creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

사회복지학석사 학위논문

노인과 비노인의 신체건강이 우울에 미치는 영향

- 사회적지지의 기능별 조절효과를 중심으로 -

2022년 2월

서울대학교 대학원

사회복지학과

조 하 영

노인과 비노인의 신체건강이 우울에 미치는 영향

- 사회적지지의 기능별 조절효과를 중심으로 -

지도교수 하 정 화

이 논문을 사회복지학 석사 학위논문으로 제출함
2021년 11월

서울대학교 대학원
사회복지학과
조 하 영

조하영의 석사 학위논문을 인준함
2021년 12월

위 원 장 Yoo Joan Paek

부위원장 한윤선

위 원 하정화

국문초록

노인과 비노인의 신체건강이 우울에 미치는 영향

- 사회적지지의 기능별 조절효과를 중심으로 -

서울대학교 대학원
사회복지학과
조하영

본 연구의 목적은 스트레스코핑이론과 생애주기관점을 기반으로 노인과 비노인의 신체건강이 우울에 미치는 영향과 신체건강이 우울에 미치는 영향에 있어 사회적 지지의 기능별 조절효과를 분석하는 것이다. 신체건강은 주관적 신체건강 지표를 사용하였으며 사회적 지지는 기능별로 구분하여 정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 평가적 지지의 조절효과를 확인하였다. 분석을 위하여 국민노후보장패널 조사의 6차 본조사, 6차 부가조사, 7차 본조사 데이터를 사용하였으며, 65세 미만 집단을 비노인 집단으로, 65세 이상 집단을 노인 집단으로 규정 하였다. 비노인 집단 표본은 총 3473명, 노인 집단 표본은 3684명이었으며, 분석방법은 OLS 위계적 다중회귀분석을 사용하였다. 주요 연구결과는 다음과 같다. 첫째, 노인과 비노인 모두 신체건강은 우울에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 둘째, 비노인 집단에 있어서 정서적 지지는 신체건강이 우울에 미치는 부정적인 영향을 완화 시키는 효과를, 도구적

지지는 강화시키는 효과를 가지는 것으로 나타났다. 셋째, 노인 집단에 있어서 통계적으로 유의미하게 신체건강과 우울 간의 관계를 조절하는 사회적지지 기능은 나타나지 않았다. 해당 연구결과를 바탕으로 본 연구가 가지는 이론적 함의는 다음과 같다. 첫째 스트레스코핑 이론을 바탕으로 신체건강이 노인과 비노인 모두에게 주요한 영향요인임을 확인하였다. 둘째, 비노인 집단에 있어서 사회적 기능은 기능에 따라 조절효과가 달라질 수 있음을 보여주었다. 셋째, 스트레스 사건의 타이밍에 근거하여 구분한 연령 집단에 따라 유의미한 사회적지지 기능이 달라질 수 있음을 보여주었다. 마지막으로 본 연구가 가지는 실천적 함의는 생애주기 상 너무 이르게 (off time)에 부정적인 신체건강 상태를 경험하게 되는 비노인 집단의 신체건강에 대한 예방적 개입의 필요성, 이미 부정적인 신체건강 상태를 겪고 있는 비노인 집단에 대한 정서적지지 서비스 개발 및 보급의 필요성, 그리고 노인 신체건강에 대한 개입 강화의 필요성을 보여주었다는 점이다.

주요어 : 주관적 신체건강, 우울, 사회적지지, 스트레스코핑, 생애주기, 국민노후보장패널조사
학 번 : 2019-23804

목 차

제1장 서론 ····· 6

제2장 이론적 배경 및 문헌고찰 ····· 8
제1절 신체 건강과 우울 ····· 8
제2절 신체 건강, 우울, 사회적 지지 ····· 12
제3절 신체 건강, 우울, 사회적지지, 연령집단 ····· 24

제3장 연구방법 ····· 29
제1절 연구모형 및 연구가설 ····· 29
제2절 자료 및 연구대상 ····· 30
제3절 측정 변수 ····· 31
제4절 분석 방법 ····· 34

제4장 연구결과 ····· 36
제1절 연구대상자의 특성 ····· 36
제2절 주요변수의 상관관계 ····· 39
제3절 가설 검증 ····· 44

제5장 결론 ····· 56
제1절 연구결과 요약 ····· 56
제2절 연구결과 논의 ····· 58
제3절 연구의 함의 ····· 65
제4절 연구의 한계와 제언 ····· 71

참고문헌 ····· 74
Abstract ····· 89

표 목 차

[표 1] ····· 39
[표 2] ····· 43
[표 3] ····· 43
[표 4] ····· 54
[표 5] ····· 55

그 림 목 차

[그림 1] ····· 52
[그림 2] ····· 53

제1장 서론

현재 한국에서 우울은 주요한 사회적 문제이다. 우울은 정신적 고통, 신체적 증상, 그리고 인지적 증상을 동반하며 개인의 사회적 기능을 제한할 뿐만 아니라 극단적인 경우 자살로 이어질 수 있다(Hawton, 2013; 권석만, 2013). 주요우울장애가 아니더라도 우울 증상이나 낮은 수준의 우울증은 개인을 위축시키고 일상생활 기능 수행을 방해하여 개인의 안녕을 저해할 수 있다(황 환& 이선혜, 2014). 이처럼 경미한 수준에서도 개인의 삶에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 우울감을 경험한 비율은 2019년 기준 일반 성인 인구 중 11.2%가 경험한 것으로 나타났다 (보건복지부, 2019). 매년 성인 인구의 10분의 1이 우울감을 경험하고 있다는 것은 한국인의 상당수가 우울로 인해 고통받고, 일상생활에 제한을 받을 수 있음을 의미한다.

우울에 매우 다양한 요인들이 영향을 미치는 것으로 알려져 있으나 부정적 신체 건강상태는 단연코 핵심적인 영향요인으로 손꼽힌다 (Jaffe, et al., 1994; Cuijpers, et al., 2004; Turner & Noh, 1988). 개인을 우울로부터 보호하기 위해선 부정적 신체건강 상태가 우울에 미치는 부정적인 영향을 감소시켜줄 수 있는 보호 요인을 찾아내는 것이 중요하다. 스트레스코핑 이론에 따르면 사회적 지지는 개인이 스트레스에 대처하는데 사용할 수 있는 매우 중요한 사회적 자원이다. 따라서 신체건강이 우울에 미치는 부정적인 영향을 사회적 지지가 완충시켜주는가 에 대한 연구가 활발히 진행되어오고 있다(e.g. Turner, et al., 1983; Folkman & Lazarus 1984; Brown & Andrews, 1986; Thoits, 1995; Pierce, 1996; Coventry, et al., 2004). 그러나 사회적 지지는 다양한 특징들을 담고 있어 사회적 지지의 구조적 요인과 기능적 요인을 구분하고, 사회적지지 기능 중에서도 서로 다른 기능들을 세분화하여 각 기능의 특정한 효과를 분석하는 것이 중요하다. 나아가 생애주기 관점의 삶의 타이밍 개념에 따르면 노년기에는 부정적 신체건강 상태가 자연스러운 현상으로 여겨질

수 있으나, 비노년기에는 부정적 신체건강 상태가 “부적절한” 타이밍에 일어난, 비정상적인 현상으로 여겨질 수 있다. 그러므로 부정적 신체건강 상태가 어떤 연령집단에서 일어났는가에 따라서 부정적 신체건강 상태의 부정적인 영향을 감소시켜줄 수 있는 사회적지지 기능의 종류와 영향력도 달라질 수 있다. 연령집단에 따라 효과적인 사회적 지지의 종류와 영향력이 달라진다는 것은 부정적 신체건강 상태에 놓인 개인이 노년층인지 비노년층에 속하느냐에 따라 사회적지지 관련하여 서비스 및 정책의 초점이 달라져야 함을 의미한다. 그러나 이와 관련된 연구는 지극히 부족한 실정이다. 따라서 본 연구는 신체건강과 우울 관계에 대한 사회적지지의 기능별 조절효과가 연령 집단에 따라 어떻게 다르게 나타나는가를 탐색하고자 한다. 다만 데이터의 특성상 비노년층 중 장년과 중년층으로 주로 구성된 조사대상자에 초점을 맞추고자 한다.

제2장 이론적 배경 및 문헌고찰

제1절 신체 건강과 우울

우울은 개인을 “정신적으로 매우 고통스럽게” 만들고 “심리적 독감”이라고 불릴 정도로 많은 사람들이 겪는 정신적 문제이다 (권석만, 2013). 우울은 슬픔, 공허함, 무기력감 등의 기분, 이와 동반되는 신체 증상, 그리고 인지 증상을 유발하여 개인의 기능과 삶의 질을 현저히 떨어트린다 (권석만, 2013). 임상적으로 합의된 우울감의 증상들은 다음과 같다. 1) 슬픔과 좌절감 2)정신적 생산성과 동기 저하 3)운동반응의 지체 혹은 동요. 이러한 증상들은 우울의 초기 증상이라 불리우며, 이차적 증상으로는 1) 희망이 없다는 절망감 2)심기증 3)이인증 4) 강박적 행동 5) 자기 비하 6)허무주의적 망상 7) 편집증적 망상 8) 자살 생각 및 경향 등이 있다 (Lehmann, 1959). 우울증은 개인의 기분에 있어서 이상이 생기는 기분장애의 일종이며, 우울증의 가장 심각한 형태는 주요우울장애 혹은 임상적 우울증이다 (Bjornlund, 2010). 주요 우울장애는 우울한 기분, 흥미감소, 체중감소나 증가, 불면이나 과수면, 삶에 대한 무가치감 등을 포함한 9개의 증상 중 거의 하루 종일 우울하다는 것과 거의 매일 흥미가 현저히 감소하였다 중 한 가지를 2주 동안 경험하고, 나머지 증상들 중 4가지 이상의 증상들을 경험하고 있다면 주요 우울증 장애라고 부른다 (서울대학교병원, n.d.), 그러나 주요 우울장애는 특정 기준을 충족하여 받는 하나의 진단명이기 때문에 우울증이라는 정식적인 진단을 받지 않더라도 경미한 우울증이나 우울 증상들은 개인의 일상생활을 위축시켜 개인의 삶에 부정적인 영향을 미칠 수 있다 (황 환& 이선혜, 2014). 따라서 우울에 대해 이해하고, 우울에 영향을 미치는 요인들을 연구하는 것은 중요하다.

우울에 영향을 미치는 요인들은 매우 다양하다. 알려진 영향요인으로는 성별(Wareham, et al., 2007; Brown, et al., 2017; 이형하 & 박종선,

2020; 김아람, 2020; 김경숙, 2020; 공보경, et al., 2021), 연령(Brown, et al., 2017; 박재규 & 이정림, 2011; 노소영 & 김은영, 2012; 이형하 &박종선, 2020), 교육수준(Brown et al., 2017; 박재규 & 이정림, 2011; 김아람, 2020) 과 같은 인구학적 요인, 월평균 가계소득, 주관적 경제상태, 경제활동 여부 등의 경제적 요인(Assari, et al., 2017; Kim & Won (2020); 박재규 & 이정림, 2011; 노소영&김은영, 2012; 강현욱 & 박경민, 2012; 오진주, 2016; 이형하 & 박종선, 2020; 김경숙, 2020; 김아람, 2020; 주관적 건강상태, 건강 만족도, 신체기능 수준, 통증 등과 같은 신체건강 요인(Kim & Won, 2020; 전소자, et al., 2004; 박재규 & 이정림, 2011; 강현욱 & 박경민, 2012; 권경희, 2015; 오진주 외, 2016; 김경숙, 2020; 공보경, et al., 2021) 결혼상태, 가족관계 만족도와 같은 가족요인(박재규 & 이정림, 201; 오진주 외, 2016), 독거여부, 사회활동 참여, 자원봉사 참여 등 사회적 관계 요인 (정순둘 & 구미정, 2011; 강현욱&박경민, 2012; 이형하 & 박종선, 2020; 김경숙, 2020; 김아람, 2020) 등이 있다.

여러 우울 영향요인들 중 신체건강은 전 연령을 가로질러 개인의 우울에 영향을 미치는 핵심적인 영향요인이다. Yeo & Sawyer (2005)는 만성질환을 앓은 청소년들은 건강한 동년배에 비하여 청소년기의 과업을 수행하는데 더 많은 어려움을 겪었고, 이러한 어려움은 고립감과 좌절감이라는 부정적인 정서에 영향을 미쳤다고 보고하였다. Jensen, et al. (2003)은 편두통과 만성피로를 경험하는 청소년들은 없는 사람들에 비해 우울 수준이 더 높은 것으로 나타났고, 청소년보다 더 어린 소아기의 경우에도 만성 통증을 겪는 소아의 기능 장애는 우울에 “상당히 (substantially)” 영향을 주었다고 보고되었다 (Kashikar-Zuck, et al., 2001). 청소년 시기를 벗어난 청년의 경우에도 신체건강은 정신건강에 유의미한 영향을 준다고 보고되고 있다. Breslau & Davis (1993)은 21살에서 30살의 1200명이라는 크기가 큰 표본을 수집하여 편두통의 이력이 주요우울장애와 공황장애에 미치는 영향을 분석하였는데, 그 결과 편두

통 이력이 있는 청년의 경우 공황장애와 주요우울장애의 발병률이 높은 것으로 나타났다. 또 McCloughen, et al. (2012)의 청년 대상 신체 건강과 정신건강 연구들에 대한 통합적인 검토 결과, 청년 집단 내 정신건강과 신체 건강의 공질병성이 존재하는 것을 확인하였다. 중년의 경우 신체 건강이 우울에 미치는 영향에 있어서 중년여성에 관한 연구들이 일부 존재하는데, 전소자 외(2004), 유광자 (2012), 그리고 이홍자 외(2016) 모두 주관적 건강상태와 만성질환 보유 수와 같은 건강상태가 우울에 유의미한 영향을 미치는 것으로 보고하고 있다. 여성뿐만 아니라 남성과 여성 모두 중년층에 포함하여 분석한 연구로는 김아람 (2020)이 있는데 중년 성인 우울 증상 유병의 주요 영향요인은 주관적 건강상태와 만성질환 보유 수로 나타났고, 김민희 (2015)는 중년의 우울감에 영향력이 가장 큰 생활 스트레스는 건강문제 스트레스로 나타났다고 보고하고 있다. 중년층에 있어서 신체 건강이 우울에 미치는 영향은 한국에서뿐만 아니라 해외에서도 관찰되고 있는데, He, et al. (2019)는 중국의 중년층을 대상으로 하여 일상생활수행능력 수준이 우울 증상에 유의미한 영향을 미치는 것을 확인했다. 이러한 연구결과는 신체건강이 우울에 미치는 영향은 전 연령대를 가로지를 뿐만 아니라 국가를 가로지르며 나타나는 인간의 보편적이고 공통적인 현상임을 의미한다. 마지막으로 노년기에서도 신체건강은 건강에 유의미한 영향을 미치는 것을 확인할 수 있는데, 노화로 인하여 질환 발병률이 높아지고 신체건강 상태가 악화하는 개인들이 많아지는 노년기의 신체건강과 정신건강의 관계에 특히 많은 연구가 진행됐다 (Phifer & Murrell, 1986, Geerlings, et al., 2000; Padayachey, et al., 2017; Luo, et al., 2017; 이분애, 2010; 안은미, 2011; 신은숙 외, 2011 임경춘&김선호, 2012; 김향아&이준상, 2015; 김미애 외, 2017; 박은지, 2019). Geerlings, et al. (2000)은 8차 수의 웨이브의 자료를 이용하여 신체건강 문제는 우울의 발병뿐만 아니라 우울의 지속(만성)에도 영향을 준다고 보고하였다. 전기노인과 후기노인을 구분하여 분석한 임경춘 & 김선호 (2012)를 따르면 일상생활수행능력은 전기노인과 후기노인 두 집단 모두의 우울에 영향을 미친다고 한다. 또 한국과 미국뿐만

아니라 중국과 남아프리카공화국에서도 신체건강은 우울에 영향을 미치는 것이 관찰되었다 (Luo, et al., 2017; Padayachey, et al., 2017). 이와 같은 논문들을 통해 알 수 있는 것은 신체건강이 정신건강에 미치는 부정적인 영향은 소아기부터 노년기까지 인간의 생애주기 전반에 관찰되는 보편적인 현상이라는 점이다. 실제로 특정 연령집단을 대상으로 한 것이 아니라 전 연령을 대상으로 하는 문헌들을 봐도 신체건강은 우울에 부정적인 영향을 미치는 것을 볼 수 있다 (Turner & Noh, 1988; Jaffe, et al., 1994; Cuijpers, et al., 2004)

신체 건강 지표 중 주관적 신체건강 상태는 보편적이고 타당하며 신뢰할 수 있는 신체건강 지표로 알려져 있다(Kaplan & Baron-Epel, 2003; Mavaddat, et al., 2011; Ambresin, et al., 2014). 주관적 신체건강 상태는 객관적인 신체건강 상태와 함께 자신의 신체 능력과 기능 상태에 대한 개인의 인식과 활력 상태에 대한 인식을 포함하며, 사회심리적 차원까지 포괄하는 비용 효율적인 척도이다(Mavaddat, et al., 2011). 또한 주관적 신체건강 상태는 개인의 우울수준에 영향을 주는 예측인자로 활발히 연구되어 왔다 (e.g., Ambresin, 2014; 최희정, 2008; 박재규 & 이정림, 2011; 정순돌&구미정, 2011; 김석찬, 2014; 이명선, 2018; 김영란 & 원미화, 2020; 김아람, 2020). 특히 노인의 우울에 주관적 신체건강 수준이 미치는 영향에 관한 연구들이 다수 존재한다 (e.g.,최희정, 2008; 강현욱 & 박경민, 2012; 김석찬, 2014; 권경희, 2015; 오진주 외, 2016). 예로 김석찬 (2014)에 따르면 지각된 건강상태가 좋은 노인이 나쁜 노인보다 우울수준이 낮았으며, 최희정(2008)에 따르면 농어촌지역 노인의 지각된 주관적 건강상태 우울 가능성에 영향을 주는 것으로 나타났다. 노인에 비하여 비노인을 대상으로 주관적 신체건강과 우울 간의 관계를 분석한 논문은 제한적이지만, 비노인을 대상으로 한 논문의 예로 김영란 & 원미화 (2020)에 따르면 폐경 후 중년여성의 우울에 있어 주관적 건강상태가 영향을 미치는 것으로 나타났다. 더불어 이명선 (2018)에 따르면 1인 가구의 주관적 신체건강 상태가 나쁠수록 주관적 우울감을 느낄

가능성이 커지는 것으로 나타났다. 그리고 총 10,225명의 성인을 대상으로 우울증 변화에 영향을 미치는 요인을 분석한 박재규 & 이정림(2011)에 따르면 주관적 건강상태는 우울증의 지속과 우울증의 증가에 모두 영향을 미친 것으로 나타났다. 정순둘 & 구미정 (2011)은 조사대상자를 45세 이상 54세 이하 (베이비부머 집단), 54~64세 (예비노인), 65세 이상 집단 (현재 노인)으로 구분하였는데, 세 집단에서 모두 주관적 신체건강 상태는 우울에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 주관적 신체건강 수준이 우울에 미치는 영향을 예측하기 위하여 성인을 대상으로 종단적 코호트 연구방법을 사용한 Ambresin(2014)은 자신이 평가한 주관적 건강상태가 주요 우울장애의 발병 여부를 5년까지 예측하는 것으로 나타났다. 이처럼 주관적 신체건강은 보편적으로 사용되는 신뢰할 수 있는 신체건강 지표일 뿐만 아니라 노인과 비노인의 우울에 영향을 주는 주요 요인으로 연구되어왔다. 따라서 본 연구에서도 비노인과 노인의 주관적 신체건강 수준을 측정하여 노인의 우울에 신체건강이 미치는 영향을 분석하고자 한다.

제2절 신체건강, 우울, 사회적지지

심리적 스트레스란 개인과 환경 간의 특정한 관계를 뜻하는데, 이 특정한 관계가 자신의 자원을 넘어서거나 자신의 안녕을 위협한다고 인식될 때 심리사회적 스트레스라고 부른다(Lazarus & Folkman, 1984). 여기서 개인과 환경 간의 관계에 있어서 인지적 평가와 대처가 매개한다. 인지적 평가는 개인과 환경 간의 교환이 왜, 그리고 얼마나 스트레스를 유발하는가를 평가하는 과정을 말하며, 대처란 스트레스를 유발한다고 여겨지는 개인-환경 간의 관계로부터 발생하는 욕구들과 감정들을 개인이 관리하기 위하여 노력하는 과정을 뜻한다(Lazarus & Folkman, 1984). 여기서 인지적 평가는 1차 평가와 2차 평가로 나누어 지는데, 1차 평가는 개인-환경 간의 관계가 자신과 관련 없다고 평가하거나, 안녕을 증진하거나 유지한다고 평가되거나, 스트레스를 유발한다고 평가하는 단계이다

(Lazarus & Folkman, 1984). 2차 평가는 스트레스 사건에 대하여 무엇을 할 수 있는가에 대하여 평가하는 단계이다(Lazarus & Folkman, 1984). 잠재적 스트레스 사건의 위협성, 개인이 보유하고 있는 자원, 그리고 이들에 대한 평가 간의 상호작용은 왜 어떤 개인들은 스트레스와 관련된 질병에 더 취약하고 왜 어떤 개인들은 그렇지 않은가를 구분할 수 있게 해준다 (Appley & Trumbull, 1985). 본 연구에서 심리적 스트레스란 비노인 혹은 노인이라는 개인과 부정적 신체건강 상태라는 스트레스원이 개인에게 있어서 자신의 안녕에 해로울 수 있거나 보유한 자원을 넘어서는 위협이라고 느껴지는 특정한 관계를 의미한다. 즉 똑같은 부정적인 신체건강 상태라는 스트레스원을 마주하더라도 해당 잠재적 스트레스 사건을 자신의 안녕에 위협적인가 아닌가에 대한 일차적 평가와 위협적이라고 판단된다면 이에 대하여 무엇을 할 수 있는지, 혹은 할 수 없는지에 대한 이차적 평가에 따라 개인이 스트레스를 받는 정도는 다르며, 스트레스를 받더라도 어떻게 대처할 수 있는가에 따라 최종적으로 우울수준은 다를 수 있음을 의미한다. 여기서 부정적 건강상태라는 잠재적 스트레스 사건이 얼마나 스트레스를 유발하며 그에 대해서 무엇을 할 수 있는지에 대한 평가는 개인이 보유한 자원에 따라 달라질 수 있다.

개인이 보유할 수 있는 자원 중 사회적 지지는 스트레스의 영향을 완충해주는 매우 주요한 사회적 자원으로 연구되어오고 있다(e.g. Turner, et al., 1983; Folkman & Lazarus 1984; Brown & Andrews, 1986; Thoits, 1995; Pierce, 1996; Martin & Brantley, 2004). Lazarus & Folkman (1984)에 따르면 사회적 지지는 잠재적 스트레스 사건이 덜 위협적이거나 덜 해롭다고 평가하게 하여 스트레스가 일어나지 않도록 하거나 스트레스가 유발되어도 대처에 사용될 수 있는 중요한 자원들을 제공하여 스트레스의 부정적인 영향을 완충시켜줄 수 있다고 한다. 따라서 비노인과 노인이 부정적인 신체건강이라는 잠재적 스트레스 사건을 마주하였을 때, 사회적 지지는 부정적인 신체건강이 자신의 안녕에 덜 위협적이라고 평가할 수 있도록 평가 과정에 영향을 주거나, 스트레스를 유발한다고 인식하더라도 부정적인 신체건강이 유발하는 욕구들과 감정들을 다스리는데 유용한 자원들을 제공함으로써 대처 과정에 영향을 주어

부정적인 신체건강이 우울에 미치는 영향을 완충시켜줄 수 있다. 종합해 보면 스트레스코핑 이론은 잠재적 스트레스 사건, 평가, 스트레스로 평가된 사건, 대처 반응, 그리고 적응수준으로 구성되어있는데 (정동화, 2010), 사회적 지지는 평가와 대처 반응에 영향을 줌으로써 잠재적 스트레스 사건과 적응수준 간의 관계에 영향을 끼치므로(Lazarus & Folkman, 1984) 본 연구에선 스트레스코핑이론에 기반하여 신체 건강과 우울 간의 관계에 있어 사회적 지지의 조절 효과에 초점을 두어 분석하고자 한다.

일반적으로 사회적 지지는 개인이 보유하는 하나의 자원으로서 취급된다. 예를 들어 Cohen & Syme (1985)는 "사회적 지지를 다른 사람에 의하여 제공되는 자원들" 이라고 정의하였고 Thoits (1995)는 사회적 지지란 스트레스를 다룰 때 사람들이 활용할 수 있는 일종의 사회 '펀드'라고 설명하였다. 즉 사회적지지는 개인 혼자 만들어내는 내적인 자원이 아니라 환경과 끊임없이 상호작용하는 '환경 속 인간' 으로서 타인과의 관계를 통해 제공 받아 개인이 자신의 안녕을 위해 가용하는 사회적인 자원이다.

신체건강은 우울에 영향을 미치는 주요한 스트레스원으로 여겨지기 때문에 신체건강이 정신건강에 미치는 부정적인 영향을 완화해줄 수 있는 사회적 자원인 사회적지지에 관한 연구 또한 매우 활발히 이루어져 왔다 (e.g. Affleck, et al., 1988; Brown, et al., 1989; Jang, et al., 2002; Jang, et al., 2005; Sacco & Yanover, 2007; Choi & Kim, 2007; Bozo, et al., 2009; Bierman & Statland, 2010; Glińska, et al., 2012; Mohd, et al., 2019; Gong, et al., 2020; Tariq, et al., 2020). 스트레스코핑 이론에서 사회적 지지는 신체건강의 부정적인 영향을 감소시켜주는 매우 주요한 자원으로 연구되고 있는데, 실제로 사회적 지지는 단일적인 개념이 아닌 다양한 특징들을 담고 있는 개념이다(Zimet, et al., 1988). 사회적 지지의 어떤 특징이나 구성요소를 연구하는가에 따라 개인의 건강에 미치는 영향력과 그 메커니즘이 달라질 수 있으므로 사회적 지지 개념을

구체화 시키고 정확히 사회적 지지의 어떤 측면을 탐색하고자 하는지 규명하는 것은 중요하다.

1) 주효과 대 완충효과

사회적 지지가 개인의 건강에 미치는 영향이 어떻게 작동하는가에 있어서 가장 중점적으로 논의되는 주제는 사회적 지지가 주효과(main effect) 혹은 조절/완충 효과(moderating/buffering effect)를 보이는가이다. 주효과 모델은 개인이 스트레스를 받는 상황에 놓이는 것과 무관하게 사회적 지지는 개인의 안녕에 영향을 미치는 것을 제시한다. 따라서 주효과는 스트레스원의 존재 여부와 무관하게 모든 상황에서 사회적 지지는 개인의 안녕에 영향을 미친다는 것을 의미한다 (Turner & Brown, 2010). 그러나 주효과 모델은 스트레스원의 여부와는 상관없이 사회적 지지의 영향을 보는 것이기 때문에 개인이 부정적인 신체건강 상태라는 특정한 스트레스원을 마주하였을 때 어떻게 사회적 지지가 개인의 정신건강을 보호하는가를 설명하는 데는 제한이 있다.

반면 사회적 지지의 완충효과 모델은 개인이 스트레스를 받는 상황에 놓였을 때 주로 사회적 지지가 개인의 안녕과 관련 있다고 전제하며, 스트레스를 유발하는 상황 혹은 상태의 병리적인 영향을 "완충" 시켜주는 역할을 한다고 제시한다(Cohen & Wills, 1985). 완충효과 모델에선 스트레스원으로 인해 발생하는 욕구들과 자원 간의 합(match)이 이루어질 때 사회적 지지의 조절효과가 나타난다고 본다. 따라서 사회적 지지의 구조보다는 기능에 초점을 맞추어 사회적 지지의 특정한 기능이 특정한 스트레스원의 특정한 욕구에 어떻게, 얼마나 잘 부합하는가를 설명한다(Cohen & Wills, 1985). 그러므로 완충효과 모델은 부정적 신체건강이라는 특정한 상태에서 어떤 특정한 사회적지지 기능이 부정적 신체건강이 유발하는 특정한 영향을 감소시켜 개인을 우울로부터 보호해주는지 설명할 수 있도록 한다.

사회적 지지는 스트레스원이 정신건강에 미치는 일련의 단계들 사이에

개입하여 스트레스원의 부정적인 영향을 조절할 수 있다. Cohen & Syme (1985)는 사회적 지지의 완충효과의 메커니즘을 크게 두 가지로 나누었다. 첫 번째 메커니즘은 사회적 지지는 스트레스 반응을 감소시키거나 예방하여 스트레스원과 스트레스의 경험 사이를 개입하는 것이다. 사회적 지지를 통하여 개인은 상황이 발생시킬 수 있는 부정적인 영향에 대한 가능성을 재정의하고 감소시키며/또는 스트레스원으로 인해 발생한 욕구들에 대하여 대처하는 능력을 증진 시켜 해당 상황 혹은 사건이 스트레스적이지 않다고 평가하는 데 영향을 준다. 두 번째 메커니즘으로 사회적 지지는 개인이 환경의 요구와 적응능력에 대한 평가를 한 이후 지각된 스트레스와 대처 반응과 상호작용하여 스트레스의 부정적인 영향을 약화 시킬 수 있다. 사회적 지지는 문제 상황 및 관련 감정 명확화를 도와주는 정보를 제공할 수 있고, 새로운 행동 대안을 제시함으로써 문제해결에 도움을 줄 수 있으며, 실질적으로 물질적 및 행동적 도움의 형태로 제공되기도 하고, 또 개인의 자존감을 고양 시켜서 개인이 스트레스 사건을 재평가하는 데 영향을 주고, 부적응적 정서, 생리, 행동적 반응을 예방 및 완화시켜주며, 스트레스 사건에 대한 해결책 발견에 이바지하고 적응을 위한 대처반응을 개발하는데 기여할 수 있다(Cohen & Syme, 1985; 정동화, 2010).

2) 구조적 요인 대 기능적 요인

하지만 사회적 지지라는 자원이 어떤 형태를 띠며, 어떻게 개인의 건강에 영향을 미치는가를 보기 위해선 더욱더 개념을 세분화할 필요가 있다. 사회적 지지를 분류하는 기준과 내용은 학자마다 약간씩 차이가 나지만 다수의 연구자들이 사회적 지지의 구조적 측면과 기능적 측면을 구분하고 있다 (Cohen & Syme, 1985; Cohen & Wills, 1985; House, 1987; Schonfeld, 1991; Heaney & Israel 2008; 박지원, 1985).

Cohen & Syme (1985)에 따르면 구조적 지지는 사람들이 서로 연결되어있는 구조이다. 이 구조는 개인이 보유하고 있는 관계들의 수, 개인이 가지는 역할, 접촉 빈도, 밀도 등을 모두 포괄한다. 이러한 구조적 측면

의 사회적 지지를 다른 학자들은 사회 네트워크라고 부르기도 한다(Heaney & Israel, 2010; House, 1987). Heaney & Israel (2010)과 House (1987)에 따르면 사회 네트워크의 특징으로는 상호성, 강함, 복합성, 형식성, 밀도, 동질성, 지리적 분산, 방향성 등이 있다.

사회적 구조는 개인이 사회에 얼마나 통합되어있는가를 보여주기 때문에 개인의 건강에 긍정적인 영향을 미칠 수 있으나, 똑같은 사회 구조를 가졌다고 하더라도 그 구조로부터 똑같은 사회적 지지의 기능을 제공받는다고 확신할 수 없다. 가령 배우자 유무는 사회적 지지의 구조적 요인으로 취급되는데, 배우자가 존재한다고 해서 개인이 그 배우자로부터 정서적 지지나 도구적 도움을 받을 것이라고는 보장하지 못한다. 따라서 사회적 지지의 구조적 요인과 기능적 요인은 명확히 구분되어 연구되어야 한다. 실제 연구를 보면, 이분애(2010)는 노인의 신체 건강에 있어 자녀 접촉 빈도와 사회적 참여 여부를 사회적지지 변수로 활용하여 우울에 대한 완충효과를 확인하였다. 하지만 자녀의 접촉 빈도가 잦을수록 정서적 지지나 도구적 지지를 많이 받을 수 있으므로 사회적지지가 우울에 대한 보호 요인으로 작용하는 것인지, 혹은 자녀접촉 빈도의 자체적 효과인지 구분할 수 없다. 또 사회적 참여 여부 또한 여러 사회적 지지의 기능을 제공 받을 수 있는 공간으로서 작용하여 완충효과가 나타난 것인지, 혹은 사회적 참여의 독립적인 영향이었는지는 사회적 지지의 기능에 대한 고려 없이 구조적 요인만 보았을 때는 알 수 없다.

Cohen & Syme(1985)은 구조적 사회적지지 척도들은 사용 가능한 사회적 자원들에 대한 대리 지표로 사용되어서는 안 되며, 나아가 사회적 지지의 기능에 있어서도 서로 다른 기능들을 구분할 필요가 있다고 주장하였다. 사회적지지 기능의 종류들을 구분하는 것이 중요한 이유는 사회적 지지의 완충효과는 사회적 지지의 특정 기능이 개인이 경험하는 스트레스가 유발하는 욕구와 어우러질 때 나타날 수 있기 때문이다. 따라서 신체건강과 우울 간의 관계 있어 사회적 지지의 완충효과를 보기 위해서 부정적 신체건강이라는 특정한 스트레스원이 유발하는 특정한 욕구에 맞는 사회적지지 기능은 무엇인가를 탐색해야 한다.

구체적으로 사회적 지지의 기능은 4개의 개념적 영역으로 나눌 수 있다. 정서적 지지는 개인이 사회적 상호작용을 통해 개인이 존중받고 있고, 수용되며, 사랑받고 있고, 보살핌받고 있으며, 공감받으며 신뢰받고 있다는 인식 및 느낌을 제공하는 사회적 지지이다. 정보적 지지는 스트레스를 받을 때 제공 받는 정보를 말하는데, 문제 상황을 정의하고 이해하고 대처하는 데 도움이 된다. 도구적 지지란 물리적 물건이나 서비스 그리고 물리적 보조를 받는 것으로 재정적 지원, 물질적 자원, 그리고 필요한 서비스 등을 활용하는 것을 뜻한다. 마지막으로 평가적 지지는 문제해결 그 자체보단 자기 자신에 대한 평가와 관련된 정보에 대하여 소통하는 것을 의미하는데, 조언, 인지적 가이드, 그리고 정보를 제공할 수 있는 사람의 존재에 대한 인식을 포함한다 (Cohen & Will, 1985; Krause, 1987; Schonfeld, 1991; 박지원, 1985).

사회적 지지의 기능의 종류가 다르다는 것은 각 사회적 지지의 기능이 스트레스원의 부정적인 영향을 완충하는 데 있어서의 역할과 영향이 각각 다를 수 있음을 시사한다. 따라서 스트레스원이 무엇이고 스트레스에 대한 개인의 주관적 해석 및 인지적 평가가 어떻게 되는가에 따라서 스트레스원의 부정적인 영향을 완화해줄 수 있는 기능적 사회적지지의 종류도 달라질 수 있다. 실제로 실증적 연구를 보면 스트레스원에 따라 유의미한 영향을 미치는 사회적 지지의 종류도 달라지는 것을 관찰할 수 있다. 산모들을 대상으로 인지된 스트레스가 우울과 불안에 미치는 영향에 있어 사회적지지 기능의 조절 효과를 본 Razurel & Kaiser (2015)에 따르면 물질적 지원, 존중감 지원, 정서적 지원, 그리고 정보적 지원 중에서 존중감 지원과 정서적 지원은 유의미했으나, 정보적 지원과 물질적 지원은 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 반면 Milaniak, et al. (2018)은 심장 이식 수술을 받은 사람들의 우울과 스트레스 레벨에 사회적 지지가 미치는 영향을 분석하였는데, 정서적 지지와 도구적 지지가 우울을 낮춰주는 데 효과가 있는 것으로 나타났다. 말기 암 환자에게 있어서는 도구적, 정보적, 정서적, 그리고 평가적 지지는 우울, 불안, 그리고 과민증에 유의미한 영향을 줬으나 (Glińska, et al., 2012) HIV 환자의 삶의

질에 영향을 미치는 사회적 지지는 정서적 지지만이 유일했다 (Rahayuni, et al., 2019).

이처럼 스트레스 상황에 따라서 우울로부터 개인을 보호해줄 수 있는 사회적 지지의 기능은 달라질 수 있으므로 사회적 지지의 기능을 세분화하여 부정적 신체건강이라는 스트레스원에 부합하는 각각의 사회적 지지의 완충효과를 연구할 필요성이 있다. 하지만 신체 건강 및 스트레스에 대한 사회적 지지의 완충 효과를 분석한 경우 사회적지지 기능의 일부분만 보거나 (Brown, et al., 1989; 박용순 & 송진영, 2012) 각 사회적 지지의 기능의 점수를 합산하여 종합 지수로 사회적지지를 측정한 문헌들이 많다 (Jang, et al., 2002; Abshire, et al., 2018; 주태하, 2011; 윤정선, 2014). 사회적지지 기능의 일부만 볼 경우 다른 기능과의 비교할 수 없으므로 부정적 신체건강 상태에 적합한 사회적지지 기능의 효과를 탐색하는 데 제한적일 수 있다. 예를 들어 Brown, et al. (1989)의 경우 관절염을 앓는 환자들을 대상으로 통증 수준과 우울 간의 관계에 대한 정서적 지지의 조절효과를 보았는데, 초기의 통증 수준과 우울 간의 관계를 정서적 지지가 완충해주었으나 6개월 이후에는 정서적지지의 조절 효과는 관찰되지 않았다. 해당 논문은 정서적지지 기능 외의 다른 사회적 지지의 기능은 고려하지 않았기 때문에 관절염을 앓고 난 후 시간이 지나면 정서적지지를 포함한 모든 종류의 사회적 지지가 필요 없게 되는지, 혹은 정서적 지지가 아닌 도구적 지지와 같이 다른 사회적지지 기능이 효과적이게 되는지 알 수 없다. 기능별 점수를 합산하여 총합 지수로 사회적 지지를 조작화하는 경우에는 합산된 지표가 사회적 지지의 개별적인 사회적지지 기능의 효과를 감추어버릴 수 있고, 따라서 서로 다른 사회적지지 기능의 특정한 효과에 대한 해석이 제한될 수 있다 (Cohen&Wills, 1985; Neugebauer & Katz, 2004). 총합 지수로 사회적 지지를 조작화 한 경우 스트레스와 정신건강 관계에 있어 사회적지지 조절효과에 대해선 상반된 보고들이 존재하는데, 윤정선(2014)은 노인의 생활스트레스가 우울에 미치는 영향에 있어 사회적 지지는 유의미하지 않은 것으로 보고하고 있으나, 주태하(2011)의 연구에선 사회적 지지의

조절효과는 유의미한 것으로 보고되었다. 이러한 상반된 결과는 사회적 지지를 기능별로 구분하지 않고 종합 지표로 사용하여 특정 사회적 지지 기능의 조절효과가 포착되지 않아 분석결과에 나타나지 않기 때문일 수 있다. 또 사회적 조절효과가 유의미했다고 하더라도 사회적 지지의 어떠한 기능이 스트레스의 부정적인 영향을 완충하는데 효과적이었는가는 알 수 없다.

Bierman&Statland (2010)은 일상생활수행능력(ADL)이 우울에 미치는 영향에 있어 연령 효과를 사회적 지지라는 맥락 안에서 분석하였다. 해당 논문의 결과에 따르면 사회적 지지가 충분할 때만 연령이 높을수록 ADL은 우울에 미치는 영향이 감소하게 된다. 하지만 사회적 지지가 낮은 경우에는 ADL은 연령과 상관없이 우울에 영향을 미치는 것으로 나타났다. Bierman & Statland의 연구는 사회적 지지와 연령 차이를 함께 고려하였다는 점에서 의의가 있으나 사회적 지지를 기능별 점수를 합산한 총점수로 조작화 하여 해당 논문에서 언급한 충분한 사회적 지지라는 것이 충분한 정서적 지지를 의미하는 것인지, 도구적, 정보적, 혹은 평가적 지지를 의미하는 것인지, 4개의 사회적지지 기능 중 2개가 충분해도 된다는 것인지, 모든 사회적지지 기능들이 충분해야 한다는 것인지 알 수 없다. 그런데 Bierman & Statland (2010)은 사회적 지지의 각 기능을 구분하는 것은 각 차원은 상호연결 되어있으며 같은 상황에서 같은 행위자에 의해서 동시에 제공될 수 있음을 무시하는 것이라고 주장하였다. 따라서 사회적지지 기능들을 합친 사회적 지지 변수가 개인이 자신의 사회 네트워크에서 인식하는 전체적인 사회적 지지 수준에 대한 인식을 더욱 잘 측정할 수 있는 것이라고 주장하였다 (Bierman & Statland, 2010). 그러나 사회적 지지는 서로 연결되어있긴 하지만 여러 학자에 의해서 개념적으로 공통되게 구분이 되고 있고 (Cohen & Will, 1985; Schonfeld, 1991; 박지원, 1985), 실제 실증적 결과도 이를 뒷받침한다 (Glinska, et al., 2012; Razurel, et al., 2015; Imai, et al., 2017; Milaniak, et al., 2018; Rahayuni, et al., 2019; 박은지, 2019). 그리고 같은 상황에서 같은 행위자라도 어떤 기능을 제공하느냐에 따라 사회적 지

지의 효과가 달라질 수 있으므로 사회적 지지의 기능을 구분해서 보는 것은 중요하다. 또 전체적인 사회적 지지에 대한 인식을 측정하는 것도 중요하지만, 그 전체적인 사회적 지지 중에서 어떠한 부분이 개인에게 도움이 되었고, 어떠한 부분이 도움이 되지 않았는가를 구분하여 보아야 부정적 신체건강 상태를 경험하는 개인을 대상으로 개입할 때 어떠한 사회적 지지 기능을 중점으로 개입하는 것이 효과적이며 효율적인지 알 수 있다.

3) 인식된 사회적지지 대 제공 받은 사회적지지

사회적 지지에 대한 논의에 있어 또 다른 중요한 구분은 실제로 받은 사회적 지지와 개인이 인식하는 사회적 지지의 유효성(availability)이다. Turner & Brown (2010)은 인식된 지지를 소통적이고 보살핌받는 사회적 네트워크에 속함에 대한 개인의 주관적인 믿음 혹은 평가이며, 가끔 "정서적지지"라고 불린다고 설명한다 (Cobb, 1976; Lakey & Scoboria, 2005). 이에 반해 제공 받은 사회적 지지란 개인의 가까운 사람으로부터 실제로 받은 도구적 혹은 정보적 지원을 뜻한다고 정의한다 (House, Umberson, & Landis, 1988). 하지만 Tuner & Brown (2010)이 설명하는 인식된 지지와 제공 받은 지지 간의 차이는 Cohen & Wills (1985)의 설명과는 다소 다르다. Cohen & Wills (1985)는 도구적 지지이던, 정보적 지지이던, 정서적 지지이던, 실제로 받았는가가 아닌 필요할 때 도움이 존재할 것인가에 대한 개인의 주관적 인식에 초점을 맞춘다. 즉 Turner & Brown (2010)의 설명은 정서적지지와 도구적 지지의 차이에 초점이 맞추어져 있으나, 실제 '인식된 유효성'(perceived availability)은 정서적 지지뿐만 아니라 도구적, 물질적, 정보적 지지를 모두 포함한 여러 사회적 지지들을 개인이 필요할 때 사용할 수 있을 것인지, 있다면 얼마나 사용할 수 있을 것인지에 대한 주관적 인식을 뜻한다.

실제 제공받은 지지와 인식된 지지를 구분하는 것이 중요한 이유는 둘 중 무엇을 측정하는가에 따라 실증적으로 다른 결과를 보이기 때문이다. 제공받은 지지와 인식된 지지 모두 건강 종속변수와 부적인 상관관계를

가지는 것으로 나타났지만, 인식된 지지의 경우 일반적으로 부정적 생애 사건과 부적 관계를 가지는 것으로 나타났고 그에 반해 제공받은 사회적 지지는 정적 상관관계를 가지는 것으로 나타났다(Sarason et al., 1987). 실제 제공받은 사회적지지 척도를 이용할 경우 문제가 생기는 이유 중 하나는 개인이 얼마나 지지를 제공 받았는가는 개인이 얼마나 많은 스트레스를 유발하는 상황에 마주쳤고, 따라서 얼마나 많은 사회적 지지를 필요하게 되었는가에 의하여 혼동되기 때문이다 (Schonfeld, 1991). 즉 개인이 높은 사회적 지지를 받는 것이 그만큼 사회적 지지가 많이 필요한 스트레스적인 환경에 놓여있기 때문인지, 혹은 별개로 외부에서 사회적 지지를 제공받은 것인지 구분하기 힘들어진다. 더불어 실증적으로 사회적 지지와 건강 종속변수 간의 관계를 예측하는 데 있어 인식된 사회적 지지가 제공받은 사회적지지보다 더 강력한 예측요인으로 보고되었다 (Blazer, 1982; Cohen & Wills 1985; Sarason et al., 1987; Schonfeld, 1991; Turner & Brown, 2010). 따라서 사회적지지 기능의 조절효과에 있어서도 실제로 어떠한 사회적지지 기능을 제공 받았는가보다는 각 기능의 사회적 지지의 존재 여부 및 가용성에 대한 개인의 인식을 측정하는 것이 신체건강과 우울 간의 관계에서 사회적지지 기능의 조절효과를 보다 정확히 검증하는 데 도움이 될 수 있다.

4) 사회적 지지의 원천

그 외 사회적 지지의 종류에 있어 자주 언급되는 구분은 사회적 지지를 제공하는 주체의 성격이다. 특히 인식된 사회적 지지가 사회복지사, 정부기관과 같은 공식적 체계로부터 제공되는지, 혹은 가족, 친구, 이웃 등과 같은 비공식적 사회적 관계로부터 제공되는지 구분되고 있다 (Procidano & Heller, 1983; Holahan & Moos, 1983; Zimet, et al., 1988). Zimet, et al. (1988)은 사회적 지지의 원천에 따라 그 효과가 달라질 수 있다는 점을 고려하여 multidimensional scale of perceived social support(MMPS)를 개발하였는데, 여기서 인식된 사회적 지지는 가족지지, 친구지지, 그리고 중요한 지인(significant other)으로부터의 지지로 구분된다. 실제로 많은 논문이 사회적지지 원천을 중심으로 측정한 사회

적지지 변수를 조절 효과 분석에 사용하고 있다(e.g. Bozo, et al. 2010; Gong, et al., 2020; Tariq, et al., 2020; 고민석&서인균, 2011; 정덕진, 2014; 김향아 & 이준상, 2015). 그러나 Zimet et al. (1988)의 MMPS 문항을 보면 "나의 가족으로부터 필요한 정서적 지지를 제공받을 수 있다" "나의 가족은 내가 결정내리는 데 도와주고자 한다"와 같이 사회적 지지 기능의 여러 요소가 혼재해 있다. 따라서 사회적 지지의 원천으로만 사회적 지지를 구분하게 되면 결과의 차이가 실제로는 사회적지지 원천에 따라 제공 받는 사회적 지지의 기능이 달라서 그런 것인지, 혹은 어떠한 사회적지지 기능을 주든 상관없이 사회적지지 원천만 달라서 결과의 차이가 나타나는 것인지 알 수 없다. 그러므로 사회적 지지의 원천의 영향은 사회적지지 기능과 구분되어야 하며, 사회적 지지의 원천의 독립적인 영향을 알기 위해선 우선 사회적지지 기능에 대한 이해가 결합되어야 한다.

사회적지지의 조절효과와 관련된 문헌과 본 연구의 필요성에 대하여 정리해보면 다음과 같다. 첫째, 구조적 사회적 지지의 조절효과를 검증하여 관찰된 조절효과의 경우 구조적 요인의 독립적인 영향이었는지, 혹은 구조적 요인에서 발생한 기능적 사회적지지 때문인지 알지 못한다. 둘째, 사회적 지지의 기능 일부분만 본 경우엔 측정된 기능 외 다른 사회적 지지의 기능은 유의미한지 혹은 유의미하지 않은지 확인하지 못하며 사회적지지 기능 간 비교가 불가능하다. 셋째, 기능별로 우선 측정한 경우에도 총합 지수로 계산해버리면 총 합산된 지표가 개별적인 사회적 지지의 기능을 감추어버릴 수 있다는 가능성을 배제하지 못하게 된다. 넷째, 제공받은 사회적지지보다 인식된 사회적 지지가 우울을 예측하는 데 더 정확한 예측 인자이다. 다섯째, 사회적지지 원천을 중심으로 측정된 사회적지지를 사용하여 관찰된 조절효과는 원천의 독립적인 영향이었는지, 원천에 따라 발생한 사회적 지지의 기능 때문이었는지 알지 못한다. 그러므로 부정적 신체건강이 우울에 미치는 영향을 완충시켜주는 사회적 지지의 조절효과를 보기 위해서 인식된 사회적지지를 기능별로 분석하여야 한다.

제3절 신체건강, 우울, 사회적지지, 연령집단

신체건강, 우울, 그리고 사회적지지 기능별 조절효과 간의 관계를 보다 심층적으로 이해하기 위해서는 신체건강의 영향을 생애주기 관점에서 고려해야 할 필요가 있다. 똑같은 신체건강 수준이더라도, 부정적인 신체건강 상태가 생애주기적으로 언제 일어나느냐에 따라 사회적 지지의 영향도 달라질 수 있기 때문이다. 생애주기 관점 중 삶의 타이밍 (Timing of lives)이라는 개념에 따르면, 사람들은 "정상적이고, 예상되는 생애 사이클"에 대한 개념을 공유하며 (Neugarten, 1969), 특정한 상태나 역할에 들어가고 나오는 데 있어 적절한 타이밍 (on time) 혹은 부적절한 타이밍(off-time)이라고 여겨지는 연령 규범이 존재한다고 한다 (Elder, 1998). 노년층의 경우 부정적인 신체건강 상태를 노화와 노쇠로 인한 생애주기적으로 자연스러운 현상이라고 여길 수 있고, 같은 노년층에 신체 제한받는 사람이 많아 개인은 부정적 신체건강 상태의 비정상성에 대하여 둔감할 수 있다(Feng & Xu, 2014). 그러나 활기와 독립성을 젊음과 동일시하는 사회적 규범에 의하여 비노년층에서 발생하는 신체기능 제한의 경우 개인이 느끼기에 "부적절한 타이밍"에 일어난 변화라고 평가할 수 있고, 일반적으로 부정적인 신체건강 상태를 겪지 않는 동년배에 비교하여 자신의 상태가 비정상적이라고 느낄 수 있다(Choi & Kim, 2007.; Bierman & Statland, 2010).

삶의 타이밍 개념과 스트레스코핑 이론을 결합하면 부정적 신체건강이라는 스트레스원은 적절한 타이밍에 혹은 부적절한 타이밍에 일어났는가에 따라 부정적인 신체건강 상태에 대한 개인의 주관적 해석이 달라질 수 있다. 또한, 스트레스원이 개인에게 의미하는 바가 달라진다는 것은 스트레스원의 부정적인 영향을 감소시켜주는 사회적 지지의 효과도 타이밍에 따라 달라질 수 있음을 시사한다. 실제 연구를 보면 Jones(2011)는 생애사건과 우울 증상 간 종합 지수로 측정된 사회적 지지의 완충효과는 18~29세 그리고 30~44세 집단에서만 유의미하고, 45세와 65세 이상 집단에선 관찰되지 않는다고 보고하고 있고 Tyler & Hoyt (2000)은 자연

재해와 우울 간 관계에 있어 사회적지지 조절효과는 55~59세 집단과 70세 이상 집단 중 더 젊은 연령집단 (55-59)에서만 발견되었다고 보고하고 있다. 해당 결과들은 똑같은 스트레스원이더라도 연령집단에 따라 측정된 사회적 지지의 조절효과가 유의미할 수도, 유의미하지 않을 수 있음을 보여준다. 또 사회적 지지는 대처에 사용되는 자원으로서 대처방식과도 관련이 있는데, Martin, et al. (2008)은 초고령 집단인 100~109세 집단은 나이가 더 적은 집단 (60~69세 집단과 80~89세 집단)에 비해 능동적 행동적 대처방식을 제일 덜 사용하는 것으로 보고하고 있다. 이러한 결과는 대처 양식이 연령집단에 따라 달라진다면 대처 양식과 상호작용하는 사회적 지지의 효과도 연령집단에 따라 달라질 수 있음을 의미한다.

부정적 신체건강 상태가 "적절한" 시기에 일어났다고 여기는 노년층과 "부적절한" 시기에 일어났다고 여기는 비노년층에게 부정적인 신체건강 상태가 가지는 의미는 무엇인가에 대해서는 명확히 알려진 바가 없다. 그러나 Waldron et al. (2017)의 18세에서 30세인 환자들의 심장 이식 수술 이후의 경험, 정상성, 그리고 정체성에 관한 질적 연구를 통해 부정적 신체건강 상태가 "비정상적인 (off-time)" 연령층에서 발생하였을 때 신체 건강이 개인에게 미치는 영향과 그 의미를 간접적으로 볼 수 있다. Waldron, et al. (2017)에 따르면 심장 이식 수술을 경험한 젊은 환자들은 질병이 자신의 정체성에 미치는 영향을 제한하려고 하고, 질병 전과 현재의 모습을 통합하고자 노력하였다. 그런데 해당 과정에서 "싸움 (fighting)" "힘겹게 노력하다 (struggling)" 라는 단어를 쓰며 이러한 노력을 성취하는 것에 어려움을 겪고 있는 것을 보여준다고 설명하였다. 개인이 특정한 과정에서 스스로 하는 데에 어려움을 겪는다는 것은 바로 이 지점에 있어서 사회적 지지의 도움이 필요하다는 것을 암시한다. 따라서 자기 자신의 신체건강이 악화된 이후에도 여전히 사랑받고, 가치있고, 중요한 존재라는 것을 느끼게 해주는 정서적 지지와 스스로 자기 자신이 누구인가 평가하는 데 도움을 주는 평가적 지지가 도움을 줄 가능성이 있다. 거기다가 "약 먹는 것을 잊지 말렴. 약 가지고 있니?"와 같

이 개인의 독립적 정체성에 위협이 된다고 인식되는 타인의 지지는 오히려 문제가 되었다고 Wladron, et al. (2017)은 보고하고 있다. 더불어 Deelstra, et al. (2003)은 자기 존중감에 위협이 될 때 도움은 환영 되지 않을 수 있다고 주장하며, 직장인을 대상으로 연구한 결과 제시된 도구적 도움은 오히려 부정적인 반응을 유발하였다고 보고하였다. 자존감 위협 모델에 따르면 도움을 받는 것은 부정적이고 자기 위협적인 심리적 요소와 긍정적이고 자기 지지적인 심리적 요인을 모두 포함하는 복합적인 축복이라고 부른다 (Nadler & Jeffrey, 1986). Nadler & Jeffrey (1986)에 따르면 도움은 열등감, 실패와 같은 부정적인 의미로 여겨지거나, 자립이나 독립과 같이 주요한 사회적 가치와 상충하는 의미를 담고 있을 때 개인의 자존감에 위협이 된다고 한다. 비노인에게도 있어서 도구적 지지나 정보적 지지는 물리적이고 직접적인 도움을 받을 수 있는 수단임과 동시에 독립성과 자립을 중시하는 연령규범과 상충하는 도움이라고 여겨져 자존감에 위협이 되어 부정적인 신체건강의 영향을 완충하는 데 한계가 있을 수도 있다. 종합하면 정서적 지지와 평가적 지지는 간접적인 심리사회적 메커니즘을 통해서 개인에게 영향을 주어서 (Thoits, 2011) 비노년층에 속한 개인의 독립적 정체성에는 위협이 되지 않으면서 정서적으로 개인이 사랑받고 가치 있다고 느끼게 해주고 개인이 자신을 통합적으로 평가하는 데 도움을 줄 수 있다. 그러나 정보적 지지와 도구적 지지는 보다 직접적으로 스트레스원에 개입하여 스트레스원의 환경적 요구를 낮추기 때문에(Thoits, 2011), 독립성이라는 정체성이 특히 중요한 비노년층에게는 도구적 도움과 정보적 도움이 효과적이지 않을 수 있다. 하지만 비노년층을 대상으로 신체건강이 우울에 미치는 영향에 있어서 사회적 지지의 기능별 조절효과를 본 논문은 극히 제한적이므로 비노년층이 부정적 신체건강 상태를 겪을 때 도움이 될 수 있는 혹은 도움이 되지 않는 사회적지지 기능은 무엇인가에 대한 정보는 제한적이다.

반면 시각 손상을 겪은 노인들이 경험하는 어려움들에 관한 질적 연구를 실시한 Cimarolli, et al. (2011)을 보면, 시각 손상이 유발하는 여러 어려

움 중 기능적 어려움이 가장 많은 부분을 차지하는 것으로 보고되고 있다. 그런데 인터뷰 내용을 보면 기능적 어려움은 부정적인 정서적 반응 및 감정을 동반하는 것을 볼 수 있었다. 예를 들어 "계단이나 다른 물건들에 걸려 넘어지는 게 무서워요."라고 표현하여 기능적 어려움은 공포심과 두려움을 유발하는 것을 볼 수 있고, "거리에 있을 때 너무 힘들어요. (it's very tough when you are out one the street)" 이나 "기차를 타고, 도시에 내리고 이러는 것이 너무 불편해요(the difficulty of getting on a train, getting down into the city, that's very uncomfortable)"이라는 표현을 보면, 기능적 어려움은 일상 속 불편감을 의미하는 것을 볼 수 있다. 거기다가 기능적 어려움은 시간에 지남에 따라 더 증가하는 양상을 보였는데, 이러한 양상은 나이가 들면서 더 많은 질병과 신체적 노화로 인하여 신체건강이 악화할 가능성이 높은 일반 노년층에게도 적용될 수 있다. 노인에게 있어서 부정적 신체건강 상태는 '정상적인' 생애주기상 변화라고 여겨질지 몰라도, 일상생활 속 기능적 어려움을 유발하며, 또 부정적 신체건강 상태와 기능적 어려움은 부정적 정서를 동반함으로써 일상생활의 기능적 어려움과 부정적 정서를 완화시켜주는 도구적지지와 정서적 지지와 같은 사회적지지 기능의 효과가 있을 수 있다. 부가적으로 정보적 지지도 부정적인 신체건강 상태를 완화할 수 있는 정보를 제공 받거나 대처에 사용될 수 있는 정보를 제공받아 노인의 신체건강이 우울에 미치는 영향을 조절해줄 수 있고, 평가적 지지도 노인이 부정적인 신체건강 상태를 겪음에도 불구하고 긍정적인 자기평가를 유지할 수 있도록 도와줌으로써 우울 수준을 낮추는 데 영향을 줄 가능성이 존재한다.

정리하자면 부정적 신체건강 상태는 비노년층에 있어선 생애주기상 비정상적인 변화로 여겨져 개인의 가치감과 자기평가에 대한 위협을 의미할 수 있고, 따라서 개인이 가치적인 존재라고 느끼게 해주는 정서적 지지와 스스로 자기 자신을 평가하는 데 도움을 주는 평가적 지지가 부정적인 신체건강 상태가 우울에 미치는 영향을 완충해줄 가능성이 있다. 도구적 지지와 정보적 지지는 신체건강 완화 및 일상기능 수행에 도움을

줌으로써 스트레스 수준을 낮춰줄 가능성도 존재하지만, 자립과 독립감을 중시하는 비노년층의 자존감과 자기정체성에 위협이 된다면 부정적 신체건강 상태의 영향을 완충해주지 못할 가능성도 존재한다. 반면 부정적인 신체건강 상태가 비교적 정상적인 생애변화로 여겨지는 노년층의 경우 일상적 불편감과 부정적 신체 건강상태가 동반하는 부정적 정서가 우울에 영향을 미칠 수 있다. 그러므로 일상적 불편감을 완화시켜줄 수 있는 도구적 지지와 정보적 지지와 부정적 정서를 예방 및 감소시켜줄 수 있는 정서적 지지와 평가적 지지가 완충효과를 나타낼 수 있다.

연령집단에 따라 사회적 지지의 조절효과가 달라질 수 있다는 것은 두 가지를 의미한다. 첫째, 연령집단에 따라 신체 건강과 우울에 미치는 영향을 조절하는 유의미한 사회적지지 기능의 종류가 다를 수 있다. 둘째, 두 집단에서 똑같이 유의미한 사회적지지 기능이 존재하더라도 그 기능의 효과 혹은 영향력의 크기는 연령 집단마다 다를 수 있다. 따라서 부정적 신체건강 상태의 타이밍을 고려하여 연령집단을 나눈 후 사회적 지지의 조절효과를 기능별로 통계적 유의미함과 영향력을 살펴보는 것은 중요하다. 하지만 신체건강이 우울에 미치는 영향을 조절하는 사회적지지 기능의 종류와 영향력이 노년층인가 혹은 비노년층인가에 따라 어떻게 다르게 나타나는가를 탐색한 연구는 매우 제한적이다. 그러므로 본 연구는 집단을 노년층과 비노년층을 구분한 후 신체건강과 우울 간 관계에 있어 사회적 지지의 조절효과를 기능별로 분석하였다. 다만 데이터의 제한으로 인하여 비노년층 중 장년과 중년층으로 주로 구성된 조사대상자 집단에 초점을 맞추었다.

제3장 연구방법

제1절 연구모형 및 연구가설

이론과 선행연구를 바탕으로 본 연구에서 검증하고자 하는 연구문제와 그에 대한 가설은 다음과 같다.

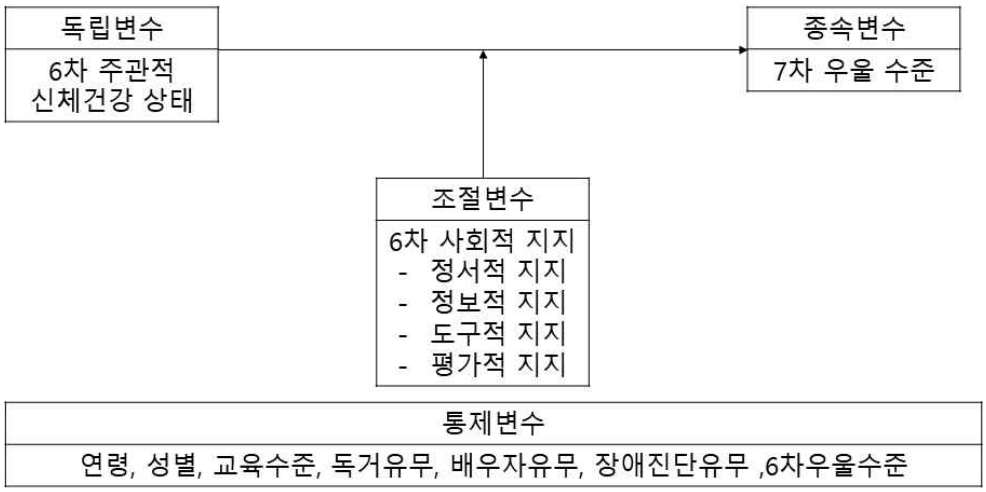
연구 문제1. 비노인 집단과 노인 집단의 주관적 신체건강 수준은 우울 수준에 어떤 영향을 미치는가?

연구가설 1-1. 비노인 집단의 주관적 신체건강 수준은 우울 수준에 정적 영향을 미칠 것이다.

연구가설 1-2. 노인 집단의 주관적 신체건강 수준은 우울 수준에 정적 영향을 미칠 것이다

연구 문제2. 비노인 집단과 노인 집단의 신체건강 수준과 우울 수준 관계는 정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 평가적 지지 수준에 따라 달라지는가?

위 연구문제에 대한 연구모형을 그림으로 나타내면 다음과 같다.



제2절 자료 및 연구대상

본 연구의 목적은 노인과 비노인의 신체건강 수준과 우울 수준 간 관계에 영향을 미치는 사회적지지 기능별 조절효과를 확인하는 것이다. 이를 위해 국민연금연구원에서 제공하는 「국민노후보장 패널조사」의 6차 본조사, 7차 본조사, 그리고 6차 부가조사를 이용하여 분석하고자 한다. 「국민노후보장패널조사」는 한국의 중·고령층의 노후준비 및 노후 생활을 지속적으로 파악하여 노후소득보장과 관련된 정책을 위한 자료를 구축하기 위하여 수집된 자료이다. 6차 본조사와 7차 본조사는 가구의 경제 상황, 중고령자의 고용현황 및 퇴직, 건강, 가족관계 그리고 노후보장 현황 등에 관한 내용을 중심으로 구성되어있고 6차 부가조사의 경우 노후보장준비 4대 영역 중 비재무적인 영역인 여가, 대인관계, 그리고 건강을 중점으로 구성되었다.

국민노후보장패널의 목표집단은 전국의 50세 이상 가구원이 있는 일반가구로, 최초 원표본은 2000년 인구주택총조사 10% 표본조사구 중 섬조사구와 시설단위 조사구를 제외한 24,599개의 일반조사구 (1,420,299가구)를 부차모집단으로 하여 표본을 추출하였다. 그리고 2000년 이후 다량의 아파트 신축으로 인해 아파트 입주자의 대부분이 기존 조사구에서 전출하여 신규아파트로 전입할 가능성이 높다고 판단하여 신축아파트 리스트를 별도의 조사구로 포함하여 조사 시점인 2005년에 보다 가까운 표본을 보정하는 효과를 가지고 있다고 국민연금원은 설명하고 있다. 더불어 최초 조사 이후 시간이 경과함에 따라 패널의 최저연령이 상승하여 50대의 공백이 발생하였고, 따라서 2013년 5차 본조사에 50~57세 가구원이 있는 가구 1,201가구를 표본에 추가하여 통합표본을 구축하였다.

해당 조사는 기본적으로 전국 만 50세 이상 가구원이 있는 가구와 그 가구에 있는 만 50세 이상의 개인과 그 배우자를 대상으로 하고 있다. 그러나 50세 이상의 개인 조사대상자와 생계를 함께하는 법적 배우자나 사실혼 관계에 있는 동거인은 50세 미만이라도 개인 조사대상이 된다. 6차년도 기준 조사대상의 최저연령은 29세로 확인되었다. 따라서 본 연구에

서는 6차 본조사 기준으로 29세 이상 65세 미만인 경우 비노인으로, 65세 이상인 경우 노인으로 분류하였다. 조사대상자의 총 수는 7733명이고, 측정 항목에 대하여 하나라도 무응답 한 경우를 제외하여 총 7157명을 대상으로 한다. 그 중 비노인은 3473명, 노인은 3684명이다.

제3절 측정 변수

1) 종속변수: 우울 수준

조사대상자의 우울수준은 Radloff(1977)가 개발한 우울증 자가 진단 척도인 CES-D를 조명제 등 (1993)이 한국어로 번역한 한국형 CES-D를 통하여 측정하였다. 각 문항은 4점 척도로서, 부정적인 문항은 극히 드물다 (0점), 가끔 있다 (1점), 종종 있었다(2점), 대부분 그랬다 (3점)으로 매겨지고, 3개의 긍정적인 문항은 역으로 점수를 주어 우울 수준을 측정하였다. 각 문항의 점수를 합산한 점수를 개인의 우울 수준으로 사용하였고 점수가 높을수록 우울 수준이 높음을 의미한다.

우울 관련 문항은 총 20개이며, 지난 1주일간의 심리상태에 대한 질문으로 구성되어있고 구체적인 내용은 다음과 같다. 1. 평소에는 아무렇지도 않던 일들이 괴롭고 귀찮게 느껴졌다. 2. 먹고 싶지 않고 식욕이 없다. 3. 어느 누가 도와준다고 하더라도 나의 울적한 기분을 떨쳐 버릴 수 없을 것 같다. 4. 무슨 일을 하든 정신을 집중하기가 힘들었다. 5. 비교적 잘 지냈다. 6. 상당히 우울했다. 7. 모든 일들이 힘들게 느껴졌다. 8. 앞일이 암담하게 느껴졌다. 9. 지금까지의 내 인생은 실패작이라는 생각이 들었다. 10. 적어도 보통 사람들만큼의 능력은 있었다고 생각한다. 11. 잠을 설쳤다. 12. 두려움을 느꼈다 13. 평소에 비해 말수가 적어졌다 14. 세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다. 15. 큰 불만 없이 생활했다 16. 사람들이 나에게 차갑게 대하는 것 같았다 17. 갑자기 울음이 나왔다 18. 마음이 슬펐다 19. 사람들이 나를 싫어하는 것 같았다 20. 도무지 뭘 해나갈 엄두가 나지 않았다

2) 독립변수: 주관적 신체건강

현재 주관적 건강상태는 “귀하의 신체적 건강상태는 현재 어떻다고 생각하십니까?”로 하나의 문항이며 리커트 척도로 구성되어있다. 본 데이터의 척도를 역코딩하여 1=매우 좋다 2=좋은 편이다 3=보통이다 4=좋지 않은 편이다 5=매우 좋지 않다 로 코딩하였다. 점수가 높을수록 주관적 신체건강이 좋지 않음을 의미한다.

3) 조절변수: 사회적 지지

사회적지지 척도는 Cohen & Syme (1985)를 기반으로 정서적지지(8문항), 평가적지지(3문항), 도구적지지(4문항), 정보적지지(3문항)의 총 17개 문항으로 구성되어있다. 질문에 대한 응답범주는 5점 리커트 척도(1=전혀 그렇지 않다, 2=그렇지 않다, 3=보통이다, 4=그렇다, 5=매우 그렇다)로 구성되어있다. 문항의 개수가 사회적 지지의 종류마다 다르므로 사회적지지 기능별 문항들을 합산하여 문항의 수로 나누어서 각 사회적지지 기능의 평균 점수를 분석에 사용하였다. 점수가 높을수록 사회적지지 기능의 수준이 높은 것을 의미한다.

신뢰, 애정, 감정이입, 친밀감의 개념을 내포하는 (임주영, 2010) 정서적지지 관련 세부 문항은 다음과 같다. 1. 기분이 좋을 때 그 기분을 함께 나누는 사람이 있다 2. 외로울 때 같이 이야기하는 사람이 있다. 3. 속상할 때 주위 사람들이 위로해준다. 4. 어려움에 처해 있을 때 관심을 가지고 걱정해준다. 5. 걱정거리가 있을 때 그것에 대해 이야기하는 사람이 있다 6. 마음 놓고 믿고 의지하는 사람이 있다 7. 나를 인격적으로 존중해주는 사람이 있다 8. 나의 의견을 존중해주고 대체로 받아들이는 사람이 있다. 수용과 긍정적 자기 평가를 내포하는 (임주영, 2010) 평가적지지 관련 세부 문항은 다음과 같다. 1. 내가 취한 행동의 옳고 그름을 공정하게 평가해주는 사람이 있다 2. 내가 가치 있는 존재임을 인정해주는 사람이 있다 3. 집안일에 자부심을 가질 수 있게 인정해주는 사람이 있다. 일을 대신해 주거나 돈이나 물건을 제공하는 등 실제적 도움을 제공하는 것을 뜻하는 (임주영, 2010) 도구적지지 관련 세부 문항은 다음과 같다. 1. 내가 필요로 하는 물건이 있으면 언제라도 사다주는 사람이 있

다 2. 내가 필요하다고 하면 아무리 큰돈이라도 마련해주는 사람이 있다 3. 내가 몸져누워 있을 때 병수발을 해주는 사람이 있다 4. 필요시 병원비나 약값을 대주는 사람이 있다. 상대방이 그 일을 스스로 할 수 있는 정보를 제공하여 돕는 것을 뜻하는 (임주영, 2010) 정보적지지 관련 세부문항은 다음과 같다. 1. 성인병에 대한 정보를 제공해주는 사람이 있다 (예: 식이요법, 운동, 민간요법 등) 2. 어떤 선택을 해야만 할 때 합리적인 결정을 내릴 수 있게 조언해주는 사람이 있다. 3. 쇼핑이나 병원에 관한 정보를 제공해주는 사람이 있다 (예: 좋은 물건, 싸게 파는 곳 등)

4) 통제변수

(1) 6차년도 우울수준

신체와 우울, 사회적 지지와 우울은 서로 영향을 주고받는 관계이다. 우울은 고통스러운 감정과 신체적 증상을 수반하여 신체 기능상의 제한을 유발할 수 있고, 부정적이고 비관적인 생각을 증폭시키고 타인과의 상호작용을 위축시켜(권석만, 2013) 인식하는 사회적 지지의 수준 또한 제한할 수 있다. 그러므로 6차년도의 우울 수준을 통제함으로써 6차 년도의 주관적 신체 건강상태와 사회적지지 조절효과가 7차 년도의 우울에 미치는 영향이 실제론 6차 년도의 우울 수준에 의하여 관찰되는 현상일 가능성을 배제할 수 있도록 하였다.

(2) 사회관계 변수: 배우자 여부, 독거 여부

Cohen & Wills (1985)에 따르면 사회적 지지의 구조적 요인은 우울에 직접적으로 영향을 미치는 주효과를 나타낼 수 있다. 그리고 소셜네트워크로부터의 고립을 반영하는 독거여부와 (윤희열, 2012; 김승전, 2015; 김새봄 외, 2018) 혼인상태(Brown et al., 2017; 박재규&이정림, 2011; 김아람, 2020)은 우울에 영향을 미치는 주요 요인으로 알려져 있다. 그러므로 독거 여부와 배우자 여부를 통제하지 않으면 독거나 배우자 유무로 인한 효과와 사회적지지 기능에 의한 효과가 혼동될 수 있다. 따라서 1인 가구일 경우 1을, 1인 가구가 아닐 경우 0을 부여한 독거 더미 변수

와 배우자가 있는 경우 1을, 배우자가 없는 경우 0을 부여한 배우자 더미 변수를 생성하였다.

(3) 인구사회학적 변수: 성별, 연령, 교육수준

성별 (e.g., Nolen-Hoeksema, 1990), 연령(e.g., Christensen, et al., 1999), 그리고 교육수준 (e.g.,박재규 &이정림, 2011) 은 우울에 미치는 주요 인구사회학적 변인으로 보고되고 있어 본 분석에서 통제변수로 포함되었다. 교육수준은 서열변수이나 각 카테고리 간 등간을 가정하고 연속변수로 사용하였다. 교육수준은 무학 =1 초등학교 졸업=2, 중학교 졸업=3, 고등학교 졸업=4, 대학교 졸업=5, 대학원 졸업=6을 부여한 연속변수를 생성하였고, 성별은 남성은 1을, 여성은 0을 부여한 성별 더미 변수를 생성하였다. 연령은 연속변수로서 모형에 투입하였다.

(4) 신체건강 변수: 장애진단 유무

주관적 신체건강은 우울에 영향을 미칠 수 있는 다른 신체건강 지표와 연관되어있을 수 있으므로 건강상태를 나타내는 다른 지표를 통제변수로 설정하는 것은 중요하다 (Bierman & Statland, 2010). 일상기능에 지장을 주고 사회적 참여에 제한을 줄 정도로 신체건강의 손상을 겪는 정도를 보여주는 장애진단 유무(CDC, 2020.)는 신체건강의 주요 지표이므로 본 연구에서 통제 변수로 설정하였다. 장애진단을 받은 적이 있는 경우 1을, 없는 경우 0을 부여한 장애진단 더미 변수를 생성하여 모형에 투입하였다.

제4절 분석 방법

본 연구는 노년층과 비노년층의 신체기능과 우울 관계에 있어 사회적지지 기능별 조절효과를 탐색하기 위하여 국민노후보장패널조사 6차년도 본조사, 6차년도 부가조사 7차년도 본조사를 활용하였으며 SPSS Statistics 통계 프로그램을 통해 양적 분석을 시행하였다. 구체적인 분석 절차는 다음과 같다.

첫째, 빈도분석 및 기술 통계 분석을 통하여 연구대상의 일반적 특성 및 주요 변수의 빈도, 평균, 그리고 표준오차 등을 살펴보았다.

둘째, 상관관계 분석을 통하여 주요 변수들 간의 상관관계를 살펴보았다.

셋째. 신체건강이 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과를 검증하기 위해서 위계적 다중회귀분석을 실시하였다. 이때 종속변수를 제외한 모든 변수들은 표준화 하였다. 해당 연구는 신체건강, 우울, 그리고 사회적지지 변수들 간의 관계가 연령집단에 따라 차이가 있는지 통계적으로 검증하는 것을 목적으로 하는 것이 아니라 신체건강, 우울, 그리고 사회적지지 변수들 간의 관계가 연령 집단에 따라 '어떻게' 나타나는지 탐색하는 것을 목적으로 한다. 따라서 연령*사회적지지*신체기능의 삼방향 상호작용항(three way interaction term)을 사용하지 않고, 케이스를 29세에서 65세 미만 집단과 65세 이상 집단으로 분할하여 각 집단에 대하여 신체건강과 사회적지지 간의 상호작용(two way interaction term)을 넣은 회귀모형을 검증하였다. 정리하자면 우선 케이스를 29세~65세 미만 집단과 65세 이상 집단으로 분할하고, 각 각의 집단에 대하여 독립변수, 조절변수, 통제변수, 그리고 종속변수를 넣은 모형을 우선 분석하고, 그다음 앞 단계 모형에 조절변수와 신체건강 간의 상호작용항을 추가적으로 투입하여 위계적 다중회귀분석을 시행하였다.

제4장 연구결과

제1절. 연구대상자의 특성

1. 비노인 집단의 특성

총 대상자 7157명 중 65세 미만 집단에 속한 개인은 3473명이며 평균연령은 56세(s.d.=4.75) 이다. 국민노후보장패널은 만 50세 이상 가구주와 배우자를 포함하는데, 배우자의 연령은 제한되어있지 않아 50세 미만의 조사대상자가 있을 수 있다. 본 연구의 조사대상자의 최저연령은 29세인 것으로 나타났다. 우선 비노인 조사대상자의 성별 비율을 살펴보면, 성별의 경우 남성이 42.5% 그리고 여성이 57.5%를 차지하여 여성의 비율이 남성 비율보다 높은 것으로 나타났다. 교육수준은 평균은 3.70이었고 표준편차는 0.99이었다. 이는 비노인 조사대상자들은 평균적으로 중학교 졸업과 고등학교 졸업에 분포되어있음을 의미한다. 배우자 유무의 경우 '예'라고 대답한 비율은 전체의 86.3%였고 '아니오'라고 답한 비율은 전체의 13.7%였다. 또 독거하는 조사대상자는 전체의 6.0%만을 차지하였고 독거하지 않는 조사대상자는 전체의 94%로 전체 조사대상자의 대부분이었다. 더불어 장애진단을 받은 적이 있는 조사대상자는 전체의 5.2%만을 차지하였고 장애진단을 받은 적이 없는 조사대상자는 전체의 94.8%로 조사대상자의 대부분이었다.

다음으로 종속변수인 우울수준을 살펴보면 7차년도의 평균은 7.77점(s.d.=8.99)이었으며 6차년도 우울수준 평균은 7.92(s.d.=7.98) 으로 6차년도 우울수준이 7차년도 우울수준보다 약간 높았다. 독립변수인 주관적 신체건강 수준을 살펴보면 평균 2.53(s.d.=0.81)으로 신체건강 수준이 보통임을 나타내는 3점보다 낮은 점수로 나타났다. 주관적 신체건강 수준은 역코딩 되었으므로 65세 미만 조사대상자는 평균적으로 자신의 건강을 보통수준보다 더 좋다고 평가하고 있음을 의미한다. 조절변수인 사회적지지 기술통계 분석결과, 정서적 지지의 평균은 3.81으로 가장 높았고, 다음으로 평가적지지 (=3.67), 정보적지지 (3.66), 그리고 도구적지지 (3.41) 순이었다. 사회적지지 중 도구적 지지의 경우 표준편차가 0.71로

사회적지지 기능들 중 가장 높은 것으로 나타났는데, 이는 65세 미만 조사대상자 간의 정보적 지지의 차이가 다른 사회적지지 기능보다 더 크다는 것을 의미한다.

2. 노인 집단의 특성

65세 이상 조사대상자는 총 3684명이었고 평균연령은 73.77세 (표준편차 6.00)였고 최고령자는 97세였다. 성별 비율을 살펴보면 남성은 39.7%고 여성은 60.3%로 남성보다 여성 비율이 더 높았다. 교육수준을 살펴보면 평균은 2.5였으며 표준편차는 1.18이었다. 이는 65세 이상 조사대상자들의 학력 수준이 초등학교 졸업과 중학교 졸업에 주로 분포되어있음을 의미한다. 배우자 유무의 경우 배우자가 있는 조사대상자는 전체의 64.2%였고 배우자가 없는 조사대상자는 전체의 35.8%로 배우자가 있는 조사대상자는 배우자가 없는 조사대상자보다 더 높은 비율이나 배우자가 없는 조사대상자 비율도 극단적으로 낮지는 않았다. 독거하는 65세 이상 조사대상자는 전체의 23.9%였고 독거가구가 아닌 조사대상자는 전체의 76.1%로 독거가구인 조사대상자는 독거가구가 아닌 조사대상자 보다 적었지만 배우자 유무와 마찬가지로 극히 낮은 비율은 아니었다. 장애판정을 받은 적이 있는 조사대상자는 전체의 9.5%를, 받은 적이 없는 조사대상자는 90.0%를 차지하였다.

다음으로 종속변수인 우울수준을 살펴보면 7차 우울수준의 평균은 11.41점(표준편차 10.20)이었고 6차 우울수준은 11.37점 (표준편차 9.60)으로 7차 우울 수준이 6차 우울 수준보다 조금 높았다. 독립변수인 주관적 신체건강 상태를 보면 평균적으로 3.20점이었는데, 이는 보통수준인 3점보다 높은 점수로 65세 이상 집단은 평균적으로 자신의 건강을 평균보다 좋지 않다고 평가하는 경향이 있음을 의미한다. 조절변수인 사회적지지 기능 수준의 평균 점수를 순서대로 나열하면 정서적지지($\bar{x}=3.65$), 평가적지지($\bar{x}=3.56$), 정보적지지($\bar{x}=3.52$), 그리고 도구적지지($\bar{x}=3.30$) 이다. 도구적 지지의 평균은 가장 낮았으나 평균편차는 가장 높게 나타났다(0.78). 이는 사회적지지 기능 수준 중 조사대상자들 간의 도구적지지 수준의 차이가 가장 크다는 것을 의미한다.

일반적으로 왜도의 절대값이 3 미만이고 첨도의 절대값이 10 미만일 때 정규성의 가정에 크게 위배되지 않는 것으로 본다(Kline, 2010). 해당 연구의 65세 미만 집단 그리고 65세 이상 집단을 대상으로 하는 주요 변수들과 통제변수들의 왜도와 첨도의 절대값이 기준값보다 모두 작았기 때문에 본 연구의 주요변수들은 정규성을 크게 위배하지 않는 것으로 판단하였다.

3. 비노인 집단과 노인 집단의 특성 비교

비노인 집단과 노인 집단의 특성을 비교해 살펴보면 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째. 노인 조사대상자의 여성 비율(57.5%)보다 비노인 조사대상자의 여성 비율(60.3%)이 더 높다. 둘째, 비노인 조사대상자의 교육수준이 노인 조사대상자의 교육수준보다 더 높았다. 셋째. 노인 조사대상자의 경우 배우자가 없는 비율이(35.8%) 비노인 조사대상자의 배우자가 없는 비율(13.7%)보다 높았다. 넷째, 노인 조사대상자의 경우 독거하는 개인의 비율(23.9%)이 비노인 조사대상자의 독거 비율(6.00%)보다 높았다. 다섯째. 노인 조사대상자가 장애진단을 받은 비율(9.5%)은 비노인의 장애진단을 받은 비율(5.2%)보다 높았다. 여섯째. 노인 조사대상자의 평균 7차 우울 수준($\bar{x}$=11.41)은 비노인 조사대상자의 평균 우울수준($\bar{x}$=7.77)보다 높았으며 평균편차 (s.d.=10.20) 또한 비노인 조사대상자의 우울 수준 평균편차(s.d.=9.00)보다 높았다. 즉 노인 집단은 비노인 집단보다 평균적으로 더 우울하며, 개인 간의 우울 수준의 편차도 더 크다. 일곱째, 노인 집단의 주관적 신체건강 점수($\bar{x}$=3.20)은 비노인 집단의 주관적 신체건강 점수($\bar{x}$=2.53)보다 더 높았으며, 이는 노인 집단이 비노인 집단보다 주관적 신체건강을 더 안 좋게 평가함을 의미한다. 또 평균편차도 노인 집단(s.d.=0.90)이 비노인 집단(s.d.=0.81)보다 높았으며 이는 개인 간의 건강 수준 편차도 노인 집단이 비노인 집단보다 더 큰 것을 의미한다. 여덟째, 정서적, 정보적, 도구적 지지는 비노인 집단이 노인 집단보다 더 높았으며, 평가적 지지는 노인 집단이 비노인 집단보다 더 높은 것으로 나타났다. 더불어 사회적 지지의 개인 간의 편차는 정서적, 정보적, 도구적, 평가적지지 모두에서 노인 집단에서 더 큰 것으로

나타났다.

〈표 1〉 기술통계 및 빈도분석 결과

		비노인 집단 (n=3473)	노인 집단 (n=3684)
		평균(표준편차) 또는 응답=1에 해당하는 비율(%)	
종속	7차 우울	7.77(8.99)	11.41(10.20)
독립	6차 신체건강	2.53(0.81)	3.20(0.90)
조절	6차 정서적 지지	3.81(0.54)	3.65(0.62)
	6차 정보적 지지	3.66(0.64)	3.52(0.70)
	6차 도구적 지지	3.41(0.71)	3.30(0.78)
	6차 평가적 지지	3.67(0.61)	3.56(0.67)
통제	6차 우울	7.93(7.98)	11.37(9.60)
	연령	56.12(4.75)	73.77(6.00)
	교육수준	3.70(0.99)	2.48(1.18)
	성별(남성=1,여성=0)	42.5	39.7
	배우자 유무(유=1,무=0)	86.4	64.2
	독거 유무(유=1,무=0)	6.0	23.9
	장애진단 유무(유=1,무=0)	5.2	9.5

제2절. 주요 변수의 상관관계

다음으로, 주요 변수들 간의 상관관계를 살펴보고 다중공선성 여부를 판단하기 위하여 Pearson 단순상관관계 분석을 시행하였다. 종속변수를 제외한 변수들은 모두 표준화하였다. 그 결과는 〈표 2〉과 〈표 3〉와 같다.

1. 비노인 집단의 주요 변수 간 상관관계

첫째, 독립변수인 6차 신체건강과 종속변수인 7차 우울수준의 상관관계를 보면 정적인 상관관계를 보였다($r=.253$, $p<0.01$). 이는 신체건강 변수의 점수가 높을수록 7차 우울 수준도 높아지는 것을 의미한다.

둘째, 조절변수인 6차 정서적지지, 6차 정보적지지, 6차 도구적지지, 6차

평가적 지지와 종속변수인 7차 우울수준 간의 각각 상관관계를 보면 사회적지지 변수들 모두 p<0.01 수준에서 종속변수와 부적인 상관관계를 가진다(r=-.278. r=-.191 r=-.111, r=-.248). 즉 정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 평가적지지가 높을수록 우울수준은 낮아진다.

셋째, 조절변수간의 상관관계를 보면 각각의 조합 모두 p<0.01수준에서 유의미하게 정적인 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 상관관계가 가장 높은 관계는 정서적 지지와 평가적 지지였는데 (r=.737), 다중공선성을 판단하는 기준인 0.80을(Garson, 2012) 넘지 않았으므로 다중공선성에 있어 심각한 문제가 없다고 판단되었다. 조절변수 간의 상관관계 분석결과를 종합해보면, 정서적 지지가 높을수록 정보적, 도구적, 평가적 지지도 높고, 정보적 지지가 높을수록 정서적, 도구적, 평가적 지지도 높고, 도구적 지지가 높을수록 정서적, 정보적, 평가적 지지가 높고, 마지막으로 평가적 지지가 높을수록 정서적, 정보적, 도구적 지지가 높은 것으로 나타났다.

넷째, 통제변수와 종속변수 간의 상관관계를 살펴보면 성별(r=-.043), 배우자 유무(r=-.105), 교육수준(=-.121), 독거 유무(r=.060), 장애진단 유무(r=.082), 이전 우울수준(0.526)이 유의수준 0.05에서 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 이를 남성이 여성보다, 배우자가 있는 사람이 없는 사람보다, 그리고 교육수준이 높을수록 우울수준이 낮고, 장애진단을 받은 사람이 없는 사람보다, 독거하는 사람이 하지 않는 사람보다, 그리고 이전 우울 수준이 높을수록 우울 수준이 높다고 해석할 수 있다.

2. 노인 집단의 주요 변수 간 상관관계

첫째, 독립변수인 6차 신체건강과 종속변수인 7차 우울 수준 간의 상관관계를 살펴보면 유의수준 0.01에서 정적인 상관관계를 나타냈다(r=.328). 이는 비노인 집단과 마찬가지로 노인 집단에서도 신체건강이 안 좋을수록 우울수준은 높아지는 것을 의미한다.

둘째, 조절변수인 6치 정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 평가적 지지와 종속변수인 7차 우울수준 간의 상관관계를 살펴보면 비노인 집단과 마찬가지로 $p<0.01$ 수준에서 부적 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 즉 노인 집단에서 정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 평가적 지지가 높을수록 우울 수준은 낮아지는 것을 의미한다.

셋째, 조절변수 간의 상관관계를 살펴보면 모든 조합이 유의수준 0.01에서 정적인 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 즉 정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 평가적지지 중 하나가 높으면 다른 사회적지지 기능도 높은 것을 의미한다. 조절변수 간의 상관관계 중 정서적 지지와 평가적 지지 간의 상관관계 수준이 가장 높았는데($r=.781$), 앞서 언급한 것과 마찬가지로 다중공선성의 평가 기준인 0.80(Garson, 2012)보다 낮으므로 다중공선성에 있어 심각한 문제는 없다고 판단하였다.

넷째, 통제변수와 종속변수 간의 상관관계를 살펴보면 성별($r=.144$), 연령($r=.176$), 배우자 유무($r=-.161$), 교육수준($r=-.184$), 독거 유무($r=.148$), 장애진단 유무($r=0.088$), 이전 우울수준($r=0.552$)이 유의수준 0.01에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 남성이 여성보다, 배우자가 있는 사람이 없는 사람보다, 학력이 높을수록, 우울수준이 낮아지고 연령이 높을수록, 독거하는 사람이 하지 않는 사람 보다, 장애진단을 받은 적이 있는 사람이 없는 사람보다, 그리고 이전 우울수준이 높을수록 우울수준이 높아진다고 해석할 수 있다.

3. 노인 집단과 비노인 집단의 주요 변수 간 상관관계

노인 집단과 비노인 집단의 주요 변수 간 상관관계를 함께 살펴보면 다음과 같다. 첫째. 노인 집단과 비노인 집단에서 종속변수인 7차 우울과 독립변수인 6차 주관적 건강상태는 정적인 상관관계를 지니는 것으로 나타났다. 그러나 노인 집단에서 우울과 주관적 건강상태 간의 상관계수가 비노인 집단보다 더 높았다. 즉 비노인 집단보다 노인 집단에서 우울과 건강상태 간의 상관성이 더 높은 것을 의미한다. 둘째. 비노인 집단과 노

인 집단 모두에서 사회적지지 기능들은 종속변수인 우울과 부적인 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 셋째, 비노인 집단과 노인 집단 모두에서 사회적지지 기능들은 서로 정적인 상관관계를 지녔으며, 두 집단 모두에서 정서적 지지와 평가적지지 간의 상관계수가 모든 조합들 중에서 가장 높았다. 넷째, 두 집단에서 공통적으로 종속변수와 상관관계를 가지는 통제변수들은 성별, 교육수준, 배우자 유무, 독거 유무, 장애진단 유무, 이전 우울수준이었다. 다만 노인 집단에서만 연령과 우울은 통계적으로 유의미한 정적인 상관관계를 지니는 것으로 나타났다.

<표 2> 비노인 집단의 주요 변수 간 상관관계

(n=3473)

구분	주관적 건강상태	정서적 지지	정보적 지지	도구적 지지	평가적 지지	우울
주관적 건강상태	1					
정서적 지지	-.178**	1				
정보적 지지	-.155**	.693**	1			
도구적 지지	-.163**	.594**	.589**	1		
평가적 지지	-.169*	.737**	.656**	.626**	1	
우울	.253**	-.273**	-.191**	-.111**	-.248**	1

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

<표 3> 노인 집단의 주요 변수 간 상관관계

(n=3684)

구분	주관적 건강상태	정서적 지지	정보적 지지	도구적 지지	평가적 지지	우울
주관적 건강상태	1					
정서적 지지	-.213**	1				
정보적 지지	-.186**	.739**	1			
도구적 지지	-.170**	.686**	.672**	1		
평가적 지지	-.175*	.781**	.699**	.692**	1	
우울	.328**	-.260**	-.196**	-.151**	-.221**	1

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

제3절 가설검증

본 연구의 목적은 비노인 집단과 노인 집단에서 신체건강이 우울에 미치는 영향과 신체건강과 우울 간의 관계에 영향을 주는 사회적지지 기능이 무엇이 있는지 탐색하는 것이다. 이를 확인하기 위하여 OLS 추정방법을 사용하는 다중회귀분석을 실시하였다. 그 결과는 〈표 4〉와 〈표 5〉과 같다. 첫 번째로 비노인 집단의 우울수준에 영향을 미치는 다른 변수들을 통제한 상태에서 독립변수인 신체건강 수준의 통계적 유의도를 확인하였다 (비노인 집단 모델 1). 두 번째로 노인 집단의 우울수준에 영향을 미치는 변수들을 통제한 상태에서 독립변수의 통계적 유의도를 확인하였다 (노인 집단 모델 1). 세 번째로 비노인 집단에서 독립변수와 각 조절변수 (정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 평가적지지) 간의 상호작용항을 투입하여 그 회귀계수의 유의도를 확인하였다 (비노인 집단 모델 2). 네 번째로 노인 집단에서 독립변수와 각 조절변수 간의 상호작용항을 각 상호작용 항의 통계적 유의도를 확인하였다 (노인 집단 모델 2). 이때, 다중공선성 문제를 완화하기 위하여 종속변수를 제외한 모든 변수들을 표준화시켰다.

불편의하고 효율적인 추정을 하기 위하여 회귀분석의 기본가정 충족 여부를 확인하였다. 먼저 산점도, Q-Q plot, 히스토그램을 그려 오차의 등분산성과 정규성을 확인하였고, 그 결과 등분산성과 정규성 가정을 충족하는 것으로 판단되었다. 다음으로 변수 간 다중공선성을 확인하였는데, 변수들의 VIF 값이 기준치인 10(Field, 2009) 보다 모두 낮아 다중공선성 문제가 심각하지 않다고 판단하였다. 마지막으로 Durbin-Watson 값이 1과 3 사이로 나타나 확실히 자기상관의 문제가 있다고 판단할 근거는 부족한 것으로 나타났다(Field, 2009).

1. 신체건강 수준이 우울수준에 미치는 영향

본 연구의 첫 번째 연구 질문은 비노인 집단과 노인 집단에서 신체건강이 우울수준에 부정적인 영향을 미치는가를 확인하는 것이다. 이를 위한

연구문제와 가설은 다음과 같다.

연구문제 1. 신체건강 수준이 우울수준에 미치는 영향은 어떠한가?
(1) 비노인 집단의 신체 건강 수준은 우울수준에 정적 영향을 미칠 것이다
(2) 비노인 집단의 신체 건강 수준은 우울수준에 정적 영향을 미칠 것이다.

해당 연구문제를 확인하기 위하여 비노인 집단과 노인 집단의 우울수준에 영향을 미치는 요인들을 통제한 상태에서 신체건강의 통계적 유의도를 확인하는 주효과 모형(Model 1)을 다음과 같이 설정하였다.

[주효과 모형 1]

$$\hat{Y} = \beta_0 + \sum_{i=1}^{12} \beta_i X_i$$

$\hat{Y}$: 우울수준

X_1= 성별 (1=남, 0=여)

X_2= 연령

X_3= 교육수준

X_4= 배우자 유무

X_5= 독거 유무

X_6= 장애진단 유무

X_7= 이전 우울수준 (6차)

X_8= 주관적 신체건강 상태

X_9= 정서적지지

X_{10}= 정보적지지

X_{11}= 도구적지지

X_{12}= 평가적지지

1) 비노인 집단에서 신체건강 수준이 우울수준에 미치는 영향

비노인 집단의 주 효과 모형의 분석결과는 〈표 4〉의 모델 1에 정리되어 있다. 우선 비노인 집단의 회귀모형의 설명력과 적합도를 살펴보면 수정결정계수가 0.308로, 모형에 포함된 통제변수와 독립변수가 종속변수인 비노인 집단의 우울수준을 30.8% 설명하는 것으로 나타났다. 그리고 해당 모형의 F값은 129.702로 유의수준 0.001 수준에서 통계적으로 유의미

한 것으로 나타났다. 따라서 해당 주효과 모형은 비노인 집단의 우울수준을 통계적으로 유의미하게 설명한다고 볼 수 있다.

두 번째로 독립변수의 회귀계수의 유의도를 보면, 독립변수인 주관적 신체건강 상태는 종속변수인 우울수준에 유의수준 0.001에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 독립변수인 신체건강 상태의 회귀계수 값이 0.603으로 주관적 신체건강이 1 표준편차만큼 나쁠수록 우울 점수가 0.603 만큼 올라간다는 뜻을 의미한다..즉 주관적 신체건강이 좋지 않을수록 우울 수준도 높아짐을 의미한다.

세 번째로 주효과 모형에서 통계적으로 유의미한 변수들을 보면 연령, 이전 우울 수준 (6차), 정서적지지, 도구적지지, 그리고 평가적 지지들이 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 보다 구체적으로 살펴보면 연령 (b=-0.359, p<.05), 정서적지지 (b=-1.070, p<.001), 평가적지지 (b=-0.894, p<.001)는 종속변수 우울수준에 부적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 비노인 집단에서는 다른 변수들을 통제한 상태에서, 연령이 높을수록, 정서적 지지와 평가적 지지가 높을수록 우울 점수가 낮아진다는 것을 의미한다. 반면 이전 우울 수준(b=4.131, p<.001)와 도구적지지 (b=.836, p< 0.001)는 우울수준에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 즉 다른 변수들을 통제한 상태에서 이전 우울 수준이 높을수록, 그리고 도구적 지지가 높을수록 우울 수준은 높아지는 것을 의미한다. 통계적으로 유의미한 표준화 회귀계수들의 값을 비교해보면 이전 우울 수준이 가장 높았고(b=0.459), 이는 변수들 중 이전 우울 수준이 비노인 집단의 우울 수준에 가장 큰 영향을 미치는 것을 의미한다.

2) 노인 집단에서 신체건강 수준이 우울수준에 미치는 영향

노인 집단을 대상으로 신체건강이 우울에 미치는 영향을 확인하기 위한 주효과 모형 분석결과는 〈표 5〉 model 1 에 정리되어있다. 우선 모형의 설명력과 적합도를 살펴보면 수정결정계수가 0.335으로 해당 모형이 종속변수의 변량은 33.5% 설명하는 것으로 해석할 수 있다. 또 F값은

155.821으로 p<.001 수준에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 해당 모형이 노인 집단의 우울수준을 통계적으로 유의미하게 설명한다고 판단할 수 있다.

다음으로 독립변수의 회귀계수 유의도를 살펴보면 독립변수 주관적 신체건강 상태가 종속변수인 우울수준에 미치는 영향은 유의수준 0.001에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 회귀계수 값은 0.863으로 주관적 신체건강 상태는 우울수준에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 이는 주관적 신체건강이 안 좋아질수록 우울수준도 높아짐을 의미한다.

세 번째로 독립변수 외의 통계적으로 유의미한 변수들을 보면 성별, 연령, 학력, 이전 우울수준, 정서적 지지가 있다. 구체적으로 살펴보면 성별 (b=-0.421) p <0.05), 학력 (b=-0.347, p<0.05), 정서적지지 (b=-1.004, p<0.001)가 종속변수 우울수준에 부적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 남성일수록, 학력이 높을수록, 정서적 지지가 많을수록 우울수준은 낮아짐을 의미한다. 연령 (b=0.595, p<0.001) 과 이전 우울수준 (b=4.728, p<0.001)은 우울수준에 정적인 영향을 미치는데, 이는 연령이 높을수록 그리고 이전 우울수준이 높을수록 노인 집단의 우울수준이 높아지는 것을 의미한다. 통계적으로 유의미한 변수들의 표준화 회귀계수를 비교해보면 이전 우울수준이 0.464로 가장 높아 이전 우울수준이 노인 집단의 우울수준에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다.

주효과 모형 분석결과를 비노인 집단과 노인 집단을 함께 살펴보면 우선 수정결정계수가 노인 집단에서 더 높게 나왔는데, 이는 주효과 모형이 비노인 집단보다 65세 이상 집단의 우울수준을 더 많이 설명하는 것을 의미한다. 또 독립변수인 신체건강 상태의 회귀계수가 비노인 집단에서는 0.603이었으나 노인 집단에서는 0.863으로 주관적 신체건강 상태는 다른 변수들을 통제한 상태에서 비노인 집단에 비해 노인 집단의 우울수준에 더 큰 영향을 주는 것을 의미한다. 사회적지지 기능을 살펴보면 비노인 집단에선 정보적 지지를 제외한 사회적지지 기능들은 모두 유의미한 것으로 나타났으나 노인 집단에선 정서적 지지만이 유일한 통계적으로

유의미한 사회적지지 기능 변수였다. 또 비노인 집단에선 연령은 부적인 영향을 미쳤으나 노인 집단에선 연령이 정적인 영향을 미쳤다. 즉 비노인 집단에선 연령이 높을수록 우울 점수는 낮아졌으나 노인 집단에선 연령이 높을수록 우울수준은 높아지는 것을 의미한다. 또 노인 집단에서만 성별과 학력이 통계적으로 유의미한 변수인 것으로 나타났다. 마지막으로 이전 우울 점수는 비노인 집단과 노인 집단에서 동일하게 우울수준에 정적인 영향을 주고 변수들 중 가장 높은 영향력이 큰 변수인 것으로 나타났다.

2. 사회적지지 기능별 조절효과

본 연구의 두 번째 연구 질문은 다음과 같다.

연구문제 2. 신체건강 수준과 우울수준 간의 관계가 정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 평가적지지 수준에 따라 달라지는가?

조절효과를 지니는 사회적지지 기능을 탐색하기 위하여 독립변수인 주관적 건강상태와 조절변수인 사회적지지 기능 - 정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 평가적지지-간의 상호작용항 4개를 투입하여 상호작용 효과 모형(Model 2)을 다음과 같이 설정하였다. 조절효과가 있다고 판단하기 위하여 위계적 회귀모형에서의 상호작용항을 투입하기 전과 후의 R^2을 비교하여 R^2 변화량의 F 값이 통계적으로 유의미한가를 보았다.

[조절효과 모형 (model 2)]

$$\hat{Y} = \beta_0 + \sum_{i=1}^{16} \beta_i X_i$$

$\hat{Y}$: 우울수준

X_1= 성별 (1=남, 0=여)

X_2= 연령

X_3= 교육수준

X_4= 배우자 유무

X_5= 독거 유무

X_6= 장애 진단 유무

X_7= 이전 우울수준 (6차)

X_8= 주관적 신체건강 상태

X_9= 정서적지지

X_{10}= 정보적지지

X_{11}= 도구적지지

X_{12}= 평가적지지

X_{13}= 주관적 신체건강 상태 * 정서적 지지

X_{14}= 주관적 신체건강 상태 * 정보적 지지

X_{15}= 주관적 신체건강 상태 * 도구적 지지

X_{16}= 주관적 신체건강 상태 * 평가적 지지

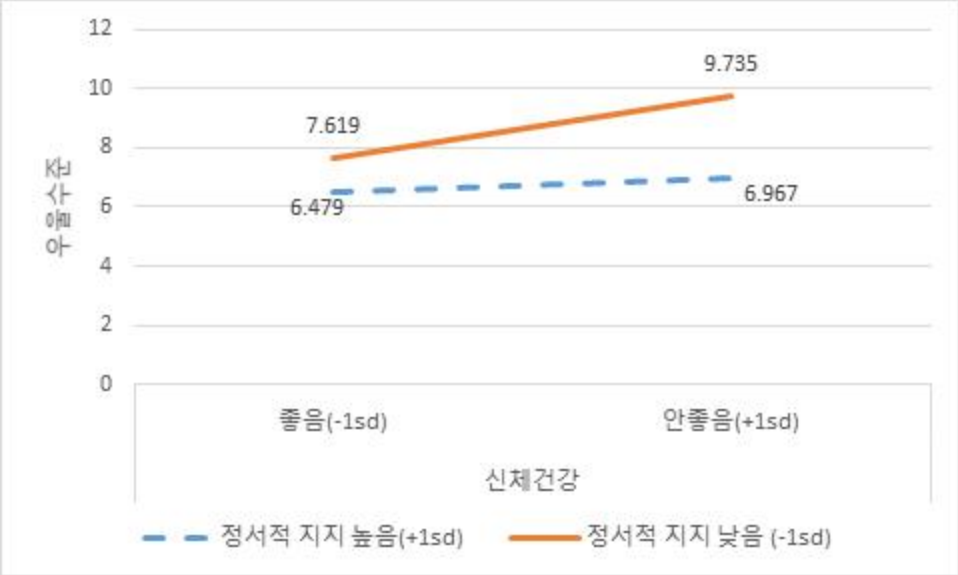
1) 비노인 집단

비노인 집단에 대한 상호작용 효과 모형의 분석결과는 〈표 4〉의 model 2에 정리되어있다. 우선 모형의 설명력과 적합도를 보면 사회적지지 기능의 상호작용항을 투입한 이후 결정계수가 0.317으로 모형에 포함된 통제변수, 독립변수, 조절변수, 그리고 상호작용항들이 종속변수 우울수준의 변량을 31.7% 설명하고 있었으며 F값은 100.194로 유의수준 0.001에서 유의미한 것으로 나타났다. 더불어 R^2의 변화량 0.007이며 F 변화량은 8.359로 유의수준 0.001에서 유의미한 것으로 나타났다. 즉 상호작용항 투입으로 인하여 변화된 모형이 우울수준에 대한 모형의 설명력을 0.7% 증가시켰고, 설명력의 증가는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다.

둘째로 통계적으로 유의미한 것으로 나타난 상호작용항의 회귀계수를 보면 정서적 지지와 건강상태 상호작용항의 회귀계수는 -0.977으로 유의수준 0.05 수준에서 유의미한 것으로 나타났고 도구적 지지와 건강상태 상호작용항의 회귀계수는 0.802로 유의수준 0.001에서 유의미한 것으로 나타났다.

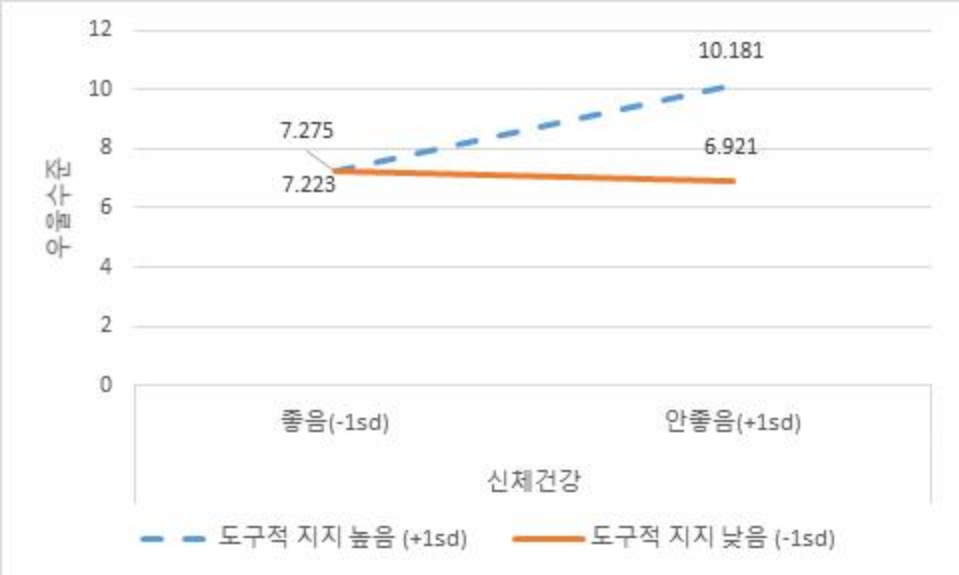
우선 정서적 지지부터 살펴보면 정서적 지지와 건강상태 상호작용항의 회귀계수가 음수라는 것은, 해당 상호작용항은 우울수준에 부적인 영향을 미치는 것을 나타낸다. 즉 정서적지지와 신체건강 간의 상호작용항은 우울수준을 낮춰주는 완충효과를 가지는 것으로 해석할 수 있다. 정서적 지지 상호작용항의 효과를 보다 직관적으로 확인하기 위하여 그래프를 통하여 살펴볼 수 있다. 두 변수 간의 상호작용효과를 그래프 그리기 위해선 독립변수와 조절변수 각각의 평균을 기준으로 +1 표준편차 집단과 -1 표준편차 집단, 즉 4개의 집단에서의 종속변수 값을 계산하여 비교하였다. 종속변수 값은 회귀식을 통해 추정된 회귀계수와 해당 변수값을 곱한 뒤 합산하며 통제변수는 평균일 때를 가정하고 산출하였다. 따라서 건강이 안 좋으면서 정서적 지지도 낮은 집단, 건강은 안 좋은데 정서적 지지는 높은 집단, 건강은 좋은데 정서적 지지는 낮은 집단, 그리고 건강도 좋고 정서적 지지도 높은 집단을 구분하여 우울수준을 비교하여 그래프를 작성하였다. 그래프를 보면 신체건강이 좋음에서 안 좋음으로 갈 때 정서적 지지가 낮은 경우의 직선의 기울기보다 정서적 지지가 높은 집단의 기울기가 더 완만한 것을 볼 수 있다. 즉 신체건강이 안 좋아질수록 우울수준은 높아지는데, 우울수준이 높아지는 가파르기가 정서적 지지가 낮은 집단에 비하여 정서적 지지가 높은 집단에서는 보다 더디게 우울수준이 증가함을 확인할 수 있다. 따라서 65세 미만 집단에서는 신체건강이 우울수준에 미치는 부정적인 영향을 정서적 지지가 완충시켜준다고 해석할 수 있다.

〈그림 1〉 정서적 지지의 조절효과



다음으로 도구적지지 상호작용항의 계수를 살펴보면 0.802로 양수인 것을 확인할 수 있다. 이는 도구적지지 상호작용항이 우울수준을 높이는 작용을 하는 것을 의미하는데, 신체건강이 우울에 미치는 영향을 도구적지지가 증가시키는 것을 의미한다. 도구적지지의 조절효과를 보다 직관적으로 이해하기 위해서 그래프를 사용하여 확인해볼 수 있다. 도구적지지 상호작용항의 그래프는 정서적지지 상호작용항의 그래프 산출과정을 동일하게 적용하여 작성하였다. 그래프를 보면 도구적 지지가 높은 집단은 건강상태가 안 좋아질수록 도구적 지지가 낮은 집단에 비하여 우울수준이 더 가파르게 증가하는 것을 볼 수 있다. 따라서 65세 미만 집단에서는 신체건강이 우울에 미치는 부정적인 영향을 도구적 지지가 강화시킨다고 할 수 있다.

〈그림 2〉 도구적 지지의 조절효과



2) 노인 집단

노인 집단의 상호작용 효과 모형의 분석결과는 〈표 5〉의 model 2에 정리되어있다. 첫째, 모형의 설명력과 적합도를 보면, 결정계수가 0.339로 모형에 포함된 통제변수, 종속변수, 상호작용항들이 노인 집단의 우울수준의 변량은 33.9% 설명하는 것으로 나타났다. 그리고 F값이 117.410으로 유의수준 0.001에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 그러나 R 제곱 변화량이 0.001 으로 아주 미미했으며 F 변화량 또한 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 즉 해당 상호작용 효과 모형이 노인 집단의 우울수준을 통계적으로 유의미하게 설명하는 데 한계가 있음을 의미한다. 둘째, 회귀계수 유의도를 살펴보면 독립변수인 신체건강은 통계적으로 유의하였으나 (b=0.846, p 〈.001), 신체건강*정서적지지 상호작용항, 신체건강*정보적지지 상호작용항, 신체건강*도구적지지 상호작용항, 신체건강*평가적지지 상호작용항 모두 통계적으로 유의미하지 않았다. 따라서 노인 집단에서 통계적으로 유의미하게 신체건강과 우울 간의 관계를 조절하는 사회적지지 기능은 찾을 수 없었다.

<표 4> 비노인 집단의 신체건강이 우울에 미치는 영향(N=3473)[1)]

변수-		model 1				model 2			
		B	S.E	β	t	B	S.E	β	t
통제	성별	-.019	.135	-.002	-.140	-.001	.134	.000	-.010
	연령	-.359	.140	-.040	-2.567*	-.362	.139	-0.040	-2.599**
	교육수준	-.205	.144	-.012	-1.427	-.218	.143	-.024	.128
	배우자 유무	-.272	.161	-.030	-.1694	-.270	.160	-.030	-1.686
	독거 유무	-.216	.159	-.024	-1.356	-.218	.159	-.024	-1.376
	장애진단 유무	-.104	.133	-.012	-.787	-.064	.133	-.007	-.479
	이전 우울수준	4.131	.140	.459	29.415***	4.114	.141	.458	29.253***
독립	신체 건강	.603	0.143	.067	4.209 ***	.651	.143	.072	4.551 ***
조절	정서적지지	-1.070	.211	-.119	-5.079***	-.977	.211	-.109	-4.633***
	정보적지지	-.107	.190	-.012	-.563	-.113	.189	-.013	-.599
	도구적지지	.836	.174	.093	4.793 ***	.828	.174	.092	4.760 ***
	평가적지지	-.894	.206	-.099	-4.345***	-.964	.205	-.107	-4.692***
상호작용항	신체건강*정서지지					-.407	.190	-.049	-2.144**
	신체건강*정보지지					.242	.184	.028	1.317
	신체건강*도구지지					.802	.169	.095	4.752***
	신체건강*평가지지					-.141	.196	-.016	-.720
상수항		7.768	.127		61.222***	7.840	.129		60.911***
F(ΔF)		129.702***				100.194*** (8.359***)			
R^2		.310				.317			
수정된 R^2		.308				.314			
R^2 변화량		.310				.007			

1) 종속변수를 제외한 모든 변수들은 표준화되었음

<표 5> 노인 집단의 신체건강이 우울에 미치는 영향(N=3684)[2)]

변수		model 1				model 2			
		B	S.E	β	t	B	S.E	β	t
통제	성별	-.421	.163	-.041	-2.588*	-.423	.163	-.042	-2.601**
	연령	.595	.148	.058	4.012***	.586	.148	.057	3.949***
	교육수준	-.347	.157	-0.34	-2.205*	-.342	.158	-.034	-2.168*
	배우자 유무	.217	.220	.021	.986	.214	.221	.021	.968
	독거 유무	.292	.201	.029	1.451	.286	.201	.028	1.422
	장애진단 유무	.191	.140	.019	1.363	.195	.140	.019	1.394
	이전 우울수준	4.728	.156	.464	30.405***	4.746	.156	.465	30.470***
독립	신체 건강	.863	.157	.085	5.491***	.846	.157	.083	5.375***
조절	정서적지지	-1.004	.252	-.099	-3.987***	-1.018	.253	-.100	-4.022***
	정보적지지	.045	.221	.004	.204	.023	.221	.002	.105
	도구적지지	.363	.209	.036	1.733	.364	.210	.036	1.738
	평가적지지	-.425	.239	-.042	-1.779	-.448	.240	-.044	-1.868
상호작용항	신체건강*정서지지					-0.95	.247	-.10	-.387
	신체건강*정보지지					.163	.226	.017	.721
	신체건강*도구지지					.080	.203	.008	.396
	신체건강*평가지지					.235	.240	.024	.979
상수항		11.408	.137		83.286***	11.4173	.140		81.977***
F(ΔF)		155.821***				117.410***(1.782)			
R^2		.337				.339			
수정된 R^2		.335				.336			

2) 종속변수를 제외한 모든 변수들은 표준화되었음

제5장 결론

제1절 연구결과 요약

본 연구의 목적은 노인과 비노인의 신체건강이 우울수준에 미치는 영향을 살펴보고 이러한 효과가 어떠한 사회적지지 기능에 따라 달라지는가를 탐색하는 것이다. 신체건강은 모든 생애주기에 있어서 개인의 안녕에 영향을 미치는 주요 요인으로 밝혀져 왔고 스트레스코핑이론에 따르면 신체건강과 적응 결과인 우울 간의 관계에 영향을 주는 주요한 자원으로 사회적 지지가 있다. 사회적 지지는 개인이 가지는 자원으로서 개인이 스트레스 사건이 얼마나 위협적인지 평가하고 스트레스 사건에 대하여 어떻게 대처할 수 있는가에 대하여 평가하는 데 영향을 줄 수 있다. 하지만 사회적 지지는 단일한 개념이 아니라 다차원적인 개념이기 때문에 사회적 지지의 구조적 요인과 기능적 요인을 구분하고, 또 기능 안에서도 세분화된 기능별로 그 효과를 탐색하는 것은 중요하다. 그러나 선행연구에선 사회적 지지의 다차원성을 고려하여 세분화된 기능별 효과를 탐색한 연구는 지극히 부족하였기 때문에 해당 연구에선 사회적지지의 기능별 조절효과를 분석하였다.

나아가 “삶의 타이밍” 개념에 따르면 개인의 생애주기에 따라 연령규범이 존재하고, 이러한 연령 규범으로 인하여 똑같은 스트레스 사건도 연령에 따라 다르게 평가할 수 있다. 신체건강의 저하를 겪더라도 독립성과 자립성을 강조하는 연령규범이 존재하는 비노년층에서는 비정상적인 타이밍에 일어난, 비정상적인 현상으로 여겨질 수 있고, 노년층에서는 정상적인 타이밍에 일어난 스트레스 사건이라고 여겨질 수 있다. 생애주기상 어떤 위치에 속해있느냐에 따라 똑같은 스트레스 사건이라도 스트레스를 유발하는 이유가 달라질 수 있고, 그렇다면 상황과 대처능력에 영향을 주는 사회적 지지의 효과도 연령층에 따라 달라질 수 있다. 그러나 부정적인 신체건강 상태의 생애주기상 타이밍과 사회적 지지의 기능별 효과를 함께 고려하여 우울에 미치는 영향을 연구한 문헌은 지극히 제한적이다. 그러므로 해당 연구에서는 연령을 고려하여 65세 미만 집단(비

노인 집단)과 65세 이상 집단(노인 집단)을 나누고 각 집단에서 신체건강이 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 기능별 조절효과를 탐색하였다.

이에 본 연구의 연구문제는 다음과 같다. 첫째, 노인 집단과 비노인 집단의 신체건강이 우울에 미치는 영향은 어떠한가? 둘째, 노인 집단과 비노인 집단의 신체건강이 우울에 미치는 영향은 정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 평가적지지 수준에 따라 달라지는가? 이러한 연구 질문에 답하기 위하여 국민연금연구원의 국민노후보장패널 6차 본조사, 6차 부가조사, 7차 본조사의 데이터를 사용하여 다중회귀 분석을 통하여 조절효과를 확인하였고, 최종 연구대상자 수는 7157명이었다.

연구문제 검증 결과는 다음과 같다. 첫째, 다중회귀분석을 통하여 노인과 비노인의 신체건강이 우울에 미치는 영향을 확인하였다. 노인과 비노인 집단 모두 신체건강이 안 좋을수록 우울수준도 높아지는 것을 확인하였다. 다만 신체건강이 우울에 미치는 영향이 비노인보다 노인에서 더 큰 것으로 나타나는 것을 볼 수 있었다. 따라서 첫 번째 가설, 비노인 집단의 신체건강 수준이 안 좋을수록 우울수준이 높아질 것이다와 두 번째 가설, 노인 집단의 신체건강 수준이 안 좋을수록 우울수준이 높아질 것이다 모두 지지 되었다.

둘째, 노인과 비노인의 신체건강과 우울 수준 간의 관계에서 사회적 지지의 기능별 효과를 탐색하기 위하여 위계적 회귀분석을 실행하였다. 비노인 집단에서는 정서적 지지는 신체건강이 우울에 미치는 부정적인 영향을 완충해주는 효과를, 도구적 지지는 신체건강이 우울에 미치는 부정적인 영향을 악화시키는 효과를 나타내는 것으로 확인되었고, 다른 사회적지지 기능인 정보적 지지와 평가적 지지는 통계적으로 유의미하지 않았다. 반면 노인에 있어서는 신체건강과 우울 수준 간의 관계에 영향을 미치는 사회적지지 기능 네 가지 모두 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

제2절 연구결과 논의

1. 신체건강의 주효과

본 연구에서 주관적 신체건강이 우울수준에 미치는 영향에 대한 주효과 분석을 시행한 결과 비노인 집단과 노인 집단에서 모두 주관적 신체건강이 좋지 않을수록 우울수준도 높아지는 것을 확인하였다. 이러한 결과는 비노인 집단의 신체건강과 우울 간의 관계를 분석한 선행연구들과 (전소자 2004; 정순둘, & 구미정, 2011; 김석찬, 2014) 및 노인 집단의 주관적 신체건강과 우울 간의 관계를 분석한 선행연구들(최희정, 2008; 이분애, 2010; 정순둘, & 구미정. 2011; 이명선 외, 2018)의 결과와 일치하는 것이다. 그리고 베이비부머(45~55세 집단), 예비노인 (55~65세 집단), 노인 (65세 이상 집단)의 우울 영향요인을 분석한 정순둘 & 구미정(2011)에서는 각 연령 그룹에서 신체건강이 우울에 미치는 영향을 보았고, 그 회귀계수를 비교한 결과, 노인 집단에서 신체건강이 우울에 미치는 회귀계수가 집단들 중 가장 컸다. 본 연구에서 또한 노인 집단에서의 신체건강이 우울에 미치는 회귀계수가 비노인 집단 큰 것으로 나타나 주관적 신체건강이 우울에 미치는 영향이 노인 집단보다 비노인 집단이 더 크다는 선행연구를 지지하였다.[3)]

부정적인 신체건강 상태가 우울수준을 높이는 것은 스트레스코핑 이론(Lazarus & Folkman, 1984)에 의거하여 설명할 수 있다. 부정적 신체건강 상태는 삶의 질을 저하시키고, 일상생활 기능을 방해할 수 있으며, 나아가 생명과 직결될 수 있는 스트레스원이다. 따라서 부정적인 신체건강 상태는 스트레스를 유발하고 따라서 노인과 비노인의 우울이라는 부적응의 결과에 영향을 미칠 수 있다. 신체건강이 비노인 집단보다 노인 집단의 우울수준에 영향을 더 많이 미치는 이유는 주관적 신체 건강 평가의 연령 집단 차이로 인한 가능성을 고려해볼 수 있다. 질병과 장애와 같은 객관적 신체건강 상태와 주관적 신체건강 상태의 관계 있어서 연령 차이

3) 비노인과 노인을 합친 전체 표본을 대상으로 연령*신체건강 상호작용항의 유의도를 분석한 결과 유의수준 0.1에서 노인의 신체건강이 우울에 미치는 정도가 비노인보다 더 큰 것으로 나타났다.

가 존재하는 것으로 알려져 있다(Piquart, 2001; Jang et al., 2004). Piquart (2011)에 따르면 개인이 질병과 기능적 건강상태를 주관적 신체건강 상태와 관련짓는 정도는 연령이 높아지면서 낮아진다고 하였다. 그 이유는 Jang, et al. (2004)의 설명에 따르면 개인은 자신의 건강상태를 평가할 때 주위 사람들과의 비교를 통해서 하며, 나이가 많아질수록 질병과 장애가 있는 주변인들이 많아지고, 그로 인하여 부정적인 신체건강 상태에 대하여 둔감화 되기 때문에 객관적인 신체건강 지표와 주관적 신체건강 상태 간의 연관성이 낮아진다고 한다. 따라서 노인과 비노인이 똑같은 주관적 신체 건강상태로 평가를 한다고 하더라도 노인의 경우 객관적 건강상태가 더 부정적일 수 있다. 그러므로 똑같은 주관적 건강상태이더라도 노인의 경우 비노인에 비하여 객관적 건강상태는 더 안 좋을 수 있으므로 주관적 건강상태가 노인의 우울에 부정적인 영향을 더 크게 미칠 가능성이 있다.

2. 사회적 지지의 조절효과

해당 연구에서 사회적지지 기능의 조절효과를 분석한 결과 비노인 집단에서는 정서적 지지는 신체건강 상태가 우울에 미치는 부정적인 영향을 완화해주는 작용을 하였고, 반대로 도구적 지지는 신체건강 상태가 우울에 미치는 부정적인 영향을 강화시키는 것으로 나타났다.

정서적 지지가 어떻게 부정적 신체적 건강상태의 영향이 우울수준을 높이는 데 있어 개인을 보호할 수 있는가는 스트레스코핑 이론을 기반으로 하여 설명할 수 있다. 비노인에서의 부정적인 신체건강 상태는 생애주기상 부적절한 시기에 일어난 환경적 위협으로서 개인의 정체성과 자존감에 위협이 될 수 있다. 이때 정서적 지지는 개인이 수용 받고 있고 사랑받고 있으며 존중받고 있다는 느낌을 들게 해주어 개인의 자존감에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다. 따라서 정서적 지지는 스트레스 사건인 부정적인 신체건강 상태가 자신에게 가지는 의미를 재평가할 수 있게 해주고 신체건강이 자존감과 정체성에 미치는 영향을 재평가하게 해주어 스트레스 사건인 부정적인 신체건강 상태를 덜 위협적이라고 인식할 수 있다.

즉 높은 정서적 지지는 개인이 낮은 신체건강 수준이라는 스트레스원에 대하여 덜 위협적이라고 인식하게 도와줌으로써 스트레스원이 개인의 우울에 미치는 부정적인 영향을 감소시킬 수 있다.

도구적 지지의 경우 신체건강 상태가 우울에 미치는 영향을 오히려 강화하는 것으로 나타났는데, 이러한 결과는 Milaniak et al. (2018)과 Glinska et al., (2012)의 결과와 상반되는 결과이다. Milaniak et al. (2018)과 Glinska et al., (2012)과 일치되지 않는 이유는 조사대상자, 스트레스원, 그리고 분석방법의 차이일 가능성이 있다. Glinska et al., (2012)와 Milaniak et al., (2018)의 경우 말기 암이나 심장 이식 수술을 받았다는 특수한 조건에 놓인 사람들을 대상으로 하였고, 이러한 특수한 스트레스원은 일반적인 주관적 신체건강 상태라는 스트레스원이 가지는 의미와 다를 수 있다. 해당 연구는 무작위로 표집된 29~64세 대한민국 국민 집단을 대상으로 하고 있고, 스트레스원으로 일반적인 주관적 건강 상태를 설정하고 있어 앞선 연구와는 다소 차이점을 가진다. 그리고 방법론 또한 앞선 연구들은 부정적인 신체건강 상태를 지닌 조사대상자를 대상으로 하고, 사회적 지지를 주효과 모형으로 분석하여 신체건강이 정신건강에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과를 간접적으로 확인하고 있으나, 본 연구는 조절효과 모형을 사용하여 도구적 지지의 조절효과를 통계적으로 검증하였으므로 상반된 연구결과가 나왔을 가능성이 있다.

도구적 지지가 신체건강이 우울에 주는 부정적인 영향을 강화시킨다는 본래의 연구 가설과는 상반된 결과는 고전적으로 사회적지지 완충효과 모델로는 설명하기 힘들지만, 자존감 위협 모델로 설명할 수 있다. 비노인에 있어서 부정적인 신체건강 상태는 '독립성' '활기' '자립'이라는 연령 규범과 어긋나게 일어난 부적절한 시기에 일어난 스트레스 사건일 수 있다. 부정적인 신체건강 상태가 비노인에게 위협적이라고 느껴지는 것은 이러한 낮은 신체건강 수준이 '독립성' '자립'과 관련된 정체성과 자존감에 위협이 될 수 있다고 비노인이 인식할 수 있기 때문이다(Wladron, et al., 2017). 그런데 도구적 지지는 환경에 직접적인 개입을 하여 문제해결을 하는 형태의 지지로서(Thoits, 2011) 다른 개입의 형태보다 직접적인

개입을 허용하는 형태의 도움이다. 도구적 지지가 필요할 수 있다는 인식은 남으로부터 도움을 받아야 한다는 인식과 연결되어 독립성과 자립과 관련된 자기 정체성과 자존감에 위협이 될 수 있다. 그러므로 도구적 지지는 정체성과 자존감 보호에 도움이 되지 않고 심지어 부정적인 영향을 미칠 가능성이 존재한다. 그 결과로 도구적 지지의 경우 부정적 신체건강 상태라는 스트레스 사건을 더 위협적이라고 느끼게 작용하여 신체건강이 우울에 미치는 부정적인 영향을 완화시키지는 못할 수 있다. 실질적으로 자존감 위협 모델을 검증한 Deelstra, et al. (2003)에 따르면 직장에서의 주어진 업무를 수행하는 것과 관련되어 제공받은 도구적 지지는 부정적인 반응에 영향을 주었다고 한다. 그리고 Lepore, et al. (2008)은 기능별 점수를 합산한 사회적지지 지표를 사용하여 유방암 환자들에 있어서 제공받은 사회적 지지는 자존감과 정서에 부정적인 영향을 주었다고 하였다. 따라서 사회적 지지는 항상 보호 요인으로 작용하지 않고 삶의 타이밍, 스트레스원의 성격, 그리고 사회적지지 기능의 종류에 따라서 스트레스원의 부정적인 영향을 완충시키는 역할을 하지 못할수 있다. 해당 연구결과도 독립성과 자립이 중요한 연령 규범으로 여겨지는 비노인 연령층에서 나타난 부정적 신체건강 상태라는 특정한 스트레스원에 대해서 도구적 지지가 스트레스원의 부정적인 영향을 더 강화할 가능성이 있음을 보여주었다. 그러나 도구적 지지가 스트레스원의 부정적인 영향을 더 강화 시킨다는 결과는 다른 사람에게 도구적 지지를 받아야만 하는 상황과 다른 사람에게 의존해야 할 수 밖에 없는 상황으로 인하여 나타난 결과일 수 있으니 해석에 유의해야 한다.

반면 비노인의 신체건강이 우울에 미치는 부정적인 영향을 정보적 지지와 평가적 지지는 조절하지 못하는 것으로 나타났다. 정보적 지지가 조절효과를 나타내지 못했던 이유는 두 가지로 추측할 수 있다. 첫 번째는 정보적 지지가 충분히 있어도 스트레스원으로 인한 문제들이 제거 혹은 완화되지 않는다면 스트레스원의 위협성에 대한 평가에 영향을 주는 데 제한적일 수 있다. 정보적 지지는 스트레스 사건과 해결에 대한 정보를 제공받는 형태의 도움인데, 문제해결에 유용한 정보를 받을 수 있다고 하더라도, 신체건강 상의 문제를 실질적으로 해결하지 못한다면 우울에

미치는 부정적인 영향이 줄어들지 않을 수 있다. 즉 정보적 지지는 외부인이 정보를 주는 도움의 형태에 그치기 때문에 해당 정보가 실질적인 신체건강 문제를 완화 및 제거하지 못한다면 현존하는 부정적 신체건강이라는 스트레스원이 개인의 안녕에 얼마나 위협적인가를 평가하는 데 충분한 영향을 주지 못할 수 있다. 두 번째 이유는 비노인의 경우 다른 사람으로부터 얻기보다 스스로 정보를 습득하여 문제해결에 사용할 수 있는 수단들을 많이 보유하기 때문일 수 있다. 현대사회에서 비노인은 인터넷 검색, 유튜브와 같이 정보를 습득할 수 있는 플랫폼에 접근이 용이한 환경에 있어 외부인에 의하여 주어진 정보에 의존하기보다 스스로 정보를 습득하기 쉽다. 그러므로 다른 사람으로부터의 정보를 받는 정보적 지지가 신체건강의 부정적인 영향을 완충시키는 효과가 유의미하지 않을 수 있다. 즉 '정보'라는 자원은 스트레스원의 위협성을 평가하는 데 보호적인 효과를 가질 수 있으나, 비노인의 경우 다른 사람으로부터 주어지는 형태인 '정보적 지지'라는 외부자원보다 스스로 정보를 습득할 수 있는 유용한 수단들을 보유할 가능성이 높기 때문에, 정보적 지지의 완충효과가 미미할 수 있다.

평가적지지 또한 조절효과가 나타나지 않았는데, 이는 평가적지지를 측정하는 문항이 스트레스원의 특성을 고려하지 않는 항목이 포함되었기 때문일 수 있다. 평가적 지지는 긍정적인 자기 평가에 도움이 되는 정보를 소통하는 것을 의미한다 (임주영, 2010). 여기서 자기 평가란 부정적인 신체건강이라는 맥락 안에서 자신을 어떻게 평가하는가가 포함되어야 하는데, 본 조사의 평가적지지 척도에는 "내가 집안일에 자부심을 가질 수 있게 인정해주는 사람이 있다"와 같이 부정적인 신체건강이 자기평가에 미치는 영역과 관련성이 떨어지는 문항을 포함하고 있다. "내가 집안일에 자부심을 가질 수 있게 인정해주는 사람이 있다"와 같은 문항은 집안일을 하는 개인에게만 특정될 수 있는 문항이고, 집안일이 자기평가에 중요하다고 여기는 사람에게만 평가적 지지로 작용할 수 있는 문항이다. 그리고 또 다른 문항의 내용은 " 내가 취한 행동의 옳고 그름을 공정하게 평가해 주는 사람이 있다" 이었다. 부정적인 신체건강을 겪는 사람에게 있어서 자신의 행동이 올바른지 잘못된 것인지 공정성을 평가받는 것

은 부정적인 신체건강이 개인의 안녕에 얼마나 위협적으로 느끼는지에 대한 인식과 관련성이 떨어지는 내용일 수 있다. 실제로 “내가 집안일에 자부심을 가질 수 있게 인정해주는 사람이 있다” 와 “내가 취한 행동의 옳고 그름을 공정하게 평가하게 해주는 사람이 있다” 항목을 제외하고 평가적 지지의 마지막 항목이었던 “내가 가치 있는 존재임을 인정해주는 사람이 있다”라는 항목만을 사용하여 비노인 집단을 대상으로 평가적 지지의 조절효과를 검증해보면 유의수준 0.05(b=.152)에서 완충효과를 나타내는 것으로 나타났다. 평가적지지 척도의 신뢰도는 문제가 없었지만 (Crobach α=.869) 특정 상황의 특정 사람에게만 적용될 수 있는 문항과 부정적 신체건강이라는 스트레스원과 관련성이 떨어지는 문항은 척도의 정확도를 떨어트리고 스트레스원과 사회적지지 기능 간의 적합성에 영향을 미쳐 본 연구에서 평가적지지의 조절효과가 포착되지 않았을 수 있다.

노인의 경우 정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 평가적지지 모두 유의미한 조절효과를 발견하지 못하였다. 이러한 결과는 신체건강의 부정적 영향이 노인 집단에서는 사회적 지지로 완충되기 힘들다는 것을 보여준다. 실제로 똑같은 스트레스 사건과 우울 간의 관계에 있어 비노인 집단에서는 조절효과가 포착되고 노인 집단에선 조절효과를 확인할 수 없었던 연구들도 존재한다. 예를 들어 Jones(2011) 연구에서도 생애 사건과 우울 간 관계에 있어서 사회적 지지의 완충효과는 더 젊은 연령 집단에서만 포착되었고 45세와 65세 이상 집단에선 포착되지 못하였다. Jones(2011)에서는 더 젊은 연령 집단에서만 사회적 지지의 조절효과가 나타난 이유는 사회적 지지의 보유는 대처능력의 수준과 관련이 되어있고, 보다 젊은 층에서는 이러한 대처능력이 습득 및 단련되어있지 않아 젊은 연령층에서는 사회적 지지가 효과가 있었다고 해석하였다. 즉 보다 연령이 높은 집단의 경우에는 생애 사건으로 인한 스트레스를 스스로 대처하는 기술과 능력이 보다 발달하여 다른 사람으로부터 제공되는 지지인 사회적 지지는 조절효과를 보이지 않는다는 것이다. 또 Tyler & Hoyte(2000) 연구에서도 자연재해와 우울 간의 관계에 있어서 사회적 지지의 조절효과는 55~59세 집단에서만 발견되었고 70세 이상 집단에선

발견되지 않았다. Tyler & Hoyte(2000)는 이러한 결과를 생애주기의 시점에 따라 스트레스원은 다른 영향을 끼칠 수 있고 똑같은 스트레스원에 대해서도 생애주기의 위치에 따라 다르게 반응할 수 있기 때문이라고 설명한다. Tyler & Hotye (2000)는 Wethington, et al. (1997)의 설명을 인용하여 연구결과를 설명하였는데, 해당 연구에 따르면 은퇴한 이후의, 높은 연령의 집단은 상황을 통제할 수 있는 능력에 제한이 있다는 현실을 보다 잘 받아들일 수 있으므로 젊은 연령집단과 비교하여 똑같은 스트레스원을 마주했을 때 참을성과 수용성을 가지고 반응을 한다고 주장하였다. 하지만 본 연구결과에 따르면 비노인 집단에 비하여 노인 집단의 신체건강이 우울에 더 큰 영향을 미친 것으로 나타났다. 그러므로 노인 집단에서 사회적지지 기능의 효과가 포착되지 않은 이유가 노인이 내적으로 스트레스에 더 강인하기 때문이라고 보기는 어렵다. 그러므로 어떠한 이유로 노인집단에서 사회적 지지가 스트레스 완화 효과를 나타내는지 못하는지에 대해서는 후속 연구가 필요하다..

더불어 본 연구에서는 65세 이상 성인을 모두 하나의 집단으로 취급하였기 때문에 인구사회학적으로 이질적인 집단들이 섞여 있어 노인 집단 내 통계적으로 유의미한 사회적지지 기능을 포착하는 데 한계가 있을 수 있다. 예를 들어 성별을 기준으로 노인 집단을 나누어서 보면 남성 노인 집단의 경우 유의수준 0.1에서 정보적 지지는 정적 조절효과를 나타내는 것으로 나타났다. 고등학교 졸업을 기준으로 노인 집단을 나누어서 보면 고등학교 졸업을 한 집단에 있어서 유의수준 0.1에서 정서적 지지는 부적 조절효과를, 정보적 지지는 정적 조절효과를 나타내는 것으로 나타났다. 혹은 노인을 연령 집단별로 세분화했을 때 80세 이상의 경우 유의수준 0.1에서 정서적 지지는 정적 조절효과를, 도구적 효과는 부적 조절효과를 나타내어 비노인 집단의 결과와 반대되는 결과가 나타났다. 그러므로 노인 집단에 있어서 사회적지지 기능을 포착하기 위해서는 노인 집단을 인구사회학적으로 세분화하여 분석할 필요가 있고, 노인의 우울 보호요인을 찾기 위해서는 사회적지지 기능뿐만 아니라 완충효과를 나타낼 수 있는 다른 내외부적 자원에 대한 추가적인 탐색이 필요하다.

제3절 연구의 함의

1. 이론적 함의

첫째, 본 연구는 스트레스코핑 이론을 사용하여 신체건강과 우울 간의 관계를 설명하고자 시도하였고 그 가능성을 확인하였다. 주효과 모형을 이용하여 노인과 비노인의 신체건강이 안 좋을수록 우울수준도 높아짐을 확인하였는데, 이는 부정적인 신체건강이라는 위협을 개인이 자신의 안녕의 위험으로 인지하여 스트레스 사건을 위협적이라고 인식하여 우울이라는 부적응의 결과로 이어지는 것을 보여주는 연구결과이었다. 그리고 신체건강은 인간의 사회, 심리, 그리고 생물학적 영역 모두에 영향을 주는 주요한 삶의 요소로서 노인과 비노인 집단 모두의 우울수준에 영향을 주는 중요한 우울 영향요인임을 다시 한번 확인하였다.

둘째, 본 연구를 통해서 비노인 집단에서 도움이 되는 사회적지지 기능과 도움이 되지 않는 사회적지지 기능이 있을 수 있음을 확인하였다. 비노인 집단에서 정서적 지지는 신체건강이 우울에 미치는 영향을 완화하는 효과를 보여주었지만, 도구적 지지는 반대로 신체건강의 영향을 강화하였다. 정서적 지지의 긍정적인 조절효과를 보여주는 결과는 똑같은 부정적인 신체 건강상태더라도 개인이 자신이 사랑, 존중, 그리고 관심을 받고 있는 존재라고 확인을 할 수 있는 지지를 받을 수 있을 때 우울수준이 낮아질 가능성을 보여준다. 도구적 지지의 부적 조절효과는 똑같은 부정적인 신체건강 상태이더라도 다른 사람들로부터 현금을 지원받거나 신체적으로 보조받는 도움을 받을 수 있다는 인식은 우울 수준을 완화하는 데 도움이 되지 않으며 오히려 우울 수준에 부정적인 영향을 가져올 수도 있다는 가능성을 보여준다. 이러한 결과는 비노인 집단에서 똑같은 부정적인 신체건강 상태 수준이더라도 어떤 사회적지지 기능을 제공받을 수 있는가에 따라서 개인 간의 우울 수준의 차이가 발생할 수 있음을 보여준다. 그러므로 사회적 지지를 측정하고 분석할 때 사회적 지지의 총합 점수를 사용하거나 단일한 기능만 측정하는 것보다 사회적 지지의 기능을 세분화하여 각 각의 사회적지지 기능의 효과를 측정하는 것이 보다

사회적 지지에 대한 정확한 이해를 도울 수 있다는 것을 의미한다.

나아가 도구적 지지는 신체건강이 우울에 주는 부정적인 영향을 강화하는 통계적 결과가 나타났는데, 이는 도구적 지지가 필요할 때 누군가에게 도움받을 수 있다는 인식은 비노인의 독립을 중시하는 (Choi & Kim, 2007.; Bierman & Statland, 2010;) 자기 정체성과 자존감에 위협과 연결되면서 (Waldron, et al., 2017) 우울에 영향을 미칠 수 있다는 가능성을 제시한다. 사회적지지 완충효과 가설은 사회적 지지나 다른 사람으로부터 도움을 많이 받을 수 있을수록 항상 긍정적인 영향이 커질 것을 전제하지만, 해당 연구의 결과는 사회적 지지가 부정적인 영향을 끼칠 수도 있다는 가능성을 보여주었다. 그러나 사회적 지지가 왜 부정적인 영향을 미치는지, 그리고 자존감 및 자기 정체성과 어떠한 관련이 있는지에 대해서 추후 연구를 통해 탐색 되어야 한다. 더불어 도구적 지지가 우울을 오히려 악화시킨다는 결과가 나타나는 이유가 본 연구의 모형에서 통제되지 않은 제3의 요인에 의한 결과일 가능성도 배제할 수 없다. 특히 도구적 지지를 받을 수밖에 없는 사회경제적 상황과 관련되어 있을 가능성이 존재한다. 따라서 추후 연구를 통하여 도구적 지지가 어떤 상황과 조건에서 부정적인 영향을 미칠 수 있는가에 대한 심층적인 탐색이 필요하다.

셋째, 본 연구를 통해서 비노인 집단과 노인 집단을 하나의 연구안에서 다루어 한 집단에선 조절효과가 유의하지만 다른 집단에선 유의미하지 않은 것을 확인하였다. 즉 똑같은 사회적지지 기능이라고 하더라도 어떤 연령집단에 속하느냐에 따라 그 기능의 조절효과가 유의할 수도 있고 하지 않을 수도 있다는 것을 보여주었다. 이는 '삶의 타이밍' 개념과 합치하는 연구결과로, 삶의 타이밍에 따라 생애 사건은 개인에게 다른 의미를 지닐 수 있고, 따라서 "왜" 생애 사건이 개인에게 스트레스를 유발하는가의 이유가 다를 수 있으므로, 그 스트레스를 조절하는 사회적지지 기능 또한 달라질 수 있음을 보여주었다.

해당 연구에서는 비노인 집단에선 정서적지지와 도구적지지가 유의미한

영향을 끼치는 사회적지지 기능으로 나타났으나 노인 집단에선 어떠한 사회적지지 기능도 유의미하지 않았다. 이는 연령 집단에 따라 연구결과가 달라질 수 있음을 의미한다. 따라서 신체건강이 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 기능별 조절효과를 연구할 때 집단을 단일하게 취급하지 않고 부정적인 신체건강이란 스트레스원의 특성을 고려하여 연령집단을 구분하여야 한다. 여기서 스트레스원의 특성이란 생애주기상 적절한 타이밍(on-time)에 일어났는가 혹은 부적절한 타이밍(off-time)에 일어난 비정상성을 내포하는가를 의미한다. 예를 들어 노인 집단에서 부정적인 신체건강 상태는 같은 연령대 중 많은 사람들이 겪는 생애주기상 자연스러운 생애 사건일 수 있다(Feng & Xu, 2014). 하지만 비노인 집단에서 겪는 부정적인 신체건강 상태는 너무 이르게 겪게 되는, 비정상적인 생애 사건(non-normative)일 수 있으며 (Choi & Kim, 2007.; Bierman & Statland, 2010), 자신의 자존감이나 자기 정체성에 노인과는 다르게 영향을 받을 수 있다. 이러한 부정적 신체건강 상태의 타이밍이 내포하는 비정상성은 연령에 따라 신체건강 상태가 개인에게 의미하는 바가 달라질 수 있고, 그에 따라서 부정적 신체건강 상태가 개인의 우울에 미치는 영향이 달라질 수 있음을 의미한다. 나아가 사회적지지 기능은 스트레스원의 특성에 맞게 제공되어야 효과가 나타날 가능성이 높고, 부정적 신체건강 상태의 타이밍에 따라 스트레스원으로서의 특성과 영향이 달라지므로, 부정적 신체건강 상태의 타이밍에 따라 사회적지지 기능도 달라질 수 있음을 고려해야 한다.

2. 실천적 함의

첫째, 본 연구는 삶의 타이밍을 고려함에 따라 생애주기상 어긋난 타이밍에 신체 질병이나 신체기능 저하로 인하여 신체건강이 좋지 않은 비노인 집단의 신체 건강에 주목해야 함을 시사한다. 예를 들어 치매, 심부전, 고혈압, 당뇨, 관절염 등 노인층에서 주로 발병하는 질병들(분당서울대학교병원, n.d.)을 보다 젊은 연령대에 겪게 될 경우 신체건강 상태의 비정상성으로 인하여 개인은 스트레스를 받을 수 있고, 스트레스로 인하여 우울수준이 높아질 수 있다. 생애주기상 어긋난 타이밍에 일어나 연

령 규범과 상충하는 스트레스원의 발생을 겪는 비노인의 경우 스트레스원이 가하는 생물학적, 심리적, 그리고 사회적 안녕에 대한 위협성을 크게 평가할 수 있고, 해당 스트레스원에 적합한 내적 그리고 외적 자원 또한 보유하는 데 어려움을 겪을 수 있다. 그러므로 비노인층 가운데 노인성 질환들을 진단하고 치료할 수 있는 의료 정책을 확대하여 개인이 노인성 질환이 악화되기 전에 진단 및 치료를 받음으로써 스트레스원의 악화를 예방하고, 스트레스원이 발생하더라도 치료를 통하여 개인이 신체 건강상의 문제에 대하여 적절히 대처할 수 있도록 하여 스트레스원 위협성을 감소시켜 개인이 스트레스원에 의하여 부정적인 영향을 받는 것을 완화시킬 필요가 있다. 나아가 비노인 집단을 대상으로 노인성 질환에 대한 교육 및 홍보를 강화하여 노인성 질환이 비노인 집단에서도 발생할 수 있으며, 생애주기상 어긋난 타이밍에 일어난 신체건강 상의 문제의 위협성에 대한 인식을 활성화할 필요가 있다.

더불어 노인성 질환을 이미 겪고 있는 비노인층을 대상으로 신체건강 관리와 증진 프로그램이 활성화되어야 한다. 신체건강은 전 연령대를 가로지르는 주요한 우울 영향요인임에도 불구하고 현재 건강증진 프로그램은 노인을 중심으로 구성되어있다. 하지만 본 연구를 통하여 신체건강은 비노인에게도 주요한 우울 영향요인임을 확인하였다. 이는 생애주기상 너무 이르게 부정적인 신체건강 상태를 경험하고 있다고 느끼는 비노인을 대상으로 보다 나은 건강상태를 위하여 건강 행위를 향상시키고 생활양식을 변화시키기 위한 신체 증진 프로그램(정영미 & 김주희, 2002)이 활성화되어야 함을 시사한다. 신체 증진 프로그램을 통하여 개인이 부정적인 신체건강 상태라는 스트레스원의 심각성을 완화시켜 개인이 인지하는 스트레스원의 위협성을 감소시킬 수 있도록 도울 수 있다.

둘째, 본 연구에서는 비노인 집단에서 정서적 지지가 긍정적인 완충효과를, 도구적 지지가 부정적인 효과가 나타났으며, 그에 반해 노인 집단에서 그 어떤 사회적지지 기능도 조절효과가 없는 것으로 나타났다. 이처럼 연령 집단에 따라 상이한 연구결과가 나온다는 것은 부정적인 신체건강을 경험하는 개인에 개입할 때 연령집단을 고려해야 하며, 같은 비노

인 집단이더라도 사회적지지 기능의 각기 다른 효과성을 고려하여 상황에 맞는 사회적지지 기능을 제공해야 한다는 것을 의미한다. 부정적 신체건강이라는 스트레스원은 생애주기상 이른 시기, 즉 부적절한 타이밍에 일어났을 때 개인의 자존감과 자기 정체성에 부정적인 영향을 줄 수 있으므로(Waldron, et al., 2017). 개인의 자존감을 향상시키고 보호하는데 도움이 되는 정서적지지 기능을 제공하는 개입이 적절하다.

특히 장기요양급여 등급을 받은 비노인을 대상으로 장기요양급여 서비스의 일부로 정서적지지 프로그램 개발 및 보급이 필요하다. 장기요양보험은 통상 65세 이상 노인을 대상으로 하지만 65세 미만자 중 치매, 뇌졸중 등 노인성 질환으로 인하여 일상생활 기능이 어려운 경우 요양등급을 받을 수 있는 서비스이다. 노인성 질환을 보유할 뿐만 아니라 해당 질환으로 인하여 일상생활까지 독립적으로 해낼 수 없는 건강상태를 지닌 비노인의 경우 생애주기상 강조되는 '독립성' '자립감'과 관련된 정체성과 자존감이 떨어질 위험이 더욱 클 수 있다. 비정상적인 시기에 일어난 노인성 질환과 일상생활의 어려움, 그로 인해 다른 사람에게 의존해야 하는 현실로 인하여 장기요양등급을 받은 비노인은 우울감을 겪을 가능성이 더 높을 수 있다. 하지만 현재 장기요양 급여 서비스는 방문 요양, 방문간호, 방문목욕 등 도구적지지 위주로 제공되고 있고 개인의 정서적 영역을 다루는 심리사회적 프로그램 및 서비스는 제한적이다. 따라서 생애주기상 너무 이르게 노인성 질환을 겪게 되어 일상생활에 어려움을 겪고 있는 비노인을 대상으로 정서적지지 서비스를 제공하여 해당 개인이 여전히 사랑받고, 존중받고, 수용 받고 있음을 느낄 수 있도록 하는 것이 중요하다.

나아가 장기요양등급을 받은 비노인뿐만 아니라 질환, 장애, 혹은 신체기능 저하로 인하여 통원 중이거나 입원한 비노인 환자를 대상으로 자존감을 보호 및 향상 시켜줄 수 있는 자조 모임이나 정서적 지원 프로그램이 제공되어야 한다. 생애주기상 너무 이르게 신체건강 상태의 악화를 경험하는 개인을 대상으로 하는 정서 프로그램이나 자조 모임은 정서적 지지라는 외부적 자원을 제공하는 수단으로 작용하여 개인에게 도움이 될 수

있다. 정서적 지지는 타이밍에 어긋나게(off-timing) 일어난 스트레스원이 자존감과 정체성에 미치는 부정적인 영향을 정서적 지지가 완충시켜 개인이 부정적 신체건강이 자신의 신체, 심리, 사회적 안녕에 어떠한 영향을 미치는가에 대하여 재정의할 수 있도록 도와주고, 정서적 대처 양식 (emotion-focused coping)을 증진시키며 스트레스 반응을 감소시켜 개인을 우울로부터 보호해줄 수 있다.

셋째, 해당 연구에서 노인 집단의 신체건강이 비노인 집단보다 우울에 영향을 크게 미치는 것으로 나타났으며, 사회적 지지의 조절효과는 유의하지 않았다. 이는 노인 집단에 있어 개입할 때는 주효과인 신체건강을 직접적으로 증진시킬 수 있는 개입이 효과적일 것임을 시사한다. 따라서 노인의 신체건강이 우울에 미치는 부정적인 영향을 완화하기 위해서는 그 관계를 조절하는 사회적지지 프로그램에 집중하기보다는 노인의 질병예방프로그램과 건강증진 프로그램을 강화할 필요가 있다. 신체건강 악화를 사전에 예방하는 것은 부정적 신체건강 상태라는 스트레스원의 발생을 예방하는 것을 의미하며, 이는 개인이 신체건강 상의 문제로 인하여 스트레스를 받을 수 있는 스트레스 사건의 존재 가능성을 줄일 수 있는 실천적 개입이 될 수 있다. 규칙적 운동과 같은 건강관리증진 프로그램을 통하여 건강을 보다 나은 상태로 만드는 개입을 강화한다면 부정적 신체건강 상태라는 스트레스원의 심각성을 직접적으로 완화시킬 수 있으므로 스트레스원의 위협성에 대한 개인의 인지적 평가에 긍정적인 영향을 주어 스트레스원이 우울에 미치는 영향을 완화시킬 수 있다. 따라서 노인 집단의 신체건강에 대한 직접적인 개입은 부정적인 신체건강 상태라는 스트레스원이 발생하는 것을 예방시켜주거나, 직접적으로 신체건강 문제를 완화시켜주고 건강상태를 증진시킴으로써 개인의 안녕에 위협적이라고 평가되었던 스트레스원이 스트레스를 발생시키지만, 그와 동시에 개인적 성장, 대처능력 상승과 같은 '도전' (challenge)의 한 형태로 인식할 수 있게 되거나, 스트레스원이 개인의 안녕에 무해하거나(benign) 개인의 삶에 미치는 부정적인 영향이 크지 않다고 평가할 수 있도록 도울 수 있다.

제4절 연구의 한계와 제언

본 연구의 한계는 다음과 같다. 첫째, 본 연구 모형은 인과관계를 추정하는 데 있어서 한계를 가진다. 횡단 분석의 한계를 보완하기 위하여 시간적 순서를 고려한 모형과 이전 우울수준을 통제변수로 포함하였지만, 여전히 인과관계 추정에 있어 제한적인 모형이다. 신체건강이 우울에 미치는 인과적 영향을 보다 정확히 분석하기 위해선 패널 분석방법 등이 사용되어야 한다.

둘째, 본 연구 모형은 비노인과 노인 집단 모두 같은 통제변수들을 포함하였다. 노인 집단의 우울에 미치는 영향요인과 비노인 집단의 우울에 미치는 영향요인은 다를 수 있다. 하지만 해당 사항에 관한 선행연구가 충분하지 못하고, 충분한 데이터가 쌓여있지 않기 때문에 우울에 미치는 일반적인 영향요인들만이 통제변수로 포함되었다. 특히 사회적 지지의 구조적 요인이 연령 집단별로 어떻게 다르게 나타나고 우울에 영향을 미치는지에 대한 선행연구가 드물기 때문에 사회적 지지의 구조적 요인이 적절히 통제되었는가에 대한 의문이 있을 수 있다. 그러므로 후속 연구에선 사회적 지지의 구조적 요인의 연령 집단 차이에 관한 연구가 진행되고, 그에 기반하여 연령 별로 다른 통제변수들을 포함할 가능성에 대하여 탐색할 필요가 있다.

셋째, 독립변수인 신체건강 지표 중 주관적 신체건강 상태만 사용하여 ADL/IADL과 같은 신체기능 수준, 만성질환 수, 중증질환 수와 같은 객관적인 신체건강 지표들을 독립변수에 포함하지 못했다는 한계가 있다. 주관적 신체건강 상태는 신체건강 지표들 중 하나일 뿐이기 때문에 다른 신체건강 지표와 우울 간의 관계에 있어서도 동일한 사회적지지 기능의 조절효과가 나타나는지, 혹은 사회적지지 기능별 조절효과의 양상이 다르게 나타나는지 연구할 필요가 있다.

넷째, 비노인 집단에서 30대층 표본을 충분히 확보하지 못하였다. 본 표본에선 40~50대에 집중적으로 분포되어있는데, 부정적 신체건강 상태가

부적절한 시기에 일어난 스트레스 사건이라는 특성을 명확하게 보이기 위해선 보다 젊은 연령층의 표본을 확충할 필요가 있다. 해당 연구에선 데이터의 제한으로 인하여 29세~64세까지의 개인을 비노인 집단으로 구분하였지만, 추후 연구에서는 청년층까지 확대하고, 비노인 집단도 보다 연령층을 세분화하여 연구할 필요성이 있다. 또한 노인의 경우에도 단일 집단으로 취급하지 않고 전기, 중기, 후기 노인 등 세분화하여 연령 집단 간의 비교를 하는 연구가 필요하다.

다섯째, 본 연구에서는 사회적 지지의 질적인 측면을 고려하지 못하였다. 우선 사회적지지 기능의 원천을 통제하지 못했기 때문에 가족, 지인, 혹은 타인으로부터인지에 따라 사회적지지 기능의 효과성이 달라질 수 있다는 가능성을 배제하지 못했다. 그리고 사회적 지지의 부정적인 측면, 즉 사회적 지지를 받을 수 있는 관계 내 갈등의 정도, 부정적인 감정의 교환 등 사회적 지지와 관련되어 부정적 감정을 유발할 수 있는 질적인 요소들을 통제하지 못하였다. 나아가 사회적 지지를 제공 받는 관계가 교환관계인지 혹은 일방적으로 사회적 지지를 제공받는 관계인지 통제하지 못하였다. 사회적 지지는 본질적으로 사회적 관계 안에서 다른 사람을 통해서 받는 자원이기 때문에 사회적 관계의 질적인 측면은 사회적지지 기능의 효과성뿐만 아니라 긍정적인가 혹은 부정적인가 라는 효과의 방향성에도 영향을 미칠 가능성이 있다. 가령 도구적 지지를 제공받을 수 있는 사람과의 관계에 있어서 갈등의 정도가 높다면 갈등이 많은 사람으로부터 도구적 지지를 받아야 한다는 사실은 개인의 자존감에 부정적인 영향을 미치면서 우울수준을 높일 수 있다. 하지만 해당 연구에서는 사회적 지지의 질적인 요소들을 통제하지 못하였으므로 추후 연구에서 사회적 지지가 어떤 상황이나 조건 하에서 부정적인 효과나 긍정적인 효과를 나타내는지 보다 세부적으로 분석할 필요가 있으며 특히 도구적 지지와 자존감의 상호작용이 어떻게 우울에 영향을 미치는지에 대하여 탐구할 필요가 있다.

여섯째, 부정적 신체건강 스트레스원에 적합한 사회적지지 평가 척도를 개발 및 보완할 필요가 있다. 사회적지지 기능의 완충효과를 포착하기

위해선 스트레스원과 사회적지지 기능 간의 적합성이 중요한데, 주관적 신체건강 상태와 관련성이 떨어지는 문항이 사회적지지 기능 척도에 포함되어있을 경우 조절효과를 포착하기 힘들어질 수 있다. 예를 들어 평가적지지 항목의 경우 “내가 집안일에 자부심을 가질 수 있게 인정해주는 사람이 있다”와 “내가 취한 행동의 옳고 그름을 공정하게 평가하게 해주는 사람이 있다”와 같은 항목은 부정적 신체건강 상태라는 스트레스원과의 관계성이 떨어지면서 본 연구에서 평가적 지지의 조절효과 분석 검정력에 부정적인 영향을 줄 가능성이 있다. 따라서 부정적 신체 건강이 우울에 미치는 영향에 있어 사회적 지지의 조절효과를 정확히 분석하기 위해선 해당 스트레스원의 특성에 적합한 사회적지지 기능을 정확히 측정할 수 있는 사회적지지 기능 척도가 개발되어야 한다.

이러한 한계점들이 있음에도 불구하고 본 연구는 스트레스코핑 이론을 바탕으로 분석을 진행하여 신체건강이 우울에 주요 영향요인임을 다시 한번 확인하였고, 비노인 집단에서 부정적인 신체건강 상태가 우울에 주는 영향을 완화시켜주는 정서적 지지와 악화시키는 도구적 지지의 조절효과를 확인하였으며, 스트레스 사건의 타이밍에 근거하여 구분한 연령집단에 따라 유의미한 사회적 지지의 기능은 달라질 수 있음을 보여주었다. 이를 바탕으로 너무 이르게(off-time) 부정적인 신체건강 상태를 겪는 비노인의 신체건강에 대한 개입의 필요성과, 이미 부정적인 신체건강 상태를 겪는 비노인에 대한 정서적지지 서비스 개발 및 활성화의 필요성과, 노인의 신체건강에 대한 개입 강화의 필요성을 보여주었다는 실천적 함의를 가진다.

참고문헌

Abshire, M., Russell, S. D., Davidson, P. M., Budhathoki, C., Han, H.-R., Grady, K. L., Desai, S., & Himmelfarb, C. D. (2018). Social support moderates the relationship between perceived stress and quality of life in patients with a left ventricular assist device. The Journal of cardiovascular nursing, 33(5), E1.

Affleck, G., Pfeiffer, C., Tennen, H., & Fifield, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis quantitative and qualitative findings. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 1(2), 71-77.

Ambresin, G., Chondros, P., Dowrick, C., Herrman, H., & Gunn, J. M. (2014). Self-rated health and long-term prognosis of depression. The Annals of Family Medicine, 12(1), 57-65.

Appley, M. H., & Trumbull, R. (1986). Development of the stress concept. In Dynamics of stress (pp. 3-18). Springer, Boston, MA.

Assari, S. (2017). Social determinants of depression: The intersections of race, gender, and socioeconomic status. Brain sciences, 7(12), 156.

Bierman, A., & Statland, D. (2010). Timing, social support, and the effects of physical limitations on psychological distress in late life. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 65(5), 631-639.

Bjornlund, L. D. (2010). Diseases & Disorders. Depression. Lucent Books. https://link.gale.com.libproxy.snu.ac.kr/apps/pub/3JMD/GVRL?u=snu&sid=gale__marc

Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. American journal of epidemiology, 115(5), 684-694.

Bozo, Ö., Toksabay, N. E., & Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. The Journal of psychology, 143(2), 193-206.

Breslau, N., & Davis, G. C. (1993). Migraine, physical health and psychiatric disorder: A prospective epidemiologic study in young adults. Journal of Psychiatric Research, 27(2), 211-221. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-3956(93)90009-Q

Brown, C. R., Hambleton, I. R., Sobers-Grannum, N., Hercules, S. M., Unwin, N., Harris, E. N., ... & Murphy, M. M. (2017). Social determinants of depression and suicidal behaviour in the Caribbean: a systematic review. BMC Public Health, 17(1), 1-11.

Brown, G. K., Wallston, K. A., & Nicassio, P. M. (1989). Social Support and Depression in Rheumatoid Arthritis: A One Year Prospective Study 1. Journal of Applied Social Psychology, 19(14), 1164-1181

Brown, G. W., & Andrews, B. (1986). Social support and depression. In Dynamics of stress (pp. 257-282). Springer, Boston, MA.

CDC. (2020). Disability and Health Overview. retrieved from https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability.html

Choi, N. G., & Kim, J. S. (2007). Age group differences in depressive symptoms among older adults with functional impairments. Health & Social Work, 32(3), 177-188.

Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Korten, A., Jacomb, P., Henderson, A., & Rodgers, B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. Psychological medicine, 29(2), 325-339.

Cimarolli, V. R., Boerner, K., Brennan-Ing, M., Reinhardt, J. P., & Horowitz, A. (2011). Challenges faced by older adults with vision loss: a qualitative study with implications for rehabilitation. Clinical

Rehabilitation, 26(8), 748-757. https://doi.org/10.1177/0269215511429162

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38(5), 300 - 314. https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003

Cohen, S. E., & Syme, S. L. (1985). Social support and health. Academic Press.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological bulletin, 98(2), 310.

Coventry, W. L., Gillespie, N. A., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2004). Perceived social support in a large community sample. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 39(8), 625-636.

Cuijpers, P., de Graaf, R., & van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. Journal of Affective Disorders, 79(1), 71-79. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00348-8

Deelstra, J. T., Peeters, M. C., Schaufeli, W. B., Stroebe, W., Zijlstra, F. R., & van Doornen, L. P. (2003). Receiving instrumental support at work: when help is not welcome. Journal of applied psychology, 88(2), 324.

Elder Jr, G. H. (1998). The life course as developmental theory. Child development, 69(1), 1-12.

Feng, D., Ji, L., & Xu, L. (2014). Mediating Effect of Social Support on the Association between Functional Disability and Psychological Distress in Older Adults in Rural China: Does Age Make a Difference? PLOS ONE, 9(6), e100945. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100945

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). Stress, appraisal, and coping.

New York: Springer Publishing Company.
Field. (2009). Discovering Statistics Using SPSS. California: SAGE Publications LTd.
Garson, G. D. (2012). Testing Statistical Assumptions. North Carolina: Statistical Associates Publishing
Geerlings, S. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & Van Tilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. Psychological medicine, 30(2), 369-380.
Glińska, J., Adamska, E., Lewandowska, M., & Kobos, J. (2012). Evaluation of the psychological state of patients with advanced cancer and the impact of support on their emotional condition. Contemporary Oncology, 16(6), 563.
Gong, X., Ni, Z., & Wu, B. (2020). The mediating roles of functional limitations and social support on the relationship between vision impairment and depressive symptoms in older adults. Ageing and Society, 40(3), 465-479. https://doi.org/10.1017/S0144686X18001010
Hawton, K., i Comabella, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. Journal of affective disorders, 147(1-3), 17-28.
He, M., Ma, J., Ren, Z., Zhou, G., Gong, P., Liu, M., ... & Zhang, X. (2019). Association between activities of daily living disability and depression symptoms of middle-aged and older Chinese adults and their spouses: A community based study. Journal of affective disorders, 242, 135-142.
Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 4, 189-210.
Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1983). The quality of social support:

Measures of family and work relationships. British journal of clinical psychology, 22(3), 157-162.

House, J. S. (1987). Social support and social structure. In Sociological forum (Vol. 2, No. 1, pp. 135-146). Kluwer Academic Publishers.

House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. Annual review of sociology, 14(1), 293-318.

Imai, S., Kita, S., Tobe, H., Watanabe, M., Nishizono Maher, A., & Kamibeppu, K. (2017). Postpartum depressive symptoms and their association with social support among foreign mothers in Japan at 3 to 4 months postpartum. International journal of nursing practice, 23(5), e12570.

Jaffe, A., Froom, J., & Galambos, N. (1994). Minor depression and functional impairment. Archives of Family Medicine, 3(12), 1081.

Jang, Y., Borenstein, A. R., Chiriboga, D. A., & Mortimer, J. A. (2005). Depressive Symptoms Among African American and White Older Adults. The Journals of Gerontology: Series B, 60(6), P313-P319. https://doi.org/10.1093/geronb/60.6.P313

Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J., & Mortimer, J. A. (2002). The Role of Mastery and Social Resources in the Associations Between Disability and Depression in Later Life. The Gerontologist, 42(6), 807-813. https://doi.org/10.1093/geront/42.6.807

Jones, C. C. (2011). Moderators of the relationship between life events and depression: Recurrence, social support, and age. The Johns Hopkins University.

Kaplan, G., & Baron-Epel, O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status?. Social science & medicine, 56(8), 1669-1676.

Kashikar-Zuck, S., Goldschneider, K. R., Powers, S. W., Vaught, M. H., & Hershey, A. D. (2001). Depression and functional disability

in chronic pediatric pain. The Clinical journal of pain, 17(4), 341-349.

Kim, Y., & Won, M. H. (2020). A Convergence Study of Factors Influencing on Depressive Symptoms in Postmenopausal Middle-Aged Women. Journal of Convergence for Information Technology, 10(4), 25 - 34. https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2020.10.04.025

Krause, N. (1987). Chronic financial strain, social support, and depressive symptoms among older adults. Psychology and aging, 2(2), 185.

Kline, R. B. (2010). Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.). Guilford Press..

Lakey, B., & Scoboria, A. (2005). The relative contribution of trait and social influences to the links among perceived social support, affect, and self esteem. Journal of Personality, 73(2), 361-388.

Lehmann, H. E. (1959). Psychiatric concepts of depression: Nomenclature and classification. Canadian Psychiatric Association Journal, 4(1_suppl), 1-12.

Luo, Y. N., Wang, Z. J., & Zheng, X. Y. (2017). [Association between the change of daily living activities and symptoms of depression in Chinese middle-aged and elderly people]. Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi, 38(8), 1055-1059. https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2017.08.011

Martin, P. D., & Brantley, P. J. (2004). Stress, coping, and social support in health and behavior.

Martin, P., Kliegel, M., Rott, C., Poon, L. W., & Johnson, M. A. (2008). Age differences and changes of coping behavior in three age groups: Findings from the Georgia Centenarian Study. The International Journal of Aging and Human Development, 66(2), 97-114.

Mavaddat, N., Kinmonth, A. L., Sanderson, S., Surtees, P., Bingham, S., & Khaw, K. T. (2011). What determines Self-Rated Health (SRH)? A cross-sectional study of SF-36 health domains in the EPIC-Norfolk cohort. Journal of Epidemiology & Community Health, 65(9), 800-806.

McCloughen, A., Foster, K., Huws Thomas, M., & Delgado, C. (2012). Physical health and wellbeing of emerging and young adults with mental illness: An integrative review of international literature. International journal of mental health nursing, 21(3), 274-288.

Milaniak, I., Wilczek-Rużyczka, E., Wierzbicki, K., Piątek, J., Kapelak, B., & Przybyłowski, P. (2018). Relationship between satisfaction with social support and self-efficacy and the occurrence of depressive symptoms and stress in heart transplant recipients. In Transplantation proceedings (Vol. 50, No. 7, pp. 2113-2118). Elsevier.

Mohd, T. A. M. T., Yunus, R. M., Hairi, F., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. BMJ open, 9(7), e026667.

Nadler, A., & Jeffrey, D. (1986). The role of threat to self-esteem and perceived control in recipient reaction to help: Theory development and empirical validation. In Advances in experimental social psychology (Vol. 19, pp. 81-122). Academic Press.

Neugarten, B. L. (1969). Continuities and discontinuities of psychological issues into adult life. Human development, 12(2), 121-130.

Neugebauer, A., & Katz, P. P. (2004). Impact of social support on valued activity disability and depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis care & research, 51(4), 586-592.

Nolen-Hoeksema, S. (1990). Sex differences in depression. Stanford University Press.

Padayachey, U., Ramlall, S., & Chipps, J. (2017). Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. South African Family Practice, 59(2), 61-66. https://doi.org/10.1080/20786190.2016.1272250

Phifer, J. F., & Murrell, S. A. (1986). Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. Journal of abnormal psychology, 95(3), 282.

Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), Handbook of coping: Theory, research, applications (pp. 434–451). John Wiley & Sons.

Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. American journal of community psychology, 11(1), 1-24.

Rahayuni, N., Merati, K., Wirawan, D. 2019. Emotional support is the only social support associated with the quality of life of people living with HIV. Public Health and Preventive Medicine Archive 7(1): 38-43. DOI:10.15562/phpma.v7i1.192

Razurel, C., & Kaiser, B. (2015). The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. Women & health, 55(2), 167-186.

Sacco, W., & Yanover, T. (2007). Diabetes and Depression: The Role of Social Support and Medical Symptoms. Journal of behavioral medicine, 29, 523-531. https://doi.org/10.1007/s10865-006-9072-5

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. Journal of social and personal relationships, 4(4), 497-510

Schonfeld, I. S. (1991). Dimensions of functional social support and psychological symptoms. Psychological Medicine, 21(4), 1051-1060.

Tariq, A., Beihai, T., Abbas, N., Ali, S., Yao, W., & Imran, M. (2020). Role of perceived social support on the association between physical disability and symptoms of depression in senior citizens of Pakistan. International journal of environmental research and public health, 17(5), 1485.

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? Journal of health and social behavior, 53-79.

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. Journal of health and social behavior, 52(2), 145-161. https://doi.org/10.1177/0022146510395592

Turner, R. J., & Brown, R. L. (2010). Social support and mental health. A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems, 2, 200-212.

Turner, R. J., & Noh, S. (1988). Physical Disability and Depression: A Longitudinal Analysis. Journal of health and social behavior, 29(1), 23-37. https://doi.org/10.2307/2137178

Turner, R. J., Frankel, B. G., & Levin, D. M. (1983). Social support: Conceptualization, measurement, and implications for mental health. Research in community & mental health

Tyler, K. A., & Hoyt, D. R. (2000). The effects of an acute stressor on depressive symptoms among older adults: The moderating effects of social support and age. Research on Aging, 22(2), 143-164.

Waldron, R., Malpus, Z., Shearing, V., Sanchez, M., & Murray, C. D. (2017). Illness, normality and identity: the experience of heart transplant as a young adult. Disability and rehabilitation, 39(19),

1976-1982.

Wareham, S., Fowler, K., & Pike, A. (2007). Determinants of depression severity and duration in Canadian adults: The moderating effects of gender and social support. Journal of Applied Social Psychology, 37(12), 2951-2979.

Yeo, M., & Sawyer, S. (2005). Chronic illness and disability. BMJ, 330(7493), 721-723. https://doi.org/10.1136/bmj.330.7493.721

Jensen, M. P., Smith, A. E., Bombardier, C. H., Yorkston, K. M., Miró, J., & Molton, I. R. (2014). Social support, depression, and physical disability: Age and diagnostic group effects. Disability and Health Journal, 7(2), 164-172. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.11.001

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment, 52(1), 30-41.

강현욱(Kang Hyunwook),and 박경민(Park Kyungmin). "도시와 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인 비교." 한국노년학 32.1 (2012): 129-143.

고민석, & 서인균. (2011). 노인의 건강상태가 스트레스와 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과. 대한보건연구 (구 대한보건협회 학술지), 37(1), 1-14.

공보경, 신정호, & 이동욱. "한국의 젊은 성인에서 우울 관련 요인: 제7기 3차년도국민건강영양 조사(2018)." Korean Journal of Family Practice 11.4 (2021): 296-303.

권경희(Kwon, Kyoung Hee).(2015). 60세 이상 고령자의 성별 우울증상 유병률과 영향요인. 한국노년학, 35(2): 269-282

권석만. (2013). 현대 이상심리학. 서울: 학지사

김경숙. (2020). 20 대 성인의 우울감 경험에 영향을 미치는 요인: 2017 지역사회건강조사 자료 활용. 보건행정학회지, 30(2), 221-230.

김민희. (2015). 중년기 생활스트레스, 사회적지지가 우울에 미치는 영향.

국내석사학위논문, 국제신학대학원대학교, 서울.
김새봄, 김수경, 신혜리, & 김영선. (2018). 여성노인의 독거여부에 따라 우울에 미치는 영향 [The effect of the depression in older adults women : Parameter of mobility restriction]. 한국노년학회 학술대회 논문집, 2018(1), 281-282. http://scholar.dkyobobook.co.kr.libproxy.snu.ac.kr/searchDetail.laf?barcode=4010026865549
김석찬. (2014). 노인의 지각된 건강상태에 따른 우울, 신체활동수준 및 신체조성. 국내석사학위논문, 연세대학교 대학원, 서울.
김승전, 신일선, 신희영, 김재민, 김성완, & 윤진상. (2015). 독거노인과 배우자 동거노인의 우울증 비교. 생물치료정신의학, 21(3), 192-198.
김아람. (2020). 중년 성인의 우울증상 유병에 영향을 미치는 개인 및 지역 요인. 국내석사학위논문, 연세대학교 보건대학원, 서울.
김영란, & 원미화. (2020). 폐경 후 중년여성의 우울 증상 영향요인의 융합연구. 융합정보논문지, 10(4): 25-34.
김향아, & 이준상. (2015). 여성노인의 신체적 건강과 우울간의 사회적 지지의 조절효과. 한국케어매니지먼트 연구, 17: 29-54.
김미애(M A Kim), 박희준(H J Park), & 서창교(C K Suh). (2017) 고령화 사회에서 장애 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 재활복지공학회논문지 11(1): 37-44.
노소영(Roh So Young),and 김은영(Kim Eun Young). (2012). 농촌 거주 결혼이주여성의 우울에 미치는 영향요인. 성인간호학회지 24(4) : 370-379.
박용순 & 송진영. (2012). 만성질환 남성노인의 우울감과 삶의 만족도 간 사회적 지지의 조절효과. 한국사회복지교육, 17: 79-96.
박은지. (2019). 전기노인과 후기노인의 자살생각 및 우울감에 영향을 미치는 요인 분석. 국내석사학위논문, 연세대학교 일반대학원. 서울.
박재규 & 이정림. (2011). 한국 성인 남녀의 우울증 변화에 영향을 미치는 요인 분석 [Analysis of Factors Affecting the Change of Depression of Korean Adult Male and Female]. 보건과 사회과학,

0(29), 99-128. http://www.riss.kr/link?id=A104443117
박지원. (1985). 사회적 지지척도 개발을 위한 일 연구. 국내박사학위논문, 연세대학교 대학원, 서울.
보건복지부. (2019) 국가 정신건강현황 보고서. retrieved from http://www.ncmh.go.kr/mentalhealth/board/boardView.do;jsessionid=HdDFQgK5ahDvqCwbD8BbczwaZxTxHiviqKnBItrQtXIrgiKCVOOqLlc4t50w2qF9.mohwwas1__servlet__engine1?no=8849&fno=106&menu__cd=04__02__00__02&bn=newsView&search__item=&search__content=&pageIndex=에서 검색
분당서울대학교병원. (n.d.) 노인질환더알기. retrieved from https://www.snubh.org/dh/main/index.do?DP__CD=GC&MENU__ID=004
서울대학교병원. (n.d.) 우울장애. retrieved from http://www.snuh.org/health/nMedInfo/nView.do?category=DIS&medid=AA000353
신은숙, 권인선, & 조영채. (2011). 구조방정식모형을 이용한 노인들의 신체적 기능과 사회적지지가 우울수준에 미치는 영향 분석. 한국산학기술학회 논문지, 12(11): 4995-5004.
안은미. (2011). 사회경제적 특성, 건강상태 및 사회적 지지와 노인 우울 간의 관계. 석사학위논문, 노인간호전공, 연세대학교 간호대학원, 서울.
오진주, 고현민, 김선희, 장경, and 김영선. (2016). 노년기 우울변화의 영향요인: 한국 고령화 연구패널을 이용하여. 대한보건연구 42(2): 1-15.
유광자. (2012). 중년여성의 우울과 불안에 미치는 영향요인 [Factors Influencing Middle - aged W omen's Depression and Anxiety]. 대한건강과학학회지, 9(2): 31-44. http://www.riss.kr/link?id=A99564073
윤정선. (2014). 노인의 생활스트레스가 우울에 미치는 영향."국내박사학위논문, 대구한의대학교, 경상북도.

윤희열. (2012). 가족동거 여부에 따른 노인의 우울연구. 국내석사학위논문, 서울기독대학교 일반대학원, 서울.

이명선, 송현종, & 김보영. (2018). 1인 가구의 신체적 건강수준, 건강행태와 주관적 우울감의 관련성. 보건교육건강증진학회지, 35(2): 61-71.

이분애. (2010). 노인의 신체적 건강과 사회적 지지가 우울에 미치는 영향. 석사학위논문, 덕성여자대학교, 서울.

이형하 & 박종선. (2020) 영구임대아파트 입주자의 우울 영향요인에 관한 융합연구:K 광역시를 중심으로. 한국융합학회논문지, 11(6): 319-329.

이홍자, 김춘미, & 이도현. (2016). 중년 여성의 우울에 영향을 미치는 요인. 대한임상건강증진학회지, 16(1): 1-10.

임경춘, & 김선호. (2012). 노인의 연령별 우울정도와 영향요인: 전기노인과 후기노인의 비교. 정신간호학회지, 21(1): 1-10. http://www.riss.kr/link?id=A60069259

임주영. (2010). 노인의 스트레스와 불안과의 관계에 대한 위협적 상황인지와 삶의 의미의 매개효과와 사회적 지지의 조절효과. 국내박사학위논문, 경북대학교 대학원, 대구.

전소자, 김희경, 이선미, & 김수아. (2004). 중년여성의 우울 영향요인. 지역사회간호학회지, 15(2): 266-276.

정덕진. (2014). 장애노인의 주관적 건강이 우울에 미치는 영향에 대한 심리사회적 자원의 조절효과. 보건사회연구, 34(2), 247-275.

정동화. (2010). 심리사회적 스트레스. 파주: 한국학술정보

정순둘, & 구미정. (2011). 우울 영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교. 노인복지연구, 52 : 305-324.

정영미, & 김주희. (2002). 건강증진프로그램이 노인의 건강행위, 지각된 건강상태 및 생활만족도에 미치는 효과. 성인간호학회지, 14(3): 327-336.

주태하. (2011). 사회적 지지, 자기효능감, 스트레스가 노인 우울에 미치는 영향. 국내석사학위논문, 가톨릭대학교 상담심리대학원, 경기도.

최희정. (2008). 농어촌지역 노인의 지각된 건강상태, 주관적 신체증상, 우울에 관한 연구. 재활간호학회지 11(2): 74-80.
황 환 & 이선혜. (2014). 노인의 고독이 건강상태에 미치는 영향: 우울의 매개효과 검증. 한국사회복지학, 66(4): 207-232.

Abstract

The Effect Of Physical Health On The Depression Of The Elderly And The Non-elderly

: The Moderating Effects Of Social Support Functions

Haa-young Cho

Department of Social Welfare

The Graduate School

Seoul National University

The purpose of the study is to analyze the effect of physical health on depression of the elderly and the non-elderly and the moderating effects of social support functions based on stress coping theory and the life course perspective. Subjective physical health was used as an indicator of physical health and social support functions were divided into emotional support, instrumental support. informational support, and appraisal support. Data from 6th wave and 7th wave of Korean Retirement

and Income Study was used for the analysis and the sample was divided into the non-elderly group who was under 65 and elderly group who was over 65. The number of the non elderly was 3473 and the number of the elderly was 3684. Hierarchical OLS multiple regression was used for the analysis. Major findings from the analysis were as follows. First, the physical health had a significant impact on depression for both the non-elderly and the elderly. Second, for the non-elderly, emotional support lessened yet instrumental support intensified the negative impact of the physical health on depression. Third, non of social support functions was found to have a moderating effect in the elderly group. Based on these results, the study has following theoretical significance. First, the study verified that the physical health is a major predictor of depression for both the elderly and non-elderly. Second, the study showed for the non-elderly, some of social support functions had different effects from each other on the relationship between the physical health and depression. Third, the study showed that significant social support functions can be different for different age groups based on the timing of a stressor. The practical significance the study implies is as follows. First, the study showed it is necessary to intervene for non-elderly individuals who are physically suffering off-time in the life course. Second, the study showed it is necessary to develop and apply emotional support program and interventions for the non-elderly who are suffering from bad health too early in their life course. Third, the study showed it's necessary to activate programs and interventions to prevent illnesses and promote physical health of the elderly.

keywords : subjective physical health, depression, social support, stress coping theory, life course perspective, KReIS

Student Number : 2019-23804