

# 장애노인의 주관적 건강이 우울에 미치는 영향에 대한 심리사회적 자원의 조절효과

정 덕 진

(가톨릭대학교)

노년기에 접어들면서 장애 및 노화로 인한 건강문제는 우울에 영향을 미치는 주요한 위험요인으로 보고되고 있다. 보호요인은 위험요인의 부정적 영향을 완충시켜주는 역할을 하는데, 심리사회적 자원은 장애인 및 노인의 건강문제가 우울에 미치는 부정적 영향을 완화시켜줄 수 있는 중요한 보호요인으로 설명되고 있다. 이에 본 연구는 장애노인의 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 심리사회적 자원이 완충해주는지를 확인하기 위해, 자아존중감과 사회적 지지의 조절효과(moderator effect)를 검증하고자 하였다. 이를 위해 한국복지패널 2011년도 자료를 활용하여 65세 이상의 장애노인 650명을 대상으로 분석을 실시하였다. 분석결과, 자아존중감이 평균적인 수준이거나 사회적 지지를 보다 많이 경험할수록 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 완충하는 것으로 나타났다. 이는 장애노인이 건강문제와 같은 위험요인에 노출되더라도 심리사회적 자원이라는 보호요인의 수준이 높다면, 우울에 미치는 부정적 영향을 감소시킬 수 있음을 의미한다. 이러한 연구결과는 장애 및 노화로 인해 건강문제를 경험하는 장애노인을 위한 실천현장에서 효과적인 예방, 개입 프로그램의 개발에 유용한 정보가 될 수 있다고 여겨지며, 실천적·정책적 함의와 후속 연구 과제를 제시하였다.

주요용어: 장애노인, 주관적 건강, 우울, 심리사회적 자원, 조절효과

■ 투고일: 2014.1.26    ■ 수정일: 2014.3.17    ■ 게재확정일: 2014.4.9

## I. 서론

인구고령화 현상과 더불어 장애를 가진 노년층 인구가 급속히 증가하고 있다. 2011년 12월말 현재 등록장애인의 연령별 비율을 보면 60세 이상이 48.4%로 이미 장애인 수의 거의 과반수를 차지하고 있는 것으로 나타났고, 21.6%를 차지하는 50대 장애인이 향후 10년 동안 노년기에 진입하게 되면 노인 장애인<sup>1)</sup> 비율은 급속하게 증가할 것으로 예측된다(고용노동부·한국장애인고용공단 고용개발원, 2012). 비교적 생애초기에 장애를 갖게 된 후에 노령화가 되었던 노인기에 이르러 장애를 갖게 되었던 간에 두 부류의 장애인구의 증가 현상은 고령화와 함께 향후에도 지속될 것으로 전망된다(백은령·노승현, 2013: 82). 실제로 관절질환, 뇌졸중, 당뇨 등 노인성 질환에 의한 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애의 경우 연령이 증가함에 따라 출현율이 높아지는 현상을 공통적으로 보이고 있다(김성희 외, 2011).

장애노인들은 장애와 노화로 인한 기력의 쇠퇴, 건강악화, 만성질환과 같은 신체 건강 문제와 소외, 고독, 우울 등의 정신건강 면에서 어려움을 겪게 되며 동시에 사회에서의 역할상실, 경제력의 저하 등으로 여러 가지 변화를 수반하는 환경 속에서 생활하고 있다(김형수·김용섭, 2009: 185). 장애노인과 관련하여 국내에서 진행된 선행연구를 보면, 장애를 겪는 노인들은 대부분 우울을 경험하며(손복심, 2005), 생애후기에 장애를 경험하는 노인이나 노년기 이전에 발생한 장애가 지속되는 노령 장애인 모두에게 연령에 수반되는 신체 및 심리사회적 역할변화라는 이중적인 도전에 직면한다(박혜전·이승욱, 2007).

장애노인은 노화과정에서 비장애 노인에 비해 2배에서 3배로 우울증을 경험할 확률이 높은 것으로 보고되었고(Fuhrer et al., 1993), 신체적 장애나 만성질환이 있는 노인들의 경우 그렇지 않은 노인들보다 더 높은 수준의 우울증상을 보여주는 것으로 나타났

---

1) 장애와 노화의 이중위험을 경험하는 인구에 대하여 장애노인, 노령장애, 노인성장애, 고령장애 등 다양한 용어가 사용되고 있다. 선행연구에서 '노화로 인한 장애(disability with aging)'를 경험하는 사람들을 노인성장애인으로, '장애인으로 노인이 된 사람들(aging with disability)'을 노령장애인으로 정의하였고, 장애노인의 경우 장애가 있는 노인을 의미하는 용어로 포괄적 의미를 가진 것으로 보아 노인성장애인과 노령장애인을 모두 포함하는 의미로 사용하였다. 즉 장애노인을 상위개념으로, 노인성장애인과 노령장애인은 하위개념으로 정의하여(김성희 외, 2011), 본 연구에서도 장애가 있는 노인을 의미하는 '장애노인'으로 사용하고자 한다. 그리고 인용된 출처와 문맥에 따라 노령장애인 등의 용어를 제한적으로 사용할 것이다.

다(전해숙·강상경, 2009: 1615). 최근 노인 우울에 대한 관심은 우울 그 자체뿐만 아니라 그로 인한 노인 삶의 질 저하, 자살문제 등 신체적·인지적·사회적 문제들을 동반하기 때문에 그 심각성이 더 부각되고 있다. 노년기 우울의 방치는 질병의 회복 지연, 병원 이용빈도의 증가, 삶의 질 저하 및 극단적으로는 자살의 주요인으로 부각되고 있기 때문에 이에 대한 예방적 접근의 중요성이 강조되고 있다(오인근 외, 2009: 114). 우울은 비장애노인의 노화연구에서도 중요한 심리적 변화의 결과로 지적되었고, 노령장애인의 노화관련 심리적 변수로 주목되어왔다(김성희 외, 2011: 25).

일반적으로 건강문제는 우울의 주요 예측요인으로 알려져 왔다. 노인의 건강상태는 우울감에 직접적인 영향을 미치는 것으로 보고되었고(Koenig & Blazer, 1992; 박인옥 외, 1998), 그 중 주관적 건강인식과 우울의 관계는 자신의 신체건강수준을 높이 인식할수록 우울정도가 낮은 것으로 매우 일관된 결과를 보이고 있다(강영희, 2005; 신복재, 2007; 이정애·김지미, 2010). 이러한 결과를 통해서 볼 때 우울에 영향을 미치는 다양한 변인 중 건강수준이 결정적인 변인이라는 것을 알 수 있다.

기존연구에서 건강상태와 심리사회적 요인이 우울증상과 밀접한 연관이 있다는 것은 널리 알려져왔고(Rowe & Conwell, 2006; Ryan & Willits, 2007), 건강상태, 차별경험 등의 스트레스 요인과 우울의 관계에서 심리사회적 요인의 영향((Jang et al., 2002; 이현주·강상경, 2009; 전지혜, 2010)에 대한 연구도 진행되어 왔다. 우울감이 사회적 관계 속에서 나타나는 증상이라고 이해하는 이러한 연구들은 우울감에 영향을 미치는 내외적 요인을 살펴보는 연구들을 진행하고, 자아존중감, 사회적 지지 등 내외적 자원을 통해 연구대상자들의 우울이 증가 또는 감소할 수 있음을 보여주었다(유양숙, 2001; 이현주·강상경, 2009; 전해숙·강상경, 2009; 전지혜, 2010; 이인정, 2012). 특히 개인 내적 자원으로서 자아존중감과 외적 자원으로서 사회적 지지는 우울에 대한 주요 보호요인으로 연구되었다(Yang, 2006; 김정엽·이재모, 2008). 이런 선행연구의 결과는 노년기 우울 등 정신건강의 문제를 예방하기 위해서 심리사회적 보호요인을 증진시키는 개입방법이 유용함을 시사한다.

따라서 건강문제와 같은 위험요인의 수준에 노출되었을 때에도 우울 수준을 낮추어 줄 수 있는 보호요인을 주요한 개입목표로 설정하여 예방·개입 프로그램을 개발할 경우 보다 효과적인 결과를 가져올 수 있을 것이다. 독립변인의 효과가 조절변인의 수준에 따라 상이한 영향을 미친다고 가정하는 조절효과 모형에 기반할 경우 다양한 실천적

함의를 제공해 줄 수 있다. 조절효과 분석을 통해 특정한 변인이 적응산물과 관련하여 ‘누구에게’, ‘언제’ 더 강력한 영향을 미치는지를 알려줄 수 있기 때문이다(Frazier et al., 2004). 조절효과에 대한 연구는 특정 개입프로그램의 이론적 근거뿐만 아니라 어떠한 대상자에게서 가장 효과적인지를 알려줄 수 있기에(Narcross, 2001), 개입대상의 특성에 따라 차별화된 프로그램을 개발할 수 있게 해준다. 또한 예측변인과 산물변인간의 관계를 다각적으로 설명해줄 수 있는 조절변인을 확인할 수 있다면, 해당 분야의 연구성과를 보다 성숙하게 만들고 정교화시킬 수 있다(Judd et al., 1995; 박현선·이상균, 2008에서 재인용). 심리사회적 자원으로서 자아존중감과 사회적 지지는 노인 및 장애인을 대상으로 하는 실천현장에서 주요 목표로 상정되고 있기에, 조절효과를 확인함으로써 장애노인의 신체 및 정신건강 증진을 위한 예방·개입 프로그램의 이론적 근거를 보강할 수 있다는 기대효과를 가지고 있다.

최근 인구고령화와 함께 장애노인에 대한 학문적 관심이 높아지고, 일부 연구들이 진행되고 있으나 심리사회적 자원의 조절효과를 실증적으로 확인하는 작업은 그 동안 이루어지지 않았다. 이에 본 연구에서는 기존 장애인 및 노인을 대상으로 한 연구에서 우울의 주요 예측요인으로 알려진 주관적 건강이 우울에 미치는 영향과 이 관계에서 심리사회적 자원으로서 자아존중감 및 사회적 지지의 조절효과를 검증하고자 한다. 조절효과 모형에 기반할 경우, 장애노인이 건강문제로 인해 우울을 경험할지라도 심리사회적 자원의 수준이 보다 높을 경우, 우울에 미치는 영향이 적을 수 있다는 것이다. 이러한 조절효과 분석은 사회복지실천현장에서 장애노인의 정신건강과 관련하여, 심리사회적 자원이라는 조절변인을 고려한 차별화된 프로그램의 개발과 장애노인의 건강한 노화를 위한 지원서비스 및 지역사회 내 지지체계 마련에 대한 이론적 근거를 제공할 수 있을 것이다.

## II. 선행연구 검토

### 1. 주관적 건강과 우울

건강은 일상적인 신체기능을 유지하고 독립생활을 가능하게 하는 전제조건이라 할 수 있다. 또한 건강은 사회활동 및 대인관계 확장의 기회를 제공해줌과 동시에 활동 및 관계형성을 통한 역할을 부여해줌으로써 개인의 정체성 확립에도 영향을 미친다. 최근 관심이 증가되고 있는 노인우울증의 주요한 원인도 신체적 질병으로 인한 자신감 상실, 삶의 의욕저하 등과 관련이 높은 것으로 나타나고 있다(이성은, 2012: 235).

주관적 건강수준은 만성질환의 유무 혹은 의료이용을 통해 직·간접적으로 평가된 상태를 말하며, 임상적 건강수준과 함께 일반적인 건강수준을 반영하는 지표 중의 하나로 받아들여지고 있다. 노인이 자신의 건강에 대한 긍정적 인식은 질병의 완화뿐만 아니라 신체적 및 정신적 건강을 유지시키고 사회적 지원체계에 대한 접근성을 높이는 반면, 건강에 대한 부정적 평가는 질병을 발생시키고 만성질환의 증상 및 양상을 변화시킬 수 있는 것으로 나타나고 있다(Connelly et al., 1989; 오영희 외, 2006: 462에서 재인용).

노인의 신체적 기능저하는 활동성 감소, 대인 관계의 어려움으로 인한 심리적 위축 등으로 스트레스, 우울의 유발요인이 될 수 있으며, 우울은 수면장애, 활동 저하 등을 유발하여 삶의 질을 더욱 떨어뜨리고, 활동 저하는 다시 스트레스와 우울을 더욱 악화시키는 악순환을 초래한다(고민석·서인균, 2011). 신체적 장애나 만성질환이 있는 노인들의 경우, 그렇지 않은 노인들보다 더 높은 수준의 우울증상을 보여주는 것으로 나타났다(Cuijpers, 2001; 전해숙·강상경, 2009).

우울은 노인에게서 볼 수 있는 보편적이고 흔한 부정적 심리 현상으로 대부분 기분의 저조함, 무력감, 절망감, 근심, 의욕상실 등 심리적 고통과 더불어 수면장애, 식욕부진, 체중감소, 통증 등 신체적 증상과 함께 나타난다(이인정, 2007). 노인우울은 정신건강의 중요한 부분으로서 경제적인 어려움, 교육수준, 스트레스, 건강상태 등이 중요한 원인으로 작용하는 것으로 알려져 있으며(Lowenthal & Chiriboga, 1973), 우울 증상을 방치할 경우 신체적·인지적·사회적인 어려움을 가져올 수 있고, 질병의 회복 지연, 병원 이용 빈도의 증가와 자살 등의 결과를 초래할 수 있다(최영애, 2003; 오인근 외, 2009에서 재인용).

주관적 건강인식과 우울과의 관계는 대체적으로 자신이 건강하다고 인식할수록 우울증이 낮아진다고 하였다(고승덕 외, 2001; 이수애 · 이경미, 2002). Leibson과 그의 동료들(1999)은 자신이 평가하는 건강상태와 의학적으로 정의된 질병, 고통 등 3가지 요인과 우울증과의 관련성을 조사한 결과 건강상태에 대한 자기평가가 우울증을 설명하는 가장 의미있는 요인임을 제시하였다. 이정애와 김지미(2010)의 연구에서도 객관적 건강수준인 질병유무보다는 그 질병으로 인해 활동이 제한되었다고 느끼는 노인의 주관성이 우울발현과 좀 더 관계가 깊은 것으로 나타났다. 일반 노인과 질환이 있는 노인들 모두 주관적으로 느끼는 건강문제가 있을 때, 우울한 것으로 나타났고(박인옥 외, 1998), 지체장애인을 대상으로 한 연구에서도 건강에 대한 주관적 평가가 낮아서 도움을 많이 필요로 한다고 평가할수록 우울수준이 높은 것으로 나타났다(김계하 외, 2004). 장애노인의 경우 건강상태가 좋다고 인지할수록 우울수준은 낮아지는 것으로 나타났다(공혜경, 2010).

노인 및 장애인을 대상으로 한 선행연구에서 주관적 건강은 우울에 직접적인 영향을 미치고 있다는 일관된 결과가 나타났으며, 특히 노인의 우울에 주관적 건강 상태는 매우 중요한 요인임을 보여주고 있다. 건강문제는 노인의 삶의 질과도 직결되며, 특히 노년기 정신건강의 향상을 위해서 주관적 건강과 우울의 관계에 대한 연구가 필요하다.

## 2. 심리사회적 자원과 우울

심리사회적 자원은 우울증과 같은 부정적 결과를 직·간접적으로 막아주는 내·외적인 환경적인 요소를 의미하며(Ensel & Lin, 1991), 이러한 심리사회적 자원의 대표적인 요소로 자아존중감과 사회적 요소를 들 수 있다(Pearlin et al., 1981; 전해숙 · 강상경, 2009: 1613에서 재인용).

자아존중감(*self-respect*)은 자신을 존경하고 가치있는 사람으로 생각하는 정도를 의미하는 것으로(Rogenberg, 1979), 자기에 대한 느낌이나 감정, 동기, 가치관, 인지 등이 개인의 심리 속에서 수용되고 조직화되어지는, 자기를 지향하는 하나의 평가적 개념이며(Rogenberg & Simons, 1971), Cronch(1993)도 자아존중감을 자신의 가치에 대한 스스로의 평가로서 자신을 긍정적으로 수용하고 가치 있는 인간으로 인지하는 것으로 보았다(이익섭 외, 2007: 83에서 재인용). 자아존중감은 노인의 중요한 개인적 자원이고 노인들은 정신적 적응을 위해 개인적 자원을 사용한다. 개인적 자원이 정신적 안녕을

유지하고 사건에 의해 생긴 부정적 결과에 대한 정신적 적응에 필요한 대처양식이 되기 때문이다(Murrell et al., 1992).

노인의 우울과 관련 변인에 대한 연구들을 메타분석한 연구(김동배 · 손의성, 2005)에 의하면, 자아존중감, 인지된 건강상태, 연령 등이 우울에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 자존감과 우울의 관계를 살핀 횡단 연구에서 자아존중감이 높을수록 우울이 낮다는 결과가 일관성 있게 제시되었으며(이종화, 2005; 이화자, 2006; 이현경, 2013), 종단 연구에서도 이전 시점의 자아존중감이 다음 시점의 우울을 유의하게 예측한다는 결과를 보이고 있다(김선숙 · 최희철, 2013). 또한 자아존중감은 노인의 우울에 직접적인 영향을 미치거나 여러 스트레스 변인들과 우울간의 조절 혹은 매개역할을 하는 것으로 보고되고 있다(김정엽 · 이재모 2008; 권태연, 2009).

사회적 지지란 사회적 관계 속에서 획득되는 것으로, 주위의 인정, 사랑, 물질원조, 정보제공 등 모든 형태의 환경적 자원을 의미하며, 환경에 대한 인간의 통제력을 증대시켜 사회속에서 인간의 건강한 발달과 적응을 돕는 역할을 한다(신은경 · 최정아, 2007). 이러한 사회적 지지는 우울을 감소시키고 건강을 증진시켜 삶의 질을 높여준다(Revenson et al., 1991). 사회적 지지가 척수손상 장애인들의 우울감을 낮춘다는 선행연구의 결과(Elliot, 1992; Rintala, 1992; Beedie & Kennedy, 2002)들이 이를 입증하고 있다. 또한 장애인의 자립생활이 장애인의 우울감을 저하시킬 수 있는 요인이라고 상관관계를 입증한 연구(이주용, 2002)에서도 사회환경과의 상호작용 속에서 사회적 지원이 어떻게 장애인의 정신건강에 영향을 미칠 수 있는지도 보여준다(전지혜, 2010: 60에서 재인용).

사회적 지지는 노화된 신체 기능에 대한 스트레스에도 불구하고 노년기 우울증에 직접적인 효과를 보여주는 것을 물론 노인들의 활동 수준에도 간접적인 영향을 미치는 데, 사회적 지지가 높을수록 개인의 활동수준 상의 변화를 심각하게 지각하지 않게 되어 개인의 적응에 영향을 주는 것이다. 또 사회적 지지는 그 효과가 장기적이고 지속적으로 나타나고 있어, 노년기의 신체적 · 정신적 건강을 논의하는데 매우 중요한 변수임을 확인할 수 있다(김원경, 2001).



### 3. 심리사회적 자원의 조절효과

Lazarus와 Folkman(1984)의 스트레스 적응이론에 기초한 우울연구들에서는 우울증상의 증가나 우울증 유발확률을 높일 수 있는 부정적인 신체적, 심리적, 사회적 특징을 ‘스트레스 변수’라고 개념화하고, 우울증상의 증가억제나 우울증 개선에 기여할 수 있는 특징들을 ‘자원변수’라고 개념화한다. 스트레스 과정이론(Haley et al., 2003; Pearlin, et al., 1981)에 기초한 우울연구들은 우울증상이나 우울증 유발에 기여하는 변수는 스트레스 변수라고 하지만, 스트레스 변수가 우울에 주는 영향을 완충해 주는 역할을 하는 변수들을 ‘조절변수’라고 개념화하는 경향이 있다. 또한 스트레스 적응이론이나 스트레스 과정이론과 같은 사회심리학적 이론에 기반을 둔 탄력성 이론(Southwick, Vythilingam & Charney, 2005; Haggerty et al., 1996)에 기반한 우울연구들은 우울 유발 요인을 ‘위험요인’으로 개념화하고 자원변수나 조절변수의 기능을 하는 변수를 ‘보호요인’으로 개념화한다(전해숙·강상경, 2013: 45에서 재인용).

본 연구에서 우울감에 부정적으로 작용하는 변수인 건강문제는 ‘위험요인’으로 개념화하고, 긍정적으로 작용하는 변수인 심리사회적 자원을 ‘보호요인’으로 개념화 할 수 있다. 우울에 영향을 미치는 보호요인으로 자아존중감과 사회적지지는 우울증상을 호전하거나 완화시키는데 도움이 되는 요인으로 볼 수 있다.

자아존중감이 높을수록 자신에 대해서 긍정적인 평가를 하고 이러한 자기에 대한 긍정적 태도는 긍정정서를 유발하여 우울의 보호요인으로 작용한다. 장애인 및 노인을 대상으로 한 기존의 연구에서도 자아존중감이 높은 장애인들이 낮은 수준의 우울증상으로 보이는 것으로 나타나 보호요인으로 작용한다는 것을 알 수 있다(이인정, 2012; 조혜정·서인균, 2012). 노년기 우울의 특성을 고려했을 때 우울을 예방하고 개입하기 위해서는 스트레스원을 감소시키는 것 뿐 아니라 가변적인 속성을 지닌 동시에 스트레스를 조절할 수 있는 내적 자원인 자아존중감에 대한 개입이 무엇보다도 필요하다고 할 수 있다(권태연, 2009: 165).

사회적 지지(*social support*)는 가장 대표적인 스트레스 완화요인으로 취급되고 있다(Thoits, 1995). 신체적·정신적 기능상실로 인해 취약한 상황에 처해진 장애인의 경우에 가족 및 친구, 이웃 등의 사회적 관계에서 오는 지지는 심리사회적 적응에 중요한 기반이 된다. 장애인의 경우 장애로 인해 오는 스트레스와 일상생활에서 지속되는 스트레스 때문



에 우울을 경험할 가능성이 높는데(이현주·강상경, 2009), 사회적 지지는 우울을 감소시키는 보호요인으로 보고되고 있다(Honey et al., 2011). 장애인들은 가족과 자주 만날수록 우울수준이 낮아지는 것으로 나타났고(권복순·박현숙, 2005), 사회적 차별경험이 우울에 미치는 영향도 사회적 지지에 의해 조절되는 것으로 나타났다(전지혜, 2010).

종합하면, 자아존중감과 사회적 지지는 건강문제와 같은 스트레스 요인과 우울의 관계에서 우울을 완화시키는 주요한 보호요인이다. 즉 장애나 노화로 인한 건강문제로 우울 등의 정신건강 상의 어려움을 경험할 수 있는 장애노인에게 심리사회적 자원을 통해 그 부정적 영향을 완충시킬 수 있다. 그러나 심리사회적 자원의 조절효과에 관한 연구들은 대부분 장애인, 노인에게 초점을 두고 있고, 장애노인을 대상으로 한 연구는 거의 이루어지지 못했다. 복합적 건강문제를 경험하는 장애노인의 주관적 건강인식과 우울의 관계에서 심리사회적 자원인 자아존중감과 사회적 지지가 어떠한 조절효과를 갖는지 밝히는 것이 필요하다. 자아존중감 등 심리사회적 관련 요인의 조절효과를 살펴본 선행연구(김정엽·이재모, 2008; 전지혜, 2010; 이인정, 2012)에서는 두 변수의 효과를 따로 분석하여 그 영향력을 알아보았으며, 본 연구에서도 자아존중감과 사회적 지지를 각각 투입하여 조절효과를 알아보려고 한다.

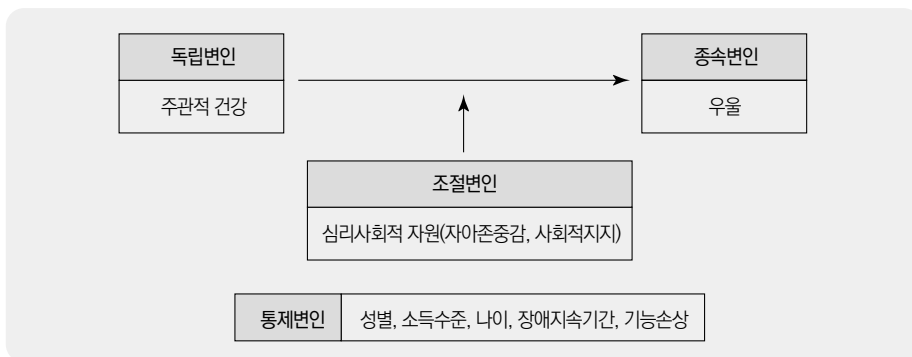
### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구모형 및 연구문제

본 연구의 목적은 장애노인의 주관적 건강이 우울에 미치는 영향과 이 관계에서 심리사회적 자원인 자아존중감 및 사회적 지지의 조절효과가 있는지를 살펴보고자 하는 것이다. 본 연구의 구체적인 연구문제와 연구모형은 다음과 같다.

- 연구문제 1. 장애노인의 주관적 건강, 심리사회적 자원(자아존중감, 사회적 지지)은 우울에 영향을 미치는가?
- 연구문제 2. 장애노인의 심리사회적 자원은 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 완충하는 조절효과를 가지고 있는가?

## 그림 1. 연구모형



## 2. 연구자료 및 분석대상

본 연구는 한국보건사회연구원과 서울대학교에서 2011년에 조사한 한국복지패널 6차년도 자료를 사용하였다. 6차년도 자료에는 원표본가구원과 신규가구원을 합하여 총 5,735가구, 11,608명의 가구원이 응답하였다. 2011년 부가조사는 ‘장애인조사’로서 장애인 및 상황, 일상생활(일상생활 수행능력, 지각된 사회적 지지 등) 관련 내용을 공통적으로 조사하였고, 미취학아동, 성인, 노인으로 나누어 각각의 복지욕구 및 정신건강 등을 조사하였다. 본 연구에서는 6차년도 조사에서 장애가 있다고 응답한 1,311명 중, 2011년을 기준으로 65세 이상의 장애인 650명을 분석대상으로 삼았다.

## 3. 분석변수

### 가. 종속변인: 우울

한국복지패널에서 우울의 측정에는 CESD-11(Center Epidemiologic Studies Depression Scale)을 사용하였다. 이는 지난 한 주간의 생활에 대한 11개의 문항으로 응답자의 우울 수준을 측정한다. 응답범주는 1(일주일에 1일 이하), 2(일주일에 2~3일간), 3(일주일에 4~5일간), 4(일주일에 6일 이상)로 되어있고, 각 하위문항의 응답을 분석시 0, 1, 2, 3으로 재점수화하였으며, 11문항 중 2번(비교적 잘 지냈다)과 7번 문항(불만 없이 지냈다)은

역점수 처리하였다. 총 11개의 문항의 점수를 합한 후에 20/11을 곱하여, 결과값이 16점 이상일 때 우울증을 의심할 수 있으며(남상호 외, 2011: 227), 점수가 높을수록 우울증상이 심한 것으로 해석하였다. 본 연구에서 신뢰도 분석 결과는 .853으로 나타났다.

#### 나. 독립변인: 주관적 건강

많은 선행연구에서 건강을 측정하는 수단으로 주관적 건강(self-rated health) 개념을 사용하여왔는데, 주관적 건강은 의사의 진단 혹은 질병 및 사망을 예측하는 수단과 매우 밀접하게 연관되어 있는 것으로 나타나(Piliavin & Siegl, 2007), 건강을 측정할 수 있는 타당성 있고 신뢰도 높은 도구라 할 수 있다(권현수, 2010:139).

주관적 건강은 복지패널 설문문항 중 건강상태에 대해, 아주 건강하다(1), 건강한 편이다(2), 보통이다(3), 건강하지 않은 편이다(4), 건강이 아주 안 좋다(5)로 측정하였으며, 점수가 높을수록 건강상태가 좋지 않은 것을 의미한다.

#### 다. 조절변인: 심리사회적 자원

보호요인인 심리사회적 자원은 자아존중감과 사회적 지지로 측정하였다. 자아존중감은 Rosenberg의 자아존중감 척도(Self-Esteem Scales) 10문항을 4점척도[대체로 그렇지 않다(1)~항상 그렇다(4)]로 측정하였다. 자아존중감 척도는 긍정적 문항 5개와 부정적 문항 5개로 구성되어 있는데, 본 연구에서는 부정적 문항을 역점수처리 하였고, 총점이 높을수록 자아존중감 수준이 높은 것을 의미한다. 신뢰도는 .782로 나타났다.

사회적 지지는 지각된 사회적 지지로 가족, 친구, 가까운 주변 사람들로부터 받고 있는 사회적 지지에 대해서 느끼는 정도를 10개 항목으로 질문하였으며, 각각의 문항에 대해 전혀 그렇지 않다(1)~매우 그렇다(5)까지 5점 척도로 측정하였으며, 총점이 높을수록 사회적 지지 수준이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 신뢰도는 .873으로 나타났다.

## 라. 통제변인

본 연구에서 통제변인은 성별, 연령, 장애발생기간, 소득, 기본적 일상생활수행능력(ADL)을 포함하였다. 성별은 여성(0), 남성(1)로 구분하다. 연령은 장애인부가조사 2차년도인 2011년도와 ‘태어난 연도’의 차이를, 장애발생기간은 연령과 ‘처음으로 장애를 가지게 된 연령’의 차이를 각각 연수(年數)로 계산하여 분석에 투입하였다. 소득은 가구 균등화된 경상소득을 기준으로 중위소득 60%미만이면 저소득(0), 그렇지 않으면 일반 가구(1)로 구분했다. 기본적 일상생활수행능력(ADL: Activities of Daily Living)은 옷 벗고 입기, 세수하기, 양치질하기, 목욕하기, 식사하기, 체위변경하기, 일어나 앉기, 옮겨 앉기, 방 밖으로 나오기, 화장실 사용하기, 대변 조절하기, 소변 조절하기 등의 12개 문항으로 구성, 각 문항에 대해 완전자립(1), 부분도움(2), 완전도움(3) 중 하나로 응답하였고 점수가 높을수록 일상생활에서 기능상 어려움이 많은 것을 의미한다.

## 4. 자료분석

응답자의 주관적 건강과 우울 수준을 살펴보고, 주관적 건강이 우울에 미치는 영향에 있어서 심리사회적 자원의 조절효과를 검토하기 위해 기술통계분석, 상관관계분석이 활용되었다. 또한 심리사회적 자원은 건강문제와 상호작용하여 우울에 영향을 미친다는 이론적 근거를 바탕으로 하여, 심리사회적 자원의 조절효과를 살펴보기 위해 회귀분석을 실시하였다.

상호작용항을 투입하여 조절효과를 검증하는 다중선형회귀모형의 예측식은 일반적으로 다음과 같이 정의된다(Preacher et al., 2006).

$$E(Y|x,z) = \gamma_0 + \gamma_1 x + \gamma_2 z + \gamma_3 xz \quad [\text{식 1}]$$

$\gamma$ 는 회귀계수를,  $x$ 는 예측변인,  $z$ 는 조절변인을 의미한다. 상호작용항의 회귀계수  $\gamma_3$ 의 검증은 통제변인과 예측변인, 조절변인이 투입된 다음, 상호작용항을 투입하는 위계적 회귀분석을 통해 이루어진다(Judd et al., 1995; Cohen et al., 2003). 상호작용항을 투입함에 있어서 독립변인과 조절변인과의 다중공선성 문제가 필연적으로 발생할 수 밖에 없고

이로 인해 추정치의 왜곡과 검증력을 떨어뜨리는 결과를 가져올 수 있으므로(박현선 · 이상균, 2008) 상호작용항의 평균중심화(mean centering) 후 분석하였다. 상호작용항이 투입된 단계에서 총괄 F검증(omnibus F test), 즉  $R^2$ 변화량이 유의하다면 상호작용효과가 존재함을 의미한다(Aiken and West, 1991; Frazier et al., 2004). 하지만 F 검증방법은 조절변인이 어떠한 조건에서 상호작용효과를 가져오는지에 대하여는 구체적으로 설명하지 못한다. 이에 조절변인의 특정한 조건값 또는 평균과  $\pm 1$  표준편차값을 대입하여 상호작용효과가 어떻게 나타나는지 도표로 제시하는 방법이 권장된다(Aiken and West, 1991; 이상균, 2008: 134에서 재인용).

조절효과의 분석결과는 Hayes 외(2009)가 제공하는 SPSS용 분석매크로<sup>2)</sup>를 이용하여 PASW 18.0에서 얻어진 것이다.

## IV. 연구결과

### 1. 연구의 일반적 결과

본 연구에 포함된 분석대상 장애노인의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 장애노인의 성별은 남성이 309명으로 약 47.5%를 차지하고 있으며, 소득수준은 일반가구가 208명(32.0%)으로 저소득가구의 비율이 더 높다는 것을 알 수 있다. 65세 이상 장애인의 평균연령은 72.24세이며, 장애지속기간은 20.76년인 것으로 나타났다. 기능손상(ADL)의 평균은 1.18로 나타나 장애인들이 평균적으로 ‘자립’ 수준의 신체적 기능상태를 지니고 있다고 판단된다. 분석에 포함된 장애노인의 주관적 건강수준은 3.65로 ‘건강하지 않은 편’에 가깝다고 볼 수 있다. 가족, 친구, 가까운 주변사람들로부터 받은 사회적 지지 수준은 3.11로 중앙값인 3을 약간 상회하는 수준으로 나타났고, 자아존중감 수준은 2.77로 ‘보통’ 수준을 상회하는 것으로 나타났다. 종속변인인 우울 수준의 평균점수는 12.06로 우울 증상이 심한 수준은 아니지만, 빈도분석 결과를 볼 때 우울증을 의심할 수 있는 수준인 16점 이상 장애노인이 29.9%로 나타나, 고위험 집단에 대해서는 개입이 필요한 것으로 판단된다.

<sup>2)</sup> <http://quantpsy.org> 사이트에 들어가면 Moderation (Interaction Effect) Material이 소개되어져 있다.

표 1. 조사대상자의 일반적 특성(N=650)

구분	변수명	M (SD)	N (%)
통제변인	성별(남=1)		309(47.5)
	소득수준(일반가구=1)		208(32.0)
	나이	72.243(6.039)	
	장애지속기간	20.755(17.610)	
	기능손상(ADL)	1.181(0.461)	
독립변인	주관적 건강	3.650(0.870)	
조절변인	자아존중감	2.770(0.450)	
	사회적 지지	3.106(0.682)	
종속변인	우울	12.058(9.979)	

다음으로 회귀분석에 앞서 변수들의 상관관계 분석을 실시했고, 분석결과는 <표 2>와 같다. 우울수준과 주요 변수들 간의 상관관계를 살펴보면, 주관적 건강과 정적 상관관계( $r=.363, p<.01$ ), 사회적 지지( $r=-.302, p<.01$ ) 및 자아존중감( $r=-.471, p<.01$ ) 변수와는 부적 상관관계를 보였다. 이외에 성별, 소득수준 변수와는 부적 상관관계를, 나이 및 기능손상 변수와는 정적 상관관계를 나타냈다. 관련 변수들은 다중공선성을 의심할 만큼 높은 상관을 보이지 않았다.

표 2. 주요 변수의 상관관계

구분	성별	소득수준	나이	장애지속기간	기능손상	주관적 건강	자아 존중감	사회적 지지	우울
성별	1								
소득수준	.001	1							
나이	.004	-.078*	1						
장애지속기간	.166**	-.010	.021	1					
기능손상	.020	.022	.078	-.125*	1				
주관적 건강	-.039	-.065	.103**	-.162**	.316**	1			
자아존중감	.064	.168**	-.164**	.021	-.126*	-.245**	1		
사회적 지지	.046	.174**	-.078	-.060	-.129*	-.171**	.167**	1	
우울	-.177**	-.158**	.143**	-.015	.285**	.363**	-.471**	-.302**	1

\*  $p<.05$ , \*\* $p<.01$

## 2. 주관적 건강, 심리사회적 자원이 우울에 미치는 영향

인구사회적 특성, 주관적 건강, 심리사회적 자원 요인이 우울에 미치는 영향에 대해 분석한 결과를 <표 3>에 제시하였다. 인구사회적 특성 중 성별, 소득수준, 기능손상이 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로 보면, 여성 보다는 남성이( $\beta = -.120, p < .01$ ), 소득수준이 저소득 보다는 일반수준일 경우( $\beta = -.088, p < .05$ ) 우울을 적게 인식하는 반면, 기능손상 정도가 심할수록( $\beta = .062, p < .05$ ) 우울을 많이 인식하는 것으로 나타났다. 독립변인인 주관적 건강( $\beta = .166, p < .001$ )은 우울에 정적 영향을, 조절변인인 심리사회적 자원요인으로 자아존중감( $\beta = -.326, p < .001$ )과 사회적 지지( $\beta = -.088, p < .05$ )는 부적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 다시 말해, 장애노인의 주관적 건강이 좋지 않을수록 우울을 많이 인식하는 반면, 자아존중감과 사회적 지지의 수준이 높을수록 우울을 적게 인식한다고 볼 수 있다.

상대적으로 영향력이 가장 높은 변인은 자아존중감이었으며, 주관적 건강, 성별, 사회적 지지, 소득수준, 기능손상의 순으로 우울에 유의미한 영향을 미쳤다.

표 3. 우울에 대한 주관적 건강, 심리사회적 자원의 영향

구분	B	표준오차	$\beta$	t
성별	-2.412	.730	-.120	-3.304**
소득수준	-1.782	.806	-.088	-2.211*
나이	.036	.026	.053	1.382
장애지속기간	-.014	.022	-.024	-.654
기능손상	2.782	1.644	.062	1.692*
주관적 건강	1.645	.418	.166	3.935***
자아존중감	-6.698	.811	-.326	-8.262***
사회적 지지	-1.225	.527	-.088	-2.324*

$R^2 = .298$ , 수정된  $R^2 = .288$ ,  $F = 29.740$ \*\*\*

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



### 3. 주관적 건강과 우울의 관계에서 심리사회적 자원의 조절효과 분석

장애노인의 주관적 건강이 우울에 미치는 영향 및 심리사회적 자원의 조절효과를 확인하였다. 조절효과가 존재하기 위해서는 심리사회적 수준에 따라 주관적 건강이 우울에 미치는 효과, 즉 단순기울기가 상이하게 나타나야 하며, 심리사회적 자원이 더 많을 경우, 주관적 건강이 우울에 미치는 효과의 기울기는 더 완만한 것으로 나타나야 한다.

독립변인인 주관적 건강과 조절변인인 자아존중감 및 사회적 지지를 각각 투입하고, 두 변수의 곱으로 이루어진 상호작용항을 투입하였을 때 유의미한 설명력의 증가가 있었는지 확인해 보았다.

#### 가. 자아존중감의 조절효과

장애노인에게 자아존중감은 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 완충시키는 시키는 것으로 나타났다<표 4>. 분석결과를 보면 주관적 건강이 우울에 정적 영향을 미치는 반면, 자아존중감은 부적 영향을 미치고 있었다. 즉 건강이 좋지 않을수록 우울은 높고, 자아존중감이 높을수록 우울 수준은 낮게 나타난다고 볼 수 있다. 특히 주관적 건강과 자아존중감 간의 상호작용항은 우울에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다 ( $F=13.355$ ,  $p<.01$ ). 상호작용항의 투입은 0.035만큼의  $R^2$  변화량을 가져왔고, 이는 통계적으로 유의미하였다. 상호작용항 역시 통계적으로 유의미한 것으로 나타나, 주관적 건강이 우울에 미치는 영향은 자아존중감의 수준에 따라 달라진다고 볼 수 있다.

표 4. 우울에 대한 주관적 건강, 사회적 지지, 상호작용항의 회귀분석

효과	계수	표준오차	t
상수항	3.086	7.068	.437
주관적 건강 (A)	2.957	.673	4.393***
자아존중감 (B)	-6.527	1.165	-5.604***
A × B	-4.954	1.356	-3.654***
$R^2=.366$	$\Delta R^2=.035$	F = 13.355**	

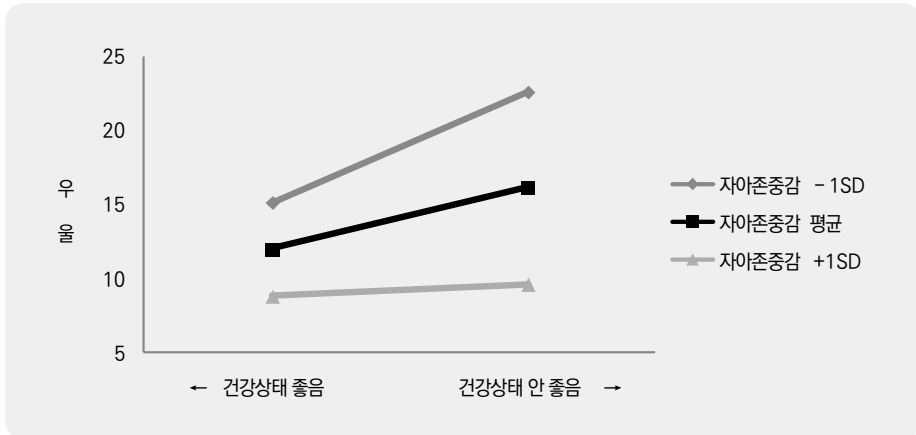
종속변인 : 우울

\*\*\* $p<.001$  통제변인 : 성별, 소득수준, 나이, 장애지속기간, ADL

자아존중감의 수준에 따라 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 단순기울기로 나타내면,  $\omega_1 = (2.957 - 4.954 * \text{자아존중감})$ 이다. 단순기울기를 통해서도 자아존중감이 증가할수록, 주관적 건강이 우울에 미치는 효과는 감소함을 쉽게 확인할 수 있다.

조절효과가 이루어지는 구체적인 방향과 크기를 확인하기 위해 Aiken & West(1991)가 제시한 바와 같이, 조절변인의 평균값과  $\pm$ 표준편차 값에서 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 그래프를 통해서 확인해 보았다.

그림 2. 주관적 건강의 영향에 대한 자아존중감의 조절효과



그림에서와 같이 자아존중감이 낮을 경우(-1SD), 주관적 건강이 우울에 미치는 효과의 기울기는 가장 급격한 것으로 나타났다. 반면 자아존중감이 평균수준(0)이거나 보다 높을 경우(+1SD) 주관적 건강이 보여주는 기울기는 보다 완만한 것을 확인할 수 있다. 이는 자기 자신에 대한 긍정적인 태도를 나타내는 자아존중감의 수준이 낮을수록, 좋지 않은 건강상태가 우울에 미치는 효과가 커지고, 자아존중감이 평균적인 수준일 경우에 주관적 건강이 우울에 미치는 효과가 적어짐을 의미한다. 따라서 자아존중감은 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 완충하는 효과를 가지고 있다고 볼 수 있다.

조절변인이 평균값과  $\pm$ 표준편차 값을 가질 경우, 주관적 건강이 우울에 미치는 효과인 단순기울기가 통계적으로 유의미한지 확인해 보았다.

표 5. 자아존중감의 조건값에 따른 주관적 건강 수준의 단순기울기 검증

조절변인	계수	표준오차	t
자아존중감			
-1 SD	5.329	.972	5.484***
평균	2.957	.673	4.393***
+1 SD	.584	.897	.652

\*\*\*p<.001

그 결과, <표 5>에서와 같이 주관적 건강이 우울에 미치는 단순기울기는 자아존중감이 낮은 경우(-1SD) 5.329이었고, 평균정도의 자아존중감 수준일 경우(0) 2.957로 감소되었으며, 이들 단순기울기는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 반면 자아존중감이 높은 경우(+1SD) 단순기울기는 0.584이었으나, 이는 통계적으로 유의미하지 않았다.

이는 자아존중감이 낮을 때보다 평균적인 수준일 때, 주관적 건강이 우울에 미치는 부정적인 영향을 완충시키는 효과가 있다고 볼 수 있다. 그러나 보다 높은 자아존중감 수준일 경우에는 유의미하지 않게 나타났다.

## 나. 사회적 지지의 조절효과

장애노인이 주변 사람들로 부터 받는 사회적 지지는 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 완충시키는 시키는 것으로 나타났다(표 6). 분석결과를 보면 주관적 건강은 우울에 정적 영향을, 사회적 지지는 부적 영향을 미치고 있었다. 즉 건강상태가 좋지 않을수록 우울은 높고, 사회적 지지가 높을수록 우울 수준은 낮게 나타난다고 볼 수 있다.

표 6. 우울에 대한 주관적 건강, 사회적 지지, 상호작용항의 회귀분석

효과	계수	표준오차	t
상수항	-2.018	7.404	-.273
주관적 건강 (A)	3.315	.701	4.732***
사회적 지지 (B)	-2.694	.844	-3.193**
A × B	-2.106	1.002	-2.101*
R <sup>2</sup> =.297	ΔR <sup>2</sup> =.013	F = 4.413*	

종속변인 : 우울

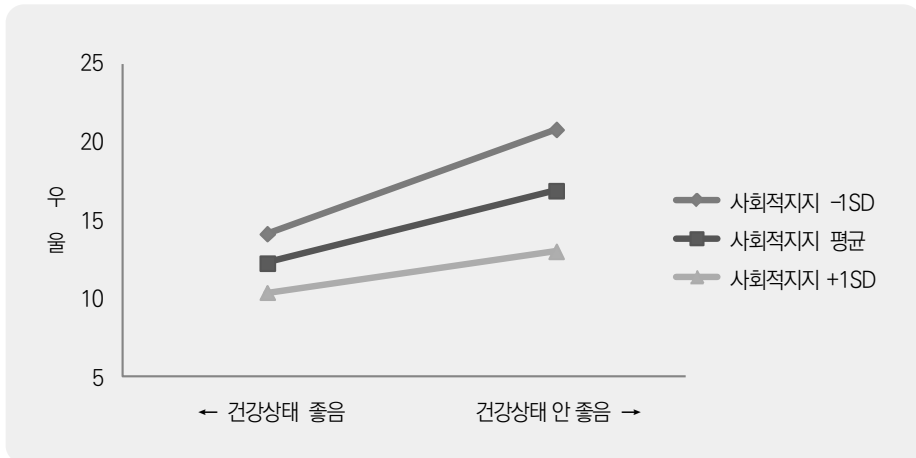
\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001 통제변인 : 성별, 소득수준, 나이, 장애지속기간, ADL

특히 주관적 건강과 사회적 지지간의 상호작용항은 우울에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다( $F=4.413, p<.001$ ). 상호작용항의 투입은 0.013만큼의  $R^2$  변화량을 가져왔고, 이는 통계적으로 유의미하였다. 사회과학연구에서 상호작용항의  $R^2$  변화량이 대체로 0.01~0.03 사이에 있다는 보고(Whisman & McClelland, 2005)를 고려할 때, 지나치게 적은 변량추가라 보기는 힘들다(이상균, 2008:138에서 재인용). 상호작용항 역시 통계적으로 유의미한 것으로 나타나, 주관적 건강이 우울에 미치는 영향은 사회적 지지의 수준에 따라 달라진다고 볼 수 있다.

사회적지지의 수준에 따라 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 단순기울기로 나타내면,  $\omega_1 = (3.315 - 2.106 * \text{사회적 지지})$ 이다. 단순기울기를 통해서도 사회적 지지가 증가할수록, 주관적 건강이 우울에 미치는 효과는 감소함을 쉽게 확인할 수 있다.

조절효과가 이루어지는 구체적인 방향과 크기를 확인하기 위해 조절변인의 평균값과  $\pm$ 표준편차 값에서 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 그래프를 통해서 확인해 보았다.

그림 3. 주관적 건강의 영향에 대한 사회적 지지의 조절효과



그림에서와 같이 사회적 지지가 적을 경우(-1SD), 주관적 건강이 우울에 미치는 효과의 기울기는 가장 급격한 것으로 나타났다. 반면 사회적 지지가 평균수준(0)이거나 많이 경험하는 경우(+1SD) 주관적 건강이 보여주는 기울기는 보다 완만한 것을 확인할 수 있다. 이는 사회적 지지 수준이 낮을수록, 즉 주변 사람으로부터 정서적 도움 및 교류

등을 적게 경험할 경우, 주관적 건강이 우울에 미치는 효과가 커지고, 사회적 지지를 보다 많이 경험할 경우에 주관적 건강이 우울에 미치는 효과가 적어짐을 의미한다. 따라서 사회적 지지는 주관적 건강이 우울에 미치는 부정적 영향을 완충하는 효과를 가지고 있다고 볼 수 있다. 조절변인이 평균값과 ±표준편차 값을 가질 경우, 주관적 건강이 우울에 미치는 효과인 단순기울기가 통계적으로 유의미한지 확인해 보았다.

**표 7. 사회적 지지의 조건값에 따른 건강상태 수준의 단순기울기 검정**

조절변인	계수	표준오차	t	
사회적 지지	-1 SD	4.758	1.019	4.671***
	평균	3.315	.701	4.732***
	+1 SD	1.872	.942	1.988*

\*p<.05, \*\*\*p<.001

그 결과, <표 7>에서와 같이 주관적 건강이 우울에 미치는 단순기울기는 사회적 지지를 적게 경험하는 경우(-1SD) 4.758이었고, 평균정도의 사회적 지지를 경험할 경우(0) 3.315로 감소되었으며, 사회적 지지를 보다 많이 경험하는 경우(+1SD) 1.872로 가장 낮게 나타났다. 이들 단순기울기는 모두 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다.

조절효과에 대한 분석결과를 통해 심리사회적 자원인 자아존중감과 사회적 지지는 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 조절하고 있음을 확인할 수 있었다. 즉 자신에 대한 긍정적인 태도를 나타내는 자아존중감이 평균적인 수준일 경우와 주변 사람으로부터의 정서적 도움 및 교류 등 사회적 지지를 보다 높게 경험할 경우, 주관적 건강이 우울에 미치는 부정적 영향을 완화시켜주는 역할을 수행할 수 있다. 이는 장애노인이 주관적으로 인식하는 건강이 좋지 않다고 할지라도, 자아존중감 및 사회적 지지가 어떠한 수준으로 변화되느냐에 따라 우울에 미치는 부정적 영향력이 감소될 수 있음을 보여 준다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 한국복지패널 6차년도 자료를 이용하여 장애노인의 주관적 건강 및 심리사회적 자원이 우울에 미치는 영향을 살펴보고, 심리사회적 자원의 조절효과를 연구하였다. 본 연구를 통해 나타난 주요 연구결과와 함의는 다음과 같다.

첫째, 인구사회적 특성, 주관적 건강, 심리사회적 자원 요인이 우울에 미치는 영향에 대해 분석한 결과 여성인 경우, 소득수준이 저소득일수록, 기능손상 정도가 심할수록 우울을 많이 인식하는 것으로 나타났다. 또한 주관적 건강은 우울에 정적 영향을, 심리사회적 자원요인인 자아존중감과 사회적 지지는 부적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 다시 말해, 장애노인의 주관적 건강수준이 좋지 않을수록 우울을 많이 인식하는 반면, 자아존중감과 사회적 지지의 수준이 높을수록 우울을 적게 인식한다고 볼 수 있다. 이러한 연구결과는 건강문제를 재가복지서비스 이용노인에서 우울의 주요인으로 지적해온 선행연구(Wilson, 2010; 이인정, 2012)와 우울의 보호요인으로 작용하는 자아존중감, 사회적 지지의 효과(이현주·강상경, 2009; 전지혜, 2010; 전해숙·강상경, 2013)를 재확인하였다.

둘째, 본 연구의 결과 심리사회적 자원은 장애노인의 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 완충하는 효과가 있음을 확인할 수 있었다. 구체적으로 보면, 심리사회적 자원인 자아존중감과 사회적 지지가 주관적 건강과 상호작용을 통해 우울에 어떠한 조절효과를 갖는지 살펴보았는데, 자아존중감이 평균적인 수준이거나 사회적 지지를 보다 많이 경험할수록, 장애노인의 낮은 수준의 주관적 건강이 우울에 미치는 부정적 영향을 완충할 수 있음을 알 수 있었다. 이는 심리사회적 자원이 장애나 노화로 인해 저하된 건강상태의 위대한 효과로부터 보호하며, 건강상태와 상호작용하여 우울수준을 조절한다는 결과(이인정, 2012)와 일치하고, 노인을 대상으로 기능손상과 우울의 관계에서 가족·친지로 부터의 사회적 지지가 그 부정적 영향을 완충시키는 역할을 한다(Jang et al., 2002)는 결과와 유사하다고 볼 수 있다.

한편 자아존중감의 경우 평균보다 높은 수준에서는 조절효과가 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 자아존중감은 우울에 영향을 미치는 주요한 요인으로 부각되어 왔으며(Fennell, 2004), 주효과 모형 등에 기반한 대부분의 선행연구에서 자아존중감이 높을수록 우울 수준은 낮은 것으로 보고되었다(이익섭 외, 2007; 남지숙, 2012; 이현경, 2013).

조절효과 모형에 기반한 본 연구에서 자아존중감이 평균 이상의 수준일 경우, 주관적 건강이 우울에 미치는 완충효과가 나타나지 않았다. 이러한 결과에 대한 후속연구가 더 필요하지만, 장애나 노화 등으로 주관적으로 건강문제가 있다고 인식하는 노인을 위한 개입프로그램에서 평균 수준 이상으로 자아존중감을 높이는 경우에 개입의 효과가 나타나지 않을 수 있음을 의미한다. 이는 장애노인의 건강 및 일상생활 지원, 심리정서 등의 프로그램 진행 시 효과적인 목표설정과 실천적응에 유용할 수 있을 것이다.

셋째, 본 연구는 조절효과 검증과 관련하여 상호작용항의 검증외에 단순기울기 검증을 활용함으로써 보다 유용한 정보를 제공할 수 있었다. 기존에 장애인 및 노인을 대상으로 심리사회적 요인의 조절효과를 살펴본 연구(김정엽·이재모, 2008; 전지혜, 2010; 이인정, 2012)들은 대부분 상호작용항의 유의도만 검증하거나, 기울기의 단순 비교만하여 실제 조절변인의 수준에 따라 어떠한 조절효과를 보이는지 확인하기 어려웠다. 본 연구에서는 조절변인의 특정 조건 값에서 예측변인이 갖는 단순기울기의 통계적 유의도 검증을 통해 조절효과가 조절변인의 어떠한 수준에서 유의미한지 확인이 가능하게 함으로써, 실천현장에서 효과적인 개입 프로그램 개발에 유용한 정보를 제공할 수 있다고 여겨진다.

심리사회적 자원의 조절효과를 확인한 본 연구의 결과는 장애노인이 건강상태와 같은 위험요인에 노출되더라도 심리사회적 자원이라는 보호요인의 수준이 높다면 부정적 영향을 감소시킬 수 있음을 예측하게 된다. 또한 위험요인에 대한 완충효과를 나타내는 조절변인을 통해 장애노인의 건강한 노화 및 정신건강 예방, 개입프로그램을 개발할 경우 보다 효과적인 결과를 가져올 수 있을 것이라고 사려된다. 이에 장애노인에 대한 건강지원, 심리·정서적 지원을 비롯한 필요서비스를 제공하여 지역 사회 내에서 건강한 생활을 영위하는데 어려움이 없도록, 사회 안전망 구축에 대한 관심과 지원이 필요하다. 예를 들어 장애노인의 개별적 욕구에 기반한 특성화된 의료서비스를 통해 손상을 예방하거나 최소화 하며, 지역 복지관 등 유관 기관의 협력적 사례관리를 통해 장애노인의 지역 내 자원체계를 구축할 수 있다. 조기 노화현상이 두드러지는 중증 뇌병변 장애인 등의 건강관리 정보 및 교육 프로그램을 제공하며, 특히 우울 등 취약 집단에 대해 개별적 개입뿐만 아니라 자조집단(self-help groups)을 통해 자아존중감을 향상하고, 사회적 지지를 제공하여 장애노인의 정신건강 향상을 도모할 수 있다. 장애노인의 삶의 만족도 증진 차원에서 건강상태 유지를 보장해 줄 수 있는 건강보험 및 요양보험체계의 강화 등(백은령·노승현, 2012) 정책 차원의 고려가 동시에 필요하다.



본 연구가 갖는 한계와 후속연구를 위한 제안은 다음과 같다. 본 연구는 패널 데이터인 한국복지패널 6차년도 자료를 활용하였기에 연구주제와 목적을 설명할 다양한 변수를 충분히 반영하지 못했으며, 특히 장애노인의 주관적 건강뿐만 아니라 객관적 건강상태를 반영하여 향후 세밀하고 다각적인 측면에서 파악될 필요가 있다. 특히 장애노인의 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 조절하는 다양한 기제가 있음에도 불구하고 자아존중감 및 사회적 지지의 효과만 분석하였는데, 추후 건강상태가 저하된 장애노인의 우울 예방 및 정신건강 증진을 위해 포괄적인 모형개발 연구가 이루어져야 할 것이라 여겨진다. 또한 장애노인 중 장애유형(신체장애, 감각장애, 정신장애) 등 집단별 특성을 반영하고, 일정기간 장애인으로 살아오면서 노화를 겪는 '고령화된 장애'와 노인이 되면서 각종 노인성 질환으로 인한 장애상태를 가지게 되는 '노화로 인한 장애'로 각각 구분하여 살펴볼 필요가 있다.

정덕진은 가톨릭대학교에서 사회복지학 박사과정을 수료하였으며, 현재 KDB나눔재단에서 과장으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 장애인, 기업 사회공헌활동이며, 현재 장애노인 정신건강, 퇴직자의 사회공헌형 일자리 등을 연구하고 있다. (E-mail: djjung@kdb.co.kr)

## 참고문헌

- 강영희(2005). 신체건강, 인지기능 및 심리사회 건강이 지역사회 노인의 우울에 미치는 영향. 석사학위논문, 간호학과, 충남대학교, 대전.
- 고민석, 서인균(2011). 노인의 건강상태가 스트레스와 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과. 대한보건연구, 37(1), pp.1-14.
- 고승덕, 손애리, 최윤신(2001). 노인의 일반적 특성에 따른 우울감에 관한 연구. 한국가족복지, 6(1), pp.3-15.
- 권태연(2009). 노년기 연소노인, 중고령노인, 초고령노인 집단의 스트레스 요인과 자아존중감이 우울에 미치는 영향. 사회복지연구, 40(1), pp.163-196.
- 김동배, 손의성(2005). 한국노인의 우울 관련 변인에 관한 메타분석. 한국노년학, 25(4), pp.167-187.
- 김선숙, 최희철(2013). 노인의 자아존중감과 우울의 상호순환적 종단관계. 상담학연구, 14(4), pp.2417-2430.
- 김원경(2001). 노년기의 신체적 건강과 우울증에 대한 사회적 지지의 효과. 한국노년학연구, 10, pp.55-74.
- 권현수(2010). 장애인의 문제유증, 우울, 건강의 구조적 관계. 지역사회연구, 18(3), pp.131-153.
- 권복순, 박현숙(2005). 성인여성장애인의 우울의 실태와 영향요인에 관한 연구. 한국사회복지학, 57(1), pp.169-192.
- 권영은, 하진, 안수연(2007). 재가노인의 지각된 건강상태, 일상생활수행정도 및 우울에 관한 연구. 한국노년학, 27(2), pp.335-343.
- 고용노동부, 한국장애인고용공단 고용개발원(2012). 2012 장애인 통계. 성남: 한국장애인고용촉진공단 고용개발원.
- 공혜경(2010). 장애인노인의 우울감에 관한 연구. 석사학위논문, 사회복지학과, 건국대학교, 서울.
- 김계하, 김옥수, 김정희(2004). 지체장애인의 주관적 건강, 사회적지지 및 자아통제감이 우울에 미치는 영향. 성인간호학회지, 16(2), pp.297-305.
- 김성희 외 10명(2011). 2011년 장애인실태조사. 서울: 한국보건사회연구원.
- 김성희, 이송희, 노승현, 정일교(2011). 장애인노인 서비스 연계방안 연구. 서울: 한국보건사회연구원.

- 김정엽, 이재모(2008). 저소득 여성노인과 일반여성노인의 생활스트레스와 우울의 관계: 자아존중감과 사회적 지지의 조절효과를 중심으로. 노인복지연구, 39, pp.399-420.
- 김형수, 김용섭(2009). 장애노인의 우울이 삶의 질에 미치는 영향. 인문사회과학연구, 22, pp.183-215.
- 남상호 외(2011). 2011 한국복지패널 기초분석 보고서. 서울: 한국보건사회연구원.
- 남지숙(2012). 요양병원에 입원한 만성질환 노인의 우울 영향요인. 석사학위논문, 간호학과, 인제대학교, 김해.
- 박인옥, 김진세, 이강준, 정인파(1998). 한국 노인의 우울요인, 노인정신의학, 2(1), pp.47-63.
- 박현선, 이상균(2008). 청소년기 비행친구의 영향에 보호요인의 조절효과 - 자아존중감, 부모애착 및 지도감독을 중심으로. 사회복지연구, 37, pp.399-427.
- 박혜전, 이승욱(2007). 노령 장애인의 취업욕구에 관한 연구. 중복·지체부자유아연구, 50(2), pp.83-110.
- 백은령, 노승현(2012). 장애인 생활만족도 영향요인에 관한 종단적 연구. 재활복지, 16(3), pp.81-108.
- 손복심(2005). 재가 뇌졸중노인의 재활동기에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 석사학위논문, 사회복지학과, 한림대학교, 춘천.
- 신복재(2007). 재가노인의 우울에 영향을 미치는 관련 요인. 석사학위논문, 간호학과, 중앙대학교, 서울.
- 신은경, 최정아(2007). 구조방정식 모형을 이용한 척수손상장애인의 사회통합 영향요인. 재활복지, 11(1), pp.1-29.
- 오인근, 오영삼, 김명일(2009). 여성 노인의 사회적 관계망이 우울에 미치는 영향 연구: 건강증진행위의 매개효과를 중심으로. 한국가족복지학, 14(1), pp.113-136.
- 오영희, 배화옥, 김윤신(2006). 우리나라 노인의 주관적 건강인식과 신체적 및 정신적 기능상태의 관련성 연구. 한국노년학, 26(3), pp.461-476.
- 유양숙(2001). 척수손상자의 우울감에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 정신보건과 사회사업, 12, pp.29-52.
- 이미자, 오운택(1999). 뇌성마비 장애인의 일상생활동작 수행능력과 우울간의 관계. 대한 작업치료학회지, 7(1), pp.46-55.
- 이상균(2008). 청소년 비행행동에 대한 부모양육행동과 비행친구집단 간의 조절된 매개

- 효과. **한국아동복지학**, 27, pp.122-151.
- 이성은(2012). 만성질환 노인의 주관적 건강상태와 생활만족도의 관계에서 경제활동참여의 조절효과. **정신보건과 사회사업**, 40, pp.234-262.
- 이수애, 이경미(2002). 농촌지역 노인의 우울증 결정요인에 관한 연구. **한국노년학**, 22(1), pp.209-226.
- 이익섭, 김동기, 임태영(2007). 만성질환을 앓고 있는 의료급여 수급자의 자아존중감이 삶의 질에 미치는 영향과 우울의 매개효과 검증. **한국사회복지조사연구**, 17, pp.79-104.
- 이인정(2007). 남녀노인의 우울, 삶의 만족에 대한 심리사회적 요인들의 영향의 차이에 관한 연구. **노인복지연구**, 36(0), pp.159-179.
- 이인정(2012). 재가복지서비스 이용노인의 우울 수준과 우울 영향요인에 관한 연구: 일반노인과의 비교를 중심으로. **보건사회연구**, 32(4), pp.31-65.
- 이정애, 김지미(2010). 노인의 우울과 건강수준과의 관련성. **한국노년학**, 30(4), pp.1311-1327.
- 이종화(2005). 여성독거노인의 우울과 자아존중감. **정신간호학회지**, 14(2), pp.109-118.
- 이주용(2002). 지체장애인의 자립생활과 우울과의 관계연구. 석사학위논문, 사회복지학과, 인천대학교, 인천.
- 이현경(2013). 만성질환 노인의 자아존중감이 우울에 미치는 영향. 석사학위논문, 사회복지학과, 경기대학교, 수원.
- 이현주, 강상경(2009). 장애인 스트레스, 심리사회적 자원 및 우울의 관계: 한국복지패널 장애인 부가조사를 이용하여. **정신보건과 사회사업**, 33, pp.193-217.
- 이화자(2006). 시설노인의 우울, 자아존중감 및 생활만족도 간의 관계 연구. **간호과학**, 18(2), pp.31-38.
- 전용만(2012). 장애노인의 자살충동에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 박사학위논문, 노인복지학과, 한서대학교, 서산.
- 전지혜(2010). 장애차별경험과 장애인의 우울감의 관계 연구: 자아존중감의 매개효과와 사회지지지의 조절효과를 중심으로. **정신보건과 사회사업**, 35, pp.51-80.
- 전해숙, 강상경(2009). 노년기 우울궤적의 예측요인: 한국복지패널을 이용하여. **한국노년학**, 29(4), pp.1611-1628.
- 전해숙, 강상경(2013). 장애인의 우울궤적에 대한 탐색적 연구: 복지패널 장애인부가조사를 이용한 65세 이상과 65세 미만 비교. **재활복지**, 17(2), pp.41-67.

- 조혜정, 서인균(2012). 신체장애인의 우울발달궤적 예측요인. *장애와고용*, 22(1), pp.87-112
- Aiken, L. S., West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury, CA: Sage.
- Cuijpers, P. (2001). Mortality and depressive symptoms in inhabitants of residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry: Special Issue*, 16(2), pp.131-138.
- Ensel, W., Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of health and Social Behavior*, 32, pp.321-341.
- Fennell, M. J. V. (2004). Depression, low self-esteem and mindfulness. *Behaviour research and therapy*, 42, pp.1053-1067.
- Frazier, P. A., Tix, A. P., Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, pp.115-134.
- Fuhrer et al. (1993). Depressive symptomatology among community-dwelling people with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74, pp.255-260.
- Hayes, A. F., Matthes, J. (2009). Computational procedures for probing interactions in OLS and logistic regression: SPSS and SAS implementations. *Behavior Research Methods*, 41(3), pp.924-936.
- Honey, A., Emerson, E., Llewellyn, G. (2011). The mental health of young people with disabilities: Impact of social conditions. *Social Psychiatry Epidemiology*, 46, pp.1-10.
- Jang, Y., Haley, W., 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), pp.807-813.
- Koenig, H., Blazer, D. (1992). Epidemiology of Geriatric Affective Disorder. *Clinical Geriatric Medicine*, 8, pp.235-251.
- Leibson, C. L., Garrard, J., Nitz, N., Waller, L., Indritz, M., Jackson, J., Rolnick, S. J., Luepke, L. (1999). The Role of Depression in the Association Between

- Self-Rated Physical Health and Clinically Defined Illness. *The Gerontologist*, 39(3), pp.291-298.
- Millder, F. G., Emanuel, E. J., Rosenstein, D. L., Straus, S. E. (2004). Ethical issues concerning research in complementary and alternative medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 291(5), pp.599-604.
- Murrell, S. A., Norris, F. H., Chipley, Q. T. (1992). Functional versus structural social support, desirable events, and positive affect in older adults. *Psychology and Aging*, 7(4), pp.562-570.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menahan, E. G., Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp.337-356.
- Piliavin, J. A., Siegl, E. (2007). Health benefits of volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, pp.450-464.
- Rowe, J., Conwell, Y. (2006). Social supports and suicidal ideation in older adults using home healthcare services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), pp.758-766.
- Ryan, A. K., Willits, F. K. (2007). Family ties, physical health, and psychological well-being. *Journal of Aging and Health*, 19(6), pp.907-920.
- Suchman, E. A. (2003). Social pattern of illness and medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 6, pp.2-16.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes : Where are we? What Next?. *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issues*, pp.53-79.
- Trieschman, R. B. (1987). *Aging with a disability*. NY: Demos.
- Wilson, N. L. (2010). Supporting behavior change to address depression: implementation of healthy IDEAS. *Generations*, pp.94-96.
- Yang, Y. (2006). How does functional disability affect depressive symptoms in late life? The role of perceived social support and psychological resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, pp.355-372.

# **The Effects of Self-rated Health on Depression to Disabled Elderly:**

## **The Moderating Effects of Psychosocial Resources**

**Jung, Deok-Jin**

[The Catholic University of Korea]

---

The purpose of this study is to examine the moderating effects of psychosocial resources on the relation between self-rated health and depression to disabled elderly. Specifically, it examines the effects of self-rated health on depression and tests whether psychosocial resources (i.e. self-esteem and social support) moderate the relationship between self-rated health and depression. To investigate the moderating effects, simple slope test based on multiple linear regression (MLR) model was used. This study included a total of 650 disabled elderly over 65 years of age from the data of Korea Welfare Panel Study (2011), the national longitudinal study. It was found that psychosocial resources worked to buffer the impact of bad health on depression. The harmful effects of disability on depression were attenuated by self-esteem and social support. Practice and policy implications as well as further research topic were discussed to aid the search for effective preventive and treatment interventions.

---

**Keywords:** Disabled Elderly, Self-rated Health, Depression, Psychosocial Resources, Moderator Effect