

노인의 일상생활에서의 차별 경험과 사회적 고립이 우울에 미치는 영향

고영¹, 곽찬영^{2*}

¹가천대학교 간호학과 교수, ²한림대학교 간호학과 교수

Influence of Discrimination Experience in Daily Life and Social Isolation on Depression of Older Adults

Young Ko¹, Chanyeong Kwak^{2*}

¹Professor, College of Nursing, Hallym University

²Professor, College of Nursing, Gachon University

요약 본 연구는 노인의 차별 경험과 사회적 고립이 우울에 미치는 영향을 확인하기 위해서 수행되었다. 자료분석을 위해서 2017 노인실태조사 자료를 이차자료로 이용하였다. 대상자는 65세 이상 노인 중 대표성 있는 표본이었으며, 10,041명의 자료를 분석하였다. 차별 경험과 사회적 고립이 우울에 미치는 영향을 확인하기 위하여 위계적 로지스틱 회귀분석을 이용하였다. 일반적 특성, 건강관련 특성을 투입한 모델 1에 차별 경험을 추가한 결과, 차별 경험을 한 경우에서 우울할 가능성이 1.95(1.60-2.36)배 높았다. 모델 2에 사회적 고립을 추가로 투입한 결과, 차별 경험을 한 경우에서 우울할 가능성이 1.89(1.55-2.30)배 높았으며, 가깝게 지내는 친구·이웃·지인이 1명 감소할수록 우울할 가능성은 1.14배 증가하였다. 또한, 가족과 친구·이웃·지인에게 고립된 경우에서 우울할 가능성이 3.90배 증가하였다. 노인 우울 감소를 위해서는 노인 차별 경험을 줄이기 위한 사회적 노력이 필요하다. 또한, 사회적 관계망을 유지하거나 형성해주는 것은 차별 경험을 한 노인의 우울 수준을 낮추는데 기여할 것이다.

주제어 : 노인, 차별, 우울, 사회적 고립, 지역사회

Abstract This study was conducted to identify the influence of the discrimination experienced in daily life and social isolation on depression among older adults living in the community. This study was a secondary analysis of the data of 2017 Living Profiles of Older Adults Survey. The participants was a representative sample among the older adults 65 years and older. Data from 10,041 older adults were analyzed for this study. Hierarchical logistic regression analyses were used. When the discrimination experiences was added in model 1, the likelihood of being depressed was 1.95(1.60-2.36) times higher for those who experienced discrimination comparing with those who didn't experienced discrimination. When the social isolation was added in model 2, the likelihood of being depressed was 1.89(1.55-2.30) times higher in those who experienced discrimination. In addition, as the number of close friends, neighbors, and acquaintances decreased by one, the likelihood of being depressed increased by 1.14 times. Those who were isolated from family, friends, neighbors and acquaintances were 3.90 times more likely to be depressed. Therefore, social efforts are needed to reduce the experience of discrimination. Maintaining a social network or creating a new network will contribute to lowering the level of depression in older adults who have experienced discrimination.

Key Words : Older adults, Discrimination, Depression, Social isolation, Community

*Corresponding Author : Chanyeong Kwak(Chanyeong@hallym.ac.kr)

Received May 17, 2021

Revised July 25, 2021

Accepted August 20, 2021

Published August 28, 2021

1. 서론

1.1 연구의 필요성

노인의 우울은 흔한 정신건강 문제 중의 하나이며, 노인의 질병부담에 있어 두 번째 순위를 차지하는 건강 문제로 알려져 있다[1]. 최근 역학조사 결과에 의하면 우리나라 65세 이상 노인의 21.1%가 우울 증상을 경험하고 있으며 연령대가 높아질수록 우울증 유병률은 높아지고 있다[2]. 따라서 OECD 국가 중 노인 인구가 가장 빠르게 증가하고 있는 우리나라 인구추세를 볼 때, 노인 우울은 보건정책 수립에 주요한 정신건강 문제라고 할 수 있다.

일반적인 주요 우울 증상은 상실감, 무력증, 죄의식, 낮은 자존감 등으로 보고되어있다[3]. 그러나 노인의 우울 증상은 신체화되어 근골격계 통증, 두근거림, 소화기계 증상 및 불면증 등과 같은 신체적 불편 등으로 호소하거나 인지 저하 등으로 전환되어 나타난다. 특히, 노인의 우울 증상은 나이가 들어감에 따라 나타나는 자연적 퇴화 증상으로 받아들여질 수 있어서 우울증의 조기 발견이 어려운 실정이다[4]. 실제로 선행연구에서는 노인자살의 주요 내적 원인으로 노인 우울증이 보고되고 있으며[5-7], 노인자살 감소를 위하여 노인 우울에 대한 조기발견 및 관리의 필요성을 제시하였다.

노인은 급격한 사회적 변화와 노인 인구의 증가로 인한 지위 하락과 역할상실, 세대 간 단절 현상으로 인해 어려움을 경험하고 있다[8]. 더불어 노인부양에 대한 사회적 비용의 증가로 인해 세대 간 보이지 않는 갈등이 발생하고 있다[8]. 이러한 상황들은 사회구성원이 노인에 대해 부정적 태도나 그릇된 편견을 갖도록 하여 일상생활에서 노인을 꺼리거나 위해를 가하는 등 노인 차별의 형태로 나타나게 된다. 노인 차별은 노인이라는 이유로 노인 개인이나 노인집단에 적절한 대우를 하지 않거나 부적절한 행동을 하는 것을 의미한다[9]. 개인이 겪는 차별 경험은 우울과 연관성이 있으며[10,11], 차별 경험으로 인한 분노, 슬픔과 무기력감으로 인해 우울감을 느낀다고 하였다[10]. 인지된 차별은 스트레스 반응과 관련이 있으며 건강 행위를 하지 않는 등의 부정적 결과를 초래하여 건강에 영향을 미친다고 알려져 있다[12]. 또한, 주요 차별 사건을 경험한 경우보다 일상생활에서 차별을 경험한 경우가 우울감이 더 높고, 주관적 건강불편감을 더 호소한다고 하였다[11]. 그러므로

노인이 일상생활에서 경험하는 차별 경험은 우울에 영향을 미치는 요인을 탐색할 때 고려해야 할 요인이다.

노인의 정신건강에는 개인적 요소뿐만 아니라 사회적 요인이 영향을 미칠 수 있으며, 이런 관점에서 사회적 고립은 주요하게 다루어지는 요인이다. 사회적 고립은 가족과 지역사회와 거의 접촉이 없는 상태를 의미한다[13]. 사회적 고립은 사회적 관계에 대한 개념으로 객관적, 주관적 측면으로 나눌 수 있다[14]. 사회적 관계의 결핍은 객관적인 측면이지만, 외로움 등은 주관적 측면의 사회적 고립이라 볼 수 있다[14]. 선행연구에 따르면, 사회적 고립 정도에 따라 정신건강의 수준이 다르다고 하였다[14-16]. 친구 또는 이웃들과 만남 횟수가 많을수록 우울 수준이 낮았으며[16], 외로움을 더 경험하는 노인은 정신적 삶의 질이 낮았다[14]. 또한, 주관적 사회적 고립은 우울 수준에 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌다[17]. 이러한 기존 연구결과를 볼 때, 사회적 고립은 우울에 영향을 미치며, 사회적 고립의 다양한 측면이 우울에 다른 영향을 미칠 것이라 기대된다.

노인의 우울에 영향을 미치는 개인적 요인으로 성별[18], 사회경제상태[18,19], 건강행태 및 신체적 기능[20,21] 등이 보고되고 있다. 여성 노인이 남성 노인보다 우울증 유병률이 높고[18], 사회경제적 수준이 낮을수록 우울증 유병률이 높았다[18,19,22]. 지각된 건강상태가 낮을수록[19], 만성질환에 이환되어 있거나[20,22], 일상생활에 장애가 있는 경우[21]에서 우울 수준이 높았다.

WHO는 인간의 정서적 안정을 신체적, 사회적, 환경적 요인들이 복잡하게 연관되어있는 산물이라고 하였듯이, 위에 열거한 우울 관련 영향요인들은 서로 깊은 상관관계가 있음을 짐작할 수 있다. 가령, 사회경제적 요인으로 인해 발생하는 사회적 차별 경험은 사회적 요소에 달려있으며, 건강상태나 질병 요인으로 인해 겪는 개인적 차별 경험도 인구사회학적 특성과 함께 노인 우울에 영향을 미칠 것이다. 또한, 노인의 사회경제적 요인과 기능 저하의 특성과 함께 사회적 고립도 노인 우울에 영향을 미칠 것이다. 그러나 기존 연구에서는 노인의 일반적 특성, 건강관련 특성, 심리적 측면 중 일부 요인을 중심으로[16,18-22] 우울의 영향요인을 확인했으며, 사회적 측면을 포함한 다양한 요인들과의 상관관계를 규명하여 실증적으로 보여준 연구는 부족한 실정이다.

이에 본 연구는 지역사회에 거주하는 노인의 일반적 특성과 건강관련 요인, 차별 경험과 객관적, 주관적 사

회적 고립이 우울에 미치는 영향을 규명하여 노인 우울 예방과 관리에 기여하고자 한다.

연구목적은 노인이 겪은 차별 경험과 객관적, 주관적 사회적 고립이 우울에 미치는 영향을 확인하는 것이며, 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 노인의 일반적 특성, 건강관련 특성을 파악한다.

둘째, 노인의 일반적 특성과 건강관련 특성에 따른 우울의 차이를 확인한다.

셋째, 노인의 차별경험, 사회적 고립 및 우울 정도를 확인한다.

넷째, 노인의 차별경험, 사회적 고립 및 우울간의 관계를 확인한다.

다섯째, 노인의 차별 경험과 객관적, 주관적 사회적 고립이 우울에 미치는 영향을 확인한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계

본 연구는 2017년 노인실태조사 자료를 이용하여 노인 차별 경험과 사회적 고립이 우울에 미치는 영향을 분석한 이차자료분석 논문이다.

2.2 연구대상

2017년 노인실태조사는 2008년부터 3년마다 65세 이상 노인 중 대표성 있는 표본을 대상으로 시행되는 조사로 보건사회연구원과 보건복지부가 공동으로 수행한다[23]. 2017년에는 17개 시도, 934개 조사구에 거주하는 만 65세 이상 노인 10,299명을 대상으로 수행되었다[24]. 본 연구는 주요 변수에 결측치가 없는 10,041명을 대상으로 최종 분석대상으로 하였다.

2.3 연구도구

2.3.1. 우울

우울은 한국형 단축형 노인 우울척도(Korean Version of the Geriatric Depression Scale Short form, GDS-K)를 사용하여 측정하였다. 15문항으로 구성되어 있으며, 총합은 0-15점의 범위를 갖는다[24]. 본 연구에서 우울은 6점 이상인 경우로 분류하였다[25].

2.3.2. 노인 차별 경험

노인 차별 경험은 “일상생활에서 노인이기 때문에

차별당했다는 느낀 경험이 있습니까?”의 한 문항으로 “예”와 “아니오”로 조사하였다. 차별 경험이 있다고 응답한 경우, 어떤 경우에 차별을 경험하는지를 조사하기 위하여 1) 대중교통수단 이용 시, 2) 식당, 커피숍 이용 시, 3) 대형마트 및 백화점 등 판매시설 이용 시, 4) 주민센터, 구청 등 공공기관 이용 시, 5) 의료시설 이용 시, 6) 일터, 7) 기타 중 가장 자주 차별을 경험한 경우를 선택하게 하였다.

2.3.3. 사회적 고립

사회적 고립의 경우는 주관적 사회적 고립과 객관적 사회적 고립으로 구분하여 조사하였다. 주관적 사회적 고립의 경우는 “가깝게 지내는(마음을 털어놓을 수 있는) 친구·이웃·지인은 몇 분 정도 계십니까?”의 한 문항으로 가까이 지내는 사람 수를 조사하였다. 객관적 사회적 고립의 경우는 “지난 1년간 따로 사는 형제·자매를 포함한 친인척과 얼마나 자주 연락을 주고받았습니까?”와 “지난 1년간 친구·이웃·지인과 얼마나 자주 연락을 주고받았습니까?”의 2문항으로 조사하였다. 7점 척도(1점: 전혀 연락하지 않음-7점: 거의 매일 만남)로 조사하였다. 한 달에 1-2번 이상으로 연락을 하는 것을 미고립, 3개월에 1-2번 미만으로 연락하는 것을 고립으로 분류하였다[17]. 이를 조합하여 1) 가족과 친구·이웃·지인에게 모두 고립지 않음, 2) 가족에게만 고립됨, 3) 친구·이웃·지인에게만 고립됨, 4) 모두에게 고립되지 않는 집단으로 분류하였다.

2.3.4. 건강관련 특성

건강관련 특성은 시력과 청력, 만성질환 수, 도구적 일상생활수행 의존, 인지기능을 조사하였다. 시력은 보조기를 사용하더라도 텔레비전 보기, 신문 읽기 등 일상생활이 불편한 편인지를 확인하였으며, 청력은 보조기를 사용하더라도 전화통화, 옆 사람과의 대화 시 불편함이 있는지를 조사하였다. “불편하지 않다”는 좋음으로 “불편한 편이다” 또는 “매우 불편하다”는 좋지 않음으로 분류하였다. 만성질환 수는 “의사에게 진단을 받고 3개월 이상 앓고 있는 만성질환이 있습니까?”의 질문에 “예”라고 응답한 만성질환의 수로 조사하였다. 도구적 일상생활 의존은 Korean Instrument Activities of Daily Living (K-IADL) 10개 항목으로 측정하였다[26]. 10가지 항목에서 어느 하나의 항목에

라도 의존인 경우를 도구적 일상생활 의존으로 분류하였다. 인지기능은 Mini-Mental State Examination for Dementia Screening (MMSE-DS)로 측정하였다[27]. 19문항으로 총점을 산출하였으며, 성별과 연령, 교육수준에 따른 준거기준 점수에 따라 정상과 인지저하로 구분하였다[27].

2.3.5. 일반적 특성

일반적 특성은 성별, 연령, 교육연수, 가구원 소득, 직업 유무, 거주형태를 조사하였다. 가구 총소득을 가구원 수로 나누어 가구원 소득으로 산출하였다. 직업 유무는 “현재 수입이 있는 일을 하십니까?”로 조사하였다. 현재 일한다는 “예”로, 일한 경험은 있으나 지금은 하지 않거나 평생 일을 하지 않았다는 “아니오”로 분류하였다. 거주형태는 노인 부부 거주, 독거 여부, 기타 동거인과 거주로 분류하였다.

2.4 자료수집방법

본 연구는 2017년 노인실태조사 자료를 이용한 이차자료분석 연구로 연구자가 소속된 임상연구윤리심의위원회에 심의면제 승인(승인번호:1044396-202104-HR-091-01)을 받고 연구를 수행하였다.

2.5 분석방법

자료분석은 SPSS 26.0을 이용하여 분석하였다. 지역 사회 거주 노인의 우울과 일반적 특성, 건강관련 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였다. 노인의 일반적 특성과 건강관련 특성에 따른 우울의 차이는 t-test와 chi-square test를 이용하여 분석하였다. 노인의 차별 경험, 사회적 고립, 우울 정도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였다. 노인의 차별 경험, 사회적 고립과 우울과의 관계는 t-test와 chi-square test를 이용하여 분석하였다. 노인의 차별 경험과 사회적 고립이 우울에 미치는 영향은 위계적 로지스틱 회귀분석을 이용하여 분석하였다. 모델 1에는 일반적 특성, 건강관련 특성을 투입하여 우울에 미치는 영향을 확인하였다. 모델 2에는 모델 1에 차별 경험을 투입하여 우울에 미치는 영향을 확인하였다. 모델 3에는 모델 2에 사회적 고립을 추가로 투입하여 우울에 미치는 영향을 확인하였다. 또한, 사회적 고립변수 투입 후 차별 경험이 우울에 미치는 영향의 변화 정도를 확인

하였다. 사회적 고립의 기여 정도를 비교해 보기 위하여 투입하기 전(Model 2)과 투입 후(Model 3)의 교차비 변화율(explained fraction) $[(OR \text{ model } 1 - OR \text{ model } 2) / (OR \text{ model } 1 - 1)] \times 100$ 을 제시하였다. 이는 차별 경험이 우울에 미치는 영향에 있어서 사회적 고립이 직·간접 기여 정도를 측정하는 데 유용하다[28].

3. 연구결과

3.1 노인의 일반적 특성과 건강관련 특성

연구대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 전체 대상자의 57.4%가 여성이며, 65-74세 노인이 58.2%, 75-84세 노인이 34.2%, 85세 이상 노인이 7.6%이었다. 교육수준은 평균 7.19(± 4.59)년이었다. 직업이 있는 경우가 31.0%, 독거인 경우가 23.9%이었다. 일상생활에서 시력으로 불편감이 있는 경우는 33.8%, 청력으로도 불편감이 있는 경우는 17.8%였다. 의사에게 진단받은 만성질환은 평균 2.72(± 1.83)개였다.

Table 1. General and Health-related Characteristics of Participants

Characteristics	Category	n(%) or M \pm SD
Gender	Male	4,277(42.6)
	Female	5,764(57.4)
Age (years)	65-74	5,840(58.2)
	75-84	3,437(34.2)
	≥ 85	764(7.6)
Educational attainment(years)		7.19 \pm 4.59
Equivalent household income (1,000 won)	Q1 (≤ 686)	2,489(24.8)
	Q2 (687-991)	2,527(25.0)
	Q3 (992-1,470)	2,507(25.0)
	Q4 ($\geq 1,471$)	2,518(25.1)
Employment	Yes	3,115(31.0)
	No	6,926(69.0)
Living arrangement	Living with spouse	4,898(48.8)
	Living alone	2,405(23.9)
	Living with others	2,738(27.3)
Hearing sensory	Good	6,651(66.2)
	Not good	3,390(33.8)
Vision sensory	Good	8,250(82.2)
	Not good	1,791(17.8)
Number of chronic diseases		2.72 \pm 1.83
Dependency of IADL	Yes	2,282(22.7)
	No	7,759(77.3)
Cognitive decline	Yes	1,681(16.7)
	No	8,360(83.3)
Total		10,041(100.0)

Note: IADL=Instrumental of Activities of Daily Living

3.2 노인의 일반적 특성과 건강관련 특성에 따른 우울의 차이

대상자의 일반적 특성, 건강관련 특성에 따른 우울의 차이는 Table 2와 같다. 성별, 연령, 교육수준, 가구원 소득집단, 직업 여부에 따른 우울 수준의 유의미한 차이를 보였다($p < .001$). 일상생활에서 시력 또는 청력으로 불편감이 있는 경우, 만성질환의 수가 많을수록, 도구적 일상생활 의존, 인지기능 저하의 경우에서 우울 수준이 높았다($p < .001$).

3.3 노인의 차별 경험, 사회적 고립 및 우울 정도

노인의 차별경험, 사회적 고립 및 우울 정도는 Table 3과 같다. 노인의 5.4%(538명)가 차별 경험을 하였다. 대중교통 이용 시 차별 경험이 38.2%로 가장 많았으며, 일터에서 22.2%, 대규모 마트 등 판매시설 이용 시 11.0%, 의료시설 이용 시 10.1%, 공공시설 이용 시 7.4% 순으로 나타났다.

노인의 75.3%가 가족 또는 친구·이웃·지인에게 고립

되어 있지 않았으나, 2.6%는 가족과 친구·이웃·지인 모두에게 고립되어 있었다. 가족에게만 고립된 경우는 5.9%, 친구에게만 고립된 경우는 16.2%이었다. 대상자의 우울은 평균 4.19(± 3.59)점 이었으며, 경증 이상의 우울 유병률은 29.8%이었다.

3.4 노인의 차별 경험, 사회적 고립과 우울과의 관계

노인의 차별 경험, 사회적 고립과 우울과의 관계는 Table 4와 같다. 차별 경험을 한 경우에서 우울은 45.3%, 차별 경험을 하지 않은 경우에서 우울은 29.0%로 유의미한 차이를 보였다.

가깝게 지내는(마음을 털어놓을 수 있는) 친구·이웃·지인이 많을수록 우울 수준이 낮았으며, 객관적 사회적 고립집단에 따른 우울 수준도 미고립의 경우 23.7%, 가족에게만 고립된 경우는 40.4%, 친구·이웃·지인에게만 고립된 경우는 48.1%, 가족과 친구·이웃·지인에게 모두 고립된 경우는 71.0%로 유의미한 차이를 보였다 ($p < .001$).

Table 2. Depressive Symptoms according to General Characteristics and Health-related Characteristics

Characteristics	Category	Depression		No depression	χ^2 or t	p
		n(%) or M \pm SD				
Gender	Male	1,091(25.5)	3,186(74.5)	66.99	<.001	
	Female	1,906(33.1)	3,858(66.9)			
Age (years)	65-74	1,437(26.4)	4,404(75.4)	195.09	<.001	
	75-84	1,237(36.0)	2,200(64.0)			
	≥ 85	323(42.3)	441(57.7)			
Education attainment	(years)	5.85 \pm 4.44	7.77 \pm 4.54	-19.69	<.001	
Equivalent household income (1,000 won)	Q1 (≤ 686)	1,037(41.7)	1,452(58.3)	368.07	<.001	
	Q2 (687-991)	851(33.7)	1,677(66.3)			
	Q3 (992-1,470)	655(26.1)	1,852(73.9)			
	Q4 ($\geq 1,471$)	454(18.0)	2,064(82.0)			
Employment	Yes	585(18.8)	2,530(81.2)	264.47	<.001	
	No	2,413(34.8)	4,514(65.2)			
Living arrangement	Living with spouse	1,186(24.2)	3,713(75.8)	198.04	<.001	
	Living alone	966(40.2)	1,439(59.8)			
	Living with others	845(30.9)	1,893(69.1)			
Hearing sensory	Good	1,689(25.4)	4,962(74.6)	186.56	<.001	
	Not good	1,308(38.6)	2,082(61.4)			
Vision sensory	Good	2,266(27.5)	5,984(72.5)	125.22	<.001	
	Not good	731(40.8)	1,060(59.2)			
Number of chronic diseases		3.48 \pm 1.92	2.40 \pm 1.70	26.62	<.001	
Dependency of IADL	Yes	1,177(51.6)	1,105(48.4)	666.17	<.001	
	No	1,820(23.5)	5,940(76.5)			
Cognitive decline	Yes	609(36.2)	1,072(63.8)	39.26	<.001	
	No	2,388(28.6)	5,972(71.4)			
Total		1,437(29.8)	7,045(70.2)			

Note: IADL=Instrumental of Activities of Daily Living

Table 3. Discrimination Experience in Daily Life and Social Isolation

Characteristics	Category(range)	n(%) or M±SD
Discrimination experience in daily life due to aging	No	9,503(94.6)
Discrimination experience	Yes	538(5.4)
Type of discrimination experience	Using public transportation	206(38.2)
(The most discriminated situation)	Workplace	119(22.0)
	Use of sale facilities such as supermarket	59(11.0)
	Use of medical service facilities	54(10.1)
	Use of public facilities	40(7.4)
	Use of restaurants and coffee shops	27(5.0)
	Neighborhood	19(3.6)
	Senior citizen or senior facilities	9(1.7)
	Others	7(1.3)
Objective social isolation	Not isolated	7,558(75.3)
	Isolated from family only	597(5.9)
	Isolated from friends only	1,627(16.2)
	Isolated from both family and friends	259(2.6)
Subjective social isolation (number of persons)	(0-30)	2.28±2.66
Depression	Yes	1,437(29.8)
	No	7,045(70.2)
Depression (score)	(0-15)	4.19±3.59
Total		10,041(100.0)

Table 4. Relationship between Depression and Discrimination Experience in Daily Life and Social Isolation

Characteristics		Depression	No depression	χ^2 or t	p
		n(%) or M±SD			
Discrimination experience	Yes	243(45.3)	294(54.7)	64.29	(<.001
	No	2,754(29.0)	6,750(71.0)		
Objective social isolation	Not isolated	1,789(23.7)	5,770(76.3)	638.99	(<.001
	Isolated from family only	241(40.4)	356(59.6)		
	Isolated from friends only	783(48.1)	844(51.9)		
	Isolated from both family and friends	184(71.0)	75(29.0)		
Subjective social isolation	(number of persons)	1.44±2.06	2.63±2.81	-20.830	(<.001

3.5 노인의 우울 수준에 미치는 영향

노인의 차별 경험과 사회적 고립이 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 위계적 로지스틱 회귀 분석 결과는 Table 5와 같다. 일반적 특성, 건강관련 특성을 모델 1에 투입한 결과, 성별, 교육연수, 가구원 소득수준, 거주형태, 청력과 시력 불편감, 만성질환 수, 도구적 일상생활 의존, 인지 지능 저하는 우울에 유의미한 영향요인이었다. 모델 1에 차별 경험을 추가한 모델 2에서는 차별 경험을 한 경우가 그렇지 않았을 때 비해 우울할 가능성이 1.95(1.60-2.36)배 높았다. 청력 불편감을 제외하고는 다른 일반적 특성과 건강관련 특성의 유의성은 변하지 않았다. 모델 2에 사회적 고립 변수를 추가한 결과, 차별 경험을 한 경우가 그렇지 않은

경우에 비해 우울할 가능성이 1.89(1.55-2.30)배였으며, 모델 1에 비해 차별 경험을 한 경우에서 우울할 가능성이 약 6.32% 감소하였다. 가깝게 지내는(마음을 털어놓을 수 있는) 친구·이웃·지인이 1명 감소할수록 우울할 가능성은 1.14(=1/0.88)(0.86-0.91)배 증가하였다. 미고립된 경우에 비해 가족과 친구·이웃·지인에게 고립된 경우가 우울할 가능성이 3.90(2.90-5.25)배 증가하였으며, 가족에게만 고립된 경우도 1.82(1.50-2.21)배, 친구·이웃·지인에게만 고립된 경우도 1.83(1.61-2.07)배 우울할 가능성이 증가하였다. 모델 3에서도 교육연수, 가구원 소득수준, 거주형태, 시력 불편감, 만성질환 수, 도구적 일상생활 의존, 인지 지능 저하는 우울 수준에 영향을 미치는 요인이었다.

Table 5. Influencing Factors on Depression

Variables	Comparison (reference)	Model 1			Model 2			Model 3		
		OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Gender	Female (male)	0.83	(0.74-0.92)	.001	0.83	(0.75-0.93)	.001	0.94	(0.84-1.05)	.251
Age (years)	75-84 (65-74)	1.00	(0.90-1.11)	1.000	1.00	(0.90-1.11)	.927	0.99	(0.88-1.10)	.781
	≥ 85 (65-74)	0.88	(0.74-1.06)	.189	0.88	(0.73-1.05)	.163	0.78	(0.65-0.95)	.011
Education attainment	(years)	0.96	(0.95-0.98)	<.001	0.96	(0.95-0.97)	.163	0.97	(0.96-0.98)	<.001
Equivalent household income	Q1 (Q4)	2.44	(2.11-2.82)	<.001	2.44	(2.11-2.82)	<.001	2.07	(1.78-2.40)	<.001
	Q2 (Q4)	1.65	(1.43-1.91)	<.001	1.63	(1.41-1.88)	<.001	1.47	(1.27-1.71)	<.001
	Q3 (Q4)	1.28	(1.10-1.48)	<.001	1.28	(1.10-1.48)	.001	1.19	(1.03-1.38)	<.001
Employment	No (yes)	1.72	(1.54-1.93)	<.001	1.74	(1.56-1.95)	<.001	1.67	(1.49-1.87)	<.001
Living arrangement	Living alone (living with spouse)	1.68	(1.49-1.90)	<.001	1.65	(1.46-1.86)	<.001	1.45	(1.28-1.65)	<.001
	Living with others (living with spouse)	1.44	(1.28-1.62)	<.001	1.43	(1.27-1.61)	<.001	1.25	(1.10-1.41)	<.001
Vision sensory	Not good (good)	1.29	(1.17-1.43)	<.001	1.29	(1.17-1.43)	<.001	1.24	(1.12-1.37)	<.001
Hearing sensory	Not good (good)	1.14	(1.01-1.28)	.041	1.12	(0.99-1.27)	.062	1.08	(0.95-1.22)	.245
Number of chronic diseases		1.28	(1.24-1.31)	<.001	1.27	(1.24-1.31)	<.001	1.27	(1.23-1.30)	<.001
Dependency of IADL	Yes (no)	1.93	(1.72-2.17)	<.001	1.94	(1.73-2.19)	<.001	1.76	(1.56-1.99)	<.001
Cognitive decline	Yes (no)	1.28	(1.13-1.45)	<.001	1.28	(1.13-1.45)	<.001	1.17	(1.03-1.33)	<.001
Discrimination experience in daily life	Yes (no)				1.95	(1.60-2.36)	<.001	1.89	(1.55-2.30)	<.001
Subjective social isolation	(number of persons)							0.88	(0.86-0.91)	<.001
Objective social isolation	Isolated from family only (not isolated)							1.82	(1.50-2.21)	<.001
	Isolated from friends only (not isolated)							1.83	(1.61-2.07)	<.001
	Isolated from both family and friends (not isolated)							3.90	(2.90-5.25)	<.001
Hosmer-Lemeshow test	x2 (p)	12.379(.135)			10.405(.180)			6.143(.631)		
Nagelkerke R2		.210			.216			.259		
Explained fraction§								6.32		

Note: Equivalent household income(1,000 won) Q1(≤686), Q2(687-991), Q3(992-1,470), Q4(≥1,471), IADL: Instrumental Activities of Daily Living, § explained fraction of social isolation differential in odds ratio of depression symptoms, OR=odds ration, CI=confidence interval, explained fraction of social isolation differential in odds ratio of depressive symptoms were calculated by [(OR model 1-OR model 2)/(OR model 1-1)]×100

4. 논의

노인 인구의 급속한 증가와 더불어 노인의 우울증은 주요한 정신건강 문제라고 할 수 있다. 본 연구결과 노인이 인식하는 차별 경험과 사회적 고립은 우울 발생의 영향요인이며, 그 정도가 심할수록 우울 가능성이 증가하였다. 본 연구의 주요결과를 다음과 같이 세 가지로 구분하여 노인 우울 예방과 관리방안 구축에 기여하고자 한다.

첫째, 본 연구는 노인의 차별 경험과 우울과 상관관계를 제시하였으며, 이는 선행연구들[10,29,30]과 일치하였다. 본 연구에서 밝혀진 노인의 차별 경험률은

5.3%로 유럽이나 미국에 비해 상대적으로 낮았지만 [31-33], 노인들의 인식 정도는 심각했다. 이러한 결과는 차별 경험이 우울뿐만 아니라 자살 생각과도 관련성이 높은 국내 연구결과[34,35]를 볼 때, 차별 경험을 줄이기 위한 사회적 노력이 필요함을 시사한다. 우선 본 연구에서 밝혀진 일상생활에서의 차별 경험이 주로 공공시설을 이용할 때 많이 발생하고 있었으므로 대중교통이나 공공시설 이용 노인을 위한 안내와 응대지침이 마련될 필요가 있다. 또한, 노인에 대해 올바른 인식을 하도록 노인과 함께 일하거나 응대하는 직종에 종사하는 인력에게 다양한 프로그램을 제공할 필요가 있다.

그러한 사회제도적 문제접근방안뿐 아니라, 개인문화적 접근도 시도하여야 한다. 노인 차별이 발생하는 개인적 요인으로 개인이 가지고 있는 노화에 대한 불안, 죽음에 대한 두려움, 노인의 신체적·정신적 건강문제가 보고되고 있다[36]. 그러므로 사회 전반에 걸쳐 노인에 대한 고정관념과 부정적 인식을 바꾸고, 노인과 긍정적인 상호작용을 늘리는 세대 간 접촉 활동과 교육을 늘린다면[37-39] 노인에 대한 고정관념을 줄여, 노인 차별을 감소시킬 수 있다. 또한, 더욱 근본적인 노인 차별의 원인을 파악하기 위하여, 우리나라가 다른 나라에 비해 노인에 대한 차별이 사회 및 제도적 문제로 생겨나는 것인지, 단순히 차별에 대한 문화적 민감도가 높은 개인 문화적 문제인지, 혹은 둘 다 문제인지 등에 대한 차별 경험에 관한 심층연구가 필요하다.

둘째, 본 연구는 노인의 사회적 고립이 우울과 관련이 있는 것을 규명하였다. 특히, 노인의 사회적 고립 중에서 객관적 사회적 고립이 주관적 사회적 고립보다 우울에 미치는 영향이 더 컸다는 사실은 본 연구에서 새롭게 확인된 연구결과이다. 이는 객관적 사회적 고립이 우울장애와 관련이 없다는 연구[40]와는 상반되나, 사회적 관계 만족도[20], 사회적 관계망[41]이 우울과 관련이 있었다는 기존 연구결과와는 유사하다.

본 연구에서도 고령화가 될수록 가까이 지내는 친구·이웃·지인의 수가 감소하지만, 의미있는 친구·이웃·지인이 존재한다면 수적 감소는 크게 우울에 영향을 미치지 않는 것으로 볼 수 있다. 반면 가족 또는 친구·이웃·지인과의 연락감소는 우울에 큰 영향을 미치는 것으로 해석될 수 있다. 그러므로 지속적으로 상호작용하는 새로운 사회적 관계망 구축은 우울 예방 및 관리를 위해 의미있는 사업일 수 있다. 보건소 방문건강관리서비스[42]나 맞춤형 돌봄서비스[43]를 통해 제공하고 있는 안전지원(안부, 말벗, 정보제공), 사회참여(사회 관계 향상 프로그램), 건강관리(만성질환, 허약 노인), 지역사회 연계 등의 공적인 사회적 관계망 형성 사업은 우울 감소에 긍정적 기여를 할 것이다.

마지막으로 우울에 영향을 미치는 일반적 특성 및 건강관련 요인은 낮은 소득수준, 일상생활 의존, 미고용상태, 85세 이상의 고령 순으로 나타났다. 이는 기존 연구결과와 일치되는 결과로[19-21], 우리나라의 노인 우울 문제의 해결을 위해서는 기초생활 보장을 위한 제도적 장치 마련이 시급하며, 노인들이 할 수 있는 일자리

창출과 물리 치료, 재활 등 신체적 기능 저하에 대한 지원이 함께 이루어져야 함을 의미한다. 또한, 상대적으로 노인 차별을 많이 경험하는 취약한 노인에게 관심과 지지가 필요하며, 대중매체를 이용하여 노인 차별 방지를 위한 적극적 홍보를 할 필요가 있다[44].

본 연구는 정밀하게 설계된 표본추출방법으로 조사된 대규모 이차자료를 활용하였다. 그러나 단면조사 자료로, 차별 경험, 사회적 고립과 우울과의 인과관계를 확인할 수 없다는 한계점이 있다. 본 연구는 노인 우울을 감소시키기 위하여, 노인 우울의 영향요인으로 노인 차별 경험과 사회적 고립을 살펴보았다는 점에서 의의가 있다. 그러나 본 연구에서는 한 문항의 도구로 일상생활에서의 차별 경험을 조사하였다. 기존 연구에서 20 문항으로 측정하는 노인차별측정도구(the Ageism Survey)[44,45]에 비해 한 문항으로 노인이 일상생활에서 경험한 모든 차별을 조사하지 못했을 가능성이 있으며, 차별 경험의 다차원적 속성[46]을 적절하게 측정하지 못하였을 가능성이 있다. 그러므로 다차원적 속성을 측정할 수 있는 도구를 이용하여 차별 경험의 상황과 원인을 파악하고, 차별 경험과 우울과의 관계에서 문화적 특이성을 확인할 수 있는 심층연구를 제안한다.

5. 결론

본 연구는 노인이 경험한 차별 경험과 객관적, 주관적 사회적 고립이 우울에 미치는 영향을 확인하기 위해 수행되었다. 연구결과, 노인 차별 경험은 우울에 부정적 영향을 미치며, 주관적 사회적 고립에 비해 객관적 사회적 고립이 우울에 미치는 부정적 영향이 큰 것으로 확인되었다. 또한 낮은 소득수준, 일상생활 의존상태, 미고용상태, 85세 이상의 고령, 노인부부가 함께 거주하지 않거나, 시력 불편감, 인지기능 저하, 보유 만성질환 수의 증가는 우울 수준에 영향을 미치는 요인이었다. 본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 노인 우울 감소를 위하여 노인 차별 경험을 줄이기 위한 사회적 노력이 이루어져야 하겠다. 둘째, 가족 또는 친구·이웃·지인과의 연락감소는 우울에 큰 영향을 미치는 것으로 해석될 수 있다. 그러므로 우울 감소를 위해 노인이 지속해서 상호작용하는 사회적 관계망 구축이 요구된다. 셋째, 기능 저하, 만성질환과 더불어 낮은 소득수준과 고령은 우울에 영향을 미치는 요인이었다. 그러므로 노화와 질병으로 인한 기능 저하에

대한 지원과 더불어 경제적 지원을 위한 제도마련이 필요하다. 마지막으로 차별 경험 감소를 위한 실질적 방안 마련을 위한 노인의 다차원적 차별 경험의 특성을 파악하고, 문화적 특이성을 확인하는 심층연구를 제안한다.

REFERENCES

- [1] D. Chapman & P.G.S. Perry. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing Chronic Disease*, 5, 1-9.
- [2] Statistics Korea (2018). *Depressive symptoms in the elderly*. Daejeon: Statistics Korea(Online). <https://kosis.kr/index/index.do>.
- [3] National Institute of Mental Health. (2007). What is depression. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health(Online). <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>.
- [4] A. Fiske, J. L. Wetherell & M. Gatz. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. DOI : 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- [5] H. Li, L. Xu & I. Chi. (2016). Factors related to Chinese older adults' suicidal thoughts and attempts. *Aging & mental health*, 20(7), 752-761. DOI : 10.1080/13607863.2015.1037242
- [6] H. J. Kwon, I. U. Jeong & M. Choi. (2018). Social relationships and suicidal ideation among the elderly who live alone in Republic of Korea: a logistic model. *Inquiry: The Journal of Medical Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 46958018774177. DOI : 10.1177/0046958018774177
- [7] I. Conejero, E. Olié, P. Courtet & R. Calati. (2018). Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical interventions in aging*, 13, 691-699. DOI:10.2147/CIA.S130670
- [8] Y. Won. (2006). *Survey of social discrimination against older adults: focused on personal and system discrimination experience*. Seoul: National Human Rights Commission of Korea.
- [9] R. N. Butler. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9(4), 243-246.
- [10] I. H. Kim, S. Noh & H. Chun. (2016). Mediating and moderating effects in ageism and depression among the Korean elderly: the roles of emotional reactions and coping responses. *Osong public health and research perspectives*, 7(1), 3-11. DOI: 10.1016/j.phrp.2015.11.012
- [11] Y. Luo, J. Xu, E. Granberg, W. M. Wentworth. (2012). A longitudinal study of social status, perceived discrimination, and physical and emotional health among older adults. *Research on Aging*, 34(3), 275-301. DOI : 10.1177/0164027511426151
- [12] E. A. Pascoe & L. S. Richman. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531-554. DOI : 10.1037/a0016059
- [13] P. Townsend. (1973) *Sociological explanations of the lonely*. In P. Townsend (Ed.), *The Social Minority* (pp. 240-266). London: Allen Lane
- [14] A. Kim. (2020). The impact of social isolation on health-related quality of life of older adults living alone. *Journal of Digital Convergence*, 18(8), 343-351. DOI : 10.14400/JDC.2020.18.8.343
- [15] M. M. Fässberg et al. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International journal of environmental research and public health*, 9(3), 722-745. DOI : 10.3390/ijerph9030722
- [16] S. Park. (2018). The Effects of health-related factors and social networks on depressive symptoms in elderly men and women: focusing on the moderating effects of gender. *Health and Social Welfare Review*, 38(1), 154-190.
- [17] R. J. Taylor, H. O. Taylor & L. M. Chatters. (2016). Social isolation from extended family members and friends among African Americans: findings from a national survey. *Journal of Family Social Work*, 19, 443-461. DOI : 10.1080/10522158.2016.1181127.
- [18] J. Lee, K. Choi & G. S. Jeon. (2020). Socioeconomic inequalities in depressive symptoms among Korean older men and women: contribution of social support resources. *Journal of Korean Academic of Community Health Nursing*, 31(1), 13-23. DOI : 10.12799/jkacn.2020.31.1.13
- [19] H. S. Kim & H. Y. Kim. (2007). Associated factors of depression among elderly for visiting health services in public health centers: focused on social support and perceived health status. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 24(2), 1-14.
- [20] B. K. Kim, Y. H. Ha & S. S. Choi. (2014). A

- vertical study of the factors which are influenced on depression of the aged: focused on physical·psychological·social factors. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 34(1), 115-132.
- [21] J. Lee. (2016). Converged factors influencing depression of community dwelling elderly. *Journal of the Korean Convergence Society*, 7(5), 237-246.
DOI : 10.15207/JKCS.2016.7.5.237
- [22] M. Lee & M. Han. (2018). Convergence factors of affecting depression of elderly women in rural area. *Journal of Digital Convergence*, 16(5), 341-349.
DOI: 10.14400/JDC.2018.16.5.341
- [23] Korea Institute for Health and Social Affairs. (2017). *2017 National Survey of Older Koreans*. Sejong: Ministry of Health and Welfare.
- [24] B. S. Kee. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 35, 298-307.
- [25] J. I. Sheikh & J. A. Yesavage. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a short version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
- [26] C. W. Won et al. (2002). The development of Korean Activities of Daily Living (K-ADL) and Korean Instrumental Activities of Daily Living (K-IADL) scale. *Journal of Korean Geriatric Society*, 6, 107-120.
- [27] G. W. Kim et al. (2009.12). Standardization of diagnostic tools for dementia. Research Report. Gyeonggido, Seongnam: Bundang Seoul National University Hospital. Report No.: 11-1351000-00 0589-01.
- [28] F. V. Van Oort, F. J. Van Lenthe & J. P. Mackenbach. (2005). Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(3), 214-220.
DOI : 10.1136/jech.2003.016493
- [29] J. Han & V. E. Richardson. (2015). The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: a longitudinal examination of age discrimination. *Aging & mental health*, 19(8), 747-755.
DOI : 10.1080/13607863.2014.962007
- [30] A. Lyons et al. (2017) Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging and Mental Health*, 22(11), 1456-1464.
DOI : 10.1080/13607863.2017.1364347
- [31] J. Yang, H. Kim & E. A. Choi. (2020). Comparison study of the effect of ageism and social support on suicidal ideation among elderly in UK and S.Korea. *The Journal of Humanities and Social Sciences* 21, 11, 745-760.
DOI : 10.22143/HSS21.11.1.55
- [32] Y. Luo, J. Xu, E. Granberg & W. M. Wentworth. (2012). A longitudinal study of social status, perceived discrimination, and physical and emotional health among older adults. *Research on Aging*, 34(3), 275-301.
DOI : 10.1177/0164027511426151
- [33] C. Bratt, D. Abrams, H. J. Swift, C. Vauclair & S. Marques. (2017). Perceived age discrimination across Age in Europe: from an ageing society to a society for all ages. *Developmental Psychology*, 54, 167-180.
- [34] G. Kim & M. Lee. (2020). Aging discrimination and suicidal ideation among Korean Older adults. *American Journal of Geriatrics Psychiatry*, 28(7), 748-754.
DOI : 10.1016/j.jagp.2019.12.002
- [35] Y. Ko, S. Y. Han & H. Jang. (2021). Factors influencing suicidal ideation and attempts among older Korean adults: focusing on age discrimination and neglect. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1852.
DOI : 10.3390/ijerph18041852
- [36] S. Marques et al. (2020). Determinants of ageism against older adults: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2560.
DOI : 10.3390/ijerph17072560.
- [37] A. R. Donizzetti. (2019). Ageism in an aging society: the role of knowledge, anxiety about aging, and stereotypes in young adults and adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1329.
DOI : 10.3390/ijerph16081329
- [38] D. Burnes et al. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 109, e1-e9.
DOI : 10.2105/AJPH.2019.305123
- [39] H. Shin. (2012). Middle-aged Korean's ageism affecting factors mediated by intergroup anxiety. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 32(2), 359-376

- [40] J. H. Sohn et al. (2019). Living alone, social isolation and depressive disorder among community-dwelling older adults in an urban community in Korea. *Journal of Korean Geriatric Psychiatry*, 23(2), 58-64.
- [41] I. Oh, Y. Oh & M. Kim. (2009). Effect of social networks on the depression of elderly females in Korea: analysis of the intermediating effect of health promotion behavior. *Korean Journal of Family Welfare*, 14(1), 113-136.
- [42] Ministry of Health and Welfare, Korea Health Promotion Institute. (2019). *2019 Guideline for visiting health care*. Seoul: Korea Health Promotion Institute.
- [43] Ministry of Health and Welfare (2021). *Customized care services for older adults*. Sejong: Ministry of Health and Welfare(Online). <http://www.mohw.go.kr/react/index.jsp>
- [44] W. Kim. (2003). An exploratory study on ageism experienced by the elderly and its related factors. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 23(2), 21-35.
- [45] S. Jeon & H. Shin. (2011). Effects of ageism experience of the elderly on depression mediated by loneliness. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 31(4), 925-938.
- [46] L. Ayalon et al. (2019). A systematic review of existing ageism scales. *Ageing research reviews*, 54, 100919.
DOI : 10.1016/j.arr.2019.100919

고 영(Young Ko)

[정회원]



- 1997년 2월 : 서울대학교 간호학과(학사)
- 2003년 2월 : 서울대학교 일반대학원(석사)
- 2010년 2월 : 서울대학교 일반대학원(박사)

- 2011년 3월~2012년 8월 : 을지대학교 간호학과 전임강사
- 2012년 9월 ~ 현재 : 가천대학교 간호학과 교수
- 관심분야 : 지역사회간호학, 노인보건
- E-Mail : youngko@gachon.ac.kr

곽 찬 영(Chanyeong Kwak)

[정회원]



- 1982년 2월 : 서울대학교 간호학과(학사)
- 1996년 5월 : 미국 예일대학 (석사)
- 2000년 5월 : 미국 메사추세츠대학(박사)
- 2010년 9월 ~ 현재 : 한림대학교 간호대학 교수

- 관심분야 : 성인간호, 보건정책
- E-Mail : chanyeong@hallym.ac.kr