

비동거자녀 지원이 1인가구 노인의 우울에 미치는 영향: 성별에 따른 비교

임민경¹, 고영미^{2*}

¹신한대학교 간호학과, ²국립정신건강센터 정신건강연구소

Effects of Separated Children Support on Depression in One-Person Households of the Elderly

Min Kyoung Lim¹, Young-Mi Ko^{2*}

¹Department of Nursing, Shinhan University

²Mental Health Research Institute, National Center for Mental Health

요약 이 연구는 양적인 증가 및 사회적으로 중요도가 높은 1인가구 노인의 성별에 따른 우울 영향요인을 비동거자녀 지원에 초점을 두어 살펴보았다. 2014년 노인실태조사자료의 65세 이상 1인가구 노인 2,354명(남자 407명, 여자 1,947명)을 대상으로 성별로 사회인구학적 특성, 건강수준 및 행태, 친인척 및 친구관계, 여가 및 사회활동, 비동거자녀 지원 및 지원유형에 따른 우울 분포와 우울에 영향을 미치는 주요 요인을 비교분석하였다. 다변량 로지스틱 회귀분석 결과 1인가구 남성노인은 도구적일상생활수행능력, 주관적건강상태, 친구 수, 여성노인은 주관적건강상태, 친구 수, 현재 일하는 여부, 만성질환 수, 비동거자녀의 정서적 지원 등이 우울에 영향을 미쳤다. 특히 비동거자녀의 정서적 지원은 1인가구 남녀노인의 우울에 차이를 보이는 주요 요인으로 향후 1인가구 노인의 차별화된 정신건강증진 방안 마련 시 고려되어야 한다.

주제어 : 1인가구 노인, 우울, 비동거자녀, 지원, 지원 유형

Abstract This study examined if support from separated children as a factor of depression was distinguishable between male and female elderly individuals living in one-person households. This study analyzed data of 2,354 elderly individuals living in one-person households(407 males and 1,947 females) who were 65 years of age or older using data from the 2014 National Elderly Survey on Living Conditions and Need for Welfare. Employing logistic regression, IADL, self-rated health, and, friends were important for male elderly individuals living in one-person households, while self-rated health, friends, employment, chronic diseases, and emotional support from separated children were noticeable for female elderly individuals living in one-person households. To better understand the mental health needs by gender of elderly individuals living in one-person households, their differences in emotional support from separated children, should be considered.

Key Words : One-Person Households of the Elderly, Depression, Separated Children, Support, Support Type

1. 서론

저출산 및 고령화, 부모부양에 대한 가치관의 변화, 도시화 등의 원인으로 1인가구 노인이 증가하고 있다. 노인

에서 1인가구 비율은 2005년 17.8%였으나 2015년 20.8%, 2025년 21.8%, 2035년 23.2%로 예측된다[1]. 경제적으로 여유가 있으며, 독립적인 생활을 하고자 1인가구를 희망하는 노인들도 증가하는 추세이나 1인가구 노인들의 보

*This paper was supported by the Shinhan University Research Fund, 2017

*Corresponding Author : Young-Mi Ko (poldini7@hanmail.net)

Received January 2, 2018

Revised February 28, 2018

Accepted March 20, 2018

Published March 28, 2018

편적인 특성은 사회경제적수준이 낮고, 신체적·정신적 건강상태가 좋지 않으며, 삶의 궤적에서 가족과의 부정적 사건(배우자와의 사별, 이혼 및 별거, 자녀와의 관계 단절 등)을 경험하고 있다[2]. 따라서 1인가구 노인 환경의 열악함이 크다는 보고가 끊임없이 제기되고 있고, 빈곤, 소외, 우울, 자살, 거동불편 등의 문제를 집약적으로 갖고 있으며[3], 돌봄 문제, 경제적 및 심리적 불안감, 외로움 등의 건강·경제·사회 영역에서 불리한 상황이다[4].

질병형태도 변화하여 만성질환의 비중 및 노인층의 정신질환으로 인한 사회적 부담도 증가하는 추세이다. 2014년 건강보험통계에서 우울증 진료환자수는 전체 521,168명으로 이 중 65세 이상 노인은 169,820명(32.6%)이며[5], 1인가구 노인 대상의 연구에서도 약 43%가 우울 증상을 가진 것으로 조사되었다[6]. 우울로 인한 사회적 비용은 전체 질병부담 중 6위이며[7], 세계보건기구에서도 우울증으로 인한 질병부담이 2030년에는 가장 클 것으로 예측하였다[8]. 우울증은 슬픔, 좌절, 자신의 가치 부족 등과 같은 감정이 지속되는 것으로[9] 노인에서 흔히 발생하는 정신건강문제이나 정상적인 노화과정은 아니다[10]. 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제적 사정의 악화, 사회 및 가족들로부터 소외와 고립, 일상생활에 대한 자기통제 불가능, 지난 세월의 회한 등의 다양한 원인으로 우울을 경험하며, 자살로까지 이어져 사회적인 문제가 되고 있다[11].

노인의 우울 영향 요인은 선행연구들에서 확인되고 있다. 농촌이 도시지역 보다 우울 비율이 높으며[3], 연령이 높고, 운동단계, 만성질환 수, 지각된 건강상태가 우울과 유의한 관련성을 보이며[2,9], 1인 가구 여성노인은 소득수준이 낮고, 일상생활능력(ADL, IADL)에 제한이 있어 우울을 경험하는 것으로 나타났다[12]. 또한 형제자매·친인척과 맺는 지원의 방식, 친구·이웃과의 접촉 등 사회적 관계가 우울에 영향을 미쳤다[13,22,41]. 종교활동 및 자원봉사활동 등의 사회활동 참여도 자기효능감을 강화시켜 우울증상을 감소시키는 것으로 나타났다[14]. 한편, 1인가구노인은 사회·경제·심리적 어려움을 겪고 있는 경우가 많아서 동거노인보다 음주 및 관련문제가 심각한 것으로 추정된다. 여성 1인가구 노인의 1일 알코올 섭취량은(7.6g) 비독거 노인(0.9g)에 비해 8.4배로 사회적 고립 및 고독감과 연관되며, 정신건강문제와 관련이 높다[6]. 특히 1인가구 노인의 우울증 위험 요인은 교육 수준, 종교적 신념, 주관적 건강상태, 만성질환 수, 사회적

지원 등이 해당되어[15] 가구소득 및 교육수준이 낮고, 직업이 없거나 은퇴한 사람의 우울증위험이 3배 높게 나타났다[16]. 또한 효과적인 사회적 네트워크는 우울증이나 외로움을 감소시키는 가장 강력한 자원이라는 연구결과도 있다[17].

노년기는 각 개인이 지니고 있던 차이점이나 특성이 생애에 걸쳐 축적되어 나타난 결과로 다른 연령층에 비해 다양함이 존재한다[12]. 노년기 다양성에 영향을 주는 요인의 하나가 성별이며, 우울에도 영향을 미친다. 또한 연령이 증가할수록 성별 차의 영향도 증가하는 것으로 나타났다. 60-65세 이상 노인 대상의 국내외 모든 연구에서 여성노인의 우울이 남성노인 보다 높으며[13], 대만 노인을 대상으로 한 연구에서도 여성노인의 우울증 유병률이 남성노인에 비해 1.6배 높았다[14]. 반면, 1인가구 남녀노인의 우울 차이는 일관된 연구결과를 제시하지는 않는다. 1인가구 여성노인이 남성 노인보다 우울 수준이 높은 것으로 나타난 연구도 있으며[15], 일본 대도시근교에 사는 65세 이상 1인가구의 우울은 남성노인 40.7%, 여성노인 30.5%로 보고되었다[16]. 한국 도시에 거주하는 요보호 1인가구 노인 대상의 우울 연구에서도 남성노인의 우울이 여성노인보다 높았다[16].

이상에서와 같이 노인층의 우울 영향 요인은 다양하다. 그러나 1인가구 노인의 성별 차이에 따른 우울 영향 요인으로 세대 간 관계에 초점을 두고 있는 연구는 찾아보기 어렵다. 1인가구 노인은 동거가구 노인에 비해 자녀와의 관계에서 주고받는 지원의 중요성이 다소 과소평가되고 있다. 비동거자녀는 사회관계망의 일부분으로 해석되거나[18,19], 배우자 및 동거자녀와 구분 없이 동질의 형태로 간주되고 있다[20,21]. 가족관계는 사회관계망의 하나로 노년의 후기로 갈수록 배우자와의 사별로 인해 자녀와의 관계가 중요해진다[22]. 부모부양에 대한 가치관이 빠르게 변화하고 있는 실정이며, 다양한 사유로 1인가구 노인이 증가하고 있으나 비동거자녀는 여전히 주요한 지지 자원이라 할 수 있다. 부모-자녀 문화가 상이한 미국 및 유럽에서도 최근 노부모와 비동거자녀 간에 근거리 거주, 연락빈도 등에 초점을 맞춘 연구가 활발하다[23,24]. 자녀에게 받는 다양한 형태의 지원은 노인의 우울 및 정신건강에 유의한 영향을 미쳐서 우울 보호요인으로 작용하며, 우울을 완화시켜주는 역할을 한다[25]. 또한 자녀와의 관계의 질과 만족도가 노인의 우울과 밀접한 인과관계가 있으며[26,27], 자녀의 지지 즉 정서·도구·

경제적 지원은 노인의 우울을 낮춰주는 영향 요인이다 [25]. 특히, 노인의 우울에 영향을 미치는 요인들이 성별에 따라 다르다는 보고들이 많다[11,21-23]. 앞에서 언급한 비동거자녀의 지원도 노인의 성별에 따라 우울에 미치는 영향이 다를 수 있다. 따라서 1인가구 노인의 성별 우울 영향 요인들 중 비동거자녀의 지원 및 지원유형이 우울에 미치는 영향에 차이가 존재할 것이라는 가설을 기반으로 하였다.

1인가구 노인의 성별 정신건강 격차 문제를 어떻게 이해하고 경험적으로 분석해낼 것인가에 대한 심도 있는 논의가 필요하다. 노인의 우울은 신체적·정신적 질환의 발병 위험을 높이고[28], 개인의 삶의 질을 저하시키며, 의료이용 증가로 인한 사회적 비용의 증가로 이어진다 [29]. 또한 우울은 자살의 직간접적인 원인이 되기 때문에 노인 자살 예방 측면에서도 우선적으로 고려되어야 할 문제이다. 이 연구는 양적인 증가 및 사회적으로 중요도가 높은 1인가구 노인의 성별 우울 영향요인을 비동거자녀의 지원 측면에 초점을 두어 비교 분석하였다. 비동거자녀의 지원 및 지원 유형이 1인가구 노인의 우울에 중요 요인으로 작용하는지, 또한 성별에 따른 차이를 나타내는지 분석하였고, 이를 통해 1인가구 노인의 차별화된 정신건강증진 방안 마련에 기초자료로 활용되고자 한다.

2. 연구방법

2.1 연구자료

한국보건사회연구원이 실시한 '2014년 노인실태조사' 자료로 전국에서 다단계 추출방법에 의해 선정된 65세 이상 노인 10,674명을 대상으로 하였다. 이러한 대표성 이외에도 노인들의 사회인구학적 특성, 생활실태와 건강, 자녀와의 관계 및 세대 간 지원, 복지욕구에 관한 설문항목을 풍부히 담고 있어 이 연구 분석에 적합한 자료이다. 조사가 완료된 노인 중 설문에서 현재 혼자 살고 있다고 응답한 65세 이상 1인가구 노인 2,354명을 분석대상으로 하였다. 대리응답 및 자녀가 없는 사례, 분석에 사용된 문항에 하나라도 응답하지 않은 사례들은 모두 제외하였다. 한편, 연구에 사용된 이 자료는 공공데이터로 한국보건사회연구원으로부터 학술 목적 활용에 대한 허가를 받았다.

2.2 변수정의

2.2.1 우울

우울 측정도구는 한국어판 단축형 노인우울 척도를 사용하였다. 이 도구는 Sheikh와 Yesavage(1986)가 개발한 Geriatric Depression Scale Short form을[30] 조맹제 등(1999)이 번역하고 신뢰도 및 타당도를 보고한 것으로 총 15개 문항으로 구성되어 있다[31]. 선택지는 '예', '아니오'로 긍정적인 진술의 문항에서는 '아니오'를 1점, '예'를 0점으로 평가하며, 부정적인 문항에서는 역으로 점수를 부여했다. 총점은 0점부터 15점까지의 점수로 산출되며 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것으로 판단한다. 이 도구의 우울 절단점은 8점으로 8점 이상이면 우울 '있음', 미만이면 우울 '없음'으로 분류하였다.

2.2.2 사회인구학적 특성

사회인구학적 특성은 거주지역, 연령, 교육수준, 가구연간 총소득, 현재 수입이 되는 일 여부를 측정하였다. 거주지역은 도시와 농촌으로 구분하였고, 연령은 65-69세, 70-74세, 75-79세, 80세 이상의 4가지로 범주화하였다. 교육수준은 무학(글자모름), 무학(글자해독), 초등학교, 중학교이상으로 구분하였다. 가구의 연간 총 소득은 연속변수로 측정하였으며, 현재 수입이 되는 일을 하고 있는지 유무도 측정하였다.

2.2.3 건강수준 및 행태

주관적 건강상태, 도구적일상생활수행능력(IADL), 만성질환 수, 운동 여부, 음주 여부를 알아보았다. 주관적 건강상태는 '평소 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?' 질문을 통해 '매우 건강하다', '건강한 편이다', '그저 그렇다'는 '건강한 편'으로, '건강이 나쁜 편이다', '건강이 매우 나쁘다'는 '건강하지 못한 편'으로 이분하였다. 도구적일상생활수행능력의 세부문항은 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래, 약 챙겨먹기, 금전관리, 근거리 외출, 물건구매 및 지불 등, 전화 걸고 받기, 교통수단 이용하기의 총 10문항이다. 각 문항마다 ①완전 자립 ②부분 도움 ③완전 도움의 선택지로 주어지며 문항 8, 9, 10(물건구매, 전화 걸고 받기, 교통수단 이용)은 ①완전 자립 ②적은 부분 도움 ③많은 부분 도움 ④전혀 할 수 없음의 4가지로 구성된다. 이 중 '완전 자립'은 '제한 없음'으로 하였고, 그 이외에 응답은 '제한 있음'으로 측정하였다. 만성질환은 지난 3개월 이상 앓고 있는 질환으로 의사진단 기준의 총 만성

질환 수를 의미한다. 운동여부는 평소 운동여부를 묻는 질문에 '예'와 '아니오'로, 음주여부는 지난 1년간 술을 마신 횟수를 통해 측정하여 '최근 1년간 전혀 마시지 않음'과 '마침'(연 1회 이상-12회 미만, 한 달에 1회 정도, 한 달에 2-3회 정도, 일주일에 1회 정도, 일주일에 2-3회 정도, 일주일에 4-6번 이상, 매일)으로 이분하였다.

2.2.4 친인척 및 친구관계

가깝게 지내는 형제·자매를 포함한 친인척 및 친구·이웃·지인 수를 각각 파악하였다. 여기서 '가깝게 지내는'이란 마음을 털어놓을 수 있는 사람을 의미하며, '없음', '1명', '2명', '3명 이상'으로 구분하였다.

2.2.5 여가 및 사회활동

여가 및 사회활동의 형태는 종교, 지난 1년간 참여한 여가문화활동, 지난 1년간 노인(종합)복지관 이용 유무를 살펴보았다. 1인가구 노인의 종교활동은 개인의 신앙생활을 포함하여 인적 교류, 식사서비스 지원 등으로 활용되기도 한다. 여가문화활동은 취미활동, 여행, 영화관람, TV시청 등을 질문하였다. 노인(종합)복지관은 각종 여가프로그램, 자원봉사활동, 일자리사업, 주간보호 등의 건강관련서비스, 식사서비스, 친목도모 등을 제공하고 있어서 이용여부를 조사하였다.

2.2.6 비동거자녀의 지원 및 지원유형

비동거자녀로부터 지난 1년간 정서적·도구적·신체적·경제적 지원을 받았는지 여부를 측정하였다. 대체로 정서적 지원은 고민상담, 도구적 지원은 청소·식사준비·세탁, 신체적 지원은 간병·수발·병원동행 등을 의미한다. '매우 그렇다', '그런 편이다'는 '그런 편'으로, '그렇지 않은 편이다', '전혀 그렇지 않다'는 '그렇지 않은 편'으로 분류하였다. 경제적 지원은 정기적인 현금지원만을 측정하였고 '있음'과 '없음'으로 구분하였다.

2.3 분석방법

1인가구노인의 성별 사회인구학적 특성, 건강수준 및 행태, 친인척 및 친구관계, 여가 및 사회활동, 비동거자녀의 지원 및 지원유형에 따른 우울분포의 차이를 chi-square 및 t-test를 통해 검정하였고, 우울에 영향을 미치는 요인은 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 모형1은 노년기 우울과 연관성이 있는 사회인구학적특성

(거주지역, 연령, 교육수준, 가구 연간 총 소득, 현재 일하는 여부), 건강수준 및 행태(주관적 건강, 도구적일상생활수행능력, 만성질환, 운동, 음주), 친인척 및 친구관계, 여가 및 사회활동의 영향을 측정하였다. 모형2는 비동거자녀 지원 및 지원유형의 성별 영향요인을 분석하기 위하여 모형1의 변수들을 통제된 상태에서 정서·도구·신체·경제적 지원 변수를 추가하여 분석하였다.

3. 연구결과

3.1 1인가구 남녀노인의 특성과 우울 분포

홀로 거주하며 1명 이상의 비동거자녀가 있는 65세 이상 남녀 1인가구 노인 2,354명(남성 407명, 여성 1,947명)을 대상으로 우울 분포를 살펴본 결과 남성은 우울 '없음' 249명, '있음' 158명이며, 여성은 '없음' 1,127명, '있음' 820명이었다. Table 1은 1인가구 남녀 노인의 특성에 따른 우울 분포를 제시하였다. 1인가구 남성노인의 사회인구학적 특성에서 거주지역은 농촌 71.5%, 도시 28.5%가 우울이 있다고 답했으나 통계적 유의성은 없었다. 연령은 통계적 유의성은 없으나 70-74세가 33.5%로 우울이 가장 많았고, 75-79세 23.4%, 80세 이상 22.8%, 65-69세 20.3% 순이었다. 교육수준은 우울이 있는 집단에서 무학이면서 글자 모름 6.3%, 무학이면서 글자해독 22.8%, 초등학교 졸업 33.5%, 중학교 이상 37.3%였다. 우울이 없는 집단은 초등학교 졸업 30.5%, 중학교 이상 51.8%의 비율을 보였다($\chi^2=10.405$, $p<0.05$). 가구 연간 총소득의 평균 금액은 '우울 없음'이 1,327만원, '우울 있음'이 779만원으로 우울이 없는 사람들의 연간 평균 소득이 더 높았고, 통계적으로 유의했다($\chi^2=4.891$, $p<0.001$). 또한 현재 수입이 되는 일을 하는 남성노인은 '우울 없음' 28.5%, '우울 있음' 22.2%였다. 건강수준 및 행태에서 주관적 건강상태는 우울 있는 집단의 62.7%, 우울 없는 집단의 28.5%가 건강하지 않은 편이라 답했고, 통계적으로 연관성이 높았다($\chi^2=46.333$, $p<0.001$). 도구적일상생활수행능력은 우울 있는 집단의 19.0%, 우울 없는 집단의 6.0%가 제한이 있다고 답했다($\chi^2=16.518$, $p<0.001$). 만성질환은 우울 있는 집단에서 그 수가 증가할수록 우울하다고 응답한 사람이 많았다. 만성질환 없음 8.2%, 1개는 13.9%, 2개 이상 20.9%, 3개 이상 57.0%였다($\chi^2=25.364$, $p<0.001$). 운동 여부는 우울 있음 집단에서 50.6%는 규칙적인 운동을 하고,

Table 1. Distribution of Depression by Gender of Elderly Individuals Living in One-Person Households

Variable / Category		Male(n=407)			Female(n=1,947)			
		Non-depression n(%)	Depression n(%)	χ^2	Non-depression n(%)	Depression n(%)	χ^2	
Area	Urban	73(29.3)	45(28.5)	0.033	459(40.7)	316(38.5)	0.951	
	Rural	176(70.7)	113(71.5)		668(59.3)	504(61.5)		
Age	65-69	59(23.7)	32(20.3)	2.112	202(17.9)	110(13.4)	18.561***	
	70-74	68(27.3)	53(33.5)		299(26.5)	195(23.8)		
	75-79	58(23.3)	37(23.4)		357(31.7)	254(31.0)		
	80+	64(25.7)	36(22.8)		269(23.9)	261(31.8)		
Socio-demo graphic factor	Education	Uneducated(illiterate)	9(3.6)	10(6.3)	10.405*	202(17.9)	227(27.7)	38.738***
		Uneducated(capable of reading)	35(14.1)	36(22.8)		397(35.2)	310(37.8)	
		Elementary school	76(30.5)	53(33.5)		368(32.7)	198(24.1)	
		Middle school or over	129(51.8)	59(37.3)		160(14.2)	85(10.4)	
Annual household income	Mean(\pm SD)	1,326.99 (1,356.17)	778.71 (477.17)	4.891***	928.76 (824.65)	743.56 (479.29)	5.762***	
Currently work	Yes	71(28.5)	35(22.2)	2.031	370(32.8)	146(17.8)	55.015***	
	No	178(71.5)	123(77.8)		757(67.2)	674(82.2)		
Self-rated health	Good	178(71.5)	59(37.3)	46.333***	684(60.7)	201(24.5)	250.594***	
	Poor	71(28.5)	99(62.7)		443(39.3)	619(75.5)		
IADL	Able in all	234(94.0)	128(81.0)	16.518***	948(84.1)	554(67.6)	73.789***	
	Difficulty in one or more	15(6.0)	30(19.0)		179(15.9)	266(32.4)		
Health related factor	Number of chronic disease	None	37(14.9)	13(8.2)	25.364***	82(7.3)	24(2.9)	69.263***
		1	66(26.5)	22(13.9)		187(16.6)	80(9.8)	
		2	65(26.1)	33(20.9)		263(23.3)	135(16.5)	
		3+	81(32.5)	90(57.0)		595(52.8)	581(70.9)	
Regular exercise	Yes	182(73.1)	80(50.6)	21.261***	676(60.0)	384(46.8)	33.107***	
	No	67(26.9)	78(49.4)		451(40.0)	436(53.2)		
Alcohol drinking	Never drinking	128(51.4)	93(58.9)	2.165	936(83.1)	724(88.3)	10.371**	
	Former/current drinking	121(48.6)	65(41.1)		191(16.9)	96(11.7)		
Relatives and friends	Relatives	None	110(44.2)	105(66.5)	19.800***	506(44.9)	453(55.2)	27.929***
		1	62(24.9)	27(17.1)		321(28.5)	216(26.3)	
		2	43(17.3)	14(8.9)		172(15.3)	100(12.2)	
	Friends	None	63(25.3)	76(48.1)	35.862***	338(30.0)	354(43.2)	65.399***
		1	45(18.1)	37(23.4)		221(19.6)	187(22.8)	
		2	67(26.9)	29(18.4)		273(24.2)	169(20.6)	
Social activities	Religious	Yes	136(54.6)	71(44.9)	3.625	802(71.2)	562(68.5)	1.560
		No	113(45.4)	87(55.1)		325(28.8)	258(31.5)	
	Leisure&culture	More than one	248(99.6)	155(98.1)	2.226	1,119(99.3)	810(98.8)	1.346
		None	1(0.4)	3(1.9)		8(0.7)	10(1.2)	
Welfare service	More than one	29(11.6)	19(12.0)	0.013	155(13.8)	65(7.9)	16.077***	
	None	220(88.4)	139(88.0)		972(86.2)	755(92.1)		
Separate children support	Emotional support	Yes	154(61.8)	70(44.3)	12.022**	861(76.4)	515(62.8)	42.311***
		No	95(38.2)	88(55.7)		266(23.6)	305(37.2)	
	Instrumental support	Yes	117(47.0)	62(39.2)	2.355	607(53.9)	401(48.9)	4.672*
		No	132(53.0)	96(60.8)		520(46.1)	419(51.1)	
	Physical support	Yes	103(41.4)	55(34.8)	1.749	676(60.0)	469(57.2)	1.522
		No	146(58.6)	103(65.2)		451(40.0)	351(42.8)	
Financial support	Yes	100(40.2)	56(35.4)	0.910	639(56.7)	479(58.4)	0.571	
	No	149(59.8)	102(64.6)		488(43.3)	341(41.6)		

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

49.4%는 운동을 하지 않았으며, 우울 없음 집단은 73.1%가 운동을 하고, 26.9%는 운동을 하지 않았다($\chi^2=21.261$, $p<0.001$). 음주행태는 '최근 1년 간 전혀 마시지 않음' 58.9%, '마심' 41.1%가 우울이 있었다. 친인척 및 친구관계는 가깝게 지내는 친인척 및 친구 수 모두가 우울과 관계가 있었다. 우울 있는 집단은 가깝게 지내는 친인척 및 친구 수가 적을수록 우울이 많았고, 통계적으로 유의했다(친인척 $\chi^2=19.800$, 친구 $\chi^2=35.862$). 특히 친인척 수보다는 친구 수와의 관계가 통계적 연관성이 높았다. 여가 및 사회활동은 우울 있는 집단에서 종교가 없으며(55.1%), 여가문화활동에 참여하고(98.1%), 노인(종합)복지관을 이용하지 않는 사람들(88.0%)이 많았다. 우울 없는 집단은 종교 있음 54.6%, 여가문화활동 참여 99.6%, 노인(종합)복지관 비이용 88.4%였다. 그러나 이들 모두 통계적 유의성은 없었다. 비동거자녀 지원 및 유형은 정서적 지원만 통계적으로 유의했다($\chi^2=12.022$, $p<0.01$). 우울 있는 집단의 44.3%가 정서적 지원을 받았고, 55.7%는 지원을 받지 않았다. 우울 없는 집단은 61.8%가 지원을 받았고, 38.2%는 지원을 받지 않았다. 도구·신체·경제적 지원은 우울 있는 집단에서 이들 지원을 받는 편은 각각 39.2%, 34.8%, 35.4%였다. 우울 없는 집단은 지원을 받는 편이 각각 47.0%, 41.4%, 40.2%였고, 통계적 유의성은 모두 없었다.

1인가구 여성노인의 사회인구학적 특성에서 우울집단은 거주지역에서 농촌이 61.5%로 도시38.5%에 비해 우울 비율이 다소 높았으나 통계적 유의성은 없었다. 연령이 증가할수록 우울도 증가하는 경향을 보이며, 80세 이상 고령층에서 31.8%였고, 통계적으로 유의했다($\chi^2=18.561$, $p<0.001$). 교육수준은 무학이면서 글자해독이 37.8%로 높았고, 가구 연간 총소득은 '우울 없음' 약 929만원, '우울 있음' 약 744만원으로 우울이 없는 사람들의 연간 소득이 높았다($\chi^2=5.762$, $p<0.001$). 또한 현재 수입이 되는 일 유무는 '우울 없음' 32.8%, '우울 있음'은 17.8%였다($\chi^2=55.015$, $p<0.001$). 건강수준 및 행태에서 주관적 건강상태가 '좋지 않은 편'은 우울 있음이 75.5%로 우울 없음 39.3%에 비해 높았고, 통계적인 연관성이 높았다($\chi^2=250.594$, $p<0.001$). 도구적일상생활수행능력은 우울 있음의 32.4%, 우울 없음의 15.9%가 1개 이상의 제한이 있었다. 만성질환수가 증가할수록 우울 경향도 증가하여 3개 이상의 만성질환을 가지고 있는 경우 70.9%가 우울하다고 응답했다. 건강행태에서 운동 여부는 우

울 있음의 53.2%는 규칙적인 운동을 하지 않았고, 우울 없음의 40%가 운동을 하지 않았다($\chi^2=33.107$, $p<0.001$). 음주행태는 우울 있음에서 '지난 1년간 전혀 마시지 않음' 88.3%, '과거 또는 현재 마심'의 11.7%의 분포를 보였다. 가깝게 지내는 친인척 및 친구 수는 우울 있음이 친인척 및 친구 수가 적을수록 우울 경향이 많았고, 통계적으로 유의했다. 특히 친인척 수보다는 친구 수가 통계적 연관성이 높았다(친인척 $\chi^2=27.929$, 친구 $\chi^2=65.399$). 여가 및 사회활동은 우울 있음에서 종교 있음 68.5%, 여가문화활동 1회 이상 참여 98.8%, 노인(종합)복지관 이용 7.9%의 분포를 나타냈다. 우울 없는 집단은 종교 있음 71.2%, 여가문화활동 참여 99.3%, 노인(종합)복지관 이용 13.8%였다. 비동거자녀 지원 및 유형은 정서적 지원과 도구적 지원이 통계적으로 유의했다. 정서적 지원은 우울 있는 집단에서 '도움 받는 편' 62.8%, '도움 받지 않는 편' 37.2%였고, 우울 없는 집단은 '도움 받는 편' 76.4%, '도움 받지 않는 편' 23.6%로 통계적 연관성이 높았다($\chi^2=42.311$, $p<0.001$). 도구적 지원은 우울 있음은 '도움 받는 편' 48.9%, '도움 받지 않는 편' 51.1%, 우울 없음은 '도움 받는 편' 53.9%, '도움 받지 않는 편' 46.1%였다. 신체적 지원은 통계적 유의성이 없었고, 경제적 지원도 우울 있음은 '도움 받는 편' 58.4%, '도움 받지 않는 편' 41.6%, 우울 없음은 '도움 받는 편' 56.7%, '도움 받지 않는 편' 43.3%로 통계적 유의성은 없었다.

3.2 1인가구 남녀노인의 우울 영향요인

1인가구 남성노인의 우울의 영향요인을 살펴 본 Table 2의 결과에서 모형1은 사회인구학적 특성인 거주지역, 연령, 교육수준, 가구 연간 총소득, 현재 수입이 되는 일 여부의 영향을 분석하였고, 가구 연간 총 소득만 통계적으로 유의했다(OR=0.48, $p<0.01$). 건강수준 및 행태요인은 주관적 건강상태는 건강한 편에 비해 건강하지 못한 편이 우울이 있을 위험의 odds값이 2.6이었고, 도구적일상생활수행능력(IADL)은 제한있는 사람들에서 우울이 있을 odds값이 3.59였다. 운동도 우울에 영향을 미치는 요인으로 운동을 하지 않는 사람의 OR값은 2.05였다. 만성질환 수와 음주여부는 통계적으로 유의하지 않았다. 친인척 및 친구관계 요인은 친인척보다는 친구가 우울에 영향을 미쳤다. 친구가 없는 경우의 odds값은 2.81이었고, 통계적 유의성은 없었다. 친구 수가 증가할수록 우울의 위험은 감소하는 경향을 보였다. 여가 및 사

Table 2. Results of Logistic Regression Analyses for Depression in Male Elderly Individuals Living in One-Person Households (n=407)

Variables	Model 1			Model 2		
	B	SE	OR	B	SE	OR
Area(Ref:Urban)	0.229	0.278	1.26	0.224	0.280	1.25
Age(Ref:65-69)						
70-74	-0.105	0.351	0.90	-0.122	0.356	0.89
75-79	-0.426	0.379	0.65	-0.362	0.389	0.70
80+	-0.757	0.403	0.47	-0.596	0.426	0.55
Socio-demographic factor						
Education(Ref:Middle school or over)						
Uneducated(illiterate)	0.438	0.575	1.55	0.558	0.586	1.75
Uneducated(capable of reading)	0.350	0.354	1.42	0.453	0.366	1.57
Elementary school	-0.088	0.298	0.92	0.000	0.305	1.00
Annual household income	-0.742	0.231	0.48 **	-0.679	0.238	0.51 **
Currently work(ref:Yes)	-0.247	0.308	0.78	-0.224	0.315	0.80
Health related factor						
Self-rated health(Ref:Good)	0.956	0.276	2.60 **	1.060	0.288	2.89 ***
IADL(Ref:Able in all)	1.278	0.451	3.59 **	1.212	0.457	3.36 **
Number of chronic disease(Ref:None)						
1	0.133	0.489	1.14	0.127	0.491	1.14
2	0.395	0.467	1.48	0.457	0.470	1.58
3+	0.651	0.473	1.92	0.625	0.473	1.87
Regular exercise(Ref:Yes)	0.717	0.258	2.05 **	0.689	0.261	1.99 **
Alcohol drinking(Ref:Never drinking)	-0.145	0.262	0.86	-0.225	0.269	0.80
Relatives and friends						
Relatives(Ref:3+)						
None	0.389	0.440	1.47	0.323	0.448	1.38
1	-0.057	0.494	0.94	-0.132	0.504	0.88
2	-0.140	0.542	0.87	-0.115	0.549	0.89
Friends(Ref:3+)						
None	1.034	0.382	2.81 **	1.035	0.384	2.82 **
1	0.685	0.408	1.98	0.698	0.413	2.01
2	0.280	0.410	1.32	0.310	0.413	1.36
Social activities						
Religious(Ref:Yes)	0.306	0.251	1.36	0.275	0.253	1.32
Leisure&culture(Ref:Yes)	1.692	1.261	5.43	1.401	1.254	4.06
Welfare service(Ref:Yes)	-0.235	0.402	0.79	-0.149	0.408	0.86
Separate children support						
Emotional support(Ref:Yes)				0.202	0.311	1.22
Instrumental support(Ref:Yes)				-0.191	0.339	0.83
Physical support(Ref:Yes)				0.466	0.341	1.59
Financial support(Ref:Yes)				0.089	0.274	1.09
-2LL(df)			419.195(25)			415.971(29)

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05 (Reference:Non-depression)

Table 3. Results of Logistic Regression Analyses for Depression in Female Elderly Individuals Living in One-Person Households (n=1,947)

Variables	Model 1			Model 2		
	B	SE	OR	B	SE	OR
Area(Ref:Urban)	0.334	0.113	1.40 **	0.319	0.114	1.38 **
Age(Ref:65-69)						
70-74	-0.121	0.173	0.89	-0.064	0.176	0.94
75-79	-0.241	0.171	0.79	-0.181	0.174	0.83
80+	-0.151	0.179	0.86	-0.083	0.183	0.92
Socio-demographic factor						
Education(Ref:Middle school or over)						
Uneducated(Illiterate)	0.384	0.204	1.47	0.419	0.206	1.52 *
Uneducated(capable of reading)	0.122	0.183	1.13	0.148	0.185	1.16
Elementary school	-0.152	0.183	0.86	-0.125	0.184	0.88
Annual household income	-0.465	0.110	0.63 ***	-0.377	0.113	0.69 **
Currently work(ref:Yes)	0.614	0.127	1.85 ***	0.642	0.130	1.90 ***
Self-rated health(Ref:Good)	1.265	0.117	3.54 ***	1.268	0.119	3.55 ***
IADL(Ref:Able in all)	0.386	0.131	1.47 **	0.423	0.132	1.53 **
Number of chronic disease(Ref:None)						
1	0.247	0.291	1.28	0.278	0.293	1.32
2	0.229	0.278	1.26	0.274	0.281	1.32
3+	0.516	0.267	1.68	0.562	0.270	1.75 *
Regular exercise(Ref:Yes)	0.377	0.108	1.46 ***	0.364	0.109	1.44 **
Alcohol drinking(Ref:Never drinking)	-0.298	0.152	0.74 *	-0.276	0.153	0.76
Relatives(Ref:3+)						
None	0.260	0.205	1.30	0.213	0.207	1.24
1	0.278	0.210	1.32	0.268	0.212	1.31
2	0.284	0.232	1.33	0.284	0.234	1.33
Friends(Ref:3+)						
None	0.739	0.158	2.09 ***	0.692	0.160	2.00 ***
1	0.669	0.169	1.95 ***	0.648	0.170	1.91 ***
2	0.331	0.165	1.39 *	0.331	0.166	1.39 *
Religious(Ref:Yes)	-0.040	0.116	0.96	-0.028	0.117	0.97
Social activities						
Leisure&culture(Ref:Yes)	0.370	0.531	1.45	0.299	0.535	1.35
Welfare service(Ref:Yes)	0.375	0.175	1.46 *	0.385	0.176	1.47 *
Emotional support(Ref:Yes)				0.480	0.125	1.62 ***
Instrumental support(Ref:Yes)				0.074	0.122	1.08
Physical support(Ref:Yes)				0.117	0.127	1.12
Financial support(Ref:Yes)				-0.072	0.112	0.93
Separate children support						
-2LL(df)			2210.431(25)			2186.856(29)

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05 (Reference:Non-depression)

회활동 요인에서 종교, 여가문화활동 유무, 노인복지관 이용여부는 통계적 유의성이 없었다. 모형2는 비동거자녀 지원 및 유형을 추가한 모형으로 사회인구학적 특성에서는 모형1과 동일하게 가구 연간 총소득이 통계적으로 유의했으며, 소득이 증가할수록 우울의 위험도는 감소하는 경향을 나타냈고($b=-0.679$, $OR=0.51$), 모형1에 비해 odds값은 증가했다. 건강수준 및 행태 요인은 주관적 건강상태와 IADL, 운동이 통계적으로 유의했다. 주관적 건강상태가 나쁠수록 우울의 위험이 높아지며($OR=2.89$), 모형1보다 odds값이 0.29 증가했다. IADL은 OR값이 3.36, 운동여부는 OR값이 1.99로 IADL과 운동여부는 모형1에 비해 odds값이 다소 감소했으나 통계적으로 유의했다. 친인척 및 친구관계는 친구관계만 통계적으로 유의했고($p<0.01$), odds값은 2.82로 모형1의 값과 유사했다. 여가 및 사회활동은 통계적으로 유의한 변수가 없었고, 비동거자녀 지원 및 유형도 통계적으로 유의한 변수는 없었다.

Table 3은 1인가구 여성노인의 로지스틱 회귀분석 결과이다. 모형1은 거주지역, 가구 연간 총 소득, 현재 수입이 되는 일 여부가 통계적으로 유의했다. 거주지역은 도시보다 농촌에 거주하는 여성노인의 우울 위험이 높았고($OR=1.40$), 가구 연간 총 소득이 낮을수록($OR=0.63$, $p<0.001$), 현재 일을 하지 않는 사람들($OR=1.85$, $p<0.001$)에서 우울 위험이 높았다. 건강수준 및 행태요인은 주관적 건강상태가 좋지 않을 경우($OR=3.54$, $p<0.001$), 도구적일상생활수행능력(IADL)에 제한이 있을 때($OR=1.47$, $p<0.01$), 운동을 하지 않을 때($OR=1.46$, $p<0.001$) 우울의 위험이 높아졌다. 반면, 음주는 술을 마시지 않는 사람들에서 우울의 위험이 낮았다($OR=0.74$, $p<0.05$). 친인척 및 친구관계는 남성과 유사하게 친구관계가 우울과 관련이 있었다. 가깝게 지내는 친구 수가 많을수록 우울의 위험이 감소하여 친구 없음은 odds값이 2.09($p<0.001$), 1명은 1.95($p<0.001$), 2명은 1.39($p<0.05$)였다. 여가 및 사회활동은 노인복지관을 이용하지 않을 때 odds값이 1.46으로 우울의 위험이 높았다. 모형2는 사회인구학적 특성, 건강수준 및 행태, 친인척 및 친구관계, 여가 및 사회활동을 통제된 상태에서 비동거자녀 지원 및 유형의 영향을 분석한 결과이다. 거주지역, 가구 연간 총 소득, 현재 수입이 되는 일은 모형1과 같이 통계적으로 유의했다. 거주지역은 농촌에서 odds값이 1.38로 모형1 보다 다소 감소하였고, 가구 연간 총 소득의 odds값

은 0.69, 현재 수입이 되는 일을 하지 않는 경우는 odds값이 1.9로 모형1 보다 다소 증가했다. 한편, 모형2는 교육수준에서 교육수준이 낮을수록 우울의 위험이 높아지는 경향을 보여서 무학(글자모름)에서 odds값이 1.52($p<0.05$)였다. 건강수준 및 행태요인에서 주관적 건강상태는 모형1과 유사한 형태를 보여서 odds값은 3.55($p<0.001$)로 건강이 좋지 않을 경우 우울의 위험이 높았다. 도구적일상생활수행능력도 제한이 있는 경우 위험이 높았는데 odds값은 1.47에서 1.53($p<0.01$) 다소 증가하였고, 운동여부는 odds값이 1.44($p<0.01$)로 다소 감소하였으나 모형1과 유사했다. 또한 모형2에서는 만성질환의 수가 증가할수록 우울의 위험이 높아져 3개 이상에서 odds값은 1.75($p<0.05$)였고, 음주는 통계적 유의성이 없었다. 친인척 및 친구관계는 모형1과 유사하게 친구관계가 우울에 영향을 주어 친구 수가 적을수록 우울의 위험이 높아졌다. 친구가 없는 경우 odds값은 2.00($p<0.001$), 1명 1.91($p<0.001$), 2명 1.39($p<0.05$)였다. 여가 및 사회활동은 모형1과 유사하게 노인복지관을 이용하지 않는 사람들의 우울 위험이 높았다($OR=1.47$, $p<0.05$). 비동거자녀 지원 및 유형은 정서적 지원만이 우울과 관련이 있어서 지원을 받지 않은 사람들에서 odds값이 1.62였고, 통계적으로 유의했다($p<0.001$).

4. 논의 및 제언

이상의 분석결과들은 1인가구 노인의 성별 우울 요인 중 비동거자녀 지원이 미치는 영향을 보여주고 있으며, 주요 연구결과와 함의는 다음과 같다.

주요 변수들과 우울과의 연관성 검증 분석 결과에서 사회인구학적 특성은 남녀 노인 모두 교육수준, 가구 연간 소득이 우울과 관련이 있으며, 연령 증가에 따른 위험성과 현재 수입이 되는 일 여부는 여성 노인에서만 연관성을 보였다. 건강수준 및 행태는 남녀 모두 주관적 건강상태, 도구적일상생활수행능력(IADL), 만성질환 수, 운동 유무가 연관성을 보여 건강과 관련된 변수들이 우울에 미치는 영향이 컸다. 단, 음주행태는 여성에서만 우울과 관련이 있어서 우울이 있는 사람들은 최근 1년간 술을 마시지 않은 비율이 높았다. 우울 질환을 앓고 있기 때문에 건강상 등의 이유로 좋은 건강행태를 실천하려는 노력과 관련이 있을 것으로 판단된다. 친인척 및 친구관계

는 남녀노인 모두 가깝게 지내는 친인척 및 친구수가 적을수록 우울할 위험이 높았으며, 여가 및 사회활동은 여성노인에서 노인(중합)복지관 이용 유무만 관련이 있어서 이용하지 않는 사람들에서 우울 위험이 높았다. 비동거자녀 지원 및 유형 중 정서적 지원은 남녀 노인 모두 연관성이 있는 것으로 나타났는데 우울 있는 집단의 정서적 지원을 받는 비율이 낮았다. 도구적 지원도 우울과 연관성을 보였는데 여성노인에서만 통계적으로 유의했고, 신체적 지원과 경제적 지원은 남녀 모두 우울과 연관성이 없었다. 한편, 경제적 지원의 경우 이 연구에서 통계적 유의성은 없었으나 성에 따른 차별적인 효과를 가지는 변수 중 하나로 자녀동거여부와 연결하여 주목하고 있다. 자녀동거여부는 남성노인에서 자립적 수입원 보유 여부와 유의한 관계가 없으며, 여성노인은 자립적 수입원 보유와 자신들의 수입액과 부정적인 관계를 나타내어 자녀에 대한 전적인 의존 가능성이 높다고 보고되고 있다[32].

사회인구학적 특성, 건강수준 및 행태, 친인척 및 친구관계, 여가 및 사회활동 요인과 우울과의 연관성은 선행연구 결과와 일치하였고, 다변량 로지스틱 회귀분석을 통한 결과에서도 유사한 양상을 보였다. 다수의 연구에서 1인가구 노인의 우울 영향요인으로 건강(신체적·정신적 질병 등), 경제상태(금전적 수입), 사회활동(타인과의 만남 등) 요인 등을 언급하고 있다[33,34]. 60세 이상 1인가구 노인 연구에서 경제적 어려움, 낮은 주관적 건강상태, 낮은 사회적 지지 및 도구적·정서적 지지는 우울증을 높이는 요인이며[35], 저소득 1인가구 노인 대상의 질적연구에서도 지속적인 빈곤 상태, 가족 및 친척관계의 단절과 상처, 가족 내 부양체계의 취약 등이 우울 요인으로 관찰되었다[36]. 이 연구에서 초점을 두고 있는 비동거자녀의 지원 및 유형은 1인가구 노인의 우울에 영향을 미치는 주요 변수들을 통제한 후 남녀노인에서 차이가 확인되었다. 앞서 우울에 미치는 주요 요인들을 통제하지 않은 상태에서 비동거자녀의 정서적 지원은 1인가구 남성노인에서도 우울과의 연관성을 보였다. 여성노인에 비해 통계적 연관성은 약하나 남성노인 집단 내에서의 정서적 지원 유무에 따른 우울 분포의 차이가 확인되었다. 그러나 우울과 관련된 주요 변수들을 통제한 이후 남성노인에서 비동거자녀 정서적 지원의 통계적 유의성은 없었다. 남성노인은 경제적 상태(가구 연간 총소득), 주관적 건강상태 및 도구적일상생활제한, 운동, 가깝게 지

내는 친구 수가 영향요인이며, 특히 도구적일상생활수행능력(IADL), 주관적 건강상태 등과 같은 건강관련 요인이 우울의 위험을 높이는 주요 요인으로 작용하였다. 홍콩에 거주하는 60세 이상 1인가구 노인은 낮은 주관적 건강상태, 도구적일상생활수행능력(IADL)에 제한이 많은 경우 우울증상이 높게 나타났고[37], 미국의 장기요양보호를 받는 독거노인 연구에서도 낮은 주관적 건강상태, 일상생활수행능력(ADL) 제한 등이 우울의 예측요인이었다[38]. 가깝게 교류하는 친구관계의 중요성이 관찰되어 친구가 없는 경우 우울의 위험이 높아진다는 주장도 있다[35]. 이러한 결과는 여성노인에서도 동일하게 나타나 친구수가 적을수록 우울의 위험도가 증가하는 양상을 보였다. 또한 노인 우울증은 가족보다 이웃과의 접촉에 영향을 받는 것으로 조사된 연구가 있으며[39], 적은 이웃 수, 사회활동 비참여 등도 우울의 예측요인으로 작용하였다[40].

한편, 이 연구에서 1인가구 여성노인은 남성노인보다 다양한 요인-거주지역, 교육수준, 경제상태(가구 연간 총소득, 현재 일하는 여부), 주관적 건강상태, 도구적일상생활수행능력, 만성질환, 운동, 노인복지관 이용 여부-에서 우울과의 연관성을 보였다. 예를 들어 노인복지관 이용 등의 사회활동 참여는 남성 1인가구 노인의 우울 영향요인으로 발견되지 않았다. 그리고 비동거자녀의 정서적 지원의 중요성을 언급할 수 있다. 비동거자녀의 정서적 지원을 받지 못하는 여성노인은 우울의 위험이 높아지며, 우울과 연관성이 높은 변수들을 통제한 상태에서도 영향을 미쳤다. 이러한 결과는 여성노인에서 자녀와의 유대관계 및 이들 자녀로부터 받는 지원의 중요성으로 귀결된다. 국내 연구에서도 1인가구노인의 경우 비동거자녀 수가 많을수록 우울수준이 낮아지며[35], 비동거자녀와 연락 및 만남빈도가 많을수록 우울이 낮아지는 결과를 보였다[25,28]. 또한 자녀의 정서·도구·경제적 지원은 노인의 우울을 낮춰주는 주요 요인으로 밝혀졌다[25]. 미국에 이민하여 혼자 살고 있는 중국노인 연구에서도 가족으로부터 받는 도움에 만족하지 못하는 노인들이 우울감을 더 느끼는 것으로 확인되었다[41]. 상당수의 미국인은 부모가 거주하는 장소에서 약 29km 거리 안에 살고 있으며, 비동거자녀도 자동차로 2시간 이상 걸리는 거리에 사는 경우는 약 20%정도 뿐이다. 이는 부모 부양과 관계가 있는 것으로 보고 있다[42]. 그러나 국내 선행연구들에서 1인가구 노인의 성별 차이를 고려한 세대 간 지원의 평가

는 결여되어 있는 부분이다. 성별은 우울에 영향을 미치는 대표적인 요인으로 연령이 증가할수록 성별 차의 영향이 증가하는 것으로 나타나며, 60-65세 이상 노인 대상의 연구에서도 국내외 모은 여성노인의 우울이 남성노인보다 높은 것으로 나타난다[43]. 남성노인에 비해 여성노인이 경제적·사회적·건강상의 측면에서 열악한 위치를 차지한다는 사실이 보편적으로 관찰되며[40], 특히 1인가구 노인에서 여성노인이 수적으로 많으며, 교육수준 및 소득수준이 낮고, 일상생활능력, 우울 및 외로움 등의 이유로 정신건강수준이 열악하다. 노인은 동질의 집단이 아니라 성, 연령, 사회경제적 수준 등에 의해 다양한 특성을 보이며, 이러한 특성들이 노인의 우울, 주관적 건강상태 등의 정신건강에 미치는 효과도 다를 수 있다[2, 44].

우리사회 노인 10명 중 3명이 우울증을 앓고 있어 이에 대한 대책 마련이 시급하나[45] 부모부양책임에 대한 대중들의 인식은 가족이 아닌 사회의 책임으로 비중이 기울어지고 있다[46]. 그러나 1인가구 노인이 경험하는 우울 문제는 우울에 영향을 미치는 다양한 요인과 노인 집단의 이질성을 고려해 볼 때 돌봄(care), 경제적 지원, 사회적 관계 등은 지역사회 역할과 함께 가족과의 관계에서의 정서적인 유대감 지속 및 형성, 즉 비동거자녀의 역할 또한 병행되어야 한다. 특히 가정에서 돌봄 노동을 지속해 온 여성 노인은 노후에는 자녀에게 부양을 받을 수 있다는 기대감이 높은데[45] 1인가구 여성노인에서도 이러한 경향은 동일하게 적용 되는 것으로 판단된다. 비동거자녀에게서 받는 정서적 지원의 중요성을 이 연구의 분석결과를 통해서 확인할 수 있었다. 우울증 위험의 예방 및 감소, 치료 측면에서 노부모와 비동거자녀의 관계 향상을 위한 가족 및 지역사회의 적극적인 방안 마련이 필요하다. 정부가 발표한 범부처 차원의 정신건강종합대책(2016년-2020년)에서는 정신건강 위험에 대응하는 대책 필요성과 지역사회기반 생애주기 맞춤형 정신건강 대책 수립 등을 제안하였다[46]. 또한 정신건강증진센터, 보건소, 지역사회복지관, 노인복지관 등에서는 노인 우울 예방 및 관리를 위한 각종 프로그램 및 서비스를 제공하고 있다. 그럼에도 노인의 우울문제는 보건과 복지의 사각지대에 놓여 있는 상황으로 1인가구 노인의 특성을 고려한 차별화 된 정신건강문제 정책 방향 수립이 필요하다. 또한 급증하는 1인가구 노년층을 대비한 정치, 경제, 사회, 문화적 환경의 조성도 이루어져야 한다.

이 연구는 단면 연구로 비동거자녀가 노부모에게 제

공하는 지난 1년간의 지원 여부만을 파악할 수 있어 지원의 지속성 여부가 우울에 미치는 요인을 분석하는데 제한이 있다. 또한 노부모도 자녀에게 다양한 형태의 도움을 주고 있다는 사실을 고려할 때, 부모가 비동거자녀에게 제공하는 지원 유무 및 지원 유형을 포함한 부모-자녀 간 지원 교환 형태가 우울에 미치는 영향 분석 또한 후속 연구 시 의미 있는 작업이 될 것이다.

REFERENCES

- [1] Issue & Focus. (2015). *Korea Institute for Health and Social Affairs*, 300(4), 1-8.
- [2] Y. M. Ko & Y. T. Cho. (2013). Different Influence of Risk Factors on Self-rated Health between the Economically Poor and Non-poor Elderly Populations Living Alone: Based on One Sub-area in Seoul. *Korean J Health Educ Promot*, 30(2), 41-53.
- [3] K. S. You & H. S. Park. (2003). Comparison of Health Status between Senior People Living Alone and Those Who Live with Their Families. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 23(4), 163-179.
- [4] Y. S. Song. (2015). Current Conditions of Single-Household Female Elderly and Improvement Measures at Policy Level. *Ewha Journal of Gender and Law*, 7(2), 33-72.
- [5] National Health Insurance Statistical Yearbook. (2014). National Health Insurance Service, *Health Insurance Review & Assessment Service*.
- [6] Y. M. Ko & W. J. Lee. (2013). Factors Leading to Drinking among the Female Elderly Living Alone. *Journal of Korean Alcohol Science*, 14(1), 17-32.
- [7] S. S. Bae. (2005). *The Burden of Disease in Korea. Health Plan 2020*, p. 294.
- [8] WHO. (2008). *The Global Burden of Disease*, 2004 update, Geneva : Switzerland.
- [9] N. H. Yee, K. H. Bang & H. S. Song. (2017). Analysis of Change Factors for the Elderly Depression Using Longitudinal Data. *Korean Public Health Research*, 43(3), 13-25.
- [10] J. Yu, J. Li, P. Cuijpers, S. Wu & Z. Wu. (2012). Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms in Chinese Older Adults: A Population Based Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 305-312.
- [11] G. S. Jeon. (2008). Gender Differences in Social Factors

- of Health in Later Life. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 28(3), 459-475.
- [12] S. S. Lee & S. H. Kim. (2011). A Study on the Living Conditions and Social Welfare Needs of the Elderly who Lives Alone in the Farming and Fishing Communities—focused on the Province of Jeollanamdo. *Journal of Korean Regional Development*, 11(1), 23-60.
- [13] S. Y. Lee & E. J. Kim. (2012). The Social Support Patterns and Depression among the Elderly Living Alone and their Friends and Neighbors. *Journal of Welfare for the Aged*, 56, 137-164.
- [14] S. H. Kim. (2013). Benefits of Volunteering to Physical Health, Depression, Social Support, and Meaning in Life among Older Adults. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 33(1), 53-66.
- [15] B. Y. Park, H. J. Kwon, M. N. Ha & E. A. Burm. (2016). A Comparative Study on Mental Health between Elderly Living Alone and Elderly Couples: Focus on Gender and Demographic Characteristics. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 30(2), 195-205.
- [16] S. Paramita & B. Anoop. (2015). Prevalence of Depression and Associated Risk Factor among the Elderly in Urban and Rural Field Practice Areas of a Tertiary Care Institution in Ludhiana. *Indian Journal of Public Health*, 59(1), 3-8.
- [17] A. Zebhauser, J. Baumert, R. T. Emeny, J. Ronel, A. Peters & K. H. Ladwig. (2015). What Prevents Old People Living Alone from Feeling Lonely? Findings from the KORA - Age-study. *Aging & Mental Health*, 19(9), 773-780.
- [18] D. B. Kim & S. Y. Park. (2010). Characteristics of Social Network and Suicidal Ddeation : Verifying of Mediation Effect of Depression. *Korean Journal of Social Welfare Research*, 24, 109-129.
- [19] I. G. Oh, Y. S. Oh & M. I. Kim. (2009). Effect of Social Networks on the Depression of Elderly Females in Korea: Analysis of the Intermediating Effect of Health Promoting Behavior. *Korean Journal of Family Welfare*, 14(1), 113-136.
- [20] S. Y. Sohn. (2006). A Comparative Study on the Quality of Life of the Elderly and its' Affecting Factors between Rural and Urban Areas. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 26(3), 601-615.
- [21] H. Jeon & S. Kahng. (2009). Predictors of Depression Trajectory among the Elderly. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 29(4), 1611-1628.
- [22] L. S. Leach, H. Christensen, A. J. Mackinnon, T. D. Windsor & P. Butterworth. (2008). Gender Differences in Depression and Anxiety across the Adult Lifespan: The Role of Psychosocial Mediators. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(12), 983-998.
- [23] P. C. Lin & H. H. Wang. (2011). Factor Associated with Depressive Symptoms among Older Adults Living Alone: An Analysis of Sex Difference. *Aging and Mental Health*, 15(8), 1038-1044.
- [24] K. H. Suh & Y. S. Kim. (2003). Self-esteem and Depression of the Elderly People Living Alone. *The Korean Journal of Clinical Psychology*, 29(1), 115-137.
- [25] Y. B. Kim. (2013). The Factor Affecting Depressive Symptom of Elderly in Chuncheon Area Focusing on the Effect of Intergenerational Support Exchange. *Korean Association of Regional Studies*, 15(1), 223-244.
- [26] H. N. Kim & H. L. Seo. (2010). The Effects of Self-Efficacy on the Depression of Lonely Frail Elders. *Journal of Welfare for the Aged*, 48, 59-82.
- [27] S. Y. Lee. (2011). A Study on the Predictors of Depressive Symptoms Among the Elderly People Living Alone. *The Journal of Social Sciences*, 30(1), 181-202.
- [28] B. K. Kim, Y. J. Ha & S. S. Choi. (2014). A Vertical Study on the Factors Which are Influenced on Depression of the Aged: Focusing on Physical·Psychological·Social Factors. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 34(1), 115-132.
- [29] J. C. Barefoot, J. C. Beckham, T. L. Haney, I. C. Siegler & I. M. Lipkus. (1993). Age Differences in Hostility among Middle-aged and Older Adults. *Psychology and Aging*, 8(1), 3.
- [30] J. A. Yesavage & I. S. Javaid. (1986). 9/Geriatric Depression Scale(GDS) Recent Evidence and Development of a Shorter Version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
- [31] M. J. Cho et al. (1999). Validation of Geriatric Depression Scale, Korean Version(GDS) in the Assessment of DSM-III-R Major Depression. *Journal of Korean Neuropsychiatr Assoc*, 38(1), 48-63.
- [32] C. H. Kim. (2003). Gender Differentials of Economic Resources in Old Age. *The Population Association of Korea*, 26(1), 59-77.
- [33] H. S. Jang & Y. J. Kim. (2010). A Study on Physical Health, Economical State and Social Relations of Women Elderly Living Alone in an Island. *Journal of Agricultural Extension & Community Development*, 17(2), 233-259.
- [34] J. Y. Chon & N. H. Yee. (2011). Depression in the Elderly for the Mediating Effect of Coping Strategies of Family Conflict. *Journal of the Korean Gerontological*

Society, 31(4), 1169-1187.

- [35] K. L. Chou & I. Chi. (2000). Comparison between Elderly Chinese Living Alone and Those Living with Others. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(4), 51-66.
- [36] H. Y. Baek. (2006). A Qualitative Study on the Experience of Poverty among the Poor Elderly People Who Live Alone. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 31, 5-39.
- [37] K. L. Chou, I. Chi, K & W. Boey. (1999). Determinants of Depressive Symptoms among Elderly Chinese Living Alone. *Clinical Gerontologist*, 20(4), 15-27.
- [38] A. C. Mui & D. J. Burnette. (1994). A Comparative Profile of Frail Elderly Persons Living Alone and Those Living with Other. *Journal of Gerontological Social Work*, 2(3/4), 5-26.
- [39] E. J. Kim & S. Y. Lee. (2012). The Informal Social Support Patterns and Depression in Rural Elders: Compared to Urban Elders. *Social Science Research Review Kyungshung University*, 28(2), 149-176.
- [40] K. B. Adams, S. Sanders & E. A. Auth. (2004). Loneliness and Depression in Independent Living Retirement Communities: Risk and Resilience Factors. *Aging & Mental Health*, 8(6), 475-485.
- [41] K. L. Fingerman & K. S. Birditt. (2003). Do Age Differences in Close and Problematic Family Ties Reflect the Pool of Available Relatives?. *The Journals of gerontology*, 58(2), 80-87.
- [42] B. Quoc Trung & C. M. Claire. (2015. 12. 24). The Typical American Lives Only 18 Miles From Mom. *The New York Times*. Retrieved from http://www.nytimes.com/interactive/2015/12/24/upshot/24up-family.html?_r=0,
- [43] S. K. Kahng & T. Y. Kwon. (2008). An Exploratory Study on the Effects of Socioeconomic Status on Depressive Symptoms across Lifespan. *Mental Health & Social Work*, 30(12), 332-355.
- [44] S. B. Jeong & J. Y. Bae. (2017). Rural Area One-person Household Elderly Depression Factors by Gender and Age Group. *Korean Association of Regional Studies*, 25(3), 153-174.
- [45] <http://www.segye.com/newsView/20171031005590>[50]
<http://www.yonhapnews.co.kr/bulletin/2017/11/02/0200000000AKR20171102175100017.HTML>
- [46] Ministry of Health and Welfare. (2016). *Comprehensive plan on mental health*. Sejong.

임 민 경(Lim, Min Kyoung)

[정회원]



- 2002년 2월 : 서울대학교 보건대학원 보건정책관리학과 (보건학 석사)
- 2013년 8월 : 서울대학교 보건대학원 보건정책관리학과 (보건학 박사)
- 2014년 10월 ~ 현재 : 신대대학교 간호학과 조교수
- 관심분야 : 보건의료정책, 건강불평등
- E-Mail : limmky@hanmail.net

고 영 미(Ko, Young-Mi)

[정회원]



- 2003년 2월 : 서울대학교 보건대학원 보건학과(보건학석사)
- 2013년 8월 : 서울대학교 보건대학원 보건학과(보건학박사)
- 2014년 12월 ~ 현재 : 국립정신건강센터 정신건강연구소 보건연구사
- 관심분야 : 정신건강, 지역사회건강증진
- E-Mail : poldini7@hanmail.net