

중년 1인가구와 다인가구의 건강행태 및 질병 이환 비교

이 하 나*
(서울대학교)

조 영 태
(서울대학교)

이 논문은 증가하는 중년 1인가구의 건강상태 파악에 주목한다. 특히 중년 1인가구의 건강행위 및 질병 이환을 다인가구 중년과 비교하는 것을 목적으로 한다. 이 논문에서는 중년 1인가구의 건강행태 및 질병 이환이 다인가구 중년보다 취약할 것이라고 가정하였다. 중년 1인가구와 다인가구 중년의 건강행태 및 질병 이환을 비교하기 위하여 2008년, 2012년, 2016년 지역사회건강조사자료를 활용하였다. 우리나라 중년 40~50대를 대상으로 인구사회학적 특성, 건강행태 및 질병 이환 관련 특성을 연도별로 카이제곱 검정을 통해 비교하였다. 또한 인구사회학적 변수들을 통제하여 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과, 흡연과 음주에서는 모든 연도에서 유의하게 중년 1인가구의 행태가 다인가구의 중년보다 취약한 것으로 나타났다. 그러나 주관적 건강상태가 보통이상으로 좋은 중년 1인가구의 오즈비는 다인가구에 비해 연도별로 모두 높은 것으로 밝혀졌다. 본 연구를 통해 최근 증가하는 중년 1인가구의 건강행태를 연도별 흐름에 따라 파악하여, 이들 집단의 취약점과 건강 행태 특성의 변화를 세부적으로 확인하려고 한다. 또한 중년 1인가구를 남성과 여성으로 나누어 성별에 따라 건강행태와 질병이환의 차이를 확인하고자 한다. 본 연구를 활용하여 우리나라의 중년 1인가구를 위한 건강관련 프로그램 및 정책을 보다 효과적으로 구축할 수 있을 것이다.

주요 용어: 1인가구, 중년 1인가구, 건강행태, 질병 이환, 지역사회건강조사

본 논문은 제1저자(이하나)의 2018년 석사학위 논문인 '중년 1인가구와 다인가구 중년의 건강행태 및 질병 이환 비교'를 수정·보완하여 작성되었음.

IRB No. E1805/003-011, 서울대학교

* 교신저자: 이하나, 서울대학교(leehana0930@snu.ac.kr)

■ 투고일: 2019. 4. 30. ■ 수정일: 2019. 9. 25. ■ 게재확정일: 2019. 9. 27.

I. 서론

1. 연구배경 및 필요성

최근 몇 십년간 우리나라의 1인가구가 증가할 뿐 아니라 OECD 국가들에서도 가구형태 중 1인가구가 급증함에 따라 국내외로 1인가구에 대한 전반적인 관심 및 학술적 관심 또한 집중되었다. 이는 1인가구의 증가와 같은 가구 형태의 변화는 경제와 문화와 같은 다양한 분야에서 새로운 과제나 도전을 야기하기 때문이다. 이러한 변화는 눈에 보이지 않는 가족의 규범이나 가치까지 변화시킬 수 있는 결과를 초래하기 때문에, 가구구조의 변화과정은 사회에 다양한 인구문제 및 인구현상을 유발한다.

1인가구는 기존연구에서 다양하게 분류되고 있는데, 지속적으로 우리나라의 문제로 지적되고 있는 청년 취업난으로 인해 연애, 결혼, 출산을 포기하는 일명 삼포세대가 등장하며 청년 1인가구가 급증하였다. 또한 중년 1인가구는 이혼과 비혼의 영향으로 최근 10년간 급증하며 1인가구의 약 3분의 1을 차지하게 되었다. 노인 1인가구는 사별 및 자녀와의 분가로 인해 등장하였고, 기대 수명의 증가로 인해 앞으로도 지속적으로 증가할 것으로 보인다. 이와 같이 1인가구는 현재 우리나라에서 연령의 구분 없이 그 스펙트럼이 넓고 각 연령별로 1인가구의 형성 원인과 배경이 다양하기 때문에 다각도의 접근이 필요하다고 할 수 있겠다.

인구주택총조사에 의하면 1인가구는 2005년부터 2015년까지 164.11%의 증가율을 보였다. 연령별 1인가구 증가율에서 40대 증가율 179.24%, 50대 증가율 239.74%로 청년, 노인 1인가구에 비해 그 증가율이 상대적으로 높았다. 따라서 최근 1인가구의 건강문제를 파악하기 위해서 청년, 노년기의 1인가구 뿐만 아니라 중년기 1인가구에 대한 연구가 보다 활발히 진행되어야 할 필요가 있다.

그러나 초기 1인가구에 대한 연구는 주로 독거 노인가구나 미혼, 비혼으로 인한 젊은 인구의 취업형 1인가구에 초점이 맞추어져 있었다. 때문에 중년은 1인가구의 가구주로써 타 연령대에 비해 연구 대상으로 상당부분 제외되어 이루어진 연구가 매우 미비한 실정이다. 또한 기존 중년 1인가구 연구는 주거, 음식 소비 및 여가 활동과 같이 시장 중심의 제한적인 분야에 대한 연구가 주로 수행 되었다. 윤강인과 강인선(2016)의 연구와 같이 중고령 1인가구의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인을 고찰하는 연구가 수행

표 1. 연령별 1인가구 수 및 증가율(2005년-2015년)

연령	1인가구 수 (가구)		증가율
	2005년	2015년	
전체	3,170,675	5,203,440	164.11%
20세 미만	44,439	58,020	130.56%
20대	678,816	887,023	130.67%
30대	629,448	953,322	151.45%
40대	474,100	849,758	179.24%
50대	366,035	877,549	239.74%
60대	430,030	668,183	155.38%
70대	415,947	596,918	143.51%
80세 이상	131,860	312,667	237.12%

자료: 인구주택 총조사(2005, 2015)

되었지만, 1인가구의 전반적인 건강행태를 조망하는 연구는 거의 수행되지 않았다. 개인의 생활습관(life style)이 그 개인의 건강상태와 질병이환에 영향을 준다는 것은 이미 새로운 생각은 아니다(이순영, 김선우, 1997). 건강행태와 질병이환을 면밀히 파악하는 것은 향후 집단의 건강상태를 평가하고 그에 맞는 효과적인 건강정책 프로그램을 개발 하는데 중요한 아이디어를 제공할 수 있다. 따라서 중년 1인가구의 보건정책이나 건강 프로그램을 개발하는 데 있어 이들의 건강행태를 과거부터 현재까지 파악하여 프로그램을 구상하는 것이 바람직하다.

따라서 이 논문에서는 1인가구 중 중년 1인가구를 대상으로, 이들의 전반적인 건강행태 및 질병이환을 3개년 자료를 활용하여 파악하고자 한다. 본 연구를 통해 이들의 건강행태의 취약점이나 질병 이환의 변화의 흐름을 확인함으로써 추후 20~30년 후 노인 1인가구의 의료비용을 감소할 수 있을 것으로 기대된다.

이 연구의 분석 자료는 2008년, 2012년, 2016년 지역사회건강자료를 활용하였으며, 이 자료는 보건복지부와 질병관리본부에서 관리되고 있다. 중년 1인가구의 건강행태와 변화 양상을 파악하기 위해 지역사회건강조사가 처음 실시된 2008년의 자료를 중심으로 연구변수와 연구주기의 통일성을 고려하여 4년 주기인 2012년, 2016년의 자료를 연구에 활용하였다. 지역사회건강조사는 가구조사와 개인조사로 구분된다. 가구조사에서는 세대유형과 가구소득 등을, 개인조사에서 가구원에게 건강행태, 예방접종 및 검진,

이환, 의료이용, 사고 및 중독, 활동제한, 삶의 질, 보건기관 이용, 사회 물리적 환경, 개인위생, 교육 및 경제활동 등의 항목을 포함한다.

기존의 1인가구 연구는 연구 대상이 청년 및 노인에 집중되어 있었으나 본 연구는 중년 1인가구의 건강행태를 분석하여 파악하였다는 점에서 의의를 지닌다. 또한 이 연구는 중년 1인가구와 다인가구 중년의 전반적인 건강 행태의 흐름을 파악하기 위하여 3개년도의 자료를 분석하였다는 특징을 지닌다. 마지막으로 중년 1인가구를 남성과 여성으로 분류하여 각 요인들에 대한 성차를 파악하였다.

II. 문헌고찰

1. 중년 1인가구의 개념 및 현황

1인가구의 증가는 솔로 이코노미(Solo economy)라는 신조어가 생길만큼 경제 전반에 영향을 미치고 있으며, 사회관계, 노후준비, 문화 등 사회전반의 구조를 변화시키고 있다(김윤영, 2017). 어느 순간 우리나라 곳곳에 편의점이 우후죽순으로 생긴 것 또한 이러한 상황을 반영하는 듯하다. 1인가구라는 개념은 학자에 따라 다양한데, 성인 혼자 살림하는 단독가구(김시월, 조향숙, 2012), 혼자 사는 독신가구(이성림 등, 2009) 또는 비혼가구(김혜영 등, 2007)로 정의되고 있다. 마찬가지로 선행연구에서 중년 1인가구라는 개념은 연구마다 조금씩 차이가 있으며 보통 연령의 스펙트럼에 따라 생애주기별로 1인가구를 구분하였다. 변미리 등(2009)의 연구에서는 1인가구의 하위그룹으로 20~30대 청년예비군 그룹, 30~40대 골드미스·미스터그룹, 40~50대 가족해체 그룹, 그리고 독거 노인그룹으로 분류하였다. 이와 유사하게 김혜영(2014)의 연구에서는 세대 유형별로 1인가구를 결혼 지연, 포기, 거부의 변곡점에 선 청년 가구, 가족 규범과 현실의 간극에서 부유하는 중년 가구, 돌봄의 단절 및 공백의 불안에 처한 노인가구로 분류하였다.

중년 1인가구의 형성 원인은 중년 1인가구의 혼인 상태를 통해 추론할 수 있다. 중년 1인가구에서 미혼의 비율이 2008년 17.5%에서 2016년 29.3%로 증가하였고, 앞으로도 우리나라의 만혼 및 비혼 현상이 지속될 전망이다. 따라서 중년 1인가구의 증가는 당분

간 지속될 것으로 예상된다. 사회적으로 다양한 원인에 의해 홀로 사는 중년의 비율이 높아지는 것이 한국사회의 새로운 현상이라면 이를 새로운 변화로 받아들이고, 이 집단의 보건의료 요구를 파악하여 높은 건강상태를 유지할 수 있게 하는 것이 중요하다.

우리나라의 1인가구는 점차 증가하여 통계청에 의하면 2017년 가장 많은 가구의 형태로 27.9%를 차지하였다(통계청, 2016). 그런데 앞서 서론에서 제시한 바와 같이 특히 중년층의 1인가구의 증가율이 가장 두드러지면서 최근 보건학계에서도 중년 1인가구에 대한 관심이 증가되었다. 40~50대 중년 1인가구는 전체 1인가구의 32.5%를 차지하면서(통계청, 2017), 3가구 중 1가구는 중년가구인 시대가 왔다. 중년세대는 이혼으로 인해 혼자서 생활하는 경우가 가장 많으며 이들은 파트너와의 일정한 교류나 동거, 혹은 양육자 역할을 수행하기 위해 일정기간 자녀와 합거하는 등 매우 유연한 가구구성의 변화를 경험하기도 한다(김혜영, 2014).

2. 중년 1인가구의 연구현황 및 특성

독거노인을 대상으로 한 1인가구의 연구는 1990년대부터 수행되었으나, 2000년 중반 이후에 들어서야 모든 연령층을 대상으로 1인가구에 대한 연구가 수행되었다(이민홍 등, 2015). 현재까지 일부 중년 1인가구에 관한 연구를 살펴보면 이들은 다인가구에 비해 상대적으로 열악한 주거환경, 불안정한 고용형태와 낮은 소득수준에 처해있는 사회 취약계층의 특성을 가지고 있음을 알 수 있다. 김혜영(2014)의 연구에서는 특히 중년 1인가구의 형성원인으로 증가하는 이혼율을 제시하며 다양한 스트레스와 감정적인 혼란함으로 건강상의 문제와 무기력감, 대인관계의 변화에서 오는 자존감의 상실 등 다양한 문제에 봉착할 가능성이 매우 높다고 지적하고 있다. 청년층, 중년층, 노년층 1인가구의 현황과 각 세대별 위험요인을 살펴본 이민홍 등(2015)의 연구에서는 중년층 1인가구의 특징으로 저학력의 비중이 높고, 이혼이나 미혼의 비중이 높으며 도·농 복합 및 서울지역에 거주하는 비중이 높은 것으로 분석되었다. 특히 중년 1인가구는 노인 1인가구에 못지않게 사회경제적으로 어려운 환경에 처해 있으며, 일부 건강상태나 주거환경에서는 노인 1인가구보다 열악한 수준인 것을 강조하며, 이들 집단의 면밀한 분석과 공공 영역에서 접근하지 못하고 있는 부분에 대한 추가연구를 제안하고 있다.

한편 중년 1인가구는 성별에 따라서 다소 다른 생활양식과 패턴을 가지게 된다. 독신

생활에 대한 만족감은 여성이 더욱 높음에도 불구하고, 노후에 대한 불안감, 특히 경제적 불안감은 여성이 남성보다 높게 나타나고 있다(김혜영, 2014). 반면 중년층 남성 1인가구는 다인가구에 비해서 사회적 관계나 삶의 질, 주관적 행복감이 낮은 집단(권혁철 등, 2017)이며, 스트레스 해소를 위한 여가활동이 주로 음주나 흡연과 같은 습관적 행위에 집중되어 있다는 점에서 이들에 대한 정서적, 물질적 지지체계는 매우 중요하다(김혜영 등, 2007). 최근에는 장온정(2014)의 연구와 같이 혼자살고 있는 중년 남성 1인가구주의 사회자본 경험을 심층적으로 살펴본 질적 연구나, 권혁철 등(2017)의 중년 남성 1인가구의 사회적 관계와 주관적 행복감에 관한 연구 등 새로운 중년 1인가구에 관한 연구가 시도되고 있다.

중년 1인가구의 증가로 인해, 최근 1인가구 연구는 생애주기별 1인가구의 주거, 고용, 사회경제적 특성 등을 서술하며 각 연령대에 필요한 정책들을 제언하는 김석호 등(2018)의 연구가 진행되고 있다. 그러나 여전히 중년 1인가구에 초점을 맞춘 연구는 청년과 노인연구에 비해 미흡하며, 중년은 청년과 노인의 사이의 한 시점으로써 통계자료와 설문 등을 통한 단편적인 연구가 대부분이다. 과거부터 현재까지 중년층의 건강행태 및 질병 이환을 비교한 연구는 거의 수행되지 않아, 미래 노인 1인가구가 될 중년 1인가구의 건강상태의 변화 양상을 파악하기 힘들며, 향후 고령 1인가구가 될 중년 1인가구의 건강증진 프로그램 개발에 한계가 있다. 따라서 중년 1인가구의 건강행태 변화양상 및 질병이환 상태를 과거부터 현재까지 파악하는 본 연구는 큰 의의가 있다.

위와 같이 국내 중년 1인가구 선행연구에 대한 검토를 통해 다음과 같은 특성을 발견하였다. 첫째, 중년 1인가구의 증가에 대한 최근 학술적 연구가 점차 증가하고 있으나 중년 1인가구만을 대상으로 한 연구는 미흡하다. 둘째, 중년 1인가구에 대한 연구는 주로 인구사회학 특성, 소비, 주택, 지역사회 참여, 여가활동, 주관적 건강상태, 외로움, 정신건강 등이 주로 다루어지고 있다. 셋째, 중년 1인가구가 반드시 취약계층의 특성만을 보이지만은 않는다는 것이다. 이를 바탕으로 중년 1인가구에 대한 연구 분석을 통해 다음과 같은 이론적 논의를 해보고자 한다. 첫째, 중년 1인가구의 증가와 실태를 파악하여 사회적 및 정책적으로 미치는 영향이나 우리사회의 대응방안에 대한 연구가 필요하다. 둘째, 중년 1인가구에 실질적으로 필요한 정책 및 프로그램 개발에 관한 연구가 필요하다.

III. 연구방법

1. 중년 1인가구의 정의

이 논문에서 중년은 40~50대로 가정하였다. 중년은 사전적 의미로 마흔 살 안팎의 나이로 때로 50대까지 포함하는 경우도 있으며, 청년과 노년의 중간을 이른다. Erikson은 40~65세를 중년으로 정의했고, Roger Gould는 35~40세 사이를 중년으로 생애발달을 분류하는 등 학자에 따라서 중년의 정의는 다양하다. 중년기 시기는 생물학적으로 노화가 시작되기도 하지만 사회경제적 지위는 최절정에 이르는 일생에서 가장 성숙한 시기이자, 노후를 대비하기에 가장 중요한 시기라고 할 수 있다. 따라서 이 시기의 건강행태는 노년기의 건강상태에 중대한 영향을 미칠 수 있다.

1인가구는 독신가구, 단독 가구와 혼용되어 사용되고 있지만 통계청에서는 1인가구를 '배우자가 있어도 동거하지 않는 기러기 가족이나 주말 부부 등'을 포함한다. 즉, 1인가구는 혼자서 살림하는 가구로 독립적으로 취사, 취침 등 생계를 유지하고 있는 가구로 정의하고 있다(통계청, 2005). 따라서 이 논문에서 정의한 중년 1인가구는 통계청에서 정의한 1인가구의 개념의 연장선상에서, 지역사회건강조사에 참여한 성인 40-50대 중 세대유형에 1인가구로 표기한 대상자이다.

2. 연구문제

본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

- <연구문제 1> 우리나라 중년 1인가구의 건강행태와 질병 이환은 다인가구의 중년보다 모든 변수에서 취약한가?
- <연구문제 2> 우리나라 중년 1인가구의 건강행태와 질병 이환은 남성과 여성으로 구분했을 때 어떠한 차이가 있는가?
- <연구문제 3> 우리나라 중년 1인가구와 다인가구 중년의 건강행태 및 질병 이환은 2008년에서 2016년으로 갈수록 그 차이가 어떻게 변하는가?

3. 분석 자료와 자료수집

이 연구는 2008년, 2012년, 2016년 지역사회건강조사의 원시자료를 활용하여 진행되었다. 지역사회건강조사(Korea Community Health Survey, KCHS)는 지역보건의료계획을 수립 및 평가하고, 조사수행체계를 표준화하여 비교 가능한 지역건강 통계를 생산하고자 2008년부터 매년 전국 보건소에서 실시되고 있다(지역사회건강조사 2016년 원시자료 이용지침서). 지역사회건강조사의 방법, 내용, 산출 결과는 보건복지부와 질병관리본부에서 관리되고 있다. 지역사회건강조사의 모집단은 만 19세 이상 성인이며, 시군구별 평균 900명의 표본을 2단계 확률표본 추출단계를 거쳐 진행된다. 지역사회건강조사는 각 시군구별 보건소 및 책임대학교에서 훈련 받은 조사원의 방문 면접조사방식으로 이루어지며, 2008년 조사는 종이설문조사(paper assisted personal interviewing, PAPI)를, 2012년과 2016년 조사는 노트북에 탑재된 전자조사표를 이용하여 조사하는 방식(computer assisted personal interviewing, CAPI)이 이용되었다. 지역사회건강조사는 진행하기 전, 대상자에게 연구의 목적과 방법을 충분히 설명하고 동의를 구한 후 연구 참여 동의서를 작성한 뒤 진행되었다.

2008년 지역사회건강조사에 참여한 대상자 총 220,258명 중 40~50대 중 연구에 사용된 변수에서 결측 문항이 있는 대상자를 제외한 66,864명(30.4%), 2012년 총 228,921명 중 83,291명(36.4%), 2016년 총 228,452명 중 84,177명(36.8%)의 자료를 연구대상으로 선정하여 분석하였다. 각 연도별 지역사회건강조사 자료 수집은 2008년 9월 1일~11월 30일, 2012년 8월 16일~10월 31일, 2016년 8월 16일~10월 31일에 이루어졌다. 이 연구는 서울대학교 IRB 면제승인(승인번호: IRB No. E1805/003-011)을 받고 진행되었다.

4. 변수의 정의

이 연구의 분석에 사용된 변수는 다음과 같다.

표 2. 분석에 사용된 변수

통제변수		종속변수	
인구사회학적 요인	건강행태	주관적 건강상태 및 정신건강	질병 이환
성별, 연령, 교육수준, 혼인상태, 경제활동, 직업, 수입, 거주도시	흡연, 음주, 신체활동, 예방접종, 건강검진	주관적 건강상태, 우울, 스트레스	고혈압, 당뇨, 고지혈증, 관절염

가. 인구사회학적 요인 변수

인구사회학적 요인 관련변수에서 성별은 남자와 여자로 분류하였고 연령은 40대와 50대로 분류하였다. 교육 수준은 고등학교 졸업 이하, 대학교 졸업, 대학원 졸업 이상으로 구분하였다. 혼인상태는 지역사회건강조사 항목에 따라 배우자 있음, 이혼, 사별, 별거, 미혼으로 분류하였고, 경제활동은 '예'와 '아니오'로 분류하였다. 직업은 관리자, 전문가 및 관련종사자를 '사무직', 기능원 및 관련기능종사자, 장치, 기계조작 및 조립종사자를 '기능직', 서비스종사자, 판매종사자, 농림어업 종사자를 '서비스직', 그 외 군인(직업군인), 학생/재수생, 주부, 무직을 '그 외' 그룹으로 분류하였다. 가구 월 소득은 100만원 단위로 구분하여 100만원 미만, 100만원 이상~200만원 미만, 200만원 이상~300만원 미만, 300만원 이상으로 분류하였으며 거주도시는 서울특별시와 그 외로 분류하였다.

나. 건강행태 변수

건강행태 관련 변수는 개인의 객관적인 건강관련 습관이나 행위를 나타내는 지표로 선정되었다. 흡연은 지역사회건강조사 항목의 평생 흡연 여부 문항을 이용하여 '지금까지 살아오는 동안 5갑(100개비) 이상의 담배를 피웠습니까?'라는 질문에 '예'와 '아니오'라고 답변을 한 대상자로 분류하였다. 음주는 평생 음주 여부 문항을 이용하여 '지금까지 살아오면서 1잔 이상의 술을 마신적이 있습니까?'라는 문항을 이용했으며 '예'와 '아니오'로 분류하였다. 신체활동은 중등도 신체활동 일수 문항을 이용하여 '최근 1주일 동안 평소보다 몸이 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 중등도 신체활동을 10분 이상 했던

‘날은 며칠입니까?’라는 문항에서 1일이상은 ‘예’ 0일은 ‘아니오’로 분류하였다. 지역사회 건강조사에서는 천천히 하는 수영, 복식테니스, 배구, 배드민턴, 탁구, 가벼운 물건 나르기 등의 직업 활동 및 체육활동을 중등도 신체활동으로 제시하고 있다. 예방접종은 인플루엔자 예방접종 여부를 확인하는 문항으로, ‘최근 1년간 인플루엔자(독감) 예방접종을 받은 적이 있습니까?’라는 질문에서 ‘예와 ‘아니오’로 분류하였다. 건강검진은 암 검진을 제외한 건강검진 수진 경험 여부 문항을 사용하여 ‘최근 2년 동안 건강에는 특별한 문제는 없으나 건강상태를 알아보기 위해 건강검진(암 검진 제외)을 받은 적이 있습니까?’라는 질문에 ‘예와 ‘아니오’로 대답한 대상자들을 분류하였다.

다. 주관적 건강상태 및 정신건강 변수

주관적 건강상태 및 정신건강 관련 변수는 개인이 인지하고 있는 주관적인 건강상태(Perceived health status) 개념이다. 주관적 건강상태는 ‘평소에 본인의 건강은 어떻다고 생각합니까?’라는 문항에서 매우 좋음과 좋음, 보통을 ‘보통 이상’, 나쁨과 매우 나쁨을 ‘나쁨’으로 분류하였다. 스트레스는 주관적 스트레스 문항을 이용하여 대단히 많이 느낌, 많이 느낌을 ‘많음’으로 조금 느낌, 거의 느끼지 않음을 ‘적음’으로 분류하였다. 우울은 우울감 경험 여부 문항인 ‘최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있습니까?’라는 질문에 ‘있음’과 ‘없음’으로 분류하였다.

라. 질병 이환 변수

질병 이환 변수는 지역사회건강조사에서 조사된 질병 중 고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 관절염을 의사에게 진단받은 경험 여부를 통해 ‘있음’과 ‘없음’으로 분류하였다. 위 질병은 3개년 자료의 공통된 질병을 연구자가 선정하였다.

5. 분석방법

지역사회건강조사의 표본은 단순임의표본설계(simple random sampling)가 아닌 복

합표본설계(complex sampling design)하에서 추출되었으므로, 복합표본분석방법을 권고하고 있다. 따라서 본 연구는 지역사회건강조사 원시자료 분석지침에 따라 복합표본설계조사 요소인 층화변수, 집락변수, 가중치를 반영하여 분석하였다. 자료 분석은 모두 SAS 9.4(SAS, Inc., Cary, NC, USA) 프로그램을 이용하였으며 자료의 구체적인 분석과정을 아래와 같다.

첫째, 중년 1인가구와 다인가구 중년의 인구사회학적 특성, 건강행태 관련 특성, 주관적 건강수준 및 정신건강 특성, 질병 이환 특성에 따른 분포를 확인하기 위하여 백분율을 제시한 기초분석을 실시하였다. 둘째, 카이제곱검정을 실시하여 중년 1인가구와 다인가구 중년의 인구사회학적 특성, 건강행태 관련 특성, 주관적 건강수준 및 정신건강 특성, 질병 이환 특성의 차이를 분석하였다. 셋째, 인구사회학적 변수를 통제한 상태에서 가구형태가 중년의 건강행태, 주관적 건강수준 및 정신건강, 질병 이환에 영향을 미치는지 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 시행하여 오즈비(Odds ratio, OR)와 95% 신뢰구간(95% Confidence Interval, 95% CI)을 제시하였다. 이 때, 가구형태의 효과를 확인하기 위하여 다인가구를 기준으로 분석하였다. 또한, 남성과 여성으로 구분하여 로지스틱 회귀분석을 각각 시행하였다.

IV. 분석결과

본 연구대상자의 일반적 특성은 <표 3>과 같다. 2008년 연구대상의 중년 40~50대 66,864명 중 4,332명이 중년 1인가구로서 전체의 6.9%를 차지하는 것으로 나타났고, 2012년 6.0%로 소폭 하락했다가 2016년 8.5%로 다시 상승한 것으로 조사되었다. 연구대상의 일반적 특성 중 성별에서는 2008년 중년 1인가구는 남성 48.8%, 여성 51.2%이었고 2012년 남성 47.8%, 여성 52.2%로 여성이 더 많은 비율을 차지했으나 2016년에는 남성 53.3%, 여성 46.7%로 남성의 비율이 높게 나타났다. 중년 1인가구의 연령은 50대의 비율이 40대 보다 증가하고 있는 것으로 조사되었다. 교육 수준은 2008년 중년 1인가구는 고등학교 졸업 81.7%, 2012년 75.2%, 2016년 68.1%로 하락하였다. 반면, 대학 졸업 및 대학원 졸업 이상의 비율은 증가하였다. 혼인상태는 배우자 있음, 이혼,

미혼인 1인가구는 증가하였고, 사별, 별거상태인 대상자는 감소한 것으로 나타났다. 특히 혼인 경험이 전혀 없는 미혼인 중년 1인가구는 2008년 17.5%, 2012년 23.5%, 2016년 29.3%로 급격히 상승하였다. 경제활동 항목에서 중년 1인가구와 다인가구 중년의 차이는 모든 연도에서 유의하지 않았다($P=.172$, $P=.099$, $P=.121$). 중년 1인가구의 직업은 사무직이 2008년 17.0%, 2012년 17.5%, 2016년 20.6%로 증가한 것과 기능직이 2008년 27.8%, 2012년 30.0%, 2016년 31.3%로 증가한 반면, 서비스직과 그 외가 감소하였다. 가구 월 소득이 100만원 미만인 중년 1인가구는 2008년 35.4%, 2012년 28.9%, 2016년 27.6%로 감소하였다. 서울에 거주하는 중년 1인가구는 2008년 8.6%, 2012년 9.4%, 2016년 8.2%로 조사되었다.

표 3. 분석 대상의 일반적 특성

변수	분류	2008년			2012년			2016년		
		1인	다인	P	1인	다인	P	1인	다인	P
		가구	가구		가구	가구		가구	가구	
		%	%	%	%	%	%	%		
성별	남성	48.8	48.0	.002	47.8	47.0	.050	53.3	46.4	.001
	여성	51.2	52.2		52.2	53.0		46.7	53.6	
연령	40대	42.9	54.1	.001	39.6	50.7	.001	38.4	48.0	.001
	50대	57.1	45.9		60.4	49.3		61.6	52.0	
교육	고등졸업	81.7	77.8	.001	75.2	70.3	.001	68.1	62.9	.001
	대학졸업	15.7	19.4		21.6	26.0		27.3	32.5	
	대학원+	2.6	2.8		3.2	3.7		4.6	4.6	
혼인 상태	혼인	9.2	88.9	.001	10.8	89.2	.001	16.8	88.5	.001
	이혼	26.3	2.9		28.3	3.5		30.5	4.4	
	사별	21.1	2.9		18.5	2.4		14.5	2.1	
	별거	25.9	3.2		18.9	2.2		8.9	1.0	
	미혼	17.5	2.0	23.5	2.7	29.3	3.9			
경제 활동	예	75.2	74.9	.172	78.7	78.7	.099	79.6	30.2	.121
	아니오	24.3	25.1		21.3	21.3		20.4	19.8	
직업	사무직	17.0	19.2	.001	17.5	22.4	.001	20.6	26.0	.001
	기능직	27.8	24.8		30.3	26.0		31.3	25.5	
	서비스직	29.8	30.3		31.0	30.0		27.4	28.3	
	그 외*	25.4	25.9		21.5	21.6		20.7	20.2	

변수	분류	2008년			2012년			2016년		
		1인	다인	P	1인	다인	P	1인	다인	P
		가구	가구		가구	가구		가구	가구	
		%	%	%	%	%	%	%		
소득	-100만원	35.4	7.8	.001	28.9	5.8	.001	27.6	5.3	.001
	100-200	26.0	16.4		33.6	14.3		31.2	12.0	
	200-300	10.8	17.9		17.5	19.5		20.5	19.7	
	300만원+	27.8	57.9		20.0	60.4		20.7	63.0	
도시	서울	8.6	10.1	.008	9.4	10.1	.311	8.2	10.1	.000
	그 외	91.4	89.9		90.6	89.9		91.8	89.9	

* 군인(직업군인), 학생/재수생, 주부, 무직

본 연구대상의 건강행태 관련 특성은 <표 4>와 같다. 평생 음주 여부 문항에서 ‘예’라고 응답한 대상자는 연도별로 각각 78.7%, 83.2%, 89.4%였다. 1주일에 1회 이상 중등도 신체활동을 하는 중년 1인가구는 연도별로 각각 28.2%, 33.1%, 35.1%로 나타나 다인가구 중년에 비해 중등도 신체활동 일수가 적은 것으로 조사되었다. 인플루엔자 예방접종 행태 문항에서는 2008년과 2012년에는 1인가구와 다인가구에서 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으나 2016년에는 유의한 차이가 있는 것으로 분석 되었다($P = .536$, $P = .322$, $P = .001$). 건강검진은 모든 연도에서 다인가구 중년이 1인가구 중년보다 많이 시행하는 것으로 나타났고, 유의한 차이가 있었다($P = .001$).

표 4. 분석 대상의 건강행태 관련 특성

변수	분류	2008년			2012년			2016년		
		1인	다인	P	1인	다인	P	1인	다인	P
		가구	가구		가구	가구		가구	가구	
		%	%	%	%	%	%	%		
흡연	예	45.9	37.3	.001	48.2	40.0	.001	52.7	40.0	.001
	아니오	54.1	62.3		51.8	60.0		42.3	60.0	
음주	예	78.7	75.4	.001	83.2	83.3	.290	89.4	88.6	.089
	아니오	21.3	24.6		16.8	16.7		10.6	11.4	
운동	1회 이상	28.2	31.2	.001	33.0	36.3	.009	35.1	39.1	.001
	0회	71.8	68.8		67.0	63.7		64.9	60.9	
접종	예	29.2	28.9	.536	29.1	28.7	.322	28.3	30.5	.001
	아니오	70.8	71.1		70.9	71.3		71.7	69.5	
검진	예	56.2	64.0	.001	66.5	75.2	.001	71.4	79.6	.001
	아니오	43.8	36.0		33.5	24.8		28.6	20.4	

본 연구대상의 주관적 건강상태 및 정신건강 특성은 <표 5>와 같다. 주관적 건강수준이 보통 이상이라고 응답한 중년 1인가구는 2008년, 2012년, 2016년 각각 75.4%, 80.1%, 82.0%였으며, 주관적 건강수준이 나쁘다고 응답한 대상자는 각각 24.6%, 19.9%, 18.0%였다. 스트레스를 많이 느끼는 중년 1인가구는 2008년, 2012년, 2016년 각각 32.2%, 27.2%, 27.5%로 나타났으며, 다인가구 중년에 비해 스트레스를 받는 비율이 높았다. 우울감을 느낀 중년 1인가구는 2008년, 2012년, 2016년 모든 연도에서 다인가구 중년에 비해 많은 것으로 조사되었다. 중년 1인가구의 평생 흡연 여부 문항에서 '예'라고 응답한 대상자는 2008년, 2012년, 2016년 각각 45.9%, 48.2%, 52.7%였으며, 다인가구 중년과의 차이는 모든 연도에서 유의한 결과를 보였다($P=.001$).

표 5. 분석 대상의 주관적 건강상태 및 정신건강 특성

변수	분류	2008년			2012년			2016년		
		1인 가구	다인 가구	<i>P</i>	1인 가구	다인 가구	<i>P</i>	1인 가구	다인 가구	<i>P</i>
		%	%		%	%		%	%	
주관적 건강	보통 이상	75.4	84.8	.001	80.1	87.0	.001	82.0	88.5	.001
	나쁨	24.6	15.2		19.9	13.0		18.0	11.5	
스트 레스	많음	32.2	27.9	.001	27.2	26.4	.001	27.5	25.6	.001
	적음	67.8	72.1		72.8	73.6		72.5	74.4	
우울	있음	15.5	7.9	.001	8.5	4.5	.001	10.0	5.2	.001
	없음	84.5	92.1		91.5	95.5		90.0	94.8	

본 연구대상의 질병 이환 특성은 <표 6>과 같다. 중년 1인가구와 다인가구 중년의 고혈압 진단을 받은 비율은 2008년 각각 17.8%, 14.7%였고, 2012년에는 각각 19.6%, 16.7%였으며, 2016년에는 각각 20.5%, 17.4%로 나타났다. 그 외 당뇨, 고지혈증, 관절염을 진단 받은 비율은 중년 1인가구에서 각 연도별로 모두 높게 나타났고, 다인가구 중년과의 차이에서도 유의한 결과를 보였다.

표 6. 분석 대상의 질병 이환 특성

변수	분류	2008년			2012년			2016년		
		1인 가구	다인 가구	P	1인 가구	다인가 구	P	1인 가구	다인 가구	P
		%	%		%	%		%		
고혈압	있음	17.8	14.7	.001	19.6	16.7	.001	20.5	17.4	.001
	없음	82.2	85.3		80.4	83.3		79.5	82.6	
당뇨	있음	8.3	5.8	.001	8.3	6.4	.290	9.0	7.1	.089
	없음	91.7	94.2		91.7	93.6		91.0	92.9	
고지 혈증	있음	6.5	4.9	.001	14.3	12.4	.009	17.1	15.7	.001
	없음	93.5	95.1		85.7	87.6		82.9	84.3	
관절염	있음	9.8	6.0	.540	9.8	7.0	.320	8.4	6.5	.001
	없음	90.2	94.0		90.2	93.0		91.6	93.5	

중년의 가구형태에 따른 건강행태 및 정신건강, 질병 이환의 차이가 있는지 확인하기 위하여 다인가구 중년을 기준으로 성, 연령, 교육 수준, 혼인 상태, 경제 활동, 직업, 가구 월 소득, 주거 도시 등 인구사회학적 특성을 통제하여 다중로지스틱 회귀분석을 실시하였다. <표 7>은 중년 1인가구와 다인가구 중년의 변수별 로지스틱 회귀분석을 나타낸 표이다.

다인가구 중년에 비해 중년 1인가구에서 모든 연도별로 통계적으로 유의하게 수준이 높았던 건강 행태는 흡연과 음주였다. 중년 1인가구의 오즈비는 다인가구 중년을 기준으로 흡연의 경우 2008년 1.44(95% 신뢰구간: 1.10-1.74), 2012년 1.33(1.11-1.59), 2016년 1.40(1.22-1.59)이었고, 음주의 경우 2008년 1.43(1.27-1.62), 2012년 1.32(1.17-1.50), 2016년 1.41(1.24-1.60)이었다. 중년의 가구 형태 간 수준을 비교한 결과, 운동 항목에 대한 오즈비는 2008년 1.19(1.07-1.32)로 유의하게 높았으나, 2012년과 2016년에는 두 그룹간의 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났다.

주관적 건강상태가 보통이상, 즉 나쁘지 않음이라고 응답한 중년 1인가구의 오즈비는 다인가구에 비해 연도별로 모두 높았으며, 각 연도의 오즈비는 2008년 1.23(1.10-1.38), 2012년 1.18(1.05-1.32), 2016년 1.20(1.08-1.32)이었다. 스트레스 항목에 대한 오즈비는 2008년 0.88(0.80-0.97), 2012년 0.87(0.79-0.96)로 유의한 차이가 있었으나, 2016년 0.95(0.87-1.03)에는 유의한 차이가 없었다.

예방접종과 신체검진, 우울, 고혈압, 당뇨의 항목에서는 중년 1인가구의 오즈비가 모든 연도에서 유의한 차이가 없었다. 2008년에 중년 1인가구와 다인가구 중년 사이에 유의한 차이를 보이는 항목은 6개, 2012년에 5개, 2016년에 3개로 감소하는 양상을 보였다.

<표 7-1>과 <표 7-2>는 <표 7>의 다중로지스틱 회귀분석을 남성과 여성으로 구분하여 실시한 결과이다. 남성에 있어서 음주항목에서 1인가구의 오즈비는 2008년 1.62(1.27-2.07), 2012년 1.35(1.22-1.49), 2016년 1.59(1.26-2.01)로 나타났다. 남성 집단에서는 음주항목에서 유일하게 다인가구 중년에 비해 중년 1인가구의 오즈비가 연도별로 모두 통계적으로 유의하게 높았다. 반면 여성의 경우에는 흡연과 음주항목에서 1인가구의 오즈비가 연도별로 모두 유의하게 높은 것으로 나타났다. 또한, 주관적 건강상태항목에서 1인가구의 오즈비는 2008년 1.33(1.15-1.54), 2012년 1.35(1.16-1.56), 2016년 1.39(1.21-1.60)으로 모든 연도에서 통계적으로 유의하게 높았다. 마지막으로 스트레스 항목에서 1인가구의 오즈비는 2008년 0.83(0.73-0.95), 2012년 0.84(0.74-0.95), 2016년 0.88(0.78-0.98)로 나타났으며 모든 연도에서 유의한 수준으로 낮았다. 남성 집단에서는 주관적 건강상태와 스트레스에서의 가구 형태 간 차이가 유의하지 않은 것과는 대조적인 결과였다.

표 7. 중년 1인가구와 다인가구의 변수별 로지스틱 회귀분석

변수	분류	2008년	2012년	2016년
		1인가구 Adjusted OR (95% CI)	1인가구 Adjusted OR (95% CI)	1인가구 Adjusted OR (95% CI)
흡연	예			
	아니오(Ref.)	1.44(1.19-1.74)*	1.33(1.11-1.59)*	1.40(1.22-1.59)*
음주	예			
	아니오(Ref.)	1.43(1.27-1.62)*	1.32(1.17-1.50)*	1.41(1.24-1.60)*
운동	주 1회 이상			
	0회(Ref.)	1.19(1.07-1.32)*	1.06(0.96-1.15)	1.06(0.98-1.15)
접종	예			
	아니오(Ref.)	1.03(0.92-1.14)	1.00(0.91-1.10)	0.96(0.88-1.04)
검진	예			
	아니오(Ref.)	1.11(1.00-1.22)	1.05(0.96-1.16)	1.09(1.00-1.19)

변수	분류	2008년	2012년	2016년
		1인가구	1인가구	1인가구
		Adjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
주관적 건강	보통 이상 나쁨(Ref.)	1.23(1.10-1.38)*	1.18(1.05-1.32)*	1.20(1.08-1.32)*
스트레스	많음 적음(Ref.)	0.88(0.80-0.97)*	0.87(0.79-0.96)*	0.95(0.87-1.03)
우울	있음 없음(Ref.)	1.00(0.88-1.15)	0.92(0.79-1.08)	1.00(0.88-1.14)
고혈압	있음 없음(Ref.)	1.03(0.91-1.17)	1.07(0.96-1.20)	1.02(0.93-1.13)
당뇨	있음 없음(Ref.)	1.17(0.97-1.40)	0.95(0.80-1.12)	0.92(0.81-1.06)
고지혈증	있음 없음(Ref.)	1.27(1.05-1.55)*	1.10(0.97-1.25)	0.93(0.85-1.03)
관절염	있음 없음(Ref.)	1.05(0.89-1.24)	0.81(0.69-0.94)*	0.90(0.79-1.04)

OR: Odds ratio, CI: Confidence Interval, P<.05*

Reference (Ref.)는 다인가구임.

성별, 연령, 교육수준, 혼인상태, 경제활동, 직업, 가구소득, 거주도시를 통제하였음.

표 7-1. 중년 1인가구와 다인가구의 변수별 로지스틱 회귀분석(남성)

변수	분류	2008년	2012년	2016년
		1인가구	1인가구	1인가구
		Adjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
흡연	예 아니오(Ref.)	1.27(1.07-1.51)*	1.05(0.89-1.25)	1.30(1.14-1.48)*
음주	예 아니오(Ref.)	1.62(1.27-2.07)*	1.35(1.22-1.49)*	1.59(1.26-2.01)*
운동	주 1회 이상 0회(Ref.)	1.13(0.98-1.31)	1.03(0.91-1.18)	1.07(0.96-1.18)
접종	예 아니오(Ref.)	0.91(0.77-1.09)	1.11(0.95-1.30)	0.94(0.83-1.06)
검진	예 아니오(Ref.)	1.21(1.05-1.39)*	1.04(0.91-1.19)	1.04(0.93-1.16)

중년 1인가구와 다인가구의 건강행태 및 질병 이환 비교

변수	분류	2008년	2012년	2016년
		1인가구	1인가구	1인가구
		Adjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
주관적 건강	보통 이상 나쁨(Ref.)	1.06(0.89-1.26)	0.94(0.79-1.13)	1.00(0.86-1.16)
스트레스	많음 적음(Ref.)	0.94(0.82-1.09)	0.90(0.78-1.02)	1.02(0.92-1.14)
우울	있음 없음(Ref.)	1.18(0.96-1.46)	1.04(0.80-1.35)	1.23(1.00-1.52)
고혈압	있음 없음(Ref.)	0.98(0.81-1.18)	1.19(1.01-1.40)	1.11(0.98-1.26)
당뇨	있음 없음(Ref.)	1.16(0.90-1.50)	1.13(0.90-1.41)	1.00(0.84-1.18)
고지혈증	있음 없음(Ref.)	1.30(0.95-1.79)	1.15(0.95-1.40)	0.93(0.81-1.06)
관절염	있음 없음(Ref.)	1.52(1.10-2.10)*	0.85(0.61-1.20)	1.31(1.02-1.67)

OR: Odds ratio, CI: Confidence Interval, P<.05*

Reference (Ref.)는 다인가구임.

성별, 연령, 교육수준, 혼인상태, 경제활동, 직업, 가구소득, 거주도시를 통제하였음.

표 7-2. 중년 1인가구와 다인가구의 변수별 로지스틱 회귀분석(여성)

변수	분류	2008년	2012년	2016년
		1인가구	1인가구	1인가구
		Adjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
흡연	예 아니오(Ref.)	1.51(1.22-1.87)*	1.53(1.29-1.82)*	1.39(1.18-1.63)*
음주	예 아니오(Ref.)	1.37(1.70-1.91)*	1.32(1.15-1.52)*	1.33(1.15-1.55)*
운동	주 1회 이상 0회(Ref.)	1.22(1.05-1.41)*	1.04(0.92-1.18)	1.02(0.91-1.14)
접종	예 아니오(Ref.)	1.12(0.98-1.28)	0.95(0.84-1.08)	1.00(0.89-1.11)

변수	분류	2008년	2012년	2016년
		1인가구	1인가구	1인가구
		Adjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
검진	예 아니오(Ref.)	0.96(0.84-1.09)	1.09(0.96-1.24)	1.27(1.12-1.45)*
주관적 건강	보통 이상 나쁨(Ref.)	1.33(1.15-1.54)*	1.35(1.16-1.56)*	1.39(1.21-1.60)*
스트레스	많음 적음(Ref.)	0.83(0.73-0.95)*	0.84(0.74-0.95)*	0.88(0.78-0.98)*
우울	있음 없음(Ref.)	0.93(0.78-1.10)	0.85(0.69-1.03)	0.85(0.72-1.01)
고혈압	있음 없음(Ref.)	1.09(0.92-1.29)	0.89(0.76-1.04)	0.89(0.77-1.03)
당뇨	있음 없음(Ref.)	1.10(0.85-1.43)	0.75(0.59-0.95)*	0.78(0.63-0.97)*
고지혈증	있음 없음(Ref.)	1.31(1.02-1.68)*	1.00(0.85-1.18)	0.92(0.80-1.06)
관절염	있음 없음(Ref.)	0.94(0.78-1.15)	0.80(0.68-0.95)*	0.78(0.66-0.93)*

OR: Odds ratio, CI: Confidence Interval, P<.05*

Reference (Ref.)는 다인가구임.

성별, 연령, 교육수준, 혼인상태, 경제활동, 직업, 가구소득, 거주도시를 통제하였음.

V. 고찰 및 결론

한국사회에서 가족의 해체, 비혼 및 만혼의 증가에 따른 중년 1인가구의 증가는 우리나라의 새로운 인구학적 현상이 되었다. 기존 1인가구에 대한 시각은 청년 1인가구와 취약계층인 노인 1인가구에 집중되었다. 그러나 연령대별 1인가구의 증가율을 살펴보면, 사각지대였던 중년이 새로운 1인가구의 주류로 떠오르면서 이들 집단의 건강행태와 건강수준을 파악하는 것이 1인가구의 건강 증진을 위한 새로운 과제가 되었다.

본 연구에서는 2008년, 2012년, 2016년 지역사회건강자료를 활용하여 중년 1인가구

와 다인가구를 연구대상으로 건강행태와 질병이환을 분석하고, 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 다인가구 중년 집단을 기준으로 남성과 여성 중년 1인가구의 건강행태 및 정신건강, 질병 이환에 대한 차이가 있는지 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

본 연구의 주요 연구결과는 다음과 같다. 첫째, 2008년부터 2016년까지 우리나라 중년 1인가구의 다양한 특성들이 변화했다. 중년 1인가구는 2016년 남성이 53.3%, 여성이 46.7%를 차지하여 최근에는 남성이 많아졌고, 50대가 61.6%, 40대 38.4%를 나타내어 중년 1인가구의 연령대가 상승하는 것으로 나타났다. 교육수준은 고등학교 졸업자는 감소하는 추세이며, 대학교 졸업자와 대학원 졸업자가 증가하는 경향을 보였다. 이와 같은 교육수준의 증가는 우리나라 국민의 전반적인 학력 상승으로 인한 효과로 해석된다. 혼인상태에서는 배우자가 있음, 이혼, 미혼이 지속적으로 증가하였으나 사별과 별거는 지속적으로 감소하는 흥미로운 결과를 보였다. 혼인상태는 특히 중년 1인가구의 홀로 사는 이유를 설명하는 중요 변수인데, 2008년부터 2016년까지 이들의 혼인상태가 급변했다. 이혼과 미혼의 비율이 증가하는 것은 인구주택총조사의 결과와 일치하였는데, 이 결과는 혼인을 하지 않거나 혼인을 해도 이혼으로 귀결되는 홀로 살아가는 우리나라 중년의 모습이 분명하게 나타난다. 결론적으로 과거와는 달리 중년 1인가구는 다양한 형태로 진화하였고, 화려한 싱글로 언급되는 고학력·고소득의 중년 1인가구가 증가하고 있다. 우리나라의 과잉된 교육열로 인한 기러기 아빠, 주요 국가기관의 지방이전으로 인한 분가, 이혼율 증가 등 다양한 형태의 중년 1인가구의 등장 배경에는 우리나라의 변화된 인구학적·사회적 현상으로 인해 기인된 것이다.

둘째, 인구사회학적 특성을 통제한 상태에서 다인가구 중년 집단을 기준으로 중년 1인가구의 건강행태 및 정신건강, 질병 이환에 대한 차이가 있는지 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 흡연과 음주와 같은 객관적인 건강행태는 확연히 다인가구의 중년보다 중년 1인가구에서 취약한 것으로 나타났다. 그러나 다인가구의 중년에 비해 1인가구의 주관적 건강상태 오즈비는 유의하게 높았고, 스트레스 인지 오즈비는 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 주관적 건강상태, 스트레스, 우울은 객관적인 질병의 유무보다는 개인이 지극히 주관적으로 인지하는 자가 평가적 건강 개념이다. Bailis 등(2003)에 의하면 주관적 건강인식은 개인의 개별적 건강 수준의 종합적인 합과 삶을 통한 경험을 통해 축적된 신념에 의해 결정된다고 한다. 따라서 그 주관적 건강수준이 의학적 기준을 통해 측정된 객관적인 정신건강 상태를 반영하는 것이 아닐지는 모르지만, 적어도 중년에서

는 다인가구보다 1인가구에서 주관적인 건강수준이 더 좋다는 본 연구결과는 사회적 통념을 뒤집는 결과이다. 실제 다른 연구들에 의하면 주관적 건강인식은 개인의 건강 행위 결정에 막대한 영향을 미치기 때문에 건강 상태에도 큰 영향을 미칠 수 있다(Ware, 1987; Lee & Kim, 2009). 그러나 사실 최근에 나온 학계의 주장에 따르면, 중장년층 독신 1인 가구원은 자존감과 삶의 만족도가 결코 낮지 않으며 화려한 정도까지는 아니더라도 적극적이고 활발한 사회활동을 하고 있다(이병호, 2014). 우리나라의 다인가구 중년은 자녀 교육과 노부모에 대한 부양역할을 동시에 해내야한다는 가치관을 유지하고 있는 집단으로(이여봉, 2017), 1인가구 중년보다는 외부로부터의 부담감이나 스트레스 상황에 놓일 확률이 높다. 결혼에 대한 효용성도 예전에 비해 많이 떨어진 것을 감안할 때, 중년 1인가구의 삶은 그렇게 나쁘지만은 않으며, 오히려 새로운 라이프 스타일이나 규범을 만들어내고 있다. 이러한 맥락에서 '화려한 싱글도 없지만 행복한 결혼도 없다'는 주장(노명우, 2013)이 나오고 있는데, 이런 양비론적 시각에서 볼 때 홀로서기에 나선 중장년층 독신가구의 삶의 질은 특별히 나쁠 것도 없다(이병호, 2014). 본 연구에서도 위의 학자들의 주장과 같은 결과를 도출하였다. 2008년, 2012년, 2016년으로 갈수록 두 그룹의 건강행태와 질병 이환의 차이가 있는 항목이 6개, 5개, 3개로 감소하였다. 이는 증가하고 있는 중년 1인가구로 인해 다인가구 중년과의 건강행태와 질병 이환의 차이가 희석된 결과로 추론할 수도 있고, 다른 한편 중년 1인가구의 건강행태가 부정적 방향으로만 진행되고 있다는 것이 아님을 반증하는 것으로 해석할 수도 있다. 자료 비교 기간이 8년으로 추적기간이 다소 짧았으므로 추가적인 연구와 검증이 필요할 것이다.

셋째, 중년 1인가구의 성차를 확인하기 위해 남성과 여성으로 구분해 로지스틱 회귀 분석한 결과, 주관적 건강상태와 스트레스 항목에서 남성과 여성의 성차가 확연히 드러나는 것을 확인하였다. 남성에게 있어 다인가구와 1인가구의 오즈비는 유의한 차이가 없었지만, 여성에게 있어 주관적 건강상태는 1인가구의 오즈비가 다인가구보다 유의하게 높았으며, 스트레스 인지에서는 1인가구의 오즈비가 다인가구보다 유의하게 낮았다. 박건과 김연재(2016)의 연구는 본 연구결과를 뒷받침해주는데, 서울시 중장년 여성 1인가구 504명을 대상으로 한 설문조사에서 신체적·정신적 건강상태에 대해서는 평균적으로 보통이상의 건강상태라는 응답을 한 것이다. 또한, 1인가구의 삶 만족도 변화 추이를 확인한 서명희(2018)의 연구에서 남성보다 여성의 삶의 만족도가 비교적 높았고, 비혼 남성에 비해 비혼 여성의 삶의 만족도가 높았다는 것을 확인하였다. 또한, 남성의 경우

에만 혼인상태가 삶의 만족도에 영향을 미치는 것으로 나타나 결혼에서 오는 긍정적인 효과가 여성에 비해 남성이 더 크다는 것을 보여주었다(서명희, 2018). 반면 여성 1인가구에서 다인가구보다 주관적 건강상태의 부정적 인식과 우울, 스트레스 및 자살생각이 높게 나타난 김은경과 박숙경(2016)의 연구와는 연구결과가 상이한 결과를 보이는데, 본 연구 대상은 중년이라는 연령대의 특유한 특성이 반영된 것이라 하겠다. 이는 우리나라의 특징적인 전통적 가부장적 문화와 가족 내에서 여성이나 어머니의 희생을 당연시 여기는 문화에 기인한 것으로 추측해볼 수 있으며, 홀로 살아갈 때 오히려 정신적으로 안녕한 삶을 영위하는 우리나라 여성 중년 1인가구의 모습을 보여준다. 우리나라 중년 기 여성의 가족 스트레스 주원인은 가족 재정이나 직업적인 문제보다도 가족 구성원간의 문제가 많이 차지하였다(박진경, 2007). 통계청이 발표한 한국의 사회지표 보고서에 따르면 미혼여성이 결혼을 원하는 비율은 2010년 46.8%, 2014년 38.7%, 2018년 22.4%로 매년 낮아지고 있으며 2018년 남성 36.3%가 결혼을 원하는 것으로 답해 그 차이가 적지만은 않다. 미혼여성이 결혼을 기피하는 이유는 결혼 이후의 삶이 만족도가 높지 않을 것으로 판단하기 때문으로 풀이되며(서유진, 중앙일보, 2019), ‘골드미스’와 같은 신조어의 등장 배경이 되었다.

새로운 중년 1인가구 인구집단의 출현은 우리나라 기존의 전통적인 가족문화의 해체로 인해 발생하는 인구 위기상황으로 해석할 수도 있지만 그들 각자만의 방식으로 건강행위를 영위하며 변화하는 사회에 적응하고 있는 것이라고 볼 수 있다. 특히 사회학자 노명우는 한국 사회가 가지고 있는 집단주의에서 부정적으로 작용하는 것이 원초적 유대감이며, 이 유대감이 혼자 사는 사람에게 폭력적으로 작용할 수 있다고 하면서, 1인가구 문제에서 제일 심각하게 느낀 것은 노스텔지어적 감정을 그들에게 적용하는 것이라고 하였다(김도형, 2013). 따라서 이러한 변화를 비판적으로 바라보고 원인과 결과에 초점을 맞추기보다, 변화하는 인구구조에 따른 정책이 요구되며, 이 정책은 인구변화에 따른 근거에 기반한 연구로 구축되어야 할 것이다.

결론적으로, 본 연구는 공개 데이터인 지역사회건강조사 결과를 분석한 서술적 조사 연구로, 중년 1인가구와 다인가구 중년의 건강 행태, 주관적 건강수준 및 정신건강, 질병 이환을 4년 주기로 3개년 자료를 비교하였다는 의의가 있다. 그러나 서술적 조사 연구이기 때문에 보다 정밀한 분석결과를 얻기에는 다소 한계점이 있었다. 또한 본 연구는 4년 주기로 지역사회건강조사자료를 이용하였기 때문에 총 3개년 자료의 변수의 통일

성에 한계가 있어 '고위험 음주'와 같은 중요 변수를 비교하지 못한 아쉬움도 있었다. 그러나 지역사회건강조사 자료는 전국 시군구 보건소별로 표본 조사한 자료이므로 우리나라 전체 국민을 대표할 수 있다는 점이 의의가 있다. 이 연구를 통해 중년 1인가구의 세부 건강행태와 질병 이환을 보다 면밀히 파악하여 증가하는 중년 1인가구를 위한 보건정책에 있어 보다 상황에 맞는 정책이 구축되기를 기대한다. 또한 성별과 같이 여러 하위항목별로 다양하고 심층적인 양적, 질적 연구가 요구된다.

결론적으로 한국의 중년 1인가구의 사회적 위험 요인에 효과적으로 대응하기 위해 다음과 같은 정책방향을 제시한다.

첫째, 본 현재 우리나라의 중년층 1인가구를 대상으로 시행되는 사회보장정책은 고용 지원(근로 장려금 지원, 취업알선), 건강 및 의료지원(건강검진), 안전사고(무연사 방지 운동), 정신건강 지원(위기관리서비스) 등의 사업이 있다(이만홍 등, 2015). 이러한 정책들의 우선순위에 대해 논의하는 것은 제한된 자원을 분배하는 중요한 필수 요소이다. 본 연구에서 활용된 변수가 크게 객관적 건강행태, 주관적 건강행태로 분류되는 것을 감안할 때, 본 연구를 바탕으로 객관적 건강지표가 취약했던 중년 1인가구를 위해 건강 관리, 만성 질환 자가 관리 프로그램, 건강증진 사업과 같은 실제적 보건서비스가 삶의 질과 관련한 정신건강 지원 부분보다 선행 되어야 함을 확인할 수 있었다. 본 연구에서는 고용지원, 안전사고 등 전반적인 중년 1인가구가 마주하는 포괄적인 문제를 다루지 못하는 한계점이 있어 이에 대한 추가 연구가 필요하다.

특히, 음주나 흡연에 관련하여 보건소와 연계하여 중년 1인가구가 보다 국가에서 시행하는 다양한 보건서비스를 활용할 수 있도록 하는 것이 중요하겠다. 중년 1인가구의 시대가 도래하면서 새로이 시스템을 구축하는 것 보다 기존에 있는 서비스를 효과적으로 전달하는 것이 비용-효과적일 것이다. 중앙정부부터 지방정부, 광역시별, 지방자치단체별로 중년 1인가구와 같은 취약계층에게 보건의료 전달 서비스를 재정비하는 것이 중요할 것이다.

둘째, 효과적인 정책과 프로그램을 적합한 대상자에게 적용되기 위해서는 개인맞춤형 서비스가 적용되어야 할 것이다. 중년 1인가구이지만 각자 다른 사회경제적 환경, 결혼 지위, 건강행위, 정신건강상태 등 가장 필요한 보건의료서비스의 우선순위가 다를 수 있다는 것을 인정하고 이에 맞는 개인별 데이터베이스를 구축하여야 할 시대가 왔다. 예를 들어, 본 연구에서도 성별에 따라 주관적 건강상태의 수준이 다르게 나타났으므로,

남성 중년 1인가구에 있어서 정신건강을 증진할 수 있는 프로그램을 이용할 수 있도록 제한할 수 있다. 국가차원에서 중년 1인가구가 개별적인 보건의료서비스를 이용할 수 있도록 홍보를 강화하고 서비스의 문턱을 낮추어야 할 것이다.

셋째, 다양한 양적, 질적 연구를 통해 중년 1인가구의 특성들을 파악하는 것이 효과적인 중재 마련에 필수적이다. 마지막으로 현재 중년 1인가구의 건강행태 및 질병 이환을 지속적으로 모니터링하고 추후조사를 진행함으로써 분석을 시행함으로써 중년 1인가구에 대한 다양한 논의와 연구가 이루어지길 기대한다. 또한 중년 1인가구의 증가를 인구학적 공격현상으로만 보면서 방어하는 태세의 정책과 프로그램의 개발에만 집중하지 않고, 중년 1인가구의 좀 더 나은 삶의 질을 모색하기 위하여 한 발짝 앞서가는 미래를 준비하는 태도도 중요하겠다.

이하나는 서울대학교 보건대학원에서 보건인구학 석사학위를 받았으며, 현재 서울아산병원에서 간호사로 재직 중이다. 주요 관심분야는 보건인구학, 지역사회 취약계층간호, 인간중심 케어이다.
(E-mail: leehana0930@snu.ac.kr)

조영태는 미국 University of Texas-Austin에서 사회학 석사학위, 동 대학에서 인구학 박사학위를 받았으며 현재 서울대학교 보건대학원에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는인구와 미래, Health, Population and Development이다.
(E-mail: youngtae@snu.ac.kr)

참고문헌

- 권혁철, 김형용. (2017). 홀로 살아야 행복한, 중년 남성의 삶. 사회과학연구, 24(3), pp.267-290.
- 김도형. (2013. 12. 30.). 혼자 살아서 안됐다고 맘대로 상상하지 마세요. 한겨레.
- 김도희. (2012). 청년 1인가구 증가 요인에 따른 생활실태분석과 정부의 정책과제. 한국지방정부학회 학술발표논문집, pp.1-27.
- 김석호, 변미리, 정병은, 구서정. (2018). 인구특성별 1인가구 현황 및 정책대응 연구. 서울: 여성가족부.
- 김시월, 조향숙. (2012). 중 고령자 단독가구의 삶의 만족도와 재정, 건강, 심리 상태와의 관계. 한국FP학회, 5(3), pp.86-116.
- 김윤영. (2017). 1인가구를 위한 정책방향 연구. 인천: 인천발전연구원.
- 김은경, 박숙경. (2016). 우리나라 여성 1인가구와 다인가구 여성의 건강행태 및 질병이환율 비교: 2013년 지역사회 건강조사를 중심으로. 지역사회간호학회지, 30(3), pp.483-494.
- 김은정. (2017). 청·중년층 1인가구의 라이프스타일과 여가활동에 관한 연구. 한국외식산업학회지, 13(2), 45-60.
- 김은정. (2017). 중·장년 1인가구에 관한 소고 2017년도 한국가족자원경영학회 추계학술대회, pp.151-163.
- 김지원. (2016). 베이비붐 세대와 이전 세대의 질병에 관한 비교 연구. 석사학위논문, 고려대학교.
- 김혜영. (2014). 유동하는 한국가족: 1인가구를 중심으로. 한국사회학회지, 15(2), pp.255-292.
- 김혜영, 선보영, 진미정, 사공은희. (2007). 비혼 1인가구의 가족의식 및 생활실태 조사. 서울: 한국여성정책연구원.
- 노명우. (2013). 혼자 산다는 것에 대하여 - 고독한 사람들의 사회학. 서울: 사월의 책.
- 박건, 김연재. (2016). 서울 1인가구 여성의 삶 연구: 4050 생활실태 및 정책지원방안. 서울: 서울시여성가족재단.

- 박진경. (2017). 1인가구의 구강건강행태 및 상태에 관한 연구. 석사학위논문, 한양대학교
- 박진경. (2007). 중년기 여성의 가족 스트레스와 분노. 석사학위논문, 서울대학교
- 변미리. (2015). 도시에서 혼자 사는 것의 의미. 한국심리학회지: 문화 및 사회문제, 21(3), pp.551-573.
- 변미리, 신상영, 조권중. (2009). 1인가구, 서울을 변화시킨다. 정책리포트, 30, pp.1-18.
- 서명희. (2018). 1인 가구 삶의 만족도 예측요인: 성별, 연령별, 비혼과 유배우에 따른 비교 분석, 박사학위논문, 충북대학교
- 서유진. (2019.03.22.). “결혼은 해야하는 것” 답한 미혼여성 22.4%에 불과. 중앙일보
- 소운서. (2017). 세대별 1인가구의 생활만족도 차이 및 영향요인 분석. 석사학위논문, 고려대학교
- 윤강인, 강인선. (2016). 중고령 1인가구의 삶의 만족도에 미치는 요인 고찰: 섣의 역량접근이론을 통한 비교연구, 한국노년학회, 26(2), pp.457-473.
- 이명진, 최유성, 이상수. (2014). 1인가구의 현황과 사회적 함의에 관한 탐색적 연구. 사회과학연구, 27(1), pp.229-253.
- 이민홍, 전용호, 김영선, 강은나. (2015). 1인가구 증가에 따른 신사회적 위험대응 전략. 세종: 보건복지부, 동의대학교
- 이병호. (2014). 중장년층 1인가구의 사회활동 참여: 다인 가구와의 비교, 보건사회연구, 34(3), pp.348-373.
- 이성림, 김기욱. (2009). 우리나라 독신가구의 여가활동 소비지출패턴에 관한 연구. 소비문화연구, 12, pp.105-123.
- 이순영, 김선우. (1997). 한국인의 건강행태 유형에 관한 연구. 대한예방의학회, 31(1), pp.181-193.
- 이여봉. (2017). 1인 가구의 현황과 정책과제. 보건복지포럼, 252, pp.64-67.
- 이진숙, 이윤석. (2014). 비혼 1인가구의 사회적 관계: 여성과 남성의 교제활동 시간비교를 중심으로, 한국인구학, 37(4), pp.1-24.
- 장운정. (2015). 중년남성 1인가구주의 사회자본 형성과정 경험에 관한 연구. 가족과 문화, 27(3), pp.67-100.
- 전종덕. (2012). 도시와 농촌지역의 노인의 건강행태 및 건강수준 비교. 석사학위논문, 조선대학교

- 차미란. (2015). 서울시 거주 1인가구와 다인가구의 주관적 건강수준의 차이. 석사학위논문, 서울대학교.
- 최현승. (2005). 중년기 독신세대의 생활실태 및 노후준비대책. 석사학위논문, 경희대학교.
- 통계청. (2005). 인구총조사. 서울: 동 기관.
- 통계청. (2015). 인구총조사. 서울: 동 기관.
- 통계청. (2016). 인구총조사. 서울: 동 기관.
- 통계청. (2017). 인구총조사. 서울: 동 기관.
- 보건복지부. (2016). 지역사회건강조사 2016년 원시자료 이용지침서.
<https://chs.cdc.go.kr/chs/mnl/mnlBoardMain.do>에서 2018. 1. 3. 인출.
- Erikson, E. H. (1978). *Adulthood*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1982). *The Life Cycle Completed: a review*, New York: Norton.
- Lee, Young-Ran, Kim, Myung-Ja. (2009). A Transition Health habits and Self-fated Health Status of Women Aged in Early Adulthood, *Journal of Korean Public Health Nursing* 23(2), pp.199-206
- Ware, J. E. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *J Chronic Disease* 40(6), pp.473-480.

Comparison of Health Behaviors, Disease Prevalence between Middle Aged One-Person Households and Multi-Member Households in South Korea

Lee, Hana

(Seoul National University)

Cho, Young-Tae

(Seoul National University)

The main purpose of this study was to compare health behaviors and disease prevalence between middle-aged one-person households and multi-member households in South Korea. This study used the 2008, 2012, 2016 data from the Korean Community Health Survey (KCHS). A total of 249,416 people aged 40-59 were included in this study. The data was analyzed by using method for complex samples for each year. Descriptive statistics and Chi-square test were used to compare socio-demographic characteristics, perceived health (subjective health status and mental health), health behaviors and disease prevalence between middle-aged one-person households and multi-member households. Logistic regression was applied with sample weights and performed in order to compare health status such as health behavior, perceived health and disease prevalence of two groups. The odds ratios (ORs) of health behavior of middle-aged one-person households which showed 1.44 (1.19-1.74) in 2008, 1.33 (1.11-1.59) in 2012, 1.40 (1.22-1.59) in 2016 for the smoking, significantly higher in total years when compared to multi-member households. The ORs for the drinking were significantly higher for middle-aged one-person households—1.43 (1.27-1.62) in 2008, 1.32 (1.17-1.50) in 2012, 1.41 (1.24-1.60) in 2016—than for multi-member households. The findings from this study can be used as essential information for establishing preventive policies for middle-aged one-person households.

Keywords: One-Person Household, Middle Aged One-Person Household, Health Behaviors, Disease Prevalence, Korean Community Health Survey