

## 청·중년층 1인가구와 다인가구의 신체적, 정신적 건강인식 비교: 2021년 지역사회건강조사를 중심으로

이 미 영\*

우송대학교

이 미 경\*\*

배재대학교

본 연구는 질병관리청에서 발행한 2021년 지역사회건강조사를 활용하여 청년층과 중년층의 1인 가구와 다인 가구의 신체적·정신적 건강인식을 비교하는데 목적이 있다. 연구대상은 만19~49세의 1인가구와 부부 및 미혼자녀로 구성된 다인가구이다. 분석은 SPSS 26.0 프로그램을 이용하여 복합표본분석을 수행하였다. 연구결과 신체적 건강인식 중 주관적 건강인지, 미충족 의료, 최근 2년간 건강검진 및 암검진에서 1인가구와 다인가구가 차이가 있는 것으로 나타났다. 또한, 정신적 건강인지에서는 1인 가구가 다인 가구보다 우울점수와 스트레스 수준이 높았으며 행복감 지수는 다인 가구가 더 높았다. 결론적으로, 1인 가구 증가로 인한 출산율 저하, 의료비 상승 등의 문제를 해결하기 위해서는 1인 가구를 대상으로 한 정책뿐만 아니라 안정적인 출산 정책 등 다인 가구를 대상으로 한 다양한 정책을 마련하여 다인가구 형성을 유도할 수 있도록 해야 한다.

주요어 : 지역사회건강조사, 가구유형, 신체적 건강, 정신적 건강, 인식

---

\* 주저자: 이미영/우송대학교 간호학과 조교수/대전광역시 동구 동대전로 171  
/Tel: 042-630-9295/ E-mail: mylee1029@hanmail.net

\*\* 주저자: 이미경/ 배재대학교 간호학과 조교수/ 대전광역시 서구 배재로 155-40  
/Tel: 042-722-2534/ E-mail: mkleee@pcu.ac.kr

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

현대사회의 급격한 변화로 우리나라의 인구 및 가구 구조가 변화하고 있다. 특히, 1인 가구가 2000년 2,224명(단위 천 가구)에서 2021년 7,166명(단위 천 가구)으로 지난 20년간 2배 이상 증가하였다(인구주택총조사). 청년층의 결혼 지연 및 중·장년층의 이혼율 증가와 배우자와 사별한 노년층의 1인 가구 증가 등이 1인 가구가 늘어나게 된 원인으로 꼽히고 있다(김대일, 2018; 박지혜 외, 2015). 1인 가구의 증가는 생활방식, 소비지출, 주택정책 등 사회 전반에 걸쳐 변화를 일으키고 있으며 특히, 청년층에서 경제적 부담을 이유로 늦어졌던 결혼 지연이 출산율에도 영향을 미치게 되면서 1인 가구에 대한 관심이 지속적으로 증가하고 있다(박지혜 외, 2015).

1인 가구에 대한 관심이 높아짐에 따라 1인 가구가 겪고 있는 신체적·정신적 문제들이 대두되고 있다. 1인 가구가 겪고 있는 대사증후군과 같은 신체적 문제들의 경우 불규칙한 생활습관과 부적절한 식습관으로 인해 발생한 경우가 많고 정신적인 문제로는 스트레스와 우울이 주를 이루는데 이는 생계와 건강을 스스로 책임져야 한다는 심리적 압박과 혼자 지내면서 느끼는 외로움, 노후에 대한 불안 등이 원인인 경우가 많았다(김아린, 2018; 송나경, 2020).

그동안 진행되었던 1인가구와 다인가구를 비교한 연구는 대상 연령층이 노인층에 국한되어 이루어진 경우가 많았고 실제로 정부 정책 또한 돌봄서비스나 건강증진 지원과 같은 대책도 주로 노년층을 대상으로 마련되었다. 전 연령층의 1인가구가 계속 증가하는 현 시점에서 청년층의 1인 가구 증가는 다른 세대에 비해 매우 빠르게 진행되고 있다(양준영, 2022). 또한 청년층 1인가구가 다인가구에 비해 우울증 의심 비율과 부적절한 건강관리의 비율이 높

은 경향이 있고(강은나 & 이민홍, 2016; 이하나, 2020) 의지할 대상이 없다고 느끼는 비율이 높은 것을(양준영, 2022) 감안하면 청년층 1인 가구에 대한 대책마련도 시급한 것으로 보인다. 뿐만 아니라 다른 세대에 비해 중년층 1인가구와 다인가구의 건강 관리 격차가 가장 크고, 중년층 1인 가구의 우울의 심률이 다인가구에 비해 3배 정도 높게 나타나 세대 중 가장 높은 차이를 보인 연구결과(강은나 & 이민홍, 2016) 더 이상 1인가구의 신체적, 정신적 문제들을 노년층에 국한하여 생각해서는 안 된다는 점을 시사한다.

신체적으로 자신의 건강의 건강수준을 파악하는 것은 건강증진 실천에 도움이 될 뿐 아니라 정신건강과도 연관성이 있다. 1인 가구의 경우 다인가구에 비해 만성질환에 이환되어 있거나 건강이 좋지 않다고 인식하고 있었다(정경희 외, 2012). 특히 중년층의 경우에는 당뇨, 고지혈증 등 만성질환을 진단 받은 비율이 중년 1인 가구에서 다인 가구보다 더 높게 나타났다(이하나 & 조영태, 2019). 그리고 1인 가구에서 주관적 건강 상태가 나쁘고 건강 행태가 좋지 않을수록 주관적 우울을 경험하는 비율이 높은 것으로 나타났다(이명성 외, 2018). 가구유형은 건강행위와도 관련이 있으며 1인 가구가 다인 가구에 비해 부정적 건강 행위를 하는 비율이 높게 나타났다(하지경 & 이성림, 2017). 즉 1인 가구가 자신의 신체적·정신적 상태를 바르게 인지하고 스스로 관리하여 행복하고 건강한 삶을 이룰 수 있도록 많은 관심이 필요한 시점인 것이다.

1인 가구의 정신적 건강을 살펴보면 스트레스와 우울이 정신건강의 주된 요인이라 할 수 있다. 일반적으로 1인 가구가 삶에서 겪는 스트레스원은 경제/주거안정, 건강/관계적 측면, 사회 편견/노후 불안, 외로움, 일상/안전 등이 있는 것으로 나타났다(김정은 & 남영주, 2019). 이러한 1인 가구의 다양한 스트레스원은 결과적으로 정신적 문제를 일으킬 수 있는 중요한 요인이 될 수 있어 스트레스를 관리할

수 있도록 하는 도움이 필요하다. 스트레스는 우울과도 깊은 관련이 있어 만성질환 및 장애와 같은 건강에 대한 스트레스가 높을 때 우울감이 높은 것으로 나타났다(정혜은, 2019) 청년 1인 가구에서는 스트레스원 중의 하나인 주거 안정성이 낮을수록 우울감이 높았다(김영주 & 곽인경, 2020). 우울은 가족과 사회적인 인간관계에 대한 만족도에 따라 나타날 수 있는데(박미현, 2017) 혼자 생활하면서 느끼는 고립이나 외로움, 우울감은 1인 가구 정신건강의 공통적 요인이라(송나경, 2020) 볼 수 있으므로 1인 가구에서는 반드시 확인하고 중재해야 하는 요인이라 할 수 있다. 이는 김경숙(2019)의 연구결과와도 맥락을 같이하며 중·장년층의 외로움은 우울에 영향을 미치는 요인이었고 가족과 동거하는 경우보다 독거하는 1인 가구의 외로움 수준이 유의하게 높은 것으로 나타났다.

이렇듯 1인 가구의 신체적·정신적 문제는 사회적 이슈로 대두되고 있지만 1인 가구에 대한 연구는 사별 후 독거하는 노년층을 대상으로 한 연구가 주를 이루고 있으며(이승희 & 김영범, 2019), 최근 급증하고 있는 청·중년층 1인가구를 대상으로 한 연구는 미흡한 실정이다. 특히 청·중년층이 인지하는 신체적, 정신적 건강상태에 초점을 맞춘 연구는 거의 없었다.

이에 본 연구는 청·장년층을 대상으로 1인 가구와 다인 가구의 신체적 정신적 건강인식을 비교하여 1인 가구의 문제점을 파악하고 해결하는데 도움을 주고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 청·중년층 1인 가구와 다인가구의 신체적, 정신적 건강인식을 비교하기 위함이며 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 청년층과 중년층 1인 가구와 다인가구의 일반적 특성의 차이를 확인한다.

- 2) 청년층과 중년층 1인 가구와 다인가구의 신체적 건강인식 및 의료서비스 이용 차이를 확인한다.

- 3) 청년층과 중년층 1인 가구와 다인가구의 정신적 건강인식 및 의료서비스 이용 차이를 확인한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 지역사회건강조사 2021년 자료를 활용한 이차 분석 연구이다. 청년층과 중년층에 해당하는 만 19~49세의 1인 가구, 그리고 부부와 미혼자녀로 구성된 다인가구의 신체적, 정신적 건강인식을 비교하기 위해 시행되었다.

### 2. 연구대상

본 연구에서는 2021년 지역사회건강조사에 참여한 대상자 중 만 19~49세에 해당하는 청년층과 중년층 58,954명을 연구대상으로 하였다. 1인가구는 9,893명이었고 다인가구는 49,061명이었다.

### 3. 측정도구

#### 1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로는 성별, 거주구분, 경제활동 유무, 교육 변수를 사용하였고 이 중 교육 변수는 재분류하였다. 성별은 '남성', '여성'으로 거주는 '동', '읍·면'으로 구분하였다. 경제활동은 '유', '무'로 구분하고 교육은 '고등학교 이하', '대학교', '대학원 이상'으로 구분하였다.

## 2) 신체적 건강인식 및 의료서비스 이용

대상자의 신체적 건강인식은 주관적 건강인식으로 ‘ 좋음’, ‘ 보통’, ‘ 나쁨’으로 재분류하였다. 의료서비스 이용으로는 최근 2년 건강검진 수진경험과 암검진 수진경험, 연간 미충족 의료 여부 항목을 선정하였다. 건강검진 및 암검진 수진경험은 ‘예’, ‘아니오’로 구분하였고 연간 미충족 의료 여부는 최근 1년 치과를 제외한 병원이나 의원에서 진료/검사/치료가 필요했지만 받지 못한 질문에 응답하는 것으로 ‘예’, ‘아니오’, ‘필요한 적이 없었음’으로 구분하였다.

## 3) 정신적 건강인식 및 의료서비스 이용

대상자의 정신적 건강인식은 크게 우울, 스트레스, 행복감 등의 항목으로 구분하였다. 우울은 우울증선별도구인 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)를 이용한 총합 점수를 이용하였다(박경연, 2017). 또한 최근 1년 동안 연속 2주 이상 우울감 경험 여부와 이러한 문제로 상담을 받은 적이 있는지는 ‘예’, ‘아니오’로 구분하였다. 일상생활 중 느끼는 스트레스 정도는 ‘대단히 많이 느낌’, ‘많이 느끼는 편임’, ‘조금 느끼는 편임’, ‘거의 느끼지 않음’으로 구분하였다. 또한 이러한 문제로 상담을 받아본 적이 있는지는 ‘예’, ‘아니오’로 구분하였다. 행복감지수는 모든 고려된 상황에서 삶에 느끼는 만족도를 체크하는 항목으로 ‘매우 불만족’ 1점에서 ‘매우 만족’ 10점으로 측정할 수 있다.

## 4. 자료수집

지역사회건강조사는 질병관리청, 시·도, 보건소 및 책임대학교 협력 하에 3개의 위원회와 관리사무국을 구성하여 조사를 수행하고 있다. 2021년의 경우 2021. 08. 16~2021. 10. 31 시점에 표본가구에 거

주하는 만 19세 이상의 성인이 조사대상이었다. 설문조사는 표본가구에 훈련된 조사원이 방문하여 18개 영역, 163개 문항을 1:1 전자 설문조사 형태로 수행하였다. 설문조사는 개인 및 가구설문조사로 구성되어 있는데 가구조사는 표본가구의 성인 1인(만 19세 이상)에게 개인조사는 가구원 모두에게 실시하였다.

## 5. 윤리적 고려

본 연구에서 사용된 ‘2021년 지역사회건강조사’ 자료는 지역사회건강조사의 공공이용 원시자료로 개인정보보호법과 통계법을 준수하고 있으며 익명화된 자료로 특정한 개인이나 단체의 식별 가능한 정보가 삭제되었다. 원시자료를 이용하기 위하여 질병관리청의 지역사회건강조사 사이트에서 서약서 및 개인정보 수집 및 이용 동의서를 작성하였다. 이후 자료이용계획서를 작성하여 승인을 득한 후 해당 자료를 다운받아 활용하였다.

## 6. 자료 분석 방법

본 연구의 분석자료는 SAS 데이터 파일 양식으로 다운받았고 SPSS 데이터 파일로 변환하여 사용하였다. 지역사회건강조사 2021년 원시자료 이용지침서에 따르면 결과값 추정을 위하여 편향을 줄일 수 있는 복합표본설계 분석을 권고하고 있다. 따라서 본 연구에서도 IBM SPSS Statistics 26.0 프로그램(IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 활용하여 복합표본분석을 수행하였다.

- 1) 청년층과 중년층 1인 가구와 다인가구의 일반적 특성 차이는 복합표본 교차분석으로 분석하였다.
- 2) 청년층과 중년층 1인 가구와 다인가구의 신체적 건강인식 및 의료서비스 이용 차이는 복합표본 교차분석으로 분석하였다.

3) 청년층과 중년층 1인 가구와 다인가구의 정신적 건강인식 및 의료서비스 이용 차이는 복합표본 일반선형모형과 교차분석으로 분석하였다.

1인가구와 다인가구 모두 30~49세가 더 많았다( $\chi^2=523.92, p<.001$ ). 거주하는 곳은 1인가구와 다인가구 모두 '동'에 거주하는 비율이 높았고( $\chi^2=7.92, p=.004$ ) 교육은 '대학교', '고등학교 이하', '대학원 이상' 순으로( $\chi^2=19.68, p<.001$ ) 1인 가구와 다인가구 모두 '대학교'가 가장 많았다. 경제활동 여부의 경우 1인가구와 다인가구 모두 '최근 경제활동에 참여했다'고 응답한 경우가 '참여하지 않았다'고 응답한 경우에 비해 많았다( $\chi^2=575.33, p<.001$ ). 경제활동에 참여했다고 응답한 1구 비율은 83.1%이었던 반면 다인가구 비율은 69.1%였다.

### III. 연구결과

#### 1. 연구대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성 차이를 분석한 결과는 <표 1>과 같다. 1인가구는 남성이 다인가구는 여성의 비율이 더 높았다( $\chi^2=523.92, p<.001$ ). 연령은

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성

(n=58954)

특성	카테고리	1인 가구 (n <sup>†</sup> =9893)		다인가구 (n <sup>†</sup> =49061)		$\chi^2$ (p)
		n <sup>†</sup>	%(SE) <sup>*</sup>	n <sup>†</sup>	%(SE) <sup>*</sup>	
성별	남성	5997	63.3(0.5)	22680	49.8(0.2)	523.92(<.001)
	여성	3896	36.7(0.5)	26381	50.2(0.2)	
연령	19~29세	3407	39.6(0.6)	13524	30.8(0.3)	289.231(<.001)
	30~49세	6486	60.4(0.6)	35537	69.2(0.3)	
거주 구분	동	7419	87.1(0.4)	34997	85.7(0.2)	7.92(.004)
	읍·면	2474	12.9(0.4)	14064	14.3(0.2)	
교육	고등학교 이하	2690	24.0(0.5)	11891	21.2(0.2)	19.68(<.001)
	대학교	6493	68.2(0.5)	34094	71.8(0.3)	
	대학원 이상	708	7.7(0.3)	3064	7.0(0.2)	
경제활동 여부	예	8262	83.1(0.4)	34389	69.1(0.2)	575.33(<.001)
	아니오	1631	16.9(0.4)	14669	30.9(0.2)	

M=mean; SE=standard error; <sup>†</sup> Unweighted; <sup>\*</sup> Weighted.

#### 2. 연구대상자의 신체적 건강인식 및 의료서비스 이용

본 연구대상자의 신체적 건강인식 및 의료서비스 이용의 차이를 분석한 결과는 <표 2>와 같다. 주관적 건강인지가 '나쁨'이라고 응답한 대상자는 다인가구가 5.4%, 1인 가구 7.5%로 1인 가구가 더 많았

다( $\chi^2=24.10, p<.001$ ). 또한 최근 2년 건강검진 수진 경험은 1인가구와 다인가구 모두 '경험이 있다'가 더 많았고 1인 가구 64.5%, 다인가구 66.5%였다( $\chi^2=10.22, p=.001$ ). 최근 2년 암검진 수진경험은 1인가구와 다인가구 모두 경험이 없는 경우가 있는 경우에 비해 많았고 각각 68.1%, 56.0%였다( $\chi^2=366.20, p<.001$ ). 연간 미충족의료는 1인가구와 다인가구

<표 2> 연구대상자의 신체적 건강인식 및 의료서비스 이용

(n=58954)

특성	카테고리	1인 가구 (n <sup>†</sup> =9893)		다인가구 (n <sup>†</sup> =49061)		χ <sup>2</sup> (p)
		n <sup>†</sup>	%(SE) <sup>‡</sup>	n <sup>†</sup>	%(SE) <sup>‡</sup>	
주관적 건강인식	좋음	5090	52.7(0.6)	26028	54.0(0.3)	24.10(<.001)
	보통	4023	39.9(0.5)	20224	40.5(0.3)	
	나쁨	780	7.5(0.3)	2808	5.4(0.1)	
최근 2년 건강검진 수진경험	예	6443	64.5(0.5)	32755	66.5(0.3)	10.22(.001)
	아니오	3449	35.5(0.5)	16299	33.5(0.3)	
최근 2년 암검진 수진경험	예	3392	31.9(0.5)	22512	44.0(0.3)	366.20(<.001)
	아니오	6498	68.1(0.5)	26536	56.0(0.3)	
연간 미충족의료	예	557	5.6(0.3)	2313	4.6(0.1)	7.82(<.001)
	아니오	7921	79.8(0.5)	40051	81.5(0.2)	
	필요한 적 없었음	1414	14.6(0.4)	6696	13.9(0.2)	

M=mean; SE=standard error; <sup>†</sup> Unweighted; <sup>‡</sup> Weighted.

모두 ‘아니오’라고 응답한 대상자가 가장 많았고 1인 가구의 경우 ‘예’라고 응답한 대상자가 5.6%, 다인가구 4.6%였고 ‘필요한 적이 없었음’으로 응답한 대상자는 1인 가구 14.6%, 다인가구 13.9%였다(χ<sup>2</sup>=7.82, p<.001).

### 3. 연구대상자의 정신적 건강인식 및 의료서비스 이용

본 연구대상자의 정신적 건강인식 및 의료서비스 이용의 차이를 분석한 결과는 <표 3>과 같다. 우울

<표 3> 연구대상자의 정신적 건강인식 및 의료서비스 이용

(n=58954)

특성	카테고리	1인 가구 (n <sup>†</sup> =9893)		다인가구 (n <sup>†</sup> =49061)		t(p) or χ <sup>2</sup> (p)
		n <sup>†</sup>	%(SE) <sup>‡</sup> or M(SE)	n <sup>†</sup>	%(SE) <sup>‡</sup> or M(SE)	
우울 (PHQ-9)			11.77(0.04)		11.04(0.02)	16.16(<.001)
우울감 경험 여부	예	917	9.2(0.3)	2620	5.3(0.1)	167.65(<.001)
	아니오	8976	90.8(0.3)	46436	94.7(0.1)	
우울증상으로 인한 정신상담 여부	예	280	30.4(1.7)	680	26.9(1.0)	3.26(.071)
	아니오	637	69.6(1.7)	1940	73.1(1.0)	
주관적 스트레스 수준	대단히 많이 느낌	552	5.8(0.3)	2013	4.2(0.1)	24.60(<.001)
	많이 느끼는 편임	2639	27.6(0.5)	12091	24.8(0.2)	
	조금 느끼는 편임	5366	53.6(0.6)	28325	57.8(0.3)	
	거의 느끼지 않음	1336	13.0(0.4)	6632	13.2(0.2)	
스트레스로 인한 정신상담 여부	예	487	15.4(0.7)	1528	11.0(0.3)	37.73(<.001)
	아니오	2704	84.6(0.7)	12575	89.0(0.3)	
행복감지수			6.68(0.02)		7.26(0.01)	-25.48(<.001)

M=mean; SE=standard error; <sup>†</sup> Unweighted; <sup>‡</sup> Weighted.

은 1인 가구 11.79점, 다인가구 11.05점으로 1인가구의 우울점수가 더 높았다( $t=16.27, p<.001$ ). 우울감 경험은 '예'라고 응답한 대상자가 1인 가구 9.2%, 다인가구 5.3%였다( $\chi^2=167.65, p<.001$ ). 주관적 스트레스 수준은 1인가구와 다인가구 모두 '조금 느끼는 편임'이 가장 많았고 '많이 느끼는 편임', '거의 느끼지 않음', '대단히 많이 느낌' 순이었다. '대단히 많이 느끼다'고 응답한 대상자는 1인 가구 5.8%, 다인가구는 4.2%였다( $\chi^2=24.60, p<.001$ ). 스트레스로 인한 정신상담 여부는 '예'라고 응답한 대상자가 1인 가구 15.4%, 다인가구 11%였다( $\chi^2= 37.73, p<.001$ ). 행복감지수는 1인 가구 6.68점, 다인가구 7.26점으로 다인가구가 더 높았다( $t= -25.48, p <.001$ ).

#### IV. 논의

본 연구는 2021년 지역사회건강조사 자료를 활용하여 청년층과 중년층에 해당하는 19~49세 대상자를 선정하고 이 대상자 중 1인 가구와 다인가구의 신체적, 정신적 건강인식을 비교하기 위해 진행되었다.

먼저 신체적 건강인식의 결과를 토대로 논의해보면 주관적 건강인지의 경우 다인가구가 1인 가구에 비해 건강이 좋다고 인지하는 경우가 많았고 반대로 1인 가구의 경우에는 건강을 나쁘다고 인지하는 경우가 다인가구에 비해 많았다. 실제로 몇 선행연구에 따르면 1인 가구의 경우 불규칙한 생활습관과 식습관으로 인하여 신체 문제를 경험하는 경우가 있어 본 연구의 결과는 선행연구 결과를 반영하는 것이었다(김아린, 2018; 송나경, 2020). 의료서비스 이용 항목에서는 건강검진의 경우 1인 가구에 비해 더 다인가구의 수진경험이 많았고 암 검진에서는 1인 가구와 다인가구 모두 암 검진 수진경험이 없다고 응답한 대상자가 많았으며 그 비율은 다인가구에 비해 1인 가구가 더 많았다. 또한 치과를 제외한 병

원이나 의원에서 필요한 의료서비스를 받지 못한 연간 미충족의료 여부가 있는 경우가 다인가구에 비해 1인가구가 더 많은 것으로 나타났다. 이를 종합적으로 살펴보면 1인 가구 대상자가 인식하는 여러 건강문제가 있음에도 불구하고 의료서비스를 제대로 받지 못하는 경우가 다인가구에 비해 많고 건강검진이나 암 검진을 통한 예방적 관리의 어려움이 있다는 것을 뜻한다. 다인가구에 비해 1인 가구의 만성질환 유병률이 높고(이하나 & 조영태, 2019) 건강행위 또한 부정적인 건강행위를 하는 경우가 많다는 것을 감안할 때(하지경 & 이성립, 2017) 1인가구의 건강 인식을 긍정적으로 변화시키고 실질적인 예방적 건강관리 또한 사회가 관심을 가질 필요가 있다고 판단된다.

정신적 건강의 경우 PHQ-9 도구로 측정된 우울 점수는 두 군 모두 11점 이상으로 측정되어 중등도 이상의 우울을 경험하는 것으로 나타났다. PHQ-9 도구의 경우 0~4점은 정상 범주로 판단할 수 있으며 5~9점은 경미한 우울, 10점 이상은 중등도 이상의 우울을 경험하고 있음을 나타낸다. 특히 본 연구 결과에서 1인가구의 우울이 다인가구에 비해 높았다. 1인가구라 할지라도 사회적인 관계가 친밀하고 다른 가족과의 관계에 대한 만족도가 높을수록 우울이 발생할 가능성이 낮다고 하였다(박미현, 2017). 또한 1인가구의 경우 혼자 지내는 어려움과 외로움이 많기 때문에 공통적으로 나타내는 정신건강의 특성으로(송나경, 2020) 1인 가구의 우울은 정책적인 차원에서 고려가 될 필요가 있다. 1인 가구의 정신적 건강인식은 우울 뿐 아니라 스트레스를 높게 인지하기도 한다. 특히 1인 가구의 경우 주거나 경제, 노후 불안, 안전 및 앞서 언급한 건강문제나 관계의 영역에서 다양한 스트레스원이 존재함으로(김정은 & 남영주, 2019) 우울과 함께 관리가 필요하며 이러한 스트레스원을 감소시키기 위한 다양한 노력이 수반되어야 하겠다.

본 연구결과를 통해 1인 가구의 다양한 문제점이

제기되었고 이를 해결하기 위한 사회 정책의 변화가 시급함을 알 수 있었다. 다만 현재까지는 1인 가구의 문제를 제기하고 이를 해결하기 위한 방안으로 정책이 진행되었다면 추후에는 1인 가구 증가로 인한 의료비 상승의 문제도 함께 고려될 필요가 있다고 생각한다. 또한 청년층의 경우 비혼으로 인한 1인가구의 증가 뿐 아니라 소득이나 고용 또는 주거의 불안정으로 인한 불투명한 미래의 어려움을 이유로 비자발적 1인가구가 증가하는 경우도 있어 (이여봉, 2017) 청년층 1인가구를 위한 추가 정책을 제안하는 바이다.

마지막으로 본 연구에서 청년층과 중년층으로 나누어 추가분석을 실시하지 않은 점은 연구의 제한점이라 할 수 있으며 후속연구에서는 세대별 신체적, 정신적 건강인식을 비교하는 연구를 통해 세대별 시사점을 밝히기를 제언한다.

### 참고문헌

- 강은나, 이민홍(2016). 우리나라 세대별 1인 가구 현황과 정책과제. 보건복지포럼, 2016(4), 47-56.
- 김경숙(2019). 중·고령자의 우울에 영향을 미치는 요인: 외로움, 웃음지수를 중심으로. Journal of The Korean Data Analysis Society, 21(3), 1585-1598.
- 김대일(2018). 성·연령별 1인 가구의 확대양상. 경제학연구, 66(2), 5-43.
- 김아린(2018). 1인 가구 청년의 건강행태, 식습관 및 심리적 건강이 대사증후군에 미치는 영향. 디지털융복합연구, 16(7), 493-509.
- 김영주, 박인경(2020). 청년 1인가구의 주거환경과 우울감에 관한 탐색적 연구. 한국공간디자인학회 논문집, 15(4), 241-250.
- 김정은, 남영주(2019). 남녀 1인가구의 주관적 웰빙과 스트레스의 관계 분석. 가족과 가족치료, 27(3), 397-428.
- 박경연(2017). 한국판 Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)의 신뢰성, 타당성 및 임상적 유용성. 글로벌 건강과 간호, 7(2), 71-78.
- 박미현(2017). 장년층 1인가구의 우울 예측요인. 한국인간복지실천연구, 19, 51-69.
- 박지혜, 이순학, 한승희(2015). 1인 가구의 문화소비지출행태분석. 산업연구원, 2015-376, 1-81.
- 송나경(2020). 1인 가구의 세대별 특성과 우울 영향. 인문사회 21, 11(4), 405-420.
- 양준영(2022). 1인 가구 청년의 사회적 관계망 형성 지원방안. KWDI Brief, 1-20.
- 이명선, 송현종, 김보영(2018). 1인 가구의 신체적 건강수준, 건강행태와 주관적 우울감의 관련성. 보건교육건강증진학회지, 35(2), 61-71.
- 이승희, 김영범(2019). 독거, 외로움, 우울 증상의 관계에 대한 일 연구: 외로움의 매개 효과를 중심으로. 한국노년학, 39(3), 451-465.
- 이여봉(2017). 1인 가구의 현황과 정책과제. 보건복지포럼, 2017(10), 64-77.
- 이하나, 조영태(2019). 중년 1인가구와 다인가구의 건강행태 및 질병 이환 비교. 보건사회연구, 39(3), 380-407.
- 이한나(2020). 1인 가구의 사회서비스 수요와 시사점. 보건복지포럼, 2020(10), 21-35
- 인구주택총조사. 연도별 1인가구 규모. <https://www.census.go.kr/mainView.do>
- 정경희, 남상호, 정은지, 이지혜, 이윤경, 김정석, 김혜영, 진미정(2012). 가족구조 변화와 정책적 함의: 1인가구 증가현상과 생활실태를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 정혜은(2019). 1인 가구의 만성질환 및 장애여부, 건강 스트레스와 우울감과의 관계: 사회적지지 조절효과를 중심으로. Family and Environment Research, 57(2), 201-211.
- 하지경, 이성림(2017). 1인가구의 건강관련 습관적



소비, 생활시간이 주관적 건강에 미치는 영향:  
비1인가구와 세대별 비교를 중심으로. *Family  
and Environment Research*, 55(2), 141-152.

투고일자: 2023. 5. 15.

심사일자: 2023. 6. 9.

게재확정일자: 2023. 6. 16.

# Comparing of Physical and Mental Health Perceptions between Young and Middle-aged Single-Person and Multi-Person Households: 2021 Community Health Survey

Miyoung Lee Mikyoung Lee

Woosong University Pai Chai University

This study compares the physical and mental health perceptions of young and middle-aged single-person and multi-person households using the 2021 Community Health Survey published by the Korea Centers for Disease Control and Prevention. The participants included 19-49 year old people, and were composed of single-person households and multi-person households consisting of married couples and unmarried children. Data were analyzed using SPSS 26.0 for composite sample analysis. Concerning physical health perceptions, the results showed a difference between single-person and multi-person households in subjective health awareness, unmet medical care, and health checkups and cancer screenings for the last two years. In addition, regarding mental health, single-person households had higher depression scores and stress levels than multi-person households. In conclusion, to solve issues related to an increase in single-person households, such as a decrease in the birth rate and a surge in medical expenses, various policies targeting single-person and multi-person households, such as stable childbirth, should be adopted.

*Key words: CHS, Family characteristics, Physical health, Mental health, Perception*