

미국노인의 종교활동참여와 우울증*

Religious Participation and Depression among American Older Adults

호서대학교 인간개발학부 노인복지학전공
교수 전해정**

Department of Social Welfare for The Elderly, Hoseo University
Professor : Jun, Hey-Jung

〈Abstract〉

The main purpose of this study was to examine the impact of religious participation on the depression of older adults in USA. Specifically, this study examined how the influence of religious participation varied according to continuity or discontinuity of participation. Data from N=1,658 adults aged 65-90 who were respondents to two waves of the U.S. National Survey of Families and Households 1987-1993 were used for these analyses. Depression was measured with a 12-item (of the original 20) modified version of the CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression). Multivariate regression models controlling for several demographic variables were estimated. Some clear evidence was found supporting activity theory and continuity theory. That is, participating in a religious organization role at Time 2 but not Time 1 (T1 No - T2 Yes) and being continuously involved in religious organizations both at Time 1 and Time 2 (T1 Yes - T2 Yes) were associated with reduced depression, compared to continuous nonparticipation in religious organizations (T1 No - T2 No).

▲주요어(Key Words) : 종교활동참여(religious participation), 우울증(depression), 역할지속(role continuity), 노인(older adults)

1. 서론

1. 연구의 배경 및 목적

노년기 종교활동의 효과에 관한 모든 연구들이 동일한 결과를 보고하고 있는 것은 아니지만 대체로 종교생활은 주관적 안녕감을 강화하고(Ellison, 1991), 우울증과 심리적 디스트레스(distress)를 저하시키고(윤혜진, 2001; Idler, 1987), 사망률과 질병이환율을 감소시키는(Levin, 1996) 등 노후의 신체적·정신적 건강의 유지 및 증진에 도움을 주는 것으로 보고하고 있다. 종교활동이 노년기 성공적 적응과 정신 및 신체 건강에 영향을

미친다면, 과거에 종교활동을 하지 않던 사람이 새롭게 종교활동을 시작하는 것과 지속적으로 종교활동을 유지하는 것이 동일한 영향을 미치는가? 노년기 접어들어 종교활동을 중단하는 것은 노인의 정신건강에 어떠한 효과를 갖는가? 노년학 1세대 이론인 활동이론(activity theory)과 이탈이론(disengagement theory)에 이어 등장한 노년학 2세대 이론들 중 하나인 지속이론(continuity theory)에서는 그동안 해왔던 역할 혹은 활동을 노년에 들어 중단하거나, 과거에 하지 않던 활동을 새롭게 시작하는 것보다는 과거와 비슷한 역할 혹은 활동을 노년기에 지속적으로 수행하는 것이 노년기 적응에 가장 바람직하다고 주장한다(Atchley, 1997).

그러나 기존의 노년기 종교활동에 관한 연구들은 종교활동참여의 지속성 여부에 따라 종교활동의 효과가 달라질 수 있음을 간과해왔다. 선행연구들은 지속적으로 종교활동을 한 경우이든, 노년기에 접어들어 종교활동을 시작한 경우이든 간에, 현재 중

* 이 논문은 2004년도 호서대학교 학술연구조성비에 의하여 연구되었음.

** 주저자 : 전해정 (E-mail : hjjun@office.hoseo.ac.kr)

교활동을 하고 있다면 그 효과는 동일할 것이라고 가정하였다. 마찬가지로 현재 종교활동을 하고 있지 않다면, 종교활동을 하다가 그만둔 경우이든 지속적으로 종교활동을 안한 경우이든 간에 차이가 없을 것이라고 가정해왔다.

본 연구는 노년기 종교활동참여가 개인에게 미치는 영향은 종교활동의 지속성 여부에 따라 달라질 수 있을 것이라고 가정하고, 정신건강의 부정적 측면인 우울증을 종속변수로 하여, 젊은 지향적인 사회에서 생리적 노화와 사회적 위치의 변화라는 스트레스에 적응해야 하는 노인들에게 종교활동의 지속, 시작, 중단이 미치는 영향을 탐색해보고자 한다.

이에 본 연구에서는 미국의 대단위 전국 자료로서 1987-88과 1992-93 두 시기에 걸쳐 조사가 된 종단적 자료를 이용해서 두 조사 시기에서의 종교활동 참여여부에 따라 노년기 종교활동 참여형태를 네 가지 유형(종교활동참여 지속, 종교활동참여 시작, 종교활동참여 중단, 종교활동 비참여)으로 구분하고, 종교활동 참여형태에 따라 노인의 정신건강에 차이가 있는지, 그리고 종교활동의 지속여부가 노인의 정신 건강에 어떠한 영향을 미치는지를 탐색해보고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 노년기 사회적 활동에 관한 이론적 논의

노년기 사회적 활동에 관한 이론적 주장들 중 가장 대표적인 관점으로 이탈이론(disengagement theory), 활동이론(activity theory), 지속이론을 들 수 있다. 노년기 사회적 역할활동에 관한 제1세대 이론에 속하는 이탈이론과 활동이론은 성공적 노화와 사회적 역할활동에 대하여 전혀 상반된 이론적 설명을 제시하고 있다.

이탈이론은 노년기에 접어들면서 사회구성원은 중년기 역할 체계로부터 점차적으로 분리되는데, 사회체제의 유지 및 지속 발전을 위해 이러한 과정은 보편적이고 불가피하다고 주장한다. 노년기의 활동축소(즉 이탈)는 노인들에게 심리적 안락감을 제공하고, 또한 세대교체를 통해 사회의 기능적 운영을 가능하게 함으로써 개인적으로나 사회적으로 순기능적 역할을 한다는 것이다.

한편 활동이론은 노년기에 들어서면서 경험하게 되는 역할상실의 부작용을 최소화하고 긍정적인 자아개념을 유지하기 위해 대안적인 활동을 통해 새로운 역할을 수행함으로써 성공적인 노후생활을 할 수 있다고 본다. 여러 경험적 연구들이 이탈이론보다 활동이론이 현대사회의 노인들을 설명하는 데 더 유용함을 입증하였으나(Okun, Stock, Haring & Witter, 1984; Krause, Herzog & Baker, 1992), 전문가들은 활동이론의 기본 가정에 근본적인 문제가 있음을 지적하고 있다.

활동이론은 인생전반에 걸쳐 인간의 심리·사회적 욕구에는 큰 변화가 없으며 따라서 노년기에도 근본적으로 중년기와 다

름없는 심리·사회적 욕구를 지니고 있다는 가정에서 출발한다. 또한 활동이론에서는 어떤 활동, 어떤 역할이든지 직장에서부터 은퇴나 배우자 사망으로 인한 역할상실에 대한 대체활동이 될 수 있다고 본다. 따라서 역할과 활동의 종류에 상관없이 활동과 역할을 많이 수행할수록 성공적 노화에 도움이 된다고 주장한다(Bengtson, Burgess & Parrott, 1997).

반면에 노년기 사회적 역할활동에 대한 제2세대 이론에 속하는 지속이론(continuity theory)은 활동 그 자체가 중요한 것이 아니라, 활동(혹은 활동수준)이 개인의 생활양식에 맞느냐에 따라 활동의 결과가 달라질 수 있다고 본다. 즉 개인의 성향과 노년기 이전의 life style을 고려하여 과거와 비슷한 역할, 비슷한 수준의 활동을 지속적으로 수행하는 것이 가장 바람직하다고 주장한다(Atchley, 1997).

본 연구에서는 종교활동의 지속성 여부에 초점을 맞추어 종교활동의 지속, 시작, 중단, 비참여가 정신건강의 부정적 측면인 우울증에 미치는 영향을 분석함으로써 노년기 사회적 역할활동에 관한 제 이론들(이탈이론, 활동이론, 지속이론)의 타당성을 검증해보고자 한다.

2. 노년기 적응과 종교활동참여

노인의 생활에서 종교는 얼마나 중요한가? 노인들은 일반적으로 해가 거듭될수록 종교가 자신들에게 매우 소중하다고 말한다. 실증적 연구들은 인간의 고통이나 죽음을 '새로운 삶'이라는 궁극적 희망으로 유도하는 종교적 속성이 노인들에게 자신의 삶이 결코 무용하거나 헛되지 않다는 확신을 갖게 하며, 노년기에 따르는 고통을 긍정적으로 수용하도록 자아를 구축해 주며(오준심, 2003), 또한 노인은 신앙생활을 함으로써 자신의 기대와 현실과의 불일치에서 오는 갈등을 스스로 조절할 수 있게 되고 이는 노인 개인의 생활만족도에 긍정적인 영향을 미치게 된다(김수연, 1988)고 설명한다.

우리나라 전체 인구의 49.9%가 종교인인 반면 60대 이상 노인의 경우에는 57.1%가 종교를 가지고 있는 것으로 보고 되어 노인의 종교 참여율이 젊은 세대들보다 더 높은 것으로 나타나고 있다(통계청, 1997). 종교집회 참여도는 주 1회 이상 참여도가 38.9%를 차지하고 있으며(통계청, 1994), 65세 이상의 장기요양보호 서비스 대상 노인들의 경우에도 종교를 가지고 있는 노인이 2/3에 달한다(선우덕·정경희·오영희·조애저·석재은, 2001). 또한 한국노인의 생활과 의식구조에 관한 한국갤럽조사 연구소의 조사에서 우리나라 노인들의 62.9%가 종교적 믿음의 중요성을 느끼고 있으며, 개신교나 가톨릭의 경우 그 중요도(중요하다와 약간 중요하다는 합한 비율)가 각각 95.9%, 94.1%로 상당히 높은 것으로 나타났다.

인생주기(life-span)에 따른 종교성(religiosity)의 변화를 연구해 온 학자들에 의하면 노년기에 이르러 종교가 개인의 삶에서 차지하는 비중과 의미가 증가한다고 한다. 종교성에 있어서의

이러한 연령차이에 대하여 이원규(1997)는 인생주기(life-span)에 따라 그리고 세대(cohort effect)에 따라 각기 세계관이나 가치관(종교관을 포함한)이 다를 뿐만 아니라 사회생활의 범위나 내용, 활동영역의 특성이 다르기 때문이라고 설명하고 있다. 즉 개인의 종교성은 정적인 실체가 아니라, 삶의 과정을 거쳐 발전하며 변화하는 속성을 가지고 있다는 것이다. 따라서 각 연령층은 나름대로의 독특한 종교적 성격을 가지게 된다.

종교인구의 비율과 나이에 관한 통계청 자료(1995)에 의하면 30대에 접어들면서 종교인구가 늘기 시작하여 40대에도 증가추세가 지속되며 50대에 절정을 이룬다. 경험적 연구결과들은 통계자료에서 나타나는 이러한 연령변화를 입증하고 있는데, 중년기에 접어들어 종교적 참여와 활동이 증가되고, 기도와 같은 개인적인 종교적 수행도 증가함을 보고하고 있다(Atchley, 1997). 뿐만 아니라 중년기에는 종교에 대한 관심과 종교의 중요성에 대한 자각도 증가된다.

노년기에서는 50대 말기의 종교성을 유지하지만 발달단계의 특성상 두 가지 상반된 종교적 성향이 나타난다. 하나는 건강악화로 인한 신체적인 제약 때문에 참여나 활동의 종교성(religious activity)은 점차 약화된다는 점이고, 다른 하나는 노년기의 박탈감·상실감 때문에 종교적 믿음(religious belief)은 오히려 강화된다는 사실이다. 신체적 제한으로 인하여 종교적 활동에 참여하는 것이 어려워지지만, 노인들은 전보다 더 자주 기도하고 종교적 경험과 사건을 보다 중요시하며, 종교적 가치에 입각해서 현상과 세계를 이해하려는 경향이 강해지면서 종교로부터 얻게 되는 만족도는 증가한다.

한편 노년기의 사회적 역할 상실과 관련된 상실감, 공허감, 허탈감은 노인들을 더욱 종교적이 되게끔 한다. 노인들은 배우자나 친구의 죽음에 직면하게 되고 또한 자신의 죽음의 문제를 생각하게 되면서 종교문제 특히 내세나 열반, 윤회 혹은 천국이나 극락과 같은 종교적 믿음에 더욱 의존하게 된다(김인중, 2001; 정병조, 1990; 조명옥, 1997; 조홍윤, 1990; 천선영, 2000; 최근덕, 1990).

노인의 종교성이 젊은 세대들 보다 더 높게 나타나는 현상은 앞서 논의된 바와 같이 동시집단효과(cohort effect)와 활동이론(activity theory)으로 설명될 수 있다(Brown, 1996). 노인의 종교성이 상대적으로 더 높은 이유는 사회적·역사적 경험을 공유하고 있는 동년배 집단인 노인 세대가 젊은 세대보다 종교참여를 더 강조한 사회적 풍토에서 살아왔으며, 또한 사회활동의 일환으로써 종교 활동을 하는 것이 다른 활동을 하는 것보다 노인에게 더 쉽기 때문이라고 해석할 수 있다(Brown, 1996).

인류의 역사상 어떠한 형태로든 종교가 존재하지 않았던 사회는 없었으며, 종교는 개인의 삶과 사회전체에 지대한 영향을 미쳐왔다. 종교활동이 '노인'의 삶에 미치는 영향은 어떠한가? 노년기 종교활동참여가 정신건강에 어떠한 영향을 주는 지에 대해서 학자들은 삶의 안녕도(well-being), 생활 만족도, 우울증, 행복감 등 다양한 차원에서 접근하였다(Koenig, 1995; Krause, 1995;

Krause, 1997; Levin, Chatter & Taylor, 1995; Strawbridge, Cohen, Shema & Kaplan, 1998). Levin과 그의 동료들(1995)은 미국의 흑인을 대상으로 종교활동이 성인들의 생활 만족도에 긍정적인 영향을 미친다는 것을 발견하였다. 연령군을 30세 미만, 31-54세, 55세 이상으로 나누어 살펴보았을 때 종교활동 참여는 55세 이상 노인의 건강과 삶의 만족도에 대한 긍정적 영향은 유의한 것으로 나타났다(Levin et al., 1995). Koenig(1995)도 종교활동에 참여하는 노인이 그렇지 않은 노인보다 정신적으로 더 건강함을 입증하였다.

Idler와 Kasl(1997a, 1997b) 또한 종교활동을 하는 노인들이 종교활동을 하지 않는 노인들에 비해 더 바람직한 생활을 하고 있음을 발견하였다. 그들은 종교(기독교)가 있는 노인들은 종교가 없는 노인들에 비해 신체적 활동을 많이 하고, 술이나 담배를 하지 않고, 친구관계 및 가족관계가 돈독하며, 사회활동을 많이 하고, 우울증이 적다는 것을 발견하였다. 그들은 종교가 현재 삶에 생기를 부여할 뿐 아니라 개인이 직면할 문제를 극복할 수 있는 힘의 원천으로써의 기능을 한다고 지적하면서, 종교가 있는 노인들이 그렇지 않은 노인들보다 삶의 질이 훨씬 높다고 결론지었다.

국내 연구 중, 노년기의 종교활동과 자아통합과의 관계를 살펴 본 이성혜(1994)의 연구에서 종교생활은 현재 생활에 대한 만족, 지나는 일생에 대한 긍정적 수용, 지혜로운 삶, 죽음에 대한 수용 등을 포함하는 네 가지 자아통합의 하위 차원들 모두에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 종교성을 의식, 헌신, 신념, 경험, 지식 등의 다섯 가지 차원으로 개념화하여 노년기 종교성과 자아통합과의 상관관계를 살펴 본 홍현방(2002)에서도 종교성의 다섯 차원 모두가 자아통합과 긍정적인 상관관이 있음이 발견되었다.

한편 오준심의 연구(2003)에서는 정기적인 종교모임(주일에 배, 정기법회, 미사) 혹은 비정기적 종교모임에의 참여는 심리적 복지감에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 뿐만 아니라 종교활동은 노인들의 생활 만족도 증진(강경혜, 1999)과 이타성(altruism)의 발달, 죽음불안의 해소(김경자, 1993), 우울증 예방(윤혜진, 2001)에도 기여하는 것으로 보고 되었다. 종합해 볼 때 대체로 종교활동 참여는 노년기 성공적 적응에 긍정적인 영향을 미친다고 하겠다.

III. 연구방법

1. 조사대상자 및 자료수집

본 연구는 미국의 대단위 전국자료인 National Survey of Families and Households(NSFH)를 이용하였다. NSFH는 확률 표집법에 의해 추출된 만 19세 이상의 성인 13,007명으로부터 자료를 수집하였다. 연구대상은 기관에 수용되어 있지 않은 사람들로써, 이들을 대상으로 1987-1988년 제1차 조사를, 5년 후

인 1992-1993년에 제2차 조사를 실시하여 종단적 자료를 구축하였다. 제1차 조사에서의 응답율은 75%였고, 제2차 조사에서의 응답율은 제1차 조사 대상의 82%였다. 본 연구의 분석에 포함된 대상은 두 시기 모두에서 면접에 응한 대상들 중 제1차 조사 시 만 60세 이상 만 85세 미만이었던 1,658명의 노인들로서 여성노인이 1,096명 남성노인이 562명이었다.

2. 변인측정

1) 종교활동참여

제1차 조사(T1) 시의 종교활동참여는 종교관련 모임이나 종교관련 행사에의 참여정도를 묻는 세 문항으로 측정하였다. 한 가지 이상의 종교관련 모임이나 종교관련 행사에 참여하고 있으면 종교활동 참여자로, 어떤 종교집단이나 종교행사에도 참여하고 있지 않으면 비참여자로 간주하였다. 제2차 조사 시의 종교활동참여도 같은 방식으로 측정하였다. 두 조사 시기에서의 종교활동 참여여부에 따라 응답자를 ①종교활동참여 지속(T1 Yes - T2 Yes), ②종교활동참여 시작(T1 No - T2 Yes), ③종교활동참여 중단(T1 Yes - T2 No), ④종교활동 비참여(T1 No - T2 No) 등의 네 집단으로 분류하였다.

2) 우울증

본 연구의 종속변인은 정신건강의 부정적인 차원을 측정하는 우울증으로 조사하였다. 우울증은 8점 척도의 12 문항으로 구성된 Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)의 수정판을 이용하여 측정하였다. ①가족들과 친구들이 도와주는 데도 불구하고 울적한 기분을 떨칠 수 없었다, ②평소에는 생각하지 않았던 일이 생각나게 느껴졌다, ③깊이 잠들지 못하고 자주 잠을 깬다 등을 포함하는 12 문항에 대하여 지난 한 주 동안 그렇게 느낀 날이 며칠이나 되는지를 조사하였다. 점수가 높을수록 우울증이 심하다는 것을 의미한다. CES-D를 이용한 다른 선행연구들에서와 마찬가지로 우울증 점수의 분포가 정적 편포를 이루는 것으로 나타났기 때문에, 본 연구에서는 로그 변환된 우울증 점수를 이용하여 분석하였다. 우울증 척도의 신뢰도는 $\alpha=.92$ 였다.

3) 통제변수

종교활동참여가 노인의 우울증에 미치는 영향에 대한 보다 정밀한 검증을 위하여 선행연구(Ross, Mirowsky, & Goldstein, 1990)에서 노년기 우울증에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타난 노인의 사회인구학적 특성들을 통제변수로서 회귀분석에 포함하였다; 성별(여성=1, 남성=0), 연령, 교육수준(교육연수), 배우자유무(제2차 조사 시 결혼상태로서 유배우자=1, 무배우자=0), 인종(백인이 아닌 경우=1, 백인=0), 경제수준 변수(제2차 조사 시 전가구의 연수입), 부모지위(18세 이하의 자녀 있음=1, 없음=0). 또한 신체건강이 정신건강에 영향을 미친다는 경험적 연

구결과에 근거하여 제1차 조사 시의 신체건강이 통제변수로 투입되었다. 신체적 건강은 전체적인 건강상태에 관한 5점 척도의 단일 문항으로 측정되었다. 점수가 높을수록 신체적으로 건강하다는 것을 의미한다.

3. 분석방법

본 연구의 주된 목적은 종교활동참여와 우울증 간의 관계를 규명하는 것이다. 종교활동참여와 우울증 간의 인과관계를 분석하는데 있어 횡단적 연구설계에 기초한 연구들이 가지고 있었던 한계를 극복하고자 본 연구에서는 종단적 연구설계의 특징을 첨가 하였다. 종단적 연구설계의 강점은 종속변수의 사전점수(pretest score)를 포함시킴으로써 독립변수와 종속변수 간의 인과관계를 보다 정확하게 추론할 수 있다는 것이다. 본 연구에서는 제1차 조사에서의 정신건강 측정치를 회귀분석에 포함시킴으로써 노년기 종교활동참여가 우울증에 미치는 영향에 대한 분석의 설득력을 높이고자 하였다.

먼저 종교활동참여 지속(T1 Yes - T2 Yes), 종교활동참여 시작(T1 No - T2 Yes), 종교활동참여 중단(T1 Yes - T2 No)의 각각의 효과를 분석하고, 최종모델에서는 종교활동 비참여집단(T1 No - T2 No)을 비교집단(comparison group; omitted variable)으로 하여 두 조사 중 한 시기 혹은 두 시기 모두에서의 종교활동 참여(T1 No - T2 Yes; T1 Yes - T2 No; T1 Yes - T2 Yes)가 제1차 조사 시의 우울증의 효과가 통제된 상태에서, 제2차 조사 시의 우울증에 어떠한 영향을 미치는지를 중다회귀분석을 통하여 조사하였다. 중다회귀분석 결과 두 조사 중 한 시기 혹은 두 시기 모두에서의 종교활동 참여(T1 No - T2 Yes; T1 Yes - T2 No; T1 Yes - T2 Yes)가 유의미한 회귀계수를 갖는다면, 이는 두 조사 중 한 시기 혹은 두 시기 모두에서의 종교활동 참여가 비교대상인 종교활동 비참여(T1 No - T2 No)와는 유의미한 차이가 있음을 의미하며, 종교활동참여가 우울증에 영향을 미치는 것으로 해석할 수 있다.

또한 연구대상의 인구학적 특성과 종교활동 참여의 특성은 집중경향치와 빈도로 분석하였으며, 종교활동 참여형태에 따른 우울증 수준의 차이는 t-test와 One-way ANOVA, Duncan 검정(.05)을 통해 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 성별분포를 보면 전체 노인 1,658명 중 남성노인이 562명, 여성노인이 1,096명으로 여성노인의 비율이 더 높았다. 제1차 조사 시기에 전체 응답자의 평균연령(T2)은 약 68.68세였다. 여성이 68.97세, 남성이 68.10세로서 여성의 연령이 다소 높았다. 전체 응답자의 교육수

준은 평균 10.98년이었으며 남성노인(M=11.02)이 여성노인(M=10.97)보다 높았다. 제2차 조사 시기에 전체 응답자의 42.8%가 배우자가 있는 것으로 조사되었는데, 남성노인의 67.3%, 여성노인의 30.2%가 배우자가 있었다. 연평균수입의 경우 남녀 노인 간의 차이가 확연하게 나타났다. 여성노인 가구의 연평균수입이 남성노인 가구의 연평균수입의 약 60% 수준인 것으로 나타났다. 제1차 조사 시기에는 전체 응답자의 85.8%가, 제2차 조사 시기에는 전체 응답자의 83.1%가 종교활동에 참여하고 있었다. 1, 2차 조사 시기 모두에서 종교활동 참여를 하고 있었던 응답자가 77.9%였고, 1차 조사 시기에만 종교활동에 참여하고 2차 조사 시기에는 종교활동에 참여하지 않았거나(종교활동참여 중단), 2차 조사 시기에만 종교활동에 참여했던(종교활동참여 시작) 노인은 각각 7.8%, 5.3%이었다.

2. 노년기 종교활동참여가 우울증에 미치는 영향

먼저 노년기 종교활동 참여형태에 따라 우울증 수준에 차이가 있는지를 분석한 결과, 지속적인 종교활동참여의 긍정적 효과가 확인되었다. <표 2>에서 보는 바와 같이 지속적으로 종교

활동에 참여하고 있었던 노인들(T1 Yes - T2 Yes)이 두 조사 시기 모두에서 종교활동을 하지 않았거나(T1 No - T2 No), 노년기에 들어 새로 종교활동을 시작했거나(T1 No - T2 Yes), 종교활동 참여를 중단한(T1 Yes - T2 No) 노인들보다 우울증 수준이 더 낮은 것으로 나타났다($t=-3.703, p<.001$).

한편 종교활동 비참여는 우울증에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 두 조사 시기 모두에서 종교활동을 하지 않았던 노인들(T1 No - T2 No)이 지속적으로 종교활동에 참여하고 있었거나(T1 Yes - T2 Yes), 노년기에 들어 새로 종교활동을 시작했거나(T1 No - T2 Yes), 종교활동 참여를 중단했거나(T1 Yes - T2 No) 간에 두 조사 시기 중 어느 한 시기에라도 종교활동에 참여했던 노인들보다 우울증 수준이 더 높은 것으로 나타났다($t=3.714, p<.001$).

종교활동참여와 우울증 간의 인과관계를 보다 정확하게 검증하기 위하여 선행연구에서 노년기 우울증에 영향을 미치는 것으로 나타난 노인의 사회인구학적 특성들과 함께 제1차 조사 시의 우울증 수준과 신체건강 수준을 통제변수로 회귀분석에 포함시켜 종교활동참여가 우울증에 미치는 영향력을 분석하였다. 그 결과 <표 3>에서 보는 바와 같이 종교활동 비참여는 우

<표 1> 조사대상자의 일반적 특성

	전체 평균(SD or N) n=1,658	여성 평균(SD or N) n=1,096	남성 평균(SD or N) n=562
연령(T1)	68.68(6.16)	68.97(6.32)	68.10(5.81)
배우자유무(T2)	42.8(709)	30.2(331)	67.3(378)
교육연수	10.98(3.48)	10.97(3.17)	11.02(3.99)
수입(T2)	22440(25903)	18452(19651)	30208(33705)
신체건강(T1)	3.79(.86)	3.80(.84)	3.79(.89)
우울증(T1)	1.93(1.23)	2.07(1.20)	1.67(1.26)
우울증(T2)	1.95(1.25)	2.06(1.24)	1.74(1.25)
종교활동참여(T1)	85.8(1238)	87.7(825)	82.3(413)
종교활동참여(T2)	83.1(1231)	82.4(808)	84.4(423)
종교활동참여 지속	77.9(1011)	78.4(666)	76.8(345)
종교활동참여 중단	7.8(101)	8.6(73)	6.2(28)
종교활동참여 시작	5.3(69)	3.9(33)	8.0(36)
종교활동 비참여	9.0(117)	9.1(77)	8.9(40)

<표 2> 종교활동 참여형태에 따른 우울증 수준의 차이에 관한 t-검증

변인	구 분(n)	평균(표준편차)	t값
종교활동참여 지속	종교활동참여 지속(914)	1.89(1.22)	-3.703***
	종교활동참여 시작·중단·비참여(258)	2.21(1.21)	
종교활동참여 시작	종교활동참여 시작(89)	1.97(1.25)	2.029
	종교활동참여 지속·중단·비참여(1083)	1.96(1.23)	
종교활동참여 중단	종교활동참여 중단(62)	2.22(1.29)	.032
	종교활동참여 지속·시작·비참여(1110)	1.94(1.22)	
종교활동 비참여	종교활동 비참여(107)	2.35(1.12)	3.714***
	종교활동참여 지속·시작·중단(1065)	1.92(1.23)	

*** p<.001

<표 3> 종교활동참여가 우울증에 미치는 영향

독립변수	종교활동참여 지속		종교활동참여 시작		종교활동참여 중단		종교활동 비참여	
	B값	β값	B값	β값	B값	β값	B값	β값
우울증(T1)	.339***	.356	.346***	.363	.345***	.361	.341***	.357
건강(T1)	-.181***	-.134	-.185***	-.137	-.185***	-.137	-.180***	-.133
성별 ¹⁾	.164*	.065	.148*	.058	.154*	.061	.158*	.062
연령	.000	-.001	-.001	-.006	-.001	-.004	.000	.000
교육수준	-.002	-.005	-.002	-.006	-.002	-.006	-.002	-.006
배우자 유무(T2) ²⁾	-.078	-.032	-.098	-.040	-.092	-.037	-.081	-.033
인종 ³⁾	-.023	.007	.001	.000	.001	.000	.043	.013
소득(T2)	.000	.008	.000	.005	.000	.006	.000	.007
부모지위 ⁴⁾	.620	.049	.635	.050	.642	.051	.622	.049
종교활동참여 지속 ⁵⁾	-.156	-.053						
종교활동참여 시작 ⁶⁾			-.116	-.021				
종교활동참여 중단 ⁷⁾					.008	.002		
종교활동 비참여 ⁸⁾							.374**	.089
회귀상수	2.064***		2.046***		2.013***		1.887***	
R ²	.199		.197		.197		.204	
F	26.165***		25.798***		25.227***		26.991***	

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

주) 성별(여성=1, 남성=0); 배우자유무(유배우자=1, 무배우자=0); 인종(백인의 인종=1, 백인=0); 부모지위(18세이하자녀 유=1, 18세이하자녀 무=0); 종교활동참여 지속(지속 =1, 시작·중단·비참여=0); 종교활동참여 시작(시작 =1, 지속·중단·비참여=0); 종교활동참여 중단(중단 =1, 지속·시작·비참여=0); 종교활동 비참여 (비참여 =1, 지속·시작·중단=0)

우울증에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 노인의 사회인구학적 특성과 제1차 조사 시의 우울증 및 신체건강 수준을 통제한 상태에서, 지속적으로 종교활동에 참여하고 있었거나(T1 Yes - T2 Yes), 노년기에 들어 새로 종교활동을 시작했거나(T1 No - T2 Yes), 종교활동 참여를 중단했거나(T1 Yes - T2 No) 간에 두 조사 시기 중 어느 한 시기에라도 종교활동에 참여했던 것과 비교해 볼 때, 두 조사 시기 모두에서 종교활동에 참여하지 않았던 것은 노인의 우울증에 해로운 영향을 미치는 것으로 나타났다(B=.374, p<.01).

<표 4> 종교활동 참여형태에 따른 우울증 수준의 차이에 관한 F-검증

종교활동참여의 형태(n)	평균(표준편차)	F값
종교활동참여 지속(914)	1.89(1.22) ^a	5.855***
종교활동참여 시작(89)	1.97(1.25) ^a	
종교활동참여 중단(62)	2.22(1.29) ^{ab}	
종교활동 비참여(107)	2.35(1.12) ^b	

* 같은 문자 간에는 차이가 없음 *** p<.001

<표 5> 종교활동참여가 우울증에 미치는 영향

	우울증	
	B값	β값
우울증(T1)	.341***	.358
건강(T1)	-.179***	-.132
성별 ¹⁾	.154*	.060
연령	.000	-.001
교육수준	-.002	-.006
배우자 유무(T2) ²⁾	-.083	-.034
인종 ³⁾	.043	.013
소득(T2)	.000	.007
부모지위 ⁴⁾	.610*	.048
종교활동참여 지속 ⁵⁾	-.373**	-.126
종교활동참여 시작 ⁶⁾	-.443*	-.081
종교활동참여 중단 ⁷⁾	-.328	-.070
회귀상수	2.277***	
R ²	.205	
F	22.487***	

+ p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

주) 성별(여성=1, 남성=0); 배우자유무(유배우자=1, 무배우자=0); 인종(백인의 인종=1, 백인=0); 부모지위(18세이하자녀 유=1, 18세이하자녀 무=0); 종교활동참여 지속(지속 =1, 시작·중단·비참여=0); 종교활동참여 시작(시작 =1, 지속·중단·비참여=0); 종교활동참여 중단(중단 =1, 지속·시작·비참여=0)

보다 면밀한 조사를 위하여 종교활동 참여형태를 네 가지 유형(종교활동참여 지속, 종교활동참여 시작, 종교활동참여 중단, 종교활동 비참여)으로 구분하여, 네 집단 간에 우울증 수준에 차이가 있는지를 분석한 결과(<표 4> 참조), 종교활동참여 지속집단과 종교활동참여 시작집단이 종교활동 비참여 집단보다 우울증 수준이 더 낮은 것으로 나타났다. 즉, 두 시기 모두에서 종교활동에 참여하고 있었던(T1 Yes - T2 Yes), 제2차 조사 시에만 종교활동을 하고 있었던(T1 No - T2 Yes) 간에 상관 없이 제2차 조사 시에 종교활동을 하고 있었던 두 집단이 두 시기 모두에서 종교활동에 참여하지 않았던 집단(T1 No - T2 No)보다 우울증 수준이 더 낮은 것으로 나타났다.

한편 사회인구학적 특성과 제1차 조사 시의 우울증 및 신체 건강 수준을 통제한 상태에서, 두 시기 모두에서 종교활동에 참여하지 않았던 집단(T1 No - T2 No)을 비교집단으로 하여, 종교활동참여 지속·시작·중단이 노년기 우울증에 어떠한 영향을 미치는지를 분석한 결과(<표 5> 참조), F검증에서의 마찬가지로 종교활동참여의 지속(T1 Yes - T2 Yes) 및 시작(T1 No - T2 Yes)의 긍정적 효과가 발견되었다. 즉 <표 5>에서 보는 바와 같이 지속적인 종교활동 비참여 집단과 비교해 볼 때, 종교활동참여 지속($B=-.373, p<.01$) 및 종교활동참여 시작($B=-.443, p<.05$)은 노인들의 우울증 수준을 낮추는데 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

V. 논의 및 결론

본 연구는 젊음 지향적인 사회에서 생리적 노화와 사회적 위치의 변화라는 스트레스에 적응해야 하는 노인들에게 있어 종교활동참여가 미치는 영향을 탐색하는 것을 목적으로 하였다. 기존의 노년기 종교활동에 관한 연구들이 종교활동참여의 지속성 여부에 따라 종교활동의 효과가 달라질 수 있을 것이라는 사실을 간과해왔음에 주목하여, 본 연구에서는 종교활동의 지속성 여부에 초점을 맞춰 종교활동의 지속, 시작, 중단의 효과를 분석하였다. 앞서 논의한 연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 노년기 종교활동참여가 우울증에 유의한 효과가 있음이 발견되었다. 두 조사 시기 모두에서 종교활동을 하지 않았던 집단(종교활동 비참여 집단)과 두 조사 시기 중 어느 한 시기에라도 종교활동에 참여했던 집단(종교활동참여 지속·시작·중단집단)의 우울증 수준을 비교한 결과, 종교활동참여 지속·시작·중단집단이 종교활동 비참여 집단보다 우울증 수준이 더 낮은 것으로 나타났다.

둘째, 두 조사 시기 모두에서 종교활동에 지속적으로 참여한 집단(종교활동참여 지속집단)과 그렇지 않은 집단(종교활동참여 시작·중단·비참여 집단)의 우울증 수준을 비교한 결과, 종교활동참여 지속집단이 종교활동참여 시작·중단·비참여 집단보다 우울증 수준이 낮은 것으로 나타났다.

셋째, 종교활동 참여형태에 따른 네 집단 간 우울증 수준의 차이를 분석한 결과, 종교활동참여 지속집단과 종교활동참여 시작집단이 종교활동 비참여 집단보다 우울증 수준이 더 낮은 것으로 나타났다.

넷째, 두 시기 모두에서 종교활동에 참여하지 않았던 집단을 비교집단으로 하여, 종교활동참여 지속과 종교활동참여 시작, 종교활동참여 중단의 각각의 효과를 분석한 결과, 종교활동참여의 지속 및 시작의 긍정적인 효과가 발견되었다. 그러나 종교활동참여 중단의 효과는 발견되지 않았다. 이러한 결과는 노년기 사회적 역할 활동에 관한 세 가지 이론 중 이탈이론보다는 지속이론과 활동이론이 보다 설득력이 있음을 입증하는 결과라고 하겠다. 이는 또한 노년기에 접어들어 경험하게 되는 배우자 상실이나 직장으로부터의 은퇴 등과 같은 주요한 역할로부터의 상실이 갖는 부작용을 최소화하기 위해 대안적인 활동으로 종교활동을 시작하거나 기존에 해왔던 종교활동에 꾸준히 참여하는 것이 노년기 정신건강에 바람직함을 시사한다고 하겠다.

본 연구는 확률표집법에 의한 대표성 있는 표본을 이용함으로써 결과의 일반화 가능성을 높였다는 점에서, 또한 종단적 연구설계의 특징을 도입함으로써 노년기 종교활동참여와 우울증과의 인과관계를 더 잘 추론해 볼 수 있었다는 점에서, 주요 가외변인을 통제함으로써 모델의 설명력을 높였다는 점, 종교활동참여의 지속성 여부를 변인화함으로써 종교활동이 우울증에 미치는 영향을 보다 체계적으로 분석했다는 점에서 관련 연구분야에 기여한 바가 있다고 보여진다. 그러나 본 연구는 이미 수집되어 있는 미국의 자료를 이차적으로 분석했기 때문에 몇 가지 제한점을 갖고 있으므로 이 점을 전제로 해서 결과가 논의되어야 한다. 연구의 제한점을 바탕으로 후속연구를 위하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

연구에 이용된 NSFH는 5년 간격을 두고 두 시기에 걸쳐 자료조사가 이루어졌다. 본 연구의 첫 번째 제한점은 5년의 조사 시기 동안 종교활동 참여에 있어 어떠한 변동이 있었는지에 대한 정보가 분석자료에 포함되지 않았다는 것이다. 두 조사 시기 모두에서 종교활동에 참여하지 않은 경우 본 연구에서 지속적 비참여로 간주하였으나, 두 조사 시기 모두에서 활동에 참여하지 않은 것으로 보고한 노인들 중 두 시기 중간의 5년 동안 종교활동에 참여한 경험이 있는 경우도 있을 것이다. 두 조사 시기 모두에서 그리고 조사 중간 5년 동안에도 단 한 번도 활동에 참여하지 않았던 노인들과 두 조사 시기 당시에는 활동에 참여하지 않고 있었으나 중간에 참여했던 경험이 있는 노인들이 동일 집단으로 간주될 수 없음에도 불구하고 본 연구는 5년 간격을 두고 이루어진 두 시기만의 자료조사에 기초하고 있기 때문에 이러한 부분에 대한 정보를 분석에 포함시킬 수 없었다.

둘째, 종교활동참여가 노인의 우울증에 영향을 미치는 심리적·사회적 과정(경로)에 대한 분석이 포함되지 않았다. 예를 들

어 지속적인 종교활동참여는 우울증 수준을 낮추는데 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 그 과정에 대한 분석이 시도되지 않았다. 왜 이러한 결과가 나타났을까? 종교생활을 하는 노인들의 생활양식이 더 건강하고 그 때문에 우울증이 적은 것일까? 아니면 종교조직에의 참여가 종교공동체 성원들로부터의 물질적·정신적 도움을 받을 기회를 증가시키고 그러한 사회적 지원이 노인들의 정신건강에 도움이 되는 것인가? 다양한 매개변수를 투입하여 종교활동참여가 노인의 우울증에 영향을 미치는 심리적·사회적 경로에 대한 분석이 후속 연구에서 이루어질 수 있기를 기대한다.

셋째, 최근의 정신건강 연구자들은 동일한 경험이 정신건강의 부정적 측면을 낮출과 동시에 긍정적 측면도 낮출 수 있음을 지적한다(Marks, 1998; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). 본 연구는 정신건강의 부정적 측면인 우울증만을 종속변수에 포함시켜 종교활동참여의 효과를 분석하였다. 앞으로는 정신건강의 긍정적 측면과 부정적 측면을 모두 포함시킴으로써 종교활동의 효과에 관한 보다 포괄적인 연구가 이루어져야 할 것이다.

넷째, 본 연구는 종교 기관에의 참여나 활동 여부가 노년기 적응에 미치는 영향을 살펴보았다. 그러나 노년기 종교생활의 의미와 기능에 대한 풍부한 이해를 위해서는 종교 기관에의 참여나 활동과 같은 행동적(혹은 공언적) 차원의 종교성과 더불어 종교성(religiosity)을 구성하고 있는 또 다른 하위 영역들(개인적 종교성·주관적 종교성 등)에 대한 연구가 이루어져 하며, 나아가 종교성의 하위 영역들 간의 상호관계도 조사되어야 할 것이다.

끝으로 본 연구는 미국의 노인들을 대상으로 한 연구로서 미국 노인들과는 다른 인생 경로를 경험해 왔고 현재의 삶의 조건 또한 다른 우리나라 노인들의 종교활동참여와 정신건강 간의 관계를 이해하는 데는 한계가 있음이 분명하다. 노년기 삶의 질에 대한 관심의 고조로 노년기 성공적 적응에 미치는 사회적·심리적 요인에 대한 분석의 필요성이 대두되면서 국내에서도 노년기 종교활동에 관한 논의와 연구가 활발해지고 있다. 그러나 노인의 종교활동에 관한 기존의 국내연구들은 대부분 횡단연구설계를 채택하고 있다. 앞으로는 종단연구설계를 통해 노년기 종교활동의 장기적 효과에 대한 분석이 시도되어야 할 것이며, 이와 더불어 우리나라 노인들이 종교에 대하여 부여하는 개인적·사회적 차원의 의미에 대한 분석도 이루어져야 할 것이다.

- 접수 일 : 2004년 09월 15일
- 심사 일 : 2004년 09월 21일
- 심사완료일 : 2004년 12월 12일

【참 고 문 헌】

- 강경혜(1999). 기독교 노인의 종교 활동과 생활만족도에 관한 연구. 한성대학교 행정대학원 석사학위 청구 논문.
- 김경자(1993). 종교참여에 따른 노인의 죽음불안 연구. 이화여자대학교대학원석사학위 청구 논문.
- 김수연(1988). 노인 종교참여도와 관련 변인. *한국노년학*, 8, 55-68.
- 김인종. (2001). 노년기 죽음에 관한 종교와 복지의 관계의 철학. *역사와 사회*, 3(26), 33-36.
- 선우덕·정경희·오영희·조애저·석재은(2001). 노년장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안. 한국보건사회연구원.
- 오준심(2003). 노년기 종교성과 정신건강. 호서대학교 여성문화복지대학원 석사학위 청구논문.
- 이성혜(1994). 노인의 종교참여에 따른 자아통합 연구. 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위 청구논문.
- 이원규(1997). *종교사회학의 이해*. 서울: 나남출판.
- 윤혜진(2001). 노인의 종교활동정도와 우울에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 정병조(1990). 임종과 죽음에 대한 종교적 측면 -불교-. 이화여자대학교 간호과학연구소 (1): 임종과 간호- 호스피스 케어. 63-68.
- 조명옥(1997). 연구논문: 노인이 인식한 죽음의 의미와 준비에 관한 문화기술적 탐색 사례연구. *한국노년학*, 17(3), 1-35.
- 조홍윤(1990). 임종과 죽음에 대한 종교적 측면 -무속-. 이화여자대학교 간호과학연구소 (1): 임종과 간호- 호스피스 케어-. 69-75.
- 천선영(2000). 죽음과 종교-오늘 종교가 죽음의 문제에 대해' 다시 주목해야 하는 사회학적 이유에 대하여-. *가톨릭사회과학연구*, 12, 135-153.
- 최근덕(1990). 죽음과 임종에 대한 종교적 측면 -유교-. 이화여자대학교 간호과학연구소 (1): 임종과 간호- 호스피스 케어-. 47-54.
- 통계청(1997). *한국의 사회지표*.
- 통계청(1995). *한국의 사회지표*.
- 통계청(1994). *한국의 사회지표*.
- 홍현방(2002). 성공적인 노화와 노인의 종교성 관계 연구. *한국노년학*, 22(3), 245-259.
- Ainlay, S. C., & Smith, D. R.(1984). Aging and Religious Participation. *Journal of Gerontology*, 39(4), 357 -363.
- Atchley, R. (1997). *The social forces in later life*. CA: Wadsworth.
- Bengtson, V. L., Burgess, E. O. & Parrott, T. M. (1997). The Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology*, 52B(2), S72-S88. 52B(2), S72-S88.
- Brown, A. S. (1996). *The social processes of aging and old age*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Ellison, C. G.(1991). Religious involvement and subjective

- well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.
- Idler, E. L.(1987). Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66, 226-238.
- Idler, E. L. & Kasl, S. V. (1997a). Religion among disabled and nondisabled persons I: Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *Journal of Gerontology*, 52B, S294-305.
- Idler, E. L. & Kasl, S. V. (1997b). Religion among disabled and nondisabled persons II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *Journal of Gerontology*, 52B, S306-316.
- Kart, C. S. (1990). *The realities on aging: An introduction to gerontology*. Allyn and Bacon.
- Koenig, H. G. (1995). *Research on religion and aging*. New York: Greenwood press.
- Krause, N., Herzog, A. R., & Baker, E. (1992). Providing support to others and well-being in later life. *Journal of Gerontology*, 47(5), 300-311.
- Krause, N. (1995). Religiosity and self-esteem among older adults. *Journal of Gerontology*, 50B, 236.
- Krause, N. (1997). Religion, aging, and health: Current status and future prospects. *Journal of Gerontology*, 52B, S291-S293.
- Levin, J. S., Chatter, L. M., & Taylor, R. J. (1995). Religious effects on health status and life satisfaction among black Americans. *Journal of Gerontology*, 50(B), S154-S163.
- Levin, J. S.(1996). How religion influences morbidity and health: reflections on natural history. *Social Science and Medicine*, 43, 849-864.
- Marks, N. F. (1998). Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict, and midlife well-being. *Journal of Marriage and Family*, 60(4), 951-966.
- Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J. & Witter, R. A. (1984). The social activity/subjective well-being relation. *Research on Aging*, 6(1), 45-65.
- Pattison E. M.(1988). Behavioral psychology and religion: A cosmological analysis." in W. R., Miller and J. E. Martin (Eds.), *Behavior therapy and religion: Integrating spiritual and behavioral approaches to change*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revised. *Journal of Person-*
- ality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1998). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87, 957-961.