

노인의 우울 수준과 영향요인에 관한 연구: 일반가구와 저소득가구의 비교를 중심으로

김 규 민
(고려대학교)

김 재 학
(고려대학교)

이 현 실*
(고려대학교)

본 연구는 노인의 우울에 주목하여 일반가구와 저소득가구에서의 우울 수준과 영향요인을 비교·분석하는데 목적을 두고 있다. 특히, 본 연구는 일반가구와 저소득가구로 구분하여 분석을 시행하였는데 이는 기존 연구들에서 노인의 소득수준 차이가 우울증과 같은 정신질환의 발병률을 증가시키는 요인으로 확인되어 우울을 예방하고 관리하는 프로그램을 구성하는데 있어서 차별적인 접근이 필요하다고 판단되었기 때문이다. 이에 본 연구에서는 한국복지패널 11~13차년도 자료를 이용하여 일반가구 1,428명, 저소득가구 2,257명을 추출하였다. 분석방법으로는 일반화추정모형(GEE: Generalized Estimating Equation)을 활용하였다. 분석결과, 첫째, 일반가구와 저소득가구 노인의 우울 영향요인은 서로 차이가 있었다. 둘째, 일반가구에 비해 저소득가구의 우울 수준이 더 취약한 것으로 나타났다. 셋째, 가구 공통적으로 삶의 질이 노년기 우울을 예측하는 가장 주요한 지표로 확인되었다. 이상의 연구결과를 통해 가구 유형과 특성을 고려한 통합적인 우울 관리 프로그램의 필요성과 정책적 함의를 제시하였다.

주요 용어: 저소득가구, 일반가구, 우울 수준, 일반화추정방정식

* 교신저자: 이현실, 고려대학교 (pridehyun@korea.ac.kr)

■ 투고일: 2020. 7. 27. ■ 수정일: 2020. 9. 20. ■ 게재확정일: 2020. 9. 22.

I. 서론

인구 고령화(population aging)는 전 세계적으로 나타나고 있는 현상이며 이는 잘 알려진 사실이다. 이러한 인구 고령화는 우리 사회에서도 이미 빠르게 진행되어 왔는데 이를 증명하듯 통계청 조사 결과에 따르면, 2018년에 65세 이상의 고령인구가 전체 인구의 약 14.3%를 차지하여 고령사회(aged society)에 진입하였고 2025년에는 약 20.3%를 기록하여 후기고령사회(post-aged society), 2051년은 약 40.2%로 절반에 가까운 인구가 노년층이 될 것으로 전망하였다(통계청, 2019). 이처럼 지속적으로 증가하는 노인인구는 생애 주기적 관점에서 볼 때 사회적, 신체적, 심리적 변화 등으로 인해 다양한 건강 문제를 경험할 수 있고 그중 특히, 정신건강 문제에 직면하게 될 가능성이 매우 높다(이민숙, 2005, p.192; 윤혜선, 2018, p.314). 보건복지부가 발표한 자료에 의하면, 2019년도에 정신 및 기타 질환으로 인한 의료 서비스 이용 경험을 조사하였을 때, 전 연령층 중에서 60세 이상의 연령대가 가장 높은 경험률을 기록한 것으로 나타났다(보건복지부, 2019). 그리고 여러 정신건강문제 중 우울문제로 정신건강상담을 요청한 사례가 가장 많은 빈도를 기록하였고 그중 65세 이상의 노인이 다른 연령층에 비해 우울문제를 많이 경험하는 것으로 나타나 이는 개인의 문제를 넘어 국가의 사회적 부담을 증가시키는 위협요인으로 작용하고 있는 것으로 밝혀졌다(국립정신건강센터, 2018).

우울증 환자 수는 전 세계적으로 증가하는 추세이며 가장 큰 질병 부담을 초래하는 질환 중 하나로 상위에 위치하여 2030년에는 1위를 기록할 것으로 예측되고 있다(한국 바이오협회, 2017, p.1). 미국의 경우 65세 이상의 인구에서 약 200만 명이 우울증을 갖고 있는 것으로 나타났고 전 연령대에서 가장 높은 수치를 기록한 것으로 보아 노인에게 있어 우울은 광범위하게 발생할 수 있는 질병으로 간주되고 있다(MEDICAL Observer, 2014). 또한 미국 노인의 우울증 환자 중에서 치료를 받는 사람은 약 10%에 불과한 것으로 나타났고 제때 치료를 받지 않으면 자살로 이어질 가능성이 다른 연령대에 비해 높은 것으로 보고되었다(남기민, 정은경, 2011 재인용). 이러한 경향은 우리 사회에서도 뚜렷하게 나타난다. 2015년 병원에서 우울증으로 진료를 받은 인원은 68만 명으로 나타나 4년 전인 2011년의 60만 2천명보다 13% 증가하였고 이 가운데 65세 이상의 노인은 2011년에 17만 5천명을 기록한 후 4년이 지난 2015년에는 22만 4천명으로 약 28%가 증가 하였으며 또한, 연평균 우울증 환자의 증가율을 보면 노인집단이

6.9%, 전체 집단(노인 포함)이 3.1%로 노인집단에서의 우울증 증가율이 약 2배 이상 높은 것으로 보고되었다(사회보장정보원, 2016). 그리고 2019년을 기준으로 연령대별 우울증 환자수를 살펴보면 50~59세의 중년층이 우울증 환자수가 가장 높았고 다음으로 60~69세, 70~79세 순으로 높은 수치가 나타났으며 전체적으로 보면 60세 이상의 연령대가 다른 연령대에 비해 우울증 환자수가 많은 것으로 확인되었다(건강보험심사평가원, 2019). 노년기에 경험하는 우울문제는 단순히 정신적 문제로 끝나는 것이 아니라 다른 공존 질환의 증상을 악화시키는 것으로 보고되고 있는데 특히, 심혈관질환, 악성신생물(암), 당뇨병 등의 만성질환 발병위험을 증가시키는 것으로 나타났다(허대석 등, 2011; 김영식, 2012). 또한, 이전에 우울증을 경험한 사람은 다시 우울증이 재발할 가능성이 높은 것으로 보고되며 우울증이 심할 경우 자살로 이어질 수 있어 이는 가족 구성원들에게도 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(Jeong et al, 2013; Haigh, Bogucki, Sigmon, & Blazer, 2018). 이처럼 노인의 우울로 인해 발생하는 위험성은 본인, 뿐만 아니라 가족 및 주변인의 돌봄 부담(caregiving burden)을 가중시키는 등 직·간접적인 사회적 비용을 초래하여 고령화 시대에 간과할 수 없는 사회적 문제이다(김은주, 김영희, 2011; Zivin, Wharton, & Rostant, 2014).

노인에게 있어 우울은 흔히 발생할 수 있는 질병이며 우울 수준을 증가시키는 요인들은 매우 다양하다. 선행연구들에서 노인의 우울 수준에 중요하게 영향을 미치는 것으로 보고된 요인은 가족 지지, 사회적 지지, 건강증진행동, 만성질환관리, 주관적 건강인식, 삶의 질, 자아존중감, 여가생활만족도 등으로 나타났다(박혜경, 2009; 김귀분, 석소현, 2009; 문수경, 박서영, 2012; 이은령, 강지혁, 정재필 2013; 김진현, 2016; 전해숙, 2018). 그리고 이러한 요인들은 일반가구와 저소득가구별로 영향요인에 있어서 차이가 있는 것으로 보고되었다(성준모, 2010; 김정근, 2016). 즉, 노인의 소득수준에 따른 경제적 어려움이 물질적 결핍으로 단순히 끝나는 것이 아닌 심리적 불안감, 우울증 등의 질병을 심화시키는 것으로 나타났다(Murali & Oyebode, 2004). 우리나라의 경우 전반적으로 IMF와 같은 경제위기를 겪으면서 계층간 소득불평등이 심화되고 이에 따라 기본적인 건강 수준에서의 격차가 벌어진 것으로 이해할 수 있다(이혜재, 이태진, 전보영, 정영일 2009, p.80). 성준모(2010)는 우울의 영향요인을 일반 가구원과 저소득층 가구원으로 구분하여 분석하였는데 일반 가구원에서는 나이, 혼인상태, 총 생활비 등이 유의미한 것으로 나타난 반면, 저소득층 가구원은 교육수준, 혼인상태, 가족수입 만족도 등

이 유의미하게 나타나 서로 간의 차이가 있음을 보고하였다. 김정근(2016)의 연구는 빈곤집단과 비빈곤집단의 우울 수준을 비교하였고 그 결과, 빈곤가구의 우울 수준이 비빈곤가구에 비해 높은 것으로 보고되었다. 특히, 빈곤집단에 속한 여성과 음주문제가 있는 경우가 비빈곤가구에 비해 우울이 더 취약한 것으로 밝혔다. 이외 소득수준이 낮은 집단이 높은 집단에 비해 우울증 발생이 높은 것으로 보고하였다(김혜련 등, 2006).

지금까지 노인의 우울과 관련하여 많은 연구가 진행되어 왔다. 그러나 연구대상을 소득수준으로 일반가구와 저소득가구 각각 구분하여 노인의 우울 영향요인과 우울 수준에서 어떠한 차이가 있는지 비교 분석한 연구는 많지 않았다. 대부분의 연구들은 연구대상인 노인을 일반가구와 저소득가구로 구분하여 함께 분석하지 않고 통제변수로 설정하거나 한 집단만을 분석하였고, 우울에 영향을 미치는 다양한 요인들을 포괄적으로 다루어 살펴본 연구도 드물었다. 또한 대다수의 연구가 시간 흐름에 따른 변화를 고려하지 않은 횡단면 연구로 연구결과를 일반화하는데 어려움이 있었으며 이론적 관점과 분석 모형이 결여된 경우가 많았다. 즉, 연구자의 관심과 선택에 따라 연구에 사용될 변수와 인과관계가 선택되어 명확한 인과관계를 규명하는데 한계가 존재하였다.

이에 본 연구에서는 전국 규모의 대표성을 확보한 패널 자료를 활용하여 노인을 일반가구와 저소득가구로 구분하여 시간의 경과에 따라 우울에 영향을 미치는 요인은 각각 무엇이며, 이러한 요인들을 가구별로 비교 분석하는데 연구의 목적을 두었다. 또한 기존 선행연구의 한계로 지목한 이론적 관점의 한계를 보완하기 위해서 본 연구에서는 이론적 논의를 통해 인과관계를 설정한 후 우울의 영향요인을 파악하기 위해 lucock와 동료들(2011, p.613)이 제시한 분석 모형을 활용하여 연구를 진행하고자 한다. 이러한 연구 수행을 통해 일반가구와 저소득가구 노인의 우울을 예방하고 관리하는 통합적인 프로그램 개발에 기초자료를 제공할 수 있을 것이라 기대한다.

II. 이론적 배경

1. 노인의 우울

학자마다 우울을 다양하게 정의하고 있다. 이는 사회문화적 변화에 따라 가치판단이 유동적으로 달라지기 때문이다. Beck(1974)은 우울에 대해 상실감, 무력감, 근심, 무가치함 등을 나타내는 정서적 장애로 자신에 대한 부정적 인식의 결과에서 비롯된다고 하였다. 강신성과 임왕규(2013)는 일상에서 개인의 감정이 평소와 달리 가라앉고 불만족스러움, 근심과 같은 정상적인 기분변화 뿐만 아니라 병적 상태에 이르는 무기력함, 침울감 등을 나타내는 보다 광범위한 심리적 상태로 우울을 정의하였다. 노년기는 신체적, 정신적, 경제적 능력 등의 감소와 같은 부정적인 인생 사건으로 인해 여러 문제들 중 우울을 경험할 가능성이 매우 높은 것으로 나타났다(이순아, 이상록, 2016, p.297; 김수희, 정종화, 김원근, 송진영, 2019, p.156). 우울은 노년기에 발생할 수 있는 가장 빈번한 정신건강 문제이며 우울의 양상은 불안, 무기력, 슬픔 등의 정상적인 정서 변화로 표현되는 우울감을 거쳐 심한 경우에는 정신병적 상태인 우울증에 이르는 것으로 나타난다(이은령, 강지혁, 정재필, 2013).

이처럼 노인의 우울은 지속적으로 방치되면 우울증으로 이어질 수 있고 그 예후가 매우 좋지 않기 때문에 조기에 발견하고 관리하는 것이 무엇보다 중요하다(허만세, 2014, p309). 지금까지 노인의 우울과 관련하여 많은 연구들이 진행되어왔고 다양한 관련 요인이 밝혀져 왔다. Park 등(2016)의 연구에 의하면 주관적 건강상태에 대한 만족도가 높을수록, 만성질환 수가 적을수록 우울의 수준을 감소시키는 것으로 보았고 특히, 우울을 예측할 수 있는 가장 영향력이 큰 요인으로 주관적 건강상태라고 보고하였다. 이순아와 이상록(2016)은 노인의 우울 수준과 건강과 의료, 주거, 음식 등의 다양한 물질적 결핍과의 관계를 종단적으로 살펴보았고 그 결과, 여러 영역의 결핍 중 끼니를 제때 챙겨먹지 못하거나 균형 잡힌 식사를 하지 못하는 등의 음식 영역의 결핍이 노인의 우울 수준 증가의 주요 종단적 요인으로 나타났다. 이처럼 노인의 우울에 영향을 미치는 다각적 요인을 검증해보는 일련의 시도들은 노인 개인의 삶의 질 향상뿐만 아니라 건강한 고령사회를 위한 중요 연구가 될 것이다.

2. 선행연구 고찰

우울이 노인의 건강한 노년기를 결정짓는 주요 요인으로 확인되면서 노인에게 있어서 우울을 관리하는 것은 중요하게 여겨져 왔다. 때문에, 지금까지 노인의 우울에 영향을 미치는 다양한 요인들과 이들의 관련성에 대해 많은 연구들이 진행되어 왔고 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 먼저, 우울의 영향요인으로 연구결과가 일관되게 보고되는 것은 성별, 연령, 교육수준, 거주지역, 가구원 수 등으로 알려져 있다(Ansseau, Fischler, Dierick, Albert, Leyman & Mignon, 2008; 신창환, 2010; 강현욱, 박경민, 2012; 이현경, 손민성, 최만규 2012; 김봉균, 하연주, 최송식, 2014). 그 외 세부요인을 살펴보면 이은령, 강지혁, 정재필(2013)은 노인의 우울에 영향을 미치는 요인으로 가족 지지, 사회적 지지, 신체적 건강상태, 종교활동 등을 살펴보고 분석결과, 가족 지지, 사회적 지지, 신체적 건강상태 등의 요인이 우울에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타나 가족 지지와 사회적 지지 그리고 신체적 건강상태가 높을수록 노인의 우울이 감소하는 경향을 보이는 것으로 보고하고 있다. 박소영(2018)의 연구에서는 노인의 건강특성과 사회적 지지의 큰 범주인 사회적 관계망에 있어서 우울의 관계를 분석하였고 건강특성과 사회적 관계망이 우울의 수준을 감소시키는데 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 문수정과 박서영(2012)은 노인의 근로활동 참여여부가 우울에 미치는 영향에서 가족 지지의 효과를 검증하였고 분석결과, 근로활동 참여여부와 우울의 관계에서 가족 지지는 부정적 영향력을 감소시키고 긍정적 영향을 주는 매개효과가 있는 것으로 나타났다. 이현경, 손민성, 최만규(2012)는 노인을 대상으로 건강행태와 건강수준, 삶의 질 등이 우울을 포함한 정신건강에 미치는 영향을 분석하였고 분석 결과, 변수로 활용된 모든 독립변수들이 정신건강에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 드러났으며 특히, 건강행태는 건강행동을 많이 할수록 정신건강 수준이 높아지는 것으로 나타났다. 진영등(2020)은 노인을 대상으로 만성질환과 우울의 관련성에 대해 분석을 하였고 그 결과, 두 관계는 매우 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타났으며 특히, 성별을 구분하였을 때 남성노인의 경우 뇌졸중과 골다공증 환자군에서 우울증상과의 관련성이 유의미하게 높았으며, 여성노인은 골절과 탈골 및 사고 후유증, 기타 질환 환자군에서 유의하게 높은 것으로 보고하였다. 김혜경과 성준모(2014)는 전기노인과 후기노인으로 구분하여 우울에 영향을 미치는 다양한 종단적 요인을 분석하였고 분석 결과, 전기 노인에서는 연령,

건강만족, 가족관계 만족, 여가생활 만족요인이 유의한 영향을 보였고 후기 노인에서는 전기 노인과 비슷하게 연령, 건강만족, 지역, 여가생활 만족요인이 유의미한 영향을 미쳤다. 그리고 전기와 후기 구분 없이 노인의 우울에 강한 영향력을 미치는 종단요인으로 여가생활만족도가 나타나는 것으로 보고하였다. 김봉균, 하연주, 최송식(2014)은 노인의 우울에 영향을 미치는 종단적 요인을 신체적, 심리적, 사회적 요인으로 구분하여 분석하였고 그 결과, 인구사회학적 요인에서는 경상소득과 혼인상태가 유의미한 영향을 미쳤고 심리적 요인과 사회적 요인에서는 자아존중감, 사회적 관계 등이 유의한 영향력을 보여준 반면, 신체적 요인인 장애 등의 변수에서는 종단적 요인으로 영향을 미치지 못한 것으로 나타났다. 그 외 김귀분과 석소현(2009)의 연구는 일개 지역의 노인을 대상으로 우울에 영향을 미치는 요인에 대해 분석하였고 삶의 질 요인이 노인의 우울에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 마지막으로 소득수준이 노인의 우울 수준과 지속 여부에 매우 밀접한 관련이 있는 것으로 보고되고 있는데(성준모, 2010), 김명일(2017)의 연구는 노년기 빈곤과 우울의 종단적 궤적변화에 대해 확인하였고 빈곤과 우울은 서로 밀접한 관련성이 있는 것으로 보고하였으며 특히, 빈곤과 우울의 위험이 높은 집단에서 복합적인 위험도가 높은 것으로 나타났다. 고정은과 이선혜(2015)는 연구 대상자를 여성 노인으로 구체화하여 빈곤 집단과 비빈곤 집단으로 구분해 우울 영향요인을 분석하였고 분석결과, 빈곤 집단에서는 건강 상태, 종교 등이 우울을 감소시키는 효과가 있었고 지인 만남은 우울을 증가시키는 것으로 나타난 반면, 비빈곤 집단은 건강 상태, 사회참여 등이 우울에 감소 효과가 있는 것으로 나타났고 만성질환 수는 우울을 증가시키는 효과가 있는 것으로 나타나 가구별 우울의 영향요인에서 차이가 있는 것으로 보고하였다.

3. 우울과 영향요인 간의 메커니즘

개인의 우울과 이에 영향을 미치는 요인들과 관련된 관계는 크게 두 가지 관점으로 설명된다. 사회적 선택(social selection) 관점은 우울의 문제가 발생되어 신체적, 심리적, 사회적 문제 등이 뒤따른다고 설명한다. 즉, 우울을 자아존중감 등과 같은 심리 사회적 요인으로 간주하고, 심리 사회적 요인이 악화되면 이와 관련된 요인에서 문제가 발생된다는 인식에 기초하고 있다(신창환, 2010, p.458). 반면, 사회적 원인(social causation)

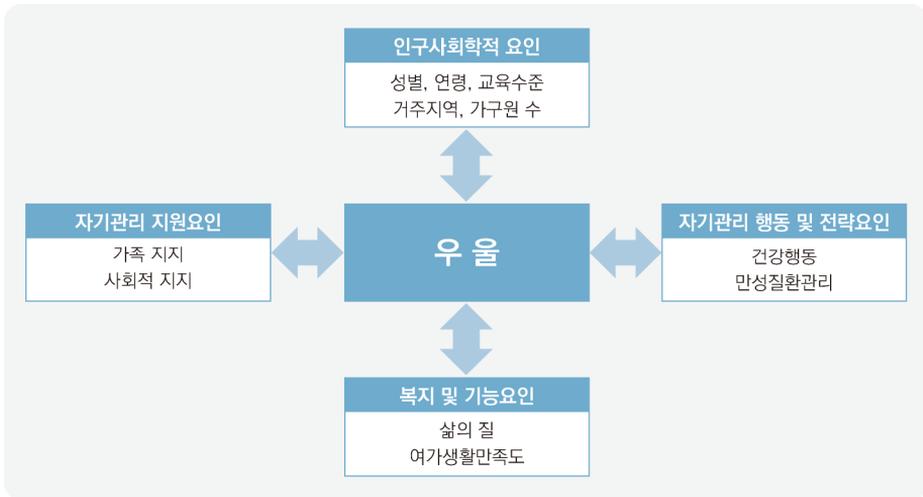
관점은 신체적, 심리적, 사회적 문제 등이 지속적으로 야기되어 우울증이 발생하거나 심화된다고 설명한다. 즉, 개인의 특성 및 사회 환경적 요인들이 개인의 우울을 악화시킬 수 있는 것으로 본다. 이러한 시각은 Beck 등(1979)의 인지적 관점에서 살펴볼 수 있는데 스스로가 인지하는 상황을 통제할 수 없다고 느끼게 될 경우, 이로 인해 부정적 상황이 발생하고 그러한 환경에 노출됨으로써 우울을 경험하는 것으로 보고 있다. 두 가지의 관점은 서로간의 배타적인 관계가 아닌 서로가 원인이 된다는 상호인과적 관계로 제시되기도 한다(정슬기, 이민욱, 2018). 그러나 노인의 특성과 우울에 관해 보고한 기존 연구들에서는 사회적 원인관점을 보다 지지하는 것으로 나타났다(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Dunham, Phillips, & Srinivasan, 1966; Anseau, Fischler, Dierick, Albert, Leyman & Mignon, 2008).

본 연구에서는 앞서 설명한 이론적 관점 중 사회원인론 바탕으로 노인을 둘러싼 특성과 우울의 관계를 파악하고자하며 분석 모형으로 Lucock와 동료들(2011, p.613)의 모형을 수정 보완하여 사용하였다. 이들은 정신건강(우울)에 영향을 미치는 경로를 세 가지 측면(자기관리 지원요인, 자기관리 행동 및 전략요인, 복지 및 기능요인)으로 설명하였다. 첫째, 스스로의 선택과 통제 그리고 참여에 의해 결정된 효과적인 자기관리 지원요인은 우울에 영향을 미치는 것으로 나타났고 구성요인으로는 가족의 지지, 사회적 지지, 전문가의 지지, 자조모임, 정보공유 등이 있다. 둘째, 자기 효능감 및 능력 그리고 정보 수준에 의해 결정된 자기관리 행동 및 전략요인은 우울에 영향을 미치며 구성요인은 건강행동, 질병관리, 종교 활동, 긍정적인 관계형성 및 활동 등이 있다. 건강행동은 개인이 자신의 건강을 유지, 보호, 증진하기 위해서 자발적으로 취하는 행동을 말하며(Kulbok, 1985, pp.68-69), 하위 범주로 예방접종, 건강검진 등과 같이 질병을 예방하기 위한 행동과 음주, 흡연, 운동 등의 식생활습관 등을 포함한다(이나래, 2013, p.16). 마지막으로, 자신의 우울 상태에 영향을 미치는 수준에 의해 결정된 복지 및 기능요인은 우울에 영향을 미치며 구성요인으로 삶의 질, 자기 효능감, 자신감, 주관적 안녕감 등이 있다. 주관적 안녕감은 스스로가 잘 지내고 있는가를 주관적으로 지각하고 있는 정도를 의미하며 구성요소로 여가생활의 만족도, 재정상태의 만족도, 삶에 대한 만족도 등이 포함된다(Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

위의 논의를 통해 본 연구에서는 노인의 우울에 영향을 미치는 요인들을 다음과 같이 선정하였다. 자기관리 지원요인으로 가족 지지, 사회적 지지를 자기관리 행동 및 전략요

인으로는 건강행동, 만성질환관리를 복지 및 기능요인은 삶의 질, 여가생활만족도를 택하였다. 그리고 인구사회학적 요인으로 성별, 연령, 교육수준, 거주지역, 가구원 수를 지정하였다. 이상의 경로를 구조화하면 [그림 1]과 같다.

그림 1. 우울에 미치는 영향



출처: Lucock와 동료들(2011)의 p13 [그림 1]을 수정 보완함.

III. 연구방법

1. 분석자료 및 연구대상

본 연구의 분석에는 한국복지패널 데이터(Korea Welfare Panel Study)를 원자료로 11차년도(2016)부터 13차년도(2018)까지의 자료를 활용하였다. 한국복지패널은 한국 보건사회연구원과 서울대학교 사회복지연구소가 공동으로 진행한 조사로 서울과 제주도를 포함한 16개 광역시 도의 7천여 가구를 대상으로 하는 전국적인 대표성을 지닌 패널조사 자료이다. 또한 2006년 국민 생활실태조사에서 조사 완료된 가구의 소득 자료

를 기반으로 2단계 층화 집락 추출을 하여 표본을 선정하였으며 특히, 중위소득 60%를 기준으로 그 이상을 일반가구 3,500가구로 그 이하를 저소득가구 3,500가구로 할당하여 소득계층별 대표성을 갖는 것이 특징이다. 본 연구는 한국복지패널에서 제공하는 11차에서 13차까지의 가구용 데이터와 가구원용 데이터를 결합하여 사용하였으며 3개 연도 조사가 완료된 개인으로 한정하였다. 최종 분석에는 2016년(11차) 자료를 기준으로 65세 이상의 노인들을 추출하고 분석에 사용된 변수들에서 결측값을 제외한 총 3,685명으로 일반가구 1,428명, 저소득가구 2,257명의 자료를 나누어 분석한 후 비교하였다.

2. 변수의 구성

가. 종속변수

한국복지패널에서는 우울의 척도로 CES-D(The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) 11을 제공하고 있다. 해당 척도는 Radloff(1977)가 개발한 20개 문항을 11문항으로 축소하여 재구성한 것으로 본 연구에서는 CES-D 11을 활용하였다. 척도는 신체적 저하(2문항), 우울정서(4문항), 긍정적 정서(2문항), 대인적 실패감(3문항)으로 구성되어 있고 응답의 범위는 0점(극히 드물다)에서부터 3점(대부분 그랬다)까지이다. 본 연구에서는 20문항으로 구성된 원척도의 총점수를 활용하여 우울증 여부를 파악하기 위해 20/11을 곱하여 분석에 사용하였으며 값이 클수록 우울 수준이 높음을 의미하며 16점을 기준으로 이상인 경우는 우울증을 의심해볼 수 있다(한국보건사회연구원, 서울대학교사회복지연구소, 2016).

나. 독립변수

앞서 살펴본 선행연구들을 참고하여 가족 지지, 사회적 지지, 건강행동, 만성질환관리, 여가생활만족도, 삶의 질을 독립변수로 선정하였다. 또한 lucock 등(2011)에서 제시한 개념적 모델에 따라 이들의 변수를 자기관리 지원요인, 자기관리 행동 및 전략요인, 복지 및 기능요인으로 범주화하였다. 자기관리 지원 요인으로 가족 지지와 사회적 지지

를 선정하였다. 해당하는 변수는 단일 문항으로 구성된 가족관계 만족도와 사회적 관계 만족도이며 각각 4점 리커트 척도로 측정되어 점수가 높을수록 가족 지지와 사회적 지지가 높은 것을 의미한다. 자기관리 행동 및 전략 요인은 건강행동과 만성질환관리를 선정하였다. 건강행동은 건강검진 및 유지에 필요한 믿음, 행동 및 습관 등의 다양한 요소가 포괄되는 개념이나 본 연구에서는 한국복지패널에서 제공하는 건강행동과 생활 습관의 변수로 한정하였다. 음주는 '1년간 평균 음주량에 대해 전혀 마신 경험이 없다면 1점, 1번이라도 마신 경험이 있으면 0점' 처리하였고 흡연은 '현재 담배를 피우는지 여부'에 대해 피우는 중이면 0점, 피우지 않으면 1점을 부여했으며 건강검진은 '1년간 건강검진 횟수에 대해 한 번도 하지 않았다면 0점, 1번이라도 한 경우는 1점을 부여해서 평균을 산출한 후, 점수가 높을수록 건강행동을 더 많이 하는 것으로 의미를 부여하였다. 만성질환관리는 단일 문항이며 '투병, 투약 기간을 기준으로 6개월 이상은 0점, 3~6개월은 1점, 3개월 이내는 2점, 투병, 투약하지 않으면 3점을 부여하여 점수가 높을수록 만성질환관리를 잘 하는 것으로 의미를 부여하였다. 마지막으로 복지 및 기능 요인으로 여가생활 만족도와 삶의 질 변수를 선정하였다. 해당하는 변수는 단일 문항으로 구성된 여가생활 만족도와 전반적 만족도이며 각각 4점 리커트 척도로 측정되어 점수가 높을수록 여가생활만족도와 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 분석에 사용된 변수를 다음과 같이 <표 1>에 정리하였다.

다. 통제변수

연구에서 사용한 통제변수는 선행연구들에서 노인의 정신건강에 주요한 영향을 미치는 것으로 선정하였다. 구체적으로는 성별, 연령, 교육수준, 거주지역, 가구원 수이다 (Ansseau, Fischler, Dierick, Albert, Leyman & Mignon, 2008; 신창환, 2010; 강현욱, 박경민, 2012; 이현경, 손민성, 최만규 2012; 김봉균, 하연주, 최송식 2014). 성별은 남자(0), 여자(1), 연령은 만 나이를 기준으로 65~69세(0), 70~74세(1), 75~79세(2), 80세 이상(3)으로 측정하였다. 교육수준은 미취학(0), 초졸(1), 중졸(2), 고졸(3), 대졸 이상(4), 거주지역은 도시(0), 농어촌(1)으로 가구원 수는 1인(0), 2인(1), 3~4인(2), 5인 이상(3)으로 구성하였다.

3. 분석방법

본 연구는 일반가구와 저소득가구로 나누어 각각 분석을 실시하였고 빈도 분석과 기술통계량, t-test, One-way ANOVA, chow-test, 일반화 추정 방정식(GEE: Generalized Estimating Equation) 모형을 활용하였다. 구체적으로는 다음과 같다. 먼저 연구 대상자의 인구사회학적 특성을 파악하기 위해 각 연도별 빈도 분석을 실시하였고 다음으로 2016년 자료를 바탕으로 연구 대상자의 우울에 영향을 미치는 다양한 요인들이 우울 수준에 따라 통계적 차이가 발생하는지 검증하기 위해 t-test와 One-way ANOVA 분석을 실행하였다. 그리고 일반가구와 저소득가구 두 집단의 차이가 유의미한지 확인하기 위해 chow-test를 실시하였고 마지막으로 연구 대상자의 우울 영향요인을 분석하기 위해 일반화 추정 방정식(GEE) 모형을 적용하였다. 반복으로 측정된 형태의 데이터를 분석할 때 일반화 추정 방정식은 개체 내 상관 오류를 오차 항의 상관 구조를 설정함으로써 모수 추정에서 다른 통계분석방법보다 효율적으로 추정치를 구할 수 있다(이현기, 2016, p176). 이에 본 분석에서는 일정한 시점의 반응이 가까운 시점의 반응과 관련성이 있을 것이라는 가정을 하고 1차 자기상관(First-order autocorrelation)인 AR(1) 구조를 적용하였다. 그리고 GEE는 population-averaged(PA)로 해석할 수 있어

표 1. 분석에 사용된 변수 및 측정방법

| 구분 | 변수명 | 측정방법 |
|--------------|--|---|
| 종속변수 | 정신건강 | 우울 CES-D척도 11문항(0~3점) |
| | 자기관리 지원요인 | 가족 지지 사회적 지지 0=매우 불만족, 1=불만족, 2=보통, 3=만족, 4=매우 만족 |
| | 독립변수 | 자기관리 행동 및 전략요인 |
| 복지 및 기능요인 | | 여가생활만족도 삶의 질 0=매우 불만족, 1=불만족, 2=보통, 3=만족, 4=매우 만족 |
| 통제변수 | | 인구사회학적 요인 |
| | 연령 만 연령 기준: 0=65~69, 1=70~74, 2=75~79, 3= 80 이상 | |
| | 교육수준 0=미취학, 1=초졸, 2=중졸, 3=고졸, 4=대졸 이상 | |
| | 거주지역 0=도시, 1=농어촌 | |
| | 가구원 수 0=1인, 1=2인, 2=3~4인, 3=5명 이상 | |

종속변수에 대한 독립변수의 계수치를 좀 더 효율적으로 추정 가능하다(이순아, 이상록, 2016, p.288). 무엇보다, 인구 집단에서 공변수의 평균 효과에 관심이 있을 때 고정효과 모형이나 확률 효과 모형을 쓰는 것보다 GEE를 사용하는 것이 보다 효율적으로 추정할 수 있다(Gardiner, Luo & Roman, 2009). 이에 본 연구에서 일반화 추정 방정식을 분석 방법으로 활용하는 것이 적절하다고 판단하였다. 모든 자료 분석은 IBM SPSS ver.25.0 프로그램을 사용하였다.

IV. 연구결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

2016년부터 2018년까지 연구 대상자인 65세 이상 노인을 일반가구와 저소득가구로 구분하여 인구사회학적 특성을 살펴보면 다음 <표 2>와 같다. 성별과 연령은 시간에 따라 변화하지 않았다. 먼저 전체 연구 대상자는 3,685명이며 일반가구 1,428명(38.8%)과 저소득가구 2,257명(61.2%)으로 구성되어 저소득가구가 차지하는 비중이 다소 높았다. 성별의 분포는 남자보다 여자의 비율이 동일하게 일반가구(52.0%)와 저소득가구(70.6%)에서 높게 나타났으며 연령은 일반가구에서 65~69세(32.3%)가 차지하는 비중이 가장 높았고 70~74세(27.7%), 80세 이상(21.3%), 75~79세(18.7%) 순으로 나타났으며, 저소득가구는 80세 이상(53.6%), 75~79세(25.4%), 70~74세(13.3%), 65~69세(7.7%) 순으로 나타나 연령대별 분포가 차이를 보였다. 다음으로 교육수준을 살펴보면 일반가구는 초졸(30.1%), 고졸(26.8%), 중졸(22.1%) 순으로 큰 비중을 차지하였고, 저소득가구에서는 초졸(47.4%), 미취학(27.7%), 중졸(13.9%)이 높은 비중을 차지하여 저소득가구가 일반가구에 비해 교육수준에서 다소 낮은 분포를 보였다. 거주 지역의 경우, 농어촌보다 도시에 거주하는 비율이 일반가구(78.9%)와 저소득가구(67.3%) 동일하게 높게 나타났으며 시간 경과에 따른 거주지역의 변동은 일반가구와 저소득가구 동일하게 전년도 대비 비슷한 수준을 유지하는 것으로 확인되었다. 마지막으로 가구원수를 살펴보면, 일반가구에서 2인(52.9%)이 가장 높게 나타났으며 다음으로 3~4인(29.9%)이 큰 비중을 차지하였다. 그리고 시간 경과에 따라 가구원 수가 변화

됨을 확인할 수 있었는데 자세히 살펴보면 1인 가구와 2인 가구의 비중이 점점 증가하는 한편, 3~4인 가구와 5인 이상의 가구는 감소하는 양상을 보였다. 저소득가구에서는 1인(46.1%)과 2인(46.1%)이 차지하는 비율이 약 92%를 차지할 만큼 높은 분포를 보이고 있으며 일반가구와 마찬가지로 시간 경과에 따른 변화를 확인할 수 있다. 1인 가구의 비중이 지속적으로 증가하는 한편, 2인 가구와 3~4인 가구는 감소하였고 5인 이상의 가구는 전년도와 비슷한 수준을 유지하는 것으로 나타났다.

2. 일반적 특성에 따른 우울의 평균 차이

연구 대상자의 일반적 특성에 따른 우울의 평균 차이를 가구별로 실시한 결과는 다음 <표 2>와 같다. 가구별 노인의 우울에 영향을 미치는 요인이 확인되었는데, 먼저 일반가구에서 성별($t=-6.628$, $p<.001$), 연령($F=16.110$, $p<.001$), 교육수준($F=11.714$, $p<.001$), 가구원 수($F=12.192$, $p<.001$)가 우울에 유의미한 차이를 나타냈다. 성별에서는 여자가 남자보다 더 우울 수준이 높게 나타났고, 연령에서는 80세가 75~79세와 70~74세 보다 유의하게 높았으며 70~74세와 75~79세가 65~69세보다 우울 수준이 높게 나타났다. 교육수준에서는 미취학자가 중학교 졸업과 고등학교 졸업 그리고 대학 졸업 이상자들보다 우울 수준이 높았고, 초등학교 졸업자가 고등학교 졸업자와 대학 졸업 이상자들보다 높았으며 고등학교 졸업자가 중학교 졸업자보다 우울 수준이 높은 것으로 확인되었다. 그리고 가구원 수의 경우, 1인 가구가 2인과 3~4인 가구보다 우울 수준이 높았으며 5명 이상인 가구가 2인과 3~4인 가구보다 높은 우울 양상을 보이는 것으로 나타났다.

다음으로 저소득가구를 살펴보면 성별($t=-7.881$, $p<.001$), 교육수준($F=10.079$, $p<.001$), 거주지역($t=2.426$, $p<.05$), 가구원 수($F=20.764$, $p<.001$)에서 우울에 유의한 차이를 주는 것으로 확인 되었다. 성별에서는 여자가 더 우울 수준이 높게 나타났고, 교육수준은 미취학자가 초등학교 졸업자와 중학교 졸업자 그리고 고등학교 졸업자들보다 우울 수준이 높았으며 초등학교 졸업자가 중학교 졸업자와 고등학교 졸업자들보다 우울 양상이 높은 것으로 확인되었다. 그리고 거주지역의 경우 도시 거주자가 농어촌 거주자보다 우울 수준이 높았으며, 가구원 수에서는 홀로 사는 1인 가구가 2인과 3~4인 그리고 5인 이상 가구보다 우울 수준이 높은 것으로 나타났다.

표 2. 연구 대상자의 인구사회학적 특성 및 우울의 평균 차이

| 변수 | 일반가구 | | | | 저소득가구 | | | | t or F | p |
|-------|-------------|-------------|-------------|--|-------------|-------------|-------------|------|-----------|-----------------------------------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2018 | 2016 | 2017 | 2018 | 2018 | | |
| 성별 | | | | | | | | | | |
| 남자 | 685(48.0) | 685(48.0) | 685(48.0) | | 663(29.4) | 663(29.4) | 663(29.4) | | | |
| 여자 | 743(52.0) | 743(52.0) | 743(52.0) | | 1,594(70.6) | 1,594(70.6) | 1,594(70.6) | | -7.881*** | 여자>남자 |
| 연령 | | | | | | | | | | |
| 65~69 | 461(32.3) | 461(32.3) | 461(32.3) | | 173(7.7) | 173(7.7) | 173(7.7) | | | |
| 70~74 | 396(27.7) | 396(27.7) | 396(27.7) | 80 | 301(13.3) | 301(13.3) | 301(13.3) | | | |
| 75~79 | 267(18.7) | 267(18.7) | 267(18.7) | 16.110*** 이상>70~74,7 5~79>65~69 | 573(25.4) | 573(25.4) | 573(25.4) | | 1.655 | - |
| 80 이상 | 304(21.3) | 304(21.3) | 304(21.3) | | 1,210(53.6) | 1,210(53.6) | 1,210(53.6) | | | |
| 교육 수준 | | | | | | | | | | |
| 미취학 | 105(7.4) | 105(7.4) | 105(7.4) | 미취학>중졸, 고졸, 대졸 이상 | 626(27.7) | 627(27.8) | 628(27.8) | | | 미취학>중졸, 중졸, 고졸 초졸>중졸, 고졸 |
| 초졸 | 430(30.1) | 430(30.1) | 430(30.1) | | 1,070(47.4) | 1,069(47.4) | 1,069(47.4) | | | |
| 중졸 | 316(22.1) | 316(22.1) | 315(22.1) | 11.714*** 초졸>고졸, 대졸 이상 고졸>중졸 | 313(13.9) | 313(13.9) | 312(13.8) | | 10.079*** | |
| 고졸 | 383(26.8) | 384(26.9) | 384(26.9) | | 191(8.5) | 191(8.5) | 191(8.5) | | | |
| 대졸 이상 | 194(13.6) | 193(13.6) | 194(13.6) | | 57(2.5) | 57(2.5) | 57(2.5) | | | |
| 거주 지역 | | | | | | | | | | |
| 도시 | 1,127(78.9) | 1,130(79.1) | 1,126(78.9) | | 1,519(67.3) | 1,534(68.0) | 1,522(67.4) | | | |
| 농어촌 | 301(21.1) | 298(20.9) | 302(21.1) | 0.117 | 738(32.7) | 723(32.0) | 735(32.6) | | 2.426* | 도시>농어촌 |
| 가구원 수 | | | | | | | | | | |
| 1 | 132(9.2) | 142(9.9) | 162(11.3) | | 1,040(46.1) | 1,067(47.3) | 1,112(49.3) | | | |
| 2 | 755(52.9) | 770(53.9) | 789(55.3) | 12.192*** 1>2, 3~4 5명 이상>2, 3~4 | 1,041(46.1) | 1,033(45.8) | 996(44.1) | | 20.764*** | 1>2, 3~4, 5명 이상 |
| 3~4 | 427(29.9) | 403(28.2) | 377(26.4) | | 167(7.4) | 146(6.5) | 138(6.1) | | | |
| 5명 이상 | 114(8.0) | 113(7.9) | 100(7.0) | | 9(0.4) | 11(0.5) | 11(0.5) | | | |

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

3. 주요 변수의 기술 통계량 및 연도별 양상

각 연도별 주요 변수들의 기술 통계량 결과는 다음 <표 3>와 같다. 먼저 자기관리 지원 요인을 분석한 결과, 가족 지지와 사회적 지지의 수준은 일반가구가 저소득가구에 비해 높은 수준인 것으로 나타났다. 그리고 가구 공통적으로 시간의 경과에 따라 가족 지지와 사회적 지지도가 감소하는 경향을 보이고 있는데 연도별로 살펴보면 일반가구에서의 가족 지지는 2.94점, 2.92점, 2.89점을 기록하였고 저 소득가구에서는 2.71점, 2.66점, 2.65점으로 나타났다. 사회적 지지는 일반가구에서 2016년 2.85점을 2018년 2.79점을 기록하였고 저소득가구에서는 2.61점, 2.54점으로 각각 나타났다.

자기관리 행동 및 전략 요인을 분석한 결과는 건강행동은 일반가구에 비해 저소득가구에서 적절히 관리하고 있는 것으로 나타났고, 만성질환관리는 일반가구가 저소득가구에 비해 질병관리를 잘하는 것으로 확인되었다. 건강행동의 점수를 살펴보면 일반가구에서 2016년에 2.05점을 기록한 이후 2.10점을 유지하는 것으로 나타났고, 저소득가구에서도 비슷하게 2016년에 2.20점을 기록한 후 2.24점을 유지하는 것으로 가구 공통적으로 시간이 지남에 따라 일정 부분 증가하는 것으로 나타났다. 만성질환관리의 경우 일반가구는 2016년에 0.61점을 기록한 이후 2018년은 0.51점을 기록하였다. 저소득가구에서는 2016년 0.33을 기록한 후 시간의 경과에 따라 0.28점을 유지하는 것으로 나타났다.

복지 및 기능 요인을 살펴보면, 여가생활만족도와 삶의 질이 저소득가구에 비해 일반가구에서 평균 점수가 높은 것으로 나타났다. 여가생활만족도는 일반가구에서 2016년에 2.54점을 저소득가구에서는 2.24점을 기록한 이후 일부 감소하였다가 2018년에는 비슷한 수준으로 유지가 되는 것으로 나타났다. 삶의 질에서는 시간의 경과에 따라 감소하는 경향을 보였다. 일반가구에서 2016년에 2.74점을 기록한 이후 2018년에 2.69점을 기록하였고 저소득가구에서는 2016년 2.38점을 2018년에 2.33점을 기록하였다.

마지막으로 우울 수준의 변화를 자세히 살펴보면 일반가구에서 2017년에 5.24점으로 가장 낮은 값을 보였으며 2018년에는 5.77점으로 가장 높은 수치를 나타냈다. 저소득가구에서는 2016년에 10.88점으로 가장 낮은 값을 기록하였고 2018년에 11.11점으로 가장 높은 값을 보였다. 일반가구와 저소득가구 공통적으로 시간 변화에 따라 대체로 우울 수준이 증가하였고 특히, 저소득가구의 우울 수준이 일반가구에 비해 약 2배 높은

수준을 보이고 있었다. 우울척도 상 측정치의 범위가 최소 0부터 최대 60까지임을 고려한다면 가구별 노인의 우울 수준이 그리 높다고 할 수는 없다. 그러나 우울의 평균값을 기준으로 16점 이상을 우울증으로 간주하는 점과 우울의 표준편차가 최대 일반가구에 서 7.46이며 저소득가구에서는 10.90 정도로 나타나 가구별 노인들 간의 우울 편차가 매우 크다는 것을 시사하고 있다.

표 3. 가구별 주요 변수의 기술통계량

단위: M(S.D.)

| 변수 | 일반가구 | | | | 저소득가구 | | | | |
|----------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|-------|------------------|------------------|------------------|------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | Range | 2016 | 2017 | 2018 | Range | |
| 자기관리 지원요인 | 가족 지지 | 2.94 (0.59) | 2.92 (0.55) | 2.89 (0.50) | 0-4 | 2.71 (0.71) | 2.66 (0.70) | 2.65 (0.69) | 0-4 |
| | 사회적 지지 | 2.85 (0.57) | 2.80 (0.58) | 2.79 (0.55) | 0-4 | 2.61 (0.69) | 2.48 (0.68) | 2.54 (0.66) | 0-4 |
| 자기관리 행동 및 전략요인 | 건강행동 | 2.05 (0.80) | 2.10 (0.77) | 2.10 (0.79) | 0-3 | 2.20 (0.72) | 2.24 (0.73) | 2.24 (0.71) | 0-3 |
| | 만성질환관리 | 0.61 (1.18) | 0.58 (1.14) | 0.51 (1.10) | 0-3 | 0.33 (0.91) | 0.28 (0.84) | 0.28 (0.84) | 0-3 |
| 복지 및 가능요인 | 여가생활 만족도 | 2.54 (0.74) | 2.47 (0.72) | 2.53 (0.69) | 0-4 | 2.24 (0.79) | 2.19 (0.74) | 2.22 (0.74) | 0-4 |
| | 삶의 질 | 2.74 (0.57) | 2.70 (0.56) | 2.69 (0.55) | 0-4 | 2.38 (0.71) | 2.32 (0.68) | 2.33 (0.68) | 0-4 |
| | 우울 | 5.47 (7.46) | 5.24 (6.69) | 5.77 (7.29) | 0-33 | 10.88 (10.48) | 11.00 (10.90) | 11.11 (10.25) | 0-33 |

4. 노인의 우울 수준에 영향을 미치는 요인

일반회추정방정식(GEE) 모형을 활용하여 가구별 노인의 우울 수준에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 다음 <표 4>와 같다. 이에 앞서 두 가구별(일반가구와 저소득가구) 독립변수들의 차이가 통계적으로 유의미한지 chow-test를 실시한 결과, F값이 11.273으로 통계적 유의수준 .05에서 유의함을 나타내어 이에 따라 두 가구로 나누어 일반회추정방정식을 실시하였다.

먼저 인구사회학적 요인을 살펴보면 일반가구에서 성별($F=-1.994$, $p<.001$), 연령

($F=1.017, p<.001$)이 우울에 영향을 미치는 요인으로 유의미하게 나타났다. 즉, 남자에 비해 여자의 우울 수준이 상대적으로 낮은 것으로 나타났고 연령은 높아질수록 우울의 수준이 증가하는 것으로 확인되었다. 저소득가구의 경우, 성별($F=2.493, p<.001$), 연령($F=0.667, p<.001$), 교육수준($F=-0.447, p<.01$), 가구원 수($F=-1.202, p<.001$)가 우울에 유의미하였다. 여자가 남자에 비해 우울 수준이 낮았고, 연령은 높아질수록 우울 수준이 증가하는 것으로 확인되었다. 또한 교육수준이 낮을수록, 가구원 수가 적을수록 우울의 영향력을 많이 받는 것으로 나타났다. 일반가구와 저소득가구 공통적으로 남자에 비해 여자의 우울 수준이 낮은 것으로 확인되었는데 이는 앞서 평균 차이 분석에서 남자에 비해 여자의 우울 수준이 높은 것과는 다른 결과이다. 평균 차이 분석의 경우, 인구사회학적 요인들이 다른 독립변수들의 영향을 받지 않는 상태였으나 이후 이들의 영향력으로 인해 결과에서의 차이가 발생한 것으로 유추해볼 수 있다.

다음으로 자기관리 지원요인을 분석한 결과, 일반가구에서는 가족 지지($F=-1.247, p<.001$)가 우울에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났고 사회적 지지($F=-0.383, p>.05$)는 유의한 영향을 미치지 않았다. 즉, 가족들의 지지가 높을수록 우울의 영향을 덜 받는 것으로 해석할 수 있다. 저소득가구의 경우 가족 지지($F=-2.067, p<.001$)와 사회적 지지($F=-1.276, p<.01$) 요인 모두가 통계적으로 유의하게 우울에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 시간의 경과에 따라 가족들의 지지와 사회적 관계에서의 지지가 높을수록 우울의 수준이 감소하는 것으로 해석할 수 있다.

이어서 자기관리 행동 및 전략요인을 확인한 결과, 일반가구에서 만성질환관리($F=-0.282, p<.01$)가 우울에 영향을 미치는 것으로 유의하게 나타났고 건강행동($F=-0.164, p>.05$)은 우울에 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다. 즉, 만성질환관리를 잘 할수록 우울의 영향을 덜 받는 것으로 나타났다. 저소득가구에서는 건강행동($F=-0.461, p<.01$)과 만성질환관리($F=-0.616, p<.001$) 모두가 우울에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 즉, 건강행동을 많이 할수록, 만성질환관리를 잘 할수록 우울의 수준이 감소하는 것으로 해석할 수 있다.

마지막으로 복지 및 기능요인을 살펴본 결과, 일반가구와 저소득 가구 동일하게 여가 생활만족도($F=-0.585, p<.01, F=-1.165, p<.001$)와 삶의 질($F=-2.781, p<.001, F=-3.617, p<.001$)이 우울에 유의미하게 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 즉, 시간의 경과에 따라 여가생활만족도와 삶의 질이 각각 증가할수록 우울 수준의 감소하는 것으

로 나타났다. 공통적으로 삶의 질 요인이 우울 수준에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 일반가구와 저소득가구에서 확인되었다. 이러한 일련의 결과들은 일반가구와 저소득가구의 우울영향요인이 다르므로 대상과 상황에 따른 적절한 개입이 필요함을 시사한다.

표 4. 시간의 경과에 따른 노인의 우울에 영향을 미치는 요인

| 변수 | 일반가구 | | | | 저소득가구 | | | | |
|-------------------|---------|--------|--------|---------|----------|--------|--------|---------|----------|
| | B | 95% CI | | p-value | B | 95% CI | | p-value | |
| | | Lower | Upper | | | Lower | Upper | | |
| 인구사회학적 요인 | 성별 | -1.994 | -2.512 | -1.476 | 0.000*** | -2.493 | -3.143 | -1.844 | 0.000*** |
| | 연령 | 1.017 | 0.783 | 1.252 | 0.000*** | 0.667 | 0.369 | 0.965 | 0.000*** |
| | 교육수준 | -0.215 | -0.454 | 0.023 | 0.077 | -0.447 | -0.752 | -0.142 | 0.004** |
| | 거주지역 | 0.358 | -0.227 | 0.943 | 0.230 | 0.412 | -0.150 | 0.974 | 0.151 |
| | 가구원 수 | -0.194 | -0.547 | 0.159 | 0.281 | -1.202 | -1.654 | -0.750 | 0.000*** |
| 자기관리 지원요인 | 가족 지지 | -1.247 | -1.715 | -0.778 | 0.000*** | -2.067 | -2.485 | -1.649 | 0.000*** |
| | 사회적 지지 | -0.383 | -0.918 | 0.151 | 0.160 | -0.795 | -1.276 | -0.315 | 0.001** |
| 자기관리 행동 및 전략요인 | 건강행동 | -0.164 | -0.428 | 0.100 | 0.224 | -0.461 | -0.772 | -0.149 | 0.004** |
| | 만성질환관리 | -0.282 | -0.449 | -0.115 | 0.001** | -0.616 | -0.850 | -0.381 | 0.000*** |
| 복지 및 기능요인 | 여가생활만족도 | -0.585 | -0.964 | -0.207 | 0.002** | -1.165 | -1.584 | -0.747 | 0.000*** |
| | 삶의 질 | -2.781 | -3.345 | -2.217 | 0.000*** | -3.617 | -4.141 | -3.093 | 0.000*** |

p* < .05, p** < .01, p*** < .001, 95% C.I : Confidence interval

V. 논의 및 결론

본 연구는 노인의 우울에 주목하여 일반가구와 저소득가구에서의 우울 수준과 영향 요인을 비교 분석하는데 목적을 두고 있다. 특히, 본 연구에서는 일반가구와 저소득가구로 구분하여 분석을 시행하였는데 이는 기존 연구들에서 노인의 소득수준 차이가 우울 증과 같은 정신질환의 발병률을 증가시키는 요인으로 확인되어 우울을 예방하고 관리하는 프로그램을 구성하는데 있어서 차별적인 접근이 필요하다고 판단되었기 때문이다. 분석결과, 우울의 영향요인은 일반가구와 저소득가구에서 차이가 있는 것으로 나타났다.

주요 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 일반가구와 저소득가구 모두에서 복지 및 기능요인으로 분류되는 여가생활만족도와 삶의 질 변수가 우울에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 특히, 삶의 질은 우울에 가장 큰 영향력을 미치는 것으로 확인되었다. 즉, 노인의 여가생활만족도와 삶의 질이 증가할수록 우울 수준을 감소시키는 것으로 나타났고 그중 삶의 질은 노년기 우울을 예측하는 가장 주요한 요인으로 확인되었다. 이러한 결과는 여가생활만족도가 높을수록 전기노인과 후기노인의 우울 수준을 유의미하게 감소시키는 것으로 보고한 연구와 일개 지역 노인을 대상으로 우울에 영향을 미치는 요인으로 삶의 질이 가장 큰 영향력을 미치는 것으로 보고한 연구에 의해 지지된다(김귀분, 석소현, 2009; 김혜경, 성준모, 2014). 또한, 노인의 우울수준을 포함한 정신건강관리에 있어 삶의 질은 중요한 요인이라고 언급한 연구와 동일한 맥락을 하고 있다(고기동 등, 2012). 이처럼 노인의 우울을 예방하고 관리하기 위해서 여가생활에서의 만족도와 삶의 질 측면을 고려한 정책지원의 필요성을 보여주는 결과이며 특히, 노인의 삶의 질 수준 제고는 중요한 개입방향을 인식할 필요가 있다.

둘째, 일반가구와 저소득가구에 영향을 미치는 자기관리 지원요인과 자기관리 행동 및 전략요인은 서로 다르게 나타났다. 일반가구의 경우 가족 지지와 만성질환관리가 우울에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났고 저소득가구는 가족 지지, 사회적 지지, 건강행동, 만성질환관리가 유의미한 것으로 확인되었다. 즉, 시간이 지남에 따라 일반가구에서는 가족의 지지가 높을수록, 만성질환관리를 잘 할수록 우울 수준이 감소하는 경향을 보였고 저소득가구는 가족의 지지와 사회적 지지가 높을수록, 건강행동을 많이 할수록, 그리고 만성질환관리를 잘 할수록 우울 수준이 감소하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 선행연구들과 동일한 맥락을 보이는 것으로 나타났다(신창환, 2010; 이현경, 손민성, 최만규, 2012; 이은령, 강지혁, 정재필, 2013). 노인의 우울은 다양한 요인들이 복합적으로 작용함으로 개개인의 욕구를 파악하여 통합적인 접근을 할 필요가 있다. 본 연구결과에서는 일반가구와 저소득가구 공통으로 유의미하였던 가족의 지지와 만성질환관리의 기능을 높여주고 저소득가구를 대상으로는 추가적으로 유의미하게 나왔던 사회적 지지의 기능을 높여주는 것이 노년기 우울을 예방하고 관리할 수 있는 방안으로 보여진다.

셋째, 인구사회학적 요인에서도 가구별로 유의미한 차이가 발생하였다. 일반가구에서

는 성별, 연령이 유의미하였고 저소득가구의 경우 성별, 연령, 교육수준, 가구원 수가 우울에 유의미한 영향을 보여주었다. 즉, 일반가구는 남자인 경우와 연령이 높을수록 우울 수준이 높아지는 경향을 보였고 저소득가구에서는 남자인 경우, 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록, 가구원수가 적을수록 우울 수준이 높아지는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 여자보다 남자의 우울 수준이 높은 것으로 확인되었는데 이는 기존의 연구와는 일치하지 않는 연구결과이다(성준모, 2010; 신창환, 2010). 이러한 연구결과의 차이는 선행연구들을 통해 유추할 수 있다. 대체로 노인의 우울에 대한 성별 차이는 여자가 남자보다 우울 수준이 높은 것으로 연구결과가 수렴하나 남자 노인이 여자 노인보다 우울 유병률이 높은 것으로 나타난 김혜령(2014)의 연구가 있는가 하면, 우울 유병률에 성별 차이가 없다는 김현미, 최연희(2011)의 연구도 존재한다. 즉, 분석에 사용된 자료, 연구 대상, 우울의 측정도구, 변수의 조작적 정의 등이 다르므로 인한 차이로 이해할 수 있다. 추후에는 이러한 요인들을 보정한 반복연구가 필요할 것이라 본다.

넷째, 시간의 경과에 따라 우울 수준의 변화를 살펴본 결과, 일반가구와 저소득가구에서 큰 차이가 발생하였다. 11차년부터 13차년까지 우울 수준의 양상은 일반가구에서 증감이 있었지만 대체적으로 증가하는 경향을 보였고 저소득가구의 경우 지속적으로 증가하는 것으로 나타났고 수치 또한 일반가구에 비해 약 2배 높은 수치를 기록하였다. 즉, 저소득가구가 일반가구에 비해 우울에 더 취약한 상태이며 시간의 변화에 따라 우울 수준이 상대적으로 높아지는 경향을 보이는 것으로 이해할 수 있다. 그리고 결과 분석에서도 언급하였듯이, 저소득가구 노인의 우울 수치가 우울증으로 간주하는 기준 점수(16점 이상)에 근접하였다는 점과 표준편차가 최대 저소득가구에서 10.90 정도로 나타나 가구 내에서도 우울의 격차가 매우 크다는 것을 알 수 있다. 또한 저소득가구 중에서도 연령이 80세 이상(53.6%), 가구원 수가 1인 가구(49.3%), 교육수준이 초등학교 이하(75.2%) 저학력자 노인들이 상대적으로 취약한 상태임을 확인할 수 있다. 따라서 노인의 우울완화 정책 및 실천의 우선순위에서 이들을 보다 집중적으로 살펴봐야 하는 필요성이 있다.

이상으로 논의한 결과를 바탕으로 일반가구와 저소득가구 노인의 우울 예방 및 관리를 위한 실천적정책적 함의는 다음과 같다. 첫째, 노인의 우울과 이를 예측하는 가장 주요한 요인으로 확인된 삶의 질에 대한 스크리닝과 모니터링이 체계적으로 이루어져야 한다. 1~2차로 구분하여 1차에서 노인들과 가장 가까운 거리에 있는 이웃 주민, 아파트

경비원, 지역의 통반장 등이 게이트 키퍼(gatekeeper)의 역할을 수행하여 관찰이 필요한 노인을 발견하고 이들을 동주민센터와 보건소에 보고하는 역할을 담당한다. 그리고 2차에서 동주민센터와 보건소가 이들에 대한 정확한 진단을 통해 의료기관 및 지역사회자원 등과의 연계를 촘촘히 수행하여 지속적인 관리가 될 수 있도록 관계망을 구축해 나가는 것이다. 또 다른 방법으로는 국가에서 시행하고 있는 국가암검진 프로그램을 활용할 수 있다. 검진항목에 우울과 삶의 질을 포함시켜 우울과 삶의 질 수준을 측정하고 관리가 필요한 대상을 중심으로 지역사회자원(보건, 복지, 치안 분야 등)과 협력연계를 통해 통합적인 사례관리를 해 나갈 수 있다. 그 외 지역별로 시행되고 있는 사업을 활용해볼 수도 있는데 서울시에서는 찾아가는 동주민센터 사업을 운영하고 있다. 해당사업은 지역 주민에게 먼저 다가가 복지의 사각지대를 발견하고 방문 서비스를 시행하는 것으로 사업내에서 노인을 대상으로 전담팀을 구성하여 우울과 삶의 질 수준을 정기적으로 스크리닝을 하는 것이다. 이후 스크리닝을 통해 확인된 취약집단을 대상으로 우울과 삶의 질 수준을 체계적으로 관리하고 지역사회와의 연계를 통해 사후관리를 하는 등의 다양한 사례관리적 접근방법으로 사회적 개입이 이뤄질 필요가 있다.

둘째, 우울 관리에 있어서 정신건강서비스 인프라에 초점을 맞춘 개입이 필요하다. 지역사회의 현황을 살펴보면, 치료와 재활을 위한 서비스 지원제도의 부족, 정신건강 복지센터의 서비스 제공인력 부족, 사회적응 훈련을 위한 정신재활시설의 양적 부족 등 특히, 특정지역에 서비스가 편중되어 있는 상황이다(보건복지부, 2019). 이러한 상황을 고려할 때 현재 국가에서 시행하고 있는 건강생활지원센터 사업과의 연계를 생각해 볼 수 있다. 건강생활지원센터 사업은 지역별로 고로 분포되어 있고 관할 주민을 대상으로 신체활동, 질병예방, 재활 등의 건강증진서비스를 제공한다. 지금의 우울예방 및 관리 프로그램은 교육과 상담 기능에만 집중되어 있고 사회적 관계형성과 신체활동 등에서는 한계가 존재 한다. 그러므로 건강생활지원센터와 협력연계를 통해 기존의 한계를 극복하고 더 나아가 가구별 차별화된 접근방법으로 통합 프로그램을 구축해 나가는 서비스 확대방안을 모색하는 것이 필요할 것으로 보인다.

셋째, 저소득가구 노인의 소득수준을 지원할 수 있는 다양한 방안들을 모색하는 것이 요구된다. 일반가구와 저소득가구의 우울 수준을 비교해보았을 때, 저소득가구(11.11)가 일반가구(5.77)에 비해 약 2배 높은 수치를 기록하였고 가구내 우울의 격차 또한 큰 것으로 나타났다. 이를 통해 소득격차가 가구별 우울 수준에 부정적 영향을 미치는

요인임을 확인함과 동시에 가구별 소득격차를 줄이기 위한 노력이 필요함을 보여준 결과라 할 수 있다. 이에 따라 저소득가구를 대상으로 단기적으로 경제적 지원을 고려해 볼 수 있고 장기적 관점에서는 이들이 일정수준의 소득을 확보할 수 있도록 하는 정책적 지원책이 요구된다. 가령 영국의 경우, 금융자문센터(money advice center)를 두어 저소득가구의 자산 및 부채 관리 등의 기초적인 금융자문서비스를 제공하고 있고 특히 저소득가구만 구매할 수 있는 금융상품을 개발하여 일정수준의 노후연금소득을 보장해 주고 있다(송홍선, 2011). 그 외 미국은 금융사회복지사(Financial Social Workers)라 하여 사회복지사들로 하여금 금융지식을 갖추도록 양성해서 저소득층의 자산관리와 노후준비를 제공하고 있다(김정근, 2016, p.441). 우리나라 또한 국민연금공단이 107개의 지사를 노후준비지원센터로 지정하여 전 국민을 대상으로 노후준비서비스를 제공하고 있다. 하지만 영국과 미국의 사례와 같이 서비스 대상자가 저소득가구로 한정된 것이 아니므로 실제 이들에 대한 내실 있는 서비스를 기대하기는 다소 부족하다고 지적되는 상황이다(국회예산정책처, 2016). 그러므로 저소득가구를 대상으로 보다 소득수준을 지원할 수 있는 다양한 방안을 강구하는 적극적인 노력이 필요할 것으로 사료된다.

끝으로 본 연구는 다음과 같은 한계가 존재한다. 첫째, 노인의 우울에 영향을 미치는 다양한 요인들을 살펴보지 못하였다. 선행연구들을 통해 생물학적 요인, 문화적 요인, 환경적 요인 등 다양한 요인들이 복합적으로 작용하여 우울에 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 본 연구에서는 자료의 한계로 인해 모든 요인을 포함하지 못하였다. 둘째, 일반가구와 저소득가구 간에 성별, 평균연령, 교육수준, 가구원 수 등의 분포에서 차이가 발생하여 두 그룹을 비교하는데 제한이 있었다. 본 연구에서는 두 그룹의 차이를 동일하게 보정하기보다는 다름을 전제로 우울의 영향요인을 비교분석하였다. 셋째, 우울의 영향력에 있어 노인의 시대적 특징을 고려하지 못하였다. 최근 노년기는 전기, 중기, 후기 등으로 구분될 만큼 시기별로 다양한 특징을 가지고 있기 때문에 우울의 영향요인과 영향의 크기에 있어서도 분명 서로 다른 양상이 나타날 가능성이 높다. 추후 연구에서는 노인의 연령대를 고려하여 우울 수준과 영향요인을 분석할 필요가 있을 것이다.

참고문헌

- 강현욱, 박경민. (2012). 도시와 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인 비교. *한국노년학*, 32(1), pp.129-143
- 강신성, 임왕규. (2013). 노년기 부부갈등이 황혼이혼과 범죄충동에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 13(9), pp.178-192.
- 고기동, 조영태, 조성일, 성주현, 조비룡, 손기영, 최호천. (2012). 우리나라 노인에서 건강 위험행동과 정신 건강과의 연관성: 고령화 연구 패널 (KLoSA). *대한노인병학회*, 16(2), pp.66-73.
- 고정은, 이선혜. (2015). 여성노인의 우울 영향요인: 빈곤집단과 비빈곤 집단간 차이 연구. *노인복지연구*, 6(68), pp.251-271.
- 국회예산정책처. (2016). 2016년 국가주요사업 집행점검평가. 서울: 국회예산정책처.
- 건강보험심사평가원. (2019). 국민관심질병통계. 원주: 건강보험심사평가원
- 김귀분, 석소현. (2009). 노인의 우울 영향 요인. *지역사회간호학회지*, 20(2), pp.197-206.
- 김봉균, 하연주, 최송식. (2014). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인들에 관한 종단적 연구: 신체적, 심리적, 사회적 요인을 중심으로. *한국노년학*, 34(1), pp.115-132.
- 김영식. (2012). 우울증. *가정의학*, 2(1), pp.36-46
- 김명일. (2017). 노년기 빈곤궤적과 우울궤적의 관계 연구. *한국노년학*, 37(3), pp.617-635.
- 김수희, 정종화, 김원곤, 송진영. (2019). 독거노인의 죽음불안이 정신건강에 미치는 영향. *한국케어매니지먼트 연구*, 12(33), pp.153-180.
- 김은주, 김영희. (2011). Successful Aging Theory (SAT) 에 근거한 여성노인의 성공적 노화 예측요인. *여성건강간호학회지*, 17(4), pp.378-387
- 김정근. (2016). 국민연금수준이 고령층의 우울증에 미치는 영향: 빈곤가구와 비빈곤가구 비교 분석. *노인복지연구*, 71(4), pp.423-447.
- 김진현. (2016). 사회자본과 건강행태가 노년기 주관적 건강상태의 변화에 미치는 영향: 저소득가구 노인과 일반가구 노인의 주관적 건강상태 궤적에 대한 비교. *노인복지연구*, 71(1), pp.9-32.
- 김현미, 최연희. (2011). 취약계층 독거노인의 우울에 미치는 영향변인. *지역사회간호학회*

- 지, 22(4), pp.355-364.
- 김혜경, 성준모. (2014). 노년기 우울에 영향을 미치는 종단적 요인: 전기·후기 노인의 비교를 중심으로. *노인복지연구*, 12(66), pp.427-449.
- 김혜령. (2014). 남녀 독거노인들의 우울 위험요인 비교연구. *대한보건연구*, 40(1), pp.13-27.
- 김혜련, 강영호, 박은자, 최정수, 이연희, 김영삼. (2006). *한국인의 사망과 질병 및 의료이용의 요인분석과 정책과제*. 서울: 한국보건사회연구원.
- 남기민, 정은경. (2011). 여성독거노인들이 인지한 사회활동과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향: 우울과 죽음불안의 매개효과를 중심으로. *노인복지연구*, 52, pp.325-348.
- 문수경, 박서영. (2012). 노인의 근로활동 참여여부가 우울에 미치는 영향: 가족지지의 매개효과 검증. *한국가족치료학회지*, 20(3), pp.487-504.
- 박소영. (2018). 노인의 건강 특성과 사회적 관계망이 우울 증상 수준에 미치는 영향: 성별 조절효과를 중심으로. *보건사회연구*, 38(1), pp.154-190.
- 박혜경. (2009). 노인의 여가활동, 여가생활만족도, 지각된 건강상태 및 우울에 관한 연구. *재활간호학회지*, 12(2), pp.112-119.
- 박미라(2014. 10. 05). 급증 노인우울치료 “더 전략적으로”. *MEDICAL Observer*. <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=77273>에서 2020. 9. 5. 인출.
- 보건복지부, 국립정신건강센터. (2018). *국가정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서*, 세종: 동 기관.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2019). *2019년도 의료서비스경험조사*. 세종: 동 기관.
- 보건복지부. (2019). *중증정신질환자 보호재활 지원을 위한 우선 조치 방안*. 세종: 동 기관.
- 송홍선. (2011). 고령화시대 저소득층 자산관리서비스체계의 설계. *자본시장Weekly*, 2011-41, 한국자본시장연구원.
- 성준모. (2010). 소득수준별 가구 경제요인이 우울에 미치는 영향에 대한 종단적 고찰. *한국사회복지학*, 62(1), pp.109-132.
- 신창환. (2010). 삶의 특성이 노인우울에 미치는 영향에 관한 연구: 삶의 만족도의 매개효과를 중심으로. *한국노년학*, 30(2), pp.453-469.

- 사회보장정보원. (2016.11.25.). 노인 우울증 급증세...전체 환자의 33% 차지.
<http://www.bokjiro.go.kr/nwel/welfareinfo/news>에서 2020. 2. 12. 인출.
- 이나래. (2013). 노인의 건강정보이해능력과 건강행동 간의 관련성. 석사학위논문, 이화여
자대학교
- 이민숙. (2005). 노인의 우울과 자살에 대한 사회적 지지의 영향. *임상사회사업연구*, 2(3),
pp.191-211.
- 이순아, 이상록. (2016). 물질적 결핍과 노인의 정신건강에 대한 중단연구. *사회복지정책*,
43(2), pp.277-304.
- 이은령, 강지혁, 정재필. (2013). 노인 우울에 미치는 요인. *한국콘텐츠학회논문지*, 13(7),
pp.290-300.
- 이현경, 손민성, 최만규. (2012). 우리나라 노인의 정신건강 관련 요인 분석. *한국콘텐츠
학회 논문지*, 12(12), pp.672-682.
- 이현기. (2016). 자원봉사활동의 노인 안녕감에 대한 효과: 패널 GEE 분석. *노인복지연구*,
71(1), pp.167-188.
- 이혜재, 이태진, 전보영, 정영일. (2009). 일반층과 저소득층의 의료이용에 영향을 미치는
요인. *보건경제와 정책연구*, 15(1), pp.79-106.
- 윤혜선. (2018). 한국노인의 신체활동 및 식생활과 정신건강 관련성에 대한 연구. *한국용
합학회논문지*, 9(12), pp.313-319.
- 진영, 이용재, 김태현, 임승지, 정우진. (2020). 우리나라 노인의 만성질환과 우울과의
관련성: 성별 분석. *보건행정학회지*, 30(2), pp.231-244.
- 전해숙. (2018). 초고령 노인의 우울수준 관련 요인: 연령차이를 중심으로. *보건교육건강
증진학회지*, 35(3), pp.67-78.
- 정슬기, 이민욱. (2018). 사회경제적 박탈과 문제음주의 중단적 상호인과관계 검증. *정신
건강과 사회복지*, 46(3), pp.5-33.
- 통계청. (2019). *장래인구추계*. 대전: 통계청.
- 한국바이오협회. (2017). 2017 한국 우울증 환자의 현황 진단. 성남: 한국바이오협회 바이
오경제연구센터.
- 한국보건사회연구원, 서울대학교사회복지연구소 (2016). *한국복지패널 11차년도 조사자
료: User's guide*. 서울: 동 기관.

- 허대석, 이상무, 안정훈, 지선미, 남미희, 강세나, 등. (2011). 국내 우울증의 질병부담과 치료현황. 서울: 한국보건 의료연구원
- 허만세. (2014). CES-D 로 측정된 우울증상 변화궤적의 잠재계층 탐색: GMM 을 활용한 한국복지패널 데이터의 재분석. *한국사회복지학*, 66(1), pp.307-331.
- Ansseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Albert, A., Leyman, S., & Mignon, A. (2008). Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). *Depression and anxiety*, 25(6), pp.506-513.
- Beck, A. T. (1974). *The Development of depression, a cognitive model: The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: John Wiley & Sons.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. F., & Emery, G.(1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), pp.276-302.
- Dunham, H. W., Phillips, P., & Srinivasan, B. (1966). A research note on diagnosed mental illness and social class. *American sociological review*, 31(2), pp.223-227.
- Gardiner, J. C., Luo, Z., & Roman, L. A. (2009). Fixed effects, random effects and GEE: what are the differences?. *Statistics in medicine*, 28(2), pp.221-239.
- Haigh, E. A., Bogucki, O. E., Sigmon, S. T., & Blazer, D. G. (2018). Depression among older adults: a 20-year update on five common myths and misconceptions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), pp.107-122.
- Jeong, H. G., Lee, J. J., Lee, S. B., Park, J. H., Huh, Y., Han, J. W., ... Kim, K. W. (2013). Role of severity and gender in the association between late-life depression and all-cause mortality. *International psychogeriatrics*, 25(4), pp.677-684.
- Kulbok, P. P. (1985). Social resources, health resources, and preventive health behavior: Patterns and predictions. *Public Health Nursing*, 2(2), pp.67-81.
- Lucock, M., Gillard, S., Adams, K., Simons, L., White, R., & Edwards, C. (2011).

- Self care in mental health services: a narrative review. *Health & social care in the community*, 19(6), pp.602-616.
- Murali, V., & Oyeboode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in psychiatric treatment*, 10(3), pp.216-224.
- Park, J. I., Park, T. W., Yang, J. C., & Chung, S. K. (2016). Factors associated with depression among elderly Koreans: the role of chronic illness, subjective health status, and cognitive impairment. *Psychogeriatrics*, 16(1), pp.62-69.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), pp.385-401.
- Zivin, K., Wharton, T., & Rostant, O. (2013). The economic, public health, and caregiver burden of late-life depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), pp.631-649.

김규민은 고려대학교에서 보건학 석박통합과정(보건정책관리학 전공)에 재학 중이다. 주요 관심 분야는 노인보건 건강증진, 정신건강, 공공의료 등이다.

(E-mail: perves@korea.ac.kr)

김재학은 나사렛대학교 대학원에서 재활학 석사학위를 받았으며, 현재 고려대학교 일 반대학원에서 박사과정에 재학 중이다 주요 관심분야는 장애인건강, 건강증진, 재활체육 등이다.

(E-mail: jayhappy8935@gmail.com)

이현실은 서울대학교 보건대학원에서 보건학 석사, 경산대학교 보건대학원에서 보건학 박사학위를 받았으며 현재 고려대학교 보건정책관리학 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 보건정보관리, 의료 질 관리, 개인건강기록관리 등이다.

(E-mail: prideyun@korea.ac.kr)

A Study on the Depression Levels and Influencing Factors in the Elderly: A Comparison between Low-Income and Ordinary-Income Households

Kim, Kyu Min
(Korea University)

Kim, Jae Hak
(Korea University)

Rhee, Hyun Sill
(Korea University)

The purpose of this study is to compare and analyze depression levels and influencing factors in older adults from households of different income levels. In particular, this study was conducted by dividing the households into low-income and ordinary-income households. This is because previous studies have identified differences in income levels among older adults as factors that increase the incidence of mental illness, such as depression, which has led to the need for a discriminatory approach to organizing programs to prevent and manage depression. 1,428 ordinary-income households and 2,257 low-income households were sampled using the data used in the Korea Welfare Panel Study (11-13th waves). Data were analyzed with generalized estimating equation. Our analysis found that there were differences in the factors of depression between low-income households and ordinary-income households. Second, low-income households as compared to ordinary-income ones were at higher risk of suffering depression. Third, the quality of life has been identified as the most important indicator of old-age depression. Based on the above findings, the need and policy implications of an integrated management program were presented, taking into account the types and characteristics of households.

Keywords: Low-Income Households, Ordinary-Income Households, Depression Levels, Generalized Estimating Equation