



## 한림고령사회연구는

한림대학교 고령사회연구소의 학술지로서 매년 4월 30일에 발행된다.

본 학술지는 노인 및 고령사회 관련 연구 성과를 심사 후 게재한다. 논문은 수시로 접수하며,  
원고제출 및 작성요령은 본지의 뒷부분에 수록되어 있다.

한림고령사회연구를 원하는 개인과 단체는 아래 주소로 연락하면 된다.

---

(24252)강원도 춘천시 한림대학길1 한림대학교

국제회의관 내 고령사회연구소

전화: 033) 248-3091, 팩스: 033)248-3095

전자우편: de3097@hal.lym.ac.kr

### 2017년도 한림고령사회연구 편집위원

|           |           |
|-----------|-----------|
| 편집 위원장 :  | 윤현숙(한림대)  |
| 편 집 위 원 : | 김영범(한림대)  |
|           | 남일성(성공회대) |
|           | 이승훈(숙명여대) |
|           | 이승희(울산대)  |
|           | 임연옥(한림대)  |
|           | 유지영(한림대)  |

|      |          |
|------|----------|
| 간 사: | 황푸름(한림대) |
|------|----------|

ISSN 2288-2081

# 한림고령사회연구

2017년 제5권 1호

한림대학교 고령사회연구소



# Childhood Socioeconomic Status and Cognitive Function in Later Life: Differences between Whites and Blacks

Jiyoung Lyu, PhD\*

## Abstract

This study was aimed to examine the race/ethnicity differences in the longitudinal relationship between childhood socioeconomic status (SES) and cognitive function among U.S. older adults longitudinally. Using a nationally representative longitudinal sample from the 1998 to 2010 Health and Retirement Study (HRS), a total of 7,710 non-Hispanic whites and 1,137 non-Hispanic blacks were analyzed separately. Cognitive status and change in cognition were examined over 12 years using growth curve models. The results showed that the association between individual childhood SES factor and cognitive function differed by race/ethnicity. The effects of childhood SES factors on cognitive function were mostly mediated among blacks when adult SES factors were controlled. The association between cumulative SES and cognitive function was significantly different by race/ethnicity. Findings show that individual childhood SES indicators have different impacts on cognitive function longitudinally by each race/ethnicity, and there still remains a lot of heterogeneity.

**Keywords:** Childhood SES, Cognitive Function, Race Differences, Health and Retirement Study

---

\* Hallym University Institute of Aging, Hallym University, jyy00200@hallym.ac.kr

## INTRODUCTION

Many empirical studies have examined childhood socioeconomic status (SES) as a risk factor for cognitive impairment in later life (Brown, 2010; Cohen et al., 2010; Everson-Rose et al., 2003; Fors, Lennartsson, & Lundberg, 2009; Kaplan et al., 2001; Luo & Waite, 2005; Lyu & Burr, 2016; Singh-Manoux, Richards, & Marmot, 2005). These previous study findings suggest that poor childhood SES is associated with poor cognitive functioning in later life. Although the association between childhood SES and cognitive functioning in later life has been demonstrated empirically, few of them examined this relationship longitudinally.

According to Crosnoe and Elder (2004), the life course perspective examines the personal development of an individual from childhood to the later years in his or her life. A person's health development can also be described by examining individual factors, as well as social and historical factors (Dannefer & Kelley-Moore, 2009). As experiences in childhood have long-term effects for later life conditions, the effects of childhood conditions on later health can be framed within the life course perspective.

The long-term effect of early life exposures on later life health disparities has been examined using three models: latency model, pathways model, and accumulation model (Kuh et al., 2003). The latency model suggests that early childhood events or conditions have long-term effects on adult health outcomes, suggesting childhood conditions having independent relationships with adult health outcomes (Ben-Shlomo & Kuh, 2002; Kuh et al., 2003). The pathways model suggests that early life circumstances are connected to similar adulthood life circumstances (Graham, 2002). The accumulation model suggests that risk exposures are compounded over the life course (Cohen et al., 2010; Graham, 2002; Kuh et al., 2003).

Often, cumulative inequality is found among different race/ethnicity groups, as a result of complex stratification (Bowen, 2009; Luo & Waite, 2005; Shuey & Wilson, 2008). Shuey and Wilson (2008) found that adult education was more beneficial for health among whites than blacks. Researchers have also found that there are race/ethnicity differences in cognitive functioning (Baird, Ford, & Podell, 2007; Masel

& Peek, 2009). Baird et al. (2007) found that older black participants had lower performance on the cognition task of confrontation naming compared to white participants. In addition, Masel and Peek (2009) examined cognitive change over eight years using HRS data and found that non-Hispanic blacks had lower cognitive scores than non-Hispanic whites, but there was no difference in rates of decline.

Since studies show race/ethnicity disparities on health outcomes, including cognition, it will be informative to examine race/ethnicity differences in later life cognition. It is expected that non-Hispanic blacks will have lower cognitive functioning than non-Hispanic whites. Also, accumulation of inequalities might lead to health disparities. Therefore, the negative effect of childhood SES on cognitive function in later life is expected to be stronger for non-Hispanic blacks than non-Hispanic whites.

Therefore, the present study will examine the moderating effect of race/ethnicity to better understand the cognitive change in later life between advantaged and disadvantaged groups, adding to the research literature. Using a nationally representative longitudinal sample from the 1998 to 2010 Health and Retirement Study (HRS), a level and the rate of change in cognitive function will be examined with growth curve models.

## METHODS

### Study Sample

We used data from the Health and Retirement Study (HRS), a nationally representative longitudinal sample of respondents aged 51 and over. The HRS was a biennial longitudinal panel study of community-dwelling adults in the United States, with oversamples of African Americans and Hispanics (Servais, 2010). The HRS included information on income and wealth, work, pension plans, health insurance, disability, physical health and functioning, cognitive functioning, and health care expenditures. The childhood SES questions were included in the HRS survey since 1998. Therefore, this study used the HRS data from 1998 to 2010. We used data on household income

and parent' s education from the RAND Corporation (St. Clair et al., 2011).

In 1998, there were 21,384 respondents living in the community. Since the measure of all items for cognitive function was collected among individuals who were aged 65 and over (Ofstedal, Fisher, & Herzog, 2005), the sample was reduced to 9,829 self-respondents at baseline. After listwise deletion of respondents with missing data on the remaining variables, the final study sample included 8,847 respondents at baseline (7,710 respondents for whites, 1,137 respondents for blacks). Over the 12 years, a total of 40,009 person-wave observations were included in the analyses (35,199 observations for whites, 4,810 observations for blacks).

## Measures

### Dependent Variable

The measure of cognitive functioning was derived from a self-reported cognition questionnaire that has a minimum score of 0 and a maximum score of 35 points, high scores indicating better cognitive functioning (Ofstedal, Fisher, & Herzog, 2005). The global measure of cognitive functioning was comprised of seven items: immediate free recall, delayed free recall, serial 7s, backward counting, naming the day of the week and the date, naming two objects, and naming the current president and vice president of the United States (Ofstedal, Fisher, & Herzog, 2005). Internal consistency reliability (Cronbach' s  $\alpha$ ) at baseline was .624 for whites and .696 for blacks.

### Independent Variables

Childhood SES was measured with four retrospective items: father' s education, mother' s education, father' s occupation, and family financial well-being during childhood (Luo & Waite, 2005). Father' s education and mother' s education were examined as categorical variables (1=eight or more years of education (reference), 2=less than eight years of education, and 3=missing (Lyu & Burr, 2016). Missing cases consisted of about 15.4% of the sample for father' s education and 12.4% for



mother' s education; a substantial proportion of these missing cases were the result of one or both parents not living with the respondent during childhood (due to death or other reasons). Therefore, a dichotomous variable was used to identify this form of item non-response (Lyu & Burr, 2016). Father' s occupation was categorized based on the father' s occupation at respondent' s age 16 (1=white-collar job (reference), 2=blue-collar job, and 3=missing). Financial well-being during childhood was categorized based on the question asking the respondent to rate financial well-being from birth to age 16 (1=poor (reference), 2=about average, and 3=pretty well-off (Lyu & Burr, 2016).

Adult SES was measured using respondent' s education and household income. Education was measured based on the years of education completed at baseline. Household income was measured with the log transformed total household income because the distribution is positively skewed.

Cumulative SES was measured with a combination of childhood SES variables, respondents' education, and respondent' s household income at baseline (Luo & Waite, 2005). The childhood SES index was created based on the mean of four childhood SES variables. After the childhood SES index was created, it was dichotomized at the median (1=above median, 0=otherwise). Respondent' s education was dichotomized at the college level (1= above college education, 0=otherwise), and respondent' s household income was dichotomized at the median (1=above median, 0=otherwise) (Luo & Waite, 2005). Cumulative SES index ranged from 0 to 3 (high scores indicating more advantages) based on the combination of three dichotomized SES measures.

## Covariates

Gender was dichotomized (1=female, 0=male). Marital status was coded as (1= married (reference), 2=divorced/separated, 3=widowed, and 4=never married). Childhood health was self-reported and dichotomized (1= good/fair/poor, 0= very good/excellent). Current self-rated health was dichotomized (1=fair/poor, 0=good/very good/excellent). Disability status was measured with both limitations in Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Each ADL and IADL item was coded as 1 if respondents reported difficulty, or answered either "can' t do" or "don' t do" . The total number of difficulties was used as disability measures (ADL: range 0-6,

IADL: range 0–5). Depression was measured using 8 items from the Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) scale (Andresen, Malmgren, Carter, & Patrick, 1994). Two items (feel happy, enjoyed life) were reverse coded to be consistent with the other indicators. The total number of depressive symptoms was used as a depression measure (range 0–8). Internal consistency reliability (Cronbach's  $\alpha$ ) was .744 at baseline for the study sample. A measure of chronic health conditions was created by summing the number of major diseases for which respondents have been diagnosed (range 0–8). Smoking status was coded with a categorical variable (1=never smoked, 2=former smoker, and 3=current smoker (reference)). Drinking status was coded as categorical variable based on the number of drinks per day (1=never drinks, 2=moderate drinker (reference), and 3=heavy drinker). Moderate drinker was defined as having up to 1 drink per day for women and up to 2 drinks per day for men (USDA, 2005). Physical activity was dichotomized based on the frequency of engaging in vigorous exercise (1=one or more times a week, 0=otherwise).

### Statistical Analysis

Descriptive statistics on all variables were generated for each race/ethnicity at baseline. Race/ethnicity differences were examined using a t-test and chi-square test. Then, growth curve models for each race/ethnicity were estimated to examine the relationships among childhood SES, adult SES, and cognitive change, along with an appropriate set of covariates. Race/ethnicity differences in above associations were also statistically evaluated.

In this study, age was used as a “time” variable, and centered at the sample mean. The mean age at baseline was 75 years old. Childhood SES factors, respondent's education, cumulative SES index, childhood health, and gender variables were included in the models as time-invariant factors. All other covariates were considered to be time-varying. Time-varying continuous covariates were centered at their sample means.

The parameters were estimated with the full information maximum likelihood method using SAS PROC MIXED (9.3). Therefore, although missing data occurred over time due to sample attrition, unbalanced data were evaluated effectively in growth curve models. Both fixed effects and random effects components are presented (Singer & Willett, 2003).

## RESULTS

### Descriptive Statistics

Table 1 includes the descriptive statistics for the study sample. Whites (M=22.3, SD=5.17) had higher total cognition scores than blacks (M=17.8, SD=6.04) ( $p<.001$ ). 55.4% of whites reported that their fathers were highly educated, while 28.4% of blacks reported that their fathers were highly educated ( $p<.001$ ). In addition, 62.4% of whites reported that their mothers were highly educated, while 38.7% of blacks reported that their mothers were highly educated ( $p<.001$ ). In terms of father's occupation, 22.9% of whites, but only 5.4% of blacks reported that their fathers had a white collar occupation in childhood ( $p<.001$ ). About 32.1% of whites and 45.6% of blacks reported that their financial status during childhood was poor ( $p<.001$ ). Education ( $p<.001$ ), income ( $p<.001$ ), and cumulative SES levels ( $p<.001$ ) were lower among blacks than whites.

Table 1. Descriptive Statistics for the Study Sample at Baseline by Race/ethnicity

| Variables   | Whites<br>(N=7,710) |      | Blacks<br>(N=1,137) |      |     |
|---|---------------------|------|---------------------|------|-----|
|   | Mean<br>(%)         | S.D. | Mean<br>(%)         | S.D. |     |
| <i>Dependent Variable</i>                                 |                     |      |                     |      |     |
| Total Cognition Score (range: 0-35)                       | 22.3                | 5.17 | 17.8                | 6.04 | *** |
| <i>Independent Variable</i>                               |                     |      |                     |      |     |
| Father' s Education (High) <sup>a</sup>                   | 55.4%               |      | 28.4%               |      | *** |
| Father' s Education (Low)                                 | 31.3%               |      | 43.8%               |      |     |
| Father' s Education (Missing)                             | 13.3%               |      | 27.8%               |      |     |
| Mother' s Education (High) <sup>a</sup>                   | 62.4%               |      | 38.7%               |      | *** |
| Mother' s Education (Low)                                 | 26.8%               |      | 40.5%               |      |     |
| Mother' s Education (Missing)                             | 10.8%               |      | 20.8%               |      |     |
| Father' s Occupation (White-collar) <sup>a</sup>          | 22.9%               |      | 5.4%                |      | *** |
| Father' s Occupation (Blue-collar)                        | 65.6%               |      | 68.2%               |      |     |
| Father' s Occupation (Missing)                            | 11.5%               |      | 26.5%               |      |     |
| Financial Well-being during Childhood (Poor) <sup>a</sup> | 32.1%               |      | 45.6%               |      | *** |
| Financial Well-being during Childhood (Average)           | 61.7%               |      | 50.9%               |      |     |
| Financial Well-being during Childhood (Well-off)          | 6.2%                |      | 3.5%                |      |     |
| Respondent' s Education (in years)                        | 12.3                | 2.85 | 9.8                 | 3.83 | *** |
| Respondent' s Household Income (logged)                   | 10.2                | 0.93 | 9.5                 | 1.10 | *** |

|   |       |      |       |      |     |
|---|-------|------|-------|------|-----|
| Cumulative SES index (range: 0-3)               | 1.2   | 1.05 | 0.5   | 0.81 | *** |
| <i>Covariates</i>                               |       |      |       |      |     |
| Female  | 58.3% |      | 62.8% |      | **  |
| Marital Status (Married) <sup>a</sup>           | 62.0% |      | 41.2% |      | *** |
| Marital Status (Divorced/Separated)             | 6.0%  |      | 14.1% |      |     |
| Marital Status (Widowed)                        | 29.6% |      | 40.7% |      |     |
| Marital Status (Never Married)                  | 2.5%  |      | 4.0%  |      |     |
| Childhood Health (Good/Fair/Poor)               | 25.0% |      | 33.4% |      | *** |
| Self-rated Health (Fair/Poor)                   | 30.9% |      | 46.5% |      | *** |
| ADL (range: 0-6)                                | 0.4   | 1.00 | 0.6   | 1.27 | *** |
| IADL (range: 0-5)                               | 0.2   | 0.74 | 0.4   | 0.97 | *** |
| Depression (range: 0-8)                         | 1.5   | 1.82 | 2.1   | 2.02 | *** |
| Chronic Health Conditions (range: 0-8)          | 1.9   | 1.32 | 2.1   | 1.31 | *** |
| Smoking Status (Never Smoker)                   | 42.7% |      | 43.8% |      | **  |
| Smoking Status (Former Smoker)                  | 47.2% |      | 43.1% |      |     |
| Smoking Status (Current Smoker) <sup>a</sup>    | 10.1% |      | 13.1% |      |     |
| Drinking Status (Never Drinker)                 | 52.0% |      | 73.9% |      | *** |
| Drinking Status (Moderate Drinker) <sup>a</sup> | 40.4% |      | 20.6% |      |     |
| Drinking Status (Heavy Drinker)                 | 7.6%  |      | 5.5%  |      |     |
| Physical Activity                               | 41.0% |      | 28.2% |      | *** |

a Reference group in regression models.

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

### Growth Curve Model Results: Latency model

Table 2 includes the results from growth curve models examining the relationship between childhood SES and cognitive function in later life. The results showed that the mean cognition score at age 75 was 22.151 (p<.001) for whites, and 19.392 (p<.001) for blacks. T-statistics showed there was a race/ethnicity difference in the mean cognition score at age 75 (p<.001). The cognition score decreased with each year of age by 0.175 (p<.001) for whites, and 0.212 (p<.05) for blacks.

Respondents with missing values on father's education had lower cognition scores only among blacks (p<.01), and this association was different by race/ethnicity (p<.05). Respondents whose mothers had lower education levels had lower cognition scores for both race/ethnicity groups. Father's occupation levels and financial status during childhood were associated with cognition scores for only whites. Being financially well-off during childhood was associated with the rate of change in cognition score only among whites (p<.01).

Table 2. Growth Curve Model Estimates for Childhood SES and Total Cognition Score by Race/ethnicity

|   | Whites            | \Blacks           |
|---|-------------------|-------------------|
| <b>Fixed Effects</b>                        | Estimate (SE)     | Estimate (SE)     |
| Intercept (at Age 75)                       | 22.151 (0.190)*** | 19.392 (0.756)*** |
| Father's Education (Low)                    | -0.133 (0.115)    | -0.803 (0.381)*   |
| Father's Education (Missing)                | -0.154 (0.164)    | -1.263 (0.439)**  |
| Mother's Education (Low)                    | -0.772 (0.119)*** | -0.759 (0.354)*   |
| Mother's Education (Missing)                | -1.360 (0.170)*** | -1.356 (0.430)**  |
| Father's Occupation (Blue-collar)           | -1.037 (0.109)*** | -0.636 (0.618)    |
| Father's Occupation (Missing)               | -0.846 (0.162)*** | -0.822 (0.662)    |
| Childhood Financial Status (Average)        | -0.211 (0.095)*   | -0.076 (0.279)    |
| Childhood Financial Status (Well-off)       | -0.197 (0.193)    | -1.224 (0.766)    |
| Age   | -0.175 (0.019)*** | -0.212 (0.085)*   |
| Father's Education (Low) * Age              | 0.001 (0.017)     | 0.042 (0.049)     |
| Father's Education (Missing) * Age          | 0.035 (0.025)     | 0.066 (0.059)     |
| Mother's Education (Low) * Age              | -0.013 (0.017)    | -0.041 (0.046)    |
| Mother's Education (Missing) * Age          | -0.021 (0.025)    | -0.111 (0.057)*   |
| Father's Occupation (Blue-collar) * Age     | -0.011 (0.016)    | -0.023(0.080)     |
| Father's Occupation (Missing) * Age         | -0.018 (0.024)    | -0.002 (0.085)    |
| Childhood Financial Status (Average) * Age  | -0.027 (0.014)    | 0.017 (0.037)     |
| Childhood Financial Status (Well-off) * Age | -0.079 (0.027)**  | -0.027 (0.117)    |
| <b>Random Effects</b>                       |                   |                   |
| Between-Person Variation                    | 10.427 (0.315)*** | 16.151 (0.876)*** |
| Covariance                                  | 0.150 (0.017)***  | -0.026 (0.061)    |
| Linear Change                               | 0.002 (0.005)     | 0.000 (0.000)     |
| Within-Person Variation                     | 10.039 (0.087)*** | 11.231 (0.265)*** |
| <b>Pseudo R-square</b>                      |                   |                   |
| Level-1 (within-person)                     | .155              | .143              |
| Level-2 (between-person)                    | .136              | .084              |

Adjusted for all covariates

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01, \*\*\*p&lt;.001.

### Growth Curve Model Results: Pathways model

Table 3 includes the results from growth curve models when adult SES factors were added in the analyses. The results showed that the mean cognition score at age 75 was 21.086 ( $p<.001$ ) for whites, and 18.747 ( $p<.001$ ) for blacks. T-statistics showed there was a race/ethnicity difference in the mean cognition score at age 75 ( $p<.01$ ). The cognition scores decreased with each year of age by 0.159 ( $p<.001$ ) only among whites.

The association between father's education and cognition scores among blacks remained, but was partially mediated. In addition, the association between having missing values on father's education and cognition scores was different by race/ethnicity ( $p<.05$ ). In contrast, respondents whose mothers had lower education levels and whose fathers had lower occupation levels had lower cognition scores

only among whites. Financial status during childhood was associated with cognition scores for both race/ethnicity groups. In addition, financial status during childhood was associated with change in cognition scores only among whites. For both groups, respondent's education and household income were positively associated with cognition scores. The effect of respondent's education on cognition scores was different by race/ethnicity ( $p < .001$ ).

Table 3. Growth Curve Model Estimates for Childhood SES, Adult SES, and Total Cognition Score by Race/ethnicity

|   | Whites            | Blacks            |     |
|---|-------------------|-------------------|-----|
| <b>Fixed Effects</b>                        | Estimate (SE)     | Estimate (SE)     |     |
| Intercept (at Age 75)                       | 21.086 (0.184)*** | 18.747 (0.670)*** | **  |
| Father's Education (Low)                    | 0.112 (0.110)     | -0.583 (0.334)    |     |
| Father's Education (Missing)                | 0.210 (0.157)     | -0.794 (0.386)*   | *   |
| Mother's Education (Low)                    | -0.371 (0.114)**  | 0.117 (0.314)     |     |
| Mother's Education (Missing)                | -0.788 (0.163)*** | -0.057 (0.383)    |     |
| Father's Occupation (Blue-collar)           | -0.365 (0.106)*** | 0.636 (0.545)     |     |
| Father's Occupation (Missing)               | -0.357 (0.155)*   | 0.551 (0.584)     |     |
| Childhood Financial Status (Average)        | -0.431 (0.091)*** | -0.634 (0.246)*   |     |
| Childhood Financial Status (Well-off)       | -0.739 (0.184)*** | -1.712 (0.673)*   |     |
| Age   | -0.159 (0.018)*** | -0.145 (0.075)    |     |
| Father's Education (Low) * Age              | 0.003 (0.016)     | 0.009 (0.043)     |     |
| Father's Education (Missing) * Age          | 0.036 (0.024)     | 0.066 (0.052)     |     |
| Mother's Education (Low) * Age              | -0.005 (0.016)    | -0.018 (0.041)    |     |
| Mother's Education (Missing) * Age          | -0.020 (0.024)    | -0.106 (0.050)*   |     |
| Father's Occupation (Blue-collar) * Age     | -0.011 (0.015)    | -0.002 (0.070)    |     |
| Father's Occupation (Missing) * Age         | -0.024 (0.022)    | 0.014 (0.075)     |     |
| Childhood Financial Status (Average) * Age  | -0.031 (0.013)*   | 0.001 (0.032)     |     |
| Childhood Financial Status (Well-off) * Age | -0.073 (0.026)**  | -0.031 (0.103)    |     |
| Respondent's Education                      | 0.417(0.016)***   | 0.612(0.035)***   | *** |
| Respondent's Household Income               | 0.231(0.030)***   | 0.172(0.059)**    |     |
| <b>Random Effects</b>                       |                   |                   |     |
| Between-Person Variation                    | 9.095 (0.284)***  | 11.488 (0.677)*** |     |
| Covariance                                  | 0.148 (0.015)***  | 0.005 (0.045)     |     |
| Linear Change                               | 0.002 (0.004)     | 0.000 (0.000)     |     |
| Within-Person Variation                     | 10.063 (0.087)*** | 11.300 (0.267)*** |     |
| <b>Pseudo R-square</b>                      |                   |                   |     |
| Level-1 (within-person)                     | .153              | .138              |     |
| Level-2 (between-person)                    | .246              | .348              |     |

Adjusted for all covariates

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

#### Growth Curve Model Results: Accumulation model

Table 4 includes the results from growth curve models when cumulative SES index was used in the analyses. The results showed that the mean cognition score at age 75 was 20.575 ( $p < .001$ ) for whites, and 18.131 ( $p < .001$ ) for blacks. T-statistics showed there was a race/ethnicity difference in the mean cognition score at age 75

( $p < .001$ ). Total cognition scores decreased with each year of age by 0.202 ( $p < .001$ ) for whites, and 0.182 ( $p < .001$ ) for blacks. For both groups, respondents with better cumulative SES had higher cognition scores, and this association was different by race/ethnicity ( $p < .001$ ).

Table 4. Growth Curve Model Estimates for Cumulative SES and Total Cognition Score by Race/ethnicity

| Fixed Effects                       | Whites            | Blacks            |     |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-----|
|                                     | Estimate (SE)     | Estimate (SE)     |     |
| Intercept (at Age 75)               | 20.575 (0.149)*** | 18.131 (0.425)*** | *** |
| Cumulative SES                      | 0.827 (0.042)***  | 1.851 (0.179)***  | *** |
| Age                                 | -0.202 (0.007)*** | -0.182 (0.024)*** |     |
| Cumulative SES * Age                | 0.002 (0.006)     | 0.026 (0.024)     |     |
| <i>Socio-Demographic Factors</i>    |                   |                   |     |
| Female                              | 1.222 (0.089)***  | 1.098 (0.292)***  |     |
| Divorced/Separated                  | -0.071 (0.138)    | -0.554 (0.292)    |     |
| Widowed                             | -0.621 (0.068)*** | -1.020 (0.211)*** |     |
| Never Married                       | -0.170 (0.247)    | -1.780 (0.545)**  | *   |
| <i>Health Factors</i>               |                   |                   |     |
| Childhood Health (Good/Fair/Poor)   | -0.325(0.096)***  | -0.397 (0.278)    |     |
| Self-rated Health (Fair/Poor)       | -0.107(0.055)     | -0.173 (0.142)    |     |
| Number of ADLs                      | -0.169(0.028)***  | -0.070 (0.063)    |     |
| Number of IADLs                     | -1.297(0.032)***  | -0.926 (0.079)*** | *** |
| Number of Depressive Symptoms       | -0.014(0.014)     | 0.018 (0.036)     |     |
| Number of Chronic Health Conditions | -0.544(0.023)***  | -0.711 (0.071)*** | *   |
| <i>Health Behaviors</i>             |                   |                   |     |
| Never Smoker                        | -0.314(0.129)*    | -0.668(0.366)     |     |
| Former Smoker                       | -0.174(0.114)     | -0.459(0.292)     |     |
| Never Drinker                       | -0.541(0.056)***  | -0.097(0.180)     | *   |
| Heavy Drinker                       | 0.065(0.095)      | -0.203(0.347)     |     |
| Engaging in Physical Activity       | 0.755(0.046)***   | 0.875(0.145)***   |     |
| <b>Random Effects</b>               |                   |                   |     |
| Between-Person Variation            | 10.183 (0.312)*** | 15.088 (0.830)*** |     |
| Covariance                          | 0.152 (0.017)***  | -0.005 (0.056)    |     |
| Linear Change                       | 0.003 (0.005)     | 0.000 (0.000)     |     |
| Within-Person Variation             | 10.054 (0.087)*** | 11.244 (0.266)*** |     |
| <b>Pseudo R-square</b>              |                   |                   |     |
| Level-1 (within-person)             | .154              | .142              |     |
| Level-2 (between-person)            | .156              | .144              |     |

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

## DISCUSSION

The purpose of this study was to examine the race/ethnicity differences in the relationships between childhood SES and cognitive function among older adults using three models: latency, pathways, and accumulation. This association was examined using a nationally representative longitudinal sample from the Health and Retirement Study (HRS) over 12 years (1998 to 2010).

First, latency model was explored for each race/ethnicity group. Blacks had lower cognitive function than whites at age 75, which supports earlier research findings (Masel & Peek, 2009). In addition, the association between father's education and cognitive function at age 75 was different by race/ethnicity. For example, blacks who had missing values on father's education had lower cognition scores than whites who had missing values on father's education. In this study sample, having missing values on father's education could indicate that the respondents were fatherless. Families without fathers are likely to have less access to economic resources, are less stable in terms of residence, may live closer to environmental hazards, may go to poor quality school, and have less access to health care, which all have negative impacts on health outcomes, including cognitive well-being. More impact of family disruption on children among blacks than among whites (Burden & Klerman, 1984) could explain the race/ethnicity differences in cognitive functioning in later life.

Second, pathways model was explored by adding adult SES factors in the model. Blacks still had lower cognitive function at age 75 controlling for adult SES factors. In addition, adult SES fully mediated the effect of father's education on cognitive function only among whites. This result suggests that father's education has a lasting effect on cognitive functions among blacks independent of respondents' education or household income level. In addition, unequal return to education for blacks than for whites (Hauser, 1973) could have resulted in race/ethnicity differences in the relationship between childhood SES and cognitive functions. So, even when education differences were eliminated between blacks and whites, blacks may not have had access to the better paying jobs, yielding less advantage regarding income, wealth accumulation, residential integration, and access to health



care. Also, education of blacks may be inferior to whites in terms of quality of education and/or in terms of attending the more highly regarded colleges and universities. These demonstrate the long lasting effects of discrimination for well-being in later life, including cognitive levels and change.

Third, accumulation model was explored using cumulative SES index. Blacks had lower cognitive function at age 75 than whites. In addition, the relationship between cumulative SES and cognitive function was different by race/ethnicity. For example, compared to whites who had high cumulative SES, blacks who had high cumulative SES had higher cognitive functions. This result indicates that the impact of cumulative SES on cognitive function is stronger for blacks than whites.

There are several limitations that should be noted. First, cognitive function was measured only among self-respondents. Since proxy reports are often used for respondents who have severe cognitive impairment, there might be selection bias related to having relatively healthy individuals in the study sample. There is a chance that some potential respondents who were disadvantaged in childhood might have been excluded from the study because of poor cognitive health. Second, the childhood measures were self-reported retrospective measures. Although relatively objective measures, such as parents' education and occupation seem reliable, measures such as childhood health or financial well-being at childhood are more subjective. For example, people who grew up in the Great Depression era may subjectively believe their families were less well-off because of the general economic climate even though they were well-off compared to others. Therefore, there might be a recall bias in this measure and the accuracy of the measure is in question.

Despite these limitations, this study adds to the scientific literature in several ways. First, using a longitudinal sample from the HRS, this study examined cognition trajectories over 12 years. Using a growth curve modeling technique, this study analyzed the full sample of available respondents regardless of attrition following the baseline observation. Second, analyzing a large sample and nationally representative data, the study results are generalizable. In addition, taking advantage of this large dataset, the study was able to examine race/ethnicity differences. Therefore, interventions considering race/ethnicity differences can be designed and implemented to enhance cognitive health in later life.

## REFERENCES

- Andresen, E. M., Malmgren, J. A., Carter, W. B., & Patrick, D. L. (1994). Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *American Journal of Preventive Medicine*, 10, 77-84.
- Baird, A. D., Ford, M., & Podell, K. (2007). Ethnic differences in functional and neuropsychological test performance in older adults. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(3), 309-318. doi:10.1016/j.acn.2007.01.005
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285-293. doi:10.1093/intjepid/31.2.285
- Bowen, M. E. (2009). Childhood socioeconomic status and racial differences in disability: evidence from the Health and Retirement Study (1998-2006). *Social Science & Medicine*, 69(3), 433-441. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.06.006
- Brown, M. T. (2010). Early-life characteristics, psychiatric history, and cognition trajectories in later life. *The Gerontologist*, 50(5), 646-656. doi:10.1093/geront/gnq049
- Burden, D. S., & Klerman, L. V. (1984). Teenage parenthood: factors that lessen economic dependence. *Social Work*, 29 (1), 11-16. doi: 10.1093/sw/29.1.11
- Cohen, S., Jankcki-Deverts, D., Chen, E., & Matthews, K. A. (2010). Childhood socioeconomic status and adult health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 37-55. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05334.x
- Crimmins, E. M., Hayward, M. D., & Seeman, T. E. (2004). Race/ethnicity, socioeconomic status, and health. In N. B. Anderson, T. A. Bulatao & B. Cohen (Eds.), *Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life* (pp. 310-352). Washington, DC: National Academies Press.
- Crosnoe, R., & Elder, J. G. (2004). From childhood to the later years: pathways of human development. *Research on Aging*, 26, 623-654. doi:10.1177/0164027504268491
- Dannefer, D., & Kelly-Moore, J. (2009). Theorizing the life course: New twists in the path. pp. 389-412 in Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (eds). *Handbook of theories of aging (second edition)*, New York: Academic Press.

- Everson-Rose, S. A., Mendes de Leon, C. F., Bienias, J. L., Wilson, R. S., & Evans, D. A. (2003). Early life conditions and cognitive functioning in later life. *American Journal of Epidemiology*, 158(11), 1083–1089. doi:10.1093/aje/kwg263
- Ferraro, K. F., Shippee, T. P., & Schafer, M. H. (2009). Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging (second edition)* (pp. 413–433). New York: Academic Press.
- Fors, S., Lennartsson, C., & Lundberg, O. (2009). Childhood living conditions, socioeconomic position in adulthood, and cognition in later life: exploring the associations. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(6), 750–757. doi:10.1093/geronb/gbp029
- Graham, H. (2002). Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of life course research. *Social Science & Medicine*, 55(11), 2005–2016. doi:10.1016/s0277-953 6(01)00343-4
- Hauser, R. M. (1973). Socioeconomic background and differential returns to education. In L. C. Solmon & P. J. Taubman (Eds.), *Does college matter? Some evidence on the impacts at higher education* (pp. 129–145). New York: Academic Press.
- Hayward, M. D., Miles, T. P., Crimmins, E. M., & Yang, Y. (2000). The Significance of Socioeconomic Status in Explaining the Racial Gap in Chronic Health Conditions. *American Sociological Review*, 65(6), 910. doi:10.2307/2657519
- Herzog, A. R., & Wallace, R. B. (1997). Measures of cognitive functioning in the AHEAD Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(Special\_Issue), 37–48. doi:10.1093/geronb/52b.special\_issue.37
- Kaplan, G. A., Turrell, G., Lynch, J. W., Everson, S. A., Helkala, E., & Salonen, J. T. (2001). Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 30, 256–263. doi:10.1093/ije/30.2.256
- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(10), 778–783. doi:10.1136/jech.57.10.778
- Luo, Y., & Waite, L. J. (2005). The impact of childhood and adult SES on physical, mental, and cognitive well-being in later life. *Journal of Gerontology: Social*

- Sciences*, 60B(2), S93-S101. doi:10.1093/geronb/60.2.s93
- Lyu, J., & Burr, J. A. (2016). Socioeconomic status across the life course and cognitive function among older adults: An examination of the latency, pathways, and accumulation hypotheses. *Journal of Aging and Health*, 28(1), 40-67. doi:10.1177/0898264315585504
- Masel, M. C., & Peek, M. K. (2009). Ethnic differences in cognitive function over time. *Annals of epidemiology*, 19(11), 778-783. doi:10.1016/j.annepidem.2009.06.008
- Ofstedal, M. B., & Fisher, G. (2005). *Documentation of cognitive functioning measures in the health and retirement study*. doi:10.7826/isr-um.06.585031.001.05.0010.2005
- Robert, S. A., & Lee, K. Y. (2002). Explaining Race Differences in Health among Older Adults: The Contribution of Community Socioeconomic Context. *Research on Aging*, 24(6), 654-683. doi:10.1177/016402702237186
- Servais, M. A. (2010). *Overview of HRS public data files for cross-sectional and longitudinal analysis*. Ann Arbor: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan. Retrieved from <http://hrsonline.isr.umich.edu/sitedocs/dmgt/OverviewofHRSPublicData.pdf>. doi:10.7826/isr-um.06.585031.001.05.0023.2010
- Shuey, K. M., & Willson, A. E. (2008). Cumulative disadvantage and black-white disparities in life-course health trajectories. *Research on Aging*, 30(2), 200-225. doi:10.1177/0164027 507311151
- Singer, J. D., & Willett, J. B. (2003). *Applied longitudinal data analysis: modeling change and event occurrence*. London: Oxford University Press.
- Singh-Manoux, A., Richards, M., & Marmot, M. (2005). Socioeconomic position across the life course: how does it relate to cognitive function in mid-life? *Annals of epidemiology*, 15(8), 572-578. doi:10.1016/j.annepidem.2004.10.007
- St. Clair, P., Bugliari, D., Campbell, N., Chien, S., Hayden, O., Hurd, M., Zissimopoulos, J. (2011). *RAND HRS data documentation, version L. Labor & Population Program*, RAND Center for the Study of Aging. Retrieved from [www.rand.org/content/dam/rand/www/external/labor/aging/dataproducts/randhrsL.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/labor/aging/dataproducts/randhrsL.pdf).
- USDA. (2005). *Dietary guidelines for Americans, 2005*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

(논문투고일: 2017. 03. 21 / 심사완료일: 2017. 04. 10 / 게재확정일: 2017. 04. 12)

# 경로당 이용 노인의 건강상태와 우울 비교

## - 대도시, 중소도시, 군지역의 차이를 중심으로 -

이승희\*

### 국문요약

이 연구의 목적은 지역별 경로당 참여 노인의 건강상태와 우울 수준을 비교하여 지역별 차이를 이해하고자 하는데 있다. 본 연구의 대상은 902명의 경로당 참여 노인으로 대도시 경로당 참여 노인 270명, 중소도시 경로당 참여 노인 310명, 농촌지역 경로당 참여 노인 331명으로 구성되었다. 대도시 지역 경로당 참여 노인의 경우 다른 지역 노인에 비해 나이가 많고, 사별한 경우가 많다. 분석 결과에 의하면 대도시 지역 경로당 참여 노인은 다른 지역 경로당 참여 노인에 비해 건강상태는 열악한 반면, 우울 수준은 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과를 바탕으로 연구자는 경로당 참여 노인의 건강 관리 프로그램을 고안하는 경우 지역별 차이에 주목할 것을 제안하고자 한다.

**주요 단어:** 노인, 대도시, 농촌, 건강

---

\* 울산대학교 간호학과

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

우리나라 65세 이상 노인인구는 2000년 현재 전체 인구의 7%를 넘어 고령화사회(Ageing society)에 진입하였으며, 2018년에는 14.3%에 달해 고령사회(Aged society)에 진입할 것으로 전망하고 있다(통계청, 2011). 노인 수의 증가와 더불어 지역사회의 대표적인 노인여가시설인 경로당 수도 증가하고 있는데 1975년 3,872개소였던 경로당은 1983년 8,946개, 1992년 20,068개, 2000년 36,452개로 증가하였고, 2015년 현재 전국 64,568개인데, 이는 노인여가복지시설<sup>1)</sup> 66,292개 중 97% 이상을 차지하고 있으며 이용자는 약 260만 명으로 전체 노인인구의 약 4.8%가 이용하고 있다(보건복지부, 2016).

한 연구(오영희·정경희·이윤경, 2004)의 연구에 의하면 경로당 이용노인은 70대 이상이 60%를 넘어 주로 고령층 노인이 많으며 단순한 오락 프로그램이나 식사 프로그램이 건강관련 프로그램보다 활성화되어 있는 것으로 나타나고 있다. 노인복지시설 이용 노인들은 허약, 낙상, 요실금, 영양상태 불량, 경증 치매 등의 위험이 높은 상태이며 특히 경로당 이용노인들의 상당수가 낙상과 요실금 등의 건강문제에 취약한 것으로 나타나고 있다(김동진, 2008; 최은진(외), 2007). 건강상태가 열악한 경로당 이용노인은 실내 운동, 보건소 순회 진료 등 건강관련 활동이 활성화되기를 원하고 있어 보건소와 의료기관의 협력이 필요하다(오영희·정경희·이윤경, 2004).

보건소에서 제공하는 노인 건강관리사업의 대상은 대부분 보건소를 방문하는 노인이나 경로당 이용노인이다. 이 중 경로당 이용노인이 50% 이상을 차지하고 있고 운동에 대한 프로그램을 가장 많이 실시하고 있는 실정이다(최은진(외), 2007). 또한 맞춤형 방문건강관리사업에서도 경로당 이용노인을 대상으로 서비스를 부분적으로 제공하고 있으며 맞춤형 방문건강관리사업연보(보건복지가족부, 2010)에 따르면 취약계층 노인의 건강관리의 일환으로 경로당 집단에 기능강화, 질병예방 및 건강관리, 우울관리, 치매관리 및 인지력 증강, 실금예방, 약물관리, 낙상예방에 대한 서비스를 제공하고 있는 것으로 나타났다.

기존의 경로당은 노인들의 친목을 도모하고 여가 생활을 즐기는 장소로 활용되어 왔지만 최근 들어 급증하고 있는 노인 인구와 노인의 지위 향상 등으로 노인의 욕구가 다양해지고 있고 이를 충족시켜줄 수 있는 경로당의 역할이 요구되고 있다(구미옥

---

1) 노인여가시설은 경로당, 노인복지관, 노인교실, 노인휴양소 등을 포함한다(보건복지부, 2017).

(외), 2012). 따라서 노인의 건강을 관리하기 위해 지역사회 경로당을 활용하는 것은 건강관련 서비스의 접근성을 높일 수 있는 대책이 될 수 있으며, 특히 도시와 비교하여 상대적으로 자원이 취약한 농촌지역에 경로당이 많이 분포되어 있으므로 경로당을 활용하여 노인건강관리사업을 하는 것은 효과적인 노인건강증진사업의 중요한 성공요인이 될 수 있다(김동진, 2008).

한편 도시와 농촌 노인의 건강생활습관과 만성질환 관리를 비교한 한 연구(이지아·이에나, 2012)에 의하면 도시노인은 농촌노인보다 주관적 건강수준이 낮고, 운동빈도가 낮은 반면 건강서비스 접근성은 농촌노인보다 좋고 행정적인 건강서비스 인프라가 풍부하여 건강관리는 더 잘한다고 나타난 바 있다. 또 다른 연구에 의하면(김연숙·전화연·김창희·황성호, 2012) 도시 저소득층 노인과 농촌 저소득층 노인은 우울과 삶의 질에 있어서 차이를 보이는데 도시노인이 농촌노인보다 우울정도가 더 심하고 삶의 질도 낮은 것으로 나타났다. 지역별 노인의 특성은 간호사가 노인의 건강관리를 위한 간호중재 프로그램을 계획하고 간호서비스를 제공하는데 중요하게 고려해야 할 변수이다(이지아·이에나, 2012). 그러므로 경로당 이용노인을 위한 건강관리 프로그램을 기획할 때에도 간호사는 지역별 경로당 이용노인의 인구학적 특성 및 건강관련 특성을 파악한 후 접근할 필요가 있다.

하지만 지금까지 수행된 경로당 이용노인에 대한 연구는 경로당 노인 건강증진 프로그램의 효과를 검증한 연구(구미옥(외), 2012)나 일부지역의 경로당 이용노인을 대상으로 영양, 건강상태, 삶의 질, 건강행위 등을 확인한 연구(전해정·박인혜, 2008; 강남이·추수경·유장학·이승훈, 2009; 김동진, 2008; 신유선·김은하, 2009)가 대부분이었고 지역별로 구분하여 경로당 이용노인의 건강을 분석한 연구는 부족한 실정이다. 본 연구에서는 이점에 주목하여 지역을 대도시, 중소도시, 군지역으로 구분한 후 각 지역별로 경로당 이용노인을 대상으로 건강상태와 우울정도를 비교 분석하고자 하였다. 구체적인 연구목적은 첫째, 연구대상의 일반적 특성을 비교하고, 둘째, 지역별 경로당 이용노인의 건강상태와 우울정도를 비교분석하는 것이다. 본 연구의 결과는 향후 경로당 노인건강증진사업을 지역 사회의 특성에 부합하도록 개발하는 기초자료로 활용될 수 있을 것이다. 본 연구의 구성은 다음과 같다. II장에서는 연구방법과 자료의 특성을 기술한다. III장에서는 다변수 분석을 통해 건강상태와 우울에 영향을 주는 요인을 분석한다. IV장에서는 분석 결과가 갖는 함의를 기술하고, 본 연구의 활용방안과 한계를 기술한다.

## II. 연구방법

본 연구의 대상은 대도시, 중소도시, 군지역에 위치한 경로당을 이용하는 65세 이상의 노인이다. 연구 장소는 대도시의 경우 서울시 K구의 경로당 5곳과 J구에 소재하는 경로당 4곳이었으며, 중소도시의 경우 경기도 G시의 경로당 3곳, A시의 경로당 4곳이었고, 강원도 W시의 경로당 3곳이었다. 군지역의 경우 강원도 HS군의 경로당 2곳, HW군의 경로당 3곳, 충남 S군의 경로당 3곳, 전라북도 J군의 경로당 4곳에서 이루어졌다. 대상자 선정기준은 경로당을 이용하는 65세 이상의 의사소통이 가능한 노인으로 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 노인으로 하였다. 총 902명의 대상자가 연구 설문지에 응답하였으며 대상자 수의 적절성을 확인하기 위해 유의수준 .05, 검정력 80%, 효과크기는  $\chi^2$ -test의 보통정도 수준인 .30으로 하여 G power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2009)를 사용하여 계산한 결과 159명이 산출되어 본 연구의 대상자 수 902명은 충분한 것으로 판단된다.

본 연구는 H대학의 생명윤리심의위원회의 연구계획서 심의를 거쳐 수행되었다. 본 연구를 위한 자료수집은 2011년 7월 20일부터 8월 31일까지 40일간 이루어졌다. 연구자와 조사원이 전반적인 연구목적과 내용을 설명하였으며, 연구 참여여부는 강제적인 것이 아니라 자발적인 것이며 익명과 비밀이 보장됨을 설명하였다. 설문지와 함께 배부된 연구참여 동의서에도 연구의 목적과 내용, 수집된 정보는 연구 목적으로만 사용되며 모든 자료는 무기명으로 처리될 것이며 설문작성 도중에 언제라도 중단을 결정할 수 있고 이로 인하여 어떠한 불이익도 받지 않을 것이라는 내용을 포함하였다. 대상자가 연구참여를 허락한 경우 서면동의를 받고 대상자에게 조사원이 설문지를 한 문항씩 읽어주고 대상자가 충분히 이해를 했는지 확인한 후 응답을 기입하는 식으로 진행하였다. 조사원은 해당 지역 보건소의 방문간호사와 훈련받은 연구보조원을 활용하였다. 설문지 작성시간은 약 15분정도 소요되었다.

본 연구의 도구는 방문건강관리사업에서 65세 이상 노인을 대상으로 사용하고 있는 건강면접조사 도구와 19세 이상 등록가구를 대상으로 사용하는 도구(보건복지부, 2011)중 건강상태, 우울측정 도구를 이용하였다. 본 연구의 주요 변수인 건강상태와 우울 측정 도구는 다음과 같다.

건강상태는 주관적 건강상태와 기초 건강상태로 나누어 측정하였다. 주관적 건강상태는 자신이 생각하는 건강상태를 좋다, 보통이다, 나쁘다 중 선택하도록 하였다. 기초 건강상태는 방문건강관리사업의 65세 이상 노인 대상 건강면접조사표의 기초측



정표를 이용하였다(보건복지부, 2011). 하부 항목은 일상생활수행능력 5문항, 운동기능 5문항, 영양 2문항, 구강기능 3문항, 인지기능 5문항, 우울 5문항, 감각기능(시각 및 청각) 2문항, 질환보유 유무 1문항으로 구성되어 있으며, ‘예’ 라고 응답한 경우 1점, ‘아니오’ 라고 응답한 경우 0점으로 처리하여 합산하였다. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 16, 19번 문항은 역코딩하였다. 각 27문항 1점씩과 하나 이상의 질환보유 시 2점으로 총 29점 만점이고 점수가 높을수록 건강상태에 제한이 많은 것을 의미한다. 본 도구는 총점이 0~3점일 경우 건강노인군, 4~11점은 고위험허약노인군, 12점 이상은 허약노인군으로 분류한다. 본 연구에서 도구의 신뢰계수 Kuder-Richardson 20(KR 20)=.804로 나타났다. 본 연구에서는 종속변수로 기초건강상태를 활용하였다.

우울 도구는 Sheikh와 Yesavage(1986)에 의해 개발된 단축형 노인우울척도(Geriatric Depression Scale Short Form-GDS SF)를 우리말로 번안한 것을 사용하였다. 이 척도는 기백석(1996)에 의해 한국판 단축형 노인우울척도(GDS SF-K)로 표준화되었다. 이 도구는 15개 문항으로 구성되어 있으며, 질문에 대해 ‘예’는 1점, ‘아니오’는 0점을 주었고 부정적인 문항인 1번, 5번, 7번, 11번, 13번 문항은 역으로 환산하였다. 가능한 총점은 0~15점으로, 점수가 높을수록 우울의 정도가 높은 것을 의미한다. 총점 0~4점은 정상, 5~9점은 경증우울, 10~15점은 중증우울로 간주되며 본 연구에서의 신뢰계수 Kuder-Richardson 20(KR 20)=.803였다.

본 연구에서 건강상태와 우울에 영향을 주는 요인을 분석하기 위해 활용된 변수는 다음과 같다.

<표 1> 분석에 포함된 변수

| 구분    | 변수     | 내용   |
|-------|--------|--|
| 종속 변수 | 건강상태   | · 방문건강관리사업 기초건강 조사 설문(27문항 + 질병 1문항)<br>· 연속변수 |
|       | 우울     | · 단축형 노인우울 척도<br>· 연속변수                        |
| 독립 변수 | 연령     | · 연속변수   |
|       | 혼인상태   | · 더미변수(0: 무배우자, 1: 유배우자)                       |
|       | 교육수준   | · 더미변수(0: 무학, 1: 초등입학 이상)                      |
|       | 경제상태   | · 더미변수(0: 기초수급 또는 차상위 계층 1: 차상위 초과)            |
|       | 주관적 건강 | · 연속변수(1: 매우 나쁨 - 5: 매우 좋음)                    |
|       | 질병 수   | · 주요 질환 수(0-6개)                                |
|       | 흡연여부   | · 더미변수(0: 현재 비흡연, 1: 현재 흡연)                    |
|       | 음주여부   | · 더미변수(0: 현재 비음주, 1: 현재 음주)                    |
|       | 지역     | · 더미변수(0: 대도시, 1: 중소도시, 1: 농촌지역)               |

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 살펴보면 <표 2>와 같다. 첫째, 본 연구의 대상자의 평균 연령은 78.76세로 나타났다. 지역별로 나이가 차이를 보이는데, 대도시는 80.37세, 중소도시는 77.64세, 농촌지역 78.47세로 나타났다. 이는 대도시 지역 노인이 나이가 더 많다고 보아는 중소도시나 농촌지역의 경우 나이가 어린 노인이 경로당에 다니기 때문으로 보인다. 참고로 표본 중 가장 젊은 노인의 경우 대도시는 66세인 반면, 중소도시는 66세, 농촌은 64세로 나타났다.

둘째, 교육수준도 지역에 따라 차이를 보이는데, 무학의 경우 대도시는 69.6%인 반면, 중소도시는 47.2%, 농촌지역은 63.4%로 나타났다. 농촌지역이 대도시에 비해 무학 비율이 낮다는 점은 일반적인 상식과는 다른 점인데, 이는 노인 전반의 특징이라기보다는 경로당에 나오는 노인의 특성이 반영된 것으로 볼 수 있다. 즉 대도시의 경우 노인들이 여가활동을 할 수 있는 다른 시설이나 기관이 많기 때문에 교육수준이 높은 경우는 이를 활용하는 반면, 중소도시나 농촌의 경우는 경로당 이외 대안적 시설이 많지 않기 때문에 교육수준이 높은 노인도 경로당에 참여하는 것으로 추측할 수 있다.

셋째, 혼인상태와 경제상태를 살펴보면 지역에 따라 차이를 보이는데, 배우자가 있는 비율은 대도시가 가장 낮고, 농촌지역이 가장 높게 나타났다. 빈곤층을 의미하는 기초생활보장수급자 비율의 경우 농촌지역이 다른 지역에 비해 높은 것으로 확인되고 있다.

넷째, 건강관련 변수를 살펴보면 주관적 건강상태의 경우는 지역에 따라 유의미한 차이가 없지만 진단 받은 질병 수의 경우는 대도시 지역의 노인이 가장 많고, 중소도시 지역 노인들이 가장 적은 것으로 나타났다. 흡연의 경우 대도시에서 흡연하는 노인의 비율이 가장 높았고 농촌지역에서 가장 낮게 나타났으며, 음주를 현재 한다는 응답은 중소도시 노인에게서 가장 높게 나타났으며, 대도시 노인에게서 가장 낮게 나타났다.

<표 2> 지역별 표본의 일반적 특성

(N=902)

| 구 분      | 총계<br>(n=902)<br>n(%) | 대도시<br>(n=270)<br>n(%) | 중소도시<br>(n=301)<br>n(%) | 농촌지역<br>(n=331)<br>n(%) |     |
|----------|-----------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-----|
| 평균 나이    | 78.76(5.88)           | 80.37(4.66)            | 77.64(6.86)             | 78.47(5.54)             | *** |
| 교육수준     |                       |                        |                         |                         | *** |
| 무학       | 540(59.9)             | 188(69.6)              | 142(47.2)               | 210(63.4)               |     |
| 초등       | 222(24.6)             | 35(13.0)               | 93(30.9)                | 94(28.4)                |     |
| 중등       | 79(8.8)               | 26(9.6)                | 38(12.6)                | 15(4.5)                 |     |
| 고등이상     | 61(6.7)               | 21(7.8)                | 28(9.3)                 | 12(3.6)                 |     |
| 혼인상태     |                       |                        |                         |                         | *   |
| 유배우자     | 323(35.8)             | 75(27.8)               | 113(37.5)               | 135(40.8)               |     |
| 사별       | 565(62.6)             | 190(70.4)              | 182(60.5)               | 193(58.3)               |     |
| 미혼/이혼    | 14(1.6)               | 5(1.9)                 | 6(2.0)                  | 3(0.9)                  |     |
| 경제적 상태   |                       |                        |                         |                         | *   |
| 기초생활수급   | 125(13.9)             | 24(8.9)                | 37(12.3)                | 64(19.3)                |     |
| 차상위계층    | 121(13.4)             | 27(10.0)               | 65(21.6)                | 29(8.8)                 |     |
| 기타       | 656(72.7)             | 219(81.1)              | 199(66.1)               | 238(71.9)               |     |
| 종교       |                       |                        |                         |                         | *** |
| 불교       | 246(27.3)             | 56(20.7)               | 98(32.6)                | 92(27.3)                |     |
| 개신교      | 253(28.0)             | 104(38.5)              | 78(25.9)                | 71(21.5)                |     |
| 기독교      | 83(9.2)               | 25(9.3)                | 37(12.3)                | 21(6.3)                 |     |
| 무교       | 320(35.5)             | 85(31.5)               | 88(29.2)                | 147(44.4)               |     |
| 주관적 건강상태 | 2.94(.83)             | 2.97(.76)              | 2.93(.87)               | 2.93(.87)               |     |
| 질병 수     | 1.93(1.11)            | 2.23(1.12)             | 1.75(1.14)              | 1.85(1.04)              | *** |
| 흡연       |                       |                        |                         |                         | *** |
| 안 한다     | 635(70.4)             | 151(55.9)              | 225(74.8)               | 259(78.2)               |     |
| 과거 흡연    | 171(19.0)             | 87(32.2)               | 43(14.3)                | 41(12.4)                |     |
| 현재 흡연    | 96(10.6)              | 32(11.9)               | 33(11.0)                | 31(9.4)                 |     |
| 음주       |                       |                        |                         |                         | **  |
| 안 한다     | 195(21.6)             | 64(23.7)               | 67(22.3)                | 64(19.3)                |     |
| 과거 음주    | 215(23.8)             | 82(30.4)               | 57(18.9)                | 76(23.0)                |     |
| 현재 음주    | 492(54.5)             | 124(45.9)              | 177(58.8)               | 191(57.7)               |     |

## 2. 지역별 경로당 이용 노인의 건강상태와 우울 수준 비교

대도시, 중소도시, 군 지역에 따른 경로당 이용 노인의 기초 건강상태와 우울증상의 차이는 <표 3>과 같다. 건강수준의 경우 대도시 경로당 노인이 다른 지역 경로당 노인에 비해 열악한 것으로 나타났으며, 우울 역시 대도시 경로당 노인이 다른 지역 노인에 비해 높은 수준을 기록하고 있다.

<표 3> 건강수준과 우울증상: 지역별 차이

| 항 목   | 합계          | 대도시         | 중소도시       | 농촌         |     |
|-------|-------------|-------------|------------|------------|-----|
|       | 평균(SD)      | 평균(SD)      | 평균(SD)     | 평균(SD)     |     |
| 건강수준  | 10.07(5.37) | 13.46(4.34) | 8.98(5.89) | 8.31(4.28) | *** |
| 우울 증상 | 5.86(2.80)  | 6.08(3.79)  | 5.92(4.02) | 5.65(3.59) |     |

이러한 결과를 토대로 대도시 노인이 다른 지역 노인에 비해 기초 건강이나 정신 건강 두 측면에서 열악한 것으로 해석하는 것은 무리가 있다. 앞서 인구 사회적 특징을 고려해 보면 대도시의 경우 다른 지역에 비해 나이가 많고 건강상태도 열악한 노인들이 주로 경로당을 이용하는 것으로 해석할 수 있을 것이다. 다만 이러한 결과는 다양한 요인을 통제하지 않은 상태에서 얻은 결과라는 점에서 다변수 분석을 통해 다시 한 번 확인하는 것이 필요하다.

### 3. 주요 변수간 상관관계

본 연구의 주요 변수가 상관관계는 <표 4>와 같다. 건강상태의 경우 인구사회적 변수 중 우울, 나이, 혼인상태, 교육수준 등과 유의미한 관계를 보이고 있으며, 우울의 경우 건강상태, 나이, 혼인상태와 더불어 경제상태와도 유의미한 관계를 보이는 것으로 나타났다. 즉 나이가 많을수록, 배우자가 없는 경우, 교육수준이 낮은 경우 건강상태가 나쁘고, 우울 수준도 높은 것으로 나타났다.

〈표 4〉 주요 변수간 상관관계

|          | (1)         | (2)         | (3)         | (4)         | (5)         | (6)        | (7)         | (8)         | (9)         | (10)        | (11)        | (12)        | (13)        | (14) |
|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------|
| 건강상태(1)  | 1.00        |             |             |             |             |            |             |             |             |             |             |             |             |      |
| 우울증상(2)  | .57<br>***  | 1.00        |             |             |             |            |             |             |             |             |             |             |             |      |
| 나이(3)    | .35<br>***  | .12<br>***  | 1.00        |             |             |            |             |             |             |             |             |             |             |      |
| 혼인상태(4)  | -.25<br>*** | -.14<br>*** | -.24<br>*** | 1.00        |             |            |             |             |             |             |             |             |             |      |
| 교육수준(5)  | -.33<br>*** | -.20<br>*** | -.24<br>*** | .36<br>***  | 1.00        |            |             |             |             |             |             |             |             |      |
| 경제상태(6)  | .01         | -.13<br>*** | .04         | .09<br>**   | -.01        | 1.00       |             |             |             |             |             |             |             |      |
| 주관적건강(7) | -.35<br>*** | -.40<br>*** | -.01        | .11<br>***  | .17<br>***  | .11<br>*** | 1.00        |             |             |             |             |             |             |      |
| 종교유무(8)  | .02         | -.03        | .07<br>*    | .04         | .08<br>*    | -.03       | .01         | 1.00        |             |             |             |             |             |      |
| 차별 수(9)  | .26<br>***  | .19<br>***  | .04         | -.14<br>*** | .22<br>***  | .03        | -.35<br>*** | .13         | 1.00        |             |             |             |             |      |
| 혈연유무(10) | .00         | .09<br>**   | -.02        | .03         | .00         | -.03       | .01         | -.06        | -.04        | 1.00        |             |             |             |      |
| 음주유무(11) | .01         | .03         | -.02        | -.12<br>*** | -.13<br>*** | .09<br>**  | -.05        | .05         | .06         | -.12<br>*** | 1.00        |             |             |      |
| 대도시(12)  | .41<br>***  | .04         | .18<br>***  | -.11<br>*** | -.13<br>*** | .12<br>*** | .02         | .06         | .17<br>***  | .03         | -.11<br>*** | 1.00        |             |      |
| 중소도시(13) | -.14<br>*** | .01         | -.14<br>*** | .03         | .18<br>***  | -.11<br>** | -.01        | .08<br>*    | -.11<br>*** | .01         | .06         | -.46<br>*** | 1.00        |      |
| 농촌지역(14) | -.25<br>*** | -.04        | -.04        | .08<br>*    | -.06        | -.01       | -.01        | -.13<br>*** | -.06        | -.03        | .05         | -.50<br>*** | -.54<br>*** | 1.00 |

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

#### 4. 건강상태와 우울에 영향을 주는 요인들

다변수 분석을 통해 건강상태와 우울에 영향을 주는 요인을 분석한 결과는 <표 5>와 같다. 다변수 분석은 건강상태를 종속변수로 한 것과 우울수준을 종속변수로 한 것 두 가지로 나누어 진행되었다.

<표 5> 경로당 참여 노인의 건강상태와 우울영향 요인: 다변수 분석

| 구 분       | 건강상태<br>b(S,E)     | 우울<br>b(S,E)         |
|-----------|--------------------|----------------------|
| 나이        | .18(.03) ***       | -.04(.02) *          |
| 혼인상태      | -.35(.27)          | -.03(.23)            |
| 교육수준      | -.13(.28) ***      | .00(.23)             |
| 경제상태      | .64(.28) *         | -.85(.23) ***        |
| 주관적 건강 수준 | -.92(.17) ***      | -.75(.12) ***        |
| 종교여부      | .36(.26)           | -.29(.21)            |
| 질병 수      | .10(.12)           | .06(.10)             |
| 흡연여부      | -.67(.35)          | 1.16(.31) ***        |
| 음주여부      | -.00(.24)          | .12(.20)             |
| 건강상태      |                    | .43(.02) ***         |
| 우울        | .64(.04) ***       |                      |
| 중소도시      | -3.38(.34) ***     | 1.50(.27) ***        |
| 농촌지역      | -4.30(.29) ***     | 1.57(.29) ***        |
| 상수        | -3.01(1.96)        | 6.05(1.50) ***       |
|           | F=105.21<br>R2=.58 | F=61.74***<br>R2=.43 |

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

주요 분석 결과는 다음과 같다.

첫째, 인구 사회적 요인 중 나이, 경제상태 등이 건강상태와 우울 모두에 영향을 주는 것으로 나타났다. 두 요인 모두 건강상태와는 정적 관계를, 우울과는 부적 관계를 보여 그 영향이 상반된 것으로 나타났다. 즉 나이가 들수록, 건강상태는 나빠지지만 우울정도는 약화되는 것으로 나타나고 있으며 빈곤집단은 비빈곤집단에 비해 건강상태는 좋은 반면, 우울 수준은 낮다.

둘째, 건강관련 요인의 경우 주관적 건강상태와 우울 모두 부적 관계를 보여 주관적으로 건강상태가 양호하다고 생각할수록 우울이나 건강상태는 양호하는 것으로 나타났다. 흡연의 경우 우울과 정적 관계를 보여 비흡연자에 비해 흡연자의 우울 수준이 더 높은 것으로 나타났다.

셋째, 건강상태와 우울수준의 지역별 차이를 살펴보면, 건강상태의 경우 기준 변수인 대도시 경로당 참여 노인에 비해 중소도시 및 농촌지역 경로당 참여 노인이 더 양호한 것으로 나타났으며 우울의 경우 대도시 경로당 참여노인이 중소도시 및 농촌지역 경로당 참여 노인에 비해 더 낮은 것으로 나타났다.

중소도시나 농촌지역 노인의 경우 경로당 참여 노인의 경우도 농사일이나 기타 주변 사회활동에 다양하게 참여하는 반면, 대도시 경로당 참여 노인은 다양한 활동에 참여할 기회가 적다. 본 연구에서 나타난 지역별 차이는 이러한 환경의 차이를 반영하는 것으로 보인다. 우울 증상의 경우 대도시 노인에 비해 경로당 참여 노인이 독거 등 우울에 취약한 환경 때문으로 보인다.

#### IV. 결론 및 제언

본 연구는 대도시, 중소도시, 군 지역의 경로당 이용 노인의 건강상태와 우울을 파악하여 지역사회 노인의 건강관리를 위한 효과적인 간호학적 중재방안 마련에 필요한 기초자료로 활용하고자 시행되었다. 연구 결과 경로당 이용 노인은 중기·후기 고령자가 다수였고, 고위험 허약노인군/허약노인군이 많았다. 특히 대도시 경로당 이용노인이 중소도시와 군 지역의 경로당 이용 노인보다 배우자와 사별한 비율이 높고, 또한 중소도시나 군 지역보다 만성질환을 가지고 있는 경우가 많았다. 경로당 이용 노인은 전반적으로 우울 수준이 높았고 지역별은 유의한 차이는 보이지 않았다.

본 연구는 지역별 경로당 이용노인의 건강상태와 우울수준을 비교 분석한 결과 대도시 노인의 경우 건강상태가 다른 지역 경로당 참여 노인에 비해 열악한 반면, 우울수준은 낮은 것으로 확인되었다. 본 연구는 이러한 결과를 바탕으로 경로당 노인을 위한 건강관리 프로그램을 기획할 때 지역별 특성을 고려할 필요가 있음을 도출한 점에서 의미가 있다.

이를 토대로 다음과 같이 제언한다.

대도시 보건소의 방문건강관리 사업은 중소도시, 군 지역에 비해 인력이 부족하여 주로 취약계층 가정 방문 위주로 사업을 제공하여 경로당과 같은 사각지대가 발생하였다고 사료된다. 따라서 지역사회 요구에 따른 대도시 보건소의 방문건강관리 인력 확보가 필요하다. 그리고 지역사회 노인의 건강증진을 위해서 경로당은 주목해야 할 집단이고, 경로당을 맞춤형방문건강관리사업의 1, 2순위 대상군에 포함하는 등의 경로

당을 대상으로 한 보건소의 적극적인 개입이 필요하다. 또한 지역별 경로당 이용 노인의 특성을 반영한 전략이 필요하고 특히 대도시의 경로당 이용 노인에 대한 집중적인 관심과 전략이 필요하다. 대도시 경로당 이용노인을 대상으로 건강관리 프로그램을 계획할 때 걷기 등의 운동 프로그램 강화와 노인의 결식율을 고려한 배식 서비스나 무료식권제공 등의 복지서비스가 필요하다.



## 참고문헌

- 강남이 · 추수경 · 유장학 · 이승훈. (2009). rud로당 노인의 식습관 및 영양지식과 신체 건강기능수준에 관한 연구. **한국식생활문화학회**, 24, 778-783.
- 강은정(외). (2005). EQ-5D를 이용한 건강수준에 대한 가치평가에 관한 연구. 한국보건사회연구원
- 강현욱 · 박경민. (2012). 도시와 농촌 노인의 우울에 미치는 영향요인 비교, **한국노년학**, 32(1), 129-143.
- 구미옥(외). (2012). 노인 건강지도자 양성 전략을 적용한 경로당 노인 건강증진 프로그램 효과검증. **대한간호학회지**, 42(1), 125-135.
- 기백석. (1996). 한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구. **신경정신의학**, 35(2), 298-307.
- 김동진. (2008). 일부 지역 경로당 이용자의 건강상태 및 삶의 질 측정. **보건복지포럼**, 135(1), 57-69.
- 김연숙 · 전화연 · 김창희 · 황성호 (2012). 도시와 농촌 저소득층 노인의 우울과 삶의 질 비교. **한국생활환경학회지**, 19(1), 42-50.
- 김정숙 · 정인숙. (2002). 일부 농촌지역 노인의 건강상태 관련요인 분석. **농촌사회**, 12(2), 29-49.
- 남해성. (2007). EQ-5D 건강상태에 대한 한국인 질 가중치 산출. 질병관리본부.
- 박승미 · 박연환. (2010). 재가 노인의 신체활동 예측요인- 도시노인과 시골노인의 차이-. **대한간호학회지**, 40(2), 191-201.
- 박연환 · 서은영. (2007). 노인의 영양위험, 우울, 지각된 건강상태. **대한간호학회지**, 37(6), 941-948.
- 박지은 · 김정남 · 권은희. (2010). 자원봉사 연계 유무에 따른 방문보건 노인대상자의 건강상태, 삶의 질 및 맞춤형 방문건강관리서비스의 만족도. **지역사회간호학회지**, 21(4), 448-457.
- 보건복지가족부. (2010). 보도자료-의료기관 방문 2008. 보건복지가족부.
- 보건복지부 (2012). 한국건강통계 2011: 한국건강영양조사(KNHANES V-2). <http://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/index.do>
- 보건복지부 (2016). e-나라지표: 노인복지시설현황. [http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO\\_STTS\\_IdxMain.jsp?idx\\_cd=2766](http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=2766)

- 보건복지부. (2011). 의료기관방문에 대한 가이드. 보건복지부.
- 신유선 · 김은하. (2009). 경로당 이용노인의 노화에 대한 불안감, 지각된 건강상태와 건강증진 행위실천. **지역사회간호학회지**, 20(2), 179-188.
- 오영희 · 정경희 · 이윤경. (2004). 경로당 실태 및 지원방향 연구. 한국보건사회연구원 · 보건복지부
- 원종순 · 김계하. (2008). 방문간호 대상 노인의 인지기능, 우울 및 생활만족도 평가. **대한간호학회지**, 38(1), 1-10.
- 이지아 · 이에나. (2012). 도시와 농촌노인의 건강생활습관과 만성질환관리 실태비교. **재활간호학회지**, 15(2), 100-108.
- 전해정 · 박인혜. (2008). 경로당 이용 노인의 주관적 건강상태, 건강관심도 및 건강행위간의 관계. **간호와 보건연구**, 13(1), 23-36.
- 주애란, 박인혜, 최인희, 류현숙, 김윤경, 강서영. (2007). 일 지역 경로당 이용 노인의 건강관심도, 건강행위 및 영향 요인. **기본간호학회지**, 14(4), 500-506.
- 최은진 (외). (2007). 노인복지관련 시설을 활용한 노인 건강증진사업의 모형개발에 관한 연구 (2007). 한국보건사회연구원.
- 통계청. (2011). 2010 고령자 통계. <http://Kostat.go.kr/>
- 형희경 · 장효순. (2011). 맞춤형 방문건강관리사업 노인대상자의 고혈압군, 당뇨병군, 고혈압,당뇨군별 건강상태 및 건강행태 비교. **지역사회간호학회지**, 22(1), 11-21.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavioral Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Rabin, R., & de Charro, F. (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals Medicine*, 33, 337-343.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). New York: The Harwoth Press.

# Comparison of Health Status and Depression of the Elderly in Senior Center by Region: Focus on Metropolitan Areas, Medium Sized and Small City Areas, and Rural Areas

Lee, Seung Hee  
(Ulsan University)

## Abstract

The purpose of this study was to compare health status and depression of the elderly in senior center by region, in order to increase understanding regional differences. The subjects of this study were 902 older adults in senior centers in communities (270 from metropolitan areas, 301 from medium sized and small city areas, and 331 from rural areas). Older adults in metropolitan areas were statistically significantly older and widowed compared with those in other areas. According to the analysis, the elderly in metropolitan area showed worse health status than those in medium size city and rural area and lower level of depressive symptom than those in medium size city and rural area. Based on the results the author suggested that nurses should consider regional difference when designing health promotion program for the elderly in senior center.

**key words:** Older adults, Urban, Rural, Health

(논문투고일: 2017. 03. 10 / 심사완료일: 2017. 04. 05 / 게재확정일: 2017. 04. 08)

# 사회관계망과 삶의 만족: 자녀, 배우자의존에 따른 차이

김 영 범\*

국문초록

본 연구는 노인이 맺는 사회관계의 속성이 대상에 따라 상이하다는 이론에 기반 하여, 노인의 자녀와 배우자와의 관계에 따라 노인이 느끼는 주관적 삶 만족에 어떤 차이가 있는지 분석하는 것이 목적이다. 본 연구는 충청지역 65세 이상 노인을 대상으로 조사한 자료를 이용하여 노인의 사회관계를 가족관계를 중심으로 분류한 후 가족관계 유형에 따라 삶의 만족에 차이가 있는지 분석하였다. 분석결과는 다음과 같다. 첫째, 배우자와 자녀로 구성되는 가족이 노인의 가장 중요한 사회관계라는 점은 분명하지만 가족과 유의미한 관계를 유지하지 못하는 노인들이 예상보다 많다는 점을 확인할 수 있었다. 둘째, 다른 조건이 일정할 경우 자녀의존 여부는 삶의 만족에 영향을 주지 못하는 반면 배우자의존 여부는 삶의 만족에 정적 영향을 주는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 자녀와의 관계가 자발성보다는 규범성에 기초할 뿐만 아니라 가치나 규범 역시 차이를 보이기 때문에 지원교환에 대한 기대를 충족시키기 모하기 때문으로 보인다. 셋째, 노인들은 가족에게 대한 의존 여부보다는 비교적 양호한 사회경제적, 인구학적 특성을 유지하는 것이 삶의 만족에 더 큰 영향을 주는 것으로 나타났다.

주제어: 사회관계, 삶의 만족도, 노인, 배우자, 자녀

---

\* 한림대학교 고령사회연구소, twoponej@gmail.com

## I. 서론

우리나라뿐만 아니라 세계 어느 곳에서도 가족은 노인의 가장 중요한 사회관계를 구성한다. 노인은 경제적 어려움이 있을 때, 고민이 있을 때, 그리고 잡다한 일상생활의 문제를 해결할 때 누구보다도 가족에게 의존한다. 우리나라의 경우는 가족 구성원 중에서도 특히 자녀를 중요시 해 왔는데, 노인은 일상이 다양한 문제에 대해 누구보다도 자녀에게 먼저 의존해왔다. 자녀가 노인의 삶에 갖는 중요성으로 인해 노인의 사회관계를 분석하거나 연구하는 경우 주로 자녀와의 관계에만 주목해 왔다. 따라서 노인의 가족을 구성하는 또 다른 축인 배우자에게는 상대적으로 큰 관심을 기울이지 않았다.

노인이 누구와 관계를 맺고 있는가, 또 누구에게 의존하고 있는가를 분석하는 노인의 사회관계에 대한 연구는 다양하게 이루어져 왔다. 한국의 노인들을 대상으로 한 연구의 경우 가족을 중심으로 구성된 사회관계가 지배적이며, 다른 누구보다도 가족으로부터 많은 도움을 받는 것으로 분석되고 있다(성규탁, 1990; 최정아·서병숙, 1992; 박경숙, 2000). 해외의 연구도 한국의 경우와 유사하게 노인의 사회관계는 그 대상이 누구인지, 또 얼마나 자주 사회관계의 대상들과 접촉하는지, 사회관계로부터 어떠한 도움을 받는지 등을 분석하고 있다(Kaufman, 1990; Litwin 1995, 1996(ed.); Wenger, 1989, 1994, 1997).

노인의 사회관계는 삶의 만족에도 영향을 주는데, 사회관계의 구조나 속성, 기능 등에 따라 삶의 만족이 차이가 나는 것으로 알려져 있다(Antonucci, 1985; Litwin, 2001; Arling, 1976; Lar, 1978; Mutran & Reitzes, 1984). 사회관계의 성격과 삶의 만족의 관계를 분석하는 연구의 경우 노인의 사회관계를 관계의 지속이 자신의 의지에 따라 결정되는 관계, 즉 자발성에 기초한 관계와 자신의 의지와 무관한 가치나 규범에 기초한 관계로 구분한 후 자발성에 기초한 관계는 삶의 만족에 정적 영향을 주지만 가치나 규범성에 기반 한 관계는 삶의 만족과 정적 영향을 주는 것은 아니라고 주장한다.

본 연구는 노인이 맺는 사회관계에 따라 삶의 만족이 상이하다는 선행 연구의 주장에 주목하여, 핵심적 사회관계로 배우자와 자녀를 선택했는가에 따라 노인이 느끼는 주관적 삶의 만족에 차이가 있는지 분석하고자 한다. 배우자와 자녀는 노인에게 있어서 가장 친밀한 사회관계이지만 관계를 유지하는 근거는 상이하다, 배우자의 경우 친구만큼은 아니지만 노인의 자발적인 의사에 의해 관계가 유지된다. 그러나 자녀의 경우는 노인의 자발적인 의사에 따라 관계가 유지된다고기보다는 사회적으로 정해진

규범이나 가치에 의해 유지되는 측면이 강하다. 따라서 자녀와의 관계는 그것이 부담이 되는 경우도 쉽게 관계를 포기할 수 없다. 이런 맥락에서 볼 때 자녀의 경우는 긴밀한 관계를 유지하는 것이 삶의 만족에 큰 영향을 주지 못하지만 배우자의 경우는 삶의 만족에 정적 영향을 줄 수 있을 것으로 예상할 수 있다.

본 논문의 구성은 다음과 같다. II장에서는 노인의 사회관계를 분석한 선행 연구들을 검토한 후 본 논문에서 자료를 수집하고 분석한 방법에 대해 기술한다. 이어 III장에서는 자료 분석을 통해 나타난 한국 노인의 사회관계에 대한 기술적 분석을 실시한다. 기술적 분석을 통해 본 논문은 한국 노인의 사회관계를 구성하는 대상은 누구인지, 또 노인의 인구학적, 사회·경제적 특성에 따라 사회관계는 어떤 차이를 보이는지 검토한다. 이어 배우자와 자녀를 핵심적 사회관계로 선택하였는가에 따라 삶의 만족도에 차이가 나는지 분석한다. 마지막으로 IV장에서는 분석결과를 요약하고 본 연구의 한계와 향후 연구 과제를 정리하고자 한다.

## II. 이론적 배경 및 연구 방법

### 1. 이론적 배경

노인이 느끼는 삶의 만족도에 어떤 요인들이 영향을 주는가에 대해서는 서구에서 뿐만 아니라 한국에서도 많은 연구들이 진행되어 왔다. 삶의 만족에 영향을 주는 요인으로는 건강, 소득, 학력, 사회관계 등 다양한 요인들이 거론되고 있는데(Larson, 1978), 이 중 사회관계를 중심으로 한 연구의 경우 주로 가족이나 이웃, 친구 등과 같은 사회관계의 특성에 따라 노인들의 삶의 만족도에 어떤 차이가 있는지 분석하고 있다.

먼저 노인의 맺고 있는 사회관계망의 특성을 살펴보면(Antonucci, 1985; Kaufman, 1990; Litwin 1995, 1996(ed.); Wenger, 1989, 1994, 1997).<sup>1)</sup> 배우자와 자녀로 구성되는 가족이 사회관계망의 가장 중요한 대상이며, 이외에 친척, 친구 및 이웃 등도 관계망을 구성하는 대상으로 언급되고 있다. 사회관계망은 노인에 따라 상이하게 구성되어 있는데, 가족 및 비혈연집단을 중심으로 노인들의 사회관계망을 구분한 연구(Wellman, 1981; Litwin, 1992; Wenger, 1996)에 의하면 노인들의 사회관계망은 친족 관계 망(kin

---

1) 사회관계망 분석 기법을 이용하여 노인의 사회관계를 분석하고자 하는 연구들은 주로 에고 중심적 관계망(ego-centric network)을 분석하고 있다.

network), 가족 중심 관계 망(family intensive network), 친구 중심 관계 망(friend focused network) 다층적 관계 망(diffused network) 등으로 구분하고 될 수 있다.

노인들의 사회관계망에 대한 연구는 사회관계망이 갖는 특징을 분석하는 것과 더불어 사회관계망의 특징에 따라 노인들의 느끼는 주관적인 삶의 만족도를 분석하기도 한다. 노인이 느끼는 삶의 만족도를 분석한 해외의 연구를 살펴보면 관계망의 크기가 클수록, 접촉이 많을수록 노인의 삶의 만족도가 높은 것으로 나타나고 있다(Litwon, 1996; Mouser(et al.), 1985). 이외에 관계망의 유형에 따른 삶의 만족도의 경우 노인들은 고립되어 있는 경우에 비해 가족이나 비혈연집단과 관계를 맺고 있는 경우 삶의 만족도가 높은 것으로 나타나고 있다.

노인들의 사회관계에 대한 분석은 노인이 사회관계를 맺는 대상이 누구인가에 따라서도 삶의 만족에도 차이가 난다고 주장하기도 하는데, 이들 연구(Arling, 1976; Mutran, & Reitzes, 1984; Antonucci, (et al.), 1995: 364-365)는 노인의 사회적 관계를 자녀로 대표되는 혈연집단과 이웃이나 친구 등으로 대표되는 비혈연집단으로 구분한 후, 자녀와 긴밀한 관계를 유지하는 것보다는 친구와 긴밀한 관계를 유지하는 경우 삶의 만족이 높아진다고 주장한다. 이들 연구는 그 이유를 세 가지로 구분하고 있는데, 첫째, 혈연집단과 비혈연집단은 관계를 유지하는 동기가 다르다. 즉 자녀와의 관계는 혈연에 대한 관습이나 규범 등에 의해 유지되는 반면 친구와의 관계는 노인이 관계를 지속시키고자 하는 의지가 있는 경우에만 유지된다는 것이다. 따라서 자녀와의 관계는 부담스러운 경우라도 유지할 수밖에 없는 반면, 친구와의 관계는 원하지 않는 경우 단절할 수 있다.

둘째, 자녀와 친구는 세대(generation)의 측면에서도 차이를 보이는데, 세대의 차이는 가치나 규범의 차이로 이어져 상대방에 대한 기대의 차이로 이어진다. 구체적으로 친구의 경우 연령계층이론(age stratification theory)이 주장하는 바 처럼 동일한 세대로서 유사한 가치나 규범을 공유하게 되기 때문에 상대방에 대해 갖는 기대가 유사하다. 그러나 자녀의 경우는 상이한 가치나 규범으로 인해 상이한 기대를 갖게 된다는 것이다. 따라서 자녀와의 관계는 상대방에 대한 기대의 불일치에 의해 실망할 가능성이 크며 이로 인해 삶의 만족에 정적 영향을 주기 어렵다. 서구의 노인을 대상으로 한 경험적 분석의 결과(Arling, 1976)에 의하면 자녀로부터의 지원이나 접촉은 노인의 삶의 만족과 관련이 없는 반면, 친구와의 접촉이나 지원은 노인의 삶의 만족에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다.

셋째, 교환론적 관점(Dowd, 1975; Stoller, 1985)에 의하면 노인은 그를 둘러싼 사회

적 관계와 교환을 하는데 있어서 일방적인 수혜나 지원의 경우에 비해 상호 지원을 교환하는 경우 삶의 만족도나 사기가 높다고 주장한다. 즉 자녀와의 교환은 시간이 지남에 따라 불균등할 가능성이 높고 이로 인해 삶의 만족에 부정적 영향을 준다는 것이다.

우리나라 노인들을 대상으로 한 사회관계와 삶의 만족도에 대한 분석 결과를 살펴 보면, 한국 노인들의 사회관계는 우선 가족 중심으로 구성되어 있다는 특징을 보인다(성규탁, 1990; 최정아·서병숙, 1992; 정경희, 1995; 정순돌, 2004). 사회관계와 삶의 만족의 관계는 연구에 따라 상이한 결과를 보이는데, 자녀와의 접촉이 삶의 만족과 정정 관계를 보인다는 연구 결과(최정아·서병숙, 1992; 최용민·이상주, 2003; 배진희 2004)과 더불어 자녀와의 접촉은 삶의 만족과 관련이 없다는 연구 결과도 제시되고 있다(박광희·한혜경, 2002). 사회관계를 몇 가지로 유형화하여 삶의 만족도를 분석한 경우(박경숙, 2000)<sup>2)</sup> 가족이나 이웃과 관계를 맺지 않는 고립형에 비해 가족과 관계를 맺고 있는 유형들이 삶의 만족도가 높은 것으로 나타나고 있다.

자녀로부터의 지원과 삶의 만족과의 관계에 대해서도 상이한 결과가 제시되고 있는데, 자녀로부터의 도움이 삶의 만족과 관련이 없다는 주장(성규탁, 1990; 배진희, 2004)과 관련이 있다는 주장(이형실, 2003; 한경혜·홍진국, 2000) 모두 제시되고 있다. 다만 노인이 일방적으로 도움을 받는 경우보다는 도움을 교환하는 관계에서 더욱 삶의 만족이 높은 것으로 나타나고 있다(김정석·김익기, 2000).

본 연구에서는 사회관계와 삶의 만족에 대한 선행 연구에 기반 해 자녀와 배우자로 구성되는 가족관계에 따라 노인의 삶의 만족이 어떤 차이를 보이는지 분석하고자 한다. 본 논문에서 가족관계에 주목하는 이유는 다음과 같다.

첫째, 인구학적 특성에 따라 점차 배우자 또는 자녀와 관계를 맺을 수 없는 노인들이 증가하고 있다. 2004년 한국보건사회연구원에서 실시된 조사(정경희(외), 2004: 112)에 의하면 노인부부만 동거하는 가구는 전체 표본의 26.6%로 나타나고 있으며 노인 독신가구도 24.6%로 나타나고 있다<sup>3)</sup>. 즉 노인의 가족구성이 점차 다양해지고 있다. 2008년도 실시된 노인실태조사의 경우 65세 이상 노인 중 독거 비율이 19.7%, 노인부부만 거주하는 비율은 47.1%로 노인 중 약 66.8%가 자녀와 동거하지 않는 것으로 나타나고 있다(보건복지부·계명대학교 산학협력단, 2008).

---

2) 박경숙(2000)은 일차적 비공식집단(자녀)과 이차적 비공식집단(친구, 이웃 등)의 교류형태를 토대로 사회적 관계를 고립형, 전통적 가족중심형, 수정가족중심형, 지역사회중심형, 다층형으로 구분하고 있다.

3) 노인부부가구의 경우 1998년 조사와 비교하면 약 5% 증가한 것이다.



둘째, 노인의 삶의 만족에 영향을 주는 요인들에 대한 선행 연구에서 나타난 바처럼 유사한 세대 사이의 사회관계는 상이한 세대 사이의 사회관계에 비해 삶의 만족에 정적 영향을 줄 수 있다. 이 점과 관련해 배우자와 자녀는 세대(generation)라는 측면에서 차이를 발견할 수 있다. 배우자는 노인과 유사한 세대일 가능성이 크다. 따라서 유사한 가치와 규범을 내면화할 뿐만 아니라 생애의 유사한 단계에서 유사한 사건을 경험하게 되기 때문에, 노후의 시기에도 규범과 가치가 유사할 가능성이 크다. 이로 인해 상대방에 대한 기대와 반응이 유사하며, 결과적으로 관계에 실망하지 않을 가능성이 크다. 이와는 달리 자녀의 경우는 노인과 다른 세대로 노인과는 상이한 규범이나 가치를 내면화하고 있으며, 결과적으로 상대방에 대한 기대와 반응이 불일치할 가능성이 크다.

셋째, 배우자와 자녀는 관계를 유지에 대한 사회적 가치나 규범에 있어서도 차이를 보이고 있다. 우리 사회에서는 부모와 자녀와의 관계는 혈연으로 이루어진 것이기 때문에 인위적으로 끊을 수 없다는 규범이 강하게 존재한다. 즉 관계의 지속을 원치 않는 경우도 부모-자식 관계는 천륜이라 어쩔 수 없는 것이라는 관념이 강하다. 반면 부부관계는 비록 친구관계에 비해서는 사회적 규범이나 가치에 더 영향을 받기는 하지만 법적 관계를 해소함으로써 관계 자체를 소멸시킬 수 있다. 즉 관계를 유지하는데 있어서 자발성이라는 측면에서 보면 자녀와의 관계에 비해 배우자와의 관계가 더 자발성이 필요하다. 이런 측면에서 볼 때 관계를 유지하는 것에 대한 부담은 자녀와의 관계가 배우자와의 그것에 비해 더 크다고 볼 수 있다.

즉 배우자는 가치나 규범, 욕구 등에 있어서 노인과 유사한 특성을 보일 가능성이 높고, 지원 교환 역시 욕구와 일치할 가능성이 높기 때문에 삶의 만족에 긍정적 기여할 가능성은 큰 반면 자녀의 경우는 가치나 규범, 욕구가 상이하고 지원 교환 역시 상호 간의 욕구와 일치할 가능성이 크지 않기 때문에 지원을 교환하는 사이라도 삶의 만족에 긍정적인 기여를 하지 못할 가능성이 크다. 결국 이러한 차이로 인해 자녀와 관계를 유지하는 것만으로는 삶의 만족에 영향을 주지 못하는 반면, 배우자의 경우는 관계를 유지하는 것이 삶의 만족에 정적 영향을 줄 수 있을 것이다.

## 2. 연구방법

본 연구는 한림대학교 고령사회연구소에서 2004년 실시한 한국 노인의 삶의 질에 대한 종단적 조사 2차년도 자료를 사용하였다. 한국 노인의 삶의 질에 관한 종단적

연구의 1차년도 조사는 총 2,592명의 자료를 포함하고 있는데<sup>4)</sup>, 2차년도에는 이들 중 65세 이상 노인을 무작위로 표본추출 하여 자료를 수집하였다. 2차년도 조사는 서울의 경우 616명을 표집 하여 이 중 400명으로부터 응답을 받아 64.9%의 응답률을 기록하였고, 춘천의 경우는 562명을 표집하여 이 중 400명으로부터 응답을 받아 79%의 응답률을 기록했다. 본 연구에서는 서울과 춘천의 자료 중 춘천 자료만을 대상으로 분석을 실시하였다. 춘천의 표본 중 일부 문항이 누락된 사례를 제외하여 분석에 포함된 사례는 총 302명이다.

본 조사는 표준화된 설문지를 통한 일대일 면접조사를 통해 이루어졌다. 조사는 2004년 1월 27일부터 3월 16일까지 진행되었다. 본 연구가 비교적 오래된 자료를 사용한 이유는 2004년 조사의 경우 핵심적 사회관계를 묻는 질문을 포함하고 있기 때문이다. 이른바 이름발생기(name generator)를 사용한 조사는 핵심적인 관계(core personal network)에 있는 사람대한 이름을 조사하는데(Straits, 2000), 이 방법은 버트(Burt, 1984)가 1984년 제안한 이후 1985년 미국에서 실시된 일반사회조사(general social survey)에서 최초로 조사된 바 있다.

본 연구에서는 핵심적인 사회관계에 대한 정보를 배우자를 선택했는가, 또는 자녀를 선택했는가에 따라 구분하였다. 다음으로 사회경제적 특성에 따라 배우자와 자녀의 선택에 차이가 있는지 분석하였고 마지막으로 핵심적 사회관계의 선택에 따라 노인의 주관적 삶의 만족에 차이가 있는지 살펴보았다.

본 연구에서 종속변수로 사용되는 삶의 만족도는 노가튼(Neugaten(et al,) 1961)의 삶의 만족도 척도(Life Satisfaction Index A)를 우드 등(Wood(et al), 1969)이 13문항(LSI-Z)으로 수정한 것이다. 삶의 만족도에 대한 연구는 크게 삶의 만족도를 어떻게 측정할 것인가, 그리고 그것에 영향을 주는 변수는 무엇인가를 분석하는 연구로 구분할 수 있는데, 삶의 만족도를 측정하는 것은 다시 객관적 지표 즉 건강이나 사회활동 정도 등을 중심으로 측정하는 방법과 주관적으로 느끼는 삶의 만족을 측정하는 방법으로 구분할 수 있다. 노가튼이 제안한 방법은 주관적으로 느끼는 만족감을 측정하는 것이다. 삶의 만족도 척도는 노인의 사기(morale), 행복감(happiness), 성공적 노년(successful aging) 등 유사한 개념을 측정하는 지표들과 비교적 높은 상관관계를 보이는 것으로 보고되고 있다(Mannell, & Dupuis, 1996: 60).

노가튼 등에 의하면 노인들은 ① 자신의 일상적인 활동에 대해 만족할 경우, ②

4) 1차년도 조사의 대상자의 선정은 지역별 층화표집(stratified sampling)과 집락표집(cluster sampling), 그리고 조사구 내에서의 계통표집(systematic sampling)의 방법을 통해 이루어졌다.

삶을 의미 있고, 긍정적으로 받아드리는 경우, ③ 삶의 주요한 목표를 이루었다고 느끼는 경우, ④ 자아에 대해 긍정적 이미지를 유지하는 경우, 그리고 ⑤ 행복감과 낙관적 태도, 분위기를 유지하는 경우 심리적 안녕 상태(psychological well-being)를 유지하게 된다고 주장하였다(Nuegaten et al. 1961: 137). 그리고 이러한 5가지 상태를 측정하는 지표를 삶의 만족도(Life Satisfaction Index)로 규정하였다. 노가튼이 제안한 LSI-A는 20문항으로 구성되어 있지만 우드(Wood et al., 1969)는 이 중 7개를 삭제할 경우보다 좋은 결과를 얻을 수 있다는 연구결과를 발표 하였는데, 우드는 LSI-A에서 7개를 삭제한 삶의 만족도 척도를 LSI-Z으로 명명하고 있다<sup>5)</sup>. 우드의 LIS-Z의 구체적 내용은 다음과 같다.

- ① 나이가 들수록 내가 생각했던 것보다 세상 일이 수월해진다
- ② 내가 아는 사람들보다 더 많은 휴식을 가져왔다고 생각한다
- ③ 지금이 내 인생에서 가장 절망적인 시기이다
- ④ 지금 나는 젊었을 때만큼 행복하다
- ⑤ 지금이 내 인생에서 최고의 시기이다
- ⑥ 내가 하는 대부분의 일은 지루하고 단조롭다
- ⑦ 내가 하는 일은 예전만큼 재미있다
- ⑧ 나의 삶을 되돌아보았을 때 아주 만족한다
- ⑨ 나는 지금부터 한 달 또는 일 년 동안 무엇을 할 것인지에 대한 계획을 세운다
- ⑩ 나는 지난 삶을 생각할 때 내가 원했던 중요한 일들을 이루지 못했던 것 같다
- ⑪ 다른 사람들에 비해 자주 좌절을 경험했다
- ⑫ 나는 살아오면서 원하는 일들을 꽤 많이 이루었다
- ⑬ 사람들이 어떻게 말하든 간에 많은 사람은 나이가 들면서 좋아지기보다는 나빠진다

위에서 나열한 13개 문항에 대해 ‘그렇다’, ‘아니다’, ‘잘 모르겠다’의 3가지 응답지를 제시 한 후 ‘그렇다’는 2점, ‘아니다’ 1점, ‘잘 모르겠다’는 0점을 부여하여 계산하였다. 단 부정적 질문에 대해서는 ‘아니다’ 2점, ‘그렇다’ 1점, ‘잘 모르겠다’ 0점을 부여하였다<sup>6)</sup>. 따라서 삶의 만족도는 최대 26점에서 최소 0점

5) 우드에 의하면 20개 문항으로 구성된 LSI-A와 13개 문항으로 구성된 LSI-Z 사이의 상관관계는 .57로 나타났는데, 이는 유의수준 .01에서 유의미한 것으로 나타났다.

6) 부정적 질문에 해당하는 문항은 ③,⑥,⑩,⑪,⑬문항이다.

의 범위로 구성된다. 13개 항목에 대해 조사 도구의 내적 일관성을 측정하는 크롬바흐 알파(Crmebach- $\alpha$ )값을 살펴본 결과 .75로 나타났다. 삶의 만족도와 가족선택여부 외에 통제변수로 노인의 삶에 영향을 미치는 것으로 알려진 변수들을 분석에 포함시켰다. 분석에 포함된 변수는 <표 1>과 같다.

<표 1> 분석에 사용된 변수

| 구분       |             | 변수       | 비 고                               |
|----------|-------------|----------|-----------------------------------|
| 종속변수     |             | 삶의 만족도   | 연속변수(최대 26점 ~ 최소 0점)              |
| 독립<br>변수 | 인구학적<br>변수  | 성        | 더미변수                              |
|          |             | 만나이      | 연속변수                              |
|          |             | 혼인상태     | 더미변수(0: 배우자 비동거)                  |
|          |             | 학력       | 연속변수(수학연수)                        |
|          |             | 자녀동거     | 더미변수(0: 자녀동거)                     |
|          |             | 주관적 건강상태 | 5점 척도(1: 매우 좋다)                   |
|          | 사회·경제<br>변수 | 균등화가구소득  | 연속변수<br>50만원 단위 측정값을 가구원 제곱근으로 나눔 |
|          | 사회관계망<br>변수 | 사회관계망 수  | 연속변수                              |
|          |             | 비동거자녀 만남 | 5점 척도                             |
|          |             | 친구/이웃 만남 | 5점 척도                             |
|          |             | 비혈연집단 선택 | 더미변수(0: 비의존)                      |
|          |             | 자녀선택     | 더미변수(0: 자녀비선택)                    |
|          |             | 배우자선택    | 더미변수(0: 배우자비선택)                   |

### Ⅲ. 분석 결과

#### 1. 기술적 분석

먼저 표본의 일반적 특성을 살펴보면 다음과 같다. 성별로 살펴보면 남성은 51%, 여성은 49%이며 평균나이는 72.12로 나타났다. 배우자 동거여부를 살펴보면 배우자와 동거하는 사람이 71%인 반면 동거하지 않는 경우가 29%로 동거하는 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 학력의 경우 평균 4.56년으로 나타나 평균적으로 초등학교를 졸업하지 못한 것으로 나타나고 있다. 교육기간이 0인 경우는 122명으로 40.7%인 반면, 21년인 경우도 1명(.3%)으로 나타났다. 가구소득의 경우 50만원 단위로 측정한 값을 가족원 수의 제곱근으로 나눈 균등화 소득으로 측정하였는데, 평균 2.52 즉 126만 원 정도로

나타났다. 이외에 총 관계망 수는 3.15명이며, 삶의 만족도 평균은 9.32로 나타났다.

<표 2> 표본의 일반적 특성

| 항 목       |         | 사례 수(% , S,D) |
|-----------|---------|---------------|
| 성         | 남성      | 154(50.99)    |
|           | 여성      | 148(49.01)    |
| 만나이       | 평균      | 72.12살        |
| 혼인상태      | 배우자 비동거 | 86(28.96)     |
|           | 배우자 동거  | 211(71.04)    |
| 학력        | 평균      | 4.56년(4.92)   |
| 자녀동거      | 비동거     | 164(54.3)     |
|           | 동거      | 138(45.7)     |
| 균등화가구소득   | 평균      | 2.52(1.56)    |
| 주관적 건강    | 평균      | 3.39(1.13)    |
| 비동거 자녀 만남 | 평균      | 2.11(.55)     |
| 친구 만남     | 평균      | 3.65(1.27)    |
| 사회관계망 수   | 평균      | 3.15(1.95)    |
| 배우자 선택    | 비선택     | 127(42.05)    |
|           | 선택      | 175(57.95)    |
| 자녀 선택     | 비선택     | 48(15.89)     |
|           | 선택      | 254(84.11)    |
| 친구 · 이웃선택 | 비선택     | 281(93.05)    |
|           | 선택      | 21(6.95)      |
| 삶의 만족도    | 평균      | 9.32(6.03)    |

본 연구에 포함된 변수들 사이의 상관관계를 살펴보면 다음과 같다. 종속변수인 삶의 만족과 관련된 변수를 살펴보면 만나이, 혼인상태, 학력, 주관적 건강상태, 소득이 유의미한 상관관계를 보이고 있으며, 사회관계망 관련 요인 중에서는 사회관계망의 수, 배우자 선택, 친구 · 이웃선택 등이 유의미한 상관관계를 보이는 것으로 나타나고 있다.

| 구분           | (1)     | (2)     | (3)     | (4)     | (5)     | (6)     | (7)    | (8)   | (9) | (10) | (11)   | (12) | (13) | (14) |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|-------|-----|------|--------|------|------|------|
| 삶의 만족도(1)    | 1       |         |         |         |         |         |        |       |     |      |        |      |      |      |
| 성(2)         | .11     | 1       |         |         |         |         |        |       |     |      |        |      |      |      |
| 만나이(3)       | -.24*** | -.06    | 1       |         |         |         |        |       |     |      |        |      |      |      |
| 혼인상태(4)      | .13*    | .60***  | -.29*** | 1       |         |         |        |       |     |      |        |      |      |      |
| 학력(5)        | .31***  | .46***  | -.22*** | .42***  | 1       |         |        |       |     |      |        |      |      |      |
| 자녀동거(6)      | .02     | -.34*** | .09     | -.55*** | -.29*** | 1       |        |       |     |      |        |      |      |      |
| 공동화기구소득(7)   | .33***  | .02     | -.10    | -.07    | .38***  | .09     | 1      |       |     |      |        |      |      |      |
| 주관적 건강상태(8)  | -.39*** | -.16**  | .17**   | -.10    | -.24*** | .02     | -.19** | 1     |     |      |        |      |      |      |
| 비동거자녀 만남(9)  | -.04    | .13*    | .01     | .11*    | .10     | -.12*   | .04    | -.04  | 1   |      |        |      |      |      |
| 친구/이웃 만남(10) | .01     | -.16**  | -.04    | -.08    | -.2***  | .03     | -.02   | -.03  | .07 | 1    |        |      |      |      |
| 사회관계망 수(11)  | .12*    | .06     | -.19**  | .08     | -.00    | -.05    | .04    | -.09  | .06 | .04  | 1      |      |      |      |
| 배우자선택(12)    | .18**   | .52***  | -.19*** | .74***  | .34***  | -.44*** | -.04   | -.12* | .08 | -.06 | .24*** | 1    |      |      |
| 자녀선택(13)     | .10     | -.10    | -.05    | -.13*   | -.10    | .14*    | .04    | -.06  | .02 | .10  | .49*** | .01  | 1    |      |
| 친구·이웃 선택(14) | .12*    | .05     | -.08    | .09     | .10     | -.02    | .06    | -.09  | .02 | .03  | .30*** | .07  | .08  | 1    |

## 2. 배우자, 자녀선택과 삶의 만족: 다변수회귀분석

핵심적 사회관계로 배우자 및 자녀를 선택한 것이 삶의 만족에 영향을 주는지 분석하기 위해 다변수 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 인구사회적 변수들 중 영향을 미치는 변수들을 살펴보면 만나이, 학력, 건강상태, 가구소득 등이 삶의 만족에 영향을 주는 것으로 나타났다. 건강상태가 양호할수록, 학력이나 소득이 높을수록 삶의 만족도가 높다는 본 연구의 결과는 선행 연구들과 큰 차이를 보이지 않는다. 인구사회적 요인 중 성별로 삶의 만족도에 차이가 나는가에 대해서는 차이가 나지 않는다 연구결과(박경숙, 2000; Lar, 1978)와 더불어 다른 조건이 일정할 경우 여성이 남성에 비해 삶의 만족도가 높다는 연구 결과(김정석·김익기, 2000; 배진희, 2004)가 있는데, 본 연구의 회귀분석 결과는 성별 차이가 없는 것으로 나타나고 있다.

둘째, 사회관계망 변수 중 자녀와의 만남이나 친구·이웃과의 만남은 삶의 만족에 유의미한 영향을 주지 못하는 것으로 나타났다. 여성의 경우 자녀와의 만남이 우울을 증가시킨다는 연구 결과도 제시되고 있다(Lee & Kim, 2014). 자녀와의 만남은 삶의 만족에 상반되는 영향을 줄 가능성이 있는데, 못 보던 자녀를 본다는 원초적인 즐거움과 더불어 부모의 자녀에 대한 도구적 지원이라는 부담이 그것이다. 여성의 경우 자주 만날수록 자녀만남의 긍정적 효과보다는 도구적 지원에 대한 부정적 효과가 더 커지게 된다. 본 연구 결과의 경우 남성과 여성을 분리하지 않고 분석하였는데, 그 결과 자녀만남의 상반된 효과가 상쇄되어 유의미한 영향이 없는 것으로 나타난 것으로 보인다.

셋째, 사회관계망으로 선택한 대상에 따라 삶의 만족에 차이가 있는지 살펴보자. 우선 자녀선택 유무에 따라 삶의 만족에 유의미한 차이가 나지 않는 것으로 나타나고 있다. 배우자의 선택 유무에 따라서는 삶의 만족에 유의미한 차이를 보이고 있는데 배우자를 선택한 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 유의미하게 삶의 만족도가 더 높았다.

노부모와 자녀는 전통적 가치나 규범에 따라 서로에게 다양한 도움을 주고받는 관계를 유지한다. 그러나 그 관계가 지속되는 것과는 별도로 그 관계에 만족하는가는 다른 문제일 수 있다. 자발적으로 맺어진 관계의 경우 만족하지 않는 관계에 대해서는 자발적으로 관계를 단절할 수 있다. 그러나 부모-자녀관계는 그것이 혈연으로 맺어진 것이기 때문에, 그리고 그 관계의 중요성에 대한 규범이나 가치로 인해 쉽게 단절할 수 없다. 그러나 세대간 가치나 규범의 차이는 부모와 자녀에게 상이한 기대와 예상을 갖도록 한다는 점에서 관계에 실망하거나 만족하지 않은 가능성을 증가시킨다. 다시 말해 부모-자식 관계는 만족하지 않는 경우도 서로 간에 중요한 도움을 주

고받으면서 관계를 유지할 수밖에 없다는 것이다. 따라서 이 경우 자녀가 부모의 핵심적 사회관계임에도 불구하고 노인의 느끼는 삶의 만족은 증가될 수 없을 것이다. 다시 말하자면 자녀의 경우 관계가 지속된다는 사실이 보다는 관계의 질이 어떠한가가 노인의 삶의 만족에 중요한 요소가 될 수 있다.

<표 4> 삶의 만족도에 대한 회귀분석

| 변수                             | B(s,e)         |
|--------------------------------|----------------|
| 성                              | -.75(.80)      |
| 만나이                            | -.13(.06) *    |
| 혼인상태                           | .14(1.19)      |
| 학력                             | .17(.08) *     |
| 자녀동거                           | 1.00(.75)      |
| 주관적 건강상태                       | -1.45(.28) *** |
| 균등화가구소득                        | .86(.22) ***   |
| 사회관계망 수                        | -.07(.20)      |
| 비동거자녀 만남                       | -.83(.56)      |
| 친구/이웃 만남                       | .15(.25)       |
| 비혈연집단 선택                       | 1.46(1.25)     |
| 자녀선택                           | 1.18(.98)      |
| 배우자선택                          | 1.94(.98) *    |
| 상수                             | 15.76(6.22) *  |
| R <sup>2</sup> =.29, F=8.90*** |                |

\*, P<.05, \*\*: P<.01, \*\*\*: P<.001

이에 반해 배우자의 경우는 유사한 세대라는 점에서 가치나 규범에 있어서 유사할 가능성이 크다. 따라서 배우자에 대한 기대나 예상에 대해 크게 실망하지 않을 가능성이 크다. 또 부부관계의 경우 비록 부부관계를 지속하는 것에 대한 가치나 규범이 존재함에도 불구하고 자녀와의 관계에 비해서는 쉽게 관계를 해소할 수 있다. 배우자와의 관계가 갖는 이러한 특징으로 인해 배우자와의 관계에서는 관계의 질에 만족하지 않으면서도 관계를 유지할 가능성이 자녀에 비해서는 훨씬 낮다고 볼 수 있다. 따라서 배우자를 핵심적인 사회관계로 선택한 경우는 그렇지 않은 경우에 비해 삶의 만족에 정적 영향을 주는 것으로 해석할 수 있을 것이다.



## IV. 요약 및 결론

노인의 사회관계는 자발적으로 구성되는 관계와 더불어 규범적으로 구성되는 관계로 구분할 수 있다. 친구사이의 관계가 자발적 관계의 전형이라면 자녀와의 관계는 규범적 관계의 전형으로 볼 수 있을 것이다. 관계를 구성하는 두 가지 원리에 따라 노인들이 느끼는 삶의 만족도에도 차이를 보이게 되는데, 규범적 관계에 의존하는 경우는 관계가 지속되더라도 삶의 만족도에는 큰 영향을 주지 못하는 반면, 자발적 관계의 경우는 관계가 지속되는 것으로 인해 삶의 만족도가 높아지는 것으로 알려져 있다.

본 연구에서는 이러한 선행 연구에 기반 해 노인의 사회관계가 삶의 만족에 어떤 영향을 주는지 분석하는 것이 목적이었다. 본 연구는 사회관계 중 특히 배우자 및 자녀로 이루어지는 가족관계에 주목하여 가족관계가 삶의 만족도가 어떤 영향을 주는지 분석하였다. 본 연구에서 배우자와 자녀를 구분해 분석한 이유는 노인과 두 대상과 맺는 관계의 성격이 상이하다고 판단하였기 때문이다. 즉 노인과 자녀와의 관계는 주로 규범적 특성을 보이는 반면, 배우자와의 관계는 규범적 성격과 더불어 일정정도 자발적인 성격이 전제되어야만 가능하다. 본 논문은 이러한 가정 아래서 배우자와 자녀와의 관계에 따라 노인들의 삶의 만족도에 어떤 차이가 있는지 분석해 보았다. 본 연구는 이러한 가정이 맞다면 배우자에 대한 의존은 삶의 만족에 정적 영향을 주는 반면, 자녀에 대한 의존은 삶의 만족에 유의미한 영향을 주지 못할 것으로 추정하였다.

분석 결과에 의하면 몇 가지 사실을 확인할 수 있었다. 첫째, 다수의 노인들에게 있어서 배우자와 자녀로 구성되는 가족이 핵심적인 사회관계를 구성하지만 가족과 유의미한 관계를 맺지 못하는 노인들이 예상보다 많다는 점을 확인할 수 있었다.

둘째, 다른 조건이 일정할 경우 핵심적 사회관계로 자녀를 선택한 경우는 삶의 만족에 영향을 주지 못하는 반면 배우자를 선택한 경우는 삶의 만족에 정적 영향을 주는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 배우자와 자녀의 경우 관계의 특성이 상이함을 보여주는 것으로 해석할 수 있을 것이다. 즉 자녀와의 관계는 상이한 가치나 규범으로 인해 서로 간에 실망할 가능성이 크에도 불구하고 사회적 가치나 규범에 의해 관계를 유지한다. 이에 반해 배우자와의 관계는 유사한 가치나 규범에 의해 상호 관계에 실망할 가능성이 낮고 사회적 규범에 의해 관계가 강제되는 측면도 적다. 따라서 배우자와의 관계는 상호간에 만족도가 낮은 경우 유지되지 않을 가능성이 자녀에 비해 높다. 따라서 자녀의 경우 관계의 유지가 삶의 만족에 영향을 주지 못하지만 배우자 이 경우는 관계의 지속이 삶의 만족에 영향을 준다고 판단된다.

본 연구결과는 노인의 사회관계 분석에 있어서 배우자 및 자녀를 세분화하여 분석할 필요성을 제기하고 있다. 대부분 노인의 사회관계에 대한 연구는 배우자, 자녀를 가족의 범주로 포괄하여 분석하고 있는데, 배우자와 자녀는 관계의 성격이 상이하다는 점에서 하나의 범주로 묶는 경우 관계의 차이를 파악하기 어렵기 때문이다.

다른 한편으로 본 연구의 결과는 노인이 맺고 있는 사회관계의 질에 대한 연구의 필요성 또한 제기하고 있다. 앞서 살펴보았듯 노인의 사회관계는 관계를 지속하는 것이 그것에 대해 만족한다는 것을 의미하는 점을 아니라는 점에서 노인의 사회관계가 어떻게 구성되고 있으며, 또 그것이 노인의 삶에서 어떤 의미를 갖는지 정확하게 파악하기 위해서는 어떤 조건에서, 어떤 대상으로부터 관계에 만족하는지에 대한 추가적인 연구가 필요하다고 판단된다. 마지막으로 본 논문은 노인이 느끼는 주관적 삶의 만족도를 사회관계를 통해 분석하고 있음에도 불구하고 노인의 주변사회관계에 대한 지원정도를 분석에 포함하지 못하고 있다는 한계를 갖는다. 이 점 역시 향후 노인의 사회관계가 갖는 질에 대한 연구를 진행하는 가운데 보완할 필요가 있다고 판단된다.

## 참고문헌

- 김안나(2003). 가족과 사회연결망: 독일과 한국의 개인관계에 대한 비교연구.  
**한국사회학**, 37(4), 67-99.
- 김정석·김익기(2000). 세대간 지원교환의 형태와 노인들의 생활만족도.  
**한국노년학**, 20(2), 155-168.
- 문애리(1996). 재미 한인 단독가구 노인의 사기(morale)와 사기에 관련된 변인 연구.  
**한국노년학**, 16(1), 96-109.
- 박경숙(2000). 한국노인의 사회적 관계-가족과 지역사회와의 연계정도.  
**한국사회학**, 34(4), 621-647.
- 배진희(2004). 농촌지역 노인의 사회적 지지와 생활만족도-자녀와 이웃지원의 기능적 측면을 중심으로. **사회복지정책**, 20, 197-216.
- 보건복지부·계명대학교 산학협력단(2009).  
**2008년도 노인실태조사-전국 노인생활실태 및 복지욕구조사**. 과천: 보건복지부.
- 성규탁(1990). 한국노인의 가족중심적 상호부조망-강화하는 문화적 전통.  
**한국노년학**, 10(1), 163-181.
- 윤현숙,차홍봉,조세희(2000). 사회적 지원이 가족의 부양부담과 우울에 미치는 영향-심심기능손상 노인가족을 중심으로. **한국노년학**, 20(1), 1-19.
- 이형실(2003). 농촌 노인의 세대간 사회적 지원 교환과 생활만족: 성별 및 연령집단별 비교.  
**대한가정학회지**, 41(4), 57-69.
- 정경희(1995). 노인들의 사회적 연계망에 관한 연구. **한국노년학**, 15(2), 52-68
- 정경희 외(2004). **2004년 전국노인생활실태 및 복지욕구조사**, 서울: 한국보건사회연구원.
- 정순돌(2004). 저소득 노인의 사회적 지원망 특성-연결고리의 분석을 통한 탐색적 연구. **노인복지연구**, 24(여름), 7-29.
- 최용민·이상주(2003). 사회적 지원망이 독거노인의 삶의 질에 미치는 영향.  
**노인복지연구**, 22(겨울), 193-217.
- 최정아·서병숙(1992). 도시 노인의 사회적 지원망에 관한 연구. **한국노년학**, 12(1), 65-78.
- 한경혜·윤순덕(2001). 자녀와의 동·별거가 농촌노인의 심리적 복지감에 미치는 영향.  
**한국노년학**, 21(2), 163-178.
- 한경혜·홍진국(2000). 세대간 사회적지원의 교환과 노인의 심리적 복지.  
**가족과 문화**, 12(2), 55-80.

- Antonucci, T. C. & Akiyama, D.(1995). Convoys of social relations: family and friendships within a life span context. In R. Blieszner & V. H. Bedford.(Eds.), *Aging and the family: theory and research*, London: PRAEGER.
- Aling, G.(1976). The elderly widow and her family, neighbors and friends. *Journal of Marriage and the Family*, 38(4), 757-768.
- Burt, R. S.(1984). Network items and the general social survey. *Social Network*, 6(4), 293-339.
- Dowd, J, J.(1975). Aging as exchange: a preface to theory. *Journal of Gerontology*, 30(5), 584-594.
- Kaufman, A. V.(1990). Social network assessment: a critical component in case management for functionally impaired older persons. *International Journal of Aging and Human Development*, 30(1),
- Larson, R.(1978). Thirty years of research on the subjective well-being of Older americans. *Journal of Gerontology*, 33(1), 109-125.
- Lee, S. H. and Kim Y. M.(2014). Which Type of Social Activities Decrease Depression in the Elderly? An Analysis of a Population-Based Study in South Korea. *Iranian Journal of Public Health*, 43(7), 903-912.
- Litwin, H.(1995). The social networks of elderly immigrants: a analytic typology. *Journal of Aging Studies*, 9(2), 155-174.
- Litwin, H(ed.).(1996). *The social networks of older people: a cross-national analysis*. Westport: Praeger Publishers.
- Litwin, H.(2001). Social network type and morale in old age. *The Gerontologist*, 41(4), 516-524.
- Mutran, E., Reitzes, D.(1984). Intergenerational support activities and well-being among the elderly: a convergence of exchange and symbolic interaction perspectives. *American Sociological Review*, 49(february), 117-130.
- Mouser, N. F., Powers, E. A., Keith, P. A. & Goudy, W. J.(1985). Marital status and life satisfaction: a study of old man. In W. A. Peterson, & J. Quadagno(Eds.), *Social bonds in later life: aging and interdependence(pp.*, London: Sage.
- Neugaten, B. L. Havighurst, R. J. & Tobin, S. S.(1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16(april), 134-143.

- Peters, A. & Leifbroer, A.(1997). Beyond Marital Status. *Journal of Marriage and the Family*, 59(August). 687-699.
- Ruan, D.(1998). The content of general social survey discussion networks: an exploration of General Social Survey discussion name generator in a Chinese context. *Social Network*, 20(3), 247-264.
- Stoller, E. P.(1985). Exchange patterns in the informal support networks of the elderly: the impact of reciprocity on morale. *Journal of Marriage and the Family*, 47(2), 335-342.
- Straits, B. C.(2000). Ego's important discussants or significant people: an experiment in varying the wording of personal network name generators. *Social Network*, 22(2), 123-140.
- Van del poel, M.G.M.(1993). Delineating personal support networks. *Social Network*, 15(1), 49-70.
- Wood, V., Wylie, M, L. & Sheaffer, B.(1969). An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: correlation with rater Judgments. *Journal of Gerontology*, 24(4), 465-469.
- Wenger, G. C.(1989). Support networks in old age: constructing a typology. M. Jefferys.(ed.), *Growing Old in 20th Century*, London: Routledge.
- Wenger, G. C.(1994). *Understanding support networks and community care*, London: Avebury.
- Wenger, G. C.(1997). Review of findings on support networks of older europeans. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12(1), 1-21.
- Wellman, B.(1981). Applying network analysis to the study of support. B. H. Gottlieb(ed.), *Social networks and social support*, London: SAGE Publication.

# Effect of Relationship with Spouse and Children on the Life Satisfaction of Elderly: Case of Seoul and Chuncheon

Kim Young Bum  
(Hallym University)

## Abstract

Based on the researches that the life satisfaction is affected by the relationships that elderly maintains, this study analyzes the relation between subjective life satisfaction and social relationship of elderly in Chuncheon area. The author collected the data from over 65years old elderly. The result is in following. First, there are more elderly who does not depend on family members (spouse and children) at all than expected. Second, in the same circumstance, the dependence on children does not affect the life satisfaction of elderly, but the dependence on spouse does affect the life satisfaction of elderly. Because the relationship with children is base on norms in society, it can not increase the life satisfaction of elderly. However, the relationship with spouse is based on spontaneousness, it can increase the life satisfaction of elderly. Third, economic situation and health condition is more important determinant on life satisfaction of elderly than social relationship of elderly. For the elderly, the important thing is to get appropriate add not to get it from family.

**Key word:** Social Relations, Life Satisfaction of Elderly, Family Relations.

(논문투고일: 2017. 02. 15 / 심사완료일: 2017. 04. 15 / 게재확정일: 2017. 04. 16)







## 〈논문 심사기준과 심사절차〉

1. 본 학회지에 게재할 원고는 노년학 및 노화학과의 이와 관련되는 분야의 이론적 및 경험적 연구에 관한 것이어야 한다. 게재논문은 다른 학술지 또는 간행물에 발표되지 않아야 한다.
2. 논문이 학회지 투고규정에 맞지 아니하면 이를 접수하지 않는다.
3. 논문 한편 당 심사위원은 3인을 원칙으로 하며 심사위원은 외부 2인과 편집위원 1인으로 임명한다.
4. 각 논문의 심사위원명은 공개하지 아니한다.
5. 각 논문의 1차 심사는 다음과 같이 진행한다.
  - 1) 각 논문의 심사위원으로 위촉된 심사위원은 논문을 검토한 후 본 학회의 심사의 견서 양식에 의거하여 「게재 가(수정 없이 게재)」, 「부분 수정(수정 확인후 게재)」, 「근본 수정」, 「게재 불가」의 네 가지 중 하나로 심사결과를 보고한다.
  - 2) 편집위원장은 심사위원들의 심사의견을 종합하여 다음과 같이 1차 심사결과를 판정한다.
    - ① 3인의 심사결과가 일치하지 않는 경우는 아래의 기준에 따라 판정한다.
      - 3인 모두 게재 가 혹은 부분 수정인 경우는 「게재 가」로 판정한다.
      - 3인의 심사평 중 하나라도 근본 수정이나 게재 불가가 있는 경우는 수정 후 재심의 판정한다.
      - 3인 모두 게재 불가로 판단하는 경우 게재 불가로 판정한다.
  - 3) 모든 심사위원으로부터 「게재 가(수정 없이 게재)」판정이 내려질 때까지는 해당 논문의 게재가 확정된 것으로 볼 수 없다.
  - 4) 1차 심사가 끝난 논문에 대해서는 편집위원장이 1차 판정결과 및 심사의견서와 함께 1차 결과에 따라 적절한 수정을 하도록 저자에게 통보한다. 만일 1차 심사결과 통보 후, 저자가 수정을 거부하거나 심사결과 통보일로부터 30일 이내에 수정논문을 제출하지 않을 경우, 저자에게 논문 게재 의사가 없는 것으로 간주한다.
6. 1차 심사에서 「부분 수정」의견이 포함된 논문은 저자의 수정 후 전체 편집위원회에서 수정 내용을 확인하여 게재 여부를 결정한다.
7. 특집 원고의 경우 필요하다고 판단되면 편집위원회에서 게재여부를 심사한다.
8. 심사 결과에 불복하는 자는 그 사유를 편집위원장에게 전자우편을 통해 제출하며, 심사불복 사유에 대해 타당한지 편집위원회에서 검토하여 결정한다.
9. 심사결과에 관한 내용은 저자 이외의 사람에게 알리지 아니하며, 심사위원의 신상에 관해서는 어떤 경우라도 해당 저자에게 알리지 않는다.

10. 동일인(공동연구를 포함)이 2편 이상의 논문을 투고한 경우에는 모두 심사를 통과하였더라도 해당 호에는 1편만을 선택하여 게재하여야 한다. 나머지 논문은 다음 호에 게재할 수 있다.
11. 본 학회지는 게재논문의 표절 및 중복 게재를 금지한다. 이의 경우가 확인되면 논문 재를 취소하고, 향후 3년간 논문 투고를 금지한다.

## < 논문 작성 요령 >

1. 투고하는 원고작성 요령은 다음과 같으며 이를 준하는 원고만을 접수한다.
  - 1) 원고는 한글파일(.hwp) 또는 워드파일(.doc)로 작성하며 국문 또는 영문으로 쓰되 국문원고의 외래어는 첫 번에 한하여 한글원문 옆에 괄호 하여 부기한다.
  - 2) <편집용지> 용지종류: A4용지 여백주기: 위20mm, 머리말15mm, 아래15mm, 꼬리말15mm, 왼쪽30mm, 오른쪽 30mm 로 설정한다.
  - 3) 본문은 1단으로 작성 한다.
  - 4) <문단모양> 줄 간격 : 글자에 따라, 180%, 들여쓰기: 15point 로 설정한다.
  - 5) 원고는 영문초록을 포함하여 총 20쪽을 초과할 수 없으며, 1차 논문심사에서 수정 요구로 내용 추가가 필요한 경우 최대 25쪽까지 가능하다.
  - 6) 겉표지에 제목, 저자 성명(저자 모두)을 기입한 후 교신저자(교신저자가 없는 경우 대표저자)의 연락처를 표시한다. 직장이나 가정의 주소 및 우편번호, 직장이나 집 전화와 휴대전화 번호, 그리고 E-mail 주소).
  - 7) <제목 및 초록> 제목(견명조 18, 가운데 정렬), 저자명(견명조 12, 가운데 정렬), 소속(휴먼명조 8.4, 가운데 정렬), 국문초록(휴먼명조 8, 양쪽 정렬), 주제어(휴먼고딕 8, 양쪽정렬) 순으로 작성하며, 이상은 모두 1단으로 작성한다. 국문초록의 경우 1000자 이내, 영문초록의 경우 200단어 이내로 작성하되 목적, 방법, 결과, 결론 순으로 단락 구분 없이 연속적으로 기술한다.
  - 8) <본문> 모두 1단으로 작성하며, 다음의 순에 의한다. I II III (휴먼명조 14, 진하게, 가운데 정렬), 1 2 3(휴먼고딕 10, 양쪽 정렬), 1) 2) 3)(바탕 10.0, 양쪽 정렬), (1) (2) (3)(휴먼명조 10), ① ② ③(휴먼명조 10), 가 나 다(휴먼명조 10).
  - 9) <표> 표 제목은 “<표 번호> 표 제목” 으로 표기하고 글자는 휴먼고딕 10(양쪽 정렬)로 한다. 모든 선은 단선으로 하되, 표 맨 위와 아래 횡선(가로선)은 진한 선으로, 가장자리 중선(세로선)은 선없음으로, 표 내용은 휴먼명조 10로 하되, 크기는 지면크기에 따라 조정한다.  
그림 제목은 “<그림 번호> 그림 제목” 으로 표기하고 글자크기는 휴먼고딕 10 (가운데 정렬)로 한다.
  - 10) <참고문헌> 제목(견명조 13, 가운데 정렬), 문헌목록(휴먼명조 10 내어쓰기 10point, 양쪽 정렬), 저널명과 권 혹은 서명(휴먼고딕 10, 진하게), 서양어 저널명과 권 및 서명(휴먼명조 10, 이탤릭체)
  - 11) <영문초록> 본문이 영문일 경우에는 국문으로 작성하며, 영문의 경우 200단어 이내, 국문의 경우 1000자 이내로 한다. 목적(purpose), 방법(method), 결과(result), 결론(conclusion) 순으로 단락 구분 없이 연속적으로 기술한다. 1(한) 단으로 구성하고 제목(휴먼명조 14, 진하게, 가운데 정렬), 자명(휴먼명조 11, 진하게, 가운

데 정렬), 소속(휴먼명조 9, 진하게, 가운데 정렬), 내용(휴먼명조 9, 양쪽 정렬), 주제어(휴먼명조 9, 양쪽 정렬) 순으로 작성한다.

2. 연구논문의 형식은 제목, 국문(영문) 초록, 서론(문제의 제기, 목적, 필요성 등 포함), 이론적 배경(서론에 포함시켜도 됨), 연구방법, 연구결과, 논의(결론 및 제언의 내용 포함), 그리고 참고문헌, 영문(국문)초록의 순서로 구성되어야 한다.

3. 주제어(Key words)는 국문(영문)초록 다음에 기록하고 연구의 재정보조에 관한 사항과 2인 이상이 논문의 저자인 경우, 주저자와 교신저자를 명시하여야 한다. 이에 대한 구분과 표시방법은 아래와 같다.

1) 주저자 인정기준: 공동저자들 내부에서의 자체적인 선정을 기준으로 한다.

2) 주저자 및 교신저자가 있는 경우 표시방법: 논문 첫 장에 각주로 교신저자의 소속과 이메일 연락처를 표기한다.

예) \* 교신저자: OO대학교 OO학과/OOOO@hanmail.net

3) 주저자와 교신저자가 동일한 경우에는 교신저자를 밝히지 않고 주저자만 표기한다. 이 경우 주저자를 교신저자로 인정한다.

4) 공동저자들 간에 주저자가 없이 공동작업을 했다고 자체적으로 인정한 경우에는 공동연구로 인정하여 주저자를 표기하지 않는다.

4. 자료(통계자료, 행정자료 포함)는 가장 중요한 부분만을 간결하게 제시하며, 본문에서는 자료수집의 목적,방법 및 절차, 자료를 이용할 사람들이 알아야 할 사항들을 적는다.

(1) 통계부호 작성법: \*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001.

5. 모든 그림(figure와 graph)이나 표(table)는 동판을 뜰 수 있거나, 쉽게 제작성할 수 있는 형태로(graph의 경우는 좌표 값을 명기할 것) 제시되어야 하고 그림의 제목은 그림 아래에, 표의 제목은 표의 위에 써넣는다. 그림의 제목순서는 [그림 1], [그림 2] 등으로, 표의 제목순서는 <표 1>, <표 2> 등으로 표시한다.

6. 문헌인용을 본문에서 할 때는 다음과 같다.

1) 저자가 1명 또는 2명인 경우는 본문 내에 인용될 때마다 모두를 표기한다.

☐ 박준식과 김영범(2007)은...

☐ 이 연구(박준식, 김영범, 2007)는...

☐ 이들의 연구(박준식, 김영범, 2007)는...

☐ Allison과 Bollen(1997)은....

- ☐ 이 연구(Allison & Bollen, 1997)는...
- ☐ 이들의 연구(Allison & Bollen, 1997)는..
- 2) 저자가 3인 이상인 경우 첫 인용에는 모두 표기하고, 같은 문헌이 반복 인용될 때에는 대표 연구자의 이름만 적고 등(또는 et al.)으로 표기한다.
  - ☐ 김영범, 박준식, 이기원(2008)은...
  - ☐ 이 연구(김영범 등, 2008)는...
  - ☐ 이들의 연구(김영범 등, 1996)는...
  - ☐ England, Allison, and Wu(2007)는...
  - ☐ 이 연구(England et al., 2007)는...
  - ☐ 이들의 연구(England et al., 2007)는...

7. 참고문헌은 APA publication manual에 준하여 작성하고 본문에 인용 또는 언급된 문헌만을 제시한다.

8 참고문헌의 작성요령은 다음과 같다.

- 1) 한글문헌을 저자 이름의 가나다 순서로 제시하고 그 다음에 영문문헌을 알파벳 순서로 작성한다(본문도 그와 같은 순서에 의함). 단 중국어 및 일본어 문헌의 순서는 저자명 뒤에 괄호 속에 영문이나 한글표기를 하고서 그 순서를 따를 수도 있다.
- 2) 학술잡지, 단행본 및 연구보고서 국문이나 동양어인 경우는 진한 글씨체로, 서양어의 경우는 이탤릭체로 하며, 책이름은 첫 자만 대문자로, 학술지(Journal)명은 각 단어의 첫 자를 모두 대문자로 한다.

\* 학술잡지: 저자명(발행연도). 논문제목. 학술지(Journal)명, 권수(호수), 논문쪽수.

예) 김영범, 이승훈(2008). 한국 노인의 사회활동과 주관적 안녕감: 서울 및 춘천 노인을 대상으로. **한국노년학**, 28(1), 1-18.

Allison, P. D.(1996). Fixed effects partial likelihood for repeated events. *Sociological Methods & Research*, 25(1), 207-222.

\* 저서: 저자명(발행연도). 책이름. 발행처 소재지: 발행처.

예) 고령사회연구소(2009). 한국 노인의 삶의 질-2. 서울: 소화.

Allison, P. D.(2009). *Fixed effects regression model*. London: SAGE.

\* 편저서: 저자명(발행연도). 논문명. 편집자명, 책이름(쪽수). 발행처소재지: 발행처.

예) Editor가 1명인 경우

Botwinick, J.(1977). Intellectual abilities. In J. E. Birren(Ed.), *Handbook of the psychology of aging*(pp. 53-67). New York: Academic Press.

예) Editor가 2명 이상인 경우

Thelen, K.(2001). Varieties of labor politics in developed democracies. In P.  
A. Hall & D. Soskice(Eds.), *Varieties of capitalism*(pp. 71-103).  
Oxford: Oxford University Press.

\* 학위논문: 논문 제목은 진한 글씨체로 표기한다.

예) 김기수(2005). **춘천 지역 노인의 생활만족도**. 춘천대학교 대학원 석사학위논문.

9. 영문 논문은 국문 논문과 동일한 규정을 적용한다.

10. 원고 질의 및 제출

\* 주소 : 강원도 춘천시 한림대학길 1 한림대학교 국제회의관 15107호 (200-702)

☎ 033-248-3091/ E-mail : de3097@hallym.ac.kr

\* 편집위원장: 윤현숙 교수 / 편집간사 : 황푸름

\* 투고원고는 수시로 접수하며 연 1회 4월 30일 발간한다.

## <연구윤리 규정>

### 제 1 장 총칙

제1조(목적) 이 규정은 한림대학교 고령사회연구소에서 발행하는 [한림고령사회연구]의 편집과 발행에 관한 연구윤리를 확보하기 위하여 부적절한 연구행위 및 연구윤리 위반 사항을 규정하는 것을 목적으로 한다. 본 연구윤리 규정이 궁극적으로 지향하는 것은 [한림고령사회연구] 투고자로 하여금 윤리적으로 올바르고 바람직한 연구 수행을 진작시키고 그 환경을 조성하는 것이다.

제2조(적용대상) 이 규정은 [한림고령사회연구]의 모든 투고자에게 적용된다.

제3조(연구윤리위반행위의 범위) “연구윤리위반행위”란 연구를 제안, 수행, 발표하는 과정에서 연구목적과 무관하게 고의 또는 중대한 과실로 내용을 위조, 변조, 표절, 부당한 논문 저자표시 행위, 중복게재 함을 말하며, 이는 다음 각 호와 같다.

1. “위조”는 존재하지 않는 연구 자료나 연구 결과 등을 허위로 만들어 보고하는 행위를 말한다.
2. “변조”는 연구자료, 연구과정, 연구결과 등을 인위적으로 조작하거나 자료를 임의로 변형, 삭제함으로써 연구내용 또는 결과를 왜곡하는 행위를 말한다.
3. “표절”은 타인의 아이디어, 연구과정, 연구결과 등을 적절한 출처 표시 없이 연구에 사용하는 행위를 말한다.
4. “부당한 논문 저자표시”는 연구내용 또는 결과에 대하여 학술적 공헌 또는 기여를 한 사람에게 정당한 이유 없이 논문저자 자격을 부여하지 않거나, 학술적 공헌 또는 기여를 하지 않은 사람에게 감사의 표시 또는 예우 등을 이유로 논문저자 자격을 부여하는 행위를 말한다.
5. “중복게재”는 타 학술지에 게재되었던 논문 및 ISBN 넘버를 부여받은 저서를 수정하지 않고 기고하거나, 단순 축약하여 투고하는 행위를 말한다.
6. 기타 연구진실성을 심각하게 해하는 행위를 포함한다.

## 제 2 장 연구윤리 위반 검증

제4조(연구윤리위반행위 제보 및 접수) 제보자는 [한림고령사회연구] 편집위원회에 직접 또는 전화, 서면, 전자우편 등으로 제보할 수 있으며, 구체적인 부정행위의 내용과 증거를 포함하여 제보하여야 한다.

제5조(연구윤리위반행위의 조사) [한림고령사회연구] 편집위원회는 부정행위 발생을 인지하거나 제보가 있을 경우 이에 대한 조사를 수행해야 하고, 편집위원장은 편집위원회의 의견을 들어 해당 연구윤리위반행위 조사를 위한 조사위원회를 구성한다.

### 제6조(조사위원회의 구성과 권한)

- ① 조사위원회는 6인 이상의 위원으로 구성함을 원칙으로 하며, 조사위원회의 장은 위원들간의 호선으로 선출한다.
- ② 조사위원회는 제보자, 피조사자, 증인, 참고인에 대하여 진술을 위한 출석을 요구할 수 있다.
- ③ 조사위원회는 피조사자에게 자료의 제출을 요구할 수 있으며, 증거자료의 보전을 위하여 학회장의 승인을 얻어 연구윤리위반행위 관련자에 대한 연구자료를 보관할 수 있다.
- ④ 조사위원회는 학회의 장에게 사실로 판정된 연구윤리위반행위 관련자에 대하여 적절한 후속조치를 건의할 수 있다.

### 제7조(제보자와 피조사자의 권리보호와 비밀엄수)

- ① 조사위원회는 제보자의 신원을 보호하도록 적극 노력하며, 연구윤리위반행위 여부에 대한 검증이 완료 될 때까지 피조사자의 명예나 권리가 침해되지 않도록 주의하여야 한다.
- ② 조사와 관련된 일체의 사항은 비밀로 하며, 조사에 직접, 간접적으로 참여한 자는 조사와 직무수행 과정에서 취득한 모든 정보를 부당하게 누설해서는 안 된다. 다



만, 합당한 공개의 필요성이 있는 경우, 편집위원회의 의결을 거쳐 공개할 수 있다.

제8조(이의 제기 및 소명기회의 보장) 조사위원회는 연구윤리 위반으로 제보된 피조사자에게 이의 제기 및 충분한 소명기회를 제공하여야 한다.

#### 제9조(판정)

- ① 조사위원회는 이의 제기 또는 소명의 내용을 토대로 조사내용과 절차를 확정한다.
- ② 연구윤리위반행위의 판정은 조사위원회 위원 중 3분의 2 이상의 동의로 결의한다.

#### 제3장 후속 조치

#### 제10조(후속 조치)

- ① 연구윤리위반행위 확인판정이 있는 경우, 다음 각 호의 제재를 가하거나 이를 병과 할 수 있다.
  1. 연구부정 논문의 게재 불허
  2. 게재된 논문의 경우 이를 학회지 논문목록에서 삭제하고 게재취소 사실을 학회 홈페이지와 학술지를 통하여 공지
  3. 투고 자격 박탈 또는 정지
  4. 기타 적절한 조치
- ② 제①항 제2호의 공지는 저자명, 논문명, 논문수록 권(호), 취소일자, 취소이유 등이 포함되어야 한다.
- ③ 제①항 제3호의 박탈 또는 정지 기간은 연구윤리위반행위 과중에 따라 조사위원회에서 정한다.

제11조(결과의 통지) 조사위원장은 조사결과에 대한 위원회의 결정을 서면으로 작성하여 지체 없이 이를 피조사자 등 관련자에게 통지하여야 한다.

제12조(재조사) 제보자 또는 피조사자가 판정에 불복할 경우, 제10조의 통보 를 받은

날로부터 30일 이내에 서면 및 전자우편으로 위원회에 재조사를 요청할 수 있다.

제13조(명예회복 등 후속조치) 조사결과 연구윤리위반행위가 없었던 것으로 확정될 경우, 조사위원회는 피조사자의 명예회복을 위해 노력해야하며 적절한 후속조치를 취하여야한다.

제14조(기록의 보관 및 공개)

- ① 조사와 관련된 기록은 조사 종료 시점을 기준으로 5년간 보관하여야 한다.
- ② 판정 결과는 학회 임원회와 이사회에 즉시, 보고해야 한다.

부 칙

제1조(시행일) 본 규정은 2013년 4월 1일부터 시행한다.

## 2017년도 한림고령사회연구 편집위원

편집 위원장 : 윤현숙(한림대)  
편 집 위 원 : 김영범(한림대)  
남일성(성공회대)  
이승훈(숙명여대)  
이승희(울산대)  
임연옥(한림대)  
유지영(한림대)

간 사 : 황푸름(한림대)



# 한림고령사회연구

## Hallym Journal of Aging Studies

---

펴 낸 날 : 2017년 4월 30일 초판발행

펴 낸 곳 : 한림대학교 고령사회연구소

찍 은 곳 : 고려출판사 TEL.(033)257-5091

한림대학교 고령사회연구소

200-702 강원도 춘천시 한림대학길 1

TEL.(033)248-3091, FAX.(033)248-3095

E-Mail, de3097@hallym.ac.kr

ISSN 2288-2081

---



