

고령자의 주관적 건강평가에 영향을 주는 요인에 관한 연구

- 전국 도시지역 50세 이상의 인구를 중심으로

김재열(극동대학교)

본 연구는 전국 50세 이상 고령자들이 지난 1년간 스스로 인지하는 자신의 건강에 대한 변화에 영향을 미치는 주요 요인들을 분석하는데 그 목적이 있다.

변수의 설정은 50세 이상 고령자의 '주관적 건강상태'를 자료원에 있는 사회인구학적 일반적 특성요인과 경제 및 건강상태에 관한 요인들을 통계적으로 처리하여 그 중에 유의한 요인들을 선정하였다. 특히, 그 동안의 선행연구에서 미치지 못했던 은퇴에 관한 요인들과 음주, 흡연에 관한 요인을 추가하여 그 영향을 나타내고자 하였다.

종속변수인 '주관적 건강'에 대한 항목은 원 자료에는 연속변수 5단계 항목으로 되어있으나, 일반적으로 50세 이후의 건강은 건강유지가 목표이므로 1년 전과 비교하여 현재 건강상태가 비슷하거나 건강해진 경우와 악화된 경우 두 범주로 나누었다.

연구결과 연령이 높을수록, 여성인 경우, 학력이 낮을수록, 배우자가 없거나 미혼, 소도시 지역일수록, 은퇴자인 경우, 가족의 수입에 불만족 일수록, 직장의료보험가입자가 아닌 경우, 운동을 거의 하지 않는 경우 등에 있어서 자신의 건강이 악화되었다고 볼 확률이 높았다.

고령자의 주관적 건강평가에는 직업과 소득 등 경제적 상황과 여성노인들에 중요한 영향을 미치는 것을 고려할 때 고령자에 있어 은퇴와 재취업의 문제, 소득과 의료보장의 문제의 개선이 중요함을 알 수 있다. 앞으로 고령자의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인에 대한 올바른 이해를 통해 우리나라 고령인구의 건강과 복지욕구에 대한 만족도를 높이려는 노력을 기울여야 할 것으로 사료된다.

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 65세 이상 인구는 2000년 7월 1일을 기해 총인구의 7.2%를 넘어 고령화 사회¹⁾로 진입하였

1) 유엔은 연령구조에 따라 한 국가의 인구유형을 세가지로 분류하고 있는데, 65세 이상의 노인인구가 전체 인구에서 차지하는 비

고, 2019년에 14%로 고령사회가 될 것으로 전망되고 있으며, 평균수명도 1971년 62.3세, 1981년 66.19세, 1985년 68.44세, 1991년 71.72세로 점차 증가하여 2002년에는 77.0세로 1년 전 보다 0.47년이, 11년 전에 비해서 5.28년이 상승했다. (세계일보 2004.12.20).

한편, 한국노인의 건강수명²⁾은 61.5세로서 평균수명이 연장된 것에 비해 낮은 수준에 머물러 있다 (2003, 보건복지부). 건강수명이란 아프지 않고 건강하게 살아가는 기간을 나타내는 지표로서, 우리나라 국민들은 평균 15년 이상을 각종 질병에 시달리며 고통과 건강문제를 가지고 오랜 기간을 살아야 하는 부담감을 가지고 있는 셈이다. 특히 연령증가에 따른 건강의 쇠퇴는 노인 개인뿐 아니라 국가적 차원에서 볼 때 의료이용 증가로 인한 의료자원의 고갈과 가족 부양의 한계로 인한 사회보장제도의 부담가중 등을 고려할 때 심각한 문제이며 그 파급효과도 매우 크다고 할 수 있다. 따라서 노인의 건강상태에 대한 연구는 국가적인 큰 관심이 되고 있다.

사회 경제적 환경변화와 평균수명의 연장에 따라 비교적 건강한 생활을 영위할 수 있는 고령인구가 증가하고 있는 반면, 건강상의 장애로 독립생활이 불가능한 노인규모도 크게 증가하고 있다. 2001년 65세 이상 인구의 신체적 의존상태는 42.5%로 나타났으며, 정신건강상의 장애를 경험하고 있는 노인도 꾸준히 증가추세를 보이고 있다³⁾(한국보건사회연구원, 보건복지부, 2001). 통계청 2003년 조사에 의하면 60세 이상 고령자에게는 건강문제가 가장 큰 어려움으로 생각하고 있으며 74%가 가정 내의 복지서비스를 받고 싶다고 하고 있다.

국가 부담 면에서 보면 65세 이상의 고령자에 대한 의료비의 비율이 1990년 대비 2002년에는 2배 정도 늘어나고 금액으로는 16배로 급증하고 있다. 그에 비해 고령자에 대한 건강관리, 영양 및 치료서비스는 열악한 실정이다. 질병예방을 위한 검진서비스는 노인복지법에 의해 65세 이상 국민기초생활보장 수급자에 대해 무료로 실시하고 있으나, 예산의 부족으로 대상자의 11%정도만 혜택을 받고 있으며, 그나마 낮은 검진수가로 의료기관에서 기피하고 있어 그 실효성은 매우 낮은 상태에 있다. 국민건강보험법에 의한 건강검진은 2년에 1회 실시하고 있으나 홍보 부족 등으로 수검률이 저조하다. 또한 장기요양서비스를 필요로 하는 대상자에 대한 시설보호충족률⁴⁾은 31.5%(2003)로 미흡한 실정이며, 재가보호충족률⁵⁾도 4.7%에 불과하여 매우 열악한 실정이다. 노인요양 및 재가시설의 대부분이 기초생활보장대상자 중심의 무료시설을 운영됨에 따라 서민 및 중산계층을 대상으로 한 실비요양시설이 부족하여 요양기간의 장기화 및 요양비 가중으로 가정의 요양부담을 가중케 하고 있다.

한편, 흔히 노인에 관한 잘못된 편견 중 하나로 노년기에는 생활양식의 변화가 불가능한 것으로 생각하여 노인의 건강증진을 위한 노력에 소홀하다는 지적이 있으나(송미순, 1996), 선행연구에 따르면 노인을 위한 건강증진행위는 질병예방과 건강상태의 개선을 통하여 노인이 건강하게 생활 할 수 있는 기간

율이 4% 미만인 국가를 유년인구국(young population), 4-7%인 국가를 성년인구국(mature population), 7% 이상인 국가를 노년인구국(aged population)이라고 함. 또한, '고령화 사회(Aging society)'는 전체인구에 대한 노인인구의 비율이 7%이상인 사회를, '고령사회(Aged society)'는 전체인구에 대한 노인인구 비율이 14%이상, '초고령사회(Super-aged society)'는 20%이상인 사회를 각각 지칭 함.

- 2) 건강수명 : 평균수명에서 질병이나 부상으로 인하여 활동하지 못한 기간을 뺀 기간. 단순히 얼마나 오래 살았느냐가 아니라 실제로 활동을 하며 건강하게 산 기간이 어느 정도인지를 나타내는 지표로 선진국에서는 평균수명보다 중요한 지표로 인용된다.
- 3) 65세 이상 치매노인 추이: 2001년 7.6%, 2005년 8.3%, 2010년 8.6%, 2015년 9.6%
- 4) 시설보호충족률 : 현재 이용 가능한 시설보호노인 수/ 시설요양서비스가 필요한 노인 수
- 5) 재가보호충족률 : 현재 이용 가능한 재가보호노인 수/ 재가요양서비스가 필요한 추정노인 수

을 연장 시키고 기능장애의 기간을 줄이며 독립적이고 의미 있는 일에 참여 할 수 있게 함으로서 삶의 질을 높일 수 있다는 증거들이 축적되고 있다(오진주, 김신미, 송미순, 1996; Branch & Jette). 서구에서는 우리나라 보다 고령화 사회가 먼저 도래되어 이에 다양한 노인 건강증진프로그램이 개발 운용되고 그 결과가 다양하게 평가되고 있으며, 이러한 건강증진 프로그램을 통하여 노인의 신체적 정신적 건강상태와 주관적 건강평가에 긍정적인 영향을 주고 있다고 증명하고 있다(구미옥, 2000).

노인들에 있어 대두되는 대표적인 문제는 경제적 빈곤, 건강악화로 인한 질병, 역할상실과 고독으로 인한 자아 존중감의 상실이며 이는 노인들로 하여금 무가치한 존재로 간주하여 삶의 질을 저하시키는 요인이 되고 있는 실정이다. 특히 노인의 경우 수입의 저하, 젊음이 지향적 사회로부터의 소외 및 상실감, 고립의 증대, 우울, 슬픔, 죄의식, 절망 등은 이들로 하여금 결국 고독과 외로움을 느끼게 하며, 이러한 심리적 변화는 여러 가지 양상의 신체·심리·사회적 문제를 야기 시킬 수 있다(김수지, 김정인, 1998). 또한 가족 구성원을 부양하던 전통적인 가족구조가 산업화에 따라 경제적 활동수행을 위한 가족제도로 변함에 따라 노인들은 종래가족으로부터 받아오던 물질 및 정서적 지지가 점차 기대하기 어려워지고 있다. 이러한 가족지지의 감소로 인하여 노인들의 정신건강은 더욱 나빠지리라 예측되며, 노인들의 수가 증가되면서 이 문제는 점차 심각 할 것으로 보인다(양옥경, 1997).

본 연구에서 기준으로 삼고자 하는 연령은 50세 이상의 중·고령자를 대상으로 하였다. 일반적으로 법에서는 만 65세 이상을 노인으로 정하고 있다. 이는 유엔이 1960년대 정한 기준에 따라 65세가 통상적으로 노인으로 정의되어진 것을 그대로 사용하고 있는 것으로 보인다. 전통적으로는 만 60세 환갑 나이를 노인이라고 보고 있다. 사회적으로는 정년퇴직이 만 55세에서 60세 사이에 이루어지고 있으며, 근래에는 명예퇴직 및 정리해고 등으로 실질적인 정년은 더 빨라지고 있다. 은퇴 이후를 노년기로 볼 때 노후생활이 길어지고 은퇴 후의 연령층이 많아진다는 것을 의미한다. 여기에서 용어선택의 괴리가 발생한다. 65세 이상이 노인이라고 할 때, 만 55세에 은퇴한 사람은 누구인가? 하는 것이다. 현재 노인복지법에서는 60세 이상을 고령자로 규정하고 있으며, 경로연금 수혜자격은 65세 이상으로 정하고 있다. 완전노령연금의 수급 시기는 60세 이상으로 정해져 있으며 국민생활기초법에서 자활대상자는 60세 이하로 정해져 있다. 또한 고령자고용촉진법에서는 고령자를 55세 이상 64세 미만으로 정하였으며 고용보험법에서는 고용보험피보험자를 64세 이하로 정하였지만, 60세 이상에서 재취업자는 제외하고 있다. 일반적으로 복지부가 주관하는 고령자 복지관련 정책은 65세 이상 인구를 대상으로 실시하고 있으며, 노동부가 주관하는 고령자 노동정책은 55-64세의 인구를 대상으로 정하고 있다. 본 연구가 주관적인 건강에 대한 은퇴에 관한 연관성을 고려하고자 하는 면과 우리나라의 은퇴의 연령이 짧아지고 있는 점들을 볼 때 오히려 55세 이전의 연령부터의 분석이 필요하게 된다. 결국 장기적인 노인정책을 세우기 위해서는 만 50세 연령층을 포함하여 그 이상의 모든 나이에 연령층을 대상으로 노인복지정책을 세워야 한다. 그럼으로써 진정한 노인복지의 질이 높아 질 수 있다. 특히 노인 건강문제 정책을 진행함에 있어 50대를 대상으로 어떤 정책을 세우느냐는 60대 70대 연령층에 매우 중요한 영향을 준다(장현호, 이창영, 2003).

이상호(2004)도 은퇴상태에 포괄할 연령범위에 대해서 재취업과 관련된 특성을 파악하기 위해 고령자고용촉진법상의 고령자(만 55세 이상)뿐만 아니라, 준 고령자(50-54세)까지를 분석대상에 포함시켰다.

본 연구에서는 지금까지 선행연구가 “당신의 건강상태가 어떻다고 생각하십니까?”를 통해 질문시점에서의 주관적 건강상태에 영향을 주는 요인을 추출하고 관계를 규명하는 연구였다면, 본 연구는 다른 각

6) 고령자고용촉진법 : 고령자는 55세 이상인자로 한다. 준 고령자는 50-54세 미만인자로 한다.

도에서 지난 1년 전에 비해서의 현재 수준의 변화를 규명하는 연구를 통하여 건강증진의 욕구를 파악하여 반영하고자하는 의도가 있다. 이것은 '건강증진 행위는 개인의 안녕상태 또는 자아실현에 도달하기 위해서 보다 높은 수준의 건강상태를 지향하는 행동이라고 정의 한다'(Pender, 1982)는 주장과 주관적 건강의 요인들의 영향에 대한 결과가 관련성을 보여주고 있다(차승은, 한경혜, 이정화, 2002). 따라서 지각된 시점의 변화에 따라 주관적인 건강상태의 변화와 영향을 주는 요인들의 변화로 인한 주관적 건강을 평가하는 것이 현재 상태를 평가 하는 것 보다 노인들의 욕구를 평가하는데 유연성이 있을 뿐만 아니라 의미가 크다. 또한 독립적인 요인들과의 연관성을 추정함으로써 노인들의 복지에 대한 논의가 발전적으로 진행되어야겠다.

2. 연구의 목적

본 연구에서는 노동연구원의 노동패널조사 4차년도와 특별 부가조사자료 '은퇴와 건강'을 이용하여 우리나라 도시지역 50세 이상 고령자의 1년간의 건강상태에 대한 주관적 건강평가에 영향을 주는 주요 요인들을 분석하고자 하는데 그 목적이 있다. 구체적인 목적은 고령자의 사회 인구학적 특성, 경제 및 건강관련 요인 등과 주관적 건강평가와의 관련성을 분석하고 주관적 건강에 영향을 미치는 주요 요인을 규명하고자 하였다.

II. 이론적 배경

1. 고령자의 건강 특성

고령자의 특성은 '고령자'의 개념정의에 따라 백양백태로 지적될 수 있으나, 무엇보다도 신체건강과 정신건강 양 측면에서 가장 뚜렷한 형태로 정리될 수 있다. 즉 노인이 되는 '고령'에 이르게 되면 신체와 정신 양면의 건강상태가 악화되는 것이 고령자의 특징들 중 특징으로 꼽힐 만하다. 노년기는 은퇴와 소득의 감소, 사회적 역할변화와 상실을 경험하는 등 사회적 위험요인이 증가하고(Cox et al., 1988), 신체변화가 급격하게 일어나 이로 인해 활동력이 저하되고 일상생활 적응양상도 달라지는데, 상당수의 노인들은 이러한 변화에 대하여 쉽게 체념을 하거나 소극적으로 반응하며 그러한 변화를 무시하고 고집으로 저항하는 경우가 많다(서인선, 2000). 노화는 인간의 정상적인 성장발달과정의 한 부분으로, 노화과정에 따른 생활변화를 적극 수용하고, 자신의 현재 건강상태를 평가하여 노년기의 건강행위를 실천하는 것은 고령자 자신의 건강에 있어 매우 중요하다고 하겠다.

2. 주관적 건강평가

그 동안 노인의 건강사정(health assessment)또는 평가(evaluation)는 매우 다양한 측정도구가 개발되

7) 노화(aging)란 시간의 흐름에 따라 유기체의 세포나 조직 등이 점진적으로 변화하는 인간발달단계의 한 과정이다(조성남, 2001). 노화의 핵심적 증후는 생리·심리적 기능이 감퇴하는 현상으로, 여기에서부터 노인의 신체·정신건강 문제가 발생한다(이선자, 1989). 노화의 초기증상으로는 조그만 일에도 쉬이 피로감을 느끼고 의자에서 일어나는 데 다리나 허리가 아프다거나 걸음걸이가 늦어지는 등의 증세를 보인다.

어 왔다. 이중 '주관적 건강평가'(self-assessed health)는 건강상태 측정에 과거 20년간 가장 보편적으로 사용해 온 방법으로써 개인의 전반적인 건강상태를 나타내는 주요 건강지표이다(Farmer & Ferraro, 1997). 주관적 건강평가는 "당신의 건강상태가 어떻다고 생각하십니까?"에 대해 '매우 좋다', '좋다', '보통이다', '나쁘다', '매우 나쁘다'로 의사를 표시 하도록 되어 있다. 이외에도 "동년배와 비교했을 때 당신의 건강상태는 어떻습니까?" 또는 "1년 전과 비교한 현재의 건강상태는 어떻습니까?" 등 여러 평가기준(reference frame)을 제시해주고 답하도록 하는 방법을 사용하기도 한다(이윤환, 최귀숙, 강임옥, 김한중, 1998).

또한 주관적 건강평가는 단일 문항(single-item)으로 구성되어 있고 내용이 단순하여 누구나 이해하기 쉽고 분석 및 해석이 편리하다는 장점이 있다. 또한 의학적 검사로도 알 수 없는 총체적인 건강상태를 반영한다는 점에서 일반적으로 건강사정 시 널리 사용되고 있다. 특히 정책기획 및 결정자가 유용하게 사용할 수 있는 건강지표이다(Bergner, 1985).주관적 건강평가는 의료이용률(Miilunpalo, et al, 1997; Wolinsky et al., 1995), 장애율(Farmer & Ferraro, 1997; Palmore & Burchett, 1997), 사망률⁸⁾(지선하 외, 1994; Idler & Benyamini, 1997) 등을 예측하는 주요 지표로 알려져 있다. 대다수의 연구에 의하면 노인 스스로의 부정적인 주관적 건강평가는 의료이용률, 장애율, 사망률의 증가에 영향을 미친다고 한다(이윤환 외, 1998). 최근 들어 노인의 주관적 건강평가에 대한 연구가 매우 활발히 이루어지고 있다. 노인의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인에 대한 연구가 중요한 이유는 노인 스스로 인식한 건강상태별로 주요 인구사회학적 특징, 신체적·정신적·사회적 건강기능수준, 의료이용도, 등 관련 특성을 규명함으로써 노인보건복지사업의 주 대상자 선정과 효과적인 정책방향제시에 도움이 되기 때문이다. 또한 자신의 건강이 나쁘다고 생각하는 노인의 특성을 파악함으로써 보건의료 및 복지서비스 수요를 유추해 볼 수 있다는 점에서 의의가 있다고 하겠다. 현재 우리나라 노인의 주관적 건강평가에 대한 연구는 미미한 실정이므로 이에 대한 적극적인 연구로 장차 국제비교를 위한 기초 자료를 위해서도 집중적인 연구가 필요하다(이윤환 외, 1998).

주관적 건강은 개인이 자신의 전반적인 건강상태를 어떻게 인식하고 있느냐는 지표를 말하는 것으로, 개인은 건강에 대한 지각과정을 통해 태도를 형성하고 태도는 자신의 행동에 영향을 미치게 되어 개인의 건강행위에 중요한 영향을 미칠 것으로 사료된다. 건강행위는 질병을 피할 수 있다고 스스로 믿는 사람들에게 의해 취해지는 행동으로서 주로 규칙적인 생활습관, 휴식, 식이요법 등을 통해 안녕상태를 유지하는 것을 목적으로 하며, 각 개인의 신념이나 가치, 욕구, 동기, 등 개인적 주관성에 의해 결정된다(Laffery, 1986).

주관적 건강평가와 관련이 있는 요인으로는 교육수준, 소득수준, 가족/친척관계, 생활만족도, 생활습관(Hirdes & Forbes, 1993) 등이 알려져 있으나 이에 대한 연구마다 결과에 차이를 보이고 있다. 또한 주관적 건강평가는 신체적 건강상태를 반영하고 부분적으로는 정신적 건강상태도 반영하는 것으로 보이나 아직도 상당한 부분이 설명되지 않고 있다(Krause & Jay, 1994). 그럼에도 불구하고 고령화 사회에 있는 우리나라 학계에서는 고령자들의 건강증진과 유지에 대한 관심이 고조되고 있으며, 그에 따라 그들이

8) 사망률 : 주로 인구1,000명당 년 사망인원수로 '조사망률'을 나타내고 있다.

2002년 성별 사망률을 보면 남자의 사망률이 인구 천명당 5.6명으로 여자의 사망률 4.6명보다 1.0명 은 높은 수준을 보이고 있음

○ 연령별 사망률을 보면 남자의 경우 50대까지는 10명 미만의 사망률을 보이다가 60대부터 높아지기 시작하고,
○ 여자는 60대까지 10명 미만의 사망률을 보이다가 70대 이후부터 사망률이 높아지기 시작하고 있음.

지각하는 건강수준과 인지에 영향을 주는 요인을 밝혀내고자 하는 연구의 필요성이 보건의료분야와 사회복지분야에서 폭넓게 확산되고 있다.

3. 주관적 건강평가의 선행연구

주관적 건강평가는 자신의 건강에 대한 자기평가로 고령자의 건강지각은 고령자의 건강상태 측정에 있어서 과거 20년간 보편적으로 사용해온 방법으로 개인의 전반적인 건강상태를 나타내는 주요 건강지표이다(Farmer & Ferraro, 1997). 최근 노인이 자신의 건강상태에 대한 지각과 건강을 증진하기 위한 행위를 파악하고 그에 영향을 미치는 관련요인들에 대한 연구들이 증가하고 있다(Cox et al., 1988; Nicholas, 1993; Loeb et al., 2001; 송영신, 이미라, 안은정, 1997; 구미옥, 1999; 최영희, 김순이, 1997; 강영실, 1999; 김남진, 2000; 서인선, 2000; 이영희, 최수정, 2000; 김효정, 채선옥, 박영숙, 우선해, 2001; 서인선, 2001; 차승은, 한경혜, 이정화, 2002; 박정숙, 이혜란, 2003).

대상자의 일반적인 특성에 따른 건강행위의 차이를 비교한 연구를 보면, Cox et al.(1988)은 교육, Rennemark과 Hagberg(1999)는 성별, Choi(2001)는 연령과 교육, 박순옥 외(2003)는 교육과 지각된 건강상태, 김효정 외(2001)는 연령, 성별, 교육정도, 송여신 외(1997)는 교육, 최영희와 김순이(1999)는 과거직업과 자가 건강상태 평가, 강영실(1999)은 교육, 서인선(2000)은 교육수준, 주성수 외(1993)는 독신과 부부간의 차이 등에 따라 건강지각에 차이가 난다고 보고하고 있다.

이제는 건강의 개념이 질병중심으로부터 전인적인 건강으로의 인식 전환이 이루어졌다. 이러한 인식 전환의 일환으로 건강영역을 반영하는 여러 측정도구들이 개발되기 시작하였는데, '주관적 건강평가'는 이중 하나로 출발한 것이다. 주관적 '건강평가'는 개인의 건강상태에 대한 주관적인 평가를 나타내는 개념이다. 이는 의학적인 모델에서 바라보는 건강의 개념과는 상이한 것으로 사회 심리적 관점에서 보면, 건강에 대한 지각·평가는 구체적인 신체적 질병의 유무와 관련성 없이도 이루어질 수 있다(Litva & Eyles, 1994).

그간의 선행연구들을 보면 신체적 건강⁹⁾이 '주관적 건강'에 미치는 영향을 주로 살펴보았기 때문에 상대적으로 정신적 건강¹⁰⁾이나 사회적 건강¹¹⁾에 대한 영향에 대해서는 연구가 많지 않고 그 연구 결과가 일관성을 보이고 있지 않다. 최근의 주관적 건강평가에 대한 연구에서 건강의 다원적 특성을 반영하는 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 건강이 어떻게 영향을 미치는지를 연구한 자료(이영희, 최수정, 2000; 이윤환 외, 1998; 민경진 외, 2001; 차승은, 한경혜, 이정화, 2002), Rodin & Macavay, 1992)들이 나타나고 있다. 민경진 외(2001), 이윤환 외(1998) 연구에서는 '주관적인 건강'에 대한 세 가지 건강영역에

9) 신체적 건강 : 질병 유무는 신체적 건강수준을 알아보는 대표적인 지표로서 사용되어 왔다. 선행연구들에 따르면 신체적 건강상태 중에서도 질병의 수는 지각된 건강과 부적인 비례관계를 보인다고 알려져 있다. 또한 최근에는 만성 질환의 수, 건강 증후, 외병일수, 병원방문일수, 의료처치의 여부 등이 신체적 건강수준을 살펴볼 수 있는 유용한 도구로 주관적 건강과의 관련성이 탐색되고 있다.

10) 정신 건강 : 정신 건강은 정서적으로 안녕한 정도를 나타낸다. 정신건강은 지금까지 많은 연구에서 대표적인 척도로서 우울증이나 스트레스를 사용하여 측정하고 있다. 최근에는 이렇게 정신건강의 부정적인 정서 뿐 아니라 행복감, 생활 만족감, 심리적 복지감과 같은 정신 건강의 긍정적 측면에 대한 관심이 높아지고 있다.

11) 사회적 건강 : 사회적 건강은 사회관계가 원만하고, 사회적 활동이 활발한 상태로 정의할 수 있다. 사회적 건강과 주관적 건강에 관한 선행 연구들에서는 사회적 건강을 사회적 통합성으로 접근하였다. 사회적 통합성이란 개인이 특정집단 또는 사회 체계 속에 얼마나 밀접하게 관여하고 있는가를 나타내는 개념으로 실증 연구에서는 크게 두 가지 즉, 사회적 관계망에 있어서 참여정도와 사회활동 정도로서 주로 조작화 되어 탐색되고 있다.

대하여 부분적으로 관찰하였고, Rodin & Macavay(1992)의 연구는 주관적인 건강에 영향을 미치는 변수들을 살펴보았다. 차승은 외(2002)는 연령 집단에 따른 주관적 건강평가의 차이와 신체·정신·사회적 건강의 독립변수가 종속변수인 주관적 건강평가에 미치는 영향을 나타내고 있어 진실보한 관찰이었다.

그러나 세 가지 건강영역에 대한 '주관적 건강평가'의 직접적인 관련성을 살펴보는 데에는 한계점이 있다. 신체적 건강에 대한 지표는 그 동안의 활발한 연구들로 객관성과 비교가 가능하여 의미 있는 분석이 되었지만 정신·사회적 건강에 대한 지표는 대표성이 미흡하다. 주관적 건강평가에 영향을 주는 사회계층별 요소들의 관련성을 파악하고자하는 노력과 나아가 사회계층에 따라 사회적 지원이 건강상태에 미치는 영향이 어떠한가를 알아내려는 연구 등 다양한 시도도 계속되고 있다. 노년기의 사회적 지원¹²⁾은 모든 계층에서 노인의 건강상태에 긍정적인 영향을 미칠 수 있는 사회적 자원이 될 수 있다(이승미, 2002).

연령에 따른 영향을 주로 비교하게 되는데 인구사회학적으로 수명이 증가하고 건강수준의 산포가 변해가는 고령화 사회에서의 연령별 등의 일반적사항의 분석은 횡적인 시점분석만으로는 설명이 부족한 면이 있다. 이러한 제한적인 요소들을 고려하여 그간 선행연구에서 조사하지 않은 노인의 은퇴에 대한 변수와 '주관적 건강'과의 영향을 비롯한 건강의 다차원적인 면에서 의미 있는 요소들을 추출하여 실증적으로 살펴보고자 한다. 다행한 것은 본 연구의 자료원인 노동패널자료가 동일가구 동일가구원에 대한 연속적인 조사 자료로서 차후 종단적인 연구에 큰 의미가 있기를 기대한다.

4. 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인

Krause와 Jay(1994)에 따르면 주관적 건강평가를 내리는 근거 또는 기준은 각개인의 특성에 따라 차이가 난다고 한다. 현재 자신의 건강이 어떻다고 생각하는지 질문한 후 무엇을 근거로 그렇게 판단하는지를 물어 본 결과, 고령자의 경우에는 건강문제의 여부를 자신의 건강상태에 대한 기준으로 삼는 반면, 젊은이는 상대적으로 건강행위(health behavior)에 더 큰 비중을 두는 것으로 나타났다(이윤환 외, 1998).

그동안 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인에 대한 여러 연구가 있어 왔으나 일치된 결론을 내리지 못하고 있다. 그것은 연구대상과 방법에 따라 결과에 차이가 있기 때문이며 표준화된 요인과 변수가 지속적으로 연구되지 못한 이유도 된다.

선행연구에서 논의된 요인들을 정리하면,

가. 사회인구학적인 요인

노인의 주관적 건강평가와 사회 인구학적 요인과의 관련성을 나타낸 요인으로는 연령, 성별, 종교, 직업, 거주지역, 교육수준, 소득 등이 있다.

12) 일반적으로 사회적 지원은 구조적 측면과 기능적 측면으로 나누어 논의된다. 구조적 측면은 지원망의 크기, 빈도, 거리, 밀도, 등의 다양한 방법으로 측정되고 있다. 반면 기능적 측면은 실제로 제공된 사회적 지원의 내용 또는 제공된 사회적 지원의 적절성에 대한 주관적 인지에 초점을 둔다(Cohen & Syme, 1985: 9-11).

* 장세진(1996)은 사회적 지원이 정신적 건강에 미치는 영향을 강조 하였다.

* 이승미(2002)는 사회적 지원을 자녀와의 상호작용, 사회단체 참여정도, 인지된 도구적 지원, 인지된 정서적 지원으로 나누어 분석하였다.

연령이 주관적 건강평가에 미치는 영향은 연구에 따라 큰 차이를 보인다. 연령증가에 따라 자신의 건강을 나쁘다고 인지한다는 연구결과(Shi & Lu, 1997)가 있는가 하면, 노인 남성을 대상으로 네덜란드의 한 연구에서는 연령과는 관계가 없었다(Hoeymans et al., 1997). 한편, Cockerham et al. (1983)은 연령이 증가 할수록, 특히 60세 이상 연령층에서 건강상태를 더 좋게 평가한다고 하였다. 최영애(2003)는 연령에 따라 건강상태는 지각수준에 차이가 없다고 분석하였으나, 대상자의 건강행위에는 연령에 따라 차이가 있다고 하였다. 이승미(2002)는 연령이 높을수록 건강상태를 양호하게 평가하고, 다음과 같은 두 가지 측면에서 이해될 수 있다고 설명하였다. 첫째, 연령이 증가할수록 만성질환을 많이 갖게 되고 기능상태가 저하되어도 노인들은 이것을 자연스러운 노화현상으로 받아들여 자신의 건강상태에 대하여 낙관적인 태도를 취할 수 있다. 둘째, 노인들은 주위의 친구 및 동년배의 높은 유병률과 신체장애를 고려할 때 상대적으로 자신의 건강을 긍정적으로 평가 할 수 있다고 하고 있다. 이윤환 외(1998)도 연령이 증가할수록 노인은 자신의 건강에 대하여 실제로 낙관적인 태도를 취할 수 있다고 보고 있다.

Ferraro(1980)와 Mulsant et al. (1997)은 75세 이상 연령 군에 비해 65-74세 연령 군이 건강상태가 불량하다고 할 확률이 높은 것으로 보고했다.

성별은 대다수의 연구에서 여러 가지 변수를 통제한 상태에서 차이가 없음을 보고하고 있다. Fillenbaum(1979)의 연구에서는 성별에 따른 주관적 건강평가의 차이는 없었음에도 여성이 남성에 비해 건강문제가 많은 것으로 나타났다. 한편, Ferraro(1980)는 남성이 여성보다 건강상태를 더 나쁘게 평가하는 것으로 보고했다. 최영애(2003)는 성별에 따라 건강상태와 건강행위 모두가 차이가 없다고 분석하였다. 다만 건강행위 중 적절한 운동하기 영역에서만 남자가 여자에 비해 높다고 하였다. 이승미(2002)는 성별의 경우 주관적 건강평가에 미치는 직접효과와 간접효과와 방향이 상반되게 나타난다고 하고 있다. 즉, 직접효과와 경우 남성노인들이 자신의 건강에 대하여 긍정적으로 평가하고 있는 것으로 나타난 반면, 간접효과와 경우 여성 노인들이 활발한 사회단체 참여와 제공받은 도구적 지원에 대한 긍정적인 인지를 통하여 주관적 건강평가를 양호하게 하는 것으로 나타나고 있다.

종교에 따른 주관적 건강평가의 차이는 없는 것으로 알려져 있다(Hirdes & Forbes, 1993). 이승미(2002)는 종교단체 및 사교단체 등을 통한 사회단체 참여가 기능적 건강상태에 긍정적인 영향을 미치게 된다고 하였다.

직업이 미치는 영향은 무직인 경우에는 직장인에 비해 자신의 건강을 부정적으로 보는 경향이 있다(Markides & Lee, 1991). 그러나 최영애(2003)는 대상자의 과거 직업에 따라서는 지각된 건강상태는 차이가 없다고 보고하였다. 이승미(2002)는 최장기 종사 직업의 위세는 노인의 건강에 유의미한 영향을 미친다고 보고하였다.

거주지역이 주관적 건강평가에 미치는 영향은 농촌에 사는 사람이 도시거주자에 비해 건강평가가 낮다는 보고가 있다(Hirdes & Forbes, 1993).

교육수준이 높은 집단이 상대적으로 주관적 건강평가도 좋게 평가하는 것으로 분석했다(Cockerham et al., 1983; Ferraro, 1980; Markides & Lee, 1991; Mulsant et al., 1997; 이승미, 2002). 최영애(2003)는 지각된 건강상태는 교육정도에 따라 차이가 없지만 편안한 마음의 유지영역과 휴식취하기 영역에서 중등이상의 학력수준인 경우가 무학인 경우보다 높은 것으로 나타난다고 하였다. Stump et al.(1997)의 연구는 개인의 건강 상태에 교육수준이 미치는 중요성을 보여주고 있다. 이들의 연구에 따르면 교육수준이 높은 노인 일수록 하체의 장애(lower body disability) 및 일상적 생활수행능력(ADL)과 기능장애에 대하여 양호한 상태를 보이고 있으며, 주관적 건강평가를 긍정적으로 하고 있는 것으로 나타났다.

소득이 많을수록 건강상태를 좋게 평가한다고 보고하고 있으나(Markides & Lee, 1991; Hirdes &

Forbes, 1993), 유의한 상관이 없다고 한 연구(Cockerham et al., 1983)도 있다. 그러나 소득수준과 건강 상태와의 관계는 많은 연구에서 유의하다는 일관된 결과를 보고하고 있다(Bosworth et al., 1997; Williams et al., 1996; Cockerham, 1995; 이수연, 1997; 장동민, 1996).

나. 건강 상태

고령자의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인 중 건강상태와 관련된 요인으로는 질병, 신체적 기능상태, 정신적 건강상태를 대표적으로 들 수 있다.

Ferraro(1980)는 신체적 건강상태 중 '질병'의 수와 부정적인 건강평가는 비례적인 관계를 보인다고 했다. 질병의 종류 중 특히 관상동맥질환과 고혈압이 있는 사람의 경우(Johnson & Wolinsky, 1993) 자신의 건강이 나쁘다고 여기는 빈도가 높은 것으로 나타났다. 또한, 의사의 진찰을 필요로 하는 각종 증상이 많이 있을수록 건강상태가 불량하다고 평가할 확률이 높았다(Cockerham et al., 1983).

신체적 기능상태(functional status)도 주관적 건강평가에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 상·하체 활동 장애가 심할수록(Ferraro, 1980), IADL¹³⁾의 장애가 많을수록(Mulsant et al., 1997) 주관적 건강상태가 낮았다. 기능상태는 미래의 주관적 건강상태를 예측하며(Markides & Lee, 1990), 주관적 건강상태도 노인에 있어 미래의 기능상태를 예측한다(Ider & Kasl, 1995).

정신적 건강상태의 경우 우울중세가 많을수록(Mulsant et al., 1997) 그리고 생활만족도가 낮을수록 주관적인 건강평가도 낮게 나타나는 것으로 보고하였다(Hirdes & Forbes, 1993).

다. 가족 및 사회적 지원

가족의 여러 특성들이 개인의 정신건강에 미치는 영향력은 절대적인 것으로 그 중에서도 가족지지가 개인의 정신건강상태에 미치는 영향은 여러 차례 연구보고 되었다. Tropauer(1970)는 정신질환들에 있어서 가족의 지지는 환자의 회복에 큰 영향을 끼친다고 하였고, Rakel(1977)은 배우자의 지지가 장기노인 질환 관리에 필요한 중요한 구성요소라고 하였다. 송진아(1997)가 지역사회에 거주하는 65세 이상의 노인을 대상으로 한 연구에서 배우자가 있는 경우 정신건강실천행위 사위군의 비율이 높고 주관적 건강상태도 좋으며, 정신건강실천행위를 많이 할수록 주관적 정신건강 상태도 좋다고 하였다. 신동수(1996)의 연구에서도 배우자가 있는 경우가 배우자가 없는 경우보다 정신건강상태가 양호하였고, 소외감, 고독감이 적게 나타난다고 하였다. 노인환자를 대상으로 한 최은선(1995)의 연구에서는 가족지지가 높을수록 노인의 우울을 예방하고, 가족지지가 높을수록 신체적 건강상태도 좋았으며, 가족의 친밀성이 없으면 정서불안·우울이 나타나고, 정신질환자가 지각한 가족지지가 높을수록 정신건강상태는 빠른 회복을 보였다. 김선미(1997)는 노인은 가족의 보살핌을 필요로 하며 이 때 노인과 가족이 변화하는 가족제도 속에서 각각의 역할을 충실히 이행하여 누구나가 소망 하는 바 같이 인생의 종말에 가까워질수록 대부분 가족구성원들과 함께 한다고 하였다.

사회적 지원(social support)은 사람들이 사회관계를 통하여 얻을 수 있는 정서적 위안, 충고, 물질적 원조 및 서비스 등을 의미한다(성규탁 외, 1988: 18). 이러한 사회적 지원은 신체적, 심리적 건강의 약화

13) IADL: 수단적 일상생활 수행능력(Instrumental Activities of Daily Living)- 일용품 사러가기, 전화걸기, 버스나 전철타기, 가벼운 집안일 하기 등을 수행하는데 혼자 힘으로 함.

ADL: 기본적인 일상생활 수행능력(Activities of Daily Living)- 목욕하기, 옷 갈아입기, 식사하기, 앉기, 걸기, 화장실 이용하기 등을 혼자 힘으로 수행함.

와 사회적 역할상실로 인하여 사회관계의 축소를 경험하게 되는 노년기에 중요한 사회적 자원으로 기능함으로써 노년기에 경험하는 역할상실과 소외감 등을 줄이며 생활사건에 대해 대처 할 수 있게 한다(이승미, 2002). 이와 같은 사회적 지원은 중요한 사회적 자원으로서 기능하고 있지만 모든 사람들이 공평한 접근성을 갖지는 못하며 이용 가능한 사회적 지원의 양과 질에 있어서도 사회계층에 따라 차이를 보일 수 있음이 지적 된다(Krause et al., 1995; Wu et al., 2000).

고령자의 주관적 건강평가에 가족 및 사회적 지원이 미치는 영향에 대한 요인으로는 결혼상태, 거주 형태, 친구 · 이웃과의 만남, 정서적 지원을 들 수가 있다.

결혼상태는 독신인 경우 결혼한 사람에 비해 건강이 나쁘다고 할 확률이 높다는 결과(Shi & Lu, 1997)가 있는데 결혼상태와 건강평가와는 관련이 없다는 연구결과도 있다(Hirdes & Forbes, 1993). 차승은 외(2002)는 배우자가 없는 경우보다 있는 경우에 주관적 건강을 긍정적으로 지각한다고 분석했다. 김도환(2001)은 가족지지와 정신건강상태의 분석에서 노인에 있어 배우자는 중요한 가족지지원이며 배우자의 상실은 가족지지에 부정적인 영향을 미쳐 정신건강상태에도 유의한 결과로 나타난다고 나타내었다.

사회적 지원 및 부양 또한 연구에 따라 다양한 결과를 보여주고 있다. Hirdes와 Forbes(1993)는 얼마나 자주 가족과 모임을 갖는지는 주관적 건강평가와 관련이 없었으나 사교단체에 가입하지 않은 사람은 가입한 사람보다 건강이 나쁘다고 할 확률이 높았다고 했다. 한편, 캐나다의 한 연구에서는 60세 이상 노인에 있어서 사회적 고립은 건강평가에 별 영향을 미치지 않는다고 하였다(Chappell & Badger, 1989).

라. 건강행위 및 의료행위

건강행위는 건강보호행동, 예방적 건강행동, 긍정적 건강행동, 건강증진 행동 등을 포함하며, 자가 간호란 용어와 유사한 개념으로 사용되기도 한다(Nicholas, 1993). Pender(1982)는 건강증진 행위는 개인의 안녕상태 또는 자아실현에 도달하기 위하여 보다 높은 수준의 건강상태를 지향하는 행동이라고 정의하고 건강증진 모형을 개발하였으며, 건강증진행위 결정인자의 하나로서 대상자가 지각하는 건강상태를 포함한 인지적요인을 제시하고, 자아실현, 건강책임, 영양, 운동, 대인관계, 스트레스 관리의 6가지영역에 해당하는 건강증진생활양식 측정도구를 개발하였다. Cox et al.(1988)는 고령자의 지각된 건강상태에 사회적 위험인자의 직·간접적 효과를 반영하는 경로모형을 개발하여 사회적 위험인자를 감소시키기 위한 간호중재방법의 개발을 시도하였으며, Backman과 Hentinen(2001)은 재가노인들의 자가 간호 관련요인에 대한 연구를 통하여 재가노인들이 책임감 있게 자가 간호행위를 하도록 하면, 다른 사람의 도움 없이 날마다 규칙적이고 독립적으로 일상생활을 영위할 수 있다고 하였다.

노인의 건강행위는 그 나라의 사회문화적 영향을 많이 받게 되므로 우리나라 노인들의 건강행위 측정을 위해서는 한국의 사회문화적 특성을 반영한 측정도구가 요구된다. 최영희와 김순이(1997)는 건강행위는 다차원적인 개념의 양상을 지닌 복합체로 다루어져야 하며, 특히 노인건강행위에 대한 연구는 노인 특유의 문화와 생활양식이 포함된 도구가 필요하다고 보고, 통합적 건강행위 측정도구를 제시하기도 하였다.

건강한 생활방식을 할수록 자신의 건강이 양호하다고 생각할 확률이 높았다.

흡연 과 운동을 하지 않는 자는 상대적으로 건강상태를 낮게 평가하는 경우가 많았다(Segovia et al., 1989). 김대회(1999)는 우리나라 첫 번째 사망원인인 뇌혈관질환에 흡연기간과 음주여부가 의미 있는 관련이 있다고 하였다.

의료서비스 이용도 주관적인 건강평가가 관련이 되어있다. 지난 1년간 의사를 방문한 횟수가 많을수록 스스로 건강이 나쁘다고 응답할 확률이 높았다(Mulsant et al., 1997). 국민건강 · 영양조사(1998)의 조사 결과에 의하면, 조사응답자의 30.6%가 조사시점으로부터 2주간 사이에 외래의료를 이용하였으며, 특히 노인층의 경우 41.2%로 가장 이용률이 높은 것으로 나타났다. 노인은 다른 연령집단에 비해 사적인 의료기관에 못지않게 공공의료의 비중이 높다. 입원자율은 성별로는 남자노인이 여자노인보다 높다. 의료기관별로는 노인층은 다른 연령집단에 비해 한방병원에 입원하는 경우가 많고, 반대로 의원에의 입원자율이 다른 연령집단에 비해 상대적으로 낮다(정경희, 2001).

III. 연구방법

1. 연구대상

본 연구의 대상은 노동연구원¹⁴⁾이 1998년부터 실시하고 있는 ‘한국노동패널조사(Korean Labor and Income Panel)¹⁵⁾’ 자료를 기초로 활용하였다. ‘한국노동패널조사’는 1998년 1차로 비 농촌지역에 거주하는 한국의 가구와 가구원을 대표하는 패널표본구성원(5,000가구에 거주하는 가구원)을 대상으로 1년에 1회 경제활동 및 노동시장이동, 소득활동 및 소비, 교육 및 직업훈련, 사회생활 등에 관하여 추적 조사하는 종단면 조사이다. 현재 우리나라에서 실시되고 있는 통계조사들은 모두 일정시점을 기준으로 한 횡단면적인 조사로서 노동시장의 정지된 모습은 보여 줄 수 있으나 동적인 측면에서 개인의 경제활동 참여 및 노동시장 이동과정, 소득과 소비의 변화 등을 파악하는 데는 한계가 있었다.

본 연구에서는, 노동패널조사 4차년도(2001년)에 부가조사로 실시된 ‘건강과 은퇴’에 관한 것 중 50세 이상 대상자의 자료와 같은 연도에 조사된 개인자료의 일부를 사용하였다.

2. 측정도구

이 연구의 종속변수는 4차년도 부가조사 자료인 ‘건강과 은퇴’ 중 ‘1년 전 비교 시, 현재 건강 상태’이다. 이것은 ‘훨씬 건강해졌다’, ‘건강해진 편이다’, ‘비슷하다’, ‘나빠진 편이다’, ‘훨씬 더 나빠졌다’의 다섯 범주로 나누어진 순서척도인데, 일반적으로 50세 이후의 건강은 건강의 유지가 목표이므로, 1년 전과 비교하여 현재 건강 상태가 비슷하거나 건강해진 경우와 악화된 경우의 두 범주로 나누었다. 전자에는 ‘비슷하다’, ‘건강해진 편이다’, 또는 ‘훨씬 건강해졌다’가 포함되며(이하 ‘비슷하거나 좋아졌다 또는 악화되지 않음’), 후자에는 ‘나빠진 편이다’ 또는 ‘훨씬 더 나빠졌다’가 포함되었다(이하 ‘악화’ 또는 ‘나빠졌다’).

연령의 구분은 우리나라 법령¹⁶⁾과 관계부처 간에 노인에 대한 기준이 다르고 국제적 표기¹⁷⁾도 3단계

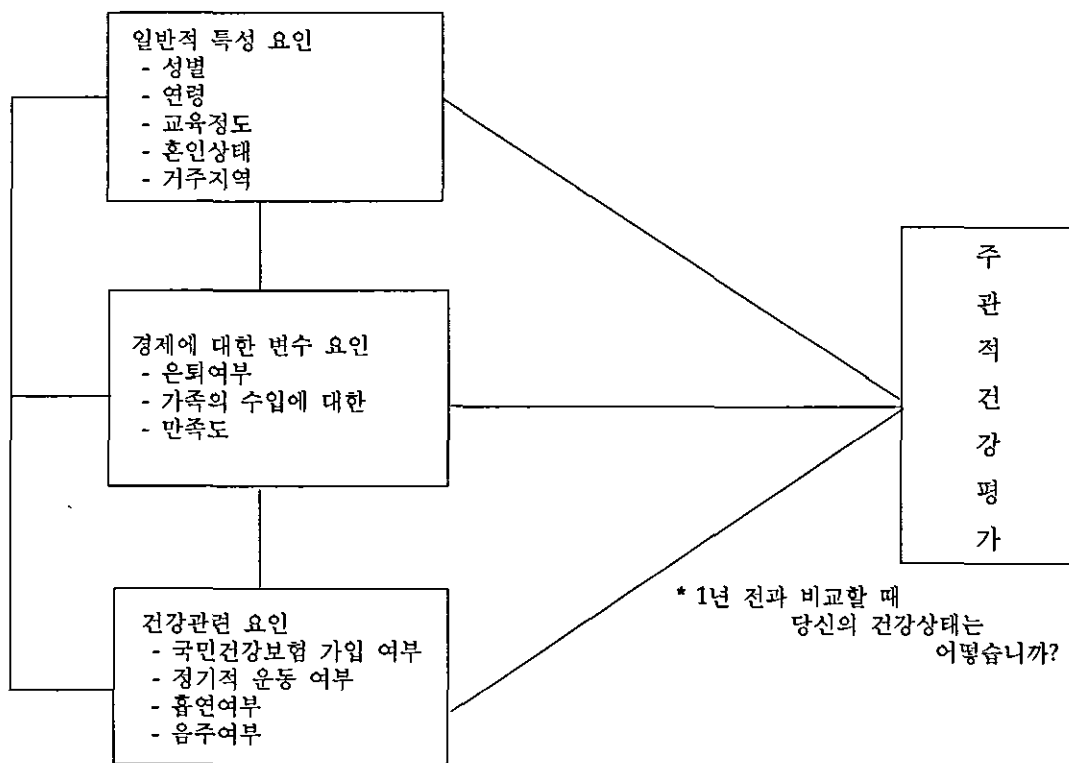
14) 노동연구원: www.kli.re.kr

15) 한국노동패널조사 ; 노동시장 관련 기초조사 자료의 미흡 및 부재의 문제를 해소하고 노동시장연구를 활성화시킴으로써, 보다 합리적이고 정확한 노동시장 및 고용정책의 수립과 평가에 기여하고자 1998년 처음 시작하였다. 앞으로 노동패널 데이터가 장기간에 걸쳐 성공적으로 구축될 경우 특별히 각종 노동정책의 수립 및 평가와 고용보험제도의 효율적인 운영과 장기적인 발전에 기여할 뿐만 아니라 연구의 활성화를 위한 귀한 기초 자료로 자리 잡을 것이다.

16) 현재 노인복지법에서는 60세 이상을 고령자로 규정하고 있으며, 경로연금 수혜자격은 65세 이상으로 정하고 있다. 완전노령연금의 수급 시기는 60세 이상으로 정해져 있으며, 국민기초생활보호법에서 자활대상자는 60세 이하로 정해져 있다. 고령자고용촉진법에서는 고령자를 55세 이상 64세미만으로 정하였으며, 고용보험법에서는 고용보험피보험자를 64세 이하로 정하였지만,

로 되어 있어, 모두를 포괄하는 50세에서 5년 간격으로 80세 이상까지로 표기하였다. 50세를 시작으로 한 것은 우리나라가 조기은퇴 명예퇴직 등의 문제로 사실상 준 고령의 시작을 55세보다 50세부터 보고자하는 시각에서이다.¹⁸⁾

‘주관적 건강평가’에 영향을 미치는 요인으로서 독립변수는 노인의 일반적 특성, 경제 및 건강관련 요인 등을 고려하였다. 원 자료에는 건강과 일자리, 장애, 입원경험, 의료기관 이용한 경험, 건강보험, 건강관련사항, 건강상 문제로 부양 또는 피 부양, 근로에 관한 내용, 은퇴, 노후생활 등 42가지 질문에 의한 자료가 있으나, 연구대상자 모두가 응답한 내용인면서 종속변수를 잘 설명하는 변수를 택하였다. 그리고 대상자의 주관적 건강상태 변화와 주관적 경제 상태와의 관계를 조사하기 위하여 같은 연도에 조사한 ‘개인 자료’에서 ‘가족의 수입에 대한 만족도’를 포함하였다.



<그림1> 분석의 틀

60세 이상에서 재취업자는 제외하고 있다. 일반적으로 복지부가 주관하는 고령자복지 관련 정책은 65세 이상의 인구를 대상으로 실시하고 있으며, 노동부가 주관하는 고령자노동정책은 55-64세 인구를 대상으로 정하고 있다. 이러한 정책기구의 분리와 비연계성의 결과, 65세 이상 고령자를 위한 고용정책이나 65세 미만 고령자의 복지정책은 거의 작동하지 못하는 모순을 가지고 있다.

17) 국제적 분류: (55세-64세), Young-old(65세-74세), Old-old(75세-84세), (85세이상)

18) 이상호. 2004. “고령자의 재취업”, 한국노동연구원 KLIP Research Brief, 9.에서 준 고령자의 정의를 50-54세로 하고 있다. 기존 연구들에서 은퇴의 정의는 ‘연령’으로 55세,60세 또는 65세가 기준연령이었으나 연령이 은퇴자와 비 은퇴자로 구분하는 기준으로 사용된 근거는 노인복지법에서 60세 이상을 고령자로, 경로수혜자격을 65세 이상으로 정하고 있으며, 완전노령연금의 수급 시기는 60세 이상으로 정해져 있고, 국민기초생활보호법에서는 자활대상자를 60세 이하로 정하고 있다. 고령자고용촉진법에서는 고령자를 55세 이상 64세미만으로 정하였지만 60세 이상 재취업자는 제외하고 있다.

일반적 특성에서는 성별, 연령별, 교육정도, 혼인상태, 거주지역을 채택하였다.

연령별은 50세에서 5년 간격으로 7단계로 구분하여 국제적 기준과 국내법 및 관련기준들을 포함하여 의미를 분석하게 했다. 교육정도는 초등학교이하, 중학교, 고등학교, 전문대이상으로 하였으며 중되는 하위수준으로 보았다. 혼인상태는 결혼유배우자와 기혼 무배우자 또는 미혼으로 나누었다. 거주지역은 농촌지역을 배제한 서울, 6대광역시, 기타도시지역으로 도시의 크기별로 나누었다.

경제 및 건강관련요인은 경제에 대한 변수요인으로 은퇴여부, 가족의 수입에 대한 만족도를 선정하였고, 건강관련요인으로 국민건강보험가입여부, 정기적 운동여부, 흡연여부, 음주여부를 채택했다.

3. 연구 질문

본 연구는 50세 이상의 고령자에 대해서 1년간의 주관적 건강평가에 영향을 준 요인을 분석하기 위해 다음과 같은 연구 질문을 정하여 진행하기로 하였다.

- 질문1. 고령자가 1년간의 주관적 건강평가를 할 때 성별에 따라 차이가 있을까?
- 질문2. 고령자가 1년간의 주관적 건강평가를 할 때 연령에 따라 차이가 있을까?
- 질문3. 고령자가 1년간의 주관적 건강평가를 할 때 학력수준에 따라 차이가 있을까?
- 질문4. 고령자가 1년간의 주관적 건강평가를 할 때 거주 지역에 따라 차이가 있을까?
- 질문5. 고령자가 1년간의 주관적 건강평가를 할 때 직업의 유무에 따라 차이가 있을까?
- 질문6. 고령자가 1년간의 주관적 건강평가를 할 때 가구의 소득에 따라 차이가 있을까?
- 질문7. 고령자가 1년간의 주관적 건강평가를 할 때 음주와 흡연 유무에 따라 차이가 있을까?

4. 분석방법

독립변수로는 연령, 성별, 교육정도, 혼인상태, 거주지역과 같은 일반적 특성과, 은퇴여부, 가족의 수입에 대한 만족도, 국민건강보험 가입여부 및 종류와 같은 경제와 관련된 요인을 포함하였으며, 건강과 관련된 운동, 흡연, 음주에 관한 변수도 조사하였다.

연령은 평균(\pm 표준편차)을 구하고 t 검정을 이용하여 남녀별로 비교하였다. 대상자의 일반적 특성, 경제적, 그리고 건강 요인의 수준에 따라 1년 전에 비해 건강 상태가 나빠진 경우와 비슷하거나 좋아진 경우의 비율을 구하고 X2 검정을 이용하여 비교하였다. 어떤 변수들이 독립적으로 주관적 건강 상태 변화에 영향을 주는 지를 조사하기 위하여 다중 로지스틱 회귀분석을 하였다. 통계 패키지는 SAS V8.2를 사용하였다.

IV. 연구결과

1. 고령자의 일반적인 특징

50세 이상인 조사대상자 3,264명중 남자는 46%, 여자는 54%로 여자가 많았다 <표1>참조.

<표1>. 연구 대상자의 남녀별 평균 연령, 평균±표준편차

남자 N=1491	여자 N=1773	전체 N=3264
61.1 ± 8.6	63 ± 9.4	62.2 ± 9.1

t 값 = 6.7, p<.0001

전체 평균 연령은 62세(범위, 50-97)였으며, 여자의 평균 연령이 남자보다 유의적으로 높았다(각각, 63세, 61세). 연령대별로는 50대가 44%로 가장 많았고, 60대가 35%, 70대가 16%, 80대 이상이 5%로 연령이 높을수록 인구 분포는 줄어들었다<표2>참조. 대상자의 반 정도(47%)는 서울과 6개 광역시를 제외한 기타 도시지역에 거주하고 있었으며, 중학교 이상 교육을 받은 사람은 전체의 45%이었다. 은퇴하지 않은 사람은 42%, 은퇴한 사람은 16%이었으며, 나머지는 은퇴여부에 해당되지 않거나 은퇴는 하였으나 소일거리는 계속하고 있는 사람들이었다. 가족의 수입에 대한 만족도에 있어서 만족하는 경우는(매우 만족 포함) 7%로 매우 낮았으며, 보통인 경우는 41%, 불만족인 경우는(매우 불만족 포함) 52%로 높게 나타났다. 직장의료보험에 가입하였거나 지역의료보험에 가입한 사람은, 각각,49% 48%로 비슷하였으며, 의료보험에 가입하지 않은 사람은 3%이었다. 정기적 또는 부정기적으로 운동하는 사람은 23%이고 나머지 77%는 운동을 거의 하지 않는다고 응답하였다. 흡연을 하는 사람은 27%이었고, 음주를 하는 사람은 37%이었다. 연구 대상자 중 33%(1,072명)가 1년 전에 비하여 현재 건강상태가 나빠졌다고 응답하였다.

<표2>. 일반적 특성에 따른 건강 상태 변화 분포

변수	일년 전 비교 시 현재 건강 상태				합		X ² 값	p-value
	나빠졌다		비슷하거나 좋아졌다					
	명	%	명	%	명	%		
성별								
남자	388	26.0	1103	74.0	1491	45.7	57.9	<.0001
여자	684	38.6	1089	61.4	1773	54.2		
연령								
50-54	161	19.6	659	80.4	820	25.1	212.3	<.0001
55-59	155	24.5	477	75.5	632	19.4		
60-64	208	32.3	437	67.8	645	19.8		
65-69	205	42.2	281	57.8	486	14.9		
70-74	135	45.0	165	55.0	300	9.2		
75-79	113	49.6	115	50.4	228	7.0		
80+	95	62.1	58	37.9	153	4.7		
교육정도								
초등학교이하	750	42.1	1030	57.9	1780	54.6	174.0	<0.0001
중학교	169	28.1	433	71.9	602	18.5		
고등학교	114	18.8	491	81.2	605	18.6		
전문대이상	38	13.9	235	86.1	273	8.4		
혼인상태								

결혼 유배우자	700	28.9	1721	71.1	2421	74.2	65.6	<.0001
기혼 무배우자 또는 미혼	372	44.1	471	55.9	843	25.8		
거주 지역								
서울	190	26.0	541	74.0	731	22.4	36.9	<.00001
6개 광역시	298	30.0	694	70.0	992	30.4		
기타 도시지역	584	37.9	957	62.1	1541	47.2		

* 반올림으로 인하여 행의 퍼센트 합이 100%를 넘음

2. 고령자의 일반적 특성과 1년간의 건강상태 변화와의 관계

<표2>는 대상자의 일반적 특성과 1년간의 건강 상태 변화와의 관계를 보여준다. 남자는 1년 전보다 건강이 나빠진 비율이 26%, 여자는 39%로, 여자가 더 건강 상태가 악화되었다고 응답하였다.

연령별로는 50대 초에는 20% 정도가 건강이 나빠졌다고 하였으나, 연령이 증가함에 따라 그 비율이 높아져서 80세 이후에는 60% 넘는 사람들이 1년 전보다 건강이 나빠졌다고 하였다.

교육 정도가 높을수록 건강이 나빠졌다고 응답한 비율이 낮았으며, 결혼하여 배우자가 있는 경우에 결혼하여 배우자가 없거나 미혼인 경우보다 1년 전에 비해 건강이 악화된 비율이 낮았다.

서울에 거주하는 사람들은 26%, 6개 광역시 거주자는 30%로 기타 도시지역에서 사는 사람보다(38%) 건강이 악화되는 비율이 낮았다.

<표3>. 경제 요인에 따른 건강 상태 변화 분포

변수	일년 전 비교시 현재 건강 상태				합		X2 값	p-value
	나빠졌다		비슷하거나 좋아졌다		명	%		
	명	%	명	%	명	%		
은퇴여부								
은퇴하지 않았다	335	24.3	1044	75.7	1379	42.2	84.9	<.0001
은퇴하였다	187	35.9	334	64.1	521	16.0		
주된 일자리에서는								
은퇴하였으나 소일거리는 계속하고 있다	14	29.8	33	70.2	47	1.4		
해당 안 됨	536	40.7	781	59.3	1317	40.3		
가족의 수입에 대한 만족도								
매우만족* 또는 만족	50	21.5	183	78.5	233	7.2	150.7	<.0001
보통	327	25.0	983	75.0	1310	40.7		
불만족	449	35.7	809	64.3	1258	39.1		
매우 불만족	232	55.2	188	44.8	420	13.0		

* '매우만족'은 전체 10건임.

3. 경제요인에 따른 건강상태 변화

다음으로 경제관련 요인에 따른 건강 상태 변화를 조사하였다<표3>참조.

은퇴하지 않은 경우에는 24%가 1년 전보다 건강이 나빠졌다고 하였으나 은퇴한 사람들 중에 나빠졌다고 응답한 경우는 36%나 되었다.

가족의 수입에 만족하는 경우에는 건강이 나빠진 비율이 22%로 낮게 나타났으나, 가족의 수입에 대해 만족하지 못하고 불만족 할수록 악화된 비율이 높아져서, 매우 불만족할 경우 반이 넘는 55%가 1년 전보다 건강이 나빠졌다고 하였다.

<표4>. 건강 관련 요인에 따른 건강 상태 변화 분포

변수	일년 전 비교시 현재 건강 상태				합	X2 값	p-value
	나빠졌다		비슷하거나 좋아졌다				
	명	%	명	%			
국민건강보험가입							
직장의료보험**	470	29.5	1126	70.6	1596	48.9	<.0001
지역의료보험	553	35.4	1011	64.6	1564	47.9	
가입되어있지 않다	49	47.1	55	52.9	104	3.2	
정기적 운동여부							
정기적으로 한다	107	22.7	364	77.3	471	14.4	<.0001
부정기적으로 또는 수 시로 한다	82	27.7	214	72.3	296	9.1	
거의 하지 않는다	883	35.4	1614	64.6	2497	76.5	
흡연여부							
예	230	26.3	645	73.7	875	26.8	<.0001
아니오	842	35.2	1547	64.8	2389	73.2	
음주여부							
평소에 술을 마시는 편이다	115	28.0	296	72.0	411	12.6	<.0001
경우에 따라 마시는 편이다	178	22.2	623	77.8	801	24.5	
전혀 마시지 않는다	779	38.0	1273	62.0	2052	62.9	

** 만을림으로 인하여 행의 퍼센트 합이 100%를 넘음.

4. 건강 관련 요인에 따른 건강상태 변화

국민건강보험 중, 직장의료보험에 가입된 경우보다, 지역의료보험에 가입된 경우에 악화된 비율이 높았으며 (각각, 30%, 35%) 국민건강보험에 가입하지 않은 사람은 거의 반 정도가 1년 전보다 건강이 나

빠졌다고 하였다 <표4>참조.

운동을 정기적으로 하는 사람이 거의 하지 않는 사람보다 나빠졌다고 하는 비율이 낮았으며 (각각, 23%, 35%), 운동을 부정기적으로 또는 수시로 하는 사람들은 그 중간 정도였다 (28%).

예상과는 달리 흡연하지 않는 사람들이 흡연하는 사람보다 더 건강이 악화되었다고 하였으며 (각각, 35%, 26%) 술을 마시지 않는 사람들이 마시는 사람보다 건강이 악화되었다고 답한 비율이 높았다 (각각, 38%, 28%). 경우에 따라서 음주하는 사람들은 22%로 낮은 비율을 보였다.

이상의 각 요인들과 주관적 건강 상태 변화와는 통계적으로 유의한 차이를 보였다 ($p < .0001$). 일반적 현상과 다른 결과를 보인 흡연과 음주에 대해서는 토론 부분에서 언급할 예정이다.

<표5> 독립적으로 건강상태 악화에 영향을 주는 위험 요인, 다중 로지스틱 회귀 분석 결과

변수	수정된 오즈비	95% 신뢰구간	p값
연령(세)	1.0*	1.0-1.1	<.001
성별			
남자	1▼		
여자	1.3	1.1-1.6	0.011
교육정도			
초등학교이하	1▼		
중학교	0.8	0.6-1.0	0.046
고등학교	0.5	0.4-0.7	<.001
전문대이상	0.4	0.3-0.6	<.001
거주지역			
서울	0.6	0.5-0.8	<.001
6개광역시	0.8	0.6-0.9	0.003
기타 도시지역	1▼		
은퇴여부			
은퇴하지 않았다	1▼		
은퇴하였다	1.5	1.1-1.9	0.003
주된 일자리에서는 은퇴하였으나 소 일거리는 계속하고 있다	1.2	0.6-2.4	0.597
해당 안 됨	1.2	1.0-1.5	0.040
가족의 수입에 대한 만족도			
매우만족 또는 만족	0.9	0.6-1.3	0.659
보통	1▼		
불만족	1.8	1.5-2.1	<.001
매우 불만족	3.7	2.9-4.7	<.001

* 구체적으로 1.046임

▼ 기준 그룹

5. 고령자의 주관적 건강평가에 영향을 주는 요인

위의 각 독립변수들은 서로 연관되어 있으므로, 혼란변수의 영향을 배제한 상태에서 종속변수인 건강 상태 악화여부에 영향을 주는 정도를 조사하기 위하여 다중 로지스틱 회귀 모형¹⁹⁾을 이용하였다.

변수 선택법 중 단계적 방법(stepwise method)²⁰⁾을 이용하여 연령(세), 성별, 교육 정도, 거주 지역, 은퇴여부, 가족의 수입에 대한 만족도를 독립 변수로 선택하여 모형에 포함하였다 <표5>참조.

음주는 단계적 변수 선택 방법에서 선택되었으나, 다른 변수들이 통제된 상태에서도, 건강 상태 변화를 설명하는 타당성 있는 결과가 아니었으므로(술을 마시는 사람이 더 건강 상태가 좋아지거나 비슷해짐) 제외하였다.

성별, 교육정도, 거주지역, 은퇴여부, 가족의 수입에 대한 만족도를 통제하였을 때, 연령이 1세 증가함에 따라 1년 전보다 건강이 악화될 오르는 1.05배씩 증가하였다(95% 신뢰구간, 1.0-1.1; $p<.001$).

모형의 다른 변수들을 통제하였을 때, 남자에 비해 여자가 1년 전보다 건강이 악화되는 오르는 1.3배(95% 신뢰구간, 1.0-1.1; $p=0.011$)로 높았다.

교육 정도가 초등학교 졸업 이하인 사람들을 기준 집단으로 하였을때, 중학교, 고등학교, 전문대이상 졸업한 사람들의 건강 상태가 나빠질 오즈비(통제된 오즈비)는 각각, 0.8, 0.5, 0.4로 낮아졌다(95% 신뢰구간, 각각 0.6-1.0, 0.4-0.7, 0.3-0.6; p 값, 각각, 0.046, $<.001$, $<.001$). 즉, 혼란변수들을 통제한 상태에서 교육정도가 높을수록 건강 상태가 덜 나빠졌다.

서울에 거주 하는 사람과, 6개 광역시에 거주하는 사람이 그 외의 도시에 사는 사람에 비해 건강이 나빠질 통제된 오즈비는 각각 0.6(95% 신뢰구간, 0.5-0.8; $p<.001$), 0.8(95% 신뢰구간, 0.6-0.9; $p=0.003$)로 덜 악화되었다.

성별, 교육정도, 거주지역, 가족의 수입에 대한 만족도를 통제했을 때, 은퇴한 사람이 은퇴하지 않은 사람에 비하여 1년 전보다 건강이 나빠질 오르는 1.5배(95% 신뢰구간, 1.1-1.9; $p=0.003$)였다.

모형의 다른 변수들을 통제한 상태에서, 가족의 수입에 대하여 매우 불만족하는 사람은 보통으로 생각하는 사람에 비하여 건강이 나빠질 오즈가 3.7배나 더 높았다(95% 신뢰구간, 2.9-4.7; $p<.001$).

V. 논의

본 연구는 노동패널조사 4차년도(2001년)에 부가조사로 실시된 '건강과 은퇴' 자료와 같은 연도에 조사된 개인자료의 일부를 사용하였으며 50세 이상의 고령인구를 대상으로 하였다. 이것은 우리나라 도시 거주 주민을 대표하는 자료로 우리나라 고령자의 주관적인 건강평가에 영향을 미치는 사회인구학적, 경제 및 건강관련 요인을 밝히고자 하였다.

주관적 건강평가와 독립변수들 간의 관계를 X2검정으로 이변량 분석하여 유의하게 나타난 변수는 성

19) 로지스틱 회귀모형 : 대수선형모형의 일종으로 독립변수와 종속변수를 구분한다는 점에서 일반 대수선형모형과 구분된다. 로짓(logit)회귀모형이라고도 불리며, 종속변수가 두 범주로 구성되어 있는 명목변수일 때 적용되는 통계적 기법이다.

20) 단계적 변수선택방법 : 독립변수가 2개 이상인 다중회귀모형에 있어서는 정도가 낮은 독립변수들이 포함될 수 있다. 이러한 경우 가능한 한 적은 수의 독립변수로서 이해하기 좋고 사용하기에 좋은 간편한 모형이 선호되는데 이를 '모형간편화'라고 하고, 그 방법 중에 '단계별방법'이 있다. 변수선택법을 보완하기 위해서 변수제거법을 가미한 방법으로 변수선택법에서, 새로운 변수가 들어온 후에도 기존의 회귀모형에 포함된 변수들이 계속 유의한 지를 검증하여, 유의하지 않으면 제거해 나가는 방법.

별, 연령, 교육정도, 혼인상태, 거주지역, 은퇴여부, 가족의 수입에 대한 만족도, 국민건강보험가입여부, 정기적 운동여부, 흡연여부, 음주여부 등 이었다. 다중 로지스틱 회귀분석을 이용하여 혼란변수의 영향을 통제한 상태에서, 주관적 건강평가에 영향을 준 독립변수는 연령, 성별, 교육정도, 거주지역, 은퇴여부, 가족의 수입에 대한 만족도이었다.

사회 인구학적 특성 중 성별에 따라 여자가 남자에 비해 건강에 대한 자신의 평가를 비판적으로 보여 주고 있다. 이는 여자의 평균수명²¹⁾이 남자에 비해 길어 고령인구가 상대적으로 많은 것과 여명기간에 홀 노인으로 지내는 기간이 긴 것에 영향이 있을 것으로 본다. 고령이 될 수록 신체적 질환과 장애가 늘어나기 때문이다. 이것은 대다수 연구에서 통제된 상태에서 차이가 없음을 보고하고 있다.

Fillenbaum(1979)의 연구에서도 주관적 건강평가의 차이가 없음에도 불구하고 여성이 남성에 비해 건강문제가 많다고 하였다.

연령의 증가에 따른 고령자 자신의 건강에 대한 평가도 부정적으로 나타났다. ‘당신의 현재의 건강은 어떻습니까?’에 대한 한 연구에서는 낙관적으로 보고(이운환 외, 1998, Cockerham et al. (1983))하기도 하였지만, ‘1년 전과 비교할 때 당신의 건강상태는 어떻습니까?’의 본 연구의 결과는 비판적으로 분석되어졌다. 이것은 연령증가가 주관적 건강평가에 나쁜 영향을 주게 된다(Shi & Lu, 1997)는 연구결과와도 일치한다. 본 연구에서의 결과는 전자와는 개념이 다른 점이 있다. 질문의 요지가 일치하지 않는 것이다. ‘당신의 현재의 건강상태’를 묻는 질문의 응답과 ‘1년간의 지난시간 속에서의 현재의 건강상태를 묻는 것은 응답자에게는 다른 의미로 받아들일 수 있다. 전자는 질문 시점에서 자신의 횡단면적인 비교를 하게 되는 것이고, 후자는 자기중심적인 1년간의 종단면적인 과정을 비교하는 것이다. 예를 들면 전자는 주변의 친구나 가정의 형편들에 영향을 받을 수 있으나, 후자는 1년 전 자신의 건강상태와 현재의 건강상태의 행위적인 상황을 고려하게 되고 앞으로 진행될 예측상황까지도 반영하게 된다. 따라서 주관적 건강평가의 타당성면에서와 정책적인 욕구의 수용에서도 본 연구의 종단적 방법이 더 의미가 크다고 하겠다.

교육수준이 낮은 경우 상대적으로 건강이 악화됐다고 응답하는 비율이 저학력과 고학력차가 3배가 넘었다. 이에 대해서는 모든 연구들이 같은 결과를 내고 있다(Cockerham et al., 1983; Ferraro, 1980; Markides & Lee, 1991; Mulsant et al., 1997). 이는 학력에 따라 현재나 과거의 직업이 화이트칼라, 블루칼라로 구분되어 예측 할 수 있으며, 그에 따른 소득의 차이와 영양상태, 신체적 · 정신적 · 사회적 건강상태가 많은 차이가 나고 있음을 반증하고 있다.

혼인상태에 대한 건강평가의 영향은 명확하다. 부부가 함께 사는 경우의 응답자는 사별 또는 이혼이나 미혼으로 홀로 된 고령자에 비해 주관적인 건강평가에 변화를 주는 영향이 거의 두 배나 된다. 실제로 많은 연구들이 사회적 접촉과 지지를 가진 노인들이 그러한 지지가 없는 노인보다 덜 우울한 것으로 보고하고 있다(Cassel, 1976; Lin, 1986; Revicki & Mitchell, 1990; Wilcox, 1981). 서구 학계는 부부노인들에 비해 독신노인들이 더욱 취약한 신체적 정신적 질환 상태에 있다고 보고해 왔다(주성수, 윤숙례, 1993). 이들 독신노인들은 빈곤상태에 직면해 경제적 여유를 상실함으로써 영양불량과 그에 따른 신체질

21) 평균수명 : 2001년 현재 평균수명은 76.5세, 남자 72.8세, 여자 80.0세이며, 여자가 남자보다 7.2년 더 오래 사는 것으로 나타나고 있고, 향후 2030년의 평균수명은 81.5세, 2050년 83.0세로 늘어날 전망이다.

- 1999년과 비교하면 남자 1.1세, 여자 0.8세, 10년 전인 1991년에 비해 남자 5.1세, 여자 4.1세 증가.

- 이는 보건 의료 수준의 향상, 국민들의 영양상태 양호 및 건강에 대한 관심의 증가 등에 기인하는 것으로, 특히 40대 이상 사망률의 감소를 반영.

환에 시달리며(Wilson, 1981), 음주, 흡연, 비만, 육체활동 등의 건강행태 면에서도 매우 열악한 상태에 있다고 한다.(Ory & Bond, 1989). 나아가서 우울, 고독, 불안 등 정신건강의 악화도 가중되어(Wilson, 1981), 그들은 부부집단에 비해 더 일찍 죽음에 달한다고 한다(Davis Neuhaus, Moritz & Segal, 1992).

거주지에 따라서도 차이를 보여주고 있다. 대도시로 갈수록 건강이 악화되는 비율이 적고, 소도시로 갈수록 높아졌다. 이것은 노인의 분포가 대도시보다 소도시에 집중되어 있고 학력이 높고 경제적인 여유가 있는 고령자들일수록 대도시에 집중해 있으며, 고령자부부가구가 지역에 편중되어 있고 대도시로 갈수록 줄어들고 있기 때문이다(“광역자치단체별 노인의 가구구성”, 2000; 통계청).

경제 및 건강관련요인에 따른 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인변수들을 보면 경제적 면에서 ‘은퇴여부’와 ‘가족의 수입에 대한 만족도’이다.

은퇴여부에 대한 분석은 일자리를 계속 가지고 있는 고령자가 그렇지 않은 고령자에 비해 건강이 악화되지 않았다고 나타났다. 이때 여성의 경우는 평생 전업주부로 있는 상태는 직업과 연관

지을 수 없어 ‘해당 안 됨’으로 나타났다. 50대(조사대상의 44.5%)를 제외한 대부분의 고령자들이 일자리가 없으며 ‘소일거리라도 하는 이도 적은 것으로 보여 진다(전체의 14%). 우리나라의 주된 은퇴사유를 살펴보면 본인의 건강상의 이유가 46.9%로 가장 높은 비율을 나타냈으며, 권고사직/명예퇴직 16.4%, 정년퇴직 14.5%순으로 되어있다(김지경, 2004). 건강상의 이유가 대부분의 사유로서 은퇴자는 실직과 빈곤 그리고 건강악화의 3중고에 처하게 되는 것이다.

실업은 통제력 결여감과 스트레스를 증가시키고, 사회지원 연결망을 붕괴시키며 경제적 박탈감을 일으켜 정신 병리적 기전을 통해 심 혈관질환, 신장질환, 뇌혈관계질환, 간경화, 악성종양 등으로 인한 사망률을 증가 시키고, 영아사망률을 증가시키며 살인과 교통사고 사망률을 증가시키는 것으로 보고 되었다(이원재,1998).

본 연구에서, 가족의 수입에 대한 만족도는 만족하는 경우가 7%, 보통인 경우는 41%, 불만족인 경우는 52%이었다. 이 결과는 통계청의 ‘사회통계조사보고서(1999)’에서 발표한 소득이 있는 65세 이상의 고령자의 소득만족도가 ‘만족’ 10.4%, ‘보통’ 40%, ‘불만족’ 47.8%와 거의 일치하고 있다고 판단된다.

가족의 수입에 대하여 만족하는 경우는 본 연구 대상자의 22%가 일 년 전보다 건강 상태가 나빠졌다고 응답하였으나, 불만족 할수록 건강이 악화되었다고 응답한 비율이 높아져서 매우 불만족하는 경우는 55%로 증가함을 보여주었다. 이로써 가족의 수입에 대한 만족감과 주관적 건강평가와는 밀접한 관계가 있음을 알 수 있다. 노년기의 건강문제에 있어서 경제적 수준의 악화는 고령자의 건강을 취약하게 하고 그렇지 않은 집단간의 차이를 가져오는 중요한 변수이다(차승은 외, 2002).

건강관련요인으로는 국민건강보험가입여부, 정기적 운동여부, 흡연여부, 음주여부 등이 조사되었다.

국민건강보험 중, 직장의료보험에 가입된 경우가, 지역의료보험에 가입된 경우보다 1년 전 보다 건강이 비슷하거나 좋아졌다고 응답한 비율이 높았으며 (각각, 70%, 65%) 국민건강보험에 가입하지 않은 사람은 약 반 정도만이 나빠지지 않았다고 답하였다.

이는 직장의료보험가입자는 대부분 직업을 가지고 있는 고령자이거나 자녀들이 안정된 직장을 가지고 있는 고령자들로서 비교적 생활이 안정되어 있다고 볼 수 있다. 반면에 지역의료보험가입자는 은퇴자로서 자영업자이거나 불안정한 일거리를 가지고 있는 고령자로서 주관적 건강평가에 나쁜 영향을 주고 있다. 무보험자 3.2%는 작은 비율이지만 국가적으로나 사회가 보호해야 할 부담으로 판단된다.

정기적 운동여부의 조사에서는 불과 23.5%만이 건강을 위해 운동을 하는 것으로 나타났다. 이는 대부분의 고령자들이 생계유지위주의 생애를 살아오면서 자신의 건강을 돌보지 않았고, 그로 인해 신체적·정신적 건강에 장애와 질환에 취약하리라고 생각된다. 운동을 하는 고령자는 자신의 주관적 건강이 1년 전에 비해 비슷하거나 좋아진 것으로 나타났다. 운동을 거의 하지 않는 사람의 대부분은 신체적으로 장애를 가지고 있거나 만성질환 및 ADL, IADL에 제한을 가지고 있는 경우가 많을 것으로 보이며, 이미 운동으로 회복이나 개선될 의욕을 상실한 때문이다. 본 조사에서는 50세에서 80세까지의 30년간의 광범위한 나이 구분으로 노인전기와 중기, 후기에 대한 분석의 차이가 있을 것으로는 보인다. 이는 65세가 넘는 노인중기이후에야 만성질환과 신체적장애가 많이 나타나기 때문이다. 65세 이상의 노인의 86%가 만성질환을 가지고 있으며(정경희,1998), ADL, IADL에 제한을 받고 있는 노인이 42.4%를 가지고 있다(선우덕 외, 2001).

이 연구에서 흡연하는 사람이 그렇지 않은 사람보다 건강이 악화되었다고 응답한 비율이 낮았다(각각, 26%, 35%). 이런 현상이 나타나는 이유로는, 담배를 피우다가 건강이 악화되어 금연한 사람들이 담배를 피우지 않는다고 대답했을 것이므로, 지금 담배를 피우지 않는다고 해도 이미 담배의 피해를 갖고 있는 사람들이 분리되지 않았기 때문이라고 볼 수 있다. 이러한 단면연구의 단점을 보완하기 위해서는, 흡연 습관을 물을 때, 담배를 전혀 피운 적이 없는지, 피웠다가 끊었는지, 또는 지금 피우고 있는지를 먼저 질문하고, 그다음 현재 담배를 피우고 있는 사람과 피우다 끊은 사람에 대하여 흡연기간과 양을 묻는 것이 타당할 것이다. 그리하여 정확한 흡연량(pack-years)을 산출한다면 흡연이 주관적 건강 상태 변화에 미치는 영향을 보다 더 잘 파악할 수 있을 것이다. 음주 습관에 대해서도, 전혀 마시지 않는 사람이 평소 술을 마시는 사람보다 지난 1년간 건강이 더 악화된 경향을 보였는데(각각, 38%, 28%), 흡연의 경우와 비슷한 맥락에서 설명될 수 있을 것이다.

본 연구의 한계점은 첫째, 도시지역의 가구와 가구원을 대상으로 한 조사 자료로서 농촌지역의 고령자들에 대한 특성파악이 누락되었다는 점이다. 그러나 다른 연구들에서 서로 다른 특성들로 인해 통합 자료의 분석이 오히려 혼란을 가져올 수 있고 통계적인 과오의 여지도 있기 때문에 농촌지역 고령자에 대하여는 기존의 연구들과 본 연구에 이은 종단적인 분석과 더불어 비교연구가 연결되기를 바란다.

둘째, 주관적 평가에 영향을 미치는 다양한 변수를 포함하지 못했다.

명확하고 확실한 데이터의 처리를 위해 변수들의 관련성에 치우치다 보니, 원 자료에 있는 정신적 건강요인들과 사회적 건강의 측면의 연구에 미흡한 면이 있다.

VI. 결 론

본 연구에서는 우리나라 도시지역 50세 이상 고령자의 주관적 건강에 미치는 요인에 대한 영향을 분석하였다. 권위 있는 기관의 원 자료를 그대로 사용하였기에 대표성 있는 결과라고 볼 수 있다.

고령자의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 주요 요인으로는 성별, 연령, 교육정도, 혼인상태, 거주지역, 은퇴여부, 가족의 수입에 대한 만족도, 국민건강보험가입, 정기적 운동여부 등 이었다. 즉 연령이 높을수록, 여성인 경우, 학력이 낮을수록, 배우자가 없거나 미혼, 소도시 지역일수록, 은퇴자인 경우, 가족의 수입에 불만족 할수록, 직장의료보험가입자가 아닌 경우, 운동을 거의 하지 않는 경우 등에 있어서 자신의 건강이 악화되는 경향이 있었다.

이상과 같이 고령자의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인들을 분석함으로써 고령자의 건강증진과 유지를 위한 여러 가지 연관된 변인들을 파악할 수 있었고 그를 통해 현상의 건강·보건·복지 등의 분야에 관련된 과제들을 유추할 수 있었다. 향후 발전된 연구가 되어짐에 따라서는 고령자의 건강문제는 사회인구학적인 차원에서 생애관리적인 분야의 연구로 연결되어야 한다. 본 연구에서는 고령자의 건강증진과 유지를 위하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구가 도시지역 고령자를 중심으로만 주관적 건강상태를 파악함으로써 농촌지역이나 도농복합지역에 대한 부분의 연구가 포함되지 않았다. 차후 연구에서는 도시와 농촌 고령인구들에 대한 비교 연구 및 고령인구의 이동의 요소들에 관련된 영향들이 필요하다.

둘째, 본 연구가 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인에 대한 관련 변수를 파악하는 등 건강상태 부분에 중점적인 연구였지만 향후에는 건강행위적인 요소의 영향과 연관하여 연령별로 종단적인 연구를 통해 실천적 차원의 건강프로그램 및 모델을 개발해 나가야겠다.

셋째, 고령인구의 주관적 건강의 연구는 유년기 청년기 장년기에 있는 젊은 세대들에게 건강관리의 사례관리의 효과를 제시 할 수 있다. 유형별로 종단적 case study를 통해 가장 바람직한 건강증진과 유지의 결과를 제시하는 연구가 계속되어야 한다.

넷째, 본 연구의 미흡한 점으로 나타난 음주와 흡연에 대한 조사기법도 다양하게 개선되어야겠다. 선행연구에서는 음주와 흡연의 이력에 대한 조사가 있었지만²²⁾ 그에 대한 정도문제에서는 구체적인 언급이 없어, 그 영향을 파악하는 데는 부족한 면이 있었다.

다섯째, 고령자의 건강에 대한 종단적 차원의 연구에 관심을 두다 보니 50세에서 80세까지의 인구에 대한 건강영향조사에 무리가 되는 점이 분석 단계에서 발견되었다. 차후의 연구에서는 노인의 전반기 즉 도입기와 중기, 후기에 부분을 구분하여 조사하고, 또한 전체적인 부분은 종단적인 차원에서 지속적으로 조사 연구가 진행되도록 하여야겠다.

참 고 문 헌

- 강영실, 1999, 「노인의 스트레스 생활사건, 자아 존중감, 지각된 건강상태에 관한 연구」, 한국보건간호학회지, 13-1, 1-11.
- 강희숙, 김근조, 2000, 「일부지역 노인들의 신체적 건강과 우울과의 관련성」, 대한보건협회학술지, 26-4, 451-459.
- 고경환, 2004, 「사회복지지출수준의 평가와 향후과제」, 한국보건사회연구원.
- 고정민, 정연승, 2003, 「고령화 사회의 도래에 따른 기회와 위협」, 삼성경제연구소.
- 구미옥, 2000, 「국외의 노인 건강증진 프로그램 분석연구」, 대한간호학회지, 30-4, 932-947.
- 김남진, 2000, 「노인들의 건강행위 실천 정도와 관련요인 분석」, 한국노년학, 20-2, 169-182.
- 김두섭, 이삼식, 2003, 「지역의 생태환경에 따른 사망원인구조의 차이」, 통계청.
- 김두섭, 박상태, 은기수, 2002, 「한국의 인구」 1-2, 대전: 통계청.
- 김대원, 남미애, 노병일, 신건희, 윤경아, 2004, 「사회문제와 사회복지」, 서울:학지사.
- 김대회, 1999, 「노인건강」, 보건과 사회과학 5, 9-30.

22) 남정자 외(1998:62)의 표3-30, 표3-31

- 김도환, 2002, 「도시노인의 가족지지와 정신건강과의 관계 연구」, 대전보건대학.
- 김수지, 김정인, 1998, 「가족정신건강」, 서울 : 수문사.
- 김승권, 2003, 「저 출산 원인과 안정화 대책」, 한국보건사회연구원.
- 김지경, 2004, 「은퇴자의 은퇴사유 및 은퇴 후 소득원천」, 노동연구원.
- 김원경, 2001, 「노년기의 신체적 건강과 우울증에 대한 사회적 지지의 효과」, 한국노년학회지, 10, 55-74.
- 김용렬, 2003, 「인구구조의 변화와 노인문제」, 고려대학교.
- 김현진, 2003, 「일본의 저 출산 고령화와 한국기업에 대한 시사점」, 삼성경제연구소.
- 김형수, 1999, 「고령화 사회의 노인문제」, 현상과 인식, 겨울.
- 김효정, 채선옥, 박영숙, 우선혜, 2001, 「노인의 지각된 건강상태 및 건강개념과 건강증진 행위와의 관계」, 한국보건간호학회지, 15-2, 262-274.
- 남정자, 2003, 「한국인의 건강행태의 변화와 정책과제」, 보건사회연구원.
- 대통령비서실 인구고령사회대책팀, 2004, 「저 출산 고령사회 대응을 위한 국가실천전략」, 청와대.
- 문성현, 2004, 「일본의 공적 연금제도의 개요와 2004년 연금제도의 내용」, 근로복지공단.
- 박경숙, 2003, 「고령화사회 이미 진행된 미래」, 서울: 의암출판문화사.
- 박동석, 2003, 「고령화의 쇼크」 서울: 굿인포메이션.
- 박순옥, 백훈정, 김춘미, 문진하, 최순영, 김정숙, 김애정, 2003, 「일, 지역사회 노인의 건강증진 생활양식, 자아 존중감 및 사회적 지지에 관한 연구」, 지역사회간호학회지, 14-1, 144-156.
- 박시내, 2003, 「독거노인가구의 생활실태와 빈곤」, 노동연구원.
- 박덕배, 2004, 「노후소득보장문제와 역모기지제도」, 경제주평.
- 박정숙, 이해란, 2003, 「일반노인과 저소득층 노인의 건강증진행위와 지각된 건강상태 비교」, 지역사회간호학회지, 14-1, 144-166.
- 보건복지부, 2004, 「독일의 개혁: Agenda 2010(질문과 답변)」, 2003, 「보건복지통계」 보건복지부.
- 변재관, 2004, 「실버산업의 현황과 정책전망」 한국보건사회연구원.
- 사단법인대한실버산업협회, 2004, 「일본의 실버마크제도에 관하여...」.
- 송미순, 1996, 「노년기의 건강증진: 보건의료체계의 변화와 건강증진」, 서울대학교 간호과학연구소 학술대회, 77-83.
- 송영신, 이미라, 안은정, 1997, 「노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구」, 대한간호학회지, 29-3, 625-638.
- 송진아, 1997, 「노인의 건강관심도, 건강실천행위 및 건강상태」, 경북대학교대학원 석사학위논문.
- 송현종, 2003, 「한국인의 건강지표의 변화와 정책과제」, 보건사회연구원.
- 서미경, 2002, 「노인의 건강대책」, 한국보건사회연구원.
- 서은현, 윤가현, 2000, 「주관적 연령지각과 생활만족도 및 건강관심과의 관계」, 한국노년학회지 9, 131-148.
- 서인선, 2000, 「노인의 건강지식과 건강증진행위에 관한 연구」, 한국노년학, 20(2), 1-28.
- 선우덕, 2003, 「노인의 건강수준과 정책과제」, 한국보건사회연구원.

- , 2003, 「고령사회 노인인력의 효율적 활용방안」, 한국보건사회연구원.
- 은영, 구미옥, 1999, 「일부 지역 노인의 건강증진 행위, 건강통제위 및 건강통제의 반응 유형」, 대한간호학회지, 29-3, 625-638.
- 신동수, 1996, 「노인이 지각한 가족지지, 우울 및 신체적 건강상태와의 관계 연구」, 경희대학교대학원 석사학위논문.
- 양옥경, 1997, 「노인정신건강과 삶의 질」, 사회과학연구논총, 이화여자대학교 사회과학대학 사회과학연구소, 110-132.
- 유성호, 모선희, 김형수, 윤경아, 2000, 「노인복지론」, 서울: 아시아미디어리서치.
- 이미숙, 1998, 「사회지표와 사례연구를 통해 본 노인의 건강」, 보건과 사회과학, 4, 75-102.
- 이상호, 2004, 「고령자의 재취업 실태」, 노동연구원.
- 이승미, 2002, 「한국노인의 사회계층별 건강상태와 사회적 지원의 영향에 관한 연구」, 고려대학교 사회학과.
- 이원재, 1998, 「실업과 건강 및 음주」, 보건과 사회과학 3, 19-44.
- 이영근, 1999, 「노인의 건강과 영양」, 동남보건전문대.
- 이영희, 최수정, 2000, 「노인의 건강지각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 대한간호학회지, 27-3, 601-613.
- 이윤환, 최규숙, 강임옥, 김한중, 1998, 「노인의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인」, 한국노년학회지, 18-2 110-124.
- 이용교, 2003, 「고령사회에 대비한 사회복지전문인력 양성사업」, 참여복지인력양성사업단 사업계획서.
- 이인정, 1999, 「노년기 전기와 후기의 차이에 관한 연구」, 덕성여자대학교.
- 임일섭, 2004, 「세계최저출산을 어떻게 대응해야 하나」, LG주간경제.
- 장지연, 2004, 「여성고용창출정책의 방향」, 한국노동연구원.
- 장현오, 이창영, 2003, 「고령화 사회와 실내스포츠」, 대한어트신체육회.
- 전미영, 2003, 「통합적 건강관리 프로그램이 노인의 건강증진에 미치는 효과」, 한국노년학회지, 23-3 1-13.
- 정경희, 김미혜, 정순옥, 이윤경, 2002, 「한국의 노인복지지표 개발에 관한 연구」, 한국보건사회연구원.
- 재정경제부, 2003, 「인구고령화의 현황 및 정책대응 방향」.
- 조성남, 1999, 「노인의 건강과 가족」, 보건과 사회과학, 5, 31-76.
- 주성수, 윤숙례, 「노부부와 홀로 사는 노인들 간의 일반 건강에 관한 비교연구」, 한국노년학회지, 13-1, 55-62.
- 조성현, 2003, 「저 출산 . 고령화 사회의 보건의료인력」, 한양대학교간호학과.
- 진기남, 이규식, 2000, 「삶의 영역별 만족도와 삶의 질」, 보건과 사회과학, 6-7, 35-53.
- 지선하, 오희철, 김일순, 1994, 「노인 스스로 인지한 건강상태와 사망률에 관한 연구 - 강화 코호트 연구」, 한국역학회지, 16-2, 172-180.
- G.킹슬리워드, 나운영, 2003, 「퇴직 후 행복한 삶을 위하여」, 서울: 리드 북.
- 차승은, 한경혜, 이정화, 2002, 「농촌노인의 지각된 건강과 신체 · 정신 · 사회적 건강의 관련성에 관한 연구」, 한국노년학회지, 22-1, 173-190.

- 최경수, 2004, 「한국 출산력 하락 추이에 대한 분석」, 통계청.
- 최병목, 2003, 「한국의 인구」, 사회과학논평, 23, 95-146.
- 최영애, 2003, 「노인이 지각하는 건강상태와 건강행위에 관한 연구」, 한국노년학회지, 23-3, 129-142.
- 최영희, 김순이, 1997, 「노인의 건강행위 사정도구 개발」, 대한간호학회지, 27-3, 601-613.
- 최은선, 1995, 「노인환자가 지각한 가족지지, 고독감과 건강상태와의 관계연구」, 경희대학교대학원 석사학위논문.
- 최준옥, 2004, 「인구구조 고령화의 재정 영향」, 한국조세연구원.
- 최혜경, 1996, 「도시노인의 정신건강에 영향 미치는 요인분석」, 한국노년학회지, 16-2, 39-52.
- 통계청, 2003, KOSIS(DB).
통계청, 2003, 「고령자 통계」.
- 피터G. 피터슨, 강연희역, 「노인들의 사회 그 불안한 미래」, 서울: 에코리브르.
- 홍주우, 1999, 「노인의 자아 존중감 및 사회적지지가 정신건강에 미치는 영향 연구」, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 황경성, 김용택, 2001, 「일본의 고령자 보건복지(개호보험제도)」, 학지사.
- 황수경, 2004, 「2002년 한국가구와 개인의 경제활동」, 서울: 한국노동연구원.

외국 문헌

- Backman, K., & Hentinen, M., 2001, Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. Scand J Caring Sci, 15, 195-202.
- Branch, L. G., & Jette, A M., 1984, Personal health practices among the elderly. American Journal of Public Health. 17, 1126-1129.
- Beckett, M, 2000, Converging health inequalities in later life : An artifact of mortality selection, Journal of Health and Social Behavior, 41(1), 106-119.
- Bergner M., 1985, Measurement of health status. Medical Care. 23(5), 696-704.
- Bosworth, K & Schaie W., 1997, The Relationship of social Environment, social networks and Health outcomes in a Sattle Longitudinal Study, Two Analitical Approaches. Journal of Gerontology. 52B(5). 197-205.
- Chappell, N. L. & Badger, M., 1989, Social isolation and well-being. Journal of Gerontology: Social Sciences, 44(5), S169-S178.
- Choi. Y. H. 2001. Health-promoting behavior and satisfaction of the Korean immigrant elderly in Us. Journal of the Korea Gerontological Society. 21(1) 183-194.
- Cockerham, W.c., Sharp, K., & Wilcox, J.A. 1983. Aging and perceived health status. Journal of Gerontology, 38(3), 349-355.
- Cox, C. L., Spiro M., & Sullivan, J. A., 1988. Social risk factors: Impact on elder perceived health status. Journal of Community Health Nursing, 5(1), 59-72.
- Farmer, M.M. & Ferraro, K.F., 1997. Distress and perceived health: mechani는 of health decline.

- Journal Health and Social Behavior, 39(September), 298-383.
- Ferraro, K.F. 1980. Self-ratings of health among the old and the old-old. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(December), 377-383.
- Fillenbaum, G. G. 1979. Social context and self-assessments of health among the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(March), 45-51.
- Hirdes, J.P. & Forbes, W.F., 1993, Factors associated with the maintenance of good self-rated health. *Journal of Aging and self-rated health*, 5(1), 101-122.
- Hoeymans, N., Feskens, E.J.M., van den Bos, G.A.M., & Kromhout, D., 1997, Age, time, and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men. *American Journal of Public Health*, 87(10), 1620-1625.
- Idler, E.L. & Benyamini, Y., 1997, Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(March), 21-37.
- Idler, E.L. & Kasl, S.V. 1995. Self-ratings of health: Do they also predict change in functional ability? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B(5), S344-S353.
- Johnson, R.J. & Wolinsky, F.D. 1993. The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation, and perceived health. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(June), 105-121.
- Krause, N.M. & Jay, G.M., 1994, What do global self-rated health items measure? *Medical Care*, 32(9), 930-942.
- Laffrey, S. C., 1986, Development of a health conception scale. *Research in Nursing & Health*, 9, 107-113.
- Litva, A. & Eyles, J. 1994. Health or Healthy : Why peoples are not sick in a southern ontarian town, *Social Science and Medicine*, 39(8). 1983-1091.
- Loeb, S. J., Oneill, J., & Gueldner, S. H., 2001, Health motivation: A determinant of older adults attendance at health promotion programs. *Journal of Community Health Nursing*, 18(3), 151-165.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H., 1997, Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(5), 517-528.
- Markides, K.S. & Lee, D.J. 1991. Predictors of well-being and functioning in older Mexican Americans and Anglos: an eight-year follow-up. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45(1), S69-S73.
- Nicholas, P. K., 1993, Hardiness, self-care practice and perceived health status in older adults. 18(3), 151-165.
- Palmore, E.b. & Burchett, B.M., 1997, Predictors of disability in the final years of life. *Journal of Aging and Health*, 9(3), 283-297.

- Pender, N. J., 1982, Health promotion in nursing practice. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Rennemark M. & Hagberg. B. 1999. Gender specific associations between social network and health behavior in old age. *Aging & Mental Health*. 3(4). 320-327.
- Rodin, J. & Macavay. 1992. Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults, *Journal of Gerontology*, 37(6), 373-384.
- Segovia, J., Bartlett, R.F., & Edwards, A.C. 1989. The association between self-assessed health status and individual health practices. *Canadian Journal of Public Health*, 80(January/February), 32-37.
- Shi, L & Lu, N. 1997. Personal characteristics and self-assessed health. *Medical Care*, 35(10), 1069-1078.
- Wolinsky, F.D., Stump, & Johnson, R.J., 1995, Hospital utilization profiles among older adults over time: consistency and volume among survivors and decedents. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B(2), S88-S100.

인터넷 사이트

통계청	www.nso.go.kr
보건복지부	www.mohw.go.kr
고령화 및 미래사회위원회	www.cafs.go.kr
한국노동연구원	www.kli.re.kr
한국보건사회학회	www.kihasa.re.kr
한국인구학회	www.society.kordic.re.kr
고령화사회연구포럼	www.seri.org/forum/aging/