

노년기 우울증상과 빈곤 - 빈곤과 비공식 사회관계의 상호작용 효과를 중심으로 -

김영범*, 이승희**
한림대 고령사회연구소*, 울산대 간호학과**

The Depressive Symptom and Poverty in Later Life: Interaction Effect between Poverty and Informal Social Relationships

Young-Bum Kim*, Seung-Hee Lee**
The Hallym University Institute of Aging*
Dept. of Nursing, The University of Ulsan**

요약 본 연구의 목적은 빈곤과 우울증상의 관계와 함께 빈곤과 비공식 사회관계(informal social relationship)가 우울증상에 대해 상호작용 효과가 있는지 분석하는 것이다. 본 연구에서 사용한 자료는 2014년에 춘천 지역 65세 이상 노인을 대상으로 한 조사로 표본은 2,034명이며 분석에 포함된 사례는 무응답인 표본을 제외한 1,934명이다. 본 연구의 종속변수인 우울증상은 CES-D 단축형(Center for Epidemiologic Studies Short Depression Scale)을 활용해 측정하였다. 본 연구의 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, 빈곤 상태인 노인은 비빈곤 상태인 노인에 비해 우울증상 점수가 높은 것으로 나타나 빈곤이 우울증상에 직접적인 영향을 주는 것으로 확인되었다. 둘째, 자녀와의 접촉수준, 친구와의 지원교환 수준만이 우울증상을 감소시키는데 기여하는 것으로 나타나 모든 비공식 사회관계가 우울증상 감소에 기여하는 것은 아니라는 점도 확인하였다. 셋째, 4개의 비공식 사회관계 변수 중 자녀와의 접촉수준만 유일하게 빈곤과 상호작용 효과가 있는 것으로 나타났다.

주제어 : 빈곤, 우울증상, 비공식 사회관계, 노인, 춘천

Abstract The main object of the study is to investigate the relationship between depressive symptom and poverty and to analyze the interaction effect between poverty and informal social relationship on depressive symptom. The data for the study is survey data on Life of elderly in Chuncheon Area in 2014. The sample size of the survey is 2,023 and because of missing data, the analysis contains data for 1,934 persons. The survey is conducted by the face to face interview with the questionnaire. Results of the analysis are as follows. First, the poverty shows positive relationship with depressive symptom. Second, the level of contact with children and support exchange with friends show negative relationship with depressive symptom. Third, There is interaction effect between poverty and level of contact with children on depressive symptom.

Key Words : Poverty, Depressive symptom, Informal social relationship, Elderly, Chuncheon

* 본 논문은 2014년도 한림대학교 특성화 사업((HRF-S-22)에 의하여 지원되었음

Received 5 October 2015, Revised 24 November 2015

Accepted 20 December 2015

Corresponding Author: Seung Hee Lee
(Dept. of Nursing, The University of Ulsan)
Email: seunglee@ulsan.ac.kr

ISSN: 1738-1916

© The Society of Digital Policy & Management. All rights reserved. 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.

1. 서론

한국 노인의 가장 큰 문제가 빈곤이라는 점은 잘 알려진 사실이다. 경제협력개발기구의 자료에 의하면 우리나라 65세 이상 노인의 상대적 빈곤률[1]은 49.5%로 경제협력개발기구(OECD) 평균인 12.6%의 4배 가까운 수준을 기록하고 있다. 노년기 빈곤은 삶에 여러 가지 부정적인 영향을 주는데, 경제적 어려움 외에 신체건강 뿐만 아니라 정신건강에도 부정적인 영향을 주는 것으로 알려져 있다[2]. 노년기 빈곤은 영양 공급의 감소를 가져올 뿐만 아니라 사회관계의 단절을 초래하게 되며, 우울증상과 자살 등 정신 건강에도 부정적인 영향을 준다. 한국 노인의 높은 자살률이 높은 빈곤률과 무관하지 않다는 점도 잘 알려진 사실이다[3]. 노년기의 빈곤은 그 자체로 문제가 될 뿐만 아니라 다른 부정적 결과를 낳는 원인이라는 점에서 빈곤의 부정적 영향을 완화하는 방안을 마련하는 것은 매우 시급한 과제가 아닐 수 없다.

본 연구는 빈곤과 정신건강과의 관계를 규명하는 것이 목적이다. 본 연구는 다양한 정신건강 문제 중 우울증상을 대상으로 빈곤의 영향을 살펴볼 것이다. 정신건강을 설명하는 사회학적 접근의 대표적인 이론 중 하나인 스트레스 과정이론(stress process theory)에 의하면 빈곤은 장기적인 스트레스 요인(chronic stressor)이 될 뿐만 아니라 다른 스트레스 요인을 낳는 것으로 알려져 있다[4]. 스트레스 요인이란 “적응하기 어려워 개인의 정서, 인지, 행동, 생리적 기능, 행복에 부정적 영향을 주는 환경이나 경험”을 의미하며 스트레스란 “스트레스 요인으로 인해 나타나는 정신적, 신체적 역기능”을 의미 한다[5]. 빈곤으로 인한 스트레스는 그 자체로도 우울증상과 관련이 있으며, 다른 스트레스 요인을 낳는 원인으로 작용하여 우울증상을 강화한다. 스트레스가 정신건강에 부정적 영향을 주는 정도는 사람에 따라 차이를 보이는데, 사회관계의 특징, 자아 효능감의 차이, 심리적 극복기제의 작동 등은 개인별로 나타나는 차이를 설명하는 요인으로 언급되고 있다[5, 6].

우리나라의 노인 빈곤에 관한 연구는 빈곤의 원인이거나 실태를 분석하는데 집중하여 왔으며[7], 빈곤의 우울에 대한 영향을 분석하는 것도 최근에서야 시작되었는데, 대부분 빈곤의 직접적인 효과를 분석하는데 집중하고 있다[8, 9, 10].

본 연구에서는 빈곤과 우울증상의 관계와 더불어 빈곤의 우울증상에 대한 영향을 감소시킬 수 있는 요인이 무엇인지 분석하고자 한다. 본 연구가 빈곤의 우울증상에 대한 감소요인으로 강조하고자 하는 것은 비공식 사회관계(informal social relationship)이다. 목적의 보편성, 관계의 친밀성을 특징으로 하는 비공식 사회관계[11]는 스트레스 환경에 직면하여 그 영향을 극복하는데 활용될 수 있는 대처자원으로서 잘 알려져 있다. 비공식 사회관계는 스트레스를 극복하는데 기여하는데 이는 흔히 완충효과(buffering)로 이해되고 있다. 완충효과는 스트레스 요인의 영향을 감소시키는 것을 말하는데 비공식 사회관계는 스트레스 요인을 극복할 수 있도록 직접적으로 도움을 줄 뿐만 아니라 위기 시 도움을 받을 수 있다는 믿음을 제공함으로써 스트레스의 영향을 감소시킨다[12].

많은 연구를 통해 자녀 혹은 친구로 구성되는 비공식 사회관계가 노인의 정신건강에 긍정적 영향을 준다는 점은 확인 되어 왔다[13, 14, 15, 16, 17]. 그러나 이들 연구는 비공식 사회관계의 효과를 분석하고 있을 뿐 빈곤과의 상호작용을 분석하지는 않았다.

본 연구는 스트레스-과정이론(stress-process theory) [5, 6]에 기반 해 우울증상에 대해 빈곤과 비공식 사회관계가 상호작용효과를 보이는지 분석하고자 한다. 본 연구의 구체적인 분석 과제는 다음과 같다. 첫째, 빈곤과 비공식 사회관계가 우울증상에 영향을 주는지 분석한다. 둘째, 우울증상을 종속변수로 하여 빈곤과 비공식 사회관계의 상호작용 효과가 있는지 분석한다. 셋째, 다양한 요소로 구성되는 비공식 사회관계의 어떤 측면이 빈곤과 상호작용 효과가 있는지 분석한다. 비공식 사회관계는 그 대상과 내용에 따라 몇 가지 유형으로 구분될 수 있다. 본 연구에서는 비공식 사회관계를 그 대상과 내용으로 구분하여 비공식 사회관계의 어떤 측면이 빈곤과 상호작용 효과를 보이는지 구체적으로 살펴보고자 한다.

본 연구의 구성은 다음과 같다. 2장과 3장에서는 빈곤, 우울증상, 비공식 사회관계에 대한 이론적, 경험적 논의를 검토하고 본 연구에서 사용된 자료와 측정도구를 기술한다. 4장에서는 빈곤, 우울증상, 비공식 사회관계를 대상으로 기술적 분석과 함께 다변수 회귀분석(multiple regression analysis) 결과와 논의를 기술한다. 5장에서는 분석 결과를 요약하고 그 함의를 기술한다.

2. 선행연구 고찰

2.1 빈곤과 우울증상

우리나라 노인에게 빈곤은 가장 큰 문제이다[1]. 빈곤은 그 자체로도 삶을 힘들게 할 뿐만 아니라 신체적, 정신적 건강에도 부정적 영향을 주는 것으로 알려져 있다[2]. 빈곤과 정신건강과의 관계에 대해 빈곤이 정신건강에 부정적 영향을 준다는 연구들이 제시된 바 있다[4, 8, 9, 10]. 노년기 빈곤으로 인한 경제적 어려움은 그 자체로 스트레스 요인이 되는데[18] 주거비나 식료품비에 대한 부담, 의료비, 여가활동의 제약 등 빈곤으로 인한 경제적 어려움은 다양한 방식으로 일상생활의 스트레스를 증가시킨다. 특히 빈곤은 또한 노년기 가장 중요한 서비스인 의료서비스 이용이나 필요한 정보 수집도 제한하는데, 이들 활동 역시 경제적 비용을 수반하기 때문이다. 의료서비스의 부족이나 건강정보의 부재는 건강악화를 초래하여 다른 스트레스 요인을 촉발하게 되는데, 펄린(Pearlin)은 이러한 과정을 스트레스 증폭(stress proliferation)으로 설명한 바 있다[5]. 다른 한편으로 빈곤은 주변 환경의 측면에서도 정신건강에 부정적 영향을 줄 수 있다는 연구도 제시되고 있는데, 미국을 대상으로 한 연구에 의하면 빈곤층 거주 지역은 그렇지 않은 지역에 비해 안전, 치안 등에 더 많은 신경을 써야 한다는 점 때문에 이에 대한 스트레스가 높고 결과적으로 정신건강에 부정적인 영향을 주는 것으로 나타난 바 있다[19].

빈곤과 정신건강과의 관계에 대해 상이한 주장도 제시되고 있는데 부모의 지위나 교육수준과 같은 제3요인이 빈곤과 정신건강 모두에 영향을 주기 때문에 빈곤과 정신건강 두 변수의 관계는 허위적이라는 주장과 함께 정신건강이 좋지 않은 사람은 노동시장이나 공식, 비공식 사회관계에서 좋은 성과를 낼 수 없다는 점에 주목하여 정신건강이 사회경제적 지위에 부정적 영향을 준다는 역인과관계설도 제시되고 있다[2]. 그러나 시계열 연구를 통해서도 빈곤의 정신건강과의 관계는 확인된다는 점에서 빈곤의 정신건강에 대한 영향을 부정하기는 어려운 것으로 보인다[4].

우울증상이란 의기소침한 기분, 죄의식이나 존재가치가 없다는 감정, 희망이 없다는 감정, 정신운동지체(psychomotor retardation), 식욕상실, 수면장애 등을 구성요소로 하는 증상이다[20]. 우울증상은 노년기 가장 일

반적인 정신건강 문제 중 하나인데 2013년 한국의 65세 이상 노인 중 우울증상 경험률은 14.8%로 조사된 바 있다. 2013년 남성의 경우는 9.2%, 여자는 18.8%로 여성의 우울증상 경험률이 남성에 비해 두 배 이상 되는 것으로 나타나고 있다[21]. 우울증상은 소득에 따라서도 차이를 보이는데, 남성의 경우 경제상태가 하층인 경우는 10.3%가 우울증상을 경험한 반면, 상층인 경우는 5.0%에 불과하며 여성의 경우도 경제상태가 하층인 경우는 18.0%인 반면 상층인 경우는 10.9%로 하층이 상층에 비해 두 배 가까운 증상 경험률을 보이고 있다[21].

한국 노인을 대상으로 한 연구에서 빈곤은 그 원인에서만 분석되어 왔을 뿐[7] 그것이 갖는 신체적, 정신적 영향에 대해서는 큰 관심을 갖지 않고 있다. 몇몇 연구에 의하면 빈곤 여부에 따라 우울증상에 유의미한 차이를 보이고 있다는 점은 확인되고 있지만[8, 9, 10], 빈곤의 우울증상에 대한 영향을 완화시키는 요인에 대해서는 고용상태와 사회서비스에 대한 연구가 있을 뿐 비공식 사회관계의 효과에 대해서는 연구된 바가 없다.

2.2 비공식 사회관계와 우울증상

스트레스 요인에 따른 정신적 충격을 완화시키는 요소 중 하나로 비공식 사회관계(informal social relation)가 언급되어 왔다[12, 18]. 스트레스 과정이론(stress process theory)에 의하면 스트레스 요인에 따른 부정적 영향은 다양한 비공식 사회관계를 통해 완화될 수 있다고 주장한다[5, 6]. 비공식 사회관계는 구조와 내용으로 구분할 수 있는데, 우울증상으로 대표되는 정신건강과 비공식 사회관계의 관계에 대한 선행연구 역시 구조를 강조하여 사회네트워크(social network)를 통해 접근하는 입장과 내용을 강조하여 사회적 지원(social support)을 중심으로 접근하는 입장으로 구분된다.

사회 네트워크 접근은 비공식 사회관계망(informal social network)에 포함된 사람의 수, 관계의 종류, 친밀도, 접촉빈도 등을 중심으로 관계망의 구조를 파악하고 파악된 구조와 정신건강 사이의 관련성을 파악하는데 집중한다[22, 23]. 경험적 연구에 의하면 네트워크 구조의 특징에 따라 정신건강 수준도 차이를 보이는데, 서구의 경우 가족 중심 네트워크에 비해 다양한(diverse) 대상을 포함하는 네트워크가 우울증상을 감소시키는데 효과적이라는 연구결과도 제시된 바 있다[24]. 스트레스 과정모

델(stress process model)에 의하면 사회적 지원 역시 스트레스 요인의 정신건강에 대한 부정적 영향을 완화시킨다고 주장한다[25]. 선행연구에 의하면 실제적인 지원보다는 인식된 지원(perceived support)이 정신건강에 더 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타나고 있다[26].

비공식 사회관계의 건강에 대한 효과에 대해서는 크게 두 가지 설명이 제시되고 있는데 직접효과(main effect)와 완충효과(buffering effect)가 그것이다[27, 28, 29]. 직접효과란 사회관계가 직접적으로 건강에 긍정적 영향을 주는 것으로 비공식 사회관계를 구성하는 가족이나 친구를 통해 필요한 정보를 습득할 수 있으며 가족이나 친구의 행동에 대한 규제는 나쁜 생활 습관을 개선하는데 기여한다. 이와 함께 관계를 유지하기 위해 자발적으로 사회 규범이나 가치에 맞게 자신의 태도나 행동을 선택하는데 이로 인해 건강에 부정적인 행동이 억제되어 건강이 개선된다[27, 28].

비공식 사회관계는 스트레스의 정신건강에 대한 영향을 완화시켜 준다는 연구결과도 제시되고 있는데, 이 경우 흔히 완충효과(buffering effect)로 이해된다[29]. 완충효과가 나타나는 메커니즘은 크게 두 가지로 구분해 볼 수 있다. 우선 스트레스 요인이 발생하였을 때 비공식 사회관계는 이를 극복하기 위한 직접적인 도움을 주게 되는데 이를 통해 스트레스를 완화시킬 수 있다. 예를 들면 실업에 따른 경제적 어려움을 주변 지인이 도와주는 것, 또는 배우자 사망에 따른 어려움을 주변 지인의 도움으로 극복하는 것 등이 이에 해당한다. 다른 한편으로 비공식 사회관계와의 접촉은 상대방에 대한 이해와 신뢰를 강화하는데, 이로 인해 스트레스 요인이 발생하였을 때 도움을 받을 수 있다는 믿음을 가질 수 있다. 비공식 사회관계로부터 도움을 받을 수 있다는 믿음은 스트레스 요인이 발생하였을 때 그로 인한 스트레스를 덜 받게 하는 효과를 갖는다. 예를 들면 자녀나 친구와의 접촉을 통해 개인은 위기의 순간 의지할 수 있는 대상이 있다는 믿음을 갖게 되고, 이로 인해 스트레스 요인에 직면하게 되는 경우 그 정도를 크게 느끼지 않게 되어 정신건강에 대한 부정적 영향이 완화될 수 있다.

본 연구는 대표적인 스트레스 요인인 빈곤을 대상으로 빈곤의 우울증상에 대한 영향이 비공식 사회관계에 따라 차이를 보이는지 분석하는 것이 목적이다. 한국 노인을 대상으로 한 경우 우울증상에 대한 빈곤의 영향에

대해서는 연구가 많지 않은 편이다[8, 9, 10]. 특히 비공식 사회관계와 빈곤의 상호작용 효과를 연구한 경우는 전무하다.

노년기 빈곤이 갖는 문제의 심각성을 고려해 볼 때 빈곤의 정신건강에 대한 부정적 영향을 완화시킬 수 있는 방안을 찾아내는 것은 매우 중요한 과제라고 판단된다.

3. 연구방법

이 연구는 춘천지역 노인의 생활실태 조사 자료를 활용하였다. 이 조사는 2014년에 춘천 지역 65세 이상 노인을 대상으로 한 조사로 표본은 2,034명이었다. 조사를 위한 표본은 계층표집과 계통표집을 결합하여 선정하였는데, 춘천시의 읍·면·동에서 인구비례에 따라 조사해야 할 지점(통과 리)을 추출한 후 개별 조사지점에서 계통표집을 통해 대상자를 선정하였다.

본 조사에서는 무응답인 표본을 제외하여 분석에 포함된 사례는 1,934명이다. 춘천 지역은 도심지역은 인구가 많은 반면 농촌 오지의 경우 인구가 희박하다. 이로 인해 표본을 비례할당을 통해 배분할 경우 특정 지역에서 표본 수가 적다는 문제가 발생할 수 있다. 이 문제를 해결하기 위해 표본을 제급근비례할당을 통해 표집하였으며 조사는 표준화된 설문을 통한 일 대 일 면접조사로 진행되었다.

본 연구의 종속변수인 우울증상은 CES-D 단축형(Center for Epidemiologic Studies Short Depression Scale)을 활용해 측정하였다. 래들로프(Radloff)[20]가 개발한 CES-D 척도는 우울감정(depressed affect), 긍정적 감정(positive affect), 신체·행동둔화(somatic and retarded activity), 그리고 대인관계(Interpersonal) 네 가지 요인을 20개 항목으로 측정한다[30]. 이 척도 점수의 범위는 각 문항 당 0-3점으로 측정하여 총점은 0-60점이다. 본 연구에서는 단축형 10문항을 사용하여 총 0-30점의 범위를 갖는다. 척도의 내적신뢰도를 측정하는 크론바흐 알파(cronbach's alpha) 값은 .87이다.

본 연구의 독립변수는 빈곤과 비공식 사회관계이다. 빈곤을 어떻게 정의할 것인가에 대해서는 다양한 기준이 제시되고 있다. 최저의 생계를 유지하는데 필요한 생활비를 최저생계비로 산정하고 그 이하의 소득인 사람을 빈곤층으로 설정하는 절대적 방식과 함께 중위수 소득에

대해 50% 혹은 60% 이하의 소득층을 빈곤층으로 분류하는 상대적 기준을 적용할 수 있다[1]. 일반적으로 빈곤 측정 시 가구원 수를 고려하는데, 이는 사람들은 개인이 아니라 가구 단위로 생활하기 때문이다. 즉 1인 가구에서는 빈곤층에 속하는 소득이 아니라도 가구원 수가 많은 경우는 빈곤층이 될 수 있다. 경제협력개발기구(OECD)는 가구원 수를 고려하기 위해 균등화소득(equivalised household income)을 제시하는데 이는 소득을 가구원 수의 제곱근으로 나누어 가구원 1인당 소득을 계산하는 것이다. 경제협력개발기구(OECD)는 일반적으로 균등화 소득 중위수의 50% 이하를 빈곤집단으로 정의한다[1].

본 연구에서 사용한 자료는 50만 원 단위의 범주로 가구소득을 조사한 관계로 정확한 중위수 소득을 파악하는 것이 불가능하다. 따라서 본 연구에서는 우선 응답자의 가구 소득범주의 값을 가구원수로 나누어 균등화한 소득 범주를 계산한 후 균등화한 소득범주의 중위수 값 50% 이하 집단을 빈곤집단으로 설정하였다.

본 연구의 또 다른 독립변수인 비공식 사회관계는 “사람들 사이의 비공식적 유대 관계를 의미하는 것으로 주로 자녀와 친구·이웃과의 유대 관계”를 말한다[31]. 비공식 사회관계는 그 구조(structure)와 내용(contents)으로 구분하여 측정되는데, 여기서 구조란 유대를 맺고 있는 대상과의 관계, 접촉빈도, 친밀성 등을 의미하며 내용은 관계의 대상이 갖는 기능을 의미한다[32]. 일반적으로 사회관계의 구조는 사회관계망(social network)으로 불리는데, 사회관계망을 파악하기 위해서는 일반적으로 관계 망 내 포함되는 모든 대상들 사이의 관계와 친밀도, 접촉빈도 등을 조사하는 완전연결망조사(whole network studies)를 실시한다. 이외에 자아중심 연결망 조사(egocentric network studies)를 활용하기도 하는데 이 경우 응답자가 본인과 연결망 내 대상자와의 관계, 친밀도, 접촉빈도 등을 응답한다[33].

비공식 사회관계의 기능에 대한 측정은 사회적 지원 교환을 중심으로 이루어 졌는데, 주로 정서적, 도구적 영역을 중심으로 지원을 받는 정도와 지원을 주는 정도를 파악하여 비공식 사회관계와의 지원 교환 정도를 분석한다[32].

본 연구의 목적이 전체 사회관계망의 구조를 파악하는 것이 아니라 사회관계의 대상과 내용의 영향을 파악하는 것이라는 점에서 사회관계를 그 대상과 내용으로 구분하여 분석하였다. 대상이란 비공식 사회관계에 포함

되는 사람과의 관계를 의미하는 것으로 자녀와 친구로 구분되는데, 본 연구에서는 각 대상별로 접촉 수준을 측정하였다. 비공식 사회관계의 내용은 관계 속에서 어떤 활동이 지속되는가를 의미하는 것으로 정서적 지원, 도구적 지원, 경제적 지원으로 구분한 후 지원교환정도를 측정하였다. 구체적으로 대상과의 접촉수준은 자녀와 친구 각각에 대해 전화와 대면 접촉 수준 각각을 6점 척도로 측정하여 그 합을 접촉수준으로 활용하였다. 따라서 자녀, 친구와의 접촉 수준은 최소 2점에서 최대 12점의 범위를 갖는다. 자녀, 친구와의 교환은 정서적, 도구적, 금전적 지원 세 영역 각각에 대해 도움주기와 도움받기를 5점으로 측정하였다. 따라서 교환 수준은 최소 6점에서 최대 30점의 범위를 갖는다.

〈Table 1〉 Variables in Analysis

Variables	Content
Depressive symptom	CES-D-short form 10
Subjective health	5-score scale (1: very good, 5: very bad)
Level of pain	11-score scale (0: no pain, 10: unimaginable pain)
Number of chronic disease	Number of chronic disease diagnosed by medicine
Gender	Dummy variable (0=female, 1: male)
Year of schooling	Continuous variable
Age	Continuous variable
Region	Dummy variable (0: eup/myoen, 1: dong)
Living alone	Dummy variable (0: no, 1: yes)
Having religion	Dummy variable (0: no, 1: yes)
Status of marriage	Dummy variable (0: divorced • unmarried • bereaved • separated, 1: married)
Employment	Dummy variable (0: no, 1: yes)
Number of social activity	Number of social activity in participation
Status of poverty	Dummy variable (0: no, 1: yes)
Level of contact with children(A)	Continuous variable (range 2 - 12)
Level of support exchange with children(B)	Continuous variable (range 6 - 30)
Level of contact with friends(C)	Continuous variable (range 2 - 12)
Level of support exchange with friends(D)	Continuous variable (range 6 - 30)
Interaction term 1	Poverty × A
Interaction term 2	Poverty × B
Interaction term 3	Poverty × C
Interaction term 4	Poverty × D

본 연구는 빈곤과 비공식 사회관계의 상호작용 효과를 분석에 포함하였다. 상호작용 효과변수는 자녀접촉수준, 자녀지원교환수준, 친구접촉수준, 친구지원교환수준 네 변수 각각에 빈곤여부를 곱해 구성되었다. 이외에 인구·사회적 요인을 통제변수로 분석에 포함하였다. 독립

및 종속 변수를 포함하여 분석에 사용된 변수의 내용은 <Table 1>과 같다.

본 연구는 자료분석을 위해 다변수 회귀분석(multiple regression analysis)을 활용하였다. 회귀분석에서 이분산성(heteroskedasticity)이 발견되는 경우 추정치는 효율적이지 못할 가능성이 크다. 본 연구에서는 이분산성이 탐지되어 이를 교정하는 방법인 로보스트(robust) 표준오차를 활용한 회귀분석을 실시하였다. 로보스트 표준오차의 경우 화이트-휴버 샌드위치 표준오차(white-huber sandwich estimator)를 사용하는데 이는 표준오차 계산 시 동분산성이 가정된 오차 대신 각 변수 값에 대한 오차를 이용하여 표준오차를 계산한다[34].

4. 연구결과 및 논의

4.1 표본의 특징

분석에 사용된 표본의 일반적 특징은 다음과 같다. 전체 표본 중 비빈곤 집단은 75.44%이며 빈곤 집단은 24.56%이다. 두 집단의 우울증상 점수를 살펴보면 비빈곤 집단은 3.65점이며 빈곤 집단은 6.58점으로 두 집단에서 우울증상 점수가 큰 차이를 보인다는 점을 확인할 수 있다.

<Table 2> General Characteristics of the Sample (frequency(%), mean(S.D))

Variable(N=1,937)	No Poverty	Poverty	Total
Total	1,474(75.44)	480(24.56)	1,954(100.00)
Gender			
Female	798(69.82)	345(30.18) ***	1,143(100.00)
Male	676(83.35)	135(16.65)	811(100.00)
Subjective health	3.03(1.10)	3.73(1.03) ***	3.20(1.13)
Level of pain	3.87(2.80)	5.72(2.80) ***	4.33(2.91)
Number of chronic disease	1.37(1.12)	1.91(1.23) ***	1.51(1.17)
Year of schooling	7.03(4.77)	3.72(4.03) ***	6.21(4.81)
Age	73.64(6.19)	76.74(6.00) ***	74.40(6.29)
Status of religion	614(73.01)	227(26.99) *	841(100.00)
No			
Yes	860(77.27)	253(22.73)	1,113(100.00)
Status of marriage	535(60.93)	343(39.07) ***	878(100.00)
No spouse	939(87.27)	137(12.73)	1,076(100.00)
Employment	978(71.75)	385(28.25) ***	1,363(100.00)
Yes	496(83.93)	95(16.07)	591(100.00)
Number of social activity	1.96(1.44)	1.51(1.03) ***	1.85(1.37)
Region			
Eup/myoen Dong	487(75.74)	156(24.26)	643(100.00)
987(75.29)	324(24.71)	1,311(100.00)	
Living alone	1,197(87.12)	177(12.88) ***	1,374(100.00)
Yes	277(47.76)	303(52.24)	580(100.00)
Level of contact with children	7.75(2.13)	7.46(2.18) **	7.68(2.15)
Level of support exchange with children	17.87(4.16)	17.64(4.08)	17.90(4.08)
Level of contact with friends	6.12(1.81)	5.69(1.87) ***	6.02(1.83)
Level of support exchange with friends	22.37(4.20)	20.8(4.88) ***	21.98(4.43)
CES-D score	3.65(3.88)	6.58(5.62) ***	4.37(4.56)

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

<Table 2>에서 확인할 수 있는 것처럼 건강, 인구사 회적 특징 모두에서 두 집단은 유의미한 차이를 보이고 있다. 비공식 사회관계를 살펴보면 비빈곤 집단은 빈곤 집단에 비해 자녀와의 접촉과 교환 모두 더 높은 수준을 보이고 있다. 친구와의 관계를 살펴보면 접촉 수준은 비 빈곤 집단이 빈곤 집단에 비해 높은 수준으로 나타나는 반면, 지원교환 수준에는 유의미한 차이를 보이지 않는다.

4.2 기술적 분석

<Table 3> Correlation among variables

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	
CES-D score(1)	1																		
Subjective health(2)	.39 ***	1																	
Level of pain(3)	.40 ***	.68 ***	1																
Number of chronic disease(4)	.27 ***	.51 ***	.48 ***	1															
Gender(5)	-.11 ***	-.24 ***	-.24 ***	-.20 ***	1														
Year of schooling(6)	-.20 ***	-.24 ***	-.32 ***	-.21 ***	.44 ***	1													
Age(7)	.12 ***	.24 ***	.21 ***	.14 ***	-.12 ***	-.41 ***	1												
Status of religion(8)	-.06 ***	-.01	.01	.01	-.13 ***	.11	-.01	1											
Status of marriage(9)	-.23 ***	-.25 ***	-.24 ***	-.18 ***	.48 ***	.35 ***	-.29 ***	-.07	1										
Employment(10)	-.10 ***	-.18 ***	-.16 ***	-.15 ***	.22 ***	.01	-.23 ***	-.09	.20	1									
Number of social activity(11)	-.19 ***	-.22 ***	0.14	-.12	.24	-.34	-.10	.31	.18	-.01	1								
Level of support with children(12)	-.15 ***	-.10 ***	.01	-.03	-.11 ***	.02	-.01	.09	.01	-.05	.17	1							
Level of support exchange with friends(13)	-.12 ***	-.09 ***	.03	.01	-.15 ***	-.10 ***	.01	-.01	.07	.05	.13	.41	1						
Level of contact with friends(14)	-.11 ***	-.09 ***	-.03	-.02	-.03	-.01	-.05	-.02	.01	.06	.09	.21	.39	1					
Level of contact with children(15)	-.21 ***	-.11 ***	-.07 ***	-.07 ***	.01	.10	-.07 ***	.05	.09	.01	.09	.29	.08	.10	1				
Region(16)	-.01	-.07 ***	-.01	-.06	-.03	.22 ***	-.03	.17	-.04	.29	.05	.05	-.09	-.09	.05	1			
Living alone(17)	.20 ***	.17 ***	.16 ***	.13 ***	-.29 ***	-.22 ***	.12	.02	-.71 ***	-.10	.15	.09	.04	.05	-.06	.02	1		
Poverty(18)	.28 ***	.27 ***	.27 ***	.20 ***	-.16 ***	-.30 ***	.21 ***	-.05	.30 ***	.13	.14	.15	.04	.06	-.10	.01	.42	1	

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

분석에 포함된 변수를 사이의 상관관계를 살펴본 결과는 <Table 3>과 같다. 건강, 인구·사회적 특징, 비공식 사회관계 등 대부분의 변수들이 우울증상과 유의미한 상관관계를 보이는 것으로 확인되었다. 지역 특성은 우울증상과 유의미한 상관관계를 보이지 않고 있다. 빈곤

역시 우울증상을 포함하여 분석에 포함된 대부분의 변수들과 유의미한 상관관계를 보이고 있다. 지역 특성과 친구와의 지원교환은 빈곤과 유의미한 상관관계를 보이지 않는다. 상관관계 분석은 다양한 요인을 통제하지 않은 결과라는 점에서 다변수 분석을 통해 유의미한 관계가 무엇인지 다시 확인할 필요성이 있다.

4.3 빈곤과 비공식 사회관계의 상호작용:

다변수 분석

우울증상에 영향을 주는 변수가 무엇인지 확인하기 위해 다변수 회귀분석을 실시하였다. 분석은 우선 상호작용 효과를 제외한 분석을 통해 주요 변수의 우울증상에 대한 영향을 살펴보았다. 다음으로 상호작용 효과를 포함한 분석을 통해 빈곤의 영향을 완화하는데 기여하는 요인이 무엇인지 분석하였다. 다변수 회귀분석 결과를 통해 확인된 바는 <Table 4>와 다음과 같다.

<Table 4> Multi variate analysis: regression with robust standard error

Variables(N=1,937)	Model 1	Model 2
	b(s.e)	b(s.e)
Subjective health	.47(.13) ***	.47(.13) ***
Level of pain	.37(.05) ***	.37(.05) ***
Number of chronic disease	.17(.10)	.17(.10)
Gender	.64(.25) **	.61(.25) *
Year of schooling	-.01(.03)	-.01(.02)
Age	-.03(.02)	-.02(.02)
Status of religion	-.10(.20)	-.10(.20)
Status of marriage	-.94(.31) **	-.91(.31) **
Employment	-.31(.21)	-.29(.21)
Number of social activity	-.25(.08) **	-.25(.08) **
Region	-.35(.20)	-.35(.20)
Living alone	.25(.32)	.27(.32)
Poverty(0=not in poverty)	1.11(.28) ***	3.70(1.64) *
Level of contact with children (A)	-.35(.05) ***	-.27(.05) ***
Level of support exchange with children (B)	-.02(.03)	-.01(.03)
Level of contact with friends (C)	-.09(.05)	-.12(.06) *
Level of support exchange with friends (D)	-.07(.03) **	-.06(.03) *
Poverty * A		-.33(.14) *
Poverty * B		-.01(.07)
Poverty * C		.09(.13)
Poverty * D		-.08(.07)
Constant	8.26(1.60) ***	7.35(1.58) ***
	N=1,933, F=34.29*** R ² = .269	N=1,933, F=28.83*** R ² = .273

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

첫째, 건강 관련 변수인 주관적 건강, 통증정도는 두 모델 모두에서 우울증상과 유의미한 관련성을 보이고 있다. 즉 주관적 건강에 대한 인식이 낮을수록, 통증정도가 높을수록 우울증상 점수는 높아진다. 만성 질환 수는 그러나 우울증상과 유의미한 관련성을 보이지 않는다. 건강관련 변수들이 우울증상과 관련성이 있다는 점은 선행연구[16]에서도 확인되는 바로 본 연구 결과 역시 이를 다시 한 번 확인시켜 주고 있다. 다만 선행연구의 경우 만성 질환 수가 우울증상과 유의미한 관계를 보인다는 연구 결과[35]도 제시된 바 있는데 이러한 차이는 통제변수의 차이로 인한 것으로 보인다. 본 연구의 경우 주관적 건강이나 통증 수준 등 건강에 대한 주관적 인식 변수를 포함하고 있는데 만성질환 수는 이들 변수와 높은 상관관계를 보이고 있다.

둘째, 사회경제적 변수들의 영향을 살펴보면 성, 혼인상태와 참여 사회활동 수가 우울증상과 유의미한 관련성을 보이는 것으로 나타나고 있다. 성의 경우 남성이 여성에 비해 우울증상 점수가 더 높게 나타났다. 선행연구에서 여성에서 우울증상이 더 많거나[16] 성은 우울증상과 관련성이 없다는 연구 결과를 보여주고 있는데[14], 본 연구는 선행연구와는 다른 결과를 보여주고 있다. 본 연구의 공간적 대상은 춘천 지역인데 성의 영향이 다른 이유가 지리적 특수성에 때문인지 아니면 다른 요인 때문인지 추가적인 연구가 필요한 것으로 보인다. 배우자와 동거하는 경우는 이혼·사별·별거·미혼의 경우에 비해 우울증상 점수가 낮은 것으로 확인되고 있다. 사회활동 역시 참여 사회활동 수가 많을수록 우울증상 점수가 낮아지는 것으로 나타나고 있다.

셋째 주요 독립변수인 빈곤과 우울증상과의 관계를 살펴보면 다음과 같다. 빈곤유무 변수는 우울증상과 정적 관계를 보여 빈곤한 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 우울증상 점수가 더 높은 것을 확인할 수 있다. 빈곤과 우울증상과의 관계는 두 모델 모두에서 유의미한 것으로 나타났다. 본 연구 결과는 빈곤이 스트레스를 유발해 정신 건강에 부정적 영향을 준다는 선행연구를 다시 한 번 확인시켜 준다.

넷째, 독립변수인 비공식 사회관계가 우울증상에 미치는 직접적 효과를 살펴보면 다음과 같다. 자녀 접촉의 경우 두 모델 모두에서 우울증상과 유의미한 관계를 보이는데, 접촉 수준이 증가하면 우울증상 점수는 감소한다.

선행연구[16]에서도 자녀접촉 수준은 우울증상과 부적 관련성이 있는 것으로 확인되고 있는데, 본 연구 결과 역시 이를 다시 한 번 확인시켜주고 있다. 자녀와의 접촉 과정에서 노인은 필요한 정보를 얻고 자신의 행동을 규제할 수 있는데 이로 인해 정신건강에 긍정적인 영향을 주는 것으로 보인다. 자녀 지원교환은 우울증상과 유의미한 관계를 보이지 않는다. 선행연구[16]의 경우 자녀로부터의 지원받기가 긍정적 영향을 주는 반면 지원주기는 정신건강에 부정적 영향을 주는 것으로 나타나고 있는데, 본 연구 결과는 지원주기와 받기의 영향이 서로 상쇄된 결과로 보인다.

친구 접촉의 경우는 상호작용 모델에서만 우울증상 점수와 유의미한 부적 관계를 보이고 있다. 친구 접촉의 효과에 대해서는 선행연구에서도 우울증상과 유의미한 관계를 보이지 않는다는 연구 결과가 제시된 바 있다 [16]. 친구와의 지원교환은 두 모델 모두에서 우울증상 점수와 부적 관계를 보이고 있다. 즉 친구와 지원교환 수준이 높을수록 우울증상 점수는 낮아진다. 비공식 사회관계의 영향에 대한 분석 결과는 모든 비공식 사회관계가 우울증상에 직접적인 영향을 주는 것은 아니며 자녀의 경우는 접촉수준이, 친구의 경우는 지원교환 수준이 유의미한 영향을 준다는 점을 확인하였다.

다섯째, 비공식 사회관계와 빈곤과의 상호작용 효과를 분석한 결과는 다음과 같다. 개별 변수의 상호작용 효과를 살펴보면 자녀와의 지원교환과 빈곤의 상호작용 변수가 우울증상과 부적 관계를 보이는 것으로 나타나고 있는데, 이는 빈곤한 집단의 경우 자녀와의 상호작용이 증가할수록 빈곤의 우울증상에 대한 영향이 감소하는 것을 의미한다. 상호작용 효과를 포함한 빈곤의 회귀 식을 살펴보면 다음과 같다.

3.07(빈곤)-.33(빈곤×자녀접촉수준)

이 식에서 빈곤의 계수는 자녀접촉수준이 1일 경우 2.74인 반면 자녀접촉수준이 2일 경우는 2.41로 감소된다. 즉 빈곤과 자녀접촉수준과의 상호작용으로 인해 빈곤의 계수는 .33씩 감소한다. 참고로 분석 결과를 제시하지는 않지만 자료를 표준화하여 분석한 결과에 의하면 빈곤여부의 계수는 .35이며 상호작용 효과의 계수는 -.19로 나타나 자녀지원교환수준이 1표준편차 증가할 때마다 빈곤

의 영향은 계수(.35)에서 .19씩 감소하는 것을 나타냈다. 이러한 결과는 빈곤의 영향이 자녀와의 접촉수준에 의해 감소되고 있음을 확인시켜 주는 것으로 볼 수 있다. 자녀와의 접촉수준과는 달리 자녀와의 지원교환이나 친구와의 접촉, 교환수준은 빈곤과 유의미한 상호작용 효과를 보이지 않는 것으로 나타났다.

비공식 사회관계와의 접촉은 스트레스 요인에 대한 민감성을 완화시킴으로써 스트레스 요인이 갖는 부정적 영향을 감소시키는데 기여한다. 이는 접촉을 통해 위기 순간 도움을 받을 수 있다는 믿음이 생성되기 때문으로 해석된다. 노인은 자녀와의 접촉을 통해 애정관계를 확인할 뿐만 아니라 자신의 일상에 대한 정보를 제공한다. 이 과정에서 노인은 자녀들이 자신의 처지를 알고 있고 위기의 순간 도와줄 것이라는 믿음을 갖게 되는데, 이러한 믿음으로 인해 위기가 닥쳤을 경우 그 충격이 완화되는 효과를 얻는다.

본 연구의 결과를 통해 빈곤은 우울증상을 강화하는 요인이 되며, 비공식 사회관계, 특히 자녀와의 사회관계는 우울증상을 낮추는데 기여할 수 있음을 확인하였다. 이와 함께 자녀와의 접촉 수준은 빈곤의 우울증상에 대한 영향을 완화하는데 기여할 수 있다는 점 역시 확인하였다.

5. 결론 및 함의

노년기 빈곤은 우울증상의 영향요인일 뿐만 아니라 자살과도 관련성이 있는 것으로 알려져 있다. 급속하게 고령인구가 증가하는 한국의 현실에서 자살 등 우울증상에 의한 부정적 결과를 고려해 볼 때 빈곤의 정신건강에 대한 영향을 축소시키는 방안을 모색하는 것은 학문적 측면뿐만 아니라 정책적 측면에서도 매우 시급한 과제가 아닐 수 없다. 본 연구는 춘천 지역 노인에 대한 자료를 대상으로 빈곤의 우울증상에 대한 직접적인 영향과 더불어 빈곤과 비공식 사회관계의 우울증상에 대한 상호작용 효과를 분석하였다. 본 연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째 분석 결과에 의하면 빈곤 상태인 노인은 비빈곤 상태인 노인에 비해 우울증상 점수가 더 높은 것으로 나타나 빈곤이 우울증상에 직접적인 영향을 주는 것으로

확인되었다. 이러한 결과에 비추어 볼 때 노년기 우울증상을 줄이기 위해서는 보건 의료적 접근과 더불어 경제적인 지원도 필요한 것으로 보인다. 한국은 국민연금, 기초연금, 국민기초생활보장제도 등 노년기 소득을 보장하기 위해 다양한 제도를 시행하고 있지만 빈곤 노인의 소득 증가라는 측면에서는 여전히 부족한 것이 사실이다. 특히 기초연금으로 인해 국민기초생활보장 급여가 삭감된다는 점을 고려하면 빈곤층 노인의 소득을 증가시키기 위한 새로운 노력이 필요한 것으로 보인다. 구체적으로 국민기초생활보장제도 수급을 기초연금과 연계하지 않는 방식으로 전환하여 빈곤층 노인의 경우 두 가지 소득 보장제도로부터 급여를 받을 수 있는 장치를 마련하는 것이 필요하다. 다른 노인과의 형평성이 문제가 된다면 수급액 전부가 아닌 일부만 축소하는 방식으로라도 빈곤층 노인의 복지 급여를 확대하는 것이 필요하다. 현재 운영되고 있는 노인 소득보장제도를 강화하여 소득을 직접 지원하는 것이 가장 바람직하지만 그것이 재정적으로 어렵다면 노인의 경제활동을 지원하는 정책을 확대하는 것도 고려해 볼 수 있다.

다른 한편으로 노년기 빈곤으로 인해 나타나는 다양한 문제에도 불구하고 한국 노인을 대상으로 빈곤의 영향이 무엇인지에 대해서는 체계적인 연구가 부족한 실정이다. 빈곤 수준에 따라 노년기 삶이 어떻게 변화하는지 향후 추가적인 연구가 필요하다고 판단된다.

둘째, 분석 결과에 의하면 자녀와의 접촉수준, 친구와의 지원교환 수준만이 우울증상 점수를 낮추는데 기여하는 것으로 나타나 모든 비공식 사회관계가 우울증상 감소에 기여하는 것은 아니라는 점도 확인하였다. 비공식 사회관계는 그 대상과 내용에 따라 노년기의 삶에 대한 영향이 다르다는 점에서 향후 비공식 사회관계의 영향에 대한 연구를 진행하는 경우 비공식 사회관계를 다양한 유형으로 구분하여 분석하는 것이 영향력을 적절하게 파악하는데 기여할 수 있을 것으로 판단된다. 비공식 사회관계를 구성하는 다양한 측면을 세분화하여 분석하는 경우 노년기 우울증상에 대한 보다 정확한 예측이 가능할 뿐만 아니라 우울증상 완화를 위해 보다 효율적인 수단을 개발하는데도 기여할 수 있을 것이다. 이와 함께 자살 생각이나 불안, 우울 등과 같은 정신 건강의 다양한 측면에 영향을 주는 요인이 무엇인지도 정밀하게 분석할 수 있을 것이다.

셋째, 4개의 비공식 사회관계 항목 중 유일하게 자녀와의 접촉수준만 빈곤과 상호작용 효과가 있음을 확인하였다. 본 연구의 결과를 통해 노년기 삶에서 자녀의 중요성이 다시 한 번 확인되었다는 점에서 노년기의 정신건강을 위해서는 자녀가 노부모와 자주 접촉할 수 있는 사회 환경을 조성하는 것도 필요하다고 판단된다. 물론 자녀가 학업이나 일자리를 찾아 지방에서 대도시로 이주하는 것이나 대도시 안에서 부모와 비교적 먼 거리로 분가하는 것은 어쩔 수 없다 할지라도 자녀가 부모를 자주 찾아볼 수 있는 환경을 만드는 노력이 필요하다고 판단된다.

우리나라는 잦은 야근, 회식, 짧은 휴가 등으로 인해 근로시간 외 여유시간이 매우 부족한 실정이다. 노부모와 자녀가 더 많이 접촉할 수 있는 환경을 만들기 위해서는 장기적으로 지역 간 균형발전을 추진하여 지역의 젊은이들이 수도권으로 이동하지 않고 지역 내에서 일자리를 찾을 수 있도록 만드는 것과 더불어 근로시간 단축, 야근자제 문화조성과 같은 제도적 개선을 통해 여가 시간을 확대하는 것이 필요하다.

선행연구[4]에 의하면 빈곤의 영향은 동시적일 뿐만 아니라 시계열적으로 누적적으로 나타나는 것으로 알려져 있다. 즉 노년기 빈곤뿐만 아니라 젊은 혹은 어린 시절의 빈곤도 노년기 정신건강에 영향을 주는 것으로 알려져 있다. 본 연구의 경우 횡단면 자료의 사용으로 빈곤의 시계열에 따른 효과를 분석하지 못한다는 한계를 갖는다. 차후 한국 노인을 대상으로도 빈곤의 생애주기적, 누적적 효과에 대한 추가적인 연구가 필요한 것으로 판단된다.

ACKNOWLEDGMENTS

This research was supported by Hallym University Specialization Fund.(HRF-S-22)

REFERENCES

- [1] OECD, In It together: Why Less Inequality Benefits All, Paris: OECD, 2015

- [2] M. M. Glymour, M. Avendano, and I. Kawach, Socioeconomic status and health, L. F. Berkman, I. Kawachi, and M. M. Glymour(eds.), *Social Epidemiology*(2nd), New York: Oxford University Press. 2014.
- [3] H. K. Woo, and Y. T. Cho, Poverty dynamics and suicide, *Health and Social Science*, Vol. 34, No. 12, pp. 5-35, 2013.
- [4] J. Kahn, and L. I. Pearlin, Financial strains over the life course and health among older adults, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 47(march), pp. 17-31, 2006.
- [5] L. I. Pearlin, and A. Bierman, Current issues and future directions in research into the stress process, c. S. Aneshensel, J. C. Phelan and A. Bierman(eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*(2nd), Springer, 2013.
- [6] L. I. Pearlin, and C. Schooler, The structure of coping, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 19, No. 1, pp. 2-21.
- [7] Baeg-Eui, Hong, Factors influencing the economic status of the elderly in Korea, *Korean Journal of Social Welfare*, Vol. 57, No. 4, pp. 275-290, 2005.
- [8] Tae-wan, Kim and Ju-mi, Lee, A study of elderly poverty and depression: focusing on the multidimensional concept of poverty, *Health and Social Welfare Review*, Vol. 35, No. 3, pp. 71-102.
- [9] J. Y. Kim, The effects of poverty of the elderly on the mental health of the elderly: the moderating effect of employment conditions, *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol. 34, No. 4, pp. 717-735, 2014.
- [10] Dong Bae Kim, Byung Sun Yoo and Soo Min Shin, The effects of housing poverty on the depression of the elderly: the mediating effect of social service, *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol. 32, No. 4, pp. 1041-1061.
- [11] B. W. Lemon, V. L. Bengtson, and J. A. Peterson, An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community, *Journal of Gerontology*, Vol. 27, No. 4, pp. 511-523, 1972.
- [12] P. A. Thoits, Mechanisms linking social ties and support to physical mental health, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 52, No. 2, pp. 145-161, 2011.
- [13] Dong-Bae Kim, and Eui-Seong Sohn, A meta-analysis of the variables related to depression in elderly, *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol. 25, No. 4, pp. 167-187, 2005.
- [14] Y. B. Kim, A study on the relationship between social activities and depressive symptom: focusing on difference between young-old and old-old, *Regional Sociology*, Vol. 16, No. 1, pp. 213-237, 2015.
- [15] Y. B. Kim, The factor affecting depressive symptom of elderly in Chuncheon area: focusing on the effect of intergenerational support exchange, *Regional Sociology*, Vol. 15, No. 1, pp. 223-244, 2013.
- [16] S. H. Lee, and Y. B. Kim, Which type of social activities decrease depression in the elderly? an analysis of a population-based study in South Korea, *Iranian Journal of Public Health*, Vol. 43, No. 7, pp. 903-912, 2014.
- [17] Eun-Jeong Kim and Shin-Young Lee, The informal social support patterns and depression in rural elders: compared to urban elders, *Social Science Research Review*, Vol. 28, No. 2, pp. 149-176.
- [18] R. J. Turner, B. Wheaton, and D. A. Lloyd, The epidemiology of social stress, *American Sociological Review*, Vol. 60, No. 1, pp. 104-125, 1995.
- [19] N. Muramatsu, Country-level income inequality and depression among older americans, *Health Services Research*, Vol. 38, No. 6, pp. 1863-1883, 2003.
- [20] L. S. Radloff, The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurement*, Vol. 1, pp. 385-401, 1977.
- [21] Ministry of Health and Welfare · Korea Center for

- Disease Control and Prevention, Korea Health Statistics 2013 : Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI-1), Ministry of Health and Welfare, 2014.
- [22] K. L. Fiori, J. M. McIlvane, E. E. Brown, and T. Antonucci, Social relations and depressive symptomatology: self-efficacy as a mediator, *Aging & Mental Health*, Vol. 10, No. 3, pp. 227-239, 2006
- [23] T. A. Glass, De Leon C. F. Mendes, S. S. Bassuk, and L. F. Berkman, Social engagement and depressive symptoms in later life: longitudinal findings, *Journal of Aging and Health*, Vol. 18, No. 4, pp. 604-628, 2006.
- [24] K. Fiori, T. C. Antonucci, and K. S. Cortina, Social network typologies and mental health among older adults, *Journal of Gerontology*, Vol. 61B, pp. 25-32, 2006.
- [25] J. B. Turner, and R. J. Turner, Social relations, social integration, and social support, in C. S. Aneshensel, Jo C. PHelan, and A. Bierman(eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*(2nd edition), Springer, 2015.
- [26] B. N. Uchino, Understanding the links between social support and physical health: a life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support, *Perspectives on Psychological Science*, Vol. 4, pp. 236-255, 2009.
- [27] D. Umberson, and J. K. Montez, Social relationships and health: a flashpoint for health policy, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 51, pp. S54-S66, 2010.
- [28] S. Cohen, and S. L. Syme, *Social Support and Health*, New York: Academic Press, 1985.
- [29] L. I. Pearlin, The sociological study of stress, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 30, No. 3, pp. 241-256, 1989.
- [30] Sung-Woo Bae, and Won-Shik Shin, The factor structure of the CES-D scale(the center for epidemiologic studies-depression scale): an application of confirmatory factor analysis, *Health and Social Science*, Vol. 18, pp. 165-190, 2005.
- [31] F. Pichler, and C. Wallace, Patterns of formal and informal social capital in europe, *European Sociological Review*, Vol. 32, No. 4, pp. 423-435, 2007.
- [32] J. S. House, Social support and social structure, *Sociological Forum*, Vol. 2, No. 1, pp. 135-146, 1987.
- [33] P. V. Marsden, Survey methods for network data, in J. Scott and P. J. Carrington, *Sage Handbook of Social Network Analysis*, pp. 370-389, 2011.
- [34] D. N. Gujarati, and D. C. Porter, *Basic Econometrics*(5th edition), McGraw-Hill, 2009.
- [35] M. S. Lee, Chronic diseases, depressive symptoms and the effects of social networks in Korean elderly population, *Health and Social Science*, Vol. 27, pp. 5-26, 2010.

김 영 범(Kim, Young Bum)



- 1993년 2월 : 연세대학교 본대학원 (문학석사)
- 1999년 2월 : 연세대학교 본대학원 (문학박사)
- 2012년 9월 ~ 현재 : 한림대학교 고령사회연구소 부교수
- 관심분야 : 복지사회학, 사회노년학
- E-Mail : twoponej@gmail.com

이 승 희(Lee, Seung Hee)



- 1994년 2월 : 이화여자대학교 간호학과(간호학사)
- 1997년 2월 : 서울대학교 보건대학원 보건학과(보건학석사)
- 2006년 8월 : 이화여자대학교 간호과학과(간호학박사)
- 2011년 9월 ~ 현재 : 울산대학교 간호학과 부교수
- 관심분야 : 간호관리, 노인간호
- E-Mail : seunglee@ulsan.ac.kr