

노인우울이 건강만족도에 미치는 영향과 소득수준의 조절효과

이 미 애[†]
한세대학교 인문사회학부

Moderating Effects of Income on the Relationship Between Geriatric Depression and Health Satisfaction

Lee, Mee Ae[†]
Div. Humanities & Community, Hansei University

ABSTRACT

This study explores the moderating effects of income on the relationship between geriatric depression and health satisfaction among elderly individuals in Korea. The data were obtained from public data files in the 2011 Elderly Living Condition Survey database. The sample included 9,461 cases. The results show that the factors influencing health satisfaction were geriatric depression ($\beta = -.510$, $p < .001$), gender ($\beta = .123$, $p < .001$), activities of daily living ($\beta = -.116$, $p < .001$), income ($\beta = .050$, $p < .001$), living alone ($\beta = .044$, $p < .001$), and the area of residence ($\beta = .017$, $p < .05$). Income moderated the effect of geriatric depression on health satisfaction. Noteworthy is that an increase in income slightly weakened the negative relationship between geriatric depression and health satisfaction.

Key words: health satisfaction, income, moderating effects

I. 서론

2013년, 65세 이상 노인인구는 약 육백십사만 명으로 전체인구의 약 12 퍼센트에 해당하는 것으로 보고되고 있다(Lee & Lee 2005, National Statistical Office 2013). 우리나라의 인구고령화의 특성은 무엇보다 세계에서 유례가 없을 정도로 급속한 고령화를 경험하고 있다는 것과 이러한 현상과 맞물려

노인빈곤율과 노인자살률이 OECD 국가들 가운데 가장 급격하게 증가하고 있다는 것이다(Ko 2004; Choi & Chang 2010; National Statistical Office 2011; Kim et al. 2013; Lee et al. 2013).

2004년 1월부터 2005년 3월까지 1년 3개월 동안 서울지역에서 자살한 만 60세 이상 노인 883명을 대상으로 자살동기를 분석한 결과 병고(49.5%)가 가장 큰 비율을 차지하였고 신변에 대한 비관(38.3

This paper was supported by 2013 Hansei University Research Fund.

접수일: 2014년 9월 2일 심사일: 2014년 9월 3일 게재확정일: 2014년 10월 13일

[†]Corresponding Author: Lee Mee Ae Tel: 82-31-450-5024

e-mail: meeae@hansei.ac.kr

This is an Open-Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

%), 가정불화(4.9%), 경제난(3.7%), 일시적 충격(2.6%) 등의 순으로 나타났다. 무엇보다 노년기에 있어서 건강은 노인의 전반적인 삶의 질을 대변한다고 해도 과언이 아닐 정도로 건강에 대한 불안과 걱정이 누적되면 극단적인 경우 자살기도로 이어지기도 한다(Kwon 1995; Ko 2004).

건강약화와 함께 노인빈곤은 노년기 삶의 질에 부정적 영향을 가중시키는 위험요소로 작용한다(Yoon & Heo 2007). 급격한 사회경제적 변화와 가족구조의 변화를 경험한 세대로서 우리나라의 노인들은 특히 빈곤의 확산과 소득불평등의 심화 등으로 인해 경제적 어려움을 겪고 있는 것으로 보고되고 있다(Lee 2004). 경제상태에 대한 심리적 압박감 등의 스트레스가 누적되어 신경이 예민한 상태가 계속되면 신경쇠약과 우울 등의 징후가 나타난다(Ko 2003; Lee 2004; Yoon & Heo 2007; Seo & Kim 2010; Lee 2011).

노년기에 접어들어 노화를 경험하면서 각 개인은 건강이 약화되는 과정을 인식하게 되는데 이 과정에서 소득은 건강약화라고 하는 변화에 성공적으로 대처할 수 있도록 도와준다. 소득은 개인의 물질적 상태나 가용할 수 있는 자원을 나타내는 지표로서 보건의료서비스의 접근성뿐만 아니라 건강증진행위, 영양상태 등에도 긍정적 영향을 미쳐 건강만족도를 전반적으로 끌어올리는 것으로 요약할 수 있다(Seo & Kim 2010; Lee 2011).

노년기의 건강약화는 신체적 고통뿐만 아니라 정신적, 사회적 문제도 함께 야기하는데 노인우울은 이러한 변화에 대한 적응과정에서 성공적으로 대처하지 못할 경우 신변에 대한 비판 등의 부정적인 정서상태로 표출되게 된다(Ko & Seo 2011). 소득수준에 따른 건강불평등에 관한 선행연구들은 노인빈곤이 부정적인 정서상태를 가중시키는 것으로 보고하고 있다(Kahng & Kwon 2008; Lee 2011). 외국의 선행연구에서는 소득수준이 낮을수록 우울증 유병률이 높은 것으로 보고되고 있고 우리나라의 연구에서도 노년기에 경험하는 경제적 어려움과 우울증 간 긍정적 상관관계가 있다는 분석결과를 보여주고 있다(Lee 2011).

본 연구는 소득수준, 노인우울, 그리고 건강만족도 간 연관성 검정을 주목적으로 한다. 노년기

삶의 질을 대변하는 건강만족도는 소득수준과의 직접적인 인과관계에 의해서도 영향을 받지만 여러 변인들의 복합적 작용에 의해서도 영향을 받게 되는데 본 연구에서는 노인우울과 건강만족도 사이에서 소득수준이 어떻게 결과변수인 건강만족도에 영향을 미치는지에 초점을 두고자 한다. 구체적으로 『2011년도 노인생활실태조사』라는 전국 자료를 이용하여 우리나라 65세 이상 노인의 건강만족도 영향요인을 규명하고 특히 노인우울이 건강만족도에 미치는 영향에 대한 소득수준의 조절효과를 검증하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 노년기에 있어서 건강의 중요성

노년기에 있어서 건강의 중요성은 절대적이며 노인으로서 행복한 삶을 유지하는데 기본적으로 필수적인 요소이다. 따라서, 노인의 건강상태가 어떠한지, 노인이 자신의 건강상태를 어떻게 인지하고 있는지, 건강상태에 대해 만족하고 있는지 등 주관적인 건강인식과 관련된 요인들은 어떠한 것이 있는지 탐구하는 것은 객관적인 건강상태에 대한 연구만큼 중요하다(Oh et al. 2006).

노년기에 건강약화라는 외부적 사건에 직면할 때 이러한 사건을 겪으며 느끼는 심리적 압박감을 완충해 줄 자원의 부족은 노인우울이라고 하는 부적응의 한 형태로 이어지기도 한다. 노인우울은 노화과정에서 발발하는 스트레스에 대한 적응과정에서 나타나는 부정적 감정반응으로서(Ko & Seo 2011) 그 자체도 문제이지만 극단적인 경우 자살기도로 이어지기도 하는 것이 더 심각한 문제이다(Schulz et al. 2002; Waerna et al. 2003; Lee & Ko 2009).

세계보건기구에 따르면 자살하는 노인의 약 70%가 자살 당시 우울증을 앓고 있는 것으로 보고되고 있다. 우리나라의 노인인구 자살률은 OECD 국가 중 1위를 차지하고 2011년에는 총 4,406명의 노인들이 스스로 목숨을 끊은 것으로 보고되고 있는데 이 수치로 환산하면 하루 평균 12명의 노인이 자살하는 셈이다. 노인의 연령이 증가할수록 자살기도와 자살성공률은 가파르게 증가하고 있는 추

세이고 선행연구는 자살한 노인의 약 66%, 혹은 50-87% 정도가 자살 당시에 우울이 있는 상태인 것으로 보고되고 있다(Yoon et al. 2002).

자살동기를 살펴보면 병고로 인한 비율이 가장 높은 것으로 나타나 노년기의 건강에 이상이 생길 경우 심리적 부담감을 가중시키는 스트레스임을 재확인시켜주고 있음과 동시에 병고로 인한 스트레스에 적응하는 노인들의 심리적 부담감을 완화시켜줄 정책 입안과 프로그램 개발이 그 어느 때보다 시급하다.

2. 건강만족도에 영향을 미치는 요인

선행연구들에서 연령이 증가할수록(Wolff et al. 2002), 여성의 경우, 남성에 비해 건강만족도가 상대적으로 더 낮은 것으로 보고되고 있다(Oh et al. 2006). 거주지역에 따른 노인의 건강상태는 선행연구 간 상이한 결과를 보여주고 있다. Oh & Yoon(2006)은 도시지역 노인이 농·어촌지역 노인에 비해 신체적 건강상태가 더 열악한 것으로 보고하고 있다. 전국규모의 자료를 이용하여 거주지역에 따른 노인인구의 건강상태를 분석한 Kim(2007)은 충남지역을 도시, 농촌, 어촌, 도서지역으로 나누고 여성독거노인의 건강상태를 비교하는 과정에서 도시지역 여성독거노인이 농·어촌지역 여성독거노인에 비해 신체적 건강상태가 더 열악하다는 것을 발견하였다. 반면 Seonwoo & Oh(2009)의 연구에서는 농촌지역 노인이 도시지역 노인보다 건강상태가 더 열악한 것으로 보고하고 있다. 노인이 독신가구일 경우, 부부가구나 자녀동거가구일 경우에 비해 신체적 건강상태가 더 열악하다는 연구결과가 있는 반면 그 반대로 부부가구나 자녀동거가구일 경우 더 열악하다는 연구결과가 있다(Lim et al. 2008; Yoon et al. 2008).

일상생활수행기능과 인지기능도 건강만족도에 가장 영향력이 큰 변인으로 보고되고 있다(Hoeymans et al. 1997; Lim et al. 2008). 노인우울과 건강만족도 간 긍정적 상관관계가 있음을 보고하고 있다(Oh et al. 2006).

소득수준은 건강수준에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(Lynch 2003; Kahng & Kwon 2008; Lee et al. 2008; Kahng & Kwon 2008; Lee & Kim

2013). 소득수준이 높을수록 자신이 자각하는 건강상태는 더 좋은 것으로 나타나 소득수준이 노년기 건강만족도에 긍정적 영향을 가짐을 알 수 있다(Kahng & Kwon 2008; Lee & Kim 2013).

3. 소득수준의 조절효과

사회경제적 수준에 따른 건강불평등에 대한 연구는 소득수준, 교육수준, 직업과 같은 개인의 사회경제적 수준이 높을수록 건강수준이 높다는 일관적인 연구결과를 보여준다(Jung et al. 2014). 사회경제적 수준은 건강수준에 직접적으로 영향을 미치기도 하지만 다른 요인들과 복합적으로 작용하여 간접적으로 영향을 미치기도 한다. 연령이 증가하면서 만성퇴행성질환에 걸릴 확률이 높아지는데 이 때 사회경제적 수준은 질환의 발병이나 그로 인한 심신기능의 약화에 적응할 때 노인 당사자뿐만 아니라 그 가족들의 심리적 부담감을 완화시켜주는 쿠션 역할을 한다(Lee et al. 2008; Kang 2010; Ko & Seo 2011; Lee & Kim 2013). Lee & Kim(2013)은 노인의 사회경제적 수준과 주관적 건강상태 간 직접적 인과관계를 분석하면서 조절효과 검증을 통하여 건강 요인과 건강행태 요인이 주관적 건강상태에 미치는 영향에 대해 사회경제적 수준이 미치는 조절효과를 규명하고 있다.

우리나라의 경우, 노인빈곤율이 OECD 국가들 가운데 가장 높은 점으로 미루어 대다수의 노인들은 사회경제적 수준이 취약한 것으로 볼 수 있다. 『2011년 노인실태조사』에서도 경제상태에 대해 ‘만족하지 않는다’는 답변이 37.90%, ‘그저 그렇다’는 답변이 35.63%를 차지해 대다수의 노인들이 경제상태에 대해 불안해하는 것으로 나타났다(Korea Institute for Health and Social Affairs 2012). 노인빈곤율은 독신가구의 증가와 맞물려 더욱 취약해 지는 경향을 가지게 된다. 전반적으로 노인 부부가구나 자녀동거가구에 비해 독신가가 경제적으로 더욱 열악하다는 점을 감안하면 노인 독신가구의 급증은 사회적 보살핌과 지원이 필요한 노인의 비중이 증가하였음을 시사한다.

노년기에 겪게 되는 건강약화에 적응할 때 사회적 지지가 건강약화로 인해 생기는 불안과 걱정으로 인해 발생할 수 있는 심리적 부담을 조절함으

로써 삶의 질에 긍정적 영향을 미친다는 선행연구는 있으나 소득수준 또는 노인빈곤의 조절효과에 대해서는 아직 연구가 부족하고 따라서 우리나라 대다수의 노인들이 겪고 있는 우울증을 해결하는데 있어서 소득수준 또는 노인빈곤이 조절요인으로 작용하는지에 대한 분석이 필요한 시점이다 (Lee & Park 2006; Korea Institute for Health and Social Affairs 2011; Lee 2011).

III. 연구방법

1. 연구모형 및 가설설정

본 연구는 노인의 건강만족도에 영향을 미치는 요인들을 분석하고 노인우울이 건강만족도에 미치는 영향에 대하여 소득수준의 조절효과를 검증하는 것을 주목적으로 한다. 구체적으로 65세 이상 노인을 대상으로 노인의 사회인구학적 특성, 일상생활수행기능, 노인우울, 소득수준, 그리고 건강만족도의 연관성을 살펴보고 소득수준이 노인우울이 건강만족도에 미치는 부정적 영향을 감소시키는 조절요인으로서의 역할을 하는지 검증하고자 한다.

이를 위하여 본 연구에서는 건강만족도를 종속변수로 설정하고, 사회인구학적 특성, 일상생활수행기능, 노인우울, 소득수준을 독립변수로, 소득수준을 조절변수로 설정하여 건강만족도에 미치는 영향을 살펴보고자 하며, 연구모형은 Fig. 1과 같다.

본 연구의 목적을 달성하기 위하여 본 연구에서 밝히고자 하는 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1) 노인의 건강만족도 영향요인은 무엇인가?

연구문제 2) 노인우울이 건강만족도에 미치는 영향에 대한 소득수준의 조절효과는 어떠한가?

2. 연구대상 및 자료

본 연구는 한국보건사회연구원에서 실시한 『2011년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』 자료를 활용하였다. 동 자료에 관하여는 한국보건사회연구원에서 출판된 『2011년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』에서 자세히 설명되어 있다(Korea Institute for Health and Social Affairs 2012). 전체 응답자 10,004건 가운데 65세 이상 노인 총 9,461건이 본 연구를 위한 분석 표본이다.

3. 연구도구

1) 종속변수: 건강만족도

종속변수인 건강만족도는 『2011년도 전국 노인 생활실태 및 복지욕구조사』 자료에 있는 ‘귀하께서는 자신의 건강상태에 대하여 어느 정도 만족하고 계십니까?’ 문항을 사용한다. ‘전혀 만족하지 않음’으로 응답한 경우 1값을, ‘만족하지 않음’에 2값을, ‘그저 그렇다’에 3값을 ‘만족함’에 4값을 ‘매우 만족함’에 5값을 각각 지정하여 숫자가 커질수록 만족도가 높다는 것을 의미한다.

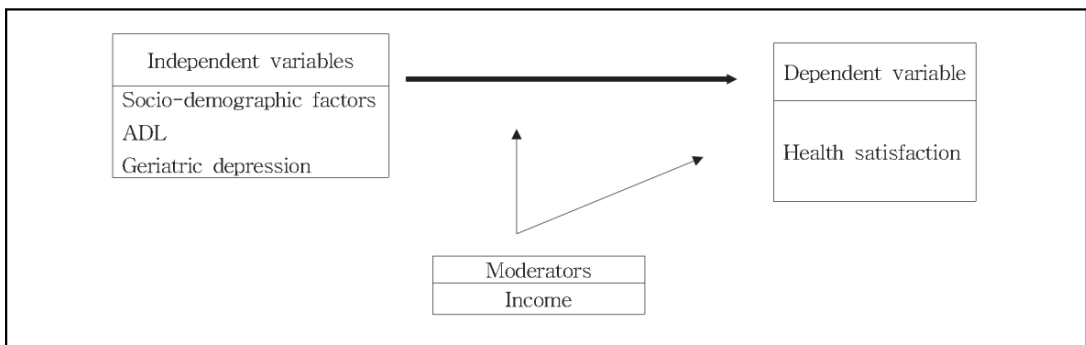


Fig. 1. The research framework

2) 독립변수

사회인구학적 특성에는 노인의 연령, 성별, 거주지역, 독신가구를 포함한다. 연령은 연속변수로 투입되었고, 성별의 경우, 남성인 경우 1값을 여성인 경우 0값을 지정하였다. 거주지역은 도시지역에 거주하면 1값을, 농촌지역에 거주하면 0값을 지정하였다. 주거형태는 혼자 사는 독신가구일 경우 1값을, 그렇지 않은 경우 0값을 지정하였다.

건강특성으로 일상생활수행기능과 노인우울을 포함한다. 일상생활수행기능(ADL)을 대한노인병학회에서 개발한 7항목으로 구성되어 있으며 옷입기, 세수, 목욕, 식사하기, 이동, 화장실이용, 대소변조절을 위해 어느 정도의 도움을 받았는지 물어서 측정하였다. 각 항목마다 독립적으로 수행했다고 응답하면 1값을, 부분적으로 도움을 받았다고 응답하면 2값을, 완전도움을 받았다고 응답하면 3값을 지정하였다. 7항목의 점수를 합산하여 일상생활수행기능총점이라는 합성변수를 만들었다. 점수가 높을수록 일상생활수행기능의 손상이 심한 것으로 해석할 수 있다. 7항목의 신뢰도를 측정한 결과 내적 일관성은 .908이었다.

노인우울은 CES-D10(The Center for Epidemiological Studies Depression Scale)으로써 측정하였다. CES-D10은 Randolff(1977)가 우울도 표준화 척도로 개발하였고 한국판으로 수정보완 하였다(Park & Cheong 2010). 동 척도는 총 10항목으로 구성되어 있으며 지난 한 주 동안 얼마나 자주 ‘평소 일에 대하여 귀찮고 괴로운 느낌’, ‘정신집중의 어려움’, ‘세상에 홀로 있는 듯한 외로움’, ‘도무지 무얼 해 나갈 엄두가 나지 않음’ 등을 경험하였는지 묻고 각 항목별 경험빈도는 4점 척도의 리커트 방식을 활용하였다. ‘잠깐 그런 생각이 들었거나 그런 생각이 들지 않았음(일주일에 하루 미만으로 그런 생각이 들었음)’이라고 응답한 경우 1값을, ‘가끔 그런 생각이 들었음(일주일에 하루 이틀 그런 생각이 들었음)’이라고 응답한 경우 2값을, ‘자주 그런 생각이 들었음(일주일에 사흘에서 나흘 그런 생각이 들었음)’이라고 응답한 경우 3값을, ‘항상 그런 생각이 들었음(일주일에 닷새에서 이레 그런 생각이 들었음)’이라고 응답한 경우 4값을 부여하여 10항목의 점수를 합산하여 노인우울총점이라

는 합성변수를 만들었다. 점수가 높을수록 우울이 심한 것으로 해석할 수 있다. 10항목의 신뢰도를 측정한 결과 내적 일관성을 보여주는 크론바하 알파값은 .905였다.

소득수준은 가구소득, 주관적 경제상태, 경제상태에 대한 만족도, 월용돈액수, 주택소유형태(자가, 전세, 월세) 등으로 측정이 가능하고 본 연구에서는 월소득으로써 소득수준을 측정하였고 월소득은 연속변수로서 투입되었다.

4. 분석방법

본 연구는 SPSS 16.0을 이용하여 사회인구학적 특성, 건강특성, 소득수준이 노인의 건강만족도에 미치는 영향을 분석하는 것을 주목적으로 하였다. 먼저 분석에 사용된 변수들의 기술통계치를 확인하고 이들 간 상관관계를 살펴보기 위해 평균, 빈도 분석 및 상관관계 분석을 실시하였다. 또한 노인의 제 특성에 따라 건강만족도가 통계적으로 유의한 차이가 있는지 규명하기 위하여 T 검정 및 F 검정을 실시하였다. 나아가 위계적 회귀분석을 통하여 각 변인들의 상대적 영향력을 규명하고 소득수준이 노인우울이 건강만족도에 미치는 영향에 대한 조절변수로 작용하는지 검증하고자 하였다.

IV. 결과 및 고찰

1. 조사대상자의 일반적 특성

Table 1은 조사대상자의 일반적인 특성으로 유효한 분석표본은 9,461건이었다. 총 응답자 가운데 여자가 5,657명(59.8%), 남자가 3,804명(40.2%)으로 여성의 응답자 비율이 조금 높은 것으로 나타났다. 거주지역의 도시, 농촌의 여부를 살펴보면 읍면부에 대한 응답이 3,809명(40.3%), 동부에 대한 응답이 5,652명(59.7%)으로 도시 응답자의 비율이 높았다. 현재 독신으로 살고 있는 응답자의 수는 2,426명으로 전체 응답자의 약 25%가 독신가구인 것으로 나타났다.

Table 1. Characteristics of dummy variables

(N = 9,461)

Characteristics		Frequency	%
Gender	Female	5,657	59.8
	Male	3,804	40.2
Area of residence	Rural area	3,809	40.3
	Urban area	5,652	59.7
Living alone	No	7,035	74.4
	Yes	2,426	25.6
Total		9,461	100.0

2. 연구변인들의 기술통계량

응답자의 연령은 65세부터 101세까지이며 응답자의 평균연령은 74.47세 인 것으로 나타났다. 일상생활수행기능(ADL)의 점수분포는 7-21점으로 응답자들의 평균은 7.22점으로 대부분의 응답자는

Table 2. Descriptive statistics for variables

(N = 9,461)

Variables	Minimum	Maximum	Mean	SD
Age	65	101	74.47	6.04
ADL	7.00	21.00	7.22	1.14
Geriatric depression	15.00	30.00	20.21	4.60
Income	70.00	27056.0	1917.57	1811.35
Health satisfaction	1.00	5.00	2.77	1.04

Table 3. Differences in health satisfaction by socio-demographic characteristics of respondents

(N=9,461)

Characteristics		Mean	SD	t or F	p	Scheffe
Area of residence	Rural area	2.73	1.02	-3.515	.000	-
	Urban area	2.81	1.04			
Gender	Female	2.62	.98	-17.583	.000	-
	Male	3.00	1.08			
Age	65-69(a)	2.99	1.03	37.483	.000	a>b>d
	70-74(b)	2.77	1.02			
	75-79(c)	2.66	1.02			
	80-84(d)	2.63	1.05			
	85+(e)	2.75	1.06			
Living alone	No	2.82	1.04	7.676	.000	-
	Yes	2.64	1.00			

일상생활수행기능이 양호한 편으로 나타났다. 노인우울의 점수분포는 15-30점이며 평균은 20.21로 나타났다. 소득수준은 연평균 1917.57원으로 나타났다며 중속변수인 건강만족도는 1-5점의 분포를 보이며 평균은 2.77로 나타났다.

3. 조사대상자의 제 특성에 따른 건강만족도의 차이

Table 3은 응답자의 제 특성에 따라 건강만족도에 차이가 있는지를 분석하고자 이분형 변수는 독립표본 t-test를, 세 개 이상의 범주를 가진 변수의 경우 일원배치분산분석(ANOVA)을 실시하였다.

응답자의 거주 지역에 따라 지역 간의 평균의 차이가 유의수준 p<.001에서 통계적으로 유의한 것으로 나타났으며 농어촌의 평균이 2.73점, 도시의 평균이 2.81점으로 도시에 거주하는 응답자의 건강만족도가 높은 것으로 나타났다.

성별, 연령, 독신가구 역시 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 성별에 따라 여성이 2.62점 남성이 3.00점으로 남성의 건강만족도가 더 높았다. 일원배치분산분석을 사용한 연령 또한 검정값(F=37.483, p<.001)이 유의한 것으로 나타나 구체적인 집단 간의 차이를 보기위해 Scheffe 사후분석을 실시하였으며, 그 결과 65-69세에서 80-84세까지 점차 건강만족도가 감소하다가 85세 이상부터는 증가하는 것으로 나타났다. 혼자 사는 독신가구의

경우, 비독신가구에 비해 건강만족도가 낮은 것으로 나타났다.

4. 연구변인들 간의 상관관계

가설 검증에 앞서 측정된 변인들이 어떠한 관계를 나타내는지 알아보기 위하여 상관관계분석을 실시하였다. 측정지표로는 피어슨의 상관계수를 이용하였다. Table 4의 분석결과를 보면 종속변수인 건강상태만족도에 대하여 연령, 성별, 거주지역, 독신가구, 일상생활수행기능(ADL), 노인우울, 소득수준 모두 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 연령, 독신가구, 일상생활수행기능(ADL)과 노인우울은 건강상태만족도와 부(-)의 상관관계를 가지고 있으며, 성별(1=남자), 거주지역(1=도시), 소득수준과는 정(+)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 또한 독립변수들 간의 상관관계가 0.7 이하이면 다중공선성에 문제가 없는 것으로 판단하여 위계적 회귀분석에 포함시켰다(Baron & Kenny 1986).

5. 건강만족도에 대한 위계적 회귀분석

건강만족도에 영향을 미치는 변수들을 확인하고 그 상대적 영향력을 확인하기 위해 종속변수를 건강만족도로 설정한 뒤 성별, 거주지역, 연령, 독신가구를 통제하여 일상생활수행기능(ADL), 노인우울, 소득수준을 단계적으로 투입하는 위계적 회

귀분석을 실시하였다. 1단계에는 성별, 거주지역, 연령, 독신가구를 두고 2단계에는 일상생활수행기능(ADL), 노인우울, 소득수준을 투입시켰다. 위계적 회귀분석의 결과는 Table 5와 같다.

Table 5에 제시된 F값의 값을 살펴보면 1단계(F=103.973, p<.001), 2단계(F=662.646, p<.001)로 회귀모델 모두 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 예측변인들의 설명량 역시 4.3%에서 33.2%를 설명하는 것으로 나타났으며 Model 2가 Model 1보다 약 28.9%를 더 설명하는 것으로 나타나 Model 2가 Model 1에 비해 보다 통계적으로 유의미하게 개선되었음을 알 수 있다.

Model 1에서는 연령, 성별, 거주지역이 통계적으로 유의한 것으로 나타났으며, 그 상대적 영향력은 성별($\beta=.177, p<.001$)의 영향이 가장 컸으며, 그 뒤로 연령($\beta=-.090, p<.001$), 거주지역($\beta=.025, p<.05$)의 순이었다.

Model 2에서는 일상생활수행기능, 노인우울, 소득수준을 투입하였으며 성별, 거주지역, 독신가구, 일상생활수행기능, 우울, 소득수준이 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 표준화계수인 베타값을 보면 노인우울($\beta=-.503, p<.001$)이 가장 큰 영향력을 가지며 성별($\beta=.125, p<.001$), 일상생활수행기능($\beta=-.119, p<.001$), 소득수준($\beta=.067, p<.001$), 독신가구($\beta=.050, p<.001$), 거주지역($\beta=.017, p<.05$)의 순으로 나타났다.

Table 4. A correlation analysis

(N=9,461)								
Variables	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8
V1	1							
V2	-.101***	1						
V3	.182***	-.048***	1					
V4	.036***	-.070***	.019	1				
V5	-.078***	.176***	-.310***	-.104***	1			
V6	-.219***	.117***	.011	.020*	-.047***	1		
V7	-.550***	.190***	-.137***	-.026*	.136***	.201***	1	
V8	.165***	-.104***	.082***	.156***	-.366***	.019	-.212***	1

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

V1= Health satisfaction; V2= Age; V3= Gender; V4= Area of residence; V5= Living alone; V6= ADL; V7= Geriatric depression; V8= Income.

6. 노인우울의 건강만족도에 대한 소득수준의 조절효과

Table 5는 노인우울이 건강만족도에 미치는 효과가 소득수준에 의해 어떻게 조절되는지를 알아보기 위한 분석결과이다. Model 3은 Table 5의 위계적 회귀분석에 소득수준과 노인우울의 상호작용항을 투입하여 조절효과를 검증한 결과 $p<.001$ 하에서 소득수준이 조절작용을 한 것으로 나타났다.

소득수준과 노인우울의 상호작용항이 노인우울이 건강만족도에 미치는 영향을 어떻게 조절하는지 다음과 같이 설명할 수 있다. 먼저 노인우울의 평균을 기준으로 평균이상인 집단을 고우울집단으로 평균이하인 집단을 저우울집단으로 나눈다. 이때 1배의 표준편차(1SD)를 이용하여 집단을 구분하였다. 마찬가지로 소득수준을 평균을 기준으로 하여 같은 방법으로 고소득집단과 저소득집단으로 나눈다. 그리고 그 집단들을 다시 고우울집단과 고소득집단, 고우울집단과 저소득집단으로 재분류하여 고우울집단의 소득에 따른 건강만족도의 평균을 나타내었고, 저우울집단과 고소득집

단, 저우울집단과 저소득집단으로 재분류하여 저우울집단의 소득수준에 따른 건강만족도의 평균값을 나타내었다(Song 2013).

Fig. 2의 값을 살펴보면 고우울집단과 저우울집단 사이에 건강만족도의 평균값의 차이가 있을 것을 쉽게 알 수 있다. 고우울·저소득 집단의 경우 건강만족도 평균값이 가장 낮은 2.44를 나타냈으며 고우울·고소득집단은 2.45점을 나타내 고소득

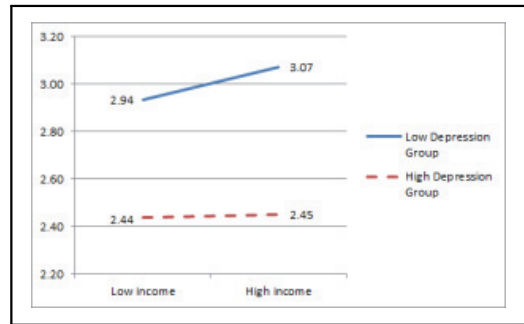


Fig. 2. The interaction effect of income and depression on health satisfaction

Table 5. Moderating effects of income on health-status satisfaction

(N = 9,461)

Variables	Model 1			Model 2			Model 3		
	B	β	t	B	β	t	B	β	t
Age	-.016	-.090***	-8.754	.002	.009	1.066	.002	.010	1.173
Gender	.374	.177***	16.605	.265	.125***	13.986	.261	.123***	13.757
Area of residence	.052	.025*	2.430	.036	.017*	1.965	.036	.017*	1.976
Living alone	-.009	-.004	-.352	.118	.050***	5.160	.104	.044***	4.508
ADL				-.141	-.119***	-13.677	-.138	-.116***	-13.338
Geriatric depression				-.113	-.503***	-55.644	-.115	-.510***	-55.587
Income				.000	.067***	7.139	.000	.050***	4.997
Income× depression							.000	-.041***	-4.472
(Constant)		3.761***			3.510***			3.470***	
R ²		.043			.332			.333	
Adju R ²		.042			.332			.333	
ΔR^2		-			.289			.001	
F		103.973***			662.646***			583.496***	
df		4			7			8	

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$.

집단이 0.01점 더 높은 것으로 나타났다. 저우울·저소득집단은 건강만족도의 평균값이 2.94점이며 저우울·고소득 집단의 경우 3.07점으로 저소득 집단과의 차이가 0.13점으로 나타났다. 우울경중에 따라 건강만족도의 평균에 차이가 있고 또한 소득수준이 그 격차를 조절하는 것으로 나타났다. 특히 저우울집단일 경우 기울기가 급격하게 증가하는 것으로 나타났다(Song 2013).

V. 요약 및 결론

본 연구는 건강만족도 영향요인을 규명하고 특히 노인우울이 건강만족도에 미치는 부정적 영향을 소득수준이 조절해줄 수 있는지 가능성을 타진하는 것을 주목적으로 하였다. 건강만족도는 객관적인 사실에 의해 영향을 받기도 하지만 주관적으로 느끼는 것이기 때문에 가치관이나 태도 등에 의해서도 영향을 받는다. 예를 들어 유사한 의학 적 상황이라고 해도 그것을 느끼는 주관적인 인식은 동일하지 않다는 것이다. 신체적 건강상태나 우울증상 등의 객관적 건강상태를 주관적으로 인식하는데 있어서 부정적인 영향을 완충해 줄 수 있는 조절요인에 대한 탐구결과는 노인복지정책 입안을 위한 기초자료로 활용되어야 할 것이라고 전망한다.

분석결과, 응답자의 제 특성에 따라 건강만족도에 차이가 있음을 발견하였다. 남성이 여성보다, 도시지역 거주자가 농어촌지역 거주자보다, 비독신가구가 독신가구보다 건강만족도가 높은 것으로 나타났다. 반면 연령에 따른 건강만족도는 65세부터 점점 감소하다가 85세 이상부터는 다시 증가하는 것으로 나타났다. 이는 노화과정에서 시작되면서 심신기능의 약화에 초기에는 잘 적응하지 못해서 주관적 건강인식이 양호하지 못하지만 시간이 지날수록 적응해 간다는 것으로 해석할 수 있다.

위계적 회귀분석 결과를 보면 상대적 영향력인 베타(β)값이 우울, 성별, 일상생활수행기능, 소득수준, 독신가구, 거주지역의 순으로 통계적으로 유의미한 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 표준화 계수인 베타값을 보면 노인우울($\beta=-.510$, $p<.001$)이 가장 큰 영향력을 가지며 성별($\beta=.123$, $p<$

.001), 일상생활수행기능($\beta=-.116$, $p<.001$), 소득수준($\beta=.050$, $p<.001$), 독신가구($\beta=.044$, $p<.001$) 거주지역($\beta=.017$, $p<.05$)의 순으로 나타났다. 무엇보다 노인우울이 건강만족도에 미치는 영향은 그 크기에 있어서도 가장 큰 것으로 나타나 노인우울에 대한 범국가적 대응방안의 필요성이 시급함을 보여준다.

노인의 건강만족도에 노인우울이 미치는 영향을 소득수준이 조절해줄 수 있는지 검증하기 위하여 소득수준과 노인우울의 상호작용항을 만들어 독립변수로 투입한 결과 상호작용항이 노인우울과 건강만족도 사이에서 영향을 미치며 조절하는 작용을 하는 것으로 나타났다. 구체적으로 그래프를 통해 살펴본 결과, 고소득 집단은 건강상태의 만족도가 저소득 집단에 비해 더 높은 것으로 나타났으며, 특히 고우울집단보다 저우울집단에서 소득의 조절작용이 더 강하게 나타나는 것을 확인할 수 있었다.

본 연구결과는 노년기 건강에 대해 정의할 때 의료적 모델만으로는 충분하지 않고 사회적 모델의 적용이 필요함을 보여준다(Lee 2006). 의료적 모델은 건강의 생물학적 측면을 중심으로 기능장애에 주로 관심을 두는 반면, 사회적 모델은 생물학적 조건보다는 개인의 행동과 사회적 조건에 초점을 둔다(Lee 2006). 따라서 의료적 모델은 신체적 질병이 없는 상태를 건강한 상태로 보고 있는 반면 사회적 모델은 건강에 관한 세계보건기구(WHO)의 공식적 정의 “건강이란 단순히 질병이 없는 것뿐만 아니라 신체적, 정신적, 사회적 측면에서의 안녕 상태를 의미한다”에 따른다(Lee 2006; Ko & Seo 2011).

사회적 모델에서는 자신이 평가하는 건강정도 즉 노인이 주관적으로 느끼는 건강에 대한 인식에 비중을 둔다(Farmer & Ferraro 1997; Son 2005; Ko & Seo 2011). 실제로 이러한 건강에 대한 주관적 지각은 의료인에 의한 객관적 관찰보다 더 건강상태를 잘 대변하고 있는 것으로 재확인 되고 있다(Hulka & Wheat 1985; Wolinsky & Arnold 1988; Ko & Seo 2011).

이렇게 노후의 삶의 질에 있어서 주관적 건강상태가 중요함에도 불구하고 우리나라 노인들은 실

제 주관적 건강인식이 그다지 양호해보이지 않는다(Korea Institute for Health and Social Affairs 2012). 지역사회에 거주하는 재가노인을 대상으로 한 『2011년도 노인생활실태조사』에서 건강만족도, 경제상태 만족도, 배우자와의 관계 만족도, 자녀와의 관계 만족도를 포괄해서 노인의 삶의 질을 조사하였는데 이 가운데 건강만족도는 ‘만족하지 않는다’(37.90%), ‘만족한다’(28.98%), ‘그저 그렇다’(21.37%) 순으로 나타났다. 즉, 응답자의 약 3분의 1 이상이 자신의 건강상태에 대해 걱정과 불안을 경험하는 것으로 나타났다.

왜 우리나라의 노인들은 건강상태에 대해 만족하는 비율이 낮은 걸까? 이에 대한 설명으로 노인 빈곤율을 들 수 있다(Lim et al. 2009). 특히, OECD 국가들 가운데 우리나라의 노인 빈곤율이 1위라는 점을 상기할 때 어디가 아프거나 어려운 상황에 처했을 때 이러한 어려움들의 직접적인 악영향에 대해 쿠션 역할을 할 수 있을 정도의 소득을 가진 노인은 극소수에 불과하다고 해도 과언이 아닐 것이다. 본 연구결과는 노인이 경험하고 있는 경제적 어려움은 불안과 걱정을 가중시키는 스트레스가 되어 신체적 건강뿐만 아니라 정신적 건강에도 부정적 영향을 미침으로써 전반적으로 건강만족도가 낮아짐을 보여주고 있다. 상대적으로 여유가 있었던 서구사회에 비해 우리나라는 유례없이 빠른 속도로 고령화가 진행되었기 때문에 스스로의 노후에 대해 준비도 못한 채 현재의 노인들은 노년기의 장기화를 경험하게 되었고 빈곤문제까지 더해져 노화과정에서 발생하는 어려움들을 완충 작용 없이 고스란히 겪고 있음을 의미한다.

소득수준이 노인우울이 건강상태만족도에 미치는 영향을 조절한다는 본 연구의 결과는 노인들의 건강만족도를 향상시키기 위한 정책입안 시 노인 빈곤을 일시에 퇴치하기는 어렵다고 해도 적극적으로 해결해 가는 정책을 함께 추진한다면 노인세대에 만연해 있는 우울증을 완화시키고 나아가 OECD 국가들 가운데 노인자살률 1위라는 오명으로부터 벗어날 수 있을 것으로 전망한다.

References

- Baron RM, Kenny DA(1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Personal Soc Psych* 51, 1173-1182
- Choi SJ, Chang IH(2010) Social welfare for older persons in aging society. Seoul National University Press. 14
- Farmer MM, Ferraro KF(1997) Distress and perceived health: mechanism of health decline. *J Health Soc Behav* 39, 298-311
- Hoeymans N, Feskens EJM, Kromhout D, Van den Bos GAM(1997) Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Soc Sci Medicine* 45, 1527-1536
- Hulka BS, Wheat JR(1985) Patterns of utilization: the patient perspective. *Med Care* 23, 438-460
- Jung MH, Kim SS, Ahn ES(2014) Relationship of socioeconomic status to self-rated oral health. *J Dent Hyg Sci* 14(2), 207-213
- Kahng SK, Kwon TY(2008) An exploratory study on the effects of socioeconomic status on depressive symptoms across lifespan. *Men Health Soc Work* 30, 332-355
- Kang YJ(2010) Moderating effects of family and school social capital on the relation between family income and academic achievement. *Korean J Community Living Sci* 21(3), 323-339
- Kim KT, Choi SS, Park MJ, Ko SH, Park HS(2013) The effect of negative stress and loneliness on suicidal ideation of the elderly: with special reference to moderating effect of spirituality. *Korean J Soc Welf Res* 34, 161-185
- Kim YJ(2007) Differences in health, economic status, and social relations of female elderly living alone-a comparative analysis of residential areas including urban, rural, fishing, and island communities in chungcheong province. *Korean J Community Living Sci* 18(3), 417-431
- Kwon YJ(1995) A study of the relation between family function as perceived by elderly patients with chronic illness and their life-satisfaction. Doctoral Thesis, Yonsei University
- Ko BS(2003) Articles : a study on the perceived quality of life for the elderly in Jeju. *J Korean Geron Soc* 23(1), 145-162
- Ko BS(2004) A study on the social support types and determinants of perceive quality of life for the elderly in Jeju. *J Korean Geron Soc* 24(2), 145-162
- Ko MS, Seo IK(2011) Influences of the elderly's health status upon their stress and depression and moderating effects of social supports. *Korean Health Res* 37(1), 1-14
- Korea Institute for Health and Social Affairs(2011)

- Living state and its policy implications of Korean elderly
 Korea Institute for Health and Social Affairs(2012) Summary of living state and its policy implications of Korean elderly
- Lee GS(2004) A study on the physical health conditions of elderly people participation over life satisfaction. *J Natural Sci Soonchunhyang Univ* 10(2), 523-530
- Lee HJ, Kahng SK, Lee JY(2008) The effects of socioeconomic position and health behavior on geriatric depressive symptom. *J Korean Geron Soc* 28(4), 1129-1145
- Lee JH(2006) Physical, mental and social health of Korean rural elderly with a focus on gender and age-group differences. *Korean J Community Living Sci* 17(2), 15-30
- Lee KJ, Park HS(2006) A study on the perceived health status, depression, and activities of daily living for the elderly in urban areas. *Korean J Women Health Nurs* 12(3), 221-230
- Lee MA(2011) Relative effects of health and family factors on geriatric depression. *Korean J Community Living Sci* 22(4), 623-635
- Lee MA, Kim DC(2013) Predictors of Korean elderly people's self-rated health status and moderating effects of socio-economic position. *Korean J Community Living Sci* 24(1), 37-49
- Lee MA, Park, SR, Park, HK(2013) Returning to the paradigm for elderly care policy through a discourse on the good society: from justice to respect for the elderly. Relative effects of health and family factors on geriatric depression. *J Korean Pub Admin History* 33, 241-256
- Lee MJ, Lee GO(2005) Relationship between impaired elders satisfaction with care and their depression. *J Korean Geron Soc* 25(1), 119-131
- Lee SH, Ko JE(2009) Factors affecting the ability of older adults to identify symptoms of depression. *J Korean Geron Soc* 29(2), 529-546
- Lim BW, Ju KH, Cho SE(2009) A comparative study of on the perception of elder abuse of the community care services elderlies and general elderlies. *J Welf Aged* 43, 353-379
- Lim YK, Yoo BO, Cho YJ, Oh JE, Hong SH, Cho JY(2008) Factors related to activities of daily living (ADL) of elderly patients. *J Soonchunhyang Med Sci* 14(1), 97-108
- Lynch SM(2003) Cohort and life-course patterns in the relationship between education and health: a hierarchical approach. *Demography* 40(2), 309-331
- National Statistical Office(2006) 2005 Population and Housing Census
- National Statistical Office(2011) 2010 Population and Housing Census
- National Statistical Office(2013) 2013 Elderly Statistics
- Oh SH, Yoon DS(2006) A comparative study on quality of life on the elderly among urban, farm and island area. *Korean Soc Welfare Aged* 32, 119-147
- Oh YH, Bae HO, Kim YS(2006) A study on physical and mental function affecting self-perceived health of older persons in Korea. *J the Korean Geron Soc* 26(3), 461-476
- Park JH, Cheong JH(2010) The Influence of depression on the life satisfaction of the elderly people living alone: a mediating effect of problem drinking. *J Welf Aged* 47, 309-330
- Randolff, LS(1977) The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychol Meas* 1, 385-401
- Schulz R, Drayer RA, Rollman BL(2002) Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biol Psych* 52(3), 205-225
- Seo HL, Kim HN(2010) Factors affecting psychological well-being of frail elderly women living alone. *Mental Health Soc Work* 35, 176-202
- Seonwoo D, Oh JS(2009) Policy issues for maintaining the living activity function of elderly people. *Health and Welfare Policy Forum* 149, 64-76
- Son DS(2005) The study on the effective factors of the psychological well-being of the elderly. *J Korean Geron Soc* 25(4), 205-217
- Song JJ(2013) SPSS/AMOS Statistical Analysis Methods. 21 Century Publishing Co.: Pajoo, Kyunggi-Do
- Waerna M, Rubenowitz E, Wilhelmson K(2003) Predictors of suicide in the old elderly. *The Gerontologist* 49(5), 328-334
- Wolinsky FD, Arnold CL(1988) A different perspective on health and health services utilization. *Annual Review of Geron* 8, 71-101
- Wolff JL, Starfield B, Anderson G(2002) Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *J American Med Assoc* 162, 2269-2276
- Yoon HS, Heo SY(2007) The mediating and moderating effects of social relationship on health status and life satisfaction of the elderly. *J Korean Geron Soc* 27(3), 649-666
- Yoon SJ, Lee YH, Son TY, Oh HJ, Han GS, Kim KH(2002) Factors associated with dementia and depressive symptoms in older persons living in the community. *J Korean Geron Soc* 21(3), 59-73
- Yoon HS, Kwon IS, Park SP, Cho YC(2008) Urinary incontinence and its association with depression, cognitive function, and daily living activity in elderly women. *J Korean Mother-child Health Care* 12(2), 242-254