제7기 국민건강영양조사 자료를 활용한 EQ-5D를 사용하여 1인가구와 다인가구의 건강관련 삶의 질 비교

한송이¹, 허 연², 선우성^{1,*}

¹울산대학교 의과대학 서울아산병원 가정의학교실, ²울지대학교 의정부울지대학교병원 가정의학교실

Comparison of Health Related Quality of Life of One- and Multi-Person Households Using EQ-5D Based on the 7th Korea National Health and Nutrition Examination Survey

Song Ie Han¹, Youn Huh², Sung Sunwoo^{1,*}

¹Department of Family Medicine, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul; ²Department of Family Medicine, Uijeongbu Eulji Medical Center, Eulji University, Uijeongbu, Korea

Background: The number of one-person households is rapidly increasing in Korea. One-person households have been found to have weak physical and mental health status due to the high morbidity of chronic and mental diseases. In this study, we compared health-related quality of life between single- and multi-person households.

Methods: The original data from the 7th Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2016–2018 were used in the study, and EQ-5D was employed as an instrument to measure health-related quality of life. A chi-square independence test was conducted, and multiple logistic regression analysis that corrected for age, sex, educational level, multimorbidity, smoking status, and alcohol consumption was performed.

Results: Multiple logistic regression analysis revealed that the quality of life of one-person households was lower than multi-person households in all five dimensions of EQ-5D ($P < 0.001$). Compared to multi-person households, the odds ratio for difficulty with self-care, unusual activities, pain/discomfort, and anxiety/depression significantly increased in one-person households in the male category. In the female category, the risk of immobility and unusual activities in one-person households significantly increased compared to multi-person households.

Conclusion: One-person households self-reported lower physical (physical capability, self-management, usual activities, pain/discomfort) and mental (anxiety/depression) quality of life. This indicates the necessity to establish a healthy support system in order to improve health-related quality of life of one-person households in an era where the number of one-person households continues to increase.

Keywords: One-Person Household; Quality of Life; Multimorbidity

서론

전 세계적 추세인 1인가구 증가 원인으로는 산업화로 인한 전통적인 가족 형태의 붕괴, 미혼과 만혼의 증가, 이혼의 증가, 여성의 사회적 경제적 지위 상승 등으로 생각해 볼 수 있다. 국내 평균 초혼 연령은 2009년 남성 31.6세, 여성 28.7세였으나 지속적으로 결혼 연

령이 증가하여 2019년 남성 33.4세, 여성 30.6세로 늦어졌다.¹⁾ 또한 평균수명 연장, 핵가족화 및 부양 의식 변화는 노인층의 1인가구 증가 원인으로 꼽힌다.

1인가구의 증가는 전세계적인 추세로 선진국과 개발도상국에 상관없이 나타나고 있다. 2011년 경제협력개발기구(Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) 조사에 따르면

Received August 14, 2020 **Revised** August 23, 2021

Accepted January 14, 2022

Corresponding author Sung Sunwoo

Tel: +82-2-3010-3952, Fax: +82-2-3010-3815

E-mail: sws@amc.seoul.kr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0521-4804>

Copyright © 2022 The Korean Academy of Family Medicine

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

OECD 32개국 가구유형 중 1인가구의 비율이 30.6%로 가장 높았으며 부부+자녀가구가 26.8%, 부부가구가 25.6%로 그 뒤를 이었다.²⁾ 이러한 추세는 우리나라에서도 관찰되고 있으며 국내 통계청에 따르면 국내 가구 유형은 2010년에 부부+자녀가구가 37.0%로 가장 많고 1인가구 23.9%, 부부가구 15.4%의 순이던 것이 2025년에는 1인가구 31.3%, 부부+자녀가구 25.1%, 부부가구 20.4% 순으로 변화가 예측된다.³⁾

결혼상태, 가족 유무는 사회적, 정신적 안정을 제공함으로써 삶의 질에 긍정적인 영향을 가져올 수 있다. 국내 연구에서 결혼한 성인은 건강검진, 규칙적인 식사를 하고 음주, 흡연을 하지 않는 등 건강한 생활습관을 가지는 것으로 나타났다.⁴⁾ 보건복지포럼에 게재된 우리나라 1인가구 현황에 따르면 1인가구는 다인가구에 비해 복합 만성질환과 정신질환의 비율이 높아 신체적 및 정신건강이 취약한 것으로 드러났다.⁵⁾ Kim 등⁶⁾의 연구에 따르면 30-40대 1인가구는 자살사고에서 높은 위험성을 보였고, 50-60대 1인가구는 스트레스 및 우울증상 등 정신건강에 높은 위험성이 나타났으며, 70대 이상 1인가구는 건강검진 및 질병에 대한 미치료율이 높아 의료적 접근에 취약한 것으로 나타났다.

하지만 아직까지 1인가구의 신체적 또는 정신적 측면을 포함한 건강관련 삶의 질에 대한 영향을 보여주는 연구가 미미하다. 따라서 본 논문에서는 1인가구가 삶의 질에 끼치는 영향을 알아보고자 하였고 남여로 층화한 분석을 통해 성별의 차이가 있는지 분석하였다.

방 법

1. 연구 대상

본 연구는 2016년부터 2018년까지 국민건강영양조사(Korea National Health and Nutrition Examination Survey, KNHANES) 제7기 1-3차연도 원시 자료를 사용하였다. 제7기 KNHANES는 2016년, 2017년, 2018년 매년 192개의 표본 조사구를 추출하여 총 13,248가구의 만1세 이상의 모든 가구원을 조사대상자로 선정하였다. KNHANES의 내용은 건강설문조사, 검진조사, 영양조사로 구성되어 있고, 건강설문조사와 검진조사는 이동 검진 센터에서 1:1 면접 방식으로 시행되었으며, 건강 설문조사 중 건강행태 영역은 자가 기입식으로 실시되었다. 본 연구는 건강설문조사의 가구조사, 교육, 이환, 삶의 질, 흡연, 음주에 대한 자료를 이용하였다.

제7기 국민건강영양조사의 총 대상자는 24,269명이고, 본 연구에서는 만 19세 이상의 성인을 대상하였기 때문에, 만 19세 이상 19,389명 중 주요 연구 변수와 보정 변수의 결측 값을 갖는 대상자

1,911명을 제외한 17,478명(남성 7,616명, 여성 9,862명)을 대상으로 분석을 실시하였다.

본 연구는 헬싱키 선언의 원칙을 준수하였고, 제7기 국민건강영양조사는 생명윤리법에 따라 국가가 직접 공공복리를 위해 시행한 연구에 해당하여 연구윤리심의위원회 심의를 받지 않고 수행하였다.

2. 방법 및 설문내용

1) 삶의 질

삶의 질은 EQ-5D를 사용하여 평가하였다. EQ-5D는 5가지 항목(운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울)으로 구성되어 있으며 각 항목당 지장이 없음, 다소 지장이 있음, 지장이 많음과 같이 3가지 선택지 중에 1개를 골라 응답하는 방식이다. 본 연구에서는 지장이 많다고 응답한 참여자가 적어 다소 지장이 있음과 지장이 많음을 합쳐 지장이 없음과 있음으로 2분위하여 통계분석에 사용하였다.

2) 1인가구의 정의

본 연구에서 1인가구의 정의는 가구원 수 항목에서 “귀하의 세대에 동거하고 있는 사람은 몇 명입니까?”에 대하여 “1인”이라 대답한 경우를 1인가구로 정의하였다.

3) 인구사회학적, 건강관련 변수

인구사회학적 변수 중 나이는 19-29, 30-49, 50-64, 65세 이상으로 나누어 구분하였으며 교육수준은 교육 기간에 따라 고등학교 졸업 이하와 대학교 입학 이상으로 2분위 하였다. 소득수준은 4분위 수 구분 기준금액을 참조하여 가구소득을 하, 중하, 중상, 상으로 4분위수로 구분하였다. 제7기 국민건강영양조사에서 조사된 만성질환에는 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 심근경색, 뇌졸중, 간염, 간경변증, 신부전, 천식, 아토피성 피부염, 갑상선질환, 관절염, 위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 폐암, 갑상선암, 기타암 및 만성폐쇄성폐질환이다. 이 중 위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 폐암, 갑상선암 및 기타암 중 한 개만 있어도 ‘암 환자’로 정의하였다. 이 질환들에 대해서 의사한테 진단을 받은 적이 있다고 보고 한 경우를 그 질환에 대해서 유질환자라고 정의하였다. 앞서 언급한대로 만성질환이 3개 이상 있는 대상자를 복합만성질환자로 정의하였다. 흡연 상태는 현재 흡연 중이며 평생 5갑 이상 흡연한 경우를 ‘현재 흡연자’로 정의하였고 평생 흡연한 적이 없는 경우와 평생 5갑 미만 흡연한 경우를 ‘비흡연자/이전흡연자’로 정의하였다. 음주 상태는 최근 1년간 음주빈도가 전혀 마시지 않음과 월 1회 미만을 ‘비음주

자'로 정의하였고 월 1회 정도에서 주 4회 이상까지를 '음주자'로 정의하였다.

3. 통계분석

2016년부터 2018년까지 수행한 제7기 KNHANES 원시자료는 KNHANES 원시자료 분석지침에 따라 통합하였고 복합표본 설계에 의하여 분산추정, 층화변수 및 표본가중치를 부여하여 분석하였다. 연구 대상자의 특성은 범주형 변수는 백분율(표준오차)로 표시하였고, 남녀간 차이를 확인하기 위해서 카이제곱검정을 이용하였다. 남성과 여성 그리고 전체인구에서 1인가구와 삶의 질의 관련성은 카이 제곱 독립성 검정을 실시하였다. 또한 교란변수를 통제하기 위해 성별, 연령, 교육수준, 소득수준, 복합만성질환, 흡연, 음주를 보정한 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 모든 분석은 IBM SPSS Statistics ver. 24.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 이용하였고, P값이 <0.05일 때 통계적으로 유의하다고 하였다.

결 과

1. 연구 대상자들의 일반적 특성 비교

1인가구와 다인가구 모두 남성은 49.6%, 여성은 50.4%로 남녀 비율에는 차이가 없었다. 1인가구군은 65세 이상이 많았으며, 가구소득 4분위수 중에서 1분위가 월등히 많았으며 고졸이하의 교육수준이 많았다($P<0.001$). 1인가구군에서 흡연자와 복합만성질환자가 많았으며 이는 통계학적으로 유의한 차이를 보였으나($P<0.001$) 음주자 비율은 두 군 간 통계학적으로 유의한 차이가 없었다(Table 1).

2. 1인가구와 다인가구의 삶의 질(EQ-5D)에 대한 카이 제곱검정

19세 이상 성인에서 교차분석을 시행하였을 때 1인가구는 다인가구보다 EQ-5D의 5가지 항목인 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울 모두에서 삶의 질이 낮다고 응답한 비율이 높았다($P<0.001$). 남성과 여성을 나누어 비교하였을 때에도 1인가구는 다인가구보다 EQ-5D의 5가지 모든 항목에서 삶의 질이 낮다고 응답한 비율이 통계적으로 유의하게 높았다($P<0.001$) (Table 2).

Table 1. Characteristics of study participants

Characteristic	Total (n=17,478)		One-person households (n=2,162)		Multi-person households (n=15,316)		P-value ^a
Sex							0.964
Male	7,616	49.6 (0.4)	848	49.6 (1.6)	6,768	49.6 (0.4)	
Female	9,862	50.4 (0.4)	1,314	50.4 (1.6)	8,548	50.4 (0.4)	
Age (y)							<0.001
19-29	2,115	12.1 (0.5)	237	11.0 (2.2)	1,878	12.3 (0.5)	
30-49	5,988	34.3 (0.7)	383	17.7 (1.4)	5,605	36.6 (0.5)	
50-64	4,931	28.2 (0.5)	505	23.3 (1.2)	4,426	28.9 (0.5)	
≥65	4,444	25.4 (0.5)	1,037	48.0 (1.7)	3,407	22.2 (0.5)	
Income							<0.001 ^b
1st quartile	4,314	25.4 (0.7)	908	42.2 (1.6)	3,406	23.4 (0.7)	
2nd quartile	4,386	25.0 (0.7)	611	27.8 (1.4)	3,775	24.7 (0.6)	
3rd quartile	4,356	24.9 (0.7)	393	17.9 (1.1)	3,963	25.7 (0.6)	
4th quartile	4,422	24.8 (0.9)	250	12.1 (0.9)	4,172	26.3 (0.8)	
Education level (y)							<0.001
≤12	10,969	58.5 (0.8)	1,664	67.6 (1.8)	9,305	57.4 (0.8)	
>12	6,509	41.5 (0.8)	498	32.4 (1.8)	6,011	42.6 (0.8)	
Current smoker							<0.001
Yes	3,148	21.4 (0.5)	470	27.9 (1.5)	2,678	20.7 (0.5)	
No	14,330	78.6 (0.5)	1,692	72.1 (1.5)	12,638	79.3 (0.5)	
Alcohol consumption							0.119
Yes	9,454	58.9 (0.5)	1,020	56.8 (1.5)	8,434	59.1 (0.5)	
No	8,024	41.1 (0.5)	1,142	43.2 (1.5)	6,882	40.9 (0.5)	
Multimorbidity							<0.001
Yes	3,314	14.3 (0.4)	722	23.9 (1.3)	2,592	13.2 (0.4)	
No	14,164	85.7 (0.4)	1,440	76.1 (1.3)	12,724	86.8 (0.4)	

Values are presented as number only or percentage (standard error).

^aP-values were obtained by using chi-squared test.

^bP for trend.

Table 2. Chi-square independent test of single and multi-person households who reported low quality of life on five dimensions of EQ-5D

	One-person households		Multi-person households		P-value ^a
Total	2,162		15,316		
Mobility	616	20.8 (1.2)	1,905	9.7 (0.3)	<0.001
Self-care	190	6.2 (0.6)	480	2.3 (0.1)	<0.001
Usual activities	367	12.2 (0.8)	996	5.2 (0.2)	<0.001
Pain/discomfort	731	28.7 (1.2)	3,353	19.8 (0.4)	<0.001
Anxiety/depression	359	13.7 (0.8)	1,307	7.8 (0.3)	<0.001
Male	848		6,768		
Mobility	143	11.5 (1.2)	726	7.8 (0.4)	0.001
Self-care	52	4.2 (0.7)	197	1.9 (0.2)	<0.001
Usual activities	90	7.5 (1.0)	383	4.2 (0.3)	<0.001
Pain/discomfort	200	20.6 (1.4)	1,162	15.5 (0.5)	<0.001
Anxiety/depression	109	10.2 (1.1)	419	5.6 (0.3)	<0.001
Female	1,314		8,548		
Mobility	473	30.1 (1.6)	1,179	11.6 (0.4)	<0.001
Self-care	138	8.2 (0.8)	283	2.8 (0.2)	<0.001
Usual activities	277	16.9 (1.2)	613	6.1 (0.3)	<0.001
Pain/discomfort	531	36.8 (1.6)	2,191	24.0 (0.5)	<0.001
Anxiety/depression	250	17.1 (1.1)	888	9.9 (0.4)	<0.001

Values are presented as number only and percentage (standard error).

^aP-values were obtained by using chi-squared test.

3. 1인가구와 다인가구의 삶의 질(EQ-5D)

연령, 성별, 교육수준, 소득수준, 복합만성질환, 흡연, 음주를 보정한 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였을 때에도 1인가구는 다인가구보다 EQ-5D의 모든 항목인 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울에서 삶의 질이 낮다고 응답한 비율이 높았다 ($P<0.001$). 남성에서는 운동능력을 제외한 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울 항목에서 1인가구가 다인가구에 비해서 삶의 질이 낮을 odds ratio (OR) 값이 통계학적으로 유의하게 증가하였다 (self-care: OR 1.634, 95% confidence interval [CI] 1.060–2.517; usual activities: OR 1.410, 95% CI 1.018–1.953; pain/discomfort: OR 1.289, 95% CI 1.060–1.567; anxiety/depression: OR 1.514, 95% CI 1.138–2.016). 여성에서는 운동능력과 일상활동 항목에서만 1인가구가 다인가구에 비해서 삶의 질이 낮을 위험이 증가하였다 (mobility: OR 1.206, 95% CI 1.010–1.440; usual activities: OR 1.225, 95% CI 1.009–1.488) (Table 3).

고 찰

본 연구는 제7기 국민건강영양조사 자료를 이용하여 19세 이상 성인 1인가구와 다인가구의 삶의 질을 신체적, 정신적인 측면을 포함하여 비교하고자 하였다. 또한 성별로 나누어 비교하였다. 그 결과 1인가구는 다인가구에 비해 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편 등 삶의 질의 신체적인 부분과 불안/우울과 같은 정신적인

Table 3. Logistic regression of one-person households who reported low quality of life on five dimensions of EQ-5D

	Odds ratio	95% confidence interval	P-value
Total			
Mobility	1.273	1.100–1.474	0.001
Self-care	1.336	1.061–1.682	0.014
Usual activities	1.331	1.130–1.568	0.001
Pain/discomfort	1.227	1.086–1.387	0.001
Anxiety/depression	1.287	1.097–1.509	0.002
Male			
Mobility	1.250	0.974–1.604	0.080
Self-care	1.634	1.060–2.517	0.026
Usual activities	1.410	1.018–1.953	0.039
Pain/discomfort	1.289	1.060–1.567	0.011
Anxiety/depression	1.514	1.138–2.013	0.004
Female			
Mobility	1.206	1.010–1.440	0.039
Self-care	1.194	0.923–1.545	0.177
Usual activities	1.225	1.009–1.488	0.040
Pain/discomfort	1.151	0.980–1.351	0.086
Anxiety/depression	1.172	0.972–1.415	0.097

Values were calculated by multivariable logistic regression analysis.

Model was adjusted for sex, age, education, income, multimorbidity, smoking status, and alcohol consumption.

측면 모두 지장이 있다고 보고한 비율이 높았으며 이를 남녀로 층화하였을 때는 1인가구는 다인가구에 비해 항목에 따라 삶의 질을 저하하는 것이 다른 것을 보여주었다.

삶의 질에 대한 연구는 전 세계적으로 매우 다양하게 진행되어왔

다. Szende 등⁷⁾의 2014년 보고에 따르면 나이 증가, 여성, 낮은 교육 수준은 한국을 포함한 17개국에서 전반적으로 낮은 삶의 질을 보였다. 2009년 미국,⁸⁾ 2013년 프랑스⁹⁾에서 시행한 연구에 따르면 낮은 교육수준과 상관관계가 있는 낮은 소득수준도 낮은 삶의 질과 관련이 있었다. 2019년 Makovski 등¹⁰⁾의 체계적 분석 연구에 따르면 2개 이상의 신체적 또는 정신질환을 가진 복합만성질환자의 삶의 질이 떨어지는 것으로 드러났다. 1999년 Wilson 등¹¹⁾이 호주에서 시행한 연구와 2014년 Coste 등¹²⁾이 프랑스에서 시행한 연구에서 각각 흡연자들의 삶의 질이 떨어지는 것으로 나타났다. 2015년 국내 연구에 따르면 음주도 삶의 질을 떨어트리는 것으로 나타났다.¹³⁾

1인가구가 급증하고 있는 우리나라에는 1인가구에 대하여 사회과학적, 의학적 관점에서 다양한 연구가 활발히 진행 중이다. 하지만 대부분 연령층을 1인가구의 청년, 중년, 노년층으로 한정하여 연구하였거나 1인가구의 건강행태, 고용, 빈곤, 문화, 주거 등의 생활양상 및 정신건강에 대한 연구가 대부분이다.^{6,14,15)} Song 등¹⁶⁾이 2018년도에 발표한 연구결과에 따르면 1인가구의 삶의 질이 다인가구에 비해 낮으나 이 또한 45-64세의 중년층에 한정된 연구이다. 따라서 본 연구에서는 19세 이상 성인을 대상으로 하여 기존에 삶의 질에 영향을 준다고 보고된 연령, 성별, 교육수준, 복합만성질환, 흡연, 음주를 보정하여 1인가구가 삶의 질에 미치는 영향을 분석하였다.

EQ-5D는 건강관련 삶의 질을 5가지 항목으로 나누어 측정하는 것으로 본 연구에서 19세 이상 1인가구는 다인가구에 비하여 5가지 항목 모두에서 삶의 질이 낮다고 보고한 비율이 통계적으로 유의미하게 높았다. 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편 등 삶의 질의 신체적인 측면과 불안/우울과 같은 정신적인 측면 모두가 지장이 있다고 보고된 것은 주목할 만한 점이며 이는 45-64세의 중년층을 대상으로 한 국내 연구¹⁶⁾와 맥을 같이 한다. 또한 삶의 질을 떨어트린다고 보고된 연령, 성별, 교육수준, 복합만성질환, 흡연, 음주를 고려하여 보정하였을 때에도 1인가구는 다인가구에 비해 삶의 질이 낮다고 보고한 비율이 높았으며 남성과 여성으로 층화 분석하였을 때에도 남성과 여성 모두 1인가구는 다인가구보다 삶의 질이 낮다고 응답한 비율이 높은 것으로 나타났다. EQ-5D의 5가지 항목 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울 중 남성에서는 자기관리가 가장 높은 교차비를 보였으나 여성에서는 일상활동의 교차비가 가장 높았다. 또한 EQ-5D 항목의 교차비는 모두 남성이 여성보다 높았다. 이는 남성 1인가구가 여성 1인가구에 비해 독거로 인하여 삶의 질이 저하될 가능성이 더 크다는 것을 의미하며 그 중에서도 자기관리에 지장이 있을 가능성이 가장 크다는 것을 시사한다. 전통적으로 여성이 가사노동의 주체로 인식되는 우리나라에서 남성 1인가구는 가사노동에 미숙하여 식사를 제때 챙기지 못하거나

외식의 빈도가 높고 비위생적인 환경에 노출되기 쉬워 이러한 결과나 나왔을 것으로 설명해볼 수 있다.

본 연구는 다음과 같은 한계점을 지닌다. 첫째, 단면연구의 한계점으로 1인가구와 삶의 질 사이 인과관계나 선후관계를 밝히기가 어렵다. 본 연구에서 드러났듯이 1인가구는 고령이 많으며, 교육수준과 소득수준이 낮고 복합만성질환을 가진 경우가 많아 이러한 낮은 사회경제적수준 또는 신체 상태로 인해 삶의 질이 낮을 가능성을 배제할 수 없기 때문이다. 둘째로 건강관련 삶의 질 평가에 사용된 EQ-5D의 5가지 항목 중 불안/우울에 대한 응답만으로 1인가구의 정신적인 고충을 평가하기에는 부족함이 있다. 따라서 1인가구의 정신적인 고충을 평가하기 위해서는 추가적인 연구가 필요할 것이다. 마지막으로, 다중회귀분석에서 삶의 질과 연관된 다양한 요인들을 보정하였지만, 여전히 보정하지 못한 혼란 변수가 남아있을 가능성을 배제할 수 없다.

하지만 이러한 제한점에도 불구하고 국민건강영양조사는 대표성이 있는 자료로써 우리나라 성인 1인가구에 따른 삶의 질의 영향을 알아본 연구라는 것에서 의의가 있다.

결론적으로 우리나라 19세 이상 1인가구는 다인가구보다 삶의 질의 신체적 측면과 정신적 측면 모두 지장이 있다고 보고한 비율이 높다. 그 동안 1인가구의 증가에 대하여 단절과 고립, 사회통합의 제약 등을 방지하기 위해 고용, 빈곤, 문화, 주거 등의 복지에 주력하였다면 이제는 세대 공통적으로 우려되는 건강관련 삶의 질 개선을 위해 건강지원체계가 개발될 필요가 있다.

요약

연구배경: 전 세계적 추세인 1인가구는 우리나라에서도 빠르게 증가하고 있다. 기존 국내 연구에 따르면 1인가구는 복합만성질환과 정신질환의 비율이 높아 신체 및 정신건강이 취약한 것으로 나타났다. 따라서 본 연구에서 1인가구와 다인가구의 삶의 질을 비교하고자 하였으며 또한 남녀 간에 차이가 있는지 분석하였다.

방법: 2016-2018년 제7기 국민건강영양조사 원시자료를 이용하여 19세 이상 성인을 연구 대상으로 선정하였고 EQ-5D를 건강관련 삶의 질을 측정하는 지표로 사용하였다. 카이제곱 독립성 검정을 실시하여 가구 유형에 따른 삶의 질을 조사하였고 연령, 성별, 교육수준, 소득수준, 복합만성질환, 흡연, 음주 여부를 보정한 다중 로지스틱 회귀분석을 이용하여 1인가구와 삶의 질의 관련성을 검증하였다.

결과: 연령, 성별, 교육수준, 복합만성질환, 흡연, 음주를 보정한 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였을 때 1인가구는 다인가구보다

EQ-5D의 모든 항목인 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울에 지장이 있을 확률이 유의하게 높았다($P<0.001$). 남성에서는 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울 항목에서 1인가구가 다인가구에 비해 삶의 질이 낮을 위험이 통계적으로 유의하게 증가하였다. 여성에서는 운동능력과 일상활동 항목에서 1인가구가 다인가구에 비해 삶의 질이 낮을 위험이 증가하였다.

결론: 1인가구는 다인가구에 비해 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편 등 삶의 질의 신체적인 부분과 불안/우울과 같은 정신적인 측면 모두에 지장이 있다고 응답한 비율이 높았다. 1인가구가 지속적으로 증가하는 시대에 주거, 고용 복지 외에 건강관련 삶의 질 개선을 위해 건강지원체계를 수립할 필요가 있음을 보여준다.

중심단어: 1인가구; 삶의 질; 복합만성질환

CONFLICT OF INTEREST

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

ORCID

Song Ie Han, <https://orcid.org/0000-0002-2243-3996>

Youn Huh, <https://orcid.org/0000-0001-8899-9637>

Sung Sunwoo, <https://orcid.org/0000-0002-0521-4804>

REFERENCES

1. Statistics Korea. Marriage and divorce statistics in 2019 [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; c2019 [cited 2020 Jul 1]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/3/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=381203&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&Target=title&sTxt.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD family database. 1. The structure of families. SF1.1: Family size and household composition [Internet]. Paris: OECD; 2016 [cited 2020 Jul 1]. Available from: http://www.oecd.org/els/family/SF_1_1_Family_size_and_composition.pdf.
3. Statistics Korea. Future household projections 2010~2035 [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; c2012 [cited 2020 Jul 1]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=255176&pageNo=2&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&Target=title&sTxt.
4. Yim HJ, Park HA, Kang JH, Kim KW, Cho YG, Hur YI, et al. Marital status and health behavior in middle-aged Korean adults. *Korean J Fam Med* 2012; 33: 390-7.
5. Kang EN, Lee MH. Single-person households in South Korea and their policy implications. *Health Welf Policy Forum* 2016; 234: 47-56.
6. Kim S, Kim Y, Kim K, Kim K. The health behavior of single adult households in Korean over 30: the 6th Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Korean J Fam Pract* 2017; 7: 330-6.
7. Szende A, Janssen B, Cabases J. Self-reported population health: an international perspective based on EQ-5D. Dordrecht: Springer; 2014.
8. Robert SA, Cherepanov D, Palta M, Dunham NC, Feeny D, Fryback DG. Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the national health measurement study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64: 378-89.
9. Kivits J, Erpelding ML, Guillemin F. Social determinants of health-related quality of life. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013; 61 Suppl 3: S189-94.
10. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2019; 53: 100903.
11. Wilson D, Parsons J, Wakefield M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Prev Med* 1999; 29: 139-44.
12. Coste J, Quinquin L, D'Almeida S, Audureau E. Smoking and health-related quality of life in the general population. Independent relationships and large differences according to patterns and quantity of smoking and to gender. *PLoS One* 2014; 9: e91562.
13. Kim K, Kim JS. The association between alcohol consumption patterns and health-related quality of life in a nationally representative sample of South Korean adults. *PLoS One* 2015; 10: e0119245.
14. Kim A, Park NL, Lee JA, Park H. Health behaviors and mental health of Korean young adults from single households: data analysis from the 5th Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2010-2012). *Korean J Fam Pract* 2017; 7: 667-73.
15. Joo CL, Park JJ, Kim A, Park NL, Lim J, Park HS. Health behaviors and lifestyle patterns of elderly living alone in Korea. *Korean J Fam Pract* 2019; 9: 247-53.
16. Song HJ, Park S, Kwon JW. Quality of life of middle-aged adults in single households in South Korea. *Qual Life Res* 2018; 27: 2117-25.