

독거노인의 사회계층인식이 우울에 미치는 영향에서 주관적 건강상태의 조절효과 검증

Study on Moderating Effect of Subjective Health State of Elder Who Lives Alone
on the Influence of Those People's Stratum Consciousness on Their Depression

정원철, 태명옥
신라대학교 사회복지학과

Weon-Cheol Jeong(jwchl94@hanmail.net), Myeong-Ok Tae(tmo2378@hanmil.net)

요약

본 연구의 목적은 독거노인의 사회계층인식이 우울에 미치는 영향에 있어서의 주관적 건강상태의 조절효과를 분석하는 것이다. 이를 위해 2014년 한국고용정보원의 '고령화연구패널 5차자료'를 활용하였다. 65세 이상 독거노인 774명의 데이터를 분석한 결과는 다음과 같다. 첫째, 연령과 성별을 통제한 상태에서 독거노인의 사회계층인식이 높을수록 우울이 감소하는 것을 경험적으로 확인할 수 있었다. 둘째, 독거노인이 자신의 건강상태가 좋다고 인식할수록 우울의 수준 역시 감소하는 것으로 확인되었다. 셋째, 독거노인의 사회계층인식이 낮아도 주관적 건강상태가 좋다고 인식할 경우 우울의 수준 역시 감소하는 것으로 확인되었다. 다시 말해 독거노인의 건강상태에 대한 인식은 사회계층인식과 우울관계를 조절한다는 것이 검증되었다. 본 연구는 초고령 시대로 진입하는 한국사회의 노인의 정신건강문제를 해결하는 방안으로 노인의 사회계층인식과 건강상태에 대한 체계적인 접근이 필요함을 확인시켜 준다는 점에서 의의를 지닌다.

■ 중심어 : | 독거노인 | 사회계층인식 | 우울 | 주관적 건강상태 |

Abstract

The purpose of this study was to determine the moderating effect of subjective health state of elder who lives alone on the influence of those people's stratum consciousness on their depression. For this purpose, the study utilized the 5th version of Korea Longitudinal Study on Aging 2014 and analyzed data concerning 774 elder who lives alone. The findings of this study can be summarized as follows. First, the higher elder who lives alone were in subjective stratum consciousness, the lower they were in depression. Second, elder who lives alone were lower in depression when perceiving they were higher in health state. Third, the elder who lives alone were lower in depression when their perceived subjective health state was higher even if they were lower in stratum consciousness. All these findings clearly indicate that the stratum consciousness and depression of elder who lives alone are moderated by their perceived health state of their own. Lastly, the implications, limitations, and suggestion for further research were discussed.

■ keyword : | Elder Who Lives Alone | Subjective Stratum Consciousness | Depression | Subjective Health State |

1. 서론

통계청의 장래인구추계에 따르면 한국은 고령화 여파로 인하여 2045년에는 혼자 사는 65세 이상 고령자의 수가 2015년보다 3배가량 늘어날 것으로 전망된다[1]. 인구의 고령화는 다양한 문제를 수반하게 되는데, 그 중의 하나로 거론되는 문제는 바로 노인들의 정신건강 문제이다.

노인은 사회, 경제, 신체 등의 이유로 젊은 계층에 비해 정신건강이 상당한 위협을 받게 된다고 일관되게 보고되고 있다[2-4]. 노인 정신건강 중에서도 특히 우울은 노화에 따른 가족관계의 변화, 배우자와의 사별, 수입의 감소, 사회역할상실, 건강 및 신체기능저하, 사회고립 등과 같은 다양한 스트레스 요인이 집중적으로 발생하는 노년기에 더욱 심화되고, 삶의 질에도 직접적인 영향을 미친다는 점에서 특별히 눈 여겨 보아야 할 정신건강 영역이다[5-8]. 많은 연구에서 노인우울은 신체, 정신, 사회적 측면에서 장애를 유발하며, 사회단절과 고립의 직접적 원인이며, 치매나 여타의 정신질환의 발병을 부추길 뿐만 아니라 고독사와 노인범죄 발생에도 기여하며, 노인의 자살을 부추기는 직접적인 요인으로 밝혀졌다.

본 연구에서는 다음의 두 가지 이유로 독거노인의 우울에 관심을 집중시키고자 한다. 첫째, 독거노인은 비독거노인에 비해 소득, 신체건강, 주거, 여가 및 사회참여 등 일상생활 전반에 걸쳐 다양한 문제를 겪고 있는바 정신건강문제 역시도 취약하다는 선행연구[2][9][10]가 다수 보고되었다. 둘째, 고령화와 사회경제조건의 변화로 인해 독거노인의 수가 급증하고 있어서 이들의 정신건강을 체계적으로 관리하고 지원해야 할 필요성이 커지고 있다는 점이다.

우울의 발생과 진행에는 다양한 변인이 관여한다. 그 중에서도 우울감정은 스스로에 대한 평가와 밀접한 연관관을 가지는 것으로 알려져 있다[11][12]. 이를 테면 자기평가가 부정적인 경우 우울감정이 발생할 가능성이 커진다는 것이다. ‘인간이 사회적 동물’이라는 측면에서 볼 때 자신에 대한 평가는 개인-사회적 맥락, 즉 스스로에 대한 계층위치(positioning)에 대한 평가와 연계되어

인식될 가능성이 크다.

노인의 우울요인에 관한 연구들이 주로 심리적, 가족적 측면에 치우쳐 각 변인의 인과성을 규명하는데 치중해 온 한계를 극복하기 위해서 본 연구에서는 노인의 우울요인으로 독거노인의 사회계층인식에 주목해 보고자 한다. 사회계층인식이란 사회위계 속에서 자신의 위치를 자리매김하거나 특정 계층지위에 주관적인 일체감을 귀속시키는 것으로 정의된다[13]. 한국사회는 1997년의 외환위기를 기점으로 사회구조가 급격히 재편성되었고, 사회의 불평등 가속화, 양극화의 심화가 두드러져 심각한 사회문제를 초래하고 있다[14]. 더구나 이 시기를 기점으로 중산층귀속 인식도 급감하는 현상이 두드러지고 있다[15]. 이러한 현실은 노인들 특히 독거노인들에게도 그대로 적용되어 질 수밖에 없다. 아울러 계층에 대한 주관적 인식은 자신이 인식한 계층과 관련된 태도나 행동, 연대 등과 직결된다는 점에서 객관적 계층지표보다 더 의미 있는 결과로 이어진다[16]는 주장을 고려할 때, 독거노인의 계층인식은 그들의 우울에 영향을 미칠 것으로 예측해 볼 수 있지만, 관련 연구는 부족한 실정이다.

한편 신체건강상태는 우울에 유의한 영향을 미치는 요인으로 여러 연구에서 보고되었다. 이들의 주장에 따르면 우울은 건강상태에 영향을 미치고, 건강상태 역시 우울에 상호영향을 미친다고 보고되었다[17]. 하지만 계층인식이 낮다고 해서 모두가 다 우울하지는 않다는 점은 우울과 계층인식 간에 제 3의 요인이 관여하고 있을 것이라고 추측해 볼 수 있다. 계층인식이 우울에 미치는 영향과 계층인식이 건강상태에 미치는 영향, 그리고 우울과 건강상태의 영향에 대한 선행연구를 고려해 볼 때 건강상태는 사회계층인식과 우울의 관계를 조절하는 기능을 가질 것으로 추측해 볼 수 있는데 관련 연구는 거의 없는 상태이다.

본 연구에서는 65세 이상 독거노인들의 사회계층인식이 우울에 미치는 영향에서 노인의 주관적 건강상태가 조절기능을 가지는지 실증해 보고자 한다. 특히 본 연구에서 건강상태를 ‘주관적 건강상태’로 한정된 것은 의료인에 의한 객관적 관찰보다 주관적 건강상태가 노인의 건강상태를 더 잘 드러낼 수 있다는 Hulka et

al.[18]과 Wolinsky et al.[19]의 주장을 반영하고 있다.

본 연구의 질문은 구체적으로 다음과 같다.

첫째, 독거노인의 사회계층인식은 우울에 영향을 미치는가?

둘째, 독거노인의 사회계층인식은 주관적 건강상태에 관계는 어떠한가?

셋째, 독거노인의 주관적 건강상태는 사회계층인식과 우울의 관계를 조절하는가?

II. 선행연구 고찰

1. 독거노인과 우울

독거노인은 1960년대 이후 산업화 및 도시화의 경제사회구조 변화와 더불어 저출산·고령화로 인한 인구구조의 변화에 따라 매우 빠른 속도로 증가하고 있는 가족구조의 한 형태이다[7]. 독거노인은 대체로 빈곤이나 경제위험에 노출되어 있으며, 고독, 질병, 가사 등에 있어 원조제공에 필요한 인적자원을 동거세대 속에 보유하지 못하고 있으며, 가족과 떨어져 홀로 생활함으로써 가족 또는 친인척으로부터 경제지원이나 신체질병에 대한 보호, 정서지지를 제공받기가 어렵다[5][7][20].

우울이란 기분장애의 일종으로서 근심, 침울, 무력감 및 무가치감 등을 호소하며, 심하면 자살을 초래하는 일종의 정신과 질환이다. 우울은 아동기에서 노년기까지 전 연령층에서 나타나는 증상이지만, 특히 노년기는 신체질병, 배우자 사별, 경제문제 및 사회관계의 위축으로 인하여 우울을 경험할 가능성이 높아진다[21][22]. 특히 배우자가 없는 노인과 저소득이며 고령이고 질병을 가진 노인일수록 우울의 정도가 높아진다는 연구[23-26]는 독거노인이 일반노인에 비해 우울할 가능성이 상대적으로 더 높음을 보여준다. 이러한 주장은 소득 1분위의 우울증상이 50%로 5분위의 19.6%에 비해 2.5배 이상 높고, 배우자가 없는 노인의 우울증상은 43%로 배우자가 있는 노인의 26.9%에 비해 1.6배 이상 높다는 전국단위의 노인실태조사[27]에서도 잘 드러난다. 독거노인과 비독거노인의 우울성향 비교에서도 독거가가 노년부부가구나 자녀동거가구에 비해 우울정

도가 유의미하게 높았다[28], 이러한 결과는 독거노인이 비독거노인 보다 우울을 더 많이 경험한다는 서울시 노인조사[29]에서도 역시 동일한 결과로 나타났다.

한편 인구학적 특성으로 볼 때 여성독거노인이 비독거노인에 비해 더 우울을 호소한다는 주장[30]이 있는 반면, 성별은 별다른 영향력을 지니지 않는다는 주장[31]이 혼재하고 있어 일관된 결론을 확보하지 못하는 상황이다. 연령 역시 우울성향과 관련이 있는 것으로 일관되게 보고된다. 연령이 높아짐에 따라 사회역할의 철수와 퇴행성질환의 유병비율이 높아지기 때문에 연령과 우울은 정적관계를 형성하는 것으로 보고되었다[32][33].

2. 독거노인의 사회계층인식과 우울

본 연구에서는 사회계층(class identification)을 소득, 교육, 직업 등의 사회경제적인 시장자본의 보유수준을 강조하는 ‘베버주의사회계층이론’(Vanneman et al., [34])에 토대하여 정의하고자 한다. 먼저 사회계층은 객관적 사회계층과 주관적 사회계층으로 구분될 수 있다. 객관적 사회계층은 주로 소득, 교육, 주거, 직업 등 다양한 수량지표가 활용되어 정해지는데 반해, 주관적 사회계층은 자신이 주로 어느 계층에 속한다고 생각하는지에 대한 인식을 묻는 방식이 활용된다[35][36]. 일부의 연구에서 주관적 사회계층의 결정요인을 규명하였는데, 순서에서 약간의 차이가 있지만 직업, 소득, 교육수준이 주요변수로 밝혀졌다[37-39].

근래 들어 주관적 사회계층에 초점을 두는 연구가 늘어나고 있다. 사회계층의 파악에 주관적 사회계층이 활용되는 배경[40]으로는 주관적 사회계층은 객관적인 사회경제 요소를 반영할 수 있으며, 과거의 사회경제수준, 미래전망, 가구자원, 사회에서의 경험이나 기회 등의 비경제요소까지 포괄적으로 반영할 수 있다는 점이다. 최근 들어 주관적 사회계층이 객관적사회계층보다 개인의 삶의 질을 예측하는 정도가 더 높다는 보고도 있으며[41], 객관적인 사회경제 수준을 통제한 상태에서도 주관적 사회계층은 신체건강 수준을 예측하는데 여전히 유의한 영향력을 지니는 것으로 밝혀졌다[42]. 이러한 연구들은 주관적 사회계층이 객관적 사회계층을 충분

히 대리할 수 있을 뿐 만 아니라, 경우에 따라서는 오히려 예측기능이 더 우수할 수 있음을 의미하는 것이다. 이러한 주장은 사회계층별로 사회행동 수준이 달라지기 때문에 개인의 건강관련 행동도 사회경제 요인과 연관이 있다는 주장에 의해 지지된다.

국내에서도 사회계층과 개인의 심리사회적 요인의 관련성에 관한 연구가 수행되었다. 먼저 청소년의 경우 자신의 사회계층에 대한 인식이 낮을수록 비만도가 높아지는 것으로 나타났고[43], 장애인의 삶의 만족도는 객관적 사회계층 보다 주관적 사회계층에 더 많이 영향을 받는 것으로 나타났다[44]. 또한 일반 성인의 경우 자신의 사회계층을 낮게 인식할수록 우울증이 증가한다는 연구가 있다[45]. 이를 독거노인의 우울에 적용시켜 보면, 주관적 사회계층은 소득, 교육수준, 직업 등의 객관적 요인뿐만 아니라 소득 및 생활만족도, 생활양식, 소비양태, 주거환경, 행복감 등의 주관적 요인에 의해서도 영향을 받는다고 볼 수 있다. 이러한 점에서 사회계층에 대한 인식이 낮은 노인일수록 우울을 더 많이 호소할 것이라 유추해 볼 수 있지만, 관련 연구는 부족한 실정이다.

3. 주관적 건강상태의 조절효과

그동안 노인의 건강상태와 우울과의 인과성을 규명하려는 다양한 시도가 있었다. 먼저 노인이 만성질환과 통증을 호소할수록, 인지기능이 낮을수록 우울을 더 많이 가지게 되며[25][46], 독거노인도 역시도 건강을 나쁘게 지각할수록 우울도 함께 증가하는 것으로 보고되었다[28]. 독거노인의 주관적 건강인식은 우울과 불안, 신체증상에 부적관계를 나타내며[47], 노인의 저하된 신체기능과 우울은 정적관계를 형성한다고 보고되었다[48-50]. 이수애, 이경미[17]는 부정적인 건강상태는 신체상과 자신감, 일상생활 유지에 부정적인 영향을 주는 스트레스 인자로 작용하여 우울증상을 초래하는 직접적인 원인이 된다고 하였다.

이처럼 노인의 우울과 건강상태는 상호 밀접한 인과성이 있는 것으로 파악되는데, 최근에는 주관적 건강상태에 대한 관심이 증가하고 있다. 주관적 건강(self-rated health)인식이란 개인이 지각한 ‘건강상태의

좋고 나쁨에 대한 자기평가’(self-reported)를 가리킨다[51]. 많은 연구에서 주관적 건강인식은 대개 ‘현재 당신의 건강상태는 어떻습니까?’ 또는 ‘최근 당신의 건강상태는 이전에 비해 어떠합니까?’ 의 문항으로 측정된다. 건강지표에 근거하는 객관적인 건강인식에 비해 주관적인 건강인식은 객관적인 건강상태의 대리변수(proxy variable)로서 타당성을 확보했다고 다수 연구[51-53]에서 입증된바 있다.

한편 사회계층을 낮게 인식하는 노인일지라도 그들 모두가 우울을 호소한다고 보기는 어려울 것이다. 이러한 주장은 사회계층을 낮게 인식하는 독거노인을 우울로부터 보호하는 요인이 존재할 것이라는 가정을 가능하게 한다. 이러한 측면에서 볼 때 우울과 계층인식과의 관계에서 주관적인 건강상태는 독거노인의 우울증상을 완화시키는 조절기능을 지닐 것으로 예측해 볼 수 있다. 그러나 이러한 예측을 단언할 수는 없다. 왜냐하면 독거노인의 사회계층에 대한 인식과 우울 그리고 주관적인 신체건강과의 인과성을 직접적으로 다룬 연구가 보고되지 않았기 때문이다. 따라서 본 연구에서는 독거노인의 사회계층인식과 우울의 관계에서 주관적 건강인식이 조절효과를 지니는지 실증해 보고자 한다.

III. 연구방법

1. 분석자료

본 연구는 2014년 한국고용정보원의 고령화연구패널 5차 자료를 활용하였다. 고령화연구패널조사의 대상은 제주도를 제외한 지역의 일반가구에 거주하는 45세 이상의 준고령자 및 고령자들로서 향후 도래할 고령사회에 효과적으로 대응하기 위한 목적으로 기초자료를 조사하고 구축되었다. 본 연구에서는 그 중 현재 자녀, 부모형제, 배우자 없이 홀로 거주하는 65세 이상 독거노인 774명을 대상으로 분석하였다.

2. 측정도구

2.1 독립변수: 사회계층인식

주관적 계층은 패널자료에서 1=상의 상, 2=상의 하,

3=중의 상, 4=중의 하, 5=하의 상, 6=하의 하로 측정되었으나, 본 연구에서는 역코딩하여 점수가 높을수록 사회계층을 높게 인식하는 것으로 판단하여 사용하였다.

2.2 종속변수: 우울

고령화연구패널 조사에서는 우울을 측정하기 위해 Radloff[54]가 개발한 20문항의 CESD(Center for Epidemiologic Studies-Depressed Mood Scale) 중에서 CESD-10척도만을 사용하였다. 패널조사표에서 우울은 지난 일주일간 느낌과 태도, 감정, 행동의 변화에 관한 것으로 각 문항은 리커트 척도(1=잠깐 그런 생각이 들었거나 그런 생각이 들지 않았음에서부터 4=항상 그런 생각이 들었음)로 측정되어 점수가 높을수록 우울이 높은 것으로 해석하였다. 본 연구에서는 그 중 우울과 관련성이 깊은 8개의 문항 이를 테면 ①마음이 슬픔 ②우울함 ③모든 일에 대해 힘든 느낌 등으로 측정하였으며, 우울의 Cronbach's α 계수는 0.925로 높게 나타났다.

2.3 조절변수: 주관적 건강상태

본 연구에서의 주관적 건강상태는 고령화연구패널의 5차년도 자료에서 응답자 본인의 건강상태를 어떻게 생각하는지에 관해 리커트 5점 척도(1=매우 좋음, 2=좋음, 3=보통, 4=나쁨, 5=매우 나쁨)로 측정되었으나, 본 연구에서는 역코딩하여 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋은 것으로 해석하였다.

2.4 통제변수: 성별, 연령

본 연구에서는 성별[29]과 연령이 우울에 영향을 미친다는 선행연구[29][55]를 반영하여 성별, 연령을 통제변수로 활용하였다. 성별에 대해서는 남(0), 여(1)로 더미변수화하여 회귀분석에 사용하였고, 연령에 대해서는 회귀분석과 차이분석으로 나누어 달리 적용하였다. 평균차이분석에서는 60대, 70대, 80대, 90대로 범주화하여 사용하였으며, 회귀분석에서는 자기기입식으로 보고된 것을 그대로 사용하였다.

3. 분석방법

본 연구의 패널자료는 SPSS 통계 프로그램을 사용

하여 분석하였다. 먼저 빈도분석을 실시하였으며, 기술 통계 및 평균차이 분석을 통해 주요변수의 특성을 파악하였다. 변인의 관계를 살펴보고자 Pearson의 적률상관 분석을 실시하였으며, 다중회귀분석을 통해 독거노인의 사회계층인식이 우울에 미치는 영향을 분석하였다. 또한 독립변수와 종속변수의 관계에서 주관적 건강상태의 조절효과를 분석하고자 조절회귀분석을 실시하였다. 끝으로 조절효과의 구체적인 특성은 Daniel Soper의 Interaction 프로그램을 활용하여 그림으로 제시하였다.

IV. 분석결과

1. 주요 변수의 상관분석 및 기술통계

주요변수의 상관분석 및 기술통계는 [표 1]과 같다.

표 1. 상관분석 및 기술통계

구분	사회계층인식	주관적 건강상태	우울
사회계층인식	1		
주관적건강상태	0.241**	1	
우울	-0.151**	-0.422**	1
M(SD)	2,025(1,077)	2,485(0,837)	1,738(0,639)
왜도	0.923	0.102	0.902
첨도	0.468	-0.373	0.292

**상관계수는 0.00 수준(양쪽)에서 유의함

사회계층인식, 주관적 건강상태, 우울 간의 상관계수는 -0.422~0.241까지 분포하고 있으며, 모두 95% 수준에서 유의한 상관관계를 가지는 것으로 확인되었다. 또한 사회계층인식과 우울, 주관적 건강상태와 우울의 관계가 모두 유의한 부(-)적 상관을 보이고 있다는 점에서 본 연구의 타당성이 확보되고 있음을 알 수 있다. 주요변수의 기술통계를 살펴보면, 사회계층인식의 경우 평균 2.025(±1.077)로 나타나 6점 척도에서 비교적 낮은 점수를 보이고 있어 독거노인의 계층에 대한 귀속의식을 확인할 수 있다. 주관적 건강상태는 평균 2.485(±.837)로서 보통 이하로 나타나 분석대상 독거노인의 주관적 건강상태는 나쁜 편임을 알 수 있다. 독거노인이 느끼는 우울의 정도를 살펴보면 평균

1.738(±.639)로서 일주일에 1~2일 정도 우울한 감정을 느끼고 있음을 알 수 있다. 패널연구에서는 4점(일주일 중 5~7일 우울감을 느낌), 3점(일주일 중 3~4일 우울감을 느낌), 2점(일주일 중 1~2일 우울감을 느낌), 1점(일주일 중 그런 생각을 느끼지 않거나 1일 미만으로 우울감을 느낌)으로 척도를 분류하여 측정하였다. 주요 변수의 정규분포를 살펴보기 위해 왜도와 첨도를 산출한 결과, 왜도는 절대값이 0.102~0.902 사이에 분포되어 있으며, 첨도는 절대값이 0.292~0.468 사이에 분포되어 있으므로 정규분포 가정이 충족됨을 확인하였다.

2. 가설 검증

2.1 독거노인의 사회계층인식이 우울에 미치는 영향

본 절에서는 분석대상 독거노인의 사회계층인식이 우울정도에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 먼저 성별과 연령을 통제하고 [표 2]와 같이 다중회귀분석을 실시하였다. 모형1과 2 모두 공차는 0.1 이상, VIF는 10이하로 다중공선성 문제가 없었으며, Durbin-Watson지수도 2에 근접하고 있어 오차항의 자기상관도 거의 없는 회귀모형임이 확인되었다.

모형1은 통제변수인 성별, 연령만을 투입하여 회귀분석을 실시한 결과로서 연령이 우울에 통계적으로 유의미한 영향을 미치고 있음을 확인할 수 있으나, 우울에 대한 전체변량의 설명력은 3.7%였다. 즉 나이가 많을수록 우울이 증가한다는 것이 확인되었다.

모형2는 성별과 연령 변수를 통제하고 독거노인의 사회계층인식이 우울 정도에 미치는 영향을 분석한 것이다. 분석 결과, 사회계층인식 우울에 통계적으로 유의미한 부(-)의 영향을 미치고 있음이 확인되었다(B=-0.084, p<0.01). 모형2의 우울 변인에 대한 설명력은 8.4%로 나타났다.

2.2 독거노인의 주관적 건강상태와 우울의 관계

독거노인의 주관적 건강상태와 우울의 관계를 알아보기 위해 상관분석을 실시하였다. [표 1]과 같이 주관적 건강상태와 우울은 유의한 상관을 보였으며, 부적 관계가 있는 것으로 나타났다(r=-0.422, p<0.00).

2.3 주관적 건강상태의 조절효과

사회계층인식과 우울의 관계에 대한 주관적 건강상태의 조절효과를 분석한 결과는 [표 3]과 같다. 독거노인의 사회계층인식과 우울의 관계에 대한 주관적 건강상태의 조절효과를 검증하기 위하여 조절회귀분석을 실시하였다. 모형3의 경우, 1단계는 사회계층인식과 우울의 관계에 대해 회귀분석을 실시하였고, 2단계는 사회계층인식, 주관적 건강상태와 우울의 관계에 대해 회귀분석을 실시하였다. 마지막으로 3단계는 사회계층인식, 주관적 건강상태, 상호작용항(사회계층인식 X 주관적 건강상태)과 우울의 관계에 대해 회귀분석을 실시하였다. 상호작용항은 사회계층인식과 주관적 건강상태를 표준화시킨 후 이를 곱하여 새 변수로 생성하였다.

모형3의 경우, 2단계의 사회계층인식과 주관적 건강상태가 우울에 미치는 영향력의 설명력은 18.0%였고, 주관적 건강상태와 우울은 부적관계를 형성하는 것으로 나타나 주관적 건강상태가 양호할수록 우울이 감소하는 것이 입증되었다. 이러한 결과는 사회적으로 낮은 계층 인식은 심리사회적 스트레스를 유발하고, 이 스트레스는 결국 심리위축으로 이어져 우울을 유발하는데 영향을 미치는 것으로 유추해 볼 수 있다. 3단계 상호작용항(A X B)의 우울에 대한 설명력은 19.5%로서 이전 단계에 비해 1.5% 증가하였다. 또한 상호작용항(A X B)이 우울에 대해 p<0.01 수준에서 통계적으로 유의한 영향을 미치고 있음이 확인되어 조절효과가 입증되었다.

사회계층인식과 우울의 관계에서 주관적 건강상태의 조절효과를 Daniel Soper의 Interaction 그래프로 표시하면 [그림 1]과 같다. 주관적 건강상태가 평균 이하인 집단에서는 사회계층인식이 높아질수록 우울이 낮아지는 것을 확인할 수 있다.

표 2. 독거노인의 사회계층인식과 우울의 관계

모형	독립변수	비표준화계수		표준화계수	t	유의확률	공선성 통계량	
		B	표준오차	베타			공차	VIF
1	(상수)	0.735	0.275		2.673**	0,008		
	성별	0.022	0.062	0,013	0,352	0,725	0,983	1,018
	연령	0,013	0,004	0,132	3,364***	0,000	0,983	1,018
	R ² =0,017, 수정된R ² =0,015, F=6,733, p=0,001, Dubin-Watson=1,841							
2	(상수)	0,994	0,280		3,547***	0,000		
	성별	0,018	0,061	0,011	0,297	0,766	0,976	1,024
	연령	0,012	0,004	0,120	3,361**	0,001	0,940	1,064
	사회계층인식	-0,084	0,021	-0,141	-3,976**	0,003	0,945	1,058
	R ² =0,037, 수정된R ² =0,033, F=9,837, p=0,000, Dubin-Watson=1,866							

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

표 3. 사회계층인식과 우울의 관계에서 주관적 건강상태의 조절효과

모형	독립변수	비표준화계수		표준화계수	t	유의확률	공선성 통계량	
		B	표준오차	베타			공차	VIF
3	(상수)	1,920	,048		39,639	,000		
	사회계층인식	-,090	,021	-,151	-4,239	,000	1,000	1,000
	R ² =0,023, 수정된R ² =0,021, F=17,973, p=0,000							
	(상수)	2,578	,070		36,863	,000		
	사회계층인식	-,031	,020	-,052	-1,557	,120	,942	1,062
	주관적 건강상태	-,313	,026	-,409	-12,177	,000	,942	1,062
	R ² =0,180, 수정된R ² =0,178, F=148,289, p=0,000							
	(상수)	2,582	,069		37,232	,000		
	사회계층인식(A)	-,043	,020	-,072	-2,140	,033	,919	1,089
	주관적건강상태(B)	-,312	,025	-,409	-12,263	,000	,942	1,062
(A)X(B)	-,071	,019	-,123	-3,745	,000	,974	1,027	
R ² =0,195, 수정된R ² =0,192, F=14,025, p=0,000, Dubin-Watson=1,837								

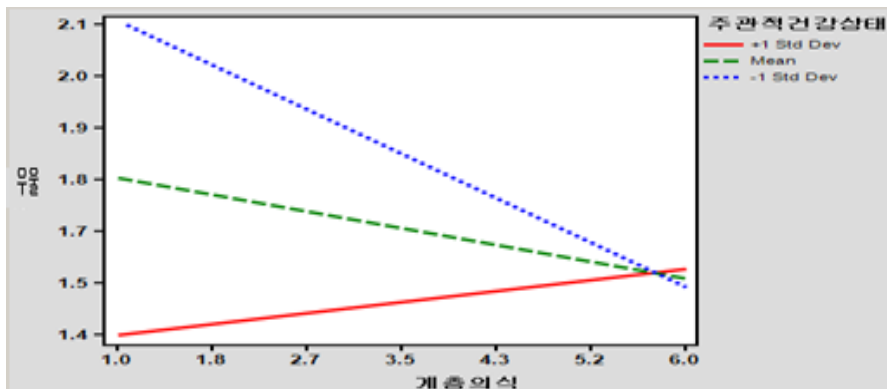


그림 1. 사회계층인식과 우울의 관계에서 주관적 건강상태의 조절효과

V. 결론

본 연구는 65세 이상 독거노인의 사회계층인식이 우울에 미치는 영향을 규명하고, 주관적 건강상태의 조절효과 검증을 위해 한국고용정보원 2014년 제5차 고령화연구패널 자료를 활용하였다.

본 연구의 결론은 다음과 같다. 첫째, 독거노인의 사회계층인식이 우울에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 독거노인의 사회계층인식이 높을수록 우울이 낮아져 정신건강에 긍정적 영향을 미치고 있음을 확인하였다. 이는 사회계층인식과 우울의 관련성을 보고한 선행연구들[36][56][57]과 동일한 결과로 볼 수 있다. 본 연구는 이와 같은 기존 연구의 관심대상에서 더 나아가 독거노인에 대한 실증적 분석이 이루어졌다는데 특히 의미가 있다. 노년집단으로 갈수록 사회경제적 지위에 따라 우울과 같은 건강 위험 요인이 심각한 불평등을 보이는 것으로 보고된 바 있다[58]. 이러한 측면에서 독거노인의 경제수준이 우울에 미치는 영향 분석[7]과 더불어 본 연구 결과는 사회경제적 지위가 우울에 미치는 영향력을 구체적으로 검증한 것으로 볼 수 있다.

둘째, 독거노인의 주관적 건강상태는 우울과 부적관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 주관적 건강상태가 좋을수록 우울이 감소한다는 것이 증명되었다.

셋째, 독거노인의 주관적 건강상태가 사회계층인식과 우울의 관계를 조절하고 있음이 확인되었다. 이는 비록 독거노인이 자신들의 사회계층을 낮게 인식하더라도 건강상태에 대한 인식이 높으면 우울 발생의 가능성이 그만큼 낮아짐을 의미한다.

선행연구[25][29][46][48][49]에 따르면 노인의 건강상태와 우울 간에 정적상관이 있는 것으로 나타났다. 또한 노인들의 주관적 건강상태에는 인구사회학적 특성과 신체건강상태뿐만 아니라 사회지나 사회심리적 요인이 관여하는 것으로 보고되었다[59]. 본 연구에서는 이와 같은 연구의 결과를 융합하여 독거노인의 주관적 건강상태에 주목함으로써 사회계층인식과 우울의 관계를 조절하는 효과가 있음을 새롭게 검증하는 시도를 하였다.

이와 같은 본 연구의 결론에 따른 실천적 함의는 다음과 같다. 첫째, 자신의 사회계층이 낮다고 인식하는 독거노인의 우울감에 대한 구체적인 지원책을 마련하여 실행해야 할 것이다. 사회복지관이나 보건소, 노인대학, 경로당 등의 노인사회서비스 기관을 중심으로 사회경제적으로 취약한 노인들을 대상으로 다양한 정신건강 지원 프로그램이 제공될 필요가 있다. 특히 수요자 맞춤형 사회복지 서비스로서 생활수준이 높지 않은 취약노인에게 방문건강관리 사업을 확대 실시할 수 있을 것이다.

둘째, 주관적 건강상태를 통해 독거노인의 우울예방과 치료사업에 적극 활용할 필요가 있다. 구체적 방안으로서 독거노인 대상 방문건강관리를 위해 담당자가 활용할 수 있는 우울 및 주관적 건강상태 진단 도구와 프로그램을 개발하고 표준화하여 운영할 수 있을 것이다[60]. 성공적인 노화를 위한 통합적 건강서비스를 제공하기 위해 주관적 건강상태평가와 더불어 정신기능, 신체기능, 생활습관 등을 포괄적으로 평가하는 패키지가 제안된 바 있다[61]. 특히 주관적 건강상태는 객관적 건강상태를 대리할 수 있는 요인이면서도 객관적 건강상태에 비해 임상장면에 적용하는데 매우 용이한 지표이다. 주관적 건강상태 인식 수준을 우선적으로 진단하도록 함으로써 우울을 일차적으로 예측하고, 우울한 독거노인 선별을 위해 널리 활용될 수 있을 것이다.

본 연구는 사회계층인식 및 주관적 건강상태와 우울의 관계를 체계적으로 분석하여 독거노인의 우울문제에 대한 논의를 확장했다는 점에서 의의를 가진다. 특히 사회계층을 낮게 인식하는 독거노인일지라도 주관적 건강상태가 양호하다면 우울이 발생할 가능성이 감소된다는 것을 입증함으로써 주관적 건강상태가 독거노인을 우울로부터 보호하는 기전이 있음을 실증하였다. 하지만 종단연구패널 활용을 통한 연구로써 독거노인의 우울 관련 다양한 신체·심리·사회적 요인을 통합적으로 다루지 못한 한계를 보이고 있다. 추후 본 연구에서 다루지 않았던 변인을 추가하여 독거노인의 우울 기전을 포괄적으로 실증하는 연구와 각 변인의 종단적 추이를 분석하는 연구가 수행될 필요가 있다.

참고 문헌

- [1] 통계청, 장래인구추계: 2015-2065년, 2016년 12월 8일 보도자료, 2016.
- [2] 한혜경, 이유리, "독거노인의 정신건강 수준과 영향요인," 한국노년학, 제29권, 제3호, pp.805-822, 2009.
- [3] 배지연, "노인의 자살생각에 관한 인과모형," 사회과학논문집, 제23권, 제2호, pp.343-375, 2005.
- [4] 이현경, 손민성, 최만규, "우리나라 노인의 정신건강 관련 요인 분석," 한국콘텐츠학회논문지, 제12권, 제12호, pp.672-682, 2012.
- [5] 김영란, 일반노인 시설노인 독거노인의 우울감 비교연구, 부산대학교, 석사학위논문, 2002.
- [6] 이종화, "여성독거노인의 우울과 자아존중감 및 건강증진행위," 정신간호학회지, 제14권, 제2호, pp.109-118, 2005.
- [7] 최영, "독거노인의 경제수준, 건강상태, 사회적 지지가 우울에 미치는 영향," 사회과학연구, 제24권, 제4호, pp.103-123, 2008.
- [8] 김남현, 정민숙, "노인들의 사회활동 참여와 우울이 삶의 질에 미치는 영향," 한국콘텐츠학회논문지, 제17권, 제3호, pp.496-506, 2017.
- [9] 김기태, 박봉길, "독거노인의 생활만족도와 사회 지지망," 한국노년학, 제20권, 제1호, pp.153-168, 2000.
- [10] 정경희, 노인단독가구의 생활 현황과 정책 과제, 한국보건사회연구원 연구보고서, No.2014-22-8, 2014.
- [11] 송미령, 이용미, 천숙희, "포커스그룹 인터뷰를 통한 치매노인 가족수발자의 휴식에 대한 의미분석," Journal of Korean Academy of Nursing, Vol.40, No.4, pp.482-492, 2010
- [12] 최은숙, 김완일, "초기부적응도식과 우울과의 관계에서 자기개념명료성의 매개효과," 상담학연구, 제15권, 제1호, pp.109-123, 2014.
- [13] M. Jackman and R. Jackman, "An interpretation of the relation between objective and subjective social status," American Sociology Review, Vol.38, pp.569-582, 1973.
- [14] 이병훈, 윤정향, "사회계층의식의 변동에 관한 연구," 경제와 사회, 제70호, pp.111-140, 2006.
- [15] 남은영, "외환위기 이후 사회적 위험과 주관적 계층의식," 한국사회학회 사회학대회논문집, pp.67-80, 2012.
- [16] 차종천, 현대 한국사회의 계층. 한국사회론: 제도 와 사상(장상수 편), 서울: 사회비평사, 1995.
- [17] 이수애, 이경미, "농촌지역 노인의 우울증 결정 요인에 관한 연구," 한국노년학, 제22권, 제1호, pp.209-226, 2002.
- [18] B. S. Hulka and J. R. Wheat, "Patterns of utilization. The patient perspective," Medical Care, Vol.23, No.5, pp.438-460, 1985.
- [19] F. D. Wolinsky, C. L. Arnold, and I. V. Nallapati, "Explaining the role of physician utilization among oldest old," Medical Care, Vol.26, No.6, pp.544-553, 1988.
- [20] 양순미, 홍숙자, "농촌노인의 독거·동거 가구형태가 심리적 고독감에 미치는 영향," 한국가정관리학회지, 제21권, 제6호, pp.129-139, 2003.
- [21] 조맹제, 홍진표, 한국노인의 정신건강실태와 건강증진: 대도시 노인대상 연구, 집문당, 2000.
- [22] 권석만, 민병배, "노년기 정신장애," 상담과 선포, 제34권, pp.102-102, 2001.
- [23] 김문옥, "요양병원 간호인력의 의무인증제에 대한 인식과 의무인증 시행 후 업무수행," 노인간호학회지, 제16권, 제1호, pp.68-76, 2014.
- [24] 이미숙, "노인인구의 결혼관계와 우울증세 - 결혼지위와 결혼만족도를 중심으로-", 한국사회학, 제46권, 제4호, pp.176-204, 2010.
- [25] 정영미, "여성노인의 우울에 따른 건강상태 및 우울관련 요인," 한국노년학, 제27권, 제1호, pp.71-86, 2007.
- [26] R. E. Robert, G. A. Kaplan, S. J. Shema, and W. J. Strawbridge, "Does growing old increase the risk for depression?," American Journal of

- Psychiatry, Vol.154, pp.1384-1390, 1997.
- [27] 보건복지가족부, 2008년도 노인실태조사: 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사, 2009.
- [28] 보건복지부, 2014년도 노인실태조사, 정책보고서, No.2014-61, 2014.
- [29] 서경현, 김영숙, “독거노인의 자아존중감과 우울,” 한국심리학회지: 문화 및 사회문제, 제9권, 제1호, pp.115-137, 2003.
- [30] 박진경, 손숙미, “지역사회 거주 독거 여자 노인의 신체 계측치와 생화학적 지표 및 관련 인자에 관한 연구,” 대한지역사회영양학회지, 제8권, 제5호, pp.726-735, 2003.
- [31] 서홍란, 김희년, “요보호여성독거노인의 심리적 안녕감에 영향을 미치는 요인,” 정신보건과 사회사업, 제35권, pp.176-202, 2010.
- [32] 조경옥, “무의탁 독거 여성노인의 생활만족도에 관한 연구: 전북지역 국민기초생활수급자를 대상으로,” 노인복지연구, 제17권, pp.85-125, 2002.
- [33] K. B. Adams, S. Sanders, and E. A. Auth, “Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors,” Aging & Mental Health, Vol.8, No.6, pp.475-485, 2004.
- [34] R. Vanneman and F. Pampel “The American perception of class and status,” American Sociological Review, Vol.42, No.3, pp.422-437, 1977.
- [35] 금현섭, 백승주, “사회보험과 주관적 계층의식의 변동,” 정책분석평가학회보, 제21권, 제3호, pp.61-86, 2011.
- [36] 윤인진, 김상돈, “사회경제적 지위와 주관적 계층의식이 생활만족에 미치는 영향,” 도시행정학보, 제21권, 제2호, pp.153-185, 2008.
- [37] 장상수, “한국 사회에서의 주관적 계층위치,” 사회와 역사, 제49권, pp.180-212, 1996.
- [38] 김병조, “한국인 주관적 계층의식의 특성과 결정 요인,” 한국사회학, 제34권, pp.241-268, 2000.
- [39] J. K. Yoon and H. H. Seok, “Conspicuous Consumption and Social status in Korea: An Assessment of Reciprocal Effects,” Korea Journal of Population and Development, Vol.25, No.2, pp.333-354, 1996.
- [40] A. Singh-Manoux, N. E. Adler, and M. G. Marmot, “Subjective social status: Its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study,” Social Science Medicine, Vol.56, No.6, pp.1321-1333, 2003.
- [41] 이연경, 이승중, “사회계층이 행복에 미치는 영향에 관한 연구: 객관적 계층과 주관적 계층의식을 중심으로,” 행정논총, 제55권, 제1호, pp.1-39, 2017.
- [42] 양동욱, 주관적 계층인식이 건강위험행동 및 주관적 건강상태에 미치는 영향, 서울대학교 보건대학원, 석사학위논문, 2014.
- [43] 심경선, 주관적, 객관적 사회적 지위와 청소년 비만의 연관성, 서울대학교 보건대학원, 석사학위논문, 2007.
- [44] 신승배, “장애인의 사회경제적 지위가 생활만족에 미치는 영향,” 제1회 장애인고용패널 학술대회 발표논문집, pp.285-312, 2009.
- [45] 조광덕, 계층의식과 가족으로 보는 건강불평등, 경희대학교 대학원, 석사학위논문, 2012.
- [46] 엄동문, 정정숙, “노인의 주관적 건강상태와 삶의 만족에 관한 연구,” 사회과학연구, 제30권, 제4호, pp.27-50, 2014.
- [47] 김영태, “독거노인의 개인적 속성이 정신건강에 미치는 영향,” 노인복지연구, 제59권, pp.187-208, 2013.
- [48] 고정은, 이선혜, “노인우울에 영향을 미치는 요인에 대한 다층분석,” 정신보건과 사회사업, 제40권, 제1호, pp.322-351, 2012.
- [49] 김동배, 손의성, “한국노인의 우울 관련변인에 관한 메타분석,” 한국노년학, 제25권, 제4호, pp.167-187, 2005.
- [50] 오영희, 배화옥, 김윤신, “우리나라 노인의 주관

적 건강인식과 신체적 및 정신적 기능상태의 관련성 연구,” 한국노년학, 제26권, 제3호, pp.461-476, 2006.

[51] 최요한, “주관적 건강인식은 실제 건강상태의 유효한 대리변수인가: 주관적 건강상태(SRH)와 주관적 건강변화상태(SACH)의 비교,” 보건사회연구, 제36권, 제4호, pp.431-459, 2016.

[52] Y. Benyamini, E. L. Idler, H. Leventhal, and E. A. Leventhal, “Positive affect and function as influences on self-assessment of health: Expanding our view beyond illness and disability,” Journal of Gerontology, Vol.55B, pp.107-116, 2000.

[53] A. S. Heller, T. Johnstone, A. J. Shackman, S. N. Light, M. J. Peterson, and G. G. Kolden, “Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation,” Proceedings of the National Academy of Science, Vol.106, pp.22445-22450, 2009.

[54] L. S. Radloff, “The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population,” Applied Psychological Measurement, Vol.1, No.3, 1977.

[55] 전미애, 김정현, “노인 우울 관련 변인과 조절효과에 관한 연구,” 한국사회복지조사연구, 제38권, pp.75-97, 2013.

[56] S. C. Segerstrom, S. E. Taylor, M. E. Kemeny, and J. L. Fahey, “Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress,” Journal of personality and social psychology, Vol.74, No.6, pp.1646-1655, 1998.

[57] N. E. Adler, “Health disparities through a psychological lens,” American Psychologist, Vol.64, No.8, pp.663-673, 2009.

[58] 김진영, “사회경제적 지위와 건강의 관계: 연령에 따른 변화를 중심으로,” 한국사회학, 제41집, 제3호, pp.127-153, 2007.

[59] 이후연, 백종태, 조영채, “일부 도시지역 노인들의 주관적 건강상태와 관련 요인,” 한국산학기술학회논문지, 제17권, 제10호, pp.569-581, 2016.

[60] 박정숙, 오윤정, “방문건강관리사업 대상 허약노인의 건강증진행위, 주관적 건강상태, 사회참여 및 역량강화,” 한국보건간호학회지, 제31권, 제2호, pp.244-256, 2017.

[61] 김선호, 오두남, “성공노화를 위한 포괄적 노인 평가 패키지 개발,” 한국콘텐츠학회논문지, 제12권, 제9호, pp.257-269, 2012.

저 자 소 개

정 원 철(Weon-Cheol Jeong)

정회원



- 2002년 : 대구대학교 대학원 사회복지학 박사
- 2003년 : 신라대학교 사회복지학 교수
- 2016년 : 한국사회복지상담학회장

<관심분야> : 사회복지상담, 사회복지실천, 임상사회사업

태 명 옥(Myung-Ok Tae)

정회원



- 2017년 : 신라대학교 사회복지학과 외래 교수
- 2016년 : 신라대학교 대학원 사회복지학 박사과정 수료

<관심분야> : 노인교육, 여가, 다문화가정자녀