

1인가구와 다인가구의 건강행태 및 정신건강 비교 : 국민건강영양조사 자료분석(2013, 2015, 2017)

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)

신미아*(군장대학교)

Shin, Mi-Ah(*Kunjang University*)

요약

본 연구는 1인가구와 다인가구의 건강행태 및 정신건강의 차이를 비교하기 위한 것이다. 2013, 2015, 2017년 국민건강영양조사에 참여한 19세 이상의 성인 18,576명을 대상으로 하였다. 자료 분석은 복합표본설계에 의해 Rao-Scott χ^2 -test를 실시하였다. 그 결과 1인가구는 10.5%, 다인가구는 89.5%이었다. 인구사회학적 특성에서 연령, 결혼상태, 교육수준, 경제활동, 소득수준, 주택소유 유무에서 유의한 차이가 있었다. 즉, 1인가구가 다인가구보다 70세 이상, 미혼, 초졸 이하, 비취업자, 저소득 가구, 무주택자가 더 많았다. 건강행태에서는 1인가구가 다인가구보다 흡연, 음주를 더 하였으며 주관적 건강상태와 건강검진 수진은 더 낮았다. 정신건강에서는 1인가구가 다인가구보다 불충분한 수면시간, 우울, 자살생각이 더 높았으며 정신문제 상담도 더 많이 하는 것으로 나타났다.

Abstract

This purpose of this study was to investigate the difference on health behavior and mental health between one person and multi-person households. The data of 18,576 persons over 19 years old who participated in the National Health and Nutrition Survey from 2013, 2015, 2017 were used for the final analysis. The data were analyzed using Rao-Scott χ^2 -test considering complex samples analysis. As a result, the rate of one person households was 10.5% and multi-person households was 89.5%. There were significant differences of age, marital status, education, employment status, household income, and ownership of the house in sociodemographic characteristics. Namely, 70 and older, unmarried status, graduation from elementary school, unemployed status, low-income household, and houseless people in one person households were higher than multi-person households. The smoking, drinking in health behavior of one person households were higher than multi-person households and perceived health status, medical checkup were lower than multi-person households. The insufficient sleeping hours, depression, suicidal ideation, and psychological counselling in mental health of one person households were higher than multi-person households.

Key words: one person households, multi-person households, health behavior, mental health

* psini1@daum.net

I. 서론

1인가구는 혼자서 살림하며 1인이 독립적으로 취사, 취침 등의 생계를 유지하는 가구를 말한다(통계청, 2018). 2015년 OECD 1인가구 구성비가 평균 30.7%이었고, 우리나라는 1인가구가 2015년 27.2%에서 2017년 28.6%, 2035년 34.6%, 2045년 36.3%로 급격하게 증가할 것으로 전망되고 있다(정인, 강서진, 2019; 통계청, 2017).

우리나라 가구형태는 2000년 4인가구가 31.1%로 가장 보편화된 가구 유형이었으나 2015년에는 1인가구가 27.2%로 가장 많았고, 2인가구 26.1%, 3인가구 21.5%, 4인가구 18.8% 등으로 가구형태가 급격하게 변화하고 있다. 최근 5년간 연평균 가구 증가율도 1인가구 5.1%, 2인가구 3.8%, 3인가구 2.2% 순으로 증가한 반면 4인 이상 가구에서는 가구 증가율이 감소하고 있다. 평균 가구원 수도 2000년 3.12명에서 2015년 2.53명, 2035년 2.22명, 2045년 2.10명으로 점점 감소하는 추세이다(통계청, 2017). 즉, 우리나라 가구형태는 1인가구 형태의 증가와 2인 이상의 다인가구 형태의 감소가 특징적으로 나타나는 가구원의 변화양상을 볼 수 있다.

이러한 1인가구의 증가는 도시화, 개인적 삶에 대한 열망, 여성의 교육수준 향상과 성 평등 인식 확대(박미선, 이재춘, 2018), 이혼과 사별로 인한 단독가구 증가(하정화, 김현희, 박진아, 2014)로 나타나고 있다. 최근에는 초혼연령 증가로 미혼이 2000년 10.1%에서 2018년 17.0%, 2045년에는 24.9%로 미혼 독신 가구 증가도 1인가구 증가에 크게 기여를 하고 있는 상황이다(통계청, 2017). 또한, 고령화로 인한 노인 1인가구도 두드러지게 증가하고 있는데(하정화 등, 2014) 고령화 현상으로 2045년에는 1인가구 중 50대 이상이 약 70%(정인, 강서진, 2019), 65세 이상의 비율이 34.9%를 상회할 것을 전망하고 있다(통계청, 2017). 이렇듯 다양한 원인으로 증가되는 1인가구의 변화현상은 앞으로도 일반적인 가계의 형태로 자리 잡아 갈 것으로 전망되고 있다.

변화되는 가구형태는 개인의 삶에도 중요한 영향을 미치고 있다. 1인가구가 증가하면서 생활양식이 변화되고 이로 인해 건강에 영향을 주면서(탁영진 등, 2013) 여러 가지 사회·심리적인 문제 및 다양한 건강문제가 대두되고 있다.

건강행태에 있어서도 1인가구는 다인가구에 비해 부정적인 건강행태를 보이고 있다. 다인가구에 비해 흡연과 과음, 불충분한 수면시간의 비율이 높고(하지경, 이성림, 2017) 일부 연령층에서는 신체 활동 실천율이 낮고 심리상태 또한 좋지 않으며(남소영, 2016) 건강을 향상시키기 위한 건강행태 실천율도 낮은 편이다(하지경, 이성림, 2017). 1인가구의 20~30대의 경우 불규칙한 식사 등으로 건강관리에 소홀하고(하정화 등, 2014), 다인가구에 비해 건강관리가 미흡하며(하지경, 이성림, 2017), 식사횟수가 적고, 만성질환, 질병의 어려움이 높은 것으로 나타나(정성배, 배지연, 2017) 1인가구는 전반적으로 다인가구에 비해 건강행태나 건강관리에 있어 취약한 편이다.

신체적 문제는 주관적으로 인지하는 건강상태에 영향을 주기도 한다. 주관적 건강상태는 개인의 주관적 평가로 측정된 지표로 의학적으로 측정이 불가능한 건강상태에 대해 개인적인 견해를 보여줌으로써 자신의 신체, 생리, 심리 및 사회적인 측면에 대해 포괄적으로 평가를 내리는 것을 말한다(John, 1987). 즉, 자신의 전반적 건강상태에 대한 개인의 평가 및 인식을 의미한다(Ling, 1986). 건강상태는 전통적으로 기대수명이나 유병률과 같은 객관적 지표를 통해 측정되어 왔으나, 최근에는 의학적 진단 여부와는 별개로 개인이 느끼는 신체적, 정신적 상태도 개인의 건강상태를 보여주는 중요한 기준으로 제시되고 있다(국가지표체계, 2019). 객관적 건강상태보다 주관적으로 느끼는 건강이 삶의 질에 영향을 주는 중요한 변인이 될 수 있다(하지경, 이성림, 2017).

선행연구에 의하면 1인가구는 다인가구에 비해 주관적 건강상태가 좋지 않은 편이다(하지경, 이성림, 2017). 특히, 30-64세 1인가구(남소영, 2016), 50-64세의 1인가구에서 주관적 건강수준이 낮으며

(차미란, 2015), 청년기에 비해 중년기, 노년기에 주관적 건강상태가 더 낮다(하지경, 이성림, 2017).

이러한 주관적 건강상태는 정신건강의 지표인 우울함에 영향을 미치는데 주관적 건강상태가 나빠수록 우울감 경험률이 높으며(이명선, 송현중, 김보영, 2018), 우울함에 유의미한 영향을 미치는 강력한 요인으로 작용하고 있다(임유진, 박미현, 2018). 특히 1인가구 중년의 주관적 건강상태는 우울에 영향을 미치는 주요한 요인으로 제시되고 있는데(강은나, 김혜진, 김영선, 2017), 동년배에 비해 건강상태가 좋지 않을 경우 우울감이 증가 된다(최유정, 이명진, 최섯별, 2016).

우울은 심리학적 개념으로 슬픔이라는 감정에서 시작되는 다양한 형태의 기분장애로 행동적 증상, 인지적 증상, 사회적 증상, 생물학적인 증상들이 다양하게 나타난다. 행동적 증상은 불안, 행동 둔화, 자살 시도, 일반적인 억제, 울음, 언어 장애, 중독, 절망과 슬픔의 얼굴 증상, 자기공격, 부정적 언어, 불평, 산만한 외모, 자기공격으로 나타나며, 인지적 증상은 자신, 미래, 환경에 대한 부정적인 평가로 나타난다. 또한, 사회적 증상은 다른 사람에 대한 의존성 증가, 사회적 상호작용의 회피양상을 보이며, 생물학적 증상은 체중 증가 혹은 감소, 불면증 또는 수면과다증, 피로, 에너지 소실, 식욕과 성기능 변화, 신체 불편감, 무기력, 근육통, 관절통, 안절부절 등의 증상을 보인다(Bernard, 2018). 이러한 우울은 1인가구와 관련성이 매우 높기 때문에(이명선 등, 2018) 최근 1인가구가 증가하면서 심리·정서상태를 파악할 수 있는 정신건강의 중요한 측면인 우울에 많은 관심을 기울이고 있다.

연령이 증가할수록 1인가구로 살게 될 경우 우울이 높게 나타나는 것으로 보고되고 있다(정성배, 배지연, 2017; 최유정 등, 2017). 1인가구 노인은 사회활동 횟수, 이웃과 가족 교류 및 월수입이 적을수록 우울이 높았으며 가구소득이 낮을수록 우울감도 높았으며(박보영, 권호장, 하미나, 범은애, 2016), 미혼인 1인가구보다 이혼이나 별거로 인한 중·고령 1인가구가 우울을 더 심하게 경험한다(강은나 등, 2017). 또한, 1인가구의 건강상태가 나빠

수록, 가구 소득이 낮을수록, 남성에 비해 여성이 우울 수준이 높았으며(최유정 등, 2017), 다인가구에 비해 흡연, 운동 미실천, 6시간미만의 수면인 경우 우울을 경험할 확률이 높다(이명선 등, 2018). 이러한 선행결과들을 볼 때, 1인가구가 다인가구에 비해 여러 요인들의 영향으로 우울정도를 심하게 경험하고 있는 것을 알 수 있다(김화진, 김경신, 2015; 이명선 등, 2017; 최유정 등, 2016).

이러한 우울은 전 연령층에서 자살생각과 관련성이 높으며 자살자의 60%이상에서 볼 수 있는 중요한 요인이다(전현규, 심재문, 이진창, 2015). 자살생각은 자살 혹은 자해에 대한 생각을 의미하는데 자살계획, 자살시도를 거쳐 자살로 이어질 수 있다(Harwood, Jacoby, 2000).

자살생각은 40~50대 연령, 무직, 낮은 소득, 낮은 주관적 경제수준, 의료보장형태의 의료급여집단, 생활만족도가 나쁜 집단, 가족 및 친구와 고립된 집단, 흡연, 음주, 질병, 정신질환, 낮은 주관적 건강상태, 기혼자에 비해 미혼자가 자살생각의 위험성이 높으며(전현규 등, 2015) 빈곤상태, 학력이 낮을수록 높고(박보영 등, 2016), 모든 연령층에서 남성보다 여성이 자살생각이 크게 나타난다(전현규 등, 2015). 가구형태도 영향을 미치는데 1인가구가 다인가구에 비해 자살생각 등의 정서적 불안정이 높으며 1인가구의 우울수준이 높을수록, 주관적 건강상태가 낮을수록 자살생각에 많은 영향을 미친다(김화진, 김경신, 2015). 즉, 자살생각은 독거상태, 우울, 결혼상태, 빈곤상태, 흡연, 음주, 주관적 건강상태 등이 영향을 미치고 있다.

이상의 내용을 볼 때, 많은 국내·외 연구 결과, 1인가구는 다인가구에 비해 건강행태나 주관적 건강상태가 좋지 못하고 우울과 자살생각 등의 정신건강이 좋지 못함을 확인할 수 있었다.

19세 이상은 스스로 독립이 가능하고 대학 입학과 더불어 잠재적인 1인가구 증가에 기여하는 연령층이다. 특히, 여학생의 경우 앞으로 1인가구 선택의향이 높은 대상이다(홍영운, 박인선, 주영애, 2018). 따라서 본 연구는 19세 이상의 연령층을 대상으로 1인가구와 다인가구의 건강행태와 정신건강

의 차이를 비교 및 분석하여 점점 증가하는 1인가구의 정신건강을 증진시키기 위한 기초자료를 제공하는데 그 목적이 있다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 19세 이상 성인의 1인가구와 다인가구의 인구사회학적 특성, 건강행태 및 정신건강의 차이를 비교하기 위하여 2013, 2015, 2017년에 진행된 국민건강영양조사의 원시자료를 이용한 2차 자료 분석연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상자는 자살생각 응답항목이 포함되었던 2013년, 2015년, 2017년 국민건강영양조사 응답에 참여한 19세 이상이다. 3개 년도에 참여한 23,525명 중 독립이 가능한 만 19세 이상 18,576명을 연구대상자로 선정하였다. 본 연구는 국민건강증진법 제 16조, 통계법 제 17조에 근거하여 실시된 2013년, 2015년, 2017년 국민건강영양조사(Korean National Health and Nutrition Examination Survey)의 원시자료를 사용하였다. 2013년 국민건강영양조사는 질병관리본부 연구윤리심의위원회 승인[승인번호 2013-07CON-03-4C]를 받아 수행되었고, 2015년, 2017년 국민건강영양조사는 생명윤리법 제2조 제1호 및 동법 시행규칙 제2조 제2항 제1호에 따라 연구윤리심의위원회 심의를 받지 않고 1월부터 12월까지 수행되었다. 국민건강영양조사의 표본 추출 틀은 표본설계시점에서 가장 최근 시점의 인구주택 총 조사 자료를 사용하였고 이를 통해 목표 모집단인 대한민국에 거주하는 만 1세 이상 국민에 대하여 대표성 있는 표본을 추출할 수 있도록 하였다. 자료는 시·도·동·읍면, 주택유형(일반주택, 아파트)을 기준으로 추출

틀을 층화하고, 주거면적 비율, 가구주 학력 비율 등을 내재적 층화 기준으로 사용하였다. 조사구는 연간 192개로 표본 조사구 내에서 양로원, 군대, 교도소 등의 시설 및 외국인 가구 등을 제외한 적절 가구 중 계통추출법을 이용하여 표본가구를 선정하였다. 2013, 2015년도에도 각 20개 표본가구를 선정하였고 2017년도에는 가구원수 감소 및 참여율 하락으로 약 1만 명의 조사 대상자를 유지하기 위하여 기존 20개 표본가구에서 23개 표본가구로 상향 조절하여 선정하였다. 국민건강영양조사는 건강 설문조사, 검진조사, 영양조사를 통해 조사 자료를 수집하고 있으며 본 연구에서는 가구조사, 교육, 경제활동, 건강행태조사, 정신건강에 대한 일부 자료를 이용하였다. 본 연구를 위해 통계자료 이용자 준수사항 이행 서약서 및 보안서약서 서명 및 제출을 통해 질병관리본부로부터 승인을 받아 원시자료를 취득하였다(질병관리본부, 2013; 2015; 2017).

본 연구에서는 **가구원 수를 1명이라고 응답한 1인가구대상자와 가구원 수를 2명이상으로 응답한 다인가구 대상자를 구분하여 변수를 생성하였다.**

3. 연구도구

1) 인구사회학적 특성

대상자의 인구사회학적 특성을 파악하기 위해 사용된 변수는 **성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 경제활동, 소득수준, 주택소유**이었다. 성별은 남성과 여성으로, 연령은 19~29세, 30~39세, 40~49세, 50~59세, 60~69세, 70세 이상으로 분류하였다. 교육은 초졸 이하, 중졸, 고졸, 대졸이상으로 분류하였는데 졸업은 현 학력으로 수료, 중퇴, 재학으로 하였고 휴학은 이전 학력으로 분류하였다. 결혼 상태는 기혼과 미혼으로, 경제활동 상태는 취업자와 비취업자(실업자, 비경제활동자)로 분류하였다. 소득수준(가구)은 월평균 가구 균등화 소득에 따라 하, 중하, 중상, 상으로 구분하였다. 주택소유는 1채 이상 있는 경우'예', 소유 하지 않은 경우'아니오'로 분류하였다(질병관리본부, 2013; 2015; 2017).

2) 건강행태

건강행태 변수는 국민건강영양조사의 건강행태 항목 중 현재 흡연여부, 음주여부(월간), 걷기 실천, 주관적 건강상태, 건강검진 수진을 포함시켰다. 현재 흡연율은 비흡연(과거 흡연), 현재 흡연으로 하였으며 음주여부는 음주(최근 1년간 월1잔 이상 음주)와 비음주(최근 1년간 월1잔 미만, 평생 비음주)로 분류하였다. 걷기 실천은 1주일간 5일 이상은 '예', 4일 이하는 '아니오'로 분류하였다. 주관적 건강상태는 매우 좋음과 좋음은 '좋음'으로 보통은 '보통', 나쁨과 매우 나쁨은 '나쁨'으로 분류하였다. 건강검진 수진은 최근 2년 동안 건강검진을 받았는지 여부를 '예'와 '아니오'로 분류하였다(질병관리본부, 2013; 2015; 2017).

3) 정신건강

정신건강 변수는 국민건강영양조사의 정신건강 항목 중 수면시간, 스트레스 인지 정도, 우울감(2주 이상), 자살생각(1년간), 정신문제 상담(1년간)을 포함시켰다. 수면 시간은 청소년기와 성인을 7-9시간, 노인은 7-8시간으로 권장 수면시간으로 제시하고 있음을 근거로(Hirshkowitz et al, 2015), 본 연구에서는 청소년, 성인 및 노인이 모두 포함되기 때문에 7시간을 기준으로 7시간 미만과 7시간 이상으로 변수를 생성하였다. 스트레스 인지는 적은 편과 많은 편으로, 2주 이상 우울감은 '예'와 '아니오'로 분류하였다. 1년 동안 심각하게 자살생각을 했는지를 '예'와 '아니오'로 1년 동안 정신문제 상담여부도 '예'와 '아니오'로 분류하였다(질병관리본부, 2013; 2015; 2017).

4. 연구분석

본 연구의 자료는 SPSS 25.0 프로그램을 이용하였고 유의수준은 .05로 하였다. 국민건강영양조사 자료가 우리나라 전체를 대표하도록 가중치, 층화변수, 집락변수를 고려한 복합표본 분석을 이용하여 분석하였다. 가중치는 표본 추출률을 반영한 설계가중치 계산, 무응답률 조정, 사후 층화, 극단 가

중치 처리 단계를 거쳐 최종 산출되었다. 층화변수는 표본설계층 일부를 통합한 분산추정층으로, 집락변수는 1차 추출단위인 조사구를 사용하였다. 대상자의 1인가구와 다인가구의 인구 사회적 특성, 건강행태 및 정신건강의 차이는 Rao-Scott χ^2 -test를 이용하여 분석하였다.

III. 연구결과

본 연구는 1인가구와 다인가구를 대상으로 인구 사회학적 특성, 건강행태 및 정신건강의 차이를 비교하고 1인가구의 정신건강 증진을 위한 기초자료를 제공하는데 그 목적이 있다. 연구결과는 다음과 같다.

1. 1인가구와 다인가구의 인구사회학적 특성

1인가구와 다인가구의 인구사회학적 특성은 <Table 1>과 같다. 본 연구의 대상자는 2013, 2015, 2017년 3개년도 대상자 23,525명 중 19세 이상 성인 18,576명 이었다. 이 중, 1인가구는 10.5%(1,951명), 다인가구는 89.5%(16,611명)로 나타났다. 성별에서 남성의 1인가구는 48.0%, 여성의 1인가구는 52.0%이었으며, 남성의 다인가구는 49.8%, 여성의 다인가구는 50.2%로 나타났다($\chi^2=1.014$, $p=.314$). 연령에서 1인가구는 70세 이상 29.4%, 19-29세 15.6%, 60-69세 15.2%, 50-59세 15.0%, 30-39세 13.6%, 40-49세 11.2% 순이었으며, 다인가구는 40-49세 21.7%, 50-59세 20.1%, 30-39세 19.2%, 19-29세 18.4%, 60-69세 11.6%, 70세 이상이 9.0%순으로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=68.607$, $p<.001$). 결혼 상태에서 1인가구는 기혼 61.5%, 미혼 38.5%이었고 다인가구는 기혼 78.9%, 미혼 21.1%로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=74.511$, $p<.001$). 교육에서 1인가구는 초졸 이하 34.2%, 대졸이상 28.7%, 고졸 26.5%,

Table 1. Difference in Sociodemographic Characteristics between One and Multi-person Households (N=18,576)

Characteristics	Division	Total n ¹ (% ²)	Household types		Rao-Scott χ^2	P
			One-person(n ¹ / ²)	Multi-person(n ¹ / ²)		
			1,951(10.5)	16,611(89.5)		
Gender	Male	7,685(49.6)	716(48.0)	6,969(49.8)	1.014	.314
	Female	9,919(50.4)	1,235(52.0)	8,684(50.2)		
Age group	19-29	2,149(18.2)	153(15.6)	1,996(18.4)	68.607	.000***
	30-39	2,707(18.7)	150(13.6)	2,557(19.2)		
	40-49	3,260(20.7)	152(11.2)	3,108(21.7)		
	50-59	3,474(19.6)	278(15.0)	3,196(20.1)		
	60-69	3,028(11.9)	420(15.2)	2,608(11.6)		
	≥70	2,986(10.9)	798(29.4)	2,188(9.0)		
Marital status	Married	14,784(77.4)	1,501(61.5)	13,283(78.9)	74.511	.000***
	Unmarried	2,819(22.6)	450(38.5)	2,369(21.1)		
Education	≤Elementary school	3,708(16.3)	869(34.2)	2,39(14.4)	67.434	.000***
	Middle school	1,686(8.9)	200(10.6)	1,486(8.7)		
	High school	5,360(36.3)	393(26.5)	4,967(37.3)		
	≥College	5,499(38.6)	349(28.7)	5,150(39.6)		
Employment status	Employed	9,633(63.2)	826(54.7)	8,807(64.1)	26.618	.000***
	Unemployed	6,635(36.8)	989(45.3)	5,646(35.9)		
Household income	Low	3,503(16.0)	1,039(44.7)	2,464(13.2)	190.247	.000***
	Moderate low	4,376(24.2)	430(21.5)	3,946(24.5)		
	Moderate upper	4,658(29.1)	255(18.5)	4,403(30.1)		
	Upper	4,968(30.7)	213(15.3)	4,755(32.2)		
Ownership of the house	Yes	12,101(66.8)	728(31.5)	11,373(70.2)	508.487	.000***
	No	5,500(33.2)	1,223(68.5)	4,277(29.8)		

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ n¹=Unweighted population, %²=Weighted ratio

The difference between total N and in the table is due to missing value

중졸 10.6%순 이었고 다인가구는 대졸이상 39.6%, 고졸 37.3%, 초졸 이하 14.4%, 중졸 8.7% 순으로 나타나 유의한 차이가 있었다($\chi^2=67.434$, $p<.001$). 경제활동에서 1인가구의 취업자는 54.7%, 비취업자 45.3%이었고 다인가구의 취업자는 64.1%, 비취업자 35.9%로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=26.618$, $p<.001$). 가구원 소득수준에서 1인가구는 하 44.7%, 중하 21.5%, 중상 18.5%, 상 15.3%이었고 다인가구는 상 32.2%, 중상 30.1%, 중하 24.5%, 하 13.2%순으로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=190.247$, $p<.001$). 주택소유 여부에서 1인가구의 주택 소유는 31.5%, 무주택 68.5%이었고 다인가구의 주택소유는 70.2%, 무

주택은 29.8%로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=508.487$, $p<.001$).

2. 1인가구와 다인가구의 건강행태 비교

1인가구와 다인가구의 건강행태는 <Table 2>와 같다. 흡연여부에서 1인가구의 흡연은 27.9%, 비흡연은 72.1%이었고 다인가구의 흡연은 21.3%, 비흡연은 78.7%로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=21.976$, $p<.001$). 월간 음주에서 1인가구의 음주 55.2%, 비음주 44.8%이었고 다인가구의 음주는 54.8%, 비음주는 45.2%로 유의한 차이가

Table 2. Difference in Health Behavior between One and Multi-person Households

(N=18,576)

Characteristics	Division	Total n ¹ (%)	Household types		Rao-Scott χ^2	p
			One-person(n ¹ /%)	Multi-person(n ¹ /%)		
			1,951(10.5)	16,611(89.5)		
Smoking rate(present)	Yes	3,074(21.9)	402(27.9)	2,672(21.3)	21.976	.000***
	No	13,783(78.1)	1,470(72.1)	12,313(78.7)		
Drinking (monthly)	Yes	9,068(58.7)	1,035(55.2)	8,228(54.8)	8.138	.005**
	No	7,812(41.3)	840(44.8)	6,777(45.2)		
Walking activity	Yes	7,109(45.2)	754(44.6)	6,355(45.3)	.160	.689
	No	9,113(54.8)	1,052(55.4)	8,061(54.7)		
Perceived health status	Good	4,726(30.7)	386(23.2)	4,340(31.5)	69.897	.000***
	Average	8,388(51.6)	828(46.9)	7,560(52.1)		
	Bad	3,233(17.7)	613(29.9)	2,620(16.4)		
Medical checkup	Yes	10,708(63.5)	1,101(59.4)	9,607(63.9)	9.234	.002**
	No	5,588(36.5)	718(40.6)	4,870(36.1)		

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ n¹=Unweighted population, %²=Weighted ratio

The difference between total N and in the table is due to missing value

있었다($\chi^2=8.138$, $p=.005$). 걷기 실천에서 1인가구 실천은 44.6%, 미 실천은 55.4%, 다인가구 실천은 45.3%이었고 미 실천은 54.7%로 나타났다($\chi^2=.160$, $p=.689$). 주관적 건강상태에서 1인가구의 주관적 건강상태는 '보통' 46.9%, '나쁨' 29.9%, ' 좋음' 23.2% 순이었고, 다인가구는 '보통' 52.1%, ' 좋음' 31.5%, '나쁨' 16.4% 순으로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=69.897$, $p<.001$). 건강검진에서 1인가구 수진은 59.4%, 미 수진 40.6%이었고, 다인가구 수진은 63.9%, 미수진 36.1%로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=9.234$, $p=.002$).

3. 1인가구와 다인가구의 정신건강 비교

1인가구와 다인가구의 정신건강은 <Table 3>과 같다. 수면에서 1인가구는 7시간미만이 45.5%, 7시간 이상이 54.5% 이었고, 다인가구는 7시간미만 40.7%, 7시간 이상 59.3%로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=10.386$, $p=.001$). 스트레스 인지정도에서 1인가구는 적은 편 71.0%, 많은 편 29.0%이었고, 다인가구는 적은 편 72.4%, 많은

편 27.6%로 나타났다($\chi^2=1.266$, $p=.261$). 2주 이상 우울감 여부에서 1인가구는 우울감이 있는 경우가 19.1%, 없는 경우가 80.9%이었으며 다인가구는 우울감이 있는 경우가 11.2%, 없는 경우가 88.8%로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=70.817$, $p<.001$). 1년간 자살생각 여부에서 1인가구의 자살생각은 9.6%가 있었고 90.4%가 없었으며 다인가구의 자살생각은 4.3%가 있었고, 없는 경우가 95.7%로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=84.787$, $p<.001$). 1년간 정신문제 상담 여부에서 1인가구의 정신문제 상담은 '예'가 5.3% '아니오'가 94.7% 이었으며 다인가구의 정신문제 상담은 '예'가 2.8%, '아니오'가 97.2%로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=22.080$, $p<.001$).

IV. 논 의

본 연구는 1인가구와 다인가구의 인구사회학적 특성, 건강행태 및 정신건강의 차이를 파악하고자 시도된 연구로 우울, 자살생각 등의 정신건강 항목

Table 3. Difference in Mental Health between One and Multi-person Households

(N=18,576)

Characteristics	Division	Total n ¹ (% ²)	Household types		Rao-Scott χ^2	P
			One-person(n ¹ / ²) 1,951(10.5)	Multi-person(n ¹ / ²) 16,611(89.5)		
Sleeping hours	<7	6,977(41.1)	861(45.5)	6,116(40.7)	10.386	.001**
	≥7	9,560(58.9)	957(54.5)	8,603(59.3)		
Perceived stress level	Little	12,494(72.4)	1,363(71.0)	12,494(72.4)	1.266	.261
	Much	4,356(27.6)	508(29.0)	4,356(27.6)		
Depression(more than two weeks)	Yes	2,138(11.9)	409(19.1)	1,729(11.2)	70.817	.000***
	No	14,716(88.1)	1,461(80.9)	13,255(88.8)		
Suicidal ideation (one year)	Yes	881(4.8)	205(9.6)	676(4.3)	84.787	.000***
	No	15,977(95.2)	1,667(90.4)	14,310(95.7)		
Psychological counselling (one year)	Yes	407(3.1)	83(5.3)	324(2.8)	22.080	.000***
	No	11,731(96.9)	1,398(94.7)	10,333(97.2)		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ n¹=Unweighted population, %²=Weighted ratio

The difference between total N and in the table is due to missing value

이 포함된 국민건강영양조사의 2013년, 2015년, 2017년의 원시자료를 활용하였다. 국민건강영양조사에 참여한 대상자 중 독립적인 생활이 가능한 19세 이상의 성인 18,576명을 대상으로 1인가구와 다인가구의 인구사회학적 특성, 건강행태 및 정신건강 차이를 비교 및 분석하였다. 이를 통해 1인가구와 관련된 위험요인 및 발생될 수 있는 건강문제를 예측하여 1인가구의 정신건강 증진을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

주 결과를 논의하면 다음과 같다. 본 연구 대상자 18,576명 중 1인가구는 10.5%로 나타났다. 2005년부터 2013년 국민건강영양조사에 참여한 19세 이상 대상자 중 6.8%가 1인가구로 보고한 결과(남소영, 2016)보다는 다소 높게 나타났고, 통계청이 발표한 2015년 1인가구 27.2%, 2016년 27.9% 보다는 낮은 편으로(통계청, 2017) 다소 차이가 있었다. 이러한 결과는 국민건강영양조사의 이동검진센터 및 방문조사 방법의 한계로 인해 통계청이 발표한 추정결과와 1인가구 응답률의 차이가 보이는 것으로 추정한다. 따라서 앞으로 전 국민을 대상으로 하는 조사에서는 접근이 용이하고 솔직한 답변을 기대할 수 있는 조사 방법을 선택하는 것이 결과의 오

차를 감소시키는 방법으로 사료된다. 그럼에도 불구하고 본 결과는 1인가구의 증가추세를 확인할 수는 의미 있는 자료라고 사료된다.

1인가구와 다인가구의 인구사회학적 특성의 차이에서 연령, 교육수준, 결혼상태, 경제활동, 소득수준, 주택 소유에서 유의한 차이가 있었으나 성별에서는 유의한 차이가 없었다. 먼저 연령 그룹을 보면, 1인 가구에서는 70세 이상이 29.4%로 가장 높은 비율임에 비해 다인가구는 70세 이상이 9.0%로 다인가구 그룹에서 가장 낮았다. 이는 연령을 청년기, 중년기, 노년기로 나누어 분석한 결과에서도 1인가구의 노인집단이 다인가구보다 매우 높으며(하지경, 이성립, 2017), 1인가구 거주자가 다인 거주자보다 연령이 높게 나타났다는 선행결과(최유정 등, 2016)와도 동일하였다. 연령이 증가할수록 자녀의 독립, 사별, 이혼 등의 발달단계 특성으로 인해 1인가구가 증가하고 더불어 평균수명 증가로 인해 1인가구의 고 연령층 추세를 파악할 수 있는 결과로 본다. 따라서 이러한 1인가구의 고연령 문제는 건강유지 및 증진을 위한 사회적 및 의료적인 지원 대책과 삶의 질 향상을 위한 복지대책이 적극적으로 필요함을 시사 한다고 볼 수 있다.

결혼 상태에서는 1인가구가 다인가구보다 미혼의 비율이 높게 나타났는데, 이는 1인가구가 비 1인가구보다 미혼의 비율이 더 높았다는 결과(하지경, 이성림, 2017)와 동일하였다. 또한, 2019년 한국의 1인가구 보고서에 의하면 남녀 모두 만혼 경향으로 인해 미혼율이 높아지고 있고 여성의 경우 20대 후반에서 30대 초반의 미혼율이 집중적으로 증가하고 있는 반면, 남성 1인가구의 미혼의 다수는 30-40대로 보고되고 있다. 특히, 1인가구의 결혼 의향에서 여성의 결혼 의향이 남성보다 낮으나 20대는 남성이 여성보다 결혼 의향이 낮은 상태이며 1인가구의 절반 이상이 1인 생활 지속 의향이 있으며 향후 10년 이상 혼자 살게 될 것이라고 응답하는 높아지고 있다(정인, 강서진, 2019). 이러한 결과는 미혼의 증가로 인한 1인가구 증가 양상을 알아볼 수 있는 의미 있는 결과로 볼 수 있다. 미혼의 증가는 잠재적인 1인가구 증가 추세를 전망할 수 있기 때문에 청년기부터 미혼에 대한 인식 및 대책이 필요하다고 사료된다.

교육수준에서는 1인가구의 경우 초졸 이하가 가장 높은 반면, 다인가구에서는 대졸이상이 가장 높게 나타났다. 이는 1인가구의 교육수준이 다인가구보다 낮다는 결과(최유정 등, 2016)와 초졸 이하가 1인가구에서 가장 높게 나온 결과와(하지경, 이성림, 2017) 매우 동일하였다. 이는 앞서 기술한 본 연구결과에서 1인가구의 가장 높은 비율이 70세 이상인 결과와 연관되어 나타난 결과로 추정된다. 즉, 우리나라 노인을 대상으로 한 연구에서 연령이 높을수록 교육수준이 낮다고 보고한 결과(김홍근, 김용숙, 김태유, 2011)와도 일맥상통한다고 볼 수 있다.

경제활동 상태에서는 1인가구의 비 취업자가 다인가구의 비취업자보다 높게 나타났는데, 1인가구와 다인가구를 대상으로 비교한 선행 결과와 동일하게 나타났다(최유정 등, 2016). 가구원 소득수준에서는 1인가구가 '하'수준이 가장 높은 반면, 다인가구에서는 소득수준이 '상'이 가장 높았다. 이는 1인가구가 가구 소득이 낮다는 결과와(최유정 등, 2016) 동일하였다. 주택소유 유무에서도 1인가구의

무주택이 다인가구의 무주택보다 높게 나타났다. 2018년 국토연구원 자료에 의하면 1인가구는 주로 보증금 있는 월세 거주가 많고, 단독주택에 많이 거주하며 주거안정성이 낮은 편이라고 보고하였는데(박미선, 이재춘, 2018) 이 내용과 유사함을 확인할 수 있었다. 이러한 제반적인 결과를 볼 때, 1인가구는 다인가구에 비해 전반적으로 학력수준이 낮고 고용안정성이 불안정하면서 소득수준이 낮고 이로 인해 주거의 불안정성이 높아지는 악순환이 이어지면서 다인가구에 비해 상대적으로 주거형태가 취약한 대상임을 알 수 있었다(박미선, 이재춘, 2018) 이는 지속적으로 증가하고 있는 1인가구에 대한 사회적인 지원, 주거지원 정책들이 필요함을 시사 한다고 볼 수 있다.

1인가구와 다인가구의 건강행태 차이를 살펴보면 흡연, 음주, 주관적 건강상태, 건강검진 수진에서 유의한 차이가 있었다. 먼저 흡연의 경우, 1인가구가 다인가구보다 흡연을 더 하는 것으로 나타났는데, 1인가구가 다인가구에 비해 흡연을 하는 비율이 높고(남소영, 2016), 청년기, 중년기 1인가구가 비 1인가구보다 흡연율이 높다고 보고한 결과(하지경, 이성림, 2017)와 동일하였다. 1인가구의 흡연비율이 더 높은 것이 혼자 사는 외로움에 대한 심리적인 보상 혹은 시간을 소비하기 위한 습관적인 행위인지 그 원인을 파악하여 금연을 통한 건강행위 실천을 위한 대책을 마련하는 것이 시급하다고 사료된다.

음주 여부는 1인가구가 다인가구보다 약간 높은 것으로 나타났다. 청년기와 중년기의 1인가구가 비 1인가구보다 과음의 비율이 높다고 보고한 결과(하지경, 이성림, 2017)와 독신여성의 음주율이 다인가구 여성보다 높았다는 결과(김지영, 2019) 그리고 1인가구가 음주를 하는 비율이 더 높았다는 선행결과(남소영, 2016)와 유사하였다. 이러한 결과는 추후 1인가구의 음주를 높이는 원인을 분석하여 건강관리 실천을 높이는 방안을 마련하는 것이 시급하다고 사료된다.

주관적 건강상태는 '좋음'이라고 응답한 경우는 다인가구가 1인가구보다 높았으나 '나쁨'이라고 응

답한 경우는 1인가구가 다인가구보다 높게 나타나 1인가구가 다인가구에 비해 주관적 건강상태가 좋지 못한 것으로 나타났다. 이는 1인가구가 다인가구보다 동년배 대비 건강상태가 나쁘고(최유정 등, 2016), 1인가구가 비 1인가구에 비해 건강하지 못하며(하지경, 이성립, 2017), 특히, 30-64세의 1인가구에서 주관적 건강상태가 좋지 않았다는 결과(남소영, 2016)와 동일하였다. 본 연구결과와 선행결과들을 볼 때, 대체로 1인가구의 주관적 건강상태가 좋지 않음을 확인할 수 있었다. 주관적 건강상태는 자신의 건강상태에 대한 주관적인 평가이기 때문에 현재 개인의 삶의 만족도 및 삶의 질을 평가할 수 있는 중요한 부분이다. 그럼에도 불구하고 1인가구에 있어 주관적 건강상태가 좋지 못하다는 것은 현재 심리적인 문제나 앞으로의 삶의 질에도 영향을 미칠 수 있는 중요한 변인으로 사료된다. 따라서 1인가구와 다인가구의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 다양한 요인들을 평가하여 관련변인들을 1인가구의 주관적 건강상태 중재변인으로 제공하는 것이 필요하다고 사료된다. 또한 연령별로 주관적 건강상태를 파악하는 후속연구를 통해 생의 발달단계에서 주관적 건강상태를 저해하는 요인분석 및 제논의가 필요할 것으로 보인다.

건강검진 수진여부에서 1인가구의 건강검진 수진이 다인가구보다 다소 낮게 나타났다. 성별에 따른 건강검진 수진여부를 비교한 선행결과에 의하면 건강검진 수진은 독신 여성이 다인가구 여성보다 정기검진을 더 받으나 독신남성의 경우 유의한 차이가 없었다는 결과(김영주, 2019)와는 차이가 있었다. 교육수준이 낮고 소득수준이 낮을수록 건강검진을 받지 않는다는 결과(김영주, 2019)에 비추어 볼 때 본 연구 대상자의 1인가구가 다인가구에 비해 교육수준과 소득수준이 낮을 뿐만 아니라 비취업자가 많기 때문에 정기적으로 시행되는 건강검진의 기회를 얻지 못해 나타난 결과로 사료된다. 그러나 가구형태에 따른 건강검진 수진율을 비교한 선행연구가 미흡하여 직접적으로 논의하기에는 부족하므로 후속연구를 통해 재 논의할 필요가 있다고 본다. 그럼에도 불구하고 1인가구가 건강유지

및 증진을 위해 건강관리실천을 위한 자율적인 행위가 부족함을 알 수 있는 결과라고 사료된다. 따라서 1인가구의 건강행위의 실천률이 낮기 때문에 건강행위 실천을 위한 다각도의 접근이 필요하다고 사료된다.

1인가구와 다인가구의 정신건강 차이에서 수면시간, 우울, 자살생각 및 정신문제 상담에서 유의한 차이가 있었다. 수면시간에서 1인가구의 7시간미만의 불충분한 수면이 다인가구보다 다소 높게 나타났는데, 이는 수면시간 불충분이 독거와 관련이 있고(박보영 등, 2016), 청년기, 중년기 1인가구의 수면시간이 비 1인가구보다 비정상인 비율이 높게 나타났다는 선행결과(하지경, 이성립, 2017)와 동일하였다. 따라서 1인가구의 수면시간에 영향을 미치는 요인과 이에 대한 방안을 마련하여 불충한 수면시간으로 인한 건강문제를 예방하는 것이 필요하다고 사료된다.

우울감에서는 2주 이상 우울이 1인가구가 다인가구보다 유의하게 높게 나타났다. 이는 1인가구가 다인가구보다 우울정도가 더 높고(최유정 등, 2016) 1인가구가 비 1인가구에 비해 우울감 경험의 2배 가량 높으며(이명선 등, 2018), 1인가구 중년의 우울수준이 다인가구보다 높다는(임유진, 박미현, 2018) 여러 선행 결과들과 동일하게 나타났다. 이는 우울과 1인가구의 형태가 매우 밀접한 관련성이 있음을 보여주고 있는 것이다. 따라서 지속적으로 증가하고 있는 1인가구와 1인가구의 우울을 예방차원에서 관리하고 발병 후 일상 생활속에서 지속적으로 관리를 받을 수 있는 건강관리 시스템 구축이 필요하다고 사료된다.

자살생각은 1인가구가 다인가구보다 유의하게 높게 나타났다. 1인가구와 다인가구의 자살생각을 직접적으로 비교분석한 선행연구가 미흡하여 본 결과를 구체적으로 논의하기에는 어려움이 있으나 본 연구결과와 1인가구를 대상으로 자살생각의 위험성을 보고한 결과(김화진, 김경신, 2015)를 통해 간접적으로 1인가구의 자살생각정도가 높음을 확인할 수 있었다. 따라서 자살생각 위험률을 높이는 강력한 변인들로 주관적 건강상태(전현규 등, 2015)

우울(김화진, 김경신, 2015; 황은희, 박민희, 2016)등이 제시되고 있으므로 추후 1인가구를 대상으로 자살생각 관련요인 파악을 위한 후속연구가 필요하다고 본다.

정신문제 상담은 1인가구가 다인가구보다 상담을 더 받는 것으로 나타났다. 가구형태에 따른 정신문제 상담을 논한 선행연구가 없어 비교 및 분석하기에는 다소 부족하나 1인가구가 다인가구보다 우울, 자살생각이 높기 때문에 상담하는 비율도 높은 것으로 예측할 수 있다. 따라서 우울, 자살생각 등의 정신건강 문제가 있는 1인가구 대상자가 쉽게 접근할 수 있는 지역사회내 상담시스템 구축이 필요하다고 사료된다.

V. 결 론

본 연구는 질병관리본부가 수집한 2013, 2015, 2017년 국민건강영양조사의 원시자료를 이용한 2차 분석연구이다. 독립이 가능한 19세 이상의 성인을 대상으로 1인가구와 다인가구의 건강행태 및 정신건강의 차이를 비교하여 1인가구의 정신건강을 향상시키기 위한 기초자료를 제공하고자 시행되었다.

1인가구와 다인가구의 인구 사회적 특성, 건강행태 및 정신건강의 차이는 복합표본 분석방법을 이용하여 Rao-Scott χ^2 -test를 시행하였다. 결론은 다음과 같다.

첫째, 본 연구 대상자 18,576명 중 1인가구는 10.5%, 다인가구는 89.5%로 나타났다.

둘째, 인구사회학적 특성의 차이에서 1인가구의 70세 이상, 미혼, 초졸 이하가 다인가구의 70세 이상, 미혼, 초졸 이하보다 유의하게 높게 나타났다. 또한, 1인가구의 비취업자 상태, 저 소득수준, 무주택 상태도 다인가구보다 유의하게 높게 나타났다.

셋째, 건강행태 차이에서 1인가구가 흡연, 음주를 더 하는 것으로 나타났다. 1인가구의 건강검진 수진율은 다인가구보다 낮았으며, 주관적 건강상태는 1인가구가 다인가구보다 더 나쁜 것으로 나타났다.

넷째, 정신건강 차이에서 1인가구가 다인가구보다 불충분한 수면시간, 우울, 자살생각이 더 높았으며 정신문제 상담도 1인가구가 더 많이 하는 것으로 나타났다.

이상의 결과를 볼 때 1인가구는 다인가구보다 인구사회학적 특성에서 취약하며 그로 인한 건강행태와 우울 및 자살생각 등의 정신건강도 좋지 못한 것으로 나타났다. 따라서 1인가구의 정신건강 향상을 위한 사회적인 관심, 건강행태 실천을 위한 관심 그리고 우울 및 자살생각에 대한 예방대책을 연령별, 성별, 사회적, 의학적, 거주학적으로 다각도로 접근하여 정책적 지지를 하는 것이 필요하다고 본다. 본 결과가 원시자료를 이용한 이차분석 연구라는 한계가 있지만 1인가구와 다인가구 비교를 통해 건강행태 및 정신건강 향상을 위한 기초자료를 제공하였다는데 그 의의를 두고자 한다.

참고문헌

- 강은나, 김혜진, 김영선(2017). 도시지역 1인가구 중고령자의 여가활동유형과 우울수준. **보건사회연구**, 37(2), 184-215.
- 김영주(2019). 성별에 따른 성인 독신가구와 다구간의 건강행위 비교. **한국보건간호학회지**, 23(2), 219-231.
- 국가지표체계(2019). **국가발전지표: 주관적 건강상태**.
- 김화진, 김경신(2015). 1인가구원의 자살생각에 영향을 미치는 관련변인 연구. **한국가정관리학회지**, 33(6), 115-128.
- 김홍근, 김용숙, 김태유(2011). 한국노인의 연령, 교육수준, 성별이 인지기능 측정치들에 미치는 효과. **한국심리학회지임상**, 30(3), 681-701.
- 남소영(2016). **성·연령별 1인가구와 다인가구의 식생활, 영양 및 건강상태 차이분석**. 박

- 사학위 학위논문, 인하대학교 대학원.
- 박미선, 이재춘(2018). 1인가구 증가에 따른 주택 정책 대응방안. **국토정책 요약**, 665, 1-8.
- 박보영, 권호장, 하미나, 범은애(2016). 부부가구와 1인가구 노인의 정신건강비교. **한국보건간호학회지**, 30(2), 195-205.
- 이명선, 송현중, 김보영(2018). 1인가구의 신체적 건강수준. **한보건교육건강증진학회지**, 35(2), 61-71.
- 임유진, 박미현(2018). 1인 중년의 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 영향. **사회과학연구**, 34(1), 187-206.
- 통계청(2008). **2008년 인구통계조사**.
- 통계청(2018). **통계설명자료 춘천시 사회조사**.
- 통계청(2017). **장래가구추계(2015-2045)**.
- 전현규, 심재문, 이진창(2015). 국내성인에 있어서 우울증이 자살생각에 미치는 영향에 관한 실증연구. **한국콘텐츠학회논문지**, 15(7), 264-281.
- 정성배, 배지연(2017). 농촌지역 1인 가구 노인의 성별·연령 집단별 우울 영향요인. **지역사회연구**, 25(3), 153-174.
- 정인, 강서진(2019). **2019 한국 1인가구 보고서**. 서울: KB금융지주경영연구소.
- 질병관리본부(2013). **국민건강영양조사 제6기 1차년도 자료**.
- 질병관리본부(2015). **국민건강영양조사 제6기 3차년도 자료**.
- 질병관리본부(2017). **국민건강영양조사 제7기 2차년도 자료**.
- 차미란(2015). **서울시 거주 1인가구와 다인가구의 주관적 건강수준의 차이**. 석사학위논문, 서울대학교 보건대학원.
- 최유정, 이명진, 최선헌(2016). 가구형태와 사회적 관계의 객관적, 주관적 측면이 우울에 미치는 영향: 1인가구와 다인가구의 비교를 중심으로. **한국가족관계학회지**, 21(2), 25-51.
- 탁영진, 김운진, 이상엽, 이정규, 정동욱, 이유현, 조영혜, 최은정, 남경지(2013). 가족유형과 인구사회학적요인에 따른 60세 이상 한국인의 건강관리: 5기 국민건강영양조사 결과를 바탕으로. **노인병학회**, 17(1), 7-17.
- 하정화, 김현희, 박진아(2014). **부산지역 1인가구 생활실태 및 지원방안연구**. 부산: 부산여성가족개발원.
- 하지경, 이성림(2017). 1인가구의 건강관련 습관적 소비, 생활시간이 주관적 건강에 미치는 영향. **대한가정학회**, 55(2), 141-152.
- 홍영윤, 박인선, 주영애(2018). 남녀 대학생의 1인가구 선택 의향에 관한 연구. **한국가정관리학회 학술발표대회 자료집**, 5, 205.
- 황은희, 박민희(2016). 20세 이상 성인의 수면시간과 자살생각과의 관련성. **한국콘텐츠학회논문지**, 16(5), 420-427.
- Bernard, J. E. (2018). Depression a review of its definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 5(1), 6-7.
- Harwood, D., & Jacoby, R. (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide: suicidal behavior among the elderly*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., heirandish-Gozal, L. K., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., Ware, J. C., & Adams Hillard, P. J. (2015). National sleep foundation's sleep time

duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 1, 40-43.

Ling, J. (1986). Self-reported physical health among aged adults. *Journal of Gerontology*, 41(2), 248-260.

John, E. W. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronic Disease*, 40(6), 473-480.