



성별에 따른 1인 가구 성인의 만성질환 유병 관련 요인

이은숙

경상국립대학교 간호학과, 부교수

Factors Associated with Chronic Disease Occurrence in One-person Household Depending on Gender

Lee, Eun Sook

Associate Professor, Department of Nursing, Gyeongsang National University, Jinju, Republic of Korea

Purpose: This study was conducted to assess the effect of household types on the occurrence of chronic diseases depending on gender and to identify the factors associated with chronic disease occurrence in one-person households. **Methods:** Multivariate logistic regression analysis was conducted using the data of 15,949 adults with the age of 19 years or older from the sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2013~2015). **Results:** For male, the risk of chronic disease occurrence was higher in one-person households than in multi-person households, and the same held true after adjusting for the confounding factors. For female, no significant relationship was found between household types and chronic disease occurrence. Factors associated with chronic disease occurrence were age, employment state, marital state, smoking, perceived stress, and depression in male, and age, employment state, physical activity, and obesity in female. **Conclusion:** It is necessary to monitor the disparity in health depending on household types in male. Additionally, providing a gender specific chronic disease prevention and health enhancement program is required.

Key Words: Households, One-person household, Chronic disease, Health behavior

서론

1. 연구의 필요성

우리나라 1인 가구 비중은 2017년 28.5%를 차지하여 2000년보다 2.5배 증가하였고, 2027년 32.9%, 2047년 37.3%까지 지속적으로 증가할 것으로 전망되어 현재와 같은 저출산·고령화 추세가 지속되면 앞으로는 1인 가구가 보편적인 가구 형태가 될 것으로 예측된다[1]. 1인 가구가 증가한 배경을 살펴보면 개인의 부상, 정보통신 혁명, 여성 지위 신장, 신자유주의 경제 이념 확산 등의 사회적 변화로 인하여 1인 가구 출현의 여건이 형성되었고, 만혼

과 비혼 확산, 이혼 증가, 평균수명 확장 등의 가족 인구학적 변화는 1인 가구 증가의 직접적 원인으로 파악되고 있다[2]. 이러한 가구 형태의 변화는 1인 가구의 생활태도, 정신건강, 생활양식에 영향을 미치며, 특히 전 연령층의 1인 가구는 정서적·육체적 건강 측면에서 공통적으로 다인 가구에 비해 취약성이 높은 것으로 보고되었다[3]. 실제로 2017년 1인 가구의 연간 의료비는 88만 4천 원으로 18세 이상 전체 인구의 64만 원 대비 약 1.4배 수준이었고, 2015년 이후 지속적으로 증가하고 있으며, 18세 이상 전체 인구와 1인 가구의 연간 의료비 격차도 증가하고 있는 실정이다 [4]. 선행 연구들에서도 1인 가구의 높은 질병 이환율, 정신건강

주요어: 가구유형, 1인 가구, 만성질환, 건강행위
IRB 승인기관 및 번호: 질병관리본부 윤리위원회 [2013-07CON-03-4C, 2013-12EXP-03-5C]
Corresponding author: Lee, Eun Sook (<https://orcid.org/0000-0002-0906-6626>)
Department of Nursing, Gyeongsang National University
33 Dongjin-ro, Jinju, Gyeongnam, 52725, Republic of Korea
Tel: +82-55-772-3655 Fax: +82-55-772-3659 E-mail: eslee5335@gnu.ac.kr
Received: 16 September 2021 Revised: 25 October 2021 Accepted: 26 October 2021

상의 어려움, 영양섭취의 불균형에 따른 문제, 삶의 질 저하와 사회적 지지의 부족 등 건강상의 어려움을 다양한 측면에서 지적하고 있다[5-11]. 이러한 결과는 1인 가구의 삶의 질을 향상시키고 나아가 국가의 의료 부담을 낮추기 위해 1인 가구를 대상으로 적절한 건강정책과 건강관리 프로그램이 필요함을 시사한다.

건강불평등은 사회적, 경제적 혹은 지리적으로 구분되는 인구 집단들 사이에서 체계적이고 잠재적으로 개선 가능한 한 가지 이상의 건강 측면에서 차이가 존재하는 상태를 의미한다[12]. 세계보건기구는 '모든 인류에게 건강을(Health for all)'을 정책 목표로 제시하면서 건강형평성 지향을 명확히 하였고, 모든 국가들이 건강불평등을 개선하기 위한 정책 형성과 실행을 위해 노력할 것을 권고하였다[13]. 건강불평등을 해결하기 위해서는 어느 집단에서 어떤 건강 문제에 대해서 가장 불평등이 많이 발생하고 있는가에 대해 파악할 필요가 있으며, 세계적으로 건강형평성의 발생 경로와 정책 분석 및 지역사회와 국가의 정책 또는 개입에 대해 평가하는 연구들이 진행되었다[12]. 따라서 급증하는 1인 가구와 같은 가구 형태가 사회구조적 요인으로서 건강불평등에 미치는 영향을 확인할 필요가 있고, 1인 가구의 건강결과에 영향을 미치는 요인들을 확인하여 1인 가구의 건강불평등 완화를 위한 구체적 대책을 마련하는 것이 필요하다.

건강결과는 만성질환 및 감염성 질환의 유병, 손상, 사고 등을 포함한 객관적 건강과 자가 평가 건강수준이나 건강 관련 삶의 질을 포함한 주관적 건강, 그리고 수명, 사망 등으로 평가할 수 있다[13]. 만성질환으로 인한 사망자 수는 매년 전 세계적으로 4,100만 명으로 전체 사망의 71%로 추산되고 있으며, 심혈관질환, 암, 호흡기 질환, 당뇨 등 4대 질환은 조기사망의 80%를 차지하고 있다[14].

1인 가구와 다인 가구의 질병이환을 비교한 기존 국내 연구들에서 1인 가구는 다인 가구보다 만성질환율, 외래진료 횟수, 입원율이 높았고[5], 여성 1인 가구는 여성 다인 가구에 비해 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 심근경색, 관절염, 골다공증, 아토피 피부염, 백내장 등 대부분 질병 이환율이 높았으며[6], 중년 1인 가구의 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 관절염 진단율도 다인 가구보다 높아[15] 대체로 1인 가구는 다인 가구보다 만성질환 유병률이 높은 것으로 보고되었다. 반면 다양한 교란변수를 통제하고 가구 유형과 만성질환과의 관련성을 확인한 연구에서 1인 가구 중장년의 대사증후군 교차비는 다인 가구에 비해 남성과 여성에서 모두 높았지만[7], 또 다른 연구에서 중년 1인 가구의 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 관절염의 교차비는 모두 유의하지 않아[15] 그 결과가 일관되지 않았다. 이처럼 가구 형태와 만성질환과의 관련성에 대한 연구결과가 일치하지 않는 이유는 대상자의 연령이나 성별에 따

른 차이 때문일 수 있다.

건강불평등에는 성별 차이가 있고, 성별은 건강불평등에 영향을 주는 요인이다[16]. 여성은 남성과 생물학적 차원 및 사회 환경 측면에서 건강 상태의 차이가 있을 뿐만 아니라 여성으로서의 사회적 역할과 규범, 경제활동 등 사회의 구조적 특성의 영향을 받기 때문에 젠더적 관점의 성별 맞춤형 보건정책이 국민의 건강증진 효율성을 높일 수 있다[17]. 따라서 가구 유형이 건강결과에 미치는 영향이나 1인 가구의 건강 관련 요인을 확인하기 위해서는 성별에 따라 살펴볼 필요가 있다.

지금까지 1인 가구의 객관적 건강지표인 만성질환 유병에 대한 국내 연구들은 1인 가구와 다인 가구의 건강행태와 질병이환을 비교한 연구[2,5,6], 가구 유형과 건강행태 및 질병이환과의 연관성을 조사한 연구들[7,8,10,15,18]이 진행되었지만, 성별에 따라 가구 유형과 만성질환과의 연관성을 분석한 연구[7,8,19]는 많지 않다. 또한 1인 가구를 대상으로 만성질환의 관련 요인을 파악한 연구는 1인 가구 청년의 대사증후군 영향요인 연구[9] 이외에 제한적이었고, 성별에 따라 분석한 연구는 찾기 어려웠다. 이에 본 연구는 성별에 따른 1인 가구와 다인 가구의 가구 유형이 만성질환 유병에 미치는 효과를 확인하고, 남녀 1인 가구의 만성질환 유병 관련 요인을 파악함으로써 남녀 1인 가구에 적합한 건강증진 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 성별에 따라 가구 유형(1인 가구와 다인 가구)이 만성질환 유병에 미치는 영향을 파악하고, 남성 1인 가구와 여성 1인 가구의 만성질환 유병 관련 요인을 파악하는 것으로 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 성별에 따라 가구 유형(1인 가구와 다인 가구)의 인구사회학적 및 건강 관련 요인 만성질환 유병의 차이를 분석한다.
- 2) 성별에 따라 가구 유형과 만성질환 유병과의 연관성을 파악한다.
- 3) 성별에 따라 1인 가구 성인의 만성질환 유병 관련 요인을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

국민건강영양조사 자료를 이용하여 성별에 따라 가구 유형과 만성질환 유병과의 연관성을 파악하고, 1인 가구 성인의 만성질환 유병 관련 요인을 파악하기 위한 이차자료분석 연구이다.

2. 연구대상

6기 국민건강영양조사 참여자는 22,948명이었는데, 본 연구에서는 이들 참여자 중 19세 이상 성인 18,034명을 대상으로 하였고 이들 중 가구 유형과 만성질환 이환(순환기계 질환, 근골격계 질환, 호흡기계 질환, 간질환, 암과 당뇨병) 설문조사의 결측치를 제외한 15,526명의 자료를 최종 대상으로 하였다.

3. 연구도구

1) 가구 유형

가구 유형은 국민건강영양조사의 가구 세대 조사 문항에서 1세대 가구 중 1인 가구를 응답한 경우를 '1인 가구'로 하고, 그 밖의 1세대 가구(부부, 기타), 2세대 가구(부부와 미혼 자녀, 편부모와 미혼 자녀, 기타)와 3세대 이상 가구는 '다인 가구'로 분류하였다.

2) 만성질환 유형

건강설문조사 이환 조사표의 만성질환 항목인 순환기계 질환(고혈압, 이상지질혈증, 뇌졸중), 근골격계 질환(골관절염, 류마티스 관절염), 호흡기계 질환(결핵, 천식), 간질환(B형 혹은 C형 간염, 간경화), 암과 당뇨병의 의사 진단 여부를 확인하여 1개 이상 진단을 받은 경우 '만성질환 유병'으로 분류하였다.

3) 인구사회학적 특성과 건강관련 특성

인구사회학적 특성으로 성(남, 여), 연령대(19~29세, 30~39세, 40~49세, 50~59세, 60~69세, 70세 이상), 가구 소득수준(하, 중하, 중상, 상), 교육수준(초졸 이하, 중졸, 고졸, 대졸 이상), 결혼 상태(기혼, 미혼, 이혼·별거, 사별), 직업 유무를 포함하였다.

건강 관련 특성은 선행 연구를 참고로 건강행위와 관련하여 흡연 상태, 고위험 음주, 신체활동, 비만을 포함하였고[6,7,9,15,18,20], 정신건강으로 스트레스 인지와 우울감을 포함하였고[5,6,9,20,21], 의료이용으로 필요의료 서비스 미검진[11,22]을 포함하였으며, 6기 국민건강영양조사의 이용지침서의 지표 정의에 따라 분류하였다. 흡연 상태는 평생 흡연 여부와 현재 흡연 여부에 따라 '비흡연', '과거 흡연', '현재 흡연'으로 구분하였다. 고위험 음주는 음주 빈도가 주 2-3회 이상이고 1회 음주량이 남자는 7-9잔 이상, 여자는 5-6잔 이상일 때 '고위험 음주'로 구분하였다. 신체활동은 최근 1주일 동안 걷기를 1회 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 경우 '활동', 실천하지 않은 경우 '비활동'으로 구분하였다. 비만은 체질량지수 25kg/m² 이상을 '비만'으로 분류하였다. 일상생활 중에 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 경험한다고 응답한 경우 '스트레스 인지'로 분류하였고, 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 경험한 적이 있다고 응답

한 경우 '우울감 경험'으로 분류하였다. 의료이용은 최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때 가지 못한 경험이 있다고 응답한 경우 '필요의료 서비스 미검진'으로 분류하였다.

4. 자료 수집 및 분석

본 연구는 6기(2013~2015년) 국민건강영양조사의 원시자료를 활용하였다. 국민건강영양조사는 질병관리본부 연구윤리심의위원회 승인(IRB No.2013-07CON-03-4C, 2013-12EXP-03-5C)을 받은 후 수행되었고, 연구 대상자에게 참여 동의를 받아 수집된 것으로 조사 대상자를 추정할 수 없도록 비식별 조치된 자료만을 제공하고 있으며, 학술연구 등의 목적에 한해 홈페이지에서 자료를 다운로드 받아 사용할 수 있다.

통계분석은 PASW Statistics 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 활용하여 층화, 집락 및 가중치를 반영한 복합표본 분석을 실시하였다. 대상자의 특성은 복합표본 빈도분석을 이용하여 가중치를 반영하지 않은 빈도와 가중치를 반영한 백분율을 산출하였다. 가구 유형에 따른 인구사회학적 및 건강 관련 특성, 만성질환 유병의 차이를 확인하고, 1인 가구의 대상자 특성에 따른 만성질환 유병의 차이를 확인하기 위해 복합표본 χ^2 test를 실시하였다. 가구 유형과 만성질환 유병과의 연관성을 파악하기 위해 인구사회학적 특성과 건강 관련 특성을 단계적으로 보정하여 복합표본 로지스틱 회귀분석을 실시하였고, 1인 가구 성인의 만성질환 유병 관련 요인을 파악하기 위해 복합표본 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

연구 결과

1. 가구 유형에 따른 인구사회학적 특성과 건강 관련 특성의 차이

1인 가구의 비율은 남성의 7.7%, 여성의 8.8%였다. 가구 유형별 인구사회학적 특성은 남성의 경우 연령군을 제외한 소득수준, 교육수준, 직업 유무, 결혼 상태에서, 여성의 경우 연령군을 포함한 모든 요인에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 구체적으로 남성 1인 가구는 다인 가구에 비해 저소득군 비율이 높았고($p<.001$), 교육수준은 낮았고($p=.009$), 유직 비율은 낮았고($p<.001$), 미혼과 별거·이혼 및 사별의 비율이 높은 것으로 나타났다($p<.001$). 여성 1인 가구는 다인 가구에 비해 60세 이상 연령군 비율이 높았고($p<.001$), 저소득군 비율이 높았고($p<.001$), 교육수준은 낮았고($p<.001$), 유직 비율은 낮았고($p=.001$), 별거·이혼과 사별의 비율이 높은 것으로 나타났다($p<.001$).

1인 가구와 다인 가구의 건강 관련 특성은 남성의 경우 흡연과 우울감, 여성의 경우 흡연, 비만, 우울감, 필요 의료서비스 미검진

Table 1. Differences in Sociodemographic and Health-related Characteristics according to Household Type by Gender

Characteristics	Categories	Male (n=6,553)		p	Female (n=8,973)		p
		Multi-person household	One-person household		Multi-person household	One-person household	
		n (% [†])			n (% [†])		
Total number		6,038 (92.3)	515 (7.7)		7,923 (91.2)	1,050 (8.8)	
Age group (yr)	19~29	803 (20.7)	54 (19.7)	.095	1,023 (18.4)	48 (10.1)	<.001
	30~39	988 (19.0)	78 (22.3)		1,446 (20.0)	36 (5.5)	
	40~49	1,111 (21.4)	57 (15.2)		1,571 (21.6)	54 (6.8)	
	50~59	1,152 (19.5)	101 (20.8)		1,658 (19.9)	130 (13.4)	
	60~69	1,110 (11.3)	103 (11.1)		1,255 (11.3)	230 (17.7)	
	≥70	924 (8.1)	122 (10.9)		970 (8.8)	552 (46.5)	
Household income	1st quartile (lowest)	937 (11.9)	215 (30.9)	<.001	1,230 (13.7)	639 (57.5)	<.001
	2nd quartile	1,535 (24.6)	96 (18.5)		2,043 (25.5)	248 (24.2)	
	3rd quartile	1,726 (31.0)	96 (25.0)		2,277 (30.0)	95 (11.5)	
	4th quartile (highest)	1,814 (32.5)	107 (25.6)		2,342 (30.8)	59 (6.8)	
Educational level	≤Elementary school	952 (10.8)	145 (17.2)	.009	1,907 (18.9)	673 (57.4)	<.001
	Middle school	664 (8.7)	59 (8.8)		812 (9.3)	105 (10.4)	
	High school	2,229 (41.2)	167 (38.9)		2,691 (37.3)	137 (15.8)	
	≥College	2,160 (39.3)	138 (35.1)		2,468 (34.5)	110 (16.4)	
Employment	Unemployed	1,628 (24.0)	214 (34.7)	<.001	3,961 (49.0)	636 (57.2)	.001
	Employed	4,378 (76.0)	295 (65.3)		3,925 (51.0)	392 (42.8)	
Marital status	Married	4,777 (71.3)	86 (12.5)	<.001	5,916 (71.4)	91 (8.9)	<.001
	Unmarried	1,049 (25.6)	196 (56.1)		1,058 (17.8)	117 (18.9)	
	Separated or divorced	129 (2.4)	138 (22.8)		287 (3.8)	157 (14.9)	
	Widowed	72 (0.7)	95 (8.6)		653 (7.0)	683 (57.3)	
Smoking	Never smoker	1,358 (25.2)	84 (17.0)	<.001	7,070 (88.8)	862 (83.5)	<.001
	Ex-smoker	2,412 (35.0)	182 (30.5)		400 (5.7)	72 (8.0)	
	Current smoker	2,197 (39.8)	238 (52.5)		370 (5.5)	77 (8.5)	
High risk drinking	No	4,893 (80.2)	410 (77.5)	.316	7,496 (94.7)	975 (95.2)	.630
	Yes	1,080 (19.8)	95 (22.5)		353 (5.3)	39 (4.8)	
Physical activity	No	3,573 (58.6)	295 (56.0)	.391	5,023 (62.2)	706 (65.9)	.058
	Yes	2,465 (41.4)	220 (44.0)		2,900 (37.8)	344 (34.1)	
Obesity (BMI≥25kg/m ²)	No	3,759 (62.1)	330 (61.8)	.924	5,677 (73.7)	692 (68.5)	.002
	Yes	2,271 (37.9)	184 (38.2)		2,238 (26.3)	356 (31.5)	
Perceived stress	No	4,661 (75.6)	367 (71.4)	.067	5,775 (72.2)	755 (73.2)	.526
	Yes	1,306 (24.4)	136 (28.6)		2,064 (27.8)	255 (26.8)	
Depressive mood	No	3,760 (92.5)	279 (82.9)	<.001	4,506 (85.3)	527 (78.4)	<.001
	Yes	313 (7.5)	72 (17.1)		762 (14.7)	158 (21.6)	
Unmet medical service	No	5,519 (91.1)	446 (88.1)	.087	6,736 (85.2)	814 (78.3)	<.001
	Yes	511 (8.9)	68 (11.9)		1,171 (14.8)	229 (21.7)	
Chronic disease	No	3,437 (65.2)	228 (54.5)	<.001	4,273 (59.4)	245 (30.9)	<.001
	Yes	2,601 (34.8)	287 (45.5)		3,650 (40.6)	805 (69.1)	

[†]weighted %; BMI=Body mass index

에서 유의한 차이가 있었다. 남성 1인 가구는 다인 가구보다 현재 흡연율($p<.001$)과 우울감 경험률($p<.001$)이 유의하게 높았다. 여성 1인 가구는 다인 가구보다 현재 흡연율($p<.001$), 비만율($p=.002$), 우울감 경험률($p<.001$), 필요의료 서비스 미검진율($p<.001$)이 유의하게 높았다. 남성 1인 가구의 만성질환 유병률은 45.5%로 다인 가구 34.8%에 비해 높았고($p<.001$), 여성 1인 가구의 만성질환 유병률은 69.1%로 다인 가구 40.6%에 비해 높았다($p<.001$)(Table 1).

2. 가구 유형과 만성질환 유병과의 연관성

가구 유형과 만성질환 유병과의 연관성을 분석한 결과 연령대를 보정한 모델 1에서 1인 가구는 다인 가구에 비해 만성질환 유병 odds ratio (OR)가 남성은 1.76 (95% confidence interval [CI]=1.32~2.34), 여성은 1.31 (95% CI=1.08~1.60)로 모두 유의하게 높았다. 인구사회학적 특성을 추가로 투입한 모델 2에서 1인 가구는 다인 가구에 비해 만성질환 유병 OR이 남성은 1.97 (95% CI=1.38~2.80)로 유의하게 높았지만 여성은 0.98 (95% CI=0.77~1.26)로 유의하지 않았다. 건강 관련 특성을 추가로 투입한 모델 3에서도 1인 가구는 다인 가구에 비해 만성질환 유병 OR가 남성은 1.73 (95% CI=1.12~2.68)로 유의하게 높았지만, 여성은 1.01 (95% CI=0.76~1.35)로 유의하지 않았다(Table 2).

3. 1인 가구 성인의 인구사회학적 및 건강 관련 특성에 따른 만성질환 유병

1인 가구 성인의 만성질환 유병률은 남성과 여성 모두 60~69세와 70세 이상 연령군에서 가장 높았고, 저소득군에서 가장 낮았고, 학력 수준이 낮을수록 높았고, 무직군에서 높아 유의한 차이가 있었다. 결혼 상태에 따른 만성질환 유병률은 남녀 1인 가구 모두 미혼군에서 가장 낮았고, 사별군에서 가장 높아 유의한 차이가 있었다.

흡연 상태에 따른 만성질환 유병률은 남성 1인 가구의 경우 과거 흡연군에서 가장 높았고, 비흡연군에서 가장 낮아 유의한 차이가 있었다($p<.001$). 여성 1인 가구의 경우 만성질환 유병률은 고위험 음주를 하지 않는 군이 고위험 음주군보다 높았고($p=.007$), 신체 비활동군이 활동군보다 높았고($p<.001$), 비만군이 정상체중군보다 높았고($p<.001$), 필요의료 서비스 미충족군이 충족군보다 높아($p=.025$) 유의한 차이가 있었다. 우울감에 따른 만성질환 유병률은 남녀 1인 가구 모두 우울감 경험군에서 비경험군보다 유의하게 높았다(남성: $p<.001$, 여성: $p=.008$)(Table 3).

4. 1인 가구 성인의 만성질환 유병 관련 요인

성별로 1인 가구를 대상으로 복합표본 다중 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 통계적 데이터 분리가 있어 연령대를 3그룹(19~39세, 40~59세, 60세 이상)으로 분류하여 분석하였다. 남녀 1인 가구의 만성질환 유병과 관련된 공통 요인은 인구사회학적 및 건강 관련 변수를 모두 보정한 후 연령군과 직업 여부였고 남성 1인 가구의 관련 요인은 결혼 상태, 흡연 스트레스 인지, 우울감, 여성 1인 가구의 관련 요인은 신체활동, 비만이였다. 남성 1인 가구의 만성질환 유병 OR가 19~39세 연령군을 기준으로 60세 이상 연령군은 3.93 (95% CI=1.13~13.69)로 유의하게 높았고, 미혼군을 기준으로 별거·이혼군이 2.53 (95% CI=1.15~5.54)로 높았으며, 유직군에 비해 무직군이 3.26 (95% CI=1.11~9.53)로 높았다. 또한 남성 1인 가구의 만성질환 유병 OR가 비흡연군에 비해 과거 흡연군이 2.77 (95% CI=1.15~6.69), 스트레스 비인지군에 비해 인지군이 2.25 (95% CI=1.10~4.60), 우울감 비경험군에 비해 경험군이 2.29 (95% CI=1.00~5.26)로 유의하게 높았다. 여성 1인 가구의 만성질환 유병 OR은 19~39세 연령군을 기준으로 40~59세 연령군이 3.40 (95% CI=1.10~10.55), 60세 이상 연령군이 14.63 (95% CI=4.37~49.00)으로 높았고, 고용군에 비해 비고용군이 1.67 (95% CI=1.01~2.77)로 높았

Table 2. Odds ratio for Chronic Disease Occurrence according to Household Types by Gender

	Male (n=6,553)		Female (n=8,973)	
	Multi-person household	One-person household	Multi-person household	One-person household
	OR (95% CI)		OR (95% CI)	
Model 1	1	1.76 (1.32~2.34)**	1	1.31 (1.08~1.60)*
Model 2	1	1.97 (1.38~2.80)**	1	0.98 (0.77~1.26)
Model 3	1	1.73 (1.12~2.68)*	1	1.01 (0.76~1.35)

Model 1=Adjusted for age

Model 2=Adjusted for age and sociodemographic factors (household income, educational level, marital status, employment)

Model 3=Adjusted for age, sociodemographic factors, and health related factors (smoking, high risk drinking, physical activity, obesity, perceived stress, depressive mood, unmet medical service)

OR=Odds ratio; CI=Confidence interval; * $p<.01$; ** $p<.001$

Table 3. Prevalence for Chronic Disease of One-person Household according to the Sociodemographic and Health-related Characteristics by Gender

Characteristics	Categories	Male (n=515)			Female (n=1,050)		
		No	Yes	p	No	Yes	p
		% [†] (SE)			% [†] (SE)		
Age group (yr)	19~29	72.7 (7.9)	27.3 (7.9)	<.001	89.8 (3.1)	10.2 (3.1)	<.001
	30~39	78.1 (5.3)	21.9 (5.3)		75.9 (8.7)	24.1 (8.7)	
	40~49	60.2 (6.8)	39.8 (6.8)		69.1 (7.4)	30.9 (7.4)	
	50~59	43.1 (6.4)	56.9 (6.4)		33.3 (4.6)	66.7 (4.6)	
	60~69	20.8 (4.3)	79.2 (4.3)		11.6 (2.4)	88.4 (2.4)	
	≥70	20.9 (3.8)	79.1 (3.8)		13.8 (1.7)	86.2 (1.7)	
Household income	1st quartile (lowest)	39.0 (4.7)	61.0 (4.7)	.002	17.2 (1.8)	82.8 (1.8)	<.001
	2nd quartile	55.4 (6.3)	44.6 (6.3)		34.0 (3.7)	66.0 (3.7)	
	3rd quartile	68.4 (5.7)	31.6 (5.7)		70.4 (5.7)	29.6 (5.7)	
	4th quartile (highest)	59.4 (6.4)	40.6 (6.4)		64.5 (6.8)	35.5 (6.8)	
Educational level	≤Elementary school	31.7 (5.4)	68.3 (5.4)	<.001	14.5 (1.5)	85.5 (1.5)	<.001
	Middle school	24.7 (7.0)	75.3 (7.0)		21.9 (5.0)	78.1 (5.0)	
	High school	58.7 (4.9)	41.3 (4.9)		49.0 (4.5)	51.0 (4.5)	
	≥College	68.4 (4.9)	31.6 (4.9)		76.9 (5.1)	23.1 (5.1)	
Employment	Unemployed	41.4 (5.9)	58.6 (5.9)	.004	17.2 (1.7)	82.8 (1.7)	<.001
	Employed	61.4 (3.6)	38.6 (3.6)		49.3 (3.9)	50.7 (3.9)	
Marital status	Married	38.4 (7.2)	61.6 (7.2)	<.001	48.4 (5.6)	51.6 (5.6)	<.001
	Unmarried	70.7 (4.1)	29.3 (4.1)		78.6 (4.5)	21.4 (4.5)	
	Separated or divorced	34.3 (5.4)	65.7 (5.4)		25.7 (4.4)	74.3 (4.4)	
	Widowed	25.4 (4.9)	74.6 (4.9)		13.7 (1.5)	86.3 (1.5)	
Smoking	Never smoker	73.6 (5.2)	26.4 (5.2)	<.001	30.4 (2.5)	69.6 (2.5)	.626
	Ex-smoker	40.2 (4.9)	59.8 (4.9)		31.6 (6.7)	68.4 (6.7)	
	Current smoker	56.6 (4.2)	43.4 (4.2)		36.6 (6.5)	63.4 (6.5)	
High risk drinking	No	54.2 (3.5)	45.8 (3.5)	.901	29.8 (2.4)	70.2 (2.4)	.007
	Yes	55.1 (6.2)	44.9 (6.2)		52.9 (8.9)	47.1 (8.9)	
Physical activity	No	50.9 (3.8)	49.1 (3.8)	.179	25.4 (2.2)	74.6 (2.2)	<.001
	Yes	59.0 (4.7)	41.0 (4.7)		41.5 (4.0)	58.5 (4.0)	
Obesity (BMI ≥ 25kg/m ²)	No	56.1 (3.6)	43.9 (3.6)	.520	38.1 (2.8)	61.9 (2.8)	<.001
	Yes	52.6 (4.8)	47.4 (4.8)		15.1 (2.5)	84.9 (2.5)	
Perceived stress	No	57.1 (3.5)	42.9 (3.5)	.094	30.6 (2.6)	69.4 (2.6)	.647
	Yes	47.7 (4.9)	52.3 (4.9)		32.3 (3.6)	67.7 (3.6)	
Depressive mood	No	59.3 (4.2)	40.7 (4.2)	<.001	32.8 (2.9)	67.2 (2.9)	.008
	Yes	23.1 (5.9)	76.9 (5.9)		19.4 (4.1)	80.6 (4.1)	
Unmet medical service	No	56.0 (3.4)	44.0 (3.4)	.102	32.8 (2.6)	67.2 (2.6)	.025
	Yes	43.3 (6.7)	56.7 (6.7)		24.5 (3.4)	75.5 (3.4)	

[†]weighted %; SE=Standard error; BMI=Body mass index

다. 또한 신체 활동군이 비활동군에 비해 0.56 (95% CI=0.32~0.98)으로 낮았으며, 비만군이 정상체중군에 비해 3.73 (95% CI=2.08~6.71)으로 높았다(Table 4).

논 의

본 연구는 성별로 가구 유형이 만성질환 유병에 미치는 영향을 확인하고, 1인 가구의 만성질환 유병 관련 요인을 파악하여

Table 4. Effects of Sociodemographic and Health-related Characteristics on Chronic Disease Occurrence among One-person Household by Gender

Characteristics (reference)	Categories	Male (n=515)	Female (n=1,050)
		aOR [†] (95% CI)	aOR [†] (95% CI)
Age group (yr) (ref. 19~39)	40~59	1.76 (0.68~4.53)	3.40 (1.10~10.55)**
	≥60	3.93 (1.13~13.69)*	14.63 (4.37~49.00)**
Household income (ref. 4th quartile)	1st quartile (lowest)	0.27 (0.07~1.02)	0.85 (0.30~2.36)
	2nd quartile	0.96 (0.31~2.97)	1.18 (0.36~3.88)
	3rd quartile	0.36 (0.12~1.11)	0.48 (0.16~1.44)
Educational level (ref. ≥college)	≤Elementary school	2.08 (0.86~5.03)	1.03 (0.38~2.78)
	Middle school	3.25 (0.88~12.01)	1.46 (0.46~4.65)
	High school	1.90 (0.93~3.88)	1.10 (0.44~2.62)
Marital status (ref. unmarried)	Married	2.56 (0.96~6.82)	1.06 (0.36~3.12)
	Separated, divorced	2.53 (1.15~5.54)*	2.07 (0.81~5.28)
	Widowed	1.73 (0.57~5.18)	1.80 (0.70~4.66)
Employment (ref. employed)	Unemployed	3.26 (1.11~9.53)*	1.67 (1.01~2.77)*
Smoking (ref. never smoker)	Ex-smoker	2.77 (1.15~6.69)*	0.82 (0.38~1.76)
	Current smoker	1.64 (0.80~3.33)	2.18 (0.82~5.81)
High risk drinking (ref. no)	Yes	1.38 (0.54~3.50)	0.76 (0.19~3.07)
Physical activity (ref. no)	Yes	0.88 (0.47~1.66)	0.56 (0.32~0.98)*
Obesity (ref. no)	Yes	1.07 (0.57~2.03)	3.73 (2.08~6.71)**
Perceived stress (ref. no)	Yes	2.25 (1.10~4.60)*	1.18 (0.58~2.41)
Depressive mood (ref. no)	Yes	2.29 (1.00~5.26)*	1.57 (0.77~3.19)
Unmet medical service (ref. no)	Yes	2.41 (0.95~6.14)	1.43 (0.81~2.54)
Cox & snell's R ²		.36	.34
Nagelkerke's R ²		.48	.49

[†]All the values are adjusted for statistical comparisons; OR=Odds ratio; CI=Confidence interval; ref.=Reference; * $p<.01$; ** $p<.001$

남녀 1인 가구의 건강증진 프로그램의 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다. 본 연구에서 1인 가구의 비율은 남성 7.7%, 여성 8.8%였다. 가구 유형에 따른 연령대의 차이는 여성에서만 유의하였는데, 여성 1인 가구의 60세 이상 노년층 비율이 여성 다인 가구보다 높았다. 선행 연구들에서도 1인 가구는 여성과 고령층에서 많은 것으로 일관되게 보고되었고[2,7,20], 이는 고령화로 인한 노인 인구의 증가와 더불어 남녀 노인의 평균 수명의 차이로 인해 사별로 인한 여성노인 1인 가구가 증가했기 때문이다[2]. 본 연구에서 남성 1인 가구는 20~30대 청년층과 미혼이 가장 많았지만, 여성 1인 가구는 60대 이상 노년층과 사별이 월등히 많게 나타난 것도 같은 맥락일 것이다. 통계청 자료에서도 65세 이상의 여성 1인 가구가 2017년 17.8%에서 2047년 31.2%로 증가할 것으로 예측하고 있어 여성노인 1인 가구에 대한 관심과 지원이 더욱 필요해 보인다. 또한 남녀 모두 1인 가구는 다인 가구보다 저소득, 저학력, 무직이 많아 차이가 있었는데, 이는 1인 가구의 경우 다인 가구에 비해 소득 및 교육 수준이 낮고, 비교용군이 많

아 사회경제적으로 취약한 계층임을 확인한 선행 연구들[2,7,20]과 일치하는 결과이다.

다음으로 가구 유형별 건강 관련 요인을 살펴보면 남녀 모두 1인 가구가 다인 가구보다 현재 흡연율이 유의하게 높게 나타나 1인 가구가 다인 가구에 비해 흡연율이 더 높았고[8,20], 중년층 남녀와 청년 및 중년층 1인 가구가 다인 가구보다 흡연율이 높았음을 보고한 연구들[7,9,18]과 일치하였다. 또한 남녀 1인 가구는 다인 가구보다 우울감 경험률이 높아 정신건강 수준이 낮음을 알 수 있었다. 선행 연구들에서도 1인 가구는 다인 가구보다 불충분한 수면시간, 우울, 자살생각이 더 높았고 정신문제 상담도 더 많이 하였으며[20], 여성의 경우 1인 가구는 다인 가구보다 우울, 스트레스 및 자살생각이 모두 높았으며[6], 연령층에 관계없이 1인 가구의 우울의심률과 자살위험률이 다인 가구에 비해 높은 것으로 나타났다[5]. 세대 유형별 우울수준을 비교한 연구에서도 우울은 3인 이상 가구가 가장 낮았고 1인 가구의 우울 수준이 가장 높아[2] 본 연구결과와 같은 맥락이었다. 한편 여성 1인 가구

는 다인 가구보다 필요 의료서비스 미검진율이 유의하게 높았는데, 이는 여성 1인 가구가 다인 가구에 비해 의료서비스 이용에 있어 미검진과 암검진 미실시율이 높았고[11], 1인 가구가 다인 가구보다 건강검진 수진이 더 낮았음을 보고한 연구[20]와 유사한 결과이다. 청년층 의료이용을 조사한 연구에서도 1인 가구의 의료이용 가능성이 동거 가구보다 낮았는데, 미충족 의료이용의 주된 이유가 경제적 이유와 방문시간 제한 때문인 것으로 보고되었다[22]. 1인 가구는 가족 내 지원체계가 존재하지 않는다는 어려움이 있기 때문에 필요의료서비스 미검진의 원인을 파악하여 실질적인 도움을 받을 수 있도록 지원서비스를 제공하는 방안을 고려해야 할 것이다.

본 연구에서 가구 유형과 만성질환 유병과의 연관성은 성별로 차이가 있었다. 남성 1인 가구는 교란 변수를 보정했을 때 만성질환 유병의 위험이 남성 다인 가구에 비해 1.73배 높았지만, 여성의 경우 통계적 유의성이 없었다. 이러한 결과는 대사증후군의 위험이 중장년층 남성 1인 가구에서 비1인 가구에 비해 1.84배 높게 나타난 선행 연구와 일치하는 것이다[7]. 반면 대사증후군이 중장년층 여성 1인 가구에서 1.90배 높았고[7], 중년 여성 1인 가구는 다인 가구에 비해 당뇨와 관절염의 위험이 0.78배 낮게 나타난 선행 연구[15]와는 일부 차이가 있었다. 본 연구는 19세 이상 성인을 성별로 분석하였지만, 선행 연구들은 특정 연령층이나 성별을 대상으로 하였고, 측정된 건강결과 변수도 달랐다. 성과 연령에 따른 특성은 가구 유형과 건강결과에 반영될 수 있으므로 추후 성과 연령의 복합적 영향을 고려하여 분석할 필요가 있겠다. 특히 여성의 경우 인구사회학적 및 건강 관련 요인을 추가로 보정했을 때 가구 유형과 만성질환과의 관계에서 통계적 유의성이 사라졌는데, 이는 여성의 만성질환 유병은 가구 유형 이외의 다른 인구사회학적 및 건강 관련 변수의 영향이 더 클 수 있음을 의미한다. 성별 건강불평등의 차이를 비교한 선행 연구[16]에서도 여성의 건강 상태는 남성보다 나쁘며, 여성의 건강불평등은 교육수준, 빈곤, 결혼 유무, 연령과 같은 요인이 모두 관련되어 있으므로 상대적으로 더 취약한 여성을 위한 지원이 필요함을 제안하였다. 결국 여성의 만성질환 예방과 건강증진을 위해서는 가구 유형 이외에 사회경제적 요인이나 건강행위 등 다양한 관련 요인을 고려하는 것이 필요하고, 남성의 경우 가구 유형이 만성질환 유병의 관련 요인임이 확인되었으므로 남성 1인 가구를 건강 취약군으로서 모니터링하고 건강관리를 위해 지원하는 것이 만성질환 예방에 효과적일 것으로 생각된다.

다음으로 남녀 1인 가구의 만성질환 유병과 관련된 공통된 인구사회학적 요인은 연령대와 직업유무로 확인되었다. 1인 가구 남성과 여성 모두 연령이 증가할수록 만성질환 유병률이 증가하

였고, 연령과 만성질환 유병 간에 밀접한 연관성을 보였다. 이는 생애적 접근에 의하면 연령 증가에 따라 신체적 취약성과 함께 건강에 영향을 미치는 요인들이 누적되고, 여러 위험요인들이 폭로된 효과라고 볼 수 있다[21]. 본 연구에서 여성 1인 가구는 60세 이상 연령층의 만성질환 유병의 위험이 19~39세에 비해 14.63배 높았는데, 여성 1인 가구의 46.5%가 70세 이상 노인인 점을 고려하여 해석해야 할 것이다. 연령은 개인의 사회경제적 환경, 건강행동 등의 삶의 궤적이 건강에 반영된 간접적인 변수라고 할 수 있기 때문에 생애주기에 초점을 맞춘 연속적인 사전 예방적 건강관리체계가 이루어져야 할 것이다[21]. 한편 남녀 1인 가구 모두 직업은 만성질환 유병의 관련 요인이었는데, 무직군의 만성질환 유병 위험이 유직군에 비해 남성은 3.26배, 여성은 1.67배 높았다. 25~64세 일반인을 대상으로 한 연구[23]에서도 남성은 전문직 및 관리직에 비해 무직에서 1.85배, 여성은 무직에서 1.81배 만성질환 유병의 위험이 높아 본 연구결과와 유사하였다. 중장년층의 독거와 직업이 정신건강에 미치는 영향을 조사한 연구[24]에서는 무직인 1인 가구가 유직인 동거 가구에 비해 우울 증상과 자살위험의 가능성이 높았고, 독거는 무직이라는 요인과 상호작용하여 정신건강에 부정적 영향을 미치는 것으로 보고하였다. 건강의 사회적 결정요인 모델에 의하면 고용과 작업환경은 건강에 영향을 미치는 사회구조적 요인이므로[13], 무직 상태인 1인 가구에 대한 사회경제적 지원과 건강지원을 함께 제공하는 것이 필요해 보인다.

한편 남성 1인 가구의 경우 결혼상태는 만성질환 유병의 관련 요인이었는데, 특히 별거 및 이혼은 미혼에 비해 만성질환 유병 위험이 2.53배 높았다. 선행 연구에서 미혼 1인 가구는 이혼 및 사별 1인 가구에 비해 생활 만족도 수준이 높았고[25], 이혼 반응과 적응 과정에 대한 중단적 연구에 의하면 이혼자는 기혼자보다 생활 만족도가 절반 이상 낮았고, 이혼 경험 후 삶의 만족도가 감소하였으며, 적응하더라도 이혼 경험 전의 기본 수준으로 회복되지 않았다[26]. 긍정적으로 인식된 가족 관계나 사회적 관계는 건강의 보호자원으로 작용하지만, 부정적으로 인식된 불만족스러운 가족 관계나 사회적 관계는 건강의 위험요인으로 작용한다[27]. 한편 본 연구에서 여성 1인 가구의 경우 결혼상태는 만성질환과 관련성이 없었다. 1인 가구의 삶의 만족도에 대한 연구[28]에서도 남성의 경우에만 결혼상태가 삶의 만족도에 영향을 미치는 것으로 나타나, 결혼의 긍정적인 효과는 여성에 비해 남성에게 더 크다는 것을 보여주었다. 결국 별거 및 이혼 상태인 1인 가구 남성은 가족관계에서의 스트레스 경험이나 지지의 부재가 건강상태에 부정적인 영향을 미친 것으로 예측되므로, 지역의 건강지원체제와 연계를 통한 지속적인 지지 제공이 도움이

될 수 있을 것이다.

다음으로 1인 가구 남성의 만성질환 유병과 관련된 건강관련 요인은 과거 흡연, 스트레스 인지와 우울감이었다. 흡연은 각종 호흡기 질환, 구강암, 심혈관질환, 대사증후군, 정신질환 등의 발생 위험을 높이는 주요 위험요인이다[29]. 본 연구에서 남성 1인 가구의 만성질환 유병 위험은 비흡연에 비해 과거 흡연에서 2.77 배 높았다. 흡연자가 흡연을 중단한 과거 흡연의 경우에 만성질환의 유병 가능성이 높게 나타난 것은 현재 흡연하는 1인 가구에 사전 예방적 개입의 필요성을 시사하는 결과라고 볼 수 있다. 특히 본 연구에서 남성 1인 가구의 현재 흡연율은 52.5%로 다인 가구보다 유의하게 높은 것으로 나타나 남성 1인 가구의 만성질환을 예방하기 위해서는 건강위험행위인 흡연 여부를 우선적으로 확인하고 금연 교육 및 중재를 제공하는 것이 중요해 보인다. 남성 1인 가구의 스트레스 인지와 우울감 또한 만성질환의 관련 요인임이 확인되었는데, 이는 1인 가구 성인을 대상으로 최근 2주간 이환 경험이 있고 최근 1달간 침상 외상 경험이 있으며 주관적 건강상태가 나쁠 경우 우울감을 경험할 위험이 높게 나타난 연구[30]와 같은 맥락의 결과이다. 건강취약지역 주민의 만성질환 관련 요인에 대한 연구[21]에서도 우울감 경험자의 만성질환 위험도가 유의미하게 높아 본 연구결과와 유사하였다. 본 연구를 통해 1인 가구 우울감의 성별 차이의 원인이나 만성질환과 스트레스 및 우울감의 인과관계를 파악할 수는 없지만, 남성 1인 가구의 만성질환 예방과 관리를 위해서는 취약한 정신건강을 증진시키는 중재를 함께 고려하는 것이 효과적일 것으로 생각된다.

여성 1인 가구의 만성질환 유병과 관련된 건강관련 요인은 신체 비활동과 비만이었다. 선행 연구에서도 여성 1인 가구는 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 심근경색, 관절염 등의 질병 이환율이 여성 다인 가구보다 높았고, 이는 1인 가구 여성의 연령이 높고 체질량지수 $25\text{kg}/\text{m}^2$ 이상의 비만율이 높은 것과 연관되어 있음을 보고하였다[6]. 1인 가구와 다인 가구 청년의 대사증후군 영향요인 연구[9]에서도 공통된 건강행태는 비만이었고, 다인 가구와 달리 1인 가구에서는 아침식사 빈도, '혼밥', 식품포시 이용 등 식습관과 스트레스, 우울 등 심리적 건강이 대사증후군에 영향을 미치는 것으로 나타나 1인 가구 청년의 식이와 생활습관을 교정하고 스트레스, 우울 등 위험요인을 감소시킬 필요가 있음을 제안하였다. 한편 1인 가구 여성은 다인 가구 여성에 비해 규칙적인 운동 수행시간이 많았고[6], 독거 노인은 비독거 노인에 비해 운동 참여율이 높은 것으로 확인되어[10], 1인 가구의 신체활동이 다인 가구보다 긍정적인 것으로 파악된 연구들도 있었다. 결과적으로 1인 가구의 신체활동 수준이 다인 가구보다 높을 수 있지만, 신체활동 수준이 낮고 비만한 1인 가구 여성은 만성질환 유

병의 위험이 높기 때문에 1인 가구 여성의 만성질환 예방을 위해 운동과 정상체중 유지 등의 건강관리가 필수적인 중재임을 알 수 있었다.

본 연구의 간호학적 의의는 성별에 따른 1인 가구와 다인 가구의 가구 유형과 만성질환 유병과의 연관성을 확인함으로써 가구 유형이 건강불평등의 사회구조적 요인지 확인하였다는 점이다. 연구결과 남성의 경우 가구 유형과 만성질환 유병과의 연관성이 유의하였으므로, 1인 가구 남성을 건강 취약군으로써 모니터링할 필요성과 건강관리 지원방안을 마련해야 할 근거를 제시하였다. 또한 1인 가구의 만성질환 유병 관련 요인을 확인하고 성별 차이를 확인함으로써 1인 가구의 만성질환 예방 및 건강증진 프로그램을 성별에 따라 차별화하여 개발할 근거를 제시하고 있다. 1인 가구 남성에게는 흡연 여부와 스트레스 및 우울 정도를 확인하여 금연과 스트레스 및 우울 등 정신건강 관리에 초점을 두고 1인 가구 여성에게는 신체활동과 운동을 통해 정상체중 유지와 비만 예방에 초점을 맞춘 건강교육 및 건강관리체계를 통한 서비스 지원이 만성질환 예방에 효과적일 것이다.

본 연구의 제한점은 첫째, 횡단 연구로 만성질환 유병과 관련 변수들의 인과관계를 파악할 수 없었고, 둘째, 연령을 교란 변수로만 보정하여 분석하였기 때문에 연령별 1인 가구의 건강결과와 관련 요인을 확인하지 못하였다. 따라서 1인 가구의 건강결과와 관련 변수들 간의 인과 관계를 확인할 수 있는 종단적 연구와 1인 가구의 건강결과에 대한 성별 연령별 효과를 분석하는 연구를 시행할 것을 제안한다.

결론

본 연구는 성별에 따라 가구 유형이 만성질환 유병에 미치는 효과를 확인하고, 남녀 1인 가구의 만성질환 유병과 관련된 요인을 파악하기 위하여 실시되었다. 본 연구에서 가구 유형과 만성질환 유병과의 연관성은 성별에 따라 차이가 있었다. 남성 1인 가구는 남성 다인 가구에 비해 만성질환 유병의 위험이 높았고 이는 인구사회학적 및 건강관련 요인을 보정한 후에도 유의하였다. 하지만 여성의 경우 가구 유형과 만성질환 유병과의 연관성은 교란변수 보정 후 유의하지 않았다. 만성질환 유병의 관련 요인은 남성 1인 가구에서는 연령대, 직업 유무, 결혼 상태, 흡연 상태, 스트레스 인지, 우울감이었고, 여성 1인 가구에서는 연령대, 직업 유무, 신체활동, 비만이었다. 즉 남녀 1인 가구 모두 공통적으로 연령대가 높고 무직인 경우 만성질환 유병의 위험이 높았고, 남성 1인 가구는 별거 및 이혼, 과거 흡연, 스트레스 인지, 여성 1인 가구는 신체 비활동과 비만인 경우 만성질환 유병의 위험

이 높아 성별로 차이가 있었다. 따라서 남성의 경우 가구 유형이 만성질환 유병에 미치는 효과가 유의하였으므로 가구 유형에 따른 건강 격차를 모니터링 할 필요가 있다. 또한 1인 가구 남성과 여성에게 성별에 따라 차별화된 만성질환 예방 및 건강증진 프로그램을 제공하는 것이 필요하다.

ORCID

Lee, Eun Sook

<https://orcid.org/0000-0002-0906-6626>

REFERENCES

1. Statistics Korea. Household projections for Korea: 2017~2047. Daejeon: Korea Statistics Promotion Institute. 2020 January. Report No: 11-1240000-000346-1.
2. Kim YO. A study on single person households in Korea. *Korean Journal of Family Social Work*. 2016;52:139-66. <https://doi.org/10.16975/kjfs.2016..52.005>
3. Lee YB. One-person households and their policy implications. *Health and Welfare Policy Forum*. 2017;10(252):64-77.
4. Statistics Korea. 2020 Single-person households in statistics [Internet]. Daejeon: Korea Statistics Promotion Institute; 2020 [cited 2021 September 1]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=386517
5. Kang E, Lee M. Single-person households in south Korea and their policy implication. *Health and Welfare Policy Forum*. 2016;4(234):47-56.
6. Kim EG, Park SK. Comparison of health behaviors, disease prevalence between one-person women and multiple households women in Korea. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2016;30(3):483-94. <https://doi.org/10.5932/jkphn.2016.30.3.483>
7. Cho YK, Shim KW, Suk HW, Lee HS, Lee SW, Byun AR, et al. Differences between one-person and multi-person households on socioeconomic status, health behavior, and metabolic syndrome across gender and age groups. *Korean Journal of Family Practice*. 2019;9(4):373-82. <https://doi.org/10.21215/kjfp.2019.9.4.373>
8. Nam SY. Differences in dietary, nutritional and health status between single-person households and non-single person households in Korean adults by sex and age group [dissertation]. Incheon: Inha University; 2016. p.142-60.
9. Kim A. Effect of health behaviors, dietary habits, and psychological health on metabolic syndrome in one-person households among Korean young adults. *Journal of Digital Convergence*. 2018;16(7):493-509. <https://doi.org/10.14400/JDC.2018.16.7.493>
10. Kang E, Lee M. Identifying the effect of living alone on life in later adulthood: comparison between living alone and those living with others with a propensity score matching analysis. *Health and Social Welfare Review*. 2018;38(4):196-226. <https://doi.org/10.15709/HSWR.2018.38.4.196>
11. Chae HJ, Kim MJ. Health behavior, health service use, and health related quality of life of adult women in one-person and multi-person households. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2019;25(3):299-314. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2019.25.3.299>
12. Macinko JA, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*. 2002;1(1):1-20. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-1-1>
13. Kim D, Choi J, Lee J, Bae J, Kim C, Park Y, et al. Developing health inequalities report and monitoring the status of health inequalities in Korea. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs. 2018 December. Report No: 2018-35.
14. World Health Organization. Noncommunicable diseases fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 September 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
15. Lee H, Cho YT. Comparison of health behaviors, disease prevalence between middle aged one-person households and multi-member households in south Korea. *Health and Social Welfare Review*. 2019;39(3):380-407. <https://doi.org/10.15709/HSWR.2019.39.3.380>
16. Song MY, Lim WY, Kim JI. Gender based health inequality and impacting factors. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2015;21(2):150-9. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2015.21.2.150>
17. Kim YT, Chung JJ. Importance of a gender-specific health policy. *Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health*. 2014;18(1):35-46. <https://doi.org/10.21896/jksmch.2014.18.1.35>
18. Ha JK, Lee S. 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*. 2017;55(2):141-52. <https://doi.org/10.6115/fer.2017.011>
19. Kim YJ. Comparison of health practices between single- and multiple-member households by gender in Korean adults. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*. 2009;23(2):219-31.
20. Shin MA. Comparative study on health behavior and mental health between one person and multi-person households: analysis of data from the National Health and Nutrition Examination Surveys (2013, 2015, 2017). *Journal of the Korean Society for Wellness*. 2019;14(4):11-23. <https://doi.org/10.21097/ksw.2019.11.14.4.11>
21. Kim B, Koh K. 2017 Influencing factors of chronic diseases and self-rated health among people in the health vulnerable region of Busan. *Health and Social Science*. 2017;45(1):89-119. <https://doi.org/10.21489/hass.2017.08.45.89>
22. Lim Y, Cho YM, Lee TJ. Medical service use of young adults in Korea: a comparative study of young adults living alone and those living with others. *Health and Social Welfare Review*. 2019;39(3):348-79. <https://doi.org/10.15709/HSWR.2019.39.3.348>
23. Kim HR. The relationship of socioeconomic position and health behaviors with morbidity in Seoul, Korea. *Health and Social Welfare Review*. 2005;25(2):3-35.
24. Noh JH, YS Oh, KH Kim, CY Lee, JY Jang, DW Choi, et al. Living alone, employment status, and psychological symptoms among middle-aged: the seventh Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VII, 2016-2018). *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 2020;37(3):1-13. <https://doi.org/10.14367/kjhep.2020.37.3.1>
25. Kang S, Park JY. Factors affecting the life satisfaction of unmarried one-person households according to marital experience. *Journal of Family Resource Management and Policy Review*. 2020;24(1):21-39. <https://doi.org/10.22626/jkfrma.2020.24.1.002>
26. Lucas RE. Time does not heal all wounds: a longitudinal study of reaction

- and adaptation to divorce. *Psychological Science*. 2005;16(12):945-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01642.x>
27. Hatch SL. Conceptualizing and identifying cumulative adversity and protective resources: Implications for understanding health inequalities. *The Journals of Gerontology*. 2005;60(2):130-4. https://doi.org/10.1093/geronb/60.Special_Issue_2.S130
28. Seo MH. Predictors of life satisfaction in one-person households: comparative analysis focused on gender, age & marital status [dissertation]. Cheongju: Chungbuk National University; 2018. p.104-18.
29. Waziry R, Jawad M, Ballout RA, Akel MA, Akl EA. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: an updated systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*. 2017; 46(1):32-43. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw021>
30. Lee MS, Song H, Kim B. Association between physical health status, health behaviors and subjective depression among single-person household. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 2018; 35(2):61-71. <https://doi.org/10.14367/kjhpep.2018.35.2.61>