

# 성별에 따른 1인가구 성인의 자살생각 영향요인: 국민건강영양조사 자료분석(2017)

## The Factors Affecting the Suicidal ideation of Single Person Household in Adults based on the Gender: Analysis of Data from the National Health and Examination Surveys (2017)

신미아\*

군장대학교 간호학과 조교수\*

**Shin, Miah\***

Department of Nursing, Kunjang University College

### Abstract

The main purpose of this study was to compare the factors affecting the suicidal ideation of single person household in adults based on the gender. The data of 807 people over 19 years of age and single person households who participated in the national health and nutrition surveys 2017 were used for the final analysis. The data were executed using Rao-Scott  $\chi^2$ -test and multiple logistic regression considering complex sample analysis. The overall prevalence of suicidal ideation in adults with a single person household was 11% (47.2% among men and 52.8% among women). The lower educational level, marital status, unemployment, less than seven hours of sleep, and morbidity were identified as significant factors in men. whereas, non-ownership of house, current smoker, and non-medical checkup were identified as the significant factors affecting the prevalence of suicidal ideation in women. The age in 50s, lower household income, recipient of basic living, bad perceived health status, higher perceived stress level, and depression(more than two weeks) were identified as significant factors of suicidal ideation in both men and women.

**Keywords:** Single person household, Suicidal ideation, Adult, Gender

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

우리나라 가구형태는 2000년 기준 1인가구 15.5%, 2인가구 19.1%, 3인가구 20.9%, 4인가구 31.1%로 4인가구 비율이 높은 형태이었으나 2017년에는 1인가구 28.6%, 2인가구 26.7%, 3인가구 21.2%, 4인가구 17.7%로 4인가구

는 감소하고 1인가구는 증가하고 있다. 2037년 우리나라 1인가구 구성비는 35.7%로 일본 39.0%보다는 낮고 캐나다 30.2%, 호주 26.5%보다는 높을 전망이다(통계청, 2019).

한국의 1인가구는 약 562만 가구로 국민 100명 중 11명이 1인가구이다(정인, 강서진, 2019). 1인가구 중 성별은 2017년 남자 49.8%, 여자 50.2%를 차지하였는데 2047년에는 남자 1인가구 비중이 50.3%로 증가하고 여자

\* Corresponding author: Shin, Miah  
Tel: +82-63-450-8289, Fax: +82-63-450-8340  
E-mail: psini1@daum.net

1인가구 비중이 49.7%로 예상되면서 남녀 비슷한 비율로 진행될 전망이다(통계청, 2019). 1인가구는 직장, 학교 등 비자발적 사유로 시작하고 최근에는 나이가 들면서는 자연스럽게 겪는 삶의 과정으로 받아들이는 추세이다(정인, 강서진, 2019).

1인가구 증가는 생활양식의 변화, 건강문제, 사회·심리적인 문제에 영향을 주는 등 개인의 삶에 중요한 영향을 미치고 있다(탁영진 외, 2013). 1인가구는 다인가구에 비해 부정적 건강행위가 높고 건강관리를 못하며(하지경, 이성림, 2017), 음주(김영주, 2009; 하지경, 이성림, 2017) 및 흡연율이 높고, 주관적 건강상태가 부정적이고 스트레스가 높다(김은경, 박숙경, 2016; 하지경, 이성림, 2017). 또한, 1인가구는 인간관계가 다인가구에 비해 취약하고(최유정 외, 2016) 사회 참여율이 낮고 질병이 많으며(정경희 외, 2012) 수면시간 부족과 정신문제 상담을 더 필요로 하고 특히, 우울과 자살생각의 위험성이 높다(김은경, 박숙경, 2016; 신미아, 2019).

우울은 슬픔, 절망, 자포자기, 활동과 생산성의 저하, 수면장애, 심한 피로 등의 특징을 가지는 감정적인 반응으로 생활에 대해 비판적이고 부정적인 마음상태를 의미한다(Barker, 2003). 우울은 행동적 증상, 인지적 증상, 사회적 증상, 생물학적인 증상들이 다양한 형태로 나타나는 기분장애로 심리학적으로 슬픔이라는 감정에서 시작된다(Bernard, 2018). 1인가구는 다인가구에 비해 우울이 높으며(신미아, 2019; 이명선 외, 2018) 외로움과 고독감을 동반하는 정신건강 고위험 대상으로 정신적, 사회적으로 오는 생활스트레스로 인해 우울감에 빠지기 쉽고 정신적 건강에 큰 영향을 미친다(김소연 외, 2018; 최유정 외, 2016). 성별에 있어서는 여성이 남성에 비해 우울정도가 높다(최유정 외, 2016). 1인가구가 여성일 경우 주관적 건강상태, 가족관계, 사회적 친분관계, 현재 일하는 상태, 만성질환 수, 비동거자녀의 정서적 지원 등이 우울에 영향을 미치며, 1인가구가 남성일 경우에는 일상생활 수행능력, 친구 수, 주관적 건강상태 등이 우울에 영향을 미친다(박미현, 2017). 이러한 우울은 1인가구 자살생각의 주요 위험요인으로 알려져 있다(김화진, 김경신, 2015).

자살생각은 자살에 대한 생각을 하고 있는 상태로(홍진표 외, 2016), 자살을 생각하는 것은 자살을 행하게 하는 첫 단계이며 위험요인이다(신상수, 신영진, 2014). 일년 자살생각률에서 남자는 60대에서 가장 높고 여자의 경우 20대, 50대, 60대에서 높다. 소득이 낮을수록 자살생각 유병률이 높은 경향이 있고 남자의 경우 이혼, 별거, 사별한

경우, 여자는 미혼인 경우에 자살생각 유병률이 높다(홍진표 외, 2017). 1인가구는 이혼, 별거, 사별 혹은 미혼 등의 비율이 높는데(정경희 외, 2012) 이러한 1인가구는 혼자 거주하면서 가족, 친구 등과 왕래가 적고 건강 및 경제적인 문제가 나타날 경우 사회적으로 고립과 소외감에 직면할 가능성이 높다. 이로 인해 1인가구는 다인가구에 비해 자살생각이 높다(신미아, 2019; 정인, 강서진, 2019).

성별에 있어 여성이 남성보다 자살생각이 높으나(박은옥, 2014; 황은희, 박민희, 2016) 1인가구를 대상으로 자살생각을 분석한 선행연구들은 주로 성별차이 없이 분석하거나(김화진, 김경신, 2015) 가구유형 구분 없이 성인을 대상으로 자살생각을 비교(최유정 외, 2016; 황은희, 박민희, 2016)하였다. 자살생각은 인구사회학적 특성이나 관련요인이 다양하게 영향을 미치기 때문에 가구형태(신미아, 2019), 성별(신상수, 신영진, 2014)을 고려하여 접근할 필요가 있다.

따라서 본 연구는 전 세계적으로 증가하고 있는 1인가구를 대상으로 성별에 따라 자살생각 영향 요인의 차이를 분석하여 1인가구의 자살생각 예방을 위한 기초자료를 제시하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 성별에 따라 1인가구 성인의 자살생각에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 것이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 성별에 따른 1인가구 성인의 자살생각 빈도를 파악한다.
- 2) 성별에 따른 1인가구 성인의 인구사회학적 특성별, 건강행태별 및 건강상태별 자살생각 여부를 파악한다.
- 3) 성별에 따른 1인가구 성인의 자살생각 영향요인을 파악한다.

## II. 선행연구 고찰

### 1. 1인가구

1인가구는 1인이 독립적으로 취침, 취사 등의 생계를 유지하며 혼자 살림하는 가구를 말한다(통계청, 2020). 1인가구는 20-30대의 경우 학업이나 취업으로 인해, 40대

는 나이가 들면서 자연스럽게 혹은 자발적 사유로, 50대는 이혼, 사별, 자녀 분가 등의 사유로 증가하고 있다(정경희 외, 2012; 정인, 강서진, 2019). 2017년 65세 이상 1인가구가 24.1%에서 2047년 48.7%로 증가할 것으로 예측되고 2047년에는 1인가구 중 70대가 21.8%로 가장 많은 비중을 차지할 것으로 전망되면서 고령화도 1인가구 증가에 크게 기여를 하고 있는 상황이다(통계청, 2019). 또한, 부모로부터 독립, 결혼에 대한 가치관 변화, 개인주의 심화 등으로 증가되는 미혼의 비율도 2017년 16.9%에서 2047년 26.0%로 예측되면서 1인가구 증가에 크게 영향을 미치고 있다(정경희 외, 2012; 통계청, 2019). 1인가구 혼인상태를 보면 30-40대 남성 1인가구의 다수가 미혼이며 70대 이상 여성 1인가구의 90% 이상이 사별로 인해 1인가구 생활을 하고 있다. 이전에는 여성이 남성보다 평균수명이 길면서 사별 등으로 인해 고령층 여성 1인가구의 비중이 높았던 반면, 20-30대에 학업, 취업, 만혼으로 1인가구를 시작하면서 40-50대까지 1인가구를 유지하는 남자가 늘어나면서 남자와 여자 비슷한 비율로 1인가구가 증가하고 있다(정인, 김희민, 2018). 이렇듯 1인가구는 다양한 사회적 요인으로 증가하고 있는데 미혼과 이혼 인구의 증가 등 가구형태의 변화를 이끄는 요인들이 크게 작용하면서 1인가구는 계속 증가할 전망이다(정인, 강서진, 2019).

이러한 1인가구 증가는 고독사, 스트레스성 질환 증가, 자살률 증가 등의 사회병리적인 문제를 초래하고 있다(정경희 외, 2012). 1인가구 거주자는 다인가구에 비해 연령이 높고 소득 및 교육수준이 낮으며 동년배 대비 건강상태도 더 나쁘다. 사회적 관계에서도 가족, 친척, 친구와의 관계에서 접촉빈도나 정서적 교감이 다인가구에 비해 낮은 편이다(최유정 외, 2016). 이로 인해 정서적으로 교류할 사람의 부재로 인한 심리적 문제가 발생할 수 있는데 특히 외로움, 우울이라는 부정적 자아상이 나타날 수 있고 건강에 대한 우려가 많으며(정인, 강서진, 2019) 부정적인 건강행위 비율이 높다(하지경, 이성림, 2017). 따라서 1인가구 자체가 외로움과 고독감을 동반하는 정신건강 위험대상이며 정신적, 사회적으로 오는 생활스트레스로 인해 우울감이나 자살생각에 취약하다(김소연 외, 2018).

## 2. 자살생각

자살은 OECD 국가 중에서 가장 높은 나라 중 하나로 자살생각의 예방 및 치료를 위해서는 지속적으로 관리가

필요한 정신건강 문제이다. 자살의 첫 단계인 자살생각은 죽음을 가하거나 스스로를 해하려는 것으로 자살계획, 자살시도, 자살로 이어질 수 있다(홍진표 외 2017). 자살을 생각한 사람의 34.42%가 자살을 시도한 반면, 자살을 생각하지 않는 사람들은 자살을 거의 시도하지 않는다(신상수, 신영진, 2014). 자살생각이 처음 시작되는 연령은 남녀 모두 15-19세 사이가 가장 많으며 평생 자살생각은 15.4%(홍진표 외, 2017), 최근 1년 내에 자살생각은 10.4%로 보고하고 있다(신상수, 신영진, 2014).

자살생각은 다양한 인구·사회학적 특성, 심리·정서적 문제 등으로 나타나고 있다. 연령이 증가할수록 자살생각이 증가하는데 특히 노년층이 청·장년층이나 중년층보다 자살생각을 크게 가지고 있는 것으로 보고되고 있다(전현규 외, 2015). 또한 교육수준에서는 학력이 낮을수록(신상수, 신영진, 2014; 전현규 외, 2015), 경제활동이 없고, 가구소득이 낮을수록 자살생각이 높다(김소연 외, 2018; 전현규 외, 2015). 노인을 대상으로 한 연구를 보면 가구수입이 낮고 학력수준이 낮고 직업이 없는 경우 자살생각이 높은 경향을 보였다(박보영 외, 2016).

자살생각은 개인의 결혼상태와도 관련성이 있는데 기혼에 비해 미혼 그리고 이혼, 사별, 별거의 개인적 특성을 가지고 있는 경우 높다(김소연 외, 2018; 신상수, 신영진, 2014). 특히, 남자의 경우 이혼, 별거, 사별한 경우에, 여자는 미혼인 경우에 자살생각 유병율이 높다(홍진표 외, 2017). 20세 이상 성인의 경우 정신문제 상담을 받은 적이 있고 7시간 미만의 짧은 수면이 자살생각의 위험성을 증가시킨다(황은희, 박민희, 2016). 또한 심리·정서적 특성 중, 주관적 건강상태가 나쁘고 스트레스를 많이 느끼며 우울이 있는 경우 자살생각에 영향을 미친다(박보영 외, 2016; 신상수, 신영진, 2014). 특히, 우울은 자살생각을 예측하는 강력한 위험요인으로 보고되고 있다(박은옥, 2014; 황은희, 박민희, 2016). 우울은 다양한 연령층에서 나타나며 자살 대상자의 60%이상에서 나타나는 중요한 요인이다(전현규 외, 2015). 우울은 남녀 모두 자살생각에 있어 공통적으로 영향을 미치는 중요한 위험요인이다(엄현주, 전해정, 2014).

성별에 있어 자살생각은 모든 연령층에서 여자가 남자보다 높다(박은옥, 2014; 신상수, 신영진, 2014; 전현규 외, 2015). 여자의 경우 자살생각의 위험요인은 경제적 어려움, 낮은 교육수준, 알코올이었고(박은옥, 2014), 남자의 경우 신체적, 정신적 질환 또는 장애, 65세 이상 연령, 결혼상태(이혼, 별거, 사별), 좋지 않은 건강상태, 활동

제한, 흡연, 스트레스, 우울 등이었다(박은옥, 2014).

### 3. 1인가구의 자살생각 선행연구

자살생각에 있어 가구형태가 자살생각에 영향을 미치는데 혼자 거주하는 1인가구가 자살생각이 높다(박보영 외, 2016; 신미아, 2019). 1인가구는 다인가구에 비해 연령이 높고, 미혼상태 비율이 높으며, 낮은 교육수준을 가지고 있고 취업상태에 있어서도 비취업자가 많고 소득수준이 낮으며 무주택자가 많은 특성을 가지고 있다. 또한 건강행태에 있어서도 흡연과 음주를 하는 비율이 다인가구보다 많으며 우울이 높고 정신문제 상담도 더 받으며 자살생각 등의 정신건강이 좋지 않다(신미아, 2019). 우울은 자살생각을 초래하는 요인으로서 가장 강력하게 작용하는데(전현규 외, 2015) 1인가구는 다인가구에 비해 우울정도가 높기 때문에 자살생각의 고위험 대상군이라 볼 수 있다. 1인가구에서 나타나는 우울은 사회활동 횟수, 이웃과 가족과의 교류, 가구소득(박보영 외, 2016), 건강상태(최유정 외, 2016) 등 다양한 요인이 작용하며 자살자의 많은 비율에서 우울증상이 나타난다(전현규 외, 2015).

1인가구의 자살생각에서 연령이 51-60세, 71세 이상 순으로 높았으며 교육수준에서도 초등학교 졸업 이하가 자살생각이 가장 높아 낮은 교육수준이 자살생각과 관련성이 있으며, 평소 스트레스 인지가 높고 주관적 건강상태가 나쁘며 경제활동을 하지 않은 사람이 자살생각이 높다(김소연 외, 2018). 또한, 무직이고 주관적 경제수준이 낮고 1인가구 생활만족도가 좋지 않으며 가족과 친구와 고립된 대상자 등이 자살생각이 높았다. 특히, 1인가구원의 행복지수가 낮을수록, 가족만남 정도가 적을수록, 우울수준이 높을수록 자살생각이 높다. 이 중, 1인가구원의 자살생각에 가장 큰 영향을 주는 요인은 1인가구에서 많이 나타나는 우울로 보고되고 있다(김화진, 김경신, 2015). 이상의 선행연구 고찰을 통해서 볼 때 자살생각은 1인가구원이 가지고 있는 특성 그 자체가 자살생각과 밀접하게 관련되어 있는 것을 확인할 수 있다.

## Ⅲ. 연구 방법

### 1. 연구대상 및 자료수집

본 연구 대상자는 자살생각 조사항목이 포함되었던

2017년 국민건강영양조사 설문에 응답한 8,126명 중 독립이 가능한 19세 이상이고 1인가구로 응답한 대상자 807명(12.4%)을 연구대상자로 최종 선정하였다. 국민건강영양조사(Korean National Health and Nutrition Examination Survey)는 국민건강증진법 제 16조에 근거하여 시행하는 전국 규모의 건강 및 영양조사로 본 연구는 2017년(제7기) 국민건강영양조사의 원시자료를 사용하였다. 국민건강영양조사의 표본 추출 틀은 최근 시점의 인구주택 총 조사 자료를 기본 추출 틀로 사용하였으며 현재 모집단 특성을 반영할 수 있는 최신 정보사용을 위해 공동주택 공시가격 자료를 추가하여 기본 추출 틀을 보완하여 모집단 포함률을 향상시켰다. 이를 활용해 목표 모집단인 대한민국에 거주하는 만 1세 이상 국민에 대하여 대표성 있는 표본을 추출하였다. 자료는 시·도·동·읍면, 주택유형을 기준으로 추출 틀을 층화하였고, 주거면적 비율, 가구주 학력 비율 등을 내제적 층화 기준으로 사용하였다. 국민건강영양조사는 가구원 확인조사, 건강 설문조사, 검진조사, 영양조사를 통해 조사 자료를 수집하고 있다.

본 연구에서는 가구조사, 교육, 경제활동, 건강행태조사, 정신건강 등의 일부 자료를 이용하였다. 본 연구를 위해 ‘통계자료 이용자 준수사항 이행서약서’ 및 ‘보안서약서’ 서명 및 제출을 통해 원시자료를 취득하였다(질병관리본부, 2017).

## 2. 연구도구

### 1) 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성은 성별, 연령, 교육, 결혼, 경제활동, 가구 소득수준, 기초생활수급, 주택소유를 포함시켰다. 성별은 남성과 여성으로 구분하였고 연령은 19~29세, 30~39세, 40~49세, 50~59세, 60~69세, 70세 이상으로 구분하였다. 교육은 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상으로, 결혼여부는 기혼과 미혼으로, 경제활동은 취업자와 비취업자로 구분하였다. 가구 소득수준은 월평균 가구 균등화 소득에 따라 하, 중하, 중상, 상으로 구분하였고 기초생활수급은 ‘유’, ‘무’로 구분하였다. 주택소유는 1채 이상 있는 경우 ‘예’, 소유 하지 않은 경우 ‘아니오’로 구분하였다(질병관리본부, 2017).

### 2) 건강행태 특성

건강행태 특성은 현재 흡연율, 월간 음주율, 유산소 신체활동 실천율, 건강검진 수진을 포함시켰다. 현재 흡연율(만 19세 이상으로 평생 담배 5갑 이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람 수)은 비흡연(과거 흡연)과 현재 흡연으로 구분하였으며, 월간 음주율은 비음주(평생 비음주, 최근 1년간 월1잔 미만)와 음주(최근 1년간 월1잔 이상)로 구분하였다. 유산소 신체활동 실천율(일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상 또는 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도 신체활동을 섞어서 각 활동에 상당하는 시간을 실천한 사람 수)은 미실천과 실천으로 구분하였다. 건강검진 수진은 최근 2년 동안 건강검진을 받았는지 여부를 ‘예’와 ‘아니오’로 구분하였다(질병관리본부, 2017).

### 3) 건강상태 특성

건강상태 특성은 수면시간, 주관적 건강상태, 이환여부(2주간), 스트레스 인지율, 우울감(2주간)을 포함시켰다. 수면의 권장시간은 청소년기와 성인을 7-9시간, 노인을 7-8시간으로 제시하고 있어(Hirshkowitz et al, 2015) 본 연구에서는 수면시간을 7시간 미만과 7시간 이상으로 구분하였다. 주관적 건강상태는 ‘ 좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’으로 구분하였다. 이환여부는 최근 2주간 몸이 불편했던 경험을 ‘예’와 ‘아니오’로 구분하였고 스트레스 인지율은 평소 일상생활 중에 스트레스를 ‘적게 느낌’과 ‘많이 느낌’으로 구분하였다. 우울감은 최근 2주 이상 연속적으로 우울감이 있었는지를 ‘예’와 ‘아니오’로 구분하였다(질병관리본부, 2017).

### 4) 자살생각

자살생각은 최근 1년 동안 심각하게 자살생각을 했는지를 ‘예’와 ‘아니오’로 구분하였다.

## 3. 분석방법

본 연구는 국민건강영양조사 자료가 우리나라 전체를 대표할 수 있도록 가중치, 층화변수, 집락변수를 고려한 복합표본 설계방법을 이용하였으며 유의수준은 .05로 하였다.

- 1) 성별에 따른 1인가구 성인의 자살생각은 빈도, 가중된 백분율을 사용하였다.
- 2) 성별에 따른 1인가구 성인의 인구사회학적 특성별,

건강행태 특성별 및 건강상태 특성별 자살생각은 빈도, 가중된 백분율, 복합표본 교차분석(Rao-Scott  $\chi^2$ -test)을 이용하여 분석하였다.

- 3) 성별에 따른 1인가구 성인의 자살생각 영향요인을 파악하기 위하여 복합표본 다중 로지스틱 회귀분석(complex sample multiple logistic regression)을 실시하였다.

## IV. 결과 및 논의

### 1. 성별에 따른 1인가구 성인의 자살생각

성별에 따른 1인가구 성인의 자살생각은 <표 1>과 같다. 연구 대상자는 1인가구 807명 중 남자 328명(40.6%), 여자 479명(59.4%)이었고 이 중, 최근 1년 동안 자살생각이 있다고 응답한 대상자는 89명(11.0%), 없다고 응답한 대상자는 718명(89.0%)이었다. 자살생각이 있다고 응답한 대상자 89명 중, 남자는 42명(47.2%), 여자는 47명(52.8%)이었다. 이러한 결과는 가구유형에 따라 자살생각을 비교 분석한 연구에서 1인가구의 자살생각을 9.6%(신미아, 2019), 9.7%(김소연 외, 2018)로 제시한 결과보다는 약간 높은 편이었다. 또한, 20세 이상 성인을 대상으로 한 연구에서 여성이 남성보다 자살생각이 더 많은 것으로 보고한 결과(박보영 외, 2016; 신상수, 신영진, 2014; 홍진표 외, 2017; 황은희, 박민희, 2016)들과 일치하였다. 자살생각은 현대사회에서 다양한 개인적·사회적 요인과 함께 증가하고 있어 사회적으로 예방 및 관리대책이 필요한 정서·심리적인 문제이다. 사회적인 현상으로 점점 증가하는 1인가구의 자살은 개인의 문제 혹은 개인의 책임에서 벗어나 사회적, 보건학적, 정책적으로 접근이 필요한 부분이라 사료된다.

### 2. 성별에 따른 1인가구 성인의 인구사회학적 특성별 자살생각

성별에 따른 1인가구 성인의 인구사회학적 특성별 자살생각은 <표 2>와 같다. 1인가구 성인남자의 자살생각은 인구사회학적 특성 중 연령(Rao-Scott  $\chi^2=3.470$ ,  $p=.006$ ), 교육(Rao-Scott  $\chi^2=5.474$ ,  $p=.001$ ), 결혼여부(Rao-Scott  $\chi^2=7.245$ ,  $p=.008$ ), 경제활동(Rao-Scott  $\chi^2=10.493$ ,  $p=.002$ ), 가구 소득수준(Rao-Scott  $\chi^2=4.002$ ,  $p=.009$ ), 기

〈표 1〉 성별에 따른 1인가구 성인의 자살생각

자살 생각	전체		성별			
	807명	100%	남 328명(40.6%)		여 479명(59.4%)	
	n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>	n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>	n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>
예	89	11.0	42	47.2	47	52.8
아니오	718	89.0	286	39.8	432	60.2

<sup>†</sup> 가중되지 않은 대상자; <sup>‡</sup> 가중된 비율

초생활수급(Rao-Scott  $\chi^2=8.952$ ,  $p=.003$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉, 연령에서는 60-69세(19.0%), 70세 이상(17.9%), 50-59세(14.2%) 순으로 자살생각이 높았으며, 교육에서는 초졸 이하(23.0%), 중학교(16.4%), 고등학교(10.6%) 순으로 자살생각이 높았다. 결혼은 기혼(14.5%)이 미혼(6.3%)보다 자살생각이 높았고, 경제활동에서는 비취업자(16.8%)가 취업자(6.2%)보다 자살생각이 높았다. 가구 소득수준에서는 소득수준이 ‘하’(14.6%), ‘중하’(13.4%), ‘중상’(4.3%) 순으로 자살생각이 높았으며 기초생활수급은 ‘예’(20.4%)가 ‘아니오’(7.4%)보다 자살생각이 높았다.

이러한 결과는 초등학교 졸업 이하이고 경제활동을 하지 않는 사람이 자살생각이 높다는 선행 결과들(김소연 외, 2018; 최유정 외, 2016)과 일치하였다. 1인가구가 교육수준이 낮고 경제활동을 하지 않는 사람이 많은데(신미아, 2019) 이러한 인구사회학적 특성이 자살생각을 증가시키는 것을 확인할 수 있었다. 최근 기사를 보면 우리나라 전체 1인 가구의 60.8%만 일자리를 갖고 있으며 약 40%가 미취업자이고(김연정, 2020) 1인가구의 소득이 낮을수록 자살생각이 높다(홍진표 외, 2017). 따라서 1인가구 비취업자가 경제활동을 할 수 있도록 지방자치단체에서 구체적이고 실효성있는 계획을 수립 및 적용하는 노력이 필요하다고 사료된다. 한편, 1인가구 성인남자의 자살생각은 미혼에 비해 기혼인 경우 유의한 차이가 있었는데 이는 남자의 경우 이혼, 별거, 사별로 자살생각의 위험성이 높고(박은옥, 2014) 자살 유병율이 높다(홍진표 외, 2017)는 결과와 일맥상통한다. 이는 기혼이었으나 1인가구가 되었을 경우 변화된 환경에 적응하지 못하고 1인가구 이후 가정적·사회적으로 책임이 가중되면서 스트레스가 증가하고 이로 인해 자살생각이 증가하는 것으로 사료된다. 따라서 이혼, 별거, 사별 등의 사유로 1인가구로 진입한 대상자들에 대한 관심이 필요하다.

1인가구 성인여자의 자살생각은 인구사회학적 특성 중 경제활동(Rao-Scott  $\chi^2=3.735$ ,  $p=.050$ ), 가구 소득수준

(Rao-Scott  $\chi^2=3.391$ ,  $p=.020$ ), 기초생활수급(Rao-Scott  $\chi^2=19.681$ ,  $p<.001$ ), 주택소유(Rao-Scott  $\chi^2=13.796$ ,  $p<.001$ )에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉, 경제활동에서는 비취업자(12.5%)가 취업자(6.1%)보다 자살생각이 높았고 가구소득수준에서는 ‘하’(13.3%)가 ‘중하’(7.9%), ‘중상’(2.6%)순으로 자살생각이 높았다. 기초생활수급은 ‘예’(23.2%)가 비수급자(5.8%)보다 자살생각이 높았으며, 주택소유에서는 ‘무’(12.9%)가 ‘유’(2.7%)보다 자살생각이 높았다. 이는 1인가구 여자의 어려움이 경제적인 부분과 주거 부분이 가장 많다고 보고한 결과(정인, 강서진, 2019)와 일맥상통한다. 1인가구의 경우 주택이 없는 경우가 많은데(신미아, 2019) 특히 여자의 경우 남자에 비해 주택을 소유하지 않을 때 심리적으로 어려움을 느끼면서 자살생각에 영향을 미친것으로 보이며 여자의 경우 주택소유가 심리적 안정을 가져올 수 있는 부분으로 사료된다. 따라서 향후 1인가구 여자의 안정적이고 독립적인 주거환경 대책이 필요할 것으로 보인다.

### 3. 성별에 따른 1인가구 성인의 건강행태 특성별 자살생각

성별에 따른 1인가구 성인의 건강행태 특성별 자살생각은 <표 3>과 같다. 1인가구 성인남자의 자살생각에 유의한 차이가 있는 건강행태 변수는 없었다.

1인가구 성인여자의 자살생각은 건강행태 특성 중 현재 흡연율(Rao-Scott  $\chi^2=8.056$ ,  $p=.005$ ), 건강검진(Rao-Scott  $\chi^2=14.813$ ,  $p<.001$ )에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉, 현재 흡연율에서 ‘예’라고 응답한 대상자(28.0%)가 ‘아니오’라고 응답한 대상자(7.6%)보다 자살생각이 높았고, 건강검진 수진은 ‘아니오’라고 응답한 대상자(17.8%)가 ‘예’라고 응답한 대상자(4.6%)보다 자살생각이 높았다.

이러한 결과는 흡연율과 건강검진이 자살생각에는 영향이 없었다는 선행 결과(김소연 외, 2018)와는 상반된 결

〈표 2〉 성별에 따른 1인가구 성인의 인구사회학적 특성별 자살생각

특성	구분	자살생각									
		남				Rao-Scott $\chi^2(p)$	여				Rao-Scott $\chi^2(p)$
		예		아니오			예		아니오		
		n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>	n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>		n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>	n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>	
연령	19-29	4	6.9	48	93.1	3.470 (.006)	4	11.5	29	88.5	.868 (.484)
	30-39	2	3.0	45	97.0		3	14.7	18	85.3	
	40-49	2	3.2	45	96.8		0	0	21	100	
	50-59	11	14.2	49	85.8		8	12.3	49	87.7	
	60-69	14	19.0	47	81.0		12	11.7	103	88.3	
	≥ 70	9	17.9	52	82.1		20	6.8	212	93.2	
교육	초등학교 졸업이하	11	23.0	49	77.0	5.474 (.001)	25	8.8	224	91.2	1.209 (.305)
	중학교 졸업	9	16.4	30	83.6		5	8.1	47	91.9	
	고등학교 졸업	16	10.6	85	89.4		9	15.3	70	84.7	
	대학교 졸업이상	5	3.2	107	96.8		5	6.2	64	93.8	
결혼 여부	기혼	27	14.5	138	85.5	7.245 (.008)	38	8.4	367	91.6	.556 (.457)
	미혼	15	6.3	148	93.7		9	11.6	65	88.4	
경제 활동	취업자	13	6.2	164	93.8	10.493 (.002)	14	6.1	172	93.9	3.735 (.050)
	비취업자	29	16.8	107	83.2		30	12.5	233	87.5	
가구 소득 수준	하	26	14.6	107	85.4	4.002 (.009)	35	13.3	245	86.7	3.391 (.020)
	중하	11	13.4	61	86.6		7	7.9	98	92.1	
	중상	3	4.3	56	95.7		4	2.6	65	97.4	
	상	2	2.5	62	97.5		0	0	22	100	
기초 생활 수급	유	18	20.4	49	79.6	8.952 (.003)	19	23.2	88	76.8	19.681 ( $<.001$ )
	무	24	7.4	237	92.6		28	5.8	344	94.2	
주택 소유	유	34	9.4	197	90.6	0.001 (.981)	6	2.7	183	97.3	13.796 ( $<.001$ )
	무	8	9.3	89	90.7		41	12.9	249	87.1	

<sup>†</sup> 가중되지 않은 대상자; <sup>‡</sup> 가중된 비율

과이나 1인가구의 경우 금연, 정기적인 건강검진등의 건강 관리를 소홀히 하고 있고 흡연자는 우울감을 경험할 가능성이 높기 때문에(이명선 외, 2018) 간접적으로 자살생각에 영향을 미친것으로 사료된다. 그러나 성별에 따른 1인가구를 대상으로 한 선행연구가 미흡하여 본 결과를 구체적으로 논하기에는 어려움이 있어 추후 재논의가 필요하다.

#### 4. 성별에 따른 1인가구 성인의 건강상태 특성별 자살생각

성별에 따른 1인가구 성인의 건강상태 특성별 자살생

각은 <표 4>와 같다. 1인가구 성인남자의 자살생각은 건강상태 특성 중 수면시간(Rao-Scott  $\chi^2=8.364, p=.005$ ), 주관적 건강상태(Rao-Scott  $\chi^2=24.157, p<.001$ ), 이환여부(Rao-Scott  $\chi^2=72.536, p<.001$ ), 스트레스 인지율(Rao-Scott  $\chi^2=18.102, p<.001$ ), 우울감(Rao-Scott  $\chi^2=122.396, p<.001$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉, 수면시간에서는 7시간 미만(19.2%)이 7시간 이상(7.8%)보다 자살생각이 높았으며, 주관적 건강상태에서는 ‘나쁨’이라고 응답한 대상자(28.4%)가 ‘ 좋음’(6.0%), ‘보통’(3.7%)보다 자살생각이 높았다. 2주간 이환여부에서는 ‘예’라고 응답한 대상자(36.1%)가 ‘아니오’라고 응

〈표 3〉 성별에 따른 1인가구 성인의 건강행태 특성별 자살생각

특성	구분	자살생각									
		남				Rao-Scott $\chi^2(p)$	여				Rao-Scott $\chi^2(p)$
		예		아니오			예		아니오		
		n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>	n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>		n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>	n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>	
현재 흡연율	예	20	9.2	136	90.8	0.007 (.936)	5	28.0	24	72.0	8.056 (.005)
	아니오	22	9.5	150	90.5		42	7.6	408	92.4	
월간 음주율	예	24	7.6	214	92.4	3.758 (.056)	15	9.2	146	90.8	.001 (.981)
	아니오	18	15.2	72	84.8		32	9.3	285	90.7	
유산소 신체활동 실천율	예	16	8.7	123	91.3	0.393 (.532)	13	8.9	127	91.1	.063 (.802)
	아니오	26	10.9	147	89.1		31	9.8	272	90.2	
건강검진	예	23	8.8	170	91.2	0.611 (.436)	17	4.6	265	95.4	14.813 ( $<.001$ )
	아니오	19	11.3	102	88.7		27	17.8	140	82.2	

<sup>†</sup> 가중되지 않은 인구; <sup>‡</sup> 가중된 비율

답한 대상자(5.3%)보다 자살생각이 높았고, 스트레스 인지율에서는 ‘많이 느낌’으로 응답한 대상자(20.0%)가 ‘적게 느낌’으로 응답한 대상자(4.3%)보다 자살생각이 높았다. 우울감에서는 ‘예’로 응답한 대상자(53.6%)가 ‘아니오’라고 응답한 대상자(1.9%)보다 자살생각이 높았다.

1인가구 성인여자의 자살생각은 건강상태 특성 중 주관적 건강상태(Rao-Scott  $\chi^2=3.639$ ,  $p=.033$ ), 스트레스 인지율(Rao-Scott  $\chi^2=21.756$ ,  $p<.001$ ), 2주간 우울감

(Rao-Scott  $\chi^2=95.214$ ,  $p<.001$ )에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉, 주관적 건강상태에서 ‘ 좋음’이라고 응답한 대상자(16.1%), ‘나쁨’이라고 응답한 대상자(13.0%) 순으로 자살생각이 높았다. 스트레스 인지율에서는 ‘많이 느낌’으로 응답한 대상자(21.5%)가 ‘적게 느낌’으로 응답한 대상자(4.2%)보다 자살생각이 높았으며 우울감에서는 ‘예’로 응답한 대상자(34.5%)가 ‘아니오’라고 응답한 대상자(2.1%)보다 자살생각이 높았다.

〈표 4〉 성별에 따른 1인가구 성인의 건강상태 특성별 자살생각

특성	구분	자살생각									
		남				Rao-Scott $\chi^2(p)$	여				Rao-Scott $\chi^2(p)$
		예		아니오			예		아니오		
		n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>	n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>		n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>	n <sup>†</sup>	% <sup>‡</sup>	
수면 시간	<7시간	21	19.2	54	80.8	8.364 (.005)	13	10.8	101	89.2	.415 (.521)
	≥7시간	18	7.8	168	92.2		22	8.3	254	91.7	
주관적 건강상태	좋음	6	6.0	71	94.0	24.157 ( $<.001$ )	7	16.1	56	83.9	3.639 (.033)
	보통	10	3.7	150	96.3		10	4.7	201	95.3	
	나쁨	26	28.4	51	71.6		27	13.0	149	87.0	
이환여부 (2주간)	예	23	36.1	37	63.9	72.536 ( $<.001$ )	23	9.2	175	90.8	.006 (.941)
	아니오	19	5.3	235	94.7		21	9.5	231	90.5	
스트레스 인지율	적게 느낌	14	4.3	213	95.7	18.102 ( $<.001$ )	14	4.2	337	95.8	21.756 ( $<.001$ )
	많이 느낌	28	20.0	73	80.0		33	21.5	94	78.5	
우울감 (2주간)	예	32	53.6	25	46.4	122.396 ( $<.001$ )	37	34.5	75	65.5	95.214 ( $<.001$ )
	아니오	10	1.9	260	98.1		10	2.1	356	97.9	

<sup>†</sup> 가중되지 않은 인구; <sup>‡</sup> 가중된 비율



건강상태 특성에 따른 성별 자살생각에서 1인가구 성인남자의 수면시간이 7시간 미만인 경우 자살생각이 높게 나타났다. 이는 수면이 짧은 경우 자살생각의 위험성이 높으며(황은희, 박민희, 2016) 짧거나 긴 수면시간은 우울증의 위험성을 증가시키고(이명선 외, 2018) 우울은 자살생각의 위험성을 증가시키기 때문에(김소연 외, 2018; 김화진, 김정신, 2015) 나타난 결과로 보인다. 그러나 수면시간이 자살생각에 유의미한 차이가 없다는 결과(김소연 외, 2018)도 있었으므로 추후 수면시간과 자살생각에 대해 재논의가 필요할 것으로 보인다. 한편, 1인가구 성인남자는 최근 2주간 몸이 불편한 이환상태인 경우에 자살생각이 증가하였다. 2주간 이환경험이 있는 경우 우울감을 경험하고(이명선 외, 2018) 몸이 불편한 이환상태 등의 신체적 문제는 주관적으로 인지하는 건강상태에 영향을 주며(John, 1987) 이러한 주관적 건강상태는 우울감 경험을 높여(이명선 외, 2018) 자살생각에 간접적으로 영향을 미친 것으로 예측된다. 따라서 1인가구 성인이 신체적인 불편감이 있을 때 치료 및 관리를 즉각적으로 받을 수 있도록 접근성이 좋은 지원체계가 필요하다고 사료된다.

### 5. 성별에 따른 1인가구 성인의 자살생각 영향요인

성별에 따른 1인가구 성인의 자살생각 영향요인은 복합표본 다중 로지스틱 회귀분석을 이용하였으며 <표 5>와 같다. 종속변수는 자살생각으로 하였으며 자살생각이 없는 경우를 0, 자살생각이 있는 경우를 1로 생성하였다. 독립변수는 1인가구 성인남녀의 교차분석에서 유의한 변수 위주로 투입하였으며, 유의한 변수 중 정상 항목을 참조범주(reference)로 설정하였다.

1인가구 성인남자의 자살생각 영향요인은 연령(OR=2.243, 95% CI=0.782-6.433), 교육(OR=8.946, 95% CI=2.594-30.859), 결혼(OR=2.508, 95% CI=1.250-5.032), 경제활동(OR=3.070, 95% CI=1.528-6.168), 가구소득수준(OR=6.593, 95% CI=1.561-27.846), 기초생활수급(OR=3.201, 95% CI=1.432-7.159), 월간 음주율(OR=0.458, CI=0.203-1.034), 수면시간(OR=2.822, 95% CI=1.362-5.847), 주관적 건강상태(OR=6.275, 95% CI=2.541-15.501), 이환여부(OR=7.695, 95% CI=2.627-22.539), 스트레스 인지율(OR=5.588, 95% CI=2.331-13.396), 우울감(OR=49.088, 95% CI=19.970-120.661)으로 나타났다. 즉, 1인가구 성인남자는 19-29세보다 50-59세 연령에서 자살생각이 2.243배 높았으며, 대학교 졸업 이상보다 초등학교

졸업 이하가 자살생각이 8.946배 높았다. 미혼보다 기혼의 자살생각이 2.508배 높았으며, 취업자보다 비취업자가 자살생각이 3.070배 높았다. 가구소득수준이 ‘상’인 경우보다 ‘하’의 경우 자살생각이 6.593배 높았으며 기초생활수급자가 미수급자보다 자살생각이 3.201배 높았다. 수면시간이 7시간 이상보다 7시간 미만인 경우 자살생각이 2.822배 높았으며, 주관적 건강상태가 좋은 경우보다 나쁜 경우에 6.275배 자살생각이 높았다. 이환상태가 아닌 경우보다 이환상태인 경우가 자살생각이 7.695배 높았으며 스트레스 인지율이 ‘적게 느낌’보다 ‘많이 느낌’인 경우에 자살생각이 5.588배 높았다. 그리고 우울감이 없는 경우보다 있는 경우에 자살생각이 49.088배 높았다.

1인가구 성인여자의 자살생각 영향요인은 연령(OR=1.084, 95% CI=0.217-5.421), 가구 소득수준(OR=12.374, 95% CI=1.921-79.721), 기초생활수급(OR=4.929, 95% CI=2.290-10.607), 주택소유(OR=0.186, 95% CI=0.069-0.502), 현재 흡연율(OR=4.759, 95% CI=1.464-15.466), 건강검진(OR=4.546, 95% CI=1.973-10.472), 주관적 건강상태(OR=0.255, 95% CI=0.070-0.934), 스트레스 인지율(OR=6.318, 95% CI=2.664-14.986), 우울감(OR=41.067, 95% CI=7.467-225.853)로 나타났다. 즉, 1인가구 성인여자는 19-29세보다 50-59세 연령에서 자살생각이 1.084배 높았으며, 가구 소득수준이 ‘상’인 경우보다 ‘하’의 경우 자살생각이 12.374배 높았다. 기초생활수급에서 비수급자보다 수급자의 자살생각이 4.929배 높았다. 주택을 소유한 경우보다 소유하지 않는 경우에 자살생각이 0.186배 높았으며, 현재 흡연율 ‘아니오’라고 응답한 경우보다 ‘예’라고 응답한 경우가 자살생각이 4.759배 높았다. 건강검진수진에서 수진자보다 미수진자가 4.546배 자살생각이 높았으며, 주관적 건강상태가 좋은 경우보다 나쁜 경우가 0.255배 자살생각이 높았다. 스트레스 인지율이 ‘적게 느낌’보다 ‘많이 느낌’인 경우 자살생각이 6.318배 높았으며, 우울감이 없는 경우보다 있는 경우에 자살생각이 41.067배 높았다.

이상의 결과를 볼 때, 1인가구 성인남녀의 자살생각에 공통적으로 영향을 미친 요인은 연령, 가구소득수준, 기초생활수급, 주관적 건강상태, 스트레스 인지율, 2주간 우울감이었다. 즉, 연령은 1인가구 성인 남녀의 자살생각에 공통적으로 영향을 미쳤는데, 50-59세 연령에서 1인가구 성인남자는 2.243배, 여자는 1.084배 자살생각이 증가하였다. 이러한 결과는 50대가 이혼, 사별, 자녀 분가 등의 사유로 1인가구 생활을 하고 있으며 외로움 등의 심리적 안

〈표 5〉 성별에 따른 1인가구 성인의 자살생각 영향요인

변수	구분	남		여	
		OR(95% CI)	p	OR(95% CI)	p
연령(19-29)	30-39	0.413(0.69~2.485)	.086	1.334(0.225~7.911)	.414
	40-49	0.440(0.080~2.433)	.055	3.438(1.440~8.206)	.208
	50-59	2.243(0.782~6.433)	.019	1.084(0.217~5.421)	<.001
	60-69	3.176(1.016~9.927)	.643	1.022(0.206~5.082)	.214
	≥ 70	2.950(0.855~10.182)	.870	0.564(0.142~2.249)	.167
교육 (대졸이상)	초등학교졸업이하	8.946(2.594~30.859)	.001	-	
	중학교졸업	5.891(1.614~21.504)	.008		
	고등학교졸업	3.561(1.348~9.407)	.011		
결혼(미혼)	기혼	2.508(1.250~5.032)	.010	-	
경제활동 (취업자)	비취업자	3.070(1.528~6.168)	.002	2.185(0.965~4.948)	.061
가구 소득수준(상)	하	6.593(1.561~27.846)	.011	12.374(1.921~79.721)	.009
	중하	5.976(1.152~31.001)	.034	3.113(0.432~22.424)	.257
	중상	1.727(0.282~10.574)	.551	1.469(0.183~11.779)	.715
기초생활수급 (무)	유	3.201(1.432~7.159)	.005	4.929(2.290~10.607)	<.001
주택소유(유)	무	-		0.186(0.069~.502)	.001
현재 흡연을 (아니오)	예	-		4.759(1.464~15.466)	.010
건강검진수진 (예)	아니오	-		4.546(1.973~10.472)	<.001
수면시간 (≥7시간)	<7시간	2.822(1.362~5.847)	.006	-	
주관적건강상태 ( 좋음 )	보통	0.609(0.203~1.824)	.372	0.777(0.256~2.360)	.654
	나쁨	6.275(2.541~15.501)	<.001	0.255(0.070~.934)	.039
이환상태 (아니오)	예	7.695(2.627~22.539)	<.001	-	
스트레스인지율 (적게 느낌)	많이 느낌	5.588(2.331~13.396)	<.001	6.318(2.664~14.986)	<.001
우울감 (아니오)	예	49.088(19.970~120.661)	<.001	41.067(7.467~225.853)	<.001

OR=Odds ratio; CI=Confidence interval

정을 가장 걱정하고 있고(정인, 김희민, 2018) 1인가구 중 51-60세 연령이 자살생각이 가장 높다는 결과(김소연 외, 2018)와 일맥상통한다. 이는 50대 생애주기 특성으로 야기되는 1인가구 생활에 주목하고 자살생각 예방을 위해서 50대부터 관리가 필요함을 의미한다. 따라서 가정적, 사회적으로 1인가구가 되는 50대의 심리적 공허함과 안정을 위해 인공지능을 이용한 서비스 지원 및 심리적 안정감을 추구할 수 있도록 주변의 적극적인 도움이 필요하다.

가구 소득수준, 기초생활수급이 1인가구 성인남녀 자살생각에 공통적으로 영향을 미치는 변수로 나타났다. 가구 소득수준이 ‘하’인 경우에 1인가구 남자는 6.593배, 여

는 12.374배 자살생각이 증가하였고 기초생활수급을 받는 경우 1인가구 남자는 3.201배, 여자는 4.929배로 증가하였다. 이러한 결과는 1인가구가 다인가구에 비해 소득이 낮으며(신미아, 2019) 소득이 낮을수록 자살생각 유병율이 높고(홍진표 외, 2017) 자살생각의 위험성이 높다(김화진, 김경신, 2015 ; 황은희, 박민희, 2016)는 기존 결과와 일치하였다. 이는 1인가구의 자살생각을 예방 혹은 감소시키기 위해서는 소득과 관련된 경제적인 부분의 지원이 강력하게 필요함을 의미한다. 따라서 1인가구가 경제적으로 독립할 수 있도록 소득을 올릴 수 있는 활동을 지원하거나 경제적 안정을 위한 정책적 지원이 필요하다.

건강상태 특성 중 주관적 건강상태가 1인가구 성인남녀의 자살생각에 공통적으로 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 주관적 건강상태가 ‘나쁨’인 경우 1인가구 남자는 6.275배, 여자는 0.255배로 자살생각이 증가하였다. 주관적 건강상태는 다인가구에 비해 1인가구가 더 나쁘고(신미아, 2019; 하지경, 이성립, 2017) 주관적 건강상태가 좋지 않을수록 자살생각이 높다는 선행결과(김소연 외, 2018; 김화진, 김경신, 2016)와 일치한다. 주관적 건강상태는 의학적으로 측정이 힘든 건강상태를 주관적 평가로 측정된 지표로서 개인적인 견해를 보여주며, 자신의 신체, 생리, 심리 및 사회적 측면에 대한 포괄적인 평가를 의미한다(John, 1987). 주관적으로 느끼는 건강이 삶의 질에 영향을 주기 때문에(하지경, 이성립, 2017) 1인가구의 주관적 건강상태는 매우 중요하다. 주관적 건강상태에 부정적으로 영향을 미치는 요인은 운동활동을 하지않고 흡연과 과음을 하는 경우이므로(하지경, 이성립, 2017) 주관적 건강상태에 긍정적인 영향을 줄 수 있도록 적극적으로 운동 활동을 권장하고 적당한 음주 그리고 비흡연에 대한 관리를 하여 주관적 건강상태를 향상시키는 방안을 수립하는 것이 필요하다고 본다.

스트레스 인지율도 1인가구 성인남녀 자살생각에 공통적으로 영향을 미치는 요인이었다. 즉, 스트레스를 많이 느끼는 경우 1인가구 남자는 5.558배, 여자는 6.318배로 자살생각이 증가하였다. 1인가구가 스트레스를 많이 느끼는 경우 자살생각이 높고(김소연 외, 2018) 성별에 따른 성인의 자살생각에서 스트레스가 자살생각의 중요한 위험인자로 보고한 결과(박은옥, 2014)와 일맥상통한다고 볼 수 있다. 1인가구는 다양한 원인으로 인해 다인가구에 비해 스트레스를 경험하고 있고 스트레스 인지정도가 높아 자살생각이 증가하는 것으로 사료된다. 따라서 1인가구의 스트레스 인지에 관여하는 요인을 성별로 파악하여 요인 중재를 하는 것이 필요하다고 본다.

최근 2주간 우울감도 1인가구 성인남녀 자살생각에 공통적으로 영향을 미치는 요인으로 나타났는데, 우울감이 없는 대상자에 비해 우울감이 있는 경우 1인가구 성인남녀의 경우 49.088배, 여자의 경우 41.067배로 자살생각에서 가장 큰 영향력을 미쳤다. 1인가구 특성상 우울감이 높은데(신미아, 2019) 2주 이상 우울감을 가진 사람은 자살생각이 9배 이상 높고(김소연 외, 2018) 1인가구원의 우울수준이 높을수록 자살생각이 많아진다는 결과(김화진, 김경신, 2015)와 동일하다. 우울은 자살생각의 강력한 영향요인(황은희, 박민희, 2016)이고 중년기 남녀를 대상으

로 한 연구에서도 우울이 자살생각과 관련이 있고(엄현주, 전해정, 2014) 혼자 사는 성인은 우울증 발생위험성과 함께 자살생각률이 높다(Forkmann et al., 2012)는 대부분의 결과들과 일치한다. 본 연구결과와 선행결과들을 보면 우울이 자살생각을 초래하는 가장 강력한 요인이라 볼 수 있다. 따라서 1인가구 자살생각을 예방하기 위해서는 우울에 큰 예측력을 갖고 있는 건강상태, 가족과의 정서적 교감(최유정 외, 2016), 사회관계 만족도(정혜은, 2019), 가족 간 교류 및 사회활동(정성배, 배지연, 2017)등이 원활하게 이루어질 수 있도록 1인가구에 대한 적극적인 지원 및 지지체계가 필요하다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 19세 이상 성인의 자살생각 설문 항목이 포함되었던 2017년 국민건강영양조사(Korean National Health and Nutrition Examination Survey) 원시자료를 활용하였다. 2017년 설문조사에 응답한 8,126명 중 독립이 가능한 19세 이상(6,517명)이고 가구원 수를 1명이라고 응답한 대상자 807명(12.4%)을 연구대상자로 최종 선정하였다. 우리나라 1인 가구는 2017년 기준 약 562만 가구로 국민 100명 중 11명이 1인 가구이며 1인 가구 남녀 비율이 꾸준히 증가하고 있다(정인, 강서진, 2019). 정서·심리적 문제 중 하나인 자살생각은 1인가구에서 다양한 요인으로 증가하고 있다. 따라서 본 연구는 1인가구 성인의 자살생각 영향요인을 성별에 따라 분석하여 1인가구 성인의 자살생각을 예방하고 1인가구의 정신건강을 증진시키기 위한 기초자료를 제시하고자 하였다. 국민건강영양조사 통계자료를 분석하기 위하여 복합표본 설계 방법을 이용하여 교차분석(Rao-Scott  $\chi^2$ -test), 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 본 연구 대상자 807명 중, 1인가구 성인의 자살생각은 11%이었고, 이 중 남자는 47.2%, 여자는 52.8%에서 자살생각이 있는 것으로 나타났다.

둘째, 인구사회학적 특성에서 1인가구 남자는 60-69세 연령, 초졸 이하, 기혼상태, 비취업자, 소득수준이 ‘하’이고 기초생활수급자인 경우에 자살생각이 높았다. 1인가구 여자는 비취업자, 가구소득수준이 ‘하’, 기초생활수급자이고 무주택자인 경우 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

셋째, 건강행태 특성에서 1인가구 남자의 자살생각에

차이가 있는 변수는 없었다. 반면, 1인가구 여자는 현재 흡연을 하고 있고 건강검진을 받지 않는 미수진인 경우에 자살생각이 높게 나타났다.

넷째, 건강상태 특성에서 1인가구 남자는 수면시간이 7시간 미만이고 주관적 건강상태가 나쁜 경우, 2주간 이환상태인 경우, 스트레스를 많이 느끼는 경우, 우울감이 있는 경우에 자살생각이 높았다. 1인가구 여자는 주관적 건강상태에서 ‘ 좋음 ’ 이라고 응답한 대상자, 스트레스를 ‘ 많이 느낌 ’ 으로 응답하고 우울감이 있는 경우에 자살생각이 높았다.

다섯째, 1인가구 성인남녀의 자살생각에 공통적으로 영향을 미친 요인은 50대 연령, 낮은 가구 소득수준, 기초생활수급자, 나쁜 주관적 건강상태, 높은 스트레스 인지율, 2주간 우울감이었다. 이 중, 우울감이 없는 대상자에 비해 우울감이 있는 경우 1인가구 성인남자의 경우 49.088배, 여자의 경우 41.067배로 자살생각에서 가장 강력한 영향력을 미친 것으로 나타났다.

본 연구는 1인가구가 점점 높은 비율을 차지하고 있는 현 시점에서 1인 가구의 자살생각 영향요인을 파악하는데 의의가 있다.

본 연구 결과를 토대로 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 1인가구 성인의 자살생각을 예방하기 위한 정부 정책과 중재전략 프로그램을 수립함에 있어 본 연구결과에서 확인된 1인가구 성인의 자살생각 영향요인을 적용하면 향후 1인가구 성인의 자살생각을 예방하는데 기여할 수 있을 것이다.

둘째, 인구통계조사 결과에서 파악한 1인가구를 사회적 관리가 필요한 정신건강 위험군으로 지정하여 지속적이고 꾸준한 관리를 제공한다면 우울 및 자살생각을 조기 발견 및 치료할 수 있을 것으로 본다.

셋째, 1인가구 관리를 함에 있어 소셜 미디어를 적극 활용하는 것이 필요하다고 본다. 1인가구의 80%가 소셜 미디어를 사용하고 있고 50대를 포함한 전 연령층의 60% 이상이 1일 1회 이상 접속하는 등 소셜 미디어에 대한 의존도가 높은 편이다(정인, 강서진, 2019). 따라서 자살생각을 예방할 수 있는 다양한 콘텐츠 개발 및 적용을 위해 1인가구들이 자주 접속하고 있는 소셜 미디어를 활용한다면 1인가구 대상자의 자살생각 예방에 도움이 될 수 있을 것으로 사료된다.

주제어: 1인가구, 자살생각, 성인, 성별

## REFERENCES

- 김소연, 서민숙, 서영준(2018). 1인가구원의 자살생각 여부에 영향을 미치는 요인. *한국웰니스학회지*, 13(3), 489-498.
- 김연정(2020). 나홀로가구 600만 시대 1인가구 40%는 미취업, <https://news.v.daum.net/v/20200623120057364>에서 인출.
- 김영주(2009). 성별에 따른 성인 독신가구와 다가구간의 건강행위 비교. *한국보건간호학회지*, 23(2), 219-31.
- 김은경, 박숙경(2016). 우리나라 여성 1인가구와 다인가구 여성의 건강행태 및 질병이환율 비교: 2013년 지역사회 건강조사를 중심으로. *한국보건간호학회지*, 30(3), 483-494.
- 김화진, 김경신(2015). 1인가구원의 자살생각에 영향을 미치는 관련변인 연구. *한국가정관리학회지*, 33(6), 115-128.
- 박미현(2017). 장년층 1인가구의 우울 예측요인. *한국인간복지실천연구*, 19, 51-69.
- 박보영, 권호장, 하미나, 범은애(2016). 부부가구와 1인가구 노인의 정신건강 비교. *한국보건간호학회지*, 30(2), 195-205.
- 박은옥(2014). 한국 성인의 성별 자살생각요인분석. *농촌의학지역보건* 39(3), 161-175.
- 신미아(2019). 1인가구와 다인가구의 건강행태 및 정신건강 비교: 국민건강영양조사(2013, 2015, 2017). *한국웰니스학회지*, 14(4), 11-23.
- 신상수, 신영전(2014). 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 다수준분석. *비판사회정책*, 45, 230-266.
- 엄현주, 전해정(2014). 중년기 남녀의 자살생각에 관한 예측요인. *정신건강과 사회복지*, 42(2), 35-62.
- 이명선, 송현중, 김보영(2018). 1인가구의 신체적 건강수준. *보건교육·건강증진학회지*, 35(2), 61-71.
- 전현규, 심재문, 이건창(2015). 국내성인에 있어서 우울증이 자살생각에 미치는 영향에 관한 실증연구. *한국콘텐츠학회논문지*, 15(7), 264-281.
- 정경희, 남상호, 정은지, 이지혜, 진미정(2012). 가족구조 변화에 따른 정책적 함의: 1인가구 증가현상과 생활 실태를 중심으로 서울: 한국보건사회연구원.
- 정성배, 배지연(2017). 농촌지역 1인가구 노인의 성별·연령 집단별 우울 영향요인. *지역사회연구*, 25(3), 153-174.

- 정인, 김희민(2018). *2018 한국 1인가구 보고서*. 서울: KB금융지주경영연구소.
- 정인, 강서진(2019). *2019 한국 1인가구 보고서*. 서울: KB금융지주경영연구소.
- 정혜은(2019). 1인 가구의 사회관계 만족도가 우울감에 미치는 영향 : 다인 가구와의 비교를 중심으로. *한국 생활과학회지*, 28(1), 1-10.
- 질병관리본부(2017). *국민건강영양조사 제7기 2차년도 자료*. 청주: 질병관리본부.
- 최유정, 이명진, 최선훈(2016). 가구형태와 사회적 관계의 객관적, 주관적 측면이 우울에 미치는 영향: 1인가구와 다인가구의 비교를 중심으로. *한국가족관계학회지*, 21(2), 25-51.
- 탁영진, 김윤진, 이상엽, 이정규, 남경지(2013). 가족유형과 인구사회학적요인에 따른 60세 이상 한국인의 건강관리 : 5기 국민건강영양조사 결과를 바탕으로. *대한노인병학회*, 17(1), 7-17.
- 통계청(2019). *2017-2047 장래가구특별추계*. 대전: 통계청.
- 통계청(2020). *통계표준용어 및 지표: 1인가구*, [http://kostat.go.kr/understand/info/info\\_lge/1/detail\\_lang.action?bmode=detail\\_lang&cd=SL3930](http://kostat.go.kr/understand/info/info_lge/1/detail_lang.action?bmode=detail_lang&cd=SL3930)에서 인출.
- 하지경, 이성림(2017). 1인가구의 건강관련 습관적 소비, 생활시간이 주관적 건강에 미치는 영향. *대한가정학회*, 55(2), 141-152.
- 홍진표, 이동우, 함봉진, 이소희, 김선웅(2017). *2016년도 정신질환실태 조사*. 서울: 보건복지부 삼성서울병원.
- 황은희, 박민희(2016). 20세 이상 성인의 수면시간과 자살생각과의 관련성. *한국콘텐츠학회논문지*, 16(5), 420-427.
- Barker, R. L. (2003). *Social Work Dictionary(3rded)*. Washington D. C.: NASW Press.
- Bemard, J. E. (2018). Depression a review of its definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 5(1), 6-7.
- Forkmann, T., Brahler, E., Gauggel, S., & Glaesmer, H.(2012). Prevalence of suicidal ideation and relatedrisk factors in the German general population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(5), 401-405.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., & Adams Hillard, P. J. (2015). National sleep foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 1, 40-43.
- John, E. W. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronic Disease*, 40(6), 473-480.

Received 10 August 2020;

1st Revised 18 September 2020;

Accepted 5 October 2020