

쪽방지역 주거기간과 우울증상 경험과의 관련성

김진성*·차선화**·김창수***·박희정****†

*나무와숲 심리보건연구 소장, **강원도 공공보건의료지원단 주임연구원,

성결대학교 산업경영공학과 조교수, *강원대학교 치위생학과 조교수

Association between period of living alone in a shabby one-room and depression experience

Jin-Sung Kim*·Xianhua Che**·Chang-So***·Hee-Jung Park****†

*Director, Tree and Forest Psychology Public Health Institute

**Associate Researcher, Gangwon Public Health Policy Institute

***Assistant Professor, Department of Industry Management Engineering, Sungkyul University

****Assistant Professor, Department of Dental Hygiene, Kangwon National University

ABSTRACT

Purpose: This study aims to substantiate a correlation between the period of living alone in a shabby one-room and a depression experience.

Methods: We conducted a cross-sectional study using data from the Korea Homeless Survey carried out by the Korea Institute for Health and Social Affairs in 2016. In the study, the data included 485 survey participants who resided in a single room. The period of single-room occupancy being divided into three groups: less than 1 year, 1 to 4 years, and more than 5 years was considered a primary independent variable. The outcome variable which represented a depression experience was measured by CESD-11(The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale). We carried out a Chi-square test and multiple logistic regression to evaluate the association.

Results: The rate of depression experienced in this population was 77.5%. Almost 83.9% of the participants were reported as being unable to receive the mental health counselling in the last 12 months. After controlling for covariates, subjects who were living in a single room occupancy for 1-5 years(OR=3.89; 95% CI=1.43-10.56) and more than 5 years(OR=2.71; 95% CI= 1.05-6.95) were found to be more likely to experience depression.

* 이 연구는 2018년도 강원대학교 대학회계 학술연구조성비로 연구하였음

접수일 : 2019년 07월 31일, 수정일 : 2019년 08월 10일, 채택일 : 2019년 08월 17일

교신저자 : 박희정(25949, 강원도 삼척시 도계읍 황조길 346)

Tel: 033-540-3395, Fax: 033-540-3399, E-mail: phealth172@kangwon.ac.kr

Conclusions: The results showed that living alone in a shabby one-room had a high correlation with experiencing depression. We proposed that there is a need to develop a new strategy for mental health promotion program for the poor, vulnerable and deprived population.

Key words: Depression, Mental health, Period of living alone in a shabby one-room

I. 서론

세계보건기구(WHO)에서 정의한 건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health)에 의하면 개인의 건강은 생애주기 동안 노출되는 다양한 사회적 환경에 의해 결정되고, 유년시기의 경험을 비롯하여 교육 수준, 경제 상태, 직업 특성, 거주지 환경, 의료보장체계와 같은 다양한 요인들이 건강에 영향을 미친다(WHO, 2008). 쪽방거주민과 같은 취약계층의 건강은 사회적 결정요인에 더욱 큰 영향을 받을 수밖에 없는데, 쪽방이라는 공간은 기초생활수급자나 가난한 노인, 장애인들이 현재의 소득 수준으로 선택할 수 있는 제한된 주거형태 중 하나이기 때문이다. 쪽방에서는 개별취사, 샤워시설, 화장실 등 기초적인 부대시설이 없어서 그 속에서 생활하는 사람들은 많은 불편함을 감수해야 한다(김민진과 조현민, 2010). 더욱이 쪽방주민 중 상당수는 이웃과의 의사소통이 적고 고립된 생활을 지속하고 있으며, 과거의 트라우마 사건과 극심한 빈곤 그리고 제한된 사회보장 등 복합적인 사회적 건강결정요인에 영향을 받고 있다(허현희 등, 2015).

빈곤층과 정신건강 간의 인과관계를 설명하는 대표적인 이론으로는 사회적 원인론(Social Causation)과 사회적 선택론(Social Selection)을 고려할 수 있다. 사회적 원인론은 경제적 어려움이 선행됨으로써 우울과 같은 정신건강 문제가 유발된다는 관점이며, 사회적 선택론은 우울과 같은 정신건강이 원인이 되어 빈곤층으로 떨어진다고 설명한다(엄태완

2006). 사회적 원인론과 사회적 선택론 발전에 중요한 연구는 Faris & Durham(1939)의 연구로서, 1930년대 말 시카고 빈민지역에 조현병 환자가 다른 지역보다 현저하게 많이 거주한다는 사실에 대해서 당시 두 가지 해석이 제기되었다. 즉 하나의 관점은 빈곤이 정신장애의 원인이라는 관점이고, 다른 하나의 관점은 정신장애로 인해 경제적으로 어려워져서 빈민지역으로 이동하였다는 점이다. 하지만 현재까지 이에 대한 논쟁은 지속되고 있으며, 우울증을 비롯한 다양한 정신장애의 모든 유형에 적용될 수 있는 단일한 사회이동 이론을 제시하지는 못하고 있다. 그 이유는 정신장애인의 사회이동 연구에 있어 표본, 측정도구 및 연구 설계가 너무 다양하고, 그로 인해 단일한 결론을 끌어내는데 한계가 있기 때문이다(신현옥, 2009). 그럼에도 불구하고 사회적 원인론은 우울증 대상자의 사회이동을 설명하는데 설명력이 높은 것으로 평가되고 있는데, 즉 빈곤과 같은 사회적 요인이 우울감에 영향을 미친다는 관점이다 (Hudson, 2005).

2012년 서울의 동자동 쪽방지역 주민을 대상으로 실시한 설문조사에 의하면 동자동 주민들의 40%가 고혈압으로 진단받은 경험이 있고 29%는 관절염을 호소하는 것으로 나타나 쪽방주민의 건강상태가 매우 취약하다는 점을 알 수 있다. 더욱이 쪽방주민 중 61%는 한 달 사이에 불면증을 경험했고, 62%는 자살생각을 하였으며, 주민 중 70%는 우울경험자로 정신건강 수준 역시 매우 위험하다(손정인 등, 2012). 이는 2012년 국민건강영양조사에서 나타난

우리나라 성인의 우울 경험률이 12.4%와 자살 생각이 13.1%과 비교했을 때 쪽방주민의 자살사고는 일반 성인보다 약 4배 높았으며, 우울감은 약 5배 높은 상태이다(보건복지부, 2012). 쪽방주민과 같은 사회경제적 지위가 낮은 대상자는 실업, 빈곤, 불평 등 같은 부정적 사회 환경에 노출되어 만성적이고 복합적인 스트레스를 경험하며, 이러한 스트레스는 우울감에 직접적인 영향을 미치게 된다(이상문, 2008; Wolf, 1987). 2016년 국민건강통계에 따르면 소득수준 하에 속하는 집단(9.3%)은 상에 속하는 집단(2.9%)보다 3배 높은 우울장애를 보였으며, 주거지역에서도 읍면(7.6%)에 주거하는 주민들이 동(5.3%)에 주거하는 주민보다 높은 우울장애를 보였다(보건복지부, 2016). 이러한 결과는 낮은 소득이나 불안정한 주거형태 등과 같은 요인이 위험요인으로 작용될 수 있다는 점을 방증하며, 실제로 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 영향 연구결과를 살펴봤을 때 빈곤, 주거, 교육, 의료 등의 사회경제적 박탈이 높을수록 우울감이 높아진다는 결과를 확인할 수 있다(김주희 등, 2015).

빈곤의 지속기간은 빈곤층의 높은 정신장애를 직접 예측한다는 여러 실증연구들이 보고되어 주목할 필요가 있다(이승홍, 2016; Roze et al., 2018) 노숙자들을 대상으로 조사한 선행연구에서는 노숙기간이 길어질수록 정신적 좌절이 심해지거나 우울장애가 악화 될 수 있어 결국에는 만성적인 노숙인으로 전락하거나 노숙을 반복하게 된다고 밝힌 바 있다(Folsom et al., 2005; Roze et al., 2018). 이렇듯 지속적인 빈곤상태에 노출되어 있는 쪽방 지역에 거주자에서는 우울 위험 비율이 높고 정신과적으로 취약한 상태일 것으로 추정되고 있다. 그러나 우리나라에서 수행된 대부분의 연구는 주민의 주거를 개선하거나 쪽방주민의 삶을 탐구하는 생애사적인 접근이 많았고(허현희 등, 2016) 쪽방거주자의 스트레스 원과 극복자원이 우울감에 미치는 영향을 조사하거나 정신건강 영향요인 분석연구(김민진과 조현

민, 2010; 허현희 등, 2015)가 전부일 뿐 쪽방 주민의 거주기간에 초점을 두어 우울증 수준을 분석한 연구는 매우 부족한 실정이다. 따라서 본 연구에서는 국내 쪽방 거주자의 주거기간과 우울증상 경험과의 관련성을 살펴보고, 이를 통해 쪽방지역 주민들의 정신보건증진을 위한 건강증진서비스와 정책을 제안하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구 자료 및 연구대상

본 연구는 보건복지부와 한국보건사회연구원이 주관하는 2016년도 노숙인 등의 실태조사 자료를 활용하였다. 2016년 노숙인 등의 실태조사는 '노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률' 시행 후 근거 중심의 종합계획 수립을 위해 실시하였다. 노숙인 등의 실태조사는 1차 거리 및 시설노숙인, 쪽방주민 일시집계조사와 1차 집계된 노숙인, 쪽방주민 표본 중 2,032명을 추출하여 진행한 2차 심층면접조사로 나누어 진행하였다. 2차 심층면접조사에서는 노숙의 원인, 사회복지서비스, 건강수준 및 의료이용 실태, 경제활동 실태, 주거, 노숙 생활 중 피해경험 등의 항목을 조사하였다. 본 연구는 조사시점에 쪽방에 거주한다고 응답한 485명 중 무응답/응답거절, 오류 등을 제외한 291명의 자료를 분석하였다.

2. 연구변수

1) 종속변수

종속변수인 우울증 유무는 우울 척도인 CESD-11(The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale)을 활용하여 측정하였다. CESD-11은 총 11문항으로 구성된 척도로 각 하위문항의 응답을 0, 1, 2, 3으로 재점수화하고, 하

위문항 2번과 7번은 역코딩하여 총점을 계산하고, 총점(0점~33점)에 20/11를 곱하여 평균점수와 표준오차를 계산하였다. 점수가 높을수록 우울 수준이 높으며, 계산된 값이 16보다 높으면 우울증을 의심할 수 있다. 본 연구에서는 점수가 16점 미만인 사람은 “0: 우울증 없음”으로, 16점이거나 16점보다 높은 사람은 “1: 우울증 있음”으로 코딩하여 분석에 사용하였다.

2) 독립변수

본 연구에서는 쪽방 거주기간이 우울증에 미치는 영향을 확인하기 위해 Hulme & Shepherd (2003), 김진성 (2017) 등 선행연구를 참고하여 쪽방 거주기간이 1년 미만인 집단을 비교집단으로 선정하였고, 연구 집단은 쪽방 거주기간이 1년 이상 5년 미만인 집단과 쪽방 거주기간이 5년 이상인 두 개 집단으로 설정하였다.

3) 통제변수

본 연구는 선행연구를 기반으로 성, 연령, 혼인상태, 교육수준, 소득, 근로상태, 주관적 건강상태, 미충족 의료 경험여부, 정신건강상담 경험 유무, 생계급여, 의료급여 및 주거급여 수급여부 등을 통제변수로 사용하였다. 연령은 65세 미만과 65세 이상으로 구분하였고, 혼인상태는 배우자 있음, 사별·이혼·별거, 배우자 없음으로 범주화하였다. 교육수준은 중학교 졸업 미만, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학 재학, 대학 졸업 이상으로 나누었다. 소득수준은 월 평균 소득을 기준으로 100만 원 이상, 50-99만원, 1-49만원, 소득 없음 등 4개 집단으로 구분하였고, 근로상태는 현재 근로 하고 있음과 없음으로 구분하였다. 건강수준을 평가하는 변수로 주관적 건강상태, 미충족 의료 경험 유무, 정신건강상담 경험 유무를 활용하였다. 주관적 건강상태는 5점 척도로 조사된 문항을 좋음, 보통, 나쁨으로 재분류하였다. 미충족 의료 경험 유무에 따라 미충족 의료경험이

있는 집단과 없는 집단을 구분하였으며, 정신건강상담 경험 유무도 경험이 있다고 응답한 집단과 없다고 응답한 집단으로 구분하였다. 또한 기초생활보장제도 변수로서 생계급여 수급여부, 의료급여 수급여부, 주거급여 수급여부를 사용하였다.

3. 분석방법

자료 분석은 Stata 15 (StataCorp LP., Texas, USA)를 활용하여 다음과 같이 시행하였다. 먼저, 연구 집단의 인구사회학적 특성에 대한 빈도분석을 진행하였다. 다음으로 우울증상 경험유무에 따른 대상자의 일반적 특성의 차이를 확인하기 위해 카이제곱검정(chi-squared test)을 시행하였다. 마지막으로 쪽방 거주기간과 기타 변수들이 우울증 경험 유무에 미치는 영향을 확인하기 위해 단계별 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 분석모델 1에는 성별, 연령, 혼인상태, 교육수준, 소득수준, 근로상태, 주관적 건강상태, 미충족 의료경험 유무, 정신건강상담 경험 유무, 생계와 의료급여 및 주거급여 등 기초생활보장제도 수급여부를 투입하여 쪽방거주자의 우울증 유무에 영향을 미치는 인구사회학적 요인을 확인하였다. 다음으로 모델 2는 모델 1에 쪽방 거주기간을 추가함으로써 쪽방 거주기간이 우울감에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는지 확인하였다. 로지스틱 회귀분석의 적합도를 검정하기 위해 Hosmer-Lemeshow test를 시행하였다. 그리고 통계적 판정을 위한 유의수준은 0.05로 설정하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자 중 남성은 82.5%, 여성은 17.5%로 남성이 대다수였고, 65세 미만인 집단이 61.2%로 성인 집단이 상대적으로 더 많았다. 연구대상자 중

기혼이나 사실혼 관계에 있는 사람이 4.8%에 불과했고, 사별/이혼/별거 중인 사람이 56.7%로 가장 많았다. 교육수준을 살펴봤을 때, 중학교 졸업이하 학력인 사람이 52.2%로 가장 많았다. 월 평균소득이 50-99만원인 비율이 74.2%로 쪽방거주자들의 소득수준은 낮았고, 경제활동참여율도 25.1%에 불과했다. 전체 응답자 중 67.4%가 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답하였고, 정신건강 상담을 받은 경험이

없는 대상자는 83.9%로 매우 높은 비중을 보였으며 28.2%는 미충족 의료경험이 있었다. 쪽방거주자 중 다수가 생계급여(69.1%)와 의료급여(68.6%)를 받았고 쪽방 거주기간은 1년 미만 거주자 14.1%, 1-5년 거주자 28.5%, 5년 이상 거주자 47.4%의 순으로 나타났다으며 쪽방거주자의 77.0%가 우울증이 있는 것을 확인할 수 있었다(Table 1).

〈Table 1〉 Characteristics of the study population(n=291)

| | n | Percent |
|----------------------------------|-----|---------|
| Sex | | |
| Male | 240 | 82.5 |
| Female | 51 | 17.5 |
| Age group | | |
| < 65 | 178 | 61.2 |
| ≥65 | 113 | 38.8 |
| Marital Status | | |
| Married | 14 | 4.8 |
| Divorce or widowed | 165 | 56.7 |
| Not married | 112 | 38.5 |
| Level of education | | |
| ≥ College | 19 | 6.5 |
| High School | 59 | 20.3 |
| Middle School | 61 | 21.0 |
| ≤ Middle school | 152 | 52.2 |
| Monthly Income | | |
| ≥1,000,000 KRW | 17 | 5.8 |
| 500,000-990,000 KRW | 216 | 74.2 |
| 10,000-490,000 KRW | 46 | 15.8 |
| None | 12 | 4.1 |
| Working status | | |
| Wage earner | 73 | 25.1 |
| Economically inactive population | 218 | 74.9 |

| | n | Percent |
|---------------------------------------------|-----|---------|
| Health status | | |
| Excellent/good | 37 | 12.7 |
| Normal | 58 | 19.9 |
| Fair/poor | 196 | 67.4 |
| Experience of unmet health care needs | | |
| No | 209 | 71.8 |
| Yes | 82 | 28.2 |
| Experience of mental health counseling | | |
| Yes | 47 | 16.1 |
| No | 244 | 83.9 |
| Income benefits | | |
| Recipients | 201 | 69.1 |
| Non-recipient | 90 | 30.9 |
| Medical Aid | | |
| Recipients | 200 | 68.7 |
| Non-recipient | 91 | 31.3 |
| Housing benefits | | |
| Recipients | 124 | 42.6 |
| Non-recipient | 167 | 57.4 |
| Period of living alone in a shabby one-room | | |
| Less than 1 year | 41 | 14.1 |
| 1-5 years | 112 | 38.5 |
| More than 5 years | 138 | 47.4 |
| Experience of depression | | |
| No | 67 | 23.0 |
| Yes | 224 | 77.0 |

2. 우울증상 경험 유무에 따른 일반적 특성

우울증상 경험 유무에 따른 일반적 특성을 살펴본 결과, 쪽방 거주기간이 1-5년 사이인 사람(41.5%)과 5년 이상인 사람(45.5%)이 상대적으로 많았지만 통계적으로 유의미한 차이는 아니었다. 우울증 경험

집단에서 65세 미만 집단은 65.2%이고, 65세 및 그 이상 노인 집단이 34.8%인 것으로 나타났다($p<0.01$). 혼인상태에 따라 기혼 또는 동거가족이 있는 사람의 3.1%, 사별/이혼/별거를 경험한 사람의 60.7%, 미혼인 사람의 36.2%가 우울증 경험이 있었다($p<0.01$). 우울증을 경험한 집단에서 소득수

준이 50만원에서 99만원이라고 응답한 비율 (78.1%)이 가장 높았다. 우울증 경험자 중 22.3%가 현재 근로를 한다고 응답하였고, 77.7%는 근로하지 않는다고 응답하였다($p<0.01$). 우울증 경험 집단 중 주관적 건강상태가 좋은 사람(9.8%), 보통인 사람

(20.1%), 나쁜 사람(70.1%)으로 나타났다. 우울증을 경험한 집단의 67.4%는 미충족 의료경험이 없었고, 32.6%는 미충족 의료경험이 있었다($p<0.01$). 우울증 경험 집단 중 생계급여 수급자가 72.8%이고 비수급자가 27.2%였다 ($p<0.01$)(Table 2).

〈Table 2〉 Difference of depression experience according to general characteristics

| | Depression experience | | | | P-value |
|----------------------------------|-----------------------|------|-----|------|---------|
| | No | | Yes | | |
| | n | % | n | % | |
| Sex | | | | | |
| Male | 54 | 80.6 | 186 | 83.0 | 0.645 |
| Female | 13 | 19.4 | 38 | 17.0 | |
| Age group | | | | | |
| < 65 | 32 | 47.8 | 146 | 65.2 | 0.010 |
| ≥65 | 35 | 52.2 | 78 | 34.8 | |
| Marital Status | | | | | |
| Married | 7 | 10.4 | 7 | 3.1 | 0.007 |
| Divorce or widowed | 29 | 43.3 | 136 | 60.7 | |
| Not married | 31 | 46.3 | 81 | 36.2 | |
| Level of education | | | | | |
| ≥ College | 4 | 6.0 | 15 | 6.7 | 0.556 |
| High School | 15 | 22.4 | 44 | 19.6 | |
| Middle School | 10 | 16.4 | 51 | 22.8 | |
| ≤ Middle school | 38 | 56.7 | 114 | 50.9 | |
| Monthly Income | | | | | |
| ≥1,000,000 KRW | 9 | 13.4 | 8 | 3.6 | 0.007 |
| 500,000-990,000 KRW | 41 | 61.2 | 175 | 78.1 | |
| 10,000-490,000 KRW | 14 | 20.9 | 32 | 14.3 | |
| None | 3 | 4.5 | 9 | 4.0 | |
| Working status | | | | | |
| Wage earner | 23 | 34.3 | 50 | 22.3 | 0.047 |
| Economically inactive population | 44 | 65.7 | 174 | 77.7 | |

| | Depression experience | | | | P-value |
|---------------------------------------------|-----------------------|------|-----|------|---------|
| | No | | Yes | | |
| | n | % | n | % | |
| Health status | | | | | |
| Excellent/good | 15 | 22.4 | 22 | 9.8 | 0.024 |
| Normal | 13 | 19.4 | 45 | 20.1 | |
| Fair/poor | 39 | 58.2 | 157 | 70.1 | |
| Experience of unmet health care needs | | | | | |
| No | 58 | 86.6 | 151 | 67.4 | 0.002 |
| Yes | 9 | 13.4 | 73 | 32.6 | |
| Experience of mental health counseling | | | | | |
| Yes | 5 | 7.5 | 42 | 18.8 | 0.028 |
| No | 62 | 92.5 | 182 | 81.2 | |
| Income benefits | | | | | |
| Recipients | 38 | 56.7 | 163 | 72.8 | 0.013 |
| Non-recipient | 29 | 43.3 | 61 | 27.2 | |
| Medical Aid | | | | | |
| Recipients | 40 | 59.7 | 160 | 71.4 | 0.069 |
| Non-recipient | 27 | 40.3 | 64 | 28.6 | |
| Housing benefits | | | | | |
| Recipients | 18 | 26.9 | 106 | 47.3 | 0.003 |
| Non-recipient | 49 | 73.1 | 118 | 52.7 | |
| Period of living alone in a shabby one-room | | | | | |
| Less than 1 year | 12 | 17.9 | 29 | 12.9 | 0.139 |
| 1-5 years | 19 | 28.4 | 93 | 41.5 | |
| More than 5 years | 36 | 53.7 | 102 | 45.5 | |

P-value by Chi-squared test.

3. 쪽방거주기간과 우울증 경험 간의 관련성

쪽방 거주기간이 우울증 경험에 미치는 영향을 살펴본 결과, 쪽방 거주기간 1년 미만인 집단에 비해 쪽방거주기간이 1-5년인 집단(OR=3.89; 95%CI=1.43-10.56)과 5년 이상인 집단(OR=2.71; 95%CI

=1.05-6.95) 모두 우울증이 있을 위험이 더 높았다. 이밖에도, 65세 미만인 집단이 그 이상인 집단(OR=0.35; 95%CI=0.16-0.74)보다 우울증을 호소할 위험이 더 높았다. 월 평균 소득이 100만원 이상인 집단에 비해 50-99만원(OR=8.93; 95%CI=2.32-34.39), 1-49만원(OR=5.50; 95%CI=1.30-23.21)

인 집단이 우울증을 경험할 위험이 더 높았다. 건강 수준이 좋다고 응답한 집단에 비해 건강수준이 나쁘다고 응답한 집단이 우울증을 호소할 위험이 3.60배 더 높았고 (95%CI=1.35-9.57), 미충족 의료경험이

있는 집단이 우울증을 호소할 위험이 2.60배 (95%CI=1.09-6.23) 더 높았다. 모델의 적합도 검정을 위해 Hosmer-Lemeshow test를 진행한 결과 모델 1은 0.065, 모델 2는 p=0.517로 나타났다(Table 3).

〈Table 3〉 Logistic analysis of period of single room occupancy associated with depression experience

| | Model 1 | | Model 2 | |
|----------------------------------|---------|------------|---------|------------|
| | OR | 95% CI | OR | 95% CI |
| Sex | | | | |
| Male | 1.00 | | 1.00 | |
| Female | 0.90 | 0.38-2.15 | 0.89 | 0.36-2.19 |
| Age group | | | | |
| < 65 | 1.00 | | 1.00 | |
| ≥65 | 0.34 | 0.17-0.72 | 0.35 | 0.16-0.74 |
| Marital Status | | | | |
| Married | 1.00 | | 1.00 | |
| Divorce or widowed | 4.91 | 1.32-18.23 | 5.74 | 1.48-22.17 |
| Not married | 1.77 | 0.47-6.66 | 2.19 | 0.55-8.61 |
| Level of education | | | | |
| ≥ College | 1.00 | | 1.00 | |
| High School | 0.31 | 0.06-1.51 | 0.28 | 0.05-1.47 |
| Middle School | 0.84 | 0.18-4.03 | 0.96 | 0.18-4.93 |
| ≤ Middle school | 0.50 | 0.11-2.17 | 0.47 | 0.10-2.21 |
| Monthly income | | | | |
| ≥1,000,000 KRW | 1.00 | | 1.00 | |
| 500,000-990,000 KRW | 7.16 | 1.93-26.50 | 8.93 | 2.32-34.39 |
| 10,000-490,000 KRW | 4.60 | 1.13-18.64 | 5.50 | 1.30-23.21 |
| None | 4.36 | 0.56-33.53 | 4.96 | 0.64-38.61 |
| Working status | | | | |
| Wage earner | 1.00 | | 1.00 | |
| Economically inactive population | 1.34 | 0.47-3.78 | 1.43 | 0.51-4.05 |
| Health status | | | | |
| Excellent/good | 1.00 | | 1.00 | |
| Normal | 2.03 | 0.70-5.91 | 2.29 | 0.77-6.82 |
| Fair/poor | 2.94 | 1.15-7.54 | 3.60 | 1.35-9.57 |

| | Model 1 | | Model 2 | |
|---------------------------------------------|---------|-----------|---------|------------|
| | OR | 95% CI | OR | 95% CI |
| Experience of unmet health care needs | | | | |
| No | 1.00 | | 1.00 | |
| Yes | 2.47 | 1.05-5.76 | 2.60 | 1.09-6.23 |
| Experience of mental health counseling | | | | |
| Yes | 1.00 | | 1.00 | |
| No | 0.36 | 0.12-1.08 | 0.38 | 0.12-1.16 |
| Income benefits | | | | |
| Recipients | 1.00 | | 1.00 | |
| Non-recipient | 0.61 | 0.17-2.19 | 0.62 | 0.16-2.32 |
| Medical Aid | | | | |
| Recipients | 1.00 | | 1.00 | |
| Non-recipient | 2.38 | 0.68-8.35 | 2.76 | 0.76-10.03 |
| Housing benefits | | | | |
| Recipients | 1.00 | | 1.00 | |
| Non-recipient | 0.58 | 0.27-1.27 | 0.50 | 0.23-1.11 |
| Period of living alone in a shabby one-room | | | | |
| Less than 1 year | | | 1.00 | |
| 1-5 years | | | 3.89 | 1.43-10.56 |
| More than 5 years | | | 2.71 | 1.05-6.95 |

OR: odds ratio, CI: confidence interval

Model 1 : vif=1.63; Hosmer-Lemeshow test: p=0.065

Model 2 : vif=1.59; Hosmer-Lemeshow test: p=0.517

IV. 논의

우울증은 가장 일반적인 정신장애 중의 하나로 지역사회에서 정신질환을 예방하고 관리하는 정책은 매우 중요한 과제이다. 쪽방 거주자들은 매우 열악한 환경과 조건에서 생활하는 사회극빈층에 속하는 집단으로 이들 중 대부분이 우울증 고위험군에 속하는 것이 현실이다. 이 연구에서는 2016년 노숙인 등의 실태조사 자료를 활용하여 전국 쪽방 거주자의 CES-D 척도에 기반한 우울증상 경험 정도를 파악하고 쪽방 거주기간과의 관련성을 명확히 밝히

고자 하였다.

분석결과에 의하면, 조사대상자의 약 77%가 CES-D 점수가 16점 이상인 것으로 나타나 2/3가 넘는 쪽방거주자들이 우울증을 경험하고 있음을 확인할 수 있었다. 이는 우리나라 국민의 전반적인 우울증 유병률과 비교해보면 한국인 평균 10%보다 약 7배 정도의 높은 비율을 보이고 있으며(김주희 등, 2015) 서울의 동자동 쪽방지역 주민 중 약 70%가 고위험군 우울 집단이라는 연구결과와도 유사한 결과이기도 하다(손정인 등, 2012). 우울증은 자신의 의지와 무관하게 강요받는 개인의 생활사건 및 환경적 스트레스

에 영향을 받고 있어 계량화가 어려우나, 국외 노숙자들의 우울증 유병률이 평균 20-30%라는 것과 비교해볼 때(Roze et al., 2018; Wong, Y. L. I. 2000) 우리나라 쪽방주민들의 우울증이 얼마나 심각한 수준인가를 알 수 있게 해주는 결과이다. 반면, 정신건강상담 경험이 있는 사람의 비율은 16.1%로 매우 미비한 수준임을 알 수 있다. 선행 연구에 따르면 우울증에 대한 상담이나 치료가 이루어지지 않는 경우 타인에 대한 폭행이나 폭력, 자해 및 자살 등에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Franco-Bronson, 1996; McDaniel & Musselman, 1995). 따라서 쪽방 거주자들의 우울증을 낮출 수 있는 방안으로 지역사회 자원을 연계 및 활용하여 정신과 의사에게 치료를 받거나 전문가와 상담 할 수 있도록 상담 접근성 확대가 필요하며 무엇보다 쪽방 주민 스스로 자신들의 정신건강문제를 인식하고 우울증에 대한 부정적 인식을 개선시키기 위한 노력이 요구된다.

쪽방거주기간과 우울증상간의 관련성을 파악하고자 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과, 모든 요인들을 통제한 이후에도 쪽방거주기간은 우울증에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 거주기간이 1-4년인 경우 1년 미만에 비해 우울증상이 3.89배 높았고 5년 이상인 경우는 2.71배 높게 나타났다. 본 연구의 결과는 선행연구와 마찬가지로 노숙기간이 만성화 될수록 높은 우울의 위험성과 관련 있는 것을 확인 할 수 있었다(Stein, J. A et al., 2002; 이승홍 등, 2016). 쪽방은 가구단위가 아닌 개인단위로 거주하는 사람들이 많고 독신, 가족관계 해체는 물론 이웃과의 관계마저 단절된 경우가 많아 사회로부터의 고립이 나타날 수 있는 공간이기도 하다. 이러한 부정적인 일상생활이 지속되는 경우 불면증, 자살생각, 자살시도 등으로 이어질 수 있고 고독사와 같은 극단적인 상황도 종종 발생하기도 때문에(정혜주 등, 2013; 허현희 등 2015) 쪽방에서의 거주지속성과 높은 우울증 유병률과의 관련성이 높은 것은 당연한 결과일 것이다. 특히, 가족해체와 같

이 가족자원 상실을 겪은 사람은 가정을 형성하는데 필요한 능력이나 기능 상실을 경험하기 때문에(박미진 등, 2007; Nasser & Overholser, 2005) 가족관계에 대한 긍정적 자각이나 주관적 만족감을 감소시켜 더 높은 우울증 유병을 보일 가능성이 있다. 그리고 쪽방에서의 생활은 경제적으로 어렵거나 곤경에 처한 생활을 방증하는 것이므로 질환과 부상으로 인해 주 수입원의 역할을 수행하지 못하거나 노동력에 상응하는 보상을 받지 못하는 경우 경제적 빈곤에 영향을 줄 수 있다.(허현희 등, 2015) 이로 인해 스트레스 대처를 잘하지 못하는 상황으로 이어질 수 있기 때문에 우울증 발생에 다양한 요인들이 복합적으로 작용할 수도 있음을 추정할 수 있다. 따라서 쪽방주민의 우울증 문제를 해결하기 위해서는 쪽방촌에 초기 정착한 거주자들을 위한 지역사회 상담센터에 연락하여 신속하게 상담이 이루어질 수 있도록 하며 상담을 통해 의료적 처치가 필요한 경우 지역연계 의료서비스를 이용할 수 있도록 하여 지자체 지원 제도를 마련하여 추진하는 것이 바람직하다.

본 연구에서 흥미로웠던 결과는 쪽방거주기간이 1~5년에 비해 5년 이상으로 갈수록 우울함이 낮아졌다는 점이다. 이러한 결과의 원인으로 생각해볼 수 있는 한 가지 가설은 쪽방사람들은 오래 거주하면 지역주민들과 상호교류를 통해 밀접한 관계를 맺으며 주민 간의 유대감과 공동체 소속감이 형성되어 우울감 감소에 기여 할 수 있다는 것이다(허현희 등, 2015). 허현희 등(2016)의 연구에 따르면 쪽방 지역주민사에 형성된 유대감과 사회 응집력 (cohesion)은 우울증을 완화시킬 수 있다고 보고하고 있어, 쪽방촌 거주자의 만성화가 오히려 우울증 감소에 긍정적인 영향을 미쳤을 가능성을 추측하게 한다. 허현희 등(2015)은 쪽방주민, 지역주민 자치단체, 보건소 및 사회복지관 등의 공공기관과 학계의 연구진 등이 협력하여 지역사회 기반의 참여적 건강증진 접근방식을 고려하여 쪽방주민들의 정신건강의 문제점을 개선할 수 있는 방안을 제시하였는데 이는 우리나라 쪽방 주민들의

정신보건 증진 정책에도 참고할 만한 연구결과이다. 실제로 지역사회와 연구기관이 협력하여 외부와의 네트워크를 형성하여 정신건강 증진의 성과를 거둔 사례가 보고되고 있어(Shattell, Hamilton, Starr: Jenkins & Hinderliter, 2008) 추후 연구에서는 쪽방 주민들의 거주기간과 우울특성을 고려한 맞춤형 중재프로그램을 검증하기 위한 연구가 제언된다.

이 밖에 회귀모델에 투입된 통제변수 중 주관적 건강상태는 우울증상 경험과 관련이 있는 것으로 나타났다는데 본인의 건강상태를 나쁘다고 인식하는 집단에서 가장 건강하다고 인식한 경우에 비해 3.60배 높게 나타났다. 주관적 건강상태와 우울증의 관련성에서는 본인의 건강상태를 나쁘다고 인식하는 집단에서 가장 높은 우울 증상의 비율을 보였다. 기존의 연구에서는 우울증의 원인이 직·간접적으로 주관적 건강수준에 영향을 미친다고 보고하고 있으나(Han, 2002) 본 연구결과는 건강상태가 나쁜 경우 우울증을 유발할 수 있음을 시사하는 근거가 될 수도 있다. 이정애와 김지미(2010) 연구에서는 노인의 주관적 건강수준이 우울의 위협에 가장 주요한 관련요인이라고 밝히고 있어 쪽방 주민들이 경험하는 우울과 건강수준간의 원인과 결과를 양방향적으로 고찰할 여지가 있다고 판단된다.

그리고 미충족 의료 경험을 한 대상자는 그렇지 않은 대상자에 비해 2.60배 높은 것으로 확인되었다. 미충족 의료는 대상자가 원하거나 의료전문가가 필요하다고 판단한 의료서비스를 대상자가 받지 못하는 것으로(박희정과 차선화, 2018) 의료 미충족 경험 상태가 장기화 될수록 의료 빈곤 상태에 빠질 가능성이 높아지고(송은철과 신영전, 2010) 개인의 정신건강을 위협하거나 삶의 질에 막대한 영향을 미칠 수 있다(유태균과 이선정, 2011). 아직까지 사회보장의 사각지대에 놓여있는 사람들에게 제공되는 지역사회 돌봄이나 일차의료체계는 미흡한 실정기에 이들은 병원 의료서비스에 크게 의존할 수밖에 없는 상황이며 이때 발생하는 본인부담금은 의료이

용행태에 영향을 주어 병원진료를 기피할 수밖에 없을 것으로 보인다. 또한 건강보험 체납으로 인해 밀린 병원비를 갚을 능력이 안 돼 필요한 보건의료서비스 이용이 어렵고 의료급여 수급 자격이 주어지더라도 의료급여일수 제한이 있어 필요할 때 적절한 의료처치가 이루어지지 않는 경우가 많다(허현희 등, 2016). 이러한 현실은 우울증 발생에 원인으로 작용할 수 있다는 점을 본 연구결과를 통해 재차 확인한바 국가와 정부에서 주거취약계층의 의료비 부담을 해소 할 수 있는 현실적인 의료보장의 확대가 논의되어야 할 것이다.

본 연구는 몇 가지 한계점을 가지고 진행되었다. 본 연구의 목적을 달성하기 위해 활용한 2016년 노숙인 실태조사 자료는 가장 최근 발표된 자료이긴 하나 현재까지 취약계층의 사회보장체계가 지속적으로 확대 또는 개선되는 등 대내외적인 정책변화가 동반되고 있는 점을 감안하면 연구결과 해석에 주의를 기울일 필요가 있다. 또한 제공받은 원시자료는 단면조사연구이므로 우울증상과 쪽방주거 기간 간의 인과관계를 정확히 설명할 수 없는 한계가 있다. 따라서 추후 전향적 연구방법을 통해 변수간의 인과관계를 입증하려는 추가적인 연구가 진행되어야 할 것이다. 그리고 우울을 측정하는 지표는 주관적으로 자신의 우울 정도를 기입하게 하였기 때문에 객관적인 지표를 통해 측정하지 못하였다는 단점이 있다. 마지막으로 쪽방 주민의 우울증에 영향을 주는 원인으로 알려진 사회서비스의 정보부족, 과거의 트라우마, 극심한 빈곤, 사회적 네트워크의 부재 등에 대해서 조사가 이루어지지 않아 분석에 반영하지 못하여 정확한 변수 간 관련성을 정확히 알 수가 없다는 문제점이 있다.

그럼에도 이 연구에서는 국내에서 연구가 부족한 전국 쪽방 거주자의 우울증 현주소를 파악하고자 하였고, 쪽방거주와 우울증 경험의 관계를 분석하여 쪽방 생활 자체가 우울증을 유발할 수 있는 원인이 될 수 있고 이로 인해 정신건강에 부정적인 요인으

로 작용할 수 있다는 점을 밝혀 낸 것이 의의가 있다. 이러한 결론을 토대로 지역사회에서 쪽방촌 거주자를 대상으로 하는 우울증 관리 정책과 실행 가능한 개입 방안을 개발에 도움이 되는 자료로 활용해 볼 수 있을 것이다.

V. 결론

본 연구는 2016년 노숙인들의 실태조사 응답자 중 국내 쪽방거주민 291명을 대상으로 쪽방거주기간과 우울증상 경험 간의 관련성을 분석하여 다음과 같은 결론을 얻었다. 조사대상자 중 우울증상을 경험한 사람들의 전체 비율은 약 77%로 매우 취약한 수준으로 드러났으며 모든 변수를 투입한 회귀분석 결과에서는 거주기간이 1-4년인 경우 1년 미만에 비해 우울증상이 3.89배 높았고 5년 이상인 경우는 2.71배 높게 나타났다. 2015년 이후 지속적으로 기초생활보장 맞춤형 급여체계 개편에 따라 주거급여 방식이 바뀌어 오고 있으나 이러한 변화는 쪽방생활을 하는 주민들에게 있어 정신건강증진에는 긍정적인 영향을 미치지 못하는 것으로 볼 수 있다. 따라서 쪽방주민의 정신건강 증진을 위해서는 주거 빈곤층을 위한 지속가능한 사회보장 서비스의 개발과 프로그램 등을 제공하는 것이 중요할 것이다. 또한 극 빈곤층에 해당하는 쪽방지역 주민들의 정신건강 증진을 위한 정책목표를 달성하기 위해서는 대상자의 주거상태와 우울특성을 고려하여 취약계층이 직면하고 있는 정신보건 문제를 해결해야 할 것이다. 이를 위해서는 지역사회 돌봄이나 일차의료체계에 기반을 둔 지역사회연계망을 연구하여 현실적인 정신건강증진사업과 보건복지정책 지원이 필요하다.

참고문헌

1. 김민진, 조현민. (2010). 쪽방지역 주민의 생활실태와 빈곤의 재생산. *사회과학 담론과 정책*, 3(2), 183-205.
2. 김주희, 유정원, 송인한. (2015). 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 영향: 연령의 조절효과 분석. *보건사회연구*, 35(3), 42-70.
3. 김진성. (2017). 국민기초생활보장제도 수급자의 수급지속이 자아존중감과 우울감에 미치는 영향: 과부담의료비와 근로참여의 조절된 매개효과[박사학위논문]. 서울: 고려대학교대학원
4. 박미진. (2007). 여성노인의 스트레스와 우울의 관계에서 강점과 사회적 지지의 완충효과. *한국심리학회지:여성*, 12(2), 197-21.
5. 보건복지부, (2012). 국민건강통계.
6. 보건복지부, (2016). 국민건강통계.
7. 손정인, 김슬기, 김정숙, 조승화. (2012). 서울시 동자동 쪽방 주민 건강권 실태조사를 마치며, “쪽방 주민의 건강권을 위해 무엇을 해야 하는가?”. *월간 복지동향*, (170), 47-54.
8. 송은철, 신영전. (2010). 과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향. *예방의학회지*, 43(5), 423-435.
9. 신현욱. (2009). 직업적 사회이동과 정신장애: 사회적 원인 및 사회적 선택 이론의 검증. *장애와 고용*, 19(3), 125-153.
10. 엄태완. (2008). 빈곤층의 경제적 스트레스와 우울 관계에서 자기효능감과 사회적 지지의 효과. *정신보건과 사회사업*, 28, 36-66.
11. 유태균, 이선정. (2011). 기초생활보장 수급가구의 탈수급 전·후 의료서비스 이용수준 차이에 관한 연구. *사회보장연구*, 27(1), 185-215.
12. 이상문. (2008). 빈곤계층의 정신건강에 관한 연구: 3년간의 패널연구 조사를 중심으로. *한국사회학*, 42(3), 119-152.
13. 이승홍, 배치운, 고효정, 정운진, 고상현. (2016).

- 거리노숙인의 만성노숙과 연관된 인구사회학적, 임상적 변인. *대한신경정신의학회*, 55(4), 386-396.
14. 정혜주 외 5인. (2013). 강점증심의 자치적 건강 증진 사업을 위한 형성연구에 관한 연구. *한국 건강증진개발원*.
 15. 차선화, 박희정. (2018). 미충족 치과의료 지속 현황과 관련요인. *대한구강보건학회지*, 42(4), 152-158.
 16. 허현희 외 6인. (2015). 사회생태적 모델을 적용한 쪽방 주민의 정신건강 영향요인 분석. *보건교육건강증진학회지*, 32(2), 39-52.
 17. 허현희, 김진성, 차선화, 정혜주. (2016). 도시 빈곤지역 주민의 주변화 건강불평등의 관계에 대한 질적 연구. *보건과 사회과학*, 43, 5-32.
 18. Faris, R. E. L., & Dunham, H. W. (1939). Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses.
 19. Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., et al., (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 370-376.
 20. Franco-Bronson, K. (1996). The Management of treatment resistant depression in the medically ill. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(2), 329-350.
 21. Han, B. (2002). Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(9), 1549-1556.
 22. Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *American journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 3-18.
 23. Hulme, D., & Shepherd, A. (2003). Conceptualizing chronic poverty. *World development*, 31(3), 403-423.
 24. McDaniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A., Nemeroff, C. B. (1995). Depression in patients with cancer: diagnosis, biology, and treatment. *Archives of general psychiatry*, 52(2), 89-99.
 25. Nasser, E. H., & Overholser, J. C. (2005). Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(2), 125-132.
 26. Roze, M., Vandentorren, S., Melchior, M. (2018). Factors associated with depression among homeless mothers. Results of the ENFAMS survey. *Journal of affective disorders*, 229, 314-321.
 27. Shattell, M. M., Hamilton, D., Starr, S. S., Jenkins, C. J. Hinderliter, N. A. (2008). Mental health service needs of a Latino population: A community-based participatory research project. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(4), 351-370.
 28. Stein, J. A., Leslie, M. B., Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child abuse & neglect*, 26(10), 1011-1027.
 29. Wolf, B. H. (1987). Low-income mothers

- at risk: Psychological effects of poverty-related stress [Doctoral dissertation]. Harvard Graduate School of Education.
30. Wong, Y. L. I. (2000). Measurement properties of the Center for Epidemiologic studies-Depression Scale in a homeless population. *Psychological assessment*, 12(1), 69.
31. WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. World Health Organization.