

# 노인의 건강 특성과 사회적 관계망이 우울 증상 수준에 미치는 영향: 성별 조절 효과를 중심으로

박 소 영  
(강남대학교)

본 연구는 여성노인과 남성노인의 일반적 특성 차이를 바탕으로 노인의 우울 증상 수준에 대한 건강 특성과 사회적 관계망의 성별에 따른 조절 효과를 검증하고, 각 집단 별 우울 증상 수준에 영향을 미치는 건강 특성과 사회적 관계망 요인을 파악하는데 목적이 있다. 이를 위해 2014년 제5차 고령화연구패널(KLoSA)을 이용하였고, 여성 노인 2,443명과 남성 노인 1,783명을 대상으로 기술통계분석, 독립표본 t-검정, 카이제곱검정, 위계적 선형다중회귀분석, 선형다중회귀분석 등의 방법을 사용하여 자료를 분석하였다. 연구 결과를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 성별에 따라 인구사회학적 특성, 건강 특성, 사회적 관계망 요인에 차이가 있었다. 둘째, 우울 증상 수준과 만성질환의 관계에서 성별의 조절 효과가 통계적으로 유의미한 것으로 확인되었다. 셋째, 주관적 건강상태, 결혼 상태, 그리고 지인과의 만남은 여성 및 남성노인 집단 모두에서 우울 증상 수준을 예측하는 유의미한 요인이었다. 본 연구결과를 토대로 건강상태가 좋지 않고 사회적 관계망이 약한 취약계층 노인을 위한 우울 증상 완화 및 예방 방안에 대해 논의하였다.

주요 용어: 우울 증상 수준, 노인, 성별 차이, 건강 특성, 사회적 관계망

■ 투고일: 2017.10.27    ■ 수정일: 2018.1.8    ■ 게재확정일: 2018.1.11

## I. 서론

최근 우리나라는 기대 수명의 증가와 저출산의 영향으로 고령화가 빠른 속도로 진행되고 있다. 우리나라의 65세 이상의 노인인구는 2015년 전체 인구의 13.1%로 이미 고령화 사회에 진입한 상태이고, 2020년에는 15.7%, 2030년에는 24.3%까지 증가하여 고령 사회에 진입하게 될 것으로 예상되고 있다(통계청, 2015). 또한 우리나라의 고령 인구는 2040년에 38.6%까지 증가하여 일본, 이탈리아, 독일에 이어 세계 4위의 고령국가가 될 것으로 전망되고 있다(강소랑, 문상호, 2011). 기대수명이 늘어남에 따라 기대 여명도 계속 늘어나고 있다. 특히 2013년 기준으로 65세 노인의 기대여명은 남성 18.0년, 여성 22.4년으로 여성노인의 기대여명이 남성보다 4.4년 긴 상태이다(통계청, 2015).

여성노인의 경우 기대수명의 연장으로 배우자없이 혼자 살아갈 가능성이 더욱 높아지고 있으며, 남성노인에 비해서 건강상태가 취약하고, 연령이 높으며, 학력이 낮고 경제적인 어려움을 겪고 있는 것으로 나타나 사회적인 관심과 지원의 대상이 되고 있다(김철규, 박승미, 2012; 심영미, 2001). 특히 만성질환 유병율과 기능상태 제한 비율에 있어서 여성노인이 남성노인보다 높고(박노동, 2009), 65세 이상 노인 중 국민기초생활보장 수급율도 여성노인(7.3%)이 남성노인(4.2%)에 비해 높은 편이다(보건복지부, 2014). 남성노인의 경우 결혼상태의 변화, 즉 배우자를 잃었을 때의 부정적인 영향이 여성보다 더 심각한 것으로 나타났다(이민아, 2010). 이는 여성이 남성 배우자의 건강행동에 관여하고 정서적인 지지를 제공하기 때문에 남성의 유배우자 상태가 신체적 건강뿐만 아니라 정신건강에도 긍정적인 영향을 미치는 것으로 설명된다(Williams & Umberson, 2004). 비슷한 맥락에서 남성독거노인의 심리적, 정신적 건강 수준이 동거노인에 비해 더 낮은 것으로 나타나고 있다(김영주, 2009).

100세 시대가 도래하면서 노인들이 만족스럽고 행복한 노후가 보장되는 삶을 살아야 하는데 노년기에 겪게 되는 신체, 심리, 사회적 제반 문제를 노인들이 혼자 극복하기는 쉽지 않다. 인구의 고령화는 노인인구의 건강문제를 수반하는데, 이 중 노년기의 대표적인 정신장애인 우울 증상은 유병율이 높은 질환이다(Greenberg et al., 2003). 우리나라에서 실시된 전국단위의 정신질환 역학조사에서 2011년을 기준으로 65세 이상 노인의 29.2%가 심각한 수준의 우울 증상을 지니고 있는 것으로 조사되었다(보건복지부,

2011). 우울 증상은 신체적인 건강과 삶의 만족도에 부정적인 영향을 미치면서 많은 사회적 문제를 야기한다는 점에서 많은 관심이 필요한 사회문제이다. 특히 노인의 우울 증상은 개인의 삶의 질 저하를 가져올 뿐만 아니라 인지기능의 장애와 치매로까지 진행될 수 있으며 자살의 원인이 될 수 있는 심리적인 상태이자 질환이다(대한노인병학회, 2005). 간병을 하는 가족들에게도 커다란 고통과 부담을 줄 수 있기 때문에 우울 증상으로 인한 사회적인 비용과 손실은 상당히 크다(대한노인병학회, 2005). 이에 의학, 보건학, 심리학, 사회복지학 등의 학계에서 우울 증상의 실태와 영향 요인에 대해서 다방면으로 연구를 진행하고 있다.

우울 증상 연구의 초점은 의학과 보건학의 경우 주로 질병의 유병율과 치료 및 예방에 있고, 심리학이나 사회복지학의 경우 개인의 심리적 원인과 함께 개인을 둘러싼 환경적인 원인과 지원 방안에 대해 더 많은 관심을 두는 경향이 있다. 우울 증상에 영향을 미치는 변인으로는 유전적 요인(가족력: Weissman, 2006), 생물학적 요인(호르몬 이상, 신경전달물질 이상: Goodyer, Herbert, Tamplin, & Altham, 2000), 신체질환(심혈관질환, 당뇨병, 갑상선 질환 등의 만성질환: Katon & Sullivan, 1990), 심리적 원인(성격과 기질, 인지적 왜곡: Abramson, Alloy, & Metalsky, 1989), 환경적 요인(가정 환경, 대인관계, 스트레스, 트라우마: Joiner, Brown, & Kistner, 2006; Rapee, 1997) 등 매우 다양하게 보고되고 있다. 다른 만성질환과 마찬가지로 우울 증상을 포함한 정신건강연구는 어느 한 분야의 시각으로 접근하기 보다는 학제간 융합과 협동과정을 통해 증상의 원인부터 치료, 예방 활동에 이르기까지 다양한 시각과 접근 방법을 통합적으로 적용하면서 활발하게 진행되고 있다(Bernstein, Park, Hahm, Lee, Seo, & Nokes, 2016; Katz, 2004).

다른 생애주기에 비해 노년기에 많은 사람들이 우울 증상에 노출될 가능성이 크므로(노병일, 모선희, 2007; 오창석, 2012), 이로 인한 사회 문제를 감소시키기 위해서는 노인 우울의 영향 요인을 정확히 파악하고 적극적으로 예방해 나갈 필요가 있다. 노인의 우울 증상에 영향을 미치는 요인은 인구사회학적 특성부터 건강 특성, 사회적 관계망에 이르기까지 매우 다양하게 보고되고 있다. 선행연구에 의하면, 연령, 교육수준, 종교를 포함한 인구사회학적 특성(김동배, 손의성, 2005; 오진주, 고현민, 김선희, 장경, 김영선, 2016; 이평숙, 이용미, 임지영, 황라일, 박은영, 2004), 일상생활활동(ADL), 기능적 일상생활활동(IADL), 통증, 주관적 건강상태, 급성질환, 만성질환 등의 건강 특성(고민석,

서인균, 2011; 오진주, 고현민, 김선희, 장경, 김영선, 2016), 그리고 결혼상태, 동거형태, 사회활동이나 모임 참여, 가족, 지인과의 교류 등을 포함한 사회적 관계망(고민석, 서인균, 2011; 남기민, 박현주, 2010; 이해자, 성명옥, 신윤아, 2003)과 같은 요인들이 노인의 우울 증상에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 또한 우울 증상을 매개로 하거나(남기민, 정은경, 2011) 사회적 지지 또는 삶의 만족도와 같은 우울의 매개 변인에 대한 연구(김미혜, 이금룡, 정순돌, 2000; 신창환, 2010)도 진행되어왔다.

성별과 우울의 관계의 경우, 여성노인이 남성노인보다 우울 증상 수준이 대체로 높은 것으로 보고되고 있다(김영주, 2009; 이민아, 2010; Seedat et al., 2009). 하지만 신체적 건강 상태와 사회적 관계망과 같은 요인을 통제할 때 남성노인이 여성노인보다 정신건강에 더 취약하다는 연구(한경혜, 김주현, 강혜원, 2004; Lee, Willetts, & Seccombe, 1998; van Grootheest, Beekman, van Groenou, & Deeg, 1999)도 함께 보고되고 있다. 성별에 따른 노인의 우울 증상 차이에 관련해서, 다수의 선행 연구들은 성별 구분없이 전체 노인을 대상으로 하거나 여성노인과 남성노인을 따로 구분하여 성별 차이를 비교하고 있다. 따라서 우울 증상에 영향을 미치는 건강 특성 또는 사회적 관계망 요인의 성별 조절 효과에 대한 정보가 충분하지 못한 한계가 있다.

이에 본 연구는 65세 이상 여성노인과 남성노인을 대상으로 성별에 따른 인구사회학적 특성, 건강 특성, 사회적 관계망, 우울 증상 수준의 차이를 살펴보고 우울 증상 수준과 건강 특성 및 사회적 관계망의 관계에서 성별에 따른 조절 효과를 검증하였다. 또한 남녀 집단별로 어떤 건강 특성과 사회적 관계망 변수들이 우울 증상에 영향을 미치는지 분석하였다. 이를 토대로 여성노인과 남성노인의 우울 증상 완화와 예방을 위한 함의에 대해 논의하였다.

본 연구의 주요 연구 질문은 다음과 같다.

1. 여성노인과 남성노인 간에 인구사회학적 특성, 건강 특성, 사회적 관계망 및 우울 증상은 어떤 차이를 보이는가?
2. 노인의 우울 증상 수준과 건강특성 및 사회적 관계망의 관계에서 성별에 따른 조절 효과가 있는가?
3. 여성 및 남성노인 집단별로 우울 증상에 유의미한 영향을 미치는 변수들은 무엇인가?

## II. 이론적 배경

### 1. 노인의 우울 증상

우울 증상은 스트레스 적응과정에서 흔히 나타나는 부정적인 정서 상태 또는 감정 반응이다(고민석, 서인균, 2010). 누구나 우울 증상 경향을 조금씩 보일 수 있지만, 노인의 경우 신체적 질환, 배우자 사망, 열악한 경제 사정, 사회와 가족으로부터의 고립, 일상생활에서의 자기 통제의 어려움, 지나온 세월에 대한 회한 등 다양한 스트레스로 인해 우울 증상이 증가할 수 있고(Jarvik, 1976), 이로 인해 육체적으로나 정신적으로 개인의 삶의 질이 저하될 수 있다. 특히 노인 인구에서의 우울 증상은 사망의 위험 요인들 중의 하나이다(Archley, 1994). 미국의 경우 노인 우울증 환자가 약 6만 명이지만 그 중 치료를 받는 사람은 10%에 불과하고, 우울 증상을 제대로 치료하지 않을 경우 다른 연령대에 비해 자살로 이어지기 쉬운 것으로 보고되고 있다(남기민, 정은경, 2011, 재인용). 우리나라의 경우 재가 노인의 46%, 시설거주 노인의 71.3%가 우울 증상을 경험한 적이 있을 정도로 노인의 우울 증상 정도가 심각하지만(강지숙, 정여숙, 2008), 이에 대한 적극적인 개입과 서비스가 제대로 이루어지지 않고 있는 실정이다.

노인의 우울 증상에 관한 국내 연구는 다양한 영역에서 진행되어왔다. 예를 들어, 동거유형(정영미, 2007), 건강상태(신창환, 2010; 정영미, 2007), 일상생활수행능력(송미령, 김은경, 유수정, 2010; 조추용, 정미경, 2016), 사회적 지지나 사회적 관계망과 우울 증상 간의 관계에 대한 연구(김정엽, 2010; 송미령, 김은경, 유수정, 2010; 신창환, 2010), 우울에 대한 매개효과(신창환, 2010; 조추용, 정미경, 2016)나 상호작용효과에 관한 연구(이민아, 2010; 이영자, 김태현, 1999) 등이다. 노인 우울 증상은 개인적인 차이가 있지만 여성, 저소득 계층, 독거노인, 낮은 교육수준, 신체인지기능 장애, 사회적 관계망의 부재 등과 연관되는 것으로 보고되고 있다(김동배, 유병선, 민정선, 2011; 김철규, 박승미, 2012; 신창환, 2010; 이현주, 강상경, 이준영, 2008). 특히 여성 노인이 겪는 신체적, 심리사회적 어려움은 정신건강에 부정적인 영향을 미치는 중요한 원인으로 작용하고 있다. 배우자나 다른 가족이 없는 여성 노인의 경우 노후 대책에 대한 준비가 되어있지 않을 가능성이 크고, 가정이나 사회에서의 지위와 역할이 축소됨에 따라 소외감과 외로움을 느끼게 되어 우울 증상이 심해질 수 있다(김정엽, 2010).

노년기의 신체적, 심리적 건강문제는 노인의 삶의 질 향상과 밀접한 관련이 있다. 삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적, 경제적 영역에서 개인이 지각하는 주관적 안녕 상태로서, 자신의 삶에 대해 만족하면서 삶의 의미와 책임을 느끼고 자신을 가치있는 존재로 여기며 긍정적인 태도와 감정 상태를 유지하는 것을 의미한다(Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961). 삶의 질 관점에서 볼 때 위에서 언급한 우울 증상의 위험 요인들은 개인의 삶의 질을 저해하고 삶의 만족도를 떨어뜨리는데 결정적인 역할을 하게 된다. 이에 대응하여 우울 증상의 감소에 기여하는 보호 요인에 관한 연구도 진행되고 있다. 즉, 신체적 건강 유지, 종교 생활, 영성, 강한 사회적 지지 체계, 규칙적인 운동, 금연, 금주, 좋은 영양 상태 유지, 여가 생활, 높은 삶의 만족도 등은 우울 증상을 완화하고 장기적으로 개인의 삶의 질 향상에 기여하는 긍정적인 역할을 하는 것으로 보고되고 있다(고민석, 서인균, 2011; 오진주, 고현민, 김선희, 장경, 김영선, 2016; Evard, Lach, Fisher & Baum, 2000; Harris & Cole, 1985). 이처럼 다각적인 측면에서 진행되고 있는 우울 증상 연구는 노인들이 건강을 유지하면서 활기찬 노화(World Health Organization, 2002) 과정을 거치고 질 높은 노후를 보낼 수 있도록 하는데 기여하고 있다.

## 2. 건강 특성과 우울 증상

건강 특성 요인은 노인의 우울 증상과 밀접한 관련이 있다. 노화로 인한 신체기능의 저하는 활동성을 감소시키고 대인관계나 사회활동을 활발히 할 수 없도록 방해하기 때문에 이로 인한 심리적 위축은 노년기 우울 증상의 유발 요인으로 작용될 수 있다(정영미, 2007). 우울 증상에 영향을 미치는 건강 특성으로 주관적 건강상태와 만성질환을 포함한 객관적 건강상태 등을 들 수 있다. 노인이 지각하는 주관적 건강상태의 경우, 남성 노인이 여성 노인에 비해 더 건강하다고 여기는 경향이 있는데(김철규, 박승미, 2012), 이러한 인식 차이는 남녀 노인의 우울 증상의 차이에 영향을 미칠 수 있다. 선행 연구에서는 노인의 객관적 건강상태뿐만 아니라 주관적 건강상태가 좋을수록 우울 증상이 낮아지는 것으로 보고되고 있다(고민석, 서인균, 2011). 박인옥, 김진세, 이강준, 정인파(1998)의 연구에서는 일반 노인과 질환이 있는 노인 모두 주관적으로 느끼는 건강상태가 좋지 않을 때 우울 증상을 보였다고 보고하였다. 이는 주관적 건강상태, 만성질

환 등을 포함한 여러 우울 예측 요인들 간에 상호작용효과가 있음을 의미하며 이러한 변수들 간의 관계에 주목할 필요성이 있음을 보여준다. 만성질환의 경우, 1개 이상의 만성질환을 앓고 있는 만성질환 유병률이 남성보다는 여성 노인에게서 더 높게 나타났다(김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석, 2004), 절대 다수의 여성 노인들이 만성질환으로 인해 일상생활에 지장을 받고 이로 인해 일상생활에서 고통을 받고 있는 것으로 나타났다(정경희, 1997). 또한 앓고 있는 질환의 수가 많아질수록 노인의 우울 증상이 높은 것으로 나타났다(고민석, 서인균, 2011; 오진주, 고현민, 김선희, 장경, 김영선, 2016).

### 3. 사회적 관계망과 우울 증상

사회적 관계망은 사회적 유대 관계, 유의미한 사회적 접촉 등과 같은 의미를 가지고 있다(Norbeck, Lindsay & Carrieri, 1981). 구체적으로, 사회적 관계망은 사회적 관계의 크기, 구성 요소, 가족, 친구, 배우자와의 접촉 빈도, 서로 도움을 주고받는 정도, 사회적 관계의 만족도 등을 포함하는 다차원적인 개념이다(Krause, 1999; Lubben, 1988). 사회적 관계망은 개인, 집단, 지역사회에서의 사회적 결속을 통해 개인에게 접근할 수 있음을 의미하며, 가족구성원, 친척, 친구, 동료, 지역사회 등이 사회적 관계망에 포함된다(남기민, 정은경, 2011). 사회적 관계망을 통한 정서적 지지와 유대감은 우울 증상을 유발하는 생활스트레스의 영향력을 완화시켜주기 때문에 사회적 관계망이 약한 경우 스트레스 수준과 함께 우울 증상 또한 높아지게 된다(Kim, Sangalang & Kihl, 2012). 이처럼 사회적 관계망은 우울 증상에 대한 보호적 완충기능을 수행할 뿐만 아니라 우울 증상의 자살에 미치는 영향력을 조절하는 효과도 있는 것으로 보고되고 있다(서인균, 2010).

그동안 우리나라에서 노인들의 사회적 관계망과 우울 증상에 관한 연구는 활발하게 진행되어왔고, 대부분의 연구에서 사회적 관계망은 노인의 우울 증상을 경감시키고 건강을 증진시키며 삶의 만족도 향상에 큰 기여를 하는 것으로 보고되고 있다(김태면, 2005; 이인정, 1999; 한혜경, 이유리, 2009). 사회적 관계망이 잘 형성되어 있는 노인의 경우 삶의 어려움에 처할 때 도움을 받을 수 있는 인적, 물적 자원이 많기 때문에 사회적 관계망 정도가 약한 노인에 비해 우울 증상을 덜 경험하게 된다. 대표적인 사회적 관계망 요인으로 결혼상태, 동거유형, 가족, 지인, 사회활동 단체 및 모임 등을 들 수 있다.

자녀와 동거하는 경우 부모 자녀 간의 자원이 원활하게 이루어져서 노인의 삶에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되고 있고(정진경, 김고은, 2012), 동거여부와 별개로 가족을 포함한 사회적 관계망은 노인의 안녕감에 긍정적인 영향을 주는 것으로 알려져 있다(공수자, 이은희, 하미옥, 2005). 배우자와 함께 살고 있는 기혼 노인의 경우 독거노인에 비해 우울 증상이 낮은 것으로 보고되고 있다(한삼성, 강성욱, 정성화, 2012; 한혜경, 이유리, 2009). 노년기의 부부관계는 정서적인 안녕감을 증진시켜주는 반면 배우자의 상실로 인해 혼자 사는 경우에는 고독과 상실감을 가져다준다. 특히 다른 수입원이 없는 여성 노인은 경제적인 어려움이 가중될 수 있다(홍성희, 2016). 또한 사회단체에 참여하면서 지인들과 지속적인 유대관계를 형성하고 사회활동을 하는 노인이 그렇지 않은 노인보다 심리적 안녕감이 높고 우울 정도가 낮은 것으로 보고되고 있다(남기민, 박현주, 2010; 이혜자, 성명옥, 신윤아, 2003). 이러한 기존 연구 결과는 노인에 대한 사회적 관계망이 삶의 부정적인 영향을 중재하면서 심리적인 안녕감을 증진시켜주는 지지적인 역할을 한다는 점을 보여준다(Evard, Lach, Fisher & Baum, 2000). 다른 연령대에 비해 신체적, 정신적, 사회적으로 많은 변화를 경험하는 노인, 특히 고령의 독거 여성 노인과 같은 취약계층에게 있어서 사회적 관계망 형성과 유지는 생산적이고 활기찬 노후생활을 보내기 위해 필요한 핵심적인 요소라고 할 수 있다. 그러므로 노인의 사회적 관계망과 우울 증상의 관계에 대해 성별 차이를 고려하여 살펴볼 필요가 있다.

#### 4. 우울 증상에 영향을 미치는 인구사회학적 요인

우울 증상과 연관성 있는 인구사회학적 특성으로 연령, 경제상태, 학력, 종교 등을 들 수 있다. 우선 노인의 경우 연령이 높아질수록 장애 발생률이나 질환 유병률이 더 높아지고(Baltes & Smith, 2003), 연령이 높은 노인이 연령이 낮은 노인보다 우울 증상의 정도가 높게 나타나고 있다(Demura & Sato, 2003). 또한 실업이나 빈곤, 가구의 소득 수준과 같은 경제적인 요인은 우울 증상을 증가시키고(김동배, 유병선, 민정선, 2011; 윤명숙, 2007), 노인의 경제활동은 우울 증상을 낮추는데 기여하는 것으로 보고되고 있다(Sugisawa, Shibata, Houhham, Sugohara, & Liang, 2002). 문제해결능력과 연관되는 학력의 경우 건강한 생활방식을 유지하고 질병에 더 잘 대처하게 함으로써 노인 집단의 건강 격차를 가져오는 요인으로 제시되고 있다(House, Lepkowski,



Kinney, Mero, Kessler, & Herzog, 1994; Thrane, 2006). 종교는 심리적인 측면에서 노년기에 경험하게 되는 상실감을 잘 받아들이고, 임박한 죽음을 잘 맞이하도록 도우며, 삶의 의미와 중요성을 깨닫고, 노년기에 잠재되어있는 보상적 가치를 발견하고 이용할 수 있도록 도와주는 기능을 가지고 있다(Harris & Cole, 1985). 종교의 유무와 종교 활동의 우울 증상과의 관련성에 대해서는 일관되게 보고되고 있지 않다. 즉, 종교의 유무 또는 종교생활 참여가 노인의 우울 증상 수준에 유의한 영향을 주지 않는다는 연구(김귀분, 이윤정, 석소현, 2008; 이은령, 강지혁, 정재필, 2013)와 종교가 노인의 우울 증상을 낮추는 긍정적인 효과를 준다는 연구(고정은, 이선혜, 2015; 윤현숙, 원성원, 2010)가 혼재하고 있다.

## 5. 우울 증상에 영향을 미치는 성별 조절 효과

우울 증상 수준에 영향을 미치는 요인에 관한 기존연구 중에서 성별 차이에 초점을 둔 연구들을 살펴보면, 여성이 남성에 비해 우울 증상에 취약하고 재발율도 높으며 더 많은 우울 증상과 징후를 보이는 것으로 보고되고 있다(Blazer, Kessler, McGonagle, & Swartz, 1994; Kessler, 2003; Seedat et al., 2009). 우울 증상의 평생 유병율은 성인 여성이 성인 남성에 비해 거의 2배 정도 높게 나타나고 있고(Kessler, 2003; National Institute of Mental Health, 2014), 노인 인구에 있어서도 여성노인이 남성노인에 비해 우울 증상에 취약하다는 연구 결과가 일관성있게 나타나고 있다(김영주, 2009; 이민아, 2010; Jang, Kim, & Chiriboga, 2011). 반면 일부 선행연구는 배우자 사별, 이혼과 같은 사회적 관계망의 변화를 겪거나 건강 상태가 좋지 않을 때 남성 노인이 여성 노인에 비해 더 감정적인 어려움을 겪거나 우울 증상을 겪는 것으로 보고하고 있다(한경혜, 김주현, 강혜원, 2004; Lee, Willetts, & Seccombe, 1998; van Grootheest, Beekman, van Groenou, & Deeg, 1999). 이러한 연구 결과는 가족상태, 동거유형과 같은 사회적 관계망과 우울 증상의 관계에서 성별 조절 효과를 고려할 필요성이 있음을 보여준다.

우울 증상 수준에 영향을 미치는 요인에 대해서도 성별 차이가 있는 것으로 보고되고 있다(김동배, 유병선, 민정선, 2011; 김철규, 박승미, 2012; 오진주, 고현민, 김선희, 장경, 김영선, 2016). 남성 노인 집단에서는 주관적 건강상태, 가족 지지, 연령, 학력, 만성 질환 등이, 여성 노인 집단에서는 질병 스트레스, 사회적 외로움, 친구 지지, 가족 지지

등이 우울 증상에 영향을 주는 주요 요인이었다(김철규, 박승미, 2012).

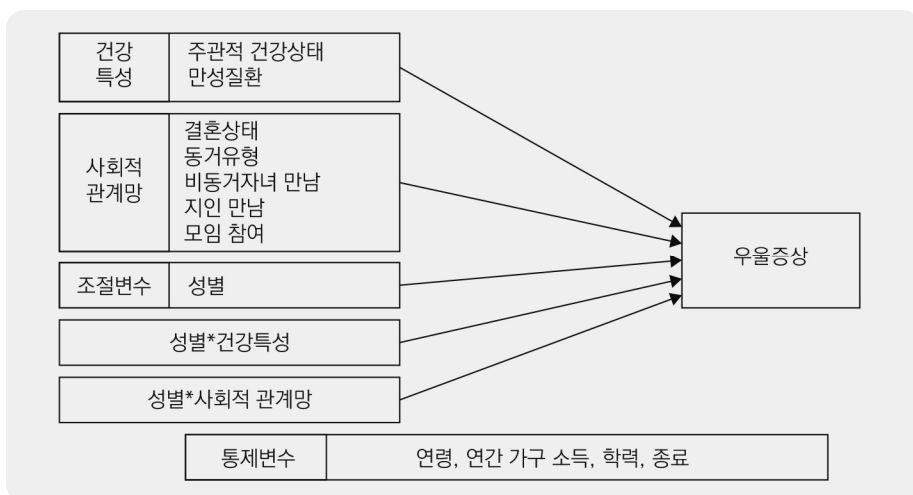
지금까지 노인의 우울 증상에 대해서 제 위험 요인과 함께 우울의 부정적인 영향을 완화해 줄 수 있는 보호요인에 대해 폭넓게 알아보았다. 특히 남녀 성별 차이에 초점을 두고 노인의 우울 증상 정도에 영향을 미치는 요인을 건강 특성, 사회적 관계망, 인구사회학적 특성으로 구분하여 선행 연구를 중심으로 살펴보았다. 대체로 기존 연구에서는 주관적 건강상태가 좋지 않고 만성질환을 더 많이 앓고 있을수록 우울 증상이 높고(고민석, 서인균, 2011; 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석, 2004; 박인옥, 김진세, 이강준, 정인과, 1998; 오진주, 고현민, 김선희, 장경, 김영선, 2016), 배우자와 함께 살고 있거나 가족 및 지인들과 지속적인 유대관계를 가지면서 강한 사회적 관계망을 형성하고 있을수록 우울 증상이 낮은 결과를 보였다(김태면, 2005; 남기민, 박현주, 2010; 이인정, 1999; 이해자, 성명옥, 신윤아, 2003; 한삼성, 강성욱, 정성화, 2012; 한혜경, 이유리, 2009; Kim, Sangalang, & Kihl, 2012). 성별 차이와 관련해서, 여성노인은 남성노인보다 우울 증상에 취약한 편이지만 결혼상태의 변화나 사회적 관계망이 축소되는 상황에서는 남성노인이 겪는 심리적인 어려움이 더 큰 것으로 보고되고 있다(김영주, 2009; 이민아, 2010; 한경혜, 김주현, 강혜원, 2004; Jang, Kim, & Chiriboga, 2011; Lee, Willetts, & Seccombe, 1998; van Grootheest, Beekman, van Groenou, & Deeg, 1999). 이러한 선행 연구 결과를 통해서 노인의 우울 증상 수준에 건강 특성, 사회적 관계망, 인구사회학적 특성과 같은 요인들이 영향을 미치고 이들의 관계에서 성별의 조절 효과가 있음을 예측할 수 있다. 하지만 우울 증상 수준에 영향을 미치는 건강 특성과 사회적 관계망의 성별 조절 효과에 대한 연구는 부족한 상황이다. 이에 본 연구는 각 성별 집단의 특성에 따라서 노인의 우울 증상 관련 요인들을 건강 상태와 사회적 관계망 중심으로 파악하고 이러한 요인들이 우울 증상에 어떠한 영향을 미치는지 성별 차이를 고려하여 검증하고자 하였다.

### Ⅲ . 연구방법

#### 1. 연구모형

본 연구의 연구모형은 [그림 1]과 같다. 종속변수는 우울 증상 수준이었고, 조절변수는 성별이었다. 연령, 연간 가구 소득, 학력, 종교 유무와 같은 인구사회학적 특성은 통제변수로 설정하였다. 독립변수 중 건강 특성 요인에는 주관적 건강상태, 만성질환 개수가 포함되었고, 사회적 관계망에는 결혼상태, 동거유형, 비동거자녀 만남, 지인 만남, 모임 참여 여부 등이 포함되었다. 본 연구모형은 건강 특성과 사회적 관계망 요인이 여성 및 남성노인 집단의 우울 증상 수준에 긍정적 또는 부정적인 영향을 미치고 그 영향 요인은 성별에 따라 차이가 있다고 가정하였다.

그림 1. 연구모형



#### 2. 조사대상자 및 자료수집

본 연구는 한국고용정보원의 고령화연구패널(Korean Longitudinal Study of Aging: KLoSA)을 활용하였다. 고령화연구패널은 제주도 및 도서지역을 제외한 지역에 거주하

는 45세 이상 중고령자 중 6,171개 가구에 거주하는 10,254명을 패널로 구축하여 2006년 제1차 기본조사를 시작하였다. 이후 짝수 년에는 조사 대상 패널을 대상으로 기본조사를 실시하고 있고, 홀수 년에는 특별조사를 실시하고 있다. 기본조사에서는 노트북 컴퓨터를 이용한 대인면접방법(Computer Assisted Personal Interviewing: CAPI)으로 설문조사를 실시하고 있으며, 주요 설문 내용은 인구, 가족, 건강, 고용, 소득과 소비, 자산, 주관적 기대감과 삶의 질 등을 포함하고 있다. 표본 유지율은 제2차 기본조사 86.6%, 제3차 기본조사 81.7%, 제4차 기본조사 80.1%, 제5차 기본조사 79.2%이다(신종각, 안준기, 김경희, 김은영, 권윤섭, 2015). 본 연구는 2014년에 조사된 제5차 고령화 연구패널 자료를 이용하였다. 본 연구의 대상은 여성 노인 2,443명과 남성 노인 1,783명을 포함한 총 4,226명이었다.

### 3. 측정도구

#### 가. 우울 증상 수준

본 연구의 종속변수는 노인의 우울 증상 수준이며, 고령화연구패널에서는 우울 증상 수준의 측정을 위해 10문항으로 구성된 한국판 역학연구센터 우울 척도(Center for Epidemiological Studies-Depression Scale: CES-D) 단축형이 사용되었다. CES-D 단축형은 노인의 우울 증상 수준을 확인하는 진단 도구로 널리 활용되고 있다(Irwin, Artin, & Oxman, 1999). CES-D 단축형의 각 문항은 0점부터 3점까지의 4점 척도로 측정되며 응답 범위는 0점에서 30점까지이다. 점수가 높을수록 우울 증상 수준이 높음을 의미한다. 본 연구에서는 20문항으로 구성된 CES-D 원척도와 10문항으로 구성된 CES-D 단축형을 사용한 다른 선행연구와의 비교를 위해 평균 점수를 사용하여 결과를 제시하였다. 본 연구에서 CES-D 단축형의 신뢰도(Cronbach's alpha)는 0.85였다.

#### 나. 건강 특성

건강 관련 요인에 포함된 변수는 주관적 건강상태와 만성질환 개수이다. 주관적 건강상태는 응답자의 건강상태에 대해 어떻게 생각하는지에 대한 문항으로, 매우 나쁨(1)부

터 매우 좋음(5)까지 5점 척도로 측정하였다. 만성질환 개수는 고혈압, 당뇨병, 암(악성 종양), 폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 정신과적 질환, 관절염 및 류마티스 질환 등 9가지 질환의 진단여부를 예(1)와 아니오(0)로 구분한 뒤 예(1)로 답한 질환의 총합을 구해서 사용하였다.

#### 다. 사회적 관계망

사회적 관계망 요인으로 결혼상태, 동거유형, 비동거자녀 만남, 지인 만남 횟수, 모임 참여 여부 등을 포함하였다. 결혼상태는 기혼, 별거, 이혼, 사별 또는 실종, 결혼한 적 없음으로 구분되는데 기혼인 응답자(1)와 그렇지 않은 응답자(0)로 분류하였다. 동거유형은 독거와 동거(2인 이상)로 구분하였다. 비동거자녀와의 만남 빈도는 만나지 않음(1)부터 거의 매일/일주일에 4회 이상(10)까지 10점 척도로 측정하였다. 지인과 만나는 횟수는 친하게 지내는 사람없음(1)부터 거의 매일(10)까지 10점 척도로 측정하였다. 모임 참여 여부는 종교, 친목, 여가/문화/스포츠 관련단체, 동창회/향우회/종친회, 자원봉사, 정당/시민단체/이익단체, 기타 모임 등에 참여한 경험 여부에 따라 아니오(0)와 예(1)로 구분하였다.

### 4. 자료분석방법

첫째, 주요 변수에 대해 정규성 검증, 상관관계분석 및 다중공선성 검증을 실시하였다. 둘째, 연구대상자의 일반적 특성을 파악하기 위해 빈도, 백분율, 평균, 표준편차 등을 포함한 기술통계분석을 사용하였고, 우울증상 척도의 경우 각 문항의 신뢰도를 확인하기 위해 Cronbach's alpha 계수를 산출하였다. 셋째, 성별에 따라 인구사회학적 특성, 건강 특성, 사회적 관계망, 우울 증상 수준의 차이를 알아보기 위해 독립표본 t-검정(independent samples t-test)과 카이제곱검정(chi-square test)을 실시하였다. 아울러 독립변수와 통제변수의 각 항목 내에서 성별 차이가 있는지 비율의 쌍 비교(pairwise comparisons of proportion)를 통해 사후 검증을 실시하였다. 넷째, 성별에 따라 건강 특성과 사회적 관계망이 우울 증상 수준에 영향을 미치는지 살펴보기 위해서 위계적 선형다중회귀분석(Hierarchical Multiple Linear Regression)을 실시하였고, 조절효과를

검증하기 위해서 Johnson-Neyman(J-N) 테크닉을 사용하였다(Hayes & Matthes, 2009). J-N 접근은 종속변수에 대한 독립변수의 영향력이 조절변수에 따라 통계적으로 유의미한지 여부를 검증하는 방법이다. 마지막으로, 선형다중회귀분석을 실시하여 여성 노인과 남성노인 집단 별로 우울 증상에 영향을 미치는 요인을 파악하였다. 자료의 결측값은 목록별 삭제(listwise deletion) 방법을 이용하였기 때문에 본 자료 분석에 결측값을 포함하지 않았다. 본 연구는 신뢰성 있는 결과의 산출을 위해 5차년도 횡단 가중값을 사용하여 분석하였고, SPSS 24.0 통계 프로그램을 사용하여 자료분석을 실시하였다.

## IV. 분석결과

### 1. 우울 증상과 주요 독립변수의 기술통계

종속 변수인 우울 증상과 주요 독립변수의 기술통계량은 <표 1>과 같다. 주요 독립변수는 연속변수와 순위변수만 대상으로 하였다. 전체 집단을 대상으로 한 우울증상은 평균 0.76(SD=0.57), 주관적 건강상태는 평균 2.66(SD=0.86), 비동거자녀만남은 평균 5.14(SD=1.70) 등으로 나타났다. 남성과 여성 집단 각각에 대한 기술통계 결과는 전체 집단과 거의 비슷하였다. 주요 변수들의 왜도와 첨도를 살펴본 결과, 절대값이 모두 2를 넘지 않아서 정규분포성의 기본 가정을 충족시킨 것으로 판단하였다(Gravetter, & Wallnau, 2014).

표 1. 주요 변수의 기술통계량

구분	변수	전체 집단				
		평균	표준편차	범위	왜도(SE)	첨도(SE)
인구	연령	74.88	6.82	65~105	0.59(0.04)	-0.12(0.08)
사회학적 특성	연간 가구 소득(4분위)	2.47	1.12	1~4	0.04(0.04)	-1.37(0.08)
	학력	1.68	0.98	1~4	1.11(0.04)	-0.16(0.08)
건강 특성	주관적 건강상태	2.66	0.86	1~5	-0.10(0.04)	-0.39(0.08)
	만성질환	0.98	0.65	0~2	0.02(0.04)	-0.63(0.08)
사회적 관계망	비동거자녀만남	5.14	1.70	1~10	0.52(0.04)	-0.15(0.08)
	지인만남	7.26	2.85	1~10	-1.08(0.04)	0.004(0.08)
종속변수	우울 증상 수준(평균)	0.76	0.57	0~3	0.79(0.04)	0.35(0.08)
구분	변수	여성 집단				
		평균	표준편차	범위	왜도(SE)	첨도(SE)
인구	연령	75.39	7.05	65~105	0.57(0.05)	-0.17(0.10)
사회학적 특성	연간 가구 소득(4분위)	2.35	1.14	1~4	0.19(0.05)	-1.38(0.10)
	학력	1.36	0.74	1~4	1.97(0.05)	-2.86(0.10)
건강 특성	주관적 건강상태	2.55	0.83	1~5	0.01(0.05)	-0.27(0.10)
	만성질환	1.08	0.64	0~2	-0.07(0.05)	-0.55(0.10)
사회적 관계망	비동거자녀만남	5.11	1.66	1~10	0.56(0.05)	-0.09(0.10)
	지인만남	7.36	2.87	1~10	-1.15(0.05)	0.10(0.10)
종속변수	우울 증상 수준(평균)	0.81	0.57	0~3	0.71(0.05)	0.25(0.10)
구분	변수	남성 집단				
		평균	표준편차	범위	왜도(SE)	첨도(SE)
인구	연령	74.19	6.43	65~97	0.58(0.06)	-0.14(0.12)
사회학적 특성	연간 가구 소득(4분위)	2.63	1.08	1~4	-0.16(0.06)	-1.25(0.12)
	학력	2.11	1.09	1~4	0.38(0.06)	-1.28(0.12)
건강 특성	주관적 건강상태	2.80	0.89	1~5	-0.30(0.06)	-0.37(0.12)
	만성질환	0.85	0.65	0~2	0.15(0.06)	-0.66(0.12)
사회적 관계망	비동거자녀만남	5.19	1.76	1~10	0.47(0.06)	-0.23(0.12)
	지인만남	7.12	2.81	1~10	-1.00(0.06)	-0.10(0.12)
종속변수	우울 증상 수준(평균)	0.69	0.56	0~3	0.92(0.06)	0.61(0.12)

## 2. 연구대상자의 전반적 특성과 주요 변수에 대한 성별 집단간 차이

전체 집단에 대한 전반적 특성과 주요 변수에 대한 성별 집단 간 차이는 <표 2>와 같다. 전체집단의 경우, 평균 연령은 74.88세(SD=6.8)였고, 학력은 초등학교 졸업 이하

가 2,626명(62.1%)으로 가장 많았고, 고등학교 졸업 702명(16.6%), 중학교 졸업 610명(14.4%), 대학교 졸업 이상 288명(6.8%) 순이었다. 종교는 없다는 응답자가 2,347명(55.5%)로 과반수 이상이였다. 주관적 건강상태 평균은 2.66(SD=0.86), 만성 질환 갯수는 1~2개가 2,439명(57.7%), 3개 이상이 855명(20.2%)로 대부분의 응답자가 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다. 동거유형은 2인 이상 동거가 3,525명(83.4%)이었고, 결혼상태는 기혼이 2,815명(66.6%)이었다. 비동거자녀 만남과 지인 만남의 빈도는 각각 5.14(SD=1.70), 7.26(SD=2.85)이었다. 모임 참여의 경우 2,931명(69.4%)이 한 개 이상의 모임에 참여하고 있다고 응답하였다. 우울 증상 수준은 평균 0.76(SD=0.57)이었다.

남성과 여성 집단 간 차이의 경우, 비동거자녀 만남 변수를 제외한 모든 변수에 있어서 두 집단 간에 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 인구사회학적 특성의 경우, 여성노인이 남성노인에 비해 연령대가 높았고( $t=5.72, p<0.001$ ), 연간 가구 소득이 낮았다( $\chi^2=82.79, p<0.001$ ). 연간 가구소득의 사후 검증 결과, 하위 25%에서는 여성이 남성보다 더 높은 비율을 보인 반면 상위 50%에서는 남성이 여성보다 더 높은 비율을 보였다. 또한 여성노인이 남성노인에 비해 학력이 낮았고( $\chi^2=616.78, p<0.001$ ), 종교가 있는 경우가 많았다( $\chi^2=131.25, p<0.001$ ). 학력의 경우, 고학력 항목에서 남성이 여성보다 더 높은 비율을 보인 반면 초졸 이하 항목에서는 여성의 비율이 더 높게 나타났다.

건강 특성에 있어서 여성노인은 남성노인에 비해 주관적 건강상태가 더 낮았고( $t=9.23, p<0.001$ ), 만성질환을 더 많이 앓고 있었다( $\chi^2=121.39, p<0.001$ ). 만성질환의 사후 검증 결과, 남성이 여성보다 만성질환이 없을 확률이 높은 반면, 여성이 남성보다 만성질환이 3개 이상 있을 확률이 높게 나타났다.

사회적 관계망의 경우, 여성노인이 남성노인에 비해 독거인 경우가 많았고( $\chi^2=229.11, p<0.001$ ), 기혼 비율이 매우 낮았다( $\chi^2=727.29, p<0.001$ ). 비동거자녀와의 관계에 있어서는 두 집단 간에 통계적으로 유의미한 차이가 없었다. 지인과의 만남에 있어서는 여성노인이 남성노인에 비해 더 자주 만나는 것으로 나타났고( $t=2.65, p<0.01$ ), 모임 참여는 남성노인이 여성노인에 비해 더 많이 하는 것으로 나타났었다( $\chi^2=33.27, p<0.001$ ). 우울 증상 수준은 여성이 남성보다 더 높게 나타났었다( $t=6.92, p<0.001$ ).



표 2. 연구대상자의 전반적 특성 및 주요 변수에 대한 성별 집단 간 차이(N=4,226)

변수	항목	전체	(A) 여성	(B) 남성	t/ $\chi^2$	사후 검증
		(N=4,226)	(n1=2,443)	(n2=1,783)		
		빈도(비율)/평균±표준편차				
연령		74.88±6.82	75.39±7.05	74.19±6.43	5.72***	
연간 가구 소득	1분위(하위 25%)	1,112(26.3)	764(31.3)	348(19.5)	82.79***	B<A
	2분위	1,049(24.8)	604(24.7)	445(25.0)		
	3분위	1,043(24.7)	534(22.1)	509(28.5)		A<B
	4분위(상위 25%)	1,022(24.2)	541(22.1)	481(27.0)		A<B
학력	초졸 이하	2,626(62.1)	1,884(77.1)	742(41.6)	616.78***	B<A
	중졸	610(14.4)	281(11.5)	329(18.5)		A<B
	고졸	702(16.6)	224(9.2)	478(26.8)		A<B
	대졸 이상	288(6.8)	54(2.2)	234(13.1)		A<B
종교	없음	2,347(55.5)	1,174(48.1)	1,173(65.8)	131.25***	
	있음	1,879(44.5)	1,269(51.9)	610(34.2)		
주관적 건강상태		2.66±0.86	2.55±0.83	2.80±0.89	9.23***	
만성 질환	0개	931(22.0)	410(16.8)	521(29.2)	121.39***	A<B
	1~2개	2,439(57.7)	1,438(58.9)	1,001(56.1)		
	3개 이상	855(20.2)	594(24.3)	261(14.6)		B<A
동거 유형	독거	701(16.6)	586(24.0)	115(6.4)	229.11***	
	동거(2인 이상)	3,525(83.4)	1,857(76.0)	1,668(93.6)		
결혼 상태	기혼	2,815(66.6)	1,219(49.9)	1,596(89.5)	727.29***	
	사별/이혼/별거/기타	1,411(33.4)	1,224(50.1)	187(10.5)		
비동거자녀 만남		5.14±1.70	5.11±1.66	5.19±1.76	1.42	
지인 만남		7.26±2.85	7.36±2.87	7.12±2.81	2.65**	
모임 참여	아니오	1,295(30.6)	834(34.1)	461(25.9)	33.27***	
우울 증상 수준	예	2,931(69.4)	1,609(65.9)	1,322(74.1)		
		0.76±0.57	0.81±0.57	0.69±0.56	6.92***	

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001.

### 3. 주요 변수 간 상관관계

<표 3>은 주요 변수 간의 상관관계에 대한 결과이다. 분석 결과, 우울 증상 수준은 다른 독립변수들과 모두 통계적으로 유의미한 상관관계를 보였다. 연령( $r=0.19$ ,  $p<0.001$ )과 만성질환( $r=0.15$ ,  $p<0.001$ )은 우울 증상 수준과 정적인 상관관계가 나타났고, 그 밖에 다른 주요 변수들과 우울 증상 수준 간에는 모두 부적인 상관관계가 나타났다( $r=-0.06 \sim -0.36$ ,  $p<0.001$ ).

표 3. 주요 변수 간 상관관계

우울 증상	성별	연령	연간 가구소득	학력	종교 유무	주관적 건강상태	만성질환	동거 유형	결혼 상태	비동거 자녀만남	지인 만남	모임 참여	
우울증상	1												
성별	-0.11***	1											
연령	0.19***	-0.09***	1										
연간 가구 소득	-0.11***	0.12***	-0.20***	1									
학력	-0.13***	0.38***	-0.25***	0.26***	1								
종교 유무	-0.06***	-0.18***	-0.03	-0.05**	0.02	1							
주관적 건강상태	-0.36***	0.14***	-0.27***	0.19***	0.21***	-0.02	1						
만성질환	0.15***	-0.17***	0.13***	-0.14***	-0.12***	0.04*	-0.33***	1					
동거유형	-0.08***	0.23***	-0.15***	0.32***	0.13***	-0.04*	0.60***	-0.10***	1				
결혼상태	-0.16***	0.42***	-0.34***	0.14***	0.26***	-0.05**	0.14***	0.60***	0.60***	1			
비동거자녀만남	-0.09***	0.02	-0.11***	0.03*	0.07***	0.05**	0.03	0.01	0.05**	0.08***	1		
지인만남	-0.27***	-0.04***	-0.09***	-0.05**	-0.01	0.14***	0.21***	-0.05**	-0.07***	-0.03*	0.10***	1	
모임 참여	-0.23***	0.09***	-0.25***	0.13***	0.18***	0.12***	0.32***	-0.15***	0.06***	0.13***	0.04*	0.45***	1

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001.

#### 4. 우울 증상 수준에 영향을 미치는 요인

주요 변수들 간의 다중공선성(Multicollinearity) 진단을 위해 분산팽창계수(Variance Inflation Factor: VIF)값을 검정한 결과 1.03~1.97의 범위로 10이하로 나타나 다중공선성이 없는 것으로 판단하였다.

<표 4>는 전체 집단을 대상으로 성별에 따라 건강 특성과 사회적 관계망이 우울 증상 수준에 영향을 미치는 정도를 살펴보기 위해 위계적 선형회귀분석을 실시한 결과이다. 위계적 선형회귀분석은 주요 독립변수인 건강 특성 및 사회적 관계망 변수들이 종속변수인 우울 증상 수준에 미치는 영향력을 고려하면서 각 독립변수와 성별의 상호작용효과를 확인하기 위해서 사용하였다. 인구사회학적 특성 요인을 통제한 상태에서 건강 특성과 사회적 관계망 요인이 우울 증상에 미치는 영향을 알아본 결과(모델 1), 모형의 적합도를 나타내는 F값은 83.93( $p < 0.001$ )이었고 모형의 설명력은 20.0%였다. 독립변수 중에서, 주관적 건강상태( $\beta = -0.27$ ), 지인과의 만남 횟수( $\beta = -0.19$ ), 결혼상태( $\beta = -0.10$ ), 비동거자녀와의 만남 횟수( $\beta = -0.04$ ), 만성질환( $\beta = 0.03$ ) 순으로 우울 증상 수준에 영향을 주는 것으로 나타났고 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 주관적 건강상태가 좋지 않을수록, 지인과의 만남이 적을수록, 기혼상태가 아닌 사별, 이혼, 별거, 미혼인 경우, 비동거자녀와 자주 만나지 않을수록, 만성질환을 더 많이 앓을수록 우울 증상이 높아지는 것으로 나타났다. 인구사회학적 특성 요인 중에서는 연령( $\beta = 0.05$ ), 연간 가구소득( $\beta = -0.05$ ), 종교( $\beta = -0.05$ )가 통계적으로 유의미하게 우울 증상 수준에 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉, 연령이 높을수록, 연간 가구소득이 낮을수록, 종교가 없는 노인인 경우 우울 증상이 높아지는 결과를 보였다. 조절변수인 성별의 우울 증상 수준에 대한 영향력은 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

모델 2는 성별과 건강 특성의 상호작용항을 투입하여 분석한 결과이다. 성별의 우울 증상 수준에 대한 주효과는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았으나 건강 특성의 하위요인인 만성질환 개수( $\beta = 0.07$ )와 주관적 건강상태( $\beta = -0.28$ )의 우울 증상에 대한 주효과는 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 상호작용효과와 관련해서, 우울 증상 수준에 미치는 만성질환 개수의 영향력은 성별에 따라 차이가 있는 것으로 나타났으나( $\beta = -0.08$ ), 성별과 주관적 건강상태 간의 상호작용항은 우울 증상에 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다. 이 모델에서 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 독립변수들

은 모델 1과 동일하였고 비슷한 영향력을 보였다. 이 모형의 F값은 72.84( $p < 0.001$ )로 적합하였고, 모델 1에 비해 모델 2의 적합도는 통계적으로 유의미한 차이를 보이면서 향상되었다( $F \text{ change} = 5.25, p < 0.01$ ). 모델의 설명력은 20.3%로 모델 1에 비해 0.3% 증가하였다.

마지막으로, 성별과 사회적 관계망의 상호작용항을 추가로 투입하여 분석하였다(모델 3). 이 모델에서 조절변수인 성별의 우울 증상 수준에 대한 주효과는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았으나, 만성질환 개수( $\beta = 0.07$ )와 주관적 건강상태( $\beta = -0.28$ )의 우울 증상 수준에 대한 주효과는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 사회적 관계망 하위요인 중에서는 결혼상태( $\beta = -0.09$ ), 비동거자녀 만남( $\beta = -0.04$ ), 지인만남( $\beta = -0.19$ )의 우울 증상 수준에 대한 주효과가 통계적으로 유의한 차이를 보였으나, 동거유형과 모임 참여의 우울 증상 수준에 대한 주효과는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 새로 투입한 상호작용항들 중에 우울 증상 수준에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 변수는 없었던 반면 만성질환 상호작용항의 영향력은 그대로 유지되었다( $\beta = -0.08$ ). 우울 증상 수준에 영향을 미치는 다른 독립변수들의 유의도는 이전 모델들과 거의 동일하였다. 모델 3의 F값은 53.65( $p < 0.001$ )로 적합하였으나 모델 2에 비해 모델의 적합도가 향상되지 않았고 모델 설명력도 동일하였다( $F \text{ change} = 0.15, p > 0.05$ ).

표 4. 우울 증상 수준에 영향을 미치는 요인: 전체 노인(N=4, 226)

변수	모델 1			모델 2			모델 3		
	B	S.E	t	B	S.E	t	B	S.E	t
상수	1.44	0.12	11.64***	1.40	0.13	10.99***	1.39	0.13	10.49***
성별	-0.03	0.02	-0.03	0.03	0.07	0.02	0.03	0.10	0.03
연령	0.004	0.001	0.05	2.78***	0.004	0.001	0.05	2.88**	0.004
사회학적 특성	-0.03	0.01	-0.05	3.29***	-0.03	0.01	-0.05	3.24**	-0.03
학력	-0.01	0.01	-0.02	0.95	-0.01	0.01	-0.01	0.79	-0.01
종교	-0.06	0.02	-0.05	3.34***	-0.06	0.02	-0.05	3.42**	-0.06
건강 특성	-0.18	0.01	-0.27	16.85***	-0.18	0.01	-0.28	13.09***	-0.18
주관적 건강상태	0.03	0.01	0.03	2.20*	0.06	0.02	0.07	3.61*	0.06
만성질환	0.03	0.03	0.02	1.08	0.03	0.03	0.02	1.15	0.03
동거유형	-0.11	0.02	-0.10	4.87***	-0.11	0.02	-0.10	4.84***	-0.11
결혼상태	-0.01	0.01	-0.04	2.52*	-0.01	0.01	-0.04	2.50*	-0.01
비동거자녀 만남	-0.04	0.003	-0.19	11.80***	-0.04	0.003	-0.19	11.90***	-0.04
지인 만남	-0.01	0.02	-0.01	0.67	-0.01	0.02	-0.01	0.65	-0.01
모임 참여									
성별*주관적 건강상태	0.01	0.02	0.02	0.30	0.01	0.02	0.02	0.30	0.01
성별*만성질환	-0.08	0.03	-0.08	2.97**	-0.08	0.03	-0.08	2.97**	-0.08
성별*동거유형									
성별*결혼상태									
성별*비동거자녀 만남									
성별*지인 만남									
성별*모임 참여									
상호작용항									
성별*동거유형									
성별*결혼상태									
성별*비동거자녀 만남									
성별*지인 만남									
성별*모임 참여									
R <sup>2</sup> (Adjusted R <sup>2</sup> )	0.200(0.198)			0.203(0.200)			0.203(0.199)		
F	83.93***			72.84***			53.65***		
F change	5.25**			0.15					

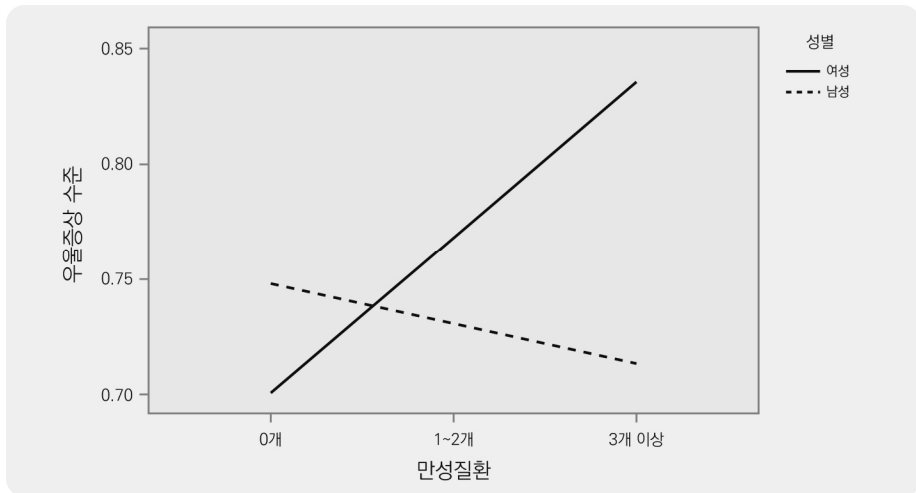
\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001.

주: 1. 횡단 가중값을 적용하여 분석함.

2. 성별(0=여성, 1=남성), 종교(0=없음, 1=있음), 동거 유형(0=독거, 1=동거), 결혼상태(0=사별/이혼/별거/미혼/기타, 1=기혼), 모임 참여(0=아니오, 1=예).

그림 2는 우울 증상 수준과 만성질환의 관계에서 성별의 조절효과를 도식화한 결과이다<sup>1)</sup>. 이 그림은 남녀 두 집단의 평균값이 중간에 교차하는 교차 상호작용효과(Crossover Interaction Effect)의 예를 보여주고 있다. 이 그림에서 만성질환이 0개 또는 1~2개인 경우보다 3개 이상인 경우, 여성 노인과 남성 노인의 우울 증상 평균 차이가 가장 컸다. 남성 집단의 경우, 만성질환 개수가 증가할수록 우울 증상 수준이 감소하는 경향을 보였지만 만성질환 개수에 따른 우울 증상 정도 차이는 크지 않았고 이 결과는 통계적으로 유의하지 않았다( $t=0.89, p>.05$ ). 반면, 여성 집단에서는 만성질환 개수가 증가할수록 우울 증상 수준이 증가하는 경향이 남성 집단에 비해 더 뚜렷했고 이 결과는 통계적으로 유의하였다( $t=3.92, p<.001$ ).

그림 2. 우울 증상 수준에 대한 성별과 만성질환의 조절효과



1) Johnson-Neyman(J-N) 테크닉(Hayes & Matthes, 2009)을 사용하여 본 연구의 조절변수인 성별에 따른 주요 독립변수(만성질환)의 종속변수(우울 증상 수준)에 대한 통계적인 유의성을 검증하였고, 이를 위해 Modprobe macro command를 사용하였음. Modprobe 명령어를 사용하면 전체 집단에 대해서 종속변수, 조절변수, 독립변수, 통제변수를 하나의 회귀방정식에 넣어서 통계분석을 실시할 수 있고(예. MODPROBE y = 종속변수x = 통제변수 독립변수 조절변수), 조절변수에 따라 주요 독립변수의 종속변수에 대한 조건적인 효과가 어떻게 나타나는지 t값과 함께 통계적인 유의도가 결과로 제시됨. 또한 [그림 2]와 같이 조절변수에 따른 독립변수와 종속변수의 관계를 도식화할 수 있음.

## 5. 여성 및 남성노인의 우울 증상 수준에 영향을 미치는 요인

<표 5>는 여성노인과 남성노인 집단 별로 우울 증상 수준에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 선형다중회귀분석을 실시한 결과이다. 우선 여성노인 집단의 경우 인구 사회학적 특성 요인을 통제한 상태에서 건강 특성과 사회적 관계망 요인이 우울 증상 수준에 미치는 영향을 알아본 결과, 모형의 적합성을 나타내는 F값은 52.81( $p < 0.001$ )이었고 모형의 설명력은 20.0%였다. 독립변수 중에서 주관적 건강상태( $\beta = -0.27$ ), 지인과의 만남( $\beta = -0.19$ ), 결혼상태( $\beta = -0.10$ ), 만성질환( $\beta = 0.07$ ), 비동거자녀 만남( $\beta = -0.04$ ) 순으로 우울 증상 수준에 영향을 주는 것으로 나타났고 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 주관적 건강상태가 좋지 않을수록, 지인들과의 만남이 적을수록, 기혼 상태가 아닌 경우, 만성질환을 더 많이 앓을수록, 비동거자녀와 연락을 자주 안할수록 우울 증상 수준이 높아지는 것으로 나타났다. 인구사회학적 특성 요인의 경우 연령( $\beta = 0.07$ ),

표 5. 여성 및 남성노인의 우울 증상에 영향을 미치는 요인

변 수	여성 (n1=2,443)				남성 (n2=1,783)				
	B	S.E	$\beta$	t	B	S.E	$\beta$	t	
상수	1.22	0.17		7.32***	1.58	0.19		8.20***	
인구 사회학적 특성	연령	0.01	0.002	0.07	3.24**	0.002	0.002	0.03	1.12
	연간 가구소득	-0.03	0.01	-0.07	3.27**	-0.02	0.01	-0.03	1.18
	학력	0.03	0.02	0.04	2.11*	-0.03	0.01	-0.07	2.81**
	종교	-0.05	0.02	-0.05	2.43*	-0.06	0.03	-0.05	2.40*
건강 특성	주관적 건강상태	-0.18	0.01	-0.27	12.76***	-0.17	0.02	-0.28	11.17***
	만성질환	0.06	0.02	0.07	3.66***	-0.01	0.02	-0.02	0.70
사회적 관계망	동거유형	0.04	0.03	0.03	1.22	0.06	0.06	0.02	0.82
	결혼상태	-0.11	0.03	-0.10	3.87***	-0.15	0.05	-0.09	2.94**
	비동거자녀 만남	-0.01	0.01	-0.04	2.19*	-0.01	0.01	-0.04	1.56
	지인 만남	-0.04	0.004	-0.19	8.94***	-0.04	0.01	-0.20	7.69***
	모임 참여 여부	-0.01	0.03	-0.01	0.50	-0.02	0.03	-0.02	0.58
R <sup>2</sup> (Adjusted R <sup>2</sup> )		0.20(0.20)				0.19(0.18)			
F		52.81***				35.31***			

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ .

주: 1. 횡단 가중값을 적용하여 분석함.

2: 종교(0=없음, 1=있음), 동거 유형(0=독거, 1=동거), 결혼상태(0=사별/이혼/별거/미혼/기타, 1=기혼), 모임 참여(0= 아니오, 1=예).

연간 가구소득( $\beta=-0.07$ ), 학력( $\beta=0.04$ ), 종교( $\beta=-0.05$ ) 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 연령이 높을수록, 연간 가구소득이 낮을수록, 학력이 높을수록, 그리고 종교가 없는 여성노인의 경우에 우울 증상 수준이 높아지는 결과를 보였다.

남성노인 집단의 경우, 주관적 건강상태( $\beta=-0.28$ ), 지인과의 만남( $\beta=-0.20$ ), 결혼상태( $\beta=-0.09$ ) 순으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 주관적 건강상태가 좋지 않고, 지인들과의 만남 횟수가 적을수록, 그리고 사별, 이혼, 별거, 미혼인 경우에 우울 증상이 높게 나타났다. 인구사회학적 특성 요인 중에서는 학력( $\beta=-0.07$ )과 종교( $\beta=-0.05$ )만이 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 학력이 낮거나 종교가 없는 남성노인의 경우에 우울 증상 수준이 높아지는 결과를 보였다. 이 모형의 F값은 35.31( $p<0.001$ )로 적합하였고, 모형의 설명력은 19%였다.

## V. 논의 및 결론

본 연구는 2014년 제5차 고령화연구패널(KLoSA) 데이터를 이용하여 65세 이상의 한국 여성노인과 남성노인을 대상으로 이들의 일반적 특성 차이를 파악하고, 건강 특성과 사회적 관계망 요인이 노인의 우울 증상 수준에 어떠한 영향을 미치는지 성별 조절효과와 함께 검증하는데 목적이 있다. 본 연구의 주요 연구 결과에 따른 논의는 다음과 같다.

첫째, 여성노인과 남성노인 집단 간에 대부분의 인구사회학적 특성, 건강 특성 요인, 사회적 관계망 요인, 그리고 우울 증상 수준에 있어서 차이가 있었다. 여성노인은 남성노인에 비해 연령이 높았고 연간 가구 소득도 낮았으며 학력 또한 낮았는데 이러한 일반적 특성은 사회경제적으로 취약한 위치에 있는 여성노인들이 우울 증상의 위험에 잠재적으로 노출될 가능성이 더 높음을 시사한다. 또한 주관적 건강상태, 만성질환과 같은 건강 특성에 있어서 남성노인에 비해 취약한 것으로 나타났다. 사회적 관계망에 있어서는 여성노인이 남성노인에 비해 배우자나 다른 가족 없이 혼자 사는 경우가 많았고, 모임 참여도 활발하지 않은 반면 비동거자녀와의 관계는 더 활발한 것으로 나타났다. 무엇보다 여성노인의 우울 증상 수준이 남성노인보다 높게 나타났다. 기존 연구에서도



사회경제적, 건강 특성, 사회적 관계망 측면에서 여성노인이 남성노인보다 다소 불리한 여건에서 생활하는 경우가 많고 이로 인해 여성노인이 우울 증상과 같은 심리적, 정신적 어려움을 더 많이 경험하는 것으로 보고되고 있다(김기정, 표갑수, 2008; 김미령, 2012; 이금재, 박혜숙, 2006; 이인정, 2007).

이러한 결과는 인구학적 측면과 사회구조적인 측면에서 그 연계성을 찾아볼 수 있다. 한국 여성의 경우 기대수명이 남성보다 높기 때문에 고령 인구가 상대적으로 많고, 배우자나 다른 동거 가족없이 혼자 살아야 하는 경우가 많다. 이로 인해 고독감과 상실감을 더 경험하게 되며 그 결과로 우울 증상 수준이 심화될 수 있다. 가족과의 유대관계가 약할 경우, 모임 활동을 통해서 사회적 유대감을 강화해 나갈 수 있게 되는데 이러한 모임마저 없는 경우 노인들의 심리적인 어려움이 가중될 수 있고 결과적으로 우울 증상의 수준에 부정적인 영향을 줄 수 있다. 또한 교육의 기회를 충분히 받지 못할 경우 농업이나 어업 등 가족 경제활동에 주로 참여하거나 단순생산직에 종사하게 되므로 경제적인 여유를 누리지 못하게 되고, 경제적인 어려움으로 인한 스트레스는 우울 증상으로 이어질 수 있다. 이처럼 노인의 우울 증상은 어느 하나의 요인으로 인한 결과라기보다는 여러 다양한 예측요인들이 서로 상호작용하면서 영향을 주는 결과로 볼 수 있다. 따라서 후속 연구에서는 본 연구에서 검토한 우울 증상의 영향요인(예. 만성질환, 열악한 주관적 건강상태, 취약한 사회적 관계망)과 더불어 이를 상쇄할 수 있는 보호 요인(예. 사회활동, 종교활동, 여성, 여가생활, 삶의 만족도)에 대한 다각적인 연구가 필요하다.

둘째, 전체 집단을 대상으로 성별에 따라 건강 특성과 사회적 관계망이 조절효과가 있는지 분석한 결과(표 4), 모델 1에서는 조절변수인 성별이 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다. 이는 성별 각 집단의 우울 증상에 대한 영향력이 정반대이거나 성별 집단 간 차이가 다른 변수들에 비해 상대적으로 작기 때문으로 설명될 수 있다. 또는 성별과 다른 요인들과의 상호작용효과로 인한 결과로도 유추해볼 수 있다. 모델 2와 모델 3 단계에서는 성별과 만성질환의 상호작용항이 우울 증상 수준에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났고 다른 상호작용항들은 통계적으로 유의미한 결과를 보이지 않았다. 그림 2는 남녀 집단 간 교차 상호작용효과를 보여주는 예로 기존 선행연구에서도 신체적인 건강 상태와 정신건강의 밀접한 관련성에 대해 보고하고 있으며(고민석, 서인균, 2011; 신창환, 2010), 만성질환이나 주관적 건강상태 정도에 따라 우울 증상이 변화할 때 그 변화 정도가 성별 집단에 따라 차이를 보이는 성별 조절효과에 대해서도 보고

하고 있다(김철규, 박승미, 2012). 이러한 결과는 성별 차이를 비롯한 일반적 특성과 건강 특성, 사회적 관계망 등을 복합적으로 고려하여 우울 증상 수준이 높은 위험 집단과 잠재 집단을 체계적으로 선별·관리하는 것이 중요함을 시사한다. 구체적으로 행정구역 단위별(광역시도, 시군구, 읍면동)로 각 관할구역에서 만성질환을 앓고 있는 노인을 정신건강에 취약한 잠재 집단으로 분류하고, 지역사회 내의 보건·의료·사회복지 기관과 연계하여 주기적으로 건강 관리할 수 있도록 민·관 협력 체제를 구축할 필요가 있다. 특히 잠재 집단 중에서 복합적인 만성질환을 가지고 있거나, 여성, 독거노인, 다른 사회경제적인 어려움이 있는 노인을 위험 집단으로 선별하고 관리해나간다면 복지사각지대를 최소화하면서 문제가 있는 경우 조기 개입이 가능해 질 것이다.

셋째, 여성노인과 남성노인 각 집단의 우울 증상 수준에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 두 집단에 공통적으로 영향을 미치는 요인은 주관적 건강상태, 결혼상태, 그리고 지인들과의 만남이었다. 즉, 주관적 건강상태가 좋지 않을수록 우울 증상 수준이 높았고, 배우자가 있거나 지인들과 자주 만날수록 우울 증상이 완화되는 결과를 보였다. 기존 연구에서도 결과의 차이가 있지만 건강 특성과 사회적 관계망이 노인의 우울 증상에 유의미한 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(김기정, 표갑수, 2008; 김철규, 박승미, 2012; 이평숙, 이용미, 임지영, 황라일, 박은영, 2004). 가족을 포함한 사회적 관계망이 노인의 안녕감에 큰 영향을 준다는 사실을 감안하면(공수자, 이은희, 하미옥, 2005), 배우자가 없거나 가족없이 혼자 사는 노인들이 외로움과 소외감에 더 시달리고 우울 증상의 위험에 더 노출되어 있는 상태라고 볼 수 있다. 두 집단에 공통적으로 적용되는 위험 요인들 이외에 만성 질환과 비동거자녀와의 만남은 여성 노인에게만 유의한 영향 요인이었다. 여성 노인을 포함한 다른 선행연구에서도 만성질환을 2개 이상 가지고 있는 노인이 만성질환을 앓고 있지 않는 노인에 비해서 통계적으로 유의하게 우울 증상이 높은 것으로 보고하고 있다(김철규, 박승미, 2012). 또한 가족, 형제자매, 친구, 이웃들로부터 받는 사회적 지지망의 접촉 빈도가 낮을수록 우울 증상이 높아지고, 가족 관계나 사회관계에 만족할수록 우울 점수가 낮아지는 등(박재규, 이정림, 2011) 비교적 일관된 결과가 보고되고 있다. 여성 집단에서 만성질환의 우울 증상에 대한 영향력은 앞서 언급한 성별과 만성질환의 우울 증상에 대한 상호작용효과와 연관되는 결과로 볼 수 있다. 즉, 일반적 특성을 포함한 건강 특성과 사회적 관계망 요인에서의 성별 차이로 인해 여성노인이 남성노인에 비해 우울 증상에 더 취약할 가능성이 크다. 아울러 여성노인의

경우 연령이 높아지면서 개인적으로 경험하는 심리적, 사회적 스트레스가 대체로 증가하는데 이를 완화시켜줄 수 있는 사회적 관계망의 접촉 정도가 감소하게 되면 우울 정도가 더욱 심해질 수 있다(Husaini, Moore, Castor, Nesor, Whitten-Stovall, Linn, & Griffin, 1991).

넷째, 통제변수인 인구사회학적 특성 요인 중에서 학력과 종교는 여성과 남성 집단의 우울 증상에 영향을 주는 공통된 요인이었다. 학력의 경우, 일반적으로 교육 수준이 낮은 집단에서 우울 증상이 높은 것으로 알려져 있으나(남기민, 정은경, 2011), 학력에 따른 우울 증상의 차이가 없거나 교육수준이 가장 높거나 낮은 집단에서 우울 증상이 높다는 연구 결과도 보고되고 있다(김철규, 박승미, 2012; 박언아, 이인숙, 2009; 이은령, 강지혁, 정재필, 2013). 본 연구에서 남성 집단은 교육 수준이 낮을수록 우울 증상이 높아지는 특성을 보였지만 여성 집단은 이와 상반되게 교육 수준이 높을수록 우울 증상이 높아지는 경향을 보였다. 이는 교육 수준이 우울 증상에 미치는 영향력이 성별에 따라 정반대로 작용함을 의미한다. 특히 교육 수준이 높은 여성 노인의 경우 가부장제적인 가정과 사회에서 경험한 남녀차별로 인해 본인의 역량을 발휘할 수 있는 기회가 상대적으로 제한되었을 가능성이 크다. 이로 인한 심리적인 스트레스가 장기적으로 누적되어 쌓이면서 부정적인 정신건강상태로 이어졌다고 볼 수 있다. 종교는 종교가 가지고 있는 고유한 기능 이외에 사회적 관계망과 정서적인 유대관계 형성과 같은 관계 자원으로서의 역할을 함께 수행하기 때문에 대체로 정신건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(윤현숙, 원성원, 2010; Harris & Cole, 1985). 그밖에 여성 노인의 경우, 연령이 높고 연간 가구소득이 낮을수록 우울 증상이 높게 나타났다. 선행 연구에서도 경제적인 어려움이나 빈곤이 우울 증상을 높이는 위험 요인이고 여성노인이 남성노인보다 경제적으로 더 취약한 것으로 보고되고 있다(김미령, 2012, 윤명숙, 2007). 이러한 결과는 노인의 우울 증상의 원인을 단일 요인보다는 여러 심리사회적인 다양한 측면에서 함께 고려하여 해석할 필요성이 있음을 보여준다.

본 연구결과는 자가 건강관리의 어려움이 있고 사회적 관계망 체계가 취약한 노인, 특히 여성노인 집단을 대상으로 이들의 우울 증상 완화와 예방을 위해 지역사회 내에서 사회적 관계망을 구축하고 연계할 필요성이 있음을 강조한다. 가족이나 친척, 친구와 같은 사회적 관계 자원이 부족한 노인을 위해서 지역사회 기반의 상담지원프로그램이나 교육프로그램이 확대된다면 이러한 프로그램을 통해서 형성되는 새로운 관계망이 노인

의 정신건강에 긍정적인 영향을 미치는 요소로 작용될 것이다. 구체적으로, 연령, 성별, 교육 수준 등을 고려한 개별화된 맞춤형 정신건강증진 프로그램을 개발하는 한편, 비슷한 연령대의 노인들이 또래상담자의 역할을 수행하는 어르신 멘토-멘티 연계 프로그램 등을 함께 운영해나간다면 지역사회 내에서 우울 증상의 어려움을 겪고 있는 대상자의 조기 선별과 정신건강전문가 연결이 보다 원활해질 것이다. 여러 개의 만성질환을 복합적으로 가지고 있고 의료 사각지대에 있는 노인을 위해서는 지역사회보장협의체 또는 지방자치단체의 주도로 의료기관, 노인종합사회복지관, 지역정신건강센터 등의 지역사회 기관들이 함께 협력하여 우울증 예방부터 고위험군 선별 및 관리, 치료, 재활에 이르기까지 효율적으로 시스템을 운영해 나가도록 관리할 필요가 있다. '301네트워크'와 같이 보건·의료·복지 서비스 전달기관과의 연계 강화를 통해 취약계층에게 맞춤형 보건의료복지 전달체계를 통합적으로 제공하는 서비스는 이러한 시스템의 한 예가 될 수 있다.

본 연구의 한계 및 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 전국 단위 규모로 표본 설계된 고령화연구패널 중에서 제5차 기본조사 데이터만을 이용한 횡단연구이다. 따라서 건강 특성, 사회적 관계망과 우울 증상 간의 인과 관계를 설명할 수 없는 한계를 가지고 있다. 후속 연구에서는 우울 증상에 영향을 주는 위험 요인들을 종단적으로 조사하여 보다 명확한 인과 관계를 파악하고 시간의 흐름에 따라 우울 증상이 어떠한 변화 과정을 보이는지 살펴볼 필요가 있다. 이러한 종단연구를 통해 보다 효과적이고 실제적인 정신건강 증진 개입 방안 마련이 가능할 것이다.

둘째, 본 연구는 여성노인과 남성노인의 우울 증상에 영향을 미치는 건강 특성 요인과 사회적 관계망 요인에 초점을 두어 분석을 실시했기 때문에 다른 심리사회적, 환경적인 요인에 대해 다각적으로 고려하지 못한 한계가 있다. 추후 연구에서는 생태체계적 관점에서 개인체계, 미시체계, 중간 체계, 거시체계 요인들이 우울 증상에 어떠한 영향을 미치는지 폭넓게 탐색해볼 필요가 있다. 또한 성별에 따른 차이 이외에 결혼상태나 동거 유형에 따른 조절효과 또는 매개효과 분석을 통해 고위험 집단을 면밀히 파악할 필요가 있다.

셋째, 본 연구에서 사용된 변수의 측정방법과 관련해서, 연령은 범위가 다소 넓어서 연령대별로 범주화하여 분석하는 방법을 고려하였으나 그렇게 처리할 경우 많은 정보를 잃을 우려가 있어서 연속변수 그대로 사용하였다. 학력은 교육년수로 환산하여 측정할 경우 왜도값과 첨도값이 커져서 정규성에 대한 가정에 위배되는 문제

가 발생되기 때문에 본 연구에서는 범주값을 이용하여 분석을 실시하였다.

이러한 한계점에도 불구하고 본 연구는 남녀 노인의 우울 증상 차이에 주목하여 이 두 집단의 우울 증상에 영향을 미치는 변수들을 전체 집단과 여성 및 남성 집단별로 구분하여 검증했다는 점에서 의의가 있다. 특히 본 연구는 성별에 따른 여러 일반적 특성 차이에 대한 분석 결과를 바탕으로 노인의 우울 증상 수준에 영향을 미치는 성별 조절 효과와 함께 우울 증상에 영향을 미치는 요인을 각 집단별로 제시하였다. 본 연구는 노인 집단 내에서 정신건강의 어려움에 처한 고위험군을 파악하고, 이들을 지역사회에서 조기 발견·관리하여 적극적인 치료를 받을 수 있도록 연계하는 통합적인 서비스 제공이 중요함을 시사한다. 향후에는 노인의 우울 증상의 감소와 삶의 질 향상에 기여하는 다양한 사회환경적 요인에 대해 분석하고 종단적 자료를 통한 검증으로 본 연구 결과를 보완할 필요가 있다.

박소영은 이화여자대학교에서 사회복지학 석사학위를, 서울대학교에서 보건학 석사학위를 받고, 미국 New York University Silver School of Social Work에서 임상사회복지학 박사학위를 받았다. 현재 강남대 강남특성화추진단(TF)Wel-Tech에서 전임연구원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 임상사회복지실천, 정신의료 및 의료사회복지, 건강증진, 문화다양성이며, 현재 노인과 장애인 대상 복지기술, 만성질환예방, 건강 불형평성 등에 대해 연구하고 있다.

(E-mail: syp279@gmail.com)

## 참고문헌

- 강소랑, 문상호 (2011). 중·고령자의 삶의 질에 관한 증험적 정책설계: 고령화연구패널 (KLoSA) 자료를 이용한 실증분석. *한국정책학회보*, 20(2), pp.353-381.
- 강지숙, 정여숙. (2008). 대도시 노인의 질병, 주관적 신체 증상 및 영양 상태가 우울에 미치는 영향. *지역사회간호학회지*, 19(3), pp.378-387.
- 고민석, 서인균. (2011). 노인의 건강상태가 스트레스와 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과. *대한보건연구*, 37(1), pp.1-14.
- 고정은, 이선혜. (2015). 여성노인의 우울 영향요인: 빈곤집단과 비빈곤 집단간 차이 연구. *노인복지연구*, 68, pp.251-271.
- 공수자, 이은희, 하미옥. (2005). 한국 노인의 주관적 안녕감 구성에 영향을 미치는 요인들. *노인복지연구*, 30, pp.141-169.
- 김귀분, 이윤정, 석소현. (2008). 가족동거노인과 독거노인의 건강상태, 우울 및 삶의 질 비교연구. *성인간호학회지*, 20(5), pp.765-777.
- 김기정, 표갑수. (2008). 재가 노인의 우울감 유발요인과 완화요인. *노인복지연구*, 39, pp.111-143.
- 김동배, 손의성. (2005). 한국노인의 우울 관련변인에 관한 메타분석. *한국노년학*, 25(4), pp.167-187.
- 김동배, 유병선, 민정선. (2011). 노인 집단에서 나타나는 건강 수준 차이의 요인 분석. *사회복지연구*, 42(3), pp.267-290.
- 김미령. (2012). 연령과 성별에 따른 노인의 삶의 질 영향요인 차이분석. *한국노년학*, 32(1), pp.145-161.
- 김미혜, 이금룡, 정순돌. (2000). 노년기 우울증 원인에 대한 경로분석. *한국노년학*, 20(3), pp.211-226.
- 김영주. (2009). 남녀별 독거노인과 동거노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각 비교. *기본간호학회지*, 16(3), pp.333-344.
- 김정엽. (2010). 여성노인의 사회적 지지와 삶의 만족도와의 관계. *복지행정논총*, 20(2), pp.29-62.

- 김철규, 박승미. (2012). 지역사회에 거주하는 여성과 남성노인의 우울 위험요인 비교. *대한간호학회지*, 42(1), pp.136-147.
- 김태면. (2005). 노인들의 사회적 지지가 건강행태 및 건강수준에 미치는 영향. 박사학위논문, 충남대학교
- 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석. (2004). 건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향. 서울: 한국보건사회연구원
- 남기민, 박현주. (2010). 노인의 종교활동과 사회활동 참여가 삶의 만족도에 미치는 영향. *노인복지연구*, 49, pp.405-428.
- 남기민, 정은경. (2011). 여성독거노인들이 인지한 사회활동과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향: 우울과 죽음불안의 매개효과를 중심으로. *노인복지연구*, 52, pp.325-348.
- 노병일, 모선희. (2007). 사회적 지지의 수준과 차원이 노인 우울에 미치는 영향. *한국노년학*, 27(1), pp.53-69.
- 대한노인병학회. (2005). *노인병학*. 서울: 의학출판사.
- 박노동. (2009). 건강행위 유형분석을 통한 노인건강 증진방안 연구. 대전: 대전발전연구원.
- 박연아, 이인숙. (2009). 빈곤층 여성 노인의 우울에 미치는 영향요인. *농촌의학·지역보건학회지*, 34(2), pp.256-266.
- 박인옥, 김진세, 이강준, 정인과. (1998). 한국 노인의 우울요인. *노인정신의학*, 2(1), pp.47-63.
- 박재규, 이정림. (2011). 한국 성인 남녀의 우울증 변화에 영향을 미치는 요인 분석. *보건과 사회과학*, 29, pp.99-128.
- 보건복지부. (2011). 2011년도 정신질환실태 역학조사. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부. (2014). 국민기초생활보장 수급자 현황. 세종: 보건복지부.
- 서인균. (2010). 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향 연구. 박사학위논문, 원광대학교
- 송미령, 김은경, 유수정. (2010). 재가 노인의 일상생활수행능력, 사회적 지지 및 자기효능감이 우울에 미치는 영향: 우울 의심 노인과 정상노인의 비교를 중심으로. *한국사회복지조사연구*, 24, pp.61-80.
- 신종각, 안준기, 김경희, 김은영, 권윤섭. (2015). 2014 고령화연구패널(KLoSA) 기초분석

- 보고서. 음성: 한국고용정보원.
- 신창환. (2010). 삶의 특성이 노인 우울에 미치는 영향에 관한 연구: 삶의 만족도의 매개 효과를 중심으로. *한국노년학*, 30(2), pp.453-469.
- 심영미. (2001). 우리나라 독거노인의 생활안전 대책에 관한 연구. 박사학위논문, 경희대학교.
- 오진주, 고현민, 김선희, 장경, 김영선. (2016). 노년기 우울변화의 영향요인: 한국 고령화 연구패널을 이용하여. *대한보건연구*, 42(2), pp.1-15.
- 오창석(2012). 노인의 주관적 건강 인식과 삶의 질이 우울과 자살 생각에 미치는 영향. *보건의료산업학회지*, 6(2), pp.179-191.
- 윤명숙. (2007). 도시·농촌 노인의 심리사회적 특성과 문제음주 및 삶의 질 관계 연구. *노인복지연구*, 38, pp.281-310.
- 윤현숙, 원성원. (2010). 노인의 영성과 종교활동이 생활만족도와 우울에 미치는 영향. *한국노년학*, 30(4), pp.1077-1093.
- 이금재, 박혜숙. (2006). 재가 도시 노인의 주관적 건강상태, 우울, 일상생활수행능력에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 12(3), pp.221-230.
- 이민아. (2010). 결혼상태에 따른 노인의 우울도와 성차. *한국사회학*, 44(4), pp.32-62.
- 이영자, 김태현. (1999). 단독가구 노인의 스트레스와 우울감. *한국노년학*, 19(3), pp.79-93.
- 이은령, 강지혁, 정재필. (2013). 노인 우울에 미치는 요인. *한국콘텐츠학회논문지*, 13(7), pp.290-300.
- 이인정. (1999). 노년기 전기와 후기의 차이에 관한 연구. *한국노년학*, 19(3), pp.35-50.
- 이인정. (2007). 남녀노인의 우울, 삶의 만족에 대한 심리사회적 요인들의 영향의 차이에 관한 연구. *노인복지연구*, 36, pp.159-179.
- 이평숙, 이용미, 임지영, 황라일, 박은영. (2004). 노인의 스트레스, 사회적 지지와 우울간의 관계. *대한간호학회지*, 34(3), pp.477-484.
- 이현주, 강상경, 이준영. (2008). 노인우울증에 대한 사회경제적 지위요인과 건강행태요인에 관한 연구. *한국노년학*, 28(4), pp.1129-1145.
- 이혜자, 성명옥, 신윤아. (2003). 대도시 여성노인의 정신건강과 사회인구학적 관련변인: 심리적 복지감과 우울감을 중심으로. *노인복지연구*, 23, pp.127-150.



- 정경희. (1997). 여성노인의 삶의 질: 현황과 정책과제, *보건복지포럼*, 13, pp.45-50.
- 정영미. (2007). 여성노인의 우울에 따른 건강상태 및 우울관련 요인, *한국노년학*, 27(1), pp.71-86.
- 정진경, 김고은. (2012). 노년기 부모-성인자녀간 지원유형에 관한 연구, *한국노년학*, 32(3), pp.895-912.
- 조추용, 정미경. (2016). 농촌노인의 일상생활수행능력과 생활의 어려움이 정신건강에 미치는 영향요인에 관한 연구-사회적 지지 매개효과를 중심으로 노인복지연구, 71(1), pp.331-353.
- 통계청. (2015). 2015고령자 통계. <http://www.kosis.kr>에서 2017.10.27. 인출.
- 한경혜, 김주현, 강혜원. (2004). 생활공간으로서의 농촌마을의 특성과 노인들의 상호작용-강원도 지역 3개 마을 사례연구. *농촌사회*, 15(2), pp.85-131.
- 한삼성, 강성욱, 정성화. (2012). 독거노인과 부부노인의 우울감 및 자살생각 경험. *보건의료산업학회지*, 6(3), pp.29-38.
- 한혜경, 이유리. (2009). 독거노인의 정신건강 수준과 영향요인. *한국노년학*, 29(3), pp.805-822.
- 홍성희. (2016). 노인의 삶의 질과 영향요인에 관한 연구, *한국가족자원경영학회지*, 20(1), pp.89-108.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1989). Hopelessness depression - A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, pp.358-372.
- Archley, R. (1994). *Social forces and aging*. California: Wardsworth Publishing Co.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the younger old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, pp.123-135.
- Bernstein, K. S., Park, S.-Y., Hahm, S., Lee, Y. N., Seo, J. Y., & Nokes, K. M. (2016). Efficacy of a culturally tailored therapeutic intervention program for community dwelling depressed Korean American women: A non-randomized quasi-experimental design study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), pp.19-26.
- Blazer, D., Kessler, R., McGonagle, K., & Swartz, M. (1994). The prevalence and

- distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, pp.979-986.
- Demura, S., & Sato, S. (2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: A comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 22(3), pp.159-166.
- Evard, K. M., Lach, W., Fisher, E. B., & Baum, M. C. (2000). Relationship of activity and socail support to the functional health of older adults, *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55B, pp.S208-S212.
- Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A., & Altham, P. M. (2000). Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and onset of major depression in high risk adolescents, *British Journal of Psychiatry*, 177, pp.499-504.
- Gravetter, F., & Wallnau, L. (2014). *Essentials of statistics for the behavioral sciences* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W., Berglund, P. A., et al. (2003). The economic burden of depression in the united states: How did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), pp.1465-1475.
- Harris, D. K., & Cole, A. E. (1985). *노년사회학* (최신틱 역). 서울: 경문사. (원서출판 1980).
- Hayes, A. F., & Matthes, J. (2009). Computational procedures for probing interactions in OLS and logistic regression: SPSS and SAS implementations. *Behavior Research Methods*, 41, pp.924-936.
- House, J. S., Lepkowski, J. M., Kinney, A. M., Mero, R. P., Kessler, R. C., & Herzog, A. R. (1994). The social stratification of aging and health. *Journal of Health & Social Behavior*, 35, pp.213-234.
- Husaini, B. A., Moore, S. T., Castor, R. S., Nesor, W., Whitten-Stovall, R., Linn, G. J., & Griffin, D. (1991). Social density, stressors, and depression: Gender

- differences among the Black elderly. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, pp.236-242.
- Irwin, M., Artin, K. H., & Oxman, M. N. (1999). Screening for depression in the older adult: Criterion validity of the 10-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Archives of Internal Medicine*, 159(15), pp.1701-1704.
- Jang, Y., Kim, G., & Chiriboga, D. A. (2011). Gender differences in depressive symptoms among older Korean American immigrants. *Social Work in Public Health*, 26, pp.96-109.
- Jarvik, L. F. (1976). Aging and depression: Some unanswered questions. *Journal of Gerontology*, 31, pp.324-326.
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Kistner, J. (Eds.). (2006). *The interpersonal, cognitive, and social nature of depression*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Katon, W., & Sullivan, M. D. (1990). Depression and chronic medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(Suppl), pp.3-11.
- Katz, I. R. (2004). Depression and Frailty: The need for multidisciplinary research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1), pp.1-5.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, pp.5-13.
- Kim, B. J., Sangalang, C. C., & Kihl, T. (2012). Effects of acculturation and social network support on depression among elderly Korean immigrants. *Aging and Mental Health*, 16, pp.787-794.
- Krause, N. (1999). Assessing change in social support during late life. *Research on Aging*, 21, pp.539-569.
- Lee, G. R., Willetts, M. C., & Seccombe, K. (1998). Widowhood and depression: Gender differences. *Research on Aging*, 20, pp.611-630.
- Lubben, J. E. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family Community Health*, 11, pp.45-52.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2014). What is depression?

<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>에서 2017.10.26.  
인출.

- Neugarten, B. L., Havighurst, R., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction, *Journal of Gerontology*, 16(2), pp.134-143.
- Norbeck, J. S., Lindsay, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support, *Nursing Research*, 30, pp.264-269.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childbearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, pp.47-67.
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., et al. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66, pp.785-795.
- Sugisawa, H., Shibata, H., Houhham, G. W., Sugohara, Y., & Liang, J. (2002). The impacts of socialities in depressive symptoms in U.S. and Japanese Elderly. *Journal of Social Issues*, 58(4), pp.785-804.
- Thrane, C. (2006). Explaining educational-related inequalities in health: Mediation and moderator models. *Social Science & Medicine*, 62, pp.467-478.
- van Grootheest, D. S., Beekman, A. T., van Groenou, M. I. B., & Deeg, D. J. H. (1999). Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, pp.391-398.
- Weissman, M. M. (2006). Recent advances in depression across the generations. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 15, pp.16-19.
- Williams, K., & Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: A Gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, pp.81-98.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO.

# **The Effects of Health-Related Factors and Social Networks on Depressive Symptoms in Elderly Men and Women:**

## **Focusing on the Moderating Effects of Gender**

**Park, So-Young**  
(Kangnam University)

---

The purpose of this study was to examine the moderating effects of gender in relation to health-related factors and social networks on depressive symptoms and to investigate the determinants of health-related factors and social networks on depressive symptoms for each gender group based on gender differences in general characteristics. The fifth Korean Longitudinal Study of Aging (KloSA) was used and the sample was 2,443 elderly women and 1,783 elderly men. Descriptive statistics, independent t-test, chi-square test, hierarchical multiple linear regression, and multiple linear regression were used for data analyses. Results of the study were as follow: First, there were gender differences in socio-demographic characteristics, health-related factors, social networks, and depressive symptoms. Second, the moderating effect of gender on the association between chronic disease and depressive symptoms was found to be statistically significant. Third, subjective health status, marital status, contact with friends were the significant factors of predicting depressive symptoms for both elderly men and women. Implications for relieving and preventing depressive symptoms in vulnerable elderly who had poor health status and weak social networks were discussed.

---

**Keywords: Depressive Symptoms, Elderly, Gender Differences, Health-Related Factors, Social Networks**