

독거노인과 부부노인의 우울감 및 자살생각 경험

한삼성, 강성욱, 정성화‡
대구한의대학교 보건학부

Experiences of Depressive Symptom and Suicidal Thinking between the Elderly Living Alone and the Elderly Couples

Sam-Sung Han, Sung-Wook Kang, Seong-Hwa Jeong‡
Faculty of Health Science, Daegu Haany University

<Abstract>

The aim of this study was to examine the spouse effects on depressive symptom and suicidal thinking among the elderly aged 65 and over in Korea. The subjects selected from the database of the Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey(KNHANES IV) conducted by Korea Centers for Disease Control and Prevention from 2007 to 2009. Those who were female, older, lower educated, or poorer were more likely to live alone than their counterparts respectively. The elderly living alone experienced depressive symptom as 2.0 times(OR=2.004, 95% CI=1.433, 2.803) as, and suicidal thinking as 1.6 times(OR=1.567, 95% CI=1.111, 2.211) as the elderly couples did, adjusting for socio-economic factor, health status factors, and health behaviors factors. As for the male subgroup, the elderly living alone experienced depressive symptom as 4.0 times(OR=3.997, 95% CI=2.066, 7.732) as, and suicidal thinking as 3.2 times(OR=3.181, 95% CI=1.535, 6.592) as the elderly couples did. On the other hands, there was no significant difference in depressive symptoms and suicidal thinking between the female elderly living alone and couples. The authors suggested policy interventions to promote the mental health of the male elderly living alone.

Key Words : Elderly Living Alone, Elderly Couples, Depressive Symptom, Suicidal Thinking

I. 서론

2011년 기준으로 우리나라는 65세 이상 노인이 전 국민의 11.3%를 차지하는 고령화 사회이며, 고령화 정도는 다른 선진국에 비해 매우 빠르게 진행되고 있다[1]. 또한 사회의 고령화와 함께 홀로 사는 독거노인의 비중도 1994년 13.6%에서 2009년 20.1%로 점차 증가하였다[2]. 이는 자녀와 동거하는 노인인구의 감소와 배우자와 사별 또는 이혼으로 긴 여생을 홀로 생활하는 노인이 증가하는데서 그 원인을 찾을 수 있다.

독거노인 증가로 인한 가족적 지지 감소는 우울감 및 자살생각의 증가와 같은 정신건강상의 문제를 야기할 수 있다. 선행연구에 따르면, 배우자와 사별 또는 이혼으로 인한 사회적 고립이 우울과 자살생각의 중요한 원인인 반면, 배우자의 지지와 사회적 지지는 고립된 노인의 자살생각을 억제하는 요인임을 알 수 있었다[3][4]. 국내 선행연구에서도 독거노인이 비독거노인에 비해 상대적으로 정신적 건강상태가 낮았으며[5], 배우자가 있는 경우에 비하여 배우자가 없는 경우에 우울 및 자살생각이 높은 것으로 보고하였다[6].

노인은 노화와 만성질환 등으로 신체적 기능이 저하되어 일상생활에 장애를 가지고 있는 경우가 많고, 사회적 역할의 상실로 인한 사회적 환경변화로 심리적 상실감과 불안 및 고독 등을 경험하여 신체적·정신적으로 매우 불건강한 상태에 놓이게 된다. 또한 노인 인구에서 만성질환은 우울증상 경험 및 자살생각과 관련성이 높기 때문에 부양을 통한 가족 간 유대 강화가 중요한 것으로 보고되고 있다[7]. 그러나 현실적으로 자녀부양에 대한 기대가 저하되면서 배우자 부양에 의존하는 경우가 증가하고 있어 노년기에 배우자의 역할은 그 중요성이 매우 크다고 할 수 있다[1].

노인 인구를 대상으로 정신건강상태와 가족형태와의 관련성을 고찰한 연구들이 최근 많이 발표되

고 있지만, 연구대상이 시설을 이용하는 독거노인[8][9]과 농어촌 독거노인[10] 등 특정 독거노인인구로 제한되어 있다. 또한 남성에 비해 여성의 평균수명이 더 길어 독거노인은 여성의 비율이 높는데, 이러한 경향으로 인해 국내 선행연구들은 여성 독거노인에 주목하고 있다[11]. 한편 독거노인과 비독거노인을 비교한 기존 연구들은 배우자 지지의 효과를 포함한 가족적 지지의 효과를 고찰한 연구가 대부분으로[5][12], 순수한 배우자 지지의 효과를 고찰한 연구는 아직 미미한 실정이다.

따라서 본 연구는 우리나라 국민을 대표하는 표본자료인 「국민건강영양조사 제4기(2007-2009)」 조사자료를 이용하여 부양가족과 같이 살지 않는 1세대만으로 이루어진 부부노인과 독거노인의 우울감 및 자살생각 경험을 비교함으로써, 노인층에서 배우자 동거 여부가 정신건강 상태에 미치는 영향력을 파악하고자 하였다. 또한, 성별에 따른 배우자 동거 여부의 영향력의 차이를 고찰하기 위하여 남성독거노인과 여성독거노인을 층화하여 분석하였다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 한국질병관리본부에서 수행된 「국민건강영양조사 제4기(2007-2009)」 조사 자료를 이용하여 수행하였다. 제4기 조사는 「2005년 인구주택총조사」의 조사구를 표본 추출 틀로 활용하여 3단계 층화집락표본추출방법을 통해 총 600개 조사구의 약 13,800가구를 추출하였으며, 선정된 가구내 만 1세 이상 가구원을 조사대상으로 하였다. 조사대상자 31,705명 중 건강설문조사, 검진조사, 영양조사 중 1개 이상 참여자는 24,871명이며 전체 조사 참여율은 78.4%로 보고되었다[13].

본 연구에서는 제4기 조사 참여자 24,871명 중

만 65세 이상이면서 가구 세대구성이 1인가구인 독거노인과 세대가 부부만으로 구성되어 있는 경우를 조사대상자로 선정하여 총 2,358명이 포함되었으나 이 중 건강설문조사에 참여하지 않은 54명을 제외한 2,304명을 최종 분석대상으로 고려하였다.

2. 변수의 선정

본 연구에서는 노인층에서의 배우자 동거 여부(독거/부부)가 정신건강상태에 미치는 영향력을 알아보고자 국민건강영양조사 측정항목에서 종속변수와 독립변수 및 혼란변수를 다음과 같이 고려하였다.

1) 종속변수: 정신건강상태

본 연구의 종속변수는 건강설문조사의 정신건강행태 측정항목 중 우울증상 경험과 자살생각 경험으로 고려하였다. 우울증상 경험은 지난 1년간 2주 이상 연속적으로 우울감을 경험한 경우와 경험하지 않은 군으로 구분하였고, 자살생각 경험은 지난 1년간 자살을 생각해 본 적이 있는 경우와 없는 경우로 구분하였다.

2) 독립변수: 배우자 동거 여부(독거/부부 노인)

본 연구의 독립변수는 노인층에서 배우자 동거 여부를 파악할 수 있는 세대구성 변수로 분류하였다. 부부노인은 가구 세대구성이 노인부부로만 이루어진 경우와 1인 가구 중 결혼상태가 유배우자 동거인 경우를 포함하였으며, 독거노인은 가구 세대구성이 1인 가구이면서 배우자 없이 혼자 살고 있는 경우로 구분하였다.

3) 혼란변수: 사회·경제적 특성, 건강상태 및 건강행위 특성

본 연구의 혼란변수로는 기존의 연구에서 노인

층에서 가족행태와 정신건강상태에 영향을 미치는 것으로 보고된 사회경제적 요인과 건강상태 및 건강행위 요인 등을 포함하였다[8][12][14][15]. 사회·경제적 특성으로 성별과 연령, 교육수준, 거주지역 및 소득수준 항목을 고려하였다. 건강상태 특성으로 주관적 건강상태와 만성질환 수 그리고 활동제한 정도를 파악할 수 있는 삶의 질 지수(EQ-5D index)를 고려하였다. 주관적 건강상태는 5점 리커트(Likert) 척도의 응답을 3점 척도(좋음, 보통, 나쁨)로 재분류하였고, 만성질환 수는 건강설문조사의 고혈압, 고지혈증, 뇌졸중, 심장질환, 관절염, 당뇨병 및 암 항목의 의사진단 여부 응답을 합산하여 측정하였다. 삶의 질 지수는 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편 및 불안/우울 등 5개 영역의 현재 상태를 측정하는 EuroQoL의 응답값에 질 가중치를 적용하여 구한 값이다[13]. 삶의 질 지수는 -0.413~1.0 사이의 값을 가지며, 값이 클수록 삶의 질이 좋음을 의미한다. 건강행위 특성으로는 음주정도, 흡연상태, 운동여부 및 수면시간을 고려하였다. 음주정도는 알코올 사용장애 선별검사 점수인 AUDIT(Alcohol Use Disorder Identification Test) 점수를 이용하였다. AUDIT 점수는 0~40 사이의 값을 가지며, 값이 클수록 알코올 의존도가 높음을 의미한다. 흡연상태는 현재흡연 여부를 기준으로 구분하였고, 운동여부는 걷기 실천율 측정항목의 응답을 이용하여 걷기를 1회 30분 이상, 주 5일 이상 실천하는 경우와 실천하지 않는 경우로 구분하였으며, 수면시간은 하루평균수면시간을 시간 단위로 측정하였다.

3. 자료분석

통계분석은 복합표본설계의 정보를 반영하기 위해 층화변수와 집락변수를 지정하였으며, 제4기 3개년도의 자료를 통합한 관계로 국민건강영양조사 원시자료 이용지침서에 제시된 방법으로 통합가중

치를 산출하여 분석하였다. 먼저 배우자 동거 여부(독거/부부)에 따른 사회·경제적 특성과 건강상태 및 건강행위 특성 그리고 정신건강상태의 분포 차이를 카이제곱검정(χ^2 -test)을 사용하여 분석하였다. 또한, 배우자 동거 여부(독거/부부)가 정신건강에 미치는 영향력을 분석하기 위하여 로지스틱 회귀 분석(logistic regression analysis)을 실시하였다. 이때 고려된 혼란변수의 영향력을 단계적으로 보정해 나가는 위계적 모형(hierarchical model)을 채택하여, 모형 1은 혼란변수를 보정하지 않은 영향력, 모형 2는 사회·경제적 특성을 보정한 영향력, 모형 3은 사회·경제적 특성과 건강상태 특성을 보정한 영향력, 그리고 모형 4는 사회·경제적 특성과 건강상태 특성 및 건강행위 특성을 보정한 영향력을 살펴보았으며, 성별에 따른 영향력의 차이를 파악하기 위하여 성별에 따른 층화분석을 시행하였다. 모든 통계적 분석은 SAS 9.2 for windows(SAS Institute Inc, Cary, NC, USA)를 이용하였으며, 통계적 유의성 판정을 위한 유의수준(α)은 5%로 고려하였다.

III. 연구결과

1. 독거노인과 부부노인의 사회·경제적 특성 분포

독거노인과 부부노인의 사회·경제적 특성의 분포는 <표 1>과 같다. 성별의 경우 여성 비율이 독거노인에서 88.7%로 부부노인의 40.4%보다 높아 유의한 차이가 있었으며($p<0.0001$), 평균 연령은 독거노인이 74.5세로 부부노인의 71.6세보다 많아 유의한 차이가 있었다($p<0.0001$). 학력은 독거노인의 경우 초등학교 졸업 이하의 비율이 높았지만 부부노인은 독거노인에 비해 상대적으로 중졸 이상의 비율이 높아 유의한 차이를 보였다($p<0.0001$). 거주 지역은 독거 및 부부 모두에서 비슷한 양상을 보여 유의한 차이가 없었으며($p=0.6296$), 소득수준은 독거노인의 경우 중하 이하의 비율이 높은 반면, 부부노인의 경우는 독거노인에 비해 상대적으로 중상 이상의 비율이 높아 유의한 차이가 있었다($p<0.0001$).

<표 1> 독거노인과 부부노인의 사회·경제적 특성 분포

특성	대상자 수 (N=2,304)	독거노인 (N=719)	부부노인 (N=1,585)	N(%)*
성별				p-값
남성	999	85(11.3)	914(59.6)	<0.0001
여성	1,305	634(88.7)	671(40.4)	
연령(만 나이)				
평균±표준편차†	72.5±0.15	74.5±0.25	71.6±0.18	<0.0001
교육수준				
초졸 이하	1,716	642(89.0)	1,074(65.5)	<0.0001
중졸	240	35(5.1)	205(14.0)	
고졸	206	23(3.6)	183(12.9)	
대졸이상	123	14(2.2)	109(7.7)	
거주지역				
동	1,079	360(56.9)	719(55.5)	0.6296
읍/면	1,225	359(43.1)	866(44.5)	
소득수준				
하	708	267(37.8)	441(27.9)	<0.0001
중하	690	269(39.8)	421(26.8)	
중상	518	121(16.8)	397(26.2)	
상	322	39(5.6)	283(19.1)	

* N: 표본가중치(weight)가 반영되지 않은 실제 관측 수, %: 표본가중치(weight)가 반영된 백분율

† 표본가중치(weight)가 반영된 평균과 표준편차

2. 독거노인과 부부노인의 건강상태 및 건강행위 특성 분포

독거노인과 부부노인의 건강상태 및 건강행위 특성의 분포는 <표 2>와 같다. 건강상태 특성의 경우 독거노인은 주관적 건강상태가 나쁘다고 인지하는 군이 과반 수 이상(52.3%)인 반면에 부부노인은 보통 또는 좋다고 인지하는 군(58.7%)의 비율이 높아 유의한 차이가 있었다($p=0.0002$). 평균 만성질환 수는 독거노인이 1.41개로 부부노인의 1.17개보다 많아 유의한 차이가 있었고($p<0.0001$), 삶의 질 지수(EQ-5D)는 독거노인이 0.77로 부부노인의 0.83보다 낮아 유의한 차이가 있었다($p<0.001$). 건강행위 특성의 경우 음주정도는 독거노인의 AUDIT 점수가 2.49점으로 부부노인의 5.12점보다 낮아 유의한 차이가 있었고($p<0.0001$), 흡연상태는 독거노인의 현재 흡연율이 12.1%로 부부노인의

18.5%보다 낮아 유의한 차이가 있었으며($p=0.0015$), 걷기 실천율은 독거노인이 43.0%로 부부노인의 51.5%보다 낮아 나타나 유의한 차이가 있었다($p=0.0008$). 평균 수면시간은 독거노인이 1일 6.05시간으로 부부노인의 1일 6.59시간 보다 작아 유의한 차이가 있었다($p<0.001$).

3. 독거노인과 부부노인의 우울감 및 자살생각 경험 분포

독거노인과 부부노인의 우울감 및 자살생각 경험 분포는 <표 3>과 같다. 독거노인의 우울감 경험률은 30.6%로 부부노인의 17.3%보다 높아 유의한 차이가 있었고($p<0.0001$), 자살생각 경험률 또한 독거노인이 38.5%로 부부노인의 22.2%보다 높아 유의한 차이가 있었다($p<0.0001$).

<표 2> 독거노인과 부부노인의 건강상태 및 건강행위 특성 분포

특성	대상자 수 (N=2,304)	독거노인 (N=719)	부부노인 (N=1,585)	N(%)*
				p-값
주관적 건강상태				
좋음	697	184(26.3)	513(33.0)	0.0002
보통	546	156(21.4)	390(25.7)	
나쁨	1,048	375(52.3)	673(41.3)	
만성질환 수				
평균±표준편차†	1.25±0.03	1.41±0.05	1.17±0.03	<0.0001
삶의 질(EQ-5D)				
평균±표준편차†	0.82±0.01	0.77±0.01	0.83±0.01	<0.0001
음주정도(AUDIT)				
평균±표준편차†	4.46±0.18	2.49±0.27	5.12±0.23	<0.0001
현재흡연여부				
예	356	83(12.1)	273(18.5)	0.0015
아니오	1,936	633(87.9)	1,303(81.5)	
걷기 실천율				
실천함	1,132	315(43.0)	817(51.5)	0.0008
실천하지 않음	1,153	399(57.0)	754(48.5)	
평균 수면시간(1일)				
평균±표준편차†	6.43±0.05	6.05±0.09	6.59±0.05	<0.0001

* N: 표본가중치(weight)가 반영되지 않은 실제 관측 수, %: 표본가중치(weight)가 반영된 백분율

† 표본가중치(weight)가 반영된 평균과 표준편차

4. 배우자 동거 여부(독거/부부)가 우울감 및 자살생각 경험에 미치는 영향

배우자 지지(독거/부부)가 정신건강에 미치는 영향을 분석한 결과는 <표 4>와 같다. 전체노인그룹에서 부부노인에 비해 독거노인은 우울감 경험 위험은 2.1배(OR=2.099, 95% CI=1.650, 2.671), 자살생각 경험 위험은 2.2배(OR=2.201, 95% CI=1.759, 2.753) 더 높은 것으로 나타났다. 또한 고려된 혼란변수를 모두 보정한 결과에서도 부부노인에 비해 독거노인은 우울감 경험 위험은 2.0배(OR=2.004, 95% CI=1.433, 2.803), 자살생각 경험 위험은 1.6배(OR=1.567, 95% CI=1.111, 2.211) 더 높은 것으로 나타났다.

한편 배우자 동거 여부(독거/부부)가 우울감 및 자살생각 경험에 미치는 영향은 성별에 따라 뚜렷한 차이가 있었다. 우울감 경험 위험은 남성노인의 경우 부부노인에 비해 독거노인이 3.6배(OR=3.567, 95% CI=2.040, 6.238) 더 높은 것으로 나타난 반면,

여성노인의 경우 부부노인과 독거노인의 우울감 경험 위험은 통계적으로 유의한 차이가 없었으며(OR=1.266, 95% CI=0.959, 1.671), 고려된 혼란변수를 모두 보정한 경우에도 같은 경향을 나타내었다(남성노인: OR=3.997, 95% CI=2.066, 7.732, 여성노인: OR=1.145, 95% CI=0.745, 1.757). 또한 자살생각 경험 위험은 남성노인의 경우 부부노인에 비해 독거노인이 2.7배(OR=2.654, 95% CI=1.533, 4.594) 더 높은 것으로 나타났으며, 고려된 혼란변수를 모두 보정한 경우에도 부부노인에 비해 독거노인의 자살생각 경험 위험이 3.2배(OR=3.181, 95% CI=1.535, 6.592) 더 높은 것으로 나타났다. 그러나 여성노인의 경우 부부노인에 비해 독거노인의 자살생각 경험 위험이 1.3배(OR=1.347, 95% CI=1.042, 1.742) 더 높은 것으로 나타났으나, 고려된 혼란변수를 모두 보정한 경우에는 부부노인과 독거노인의 자살생각 경험 위험은 통계적으로 유의한 차이가 없었다(OR=0.879, 95% CI=0.579, 1.335).

<표 3> 독거노인과 부부노인의 우울감 및 자살생각 경험 분포

	대상자 수 (N=2,304)	독거노인 (N=719)	부부노인 (N=1,585)	N(%)*
				p-값
우울감 경험				
있음	484	211(30.6)	273(17.3)	<0.0001
없음	1,810	506(69.4)	1,304(82.7)	
자살생각 경험				
있음	621	271(38.5)	350(22.2)	<0.0001
없음	1,670	1,225(61.5)	445(77.8)	

* N: 표본가중치(weight)가 반영되지 않은 실제 관측 수, %: 표본가중치(weight)가 반영된 백분율

<표 4> 배우자 동거 여부(독거/부부)가 우울감 및 자살생각 경험에 미치는 영향

	모형 1*	모형 2†	모형 3‡	모형 4§
	OR(95% CI) ‖	OR(95% CI) ‖	OR(95% CI) ‖	OR(95% CI) ‖
우울감 경험				
전체: 부부 vs 독거	2.099(1.650, 2.671) 36.492(p<0.0001)¶ 0.578*‡	1.903(1.466, 2.470) 69.626(p<0.0001)¶ 0.627*‡	1.744(1.322, 2.301) 170.619(p<0.0001)¶ 0.708*‡	2.004(1.433, 2.803) 133.195(p<0.0001)¶ 0.726*‡
남성: 부부 vs 독거	3.567(2.040, 6.238) 19.905(p<0.0001)¶ 0.565*‡	3.918(2.190, 7.009) 34.357(p<0.0001)¶ 0.648*‡	4.109(2.241, 7.532) 57.454(p<0.0001)¶ 0.704*‡	3.997(2.066, 7.732) 75.639(p<0.0001)¶ 0.737*‡
여성: 부부 vs 독거	1.266(0.959, 1.671) 2.761(p=0.0966)¶ 0.531*‡	1.202(0.880, 1.642) 20.708(p=0.0140)¶ 0.577*‡	1.148(0.825, 1.598) 97.548(p<0.0001)¶ 0.684*‡	1.145(0.745, 1.759) 63.711(p<0.0001)¶ 0.706*‡
자살생각 경험				
전체: 부부 vs 독거	2.201(1.759, 2.753) 47.625(p<0.0001)¶ 0.585*‡	1.658(1.295, 2.123) 116.335(p<0.0001)¶ 0.654*‡	1.552(1.179, 2.042) 226.775(p<0.0001)¶ 0.745*‡	1.567(1.111, 2.211) 182.984(p<0.0001)¶ 0.757*‡
남성: 부부 vs 독거	2.654(1.533, 4.594) 12.149(p<0.0005)¶ 0.549*‡	3.000(1.584, 5.681) 59.431(p<0.0001)¶ 0.685*‡	3.367(1.712, 6.622) 106.279(p<0.0001)¶ 0.771*‡	3.181(1.535, 6.592) 113.986(p<0.0001)¶ 0.792*‡
여성: 부부 vs 독거	1.347(1.042, 1.742) 5.167(p=0.0230)¶ 0.543*‡	1.074(0.813, 1.419) 24.441(p=0.0037)¶ 0.586*‡	1.041(0.767, 1.411) 100.359(p<0.0001)¶ 0.701*‡	0.879(0.579, 1.335) 78.684(p<0.0001)¶ 0.694*‡

* 혼란변수 보정하지 않은 모형

† 사회경제적 특성(성별, 교육수준, 거주지역, 소득수준)을 보정한 모형

‡ 사회경제적 특성과 건강상태 특성(주관적 건강상태, 만성질환 수, 삶의 질 지수)을 보정한 모형

§ 사회경제적 특성, 건강상태 특성 및 건강행위 특성(음주정도, 흡연여부, 걷기실천여부, 평균수면시간)을 보정한 모형

‖ OR: odds ratio(승산비), CI: confidence interval(신뢰구간)

¶ 모형적합도: Wald 검정통계량(p-값)

* 모형판별도: c-통계량

IV. 고찰 및 결론

본 연구는 「국민건강영양조사 제4기(2007-2009)」 조사자료를 활용하여 독거노인과 부부노인의 우울감 및 자살생각 경험에 대한 차이를 분석하였다. 먼저 두 군의 사회·경제적 특성의 분포를 살펴 보면, 독거노인의 경우 여성의 비율이 높았고, 연령이 높을수록, 교육 및 소득수준이 낮을수록 독거노인의 비율이 높았다. 육체적 건강상태 또한 부부노인에 비해 독거노인이 낮음을 알 수 있었다. 이러한 분석결과는 김진구[14]와 정경희[16]의 연구에서 사회·경제적으로 취약한 계층에서 독거노인의 비중이 높다는 결과와 대체로 일치한다고 할 수 있다. 한편 건강행위 특성의 음주정도와 흡연율은

독거노인보다 부부노인에서 더 높아 유의한 차이가 있었는데 이는 독거노인의 대부분(88.7%)이 여성인 관계로 여성의 음주정도와 흡연율이 남성에 비해 낮아 나타난 결과로 해석할 수 있겠다.

우울감과 자살생각 경험은 부부노인에 비해 독거노인이 우울감에서 2.1배, 자살생각에서 2.2배 더 많이 경험한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 전경숙과 이효영[6]과 김현경 등[17]의 연구에서 배우자가 없는 경우에 자살생각 경험이 더 높았다는 보고와 한혜경과 이유리[18]의 연구에서 독거노인이 가족동거노인에 비해 우울과 고독을 더 느낀다는 보고, 그리고 이봉재와 오윤진[19]의 연구에서 제시된 독거노인이 비독거노인에 비해 상대적으로 자살생각을 더 많이 한다는 사실과 유사한 결과라

하겠다.

한편 노인의 우울감 및 자살생각 경험에 영향을 미치는 사회·경제적 특성과 건강상태 및 건강행위 특성을 보정한 다변량 분석결과를 살펴보면, 우울감 경험의 경우 혼란변수를 모두 보정한 배우자 동거 여부의 영향력(OR=2.004)과 보정하지 않은 배우자 동거 여부의 영향력(OR=2.099)이 큰 차이를 보이지 않고 있다. 그러나 자살생각 경험은 혼란변수를 모두 보정한 배우자 동거 여부의 영향력(OR=1.567)이 보정하지 않은 배우자 동거 여부의 영향력(OR=2.201)보다 낮음을 알 수 있었다. 이러한 결과는 우울감 경험에는 배우자 동거 여부가 중요한 요인임을 알 수 있지만, 자살생각 경험에는 배우자 동거 여부 외에도 다른 관련요인이 복합적으로 작용하고 있음을 암시한다. 본 연구에서 고려된 혼란변수가 우울감 경험 및 자살생각 경험에 미치는 영향력을 분석한 결과를 살펴보다라도(본 논문에서는 제시하지 않았음), 우울감 경험에는 통계적으로 유의한 혼란변수가 거의 없는 반면, 자살생각 경험에는 교육수준과 주관적 건강인식 등이 유의한 영향을 미치고 있음을 발견할 수 있었다. 따라서 우울감 경험에는 사회·경제적 요인보다는 배우자 동거 여부와 같은 정서적 지지 요인이 무엇보다도 중요하게 작용할 것으로 여겨지지만, 자살생각 경험에는 배우자 동거 여부 외에도 사회·경제적 요인과 건강요인 등을 주요한 결정요인으로 고려할 수 있다.

또한 성별에 따른 층화분석 결과 배우자 동거 여부가 우울감 경험과 자살생각 경험에 미치는 영향이 남성노인과 여성노인 간에 차이가 있음을 확인하였다. 남성노인의 경우, 독거노인은 부부노인에 비해 우울감과 자살생각 경험이 월등히 높은 반면, 여성노인의 경우 독거노인과 부부노인의 우울감과 자살생각 경험에 차이를 거의 보이지 않았다. 이러한 결과는 Coombs[20]의 연구에서 여성독거노인이 남성독거노인보다 가족이나 친구와 같은

가까운 사람들과의 유대감을 더 잘 발달시키는 경향이 있어 행복감을 더 느낀다는 사실과 이선애[21]의 연구에서 제시된 남성보다 여성이 이혼이나 사별 후 부정적 경험을 덜 하고 전반적 생활에 있어서 만족도가 높은 경향이 있다는 사실 등에서 그 원인을 찾을 수 있겠다. 결과적으로 노년기에 사별이나 이혼 등으로 인하여 혼자 살게 되었을 경우 여성독거노인에 비해 남성독거노인이 상대적으로 사회적 지지를 확보하는데 어려움이 많고, 이로 인한 고독감과 상실감으로 우울감 및 자살생각을 더 많이 경험하게 되며 정신적으로 매우 불건강한 상태에 놓이게 될 가능성이 크다는 것을 말해 준다.

우리나라의 노인은 유교문화의 영향을 많이 받은 세대로서 남성 중심적인 가족문화와 결혼으로부터 오는 남녀 간 사회적 역할의 차이가 뚜렷한 세대이다[22]. 여성의 경우 가부장적인 문화 속에서 가사와 자녀 양육 등의 과중한 역할로 인하여 결혼이 정신건강에 부정적인 영향을 미치고 있지만, 남성의 경우에는 비록 가족을 부양해야 된다는 부담감은 있으나 배우자로부터 받게 되는 지지와 결혼을 통한 정서적 안정이 여성에 비해 더 크다고 볼 수 있기 때문에 정신건강에 긍정적인 영향을 받게 된다[23]. 이러한 이유로 여성의 경우 노년기에 배우자로부터 긍정적인 지지를 얻는 경우가 드물고 오히려 가까운 사람들을 통해 지지를 이끌어내므로 본 연구결과가 보여주는 바와 같이 노년에 혼자 사는 것이 여성노인의 정신건강에는 영향을 주지 않지만, 남성은 노년기에 은퇴를 경험하면서 직업과 관련된 사회적 관계망의 상실과 은퇴 후 배우자에 대한 의존 심화 등으로 노년에 혼자되었을 때 정신적 건강에 큰 영향을 받는 것으로 유추할 수 있다.

기존 국내의 독거노인관련 연구는 여성독거노인에 한정시켜 수행한 연구가 대부분이었다[11][24][25]. 비록 독거노인의 비중이 여성에서 높

지만 본 연구에서 정신건강이라는 측면에서는 여성보다는 남성 독거노인이 취약하다는 것을 확인할 수 있었다. 따라서 향후 독거노인 문제를 다루는 연구에서는 여성뿐만 아니라 남성독거노인에도 많은 관심을 기울여야 할 것이며, 남성독거노인과 여성독거노인의 우울감 및 자살생각 경험의 차이를 비교분석한 본 연구결과는 향후 남성독거노인들을 대상으로 진행되는 연구의 기초자료로 이용될 것으로 기대된다. 그러나 본 연구는 국민건강영양조사의 항목이 제한된 관계로 노인의 정신건강에 영향을 줄 것으로 예상되는 사회적 지지변수(예, 여가활동 등)와 사별 및 이혼 등으로 인한 연구대상자의 독거기간을 고려하지 못한 제한점이 있으며, 연구설계가 단면연구로 진행된 관계로 본 연구에서 제시된 배우자 지지와 정신건강과의 관계가 직접적인 원인-결과(causality) 관계로 단정할 수 없다는 것이다. 향후 보다 다양한 혼란변수를 고려한 코호트연구나 실험-대조군 연구를 통해서 이러한 원인-결과관계가 명확하게 규명되어야 할 것으로 생각된다.

결론적으로 본 연구에서는 우리나라의 경우 사회·경제적으로 취약한 계층에서 독거노인의 비율이 높았고, 독거노인이 부부노인에 비해 정신건강상태가 나쁘다는 것을 확인하였다. 특히 남성노인의 경우 혼자 살게 되었을 때 정신건강의 위험이 매우 높아짐을 알 수 있었다. 따라서 본 연구결과는 독거노인의 정신건강, 특히 남성독거노인의 정신건강을 위한 정책적 배려가 필요함을 시사해 주고 있다.

참고문헌

1. 통계청(2011), 고령자 통계, 통계청.
2. 정경희(2011), 노년기 가족의 변화전망과 정책과제, 보건복지포럼, Vol.175;35-44.
3. K. Szanto, A. Gildengers, B.H. Mulsant, G. Brown, G.S. Alexopoulos, C.F. Reynolds 3rd(2002), Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly, *Drugs & Aging*, Vol.19(1);11-24.
4. B. Steunenberg, A.T. Beekman, D.J. Deeg, A.J. Kerkhof(2006), Personality and the onset of depression in late life, *Journal of Affective Disorders*, Vol.92(2-3);243-251.
5. 김영주(2009), 남녀별 독거노인과 동거노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각 비교, *기본간호학회지*, Vol.16(3);333-344.
6. 전경숙, 이효영(2011), 결혼상태가 우울 및 자살생각에 미치는 영향: 연령별 성별 차이를 중심으로, *보건의료산업학회지*, Vol.5(3);179-190.
7. 최령, 문현주, 황병덕(2010), 만성질환이 노인들의 스트레스인지, 우울증상 경험 및 자살생각에 미치는 영향, *보건의료산업학회지*, Vol.4(2);73-84.
8. 서홍란, 김희년(2010), 요보호여성독거노인의 심리적 안녕감에 영향을 미치는 요인, *정신보건과 사회사업*, Vol.35;176-202.
9. 권중돈, 김유진, 엄태영(2011), 노인돌봄서비스 이용 독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 자살시도경험과 음주행위와의 관계를 중심으로, *노인복지연구*, Vol.51;297-320.
10. 양순미, 홍숙자(2003), 농촌노인의 독거, 가구형태가 심리적 고독감에 미치는 영향, *한국가정관리학회지*, Vol.21(6);129-139.
11. 성미혜, 임영미, 주경숙(2011), 여성 독거노인의 사회적 지지와 외로움, *한국보건간호학회지*, Vol.25(1);95-106.
12. 유광수, 박현선(2003), 독거노인과 가족동거노인의 건강상태에 관한 비교 연구, *한국노년학*, Vol.23(4);163-179.
13. 질병관리본부(2010), 국민건강영양조사 원시자료 이용지침서: 제4기(2007-2009), 질병관리본부.
14. 김진구(2011), 가족형태가 노인의 건강행위에 미치는 영향, *노인복지연구*, Vol.51;35-55.
15. 양옥경, 주소희(2011), 독거노인 자살사고에 영향

- 을 미치는 요인에 관한 탐색적 연구, 정신보건과 사회사업, Vol.37(4);321-347.
16. 정경희(2011), 독거노인의 생활실태 및 정책과제, 보건·복지 Issue & Focus, Vol.72;1-8.
 17. 김현경, 고성희, 정승희(2010), 노인의 자살생각과 위험요인, 한국보건간호학회지, Vol.24(1);82-92.
 18. 한혜경, 이유리(2009), 독거노인의 정신건강 수준과 영향요인, 한국노년학, Vol.29(3);805-822.
 19. 이봉재, 오윤진(2008), 가구형태에 따른 노인의 자살생각 관련요인에 관한 연구, 대한가정학회지, Vol.46(10);49-57.
 20. R.H. Coombs(1991), Marital status and personal well-being: A literature review, Family Relations, Vol.40(1);97-102.
 21. 이선애(2005), 가족유형에 따른 사회생활·사회적 지위 및 경제적 상황에 대한 분석, 한국가족복지학, Vol.10(3);147-169.
 22. S.N. Jang, I. Kawachi, J. Chang, K. Boo, H.G. Shin, H. Lee, S.I. Cho(2009), Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA), Social Science & Medicine, Vol.69(11);1608-1615.
 23. 박재규, 이정립(2011), 한국 성인 남녀의 우울증 변화에 영향을 미치는 요인 분석, 보건과 사회과학, Vol.29;99-128.
 24. 김희경, 이현주, 박순미(2010), 여성독거노인의 삶의 질 영향요인, 한국노년학, Vol.30(2);279-292.
 25. 이종화(2005), 여성독거노인의 우울과 자아존중감 및 건강증진행위, 정신간호학회지, Vol.14(2);109-118.

접수일자 2012년 7월 12일

심사일자 2012년 8월 1일

게재확정일자 2012년 8월 17일