

## 결혼상태가 우울 및 자살생각에 미치는 영향 - 연령별 성별 차이를 중심으로 -

전경숙<sup>1</sup>, 이효영<sup>2</sup>‡

<sup>1</sup>목포대학교 간호학과, <sup>2</sup>동서대학교 보건행정학과

## Impact of Marital Status on Depression and Suicidal Ideation Among Korean Adults - Focused on the Difference by Age and Sex -

Gyeong-Suk Jeon<sup>1</sup>, Hyo-Young Lee<sup>2</sup>‡

<sup>1</sup>Depart. of Nursing, Mokpo University, <sup>2</sup>Depart. of Health Administration, Dongseo University

### <Abstract>

This study examined the association between marital status and mental health(depression, and suicidal ideation) of Korean adults by age and sex, using 2005 Korean National Health and Nutrition Examination Survey data. Differences of marital status in depression and suicidal ideation were assessed by age and sex-specific prevalence according to each stage of the life course.

Our results indicated that adults who divorced, separated, and widowed had significantly higher risk of poor mental health than married adults. Men with no spouse at the stage of middle and older aged are reported higher in depressive symptom than married men. For the suicidal ideation, men with no spouse had higher risk of suicidal ideation through all stage of life course. Women were more likely to report depressive symptom and suicidal ideation than men through all stage of life course. But we could not found the mental health advantage of marriage among Korean women through all stage of life course. Based on findings, the study clearly indicate that the implication of marriage on mental health could be different for adults of different age group and sex.

---

**Key Words : Marital Status, Depression, Suicidal Ideation, Sex, Age, Mental Health**

## I. 서론

그동안 결혼상태의 유지가 건강에 주는 긍정적 영향에 대해 많은 논의와 실증적 연구들이 이루어져 왔다[1][2]. 결혼한 사람은 미혼자에 비해 사망률 및 정신질환을 포함한 다양한 질환에서 보다 높은 수준의 건강상태에 있음이 비교적 일관되게 지적되어 왔으며[3][4], 이혼 및 별거의 경우 주관적 건강수준이 가장 낮고, 사별의 경우 그 다음으로 낮은 것으로 보고되고 있다[5]. 더욱이 결혼한 사람은 미혼자에 비해 심리적 스트레스가 낮으며 삶의 만족도가 큰 것으로 확인되었다[6].

결혼의 건강 관련성에 대한 논의는 주로 결혼의 건강에의 보호적 효과(protective effect)에 기초하고 있는데, 첫째는 결혼을 통한 배우자 역할이 성인기 정체감을 형성하는 주요 요소일 뿐만 아니라 배우자 및 가족들로부터 사회적, 심리적 지지를 제공받으며[7], 둘째로는 배우자와의 경제적 자원 공유를 통해 보건의료에 대한 접근성이 증가하며 경제적 어려움과 관련된 스트레스를 줄일 수 있다는 것이다[6]. 또한 결혼한 사람은 그렇지 않은 그룹에 비해 흡연, 음주와 같은 건강에 위해한 행동을 덜 하는 경향이며 의사와 검진을 더 찾는 경향이 라는 것이다. 이러한 결혼의 보호적 효과(protective effect)뿐만 아니라 건강한 사람일수록 결혼을 더 하게 되며 건강한 사람이 여전히 결혼 상태를 유지할 수 있는 반면 불건강한 사람은 결혼을 하지 않거나 별거, 이혼 또는 사별 상태에 놓일 수 있는 선택적 효과(selective effect)로 설명되고 있다[3][6][8].

한편 일부 연구에서는 결혼과 건강의 관련성은 성별에 따라 다르며 일반적으로 결혼의 이득이 여성보다는 남성에서 더 크다는 연구결과들을 내놓고 있다[6][9]. 더 나아가 여성의 경우 결혼 상태에 있음은 그렇지 않은 그룹에 비해 건강수준이 더

낮을 수 있음이 발견되기도 하였다[8]. 성별에 따른 결혼의 건강에의 영향차이를 여성의 경우 남성과 달리 결혼 상태에 따른 건강차이가 경제적 수준의 차이에 의한 것이기에 여성의 건강은 남성보다 빈곤에 더 취약할 수 있다고 설명하는 연구들도 있다[9]. 또 다른 해석은 남성과 여성은 결혼에 의해 주어지는 역할이 달라 이러한 성역할 차이가 남녀 건강에 영향한다는 것이다. 남성은 경제적 역할을 부여받기 때문에 심리적 스트레스 수준이 낮은 반면 여성에게는 경제적 의무와는 상반되는 가족을 돌보고 정서적 지지자로서의 역할이 주어지는 경향이다[10]. 따라서 여성은 일과 가족의 역할에서 갈등을 경험하게 되고 이로 인해 결혼에 대해 더 스트레스를 느낀다. Umberson 외[7]의 연구에서 결혼 여성은 다른 가족구성원의 건강을 점검하고 관리하는 경향인 반면 결혼 남성은 자신의 건강관리를 더 하는 경향이라는 결과를 보였으며 Thomson 과 Walker[11]의 연구에서 여성은 남성보다 결혼을 통한 정서적 지지를 덜 얻고 있다고 인식하고 있었다. 한편으로는 남성이 결혼으로 인한 이득이 더 큰 것은 결혼 때문이 아니라 미혼 남성의 경우 미혼 여성보다 신체적 건강 수준이 좋지 않기 때문이며, 결혼한 남성은 자신들의 건강 수준을 향상시키기 위해 자신들의 행동양식을 조절하는 경향이라고 주장하기도 한다[12].

더욱이 몇몇 연구에서는 생애주기 관점에서 보면 결혼 상태와 건강과의 관계는 연령에 따라 변화함을 나타내고 있다. 이는 연령과 관련한 다양한 요인이 변화하기에, 즉 연령에 따른 결혼 관계 질의 변화 및 연령 증가와 함께 흡연, 음주 등의 건강에 위해한 행위를 하게 될 가능성이 증가하고 삶의 질 자체가 생애단계에 따라 변화하는 것들에 의할 수 있을 것이다. 예를 들면, 생애주기에 있어서의 결혼의 질 수준에 따라 물질적 삶의 질이 U자형의 곡선관계를 나타내는데, 젊은 성인기와 노년기에 결혼의 질이 가장 높고 중년기에서 가장

낮다고 보고하고 있다[13]. 따라서 기존 연구를 통해 결혼상태의 건강에의 영향에는 연령과 성별이 연관되어 있으며 이러한 결혼과 건강과의 관련성의 방향과 크기가 여성과 남성에서 다르고 연령 그룹에 따라 다를 수 있음을 추측할 수 있다.

우리나라의 경우 노인인구 증가와 더불어 남성 노인의 대부분은 여전히 결혼 상태에 있는 반면 여성노인은 절반이상이 사별상태로 노인인구에 있어서 결혼상태의 남녀 간 불균형 현상이 존재하며, 최근 몇 년간 이혼율이 급속히 증가하여[14] 남성은 10년 전에 비하여 1.8배, 여성은 2.7배에 이르고 있으며 초혼 연령 또한 급속히 증가하는 등 전 생애주기에 걸쳐 결혼상태에 있어서 변화를 겪고 있다. 뿐만 아니라 우리나라의 경우 사회경제적 변화와 함께 점차 양성평등 사회를 지향하고 있지만 오랜 세월을 거쳐 사회문화적으로 양성평등을 구현하고 있는 서구사회에 비해 여전히 남녀역할 구분이 뚜렷한 문화를 가지고 있다.

따라서 본 연구는 우리나라 인구를 대표할 수 있는 2005 국민건강영양조사를 이용하여 생애주기에 따라 결혼 상태에 있어서의 성별 차이와 특성을 살펴보고, 결혼상태가 정신건강에 영향을 미치는 정도가 생애주기별, 성별에 따라 어떻게 다르게 기여하는지를 탐색하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 분석 자료 및 대상

연구 자료는 보건복지가족부와 보건사회연구원 이 공동으로 실시한 『2005년 국민건강영양조사』 자료를 이용하였다. 국민건강영양 조사는 13개 지역층(1개의 특별시, 6개의 광역시와 6개 도)의 행정구역(동·읍, 면)과 주거종류(아파트, 일반주택)를

층화기준으로 하여 600개의 조사구를 선정하고 각 조사구 내에서 20~26 표본가구를 선정 13,345가구를 대상으로 조사하였으며 조사 완료가구는 12,001 가구(조사 완료율 89.9%)였다. 국민건강영양조사는 질병에의 이환여부, 활동제한, 사고로 인한 손상, 의료이용 등을 조사한 '건강면접조사', 음주, 흡연 등의 '보건의식행태 조사', '검진조사' 및 '영양조사'로 이루어졌으며 본 연구는 면접조사원에 의해 조사된 '보건의식행태조사' 자료를 이용하였다. 본 연구는 '보건의식행태조사'의 19세 이상 성인 대상자(8,417명; 조사완료율 92.7%) 중 35세 이상 성인을 대상으로 하였으며 최종 분석대상은 주요 변수의 결측 케이스를 제외한 5,356명 이었다.

### 2. 측정 변수

종속변수인 건강상태는 우울 및 자살생각으로 측정하였다. 우울 및 자살생각의 측정은 각각 "지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있습니까?"와 "지난 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있습니까?"에 대한 질문에 (1) '예' 와 (2) '아니오'의 응답이 주어졌다.

주요 관심변수인 배우자 여부는 결혼 상태에 있는 경우만 유배우 상태로 분류하였으며 나머지 이혼, 별거, 사별의 경우를 무배우 상태로 구분하였다.

그 외 사회경제적 요인 및 건강수준을 보정변수로 하였으며 사회경제적 요인변수로는 교육수준, 직업 및 가구소득을 포함하였다. 교육수준은 무학을 포함한 초졸 이하, 중졸, 고졸이상으로 구분하였으며 고졸이상을 준거집단으로 하였다. 직업은 사무직, 비사무직 구분하지 않고 고용상태에 있는 경우를 준거집단으로 하였으며 실업, 가정주부 및 학생, 군대 등 기타에 해당하는 경우를 나머지 그룹으로 하였다. 가구소득은 자가보고 형식으로 조

사된 월 가구소득에 대하여 가구원수를 보정한 등가소득(equivalent income)을 산출하기 위하여 가구균등화지수(equivalent scale)를 적용하였다. 본 연구에서는 OECD 국가 간 비교에서 사용하는 가구균등화 지수 0.5를 사용하였다. 이렇게 계산된 등가소득을 4분위로 나누었으며 최상위 분위를 준거집단으로 삼았다. 건강 요인 변수는 주관적 건강 상태로 하였으며 이의 측정은 “당신의 건강은 대체로 어떠하다고 생각하십니까?”에 대한 질문에 (1) ‘매우 건강하다’, (2) ‘건강하다’, (3) ‘보통이다’, (4) ‘약간 나쁘다’, (5) ‘매우 나쁘다’의 응답으로 구성되었다. ‘약간 나쁘다’ 또는 ‘매우 나쁘다’ 고 응답한 대상자를 건강상태가 좋지 않은 불건강 집단으로 하고 나머지 응답의 경우를 건강한 집단으로 하였다.

### 3. 분석방법

남녀 성인의 생애주기별 유배우 상태의 특성에 따른 연령표준화 유병율을 남녀별로 제시 하였으며, 각 연령그룹별 유배우 상태에 따른 유의성을 검정하였다. 유배우 요인이 우울 및 자살생각에 영향을 미치는 정도를 파악하고 유배우 요인의 건강에의 영향이 생애주기에 따라 어떻게 다른지를 탐색하기 위해 젊은 성인(35-44세), 중년(45-59세), 노인(60-69세) 및 고령노인(70세 이상) 그룹으로 나누어 각각 다변량 로지스틱 회귀분석을 수행하였다. 또한 우울 및 자살생각의 배우자 여부 요인의 영향의 크기 및 방향이 남녀에 따라 다른지를 탐색하기 위하여 여성과 남성을 따로 하여 회귀분석을 수행하였다.

독립변수들 간 다중공선성 여부를 검정한 결과 모든 독립변수들의 VIF(variance inflation factor)는 1.923 이하로 확인되어 다중공선성의 우려는 배제

할 수 있었다. 모든 회귀분석 모형은 Hosmer-Lemeshow 모형 적합도 검정 결과 예측값과 관찰값의 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났다. 통계 분석 시에는 표본추출률과 완료율을 보정하기 위한 가중치를 부여하였으며 통계 프로그램은 SPSS+ 12.0을 이용하였다.

## III. 연구결과

<표 1>은 본 연구대상 성인 남녀의 인구학적, 사회경제적 분포를 나타낸 것이다. 결혼 상태에 있는 남성(91%)은 여성(73.1%)에 비해 많았으며 배우자가 없는 경우에 있어서 남성은 이혼 및 별거(6.2%)의 사유가 사별(2.9%)의 경우보다 높은 반면 여성에서는 이혼/별거(5.5%)로 인한 경우보다 사별(21.3%)의 이유가 높은 것으로 나타났다. 예상했던 바와 같이 남성은 여성에 비해 높은 교육 수준을 나타냈으며 여성의 38.0%가 초등학교 이하의 교육수준에 있는 것으로 나타났다. 또한 남성의 대부분(80.6%)은 경제활동을 하고 있는 반면 여성의 절반 이상(53.3%)은 가정주부이거나 실업상태로 나타났다. 남성은 여성에 비해 상위분위 소득수준에 더 많이 분포하는 것으로 나타났다.

연령그룹에 따른 유배우 상태를 살펴본 결과 <표 2>, 남녀 모두에서 연령 증가와 함께 유배우 비율이 감소하는 경향을 보였으나 남성에 비해 여성의 경우 큰 폭으로 감소함을 알 수 있었다. 무배우 사유에 있어서도 뚜렷한 남녀 차이 양상을 보였는데, 45-59세의 중년성인 그룹에서도 남성의 무배우 사유의 대부분은 이혼 및 별거(8.6%)이나 여성의 무배우 사유는 사별(12.2%)로 인한 경우가 이혼 및 별거(8.1%)의 경우보다 높게 나타났다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

	남성 N(%)	여성 N(%)	전체 N(%)
전체 대상자	2,549	2,806	5,355
결혼상태			
결혼	2,320(91.0)	2,053(73.1)	4,373(81.6)
사별	73(2.9)	599(21.3)	672(12.5)
이혼 또는 별거	157(6.2)	155(5.5)	312(5.8)
연령			
35-44	887(34.8)	951(33.9)	1,838(34.3)
45-59	1,054(41.3)	1,018(36.3)	2,072(38.7)
60-69	383(15.0)	447(15.9)	830(15.5)
70+	225(8.8)	391(13.9)	616(11.5)
교육수준			
고등학교 졸업 이상	1,726(67.7)	1,298(46.3)	3,024(56.5)
중학교졸업	377(14.8)	441(15.7)	818(15.3)
초등학교 졸업 이하	446(17.5)	1,067(38.0)	1,513(28.3)
직업			
취업	2,055(80.6)	1,311(46.7)	3,366(62.8)
미취업(가정주부 및 그 외 포함)	495(19.4)	14,95(53.3)	1,990(37.2)
가구소득*			
상	954(37.4)	900(32.1)	1,854(34.6)
중	857(33.6)	891(31.8)	1,748(32.6)
하	739(29.0)	1,015(36.2)	1,754(32.7)
주관적 건강			
건강	2,034(79.8)	1,879(67.0)	3,913(73.1)
불건강	515(20.2)	927(33.0)	1,442(26.9)

\* 경제 상태는 가족 수를 고려하여 세 그룹으로 분류하였음(등가가구소득)

한편, 60-69세의 노인 및 70세 이상의 고령노인 그룹에서 무배우 상태는 남녀모두 이혼 및 별거의 사유보다는 사별의 사유로 인함이 큰 것으로 나타났으나 특히 여성노인의 사별로 인한 무배우 상태(75.4%)는 남성노인의 경우(12.8%)보다 훨씬 큰 것으로 나타났다.

생애주기별 연령그룹에 따른 우울 및 자살생각의 유병율을 살펴본 결과<표 2>, 자살생각은 남녀 모두에서 연령증가에 따라 점차적으로 증가하는 양상이 뚜렷하였다. 반면, 우울의 경우 남성에서는 연령이 증가할수록 우울에 대한 보고가 증가하였지만 여성에서는 연령 증가와 함께 증가하다 70세

이상의 고령여성노인(23.8%)에서 우울 정도가 60-69세의 여성노인(28.9%)보다 낮게 나타났다. 한편 유배우 상태에 따른 우울 및 자살생각 유병수준의 차이를 살펴본 결과, 고령여성노인 그룹을 제외한 생애 단계별 남녀 그룹 모두에서 배우자가 없는 경우 유배우 상태에 비해 우울 및 자살생각이 높은 것으로 나타났다. 구체적으로는 남성의 경우 중년 및 노인 그룹에서 무배우 상태에 있는 경우 유의하게 우울 정도가 높았으며 여성에서는 중년 그룹에서만 유배우 여부에 따라 유의하게 우울 정도의 차이를 나타냈다.

<표 2> 연령별 결혼 상태와 결혼 상태에 따른 연령별 성별 우울 및 자살생각

	남성					여성				
	35-44	45-59	60-69	70+	Total	35-44	45-59	60-69	70+	Total
대상자수	886	1,054	384	225	2,550	951	1,029	447	391	2,807
결혼상태 (N, 가중치 %)										
배우자 있음	843 (95.0)	943 (89.4)	341 (89.0)	194 (85.8)	2,320 (91.0)	874 (91.9)	812 (79.7)	273 (61.1)	94 (24.1)	2,053 (73.1)
배우자 없음	44 (5.0)	112 (10.6)	42 (11.0)	32 (14.2)	230 (9.0)	77 (8.1)	207 (20.3)	174 (38.9)	296 (75.9)	753 (26.8)
사별	-	20 (1.9)	24 (6.3)	29 (12.8)	73 (2.9)	21 (2.2)	124 (12.2)	159 (35.6)	295 (75.4)	599 (21.3)
이혼 및 별거	44 (5.0)	91 (8.6)	18 (4.7)	3 (1.3)	157 (6.2)	56 (5.9)	83 (8.1)	15 (3.4)	2 (0.5)	155 (5.5)
우울 (%)										
전체	10.0	13.1	14.4	16.0	12.4	15.2	20.7	28.9	23.8	20.6
결혼	9.8	11.2	12.3	15.5	11.3	14.7	19.0	28.2	24.2	18.6
사별/ 이혼 및 별거	13.6	28.6	31.0	19.4	24.8	20.8	27.5	30.1	23.6	25.9
자살생각 (%)										
전체	11.8	16.9	20.4	23.5	16.2	19.1	26.4	30.7	34.3	25.7
결혼	10.8	14.8	18.5	21.6	14.5	17.7	24.4	30.0	27.7	22.5
사별/ 이혼 및 별거	31.1	34.8	35.7	34.4	33.9	35.1	34.0	31.8	36.4	34.5

\*p<.05, \*\*p<.01(유배우와 무배우의 차이)

자살생각의 경우 남성에서는 고령노인을 제외한 모든 연령 그룹에서 유배우 여부에 따라 유의하게 자살생각 수준이 차이가 있는 것으로 나타났으며 여성의 경우는 젊은 성인 그룹 및 중년 그룹에서만 유의한 차이를 나타냈다.

<표 3>과 <표 4>는 사회경제적 요인 및 건강요인의 고려한 이후에도 유배우 여부, 교육수준, 경제적 수준, 자기평가 건강 등이 우울 및 자살생각에 영향하는 정도가 연령 그룹 및 성에 따라 어떠한지를 살펴본 결과이다.

먼저 유배우 여부가 우울 및 자살생각에 미치는 영향을 살펴보면, 남성의 경우 젊은 성인 그룹과 고령노인 그룹을 제외한 중년그룹 및 노인그룹에서 무배우 상태는 각각 중년남성의 우울 정도를

2.32(95% CI: 1.42-3.79)배, 노인남성의 우울 정도를 3.0(95% CI: 1.42-6.34)배 높이는 것으로 나타났다. 반면 여성의 경우엔 전 생애에 걸쳐 배우자가 없다는 것이 우울 위험을 많이 증가시키지 않는 것으로 나타났다<표 3>. 한편 자살생각의 경우 남성에서는 사회경제적 요인 및 건강상태를 보정한 이후에도 여전히 배우자가 없음은 전 생애에 걸쳐 자살생각의 위험을 증가시키는 것으로 나타났으며 특히 중년그룹(OR: 1.87)에 비해 노인(OR: 2.70) 및 고령노인(OR: 2.70)에서 위험이 큰 것으로 나타났다. 여성의 경우 자살생각에 있어서도 무배우 상태는 어느 연령그룹에서도 자살생각의 위험을 높이지 않는 것으로 나타났다.

<표 3> 우울의 보정된 오즈비 (95% 신뢰구간)

	35-44세 OR(95% CI)		45-59세 OR(95% CI)		60-69세 OR(95% CI)		70세 이상 OR(95% CI)	
	남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성
<b>결혼상태</b>								
결혼	1	1	1	1	1	1	1	1
사별/ 이혼 및 별거	1.00 (0.37-2.66)	1.01 (0.53-1.90)	2.32 (1.42-3.79)	1.34 (0.92-1.95)	3.00 (1.42-6.34)	1.13 (0.73-1.75)	1.66 (0.56-4.97)	1.03 (0.59-1.79)
<b>교육상태</b>								
고등학교 졸업 이상	1	1	1	1	1	1	1	1
중학교졸업	0.42 (0.12-1.52)	1.31 (0.77-2.24)	1.03 (0.65-1.62)	0.92 (0.62-1.37)	1.15 (0.52-2.54)	0.76 (0.33-1.78)	2.04 (0.63-6.66)	1.24 (0.23-6.73)
초등학교 졸업 이하	1.15 (0.32-4.10)	0.55 (0.19-1.55)	0.86 (0.49-1.51)	0.75 (0.51-1.10)	0.94 (0.47-1.89)	0.73 (0.36-1.51)	0.77 (0.30-1.98)	0.87 (0.24-3.19)
<b>직업</b>								
취업	1	1	1	1	1	1	1	1
미취업	1.59 (0.67-3.79)	0.77 (0.53-1.13)	1.73 (1.08-2.80)	1.06 (0.77-1.46)	1.77 (0.97-3.24)	1.12 (0.72-1.75)	0.88 (0.39-1.99)	2.13 (0.96-4.73)
<b>가구소득</b>								
상	1	1	1	1	1	1	1	1
중	1.58 (0.92-2.73)	1.48 (0.96-2.28)	1.02 (0.65-1.61)	1.26 (0.84-1.87)	1.30 (0.48-3.55)	1.77 (0.80-3.95)	0.73 (0.14-3.69)	0.60 (0.25-1.44)
하	3.06 (1.71-5.49)	2.06 (1.25-3.39)	1.83 (1.09-3.06)	1.82 (1.20-2.76)	2.13 (0.86-5.26)	2.20 (1.06-4.56)	0.75 (0.18-3.11)	0.94 (0.45-1.94)
<b>주관적 건강</b>								
건강	1	1	1	1	1	1	1	1
불건강	2.89 (1.59-5.26)	2.31 (1.48-3.61)	1.63 (1.06-2.51)	2.59 (1.86-3.59)	0.89 (0.46-1.70)	2.34 (1.48-3.67)	4.32 (1.92-9.73)	1.44 (0.86-2.41)

<표 4> 자살생각의 보정된 오즈비 (95% 신뢰구간)

	35-44세 OR(95% CI)		45-59세 OR(95% CI)		60-69세 OR(95% CI)		70세 이상 OR(95% CI)	
	남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성
<b>결혼상태</b>								
결혼	1	1	1	1	1	1	1	1
사별/ 이혼 및 별거	2.45 (1.14-5.28)	1.34 (0.75-2.39)	1.87 (1.16-3.02)	1.24 (0.87-1.78)	2.70 (1.30-5.61)	1.06 (0.69-1.64)	2.70 (1.04-7.03)	1.55 (0.92-2.61)
<b>교육상태</b>								
고등학교 졸업 이상	1	1	1	1	1	1	1	1
중학교졸업	1.24 (0.53-2.94)	1.98 (1.20-3.25)	0.97 (0.63-1.49)	1.32 (0.91-1.91)	0.84 (0.39-1.80)	0.74 (0.30-1.84)	0.88 (0.29-2.70)	2.71 (0.45-16.22)
초등학교 졸업 이하	1.16 (0.36-3.69)	1.38 (0.61-3.10)	1.17 (0.72-1.91)	1.02 (0.71-1.46)	1.42 (0.78-2.60)	1.25 (0.59-2.63)	0.57 (0.26-1.29)	2.30 (0.54-9.88)
<b>직업</b>								
취업	1	1	1	1	1	1	1	1
미취업	1.40 (0.60-3.28)	0.79 (0.54-1.14)	2.30 (1.50-3.53)	0.98 (0.73-1.32)	1.33 (0.78-2.26)	0.99 (0.64-1.54)	0.96 (0.46-2.00)	0.99 (0.54-1.82)
<b>가구소득</b>								
상	1	1	1	1	1	1	1	1
중	1.71 (1.00-2.90)	1.37 (0.89-2.10)	1.42 (0.92-2.20)	1.14 (0.79-1.65)	1.12 (0.45-2.82)	1.78 (0.83-3.86)	1.41 (0.31-6.43)	0.47 (0.22-1.02)
하	3.84 (2.19-6.72)	3.12 (1.96-4.96)	3.12 (1.94-5.02)	1.92 (1.30-2.82)	2.44 (1.09-5.50)	1.71 (0.85-3.45)	1.50 (0.38-5.87)	0.62 (0.32-1.20)
<b>주관적 건강</b>								
건강	1	1	1	1	1	1	1	1
불건강	3.84 (2.20-6.70)	4.62 (3.06-6.98)	1.98 (1.34-2.93)	3.03 (2.23-4.11)	2.09 (1.21-3.62)	2.56 (1.63-4.01)	4.84 (2.39-9.80)	1.64 (1.03-2.62)

#### IV. 논의

본 연구결과 우리나라 성인들에서 결혼상태가 정신건강에 미치는 영향정도는 연령그룹에 따라 다르며 결혼상태가 우울 및 자살생각에 미치는 영향이 성별에 따라 다를 수 있음을 확인할 수 있었다. 가장 중요한 결과는 우리나라 여성의 경우 중년여성그룹을 제외한 나머지 연령그룹에서 결혼의 건강에의 이득을 거의 찾아볼 수 없었다는 것이다.

모든 연령대에서 결혼 상태에 있는 남성은 무배

우 남성에 비해 유의하게 우울 및 자살생각 위험이 낮은 반면 여성의 경우 배우자가 없는 것이 우울과 자살 생각이 나타날 위험 정도를 증가시키긴 하나 미미한 수준이었다. 이는 남녀 성인 모두에서 결혼의 건강에의 긍정적 효과를 확인하고 있는 기존의 연구들과는 상이한 결과이다. 남성에서 결혼이 건강을 보호하는 효과가 있음에 대한 결과는 대부분의 사회에서 일관되게 나타나고 있으나, 여성에서의 결혼의 건강보호효과는 연구마다 다소 차이를 보이고 있다. Waldron 외[8]의 24-34세 여



성을 대상으로 한 연구에서 경제적 자원 및 사회적 지지를 제공할 수 있는 직업을 갖지 않은 결혼 여성에서만 결혼의 보호적 효과를 발견할 수 있었을 뿐 풀타임 직업을 가진 여성에서는 결혼의 보호 효과를 발견할 수 없었다고 밝히고 있다.

Alley 외[15]의 연구에서는 물질적 자원의 결핍이 의료와 주거환경 그리고 음식 섭취에까지 영향을 주며 이는 건강과 연결되어 있음을 제시되고 있는데, 이런 측면에서 본 연구결과는 여성의 결혼상태와 정신건강이 사회 자본의 결핍과 취업 및 경제적인 부분과 복잡하게 관련되어 있을 것으로 의심해 볼 수 있다. 왜냐하면 우리나라 여성의 취업률은 남성에 비해 낮은 편이고[15] 여성의 성역할이 비교적 명확히 구분되는 사회이므로 취업 유무에 따라 여성에서의 결혼의 건강보호 효과와 다르게 나타날 수 있는 것으로 판단된다. 한편 Lee 외[5]의 연구에서는 여성의 사회참여가 건강에 주는 영향이 결혼 상태가 주는 영향에 비해 훨씬 크며, 이는 남성에서 훨씬 더 큰 것으로 나타났고 이러한 효과는 계속 증가하여 65세 이상의 연령에서 가장 커지는 것으로 나타났다. 이러한 관점에서 살펴보면 결혼의 보호효과가 우리나라 여성에서 거의 보이지 않는 이유는 가족의 돌봄제공자, 정서적 지지자 그리고 자녀 양육의 역할 등이 이러한 사회참여를 하는데 있어 방해요인으로 작용하여, 여성의 결혼이 주는 건강 보호 효과를 상쇄시키는 요인으로 작용되었을 수 있을 것으로 판단된다.

또한 이러한 부분이 외국의 연구결과와는 사뭇 다른 결과를 낳았을 것으로 판단되며, 앞으로의 연구에서 우리나라 여성의 사회참여와 결혼과 건강의 관련성을 장기적인 연구로 파악해 볼 필요가 있을 것이다. 하지만 이러한 부분을 뒷받침해주는 연구결과는 '배우자와 의견의 불일치 빈도가 가장 높은 갈등 영역'은 여가 및 취미활동, 가사분담, 친구문제 등의 순서로 나타났으며, '배우자로서의 역할기대와 역할기대에 대한 갈등'은 결혼의 만족도

를 떨어뜨리는 요인으로 지적된 부분이다[16].

결혼이 자살에 대해 보호효과를 가지고 있으며 이러한 효과는 미혼, 이혼 및 사별 등에 있어 나이와 성별에 있어 효과가 다른 것으로 나타났으나, 남성에 비해 여성은 일관적인 결과로 나타나지는 않았다[17]. 우리의 연구에서는 사회경제적 요인을 보정하기 이전에는 여성의 경우 중년에서만 무배우 상태가 우울 및 자살생각 위험을 유의하게 높이나, 사회경제적 요인을 보정한 이후엔 여성의 경우 생애 전반에 걸쳐 결혼 상태의 정신건강에의 영향은 나타나지 않았다. 반면, 남성의 경우 전 연령대에서 사회경제적 요인을 보정에 상관없이 무배우 상태는 우울 및 자살생각 위험을 높이는 것으로 나타났다.

이러한 연구결과는 앞서 언급한 것처럼 여성의 경제적 문제, 사회적 참여의 제한 이외에 성역할이 뚜렷한 우리나라 문화의 특성과 우리나라에서의 여성의 사회적 지위와 연결해서 해석될 수 있을 것이다. 우리나라 여성의 경우 사회적 지위가 다른 문화에 비해 낮기 때문에 여성의 결혼의 건강보호 효과의 많은 부분은 사회문화적 요인에 의해 설명될 수 있을 것이며[15], 우리나라의 문화나 정서상 결혼 자체가 외부자원에서 얻어지는 유형 및 무형의 사회적 자원을 얻지 못하게 될 수 있다[5].

여성들은 기본적으로 남성에 비해 우울의 문제가 더 많이 발생되고 특히, 사회적 지지를 포함한 사회적 자원이 결여되어 있는 여성에서 문제가 더 큰 것으로 밝혀지고 있다[18]. 육아와 가사의 전담 등의 가족의 돌봄 등의 성역할에 의한 부담이 더 크고 이로 인한 정신적 부담이 다른 문화에 비해 큼을 생각해 볼 수 있다[19]. 이를 잘 반영하듯 통계청 조사에서 맞벌이 부부의 약 87%가 가사 부담을 부인이 전적으로 한다고 하였고, 자녀 양육 및 자녀 교육의 문제도 60% 이상이 부인이 부담하는 것으로 밝혀졌다[20]. 따라서 배우자나 가족들로부터의 사회적 지지를 받기 어려운 여건일 가능

성이 클 것으로 판단된다[7].

한편 연령과 가구형태에서 특히, 노인들의 경우는 자녀들의 장성으로 인하여 양육관계가 부과하는 책임감과 의무감으로부터 건강에 크게 영향을 받지 않으나 배우자와의 동거는 건강상태에 영향을 지속적으로 주는 것으로 지적되고 있다[21]. 이러한 연구결과는 여성고령노인의 우울이 감소되었던 부분과 관련된 것으로 해석할 수 있을 것이다. 또한, 여성노인이 남성노인보다 우울 수준이 더 높으며, 남성은 건강문제가 많을수록 여성은 건강문제와 함께 경제적 문제를 더 많이 경험할수록 우울이 더 심하게 나타난다고 한다[22]. 이는 최령외[23]의 연구에서도 노인의 경우 건강문제가 우울과 자살생각에 중요한 영향을 주는 것으로 나타난 것과 같은 결과이다.

전반적으로 연령이 증가하면서 우울과 자살 생각의 위험이 다르게 나타나는 부분은 일반적인 건강문제 및 건강위험요인의 증가와 사회적 역할이 늘어나는 것과 연관 지어 생각해 볼 수 있을 것이며, 자살의 발생이 성인기에는 결혼상태에 따라서 큰 영향을 받게 되나, 노년기에는 그 영향 정도가 줄어드는 것으로 나타났고, 전반적으로 연령 변화에 따른 영향은 거의 없는 것으로 나타난 연구결과[24]와도 맥을 같이 하고 있으나 이 연구는 우울이나 자살 생각이 아니고 자살 발생이며, 우리나라 사람들의 현황과는 다를 수도 있다.

본 연구는 단면조사 자료로 이루어진 결과이므로 몇 가지 연구결과에 해석에 있어 제한점을 가진다. 인과관계를 명확히 할 수 없는 한계가 있으므로 향후 횡단자료에 기초한 인과성의 질적 근거를 탐색하는 추후 연구가 요구되며, 성인 이전 단계의 건강 및 결혼상태에 관한 정보가 부족하므로 전 생애 단계를 반영하는데 제한이 있다. 한편으로는 결혼상태의 정신건강에의 영향에 있어서 역인과관계의 가능성 또한 배제할 수 없는데, 결혼의 건강 선택적 효과에 의하면 정신건강 수준이 좋지

않은 경우 결혼을 선택하지 않을 수 있으며, 정신건강수준이 좋지 않기 때문에 결혼을 유지하지 못할 가능성도 있다. 따라서 이러한 결과가 나온 메카니즘을 밝히기 위한 장기적인 연구가 필요할 것으로 판단된다.

## V. 결론

본 연구는 우리나라 인구를 대표할 수 있는 2005 국민건강영양조사를 이용하여 생애주기에 따라 결혼 상태에 있어서의 성별 차이와 특성을 살펴보고, 결혼상태가 정신건강에 영향하는 정도가 생애주기별, 성별에 따라 어떻게 다르게 기여하는지를 탐색하고자 하였다.

2005년 국민건강영양조사자료를 중 보건의식행태조사 부문의 35세 이상의 성인 5,356명을 대상으로 우울 및 자살 생각, 결혼 상태를 살펴보고, 사회경제적 요인 및 건강변수를 보정변수로 사용하였다. 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였고, 독립변수간 다중공선성을 검증하였으며, SPSS+12.0을 사용하여 분석하였다.

유배우자에 비하여 남여 모두에서 이혼, 별거, 사별 등의 배우자가 없는 경우가 우울 및 자살 생각의 높게 나타났다. 남성의 경우 특히 중년기와 노년기에 우울 정도가 더 높게 나왔으며, 자살 생각의 경우 전 생애를 걸쳐 배우자가 없는 경우 자살 생각을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 여성의 경우는 우울과 자살 생각 모두 남성에 비해 전 생애를 걸쳐 높게 나타났으나 배우자가 있는 여성과 없는 여성간의 차이는 사회경제적 요인을 보정하고 나면 아주 미미한 수준이었다.

본 연구는 우리나라 성인들에서 결혼상태가 우울 및 자살생각에 미치는 영향이 성별과 연령에

따라 다름을 확인할 수 있었으며, 지역사회 정신보건 및 여성건강 정책에 있어 이 연구결과는 기초적인 자료로 활용될 수 있을 것이다.

## 참고문헌

1. Kisker, E.E., Goldman, N. (1987), Perils of single life and benefits of marriage, *Biodemography and Social Biology*, Vol.34(3);135-152.
2. Nilsson PM, Nilsson JA, Ostergren PO, Berglund G (2005), Social mobility, marital status, and mortality risk in an adult life course perspective: the Malmo Preventive Project, *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol.33;412-423.
3. Gove, W. R. (1973), Sex, marital status, and mortality, *American Journal of Sociology*, Vol.79;45-67.
4. Rogers, R. G. (1995), Marriage, sex, and mortality. *Journal of Marriage and the Family*, Vol.57;515-526.
5. Lee, H. Y., J, SN, Lee, S., Cho, SI., Park, EO (2008), The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey, *International Journal of Nursing Studies*, Vol.45; 1042 - 1054.
6. Ross C.E., Mirosky, John, Goldsteen, Karen (1990), The Impact of the Family on Health: The Decade in review, *Journal of Marriage and Family*, Vol.52(4);1059-1078.
7. Umberson, D., Wortman, C. B., Kessler, R. C. (1992), Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.33;10 - 24.
8. Waldron, I., Hughes, M.E., Brooks T.L.(1996), Marriage protection and marriage selection - Prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health , *Social Science & Medicine*, Vol.43(1);113-123.
9. Lillard, Lee, Waite, Linda (1995), Til Death Do Us Part: Marital Disruption and Mortality, *American Journal of Sociology*, Vol.100(5);1131-1156.
10. Umberson, D, Chen MD, House JS, Hopkins K, Slaten E. (1996), The effect of social relationship on psychological well-being: are men and women really so different? *American Sociological Review*, Vol.61; 837-857.
11. Thompson, Linda, Walker A.J.(1989), Gender in families : Women and Men in Marriage, Work, and Parenthood, *Journal of Marriage and Family*, Vol.51(4);845-871.
12. <http://www.psychpage.com/family/library/brwaitgallagher.html>(Waite, L.J., Gallagher, Maggie, The Case for Marriage: Why Married People Are Happier, Healthier, and Better off Financially, Accessed 2011.08.03)
13. Lawson D.M.(1988), Love attitude and marital adjustment in the family life cycle, *Sociological Spectrum*, Vol.8(4);391-406.
14. 통계청 (2010), 통계로 보는 여성의 삶.
15. Alley, D.E., Soldo, B.J., Pagan, J.A., McCabe, J., Blois, M., Field, S.H., Asch, D.A., Cannuscio, C. (2009), Material Resources and Population Health: Disadvantages in Health Care, Housing, and Food Among Adults Over 50 Years of Age, *American Journal of Public Health*, Vol.Supplement 99(S3);S693-S701.
16. 현경자 (2005), 결혼의 질과 안정을 저해하는 부부갈등 영역: 성별에 따른 유사점과 차이점 정신보건과 사회사업, Vol.21;158-193.
17. Masocco, M., Pompili, M., Vichi, M., Vanacore, N., Lester, D., Tatarelli, R. (2008), Suicide and Marital Status in Italy, *Psychiatr Q*

Vol.79;275-285.

18. De Silva, M.J., Huttly, S.R., Harpham, T., Kenward M.G. (2007), Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries, *Social Science & Medicine*, Vol.64(1);5-20.
19. 하은정, 권수진 (2007). 의료서비스조직 기혼 여성근로자의 직장-가정 갈등, 조직 지원이 조직유효성에 미치는 영향. *보건의료산업학회지*, Vol.1(1);30-58.
20. 통계청 (2010), 통계청 사회조사 등을 통해 바라본 우리나라 부부의 자화상.
21. 김진구 (2011), 가구형태가 노인의 건강행위에 미치는 영향, *노인복지연구*, Vol.51;35-55.
22. 이인정 (2007), 남녀 노인의 우울, 삶의 만족에 대한 심리사회적 요인들의 영향의 차이에 관한 연구, *노인복지 연구*, Vol.36;159-180.
23. 최령, 문현주, 황병덕 (2010), 만성질환이 노인들의 스트레스인지, 우울증상 경험 및 자살생각에 미치는 영향, *보건의료산업학회지*, Vol.4(2);73-84.
24. Corcoran, Paul, Nagar, Aaron (2010). Suicide and marital status in Northern Ireland. *Soc Psychiat Epidemiol*, Vol.45;795-800

접수일자 2011년 8월 14일

심사일자 2011년 8월 30일

게재확정일자 2011년 9월 17일