

## Original Article



# 1인 가구 성인 여성과 다인 가구 성인 여성의 건강행태, 의료서비스이용과 건강관련 삶의 질

채현주 ,<sup>1</sup> 김미종 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>중부대학교 간호학과 조교수

<sup>2</sup>한남대학교 간호학과 부교수

## OPEN ACCESS

Received: Aug 1, 2019

Revised: Sep 1, 2019

Accepted: Sep 2, 2019

### Corresponding author:

MiJong Kim

Associate Professor, Department of Nursing,  
Hannam University, 70 Hannamro,  
Daedeok-gu, Daejeon 34430, Korea.

Tel: +82-42-629-8477

Fax: +82-42-629-8480

E-mail: mijong@hnu.kr

© 2019 Korean Society of Women Health  
Nursing

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

### ORCID iDs

Hyun Ju Chae

<http://orcid.org/0000-0002-6946-4060>

MiJong Kim

<https://orcid.org/0000-0002-4365-2338>

### Conflict of Interest

The authors declared no conflict of interest.

### Author Contributions

Conceptualization: Kim MJ, Chae HJ; Formal  
analysis: Kim MJ, Chae HJ; Writing - original  
draft: Kim MJ, Chae HJ; Writing - review &  
editing: Kim MJ, Chae HJ.

## Health Behavior, Health Service Use, and Health Related Quality of Life of Adult Women in One-person and Multi-person Households

Hyun Ju Chae ,<sup>1</sup> MiJong Kim <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, Joongbu University, Geumsan, Korea

<sup>2</sup>Associate Professor, Department of Nursing, Hannam University, Daejeon, Korea

## ABSTRACT

**Purpose:** This study was to identify health behavior, health service use, and health related quality of life of adult women in one-person and multi-person households.

**Methods:** It was used data from the 7th Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VII-2017). Subjects were 2,522 women with age of 19 to 64 years in 2017. Complex sampling design and data analysis were performed using SPSS 20.1.

**Results:** Women in one-person households had higher rates of alcohol drinking ( $\chi^2=13.77$ ,  $p=.003$ ), smoking ( $\chi^2=16.07$ ,  $p=.001$ ), unmet medical care ( $\chi^2=8.77$ ,  $p=.004$ ) and non-practice of cancer screening ( $\chi^2=13.77$ ,  $p=.003$ ) compared to women in multi-person households. Health-related quality of life was also lower for women in one-person households ( $t=-2.46$ ,  $p=.015$ ). Factors affecting health-related quality of life in one-person households were household income, job status, and unmet dental care, having 32.4% explanatory power. One-person household women with low incomes, no jobs, and unmet dental care showed low health-related quality of life. In comparison, factors affecting health-related quality of life of women in multi-person household women were age, education level, unmet medical care, and unmet dental care, having 10.4% explaining power. Women in multi-person households with age of 60–64, low education level, unmet medical care, and unmet dental care showed low health-related quality of life.

**Conclusion:** Health promotion strategies should be developed based on unique understanding of social, economic, and health of adult women in one-person and multi-person households.

**Keywords:** Family characteristics; Women; Health behavior; Health services;  
Health-related quality of life

**주요어:** 1인 가구; 여성; 건강행태; 의료이용; 건강관련 삶의 질

## 서론

### 1. 연구의 필요성

최근 우리사회의 가족구성에서 가장 큰 변화 중 하나는 1인 가구의 증가이다. 통계청 표준 용어 정의에 따르면 1인 가구란 혼자 살립하는 가구이며, 1인이 독립적으로 취사와 취침 등의 생계를 유지하는 가구이다[1]. 우리나라의 1인 가구는 1980년 4.8%에서 2010년 22.9%로, 비약적으로 증가하여 2017년 일반가구 중 1인 가구의 비율은 28.6%를 차지하였다[1-3]. 이제 우리가 1인 가구를 하나의 삶의 형태로 인정하고 1인 가구에 대한 이해와 관심을 가져야 하며, 이를 바탕으로 이들을 바라보는 관점의 전환이 필요한 시점임을 알 수 있다.

1인 가구 증가의 배경에는 젊은 세대의 결혼관 변화에 따른 비혼, 만혼의 증가, 가족가치관 변화에 따른 이혼 및 별거 등의 요인에 의하기도 하지만, 한국의 교육 환경과 관련된 기러기 가족의 증가, 노동시장 경쟁구조에 기인한 대도시 중심의 취업형 단독가구, 고령화 진전에 따른 노인 독신가구의 증가 등 있다[2,3].

이러한 가구유형의 변화는 생활양식을 변화시키고 건강행태에도 영향을 미친다. 사회의 주된 가구유형이 된 1인 가구 구성원은 그 특성과 소비패턴, 주거 및 생활양식은 다인 가구 구성원과 차이가 나며, 따라서 사회전반에 1인 가구에 맞추어진 다양한 변화가 나타나고 있다[4,5].

주로 비혼, 이혼이나 별거, 사별 등으로 1인 가구가 형성되거나 전환되는 경우가 많은데, 비혼을 제외하고는 급작스럽게 1인 가구원이 되므로, 가족관계나 역할의 변화가 크고, 경제적, 사회적 어려움을 겪게 되어, 여성 1인 가구원은 빈곤과 사회적 불평등으로 사회적 취약층이 되는 경우가 많다[4,6].

선행연구에 따르면 과거 약 10년전에는 우리나라 남성독신 가구원의 연령은 20-30대에 비중에 많은 데 비해 여성독신 가구원의 연령은 50대 혹은 60대이후로 분포되어 있었다[7-9]. 그러나 최근 통계청이 발표한 자료[10]에 따르면, 우리나라 2019년 여성 1인 가구는 291만4천 가구로 2000년 대비 2.2배 증가했고, 60세 이상이 1인 가구의 46%를 차지하고 30-40대의 수가 상대적으로 적은 반면에, 남성 1인 가구는 20대-50대 까지 20%내외로 비교적 고르게 분포되어 있고, 60대 이상 1인 가구의 비율이 여성보다 적게 나타나, 성별에 따라 1인 가구의 연령별 분포도 변화하였음을 알 수 있다. 결혼상태에 따른 남녀 1인 가구간의 차이를 살펴보면 여성 1인 가구는 미혼보다는 이혼, 별거, 사별로 인해 혼자 살게 된 경우가 많았으며, 또 학력과 소득수준은 남성 독신가구 구성원보다 더 낮은 경우가 많았다[11,12]. 따라서 1인 가구 구성원은 성별에 따라 구성과 특성과도 매우 다르며, 1인 가구 구성원내에서도 연령대에 따라 동질적이지 않은 것을 알 수 있다. 1인 가구 구성원은 단지 혼자 세대를 이루어 사는 것으로만 분류한 것이므로 이들 중에는 연령, 교육수준, 결혼상태에 따라 생활양식의 차이가 큰 이질적 특성이 존재할 수 있어[2,6-9,13], 1인 가구의 특성과 생활행태에 관해 보다 적극적인 탐색이 필요하다.

1인 가구 여성 가구원은 건강위험행동 특히 음주비율이 높았으며, 운동, 충분한 수면, 건강검진 등 건강증진 관련 행태가 부족하다고 알려져 있다[14,15]. 그럼에도 불구하고 지금까지의 여성 1인 가구 구성원과 다인 가구 여성구성원을 그들의 독특한 사회적 경제적 그리고 건강상의 특성을 중심으로 비교한 연구는 소수에 불과한 실정이다[15,16]. 이들에 특성을 파악

하고 변화 경향을 예측하며 이들의 건강과 삶의 질에 영향을 주는 요인을 파악하는 연구가 필요하다.

또한 그 동안 1인 가구를 대상으로 한 선행연구는 주로 노인계층에 집중되어 주로 독거노인을 대상으로 연구되었다[17-19]. 최근 1인 가구 노인 뿐만 아니라 성인의 비율도 급증하고 있으며, 혼자 사는 중년 성인의 외로움 또는 우울 경향이나 고독사 등이 사회적 문제로 대두되고 있으므로[20-23], 1인 가구를 이루는 성인 구성원에 대한 사회적 관심이 요구된다. 독거 성인들의 건강은 독거 노인의 비해 비가역적인 건강상태로 건강 기능회복 가능성이 부족한 건강행태의 개선으로 예방가능성이 높아 비용효과적(cost-effective)이므로 이들의 식이, 금연, 금주, 운동 등의 건강행태 또는 의료서비스 이용 그리고 궁극적으로 건강관련 삶의 질을 파악할 필요가 있다.

따라서 1인 가구 여성의 건강관련 삶의 질 영향 요인을 파악하여 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있는 중재 제공 및 정책적 지원 마련이 시급하다. 이에 본 연구는 여성 성인 1인 가구원에 대한 기초자료를 파악함으로써 향후 간호의 새로운 대상자로 부상하는 1인 가구 성인 여성의 건강을 개선하고 증진할 간호 전략의 기초 자료로 삼고자 수행되었다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 1인 가구 성인 여성과 다인 가구 성인 여성의 건강행태, 의료서비스 이용과 건강관련 삶의 질을 파악하고 관련요인을 확인하고자 하는 연구로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1인 가구와 다인 가구 성인 여성의 특성을 비교한다.
- 1인 가구와 다인 가구 성인 여성의 건강행태, 의료서비스 이용, 건강 관련 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 대상자의 특성에 따라 건강 관련 삶의 질에 차이가 있는지 확인한다.
- 대상자의 건강 행태 및 의료 서비스 이용수준에 따라 건강 관련 삶의 질에 차이가 있는지 확인한다.
- 대상자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 주는 요인을 확인한다.

## 연구방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 1인 가구 성인 여성과 다인 가구 성인 여성의 건강행태, 의료서비스 이용 및 건강관련 삶의 질을 비교하기 위해 질병관리본부에서 실시한 국민건강영양조사 제 7기 2차년도 2017년도 조사자료를 이차 분석한 연구이다.

### 2. 연구 대상

본 연구는 2017년 1월에서 12월까지 질병관리본부에서 실시한 국민건강영양조사 제 7기 2차년도 조사에 참여한 19세-64세 성인 여성을 대상으로 하였다. 2017년도 총 참여자는 8,127명으로, 여성은 4,361명이었으며, 19세-64세 성인 여성은 2,643명이었다. 국민건강영양조사에서는 건강설문조사, 검진조사, 및 영양조사를 실시하는데, 본 연구에서는 건강설문조사에 참여하였고 결측값이 없는 19-64세 성인 여성 2,552명을 연구대상으로 하였다.

### 3. 연구 변수

#### 1) 일반적 특성

본 연구에서 일반적 특성은 국민건강영양조사의 건강설문조사 중 연령, 거주지역, 주거형태, 결혼상태, 교육수준, 가구소득, 직업에 대한 자료를 사용하였다. 연령은 만 나이를 기준으로 '19-29세', '30-39세', '40-49세', '50-59세', '60-64세'로 분류하였다. 거주지역은 '도시'와 '시골'로 분류하였고, 주거형태는 '일반주택'과 '아파트'로 구분하였다. 결혼상태는 '유배우자 동거 및 사별', '유배우자 별거 및 이혼', '미혼'의 3그룹으로 구분하였고, 교육수준은 '초졸 이하', '중졸', '고졸', '대졸 이상'으로 분류하였다. 가구소득은 가구별 소득을 '하', '중하', '중상', '상'의 4그룹으로 분류하였고, 직업은 '직업 있음'과 '직업 없음'으로 분류하였다.

#### 2) 건강행태

건강행태는 국민건강영양조사의 건강설문조사 중 월간음주, 현재흡연, 유산소 신체활동 실천에 대한 자료를 사용하였다. 월간음주에서 평생 비음주와 최근 1년간 월 1잔 미만의 음주는 '비음주', 최근 1년간 월 1잔 이상의 음주는 '음주'로 분류하였다. 현재 흡연에서 비흡연과 과거 흡연은 '비흡연', 현재 흡연은 '흡연'으로 분류하였다. 유산소 신체활동 실천에서 실천하지 않음은 '운동하지 않음', 실천은 '운동함'으로 분류하였다.

#### 3) 의료서비스 이용

의료서비스 이용은 국민건강영양조사의 건강설문조사 중 필요한 의료서비스의 미충족 여부, 독감예방접종여부, 건강검진 수진 여부, 치과진료 수진 여부, 최근 1년간 구강검진 여부에 대한 자료를 사용하였다. 미충족 의료(unmet medical needs)란 최근 1년간 병원 및 치과의 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 경우를 의미하는데, 필요 의료서비스 미충족 여부에서 예는 '미충족 의료 있음', 아니오와 병원 진료(검사 또는 치료)가 필요한 적 없었는 '미충족 의료 없음'으로 분류하였다. 치과진료 미치료 여부에서 예는 '미충족 치과 치료 있음', 아니오와 진료(검사 또는 치료) 미필요는 '미충족 치과치료 없음'으로 분류하였다. 독감예방접종 여부, 건강검진 수진 여부, 최근 1년간 구강검진 여부는 '예'와 '아니오'로 분류하였다.

#### 4) 건강관련 삶의 질

건강관련 삶의 질은 Euro Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D)를 사용하여 측정하였다. Euro-QOL Group에서 개발한 EQ-5D는 '운동능력', '자기관리', '일상 활동', '통증/불편', '불안/우울' 5개 영역으로 구성되었으며, 각 영역은 1개의 문항으로 구성되어 총 5개의 문항이며, 각 문항별로 본인의 건강상태에 대해 '문제없음', '다소 문제 있음', '심각한 문제 있음'의 3가지 수준 중 하나를 선택하도록 하였다[9,14]. 본 연구에서는 질병관리본부에서 한국인에 대한 가중치를 적용하여 EQ-5D index를 구한 값을 원자료에 제시한 것을 이용하였다. 1점에 가까울수록 건강관련 삶의 질이 높은 것을 의미한다.

### 4. 자료수집 및 분석

본 연구의 자료는 국민건강영양조사 홈페이지에서 2017년 원시자료 data base (DB) 중 기본 DB 자료를 다운받아 사용하였으며, 자료 분석은 SPSS 20.0 program을 사용하여 분석하였다. 자료 분석은 층, 집락, 가중치 등 복합표본 요소를 고려하여 복합표본 분석법을 사용하였다. 구체적인 자료 분석 방법은 다음과 같다.

- 1인 가구와 다인 가구 여성의 일반적인 특성, 건강행태 및 의료서비스 이용은 복합표본 빈도분석을 실시하였다.
- 1인 가구와 다인 가구 여성의 건강관련 삶의 질(EQ-5D index)은 복합표본 기술통계로 평균과 표준오차를 구하였다.
- 1인 가구와 다인 가구 여성의 일반적 특성, 건강행태 및 의료서비스 이용의 차이는 복합표본 교차분석을 실시하였다.
- 1인 가구와 다인 가구 여성의 일반적 특성, 건강행태 및 의료서비스 이용에 따른 건강관련 삶의 질(EQ-5D index)의 차이는 복합표본 일반선형모형을 이용하여 분석하였다.
- 1인 가구와 다인 가구 여성의 일반적 특성, 건강행태 및 의료서비스 이용에 따른 건강관련 삶의 질(EQ-5D index)의 차이와 건강관련 삶의 질(EQ-5D index) 영향요인은 복합표본 일반선형모형을 이용하여 분석하였다.

## 5. 윤리적 고려

국민건강영양조사는 국민건강증진법 제16조에 근거하여 시행하는 법정조사이며 통계법 제17조에 근거한 정부지정통계(승인번호 제117002호)로, 질병관리본부는 개인정보보호법 및 통계법을 준수하여 조사 자료에서 개인을 추정할 수 없도록 비식별 조치된 자료만을 제공하고 있다. 또한 본 연구를 위해 H대학교 생명윤리심의위원회의 승인(2019-E-02-04)을 받아 진행하였다.

## 연구결과

### 1. 일반적 특성

1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 20대와 50대 이상의 비율이 높게 나타났으며( $\chi^2=1,819.63$ ,  $p<.001$ ), 주거형태는 1인 가구 여성은 일반주택에 거주하는 경우가 많은 반면 다인 가구 여성은 아파트에 거주하는 경우가 많은 것으로 나타났다( $\chi^2=79.57$ ,  $p<.001$ ). 결혼 상태는 1인 가구 여성은 다인 가구 여성에 비해 미혼과 유배우자 별거 또는 이혼이 더 많았으며( $\chi^2=162.53$ ,  $p<.001$ ), 교육수준은 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 낮게 나타났다( $\chi^2=12.52$ ,  $p=.012$ ). 가구소득은 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 낮게 나타났고( $\chi^2=78.43$ ,  $p<.001$ ), 직업은 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 직업이 있는 경우가 더 많은 것으로 나타났다( $\chi^2=9.51$ ,  $p=.006$ ) (Table 1).

### 2. 건강행태, 의료서비스 이용, 및 건강관련 삶의 질

1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 음주( $\chi^2=6.96$ ,  $p=.014$ )와 흡연( $\chi^2=16.07$ ,  $p=.001$ )을 하는 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 미충족 의료, 즉, 진료가 필요한 진료를 받지 못하는 경우가 더 많았으며( $\chi^2=8.77$ ,  $p=.004$ ), 암검진을 실시하지 않은 경우도 더 많은 것으로 나타났다( $\chi^2=13.77$ ,  $p=.003$ ). 건강관련 삶의 질은 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 낮게 나타났다( $t=-2.46$ ,  $p=.015$ ) (Table 2).

### 3. 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질

1인 가구 여성에서는 60대에서 건강관련 삶의 질이 가장 낮게 나타났고( $F=4.27$ ,  $p=.003$ ), 결혼상태가 별거 또는 이혼인 1인 가구여성 구성원이 다른 결혼상태 집단에 비해 건강관련 삶의

**Table 1.** General Characteristics

(N=2,552)

Characteristics	Categories	One-person household (n <sup>†</sup> =187)	Multi-person household (n <sup>†</sup> =2,335)	$\chi^2$ (p)
		% (SE)	% (SE)	
Age (year)	19–29	28.3 (5.2)	19.7 (1.1)	1,819.63 (<.001)
	30–39	13.7 (2.8)	21.7 (1.3)	
	40–49	12.3 (2.7)	25.5 (1.1)	
	50–59	25.4 (3.8)	24.4 (0.9)	
	60–64	20.3 (3.1)	8.7 (0.6)	
Living area	Urban	87.1 (3.5)	87.2 (2.6)	<0.01 (.994)
	Rural	12.9 (3.5)	12.8 (2.6)	
House type	Non-apartment	72.3 (4.0)	36.9 (1.7)	79.57 (<.001)
	Apartment	27.7 (4.0)	63.1 (1.7)	
Marriage	Living with spouse, bereavement	30.2 (4.4)	75.0 (1.2)	162.53 (<.001)
	Separation, divorce	18.6 (3.1)	4.3 (0.5)	
	Unmarried	51.1 (5.2)	20.7 (1.1)	
Education <sup>‡</sup>	≤Elementary school	12.3 (2.7)	7.7 (0.6)	12.52 (.012)
	Middle school	13.5 (2.6)	7.4 (0.7)	
	High school	29.9 (4.0)	35.7 (1.4)	
	≥University	44.3 (5.3)	49.2 (1.6)	
House income <sup>‡</sup>	Low	24.2 (3.8)	7.8 (0.8)	78.43 (<.001)
	Low middle	28.4 (3.6)	24.0 (1.3)	
	Upper middle	37.3 (4.4)	31.7 (1.2)	
	High	10.1 (2.6)	36.4 (1.7)	
Occupation <sup>‡</sup>	Yes	72.1 (4.1)	59.5 (1.3)	9.51 (.006)
	No	27.9 (4.1)	40.5 (1.3)	

SE=standard error

<sup>†</sup>Unweighted frequency, <sup>‡</sup>Valid percent.**Table 2.** Health Behavior, Health Service Use and Health Related Quality of Life (EQ-5D index)

(N=2,552)

Variables	Categories	One-person household (n†=187)	Multi-person household (n†=2,335)	$\chi^2$ or t	p
		% (SE) or M (SE)	% (SE) or M (SE)		
Health behavior					
Drinking <sup>‡</sup>	No	38.5 (4.0)	49.2 (1.1)	6.96	.014
	Yes	61.5 (4.0)	50.8 (1.1)		
Smoking <sup>‡</sup>	No	86.8 (2.9)	94.6 (0.6)	16.07	.001
	Yes	13.2 (2.9)	5.4 (0.6)		
Exercise <sup>‡</sup>	No	51.8 (4.9)	52.4 (1.3)	0.02	.914
	Yes	48.2 (4.9)	47.6 (1.3)		
Health service use					
Unmet medical needs <sup>‡</sup>	Yes	17.8 (3.1)	10.2 (0.8)	8.77	.004
	No	82.2 (3.1)	89.8 (0.8)		
Influenza vaccination <sup>‡</sup>	Yes	27.8 (3.9)	33.1 (1.2)	1.84	.208
	No	72.2 (3.9)	66.9 (1.2)		
Medical check-up <sup>‡</sup>	Yes	65.7 (3.4)	66.6 (1.4)	0.06	.795
	No	34.3 (3.4)	33.4 (1.4)		
Cancer screening <sup>‡</sup>	Yes	47.4 (5.0)	62.5 (1.2)	13.77	.003
	No	52.6 (5.0)	37.5 (1.2)		
Unmet dental needs <sup>‡</sup>	Yes	34.2 (4.4)	26.8 (1.2)	4.20	.103
	No	65.8 (4.4)	73.2 (1.2)		
Dental check-up <sup>‡</sup>	Yes	33.6 (3.9)	41.5 (1.3)	3.86	.056
	No	66.4 (3.9)	58.5 (1.3)		
EQ-5D index		0.95 (0.01)	0.97 (<0.01)	-2.46	.015

EQ-5D=Euro Quality of Life-5 Dimensions; M=mean; SE=standard error.

<sup>†</sup>Unweighted frequency, <sup>‡</sup>Valid percent.



**Table 3.** Health Related Quality of Life (EQ-5D Index) according to General Characteristics (N=2,552)

Characteristics	Categories	One-person household (n <sup>†</sup> =187)		Multi-person household (n <sup>†</sup> =2,335)	
		M (SE)	F (p)	M (SE)	F (p)
Age (year)	19–29	0.97 (0.01)	4.27 (.003)	0.98 (<0.01)	13.12 (<.001)
	30–39	0.97 (0.01)		0.98 (<0.01)	
	40–49	0.98 (0.01)		0.98 (<0.01)	
	50–59	0.94 (0.02)		0.96 (<0.01)	
	60–64	0.91 (0.02)		0.93 (0.01)	
Living area	Urban	0.95 (0.01)	0.01 (.935)	0.97 (<0.01)	3.94 (.048)
	Rural	0.95 (0.02)		0.96 (0.01)	
House type	Non-apartment	0.95 (0.01)	0.01 (.926)	0.96 (<0.01)	19.54 (<.001)
	Apartment	0.95 (0.02)		0.97 (<0.01)	
Marriage	Living with spouse, bereavement	0.95 (0.01)	4.21 (.016)	0.97 (<0.01)	7.34 (.001)
	Separation, divorce	0.90 (0.03)		0.95 (0.01)	
	Unmarried	0.97 (0.01)		0.98 (<0.01)	
Education	≤Elementary school	0.86 (0.04)	4.48 (.004)	0.92 (0.01)	18.01 (<.001)
	Middle school	0.93 (0.02)		0.96 (0.01)	
	High school	0.97 (0.01)		0.97 (<0.01)	
	≥University	0.97 (0.01)		0.98 (<0.01)	
House income	Low	0.88 (0.02)	19.01 (<.001)	0.94 (0.01)	7.86 (<.001)
	Low middle	0.97 (0.01)		0.97 (<0.01)	
	Upper middle	0.97 (0.01)		0.97 (<0.01)	
	High	1.00 (<0.01)		0.97 (<0.01)	
Occupation	Yes	0.97 (0.01)	9.54 (.002)	0.97 (<0.01)	1.89 (.170)
	No	0.90 (0.02)		0.97 (<0.01)	

EQ-5D=Euro Quality of Life-5 Dimensions; M=mean; SE=standard error.

<sup>†</sup>Unweighted frequency.

의 질이 낮게 나타났으며( $F=4.21$ ,  $p=.016$ ), 교육수준이 낮을수록 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다( $F=4.48$ ,  $p=.004$ ). 또한 가구소득이 낮을수록( $F=19.01$ ,  $p<.001$ ), 직업이 없는 여성이( $F=9.54$ ,  $p=.002$ ) 건강관련 삶의 질이 낮게 더 나타났다(**Table 3**).

다인 가구 여성도 60대에서는 건강관련 삶의 질이 가장 낮게 나타났고( $F=13.12$ ,  $p<.001$ ), 시골에 거주하는 여성이 도시에 거주하는 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났으며( $F=3.94$ ,  $p=.048$ ), 일반주택에 거주하는 여성이 아파트에 거주하는 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다( $F=19.54$ ,  $p<.001$ ). 또한 유배우자 별거 또는 이혼 여성이 유배우자 동거 또는 사별 여성과 미혼 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났으며( $F=7.34$ ,  $p=.001$ ), 교육수준이 낮을수록 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났고( $F=18.01$ ,  $p<.001$ ), 가구소득이 ‘하’인 여성이 다른 그룹에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다( $F=7.86$ ,  $p<.001$ ) (**Table 3**).

#### 4. 건강행태 및 의료서비스 이용에 따른 건강관련 삶의 질

1인 가구 여성은 음주를 하지 않는 여성이 음주를 하는 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났으며( $F=6.76$ ,  $p=.010$ ), 독감예방접종을 하지 않는 여성이 독감예방접종을 하는 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났고( $F=4.22$ ,  $p=.041$ ), 미충족 치과치료가 있는 여성이 미충족 치과치료가 없는 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다( $F=11.41$ ,  $p=.001$ ) (**Table 4**).

다인 가구 여성은 미충족 의료가 없는 여성이 미충족 의료가 있는 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났으며( $F=32.33$ ,  $p<.001$ ), 독감예방접종을 하지 않는 여성이 독감예방접종을 하는 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났고( $F=8.92$ ,  $p=.003$ ), 미충족 치과치료가 있

**Table 4.** Health Related Quality of Life (EQ-5D Index) according to Health Behavior and Health Service Use (N=2,552)

Variables	Categories	One-person household (n <sup>†</sup> =187)		Multi-person household (n <sup>†</sup> =2,335)	
		M (SE)	F (p)	M (SE)	F (p)
Health behavior					
Drinking	No	0.92 (0.02)	6.76 (.010)	0.97 (<0.01)	3.57 (.060)
	Yes	0.97 (0.01)		0.97 (<0.01)	
Smoking	No	0.95 (0.01)	2.04 (.154)	0.97 (<0.01)	0.05 (.831)
	Yes	0.97 (0.01)		0.97 (<0.01)	
Exercise	No	0.94 (0.01)	1.83 (.177)	0.97 (<0.01)	2.44 (.119)
	Yes	0.96 (0.01)		0.97 (<0.01)	
Health service use					
Unmet medical needs	Yes	0.91 (0.03)	2.04 (.154)	0.93 (0.01)	32.33 (<.001)
	No	0.96 (0.01)		0.97 (<0.01)	
Influenza vaccination	Yes	0.93 (0.02)	4.22 (.041)	0.96 (<0.01)	8.92 (.003)
	No	0.96 (0.01)		0.97 (<0.01)	
Medical check-up	Yes	0.95 (0.01)	0.05 (.826)	0.97 (<0.01)	0.01 (.736)
	No	0.95 (0.01)		0.97 (<0.01)	
Cancer screening	Yes	0.94 (0.01)	2.92 (.088)	0.97 (<0.01)	0.47 (.492)
	No	0.96 (0.01)		0.97 (<0.01)	
Unmet dental needs	Yes	0.91 (0.02)	11.41 (.001)	0.95 (<0.01)	29.38 (<.001)
	No	0.97 (0.01)		0.97 (<0.01)	
Dental check-up	Yes	0.96 (0.01)	1.89 (.171)	0.97 (<0.01)	0.09 (.762)
	No	0.94 (0.01)		0.97 (<0.01)	

EQ-5D=Euro Quality of Life-5 Dimensions; M=mean; SE=standard error.

<sup>†</sup>Unweighted frequency.

는 여성이 미충족 치과치료가 없는 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다(F=29.38,  $p<.001$ ) (Table 4).

### 5. 건강관련 삶의 질 영향요인

1인 가구 여성은 가구소득, 직업유무, 및 미충족 치과치료가 건강관련 삶의 질과 관련이 있었으며 모형 설명력은 32.4%이었다. 가구소득이 ‘상’인 여성에 비해 가구소득이 ‘하’인 여성과 ‘중상’인 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났으며, 직업이 없는 여성에 비해 직업이 있는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났고, 미충족 치과치료가 없는 여성에 비해 미충족 치과치료가 있는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다(Table 5).

다인 가구 여성은 연령, 교육수준, 미충족 의료, 및 미충족 치과치료가 건강관련 삶의 질과 관련이 있었으며 모형 설명력은 10.4%이었다. 60대 여성이 40대 이하 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났으며, 교육수준이 ‘대졸 이상’인 여성에 비해 ‘초등학교 졸업 이하’인 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다. 미충족 의료이 없는 여성에 비해 미충족 의료이 있는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났으며, 미충족 치과치료가 없는 여성에 비해 미충족 치과치료가 있는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다(Table 6).

## 논의

본 연구에서 1인 가구 여성은 다인 가구 여성에 비해 20대와 50대 이상의 비율이 높게 나타났다. 이는 19-64세 성인 여성을 대상으로 한 선행연구[11]와 일치하는 결과이다. 최근 우리나라는 혼인율이 급감소하고 있으며 초혼 연령도 늦어지고 있다[15,20]. 이러한 사회적 현상을



**Table 5.** Factors Associated with Health Related Quality of Life (EQ-5D Index) in One-person Household Women

(N=187)

Variables	Categories	B (SE)	95% CI		t	p
			Lower	Upper		
Intercept		1.04 (0.04)	0.97	1.11	30.07	<.001
Age (year)	19-29	-0.06 (0.04)	-0.13	0.01	-1.59	.113
	30-39	-0.06 (0.04)	-0.13	0.02	-1.53	.128
	40-49	-0.05 (0.03)	-0.11	0.01	-1.55	.122
	50-59	-0.02 (0.03)	-0.08	0.04	-0.68	.495
	60-64	Reference				
Marriage	Living with spouse, bereavement	-0.02 (0.02)	-0.06	0.01	-1.28	.201
	Separation, divorce	-0.05 (0.03)	-0.10	0.01	-1.60	.110
	Unmarried	Reference				
Education	≤Elementary school	-0.08 (0.04)	-0.17	0.00	-1.89	.060
	Middle school	-0.02 (0.02)	-0.06	0.01	-1.29	.197
	High school	0.02 (0.01)	-0.00	0.05	1.70	.090
	≥Universities	Reference				
House income	Low	-0.07 (0.02)	-0.11	-0.03	-3.60	<.001
	Low middle	-0.01 (0.02)	-0.04	0.02	-0.64	.521
	Upper middle	-0.04 (0.02)	-0.07	-0.01	-2.71	.007
	High	Reference				
Occupation	Yes	0.05 (0.02)	0.01	0.08	2.66	.008
	No	Reference				
Drinking	No	-0.02 (0.01)	-0.05	0.01	-1.43	.153
	Yes	Reference				
Influenza vaccination	Yes	-0.02 (0.02)	-0.05	0.01	-1.33	.183
	No	Reference				
Unmet dental needs	Yes	-0.05 (0.01)	-0.07	-0.02	-3.89	<.001
	No	Reference				

R<sup>2</sup>=.32, F=4.48, p<.001

EQ-5D=Euro Quality of Life-5 Dimensions; B=unstandardized coefficients; SE=standard error; CI=confidence interval.

고려하면 본 연구에서 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 20대 비율이 높게 나타난 것은 혼인율 급감 및 초혼 연령이 늦어짐에 따라 결혼하지 않은 미혼 여성이 많기 때문이라고 할 수 있다. 또한 본 연구에서는 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 50대 이상의 비율도 높게 나타났는데, 이는 우리나라 여성의 경우 이혼, 별거 또는 사별 후 재혼하지 않고 혼자 사는 여성이 많기[9,10,15,20] 때문이라고 할 수 있다. 따라서 1인 가구 여성을 위한 건강관리 프로그램 제공을 하는 경우 이러한 연령대별 특성을 반영하는 것이 필요하다고 할 것이다.

본 연구에서 주거형태는 1인 가구 여성은 일반주택에 거주하는 경우가 많은 반면 다인 가구 여성은 아파트에 거주하는 경우가 많은 것으로 나타났다. 1인 가구와 다인 가구의 주거형태에 대한 직접적인 비교 연구는 많지 않으나, 1인 가구와 다인 가구의 주거환경에 대한 비교에서 여성 1인 가구의 주거환경은 다인 가구에 비해 열악한 것으로 보고하고 있다[24]. 그러나 일반주택과 아파트라는 주거형태만으로 주거환경을 평가할 수는 없으므로, 주거형태를 포함한 주거환경에 대해서는 지속적인 연구가 실시될 필요가 있다.

본 연구에서 교육수준은 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 낮게 나타났다. 이는 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 교육수준이 낮게 나타남을 보고한 선행연구[11,24,25]와 일치하는 결과이나, 1인 가구 여성에서 다인 가구 여성에 비해 대졸 이상의 학력을 가진 경우가 더 많은 것으로 보고한 선행연구[15]와 상반되는 결과이다. 최근 증가하고 있는 여성 1인 가구의 경우 비교적 학력이 높고 전문직업을 가지고 있는 경우가 많으며[6], 결혼관의 변화 등으로 학업이나 취업 등의 이유로 결혼을 미루고 1인 가구를 형성하는 여성이 많아지고 있다.

**Table 6.** Factors Associated with Health Related Quality of Life (EQ-5D Index) in Multi-person Household Women

(N=2,335)

Variable	Categories	B (SE)	95% CI		t	p
			Lower	Upper		
Intercept		1.04 (0.04)	0.97	1.11	30.07	<.001
Age (year)	19-29	0.02 (0.01)	0.00	0.04	2.23	.026
	30-39	0.02 (0.01)	0.00	0.03	2.43	.016
	40-49	0.02 (0.01)	0.01	0.04	2.66	.008
	50-59	0.01 (0.01)	-0.00	0.03	1.58	.115
	60-64	Reference				
Living area	Urban	0.00 (0.01)	-0.01	0.01	0.45	.653
	Rural	Reference				
House type	Non-apartment	0.01 (0.00)	-0.01	0.00	-1.37	.173
	Apartment	Reference				
Marriage	Living with spouse, bereavement	0.00 (0.01)	-0.01	0.01	-0.30	.531
	Separation, divorce	-0.01 (0.01)	-0.03	0.01	-0.72	.475
	Unmarried	Reference				
Education	≤Elementary school	-0.03 (0.01)	-0.05	-0.02	-3.60	<.001
	Middle school	-0.01 (0.01)	-0.02	0.01	-0.87	.383
	High school	0.00 (0.00)	-0.01	0.00	-0.90	.368
	≥Universities	Reference				
House income	Low	-0.01 (0.01)	-0.03	0.00	-1.66	.098
	Low middle	0.00 (0.00)	-0.01	0.01	0.79	.428
	Upper middle	0.01 (0.00)	0.00	0.01	1.72	.086
	High	Reference				
Unmet medical needs	Yes	-0.03 (0.01)	-0.04	-0.02	-4.51	<.001
	No	Reference				
Influenza vaccination	Yes	-0.01 (0.00)	-0.01	0.00	-1.73	.084
	No	Reference				
Unmet dental needs	Yes	-0.02 (0.00)	-0.02	-0.01	-4.52	<.001
	No	Reference				

EQ-5D=Euro Quality of Life-5 Dimensions; B=unstandardized coefficients; SE=standard error; CI=confidence interval.

[15]. 따라서 1인 가구와 다인 가구의 교육수준에 대해서는 추후 지속적인 연구를 통해 변화 추이를 파악하는 것이 필요하다고 할 것이다.

본 연구에서 직업은 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 직업이 있는 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 그러나 가구소득은 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 낮은 것으로 나타났는데 이는 다인 가구 여성의 경우 소득원이 1인 가구 보다 많기 때문이라고 할 수도 있으나, 선행연구에서 1인 가구 여성은 임시직이나 일용직 비율이 높고 저숙련 일자리가 많은 것으로 나타난 결과[6]를 고려하면 1인 가구 여성은 고용환경이 열악하기 때문이라고 할 수 있다. 따라서 1인 가구 여성을 위한 건강관리 프로그램 제공 및 정책 수립 시 직업적 특성을 포함한 고용환경과 관련된 요소를 고려할 필요가 있다.

본 연구에서 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 음주와 흡연을 하는 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 이는 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 음주율과 흡연율이 높게 나타남을 보고한 선행연구[11,15,24]와 일치하는 결과이다. 여성의 건강행위 양상은 혼자 사는 것과 유의한 관련이 있는 것으로 보고하고 있다[11]. 음주는 그 자체로 문제가 되는 것은 아니지만 고위험 음주의 경우 개인 및 사회적으로 많은 문제를 일으킬 수 있는데, 1인 가구의 경우 음주를 제지하는 가족이 없어 고위험 음주로 이어질 가능성이 높다[15]. 또한 흡연의 경우 여성의 흡연율은 남성에 비해 낮지만 점차 증가하는 추세이므로 1인 가구 여성의 흡연은 전체 연령층의 흡연율에 영향을 미치는 중요한 문제이다[11]. 따라서 1인 가구 여성의 음주와 흡연에 초점

을 둔 건강관리 프로그램을 제공할 필요가 있으며, 음주 및 흡연 관련 건강관리 프로그램 및 정책 수립 시 1인 가구 여성의 이러한 특성들을 고려할 필요가 있다고 할 것이다.

1인 가구 여성은 17.8%, 다인 가구 여성은 10.2%에서 미충족 의료가 발생하였고, 이와 관련하여 암검진을 실시하지 않은 경우도 1인 가구 여성은 52%으로 다인 가구 여성의 37.5%에 비해 서도 통계적으로 유의한 수준으로 더 많은 것으로 나타났다. 선행연구에서 미충족 의료와 관련된 가장 영향력 높은 요인은 가구소득이며, 주관적 건강수준이 낮고 가구소득이 낮으며 교육수준이 낮은 집단이 미충족 의료를 경험할 확률이 가장 높은 것으로 보고하고 있으며[26], 소득수준이 낮고 학력이 낮을수록 건강검진과 같은 건강증진 행위를 하지 않는 것으로 보고하고 있다[11]. 본 연구에서 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 가구소득이 낮고 교육수준이 낮게 나타난 결과를 고려하면, 1인 가구 여성에서 미충족 의료가 더 많고 암검진 실시율이 더 낮은 것으로 나타난 것은 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 가구소득이 낮고 교육수준이 낮기 때문이라고 할 수 있다. 우리나라의 미충족 의료 경험률은 지속적으로 감소하는 추세로 유럽연합에 속한 27개국들과 비슷한 수준이나, 저소득층의 미충족 의료 경험률은 고소득층에 비해 여전히 높게 나타나고 있다[27]. 따라서 미충족 의료 해결을 위한 정책 수립 시 저소득층 1인 가구 여성에 초점을 둘 필요가 있으며, 1인 가구의 미충족 의료 및 암검진 여부와 관련된 요인을 파악하여 구체적이고 실질적인 지원을 제공하는 것이 필요하다고 할 것이다.

본 연구에서 건강관련 삶의 질은 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 낮게 나타났다. 성인 여성을 대상으로 1인 가구와 다인 가구의 건강관련 삶의 질을 비교한 선행연구가 없어 선행연구와의 직접적인 비교에는 무리가 있다. 그러나 여성 근로자를 대상으로 한 연구[16]와 사회계층별 모형 I-VI계층에 해당하는 여성을 대상으로 한 연구[10]에서 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타남을 보고하고 있어 본 연구결과와 같은 맥락으로 이해할 수 있다. 1인 가구 여성은 건강상태가 상대적으로 좋지 못하며 위급상황에서 대처할 수 있는 자원이 부족한 건강 관련 취약한 집단이며[24], 불규칙한 생활습관과 사회적으로 고립되기 쉬운 특성상 건강상에 문제가 많을 수 있다[20]. 따라서 1인 가구의 건강관련 삶의 질 영향 요인을 파악하여 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있는 중재 제공 및 정책적 지원 마련이 필요하다고 할 것이며, 1인 가구가 증가하고 있는 최근의 실태를 고려하면 이는 시급한 과제라고 할 것이다.

본 연구에서 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 1인 가구 여성은 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구소득, 및 직업 유무에 따라 차이가 있었으며, 다인 가구 여성은 연령, 거주지역, 주거형태, 결혼상태, 교육수준, 및 가구소득에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다.

여성의 건강관련 삶의 질에 대한 선행연구에서 연령이 높을수록 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다으며 교육 및 소득수준이 낮을수록 건강관련 삶의 질이 낮게 나타남을 보고하고 있는데 [10,16], 이는 본 연구에서 1인 가구 및 다인 가구 여성에서 60-64세 여성의 건강관련 삶의 질이 가장 낮게 나고, 교육수준과 가구소득이 낮을수록 건강관련 삶의 질이 낮게 나타난 것과 같은 결과이다. 또한 직업이 없는 여성이 직업이 있는 여성에 비해 가구소득이 낮은 점을 고려하면 1인 가구 여성에서 직업이 없는 여성이 직업이 있는 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타난 것도 같은 맥락에서 이해할 수 있을 것이다. 그러나 40-64세 중년 여성을 대상으

로 한 연구에서는 연령, 교육수준, 경제활동 유무에 따른 차이가 없음을 보고하여[14], 본 연구와 차이를 보였는데, 이는 본 연구는 19-64세 성인 여성 전체를 대상으로 하였기 때문에 연구대상에 의한 차이라고 할 수 있다. 연령이 증가할수록 갱년기와 같은 신체적 변화가 오면서 정서적 스트레스가 높아지며[17], 신체적 불편함과 우울은 건강관련 삶의 질과 관련이 있다[5]. 또한 소득은 교육수준과 고용형태와 연관되는 문제이며[16], 많은 수입과 경제적 안정은 예방 목적의 의료이용이나 운동을 할 수 있는 여유가 많아 건강관련 삶의 질을 높이는 데 기여한다[10]. 따라서 여성건강 관련 정책 수립 시 고령 여성, 교육수준이 낮은 여성, 및 저소득층 여성에 우선적으로 초점을 두는 것이 필요하다고 할 것이다.

본 연구에서 결혼상태에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 1인 가구 여성 및 다인 가구 여성 모두에서 이혼 또는 별거하는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다. 여성의 건강관련 삶의 질에 대한 연구에서 결혼상태에 따른 차이는 미혼 여성이 기혼 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 낮게 나타남[16]을 보고한 반면, 배우자 유무에 따른 건강관련 삶의 질은 차이가 없음[14]을 보고하기도 하여 연구에 따라 차이를 보이고 있다. 최근 우리나라는 유배우자 가구와 배우자 사별에 의한 가구는 감소하는 반면 미혼가구와 이혼가구의 비중이 크게 증가하고 있으며 이혼이나 별거 후의 건강 상태와 삶의 질은 여성이 더 열악한 것으로 보고되고 있다[12]. 따라서 이혼이나 별거를 경험한 여성에 초점을 둔 건강관련 정책을 수립할 필요가 있으며, 결혼상태에 대해 파악함에 있어서도 단순히 결혼 유무만을 파악하는 것이 아니라 별거나 이혼을 분리하여 파악하는 것이 필요하다고 할 것이다.

본 연구에서 다인 가구 여성의 경우 도시에 거주하는 여성에 비해 시골에 거주하는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮았고, 아파트에 거주하는 여성에 비해 일반주택에 거주하는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다. 선행연구에서 특별시 및 광역시 거주자 여성이 다른 지역 거주 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 높게 나타남을 보고하였으나[10], 거주지역이나 주거형태에 따른 건강관련 삶의 질의 차이를 비교한 연구는 많지 않은 실정이다. 따라서 거주지역이나 주거형태의 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이를 파악하여 지역적 특성 및 지역의 주거형태별 특성을 반영한 지역사회 단위의 여성건강 정책 수립에 반영하는 것이 필요하다고 할 것이다.

본 연구에서 건강행태 및 의료서비스 이용에 따른 건강관련 삶의 질의 차이는 1인 가구 여성은 음주, 독감 예방접종 및 미충족 치과치료 유무에 따라 차이가 있었으며, 다인 가구 여성은 미충족 의료, 독감 예방접종 및 미충족 치과치료 유무에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다.

음주와 건강관련 삶의 질에 대한 선행연구에서 음주를 하는 여성이 음주를 하지 않는 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 높게 나타났는데[14], 본 연구에서는 1인 가구 여성의 경우 음주 여성이 비음주 여성에 비해 건강관련 삶의 질이 높게 나타난 반면 다인 가구 여성에서는 음주여부에 따른 건강관련 삶의 질에 차이가 없는 것으로 나타나 부분적으로 일치하였다. 음주는 일반적으로 부정적 건강행동으로 여겨지나 오랫동안 지속해 온 습관 중 하나이며 사교활동의 일부로 여겨질 수 있다[14]. 음주 여부를 ‘비음주’, ‘적당음주’, ‘문제음주’의 3그룹으로 분류한 연구에서 ‘적당음주’ 여성의 건강관련 삶의 질이 다른 그룹에 비해 높게 나타남을 보고하였는데[10], 이는 음주 여부가 중요한 것이 아니라 어떤 음주를 하는지가 중요함을 보여주는 것이라고 할 것이다. 따라서 음주 형태를 세분화하여 건강관련 삶의 질에 미치는 영향

을 파악하는 것이 필요하며, 문제음주를 예방하고 적당한 음주를 하도록 하는 것이 필요하다고 할 것이다.

미충족 의료와 건강관련 삶의 질에 대한 선행연구에서 미충족 의료가 없는 여성에 비해 미충족 의료가 있는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났음 보고하고 있다[10]. 본 연구에서도 다인 가구 여성의 경우 미충족 의료가 없는 여성이 미충족 의료가 있는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타나 선행연구와 일치하였으며, 1인 가구 여성의 경우도 통계적 유의성은 없었으나 미충족 의료가 없는 여성에 비해 미충족 의료가 있는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타나 선행연구와 비슷한 경향을 보였다고 할 수 있다. 또한 1인 가구와 다인 가구 모두에서 미충족 치과치료가 없는 여성에 비해 미충족 치과치료가 있는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타나 선행연구와 같은 맥락에서 이해할 수 있다고 할 것이다. 미충족 의료란 의료적 필요가 충족되지 못한 상태를 의미하는 것으로 미충족 의료가 있는 경우 적절한 시기에 치료를 받지 못하게 되므로[13,27], 건강관련 삶의 질이 낮게 나타날 수 있다. 또한 미충족 의료가 있는 경우 적절한 시기에 치료를 받지 못하게 되어 더 큰 사회적 문제로 발전할 가능성이 높아지는데[13], 이러한 건강관련 삶의 질 저하 및 사회적 문제로 발전할 가능성은 미충족 치과치료 또한 같은 맥락에서 이해할 수 있을 것이다. 따라서 미충족 의료 및 미충족 치과치료가 발생하지 않도록 지속적인 모니터링과 정책보완을 실시할 필요가 있으며[27], 효율적인 의료자원 분배를 통해 의료형평성이 유지될 수 있도록 하는 것이 필요하다고 할 것이다[13].

독감 예방접종과 건강관련 삶의 질에 대한 선행연구는 찾기 어려운 실정이다. 그러나 독감 예방접종 영향요인에 대한 선행연구에서 만성질환이 있는 경우 만성질환이 없는 경우에 비해 독감 예방접종율이 높게 나타나며, 이는 만성질환이 있는 경우 병원이나 약국 등에서 의료인과 접할 기회가 많아 독감과 합병증에 대한 정보를 접할 기회가 많고 이를 통해 독감에 대해 인지된 감수성이 높기 때문이라고 보고하고 있다[28,29]. 이러한 선행연구 결과를 고려하면 본 연구에서 독감 예방접종을 실시한 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타난 것은 독감 예방접종을 실시한 여성은 실시하지 않은 여성에 비해 자신을 독감에 대한 감수성이 높은 상태로 인식한 경우가 많았기 때문이라고 추론해 볼 수 있다. 그러나 독감 예방접종과 건강관련 삶의 질에 대한 연구는 부족한 실정이므로 추후 이와 관련된 지속적인 연구를 실시할 필요가 있다고 할 것이다.

본 연구에서 건강관련 삶의 질 영향요인은 1인 가구 여성은 가구소득, 직업유무, 및 미충족 치과치료였으며, 설명력은 32.4%이었다. 1인 가구 여성의 경우 가구소득이 '상'인 여성에 비해 '하'인 여성과 '중상'인 여성의 건강관련 삶의 질이 낮았으며, 직업이 있는 여성에 비해 직업이 없는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮았고, 미충족 치과치료가 없는 여성에 비해 미충족 치과치료가 있는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다. 다인 가구 여성의 건강관련 삶의 질 영향요인은 연령, 교육수준, 미충족 의료 및 미충족 치과치료였으며, 설명력은 10.4%이었다. 다인 가구 여성의 경우 40대 이하 여성에 비해 60-64세 여성의 건강관련 삶의 질이 낮았으며, 대졸이상 여성에 비해 초등학교 졸업 이하 여성의 건강관련 삶의 질이 낮았고, 미충족 의료 및 미충족 치과치료가 없는 여성에 비해 미충족 의료 및 미충족 치과치료가 있는 여성의 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다. 건강관련 삶의 질 영향요인은 1인 가구 여성과 다인 가구 여성에서 차이를 보이고 있으므로 여성의 건강관련 정책 수립 시 이러한 가구형태에 따른 차



이를 반영하는 것이 필요하다고 할 것이다. 또한 미충족 치과치료의 경우 1인 가구 여성과 다인 가구 여성 모두에서 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났으므로 미충족 치과 치료 현황과 이유 등에 대해 구체적으로 파악하여 미충족 치과치료 예방 및 감소를 위한 현실적인 정책 제시 및 지속적인 모니터링을 실시하는 것이 필요하다고 할 것이다.

## 결론

본 연구는 1인 가구 여성과 다인 가구 여성의 건강행태, 의료서비스 이용 및 건강관련 삶의 질을 비교하기 위해 질병관리본부에서 실시한 국민건강영양조사 제 7기 2차년도인 2017년도 조사자료를 이차 분석한 연구이다. 본 연구에서 1인 가구 여성은 다인 가구 여성에 비해 건강행태에 있어 음주와 흡연율이 높게 나타났으며, 의료서비스 이용에 있어 미충족 의료와 암 검진 미실시율이 높게 나타났다. 건강관련 삶의 질은 1인 가구 여성이 다인 가구 여성에 비해 낮게 나타났으며, 1인 가구 여성의 건강관련 삶의 질 영향요인은 가구소득, 직업유무, 및 미충족 치과치료였으며, 다인 가구 여성의 건강관련 삶의 질 영향요인은 연령, 교육수준, 미충족 의료 및 미충족 치과치료인 것으로 나타났다. 따라서 건강관련 정책을 수립함에 있어 1인 가구 여성과 다인 가구 여성의 건강행태 및 의료서비스 이용 관련 특성을 반영할 필요가 있으며, 건강관련 삶의 질 영향요인을 고려하여 효율적이고 실질적인 맞춤형 정책을 제공할 필요가 있다고 할 것이다.

그러나 본 연구는 2017년 국민건강영양조사의 원시자료를 이차 분석한 연구로 건강행태와 의료서비스 이용 유무만을 파악하였기 때문에 건강행태와 의료서비스 이용의 다양한 범주를 파악하지 못했다는 한계를 가지고 있다. 따라서 건강행태와 의료서비스 이용 실태를 보다 세분화하여 파악하고 이를 바탕으로 건강관련 삶의 질과의 관련성을 파악하는 연구를 실시할 것을 제언한다.

## REFERENCES

1. Statistics Korea. Statistical indicators [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2019 [cited 2019 Jul 26]. Available from: <http://kosis.kr/search/search.do#>.
2. Byun MR. Single person household and urban policy in Seoul. Korean Journal of Culture and Social Issues. 2015;21(3):551-573.  
**CROSSREF**
3. Kim H, Lee K, Kim K, Lee G, Ahn J, Hwang J. The impact of social networks and leisure life on the subject health condition of middle aged single-person households. Journal of Leisure Studies. 2019;17(1):73-94.
4. Bennett J, Dixon M. Single person households and social policy: looking forwards. York: Joseph Rowntree Foundation; 2006.
5. Choi JS, Lee EH, So AY, Lee KS. Quality of life in the urban adults by age. The Journal of Muscle and Joint Health. 2012;19(3):362-372.  
**CROSSREF**
6. Ban JH. Study on employment and poverty for single-person households. Seoul: Korea Labor Institute; 2012. p. 55-67.
7. Park G, Kim Y. Lifestyle survey of single-woman households in Seoul: Survey of living conditions and support policy plans for individuals in their 40s and 50s with a focus on preparations for old age and social relationships. Seoul: Seoul Foundation of Women & Family; 2016. p. 1-204.



8. Yeung WJ, Cheung AK. Living alone: one-person households in Asia. *Demographic Research*. 2015;32(40):1099-1112.  
**CROSSREF**
9. Park MJ, Choi SE. The effects of health behavior and health status on health-related quality of life in older people: gender analysis by using the 2012 Korea Health Panel Data. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2017;28(2):118-128.  
**CROSSREF**
10. Lim GT. Differences in health-related quality of life among social classes and related factors in Korea [doctoral dissertation]. Daejeon: Chungnam National University; 2011.
11. Kim YJ. Comparison of health practices between single- and multiple-member households by gender in Korean adults. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*. 2009;23(2):219-231.
12. Park C, Lee J. Differential gender effects of family disorganization on the health and quality of life. *Health and Social Welfare Review*. 2010;30(1):142-169.  
**CROSSREF**
13. Yoo GM, Jin S, Moon SH. Exploratory study on factors of unmet medical needs using data mining analysis. *Korean Policy Studies Review*. 2016;25(4):269-300.
14. Kim MA, Choi SE, Moon JH. Effect of health behavior, physical health and mental health on health-related quality of life in middle aged women: by using the 2014 Korea Health Panel Data. *Journal of Korean Academic Society of Home Care Nursing*. 2019;26(1):72-80.  
**CROSSREF**
15. Kim EK, Park SK. Comparison of health behaviors, disease prevalence between one-person women and multiple households women in Korea. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2016;30(3):483-494.  
**CROSSREF**
16. Jeong YR, Jeong SH, Han SS. Factors influencing health-related quality of life among women workers. *Journal of Korean Society of Occupational and Environmental Hygiene*. 2018;28(1):117-123.  
**CROSSREF**
17. Lee JS, Choi WS. A study on path of work-family reconciliation conflict of married working women. *Journal of Asian Women*. 2011;50(1):169-198.
18. Won MR, Choi YJ. Are Koreans prepared for the rapid increase of the single-household elderly? Life satisfaction and depression of the single-household elderly in Korea. *The Scientific World Journal*. 2013;2013:972194.  
**PUBMED | CROSSREF**
19. Alho J, Keilman N. On future household structure. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*. 2010;173(1):117-143.  
**CROSSREF**
20. Victor CR, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *The Journal of psychology*. 2012;146(1-2):85-104.  
**PUBMED | CROSSREF**
21. Seok J, Jang E. The effect of social relationship resource by gender on the life satisfaction of elderly living alone. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*. 2016;71(2):321-349.  
**CROSSREF**
22. Nam YH. The increase in the number of single-person households increases the number of the die alone. *Medical Today* [Internet]. 2019 Jul 18 [cited 2019 Jul 26]. Available from: <http://www.mdtoday.co.kr/mdtoday/index.html?no=360097>.
23. Ministry of Gender Equality and Family. Directly listens to the difficulties of single-person households in their 30s and 40s [Internet]. Sejong: Policy Briefing; 2019 Feb 14 [cited 2019 Jul 18]. Available from: <http://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156317172>.
24. Kim JE, Chung H, Nam Y. A study on the current status of female single-person households for policy improvement: focusing on Gyeonggi province with secondary data analyses. *Korean Journal of Family Welfare*. 2018;23(3):463-488.  
**CROSSREF**
25. Lee J, Shin A. Vegetable and fruit intake in one person household: The Korean national health and nutrition examination survey (2010~2012). *Journal of Nutrition and Health*. 2015;48(3):269-276.  
**CROSSREF**
26. Hur SI, Lee HJ. Unmet health care needs and attitudes towards health care system in Korea. *Korean Journal of Health Economics and Policy*. 2016;22(1):59-89.
27. Kim HJ, Jang J, Park EC, Jang SI. Unmet healthcare needs status and trend of Korea in 2017. *Health Policy and Management*. 2019;29(1):82-85.  
**CROSSREF**

28. Yim ES, Kim KH, Chae HJ. The influencing factors of influenza vaccination in the elderly participating in lifetime transitional health examination. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2010;21(4):502-511.  
**CROSSREF**
29. Park JT. The association between smoking status and infleunza vaccination coverage rate in Korean adults: analysis of the 2010–2012 Korea National Health and Nutrition Examination Survey [master's thesis]. Seoul: Korea University; 2017.

## SUMMARY STATEMENT

- **What is already known about this topic?**

One-person household women have more risky health behaviors and have more limitations in using health services than multi-person household women.

- **What this paper adds?**

One-person household women have lower health related quality of life than multi-person household women. Factors influencing health related quality of life are different between one-person household women and multi-person household women.

- **Implications for practice, education and/or policy**

Intervention programs and policies should be provided to improve health related quality of life of one-person household women. Factors influencing health related quality of life of one-person household women should be considered and included in these programs and policies.