

2015년 한국의료패널 자료를 활용한 1인 가구 건강생활습관과 삶의 질 분석

전혜진^{1*}, 이해련²

¹나사렛대학교 간호학과 조교수, ²나사렛대학교 간호학과 부교수

A Study on the Health-related Lifestyle and Quality of Life in Single Household based on KHP 2015 Data

Hyejin Jeon^{1*}, Hyeryeon Yi²

¹Assistant Professor, Department of Nursing, Korea Nazarene University

²Associate Professor, Department of Nursing, Korea Nazarene University

요약 본 연구는 1인 가구의 건강생활습관과 삶의 질 특성을 확인하여 상관성을 분석한 서술적 상관관계 연구이다. 한국의료패널 2015년 자료를 활용하여 1인 가구라고 응답한 설문 자료에서 건강생활습관 및 삶의 질 관련 변수를 선정하였다. 우리나라 1인 가구의 평균 나이는 68.19세로 여성이 71.3%를 차지하였으며, 사별로 인한 1인 가구가 64.8%였으며, 주관적 건강상태는 '보통'이 42.3%였다. 흡연자는 31.7%, 음주자는 34.7%였으며, 신체활동량은 비활동군이 55.3%로 가장 많았다. 삶의 질은 15점 만점에 13.31 ± 1.828 점이었으며, 흡연빈도, 음주빈도, 신체활동과 삶의 질 점수는 양의 상관관계가 있었다. 본 연구결과를 바탕으로 다인 가구와의 비교연구를 통해 흡연 및 음주가 삶의 질에 영향을 끼치게 되는 매개 요인에 대해 심층적으로 탐색할 필요가 있다. 또한, 본 자료를 바탕으로 1인 가구를 대상으로 하는 사회관계를 지지하는 신체활동 증진 프로그램을 지원할 필요가 있다. 또한, 국가적 차원에서 사회적 지원 체계의 마련을 위해 노력해야 할 것이다.

주제어 : 1인 가구, 흡연, 음주, 신체활동, 생활양식, 삶의 질

Abstract This study is a descriptive correlation study that analyzes the correlation between health-related lifestyle and quality of life characteristics of single household. Variables were selected 1,220 surveys of single household from the Korea Health Panel 2015. The average age of single-person households in Korea was 68.19, with women accounting for 71.3% of the single-person households. One household due to each private sector accounted for 64.8%, while 42.3% responded to their subjective health status as "ordinary." Smokers accounted for 31.7% and drinkers 34.7%, with 55.3% of the low-activity group making up the largest amount of physical activity. The quality of life score was 13.31 ± 1.828 . There was a positive correlation between smoking, drinking, physical activity and quality of life. Based on this data, progress of physical activity improvement program in support of the diversity and social relations are needed, and individual psychological and emotional support of single household needs to be developed.

Key Words : Single Household, Smoking, Alcohol Drinking, Exercise, Life Style, Quality of Life

*This Research was supported by the Korea Nazarene University Research Grants 2019.

*Corresponding Author : Hyejin Jeon(hyjeon@kornu.ac.kr)

Received October 21, 2019

Revised November 8, 2019

Accepted November 20, 2019

Published November 28, 2019

1. 서론

1.1 연구의 필요성

2015년 통계청의 보고에 따르면 우리나라 1인 가구는 가구 형태 중 27.2%를 차지하였고, 2024년에 36.3%까지 증가할 것으로 전망되었다[1]. 이러한 1인 가구의 증가 추세는 현재에도 예상보다 빠르게 진행되고 있으며, 인구성장률이 낮아짐에도 불구하고 1인 가구의 비중은 높아지고 있다고 한다[2].

1인 가구는 가족과 떨어져 혼자 살아가는 형태의 삶을 지칭하는데, 청년기 진학이나 취업, 청년층의 미혼이나 비혼을 선호하는 결혼관 변화, 여성의 경제활동 증가, 교육환경과 관련된 기르기 가족 증가, 이혼이나 별거 등이 그 원인으로 파악되고 있다[3]. 또한, 선행연구에서는 이러한 1인 가구가 다른 유형의 가구에 비해 사회적 양극화와 고령화, 여성화 등의 특성이 강하며, 이로 인한 불규칙한 생활습관이나 식생활, 과도한 스트레스 등 다양한 질병을 야기할 수 있는 환경에 노출되어 있다고 보고하였다[4,5].

인간의 건강증진과 질병 회복에 영향을 주는 요인으로 중요하게 거론되는 것이 건강생활습관, 건강행위이다. 개인의 건강을 증진하기 위해서는 건강생활습관을 건강증진을 위한 활동으로 연결하게 할 필요가 있는데 [6], 이미 형성된 생활습관은 변화되는 것이 매우 어려워져 조기에 건강생활습관을 확인하여, 이를 건강증진, 질병예방 및 질병 회복을 위한 건강증진 활동으로 지지하고, 개인의 건강관리를 위한 기초 자료로 확보하는 것은 건강관리자가 수행해야 하는 중요한 과업이다. 그런데 1인 가구는 가구 특성 자체도 건강생활습관을 형성하는 데에 취약할 뿐만 아니라, 외부의 지지나 지원을 받는 데에 상대적 어려움이 있을 수 있다.

선행연구에 따르면, 잘못된 생활습관으로 인해 겪는 불편들은 개인이 삶의 질을 낮게 인식하도록 하고, 이는 질병의 합병증 발생율을 증가시켜 개인 생활에 악순환을 일으킨다고 한다[7]. 또한, 건강관련 생활습관, 스트레스, 사회적 지지 등이 삶의 질에 영향을 미친다는 점도 선행연구들을 통해 확인되고 있다[8,9]. 무엇보다도 급증하고 있는 1인 가구는 각각 이질적이면서도 다양한 복지를 요구하고 있으며, 우리 사회의 피할 수 없는 미래로서 이들의 생활과 관련된 정책이나 프로그램 개발을 위해서는 다각화된 연구의 축적이 필요하다 [10]. 그러나 1인 가구의 특성을 감안하여 건강생활습

관을 분석하고 삶의 질과의 관련성을 주요하게 접근한 자료는 미비하여, 증가하고 있는 1인 가구의 특성을 감안한 건강증진 활동을 지지할 필요성이 있다고 생각되었다. 이에 전국 규모의 대표성을 가지도록 표본을 추출한 한국의료패널 자료를 활용하여 1인 가구에서 나타나는 일반적 특성, 건강생활습관 및 삶의 질을 확인하고, 이들 간의 관련성을 분석해보고자 하였다.

1.2 연구의 목적

본 연구는 1인 가구를 대상으로 건강생활습관과 삶의 질을 확인하고 그 관련성을 검증하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 1인 가구의 일반적 특성을 확인한다.
- 2) 1인 가구의 건강생활습관 관련 특성을 확인한다.
- 3) 1인 가구의 삶의 질 관련 특성을 확인한다.
- 4) 1인 가구의 일반적 특성과 건강생활습관과의 관련성을 확인한다.
- 5) 1인 가구의 건강생활습관과 삶의 질의 관련성을 확인한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계

본 연구는 1인 가구에 나타나는 건강생활습관과 삶의 질 특성을 확인하고, 그들 간의 상관성을 2015년 한국 의료패널 자료를 활용하여 분석한 서술적 상관관계 연구이다.

2.2 연구자료 및 연구대상

2.2.1 연구자료

본 연구는 한국 보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 수행한 한국의료패널 2015년 조사자료를 활용하였다. 한국의료패널은 전국 규모의 대표성을 유지하도록 2005년 인구주택 총조사 90% 전수 자료를 추출 틀로 하고 있으며, 표본조사구를 집락 추출한 후 표본 조사구 내 표본 가구를 추출하는 2단계 표본 추출 방법을 쓰고 있다. 2008년부터 추출된 표본으로부터 2018년까지 진행해오고 있다. 본 연구자는 한국 의료패널의 자료 제공 절차에 따라 데이터 활용 동의서를 작성 후 데이터를 내려받았고, 받은 데이터 중에서 가장 최근 자료인 2015년도 자료를 바탕으로 연구에 활용하였다.

2.2.2 연구대상 및 자료수집절차

한국의료패널 2015년 자료조사는 2015년 3월 9일부터 9월 6일까지 6,607가구 18,130명을 대상으로 실시되었다. 한국 의료패널 2015년 설문 조사 설문지의 '가구일반사항' 중 세대 구성 문항에서 '1인 가구'로 응답하고 동거인 '없음'으로 답한 20세 이상 성인으로 구성된 1,222가구 1,222명의 조사결과 중 시스템 결측값 2건을 제외한 1,220명의 자료를 본 연구의 연구대상으로 하였다.

2.3 연구도구

2.3.1 일반적 특성

본 연구에서 연구대상의 일반적 특성으로 나이, 성별, 교육수준, 혼인상태, 주관적 건강상태를 조사하였다. 나이는 20세 이후 10년 단위로 구분하여 조사하였으며, 성별은 남성과 여성으로 구분하였고, 교육수준은 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 전문대학 졸업 이상으로 구분하였다. 혼인상태는 기혼, 별거, 사별, 이혼, 미혼으로 응답한 결과를 확인하였고, 주관적 건강상태는 본인이 생각하는 자신의 건강상태에 대해 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨으로 응답하도록 하였다.

2.3.2 건강생활습관

연구대상의 건강생활습관은 흡연, 음주, 신체활동 관련 사항을 확인하였다.

흡연 관련 사항으로는 흡연 경험 여부를 조사하였고, 흡연 경험이 있는 경우에 흡연빈도를 조사하였다. '현재 담배를 피우고 계십니까?'라는 질문에 '매일 피움'으로 응답하면 '고위험군', '가끔 피움'으로 응답하면 '중위험군', '전에 피운 적이 있지만, 현재 피우지 않는다'로 응답하면 '저위험군'으로 분류하였다.

음주 관련 사항으로는 음주 여부, 평균 음주량, 과음 횟수 및 문제 음주를 확인하였다. 음주 여부는 최근 1년 동안의 음주빈도를 확인하여 1달에 1번 이상 술을 마신다고 응답한 자는 '음주'로, 1달에 한 번 미만인 자는 '비음주'로 분석하였다. 평균 음주량은 1회에 마시는 술잔을 1-2잔, 3-4잔, 5-6잔, 7-9잔, 10잔 이상 중에서 선택하도록 하였다. 과음횟수는 '최근 한달 간 한번의 술자리에서 기준 이상을 마신 횟수는 얼마나 되십니까'라고 질문하였고, 문제 음주는 '최근 1년간 음주로

인해 일상생활에 지장을 받은 적이 있습니까' 로 질문하여 '전혀없다', '한달에 1번 미만', '한달에 1번 정도', '한달에 2-3번 정도', '1주일에 1번 정도', '1주일에 2-3번 정도', '거의 매일' 중에 선택하도록 하여 대상자의 응답은 '한달에 1회 미만', '한달에 1-3회', '한주에 1-3회', '거의 매일'로 구분하여 자료를 분석하였다.

신체활동은 지난 7일간의 응답자 활동량을 묻는 국제 신체활동 질문지(International Physical Activity Questionnaire, IPAQ)로 조사되었는데, 4가지 항목(격렬한(고강도) 신체활동, 중강도 신체활동, 걷기, 앉아서 보내는 시간)에 대해 각 신체활동량에 해당하는 시간을 자가기입 하도록 한 것이다[11]. 본 연구에서 신체활동은 MET-minute/week 점수로 환산하였고 총 활동량을 계산한 식은 아래와 같다[11].

- 1) 고강도=8.0×고강도 활동시간×활동일 수
- 2) 중강도=4.0×중강도 활동시간×활동일 수
- 3) 걷기=3.3×걸은 시간×걸은 일 수
- 4) 총 활동량=걷기+중강도+고강도

환산 점수는 '건강증진활동량($\geq 1,500$ MET-minute/week), '최소한의 활동량(≥ 600 MET-minute/week), '비활동'(600 MET-minute/week 미만)으로 구분하였다. 건강증진활동량과 최소한의 활동량은 중복되지 않도록 하여 분석에 활용하였다[10]. 도구의 신뢰도는 한국판 번안 당시 Spearman Rho 0.299 ~ 0.549 ($p < 0.001$), Kappa 값 0.310 ~ 0.418 이었다[12].

2.3.3 삶의 질

연구 대상자의 삶의 질은 EuroQol group이 개발한 EQ-5D 도구로 조사되었다[13]. EuroQol group은 1987년 유럽에서 설립된 다국적 연구팀으로 보건정책 및 관련 법률 연구를 시작으로 최근에는 건강 관련 삶의 질과 가치를 평가하는 도구를 개발하기 위한 다양한 사업을 수행하고 있다. EQ-5D 도구는 전 세계적으로 건강 관련 삶의 질을 평가하는 데에 보편적으로 사용되고 있으며, 운동능력(mobility), 자기관리(self-care), 일상 활동(usual activity), 통증/불편(pain/discomfort), 불안/우울(depression/anxiety)의 총 5개 문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 응답자의 현재 상태에 대해 문항별로 각각 '문제 없음'(3점), '다소 문제 있음'(2점), '매우 심각한 문제 있음'(1점)으로 변환하여 자료를 분석하

였다. 선행연구에서 EQ-5D의 Cronbach's α 는 .75로 확인되었다[14].

2.4 자료분석

2.4.1 자료분석 방법

본 연구는 IBM SPSS Statistics 20.0 program을 활용하여 자료를 분석하였다. 연구 대상자의 일반적 특성, 건강생활습관, 삶의 질 특성은 기술통계와 빈도분석을 통해 평균과 표준편차, 실수와 백분율을 산출하였다. 일반적 특성에 따른 건강생활습관(흡연, 음주, 신체활동)은 카이제곱검정과 t-test, ANOVA 분석방법을 이용하였다. 그리고, 건강생활습관과 삶의 질과의 상관관계는 Pearson correlation 상관계수를 구하여 분석하였다. 상관분석을 위해 흡연과 음주는 응답자의 빈도에 대한 응답을 서열변수 처리하여 상관관계를 분석하였다.

2.5 윤리적 고려

한국의료패널조사는 국가승인통계 제 920012호로 통계청의 승인을 받아 응답 내용이 통계 목적으로만 사용되고, 응답 내용의 비밀을 보장하도록 응답자의 개인 식별 정보를 노출하지 않도록 초처된 자료만을 제공하고 있다.

3. 연구결과

3.1 일반적 특성

연구대상의 일반적 특성으로 나이, 성별, 교육수준, 혼인상태, 주관적 건강상태를 조사하였고, 그 결과는 Table 1에 제시하였다.

연구대상의 평균 나이는 68.19세로 60대 이상이 78%였다. 응답자의 71.3%가 여성이었다. 나이대별 성별의 분포는 20대, 60대, 70대, 80대 이상이 여성이 많았으며(62.5%, 69.9%, 81.5%, 84.2%), 50대는 동률이었으며, 30대, 40대는 남성의 비중이 높았다(60.5%, 66.7%). 교육수준은 초등학교 졸업 이하가 55%로 가장 많았는데, 무학이라고 응답한 비율도 16.5%를 포함하였다. 혼인상태는 91%가 기혼이었고, 배우자와의 사별로 인한 1인 가구가 64.8%로 나타났다. 응답자가 지각한 주관적 건강상태는 좋거나 매우 좋다고 응답한 사람이 27.5%, 보통이라고 응답한 사람이 42.3%, 응답자의 29.8%는 나쁘거나 매우 나쁘다고 응답하였다. 주관적

건강상태를 5점 척도로 계산한 결과 평균과 표준편차는 3.01 ± 0.864 이었다.

Table 1. General characteristics of the subjects (N=1,220)

Characteristics	Categories	n	(%)
Age (years)	Mean 68.19		
	20-29	8	0.7
	30-39	43	3.5
	40-49	75	6.0
	50-59	144	11.8
	60-69	272	22.3
	70-79	465	38.1
80-93	213	17.6	
Gender	M	351	28.7
	F	869	71.3
Education level	≤Elementary	673	55.2
	Middle	184	15.1
	High	238	19.5
	College≤	125	10.2
Presence of spouse	Married	111	9.2
	Separate	43	3.5
	Bereavement	791	64.8
	Divorced	165	13.5
	Unmarried	110	9.0
Subjective health status	Very good(5)	24	2.1
	Good(4)	312	25.6
	Moderate(3)	517	42.4
	Bad(2)	338	27.8
	Very bad(1)	25	2.1

3.2 건강생활습관

1인 가구의 건강생활습관 조사결과는 Table 2.에 제시하였다. 흡연 관련 내용에서는, 흡연경험자가 31.7%였고, 비흡연자는 68.3%였다. 전체 1인 가구의 13.8%가 매일 흡연하였는데, 매일 흡연자는 하루 평균 13.93 ± 8.083 개비의 담배를 흡연하였다.

음주자는 전체의 34.7%였으며, 1회 평균 섭취량은 1~2잔이 23.7%로 가장 많았다. 과음 빈도는 월 1회 미만이거나 과음하지 않는다고 응답한 사람이 87.8%였으나, 주1~3회 혹은 매일 과음하는 사람도 각각 6.4%, 1.6%였다.

연구대상자 전체 평균 신체활동량은 826.5 ± 1016.2 MET-minute/week 였으며, 건강증진활동군, 최소한의 활동군, 비활동군은 각각 13.5%, 31.0%, 55.3%로 비활동군이 가장 많았다.

Table 2. Health-related lifestyle of the subjects (N=1,220)

Lifestyle	Categories	n(%) or M±SD
Smoking	Smoker	387(31.7)
	Non-smoker	833(68.3)
	High risk group	169(13.8)
	Medium risk group	8(0.7)
	Low risk group	210(17.2)
	Average daily cigarette(ea)	13.93±8.083
Alcohol	Drinker	423(34.7)
	Non-drinker	797(65.3)
	Average consumption	
	1 to 2 glasses	290(23.7)
	3 to 4 glasses	111(9.1)
	5 to 6 glasses	51(4.2)
	7 to 9 glasses	69(5.6)
10 glasses ≤	67(5.5)	
	Frequency of heavy drinking	
	None or <1/month	1071(87.8)
	1~3/month	73(6.0)
	1~3/week	79(6.4)
	everyday	20(1.6)
	Problem drinking	
	None or <1/month	1199(98.3)
	≤2~3/month	14(1.2)
	1~3/week	7(0.5)
	Everyday	0(0.0)
Physical activity	High activity group (MET)	165(13.5)
	Medium activity group (MET)	2794.2±1327.4
	Low activity group (MET)	379(31.0)
		1059.0±285.2
		676(55.3)
		215.9±195.4

3.3 건강관련 삶의 질

1인 가구의 건강관련 삶의 질 조사결과는 Table 3과 같다. 응답자 중 4명이 미응답으로, 삶의 질은 1216명의 자료를 분석하였다. 1인 가구의 삶의 질 총 평균은 13.31±1.828이었고, 통증/불편감 항목에서 가장 많은 문제를 보고하였다.

Table 3. Percentage of patients with any problem (N=1,216)

Characteristics	n(%)
Mobility	441(36.1)
Self-care	183(15.0)
Usual activity	300(24.5)
Pain/Discomfort	693(56.7)
Depression/Anxiety	336(27.5)

3.4 일반적 특성에 따른 건강생활습관

일반적 특성에 따른 건강생활습관은 Table 4에 제시한 바와 같다. 나이대, 성별, 교육수준, 혼인상태와 주관적 건강상태는 흡연, 음주여부에 모두 유의한 관련성을 나타내었고, 신체활동에서도 혼인상태를 제외한 모든 변수가 관련성이 있었다(p<.001*).

나이대에 따른 흡연자 비율은 40대가 가장 높았고, 60대 이상은 그 비율이 감소하였다. 흡연자 74.4%가 남성이었으며, 비흡연자의 92.4%는 여성이었다. 학력이 높은 집단에서 흡연자의 비율이 상대적으로 높았으며, 미혼자 혹은 기혼자이거나, 이혼한 경우 상대적으로 흡연자의 비율이 높았고, 주관적 건강상태 점수는 흡연자가 높았다.

음주자도 30대의 나이대별 음주자 비율이 높았고, 60대를 기준으로 감소하였다. 남성의 음주자 비율이 높았으며, 교육수준이 고졸 이상일 때 음주자 비율이 상대적으로 높았고, 음주자의 주관적 건강상태는 비음주자보다 유의하게 높았다. 신체활동의 경우, 활동량이 많은 집단의 주관적 건강상태 점수가 높았다.

3.5 건강생활습관과 삶의 질 간의 상관관계

흡연, 음주 및 신체활동이 삶의 질에 미치는 영향을 확인한 결과는 Table 5에 나타나 있다. 본 연구에서 삶의 질 점수가 높을수록 흡연빈도가 높았으며(r=.184, p<.001), 삶의 질 점수가 높을수록 음주빈도가 높았고(r=.301, p<.001), 삶의 질 점수가 높을수록 신체활동량 점수가 높게(r=.248, p<.001) 나타났다.

Table 5. Pearson correlations between lifestyle and Quality of Life(QoL)

Variables	QoL	Smoking frequency	Alcohol frequency	Physical Activity
	r(p)			
QoL	1	-	-	-
Smoking frequency	.184(<.001*)	1	-	-
Alcohol frequency	.301(<.001*)	.423(<.001*)	1	-
Physical activity	.248(<.001*)	.082(.004*)	.079(.006*)	1

Table 4. Health-related lifestyle according to general characteristics

Characteristics	Categories	Smoking			Alcohol			Physical Activity			
		Yes	No	x2 or t(p) Scheffé	Yes	No	x2 or t(p) Scheffé	High	Med	Low	x2 or F(p)
		n(%) or M±SD	n(%) or M±SD		n(%) or M±SD	n(%) or M±SD		n(%) or M±SD	n(%) or M±SD		
Age (years)	20-29 ^a	3(0.8)	5(0.6)	79.748 ($<.001^*$) c)f,g	7(1.7)	1(0.1)	214.302 ($<.001^*$) b,c)f,g	2(1.2)	2(0.5)	4(0.6)	73.862 ($<.001^*$)
	30-39 ^b	21(5.4)	22(2.6)		34(8.0)	9(1.1)		3(1.8)	11(2.9)	29(4.3)	
	40-49 ^c	45(11.6)	30(3.6)		57(13.5)	18(2.3)		12(7.3)	20(5.3)	43(6.4)	
	50-59 ^d	71(18.3)	73(8.8)		89(21.0)	55(6.9)		29(17.6)	49(12.9)	66(9.8)	
	60-69 ^e	92(23.8)	180(21.6)		97(22.9)	175(22.0)		65(39.4)	86(22.7)	121(17.9)	
	70-79 ^f	110(28.4)	355(42.6)		106(25.1)	359(45.0)		48(29.1)	156(41.2)	261(38.6)	
	80-93 ^g	45(11.6)	168(20.2)		33(7.8)	180(22.6)		6(3.6)	55(14.5)	152(22.5)	
Gender	M	288(74.4)	63(7.6)	576.321 ($<.001^*$)	234(55.3)	117(14.7)	222.700 ($<.001^*$)	64(38.8)	123(32.5)	164(24.3)	17.299 ($<.001^*$)
	F	99(25.6)	770(92.4)		189(44.7)	680(85.3)		101(61.2)	256(67.5)	512(75.7)	
Education level	≤Elementary	142(36.7)	531(63.7)	87.199 ($<.001^*$)	135(31.9)	538(67.5)	155.722 ($<.001^*$)	71(43.0)	195(51.5)	407(60.2)	26.364 ($<.001^*$)
	Middle	67(17.3)	117(14.0)		79(18.7)	105(13.2)		32(19.4)	62(16.4)	90(13.3)	
	High	116(30.0)	122(14.6)		130(30.7)	108(13.6)		47(28.5)	85(22.4)	106(15.7)	
	College ≤	62(16.0)	63(7.6)		79(18.7)	46(5.8)		15(9.1)	37(9.8)	73(10.8)	
Presence of spouse	Married	76(19.6)	35(4.2)	179.226 ($<.001^*$)	71(16.8)	40(5.0)	174.741 ($<.001^*$)	21(12.7)	31(8.2)	59(8.7)	10.792 (.214)
	Separate	16(4.1)	27(3.2)		14(3.3)	29(3.6)		8(4.8)	10(2.6)	25(3.7)	
	Bereavement	152(39.3)	639(76.7)		177(41.8)	614(77.0)		98(59.4)	243(64.1)	450(66.6)	
	Divorced	87(22.5)	78(9.4)		84(19.9)	81(10.2)		24(14.5)	63(16.6)	78(11.5)	
	Unmarried	56(14.5)	54(6.5)		77(18.2)	33(4.1)		14(8.5)	32(8.4)	64(9.5)	
Subjective health status	Very good(5)	3.12± 0.825	2.91± 0.831	4.093 ($<.001^*$)	3.22± 0.782	2.85± 0.832	7.741 ($<.001^*$)	3.33± 0.799	3.13± 0.827	2.80± 0.801	39.142 ($<.001^*$)
	Good(4)										
	Moderate(3)										
	Bad(2)										
	Very bad(1)										

4. 논의

본 연구에 나타난 1인 가구의 일반적 특성은 평균 68.19세로 노인층의 비중이 높았는데, 성별에 따라 30, 40대는 남성의 비중이 높았고, 20대와 60대 이상은 여성의 비중이 높았다. 이는 선행연구에서도 청년층은 남성 1인 가구의 비중이 높고, 노년층에서는 여성 1인 가구의 비중이 높다는 결과와 유사한데[15], 이는 선행연구에서도 언급되었듯이, 1인 가구의 구성 사유로 청년층은 학업이나 취업을 위한 1인 가구 구성의 비율이 높아지고, 노년층은 여성 인구의 수명이 상대적으로 길어지면서 사별이 1인 가구 구성의 많은 원인으로 작용한 때문이라고 생각된다. 또한, 본 연구에서 청년층의 여성 가구 비율이 높은 것은 청년 여성의 취업 확대 등이 그 요인으로 작용했을 것으로 여겨진다.

대상자의 교육수준은 청년층일수록 고학력이었고,

노년층일수록 저학력이 많이 분포하였다. 교육수준이 낮은 것은 사회 경제적으로 취약할 수 있다는 점을 시사하는데[16], 1인 가구의 많은 비중을 차지하는 노인 여성 대상자의 이러한 특성은 대상자 교육이나, 이들을 위한 정책 및 홍보 전략 등을 수립할 때 고려해야 할 것으로 생각된다. 본 연구에서 대상자의 교육수준 중에서 무학(해독불가)인 대상자도 전체의 6.1%를 차지하여 대상자의 수준을 고려한 교육적, 정책적 접근과 이에 대한 관리가 필요할 것으로 보인다.

1인 가구의 주관적 건강상태 점수는 본 연구에서 3.01 ± 0.864 점이었다. 본 연구에서는 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태를 분석하지 않았으나, 1인 가구와 비 1인 가구를 비교한 연구에서 여성보다 남성이, 교육수준과 가구 소득이 높은 경우에 주관적 건강상태 점수가 높았고, 1인 가구의 주관적 건강상태는 비 1인 가구에 비해 주관적 건강상태 점수가 낮다고 하였다.

또한, 청년기보다 중년기, 노년기가 주관적 건강상태가 낮다고 보고하였다[17]. 한 연구에서 중년기 성인의 주관적 건강상태를 조사한 결과는 4점 척도 기준 2.91~3.17점으로 나타나 본 연구에 비해 점수가 상회하였는데, 나이, 배우자 유무, 학력에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타나[18] 본 연구에서 노년층의 비율을 참작한다면, 주관적 건강상태 점수는 유사하다고 볼 수 있을 것이다.

연구 대상자의 주관적 건강상태는 흡연자가 비흡연자보다, 음주자가 비음주자보다 주관적 건강상태 점수가 높게 나타났다. 한 연구에서는 1인 가구의 사회관계망이나 여가생활이 주관적 건강상태에 긍정적인 영향을 끼친다고 보고하였는데[18], 본 연구의 대상자들이 경험하는 사회관계망이나 여가생활에 흡연이나 음주가 포함되어 있는지는 확인되지 않아 차후 이에 관한 후속 연구가 필요할 것으로 보인다. 또한, 비 1인 가구와의 비교를 통해 단순히 흡연이나 음주 여부가 주관적 건강상태에 영향을 끼치는 것인지 다면적인 검증이 필요하다. 선행연구에서는 19세 이상 여성을 대상으로 1인 가구와 다인 가구의 건강행태를 비교하였는데[20], 흡연과 문제 음주의 비율은 다인 가구 여성에 비해 높았고, 음주는 다인 가구 여성과 1인 가구 여성의 비율이 유사하였다고 보고하였다[19]. 1인 가구의 경우 음주나 흡연이 과하더라도 제지하는 사람이 없을 수 있고, 대체로 사회생활을 하는 경우가 많아 사회적 관계 속에서 이러한 건강행태가 나타날 수도 있어, 후속 연구 시에는 음주나 흡연 등의 건강행태가 어느 시점에 누구와 하였는지, 혼자 하였는지 등에 대한 깊이 있는 조사가 추가될 필요가 있을 것이라 여겨진다.

본 연구에서 조사된 신체활동은 남성의 신체활동이 높았고, 여성은 75.7%가 비활동 군에 속하였다. 본 연구에서 남성은 대체로 나이가 낮고, 여성은 노년기에 많이 분포한 결과로 해석할 수 있으며, 이를 바탕으로 중장년, 노년기 여성들의 신체활동을 도모하기 위한 다양한 접근이 필요하다고 생각된다. 또한, 1인 가구의 여가 유형 중 '여가소홀형'은 여성과 60대가 대부분을 차지하는데, 경제활동에 참여하나 가구 소득이 낮아 여가 및 신체활동의 기회가 낮고, 위축되어 이는 정신건강 상의 우울이나 스트레스로도 연결이 될 수 있다고 하였다[20]. 또한, 본 연구에서 신체활동은 활동량이 많을수록 삶의 질이 높았다. Hwang, Kim,

Yoon(2018)의 연구에서는[21] 최종학력이 높을수록 성인의 규칙적인 신체활동이 향상된다고 보고하였는데, 이는 체육활동에 참여하기 위해 사회적 지지나 체계적인 교육 혹은, 사회문화적 영향을 받게 되어[22] 최종학력이 이러한 요인들을 반영한다고 하였다[21]. 따라서 지역사회 건강증진 프로그램을 기획할 때에는 이용자 중심의 서비스 마련을 고심해야 하며, 지금까지 거론된 1인 가구 대상자의 다양성을 고려하기 위한 다양한 프로그램을 개발하여 적용할 필요가 있다고 사료 된다.

1인 가구의 삶의 질과 관련한 선행연구에서는 소득활동과 노후준비 등의 경제적 요인이 삶의 질을 개선하는 데에 중요한 역할을 한다고 하였으며, 성별에 따라서는 남성이 미숙한 가사노동 등을 이유로 일상생활의 어려움을 호소한다고 보고하였다[23]. 본 연구에서는 경제적 빈곤 및 일상생활의 스트레스 등에 대해서 직접 확인하지 못하였으나, 후속 연구를 통해 삶의 질을 향상하기 위한 경제적 요인 및 일상생활에서 경험하게 되는 스트레스 등을 포함하는 다양한 변수들을 확인할 필요가 있을 것으로 생각된다.

2014년 한국복지패널자료를 활용한 연구에서는 우리나라 1인 가구의 특징을 '비자발적', '경제적 빈곤', '여성화', '고령화'로 설명하였는데, 이들의 특징은 다인 가구에 비해 생활실태가 현저히 열악하였다[24]. 게다가 이러한 1인 가구원들은 자신의 열악한 상황을 스스로 벗어나기에 한계가 있으므로, 이들의 생활 구성을 세밀하게 확인하여 국가나 사회적 차원에서의 건강관리를 비롯한 생활서비스 프로그램을 개발하여 도움을 제공할 필요성이 대두된다고 할 수 있겠다.

5. 결론 및 제언

본 연구에서 삶의 질에 영향을 미치는 건강생활습관 관련 변수로는 흡연빈도, 음주빈도, 신체활동량에서 모두 상관성을 확인하였다. 흡연과 음주는 일반적으로 건강에 부정적인 영향을 주는 요인으로 알려져 있는데, 1인 가구의 특성을 고려한 대상자의 개별 정서적, 심리적 상태를 함께 파악하여 이러한 변수가 삶의 질과의 관련성이 나타나는지에 관한 원인을 탐색하는 반복 연구가 필요할 것으로 생각된다. 또한, 본 연구에서는 흡연과 음주에 대한 범주형 자료를 분석하였기 때문에 이에 대한 통계 분석의 제한이 있어 결과의 해석에 주의할 기울일 필요가 있다. 1인 가구가 증가하고 있는 현

시점에서 대상자들이 신체활동을 적극적으로 할 수 있도록 이들이 사회활동에 적극적으로 관심을 가질 수 있고, 쉽게 접근할 수 있는 다양한 아이디어를 공유하여 공공사업으로 진행하는 것이 바람직하다고 생각된다. 아울러, 이는 곧 고령사회에서의 건강증진을 도모하기 위한 중요한 대비책이 될 것이다.

REFERENCES

- [1] Statistics Korea. (2017). *Household projections (2015-2045)*. Daejeon: Statistics Korea.
- [2] Y. Jung & S. J. Kang. (2019). *Korea one-person households report 2019*. Seoul : KB financial group.
- [3] M. R. Byun. (2015). Single person household and urban policy in Seoul. *The Korean Journal of Culture and Social Issues*, 21(3), 551-573. DOI : 10.20406/kjcs.2015.08.21.3.551
- [4] K. H. Jung, S. Nam, E. Jeong, J. Lee, Y. Lee & H. Kim. (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.
- [5] Y. J. Kim. (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.
- [6] J. H. Kim, H. S. Oh & S. H. Min. (2004). Health life behavior and perceived stress of university students. *Journal of East Asian Society Dietary Life*, 10(1), 207-216.
- [7] C. Bardage & D. G. Isacson. (2001). Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of clinical epidemiology*, 54(2), 172-181.
- [8] K. H. Jung & N. Chun. (2019). Influence of stress, social support and lifestyle on health-related quality of life in middle aged women. *Journal of Korean Biological Nursing Science*, 21, 62-69.
- [9] H. Ren, S. Lim & Y. Wang. (2019). The relationship between the quality of life and exercise adherence in Korean and Chinese university students' lifestyle and health-related smartphone applications. *The Korean Journal of Sports*, 17(1), 247-261.
- [10] 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.
- [11] M. Hagströmer, P. Oja & M. Sjöström. (2006). The International Physical Activity Questionnaire(IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public health nutrition*, 9(6), 755-762.
- [12] M. Y. Chun. (2012). Validity and reliability of Korean version of International Physical Activity Questionnaire(IPAQ) short form in the elderly. *Korean Journal of Family Medicine*, 33(3), 144-151.
- [13] R. Rabin & F. D. Charro. (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol group. *Annals of medicine*, 33(5), 337-343.
- [14] G. Chikovani, L. Babuadze, N. Iashvili, T. Gvalia & S. Surguladze. (2015). Empathy costs: Negative emotional bias in high empathisers. *Psychiatry research*, 229(1-2), 340-346.
- [15] E. Kang & M. H. Lee. (2016). Single-person households in South Korea and their policy implications. *Health & Welfare Policy Forum*, 234, 47-56.
- [16] B. Y. Park, H. J. Kwon, M. N. Ha & E. A. Burm. (2016). A comparative study on mental health between elderly living alone and elderly couples - focus on gender and demographic characteristics -. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 30(2), 195-205.
- [17] J. K. Ha & S. Lee. (2017). The effect of health-related habitual consumption and lifetime on subjective health of one person households: focusing on comparison between non-one person. *Family and Environment Research*, 55(2), 141-152.
- [18] K. Kim, K. Lee, K. Kim, G. Lee, J. Ahn & J. Hwang. (2019). The impact of social networks and leisure life on the subject health condition of middle aged single-person households. *Journal of Leisure Studies*, 17, 73-94.
- [19] E. Kim & S. Park. (2016). Comparison of health behaviors, disease prevalence between one-person women and multiple households women in Korea. *Korean Society of Public Health Nursing*, 30(3), 483-494.
- [20] E. Kang, H. J. Kim & Y. S. Kim. (2017). Leisure activity types and depressive symptoms among middle-aged people living alone. *Health and Social Welfare Review*, 37(2), 184-215.
- [21] Y. Hwang, M. Kim & S. Yoon. (2018). A study on the factors influencing regular physical activity

of adults in single-households and multi-family households. *Korean Journal of Leisure, Recreation & Park*, 42(3), 109-120.

- [22] J. F. Sallis, M. F. Floyd, D. A. Rodríguez & B. E. Saelens. (2012). Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*, 125(5), 729-737.
- [23] M. Park & J. 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.
- [24] Y. O. Kim. (2016). A study on single person households in Korea. *Korean Journal of Family Social Work*, 52, 139-166.

전 혜 진(Hyejin Jeon)

[정회원]



- 2014년 2월 : 이화여자대학교 간호과학과(간호학박사)
- 2014년 3월 ~ 현재 : 나사렛대학교 간호학과 교수
- 관심분야 : 응급간호, 간호교육
- E-Mail : hjeon@kornu.ac.kr

이 혜 련(Hyeryeon Yi)

[정회원]



- 2005년 2월 : 이화여자대학교 간호과학과(간호학박사)
- 2008년 3월 ~ 현재 : 나사렛대학교 간호학과 교수
- 관심분야 : 간호연구, 노인간호
- E-Mail : yih@kornu.ac.kr