

1인가구의 외로움과 사회적 고립 및 정신건강 문제의 특성과 유형: 서울시 1인가구를 중심으로

박민진¹ | 김성아^{1*}

¹ 서울연구원

* 교신저자: 김성아 (sakim8864@si.re.kr)

초 록

본 연구는 서울시 1인가구 실태조사 자료를 활용하여 1인가구의 외로움 및 사회적 고립과 정신건강 문제의 관계를 분석하고, 사회적·정신적 건강 문제에 따라 1인가구를 유형화하였다. 서울시 1인가구 중 외로움, 사회적 고립, 우울증, 자살생각 경험이 있는 사람의 비율은 각각 62.1%, 13.6%, 7.6%, 0.7%로 나타났다. 1인가구의 사회적·정신적 건강 문제에 따른 유형화 결과, 외로움군, 고립군, 외로움우울군, 고립우울군의 네 유형으로 분류할 수 있었다. 외로움군은 경제적 취약계층의 비율이 높고, 사회적 관계망에 대한 적극적 수요를 가지고 있는 반면, 고립군은 관계망에 대한 수요가 낮고 건강관리 등을 통한 자기관리 욕구가 높았다. 외로움우울군은 경제와 건강이 취약한 노년층 비율이 높고 공유주택 거주 의향이 또한 높게 나타났다. 마지막으로 고립우울군은 소득 수준이 높고, 직업적으로도 관리전문직과 화이트칼라의 비율이 높았으며 사회적 관계망 형성보다는 마음검진 및 상담과 고립고독 방지 정책의 필요성을 높게 평가하였다. 본 연구는 1인가구의 외로움과 사회적 고립, 정신건강 문제 간의 관계를 분석하고 1인가구를 유형화한 최초의 연구로서 의의가 있으며 향후 본 연구에서 파악되지 않은 은둔 1인가구에 대한 연구가 필요하다.

주요 용어: 1인가구, 외로움, 사회적 고립, 정신건강, 유형화

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 늦어지는 결혼, 이혼율 증가, 고령화 등으로 인해 1인가구는 급속하게 증가하고 있다. 1인가구는 외로움과 사회적 고립 등 사회적 건강과 우울 등 정신건강 측면에서 다인가구에 비해 취약한 것으로 알려져 있다. 본 연구에서는 서울시 1인가구의 외로움 및 사회적 고립과 정신건강 문제의 실태를 파악하고, 1인가구의 사회적 건강 및 정신적 건강 문제에 따른 유형과 대응 전략을 살펴보았다.

새롭게 밝혀진 내용은? 서울시 1인가구 중 외로움, 사회적 고립, 우울증의 비율은 각각 62.1%, 13.6%, 7.6%였다. 1인가구의 사회적·정신적 건강 문제에 따른 유형화 결과, 사회적 고립이나 정신건강 문제없이 외로움만 느끼는 '외로움군', 외로우면서 사회적 고립 상태인 '고립군', 외로움과 우울증이나 자살생각 등 정신건강 문제를 중복해서 가지고 있는 '외로움우울군', 마지막으로 외로움과 고립, 정신건강 문제를 모두 중첩해서 가지고 있는 '고립우울군'의 네 유형으로 분류할 수 있었다. 네 유형에 따라 사회인구학적 특성과 정책수요가 서로 다른 것으로 나타나, 유형별 맞춤형 대응전략의 필요성을 시사하였다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 실태조사로 파악되지 않는 은둔 1인가구의 특성과 정책수요를 파악하기 위한 연구가 필요하다.

본 연구는 2022년 서울연구원의 현안과제 (서울시 1인가구 외로움·사회적 고립 실태와 대응전략)의 연구 결과 중 일부를 수정·보완한 것임.

- 투 고 일: 2022. 05. 26.
- 수 정 일: 2022. 10. 25.
- 게재확정일: 2022. 10. 27.

1. 서론

빠른 고령화, 늦어지는 결혼과 출산율 감소, 이혼율 증가 등으로 인해 가구형태가 빠르게 변화하고 있다. 기존의 3~4인 가구 중심에서 1~2인 가구로 점차 소형화되고 있으며, 특히 1인가구는 세계적으로도 가장 빠르게 성장하는 가구 형태이자 주된 가구형태가 되어가고 있다. 현재 미국, 유럽 등 서구 국가들에서는 3명 중 1명이 1인가구이다. 미국 인구총조사(Census)의 1인가구 비율(2019년)은 28.4%이며, 유로스타트(Eurostat)에서 제공하고 있는 유럽연합의 1인가구 비율(2020년)은 35.0%이다. 우리나라도 2019년 처음으로 1인가구의 비율이 30%를 넘어섰다. 특히, 우리나라의 1인가구 비율은 다른 나라에 비해 급격한 증가세를 보이고 있는데, 통계청 인구총조사에 따르면, 우리나라의 1인가구 비율은 2000년 15.5%에서 2020년 31.7%로 20년 사이 약 2배 증가한 것으로 나타났다. 그렇다면 1인가구 증가에 정책결정자 및 학자들이 주목하는 이유는 무엇일까? 1인가구의 증가는 한 사회의 자원 활용이나 복지 시스템의 효율성, 가족 시스템의 기능 변화, 개인의 신체적 건강과 심리적 안녕과 같은 사회적 제도의 설정, 개인의 복지에 중요한 영향을 미치기 때문이다(Yeung & Cheung, 2015). 특히, 과거에는 1인가구의 증가로 인해 파생되는 문제들이 주로 고령층에 한정된 것이었으나, 요즘은 사별한 노인뿐만 아니라 결혼하지 않은 청년, 이혼한 중장년, 혼인 상태는 유지하나 자녀들의 외국 유학이나 직장 등의 이유로 떨어져 사는 기러기 가족 등 1인가구의 형태가 매우 다양해졌다.

1인가구를 형성하는 원인은 주로 자발적 1인가구와 비자발적 1인가구로 구분할 수 있다. 자발적 1인가구는 가족으로부터 스스로 독립하여 구성된 1인가구로 새로운 소비패턴을 주도하며 기업의 주요 타겟층이 되고 있다. 반면 비자발적 1인가구는 이혼, 별거, 사별, 기러기 가족 등 본인의 의사가 아닌 사회적 요인으로 인해 형성된 가구를 의미한다. 비자발적 1인가구는 고용 및 소득의 불안정성, 미래에 대한 비관성을 보이며, 건강 악화나 문제성 음주, 외로움과 고립의 문제, 소통의 결여 등과 같은 정서적 결핍 문제를 가지고 있다(Raymo, 2015; 이여봉, 2017). 1인가구 증가에 따라 중요하게 부각되는 문제 중의 하나는 '외로움과 사회적 고립'이다. '1인가구의 고독사' 사례들이 언론을 통해 보도(예: 1인가구의 쓸쓸한 죽음 고독사 급증, 늘어나는 중장년 1인가구의 고독사 등)되고,

은둔형 외톨이가 사회적 문제로 부상하고 있다. 최근에는 '1인 가구의 62%가 외로운 상태'라고 응답한 서울시 1인가구 실태 조사 결과가 발표되기도 하였으며(안현찬 외, 2022), 코로나 19 확산으로 외로움을 느끼는 사람들이 크게 증가하면서 외로움은 이제 새로운 사회적 전염병으로 여겨지기 시작했다. 외로움은 단순히 정서적 문제에 그치지 않고 흡연과 같이 건강에 악영향을 미칠 수 있으며, 지속될 경우 심장마비, 뇌졸중, 암, 우울증, 불안, 조기 사망과 관련이 있는 것으로 보고되고 있다. 외로움은 이외에도 알코올 중독, 비건강한 식사, 운동량 감소, 수면 부족, 약물 남용, 알츠하이머병, 고혈압, 노화 촉진, 폭식증과 관련이 있는 것으로 밝혀졌다(Snell, 2017). 때문에, 일각에서는 외로움 대처에 지원하지 않는 것은 국가의 가장 심각한 공중 보건(public health) 문제 중 하나로 보기도 한다(Putnam, 2000).

1인가구의 외로움과 사회적 고립에 가장 적극적으로 대처하고 있는 나라는 영국이다. 영국은 2018년 외로움 문제를 담당하는 장관(Minister for Loneliness)을 임명하고 관련 데이터의 수집과 축적을 통한 근거 마련, 외로움 전략 마련, 외로움 문제를 해결하는 사회단체 지원 등의 역할을 하고 있다. 또한, 2020년, 코로나19로 인해 국가 봉쇄가 시작될 무렵 외로움 해결을 위한 종합계획을 수립하여 실행하고 있다(Department for Digital, Culture, Media, & Sport, 2021). 영국의 뒤를 이어 일본도 2021년 외로움 문제 해결을 위해 고독·고립 대책 담당실(孤独孤立対策担当室)을 설치하고 고독대책 담당 장관을 임명하여 외로움 문제를 해결하기 위한 노력을 기울이고 있다. 이러한 흐름에 발맞추어 우리나라도 최근 1인가구를 위한 제도 개선 및 조직 개편을 위한 노력을 기울이기 시작했다. 2020년 정부는 1인가구 증가에 따른 가구구조 변화에 대응하고자 소득·돌봄, 주거, 안전, 사회적 관계망, 소비의 5대 분야의 정책 대응 방안을 제시하였으며, 2021년 2월 법무부는 다인가구 중심의 기존 법제도 개선을 모색하고자 다양한 배경을 가진 개방형 민간위원으로 구성된 "1인가구의 사회적 공존을 위한 법제도 개선 TF"를 발족하고, 한 해 동안 1인가구를 위한 법제도 개선방안을 논의하였다. 지자체 차원에서 가장 선도적인 곳은 서울시이다. 서울시는 2016년 전국 최초로 1인가구 지원 기본조례(서울특별시 사회적 가족도시 구현을 위한 1인 가구 지원 기본 조례안)를 제정하였으며, 2021년 1인가구 특별대책 추진단을 수립하여 1인가구의 불안요소를 해소하고 1인가구의 삶의 질을 제고하

기 위한 노력을 기울이고 있다. 특히, 1인가구의 외로움과 고립 문제에 대응하기 위해 사회적 관계망 형성 사업, 고독사 방지 사업 등에 노력을 기울이고 있으나, 1인가구가 가지고 있는 외로움과 고립의 특성에 대한 기초 자료가 부재하여, 체계적 추진에 어려움이 있다.

1인가구는 경제, 주거, 안전, 건강, 사회적 관계의 측면에서 다인가구에 비해 취약한 것으로 나타나며(안현찬 외, 2022), 1인가구를 대상으로 한 정책도 각 분야에서 1인가구의 취약성을 개선하는 데에 집중하고 있다. 그러나 각 분야에서 드러나는 1인가구의 취약성은 단독적으로도 문제가 되지만, 서로 밀접하게 연관되어 문제를 심화시키는 시너지효과(synergism)를 일으킬 수 있다. 특히 1인가구가 느끼는 심리적 외로움과 사회적 고립, 그리고 우울이나 자살 생각과 같은 정신건강 문제들은 연관성이 높다(Lim & Kua, 2011; Teo, 2013; Matthews et al., 2016; Noguchi et al., 2021). 외로움 및 사회적 고립과 우울의 연관성에 관해 다룬 선행연구에 따르면, 사회적으로 고립된 사람이 모두 외로움을 느끼는 것은 아니지만, 외로움은 우울과 연관되고(Matthews et al., 2016), 사회적 고립 또한 우울증상의 발생과 유의한 연관성이 있는 것으로 나타났다(Noguchi et al., 2021). 싱가포르의 고령층을 대상으로 한 연구에서는 혼자 산다는 것은 우울 증상 및 낮은 정신건강 수준과 연관되는데 이것이 외로움을 통해 매개됨을 밝히기도 했다(Lim & Kua, 2011). 즉, 1인가구가 가진 사회적 건강과 정신적 건강 측면의 취약성과 문제에 대해서는 각 각을 단독적으로 연구하는 것보다 함께 살펴보고 대응하는 방안을 살펴보는 것이 중요하다. 그러나 그동안 1인가구의 사회적 건강과 정신적 건강에 대해 종합적으로 살펴보고 복합적인 문제의 수준에 따른 유형과 특성에 관해 살펴본 연구는 없었다. 지역사회의 일반 1인가구를 대상으로 이들의 사회적 건강, 정신적 건강 수준을 살펴보고 문제들이 서로 어떻게 연관되고 중첩되는지, 또한 그 수준에 따라 어떤 특성을 갖는지를 살펴보는 것은 1인가구의 심리정서적 어려움 및 사회적 고립에 대응하기 위한 초석이 될 수 있다. 이에, 본 연구에서는 최근의 서울시 1인가구 실태조사 결과를 활용하여 1인가구의 외로움 및 사회적 고립과 정신건강 문제의 실태를 파악하고, 1인가구의 사회적 건강 및 정신적 건강 문제에 따른 유형과 특성을 살펴본 후, 외로움 및 사회적 고립을 해소하기 위한 대응전략을 제안하고자 한다.

II. 선행연구 검토

1. 사회적 건강(외로움 및 사회적 고립)과 정신적 건강의 개념과 관계

본 연구에서는 1인가구의 건강을 사회적 건강과 정신적 건강의 2가지 차원으로 나누어 살펴보려고 한다. 사회적 건강은 외로움과 사회적 고립을 포함하며, 정신적 건강은 우울증과 자살생각 경험을 포함한다.

가. 사회적 건강: 외로움과 사회적 고립

외로움(Loneliness)과 사회적 고립(Social isolation)은 사회, 공동체, 개인 수준에 뿌리를 두고 있는 복잡한 사회적 문제로, 인생에서 누구나 한번은 외로움과 사회적 고립을 경험할 수 있다. 그리고 신체적 건강, 정신적 건강, 교육 수준, 고용 상태, 재산, 소득, 민족성, 성별 및 연령 등에 따라 외로움과 사회적 고립에 더 취약할 수 있다. 일반적으로 사회적 고립은 인간 상호작용이 일어나는 다양한 수준(개인, 집단, 공동체 및 더 큰 사회적 환경)에서 다른 사람들과의 사회적 관계의 양과 질이 부족한 상황을 의미하며, 외로움은 사회적 관계에서 개인이 경험할 수 있는 정서적 인식을 의미한다(UCL Institute of Health Equity, 2015). 즉, 사회적 고립은 사회적 관계의 양과 질에 대한 객관적 측면, 외로움은 사회적 관계에 대한 개인의 인식으로 주관적 측면과 관련된 개념이다.

나. 정신적 건강: 우울과 자살생각

우울은 정신건강 문제의 대표적 증상으로 인식되며, 2020년을 기준으로 한국인의 5.7%가 우울감을 경험하고 2.6%가 우울증을 갖고 있다(질병관리청, 2021). 자살생각은 자살시도의 전 단계로써, 높은 관련성이 있기는 하나 절대적이지는 않으므로, 자살생각과 자살시도는 구분해야 하며(모지환, 배진희, 2011), 자살생각의 가장 큰 위험요인은 우울이다(이수인, 2016). 연령과 소득이 낮을수록 그리고 주관적 건강 인식이 나쁠수록 자살생각이 커지고, 가족생활만족도와 대인관계는 우울을 매개로 자살생각에 효과를 미치는 것으로 알려져 있다(이수인, 2016).

다. 사회적 건강(외로움 및 사회적 고립)과 정신적 건강의 관계

사회적 건강(외로움 및 사회적 고립)문제와 정신적 건강문제의 관계는 상호연관적이며, 복잡하고 다요소적이다. 만약 외로움이 일시적인 것이라면, 우리는 그것을 삶의 일부로 받아들이지만, 사람은 오랜 시간 동안 외로워지는 것에 대한 깊은 두려움을 가지고 있다. 외로움은 우울증과 같은 정신적 문제를 동반할 수 있으며 우리의 정신적 건강에 특정한 영향을 미친다. 과거에는 외로움을 주로 사회나 문화적 관점에서 접근하였으나, 시카고 대학의 존 카시오포(John Cacioppo)와 같은 사회 신경 과학자들은 외로움이 건강, 특히 정신건강에 영향을 미친다는 과학적 증거를 제공하였다. 지속적인 외로움은 스트레스 호르몬, 면역 기능, 심혈관 기능에 영향을 미치며, 우리의 행동을 변화시켜 약물 복용과 같은 위험한 습관에 탐닉할 가능성을 증가시킴으로써 불안, 편집증과 같은 정신질환의 위험을 높인다. 또한 외로움은 자살 위험도 증가시키는 것으로 알려져 있다(Griffin, 2010).

2. 1인가구의 사회적 건강(외로움 및 사회적 고립)과 정신적 건강

혼자 산다는 것이 반드시 경제적 고통, 외로움, 사회적 고립, 우울 증상의 증가 등과 관련이 있는 것은 아니다. 그러나 일반적으로 1인가구의 심리적 고통이 다인가구에 비해 더 많이 보고되고 있으며(Yeung & Cheung, 2015; Snell, 2017), 1인가구의 외로움과 관련된 사회적 문제들이 언론의 관심을 받고 있다. 사회적 건강 측면에서 1인가구는 다른 사람들과의 관계 맺음이 부족하기 때문에 외로움과 사회적 고립 상황에 놓일 위험이 크다는 주장이 있다. Snell(2017)은 1인가구 증가와 고독, 특히 외로움의 전염이라는 2가지 현상을 연결하여 설명하였고, Smith & Victor(2019)는 혼자 사는 것, 외로움, 사회적 고립의 수준을 신체적·정신적 건강과의 연관성 측면에서 살펴보았다. 연구 결과에 따르면, 혼자 사는 것은 높은 수준의 외로움과 고립 상태와 높은 관련성을 보였다(Smith & Victor, 2019). 반면, 사회경제적으로 더 풍족한 생활을 하는 1인가구의 경우, 더 높은 수준의 사회적 참여로 이어진다는 연구 결과도 있다(Raymo, 2015).

정신적 건강 측면에서 1인가구는 다인가구에 비해 우울증을 경험할 위험이 더 크고(최유정 외, 2016; 신미아, 2019),

낮은 주거안정성, 불안정한 경제활동 상태, 사회경제적 박탈, 주관적 건강 상태와 사회적 친분관계 등이 1인가구의 우울증과 연관된 것으로 보고되었다(김영주, 박인경, 2020; 최유정 외, 2016; 고아라 외, 2018; 강유진, 2019). 1인가구의 자살생각 경험은 다인가구에 비해 높을 뿐 아니라(신미아, 2019) 자살생각의 가장 큰 위험요인인 우울 위험이 다인가구에 비해 높기 때문에(최유정 외, 2016; 신미아, 2019), 1인가구는 자살생각 경험에 있어서도 취약성을 갖는다고 할 수 있다. 우울감, 일상생활 스트레스, 배우자 유무, 경제적 특성, 사회활동 참여 및 가족, 이웃, 친구와의 연락 빈도, 주관적 건강 상태 등이 1인가구의 자살생각에 영향을 미치는 것으로 나타났다(송나경 외, 2019).

III. 연구 내용 및 방법

1. 연구 자료

본 연구는 서울시 1인가구 실태조사 자료를 활용하여 분석하였다. 서울시는 2016년 서울특별시 사회적 가족도시 구현을 위한 1인 가구 지원 기본 조례안을 제정하였으며, 조례에 근거하여 5년마다 실태조사를 실시하고 있다. 2017년 1차 조사에 이어 2021년 실시된 2차 조사에서는 조사 기준시점 서울시에 거주하는 1인가구를 모집단으로 하여, 95% 신뢰수준에서 최대오차의 한계가 1.8%p 내외로 관리될 수 있도록 총 3,000가구를 목표로 하였다. 대상자는 성별, 연령별, 권역별로 비례배분법을 적용하여 무작위 추출하였고, 최종적으로 3,079명의 1인가구가 가구방문 면접조사에 참여하였다. 대상자는 일반사항, 1인가구의 삶과 인식, 경제활동, 복지, 주거, 안전, 건강 및 식생활, 사회적 관계망, 정책 수요 등 10개 부분의 조사 항목에 대해 응답하였다.

2. 연구모형

1인가구 내에서도 사회경제적, 문화적, 인구학적 맥락에서 이질성이 나타날 수 있다. 본 연구에서는 1인가구의 유형에 따른 특성을 파악하기 위해 1인가구의 사회적 건강(외로움, 사회적 고립) 및 정신적 건강(우울증, 자살생각) 수준에 따라 1인가구를 유형화하였다(그림 1). 외로움은 한국어판 UCLA

의 외로움 척도를 사용하여 진단하였다. UCLA의 외로움 척도는 외로움을 측정하는 가장 대표적인 척도로 총 20개 문항으로 구성된다. 선행연구를 참고로, 1인가구가 자가 기입한 항목별 점수(0~4점)를 합산하여 43점 이상일 경우를 외롭다고 간주하였다(진은주, 황석현, 2019). 사회적 고립은 사회적 고립 지표를 활용하였다. 사회적 고립도는 경제적·심리적·인적 도움을 구할 수 없는 사람의 비율을 나타내는 지표로 1) 낙심하거나 우울해서 이야기 상대가 필요할 때 2) 몸이 아파 도움이 필요할 때 3) 갑자기 많은 돈을 빌려야 할 때 도움을 요청할 수 있는 사람이 있는지의 여부를 묻는 세 문항에 모두 도움을 받을 사람이 없다고 응답한 경우를 사회적 고립 상태로 정의하였다. 정신적 건강 문제의 진단은 한글판 우울증 선별도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)와 자살생각 문항을 통해 측정하고, 진단하였다. PHQ-9은 우울증의 진단을 위해 고안된 9개의 문항으로 각 항목당 0점에서 3점까지 증상의 정도에 따라 선택을 하게 한 후, 그 합을 구하여 총 27점 중 10점 이상일 경우를 우울증으로 진단한다. 기존의 우울증 선별척도보다 문항 수가 적어 검사에 시간이 적게 들 뿐만 아니라, 신뢰도와 타당도가 입증되어 우울증 진단에 유용한 도구로 여겨지고 있다(박승진 외, 2010). 본 연구에서는 사회적 건강과 정신건강 문제에 따른 유형화 과정을 외로움 측정, 사회적 고립 측정, 우울증 및 자살 생각 측정의 순서로 문제의

중첩에 따라 유형화하였다.

3. 주요 변수

1인가구 유형별 특성을 인구학적 특성, 사회경제적 특성, 건강 및 식생활 특성, 삶의 방식, 정책 수요 등으로 구분하여 살펴보았다.

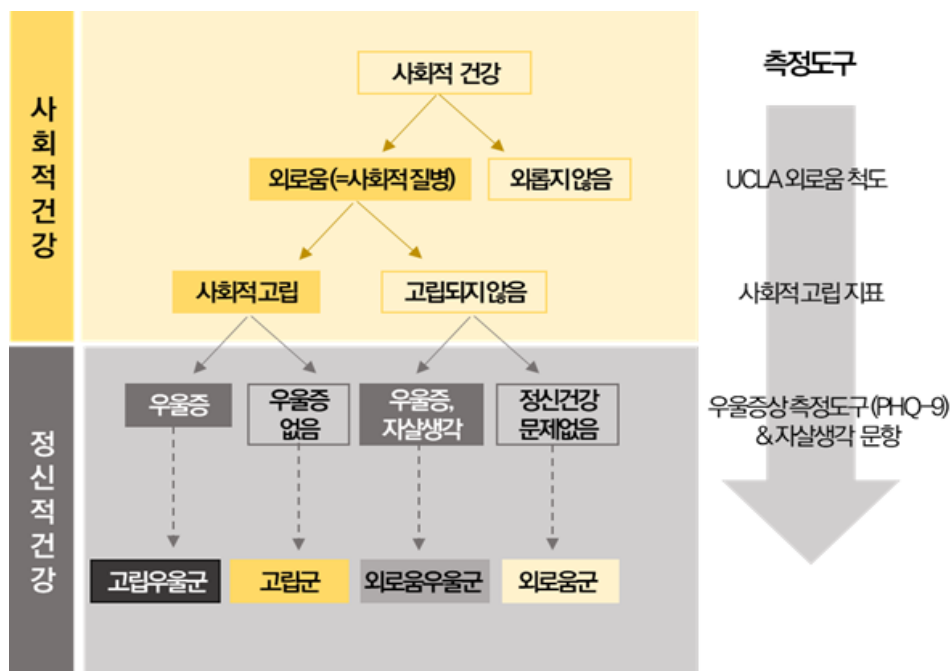
가. 인구학적 특성

1인가구의 인구학적 특성은 성별, 세대, 혼인 상태로 구분하였다. 세대는 연령에 따라 청년(19~39세), 중장년(40~64세), 노년(65세 이상)으로 구분하였고, 혼인 상태는 미혼, 기혼, 별거, 이혼, 사별로 구분하여 조사하였다.

나. 사회경제적 특성

1인가구의 사회경제적 특성을 살펴보기 위해 직업, 소득 수준 및 생활비 지원 여부 등에 대해 조사하였다. 직업은 관리자, 전문가, 사무 종사자, 서비스 종사자, 판매 종사자, 농림·어업 숙련 종사자, 기능원 및 기능 종사자, 장치·기계조작 및 조립 종사자, 단순노무 종사자, 군인, 실업자, 비경제활동인구

그림 1. 1인가구의 외로움 및 사회적 고립과 정신건강 문제에 따른 유형화 알고리즘 및 측정도구



등으로 조사하였고, 관리자와 전문가를 합쳐 관리전문직, 사무 종사자를 화이트칼라, 서비스 종사자, 판매 종사자, 농림·어업 숙련 종사자, 기능원 및 기능 종사자, 장치·기계조작 및 조립 종사자, 단순노무 종사자를 포함해 블루칼라로 재구분하였다. 소득 수준은 100만 원 단위로 나누어 ‘월 100만 원 미만’, ‘월 100만~200만 원’, ‘월 200만~300만 원’, ‘월 300만~400만 원’, ‘월 400만 원 이상’으로 구분하였고, 생활비 지원 여부는 ‘정기적 생활비 보조 있음’, ‘비정기적 생활비 보조 있음’, ‘생활비 보조 없음’으로 나누어 조사하였다. 정기적/비정기적 생활비 보조를 받고 있는 사람들에게 대해서는 추가 질문을 통해 생활비 지원의 목적(주거비, 등록금 등 학비, 취업 준비를 위한 학원비 등, 의료비, 돌봄에 필요한 서비스 이용, 그밖에 생활비)과 지원을 받는 대상(부모, 자녀, 배우자, 형제자매, 친인척, 친구 등)과 생활비 부족 경험(‘있음’, ‘없음’)을 조사하였다.

다. 건강 및 식생활 특성

1인가구의 건강 및 식생활 특성은 주관적 신체건강과 주관적 정신건강, 식생활 안정성 및 혼자 있을 때 결식에 대해 조사하였다. 주관적 신체건강과 주관적 정신건강은 스스로 평가하는 신체와 정신 건강 상태에 대해 ‘전혀 건강하지 않다’, ‘별로 건강하지 않다’, ‘보통이다’, ‘대체로 건강하다’, ‘매우 건강하다’로 구분하여 조사하고 그 중 ‘대체로 건강하다’와 ‘매우 건강하다’로 응답한 경우를 건강한 경우로 정의하였다. 식생활 안정성은 최근 1년 동안의 식생활 형편에 대한 질문에 ‘원하는 만큼의 충분한 양과 다양한 종류의 음식을 먹을 수 있었다’, ‘충분한 양의 음식을 먹을 수 있었으나, 다양한 종류의 음식은 먹지 못했다’, ‘가끔 먹을 것을 충분하게 못 먹었다’, ‘자주 먹을 것을 충분하게 못 먹었다’로 응답하게 하고, ‘원하는 만큼의 충분한 양과 다양한 종류의 음식을 먹을 수 있었다’나 ‘충분한 양의 음식을 먹을 수 있었으나, 다양한 종류의 음식은 먹지 못했다’로 응답한 경우를 식생활이 안정한 것으로 정의하였다. 혼자 식사할 때의 식사해결 방법에 대한 질문에 ‘식사를 거른다’라고 응답한 경우, 혼자 있을 때 결식하는 것으로 정의하였다.

라. 삶의 방식

1인가구의 삶의 방식에 대한 문항은 혼자 사는 이유, 혼자

생활하면서 가장 곤란하거나 힘든 점, 주된 심리적 어려움, 불편한 점을 해결하는 방법, 혼자 살아가기 위한 준비, 외로울 때 대처 방법, 현재 여가활동 및 원하는 여가활동과 여가활동의 어려운 점 등에 대해 포함하였다. 혼자 사는 이유는 ‘본인의 직장 또는 학교와의 거리’, ‘시험, 자격증, 취업준비’, ‘배우자와의 이혼, 별거, 사별’, ‘부모 또는 형제자매의 사망’, ‘함께 살던 가족구성원의 이민(기러기 가족 포함), 이사 또는 분가’, ‘함께 살던 가족과의 불화’, ‘개인적인 편의(가족 및 주변으로부터의 사생활 보장 등)와 자유의 보기 중 선택하도록 하였고, 혼자 생활하면서 가장 곤란하거나 힘든 점은 ‘경제적 어려움’, ‘여가 및 문화생활이나 체육활동의 어려움’, ‘몸이 아프거나 위급할 때 대처의 어려움’, ‘식사 해결’, ‘안전(성폭력, 범죄 등)에 대한 불안감’, ‘주거관리(시설교체 등)의 어려움’ 중 선택하도록 하였다. 주된 심리적 어려움은 ‘혼자 일상생활을 살아가는 외로움’, ‘할 일이 없는 시간이 많아 무료함’, ‘혼자 남겨진 것 같은 고독감’, ‘혼자 사는 사람에 대한 주위 시선’, ‘혼자 아프거나 죽을 수도 있겠다는 불안감’, ‘함께 살지 않는 가족(부모 또는 자녀 등)에 대한 걱정’, ‘음주, 인터넷 사용 등의 조절이 안 됨’ 중 응답하도록 하였다. 불편한 점을 해결하는 방안에 대해서는 ‘가족’, ‘친구나 이웃’, ‘공공기관’, ‘인터넷 검색’, ‘전문업체’, ‘혼자 해결’ 중 응답하도록 하였고, 혼자 살아가기 위한 준비에 대한 응답은 ‘보험, 저축 등 경제적 대비’, ‘내 집 마련’, ‘가족, 친구, 동료들과의 원만한 인간 관계유지’, ‘직업이나 일의 전문성을 위한 투자와 자기관리’, ‘노후의 여가생활을 위한 대비’, ‘건강한 노후를 위한 체력관리’ 중 선택하였다. 외로움에 대한 대처 방법은 ‘게임이나 인터넷을 활용한 오락활동’, ‘취미활동(독서, 영화감상, 여행 등)’, ‘헬스, 운동과 같은 신체활동’, ‘친목모임’, ‘혼식, 혼주(먹고 마시는 행동)’, ‘종교활동’, ‘외부기관 요청(상담 등)’, ‘무대처’ 중 응답하도록 했다.

마. 정책수요

1인가구의 정책수요에 대해 파악하기 위해 공유주택 거주 의향, 1인가구에게 가장 필요한 지원정책, 사회관계망 정책 필요도에 대해 질문하였다. 1인가구에게 가장 필요한 지원정책은 주거 안정, 건강관리, 사회관계망, 경제자립, 생활안전의 5개 영역 중 하나를 선택하도록 질문하였고, 사회관계망 영역의 세부 영역인 사회관계망 형성, 문화여가, 마음검진 및 상담, 고립고독 방지 각각에 대해서 ‘전혀 필요하지 않음’, ‘별로 필

요하지 않음, '보통', '대체로 필요함', '매우 필요함'의 5점 척도로 응답하도록 하였다.

4. 분석 방법

본 연구는 SAS(Statistical Analysis System version 9.4, SAS Institute, Cary, NC) 프로그램을 이용하여 1인가구를 사회적, 정신적 건강 문제에 따라 1인가구를 유형화하고, 유형별 특성을 살펴보기 위해 인구학적 특성, 사회경제적 특성, 건강 및 식생활, 삶의 방식, 정책 수요로 나누어 빈도분석을 실시하였다. 인구학적 특성은 성, 세대, 혼인 상태를 조합하여 해당 유형에서 빈도가 높은 순으로 제시하였다. 사회경제적 특성, 건강 및 식생활, 삶의 방식, 정책 수요에 해당하는 주요 변수들은 유형별 빈도분석을 실시한 후, 분율(%) 혹은 다빈도 값 순으로 제시하였다. 최종적으로는 유형별 특성을 종합하여 사회적 건강과 정신적 건강 문제를 해소하기 위한 대응 전략을 제시하였다.

IV. 연구 결과

1. 서울시 1인가구의 일반적 특성

본 연구의 분석대상인 서울시 1인가구의 응답자 특성을 정리하면 <표 1>과 같다. 성별 1인가구는 남성이 1,444명(46.9%), 여성이 1,635명(53.1%)으로 나타났으며, 세대별 분포는 청년 1,504명(48.9%), 중장년 1,006명(32.7%), 노년 568명(18.5%)이다. 혼인 상태를 살펴보면 미혼이 1,767명(57.4%)으로 가장 높고 사별 640명(20.8%), 이혼(18.2%) 순이며, 교육 수준을 살펴보면 1인가구 2명 중 1명(47.4%)이 대학교 이상의 학력을 가지고 있는 것으로 나타났다. 월평균 소득은 200만~300만 원 미만이 1,581명(51.3%)으로 가장 높게 나타났으며, 100만~200만 원(32.3%) 순으로 나타났다.

표 1. 1인가구의 일반 특성

			(단위: 명, %)
구분		사례수	비율
성별	남	1,444	46.9
	여	1,635	53.1
세대별	청년(19~39세)	1,504	48.9
	중장년(40~64세)	1,006	32.7
	노년(65세 이상)	568	18.5
혼인 상태	미혼	1,767	57.4
	기혼	71	2.3
	사별	640	20.8
	이혼	559	18.2
교육 수준	별거	42	1.4
	중학교 이하	183	5.9
	고등학교	912	29.6
	대학(4년제 미만)	524	17.0
소득 수준	대학교 이상(4년제 이상)	1,459	47.4
	100만 원 미만	74	2.4
	100만~200만 원 미만	996	32.3
	200만~300만 원 미만	1,581	51.3
	300만~400만 원 미만	337	10.9
	400만~500만 원 미만	75	2.4
	500만 원 이상	16	0.5

2. 1인가구의 사회적 건강 및 정신적 건강의 관계와 그에 따른 유형화

가. 서울시 1인가구의 외로움 및 사회적 고립과 정신건강 문제에 따른 유형화

1인가구의 사회적 건강과 정신적 건강 문제에 따라 알고리즘(그림 1)을 거쳐 분류된 유형 간 관계는 [그림 2]와 같다. 사회적 고립이나 정신적 건강 문제없이 외로움만 느끼는 유형은 '외로움군'으로 분류되며, 외로움을 느끼는 사람들 중 사회적 고립 상태로 진단된 경우 '고립군', 외로움을 느끼는 사람들 중 우울증이나 자살생각 등 정신건강 문제를 중복해서 가지고

있는 사람들은 '외로움우울군', 마지막으로 외로움과 고립, 정신건강 문제를 모두 중복해서 가지고 있는 경우를 '고립우울군'으로 분류하였다. 이러한 유형분류는 1인가구의 외로움과 사회적 고립, 우울 문제를 전형화하여 획일적으로 접근하는 것을 지양하고, 1인가구들의 이질적인 특성을 반영하여 다양한 1인가구의 문제에 대응하기 위한 것이다. 유형분류를 통해 사회적·정신적으로 안녕한 군, 사회정서적 문제가 우려되는 군, 사회적 고립이 우려되는 군, 사회적·정신적 건강 문제가 복합적으로 우려되는 군 등에 따른 유형별 특성을 파악함으로써, 문제의 유형과 수준에 따른 맞춤형 대응전략을 마련하기 위한 기초 자료를 생산할 수 있다.

그림 2. 1인가구의 외로움 및 사회적 고립과 정신건강 문제에 따른 유형화

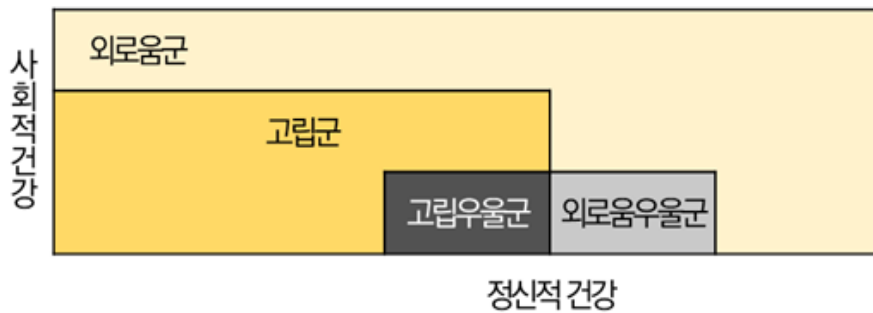
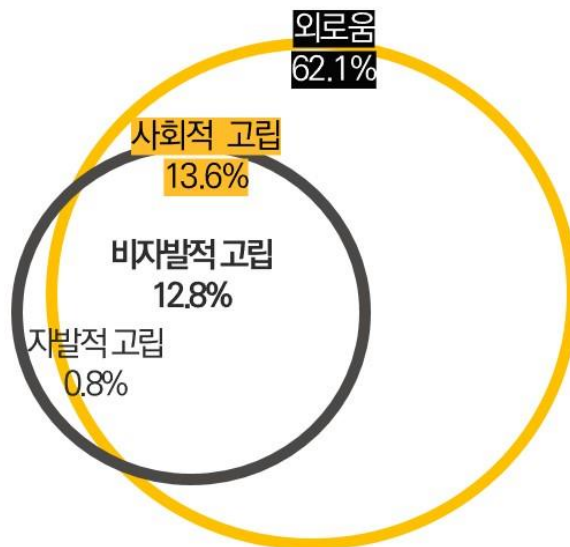


그림 3. 1인가구의 외로움과 사회적 고립의 관계



나. 서울시 1인가구의 외로움과 사회적 고립의 관계

서울시 1인가구 중 외로움을 느끼는 사람의 비율은 62.1%이며, 사회적 고립 비율은 13.6%, 외로움과 사회적 고립을 동시에 가지고 있는 비자발적 고립 비율이 12.8%로 나타났다(그림 3). 심리정서적으로 외로움을 느끼면서 객관적으로 사회적 관계가 부재한 경우를 비자발적 고립으로 정의하고, 사회적 관계의 부재로 고립되었으나, 외로움을 느끼지 않는 경우를 자발적 고립으로 정의하였다. 사회적 고립군은 대부분 외로움을 느끼는 것으로 나타났다. 즉, 외롭다고 해서 사회적으로 고립된 것은 아니지만, 사회적으로 고립된 사람은 거의 외로움을 느끼는 것으로 나타났다.

다. 서울시 1인가구의 외로움과 사회적 고립 및 정신건강의 관계

서울시 1인가구 중 우울증 비율은 7.6%, 그리고 자살생각 경험이 있는 비율은 0.7%로 나타났다(그림 4). 1인가구 중 사회적으로 고립된 사람은 거의 외로움을 느끼고(외로움 > 사회적 고립), 우울증상이 있는 사람이나 자살생각 경험이 있는 사람 등 정신건강 문제를 가진 사람들은 모두 외로움을 느끼는 것으로 나타났다(외로움 > 우울증, 외로움 > 자살생각). 즉, 외로움은 사회적 고립과 우울증상 및 자살생각의 필요조

건이자 선행요인으로 볼 수 있다.

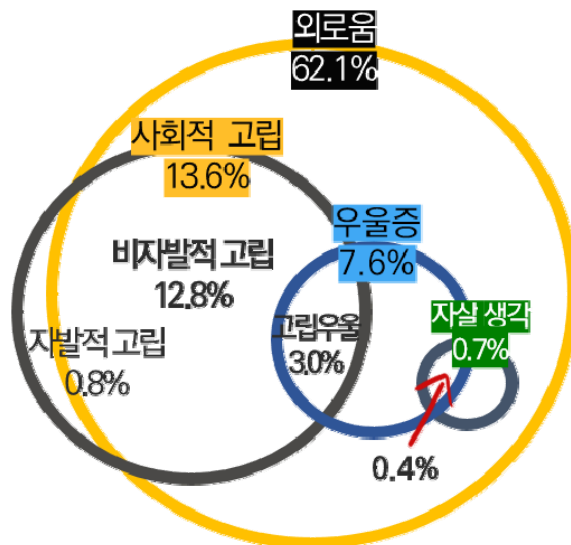
3. 1인가구의 사회적 건강 및 정신적 건강 문제에 따른 유형별 특성과 대응전략

가. 1인가구의 사회적 건강과 정신적 건강 문제에 따른 유형별 특성

1인가구의 사회적 건강과 정신적 건강 문제에 따른 유형별 인구사회학적 특성, 삶의 특성(경제, 건강, 사회적 관계 등), 정책수요 등에 대해 <표 2>에 제시하였다.

첫째, 외로움군은 1인가구 중 약 45% 비율을 차지할 것으로 예상되며, 인구학적으로 중장년 기혼, 미혼, 사별한 경우나 노년 이혼·별거 남성으로 주로 구성된다. 직업적으로는 비경제활동인구이거나 실업자들이 많고, 소득 수준은 월 100만 원 미만의 저소득층이거나 400만 원 이상의 고소득층으로 양극화된 것으로 나타났다. 1인가구로서 힘든 점은 여가 및 문화생활이나 체육활동의 어려움으로 나타났다. 경제적으로는 생활비 지원을 받는 비율이 가장 높고, 생활비 부족 경험 또한 가장 많은 것으로 나타났다. 그리고 이들은 외로울 때 종교활동을 하거나 외부기관에 상담을 요청하는 등 적극적으로 대처하려 노력하는 경향을 보였다. 외로움군은 1인가구 정책 중 경제자립과 사회적 관계망 정책에 대한 필요성을 가장 높게

그림 4. 1인가구의 외로움과 사회적 고립 및 정신건강의 관계



평가하였으며 사회관계망 세부정책으로 사회관계망 형성 정책의 필요성을 가장 높게 평가하였다.

둘째, 고립군의 특성을 살펴보면, 고립군은 1인가구 중 약 10% 비율을 차지할 것으로 예상되며, 인구학적으로 중장년

표 2. 1인가구의 사회적 건강 및 정신적 건강 문제에 따른 유형별 특성

유형	외로움군	고립군	외로움우울군	고립우울군
추정 비율	45%	10%	5%	3%
인구학적 특성	① 중장년 기혼여성 ② 노년 이혼별거남성 ③ 중장년 미혼남성 ④ 중장년 사별여성 ⑤ 중장년 사별남성	① 중장년 기혼여성 ② 중장년 사별남성 ③ 중장년 미혼여성 ④ 중장년 이혼별거남성 ⑤ 중장년 이혼별거여성 → 중장년 비율 높음	① 중장년 기혼남성 ② 중장년 이혼별거여성 ③ 중장년 이혼별거남성 ④ 노년 사별여성 ⑤ 노년 사별남성 → 노년 비율 높음	① 중장년 이혼별거남성 ② 노년 사별여성 ③ 노년 사별남성 ④ 중장년 이혼별거여성 ⑤ 청년 미혼여성 → 여성 비율 높음
직업	비경제활동, 실업자	블루칼라	관리전문직, 실업자	관리전문직, 화이트칼라
소득 수준	월 100만 원 미만 > 400만 원 이상	월 100만 원 미만 > 300만~400만 원	월 100만 원 미만 > 200만~300만 원	월 200만~300만 원 > 300만~400만 원
사회 경제적 특성	21.0% 목적: 주거비 > 생활비 보조 지원자: 자녀(56.0%) > 부모(35.8%)	12.6% 목적: 주거비 > 생활비 보조 지원자: 자녀(42.9%) > 부모(38.3%)	19.2% 목적: 주거비 > 생활비 보조 지원자: 자녀(60.8%) > 부모(39.2%)	13.9% 목적: 주거비 > 등록금 등 학비 지원자: 부모(69.8%) > 자녀(20.3%)
생활비 부족경험	16.9%	6.3%	23.7%	4.3%
주관적 신체건강	65.6%	71.1%	62.5%	89.1%
주관적 정신건강	71.5%	80.2%	65.8%	88.2%
식생활 안정성	88.1%	89.0%	86.6%	69.8%
혼자 있을 때 결식	32.7%	40.3%	51.5%	78.1%
혼자 사는 이유	① 시험, 자격증, 취업준비 ② 부모 또는 형제자매의 사망 ③ 배우자와의 이혼, 별거, 사별	① 부모 또는 형제자매의 사망 ② 함께 살던 가족구성원의 이혼(기러기가족 포함), 이사 또는 분가 ③ 시험, 자격증, 취업준비	① 함께 살던 가족구성원의 이혼(기러기가족 포함), 이사 또는 분가 ② 가족에게 부담을 주기 싫어서 ③ 본인의 직장 또는 학교와의 거리	① 부모 또는 형제자매의 사망 ② 함께 살던 가족과의 불화 ③ 시험, 자격증, 취업준비
가장 곤란하거나 힘든 점	여가 및 문화생활이나 체육활동의 어려움	경제적 어려움	경제적 어려움	여가 및 문화생활이나 체육활동의 어려움
주된 심리적 어려움	혼자 일상생활을 살아가는 외로움	혼자 일상생활을 살아가는 외로움	혼자 남겨진 것 같은 고독감	혼자 남겨진 것 같은 고독감
불편한 점 해결 방법	인터넷 검색	공공기관	전문업체	공공기관
혼자 살아가기 위한 준비	보험, 저축 등 경제적 대비	보험, 저축 등 경제적 대비	가족, 친구, 동료들과의 원만한 인간 관계유지	가족, 친구, 동료들과의 원만한 인간 관계유지
외로울 때 대처 방법	종교활동, 외부기관 요청(상담 등)	무대처, 혼술혼밥	외부기관 요청(상담 등), 무대처	혼술혼밥, 아무것도 하지 않는다
여가활동	TV, 영상물 시청	TV, 영상물 시청	TV, 영상물 시청	운동(스포츠) 활동
공유주택 거주 의향	27.8%	가장 낮음(26.4%)	가장 높음(36.9%)	27.7%
1인가구 정책 수요	1인가구에게 가장 필요한 지원정책	경제자립/사회관계망	건강관리	경제자립
사회관계망 정책 필요도	사회관계망 형성 > 문화여가 > 마음검진상담 > 고립고독 방지	사회관계망 형성 > 문화여가 > 고립고독 방지 > 마음검진상담	사회관계망 형성 > 문화여가 > 마음검진상담 > 고립고독 방지	마음검진상담 > 고립고독 방지 > 사회관계망 형성 > 문화여가

이혼·별거·사별한 사람들이 주를 이루었다. 직업적으로는 블루칼라(서비스·판매·단순노무·기술직 종사자), 소득 수준은 월 100만 원 미만의 저소득층이 비율이 상대적으로 높게 나타났다. 1인가구로서 힘든 점으로 경제적 어려움을 꼽았다. 이들은 외로울 때 아무것도 하지 않거나 혼술혼밥²⁾ 등 소극적으로 대처하며, 여가활동 또한 주로 TV나 영상물을 시청하는 등 소극적 행태를 보였다. 1인가구 정책 중 건강관리 정책에 대한 필요성을 가장 높게 평가하였고, 사회관계망 세부정책 중에서는 사회관계망 형성 정책의 필요성을 가장 높게 평가하였다.

셋째, 외로움우울군은 1인가구 중 약 5% 비율을 차지할 것으로 예상되며, 인구학적으로 중장년 기러기, 이혼·별거 혹은 노년 사별한 사람들로 주로 구성된다. 직업적으로는 관리전문직이거나 실업자인 경우가 많고, 소득 수준은 월 100만 원 미만의 저소득층이 비율이 상대적으로 높게 나타났다. 1인가구로서 힘든 점으로 경제적 어려움을 꼽았으며 이들은 생활비를 지원받는 비율이 높고, 생활비 부족 경험이 가장 높게 나타났다. 노년층의 구성비가 높아, 주관적 신체건강 및 정신건강 수준 가장 낮고 공유주택 거주 의향이 가장 높았다. 1인가구 정책 중 경제자립 정책에 대한 필요성을 가장 높게 평가하였고, 사회관계망 세부정책으로 사회관계망 형성 정책의 필요성을 가장 높게 평가하였다. 또한 사회관계망 세부사업별 이용 의향이 높고, 생명이음 청진기 사업과 마음상담 지원 등에 대한 수요가 높았다.

마지막으로 고립우울군의 특성을 살펴보면 다음과 같다. 고립우울군은 1인가구 중 약 3% 비율을 차지할 것으로 예상되며, 인구학적으로 중장년 이혼·별거 혹은 노년 사별, 청년 여성 등으로 주로 구성된다. 직업적으로는 관리전문직이거나 화이트칼라(사무직)인 경우가 많고, 소득 수준은 월 200만~400만 원 수준으로 다른 군에 비해 상대적으로 소득 수준이 높은 것으로 나타났다. 1인가구로서 힘든 점은 여가 및 문화생활이나 체육활동의 어려움으로 나타났다. 주관적 신체건강 및 정신건강 수준이 가장 높지만, 실제로 식생활 안정성이 가장 낮고, 혼자 있을 때 결식 비율이 가장 높았다. 외로울 때 아무것도 하지 않거나 혼술혼밥 등 소극적으로 대처하는 반면, 여가활동은 네 유형 중 가장 적극적 여가활동을 하는 것으로 나타났다. 공유주택 거주 의향은 가장 낮은 것으로 나타났고, 네

유형 중 여성의 비율이 가장 높아, 1인가구 정책 중 생활안전 정책에 대한 필요성을 높게 평가하였다. 사회관계망 세부정책으로 마음검진상담과 고립고독 방지 정책의 필요성을 높게 평가하였다. 사회관계망 세부사업별 이용 의향이 가장 높고, 1인가구지원센터와 생명이음 청진기 사업 등에 대한 수요가 높았다.

나. 1인가구의 사회적 건강과 정신적 건강 문제에 따른 유형별 대응전략

앞서 1인가구의 사회적 건강과 정신적 건강 문제에 따라 4가지 유형으로 구분하였고, 1인가구 유형별 도시정부의 대응 전략을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 외로움군은 경제적 취약계층의 비율이 높고, 사회적 관계망에 대한 적극적 수요를 가지고 있는 집단이다. 이들은 함께이길 원하지만 맺을 기회가 없는 유형으로 사회적 관계망을 맺을 기회를 제공하는 한편, 실업자 등 경제적 취약층에는 경제자립 지원 정책을 연계할 필요가 있는 것으로 나타났다. 이들을 위해서는 1인가구지원센터를 활용하거나 공공시설 여가문화프로그램 등을 이용한 사회적 관계망 형성 정책과 일자리 연계 등 경제자립 정책을 연계가 필요하다. 둘째 고립군은 중장년 비율이 높고, 외로움에 소극적 대처하며, 혼자일 노후를 대비하여 스스로 관리하려는 수요가 높게 나타났다. 따라서 이들에게는 1인가구지원센터를 활용하거나 공공시설 여가문화프로그램 등을 이용한 사회적 관계망 형성 정책과 건강한 노후를 준비하기 위한 건강관리 정책을 연계가 필요한 것으로 나타났다. 셋째, 외로움우울군의 노년층 비율이 상대적으로 높아, 주관적 신체건강 및 정신건강 수준 낮고, 경제적 어려움이 크며, 공유주택 거주 의향이 가장 높은 것으로 나타났다. 따라서, 외로움우울군은 마음검진 및 상담 지원 정책과 더불어 공유주택 연계 등 주거 정책, 일자리 연계 등 경제자립 정책, 신체, 정신건강 관리 등 건강정책으로의 연계가 필요하다. 마지막으로 고립우울군은 중·고소득층의 비율이 높게 나타나 네 유형 중 경제적 수준이 가장 높고, 직업적으로도 관리전문직과 화이트칼라의 비율이 높았으며, 여성의 비율이 높은 것으로 나타났다. 이들은 사회적 관계망 형성보다는 마음검진 및 상담과 고립고독 방지 정책의 필요성을 높게 평가하였다. 이들에게는 마음검진 및 상

2) 혼자 술을 마시거나 밥을 먹는 것을 의미

담 지원 정책과 안전 및 고립 방지를 위해 스마트 기술을 활용한 사업 연계가 필요하다.

V. 고찰 및 결론

본 연구는 서울시 1인가구 실태조사를 활용하여 1인가구의 외로움 및 사회적 고립과 정신건강 문제의 관계를 분석하고, 사회적·정신적 건강 문제에 따라 1인가구를 4개의 유형(외로움군, 고립군, 외로움우울군, 고립우울군)으로 분류하였다. 분류된 네 유형을 종합하면 몇 가지 눈에 띄는 특징을 관찰할 수 있었다. 첫째, 외로움은 경제적 취약과 관련이 있었다. 외로움군과 외로움우울군은 외로움을 느끼지만 사회적 고립 상태는 아닌 경우로 진단되는데, 이들 군에서 실업자와 저소득층의 비율이 상대적으로 높게 나타났다. 본 연구는 단면연구이기 때문에 외로움과 경제적 취약 중 어느 것이 선행요인인지 파악할 수 없으나, 경제적으로 취약한 상태는 외로움의 감정과 관련된 것으로 나타났다. 영국에서 수행된 연구에 따르면 가구연소득이 일반 유로 이하인 사람들은 높은 수준의 외로움을 경험하는 것으로 나타났고(Macdonald et al., 2018), 미국 고령층을 대상으로 한 연구에서 낮은 소득 수준이 외로움과 유의한 연관성이 있는 것으로 보고되었다(Theeke, 2010). 때문에, 경제적으로 취약한 외로움군에는 경제적 자립 정책을 연계하고, 저비용으로 관계망을 형성할 수 있는 환경을 조성하는 것이 중요하다. 둘째, 외로움과 사회적 고립 여부에 따라 대처하는 방식에 차이가 있었다. 외로움군은 사회관계망 형성 정책의 필요성을 높게 평가하고 외로움에도 적극적으로 대처하려 노력하는 반면, 고립군은 사회관계망 형성 정책 정책의 필요성보다는 건강관리 정책의 필요성을 높게 평가하고, 외로움에도 대처하지 않거나, 혼술혼밥등 소극적으로 대처하였다. 외로움과 사회적 고립의 개념에서 알 수 있듯이 사회적 고립은 사회적 관계의 양과 질이 부족한 객관적 상황이며, 외로움은 사회적 관계에 대한 정서적 인식, 즉 주관적인 개념이다. 본 연구에서 고립군은 외로움과 사회적 고립에 모두 해당되는 사람들이기에 외로움군보다 더 중첩된 문제를 가지고 있음에도 불구하고, 사회관계망 형성 정책의 필요성을 상대적으로 낮게 평가하고 소극적으로 대처하는 것은 모순적이며, 문제를 더 심화시킬 가능성을 내포한다. 고립군은 오히려 건강관리 등을 통해 타인에 의지하지 않고 스스로를 돌보

기 위한 의지와 수요가 큰 것으로 나타났다. 이에 사회관계망 형성 의지와 욕구가 높은 외로움군에는 사회관계망을 형성할 수 있는 기회를 제공하고, 사회관계망 형성에 소극적인 고립군을 위한 대응전략으로는 최소한의 사회관계망 형성을 위한 기회를 제공하되, 건강관리, 여가활동 등 스스로를 돌볼 수 있는 사업을 함께 연계할 필요성이 있다. 셋째, 외로움과 사회적 고립 등 사회적 문제와 함께 우울증 등 정신건강 문제를 가진 고립우울군은 다른 유형에 비해 마음검진 및 상담 수요가 높은 것으로 나타났다. 나머지 세 유형에서 사회관계망 형성을 1순위로 꼽은 반면, 고소득층 비율이 높고, 주관적 건강 상태가 상대적으로 원만한 고립우울군은 마음검진 및 상담의 필요성을 가장 높게 평가하였다. 이들은 타인과의 관계 형성을 통한 해결보다는 전문적인 진단과 상담에 대한 욕구가 더 높았다.

본 연구에서는 사회적·정신적 건강문제의 중첩에 따라 1인가구를 유형화했을 때, 심각성이 상대적으로 낮은 외로움군부터 외로움, 사회적 고립과 우울증 등 가장 심화되고 많은 문제를 중첩해서 보유한 고립우울군까지 분류하였다. 주목할 만한 사실은 우울군, 고립군, 외로움우울군의 세 유형에서는 저소득층의 비율이 높았던 반면, 고립우울군에서 고소득층과 관리전문직종의 비율이 높게 나타났다. 전통적으로 사회정책의 대상으로 여겨지는 경제적 취약계층뿐만 아니라, 소득 수준이 높고, 안정된 직업을 가진 사람들이 오히려 외로움, 사회적 고립, 정신건강 문제에 있어서는 취약할 수 있고, 외로움과 사회적 고립에 대응하기 위한 전략에서 이들을 후순위로 배제할 수 없음을 의미한다. 즉, 1인가구 정책의 대상은 누구나 될 수 있고, 문제와 위험요인에 따라서 대응전략이 달라져야 한다. 고립우울군에 중·고소득층이 많다는 본 연구의 결과는 저소득층에는 공공부조, 지역 복지시설 등을 통한 사회적 안전망이 존재하는 데 반해, 중·고소득 1인가구의 경우 전통적인 관점에서는 사회적 보호의 대상이 아니므로 스스로 구축한 경제적·심리적·인적 지지체계가 없다면, 사회적 고립과 심리적 위기 상태에 오히려 더 취약해질 수 있음을 반증한다. 따라서 1인가구에 대한 사회적 연결망 지원과 심리적 지원은 소득 수준과 관계없이 이뤄져야 할 것이다.

본 연구는 1인가구의 외로움과 사회적 고립, 정신건강 문제를 측정하고, 유형화하고자 시도한 최초의 연구로써 의의가 있다. 1인가구가 느끼는 정서적 외로움과 사회적 관계의 양과 질을 반영하는 사회적 고립도의 관계를 살펴보고, 더 나아가

사회적·정신적 건강문제의 관계를 살펴보았으며, 사회적·정신적 건강 문제에 따라 분류한 유형별 특성과 대응전략을 제시하였다. 본 연구를 통해 1인가구 중 사회적·정신적 건강 위험군의 체계화된 발굴과 지원을 위한 근거를 마련하였고, 사회적 고립과 심리적으로 취약한 1인가구를 위한 정서적·사회적·경제적 맞춤형 정책지원 수립의 근거 자료로 활용하여 1인가구의 삶의 질 향상에 기여할 수 있을 것이다. 다만, 실태조사로도 파악이 되지 않는 은둔 1인가구들은 그 특성과 정책수요가 아직까지 명확히 파악되지 않아 정책 및 사업 수립에 어려움이 있으므로, 향후 은둔 1인가구의 특성(지역적 분포, 인구사회학적 특성)과 정책수요를 파악하기 위한 연구가 필요

하다.

박민진은 서울시립대학교 도시행정학과에서 박사학위를 받았으며, 서울연구원 도시모니터링센터에서 연구원으로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 청년 및 행복, 1인가구 연구이다.

(E-mail: famia@si.re.kr)

김성아는 서울대학교에서 보건학 석·박사학위를 받았으며, 서울연구원 경제사회연구실 부연구위원으로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 1인가구, 정신건강, 식생활 및 만성질환 예방이며, 현재 1인가구 정책, 먹거리정책 등을 연구하고 있다.

(E-mail: sakim8864@si.re.kr)

참고문헌

- 고아라, 정규형, 신보경. (2018). 증장년 1인 가구의 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 영향에 관한 종단 연구: 다인 가구와의 비교를 중심으로. *한국가족복지학*, 59, pp.55-79.
- 강유진. (2019). 1인가구 우울과 관련요인: 연령집단 별 비교를 중심으로. *생애학회지*, 9(1), pp.1-19.
- 김영주, 광인경. (2020). 청년 1인가구의 주거환경과 우울감에 관한 탐색적 연구. *한국공간디자인학회 논문집*, 15(4), pp.241-250.
- 모지환, 배진희. (2011). 자살행동 영향 요인: 성별, 연령별 집단 비교를 중심으로. *보건사회연구*, 31(2), pp.121-145.
- 박승진, 최혜라, 최지혜, 김건우, 홍진표. (2010). 한글판 우울증 선별 도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)의 신뢰도와 타당도. *대한불안학회지*, 6(2), pp.119-124.
- 송나경, 박향경, 노재성. (2019). 1인 가구의 연령계층별 자살 생각 비교연구. *한국사회복지조사연구*, 61, pp.133-164.
- 신미아. (2019). 1인가구와 다인가구의 건강행태 및 정신건강 비교: 국민건강영양조사 자료분석(2013, 2015, 2017). *한국웰니스학회지*, 14(4), pp.11-23.
- 안현찬, 김승연, 변금선, 김성아, 남원석, 박은숙 등. (2022). 서울시 1인가구 실태조사 및 제도개선 연구용역. 서울연구원.
- 이수인. (2016). 자살생각에 대한 사회적 영향 요인과 심리적 영향 요인의 통합적 접근. *민주사회와 정책연구*, 30, pp.104-139.
- 이여봉. (2017). 1인가구의 현황과 정책과제. *보건복지포럼*, 252, pp.64-77.
- 진은주, 황석현. (2019). 한국판 UCLA 외로움 척도 3판의 타당화. *청소년학연구*, 26(10), pp.53-80.
- 최유정, 이명진, 최셋별. (2016). 가구형태와 사회적 관계의 객관적·주관적 측면이 우울에 미치는 영향: 1인 가구와 다인 가구의 비교를 중심으로. *한국가족관계학회지*, 21(2), pp.25-51.
- 질병관리청. (2021). 2020 지역건강통계 한눈에 보기.
- Griffin, J. (2010). *The lonely society?* Mental Health Foundation.
- Lim, L. L., & Kua, E. H. (2011). Living alone, loneliness, and psychological well-being of older persons in Singapore. *Current gerontology and geriatrics research*. doi: 10.1155/2011/673181.
- Macdonald, S. J., Nixon, J., & Deacon, L. (2018). 'Loneliness in the city': Examining socio-economics, loneliness and poor health in the North East of England. *Public Health*, 165, pp.88-94.
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(3), pp.339-348. doi: 10.1007/s00127-016-1178-7.
- Noguchi, T., Saito, M., Aida, J., Cable, N., Tsuji, T., Koyama, S., & Kondo, K. (2021). Association between social isolation and depression onset among older adults: a cross-national longitudinal study in England and Japan. *BMJ open*, 11(3), doi: 10.1136/bmjopen-2020-045834.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York.
- Raymo, J. M. (2015). Living alone in Japan: Relationships with happiness and health. *Demographic research*, 32(46), pp.1267-1298. doi: 10.4054/DemRes.2015.32.46.
- Smith, K. J., & Victor, C. (2019). Typologies of loneliness, living alone and social isolation, and their associations with physical and mental health. *Ageing & Society*, 39(8), pp.1709-1730. doi: 10.1017/S0144686X18000132.
- Snell, K. D. M. (2017). The rise of living alone and loneliness in history. *Social History*, 42(1), pp.2-28. doi: 10.1080/03071022.2017.1256093.
- Teo, A. R. (2013). Social isolation associated with depression: A case report of hikikomori. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(4), pp.339-341. doi: 10.1177/0020764012437128.
- Theeke, L. A. (2010). Sociodemographic and health-related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status in a sample of US older adults. *Research in gerontological nursing*, 3(2), pp.113-125. doi: 10.3928/19404921-20091103-99.
- UCL Institute of Health Equity. (2015). *Reducing social isolation across the lifecourse*. Public Health England.
- Yeung, Wei-Jun Jean, & Cheung, Adam Ka-Lok. (2015). Living alone: One-person households in Asia. *Demographic research*, 32(40), pp.1099-1112. doi: 10.4054/DemRes.015.32.40.
- Department for Digital, Culture, Media, & Sport. (2021). **1인가구 외로움 연간 보고서**. <https://www.gov.uk/government/publications/loneliness-annual-report-the-second-year/loneliness-annual-report-january-2021>에서 2022. 3. 15. 인출.

Characteristics and Types of Loneliness, Social Isolation, and Mental Health Problems in Single-Person Households:

Focusing on Single-Person Households in Seoul

Park, Minjin¹ | Kim, Seong-Ah¹

¹ The Seoul Institute

Abstract

This study aimed to analyze the relationship between the loneliness, social isolation, and mental health problems of single-person households by using data from the Seoul single-person household survey data, and classify single-person households according to social and mental health problems. Among single-person households in Seoul, the proportions of those who experienced loneliness, social isolation, depression, and suicidal thoughts were 62.1%, 13.6%, 7.6%, and 0.7%, respectively. When classified according to their social and mental health problems, single-person households were divided into four types: the loneliness group, the isolation group, the loneliness and depression group, and the isolation and depression group. The loneliness group had a high proportion of the economically vulnerable and had an active demand for social relationship networks, whereas the isolated group had less demand for the social relationship network and a high desire to take care of themselves by such means as health care. The loneliness and depression group, comprising a high proportion of elderly people with poor economic and health status, showed high willingness to live in shared housing. The isolation and depression group tended to have higher income, high proportion of professional management and white color, and high proportion of women. They highly evaluated the necessity of mental health examination and counseling rather than forming a social network. This study is significant in that it is the first of its kind to measure and categorize the loneliness, social isolation, and mental health problems of single-person households. Future research on secluded single-person households who were not identified in this study is needed.

Keywords: Single-Person Households, Loneliness, Social Isolation, Mental Health, Categorization