

남녀별 독거노인과 동거노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각 비교*

김 영 주¹⁾

서 론

연구의 필요성

의료기술과 과학의 발달로 노인인구가 빠르게 증가하고 있다. 특히, 전체 노인인구 중에서 혼자 사는 노인의 비율이 1990년 8.9%에서 2000년 16.2%로 거의 2배 가까이 늘어났는데(Korea National Statistical Office, 2005), 이는 핵가족화, 여성의 사회진출, 부양에 대한 가치관의 변화에 기인한 것으로 앞으로 이런 추세가 더 가속화될 것으로 보인다.

독거노인의 수가 급증하는 것에 주목해야 하는 이유는 노인들의 부양을 책임질 가족이 없거나 가족이 있더라도 같이 살고 있지 않으며, 타인과의 상호관계가 매우 제한된다는 점에서 일반적으로 나타나는 독거노인들의 문제점에 부가하여 사회적 부담을 증가시키는 요인이 되고 있기 때문이다(Ha & Park, 2002; Kim & Jung, 2002). 일반적으로 노인들은 다른 연령층에 비해 노화로 인해 질병에 취약하고, 만성적이고 퇴행성 질환을 가지고 있는 경우가 많으며 한번 이환되면 회복이 느리고 어렵다(Kim, Chae, Park, & Woo, 2001). 독거노인들은 이런 노인의 일반적인 특성에 더하여 낮은 학력 수준, 낮은 가구 소득 등 사회경제적으로 열악한 처지에 놓여 있는 경우가 많고, 대다수가 신체적 질환을 가지고 있고 배우자나 자녀들과 생활하는 노인들에 비해 주관적 건강상태와 전반적인 삶의 만족도가 낮은 편이라고 알려져 있다(Kang, Seo, & Kim, 2004; Kim, 2007; Kim & Jung, 2002). 이와 같이 독거

노인들은 취약한 환경과 건강상태에 있는데 반해 현실적으로 신체수발이나 일상생활에서의 가족의 도움을 받는 것이 어렵기 때문에 건강상태가 더욱 악화될 수 있다. 따라서 최대한 독립적인 기능상태 유지와 삶의 질 향상을 위해 스스로의 건강을 유지, 증진시키는 건강습관을 가지는 것이 중요하다.

건강습관은 1960년 중반 이래 미국의 Alameda County에서 실시한 시계열 연구에서 좋은 신체적 건강상태가 낮은 사망률과 연관성이 높음을 보고하고 이에 7가지 좋은 건강습관(Alameda 7), 즉, 금연, 규칙적인 운동, 적절한 음주 또는 금주, 적절한 체중 유지, 하루 7-8시간 수면, 매일 아침식사 하기, 간식 안하기를 제시하였다(Belloc & Breslow, 1972). 노인에게 있어서 건강습관을 논하는 것은 노인들이 일생동안 지속해온 생활양식을 변화시키는 것이 어렵기 때문에 적절치 않다고 여긴 적도 있었으나, 일생 동안 나쁜 건강습관을 유지시켜 온 사람은 노년기에 기능상태의 저하와 만성질환에의 이환율이 증가되며, 노년기의 규칙적인 운동이나 체중감소, 금연과 같은 건강습관은 건강상태와 안녕을 증진시키고, 건강관리 비용을 줄이는 긍정적인 효과가 밝혀지고 있다(Sim & Park, 2004). 그러나, 노인의 건강습관과 관련한 기존 연구들이 주로 일반 노인들을 대상으로 하거나(Joo et al., 2007; Kim et al., 2001; Sim & Park, 2004), 농촌과 도시와 같은 지역에 국한되거나 비교에 초점을 둔 연구(Kim, 2004)로서 독거노인의 건강습관이 배우자나 가족과 함께 사는 동거노인과 어떻게 다른지를 연구한 논문은 매우 미흡한 실정이다.

그런가 하면 노인들은 신체적 건강상태의 변화 외에도, 사

주요어 : 독거, 건강습관, 스트레스, 우울, 자살

* 이 논문은 2009년도 성신여자대학교 학술연구조성비 지원에 의해 연구되었음.

1) 성신여자대학교 간호대학 조교수(교신지자 E-mail: yjkim727@sungshin.ac.kr)

접수일: 2009년 6월 15일 1차 수정일: 2009년 8월 17일 2차 수정일: 2009년 8월 23일 게재확정일: 2009년 8월 24일

회적 고립, 경제적 빈곤, 만성질환의 위험성, 가까운 사람의 죽음 등 많은 스트레스를 경험하는 반면, 대처자원이나 능력이 줄어들어 우울의 가능성으로 이어지고, 이러한 우울은 극단적으로 자살까지 생각하게 하는 가장 큰 위험요인으로 작용하고 있다(Choi & Kim, 2008; Jang & Kim, 2005). 더욱이 독거노인들은 가족이나 친척의 지지 없이 소외감과 고독감 속에서 살아가기 때문에 이러한 스트레스, 우울, 자살 생각의 발생 가능성이 적지 않을 것으로 사료된다. 이러한 변수들과 관련된 기존 연구들은 전반적인 노인들의 스트레스, 우울, 자살 생각 상태를 다루거나 요인 분석에 관한 연구들이 대부분이었다(Choi, Choi, & Kim, 2008; Choi & Kim, 2008; Ha, Seo, & Yu, 2000; Jang & Kim, 2005; Lee, Lee, Lim, Hwang, & Park, 2004; Park & Suh, 2007). 또한 이들 연구들은 독거노인을 사회경제적 수준의 일부 변수로 다루고 있을 뿐 크게 부각되지는 못했고, 혼자 사는 노인들의 삶에 중심을 두고 스트레스, 우울, 자살생각에 미치는 영향을 다룬 연구는 소수에 불과하였다(Lee & Oh, 2008).

한편 Lee (2005)는 이혼이나 사별과 같이 가족유형이 변화하여 혼자 사는 경우 성별로 적응양상이 다른데, 이는 결혼생활에 대한 인식과 의존이 성별에 따라 다르기 때문이라고 하였고, Gallant와 Dorn (2001)은 성별이 건강습관을 행하는데 있어 예측요인이 될 수 있음을 언급하였다. 따라서 본 연구에서는 2005년 전국을 대상으로 실시한 국민건강영양조사 자료를 이용하여 남녀별로 독거노인과 동거노인간의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각의 차이를 살펴보고자 한다. 위에 언급된 7가지 건강습관(Alameda 7)외에 대상자가 노인임을 고려하여 미국노인학회(American Geriatrics Society)와 미국심장협회(American Heart Association)가 건강증진 활동의 하나로 추천하고 있는 '건강검진' 항목을 건강습관에 추가하여 조사하였다. 이는 급증하고 있는 독거노인에 대한 신체적, 정신적 건강 증진 프로그램 개발 및 적용을 위한 기초자료로 활용될 것으로 기대된다.

연구 목적

- 남, 여별로 독거노인과 동거노인의 인구사회학적 특성을 비교한다.
- 남, 여별로 독거노인과 동거노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각의 차이를 비교한다.
- 남, 여별로 독거여부와 인구사회학적 특성에 따른 노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각의 차이를 규명한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 2차 자료를 이용하여 남, 여별로 독거노인과 동거노인간의 건강습관, 스트레스, 우울, 및 자살생각의 차이를 파악하기 위한 자료 분석 연구이다.

연구 자료 및 대상

본 연구에 사용된 자료는 2005년 질병관리본부와 한국보건사회연구원이 실시한 제3기 국민건강영양조사 자료이다. 국민건강영양조사는 전국을 대상으로 층화집락추출방식으로 조사 가구를 선출하여 국민의 건강수준, 건강관련 의식 및 행태, 영양섭취 실태에 대한 기초자료를 제공하기 위해 실시된 조사로써 건강설문조사, 영양조사, 검진조사로 구성되어 있다. 이 중 건강 설문 조사는 건강면접조사와 보건의식행태조사로 이루어져 있는데, 건강면접조사는 만 19세 이상 성인에게 사회경제적 특성과 질병 이환 등을 가구방문 일대일 면접을 통해, 보건의식행태조사는 흡연, 음주, 신체활동 및 운동, 휴식과 수면, 건강검진 등을 가구방문 자기기입식 설문조사 방식으로 조사되었다. 본 연구의 대상자는 제 3기 국민건강영양조사 중 건강 설문 조사에 응답한 가구원 34,152명 중 65세 이상 남자노인 1,650명, 여자노인 2,401명으로 총 4,051명을 대상으로 하였다. 본 연구에 사용된 원자료는 공식적인 절차에 따라 한국보건사회연구원으로부터 취득하였으며, 원자료 중에 대상자의 이름, 주민등록번호, 주소 등 대상자를 확인할 수 있는 자료는 취득 전에 모두 삭제되었다.

연구 도구

● 분석틀

본 연구를 수행하기 위한 분석틀은 원자료에서 연구에 필요한 독립변수와 종속변수를 개별적으로 선택하여 기존 연구(Kwak, Jee, Nam, & Lee, 2005; Lee & Suh, 1995; Lee, 2000; Meiner & Lueckenotte, 2006)에서 사용된 분류기준을 각각 적용하여 재분류하였다. 각 연구변수의 값이 정상범위를 벗어나는지를 먼저 검사하여 자료의 신뢰성을 높였다.

● 연구 변수별 분류기준

• 일반적 특성

남, 여별로 대상자의 나이, 교육수준, 월 평균 가구 소득, 질환수 등에 관한 특성을 조사하였다. 그 중 질환수는 Korea National Statistical Office (2005)의 고령자 사망통계에 제시된 주요 사망원인인 뇌혈관질환, 각종 암, 심장질환(협심증, 심근경색증), 고혈압, 당뇨, 만성하기도 질환(만성 폐쇄성 폐질환,

천식)과 노인에게 흔한 근골격계질환(관절염, 디스크, 골다공증)에 대해 조사 당시 보유 여부를 재코딩하였으며 가능한 범위는 0개-11개로 분류하였다.

• 독거여부

혼자 사는 1인 노인을 독거노인으로, 2인 이상 같이 사는 노인을 동거노인으로 구분하였다.

• 건강습관

건강습관의 실천경향을 살펴보고 자료분석의 일관성을 유지하기 위해 원자료에서 건강습관 변수들을 개별적으로 선택하고 이를 이분법으로 일관되게 재분류하였다. 구체적인 연구변수의 설명은 다음과 같다.

- 흡연: 현재 담배를 매일 또는 가끔 피우는 대상자를 흡연군으로 하고, 비흡연자와 과거에 피웠으나 현재는 피우지 않는 대상자를 비흡연군으로 구분하였다.
- 음주: 노인들의 알코올에 대한 대처능력이 현저히 감소한다는 점을 고려하여 하루 1-2잔 이내, 한 달에 4회 이하 음주하는 대상자를 적정 음주군으로, 하루 3잔 이상, 한 달에 5회 이상을 음주하는 대상자를 과 음주군(excessive drinking)으로 구분하였다.
- 수면: 하루 평균 수면시간을 기준으로 7-8시간 수면하는 군과 7시간보다 적게 자거나 8시간보다 많이 자는 군으로 분류하였다.
- 운동: 주 3회 이상 규칙적으로 운동을 하는 대상자를 운동군으로, 주 2회 이하를 비운동군으로 구분하였다.
- 체중: Body Mass Index (BMI)를 기준으로 18.5-23.0kg/m² 이면 정상 체중군, 18.5kg/m² 미만이거나 23.0kg/m² 초과하면 비정상 체중군으로 구분하였다.
- 아침식사: 규칙적인 아침식사를 하는 대상자를 식사군으로, 아침식사를 하지 않는 대상자를 결식군으로 구분하였다.
- 간식: 대상자를 간식을 거의 하지 않는 군과 하루 1회 이상 간식을 하는 군으로 구분하였다.
- 건강검진: 지난 2년간 건강검진을 1회 이상 받은 군과 전혀 받지 않는 군으로 구분하였다.

• 스트레스

‘평상시 생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 계십니까’라는 대한 질문에 ‘대단히 많이 느낀다’ 혹은 ‘많이 느낀다’라고 응답한 대상자를 스트레스 인지수준이 높은 군으로 ‘조금 느낀다’와 ‘거의 느끼지 않는다’라고 응답한 대상자를 스트레스 인지수준이 낮은 군으로 구분하였다.

• 우울

‘지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있습니까’라는 질문에 ‘예’라고 응답한 대상자와 ‘아니오’라고 응답한 대상으로 나누었다.

• 자살 생각

‘지난 1년간 자살 생각을 해 본 적이 있습니까’라는 질문에 ‘예’라고 대답한 대상자와 ‘아니오’라고 대답한 대상으로 구분하였다.

자료 분석 방법

남, 여별로 독거노인과 동거노인간의 인구사회학적 특성의 차이를 비교하기 위해 chi-square test와 t-test를 실시하였다. 남, 여별로 독거노인과 동거노인간 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각의 차이는 chi-square test로 분석하였다. 또한, 인구사회학적 특성들을 통제한 후 독거여부가 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각에 영향을 미치는 주요 변수인지를 조사하기 위해 multiple logistic regression을 실시하였다. 모든 자료는 SPSS for windows version 15.0을 이용하여 분석하였다.

연구 결과

남, 여별 독거노인과 동거노인의 인구사회학적 특성의 차이
65세 이상 노인대상자 중 혼자 사는 남자노인은 6.2%, 여자노인은 26.9%로 남자보다 여자노인이 우세하게 혼자 사는 경우가 많았다. 남자는 독거여부와 상관없이 60대가 가장 많았고, 여자는 독거노인의 경우 70대가 55.6%로 동거가구 여자 노인보다 유의하게 많았다($p < .001$). 남, 여 모두 독거노인이 동거노인에 비해 초등학교 졸업이하가 유의하게 많았다(남 $p = .023$, 여 $p = .004$). 월 평균 가구 소득에서도 남, 여, 모두 독거노인이 동거노인에 비해 100만원/월 미만이 유의하게 많은 것으로 나타났다($p < .001$). 현재 앓고 있는 질환의 수는 남자의 경우 독거노인이 평균 1.2개, 동거노인이 평균 1.4개로 혼자 사는 노인에게 질환의 수가 많았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 1).

남, 여별 독거노인과 동거노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각의 차이

남자의 경우 독거노인이 동거노인에 비해 7-8시간 수면 비율($p = .038$)과 아침식사를 하는 비율이 유의하게 낮았고($p < .001$), 스트레스 수준($p < .001$), 우울($p = .015$), 자살생각($p < .001$)의 비율도 유의하게 높았다. 여자의 경우 독거노인과 동

Table 1. Comparison of Sociodemographics by Gender and Living Arrangement

Sociodemographic characteristics	Categories	Male (n=1650)				Female (n=2401)			
		Living with others, n (%)	Living alone, n (%)	X ² or t	p	Living with others, n (%)	Living alone, n (%)	X ² or t	p
Age (years)	65-69	689(44.5)	44(43.1)	3.97	.138	672(38.3)	175(27.0)	29.56	<.001
	70-79	685(44.3)	40(39.2)			779(44.4)	360(55.6)		
	≥80	174(11.2)	18(17.6)			303(17.3)	112(17.3)		
Education	≤Elementary school	771(49.8)	65(63.7)	7.51	.023	1488(85.0)	582(90.0)	10.84	.004
	Middle school	268(17.3)	14(13.7)			126(7.2)	36(5.6)		
	≥High school	508(32.8)	23(22.5)			137(7.8)	29(4.5)		
Income per month (10,000 won)	<100	711(46.5)	94(92.2)	79.75	<.001	694(40.1)	605(94.2)	557.47	<.001
	100-199	439(28.7)	4(3.9)			484(28.0)	31(4.8)		
	≥200	379(24.8)	4(3.9)			553(31.9)	6(0.9)		
Number of diseases	Mean±SD	1.2±1.1	1.4±1.2	1.23	.218	1.9±1.3	1.9±1.2	0.44	.659

거노인들의 비교에서 각 변수들 간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다(Table 2).

남, 여별 독거여부와 인구사회학적 특성에 따른 노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각

● 건강습관

- 흡연: 남자의 경우 독거노인이 동거노인에 비해 흡연율이 1.3배 높았지만, 통계적으로 유의하지는 않았다(Table 3). 여자의 경우 독거노인이 동거노인에 비해 흡연율이 1.7배 높았지만 통계적으로 유의하지는 않았다(Table 4).
- 음주: 남자의 경우 독거노인이 과음율이 동거노인에 비해 0.96배로 통계적으로 유의하지 않았고(Table 3), 여자의 경우 독거노인이 동거노인에 비해 과음율이 0.44배로 낮았지만 통계적으로 유의하지 않았다(Table 4).
- 수면: 하루 7-8시간 수면을 취하는가에 대한 항목에서 남자 독거노인이 동거노인에 비해 2.02배로 7-8시간의 적정수면을 취하지 못했지만 통계적으로 유의하지 않았다(Table 3). 여자 노인의 경우 독거여부는 적정 수면과 유의한 관련이 없었다(Table 4).
- 운동: 남자의 경우 독거노인이 동거노인에 비해 2.02배 규칙적인 운동을 하지 않는 것으로 나타났지만 통계적으로 유의하지 않았다(Table 3). 여자의 경우 연령, 교육수준, 월평균소득이 규칙적인 운동여부와 유의한 관련이 있는 것으로 나타났으나, 독거여부에 따른 차이는 없는 것으로 나타났다(Table 4).
- 체중: 남자의 경우 BMI와 유의하게 관련된 변수들이 없었다(Table 3). 여자의 경우 BMI가 정상에서 벗어날 위험이 연령이 80대에 비해 60대가 3.68배(95%CI=2.02-6.72), 70대가 2.08배(95% CI=1.21-3.59), 교육수준이 고등학교 졸업 이상 군에 비해 초등학교 졸업이하 군이 2.14배(95% CI=1.02-4.47), 질환수가 많을수록 1.43배(95%CI=1.22-1.66)

었다(Table 4).

- 아침식사: 남자의 경우 독거노인이 동거노인에 비해 10배 이상(95%CI=2.67-41.87) 아침식사를 하지 못했고, 다른 변수들은 유의하지 않았다(Table 3). 여자의 경우 독거여부는 아침식사와 유의한 관련이 없었다(Table 4).
- 간식: 남, 여 노인 모두 독거여부와 간식간의 유의한 관련이 없었다(Table 3, 4).
- 건강검진: 남자의 경우 건강검진과 관련하여 유의한 변수는 없었다(Table 3). 여자의 경우 독거여부는 유의한 관련이 없었지만, 80대 노인에 비해 60대(95%CI=0.16-0.44)와 70대(95%CI=0.29-0.75) 노인이 건강검진을 더 잘 받는 것으로 나타났다(Table 4).

● 스트레스

남자노인의 경우 독거노인이 동거노인에 비해 2.34배(95%CI=1.08-5.07)의 높은 스트레스 인지율을 보였다. 또한 연령, 평균소득, 질환수가 스트레스 인지와 유의한 관련이 있는 변수로 나타났다(Table 3). 여자노인의 경우 독거노인이 동거노인에 비해 스트레스를 적게 느끼는 것으로 나타났다(95%CI=0.45-0.97). 다른 유의한 변수로는 80대에 비해 60대가 2.68배(95%CI=1.60-4.49), 월평균 소득이 200만원 이상 군에 비해 100만원 이하 군이 1.77배(95%CI=1.11-2.82), 질환수가 많을수록 1.19배(95%CI=1.05-1.34) 스트레스를 많이 느끼는 것으로 나타났다(Table 4).

● 우울

남자의 경우 독거노인이 동거노인에 비해 2.27배 우울한 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 그러나 질환수가 많을수록 우울할 위험이 1.37배(95%CI=1.10-1.71) 높았다(Table 3). 여자의 경우 독거여부는 유의한 관련이 없었지만 연령, 교육수준, 질환수가 우울에 연관된 변수로 나타났다(Table 4).

Table 2. Comparison of Health Habits, Perceived Stress Level, Depression, and Suicidal Thinking by Gender and Living Arrangement

Variables	Categories	Male (n=1650)			Female (n=2401)		
		Living with others, n (%)	Living alone, n (%)	χ^2	Living with others, n (%)	Living alone, n (%)	χ^2
Smoking	Current smoking	153(35.1)	14(42.4)	0.72	34(6.8)	22(10.2)	2.45
	No smoking	283(64.9)	19(57.6)		468(93.2)	194(89.8)	
Alcohol consumption	≤4 times/month and 1-2 glasses of Soju/time	298(68.3)	23(69.7)	0.03	156(90.7)	80(94.1)	0.89
	≥5 times/month or ≥3 glasses of Soju/time	138(31.7)	10(30.3)		16(9.3)	5(5.9)	
Sleeping	7-8 hours/day	200(45.9)	9(25.3)	4.30	196(39.0)	83(38.4)	0.02
	≤6 or ≥9 hours/day	236(54.1)	24(72.7)		306(61.0)	133(61.6)	
Exercise	≥3 times/week	194(44.5)	10(30.3)	2.51	147(29.3)	51(23.6)	2.43
	≤2 times/week	242(55.5)	23(69.7)		355(70.7)	165(76.4)	
Weight (body mass index)	18.5-23.0 kg/m ²	134(36.9)	13(46.4)	1.00	133(32.5)	51(31.1)	0.11
	<18.5 or >23.0 kg/m ²	229(63.1)	15(53.6)		276(67.5)	113(68.9)	
Breakfast	Having breakfast	400(97.6)	27(84.4)	15.74	441(94.6)	171(91.4)	2.31
	Not having breakfast	10(2.4)	5(15.6)		25(5.4)	16(8.6)	
Snack	≥1 times/day	180(43.9)	14(43.8)	0.00	208(44.6)	83(44.4)	0.003
	No snack	230(56.1)	18(56.3)		258(55.4)	104(55.6)	
Health examination	≥1 time during last 2years	258(59.3)	19(57.6)	0.04	233(46.4)	89(41.2)	1.66
	No health examination	177(40.7)	14(42.4)		269(53.6)	127(58.8)	
Perceived stress level	High	101(23.2)	15(45.5)	8.19	203(40.4)	72(33.3)	3.23
	Low	335(76.8)	18(54.5)		299(59.6)	144(66.7)	
Depression	Yes	63(14.4)	10(30.3)	5.87	136(27.1)	62(28.7)	0.18
	No	373(85.6)	23(69.7)		365(72.9)	154(71.3)	
Suicidal thinking	Yes	93(21.3)	18(54.5)	18.73	172(34.3)	75(34.7)	0.01
	No	343(78.7)	15(45.5)		330(65.7)	141(65.3)	

Table 3. Multiple Logistic Regression for Health Habits, Perceived Stress Level, Depression, and Suicidal Thinking in Men

	Current smoking	Excessive alcohol intake	Not sleeping well	No regular exercise	Abnormal BMI*	No breakfast	Snack	No regular health exam	High stress level	Depression	Suicidal thinking
Age (years)											
65-69	2.28(1.06-4.92) [†]	1.03(0.50-2.14)	1.12(0.55-2.25)	0.50(0.22-1.13)	1.01(0.45-2.25)	1.79(0.20-16.08)	1.06(0.52-2.16)	0.72(0.36-1.45)	4.85(1.60-14.73) [†]	1.26(0.44-3.63)	1.68(0.68-4.13)
70-79	1.61(0.76-3.46)	0.91(0.44-1.87)	1.09(0.55-2.17)	0.43(0.19-0.95) [†]	0.88(0.40-1.95)	0.52(0.05-5.65)	1.13(0.56-2.27)	0.83(0.42-1.63)	3.07(1.01-9.28) [†]	1.40(0.50-3.94)	1.69(0.70-4.10)
≥80	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Education level											
≤Elementary	1.45(0.92-2.27)	1.24(0.78-1.98)	1.10(0.71-1.70)	2.58(1.66-4.01) [†]	0.90(0.55-1.46)	0.45(0.13-1.54)	0.64(0.41-0.99) [†]	1.17(0.76-1.83)	0.95(0.58-1.58)	0.65(0.40-1.19)	1.54(0.89-2.65)
Middle school	0.79(0.42-1.47)	1.34(0.74-2.46)	2.10(1.15-3.76) [†]	1.45(0.82-2.56)	0.58(0.30-1.10)	0.75(0.14-3.88)	1.10(0.60-2.03)	1.41(0.79-2.50)	0.74(0.36-1.50)	0.98(0.45-2.11)	1.26(0.60-2.62)
≥High school	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Income/month (10,000 won)											
<100	1.13(0.66-1.93)	0.92(0.23-1.56)	1.45(0.87-2.42)	1.11(0.66-1.87)	0.65(0.35-1.18)	0.32(0.08-1.38)	0.84(0.50-1.41)	1.21(0.73-2.02)	2.51(1.26-4.99) [†]	1.39(0.67-2.90)	1.50(0.76-2.96)
100-199	1.17(0.66-2.04)	0.87(0.50-1.54)	0.82(0.48-1.40)	1.03(0.59-1.78)	0.65(0.34-1.21)	0.44(0.01-1.98)	0.93(0.53-1.63)	0.94(0.54-1.64)	1.74(0.83-3.61)	0.77(0.33-1.79)	1.17(0.55-2.45)
≥200	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Number of diseases	0.87(0.73-1.05)	0.89(0.73-1.08)	0.93(0.78-1.11)	1.01(0.85-1.21)	1.11(0.92-1.35)	1.13(0.69-1.84)	0.96(0.80-1.15)	0.92(0.77-1.10)	1.25(1.03-1.52) [†]	1.37(1.10-1.71) [†]	1.56(1.27-1.91) [†]
Living											
Alone	1.30(0.61-2.58)	0.96(0.43-2.11)	2.02(0.90-4.55)	1.68(0.75-3.77)	0.69(0.31-1.53)	10.58(2.67-41.87) [†]	1.09(0.51-2.31)	1.03(0.49-2.15)	2.34(1.08-5.07) [†]	2.27(0.99-5.23)	4.27(1.96-9.27) [†]
With others	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

* BMI= Body Mass Index, [†] p < .05, * p < .01

Table 4. Multiple Logistic Regression for Health Habits, Perceived Stress Level, Depression, and Suicidal Thinking in Women

	Current smoking	Excessive alcohol intake	Not sleeping well	No regular exercise	Abnormal BMI*	No breakfast	Snack	No regular health exam	High stress level	Depression	Suicidal thinking
Odds ratio (95% confidence interval)											
Age (years)											
65-69	0.17(0.07-0.43) [†]	0.76(0.21- 2.73)	1.28(0.79-2.06)	0.22(0.11-0.42) [†]	3.68(2.02-6.72) [‡]	2.28(0.72-7.20)	1.09(0.66-1.80)	0.26(0.16-0.44) [†]	2.68(1.60-4.49) [‡]	1.77(1.02-3.07) [†]	0.90(0.55-1.47)
70-79	0.44(0.23-0.83) [†]	0.27(0.07- 1.11)	1.02(0.66-1.59)	0.33(0.17-0.63) [†]	2.08(1.21-3.59) [†]	1.34(0.44-4.09)	0.79(0.50-1.25)	0.46(0.29-0.75) [†]	1.54(0.94-2.50)	1.20(0.71-2.01)	0.79(0.50-1.25)
≥80	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Education level											
≤Elementary	1.67(0.38-7.39)	2.27(0.00- 3.01)	1.22(0.65-2.31)	3.56(1.84-6.85) [‡]	2.14(1.02-4.47) [†]	0.63(0.18-2.20)	0.51(0.25-1.03)	1.56(0.82-2.98)	1.14(0.59-2.20)	0.48(0.25-0.91) [†]	1.31(0.65-2.01)
Middle school	0.47(0.40-5.52)	1.33(0.00- 2.24)	0.68(0.31-1.60)	2.52(1.06-5.97) [†]	2.52(0.86-7.42)	1.49(0.34-6.63)	0.66(0.27-1.64)	1.22(0.52-2.84)	0.67(0.28-1.62)	0.43(0.18-1.04)	1.06(0.43-2.64)
≥High school	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Income/month (10,000 won)											
<100	0.67(0.29-1.52)	4.05(0.81-20.30)	0.99(0.63-1.54)	1.67(1.04-2.69) [†]	0.89(0.52-1.53)	1.01(0.41-2.53)	0.65(0.41-1.03)	1.37(0.88-2.13)	1.77(1.11-2.82)	1.23(0.75-2.03)	1.16(0.72-1.86)
100-199	0.96(0.41-2.29)	2.95(0.52-16.61)	0.70(0.43-1.12)	2.69(1.56-4.65) [†]	0.88(0.49-1.57)	0.34(0.10-1.18)	0.84(0.51-1.37)	1.38(0.85-2.23)	1.51(0.92-2.50)	0.93(0.54-1.62)	1.36(0.82-2.25)
≥200	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Number of diseases											
Living Alone	0.93(0.75-1.16)	0.75(0.50- 1.13)	1.06(0.95-1.20)	0.96(0.84-1.10)	1.43(1.22-1.66) [†]	0.93(0.72-1.20)	0.92(0.82-1.04)	0.94(0.83-1.05)	1.19(1.05-1.34) [†]	1.25(1.10-1.42) [†]	1.35(1.19-1.53) [†]
With others	1.70(0.85-3.40)	0.44(0.14- 1.39)	0.97(0.66-1.41)	1.12(0.73-1.73)	1.19(0.74-1.90)	1.06(0.75-3.43)	1.25(0.84-1.86)	1.00(0.69-1.46)	0.66(0.45-0.97) [†]	1.10(0.73-1.66)	1.04(0.70-1.54)
	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

* BMI= Body Mass Index, [†] p < .05, [‡] p < .01

● 자살 생각

남자의 경우 독거노인이 동거노인에 비해 4.27배(95%CI=1.96-9.27)로 자살 생각을 더 많이 하는 것으로 나타났으며, 질환수가 많을수록 1.56배(95%CI=1.27-1.91)의 자살 생각을 하는 것을 나타냈다(Table 3). 여자의 경우 독거여부는 유의한 관련이 없었지만 질환수가 많을수록 1.35배(95%CI=1.19-1.53)의 자살 생각을 하는 것으로 나타났다(Table 4).

논 의

노인 인구가 증가하면서 두드러진 최근의 인구학적 경향은 독거노인의 증가라고 할 수 있다. 이러한 독거노인들의 특성을 고려한 적절한 개별화된 건강증진프로그램을 적용하기 위해서는 독거노인과 동거노인간의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각의 차이점을 먼저 파악하는 것이 필요하다고 판단되어 본 연구가 시도되었다.

남, 여 노인별 인구사회학적 특성을 보면, 독거노인이 여자가 26.9%, 남자가 6.2%로 여자가 4배 이상 많았다. 또한, 여자 독거노인의 경우 특히 70대가 유의하게 많았다. 이 결과는 여자의 평균 수명이 80.4세로 남자의 73.4세보다 긴 현상에 따른 것으로 보인다(Korea National Statistical Office, 2005). 즉, 부부가 같이 살던 구조에서 70대가 되면서 배우자 사별을 경험하는 여자 독거노인이 많아지기 때문으로 사료된다. 남, 여 모두 독거노인이 동거노인에 비해 교육수준, 월 평균 가구 소득이 낮은 결과는 선행연구들의 결과(Kim, 2007; Kim & Jung, 2002)와 일치하여 독거노인들의 대부분이 취약계층임을 알 수 있었다.

독거노인과 동거노인간의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각이 어떻게 다른지를 살펴보면, 남자 독거노인은 동거노인에 비해 하루 7-8시간 충분히 수면하지 못하는 것, 아침식사를 하지 못하는 것, 스트레스 인지, 우울, 자살생각의 위험률이 큰 반면, 여자 독거노인의 스트레스 위험률이 여자 동거노인에 비해 오히려 낮았다. 이와 같은 결과는 남자보다 여자가 이혼이나 사별 후 부정적 경험을 덜 하고, 적응을 잘 하는 것으로 나타난 Lee (2005)의 연구나, 여자 독거노인이 남자 독거노인보다 가족이나 친구와 같은 가까운 사람들과의 유대감을 더 잘 발달시키는 경향이 있어 행복감을 더 느낀다는 Coombs (1991)의 연구에서 보듯이, 남자 노인과 달리 여자 노인에게 있어 독거여부 자체는 이들 변수에 위험 요인이 되지 않음을 시사해준다.

구체적으로 살펴보면, 남자 독거노인이 동거노인에 비해 통계적으로 유의하지는 않았으나 충분한 수면을 취하지 못하는 것으로 나타났다. 이에 대해 유사한 선행연구를 찾아보기 어려워 직접 비교는 할 수 없었다. 다만, 취약계층 노인을 대상

으로 한 Choi (2007)의 연구에서 수면은 우울과 같은 감정 장애가 있음을 나타내는 지표로서 정서적, 신체적 장애와 연관되어 우울증의 예측인자가 될 수 있다고 밝힌 것을 볼 때, 본 연구에서 남자 독거노인들의 90% 이상이 저소득층에 속해 있고, 독거노인의 우울 비율이 30.3%로 동거노인들의 14.4%에 비해 2배 이상 높은 점이 수면습관에 어느 정도 영향을 주었으리라 사료된다.

남자 독거노인들이 동거노인들에 비해 아침식사 하는 비율이 유의하게 낮았는데 이는 독거노인들을 대상으로 한 Kim과 Jung (2002), Ha와 Park (2002)의 연구결과와 유사하였다. 그러나 기존 연구들이 남, 여 구분을 하지 않은 결과였던 것에 반해, 본 연구에서는 남자에서만 유의하였고, 특히 다른 일반적 특성을 통제했을 때 남자 독거노인의 아침을 거르는 위험률이 10배 이상으로 나타나 의미 있는 유일한 변수였다. 이는 혼자 사는 남자노인의 경우 스스로 반찬거리를 구입하고, 식사를 혼자 준비해야 하는 상황에서 남자가 여자에 비해 식사 준비하는 능력이 낮고 어려움이 더 크기 때문으로 보인다(Kim, 1997). 이를 토대로 볼 때, 남자 독거노인들의 아침 식사를 위한 반찬서비스나 무료 식사 공급과 같은 지원책이 절실하다고 사료된다.

남자 독거노인들이 동거노인들보다 스트레스가 2배 이상 높고 자살생각을 4배 이상 더 많이 하는 것으로 나타났다. 우울의 경우 통계적으로 유의하지는 않았으나 역시 남자 독거노인들이 동거노인들에 비해 2배 이상 높은 것으로 나타났다. 이는 독거노인들이 동거노인들보다 스트레스, 우울, 자살생각을 더 하는 경향이 있다는 기존 연구들의 결과와 유사하였다(Choi et al., 2008; Choi & Kim, 2008; Jang & Kim, 2005). 노인에게 있어 자살이나 우울은 노인의 심리적, 정신적 건강의 수준을 가늠할 수 있는 척도가 되며(Park & Son, 2005), 스트레스는 우울의 중요한 위험요인이라는 측면에서(Jang & Kim, 2005), 이러한 결과는 남자 독거노인들의 심리적, 정신적 건강 수준이 특히 더 낮다는 것을 시사해준다. 따라서 이들에 대한 정신건강 프로그램 개발 및 적용이 시급하다고 할 수 있겠다.

한편 노인들의 건강증진을 위한 프로그램 개발 및 적용 시 기초자료가 되기 위한 변수들을 살펴보기 위해 독거여부 이외의 다른 인구학적 변수들과 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각간의 관계를 고찰해 보고자 한다. 흡연의 경우 남자노인은 연령이 낮을수록, 여자노인은 연령이 높을수록 흡연 위험이 더 높아 반대의 결과를 보였다. 이는 연령에 따라 흡연율이 차이가 없었다고 한 기존 연구들(Kang et al., 2004; Lee, 2001)과는 대조를 이루었으나, 기존 연구가 남녀를 구분하지 않고 분석한 결과여서 단순비교는 무리가 따른다. Lee와 Suh (1995)는 우리나라는 남녀에 따라 흡연기간이 차이가 나는 등

흡연행태가 다르다고 지적하였고, Gallant와 Dorn (2001)은 시간이 흘러도 잘 변화하지 않는 습관이 흡연이라고 하면서, 남자의 흡연은 주로 건강상태에 영향을 받는 반면, 여자의 흡연은 사회적 관계망에 영향을 받는다고 하였다. 이를 근거로 남자노인의 경우 여자노인에 비해 흡연율이 높고, 젊었을 때부터 흡연을 해오던 것이 노년기에서도 지속되다가 연령이 증가하면서 나빠진 건강상태로 인해 금연을 하게 되고, 여자노인의 경우 연령이 증가하면서 축소되는 사회적 관계망이 흡연에 영향을 준다고 유추해 볼 수 있다. 그러나 좀 더 설득력 있는 근거를 밝히기 위해 흡연과 제 변수들과의 관계에 관한 추후 연구들이 활발히 진행되어야 할 것으로 본다.

운동의 경우 남, 여 노인 모두 나이가 많을수록 전반적인 신체적 기능이 떨어지면서, 일상생활을 수행하는데 어려움이 갖게 되는 것이 규칙적인 운동을 하지 않는 것에 영향을 주는 것으로 보이며, 이는 Kang 등(2004)의 연구 결과와 유사하였다. 또한 교육정도가 건강정보를 습득하는 기반이므로(Sim & Park, 2004), 교육수준이 높은 군이 운동에 대한 이점이나 방법에 대한 습득 정도가 높아 이것이 실천에 영향을 미친 것으로 사료된다. 여자 노인에서는 이러한 특성 외에도 월 평균 가구소득이 적은 경우가 많은 경우에 비해 규칙적인 운동을 덜 하는 것으로 나타났는데, 이는 Park과 Lee (2003)의 연구 결과와 일치하였다. 규칙적인 운동은 기존 연구(Park & Lee, 2003)에서 노인들의 건강습관 중 수행이 가장 낮은 것으로 지적되었는데, 그 중에서도 고령, 낮은 학력, 저소득층 노인들의 운동 수행율은 더 낮다고 볼 수 있다. 따라서 연령이나 교육수준, 소득과 같은 대상자 특성을 고려하여 효율적으로 실시할 수 있는 운동 프로그램을 개발하고 적용해야 할 것이다.

체중의 경우 남자 노인에서는 유의한 변수가 없었으나, 여자 노인에서는 연령, 교육수준, 질환수가 영향을 주는 요인으로 나타났는데, 이는 몇몇 연구 결과(Ha & Park, 2002; Kang et al., 2004)와 유사하였다. 이렇게 노인층에게 비만이 많은 이유는 중년 이후가 되면 청소년기보다 운동량이 많이 감소하여 적은 에너지를 섭취하고도 에너지가 남아 쉽게 살이 찌고, 대사를 증진시키는 여러 가지 호르몬들이 감소하여 음식물이 에너지로 전환되는 효율이 떨어지기 때문이다(Ha & Park, 2002). 그러나 80대로 갈수록 비만 위험이 덜 한 것은 노화과정에 따른 소화, 흡수기능 저하, 맛감각 저하 등으로 식품 섭취량이 감소하기 때문으로 보인다. 한편, 교육수준이 낮고, 질환수가 많을수록 BMI가 정상에서 벗어날 위험이 큰 것은 Gallant와 Dorn (2001)의 연구 결과와 일치하였다. 이는 교육수준이 높은 군이 대체로 건강관리를 잘하는 경향이 있고(Sim & Park, 2004), 건강상태가 전반적인 건강행위 실천에 영향력이 큰 것(Joo et al., 2007; Kang et al., 2004)과 같은 맥

락이라고 볼 수 있다.

건강검진의 경우 남자 노인에서는 유의한 변수가 없었고, 여자 노인에서 80대에 비해 60대와 70대가 정기적인 건강검진을 더 잘 하는 것으로 나타났다. 이는 정기적인 건강검진을 받기 위해서는 보건소나 병원을 방문하게 되는데, 연령이 증가할수록 일상생활을 수행하는데 어려움을 갖게 되고 신체적 활동 수준이 저하되어 이동을 하는데 제약이 따르는 것을 생각해 볼 수 있다. 따라서 이러한 고령의 노인들을 위해 전문가들이 직접 가정을 방문하여 제공하는 건강검진 서비스 정책이 활성화되는 것이 필요하다고 본다.

한편, 건강습관 중 적정음주와 간식 안하기는 독거여부를 비롯한 다른 인구사회학적 특성들과 관련이 없는 것으로 나타났다. 적정음주의 경우 나이, 지각된 건강상태, 결혼 여부, 교육수준 등에 따라 음주 행위에 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 기존 연구들과(Gallant & Dorn, 2001; Kang et al., 2004) 달리 본 연구에서는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이는 본 연구에서 적정음주 기준을 하루 1-2잔 이내, 한 달에 4회 이하로 세운 반면, 음주 수준을 3가지로 나누거나(Kang et al., 2004) 기준을 두지 않고 실제 수량을 그대로 분석하는 등(Gallant & Dorn, 2001) 연구마다 그 기준이 달랐기 때문으로 보인다. 적정 음주 기준이 나라와 문화마다 다른데, 우리 사회에서의 적정 음주 기준은 정해지지 보다는 제안의 수준이어서, 앞으로 연령과 성별을 함께 고려한 적정 음주 기준에 대한 논의가 진행되어야 할 것으로 본다.

간식 안하기의 경우 Alameda 7의 하나로서 본 연구에서도 건강습관에 포함하여 분석하였다. 그러나 Belloc과 Breslow (1972)의 연구에서 간식을 하지 않는 경우 더 나은 신체적 건강상태를 보인다고 한 반면, Lee와 Suh (1995)의 연구에서는 간식을 하는 경우 건강상태가 더 좋다고 하였고, 건강상태와 관련이 없다고 한 연구(Kwak et al., 2005)도 있는 등 결과들이 일관되지 않았다. 다른 연구들과 같이 본 연구에서도 간식 여부를 가지고 분석했는데 앞으로 간식이 건강행위로서 유의하고, 여러 변수들에 따른 차이를 파악하기 위해서는 단순히 간식을 하는지 여부보다는 간식을 하는 경우 어떤 종류의 간식을 얼마나 섭취하는가를 분석하는 것이 필요하리라 사료된다.

스트레스에 미치는 인구사회학적 특성은 앞서 제시한 독거 여부 외에 연령, 월 평균 가구소득, 질환수가 남, 여 노인 모두에게 유의한 변수인 것으로 나타났다. 연령이 낮을수록 스트레스 인지를 더 많이 하는 것으로 나타났는데, 이는 연령이 낮은 노인인 연령이 아주 많은 노인이 스트레스를 인지한다고 한 Hah 등(2000)의 연구와 부분적으로 일치하였지만, 연령이 유의하지 않은 것으로 나타난 몇몇 연구(Jang & Kim, 2005; Lee et al., 2004)와는 일치하지 않은 결과였다. Seo, Yu와 Hah (2001)는 노년기에 겪는 주요 심리사회적 스트레스로

자신이나 배우자의 은퇴를 언급했는데, 퇴직함으로써 경제적 빈곤과 역할 기능 감소, 소외, 여가 문제 등이 발생하는 것이 노인문제가 되고 있다고 했다. 은퇴가 주로 이루어지는 시기가 노년기에 접어드는 50대 후반에서 60대인 것을 감안해 보면, 이러한 상황 변화가 스트레스 인지에 작용을 한 것으로 사료된다. 월 평균 가구소득이 낮고 질환수가 많을수록 스트레스 인지를 많이 하는 것은 기존 연구들(Hah et al., 2000; Jang & Kim, 2005; Lee et al., 2004)과 일치하였다.

우울의 경우 남, 여 노인 모두에게 질환수가 많을수록 우울 위험이 높은 것은 기존의 연구들(Park & Suh, 2007; Sim & Park, 2004)과 일치하였다. 이와 더불어, 여자 노인의 경우 60대가 80대에 비해 우울 위험이 컸는데, Park과 Son (2005)의 연구와 유사하였지만, Choi (2007)의 연구와는 다른 결과였다. 또한, 초등학교 졸업 이하의 여자 노인이 고등학교 졸업 이상의 여자 노인에 비해 우울 위험이 낮은 것은 대부분의 기존 연구들(Jang & Kim, 2005; Park & Son, 2005; Park & Suh, 2007; Sim & Park, 2004)이 교육수준이 낮을수록 우울 위험이 높다고 한 것과 달랐다. 이렇듯 기존 연구들과 다른 결과에 대한 근거를 찾기 위해 추후 연구에서 노인의 연령이나 교육수준에 따른 우울의 원인, 내용, 대처 방식 등을 구체적으로 탐색할 필요가 있다.

자살생각에는 독거여부 외에 남, 여 모두 질환수가 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉, 질환수가 많을수록 자살생각의 위험이 높았는데 기존 연구들(Choi et al., 2008; Choi & Kim, 2008; Jang & Kim, 2005)과 일치하는 결과를 보였다. 주목할 만한 것은 질환수가 스트레스, 우울, 자살생각 모두에 유의한 영향을 주는 것인데, 이는 신체적 건강상태가 정신적 건강상태와 밀접하게 관련됨을 의미하므로 특히 신체적으로 질환을 가지고 있는 노인들의 정신건강상태에 대한 면밀한 사정과 적극적인 간호중재의 적용이 함께 이루어져야 할 것으로 본다.

본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 본 연구에 사용된 자료는 한 시점에서 조사된 자료의 특성 때문에 어느 시점에서 건강습관이 변화했는지, 예를 들면, 사별 전, 후 건강습관 변화 등에 대한 분석은 할 수 없었다. 둘째, 국민건강영양 조사라는 2차 자료의 특성 때문에 동거노인의 경우 동거인의 수나 관계에 따른 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각의 차이를 파악할 수 없었다. 셋째, 스트레스나 우울, 자살생각과 같은 변수들은 여러 요인들이 복합적으로 작용하는 어렵고 복잡한 개념임에도 불구하고, 그 문항 내용이 정도의 차이로만 파악할 수 있어서 결과에 대한 적절한 근거 탐색에 한계가 있었다. 이러한 제한점에도 불구하고, 본 연구는 전국 규모의 대표성과 신뢰성이 있는 자료와 다른 연구에 비해 월등히 많은 수의 대상자를 이용하여 독거여부가 남녀 노인의

건강습관, 스트레스, 우울 및 자살생각과 어떤 관계가 있는지를 규명한 연구로서 그 의의가 있다고 본다.

결론 및 제언

본 연구는 남, 여별로 독거여부와 노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 및 자살생각의 관계를 파악하기 위한 2차 자료 분석연구이다. 2005년 실시된 국민건강영양조사 제 3기 자료 중 건강 설문 조사에 응답한 총 가구원 34,152명 중 65세 이상 노인 4,051명을 연구대상으로 하였다. 남, 여별로 독거노인과 동거노인 간의 인구사회학적 특성의 차이와 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각의 차이를 분석하였고, multiple logistic regression을 이용하여 독거여부와 노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각과의 관계 여부를 파악하였다. 주요 연구 결과는 다음과 같다.

- 독거노인은 여자가 26.9%, 남자가 6.2%였으며, 남, 여 모두 독거노인이 동거노인에 비해 교육수준과 월 평균 가구 소득이 유의하게 낮았다.
- 남자 독거노인은 동거노인에 비해 적절한 수면을 하지 못하고, 아침식사를 거르며, 스트레스 인지와 우울, 자살생각의 위험률이 높은 반면, 여자 독거노인의 스트레스 인지와 동거노인에 비해 오히려 낮았다.
- 독거여부 외에 남녀 노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각과 관련이 있는 인구사회학적 변수들을 살펴보면, 남자의 경우 흡연에서 60대, 수면에서 중학교 졸업이하 군, 운동에서 80대, 초등학교 졸업이하군, 스트레스에 60대, 70대, 월 100만원 미만의 가구 소득 군, 질환수, 우울과 자살생각에 질환수가 많을수록 위험률이 높았다. 여자의 경우 운동에서 80대, 초등학교 졸업이하 군, 월 100만원 미만의 가구 소득 군, BMI에서 60대, 70대, 질환수, 건강검진에서 80대, 스트레스에서 60대, 월 100만원 미만의 소득 군, 질환수, 우울에서 60대, 초등학교 졸업 이하 군, 질환수, 자살생각에서 질환수가 많을수록 위험률이 높았다.

결론적으로 독거노인들은 대다수가 취약계층으로 좋은 건강습관 실천에 위험이 잠재되어 있다. 특히, 남자 독거노인은 전체 노인 중 차지하는 비율이 여자에 비해 상대적으로 낮지만, 몇몇 나쁜 건강습관과 스트레스, 우울, 자살생각에 대한 위험률이 높은 것은 이들 남자 독거노인들에 대한 사회 차원의 관심과 다각적인 중재 노력이 필요함을 시사해준다. 또한, 연령대별로 대상자의 건강 습관 및 자가간호 수준의 차이로 인해 각 대상자 특성에 따른 건강증진 프로그램이 적용되어야 할 것이다. 질환수와 같은 신체적 건강상태가 스트레스, 우울, 자살생각과 같은 정신건강에 위험요소가 되고 있었는데, 신체적 질환이 있는 노인에게 정신건강 상태의 스크리닝과

상담이 질병치료와 동시에 이루어지는 한편 체계적인 관리가 병행되어야 할 것이다.

이상으로 다음과 같은 제언을 한다. 첫째, 노인에게 포괄적인 건강증진 프로그램을 적용하기 보다는 연령, 성별, 독거여부, 교육수준을 고려한 개별화된 프로그램 개발 및 적용이 필요하다. 둘째, 시점에 따른 혹은 가구형태의 변화에 따른 건강습관의 변화를 파악하기 위한 코호트 연구가 필요하다. 셋째, 남자 독거노인들의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각의 구체적인 양상을 파악하는 연구가 필요하다. 넷째, 독거노인의 건강습관을 개별적인 아닌 통합적으로 살펴보고 독거노인의 좋은 건강습관을 향상시키기 위한 전반적인 중재가 필요하다.

References

- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine, 1*(3), 409-421.
- Choi, S. H., Choi, Y. H., & Kim, H. S. (2008). Suicidal ideation and associated factors of the elderly in urban areas. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 19*(1), 5-12.
- Choi, Y. H. (2007). A study on depression, sleep and fatigue in younger and older elders. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 18*(2), 223-231.
- Choi, Y. H., & Kim, S. H. (2008). Suicide ideation and related factors according to depression in older adults. *Journal of the Korean Gerontological Society, 28*(2), 345-355.
- Coombs, R. H. (1991). Marital status and personal well-being: A literature review. *Family Relations, 40*(1), 97-102.
- Gallant, M. P., & Dorn, G. P. (2001). Gender and race differences in the predictors of daily health practices among older adults. *Health Education Research, 16*(1), 21-31.
- Ha, M. J., & Park, H. S. (2002). A study on health and nutrition status of elderly poor people living alone. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 4*(2), 123-133.
- Hah, Y. S., Seo, H. M., & Yu, S. J. (2000). A study on the stress response for elderly. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*(4), 599-608.
- Jang, M. H., & Kim, Y. H. (2005). The relationship of stress, depression and suicidal ideation in the elderly. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(1), 33-42.
- Joo, A. R., Park, I. H., Choi, I. H., Ryu, H. S., Kim, Y. K., & Kang, S. Y. (2007). A study of health concerns, health behavior, and related factors in elders in senior centers. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 14*(4), 500-506.
- Kang, H. Y., Seo, N. S., & Kim, Y. H. (2004). Health pattern of elderly according to age group who living alone in an urban area. *Journal of Korean Academy of Nursing, 34*(6), 1057-1068.
- Kim, B. I. (2004). A comparative study of self-esteem, health status and self-care in the rural and urban elderly. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing, 7*(2), 140-148.
- Kim, H. J., Chae, S. O., Park, Y. S., & Woo, S. H. (2001). The relationship between perceived health status, health conception and health promoting behavior in the elderly. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing, 15*(2), 262-274.
- Kim, J. H., & Jung, Y. M. (2002). A study on health status and quality of life in living alone elderly. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 4*(1), 16-26.
- Kim, M. Y. (1997). A study on the functional health status of living-alone elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 11*(2), 94-105.
- Kim, Y. J. (2007). Differences in health, economic status, and social relations of female elderly living alone-A comparative analysis of residential areas including urban, rural, fishing, and island communities in Chungcheong province. *Korean Journal of Community Living Science, 18*(3), 417-431.
- Korea National Statistical Office (2005). *The aged statistical database*. Retrieved May, 15, 2009 from Korean Statistical Information Service Web site: <http://www.kosis.kr>.
- Kwak, T. H., Jee, S. H., Nam, C. M., & Lee, S., Y. (2005). The relationship between seven health habits (Alameda 7) and health-related quality of life. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine, 26*(6), 337-345.
- Lee, B. J., & Oh, Y. J. (2008). Household types and suicide ideation among elderly people in Korea. *Journal of Korean Home Economics Association, 46*(10), 49-57.
- Lee, C. T. (2000). Medical aspects on moderate drinking. *Journal of Korean Public Health Association, 26*(4), 373-382.
- Lee, D. B. (2001). Smoking and regular experiences of the elderly lived in a city. *Chungnam Medical Journal, 28*(2), 237-245.
- Lee, P. S., Lee, Y. M., Lim, J. Y., Hwang, R. I., & Park, E. Y. (2004). The relationship of stress, social support and depression in the elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing, 34*(3), 477-484.
- Lee, S. A. (2005). An analysis on social life, social status and economical situation according marital condition. *Korean Journal of Family Welfare, 10*(3), 147-169.
- Lee, S. Y., & Suh, I. (1995). Relationship of health status and health practices. *Korean Journal of Epidemiology, 17*(1), 48-63.
- Meiner, S., & Lueckenotte, A. (2006). *Gerontologic nursing (3rd ed.)*. St. Louis: Mosby.
- Park, H. O., & Son, D. S. (2005). Determinants on depression of the elderly. *Journal of Gangnam University, 46*, 1-14.
- Park, J. S., & Lee, H. R. (2003). A comparative study on a health promoting lifestyle and perceived health status between high and low income elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 14*(1), 157-166.

- Park, Y. H., & Suh, E. Y. (2007). The risk of malnutrition, depression, and the perceived health status of older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37(6), 941-948.
- Seo, H. M., Yu, S. J., & Hah, Y. S. (2001). A study on the verification of the profile of Seo's elderly stress scale (SESS), *Journal of Korean Academy of Nursing*, 31(1), 94-106.
- Sim, M. K., & Park, J. M. (2004). A study on the physical health status, depression, and health behaviors of the elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 15(2), 438-449.

Comparison of Health Habits, Perceived Stress, Depression, and Suicidal Thinking by Gender between Elders Living Alone and Those Living with Others*

Kim, Young Ju¹⁾

1) Assistant Professor, College of Nursing, Sungshin Women's University

Purpose: This study was done to identify differences in health habits, perceived stress, depression, and suicidal thinking by gender for elderly people who are living alone and elderly people who are living with others. **Method:** The study participants were 4,051 people aged 65 years and over who were surveyed in the Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey in 2005. The relationship among outcomes and living arrangement by gender in elders was assessed using multiple logistic regression while controlling for sociodemographic characteristics. **Results:** Older men living alone were less likely to have breakfast and more likely to perceive stress and think of suicide than older men living with family or others. On the other hand, older women who live alone were less likely to perceive stress than older women who live with others. Age, educational level, income, and number of diseases were significantly associated with each individual outcome. **Conclusion:** This study showed that living alone has a significant impact on physical health habits and psychological health of elderly people, especially for older men. Therefore, living arrangement should be considered in developing a health promotion program for elders as well as age, gender, education, and income.

Key words : Living Arrangement, Health Behavior, Stress, Depression, Suicide

*: This work was supported by the Sungshin Women's University Research Grant of 2009.

• Address reprint requests to : Kim, Young Ju

*Sungshin Women's University, College of Nursing
249-1, Dongseon-dong 3ga, Seongbuk-gu, Seoul, 136-742, Korea
Tel: 82-2-920-7510, Fax: 82-2-920-2091 E-mail: yjkim727@sungshin.ac.kr*