

국내 1인 가구의 건강 및 환경 관련 요인에 관한 연구

A Study on factors related to health and environmental
issues of single household in Korea

2020.03.

박민선
(특정주제연구자)

제 출 문

재단법인 숲과나눔 이사장 귀하

본 보고서를 “국내 1인 가구의 건강 및 환경 관련 요인에 관한 연구”의 최종 연구 결과보고서로 제출합니다.

2020년 3월 31일

연구 원 : 박민선(특정주제연구자)

- ※ 본 보고서의 내용은 연구자의 의견이며, (재)숲과나눔의 공식적인 견해와는 다를 수 있습니다.
- ※ 본 연구는 재단법인 숲과나눔의 지원 하에 이루어졌으며, 전체 연구 중 1인 가구의 건강관련 요인에 관한 내용은 저자의 박사학위논문의 일부를 포함하고 있습니다.

결과보고서 초록

| | | | |
|------|-------------------------------|---|-----------------------|
| 연구원 | 박민선 | 구분 | ()박사후펠로우십 (○)특정주제연구자 |
| 연구제목 | 한글 | 국내 1인 가구의 건강 및 환경 관련 요인에 관한 연구 | |
| | 영문 | A Study on factors related to health and environmental issues of single households in Korea | |
| 연구기간 | 2019. 03. 01. ~ 2020. 02. 28. | | |
| 색인어 | 한글 | 1인 가구, 건강잠재유형, 건강격차, 다차원적 건강, 다차원적 환경, 친환경 라이프스타일 | |
| | 영문 | Commons, Single household, latent class of health, health gap, multidimensional health, multidimensional environment, eco lifestyle | |

○ 결과보고서 요약

서론(연구배경) 지난 수십 년간 이루어진 급격한 인구변화에 따라 국내 주요 가구 형태로 등장한 1인 가구는 흔히 부부와 자녀 중심의 다인(多人) 가구와 비교하여 다양한 사회적 문제를 가진 사회적 약자로 여겨졌으나, 최근에는 경제, 문화, 정치 등 사회 전반에 미치는 영향력과 더불어 학문적, 정책적, 실천적 관심의 대상이 되고 있다. 본 연구는 1인 가구의 건강과 환경 문제에 주목하고 본 연구에서는 건강과 환경의 다양한 영역에 대한 태도에 있어 1인 가구와 다인 가구의 차이를 비교분석하는 한편, 나아가 1인 가구 내에서 건강수준과 환경에 대한 태도에 있어서의 격차는 어떠한지 이에 영향을 미치는 요인을 무엇인지 규명하고자 하였다.

연구방법 본 연구는 1인 가구의 건강 특성과 관련 요인을 살펴보는 연구와 환경 관련 특성과 관련 요인을 살펴보는 연구의 두 영역으로 이루어졌으며, 각 연구별로 관련 문헌검토와 자료수집 및 분석, 결과도출이 차례로 이루어졌다. 먼저 1인 가구의 신체적, 심리·정신적, 사회적, 주관적 건강의 다차원적 건강수준에 대해 서로 다른 양상을 보이는 잠재적 건강 하위유형을 탐색하고, 각 유형을 형성하는데 영향을 미치는 개인 및 지역적 요인을 살펴보고자 하였다. 다음으로 1인 가구와 다인 가구의 환경에 대한 태도 및 실천에서의 차이를 실증적으로 분석하기 위해 국내 1인 가구를 대상으로 한 양적 데이터 분석과 질적 인터뷰를 함께 실시하는 혼합연구설계방법을 연구에 적용하였다. 먼저 2017 서울서베이 데이터와 서울시 25개 행정구별 행정데이터를 활용하여 1인 가구와 다인가구의 자원, 보건, 에너지의 각 분야별 태도와 실천 정도를 비교분석하고, 1인 가구 내에서의 태도 차이에 영향을 미치는 인구사회학적 요인(성별, 소득, 학력 등)을 분석하였다. 또한 서울시에 거주 중인 생애주기별 1인 가구 집단을 모집하여 환경에 대한 전반적 태도, 다인 가구 생활과의 차이, 에너지사용량 및 태도, 음식물 쓰레기, 일회용품 사용량 및 분리수거 태도 등에 대한 심층그룹인터뷰(Focused Group Interview)를 실시하고 양적 데이터 분석결과에 대한 심층적 합의와 대안 마련을 위한 아이디어를 찾도록 하였다.

연구결과 및 합의 본 연구의 분석결과를 요약하면 다음과 같다. 먼저 건강과 환경 영역에서 모두 1인 가구 내에서의 격차가 다인 가구보다 큰 것으로 나타났다. 즉, 1인 가구가 건강 및 환경 관련 수준과 실천 정도에 있어 2인 이상의 다인 가구보다 더 다양한 집단들로 구성되어 있는 것으로 나타났다. 또한 생애주기에 따른 연령대가 높아질수록 만성질환과 체중, 주관적 건강감 등의 건강영역에서 낮은 수준을 보이는 잠재적 건강 위험군의 비율이 높아지는 것을 확인할 수 있었으며, 연령의 증가에 따라 남녀 성별의 차이는 더 분명하게 나타났다. 1인 가구의 건강격차에 영향을 미치는 개인 요인의 경우 소득, 흡연, 음주, 정기적 걷기 실천, 저염식 식단 실천, 경제활동여부, 교육정도가, 지역 요인의 경우 필요의료서비스 미치료율, 의료인력, 지역 내 이웃 간 신뢰정도, 총 예산 중 보건복지예산 비율, 자원봉사자율, 미세먼지 환경기준 초과횟수가 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 환경관련 태도와 요인의 경우 1인 가구가 다인 가구보다 친환경적인 영역과 부정적인 영향을 미치는 영역이 공존하는 등 영역별로 차이가 있는 것으로 나타났다. 세부영역별로 자원분야에서는 1인 가구가 다인가구보다 중고물품 구입 노력에 더 적극적이거나 에너지 절감 노력에 있어서는 세부분야별로 두 집단이 더욱 노력하는 분야가 다르게 나타났다. 본 연구결과를 통해 1인 가구 내 다양한 특성을 보이는 집단을 체계적으로 발굴하고 집단별로 맞춤형 개입, 실천 프로그램 개발 및 모임 개설, 정책개발의 노력을 기울여야 함을 확인하였으며, 연구결과를 바탕으로 정책적, 실천적 합의를 도출하고 제안하였다.

요 약 문

서론(연구배경) 최근 수십 년간 이루어진 인구구조의 급격한 변화로 1인 가구는 국내 전체 가구 형태 중 가장 높은 비율을 차지하는 인구집단으로 등장하였으며 그 증가추세 또한 매우 빠른 편이다. 1인 가구의 빠른 증가 현상은 다양한 사회문제와 함께 그에 따른 복지 수요에 대응하는 사회정책의 기조 변화를 요구하고 있으며, 1인 가구의 실태 및 수요를 파악하고 효과적 개입을 위한 관련 요인을 체계적으로 분석하는 연구가 필요한 시점이다.

본 연구는 그중에서도 1인 가구의 건강과 환경 문제에 주목하였다. 먼저 1인 가구는 건강문제에 있어 다인 가구보다 더 높은 취약성과 낮은 건강상태를 보이는 것으로 조사되고 있으며, 기존 연구들에서도 1인 가구의 높은 유병율, 정신건강상의 어려움, 불균형한 영양섭취에 따른 문제, 건강을 돌보고 지원해줄 사회적 자원의 부족 등 건강상의 어려움을 다양한 측면에서 지적하고 있다. 그러나 한편으로 일부 연구에서는 1인 가구가 다인 가구보다 반드시 건강이 나쁜 것은 아니며, 오히려 양호한 건강 수준을 유지하는데 유리한 조건을 가지고 있다고 주장하고 있는 등 엇갈린 주장들이 혼재하고 있다. 또한 1인 가구는 주요 소비 주체로서 국내 산업 및 주거환경을 빠르게 변화시키고 있으며 독특한 라이프스타일로 인하여 환경의 다양한 측면과 상호작용하면서 영향을 주고받는 것으로 알려져 있다. 그러나 아직까지 1인 가구가 환경의 여러 영역에 어떠한 영향을 주고 있는지 구체적으로 분석한 연구는 찾아보기 어려우며, 환경은 광범위하고 복합적인 영역으로서 단순 측정하여 파악할 경우 실태 파악은 물론 관련 요인과의 관계를 면밀히 밝히기 어렵다는 문제가 있다.

이러한 1인 가구의 건강 및 환경 문제에 대한 다양한 논쟁을 해소하기 위해서는 건강과 환경의 다차원적 측면에 근거한 통합적인 분석이 이루어져야 하며, 동시에 1인 가구 내에서의 다양성에 주목하고 1인 가구 내 격차에 어떤 요인들이 영향을 미치는지를 확인할 필요가 있을 것으로 보인다. 이를 위해 본 연구에서는 건강과 환경의 다양한 영역에 대한 태도에 있어 1인 가구와 다인 가구의 차이를 비교 분석하고자 하였다. 나아가 1인 가구 내에서 건강수준과 환경에 대한 태도에 있어서의 격차는 어떠한가에 영향을 미치는 요인은 무엇인지 규명하고자 하였다. 마지막으로 연구의 분석결과가 향후 국내외 환경에 미치는 심층적 의미를 분석하고 다양한 1인 가구 집단을 대상으로 한 정책 및 교육, 개입에 있어서의 대안을 모색하고자 하였다.

연구방법 본 연구는 1인 가구의 건강 특성과 관련 요인을 살펴보는 연구와 1인 가구의 환경 특성과 관련 요인을 살펴보는 연구의 두 영역으로 이루어졌으며, 각 연

구 별로 관련 문헌검토와 자료수집 및 분석, 결과도출이 차례로 이루어졌다. 먼저 1인 가구의 신체적, 심리·정신적, 사회적, 주관적 건강의 다차원적 건강 수준에 대해 서로 다른 양상을 보이는 잠재적 건강 하위유형을 탐색하고, 각 유형을 형성하는데 영향을 미치는 개인 및 지역적 요인을 살펴보고자 하였다. 이를 위해 2015년 지역사회건강조사 자료를 활용하여 건강의 다차원적 측면에 대해 유사한 양상을 보이는 잠재적 하위집단은 몇 개 집단이 존재하는지, 각 집단의 특성은 무엇인지 규명하고자 하였다. 또한 시·군·구 단위의 국가승인통계자료를 개인 단위의 지역사회건강조사 자료와 연계하여 서로 다른 양상을 보이는 집단 간의 차이를 어떻게 설명할 수 있는지, 즉 분석을 통해 밝혀낸 건강 잠재집단 간의 편차를 설명하는 개인 수준 요인과 지역 수준 요인의 영향을 살펴보면, 두 수준 요인 간의 상호작용이 미치는 영향은 어떠한지도 살펴보고자 하였다. 마지막으로 이러한 잠재유형의 형성 및 특성과 영향요인 및 결과가 생애주기에 따라 어떠한 양상으로 나타나는지 살펴 보았다. 데이터 분석방법으로는 건강의 다차원적 측면에 있어서 서로 다른 경향을 보이는 1인 가구 내에서의 하위집단을 구분하기 위해 잠재계층분석(Latent Class Analysis)을, 건강에서의 잠재유형에 영향을 미치는 개인적, 지역적 요인의 영향을 알아보기 위해서는 다항 로지스틱(multinomial logistic regression) 분포를 전제하여 건강잠재집단을 예측하는 다층모형분석(multi level analysis)을 실시하였다.

다음으로 환경에 대한 태도 및 실천 정도의 특성과 관련요인을 살펴보기 위해 국내 1인 가구를 대상으로 한 양적 데이터 분석과 질적 인터뷰를 함께 실시하는 혼합연구설계방법을 연구에 적용하였다. 먼저 1인 가구와 다인 가구의 환경에 대한 태도 및 실천에서의 차이를 실증적으로 분석하기 위해 2017 서울서베이 데이터를 활용하여 1인 가구와 다인가구의 자원, 보건, 에너지의 각 분야별 태도와 실천 정도를 비교분석하고, 1인 가구 내에서의 태도 차이에 영향을 미치는 인구사회학적 요인(성별, 소득, 학력 등)을 분석하였다. 더불어 서울시 25개 행정구별 행정데이터를 활용하여 1인 가구의 인구학적, 사회학적 특성별로 세분화, 체계화하여 이에 따라 에너지사용량, 쓰레기배출량, 재활용율 등이 어떻게 다른지 분석하여 데이터 분석결과를 보완하고 추가 함의를 이끌어내고자 하였다. 또한 서울시에 거주 중인 생애주기별 1인 가구 집단을 모집하여 환경에 대한 전반적 태도, 다인 가구 생활과의 차이, 에너지사용량 및 태도, 음식물 쓰레기, 일회용품 사용량 및 분리수거 태도 등에 대한 심층그룹인터뷰(Focused Group Interview)를 실시하고 양적 데이터 분석결과에 대한 심층적 함의와 대안 마련을 위한 아이디어를 찾고자 하였다.

연구결과 및 함의 본 연구의 분석결과를 요약하면 다음과 같다. 먼저 1인 가구와 다인 가구의 건강 수준 및 잠재적 건강계층 분류 경향을 비교분석한 결과, 1인 가

구의 건강 수준은 다인 가구에 비해 전체적으로 낮으면서 편차는 대체로 큰 편이었다. 또한 다인 가구는 건강 수준과 분포 경향이 서로 다른 여러 개의 하위계층이 복잡하고 불분명하게 섞여 존재하고 평균 수준의 건강을 보이는 집단의 비율이 높은 반면, 1인 가구는 건강 수준 및 분포 경향에서 다인 가구에 비해 적은 수의 하위계층(집단)으로 분류되는 것으로 나타났다. 즉, 건강 하위 계층이 더욱 뚜렷하게 나타나 계층 간 편차는 크고 분명하게 구분되어 있으며, 상대적으로 서로 다른 분포를 보이는 하위계층 수는 적게 나타나는 등 양극화되어 있었다.

다음으로 1인 가구의 건강 잠재계층의 분포 및 분류 경향에 대하여 살펴본 결과, 생애주기에 따른 연령대가 높아질수록 만성질환과 체중, 주관적 건강감 등의 건강영역에서 낮은 수준을 보이는 잠재적 건강 위험군의 비율이 높아지는 것을 확인할 수 있었으며, 연령의 증가에 따라 남녀 성별의 차이는 더 분명하게 나타나고 있었다. 구체적으로 남성은 전 연령층에 있어 만성질환과 체중위험집단이 하나의 주요 건강하위집단으로 공통적으로 분류되는 데 반해, 여성의 경우는 상대적 건강의 위험집단과 건강양호집단의 두 집단으로만 전체적인 분포가 나누어지고 있었다. 뿐만 아니라 노년 여성의 경우, 다른 연령 및 성별 집단과 다른 분포 양상이 전개되었는데 특히 스트레스, 우울감, 수면시간 등 심리·정신적 문제에 있어 두드러진 차이가 나는 두 개의 집단으로 건강계층이 나누어졌다.

또한 1인 가구의 건강계층으로의 분화에 영향을 미치는 건강 관련 요인을 개인 수준과 지역 수준 요인을 모두 포함하여 검증한 결과, 개인 요인의 경우 소득, 흡연, 음주, 정기적 걷기 실천, 저염식 식단 실천, 경제활동여부, 교육정도가, 지역 요인의 경우 필요의료서비스 미치료율, 의료인력, 지역 내 이웃 간 신뢰정도, 총 예산 중 보건복지예산 비율, 자원봉사자율, 미세먼지 환경기준 초과횟수가 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 중에서도 개인 요인 중 흡연의 경우 전 집단에서 건강 수준이 상대적으로 더 낮은 집단에 속하게 하는데 유의한 영향을 미칠 뿐만 아니라 그 영향력이 가장 높은 변인 중 하나였으며, 경제사회적 요인 중 경제활동 여부 또한 높은 영향력과 전 연령 및 성별 집단에서 모두 유의한 영향력을 나타낸 변인이었다. 또한 지역요인으로 투입된 요인 중 대부분의 집단에서 유의미한 영향을 나타낸 요인은 정책적 요인 중 지역 내 필요의료서비스 미치료율이었다. 반면 사적 의료 인프라에 해당하는 천 명당 의료기관 수나 천 명당 의료인력 수는 대부분의 집단에서 대체로 유의하지 않았다. 또한 지역 내 신뢰수준의 경우 저연령에서 보다는 중장년과 노년에서 지역 내 이웃 간 신뢰수준이 높을수록 건강이 양호한 집단에 속할 가능성이 높은 것으로 나타났다.

본 연구결과를 중심으로 1인 가구 건강에 관한 실천적·정책적 개입 및 추후 연구에의 시사점을 제안하면 다음과 같다. 먼저 1인 가구는 다인 가구보다 건강

집단별 맞춤형 개입이 효과적인 인구집단임을 확인할 수 있었고, 1인 가구 내 건강 취약계층 발굴과 특화된 서비스 개입 등의 노력이 필요하다고 제안할 수 있다. 또한 남성의 경우 만성질환과 대사증후군 예방 및 완화를 위한 운동 프로그램과 깨어진 영양균형을 회복하는 개입 프로그램이, 여성의 경우 노년에 증가하는 심리정서적 문제를 해결하기 위한 방문서비스나 지역 사회 내 정서적 유대를 강화하는 프로그램 등 심리정서지원 서비스가 필요할 것으로 보인다. 마지막으로 건강 하위계층 형성에 영향을 미치는 개인적, 지역적 요인의 검증결과를 통해 1인 가구 건강행태와 사회경제적 요인 전반에 대한 개입의 필요성, 지역 내 의료공급의 양적 규모의 증대보다는 질적 향상에 대한 노력의 필요성과 지역보건의료 소프트웨어에 대한 체계화 필요, 지역 내 보건복지예산의 증대와 대기오염 감소를 위한 노력의 필요성 등이 제기되었다.

다음으로 환경에 대한 분석을 실시한 결과, 건강 수준에 있어서의 분석결과와 마찬가지로 자원, 에너지, 보건의 모든 환경영역에서도 1인 가구의 편차는 다인 가구의 편차보다 큰 것으로 나타났다. 즉, 1인 가구가 환경 관련 태도 및 실천 정도에 있어 2인 이상의 다인 가구보다 서로 더 큰 차이를 보이는 집단들로 구성되어 있는 것으로 나타났다. 반면 환경의 세부 영역들에 따라 1인 가구와 다인 가구가 적극적인 영역이 다르게 나타났다. 구체적으로 자원분야에서는 1인 가구가 다인가구보다 중고물품 구입 노력에 더 적극적인 것으로 나타났다. 그러나 재활용 원료나 재생소재로 만든 물품을 구매하려는 노력에 있어서는 두 집단 간 차이가 유의미하게 나타나지 않았다. 에너지 절감 노력에 있어서는 세부분야별로 두 집단이 더욱 노력하는 분야가 달랐다. 즉, 일상생활에서 절전이나 절수 등의 에너지를 절약하려는 노력은 1인 가구가 다인가구보다 더 높았던 데 반해, 가까운 거리는 걸거나 자전거를 이용하고자 하는 등의 노력은 다인가구의 노력이 유의미하게 더 높았다. 현재 살고 있는 지역과 생활환경에 대한 문제의식, 만족도 등도 두 집단이 각각 달랐다. 1인 가구는 현재 살고 있는 지역의 소음, 휴식공간 및 녹지부족, 수질오염, 쓰레기방치 등에서 각각 다인가구보다 통계적으로 유의미하게 문제가 심각하다고 느끼고 있었다. 또한 1인 가구 집단 내에서 문제를 느끼는 정도의 차이도 다인가구 집단 내에서보다 크게 나타났다. 즉, 생활하고 있는 주거환경의 상하수도, 주택, 전기, 통신, 교통, 녹지 등에 대한 만족도가 다인가구보다 유의미하게 낮게 나타났다. 이 역시 1인 가구 내에서의 편차가 다인 가구 내에서의 편차보다 크게 나타났다.

다시 해석하면, 1인 가구는 전체적으로 다인 가구보다 주변의 환경에 대해 만족도가 낮고 문제가 심각하다고 느끼고 있었으며, 환경에 대한 만족도와 심각성 인지 등 평가에 있어서 집단 내에서 차이가 개인마다 큰 것으로 나타났다. 이는 1인 가구가 심리적, 신체적, 사회적 건강 측면에 있어서 더 큰 집단 내 격차를 가지

고 있음을 보여주는 본 연구의 연구결과를 포함하여 1인 가구의 경제적, 문화적, 환경적, 신체건강 측면의 격차에 대해 주장한 다른 선행 연구결과들과 맥락을 같이 하는 결과다.

다음으로 1인 가구 내에서의 환경에 대한 태도 격차에 영향을 미치는 요인들에 관하여 분석한 결과 성별은 에너지관련 노력 중 걷거나 자전거를 이용하는 경우를 제외한 에너지절약, 중고물품 구입, 재활용 원료나 재생소재 제품 구입 노력의 모든 부분에서 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 유의미한 모든 영역에서 여성이 남성보다 유의하게 더 많은 노력을 기울인다고 응답하였다. 반면 문제의식과 만족도에 있어서는 남성 1인가구가 여성 1인가구에 비해 주변환경의 소음, 휴식공간 및 녹지부족, 수질오염, 범죄폭력, 길거리의 쓰레기방치, 주차질서 등 모든 환경에서 문제가 더 심각하다고 받아들이고 주변의 사회환경에 대해 낮은 만족도를 가지고 있는 것으로 나타났다. 1인 가구의 연령도 환경에 대한 태도에 유의한 영향을 미치는 요인이었다. 1인 가구를 20, 30대의 청년 1인 가구, 40, 50대의 중장년 1인 가구, 60대 이상의 노년 1인 가구로 나누어 환경의 다차원적 영역들과의 관계를 살펴본 결과, 생활환경에 대한 만족도는 연령대가 높아질수록 떨어지는 것으로 나타났다. 반면 연령이 높아질수록 가까운 거리를 걷거나 자전거를 타고 일상생활에서 절전이나 절수 등을 실천하는 등 에너지를 절약하려는 노력 정도는 높아졌다. 재활용 원료나 재생소재로 만든 물품을 구매하는 등 자원 순환을 위한 노력도 연령이 높아질수록 증가하였다. 살고 있는 지역의 환경에 대한 문제의식의 경우 청년과 중장년의 문제의식 정도는 비슷하였으나, 노년층의 문제의식이 공통적으로 낮게 나타났다. 즉, 소음, 대기오염, 녹지부족, 수질오염, 범죄폭력, 쓰레기방치, 주차질서 전 영역에서 노년층의 경우 지역 환경문제가 심각하다고 인식하지 않는 것으로 나타났다. 양적 분석결과를 보완하기 위한 생애주기별 심층 인터뷰 결과 1인 가구로 생활한 기간이 중요한 또 하나의 요인이 될 수 있는 것으로 나타났다. 즉 1인 가구로 생활한 기간이 오래될수록 대체로 환경에 대한 관심과 노력 정도가 증가하는 것으로 나타났다. 또한 여성일수록, 연령이 높을수록 대체로 환경에 대한 관심과 노력 정도가 증가하는 것으로 나타났다.

연구결과를 통한 함의를 간단하게 제시하면 다음과 같다. 먼저 1인 가구의 증가가 환경에 미치는 영향이 부정적일 것이라는 인식은 시기상조로 보인다. 연구결과 1인 가구가 다인 가구보다 친환경적인 영역과 부정적인 영향을 미치는 영역이 공존하는 등 영역별로 차이가 있는 것으로 나타났다. 1인 가구의 증가가 간편식과 일회용품 등 소비 증가와 낮은 에너지효율성과 유해성물질사용 주거형태의 증가로 이어지면서 일시적으로 부정적 영향을 주고 있는 것으로 보이는 것은 사실이다. 그러나 한편으로 1인 가구의 등장은 공유(rental) 산업의 성장이나 식료품에 대한 성

분표시 요구도 증가 등 긍정적 측면이 상당 부분 존재하는 것으로 나타났다. 또한 1인 가구를 대상으로 한 인터뷰결과 혼자 살기 때문에 더 친환경적 라이프 스타일에 긍정적인 경우 이를 공고화 할 수 있고, 서로 다른 생각과 태도를 맞춰가야 하기 때문에 조율되기가 쉽지 않은 다인 가구에 비해 친환경적 태도나 가치를 생활 속에서 실천하는데 용이한 조건을 가지고 있다. 이러한 1인 가구의 양면성을 고려하여 효율적 대안을 찾는 노력과 동시에 1인 가구가 상대적으로 취약한 실천 영역에 대한 구체적 개입이 시급할 것으로 보인다.

다음으로 1인 가구를 대상으로 환경에 대한 태도 및 행동을 개선하기 위한 정책 및 실천을 고려할 때 1인 가구가 가진 다양성을 고려할 필요가 있다. 1인 가구의 신체적, 심리적, 사회적 건강에 있어서와 마찬가지로 1인 가구는 환경에 대한 태도와 행동패턴에 있어서도 전통적 가구형태인 다인 가구보다 개인 간 차이가 크게 나타난다. 즉, 친환경적(environmental-friendly) 성향에 있어서 1인 가구의 경우 2인 이상으로 구성된 가구의 일원보다 더욱 친환경적 행동과 태도를 강하게 보이거나, 혹은 매우 약하게 보이는 경향이 있었다. 또한 이러한 편차는 성별 및 연령과 같은 요인과 깊게 관련되는 것으로 나타났다. 상대적인 저연령일수록, 쓰레기배출량이 많고 편의에 따라 소비하는 경향이 강한 반면, 상대적인 고연령일수록, 그리고 1인 가구로 지낸 기간이 길수록 쓰레기배출에 민감하고 친환경 제품을 사용하고자 하는 의식적 노력을 하는 것으로 나타났다. 또한 대개의 경우 환경에 대한 민감성을 가지고 의식적 소비활동을 하지는 않지만 일부 소수의 경우 쓰레기를 줄이기 위한 적극적 노력과 함께 자발적 모임을 조직하여 적극적으로 정보를 공유하고 실천을 위한 독려를 지속하는 등의 노력을 보이는 것으로 나타났다. 따라서 다양한 친환경 영역에 대한 서로 다른 경향성을 보이는 집단을 체계적으로 구분해 내고 이를 통해 집단별로 맞춤형 환경교육, 실천 프로그램 개발 및 모임 개설, 정책개발의 노력 등 각각에 맞는 맞춤형 대안을 제공하는 노력이 필요할 것으로 보인다.

마지막으로 1인 가구의 환경에 대한 민감성을 높이기 위해서는 환경을 개선, 보호하기 위한 구체적인 정보제공이 효율적일 것으로 보인다. 연구결과 1인 가구는 상당부분 환경보전이나 개선을 위한 노력에 동참할 의사를 가지고 있는 반면, 이를 위한 정보를 적극적으로 찾고 실천할 의지는 적은 것으로 나타났다. 또한 소비는 편의성과 접근성에 근거해 이루어지되, 물품을 구매하는 마트 등 기업에서 어떤 형태로 제품을 제공하느냐에 다소 의존된 소비를 하는 것으로 나타났다. 따라서 비슷한 가격대에서 친환경제품을 소비할 수 있도록 제품정보를 제공한다면, 일회용쓰레기배출이 많은 기업 혹은 상품에 관한 정보를 제공하는 등의 전반적인 환경 관련 제품정보를 공유하는 플랫폼 제공 등이 마련될 필요가 있다. 또한 기존의 슬로건이나 당위성 제시 중심인 접근보다는 흥미와 재미를 유도하는 놀이 중심의 경

힘을 제공하는 형식의 접근을 통해 친환경적 활동이 즐겁고 유익하다는 인식을 심는 노력이 필요할 것으로 보인다. 이를 통해 ‘혼영’, ‘혼행’, ‘혼밥’, ‘혼술’ 등 새롭게 형성되는 1인 가구 문화 내에 외부 마케팅이나 환경에 흔들리기보다 자기 주도적 소비 및 자원 활용의 단계로 나가는 또 하나의 하위문화가 생성될 수 있을 것이라 기대된다.

키워드: 1인 가구, 건강잠재유형, 건강격차, 다차원적 건강, 다차원적 환경, 친환경 라이프스타일

목 차

- I 서론 14
- II 문헌검토 17
 - 제1절 1인 가구의 정의 및 특성 17
 - 1. 1인 가구 17
 - 2. 1인 가구와 건강 19
 - 3. 1인 가구와 환경 23
 - 제2절 건강의 개념 및 다차원성(multi-dimensionality) 31
 - 1. 건강의 개념 변화와 건강 관점의 확장 31
 - 2. 건강의 다차원적 영역 및 측정 33
 - 3. 환경의 다차원적 정의 및 관련 특성 36
 - 4. 생애과정 관점과 1인 가구 이슈별 건강 및 환경과의 관련성 38
- III 연구모형 및 연구방법 45
 - 제1절 1인 가구 건강특성 및 관련요인 연구 47
 - 1. 분석자료 및 대상 47
 - 2. 주요변수의 정의 및 측정 51
 - 3. 분석방법 및 절차 56
 - 제2절. 1인 가구 환경특성 및 관련요인 연구 62
 - 1. 혼합연구 62
 - 2. 양적 분석 64
 - 3. 질적 분석 70
- IV 결과 72
 - 제1절 1인 가구 건강 특성 및 관련요인에 관한 연구 72
 - 제2절 1인 가구 환경 관련 특성 및 요인에 관한 연구 82
- V 참고문헌 102

표 목 차

| | |
|--|----|
| <표 1> 국내 1인 가구 관련 정책 및 프로그램 | 18 |
| <표 2> 주거생활공간별 생활 속에서 실천할 수 있는 환경보전활동 | 30 |
| <표 3> 건강에 관한 다양한 정의 | 32 |
| <표 4> 주요 건강영역의 정의 및 측정 | 35 |
| <표 5> 환경 관련 영역의 세부분류 | 37 |
| <표 6> 1인 가구의 생활태도 및 패턴에 근거한 환경관련 주제별 세부영역 재분류 | 38 |
| <표 7> 생애과정관점에서의 주요 개념과 1인 가구 연구와의 관련성 | 40 |
| <표 8> 생애사 관점을 적용한 1인 가구 시기별 욕구 및 개입 이슈와 위험(예시) | 42 |
| <표 9> 지역사회 건강조사 전체 응답자 분포 특성 | 49 |
| <표 10> 1인 가구의 인구사회학적 분포(지역사회건강조사) | 50 |
| <표 11> 건강 수준의 측정 | 52 |
| <표 12> 건강에 영향을 미치는 개인수준 요인의 측정 | 54 |
| <표 13> 건강에 영향을 미치는 지역수준 요인의 측정 | 55 |
| <표 14> 1인 가구 분포 및 특성 (서울서베이 자료) | 65 |
| <표 15> 1인 가구의 라이프스타일 분석을 위한 주요 환경영역의 측정 | 66 |
| <표 16> 환경관련 행정데이터 분야별 통계자료 | 68 |
| <표 17> 인터뷰 대상자 분포 (FGI) | 70 |
| <표 18> 질적 인터뷰 질문 예시 | 71 |
| <표 19> 1인 가구와 다인 가구의 건강수준 | 74 |
| <표 20> 1인 가구와 다인가구 건강수준 비교분석(t-test) | 76 |
| <표 21> 연령 및 성별 1인 가구 건강계층에 대한 변수별 영향 | 79 |
| <표 22> 1인 가구와 다인 가구 환경관련 태도(영역별) | 83 |
| <표 23> 1인 가구 비율과 환경과의 관계에서 특정한 분포를 보이는 자치구 | 89 |
| <표 24> 인터뷰 대상자 분포특성 ((예) 1차 FGI) | 90 |
| <표 25> 인터뷰 주제 및 세부내용 | 90 |
| <표 26> 연령 및 1인 가구 기간에 따른 차이 | 98 |

그림 목 차

| | |
|--|----|
| [그림 1] 본 연구의 연구모형 | 46 |
| [그림 2] 1인 가구와 다인 가구의 건강잠재계층 분포 비교 | 77 |
| [그림 3] 생애주기에 따른 잠재계층분포(위: 남성/아래: 여성) | 78 |
| [그림 4] 다차원적 환경의 하위영역에 대한 1인가구와 다인가구 차이 | 85 |
| [그림 5] 서울시 25개 자치구의 1인 가구 비율과 환경과의 관계 | 87 |
| [그림 6] 1인 가구 비율과 환경과의 관계에서 특정한 분포를 보이는 자치구 | 88 |

I. 서론

최근 수십 년간 이루어진 인구구조의 급격한 변화로 1인 가구가 국내 전체 가구 형태 중 가장 높은 비율을 차지하는 인구집단으로 등장하였다. 독립적으로 취사, 취침 등 생계를 유지하는 가구를 일컫는 1인 가구는 2018년 기준 약 585만 가구로 전체 19,979만 가구 중 3분의 1가량(29.3%)에 해당하는 비율을 차지하고 있다(통계청 인구총조사, 2020). 한국은 유럽이나 미국 등 다른 선진국에 비해서는 1인 가구의 비율이 높지 않으나 그 증가추세가 매우 빠르다는 특징을 가지고 있다(이계임 외, 2015, OECD, 2011)¹⁾.

한국 사회의 급격한 1인 가구 증가 현상은 결혼연령의 상승, 비혼(非婚)의 증가, 이혼율 증가, 도시화에 따른 인구이동과 가족해체, 수명증가 등 사회변화와 더불어 앞으로도 지속될 것으로 예상되며, 국내 총인구감소가 이루어지는 동안에도 꾸준히 유지될 것으로 보인다(이명진 외, 2014; 이여봉, 2017). 또한 전체 가구형태의 3분의 1 가량에 해당하는 높은 비율의 가구형태가 새롭게 창출하는 문화, 소비 및 주거형태 등 사회적 영향이 적지 않아 이에 대한 정확한 분석과 적극적 대응마련이 필요할 것으로 보인다. 1인 가구 식사 및 소비경향에 맞춘 마케팅 트렌드 등 영리적 영역에서는 발 빠른 대응이 이루어지고 있으며, 현재 및 미래사회에 미칠 적지 않은 사회적 영향을 예상한 서울시 등 각 지자체를 중심으로 늘어나는 1인 가구를 대상으로 한 다양한 정책 개발 및 프로그램 마련이 늘어나고 있다. 그러나 1인 가구를 대상으로 한 대응의 시급성과 중요성에 비해 1인 가구를 대상으로 한 구체적인 연구와 대응은 아직 절대적으로 부족한 편이다.

혼자 산다는 것은 생활 전반에 있어 누군가와 함께 사는 경우와는 다른 상황에 맞닥뜨릴 수 있음을 의미한다. 1인 가구는 생활습관이나 대인관계, 경제적 특성, 사회문화적 기호 등에서 기존의 전통적 가구형태인 2인 이상의 다인 가구와 뚜렷한 차이를 보이는 것으로 알려져 있다. 그중에서도 1인 가구는 건강문제에 있어 다인 가구보다 더 높은 취약성과 낮은 건강상태를 보이는 것으로 조사되고 있으며, 기존 연구들에서도 1인 가구의 높은 유병율, 정신건강 상의 어려움, 불균형한 영양섭취에 따른 문제, 건강을 돌보고 지원해줄 사회적 자원의 부족 등 건강상의 어려움을 다양한 측면에서 지적하고 있다. 또한 1인 가구는 생활습관이나 태도, 가치관 등에서 다인 가구와 다른 라이프 스타일과 태도를 가지는 것으로 알려져 있다. 특

1) 이계임 외(2015)의 분석에 따르면 2000년부터 2014년까지 우리나라 1인 가구 연평균 증가율은 5.7%로 OECD국가 중에서도 높은 수준이다. 통계청 인구 총조사에 따르면 2018년 8월 기준, 국내 1인가구 수는 561만8000여 가구로 집계되었으며, 이는 2015년(520만 3000가구)보다 41만5000가구가 더 늘어난 수이다.

히 대도시를 중심으로 형성된 1인 가구의 경우 에너지사용 및 소비행태 등이 다인 가구와 뚜렷이 다른 모습을 보이는 것으로 알려져 있어 변화하는 국내의 환경에 적지 않은 영향을 줄 것으로 예상된다.

그러나 이러한 조사결과는 단순히 1인 가구와 다인 가구 집단을 가구구성 형태로만 나누어 단순 비교한다는 점에서 1인 가구의 실태를 면밀하게 파악하기에는 한계를 보이고 있다. 또한 일부 제한된 측면만을 다루고 있어 복합적인 사회현상 및 인구집단의 사회문화적 요인 간의 작용으로 발생하는 현상을 충분히 설명해 내지 못하고 있다. 실제로 기존 연구에서는 1인 가구의 건강 수준이 다인 가구보다 낮다는 연구결과와 1인 가구가 다인 가구보다 반드시 건강이 나쁜 것은 아니며, 오히려 양호한 건강 수준을 유지하는데 유리한 조건을 가지고 있다고 주장하는 연구가 혼재하고 있다. 일부 연구들에서는 1인 가구의 수면 질이 다인 가구보다 좋으며(배상수 외, 2007), 1인 가구로 생활하는 경우 가족을 부양하는 스트레스나 부담감으로부터 해방되어 자신의 건강관리에 집중할 수 있다고 주장한다(김승전 외, 2015; Yoon, 2002, Klinenburg, 2012). 더불어 1인 가구가 편리성을 추구하는 소비행태와 라이프 스타일로 인하여 낮은 환경 감수성을 가질 것이라는 예측 또한 최근 급격한 수의 증가와 더불어 나타나는 1인 가구 내 다양성을 분석하지 못한 성급한 결론일 가능성이 있어 실증적 데이터에 근거한 분석이 이루어져야 할 필요가 있다.

1인 가구의 건강 및 환경 관련 특성에 대한 이러한 논쟁을 해소하기 위해서 다음의 몇 가지를 고려한 연구가 필요할 것으로 보인다. 먼저 1인 가구 전체 집단의 특성을 기존의 전통적 가구 형태인 2인 이상의 다인 가구와 비교하여 살펴보는 동시에 1인 가구 집단 내에서의 다양성에 주목할 필요가 있다. 즉, 1인 가구를 홀로 거주, 살림을 하면서 갖게 되는 생활의 변화나 심리 정서적 변화 등 공통분모로서의 특성을 공유하면서도, 그 이외에 연령, 성별, 소득, 지역 등 인구사회학적 측면은 물론, 1인 가구를 형성하게 된 원인이나 생활습관, 사회문화적 특징 등 다양한 측면에서 서로 이질적인 특징을 가지는 다양한 하위집단들로 이루어진 집단으로 바라보는 것이다(반정호, 2012; 이희연 외, 2011; Bennett & Dixon, 2006). 실제로 변미리(2011)의 연구에 의하면 서울에 거주하고 있는 1인 가구를 인구학적, 사회경제적, 공간적 분포특성에 따라 분석한 결과, 사회경제적 위치와 형성배경, 연령 등의 영향에 따라 골드세대, 불안한 독신자 그룹, 산업예비군 그룹, 실버세대 등의 서로 다른 성격을 가진 네 가지 유형으로 구분되는 것으로 나타났다. 최근 들어 과거에는 비교적 비슷한 특성을 가진 유사집단으로 간주되었던 집단 또한 다양화(多樣化), 분절화(分節化)되는 경향을 보이는 바, 1인 가구가 가진 다양성에 주목하고 어떤 요인들이 이러한 다양성과 관련되어 있으며, 이는 건강 및 환경 관련 특성에 어떠한 영향을 주고 있는지 살펴볼 필요가 있다.

동시에 건강 및 환경의 다차원적 측면에 근거한 통합적인 관점을 적용하여 1인 가구와의 관계를 분석해야 한다. 오늘날의 건강은 단순히 질병이 없는 상태를 넘어 심리사회적 안녕(well-being)과 개인 및 가족적 건강행태(health behavior), 정책 및 물리 환경적 요인을 포함한 여러 차원의 영역(multi-dimensional)을 일컫는 개념이다. 환경의 개념 또한 개인 및 집단의 반응과 상호 영향을 주고받으며 각각의 특수성(domain-specific)을 가진 영역들이 서로 긴밀히 연관되는 다차원적 특성을 가지고 있다. 따라서 다차원적 건강 및 환경의 각 하위 영역과 1인 가구와의 관련성을 살펴보고, 동시에 1인 가구 내에서의 개인적, 사회문화적 요인들이 건강 및 환경 관련 태도에서의 서로 다른 경향성에 어떻게 영향을 미치는지를 확인할 필요가 있다.

본 연구는 국내 1인 가구의 건강과 환경 실태를 살펴보고 관련 요인에 관하여 파악하기 위해 1인 가구의 실태 및 특성에 근거한 두 개의 하위 연구를 차례로 진행하고자 하였다. 먼저 1인 가구의 증가 현상과 더불어 전반적인 특성 및 관련 연구결과에 관한 문헌연구를 진행하였다. 이를 바탕으로 1인 가구 건강 및 환경 관련 특성에 대하여 연구 범위 및 연구진행 방향을 설정하였다. 다음으로 1인 가구의 신체적, 심리·정신적, 사회적 건강의 다차원적 건강 수준에 대한 잠재적 하위유형을 탐색하고, 각 유형을 형성하는데 영향을 미치는 개인 및 지역적 요인을 분석하였다. 또한 이에 1인 가구의 환경과의 관계를 살펴보고, 에너지사용 행태 및 태도를 중심으로 어떤 양상이 나타나는지, 다인가구와의 차이는 어떠한지, 행태 및 태도에 있어서의 차이는 1인 가구의 인구사회학적 특성에 따라 어떻게 달라지는지 살펴봄으로써 정책적, 실천적 시사점을 제공하고자 하였다.

II 이론적 배경 및 문헌검토

제1절 1인 가구의 정의 및 특성

1. 1인 가구

1인 가구는 독립적으로 취사, 취침 등 생계를 유지하는 가구를 일컬으며, 2018년 10월 기준 약 562만 가구로 전체 1,967만 가구 중 3분의 1가량(28.6%)에 해당하는 비율을 차지하고 있다(통계청, 2018). 1인 가구 비중의 증가는 전국적인 현상이며, 서울을 포함한 9개 지자체에서 1인 가구 비중이 30%를 초과(2017년)하였고, 1인 가구의 45.7%가 서울, 인천, 경기 지역에 거주하고 있는 것으로 알려져 있다. 이러한 1인 가구의 증가에는 미혼가구의 증가 및 생애미혼율의 증가, 중장년층의 이혼율 증가, 수명증가에 따른 사별 인구의 증가 등의 원인이 있으며, 이중에서도 20, 30대 청년층의 미혼율 증가와 생애 미혼율 증가가 기존과는 사회현상으로 주목받고 있다. 특히 한국 남성의 생애미혼율은 2015년 약 11%로 일본의 15~20년 전과 유사한 단계에 있으며 그 증가폭이 큰 것으로 추정된다.

전체 가구형태의 3분의 1 가량에 해당하는 높은 비율을 차지하며 꾸준히 증가하는 인구형태가 일으키는 사회변화는 적지 않은 것으로 보인다. 특히 달라진 라이프 스타일에 따른 식사, 여가 등 소비문화가 직접적으로 산업 트렌드에 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 특히 1인 가구는 다인 가구에 비해 상대적으로 소득 대비 소비규모가 크며 1인 가구의 소비 구성에서 가장 높은 비율을 차지하는 지출 분야가 주거비와 식음료비로 나타나(비피기술거래, 2018), 1인 가구 식사 및 소비경향에 맞춘 마케팅 트렌드 등 기업의 영리 영역에서는 발 빠른 대응이 이루어지고 있다(다보스포럼, 2007). 또한 새롭게 창출하는 문화, 주거형태, 가치관의 변화 등 사회적 영향이 적지 않아 현재 및 미래사회에 미칠 사회적 영향을 예상한 서울시 등 각 지자체를 중심으로 늘어나는 1인 가구를 대상으로 한 다양한 정책 개발 및 프로그램 마련이 늘어나고 있다.

1인 가구의 급격한 증가추세에 따라 초기에는 국내에서는 1인 가구의 생성 원인은 무엇이며, 주로 어떤 특성을 가지고 있는지 등을 살펴본 연구(변미리, 2008)에서 시작하여 1인 가구의 지역적 분포, 1인가구의 인구학적, 사회적, 경제적 특징 등(권주안·이유진·최혜경, 2007)을 연구하는 주제로 점차 증가하여 왔으며, 1인 가구 범죄피해(강지현, 2016), 주관적 삶의 질(이계임·임승주, 2016), 1인 가구 분포

및 밀집지역 유형 분석(이희연 외, 2013), 1인 가구의 주거 및 소비 특징(이재수 · 양재섭, 2018; 비피기술거래, 2018), 1인 가구의 정책적 수요(변미리 · 신상영 · 조권중, 2008; 강은나 · 이민홍, 2016) 등을 살펴보는 연구로 시대별로 그 주제 및 관심이 점차 확대되고 구체화되어 왔다.

<표 1> 국내 1인 가구 관련 정책 및 프로그램

| 정책 및 프로그램명 | 내용 | 시행주체 |
|---------------|--|---|
| 1인 가구 지원 기본조례 | 노인부터 청년까지 1인 가구를 위한 맞춤형 복지 정책으로 실태조사를 통해 1인 가구에게 실제 필요한 지원을 찾고 5년마다 기본계획을 세워 정책을 만들고 실행. 주거, 건강, 여가, 사회관계망 등 다양한 각도에서 노인, 청년, 여성 등 모든 1인 가구를 지원할 수 있는 새로운 서비스 개발 | 서울시, 경기도 등 |
| 1인 가구 지원센터 | 1인 가구를 위한 다양한 교육 프로그램 및 실질적 지원 프로그램을 개발하고 제공 | 서초구 |
| 1인 가구 영화제 | 1인 가구의 다양한 삶을 실질적으로 보여주는 영화들을 공모, 선정하여 상영 | 서울시, 건강가정 지원센터, 한국 독립영화 협회 |
| 1인 가구 포럼 | 1인 가구 패널 발표 및 1인 가구 사회공감 토론 등 | 서울시 |
| 1인 가구 교육 프로그램 | 청년 1인 가구 사업 '식구' | 의식주 일상생활 역량강화 교육 강남구 |
| | 4050! 브라보 꽃중년 | 중년 1인 가구 대상 노후 준비 및 건강관리 방법 교육 금천구 |
| | 여성들의 행복한 라이프 | 여성 1인 가구를 위한 셀프 인테리어 및 집수리, 정리수납 교육 양천구 |
| | single한 삶, 병글하게 | 청년 1인 가구 정서적 안정감 지원을 위한 심리검사 및 원예치료 프로그램 종로구 |
| | 낭랑한 1인 생활 | 청년 1인 가구 의식주 일상생활 역량강화 교육 중랑구 |

| | | |
|-------------------------|---|-----------------|
| 세대별 1인 가구 사회적 관계망 구축 사업 | 서울 내 소재 비영리 법인대상 1인 가구의 사회적 관계망구축을 위한 다양한 프로그램 개발, 실천지원 | 서울시 건강 가정 지원 센터 |
|-------------------------|---|-----------------|

과거 1인 가구는 생애과정의 한 단계에서 일시적으로 홀로 거주하는 시기를 맞이한 경우를 일컫는 말로 특별한 인구집단의 하나로 취급되지 않았다. 그러나 표준-표본으로 불리는 생애주기를 규정하기 모호해진 최근, 생애 전반에 걸쳐 혹은 상당히 오랜 기간동안 홀로 거주하는 1인 가구는 다인 가구와 구분되는 특성을 가지고 있는 것으로 나타나고 있으며, 사회의 여러 현상 및 요인과 관련하여 1인 가구가 어떠한 관계를 맺고 있는가를 분석하고 적절한 대안을 마련할 필요가 있다.

1인 가구에 대한 국외 연구에서는 1인 가구를 대부분 사회의 변화에 따라 자발적으로 홀로 살아가기를 선택한 인구집단으로서, 여러 취약성과 위험성에도 불구하고 다인 가구보다 더 풍요로운 삶을 살아갈 수 있는 가능성을 가지고 있는 인구집단으로 사회의 변화에 따라 매우 융통성 있게 적응을 해나가고 있다고 보고하고 있다(Klinenberg, 2013). 즉, 혼자 산다는 것이 단순히 괜찮은 상태가 아니라 사람들이 인정하고, 소중히 여기고, 때로는 목표로 삼는 상태라는 설명이다.

반면 국내의 1인 가구 관련 연구결과는 대부분 사회적 여건과 문화적 환경의 변화에 따라 비자발적으로 홀로 살아가게 되는 경우라고 가정하고 취약한 환경에 있는 1인 가구들을 대상으로 연구한 연구결과들이 주로 많으며, 실제 연구결과 또한 다인 가구에 비해 부정적인 측면들이 대부분이다(변미리 · 신상영 · 조권중, 2008). 그러나 아직까지 국내 1인 가구의 구성이나 특성에 대한 연구는 분석범위가 인구학적 또는 사회경제적 측면(이명진 외, 2014; 이여봉, 2017)에 제한되어 있고 대부분 현황을 파악하는 기술적 분석에 그치고 있어 새롭게 부상하는 주요 인구집단의 다양한 속성을 이해하기에는 한계가 있는 것이 사실이다. 또한 분석대상에 있어서도 일부 독거 노인 가구나 미혼, 이혼, 사별, 별거 등 일부 비자발적 독신 가구를 대상으로 제한적으로 이루어진 것으로, 1인 가구 내에서의 격차 및 그 원인을 체계적으로 설명하지 못하는 한계가 있다.

2. 1인 가구와 건강

1인 가구의 건강에 관한 기존 연구들에서는 1인 가구의 높은 질병 유병율, 정신건강 위험 및 어려움, 영양섭취에서의 불균형, 의료적 사회적 지원 부족에 따른

문제 등을 공통적으로 지적하고 있다. 1인 가구는 다인 가구에 비해 만성질환율, 외래진료횟수, 입원을 등 신체질병 유병율에 있어서 다인가구보다 높은 수준을 보였으며(강은나·이민홍, 2016), 특히 우울이나 외로움, 자살사고 등과 같은 정신건강 측면에서 같은 다인가구보다 부정적인 상태를 보이는 것으로 나타났다(김은경·박숙경, 2016; 강은나·이민홍, 2016). 국내에서 김은경과 박숙경(2016)이 2013년 지역사회건강조사에 참여한 성인여성 89,807명을 대상으로 1인 가구와 다인 가구 여성 간의 인구사회학적 특성, 건강행태와 질병이환 관련 특성 차이를 조사한 결과, 여성 1인 가구는 다인가구 여성에 비해 자신의 건강에 대하여 나쁘게 인식하는 경우가 더 많았으며, 고혈압, 고지혈증, 심근경색, 관절염, 골다공증, 아토피 피부염, 백내장 등 대부분의 질환이환율에서 높은 수치를 보이고 있었다. 또한 여성 1인 가구가 스트레스와 우울감을 더 자주 느꼈고, 자살에 대한 생각도 다인 가구에 비해 높은 비율로 보고하는 것으로 나타났다(김은경·박숙경, 2016).

이 외에도 1인 가구는 홀로 식사를 하는 빈도가 많아 영양불균형이 크며, 이는 비만, 복부비만, 당뇨, 고혈압, 이상지혈증 발병률로 이어질 위험이 높다(대한의사협회, 2017, 이지유·신애선, 2015). 흡연이나 음주 등 고위험 건강 행위 수준도 1인 가구가 다인 가구보다 대체로 높다(김영주, 2009). 이 외에도 사회적 지지가 낮아 외로움과 고립감에 시달리며, 질병에 노출되었을 때 활용할 자원이 부족해 적절한 의료 및 보건적 대처가 이루어지지 않는 것으로 나타났다(김은경·박숙경, 2016; 이명진 외, 2013; 강은나·이민홍, 2015). 또한 외부의 위험과 사고에 쉽게 노출되는 등 거주 취약성이 낮아 삶의 만족도가 떨어진다는 연구결과들도 등장하고 있다(강은나·이민홍, 2016). 이렇듯 1인 가구의 건강 취약성은 식생활이나 운동 등 건강습관, 사회적 지지 등 전반에서 나타나고 있다.

일부 연구들에서는 이에서 더 나아가 1인 가구의 낮은 건강 수준이 소득, 연령, 성별, 혼인형태 등 여러 요인에 따라 그 정도가 달라진다고 본다(이명진 외, 2013; 송영주, 2007). 그러나 1인 가구 내에서의 다양성을 구체적으로 검증하면서 건강 수준 및 관련 특성에서의 편차와의 연관성을 분석하는 연구를 진행한 경우는 많지 않아 이에 대한 체계적 연구가 필요하다. 더불어 1인 가구 형성원인이 어떤 것인가에 따라 비자발적 1인 가구와 자발적 1인 가구로 나누어 비자발적 1인 가구가 건강을 포함한 모든 측면에서 자발적으로 1인 가구를 형성한 집단보다 열악한 환경에 있다고 보는 바, 이를 고려한 검증이 필요할 것으로 보인다.

건강의 구성개념과 관련요인을 제시하고, 건강에 이르는 경로를 설명하는 이론적 관점들은 건강의 다차원적이고 복합적인 속성을 인지하면서 개인의 유전적, 기질적, 행동적 요인과 더불어 가족, 동료, 지역사회 등 개인을 둘러싼 환경 요인의 건강에 대한 영향을 고려하고 있다.

건강의 심리사회환경적 결정요인을 강조하는 이론적 모형들에 따르면, 개인의 건강수준은 개인의 유전적 소인이나 건강행태 등 개인적 요인에 의해 영향을 받기도 하지만, 이 외에도 그를 둘러싼 조직 및 지역의 물리·환경적 요소 및 사회경제적 요인에 의해 영향을 받는다. 개인 및 지역요인은 직접적으로 개인의 건강행태를 변화시키거나, 개인의 유전요인의 부정적 영향이 질병 발생으로 이어지는 과정을 촉진 혹은 둔화시키는 등 간접적으로 미치기도 한다. 본 연구에서는 생태학적 관점에 기반하여 개인의 건강에 대한 개인적, 가족적, 지역사회 및 환경적 영향을 강조하는 이론모형들을 건강의 사회적 결정요인 모형(Social Determinants of Health Model)으로 총칭하여 살펴보고자 한다. 이에 따라 최근 증가하는 1인 가구의 건강수준에 대한 개인적 영향 및 지역사회 환경의 영향은 유효한지, 그렇다면 어떠한 영역에 대한 개입 및 노력이 이루어져야 할지에 대한 연구와 논의를 발전시켜 볼 수 있을 것이다.

Dahlgren과 Whitehead(1991)의 사회적 건강결정요인 모형은 성별이나 연령, 학력, 직업 등 개인의 고유한 특성과 더불어 개인의 생활습관이 사회적 및 지역적 연대를 거쳐 사회경제적, 문화적, 환경적 조건을 통해 범위를 확장하며 건강에 영향을 미치는 과정을 설명하였다. WHO의 건강의 사회적 결정요인모형(2008)은 이 모형에 근거해 사회경제적 환경, 물리적 환경, 개인의 특성 및 건강행태 등의 요인이 포함된 포괄적 건강모형을 발전시켜 제시한 대표적인 모형이다. 이 모형에 따르면 사회경제적 맥락, 정부, 정책적 요인, 문화적 사회적 규범과 가치, 사회적 위치, 교육, 직업, 소득, 성별, 인종, 물질적 환경, 사회적 응집, 심리정신적 요인, 행태, 생물학적 요인 등이 건강에 영향을 미치는 요인들에 해당한다. 이는 각 차원의 상호작용과 영향이 건강에 이르는 경로에 포함되는데 사회경제적, 정치적 맥락이 개인의 경제사회적 위치 및 특성과 상호간에 영향을 주고받으며 사회통합이나 심리사회적 요인, 행동, 생물학적 요인과 물질적 환경에 영향을 준다. 이는 또한 의료서비스 시스템(health care system)과 영향을 주고받으며 결과적으로 건강과 웰빙의 수준 및 편차를 결정하는 사회적 요인으로 작용한다. 그러나 건강과 웰빙의 수준 및 격차는 또다시 앞서 언급된 건강의 사회적 결정요인인 사회경제적, 정치적 맥락, 사회적 위치, 의료서비스 및 생물학적, 심리적 환경 등에 재차 영향을 미침으로써 이후 건강과 삶의 질 격차를 결정한다.

WHO의 건강의 사회적 결정요인위원회(CSDH: Commission on Social Determinants of Health)는 이 모델에 근거해 건강의 사회적 결정요인의 격차를 해결하기 위해 각 건강의 사회적 결정요인에 대해 훈련된 인력 개발과 대중의 인식을 증진시키기 위한 노력을 강조한다(CSDH, 2008). 또한 높은 질의 보건의료에 대한 접근성, 교육 및 주거, 사회경제적 풍요의 기회 등을 건강의 사회적 결정요인으로 정의하고 이러한 요인들에 대한 접근성에 대해 사회정책과 프로그램, 경제분배 공정

성 등에 의해 영향을 받을 수 있다고 명시하고 있다(CSDH, 2008)

Dahlgren과 Whitehead(1991)가 다양한 차원에 속한 요인의 영향에 대해 전체적 그림을 제시했다면, Brunner와 Marmot(2006)은 사회의 구조적 환경을 강조하는 건강모형을 강조하였다. 이들은 건강을 결정하는 요인이 의료적 개입이나 생활습관보다 사람들이 경험하는 삶의 환경조건이며 이를 건강의 사회적 결정요인으로 볼 수 있다고 주장하였다. 또한 이들은 사회적 구조가 사회적 환경과 심리사회적 상태와 개인의 건강행동을 거쳐 뇌신경 및 면역체계의 변화와 정신병리적 변화를 일으키고 결과적으로 질병과 사망을 초래한다고 설명한다. 또한 심리정신, 사회환경적 요인들은 함께 서로 직간접적 영향을 주고받으며 웰빙과 질병 및 사망률에 영향을 준다. 또한 개인의 생애초기 경험, 유전적 특성, 문화적 영향 등이 이러한 요인들간의 복합적 영향구조에 간접적 영향을 미치며 건강수준을 결정한다고 본다. Brunner & Marmot(2006)의 모델에 근거하여 Mikkonen & Raphael(2010)은 국민건강을 결정하는 건강의 사회적 결정요인을 성별, 주거, 장애, 원주민 신분, 생애초기, 수입, 교육, 인종, 고용, 사회적 배제, 식품안전, 사회안전망, 건강서비스, 실직 및 직업안정성 등의 14가지 차원으로 제시하고 있다.

건강에 이르는 경로를 중심으로 건강요인의 영향을 설명하는 관점도 있다. House(2001)는 전통적 생물적 의학적 패러다임에서 심리사회적 요인을 중요시하는 건강패러다임으로의 변천 과정에서 부상한 요인들을 중심으로 건강 및 노화에 이르는 경로를 설명하는 모델을 제공하였다. House(2001)의 건강과 노화에서의 사회적 불평등을 이해하는 개념적 틀(A Conceptual Framework for Understanding Social Inequalities in Health and Aging)에 따르면 인종, 성별은 사회경제적 지위와 의료적·심리사회적 위험요인, 신체생물사회적 환경위험 등의 설명적 요인에 영향을 미치며, 사회·정치·경제적 환경과 정책 등의 요인은 인종과 성별과의 상호작용을 통해 직간접적으로 사회경제적 지위에 영향을 미침으로써 또한 설명적 요인(의료적·심리사회적 위험요인, 신체생물사회적 환경위험)에 영향을 미친다. 이러한 복합적 영향들은 최종적으로 사망률이나 입원, 만성질환, 신체적·인지적 기능의 제한, 낮은 주관적 건강, 우울 등의 건강결과를 최종적으로 초래한다.

인구집단건강모델(Population Health Model)은 개인의 건강을 설명하는 데서 넘어서 국가 혹은 지역, 인구집단의 건강을 설명하는 모형을 제시한다. 인구집단 건강모델은 미국 각 지역의 건강수준을 측정하는 주요 지표인 위스콘신 대학의 The County Health Rankings, The Rankings의 근간이 된 모델로 Evans와 Stoddart의 모형(1990)과 Kindig와 Stoddart(2003)의 모형을 기반으로 개발되었다. 이들 모형은 건강 결정요인들 간의 관계를 포괄적이고 복합적인 건강결정요인모델의 단계적 제시를 통해 설명하고 있다.

Evans와 Stoddart(1990)의 건강결정요인 모델은 질병과 보건의료의 피드백 모델에서 출발하여 개인의 안녕과 여러 건강결정요인을 포함하는 모델로 확장되었다. 이 모델에 따르면 사람들이 아프거나 다칠 시에 보건의료시스템에의 접근은 가용한 인적, 물적 자원과 행정적, 재정적 시스템에 달려있으며 질병은 보건의료시스템에 의해 인지되고 반응되는 동시에 개인의 건강과 기능에 영향을 준다. 그러나 개인에게는 건강이 여러 가지 중요한 것들 중 하나이기 때문에 개인의 삶의 만족도인 안녕이라는 개념이 모델에 추가된다. 총괄적인 변영이라는 개념을 모델에 도입하여 보건의료와 개인의 건강이 국가의 경제에 영향을 미치고 국가의 경제가 다시 개인의 안녕에 영향을 미칠 수 있음을 보여주고 있다.

Kindig와 Stoddart(2003)의 모형은 인구집단 건강에서 건강결과의 정의와 측정 및 건강결정요인의 역할과의 관련성을 강조하였다. 인구집단 건강 모델에서 말하는 인구집단은 국가 또는 지역사회와 같은 지리적 지역이지만 노동자, 소수 민족, 장애인 등의 인구집단을 의미한다. 또한 의료시스템, 사회 환경 및 물리적 환경과 같은 많은 건강결정요인은 인구 수준의 한 부분에서 개인의 생물학적 영향을 미친다.

Anderson et al.(2003)의 Community Guide's Model(2003)의 근본 전제는 사회 자원에 대한 접근이 지역사회 건강결과를 결정한다는 것이다. 사회적 건강결정요인은 생활수준, 문화 및 역사, 사회 제도, 건설 환경, 정치 구조, 경제 시스템 및 기술은 건강을 유지하기 위해 인구가 끌어들이는 모든 사회적 자원이며 지역사회, 가족 또는 개인적 수준의 변영은 지식, 돈, 권력 및 명예와 같은 자원을 제공하여 건강 위험에 노출되는 것을 피하거나 늦출 수 있다. 이 모델은 빈곤 또한 건강 상태에 강력하게 영향을 미친다고 설명하고 있다.

이러한 이론 모형들은 공통적으로 개인적, 가족적, 지역사회 및 환경적 요인 등 건강의 결정요인이 미시(micro)-중간(meso)-거시(macro)에 걸친 다수준(multi-level)에 포함되어 있으며, 이들 요인이 각각 직접적 영향을 미칠 뿐만 아니라 복합적으로 개인 혹은 집단의 건강과 개인 간 집단 간의 건강불평등을 포함한 건강 편차에 영향을 주게 된다고 설명하고 있다. 그러나 이들은 일반 인구집단을 대상으로 한 이론적 설명이라는 점에서 1인 가구와 같은 인구집단에 동일하게 적용될지에 대한 실증적 검증이 필요하다.

3. 1인 가구와 환경

환경에 대한 관심이 증가하면서 환경에 미치는 다양한 사회 요인의 영향에 대한 연구의 필요성도 높아지고 있다. 그러나 인구변화와 환경과의 관계라는 주제는 밀접한 연관성에도 불구하고 환경이라는 개념 정의의 어려움과 자료의 부족, 분

석적 연구모형 개발의 어려움 등(권태환, 2001)²⁾으로 인하여 매우 제한적인 연구가 이루어져 왔다.

국내에서의 인구변화 관련 연구 및 정책은 전통적으로 정부 주도의 개발중심 측면에서 발전되어 온 경향이 있으며, 반면에 환경 관련 연구 및 정책은 성장위주의 발전에 따른 역기능에 대한 문제의식을 바탕으로 시민 혹은 단체 주도로 이루어져 온 특성이 있다. 이에 대해 권태환(2001)은 인구 관련 논의와 환경 관련 논의는 성격이 대조적이며 논의를 이끌어온 구성원도 서로 단절적인 특성은 현재까지도 강하게 남아 있어 인구와 환경 간의 관계에 대한 총체적이고 체계론적인 논의를 막고 있다고 설명한다.

이렇듯 1인 가구가 환경에 대해 어떠한 영향을 주고받을 것이라는 결론을 내릴만한 조사나 연구결과 또한 찾아보기 힘들다. 그럼에도 불구하고 기존의 인구변화가 그렇듯 1인 가구도 환경에 직간접적으로 연결되는 영역들에 대해 특정 태도를 취함으로써 환경에 영향을 미칠 가능성이 높을 것이라는 간접적 유추는 가능하다. 예컨대 1인 가구로서 살아가는 과정에서 변화되는 라이프 스타일과 가치관, 주변과의 관계 등이 환경에 대한 특정 태도나 행동 경향성을 만들고 궁극적으로 환경에 영향을 주는 등 간접적 경로를 예상해 볼 수 있다.

전통적인 이론적 접근들은 인구와 환경과의 관계를 특정 인구집단이나 국가의 인구 수 증가가 환경오염에 부정적 영향을 준다는 전제 하에 부정적 영향의 정도를 구체적으로 측정하고자 하였다. 대표적인 이론적 모형으로는 에틀리히(1971)와 홀드런(Holdren)에 의해 등장한 환경영향 모형(환경영향 추정 방정식)으로 특정 인구집단 또는 국가가 환경에 미치는 영향은 집단 혹은 국가의 인구수, 소비수준을 의미하는 1인당 국민소득, 소비수준을 지원하는데 필요한 과학기술의 해악 정도의 곱으로 산출할 수 있다고 본다. 많은 학자들이 인간 활동이 환경에 주는 전체적 압력을 인구수, 1인당 소비량, 테크놀로지의 세 개 변수의 사실이라고 공통적으로 주장한다(전광희, 2015) 전광희(2015)에 따르면 인간에 대한 환경의 역할은 공급창고(supply depot), 폐기물 저장소(waste repository), 삶의 공간(living space)으로 정의되어 왔으며 인간은 환경으로부터 자원을 사용하며 자원을 소비하는 과정에서 다양한 폐기물을 발생시키며, 주택, 공장, 여가시설, 교통시설 등 자연환경의 여러 공간에 머무르며 활동한다. 이에 따라 과거 인구와 환경과의 관계에 대한 논의는 인구 증가가 식량의 부족을 포함한 자원의 고갈로 이어지며 환경파괴를 가져올 것이라는 인식이 강하였다.

그러나 현재 단순한 논의는 설득력을 잃고 있다. 최근 들어 인구 성장 자체가 환경파괴의 핵심 원인이라고 볼 수는 없으며 사회적 불평등, 오염생산기술, 도시

2) 권태환(2001). 한국 인구변동의 환경적 함의, 한국인구학, 제24권 제2호, pp. 5-45.

화 정도, 왜곡된 경제사회정책 등 여러 가지 근본 원인들이 작용할 수 있다는 주장들이 등장하고 있다(전광희, 2015). 인구 집단 별로 형성 및 증가 원인이 다르고 행동특성도 다르기 때문이다. 또한 같은 총 인구수라도 토지면적 당 인구 밀집도가 얼마나 되느냐에 따라 환경에 미치는 영향은 달라진다. 인간이 가지고 있는 고유한 적응력도 또 다른 변수이다. 인구 수와 1인당 소비량의 증가는 일차적으로 자원 고갈로 이어지기는 하지만 이로 인한 위험을 인지한 사회 내 문제의식의 확산은 다시 환경관련 규제정책 개발, 친환경 기술의 연구 등 변화의 계기로 작용하기도 한다. 이보다는 인구의 성격에 따라 환경에 대한 의미가 달라진다고 보는 것이 더 설득력이 있는 입장이다. 인구와 환경의 연관성에 대한 확실적인 논의는 별 의미를 갖지 못한다(권태환, 2001). 예컨대 인구 한 명의 가는 자원 소비의 증가, 오염물질의 증가로 이어질 수 있다. 그러나 선진국에서의 인일당 소비량과 개발도상국의 인일당 소비량이 다르듯, 개인의 행동과 가치관, 그가 속해있는 사회의 제도와 산업, 문화 등 전반적 특성에 따라 환경에 미치는 영향은 다르게 나타난다.

사회복지 및 사회학을 포함한 사회과학 분야에서는 생태학적 모형을 통해 개인과 집단이 사회적 환경뿐만 아니라 자연환경과 서로 영향을 주고받는다 고 설명한다. 생태학적 관점(Ecological perspective)은 개인과 그를 둘러싼 환경과의 연관성을 전제로 인간과 환경 간의 상호작용을 파악하고자 하는 대표적인 이론적 틀로서 인간은 그를 둘러싼 환경과 분리될 수 없으며 인간과 환경이 서로 상호 지속적인 영향을 주고받는 관계(reciprocal relationship)를 가지고 있다고 본다(Bronfenbrenner, 1979). Urie Bronfenbrenner의 생태학적 이론에 따르면 개인과 집단을 둘러싼 환경들은 미시체계, 중간체계, 외체계, 거시체계의 일련의 내재화된 구조로 이루어져 있다(Bronfenbrenner, 1979). 구체적으로 미시체계는 개인적인 활동, 역할, 개인의 심리·정신·신체적 경험과 상태이며, 중간체계는 부모와 교사, 형제, 이웃, 친구 등 관계적 관계망(social network)를 통해 개인에게 영향을 미치고, 이는 개인이 속한 직장, 이웃, 지역사회를 포함하는 외체계를 거쳐, 제도, 정책, 사회문화적 가치와 규범 등 거시체계로 확장된다. 거시 체계에는 기후나 지리적 조건과 같은 자연적 환경과 건축물이나 대중매체, 교통, 생활영역이나 거주환경과 같은 사회문화적 환경이 모두 해당된다. 생태학적 이론에 따르면 개인의 특성과 환경적 조건은 상호적으로 영향을 주고받는데 개인의 적응적 욕구와 환경의 질이 긍정적일수록 개인의 성장과 발달, 삶의 질이 높아지는 좋은 적합성(goodness of fit)을 보인다(권중돈·김동배, 2005). 반대로 적합성이 좋지 않은 경우 개인은 건강과 웰빙에 있어 손상을 입으며 환경 또한 환경 파괴, 자원 및 에너지 고갈, 생태계 불균형 등의 결과를 낳게 된다.

권태환(2001)에 따르면 생태학적 관점에서 인구와 환경은 따로 떼어 생각할 수 없는 유기적 관계에 있으나, 두 영역 간의 관계에 대한 연구는 인구 연구에서는

환경의 영향이 배제되고, 환경 연구에서는 인구에 대한 고려가 주변적 수준에 머무는 등 지극히 원론적이고 단편적인 상태에 머물러 있다. 권태환은 그 이유를 인구 변화와 환경 모두 기존의 연구들에서 모두 결과에 해당하는 종속변수로서 취급되어 왔고 다른 요인을 설명하는 변수로는 고려되지 못했기 때문이라고 지적한다.

과거 인구의 증가는 전통적으로 환경의 파괴와 자원고갈이라는 결과를 낳는 것으로 여겨져 왔으나, 최근 인구증가의 둔화가 급속하게 이루어지고 있고, 기술발전과 산업화, 환경에 대한 인식 변화 등은 인구와 환경 간의 관계의 본질을 바꾸고 있다. 과거 생계와 관련하여 특정 인구집단의 성장이 환경에 영향을 주었다면, 최근은 풍요로운 삶의 질과 관련하여 환경에 미치는 선진국형으로 그 영향의 원인과 내용, 의미가 달라지게 되었다(권태환, 2001). 특히 우리나라의 경우 빠르고 급격한 인구구조의 변화와 사회변화를 거친 만큼 인구집단과 환경과의 관계는 상당히 복잡적이고 다층적일 것으로 예상된다. 즉, 획일화된 관계로 규정하기 어렵고 다양한 관계양상이 혼재할 것으로 보이며, 이는 연령, 성별, 경제 및 교육 수준 등 사회 내 여러 측면에 따라 상호작용하며 다르게 나타날 것으로 보인다. 따라서 1인 가구의 증가가 환경과 맺는 관계에 대하여 복잡적이고 다층적인 관점에서 분석하고 그 함의를 살펴볼 필요가 있다.

본 연구에서는 환경과의 관계를 생태나 환경에 미치는 부정적 영향을 줄이거나 최소화하는, 또는 전혀 부정적 영향을 미치지 않는 제품이나 서비스, 법률, 정책 등을 포괄하는 친환경성(environmental-friendly)³⁾의 정도로 측정하여 분석하고자 한다. 또한 환경과의 관계에 직간접적인 관련성을 갖는 영역을 1인 가구로의 전환 과정에서 변화를 경험하는 생활영역 중 소비와 주거, 가치관 등의 영역을 중심으로 살펴보고자 한다. 특히 1인 가구와 환경과의 관계라는 복합적 상호작용을 살펴보기 위해 1인 가구의 라이프스타일에 근거한 환경에의 영향을 직간접적으로 분석하되, 이를 인터뷰, 설문조사 데이터, 행정데이터와 같은 다양한 자료에 근거하여 살펴볼 수 있을 것이다.

1) 소비경향

가장 두드러지게 나타나는 1인 가구만의 독특한 라이프스타일은 소비태도에서 찾을 수 있다. 1인 가구는 다인가구에 비해 상대적으로 가처분소득 비율이 높으며, 1인당 소비(지출)규모가 다인가구보다 높은 편이어서 1인 가구의 소비경향은 사회 산업 전반에 미치는 영향이 상대적으로 더 강하고 직접적이다(이경아·곽윤영,

3) 배세하·김상화·이수열(2017). 소비자는 녹색 신호에 어떻게 반응하는가? 저관여 제품의 친환경 커뮤니케이션 전략이 환경친화 소비태도에 미치는 영향. 경영학 연구, 46(1), pp.109-136.

2015). 최근의 조사에 따르면 1인 가구의 소비 구성에서 가장 높은 비율을 차지하는 지출 분야는 주거비와 식비이며, 식생활비와 주거생활비, 금융비와 의생활비의 4개 항목이 전체 가계지출에서 차지하는 비율이 3분의 2를 웃도는 것으로 나타나 전통 가구에 비해 특정 영역에 대한 소비 집중도가 높았다(이경아·곽윤영, 2015). 이러한 특정 소비영역에 대한 높은 집중도와 소비규모로 인해 3~4인으로 이루어진 다인 가구보다 1인 당 소비여력을 두 배 가까이 높은 것으로 보기도 하는 등(Economy Insight, 2015) 1인 가구 소비에 대한 관심은 계속해서 증가하고 있다.

1인 가구는 상품 구매의 근거 및 구매패턴 또한 기존의 전통가구와 다른 특성을 보인다. 구매결정시 온라인 평판에 대한 의존도가 높으며, 1일 약 2.3끼를 먹으며 혼자 식사할 때는 직접 취사하기보다 가정간편식이나 배달, 음식점 등 매식을 이용하는 편이나 2인 이상만 주문가능한 상황이나 1인용 좌석이 없는 등 음식점에서의 불편사항으로 인해 배달음식이나 편의점음식 등을 자주 이용하는 것으로 나타났다. 또한 식사를 위한 소비 외에도 소용량, 소포장, 소형제품에 대한 구매비율이 높게 나타났다.

1인 가구의 소비욕구 및 경향에 맞추어 국내 소비시장은 1인 가구를 겨냥한 상품 및 서비스를 적극적으로 확대해가고 있다. 1인 가구를 주요 소비 주체 중 하나로 인식하면서 소용량, 소포장 상품의 비율을 늘리고, 소형상품을 새롭게 개발하고 농수산물 등 식품의 표준규격을 소량 중심으로 개정·고시하는 등 상품생산패턴의 변화를 위한 제도적 준비를 시도하고 있다. 국내의 간편식(HMR) 시장은 2010년 7,747억원에서 2014년 1조 8천억원 규모로 빠르게 성장하였으며, 2015년에는 전체 외식시장의 16.3%를 차지한 것으로 나타났다.

사례 1. 최근 모 온라인 쇼핑몰에서는 1회용 액체세제를 개당 100원씩 판매해 10일 만에 1만개를 완판하였고, 배즙, 블루베리즙, 양배추즙 등 건강즙을 날개로 판매해 전년 대비 30% 이상의 매출 신장을 달성했다.

사례 2. 한 모짜리 두부를 4등분해 내놓은 ‘4분의 1모 두부’는 3년 전부터 매년 매출이 10%이상 신장해 0마트의 스테디셀러로 자리잡았다. 또한 65g짜리 미니케첩과 마요네즈도 작년 대비 15% 매출이 늘어났다.

사례 3. 대형마트에서는 소포장 상품 등 1인 가구를 위한 식재료 매출이 늘자 ‘손질채소 코너’를 만들어 카레용 채소, 매운탕용 채소 등 용도에 맞게 주문하면 1인 용으로 즉석에서 손질해 준다.

(출처: 매일경제 인터넷기사 2015. 2016 서울서베이 도시정책지표조사)

이러한 소비경향은 환경에 적지 않은 영향을 미치게 된다. 소포장, 일회용 사용의 증가는 쓰레기 배출량 증가와 플라스틱 사용증가 등 각종 일회용품 생산 및 배출증가로 이어지기 때문이다. 그러나 1인 가구로의 전환이 무조건 친환경성의 감소 또는 환경에 부정적인 생활패턴으로의 변화라고 결론내리기에는 이르다. 반대로 구매에서 벗어나 임대를 통해 필요를 채우고자 하는 경향성도 일부 발견되고 있다. 최근 렌탈 혹은 공유 서비스를 활용하고자 하는 1인 가구가 증가하고 있으며, 주요 품목에는 정수기, 비데, 커피머신, 매트리스, 노트북 등 가전을 중심으로 그 품목이 확대되고 있다(KB 금융지주경영연구소, 2013). 따라서 1인 가구의 소비패턴이 구체적으로 어떻게 나타나고 있으며, 환경과의 관련성이 어떠한지 다차원적 영역 및 특성별로 살펴보면, 소비패턴 및 태도의 편차를 일으키는 다양한 요인들의 영향을 검증함으로써 1인 가구 내에서의 다양성에 대한 체계적 분석이 동시에 이루어질 필요가 있다.

2) 주거경향

또 다른 영역은 주거영역으로 우리나라가 증가하는 1인 가구에 대한 대응이 식품이나 가전 등 영리기업의 소비시장 발전을 중심으로 이루어진 반면, 1인 가구의 증가 추세를 비교적 일찍 경험한 독일, 미국, 호주 등의 국가들은 기존의 사회보장제도의 연장선에서 1인 가구를 위한 공공복지 확대를 추구해 왔으며, 다양한 제도적 노력 중에서도 저소득자들을 위한 주택보급, 주거수당 등 주거복지 확충이 중심이 되어 왔다(변미리, 2015).

1인 가구의 주거특성은 열악하며, 에너지 효율이 낮은 주거형태를 가지고 있는 비율이 높은 것으로 알려져 있다. 건물수준의 에너지사용 패턴은 에너지 사용시간이 얼마나 많은가와 같은 절대적 에너지사용량 여부와 열성능이 좋은 건물인지 여부가 함께 고려되어 건물의 유형화가 가능하다(김봉애·고연숙, 2019; 이동혁·김재민·김덕우·박철수·여명석(2019).⁴⁾ 우리나라는 2009년 금융위기에 따른 경기침체로 가구소득은 감소하였으나 연료비는 증가추세를 유지하고 있으며 특히 저소득가구의 경우 이산화탄소 발생량의 증가로 인한 이상기후현상과 상대적으로 단열상태가 열악하고 에너지효율이 떨어지는 주거환경에 노출되어 있어 연료비 지출은 상대적으로 빠르게 증가하는 것으로 나타났다(김봉애·고연숙, 2019)⁵⁾. 따라서 에너지 효율이

4) 이동혁·김재민·김덕우·박철수·여명석(2019). 대학건물의 에너지사용과 외기온도 간의 스펙트럼 일관성 분석, 대한건축학회 춘계학술발표대회 논문집, 39(1), pp. 346-347
 신한술·김덕우·박철수·이승연(2019). 건물 에너지 사용의 비예측성 평가, 대한건축학회 학술발표대회 논문집, 39(1). pp.333-334.

낮은 주거형태에서 생활하는 1인 가구 비율이 높아질수록 에너지사용은 증가할 수밖에 없을 것으로 예상된다. 따라서 1인 가구의 주거특성에 따른 에너지 효율의 문제점과 개선점을 파악하는 한편, 동시에 1인 단위로 생활하는 가구의 전기, 수도, 가스 등 에너지 사용량이 다인 가구의 1인 당 사용단위와 비교하여 달라지는지에 대한 비교분석과 함께 생활패턴 및 태도와 관련성을 분석하고, 에너지 사용 패턴에 있어서의 1인 가구 내에서의 다양성을 관련 요인을 통해 설명해냄으로써 필요한 정책적, 실천적 시사점을 도출해 낼 필요가 있을 것으로 보인다.

1인 가구가 늘어나면서 형성되는 주거형태의 증가에 따른 에너지 사용패턴의 변화 외에도, 주거 공간 내에서 1인 가구의 생활패턴에 따라 환경에 미치는 복합적인 영향이 나타날 수 있다. 식사와 설거지, 세탁, 취침 등 일상생활에서 영위되는 활동 속에서 편리성과 효율성을 중요시하는 1인 가구만의 라이프 스타일과 태도가 나타나게 되며, 다인 가구에 비해 상대적으로 좁은 공간 내에서 동시다발적 활동을 하는 생활특성을 반영한 소비태도도 영향을 미치기 때문이다. 대표적으로 주거공간 속에서의 환경 관련 태도는 주거생활 내 공간별 행동으로 구체적으로 나타나는데, 환경부에서는 주거생활 공간별로 생활용품 중 건강 및 환경에 대한 위해성이 의심되는 물질을 제시하고 생활 속에서 실천할 수 있는 환경보전활동을 제시하고 있다. 이 외에도 가구 형태와 관계없이 일반적으로 실천할 수 있는 컴퓨터 프로그램 설치, 인쇄용지 절약 프로그램, 가까운 거리는 걷거나 자전거 이용, 전기-가스-수도-유류 등 에너지사용량 진단 및 저감 방법 확인/실천, 고물품 구입, 재활용 원료 및 재생소재 제품 구매 노력 등 생활 에너지 절약 정도를 살펴볼 수도 있다. 이러한 기준들에 따라 1인 가구와 다인 가구 형태별로 경향 및 편차, 관련요인의 영향을 비교분석함으로써 1인 가구의 에너지사용 특성 및 관련 태도에 대하여 파악하고 효과적 대응방안에 대해 논의할 수 있을 것이다.

5) 김봉애·고연숙(2019). 제주지역 국민임대아파트 에너지 및 수도 사용특성에 관한 연구. 한국생활환경학회지, 26(1), pp. 101-109.

김봉애·고연숙(2019)에 따르면 '겨울철 거실 온도 21도, 거실 이외의 온도 18도를 유지하기 위해 냉난방비로 소득의 10% 이상을 지출하는 가구.'인 에너지빈곤층은 2013년 기준 국내에서 노인세대의 비중이 70% 정도로 조사됨. 또한 한국보건사회연구원의 발표자료에 따르면 2013년 기준, 우리나라 에너지빈곤층은 약 160만 가구에 달하는 것으로 조사되고 있음(김현경, 2015).

<표 2> 주거생활공간별 생활 속에서 실천할 수 있는 환경보전활동

| 주거 내 공간 | 친환경 생활지침 | 관련 화학물질 |
|---------|---|-----------------|
| 화장대 | -화장품은 자신의 피부에 맞춰 가능한 적게 사용한다 | 파라벤 프탈레이트 |
| | -매니큐어와 립스틱은 바르는 횟수를 줄인다 | 중금속 |
| 욕실, 세탁실 | -합성 향료를 첨가한 제품보다는 가능한 무향제품을 선택한다 | 프탈레이트 |
| | -가능한 향균 제품의 사용을 줄인다 | 1, 4 다이옥산 |
| 부엌 | -합성세제는 최소량만 사용하고 세제를 사용해야 하는 세탁, 청소 시에는 고무장갑 착용을 습관화한다.(비누, 소다, 식초, 구연산, EM을 이용한 친환경세제를 사용한다) | 트리클로산 알킬페놀류 |
| | -플라스틱 중 폴리카보네이트(PC)의 사용과 일회용품의 사용을 줄인다(스테인레스나 무쇠 재질, 유리, 도자기 재질을 선택) | |
| 방, 거실 | -가공된 식품보다 신선한 계절 야채, 과일 같은 원재료 중심의 식사를 한다 | 과불화화합물 |
| | -몸집이 큰 생선 섭취를 조절한다 | 프탈레이트 |
| 방, 거실 | -음식은 굵기보다는 가능한 삶거나 데쳐서 먹는다 | 비스페놀 A |
| | -부엌에서 조리 시 환기한다 | |
| 방, 거실 | -PVC, 폴리우레탄 폼을 사용하는 가구, 장난감 사용을 줄인다 | |
| | -새 집이나 집수리 후 3일 이상 베이크 아웃을 하고 새 가구나 목재는 사용 전 충분히 통풍시키는 것이 좋다 | 폴리염화비닐 프탈레이트 |
| 방, 거실 | -전자제품 이용 시 거리를 두고 사용하고, 사용하지 않는 전자제품의 플러그를 뽑는다. | 브롬화난연제 |
| | -드라이클리닝 한 옷은 비닐 제거 후 외부에 3일 정도 두고 충분히 통풍시킨다 | 포름알데하이드 |
| 방, 거실 | -밤 12시에서 새벽 2시까지는 빛이 차단된 곳에서 숙면을 취하는 것이 좋다 | 테트라클로로에틸렌 |

제 2절 건강의 개념 및 다차원성(multi-dimensionality)

1. 건강의 개념 변화와 건강 관점의 확장

과거 의료적 관점은 바이러스나 면역체계 약화, 의료서비스 등과 같은 요인이 질병을 일으키며 그 과정에서 부가적으로 사회경제적 요인이 작용한다는 접근이었다. 그러나 의료 및 보건서비스의 발전에 따른 수명연장으로 건강의 개념과 범위를 의학적 관점으로 설명할 수 없게 되었다(WHO, 1948, 1997, 2005). 또한 최근 산업발달의 가속화와 빈부격차의 증가, 스트레스의 증가, 잘못된 생활습관으로 인한 만성적이고 긴 시간 동안의 거시적, 종단적 질병 경험은 질병을 바라보는 관점을 변화시켰다(조병희, 2009). ‘단순히 오래 사는 것’이 아닌 ‘건강하게 오래 사는 것’이 중요한 시대가 되었다. 즉, 기대수명이 아닌 건강수명⁶⁾을 늘리는 것이 추구할 방향이 된 것이다.

세계보건기구가 건강을 ‘질병이 없고 허약하지 않을 뿐 아니라 육체적으로 정신적으로 사회적으로 완전히 안녕한 상태’로 정의한 이후로(WHO, 1948), 1978년 알마아타 선언, 1986년 오타와 헌장, 2005년 방콕 헌장, 그리고 현재에 이르기까지 건강의 개념과 범위는 지속적으로 발전되어 왔다. 오늘날 건강의 범위와 개념은 보건의료 영역에서부터 정신건강, 건강역량, 건강 잠재요인 및 그와 관련된 정책적, 사회·환경적 요인들을 모두 포함하고 있다. 즉, 질병의 유무와 같은 단순한 수준으로 측정할 수 있는 개념이 아닌 심리적, 사회적, 신체적 안녕(well-being)의 측면을 모두 아우르는 복합적이고 다차원적인 영역이라고 할 수 있다(WHO, 2005).

건강에 관한 학자들의 정의 또한 그 범위에 있어서 어느 영역까지를 포함할 것인가와 구체적으로 무엇을 어떻게 측정할 것인가에 대하여는 편차가 존재하나 동일한 맥락에서 건강을 다차원적 복합개념의 측면에서 접근하고 있다.⁷⁾ 다수의 연구에서 건강을 하나의 측면으로 측정하기 어려운 광범위하고 복합적인 현상으로 보

6) 건강수명은 최근 수명의 증가와 함께 등장한 개념으로서 단순한 수명이 아닌 건강한 상태로 사는 기간으로서의 수명을 의미한다.

7) 최근에는 건강과 같이 그 범위가 넓고 여러 속성이 관련되어 있는 복합적인 개념들에 대해 다차원적 정의 및 측정이 이루어지는 추세이다. 건강과 마찬가지로 다른 복합적 개념들도 다차원적으로 측정되고 있다. 주관적 안녕이나 삶의 질의 경우 하나의 측면을 가지고 측정하기보다 여러 개의 다차원적 측면을 가지고 접근하고 있으며(박병기, 송정하, 2007; OECD, 2005) 최근 빈곤도 소득과 같은 단일 영역으로 측정하던 데에서 벗어나 다차원적인 접근으로 측정되고 있다(김경혜, 2011). 아동의 삶의 질 또한 다차원적 접근에 따라 건강, 물질적 웰빙, 교육, 주거와 환경의 질, 대인 관계 등 서로 다른 여러 영역에서의 맥락에서 파악되고 측정되고 있다(UNICEF, 2014).

고, 신체적, 사회적, 심리적, 기능적 측면을 포함한 다양한 영역을 측정함으로써 건강을 이해할 수 있다고 보고 있으며(Lalonde, 1974; Nutbeam, 1998; Larson, 1999; Greenfield & Nelson, 1992; Bircher, 2005), 그 영역은 계속해서 확장되고 있다. 최근에는 건강에 대한 정의 외에도 건강의 동적인 성격과 건강을 높이기 위한 역량을 강조하는 건강증진(health promotion)이라는 개념이 함께 적용되고 있는데, 건강한 상태를 넘어 모든 개인이나 집단이 건강욕구를 실현하고 건강을 저해하는 환경을 변화, 통제할 수 있는 역량의 강화라는 개념을 포함한다(조병희, 2015).

이러한 관점의 변화는 건강의 개념과 범위뿐만 아니라 원인과 대책까지도 과거의 치료중심이 아닌 건강 예방과 관리를 포함한 넓은 관점에서 바라볼 것을 요구하고 있다. 따라서 건강의 원인으로 유전적-생물학적 요인의 영향 외에 사회환경적 요인, 보건의료제도적 요인, 개인행태 요인에 대한 포괄적 관심이 요구된다(조병희 외, 2018). 이에 따라 건강영역에 대한 다학제적 관심과 함께 협력, 연계의 필요성이 높아지고 있다. 오늘날 건강은 사회복지를 포함하여 의학, 간호학, 보건학, 역학, 사회학, 심리학, 환경 및 생물학 등 다양한 학문영역의 학제간 협력과 연계를 통한 접근을 필요로 하는 대표적인 영역이다(Gehlert, S. & Browne, T., 송인한 외 공역, 2015).⁸⁾

더불어 건강의 문제를 심리사회환경의 다차원적 영역을 아우르는 문제로 파악하고 이의 해결을 목표로 접근하는 보건사회복지(health social work)의 중요성도 커지고 있다⁹⁾. 보건사회복지는 생물심리사회적 모델(biopsychosocial model)과 생태학적 접근(ecological perspective)에 근거하여 질병의 생물학적, 사회적, 환경적, 심리적, 행동적 측면의 영향을 강조하며, 순수한 생물학적 요소와 더불어 질병의 비의료적인 결정요인들을 고려한다(Gehlert, S. & Browne, T., 송인한 외 공역, 2015).

<표 3> 건강에 관한 다양한 정의

| 출처 | 정의 |
|----------------------|---|
| Perry & Jessor(1985) | 건강의 네 가지 영역(신체적, 사회적, 심리적, 개인적)에서의 웰빙과 수준 향상 |
| Lalonde(1974) | 개인과 조직들에게 정보를 제공하고, 영향을 미치고, 지원함으로써 신체적, 정신적 건강에 대한 더 많은 책임감과 적극성을 갖는 것 |

8) Gehlert, S. & Browne, T. 편저(2012). Handbook of health social work (2nd ed.) John Wiley & Sons, Inc. 송인한 외 공역. 2015. 『보건사회복지』. 박영사.

9) 새라 갤러트(2015)에 따르면 보건사회복지는 지난 100여년 동안 질병이 환경적 맥락 안에서 발생한다는 점, 질병의 발생맥락에 대한 정보가 전인적 치료에 필수적이라는 점을 알리는데 공헌해 온 주요 분야로 자리매김해왔다.

| | |
|--------------------------------|--|
| Nutbeam (1998) | 사람들이 건강의 결정요인들에 대한 통제력을 증가시킴을 통해 건강 수준을 증대시키는 것 |
| 국어대사전 | 정신적으로나 육체적으로 아무 탈이 없고 튼튼함. 혹은 그런 상태. |
| 라론드 | 인체 환경 |
| 보고서의 건강의 주요 영역(장, field) | 다양한 질병부터 건강에 관련된 모든 신체적 상태 건강과 관련된 모든 주변 사건(음식, 약, 화장품, 물, 공기 등) 라이프 스타일 개인의 건강에 영향을 미치는 모든 의사결정 헬스케어 영역에서 양적, 질적 차원으로 이루어지는 인력과 자원의 공급, 연계(의료적 치료, 병원, 간병, 약, 공공헬스케어 서비스 등) |
| WHO(1948) | 질병이 없고 허약하지 않을 뿐 아니라 육체적으로 정신적으로 사회적으로 완전히 안녕한 상태 |

2. 건강의 다차원적 영역 및 측정

건강의 각 차원이 어떻게 정의되며, 어떠한 요인으로 구성되어 있는지는 건강을 설명하는 이론관점 및 모형에 따라 차이를 보이며, 각 차원의 범위 또한 상당히 넓은 범위를 포괄한다. 그러나 무엇이 건강인지와 건강의 범위를 어디까지 포함할 것인가에 대한 설명의 패러다임은 앞서 건강의 개념 및 범위에서 제시한 바와 같이 공통적으로 지속 확장, 발전되고 있다.

건강의 각 차원 즉, 사회적, 행동정서적, 신체적 하위영역들은 각각 그 자체로 특수성(domain specific)을 가진 독립된 영역으로 건강의 한 부분을 의미할 뿐만 아니라, 서로 긴밀하게 상호작용한다(Nason & Delbanco, 1976; Saylor, 2004; Bircher & Kuruvilla, 2014; Helliwill & Putnam, 2004; Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000). 즉, 정서적인 문제가 직접 질병을 일으키는 원인이 되거나 질병의 영향으로 사회적 지지 네트워크나 지지기반이 약화되는 등 서로 다른 영역과 영향을 주고받는다. 본 연구에서는 건강의 다차원성(multi-dimensionality)과 차원별 영역 고유성(dimension specific) 및 상호 연관성에 근거하여 건강의 다차원적 영역을 정의, 측정할 선행연구 및 기존 사례 등을 검토하고, 이를 토대로 1인 가구 건강을 측정하고 건강 잠재 유형을 파악하는데 적용하고자 한다.

먼저 신체적 건강은 건강을 의미하는 가장 대표적인 구성요소로서 주로 신체활동에 불편함이 없고 질병이 없는 상태를 의미한다. 건강의 신체적 측면에 대한 측정은 주로 질병 유무, 신체적 불편감, 사망률 등을 통해 이루어져 왔다(Brunner & Marmot, 2006; Mikkonen & Raphael, 2010; House, 2001; Anderson, 2003). 이 외에도 개인이 수행하는 일상생활 활동능력을 통해 신체적 건강 관련 삶의 질을 파악

하기도 하는데 이에 대한 측정은 주로 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 불안/우울 등으로 이루어져 있는 EQ-5D와 같은 대표적인 종합지표를 통해 이루어진다(이준협·윤병준·정형선, 2009). 뿐만 아니라 기존 연구들에서 신체적 건강 수준을 파악하기 위해 활용되는 대표적인 개념으로 주관적 건강상태가 있다. 주관적 건강상태는 개인이 스스로 건강을 정의하고 이를 근거로 자신의 건강을 측정한 주관적 결과로서, 측정 방법의 용이성과 포괄적 건강평가가 가능한 장점으로 인해 많은 연구들에서 건강상태를 종합적으로 평가하는 대리변수로 사용되거나(하지경·이성립, 2017; 최요한, 2016), 신체적 불편감을 측정하는 신체적 건강의 측정요소로 종종 활용된다. 주관적 건강상태는 응답하는 개인에 따라 주관적 편차가 존재한다는 한계에도 불구하고 개인의 건강상태 및 사망률을 유의하게 설명하는 것으로 알려져 있다.¹⁰⁾(최요한, 2016; Badland, Turrell, & Giles-Corti, 2013).

우울, 스트레스, 불안 등 심리적 문제들은 신체적 면역체계를 떨어뜨리고 사회적 위축을 초래하는 등 건강 전반에 부정적 영향을 미친다(윤명숙·이희정, 2018). 개인이 건강하다는 것은 이러한 심리적 문제없이 심리·정신적으로 안정을 이루고 있으며, 충분한 만족감을 가지고 일상생활을 하고 있는 상태를 의미한다. 기존 연구들에서는 정신건강을 대표하는 주요 측정변수로 수면의 질, 스트레스나 불안 및 우울 등 정서적 어려움, 자살사고 혹은 시도, 중독이나 정신질환 이환율 등을 통해 정신건강의 질과 수준을 파악해 왔다(박보영·권호장·하미나·범은애, 2018; 김소연·서민숙·서영준, 2018; 윤명숙·이희정, 2018)

최근 건강의 다른 영역에 중요한 영향을 미치는 요인이자 건강의 한 구성영역으로서 사회적 건강이 강조되고 있다(Chaskin, 2001; Portes, 1998; Cohen, 1988; 조병희 외, 2010). 사회적 건강은 개인이 다른 사람 및 단체와 맺는 친밀한 관계의 정도의 빈도와 질 등을 의미하는 것으로 건강한 삶의 하나의 척도이면서 심리적 건강과 신체적 건강을 포함한 건강 전반의 수준을 직간접적으로 높이는 역량으로서의 건강으로 이해된다. 사회적 건강은 사회적 관계망(network), 사회적 지지(social support), 사회적 자본(social capital) 등 개인의 주변을 둘러싼 관계적 지원의 양과 질로 측정되며, 이 외에도 개인의 사회적 관심과 참여, 신뢰 등도 포함된다(Chaskin, 2001).

지금까지 제시한 것과 같이 다양한 연구들에서 건강의 다차원적 영역들을 정의하고 이를 대표할 변인들을 선정하여 이를 파악하고자 하였다. 이 외에도 각

10) 최요한(2016)은 고령화연구패널조사를 사용하여 우리나라의 중고령자를 대상으로 주관적 건강상태(self-rated health)와 주관적 건강변화상태(self-assessed change in health)가 실제 건강상태(질병의 진단 여부와 입원 및 사고의 경험 여부)를 유효하게 예측하는지에 대하여 분석했는데, 그 결과 연령대를 구분하지 않은 모든 모델에서 주관적 건강상태(SRH)의 부정적인 변화는 건강문제의 발생을 유의하게 예측하는 것으로 나타났다.

국가 및 기관에서 국민의 건강증진과 질병예방을 목적으로 연구와 임상사례를 기반하여 건강의 하위영역을 정의하고 측정한다. 최근에는 국가별로 국가 수준의 건강증진계획을 설정, 이에 따른 정책을 추진하기 위해 건강 수준을 주기적으로 평가한다. 대표적으로 미국의 경우 Healthy People 2020은 질병, 장애, 상해, 조기사망을 없애고, 건강불평등 수준을 낮추며, 모든 집단의 건강을 향상시키고, 모두의 건강을 위한 사회적, 물리적 환경을 조성하고, 생애주기의 모든 단계에서 건강한 발달과 행동을 증진시키는 것을 목적으로 설립, 추진되는 정책개발계획으로, 건강을 체계적으로 측정하고 그 경향 및 지역 간, 계층 간 차이를 평가 모니터링할 통계적 근거자료를 구축하고 있다(Healthy People 2020). Healthy People 2020 모델에서는 건강측정을 위한 5가지 영역 및 영역별 하위요인을 다음과 같이 설명하고 있는데, 구체적으로 건강의 결정요인에는 개인이나 인구집단의 건강상태를 결정하는 일련의 개인적, 사회적, 경제적, 환경적 요인이, 사회적 결정요인에는 가족, 지역사회, 소득, 교육, 성별, 인종 및 민족, 지리적 위치, 건강서비스에 대한 접근성 등이 포함된다. 물리적 환경의 결정요인은 우리의 자연적 환경과 인공적 환경을 포함한다. 이 외에도 개별 대학이나 연구소, 지역 기관 단위로 건강의 개념 및 영역을 규정하고 이를 측정, 평가 및 모니터링하려는 노력이 ‘County Health Rankings’, ‘American Health Ranking’ 등의 건강관련 지표개발 연구 및 정책을 통해 이루어지고 있다.

국내에서도 대표적 국가정책계획인 Health people 2020에서는 건강을 측정하는 대표영역을 기대수명, 흡연 및 음주 등 건강행태, 비만, 만성질환 유병율, 6대 암 등 질병 유병율, 생애주기별 및 집단 특성별 건강목표 대비 달성 수준 등으로 두고 이에 대한 목표설정과 달성계획을 수립, 매년 평가, 모니터링하고 있다. 이러한 건강을 대변하는 지표를 선정하는 사례가 증가함에 따라 OECD(2005)는 대표 지표를 선정하는 과정에서 지표의 적절성, 정확성, 시의성, 접근성, 해석 용이성, 일관성을 선택기준으로 고려할 것을 제안함으로써 건강정책 및 연구에서 각 차원을 대표하고 해당 차원의 의미를 대변하는 지표를 선정할 때의 참고기준을 제시하고 있다.

지금까지 제시한 건강의 다차원적 측면에 대한 측정 및 대표지표를 정리하면 다음의 표와 같다.

<표 4> 주요 건강영역의 정의 및 측정

| 주요 건강영역 | 영역 정의 (의미) | 대표측정치표 | 활용 |
|---------|-----------------------|--------------|----------------------------|
| 심리·정신적 | 심리·정신적으로 안정을 이루고 있으며, | -스트레스 -우울 | 박보영 외(2018) 김소연 외(2018) |

| | | | |
|--------|--------------------------------------|--|--|
| 건강 | 충분한 만족감을 가지고 일상생활을 하는 상태 | <ul style="list-style-type: none"> -불안 -그 밖의 정서적 어려움(분노, 잦은 감정변화 등) -자살사고 혹은 시도 -불면증(수면의 질) -정신질환 이환율 | 윤명숙·이희정 (2018) HP 2020 AHR CHR |
| 신체적 건강 | 신체활동에 불편함이 없고 질병이 없는 상태 | <ul style="list-style-type: none"> -질환 유무(진단율, 치료율, 관리율) -신체적 불편감 -비만 -개인이 수행하는 일상생활 활동 능력(EQ-5D: 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 불안/우울 등으로 구성) -사고 및 중독 손상 -주관적 건강평가(개인 스스로 자신의 건강에 대해 양호하다고 생각하는 정도) | Bruner & Marmot(2006) Mikkonen & Raphael(2010) House(2001) Anderson(2003) 이준협 외(2009) HP 2020 하지경·이성림(2017) 최요한(2016) Badland et al.(2013) |
| 사회적 건강 | 개인이 다른 사람 및 단체와 맺는 친밀한 관계의 정도의 빈도와 질 | <ul style="list-style-type: none"> -사회적 관계망(타인과의 연락 및 접촉) -사회적 지지 -사회적 자본(주변의 호혜적 관계) -사회적 참여(단체 소속 및 활동) -사회 신뢰(일반인, 정부에 대한 신뢰) | Chaskin(2001) Cohen(1988) 조병희(2012) WHO HP 2020 |

3. 환경의 다차원적 정의 및 관련 특성

환경에 대한 생활 태도는 매우 광범위한 영역을 포괄하며 그 개념 또한 정의하기는 쉽지 않다. 특히 1인 가구의 생활방식(lifestyle)과 관련한 환경영역을 정의하는데 있어서는 환경에 대한 이해와 동시에 개인의 생활과 연관된 다양한 영역의 복합적 연계와 상호작용에 대한 고려가 필요하다. 본 연구에서는 친환경성(environmental-friendly)을 생태나 환경에 미치는 부정적 영향을 줄이거나 최소화하거나 또는 전혀 부정적 영향을 미치지 않는 제품이나 서비스, 법률, 정책 등을 포괄

하는 개념으로 정의하고 환경관련 생활태도를 영역별로 나누어 살펴보고자 한다. 즉, 생활에서 관련되는 환경 관련 영역을 분야별로 구분하고, 각각의 분야별로 환경친화적 태도와 행동패턴을 정의하는 방식으로 구체화할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 환경에 직간접적 영향을 주는 개인 수준의 생활패턴 및 환경관련 태도/행동을 정의하고 이에 대한 1인 가구와 다인 가구의 태도를 비교분석하는 한편, 1인 가구 내에서의 사회경제적, 문화적, 지역적, 인구사회학적 다양성에 따른 환경과의 관련성을 고찰하고자 한다.

환경부에서 제시하는 주제별 환경 관련 영역을 중심으로 가구별 개인의 생활패턴과의 연관성과 해당 자료여부를 살펴보면 다음과 같다.

<표 5> 환경 관련 영역의 세부분류

| 주제 | 세부영역 | 개인/가구수준 라이프스타일 연관성 및 | |
|---------|---------|--------------------------------|---------|
| | | 국내 데이터 여부 태도/라이프 스타일 관련성 | 데이터(유무) |
| 물환경 | 수질관리 | | ○ |
| | 상하수도 | ○ | |
| | 토양지하수 | | |
| 환경보건 | 환경보건 | ○ | ○ |
| | 화학물질 | ○ | |
| | 생활환경 | ○ | ○ |
| 자연환경 | 자연환경 | ○ | |
| | 환경평가 | | ○ |
| 기후대기 | 기후변화 | | ○ |
| | 대기관리 | ○ | ○ |
| | 교통환경 | ○ | |
| 자원순환 | 폐자원 관리 | ○ | |
| | 자원재활용 | ○ | ○ |
| 국제협력 | | | |
| 환경정책 일반 | 환경정책 교육 | | |
| | 환경기술 산업 | | ○ |
| 기타 | | | ○ |

출처: 환경부 홈페이지(www.me.go.kr)의 내용과 문헌 및 자료검토를 통해 재구성

본 연구에서는 위에서 살펴본 환경관련 주요 영역들을 1인 가구의 개인별 라이프스타일과의 연관성 여부, 현재 데이터 존재 여부 등을 고려하고 환경 연구 및 실천 전문가의 자문을 거쳐 연구 분석 가능 영역으로 다음과 같이 재분류하였다. 재분류하여 연구를 진행하는 목적은 현재의 제도 및 정책 기반으로 구성된 분류보다는 개인 단위의 생활로 이루어지는 라이프 스타일에 기반하고 현재 분석가능

한 데이터의 여부에 따라 분류된 주제별로 분석을 진행함으로써 효율적으로 환경관련 특성을 파악할 수 있으며, 실질적 해결책이나 대안점을 찾기에 용이하게 하기 위함이다.

<표 6> 1인 가구의 생활태도 및 패턴에 근거한 환경관련 주제별 세부영역 재분류

| 주제 | 세부영역 | 함의(중요성) |
|-----|-------------------------------|---|
| 자원 | 쓰레기 자원재활용 등 자원순환 수자원 관리 | 1인 가구의 환경관련 태도의 한 측면을 보여주는 중요한 기준이 될 수 있음 재활용 실천정도, 생활쓰레기 감소를 위한 실천노력, 일회용품 사용에 대한 태도 등 측정 |
| 에너지 | 전기, 물, 가스 등 에너지사용 | 에너지사용패턴을 통해 환경 문제 인식 정도와 실천능력을 파악할 수 있음 실제 사용량, 에너지사용 감소를 위한 구체적 실천 노력 등 측정 |
| 보건 | 화학물질 친환경 용품 사용 | 화학물질에 대한 정보, 인식, 문해력, 친환경용품 실천노력 등 측정 |

4. 생애과정 관점과 1인 가구 이슈별 건강 및 환경과의 관련성

생애과정 관점(life course perspective)은 인간의 발달이 전 생애를 통해 이루어지며, 생물학적 요인과 사회문화적 요인의 역동적 작용 안에서 변화한다는 관점으로, 인간의 생애과정의 흐름에서 발생하는 환경의 변화, 조건 등과 이에 대한 개인의 반응과 적응 등의 상호작용을 통해 개인의 독특한 생애과정과 인생궤적, 그 안에서 의 특성을 이해한다(Burton et al., 2015). 생애과정 관점은 최근 공중보건과 사회복지 분야를 비롯해 의학, 사회학, 심리학, 교육학 등 생애 단계를 거치는 건강과 질병, 사망, 건강행태를 연구하는 분야에서 활발하게 활용되는 이론적 틀로서 그 중요성이 커지고 있다(Wethington, 2005). 특히 생애과정적 관점은 개인의 태도나 상태를 ‘정적인 상태’로 이해하는 전통적인 접근이 가진 한계¹¹⁾를 보완하고 건강

11) Burton 외(2015)는 건강의 일반적인 개념을 WHO의 ‘단순한 질병의 부재가 아닌 신체적, 정신적, 사회적 웰빙(well-being)’의 정의로 간주하고 이 개념이 건강의 역동적인 측

의 역동적인 측면에 초점을 맞추므로써, ‘적응하고 스스로 관리해 나가는 능력을 반영한 변화’를 이해할 수 있게 한다(Burton et al., 2015). 또한 이를 통해 심리사회적 요인 및 사회환경적 요소들의 복합적 작용이 개인 및 집단에 노출되었을 때 그들의 적응능력과 탄력성에 어떠한 영향을 줄 수 있는지 살펴볼 수 있다.

생애과정 관점의 주요 이론적 개념들은 생애 전반에 걸친 발달과 사건, 주변 환경과 개인적 특성 간의 상호작용이 개인의 행태와 태도에 미치는 직간접적 영향에 대한 다양한 설명을 통합적으로 제공한다. 예를 들어 생애주기적 관점에서 신체적, 정서적 상태의 변화가 초래하는 사회적 역할과 책임의 변화를 의미하는 전환(transition)은 연령의 증가와 생물학적 나이듦에 따라 기존에 존재하던 역할 내에서도 중대한 변화가 일어날 수 있다고 설명한다. 그중에서도 부모로부터의 독립이나 부부가정으로부터의 이혼, 혹은 사별로 인한 1인가구로의 전환은 그 자체로 중요한 전환점이 된다. 이러한 전환에 따른 변화는 급진적일수도, 점진적일수도 있으며, 개인에게 예상하지 못한 순간에 찾아와 스트레스 등 심리적 어려움을 일으키고 대처할 수 있는 역량을 초과하는 능력을 요구하기도 한다. 또한 사회문화적 환경의 변화나 역사적으로 중요한 특정 사건의 발생 등 외부의 영향(culture and contextual influences)은 개인의 인생에서 새로운 경험을 야기하고 생활습관을 변화시키는 계기가 된다. 이러한 영향은 현재의 개인의 행동이나 상태에 영향을 줄 뿐만 아니라 과거 어린 시절이나 청년 전기 시절에 발달궤적(trajectories)과 습관 및 관련 요인에 주어졌던 영향이 축적된 결과로서 현재 상태에 또 다른 요인으로 작용하기도 한다. 이렇게 개인의 생애 단계 전반에서 일어나는 발달과 변화는 또 다른 개인의 생애과정에서의 발달 및 변화와 맞물려(linked lives), 또한 사회적 문화적 맥락의 의미 있는 변화 안에서 중요한 영향을 주고받으며 상호 발달한다.

면을 간과했다고 비판한다. 또한 조병희 외(2018)에서는 WHO의 건강정의를 건강을 질병의 치료에 국한하지 않고 질병의 예방에까지 범위를 확대시켰다는 점에서는 의의가 있으나 첫째, 개인에 따라 상대적일 수 있는 인간의 역량을 축소하고, 둘째, 건강의 과정적이고 동적인 조건을 간과하였으며, 셋째, 사회의 의료화 과정을 제대로 보지 못한다는 비판을 받는다고 설명한다.

<표 7> 생애과정관점에서의 주요 개념과 1인 가구 연구와의 관련성

| 개념 | 정의 | 관련 영역 예(example) |
|-----------------------|---|--|
| 궤적 | 시간에 걸쳐 나타나는 건강이나 행동의 일정한 패턴(경향) | 1인 가구로 생활한 기간 |
| 전환 | 사회적 역할이나 책임에서의 변화 | 다인가구에서 1인 가구로의 전환(이혼, 독립, 사별 등) |
| 터닝 포인트(turning point) | 진행되는 사회적 역할 궤적에서 중요한 변화를 가져오는 전환(이로 인해 삶의 방향을 가지게 되는 것) | 1인 가구로의 생활 시작 |
| 문화적 및 맥락적 영향 | 변화와 적응의 과정을 형성하고 제한시키는 사건과 외부적 효과 | 주변 환경(주거, 사회적 연결망 및 자원 등)과의 관련성 |
| 삶에서의 타이밍 | 생애과정의 연령이나 단계와 사건 혹은 전환의 시기 간의 상호작용 | 주요 사건이 일어난 연령 |
| 연계된 삶 | 한 사람의 발달에 있어 다른 사람의 존재, 영향, 발달이 미치는 영향. | 가족 및 친구, 주변과의 관계 |
| 적응적 전략 | 외부환경의 변화에 적응하기 위한 결정이 내리는 틀을 이루는 건강이나 웰빙, 사회적 규범을 증진시키기 위해 사람들이 내리는 의식적 결정. | 식생활, 소비, 주거, 생활태도 등 1인 가구로 살아가면서 획득하는 개인적 적응전략 |

출처: Wethington(2005)의 논문에서 제시된 개념을 바탕으로 재정리

우리나라의 1인 가구는¹²⁾ 청년층부터 중장년, 노년층에 이르기까지 넓은 연령대에 걸쳐 분포하는데, 홀로 거주한다는 공통점을 공유하는 반면 세대별로 살아오는 동안 겪은 역사적 경험의 양과 수준의 차이, 그리고 연령 단계별 신체적 발달 상태와 심리사회적 과업 등의 상이함으로 인해 집단 내 이질성이 매우 크게 나타난다. 생애 주기적 관점은 이러한 이질성을 세대별 차이를 초래하는 요인으로서의 생물학적 연령의 영향으로 설명할 뿐만 아니라, 시간 흐름에 따라 변화하는 미시 및 거시 수준의 다양한 사회경제적 요인(socioeconomic factor) 즉, 개인의 학력, 소득, 직업, 이웃 및 또래집단의 영향에서 정부 및 지역적 지원, 사회자본 등 지역단위의 요인들의 영향까지 고려하여 총체적으로 설명할 수 있는 틀(frame)을 제공해준다.

대표적으로 성별은 신체적, 심리사회적 나이듦(노화)과 밀접하게 상호작용하

12) 본 연구에서는 청소년기에 혼자 사는 부모이혼, 보육원 생활 등에 따라 1인 가구가 된 만 19세 이하 미성년자 1인 가구의 경우 논의에 포함하지 않았다.

는 요인으로 생애과정 관점에 따른 1인 가구의 건강양상의 변화와 편차를 설명하는데 함께 다루어질 필요가 있다. 우리나라는 성별에 따라 사회문화적, 가족적 배경의 영향을 크게 받으며, 건강 욕구 및 필요, 보호 및 위험요인도 성별에 따라 크게 달라지는 것으로 나타나 있다(김정은 외, 2018). 성별 차이는 전생애 걸친 발달과정에서 신체적 변화 및 발달과업의 전환, 사회문화적 배경에 따라 생애 단계별로 더 커지기도 하고 좁혀지기도 하며, 때로는 전혀 다른 양상으로 나타나기도 한다. 특히 여성의 경우 특정 시기에 임신, 출산 등의 발달과업을 행하는 과정에서 중요한 건강 이슈에 부딪히게 되며, 청년 및 노년 여성 1인 가구의 경우 범죄나 성적 폭력에 쉽게 노출된다는 위험을 안고 있어(김정은 외, 2018; 강지현, 2016), 생애주기별 단계에서 성별에 따른 건강관련 이슈(issue)가 1인 가구 남성과 다른 측면을 보인다. 또한 남성 1인 가구의 경우 최근 중년 고독사가 급증하고 있는데 40, 50대 중년 남성들이 같은 연령대의 1인 가구 여성은 물론, 전통적으로 고독사 비율이 높았던 노년 1인 가구에 비해서도 높은 고독사 비율을 보인다는 언론보도¹³⁾는 남성 1인 가구가 여성보다 사회적, 신체적, 심리적 건강취약 상태에 이른다는 기존 연구들의 결과를 입증하는 동시에(Bennett & Dixon, 2006), 최근 늘어나는 이혼율과 함께 남성 1인 가구가 급격한 사회의 변화와 더불어 적절한 사회적 지지망을 구축하지 못함으로 인해 적응의 어려움을 겪는 현실을 반영하고 있다.

이와 같이 1인 가구의 건강 및 환경 관련 특성과 관련요인의 영향을 파악하는데 있어서의 생애과정 관점의 적용은 생애주기별 잠재유형의 형성 및 관련요인 영향의 맥락을 보다 정교하고 통합적으로 파악할 수 있게 한다. 본 연구에서는 1인 가구의 건강유형을 규명하고, 각 유형과 생태체계 관점의 개인 및 가족, 지역 단위의 요인들과의 복합적 작용을 생애단계 간(間), 생애단계 내(內)에서 해석하고자 한다. 더불어 생애과정에 따른 발달과 성별의 상호작용이 1인 가구의 건강 영역에서 어떻게 구체적으로 나타나는지 살펴봄으로써 향후 적합한 지원 방향을 모색하고자 한다.

1인 가구의 생애단계별 건강 욕구 및 건강위험의 사례를 간단히 제시하면 다음의 표와 같다.

13) 젊어지는 고독사...4050남성이 노인보다 많다. 중앙일보 이은지 기자. 2018.08.16.
<https://news.v.daum.net/v/20180816000442488?d=y>

<표 8> 생애사 관점을 적용한 1인 가구 시기별 욕구 및 개입 이슈와 위험(예시)

| 생애 주기 | 시기별 욕구 및 필요 | 발달 과업 | 위험 | |
|-------|--|---|----------------------------|--|
| | | | 남 | 녀 |
| 청년기 | -여성 임신 및 출산, 결혼 -교육 -취업 및 실업 -부부생활 | 친밀감 성취 | -스트레스 -식생활불균형 -고위험음주 | -임신 및 출산 -폭력노출 -스트레스 |
| | -가족(부부) 갈등 -아동학대 -한부모 가정 -청소년기 자녀 양육에서의 갈등 -취업 및 실업 | (공통) -주거 및 주택환경 -보건의료 및 물리 환경 적 요소 | 생산성 획득 | -갱년기 장애 -스트레스 -만성질환 및 성인병(관절염, 당뇨, 심장병, 고혈압, 암 등) -만성질환(고혈압, 관절염, 심장질환, 암, 당뇨 등) |
| 중장년기 | -생리적인 안녕과 건강 -심리적 안녕과 정신건강 -사회적 기능(사회적 지원, 사회적 네트워크, 사회적 역할수행) | -소득 -범죄 -흡연 및 알코올, 마약 등 중독문제 -사회적 네트워크 | 자아 통합 | -만성질환(고혈압, 관절염, 심장질환, 암, 당뇨 등) -골다공증 -근육감소로 운동능력 감퇴 -치매 -고독과 소외 -생애말 의료적 필요 -죽음에 대한 두려움 -남성보다 긴 수명으로 인한 고독, 건강문제 -범죄노출 |
| | -인지능력(치매) -일상생활수행능력(기능수행능력) -물리적 환경(환경의 안전성, 낙상위험, 장애물과 잠재적 위험요소 유무) -배우자 및 가족 사별 | | | |

국내외 연구들에서는 생애과정에 따른 생애단계를 크게 영유아기, 청소년기, 청년기, 중장년기, 노년기로 나누고 단계별 신체, 심리사회적 발달을 개인의 고유한 경험과 환경 및 역사적 맥락의 복합적 작용 안에서 총체적으로 이해하고자 한다. 이러한 생애 단계에 따라 본 연구의 1인 가구에 해당하는 연령별 구분은 20~30대에 이르는 청년, 40, 50대의 중장년, 60대 이상의 노년의 세대별로 크게 나누어 볼 수 있다.

생애주기에 따른 세대별 공통점과 세대 간 차이점은 1인 가구 형성 배경과 원인, 소득이나 학력 등 사회경제적인 특성, 주거지역, 성별분포, 복지서비스욕구 및 건강상의 어려움 등 전반적 영역에서 나타난다. 1인 가구의 세대별 차이는 가장 먼저 가구 형성원인에서부터 나타난다. 20대와 30대에서의 1인 가구형성은 주로 대도시 중심의 노동시장 및 취업기회로 인한 독립, 결혼이나 취업의 지연 혹은 비혼의 선택으로 인한 독거 등의 원인이 주요요인인 데 반해(이명진·최유정·이상수, 2014; 변미리, 2008; 변미리, 2011; 이희연 외, 2011; 하지경·이성림, 2017). 40, 50대는 주로 이혼으로 인한 1인 가구 형성이 많고 그 외에 경제적, 교육적 이유로 인한 기러기 가족 형성 등의 이유로 1인 가구로 전환된 형태이다. 반면 60세 이상의 경우 평균수명 증가와 배우자와의 사별로 인한 독거가 가장 주된 원인이었다(이명진 외, 2014; 이여봉, 2017).

사회경제적 수준의 차이는 생애단계의 진행에 따라 각각 다른 정도와 양상으로 1인 가구의 삶에 영향을 미친다. 세대별로 1인 가구의 경제적 수준에 있어서도 차이가 나타났는데 여러 연구들에서 청년 및 중장년기 세대의 1인 가구보다 60대 이상의 노년기 1인 가구가 소득이 전반적으로 낮다고 알려져 있다. 특히 청년기와 중·장년기 1인 가구 내에서는 저소득과 고소득 1인 가구가 혼재하는 반면, 노년기 1인 가구는 대부분이 여성 저소득가구로 동일성이 더 크게 나타났다. 또한 1인 가구내 저연령은 고학력의 비중이 높고 전문직의 비율이 다른 세대 1인 가구보다 반면, 노년층은 중졸이하 저학력 노인층이 대부분을 차지한다.

이러한 1인 가구 내에서의 세대별 특성 차이는 다른 요인들과 맞물려 건강행태나 수준, 관련요인의 차이에 영향을 미치는 원인으로 작용한다. 실제로 2016년 서울시여성가족재단의 정책보고서(장진희·김연재, 2016)에 따르면 현재 생활에 만족하고 있다고 응답한 경우가 20, 30대 청년 여성 1인 가구의 경우 전체 조사대상의 63.9%로, 중장년여성 1인 가구(45.8%), 고령여성 1인 가구(30.4%)와 각각 차이를 보이는 것으로 나타났다. 생애주기 관점에 따르면 생애 각 단계에서의 건강은 개인의 심리사회적 수준(상황, 특성)과 지역사회 및 주변의 특성과 밀접하게 영향을 주고받으며, 이 과정에서 서로 다른 욕구와 필요를 갖게 된다. 예컨대, 청년기 생애과

14) 노년기의 경우 최소 두 개 이상의 만성질환을 가지고 있으며, 다수가 그 이상의 질환을 동시에 앓고 있음. 최근 가장 유병율이 높은 질환은 고혈압, 관절염, 심장질환, 암, 당뇨의 순임

정에서의 건강은 출산과 결혼과 같은 사회적 역할과 취업, 진로갈등 등에서 초래된 스트레스와 불안, 우울 등의 심리적 문제가 중요한 문제가 되는데 반해, 노년기 생애과정에서의 건강은 신체적 노화에 따른 만성 질환과 치매 등의 건강문제와 깊이 관련되어 있으며, 높은 의료비 지출의 부담에 따른 복지 지원 필요를 가지고 있는 등 주된 복지욕구와 개입이슈가 다르다. 따라서 생애주기에 따라 신체적 특징이 다르고 발달단계에 따른 과업, 욕구, 필요가 다르므로, 개인이 갖는 건강문제의 양상과 필요는 생애단계에 따른 욕구와 필요, 복지이슈를 고려한 상태에서 이해되어야 한다.

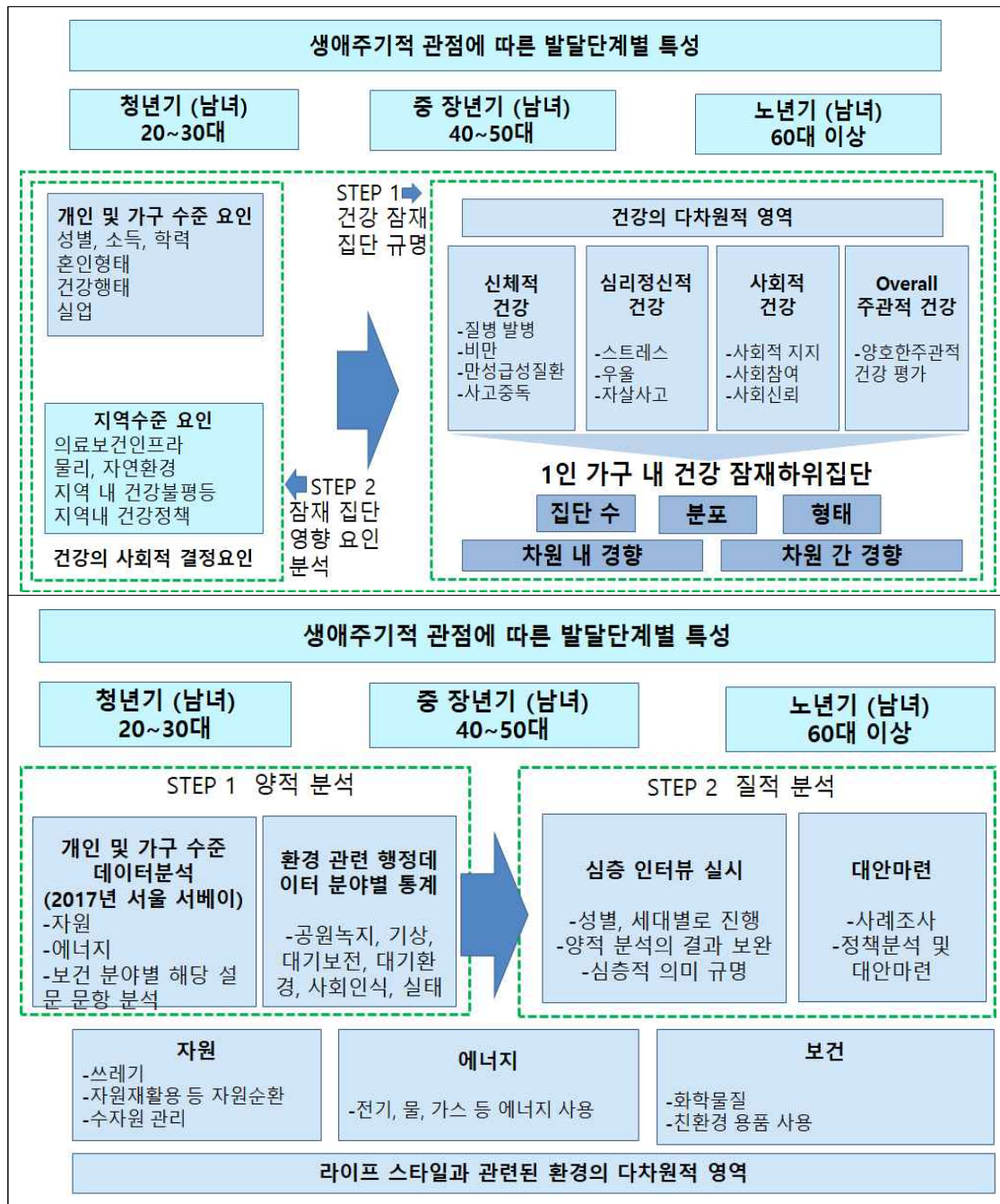
Ⅲ 연구모형 및 연구방법

본 연구는 1인 가구의 증가와 사회문화적, 경제적 영향이 건강 및 환경과 어떠한 관련성을 맺는지 그 영향을 살펴보고자 한다. 그 중에서도 증가하는 1인 가구의 개인적 생활패턴과 관련하여 개인(가구) 단위의 영향의 직접적 영향에 대해 고찰하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 본 연구에서는 1인 가구의 실태 및 특성에 근거한 두 개의 하위 연구를 차례로 진행하고자 하였다.

먼저 두 개의 연관된 하위 연구 중 1인 가구의 건강 특성과 관련 요인에 관하여 살펴보기 위해 1인 가구의 신체적, 심리·정신적, 사회적 건강의 다차원적 건강 수준에 대한 잠재적 하위유형을 탐색하고, 각 유형을 형성하는데 영향을 미치는 개인 및 지역적 요인을 분석하였다. 분석 자료는 2015년 지역사회건강조사 데이터를 활용하여 건강의 다차원적 측면에 대해 유사한 양상을 보이는 잠재적 하위집단은 몇 개 집단이 존재하는지, 각 집단의 특성은 무엇인지 규명하고자 하였다. 또한 시·군·구 단위의 국가승인통계자료를 개인 단위의 지역사회건강조사 자료와 연계하여 서로 다른 양상을 보이는 집단 간의 차이를 어떻게 설명할 수 있는지, 즉 분석을 통해 밝혀낸 건강 잠재집단 간의 편차를 설명하는 개인 수준 요인과 지역 수준 요인의 영향을 살펴보고, 두 수준 요인 간의 상호작용이 미치는 영향은 어떠한지도 살펴보고자 하였다. 마지막으로 이러한 잠재유형의 형성 및 특성과 영향요인 및 결과가 생애주기에 따라 어떠한 양상으로 나타나는지 살펴보았다. 분석방법으로는 건강의 다차원적 측면에 있어서 서로 다른 경향을 보이는 1인 가구 내에서의 하위집단을 구분하기 위해 잠재계층분석(Latent Class Analysis)을, 건강에서의 잠재유형에 영향을 미치는 개인적, 지역적 요인의 영향을 알아보기 위해서는 다항 로지스틱(multinomial logistic regression) 분포를 전제하여 건강잠재집단을 예측하는 다층모형분석(multi level analysis)을 실시하였다.

다음으로 1인 가구와 다인 가구의 환경에 대한 태도 및 에너지사용 경향 전반의 차이에 대해 분석하고, 1인 가구 내에서의 편차 및 관련요인을 살펴보고자 하였다. 이를 위해 기존에 수집·공개되는 개인 단위의 설문조사 데이터인 서울서베이 데이터를 활용하여 1인 가구와 다인가구의 에너지 사용 및 환경관련 생활태도 차이를 영역별로 분석하고, 또 1인 가구 내에서는 어떠한 격차가 나타나는지 살펴보았다. 또한 자치구 단위로 산출되는 행정데이터 중 자치구 내 거주하는 1인 가구 비율을 포함하여 1인 가구의 인구적 특성에 관한 정보를 포함한 데이터를 수집하고, 자치구 단위의 환경관련 데이터를 추가 수집하여 구 단위로 데이터를 연결, 분석함으로써 1인 가구의 밀집비율 및 증가여부와 환경과의 관계를 간접적으로 유추함으로써 분석결과를

보완하고 추가적 의미를 도출하고자 하였다. 마지막으로 1인 가구를 대상으로 한 심층인터뷰를 통하여 1인 가구 연구에 있어서의 현장성과 현실성을 높이고 쓰레기배출, 플라스틱 및 일회용품 사용, 에너지절약 태도 등 1인 가구와 다인가구의 환경관련 태도 및 실천을 전반적으로 비교하여 2차 데이터의 분석결과를 보완하였다.



<그림 1> 본 연구의 연구모형

(위: 1인 가구의 건강관련요인/아래: 1인 가구의 환경관련요인)

제1절 1인 가구 건강특성 및 관련요인 연구

1. 분석자료 및 대상

본 연구에서 1인 가구의 건강 특성 및 관련요인의 분석을 위해 활용한 자료는 2015년 지역사회건강조사 데이터와 시·군·구 단위의 국가승인통계자료이다. 먼저 개인의 다차원적 건강 수준과 이에 영향을 미치는 개인 수준 변인을 측정할 데이터로 질병관리본부에서 생산하는 지역사회건강조사 자료를 활용하였다.

지역사회건강조사는 국민건강증진계획 및 지역보건의료계획 수립의 근거를 제공하고 지역보건사업의 성과를 체계적으로 평가하기 위한 기초자료를 생산하기 위한 목적으로 질병관리본부가 수집·생산하는 건강통계자료이다.¹⁵⁾ 수집 주기는 매년이며 17개 시·도 및 254개 보건소 해당 시·군·구 별로 추출된 표본가구 가구원 중 만 19세 이상의 성인 개인과 그가 속한 가구를 조사단위로 하여 조사원이 표본가구를 직접 방문하여 노트북을 통해 일대일 면접조사 실시를 통해 수집된다. 조사내용은 개인을 대상으로 흡연, 음주, 운동, 식생활, 위생습관 등 건강 행동에 관한 문항과 비만 및 체중, 구강 건강, 정신건강, 사고 및 중독, 질병이환 등 건강 전반에 관한 내용을 조사하고 있다. 또한 개인이 포함된 가구의 소득, 가구원 수, 주거 지역 등 가구별 사회경제적 특성과 거주하고 있는 지역 사회의 환경적 특성에 관한 내용을 포함하여 함께 조사하고 있다. 지역사회건강조사는 2008년부터 매년 전국 보건소에서 조사를 실시, 자료수집·생산을 시작하여 홈페이지(<http://chs.cdc.go.kr>)와 국가통계포털시스템(KOSIS, <http://kosis.kr>)을 통해 조사한 당해연도의 익년 3월에 원시자료를 공개하고 있다. 2015년도 지역사회건강조사의 전체 표본 수는 228,558명이며, 평균연령은 52.67세, 표준편차는 17.27세이다. 전체 자료의 평균 가구원 수는 2.84명이다.

본 연구의 개인 단위 분석대상은 15년도 지역사회건강조사에서 가구 수를 묻는 질문에 1인 가구라고 응답한 29,169명으로 전체 조사대상의 12.8%이다. 분석대상의 기술적 분포는 다음과 같다.

조사대상인 1인 가구의 평균연령은 만 62.59세, 표준편차는 17.63세로, 70대가 전체의 28.7%로 가장 많은 비율을 차지하고 있다. 10~30대까지의 저연령 비율이 14.1%, 60대 이후의 고연령 비율이 63.2%로 차이가 났다. 지역분포의 경우 17개 시도 중 경기, 전남, 경북 지역에 상당히 높은 비율로 분포하고 있으며, 성별 분포는

15) 질병관리본부 지역사회건강조사. <https://chs.cdc.go.kr/chs/index.do>

남성이 9520명(32.6%), 여성이 19649명(67.4%)으로 여성이 남성에 비해 매우 높다. 이는 평균수명의 성별차로 인해 60대 이상 고연령에서 높은 비율을 차지하는 여성 고연령 인구가 분석자료 내에 많이 포함되었기 때문으로 추측된다. 분석대상의 사회경제적 특징을 살펴보면 소득의 경우, 월 소득 100 만원 이하가 전체 1인 가구의 63%를 차지하는 등 저소득층의 비율이 높으며, 학력은 무학의 비중이 약 22%정도가 되고, 초졸 이하가 전체의 절반 정도로 저학력의 비율이 높다.

지역 수준 변인을 측정할 데이터로는 통계청 사회조사, 건강보험공단 의료통계, 경찰청 범죄통계, 기상청 통계, 시·군·구 통계연보 등 국내에서 시·군·구 단위로 수집·생산되는 다양한 국가승인통계를 통계청 및 유관기관으로부터 수집 또는 제공받아 활용하였다. 본 연구에서는 이들 데이터 중 선행연구 및 이론모형을 근거로 설계된 연구모형에 적합한 해당 변수를 측정하는 통계지표들을 검토, 이를 지역 단위 변인으로 포함하여 분석할 수 있도록 정제하였다.¹⁶⁾

지역사회의 변인을 측정하는 자료의 경우 수집단위가 크고 범위가 넓을수록 광범위한 지역 범위 내에서 다양하게 존재하는 특수성이 상쇄되어 지역의 정확한 실태가 반영되지 못한다는 한계가 있다. 따라서 본 연구에서는 현재 지역의 최소 통계산출단위로 활용 가능한 범위인 시·군·구 단위의 자료를 활용하였다. 본 연구를 위한 분석에 포함되는 지역 수준 분석대상은 전국 230개 시군구이다. 지역 수준 및 개인 수준 변수의 지표의 정의 및 사용된 자료의 출처는 이후 변수의 측정에서 표로 제시하였다.

16) 본 연구의 자료 정제는 시군구 단위별 데이터의 결측치와 이상치를 파악하고 값을 조정하는 단계를 거쳐 이루어졌다. 먼저 결측치가 발생한 경우 평균값으로 대체하였다. 이상치의 경우는 시군구 전국 평균 $\pm 3 \times$ 표준오차 범위를 넘어가는 경우 이상치로 간주하고 이를 각각 최대치의 경우 평균 $+3 \times$ 표준오차 값을, 최저치의 경우 평균 $-3 \times$ 표준오차 값으로 대체하였다.

<표 9> 지역사회 건강조사 전체 응답자 분포 특성

| | | 빈도 | 퍼센트 | 유효 퍼센트 | 누적 퍼센트 | |
|-------|----------------------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 성별 | 남자 | 102829 | 45.0 | 45.0 | 45.0 | |
| | 여자 | 125729 | 55.0 | 55.0 | 100.0 | |
| | 전체 | 228558 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | |
| 세대 유형 | 1인 가구 | 29169 | 12.8 | 12.8 | 12.8 | |
| | 부부(응답자와 배우자) | 63750 | 27.9 | 27.9 | 40.7 | |
| | 부부와 미혼 형제자매 | 615 | .3 | .3 | 40.9 | |
| | 응답자와 미혼 형제자매 | 1124 | .5 | .5 | 41.4 | |
| | 부부와 기타 친인척 | 219 | .1 | .1 | 41.5 | |
| | 응답자와 기타 친인척 | 428 | .2 | .2 | 41.7 | |
| | 기타(1세대) | 1423 | .6 | .6 | 42.3 | |
| | 부부와 미혼자녀 | 84996 | 37.2 | 37.2 | 79.5 | |
| | 편부와 미혼자녀 | 2431 | 1.1 | 1.1 | 80.6 | |
| | 편모와 미혼자녀 | 10673 | 4.7 | 4.7 | 85.2 | |
| | 부부와 양친 | 999 | .4 | .4 | 85.7 | |
| | 부부와 편부/편모 | 4103 | 1.8 | 1.8 | 87.5 | |
| | 부부와 자녀, 부부의 형제 또는 자매 | 823 | .4 | .4 | 87.8 | |
| | 조부모 부부와 미혼 손자녀 | 1074 | .5 | .5 | 88.3 | |
| | 편부모/편조모와 미혼 손자녀 | 606 | .3 | .3 | 88.6 | |
| | 기타(2세대) | 5560 | 2.4 | 2.4 | 91.0 | |
| | 부부와 미혼자녀와 양친 | 4046 | 1.8 | 1.8 | 92.8 | |
| | 부부와 미혼자녀와 편부/편모 | 9682 | 4.2 | 4.2 | 97.0 | |
| | 기타(3세대 이상) | 6829 | 3.0 | 3.0 | 100.0 | |
| | 결측치 | 9 | .0 | .0 | 100.0 | |
| | 합계 | 228558 | 100.0 | 100.0 | | |
| | 연령대 | 10대 | 2616 | 1.1 | 1.1 | 1.1 |
| | | 20대 | 22124 | 9.7 | 9.7 | 10.8 |
| | | 30대 | 32460 | 14.2 | 14.2 | 25.0 |
| | | 40대 | 41895 | 18.3 | 18.3 | 43.4 |
| | | 50대 | 45471 | 19.9 | 19.9 | 63.3 |
| | | 60대 | 38365 | 16.8 | 16.8 | 80.0 |
| | | 70대 | 33095 | 14.5 | 14.5 | 94.5 |
| | | 80대 | 11615 | 5.1 | 5.1 | 99.6 |
| | | 90대 | 917 | .4 | .4 | 100.0 |
| | | 전체 | 228558 | 100.0 | 100.0 | |

<표 10> 1인 가구의 인구사회학적 분포(지역사회건강조사)

| | | 빈도 | 퍼센트 | 유효 퍼센트 | 누적퍼센트 |
|-------------------|-----------|-------|-------|--------|-------|
| 성별 | 남자 | 9520 | 32.6 | 32.6 | 32.6 |
| | 여자 | 19649 | 67.4 | 67.4 | 100.0 |
| | 합계 | 29169 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 연령대 | 10대 | 87 | .3 | .3 | .3 |
| | 20대 | 1839 | 6.3 | 6.3 | 6.6 |
| | 30대 | 2186 | 7.5 | 7.5 | 14.1 |
| | 40대 | 2486 | 8.5 | 8.5 | 22.6 |
| | 50대 | 4125 | 14.1 | 14.1 | 36.8 |
| | 60대 | 5415 | 18.6 | 18.6 | 55.3 |
| | 70대 | 8360 | 28.7 | 28.7 | 84.0 |
| | 80대 | 4346 | 14.9 | 14.9 | 98.9 |
| | 90대 | 325 | 1.1 | 1.1 | 100.0 |
| | 합계 | 29169 | 100.0 | 100.0 | |
| | 교육수준 | 무학 | 6416 | 22.0 | 22.0 |
| 서당/한학 | | 174 | .6 | .6 | 22.6 |
| 초등학교 | | 8225 | 28.2 | 28.2 | 50.8 |
| 중학교 | | 3109 | 10.7 | 10.7 | 61.4 |
| 고등학교 | | 5398 | 18.5 | 18.5 | 80.0 |
| 2/3년제 대학 | | 1501 | 5.1 | 5.1 | 85.1 |
| 4년제 대학 | | 3653 | 12.5 | 12.5 | 97.6 |
| 대학원 이상 | | 642 | 2.2 | 2.2 | 99.8 |
| 응답거부 | | 47 | .2 | .2 | 100.0 |
| 모름 | | 4 | .0 | .0 | 100.0 |
| 합계 | | 29169 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 최근 1주일 동안 경제활동 여부 | 예 | 14953 | 51.3 | 51.3 | 51.3 |
| | 아니오 | 14202 | 48.7 | 48.7 | 100.0 |
| | 응답거부 | 4 | .0 | .0 | 100.0 |
| | 모름 | 10 | .0 | .0 | 100.0 |
| 합계 | 29169 | 100.0 | 100.0 | | |
| 가구 소득(월) | 50만원 미만 | 10799 | 37.0 | 37.0 | 37.0 |
| | 50~100만원 | 7576 | 26.0 | 26.0 | 63.0 |
| | 100~200만원 | 5169 | 17.7 | 17.7 | 80.7 |
| | 200~300만원 | 3139 | 10.8 | 10.8 | 91.5 |
| | 300~400만원 | 1232 | 4.2 | 4.2 | 95.7 |
| | 400~500만원 | 476 | 1.6 | 1.6 | 97.3 |
| | 500~600만원 | 227 | .8 | .8 | 98.1 |
| | 600만원 이상 | 337 | 1.2 | 1.2 | 99.3 |
| | 응답거부 | 192 | .7 | .7 | 99.9 |
| | 모름 | 22 | .1 | .1 | 100.0 |
| 합계 | 29169 | 100.0 | 100.0 | | |

2. 주요변수의 정의 및 측정

1) 건강 수준의 측정

본 연구에서는 건강을 신체적, 심리·정신적, 사회적 건강의 세 차원으로 이루어진 영역으로 보고 각 영역을 대표하는 지표로 신체적 건강 6개, 심리정신적 건강 3개, 사회적 건강 2개를 각각 선정하여 총 11개의 지표로 건강수준을 측정하고자 하였다.

건강을 대표하는 세부지표의 선정은 건강의 사회적 결정요인 모형과 건강의 다차원적 측면을 측정하고 있는 국내외 선행연구결과를 근거로 하고 WHO, HP2020, 유럽 WHO에서 건강 수준 측정과 건강정책 개발을 위해 사용하고 있는 지표들과 OECD에서 제안한 지표선정 기준을 참고하여 분석 자료의 신뢰성 및 타당성의 확보 여부, 각 건강 차원에 대한 자료의 대표성, 안정성, 다른 건강영역과의 관련성 및 실증적 근거 여부 등을 고려하였다. 이러한 기준을 만족하는 측정 지표를 질병관리본부에서 생산하는 지역사회건강조사 지표 중에서 최종 변수로 포함하였다.

본 연구에서는 건강을 신체적, 심리·정신적, 사회적 건강의 세 차원으로 이루어진 영역으로 보고 각 영역을 대표하는 지표로 신체적 건강 6개, 심리정신적 건강 3개, 사회적 건강 2개를 각각 선정하여 총 11개의 지표로 건강수준을 측정하고자 하였다. 먼저 심리정신적 건강은 스트레스의 정도, 우울경험 여부, 수면시간을 포함하였고 사회적 건강은 사회적 연결망, 사회적 참여를 대표지표로 하여 측정하였다. 사회적 연결망은 가족을 포함한 친척, 이웃, 친구 간의 사회적 지원을 각각 측정하였다. 사회적 참여는 정기적으로 종교, 친목, 레저/여가 등 사회활동에 참여하는 정도를 측정하였다. 사회적 지원은 각각 친척과 이웃, 친구를 보거나 연락하는 정도로 측정하였다. 신체적 건강은 비만과 만성질환 및 알러지, 비염, 천식 등 기타 질환, 구강건강, 침상와병, 주관적 건강감을 대표지표로 포함하여 측정하였다. 질환의 경우 만성질환, 기타 질환에 해당하는지 해당하다면 해당하는 질병 수는 몇 개 인지를 각각 측정한 변수를 사용하였다.

<표 11> 건강 수준의 측정

| 차원 | 요인 및 측정 변수명 | 측정내용 | 측정(척도) | 자료 |
|--------------------------|-------------------|---|---|------------------------------------|
| 심리 · 정신 적 건강 | 스트레스 | 평소 일상생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 있습니까? | 대단히 많이 느낀다 많이 느끼는 편이다 조금 느끼는 편이다 거의 느끼지 않는다 | |
| | 우울 | 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감(슬픔이나 절망감 등)을 경험한 여부 | 예 아니오 | |
| | 수면시간 | 하루에 보통 몇 시간 주무십니까? | ()시간 | |
| 사회 적 연결 망 건강 | 친척 | | 1달에 1번 미만 1달에 1번 | |
| | 이웃 | 친척(가족 포함), 이웃, 친구와 보거나 연락하는 정도 | 1달에 2~3번 일주일에 1번 | |
| | 친구 | | 1주일에 2~3번 이상 1주일에 4번 이상 | |
| | 사회적 참여 | 월 1회 이상 사회활동(종교, 친목, 여가/레저)에 정기적으로 참여하는지 여부 | 예 아니오 | 지역 사회 건강 조사 (20 15) |
| | 만성질환 | 만성질환(고혈압, 당뇨, 관절염, 골다공증, 이상지질혈증) 진단 여부 및 해당 질병 수 | 현재 치료 중인 질병의 개수 (혹은 해당 병 보유 여부) | |
| | 기타 | 비염 및 알러지, 아토피, 천식 등 진단 여부 해당 질병 수 | | |
| 신체 적 건강 | 비만율 | 현재 본인의 키는 얼마입니까? 현재 본인의 몸무게는 얼마입니까? | 체 질 량 지 수 (kg/ m ²)(자기기입) | |
| | 침상와병 | 최근 1달 동안 질병이나 손상으로 거의 하루 종일 누워 보내야 했던 적이 있습니까? | 예, ()일 아니오 | |
| | 구강건강 (저작 불편감) | 현재 치아나 틀니, 잇몸 등 입안의 문제로 음식을 씹는 데 어려움이나 불편함을 느낍니까? | 매우 불편하다 불편하다 그저 그렇다 별로 불편하지 않다 전혀 불편하지 않다 | |
| | 양호한 주관적 건강인식 | 평소에 본인의 건강은 어떻다고 생각합니까? | 매우 좋음 좋음 보통 나쁨 매우 나쁨 | |

2) 건강요인의 측정

본 연구에서는 건강잠재계층을 예측하기 위한 영향요인을 다음과 같이 포함하였다. 각 요인의 선정은 생태체계 관점 및 건강의 사회적 결정요인 모형에 근거하고 국내외 건강 및 1인 가구 건강에 대한 선행연구결과를 참고로 선정하되 변인을 측정할 자료의 신뢰성과 타당성을 고려하였다. 건강의 복잡적이고 다차원적인 특성으로 인해 다양한 건강관련영역에 해당하는 요인들 중 상당수는 현재 측정 데이터가 존재하지 않거나 측정 자체가 어려운 경우이다. 따라서 본 연구에서는 이론 및 문헌검토를 토해 정리된 각 건강관련 영역과 각 영역에 포함된 개인 및 지역 수준의 건강관련요인을 변수로 선정하되 측정 가능한, 즉 측정 자료가 구비된 변수를 중심으로 분석에 포함하였다.

먼저 개인 및 가구 수준 요인에서는 건강의 영향요인으로 개인의 건강행태(습관)와 사회경제적 수준에 해당하는 변인들을 각각 선정하였다. 2015년도 지역사회건강조사에서 측정하고 있는 변인 중 개인의 건강행태요인으로는 흡연, 음주, 운동, 영양을 사회경제적 요인으로는 실업(경제활동 여부), 소득, 교육수준을 포함하였다.

다음으로 지역 수준의 건강결정요인은 건강의 사회적 결정요인 모형과 선행연구를 근거로 하여 시군구 단위로 수집 가능하고 타당성과 신뢰도가 확보된 국가승인통계자료 중에서 해당하는 요인을 선정하였다. 건강 영향요인에 대한 이론적 검토를 토대로 지역 단위의 건강결정요인은 크게 자원 및 정책 영역, 지역사회 참여 영역, 사회경제문화영역, 의료인프라, 물리환경의 차원으로 구성되었으며, 각각의 차원에 해당하는 측정변인으로는 자원 및 정책 영역으로 회계 중 보건복지예산비중, 건강관련 공공센터 및 시설설치여부를, 지역사회 참여 영역으로 지역 내 자원봉사자비율, 지역사회신뢰수준을, 사회경제문화영역에 해당하는 변인으로 천명 당 교통사고 발생건수를, 의료인프라에 해당하는 변인으로 천명 당 의료인력, 천명 당 의료기관, 필요의료서비스 미치료율을, 물리환경 차원에 해당하는 변인으로 연간 미세먼지환경기준 초과횟수를 포함하였다.

각 요인에 해당하는 변수의 내용 및 구체적인 측정은 다음 표에 제시된 바와 같다¹⁷⁾.

17) 실제 잠재계층분석에는 분석 및 결과해석의 적절성을 위하여 측정된 변수의 척도를 0 또는 1로 전체적으로 조정하였다.

<표 12> 건강에 영향을 미치는 개인수준 요인의 측정

| 개인 및 가구수준 | 요인 | 내용 | 측정(척도) | 출처 |
|-----------|---|---|---------------------|-----------|
| 개인의 건강행태 | 흡연 | 현재 흡연 여부(현재 담배를 피우니까?) | 매일 피움 | 지역사회 건강조사 |
| | | | 가끔 피움 | |
| | 음주 | 최근 1년 동안 술을 마신 적이 있습니까? 있다면 술을 얼마나 자주 마십니까? | 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음 | |
| | | | 결측(7, 9) | |
| 운동 | 최근 1주일 동안 한 번에 적어도 10분 이상 걸었던 날은 며칠입니까? | 피우지 않음(8) | | |
| | | ()일 | | |
| 영양 | 평소 음식을 먹을 때 저염을 실천하는 정도(평상시 음식을 먹을 때 다음 중 본인은 어디에 해당합니까?) | 월 1회 미만 | | |
| | | 월 1회 정도 | | |
| 사회경제적 요인 | 실업 | 현재 경제활동을 하고 있는지 여부 | 월 2~4번 정도 | 지역사회 건강조사 |
| | | | 주 2~3번 정도 | |
| | 소득 | 임금, 부동산 소득, 연금, 이자, 정부 보조금, 친척이나 자녀들의 용돈 중 모든 수입을 합친 최근 1년 동안 가구의 월 평균 소득 | 주 4번 이상 | |
| | | | 결측 (7, 9) | |
| | 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 술 마시지 않음 (8) | |
| | | | 매우 심겁게 먹는다 | |
| | 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 약간 심겁게 먹는다, | |
| | | | 보통이다, | |
| | 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 약간 짜게 먹는다, | |
| | | | 매우 짜게 먹는다) | |
| 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 결측(응답거부, 모름) (7, 9) | | |
| | | 예 | | |
| 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 아니오 | | |
| | | 결측 (7, 9) | | |
| 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 50만원 미만 | | |
| | | 50-100만원 미만 | | |
| 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 100-200만원 미만 | | |
| | | 200-300만원 미만 | | |
| 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 300-400만원 미만 | | |
| | | 400-500만원 미만 | | |
| 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 500-600만원 미만 | | |
| | | 600만원 이상 | | |
| 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 결측(77, 99) | | |
| | | 무학(서당/한학포함) | | |
| 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 초등학교 | | |
| | | 중학교 | | |
| 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 고등학교 | | |
| | | 전문대학(2/3년제) | | |
| 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 4년제 대학 | | |
| | | 대학원 이상 | | |
| 교육수준 | 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? | 결측 (77, 99) | | |

<표 13> 건강에 영향을 미치는 지역수준 요인의 측정

| 지역수준 | 측정요인 | 측정내용 | 출처 |
|----------|----------------|---|-------------------|
| 자원 및 정책 | 회계 중 보건복지 예산비중 | 일반회계 세출 결산액 중 사회복지 및 보건 결산 비율 | 시, 도 통계연보 |
| | 건강관련공공센터/시설 설치 | 각 시군구가 건강도시사업을 하고 있는지 여부 | 건강도시 협회 |
| 지역사회 참여 | 자원봉사 | 지역 내에서 자원봉사에 참여하고 있는 사람의 분율(%) | 사회복지자원봉사 통계연보 |
| | 지역사회 신뢰 | 우리 동네 사람들은 서로 믿고 신뢰할 수 있다고 응답한 사람 분율(%) | 지역사회건강조사 |
| 사회 경제 문화 | 교통사고 | 시군구별 인구 천 명당 교통사고 발생건수 (최근 1년 동안 타인의 음주로 인하여 소란, 폭행, 성추행, 작업 또는 일상생활 중 사고(몸을 다침), 음주운전 사고 등을 경험한 적이 있습니까?(예, 아니오) | 도로교통공단(교통사고통계) |
| 의료 인프라 | 천 명당 의료인력 | 시군구별 의사(일반의, 인턴, 레지던트, 전문의), 치과의사(일반의, 인턴, 레지던트, 전문의), 한의사(일반의, 일반수련의, 전문수련의, 전문의), 약사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사 현황 (천 명당) | 건강보험심사평가원(건강보험통계) |
| | 천 명당 의료기관 | 시군구별 종별 요양기관현황 (상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양의원, 의원, 치과병원, 치과의원, 조산원, 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 한방병원, 한의원, 약국) (천 명당) | 건강보험심사평가원(건강보험통계) |
| | 필요서비스 미치료율 | 최근 1년간 필요한 의료서비스를 받지 못한 사람의 분율(%) | 지역사회 건강조사 한국 |
| 물리환경 | 공기 (미세먼지) | 연간 미세먼지 환경기준 초과횟수 | 환경공단(대기환경연보) |

※단위: 모든 지역 수준 요인의 측정 단위는 시군구로 통일하였다.

3. 분석방법 및 절차

1) 분석방법

본 연구에서는 먼저 건강의 다차원적 측면에 있어서 서로 다른 경향을 보이는 1인 가구 내에서의 하위집단을 구분하기 위해 잠재계층분석(Latent Class Analysis)을 적용하였다.

건강은 다양한 관련 변인의 복합적 관계 안에서 나타나며, 1인 가구집단은 새롭게 부상하는 인구집단으로 건강에 있어 세부 연구가 아직까지 활발히 이루어지지 않은 분야이다. 이러한 경우 기존의 군집분석과 같이 이미 이루어진 정의 혹은 임의적인 구분에 의해 유형화하지 않고 관찰된 자료에 기반하여 응답자를 새롭게 분류하고 관련 요인들을 구체적으로 밝히는 연구가 필요하다. 이를 위해서는 변인 중심(variable centered) 연구가 아닌 행위자 또는 행위 중심(person centered)의 경향에 대한 연구가 이루어져야 한다(Muthen & Muthen, 2000). 즉, 전체 1인 가구 집단 중 건강양상에 대한 전제 없이 응답 패턴에 있어 주목할 만한 유사성을 보이는 잠재적 하위집단유형이 존재하는지, 각 잠재 하위집단의 특성은 무엇인지를 분석할 필요가 있다.

잠재계층분석(LCA) 혹은 잠재 구조분석은 개인들을 비슷한 하위집단으로 분류하는데 사용되는 통계분석이다(Muthen & Muthen, 2000). 잠재계층분석은 서로 다른 특성을 가진 개인들이 섞여 구성된 집단을 그 안에서 유사한 하위집단들로 ‘해체’ 시켜주는 역할을 한다. 잠재계층분석은 일련의 카테고리 형태의 테스트나 설문 문항에 걸쳐 관찰된 개인들의 응답 패턴을 토대로 문항 응답 간의 관계를 분석하고 이를 알려지지 않은 하위 집단들인 잠재계층의 존재로 설명한다. 다시 말해, 관찰된 문항응답 패턴에서의 개인차는 어떤 잠재계층에 속해 있는냐로 설명되며, 각 계층마다 계층 특화된 응답 프로파일을 보여준다는 것이다(Geiser, 2010). 따라서 잠재계층분석은 잠재계층의 개수나 계층의 크기나 값 등에 관한 계층의 제한을 가정하면서 건강 잠재계층을 이루는 개인들 간의 유형(분류)적 차이에 관한 이론가설을 효과적으로 검증할 수 있다.

잠재계층 분석은 관찰된 응답 패턴에서의 차이를 설명하고 데이터를 의미있는 방식으로 요약할 수 있는 계층의 수를 결정하고, 계층들이 실질적으로 어떻게 해석될 수 있으며, 서로 다른 계층과 어떤 면에서 다른지 설명하며, 유형분류 구조에 대한 가설을 검증하고 구체적인 LCA해법에 기반한 분류에 있어서의 신뢰도를 평가하는 것을 목적으로 한다(Geiser, 2010). 또한 한 명 또는 그 이상의 개인들을

진단하는 목적으로 그들의 잠재적인 계층 멤버십을 규명할 수 있다. 더 나아가 이를 통해 계층 멤버십과 외생 변수들 간 관계 분석이 가능하다. 따라서 1인 가구 집단 내에서의 건강 특성이 서로 다른 잠재집단들을 구별해 내고, 각 잠재집단 간의 차이를 설명할 수 있으며, 이러한 차이를 만드는 다른 건강 관련 변수들의 영향을 구체적으로 밝혀내고자 하는 본 연구의 연구목적은 달성하기 위해 적절한 연구방법이라고 하겠다.

본 연구에서 1인 가구의 건강 하위집단에 대한 잠재계층분석은 각 건강 차원 내에서의와 각 건강차원 간의 경향성에서의 유사성을 기반으로 잠재집단을 규명하였다. 1인 가구 내 건강차원별 편차를 적절히 설명하는 잠재계층 수를 결정하는데는 적합도 지수들의 값을 활용하되 연구자의 연구문제, 간명성, 이론 및 계층 해석의 적절성을 종합적으로 고려한 판단이 필요하다(Bauer & Curran, 2003; Muthen, 2003).

다음으로 잠재계층분석을 통해 1인 가구의 잠재적 건강 하위집단을 규명한 후에 각 잠재집단에 영향을 미치는 개인 및 지역 수준의 요인을 밝히기 위해 다층모형(Multilevel modeling)을 적용한 분석을 실시하였다. 이는 조사자료 내에서 자료 간에 서로 포함되는 구조(nested structure)를 가지고 있다는 사실을 전제로 이를 고려하여 모델링을 하는 방법으로, 위계적 선형모형(HLM, Hierarchical Linear Model)이라고도 부른다. 즉, 여러 개인들이 한 지역에 속해 있음으로 인해 가지게 되는 상관을 고려하여 개인차를 설명하는 방법이다(Raudenbush & Bryk, 2002)¹⁸⁾.

본 연구는 복합표본설계를 통해 시군구별 총 258개 보건소 단위로 약 900여 명씩 표집된 288,588명 중 1인 가구에 해당하는 29,169명에 대한 개인 수준의 건강요인들과 252개 시군구 단위로 수집된 지역 수준의 건강요인들을 독립변수로 하여 건강 잠재계층에 속할 가능성을 예측하는 형태로, 최종적으로 분석에 활용되는 자료는 29,169명의 개인 자료가 252개의 시군구 지역 안에 내재되어(nested) 있는 구조를 형성하고 있다. 따라서 동일 지역에 속한 개인들 간의 유사성, 즉 자료 내에서의 의존성을 반영한 분석이 필요하다. 자료의 의존성을 무시하고 일반선형모형을 분석할 경우 자료의 독립성 가정을 위배하고, 독립변수의 효과가 집단마다 같다는 동분산성 가정을 위배하며, 표준오차를 과소추정하게 될 위험이 있다. 또한 설명력(R square)에 대한 F값을 과대추정하게 된다(Raudenbush & Bryk, 2002). 따라서 각 집단을 무선적으로 추출된 무선요인(random factor)로 간주하고 분포에 대한 평균과 분산을 함께 추정함으로써 개인수준과 집단수준의 변수효과를 동시 검증하는 다층모형분석 접근이 필요하다. 이에 따라 본 연구에서는 1인 가구 잠재유형을 종속변

18) Raudenbush & Bryk(2002). Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

수로, 개인적 요인 및 지역적 요인을 독립변수로 설정한 다수준분석(multi-level analysis)방법을 적용하고, 동시에 1인 가구의 건강잠재계층에 영향을 미치는 두 수준 요인 간 상호작용 영향을 함께 분석하였다.

다층모형 분석단계 이전에 잠재계층분석을 통해 규명된 건강 하위집단은 분석결과에 따라 수준의 차이가 단계별로 발생하는 서열적(ordinal) 분포를 보일 수도 있고, 혹은 어느 집단이 높고 낮음이 없는 각각의 고유한(nominal) 분포로 서로 교차적 형태를 나타낼 수도 있다. 또한 잠재집단이 단 두 개의 집단으로 형성되는 경우와 그 이상으로 형성되는 경우가 발생할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 각 잠재 집단(계층)을 예측하는 영향요인을 다층모형(multilevel analysis)으로 검증하되, 잠재계층분석 결과에 따라 두 집단의 잠재계층을 예측하게 될 경우 이항 로지스틱 회귀 분석(binomial logistic regression)을, 서로 대치되는 고유한 두 개 이상의 잠재계층으로 분리될 경우 계층들의 교차적 분포를 이루게 될 경우 한 집단을 기준집단(reference group)으로 두고 다른 집단을 예측하는 다항 로지스틱(multinomial logistic)분석을 적용하였다.

다층모형의 추정방식은 Full maximum likelyhood(FIML)방식과 restricted maximum likelihood(REML)방식의 두 가지가 존재하는데 각각이 장단점을 가지고 있다. ML방식은 치우쳐져 있는 데이터에 더 잘 맞지만 편향된 결과를 추정한다. REML은 한쪽으로 치우쳐 있지 않으나, 모델들이 서로 내재화(nested)된 구조의 모델들을 비교하는데는 사용할 수 없다. 두 방법 모두 표본크기가 클수록 거의 동일한 결과를 제공하는 경향이 있다. 본 연구에서는 모델들이 서로 내재화되어 있지 않은 관계로 HLM에서 디폴트로 설정된 REML방식을 적용하였다.

본 연구의 다층분석 모형에서 개인 및 지역요인 중 이분형 변수인 경제활동 유무, 흡연여부, 건강도시 여부를 제외한 나머지 변수들은 해석의 용이성을 위해 평균중심화(centering)를 실시하였다. 평균중심화에는 집단 전체의 평균에서 각 측정값을 뺀 값을 투입하여 모형을 분석하는 전체평균중심화(grand mean centering)와 지역(집단)별 평균에서 측정값을 뺀 값을 투입하여 모형을 분석하는 집단평균중심화(group mean centering) 방식이 있다. 전체평균중심화는 변수 자체의 효과를 검증하는데, 집단평균 중심화는 집단 간 분산을 제거하고 각 집단 내에서의 편차에 관심이 있을 때 주로 적용한다(Jung & Wickrama, 2008). 본 연구에서는 지역수준 변수의 전반적 효과를 보기에 적합한 전체 평균 중심화를 적용하였다.

본 연구에서의 다층모형 분석은 Raudenbush와 Bryk(2002)이 개발한 HLM7.03버전을 사용하여 분석하였다.

본 연구에서 사용한 개인 단위 데이터인 지역사회건강조사는 조사원이 조사 대상자에게 직접 찾아가 일대일 인터뷰 형식을 통해 수집, 정제를 마친 후 공개된

데이터로 대부분의 변수 값에서 결측치가 발견되지 않았으나, 일부 변수의 경우 ‘모름’이나 ‘응답거부’를 표현한 경우는 결측값 처리하였다.¹⁹⁾

지역 단위의 자료의 경우 대부분의 시군구 지역 단위와 보건소 단위가 일치하여 보건소 단위로 취합된 개인 단위 자료를 지역별로 취합된 자료와 연계하는데 무리가 없었다. 다만 지역 데이터 수집단위인 시·군·구와 보건소 단위가 일치하지 않는 일부 지역의 경우 데이터 불일치가 발생하는 경우가 발생하였다. 즉, 한 행정구역 내에 보건소가 여러 개 위치하는 경우 보건소를 기준으로 지역 변수 값이 한 구역 내에 여러 개 산출되는 경우가 존재하였다. 이러한 경우 동일 행정구역 내 위치한 보건소의 산출 값들의 평균을 해당 지역 값으로 할당하여 분석을 진행하였다. 이러한 과정을 거쳐 총 254개 보건소를 230개의 시군구 단위와 일치시켰다.

2) 분석절차

연구모형의 분석을 위해 개인 및 지역 데이터 연계, 건강 수준에 대한 자료 점검 및 기술적 통계 분석실시, 1인 가구 및 다인 가구의 건강 하위유형에 대한 잠재계층 분석 실시, 1인 가구 건강 잠재유형을 예측하는 개인적, 지역적 영향요인 규명을 위한 다층모형 분석실시의 순서로 분석절차를 거쳤다.

먼저 2015년 지역사회건강조사 자료의 가구형태 문항을 통해 1인 가구와 다인 가구를 분류하고 1인 가구의 전체적인 분포에 대한 기술적 분석을 통해 1인 가구의 인구사회학적 실태를 파악하였다. 동시에 1인 가구와 다인 가구 각각의 전체적 건강수준과 신체적, 심리·정서적, 사회적 각 건강 영역별 건강 수준 및 건강요인의 기술적 분포를 파악하고, 두 가구 형태 간 건강 수준의 차이를 분석하였다. 또한 1인 가구 자료의 결측치와 이상치를 확인하고 전체적 자료점검 및 정제를 실시하였다. 이후 분석을 위한 데이터 클리닝도 함께 이루어졌다.

다음으로 본 연구의 연구모형에 대한 분석을 실시하였다. 건강잠재계층분석을 실시하기 위해 건강수준을 측정하는 11개의 변인 값은 잠재계층분석 결과의 해석 및 계층 규명이 용이하도록 모든 방향을 1이 건강한 측면, 0이 건강하지 않은 측면이 되도록 하나로 통일하였으며, 0과 1의 값 중 하나를 갖도록 변수 값을 코딩변경하였다²⁰⁾. 본 연구에서의 데이터 준비 및 연계와 기술 분석은 통계 프로그램 SPSS

19) 지역사회건강조사를 통해 개인 수준에서 측정된 각각의 변수에 대한 결측값 비율은 이후 기술 분석 결과의 <표 11>, <표 13>에 제시되어 있다.

20) 본 연구에서 분석자료로 활용한 지역사회건강자료에서 건강수준을 측정하는 11개의 변수 값을 0과 1로 이루어진 이분형 변수부터 리커트 점수로 이루어진 서열형(ordinal) 변수, 연속형(continuous) 변수까지 다양한 형태로 이루어져 있어 분포를 그대로 반영한 잠재프로파일(latent profile)과 잠재계층(latent class)분석이 혼재된 형태의 분석도 가능하나, 잠재계층분석 실행 후 분류된 하위 프로파일과 계층을 함께 해석하는데 어려움이 따

21.0을 활용하였다.

다음으로 다차원적 건강 영역유형에 대한 유사패턴 집단을 규명하는 잠재계층분석(Latent Class Analysis) 실시하였다. 이를 위해 신체적, 사회적, 심리정서적 건강의 각 하위영역 별로 총 11개 항목에 대한 응답 패턴에서의 유사성을 기초로 잠재계층 분석을 통한 1인 가구 건강 잠재집단을 분류하였다. 분석을 통해 잠재집단의 개수 확인하고 각 잠재계층 유형 특성을 분석, 잠재계층을 규명하였다.

본 연구에서는 건강 잠재계층의 수, 각 잠재계층집단에 포함된 1인 가구의 비율분포, 잠재계층의 형태 및 경향을 살펴봄으로써 각 잠재계층의 특성을 확인하고 규명하였다. 잠재계층 수를 확인한다 함은 몇 개의 잠재계층으로 나누는 것이 데이터를 가장 잘 설명하는지 확인한다는 의미이고, 각 잠재계층의 비율분포를 확인한다 함은 각 잠재계층 집단에 속한 1인 가구의 비율을 확인한다는 의미이다. 또한 잠재계층의 형태 및 경향을 분석함으로써 잠재계층 모형이 서로 다른 건강 차원 및 지표에서 어떠한 분포경향을 나타내는지 살펴보게 된다. 예를 들어 서열적 분포를 나타내는지, 서로 다른 교차적 분포를 나타내는지 살펴보고 이를 통해 건강의 다차원적 분포의 전체적 경향성과 영역 고유성(특수성)을 함께 살펴볼 수 있다.

이를 위해 어떤 변수의 투입도 없이 자료에만 근거하여 가장 자료를 잘 설명하는 계층 수를 결정하기 위한 무조건 잠재계층 분석(unconditional latent class analysis)을 1개 계층부터 차례로 수를 하나씩 늘려가며 실시하였다. 계층 수를 하나씩 늘려가며 분석하다가 더 이상 모델 적합도를 향상시키지 않는 지점에 도달할 때까지 확인하고 모델적합도가 유효한 계층 수를 대상으로 하위집단들의 비율과 응답 패턴을 점검하였다.

이러한 잠재유형의 형성 및 특성의 규명을 위한 전체 분석과정은 생애주기에 따라 어떠한 양상으로 나타나며, 각각 어떠한 차이점과 공통점을 보이는지 비교 분석하기 위해 전체 1인 가구에 대한 분석, 20, 30대 청년집단, 40, 50대 중·장년집단, 60세 이상 노년집단의 연령별 분석, 남녀의 성별 분석, 마지막으로 연령대와 성별을 교차한 총 6개의 하위집단별 분석의 순서로 차례로 진행되었다. 잠재계층 분석결과에서 성별로 남녀 각 집단의 분포 패턴이 유사하고, 잠재계층의 수를 결정하는 모델 적합도 지수들의 패턴이 유사하게 나타나는 연령집단의 경우는 성별을 합쳐 하나의 연령대로 통합하여 분석을 진행하는 것이 더 효율적이라 판단, 통합하여 이후 분석을 진행하였다.

동시에 1인 가구의 건강잠재계층 형태가 다인 가구와는 어떤 차이를 보이는지 확인하기 위해 다인가구 집단 또한 동일한 순서로 전체집단, 연령별, 성별, 연령대와 성별 교차 집단 별 잠재계층분석을 실시하고 1인 가구의 결과와 비교하였다.

르기 때문에 모든 변수값을 이분형으로 통일하였다.

집단 내 건강 편차를 적절히 설명하는 잠재계층 수를 결정하는데는 절대적 적합도 지수인 AIC(Akaike Information Criterion)와 BIC(Bayesian Information Criterion), adjusted BIC(aBIC), 상대적 적합도 지수인 LMR-LRT, BLRT를 종합적으로 고려하였으며, 이외에 분류의 질을 확인하는 entropy와 분류된 계층의 이론적, 해석적 적절성을 추가로 고려하였다. 또한 서로 다른 하위 분포를 가지고 있는 여러 종류의 계층 혼합을 수학적으로 모형화하는 잠재계층분석에서 자주 발생하는 local maxima 문제를 해결하기 위해 Mplus에서 제안하는 방식대로 srtstarts 명령어를 추가하고 random start value 수를 늘렸다. 본 연구에서의 잠재계층분석(Latent Class Analysis)은 Mplus 8.0 프로그램을 활용하여 진행하였다.

마지막으로 분석을 통해 밝혀낸 건강 잠재집단을 중심으로 서로 다른 양상을 보이는 집단 간의 차이를 어떻게 설명할 수 있는지를 건강 결정요인을 투입한 조건적 잠재계층분석 모형분석을 통해 살펴보고자 하였다. 이 분석은 1인 가구 잠재유형을 종속변수로, 한 개인적 요인 및 지역적 요인의 두 수준 요인을 독립변수로 설정한 다층모형(multilevel)의 형태를 이루고 있다.

다층모형 분석은 아무 요인을 넣지 않은 무조건 모형, level 1의 개인수준 요인만을 넣어 계층을 예측한 모형, level 1의 개인수준 요인과 level 2의 지역수준 요인을 동시에 넣어 계층을 예측한 모형 순으로 분석을 실시하였다. 또한 개인요인과 지역요인 간의 상호작용 항을 포함한 조절효과 분석을 추가로 실시하였다. 본 연구에서는 개인요인과 지역요인의 영향에서의 두 수준 간 상호작용의 영향을 모든 변인에 대하여 검증하지는 않고 이론적 배경과 모형에 근거하여 개인요인과 지역요인 간의 상호작용 항을 추가하였다. 즉, 개인의 인구사회학적 측면에서의 결핍과 개인이 거주하고 있는 지역에서의 결핍이 동시에 일어나면 혹은 다르게 나타나면 어떤 영향이 있는지 살펴보고자 개인 수준 요인 중 소득수준과 지역수준 요인 중 필요의료서비스 미치료율과 지역의 총 예산 중 보건복지예산 비중의 상호작용 항을 각각 추가하여 분석하였다.

잠재계층분석을 통해 규명된 건강 하위집단의 분포특성에 따라 두 개의 집단으로 계층이 분류되는 경우 이항 로지스틱 분석(binomial logistic regression analysis)을, 각각 고유한 분포를 보이는 두 개 이상의 계층으로 분류되는 경우 한 집단을 기준집단(reference group)으로 두고 다른 집단을 예측하는 다항 로지스틱 분석(multinomial logistic regression analysis)을 적용하였다. 잠재계층분석 및 다층모형분석의 전 모형 분석은 성별, 연령별 집단 별로 각각 실시하되 비슷한 분포패턴 즉, 유사한 모델 적합도 지수와 통계검증결과와 잠재계층 수를 보이는 경우, 성별을 합쳐서 하나의 집단으로 분석을 실시하였다.

제2절. 1인 가구 환경특성 및 관련요인 연구

1. 혼합연구

본 연구에서는 1인 가구의 환경 관련 특성 및 요인의 영향에 대하여 살펴보기 위하여 혼합연구방법(mixed method approach)을 적용하였다. 혼합연구방법은 연구자가 단일연구 혹은 조사프로그램 내에서 자료수집 및 분석, 결과통합 및 도출을 위해 양적 측면과 질적 측면을 모두 활용하는 방법으로, 양적 접근과 질적 접근의 연구기법, 방법, 개념, 용어를 통합 혹은 혼합하여 수행된다(Creswell, 2003).²¹⁾ 혼합연구방법은 통합의 대상인 양적 접근과 질적 접근의 두 접근이 가지고 있는 패러다임의 차이나 연구 설계 및 표집방법의 차이, 자료수집방법과 자료분석방법의 차이, 글쓰기 방식의 차이 등으로 인해 과거에는 활발히 적용되지 못했다(Teddlie & Tashakkori, 2010). 그러나 최근에 들어서 특정 연구문제에 대한 답을 찾기 위해 가장 적합한 연구방법을 선택하는 실용주의와 다원주의적 경향에 따라 양적 접근과 질적 접근 사이에 우위를 따지기보다는 두 접근을 함께 사용하는 방법론적 절충주의에 대한 관심이 높아지고 있다(Teddlie & Tashakkori, 2010). 특히 혼합연구방법은 양적 접근과 질적 접근이 각각 한계점을 극복하고 각 접근의 장점을 활용하여 밝혀지지 않은 연구문제에 대한 좀 더 ‘온전’하고 ‘심층적이고’, ‘광범위’한 답변을 줄 수 있는 연구방법으로 여겨지고 있다(Creswell, 2003; Teddlie & Tashakkori, 2010).

1인 가구는 새롭게 등장한 인구집단으로 기존에 1인 가구에 대한 실증적 연구가 부족한 상황이며, 1인 가구를 대상으로 수집된 양적 설문자료 또한 쉽게 찾아보기 어렵다. 또한 본 연구는 1인 가구의 생활패턴과 같은 행동적 요소뿐만 아니라 환경에 대한 태도와 가치관과 같은 내면적 요소를 동시에 살펴보아야 한다는 점에서 정성적 측면과 정량적 측면의 분석이 동시에 요구되는 특성이 있다. 따라서 본 연구에서는 기존에 수집·분석이 가능한 양적 자료를 분석하는 한편, 양적 분석결과를 통해 파악되기 어려운 측면에 대한 이해와 결과의 심층적 의미를 해석하기 위해 질적 인터뷰를 진행하고자 한다. 본 연구에서 혼합연구방법을 사용할 때 발생하는 장점과 단점은 다음과 같다. 장점으로는 양적 연구와 질적 연구의 장점을 모두 연구에 활용할 수 있다는 점이 있다. 양적 연구는 연구결과를 일반화할 수 있으며, 연구결과에 영향을 주는 다양한 변수들의 통제가 가능하고, 신뢰도와 타당도 확보,

21) 국내에서 mixed method는 주로 혼합연구 또는 통합연구라는 이름으로 불리고 있다. 본 연구에서는 mixed method를 혼합연구라고 칭하기로 한다.

통계적 유의도 확보가 가능하며 다양한 통계 프로그램을 활용할 수 있다는 장점을 갖는다. 또한 질적 연구는 연구문제에 대한 심층적이고 깊이 있는 탐색이 가능하며 연구현장의 문화와 연구 참여자들의 경험 등의 내재적 측면을 이해할 수 있다는 장점이 있다. 반대로 단점으로는 통합연구방법을 수행하기 위해서는 연구자가 양적 연구와 질적 연구의 핵심적 원리와 실제적 기술 모두를 학습해야 한다는 번거로움과 시간 및 비용의 소요가 가중된다는 문제가 있다.

혼합연구에는 양적 접근과 질적 접근을 절충하여 적용하는 방식과 절차에 따라 다양한 유형이 존재한다. 그 중에서도 본 연구에서는 Tashakkori와 Teddlie(염시창 역, 2001)가 제시하는 통합설계유형²²⁾ 중 순차적 통합설계(sequential mixed method designs)를 적용하고자 한다. 순차적 통합설계는 연구주제에 대하여 양적 접근을 통한 연구를 진행한 후 새로운 질적 접근방법을 적용하거나, 혹은 질적 접근을 통한 연구 진행 후 양적 접근방식을 적용하는 방식으로 순차적인 연구 설계를 구성하는 모형이다. 본 연구에서는 이 중에서도 순차적 Quan-Qual 분석을 적용함으로써, 탐색적 양적 분석(Quantitative analysis)을 실시한 후 질적 분석(Qualitative analysis)을 시행하여 이를 확증하고 의미를 분석하는 연구를 진행하고자 한다(Tashakkori & Teddlie, 염시창 역, 2001. pp.191). 이 분석방법을 선택한 이유는 양적에서 질적으로 이어지는 일련의 분석단계가 본 연구의 목적을 충족하기에 가장 적절하다고 판단되기 때문이다. 또한 질적 방법과 양적 방법의 적용시기와 방식, 연구에서의 역할 등을 철저히 구분하고 상호 보완함으로써, 서로 다른 패러다임과 특성을 가진 두 연구방법이 상충되거나 각 방법이 가진 장점이 상쇄되는 딜레마(Morse, 2010)로부터 비교적 자유로울 수 있다고 판단되기 때문이다.

22) Tashakkori와 Teddlie(염시창 역, 2001)에서 소개된 통합방법다층설계에서의 ‘통합’은 ‘mixed method’를 일컫는 것이나 역자가 ‘통합’으로 번역하기로 한 것으로 여기에서는 역자의 번역 그대로를 쓰되, 원어표현을 괄호 안에 넣어 이해를 돕기로 한다. 통합다층설계는 병렬적 통합설계(parallel mixed designs), 순차적 통합설계(sequential mixed designs), 전환통합설계(conversion mixed design), 다층통합설계(multi-level mixed design), 이상적 통합설계(fully integrated mixed designs)의 다섯 가지 주요 모형으로 이루어진다. 각 설계의 특징은 다음과 같다. 병렬적 통합설계는 유사한 또는 동일한 연구문제에 대하여 양적접근과 질적 접근이 각각 연구를 진행하여 상호보완적 방식으로 이를 통합하여 연구문제에 대한 답을 제공하는 방법이다. 순차적 통합설계는 연구주제에 대하여 양적 혹은 질적 접근 중 하나를 먼저 적용하고 적용이 끝난 이후에 다른 접근을 순차적으로 적용하는 방식이다. 전환통합설계는 다국면 병렬적 설계로서 자료는 하나의 방법에 의해 수집 변형되어 다른 방법에 의해 분석이 이루어지는 것이다. 다층통합설계의 경우 질적 자료가 한 분석수준에서 수집되면 양적 자료는 그보다 상위수준에서 수집되어 동시적 혹은 순차적 과정을 통해 진행되는 모형이다. 이상적 통합설계는 연구전반에 걸쳐 양적 접근과 질적 접근의 상호작용을 시도하는 것으로 각 연구단계 즉, 문제설정부터 연구결과에 이르기까지 전 과정에서 두 패러다임의 통합을 실행하는 것이다.

2. 양적 분석

먼저 본 연구에서 1인 가구의 환경관련 특성 및 요인의 분석을 위해 활용한 자료는 2017년도 서울서베이 데이터와 구 단위의 행정자료이다. 서울서베이 자료는 서울 시민의 생활이나 살림살이를 비롯한 인간적인 삶을 살아가기 위한 여러 가지 조건이나 환경이 어떠한지를 알아보기 위한 조사로 서울에 거주하는 만 15세 이상(2002년 8월 31일 이전 출생자) 가구원 전원을 조사대상으로 하며, 매년 서울에 거주하는 만 15 세 이상 가구 구성원 4만 3천여명을 표집하여 매년 가구방문 면접조사를 실시하고 있다. 조사항목은 건강, 안전, 환경, 복지, 정보화, 경제, 교통, 도시거버넌스 등 12 개 분야 42 개 영역 포함되며 조사결과는 서울 정책수립의 기초자료로 활용되고 있다.

2017년 서울서베이 데이터에 응답한 1인 가구는 총 4,062명으로 가구주로 응답한 전체 응답자 20,000명 중 20.3%를 차지하고 있다. 1인 가구와 다인 가구를 포함한 평균 가구원수는 2.55명(표준편차 1.132)으로 나타났다.

본 연구에서는 1인 가구의 생활태도 및 행동 특성과의 관련성과 분석가능데이터의 여부를 기반으로 환경의 하위영역을 자원, 에너지, 보건의 세 차원으로 이루어진 영역으로 보고 관련 행동 및 태도를 분석하여 1인 가구의 친환경성 정도를 파악하고자 하였다. 자원, 에너지, 보건의 다차원 영역으로 이루어진 환경관련 데이터의 분석은 개인의 행동과 태도를 기반으로 하므로, 개인단위로 수집된 서울서베이 분석자료의 설문문항들을 주제 및 세부영역과의 관련성 중심으로 재분류하여 분석하였다. 이렇게 재분류된 서울서베이 자료분석을 통해 1인 가구가 다인가구와는 에너지 사용패턴이 어떻게 다른지의 비교분석하고 1인 가구 내에서는 인구사회학적 특성에 따라 즉, 나이(세대), 성별, 직업, 거주지역, 소득 등에 따라 어떻게 에너지사용태도나 행동패턴에서의 다양화가 나타나는지 살펴보고자 하였다.

먼저 1인 가구와 다인 가구의 패턴의 차이를 분석하였다. 각 환경 세부영역에 있어 1인 가구와 다인가구의 분포(평균, 편차 등)차이가 드러나는지, 그 차이는 통계적으로 유의미한 수준인지를 분석하였다. 다음으로 1인 가구를 중심으로 1인 가구 내에서의 환경 각 영역에 대한 태도 및 행동, 가치관의 차이에 영향을 미치는 요인은 무엇인지, 어떠한 요인에 따라 각 영역의 값이 달라지는지 분석하였다. 이는 주로 성별, 연령, 소득 등 인구사회학적 요인을 중심으로 살펴보았고, 또한 1인가구의 환경 관련 생활태도에 영향을 주는 것으로 나타난 요인들을 중심으로(인터뷰 결과 주택유형에 따라 달라지는 것으로 나타남) 관련요인의 영향을 분석하였다.

<표 14> 1인 가구 분포 및 특성 (서울서베이 자료)

| | | 빈도 | 퍼센트 | 유효 퍼센트 | 누적퍼센트 |
|----------|-------------|------|-------|--------|-------|
| 성별 | 남자 | 1602 | 39.4 | 39.4 | 39.4 |
| | 여자 | 2460 | 60.6 | 60.6 | 100.0 |
| | 합계 | 4062 | 100.0 | 100.0 | |
| 주택형태 | 단독주택 | 1686 | 41.5 | 41.5 | 41.5 |
| | 아파트 | 1204 | 29.6 | 29.6 | 71.1 |
| | 다세대주택 | 552 | 13.6 | 13.6 | 84.7 |
| | 연립주택 /빌라 | 554 | 13.6 | 13.6 | 98.4 |
| | 기타 | 66 | 1.6 | 1.6 | 100.0 |
| 가구 소득(월) | 50만원 미만 | 250 | 6.2 | 6.2 | 6.2 |
| | 50~100만원 | 565 | 13.9 | 13.9 | 20.1 |
| | 100~150만원 | 554 | 13.6 | 13.6 | 33.7 |
| | 150~200만원 | 559 | 13.8 | 13.8 | 47.5 |
| | 200~250만원 | 715 | 17.6 | 17.6 | 65.1 |
| | 250~350만원 | 420 | 10.3 | 10.3 | 75.4 |
| | 350~400만원 | 500 | 12.3 | 12.3 | 87.7 |
| | 400~450만원 | 175 | 4.3 | 4.3 | 92.0 |
| | 450~500만원 | 146 | 3.6 | 3.6 | 95.6 |
| | 500~550만원 | 38 | .9 | .9 | 96.6 |
| | 550~600만원 | 58 | 1.4 | 1.4 | 98.0 |
| | 600~650만원 | 27 | .7 | .7 | 98.6 |
| | 650~700만원 | 19 | .5 | .5 | 99.1 |
| | 700~750만원 | 19 | .5 | .5 | 99.8 |
| | 750~800만원 | 10 | .2 | .2 | 99.9 |
| | 800만원 이상 | 7 | .2 | .2 | 100.0 |

<표 15> 1인 가구의 라이프스타일 분석을 위한 주요 환경영역의 측정

| 주제 | 세부영역 | 해당 설문문항 | 측정 | 출처 |
|-----|-------------------------------------|--|---|---|
| 자원 | -쓰레기 -자원재활용 등 자원순환 -수자원 관리 | -중고품 가게나 재활용센터에서 중고물품 구입 노력정도 (문항 2) | 전혀 실천하지 않는 편(1) 실천하지 않는 편(2) | 서울 서베 이 조사 자료 (20 17) |
| | | -재활용 원료나 재생소재로 만든 제품 구매 노력(문항 2) | 보통(3) 실천하는 편(4) | |
| | | -현재 살고 있는 지역이 각 항목과 관련하여 얼마나 심각하다고 생각하는지 여부(문항 10) | 항상 실천(5) 전혀 심각하지 않다(1) 심각하지 않다(2) | |
| | | :소음 :대기오염 :휴식공간 및 녹지부족 :수질오염 :쓰레기방치 등 | 심각하다(3) 매우 심각하다(4) | |
| 에너지 | -전기, 물, 가스 등 에너지사용 | -가까운 거리는 걷거나 자전거 이용하고자 노력 (문항 2) -일상생활에서 절전이나 절수 등 에너지 절약 노력 (문항 2) | 전혀 실천하지 않는 편(1) 실천하지 않는 편(2) 보통(3) 실천하는 편(4) 항상 실천(5) | |
| 보건 | -화학물질 -친환경 용품 사용 | -생활환경만족도(상하수도, 주택, 전기, 통신, 교통, 녹지 등 주거환경에 대한 만족도) (문항 1) | 매우 불만족(1) 약간 불만족(2) 보통(3) 약간 만족(4) 매우 만족(5) | |

또한 서울시 내에서 수집되는 환경관련 행정데이터를 추가 분석하여 1인 가구의 밀집도, 1인 가구 구성 특성에 따라 지역 별 환경 관련 특성분포에는 어떠한 차이가 나타나는지 살펴보고자 하였다. 서울시에서는 다양한 도시정책지표를 선정하여 관련 자료를 수집, 공개하고 있다. 이 중에는 공원녹지, 기상, 기후, 대기보전, 대기환경, 사회인식 및 실태, 생활환경, 수질보전, 수질환경, 자연보전, 토지환경, 폐기물 관련 자료를 포함하는 정량적 자료들이 자치구 단위로 제공된다. 따라서 행동패턴 및 태도에 관하여 측정하는 정성데이터 중심의 서울서베이 자료의 분석결과를 보완하고 환경오염 및 개선 정도를 직접적이고 객관적으로 측정할 수 있는 정량자료의 추가분석을 통해 1인 가구와 환경과의 관련성을 종합적으로 파악하고자 하였다.

<표 16> 환경관련 행정데이터 분야별 통계자료

| 환경관련 행정데이터 분야 | 수집 및 공개 통계 |
|---------------------|---|
| 공원녹지 | 서울시 주요 공원현황, 서울의 공원 프로그램 조회, 서울시 가로수 위치정보... |
| 기상 | 서울시 연평균 기온, 최고기온, 최저기온, 서울시 강수량 정보, 서울시 강수량 및 강수일수 통계 |
| 대기보전 | 서울시 대기오염 통계, 서울시 환경오염 물질 배출시설(대기) 통계, 서울시 환경오염물질 배출시설(수질) 통계, 서울시 대기오염(구별) 통계, 서울시 환경오염물질 배출시설(소음 및 진동) 통계, 서울시 환경오염물질 배출업소 단속현황 통계, 서울시 보건환경 검사실적 통계, 서울시 소음도 통계, 서울시 오존주의보 발령현황 통계, 서울시 시정거리 통계, 서울시 소음진동민원 현황 통계 |
| 대기환경 | 서울특별시 관측소별 기상관측 정보(시간단위), 서울시 일별 평균 대기오염도 정보, 서울시 미세먼지 예경보 현황, 서울시 실시간 자치구별 대기환경 현황, 서울시 일별, 기상관측 정보, 서울시 권역별 실시간 대기환경 현황, 서울시 초미세먼지 예경보 현황, 서울시 기간별 일평균 대기환경 정보, 서울특별시 초미세먼지 연도별 발령정보, 서울시 실시간 대기환경 평균 현황, 서울시 시간 평균 대기오염도 정보, 서울시 기간별 시간평균 대기환경 정보, 서울시 연도별 미세먼지 경보발령 현황, 서울시 연도별 황사 경보발령 현황, 서울시 월별 평균 대기오염도 정보, 서울교통공사 지하철역별 공기질 측정 정보, 서울시 연도별 오존 경보발령 현황, 서울특별시 대기오염 측정정보, 서울시 도로변 측정소별 실시간 대기환경 현황, 서울시 년도별 평균 대기오염도 정보, 서울시 황사 경보현황, 서울시 도로변 기간별 일평균 대기환경 현황, 서울시 권역별 오존 예경보 현황, 서울특별시 대기오염 측정소 정보, 서울특별시 대기오염물질 배출시설 설치사업장 정보, |
| 사회인식, 실태 | 서울시 지역 녹지 만족도 통계, 서울시 환경오염 방지노력(2006년 이전) 통계, 서울시 환경상품 관심도 통계, 서울시 현재환경 체감도 통계, 서울시 환경문제에 대한 인식 통계, 서울시 환경오염 방지노력 통계 |

| | |
|-------------|--|
| 생활환경 | <p>서울특별시 지하철역사내 실내공기질 정보(일평균 누적), 서울시 공공 건축물 석면 현황, 서울시 실내공기질 측정정보, 서울특별시 세탁소 (일반세탁업)정보, 서울시 복합건축물 이용시설 정보, 서울특별시 지하철역사내 실내공기질 정보(시간단위), 서울특별시 건물위생관리업소 정보, 서울특별시 도로교통 소음 측정정보, 서울특별시 가족분뇨수집 운방법 정보, 서울특별시 실내공기질 관리대상 시설정보, 서울특별시 실내공기질 인증시설 정보, 서울시 저수조 청소업 현황, 서울특별시 환경 컨설팅회사 정보, 서울특별시 환경전문 공사업체 정보</p> |
| 수질보전 | <p>서울시 하수, 분뇨발생량 및 처리현황 통계, 서울시 1일 1인당 오수발생량 통계, 서울시 수돗물 수질검사 통계, 서울시 지하수 이용현황 통계, 서울시 수질현황 통계, 서울시 배출부과금 부과 및 징수현황 통계, 서울시 물재생센터 하수처리, 서울시 수질검사 현황(취수장별) 통계, 서울시 폐수 배출시설 지도점검결과 위반율 통계, 서울시 폐수 배출업소 1개당 위반건수 통계, 서울시 지하수 이용현황(법정동별) 통계, 서울시 물재생센터 하수처리(2005년 이전) 통계</p> <p>수질환경: 서울특별시 한강 및 주요지천 수질 측정자료, 서울시 수질 지역목록 등 검색, 서울시 기타 수질오염원 위치정보, 서울시 유독물 업소 위치정보, 서울시 구별 환경지도점검 내역 현황, 서울시 유독물 업소 위치정보, 서울시 구별 환경 지도점검 내역 현황, 서울시 물재생센터 하수처리량, 서울시 물재생센터 수질현황</p> |
| 자연보전 | <p>서울시 공원 통계, 서울시 공원(1인당 공원면적) 통계, 서울시 녹지현황 통계, 서울시 가로수 현황 통계, 서울시 일반녹지 현황통계, 서울시 아파트 및 학교녹지 현황통계, 서울시 시설녹지 현황통계, 서울시 건물주변 녹지 현황통계, 서울시 시설녹지 현황통계, 서울시 보호수 현황 통계, 서울시 분리대녹지 현황 통계, 서울시 가로녹시율(구별) 통계, 서울시 불투수 포장면적(등급별) 통계, 서울시 공원(공원율) 통계, 서울시 비오톱(등급별) 통계, 서울시 가로녹시율(생활권역별) 통계</p> |
| 토지환경 | <p>서울특별시 지하철 유출지하수 현황, 한강대교별 녹조 관측정보, 서울특별시 토양오염 실태조사 통계정보, 서울특별시 건축물 유출지하수 현황, 서울특별시 전력통신구 유출지하수 현황, 서울특별시 토양오염 우려(대책)기준 초과비율, 서울특별히 유출지하수 급수전 설치현황</p> |
| 폐기물 | <p>서울시 생활폐기물 발생량 및 처리현황 통계, 서울시 쓰레기수거 현황 통계, 서울시 음식물류 폐기물 발생량 및 처리현황 통계, 서울시 폐기물 재활용 현황 통계, 서울시 사업장폐기물 발생량 및 처리현황 통계, 서울시 쓰레기수거 장비 통계, 서울시 생활폐기물 매립지 통계, 서울시 건설폐기물 발생량 및 처리현황 통계, 서울시 지정폐기물 발생량 및 처리방법 통계, 서울시 주민 1인당 생활폐기물(쓰레기)배출량 통계, 서울시 쓰레기 종량제 수거현황 통계, 서울시 건설폐기물 처리업체 정보, 서울시 재활용품 종량제 수거현황 통계, 서울시 자치구 재활용센터 시설 현황, 서울시 청소예산 재정자립도 통계, 서울시 대형폐기물 발생 및 처리현황 통계, 서울시 청소예산 주민부담률 통계, 서울시 녹색장터 일정 및 장소 정보</p> |

제 3절 질적 분석

마지막으로 본 연구에서는 1인 가구의 환경관련 태도를 양적 분석을 통해 검증하는 한편 질적 인터뷰를 통해 양적 분석결과를 구체적으로 설명하고 그 의미를 심층적으로 이해하고자 하였다. 본 연구에서는 다양한 질적 분석방법 중 포커스 그룹 인터뷰(Focused Group Interview: FGI)를 통해 양적데이터 분석만으로 밝혀지지 않거나 해석되지 않는 부분을 추가적으로 조사, 파악함으로써 분석결과를 보완하고 심층적 의미를 이끌어냄으로써 대안을 제시하고자 하였다.

이를 위해 서울특별시에 거주하는 1인 가구 남녀집단을 인터뷰 대상으로 모집하였다. 인터뷰 대상은 1인 가구 특성을 전제하고 가장 효과적인 연구대상자 모집을 위한 방법을 모색할 필요가 있다. 이를 위해 세대(연령)별, 거주지역 특성(지역 평균 소득, 1인 가구 밀집도 등), 성별, 직업 형태 및 특성 등을 반영하여 사회경제적 지위 별로 각 집단을 대표하는 개인이 포함된 고른 표집이 되도록 하였다. 또한 본 연구에서는 자료수집을 위한 참여자 선정방법으로 연구대상에 대한 눈덩이표집 방법과 이론적 표본추출방법과 준거 지향적 표집방식을 복합적으로 적용하고자 한다. 이론적 표본추출방법은 새로운 속성이 등장할 때까지 범주의 속성을 개발하기 위해 표집하는 방법으로 출현된 이론에서 범주를 정교화하고 다듬기 위해 적절한 자료를 탐색하고 수집한다(Charmaz, 2014). 준거 지향적 표집 도는 의도적 표집(purposive sampling)은 연구자들이 미리 연구의 각 단위들이 가져야 할 특성의 목록 또는 충족시켜야 할 일련의 준거를 설정하고, 그 후에 구체화된 특성에 부합하면서 연구 참여를 허용하는 사례(개인, 집단, 상황)들을 찾는 방법이다(Jacques & Wright, 2008; Creswell, 2003; 김윤옥 외, 2009).

이렇게 수집된 대상자들의 기본적 특성은 다음과 같다.

<표 17> 인터뷰 대상자 분포 (FGI)

| 항목 | 대상자 분포 |
|----------|-------------------------|
| 연령 | 20~80대 |
| 성별 | 여 20명 남15명(총 35명) |
| 거주 지역 | 서울, 성남 |
| 1인 가구 기간 | 평균 3년 |
| 거주 형태 | 원룸, 아파트, 오피스텔, 고시원, 판자촌 |

주요 인터뷰 내용으로는 1인 가구의 생활방식 및 소비패턴에 따른 일회용품 사용이나 물품 구매 시 태도, 환경에 대한 정보력이나 관심 정도, 쓰레기 배출량 및 일회용품 사용 패턴 등 일상생활에서 나타나는 환경 관련 행동패턴, 다인 가구에서 1인 가구로의 변화에서 발생하는 차이점 등으로 구성하였다.

<표 18> 질적 인터뷰 질문 예시

| 주제 | 세부내용 | 질문 예시 |
|----------------|--|---|
| 일회용품 사용 | -플라스틱 사용량 -소포장 및 일회용품 사용량 | -평소에 일상생활 루틴에 대해 말씀 해주시겠어요? (하루 아침에 일어나서부터 잠들기 전까지 생활) -식사, 취침, 여가, 일상생활 등에서 일회용을 얼마나 쓰세요? |
| 에너지 절약 및 사용패턴 | -에너지절약 여부(전기, 물, 가스 등), 사용패턴 | -전기, 가스, 쓰레기, 생활화학 용품 등을 어떻게 소비, 관리하세요? |
| 물품 구매 시 태도 | -친환경 물품·기업 확인(사용)여부 생활화학 제품관련 정보취득 여부 | -물품을 구매 시 친환경 마크나 관련 정보를 확인하고 구매하시나요? |
| 다인 가구 생활과의 차이점 | -1인 가구로 가구형태가 달라지면서 바뀐 점(에너지 사용량, 사용패턴 등) | -다인가구에서 1인 가구로 독립(?) 하시면서 달라진 점은 어떤 것들이 있나요? |
| 쓰레기 배출 | -음식물 쓰레기 총량 및 배출방식 -분리수거 여부 -재사용 여부 -배출량 줄이기 위한 노력 여부 | -일주일(혹은 하루)에 배출되는 쓰레기 양은 대략 어느정도 되시나요?(5리터 혹은 10리터 쓰레기봉투 몇 개 소비) |
| 환경에 대한 관심 | -환경관련 후원여부 -정책 지지도 -환경 관련 단체 및 기관에 대한 관심·신뢰 -정책제안여부 등 | -평소에 환경에 대해 얼마나 관심을 갖고 계신가요? |

IV 연구결과

제1절 1인 가구 건강 특성 및 관련요인에 관한 연구

1인 가구 건강관련 특성 및 관련요인 연구의 분석결과와 함의를 요약하면 다음과 같다. 먼저 1인 가구와 다인 가구의 건강 수준 및 잠재적 건강계층 분류 경향을 비교분석한 결과, 1인 가구의 건강 수준은 다인 가구에 비해 전체적으로 낮은 수준이면서 편차는 대체로 큰 편이었다. 1인 가구와 다인 가구의 전반적인 건강수준을 살펴보고 1인 가구의 건강잠재계층에 영향을 미치는 개인 수준 및 지역 수준 요인의 분포경향을 살펴보기 위해 기술 분석을 실시한 결과 1인 가구는 건강 전반에서 다인 가구보다 낮은 건강상태를 보였다.

심리정신적 건강 측면에서부터 살펴보면, 1인 가구는 스트레스 측면에 있어서는 스트레스를 대단히 많이 느끼거나(4.1%) 거의 느끼지 않는 비율(30.2%)이 다인 가구(각각 3.6%, 20.6%)보다 높은 반면, 다인 가구는 스트레스를 조금 느끼거나(53.6%) 많이 느끼는(22.2%) 등 상대적으로 보통 수준의 스트레스를 느끼는 비율이 1인 가구보다(각각 44.7%, 20.8%) 더 높았다. 우울의 경우 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 슬픔이나 절망감 등 우울감을 경험한 비율이 1인 가구(10.7%)가 다인 가구(5.9%)의 두 배에 가깝게 높았다. 또한 하루 평균 수면시간도 1인 가구(6.35시간)가 다인가구(6.61시간)보다 낮았다.

신체적 건강 측면은 1인 가구와 다인 가구의 건강 수준의 차이가 두드러지게 나타나는 영역이었다. 먼저 만성질환의 유병율에 있어 1인 가구의 비율이 고혈압(40.1%), 당뇨(14.7%), 관절염(28.1%), 이상지질혈증(고지혈증)(17.0%) 모두에서 다인 가구(각각 23.5%, 9.4%, 12.0%, 13.5%)보다 높았다. 또한 기타질병 중 천식의 비율이 1인 가구(4.5%)에서 다인 가구(2.7%)보다 더 높게 나타났다. 반면 비염 및 알러지의 경우는 다인 가구의 비율(12.3%)이 1인 가구(8.5%)보다 더 높았으며, 아토피의 경우는 1인 가구와 다인 가구 간의 큰 차이가 나타나지 않았다. 체질량지수의 평균은 비슷한 수준이었으나 편차에 있어 1인 가구(3.22)가 다인 가구(3.14)보다 약간 높았고, 최근 1달 동안 질병이나 손상으로 거의 하루 종일 누워 보내야 했던 침상와병의 경험 여부 또한 1인 가구의 경험비율(9.6%)이 다인 가구(5.9%)보다 높았다. 현재 치아나 틀니, 구강 건강을 측정하는 질문으로 잇몸 등 입안의 문제로 음식을 씹는데 어려움이나 불편함을 느끼는지 여부에 대하여도 1인 가구는 ‘매우 불편하다’ (13.2%)와 ‘불편하다’ (28%)의 비율이 높은 반면, 다인 가구는 ‘매우 불편하다’ 와 ‘불편하다’ 가 각각 4.9%와 17.3%로 1인 가구보다 낮았다. 마지막으로 평

소에 본인의 건강을 어떻다고 생각하는지 주관적 건강에 대한 평가를 묻는 문항에 1인 가구는 전체적으로 긍정적으로(매우 좋음 4.0%, 좋음 21.7%) 평가하는 비율보다 부정적으로(나쁨 26.8%, 매우 나쁨 11.8%)으로 평가하는 비율이 높는데 반해, 다인 가구는 부정적인 평가(나쁨 14.6%, 매우 나쁨 4.2%)의 비율이 낮고 좋음(32.3%)과 보통(42.4%)의 평가 비율이 상대적으로 높았다.

반면 사회적 건강 측면에서는 1인 가구와 다인 가구 간에 특별히 어느 집단의 수준이 매우 높거나 낮은 경향이 발견되지 않았다. 사회적 연결망의 경우 특별한 경향성이 관찰되지는 않았으나, 대체로 친척(가족 포함)과의 연락이나 만남의 빈도는 다인 가구가, 이웃과의 연락이나 만남의 빈도는 1인 가구가 더 잦은 것으로 나타났다. 사회참여의 경우 종교적 목적의 사회활동에 대한 참여는 1인 가구와 다인 가구 간에 큰 차이가 발견되지 않은 반면, 친목 목적의 사회활동에 대한 정기적 참여를 하는 경우는 다인 가구(56.4%)의 비율이 1인 가구(43.3%)보다 더 높았고, 여가 및 레저를 목적으로 참여하는 사회활동은 1인 가구(43.3%)가 다인 가구(27.6%)보다 정기적으로 참여하는 비율이 더 높았다.

이러한 기술 분석결과는 통계적 평균비교 결과를 통해서도 동일하게 유의한 차이로 나타났으며, 대체로 1인 가구에서 다인가구보다 낮은 건강수준과 큰 건강편차의 경향성이 발견되었다. 1인 가구와 다인 가구 집단을 대상으로 건강수준에 대한 평균비교(t-test)를 실시한 결과²³⁾, 모든 건강 변수에 있어 두 집단 간에 유의한 차이가 나타났으며 건강을 측정하는 총 11개의 변인 중 7개에서 1인 가구의 수준이 다인가구보다 각 변인의 평균에 있어서 통계적으로 유의하게 낮은 경향을 나타냈다. 구체적으로 살펴보면 다인가구에 비해 1인 가구일 경우 평균적으로 심리·정신적 건강 측면에서는 우울감을 더 경험하며, 걱정수면을 취하지 못하며, 사회적 건강 측면에서는 사회적 참여가 적고, 신체적 건강 측면에서는 만성질환이 더 잘 발생하며, 침상에 누워 있을 정도로 몸이 나쁜 상태를 더 잘 경험하며 저작 불편감을 더 잘 느끼고, 주관적 건강수준이 유의하게 낮았다. 반대로 주관적 스트레스의 경우는 다인가구가 평균적으로 더 크게 느꼈고, 사회적 연결망이 평균적으로 더 적었으며, 기타질환이 더 잘 발생하고, 걱정체중을 벗어난 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 그러나 1인 가구의 건강수준 평균이 더 낮게 나타난 7개 변인보다 다인가구의 건강수준이 낮은 경우로 나타난 4개의 변수는 t값이 전반적으로 훨씬 낮게 나타나 상대적으로 가구 유형에 따른 평균 차에 대한 효과는 적은 것으로 나타났다.

23) 건강수준 측정을 위한 원자료(rawdata)의 측정의 경우 각 변수마다 측정 범위와 척도가 각각 달라 하나의 수준비교가 이루어지기 어렵다는 한계가 있다. 따라서 1인 가구와 다인 가구 집단의 건강수준 비교하기 위한 분석은 건강잠재계층 분석 시 변수의 척도를 이분변수 값(0과 1)으로 조정해 동일한 값을 활용하였고, 모든 변수에 평균비교분석(t-test)을 실시하였다.

<표 19> 1인 가구와 다인 가구의 건강수준

| 차 요인 및 원 변수명 | | 측정내용 | 빈도(퍼센트, %)/평균(표준오차) | | |
|-----------------------|------------------------------|---|---------------------|--------------|--------------|
| | | | 1인 가구 | 다인 가구 | |
| 심리 · 정신적 건강 | 스트레스 | 평소 일상생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 있습니까? | 대단히 많이 느낀다 | 1186(4.1) | 7146(3.6) |
| | | 많이 느끼는 편이다 | 6072(20.8) | 44353(22.2) | |
| | | 조금 느끼는 편이다 | 13040(44.7) | 106802(53.6) | |
| | | 거의 느끼지 않는다 | 8818(30.2) | 41003(20.6) | |
| 정신적 건강 | 우울 | 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감(슬픔이나 절망감 등)을 경험한 여부 | 예 | 3132(10.7) | 11836(5.9) |
| | | 아니오 | 26014(89.2) | 187495(94.0) | |
| 수면 시간 | 하루에 보통 몇 시간 주무십니까? | 평균 | 6.35시간 | 6.61시간 | |
| | | 표준편차 | 1.389 | 1.978 | |
| 사회적 연결망 | 친척(가족 포함)과 보거나 연락하는 정도 | 1달에 1번 미만 | 4870(16.7) | 32548(16.3) | |
| | | 1달에 1번 | 3108(10.7) | 27502(13.8) | |
| | | 1달에 2~3번 | 4169(14.3) | 32433(16.3) | |
| | | 일주일에 1번 | 4128(14.2) | 27649(13.9) | |
| | | 1주일에 2~3번 이상 | 5237(18.0) | 32507(16.3) | |
| | | 1주일에 4번 이상 | 7623(26.1) | 46692(23.4) | |
| | | 1달에 1번 미만 | 7383(25.3) | 62120(31.2) | |
| | | 1달에 1번 | 1180(4.0) | 13013(6.5) | |
| | 이웃과 보거나 연락하는 정도 | 1달에 2~3번 | 1366(4.7) | 13835(6.9) | |
| | | 일주일에 1번 | 1755(6.0) | 15949(8.0) | |
| | | 1주일에 2~3번 이상 | 3498(12.0) | 26557(13.3) | |
| | | 1주일에 4번 이상 | 13762(47.2) | 66838(33.5) | |
| | | 1달에 1번 미만 | 8301(28.5) | 38941(19.5) | |
| | | 1달에 1번 | 2851(9.8) | 27851(14.0) | |
| | | 1달에 2~3번 | 2912(10.0) | 29012(14.6) | |
| | | 일주일에 1번 | 2594(8.9) | 22083(11.1) | |
| 친구와 보거나 연락하는 정도 | 1주일에 2~3번 이상 | 4354(14.9) | 33277(16.7) | | |
| | 1주일에 4번 이상 | 8079(27.7) | 48058(24.1) | | |
| | 예 | 8239(28.2) | 53976(27.1) | | |
| | 아니오 | 20927(71.7) | 145405(72.9) | | |
| | 사회 참여 | 사회활동에 정기적(월 1회 이상) 참여 여부(종교) | 예 | 12637(43.3) | 112412(56.4) |
| | | 아니오 | 16527(56.7) | 86968(43.6) | |
| | | 사회활동에 정기적(월 1회 이상) 참여여부(친목) | 예 | 12637(43.3) | 55000(27.6) |
| | 아니오 | 16527(56.7) | 144379(72.4) | | |
| 사회 참여 | 사회활동에 정기적(월 1회 이상) 참여여부(여가) | 예 | 12637(43.3) | 55000(27.6) | |
| | 아니오 | 16527(56.7) | 144379(72.4) | | |
| | 사회활동에 정기적(월 1회 이상) 참여여부(여가) | 예 | 12637(43.3) | 55000(27.6) | |
| 신체 적 건강 | 만성 질환 진단 여부 | 고혈압 | 예 | 11710(40.1) | 46766(23.5) |
| | | 아니오 | 17450(59.8) | 152592(76.5) | |
| | 당뇨 | 예 | 4290(14.7) | 18647(9.4) | |

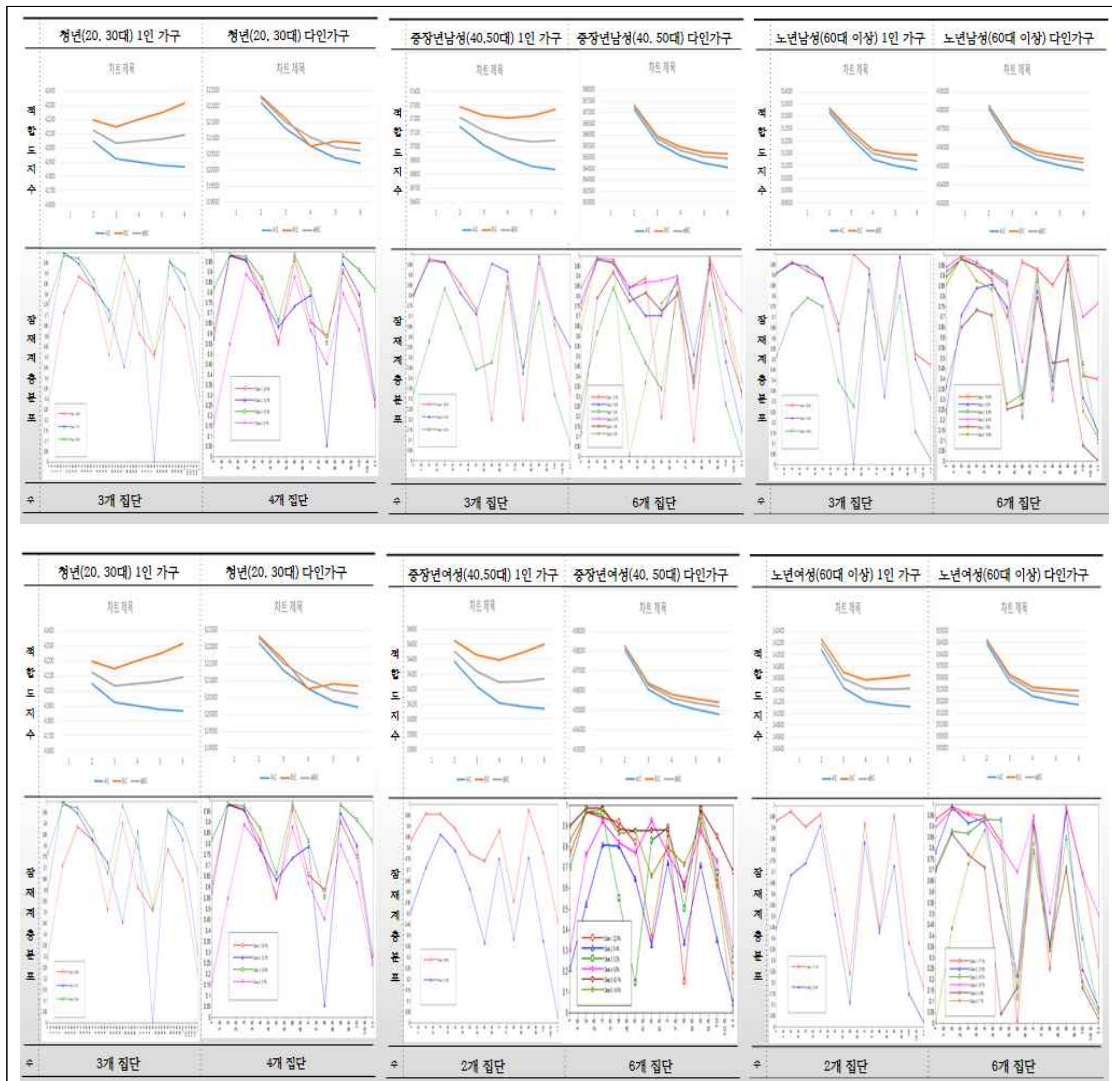
| | | | | |
|-------------------------|--|------------|-------------|--------------|
| | | 아니오 | 24871(85.3) | 180716(90.6) |
| | 관절염 | 예 | 8204(28.1) | 23986(12.0) |
| | | 아니오 | 20943(71.8) | 175366(88.0) |
| | 이상지질혈증 | 예 | 4951(17.0) | 26915(13.5) |
| | | 아니오 | 24088(82.6) | 172261(86.4) |
| 기타 질병 진단 여부 | 비염 및 알러지 | 예 | 2491(8.5) | 24517(12.3) |
| | | 아니오 | 26667(91.4) | 174854(87.7) |
| | 아토피 | 예 | 620(2.1) | 5026 (2.5) |
| | | 아니오 | 28538(97.8) | 194345(97.5) |
| | 천식 | 예 | 1307(4.5) | 5311(2.7) |
| | | 아니오 | 27855(95.5) | 194067(97.3) |
| 비만율 | 체질량지수(kg/m ²) | 평균 | 23.0408 | 23.2618 |
| | -현재 본인의 키 -현재 본인의 몸무게 | 표준편차 | 3.22 | 3.14294 |
| 침상 와병 | 최근 1달 동안 질병 이나 손상으로 거의 하루 종일 누워 보내 야 했던 적이 있습니 까? | 예 | 2803(9.6) | 11749(5.9) |
| | | 아니오 | 26357(90.4) | 187625(94.1) |
| 구강 건강 (저작 불편감) | 현재 치아나 틀니, 잇 몸 등 입안의 문제로 음식을 씹는 데 어려 움이나 불편함을 느 낍니까? | 매우 불편하다 | 3848(13.2) | 9753(4.9) |
| | | 불편하다 | 7865(27.0) | 34514(17.3) |
| | | 그저 그렇다 | 3817(13.1) | 26071(13.1) |
| | | 별로 불편하지 않다 | 5560(19.1) | 43543(21.8) |
| | | 전혀 불편하지 않다 | 8077(27.7) | 85503(42.9) |
| 양호한 주관적 건강 인식 | 평소에 본인의 건강 은 어떻다고 생각합 니까? | 매우 좋음 | 1180(4.0) | 12989(6.5) |
| | | 좋음 | 6323(21.7) | 64352(32.3) |
| | | 보통 | 10404(35.7) | 84562(42.4) |
| | | 나쁨 | 7812(26.8) | 29110(14.6) |
| | | 매우 나쁨 | 3447(11.8) | 8367(4.2) |

<표 20> 1인 가구와 다인가구 건강수준 비교분석(t-test)²⁴⁾

| 차원 | 변인 | Levene의 등분산 검정 | | 평균의 동일성에 대한 t-검정 | | | | |
|------------------|------------|-------------------|----------|------------------|--------|--------------|-------|-----------------|
| | | F | 유의 확률 | t | 자유도 | 유의확률 (양쪽) | 평균차 | 차이의 표준 오차 |
| 심리· 정신적 건강 | 주관적 스트레스 | 92.898 | .000 | 4.72 | 232814 | .000 | .013 | .003 |
| | 우울감 경험 여부 | 2040.610 | .000 | -22.29 | 232814 | .000 | -.040 | .002 |
| | 적정수면시간 여부 | 4693.619 | .000 | -35.58 | 232814 | .000 | -.054 | .002 |
| 사회적 건강 | 사회적 연결망 | 124.562 | .000 | 8.66 | 232714 | .000 | .039 | .0045 |
| | 사회적 참여 | 2358.064 | .000 | -31.30 | 232805 | .000 | -.091 | .0029 |
| | 만성질환 여부 | 276.875 | .000 | -62.69 | 232703 | .000 | -.221 | .0035 |
| 신체적 건강 | 기타질환 여부 | 690.972 | .000 | 13.07 | 232802 | .000 | .031 | .0024 |
| | 적정체중 여부 | 2959.130 | .000 | 23.66 | 229134 | .000 | .092 | .0039 |
| | 침상와병 경험 여부 | 1526.980 | .000 | -19.17 | 232814 | .000 | -.031 | .002 |
| | 저작불편 경험 여부 | 2353.355 | .000 | -60.26 | 232813 | .000 | -.182 | .003 |
| | 주관적 건강수준 | 9994.226 | .000 | -40.57 | 232814 | .000 | -.123 | .003 |

또한 다인 가구는 건강 수준과 분포 경향이 서로 다른 여러 개의 하위계층이 복잡하고 불분명하게 섞여 존재하고 평균 수준의 건강을 보이는 집단의 비율이 높은 반면, 1인 가구는 건강 수준 및 분포 경향에서 다인 가구에 비해 적은 수의 비슷한 특성을 보이는 하위계층(집단)으로 분류되는 것으로 나타났다. 즉, 건강 하위계층이 더욱 뚜렷하게 나타나 계층 간 편차는 크고 분명하게 구분되어 있으며, 상대적으로 서로 다른 분포를 보이는 하위계층 수는 적게 나타나는 등 양극화되어 있었다. 본 연구결과를 통해 1인 가구는 다인 가구보다 건강집단별 맞춤형 개입이 효과적인 인구집단임을 확인할 수 있었고, 1인 가구 내 건강취약계층 발굴과 특화된 서비스 개입 등의 노력이 필요할 것으로 보인다.

24) 모든 변수에 있어서 등분산이 가정됨



[그림 2] 1인 가구와 다인 가구의 건강잠재계층 분포 비교

다음으로 1인 가구의 건강 잠재계층의 분포 및 분류 경향에 대하여 살펴본 결과, 생애주기에 따른 연령대가 높아질수록 만성질환과 체중, 주관적 건강감 등의 건강영역에서 낮은 수준을 보이는 잠재적 건강 위험군의 비율이 높아지는 것을 확인할 수 있었으며, 연령의 증가에 따라 남녀 성별의 차이는 더 분명하게 나타났다. 남성은 전 연령층에 있어 만성질환과 체중위험집단이 하나의 주요 건강하위집단으로 분류되는 데 반해, 여성의 경우는 상대적 건강의 위험집단과 건강양호집단의 두 집단으로만 전체적인 분포가 나누어지고 있었다. 뿐만 아니라 노년 여성의 경우 다른 연령 및 성별 집단과 다른 분포 양상이 전개되었는데 특히 스트레스, 우울감, 수면시간 등 심리·정신적 문제에 있어 두드러진 차이가 나는 두 개의 집단으로 건강계층이 나누어졌다. 따라서 남성의 경우 만성질환과 대사증후군 예방 및 완화를 위한

운동 프로그램, 깨어진 영양균형을 회복하는 개입 프로그램이, 여성의 경우 노년에 증가하는 심리정서적 문제를 해결하기 위한 방문서비스, 지역 사회 내 정서적 유대를 강화하는 프로그램 등 심리정서지원 서비스가 필요할 것으로 보인다.



[그림 3] 생애주기에 따른 잠재계층분포(위: 남성/아래: 여성)

<표 21> 연령 및 성별 1인 가구 건강계층에 대한 변수별 영향

| 변수명 | 저연령 | 중장년 | | 노년 | |
|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | 남성 | 여성 | 남성 | 여성 |
| untreated illness | 1 | | (-) | (-) | (-) |
| | 2 | | | (-) | |
| medical_agency | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| medical_human resources | 1 | (-) | | | |
| | 2 | | | | |
| neighborhood_trust | 1 | (-) | (+) | | |
| | 2 | (-) | (+) | | (+) |
| health city | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| budget | 1 | (+) | | | |
| | 2 | | | | |
| volunteer | 1 | | (+) | | |
| | 2 | | | | |
| traffic | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| finedust | 1 | | | (-) | |
| | 2 | | (+) | | |
| income | 1 | | (+) | (+) | (+) |
| | 2 | | (+) | (+) | (+) |
| smoking | 1 | | (-) | (-) | (-) |
| | 2 | | (-) | (-) | (-) |
| drinking | 1 | | | (+) | (+) |
| | 2 | | | (+) | (+) |
| walking | 1 | | (+) | (+) | (+) |
| | 2 | (+) | (+) | (+) | (+) |
| nutrition | 1 | (-) | | (+) | |
| | 2 | | (+) | (+) | |
| employment | 1 | (+) | (+) | (+) | (+) |
| | 2 | | (+) | (+) | (+) |
| education | 1 | | | (+) | (+) |
| | 2 | (+) | | (+) | (+) |
| 상호 작용 income*untreatment | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| income*budget | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |

*기준 집단: 건강위험집단, 1: 건강양호집단, 2: 잠재적 건강위험집단 (중장년 여성 및 노년 여성은 건강계층이 2개 집단이며, 칸을 나누지 않았음. 따라서 해당 칸 속의 부호는 건강위험집단에 비해 건강양호집단이 될 가능성에 대한 영향력의 방향성을 의미함)

*괄호로 표시된 변수는 통계적으로 유의미한 영향을 보였음. 괄호 안의 부호는 방향성을 의미

마지막으로 1인 가구의 건강계층으로의 분화에 영향을 미치는 건강 관련 요인을 개인 수준과 지역 수준 요인을 모두 포함하여 검증한 결과, 개인 요인의 경우가 소득, 흡연, 음주, 정기적 걷기 실천, 저염식 식단 실천, 경제활동여부, 교육정도가 지역 요인의 경우 필요의료서비스 미치료율, 의료인력, 지역 내 이웃 간 신뢰정도, 총 예산 중 보건복지예산 비율, 자원봉사자율, 미세먼지 환경기준 초과횟수가 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 중에서도 개인 요인 중 흡연의 경우 전 집단에서 건강 수준이 상대적으로 더 낮은 집단에 속하게 하는데 유의한 영향을 미칠 뿐 아니라 그 영향력이 가장 높은 변인 중 하나였으며, 경제사회적 요인 중 경제활동여부 또한 높은 영향력과 전 연령 및 성별 집단에서 모두 유의한 영향력을 나타낸 변인이었다. 또한 지역요인으로 투입된 요인 중 대부분의 집단에서 유의미한 영향을 나타낸 요인은 정책적 요인 중 지역 내 필요의료서비스 미치료율이었다. 반면 사적 의료 인프라에 해당하는 천 명당 의료기관 수나 천 명당 의료인력 수는 대부분의 집단에서 대체로 유의하지 않았다. 또한 지역 내 신뢰수준의 경우 저연령에서보다는 중장년과 노년에서 지역 내 이웃 간 신뢰수준이 높을수록 건강이 양호한 집단에 속할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 이를 통해 1인 가구 건강행태와 사회경제적 요인 전반에 대한 개입의 필요성, 지역 내 의료공급의 양적 규모의 증대보다는 질적 향상에 대한 노력의 필요성과 지역보건의료 소프트웨어에 대한 체계화 필요, 지역 내 보건복지예산의 증대와 대기오염 감소를 위한 노력의 필요성 등이 제기되었다.

본 연구는 그 성장속도 및 사회적 중요성에 비해 상대적으로 구체적인 연구가 이루어지지 못했던 1인 가구 집단의 건강수준을 체계적이고 총체적으로 분석했다는 점에서 의의를 가지고 있다. 특히 1인 가구를 단일 집단으로 간주하고 다인 가구와 단순비교하거나 집단 내에서의 다양성에 대한 세부적인 분석을 간과했던 기존 연구와 달리 1인 가구의 건강수준을 다차원적 영역에 걸쳐 총체적으로 살펴보고 관련요인의 영향까지도 살펴보았다는 점에서 1인 가구의 건강연구에 다양한 시사점을 제공하고, 1인 가구에 대한 인식과 개입방향의 전환을 이끌어낼 수 있을 것으로 기대한다. 특히 지금까지는 상대적으로 부정적으로 인식되었던 1인 가구가 건강에 있어서 다인 가구에 비해 명확히 구분되는 하위집단으로 이루어져 있으며, 생애주기별 또한 성별로 일관된 분포 경향성을 보인다는 결과를 통해 1인 가구 건강의 다양성을 명확화하고, 1인 가구를 대상으로 한 맞춤형 보건복지 정책 및 프로그램의 필요성 등 개입 시사점을 제공할 수 있을 것이다. 1인 가구 중 건강 취약 집단을 규명하고, 건강 수준 및 양상에 따라 이에 맞는 개입방향에 대해 제시할 수 있었다. 현재 서울과 일부 1인 가구 밀집 지역을 대상으로 1인 가구 밀집 지역을 대상으로 1인 가구를 위한 정책 및 서비스 지원이 늘어나고 있으나 아직

까지는 독거노인이나 고시촌 등 열악 주거환경에 거주하는 청년에 대한 지원 등 기존 서비스에서 1인 가구 지원책으로 명칭만 변경하는 등 기존 프로그램의 연장선 수준에 그치고 있는 것이 사실이다. 본 연구를 통해 밝혀진 1인 가구 내에서의 다양성을 체계적으로 분석하여 개입의 효과성을 높일 수 있게 되기를 기대한다.

또한 건강에 대한 개인 및 지역사회 요인의 영향을 함께 밝힘으로써 기존 건강관련 연구들의 결과를 검증하고 유의한 요인을 중심으로 한 개입을 통해 효과성을 제고할 수 있을 것으로 보인다. 특히 과거 주요하게 여겨졌던 개인 수준의 요인뿐만 아니라 지역사회 차원에서 1인 가구의 건강 제고를 위해 노력해야 할 영역을 제시했다는 점에서 의미가 있다. 마지막으로 본 연구는 개인 수준의 조사데이터와 지역 수준의 행정데이터 간의 연계, 보건 분야의 자료와 사회과학 및 행정, 환경 등 다양한 분야의 자료를 연계하여 분석함으로써 다양한 분야의 연계를 통해 1인 가구라는 복합적 영역에 대한 연구에 보다 통합적으로 접근할 수 있었고, 기존에 많이 연구되지 않았던 인구집단에 대해 잠재계층분석을 통해 변인 중심이 아닌 행위중심의 접근함으로써 외형적으로 잘 드러나지 않는 1인 가구 집단의 다양성을 체계적으로 탐색할 수 있었다는 점에서 의미가 있을 것으로 보인다.

제2절 1인 가구 환경 관련 특성 및 요인에 관한 연구

본 연구는 1인 가구의 증가와 사회문화·경제적 특성에 따른 라이프 스타일이 환경과 어떠한 관련성을 맺는지 살펴보는 것을 목적으로 하였다. 이를 위해 먼저 1인 가구의 증가 현상과 더불어 전반적인 특성 및 관련 연구결과에 관한 전반적인 문헌연구를 진행하고 이를 바탕으로 1인 가구 건강 및 환경 관련 특성에 대하여 연구 범위 및 연구진행 방향을 설정하였다. 문헌검토 및 연구계획에 따른 연구의 진행방향은 크게 세 가지로 구성되었다. 먼저, 개인 수준으로 측정되는 친환경적 행동 및 태도를 분석하기 위해 자료를 검색하고 개인단위로 수집되어 공개되는 설문조사자료인 2017년 서울서베이 자료를 분석하여 1인 가구의 대략적 분포와 환경관련 태도 및 행동경향성을 파악하였다. 동시에 1인 가구와 다인 가구의 환경에 대한 태도 및 에너지사용 경향 전반의 차이에 대해 분석하고, 1인 가구 내에서의 편차 및 관련요인을 살펴보고자 하였다. 다음으로 서울시 내 거주하고 있는 20~30대 집단, 40~50대 집단, 60대 이상 집단의 각 연령대별 집단을 눈덩이 표집하여 진행한 포커스 그룹인터뷰를 통하여 쓰레기배출, 플라스틱 및 일회용품 사용, 에너지절약 태도 등 1인 가구의 환경관련 태도 및 실천을 추가적으로 심층 조사하였다. 마지막으로 추가 데이터 수집 및 분석을 통하여 연구의 분석결과를 보완하고자 서울시에 제공하는 환경관련 행정데이터를 추가 분석함으로써 1인 가구의 밀집비율 및 증가여부와 환경과의 관계를 간접적으로 유추하는 등 서울서베이데이터 및 심층 인터뷰 분석결과를 보완하고 추가적 의미를 도출하고자 하였다. 이를 위해 서울시에서 정책지표로 사용하는 환경 관련 행정데이터를 세부영역별로 조사 분류하였으며, 서울시 내 25개 자치구 단위로 추출, 구별 1인 가구의 특성에 따른 환경 관련 데이터의 분포경향과 편차 등에 관하여 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다. 먼저 서울서베이 데이터를 통해 1인가구의 다차원적 환경에 대한 태도 및 실천 경향을 다인가구와 비교하고 1인 가구 내에서의 태도 차이에 영향을 주는 요인을 분석하였다. 분석결과, 1인 가구 내에서의 건강수준에 있어서의 격차와 마찬가지로 자원, 에너지, 보건의 모든 환경영역에서 1인 가구의 편차는 다인 가구의 편차보다 큰 것으로 나타났다. 즉, 1인 가구가 환경 관련 태도 및 실천 정도에 있어서도 2인 이상의 다인 가구보다 더 다양한 집단들로 구성되어 있는 것으로 나타났다.

<표 22> 1인 가구와 다인 가구 환경관련 태도(영역별)

| 주 세 부 체 영 역 | 조사내용 | 평균 (표준편차) | | 평균 차이 검증 |
|----------------|--|-----------------|-----------------|----------------|
| | | 1인가구 | 다인가구 | |
| 자 원 | - 중고품 가게나 재활용센터에서 중고물품 구입 노력정도 | 2.76 (1.061) | 2.73 (1.034) | * |
| | - 재활용 원료나 재생소재로 만든 제품 구매 노력 | 3.02 (1.114) | 3.02 (1.085) | - |
| | - 현재 살고 있는 지역이 각 항목과 관련하여 얼마나 심각하다고 생각하는지 여부 | 2.22 (.864) | 2.15 (.855) | ** |
| | - 자원 순환 | 2.21 (.888) | 2.19 (.879) | - |
| | - 수자 원 관 리 | 2.16 (.882) | 2.09 (.849) | ** |
| | : 휴식공간 및 녹지부족 | 2.12 (.831) | 2.08 (.813) | ** |
| | : 수질오염 | 2.40 (.908) | 2.28 (.864) | ** |
| | : 쓰레기방치 등 | 3.04 (1.029) | 3.07 (1.008) | > |
| | - 전기, 물, 가스 등 에너지 사용 | 3.06 (.996) | 3.01 (.976) | ** |
| | - 화학물 질 - 친환경 용품 사 용 | 3.44 (.869) | 3.50 (.839) | ** |

*(.05수준에서 집단 간 차이가 통계적으로 유의)

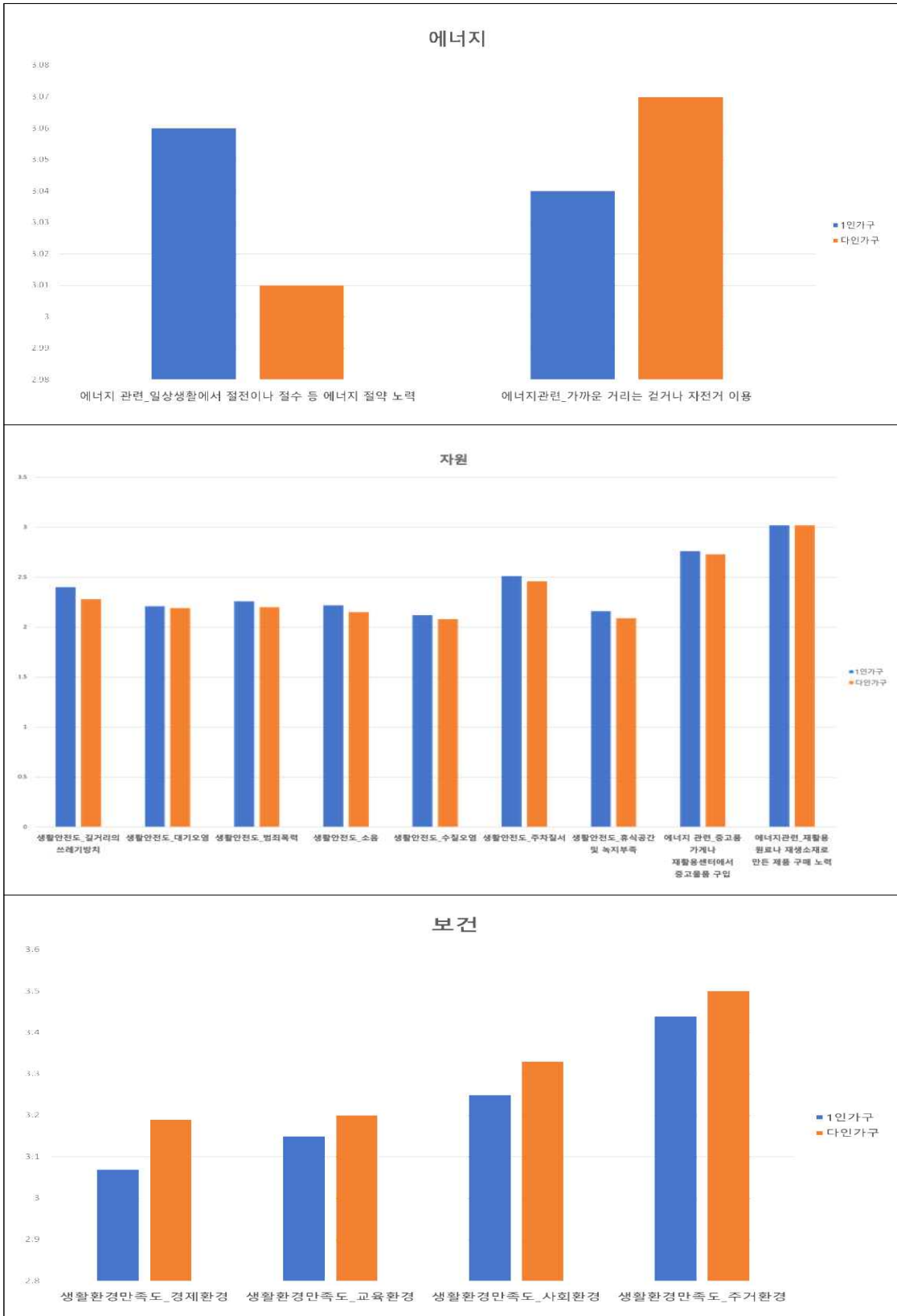
**(.01수준에서 집단 간 차이가 통계적으로 유의)

반면 환경의 세부 영역들에 따라 1인 가구와 다인 가구가 적극적인 영역이 다르게 나타났다. 구체적으로 자원분야에서는 1인 가구가 다인가구보다 중고물품 구입 노력에 더 적극적인 것으로 나타났다. 그러나 재활용 원료나 재생소재로 만든 물품을 구매하려는 노력에 있어서는 두 집단 간 차이가 유의미하게 나타나지 않았다. 에너지 절감 노력에 있어서는 세부분야별로 두 집단이 더욱 노력하는 분야가

달랐다. 즉, 일상생활에서 절전이나 절수 등의 에너지를 절약하려는 노력은 1인 가구가 다인가구보다 더 높았던 데 반해, 가까운 거리를 걸거나 자전거를 이용하고자 하는 등의 노력은 다인가구의 노력이 유의미하게 더 높았다. 현재 살고 있는 지역과 생활환경에 대한 문제의식, 만족도 등도 두 집단이 각각 달랐다. 1인 가구는 현재 살고 있는 지역의 소음, 휴식공간 및 녹지부족, 수질오염, 쓰레기방치 등에서 각각 다인가구보다 통계적으로 유의미하게 문제가 심각하다고 느끼고 있었다. 또한 1인 가구 집단 내에서 문제를 느끼는 정도의 차이도 다인가구 집단 내에서보다 크게 나타났다. 즉, 생활하고 있는 주거환경의 상하수도, 주택, 전기, 통신, 교통, 녹지 등에 대한 만족도도 다인가구보다 유의미하게 낮게 나타났다. 이 역시 1인 가구 내에서의 편차가 다인 가구 내에서의 편차보다 크게 나타났다.

다시 해석하면, 1인 가구는 전체적으로 다인 가구보다 주변의 환경에 대해 만족도가 낮고 문제가 심각하다고 느끼고 있었으며, 동시에 환경에 대한 만족도와 심각성 인지 등 평가에 있어서 집단 내에서의 차이 또한 개인마다 큰 것으로 나타났다. 이는 1인 가구가 심리적, 신체적, 사회적 건강 측면에 있어서 더 큰 집단 내 격차를 가지고 있음을 보여주는 본 연구의 연구결과를 포함하여 경제적, 문화적, 환경적, 신체건강 측면의 이질성에 대해 주장한 다른 선행 연구결과들과 맥락을 같이 하는 결과다.

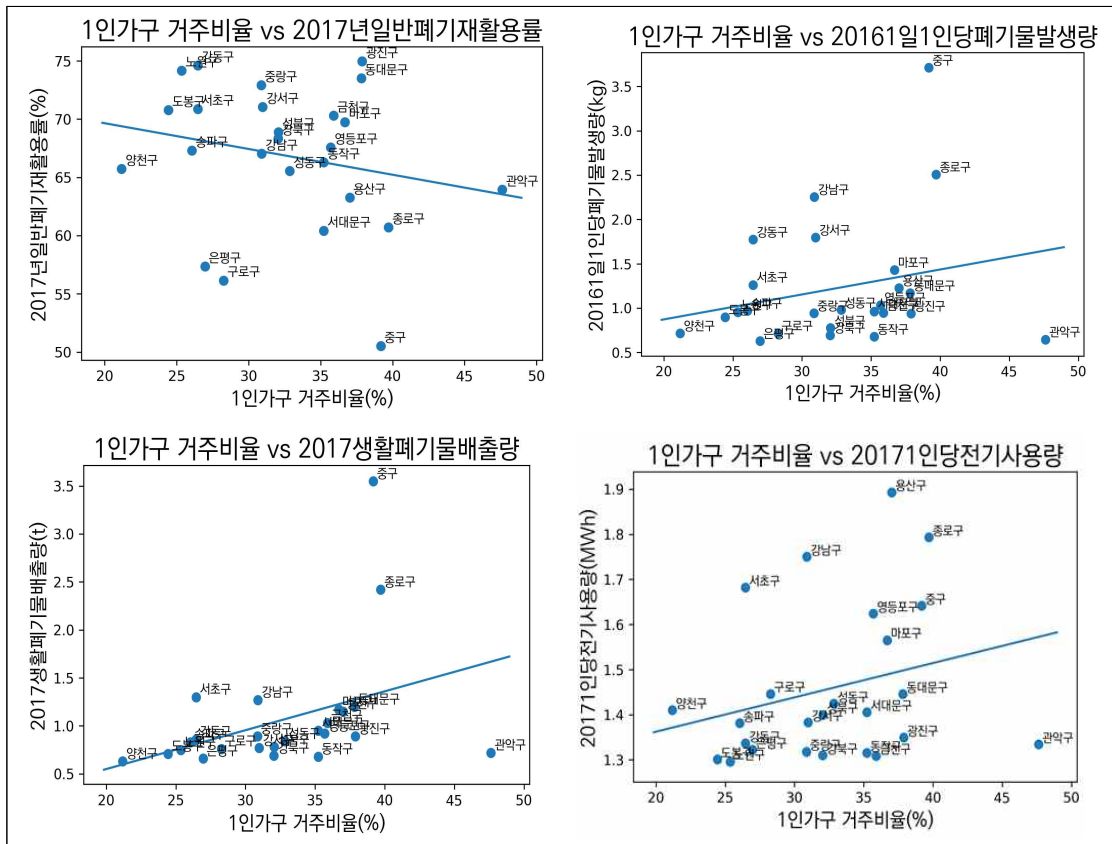
이번에는 1인 가구 내에서의 환경에 대한 태도 격차에 영향을 미치는 요인들에 관하여 분석한 결과 성별은 에너지관련 노력 중 걸거나 자전거를 이용하는 경우를 제외한 에너지절약, 중고물품 구입, 재활용 원료나 재생소재 제품 구입 노력의 모든 부분에서 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 유의미한 모든 영역에서 여성이 남성보다 유의하게 더 많은 노력을 기울인다고 응답하였다. 반면 문제의식과 만족도에 있어서는 남성 1인가구가 여성 1인가구에 비해 주변환경의 소음, 휴식공간 및 녹지부족, 수질오염, 범죄폭력, 길거리의 쓰레기방치, 주차질서 등 모든 환경에서 문제가 더 심각하다고 받아들이며, 주변의 사회환경에 대한 만족도 또한 낮은 것으로 나타났다. 1인 가구의 연령도 환경에 대한 태도에 유의한 영향을 미치는 요인이었다. 1인 가구를 20, 30대의 청년 1인 가구, 40, 50대의 중장년 1인 가구, 60대 이상의 노년 1인 가구로 나누어 환경의 다차원적 영역들과의 관계를 살펴본 결과, 생활환경에 대한 만족도는 연령대가 높아질수록 떨어지는 것으로 나타났다. 반면 연령이 높아질수록 가까운 거리를 걸거나 자전거를 타고 일상생활에서 절전이나 절수 등을 실천하는 등 에너지를 절약하려는 노력 정도는 높아졌다. 재활용 원료나 재생소재로 만든 물품을 구매하는 등 자원 순환을 위한 노력도 연령이 높아질수록 증가하였다. 살고 있는 지역의 환경에 대한 문제의식의 경우 청년과 중장년의 문제의식 정도는 비슷하였으나, 노년층의 문제의식이 공통적으로 낮게 나타났다.



[그림 4] 다차원적 환경의 하위영역에 대한 1인가구와 다인가구 차이

즉, 소음, 대기오염, 녹지부족, 수질오염, 범죄폭력, 쓰레기방치, 주차질서 전 영역에서 노년층의 경우 지역 환경문제가 심각하다고 인식하지 않는 것으로 나타났다.

다음으로 서울시 내 25개 하위 자치구의 1인 가구 관련 데이터와 환경 관련 데이터를 서로 연결(linking)하여 1인 가구의 성별 비율, 연령 비율, 성별 및 연령 비율(동시 연결), 각 주거유형 비율 등 1인 가구의 인구사회학적 특성과 환경 각 영역과의 관계를 간접적으로 살펴본 결과 각 자치구 1인 가구의 인구사회학적 특성과 관련 없이 공통적으로 1인 가구 비율이 늘어날수록 환경에 있어서는 부정적인 영향이 전체적인 경향성으로 포착되었다. 즉, 1인 가구 거주비율이 증가할수록 생활폐기물 배출량 및 발생량, 전기에너지사용량은 높아지고, 재활용률은 떨어지는 등 환경에 부정적인 관련성이 일관적으로 나타나고 있었다. 이는 1인 가구가 일부 영역에서는 다인 가구보다 친환경 생활을 위한 노력을 한다고 응답한 주관적 응답을 기초로 한 서울서베이 데이터 분석결과와는 일부 차이가 있는 결과로 추후 추가적인 분석이 필요하다. 동시에 1인 가구의 경우 환경관련 생활실천 및 태도에 있어 다인 가구에 비해 집단 내 격차가 큰 이질적 집단인 것으로 본 연구의 분석결과 나타난 만큼 어떠한 요인이 행동 및 태도의 이질성에 영향을 미쳤는지에 대한 추가적 연구가 필요할 것으로 보인다. 행정데이터 분석결과 중 주목할 또 다른 경향성은 1인 가구 거주형태에 따른 환경 관련 경향성 결과로 연립주택 형태의 비율이 높을수록 재활용률은 낮고, 폐기물 배출량은 많은 것으로 나타났다. 또한 연립주택 거주비율과 주택 이외의 거처의 거주비율이 높은 구일수록, 해당 구의 1인당 전기사용량은 높은 경향을 나타냈다.



[그림 5] 서울시 25개 자치구의 1인 가구 비율과 환경과의 관계

또한 행정데이터 분석결과, 1인 가구 특성과 환경간의 관계에 대한 다른 구들의 전체적인 경향성을 벗어나는 특정 경향을 보이는 자치구들이 나타났는데, 즉 요인들간의 관계마다 공통적으로 나타나는 분포를 벗어나 독특한 분포를 보이는 자치구들이 발견되었다. 대표적으로 이러한 경향성을 따라가지 않는 사례들은 두 가지 측면으로 나타났다. 먼저 1인 가구 거주비율이 높을수록 해당 구의 환경 지표들은 나빠지는 것으로 나타났는데 1인 가구 거주비율에 비해서 환경지표들이 평균보다 월등히 긍정적으로 나타나는 자치구들이 관찰되었다. 이러한 자치구로는 관악구와 광진구, 영등포구가 있다. 반대로 1인 가구 거주비율에 비해 환경지표가 다른 구들의 환경지표 평균보다 훨씬 부정적으로 나타나는 자치구들도 나타났는데 대표적으로 중구와 종로구가 있다. 이러한 사례들의 원인으로서는 관악구의 경우 월등히 높은 1인 가구 비율에 따라 자치구에서 1인 가구 관련 맞춤형 정책과 프로그램이 많은 점을 유추해 볼 수 있다. 중구와 종로구의 경우는 상업시설이 밀집되어 있고, 거주용도 건물비율이 낮은 점 등으로 인해 환경 관련 쓰레기 배출이나 폐기물 발생 등의 양상이 다르게 나타난 것으로 추측된다. 이에 대한 각 자치구 사례별 원인을 1인 가구 및 지역 특성에 근거하여 분석하고 적합한 맞춤형 대안을 마련할 필요가

있을 것으로 보인다.



[그림 6] 1인 가구 비율과 환경과의 관계에서 특정한 분포를 보이는 자치구

<표 23> 1인 가구 비율과 환경과의 관계에서 특정한 분포를 보이는 자치구

| 자치구명 | 특성 |
|------|---|
| 관악구 | 관악구: 1인 가구 비율에 근거하여 볼 때 재활용률은 떨어지나 폐기물 발생량이나 배출량은 상대적으로 적고, 에너지사용절약도도 높은 구 |
| 광진구 | 광진구: 재활용률, 폐기물 발생량과 배출량, 에너지사용절약도 모두 1인 가구 비율에 따른 영향에 비해 우수한 구 |
| 중구 | 중구: 재활용률, 폐기물 발생량과 배출량, 에너지사용절약도 모두 1인 가구 비율에 따른 영향에 기반해 서울시 평균보다 월등히 낮은 수준을 보이는 구 |
| 종로구 | 종로구: 재활용률, 폐기물 발생량과 배출량, 에너지사용절약도 모두 1인 가구 비율에 따른 영향에 기반해 서울시 평균보다 월등히 낮은 수준을 보이는 구 |

이러한 양적 분석결과를 보완하기 위해 서울시에 거주하는 남녀 1인 가구를 대상으로 1인 가구의 생활방식과 소비패턴에 대해 심층조사하고 1인 가구의 라이프스타일과 가치관과 에너지사용과의 관계 등 환경 전반에 미치는 영향에 대하여 살펴보는 FGI를 실시하였다. 먼저 서울시에 거주하는 20, 30대 1인 가구 심층인터뷰를 실시하였다. 성별과 연령대, 거주지역 및 1인 가구 기간, 거주 형태는 다양하도록 포함되도록 표집하였다. 주요 인터뷰 영역과 영역별 세부내용, 인터뷰 대상자의 분포는 다음과 같았다.

<표 24> 인터뷰 대상자 분포특성 ((예) 1차 FGD)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 연령 | 20대 | 20대 | 30대 | 30대 | 40대 | 40대 | 40대 |
| 성별 | 여 | 여 | 여 | 여 | 여 | 남 | 남 |
| 거주 지역 | 서울 | 서울 | 서울 | 서울 | 서울 | 서울 | 서울 |
| 1인 가구 기간 | 2년 | 10년 | 12년 | 5년 | 7년 | 15년 | 16년 |
| 거주 형태 | 원룸 | 원룸 | 빌라 | 원룸 | 빌라 | 빌라 | 아파트 |

<표 25> 인터뷰 주제 및 세부내용

| 주제 | 세부내용 |
|----------------|--|
| 일회용품 사용 | 플라스틱 사용량, 소포장-일회용품 사용량 |
| 에너지 절약 및 사용패턴 | 에너지절약 여부(전기, 물, 가스 등), 사용패턴 |
| 물품 구매 시 태도 | 친환경 물품·기업 확인(사용)여부, 생활화학 제품관련 정보 취득 여부, |
| 다인 가구 생활과의 차이점 | 1인 가구로 가구형태가 달라지면서 바뀐 점(에너지 사용량, 사용패턴 등) |
| 쓰레기 배출 | 음식물 쓰레기 총량 및 배출방식, 분리수거 여부, 재사용 여부, 배출량 줄이기 위한 노력 여부 등 |
| 환경에 대한 관심 | 환경관련 후원여부, 정책 지지도, 환경 관련 단체 및 기관에 대한 관심·신뢰, 정책제안여부 등 |

질적 인터뷰 연구결과를 요약하여 제시하면 다음과 같다.

첫째, 1인 가구의 라이프스타일은 상당한 다양성을 가지고 있었다. 혼자 살게 되면서 친환경적 태도로 변하는 경우와 반대의 경우가 다양하게 공존하였다. 혼자살면서 에너지소비량이 많아지고 환경에 부정적인 라이프스타일을 갖는 경우도 있었으나 반대의 경우도 나타났다. 특히 혼자살면서 적극적인 친환경적 생활방식 선택하여 실천이 가능해지면서 보다 적극적이고 공격적인 친환경 실천을 하는 경우

도 눈에 띄었다. 구매활동에 있어서도 친환경적 구매를 주체적으로 실천하는 1인 가구 증가하였다.

-1인가구가 늘어나면서 비효율적인 것이 살림살이들이 다 늘어나는 것 같다. 4인가구에 1개 필요한 것이 1인가구에서도 하나씩 다필요하니깐요. 최근에 제주변에 에어프라이기를 다 샀거든요. 그거 모 얼마나 해먹겠어요. 만약에 가까이서 살고, 이것을 충분히 함께 쓸수있다면 안사도 되지 않을까 그런 생각도 하고

- 결과적으로 같이 살면 많이 쓰게 되는 것 같아요. 부모님이랑 같이 살면서는 제가 쓰레기를 줄이기 위해서 딱히 역할을 잘 못하는 것 같아요.

-저는 예전에 가정이 있을때나 고시원이나, 쉼터나 많이 아껴요. 쓸거는 쓰지만 안쓸거 낭비되는거를 잘 꺼요.

-난 반대예요. 여기있으니깐 규칙을 지키는데, 나는 그냥 편한대로 해요. 혼자있으면 그냥 쳐봐요. 여긴 단체생활이니깐 따르는데, 비용은 나가더라도, 스트레스 안받죠 그래도 별차이 없어요.

-사람이 혼자살면 강요하는 것 같기도 하지만, 어떤 면에서는 참 개개인에게 넓은 폭을 주는 것같기도 하구요. 신기한 것 같아요.

-엄마가 사시는건 어쩔수없지만, 저는 제가 선택할 수 있으니 수월해졌다. 그리고 올해 3월에 사회적 기업에 취업을 해서, 아무래도 주변에 환경에 관심이 많은 분들이 많다보니 이런 것들이 있다더라 듣고, 실천할 수 있는 변화가 좀 생긴 것 같다.

-택배 말씀하시니깐 드릴 말씀이 있는데, 마트도 집가까운데 노브랜드, 이마트 같은데가서 잘 안가고 거의 주문해 먹다보니, 소포장 같은게 거의 없어요. 채소도 한박스에 넣어온다던지한다. 사과도 저는 딸이 그런거 먹거든요. 그럼 그안에 굴러다니면서 온다. 가끔 비닐망 주시면, 구매후기에 이런거 주시지 말라고 써놓는다. 포장 없으면 반갑고, 바람직하다고 느낀다. 그런게 효과가 있더라구요. 눈에 보이니깐요. 택배는 포장해주는사람한테 직접 메시지가 가는거다보니 효과가 있다. 거기다가 환경얘기를 쓰지않고, 쓰레기 버리기 귀찮다는 얘기를 써놓는다. 그리고 요즘에는 환경 생각하는 사람들이 많으니 그런 취지로 써놓으면 답변도 긍정적으로 온다.

둘째, 1인 가구는 다인 가구보다 취사와 소비가 주로 편의성에 따라 이루어지는 정도가 크며 이는 환경에 대한 간접적 영향으로 이어지는 것으로 나타났다. 식사를 하기 위해 사는 음식(식재료)들은 거의 소포장되어 있는 것을 사거나 일회용으로 포장되는 음식으로 설거지를 하지 않아도 되는 것 선호하는 것으로 나타났다.

또한 햇반, 편의점 식품 등 간편하게 식사를 하고 치울 수 있는 전자렌지용 식품을 주로 구매하는 것으로 나타났다. 경우의 차이는 있으나 요리를 거의 하지 않는 경우가 많았으며 음식물 쓰레기도 최소화하는 것을 선호하는 것으로 나타났다. 이러한 선호도는 식품의 종류, 형태, 분량 등에 전반적으로 영향을 미쳤다.

-예전에 살 때는 안 시켜 먹었어요. 원래 시켜먹는거 안 좋아했는데 제가 혼자 나오면서 원래 직접 해먹는 걸 좋아했다가 이게 시간이 지나니까 뭐 약속 있고 뭐 있고 하거나 늦게 들어오거나 하면은... 그래서 저는 그냥 음식물 신경 안 쓰고 그냥 시켜먹고 많이 남잖아요... 이것도 시키면 배달을 위해서 얼마 이상 사야 하고 하니까... (그래서 남는걸 버리다 보니까) 사실 음식물 쓰레기나 일회용품 쓰레기가 엄청 많이 나오죠. 한번 먹고 나면.

- 소포장된 음식물들은 따로 그릇에 담아서 먹지 않아도 되고, 딱 일회용으로 먹고 나면 음식물 쓰레기가 안 남는 그런 거, 과일도 음식물 쓰레기 많이 나오는 이런 건 아예 안 사는 편이에요. 예를 들어 수박 같은 거는 절대 사지 않아요. 바나나도 껍질 나오니까 안 사고.

- 음식물 쓰레기 같은거가 너무 많아지기 때문에 딱 1인용으로 되어 있는 것만 사게 되어 있다고. 근데 이게 어찌면 다 그런 것들이 플라스틱 같은 일회용으로 되어 있기 때문에 그걸 또 구매하게 되더라고 왜냐하면 사면 또 남아버리고 안먹게 되어버리고 나머지는 음식물 쓰레기로 버리게 되고 하다 보니까... 예를 들어 함박 스테이크같은 전자레인지에 한번에 돌려서 그냥 바로 먹을 수 있는거 이런 식의 구매 패턴이 조금씩 바뀌는 것 같아요.

-전자레인지용 음식... 굉장히 많이 사게 돼요. 거의 나는 전자레인지만 쓰는 듯. 나머지는 맞아 전자레인지용 음식 많이 사지.

- 내가 예전에는 집에서 (다른 가족들과) 살 때는 안 이랬거든~

- 맞아. 집에서 (다른 가족들과) 살 때는 안 이랬어.

- 그리고 나. 햇반 이런거 되게 싫어했어. 건강식 이런거 좋아했는데 점점 편의점이 좋아지고...너무 귀찮더라고.

- 그래서 나는 단품 종류 하나로 다 뽑아. 한 끼로 해결할 수 있는 종류 위주로. 껍질 많이 안나오는 걸로. 계란 같은 것도...

- ...냄비에 따로 담아서 설거지를 안해도 되는 걸 선호해요. 전자레인지에 딱 넣어서 꺼내서 바로 먹고 버릴 수 있는 것으로.

- (사실) 포장을 해오는 용기가 플라스틱인지, 스티로폼인지, 아니면 랩인지 그런거는 중요하지 않아요.

이러한 경향은 다인가구로 생활했을 때보다 월등히 강하게 나타나는 것으로 드러났다.

- 네 저는 어머니 아버지랑 같이 살때는 어머니가 다해주셔서 저는 하는게 없었고, 편했죠. 그러다 어머니가 돌아가시고부터 힘들어지더라, 제가 해먹어야되는데 안하게되더라, 아버지 돌아가시고 나서는 하루에 한끼 라면, 대부분 밖에서 사먹고, 밥을 해놓고도 버리는 경우가 많았다. 밥을 거의 안먹었다.
- 저는 가정에 있었을때는 3끼 잘 먹었는데, 나와서 혼자 살다보니깐, 일을 가면은 일하는데서 점심을 줘요. 그런데 아침 저녁은 안먹게 되죠.
- 체중도 많이 빠지시겠네요?
- 네 많이 빠졌죠.

- 혼자는 해서 먹으면 돈이 더들어간다. 버리는게 많고, 주로 사먹는게 더 낮게 되더라. 3명 정도면 해먹는게 나운데, 혼자한테는 해먹는게 별로다.
- 보통사드실 때 뭘드세요?
- 편의점 음식도 먹고 식당가서 먹고 그래요
- 배달 음식은 잘 안드세요?
- 통닭을 시켜도 남고.

이는 개인적인 편의성 때문이기도 했지만 우리 사회 내에서의 전통적인 시장(마트) 특성에 의한 이유도 있는 것으로 나타났다.

- 저는 기본적으로 1인가구랑 마트랑 안맞는게, 마트에서는 장을 이만큼 봐서, 주차장가서 차로 딱 실어갈 수 있는 시스템이지않는가 좀 안맞다. 저는 마트보다 생협이 가깝기도하고, 근데 포장자체는 생협이 포장이 더 친환경적으로 잘하고 있다고 생각은 안한다. 외국에도 가보면 딸기를 산다고 했을 때, COOP같은데나 오가닉 체인점도 가보면 반경 몇 마일 안에 채소만 팝니다. 그런데 내용물을 손상시키기 위해 노력은 했지만, 플라스틱이나 스티로폼으로 해놓은 데가 많다. 생협도 블루베리도 주먹만큼 들어있는데, 그런것도 전부 소포장을 해서 팔거든요. 근데 한국에서 살면서 먹고살려면 내가 다 키워서 먹는 그런삶이 아닌이상 어떤 루트를 통해서라도 어느 정도 포장재 쓰레기가 나오는 것 같다.

셋째, 1인 가구로 생활한 기간이 1인 가구와 환경과의 관계에 있어서 중요한 또 하나의 고려 요인이 될 수 있는 것으로 나타났다. 연령대 및 1인 가구 거주 기간에 따른 생활패턴의 차이가 분명하게 나타났다. 즉, 같은 1인 가구 개인이나 집단 내에서도 환경에 대한 태도나 친환경적 실천 정도는 가변적인 것으로 나타났다. 구체적으로 1인 가구로 생활한 기간이 오래될수록 대체로 환경에 대한 관심과 노력

정도가 증가하는 것으로 나타났다. 또한 여성일수록, 연령이 높을수록 대체로 환경에 대한 관심과 노력 정도가 증가하는 것으로 나타났다. 20대 1인 가구는 주로 편의점 음식으로 식사를 때우는 등 편의점 음식 선호경향이 강한 반면 30, 40대의 경우 한 끼를 먹어도 좋은 음식을 먹겠다는 태도를 가지고 있었다. 이는 특히 혼자 살면서 병이 나거나 아팠던 경험을 한 이후에 더 강해지는 경향이 나타났다. 같은 이유로 1인 가구로 산지 오래될수록 건강의 악화, 범죄에의 노출 등을 막기 위해 생활패턴이 달라지는 것으로 나타났다.

- 요즘에 그런 것도 많아요. 배달할 때 범죄에 노출될까봐 이런 것 때문에 꺼리는...
 - 맞아요. 무서워가지고 (배달음식은) 안 시켜 먹어요. 나는 그게 제일 커요 사실.

 - 1인 가구가 몸을 더 챙겨요. 건강을 더 챙깁니다(웃음)
 - 왜냐면 아프면 안되니까. 왜냐면 혼자밖에 없기 때문에
 - 아파보면 이제 서러운걸 아니까... ㅎㅎㅎ더이상 아프기가 싫은거지.
 - 그런 것 같아요. 어짜피 혼자 사먹는건데 조금 더 돈 주고 좋은거 사먹자.
- 나머지: 맞아요 맞아.
- 그러니까 내가 굶이... 만약 내가 네 명 분을 사야되면 비싼 것 사기가 부담이 될텐데 내거 혼자 사고 혼자 먹는 거면 몇 천원 더 주더라도 좋은 거 사서 먹자... 굶이.. 맛도 없고... 그렇게 먹고 나면 입도 약간... 텅텅한 것 같고...왜 그런 걸 사먹나 하는 마음?

 - 젊을땐 사먹는데 나이가 들면서 점점 해먹는 방향으로 되더라구요. 돈도 많이 들기도 하고. 나이먹으니깐 재료사다가 해먹고 싶은 것 해서 먹게되더라구요.

 - 저같은경우는 그렇지 않은게 소포장된 것을 20대때는 별생각없이 사서 먹었는데, 많이 사면은 더 싸게 살 수 있고, 싱싱한 것을 먹을 수있다는 생각이 들었고, 집에도 보관시스템이 생기면서 어떻게 보관해야하는지 찾아보고 하면서, 자취하면서도 돌아다니면서 내 방의 구조가 어느정도가 정해지고, 보관 어떻게해야하는지 나만의 레시피등이 생기니 노하우가 생겼어요. 별크로 구매하던지, 부모님한테 받으면 많이씩 주시잖아요, 그러다보니 요리도 나만의 체계가 생기고, 그러다보니 이제 소포장 된걸 살필요가 없게 되더라. 음식쓰레기는 껍질같은거 좀 나오지만, 음식쓰레기도 2짜리 채우기도 힘들구요. 음식도 재활용하는게 마당에다 버리고 하기도 했지만요. 커피찌꺼기도 사용하구요. 어떻게든 사용하긴 하더라구요.

 - 저는 결정적이었던게, 냉장고가 컸는데 냉장고가 작으데로 이사를 갔어요. 많이 사둘 수가 없었어요. 냉동실도 없는걸 쓰다보니, 일주일에 먹을수있는양이 있는데, 자주사게되고, 배달해주는걸로 사게되고, 소포장문제보다는, 맛있는 것을 찾다보니 그거에 더 주력하게되더라, 그런데 시간이 나면서 나한테 잘먹이고, 잘 입히자 이렇게 생각하게 되더라.

그러면서 타협하게 되더라고요. 물같은 것도 날이 좀따뜻해지면 수돗물 끓여서 먹고했는데, 물수질이 의심이 되는 집에 이사를 가면서, 생수를 먹게 되고 그렇더라. 다른 소비패턴은 신경을 덜쓰는데 먹을것에 있어서는 제가 좀 주력하는것같아요.

넷째, 1인 가구의 환경관련 태도나 행동은 주거형태나 주변 환경에 의해 결정되는 경우가 많았다. 주변 환경이란 1인 가구가 살고 있는 지역의 분리수거 정책 등과 같은 행정적 제도부터 1인 가구가 일상적으로 소통하는 가족, 친구, 직장동료 등 사회적 연결망까지 다양한 영역을 포함한다. 이 중 1인 가구가 살고 있는 지자체의 분리수거를 포함한 환경 관련 정책은 매우 중요한 영향을 주고 있었다. 일부 카페에 갈 때 꼭 텀블러를 챙기거나, 마트에 갈 때 장바구니를 챙기는 등 개인적 실천을 하는 경우도 있지만, 대부분은 구매를 하는 곳의 정책을 따르고 있었다. 그러나 배달사이트에서 일회용품 가져오지 말라는 박스를 체크하거나 일회용품 대신 아이스팩에 물품을 넣어주는 경우는 그 제도를 사용하고, 커피숍에서 포인트를 받기 위해 텀블러를 사용하는 등 제도적인 것이 마련되어 있으면 친환경적 선택하는 경우가 많았다. 분리수거는 1인 가구의 의사보다 주거형태나 환경에 의해 영향을 받는 것으로 나타났다. 예를 들어, 빌라나 원룸은 정확히 분리수거 안 하나, 아파트는 철저주거형태에 따라 달라지는 등 차이가 발생했다. 이러한 지자체별 다른 분리수거정책은 일부 1인 가구의 친환경적 노력을 좌절시키고 막는 부정적 영향도 미치는 것으로 나타났다. 처음에는 의식적 분리수거 노력을 하다가 지자체 방침의 변화와 기준의 모호함 때문에 노력 정도가 떨어지게 되는 것이다. 응답자들은 1인 가구의 주거공간은 기본적으로 비좁은 편이어서 재활용쓰레기가 너무 많아지는 것이 번거로워 최소화하고 싶으나 나 현실적으로 안되는 경우도 발생한다고 응답하였다.

- 저는 여기보면 두형태잖아요. 아파트는 시스템을 가지고 있고, 주택쪽은 과주시에서 외주를 동마다 외주를 준다. 우리집 앞에오는거는 수거만 해요. 우리가 분리수거를 해도, 한차에 다 가져간다. 쓰레기가 터지는것도 봤다. 그 이후로는 우리도 분리수거를 열심히 안하게 되더라, 그게 깨끗하게 버려봤자다 그런게 생겨가지고, 예전엔 열심히 했었는데 바뀌었고,

- 쓰레기 대란이후로, 분리수거 열심히 해봤자 필요도 없다해서 역효과가 났다고 생각한다. 저희 어머니도 깨끗하게 분리수거를 하셨었는데, 어르신 세대로 분리수거 열심히 해봤자 필요없다는 이야기 도는 것 같다. 그래서 어머니도 예전처럼 열심히 안하신다.

- 저는 좀 덜하기는 한데, 배달음식 시켜먹는 사람이 많은데, 저도 시키면 젓가락 쌓이거든요. 그걸 어떻게 해야하나. 브랜드가 써있으니 어디 주기도 그렇고,

- 저도 낮은 빌라 많은 동네데, 저도 분리수거를 열심히 하다가, 제 친구가 전화해봤는데, 양천구는 분리수거를 한봉지에 다 넣어도 된다고 그랬대요. 캔이랑 플라스틱같은거

같이 해도 된다고 했다더라구요. 그래서 저도 그렇구나하고, 나 같이 두고갔다. 어차피 한차가 지나가니 한꺼번에 넣어서 버린다. 그래도 저는 비닐같은 거는 최대한 분리하려고한다. 혼자살면서 비닐이 진짜 많이 나오더라,

- 개인 단독주택에는 망이 있어요, 분리는 안하고 다 넣는 거죠. 쓰레기만 종량제, 음식물은 음식물쓰레기 따로해서 버리는 경우가 대부분이다.
- 제가 살던 독산동 빌라는 마대자루에 플라스틱, 종이, 병류 등 해서 할머니들이 분류를 하더라구요. 그래서 할머니들이 박스 가져갈건 가져가고 하더라구요. 저녁에는 차가 와서 몇바퀴를 돌면서 가져가더라구요
- 저같은 경우는 고시원에 살 때 시스템이 잘되어있어요. 음식물은 음식물쓰레기봉투에 집어넣고, 비닐은 비닐대로 분류하고, 그렇게 딱 분리수거가 잘 되는 것 같아요.
- 고시원은 주인이 그렇게 해봐요.
- 여인숙에 살아봤는데, 분류안하고 그냥 전봇대 옆에 다 버려요 분류없이, 그래도 다음 날되면 청소하는사람들이 다 가져가더라구요.
- 어떤 분들은 몰래 밤에 새벽에 쓰레기 버리고 간다고하더라구요 도로변같은데 쇼파, 티비, 그런걸 버리는 사람도 있더라구요. 재활용비 안내려고
- 청소용역업체에 있다보면 민원이 들어와요. 그런거 다 버려놓는거예요
- 제가 살던동네에세는 분리수거 안하면, 지자체에서 나와서 봉지를 다뜯어요. 영수증등을 추적해버려요. 개인 추적을 해요. 우편물 주소 추적 등으로도 해요. 독산동을 그렇게해요.
- 쓰레기가 분리가 안되어 버리는 경우, 그냥 놔두고 가는 경우도 있더라구요. 몇일 지나면 가져가는데, 일부로 가져가지 않는경우도 있어요.
- 저는 반대의견인데, 작은 가게를 냈었는데 보통 손님들 접대하고 한다고 배달음식을 좀 시켰었는데, 족발 같은거나 음식시키면, 그냥 다 갖다 봉투에 넣어버렸어요. 저녁 6시부터, 새벽 3시까지 영업했는데, 빨간봉투에다가 재활용하나도 안해요. 나만이 아니라 동종업종 가게들 다 그렇게 다합쳐서 내봐요. 그래도 다 가져가더라구요.
- 근데 재활용은 무료로 버리는데, 종량제봉투는 사야되니깐 아낀다는 의미에서 어르신들은 재활용하는 것도 있는 것 같아요. 절약이 되니깐요
- 새벽에 일나가면 혼자사람들 일용직나가는 사람들있잖아요 버스정류장 쓰레기통에 많이 버리더라구요. 도로변은 치워야되니 도로변에 쓰레기 집에 있던거 분리안하고, 잡동사니를 거기다 갖다버리기도한다.

사회적 연결망의 영향에 따른 환경관련 태도의 변화도 눈에 띄었다. 특히 1인 가구의 적극적 sns활동은 친환경적 생활태도를 높이는 효과가 있는 것으로 나타났다.

- 저는 혼자산지 한 7~8년 정도 됐는데, 환경에 관심이 생기기전에는 배달음식도 많이 시켜먹고 했다. 그런데 1년 전부터 환경문제가 심각한 것에 대해 관심을 갖게 되면서,

할수있는 것은 노력중이다. 생수도 아리수를 먹던지, 간식도 마트에 가면 소포장된게 많아서, (농부?)한테 택배로 과일 채소들을 한박스단위로 구입을 한다던지 그렇게 산다. 간식도 과장 비닐나오는 것 안먹으려고하고, 과일도 비닐안나오는걸로 먹고, 배달음식도 끊었고, 그러니깐 쓰레기가 잘 안쌓이더라.

- 제가 구매했던 곳은 주로 옥수수, 단호박 등을 사는데 있었는데 그런것들은 박스포장으로 해주시고, 가끔 공심채같은거는 비닐에 싸주시기도 하는데, 다음에 재주문할 때 요청사항에 비닐빼주세요 쓰면 반영해서 배달해준다.

- 저는 일단 사회적기업에 입사를 하면서, 워낙 쓰레기같은 이슈에 대한 뉴레터를 많이 접하고, 구독하고 하다보니, 관련 프로젝트도 동료와 같이 했었고, 관심이 갖게 되었어요.

- 저는 집에서 부모님이나 동생이나 쓰레기에 민감한 편이에요. 그들은 저 때문에 영향을 받았다고 하더라고요. 저 때문에 버려지고 낭비되고 하는것에 예민하게 된거 같더라고요. 제가 낭비하는 것에 민감해서 휴지쓰는 것에 있어서도 그렇게 낭비하지 말라고 많이 얘기를 해줬고, 그러면서 가족들도 쓰레기 줄이기에 많이 동참하게 되었다고요. 지금도 항상 시장갈때도 비닐같은 거 챙겨서 가져가고, 그런 모습이 주변사람들에게도 영향을 주었고, 친구들도 자연스럽게 그런데 관심이 많은 친구들을 만나게 되었어요. 빼빼같은 것도 더 아끼고 살수없을까, 더 쓰레기를 안버릴 수는 없을까 그런것들을 늘 생각하기 하다가 자연스럽게 하게된 것 같아요.

- 영향을 제일 많이 주는 사람이 바로 같이 사람인데, 부모님집에서는 엄마이고, 작업실에서는 같이 있는 사람들인데, 저는 같이 작업실있던 사람들이 다 남자들인데 공학적으로 생각을 해요. 그사람들은 비누, 세제, 소재도 천연이라고 다 좋은 것은 아니다. 세균이나 이런데는 더 취약하고, 계면활성제가 조금은 들어가서 나오는게 다 이유가 있다고 이야기해요. 약간의 과학적인 마인드가 있다고 해야할까,

...그런 가치관들이 너무 달라서, 결국 쓰는 물건이 아예 달라지는게 되는 거죠. 같이 사는 사람들이 환경쪽에 관심이 있는 사람들일 때 더 영향을 주는 것 같아요. 그래서 행동 하나 하나에 더 심사숙고하게 되고, 나에게 영향을 더 미치는 것 같아요.

- (공유같은) 그런거는 좀 귀찮은 것 같고, 저는 동네에 친구들이 많이 있어서 친구들이랑 많이 하는 편이긴 해요. 친구들이 모 산다고 하면 사지 말라고 빌려주겠다고 하고, 먹는 것을 중요하게 생각해서 같이 모여서 같이 반찬해가고 같이 싸가고 그런 걸 많이 하거든요. 공유하고 소분하고, 그런것들이 좀 더 유기적으로 연결됐으면 좋겠다 생각한다. 형태는 1인가구로 쪼개졌지만 더 효율적으로 연결되는게 생기지 않을까 생각합니다.

- 저는 sns인스타로 플라스틱 없이 사려고, 얼마나 많은 노력을 하시는지 하는 분들의 메시지를 받아봤다. 그러면서 나는 이렇게 쉽게 사고 버리고 하는데, 저렇게 플라스틱 안쓰려고 노력하고, 심지어 어떤 날은 굶고 하는 것을 보면서 충격을 받고, 자극을 받았

다. 제가 마르쉐?같은데 가게된 이유는 제가 채식을 하는데 시장 목적보다는 수공예집도 많고, 맛있는 음식점도 많고, 행사도 많고 장터 돌아다니는 느낌으로 보니 좋았다. 농부들이 직접 농사지으신 식품들이 보고 제철 제품이 많고, 질도 좋고, 맛도 좋고해서 계속 다니게 됐다.

이를 종합하여 볼 때, 1인 가구 내에서의 건강격차(건강 양극화)처럼 생활패턴이나 에너지사용에 있어서도 성별, 사회적 지위, 경제활동 여부, 정보력, 주거형태 등에 따라 격차가 나타났다. 1인 가구는 제도나 선택의 여지가 있다면 참여할 의지는 있으나 현 사회나 소비 시스템, 문화 등으로 인해 딱히 노력할 기회가 없다고 답하였다. 적극적 의지나 많은 정보는 부족한 상황으로 교육과 참여기회 확대가 필요할 것으로 보인다.

<표 26> 연령 및 1인 가구 기간에 따른 차이

| | 상대적 저연령, 1인 가구 기간 짧은 경우 | 상대적 고연령, 1인 가구 기간 긴 경우 |
|----------------|---|---|
| 환경 관련 패턴 | -한번 요리를 하거나 시켜먹 쓰레기 으면 한번에 1리터 봉투는 배출량 거의 쓰는 것 같음. -2~3번 정도는 일반쓰레기 봉투 채워 배출 | -집에 음식물 쓰레기 나오는 것 혐오 -일주일에 1리터도 거의 쓰지 않음(음식물쓰레기봉투) -일반쓰레기 거의 안 나옴 -쓰레기 줄이고 싶음. |
| 일회용품 | -일회용 포장용품 많이 나 옴. | -예외적으로 물은 거의 살 수 밖에 없음(플라스틱 물통은 자동적으로 구매) |
| 친환경, 유기농 제품 사용 | -큰 관심 없음 | -이왕 쓰는 것 몸에 좋은 것 으로 쓰고자 함 |
| 배달 음식 | 배달 음식 많이 시켜 먹는 경우 | 배달 음식 많이 안 시켜먹는 경우 |
| 이유 | -바빠서 어쩔 수 없음 -편리한 것이 우선 | -배달 안전 때문에 꺼려짐 -건강을 챙기기 위함 |

연구결과를 통한 함의를 간단하게 제시하면 다음과 같다.

먼저 1인 가구의 증가가 환경에 미치는 영향은 복합적이다. 1인 가구의 증가는 일시적으로 환경에 부정적인 영향을 미치는 것으로 보일 수 있으나 이러한 영향은 장기적인 측면에서 1인 가구 생활 기간이 늘어나면서(적응하면서) 줄어들며, 1인 가구 내 환경에 대한 태도가 영역별로, 개인별로, 지역별로 유의미하게 다르다는 점을 고려할 필요가 있다. 단기적으로 1인 가구의 인구 수 증가와 생활 패턴으로 인한 1인당 소비량 증가가 환경에 부정적인 영향을 일부 미칠 수 있으나 1인 가구의 소비패턴과 환경에 대한 태도는 1인 가구 집단 내에서 편차가 매우 크며, 이는 전통적인 다인 가구의 그것보다 유의미하게 큰 것으로 나타났다. 1인 가구는 시간에 따라 환경에 대한 태도와 환경과의 관계에 있어서 친환경적 관계로의 적응력이 큰 것으로 나타났다. 1인 가구의 생활방식의 결정이 자유로운 점, 자유와 개방적 사고를 중시하는 고유의 태도, 변화에 개방적인 태도, 주변 환경의 변화에 민감한 점 등은 친환경적 라이프스타일로의 전환이 전통적인 가구에 속한 사람들보다 빠르고 유리할 수 있다는 점을 시사하였다.

1인 가구의 증가가 간편식과 일회용품 등 소비 증가와 낮은 에너지효율성과 유해성물질사용 주거형태의 증가로 이어지면서 일시적으로 부정적 영향을 주고 있는 것으로 보이는 것은 사실이다. 그러나 한편으로 1인 가구의 등장은 공유(rental) 산업의 성장이나 식료품에 대한 성분표시 요구도 증가 등 긍정적 측면이 상당부분 존재하는 것으로 나타났다. 또한 1인 가구를 대상으로 한 인터뷰결과 혼자 살기 때문에 더 친환경적 라이프 스타일에 긍정적인 경우 이를 공고화 할 수 있고, 서로 다른 생각과 태도를 맞춰가야 하기 때문에 조율되기가 쉽지 않은 다인 가구에 비해 친환경적 태도나 가치를 생활 속에서 실천하는데 용이한 조건을 가지고 있는 것으로 나타났다. 이러한 1인 가구의 양면성을 고려하여 효율적 대안을 찾는 노력이 시급할 것으로 보인다.

다음으로 1인 가구를 대상으로 환경에 대한 태도 및 행동을 개선하기 위한 정책 및 실천을 고려할 때 1인 가구가 가진 다양성을 고려할 필요가 있다. 1인 가구의 신체적, 심리적, 사회적 건강에 있어서와 마찬가지로 1인 가구는 환경에 대한 태도와 행동패턴에 있어서도 전통적 가구형태인 다인 가구보다 개인 간 차이가 크게 나타나는 것으로 연구결과 나타났다. 즉, 친환경적(environmental -friendly) 성향에 있어서 1인 가구의 경우 2인 이상으로 구성된 가구의 일원보다 더욱 친환경적 행동과 태도를 강하게 보이거나, 혹은 매우 약하게 보이는 경향이 있었다. 또한 이러한 편차는 성별 및 연령과 같은 요인과 깊게 관련되는 것으로 나타났다. 상대적으로 저연령일수록, 쓰레기배출량이 많고 편의에 따라 소비하는 경향이 강한 반면, 상대적으로 고연령일수록, 그리고 1인 가구로 지낸 기간이 길수록 쓰레기배출에 민감하고 친환경 제품을 사용하고자 하는 의식적 노력을 하는 것으로 나타났다. 또한 대

개의 경우 환경에 대한 민감성을 가지고 의식적 소비활동을 하지는 않지만 일부 소수의 경우 쓰레기를 줄이기 위한 적극적 노력과 함께 자발적 모임을 조직하여 적극적으로 정보를 공유하고 실천을 위한 독려를 지속하는 등의 노력을 보이는 것으로 나타났다. 따라서 다양한 친환경 영역에 대한 서로 다른 경향성을 보이는 집단을 체계적으로 구분해 내고 이를 통해 각각에 맞는 맞춤형 대안을 제공하는 노력이 필요할 것으로 보인다.

다음으로 1인 가구의 환경에 대한 민감성을 높이기 위해서는 환경을 개선, 보호하기 위한 구체적인 정보제공과 정책개발 및 지원이 중요할 것으로 보인다. 연구결과 1인 가구는 상당부분 환경보전이나 개선을 위한 노력에 동참할 의사를 가지고 있는 반면, 이를 위한 정보를 적극적으로 찾고 실천할 의지는 적은 것으로 나타났다. 또한 소비는 편의성과 접근성에 근거해 이루어지되, 물품을 구매하는 마트 등 기업에서 어떤 형태로 제품을 제공하느냐에 다소 의존된 소비를 하는 것으로 나타났다. 따라서 비슷한 가격대에서 친환경제품을 소비할 수 있도록 제품정보를 제공한다든지, 일회용쓰레기배출이 많은 기업 혹은 상품에 관한 정보를 제공하는 등의 전반적인 환경관련 제품정보를 공유하는 플랫폼 제공 등이 마련될 필요가 있다. 또한 기존의 슬로건이나 당위성 제시 중심인 접근보다는 흥미와 재미를 유도하는 놀이 중심의 경험을 제공하는 형식의 접근을 통해 친환경적 활동이 즐겁고 유익하다는 인식을 심는 노력이 필요할 것으로 보인다. 이를 통해 ‘혼영’, ‘혼행’, ‘혼밥’, ‘혼술’ 등 새롭게 형성되는 1인 가구 문화 내에 외부 마케팅이나 환경에 흔들리기보다 자기 주도적 소비 및 자원 활용의 단계로 나가는 또 하나의 하위문화가 생성될 수 있을 것이라 기대된다.

본 연구는 지금까지 실태조사와전체적 경향성에 관한 단편적 연구에 그쳤던 1인 가구 건강 및 환경 관련 특성에 대해 체계적인 분석 시도함으로써 과학적 분석 결과에 기반하여 1인 가구에 대한 인식을 전환하고 체계적인 개입 방향을 제시하고자 하였다. 현재 1인 가구는 과거 다른 이름으로 불리던 다양한 집단들의 집합이면서 동시에 새롭게 사회변화와 더불어 등장한 일부 집단들이 복합적으로 모여 사회와 상호작용하는 형태를 보이고 있었다. 1인 가구가 기존의 다인 가구에 비해 환경에 부정적인 영향을 미치고 있는 것처럼 보이지만 세부적으로 들여다보면 다인가구보다 환경 실천하는 집단과 부정적인 집단 간 격차가 크며, 환경의 하위영역별(내용)로 다인가구보다 더 나은 영역이 존재하는 등 상당한 복잡성을 발견할 수 있었다. 또한 이를 자치구 등 지역사회 단위로 세분화하여 살펴보면 1인 가구의 환경에 대한 영향의 일반적인 경향성을 벗어나는 지역 사례가 발생하는 것을 확인할 수 있었다.

본 연구를 통해 상대적으로 부정적으로 인식되었던 1인 가구 건강의 다양성

과 1인 가구 내 집단 맞춤형 개입의 필요성이 제기되었다. 현재 서울과 1인 가구 밀집지역을 대상으로 1인 가구를 위한 정책 및 서비스 지원이 늘어나고 있으나 아직까지는 기존 서비스의 연장선에서 이루어지고 있는 측면이 강하다. 따라서 1인 가구 내에서의 다양성을 체계적으로 분석, 개입의 효과성을 높일 필요가 있다. 또한 연구에서 이루어진 특정 지역별 환경영역별 특성을 집중 분석하여 대안을 모색할 필요가 있다. 전체적 경향성에 대한 특정 지역의 케이스를 집중분석하는 것은 지역의 특성에 근거한 정책개발이 이루어질 필요가 있다는 점에서 중요한 의미를 가질 것으로 보인다. 1인 가구라는 새로운 정체성을 가지고 역동적으로 변화하는 인구집단에 대한 연구결과를 적용한 대응을 기대한다.

참 고 문 헌

- 강은나·이민홍(2016). 우리나라 세대별 1인 가구 현황과 정책과제, 보건복지포럼. 통권 제234호(2016년 4월호), 47-56.
- 강은택·강정구·마강래(2016). 1인 가구의 주관적 삶의 만족감에 관한 연구: 미혼 1인 가구와 기혼 1인 가구를 중심으로, 사회과학연구 27(1), 3-23.
- 강지현(2016). 1인 가구의 범죄취약성에 대한 연구. 대한범죄학회 추계학술대회, 15-36.
- 고영미·조영태(2013). 일반 독거노인과 저소득 독거노인 간의 주관적 건강에 미치는 영향요인 차이-서울시 일개 지역을 중심으로. 한국보건교육·건강증진학회, 2013. 6, 41-53.
- 구도완 외(2015). 환경사회학: 자연과 사회의 만남, 한국환경사회학회 편, 한울 아카데미.
- 권태환(2001). 한국 인구변동의 환경적 함의. 한국인구학 24(2), 5-45.
- 김동현(2013). 지역사회 건강수준 평가를 위한 지표개발연구. 질병관리본부
- 김은경·박숙경(2016). 우리나라 여성 1인 가구와 다인 가구 여성의 건강행태 및 질병이환율 비교: 2013년 지역사회 건강조사를 중심으로, 한국보건간호학회지, 제30권, 제3호, 483-494.
- 김연옥(2016). 1인 가구 시대의 도래: 특성과 생활실태. 한국가족복지학, vol.52, 139-166.
- 김영주(2009). 성별에 따른 성인 독신가구와 다가구간의 건강행위 비교, 한국보건간호학회지, 제23권, 제2호, 219-231.
- 김혜경(2010). 건강행동 변화를 위한 보건 커뮤니케이션 전략 개발: 금연을 위한 생태학적 접근전략의 적용. 보건교육 건강증진학회지, 27(4), 177-188.
- 대한의사협회(2017). ‘혼밥 괜찮나요? 혼자 먹는 밥, 건강하게 먹기’, 국회 심포지움.
- 문은영·강희영·권용희(2013). 서울시 고령 1인 가구 여성 생활실태 및 정책지원방안. 서울시 여성가족재단.
- 반정호(2012). 1인 가구의 사회경제적 특성과 변화, 월간 노동리뷰, 한국노동연구원. 2012년 4월호, 55-67.
- 배상수·조희숙·김동현·최용준·이훈재·주영수·이태진·조형원·이혜진(2007). 사회생태학적 모형에 기반한 대장암검진 수검에 영향을 미치는 요인. 한국보건교육건강증진학회 학술대회 발표논문집, 2007. 4, 263-265.
- 변미리(2011). 1인 가구 증가와 도시정책 수요. 도시문제 5, 34-39.
- 윤기찬·김순양(2010). 건강불평등의 지역 간 차이 및 그 영향요인에 관한 연구, 한

- 국정부학회 학술발표논문집, 2010. 12, 183-212.
- 이계임·임승주(2016). 1인 가구 식생활 현황과 시사점. 동아시아식생활학회 학술대회 논문집, 2016.5, 71-89.
- 이계임·황윤재·반현정·임승주·진현정·이행신(2015). 1인 가구 증가에 따른 식품시장 영향과 정책과제, 한국농촌경제연구원 기본연구보고서. 2015. 10. 1-241.
- 이명진·최유정·이상수(2014), 1인 가구의 건강 현황과 건강에 영향을 주는 요인에 관한 연구, 사회과학연구 제27집 1호. 229-253.
- 이민홍·전용호·김영선·강은나(2015). 1인 가구 증가에 따른 신사회적 위험 대응 전략. 동의대학교 산학협력단. 보건복지부
- 이지유·신애선(2015). 국민건강영양조사(2010~2012년)를 이용한 1인 가구와 다인가구의 채소와 과일 섭취 비교, 한국영양학회, 제48권, 제3호, 269-276.
- 이진희(2016). 지역적 건강불평등과 개인 및 지역수준의 건강결정요인, 보건사회연구, 제36권 제2호, 345-384.
- 이준협·윤병준·정형선(2009). EQ-5D로 측정된 소득 계층별 건강집중지수의 분해. 보건과 사회과학, 26, 67-87.
- 이희연·노승철·최은영(2011). 1인 가구의 인구·경제·사회학적 특성에 따른 성장 패턴과 공간분포, 대한지리학회지, 제46권, 제4호, 480-500.
- 정운영·정세은(2011). 1인 노인가구의 경제적 특성과 삶의 만족도 연구: 저소득가구와 고소득 가구의 비교, 한국노년학, 31(4), 1119-1134.
- 정찬희·박정식·이원영·김선우(2002). 한국 성인에서 흡연, 음주, 운동, 교육정도 및 가족력이 대사증후군에 미치는 영향. 대한내과학회지, 63(6), 649-659.
- 조병희(2015). 질병과 의료의 사회학, 집문당.
- 조병희(2012). 사회자본과 건강-5개국 간 비교 연구. 한국사회학회 사회학대회 논문집, 793-802.
- 조병희·이재열·구혜란·유명순·박상희·양준용(2018). 아픈 사회를 넘어-사회적 웰빙의 가치와 실천의 통합적 모색. 21세기 북스.
- 지태근·곽경화·제갈정·박민수·김광기(2015). 지역사회 사망률 관련 요인에 대한 생태학적 연구. 보건교육 건강증진학회지, 32(3), 11-22.
- 최요한(2016). 주관적 건강인식은 실제 건강상태의 유효한 대리변수인가. 보건사회연구, 36(3), 431-459.
- 최광수(2016). 지역의 사회경제적 요인과 주민건강의 관련성에 대한 다수준 분석. 한국자치행정학보, 제30권, 제3호, 403-425.
- 통계청(2018). 인구주택 총조사. <http://kosis.kr>

- 하지경 · 이성림(2017). 1인 가구의 건강관련 습관적 소비, 생활시간이 주관적 건강에 미치는 영향: 비 1인 가구와 세대별 비교를 중심으로, *가족환경연구*(?), 55(2), 141-152.
- 허종호·조영태·권순만(2010). 사회경제적 박탈이 건강에 미치는 영향. *한국사회학* 44(2). pp.93-120.
- Anderson. L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E. and the Task Force on Community Preventive Services. (2003). The Community Guide's Model for Linking the Social Environment to Health. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S), 12-20.
- Bauer, D. J., & Curran, P.J.(2003). "Overextraction of latent trajectory classes: Much ado about nothing? Reply to Rindskopf(2003), Muthen(2003), and Cudeck and Henl(2003)" . *Psychological Methods*, 8, pp.384-393.
- Berlin, K. S., Williams, N. A., & Parra, G. R. (2014). "An introduction to latent variable mixture modeling: Overview and cross-sectional latent class and latent profile analyses" . *Journal of Pediatric Psychology*, 39(2), pp.174-187.
- Bennett & Dixon(2006). *Single Person Households and Social Policy: Looking Forwards*. Joseph Rowntree Foundation.
- Badland H., Turrell, G., & Giles-Corti, B.(2013). "Who does well where? Exploring how self-rated health differs across diverse people and neighborhoods" . *Health & Place*, 22, 92-89.
- Burton, C., Cullati, S., Sacker, A., & Blane, D.(2015). *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions*. Eds, Springer.
- Brunner & Marmot(2006). *Social Organization, Stress, and Health*. In M. G. Marmot & R. G. Wilkinson(Eds.), *Social Determinants of Health*. Oxford University Press.
- Chaskin, R.J.(2001). "Building Community Capacity: A Definitional Framework and Case Studies from a Comprehensive Community Initiative" , *Urban Affairs Reviews*, 36(3), 291-323.
- Clark, S. L., & Muthen, B.(2009). Relating latent class analysis results to variables not included in the analysis.
- Collins, L. M., & Lanza, S. T.(2013). *Latent class and latent transition analysis: With applications in the social, behavioral, and health sciences* (vol. 718). John Wiley & Sons.

- Evans & Stoddart(1990). “Producing Health, Consuming Health Care” , *Social Science, 31(12)*, 1347-1363.
- Dalgren & Whitehead(1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. Institute for Future Studies.
- Anderson. L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E. and the Task Force on Community Preventive Services. (2003). “The Community Guide’ s Model for Linking the Social Environment to Health.” *American Journal of Preventive Medicine, 24(3S)*, 12-20.
- Byun, Shin & Cho(2008). *Single person household and urban policy in Seoul*, Seoul development institute, Seoul.
- Chaskin, R. J.(2001). “Building community capacity. A definitional framework and case studies from a comprehensive community initiative.” *Urban Affairs Reviews, 36(3)*, 291-323.
- Charmaz, K.(2014). *Constructing grounded theory*. London; Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Elder, G. (1998). “The Life Course as Developmental Theory.” *Child Development, 69(1)*, 1-12.
- Hays & George(2002). “The Life-Course Trajectory Toward Living Alone-Racial Differences. *Research on Aging, 24(3)*. 283-307.
- Healthy People 2020, www.healthypeople.gov/hp2020
- Holt-Lunstad, Timothy B. Smith, Mark Baker, Tyler Harris, and David Stephenson(2015). “Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review.” *Perspectives on Psychological Science, 10(2)*, 227-237.
- House(2002). “Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20th Century Progress and 21st Century Prospects.” *Journal of Health and Social Behavior, 43(2)*, 125-142.
- Jung & Wickrama(2008). “An Introduction to Latent Class Growth Analysis and Growth Mixture Modeling” , *Social and Personality Psychology Compass, 302-317*.
- Gehlert, S. & Browne, T. 편저(2012). *Handbook of health social work* (2nd ed.) John Wiley & Sons, Inc. 송인한 외 공역. 2015. 『보건사회복지』. 박영사.
- Kindig, D., & Stoddart, G. (2003). “What is Population Health?” *American Journal*

- of Public Health. 93(3). 380-383.*
- Hong, Kim & Kim(2012). “Trends in the inequalities of fruit and vegetable consumption between education levels indicated by the Korean National Health and Nutrition Examination Surveys” *Eur J Community Nutr*, 13(3), 346-358.
- Geiser(2013). *Data analysis with Mplus*. The Guilford Press. 2013.
- Klinenburg, E.(2012). *Going Solo: The Extraordinary and Surprising Appeal of Living Alone, London*: Penguin Books.
- Lalonde(1974). *A new perspective on the health of Canadians- a working document*, Minister of National Health and Welfare, Ottawa, Canada.
- Mass, J., Van Dillen, S. M., Verheij, R. A., and Groenewegen, P. P.,(2009). “Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green mechanism and health” , *Health and Place*, 15(2), 586-595.
- Mikkonen & Raphael(2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*.
- Muthen, B.(2003). *Statistical and substantive checking in growth modeling and related techniques for longitudinal Data Analysis*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC Press.
- Muthen, B. & Muthen, L.K.(2000). “Integrating person-centered and variable-centered analyses: Growth mixture modeling with latent trajectory classes.” *Clinical and Experimental Research*, 24, 992-891.
- Nutbeam, D.(1998). “Evaluating Health Promotion –Progress, Problem, and Solutions” *Health Promotion International*, 13(1), 27-44.
- Putnam, R.D.(1995). “Bowling Alone: America’ s declining social capital.” *Journal of Democracy* 6: 65-78.
- Raudenbush & Bryk(2002). *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Torsheim, T., C. Currie, W. Boyce, I. Kalnins, M. Overpeck and S. Haugland (2004). “Material Deprivation and Self-Rated Health: A Multilevel Study of Adolescents from 22 European and North American Countries.” *Social Science & Medicine*, 59, pp.1-12.
- Wethington, E.(2005). “An Overview of the Life Course Perspective: Implications for Health and Nutrition.” *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37(3). 115-120.
- White, M. P., Alcock, I., Wheeler, B. W., and Depledge, M. H.(2013). “Would you

- be happier living in a greener urban area? A fixed-effects analysis of panel data” *Psychological Science*, 24(6), 920-928.
- Yoon(2002). “An exploratory study on the single people time use and leisure behavior.” *J. Korean Home Manag Assoc*, 20(6), 209-217.
- OECD(2005). *Handbook on Constructing Composite Indicators*, OECD.
- OECD(2015). *How’s Life? 2015 Measuring Well-being*. OECD.
- OECD(2011). *The future of Families to 2030*. A synthesis report.
<http://www.oecdbetterlifeindex.org>
<http://www.ciw.ca/>
<http://report.hdr.undp.org/>
<http://www.countyhealthrankings.org/>
<http://www.americanfitnessindex.org/>
- WHO(1984). *Health Promotion: A discussion document on the concepts and principles: Copenhagen*. World Health Organization.
- (1997). The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into 21th Century. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en>
- (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en>
- (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
- (2008). Closing the Gap in a Generatin: Healthy Equity Through Action on the Social Determinants of Health. World Health Organization Commission on Social Determinats of Health.

안 내 문

본 보고서의 내용은 연구자의 의견이며, (재)숲과나눔의
공식적인 견해와는 다를 수 있습니다.