보건교육건강증진학회지 제39권 제5호(2022. 12) pp.29-39
Korean J Health Educ Promot, Vol.39, No.5 (2022)
https://doi.org/10.14367/kjhep.2022.39.5.29

지역사회 1인 가구의 특성이 건강행동에 미치는 영향: 서울시 2개 자치구 비교

장사랑*, 배정현**, 박아현***, 최지혜****, 손애리*****†
*삼육대학교 보건관리학과 조교수, **삼육대학교 대학원 보건학과 대학원생, ***서울시 통합건강증진사업지원단 팀장,
****서울특별시 스마트건강과 주무관, *****삼육대학교 보건관리학과 교수

Analyzing differences in health behaviors of one-person and multi-person households based on gender and age: Comparison between two districts in Seoul city, South Korea

Sarang Jang*, Junghyun Bae**, AhHyun Park***, Jihae Choi****, Aeree Sohn*****†
* *Assistant professor, Public Health, Sahmyook University,*
** *Graduate student, Public Health of the Graduate School, Sahmyook University,*
*** *Director, Expert Group on Health Promotion for the Seoul Metropolitan Government,*
**** *Manager, Seoul Metropolitan Government,*
***** *Professor, Public Health, Sahmyook University*

Objectives: This study aims to compare health behaviors of one-person and multi-person households between two districts in Seoul to identify the causes of community differences in health behaviors. **Methods**: Two districts (Districts A and B) in Seoul with similar levels of economic development but different levels of health outcomes were selected. Community health survey data (2018-2020) revealing the health behaviors of the two districts' residents were used. The general characteristics and health behaviors of one-person and multi-person households were compared between the two districts using a chi-test. After controlling for socio-economic level, logistic regression analysis was performed considering sex and age of the household members. **Results**: The results showed that one-person households in district A were less likely to practice non-smoking and low-risk drinking than multi-person households but engaged in more walking. In District B, one-person households were ahead of multi-person households in practicing various health behaviors, including low-risk drinking and walking, except non-smoking. Young one-person households in District A practiced less healthy living, non-smoking, and low-risk drinking than multi-person households. Among young women and middle-aged people in District B, one-person households practiced less healthy living, non-smoking, and walking than multi-person households. **Conclusion**: It was confirmed that differences in health behaviors between one-person and multi-person households can further be understood by including socio-demographic characteristics such as age and gender in the analysis.

Key words: one-person household, health behavior, health living practice, community health

Corresponding author: Aeree Sohn
Department of Public Health, Sahmyook University, 815, Hwarangro, Nowon-gu, Seoul, 01795, Republic of Korea
주소: (01795) 서울시 노원구 화랑로 815, 삼육대학교 바울관 204호
Tel: +82-2-3399-1669, Fax: +82-2-3399-1640, E-mail: aeree@syu.ac.kr
※ 본 연구는 2022년 질병관리청과 서울특별시 지원을 받아 수행된 연구임(제2022-11-001호)
• Received: December 1, 2022 • Revised: December 24, 2022 • Accepted: December 25, 2022

Ⅰ. 서론

서울시의 경우 전반적인 건강수준은 양호한 편이지만 자치구별 격차가 크게 나타나 지역 간 건강형평성 개선이 요구되고 있다(Sohn & Kim, 2020). 또한 지역사회의 건강형평성 격차 완화를 위해서 통합적 건강증진 사업의 중요성이 지속적으로 강조되고 있다(Jeong & Lee, 2021). 실제 서울시의 흡연율 및 고위험 음주율은 감소하고 있지만, 걷기 실천율이 악화되어 이를 종합적으로 담고 있는 건강생활실천율은 2018년부터 꾸준히 감소하고 있으며, 지역구별 격차 또한 크게 개선되지 않는 상황이다. 지역의 사회경제적 수준을 나타내는 지역박탈지수가 높을수록 지역 사망률도 높아지는 경향을 보이는 것과 달리(Kim, 2018), 지역박탈지수가 낮고 재정자주도가 높은 지역이 건강행동을 덜 실천하는 경향을 보였다(Seoul Health Foundation, 2020). 이에 지역의 사회경제적 수준 외에 어떠한 건강 결정요인에 의해 건강생활실천율의 격차가 발생하는지를 분석하고 그 해결방안을 마련할 필요가 있다.

지역 간 격차의 주원인으로서 지역에 따른 1인 가구의 인구구조의 차이점과 건강행동과의 관련성에 주목할 필요가 있다. 실제로 우리나라의 1인 가구는 2016년 27.9%에서 2021년 현재 33.4%로 빠르게 증가하고 있으며(Korean Statistical Information Service, 2022a), 이러한 증가는 중소도시보다는 대도시에서 더욱 뚜렷하게 나타나고 있다. 특히 서울의 1인 가구 비율은 36.8%로 대전 다음으로 비율이 높고, 1인 가구의 수로 보면 전국에서 가장 높은 비율을 차지하고 있다(Korean Statistical Information Service, 2022b). 1인 가구의 증가는 지역사회의 가구 유형 변화뿐 아니라 가치관과 생활양식의 변화로 이어지기 때문에 건강행동에도 영향을 줄 수 있다(Kwon, 2021). 1인 가구 증가는 개인화 및 개별화를 촉진시키고 사회구성원의 고립과 단절을 불러일으킨다(Lee, 2019). 즉, 1인 가구 증가는 사회적 응집력을 약화시켜 사회적 가치와 규범의 형성과 유지를 위태롭게 할 수 있는데, 이는 건강지향적 규범에도 적용될 수 있다. 특히 1인 가구 증가는 건강 규범이 전수되고 확산되는 역할을 하는 가족 중심의 공동체 연대의 결여를 유발시킨다. 그런 점에서 우리 사회의 건강규범을 유지하고 확산시키기 위해 사회통합의 또 다른 축인 지역사회의 노력이 더욱 중요해지고 있다. 여러 연구에서 1인 가구와 다인 가구의 건강행태를 비교하고 있지만 그 결과는 일관적이지 않다. 일부 연구에서 1인 가구가 다인 가구보다 건강행태가 좋지 않다고 보고하고 있지만(Lee, 2021; Heo, 2018; Kwon, 2021), 1인 가구의 인구학적 특성에 따라 다인 가구보다 더 양호한 건강행태를 보이기도 했다(Cho et al., 2019; Heo, 2018).

1인 가구가 전반적으로 증가한 것과 함께 혼자 사는 이유나 의미 등은 연령에 따라 다를 수 있다(Stone, Berrington & Falkingham, 2011). 30대 이하 청년층 1인 가구는 학업이나 취업 등의 이유로 부모로부터 독립하면서 형성되는 경우가 많은데, 최근에는 청년실업 증가, 결혼 지연 등으로 청년층 1인 가구가 증가하고 있다. 청년층 1인 가구는 불안정한 노동시장 지위로 인해 구직 기간의 지연과 아르바이트 의존 등으로 사회적 빈곤층으로 생활할 가능성이 높다. 40-50대 중장년층의 경우 사회경제적 수준이 높은 자발적 1인 가구도 있지만, 이혼이나 별거 혹은 가족의 경제상태나 자녀 교육 등으로 혼자 사는 비자발적 1인 가구도 혼재되어 있다. 60대 이상 노년층 1인 가구는 고령화와 핵가족화로 인한 독거노인이 대다수이다. 1인 가구의 특성과 결정요인은 연령뿐 아니라 성별에 따라 달라질 수 있다. 국내 1인 가구의 성별 · 연령별 비중을 살펴보면 30대 이하 청년층과 40-50대 중장년층에서는 남성 비율이 높지만, 60대 이상 노년층에서는 여성 비율이 높다(Statistics Korea, 2022). 1인 가구 노인 여성 비율이 높은 이유는 노인 여성보다 노인 남성의 사망률이 더 높기 때문인 것으로 추정된다. 특히 청년층의 경우에는 성별에 따라 취업 상황, 가족규범, 결혼 연령 등 다양한 요인에 의해 1인 가구가 형성될 수 있다.

이러한 인구학적 특성에 따른 1인 가구 형성 배경의 차이는 같은 1인 가구라 할지라도 성별 · 연령 등에 따라 서로 다른 생활양식과 건강행동의 차이로 이어질 수 있음을 의미한다. 생애주기적 관점에서 1인 가구의 문제음주를 살펴본 연구에 따르면 다른 연령층보다 중 · 장년층의 문제음주가 심각함을 확인할 수 있었다(Kwon, 2021). 국민건강영양조사 자료를 활용하여 1인 가구와 다인 가구의 건강행태를 비교한 연구에 따르면, 1인 가구 형태가 다인 가구보다 전반적으로 건강행태의 취약성을 보였다. 성별 · 연령별 비교 분석한 결과 여성 노년층의 1인 가구 흡연율이 다인 가구보다 3배 이상 높았고, 여성 청년층의 음주율도 1인 가

구 음주율이 다인 가구보다 유의하게 높은 결과를 보여주었다(Cho et al., 2019).

전 연령층에서 1인 가구 비율이 급증하면서 1인 가구는 우리 사회의 대표적인 가구 행태가 되었다. 서울시 제 7기 지역보건의료계획의 건강격차 모니터링 핵심지표 중 하나로 1인가구 비율이 포함되어 있지만, 자치구 단위 1인 가구의 분포와 그 특성을 고려한 건강증진 찾아보기 어려웠다(Ministry of Health and Welfare, 2019). 우리나라 연구는 1인 가구의 건강행동과 관련하여 1인 가구의 사회인구학적 특성을 고려한 연구가 일부 있을 뿐, 지역에 따라 성별 · 연령을 고려하여 1인 가구와 다인가구의 건강행동을 비교한 연구는 드물었다.

따라서 본 연구는 건강행동에 대한 지역 격차 원인을 파악하기 위해 사회경제적 수준이 비슷한 두 지역 주민을 대상으로 1인 가구와 다인 가구의 성별 · 연령 특성에 따른 건강행동의 차이를 비교하고자 한다. 구체적인 연구문제는 아래와 같다.

연구문제 1: 1인 가구와 다인 가구 간의 인구사회학적 특성과 건강행동에 차이가 있는가? 이는 지역에 따라 어떻게 다른가?

연구문제 2: 1인 가구와 다인 가구의 성별 · 연령에 따라 건강행동의 차이가 있는가? 이는 지역에 따라 어떻게 다른가?

Ⅱ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 두 지역의 지역사회건강조사를 이용하여 지역 주민 특성에 따른 건강행동을 비교한 2차 분석 연구인 동시에 두 지역의 1인 가구와 다인 가구의 특성에 따른 건강행동 격차를 파악하기 위한 단면연구이다.

2. 연구 지역

본 연구 지역은 서울시에 소재한 2개 자치구(서북부에 위치한 A구, 남동부에 위치한 B구)이다. 두 자치구는 재정자주도는 유사하지만 건강생활실천에서 차이가 난다. A 지역은 지난 3년간(2018-2020년) 지속적으로 건강생활실천이 감소하는 양상을 보였고, B 지역은 서울시 상위수준의 건강행동을 실천하는 것으로 파악되었다. 2개 지역의 일반 특성을 2020년 서울통계연보 자료(Seoul Metropolitan Government, 2021)를 활용하여 기술하면 다음과 같다. A 지역 인구는 약 38만명으로 B 지역 인구(약 67만명)의 절반 수준이며, 지역구별 여성 비율은 A 지역 53.1%, B 지역 51.8%로 두 지역 모두 남성보다 여성 비율이 높았다. 또한 지역구의 65세 이상 인구 비율은 A 지역 14.2%로 B 지역 13.9%보다 조금 높은 편이었다. 두 지역의 1인 가구 비율을 살펴보면, A 지역은 39.3%로 B 지역 28.8%보다 10% 이상 더 높았고, 이는 서울시 전체 1인 가구 비율 34.9%보다도 높았다. 두 자치구의 재정 측면에서 비교하면 A 지역은 1인당 예산액이나 보건 예산액이 모두 B 지역보다 높았고, 재정자주도 역시 2020년 기준 A 지역(48.8%)이 B 지역(45.0%)보다 다소 높았다.

3. 연구대상 및 자료원

본 연구는 지역사회건강조사의 최근 3개년(2018-2020년)의 자료를 이용하였다. 지역사회건강조사 자료는 2개 자치구의 1인 가구에 대한 충분한 표본 확보를 위하여 3개년도의 자료를 통합하여 사용하였다. 지역사회건강조사는 질병관리청 주관하에 우리나라 지역주민의 건강행태를 파악하고 보건사업계획 및 평가에 필요한 시 · 군 · 구 단위의 건강통계를 산출하기 위해 매년 조사되고 있는 원시자료이다. 본 연구대상은 서울특별시의 두 자치구(A 지역, B 지역)에 거주하는 19세 이상 성인으로 총 5,522명(A 지역 2,748명, B 지역 2,774명)이며 이 중 1인 가구는 450가구 638명(A 지역 307가구 425명, B 지역 143가구 213명), 다인 가구는 1,425가구 4,884명(A 지역 705가구 2,323명, B 지역 720가구 2,561명이다.

4. 연구 변수

본 연구에서 1인 가구 여부, 인구사회학적 특성, 건강행동 등을 살펴보았다. 1인 가구와 다인 가구의 성별, 연령, 사회경제적 수준이 건강행태에 영향을 준다는 기존 연구를 참고하여(Lee, 2021; Cho et al., 2019) 본 연구에 적용하였다.

1인 가구는 전체 가구원 수가 1명이라고 응답한 사람으

로, 그 외는 다인 가구로 구분하였다. 인구사회학적 특성은 성별, 연령, 교육수준, 가구소득을 활용하였다. 먼저 성별은 생물학적 성인 남성과 여성으로, 연령은 '19-39세'를 청년층, '40-59세'를 중장년층, '60세 이상'을 노년층으로 나누었다. 교육수준은 고등학교 졸업과 그 이상의 학력으로 이분화하였고, 월평균 가구소득은 '100만원 미만', '100만원 이상 200만원 미만', '200만원 이상 300만원 미만', '300만원 이상 400만원 미만', '400만원 이상'으로 분류하였다.

최근에는 지역주민의 만성질환 예방 및 건강증진을 위해 건강생활 습관을 형성하고자 개별 건강행동뿐 아니라 건강행동을 복합적으로 파악하려는 노력이 요구되고 있다(Kim, 2018). 이를 위해 본 연구에서는 지역 간 비교가 가능하고 금연, 절주, 신체활동을 포괄할 수 있는 건강생활실천과 금연, 절주, 걷기 여부를 건강행동 변수로 활용하였다. 먼저 건강생활실천은 기존의 질병관리청에서 정의하고 있는 동일 지표로서, 금연, 절주, 걷기를 모두 실천하는 사람의 수를 의미한다. 여기서 금연은 평생 흡연해본 적이 없거나 과거 흡연하였더라도 현재 금연하고 있는 사람이며, 절주는 비음주자이거나 최근 1년 동안 술을 마셨더라도 한 번의 술자리에서 남자는 7잔 미만, 여자는 5잔 미만으로 주 1회 이하로 마신 사람으로 정의했다. 걷기 실천은 최근 1주일 동안 1일 30분 이상 걷기를 주 5일 이상 실천한 경우를 의미하고 있다.

5. 분석 방법

본 연구는 서울시 A 지역과 B 지역의 지역사회건강조사 자료 중 2018-2020년 3개년 가구원 자료를 통합하여 활용하였고, 해당 자료가 복합표본 설계라는 점에서 가구원 가중치를 적용하여 분석하였다. 본 연구는 2개 구의 1인 가구와 다인 가구의 인구사회학적 특성과 건강행동의 차이를 비교하기 위해 카이제곱 검정 방법을 적용하였다. 이후 두 지역의 성별·연령별 1인 가구와 다인 가구의 건강행동 차이를 파악하기 위해 두 지역별로 분석 대상을 성별과 연령으로 층화하여 교육 수준과 월평균 가구소득을 통제한 다중로지스틱 회귀분석을 수행하였다. 모든 분석은 IBM SPSS ver.25 프로그램을 이용하였고, 모든 분석에서 유의수준 5%로 설정하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 두 지역의 1인 가구와 다인 가구 특성 비교

두 지역의 1인 가구와 다인 가구의 특성을 각각 교차분석한 뒤 두 지역의 특성을 비교하면 다음과 같다〈Table. 1〉. 먼저 두 지역 모두 1인 가구가 다인 가구보다 여성 비율이 높았다. 이 중 A 지역 1인 가구의 여성 비율은 57.6%로 B 지역 1인 가구 여성 비율의 55.1%보다 조금 높았다. 또한 두 지역 응답자는 공통적으로 1인 가구가 다인 가구보다 노인층 비율이 높고, 중장년층 비율은 낮았다. 이와 달리 1인 가구와 다인 가구의 청년층 비율은 지역별로 달랐다. A 지역 청년층 1인 가구는 51.3%로 다인 가구 39.0%보다 12% 이상 더 높았지만, B 지역 청년층 1인 가구는 35.6%로 다인 가구 38.8%보다 낮았다. 두 지역 1인 가구로 다인 가구보다 교육수준이 낮은 편이었다. 또한 두 지역 모두 1인 가구가 다인 가구보다 월평균 가구소득이 낮은 편이었다. 특히 월평균 가구소득 100만원 미만인 경우, A 지역 1인 가구는 19.4%, B 지역 1인 가구 9.0%로 지역별 차이도 있었다. 정리하면 A 지역은 B 지역보다 청년층 1인 가구 비율이 높고, 가구소득이 낮은 편이었다.

두 지역의 건강행동은 A 지역이 B 지역보다 건강생활실천, 금연, 절주, 걷기 모든 측면에서 덜 실천하고 있었다. 각 지역의 1인 가구와 다인 가구의 건강행동 비교를 통해 두 지역 1인 가구의 건강행동 특성을 살펴보면 다음과 같다. 여러 건강행동을 복합적으로 지표화한 건강생활실천의 경우 A 지역은 1인 가구 33.7%, 다인 가구 33.5%로 거의 비슷했고, B 지역은 1인 가구 44.5%로 오히려 다인 가구 42.8%보다 조금 더 높았다. 금연은 A 지역 1인 가구가 79.3%로 다인 가구 85.8%보다 덜 실천하였고, 다인 가구가 금연을 더 실천하는 경향은 B 지역도 마찬가지였다. 절주의 경우 A 지역 1인 가구는 63.6%로서, 다인 가구 65.1% 보다 1.5% 정도 덜 실천하였으나, B 지역 1인 가구는 70.9% 실천하여 같은 지역 다인 가구 66.2%보다 술을 덜 마시는 것으로 나타났다. 마지막으로 걷기의 경우 A 지역 1인 가구는 60.0%로 다인 가구 58.2%보다 조금 더 걷는 편이었고, B 지역 1인 가구는 75.7% 걷기를 실천하였으며, 다인 가구는 이보다 약 5% 덜 걷는 것으로 나타났다. 즉 A 지역의 1인 가구는 다인 가구와 건강생활실천은 유사했지만 금연, 절주에 대한 실천이 부족하였고

오히려 걷기는 다인 가구보다 더 실천하는 편이었다. 이와 달리 B 지역의 1인 가구는 다인 가구 보다 금연을 제외한 건강생활실천율, 절주, 걷기 모두 더 실천하는 것으로 파악되었다.

〈Table 1〉 Comparison between two districts of demographic characteristics and health behaviors of one-person and multi-person households

unit: %

Variable		A-gu				B-gu			
		1-person household (N=390)	Muti-household (N=2,008)	All (N=2,398)	χ^2	1-person household (N=213)	Muti-household (N=2,561)	All (N=2,774)	χ^2
Gender	Men	42.4	47.5	46.8	1138.8***	44.9	48.1	47.9	423.0***
	Women	57.6	52.5	53.2		55.1	51.9	52.1	
Age	Young (19-39)	51.3	39.0	40.6	10359.3***	35.6	38.8	38.6	5783.7***
	Middle-aged (40-59)	24.1	38.3	36.4		32.0	38.5	38.1	
	Old (≥ 60)	24.6	22.7	23.0		32.4	22.7	23.3	
Education level	Less than high school graduation	46.5	44.0	44.3	270.0***	45.4	36.9	37.5	3226.7***
	College graduate or higher	53.5	56.0	55.7		54.6	63.1	62.5	
Average household monthly income	Less than 1 million won	19.4	3.7	5.9	99176.8***	9.0	1.0	1.6	2267.6***
	1 million won - less than 2 million won	23.1	9.6	11.5		19.5	3.6	4.7	
	2 million won - less than 3 million won	24.5	11.9	13.6		36.1	7.9	9.8	
	3 million won - less than 4 million won	14.1	15.2	15.0		17.6	12.1	12.4	
	Over 4 million won	19.0	59.6	53.9		17.7	75.3	71.5	
Health behavior	Health living practice	33.7	33.5	33.5	1.4	44.5	42.8	42.9	136.8***
	Non-smoking	79.3	85.8	84.8	5514.9***	79.1	86.2	85.7	4397.7***
	Low-risk drinking	63.6	65.1	64.9	112.5***	70.9	66.2	66.5	1049.9***
	Walking	60.0	58.2	58.5	140.3***	75.7	70.9	71.2	1206.0***

Notes. weighted %, χ^2

2. 두 지역의 성별과 연령에 따른 1인 가구 특성이 건강행동에 미치는 영향 비교

1인 가구와 다인 가구의 성별과 연령에 따라 건강행동의 차이가 나타나는지를 파악하기 위해 교육 수준과 소득 수준을 통제하고 1인 가구 여부에 따른 다중 로지스틱 회귀분석을 지역 · 성별 · 연령별로 수행했다〈Table. 2〉. 두 지역의 가구 유형의 성별과 연령에 따라 건강행동 차이를 살펴본 결과, A 지역은 남녀 청년층 1인 가구가 다인 가구에 비해 건강생활실천, 금연, 절주를 덜 실천하는 편이었다. 이와 달리 B 지역은 남성 노년층 1인 가구가 다인 가구보다 건강생활실천, 금연, 걷기를 덜 실천하고 있었고, 여성 청년 · 중장년층에서 1인 가구가 다인 가구보다 건강생활실천, 금연, 절주를 덜 실천하고 있었다. 즉 1인 가구가 다인 가구보다 건강행동이 취약한 집단(건강행동 3개 이상 덜 실천)을 지역별로 살펴보면, A 지역은 남녀 청년층, B 지역은 여성 청년 · 중장년층, 남성 노년층임을 알 수 있었다.

〈Table 2〉 Comparison of the effects on health behaviors of one-person and multi-person households by gender and age between two districts

District	Variable	Gender	Men				Women			
		Age	N	1-person household (%)	Multi-household (%)	1-person household (ref.multi household) OR (95% CI)	N	1-person household (%)	Multi-household (%)	1-person household (ref.multi household) OR (95% CI)
A-gu	Health living practice	Young (19-39)	418	15.8	24.2	0.42*** (0.40-0.44)	527	36.6	40.7	0.94*** (0.92-0.97)
		Middle-aged (40-59)	390	15.3	17.6	1.01 (0.96-1.06)	545	47.5	38.1	1.86*** (1.79-1.93)
		Old (≥ 60)	356	32.3	32.2	1.61*** (1.51-1.71)	512	55.9	53.3	1.18*** (1.14-1.22)
	Non-smoking	Young (19-39)	418	59.4	72.0	0.60*** (0.58-0.60)	527	82.1	95.1	0.41*** (0.39-0.43)
		Middle-aged (40-59)	390	46.8	64.8	0.60*** (0.65-0.70)	545	93.2	97.5	1.08*** (0.98-1.21)
		Old (≥ 60)	356	79.4	79.3	1.00 (0.93-1.08)	512	95.9	98.2	0.58*** (0.53-0.63)
	Low-risk drinking	Young (19-39)	418	40.8	47.4	0.52*** (0.51-0.54)	527	60.0	70.0	0.62*** (0.61-0.64)
		Middle-aged (40-59)	390	46.1	45.1	1.19*** (1.14-1.24)	545	83.3	79.6	1.51*** (1.44-1.59)
		Old (≥ 60)	356	67.1	59.9	2.29*** (2.13-2.46)	512	95.6	95.3	1.11*** (1.02-1.20)
	Walking	Young (19-39)	418	61.0	63.8	0.83*** (0.81-0.86)	527	61.4	60.4	1.19*** (1.15-1.22)
		Middle-aged (40-59)	390	59.4	58.7	1.13*** (1.28-1.39)	545	56.5	49.9	1.41*** (1.36-1.47)
		Old (≥ 60)	356	60.7	61.2	1.96*** (1.83-2.10)	512	59.2	56.5	1.19*** (1.15-1.23)
B-gu	Health living practice	Young (19-39)	420	19.3	27.9	0.79*** (0.76-0.82)	467	34.3	44.2	0.74*** (0.71-0.78)
		Middle-aged (40-59)	404	27.9	26.5	1.28*** (1.23-1.33)	579	59.4	60.1	0.81*** (0.78-0.84)
		Old (≥ 60)	400	39.2	39.3	0.93* (0.88-0.99)	504	72.2	63.8	1.50*** (1.45-1.54)
	Non-smoking	Young (19-39)	420	60.9	71.4	0.58*** (0.57-0.60)	467	75.1	97.5	0.10*** (0.09-0.10)
		Middle-aged (40-59)	404	58.8	67.8	0.87*** (0.84-0.91)	579	94.4	99.4	0.13*** (0.12-0.15)
		Old (≥ 60)	400	71.2	82.9	0.51*** (0.48-0.55)	504	100.0	99.5	105 (0.000)
	Low-risk drinking	Young (19-39)	420	45.6	45.8	1.15*** (1.11-1.18)	467	58.2	66.4	0.82*** (0.78-0.85)
		Middle-aged (40-59)	404	47.8	49.6	1.31*** (1.26-1.36)	579	88.2	84.1	0.89*** (0.85-0.94)
		Old (≥ 60)	400	82.1	64.9	2.54*** (2.37-2.73)	504	98.5	95.4	3.06*** (2.78-3.38)
	Walking	Young (19-39)	420	81.1	73.9	1.87*** (1.81-1.94)	467	85.6	70.5	3.06*** (2.84-3.18)
		Middle-aged (40-59)	404	77.0	71.5	1.82*** (1.74-1.91)	579	66.2	70.4	077*** (0.74-0.80)
		Old (≥ 60)	400	67.9	71.5	0.68*** (0.64-0.72)	504	73.7	66.3	1.49*** (1.45-1.54)

Notes. Control variables=Education level (high school graduates or less, college graduates or higher are dummy), income level (each monthly income category is dummy based on monthly income of less than 1 million won)
* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

구체적으로 살펴보면, A 지역 남성 청년층 건강행동 교차비는 건강생활실천(OR=0.42, CI=0.40-0.44), 금연(OR=0.60, CI=0.58-0.60), 절주(OR=0.52, CI=0.51-0.54), 걷기(OR=0.83, CI=0.81-0.86)에서 1인 가구가 다인 가구보다 덜 실천했다. A 지역 여성 청년층 건강행동 교차비는 건강생활실천(OR=0.94, CI=0.92-0.97), 금연(OR=0.41, CI=0.39-0.43), 절주(OR=0.62, CI=0.61-0.64)에서 1인 가구가 다인 가구보다 덜 실천했으나, 걷기(OR=1.19, CI=1.15-1.22)는 더 많이 실천했다. A 지역 남성 중년층의 경우 금연(OR=0.60, CI=0.65-0.70)은 1인 가구가 다인 가구보다 덜 실천했지만, 절주(OR=1.19, CI=1.14-1.24)와 걷기(OR=1.13, CI=1.28-1.39)는 1인 가구가 다인 가구보다 더 실천했다. A 지역 남성 중년층에서는 1인 가구가 다인 가구보다 건강생활실천(OR=1.01, CI=0.96-1.06)을 조금 더 하는 편이었으나 유의한 수준은 아니였다. A 지역 여성 중년층에서는 건강생활실천(OR=1.86, CI=1.79-1.93), 절주(OR=1.51, CI=1.44-1.59), 걷기(OR=1.41, CI=1.36-1.47)에서 1인 가구가 다인 가구보다 더 실천했다. A 지역 남성 노년층 1인 가구는 다인 가구에 비해 건강생활실천(OR=1.61, CI=1.51-1.71), 절주(OR=2.29, CI=2.13-2.46), 걷기(OR=1.96, CI=1.83-2.10)를 더 실천했다. 반면 금연(OR=1.00, CI=0.93-1.08)은 유의한 차이가 없었다. A 지역 여성 노년층 1인 가구는 다인 가구보다 건강생활실천(OR=1.18, CI=1.14-1.22), 절주(OR=1.11, CI=1.02-1.20), 걷기(OR=1.19, CI=1.15-1.23)를 더 실천했고, 금연(OR=0.58, CI=0.53-0.63)은 덜 실천했다.

B 지역 남성 청년층 1인 가구는 다인 가구보다 건강생활실천(OR=0.79, CI=0.76-0.82), 금연(OR=0.58, CI=0.57-0.60)을 덜 실천했으나 절주(OR=1.15, CI=1.11-1.18)와 걷기(OR=1.87, CI=1.81-1.94)는 더 실천하는 편이었다. B 지역 여성 청년층 1인 가구는 다인 가구보다 건강생활실천(OR=0.74, CI=0.71-0.78), 금연(OR=0.10, CI=0.09-0.10), 절주(OR=0.82, CI=0.78-0.85)를 덜 실천했으나, 걷기(OR=3.06, CI=2.84-3.18)는 더 실천했다. B 지역 남성 중년층 1인 가구는 다인 가구보다 금연(OR=0.87, CI=0.84-0.91)만 덜 실천하고 건강생활실천(OR=1.28, CI=1.23-1.33), 절주(OR=1.31, CI=1.26-1.36), 걷기(OR=1.82, CI=1.74-1.91)는 더 실천하였다. B 지역 여성 중년층 1인 가구는 다인 가구보다 건강생활실천(OR=0.81, CI=0.78-0.84), 금연(OR=0.13, CI=0.12-0.15), 절주(OR=0.89, CI=0.85-0.94), 걷기(OR=0.77, CI=0.74-0.80)를 덜 실천했다. B 지역 남성 노년층 1인 가구는 다인 가구에 비해 건강생활실천(OR=0.93, CI=0.88-0.99), 금연(OR=0.51, CI=0.48-0.55), 걷기(OR=0.68, CI=0.64-0.72)를 덜 실천했고, 절주(OR=2.54, CI=2.37-2.73)만 더 실천했다. B 지역 여성 노년층 1인 가구는 다인 가구보다 건강생활실천(OR=1.50, CI=1.45-1.54), 절주(OR=3.06, CI=2.78-3.38), 걷기(OR=1.49, CI=1.45-1.54)를 더 실천했다. 금연자 비율은 1인 가구가 다인 가구보다 높았지만 통계적으로 유의하지 않았다.

Ⅳ. 논의

본 연구는 지역사회건강조사를 활용하여 서울시 2개 구 지역의 1인 가구와 다인 가구의 특성에 따른 건강행동을 살펴보고자 했다. 그 결과, 두 지역 모두 1인 가구는 같은 지역 다인 가구보다 전반적으로 여성 비율이 높았고 사회경제적 수준은 낮은 편이었다. 하지만 지역별로 1인 가구의 연령 분포와 건강행동 특성이 달랐다. A 지역 1인 가구는 청년층 비율이, B 지역 1인 가구는 노년층 비율이 높았고, A 지역 1인 가구는 다인 가구보다 금연과 절주를 덜 실천하고, 걷기는 더 실천하는 편이었다. B 지역 1인 가구는 다인 가구보다 건강생활실천, 절주, 걷기를 더 실천하고, 금연은 덜 실천하는 편이었다. 두 지역 응답자에 대하여 사회경제적 요인을 통제하고 성별과 연령별 1인 가구와 다인 가구의 건강행동을 비교한 결과 가구유형이 건강행동에 미치는 영향은 성별과 연령에 따라서 차이가 있었고, 이러한 차이는 지역에 따라 다르게 나타났다. A 지역에 거주하는 남성 청년층 1인 가구의 경우 다인 가구보다 건강생활실천, 금연, 절주, 걷기를 하는 경향이 적었다. B 지역은 여성 중장년층 1인 가구가 다인 가구보다 건강생활실천, 금연, 절주, 걷기를 덜 하고 있었다.

본 연구를 통해 도출된 주요 연구 결과를 바탕으로 논의하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구에 참여한 1인 가구 비율은 실제 1인 가구 비율과 다소 차이가 있었다. 2021년 통계청 인구총조사 결과, 서울의 1인 가구 비율은 36.8%이며, A 지역은 40.9%, B 지역 30.6%였다. 그렇지만 본 연구에서 활용한 지역사회건강조사(2018-2020)의 A 지역 조사

에는 총 1,012가구가 참여했고 이 중 1인 가구는 307가구로 전체 가구 수의 42.6%(가구 가중치 적용)를 차지하고 있었다. B 지역 조사에 참여한 가구수는 총 863가구이며 이 중 1인 가구는 143가구로 전체 가구 수의 16.5%(가구 가중치 적용)에 불과했다. 즉 본 조사에 활용된 A 지역의 1인 가구 비율은 전수집계 방식의 인구총조사보다 1.5% 높았고, B 지역 1인 가구 비율은 인구총조사보다 14.1% 더 낮았다. 이러한 차이는 지역사회건강조사와 같은 가구 단위로 수행하는 방문조사 방법의 한계 때문으로 보인다. 지역사회건강조사는 주민등록기준 만 19세 이상 성인을 모집단으로 하여 동/읍・면 및 주택유형에 따라 표본지점을 할당한다. 이후 1차 통・반/리 확률비례계통추출과 2차 표본가구 계통추출 과정을 거쳐 매년 보건소별 평균 900명 조사를 하고 있다. 2차에 걸친 표본추출과정을 적용하더라도 방문조사 방법의 한계로 인해 실제 비율과 응답률에 차이가 난 것으로 추측된다. 따라서 향후 전국 단위 조사의 경우 1인 가구를 고려한 다양한 표집 방법 개발과 함께 조사 방식에 있어서도 방문 조사와 온라인 조사를 병행하는 등 다양한 방식의 적용이 요구된다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 3개년(2018-2020년)의 자료를 통합함으로써 1인 가구 자료를 충분히 확보하여 분석하고자 했다.

둘째, 조사한 두 지역 간에 건강행동의 차이가 존재하였다. 본 연구에서는 금연, 절주, 걷기뿐 아니라 건강행동을 종합적으로 살펴본 건강생활실천 항목도 분석에 포함하였다. 그 결과, A 지역은 B 지역보다 건강생활실천이 약 9% 더 낮았고, 금연은 0.9%, 절주는 0.6%, 걷기는 12.7% 더 낮았다. A 지역은 B 지역보다 더 높은 재정자주도를 보임에도 불구하고, 건강행동실천을 비롯하여 금연, 절주, 걷기 이행률이 모두 낮았다. 기존 연구에서는 재정자주도가 높으면 건강행동을 위한 공공 체육시설이나 건강증진 사업 등이 잘 구축되어 건강행동을 더 할 것으로 보고한 것(Park, 2013)과는 다른 결과이다. Park (2013)의 연구는 전국의 지자체를 대상으로 한 연구이기 때문에 지방자치단체 간의 재정자주도 격차가 큰 경우가 상당수 포함되어 있으나, 본 연구의 두 지역은 재정자주도 격차가 크지 않음에도 불구하고 건강행동의 차이를 보였다. 본 연구에서 두 지역의 재정자주도는 모두 서울시 전체 평균을 상회하며, 두 지역간 차이가 크지 않다는 점에서 지역사회의 건강행동 격차의 원인을 두 지역의 재정자주도 차이만으로 충분히 설명하기 어렵다. 지역사회의 건강행동에 영향을 주는 주요인은 건강행동을 촉진하는 지역 환경이라고 할 수 있다. 기존의 연구에서도 건강행동과 환경과의 관련성을 중요하게 보았다(Kim & Yoo, 2022). A 지역의 도시공원의 수는 B 지역의 절반 정도이고, 축구장・농구장・테니스장 같은 공공체육 간이 운동시설의 수도 B 지역의 삼분의 일 이하이다(Ministry of Culture Sports and Tourism, 2021). 또한 A 지역이 B 지역보다 인구 10만명 당 담배 소매점 수가 상당히 많았다(Seoul Health Foundation, 2020). 이런 점에서 건강행동 향상 전략 수립에 앞서 지역환경을 진단하고 건강환경개선을 위한 노력이 선행되어야 할 것이다.

셋째, 두 지역의 1인 가구 건강행동은 지역에 따라 차이가 나타났다. A 지역은 1인 가구가 다인 가구보다 금연과 절주를 덜 했지만, 걷기는 더 하는 편이었고, 건강생활실천은 비슷했다. 반면 B 지역은 1인 가구가 다인 가구보다 건강생활실천, 절주, 걷기를 더 했고 금연만 덜 하는 것으로 나타났다. 본 연구 결과 중 1인 가구가 다인 가구보다 금연이 낮은 경향은 기존 연구 결과와 일치하였다(Kim & Park, 2020; Cho et al., 2019; Heo, 2018). 1인 가구는 가족과 함께 살지 않기 때문에 가족의 통제가 없고, 금연에 대한 가족의 지지가 부족함에 따라 금연시도나 금연성공 가능성이 낮다는 기존 연구와도 일치한다(Cho et al., 2019; Kim 2011; Yun, Lim, Oh, Kang, & Son, 2010). 또한 1인 가구가 거주하는 거주지 유형이 이웃 간 금연 규범이 강한 아파트(32.0%)보다는 단독주택이나 연립・다세대 거주 비율(55.3%)이 높은 편이다(Statistics Korea, 2022). 따라서 가족의 통제와 지지가 부족하고, 거주지 내 흡연에 대한 규제가 높지 않다는 점 등이 1인 가구의 금연율을 낮추는 주요 요인으로 고려해볼 수 있다. 금연과 달리 절주는 1인 가구와 다인 가구 간의 경향이 지역에 따라 달랐다. A 지역의 경우 1인 가구가 다인 가구보다 술을 더 마시지만, B 지역은 다인 가구가 1인 가구보다 술을 더 마시는 것으로 조사되었다. 기존의 가구 유형에 따른 음주 연구에서도 연구결과가 엇갈렸다(Kim & Park, 2020; Jung et al., 2019; Kang & Lee, 2016). 본 연구를 통해 가구유형 때문에 절주 정도가 달라진다고 단정짓기 어렵다. A 지역과 B 지역의 가구유형을 구성하는 성별・연령 구성의 차이로 1인 가구와 다인 가구의 절주율의 차이가 날 수 있기 때문이다. 실제로 두 지역의 청년층(19-39세) 1인 가구 비율은 A 지역

이 B 지역보다 15.7% 더 높았고, A 지역 청년층(19-39세) 1인 가구는 남녀 모두 다인 가구보다 2배 가까이 술을 더 마시는 것으로 나타났다. 이를 통해 지역의 음주 환경과 함께 해당 지역별 1인 가구의 성별과 연령 등 인구사회학적 특성의 차이를 고려해야 함을 확인할 수 있었다.

넷째, 사회경제적 상태를 통제하더라도 성별과 연령에 따라 1인 가구와 다인 가구의 건강행동에 차이가 있었다. 본 연구 결과, 두 지역 모두 청년층 1인 가구가 다인 가구보다 건강생활실천과 금연을 덜 하는 것으로 나타났다. 이는 선행연구에서도 1인 가구가 다인 가구보다 흡연율이 높고(Heo, 2018), 특히 청년층 1인 가구가 다인 가구보다 흡연율이 높다고 보고하고 있다(Ha & Lee, 2017). 청년층 1인 가구는 취업의 어려움뿐 아니라 1인 가구라는 점에서 생계유지에 대한 부담이 가중되고, 결국 자신의 경력개발과는 거리가 먼 단시간 근로자와 같은 경제활동 요구를 받게 된다(Kwon, 2021). 이러한 스트레스 상황에서 흡연은 스트레스 해소를 위한 대응 자원으로 남용될 가능성이 높고(Heo, 2018), 이를 통제할 가족이 함께 살지 않기 때문에 금연시도가 어려울 수 있다. 따라서 청년층 건강생활실천을 위해서는 건강증진 프로그램뿐 아니라 그들의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 양질의 일자리 마련과 실질적인 구직 정책 등도 같이 병행되어야 할 것이다. 두 지역 모두 여성 청년층 1인 가구가 다인 가구보다 절주를 덜 했다. 이는 기존 연구에서도 젊은 1인 가구 여성이 다인 가구 여성보다 월간음주율이 높거나(Cho et al., 2019), 19-39세 1인 가구 여성이 다인 가구 여성보다 폭음이나 문제 음주를 더 많이 경험하고 있었다(Jung et al., 2019). 여성의 사회 진출 증가로 직장동료나 친구와 소비하는 시간이 증가하면서 음주 기회가 잦아질 수 있을 것이며, 미혼과 만혼 증가와 같은 가치관 변화는 여성 음주에도 영향을 줄 수 있을 것이다. 특히 젊은 1인 가구 여성의 경우 이러한 사회문화 변화에 대한 영향과 함께 음주에 대한 직간접적인 가족의 통제가 부재하기 때문에 음주에 더 노출될 가능성이 있다. 여성 청년, 특히 1인 가구 여성의 음주율을 줄이기 위해 변화된 사회적 가치관를 고려한 정책뿐 아니라 지역사회 차원의 노력도 함께 이루어져야 할 것이다.

다섯째, 본 연구에서 1인 가구와 다인 가구에 따른 건강생활실천을 카이제곱 검정한 결과, A 지역에서는 통계적으로 유의한 차이를 발견할 수 없었다. 그렇지만 교육수준과 월평균 가구소득을 통제하고 성별 · 연령을 층화하여 1인 가구와 다인 가구의 건강생활실천을 로지스틱 회귀분석했을 때, A 지역 중장년층(40-59세) 남성 집단을 제외한 다른 성별 · 연령 집단에서 1인 가구와 다인 가구의 유의한 차이를 파악할 수 있었다. 이를 통해 1인 가구의 특성을 보다 세분화하고 다차원적으로 살펴보는 것이 필요함을 알 수 있다.

본 연구는 각각의 건강행동뿐 아니라 여러 건강행동을 동시에 수행하는 건강생활실천 지표를 추가함으로써 건강행동을 종합적으로 살펴보고자 했다. 또한 동일한 가구 유형에서 도시 지역의 지역별 건강행동을 비교함으로써 지역사회 환경이 건강행동에 미치는 영향을 직간접적으로 파악하였다. 이뿐 아니라 1인 가구와 다인 가구의 건강행동의 차이를 다양한 인구사회학적 특성에 따라 살펴보면서 1인 가구의 건강행동을 다차원적으로 파악해 보았다는 데 본 연구의 의의가 있다.

그럼에도 불구하고 본 연구의 제한점은 다음과 같다. 우선 본 연구는 2018-2020년 지역사회건강조사 자료를 활용하여 분석한 연구로서 1인 가구에 대한 표집이 많지 않아 3개년을 통합하여 사용하였지만, 실제 1인 가구 비율과는 차이가 있었다. 복합표본설계를 통해 체계적으로 표본을 추출했지만 실제 지역사회의 1인 가구 비율만큼을 반영하지 못했다. 또한 본 연구는 단면조사라는 점에서 가구유형과 건강행동의 인과관계를 명백하게 밝히기 어렵다. 그리고 본 연구에서는 인구사회학적 특성을 고려하여 1인 가구를 구분했지만 1인 가구 형성의 동기와 지속기간 등을 알지 못하기 때문에 1인 가구 여부와 건강행동과의 관련성 해석에 한계를 갖는다. 추후 연구를 통해 1인 가구로 사는 이유가 자발적인지 비자발적인지에 따른 건강행동 연구가 추가로 이루어진다면 점차 증가하는 1인 가구의 생활양식과 요구도를 고려한 건강프로그램이 제공될 수 있을 것이다.

V. 결론

서울시 2개 구 지역의 1인 가구와 다인 가구의 특성에 따른 건강행동을 살펴본 결과, 두 지역 모두 1인 가구가 다인 가구보다 여성 비율이 높고 사회경제적으로 취약한 편

이었다. 그렇지만 두 지역은 1인 가구 연령 비율과 건강행동 특성의 차이가 있었다. A 지역 1인 가구는 청년층 비율이, B 지역 1인 가구는 노년층 비율이 높았다. 그리고 A 지역 1인 가구는 다인 가구보다 금연과 절주를 덜 실천하고 걷기만 더 실천하고 있었으며, 건강생활실천에는 유의한 차이가 없었다. 이와 달리 B 지역 1인 가구는 다인 가구보다 금연을 덜 했지만 건강생활실천, 절주, 걷기를 더 하고 있었다. 두 지역 응답자에 대하여 사회경제적 요인을 통제하고 성별 · 연령별 1인 가구와 다인 가구의 건강행동 차이를 지역별로 비교한 결과, 같은 1인 가구라도 성별과 연령에 따라 건강행동에 미치는 영향이 달랐다. 이러한 차이는 지역에 따라서도 다르게 나타났다. 이를 통해 1인 가구와 다인 가구의 건강행동 차이의 원인을 파악하기 위해서는 가구 유형뿐 아니라 인구사회학적 요인 및 지역사회 특성이 함께 고려되어야 함을 알 수 있었다. 증가하고 있는 대도시의 1인 가구 유형을 고려할 때, 본 연구는 1인 가구의 다차원적 특성을 반영함으로써 보다 정교하고 효과적인 1인 가구 건강증진 전략 수립 및 기초자료 제공에 기여할 수 있을 것이다.

References

Cho, Y. K., Shim, K. W., Suk, H. W., Lee, H. S, Lee, S. W., Byun, A. R., & Lee, H. N. (2019). Differences between one-person and multi-person households on socioeconomic status, health behavior, and metabolic syndrome across gender and age groups. *Korean Journal of Family Practice, 9*(4), 373-382. doi: 10.21215/kjfp.2019.9.4.373.

Ha, J. K., & Lee, S. L. (2017). The effect of health-related habitual consumption and lifetime on subjective health of one person households: focusing on comparison between non-one person. *Human Ecology Research, 55*(2), 141-152. doi: 10.6115/fer.2017.011.

Heo, J. H. (2018). Associations between persistent unhealthy behaviors and household type: A descriptive study focusing on one-person households aged 20-under 65. *Alcohol and Health Behavior Research, 19*(2), 121-137. doi: dx.15524/KSAS.2018.19.2.121.

Jeong, J. Y., & Lee, S. J (2021). *A study on the improvement of the integrated health promotion project support group in Seoul*. Seoul: Seoul Health Foundation.

Jung, M. C., Choi, D. H., Lee, T. Y., An, Y. I., Park, S. J., Jang, H., & Shim, G. H. (2019). Analysis of drinking behavior according to household type: Using data from the 6th Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Korean Journal of Family Practice, 9*(3), 254-259. doi: 10.21215/kjfp.2019.9.3.254.

Kang, E. N., & Lee, M. H. (2016). Single-person households in South Korea and their policy implications. *Health Welf Policy Forum, 234,* 47-56. doi: 10.23062/2016.04.5.

Kim, D. H., & Yoo, S. H. (2022). A grounded theory approach toward the walking practice and health promotion of urban older adults. *Korean Journal of Health Education and Promotion, 39(1),* 73-90. doi: 10.14367/kjhep.2022.39.1.73.

Kim, D. J. (2018). The gap and implications of bad lifestyle according to income and education level. *Korea Institute for Health and Social Affairs, 348,* 1-8. doi: 10.23064/2018.03.348.

Kim, J. G. (2011). The impact of family type on health behavior of elderly people. *Journal of Welfare for the Aged, 51,* 35-56. doi: 10.21194/kjgsw..51.201103.35.

Kim, M. D., & Park, E. O. (2020). Health behavior and metabolic syndrome of Korean adults in one-person households: Based on the National Cross-sectional Survey. *Health and Social Science, 55,* 85-101. doi: 10.37243/kahms.2020.55.85.

Kwon, T. Y. (2021). The effect of deprivation on problem drinking of single person households : Focusing on the difference of life cycle. *The Korean Journal of Humanities and the Social Sciences, 45*(3), 117-152. doi: 10.46349/kjhss.2021.09.45.3.117.

Lee, J. W. (2021). A study on the influencing factors of high risk drinking by genderin single adult households. *Journal of Korea Academia-Industrial Cooperation Society, 22*(6), 321-331. doi: 10.5762/KAIS.2021.22.6.321.

Lee, M. J. (2019). Policy trends on one-person household in European countries. *Global Social Security Review, 11,* 16-26. doi: 10.23063/2019.12.2.

Ministry of Culture, Sports and Tourism. (2021). *The status of public sports facilities in Korea*. Retrieved from https://www.mcst.go.kr/kor/s_policy/dept/deptView.jsp?pSeq=1571&pDataCD=0417000000&pType=

Ministry of Health and Welfare. (2019). *The 7th community health plan in Seoul*. Retrieved from https://opengov.seoul.go.kr/public/18062499

Statistics Korea. (2022). *One-person households based on 2021 statistics*. Retrieved from http://www.inclusivekorea.go.kr/boardView.do;jsessionid=tPH88ido6688MnNkAw1HQ7z8.node20?boardID=72734&boardSeq=90013&lev=0&searchType=&searchWord=&curPage=1

Park, E. O. (2013). Cardiovascular disease-specific standardized

mortality and the related factor in South Korea. *Health and Social Science, 34,* 257-271.

Seoul Health Foundation. (2020). *Community health profiles in Seoul*. Retrieved from http://www.seoulhealth.kr/relorg/local?menuId=164

Seoul Metropolitan Government. (2021). *Seoul statistical yearbook 2020*. Retrieved from http://ebook.seoul.go.kr/Viewer/1MESKAFS3SHQ

Sohn, C. W., & Kim, J. A. (2020). Diagnosis and assignment of public health activities in Seoul. *Policy Report, 293*, 1-20.

Stone, J., Berrington, A., & Falkingham, J. (2011). The changing determinants of UK young adults' living arrangements. *Demographic Research, 25*, 629-666. doi: 10.4054/DemRes.2011.25.20.

Korean Statistical Information Service. (2022a). *Households by population census, gender, age, and household composition*. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1JC1517&checkFlag=N

Korean Statistical Information Service. (2022b). *One-person household ratio*. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1JC1517&checkFlag=N

Yun, E. H., Lim, M. K., Oh, J. K., Kang, Y. H., & Son, J. M. (2010). The role of social support and social networks in smoking behavior among middle and older aged people in rural areas of South Korea: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 10*(1), 78. doi: 10.1186/1471-2458-10-78.

■ Sarang Jang https://orcid.org/0000-0002-4718-0948
■ Junghyun Bae https://orcid.org/0000-0002-5989-8260
■ AhHyun Park https://orcid.org/0000-0003-2861-3506
■ Jihae Choi https://orcid.org/0000-0001-8694-8895
■ Aeree Sohn https://orcid.org/0000-0002-8524-2433