

## 노인의 사회경제적 박탈이 건강상태에 미치는 영향: 우울의 매개효과를 중심으로

김수영  
(경성대학교)

허성희\*  
(이화사회복지연구소)

장수지  
(경성대학교)

사회경제적 박탈과 건강 간의 관련성이 높은 것으로 알려져 있으나, 상대적으로 노인 대상의 관련 연구는 드물게 진행되어 왔다. 본 연구는 노인을 대상으로 사회경제적 박탈이 건강상태에 미치는 영향을 살펴보고, 이 관계를 우울이 매개하는지 검증하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 한국복지패널 11차년도(2016년) 자료를 통해 만65세 이상 노인 4,994명을 대상으로 수집한 자료를 활용하였다. 매개효과 검증을 위해 Baron과 Kenny(1986)의 절차에 따라 다중회귀분석을 실시하였으며, 매개효과의 유의성을 검증하기 위해 Sobel test를 실시하였다. 분석결과, 노인의 사회경제적 박탈 경험은 건강상태에 직접적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 또한 우울이 노인의 사회경제적 박탈과 건강상태 간의 관계를 유의하게 매개하는 것으로 검증되었다. 본 연구결과를 바탕으로 노인의 사회경제적 박탈을 완화하고, 우울감 감소를 통해 노인의 건강상태를 향상시킬 수 있는 방안을 제안하였다.

주요 용어: 노인, 사회경제적 박탈, 우울, 건강상태

이 논문은 2015년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임.  
(NRF-2015S1A3A2046745)

\* 교신저자: 허성희, 이화사회복지연구소(shjoune@hanmail.net)

■ 투고일: 2017.10.31    ■ 수정일: 2017.12.27    ■ 게재확정일: 2018.1.4

## I. 서론

최근 우리사회에서 급변하고 있는 주요 환경적 변화 중 하나가 급속한 고령화 사회로의 진행이다. 우리나라는 기대수명의 증가추세에 따라 최근 약 20년간 노인인구가 계속적으로 증가해왔고, 2017년 8월 말 기준으로, 65세 이상 노인의 주민등록 인구수가 전체 인구의 14%를 넘게 됨에 따라 공식적으로 고령사회에 진입하였다(행정안전부, 2017.9.4). 급속한 고령화가 진행됨에 따라 노인 건강은 어느 때보다 사회적으로 중요해졌으며, 건강이 삶의 질의 기본적인 요건이라는 점에서(최현, 1997; 서경현, 2006; Larson, 1978) 건강에 대한 관심과 중요성은 날로 커지고 있다. 더구나 2015년 기준, 통계청에서 제시한 우리나라의 기대수명은 82.3세, 건강수명은 73.2세로 9세가량의 격차를 보여(통계청, 2016), 그 격차만큼 질병을 앓고 살아간다는 점에서 이러한 격차를 줄이기 위해 특히 만성질환 및 복합이환율이 높은 노년층의 건강향상을 위한 대응이 필요한 시점이다.

세계보건기구(WHO)가 1948년에 공식화한 ‘건강(Health)’ 정의에 의하면, “건강은 단순히 질병이 없는 상태를 말하는 것이 아닌 신체적, 정신적, 사회적 안녕 상태”라고 정의 내렸으며(Huber et al., 2011, 재인용), 이후 건강 개념은 신체적 요소만을 강조하였던 생의학적(biomedical) 관점에서 심리, 사회적 요소까지 포함한 생심리사회적(biopsychosocial) 관점이 강조됨에 따라(Engel, 1977), 건강은 다차원적 개념으로 변화되었을 뿐만 아니라 건강에 대한 접근에서도 보다 포괄적인 이해가 중요해졌다. 따라서 개인의 건강은 원인적인 측면에서 볼 때 개인적인 문제로 인해 결정되는 것이 아닌 사회적 상황 속에서 나타나는 사회, 환경적인 문제로 설명될 수 있다. 또한 이러한 사회적 취약성과 함께 물질적으로도 빈곤한 사람들에게 건강은 중요한 경제적 자산이 된다(WHO, 2003). 결국 이러한 사회경제적 불평등은 구성원 간 건강수준의 차이를 나타내는 건강 불평등 문제를 초래하는 것으로 보고되고 있으며(서연숙, 2011), 특히 고령화와 관련된 사회경제적 불평등은 다른 공공서비스와 비교하여 건강보호 분야에서 가장 강력한 영향을 미친다(Rahman, Khan, & Hafford-Letchfield, 2016). 이렇듯 최근의 건강에 관한 연구는 사회경제적 요소에 주목하고 있으며, 건강 불평등은 노화에 따른 사회경제적 자원 및 건강 상실 두 측면 모두 취약한 노년층에서 더욱 심각한 문제라고 볼 수 있다. 우리나라의 건강증진사업의 근거역할을 수행하고 있는 국민건강증진종합계획에

서도 이러한 문제의 심각성을 인식하고 2005년 제2차 계획부터 '국민의 건강수명 연장'의 목표와 더불어 이를 달성하기 위해 사회경제적 계층 간의 격차 감소가 필요하다고 보고 '건강 형평성 제고'를 건강 정책의 주요 목표로 설정함으로써 건강격차의 완화를 지향하고 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015).

이와 같은 맥락에 주목하여 국내외 다수의 연구에서는 노인의 사회경제적 지위와 건강수준에 관한 연구들이 지속적으로 보고되고 있으며, 연구 결과를 보면 사회경제적 지위가 낮은 노인들이 더 높은 사회경제적 지위를 가진 노인들에 비해 건강수준이 더 악화되는 결과를 보인다(김진영, 2007; 서연숙, 2011; 김동배 등, 2012; 장수지, 김수영, 2016; Zimmer & Amomsirisomboon, 2001; Jone & Nicolas, 2004; Zimmer & Prachuabmoh, 2012; Kong et al., 2014). 이들 연구에서 주목할 점은 사회경제적 지위는 대부분 교육, 소득, 직업수준 지표를 활용하여 측정되었다. 일반적으로 사회경제적 지위(socioeconomic status)는 권위, 권력 등의 개념을 강조하는 사회 계층적 시각을 통해 개념화된 용어로서 특히 교육, 소득, 직업 지표는 건강 불평등에 대한 사회경제적 지위를 측정하기 위해 보편적으로 사용되고 있다(Rahman et al., 2016, 재인용). 그러나 사회경제적 지위 지표들은 생산측면에 기반을 두고 있으며, 사회계층화를 나타내는 교육과 직업의 측정이 소득의 측정에 기반한다는 점에서(Salmond et al., 2006) 낮은 사회경제적 지위는 소득빈곤(income poverty)이라는 절대적, 물질적 빈곤의 의미를 내포하고 있다. 사회경제적 지위 개념과 달리 사회경제적 요소를 측정하기 위한 또 다른 접근법으로 '사회경제적 박탈' 개념을 사용하는데, 이 개념은 소비측면에 기반을 두며 사회계층화의 결과로 인해 사회에서 필수적인 기본적 삶의 양식들을 획득하기 위한 자원이 결핍된 상태를 나타낸다(Salmond et al., 2006). 기존의 사회경제적 지위는 주로 소득 결핍 중심으로 측정한다는 한계를 지니고 있는 반면, 사회경제적 박탈은 소득 결핍에 따른 보다 다차원적인 결핍을 측정한다는 점에서 더 유리하며, 절대적 빈곤과 대비되는 상대적 빈곤의 개념을 반영하고 있다(Townsend, 1987). 이런 점에서 볼 때 노인의 사회경제적 박탈의 측정은 기존의 소득 빈곤 그 이상으로 노인이 경험하는 다차원적 빈곤을 파악할 수 있고 무엇보다 노인의 실제 경험 상태를 반영하여 사회경제적 요소들을 측정한다는 점에서(Townsend, 1987) 건강 불평등에 대한 실질적이고 다각적인 대책을 마련하는 데 기여할 수 있다.

건강에 영향을 미치는 사회경제적 박탈에 관한 연구는 이미 외국을 중심으로 활발하

게 이루어져 온 반면, 국내의 경우에는 사회경제적 지위 연구에 비해 아직 많이 이루어지지 않았다. 외국의 선행연구에 따르면 개인 및 지역 수준에서 측정 가능한 사회경제적 박탈은 모두 건강과 밀접한 관련성을 보여, 개인 및 지역 수준의 박탈 경험이 높을수록 개인의 건강 수준이 감소하는 것으로 보고되었다(van Jaarsveld et al., 2007; Bécares et al., 2012). 이러한 결과는 노년층에서도 일치된 결과를 보여, 건강과 관련된 사회경제적 박탈이 노인에게도 나타나고 있음이 확인되었다(Groffen et al., 2008; Doebler & Glasgow, 2017). 또한 사회경제적 박탈이 영향을 미치는 건강수준은 다양한 건강지표들을 통해 검증되고 있다. 예컨대 건강을 나타내는 역학지표인 질병의 사망률, 유병률, 발병률 등을 포함하여 기대수명, 주관적 건강상태와 같은 다양한 건강지표들이 사회경제적 박탈의 영향을 받는 것으로 나타났다(Tobias & Cheung, 2003; Sundquist, Malmstrom, & Johansson, 2004; Banham et al., 2011; Bhavsar et al., 2014; Doebler & Glasgow, 2017). 국내 연구의 경우, 특히 노인층을 대상으로 사회경제적 박탈과 이것이 건강에 미치는 영향에 대한 규명은 매우 제한적이어서 우울 및 자존감 등의 정신건강, 노인의 활동 제한율과 같은 건강 변인들을 활용한 연구들만 일부 이루어졌다(김주희, 송인한, 유정원, 2015; 서연숙, 2015; 윤태호 등, 2015; 이순아, 이상록, 2016).

본 연구에서는 노인의 사회경제적 박탈 정도가 건강수준에 영향을 미치는 것으로 검증된 선행연구들을 토대로 하여 사회경제적 박탈에 관한 선행연구에서 활용된 건강변인인 건강상태를 종속변인으로 설정하였다. 건강상태 변인은 앞서 언급한 건강의 신체적, 정신적, 사회적 측면을 포함하는 다차원적 개념을 내포하고 있어(Simon et al., 2005), 노인의 건강 평가에 유용한 지표이다. 그리하여 다차원적 건강과 노인의 사회경제적 박탈 간 관계의 직접적인 효과를 파악하고, 더불어 사회경제적 박탈이 어떠한 경로를 통해 건강상태에 영향을 미치는지 매개변인에 함께 주목할 필요가 있다. 또한 우울은 노인의 대표적인 정신건강 변인으로 사회경제적 박탈과 밀접한 관련성을 가지며, 노인 건강상태의 위험요인이므로(황환, 이선혜, 2014; 이순아, 이상록, 2016; Pinquart, 2001; Han, 2002; Fernandez-Nino et al., 2014), 우울의 간접적인 영향인 매개효과를 검증해 보고자 한다. 즉, 우울의 매개효과가 노년층을 대상으로 한 박탈과 건강 간의 관계에서 중요한 메커니즘으로 작용하는지 살펴볼 필요가 있다.

따라서 본 연구의 목적은 노인을 대상으로 개인 수준의 사회경제적 박탈이 건강상태에 미치는 직접적인 영향을 파악하고, 우울에 의한 간접적인 영향을 파악하여 매개효과

를 규명함으로써 노인의 건강상태를 향상시키기 위한 노인복지의 실천적, 정책적 개입 방안을 마련하고자 한다. 연구문제는 첫째, 노인의 사회경제적 박탈은 우울에 영향을 미치는지, 둘째, 노인의 우울은 사회경제적 박탈이 건강상태에 미치는 영향을 매개하는 지이다.

## II. 문헌고찰

### 1. 사회경제적 박탈과 건강상태

박탈은(deprivation)은 소득 중심의 빈곤선 개념을 비판하며 다차원적 빈곤 개념을 언급한 타운젠트에 의해 새로이 제기된 이론적 개념으로, 사회가 받아들일 수 있는 생활 양식을 달성하기 위한 자원들이 결핍된 것으로 정의한다(Townsend, 1979). 이는 의식주와 같은 기본 또는 최소한의 욕구뿐만 아니라 사회 서비스 및 교육에 대한 접근까지를 포함하고 있으며, 타운젠트는 12개의 박탈지표-음식, 의복, 연료와 조명, 주거시설, 주거 조건, 노동조건, 건강, 교육, 환경, 가족활동, 레크리에이션 관계, 사회관계-를 활용하여 빈곤을 측정하였다(Townsend, 1979). 소득의 측면에서 빈곤선(poverty line)을 사용한 기존의 빈곤 개념은 저소득층이 빈곤의 대명사가 됨에 따라 결국 빈곤의 다차원적인 측면들을 상실하는 결과를 낳으며, 빈곤의 원인과 결과를 무시하는 결과를 가져올 수도 있다(Lister, 2004). 빈곤선 이하의 저소득층이라도 다차원적 결핍을 고려한 측정 결과에서 항상 낮은 삶의 수준을 갖는 것은 아니다(Saunders & Hill, 2008). 따라서 저소득은 빈곤의 충분 조건도 필수 조건도 아니라고 보고, 빈곤을 오로지 소득의 측면에서 정의하는 기존 접근의 한계를 반영하여 대안적 패러다임으로 등장한 빈곤 개념이 바로 박탈(deprivation)이다(Saunders & Adelman, 2006). 박탈과 기존 소득 빈곤선을 비교한 연구 결과를 보면, 박탈에 처한 많은 사람들이 빈곤선 이상의 소득을 가지고 있거나 또한 저소득으로 확인된 많은 사람들이 박탈 상태에 있지 않다(Saunders & Naidoo, 2009). 따라서 박탈이 기존의 빈곤 개념 그 이상으로 다른 차원의 빈곤 의미를 내포하고 있음을 알 수 있다.

Salmond 등(2006)은 박탈을 기존의 '계층/사회경제적 지위(class/socioeconomic status)'와 구별하여 설명하였다. 즉, 사회경제적 지위는 경제적 생산측면을 기반으로 하여 사람들에게 자원들의 가용성을 강조하는 반면, '사회경제적 박탈(socioeconomic deprivation)'은 소비측면에 기반을 두며 사람들이 실제로 경험하는 사회적 상황을 강조한다. 사회경제적 지위 개념은 사회적 계층화의 체계 내에서 개인의 전반적인 지위를 나타내며, 이러한 개인의 지위는 소유관계, 생산 수단의 통제, 직업, 교육, 소득을 통해 측정된다. 그러나 사회경제적 박탈은 사회적 계층화 그 자체보다는 사회적 계층화로 인한 증상 및 그 결과와 관련된 생활수준을 통해 측정된다. 박탈은 물질적 박탈과 사회적 박탈로 구분되는데, 물질적 박탈은 물질적 장치, 재화, 서비스, 자원, 편의시설, 생활의 물리적 환경 및 위치와 관련된 박탈 항목들을 사용하고, 사회적 박탈은 사회 및 그 구성원의 역할, 관계, 관습, 권리 및 의무와 관련된 항목들을 통해 측정한다. 이에 박탈 접근은 소득이 빈곤선 이상 혹은 이하인지 보다 필수 항목들을 마련할 수 있는 사람과 없는 사람을 더 명확하게 구분하며(Saunders & Naidoo, 2009), 절대적, 물질적 상태보다 상대적 상태를 반영한다(Salmond et al., 2006). 따라서 박탈은 자원(resources)의 가용성보다는 실제 경험한 상태(conditions)라는 개념을 적용함으로써 “지역사회 또는 더 넓은 사회나, 개인, 가족 혹은 집단이 속한 국가와 관련하여 직접 관찰 및 입증 가능한 불이익의 상태”라고 정의할 수 있다(Townsend, 1987).

여러 국가에서는 다양한 박탈 지표를 사용하고 있다. 대표적인 지표는 영국에서 개발된 Townsend Index(4가지 영역: 자가용이 없는 가구, 주거 밀집, 실업, 자가 소유가 아닌 가구)를 비롯한 Underprivileged Area Score, Carstairs Index, Index of Multiple Deprivation(Jarman, 1984; Townsend, Phillimore, & Beattie, 1988; Morris & Carstairs, 1991; Niggebrugge et al., 2005)과 뉴질랜드에서 개발된 NZDep Index of Deprivation(Salmond & Crampton, 2002)인데, 이 지표들은 주로 개인 수준보다 지역 수준의 박탈 측정에 많이 활용되고 있다. 우리나라의 경우 Townsend Index를 수정하여 사용한 연구들이 존재하며(정백근 등, 2006; 심정하, 손미아, 2009), 1999년 최저생계비 계측 이래로 시행된 계측 조사(2004, 2007, 2010, 2013)에서 절대적 방식의 최저생계비 계측의 대안으로 상대적 방식의 최저생계비 계측을 위해 이 방식을 활용하였다(김태완 등, 2013 재인용). 또한 최저생계비 계측조사 문항과 그 밖에 국내외 선행 연구 등을 토대로 박탈 문항을 구성한 박탈 연구들이 이루어지고 있으나(윤태호, 2010; 김주

희 등, 2015; 서연숙, 2015; 정해식 등, 2016), 아직 관련 연구들은 많지 않다. Grundy와 Holt(2001)는 노년층의 사회경제적 불평등을 측정할 수 있는 최선의 지표에 대한 합의가 없는 상황에서 타운젠트의 박탈지표와 직업(사회적 계층) 경력 혹은 교육과의 조합을 통한 측정이 가장 적절한 기준임을 제시하기도 하였다.

한편, 사회경제적 불평등은 특히 건강과 관련하여 노년층에서 많이 발견된다는 점에서(Arber & Ginn, 1993; Huisman et al., 2003) 노인의 사회경제적 박탈을 파악하는 것은 건강한 노화를 위해 중요하다. 연령과 박탈 경험 간 관계는 연령이 증가할수록 박탈수준이 높다고 보고되었다(송인한, 이한나, 2011; Gale, 2013). 이는 Bytheway(1995)가 언급한 노인의 사회구조적 불평등을 정당화하는 이데올로기 기능의 연령주의(ageism)와 무관하지 않다. 연령과 편견에 초점을 둔 연령주의는 연령이 증가함에 따라 발생할 수 있는 결핍 및 손실을 강조함으로써(Fenge, 2001) 사회경제적 박탈을 사회체계 안에서 정당화하며, 결국 이러한 사회경제적 박탈은 건강 불평등과 같은 연령차별(age discrimination)의 결과로 나타나게 된다. 연령과 박탈에 관한 연구를 보면, 노년층은 다른 연령대(청년층, 중장년층)에 비해 모든 박탈 영역에서 상대적으로 박탈 경험이 높다. 특히 중장년층에서는 일시적 생활상의 박탈 경험이 높은데 비해, 노년층의 경우는 저소득에 따른 만성적 박탈 경험이 더 높게 발생하는 것으로 나타났다(정해식 등, 2016). 또한 후기노인일수록 박탈 경험이 더 많은 것으로 보고되었다(서연숙, 2015).

건강수준의 다양한 측면들, 예컨대 역학 지표인 질병의 발병률, 유병률, 사망률 등을 비롯하여 기대 수명, 주관적 건강상태 등이 사회경제적 박탈의 영향을 받는다는 사실은 이미 국외의 선행 연구들을 중심으로 널리 연구되었다(Lorant et al., 2001; Ostler et al., 2001; Tobias & Cheung, 2003; Rey et al., 2009; Banham et al., 2011; Bécares et al., 2012). 즉, 사회경제적 박탈과 건강과의 관계는 건강이 사회경제적 박탈의 결과물이라는 점에서 서로 밀접한 관련성을 가진다(윤태호, 2010). 국내의 경우 일부 연구에서 지역 수준의 박탈지수가 높을수록 표준사망률 및 조기사망지수가 높은 것으로 나타났으며(신호성, 이수형, 추장민, 2009; 윤태호, 2010), 주관적 건강상태, 노인의 활동 제한율 등 몇몇 건강 관련 변인들이 박탈수준의 영향을 받는 것으로 나타났다(허종호 등, 2010; 윤태호 등, 2015).

다시 언급하자면, 박탈과 건강 간의 연관성은 건강에 관한 심리사회적 이론뿐만 아니라 박탈이라는 빈곤 개념에 중점을 둬으로써 적절한 난방 및 조리된 식사와 같이 흔히

필수품으로 간주되는 자원들의 소유와 건강 결과 간의 직접적인 연관성에 기초하여 설명될 수 있다(Grundy & Holt, 2001). 실제로 연구결과를 보면 사회경제적 박탈 중 물질적 박탈을 경험한 노인들이 비경험 노인보다 신체적, 정신적 장애의 위험이 2배 이상 높은 것으로 나타났다(Groffen et al., 2008). 또한 개인 및 지역 수준을 모두 포함하여 박탈을 경험한 노인들이 주관적 건강에 대해 더 나쁘게 평가되었으며, 10년 이내에 건강이 악화된 것으로 보고되었다(Doebler & Glasgow, 2017).

본 연구에서 건강을 측정하기 위해 활용한 건강상태 변인은 박탈의 영향을 받는 주요 건강 지표로 알려져 있다. 건강상태는 응답자가 건강상태에 대해 얼마나 잘 느끼는지에 대한 인식을 토대로 한 척도로서 주관적인 요소를 강하게 내포하고 있으며, 신체적, 기능적, 심리적 및 사회적 측면을 포함한 다차원적인 개념으로 검증되었다(Simon et al., 2005; Millán-Calenti et al., 2012). 이러한 주관적인 건강평가는 의사에 의한 객관적, 임상적 건강 상태와 밀접한 관련성을 보여 노인의 건강수준을 평가하는 유용한 지표로 활용될 수 있을 뿐만 아니라(Fillenbaum, 1979), 삶의 질을 측정하는 중요한 지표로도 알려져 있다(Alonso et al., 2004). van Jaarsveld 등(2007)의 연구에서는 건강상태에 미치는 영향에 관해 개인 수준 및 지역 수준의 박탈을 모두 살펴본 결과, 두 수준의 박탈 모두 주관적 건강상태에 독립적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 물질적 박탈을 사용한 개인 수준의 박탈은 지역 수준의 박탈을 통제한 후에도 주관적 건강상태에 영향을 미치며 그 반대도 마찬가지로 확인되었다. 또 지역 수준의 박탈은 개인 수준의 박탈의 영향 그 이상으로 안녕감과 건강의 중요한 예측 요인으로 나타났으며(Bécares et al., 2012; Verhaeghe & Tampubolon, 2012), 더 많은 박탈을 경험하는 이웃과 생활하는 사람일수록 주관적인 건강수준이 감소하는 것으로 보고되었다(Diez-Roux, 2001; Xiao et al., 2017). 더욱이 노인은 연령이 증가함에 따라 경제적 자원이 감소하고, 사회적으로 박탈된 지역에 살며, 주관적 건강이 낮아짐으로써 3가지 위험, 즉 “삼중위기(Triple Jeopardy)”에 처할 수도 있는 것으로 보고되었다(Gale, 2013). 국내 선행 연구의 경우, 전체 연령을 대상으로 한 연구에서 개인 수준의 사회경제적 박탈 경험이 많을수록 주관적 건강 수준이 낮아지고 만성질환 이환율이 높아지는 것으로 나타나(허종호, 조영태, 권순만, 2010; 송인한, 이한나, 2011) 박탈과 건강상태 간에 직접적인 영향력이 있음이 밝혀졌다.



## 2. 사회경제적 박탈과 건강상태의 관계에서 우울의 매개효과

개인 혹은 지역 수준의 사회경제적 박탈은 정신건강과도 밀접한 관계를 가지는 것으로 보고되고 있다. 사회경제적 박탈은 조현병, 우울증, 불안, 물질남용과 같은 주요 정신 건강 질병의 유병률 및 결과에 영향을 미치는 위험요인으로 작용하며(김주희 등, 2015; 이수비, 정슬기, 이수영, 2017; Bhavsar et al., 2014; McLean et al., 2014; Green et al., 2017), 자살 사망률과도 관련이 있는 것으로 확인되었다(Burrows et al., 2011). 국외 연구의 경우 주로 지역 수준에서의 사회경제적 박탈과 정신건강과의 관계에 대한 연구가 활발하게 이루어지고 있어 더 박탈된 지역에 살수록 개인의 정신건강이 악화됨으로써 정신건강의 불평등을 경험하는 것으로 보고되었다(Weich et al., 2003; Skapinakis et al., 2005; Abas et al., 2006). 그 중 Abas 등(2006)의 연구에 의하면 더 박탈된 지역에 사는 사람들이 덜 박탈된 지역에 사는 사람들보다 정신질환으로 인한 입원기간이 증가함을 밝힘으로써 사회경제적 박탈과 정신질환 심각성 간의 연관성을 증명하였다.

본 연구의 매개변수인 우울은 흔히 발생하는 정신건강 질병으로(Djernes, 2006), 2020년까지 심장병에 이어 두 번째로 세계적 질병 부담에 기여할 것으로 예측되고 있다(Chapman & Perry, 2008). 우울은 사회경제적 박탈의 영향을 받는 주요 변인으로 보고되고 있으며 노년층의 사회경제적 박탈 경험과도 밀접한 관련성을 가지는 것으로 나타났다(Ostler et al., 2001; Fernandez-Nino et al., 2014). 즉 노인들에게 우울과 신체적 문제 예컨대 통증, 소화불량, 당뇨 등을 동반하는 복합 이환율이 사회경제적 박탈과 관련이 있는 것으로 나타났으며(McLean et al., 2014), 박탈 지역에 사는 것이 개인 수준에서의 박탈 이상으로 노인의 우울을 증가시키는 것으로 보고되기도 하였다(Kubzansky et al., 2005). 국내 연구에서 사회경제적 박탈과 우울과의 관계는 주로 개인 수준에서의 박탈지수를 활용하여 측정되었다. 연구결과에 따르면, 연령별로 볼 때 연령이 높아질수록 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 효과가 더 큰 것으로 나타나 노년층의 박탈 및 우울의 취약성을 밝혔으며(김주희 등, 2015), 연령별로는 60대, 70대, 80대에 따라 우울에 영향을 미치는 사회경제적 박탈 요인에 차이가 있는 것으로 보고되었다(서연숙, 2015). 이순아와 이상록(2016)은 사회경제적 박탈 중 물질적 박탈에 초점을 두고 우울, 자존감, 자살과 같은 정신건강 변인에 미치는 영향을 중단연구를 통해

파악한 결과, 물질적 박탈 경험이 증가할수록 노인의 정신건강이 더 악화되는 것으로 보고하였다.

노인 우울의 특성은 다른 연령군과 비교해 볼 때 정서적 증상보다는 인지 손상에 의한 변화를 주로 보이며 신체 증상 및 흥미를 상실할 가능성이 더 큰 것으로 알려져 있다(Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). 이로 인해 다른 연령에 비해 노인 우울은 잘 표출되기 어려우며, 특히 건강상 노쇠한 노인의 경우 우울증상이 신체 문제에 의해 가려질 수 있어 우울장애를 발견하는 것이 더 어려울 수 있다(Chapman & Perry, 2008). 이러한 노인 우울의 특성을 보면 노인의 신체건강과 같은 건강관련 변인들이 우울의 영향을 받을 가능성을 유추해 볼 수 있으며, 실제 다수 선행 연구들에서도 노인 우울은 당뇨, 심혈관계 질환과 같은 만성적 신체 질환의 발병 및 예후를 비롯하여 신체적 기능 상태를 평가하는 일상생활수행능력, 사망률에 영향을 미치는 것으로 보고되었다(김영주, 곽찬영, 2011; Schulz et al., 2000; Anderson et al., 2001; Wada et al., 2004; Bremmer et al., 2006). 특히 우울은 건강상태 변인에도 영향을 미쳐 우울 수준이 높을수록 자신의 건강상태를 나쁘게 평가하고 있는 것으로 검증되었다(남연희, 남지란, 2011; 추진아, 김은경, 2014; Bryant, Beck, & Fairclough, 2000; Han, 2002; Millán-Calenti et al., 2012). 선행 연구에 따르면, 우울한 노인들은 우울하지 않은 노인들보다 주관적 건강상태가 나쁘며 2년의 추적관찰 동안 주관적 건강상태의 향상이 덜한 것으로 나타났다(Han, 2002). 노인의 주관적 건강상태와의 관련성에 관한 메타분석 결과를 보면, 우울이 주관적 건강상태에 대한 강력한 예측 요인 중 하나로 나타났다(Pinquant, 2001). 황환과 이선혜(2014)의 연구에서는 노인의 우울이 건강상태에 영향을 미치는 직접효과가 유의하였을 뿐만 아니라, 고독과 건강상태 간의 관계에서 우울이 완전 매개요인으로도 작용을 하였다.

한편, 박탈과 건강변인 간의 관계에서 심리적 요인의 매개효과를 검증한 연구들도 보고되었다. 예컨대 55-64세를 대상으로 한 van Jaarsveld 등(2007)의 연구에서는 심리적 변인인 낙관주의의 경로를 통해 박탈이 건강상태에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 지역 수준보다 개인 수준의 박탈감을 더 많이 느낄수록 심리적 취약성을 동반하는 것으로 확인되었다. 마찬가지로 15세 이상을 대상으로 한 송인환과 이한나(2011)의 연구에서는 박탈과 건강상태 간의 관계에서 시민적 낙관주의를 매개하는 것으로 나타났다. 이수비 등(2016)은 성인을 대상으로 경제적 박탈과 건강변인인 문제음주 간의 경로

를 파악한 결과, 우울이 경제적 박탈의 결과이자 문제음주의 위험요인이 되는 것으로 확인되었다. 이와 같은 선행연구들을 볼 때 본 연구에서 사회경제적 박탈로 인한 노인의 우울은 건강상태를 악화시키는 매개요인으로 작용을 할 것으로 예측된다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구에서는 한국복지패널조사(Korea Welfare Panel Study)에서 제공한 11차년도(2016) 자료를 사용하였다. 한국복지패널조사는 2006년부터 연 1회 실시하고 있으며, 서울을 비롯한 7개 광역시와 제주도를 포함한 9개도의 가구를 대상으로 하는 전국적인 대표성을 가진 종단자료이다. 빈곤층을 포함한 전 국민의 경제활동상태, 주거, 사회보장, 생활양식, 건강의료, 사회복지 욕구 및 실태 등에 대한 세부 정보들을 제공하며, 특히 표본 추출 시 중위소득 60% 미만의 저소득 가구를 전체 표본의 50%를 추출함으로써 저소득층 연구에 적합한 자료라는 특징을 가지고 있다(한국보건사회연구원, 서울대사회복지연구소, 2016). 본 연구에서는 저소득 가구의 과대 표본추출로 인한 대표성 문제를 보정하기 위해 기술통계에 개인 횡단면 가중치를 부여하였고, 만 65세 이상 노인들을 표본 추출하여 총 4,994명을 최종 분석에 사용하였다.

#### 2. 주요 변수의 측정도구

##### 가. 독립변수: 사회경제적 박탈

본 연구에서는 연구 목적에 따라 사회경제적 박탈을 개인 수준의 사회경제적 박탈지표를 활용하여 측정하였다. 개인 수준의 사회경제적 박탈을 측정하기 위해 허중호 등(2010)의 연구에서 제시한 박탈지표를 발췌 및 수정하여 사용하였다. 허중호 등(2010)은 박탈지표 구성을 위해 한국복지패널의 박탈 관련 문항들을 활용하여, 국내외 여러

선행연구 검토를 통해 제시한 박탈 항목들을 토대로 총 7개 영역의 23문항으로 구성된 개인 수준의 박탈지표를 구성하였다. 이 박탈지표는 최근 국내 선행연구에서 개인 수준의 사회경제적 박탈 측정에 활용되어 건강에 미치는 영향력을 검증하였다(송인한, 이한나, 2011; 이웅, 임란, 2014; 김주희 등, 2015; 서연숙, 2016). 본 연구에서는 연구대상의 특성을 고려하여 교육 영역 2문항 제외하고, 사회적 박탈 영역 중 한국복지패널에서 2차년도부터 삭제한 사회적지지 문항을 제외하여 총 6개 영역 20문항으로 구성된 박탈지표를 최종 측정에 활용하였다(표 1). 각 문항은 박탈 경험 있음(1), 박탈 경험 없음(0)의 1점 척도로 측정하였고, 문항점수를 합산한 점수가 높을수록 사회경제적 박탈 경험이 많음을 의미한다.

#### 나. 종속변수: 건강상태

종속변수인 건강상태의 측정은 한국복지패널조사에서 제공한 자신의 건강상태에 대한 응답자의 주관적 평가를 묻은 단일문항을 사용하였다. 단일문항의 건강상태 변수는 질병의 이환율과 사망률을 예측하는 강력한 변수로 알려져 있으며(Idle & Benyami, 1997; Idler et al., 2004; Lyyra et al., 2009), 일반적 건강상태를 측정하기 위해 건강 관련 다수의 연구에서 활용되었다(남연희, 남지란, 2011; 이진향, 오미옥, 2017; Kawachi et al., 1999, Subramanian et al., 2002). 건강상태는 ‘건강이 아주 안 좋다’(1)에서 ‘아주 건강하다’(5)의 5점 리커트 척도로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 건강상태에 대한 긍정적 평가가 높음을 의미한다.

#### 다. 매개변수: 우울

본 연구에서 매개변수인 우울은 한국복지패널조사에서 우울을 측정하기 위해 활용한 CES-D-11(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)을 사용하였다. 이 척도는 11문항의 4점 척도로 구성되어 있으며, 지난 일주일 동안에 대해 ‘극히 드물다(일주일에 1일 미만)’(1), ‘가끔 있었다(일주일에 1~2일간)’(2), ‘종종 있었다(일주일에 3~4일간)’(3), ‘대부분 그랬다(일주일에 5일 이상)’(4) 중에서 응답하여 측정하였다. 본 연구에서는 각 문항을 합산한 점수가 높을수록 우울 수준이 높음을 의미한다. 이 척도의

Cronbach's  $\alpha$ 는 .882로 나타났다.

## 라. 통제변수

통제변수는 선행 연구를 통해 노인의 건강상태에 영향을 미칠 것으로 보이는 인구사회학적 변수로 성별, 연령, 교육수준, 소득수준, 만성질환 유무, 배우자 유무로 측정하였다. 먼저 성별은 '남(1), '여(0)로, 연령은 '만 65세 이상 ~ 만 75세 미만(전기노인)'(0), '만 75세 이상(후기노인)'(1)로 구분하였다. 교육수준은 '중졸 이상'(1), '초졸 이하'(0)로 구분하였고, 소득수준은 한국복지패널에서 저소득 구분을 위해 제시한 중위소득 60%를 기준으로, 중위소득 60% 미만을 '저소득'(0), 60% 이상을 '일반'(1)으로 구분하였다. 소득수준을 이분형으로 구분한 이유는 저소득 유무에 따라 독립변수인 사회경제적 박탈의 유의성 여부에 변화가 있는지 살펴보고자 했기 때문이다. 만성질환 유무는 '있음'(1), '없음'(0)으로, 독거 여부는 '독거'(0), '비독거'(1)로 각각 구분하였다.

표 1. 영역별 사회경제적 박탈 지표

영역	항목	내용
식생활		경제적인 어려움 때문에 먹을 것이 떨어졌는데도 더 살 돈이 없었던 경험 여부
	주거비	돈이 없어서 2달 이상 집세가 밀렸거나 집세를 낼 수 없어서 집을 옮긴 경험 여부
	난방	돈이 없어서 추운 겨울에 난방을 하지 못한 경험 여부
	필수설비	부엌 단독입식, 화장실 단독수세식, 목욕시설 단독온수가 모두 해당되는지 여부
주거	가구규모별 방의 개수	1~2인 1룸/ 3~4인 2룸/ 5~6인 3룸 이하인지 여부
	가구규모별 주거 면적	1인 12m <sup>2</sup> / 2인 20m <sup>2</sup> / 3인 29m <sup>2</sup> / 4인 37m <sup>2</sup> / 5인 41m <sup>2</sup> / 6인 49m <sup>2</sup> / 이하인지 여부
	주택구조의 적절성	영구건물로서 튼튼하고 주요 구조부의 재질이 내열, 내화, 방열 및 방습에 양호한 재질을 갖추고 있는지 여부
	채광, 난방 적절성	적절한 방음, 환기, 채광 및 난방설비를 갖추고 있는지 여부
	주거환경 - 공해	소음, 진동, 악취 및 대기오염 등으로 인하여 생활하기에 적절하지 않은지 여부

영역	항목	내용
	주거환경 - 자연재해	해일, 홍수, 산사태 및 절벽의 붕괴 등과 같은 자연재해로부터 안전한지 여부
사회 보장	국민연금	미가입 또는 미납 경험 여부
	건강보험	미가입 또는 미납 경험 여부
직업/ 경제	총 생활비	총 생활비가 최저생계비를 상회하는지 여부
	고용형태	정규직 여부
	취업	실업 여부
	작업장 환경	안전설비가 잘 갖춰지지 않거나 작업장 오염 등의 유해 환경에서 일한 경험 여부
사회적 박탈	신용 상태	가구원 중 신용불량자 존재 여부
	공과금 납부	전기세, 전화세, 수도세 중 하나 이상을 내지 못해 전기, 전화, 수도 등이 끊긴 경험 여부
	가족관계	가족관계 만족도에서 불만족 여부
건강/의료	돈이 없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 경험 여부	

### 3. 분석방법

연구문제 검증을 위해 SPSS 22.0을 사용하여 분석하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 인구사회학적 및 주요변수의 특성을 파악하기 위해 빈도분석, 기술통계를 실시하였다. 둘째, 우울의 매개효과를 검증하기 위해 Baron과 Kenny(1986)의 분석방법을 활용하여 다중회귀분석을 실시하였다. 이 방법은 3단계의 독립적인 회귀 분석 모형을 이용한 매개효과의 대표적인 검증 방법으로 알려져 있으며, 3단계에서 독립변인이 종속변인을 예측할 때 1단계에서 종속변인에 유의미한 영향을 미쳤던 독립변인의 영향력이 감소되어야 한다는 조건은 많은 연구에 의해 매개효과의 판단 기준으로 받아들여지고 있다(김수영, 2016). 특히 본 연구에서 Baron과 Kenny의 분석방법을 활용한 이유는 매개변수가 1개만 존재하는 단순매개효과를 검증하고, 이 연구의 변수 조건들을 충족시킬 수 있는 방법이라는 점에서 매개효과 식별을 위한 방법으로 적절하다고 판단하였다. 마지막으로, 우울의 매개효과에 대한 통계적 유의성을 검증하기 위해 Sobel(1982)의 매개효과 검증공식<sup>1)</sup>을 활용하여 분석을 실시하였다. Sobel의 방법은 또

다른 매개효과를 검증하는 방법으로 두 직접효과의 곱으로 이루어진 간접효과를 검증하며, 본 연구처럼 표본크기가 큰 경우에 잘 작동하는 것으로 보고되고 있다(김수영, 2016).

## IV. 연구결과

### 1. 연구대상자의 인구사회학적 특성

본 연구대상자의 인구사회학적 특성에 대해 분석한 결과는 <표 2>와 같다. 성별 분포를 살펴보면 총 4994명의 연구대상자 중 남자는 1,900명(38.0%), 여자는 3,904명(62.0%)으로 여자가 많은 것으로 나타났으며, 연령은 후기노인이 2,749명(55.0%)으로 전기노인 2,245명(45.0%)보다 많았다. 교육수준별로는 초졸 이하가 3,212명(64.3%), 중졸 이상이 1,782명(35.7%)으로 초졸 이하가 더 높은 비율을 보였고, 소득수준은 중위 균등화 소득의 60% 미만을 저소득 가구로 기준화하여 살펴볼 때, 저소득 노인이 3,073명(61.5%)으로 일반노인 1,921명(38.5%)보다 많은 것으로 조사되었다. 만성질환의 경우, 있음이 4,313명(84.4%)으로 없음의 781명(15.6%)보다 5배 이상 많았고, 거주형태는 독거가 45명(0.9%), 비독거가 4,949명(99.1%)으로 비독거가 절대 다수를 차지하였다.

---

$$1) z = \frac{ab}{\sqrt{(b^2 SE_a^2) + (a^2 SE_b^2)}}$$

$a, b$ : 비표준화 회귀계수,  $SE_a, SE_b$ : 회귀계수의 표준오차

표 2. 연구대상자의 인구사회학적 특성

변수	구분	빈도 (N)	백분율 (%)
성별	남자	1,900	38.0
	여자	3,094	62.0
연령	65세 이상~75세 미만	2,245	45.0 M=74.43
	75세 이상	2,749	55.0 SD=6.93
교육수준	초졸 이하	3,212	64.3
	중졸 이상	1,782	35.7
소득수준	저소득	3,073	61.5
	일반	1,921	38.5
만성질환 유무	있음	4,213	84.4
	없음	781	15.6
독거 여부	독거	45	0.9
	비독거	4949	99.1
	합계	4,994	100.0

## 2. 주요 변수의 특성

### 가. 항목별 사회경제적 박탈 경험 빈도

각 항목별 박탈 경험 빈도를 살펴본 결과는 <표 3>과 같다. 먼저 식생활 영역에서는 ‘경제적 어려움 때문에 먹을 것이 떨어졌는데도 더 살 돈이 없었던 경험’ 항목에 대해 3.9%가 ‘예’라고 응답하여 식생활의 박탈을 경험하였다. 주거영역에서는 주택구조 13.7%, 가구 규모별 방의 개수 10.5%, 채광, 난방설비 10.3% 순으로 박탈을 경험한 것으로 나타나, 다른 주거 항목들에 비해 비교적 높은 박탈 비율을 보였다. 사회보장 영역의 경우 국민연금 박탈이 66.6%로 전체 박탈 항목 중 두 번째로 높은 빈도를 보였다. 직업/경제 영역은 실업상태가 67.2%로 나타나 취업박탈을 경험하였으며, 이는 전체 항목 중 가장 높은 수치로 노인의 직업 활동 제한이 퇴직 등으로 인해 강제적 특성을 갖는다는 점에서 노인의 취업박탈 문제를 짐작해 볼 수 있다. 사회적 박탈 영역에서는 가족관계 불만족이 5.4% 비율을 차지하였으며, 건강/의료 영역은 ‘돈이 없어 병원에 갈 수 없었던 경험’에 1.3%만이 ‘예’라고 응답하여 다른 영역들에 비해 낮은 박탈 수치를 보였다.



표 3. 연구대상자의 항목별 박탈 경험 빈도

영역	항목	예(%)	백분율(%)
식생활		194	3.9
주거	주거비	23	0.5
	난방	78	1.6
	필수설비	337	6.7
	가구규모별 방의 개수	526	10.5
	가구규모별 주거 면적	42	0.8
	주택구조의 적절성	686	13.7
	채광, 난방 적절성	513	10.3
	주거환경 -공해	189	3.8
	주거환경 -자연재해	143	2.9
사회 보장	국민연금	3325	66.6
	건강보험	19	0.4
직업/경제	총 생활비	595	11.9
	고용형태	497	10.0
	취업	3357	67.2
	작업장 환경	155	3.1
	신용 상태	102	2.0
사회적 박탈	공과금 납부	7	0.1
	가족관계	271	5.4
건강/의료		65	1.3

## 나. 주요 변수에 대한 기술통계

주요 변수들의 특성을 분석한 결과는 <표 4>와 같다. 먼저 독립변수로 제시한 사회경제적 박탈에 대한 기술통계 분석결과를 살펴보면, 최소값 0, 최대값 11이며, 평균이 2.17점으로 나타났다. 즉, 전체 연구대상자들이 총 20개의 박탈 항목들 가운데 2~3개 항목의 박탈을 경험한 것으로 볼 수 있다. <표 5>에서 항목 수별로 살펴본 결과, 1개 항목의 박탈이 24.3%, 2개 항목의 박탈은 37.9%로 가장 높은 비율을 보여 전체 연구대상자의 60% 정도를 차지하였다. 또 각 항목에서 3개 이상 박탈을 중첩적으로 경험한 경우, 3개 항목 17.1%, 4개 항목 7.2%, 5개 항목 3.4%, 6개 항목이 1.9%로 확인되었다.

연구대상자들 중 7개 항목 이상의 다중 박탈 경험을 한 경우는 전체의 2.8%를 차지하였다. 다음으로 매개변수인 우울에 대한 분석결과는 최소값 0, 최대값 33, 평균이 4.80점으로 나타났다. 종속변수인 건강상태는 최소값 1, 최대값 5, 평균은 2.83점으로 5점 만점에 보통 이상으로 평가하는 것으로 나타났다.

표 4. 주요 변수의 기술통계

변수	최소값	최대값	평균	표준편차
사회경제적 박탈	0	11	2.17	1.414
우울	0	33	4.80	5.094
건강상태	1	5	2.83	.915

표 5. 사회경제적 박탈 항목의 중첩 경험 빈도

항목 수	빈도(N)	백분율(%)
0	316	6.3
1	1,212	24.3
2	1,895	37.9
3	854	17.1
4	362	7.2
5	171	3.4
6	95	1.9
7	52	1.0
8	18	0.4
9	14	0.3
10	2	0.0
11	3	0.1

### 3. 노인의 사회경제적 박탈이 건강상태에 미치는 영향에 대한 우울의 매개효과

우울의 매개효과를 검증하기 위해 Baron과 Kenny(1986)가 제시한 3단계 방법을 사용하여 다중회귀분석을 시행하였다. 먼저, 1단계에서는 독립변수인 사회경제적 박탈이

종속변수인 건강상태에 통계적으로 유의한 영향을 미치는지 확인하였으며, 2단계에서는 독립변수인 사회경제적 박탈이 매개변수인 우울에 통계적으로 유의한 영향을 미치는지 확인하였다. 3단계는 사회경제적 박탈과 우울을 독립변수로 하고 건강상태를 종속변수로 하여, 독립변수인 사회경제적 박탈을 통제된 상태에서 우울이 건강상태에 영향을 미치는지 확인하여 매개효과의 유무를 확인하였다. 또한 동시에 매개변수인 우울을 통제된 상태에서 사회경제적 박탈이 건강상태에 미치는 영향이 통계적으로 유의한지 확인하여 매개효과 정도(부분매개, 완전매개)를 파악하였다. 회귀분석의 시행에 앞서 독립변수들 간 다중공선성을 살펴본 결과, 공차한계(Tolerance) 값은 모두 1 이하, 분산팽창지수(variance inflation factor: VIF)는 최대 1.245로 모두 10 이하로 나타나 다중공선성에는 문제가 없는 것으로 확인되었다.

노인의 사회경제적 박탈이 건강상태에 미치는 영향과 우울의 매개효과를 검증하기 위해 성별, 연령, 교육수준, 소득수준, 만성질환 유무, 독거 유무를 통제하고 사회경제적 박탈을 독립변수로, 건강상태를 종속변수로, 우울을 매개변수로 하여 다중회귀분석을 실시한 결과는 <표 6>과 같다.

먼저 1단계 모형에서 독립변수인 사회경제적 박탈이 종속변수인 건강상태에 미치는 영향을 검증한 결과, 통계적으로 유의하게 나타나( $\beta = -.112, p < .001$ ) 사회경제적 박탈 경험이 많을수록 건강상태에 대한 부정적 평가가 증가하였다. 이 모형의 전반적인 설명력은 12.4%로 확인되었다. 2단계 모형에서는 독립변수인 사회경제적 박탈이 매개변수인 우울에 미치는 영향을 검증한 결과, 통계적으로 유의하게 나타났다( $\beta = .256, p < .001$ ). 즉, 사회경제적 박탈 경험이 많을수록 우울수준이 높아지는 것으로 나타났으며 이 모형의 전반적인 설명력은 12.8%였다. 따라서 2단계의 회귀계수 및 설명력 모두 1단계보다 증가한 것으로 나타나, 이는 독립변수와 종속변수보다 독립변수와 매개변수 간의 관계가 더 밀접한 효과를 가지고 있음을 알 수 있다. 마지막 3단계 모형에서는 사회경제적 박탈과 우울이 건강상태에 미치는 영향을 검증하기 위해 독립변수인 사회경제적 박탈과 매개변수인 우울을 동시에 투입하여 회귀분석을 실시한 결과, 설명력은 19.3%로 1단계보다 증가하여 매개변수인 우울의 투입이 설명력의 증가에 영향을 미쳤음을 볼 수 있다. 변수들 간의 관계를 살펴보면, 매개변수가 종속변수에 통계적으로 유의미한 영향을 미쳤으며( $\beta = -.281, p < .001$ ), 또한 독립변수가 종속변수에 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다( $\beta = -.041, p < .01$ ). 이 모형에서 독립변수의 회귀계수

-.041은 1단계 모형의 회귀계수 -.112보다 감소한 것으로 나타나, 결과적으로 우울은 사회경제적 박탈이 건강상태에 미치는 영향을 부분매개(partial mediation)하는 효과가 있는 것으로 확인되었다. 즉, 사회경제적 박탈 경험이 많을수록 우울 수준이 높아지며, 높은 우울 수준으로 인해 자신의 건강상태에 대한 부정적 평가가 증가함을 알 수 있다 (그림 1).

한편, 통제변수들 중 교육수준, 가구소득은 사회경제적 지위를 의미하는 변수로, 3단계에서 교육수준( $\beta=.069$ ,  $p<.001$ ), 가구소득( $\beta=.028$ ,  $p<.5$ )이 건강상태에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 볼 때, 사회경제적 지위 변수들이 건강상태에 영향을 미침에도 불구하고, 사회경제적 박탈이 건강상태에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타나( $\beta=-.041$ ,  $p<.01$ ), 사회경제적 박탈이 건강상태에 영향을 미친다는 타당성을 분명하게 보여주고 있다. 건강상태에 미치는 영향 정도는 교육 수준(.069)이 상대적으로 더 큰 영향을 미치며, 다음으로 사회경제적 박탈(-.041), 가구소득(.028) 순으로 영향을 미쳤다.

표 6. 매개효과 검증을 위한 회귀분석 결과

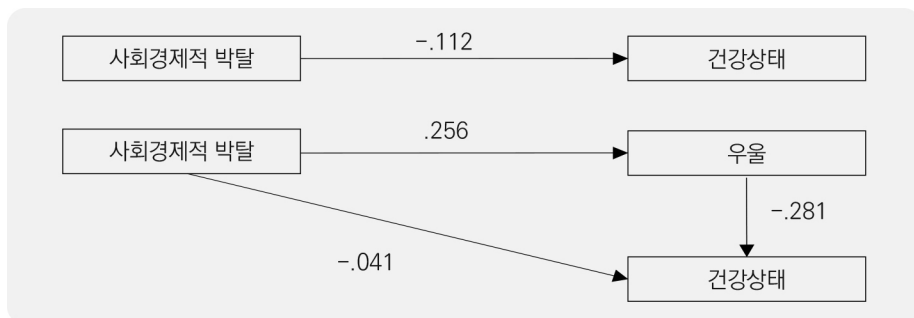
변수	1단계 (독립 → 종속)			2단계 (독립 → 매개)			3단계 (독립, 매개 → 종속)		
	B	SE	$\beta$	B	SE	$\beta$	B	SE	$\beta$
Constant	2.779***	.136		1.546#	.796		2.852***	.130	
성별	-.056*	.026	-.030	.915***	.155	.085	-.012	.025	-.007
연령	-.246***	.025	-.138	.744***	.144	.071	-.210***	.024	-.118
교육수준	.153***	.027	.082	-.522**	.161	-.048	.128***	.026	.069
가구소득	.094***	.026	.051	-.906***	.151	-.084	.051*	.025	.028
만성질환 유무	-.519***	.033	-.212	.617**	.192	.043	-.489***	.031	-.200
독거 유무	.743***	.125	.079	-.309	.733	-.006	.728***	.120	.078
사회경제적 박탈	-.069***	.008	-.112	.918***	.050	.256	-.025**	.008	-.041
우울							-.048***	.002	-.281
R <sup>2</sup>		.124			.128			.193	
Adj. R <sup>2</sup>		.123			.126			.191	
F		100.659***			104.242***			148.574***	

# $p<.1$ , \*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$ , \*\*\*  $p<.001$

#### 4. 매개효과 분석 및 검증

앞서 Baron과 Kenny(1986)의 3단계 매개효과 분석 방법을 통해 확인된 각 변수들 간의 회귀계수를 사용하여 매개변수의 효과를 분석하였으며, 분석 결과에 기반한 매개 모형을 제시하면 [그림 1]과 같다. 먼저 1단계에서 확인된 사회경제적 박탈의 회귀계수 -.112는 사회경제적 박탈의 전체효과(total effect)를 의미한다. 전체효과는 매개변수의 투입을 통해 직접효과(direct effect), 간접효과(indirect effect)를 산출하게 된다. 3단계에서 확인된 사회경제적 박탈의 회귀계수 -.041은 직접효과를 나타내며, 간접효과는 2단계에서 확인된 사회경제적 박탈(독립변수)의 회귀계수 .256과 3단계에서 확인된 우울(매개변수)의 회귀계수 -.281을 곱한 값으로, 이 값이 매개효과를 의미한다. 따라서 매개효과는  $(.256) \times (-.281) = -.072$ 가 된다.

그림 1. 매개효과 분해 결과



노인의 사회경제적 박탈이 건강상태에 미치는 영향에 대한 우울의 부분매개효과의 통계적 유의성을 검증하기 위해 Sobel test를 실시한 결과는 <표 7>과 같다. Sobel test 결과, 우울의 부분매개효과는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다( $Z=-14.582, p<.001$ ) 즉, 사회경제적 박탈 경험이 많을수록 건강상태에 대한 부정적 평가가 증가하게 되는데, 이는 사회경제적 박탈 경험이 많을수록 우울 수준이 높아져서 건강상태에 대한 부정적 평가가 증가된다는 것을 말해준다.

표 7. 매개효과의 유의성 검증 결과

매개변수	Z
우울	-14.582***

#p<.1, \* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001

## V. 결론 및 제언

본 연구에서는 노인을 대상으로 사회경제적 박탈이 건강상태에 미치는 영향을 밝히고, 이 관계를 우울이 매개하는지를 검증하였다. 이를 위해 한국복지패널조사 11차년도 자료를 활용하여 만 65세 이상 노인들을 표본추출을 통해 총 4,994명을 대상으로 분석하였다. 주요 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 사회경제적 박탈 경험은 건강상태에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타나, 박탈 경험이 많을수록 건강상태가 감소하는 것으로 나타났다. 이러한 연구 결과는 전체 연령 혹은 노인을 대상으로 사회경제적 박탈 경험이 건강상태 감소의 위험요인이라는 선행연구들(허종호 등, 2010; 송인한, 이한나, 2011; van Jaarsveld et al., 2007; Doebler & Glasgow, 2017)의 결과와 일치하는 결과라고 볼 수 있다. 이는 노인을 대상으로 사회경제적 지위가 건강상태에 미치는 영향에 관한 연구보다 훨씬 시사하는 바가 크다. 기존의 사회경제적 지위를 측정하는 전통적 지표인 소득, 교육, 직업은 나이가 들어서 또 다른 의미를 가지기 때문에 단순히 노년층에 적용했을 때는 논의거리가 될 수 있다(Grundy & Holt, 2001). 반면 사회경제적 박탈은 사회경제적 지위의 감소로 인해 경험하는 생활수준의 다차원적인 결핍과 관련된다는 점에서 볼 때, 본 연구 결과는 노인의 건강상태에 영향을 미치는 사회경제적 요소에 대한 개입에 있어, 사회계층화에 따른 개입에서 더 나아가 노인이 실제 경험하는 박탈 경험을 토대로 한 다각적인 개입이 이루어져야 함을 시사한다.

둘째, 매개변수인 우울은 건강상태에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 우울이 자신의 건강상태를 나쁘게 평가하는 주요 예측 요인으로 확인된 선행연구들(남연희, 남지란, 2011; 추진아, 김은경, 2014; Pinguart, 2001; Han, 2002; Millán-Calenti

et al., 2012)과 일치된 결과이다. 우울과 건강상태 간의 국내 연구 결과들은 대부분 노인의 건강악화 및 상실로 인한 결과적인 측면에서 심리적인 영향인 우울에 주목하는 경우가 많았다(김동배, 손의성, 2005; 김지미, 이정애, 2010; 임경춘, 김선호, 2012; 임지혜, 2014). 그러나 노년기 우울증상은 신체장애를 동반하거나 인지저하를 나타낼 가능성이 많아서 정상적인 노화에 따른 건강쇠퇴 문제로 오인되는 경우가 많기 때문에 우울을 발견하는 것이 쉽지 않다(Mitchell & Subramaniam, 2005). 이런 이유로 인해 노인 우울이 신체건강 혹은 건강상태에 미치는 영향을 간과할 수 있다는 점에서, 본 연구 결과는 노인의 다차원적 건강상태를 향상시키기 위해 우울의 영향에 대한 인식 증진 및 개입의 중요성을 시사한다.

셋째, 노인의 우울은 사회경제적 박탈과 건강상태 간의 관계를 매개하는 것으로 나타났다. 즉, 노인의 사회경제적 박탈은 직접적으로 건강상태에 영향을 미칠 뿐만 아니라, 박탈 경험이 많을수록 우울 수준이 높아지고 높아진 우울 수준은 자신의 건강상태를 나쁘게 평가한다는 것을 보여주었다. 일반 성인 혹은 중년을 대상으로 한 연구들에서 우울을 비롯한 낙관주의 등의 심리적 변인이 경제적 박탈과 건강변인을 매개하는 주요 요인으로 검증되었으며(이수비 등, 2016; van Jaarsveld et al., 2007), 본 연구는 이러한 연구들과 일치하는 결과이다. 본 연구 결과는 노인이 다차원적으로 경험하는 박탈 경험들을 감소시킬 수 있는 방안들이 마련된다면, 노년기에 느끼는 상대적 차원의 박탈감을 완화함으로써 우울감을 낮출 수 있음을 시사해준다. 또한 본 연구 결과처럼 박탈과 같은 실제 생활수준에서 경험하는 사회경제적 불평등 문제의 감소를 통해 우울감이 감소한 사람은 결국 주관적으로 느끼는 불평등 인식이 감소되어(이웅, 임란, 2014), 주관적 건강상태 또한 향상된다고 볼 수 있다. 결국 우울은 노인의 주관적 건강상태를 악화시키는 위험요인일 뿐만 아니라 노인의 박탈 경험에 영향을 받는 핵심적인 정신건강 문제라는 점에서 박탈 경험과 같은 불평등 문제를 감소시켜 노년층의 우울을 관리할 수 있는 방안도 모색해 볼 수 있을 것이다.

이러한 연구결과 및 논의를 바탕으로 노인의 건강상태를 향상시킬 수 있는 실천적 및 정책적 함의는 다음과 같다. 첫째, 노인의 사회경제적 박탈은 자신의 건강상태를 나쁘게 인식하는데 직접적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 우울에 의한 간접적인 영향력도 확인됨에 따라, 노인의 사회경제적 불평등에 대한 개입 방안으로는 빈곤에 대한 개입에 더해 다각적인 방안이 마련되어야 할 것이다. 현재 우리나라의 노후 소득보장제도

현재 노인세대에게는 충분히 적용되지 못함에 따라 OECD 가입국가 중 최고의 노인 빈곤율을 보이고 있다. 게다가 의료적 건강뿐만 아니라 삶의 질까지도 포함하는 건강의 다차원적인 측면에서 볼 때 노인이 경험하는 다양한 빈곤 요소들에 개입함으로써 노후 건강을 증진시킬 수 있는 대책이 마련되어야 한다. 따라서 소득의 보장 그 이상으로 노인이 실제 박탈을 경험하는 다양한 생활상의 자원들, 예컨대 식생활, 주거(난방, 필수 설비, 방 수, 주거환경 등), 취업, 신용상태, 가족관계, 의료와 같은 영역들을 포괄적으로 지원하여 박탈 수준을 완화하고 기본적인 생활수준이 보장될 수 있는 정책적 대안이 필요하다. 또한 이러한 제도적 기반 하에 서비스를 실천하는 노인복지 관련기관 및 공공 의료기관에서는 건강관련 문제를 사정하고 개입함에 있어 다차원적인 박탈의 영향력을 이해하고 이를 향상시키기 위한 전문적 지식 및 기술 등의 역량이 요구된다. 더불어 노인의 사회경제적 박탈 수준을 우리나라 실정에 맞게 체계적으로 평가할 수 있도록 임상에서 사용가능한 박탈 지표가 개발되어야 하며, 관련 기관에서는 박탈 수준이 높은 고위험 노인을 조기 발굴할 수 있는 체계가 마련되어야 한다. 또한 나이가 들에 따라 사회경제적 박탈 경험을 정당화하는 인식을 개선할 수 있는 정책적, 실천적 노력들이 병행되어 건강 불평등과 같은 연령차별을 감소시켜야 할 것이다.

둘째, 노인의 건강상태는 사회경제적 박탈과 우울이 동시에 존재할 때 그 영향력이 더 크게 나타났다. 특히 재정 상태의 악화는 노년층에서 경험하는 가장 빈번하게 나타나는 스트레스 생활사건 중 하나이며(Fiske, Gatz, & Pederson, 2003), 이로 인해 실제 생활상에서 경험하는 다차원적인 박탈 경험은 노인의 스트레스로 인한 우울을 더욱 증가시킬 가능성이 크다. 따라서 사회경제적 박탈에 대한 개입과 함께 박탈을 경험하면서 겪는 스트레스에 대한 대처와 우울문제에 대한 조기 개입 및 관리가 요구된다. 그러나 앞서 논의에서 언급하였듯이 노년기 우울은 신체증상을 호소하는 경우가 많기 때문에 정신보건 전문가가 아닌 경우 잘 감지되기가 쉽지 않으므로, 노인 관련기관 전문가들은 박탈과 우울 간의 관계에 대한 인식 증진을 통해 박탈 수준이 높은 노인에 대한 개입 시에 우울의 선별 관리가 함께 이루어질 수 있어야 한다. 또한 노인들이 주로 이용하는 1차 의료기관을 통한 우울증 에피소드의 심각성, 가족력, 기능저하와 같은 위험 인자들을 활용한 선별도 도움이 될 수 있다(Licht-Strunk et al., 2009). 그리하여 1차 선별된 노인들은 우울증상을 적절히 치료받고 지속적인 사후관리를 위한 사례관리가 병행되어야 한다. 특히 사례관리를 통해 우울 노인이 생활상에서 겪는 혹은 겪을 수 있는 사회적



제적 박탈 경험들을 지속적으로 모니터링 함으로써 결핍 자원의 연계 및 정서적지지 체계를 강화해 주어야 한다. 특히 이를 위해 노인복지 관련기관, 1차 의료기관, 정신건강 관련 기관 간의 효과적인 협력 체계가 구축되어야 할 것이다.

본 연구의 한계점과 후속연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서 활용한 사회경제적 박탈 지표는 다양한 자료를 통해 항목을 구성하였으나, 패널 자료를 활용하였기에 데이터에 제시된 항목들 위주로 구성하여 측정하였다는 점에서 모든 생활상의 영역들을 온전히 포함하여 박탈 수준을 측정하는데 한계가 있었다. 따라서 우리나라 노인들의 실제 생활상에 부족한 자원들을 측정할 수 있는 개인 수준의 사회경제적 박탈 지표가 개발되어야 한다. 둘째, 본 연구에서 건강 변수로 활용한 '건강상태'는 건강 측정을 위한 주요 지표로 널리 알려져 있으나, 주관적 요소를 강하게 내포하고 있다는 점에서 객관적 지표를 활용한 임상적 건강상태를 측정하는데 한계가 있다. 이에, 객관적 건강상태를 평가할 수 있는 측정도구들을 함께 활용하여 보다 다차원적인 건강 수준을 파악해 볼 필요가 있다. 셋째, 우울과 건강상태의 경우 두 변수 간 역의 인과관계로 인해 설명변수인 우울의 값이 과대 추정될 가능성이 있다. 그러나 이러한 내생성 문제에 대해 교정의 필요성이 간과된 점이 본 연구의 한계점으로 남는다. 넷째, 본 연구는 횡단 연구이므로 연령이 전기에서 후기 노인으로 나아감에 따라 사회경제적 박탈 경험과 건강상태 간의 관계가 시간적 흐름에 따라 어떻게 변화해 가는지 파악하는데 한계가 있다. 따라서 종단연구를 통해 박탈과 건강상태의 시간적 변화에 따른 인과관계를 파악해 볼 필요가 있다. 다섯째, 본 연구에서는 개인 수준에서의 박탈 측정을 통해 건강상태와의 관계를 살펴봄으로써 개인 차원에서 중요한 함의점을 모색해 볼 수 있었다. 그러나 개인 수준뿐만 아니라 지역 수준의 박탈 경험도 건강에 결정적인 역할을 한다는 점을 감안하여, 후속 연구에서는 지역 수준의 박탈도 함께 측정함으로써 건강에 대한 지역 수준의 박탈이 개인 수준의 박탈에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 연구가 수행되어야 한다.

이와 같은 한계에도 불구하고 본 연구는 노인의 빈곤 측정에 노인이 실질적으로 경험하는 다양한 사회경제적 박탈 요소들을 반영함으로써 기존의 사회경제적 지위에 따른 소득빈곤의 한정된 관점을 극복하고 노인의 다차원적인 빈곤상태를 파악하고 그 영향력을 규명해 보았다는 점에서 연구의 차별성을 갖는다. 특히 노년층의 건강에 대해 단순히 질병 중심 이상의 사회 경제적 불평등의 위험요소를 규명함으로써 박탈을 경험하는 노인 인구의 건강 불이익을 강조하였다는 점에서 의의를 가진다. 마지막으로 노인의 사회

경제적 박탈이 어떻게 건강에 영향을 미치는지 우울을 통해 변인들 간의 경로를 밝혔고, 사회경제적 박탈을 예방함으로써 노인의 건강을 증진시킬 수 있는 대안을 파악하였다는 데 의의를 찾을 수 있다.

김수영은 부산대학교에서 행정학 박사학위를 받았다. 현재 경성대학교 사회복지학과 교수로 재직 중이며, 고령친화공동체 구축 및 상생발전 연구단의 단장을 맡고 있다. 주요 관심분야는 지역사회 복지, 노인복지이며, 노인의 삶과 관련된 여러 영역을 연구하고 있다.

(E-mail: sykim@ks.ac.kr)

허성희는 이화여자대학교에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 이화사회복지연구소 연구원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 정신건강, 중독, 의료복지 등이며 현재 만성질환자 가족, 중독관련 서비스 등을 연구하고 있다.

(E-mail: shjoune@hanmail.net)

장수지는 일본 도쿄대학교에서 사회심리학 석·박사학위를 받았으며, 현재 경성대학교 사회복지학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 중노년기 심리, 노인복지이며, 최근 고령친화공동체 구축 관련 연구, 노년기 사별적응, 중, 노년기 사회적 관계 등을 연구하고 있다.

(E-mail: sjchang@ks.ac.kr)

## 참고문헌

---

- 김동배, 손의성. (2005). 한국노인의 우울 관련변인에 관한 메타분석. *한국노년학*, 25(4), pp.167-187.
- 김동배, 유병선, 이정은. (2012). 노인의 건강불평등: 교육 불평등에 따른 건강불평등에 대한 사회참여의 매개효과. *사회복지연구*, 43(1), pp.117-142.
- 김수영. (2016). 구조방정식 모형의 기본과 확장: MPLUS 예제와 함께. 서울: 학지사.
- 김영주, 곽찬영. (2011). 한국인 심혈관질환의 유병률과 관련 위험인자: 2005년, 2007년 국민건강영양 조사를 바탕으로. *대한임상건강증진학회지*, 11(3), pp.169-176.
- 김주희, 송인한, 유정원. (2015). 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 영향: 연령의 조절효과 분석. *보건사회연구*, 35(3), pp.42-70.
- 김지미, 이정애. (2010). 노인의 우울과 건강수준과의 관련성. *한국노년학*, 30(4), pp.1311-1327.
- 김진영. (2007). 사회경제적 지위와 건강의 관계. *한국사회학*, 41(3), pp.127-153.
- 김태완, 최현수, 김미곤, 여유진, 김문길, 손창균 등. (2013). 2013년 최저생계비 계층조사 연구. 서울: 한국보건사회연구원
- 남연희, 남지란. (2011). 노인의 주관적인 건강상태에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *한국가족복지학*, 16(4), pp.145-162.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020. 세종: 보건복지부, 한국건강증진개발원.
- 서경현. (2006). 고령화 사회에서 한국인의 건강과 삶의 질. *한국심리학회지: 사회문제*, 12(5), pp.133-147.
- 서연숙. (2011). 중고령자의 사회경제적 지위에 따른 건강행위와 건강수준 연구. 박사학위 논문, 가톨릭대학교
- 서연숙. (2015). 노인의 연령에 따른 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 영향 연구. *한국노년학*, 35(1), pp.99-117.
- 송인한, 이한나. (2011). 사회경제적 박탈이 주관적 건강에 미치는 영향: 시민적 낙관의 매개효과. *서울도시연구*, 12(3), pp.33-51.

- 신호성, 이수형, 추장민. (2009). 표준화사망비와 지역결핍지수의 상관관계: 지역사회 통합결핍지수 개발. *예방의학회지*, 42(6), pp.392-402.
- 심정하, 손미아. (2009). 강원도의 뇌혈관질환 사망과 지역사회 건강 지표와 관련성. *농촌의학·지역보건*, 34(1), pp.1-12.
- 윤태호, 김수영, 윤미숙, 문경주. (2015). 지역 박탈수준과 중고령층의 활동제한의 연관성. *보건교육·건강증진학회지*, 32(2), pp.27-37.
- 윤태호. (2010). 지역 간 건강 불평등의 현황과 정책과제. *비판사회정책*, 30, pp.49-77.
- 이수비, 정슬기, 이수영. (2017). 경제적 박탈경험이 문제음주에 미치는 영향: 소득불평등 인식과 우울의 매개효과. *한국알코올과학회지*, 17(2), pp.79-91.
- 이순아, 이상록. (2016). 물질적 결핍과 노인의 정신건강에 대한 중단연구. *사회복지정책*, 43(2), pp.277-304.
- 이웅, 임란. (2014). 박탈 경험과 불평등인식의 관계연구: 우울의 매개효과 검증. *보건사회연구*, 34(4), pp.93-122.
- 이진향, 오미옥. (2017). 만성질환을 가진 노인의 주관적 건강과 우울인식의 관계: 사회적 친분관계 만족과 여가생활 만족의 조절효과. *한국콘텐츠학회논문지*, 17(2), pp.429-438.
- 임경춘, 김선호. (2012). 노인의 연령별 우울정도와 영향요인: 전기노인과 후기노인의 비교. *정신간호학회지*, 21(1), pp.1-10.
- 임지혜. (2014). 노인의 우울증세와 만성질환과의 관련성. *디지털융복합연구*, 12(6), pp.481-490.
- 장수지, 김수영. (2016). 노인의 사회경제적 지위에 의한 건강불평등: 심리사회적 기제들의 매개효과 분석. *한국노년학*, 36(3), pp.611-632.
- 정백근, 정갑열, 김준연, 문옥륜, 이용환, 홍영습, 등. (2006). 우리나라에서의 지역의 물질적 결핍수준과 15-64세 인구 표준화사망비의 관계. *예방의학회지*, 39(1), pp.46-52.
- 정해식, 김미곤, 여유진, 김문길, 우선희, 김성아. (2016). 사회통합실태 진단 및 대응방안 (III): 사회통합 국민 인식. 서울: 한국보건사회연구원.
- 최헌. (1997). 건강수준이 노인의 삶의 질에 미치는 영향. 박사학위논문, 연세대학교.
- 추진아, 김은경. (2014). 지역사회 저소득층 노인의 연령주기별 주관적 건강지각 관련

- 요인. *한국자료분석학회*, 16(3), pp.1615-1628.
- 통계청. (2016). *생명표*. 대전: 통계청.
- 한국보건사회연구원, 서울대학교사회복지연구소 (2016). *한국복지패널 11차년도 조사자료: 사용자 지침서*. 세종: 한국보건사회연구원, 서울대학교사회복지연구소.
- 행정안전부. (2017.9.4.). 17년 8월 말 주민등록 인구수 5,175만 명: 65세 이상 인구 7,257,288명으로 전체 인구의 14.0% 차지. 보도자료 서울: 행정안전부.
- 허중호, 조영태, 권순만. (2010). 사회경제적 박탈이 건강에 미치는 영향. *한국사회학*, 44(2), pp.93-120.
- 황환, 이선혜. (2014). 노인의 고독이 건강상태에 미치는 영향: 우울의 매개효과 검증. *한국사회복지학*, 66(4), pp.207-232.
- Abas, M. A., Vanderpyl, J., Robinson, E., Prou, T., & Crampton, P. (2006). Socio-economic deprivation and duration of hospital stay in severe mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, pp.581-582.
- Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware Jr, J. E., Aaronson, N. K., Mosconi, P., et al. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of life Assessment(IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 13(2), pp.283-298.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), pp.1069-1078.
- Arber, S., & Ginn, J. (1993). Gender and inequalities in health in later life. *Social Science & Medicine*, 36(1), pp.33-46.
- Banham, D., Jury, H., Woollacott, T., McDermott, R., & Baum, F. (2011). Aboriginal premature mortality within South Australia 1999-2006: A cross-sectional analysis of small area results. *BMC Public-Health*, 11(286), pp.1-9.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, Strategic, and statistical consideration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, pp.1173-1182.
- Bécares, L., Nazroo, J., Albor, C., Chandola, T., & Stafford, M. (2012). Examining

- the differential association between self-rated health and area deprivation among white british and ethnic minority people in England. *Social Science & Medicine*, 74, pp.616-624.
- Bhavsar, V., Boydell, J., Murray, R., & Power, P. (2014). Identifying aspects of neighbourhood deprivation associated with increased incidence of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 156(1), pp.115-121.
- Bremmer, M. A., Hoogendijk, W. J., Deeg, D. J., Schoevers, R. A., Schalk, B. W., & Beekman, A. T. (2006). Depression in older age is a risk factor for first ischemic cardiac events. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(6), pp.523-530.
- Bryant, L., Beck, A., & Fairclough, D. L. (2000). Factors that contribute to positive perceived health in an older population. *Journal of Aging and Health*, 12(2), pp.169-192.
- Burrows, S., Auger, N., Gamache, P., St-Laurent, D., & Hamel, D. (2011). Influence of social and material individual and area deprivation on suicide mortality among 2.7 million Canadians: A prospective study. *BMC Public Health*, 11(577), pp.1-11.
- Bytheway, B. (1995). *Ageism*. Philadelphia: Open University Press.
- Chapman, D. P., & Perry, G. S. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing Chronic Disease*, 5(1), A22.
- Diez-Roux, A. V. (2001). Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health*, 91(11), pp.1783-1789.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), pp.372-387.
- Doebler, S., & Glasgow, N. (2017). Relationships between deprivation and the self-reported health of older people in Northern Ireland. *Journal of Aging and Health*, 29(4), pp.1-33.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), pp.129-136.

- Fenge, LA. (2001). Empowerment and community care-projecting the 'voice' of older people. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 23(4), pp.427-439.
- Fernández-Niño, J. A., Manrique-Espinoza, B. S., Bojorquez-Chapela, I., & Salinas-Rodríguez, A. (2014). Income Inequality, Socioeconomic Deprivation and depressive symptoms among older adults in Mexico. *PLoS ONE*, 9(9), e108127.
- Fillenbaum, G. G. (1979). Social context and self-assessments of health among the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, pp.45-51.
- Fiske, A., Gatz, M., & Pederson, N. L. (2003). Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health related events. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), pp.320-328.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*, 5, pp.363-389.
- Gale, K. (2013). *Aging, Deprivation, and health: A "triple jeopardy" faced by the older population*. Master's dissertation, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada.
- Green, M. K., Strong, M., Conway, L., & Maheswaran, R. (2017). Trends in alcohol-related admissions to hospital by age, sex and socioeconomic deprivation in England, 2002/03 to 2013/14. *BMC Public Health*, 17, 412.
- Groffen, D. A. I., Bosma, H., van den Akker, M., Kempen, G. I. J. M., & van Eijk, J. T. M. (2008). Material deprivation and health-related dysfunction in older Dutch People: findings from the SMILE study. *European Journal of Public Health*, 18(3), pp.258-263.
- Grundy, E., & Holt, G. (2001). The socio-economic status of older adults: how should we measure it in studies of health inequalities? *Journal Epidemiol Community Health*, 55, pp.895-904.
- Han, B. (2002). Depressive symptoms and self-rated health in community-Dwelling older adults: A longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(9), pp.1549-1556.

- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., et al. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(6), d4163.
- Huisman, M., Kunst, A., & Mackenback, P. (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Science & Medicine*, 57(5), pp.861-873.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, pp.21-37.
- Idler, E., Leventhal, H., McLaughlin, J., & Leventhal, E. (2004). In sickness but not in health: self-ratings, identity, and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), pp.336-356.
- Jarman, B. (1984). Underprivileged areas: validation and distribution of scores. *BMJ*, 289, pp.1587-1592.
- Jone, A. M., & Nicolas, A. L. (2004). Measuring and explanation of socioeconomic inequality in health with longitudinal data. *Health Economics*, 13, pp.1015-1030.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), pp.1187-1193.
- Kong, F-L., Hoshi, T., Ai, B., Shi, Z-M., Nakayama, N., Wang, S., et al. (2014). Association between socioeconomic status (SES), mental health and need for long-term care (NLTC): A longitudinal study among the Japanese Elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59, pp.372-381.
- Kubzansky, L. D., Subramanian, S. V., Kawachi, I., Fay, M. E., Soobader, M.J., & Berkman, L. F. (2005). Neighborhood contextual influences on depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 162(3), pp.253-260.
- Larson, L. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33(1), pp.109-125.
- Licht-Strunk, E., Van Marwijk, H. W., Hoekstra, T., Twisk, J. W., De Haan, M.,



- & Beekman, A. T. (2009). outcome of depression in later life in primary care: longitudinal cohort study with three years' follow-up. *BMJ*, 338, a3079.
- Lister, R. (2004). *Poverty*. Cambridge: Polity Press.
- Lorant, V., Thomas, I., Deliege, D., & Tonglet, R. (2001). Deprivation and mortality: the implications of spatial autocorrelation for health resources allocation. *Social Science & Medicine*, 53, pp.1711-1719.
- Lyyra, T. M., Leskinen, E., Jylha, M., & Heikkinen, E. (2009). Self-rated health and mortality in older men and women: A time-dependent covariate analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, pp.14-18.
- McLean, G., Gunn, J., Wyke, S., Guthrie, B., Watt, G. C., & Blane, D. N., et al. (2014). The influence of socioeconomic deprivation on multimorbidity at different ages: a cross-sectional study. *British Journal of General Practice*, 15(415), pp.e440-e447.
- Millán-Calenti, J. C., Sánchez, A., Lorenzo, T., & Maseda, A. (2012). Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: gender differences. *Geriatrics Gerontology*, 12(2), pp.198-206.
- Mitchell, A. J., & Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *The American Journal of Psychiatry*, 162(9), pp.1588-1601.
- Morris, R., & Carstairs, V. (1991). Which deprivation A comparison of selected deprivation indexes. *Journal of Public Health*, 13(4), pp.318-326.
- Niggebrugge, A., Haynes, R., Jones, A., Lovett, A., & Harvey, I. (2005). The index of multiple deprivation 2000 access domain: a useful indicator for public health? *Social Science & Medicine*, 60, pp.2743-2753.
- Ostler, K., Thompson, C., Kinmonth, A.-L. K., Peveler, R. C., Stevens, L., & Stevens, A. (2001). Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: the Hampshire depression project. *British Journal of Psychiatry*, 178, pp.12-17.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis.

- Psychology and Aging*, 16(3), pp.414-426.
- Rahman, Md. M., Khan, H. T., & Hafford-Letchfield, T. (2016). Correlates of socioeconomic status and the health of older people in the United Kingdom: a review. *Illness, Crisis & Loss*, 24(4), pp.195-216.
- Rey, G., Jouglu, E., Fouillet, A., & Hemon, D. (2009). Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997-2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health*, 9(33), pp.1-12.
- Salmond, C., & Crampton, P. (2002). *NZDep2001 index of deprivation*. Wellington: Department of Public Health Wellington School of Medicine and Health Science.
- Salmond, C., Crampton, P., King, P., & Waldegrave, C. (2006). NZiDep: a New Zealand index of socioeconomic deprivation for individuals. *Social Science & Medicine*, 62, pp.1474-1485.
- Saunders, P., & Adelman, L. (2006). Income poverty, deprivation and exclusion: a comparative study of Australia and Britain. *Journal of Social Policy*, 35(4), pp.559-584.
- Saunders, P., & Hill, P. (2008). A consistent poverty approach to assessing the sensitivity of income poverty measures and trends. *Australian Economic Review*, 31, pp.371-388.
- Saunders, P., & Naidoo, Y. (2009). Poverty, deprivation and consistent poverty. *The Economic Record*, 85(271), pp.417-432.
- Schulz, R., Beach, S. R., Ives, D. G., Martire, L. M., Ariyo, A. A., & Kop, W. J. (2000). Association between depression and mortality in older adults: The Cardiovascular health study. *Original Investigation*, 160(12), pp.1761-1768.
- Simon, J. G., De Boer, J. B., Joung, I. M. A., Bosma, H., & Mackenbach, J. P. (2005). How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *European Journal of Public Health*, 15(2), pp.200-208.
- Skapinakis, P., Lewis, G., Araya, R., Jones, K., & Williams, G. (2005). Mental health

- inequalities in Wales, UK: multi-level investigation of the effect of area deprivation. *British Journal of Psychiatry*, 186, pp.417-422.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equations models. *Sociological Methodology*, 13, pp.290-312.
- Subramanian, S. V., Kim, D. J., & Kawachi, I. (2002). Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis. *Journal of Urban Health*, 79(4), pp.S21-S34.
- Sundquist, K., Malmstrom, M., & Johansson, S-E. (2004). Neighbourhood deprivation and incidence of coronary heart disease: a multilevel study of 2.6 million women and men in Sweden. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(1), pp.71-77.
- Tobias, M. I., & Cheung, J. (2003). Monitoring health inequalities: life expectancy and small area deprivation in New Zealand. *Population Health Metrics*, 1(2), pp.1-11.
- Townsend, P. (1979). *Poverty in the UK*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy*, 16(2), pp.125-146.
- Townsend, P., Phillimore, P., & Beattie, A. (1988). *Health and deprivation: inequality and the North*. London: Routledge.
- van Jaarsveld, C. H., Miles, A., & Wardle, J. (2007). Pathways from deprivation to health differed between individual and neighborhood-based indices. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, pp.712-719.
- Verhaeghe, P. P., & Tampubolon, G. (2012). Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. *Social Science & Medicine*, 75, pp.349-357.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Okumiya, K., Fujisawa, M., & Murakami, S., et al. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly-prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, pp.15-23.
- Weich, S., Twigg, L., Holt, G., & Lewis, G., Jones, K. (2003). Contextual risk factors

- for the common mental disorders in Britain: a multilevel investigation of the effects of place. *Journal Epidemiology Community Health*, 57(8), pp.616-621.
- World Health Organization. (2003). *DAC Guidelines and reference series: poverty and health*. Paris: OECD.
- Xiao, Q., Berrigan, D., & Matthews, C. E. (2017). A prospective investigation of neighborhood socioeconomic deprivation and self-rated health in a large US cohort. *Health & Place*, 44, pp.70-76.
- Zimmer, Z., & Amomsirisomboon, P. (2001). Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Social Science & Medicine*, 52, pp.1297-1311.
- Zimmer, Z., & Prachuabmoh, V. (2012). Comparing the socioeconomic status: Health gradient among adults 50 and older across rural and urban areas of Thailand in 1994 and 2007. *Social Science & Medicine*, 74, pp.1921-1928.

# The Effects of Socioeconomic Deprivation on Health Status in the elderly: Focusing on the Mediating Role of Depression

**Kim, Soo-young**  
(Kyungsoong University)

**Heo, Seong-hui**  
(Ewha Womans University)

**Chang, Su-jie**  
(Kyungsoong University)

---

Socioeconomic deprivation and health are known to be highly related to one another, but relatively little research has been conducted on the relationship among the elderly. This study aimed to examine the effects of socioeconomic deprivation on health status in the elderly and to verify the mediating effects of depression on the relationship socioeconomic deprivation and health status. The Study utilized data on 4,994 elderly people aged 65 years or older, using the 11<sup>th</sup> Korea Welfare Panel Study (2016). In order to test the mediating effect, multiple regression analysis was conducted following the procedures suggested by Baron & Kenny (1986), and Sobel test was conducted to test the significance of the mediating effect. The results of this study are as follows. First, there was a significant relationship between socioeconomic deprivation and health status in the elderly. Second, it was found that the relationship between socioeconomic deprivation and health status was significantly mediated by depression. Based on these results, this study discussed further suggestions to improve the health status in the elderly people by relieving socioeconomic deprivation and depression.

---

**Keywords:** The Elderly, Socioeconomic Deprivation, Depression, Health Status