

노인의 빈곤과 우울에 관한 연구: 다차원적 빈곤개념을 적용하여

김 태 완
(한국보건사회연구원/
서울시립대학교)

이 주 미
(한국보건사회연구원)

정 진 옥*
(한국보건사회연구원)

우리나라 노인빈곤율과 자살률이 높다는 점에서 본 논문에서는 현대 노인에게 경험하는 소득, 주거 및 의료빈곤과 우울 간의 관계를 분석하였다. 분석에는 한국보건사회연구원의 한국복지패널 1차(2005년)에서 9차(2013년)까지의 자료를 활용하였다. 분석 결과 소득, 주거 및 의료 빈곤측면에서 현대 노인은 소득빈곤에 많이 노출되어 있었으며, 다음으로 의료와 주거빈곤의 순이었다. 우울감은 노인 네 명 중 한명이 우울감을 경험한 것으로 분석되었다. 소득, 주거 및 의료빈곤 경험자중 우울을 함께 가지고 있는 비율은 소득빈곤이 34.6%(2013년)이었으며, 주거 및 의료빈곤은 47.5%(2013년)와 44.8%(2013년)이었다. 소득빈곤을 장기간 경험하는 노인이 42.7%이었으며, 주거 및 의료빈곤은 단기 혹은 일시빈곤에 많이 노출되어 있었다. 노인 특성별로 분석시 여성이며, 배우자가 없이 혼자 사는 독거노인, 학력수준이 낮고 도시보다 농어촌에 거주하는 노인세대가 빈곤과 우울에 많이 노출되고 있었다. 회귀분석 결과 빈곤과 우울감 간에는 양의 관계를 가지고 있었으며, 통계적으로도 유의한 것으로 분석되었다. 우울을 경험하는 기간을 기준으로 장기우울을 경험하는 노인은 소득, 주거 및 의료빈곤을 경험할 확률이 높았다. 현대 노인이 경험하는 우울 경험 기간에 따라 빈곤 경험에 차이가 있다는 점에서 노인의 빈곤과 우울특성을 고려한 지원방안이 마련될 필요가 있다.

주요용어: 노인빈곤, 다차원적 빈곤, 우울

* 교신저자: 정진옥, 한국보건사회연구원(jjwook@kihasa.re.kr)

■ 투고일: 2015.7.7 ■ 수정일: 2015.9.11 ■ 게재확정일: 2015.9.17

I. 서론

우리나라의 노인 빈곤율과 자살률은 OECD 기준 최고 수준으로 보고되고 있다¹⁾. 노인이 경험하는 문제는 빈곤과 자살의 문제만이 아니다. 현대 노인이 경험하고 있는 문제를 네 가지 어려움(4고)으로 부르며, 구체적으로 병고(病苦), 빈고(貧苦), 고독고(孤獨苦), 무위고(無爲苦)를 들고 있다. 고령으로 인한 건강상실, 소득상실로 인한 빈곤, 배우자나 주변 사람들과의 단절로 인한 외로움, 은퇴 이후 사회적 지위 및 역할 축소에 따른 상실감을 말한다. 현대 노인이 직면한 두 가지 문제(빈곤과 자살)와 네 가지 어려움을 비교해 보면 빈고는 빈곤과 관련된 문제이며, 고독은 정신건강 혹은 우울감과 관련된다(신학진, 2012). 사회적 지위 및 역할 축소를 제외하면 병으로 인한 어려움(병고)도 (의료)빈곤과 연계될 수 있다. 즉 현대 노인의 네 가지 어려움은 빈곤, 우울과 연관되며 노인 문제의 주요원인임을 지적할 수 있다. 빈곤과 우울 간에 관련성이 있다는 점은 지속적 연구를 통해 확인할 수 있다(Belle, 1990; Hudson, 2005; Kuruville & Jacob, 2007; Payne, 2012). 신학진(2012)은 노인의 4대 고통과 자살을 연계한 분석을 수행하였다. 하지만 동 연구는 특정지역을 대상(309사례)으로 했으며, 빈곤을 주관적 빈곤으로 측정했다는 점에서 전국대표성과 객관적 지표 설정에 있어 한계를 지니고 있다. 또한 노인빈곤에 대한 국내 연구 역시 대부분 소득 혹은 지출을 중심으로 분석이 되어왔으며, 노인빈곤과 우울 간의 문제를 다룬 연구 역시 소득빈곤 개념으로 연구되고 있다(박연아, 이인숙, 2009; 김태완, 윤상용, 2015).

노인실태조사에 의하면 노인이 지출 부담을 많이 가지는 비용으로 식료품비, 주거비 및 의료비를 들고 있다(정경희 등, 2014)²⁾. 즉 소득이 낮아서 나타나는 문제와 더불어 주거와 의료측면에서도 빈곤을 경험하고 있다. 식료품비와 주거비는 네 가지 어려움 중 빈곤의 측면을 의료비용은 의료빈곤의 측면과 연관되어 설명될 수 있다. 반면에 현재

1) OECD통계에 의하면 우리나라의 노인빈곤율은 47.2%(2010년 기준)로 OECD평균에 비해 34.8%p(세배 이상)가 높으며, 일본에 비해서도 27.8%p(19.4%, 2009년)가 높은 것으로 보고되었다. 우리나라 노인들의 자살률은 인구 10만명당 81.9명(2011, 인구10만 명당 자살자수)으로 미국(14.5명), 일본(17.9명)에 비해서도 매우 높은 수준인 것으로 보고되었다. 세부적으로 연령을 구분해 보면 60~69세는 2011년 기준 85.6명, 70세 이상 253.4명으로 연령이 증가함에 따라 자살률이 심각하게 증가하고 있다(김태완, 2014).

2) 2014년 노인실태조사에서 65세 이상 노인이 가장 많은 부담을 가지는 지출항목으로 주거관련비(35.4%), 보건의료비(23.1%), 식비(16.2%)를 지적하고 있다(정경희 등, 2014, p.294).

노인에게 집중되고 있는 복지지원제도는 크게 소득중심의 기초연금, 국민연금, 노인일자리 사업 등이 있는 반면에 주거 및 의료빈곤을 해결하기 위한 방안은 올해 도입된 맞춤형 급여를 제외하고는 노인을 대상으로 한 안전망은 미흡한 실정이다. 2014년 노인 실태조사에서 노인의 93.6%가 월 7.1만원의 의료비를 지출하고 있지만, 기초보장수급자와 의료급여대상자는 7.2%에 불과해 92.8%의 노인이 스스로 의료비를 부담하고 있는 실정이다(정경희 등, 2014). 현 세대 노인의 네 가지 어려움은 단순 소득빈곤과 우울만의 문제가 아닌 여러 지출측면에서도 발생하고 있으며, 종합적인 분석이 요구되고 있지만 그간의 빈곤과 우울에 대한 연구들은 빈곤의 한 단면만을 주제로 삼거나 횡단적(단년분석) 분석에 그치고 있었다.

현세대 노인이 경험하고 있는 네 가지 어려움을 파악하고 지원을 논의하기 위해서는 기존 연구와 같은 방법이 아닌 다차원적인 개념, 즉 노인 생활에 영향을 미치는 소득이 외에 주거, 의료빈곤과 우울의 문제를 함께 다룰 필요가 있다. 빈곤과 우울현상은 단기간에 발생하고 문제를 유발하는 것이 아닌 시간에 따른 장기적 변화가 함께 나타난다는 점에서 횡단분석이 아닌 개인과 시간을 고려한 패널분석이 또한 필요하다.

본 연구는 소득중심의 노인빈곤 연구에서 그 범주를 확대하여 다차원적 빈곤개념을 도입하여 어느 차원의 빈곤이 노인의 우울감에 영향을 미치고 있는지 살펴보고자 한다. 다차원 빈곤차원에서 현 노인세대가 많은 부담을 가지고 있는 소득, 주거 및 의료빈곤과 정신건강의 한 측면인 우울감 간의 관계를 분석 한다. 그 동안 소득중심의 노인빈곤에 중점을 둔 연구에서 노인빈곤문제는 여러 측면에서 살펴볼 필요가 있다는 점(이수정, 2012; 정의진, 2012; 황남희, 2015)과 다양한 범주의 빈곤과 정신건강의 문제를 함께 다룸으로써 현 세대 노인들이 직면한 사회적 문제를 확대해서 볼 수 있는 계기가 될 것으로 보인다.

II. 선행연구

우울은 정신건강의 한 단면으로서 우울감의 단계부터 시작되어 정신적 문제가 심각해질 경우 우울증으로까지 연계되는 일련의 과정으로서 설명할 수 있다. 우울은 자신감의 저하, 갑작스러운 기분 및 성격의 변화, 죽고 싶은 심정 등 정신적 상태가 매우 불안정한 경우를 의미한다. 이와 같은 우울현상은 연령이 증가할수록 사회적 지위 및 역할이 축소됨에 따라 심각해진다는 점에서 노인의 우울증상은 다른 연령대에 비해 많은 관심을 가질 필요가 있다(이은령 등, 2013). 우울에 영향을 미치는 여러 요소 중의 하나로 빈곤을 들 수 있다. 빈곤과 우울 간의 관계는 사회적 원인론(Social Causation)과 사회적 선택론(Social Selection)을 통해 설명되고 있다. 사회적 원인은 빈곤으로 인해 우울이 발생한다는 점을, 사회적 선택은 정신건강 혹은 우울의 문제로 빈곤이 발생한다고 주장하고 있다(Hudson, 2005; 엄태완, 2008; 김태완, 윤상용, 2015). 하지만 어느 측면이 우선하는지에 대해서는 논의의 여지가 있다. 하지만 두 개의 관점이 설명하고 있는 바는 빈곤과 우울 간에는 상호 간에 영향을 주고 있다는 점이며, 빈곤과 우울에 취약한 노인에게는 더 많은 영향을 미칠 수 있다는 점이다. Kuruvilla와 Jacob(2007)은 빈곤과 우울이 서로 연관되어 있다는 점을 보여주고 있다. 하지만 빈곤과 우울을 다룸에 있어 단순히 빈곤과 우울만의 관계가 아니라 빈곤이 지니는 여러 특성이 우울에 영향을 미치고 있다는 점을 선행연구 분석을 통해 보여주고 있다. 즉 개인이 가지는 사회경제적 지위(Social-economic status)³⁾, 빈곤층이 거주하는 지역, 빈곤의 지속기간, 절대적 및 상대적 빈곤은 물론 최근 나타나고 있는 근로빈곤(Working poor)이 우울에 영향을 주고 있다는 점을 설명하고 있다. 동 연구를 통해 보면 노인에 대한 빈곤과 우울을 분석시 단순 소득빈곤만을 가지고 서로 간의 관계를 분석하는 것과 시간적 변화를 고려하지 않은 연구는 한계가 있다는 점을 알 수 있다.

본 연구는 연구분석 과정 속에서 사회적 원인론 측면에서 연구를 진행하고 있다. 즉 회귀분석시 우울을 종속변수, 빈곤을 독립변수로 두고 있다는 점에서 빈곤으로 인한 우울의 문제를 다루고 있다. 이와 관련하여 김연숙 등(2012) 역시 사회원인측면에서 빈곤과 우울을 다루고 있다. 도시와 농촌 저소득층 노인⁴⁾의 우울과 삶의 질에 대한

³⁾ Belle(1990) 역시 빈곤과 우울에 대한 선행연구들을 정리하며, 낮은 사회경제적 지위와 낮은 소득이 정신건강과 양의 관계에 있다는 점을 보여주고 있다.

비교 연구를 통해 저소득층 노인은 경제적 어려움으로 우울증이 더 발생할 수 있으며, 절대적인 경제상태 보다는 주위사람이나 환경과 비교한 상대적인 경제상태에 직접적인 영향을 받으며, 즉 도시 저소득층 노인이 농촌 저소득층 노인에 비해 정신건강에 더 위협을 받고 있으며 우울이 더 심하다는 결과가 나타났다. 연구자는 빈곤과 우울문제에 있어 지역적 차이를 거론하고 있다는 점에서 의미가 있다. 이미 거주지에 따른 빈곤과 우울 간의 관계는 Weich, Twigg, Lewis(2006)에서도 볼 수 있다. 영국 사례분석(16~74세 76백여명)을 통해 도시에 거주하는 사람이 농어촌 거주자에 비해 더 우울하다는 점을 보여주고 있다.

노인빈곤과 우울문제를 다룸에 있어 간과할 수 없는 점은 노인 성별 및 가구원수로 인한 차이이다. 빈곤율에서도 남성에 비해 여성의 빈곤율이 높으며, 노인부부나 가구원수가 많은 노인가구에 비해 노인단독가구의 빈곤율이 높다는 점에서 노인 성별 및 가구원수에 따른 빈곤과 우울의 문제는 주요한 측면이라고 할 수 있다(이주미, 김태완, 2014). 박언아와 이인숙(2009)은 여성 노인의 우울에 영향을 주는 요인 연구에서 빈곤층 여성 노인의 우울에 영향을 미치는 주요 요인으로는 배우자유무, 경제상태, 주관적 건강상태, 인지기능으로 빈곤층 여성 노인의 가족지지체계 미흡과 낮은 주관적 건강상태, 인지기능의 문제는 사회적, 신체적, 심리적인 측면에서 열악한 환경에 노출되어 우울수준을 높일 가능성이 많다고 나타났다. 독거노인에 초점을 둔 연구로 이신영(2011)은 독거노인의 우울에 영향을 미치는 요인을 살펴보았으며, 독거노인의 인구사회학적 특성(성별, 연령, 거주지역, 종교유무, 교육수준, 월평균소득, 주관적 경제수준), 건강관련 특성(만성질병 수와 주관적 건강수준), 가족 및 사회적 지지 변수(비동거자녀 수, 친인척 수, 그리고 친구 및 이웃의 수)를 선정하여 분석한 결과, 우울에 가장 큰 영향을 주는 요인들은 주관적 경제수준과 건강수준인 것으로 나타났다. 신체적 건강문제는 병원비 지출 등의 소득감소를 유발하여 경제문제에 직접적으로 영향을 미칠 수 있다는 결과를 보이고 있다. 이외에 이은령 등(2013)에서는 신체적 건강상태, 경제상태, 가족지지, 사회적지지, 자아존중감이 종교생활참여 등이 노인들의 우울에 미치는 영향으로 연구모형을 설정하고, 구조모형분석을 실시하였으며, 노인들의 일반적 특성에 따른 우울요인에는 성별, 학력, 배우자 유·무, 동거상태, 주관적 건강상태에서 유의한 차이가 있다고 나타났다. 일본의 연구에서도 片桐(2013)는 고령자의 건강에 관한 의식

4) 65세 이상의 기초생활보장수급 노인으로 연구자의 접근성에 따라 임의 선정하여 참여를 허락한 도시 노인 107명, 농촌노인 74명으로 총 181명의 노인이 연구대상이다(김연숙 등, 2012).

조사 2008년 자료를 활용하여 종속변수를 우울증상, 주관적 건강상태로 두고 독립변수를 수입, 사회참가 유무, 사회적 네트워크의 크기, 가족 내 역할 유무, 건강유지행동 수로 하여 분석한 결과 우울증상이나 주관적 건강상태에 대해서 수입은 유의한 관련이 있고 수입이 많으면 우울증상이 낮고 주관적 건강상태 또한 높은 것으로 나타났으며 수입으로 보면 사회적 격차가 건강 격차에 관련이 있는 것으로 확인되었다. 石田(2006)은 만성질환의 유무, 통원유무, 육체적 허약 유무, 활동제한 유무, 우울증상 유무, 주관적 건강상태 7개 항목 각각과 사회경제적 변수로서 지금까지 가장 오래 동안 근무한 직업을 근거로 분류한 사회계층, 교육년수, 소득 간의 관계에서 육체적 허약, 활동제한 유무, 우울증상, 주관적 건강상태에 관해서 사회계층, 소득이 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. Ikeda(2008)의 연구에서는 일본의 고령자에 있어 사회경제적 상태에 따라 사망 및 주요질환(암, 뇌졸중, 고혈압 등)(Murata, 2010), 요개호 상태나 그것을 초래하는 개호 리스크(전도, 저영양, 구강기능 등), 주관적 건강상태, 우울 등 심리적 건강(Murata, 2008), 사회적 건강(단절, 사회참가, 학대 등)에 있어 차이가 있는 것으로 보고하고 있다. 또한 지니계수로 지역의 사회경제적 격차를 평가한 결과 소도시 노인이 대도시 노인 보다 건강지표가 낮은 것으로 보고하고 있어 고령자의 사회경제적 상태에 의한 건강격차가 있는 것으로 나타났다.

이처럼 노인우울에 영향을 미치는 요인들에는 경제적 이유뿐만 아니라 인구사회학적 차원 즉, 일반특성(연령, 성별, 주거형태, 교육수준, 경제활동상태, 결혼여부 등)과 주관적·신체적 건강차원, 사회적 관계차원 등 차원별로 상호적인 영향을 미치며, 건강상태, 경제활동상태, 주거상태, 거주지역 등과 같은 차원들이 빈곤과 연결되는 것은 무시할 수 없을 것이다. 이는 빈곤의 개념이 경제적인 기준에만 국한하지 않은 다차원적인 빈곤 측정이 필요함을 보여주고 있었다. 서병수(2007)에서는 한국에서의 빈곤 양상과 이를 분석하는 도구가 서로 부적합하다는 점, 다른 한편으로는 비경제활동 인구의 비중이 구조적으로 높으면서 아동, 여성, 노인 등 사회적 취약 계층이 광범위한 복지 사각지대에 처해 있는 것을 문제점으로 들면서 결핍측정과 분석도구가 화폐적 접근에만 머물고 있어 복지의 결핍을 야기하는 사회적 관계나 제도 등 비화폐적 결핍의 원인과 수준을 파악할 수 없으며, 소득지원만으로는 빈곤해소에 도움이 되지 못하고 있다고 밝히고 있다.

소득중심의 빈곤연구 한계의 대안으로 다차원적 빈곤 측정에 대한 연구들이 이루어지고 있다. 동 방식은 기존 빈곤측정이 화폐적 지표(총소득, 생활비 및 순자산) 중심이었던 것과 달리, 비화폐적 지표(교육수준, 주거만족도, 건강상태, 가족 및 지역사회 관계,

종사상 지위 등)에 대한 변수를 고려하여 다차원적 빈곤의 수준과 추이를 분석하고 있다. 빈곤을 다양한 측면에서 분석해야 한다는 논의는 오래되었으며, 영국의 타운젠트가 박탈의 개념을 활용하여 측정된 바가 있으며, 센(Sen, A)은 경제적 복리라는 전통적인 접근방법을 넘은 인간적 복리(Human wellbeing)의 개념에 기초하여 다차원적 빈곤을 이야기 한 바 있다(이현주 등, 2012, p.13 재인용). 국내에서는 최균 등(2011)의 연구에서 소득빈곤접근 외의 새로운 접근방식들로 소득뿐만 아니라 자산, 주거, 건강, 근로 능력, 기대수명, 사회 환경, 제도 등 삶의 여러 조건과 차원들에서 나타나는 결핍을 직접 측정하고자 하는 다차원적 빈곤접근의 방식을 설명하고 있다. 연구 결과 계층별로 노인, 한부모, 여성, 저교육, 자활근로, 비경제활동의 가구주 등 빈곤 취약계층들이 매우 심한 다차원적 빈곤 상태에 있음을 보여주었다. 김경혜 등(2010)에서도 사회가 발전할수록 빈곤을 보는 관점이 단순히 '물질적인 부족'에서 사회·문화적 차원을 포함하는 '상대적 결핍'의 개념으로 확대되는 경향을 보이고 있으며, 이에 소득중심의 빈곤측정과 정책방향의 한계에 대한 대안으로 다차원적 빈곤 관점을 소개하고 있다. 연구자는 서울시 빈곤 실태를 다차원적으로 측정하기 위한 측정지표를 개발하고자 전문가 의견조사를 실시하였고, 그 결과 차원별로 고려되어야 할 빈곤 관점들은 소득, 자산, 고용·노동, 주거생활, 건강, 교육 등⁵⁾으로 나타났다. 여러 개 차원의 결핍 상태를 종합하여 다차원적 빈곤율을 산출하는 방법으로는 차원계수방식을 적용하였고, 가구유형별로 조손가구가 가장 열악한 빈곤실태를, 또 기초생활수급자, 차상위계층, 상대적 빈곤층 가구도 70%가 넘는 다차원적 빈곤율을 보인다고 나타났다. 이로써 빈곤의 측정과 정책방향 설정에 다차원적 빈곤관점의 도입이 필요하며, 다차원적 빈곤접근으로 가구별 욕구파악을 통해 맞춤형 복지 제공이 가능할 수 있음을 시사하고 있다.

선행연구들을 토대로 본 연구에서는 노인빈곤과 우울의 문제에 대해 다차원적 개념으로 접근하고자 한다. 기존 연구들을 토대로 노인 우울에 미치는 영향에 대해 소득, 주거, 의료차원으로 분석변수를 설정하고 노인빈곤과 우울의 관계를 살펴보고자 하였다.

⁵⁾ 전문가 의견조사를 통해 결정된 차원별 결핍기준(빈곤선)은 소득과 자산 차원은 법적, 사회적 관례를 적용하여 소득수준은 균등화 중위소득의 50% 미만, 자산규모는 가구규모로 조정된 기초공제액으로 정하였으며, 고용·노동의 경우 노동접근성(장기실업 여부), 고용안정성(비정규직 유무), 사회보장의 기준(산재/고용보험 가입 여부)을, 주거의 경우 주택적정성(최저주거기준), 주거환경 적정성, 비용 부담율, 건강의 경우 건강수준, 기초영양, 비용부담율, 마지막으로 교육의 경우 교육접근성, 사교육 결핍, 비용부담에 대한 기준으로 지표를 체계화 하였다(김경혜 등, 2010).

III. 연구방법

이 글에서는 노인의 다차원적 개념을 통한 빈곤과 우울의 문제를 분석하고 있다. 서론과 선행연구에서 밝히고 있듯이 빈곤과 우울 간에는 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타나고 있다(박연아, 이인숙, 2009; 김혜령, 2014; 김태완, 윤상용, 2015). 더구나 우리나라는 노인빈곤율과 자살률이 높다는 점에서 다른 연령대에 비해 빈곤과 자살 간 연관성이 높을 수 있다는 점을 추론할 수 있다. 현실적으로 자살은 실현된 것으로 그 자료를 파악하기가 불가능하다는 점에서 실제 조사가 가능한 우울감을 기준으로 빈곤과의 관계를 분석하고자 한다. 이미 연구를 통해 우울과 자살 간에는 관련성이 높다고 보고되고 있으며(김형수, 2002; 박봉길, 전석균, 2006; 김현경 등, 2008; 박창중 등, 2013; Brown & Vinokur, 2003), 우울에 대한 사전개입을 통해 자살을 낮출 수 있다는 점에서 본 연구는 현대 노인의 빈곤과 우울감 간의 관계를 분석하고자 한다.

본 연구는 한국보건사회연구원의 한국복지패널(이하 복지패널) 조사를 통해 현대 노인의 다차원적 빈곤과 우울문제를 분석하고자 한다. 복지패널은 한국보건사회연구원 에서 2006년(소득 및 지출 기준은 2005년)에 시작된 것으로, 현재 2014년(소득 및 지출 기준은 2013년) 9차까지 조사자료가 공개되고 있으며, 초기 약 7천 가구(7,072가구)를 표본으로 현재도 약 7천여 가구(8차 조사 완료(5,619가구), 신규표본 중 조사완료 가구(1,693가구), 신규분가가구(78가구))를 표본으로 두고 있다(한국보건사회연구원, 2015). 무엇보다 복지패널이 본 연구에 부합되는 점은 조사항목에 소득 및 지출은 물론 우울에 대한 변수를 포함해 조사가 진행되고 있고, 이를 통해 횡단 및 종단분석이 가능하다는 점이다(한국보건사회연구원, 2015). 분석은 복지패널이 매년 조사가 진행되는 패널이라는 점에서 종단적 분석을 위해 조사 초기부터 2013년까지 조사가 진행된 개인 약 81백여명을 대상으로 하고 있다. 이중 65세 이상 노인은 2013년 기준으로 17.0%이 었다. 65세 이상 노인 중 여성노인은 54.7%로 남성 45.3%에 비해 많았다. 가구원수를 기준으로 보면 1~2인가구가 거의 대부분을 점유하고 있었으며, 배우자가 있는 노인은 64.7%, 배우자가 없는 경우는 35.3%, 거주지역은 농어촌보다는 도시에 많이 거주하고 있었다. 학력수준은 초졸 이하가 55.3%로 절반 정도를 점유하고 있다.

표 1. 복지패널 기초통계¹⁾

구분		명	%	구분		명	%
표본	전체	8,103	100	혼인상태	유배우	890	64.7
	노인	1,376	17.0		무배우 ²⁾	486	35.3
성별	남성	623	45.3	지역	도시	1,169	84.9
	여성	753	54.7		농어촌	208	15.1
가구원수	1인	329	23.9	교육수준	초졸 이하	760	55.3
	2인	746	54.2		중졸	237	17.2
	3인	170	12.4		고졸	226	16.4
	4인 이상	131	9.5		대학 이상	153	11.1

주: 1) 균형패널을 기준으로 하고 있으며, 표본특성은 2013년을 기준(표본가중치 부여)으로 하고 있음

2) 무배우는 사별·이혼·별거·미혼을 포함

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널 1차~9차, 원자료

두 번째 설정이 필요한 것은 노인빈곤을 어느 차원에서 설정하고 어떤 빈곤선을 기준으로 할 것인가이다. 빈곤분석을 위한 차원을 설정하는 방법은 다양하며, 연구자에 따라 여러 기준을 제기하고 있다. 동 연구에서는 서론에서 설명하고 있듯이 현세대 노인이 직면한 4고중 역할상실로 인한 어려움을 제외한 나머지 어려움을 기준으로 차원을 설정하였다. 또한 빈곤 및 우울은 종교생활참여, 사회적 네트워크의 크기, 가족 내 역할 유무, 가족 및 지역사회 관계 등 사회참여와 사회관계망이 무위고와 고독고 등과 밀접한 관련이 있겠으나, 복지패널 매년 조사되는 기본 조사에서는 사회적 역할과 관련된 조사는 진행되고 있지 않다는 점에서 조사상의 한계로 분석범주에 포함하지 않았다⁶⁾. 즉 노인 세대가 직면하고 있는 소득과 지출의 어려움을 고려하여 빈곤에 대한 차원을 설정하였다. 두 번째는 여러 선행연구에서 공히 포함되고 있는 빈곤차원을 고려하였다. 기존 연구들에서는 소득, 주거, 건강(혹은 의료), 기타 차원을 설정하고 있다(서병수 등, 2013; 김경혜, 2010; 김혜자 등, 2013). 대부분의 연구에서 소득, 주거 및 건강(혹은 의료)부문을 포함하고 있다. 특히 노인만을 대상으로 다차원 빈곤을 연구한 경우에도 소득, 주거, 건강

⁶⁾ 복지패널은 3년 주기로 진행되는 장애인조사에서 사회적 역할에 대한 변수를 포함하고 있지만, 매년 조사하고 있는 본 조사에서는 사회적 역할과 관련된 조사는 진행되고 있지 않다. 사회적 역할과 지위는 함께 설명될 수 있다는 점에서 사회적 지위변수를 고려할 수 있지만, 사회적 지위는 경제적 지위, 노동시장 지위 등 분석범주에 따라 여러 측면이 함께 발생할 수 있으며, 논쟁의 여지가 있다는 점에서 여기서는 포함하지 않았다.

(혹은 의료)에 대한 차원설정은 공히 함께 나타나고 있다(이수정, 2012; 정의진, 2012; 황남희, 2015). 위와 같은 두 가지 측면에서 현 세대 노인빈곤 측정을 위한 빈곤의 차원은 소득빈곤, 의료빈곤(혹은 건강빈곤) 및 주거빈곤을 기준으로 하고자 한다. 구체적으로 세 가지 빈곤차원에 대한 빈곤선 설정은 아래와 같다.

본 연구에서 최종적으로 노인에 대한 소득, 주거 및 의료 빈곤의 측정은 5가지 지표를 활용해 빈곤선을 설정하고 있다. 먼저 소득빈곤은 국제비교와 국내 통계청 및 빈곤연구자들이 공통적으로 적용하고 있는 상대적 빈곤개념의 중위(가처분)소득 50% 미만을 기준으로 하였다. 가구원수에 따른 욕구를 통제하기 위해 가처분소득을 가구원수의 제곱근으로 나눈 균등화된 (가처분)소득을 기준으로 소득빈곤 유무를 판정하였다(임완섭 등, 2014).

의료빈곤 및 주거빈곤은 각각 두 가지 빈곤선을 활용하였다. 먼저 주거빈곤은 주거비 지불능력(Housing Affordability)으로 측정하였다. 주거비 지불능력은 주택을 소유 혹은 임차(전월세)한 사람이 본인 소득과 비교시 주택가격이나 임차료가 지나치게 높지 않고, 일정한 주거기준에 적합한 주택에 거주하는 것을 의미한다(진미윤, 1998; 김혜승, 2004). 주거비 지불능력을 측정하는 대표적인 방식이 최저주거기준과 월소득 대비 임대료(Rent-to-Income Ratio, 이하 RIR 사용)로 과도한 주거비 지출을 의미한다(진미윤, 2013). 정부에서는 2000년에 처음으로 가구원수별 최저주거기준을 발표하였으며, 이후 주택규모가 변경되면서 2011년 수정된 최저주거기준을 다시 수정 발표하였다. 최저주거기준⁷⁾은 가구원수별 방수, 면적 및 환경기준 등을 포함하고 있으며, 국민들이 생활 하는데 있어 최소한 갖추어야 할 주거기준이다. RIR이 20~30% 이상인 가구를 주거비 과부담가구 혹은 주거빈곤가구로 분류할 수 있다. 본 연구에서는 과도한 주거비 지출은 가처분소득 대비 주거비(월세 및 관리비) 비중이 30% 이상인 자를 기준으로 하였다(김태완, 박지혜, 2009; 김혜자 등, 2013). 최종 주거빈곤 규모 추정은 최저주거기준과 주거비 기준 중 하나라도 미달한 경우를 주거빈곤으로 하였다.

의료빈곤은 건강보험 체납자와 과도한 의료비 지출자로 측정하고자 한다. 과도한 의료비 지출자는 식료품비를 제외한 소비지출 중 의료비 지출이 40% 이상인 자를 기준으로 하였다. 우리나라 국민의 대부분이 건강보험제도에 포함되어 있지만 소득상실, 사업 등의 기타 사유로 인해 건강보험을 체납하는 건강보험제도의 사각지대가 존재하고

⁷⁾ 국토부 발표에 의하면 2012년 전체가구의 7.2%인 128만 가구, 2014년에는 5.3%인 98만 가구가 최저주거기준 이하에서 생활하고 있는 것으로 나타났다(국토교통부, 2015).

있다. 이들은 저소득임에도 병의원 이용시 건강보험 체납으로 인해 본인이 모든 비용을 지불한다는 점에서 의료측면에서 대표적 취약계층이라 할 수 있다. 두 번째로 과도한 의료비 지출자 역시 소득상실, 기타 사유로 인해 생활이 어려운 상태에서 질병 발생시 적절한 치료가 필요함에도 부담스러운 의료비로 인해 치료를 포기하는 경우가 발생할 수 있다. 이들 계층 역시 대표적인 의료지원제도의 사각지대에 놓인 계층이라 할 수 있다. 의료빈곤에서 설정하고 있는 두 가지 빈곤선은 선행연구인 김혜자 등(2013) 연구를 기준으로 하였다. 의료빈곤 규모는 주거빈곤과 같이 두 가지 기준중 하나라도 미달한 경우를 의료빈곤층으로 구분하여 분석하였다.

표 2. 빈곤차원 및 빈곤선

구분	기준변수명	빈곤선
소득빈곤	소득기준	상대적 개념으로서 중위(가처분)소득 50% 미만
주거빈곤	최저주거기준	정부발표기준 가구원수별 면적기준(2004년 및 2011년 기준)
	주거비 기준	과도한 주거비 지출자 (가처분소득 대비 주거비(월세 및 관리비) 비중이 30% 이상인 자. RIR)
의료빈곤	건강보험 체납자	건강보험 보험료 체납자
	의료비기준	과도한 의료비 지출자 (식료품비를 제외한 소비지출 중 의료비지출이 40% 이상인 자)

우울과 관련된 변수는 복지패널에서 제공하는 기준을 이용하였다. 복지패널에서는 CES-D(Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) 척도를 통해 우울을 측정하고 있다. CES-D척도는 1977년 Radloff(1977)가 20개 설문으로 처음 제안하였으며, 복지패널은 11개로 축소한 문항(Kohout et al., 1993)을 활용하고 있다. 이중 “비교적 잘 지냈다”와 “불만없이 생활”의 경우에는 역코딩하였으며 전체 설문 합을 구하여 분석에 이용하고 있다. 총점(60점)을 기준으로 점수의 합이 높을수록 우울이 높다고 평가된다(한국보건사회연구원, 2015). 우울상태의 시간에 따른 지속여부를 분석하기 위해서는 우울점수 16점을 기준으로 해마다 우울척도가 16점 이상이면 “1”을 16점 미만이며 “0”을 두고, “1”의 수치가 몇 년에 걸쳐 나타나는지를 파악하고 이를 종단분석에 활용하고자 한다(성준모, 2010; 김태완, 윤상용, 2015).

복지패널은 패널자료로서 횡단 및 종단분석이 가능하며, 빈곤 및 우울변수를 측정함에

있어 이를 구분하여 분석하고자 한다. 횡단분석은 당해연도를 기준으로 빈곤(=1) 및 비빈곤(=0)을 구분하고 있으며, 종단분석은 빈곤 및 우울상태를 빈도변수(count variable)로 산출하고자 한다. 빈도변수로 구성하고자 하는 이유는 빈곤 및 우울의 경험 정도를 기준으로 장단기로 구분하고자 함이다. 만약 분석기간 중 한 해만 빈곤하면 '1회, 3년의 빈곤경험을 가지면 3회로 하여 빈곤 혹은 우울상태에 몇 년간 머무른 경험이 있는지를 기준으로 하고자 한다. 장기빈곤(long-term poverty)은 빈곤을 여러 해에 걸쳐 경험한 것을 의미한다. 김환준(2013)은 장기빈곤의 기간설정과 관련해, 선행연구를 기준으로 5년 이상의 기간일 경우에는 분석기간의 절반 이상 빈곤한 경우를 장기빈곤, 그 이하는 단기빈곤으로 구분할 것을 제안하고 있다. 이를 기초로 본 연구에서는 장기, 단기 및 일시빈곤(혹은 우울)으로 나누고 있다. 연구의 분석기간이 9년이란 점에서 5년 이상 빈곤 경험시 장기빈곤, 2~4년 빈곤경험자는 단기빈곤, 한해만 빈곤 경험시 일시 빈곤으로 설정하고 있다. 우울에 대한 구분 또한 빈곤과 동일하게 하고 있다. 즉, 우울 변수 동태분석을 위한 장단기 구분은 박재규와 이정립(2011), 김태완과 윤상용(2015) 등의 연구에서 분석된 바가 있으며, 본 논문은 이를 토대로 우울도 빈곤과 같이 장단기로 구분하고자 한다. 동 방식은 종속변수가 명목척도로 구분된다는 점에서 다항로지회귀 방법을 통해 분석하였다.

독립변수는 선행연구의 결과를 기초로 인구사회학적 변수를 설정하였다. 성별은 박언아와 이인숙(2009) 연구에 의하면 남성에 비해 여성노인이 더 많이 우울에 노출되고 있는 것으로 보고되었으며, 빈곤에서도 남녀 간에 분명한 격차가 있다는 점에서 이를 분석변수를 설정하였다. 이외에 노인 우울에 영향을 미치는 요인으로 가구원수(독거 노인), 교육수준 및 혼인상태가 주요한 변수로 설정되고 있어 이를 포함하였다(김형수, 2002; 박창중 등, 2013). 또한 지역적으로 도시와 농어촌 간에도 빈곤과 우울 간에 서로 다른 양상을 보여주고 있다는 점에서 이를 구분하여 분석하고자 한다(Weich, Twigg & Lewis, 2006; 김태완, 윤상용, 2015).

표 3. 회귀분석 변수

구분	변수명	변수설명
종속변수	우울감	①우울점수 ②장기우울(=3), 단기우울(=2), 일시우울(=1), 우울경험없음(=0)
빈곤	소득빈곤 주거빈곤 의료빈곤	장기빈곤(=3), 단기빈곤(=2), 일시빈곤(=1), 빈곤경험없음(=0)
인구사회학적 변수	성별	남성(=1), 여성(=0)
	가구원수	1인 가구, 2인 가구, 3인 가구, 4인 가구 이상
	교육수준	대학 이상(=3), 고졸 이하(=2), 중졸 이하(=1), 초졸 이하(=0)
	혼인상태	유배우(=1), 사별·이혼·별거·미혼(=0)
	거주지역	도시(=1), 농어촌(=0)

IV. 분석결과

본 논문은 노인의 차원(소득·주거·의료)별 빈곤과 우울 간의 관계를 분석하고 있다. 선행연구를 통해 보면 빈곤과 우울 간에는 관련성이 깊으며, 빈곤이 우울에 영향을 주고 있다는 점을 보여주고 있다(박언아, 이인숙, 2009; 김혜령, 2014; 김태완, 윤상용, 2015).

복지패널을 통해 연도별 차원별 빈곤⁸⁾과 우울감의 변화를 보면, 기존 연구(이주미, 김태완, 2015)와 같이 노인 소득빈곤율은 2005년 52.5%에서 2013년 49.5%로 여전히 높은 수준이다. 즉 노인 두명중 한 명은 여전히 빈곤상태에 놓여져 있었다. 최근 OECD에서 발표한 자료에 의하면 한국의 노인빈곤율은 49.6%로 가장 높은 것으로 보고되

8) 다차원적 빈곤측정시 고려되는 점은 측정된 빈곤율을 별도로 설명할 것인지 아니면 단일화된 지수로 설명할 것인지 검토가 요구된다. 여기에서 ①합집합 혹은 교집합 방식, ②차원계수 혹은 차원조정 빈곤지수, ③복합빈곤지수 등의 방식이 있다(김경혜 등, 2010). 실태를 표현함에 있어 각 분석방법 별로 차이를 가지고 있다. 본 연구에서는 노인의 소득, 주거 및 의료빈곤과 우울감 간의 관계를 분석 한다는 점에서 합집합과 교집합의 형식으로 분석을 진행하고자 한다. 즉 개별 빈곤차원을 설명시에는 각각의 빈곤율(예, 표 4, 표 5, 표 6 등)을 빈곤차원 간 비교에서는 교집합의 방식(예, 표 7 등)으로 분석하였다.

었다(OECD, 2015). 반면 비노인층의 소득빈곤율은 2005년 12.6%에서 2013년 9.9%로 역시 감소하고 있지만 노인 소득빈곤에 비해서는 낮은 수준이었다. 소득빈곤에 비해 주거 및 의료빈곤은 노인과 비노인 모두 낮았다. 주거빈곤의 경우 다소 차이는 있지만 노인과 비노인이 비슷한 수준을 보여주고 있었으며 2012년 이후 노인층이 비노인층에 비해 다소 높게 나타나고 있다. 노인층의 주거빈곤은 2011년 이후 증가하는 추세를 보여주고 있다. 반면에 주거점유형태별로 보면 자가 가진 노인과 임차가구 노인 간의 주거빈곤에 차이를 보이고 있다. 연도별로 주거빈곤 규모가 줄어들고 있지만 주거를 임차한 노인의 주거빈곤은 2013년 9.8%, 자가 노인가구는 1.8%로 주거점유형태에 따라 많은 차이를 보여주고 있다. 의료빈곤은 2005년 11.9%에서 2013년에는 7.8%로 동기간의 소득빈곤에 대해서는 감소폭이 다소 높았다. 비노인층의 의료빈곤은 노인층에 비해서는 낮은 수준임을 알 수 있다. 노인에게 있어 소득빈곤에 이어 의료빈곤이 심각하였으며, 다음으로 주거빈곤의 순이었다⁹⁾. 우울감에 대한 변화를 살펴보면, 노인층이 비노인층에 비해 높은 수준이었다. 2005년 우울감을 가진 노인은 35.8%, 비노인은 17.4%로 두 배 정도 차이를 보이고 있었지만, 2013년에는 그 격차가 더 벌어져 2013년 노인은 25.5%, 비노인은 8.2%로 세 배 이상 차이가 나타났다¹⁰⁾. 동기간 노인층의 정신적 문제가 비노인층에 비해서는 심각하게 발생하고 있는 것으로 추정된다. 노인층에 대한 차원별 빈곤과 우울감을 비교시 빈곤측면에서는 소득빈곤이 심각한 것으로 나타났으며, 역시 많은 노인들이 우울감에도 노출되어 있다는 점을 확인할 수 있다.

9) 2014년 노인실태조사결과 65세 이상 노인의 주거형태를 보면 자가 보유자가 69.2%, 전세 8.4%, 월세 11.5%, 기타 11.0%로 자가 보유자가 많다는 점에서 대부분 월세 등으로 부담을 가지는 노인계층이 주거빈곤을 경험하고 있는 것으로 보인다(정경희 등, 2014, p.488). 복지패널에서도 2013년 (노인)주거빈곤 경험자를 주거점유형태로 보면 자가 30.1%, 전세 10.4%, 월세 54.6%, 기타 5.0%로 월세 점유자가 대부분을 점유하고 있다.

10) 2014년 노인실태조사에서는 단축형 노인우울척도를 사용하여 조사한 결과 전체노인의 33.1%가 우울증상을 보이는 것으로 조사되었다. 특히 도시지역에 거주하고, 여성이며, 연령이 많거나, 배우자가 없으며, 학력수준 및 소득수준이 낮은 노인일수록 우울증상을 더 많이 보여주고 있었다(정경희 등, 2014, p.313).

표 4. 차원별 빈곤 및 우울 변화

(단위: %)

노인	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
소득빈곤	52.5	51.5	52.3	50.2	47.2	48.1	45.6	46.1	49.5
주거빈곤	4.4	3.7	3.5	3.3	3.2	2.2	3.3	3.5	4.2
자가	0.1	0.2	1.4	1.5	1.2	0.6	1.5	1.8	1.8
임차	12.9	11.8	8.1	7.8	7.8	6.1	7.6	7.6	9.8
의료빈곤	11.9	1.51	9.1	9.8	7.4	8.2	9.6	9.1	7.8
우울감	35.8	31.5	28.2	25.2	32.7	21.5	17.8	20.4	25.5
비노인	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
소득빈곤	12.6	11.4	10.3	10.5	9.3	8.8	8.5	8.7	9.9
주거빈곤	4.1	3.7	3.1	3.1	2.7	2.0	3.8	2.7	2.9
자가	0.3	0.3	0.9	0.8	0.7	0.2	1.0	0.7	1.2
임차	9.5	8.8	6.4	6.5	5.5	4.7	8.2	5.8	5.7
의료빈곤	8.4	5.21	4.8	4.3	2.8	2.4	1.6	2.0	2.1
우울감	17.4	18.8	14.3	14.1	16.7	8.0	7.8	8.0	8.2

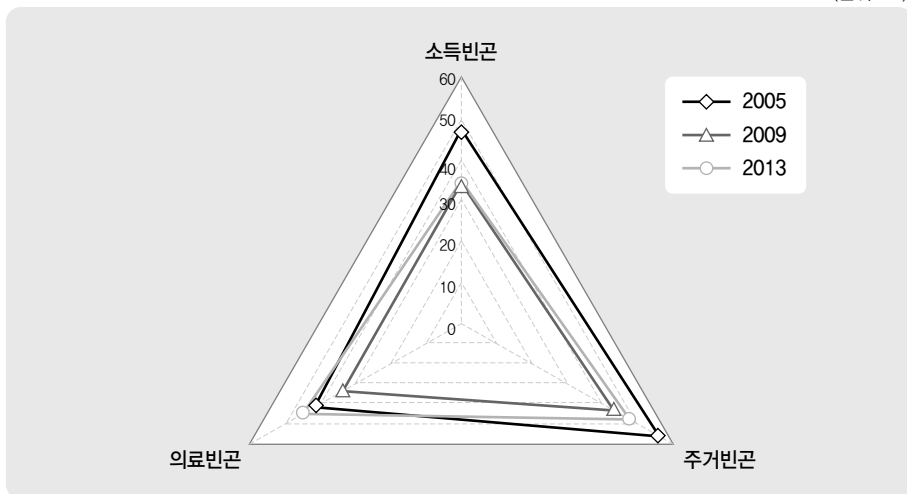
주: 1) 2006년은 세부적 소비지출에 대한 조사가 이루어지지 않아 동 수치는 건강보험료 체납자를 기준으로 분석한 것이다.

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널 1차~9차, 원자료

빈곤을 경험한 노인을 대상으로 우울에 어느 정도 노출되고 있는지를 보면, 빈곤차원 별로 비슷하게 줄어드는 양상을 보여주고 있다. 복지패널 조사가 시작된 2005년, 중간 연도인 2009년, 최종분석연도인 2013년을 기준으로 보면 세 가지 빈곤에서 주거빈곤을 경험하는 노인의 우울경험 비율이 높게 나타나고 있다. 차원별 빈곤 내에서 우울감을 경험하는 노인의 비율을 살펴보면, 2013년 소득빈곤 경험자의 세 명 중 한명(34.6%)이 우울감을 동시 경험하고 있었다. 주거빈곤층 중 우울감을 경험하는 노인은 47.5%로 주거빈곤 경험 노인 두명중 한명은 우울감을 경험하고 있다. 점유형태별로 보면 자가보유 노인에 비해 임차가구 노인의 주거빈곤 경험시 우울을 함께 경험하는 비율이 높게 나타나고 있다(각주 표 참조). 역시 의료빈곤 경험자중 우울을 경험하고 있는 노인은 44.8%로 주거빈곤 경험 노인 다음으로 높게 나타나고 있다.

그림 1. 비교연도별 차원별 빈곤층의 우울 변화(65세 이상)¹¹⁾

(단위: %)



차원별로 살펴본 빈곤율에서 주거빈곤을 경험하는 노인이 가장 낮게 나타났지만, 주거빈곤자 중 우울을 경험하는 비중이 높다는 점은 노인빈곤층을 지원하기 위한 방안이 무엇이 필요한지를 보여주는 것으로 보인다. 즉, 노인층은 안정적인 소득과 더불어 편하게 생활할 수 있는 공간에 대한 필요성을 많이 가진다는 점이다. 현재 정부정책은 노인의 소득빈곤율이 높다는 점에서 주로 소득보장(공적연금, 기초연금 등)을 중심으로 복지 정책이 운영되고 있지만, 또 다른 단면인 주거빈곤 경험자에 대한 지원도 놓쳐서는 안 된다는 점을 보여주고 있다. 현재 정부복지정책중 노인 주거안정을 위한 방안은 연구와 논의는 진행되었지만 그 실효적 정책은 담보되고 있지 못하다는 점에서 노인 주거안정을 위한 방안 마련이 요구된다¹²⁾. 앞에서 지적한 것과 같이 빈곤을 경험하는 노인

11) 차원별 빈곤층의 우울비율

(단위: %)

노인	2005	2009	2013
소득빈곤	47.1	33.9	34.6
주거빈곤	55.1	42.2	47.5
자가	39.0	32.2	28.7
임차	55.5	46.1	55.6
의료빈곤	41.8	33.5	44.8

중 많은 노인들이 우울을 동시에 경험하고 있다는 점에서 노인층 역시 빈곤과 우울감에 밀접한 상관성이 있다는 점을 확인할 수 있었다.

지금까지 분석이 각 연도별 차원별 빈곤 및 우울의 변화를 살펴봤다면, 이하에서는 종단적 특성을 포함한 동태적 분석을 통해 차원별 빈곤 및 우울의 변화를 분석해 보고자 한다. 먼저 차원별 빈곤측면을 보면 노인 중에서 소득빈곤을 장기간 경험하고 있는 경우는 42.7%로 많은 노인이 장기적 빈곤의 위험에 노출되어 있었다. 반면에 단기소득 빈곤은 18.5%, 일시소득빈곤은 9.5%로 장기소득빈곤에 비해서는 낮은 수준이었다. 노인 중 소득빈곤을 경험하지 않은 노인은 29.2%에 불과해 분석기간을 기준으로 노인 열명 중 일곱명이 어떠한 형태로든 소득빈곤을 경험하고 있다는 점에서 노인소득빈곤의 심각성을 확인할 수 있다. 반면에 비노인층에서는 소득빈곤을 경험하지 않은 경우가 열명 중 일곱명이라는 점에서 노인층과는 상반된 양상을 보여주고 있다.

주거빈곤은 소득빈곤에 비해서는 장기 주거빈곤을 경험하는 비율은 높지 않았다. 노인중 85.8%의 노인은 주거빈곤을 경험하지 않은 것으로 분석되었다. 의료빈곤은 소득빈곤과 달리 장기 의료빈곤보다는 단기 혹은 일시적으로 빈곤을 경험하고 있었다. 단기적으로 의료빈곤을 경험한 노인은 15.1%, 일시적 빈곤은 24.6%로 단기적 어려움을 많이 경험하고 있었다. 장기적으로 우울감을 경험한 노인은 16.6%이었으며, 단기 및 일시적 우울을 경험한 경우는 31.3%와 18.9%이었다. 소득빈곤과 비슷하게 분석기간 중 우울을 경험하지 않은 노인은 33.3%로 역시 노인 열명 중 일곱명은 우울을 한 번이라도 경험했다는 점에서 소득빈곤과 비슷한 양상을 보여주고 있다.

차원별 빈곤 및 우울감의 동태변화를 보면 전반적으로 노인이 비노인에 비해 빈곤에 노출되는 비율이 높았으며, 더불어 우울감에도 쉽게 노출되고 있다는 점에서 현대 노인들은 물질적(빈곤) 및 비물질적(우울) 측면에서 언제든지 위기에 직면할 수 있는 계층임을 확인할 수 있다.

12) 정부에서는 2012년 “장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률(약칭: 주거약자법)”을 제정하였지만, 실제 주거약자인 고령자 및 장애인을 위한 정책적 지원은 부족한 것으로 나타났다. 실태조사 결과 법에 포함된 일부 내용을 제외하고는 실제 이루어진 바가 거의 없다는 점을 지적받고 있다(한국장애인단체총연맹, 2014).

표 5. 차원별 빈곤 및 우울감 동태 변화

(단위: %)

노인	장기	단기	일시	비경험
소득빈곤	42.7	18.5	9.5	29.2
주거빈곤	1.5	3.6	8.9	85.8
의료빈곤	1.0	15.1	24.6	59.4
우울감	16.6	31.3	18.9	33.3
비노인	장기	단기	일시	비경험
소득빈곤	5.3	12.2	13.4	69.1
주거빈곤	1.9	4.1	6.0	88.0
의료빈곤	0.9	6.5	11.9	80.8
우울감	5.0	19.5	20.9	54.7

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널 1차~9차, 원자료

빈곤 및 우울감의 동태적 변화를 노인특성별로 살펴보고자 한다. 기존 연구(박창중 등, 2013; 이은령 등, 2013; 김혜령, 2014; 김태완, 윤상용, 2015)에 의하면 노인특성별로 볼 때, 남성노인에 비해서는 여성노인이, 노인부부나 자녀동거 가구에 비해서는 독거가구가, 유배우자에 비해서는 무배우자의 노인이 생활상의 많은 어려움을 경험하고 있는 것으로 나타나고 있다. 여기서도 차원별 빈곤 및 우울감속에서 어떠한 특성들이 나타나고 있는지 분석해보고자 한다.

먼저 남성 및 여성 노인 간의 차이를 보면, 전반적으로 남성노인에 비해서는 여성노인의 상황이 열악한 것으로 나타났다. 소득빈곤측면에서 장기빈곤을 경험하는 남성노인은 33.3%, 여성노인은 50.5%로 큰 차이를 보이고 있으며, 특히 우울감에서는 남성노인이 장기 우울감을 경험하는 비율이 9.3%인 것과 비교해 여성노인은 22.6%로 두 배 이상 큰 차이를 보이고 있다. 역시 단기우울 경험에 있어서도 남성노인은 22.7%, 여성노인은 38.3%로 많은 격차를 나타내고 있다. 빈곤보다는 우울감의 측면에서 남성노인에 비해 여성노인이 더 열악한 상태에 처해 있음을 확인할 수 있다. 주거 및 의료빈곤에서는 남녀노인 간에 큰 차이 없이 비슷한 상황을 보여주고 있다.

혼인기준은 성별 차이와 반대로 다른 양상을 보여주고 있다. 배우자가 있는 노인에 비해서 배우자가 없는 노인의 소득·주거빈곤 및 우울감에 격차를 보이고 있다. 배우자가 없는 노인 중 소득빈곤을 경험하지 않은 노인은 17.2%에 불과하였으며, 우울감 역시

14.4%에 불과하다는 점에서 많은 노인이 소득빈곤과 우울 노출되어 있다. 장단기적으로 소득빈곤 및 우울감에 노출되고 있다는 점에서 유배우자에 비해 무배우자의 생활여건이 열악한 것으로 나타났다. 주거빈곤 또한 무배우자가 유배우자에 비해서는 열악한 것으로 분석되었다. 노인이 배우자와 함께 생활하면서 안정적 주거상황을 보여주고 있다면, 배우자가 없는 경우에는 주거가 불안정함을 볼 수 있다. 지역, 가구원수 및 교육수준을 기준으로 보면, 지역적으로는 도시에 비해 농어촌에 거주하는 노인계층이 소득빈곤에 많이 노출되고 있었으며, 우울감 또한 농어촌이 도시지역에 비해 미소하게 높은 것으로 분석되었다¹³⁾. 반면에 1인 가구(혹은 독거가구) 및 초졸 이하의 노인층이 소득빈곤 및 우울감에 심각한 것으로 나타났다. 1인 가구 및 초졸 이하의 노인층에서 소득빈곤 및 우울감을 경험하지 않은 비율은 9.1%, 16.2%로 다른 비교 대상에 비해 매우 낮았다. 전반적으로 가구원수가 증가하고 학력수준이 높아질수록 빈곤과 우울감의 비중이 낮아지고 있었다.

표 6. 노인 특성별 차원별 빈곤 및 우울감 동태 변화

(단위: %)

성별	남성				여성			
	장기	단기	일시	비경험	장기	단기	일시	비경험
소득빈곤	33.3	19.0	11.5	36.2	50.5	18.1	7.9	23.5
주거빈곤	1.4	3.5	7.7	87.5	1.6	4.0	10.0	84.4
의료빈곤	0.9	13.3	23.4	62.3	1.0	16.5	25.5	57.0
우울감	9.3	22.7	20.1	47.9	22.6	38.3	17.9	21.2
혼인상태	유배우				무배우			
	장기	단기	일시	비경험	장기	단기	일시	비경험
소득빈곤	33.5	19.2	11.5	35.8	59.5	17.3	6.0	17.2
주거빈곤	0.4	2.4	7.7	89.6	3.6	6.3	11.3	78.8
의료빈곤	1.0	13.3	24.5	61.3	1.0	18.3	24.8	55.9
우울감	9.3	26.9	20.3	43.6	29.9	39.3	16.5	14.4

13) 지역별(도시와 농어촌) 빈곤 및 우울을 분석한 연구에서는 다른 양상을 보여주고 있다. 김연숙 등(2012)는 도시 저소득 노인이 농어촌 노인에 비해 우울을 경험하는 비율이 높다고 설명하고 있다. 반면 김태완과 윤상용(2015)은 농어촌 거주 노인이 도시거주 노인에 비해 우울경험이 높게 나타나고 있지만, 회귀분석을 통해 우울경험확률을 분석시 오히려 농어촌보다 도시거주 노인의 우울발생확률이 높은 것으로 분석되고 있다. 이러한 차이는 빈곤층 혹은 저소득층의 범위 설정과 분석기준이 되는 조사자료에 따른 차이로 할 수 있다.

지역	도시				농어촌			
	장기	단기	일시	비경험	장기	단기	일시	비경험
소득빈곤	40.0	18.1	10.1	31.7	57.8	20.8	6.2	15.2
주거빈곤	1.8	3.9	8.4	85.9	0.1	2.7	12.0	85.1
의료빈곤	1.1	14.3	24.1	60.5	0.1	19.4	27.3	53.2
우 울 감	16.5	30.5	18.6	34.5	16.8	35.5	20.9	26.8
가구원수	1인가구				2인가구			
	장기	단기	일시	비경험	장기	단기	일시	비경험
소득빈곤	73.9	13.7	3.3	9.1	38.8	19.6	10.3	31.3
주거빈곤	4.2	7.9	12.2	75.7	0.5	2.4	7.8	89.3
의료빈곤	1.2	22.8	27.1	48.9	1.0	14.3	25.7	59.0
우 울 감	35.1	40.0	14.5	10.3	10.8	27.1	20.6	41.5
가구원수	3인 가구				4인 가구 이상			
	장기	단기	일시	비경험	장기	단기	일시	비경험
소득빈곤	26.1	20.6	13.0	40.3	8.4	21.8	16.4	53.5
주거빈곤	1.0	3.5	10.7	84.8	1.3	1.5	5.0	92.3
의료빈곤	0.8	10.0	24.7	64.5	0.2	6.7	12.0	81.1
우 울 감	12.3	30.3	17.5	40.0	8.0	34.1	22.3	35.6
교육수준	초졸 이하				중졸			
	장기	단기	일시	비경험	장기	단기	일시	비경험
소득빈곤	58.0	18.3	7.5	16.2	32.6	22.0	10.3	35.2
주거빈곤	1.8	4.5	10.1	83.6	1.9	3.2	7.3	87.6
의료빈곤	0.7	19.5	26.6	53.3	0.6	12.3	25.2	61.9
우 울 감	23.6	36.5	17.3	22.6	12.1	30.5	18.2	39.2
교육수준	고졸				대학 이상			
	장기	단기	일시	비경험	장기	단기	일시	비경험
소득빈곤	18.5	18.9	12.7	49.9	17.9	14.0	14.0	54.1
주거빈곤	1.1	2.5	7.4	89.0	-	2.7	7.9	89.4
의료빈곤	1.5	7.4	21.7	69.5	2.4	8.5	18.2	71.0
우 울 감	7.2	22.1	24.2	46.6	2.1	19.9	20.3	57.7

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널 1차~9차, 원자료

노인특성별로 노인층의 차원별 빈곤 및 우울감의 변화를 보면 선행연구들에서 보여준 내용들과 동일한 결과를 보여주고 있다. 특히 여성, 독거노인, 배우자가 없는 노인, 농어촌에 거주하고, 학력수준이 낮은 노인 계층이 심각한 위גיע층임을 확인할 수 있었다 (박창중 등, 2013; 김혜령, 2014; 김태완, 윤상용, 2015).

각각의 차원별 빈곤과 우울감 간의 관계를 보면, 장기적 소득빈곤상태에서 장기간 우울감을 보이는 노인비율은 소득빈곤자 중 13.1%, 단기우울감을 보이는 노인은 15.4%, 일시적 우울감은 6.8%이었다. 소득 장기빈곤경험자 중 우울을 경험하지 않은 노인은 7.4%로서 장기빈곤을 경험한 노인은 동시에 우울감에도 노출되고 있었다. 이와 같은 현상은 단기소득빈곤에서도 동일하게 나타나고 있었다. 단기소득빈곤에 있으면서 장기적 우울을 경험하는 노인은 1.7%로 적었지만, 단기 및 일시적 우울을 경험한 경우는 6.7%와 4.5%로 장기우울 경험 노인에 비해서는 높았다. 노인 중 단 16.3%만이 소득빈곤과 우울감을 경험하지 않은 것으로 나타났다.

표 7. 차원별 빈곤 및 우울감 동태 변화 간의 관계(65세 이상)

(단위: %)

소득빈곤		장기	단기	일시	비경험
우울감	장기	13.1	1.7	0.8	0.9
	단기	15.4	6.7	3.1	6.1
	일시	6.8	4.5	1.6	6.0
	비경험	7.4	5.6	4.0	16.3
주거빈곤		장기	단기	일시	비경험
우울감	장기	0.8	1.6	2.0	12.2
	단기	0.4	1.1	3.8	26.0
	일시	0.2	0.7	1.4	16.7
	비경험	0.1	0.4	1.8	31.0
의료빈곤		장기	단기	일시	비경험
우울감	장기	0.4	4.7	4.4	7.0
	단기	0.4	5.4	8.5	16.9
	일시	0.2	2.6	4.6	11.5
	비경험	-	2.4	7.1	23.9

자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널 1차~9차, 원자료

주거빈곤을 경험한 노인과 우울감의 동태적 변화를 살펴보면 장단기 및 일시 주거빈곤을 경험한 노인의 대부분이 우울을 경험하고 있었다. 장기 주거빈곤 경험자 1.5% 중 0.1%만이 우울을 경험하지 않았으며 장기간 우울을 경험하는 비율은 0.8%로 장기주거빈곤 경험자 중 50% 이상이 우울을 경험하고 있었다. 단기와 일시 주거빈곤 경험자 중 우울 경험여부도 역시 비슷한 양상을 보여주고 있다. 65세 이상 노인 중 주거빈곤과 우울감을 경험하지 않은 노인은 31.0%로 분석되었다.

의료빈곤 노인 중 장기의료빈곤 경험자는 대부분 우울을 동시에 경험하고 있었다. 장기소득 및 주거빈곤자 중 일부노인이 우울을 경험하지 않고 있는 것에 비해 장기의료빈곤 경험 노인은 전반적으로 우울을 동시에 경험하고 있었다. 단기 및 일시적 의료빈곤을 경험하는 많은 노인들도 역시 동시에 우울감을 가진 경우가 많았다.

차원별 빈곤과 우울감 간 동태적 분석에서는 앞의 분석과 비슷하게 장기, 단기 및 일시적으로 빈곤을 경험하는 노인들이 우울감에 노출되는 경우가 높았다. 즉 노인의 경우 빈곤과 우울 경험이 거의 비슷하게 나타나고 있는 것으로 분석되었다. 본 연구 서두에서 설명한 노인이 되면 경험하게 되는 네 가지 고통(四苦)이 실제 연관되어 발생하고 있다는 점을 확인할 수 있다.

마지막으로 차원별 빈곤과 우울감 간의 영향분석을 회귀분석을 통해 파악하고자 한다¹⁴⁾. 확률효과모형을 기준으로 한 빈곤과 우울감 간의 관계는 두 가지 방법을 적용하였다. 패널이라는 점에서 첫 번째 방법은 균형패널 전체 자료를 기준으로 회귀분석을 수행하였다. 두 번째는 본 연구가 사회적 원인관점에서 빈곤과 우울 간의 관계를 본다는 점에서 세 가지 빈곤차원을 한기 lag 시켜서 회귀분석을 하였다. 이는 지난 시기 빈곤 경험이 현재의 우울에 어떻게 영향을 미치는지 파악하고자 함이다. 먼저, 두 모델 모두 소득, 주거 및 의료빈곤 모두 양의 관계를 가지고 있으며, 통계적 유의성도 가지고 있었다. 계수값을 기준으로 보면 소득빈곤과 우울감의 영향력이 크게 나타나고 있으며, 다음으로 주거 및 의료빈곤의 순이었다. 반면에 레그된 모델에서는 주거 및 의료빈곤의 영향력이 많이 줄어들고 있었다. 패널조사에서 빈곤과 우울 간에 1기의 시차가 있으며, 다시

14) 회귀분석이전 차원별 빈곤과 우울 간의 상관분석 결과, 차원별 빈곤 모두 우울감과 양의 상관관계를 가지며, 통계적 의미도 지니고 있다. 상관계수를 통해 서로간의 영향력을 보면, 소득, 주거 및 의료빈곤 중 소득빈곤이 우울감과 가장 높은 0.229의 양의 상관성, 다음으로는 주거빈곤이 0.091, 의료빈곤은 0.083의 상관성을 나타내고 있다. 상관분석결과 노인의 경우 빈곤이 우울에 영향을 미치고 있으며, 빈곤 중에서도 소득빈곤이 가장 큰 영향을 주고 있다는 점을 알 수 있었다.

1기를 뒤로 하여 분석함으로써 2개년에 걸친 상호간의 관계는 직전연도에 비해서는 감소하고 있다. 사회원인측면에서 주거 및 의료빈곤에 비해 소득빈곤이 노인의 우울에 더 많은 영향을 미치고 있다는 점이다. 회귀분석과 달리 앞의 실태분석에서는 빈곤 경험 자중 주거빈곤 경험자의 우울발생비율이 높았다는 것과 다소 다르게 나타났다. 기타 다른 독립변수와의 관계를 보면 전체 자료에서는 가구원수를 제외한 성별, 혼인상태, 교육, 거주지역은 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 세부적으로 남성에 비해 여성이, 유배우자에 비해 무배우자(사별·이혼 등), 교육수준이 낮을수록 우울을 더 많이 느끼고 있다. 반면에 레그된 모델에서는 가구원수를 포함해 모든 변수가 통계적 유의성을 지니고 있었다. 이전 모델과 같이 우울감을 기준으로 보면 남성에 비해서는 여성이, 가구원수가 적을수록, 혼인상태는 유배우자보다는 배우자가 없는 노인이, 교육수준이 낮을수록, 농어촌보다는 도시지역에 거주하는 노인의 우울을 경험할 확률이 높은 것으로 분석되었다. 확률효과모형을 통한 분석에서는 우리나라 노인의 경우 사회적 원인관점에서 빈곤으로 인해 우울에 영향을 미치고 있음을 확인할 수 있었다.

다항로지트모형을 통해 우울변화에 따른 소득, 주거 및 의료빈곤과의 관계를 보면 각각의 빈곤과 우울감이 양의 관계를 가지는 것으로 나타났다. 우울경험을 경험하지 않은 노인을 기준으로, 장기우울을 경험할 확률은 소득빈곤시 2.41배, 주거빈곤시 2.28배, 의료빈곤시 2.04배로 분석되었으며, 단기우울을 경험할 확률은 각각 1.50배, 1.69배, 1.57배, 일시우울을 경험할 확률은 각각 1.28배, 1.49배, 1.37배로 나타났다.

표 8. 회귀분석(종속변수: 우울)

구분	(패널) 확률효과모델		(패널) 확률효과모델 (lag된 모델)	
	계수	z-값	계수	z-값
소득 빈곤	1.948***	14.01	1.351***	9.47
주거 빈곤	1.877***	5.84	0.575*	1.69
의료 빈곤	1.691***	8.76	0.658***	3.26
성 별	-2.878***	-11.84	-2.767***	-11.23
가구 원수	0.027	0.25	-0.241**	-2.17
혼인 상태	-1.454***	-6.72	-1.405***	-6.32
교육 수준	-1.110***	-8.92	-1.123***	-8.88
거주 지역	0.580***	2.73	0.478**	2.21
상 수 항	11.818***	39.82	12.573***	41.78
모형적합도	R ² =0.1090 Wald chi2(8)= 967.73 Prob > chi2= 0.0000		R ² =0.0955 Wald chi2(8)= 732.71 Prob > chi2= 0.0000	

구분	다항로지트모델								
	장기우울/우울경험 없음			단기우울/우울경험 없음			일시우울/우울경험 없음		
	B	z	Exp(B)	B	z	Exp(B)	B	z	Exp(B)
소득 빈곤	0.880***	8.09	2.41	0.402***	6.65	1.50	0.247***	3.72	1.28
주거 빈곤	0.825***	5.42	2.28	0.523***	3.54	1.69	0.403**	2.44	1.49
의료 빈곤	0.715***	7.05	2.04	0.450***	5.08	1.57	0.315***	3.12	1.37
성 별	-0.911***	-4.65	0.40	-0.901***	-6.02	0.41	-0.504***	-3.04	0.60
가구 원수	0.010	0.09	1.01	0.109	1.14	1.12	0.099	0.95	1.10
혼인 상태	-1.409***	-7.34	0.24	-0.931***	-5.59	0.39	-0.626***	-3.20	0.54
교육 수준	-0.381***	-3.77	0.68	-0.137*	-1.76	0.87	0.016	0.19	1.02
거주 지역	0.308*	1.83	1.36	-0.061	-0.45	0.94	-0.200	-1.27	0.82
상 수 항	-1.814***			0.056			-0.389		
모형적합도	Wald chi2(24)= 363.41, Prob > chi2= 0.0000								

주: 1) * $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

V. 마무리

이번 연구에서는 기존 빈곤연구에 분석기준이 되어온 소득이 아닌 현 세대 노인이 경험하는 네 가지 어려움(4고)과 실제 소비지출에서 나타나는 부담을 기준으로 소득, 주거 및 의료빈곤과 우울 간의 관계를 분석하였다. 분석결과 65세 이상 노인에게는 빈곤과 더불어 우울 문제도 심각하다는 점을 확인 할 수 있었다. 소득, 주거 및 의료 빈곤측면에서는 현 세대 노인은 소득빈곤에 많이 노출되어 있었으며, 다음으로 의료와 주거빈곤의 순이었다. 우울감 역시 2013년 기준으로 노인 네명 중 한명이 우울감을 경험한 것으로 나타나고 있어 현 세대 노인에게 빈곤과 우울이 심각하게 다가오는 문제임을 알 수 있었다. 소득, 주거 및 의료빈곤 경험자중 우울을 함께 가지고 있는 비율은 소득빈곤만이 다소 낮은 34.6%(2013년)이었으며, 주거 및 의료빈곤은 47.5%(2013년)와 44.8%(2013년)로 주거 및 의료빈곤 경험자 중 절반의 노인이 우울을 함께 경험하고 있었다.

패널특성과 노인별 특성을 고려해 분석시 소득빈곤을 장기간 경험하는 노인이 42.7%로 높았으며, 주거 및 의료빈곤은 장기빈곤에 비해서는 단기 혹은 일시빈곤에 많이 노출 되어 있었다. 특히 의료빈곤의 경우 단기의료빈곤은 15.1%, 일시의료빈곤은 24.6%로 노인은 연령 증가에 따라 청장년에 비해 질병, 만성질환 등에 많이 노출됨으로써, 현 세대 노인들이 의료비에 대한 부담이 높은 것으로 분석된다. 특성별로 분석시 기존 연구들과 같이 여성이며, 배우자가 없이 혼자 사는 독거노인, 학력수준이 낮고 도시보다 농어촌에 거주하는 노인세대가 빈곤과 우울감에 많이 노출되고 있었다. 회귀분석 결과 빈곤과 우울감 간에는 양의 관계를 가지고 있었으며, 통계적으로도 유의한 것으로 분석 되었다. 우울을 경험하는 기간을 기준으로 보면 장기우울을 경험하는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 소득, 주거 및 의료빈곤을 함께 경험할 확률이 높다는 점에서 우울을 경험하는 기간과 특성에 따른 지원방안이 마련될 필요가 있다¹⁵⁾.

기존 연구들과 본 연구를 통해 살펴본 바에 의하면 빈곤과 우울 혹은 빈곤과 정신건강은 밀접한 관계를 가지고 있다(Belle, 1990; Kuruville & Jacob, 2007). 하지만 현재 정부

¹⁵⁾ Kuruville와 Jacob(2007)은 노인을 대상으로 하기보다 아동을 기준으로 볼 때 빈곤(혹은 박탈)에 오랜 기간 노출시 아동의 발달에 영향을 미치게 된다고 설명했다. 이를 토대로 보면 노인도 장기간 빈곤에 노출됨으로써 우울에 노출되기 쉬우며, 빈곤에서 벗어나는 것도 쉽지 않을 것이라는 점을 예측할 수 있다.

에서 운용하고 있는 빈곤정책은 이를 고려하고 있지 못하다. 국민기초생활보장제도는 물론 새롭게 도입된 맞춤형 급여제도 역시 정신건강문제는 간과하고 있다. 노인만을 대상으로 해도 마찬가지이다. 우리나라가 다른 국가에 비해 노인빈곤율과 자살률이 높다는 점을 알고 있음에도 노인복지정책은 주로 소득보장에 중점을 두고 있다. 기초연금, 국민연금은 물론이며 노인일자리 사업 등 소득과 일을 지원하는 정책에 방점을 두고 있다. 장기요양보험제도가 도입되며 치매 노인에 대한 지원이 이루어지고 있지만 노인의 우울과 관련된 정신건강의 문제를 고려할 때 매우 부족한 상황이다. 복지전달체계에서도 우울 등 정신건강을 관리하는 정신보건전달체계와 빈곤층 등 복지대상자를 위한 전달체계는 서로 다른 방식으로 운영되고 있으며, 연계 역시 부족한 것이 현실이다. 현 정부에서 진행한 복지전달체계 모형에 복지사와 방문간호사가 함께 근무하도록 하는 속에 정신보건전담자를 포함하고 있다. 하지만 실제 진행시 정신보건 사회복지사나 전문가 보다는 사례관리 복지사가 중심이라는 점에서 한계가 있다(보건복지부, 2013). 분석에서 본 것과 같이 빈곤을 경험하는 노인의 절반 혹은 삼분의 일 정도의 노인들이 정신적 문제도 함께 경험하고 있다는 점에서 이를 극복할 수 있는 방안이 함께 강구되어야 한다. 현대 생활이 복잡해지고, 정보화가 크게 발달하면서 사람들은 점차 고립화되고 혼자 생활하는 경우들이 많이 발생하고 있다. 그 과정에서 정신건강 문제들이 발생하게 되며, 지역사회와 정부의 적극적 대처가 필요한 상황이다.

먼저 전달체계 속에서 빈곤과 정신건강 문제를 함께 다룰 수 있도록 협업적 체계가 필요하다. 여기에는 정부차원의 협력만이 아니라 민간에서도 정신보건 전문가 및 정신보건 사회복지사와 노인서비스 대상 사회복지사들이 함께 정보를 공유하고 사례관리를 통해 현 세대 노인이 직면하고 있는 사회적 문제를 함께 해결해 나가고자 하는 노력이 요구된다. 현재 각 지방자치단체에서 이루어지고 있는 협업 혹은 통합은 서로 다른 부서를 하나로 합치는 행정적 통합(양평군, 남양주시 등)에 그치고 있다. 궁극적으로 노인에게 요구되는 복지과 정신건강 서비스가 함께 제공되기 위해서는 서로 다른 분야에 대한 학습과 교육이 선행되어야 한다. 복지서비스 제공자는 정신건강 문제에 대해 정신건강 제공자는 복지서비스(예, 사례관리 기법 등)에 대해 충분히 인지하고 필요한 서비스를 함께 제공할 수 있는 실질적 협력이 이루어져야 한다. 두 번째로 노인빈곤의 문제는 크게는 소득빈곤이 중심이지만 주거 및 의료빈곤 역시 노인생활에 많은 영향을 미치고 있는 것을 확인할 수 있다. 노인 소득빈곤문제에서는 빈곤의 사각지대를 줄일 수 있는

방안(예, 국민기초생활보장제도의 부양의무자 기준 완화 등)이 필요하다. 노인이 편안한 노후 생활이 가능하도록 안정적 주거를 공급하고 노인생활에 적합한 주택들이 공급되어야 한다. 또한 의료비로 어려움을 경험하는 노인을 위해 건강보험에서 보장하고 있는 보장성을 노인만이라도 확대함으로써 의료비 부담을 완화해야 한다. 더불어 소득활동이 저조한 상태에서 높은 건강보험료에 부담을 가지고 있는 노인의 건강보험료 부담 역시 크게 완화할 필요가 있다.

본 논문은 사회원인관점에서 빈곤으로 인해 우울을 경험한다는 측면에서 진행되었다. 반면 사회선택론은 우울이 빈곤에 영향을 준다고 주장하고 있다. 연구한계는 두 가지 관점을 함께 살펴보고 있지 못하다는 점이다. 이외에 빈곤과 우울에 대한 선후관계를 중심으로 연구가 되어 세대간 빈곤 이전, 빈곤과 우울 간의 궁극적 상관성, 빈곤집단이 경험하는 평균 우울기간과 빈곤의 동태적 변화와의 관계 등을 논의하지 못한 한계가 있다. 무엇보다 빈곤 차원 설정의 기준이 노인의 네 가지 어려움을 기준으로 하고 있다는 점에서 네 가지 어려움중 하나인 노인의 역할 축소로 인한 문제를 함께 분석해야 함에도 자료의 한계로 이를 분석에 포함하고 있지 못한 한계를 지니고 있다.

김태완은 한양대학교에서 경제학 박사학위, 서울시립대학교에서 사회복지학 박사과정을 수료하였으며, 현재 한국보건사회연구원에서 연구위원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 빈곤, 농어촌 복지이며, 현재 공공부조, 농어촌복지 등을 연구하고 있다. (E-mail: taewan@khasa.re.kr)

이주미는 이화여자대학교에서 통계학 석사학위를 받았으며, 현재 한국보건사회연구원에서 연구원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 빈곤, 사회보장통계이다.

(E-mail: leejumi@Khasa.re.kr)

정진욱은 일본료린대학교에서 보건학 박사학위를 받았으며, 현재 한국보건사회연구원에서 부연구위원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 정신보건, 자살예방이다.

(E-mail: jjwook@khasa.re.kr)

참고문헌

- 국토교통부. (2015). 2014년도 주거실태조사 결과. 보도자료 (2015.04.15). 세종: 국토교통부.
- 김경혜, 김준현, 박은철. (2010). 다차원적 빈곤관점에서의 서울시 빈곤실태와 정책과제. 서울: 서울시정개발연구원.
- 김연숙, 전화연, 김창희, 황성호 (2012). 도시와 농촌 저소득층 노인의 우울과 삶의 질 비교. 한국생활환경학회지, 19(1), pp.42-50.
- 김태완. (2014). 빈곤노인 실태와 정책과제. 국회인권포럼·국회입법조사처 세미나 자료집. 2014.06.
- 김태완, 박지혜. (2009). 장애인 가구의 소득 및 주거빈곤에 대한 동태적 분석. 한국복지패널학술대회 2회. 서울: 한국보건사회연구원.
- 김태완, 윤상용. (2015). 빈곤과 우울감간의 관계: 도농비교를 중심으로. 농촌경제 38(2), pp.147-171.
- 김현경, 이광자, 허정, 송은주, 김현경. (2008). 노인 우울 및 자살관련 국내 연구 동향 분석. 간호과학, 20(2), pp.62-69.
- 김형수. (2002). 한국노인의 자살생각과 관련 요인 연구. 한국노년학, 22(1), pp.159-172.
- 김혜령. (2014). 거주지역에 따른 노인의 우울 위험요인 비교. 한국생활환경학회지, 21(1), pp.108-120.
- 김혜승. (2004). 주거비지불능력 개념에 기초한 주거비보조에 관한 연구, 박사학위논문, 경희대학교
- 김혜자, 박지영, 진나연, 고난난, 김정은. (2013). 한국복지패널(2005-2011)의 다차원적 빈곤개념을 활용한 도시·농촌 간 빈곤 격차에 대한 연구. 보건사회연구, 34(1), pp.5-51.
- 김환준. (2013). 장기빈곤의 개념 정의와 장기빈곤층의 특성. 사회과학연구, 24(4), pp.135-154.
- 박봉길, 전석균. (2006). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 우울증을 매개로 한 관련요인 연구. 정신보건과 사회사업, 22, pp.58-90.

- 박언아, 이인숙. (2009). 빈곤층 여성 노인의 우울에 미치는 영향요인. *농촌의학·지리보건학회지*, 34(2), pp.99-128.
- 박재규, 이정림. (2011). 한국 성인남녀의 우울증 변화에 영향을 미치는 요인 분석. *보건과 사회과학* 29, pp.99-128.
- 박창증, 광경필, 사공정규, 이광현. (2013). 지역사회 거주 노인의 우울과 자살사고에 관한 연구. *생물치료정신의학*, 19(2), pp.163-169.
- 보건복지부. (2013). *전달체계 개편 시범사업 추진계획(안)*. 보건복지부.
- 서병수. (2007). 한국의 다차원적 빈곤분석: 실현능력접근. *사회복지정책*, 28, pp.199-232.
- 서병수, 권중희. (2013). 한국 다차원 빈곤의 종단분석: 차원계수방식에 의한 실현능력 접근. *사회보장연구*, 29(3), pp.195-224.
- 성준모. (2010). 소득수준별 가구 경제요인이 우울에 미치는 영향에 대한 종단적 고찰. *한국사회복지학*, 62(1), pp.109-132.
- 신학진. (2012). 노년의 4대 고통이 심리적 요인을 매개로 자살생각에 이르는 경로모형. *노인복지연구*, 57, pp.357-380.
- 엄태완. (2008). 빈곤층의 경제적 스트레스와 우울 관계에서 자기효능감과 사회적 지지의 효과. *정신보건과 사회사업*, 28, pp.36-66.
- 이수정. (2012). *한국노인의 다차원적 빈곤분석 및 영향요인에 관한 연구*. 석사학위논문, 숭실대학교.
- 이신영. (2011). 독거노인의 우울 수준과 영향요인에 관한 연구. *사회과학논총*, 30(1), pp.181-202.
- 이은령, 강지혁, 정재필. (2013). 노인 우울에 미치는 요인. *한국콘텐츠학회 논문지*, 13(7), pp.290-300.
- 이주미, 김태완. (2014). 우리나라 노인가구의 소득 및 자산빈곤실태와 정책방안. *보건복지포럼*, 212, pp.64-73.
- 이현주, 정은희, 이병희, 주영선. (2012). 빈곤에 대한 대안적 접근: 욕구범주를 고려한 다차원성에 대한 분석, 서울: 한국보건사회연구원.
- 임완섭, 이주미. (2014). *2014년 빈곤통계연보*. 세종: 한국보건사회연구원.
- 정경희, 오영희, 강은나, 김재호, 선우덕, 오미애, 등. (2014). *2014년도 노인실태조사*. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

- 정의진. (2012). 한국 노인의 다차원적 빈곤 구조분석. 석사학위논문, 서울대학교.
- 진미윤. (2013). 최근 주거빈곤의 양상, 어떤 해법이 필요한가, 보건복지포럼, 197, 한국 보건사회연구원, pp.42-55.
- 진미윤. (1998). 도시근로자 가구의 주거비 지불능력에 관한 연구. 주택연구, 6(2), pp.33-60.
- 최균, 서병수, 권중희. (2011). 차원계수방식에 의한 다차원적 빈곤측정. 한국사회복지학, 63(1), pp.85-111.
- 한국보건사회연구원. (2015). 한국복지패널 9차년도 조사자료 User's Guide. 세종: 한국 보건사회연구원
- 한국장애인단체총연맹. (2014). 장애인 등 주거약자의 주거복지 향상을 위한 과제와 대안. 토론회 자료집. 한국장애인단체총연맹.
- 황남희. (2015). 국민노후보장패널조사를 이용한 노년기 빈곤의 다차원성 연구. 제5회국 민노후보장패널 학술대회 논문집, 국민연금연구원, pp.371-390.
- 片桐恵子. (2013). 고령자의 경제생활에 관한 인식조사의 2차분석 연구성과보고서, pp.1-18.
- 石田 浩. (2006). 건강과 격차: 소자고령화의 배후에 있는 것. 自波 瀨 和 子 편 변화하는 사회의 불평등, 제5장, 동경대학출판회.
- Belle, Deborah. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45(3), pp.385-389.
- Brown, S. L., & Vinokur, A. D. (2003). The interplay among risk factors for suicidal ideation and suicide: The role of depression, poor health and loved ones' messages of support and criticism. *American Journal of Community Psychology*, 32(1/2), pp.131-148.
- Hudson. C. G. (2005). Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), pp.3-18.
- Ikeda A., Iso H., Kawachi I., Yamagishi K., Inoue M., & Tsugane S. (2008). Social support and stroke and coronary Heart disease; the JPHC study cohorts II. *Stroke*, 2008 Mar; 39(3), pp.768-775.

- Kohout, F. J., Berkman L. F., Evans, D. A., & Cornoni-Huntley J. (1993). Two shorter forms of the CES-D(Center for Epidemiological Studies Depression) depression symptoms index. *Journal of Aging Health*, 5(2), pp.179-193.
- Kuruvilla, A., & Jacob, K. S. (2007). Poverty, Social stress and mental health. *Indian J Med Res*, 126, pp.273-278.
- Murara C., Kondo K., Hirai H., Ichida Y., & Ojima T. (2008). Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan; the Aichi Gerontological Evaluation Study(AGES). *Health Place* 2008 Sep, 14(3), pp.406-414.
- Murata C., Yamada T., Chen C-C., Ojima T., Hirai H., & Kondo K. (2010). Barriers to Health Care among the Elderly in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2010, 7(4), pp.1330-1341.
- OECD. (2015). *OECD Forum 2015: Income Inequality in Figures*.
- Payne, S. (2012). Mental Health. *Poverty and Social Exclusion*, Conceptual Note 9, Economic and Social Research Council, pp.1-4.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, pp.385-401.
- Ravallion, Martin (2011). *On Multidimensional Indices of Poverty*. Policy Research Working paper 5580, World Bank.
- Weich, S., & Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ*, 317, pp.115-119.

A Study of Elderly Poverty and Depression: Focusing on the Multidimensional Concept of Poverty

Kim, Tae-wan

(Korea Institute for Health and Social
Affairs / University of Seoul)

Lee, Ju-mi

(Korea Institute for
Health and Social Affairs)

Jung, Jin-wook

(Korea Institute for
Health and Social Affairs)

In this study, we analyzed the relationship between older Koreans' depression and their poverty in the dimensions of income, housing and health, using the Korea Welfare Panel Survey (2005~2013). We found that elderly Koreans were exposed most to income poverty, followed in order by health poverty and housing poverty. One in four elderly Koreans reported having depression. The prevalence of self-reported depression was higher for those in poverty. In 2013, 34.6% of income-poor elderly Koreans reported having depression, 44.8% of those in health poverty said they had depression, and 47.5% of the elderly housing-poor said they had the condition. Of the surveyed, 42.7 percent were in long-term income poverty, while poverty in the dimensions of housing and health was temporary. The prevalence of both poverty and self-reported depression was higher in women, those living alone, and those with low education levels, and those living in rural areas. Our regression analysis found a statistically significant positive relationship between self-reported depression and poverty in elderly Koreans. Also among the findings was that the longer an elderly individual has depressive symptoms the more likely she or he is to experience income poverty, housing poverty and health poverty. Social support for elderly Koreans will have to be planned taking into account the different dimensions of their poverty and the special characteristics of their depression.

Keywords: Multidimensional Poverty, Depression, the Elder