

우리나라 여성 1인가구와 다인가구 여성의 건강행태 및 질병이환율 비교 : 2013년 지역사회 건강조사를 중심으로*

김 은 경** · 박 속 경***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 고령화, 저출산, 만혼 등에 따라 전통적인 대가족 중심의 사회에서 핵가족 중심 사회로 급속하게 전환되고 있다. 최근 10여 년간 주된 가구유형이었던 3인 가구와 4인 가구의 비중은 감소하고(Lee, Kim, & Cho, 2014) 1인 또는 2인으로 구성된 가구의 유형이 증가하는 등 가구유형의 변화가 두드러지게 나타나고 있다. 특히 1인 가구는 2000년에 15.5%에서 2012년 25.3%로 증가하고 있고 이러한 증가는 지속되어 2030년에는 전체 가구의 약 30%를 차지하게 될 것으로 전망되고 있으며(Korea National Statistical Office, 2010) 이러한 가구유형의 변화는 생활양식을 변화시키고 건강행태에도 영향을 미치는 것으로 나타났다(Tak et al., 2013).

정부는 1995년 국민건강증진법이 제정 공포된 이후 국민의 생활습관 개선을 위한 국가적 노력을 지속적으로 해왔으며(Park et al., 2000), 2015년 제 4차 국

민 건강증진 종합계획을 수립하였는데, 이는 제 3차 국민 건강증진 종합계획에서 설정한 방향을 유지하며 사회·환경적 변화를 전망하여 이에 따른 계획을 추가하여 수립한 것이다(Department of Health and Human Services & Korea Health Promotion Foundation, 2015). 이러한 관점에서 볼 때 최근 가구유형의 변화도 사회·환경적 변화 중 하나로 인식되며, 이에 따른 건강증진 계획의 수립이 이루어져야 할 것으로 생각한다. 따라서 가구유형에 따른 건강행태 및 질병이환 관련 특성을 파악하고 비교할 필요가 있는 것으로 생각된다.

지금까지의 연구들은 건강행태 및 건강증진을 위한 개인의 생활 습관과 행위에 영향을 주는 요인에 대한 연구가 주로 이루어져 왔다. 그러나 개인을 둘러싸고 있는 환경은 개인의 건강수준 향상을 위한 중요한 요인(Kim, Kim, & Lee, 2013)으로 파악되므로 가구 유형이라는 개인을 둘러싸고 있는 환경·문화적 특성이 건강행태, 질병이환 관련 특성에 미치는 영향을 파악해 볼 필요가 있다. 선행연구를 살펴보면 가구 및 거주유형에 따른 건강증진 관련 요인에 대해 대학생과

* 이 논문은 2016년도 원광대학교 교내 연구비 지원에 의해 수행됨.

** 국립군산대학교 간호학과

*** 원광대학교 간호학과(교신저자 E-mail: yoursky@wku.ac.kr)

• Received: 9 September 2016 • Revised: 22 December 2016 • Accepted: 22 December 2016

• Address reprint requests to: Park, Sook-Kyoung

Dept. of Nursing, Wonkwang University

#460 Iksan-daero, Iksan city, Jeonbuk, 54538 Korea Zip code : 54538

Tel: 82-63-850-6040 Fax: 82-63-850-6060 E-mail: yoursky@wku.ac.kr

노인 대상의 연구가 소수 진행되었는데 이를 구체적으로 살펴보면, 대학생의 경우 가구 및 거주유형은 건강행위, 식사의 규칙성, 음주습관, 흡연습관과 수면습관에 영향을 미치는 것으로 나타났다(Choi, Jun, & Park, 2000; Kang & Kim, 2013; Kim, S. J., 2015; Park, 2007; Yang, 2002). 다음으로 노인의 경우에는 가구 및 거주유형에 따라 정신건강과 건강행태에 영향을 미치는 것으로 파악되고 있으나(Kim, J. Y., 2015; Lee et al., 2014; Tak et al., 2013) 미미한 수준이며, 대상자도 건강취약계층으로 분류되는 노인들과 대학생들이 대부분이었다. 그러나 이들 연구대상자의 경우 노인이 가지는 고유한 특성이 있고, 대학생의 경우는 학업으로 인해 기숙사 생활 또는 자취 등에 따른 일시적인 가구유형의 변화가 많아 1인 가구유형으로 간주하기에는 무리가 있다. 또한 청장년층에 해당하는 19~64세의 여성들이 건강취약군으로 인식되지 못하고 있는 실정(Jeon et al., 2007)으로 이들을 대상으로 한 연구는 진행되지 않았다. 따라서 가구유형에 따른 청장년층을 대상으로 하는 연구가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

가구유형 중에서도 최근 1인 가구의 증가를 주도하고 있는 여성 1인가구는 2010년 66.1%에서 2014년 69.0%로 증가(Korea National Statistical Office, 2010)하여 남성 1인가구보다 많아진 상태이다. 그러므로 1인 가구에서 나타날 수 있는 많은 문제들이 여성의 문제와 연관되어 있다고 해도 과언이 아닐 것이다. 또한 결혼을 미루거나 하지 않는 미혼인구의 증가와 결혼 후 헤어지는 이혼인구의 증가뿐 아니라 평균수명이 길어지면서 배우자와 사별한 채 혼자 살아가는 여성들이 증가하므로 이에 따른 여성 1인가구의 증가는 지속될 것으로 생각된다(Yoo, 2012).

이렇게 1인 가구의 증가를 주도하는 여성 1인가구는 다인 가구의 여성에 비해 경제적 지위가 상대적으로 열악한 경우가 많고(Lee, Choi, & Lee, 2014) 20~30대의 경우 취업과 직장 생활로 극심한 스트레스에 노출되어 있으나 스트레스 해소를 위한 적극적인 활동이나 운동에는 소홀하며 자신의 건강에 무관심해 건강을 돌보지 않는 것으로 조사되었다(Kim, 2014). 뿐만 아니라 여성 1인가구의 경우 흡연과 음주 비율이 다인가구의 여성에 비해 상대적으로 높으며, 사회·경제

적 이유로 인해 건강한 식생활에 대해서도 관심이 적어 영양불균형의 상태를 많이 경험하고 있는 것으로 나타났다(Yonhap News, 2016). 또한 여성 1인가구는 이웃이나 사회단체와의 교류가 다인여성 가구에 비해 상대적으로 적고, 생각과 감정의 교류도 적어 사람들과의 유대관계 결여와 고립현상이 두드러져 질병이나 재난 등에 맞닥뜨렸을 때 도움을 요청하거나 도움을 받을 자원도 부족한 것으로 나타나(Lee et al., 2014) 여성 1인가구가 건강관리 취약군으로 새롭게 부각되고 있다.

최근 여성 1인가구에 대한 정책적 관심이 대두되면서 사회복지학이나 보건행정학 등의 분야에서 연구가 이루어지고 있으나, 이들 연구는 여성 1인가구의 전반적 특성에 대해 파악하고 이들을 위한 사회 정책의 개선에 초점이 맞추어져 있어 여성들의 건강관리를 위한 전반적 요소와 건강위험 요인에 대해서는 논의되지 못하고 있다. 또한 이들의 건강증진을 위한 중재방안을 제시하기 위해서는 건강이나 질병 관련 특성을 구체적으로 파악하는 것이 중요한데 이에 대한 연구는 미비한 실정이다.

따라서 본 연구에서는 2013년 지역사회건강조사 자료를 이용하여 19~64세의 여성의 가구유형에 따른 인구사회학적 특성, 건강행태와 질병이환 관련 특성을 비교하여 여성의 건강증진을 위한 체계화된 지역사회 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료를 마련하고자 한다.

2. 연구 목적

연구는 우리나라 성인 중 여성 1인가구와 다인가구 여성의 인구사회학적 특성, 건강행태 및 질병이환 관련 특성을 비교하여 그 차이를 파악하고자 하며 구체적 목적은 다음과 같다.

- 여성 1인가구와 다인가구 여성의 일반적 특성을 비교한다.
- 여성 1인가구와 다인가구 여성의 건강행태 관련 특성을 비교한다.
- 여성 1인가구와 다인가구 여성의 질병이환 관련 특성을 비교한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 2013년에 수행된 지역사회건강조사의 원시자료를 이용하여 여성 1인가구와 다인여성 가구의 일반적 특성, 건강행태 관련 특성 및 질병이환 관련 특성을 파악하고 그 차이점을 비교하기 위한 이차자료 분석 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

지역사회건강조사는 전국 253개 시군구(보건소)에서 시군구별 만 19세 이상 성인을 대상으로 평균 900명의 표본을 2단계 확률표본 추출단계를 거쳐 진행된다. 1단계 추출은 표본지점을 선정하는 것으로 동/읍/면의 주택에 따라 1차 추출 단위인 통/반/리의 표본지점을 확률크기비례계통추출법으로 선정하였고, 다음 2단계 선정단계에서는 조사대상 가구를 선정하는 것으로 1단계 추출에서 선정된 표본지점의 통/반/리의 가구수를 파악하여 가구명부를 작성한 후 계통추출법으로 조사 대상 가구를 선정하여 조사한다. 2013년 조사에 참여한 대상자는 228,781명이었고 조사를 진행하기 전에 대상자에게 연구의 목적과 방법을 충분히 설명하고 연구 참여에 대한 동의를 구하고 동의서를 작성한 후 진행되었다.

본 연구에서는 이 중 19~64세의 성인여성 89,807명의 자료를 연구대상으로 분석하였다. 65세 이상의 노인인구를 제외한 이유는 독거여성 노인은 건강 취약계층이라는 인식이 많아 독거여성 노인을 대상으로 주거형태에 따른 건강위험 요인, 건강행태 및 건강증진에 미치는 영향은 연구 되고 있다(Kim, J. Y., 2015; Kim, 2014). 그러나 청년층과 중년층에 해당하는 19~64세의 여성을 대상으로 한 연구는 진행되지 않았고, 여성에서 건강취약계층으로 인식하지 않고 있으나(Jeon et al., 2007) 최근 청장년층에 해당하는 여성 1인가구의 경우는 건강 취약군으로 고려되고 있어 이에 대한 면밀한 검토를 위해 노인 연령에 해당하는 65세 이상의 여성 대상자는 제외하고 여성 1인가구와 다인가구 여성을 대상으로 하였다.

지역사회건강조사는 질병관리본부에서 조사표, 지침서, 조사원 교육자료 개발 및 표본 추출을 완료한 후 시·군·구 보건소 및 책임대학교에서 훈련받은 조사원에 의해 자료수집이 수행되었다. 자료 수집을 위해 설문 프로그램인 전자조사표(computer assisted personal interviewing, CAPI)가 탑재된 노트북이 이용되었으며, 1:1 직접면접을 통해 진행되었다.

3. 연구 도구

2013년 지역사회건강조사 시 이용된 설문은 18개 영역 총 258개 문항으로 구성되었으며, 지역사회건강조사의 조사대상은 가구와 개인이다. 가구조사에서는 표본가구 당 만 19세 이상 성인 1인에게 세대유형, 주택유형, 연간 총 가구소득 등을 조사하고 개인조사에서는 가구원에게 건강행태(흡연유무, 음주유무와 음주량, 운동 및 신체활동, 수면시간, 주당 아침식사 횟수), 예방접종 유무, 질병이환 유무, 의료이용, 사고 및 중독(낙상), 활동제한 및 삶의 질, 보건기관 이용, 사회 물리적 환경, 개인위생, 교육 및 경제활동을 조사한다. 본 연구에서 활용된 문항은 다음과 같다.

1) 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성 중 연령은 19~44세, 45~64세로 분류하였으며, 교육수준은 최종학력과 졸업 여부 문항을 이용하여 고등학교 졸업 이하, 대학교 졸업 이상으로 분류하였다. 주관적 건강상태는 평소에 본인의 건강에 대해 '좋다'와 '나쁘다'로 분류하였고, 스트레스는 평소 일상생활 중에 스트레스를 느끼는 것에 대해 '예'와 '아니오'로 분류하였다. 우울감 인지는 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬픔이나 절망감을 느낀 적이 있는 경우를 '예'로 하였으며 자살생각은 해본 적이 있는 경우 '예', 없는 경우를 '아니오'로 분류하였다. 가족, 친구와 이웃과의 만남은 월 1회 미만과 이상으로 분류하였고, 사회활동 점수는 종교활동, 친목활동, 여가/레저활동, 자선단체 활동에 각각 한 달에 한 번 이상 정기적으로 참여하는 경우를 1점으로 하여 환산하였다. 대상자의 비만도는 체질량지수(body mass index: BMI)로 측정하였는데, BMI는 체중을 신장의 제곱으로 나눈 Quetelet지

수(BMI=체중(kg)/신장(m)²)로 계산하였고 세계보건기구(World Health Organization: WHO) 서태평양지부와 국제비만협회(International Obesity Task Force: IOTF)에서 제시한 아시아인의 만성질환 유병율과 체지방에 근거하여 아시아인용 체질량지수 25kg/m²이상을 비만으로 보았다.

2) 건강행태 관련 특성

건강행태 중 흡연은 현재 흡연 문항을 이용하여 흡연을 하는 경우를 '예', 하지 않는 경우를 '아니오'로 분류하였고, 음주는 연간음주 문항을 이용하여 최근 1년 동안 술을 마신 적이 있는 경우를 '예', 아닌 경우를 '아니오'로, 고위험음주는 한번의 술자리에서 소주 5잔 이상을 주 2회 이상 마신다고 응답한 경우 '예', 그렇지 않은 경우를 '아니오'로 정의하였다. 운동은 '걷기'에 해당하는 것으로 일주일 동안 1일 30분 이상, 주 5일 이상 하는 경우를 '예' 그렇지 않은 경우를 '아니오'로, 수면시간은 1일 6시간 이상과 미만으로 분류하였다. 아침식사 횟수는 일주일에 7회 이상과 6회 이하로 분류하였다.

3) 질병이환 관련 특성

질병 이환 유무는 고혈압, 당뇨병, 이상 지질혈증, 뇌졸중, 심근경색, 협심증, 관절염, 골다공증, 천식, 알레르기 비염, 아토피 피부염, 백내장을 의사에게 진단 받은 경우 '예'로 진단받지 않은 경우를 '아니오'로 분류하였다.

4. 자료 분석 방법

자료 분석은 SPSS 21.0 프로그램을 이용하였으며 자료의 구체적 분석 과정은 다음과 같다.

첫째, 여성 1인가구와 다인여성 가구의 일반적 특성, 건강행태 관련 특성 및 질병이환 관련 특성에 따른 분포를 확인하기 위하여 기술 분석을 실시하였다.

둘째, 카이제곱 검정을 실시하여 여성 1인가구와 다인여성 가구의 일반적 특성, 건강행태 관련 특성 및 질병이환 관련 특성의 차이를 분석하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 여성 1인가구와 다인가구 여성의 인구사회학적 특성의 차이

조사 대상의 성인 여성 89,807명 중 5,585명이 여성 1인가구로서 전체 6.2%를 차지하는 것으로 나타났으며 다인가구의 여성은 84,222명의 93.8%로 조사되었다. 연령에서 여성 1인가구의 경우 19~44세의 비율이 32.6%(1,822명), 45~64세의 비율이 67.4%(3,763명)이며 다인가구 여성의 경우는 49.7%(41,820명), 50.3%(42,402명)으로 나타나, 여성 1인가구의 45~64세 비율이 다인가구 여성에 비해 유의하게 높았다($\chi^2=607.154, p<.001$). 교육수준은 여성 1인가구의 경우 대학 졸업 이상이 69.7%(3,894명), 고등학교 졸업이하 30.3%(1,691명)으로 조사되었고, 다인가구의 여성에서 대학졸업이상이 60.2%(50,661명), 고등학교 졸업 이하가 39.8%(33,561명)로 나타났으며, 대학 졸업 이상이 여성 1인가구가 유의하게 높았다($\chi^2=222.209, p<.001$). 주관적 건강상태는 여성 1인가구에서 '나쁘다'라고 응답한 경우가 다인가구 여성보다 높게 나타났고($\chi^2=152.668, p<.001$) 스트레스는 여성 1인가구의 경우 '있다'고 응답한 경우가 29.1%(1,627명), '없다'라고 응답한 경우가 71.9%(3,958명)이었고 다인가구의 여성 26.7%(22,453명), 73.3%(61,769명)으로 조사되어 다인가구 여성에 비해 상대적으로 높았으며($\chi^2=16.412, p<.001$), 우울에서는 여성 1인가구 11.1%로 다인가구 여성 6.7%보다 높았다($\chi^2=159.437, p<.001$). 또한 자살생각에서 자살을 생각해 본 적이 있는 경우가 여성 1인가구의 경우는 16.9%(945명)로 다인가구 여성의 9.4%에 비해 높았으며($\chi^2=192.159, p<.001$), 만남횟수 비율은 여성 1인가구의 경우 가족과의 만남은 1회 미만이 42.4%(2,368명), 1회 이상인 경우가 57.6%(3,216명)로 조사되었으며($\chi^2=12.885, p<.001$), 친구와의 만남에서는 여성 1인가구의 경우 1회 미만인 경우가 44.5%(2,486명), 1회 이상인 경우가 55.5%(3,099명)로 나타났고, 다인가구 여성의 경우는 46.5%(39,177명), 53.5% (45,045명)로 조사되었다($\chi^2=7.615, p=.006$). 다음으로 이웃과의 만남에

서 1회 미만인 경우가 49.9%(2,789명), 1회 이상인 경우가 50.1%(2,796명)로 조사되었고, 다인가구의 여성의 경우는 1회 미만인 경우가 44.8%(37,763명), 1회 이상인 경우가 55.2%(46,460명)로 나타나 이웃과의 만남 횟수에서는 다인가구 여성이 더 많았다($\chi^2=54.948, p<.001$). 체질량 지수 (BMI)에서 여성 1인가구의 경우 25kg/m² 미만인 경우가 68.0%(3,775명), 25kg/m² 이상 경우가 32.0%(1,784명)로 조사되었으며 다인가구 여성은 각각 70.0%(58,997명), 30.0%(25,251명)로 차이가 있었다($\chi^2=7.980, p<.005$). 사회활동 점수는 다인가구 여성에서 평균 1.29(±1.03)점으로 여성 1인 가구 1.16(±1.01)점에 비해 높았다($\chi^2=8.565, p<.001$). (Table 1).

2. 여성 1인가구와 다인가구 여성의 건강행태 관련 특성의 차이

여성 1인가구와 다인가구 여성의 건강행태 관련 특

성의 차이를 살펴보면, 여성 1인가구의 경우 흡연 여부에서 흡연을 하는 경우가 8.9%(496명)로 다인가구 여성의 2.1%(1,735명)보다 많았으며, 음주에서는 음주를 하는 경우가 67.1%(3,745명)로 다인가구 여성의 67.5%(56,846명)와 유사하였고, 문제음주의 경우 '예'가 10.2%(439명)로 다인가구 여성의 6.8%(3,853명)보다 높았다($\chi^2=145.535, p<.001$). 또한 운동은 '걷기'에 해당하는 것으로 일주일 동안 1일 30분 이상, 주 5일 이상 하는 경우가 51.4%(2,332명)로 다인가구 여성의 49.1%(33,245명)보다 많은 것으로 나타났다($\chi^2=8.665, p=.003$). 다음으로 수면시간은 여성 1인가구의 경우 6시간 이하가 50.5%(2,821명)로 다인가구 여성의 43.4%(36,575명)보다 높았으며, 6시간 이상이 49.5%(2,764명)로 다인가구 여성의 56.6%(47,647명)보다 낮은 것으로 조사되었다($\chi^2=99.650, p<.001$). 일주일간 아침식사 횟수는 여성 1인가구의 경우 6회 이하가 37.1%(2,070명)로 다인가구 여성의 33.4%(28,165명)보다 높았으며, 7회 이상에서는 여성 1인가구는 62.9%(3,515명)로 다

Table 1. Differences in Socio-dermographic Characteristics of Participants (N=89,807)

Variables	Categories	Household types		χ^2 (p)
		Single (n=5,585)	Multiple (n=84,222)	
Age	19-44	1,822(32.6)	41,820(49.7)	607.154(<.001)
	45-64	3,763(67.4)	42,402(50.3)	
Education (yrs)	≥ College	3,894(69.7)	50,661(60.2)	222.209(<.001)
	≤ High school	1,691(30.3)	33,561(39.8)	
Subjective health status	≤ Good	3,704(66.3)	48,796(57.9)	152.668(<.001)
	> Bad	1,881(33.7)	35,426(42.1)	
Stress	Yes	1,627(29.1)	22,453(26.7)	16.412(<.001)
	No	3,958(71.9)	61,769(73.3)	
Depression	Yes	629(11.3)	5,628(6.7)	159.437(<.001)
	No	4,956(88.7)	78,594(93.3)	
Suicidal ideation	Yes	945(16.9)	7,955(9.4)	192.159(<.001)
	No	4,640(83.1)	76,267(90.6)	
Contact with family (Number of times)	<1	2,369(42.4)	37,830(44.9)	12.885(<.001)
	≥1	3,216(57.6)	46,392(55.1)	
Contact with friends (mon)	<1	2,486(44.5)	39,177(46.5)	7.615(.006)
	≥1	3,099(55.5)	45,045(53.5)	
Contact with neighbors (mon)	<1	2,789(49.9)	37,762(44.8)	54.948(<.001)
	≥1	2,796(50.1)	46,460(55.2)	
Body mass index (kg/m ²)	<25	3,775(68.1)	58,997(70.0)	7.980(.005)
	≥25	1,784(31.9)	25,251(30.0)	
Social activity score (mean±sd)		1.16±1.01	1.29±1.03	8.565(<.001)

인가구의 여성 66.6%(56,057명)보다 낮았다($\chi^2=26.670, p<.001$)(Table 2).

3. 여성 1인가구와 다인가구 여성의 질병이환 관련 특성의 차이

여성 1인가구와 다인가구 여성의 질병이환 관련 특성의 차이를 살펴보면, 고혈압으로 진단 받은 경우가 여성 1인가구 20.2%(1,130명)로 다인가구 여성의 12.5%(10,520명)보다 많았으며($\chi^2=271.639, p<.001$), 당뇨를 진단 받은 경우도 7.9%(440명)로 다인가구의 여성 4.3%(3,645명)보다 많았다($\chi^2=105.337, p<.001$). 또한 이상지혈증으로 진단 받은 경우가 14.7%(822명)로 다인가구 여성의 9.6%(8,066명)보다 많았으며($\chi^2=161.371, p<.001$), 뇌졸중을 진단 받은 경우는 1.1%(64명)로 다인 가구 여성의 5.0%(425명)보다 적은 것으로 나타났다($\chi^2=36.927, p<.001$). 심근경색증을 진단 받은 경우는 0.9%(51명)로 다인가구 여성의 3.3%(275명)보다 적은 것으로 나타났으며($\chi^2=54.734, p<.001$), 협심증을 진단 받은 경우도 1.4%(79명)로 다인가구의 여성 7.6%(644명)보다 낮게 나타났다($\chi^2=30.355, p<.001$) 그리고 관절염을 진단 받은 경우는 17.6%(981명)로 다인가구의 여성 9.6%(8,100명)보다 많았으며 ($\chi^2=302.730, p<.001$), 골다공증을 진단 받은 경우는 10.8%(601명)로 다인가구 여성의 5.6%(4,752명)보다 많았다($\chi^2=$

201.917, $p<.001$). 천식의 경우는 3.9%(217명%)로 다인가구 여성의 1.9%(1,617명)보다 높게 나타났으며($\chi^2=50.416, p<.001$), 알레르기 비염을 진단 받은 경우는 14.7%(819명)로 다인가구 여성의 19.0%(16,037명)보다 적은 것으로 나타났다($\chi^2=13.285, p<.001$). 다음으로 아토피 피부염의 경우에는 3.8%(210명)로 다인가구 여성의 3.1%(2,637명)보다 높았으며($\chi^2=7.316, p=.007$), 백내장을 진단 받은 경우가 6.0%(336명)로 다인가구 여성의 2.4%(2,020명)보다 많은 것으로 나타났다($\chi^2=197.143, p<.001$)(Table 3).

IV. 논 의

본 연구는 2013년도 지역사회 건강조사에 참여한 성인 여성 중 여성 1인가구와 다인가구 여성의 인구사회학적 특성, 건강행태와 질병이환 관련 특성을 조사하고 이들의 차이를 분석하여 가구유형에 따른 건강증진 및 역량강화를 위한 지역사회 건강증진 프로그램의 기초자료를 마련하고자 시도되었다.

조사 대상의 성인 여성 89,807명 중 5,585명이 여성 1인가구로서 전체 6.2%를 차지하는 것으로 나타나 2012년 Statistical Korea에서 발표한 여성 전체 연령을 대상으로 한 9.3%보다는 낮게 조사되었으나 본 연구의 대상자 연령과 동일한 19세~64세에 해당하는 대상자와 비교했을 때 6.8%로 유사한 결과를 나타냈

Table 2. Differences in Health Behaviors of Participants (N=89,807)

Variables	Categories	Household types		χ^2	p
		Single (n=5,585)	Multiple (n=84,222)		
Smoking	Yes	496(8.9)	1,735(2.1)	3.218	.073
	No	5,089(91.1)	82,453(97.9)		
Annual drinking	Yes	3,745(67.1)	56,846(67.5)	1.833	.176
	No	1,840(32.9)	27,376(32.5)		
High risk drinking	Yes	439(10.2)	3,853(6.8)	145.535	<.001
	No	3,201(89.8)	53,075(93.2)		
Walking	Yes	2,332(51.4)	33,245(49.1)	8.665	.003
	No	2,209(48.6)	34,466(50.9)		
Sleeping time (hours/day)	≤6	2,821(50.5)	36,575(43.4)	99.650	<.001
	>6	2,764(49.5)	47,647(56.6)		
Breakfast (once/week)	≤6	2,070(37.1)	28,165(33.4)	26.670	<.001
	≥7	3,515(62.9)	56,057(66.6)		

Table 3. Differences in Disease Prevalence of Participants

(N=89,807)

Variables	Categories	Household Types		χ^2	p
		Single (n=5,585)	Multiple (n=84,222)		
Hypertension	Yes	1,130(20.2)	10,520(12.5)	271.639	<.001
	No	4,455(79.8)	73,702(87.5)		
Diabetes	Yes	440(7.9)	3,645(4.3)	105.337	<.001
	No	5,145(92.1)	80,577(95.7)		
Dyslipidemia	Yes	822(14.7)	8,066(9.6)	161.371	<.001
	No	4,763(85.3)	76,156(90.4)		
Stroke	Yes	64(1.1)	425(5.0)	36.927	<.001
	No	5,521(98.9)	83,797(95.0)		
Myocardial infarction	Yes	51(0.9)	275(3.3)	54.734	<.001
	No	5,534(99.1)	83,945(96.7)		
Angina pectoris	Yes	79(1.4)	644(7.6)	30.355	<.001
	No	5,506(98.6)	83,578(92.4)		
Arthritis	Yes	981(17.6)	8,100(9.6)	302.730	<.001
	No	4,604(82.4)	76,122(90.4)		
Osteoporosis	Yes	601(10.8)	4,752(5.6)	201.917	<.001
	No	4,984(89.2)	79,470(94.4)		
Asthma	Yes	217(3.9)	1,617(1.9)	50.416	<.001
	No	5,368(96.1)	82,605(98.1)		
Allergic rhinitis	Yes	819(14.7)	16,037(19.0)	13.285	<.001
	No	4,766(85.3)	68,185(81.0)		
Atopic dermatitis	Yes	210(3.8)	2,637(3.1)	7.316	.007
	No	5,375(96.2)	81,585(96.9)		
Cataract	Yes	336(6.0)	2,020(2.4)	197.143	<.001
	No	5,249(94.0)	82,202(97.6)		

*.01≤p<.05, **.001≤p<.005, ***<.0

다. 이는 여성 1인가구는 26세 일 때 높은 증가를 보 이다가 혼인 등으로 그 이후에는 감소되고 사별 등으 로 65세 이후에 다시 증가하는 추이를 보인다고 한 결 과를 뒷받침하는 것으로 본 연구의 대상자 연령이 2차 증가를 나타내는 65세 이후의 연령층이 포함되지 않아 나타나는 결과로 생각된다.

여성 1인가구와 다인가구 여성의 인구사회학적 특성 의 차이를 구체적으로 살펴보면, 다인가구의 여성들과 비교했을 때 여성 1인가구의 경우 45~64세에 해당하 는 경우가 더 많은 것으로 조사되었다. 이는 Joo와 Kim (2015)이 발표한 40대, 50대와 60대 이상의 1 인 가구 중 여성의 비중이 감소되고, 20, 30대는 확대 되는 현상이 나타났다는 결과와는 상이한 결과를 보이 고 있어 추후 대상자를 더욱 확장시켜 조사할 필요가 있을 것으로 판단된다. 그러나 Kang과 Lee (2015)의 연구와 Kim (2009)의 연구에서 청년층(20~39세)에 서는 남성의 1인 가구 비율이 높았고, 중년층(40~64

세)의 경우 여성 1인가구의 비율이 높았다고 보고한 것과 유사한 결과가 나타났는데, 이는 최근 초혼 연령 이 늦어지고 있고, 이혼이나 사별 등으로 혼자 사는 여 성이 많아 여성 1인 가구의 비율이 높게 나타난 것으 로 볼 수 있다.

교육정도는 대학졸업이상의 학력을 가진 경우가 여 성 1인가구에서 많은 것으로 조사되었고 유사한 연구 가 없어 직접적인 비교는 어려우나, Kang과 Lee (2015)의 연구 결과에서 1인가구의 대학졸업 이상의 학력자가 8.4%로 조사된 것과는 다른 결과이다. 이는 Kang과 Lee (2015)의 연구는 본 연구와는 대상자의 분포가 다소 차이가 있어 나타난 결과로 해석할 수 있 으며, 최근 증가하고 있는 여성 1인가구의 경우는 비 교적 학력이 높고 전문직업을 가지고 있는 경우가 많 다고 보고한 Ban (2014)의 연구결과와 유사한 결과 이다. 최근 결혼관의 변화 등으로 여성들이 주로 학업 이나 취업 등의 이유로 결혼을 미루고 단독가구를 형

성하는 최근의 세태를 반영하는 결과로 볼 수 있다.

다음으로 주관적 건강상태는 '나쁘다'라고 응답한 경우가 여성 1인가구에서 다인가구의 여성들보다 많았는데, 여성 1인가구의 경우 자신의 건강에 대해 더 나쁘다고 인식하는 경우가 더 많은 것으로 생각된다. 이는 여성 1인가구를 대상으로 한 연구가 없어 직접적인 비교는 어려우나 Tak 등(2013)의 노인 대상의 연구에서 독거노인의 경우 자신의 건강상태를 나쁘다고 생각하는 비율이 46.6%로 다른 가족과 동거하는 노인의 23.1%에 비해 부정적으로 생각하는 경향이 높다고 보고한 결과와 유사하였다. 또한 여성 1인가구에서 주관적 건강상태에 대해 부정적으로 생각하는 것은 여성 1인가구의 경우 연령이 높기 때문에 이와도 무관하다고 할 수는 없을 것으로 생각된다.

여성 1인가구에서 스트레스와 우울감을 느낀 적이 있는 경우가 다인가구 여성에 비해 더 많았는데, 이는 Lee 등(2013)의 연구에서 1인 가구의 경우 외로움, 우울, 슬픔, 허무감을 가장 많이 표현하였다는 결과와 유사한 결과를 보였고, Kang과 Lee (2015)의 연구에서 중년층의 1인 가구가 다인가구에 비해 우울증 의심율이 높다고 보고한 것과도 유사한 결과를 보였다. 그리고 자살에 대한 생각도 여성 1인가구에서 통계적으로 유의하게 높았는데, 이는 여성 1인가구를 대상으로 한 연구가 없어 직접적인 비교는 어렵지만 Lee 등(2013)의 연구에서 1인 가구의 정신건강 상태를 보여주는 모든 지표가 부정적 경향이 높다고 보고한 것과 유사한 결과를 보였고, Kang과 Lee (2015)의 연구에서 중년층의 1인 가구가 다인 가구에 비해 자살 생각의 비율이 높다고 보고한 결과와 유사하게 나타났다. 이러한 결과는 혼자 사는 데서 오는 정서적 외로움과 대화를 나눌 상대가 없어 나타나는 결과로 볼 수 있으며, 이것이 우울감의 경험이나 자살생각으로 끝나는 것이 아니라 우울증 또는 자살시도와 이어질 가능성도 배제할 수 없으므로 여성 1인가구에 대하여 면밀한 관찰과 주의가 요구된다고 하겠다.

다음은 이웃과의 접촉으로 이웃과의 접촉이 월 1회 미만인 경우가 여성 1인가구에서 유의하게 높게 나타났다. 사회활동 평균 점수에서도 다인가구의 여성들이 높게 나타났다 이는 Lee 등(2013)의 연구에서 1인가구의 경우 인적교류가 부족하고 상대적인 유대의 결여

가 있다고 보고한 것과 유사한 결과를 보였다. 이는 고립현상이 두드러져 질병이나 재난 등에 맞닥뜨렸을 때 도움을 요청하거나 도움을 받을 자원도 부족한 실정이라고 보고한 Lee 등(2013)의 결과를 뒷받침하는 것으로 여성 1인가구의 사회적 고립과 단절은 전체 사회라는 측면에서 보면 개인의 고립과 단절을 의미하기 때문에 개인의 문제로만 국한되는 것이 아니라 국가 및 사회 전체의 문제로 인식해야 한다. 뿐만 아니라 건강 증진을 위한 개인 역량 강화라는 측면에서 볼 때 이러한 사회적 고립과 단절은 건강한 생활을 유지 증진하기 위해서는 걸림돌이 될 것이므로 국가와 지역사회 차원에서 여성 1인가구에 관심을 갖도록 하는 여러 가지 방법을 모색하여야 할 것으로 생각된다.

체질량지수에서 $25\text{kg}/\text{m}^2$ 이상인 경우가 여성 1인가구에서 높았는데, 이는 여성 1인가구의 경우 일주일간 아침식사 횟수는 6회 이하가 다인가구 여성의 경우보다 많은 것과 무관하지 않은 것으로 생각된다. 이것은 1인 가구의 경우 혼자 먹기 위해 식사준비를 하는 것을 부담스러워 하고 가능한 간편하게 식사를 하는 경향이 있는데 이러한 경향으로 인하여 특히 아침을 결식하는 경우가 더 많은 것으로 생각된다. 아침을 먹지 않으면 에너지 소비가 적고 많은 양의 중성지방을 만들어내고 축적시켜 비만의 위험을 높이고, 만성질환의 걸릴 가능성이 높인다(Ma et al., 2003). 그러므로 규칙적인 식사를 통한 영양섭취의 중요성에 대한 교육과 식습관 개선을 위한 구체적인 방안을 모색해야 할 것으로 생각된다.

다음으로 건강행태관련 특성의 차이에 대해 살펴보면, 흡연유무, 고위험 음주는 여성 1인가구가 다인가구 여성보다 유의하게 높아 Kang과 Lee (2015)의 중년층의 1인 가구가 다인 가구에 비해 음주율이 낮다고 보고한 결과와는 차이가 있었는데, 이는 Kang과 Lee의 연구에서는 본 연구와 달리 음주를 하는지 하지 않는지만을 파악했기 때문에 나타나는 차이로 생각할 수 있다. 또한 Byeon (2015)의 고위험 음주발생 요인을 파악하는 연구에서 배우자가 없이 혼자 사는 경우 고위험 음주의 가능성이 높은 집단으로 파악되었는데 이는 본 연구의 결과와 유사한 결과라 할 수 있다. 즉 혼자 사는 경우에는 음주를 할 때도 이를 제한하는 가족이 없어 고위험 음주로 이어지는 경우가 더 많을 것으

로 생각되고 여성 1인가구의 경우는 사회생활을 하는 경우가 많아 음주를 할 수 있는 기회가 많고 이것이 고위험 음주로 이어질 가능성을 높일 수 있으므로 고위험 음주 예방을 위한 보건정책을 수립할 때 이를 반영하여야 할 필요가 있을 것으로 생각된다.

운동에서는 여성 1인가구의 경우 일주일 동안 1일 30분 이상, 주 5일 이상 하는 경우의 비율이 높았는데, 이는 여성 1인가구의 경우 연령이 많아 자신의 건강에 관심을 두기 때문에 나타나는 결과로 생각되며, 20~30대보다 자신의 건강을 위해 40세 이상의 여성들이 운동을 더 많이 한다고 보고한 Korea National Statistical Office (2012)의 조사결과를 뒷받침하는 것으로 생각된다. 또한 Kim (2009)의 연구에서 다인가구의 여성이 독신가구의 여성보다 규칙적인 운동을 하지 않는다고 보고한 것과 유사한 결과를 나타냈다. 이는 다인가구의 여성들은 자신의 건강보다는 가족의 건강 등 가족을 위한 여러 가지 일로 분주하여 자신의 건강을 돌보는 시간을 줄이게 되므로 나타나는 결과로 생각된다.

수면시간에서는 여성 1인가구가 수면시간이 하루 6시간 이하인 경우가 더 많았는데 이는 적정 수면시간을 유지하는 것이 건강관리 실천면에서 유의한 것인데 이를 여성 1인가구에서 잘 실천하지 못하는 것으로 생각할 수 있다. Lim 등(2015)이 수면 시간에 따른 건강 관련 삶의 질에 대한 연구에서 수면시간이 짧을수록 건강 관련 삶의 질이 낮다고 보고하였으므로 건강 관련 삶의 질과 관련하여 수면의 양적인 측면인 시간 뿐 아니라 수면의 질적인 측면도 고려한 심층적 연구가 필요할 것으로 생각된다.

다음으로 질병이환 관련 특성의 차이를 살펴보면, 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 심근경색, 관절염, 골다공증, 아토피 피부염 그리고 백내장 등 대부분의 질환이환율에서 여성 1인가구가 높은 것으로 나타났는데, 이는 여성 1인가구의 연령이 높은 것과 체질량지수가 25kg/m²이상인 경우가 여성 1인가구에서 많았던 것과 연관이 된다고 할 수 있다. 이는 독신가구에서 비만한 경우가 더 많고 이에 따른 관상동맥질환 등 만성질환에 노출될 위험이 높다고 보고한 Hedblad 등(2002)의 연구를 뒷받침하는 것으로 보인다. 만성 질환은 관리가 필수적이거나 이에 실패하는 경우 합병증을 발생시키고

이로 인한 장애의 발생과 사망을 초래하게 한다. 또한 만성 질환은 국민의 건강과 수명을 줄이는 주요 원인이 되고 있어 국민의 건강수준 향상을 위해 반드시 관리되어야 하나, 여성 1인가구의 경우 스스로 자신의 만성 질환을 관리를 위해 식습관 및 생활습관 등을 수정해야하는 어려움이 예상된다. 따라서 체계적인 사회적 관심과 다양한 접근 방법을 이용하여 여성 1인가구의 만성 질환 관리를 위해 노력을 기울여야 할 것으로 생각된다.

본 연구의 경우 지역사회건강조사의 빅데이터를 활용한 연구로서 지역사회건강조사는 253개 각 시군구 보건소별로 표본 조사한 자료를 종합한 대상자를 대상으로 하였으므로 동일 연령층의 우리나라 국민을 대표한다고 할 수 있어(Kim, 2009) 이에 의미가 있다고 할 수 있다. 그러나 스트레스, 우울, 자살 생각 등의 심리적 변수들을 단순한 질문과 응답으로 처리한 제한점을 가지고 있어 관련요인과의 선후관계나 인과관계를 파악하기는 어려우나 인과관계와는 무관하게 다양한 변수들을 보정한 자료를 이용하여 최근 급증하고 여성 1인가구와 다인가구 여성의 건강행태, 질병이환을 비교하여 여성 1인가구의 건강행태 및 질병이환과 관련된 특성을 파악한 것은 의미가 있다고 생각한다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 2013년 지역사회건강조사 자료를 이용하여 19~64세의 여성 1인가구와 다인가구 여성의 건강행태와 질병이환 정도를 파악하고, 최근 증가하고 있는 여성 1인가구를 대상으로 지역사회 중심의 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료로 활용하고자 시도되었다.

여성 1인가구는 성인 여성 중 6.2%를 차지하는 것으로 조사되었고, 인구사회학적 특성으로는 연령에서 다인가구 여성에 비해 45세 이상의 중년층이 더 많았으며, 학력에서는 여성 1인가구가 대학졸업이상의 학력자가 더 많았다. 또한 주관적 건강상태의 부정적 인식과 우울, 스트레스 및 자살생각은 모두 여성 1인가구에서 높게 나타났다. 다음으로 건강행태에서는 여성 1인가구에서 흡연과 음주율이 높았고 다인가구 여성은 규칙적인 운동을 여성 1인가구에 비해 수행시간이 부

족한 것으로 나타났다. 질병이환율에서는 여성 1인가구에서 대부분 질환에서 진단 받은 비율이 높은 것으로 나타났다. 이상의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 성인 여성을 대상으로 하는 건강증진 프로그램을 마련할 때 대상자의 연령, 교육수준 및 가구의 형태를 고려한 개별적 접근이 필요할 것이라 생각된다.

둘째, 급속히 증가하고 있는 여성 1인가구 건강행태와 질병이환율을 다인가구와 비교하였는데, 좀 더 세밀한 접근을 위해 건강검진 참여율을 조사하고 건강행태와 질병이환율과의 관계를 파악하기 위한 추후 연구를 제언한다.

셋째, 본 연구의 경우 수집된 자료를 활용한 이차 분석 연구로서 특히 스트레스, 우울, 자살 생각 등의 심리적 변수들을 단순한 질문과 응답으로 처리한 제한점을 가지고 있어 이들 변수들을 좀 더 심도 깊게 파악할 수 있는 도구를 사용하여 관련요인과의 선후관계나 인과관계를 파악하기 위한 추후 연구를 제언한다.

References

- Ban, J. H. (2014). *Study on employment and poverty for single-person households*. Seoul: Korea Labor Institute.
- Byeon, H. W. (2015). Prediction modeling of high risk drinking in Korea using CRT method. *Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*, 5(3), 99-108. <http://dx.doi.org/10.14257/AJMAHS.2015.06.10>
- Choi, M. K., Jun, Y. S., & Park, M. K. (2000). A study on eating patterns and nutrient intake of college students by residences of self boarding and home with parents in Chungnam. *Journal of the Korean Dietetic Association*, 6, 9-16.
- Department of Health and Human Services, & Korea health promotion foundation. (2015, December). *The fourth national health promotion master plan*. Seoul: Korea health promotion foundation
- 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 International Medicine*, 252(6), 542-550.
- Jeon, G. S., Jang, S. N., Lee, S. J., Lee, H. Y., Hong, B. K., & Kim, B. R. (2007). Community health promotion program for vulnerable women. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 24(3), 98-118.
- Kang, E. N. & Lee, M. H. (2015). *Single-person households in south Korea and their policy implications*. Seoul: Department of Health and Human Services.
- Kang, H. M. & Kim Y. (2013). The relationship between the health status, health prompting behaviors and residence types of university students. *Journal of Korean Society of Sports Science*, 22(6), 177-190.
- Kim, J. Y. (2015). Health-related quality of life according to breakfast in elderly. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 16, 4668-4678. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.7.4668>
- Kim, S. J. (2015). *Comparison of dietary habit, dietary behavior and processed food intake status according to residing types of university students in Chungnam*. Unpublished master's thesis, Kongju National University, Kongju.
- Kim, S. Y., Kim, S. L., & Lee, J. S. (2013). The effect on housing on health. *Health and Social Sciences*, 34, 109-133.
- Kim, Y. J. (2009). Comparison of health practices between single- and multiple-member households by gender in Korean

- adults. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 23(2), 219-231.
- Kim, Y. S. (2014). The study of the impact of the family type on the health promoting behavior and physical and mental health of elderly people. *Health and Social Welfare Review*, 34, 400-429. <http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2014.34.3.400>
- Joo, W. & Kim, K. S. (2015, August). *Weekly Economic Review (No. 654)*. Seoul: Hyundai Economic Research Institute.
- Lee, M. J., Choi, Y. J., & Lee, S. S. (2013). An exploratory study the characteristics of one-person household and its social implication. *Social-Science Research*, 27, 229-253.
- Lee, Y. H., Kim, Y. J., & Cho, D. Y. (2014). Family type and health behaviors in elderly : Korean national health and nutrition examination survey (KNHANES), 2010-2012. *The Korean Society of Health Service Management*, 8, 199-207. <http://dx.doi.org/10.2811/kshsm.2014.8.4.199>
- Lim, J. T., Oh, M. K., Kim, H. K., Lee, J. H., Lee, B. S., & Park, S. Y. (2015). The relationship between the sleep duration and health-related quality of life (HRQL) in Korea-using data from the Korea national health and nutrition examination survey 2012. *Korean Journal of Family Practice*, 5, 283-290.
- Park, K. S. (2007). *Analysis on the difference of health behaviors of college students in relation to living patterns*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Park, Y. J., Lee, S. J., Park, E. S., You, H. S., Lee, J. W., & Jang, S. O. (2000). A meta-analysis of explanatory variables of health promotion behavior. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 30, 836-846.
- Korea National Statistical Office. (2010). *Population and household statistical database*. Retrieved May 11, 2016, from <http://www.kostat.go.kr>
- Korea National Statistical Office. (2012). *Status and characteristics of single-person households*. Retrieved October 1, 2016, from <http://www.kostat.go.kr>
- Ma, Y. S., Bertone, E. R., Stanek, E. J., Reed, G. W., Hebert, J. R., Cohen, N. L., Merriam, P. A., & Ockene, I. S. (2003). Association between eating patterns and obesity in a free-living US adult population. *American Journal of Epidemiology*, 158, 85-92. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwg117>
- Tak, Y. J., Kim, Y. J., Lee, S. Y., Lee, J. G., Jung, D. W., Yi, Y. H., Cho, Y. H., Choi, E. J., & Nam, K. J. (2013). Health care behavior of people 60 years and older in Korea according to family type and sociodemographic factors-The 5th Korea national health and nutrition examination survey. *Journal Korean Geriatrics Society*, 17, 7-17. <http://dx.doi.org/10.4235/jkgs.2013.17.1.7>
- Yang, D. G. (2002). Differences of drinking and smoking behavior according to the experiences of repeating a college entrance examination and the resident types during the college. *Korean Psychological Association Annual Conference*, 300-307.
- Yonhap News. (2016). *One furniture, poor nutrition and irregular meals*. Retrieved April 18, 2016, from <http://www.yonhapnews.co.kr>
- Yoo, J. H. (2012). *Increase a woman living alone*. Retrieved June 18, 2016, from http://www.yonhapmidas.com//article/121005155017_535976.

ABSTRACT

Comparison of Health Behaviors, Disease Prevalence between One-person women and Multiple households women in Korea*

Kim, Eun-gyeong (Assistant Professor, Department of Nursing, Kunsan National University

Park, Sook-kyoung (Assistant Professor, Department of Nursing, Wonkwang University

Purpose: This study compared health behaviors and disease prevalence between one-person women and multiple-household women in Korea. **Methods:** This study used the 2013 data from the Korean Community Health Survey (KCHS). A total of 89,807 women, aged 19-64 years were included in this study. The data was analyzed using descriptive statistics and Chi-square test. Moreover, statistical processing was performed using the SPSS 21.0. **Results:** Among adult women, one-person households women was 6.2%. One-person household women were older than multiple-households women, and multiple -households women were less likely to exercise regularly. And disease prevalence was higher in one-person household women than in multiple-household women. **Conclusion:** Residence characteristics should be considered in developing a public health program to reduce or increase modifiable health behaviors and disease prevalence. The findings from this study suggest that policies to improve the support for healthcare of one-person household women is necessary.

Key words : Women, Health behaviors, Residence characteristics

* This paper was supported by Wonkwang University in 2016.