19-39	79	39.2
	40-64	132	44.2
	≥65	90	16.6
Income status	Low	137	35.8

	Middle	117	46.5
	High	47	17.6
Education	≤Elementary school	74	14.9
	Middle school	40	12.6
	High school	95	34.4
	≥College	92	38.0
Marriage	No	133	57.2
	Yes	168	42.8

Calculated by an analysis of the complex sample

3.1.2 우리나라 1인 가구의 질병·건강관련 특성

우리나라 1인 가구의 질병·건강 관련 특성은 Table 2와 같다. 주관적 건강상태가 보통인 경우 54.0%, 활동제한 여부는 없음 87.2%, 현재 음주 여부는 예 89.2%, 현재 흡연 여부는 예 59.7%로 가장 많은 빈도를 보였다. 평소 스트레스 인지 정도는 조금 느끼는 편인 경우 55.8%, 주중 하루 평균 수면시간은 7~8시간이 58.5% 이었으며 유산소 신체 활동 실천율은 하지 않는 경우 54.7%, 비만도는 정상군이 38.9%로 가장 많은 빈도를 나타내었다. 고혈압, 뇌졸중, 관절염, 폐결핵, 천식, 당뇨, 위암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 폐암, 갑상선암 여부는 없는 경우가 78.5%, 98.0%, 92.0%, 92.1%, 95.8%, 91.4%, 98.3%, 98.9%, 100.0%, 99.6%, 100.0%, 99.4%로 각각 나타났다.

Table 2. Disease and health related characteristics of participants (N=301)

Variables	Categories	n	%
Perceived health status	Good	65	21.5
	Moderate	151	54.0
	Poor	85	24.5
Activity limits	No	252	87.2
	Yes	49	12.8
Current drinking	No	48	10.8
	Yes	253	89.2
Current smoking	No	132	40.3
	Yes	169	59.7
Perceived stress	Rarely	47	9.9
	A little	155	55.8
	A lot	81	29.3
	Very much	18	5.1
Average sleep time per day during a week	≤6	96	29.5
	7-8	161	58.5
	≥9	44	12.0
Aerobic physical activity practice rate	No	176	54.7
	Yes	125	45.3
BMI(kg/m^2)	Low weight	16	6.7
	Normal weight	123	38.9
	Over weight	65	21.3
	Obesity	78	26.1
	Altitude obesity	19	7.0
Hypertension	No	213	78.5
	Yes	88	21.5
Stroke	No	290	98.0
	Yes	11	2.0
Arthritis	No	265	92.0
	Yes	36	8.0
Tuberculosis	No	273	92.1
	Yes	28	7.9
Asthma	No	287	95.8
	Yes	14	4.2
Diabetes	No	266	91.4
	Yes	35	8.6
Gastric cancer	No	296	98.3
	Yes	5	1.7
Colon cancer	No	297	98.9
	Yes	4	1.1
Breast cancer	No	301	100.0
	Yes	-	-
Cervical cancer	No	299	99.6
	Yes	2	0.4
Lung cancer	No	301	100.0
	Yes	-	-
Thyroid cancer	No	299	99.4
	Yes	2	0.6

Calculated by an analysis of the complex sample
BMI=Body mass index

3.2 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질 정도

우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질의 정도는 Table 3과 같다. EQ-5D index로 측정된 대상자의 건강관련 삶의 질은 0.92점이었다. EQ-5D의 하위 영역별 심각하다고 응답한 경우를 살펴보면, 운동능력 영역 0.6%, 자기관리 영역과 일상 활동 영역은 없었고, 통증 및 불편감 영역은 2.5%, 불안 및 우울 영역에서는 0.4%를 나타내었다.

Table 3. Discriptive statistics of HRQOL of participants (N=301)

Variables	Categories	n	%	Mean±SE
HRQOL (EQ-5D index score)	-	-	-	0.92±.007
Mobility	No problem	243	86.9	-

	Moderate	57	12.5	-
	Severe	1	0.6	-
Self-care	No problem	278	94.8	-
	Moderate	23	5.2	-
	Severe	-	-	-
Usual activities	No problem	266	93.0	-
	Moderate	35	7.0	-
	Severe	-	-	-
Pain / discomfort	No problem	221	78.3	-
	Moderate	70	19.2	-
	Severe	10	2.5	-
Anxiety / depression	No problem	249	86.0	-
	Moderate	51	13.6	-
	Severe	1	0.4	-

Calculated by an analysis of the complex sample
HRQOL=health-related quality of life

3.3 우리나라 1인 가구의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질 차이

3.3.1 우리나라 1인 가구의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이

우리나라 1인 가구는 Table 4와 같다. 연령은 65세 이상에 비해 19~39세, 40~64세에서(p=.009), 가구 소득 수준은 하에 비해 중, 상인 경우(p<.001), 교육수준은 초졸 이하에 비해 중졸, 고졸, 대졸 이상인 경우(p<.001) 건강관련 삶의 질이 유의하게 높은 것으로 나타났다.

Table 4. Differences of HRQOL by general characteristics of participants (N=301)

Variables	Categories	HRQOL		
		Mean±SE	t or Wald F	p
Gender	Male	.93±.006	2.063	.152
	Female	.92±.007		
Age	19-39	.96±.011	4.829	.009
	40-64	.92±.010		
	≥65세	.90±.012		
Income status	Low	.89±.011	9.038	<.001
	Middle	.94±.006		
	High	.95±.010		
Education	≤Elementary school	.87±.015	6.696	<.001
	Middle school	.93±.015		
	High school	.95±.009		
	≥College	.96±.006		
Marriage	No	.92±.011	1.405	.237
	Yes	.94±.009		

Calculated by an analysis of the complex sample
HRQOL=health-related quality of life

3.3.2 우리나라 1인 가구의 질병·건강관련 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이

우리나라 1인 가구의 질병·건강관련 특성에 따라 대상자의 건강관련 삶의 질은 Table 5와 같다. 주관적 건강상태는 나쁜 편인 경우 보다 좋거나 보통인 경우(p<.001), 활동제한은 있는 경우 보다 없는 경우(p=.005), 현재 음주는 하지 않는 경우보다 하는 경우(p=.001), 관절염은 있는 경우 보다 없는 경우(p=.007)가 건강관련 삶의 질이 유의하게 높았다.

Table 5. Differences of HRQOL by disease and health characteristics of participants (N=301)

Variables	Categories	HRQOL		
		Mean±SE	t or Wald F	p
Perceived health status	Good	.99±.061	11.086	<.001
	Moderate	.97±.059		
	Poor	.91±.054		
Activity limits	No	1.00±.066	8.109	.005
	Yes	.91±.052		
Current drinking	No	.91±.053	10.328	.001
	Yes	1.00±.065		
Current smoking	No	.95±.058	.243	.622
	Yes	.96±.058		
Perceived stress	Rarely	.97±.055	1.883	.132
	A little	.97±.056		
	A lot	.96±.058		
	Very much	.92±.066		
Average sleep time per day during a week	≤6	.95±.056	.925	.398
	7-8	.96±.056		
	≥9	.95±.062		
Aerobic physical activity practice rate	No	.95±.058	.215	.644
	Yes	.96±.058		
BMI(kg/m^2)	Low weight	.96±.067	1.235	.296
	Normal eight	.96±.058		
	Over weight	.92±.052		
	Obesity	.96±.057		
	Altitude obesity	.97±.063		
Hypertension	No	.96±.056	.003	.959
	Yes	.96±.061		
Stroke	No	.94±.059	.698	.404
	Yes	.97±.059		
Arthritis	No	1.00±.057	7.468	.007
	Yes	.92±.062		
Tuberculosis	No	.96±.055	.248	.619
	Yes	.95±.061		
Asthma	No	.96±.055	.384	.536

	Yes	.95±.061		
Diabetes	No	.97±.059	1.485	.224
	Yes	.94±.058		
Gastric cancer	No	.92±.049	3.672	.056
	Yes	1.00±.072		
Colon cancer	No	.94±.047	2.798	.095
	Yes	.97±.073		
Breast cancer	No	.96±.058	-	-
	Yes	-		
Cervical cancer	No	.93±.054	.631	.428
	Yes	.98±.073		
Lung cancer	No	.96±.058	-	-
	Yes	-		
Thyroid cancer	No	.92±.052	1.745	.187
	Yes	.99±.074		

Calculated by an analysis of the complex sample
HRQOL=health-related quality of life
BMI=body mass index

3.4 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향요인은 Table 6과 같다. 가구 소득 수준, 교육 수준, 주관적 건강상태, 활동 제한 여부, 현재 음주 여부, 관절염 진단 여부가 우리나라 1인 가구의 건강 관련 삶의 질을 43.1% 설명하였으며 본 모형은 적합하였다(Wald F=24.275, p<.001).

일반적 특성에서 가구 소득 수준이 하인 경우 건강관련 삶의 질이 0.034 낮았고(t=-3.170, p=.002), 교육 수준은 초졸 이하에서 0.039 낮았다(t=-2.510, p=.013). 질병건강관련 특성에서 건강관련 삶의 질은 주관적 건강상태는 좋은 편인 경우 0.072 높았고(t=7.298, p<.001), 보통인 경우 0.065 높았다(t=6.834, p<.001). 또한, 건강관련 삶의 질은 활동제한이 없는 경우 0.103 높았고(t=4.608, p<.001), 현재 음주는 하지 않는 경우 0.031 낮았으며(t=-2.369, p=.018), 관절염이 없는 경우 0.040 높았다(t=2.394, p=.017).

Table 6. Factors influencing on HRQOL among participants (N=301)

Variables (reference)	Categories	B	SE	t	p
(constant)	-	.805	.034	23.753	<.001
Age(≥65)	-	-.004	.008	-.526	.599
Income status(high)	Low	-.034	.011	-3.170	.002
	Middle	-.011	.009	-1.207	.228
Education(≥college)	≤Elementary school	-.039	.015	-2.510	.013
	Middle school	-.018	.013	-1.386	.167
	High school	.000	.007	-.048	.962
Perceived health status(poor)	Good	.072	.010	7.298	<.001
	Moderate	.065	.009	6.834	<.001
Activity limits(yes)	No	.103	.022	4.608	<.001
Current drinking(yes)	No	-.031	.013	-2.369	.018
Arthritis(yes)	No	.040	.017	2.394	.017
R^2=.431, Wald F(p)=24.275(<.001)					

Calculated by an analysis of the complex sample
HRQOL=health-related quality of life
OR=Odds ratio, CI=Confidence interval

4. 논의

본 연구는 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명함으로써 1인 가구의 건강 증진을 위한 기초자료를 제공하기 위해 실시되었다.

본 연구에서 EQ-5D index로 측정된 대상자의 건강관련 삶의 질은 0.92점이었다. 한국 질병관리본부에서 제시한 한국인 EQ-5D 측정 기준에 따르면 5개 문항 모두 "1"인 경우를 완전한 건강상태로 보고 이때의 EQ-5D의 값을 "1"로 하므로[23] 본 연구에서 측정된 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질은 "1"에 근접한 높은 값임을 알 수 있다. 이는 국내 폐결핵 대상자 연구의 0.93점[10], 도시 골관절염 환자 대상 0.94점, 농촌 골관절염 환자 대상 연구의 0.91점[27]과 유사하며, 골다공증 여성 노인을 대상으로 한 연구 결과인 0.83점[13] 보다 약간 높다. 건강관련 삶의 질의 하부 영역 중에서는 통증 및 불편감에서 중증의 문제가 있다고 응답한 비율이 가장 높아 Jeong 등[10]의 연구 결과와 같았다. 이는 중증의 통증 및 불편감은 건강관련 삶의 질의 가장 중요한 요인임을 설명하고 있어 건강관련 삶의 질을 향상시키기 위해 통증 및 불편감을 효과적으로 관리하는 것이 필요하다. 본 연구에서 결정계수는 0.431로 일반적 특성과 질병 및 건강 관련 특성들은 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질 변화의 43.1%를 설명 가능하였다. 이는 골관절염 환자들의 삶의 질에 관해 연구한 Song과 Park[27]의 연구 결과인 46.5%와 비슷한 결과를 보였다.

통제 변수로 다양한 일반적 특성과 질병건강관련 특성들을 고려하였을 때에 우리나라 1인 가구의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 가구 소득 수준, 교육수준, 주관적 건강상태, 활동제한 여부, 현재 음주 여부 및 관절염 여부였다.

구체적으로 살펴보면, 우리나라 1인 가구의 경우 가구 소득 수준은 상에 비해 하인 경우 건강관련 삶이 낮은 것으로 나타났는데, 이는 국내의 골다공증 여성 노인을 대상으로 한 연구에서[13] 소득분위 평균 이상인 골다공증 여성 노인에 비하여 평균 미만 대상자의 건강관련 삶의 질이 낮았다는 결과와 일치하고 있다. Oh[23]의 연구에서도 특히 중년층에서 직업이 있는 경우 그렇지 않은 경우보다 삶의 질이 높다고 하여, 직업을 가지고 소득 수준이 안정적일 때 건강관련 삶의 질이 유지될 수 있다는 것을 알 수 있었다. 중국인들을 대상으로 한 연구에서도 [25] 저소득 대상자들의 건강관련 삶의 질이 고소득 대상자들보다 낮게 나와 본 연구 결과와 일치한다. 별거 및 이혼 상태인 1인 가구가 취업 및 소득 활동에 대한 불안이 낮을수록 삶의 질을 높게 인식한다는 결과와도[30] 유사하다. 1인 가구는 시간이 흐름에도 사회경제적 박탈이 감소하지 않아 다인 가구보다 취약하고, 1인 가구일수록 사회경제적 박탈이 높으면 우울도 높아지므로[18] 1인 가구 대상자들의 건강관련 삶의 질을 향상시키기 위해 취약한 경제적 상태를 개선해줄 사회적인 다학제적 접근이 필요하다.

교육수준은 대졸 이상에 비해 초졸 이하에서 건강 관련 삶의 질이 낮아 선행연구 결과와[13,24,27] 유사하다. Oh[23]의 연구에서도 젊은층과 노년층 집단에서 교육수준이 높을수록 삶의 질 수준도 향상되었다. 그러므로 교육을 받지 못하고 있는 계층에 대해서는 교육의 기회를 확대하고, 건강관련 정보를 이해하고 활용하는데 미숙할 경우 교육자료 구성 시 교육수준에 맞춘 이해하기 쉬운 내용으로 구성할 필요가 있다[13].

우리나라 1인 가구의 연령은 65세 이상에 비해 19~39세, 40~64세에서 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났으나 건강관련 삶의 질에 유의하게 영향을 미치지는 못하였다. 젊은 계층일수록 자신의 목표를 성취하기 위해 자기 스스로의 의지에 의해 혼자 사는 것을 선택하는 숫자가 점점 증가하고 있으나[42] 청년 1인 가구의 증가는 다인가구보다 사회적 단절로 우울감, 외로움, 슬픔 등을 더 크게 느끼며 문화 활동 참여도 활발하지 못한 것으로 나타났다[9]. Oh[23]의 연구에서 중년층과 노년층에서 나이가 많을수록 건강관련 삶의 질이 낮다고 하였고, Doe 등[43]의 연구 결과도 유사하다. 나이가 많아질수록 신체적 쇠약으로 질병 수가 증가되고 그에 따른 심리적 위축으로 점 점 삶의 질이 낮아질 것으로 사료되나 본 연구에서는 유의한 결과가 나타나지 않았으므로 추후 연구에서 다시 확인할 필요가 있다.

질병·건강관련 특성에서 주관적 건강상태는 좋거나 보통인 경우 건강관련 삶의 질이 높아, 이는 선행 연구 결과와[13,16,27,29,44,45] 같다. Oh[23]의 연구에서는 노년층에서 더욱 확실히 주관적 건강인식이 좋을수록 건강관련 삶의 질 수준이 높아진다고 하였다. 1인 가구 대상자들의 건강 관련 삶의 질을 향상시키기 위해 주관적으로 본인의 건강을 어떻게 인지하는지 사정하여[10] 스스로의 건강에 대한 인지를 긍정적으로 강화시키는 중재가 필요하다[13]. 주관적인 정신 건강이 약할 경우 삶의 만족도를 낮추므로[46] 1인 가구 대상자들이 자기 건강관리에 적극적으로 노력함으로써 스스로의 건강상태를 건강하게 인지할 수 있도록 노력하는 것이 필요하다.

현재 음주를 하지 않는 경우 삶의 질이 0.031 낮았는데, 이는 골관절염 환자들을 대상으로 연구한 Song과 Park[27]의 연구결과와 유사하다. 즉, Song과 Park[27]의 연구에서 음주를 전혀 하지 않은 경우보다는 가벼운 음주나 과음하는 경우 삶의 질이 더 높았다. 이러한 결과는 적당한 음주는 스트레스를 감소시키고 정서적인 환기와 즐거움을 통해서 건강관련 삶의 질을 높이는 것으로 보인다[27]. 1인 가구는 다인 가구에 비해 낮은 사회 참여 수준을 보이므로[47] 가벼운 음주가 사회적인 관계를 향상시키는 수단으로 활용될 수 있을 것으로 보이지만, 음주는 많은 사회적 문제의 발생 이유가 되므로 주의가 필요하다. Lee와 Cho[14]의 고혈압 환자들을 대상으로 한 연구에서는 건강관련 삶의 질 하위 20%에서는 음주를 할수록 삶의 질이 높았지만, 상위 80%는 음주하지 않을수록 삶의 질이 높아지는 것으로 나타났다[14]. 이는 건강관련 삶의 질이 높은 그룹에서는 금주를 하는 건강행위를 하면서 건강에 대한 인식이 향상되나 건강관련 삶의 질이 낮은 그룹에서는 건강행위를 하지 않고 오히려 음주를 통해 우울감과 인지된 스트레스를 완화시키려 하기 때문으로 평가하고 있다[14]. 음주의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향에 대해 선행연구와의 상이한 결과에 대해서는 추가적인 고찰이 필요하다.

본 연구에서 관절염이 없는 경우 삶의 질이 0.040 높았는데, Oh[23]의 연구에서는 중년층에서 질병이 있을 때 건강관련 삶의 질이 낮다고 하여 본 연구의 결과와 유사하다. 또한 골다공증이 없는 여성 노인보다 골다공증 여성 노인이 건강관련 삶의 질이 낮다는 결과와[13] 골관절염 환자들을 대상으로 무릎관절통, 무릎 강직부, 엉덩이 관절통, 요통이 없을 때 건강관련 삶의 질이 높다는 Song과 Park[27]의 연구 결과와도 유사하다. 이와 함께 활동제한이 없는 경우 삶의 질이 0.103 높아(t=4.608,

p<.001) 선행 연구[13,27] 결과와 같았다. Kwon[29]의 연구에서도 활동제한이 있는 경우 건강관련 삶의 질이 낮았다. 특히 노년층은 누워있는 시간이 많을수록 삶의 질이 저하되고 걷기는 자주 할수록 삶의 질이 향상된다고 하므로[23] 노년층에서는 움직이고 활동 하는 것이 건강관련 삶의 질을 유지하는데 더욱 중요하다는 것을 알 수 있다. 관절염이 있으면 활동제한으로 악화되게 하고 1인 가구 대상자들을 스스로의 건강관리를 포함한 일상 활동을 제한할 것이므로 관절염이 악화되지 않도록 관심을 가져야 하며, 지속적인 운동으로 관절 근력을 유지하고 충분한 영양 섭취를 할 수 있도록 노력 하는 것이 필요하다.

이상으로 최종적인 분석을 통해 낮은 소득 수준, 낮은 교육 수준, 낮은 주관적 건강 상태, 현재 비 음주 및 관절염 유병 상태는 1인 가구 대상자들에게 건강관련 삶의 질을 낮추는 요인임을 확인하였다. 본 연구를 통해 지속적으로 증가하고 있는 젊은층을 포함한 중년과 노년층의 1인 가구 전체를 대상으로 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 영향 요인을 규명하였으며, 1인 가구의 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있는 정책 마련에 기초자료를 제공하였다는데 의의가 있다.

5. 결론 및 제언

본 연구에서는 국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017) 자료를 이용하여 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 시도되었다.

주요 결과를 보면 첫째, 우리나라 1인 가구는 65세 이상 보다 19~39세, 40~64세, 가구 소득 수준은 하 보다 중, 상, 교육수준은 초졸 이하 보다 중졸, 고졸, 대졸 이상에서 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 둘째, 주관적 건강상태는 나쁜 편 보다 좋거나 보통, 활동제한은 있는 경우 보다 없는 경우, 현재 음주는 하지 않는 경우 보다 하는 경우, 관절염은 있는 경우 보다 없는 경우가 건강관련 삶의 질이 높았다. 셋째, 우리나라 1인 가구는 가구 소득 수준이 하, 교육 수준은 초졸 이하, 현재 음주는 하지 않는 경우 건강관련 삶의 질이 각 각 0.034, 0.039, 0.031 낮았다. 주관적 건강상태는 좋거나 보통, 활동제한이 없는 경우, 관절염이 없는 경우 건강관련 삶의 질이 0.072, 0.065, 0.103, 0.040 각 각 높았으며, 본 모형은 우리나라 1인 가구의 건강관련 삶의 질을 43.1% 설명하였다.

이상의 결과를 토대로 우리나라 1인 가구의 건강 증진을 위한 정책 마련에 기초를 제공하였으며 1인 가구 대상자의 건강 관련 삶의 질을 향상시키기 위해 지속적으로 관심을 가지고 다학제적 접근의 중재안 마련이 필요하다.

REFERENCES

[1] M. J. Park. (2019). Exploring the direction of home economics education in preparation for the generalization of a one-person household. *Family and Environment Research, 57(1),* 73-89. DOI: http://dx.doi.org/10.6115/fer.2019.006

[2] Eurostat. (2019). *Rising proportion of single person households in the EU.* http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180706-1

[3] J. H. Kang. (2019). Fear of crime among one-person households. *Journal of Korean Public Police and Security Studies, 15(4),* 23-54. DOI: 10.25023/kapsa.15.4.2019.02.23

[4] Statistics Korea. (2018). *Household projections statistical information report.* Daejeon : Statistics Korea.

[5] Statistics Korea. (2019). *1 household(general household) per gender / age / residence period.* http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1PR1507&vw_cd=MT_ZTITLE&list

[6] S. M. Jun. (2018). Moderating effects of consumer competency on dietary life satisfaction among one-person households slassified by dietary lifestyle. *Consumer Policy and Review, 14(4),* 55-81.

[7] H. W. Mun & N. M. Yang. (2019). Clustering by the levels of adult attachment, self-determined solitude, and loneliness, and group differences in depression, stress coping srategy, satisfaction with life among college students. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy, 31(1),* 129-154.

[8] Y. Y. Hong, Y. A. Ju & I. S. Park. (2018). A study on the intention of one-person households selection in male and female university students. *Korean Family Resource Management Association, 22(4),* 75-87.

[9] S. M. Han & S. J. Lee. (2018). Quality of life of youth living alone: with the focus of social capital influence. *The Journal of Convergence Society and Public Policy, 12(1),* 60-85.

[10] S. H. Jeong, H. S. Kim & H. D. Jang. (2019). Predictors of health-related quality of life in patients with pulmonary tuberculosis survivors in Korea: based on the Korean national health and nutrition examination survey from 2013 to 2016. *Journal of the Korean Data Analysis Society, 21(1),* 495-512.

[11] Y. J. Son & E. J. Seo. (2019). An integrative review of health-related quality of life in patients with advanced heart failure. *Journal of Korean Biological Nursing Science, 21(1),* 22-36.

[12] D. E. Jang, Y. S. Jang, E. G. Oh & Y. G. Ko. (2018). Factors associated with health-related quality of life in patients with peripheral arterial disease. *Korean Journal of Adult Nursing, 30(3),* 266-276.

DOI: 10.7475/kjan.2018.30.3.266

[13] E. Y. Park & H. R. Park. (2018). Factors influencing health-related quality of life among older Korean women with osteoporosis-using data from Korea national health and nutrition examination survey 2015 to 2016. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing, 21(2),* 140-150.
DOI: 10.7587/kjrehn.2018.140

[14] K. Y. Lee & E. H. Cho. (2016). Factors influencing health related quality of life in patients with hypertension : based on the 5th Korean national health and nutrition examination survey. *The Journal of the Korea Contents Association, 16(5),* 399-409.

DOI: http://dx.doi.org.libproxy.ks.ac

[15] S. Y. Lee & H. K. Kim. (2018). Structural equation modeling on health-related quality of life among patients with thyroid cancer. *Korean Journal of Adult Nursing, 30(2),* 171-182.
DOI: 10.7475/kjan.2018.30.2.171

[16] Y. S. Cho & D. M. Yeum. (2019). Latent class analysis for health-related quality of life in the middle-aged male in South Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing, 49(1),* 104-112.
DOI: https://doi.org/10.4040/jkan.2019.49.1.104

[17] K. H. Joung & N. M. Chun. (2019). Influence of stress, social support and lifestyle on halth-related quality of life in middle aged women. *Journal of Korean Biological Nursing Science, 21(1),* 62-69.

[18] A. R. Ko, K. H. Jeong & B. K. Shin. (2018). A longitudinal study on the effects of socioeconomic deprivations on depression of middle-aged single-person household-a focus on the comparison between single-person and multi-person households-. *Korean Journal of Family Social Work, 59,* 55-79.

[19] E. J. Lee & R. W. Ma. (2018). A Comparison of factors influencing health-related quality of life by obesity among middle-aged women. *Asia-pacific Journal of Multimedia services convergent with Art, Humanities and Sociology, 8(10),* 691-702.

[20] Y. B. Kim & S. H. Lee. (2018). Effects of the elderly's health statuses, health behavior, and social relations on their health-related quality of life: focusing on family types. *Journal of Korean community nursing, 29(3),* 310-321.
DOI: https://doi.org/10.12799/jkachn.2018.29.3.310

[21] M. A. Chae, J. I. Kim, K. S. Choi & K. H. Han. (2018). Subjective health and factors of health-related quality of life in elderly haenyo. *Korean Journal of Women Health Nursing, 24(2),* 105-115.
DOI: https://doi.org/10.4069/kjwhn.2018.24.2.105

[22] J. S. An & H. Y. Choi. (2018). Trend of influencing factors on health-related quality of life in Korean elderly. *Journal of Korean Public Health Nursing, 32(2),* 275-287.
DOI: http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2018.32.2.275

[23] H. S. Oh. (2017). Important significant factors of health-related quality of life(EQ-5D) by age group in Korea based on KNHANES(2014). *Journal of the Korean Data & Information Science Society, 28(3),* 573-584.
DOI: http://dx.doi.org/10.7465/jkdi.2017.28.3.573

[24] J. G. Kim & L. S. Kwon. (2013). Measurement of quality of life related to health by demographic characteristics of adult patients with cancer using EQ-5D Index -focused on the Korea health & nutrition examination survey-. *The Journal of Digital Policy & Management, 11(8),* 281-291.
DOI : http://dx.doi.org.libproxy.ks.ac.kr/10.14400/JDPM.2013.11.8.281

[25] Z. Tan, F. Shi, H. Zhang, N. Li, Y. Xu & Y. Liang. (2018). Household income, income inequality, and health-related quality of life measured by the EQ-5D in Shaanxi, China: a cross sectional study. *International Journal for Equity in Health. 17,* 32.
DOI: https://doi.org/10.1186/s12939-018-0745-9

[26] L. K. L. Cindy, Y. G. Vivian, K. H. W. Carlos, Y. T. Y. Esther & S. C. F. Colman. (2017). Poverty and health-related quality of life of people living in Hong Kong: comparison of individuals from low-income families and the general population. *Journal of Public Health, 39(2),* 258-265.
DOI: http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdw046

[27] H. Y. Song & M. H. Park. (2017). Comparable influencing factors for quality of health-life in osteoarthritis patients in urban and rural areas. *Journal of the Korea Convergence Society, 8(6),* 311-323.
DOI: http://dx.doi.org.libproxy.ks.ac.kr/10.15207/JKCS.2017.8.6.311

[28] J. E. Park, S. Y. Kim, K. Y. Yeob & J. H. Park. (2018). The association between smoking and health levels in male adults: focusing on obesity indices and health-related quality of Life. *Health and Social Science, 48,* 95-120.

[29] J. S. Kwon. (2019). Influencing factors on health-related quality of life in middle and old adult one-person households. *The Journal of the Convergence on Culture Technology, 5(1),* 153-167.
DOI : http://dx.doi.org/10.17703/JCCT.2019.5.1.153

[30] M. S. Park & J. W. Chun. (2017). The effect of daily anxiety and social support on the quality of life of unmarried single person households. *Journal of Korean Home Management Association, 35(4),* 25-42.
DOI: http://dx.doi.org/10.7466/JKHMA.2017.35.4.25

[31] Korea Centers for Disease Control and Prevention.

(2019). *The seventh Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES Ⅶ-2).* Cheongju : Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2017.

[32] M. J. Cho, H. K. Kim & N. R. Oh. (2016). Influence of the number of remaining teeth of on sleep time and stress of adults older than 40 years. *Journal of Digital Convergence, 14(7),* 225-232.
DOI: http://dx.doi.org/10.14400/JDC.2016.14.7.225

[33] S. J. Kim, H. S. Kim & H. J. Kim. (2018). Differences in breast cancer screening rates according to obesity and weight perception among Korean women. *Journal of Korean Biological Nursing Science, 20(3),* 169-176.
DOI: https://doi.org/10.7586/jkbns.2018.20.3.169

[34] J. H. Kim. (2018). Influence of upper extremity function, activities of daily living, therapeutic flow and quality of life in stroke patients. *Journal of Digital Convergence, 16(12),* 417-425.
DOI: https://doi.org/10.14400/JDC.2018.16.12.417

[35] D. C. Uhm, E. S. Nam, H. Y. Lee, E. B. Lee, Y. I. Yoon & G. J. Chai. (2012). Health-related quality of life in Korean patients with rheumatoid arthritis: association with pain, disease activity, disability in activities of daily living and depression. *Journal of Korean Academy of Nursing, 42(3),* 434-442.
DOI: http://dx.doi.org.libproxy.ks.ac.kr/10.4040/jkan.2012.42.3.434

[36] M. H. Chung & H. J. Park. (2016). Symptom experiences, sleep quality and quality of life for patients with asthma. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society, 17(11),* 616-628.
DOI: http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.11.616

[37] Y. M. Kang, H. J. Kim, T. Y. Lee & B. J. Ku. (2018). Effect of glucose control, SDSCA and quality of life of D-chiro-inositol(DCI) in patients with type 2 diabetes: a path analysis. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society, 19(10),* 243-253.
DOI:http://dx.doi.org.libproxy.ks.ac.kr/10.5762/KAIS.2018.19.10.243

[38] H. M. Kim & H. J. Park. (2018). Chemotherapy induced peripheral neuropathy, sleep and quality of life among patients with gastric cancer receiving chemotherapy. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 25(3),* 176-184.
DOI: http://dx.doi.org.libproxy.ks.ac.kr/10.7739/jkafn.2018.25.3.176

[39] P. J. Oh & S. Y. Lim. (2017). Change of cancer symptom, depression and quality of life based on phases of chemotherapy in patients with colorectal or stomach cancer: a prospective study. *Korean Journal of Adult Nursing, 29(3),* 313-322.
DOI: http://dx.doi.org.libproxy.ks.ac.kr/10.7475/kjan.2017.29.3.313

[40] Y. K. Oh & S. Y. Hwang. (2018). Impact of uncertainty on the quality of life of young breast cancer patients: focusing on mediating effect of marital intimacy. *Journal of Korean Academy of Nursing, 48(1),* 50-58.
DOI: http://dx.doi.org.libproxy.ks.ac.kr/10.4040/jkan.2018.48.1.50

[41] H. S. Byun, E. K. Kim & G. D. Kim. (2015). Impacts of stigma and distress on the quality of life in patients with lung cancer. *Crisisonomy, 11(8),* 223-240.

[42] J. Y. Cho. (2019). Implications of the increase of single person households for high-tech industries: focusing on AI adopted products. *Journal of Convergence for Information Technology, 9(6),* 146-152.
DOI: https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2019.9.6.146

[43] Y. J. Doe, M. G. Ji & M. H. Yun. (2018). Association between cognition of periodontal disease periodontal patients, life-stress and oral health related quality of life. *Journal of Convergence for Information Technology, 8(3),* 53-62.
DOI: https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2018.8.3.053

[44] E. H. Lee, J. H. Lee & C. G. Kim. (2018). A study influential factors the quality of life of one-person households: medication effect verification of perceived health and health promotion behavior. *Korean Comparative Government Review(KCGR), 22(4),* 179-203.

[45] H. S. Kim. (2017). Effect of pain, nutritional risk, loneliness, perceived health status on health-related quality of life in elderly women living alone. *Journal of the Korea Convergence Society, 8(7),* 207-218.
DOI: https://doi.org/10.15207/JKCS.2017.8.7.207

[46] P. Lombardo, W. Jones, L. Wang, X. Shen & E. M. Goldner. (2018). The fundamental association between mental health and life satisfaction: results from successive waves of a Canadian national survey. *BMC Public Health 18,* 342.
DOI: https://doi.org/10.1186/s1p2889-018-5235-x

[47] N. I. Park, J. Y. Jeong & J. H. Kim. (2018). One-person households' news media use and civic participation. Korean *Journal of Communication Studies, 26(2),* 95-116.
DOI: https://doi.org/10.23875/kca.26.2.4

구 혜 자(Hye-Ja Gu) [정회원]

- 2008년 8월 : 경상대학교 대학원 간호학과(간호학 석사)
- 2012년 8월 : 경상대학교 대학원 간호학과(간호학 박사)
- 2014년 3월 ~ 현재 : 경성대학교 이과대학 간호학과 교수
- 관심분야 : 중년, 기본간호

- E-Mail : ghj9999@ks.ac.kr