

2011

연구보고서(수시과제) - 8

100세 시대 여성 고령자의 건강수준과 정책방안

김영택 · 김동식 · 송치선 · 정진주

KW/DI

한국여성정책연구원
Korean Women's Development Institute

100세 시대 여성 고령자의 건강수준과 정책방안

연구책임자 : 김 영 택 (본원 연구위원)

공동연구자 : 김 동 식 (본원 연구위원)

송 치 선 (본원 연구원)

정 진 주 (본원 객원연구원)



한국여성정책연구원
Korean Women's Development Institute

발 간 사

고령 집단의 건강수준을 성별로 고찰하고 성별 건강수준 상이성에 대한 분석은 향후 100세 시대 건강투자 전략의 효율성을 높일 수 있을 것입니다.

고령 인구 추계(2012-2030) 결과 중 95세 이상의 노인 인구 추계를 살펴 보면, 고령 여성이 고령 남성 보다 급격하게 증가하고 있습니다. 2012년에 여성은 20,000명에 이르는 반면 남성은 4,000명 정도이며 2030년에는 여성은 90,000명, 남성은 27,000명인 것으로 추정되고 있다. 2012년 남녀 95세 이상 인구 차이가 15,877명인 반면 2030년에는 남녀 차이가 63,157명으로 나타나 2012년에 비해 3.97배 높은 것으로 나타나고 있습니다.

고령 여성이 고령 남성 보다 더 오래 사는 것은 널리 알려진 사실이나 고령 여성은 고령 남성보다 건강수준이 낮다는 사실을 간과해서는 안 될 것입니다. 이에 따라 본 보고서는 최근 자료를 활용하여 65세 이상의 남녀 고령자를 대상으로 신체적 및 정신적 건강수준을 분석하고 패널자료를 활용하여 1차 경제위기 시작인 1998년부터 2007년 동안의 사회경제적 환경의 변화와 주관적 건강 상태의 변화 원인을 분석하였습니다. 또한 여성 고령자를 대상으로 심층면접을 통하여 여성 고령자 건강수준 증진 방안을 제시하고자 하였습니다.

본 보고서의 발간은 100세 시대의 고령 인구의 건강수준을 향상시킬 수 있을 것이며 나아가 국가 경쟁력 및 생산성을 향상시킬 수 있을 것입니다. 연구를 위해 도움을 주신 자문위원 및 본원 연구진의 노력에 진심으로 감사드립니다.

2011년 9월

한국여성정책연구원

원 장 최 금 숙

연구요약

1. 연구개요

- 1) 연령이 높아질수록 고령자 성별 인구 격차도 커지고 있는데, 2010년 현재 고령자 연령별 성비를 살펴보면 60-64세에는 여성 100명당 남성 93.0명, 65-69세에는 여성 100명당 남성 85.1명, 70-74세에는 여성 100명당 남성 75.3명, 75-79세에는 여성 100명당 남성 61.0명, 80-84세에는 여성 100명당 남성 45.4명, 85세 이상에서는 여성 100명당 남성 34.8명인 것으로 나타남
- 2) 고령 여성이 고령 남성 보다 더 오래 사는 것은 널리 알려진 사실임. 그러나 고령 여성은 고령 남성보다 건강수준이 낮다는 사실을 간과해서는 안 될 것임
- 3) 젠더적 관점에서의 여성 고령자의 건강관련 연구가 중요함에도 불구하고 젠더적 관점의 고령자 건강 관련 연구가 그 동안 결여되어 왔음
- 4) 100세 시대를 맞이하여 본 연구에서는 첫 번째로, 최근 자료를 활용하여 65세 이상의 남녀 고령자를 대상으로 신체적 및 정신적 건강수준을 분석함. 두 번째로, 패널자료를 활용하여 1차 경제위기 시작인 1998년부터 2007년 동안 사회경제적 환경의 변화와 주관적 건강 상태의 변화 원인분석을 목적으로 하고 있음. 특히 노년기 기간의 사회환경적 변화로 인한 건강상태가 좋음에서 나쁨으로 변하는 노년기 기간의 차이가 있는 지를 분석하고자 함. 세 번째로, 여성 고령자를 대상으로 심층면접을 통하여 여성 고령자 건강수준 증진 방안을 제시하고자 함

2. 연구내용 및 연구방법

가. 주요연구 내용

- 1) 문헌 및 관련 자료를 활용하여 경제위기와 여성 고령자 건강과 관련된 선행 연구를 고찰함. 젠더적 관점의 경제위기와 젠더적 관점의 여성건강에 관한 선행 연구를 통하여 경제적 위기와 여성 고령자 건강에 관한 선행연구를 고찰함
- 2) 최근 기존자료를 통하여 고령자 건강수준에 관한 현황을 파악하함. 성별 만성 질환, 정신건강 수준, 주관적 건강 수준에 관하여 고찰하고 여성 고령자가 남

성 고령자 보다 어느 정도로 건강수준이 차이가 있는 지를 고찰함

- 3) 기존의 패널자료를 통하여 여성 고령자와 남성 고령자가 사회환경적 변화로 인하여 건강 수준이 나뉘므로 변화함을 분석하고자 함. 1차 경제위기 후 임금 및 소득의 변화, 연도, 사회경제적 지위, 혼인상태, 가족관계 만족도, 가족수입 만족도에 관한 변수들을 활용하여 Cox 회귀분석을 실시함
- 4) 양적분석의 제한성을 극복하고자 실제 여성 고령자에 대한 심층면접 조사를 실시하였음. 면접 조사에서 여성 고령자의 건강 상태 및 사회 환경에 관한 심층 분석을 실시함

나. 연구 방법

- 1) 본 연구는 문헌연구를 실시함. 여성 고령자 환경 및 건강수준과 관련된 국내 외 문헌을 검토함
- 2) 국민건강영양조사를 활용하여 최근의 고령자 건강수준을 성별로 분석함. 또한 기존의 다양한 패널자료를 검토하고 본 연구의 목적과 내용에 가장 적합한 패널을 선택함. 본 연구에서는 한국노동패널조사 자료를 활용하여 사회경제적 수준과 건강수준의 변화를 분석함
- 3) 경제위기에 따른 사회환경 변화 및 건강상태의 변화와 관련하여 저소득층 여성 고령자를 대상으로 심층 면접을 실시함. 또한 노년기 건강 관련 전문가를 대상으로 전문가 자문회의를 실시함

3. 연구 결과

- 1) 65세부터 74세 만성질환의 남성 고령자와 여성 고령자의 차이를 살펴보면, 남성은 여성보다 뇌졸중, 심근경색, 협심증, 만성폐쇄성 폐질환, 당뇨병이 더 많이 발생되었으며 여성은 고혈압, 고지혈증, 치질(치핵), 관절염, 골다공증, 빈혈, 아토피 피부염, 요실금, 백내장 녹내장, 갑상선 장애, 천식, 우울증으로 남성보다 만성질환이 2배 정도 많이 나타나는 것으로 나타남
- 2) 75세 이상 만성질환의 남성 고령자와 여성 고령자의 차이를 살펴보면, 남성은 뇌졸중, 만성폐쇄성 폐질환, 천식이 여성보다 더 많이 발생했으며 여성은 고혈압, 고지혈증, 심근경색증 협심증, 치질(치핵), 관절염, 골다공증, 빈혈, 아토피 피부염, 요실금, 당뇨병, 백내장 녹내장, 갑상선 장애, 우울증으로 남성보다 만성질환이 4배 정도 많이 발생됨

- 3) 생존분석 결과, 1차 경제위기 후의 소득이 감소되는 집단이 소득의 변화가 없거나 소득이 늘어나는 집단보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 높게 나타나 건강상태 변화가 나쁨으로 발생하는 사건이 65세 이상의 연령에서 더 일찍 발생함
- 4) 사회경제적 지위면에서도 사회경제적 지위가 하층으로 갈수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 높게 나타나 건강상태 변화가 나쁨으로 발생하는 사건이 65세 이상의 연령에서 더 일찍 발생함. 가족관계 및 가족수입 만족도면에서도 만족수준이 낮아질수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 높게 나타나 건강상태 변화가 나쁨으로 발생하는 사건이 65세 이상의 연령에서 더 일찍 발생함
- 5) Cox 회귀분석에서 고령 여성이 성(sex)과 1차 경제위기 후 소득/임금의 변화의 상호효과(interaction effect)를 살펴보면, 1차 경제위기 이후 임금/소득이 변화가 없는 집단 및 임금/소득이 늘어나는 집단 중 고령 여성은 임금/소득이 줄어든 집단 중 고령 여성인 준거집단보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 낮게 나타났고 통계적으로 유의함
- 6) 심층면접 결과, 저소득층 고령 여성의 건강에 영향을 주는 사건은 배우자, 자식의 사망 또는 이로 인한 경제적 어려움이나 국가적 경제적 위기 상황이었으므로 급격한 생애사건을 경험할 때 적절한 경제적, 심리적 지원을 제공할 필요가 있는 것으로 나타남

4. 정책 제언

- 1) 여성 고령자의 인구가 남성 고령자의 인구보다 급격히 증가하고 있는 가운데 건강상태가 낮은 여성 고령자 인구가 늘어나는 것을 100세 시대 정책 방안에 반영하여야 할 것임
- 2) 경제적 위기로 인하여 소득의 줄어듦으로서 남성 고령자 보다 여성 고령자의 주관적 건강 상태가 좋음에서 나쁨으로 변하는 기간이 단축되는 것으로 나타남. 특히 저소득층 및 가족관계 만족도 및 가족수입 만족도가 낮은 집단일수록 불건강 상태의 기간이 늘어난다는 것이다. 그러한 불건강한 고령 집단들의 수명주기가 늘어나게 되면 이는 노년기의 삶의 질을 상당히 낮출 수 있음. 100세 시대의 정책방향에서 그러한 집단들을 고려해야 할 것임
- 3) 만성질환이 고령 여성에게 높게 나타나는 원인 중 건강검진을 통한 예방이 미

흡한 것으로 나타나 생애전반의 질병 예방관리 강화가 필요함

- 4) 정신적 건강상태에 관한 여성 고령자의 취약함과 관련하여 취약계층 여성고령자는 사회경제적으로 힘든 상황으로 인하여 주기적이고 정기적인 우울증 건강검진이 필요함. 이에 따라 우울증 검진 확대 방안으로 국민건강보험공단에서 실시하는 건강보험 일반건강검진 1차 건강검진 항목에 우울증 검진을 추가하고 건강보험료를 내는 피부양자 검진 대상자 나이 기준을 낮추어 더 많은 취약계층의 여성을 포함시키는 것이 필요함
- 5) 재정확보를 통한 빈곤층 고령 여성 및 여성 독거노인의 건강자립도를 높이기 위해서는 체계적이고, 지속적인 의료상담과 의료지원이 필요함. 기존 의료지원을 최대 2회로 제한하기 보다는 생계지원, 주거지원, 사회복지시설 이용지원 등과 같이 기간의 개념으로 접근하여, 최소 6개월까지는 의료지원을 하는 방안을 모색할 필요가 있음
- 6) 여성 고령자를 위한 경로당의 확충 및 경로당의 서비스 질을 높이는 것도 좋은 방안이 될 수 있음. 또한 경로당 접근도가 낮은 고령 여성자인 경우, 현재 실시되고 있는 고령 독거노인을 위한 찾아가는 서비스 프로그램에 대한 예산 투자를 확대하고 그러한 서비스 프로그램의 질을 향상시키는 것이 필요함

목 차

I. 서 론	1
1. 연구배경 및 목적	3
2. 연구내용 및 방법	7
가. 연구내용	7
나. 연구방법	7
II. 이론적 고찰	9
1. 젠더적 관점의 경제위기	11
2. 젠더적 관점의 여성건강 이론	13
3. 경제적 위기와 여성 고령자 건강	15
III. 성별 고령자 건강수준 현황	17
1. 성별 만성질환 현황	19
2. 성별 정신건강 수준	36
3. 성별 주관적 건강수준	40
4. 소결	42
IV. 사회환경 변화와 건강상태 변화에 대한 생존 분석	43
1. 자료 및 분석 변수	45
2. 분석방법	47
3. 분석 결과	48
4. 소결	72

V. 여성 고령자대상 심층면접	73
1. 분석방법	75
가. 연구대상 및 자료	75
나. 연구방법: 질적 조사	75
2. 분석 결과	77
가. 인구·사회적 특성	77
나. 현재 건강상태	78
다. 건강에 대한 주관적 의미	81
라. 건강관리 현황	82
마. 건강을 위해 필요한 지원	86
3. 소결	88
VI. 결어 및 정책방안	91
1. 결어	93
2. 정책 방안	94
가. 생애전반의 질병 예방관리 강화	94
나. 생애전반의 주기적 정신건강 검진 필요	95
다. 위기상황 시 빈곤층 고령여성을 위한 의료적 지원	96
라. 빈곤층 여성 고령자를 위한 심리적 및 정서적 지원 방안	97
■ 참고문헌	99
■ Abstract	101

표 목 차

<표 IV-1>	65세 이상 고령자 성별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수 ..	49
<표 IV-2>	65세 이상 고령자 경제위기이후 임금/소득변화 유형별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수	50
<표 IV-3>	65세 고령자 성별 및 경제위기이후 임금/소득변화 유형별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수	51
<표 IV-4>	65세 이상 고령자 연도별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수 ..	54
<표 IV-5>	65세 이상 고령자 성별 및 연도별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수	55
<표 IV-6>	65세 이상 고령자 사회경제적 지위별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수	57
<표 IV-7>	65세이상 고령자 성별 및 사회경제적 지위별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수	58
<표 IV-8>	65세 이상 고령자 혼인상태 유형별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수	60
<표 IV-9>	65세 고령자 성별 및 혼인상태 유형별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수	61
<표 IV-10>	65세 이상 고령자 가족수입 만족도 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수	63
<표 IV-11>	65세 고령자 성별 및 가족수입 만족도별 유형별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수	64
<표 IV-12>	65세 이상 고령자 가족관계 만족도와 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수	66
<표 IV-13>	65세 이상 고령자 성별 가족관계 만족도와 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수	67

<표 IV-14> 65세 고령자의 사회적 환경 및 주관적 건강상태 변화 관련 Cox 회귀 분석	71
<표 V-1> 면접대상자의 인구사회적 현황	77
<표 V-2> 면접 대상자의 건강관련 사항 요약	80

그림 목 차

[그림 II-1]	노인 남성과 여성의 상대빈곤율 및 절대빈곤율	12
[그림 III-1]	65-74세 성별 고혈압 분포	20
[그림 III-2]	75세 이상 성별 고혈압 분포	20
[그림 III-3]	65-74세 성별 고지혈증 분포	21
[그림 III-4]	75세 이상 성별 고지혈증 분포	21
[그림 III-5]	65-74세 성별 뇌졸중 분포	22
[그림 III-6]	75세 이상 성별 뇌졸중 분포	22
[그림 III-7]	75세 이상 성별 심근경색증 협심증 분포	23
[그림 III-8]	65-74세 이상 성별 심근경색증 협심증 분포	23
[그림 III-9]	65-74세 성별 치질(치핵) 분포	24
[그림 III-10]	75세 이상 성별 치질(치핵) 분포	24
[그림 III-11]	65-74세 성별 관절염 분포	25
[그림 III-12]	75세 이상 성별 관절염 분포	25
[그림 III-13]	65-74세 성별 골다공증 분포	26
[그림 III-14]	75세 이상 성별 골다공증 분포	26
[그림 III-15]	65-74세 성별 만성폐쇄성 폐질환 분포	27
[그림 III-16]	75세 이상 성별 만성폐쇄성 폐질환 분포	27
[그림 III-17]	65-74세 성별 빈혈 분포	28
[그림 III-18]	75세 이상 성별 빈혈 분포	28
[그림 III-19]	65-74세 성별 아토피 피부염 분포	29
[그림 III-20]	75세 이상 성별 아토피 피부염 분포	29
[그림 III-21]	65-74세 성별 요실금 분포	30
[그림 III-22]	75세 이상 성별 요실금 분포	30
[그림 III-23]	65-74세 성별 당뇨병 분포	31
[그림 III-24]	75세 이상 성별 당뇨병 분포	31

[그림 III-25] 65-74세 성별 백내장 녹내장 분포	32
[그림 III-26] 75세 이상 성별 백내장 녹내장 분포	32
[그림 III-27] 65-74세 성별 갑상선 장애 분포	33
[그림 III-28] 75세 이상 성별 갑상선 장애 분포	33
[그림 III-29] 65-74세 성별 천식 분포	34
[그림 III-30] 75세 이상 성별 천식 분포	34
[그림 III-31] 65-74세 성별 우울증 분포	35
[그림 III-32] 75세 이상 성별 우울증 분포	35
[그림 III-33] 65-74세 성별 평소 스트레스 인지정도 분포	36
[그림 III-34] 75세 이상 성별 평소 스트레스 인지정도	37
[그림 III-35] 65-74세 성별 2주 이상 연속 우울감 여부 분포	37
[그림 III-36] 75세 이상 성별 2주 이상 연속 우울감 여부 분포	38
[그림 III-37] 65-74세 성별 1년간 자살 생각여부 분포	38
[그림 III-38] 75세 이상 성별 1년간 자살 생각여부 분포	39
[그림 III-39] 65-74세 성별 1년간 자살시도여부 분포	39
[그림 III-40] 75세 이상 성별 1년간 자살시도여부 분포	40
[그림 III-41] 65-74세 성별 주관적 건강상태 분포	41
[그림 III-42] 75세 이상 성별 주관적 건강상태 분포	41
[그림 IV-1] 성별 생존함수	49
[그림 IV-2] 1차 경제위기 후 소득변화에 따른 고령자 생존함수	52
[그림 IV-3] 1차 경제위기 후 소득변화별 남성 고령자의 생존함수	52
[그림 IV-4] 1차 경제위기 후 소득변화별 여성 고령자의 생존함수	53
[그림 IV-5] 1차 경제위기 후 연도별 고령자 생존함수	55
[그림 IV-6] 1차 경제위기 후 연도별 남성 고령자 생존함수	56
[그림 IV-7] 1차 경제위기 후 연도별 여성 고령자 생존함수	56
[그림 IV-8] 1차 경제위기 후 사회지위별 고령자 생존함수	59
[그림 IV-9] 1차 경제위기 후 사회지위별 남성 고령자 생존함수	59
[그림 IV-10] 1차 경제위기 후 사회지위별 여성 고령자 생존함수	60
[그림 IV-11] 1차 경제위기 후 혼인상태별 고령자 생존함수	62

[그림 IV-12] 1차 경제위기 후 혼인상태별 남성 고령자 생존함수	62
[그림 IV-13] 1차 경제위기 후 혼인상태별 여성 고령자 생존함수	63
[그림 IV-14] 1차 경제위기 후 가족수입 만족도별 생존함수	65
[그림 IV-15] 1차 경제위기 후 가족수입 만족도별 남성 생존함수	65
[그림 IV-16] 1차 경제위기 후 가족수입 만족도별 여성 생존함수	66
[그림 IV-17] 1차 경제위기 후 가족관계 만족도별 생존함수	68
[그림 IV-18] 1차 경제위기 후 가족관계 만족도별 남성 생존함수	68
[그림 IV-19] 1차 경제위기 후 가족관계 만족도별 여성 생존함수	69

I

서론

1. 연구배경 및 목적	3
2. 연구내용 및 방법	7

1. 연구배경 및 목적

우리나라는 현재 급격한 고령화 시대를 경험하고 있다. 2010년 인구주택총조사에 의하면¹⁾ 65세 이상 고령 인구는 543만 명으로 총인구의 11.3%에 해당하며, 이는 2005년에 비하여 106만명이 더 늘어난 규모이다. 또한 고령화 시대를 반영하는 노령화 지수를 살펴보면, 2010년 현재 유소년 10명당 고령자 7명 수준인 69.7로 보고되고 있으며 이는 2005년 노령화 지수보다 21.1이 증가된 수치이다.

연령이 높아질수록 고령자 성별 인구 격차도 커지고 있는데, 2010년 현재 고령자 연령별 성비를 살펴보면 60-64세에는 여성 100명당 남성 93.0명, 65-69세에는 여성 100명당 남성 85.1명, 70-74세에는 여성 100명당 남성 75.3명, 75-79세에는 여성 100명당 남성 61.0명, 80-84세에는 여성 100명당 남성 45.4명, 85세 이상에서는 여성 100명당 남성 34.8명인 것으로 나타났다.

또한 고령 인구 추계(2012-2030) 결과 중 95세 이상의 노인 인구 추계를 살펴보면 2012년에 여성은 20,000명에 이르는 반면 남성은 4,000명 정도이며 2030년에는 여성은 90,000명, 남성은 27,000명인 것으로 추정되고 있다. 2012년 남녀 95세 이상 인구 차이가 15,877명인 반면 2030년에는 남녀 차이가 63,157명으로 나타나 2012년에 비해 3.97배 높은 것으로 나타나고 있다.

고령 여성이 고령 남성 보다 더 오래 사는 것은 널리 알려진 사실이다. 그러나 고령 여성은 고령 남성보다 건강수준이 낮다는 사실을 간과해서는 안 될 것이다. 기존 연구에서도 여성 고령자의 건강수준이 남성 고령자 보다 낮다고 지적되고 있다. 주관적 건강상태, 만성질환 이환율, 정신 질환 등의 거의 모든 측면에서 여성 고령자의 건강수준이 남성 고령자의 건강수준 보다 낮다. 이러한 성별 차이의 원인은 여성 고령자가 남성 고령자 보다 상대적으로 고령화가 심화되어 있어 신체적 및 정신적 기능이 낮다는 것이다. 또 다른 원인으로는 여성 고령자의 사회적 접촉이 남성 고령자 보다 낮음으로 인한 건강행위 실천 결여가 지적되고 있다. 이러한 측면에서 여성 독거노인 집

1) 2010년 Census 전수집계 결과, 통계청 보도 자료, 2011. 5. 31.

단의 증가는 남성 노인보다 건강수준의 하락으로 연계 될 수 있다(선우덕, 2003).

이러한 원인들 외에도 거시적인 사회적 환경, 즉 경제위기 경험은 여성과 남성 고령자에게 다르게 영향을 줄 수 있는데, 여성 고령자는 남성 고령자보다 사회적 환경이 열악하여 사회적인 위험(social risk)에 노출되기 쉽고 그로 인하여 건강상태에 부정적 영향을 줄 수 있다. 이러한 가설은 노출가설이론에 기초로 하고 있다. 노출가설이론(Differential exposure hypothesis)은 여성은 남성 보다 건강 자원인 물질적 및 사회적 자원의 접근도 및 확보면에서 취약하여 외부의 환경변화에 따른 불건강 상태 접근성이 용이하다는 것이다 (Denton & Walters, 1999; Ross & Bird, 1994)²⁾.

저소득층의 여성과 남성 고령자인 경우 경제적 위기 상황은 본인의 소득 혹은 자녀의 소득이 더욱 감소함을 경험할 것이며 이는 건강상태에 부정적으로 영향을 줄 것이다. 특히 젠더적 관점에서 그러한 상황은 남성 고령자보다 여성 고령자의 건강상태에 더욱더 부정적으로 영향을 줄 수 있다. 젠더적 관점에서 건강 자원에 대한 여성과 남성 고령자의 불평등은 건강불평등 이론에 근거하고 있다. 건강 불평등 이론은 질병과 사회적 환경의 관계속에서 건강자원에 대한 상이성이 인구 집단간에서 연계되어진다. 그러한 인구집단간 중 성별 차이가 존재하며 특히 노년기의 남성 고령자보다 여성 고령자의 소득과 교육 수준이 낮은 집단일수록 건강자원 접근성 및 확보가 상대적으로 낮음으로 인하여 건강수준이 낮을 수 있다.

경제적 위기로 인한 소득의 감소는 가족수입 만족도 및 가족구성원간의 관계에 영향을 줄 수 있다. 이러한 관계가 건강상태에 영향을 주는 관점에서는 부정적이고 긍정적인 양면성이 존재 할 수 있다. 소득이 줄어 가족수입 만족도 및 가족구성원 간의 관계의 만족도가 악화될 수 있을 것이다. 이는 스트레스로 연결되어 건강상태에 영향을 줄 수 있다. 한편 소득이 줄더라도 가족수입도 만족도면에서 경제위기 후 별 차이가 없고 가족구성원간의 관계가 친밀하고 협조적이면 건강상태에 크게 부정적인 영향을 주지 않을 수 있다. 다

2) 외국의 여성건강증진 기반고찰 및 한국의 정책과제. 김영택, 정진주, 전희진, 천희란, 최성수. 2007. 인용

시 말해, 가족수입 만족도 및 가족구성원간의 관계 만족도가 건강상태의 악화를 막는 완충역할을 할 수 있다.

특히 사회적 역할의 상실 및 배우자의 죽음 등을 경험하는 노년기의 가족과 친구의 정서적 지원과 의식주 제공은 노년기의 신체적 및 정신적 건강에 직간접으로 영향을 준다. 최근 연구에서도 노년기의 정신건강에 부정적인 요인으로 가족간 갈등은 스트레스를 높이며 이는 노인의 우울감을 높인다. 또한 가족친밀감이 높을수록 스트레스를 줄이며 이는 노인의 우울감을 감소시키는 것으로 나타났다(강월숙 외, 2011). 이러한 측면에서 최근 여성독거노인이 많아짐에 따라 가족구성원과의 관계가 더욱 중요하다. 여성 독거노인을 위한 가족 및 친지의 방문이나 전화를 통한 정서적 및 신체적 돌봄이 결핍될 경우 사회적 소외감이 가중 될 것이며 이는 스트레스로 연결되며 신체적 및 정신적 건강이 악화될 수 있다.

노년기 기간 동안 사회계층 및 사회적 지지 정도에 따라 좋은 건강을 유지하는 기간의 차이가 있을 수 있다. 사회계층이 낮을수록, 사회적 지지가 낮을수록 좋은 건강을 유지하는 기간이 짧아질 수 있다. 이는 노년기의 삶의 질이 낮아지는 기간이 길어지는 연관성이 존재할 수 있다. 사회경제적 지위는 노년기 신체적 및 정신적 질환 기간의 압축(compression) 여부를 결정하는 중요한 요인인 것으로 지적되고 있다(강혜원·조영태, 2007).

이와 관련하여 기존 연구에 따르면, 낮은 사회경제적 지위에 있는 노인일수록 노년기에 만성질환으로 고생하는 기간이 길어지는 것으로 나타났다. 중년기 및 초기 고령기 기간에서 연령과 사회계층이 건강상태를 예측하는 상호작용효과(interaction effect)는 사회계층이 낮은 집단의 심리사회학적 변수들(건강행위 및 사회적 지지 등)로 대부분 설명될 수 있으며 중년기 및 초기 고령기 기간의 그러한 설명력 보다 낮아지지만 고령 연령으로 갈수록 건강상태에 대한 낮은 사회계층의 심리사회학적 변수들의 설명력은 여전히 크다는 것이다(House et al., 1994). 또한 정신적 건강 상태인 우울증상인 경우의 연구에서도 사회계층이 낮은 집단일수록 우울증상이 생애주기에서 일찍 시작되는 것으로 나타났다(Miech and Shanahan, 2000). 이들 연구에서 성별 변수가 보정이 되었고 통계적으로 유의한 것으로 나타났으나 만성질환 및 우울증에 대

한 연령과 사회계층의 대표적 지표인 소득과 교육의 상호작용효과가 주요 연구 분석 대상이 되어 연령과 성(sex)별 만성질환 및 우울증에 대한 효과 설명은 제한되었다.

지금까지의 논의에서 살펴보았듯이 젠더적 관점에서의 여성 고령자의 건강관련 연구가 중요함에도 불구하고 젠더적 관점의 고령자 건강 관련 연구가 그 동안 결여되어 왔다. 최근 국내 연구를 살펴보면, 대부분 성이 다양한 사회인구학적 변수 중 하나의 독립변수로 설정되어 건강상태를 예측하는 통계 모형으로 설정되어 있고 젠더적 관점에서의 설명이 결여되어 왔다(김승권, 2005; 이미숙 2005; 강혜원 · 조영태, 2007에서 재인용). 여성 고령자들만 연구 대상으로 하여 여성과 남성 고령자의 사회적환경과 건강상태를 비교하는데 제한성이 존재하였다(신경림 · 김정선, 2004). 또한 종단적 자료의 제한성으로 노년기의 사회계층별로 건강상태가 좋음에서 나쁨으로 변하는 노년기 기간의 압축(compression)관련 연구의 제한성을 가지고 있다(강혜원 · 조영태, 2007).

이러한 측면에서 본 연구에서는 첫 번째로, 최근 자료를 활용하여 65세 이상의 남녀 고령자를 대상으로 신체적 및 정신적 건강수준을 분석하였다. 두 번째로, 패널자료를 활용하여 1차 경제위기 시작인 1998년부터 2007년 동안의 사회경제적 환경의 변화와 주관적 건강 상태의 변화 원인분석을 목적으로 하고 있다. 특히 노년기 기간의 사회환경적 변화로 인한 건강상태가 좋음에서 나쁨으로 변하는 노년기 기간의 차이가 있는 지를 분석하고자 했다. 세 번째로, 여성 고령자를 대상으로 심층면접을 통하여 여성 고령자 건강수준 증진 방안을 제시하였다.

2. 연구내용 및 방법

가. 연구내용

본 연구의 내용은 다음과 같다.

첫 번째로, 문헌 및 관련 자료를 활용하여 경제위기와 여성 고령자 건강과 관련된 선행 연구를 고찰 하였다. 젠더적 관점의 경제위기와 젠더적 관점의 여성건강에 관한 선행 연구를 통하여 경제적 위기와 여성 고령자 건강에 관한 선행연구를 고찰하였다. 이러한 선행연구 고찰은 여성 고령자가 남성 고령자 보다 외부 사회적 환경의 변화로 인하여 건강수준에 영향을 더 많이 받는지에 관한 노출가설이론에 대하여 이론적 고찰이 목적이었다.

두 번째로, 최근 기존자료를 통하여 고령자 건강수준에 관한 현황을 파악 하였다. 성별 만성질환, 정신건강 수준, 주관적 건강 수준에 관하여 고찰하고 여성 고령자가 남성 고령자 보다 어느 정도로 건강수준이 차이가 있는 지를 고찰하였다.

세 번째로, 기존의 패널자료를 통하여 여성 고령자와 남성 고령자가 사회 환경적 변화로 인하여 건강 수준이 나뉘므로 변화함을 분석하고자 하였다. 1차 경제위기 후 임금 및 소득의 변화, 연도, 사회경제적 지위, 혼인상태, 가족 관계 만족도, 가족수입 만족도에 관한 변수들을 활용하여 Cox 회귀분석을 실시하였다.

네 번째로, 양적분석의 제한성을 극복하고자 실제 여성 고령자에 대한 심층면접 조사를 실시하였다. 면접 조사에서 여성 고령자의 건강 상태 및 사회 환경에 관한 심층 분석을 실시하였다.

나. 연구방법

본 연구의 연구방법은 아래와 같다

첫 번째로, 본 연구는 문헌연구를 실시하였다. 여성 고령자 환경 및 건강수준과 관련된 국내외 문헌을 검토하였다.

두 번째로, 국민건강영양조사를 활용하여 성별 고령자 건강수준을 분석하

였다. 또한 패널자료 분석을 실시하였다. 기존의 다양한 패널자료를 검토하고 본 연구의 목적과 내용에 가장 적합한 패널을 선택하였다. 본 연구에서는 한국노동패널조사 자료를 활용하여 사회경제적 수준과 건강수준의 변화를 분석하였다.

세 번째로, 경제위기에 따른 사회환경 변화 및 건강상태의 변화와 관련하여 저소득층 여성 고령자를 대상으로 심층 면접을 실시하였다. 또한 노년기 건강 관련 전문가를 대상으로 전문가 자문회의를 실시하였다.

II

이론적 고찰

- | | |
|----------------------|----|
| 1. 젠더적 관점의 경제위기 | 11 |
| 2. 젠더적 관점의 여성건강 이론 | 13 |
| 3. 경제적 위기와 여성 고령자 건강 | 15 |

1. 젠더적 관점의 경제위기

1997년 경제위기 후 소득의 양극화 및 소득불평등 문제가 심각화되었다는 것이 기존연구들의 공통적인 결과이다. 경제위기로 인한 사회환경의 변화는 소득감소로 나타나고 특히 사회계층인 하층인 경우 무려 44.8%가 소득이 감소한 것으로 나타났다. 이러한 소득 감소는 부도 및 신용불락, 가족 해체 등으로 이끌게 하며 결국 건강수준에도 부정적으로 영향을 주는 것으로 나타났다. 특히 정신건강면에서는 우울증 및 자살 충동을 경험하게 한 것으로 나타났다(외환위기 10년 국민의식조사, 서울대학교 사회발전연구소, 2007)³⁾.

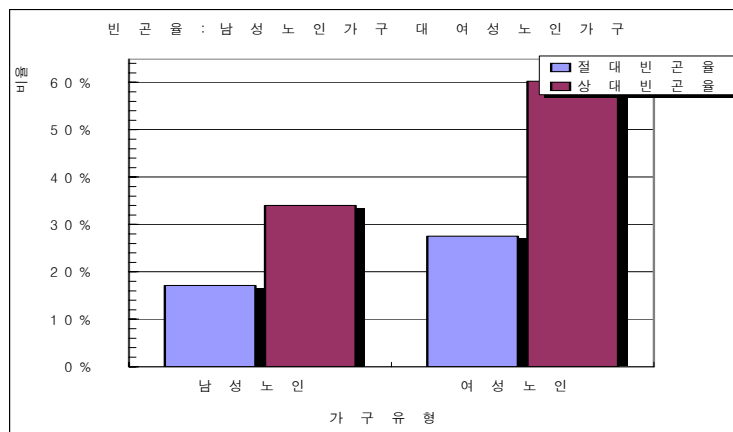
이러한 경제위기는 경제적 불안과 가족해체의 파국적 결과를 가져왔고 그 결과의 책임이 여성가구자에게 전가되었다. 여성가구주 중 특히 여성노인가구주 가구들의 빈곤수준은 상당히 심각한 것으로 나타났다. 1996년 경제위기 이전 최저생계비 기준으로 여성노인가구주의 빈곤율은 36.3%이나 경제위기 후 2000년에는 50.3%, 2006년에는 49.2%로 약간 완화되나, 2009년에는 52.0%에 이르고 있다. 경제위기 후 노동시장의 변화는 노동시장 유연성의 증가, 남성생계부양자 모델의 약화, 1인 가구를 포함한 다양한 가구형태의 증가라는 변화를 가져왔다. 여성은 이러한 변화에 대하여 대처하는 수단과 능력면에서 남성보다 불리한 상황이다. 그러한 주요원인은 경제위기 이전부터 남성보다 경제적 자원이 부족하고 노동시장에서 차별을 경험하기 때문이다(여유진 외, 2010).

경제위기 후 여성고령자의 빈곤의 특징은 생애주기 동안 여성의 경제적 취약성이 누적된 것이라고 지적되고 있다. 결혼 후 여성은 배우자의 부양에 의존적이며 그러한 의존성으로 말미암아 빈곤이 억제되어 오다가 나이가 들어감에 따라 배우자의 상실로 빈곤상태가 적나라하게 나타난다는 것이다. 특히 한국의 여성노인들의 빈곤율은 67.2%이며 이는 선진국 보다 상당히 높은 것으로 나타났다(여유진 외, 2001). 연령이 높아갈수록 여성은 남성보다 공공부조에 의존하는 경향이 높은 것으로 나타났다(김수완 · 조유미, 2006). 그럼에도 불구하고 노인빈곤을 방어하는 주요한 제도적 장치인 공적연금의 가입율

3) ‘공생발전과 한국사회의 중산층’ 발표문(2011) 재인용, 외환위기 이후 중산층의 변화; 소비와 일상생활을 중심으로, 남은영

과 수급율을 살펴보면, 여성은 남성보다 월등히 낮은 것으로 나타났다. 여성이 노동시장에 진입하더라도 남성보다 사회보험 사각지대인 비정규직에 취업할 확률이 높기 때문에 60세 이상 여성 중 국민연금수급자는 27.6%인 반면 60세 이상 남성 중 58.7%로 나타났다. 수급액인 경우에도, 여성은 16만원인 반면 남성은 23만원으로 차이가 큰 것으로 나타났다(김수현, 손병돈, 이현주, 2009; 여유진 외, 2010 재인용). 또한 1998년 경제위기 직후인 2000년 가구소비실태를 분석한 결과에 따르면, 경제위기 후 남성가구에 비해 여성가구가 빈곤한 원인은 여성가구가 무직, 유자녀, 고령집단에 많이 분포하고 있다는 인구분포효과로 설명하는 기존 연구도 존재한다(김수정, 2007).

절대빈곤율과 상대빈곤율 측면에서 노인 여성가구의 빈곤율이 노인 남성가구의 빈곤율 보다 높게 나타나고 있다. 2008년 가처분소득 기준 전체 가구의 절대빈곤율과 상대빈곤율을 살펴보면, 노인 남성가구의 절대빈곤율은 17.23%인 반면 노인 여성가구의 절대빈곤율은 27.57%인 것으로 나타났다. 또한 노인 남성가구의 상대빈곤율은 34.12%인 반면 노인 여성가구의 상대빈곤율은 60.26%인 것으로 나타났다(여유진, 2010).



출처: 여유진 외, 2010. 경제위기에 따른 취약계층의 변화실태와 사회안전망 평가 및 향후 대책방안. 2008. 53쪽. 인용

[그림 II-1] 노인 남성과 여성의 상대빈곤율 및 절대빈곤율

경제위기 후 여성이 빈곤에 빠지면 남성보다 빈곤에서 빠져나오기가 쉽지 않을 수 있다. 최근 연구에 따르면 교육수준과 인적자본이 나은 수준으로 변한다 하더라도 빈곤층은 그러한 변수들의 효과성이 잘 나타나지 않는다. 이는 빈곤층이 2차 노동시장에 소속되어 있기 때문이라고 지적하고 있다. 또한 여성은 경력연수가 길어질수록 빈곤을 탈출할 가능성이 남성보다 낮은 것으로 나타났다(김은하, 2009).

이러한 점들을 고려하고 생애주기별 건강수준의 연속성 측면에서 살펴보면, 고령 여성이 남성 고령자보다 생애주기별 빈곤의 지속으로 인한 건강수준의 악화가 될 확률이 더 높은 것으로 추측된다. 또한 경제위기 후 노인층에 진입하는 여성과 이미 노년층인 여성에게도 이러한 상황은 스트레스로 연결되며 건강수준에 부정적으로 영향을 줄 수 있다.

2. 젠더적 관점의 여성건강 이론

최근 연구결과⁴⁾를 살펴보면, 여성건강 관련 이론들은 젠더와 사회구조 및 사회 환경과 여성의 역할 등의 다양한 요소들이 건강수준과의 연관성을 나타내고 있다. 이러한 이론들은 여성이 남성보다 건강불평등을 경험하는 근본적인 원인 및 직·간접 원인들에 대해 설명해 줄 수 있을 것이다.

첫 번째로, 모스(2002)의 모델을 고찰하고자 한다. 모스의 모형은 젠더 형평성과 사회경제적 불평등을 젠더와 연계하여 설명하고 있다. 젠더 형평성은 법, 정치, 경제발전의 여성의 참여 및 대표성문제를 사회적 문제로 인식하며 이는 여성건강에 부정적으로 영향을 끼칠 수 있다. 법, 정치, 경제발전의 여성의 참여가 남성보다 결여되어 직접적으로 혹은 간접적으로 남성위주의 의사결정에 영향을 주어 성별 건강수준의 상이성으로 나타난다는 것이다. 사회경제적 불평등은 여성의 사회적 위치(social location)가 남성보다 상대적으로 열악함으로 인한 건강자원(health-related resource)의 불평등을 의미하고 있다.

4) 외국의 여성건강증진 기반고찰 및 한국의 정책과제. 김영택, 정진주, 전희진, 천희란, 최성수. 2007. 인용; 동작구 주요사업 성별영향평가, 2011. 김원홍, 김영택, 김복태. 발췌.

여성의 건강수준에 영향을 주는 요인들은 거시적 수준(macro-level)과 미시적 수준(micro-level)로 나누어질 수 있다. 거시적 수준의 변수들은 국가별 역사, 지리적 환경, 정책, 의료 서비스, 법적 권리, 조직, 제도, 구조 등을 포함할 수 있는 반면에 미시적 수준의 변수들은 사회 인구학적 특성들과 가정이나 직장 에서 여성의 생산 혹은 재생산 역할과 안녕에 영향을 미치는 변수들을 의미 하고 있다. 이러한 거시적 및 미시적 변수들은 상호영향을 준다. 그러한 거시 적 및 미시적 변수들의 매개변수(mediating variables)들은 사회자본, 사회 심리적 스트레스나 자원, 보건의료 서비스 등이 포함된다.

아버는 실증적 연구결과를 근거로 남녀의 사회적 위치(social location)와 건강상태를 고찰하고 성별 건강에 영향을 미치는 요인을 분석하고 있다. 건강 불평등(health inequality)에 영향을 미치는 요인은 교육, 직업, 종사상 지위 등 이며 이는 노동시장의 여성의 사회적 위치를 결정지우며 결국 건강자원의 불 평등에 영향을 준다는 것이다. 여성의 가족역할은 일과 가정의 양립으로 인 한 역할갈등(role conflict)으로 연계되며 이로 인한 스트레스는 건강형태 및 건강수준에 부정적으로 영향을 준다는 것이다. 또한 사회경제적 불평등은 가 구 내 그리고 가구 간에 존재할 수 있으며 이는 여성건강 수준에 부정적으로 영향을 미칠 수 있다. 이러한 관계는 여성의 인생경험이나 출생코호트를 매 개 변수로 가질 수 있다.

한편 데이빗슨 등(Davidson et al., 2006)은 보건 교육자의 역할이 건강수준에 중요하게 영향을 줄 수 있는 것으로 강조하고 있다. 그리고 보건 교육과 건강 수준 사이에 젠더가 중요한 역할을 하며 심리적이고 변화 가능한 변수들 및 사회인구학적이고 변화 가능한 변수들과 생물학적이고 변화불가능한 변수로 구분하여 설명하고 있다. 성과 관련된 생물학적 요인들(호르몬, 크로모솜, 해 부학적 특성)은 쉽사리 변경할 수는 없는 반면에 심리 및 사회적 요소들은 변 화가 가능하다는 것이다. 심리 및 사회적 요소들은 성격, 사회적 지원, 대응전략, 사회경제적 지위, 직업상의 지위, 건강서비스, 교육 수준, 생애주기, 문화 적 가치 등이 포함된다. 한편 데이비드슨 등은 생물학적 성격의 성과 사회환 경적인 젠더가 상호 영향을 주고 일차원적인 건강수준의 원인이 아니라 다차 원적인 원인으로 인한 상이한 건강수준 특성의 이해를 강조하고 있다.

끝으로, 리커와 버드의 모형은 의료 사회학(medical sociology) 측면에서 성별 상이한 ‘제한된 선택(constrained choice)’이론을 근거로 하고 있다. 제한된 선택이론은 경제학적 이론의 이성적 선택이론(rational choice theory)에 기초하고 있다. 성별로 시간과 자원측면에서 요구가 상이할 수 있기 때문에 남녀는 성별로 상이한 제한된 선택을 하게 된다. 이러한 제한된 선택이론은 스트레스에 대한 사회 심리적 및 신체적 반응에 상이하게 영향을 미칠 수 있다. 이러한 성별 상이한 제한된 요인으로 인한 개인수준의 선택은 누적적으로 생물학적 위험으로 축적되어 건강불평등에 기여한다. 또한 개인의 제한된 선택은 사회환경에 영향을 받을 수 있다. 리커와 버드의 모형에서 사회환경은 사회정책, 지역사회 공동체 활동, 일과 가족을 포함하고 있으며 이는 결국 성별 상이한 건강수준에 영향을 준다.

지금까지 서구의 여성건강 관련 이론들을 고찰하였다. 생식건강 차원에서 벗어나 여성건강을 설명할 수 있는 요인들을 정치 및 제도와 사회적 환경 및 문화 등으로 확장하여 설명하고 있다. 이러한 이론들의 핵심적이며 공통적인 사항은 여성의 사회적 위치(social location)가 남성보다 낮아 건강불평등에 이른다라는 것이다. 기존의 외국문헌에서도 젠더적 관점에서의 건강은 ‘사회적 과정의 산물’로 보는 관점이다(Hatch, 2000; House et al., 1994).

3. 경제적 위기와 여성 고령자 건강

보건사회학적 관점에서 노년기와 건강관련 기존문헌 연구를 살펴보면, 노년기의 건강불평등 이론은 확산가설(divergence hypothesis)과 수렴가설(convergence hypothesis)로 나누어서 살펴볼 수 있다. 확산가설은 사회적 환경으로 인한 사회계층 건강불평등이 연령이 증가할수록 누적되어 나타나는 것이며 특히 노년기에서 생애 전반에 누적된(cumulative effect)불리한 사회적 환경으로 인하여 건강불평등이 극대화 된다는 가설이다. 한편 수렴 가설은 노년기이전의 사회적 조건으로 인한 건강불평등 현상은 노년기에 오히려 완화되거나 여전히 건강불평등 격차가 생길 수 있다는 것이다(House et al., 1994). 이러한 두 이론들의 공통적인 사항은 노년기에 건강불평등 현상이 극대화되거나 혹은 완

화된다고 하더라도 노년기에 건강불평등 현상이 반드시 나타난다는 것이다.

이러한 건강불평등 현상을 젠더적 관점에서 살펴보면, 노년기 이전 및 이후에서도 여성고령자가 남성고령자보다 사회적 위치가 낮아 노년기에 건강 불평등 현상을 경험하게 될 수 있다. 이러한 상황에서 외부의 거시적 사회적 환경이 젠더적 건강불평등 현상에 영향을 주게 된다면 여성고령자가 남성고령자보다 건강불평등을 더욱 더 경험할 수 있을 것이다. 이는 결국 노년기에 여성고령자가 남성고령자 보다 건강수명 기간을 단축하게 될 것이다.

경제 위기 상황으로 인한 사회조건의 변화는 여성 고령자가 남성 고령자보다 건강수준이 건강함에서 불건강 상태로 변하는 기간이 단축되어 나타날 수 있다. 1차 경제위기로 소득 수준이 낮아지고 소득이 낮아짐에 따라 노년기의 건강수준에도 부정적으로 영향을 끼칠 수 있다. 최근의 연구에서 소득, 기간 효과, 혼인상태, 가족수입 및 가족관계 만족도를 보정한 후 1차 경제위기 후 고령 여성이 고령 남성보다 주관적 건강수준이 좋음/보통에서 나쁨으로 변하는 생존확률이 낮으며 경제위기 후 소득이 늘어나는 집단 보다 소득이 줄어 들은 집단과 소득의 변화가 없는 집단 중 여성의 건강수준이 좋음/보통에서 나쁨으로 변하는 생존확률이 가장 낮은 것으로 나타났다(김영택 외, 2010).

사회통합적인 측면에서 건강불평등에 관련한 기존 문헌을 살펴보면 가족 관련 사회적 지지와 건강에 관한 중요성을 논하고 있다. 특히 최근 국내에의 연구에서 가족을 건강 지킴이의 근본적인 사회적인 단위로서 중요성이 강조되고 있다(차승은 · 한경혜, 2006). 가족 관계의 중요성은 특히 노년기에서 더 더욱 중요할 것이다. 사회적 역할 및 배우자의 상실을 경험하는 노년기에서 가족 관계에서 만족도는 노년기의 정신적 건강 및 신체적 건강에 중요하게 작용할 수 있다. 최근 연구에서 가족간 갈등, 가정내 노인학대, 가족 친밀감 요인들은 노인의 정신건강에 부정적으로 영향을 주며 노인우울증에 간접적인 영향을 줄 수 있다. 이는 우울증과 자살의 상관성이 높아 특히 노년기의 자살이 높은 주요 원인이 될 수 있다(강월숙 외, 2011). 특히 노년기의 여성고령자가 경험하는 가족과의 관계 중요성은 여성이 남성보다 수명이 길며 독거 여성노인이 남성독거노인 보다 많다는 인구학적 측면에서 중요한 시사점을 가질 수 있다.

III

성별 고령자 건강수준 현황

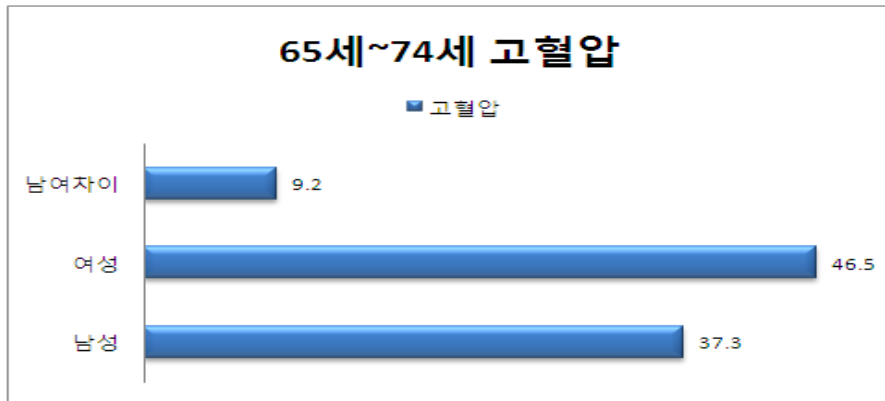
1. 성별 만성질환 현황	19
2. 성별 정신건강 수준	36
3. 성별 주관적 건강수준	40
4. 소결	42

우리나라의 건강 수준에 대한 대표성과 신뢰성을 가진 국민건강영양조사 제 4기 2차년도 자료(2008)를 활용하였다. 국민건강영양조사는 우리나라의 건강 수준 및 건강 관련 통계 질을 향상시키고 국가정책에 기여하기 위하여 만들어졌다. 통계청의 인구주택 총 조사구를 기본으로 하고 연령대별 인구비율비례로 총 29개층으로 나뉘 전국 표본설계조사를 실시하여 조사대상자들을 선정하였다. 조사 내용으로는 건강설문 조사, 검진 조사, 영양 조사로 나누어져 있다. 건강설문조사에서는 가구조사, 질병이환, 건강검진 및 예방접종, 손상 및 사고 중독, 의료 이용, 정신 건강, 교육 및 경제 활동, 건강 형태 등을 포함하고 있다. 검진 조사는 신체 계측, 혈압 측정, 임상 검사를 실시하여 대표적인 만성질환인 비만, 고혈압, 당뇨병, 이상지혈증 등을 측정하였다. 이러한 건강설문조사와 건강 검진 자료를 활용하여 전업주부의 건강상태 및 건강 검진 현황을 조사하였다(국민건강영양조사, 원시자료 이용 지침서, 2007). 이러한 자료를 활용하여 표본 추출된 남성 고령자 중 65-74세 사이의 421명, 75세 이상의 162명을 분석하였으며 여성 고령자 중 65-74세 사이의 607명, 75세 이상 329명을 대상으로 건강수준을 분석하였다.

1. 성별 만성질환 현황

65세부터 74세 만성질환인 고혈압과 75세 이상 고혈압의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 37.3%, 여성은 46.5%로 남녀차이는 9.2% 차이가 났다.

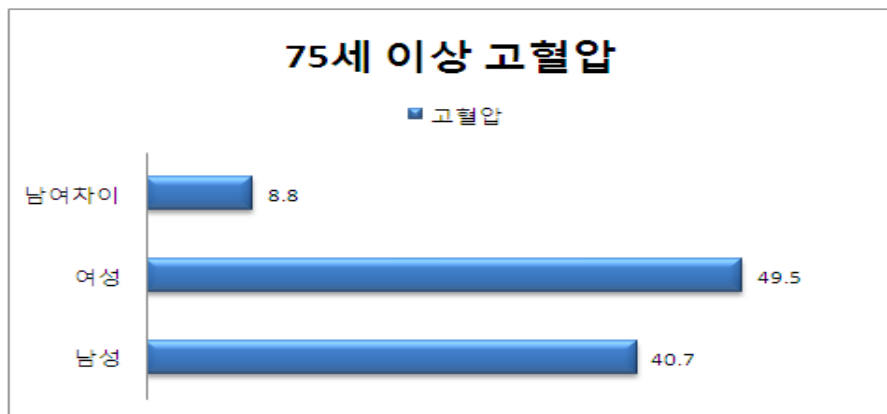
(단위: %)



[그림 Ⅲ-1] 65-74세 성별 고혈압 분포

75세 이상 고혈압에서 남성은 40.7%, 여성은 49.5%로 남녀차이는 8.8% 차이가 났다.

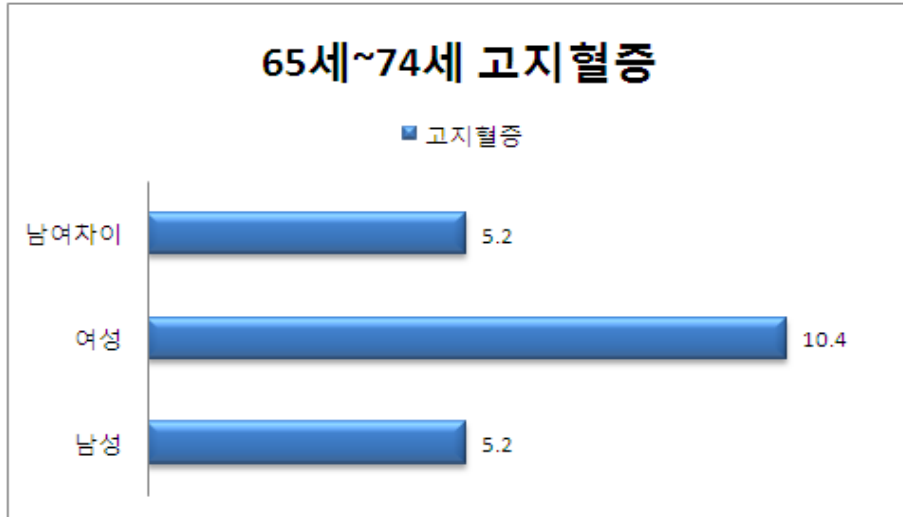
(단위: %)



[그림 Ⅲ-2] 75세 이상 성별 고혈압 분포

65세부터 74세 만성질환인 고지혈증과 75세 이상 고지혈증의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 5.2%, 여성은 10.4%로 남녀차이는 5.2% 차이가 났다.

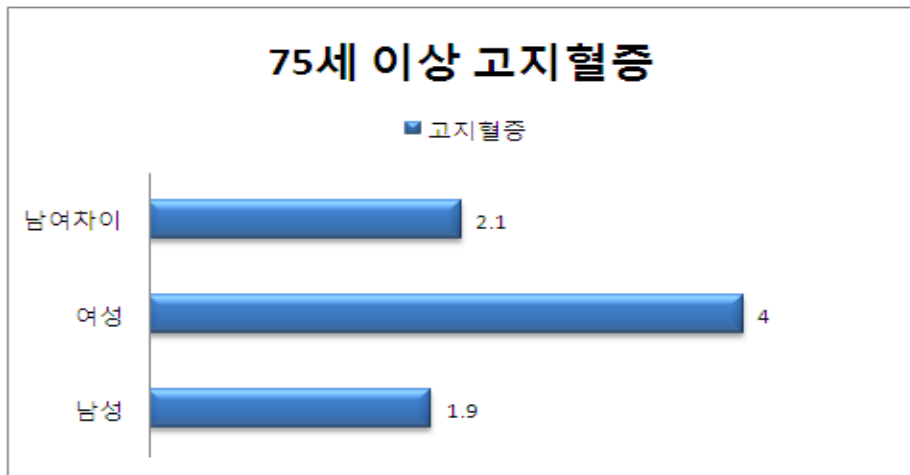
(단위: %)



[그림 Ⅲ-3] 65~74세 성별 고지혈증 분포

75세 이상에서 남성은 1.9%, 여성은 4%로 남녀차이는 2.1% 차이가 났다.

(단위: %)



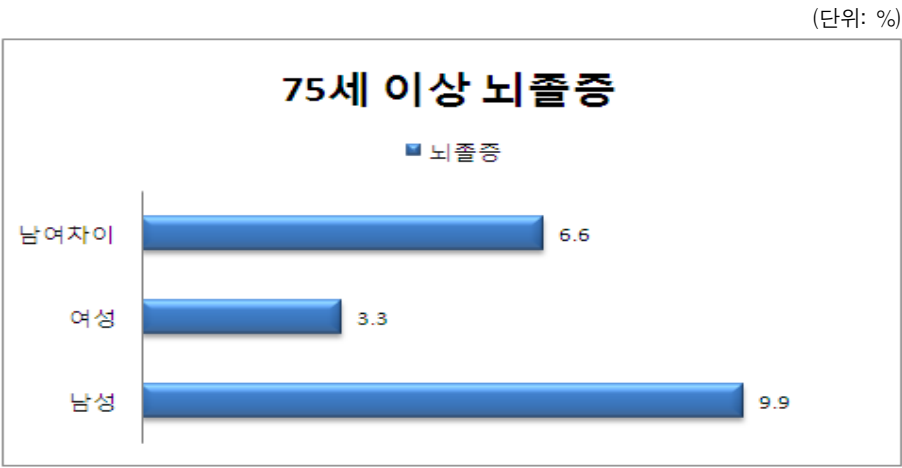
[그림 Ⅲ-4] 75세 이상 성별 고지혈증 분포

65세부터 74세 만성질환인 뇌졸중과 75세 이상 뇌졸중의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 4.5%, 여성은 4.1%로 남녀차이는 0.4% 차이가 났다.



[그림 Ⅲ-5] 65-74세 성별 뇌졸중 분포

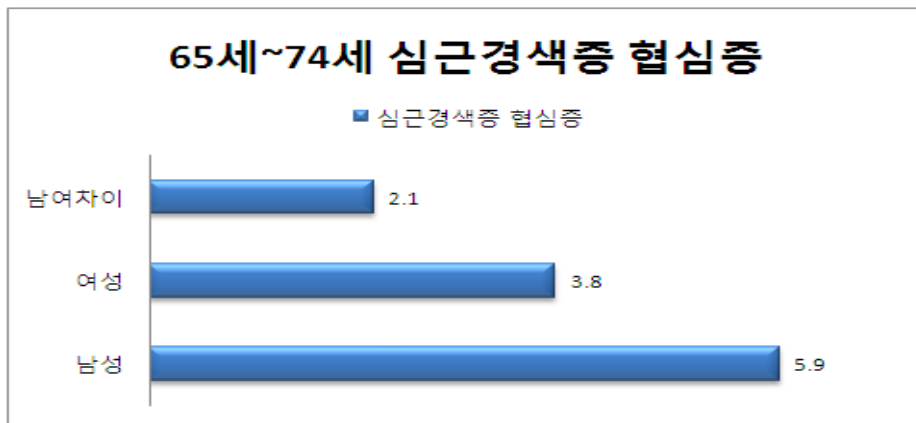
75세 이상에서 남성은 9.9%, 여성은 3.3%로 남녀차이는 6.6% 차이가 났다.



[그림 Ⅲ-6] 75세 이상 성별 뇌졸중 분포

65세부터 74세 만성질환인 심근경색증 협심증과 75세 이상 심근경색증 협심증의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 5.9%, 여성은 3.8%로 남녀차이는 2.1% 차이가 났다.

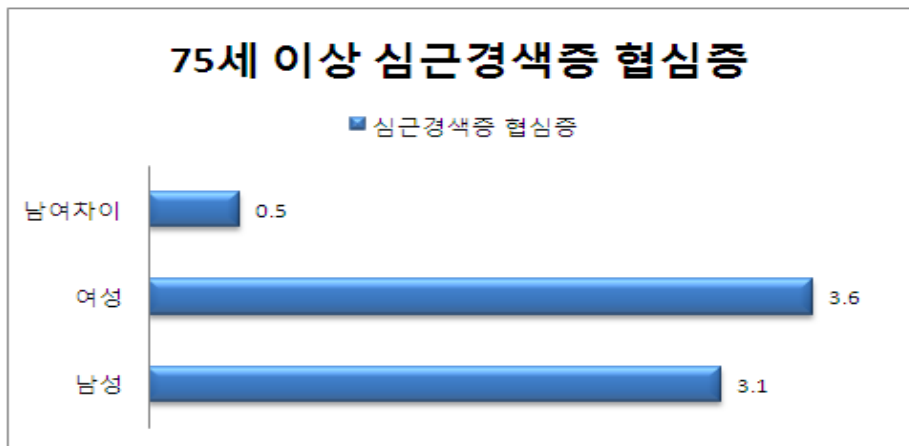
(단위: %)



[그림 Ⅲ-7] 75세 이상 성별 심근경색증 협심증 분포

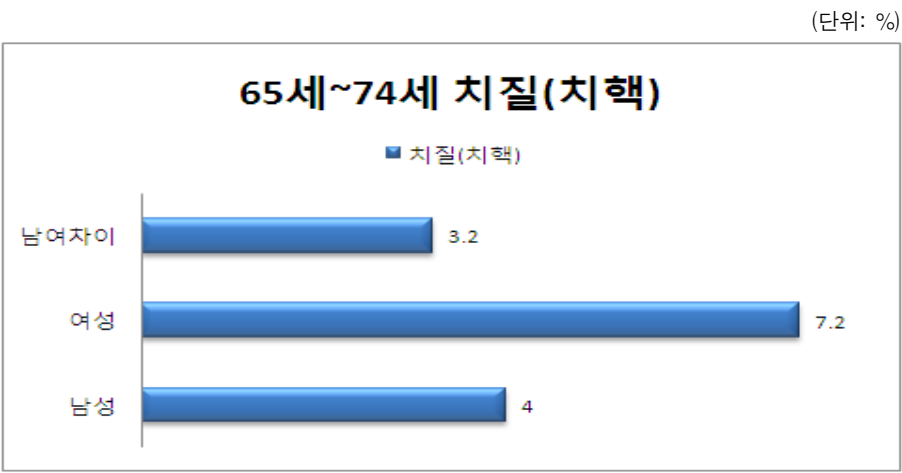
75세 이상에서 남성은 3.1%, 여성은 3.6%로 남녀차이는 0.5% 차이가 났다.

(단위: %)



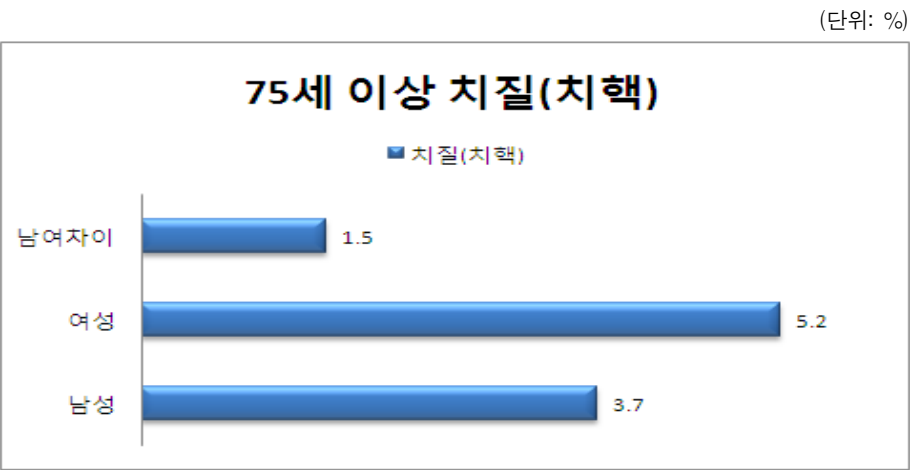
[그림 Ⅲ-8] 65-74세 이상 성별 심근경색증 협심증 분포

65세부터 74세 만성질환인 치질과 75세 이상 치질의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 4%, 여성은 7.2%로 남녀차이는 3.2% 차이가 났다.



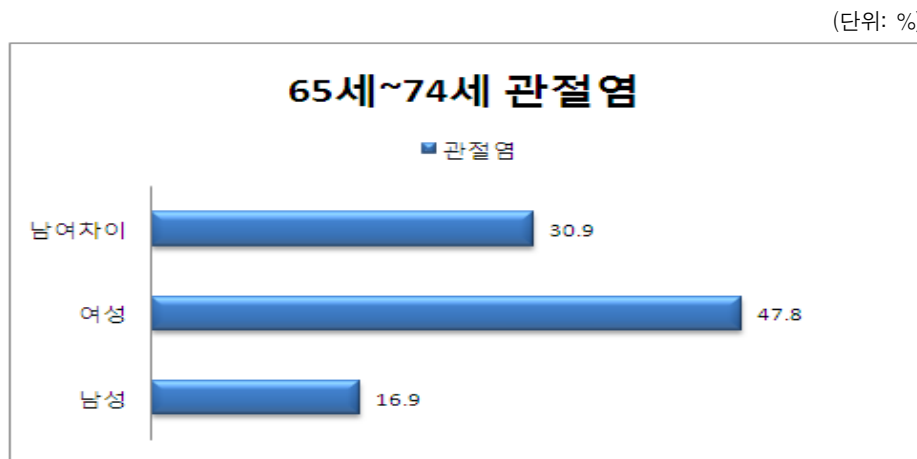
[그림 Ⅲ-9] 65-74세 성별 치질(치핵) 분포

75세 이상에서 남성은 3.7%, 여성은 5.2%로 남녀차이는 1.5% 차이가 났다.



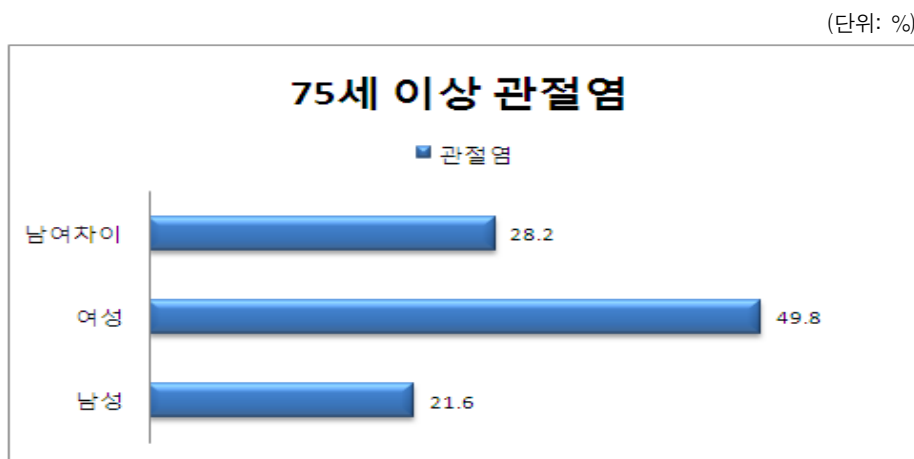
[그림 Ⅲ-10] 75세 이상 성별 치질(치핵) 분포

65세부터 74세 만성질환인 관절염과 75세 이상 관절염의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 16.9%, 여성은 47.8%로 남녀차이는 30.9% 차이가 났다.



[그림 Ⅲ-11] 65-74세 성별 관절염 분포

75세 이상에서 남성은 21.6%, 여성은 49.8%로 남녀차이는 28.2% 차이가 났다.



[그림 Ⅲ-12] 75세 이상 성별 관절염 분포

65세부터 74세 만성질환인 골다공증과 75세 이상 골다공증의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 1.4%, 여성은 22.6%로 남녀차이는 21.2% 차이가 났다.

(단위: %)



[그림 Ⅲ-13] 65~74세 성별 골다공증 분포

75세 이상에서 남성은 1.2%, 여성은 19.8%로 남녀차이는 18.6% 차이가 났다.

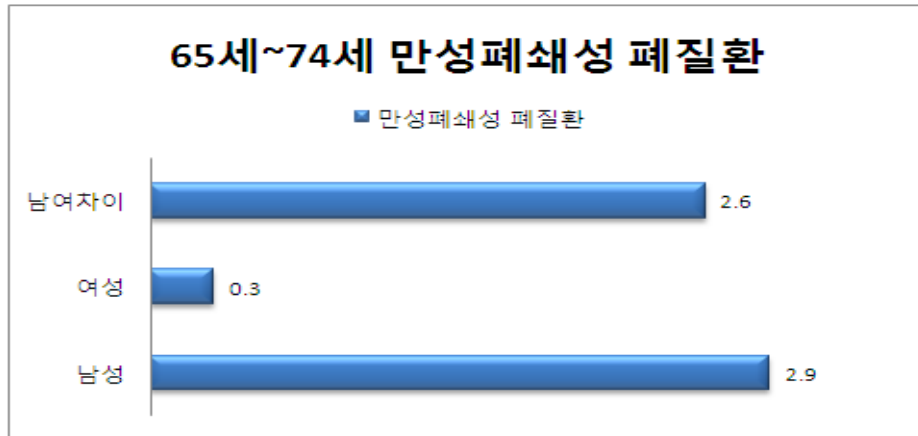
(단위: %)



[그림 Ⅲ-14] 75세 이상 성별 골다공증 분포

65세부터 74세 만성질환인 만성폐쇄성 폐질환과 75세 이상 만성폐쇄성 폐질환의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 2.9%, 여성은 0.3%로 남녀차이는 2.6% 차이가 났다.

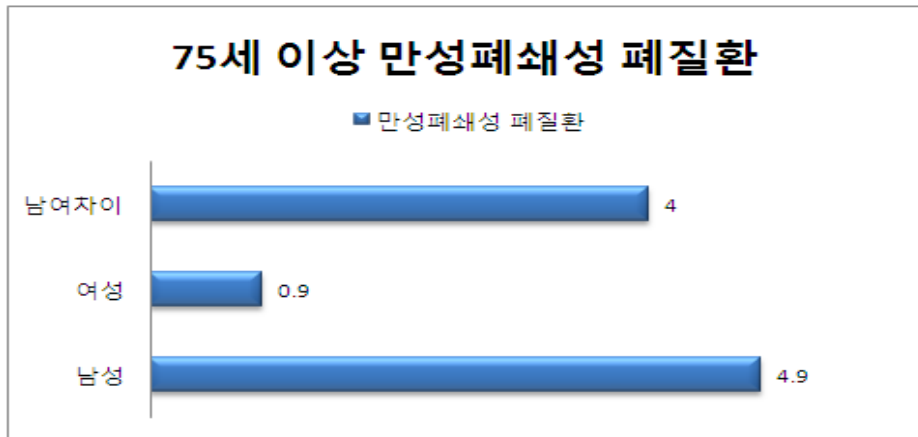
(단위: %)



[그림 Ⅲ-15] 65-74세 성별 만성폐쇄성 폐질환 분포

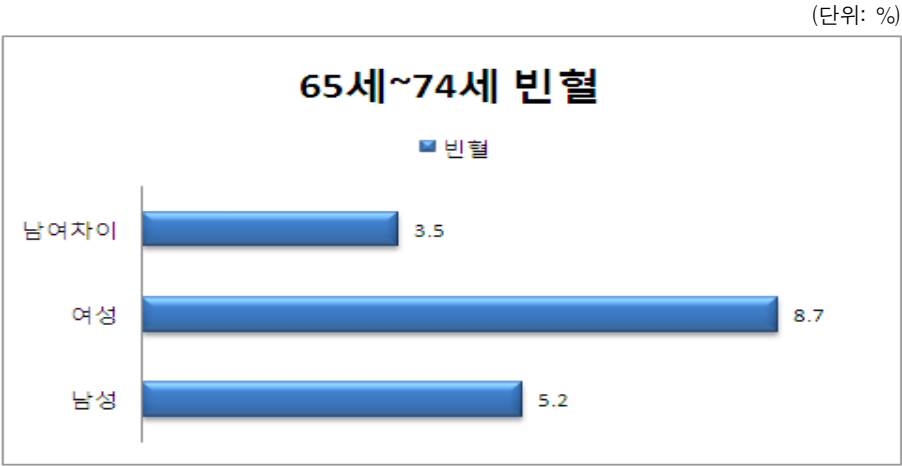
75세 이상에서 남성은 4.9%, 여성은 0.9%로 남녀차이는 4% 차이가 났다.

(단위: %)



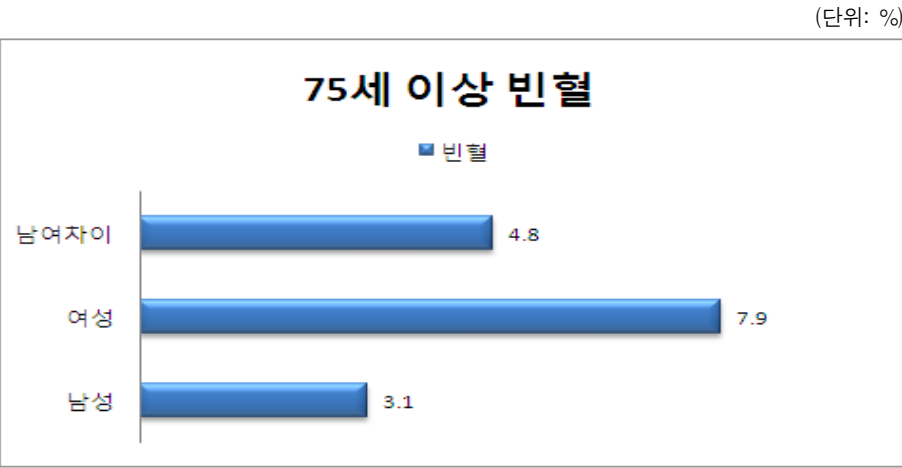
[그림 Ⅲ-16] 75세 이상 성별 만성폐쇄성 폐질환 분포

65세부터 74세 만성질환인 빈혈과 75세 이상 빈혈의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 5.2%, 여성은 8.7%로 남녀차이는 3.5% 차이가 났다.



[그림 Ⅲ-17] 65-74세 성별 빈혈 분포

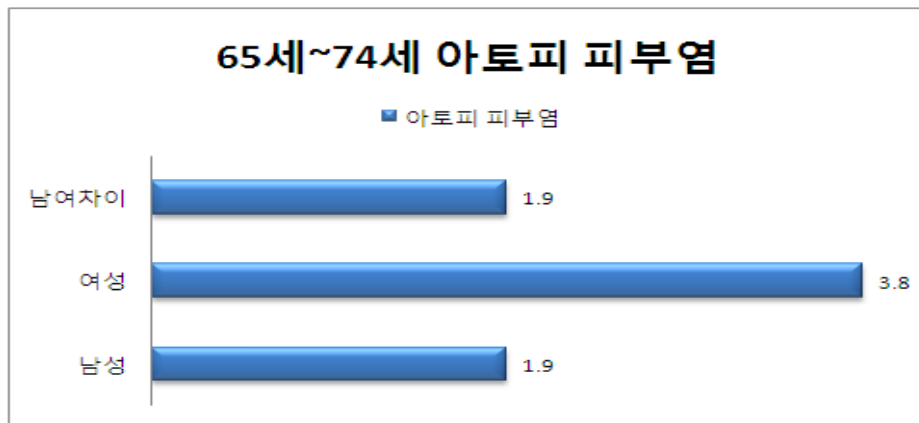
75세 이상에서 남성은 3.1%, 여성은 7.9%로 남녀차이는 4.8% 차이가 났다.



[그림 Ⅲ-18] 75세 이상 성별 빈혈 분포

65세부터 74세 만성질환인 아토피 피부염과 75세 이상 아토피 피부염의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 1.9%, 여성은 3.8%로 남녀차이는 1.9% 차이가 났다.

(단위: %)



[그림 Ⅲ-19] 65~74세 성별 아토피 피부염 분포

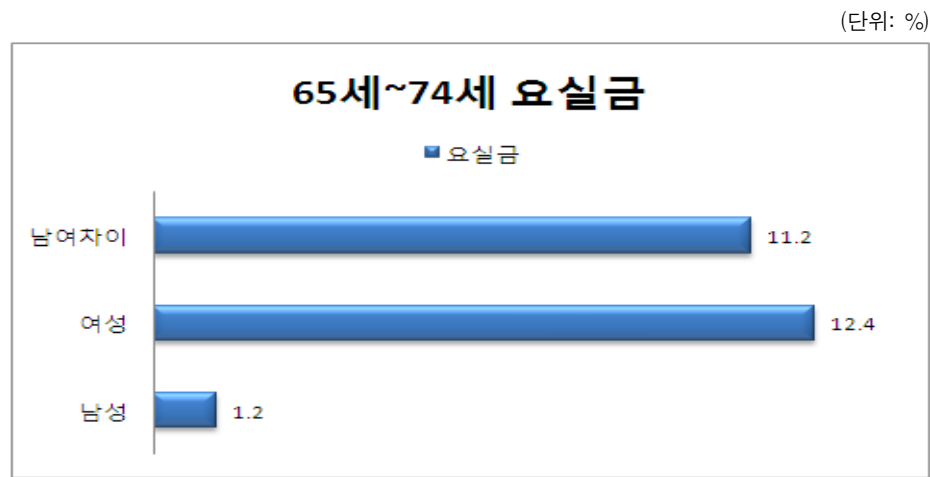
75세 이상에서 남성은 0%, 여성은 0.6%로 남녀차이는 0.6% 차이가 났다.

(단위: %)



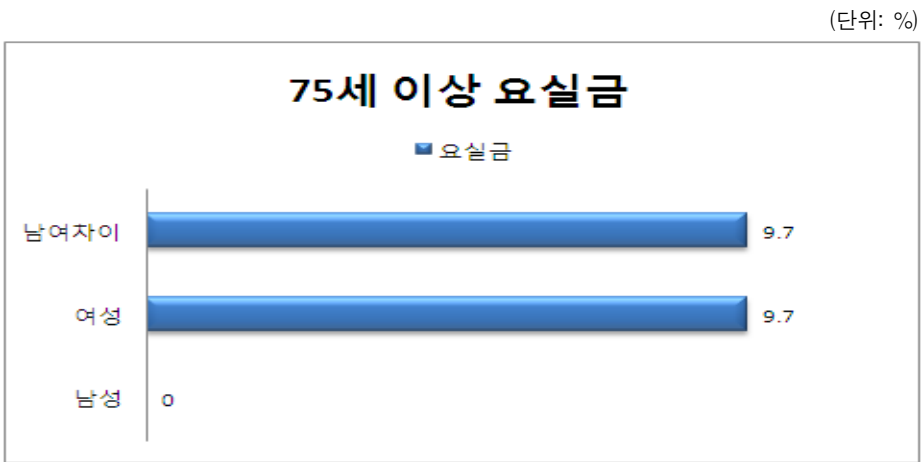
[그림 Ⅲ-20] 75세 이상 성별 아토피 피부염 분포

65세부터 74세 만성질환인 요실금과 75세 이상 요실금의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 1.2%, 여성은 12.4%로 남녀차이는 11.2% 차이가 났다.



[그림 Ⅲ-21] 65-74세 성별 요실금 분포

75세 이상에서 남성은 0%, 여성은 9.7%로 남녀차이는 9.7% 차이가 났다.



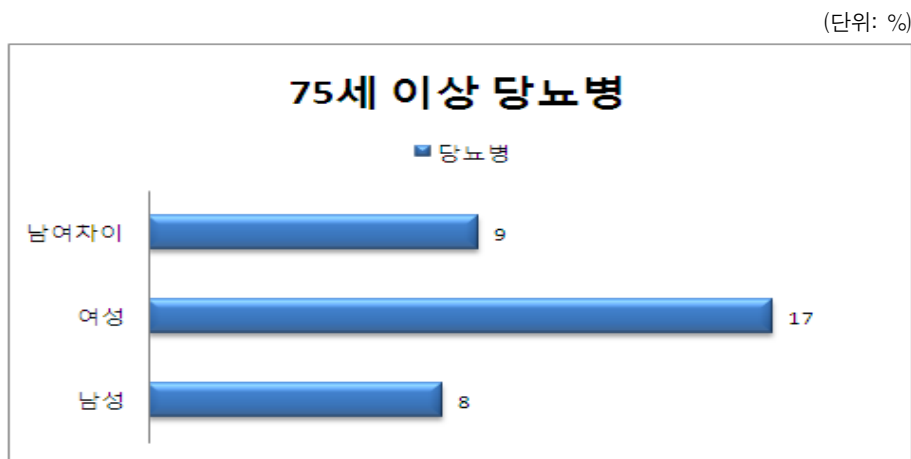
[그림 Ⅲ-22] 75세 이상 성별 요실금 분포

65세부터 74세 만성질환인 당뇨병과 75세 이상 당뇨병의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 15.4%, 여성은 15%로 남녀차이는 0.4% 차이가 났다.



[그림 Ⅲ-23] 65~74세 성별 당뇨병 분포

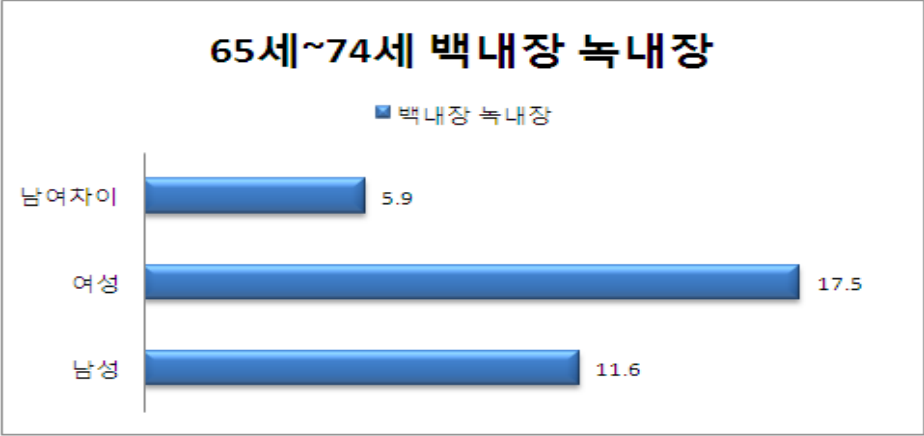
75세 이상에서 남성은 8%, 여성은 17%로 남녀차이는 9% 차이가 났다.



[그림 Ⅲ-24] 75세 이상 성별 당뇨병 분포

65세부터 74세 만성질환인 백내장 녹내장과 75세 이상 백내장 녹내장의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 11.6%, 여성은 17.5%로 남녀차이는 5.9% 차이가 났다.

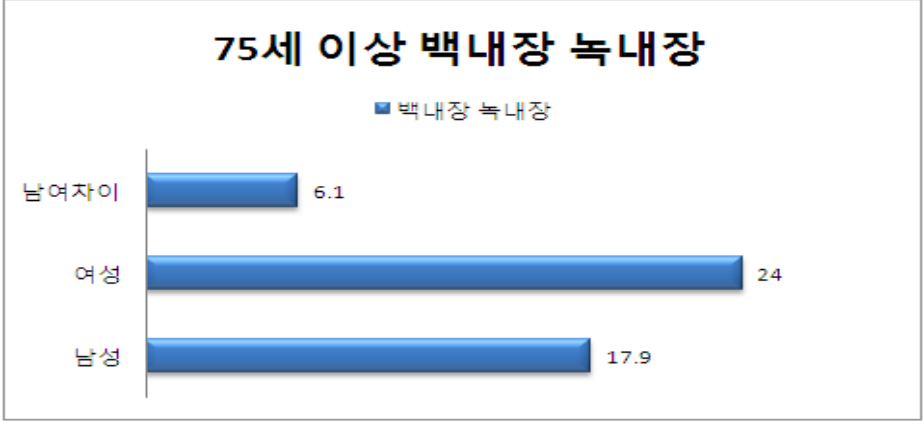
(단위: %)



[그림 Ⅲ-25] 65-74세 성별 백내장 녹내장 분포

75세 이상에서 남성은 17.9%, 여성은 24%로 남녀차이는 6.1% 차이가 났다.

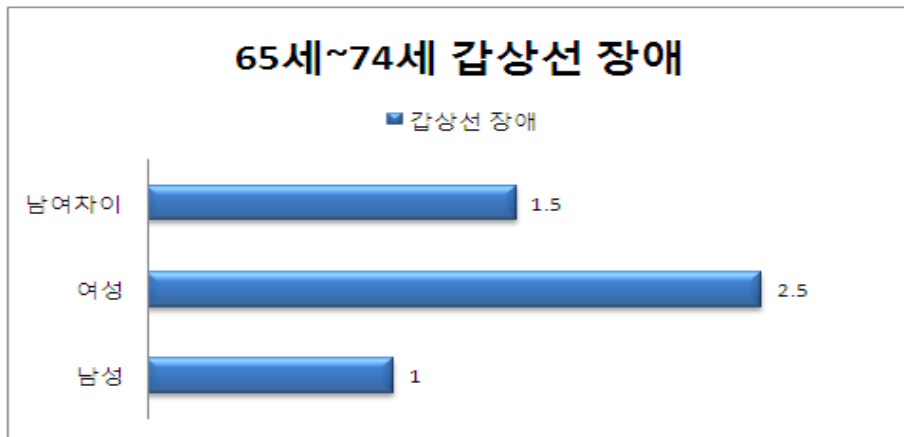
(단위: %)



[그림 Ⅲ-26] 75세 이상 성별 백내장 녹내장 분포

65세부터 74세 만성질환인 갑상선 장애와 75세 이상 갑상선 장애의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 1%, 여성은 2.5%로 남녀차이는 1.5% 차이가 났다.

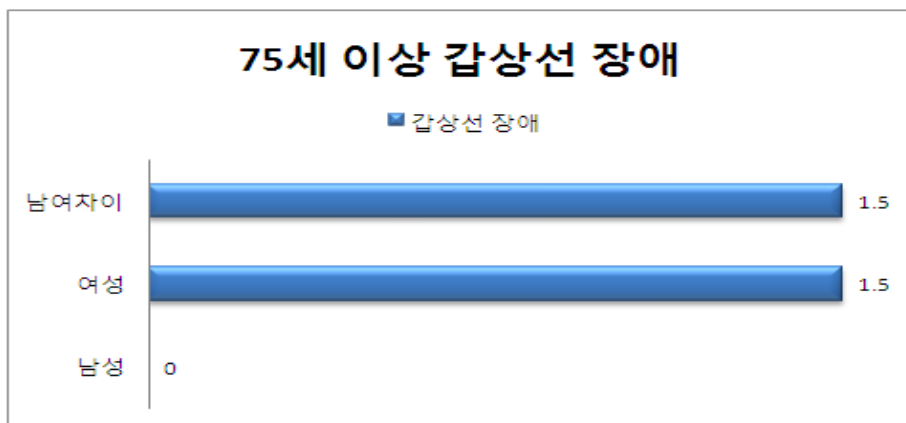
(단위: %)



[그림 Ⅲ-27] 65-74세 성별 갑상선 장애 분포

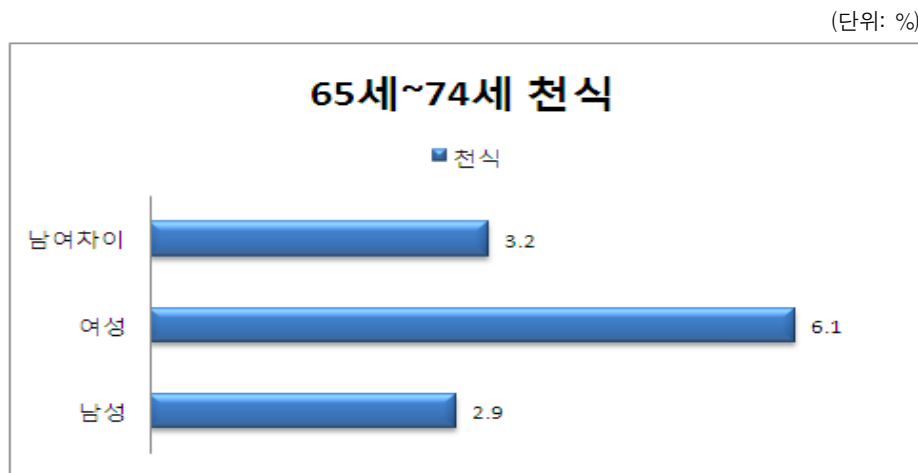
75세 이상에서 남성은 0%, 여성은 1.5%로 남녀차이는 1.5% 차이가 났다.

(단위: %)



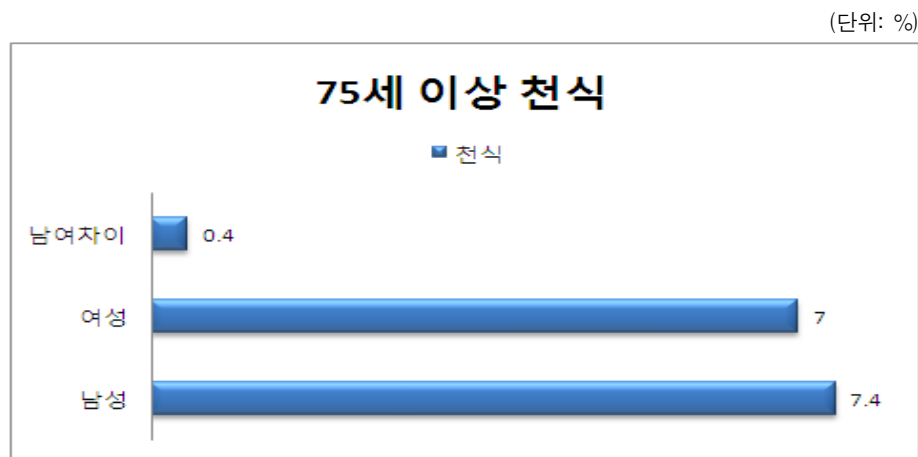
[그림 Ⅲ-28] 75세 이상 성별 갑상선 장애 분포

65세부터 74세 만성질환인 천식과 75세 이상 천식의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 2.9%, 여성은 6.1%로 남녀차이는 3.2% 차이가 났다.



[그림 Ⅲ-29] 65-74세 성별 천식 분포

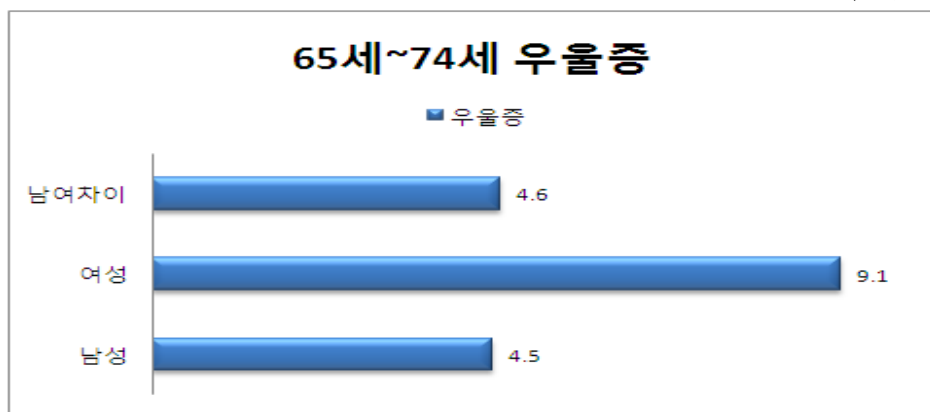
75세 이상에서 남성은 7.4%, 여성은 7%로 남녀차이는 0.4% 차이가 났다.



[그림 Ⅲ-30] 75세 이상 성별 천식 분포

65세부터 74세 만성질환인 우울증과 75세 이상 우울증의 남성과 여성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성은 4.5%, 여성은 9.1%로 남녀차이는 4.6% 차이가 났다. 우울증은 의사로부터 진단을 받고 지속적으로 치료를 받고 있는 환자의 분포를 의미한다.

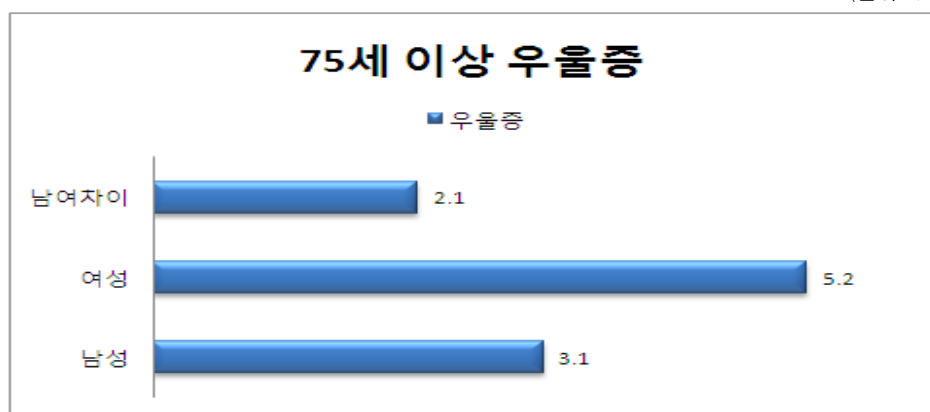
(단위: %)



[그림 Ⅲ-31] 65-74세 성별 우울증 분포

75세 이상에서 남성은 3.1%, 여성은 5.2%로 남녀차이는 2.1% 차이가 났다.

(단위: %)

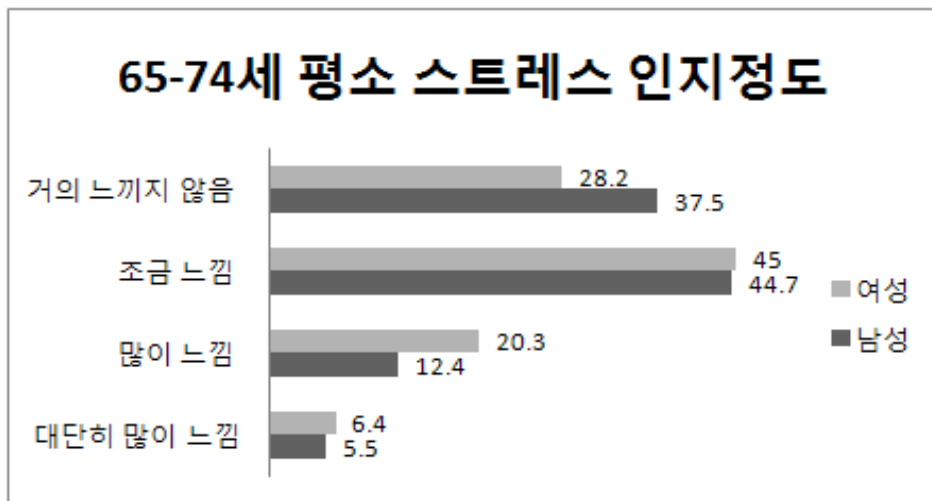


[그림 Ⅲ-32] 75세 이상 성별 우울증 분포

2. 성별 정신건강 수준

65세부터 74세 구간의 스트레스 인지정도를 살펴보면, 남성 고령자 중 37.5%, 여성 고령자 중 28.2%가 ‘거의 느끼지 않음’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 44.7%, 여성 고령자 중 45%가 ‘조금느낌’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 12.4%, 여성 고령자 중 20.3%가 ‘많이 느낌’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 5.5%, 여성 고령자 중 6.4%가 ‘대단히 많이 느낌’으로 답하고 있다. ‘많이 느낌’인 경우, 남녀 차이는 7.9%이고 ‘대단히 많이 느낌’인 경우 남녀 차이는 0.9%인 것으로 나타났다.

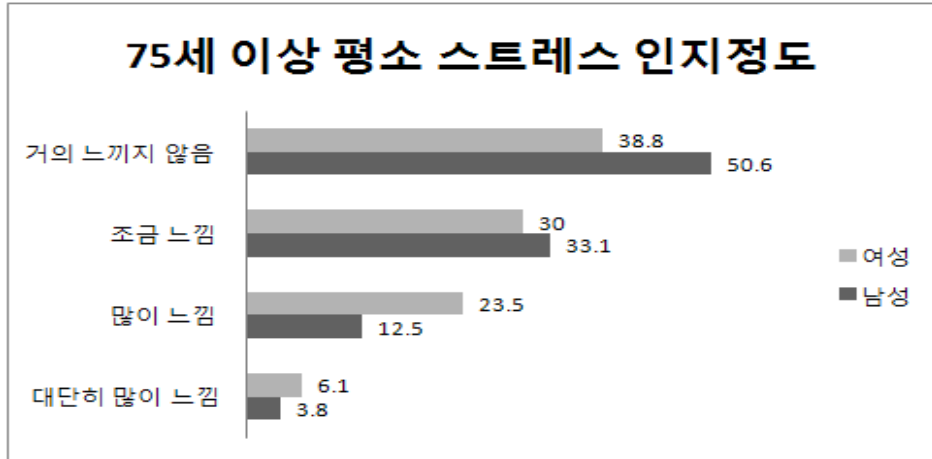
(단위: %)



[그림 Ⅲ-33] 65-74세 성별 평소 스트레스 인지정도 분포

75세 이상의 구간에서 남성 고령자 중 50.6%, 여성 고령자 중 38.8%가 ‘거의 느끼지 않음’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 33.1%, 여성 고령자 중 30%가 ‘조금느낌’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 12.5%, 여성 고령자 중 23.5%가 ‘많이 느낌’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 3.8%, 여성 고령자 중 6.1%가 ‘대단히 많이 느낌’으로 답하고 있다. ‘많이 느낌’인 경우, 남녀 차이는 11.0%이고 ‘대단히 많이 느낌’인 경우 남녀 차이는 2.3%인 것으로 나타났다.

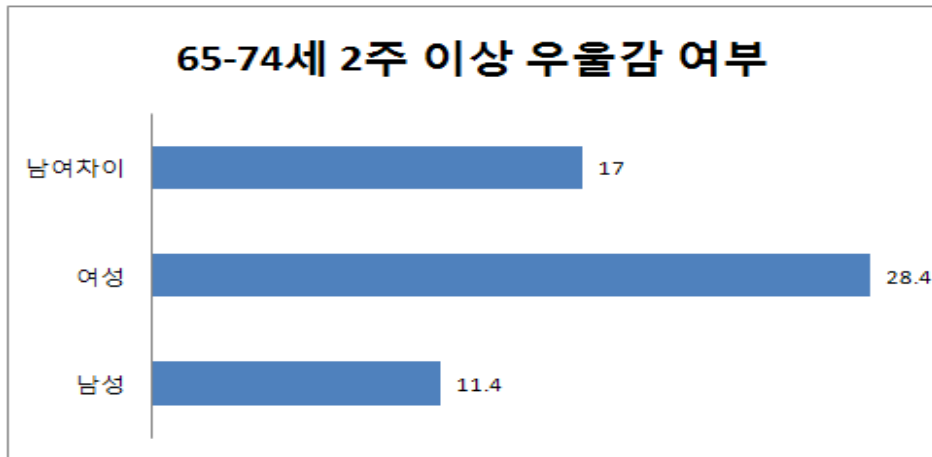
(단위: %)



[그림 Ⅲ-34] 75세 이상 성별 평소 스트레스 인지정도

65세부터 74세 2주 이상 연속 우울감 여부와 75세 이상 2주 이상 연속 우울감 여부의 여성과 남성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성 고령자 중 11.4%, 여성 고령자 중 28.4%로 나타났다. 남녀 차이는 17%인 것으로 나타났다. 이러한 우울감은 주관적으로 판단된 것이다.

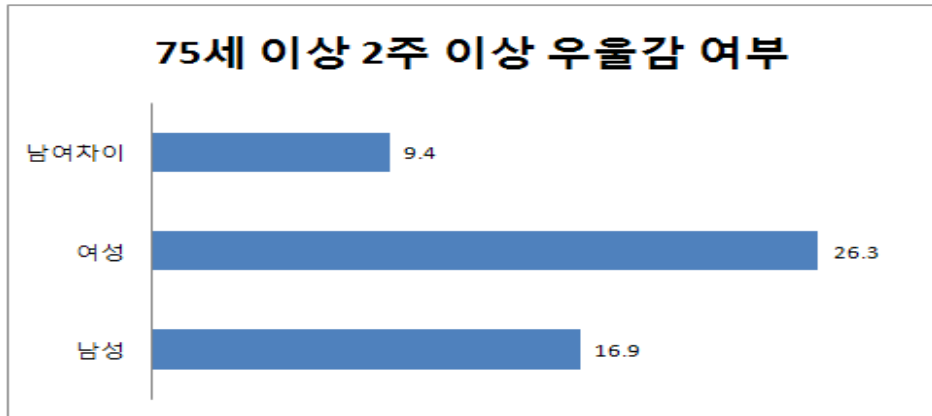
(단위: %)



[그림 Ⅲ-35] 65-74세 성별 2주 이상 연속 우울감 여부 분포

75세 이상 남성 고령자 중 16.9%, 여성 고령자 중 26.3%가 2주 이상 연속 우울감을 느끼는 것으로 나타났다. 남녀 차이는 9.4%로 나타났다.

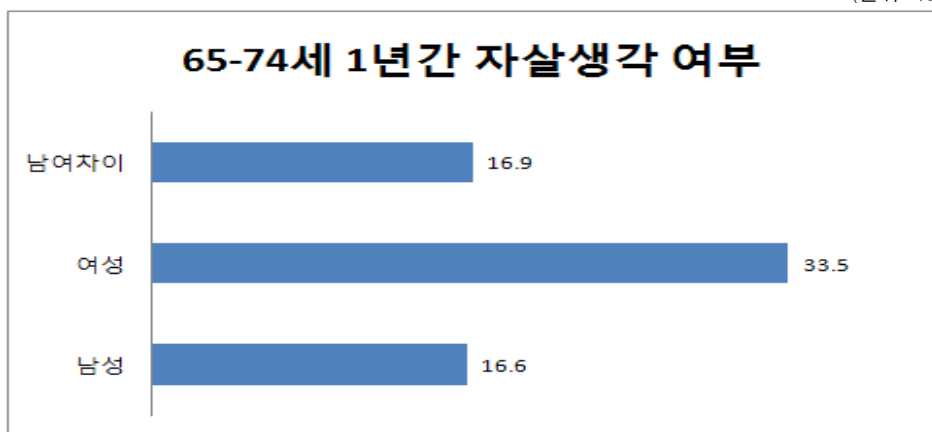
(단위: %)



[그림 Ⅲ-36] 75세 이상 성별 2주 이상 연속 우울감 여부 분포

65세부터 74세 구간 1년간 자살생각여부와 75세 이상 1년간 자살생각여부의 여성과 남성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성 고령자 중 16.6%, 여성 고령자 중 33.5%로 나타났다. 남녀 차이는 16.9%로 나타났다.

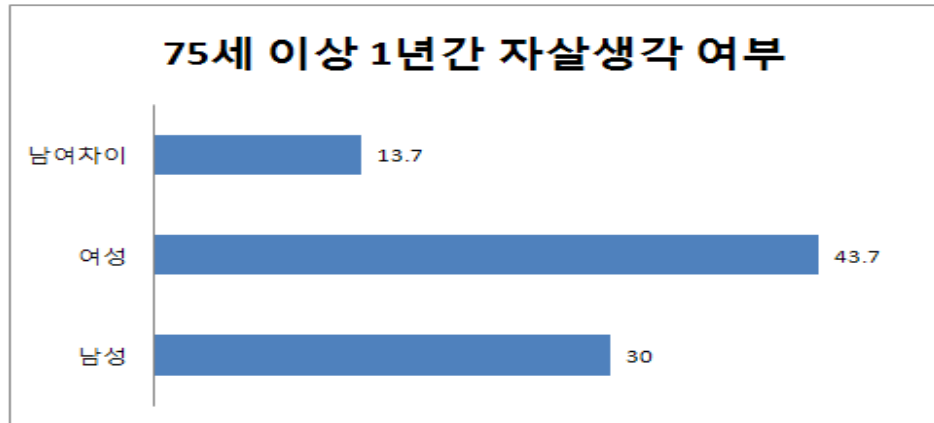
(단위: %)



[그림 Ⅲ-37] 65-74세 성별 1년간 자살 생각여부 분포

75세 이상인 경우 남성 고령자 중 30%, 여성 고령자 중 43.7%가 자살 생각을 하는 것으로 나타났다. 남녀 차이는 13.7%로 나타났다.

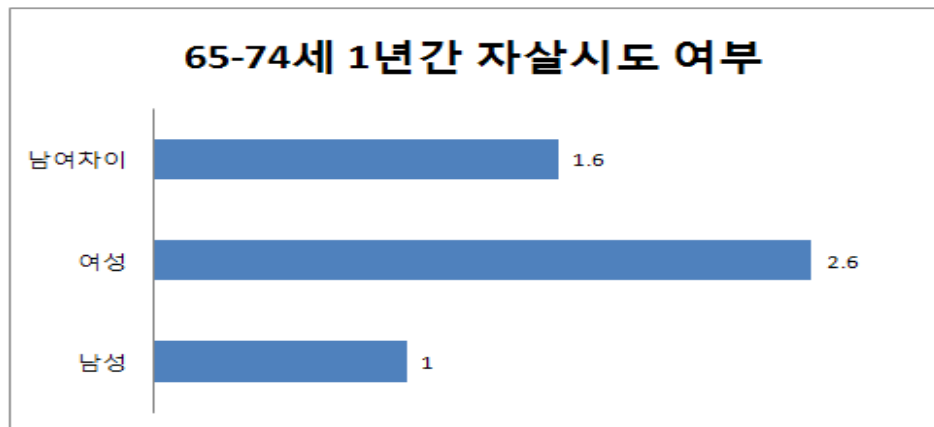
(단위: %)



[그림 Ⅲ-38] 75세 이상 성별 1년간 자살 생각여부 분포

65세부터 74세 1년간 자살시도 여부와 75세 이상 1년간 자살시도 여부의 여성과 남성의 차이를 살펴보면, 65세부터 74세의 남성 고령자 중 1% 여성 고령자 중 2.6%로 나타났다. 남녀 차이는 1.6%로 나타났다.

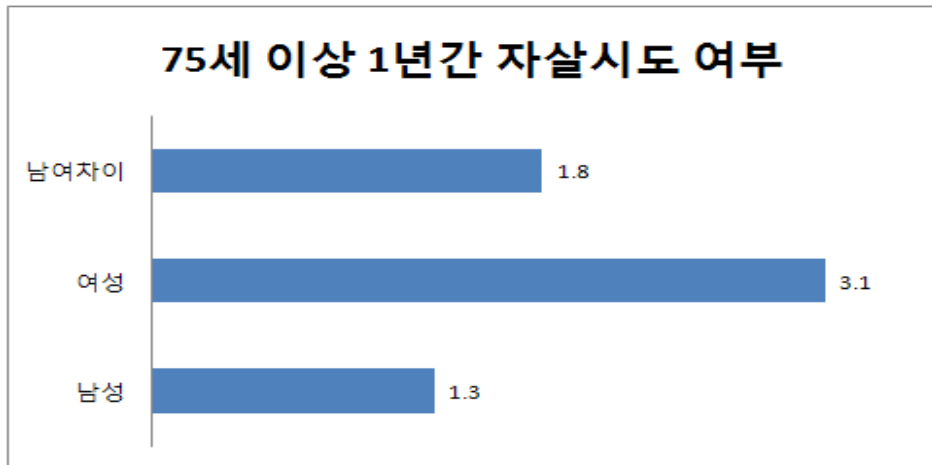
(단위: %)



[그림 Ⅲ-39] 65-74세 성별 1년간 자살시도여부 분포

75세 이상의 구간에서 남성 고령자 중 1.3%, 여성 고령자 중 3.1%가 1년간 자살시도를 한 것으로 나타났다. 남녀 차이는 1.8%로 나타났다.

(단위: %)

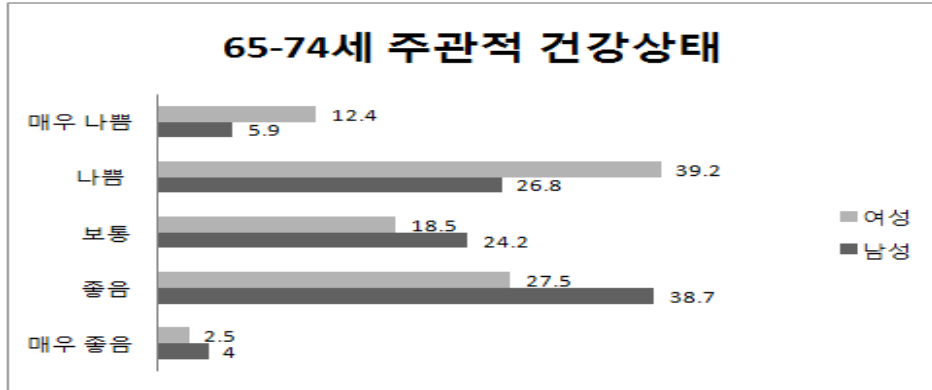


[그림 Ⅲ-40] 75세 이상 성별 1년간 자살시도여부 분포

3. 성별 주관적 건강수준

65세부터 74세 성별 주관적 건강상태의 남성과 여성의 차이를 보면, 남성 고령자 중 5.9%, 여성 고령자 중 12.4%가 ‘매우 나쁨’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 26.8%, 여성 고령자 중 39.2%가 ‘나쁨’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 24.2%, 여성 고령자 중 18.5%가 ‘보통’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 38.7%, 여성 고령자 중 27.5%가 ‘ 좋음’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 4%, 여성 고령자 중 2.5%가 ‘매우 좋음’으로 답하고 있다. ‘나쁨’인 경우, 남녀 차이는 12.4%이고 ‘매우 나쁨’인 경우 남녀 차이는 6.5%인 것으로 나타났다.

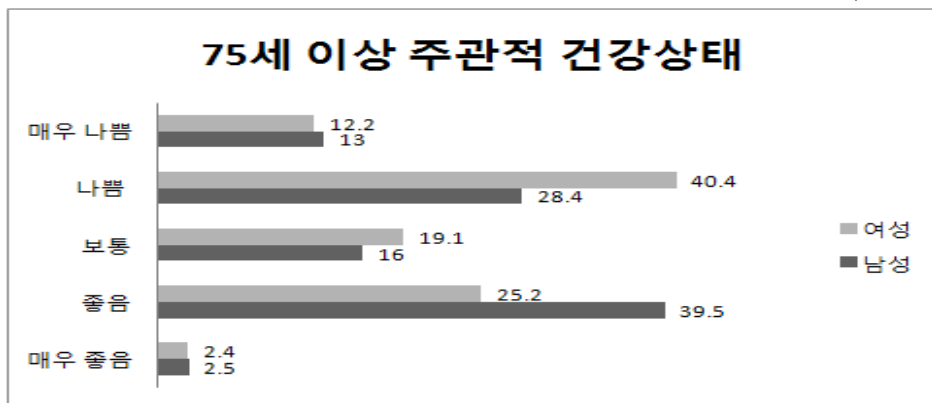
(단위: %)



[그림 Ⅲ-41] 65-74세 성별 주관적 건강상태 분포

75세 이상 성별 주관적 건강상태의 남성과 여성의 차이를 보면, 남성 고령자 중 13%, 여성 고령자 중 12.2%가 ‘매우 나쁨’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 28.4%, 여성 고령자 중 40.4%가 ‘나쁨’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 16%, 여성 고령자 중 19.1%가 ‘보통’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 39.5%, 여성 고령자 중 25.2%가 ‘ 좋음’으로 답하고 있다. 남성 고령자 중 2.5%, 여성 고령자 중 2.4%가 ‘매우 좋음’으로 답하고 있다. ‘나쁨’인 경우, 남녀 차이는 12.0%이고 ‘매우 나쁨’인 경우 남녀 차이는 0.8%인 것으로 나타났다.

(단위: %)



[그림 Ⅲ-42] 75세 이상 성별 주관적 건강상태 분포

4. 소결

65세부터 74세 만성질환의 남성 고령자와 여성 고령자의 차이를 살펴보면, 남성은 여성보다 뇌졸중, 심근경색, 협심증, 만성폐쇄성 폐질환, 당뇨병이 더 많이 발생되었으며 여성은 고혈압, 고지혈증, 치질(치핵), 관절염, 골다공증, 빈혈, 아토피 피부염, 요실금, 백내장 녹내장, 갑상선 장애, 천식, 우울증으로 남성보다 만성질환이 2배 정도나 많이 나타나는 것으로 나타났다.

75세 이상 만성질환의 남성 고령자와 여성 고령자의 차이를 살펴보면, 남성은 뇌졸중, 만성폐쇄성 폐질환, 천식이 여성보다 더 많이 발생했으며 여성은 고혈압, 고지혈증, 심근경색증 협심증, 치질(치핵), 관절염, 골다공증, 빈혈, 아토피 피부염, 요실금, 당뇨병, 백내장 녹내장, 갑상선 장애, 우울증으로 남성보다 만성질환이 4배 정도나 많이 발생되었다.

정신적 건강수준에서는 65세-74세 및 75세 이상 구간에서 스트레스 인지 정도를 살펴보면, ‘많이 느낌’과 ‘대단히 많이 느낌’으로 응답한 여성 고령자의 분포가 남성고령자의 분포보다 높았다. 주관적으로 판단한 2주 이상 연속 우울감 여부면에서도 여성 고령자가 남성 고령자 보다 높은 분포로 나타났다. 또한 65세-74세 및 75세 이상 구간에서 자살 생각여부 및 자살 시도 면에서도 여성 고령자가 남성 고령자 보다 높은 분포로 나타났다.

주관적 건강수준의 75세 이상 사이의 건강상태가 ‘매우 나쁨’으로 보고하는 비율이 남성 고령자가 여성 고령자 보다 약간 높지만 65세-74세 및 75세 이상 사이의 ‘나쁨’으로 보고하는 비율이 여성 고령자가 남성 고령자 보다 상당히 높은 분포로 나타났다.

IV

사회환경 변화와 건강상태 변화에 대한 생존 분석

1. 자료 및 분석 변수	45
2. 분석방법	47
3. 분석 결과	48
4. 소결	72

1. 자료 및 분석 변수⁵⁾

본 연구에서 한국노동패널조사를 활용하였다. 한국노동패널조사는 1998년 1차 조사를 시작으로 그 동안 매년 조사가 이루어졌고 현재 2008년 11차 조사가 이루어져 왔다. 본 연구 분석 단계에서 11차 조사 자료가 아직 공개되지 않아 10차 조사 결과까지 분석하였다. 본 연구의 사회적 변화, 사회경제적 지위의 변화, 건강상태 변화 등의 다양한 변수들을 활용한 장기간 추적이 가능하다는 것이다. 이로 인하여 한국노동패널조사는 1차 경제위기 관련 자료 및 2차 경제위기 직전의 자료 활용이 가능하였다. 복지패널, 교육고용패널, 청소년 패널, 여성가족패널 등은 상대적으로 패널조사 기간이 한국노동패널보다 길지 않다.

한국노동패널조사 4차 부가조사에서 건강관련 변수가 조사문항으로 시작되었지만 6차 조사에서 건강관련 변수가 정기적으로 추가된 시점을 기준으로 본 연구 분석의 시작점을 잡고자 한다. 2003년-2007년까지 5년 동안의 건강상태 변화와 관련하여 조사가 매년 이루어졌기 때문에 1년 단위 변화에 초점을 맞췄다. 이에 따라 다른 독립변수들도 5년 동안의 변화를 1년 단위로 추적하며 건강상태와의 연관성 분석을 시도하였다.

건강관련 변수 중 주관적 건강상태 관련 문항은 객관적 건강상태와 연관성이 높은 것으로 보편적으로 알려져 있고, 편리성 및 비용측면에서도 건강관련 설문 문항에서 널리 활용되는 조사 문항이다. 한국노동패널조사에서도 현재의 건강상태를 5점 척도로 측정한 조사문항이 존재하여 이를 활용하였다.

패널자료의 특성상 시간이 지남에도 변하지 않은 변수(time-invariant variable)와 시간이 지남에 따라 변하는 변수(time-variant variable)로 구분할 수 있는데, 본 연구에서는 사회인구학적 변수로서 성은 고정변수로, 혼인 상태는 시간이 지남에 따라 변하는 변수로 설정하였다.

1차 경제위기 후의 임금 및 소득의 변화 관련 변수는 한국노동패널자료 조

5) 경제위기에 따른 취약계층의 변화실태와 사회안전망 평가 및 향후 대책방안(건강부문), 김영택, 김동식, 김수연. 2010. 발췌하였음 67-71쪽. 기존 연구의 자료와 변수 선택, 분석 방법은 같으나 시간변수인 연령변수면에서 기존연구에서는 19세 이상이었으나 본 연구에서는 65세 이상으로 시작하여 고령자 연구에 초점을 맞추었음.

사 1차 년도에만 존재하는 조사 문항이다. 1차 경제위기 후의 임금 및 소득의 변화 영향력은 시간이 지남에 따라 건강상태와 연계될 수 있다. 이에 비록 변수의 성격이 시간이 지남에 따라 변화하나 자료의 제한으로 고정 변수로 설정하여 주관적 건강상태의 변화를 측정하였다.

패널 조사는 횡단면에서 측정이 불가능한 기간(period) 혹은 상황별(states) 변화를 분석할 수 있게끔 한다. 이러한 장점은 패널자료 분석을 통하여 기간효과(period effect) 및 연령효과(age effect)를 분석할 수 있다. 연도 변수인 2003년, 2004년, 2005년, 2006년, 2007년의 기간효과(period effect)는 생존분석과 Cox 회귀분석에서 시간변수인 연령과 함께 동시에 분석이 가능하다. 이에 따라 본 연구에서는 시간이 지남에 따라 변하는 기간 변수와 주관적 건강상태와의 연관성을 분석하였다.

객관적인 사회경제적지위 변수 보다는 주관적인 사회경제적지위 변수가 주관적 건강상태와 건강상태의 변화를 보다 잘 예측하는 변수로 검증되고 있다(Singh-Mnoux, etc, 2005). 이에 본 연구에서는 한국노동패널조사에서 주관적인 사회경제적지위 관련 문항으로 상상, 상하, 중상, 중하, 하상, 하하로 구분된 변수를 활용하였다. 6차와 7차 조사에는 사회경제적지위 변수가 존재하지 않아 5차 조사에서의 사회경제적지위 관련 문항을 분석하였다. 그러한 분석 결과 8차의 사회경제적지위와 큰 차이가 없는 것으로 나타나 6차와 7차의 사회경제적 지위는 8차의 사회경제적지위로 설정하여 8차, 9차, 10차 조사의 사회경제적지위 변화를 분석하였다. 이러한 사회경제적지위는 소득과 학력 수준과 상관성이 높아 이 두 변수들의 분석은 시도하지 않았다.

가족 지지와 건강관련 상관성은 통계적으로 유의미한 결과와 유의미하지 않은 결과가 동시에 보고되고 있다. 그러나 대체로 가족 지지와 건강상태 간의 긍정적 관련성이 우세하다고 할 수 있다. 예로 노인 만성질환자인 경우 가족은 자기관리와 심리적 대처측면에서 중요한 역할을 할 수 있기 때문에 가족개입을 강화하는 방안이 중요시되고 있다(Boise, Heagerty and Eskenazi, 1996). 이러한 가족 관련 변수 중 가족수입에 대한 만족도 및 가족관계 만족도는 건강상태와 연계될 수 있다. 따라서 한국노동패널조사에서 5점 척도인 생활만족도 변수 중 가족수입 만족도 및 가족관계 만족도를 활용하였다. 이

러한 변수는 6차에서 10차까지의 조사에서 활용되어졌고 시간이 지남에 따라 변화하는 변수로 설정되었다.

2. 분석방법

본 연구의 생존분석에서 사건(event)은 5개로 구분된 주관적 건강상태를 이분화하였다. ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’, ‘보통’인 상황에서 ‘나쁨’ 혹은 ‘매우 나쁨’으로 변화하는 상황을 사건(event)으로 간주하였다. 2003년, 2004년, 2005년, 2006년, 2007년의 횡단면 구조의 자료를 조사대상자경험종단(person-period) 자료구조로 변환시켰다. 이는 조사대상자의 경험적 성장 혹은 변화를 수직으로 나열하는 자료의 변환을 의미한다. 이러한 자료구조 변환의 장점은 패널 자료 사건의 변화를 측정하는 데 용이하게끔 한다(Singer and Willett, 2003).

본 연구의 분석 방법은 Kaplan-Meier 분석과 Cox 회귀분석을 활용하였다. Kaplan-Meier 분석은 패널자료 분석에서 기술적 분석에 해당되며 단일량 변수의 사건 경험 확률을 나타내는 데 유용하다. Kaplan-Meier 분석은 조건부 확률개념을 갖고 있는 생명표(life table)와 유사하다. 그러한 Kaplan-Meier 분석의 근본은 사건 발생 수 / 시작되는 기간인 j 위험대상자 수로 정의되어지며 이를 수식으로 나타내면 다음과 같다(Singer and Willett, 2003).

$$p(t_j) = \frac{n \text{ events}_j}{n \text{ at risk}_j}$$

이러한 수식을 활용하여 j 번째 기간을 지나는 생존확률인 S(tj)의 생존함수(survival function)는 첫 번째 기간으로부터 j번째 기간까지 각 구간의 연속적 생존확률을 곱하는 것으로 정의된다. 이러한 내용을 수식으로 나타내면 다음과 같다.

$$S(t_j) = (1 - p(t_1))(1 - p(t_2)) \cdots (1 - p(t_j))$$

Kaplan-Meier 분석의 특징인 단일량 변수의 생존확률 분석과는 다르게 Cox 회귀분석은 예측변수들(predictors)을 서로 보정한 상태에서 다변량 분석이 가능하다. Cox 회귀분석을 통하여 예측변수들의 건강상태가 좋음(매우 좋음, 좋음, 보통)에서 나쁨으로 변하는 확률비를 분석하였다. Cox 회귀분석의 가정(assumption)은 2003년, 2004년, 2005년, 2006년, 2007년 기간 동안 예측변수들의 영향력이 일정해야 하며 예측변수들 집단내 위험확률이 유사한 형태를 가지고 있어야 한다(Singer and Willett, 2003). 이러한 점들은 Kaplan-Meier 분석의 생존확률 도표에서 검증이 되어져 분석을 실시하였다. 그러한 가정을 위배하지 않은 Cox 회귀분석은 비례위험 회귀모형(proportional hazard model)으로도 알려져 있다. 이를 수식으로 나타내면 다음과 같다(Singer and Willett, 2003).

$$h_i(t) = [h_0(t)]^{b_0 + b_1\xi_1 + \dots + b_p x_{ip}}$$

$h_i(t)$ - 시간(t)에 따른 (i) 번째 발생하는 위험 비율(hazard rate)

$h_0(t)$ - 시간(t)에 따른 최초 위험 비율(hazard rate)

p - 변수의 수(number of covariates)

b_j - (j) 번째 회귀 계수의 값(value of regression coefficient)

x_{ij} - (J) 번째 변수의 (i) 번째의 값(value of the ith case of jth covariates)

3. 분석 결과

Kaplan-Meier 분석을 통한 2003-2007년 기간 동안 선출되어진 예측변수들 집단별로 건강상태가 나쁨으로 보고하는 상황을 연령중위수로 나타내고 95% 신뢰구간 하한값과 상한값으로 나타냈다. 또한 선출되어진 예측변수들 집단별로 생존함수를 그림으로 나타내었다.

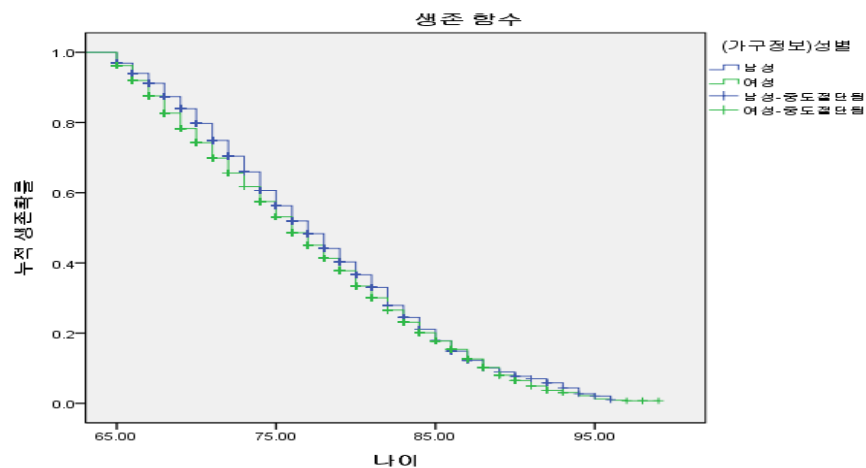
Kaplan-Meier 분석 결과 중 성별 생존 중위수 값을 살펴보면 고령 남성의 경우 추정값이 77세인 반면에 고령 여성의 경우 76세로 나타났다. 95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴보면, 고령 남성의 경우 하한값은 76.39세이며

상한값은 77.61세이다. 고령 여성의 경우 하한값은 75.56세이며 상한값은 76.44세로 나타났다. 이는 여성이 남성보다 건강상태가 나쁨(나쁨/매우 나쁨)으로 전환되는 연령이 좀 더 일찍 발생한다는 것을 의미한다.

〈표 Ⅳ-1〉 65세 이상 고령자 성별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

구분	합계 N	사건 수	중 위 수			
			추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
					하 한	상 한
남성	2,984	1,270	77.00	.312	76.39	77.61
여성	4,329	2,444	76.00	.225	75.56	76.44

누적생존확률(cumulative survival rate) Y축인 최소 0 ~ 최대 1인 구간에서 x축인 나이가 높아갈수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 생존 확률이 낮아지며 여성이 남성보다 그러한 생존확률이 낮게 나타나고 있다. 생존분석에서 중도탈락(censoring case)의 의미는 연령이 높아가는 데 생존 관련 자료가 존재하지 않거나 혹은 건강상태가 나빠지는 사건(event)이 발생하지 않을 경우 중도탈락이 발생한다.



[그림 Ⅳ-1] 성별 생존함수

경제위기이후 임금/소득변화여부 생존 중위수 값을 살펴보면, 임금소득이 늘어남/별다른 변화가 없는 경우 추정값이 75세인 반면에 임금소득 줄어듦의 경우에 73세로 나타났다. 95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴보면 임금소득 늘어남/별다른 변화가 없는 경우 하한값은 74.32세이며 상한값은 75.68세이다. 임금소득 줄어듦의 경우 하한값이 72.23세이며 상한값은 73.77세로 나타났다. 1차 경제위기 이후 임금소득이 줄어든 경우가 임금소득이 늘어나거나 별다른 변화가 없는 경우보다 고령자의 건강상태가 나쁨으로 전환되는 연령이 좀 더 일찍 발생한다는 것을 의미한다.

〈표 IV-2〉 65세 이상 고령자 경제위기이후 임금/소득변화 유형별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

(임금-비임금) 경제위기이후 임금/소득변화여부	합계 N	사건 수	중 위 수			
			추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
					하 한	상 한
임금소득 늘어남/별다른 변화가 없음	1,084	530	75.00	.345	74.32	75.68
임금소득 줄어듦	1,391	560	73.00	.393	72.23	73.77

성별 경제위기이후 임금/소득변화여부 생존 중위수 값을 살펴보면, 남성 중 임금소득이 늘어난 집단과 임금/소득이 별다른 변화가 없는 집단인 경우 추정값이 76.00세인 반면에 여성 중 임금소득이 늘어난 집단과 별다른 변화가 없는 집단인 경우 74.00세로 나타났다. 남성 중 임금소득 줄어든 경우의 경우 추정값이 75.00세인 반면에 여성 중 임금소득 줄어든 경우 71.00세로 나타났다.

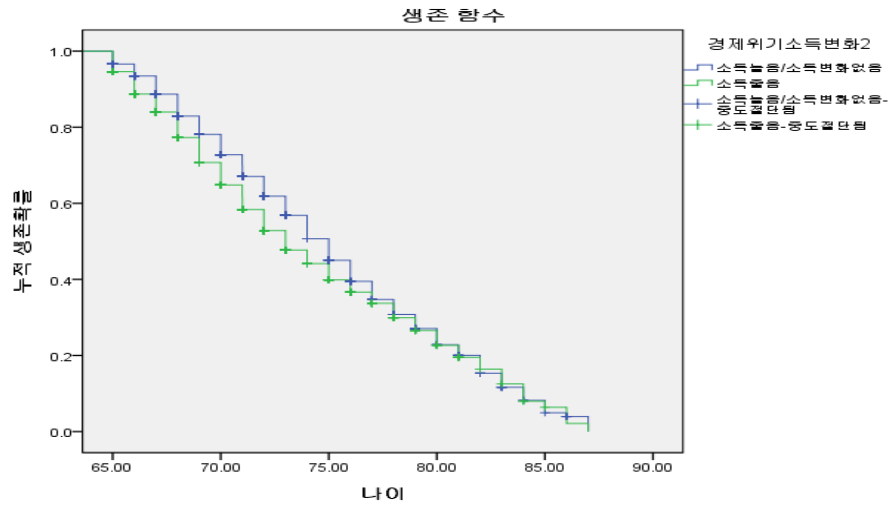
95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴보면 남성 중 임금소득이 늘어난 집단과 임금/소득이 별다른 변화가 없는 집단인 경우 하한값은 74.92세이며 상한값은 77.08세이다. 남성 중 임금소득이 줄어든 집단인 경우 하한값은 73.64세이며 상한값은 76.36세이다. 여성 중 임금소득이 늘어난 경우와 여성 중 임금소득이 별다른 변화가 없는 집단인 경우 하한값은 73.05세이며 상한값은 74.95세로 나타났다. 여성 중 임금소득이 줄어든 경우 하한값이 70.35세이며 상한값은 71.82세로 나타났다.

1차 경제위기 이후 임금소득 변화 관련 모든 집단에서 생존 중위수 값이 여성이 남성보다 낮다. 이는 건강상태가 나쁨으로 전환되는 연령이 여성이 남성 보다 좀 더 일찍 발생한다는 것을 의미한다. 특히 여성 중 임금소득이 줄어든 집단이 다른 집단보다 건강상태가 나쁨으로 전환되는 연령이 좀 더 일찍 발생하는 것으로 나타났다.

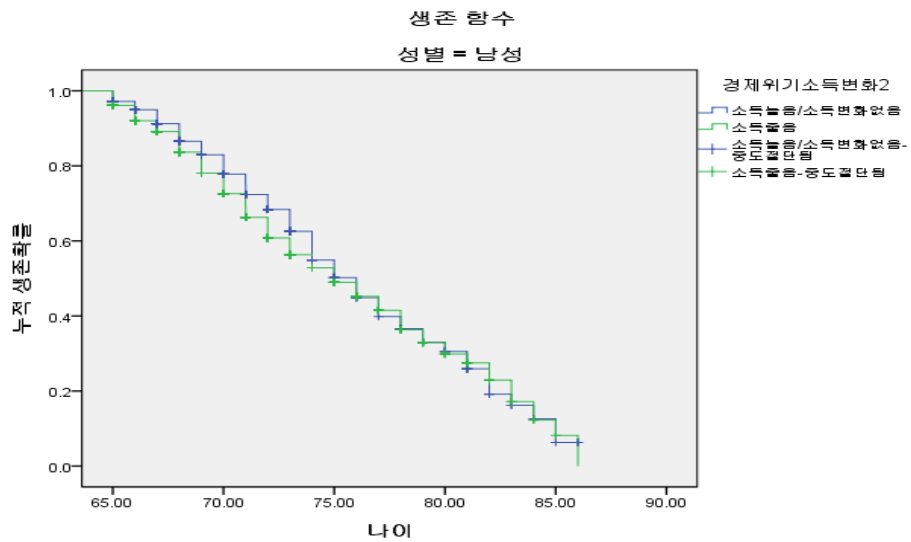
〈표 Ⅳ-3〉 65세 고령자 성별 및 경제위기이후 임금/소득변화 유형별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

(가구정보) 성 별	(임금-비임금) 경제위기이후 임금/소득변화여부	합계 N	사건 수	중 위 수			
				추정값	표준오차	95% 신뢰구간	
						하 한	상 한
남 성	임금소득 늘어남/별다른 변화가 없음	531	210	76.00	.550	74.92	77.08
	임금소득 줄어듦	880	296	75.00	.693	73.64	76.36
여 성	임금소득 늘어남/별다른 변화가 없음	553	320	74.00	.486	73.05	74.95
	임금소득 줄어듦	511	264	71.00	.417	70.35	71.82

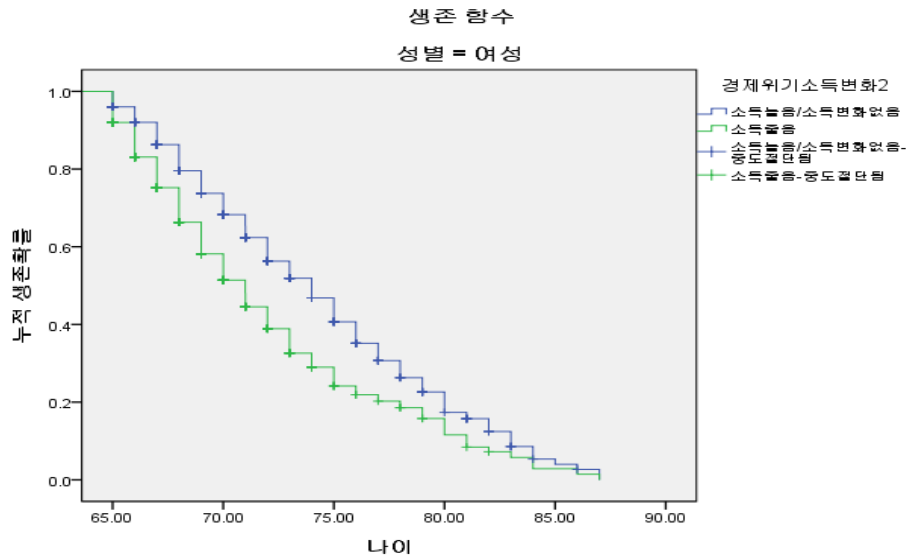
누적생존확률(cumulative survival rate) Y축인 최소 0 ~ 최대 1인 구간에서 x축인 나이가 높아갈수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 생존 확률이 낮아지며 경제위기 후 임금소득 늘어나거나 별다른 변화가 없는 고령자 보다 임금소득이 줄어듦을 경험하는 고령자의 건강상태가 나쁨으로 변하는 생존확률이 낮게 나타나고 있다.



[그림 IV-2] 1차 경제위기 후 소득변화에 따른 고령자 생존함수



[그림 IV-3] 1차 경제위기 후 소득변화별 남성 고령자의 생존함수



[그림 Ⅳ-4] 1차 경제위기 후 소득변화별 여성 고령자의 생존함수

연도 중위수 값을 살펴보면, 2003년 경우 추정값이 76세이다. 2004년, 2005년, 2006년의 경우 77세이며 2006년도의 경우에도 77세로 나타났다. 2007년의 경우 78세로 나타났다.

95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴보면 2003년의 경우 하한값은 75.26세이며 상한값은 76.74세이다. 2004년의 경우 하한값은 76.18세이며 상한값은 77.82세이다. 2005년의 경우 하한값은 76.26세이며 상한값은 77.74세이다. 2006년의 경우 하한값은 76.19세 이며 상한값은 77.81세이다. 2007년의 경우 하한값은 77.09세 이며 상한값은 78.91세로 나타났다. 전반적으로 연도가 높아갈수록 생존 추정값인 연령이 높아지고 있다. 이는 연도가 높아갈수록 건강상태가 나쁨으로 전환되는 연령이 늦어지는 것을 의미한다.

〈표 IV-4〉 65세 이상 고령자 연도별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

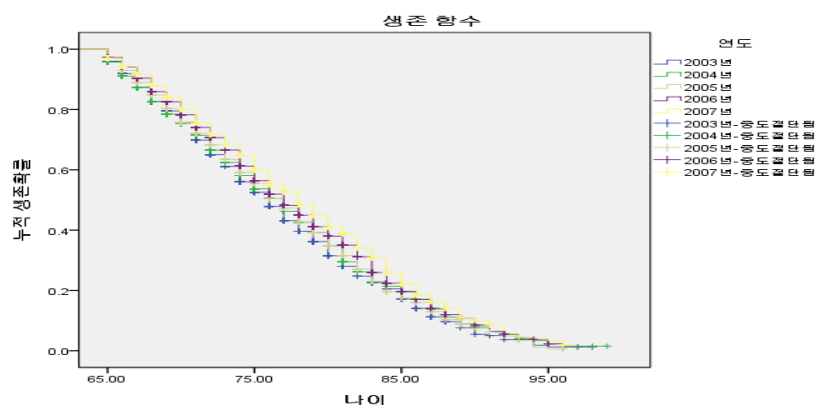
연 도	합계 N	사건 수	중 위 수			
			추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
					하 한	상 한
2003	1,407	772	76.00	.379	75.26	76.74
2004	1,479	792	77.00	.417	76.18	77.82
2005	1,572	813	77.00	.377	76.26	77.74
2006	1,643	810	77.00	.412	76.19	77.81
2007	1,730	781	78.00	.464	77.09	78.91

성별 연도별 중위수 값을 살펴보면 남성 2003년의 경우 추정값이 76.00세인 반면에 여성의 경우 75.00세로 나타났다. 95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴보면 남성 2003년의 경우 하한값은 74.60세이며 상한값은 77.40세인 반면에 여성 2003년의 경우 하한값은 74.06세이며 상한값은 75.94세이다. 남성 2004년의 경우 추정값이 76.00세이고 여성의 경우에도 76.00세로 나타났다. 남성 2004년의 경우 하한값은 74.78세이며 상한값은 77.22세인 반면에 여성 2004년의 경우 하한값은 74.94세이며 상한값은 77.06세이다. 남성 2005년의 경우 추정값이 76.00세이고 여성의 경우에도 76.00세로 나타났다. 남성 2005년의 경우 하한값은 74.76세이며 상한값은 77.24세인 반면에 여성 2005년의 경우 하한값은 75.04세이며 상한값은 76.96세이다. 남성 2006년의 경우 추정값이 78.00세인 반면에 여성의 경우 76.00세로 나타났다. 남성 2006년의 경우 하한값은 76.51세이며 상한값은 79.50세인 반면에 여성 2006년의 경우 하한값은 75.04세이며 상한값은 76.97세이다. 남성 2007년의 경우 추정값이 79.00세인 반면에 여성의 경우 77.00세로 나타났다. 남성 2007년의 경우 하한값은 77.71세이며 상한값은 80.29세인 반면에 여성의 경우 하한값은 75.92세이며 상한값은 78.08세로 나타났다.

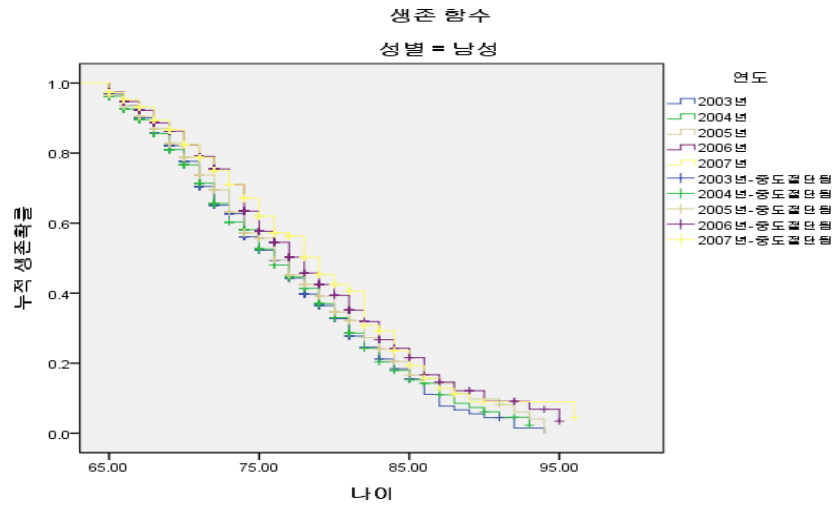
〈표 Ⅳ-5〉 65세 이상 고령자 성별 및 연도별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

성 별	연 도	합계 N	사건 수	중 위 수			
				추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
						하 한	상 한
남 성	2003	536	252	76.00	.715	74.60	77.40
	2004	562	260	76.00	.624	74.78	77.22
	2005	591	260	76.00	.632	74.76	77.24
	2006	623	253	78.00	.763	76.51	79.50
	2007	672	245	79.00	.660	77.71	80.29
여 성	2003	777	471	75.00	.480	74.06	75.94
	2004	827	487	76.00	.542	74.94	77.06
	2005	873	502	76.00	.491	75.04	76.96
	2006	908	498	76.00	.492	75.04	76.97
	2007	944	486	77.00	.552	75.92	78.08

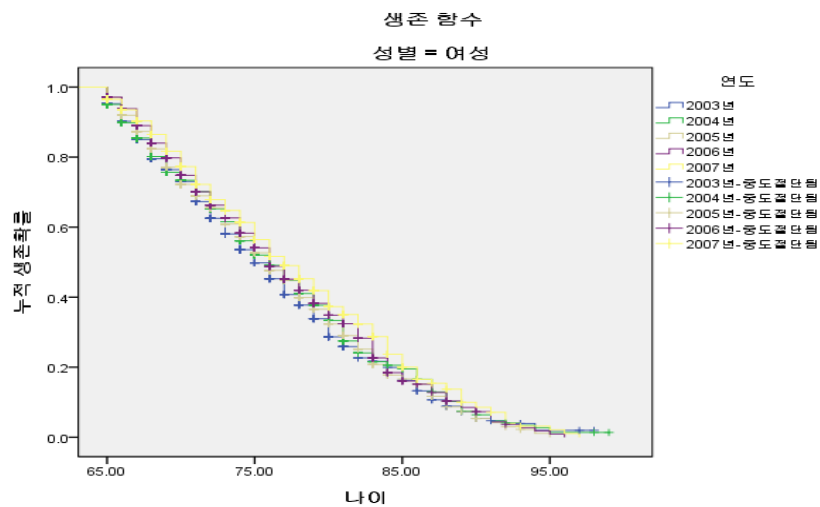
누적생존확률(cumulative survival rate) Y축인 최소 0 ~ 최대 1인 구간에서 x축인 나이가 높아갈수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 생존 확률이 낮아지며 연도가 높을수록 생존확률이 높아지고 있다



[그림 Ⅳ-5] 1차 경제위기 후 연도별 고령자 생존함수



[그림 IV-6] 1차 경제위기 후 연도별 남성 고령자 생존함수



[그림 IV-7] 1차 경제위기 후 연도별 여성 고령자 생존함수

사회경제적 지위별 생존 중위수 값을 살펴보면, 상/중상의 경우 추정값이 82세인 반면에 중하의 경우 79세로 나타났다. 하상의 경우 추정값이 76세인

반면 하하의 경우 74세로 나타났다. 95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴 보면 상/중상의 경우 하한값은 80.48세이며 상한값은 83.52세이다. 중하의 경우 하한값은 78.07세 이며 상한값은 79.93세이다. 하상의 경우 하한값이 75.39세이며 상한값이 76.61세이다. 하하의 경우 하한값이 73.54세이며 상한값이 74.46세로 나타났다. 사회경제적 지위가 낮아질수록 생존 중위수 값이 낮아진다. 이는 사회경제적 지위가 낮아질수록 건강상태가 나쁨으로 전환되는 연령이 일찍 발생함을 의미한다.

〈표 Ⅳ-6〉 65세 이상 고령자 사회경제적 지위별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

사회 경제적 지위	합계 N	사건 수	중 위 수			
			추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
					하 한	상 한
상/중상	1,095	338	82.00	.775	80.48	83.52
중하	2,129	849	79.00	.473	78.07	79.93
하상	2,084	1058	76.00	.312	75.39	76.61
하하	1,992	1372	74.00	.234	73.54	74.46

성별 사회경제적지위 생존 중위수 값을 살펴보면 남성 중 상층/중상층에 속한 집단인 경우 추정값이 83.00세인 반면에 여성 상층/중상인 경우 81.00세로 나타났다. 남성 중 중하층인 경우 추정값이 79.00세인 반면에 여성 중하의 경우 78.00세로 나타났다. 남성 중 하상층인 경우 추정값이 77.00세인 반면에 여성 중 하상층인 경우 75.00세로 나타났다. 남성과 여성 하하층인 경우 추정값이 74.00세로 나타났다.

95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴보면 남성 중 상층/중상인 경우 하한값은 80.15세이며 상한값은 85.85세로 나타났다. 남성 중하층인 경우 하한값은 77.20세이며 상한값은 80.48세이다. 남성 하상층인 경우 하한값은 75.81세이며 상한값은 78.20세이다. 남성 하하층인 경우 하한값은 73.26세이며 상한값은 74.20세이다. 여성 상층/중상인 경우 하한값은 79.31세이며 상한값은 82.65세이다. 여성 중하층인 경우 하한값은 76.87세이며 상한값은 79.13세이

다. 여성 하상층인 경우 하한값은 74.36세이며 상한값은 75.64세이다. 여성 하층인 경우 하한값은 73.38세이며 상한값은 74.62세로 나타났다.

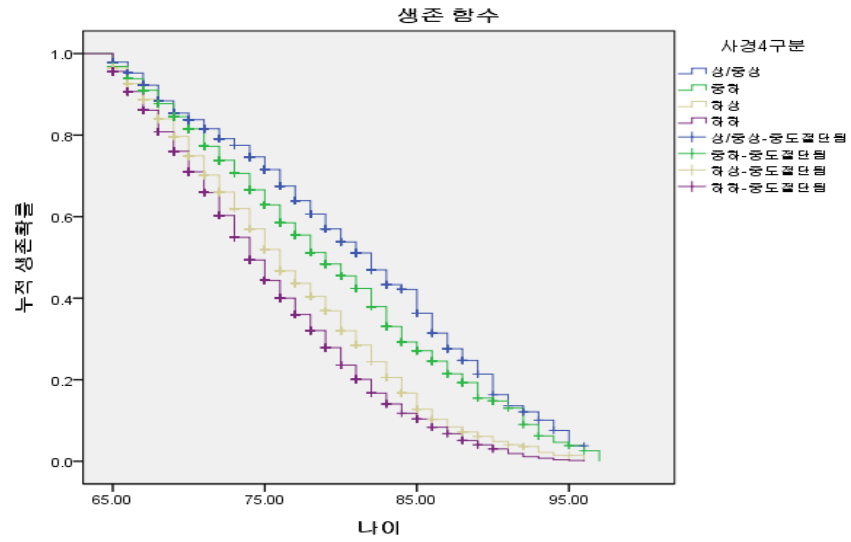
성별로 비교하면 하하층을 제외하면 모든 계층에서 속한 여성이 남성보다 생존 중위수가 낮다. 이는 상층/중상층, 중하층, 하상층에 속한 여성이 남성보다 건강상태가 나쁨으로 전환되는 연령이 일찍 발생함을 의미한다. 하하층에 속한 여성과 남성의 생존 중위수는 동일하다.

〈표 IV-7〉 65세이상 고령자 성별 및 사회경제적 지위별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

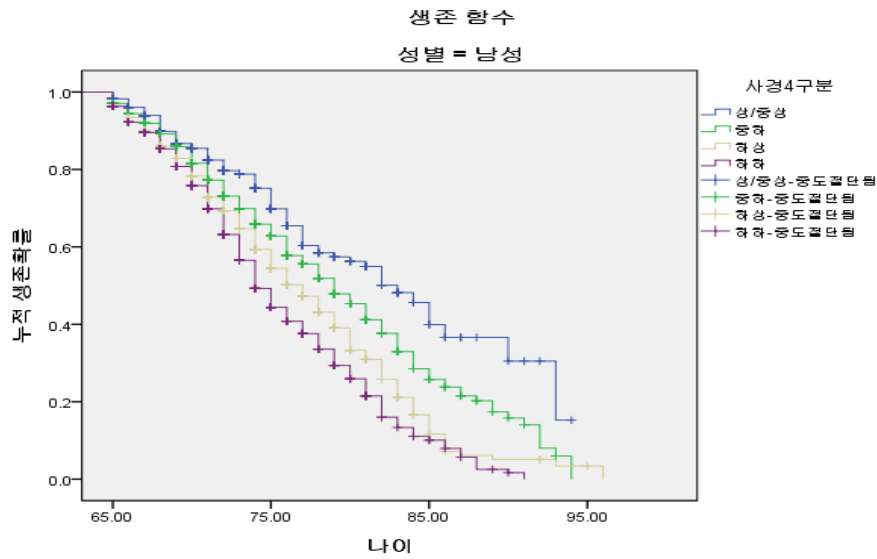
(가구정보) 성별	사회경제적 지위	합계 N	사건 수	중 위 수			
				추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
						하 한	상 한
남 성	상/중상	509	120	83.00	1.453	80.15	85.85
	중하	871	287	79.00	.757	77.52	80.48
	하상	794	344	77.00	.610	75.81	78.20
	하하	624	393	74.00	.376	73.26	74.20
여 성	상/중상	527	190	81.00	.842	79.31	82.65
	중하	1,076	484	78.00	.577	76.87	79.13
	하상	1,164	653	75.00	.327	74.36	75.64
	하하	1,290	938	74.00	.314	73.38	74.62

누적생존확률(cumulative survival rate) Y축인 최소 0 ~ 최대 1인 구간에서 x축인 나이가 높아갈수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 생존 확률이 낮아지며 사회경제적 지위가 낮을수록 생존확률이 낮아지고 있다.

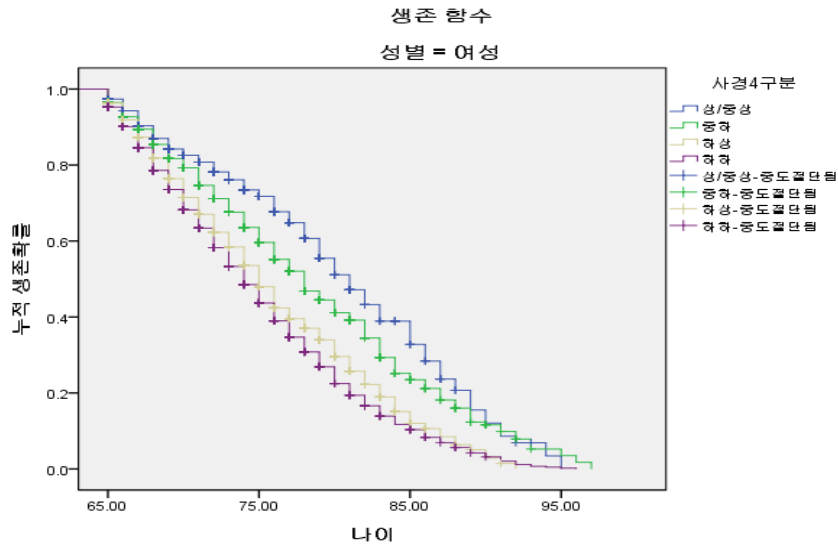
Ⅳ. 사회환경 변화와 건강상태 변화에 대한 생존 분석 ●●● 59



[그림 IV-8] 1차 경제위기 후 사회지위별 고령자 생존함수



[그림 IV-9] 1차 경제위기 후 사회지위별 남성 고령자 생존함수



[그림 IV-10] 1차 경제위기 후 사회지위별 여성 고령자 생존함수

혼인상태 생존 중위수 값을 살펴보면, 미혼/이혼/별거/사별의 경우에 79세로 나타났으며 기혼의 경우 75세로 나타났다. 95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴보면, 미혼/이혼/별거/사별의 경우 하한값이 78.50세이며 상한값이 79.50세이다. 기혼의 경우 하한값이 74.60세이며 상한값은 75.40세로 나타났다. 기혼인 경우가 미혼/이혼/별거/사별의 경우보다 건강상태가 좋음에서 나쁨으로 전환되는 연령이 일찍 발생함을 의미한다.

〈표 IV-8〉 65세 이상 고령자 혼인상태 유형별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

혼인상태	합계 N	사건 수	중 위 수			
			추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
					하 한	상 한
미혼/이혼/별거/사별	3,406	1950	79.00	.254	78.50	79.50
기 혼	4,425	2018	75.00	.202	74.60	75.40

성별 혼인상태 중위수 값을 살펴보면 남성 미혼/이혼/별거/사별의 경우 추정값이 83.00세인 반면 여성 미혼/이혼/별거/사별의 경우 78.00세로 나타났다. 남성 기혼의 경우 추정값이 76.00세인 반면 여성 기혼의 경우 72.00세로 나타났다.

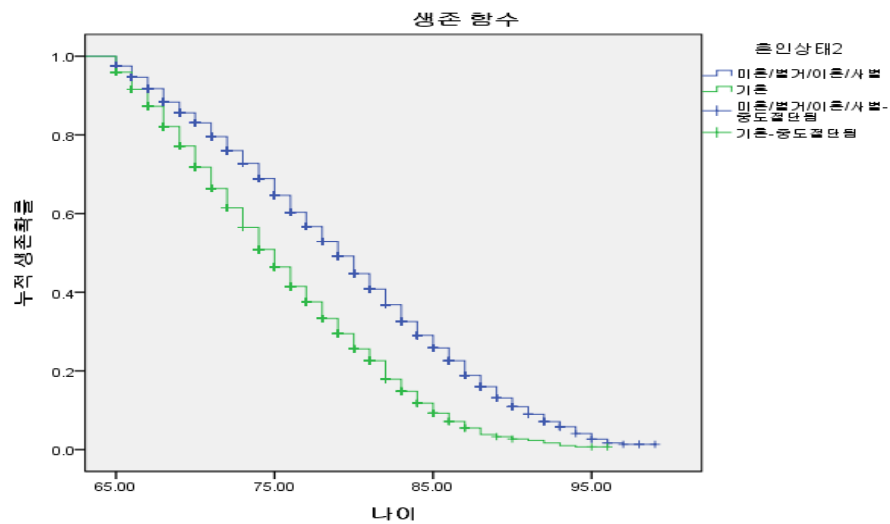
95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴보면 남성 미혼/이혼/별거/사별의 경우 하한값은 81.23세이며 상한값은 84.77세이다. 남성 기혼의 경우 하한값은 75.41세이며 상한값은 76.59세이다. 여성 미혼/이혼/별거/사별의 경우 하한값은 77.46세이며 상한값은 78.54세이다. 여성 기혼의 경우 하한값은 71.45세이며 상한값은 72.55세로 나타났다.

성별로 혼인상태별 생존 중위수를 살펴보면 미혼/이혼/별거/사별인 경우와 기혼인 경우 모두 다 여성이 남성보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 중위수가 낮은 것으로 나타났다. 특히 기혼인 경우가 미혼/이혼/별거/사별인 경우 보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 중위수가 낮은 것으로 나타났다.

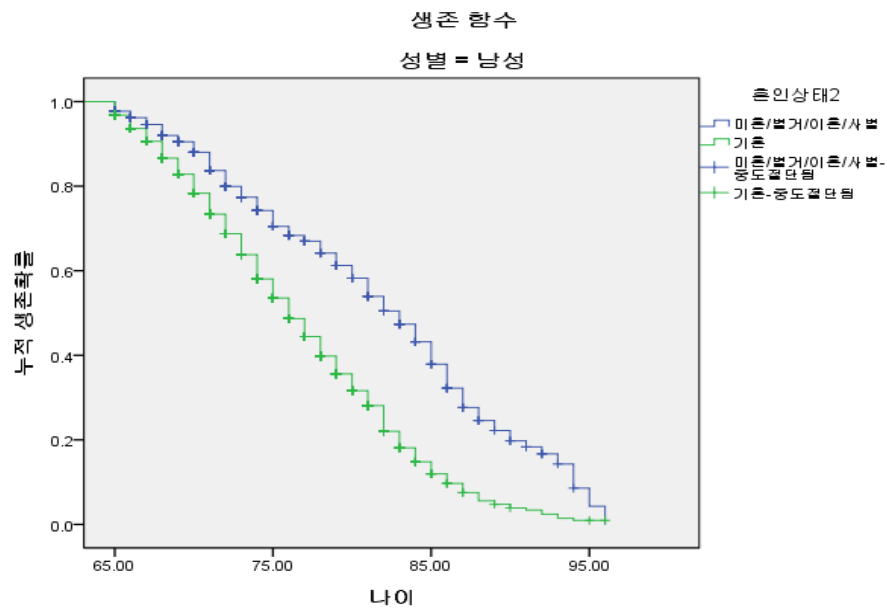
〈표 Ⅳ-9〉 65세 고령자 성별 및 혼인상태 유형별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

성별	혼인상태	합계 N	사건 수	중 위 수			
				추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
						하 한	상 한
남 성	미혼/이혼/별거/사별	400	175	83.00	.902	81.23	84.77
	기혼	2,584	1,095	76.00	.300	75.41	76.59
여 성	미혼/이혼/별거/사별	2,628	1,577	78.00	.274	77.46	78.54
	기혼	1,701	867	72.00	.282	71.45	72.55

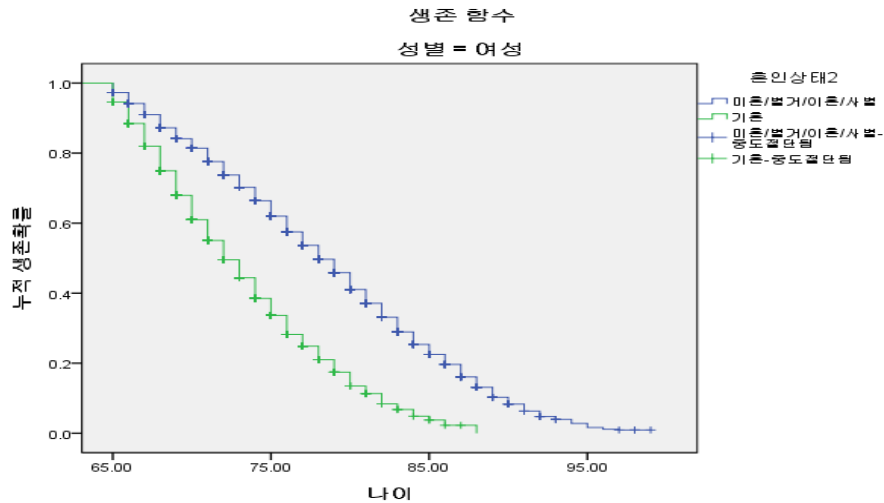
누적생존확률(cumulative survival rate) Y축인 최소 0 ~ 최대 1인 구간에서 x축인 나이가 높아갈수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 생존 확률이 낮아지며 기혼자인 경우 미혼/이혼/별거/사별인 경우보다 생존확률이 연령이 높아갈수록 낮아지고 있다.



[그림 IV-11] 1차 경제위기 후 혼인상태별 고령자 생존함수



[그림 IV-12] 1차 경제위기 후 혼인상태별 남성 고령자 생존함수



[그림 Ⅳ-13] 1차 경제위기 후 혼인상태별 여성 고령자 생존함수

가족수입 만족도 중위수 값을 살펴보면, 만족의 경우 추정값이 82세인 반면에 보통의 경우 80세로 나타났으며 불만족의 경우 74세로 나타났다. 95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴보면 만족의 경우 하한값은 80.17세이며 상한값은 83.83세이다. 보통의 경우 하한값은 79.35세이며 상한값은 80.65세이다. 불만족의 경우 하한값은 73.61세이며 상한값은 74.39세로 나타났다. 가족수입 만족도가 불만족할수록 생존 중위수 값이 낮아지고 있다. 이는 가족수입 만족도가 불만족할수록 건강상태가 나쁨으로 전환되는 연령이 일찍 발생함을 의미한다.

〈표 Ⅳ-10〉 65세 이상 고령자 가족수입 만족도 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

가족수입 만족도	합계 N	사건 수	중 위 수			
			추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
					하 한	상 한
만 족	678	211	82.00	.933	80.17	83.83
보 통	3,426	1,486	80.00	.333	79.35	80.65
불만족	3,542	2,203	74.00	.197	73.61	74.39

성별 가족수입 만족도의 중위수값을 살펴보면 남성 중 만족한 경우 추정값이 82.00세인 반면에 여성 중 만족한 경우 79.00세로 나타났다. 남성 중 만족수준이 보통인 경우 추정값이 79.00세이고 여성 만족수준이 보통의 경우 79.00세로 동일하게 나타났다. 남성 중 만족수준이 불만족의 경우 추정값이 75.00세인 반면에 여성 중 만족수준이 불만족의 경우 74.00세로 나타났다.

95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴보면 남성 중 만족한 경우 하한값은 78.69세이며 상한값은 85.31세이다. 남성 중 만족수준이 보통인 경우 하한값은 77.72세이며 상한값은 80.29세이다. 남성 중 불만족한 경우 하한값은 74.32세이며 상한값은 75.68세이다. 여성 중 만족한 경우 하한값은 77.57세이며 상한값은 80.43세이다. 여성 중 만족수준이 보통인 경우 하한값은 78.18세이며 상한값은 79.82세이다. 여성 중 불만족한 경우 하한값은 73.48세이며 상한값은 74.52세로 나타났다.

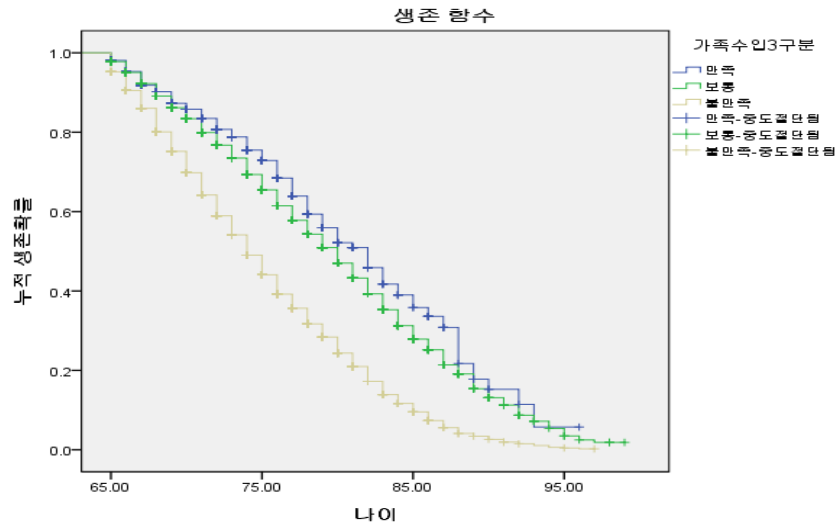
성별 가족수입 만족도를 살펴보면, 가족수입이 만족하거나 불만족일 경우 여성이 남성보다 건강상태가 나쁨으로 전환되는 연령이 일찍 발생하고 있다.

〈표 IV-11〉 65세 고령자 성별 및 가족수입 만족도별 유형별 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

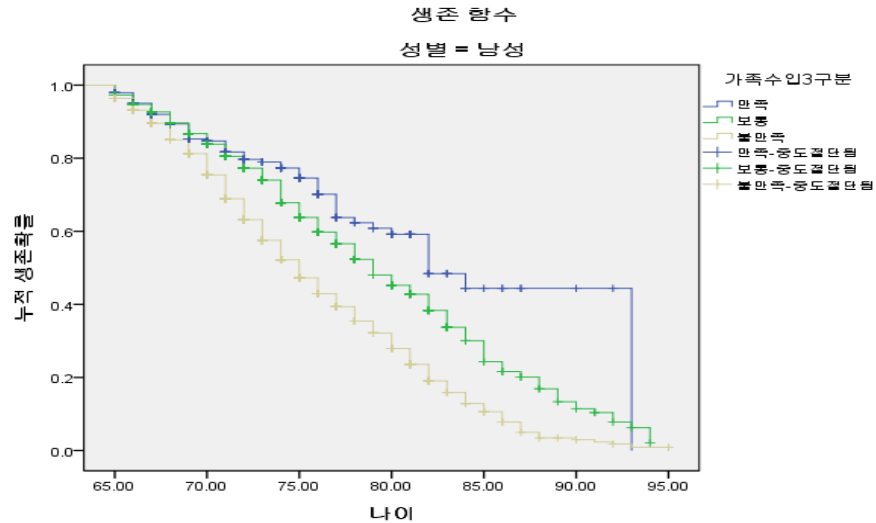
(가구정보) 성별	가족수입 만족도	합계 N	사건 수	중 위 수			
				추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
						하 한	상 한
남 성	만족	291	70	82.00	1.691	78.69	85.31
	보통	1,282	419	79.00	.655	77.72	80.29
	불만족	1,350	735	75.00	.347	74.32	75.68
여 성	만족	341	128	79.00	.729	77.57	80.43
	보통	1,832	857	79.00	.417	78.18	79.82
	불만족	2,056	1,390	74.00	.266	73.48	74.52

누적생존확률(cumulative survival rate) Y축인 최소 0 ~ 최대 1인 구간에서 x축인 나이가 높아갈수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 생존 확률이 낮아지며 가

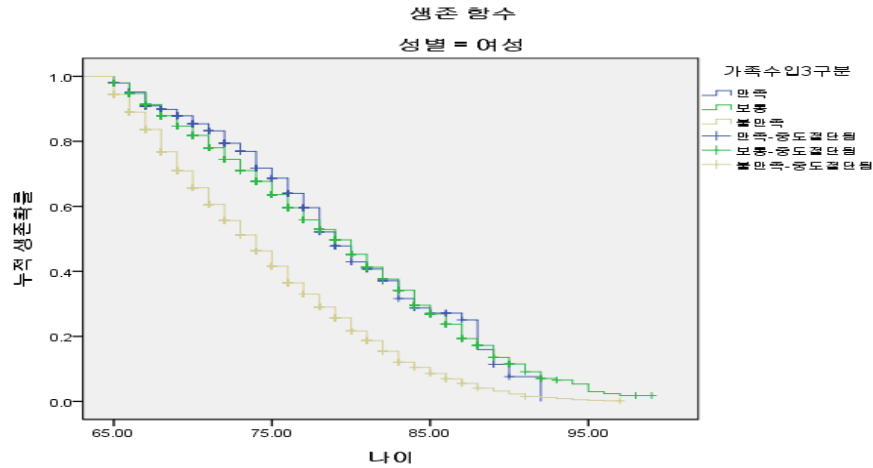
족수입 만족도가 불만족인 경우 연령이 높아갈수록 생존확률이 낮아지고 있다.



[그림 IV-14] 1차 경제위기 후 가족수입 만족도별 생존함수



[그림 IV-15] 1차 경제위기 후 가족수입 만족도별 남성 생존함수



[그림 IV-16] 1차 경제위기 후 가족수입 만족도별 여성 생존함수

가족관계 만족도 중위수 값을 살펴보면, 만족의 경우 추정값이 78세인 반면에 보통의 경우 77세로 나타났으며 불만족의 경우 74세로 나타났다. 95% 신뢰구간의 하한값과 상한값을 살펴보면 만족의 경우 하한값은 77.40세이며 상한값은 78.60세이다. 보통의 경우 하한값은 76.48세이며 상한값은 77.52세이다. 불만족의 경우 하한값이 73.16세이며 상한값은 74.84세로 나타났다. 가족관계 만족도가 불만족할수록 생존 중위수 값이 낮아지고 있다. 이는 가족관계 만족도가 불만족할수록 건강상태가 나쁨으로 전환되는 연령이 일찍 발생함을 의미한다.

〈표 IV-12〉 65세 이상 고령자 가족관계 만족도와 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

가족관계 만족도	합계 N	사건 수	중 위 수			
			추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
					하 한	상 한
만 족	3,751	1,524	78.00	.306	77.40	78.60
보 통	3,353	1,903	77.00	.265	76.48	77.52
불만족	546	409	74.00	.428	73.16	74.84

성별 가족관계 만족도 중위수 값을 살펴보면 남성이 만족한 경우 추정값이 78.00세인 반면에 여성이 만족한 경우 77.00세로 나타났다. 남성의 만족수준이 보통인 경우 추정값이 77.00세인 반면에 여성이 보통의 경우 76.00세로 나타났다. 남성이 불만족한 경우 73.00세인 반면 여성이 불만족한 경우 74.00세로 나타났다.

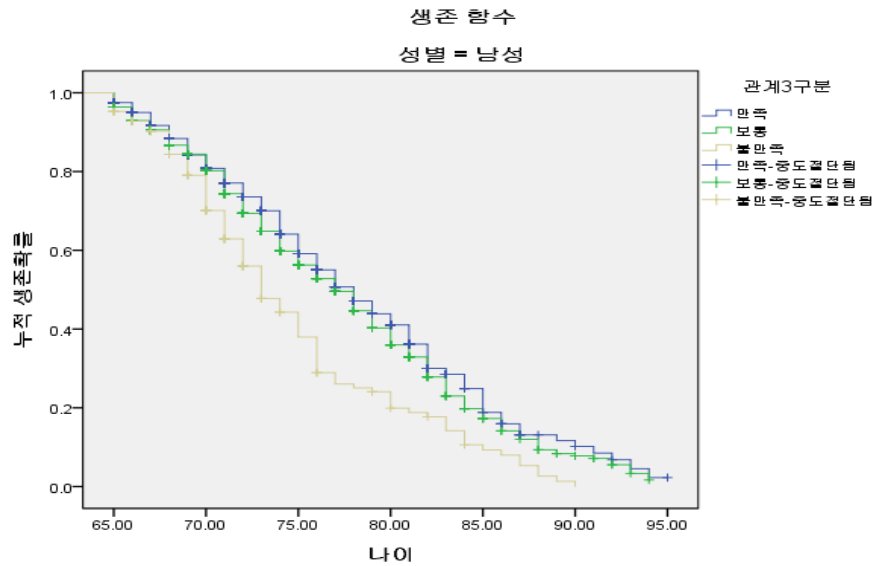
95% 신뢰구간 하한값과 상한값을 살펴보면 남성이 만족한 경우 하한값은 76.97세이며 상한값은 79.03세이다. 남성의 만족 수준이 보통인 경우 하한값은 76.04세이며 상한값은 77.96세이다. 남성이 불만족한 경우 하한값은 71.57세이며 상한값은 74.43세이다. 여성이 만족한 경우 하한값은 76.29세이며 상한값은 77.71세이다. 여성의 만족수준이 보통인 경우 하한값은 75.40세이며 상한값은 76.60세이다. 여성이 불만족한 경우 하한값은 72.92세이며 상한값은 75.08세로 나타났다.

성별 가족관계 만족도를 살펴보면 만족함과 보통인 경우 여성이 남성보다 생존 중위수 값이 낮으며 불만족인 경우 남성 생존 중위수 값이 여성보다 낮다.

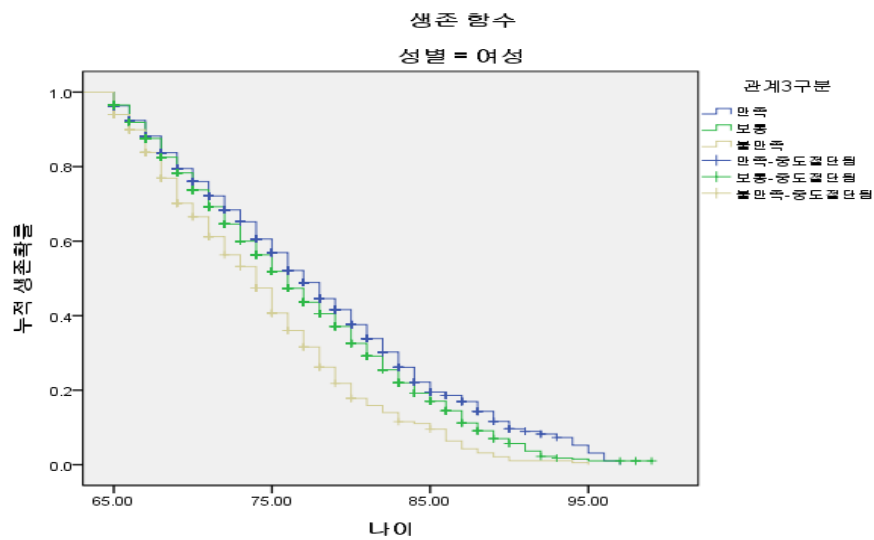
〈표 Ⅳ-13〉 65세 이상 고령자 성별 가족관계 만족도와 생존분석의 합계, 사건 수 및 중위수

(가구정보) 성별	가족관계 만족도	합계 N	사건 수	중 위 수			
				추정값	표준 오차	95% 신뢰구간	
						하 한	상 한
남 성	만족	1,563	541	78.00	.527	76.97	79.03
	보통	1,191	562	77.00	.489	76.04	77.96
	불만족	168	121	73.00	.731	71.57	74.43
여 성	만족	1,952	884	77.00	.362	76.29	77.71
	보통	1,933	1,223	76.00	.308	75.40	76.60
	불만족	349	272	74.00	.553	72.92	75.08

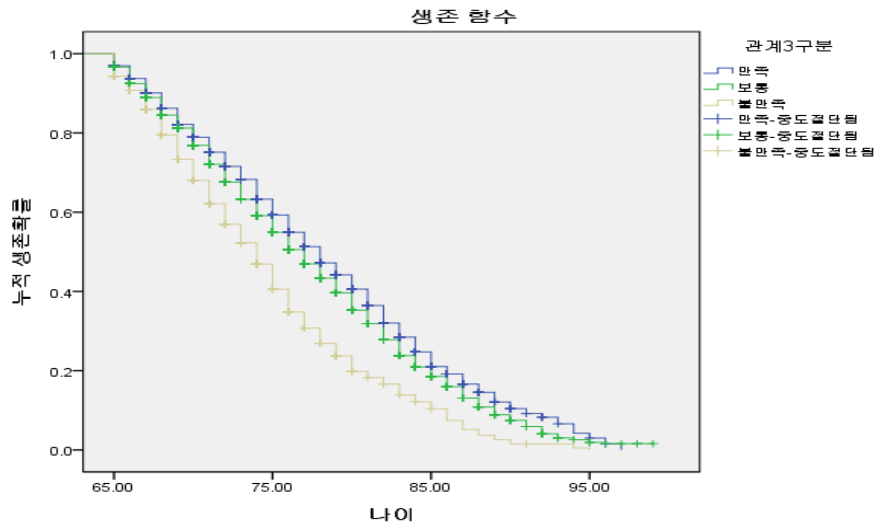
누적생존확률(cumulative survival rate) Y축인 최소 0 ~ 최대 1인 구간에서 x축인 나이가 높아갈수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 생존 확률이 낮아지며 가족관계 만족도가 불만족할수록 생존확률이 낮아지고 있다.



[그림 IV-17] 1차 경제위기 후 가족관계 만족도별 생존함수



[그림 IV-18] 1차 경제위기 후 가족관계 만족도별 남성 생존함수



[그림 IV-19] 1차 경제위기 후 가족관계 만족도별 여성 생존함수

Kaplain Meier 분석을 통하여 단일변량 생존분석 결과에 이어 Cox 회귀분석을 통한 다변량 분석을 하였다. 통계적 모델 I에서는 선출된 예측변수들의 상호보정 상태에서 주관적 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률비를 측정하고 모델 II에서는 성(sex)과 1차 경제위기 후 소득/임금의 변화의 상호효과(interaction effect)를 추가하여 주관적 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률비를 측정하였다.

모델 I에는 1차 경제위기 이후 임금/소득이 변화가 없는 집단 및 임금/소득이 늘어나는 집단이 임금/소득이 줄어드는 집단인 준거집단보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률비가 낮게 나타났다($\text{Exp}(B)=0.75$, $p<.000$). 또한 연속변수인 기간이 지나갈수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률비가 낮게 나타났다($\text{Exp}(B)=0.91$, $p<.000$). 사회경제적 지위가 낮을수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률비가 높게 나타났다. 상/중상 계층 집단을 준거집단으로 다른 사회계층의 확률비는 아래와 같다. 중하 계층인 경우($\text{Exp}(B)=1.31$, $p<.05$), 하상 계층인 경우($\text{Exp}(B)=1.49$, $p<.001$), 하하인 경우($\text{Exp}(B)=1.73$, $p<.000$)로 나타났다. 한편 혼인상태의 경우 미혼/이혼/별거/사별자 집단이 준거집단인 기혼

자보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 낮게 나타났다($\text{Exp}(B)=0.70$, $p<.000$). 가족수입 만족도인 경우 만족하는 준거집단 보다 불만족하는 집단이 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 높게 나타났다($\text{Exp}(B)=1.35$, $p<.05$). 또한 가족관계 만족도에서도 만족하는 준거집단 보다 불만족하는 집단이 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 높게 나타났다($\text{Exp}(B)=1.29$, $p<.05$).

주목해야 할 사실은 이러한 사회환경적 변수를 통제하고도 고령 여성이 고령 남성보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 높게 나타나며 모델 I의 설명변수들 중 건강상태가 나쁨으로 변하는 데 제일 크게 영향을 미친다($\text{Exp}(B)=1.84$, $p<.000$).

모델 II에서는 성(sex)과 1차 경제위기 후 소득/임금의 변화의 상호효과(interaction effect)를 추가한 결과 임금/소득이 변화가 없는 집단 및 임금/소득이 늘어나는 집단이 임금/소득이 줄어드는 준거집단 보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 더 이상 통계적으로 유의하지 않았다. 가족수입 만족도인 경우에도 만족하는 준거집단 보다 불만족하는 집단이 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 더 이상 통계적으로 유의하지 않았다.

모델 II에서 고령 여성이 고령 남성보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 더욱 높게 나타났으며 고령 여성이 성(sex)과 1차 경제위기 후 소득/임금의 변화의 상호효과(interaction effect)가 크게 나타났다. 즉, 1차 경제위기 이후 임금/소득이 변화가 없는 집단 및 임금/소득이 늘어나는 집단 중 고령 여성은 임금/소득이 줄어드는 집단 중 고령 여성인 준거집단보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 낮게 나타났다($\text{Exp}(B)=0.67$, $p<.000$).

〈표 Ⅳ-14〉 65세 고령자의 사회적 환경 및 주관적 건강상태 변화 관련 Cox 회귀 분석

변수	모델 Ⅰ		모델 Ⅱ	
	Exp(B)	B(SD)	Exp(B)	B(SD)
1차 경제위기 이후 임금/소득 변화 임금소득 늘어남/별다른 변화가 없음 (임금소득 줄음)	0.75***	-0.29(.07)	0.94	-0.07(.10)
연도(2003-2007)	0.91***	-0.09(.02)	0.91***	-0.09(.02)
성				
여성 (남성)	1.84***	0.61(.08)	2.21***	0.79(.10)
사회경제적 지위 (상/중상)				
중하	1.31*	0.27(.14)	1.30	0.26(.14)
하상	1.49**	0.40(.14)	1.52**	0.42(.14)
하하	1.73***	0.55(.15)	1.77***	0.57(.15)
혼인상태 미혼/이혼/별거/사별 (기혼)	0.70***	-0.37(.08)	0.69***	-0.38(.08)
가족수입 만족도 (만족)				
보통	1.01	0.01(.15)	1.00	0.00(.15)
불만족	1.35*	0.30(.15)	1.32	0.28(.15)
가족관계 만족도 (만족)				
보통	0.98	-0.02(.07)	0.98	-0.02(.07)
불만족	1.29*	0.26(.12)	1.31*	0.27(.12)
성*1차 경제위기 이후 임금/소득 변화			0.67***	-0.40(.13)
Chi-Square	192.25		210.70	
-2LL	13,401.76		13,392.56	

P<.05 -*, p<.01-**, p<.000-***; () - 준거집단

4. 소결

기존의 패널자료를 통하여 여성 고령자와 남성 고령자가 사회환경적 변화로 인하여 건강 수준이 나쁨으로 변화함을 분석하고자 하였다. 1차 경제위기 후 임금 및 소득의 변화, 연도, 사회경제적 지위, 혼인상태, 가족관계 만족도, 가족수입 만족도에 관한 변수들을 활용하여 생존 분석(survival analysis)을 실시하였다. 이러한 분석의 목적은 특히 노년기 기간의 사회환경적 변화로 인한 건강상태가 나쁨으로 변하는 노년기 기간의 차이가 있는 지를 분석하고자 하였다. 본 연구의 분석 결과를 살펴보면, 1차 경제위기 후의 소득이 감소되는 집단이 소득의 변화가 없거나 소득이 늘어나는 집단보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 높게 나타나 건강상태 변화가 나쁨으로 발생하는 사건이 65세 이상의 연령에서 더 일찍 발생하였다. 사회경제적 지위면에서도 사회경제적 지위가 하층으로 갈수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 높게 나타나 건강상태 변화가 나쁨으로 발생하는 사건이 65세 이상의 연령에서 더 일찍 발생하였다. 가족관계 및 가족수입 만족도면에서도 만족수준이 낮아질수록 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 높게 나타나 건강상태 변화가 나쁨으로 발생하는 사건이 65세 이상의 연령에서 더 일찍 발생하였다.

여성고령자가 남성 고령자 보다 외부 사회적 환경의 변화, 즉 1차 경제위기로 인하여 건강수준에 영향을 더 많이 받는지에 관한 노출가설이론을 검증하였다. Cox 회귀분석에서 고령 여성이 성(sex)과 1차 경제위기 후 소득/임금의 변화의 상호효과(interaction effect)를 살펴보면, 1차 경제위기 이후 임금/소득이 변화가 없는 집단 및 임금/소득이 늘어나는 집단 중 고령 여성은 임금/소득이 줄어든 집단 중 고령 여성인 준거집단보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 낮게 나타났고 통계적으로 유의하였다. 이는 앞에서 언급된 변수들을 보정한 후에도 경제위기 후 소득이 줄어든 여성 고령자가 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 높게 나타났다는 의미와 같다.

V

여성 고령자대상 심층면접

1. 분석방법	75
2. 분석 결과	77
3. 소결	88

1. 분석방법

가. 연구대상 및 자료

앞 장에서는 노년층의 건강상태 및 노년에 이르기까지 다양한 인구·사회적 특성, 사회적 환경이 어떻게 건강에 영향을 미쳤는지를 파악하는데 중점을 두어, 생존함수분석을 통해 그 결과를 알아보았다. 사회적 요인과 성(gender)을 분석한 결과, 특히 저소득층 여성이 건강수준이 나쁨으로 이르는 시간이 단축된다는 점이 파악되었다. 따라서 이 장에서는 사회적 불평등의 정도와 성(gender)을 주목하여 저소득층 여성노인층을 대상으로 현재 이 집단의 건강상태 및 건강 증진 방안, 과거 이들의 건강상태에 영향을 주었던 요인, 향후 건강을 위해 어떠한 정책이 필요한지에 대해 알아보았다. 본 연구결과는 100세 시대의 건강한 삶을 위한 기초자료와 향후 보다 깊이 있는 연구방향에 대한 가이드를 제공할 수 있다.

나. 연구방법: 질적 조사

1) 조사 목적

본 과제는 수시과제로 한정된 시간과 자원으로 인해 개별 노인의 심도 있는 생애사를 통한 누적적 건강영향을 보기는 어려웠다. 따라서 사회적 지위가 다양한 노년층을 대상으로 사회적 지위의 차이에 따른 건강영향을 살펴보는 일은 차후의 과제로 남겨둔다.

따라서 본 보고서에서는 양적분석결과와 맥을 같이하여 다음과 같은 사항에 초점을 맞추었다. 양적조사에서 나타난 저소득층 여성의 건강이 좋지 못하다는 사실에 주목하여 “이 집단을 대상으로 현재의 건강상태, 사회적 환경상태를 알아보고, 건강관리 현황 및 이들의 요구를 질문”하여 현재 시점에서 2차적 예방이나마 실천하여 정책대안을 잡을 수 있는 방향으로 면접을 활용하였다. 여기에 덧붙여 면접대상자가 요약한 생애과정에서 건강에 영향을 미친 중요한 사건을 주목하여 장기적인 저소득층 여성노인의 건강정책에 반영하고자 하였다.

2) 조사 방법

면접대상자는 저소득층 여성으로 지역을 제한하여 이들의 생활과 건강상태를 알아보았다. 질적조사가 파악하고자 하는 질문에 대해 이론적 샘플(theoretical sampling)을 하는 것이 중요하므로 서울 종로구 거주자면서, 경로당에 다니고 있는, 저소득층(한 달 수입이 50만원을 넘지 않음)이고, 65세 이상 여성노인으로 한정하였다. 다른 계층이나 남성과의 비교는 향후 과제로 남겨 놓았다.

두 명의 면접자가 경로당을 방문하여 면접을 실시하였다. 면접 시작 전 면접대상자에 대한 기본정보표(Facesheet)를 작성하여 기본적인 정보를 확보한 후 면접을 하였다. 기본정보표에는 연령, 주거지역, 현재 가족구성 및 동거형태, 과거 가족구성, 주거현황, 현재 경험하고 있는 질병(의사진단, 본인증상경험 포함), 월 수입수준 및 수입출처, 연락처, 성함이 포함되었다.

면접은 개방형 질문을 통해 특정 답을 유도하지 않으면서 면접대상자가 응답하도록 하였다. 예를 들어 “건강을 위해서 뭐 하시는 것이 있나요?” (숨겨놓은 질문 항목: 건강검진, 영양보충(건강기능식품), 운동, 금연/금주, 수면 등). 개방형 질문은 다음과 같다.

- 1) 인구·사회학적 특성
- 2) 살아 온 이야기(생애과정)
- 3) 현재 건강상태
- 4) 건강에 대한 주관적 인식
- 5) 건강관리 현황
- 6) 건강에 영향을 주는 주관적 요인, 사건
- 7) 건강을 위해 필요한 지원

면접이 끝난 후에는 생활현황과 건강상태를 파악할 수 있는 간단한 표를 작성하여 전체 대상자의 현황을 파악한 후 구체적인 개별사례 분석과 종합적인 고찰을 하였다.

2. 분석 결과

가. 인구·사회적 특성

본 연구에 포함된 면접대상자의 현황은 <표 V-1>과 같다. 연령별로는 60대 1명, 70대 6명, 80대 2명이고 거주 지역은 모두 종로구였다. 주거형태를 보면 명의와 관계없이 5명은 자가 주택(실제 주택 가격은 매우 저렴함), 전세 3명, 사글세 1명이었다. 현재 동거하고 있는 가족은 부부 1명, 자녀와 함께 생활하는 사람 3명, 혼자 생활하는 사람 5명으로 단독가구가 많았다. 수입원으로 간헐적(또는 상시고용)인 청소, 급식보조 등에 의존하거나, 자녀의 비정기적 용돈, 노령연금 등 낮은 국가지원금 등으로 생활을 하고 있어 소득 수준은 매우 낮았다.

〈표 V-1〉 면접대상자의 인구사회적 현황

구분	나이	현재 가족구성 및 동거형태	과거 가족구성	주거 현황	현재 경험하는 질환(의사진단+ 주관적 인식)	한 달 수입 및 수입출처
1	66세	혼자 (평생미혼)	혼자	전세	혈압약 1년째 골반, 관절	청소 50만원 (개인건물) 10년째
2	76세	아들과 함께 동거 (이혼) 딸 27세 결혼함	남매와 배우자	전세	허리수술, 팔 수술, 다리	없음
3	82세	혼자 (이혼 + 재혼) 40년째	아들 5명중 1명 사망	11평 집소유	허리 예전에는 무릎	아들 10만원 국가 9만원 작년까지 청소 20만원 정도
4	71세	혼자	20년쯤 할아버지 사망 아들 1명 딸 1명	사글세	다리수술, 천식, 허리, 혈압	복지관청소 20만원
5	72세	아들 2명 같이 삼	딸 1명, 배우자 (작년 사망)	19평 집소유	다리	아들 10-30만원 불규칙용돈

구분	나이	현재 가족구성 및 동거형태	과거 가족구성	주거 현황	현재 경험하는 질환(의사진단+ 주관적 인식)	한 달 수입 및 수입출처
6	75세	배우자(3급 장애인)	아들(사망) 딸2명	12평 집소유	혈압, 장수술 (대장), 허리, 무릎	국가지원 15만원 국가보훈처 15만원정도
7	70세	아들2 손주3 본인	배우자 8년 전 사망(혈관질환) 4남매 아들 1명 사망 둘째아들 장애인 딸 이혼 후 외국 이민 셋째아들 공장	14평 집소유	고혈압, 당뇨, 관절 (고관절), 허리, 목디스크	고물수집 10만원정도
8	76세	혼자	배우자 2년 전 사망 아들 1 딸 3	10평 집소유	다리수술, 허리수술, 당뇨약, 혈압약, 눈영양제	정부 9만원 급식지원노동 20만원 아들 20만원
9	87세	혼자	아들 2 딸 2 배우자 20년 전 암으로 사망	전세	허리, 무릎, 귀, 혈압	국가지원 9만원 용돈 30만원

나. 현재 건강상태

면접대상자 중 건강이 “괜찮다”거나 “좋은 편”이라고 응답한 두 명을 제외하고는 건강상태가 “안 좋은”, “나쁜 편”인 것으로 나타났다. 현재 경험하고 있는 질병은 대부분 만성질환으로 고혈압, 당뇨, 관절 및 정형외과 관련 질환(관절염, 허리, 다리, 무릎, 골반, 팔 등), 이비인후과 관련 질환(귀)이었다. 대부분의 경우 관련 질환으로 약을 복용하고 있었다. 이러한 현상은 노인성질환과 여성의 높은 만성질환, 특히 관절 질환의 문제를 그대로 드러내고 있는 것으로 보인다. 또한 건강검진은 개인적 검진이라기보다는 대체로 건강보험공단의 건강검진 통보가 오면 검진을 하고 있으며 질환이 심해져 검진의 필요가 있을 때만 하고 있는 것으로 나타났다. 면접대상자 중 흡연을 하는 사람은 없었고, 술은 소주로 2잔에서 한 병까지 다양했다.

“...(내가 일 나가서) 새벽 6시에 나가서 10시 되면 와. 그리고 경로당으로 와. (경로당에서) 밥도 해서 먹고 일도 도와주기도 하고 많이 도와주지 내가 도와줘 노인들을... (술도 하시고요?) 가끔 고것 때문에 내가 산다는 게.. 소주 한 병에서 반 병 먹고 잠자는 거야.. 외로울 시간도 없어 노인내들이 한잔 하자 하면 하고 혼자서는 안 먹어 절대 먹은 적이 없어 혼자서는 안 먹어.” (사례 1)

특히나 혼자 사는 면접대상자의 경우 아파도 말할 곳이 없어 이때가 가장 외롭다고 진술하였다. 고령화 사회로 가면서 독거 노인층이 많아질 때 적절한 의료서비스나 사회적 지지가 되지 않는다면 병고에 시달리는 것뿐만 아니라 질병 발생에 따른 심리적 문제가 악화될 것으로 보인다.

“...활동하고 밝게 다닙니다. 아파도 누구한테 아프다고 하소연 할 수가 없어요. (그럼 혼자 살 때 어느 때 가장 외롭나요?) 아플 때 갑자기 아플 때 몸이 이상할 때. 울 때도 있었지 아플 때 그때만 지나면 명랑하게 사는 거야 그렇다고 누가 알아주지도 않아 가슴에 여기 맺혀도... 어쩔 때는 뭘 할 수가 없어 일어날 수가 없어 갑자기 그럴 때가 있더라고 그래서 약을 항상 챙겨두고 먹기는 하지 약은 안 떨어지지.” (사례 1)

〈표 V-2〉 면접 대상자의 건강관련 사항 요약

주관적 건강상태	현재질병 (의사진단+본인판단)	현재질병Ⅱ (의사진단+본인판단)	주관적 건강인식	건강관리	건강검진	음주, 흡연
안 좋음	혈압약 1년째 골반, 관절	그리 좋지 않음. 활동은 가능	몸과 마음이 건강	영양제(뼈관련), 한약방, 등산, 운동	개인적으로 병원 가서 사진 촬영	가끔 소주반병
안 좋음	허리수술, 팔수술, 다리	매우 안 좋음, 팔 6번수술, 허리 2번수술, 걷기가 힘듦, 관절염, 여러번 입원	생활수준이 잘 되는 것	진통제, 당뇨약, 고지혈증, 식생 활동의, 경로당 스트레스해소	건강검진	거의 매일 소주반병
나쁨	허리 예전에는 무릎	10년째 혈압, 위장, 골다공증, 수술은 안해봄	걷는데 지장이 없다면 건강하다고 생각됨	운동, 봉사, 식사 관리 3개 식사, 건강검진	통보 올 때마다 검진 받음	술, 담배 안함
나쁨	다리수술, 천식, 허리, 혈압	다리수술, 천식, 허리, 혈압	아프지 않으면 건강	경로당, 걷기	통보 올 때마다 검진 받음	가끔 술 조금
괜찮은편	다리	다리, 나이 때문에 허리 아픈 정도, 혈압약 시작, 수술X, 우울증X	식사 잘 하고 잘 다닐 수 있으면 건강	개인병원에서 검사, 가정일, 산책	개인적으로 건강검진, 많이 아파야 갈 예정	소주 한병
나쁨	혈압, 장수술 (대장), 허리, 무릎	대장암수술 2년 전, 우울한 증상	몸 안 아프면 건강	예전 배드민턴, 요즘 아파서 잘 못함	통보 오면 함	술, 담배 안함
보통	고혈압, 당뇨, 관절(고관절), 허리, 목디스크	고혈압, 당뇨, 고관절협착증, 목디스크, 수술X	몸 안 아프면 건강	오메가3, 가끔 청심환, 운동 겸해서 고철 수집	검진 받음	술 조금
나쁨	다리수술, 허리수술, 당뇨약, 혈압약, 눈영양제	다리 허리수술, 혈압약 섭취, 당뇨, 눈이 나쁨, 작년치아	다리만 안 아프면 건강 스트레스 없는 삶	노래 부르기 (주2회)	복지관에서 검 사, 통지서 받으 면 함	술, 담배 안함
좋은편	허리, 무릎, 귀, 혈압	허리, 무릎, 귀, 혈압약, 수술X	잘 돌아다닐 수 있는 삶	영양제, 경로당, 운동, 산책	요즘 잘 안감 서비스는 만족	소주 2잔

다. 건강에 대한 주관적 의미

면접대상자 중 건강이 “괜찮다”거나 “좋은 편”이라고 응답한 두 명을 제외하고는 건강상태가 “안 좋은”, “나쁜 편”인 것으로 나타났다. 그렇다면 경로당에 다니는 저소득 여성노년층에게 건강이 무엇을 의미하는지 질문해 보았다. “몸과 마음이 건강”한 것, “생활을 할 수 있는 상태”, “걸는데 지장이 없는 것”, “잘 돌아다닐 수 있는 것”, “아프지 않은 것”, “식사를 할 수 있는 정도” 등으로 나타났다.

건강의 의미에 대해 질문했을 때 다양한 응답이 나온 것처럼 보이지만 이는 크게 두 가지로 나뉘볼 수 있다. 첫째, (의사진단이든 본인이 느끼는 것이든) 질병이 없거나 유지할 수 있는 상태이며 둘째, 최소한의 생활을 할 수 있는 기능(식사, 걷기 등)이라는 두 가지 기준이 적용된 것으로 보인다. 이러한 건강 개념은 연령과 소득이라는 요인이 크게 작동한 것이라고 판단된다.

여기에 덧붙여 경기의 호황으로 실제 자녀나 주변사람의 경제 상황이 좋아지는 것이 면접대상자에게도 보탬이 되는 것으로 보인다. 이는 자녀의 일자리와 소득 수준이 저소득층 여성노인의 정신건강과 관련이 있음을 시사한다고 하겠다.

“첫 째로 속에 병이 없어야지 그리고 다리 성하고 그래야 땡기지 그게 최고지..” (사례 8)

“그냥 아프지 않고 부자 되는 것도 안 바라고 밥이나 남에게 빌리러 안댕기고 가정이 편안하고 애들 속 안 썩이고 그러면 사는게 그냥 그렇죠..” (사례 7)

“건강이 최고다 몸도 안 아프지만은 정부가 우리나라가 상태가 좋아지고 고 자식 돈 잘 벌어서 서로 잘 되는 것이 건강해지는 거여” (사례 4)

“뭐 병 없이 살다가 죽으면 건강한거지 돈도 없는데 병원 갈려면 힘들지..” (사례 5)

“몸만 건강하면 제일 좋을 거 같아요. 지금 몸이 아프고 건강하지 못하니까 제일 힘들고 그렇지..” (사례 6)

라. 건강관리 현황

저소득층의 여성노인은 건강을 위해 무엇을 어떻게 하고 있을까? 통상적으로 사용되는 적극적 개념인 ‘건강관리’라는 말이 저소득층 여성노년층에게는 어떤 의미로 다가올까?

면접대상자에게 건강을 위해 무엇을 하는지 질문하였다. 일단 아픈 사람이 많기 때문에 약을 잘 복용하고 있는 것으로 나타났다.

“약도 여러 가지 먹죠... 진통제 당뇨도 심하죠. 고지혈증 돈이 있어야 비타민 같은거 사먹는데 그런 것도 있어야죠. 아프니까 약 같은 거 처방받아 가지고 먹죠.” (사례 2)

뼈 건강을 위해 칼슘제를 복용하라는 의사의 말이 있었지만 복용 중인 약이 많아 위장, 간의 문제로 약 복용도 하지 못하고 있는 것으로 나타났다.

“나쁘지요, 혈압 나쁘지요. 위장 나쁘고 위장약 먹기 정말 그런데 이러면서도 (살아요)... 10년 넘었어요 내시경도 못하니까... 그냥 막 위장약 먹은지도 오래 됐어요. 두 가지만 먹고... 골다공증 진찰하더니 원장이 약을 먹어야 된다고 약이 너무 많아서 내가 더 이상 못 먹습니다. 지금은 약 두 가지 밖에 안 먹어요. 원장님이 (골다공증 수치가) 4.3이라고 먹어야 된다고... (건강식품은)... 아무것도 안 먹어요. 보건소에서 빨간약 받아 오더군요. 영양제라고 가져다주더래요. 그래서 아픈데 먹을 수 없다고 받지도 않아요.” (사례 3)

대부분의 면접대상자는 경로당에 가는 것, 걷기 등의 운동, 식생활 주의, 노래 부르기, 수다, 즐겁게 살려고 하는 마음가짐이라고 응답하였고 아플 때 약 먹는 것도 이에 포함되었다. 면접대상자 모두가 경로당에 다니고 있기 때문에 저소득층 여성노인으로 경로당을 중심으로 함께 식사하고, 수다 떨고,

산보 가고, 건강정보를 교환하는 것으로 파악되었다.

“스트레스 안 받고 친구들하고 잘 지내고 그런거지 뭐 내가 할게 있어..”
(사례 9)

대부분의 면접 대상자는 걷기와 같은 가벼운 운동의 중요성을 강조했다.

“아침 9시쯤 와 가지고 쭉 있어요. 운동을 못하잖아. 여기서 이야기도 하고
약주도 하고 고스톱도 치고..” (사례 2)

“운동은 다 하는 거고 걷기도 하고 다리 아파서 많이는 못하고 노력은 하
지. 할머니들 다 마찬가지로야 사는 건 다 마찬가지로야. 누구든지 일어나서 움직
이려고 하지 다른 하는 것은 없어도..” (사례 4)

“방안에서 운동도 하고 허리 아픈데 다리를 이렇게 하고 하루 열 번씩 하
라고 알려주더라고요. 그래서 그런 거 다 하고...” (사례 3)

“허리만 안 아프고 그거 하면은 걷지를 아예 못해요 역전까지 가려고 해도
몇 번 앉아야 되요. 동사무소에서 오라고 해도 힘들어요..” (사례 3)

같은 저소득층이라고 해도 하루 종일 일을 해야 하는 면접대상자는 ‘노동
이 운동이라고 생각하고 정신력으로 버티는’ 사람도 있었다.

“운동할 시간이 없어요. 근데 종이나 깡통 주우러 다니는 것이 나에게는
운동이지 이거 운동이다 하고 하는 거예요. 이게 노동이라고 하면 힘이 드는
데 나는 이게 운동이다. (그 외에는 특별히 운동하는 거 없어요?).....내가
힘겹게 무언가 하니까 무거운 것도 들고 아무래도 하니까 점점 오른쪽 다리
는 중풍 맞은 사람처럼 어떤 때는 힘이 없을 때는 다리가 끌려요. 그래도 정
신력으로 버티는 거예요 애들 때문에..” (사례 7)

신체 활동 외에 중요한 것은 심리적인 것인데 환경을 변화시키기보다 주로 본인 스스로의 심리적 상태를 조절하는 방식을 택하고 있었다.

“그냥 즐겁게 살아야지 아프지만 않고 살아야지 지금 당장 아프면 물 떠줄 사람도 없는데..” (사례 8)

“...그래서 내가 알아서 하는 거야 산에도 다니고 낙산공원도 다니고 그렇게 하는거요. 내가 내 건강을 지켜야지 누가 알아줄 사람도 없어... 자기 몸 관리를 잘 해야지 몸 관리 잘해야지 누가 옆에서 어찌저찌 소용없어 자기가 알아서 해야지 마음을 비워야 돼.” (사례 1)

“즐겁게 사는 것이 제일 중요할거 같아요... 그렇죠. 친구들과하고 지낼 때 가장 좋았어요... (할머니 오래 살고 싶으시죠?) 그렇지는 않아요. 건강하면서 오래 살면 되는데 아프고 그러면 자식들한테도 짐이 될 거 같고 적당히 많이 아프지도 않고.” (사례 6)

위의 진술에서 나타나듯이 이들에게는 맞춤형 헬스(health), 건강보조식품 복용, 여행 다니기 등 일부 사회적 집단에서 시행되고 있는 건강관리와는 다른 양상을 보이고 있다. 민간보험 등 최근 의료산업 내에서 시장을 확보하기 위해 노년층을 대상으로 시행 중인 전략에는 해당되지 않는다.

1) 건강에 영향을 주는 주관적으로 인식된 사건

앞서 서술한 바와 같이 면접대상자 중 건강이 “괜찮다”거나 “좋은 편”이라고 응답한 두 명을 제외하고는 건강상태가 “안 좋은”, “나쁜 편”인 것으로 나타났다. 그렇다면 현재의 건강상태에 도달하기 전 면접대상자가 인식하는 건강악화요인은 무엇이었을까? 여기에 대한 대답은 면접대상자가 생애사를 진술하면서 자연스럽게 도출되었다.

물론 현재의 건강상태나 질환의 종류가 연령과 여성이라는 요인과 밀접한 관련을 갖고 있지만 인생과정에서 건강에 중요한 영향을 미치는 사건들이 나

타남을 알 수 있다. 이는 주로 배우자 및 자식 사망, 배우자의 실직, 경제위기 상황, 힘든 노동인 것으로 나타났다.

“우리 아들 죽던 해(아들 33세쯤) 커피를 한참 흘렸어요. 막아도 못 당해가지고 밤에 그래가지고 ○○○○병원 응급실로 가가지고 그때부터 혈압이 터져서 그렇다고(고혈압) 하더군요. 혈압이 높아서 그때부터 약 먹기 시작한거예요. 한 16년... 근데 갑작스레 온 것이기 때문에 원래 건강 체질이라 내가 병원에 안다녔어요. 약도 잘 안 먹고 진통제 이런거 먹으면 속이 쓰려서 절대 안 먹었어요. 그랬는데 별안간에... 그래서 그때부터 혈압약은 계속 먹고... 그러다가 우리 할아버지가 서울대학병원에서 4개월 입원하다가 돌아가셨어요. 돌아가신지가 8년째 되요. 그때 당뇨병이 생긴거여 스트레스로. 의사가 그러더라고. 친정에는 당뇨 있는 사람 없는데 요즘은 스트레스 받으면 생기니까 스트레스 받지 말고 잘 마음을 추스르라고 하는데 애들 기르면 스트레스 안 받을 수가 없어요. 여유 있는 생활도 아니고...” (사례 7)

경제적으로 힘든 시기와 건강은 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났다. IMF로 인해 국가의 전체적 경제상황이 악화되고 면접대상자의 가정도 직격탄을 맞으면서 경제적 수준과 건강수준이 함께 움직이는 것을 알 수 있다. 때론 자식들의 실직 등으로 인해 그나마 보조되던 용돈이 감소되어 힘든 생활을 하는 경우도 있었다. 아래 지문은 IMF 때 가족경제가 어려워지고 이러한 상황이 건강과 연계되는 것을 잘 보여주고 있다.

“그냥 애들 키운다고 간신히 살고 애들 대학 못 보냈지. (할아버지가) 재봉틀하고 미싱했지. (할머니는 일 안했어요?) 왜 안 해! 일꾼들 밥 해먹이고 애들 넷 뵈또 싸주고 밥 해 먹인다고 내가 뭐 늙었지... IMF때... 그리고 장사하다가 망했어. 그래서 아들도 지가 공부 잘 해서 그렇지 대학 갈 때쯤 죽을 뻔했어. 딸들은 대학 못 보냈어. 돈 때문에 못했어요. 예, 그때부터 건강상태가 안 좋아졌죠. 그때부터 더했어. 40대 얼굴에도 뭐 났지 이도 아프지 허리도 아프지 아주 아프더라고...” (사례 8)

배우자의 사망과 함께 자식 교육과 생활을 위해서 힘든 노동을 하다 면접대상자의 건강이 손상되는 경우가 종종 발견되곤 한다. 물론 배우자의 직업이 대부분 일용직, 영세상인, 실직자 등이었으므로 비록 저소득층 여성이 일한다고 해서 생활 형편이 크게 나아진 것은 아니었지만 여성의 노동으로 인해 생활이 가능해졌다. 그러나 현실적으로 여성의 한정된 일자리와 적은 수입을 고려했을 때, 무리한 노동이 이들의 건강을 악화시켰을 가능성이 높다.

“할아버지(배우자) 돌아가시고 나서 병 걸린거예요. 살아있을 때 병 걸리면 이렇게까지 고통을 겪지 않았겠죠. 할아버지 돌아가시고 돈 벌어서 아들 고등학교까지 가르쳤잖아요. 일은 힘든 데로 하면서 가르치는 바람에 병이 나가지고 몸을 움직이지 못했어요.” (사례 2)

마. 건강을 위해 필요한 지원

면접대상자는 수명에 대해서는 “살만큼 살다가 가는 거지”, “명대로 가는 거지”, “안 아프다 갔으면 좋겠어”, “오래 살고 싶지는 않아”라는 말로 인위적인 수명연장보다는 현재 상태를 유지하되 건강한 상태가 지속되기를 희망하고 있었다.

“사람이 형편에 따라 그렇지 사는 데는 내가 할 수 없잖아. 사는데까지는 살아야지 그렇지 않아요? 그냥 대충 사는데 까지만 자식들 손가락질 안하는데 까지만 살려고. 일찍 가면 좋지..” (사례 4)

현재의 건강상태를 유지하거나 건강한 삶을 살기 위해서 많은 것을 바라지 않았고, “국가가 여력이 있나”라는 말로 복지에 대한 욕구가 많은 것도 아니었다. 다음 세 가지 사항은 면접대상자의 생애사 진술에서 또 구체적으로 ‘필요한 지원이 무엇이나’고 물은 질문에 대한 응답을 분석한 것이다.

향후 건강한 생활을 위해서 필요하다고 느끼는 사항은 크게 세 가지로 나타났다.

첫째, 경제적 지원이다. 면접대상자들은 생계를 위해서 청소 등 일을 하고

있는 경우가 많았는데 공공부조의 형식이 아니더라도 일자리를 제공받아 생활할 수 있는 기반을 마련하기를 바라고 있다. 노년층의 건강상태를 감안한 일자리 제공이 중요하다고 보고 있다.

“나는 생활을 지원받고 싶어. 누구나 다 그래요. 생활 그것이 문제지 노인들이 먼 저기 했겠어요 그렇다고 나이 먹으면 써 주지도 않아요.” (사례 1)

“나는 경제만 해결되면 좋아. 아프면 죽는건 그런거고... 돈이 없으면 사람 구실을 못합니다. 남 가는데 5만원 내면 3만원이라도 내야 되는데 그런걸 못하니까 사람 취급을 안 하죠. 노인들도 돈 가져다주는 사람은 막 세워줘요. 그 대신 나는 몸으로 활동을 하죠.” (사례 3)

둘째, 약제비의 부담이다. 저소득층 여성노인은 다양한 만성질환을 앓고 있는데 의료비 그 자체도 문제가 될 수 있지만 매일 복용해야 하는 약값에 대한 부담을 크게 느끼고 있었다. 약제비 그 자체가 비싸다기 보다는 전체적으로 소득수준이 낮은 상황에서 약제비가 차지하는 비율이 높다고 느끼고 있고 더 이상 소득창출을 할 수 없는 상황에서 약제비 부담 비율을 감소시킬 수 있는 상황이 아니기 때문에 나온 결과로 보여진다.

셋째, 저소득층 여성노인은 다양한 만성질환을 앓고 있어 의료비가 문제인 것으로 드러났다. 특히 수술을 해야 하는 경우는 더욱 그 부담이 큰데 가족이나 친척의 도움으로 수술을 받거나, 돈이 없어서 필요한 수술을 받지 못하고 있는 것으로 나타났다.

“여러 번 입원했었죠. 허리 할 때는 2달 있다 나왔어요. 너무 아프니까 정신이 없어가지고 적십자병원에서도 2달 있다 나왔어요. 의료비는 친척들이 조금씩 도와주었어요.” (사례 2)

“무릎 아픈 것이 제일 치료받고 싶어요. 수술을 해야 되는데 다리가 다 닳아서 해야 되는데...” (사례 6)

넷째, 면접대상자는 모두 경로당에 다니고 있었는데 서로 도와가며 정신적인 지원이 됨을 확인할 수 있었다. 따라서 면접대상자가 직접적으로 요구한 사항은 아니지만 저소득층 여성노인이 모일 수 있는 여건을 조성하고 이를 중심으로 이들이 요구하는 사항이 충족되는 것이 중요하다.

“...(경로당 나오는 것도 도움이 되나요?) 엄청 되죠... 경로당이 없었다면 저 죽었을지도 몰라요. 외롭고 스트레스 받고 마음을 풀 수도 없고. 여러분들이 위로해주고 서로 사랑을 받고 사니까 저는 사는 거 같아요... 갈 데도 없고 친척들도 안 오고 육신이 멀쩡하지 못하니까 차를 혼자 타고 다니지 못해요. 누가 같이 보호를 해주면 가능하죠... 정부에서 이렇게 불쌍한 사람 쓰지도 못하고 경제적으로 도와주었으면 좋겠어요. 사실 딸자식이 나가면 남이에요”(사례 2)

3. 소결

질적조사를 통하여 저소득층 여성노인의 건강상태, 건강의 의미, 건강관리 현황, 건강상태에 영향을 주는 주관적 요인 및 사회적 지원 대책에 대해 알아 보았다. 특히 생애과정에서 건강에 영향을 미친 중요한 사건을 주목하여 장기적인 저소득층 여성노인의 건강정책에 반영하고자 하였다.

대부분의 면접대상자는 만성질환을 앓고 있었고 약 복용과 일상적인 걷기, 수다 등을 통해 건강을 유지하고 있었다. 이들이 생각하는 건강은 질병이 없는 상태 및 최소한의 생활 가능 상태로, 건강 개념의 관점에서 바라볼 때 최소한의 요건을 충족시키는 수준이었으며 WHO가 이미 오래 전에 규정하였던 “건강은 질병이 없는 상태가 아니라 심리적, 사회적 안녕 상태”라는 정의와 일정 정도 거리가 있었다. 이는 이들의 낮은 소득수준으로 인해 활용가능한 자원이 부족하기 때문인 것으로 보인다.

면접대상자들이 원하는 지원정책으로는 의료비, 약제비 지원이며 경로당이 매우 중요한 역할을 하고 있으므로 경로당 등 이미 여성노년층이 모이고

있는 모임이나 시설을 중심으로 이들이 원하는 서비스나 지원책을 제공하는 것이 필요하다고 판단된다. 특히 여성의 건강에 영향을 주는 사건은 배우자, 자식의 사망 또는 이로 인한 경제적 어려움이나 국가적 경제적 위기 상황이 있으므로 급격한 생애사건을 경험할 때 적절한 경제적, 심리적 지원을 제공할 필요가 있다.

VI

결어 및 정책방안

1. 결어	93
2. 정책 방안	94

1. 결어

본 연구는 100세 시대 65세 이상의 여성 고령자의 건강수준을 만성질환 및 정신건강 측면에서 현황을 파악하였다. 기존 연구결과와 동일하게 만성질환 현재 유병율과 스트레스 인지정도, 2주 연속 우울감 여부, 자살 생각측면에서 남성 고령자 보다 여성 고령자 보다 건강 수준이 낮은 것으로 나타났다. 또한 객관적 건강상태와 상관성이 높은 주관적 건강상태를 살펴보면, 여성 고령자는 남성 고령자보다 건강수준이 낮은 것으로 나타났다. 여성 고령자의 인구가 남성 고령자의 인구보다 급격히 증가하고 있는 가운데 건강상태가 낮은 여성 고령자 인구가 늘어나는 것을 100세 시대 정책 방안에 반영하여야 할 것이다.

이러한 현황 외에도, 본 연구에서의 중요한 결과는 여성고령자에 대한 노출가설이론의 검증이다. 노출가설은 건강과 관련된 물질적·사회적 자원에 여성들의 접근도가 낮고, 젠더역할, 결혼역할과 관련한 스트레스가 여성들에게 더 많아 높은 수준의 건강문제를 보고한다는 이론이다. 국민건강영양조사를 활용하여 고령자들의 주관적 건강상태를 1998년과 2008년에 비교해보면, 고령자들의 건강수준이 1998년에 비해 2008년에 오히려 낮아졌다. 1998년과 2008년의 주관적 건강상태가 매우 나쁘다고 보고하는 비율의 격차가 고령 여성이 고령 남성보다 더 크다. 고령 여성자인 경우 1998년 2008년 두 기간 동안에 ‘매우 나쁨’으로 보고하는 비율 격차가 8.2%p 높은 반면 고령 남성인 경우 ‘매우 나쁨’으로 보고하는 비율이 2.5%p 높았다. 여성이 남성보다 주관적 건강상태가 낮다는 원인으로 그동안 지적되어온 동일 만성질환에 대하여 여성이 남성보다 자신의 건강이 더 나쁘다고 보고할 ‘보고율 효과’는 상당히 낮고 실제 만성질환율의 성별 차이가 주요한 원인으로 분석되었다(김승곤, 2009).

본 연구에서 여성 고령자가 남성 고령자 보다 외부 사회적 환경(1차 경제위기)의 변화로 인하여 건강수준에 영향을 더 많이 받는지에 관한 노출가설이론을 검증하였다. 성(sex)과 1차 경제위기 후 소득/임금의 변화의 상호효과(interaction effect)를 살펴보면, 1차 경제위기 이후 임금/소득이 변화가 없는

집단 및 임금/소득이 늘어나는 집단 중 고령 여성은 임금/소득이 줄어든 집단 중 고령 여성인 준거집단보다 건강상태가 나쁨으로 변하는 확률이 낮게 나타났다. 통계적으로 유의하였다. 본 연구의 심층면접의 결과를 살펴보면, 심층면접 대상자인 저소득층의 여성 고령자 대부분이 만성질환을 갖고 있으며 최소한의 생활기능 상태를 유지하고 있었다. 또한 심층면접 결과 중 중요한 점은 생애사건 경험이 여성 고령자의 건강에 영향을 주었던 것으로 나타났다. 그러한 생애사건은 배우자, 자식의 사망 또는 이로 인한 경제적 어려움이나 국가적 경제적 위기 상황인 것으로 나타났다.

본 연구에서 경제적 위기로 인하여 소득의 줄어듦으로서 남성 고령자 보다 여성 고령자의 주관적 건강 상태가 좋음에서 나쁨으로 변하는 기간이 단축되는 것으로 나타났다. 특히 사회적 지위 및 가족관계 만족도 및 가족수입 만족도가 낮은 집단일수록 불건강 상태의 기간이 늘어난다는 것이다. 그러한 불건강한 고령 집단의 수명주기가 늘어나게 되면 이는 노년기의 삶의 질을 상당히 낮출 수 있다. 100세 시대의 정책방향에서 그러한 집단을 고려해야 할 것이다.

이러한 연구결과를 토대로, 본 연구의 여성 고령자에 대한 건강증진정책으로 여성 고령자와 남성 고령자의 차별적인 정책이 아니라 여성 고령자의 건강형태 및 건강수준에 맞는 맞춤형 정책이 효과적인 정책입안이 될 것이다. 또한 고령의 나이에 도달하기 전 질병 예방측면을 강조하고 생애주기별 건강의 연속성(continuum in health) 측면에서 접근하는 생애주기별 및 성별 맞춤형 국민건강증진 정책방안이 좋은 사례가 될 것이다.

2. 정책 방안

가. 생애전반의 질병 예방관리 강화

만성질환이 고령 여성에게 높게 나타나는 원인 중 건강검진을 통한 예방이 미흡한 것으로 추측된다. 취약계층인 저소득계층의 전업주부들 대부분은 이제까지 국가에서 실시하는 일반건강검진, 생애전환기 건강검진, 5대 암 검진

대상자라고 통지가 와도 검진 받으려 갈 정신적, 물리적 시간이 허락하지 않았기 때문에 받지 못했다고 하였다. 이에 따라 저소득층 여성건강검진 프로그램을 새롭게 도입하고, 접근성을 높이기 위해서는 야간과 공휴일 검진제도를 확대하고, 홍보를 강화해야 할 것으로 보인다(김영택, 외 2010). 특히 주목해야 할 점은 노년기에 여성 고령자가 관절염 발병율이 남성 고령자 보다 많이 걸린다는 당연한 인식 대신에 생애전반에 걸친 관절염 예방 교육 및 홍보를 강화할 필요가 있다.

나. 생애전반의 주기적 정신건강 검진 필요

정신적 건강상태에 관한 여성 고령자의 취약함과 관련하여 취약계층 여성 고령자는 사회경제적으로 힘든 상황으로 인하여 주기적이고 정기적인 우울증 건강검진이 필요하다. 이에 따라 우울증 검진 확대 방안으로 국민건강보험공단에서 실시하는 건강보험 일반건강검진 1차 건강검진 항목에 우울증 검진을 추가하고 건강보험료를 내는 피부양자 검진 대상자 나이 기준을 낮추어 더 많은 취약계층의 여성을 포함시키는 것이다. 현재 시행되고 있는 우울증 검진사업은 이러한 필요를 충족시키지 못하고 중년기 및 노년기에 해당되는 생애주기별 건강검진 2차 검진 항목에만 포함되어 있는 실정이다. 중년기 및 노년기 이전에 여성은 산후우울증 및 우울증을 주기적으로 검사하고 관리하는 것이 절실하다. 그리고 최근 일본 정부가 우울증 및 자살의 심각성을 인식하고 직장 정기 건강검진 항목에 우울증 및 정신건강검사를 포함하는 관련 법 개정안을 마련 중이라고 공표한 사실에 관심을 가질 필요가 있다.

성년기 1차 일반건강검진 항목에 우울증 항목을 추가해야 한다는 우울증 검진 확대 방안에 관한 전문가 조사 결과를 살펴보면, 찬성과 반대 의견이 상충되었고 신중한 입장을 취해야 한다는 것이었다. 찬성의 의견으로는 우울증을 단순한 정신적 감기가 아니라 병인화해서 적극적으로 예방 및 치료를 강조하고 있다. 우울증에 대한 자기보고식 검사만으로도 스스로(자발적으로) 자신의 정신건강 상태에 대하여 점검하는 계기가 될 수 있고 바로 치료로 이어지지 않더라도 매년 혹은 격년주기로 반복되는 검사를 통하여 환자 스스로가 점차적으로 우울증에 대한 병식(병에 대한 인식)을 가지게 될 수 있고 그

에 따라 보다 조기에 치료가 가능성이 높기 때문이다. 반대 의견으로는 자기 기입식 평가도구에만 의존하기에는 어떤 도구든 한계가 명확하게 있으며, 결국 당사자가 자기기입식 우울증 평가 설문지를 작성해서 제출하더라도, 전문가에 의해서 그 설문지가 ‘참고자료’로 활용되면서 다시 직접적인 면담이 진행되어야 어느 정도 ‘문제’가 파악될 수 있다. 그리고 이후 연계체계(혹은, 사후관리체계)가 명확하게 없는 한, 생각보다 문제가 있는 분들이 적절한 서비스를 받기가 어렵다는 것이다. 또한 우울증 검사 결과 직장에서 혹은 가정에서 정신병자로 낙인되어 직장이나 가정에서 문제가 발생할 수 있다는 점이다. 이러한 문제점들은 향후 신뢰성과 실용성을 갖춘 평가도구 개발과 우울증 평가 후 상담체계 및 사후관리체계 그리고 사회적 낙인을 막기 위한 제도적 개선안을 갖추게 된다면 최선의 우울증 예방 대책이 될 수 있다는 것을 암시한다(김영택 외, 2010). 기존 연구에서 우울증과 자살사고와 상당한 관련성이 존재하는 것을 고려하고 또한 여성과 남성의 자살율이 OECD 국가들 중 제일 높은 것을 고려한다면 정부의 시급한 대책방안이 나와야 할 것이다.

다. 위기상황 시 빈곤층 고령여성을 위한 의료적 지원

재정확보를 통한 빈곤층 고령 여성 및 여성 독거노인의 건강자립도를 높이기 위해서는 체계적이고, 지속적인 의료상담과 의료지원이 필요하다. 이와 관련하여 현재 긴급복지지원제도 생계지원, 주거지원, 사회복지시설 이용 지원 등의 경우 일차적으로 1개월간 지원하고, 위기상황이 지속될 경우 긴급지원심의위원회 심의를 거쳐 총 6개월까지 지원하고 있으나, 지속적 관찰 및 치료가 필요한 의료지원의 경우 단 1회 지원만 하고 있다. 물론 의료지원도 위기상황이 계속될 경우 긴급지원심의위원회 심의를 거쳐 1회 더 지원할 수는 있다. 이와 같이 위기상황의 원인으로 발생된 질병 또는 부상에 대해 1회성 검사와 치료는 말 그대로 응급상황에 국한된 의료서비스일 수밖에 없다. 그러나 앞서 지적하였듯이 위기상황에 처해있는 대다수는 신체적·정신적 건강상태가 아주 열악하고, 또한 지속적인 의료지원을 필요로 하고 있다. 따라서 기존 의료지원을 최대 2회로 제한하기 보다는 생계지원, 주거지원, 사회복지시설 이용지원 등과 같이 기간의 개념으로 접근하여, 최소 6개월까지는

의료지원을 하는 방안을 모색할 필요가 있을 것이다(김영택 외, 2010).⁶⁾

라. 빈곤층 여성 고령자를 위한 심리적 및 정서적 지원 방안

또한 본 연구의 심층면접의 결과에서 나타난 바와 같이 사회적 위기 상황에 직면했을 시 빈곤층 여성 고령자를 위하여 경제적 지원 외에 심리적 지원 방안도 필요하다고 강조하고 있다. 본 연구의 심층면접 대상자들은 경로당에서 친구들과 같이 있으면 심리적으로 안정감을 가질 수 있으며 및 건강 관련 정보 교환을 하는 것으로 나타났다. 이는 여성 고령자와 정신건강 수준과도 연관성이 존재한다. 따라서 여성 고령자를 위한 경로당의 확충 및 경로당의 서비스 질을 높이는 것도 좋은 방안이 될 수 있다. 또한 경로당 접근도가 낮은 고령 여성자인 경우, 현재 실시되고 있는 고령 독거노인을 위한 찾아가는 서비스 프로그램에 대한 예산투자를 확대하고 그러한 서비스 프로그램의 질을 향상시키는 것도 좋은 방안이 될 수 있다.

본 연구에서 같이 고령 집단의 건강수준을 성별로 고찰하고 성별 건강수준 상이성에 대한 분석은 향후 100세 시대 건강투자 전략의 효율성을 높일 수 있을 것이다. 100세 시대의 고령사회는 고령사회 구성원인 고령집단의 건강수준을 향상시키는 것이 중요하다. 고령 인구의 건강수준 향상은 고령 인구에 대한 가정 및 국가의 사회적 부담감을 줄일 수 있으며 나아가 국가 경쟁력 및 생산성을 향상시킬 수 있다.

6) 김영택, 김동식, 김수연. 2010. 경제위기에 따른 취약계층의 변화실태와 사회안전망 평가 및 향후 대책방안에서 발췌하였음. 146쪽.

참고문헌

- 강월숙, 문재우, 박제산. 2011. 노인학대, 자아존중감, 일상생활능력 및 정신사회적
요인과 우울간의 관련성. 보건과 사회과학. 29: 5-277.
- 강혜원, 조영태. 2007. 서울시 남녀노인의 건강불평등: 사회경제적 지위와 사회통합
요소를 중심으로. 한국사회학. 41: 164-201.
- 김수완, 조영미. 2006. 우리나라 노인가구의 소득구성 및 빈곤율 분석. 사회복지연
구. 29: 5-37.
- 김수정. 2007. 여성가구주 가구의 빈곤원인과 빈곤위험의 젠더격차. 페미니즘 연구.
28: 33-52.
- 김승곤. 2005. 사회경제적 지위와 노인의 주관적 건강. 노인복지연구. 28: 187-206.
- 김승곤. 2009. 왜 여성의 주관적 건강이 더 나쁜가? The Women's Studies. 76: 177-
199.
- 김영택, 정진주, 전희진, 천희란, 최성수. 2007. 외국의 여성건강증진 기반고찰 및 한
국의 정책과제. 한국여성정책연구원 보고서.
- 김영택, 김원홍, 김동식. 2010. 우울증 검진 확대방안: 성인지적 분석 및 소요예산
중심으로. 한국여성정책연구원 보고서.
- 김영택, 김동식, 김수연. 2010. 경제위기에 따른 취약계층의 변화실태와 사회안전망
평가 및 향후 대책방안: 젠더적 관점의 Human New Deal (건강부문). 경제인
문이사회 협동과제인 경제위기에 따른 취약계층의 변화실태와 사회안전망
평가 및 향후 대책방안: 젠더적 관점의 Human New Deal. 한국여성정책연구
원 보고서.
- 김은하. 2009. 근로빈곤층 여성의 빈곤탈출 결정요인. 사회복지정책. 36: 239-268.
- 여유진 외. 2010. 경제위기에 따른 취약계층의 변화실태와 사회안전망 평가 및 향후
대책방안: 젠더적 관점의 Human New Deal (복지 부문). 한국여성정책연구원
보고서.
- 이미숙. 1998. 사회지표와 사례연구를 통해 본 한국노인의 건강. 보건과 사회과학.
4: 75-102.
- 선우덕. 2003. 노인의 건강수준과 정책과제. 보건복지포럼.
- 신경림, 김정선. 2004. 저소득 여성노인과 일반 여성노인의 주관적 평가, 건강상태
및 건강증진행위 비교. 성인간호학회지. 17: 732-742.
- 차승은, 한경혜. 2006. 남녀의 가족역할 점유와 건강문제. 한국인구학. 29: 167-194.
- 2010년 Census 전수집계 결과, 통계청 보도자료. 2011. 5. 31.

- Arber S. 1997. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social Science & Medicine*, 44(6): 773-787.
- Boise, L., Heagerty, B., & Eskenazi, L. 1996. Facing chronic illness : The family support model and its benefits. *Patient Education and Counseling*, 27(1): 75-84.
- Davidson KW, Trudeau KJ, van Roosmalen E, Stewart M, Kirkland S. 2006. Gender as a Health Determinant and Implications for Health Education. *Health Education & Behavior* 2006; 33: 731.
- Hatch, L. R. 2000. Beyond gender differences: Adaptation to aging in life course perspective. Baywood Publishing Company.
- House, et al. 1994. The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*. 35: 213-234.
- Miech, R. A., Shanahan M. J. 2000. Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health and social Behavior*. 41: 162-176.
- Rieker P. P. & Bird C. 2005. Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 60: S40-47.
- Singh-Manoux A., Marmot M. G., Adler N. E. 2005. Does Subjective Social Status Predict Health and Change in Health Status Better Than Objective Status? *Psychosomatic Medicine* 67:855-861.
- Singer, J. D. and J. B. Willett. 2003. Applied Longitudinal Data Analysis: Modeling Change and Event Occurrence. Oxford: Oxford University Press.

Abstract

A study on health conditions of the elderly women and policy agenda at the times of reaching up to 100 years old

Young-Taek Kim
Dong-Sik Kim
Chi-Seon Song
Jin-Joo Chung

This study has the purpose of analyzing health conditions of the elderly women when we are facing times of reaching up to 100 years old. The background for this analysis is based upon the theory of women's health. The essence of the theory is that women's health should be seen by a gender perspective which could dictate that biological aspects and socio-environmental aspects should be integrated in deciding causes of women's health. Along with the theory, this study is focused on proving 'differential exposure hypothesis'. The hypothesis is that women can be different from men when social risky factors affect health conditions. For example, the economic crisis since 1988 in Korea can influence social locations of men and female. However, different social positions of men and female before the economic crisis differently affect them when the

economic crisis has influenced them. As a result, health conditions between men and female are also different. In that perspective, this study tries to prove that health conditions of elderly women are more likely to be negatively affected than elderly men due to the economic crisis. The method of the study analyzed the existing data including a cross-sectional data and a panel data. Also, this study used an in-depth study in interviewing the elderly women to overcome the limitations of the quantitative analysis. For speaking the results of this study, this study found that the elderly women's health condition was more worse than the elderly men's health condition. Also, this study found that health conditions of elderly women were more likely to be negatively affected than those of elderly men, when social risky factors such as the economic crisis affected the elderly men and women.

2011 연구보고서(수시과제)- 8

100세 시대 여성 고령자의 건강수준과 정책방안

2011년 9월 15일 인쇄

2011년 9월 17일 발행

발행인 : 최 금 숙

발행처 : 한국여성정책연구원

서울시 은평구 진흥로 225(불광동 1-363)

전화 / 02-3156-7000 (代)

인쇄처 : 도서출판 한 학 문 화

전화 / 02-313-7593 (代)

ISBN 978-89-8491-467-4 93330

<정가 9,500원>