

## 은퇴여부와 주관적 건강상태에 관한 연구

손 용 진\*

본 연구는 2,382명의 50세 이상 중고령자를 표본으로 하여 스스로 평가한 건강상태와 관련된 변수와의 연관성에 대해 기술적으로 연구하였다. 은퇴여부를 990명의 은퇴자 집단과 1,392명의 비은퇴자 집단으로 구분하여 2개의 독립된 표본을 구성하였다. 은퇴집단의 구체적인 은퇴 사유가 매우 높은 비율로 비자발적인 이유, 즉 건강(46.3%) 또는 해고(14.5%) 등에 의해 주된 일자리를 그만 두었다. 이것은 현재 미비한 공적인 노인소득보장정책으로 인해 노동시장에 계속 머물러 있고자 하나, 통제할 수 없는 요인으로 말미암아 본인 의지와 무관하게 은퇴하는 현실을 반영하고 있다. 은퇴를 한 집단에서 2년 전 자각 건강과 비교해서 건강이 나빠졌다고 한 비율이 올라갔다. 2001년에 건강하다고 한 비율이 21.6%(214명)이었는데 2003년에는 17.1%(169명)로 21%가 줄어들었다. 건강이 나쁘다고 한 비율은 2001년의 50.1%(496명)에서 55.6%(550명)로 증가했다. 반면에 비은퇴집단에서는 2001년에 건강하다고 한 비율이 38.2%(532명)에서 2003년에 39.8%(554명)로 약간 늘어났다. 건강이 나빠졌다고 한 비율은 30.5%(424명)에서 25.8%(359명)로 15%가 줄어들었다.

자각 건강에 대한 개념적 정의는 노인의 주관적 건강은 객관적인 질병의 존재보다는 사회인구학적인 요소, 개인이 처한 사회적 관계 및 건강관련행위에 의한 종합적인 판단의 결과로 개념화하였다. 포함된 사회적 관계요소는 타인접촉빈도, 교양/취미활동, 사회참여 등이다. 건강관련행위변수는 정기적 운동, 정기적 건강진단, 흡연, 음주 및 식사조절 등이다. 4차년도(2001)에 건강관련변수를 측정했고 6차년도(2003)에 자각건강을 체크했으므로 어느 정도 시간적 인과성에 의한 설명을 할 수 있다고 가정했다.

은퇴집단이 사회인구학적으로 비은퇴집단과 비교하여 불리한 계층이었다. 여성의 비율이 높았고, 연령이 높았으며, 스스로 하류층이라고 인식하는 비율도 높았다. 전반적인 삶의 만족도도 불만족/매우 불만족의 비율이 은퇴집단에서 높게 나타났다. 지난 2주 동안 하루라도 아파서 원적이 있는 비율, 질병 및 장애로 주요활동에 지장을 받은 비율도 통계적인 유의미함을 나타냈다. 친구, 이웃, 친척 왕래는 은퇴집단에서 낮았고, 은퇴집단의 종교, 친목, 동호회 등의 사회참여율은 전혀 참여하지 않는다는 일 주일에 한 번 이상의 빈도가 높아 큰 대조를 보였다.

주관적 건강상태와의 통계적으로 유의한 이변량 분석의 결과는 다음과 같다. 은퇴자집단일 경우, 경제적 수준이 높을수록, 사회적 지위가 높다고 인식할수록 자각 건강수준이 높음을 나타냈다. 이러한 결과는 비은퇴집단에서도 동일하였다. 전반적 삶의 만족도, 질병유무 및 기능적 장애를 자각건강과 대비할 때도 같은 결과였다. 은퇴유형과 관련이 없이 삶의 만족도가 낮을수록, 기능장애가 있을수록, 지병이 있을수록 주관적 건강상태는 낮았다. 예상 밖의 결과는 흡연을 한다든지, 음주를 할 때가 스스로 건강하다고 인식하는 비율이 높았다. 평소 건강유지를 위해 식사조절을 하고 있더라도 주관적 건강에 유의한 영향을 미치지 않았다.

본 연구가 갖는 정책적 함의는 한국에서 은퇴는 주로 비자발적으로 이루어지고 따라서 이들의 사회인구학적 위치가 매우 열악하다는 것이고, 이러한 비자발적인 은퇴자들의 자각 건강상태가 나쁘다고 인식할 가능성이 크며 이들을 위해 소득 및 의료보장체계를 수립하기 위해 기존의 은퇴제도의 재점검 등이 필요하다는 것이다.

\* 부산가톨릭대학교 사회복지학부 전임강사

## 1. 서론

최근 노인인구의 증가와 함께 성공적인 노화에 대한 개념이 화두로 떠오르고 있다. 성공적으로 늙어간다는 것은 생활 만족도, 사기, 정신적 및 육체적 건강 등이 높다는 것이고 자신의 주변환경에 적응하면서 정신적으로나 육체적으로 큰 어려움 없이 노후를 보내고 있다는 것이다. 성공적인 노화가 고령사회의 도래와 함께 중요해지는 이유는 나이가 들어감에 따라 질병발생률이 높아지기 때문이며 이는 공적인 의료비 상승으로 이어지고, 만성질환의 증가는 스스로 신변을 처리할 수 있는 기능상의 능력저하로 인해 사적 부양체계인 가족 및 친지 중에서 이들을 부양하기 때문이다. 노인의 대다수가 고령으로 진행되에도 스스로 높은 수준의 건강을 유지한다면 사회적 부담이 줄어들 것이고 이것은 21세기 인류가 진정한 의미의 무병장수를 성취했다고 할 수 있을 것이다. 인간의 한계수명과 평균수명이 어느 정도 알려진 상황에서 병적인 상태를 최대한 줄일 수(compression of morbidity) 있다는 것은 삶의 질을 향상시킬 뿐 아니라, 사회적 부담 또한 덜 수 있다. 현재 우리나라의 노인계층은 불과 7%에 이르고 있으나, 이들이 사용하는 공적의료비용은 일반 인구의 2배 이상을 차지하고 있다(보건복지부, 2003). 앞으로 은퇴인구는 증가할 것이고 이들을 경제적으로 부양해야 할 연금보장정책도 노인들의 건강과 관련이 높다. 건강할수록 노동을 통해 높은 수준의 경제보장을 스스로 해결하려는 동기가 높아지기 때문이다. 50세 이상의 인구를 은퇴자 집단과 비은퇴자 집단으로 구분해 보고, 이들 각각 집단에서 자각 건강상태와 관련된 변인들을 살펴보고자 하는 것이 본 연구의 목적이다.

지금까지 성공적 노화의 하위개념의 하나가 건강상태이며, 노인 스스로가 자각하여 평가한 건강상태(self-rated health status)가 그 유용성과 타당성을 인정받아 널리 사용되고 있다. 한 개인의 건강에 대해 주관적으로 건강을 평가하는 것은 '건강'이라는 결과물은 매우 복잡하게 상호 작용함에도 불구하고, 자신이 스스로 총체적으로 어떠하다고 인식하고 있는 몸의 상태는 객관적인 건강지표에서 발견할 수 없는 질병까지도 예견하기 때문에, 노인의 건강상태를 증가시키고자 하는 보건의료정책에 커다란 지침이 된다. 노인기에 있어서 건강평가는 여타 계층과 다른 측면에서 보아야 한다. 질병발생은 나이와 관련이 높고, 육체적/정신적 기능도 나이와 더불어 쇠퇴하기 마련이다. 노인건강은 어떤 질병을 가지고 있느냐 하는 병적 상태를 파악하기보다는 오히려 직업, 가정환경에 맞추어서 편안하게 불편함이 없이 살고 있는 정도에 의해 평가하는 것이 적절할 수 있다.

노인건강 평과와 관련하여 여러 가지 방식의 이론적 접근이 있다. 포괄적으로 볼 때, 노인건강은 질병, 기능, 능력저하로부터 자유로운 상태이며, 평형, 적응, 조화와 안정성을 갖춘 상태로 특징지을 수 있다. 질병부재(absence of disease)모델은 현재 보건의료연구와 보건복지정책의 주류를 이루고 있는 생의학 패러다임을 반영하는 것으로 노인들의 건강상태를 평가하는 데 적절하지 않은 것으로 알려져 있다. 왜냐하면, 65세 이상의 고령인구는 조사마다 다를 지라도 약 80%이상이 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 살아가고 있다. 질병부재모델은 이러한 사실을 반영하지 않는 것으로 질병이 없

어야만 건강하다는 것이므로 노인의 건강상태를 평가하는 데 제한된 개념적 틀이다. 복합적 만성질환을 가지고 살아가는 노인계층에서는 치료보다는 현재 기능의 독립성을 유지하는 정도에 따라 건강의 수준을 밝혀야 할 것이다. 의사에 의해 특정 질병으로 진단을 받았을지라도, 병의 출현, 진행속도, 증상의 강약, 기능저하는 노인들에게 매우 다르게 나타난다. 즉, 스스로 평가한 건강상태는 객관적인 수치보다 더 많은 사실을 반영할 수도 있다. 이에 대한 대안으로 기능상의 적절성(functional adequacy)모델은 건강의 사회적인 측면을 강조하는 것으로서, 한 개인이 사회적 역할과 과업을 수행하기에 불편함이 없는 최적의 능력을 어느 정도 갖추었는지에 따라 건강의 적절성을 평가해야 한다는 것이다. 기능상의 적절성모델은 노인의 건강은 병리학적(pathological) 관점이 아니라 쾌적한 상태의 정도(degree of fitness)에 따라 건강을 파악하고 있다. 본 연구에서 자각건강의 개념적 정의는 건강이란 객관적 질병유무에 좌우되기보다는 사회인구학적 요인, 개인과 상호작용하는 사회적 관계 및 건강관련행위에 의해 결정되는 총체적 건강상태로 개념화했다. 사회적 관계 요소로서 자녀의 수, 경제적 도움을 받는지의 여부, 친분교류, 여가활동, 사회참여 등을 고려했다. 건강관련행위는 정기적 운동, 정기적 건강진단, 흡연, 음주 및 식사조절 등이 자각건강과 관련이 있는지를 살펴보았다.

은퇴자와 비은퇴자로 구분하여 자각건강과 관련된 변수를 찾고자하는 것은 은퇴로 인해 사적/공적 부양계층으로 전락한다는 점이다. 과거에는 은퇴는 하나의 생활사건(life event)으로 간주하여 주된 일자리에서 물러나 더 이상 사회경제적 활동을 멈춘 정적 상태이었지만 지금은 하나의 과정(process)으로 보고 있다. 공적연금에 의한 소득대체율이 수급인구의 증가와 더불어 계속 하향조정될 것이고, 미래의 노인은 교육수준, 건강상태가 양호하므로 제도적으로 은퇴를 했더라도 노동시장에 재진입하는 욕구가 증가할 것으로 예상된다. 법적인 연령에 의한 은퇴여부는 여러 노인관련 법령에 제시된 55세, 60세, 또는 65세를 기준연령으로 삼아 연금이나 사회복지 및 사회보장비 수급여부로 은퇴를 정의하는 방법이다. 하지만 제도적으로나 주된 일자리에서 은퇴를 하였더라도 재취업을 할 수도 있다. 본 연구에서는 스스로 판단하여 주관적으로 본 개념이며, 은퇴는 주된 일자리에서 경제적으로 활동을 중단하고 본인/배우자 근로소득, 공적/개인연금소득, 금융자산소득, 부동산소득 등으로 경제생활을 영위하는 계층으로 한정되었다. 은퇴계층은 사회/경제적인 부양계층이며, 이들의 주관적인 건강상태는 미래 의료수급으로 이어지며, 저출산 시대에 사적인 부양을 공적인 부양으로 전환해야 한다는 점에서 이들의 건강상태를 비은퇴계층과 비교하여 보고 이에 따른 요인을 파악하여 사회복지 제도/서비스에 기초자료를 제공하고자 하는 것이 본 논문이 기여할 수 있는 점이라고 여겨진다.

기존의 연구에서 사회인구학적인 요소와 질병관련 변수와의 연구는 많이 되어있다. 즉, 열악한 사회경제적위치는 주관적 건강평가를 나쁘게 하고 육체적 질병과 일상생활 수행능력(ADL: Activities of Daily Living) 및 수단적 수행능력(IADL: Instrumental Activities of Daily Living)의 제약은 낮은 건강인식으로 이어지는 것으로 알려져 있다. 비교적 드문 연구는 건강관련변수와 사회적 관계가 자각건강과 어떠한 관계를 맺고 있는 지에 관한 점이다. 건강에 관련된 행위와 환경적 요소는 스스로의 건강평가와 관련성이 매우 높을 것으로 사료된다. 다수의 노인은 적어도 하나 이상의 만성질환을 가지고 있으므로, 자기 스스로 건강의 중요성을 인식하고 이를 지키기 위해 노력하는 것은 건강증진행위라고 볼 수 있다. 건강하지 않더라도 건강통제력, 건강에 대한 신념은 높은 건강증진행위로 이어지

고 스스로의 건강을 긍정적으로 평가할 것이다. 만성질환의 발생은 나이가 들어감에 따라 피할 수 없지만, 초기발생을 늦춘다든지, 증상을 줄이기 위해 효율적인 건강 증진의 노력은 전반적인 삶의 질을 높여 주므로 매우 중요한 이슈이다. 본 연구의 대상자는 1998년부터 시작하여 이들을 추적하여 매년 반복 조사한 패널연구이므로 건강관련 행위가 결과적으로 주관적 건강상태에 미치는 효과를 어느 정도 파악할 수 있다고 여겨진다.

## II. 선행연구고찰

노인이 스스로 판단한 건강상태의 유용성은 객관적으로 측정된 건강수치와 매우 높은 관계 때문이기도 하겠지만 그 이상의 의미를 내포하고 있다. 몸이 아파서 허약해지면 자신의 건강이 옛날에 비해 나쁘다고 인식하게 된다. 현실적으로 몸 상태가 좋지 않더라도 스스로 판단하여 직업업무를 수행 및 유지하는 데 어려움이 없고, 가사, 신변처리 등을 할 수 있으면 노인들은 매우 건강하다고 느낀다. 질병유병률은 나이와 상관성이 있다고 인식하기 때문에 나이 탓으로 돌리고 웬만해서는 건강이 나빠졌다고 스스로 인식을 덜 하는 경향이 있다는 것이다. 나이가 들어감에 따라 건강을 더욱 챙기게 되고, 다른 연령층과 달리 위험한 행동을 삼가게 된다. 또한 직장에서 물러나기 때문에 사회적 환경이 좁아짐으로 신경 쓸 일이 줄어들며 사회적/심리적인 원인이 되어 건강을 위협하는 요소가 줄어들어 든다는 것이다. 노인 스스로 느낀 건강의 정도가 어떠하다는 것은 비록 주관적이어서 신빙성이 약하다고 생각할 수 있으나, 노화에 따른 장애를 고려하고 사회/심리적으로 적응을 한 상태에서 판단한 것이기 때문에 앞으로의 질환과 신체적 기능을 예견하게 하여 오히려 객관적인 자료보다도 더 유용할 수 있다는 것이다(Idler & Benyamini, 1997).

도시 지역 내 경로당 등록 노인의 조사연구(송미숙 외, 2003)에서 66.9%가 건강하다고 응답하여 높은 건강인식을 나타냈고, 남성의 주관적 건강수준이 여성에 비해 통계적으로 유의하게 높고, 경제수준이 높을수록 주관적 건강수준도 유의하게 높았다. 같은 조사에서 현재 흡연을 하는 대상자 중에서 스스로를 건강하다고 인지하는 노인이 많았으나 통계적 관련성은 없었고, 음주 횟수가 많은 노인이 그렇지 않는 노인보다 자신이 건강하다고 응답하는 비율이 높았으며 이러한 차이는 통계적으로 유의수준이었다. 또한 규칙적인 운동을 하는 경우, 아침을 매일 먹는다고 응답한 경우, 자가 건강관리 방법이 있을 때, 소일거리가 많을수록, 지역활동이나 봉사활동을 할수록, 취미 활동을 하고 있을수록, 경로당 등록 노인들이 건강상태가 좋다고 스스로 평가하였다.

도시지역 여성노인을 대상으로 한 연구(신경림 외, 2004)에서 42%가 건강이 아주 좋음/좋음으로 평가했으며, 결혼상태, 만성질환 유무, 보건의료비용 지출정도 및 부담정도, 건강증진행위에서 유의한 차이가 있었다. 장인순(2003)은 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태와 신체적 건강상태(일상생활 수행능력, 수면상태, 배뇨상태, 시력장애 등) 및 사회적 지지망과 관련성을 연구하였다. 주관적 건강상태는 100점 만점에 평균 53.6점이었고, 총수입이 많을수록, 가족수가 많을수록, 학력수준이 높을수록 건강평가가 높았다. 또한 일상생활 수행능력에 장애가 있고, 배뇨장애, 야뇨, 시력장애가 있을

수록 건강이 나쁘다고 평가하였다. 사회적 지지망이 클수록(자녀의 수), 집안일 도움을 받는 경우, 정서적 서비스를 항상 받는 경우가 건강상태를 높이 평가했다. 장인순(2003)의 연구에서 흥미로운 것은 연령대가 매우 높은 집단이 주관건강상태가 가장 높았다는 점이다. 이것은 나이가 많을수록 기능이 높아지지만 그들의 주관적 건강상태는 오히려 젊은 집단에 비해 나쁘지 않다고 응답한다는 것이다. 이 연구에서 75~79세가 50.3점으로 주관건강상태가 가장 낮았고, 80~84세가 58.5점으로 가장 높았다.

김남진(2000)은 예비노인 집단과 노인집단을 비교를 통하여 주관적 건강상태와 건강관심도 및 건강행위와의 관련성에 대해 연구했다. 연구 결과, 예비노인(50~64세)과 노인(65세 이상)으로 분류하여 주관적 건강상태를 연구한 논문에서, 노인 집단이 건강상태가 나쁘다고 생각하는 편이었다. 성별로는 예비노인 집단에서는 통계적으로 유의한 차이가 없는 반면에 노인 집단에서는 남자가 좋다고 생각하는 경우가 높았고 통계적으로도 유의했다. 배우자 유무에서는 예비노인 집단의 경우 좋다에서 34.8%인 반면, 없는 경우는 11.8%로 나타났다. 건강행위에 따른 주관적 건강상태는 두 집단 모두 건강행위가 높으면 주관적 건강상태도 높게 나타났다.

선행 연구결과를 종합해 보면, 사회/경제적으로 열악할수록, 만성질환과 일상생활의 수행능력이 제한될수록, 삶의 만족도가 낮을수록, 사회적 관계가 낮을수록, 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 조사되었다. 한편, 건강관련행위에 관한 연구는 주로 횡단적 연구에 의해 흡연과 음주를 하고 있음에도 스스로 건강이 높다고 인식하는 경향이 있었으나 이에 대한 연구는 상충된 보고이어서 좀 더 면밀한 연구가 진행되어야 할 것으로 사료된다. 은퇴/비은퇴집단으로 구분하여 본 연구는 거의 없었으며, 횡단적연구이며 비확률적 표집에 의해 일반화가 어려운 연구가 주종을 이루었다. 본 연구에서는 건강관련행위를 2001년에 조사하였고 2003년에 자각건강을 체크하였으므로 시간적 인과성에 관한 관계를 어느 정도 논할 수 있다고 판단된다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구문제

본 연구는 기술적 통계 연구(descriptive statistics study)로서 카이자승 검증법을 사용해서 다음의 연구문제를 다루었다.

연구문제 1: 은퇴유형(은퇴집단/비은퇴집단)과 사회인구학적 변인, 질병/장애, 삶의 만족도/주관적 건강, 사회적 참여, 건강관련행위 변수와 관련성을 보고자 한다. 이변량 분석에서 은퇴유형과 통계적으로 유의한 변인은 무엇인가?

연구문제 2: 은퇴유형을 통제된 상태에서, 즉 은퇴자 집단 및 비은퇴자 집단으로 구분해서, 주관적 건강상태와 각 변인과의 관련성을 살펴보고자 한다. 이변량 분석을 통해 주관적 건강상태와 통계적인 관련성은 어떠한가?

## 2. 실증자료 및 변수선택

본 연구에서 분석을 위해 사용한 자료는 한국노동패널조사(KLIPS)의 1(1998년), 4(2001년), 5(2002년), 6(2003년)차년도 자료이다. 전체표본 틀은 2003년에 수집한 6차년도 55세 이상 중고령자 3,530명을 대상으로 하였다. 최종 분석대상 2,382명을 선정하는 과정은 다음과 같다. 일단 ‘과거에 한 번도 취업활동을 한 적이 없다’고 응답한 764명을 제외시켜서 2,766명이 되었다. 6차년도 개인파일과 중고령자파일을 합치는 과정에서 29명의 손실이 있어 2,737명이 되었다. 이들 2,737명과 4차년도 건강관련행위파일과 합치는 과정에서 239명을 잃어버려서 2,498명이 되었다. 이들 2,498명과 1차년도 종교파일을 합치면서 40명이 합치가 되지 않아 2,458명이 선정되었다. 이들 2,458명과 5차년도 파일을 합치면서 76명이 손실되어 최종 2,382명이 선정되었다. 이들 2,382명은 ‘은퇴하였다’ 990명, ‘주된 일자리에서 은퇴하였지만 소일거리 일은 계속하고 있다’ 57명, ‘은퇴하지 않았다’ 1,335명으로 분류되었다. ‘은퇴하였다’ 990명을 은퇴자 그룹으로 나머지 1,392명을 계속해서 일을 하고 있는 비은퇴자 그룹으로 분류하여 분석을 하였다. 본 연구에 사용된 주요 변수에 대한 정의와 변수값 설명은 표 1에 제시되어있다.

990명 은퇴자들의 구체적 은퇴사유는 건강(본인, 배우자 및 가족)상의 이유가 46.3%(458명)로 가장 높았다. 비자발적으로 직장에서 퇴사(해고, 다른 일자리 찾을 수 없음, 일하기 싫어져서/스트레스, 고용주/일 압박감)가 14.5%(144명), 권고사직/명예퇴직은 3.9%(39명)이었다. 본인 또는 배우자 수입이 여유가 있어가 불과 1.6%(16명)이고, 정년퇴직이 12.1%(120명), 가족들과 더 많은 시간을 보내기 위해/더 많은 여가를 즐기기 위해는 1.5%(15명)이었다. 따라서 은퇴는 비자발적인 이유인 건강, 해고, 명예퇴직 등 불가피하게 일어났다. 건강이나 직장여건이 허락하는 한 경제활동을 계속하기를 원하며 이것은 사적/공적 소득보장체계가 미비한 현재 노인복지정책의 결과라고 사료된다.

<표 1> 변수 정의 및 변수값 설명

변수명	변수 정의	변수값 설명
은퇴여부학술대회	__님께서 현재 은퇴하신 상태입니까? 여기에서 “은퇴”란 주된 일자리를 그만두고 지금은 일을 하지 않고 있거나, 소일거리 정도의 일을 하고 있는 경우를 말합니다. 또한 앞으로도 특별한 변화가 없는 한 소일거리 정도의 일 이외의 일을 할 의사가 없는 상태를 의미합니다.	은퇴하지 않았다=0, 은퇴하였다=1, 주된 일자리에서는 은퇴하였으나 소일거리 일은 계속하고 있다=1, 과거에 한 번도 취업활동을 한 적이 없다=제외시킴
기능장애	__님께서 지난 2주 동안 하루라도 아파서 쉬어야 했던 날이 있었습니까?	(1) 예 (2) 아니오
질병으로 인한 활동장애	__님께서 질병, 장애 등으로 인하여 3개월 이상 주요 활동에 지장이 있었던 적이 있습니까?	(1) 예 (2) 아니오
감각기관 장애	__님께서 다음과 같은 장기간 지속되는 장애나 육체적 제약이 있습니까? 시각, 청각, 언어장애 등 감각기관의 장애가 있다	(1) 예 (2) 아니오
육체적 활동장애	__님께서 다음과 같은 장기간 지속되는 장애나 육체적 제약이 있습니까? 걷기, 계단오르기, 물건을 들거나 운반하기 등의 육체적 활동에 상당한 제약이 있다	(1) 예 (2) 아니오
일상생활수행능력 장애	__님께서 육체적, 정신적, 감정적 조건의 제약으로 인하여 다음과 같은 활동에 지속적으로 (약6개월 이상) 어려움을 느끼고 계십니까? (1) 배우기, 기억하기, 집중하기에 어려움을 느낀다 (2) 옷입기, 목욕하기 등 집안 돌아다니는 데에 어려움을 느낀다. (3) 쇼핑하기, 병원가기 등 집밖 돌아다니는 데에 어려움을 느낀다. (4) 직업활동을 하는 데(일하는 데) 어려움을 느낀다.	(1) 예 (2) 아니오
자녀의 수	__님께서 슬하에 몇 남 몇 녀의 자녀를 두셨습니까?	
경제적 도움 여부	__님께서 현재 가족으로부터 생활비 등의 경제적 도움을 받고 있습니까?	(1) 도움을 받고 있다 (2) 도움을 받고 있지 않다
친분교류(6차자료)	__님께서 친구, 이웃, 친척과 얼마나 자주 만나십니까?	(1) 거의 매일 (2) 일주일에 1회 이상 (3) 한 달에 1회 정도 (4) 6개월에 1회 정도 (5) 거의 만나지 않는다
여가활동(6차자료)	__님께서 교양과 취미활동을 위하여 하루 평균 몇 시간 정도를 할애하십니까?	(1) 5시간 이상 (2) 4시간 (3) 3시간 (4) 2시간 (5) 1시간 (6) 1시간 미만 (7) 취미활동을 하지 않는다
사회참여(6차자료)	__님께서 종교모임이나 친목모임, 동호회 등의 일에 얼마나 자주 참여하십니까?	(1) 일주일에 2회 이상 (2) 일주일에 1회 정도 (3) 한 달에 2, 3회 정도 (4) 한 달에 1회 정도 (5) 한 달에 1회 미만 (6) 전혀 참여하지 않는다

<표 1> 변수 정의 및 변수값 설명 - 계속

변수명	변수 정의	변수값 설명
경제적 수준 (5차자료)	__님 닥의 경제적 수준으로 볼 때, 우리 사회에서 다음 중 어느 계층에 속한다고 생각하십니까?	(1) 상류층, (2) 중상류층, (3) 중류층, (4) 중하류층, (5) 하류층
사회적 지위 (5차자료)	__님 닥은 가장의 사회적 지위로 볼 때, 우리 사회에서 다음 중 어느 계층에 속한다고 생각하십니까?	(1) 상류층, (2) 중상류층, (3) 중류층, (4) 중하류층, (5) 하류층
주관적경제상태 (6차자료)	__님 닥의 현재 경제상태는 어떠십니까?	매우 여유가 있다=1, 여유가 있는 편이다=2, 보통이다=3, 조금 어려운 편이다=4, 매우 어렵다=5
월소득(6차자료)	__님의 현재 소득원은 무엇입니까? 본인/배우자의 근로소득, 공적/개인 연금소득, 금융자산소득, 부동산소득, 사회보험, 정부/사회보조금, 기타	
지병여부(4차자료)	__님께서 현재 지병을 가지고 계십니까?	그렇다=1, 아니다=0
주관적 건강상태 (4, 6차자료)	현재 __님의 건강상태는 어떻습니까?	아주 건강하다=1, 건강한 편이다=2, 보통이다=3, 건강하지 않은 편이다=4, 건강이 아주 안좋다=5
전반적인 삶의 만족도	그렇다면, __님께서 전반적으로 생활에 얼마나 만족하고 계십니까?	(1) 매우 만족스럽다 (2) 만족스럽다 (3) 보통이다 (4) 불만족스럽다 (5) 매우 불만족스럽다
정기운동	정기적으로 운동을 하고 계십니까?	정기적으로 한다=1,부정기적으로 또는 수시로 한다=2, 거의 하지 않는다=3
정기진단	평소 건강유지를 위해 어떤 일을 하고 있습니까?	정기진단을 받음, 예=1, 아니오=0
흡연여부	평소에 담배를 피우십니까?	예=1, 아니오=0
음주정도	평소에 술을 드시는 편입니까?	평소에 술을 마시는 편이다. 경우에 따라 마시는 편이다. 전혀 마시지 않는다.
식사조절	평소 건강유지를 위해 어떤 일을 하고 있습니까? 식사조절	예=1, 아니오=0

#### IV. 연구결과

은퇴유형과 변수 간의 결과는 표 2에서부터 표 6까지 제시되어있다. 은퇴유형을 두 범주로 하여



(즉, 은퇴 vs. 비은퇴), 사회인구학적인 변인(성별, 연령, 학력, 결혼상태, 종교, 자녀의 수, 가족으로부터 경제적 도움, 거주지역, 5차년도 경제적 수준, 5차년도 사회적 지위, 6차년도 경제적 상태 및 6차년도 월소득), 건강관련 변인(4차년도 질병여부, 주관적 건강상태, 전반적 삶의 만족도, 일상생활 수행정도), 건강관련행동(정기적 운동, 정기건강검진, 흡연, 음주, 식사조절여부), 사회적 관계(타인접촉 빈도, 하루평균 교양/취미활동, 사회참여) 등과 관련성을 비교했다.

<표 2>에서 비은퇴자집단에서 남자의 비율이 높았고, 은퇴자집단에서 여자의 비율이 높았다. 연령분포를 보면 비은퇴집단은 50대가 826(59.3%)명으로 주를 이루었고, 은퇴집단은 60, 70대가 높은 비율의 연령분포를 보였다. 80세 이상 초고령자는 은퇴집단이 98(9.9%)명에 반해 비은퇴집단에서는 불과 8(0.6%)명 이었다. 비은퇴자일수록 고학력인 경향이 있었으나, 전문대 이상의 학력은 비슷했다. 은퇴자집단에서 배우자사망의 비율이 높았다. 은퇴자집단이 종교를 가진 비율이 약간 높았으나, 두 집단 모두 60% 이상이 종교를 가지고 있었다 (p=0.06). 비은퇴집단일수록 자녀의 숫자가 적었고, 은퇴집단에서 26.2%가 5명 이상 자녀를 두고 있었다. 자녀로부터 경제적 도움을 받고 있는 비율이 은퇴집단에서 34.6%로 비은퇴집단의 9.9%와 큰 대조를 이루었다.

<표 2> 은퇴집단 및 비은퇴집단 간의 사회인구학적 비교(%)

변수명	변수항목	은퇴집단(N=990)	비은퇴집단(N=1,392)	카이자승값(p)
성별	남자	495(50 )	857(61.6)	31.53(0.000)
	여자	495(50 )	535(38.4)	
연령	50~59세	205(20.7)	826(59.3)	497.76(0.00)
	60~69세	394(39.8)	459(33.0)	
	70~79세	293(29.6)	99( 7.1)	
	80세 이상	98( 9.9)	8( 0.6)	
학력	무학	239(24.1)	127( 9.1)	117.05(0.00)
	초등학교	314(31.7)	457(32.8)	
	중학교	174(17.6)	308(22.1)	
	고등학교	159(16.1)	361(25.9)	
	전문대 이상	104(10.5)	139(10.0)	
결혼상태	기혼/배우자있음	675(68.2)	1,177(84.6)	101.22(0.00)
	미혼/이혼/별거	39( 3.9)	51( 3.7)	
	배우자사망	276(27.9)	164(11.8)	
종교 (1차년도)	있음	640(64.4)	846(60.8)	3.69(0.06)
	없음	350(35.4)	546(39.2)	
자녀의 수 (6차년도)	1~2	281(28.4)	561(40.3)	73.38(0.00)
	3~4	450(45.5)	644(46.3)	
	5명 이상	259(26.2)	187(13.4)	
가족의 경제적 도움 (6차년도)	받고 있음	343(34.6)	138( 9.9)	219.6(0.00)
	받고 있지 않음	64.7(65.4)	1,254(90.1)	

<표 3> 은퇴집단 및 비은퇴집단 간의 거주지역 비교(%)

변수명	변수항목	은퇴집단(N=990)	비은퇴집단(N=1,392)	카이자승값(p)
거주지역 (6차년도)	서울	217(21.9)	273(19.6)	29.03(0.01)
	부산	110(11.1)	140(10.1)	
	대구	48( 4.8)	82( 5.9)	
	대전	23( 2.3)	53( 3.8)	
	인천	58( 5.9)	61( 4.4)	
	광주	40( 4.0)	46( 3.3)	
	울산	20( 2.0)	49( 3.5)	
	경기	154(15.6)	187(13.4)	
	강원	22( 2.2)	18( 1.3)	
	충북	19( 1.9)	37( 2.7)	
	충남	47( 4.7)	71( 5.1)	
	전북	61( 6.2)	92( 6.6)	
	전남	40( 4.0)	56( 4.0)	
	경북	59( 6.0)	127( 9.1)	
	경남	72( 7.3)	100( 7.2)	

<표3>의 은퇴지위와 거주지역의 비교에서 은퇴한 사람 중에서 서울에 거주하는 비율이 비은퇴자들의 비율보다 높았고 (21.9% vs. 19.6%), 6대 광역시는 은퇴/비은퇴가 비슷한 비율이고, 충청도, 경상도지방은 비은퇴자의 비율이 비교적 높았으며 경기도와 강원도는 은퇴자들의 비율이 상대적으로 높았다.

<표 4>에서 예상 했듯이 은퇴집단에서 지병이 있거나, 기능상의 장애로 인해 선적이 있는경우가 많고 질병/장애로 활동에 어려움을 겪고 있고 일상생활에 지장을 갖고 있는 비율이 훨씬 높았다. 은퇴자 집단에서 52.3%가 지병이 있다고 응답한 데 반해, 비은퇴자 집단에서 67.2%가 없다고 응답해 큰 대조를 보였다. 비은퇴자 가운데 장기간 지속되는 걷기, 계단오르기, 물건을 들거나 운반하기 등의 육체적 활동에 상당한 제약이 있다고 한 비율이 9.9%(136명)에 달했고, 직업활동을 하는 데 어려움을 느낀다고 응답한 경우도 9.8%(137명)나 되어 이들이 장기적으로 노동시장에 머물러 있게 하기 위해 작업환경 개선, 건강증진 프로그램 등의 개발이 필요하다.

<표 4> 은퇴집단 및 비은퇴집단 간의 지병 및 육체적 장애 비교 (%)

변수명	변수항목	은퇴집단(N=990)	비은퇴집단(N=1,392)	카이자승값(p)
지병여부 (4차년도)	있음	518(52.3)	457(32.8)	90.92(0.000)
	없음	472(47.7)	935(67.2)	
기능장애 (아파서 쉽)	예	274(27.7)	114( 8.2)	161.12(0.000)
	아니오	716(72.3)	1,278(91.8)	
활동장애 (질병,장애)	예	263(26.6)	88( 6.3)	188.71(0.000)
	아니오	727(73.4)	1,304(93.7)	
감각장애	예	156(15.8)	49( 3.5)	110.15(0.000)
	아니오	834(84.2)	1,343(96.5)	
육체장애	예	397(40.1)	136( 9.8)	
	아니오	593(59.9)	1,256(90.2)	
수행장애 (배우기 등)	예	207(20.9)	68( 4.9)	145.47(0.000)
	아니오	783(79.1)	1,324(95.1)	
수행장애 (옷입기 등)	예	125(12.6)	12( 0.9)	147.71(0.000)
	아니오	865(87.4)	1,380(99.1)	
수행장애 (집밖활동)	예	231(23.3)	42( 3.0)	235.32(0.000)
	아니오	759(76.7)	1,350(97.0)	
수행장애 (직업활동)	예	429(43.3)	137( 9.8)	358.22(0.000)
	아니오	561(56.7)	1,255(90.2)	

<표 5> 은퇴집단 및 비은퇴집단 간의 건강증진행위 비교 (%)

변수명	변수항목	은퇴집단(N=990)	비은퇴집단(N=1,392)	카이자승값(p)
정기적 운동	정기적으로 함	179(18.1)	175(12.6)	23.08(0.00)
	부정기적 / 수시로	112(11.3)	115( 8.3)	
	거의 안함	699(70.6)	1,102(79.2)	
정기적 건강진단 여부	받고있음	207(20.9)	371(26.7)	10.38(0.001)
	받지않음	783(79.1)	1,021(73.3)	
흡연여부	예	259(26.2)	510(36.6)	29.05(0.00)
	아니오	731(73.8)	882(63.4)	
음주정도	평소에 술을 마심	109(11.0)	268(19.3)	65.64(0.00)
	경우에 따라 마심	241(24.3)	451(32.4)	
	전혀 마시지 않음	640(64.6)	673(48.3)	
식사조절여부	한다	192(19.4)	205(14.7)	9.07(0.003)
	하지 않는다	798(80.6)	1,187(85.3)	

<표 5>에 나타났듯이 은퇴집단이 정기적 운동을 하는 경향이 높았지만, 정기적 건강진단은 비은

퇴직단이 더 받고 있는 것으로 조사되었다. 은퇴집단에서 흡연율이 낮았고, 술을 마시는 빈도가 낮았으며, 평소 건강유지를 위해 식사조절하는 경우가 많았다.

정기적 운동여부는 은퇴집단일수록 ‘정기적으로 한다,’ ‘부정기적 또는 수시 한다’의 비율이 높은데 반해, 비은퇴집단가운데서는 ‘거의 하지 않는다’의 비율이 높았고, 이 두 변수의 관계는 통계적으로 매우 유의했다 (p=0.00). 질병여부가 비은퇴집단에서 더 낮은 것으로 보아, 건강상의 제약으로 인한 것은 아니고 경제적인 생산활동에 종사함으로 인해 비은퇴자들은 할애할 시간이 부족한 것으로 해석되어진다.

정기적 건강진단은 비은퇴집단에서 비율이 높았으나(p=0.00), 두 집단 모두 정기 진단을 받지 않는 비율이 각각 79.1%, 73.3%로 조사되어 예방을 통한 건강인식이 낮음을 나타냈다. 흡연 및 음주 빈도를 보면, 통계적 유의수준에 도달했고, 은퇴집단이 훨씬 건강에 도움이 되는 행동을 하고있음을 알 수 있다. 마지막으로 평소에 건강유지를 위해 식사조절을 하고 있는 지에 관한 물음은 은퇴집단일수록 식사조절을 통해 건강유지를 한다는 비율이 상대적으로 높았지만 두 집단 모두 80% 이상이 식사조절을 하지 않는다고 응답해서 건강유지책으로 크게 인식하고 있지 않는 것으로 조사되었다.

<표 6> 은퇴집단 및 비은퇴집단 간의 사회적 관계에 관한 비교 (%)

변수명	변수항목	은퇴집단(N=990)	비은퇴집단(N=1,392)	카이자승값(p)
타인접촉빈도 (5차년도) (친구, 이웃, 친척)	거의 매일	424(42.8)	618(44.4)	69.26(0.00)
	일주일에 1회 이상	281(28.4)	390(28.0)	
	한달에 1회 정도	125(12.6)	264(19.0)	
	6개월에 1회 정도	30( 3.0)	57( 4.1)	
	거의 만나지 않음	130(13.1)	63( 4.5)	
하루평균 교양/ 취미활동 (6차년도)	4시간 이상	26( 2.6)	10( 0.1)	72.79(0.00)
	2~3시간	115(11.6)	51( 3.7)	
	1시간 또는 1미만	124(12.5)	185(13.3)	
	취미활동하지 않음	725(73.2)	1,146(82.3)	
사회참여 (6차년도) (종교, 친목, 동호회)	일주일에 1번 이상	230(23.2)	224(16.1)	111.84(0.00)
	한 달에 2, 3번	71( 7.2)	200(14.4)	
	한 달에 1번	126(12.7)	307(22.1)	
	한 달에 1번 미만	90( 9.1)	196(14.1)	
	전혀 참여하지 않음	473(47.8)	465(33.4)	

<표 7> 은퇴집단 및 비은퇴집단 간의 건강상태 및 경제수준 비교(%)

변수명	변수항목	은퇴집단(N=990)	비은퇴집단(N=1,392)	카이자승값(p)
주관적 건강상태 (4차년도)	아주 건강함	10( 1.0)	27( 1.9)	137.18(0.000)
	건강한 편	204(20.6)	505(36.3)	
	보통	280(28.3)	436(31.3)	
	건강하지 않은 편	375(37.9)	376(27.0)	
	아주 안좋음	121(12.2)	48( 3.4)	
주관적 건강상태 (6차년도)	아주 건강함	4( 0.4)	16( 1.1)	279.70(0.000)
	건강한 편	165(16.7)	538(38.6)	
	보통	271(27.4)	479(34.4)	
	건강하지 않은 편	402(40.6)	323(23.2)	
	아주 안좋음	148(14.9)	36( 2.6)	
전반적인 삶의 만족도 (5차년도)	매우 만족	2( 0.2)	7( 0.5)	45.27(0.000)
	만족	182(18.4)	318(22.8)	
	보통	604(61.0)	905(65.0)	
	불만족	169(17.1)	151(10.8)	
	매우 불만족	33( 3.3)	11( 0.8)	
전반적인 삶의 만족도 (6차년도)	매우 만족	3( 0.3)	1( 0.1)	19.63(0.001)
	만족	234(23.6)	394(28.3)	
	보통	584(59.0)	832(59.8)	
	불만족	151(15.3)	154(11.1)	
	매우 불만족	18( 1.8)	11( 0.8)	
경제적 수준 (5차년도)	상류층	4( 0.4)	0( 0.0)	51.74(0.00)
	중상류층	25( 2.5)	42( 3.0)	
	중류층	291(29.4)	467(33.5)	
	중하류층	335(33.8)	583(41.9)	
	하류층	335(33.8)	300(21.6)	
사회적 지위 (5차년도)	상류층	5( 0.5)	2( 0.1)	37.52(0.00)
	중상류층	28( 2.8)	52( 3.7)	
	중류층	290(29.3)	467(33.5)	
	중하류층	330(33.3)	548(39.4)	
	하류층	337(34.0)	323(23.2)	
경제적 상태 (6차년도)	매우 여유 있음	45( 4.5)	37( 2.7)	39.51(0.00)
	여유 있는 편	243(24.5)	376(27.0)	
	보통	632(63.8)	782(56.2)	
	조금 어려운 편	70( 7.1)	195(14.0)	
	매우 어려움	0(0)	2( 0.1)	
월소득 (6차년도)	평균(표준편차)	90.3만원(272.4)	162.3만원(155.4)	t=-7.7 (p=0.01)

<표 6>에서 타인접촉빈도(친구, 이웃, 친척)는 비은퇴집단이 빈번했다(p=0.00). 두 집단 모두에서 거의 매일/일주일에 1회 이상 만나는 경우가 70~80% 수준이어서 충분한 사회적 지지망을 구축하고 있는 것으로 정리된다. 그러나, 은퇴집단에서 거의 만나지 않는 경우가 13.1%(130명)이어서 비은퇴 집단의 4.5%(63명)과 큰 폭의 차이를 보였다. 하루 평균 교양/취미활동으로 보내는 시간은 시간대가 올라갈수록 은퇴집단의 비율이 큰 편이었으나, 은퇴집단에서 73.2%(725명), 비은퇴집단에서 82.3%(1,146명)가 취미활동을 아예 하지 않는다고 응답해서 두 집단 모두 여가 선용에 문제가 있음을 드러냈다. 종교, 친목모임, 동호회를 통한 사회 참여도는 ‘일주일에 1번 이상’, ‘전혀 참여하지 않음’의 극단적인 경우가 은퇴집단에서 매우 높았고, 적당하게 참여하는 경우(한 달에 1번 미만에서 3번)는 비은퇴집단에서 높았다.

<표 7>에서 4차, 6차 주관적 건강상태는 비은퇴집단에서 건강의 비율이 높았고, 은퇴집단에서 건강이 좋지 않은 비율이 높았다. 5차, 5차 전반적인 삶의 만족도도 은퇴집단에서 불만족/ 매우 불만족의 비율이 매우 높았고, 스스로 판단한 경제적 수준/사회적 지위도 ‘하류층’이라고 인식한 비율이 훨씬 높아서 은퇴이후의 생활에 대부분 적응을 못하고 있고 은퇴자들의 생활에 대해 제도적인 뒷받침이 필요하다고 여겨진다. 현재 경제적 상태에 대한 물음에서는 보통/여유 있는 편/매우 여유 있음의 비율이 은퇴집단에서 높게 응답한 데 반해, 조금 어려운 편/ 매우 어려움의 비율이 비은퇴집단에서 더 높게 조사되었다. 월소득은 비은퇴집단에서 훨씬 높은 편이었다 (p=0.01).

은퇴자일수록 건강, 삶의 만족도, 경제적 수준이 좋지 못하다는 것은 은퇴로 인해 주된 소득원의 상실도 중요한 원인이었으나 본 조사대상자의 경우 은퇴동기가 비자발적인 이유에 의해 일어났으므로 은퇴와 상관없이 건강상태가 이미 나빴거나 전반적인 삶의 질이 낮기 때문이라고 평가할 수 있다.

<표 8> 사회인구학적 특성별 주관적 건강상태(%)

변수명	변수항목	은퇴 집단(N=990)			p값	비은퇴 집단(N=1,392)			p값
		건강	보통	건강안음		건강	보통	건강안음	
자각 건강(6차년도)		17.1	27.4	55.6		39.8	34.4	25.8	
성별	남자	22.2	25.7	52.1	0.00	46.1	34.7	19.3	0.00
	여자	11.9	29.1	59.0		29.7	34.0	36.3	
연령	50~59세	21.0	28.8	50.2	0.002	45.3	35.6	19.1	0.00
	60~69세	19.8	28.2	52.0		33.6	33.8	32.7	
	70~79세	11.9	26.6	61.4		26.3	27.3	46.5	
	80세 이상	13.3	23.5	63.3		0	37.5	62.5	
학력	무학	7.5	25.1	67.4	0.00	18.9	19.7	61.4	0.00
	초등학교	11.8	24.5	63.7		31.9	37.2	30.9	
	중학교	13.8	31.6	54.6		38.6	38.6	22.7	
	고등학교	28.9	29.6	41.5		50.1	33.5	16.3	
	전문대 이상	42.3	30.8	26.9	60.4	31.7	7.9		
결혼상태	기혼/배우자있음	19.3	28.1	52.6	0.02	41.4	35.7	22.9	0.00
	미혼/이혼/별거	5.1	25.6	69.2		39.2	31.4	29.4	
	배우자사망	13.4	25.7	60.9		28.7	26.2	45.1	
종교(1차년도)	있음	16.7	29.1	54.2	0.273	28.7	26.2	45.1	0.603
	없음	17.7	24.3	58.0		39.6	35.3	25.1	
경제적 수준(5차년도)	상류층	25	50	25	0.00	0	0	0	0.00
	중상류층	48	32	20		59.5	31.0	9.5	
	중류층	28.5	33.7	37.8		49.9	35.8	14.3	
	중하류층	13.7	29.9	56.4		36.0	35.3	28.6	
	하류층	8.1	18.8	73.1		28.7	31.0	40.3	
사회적 지위(5차년도)	상류층	20.0	60.0	20.0	0.00	50.0	50.0	0	0.00
	중상류층	53.6	32.1	14.3		65.4	25.0	9.6	
	중류층	29.0	32.4	38.6		49.5	36.0	14.6	
	중하류층	12.7	30.3	57.0		34.5	36.9	28.6	
	하류층	8.0	19.3	72.7		30.7	29.4	39.9	
경제적 상태(6차년도)	매우 여유 있음	6.7	22.2	71.1	0.06	18.9	21.6	59.5	0.00
	여유 있는 편	15.6	24.7	59.7		37.8	34.8	27.4	
	보통	18.8	27.7	53.5		38.9	35.2	26.0	
	조금 어려운 편	12.9	37.1	50.0		51.8	32.3	15.9	
	매우 어려움	0	0	0		0	100	0	
월소득(6차년도)	평균(표준편차)	182.25만원(603.1)	88.6만원(98.1)	60.4만원(75.5)	0.00	199.4만원(166.9)	160.4만원(134.5)	105.1만원(145.7)	0.00

<표 8>은 은퇴유형을 따로 구분해서 사회인구학 변인별로 건강상태를 파악한 것이다. ‘아주 건강하다’와 ‘건강한 편이다’를 건강으로 합쳤고, ‘건강하지 않은 편이다’와 ‘건강이 아주 안좋다’를 건강하지 않음으로 간주해서 ‘건강’ ‘보통’ ‘건강 않음’의 3개 범주로 구성했다. 6차년도 자각건강에 있어서 은퇴집단의 경우 55.6%가 건강하지 않았고, 17.1%만이 건강한 것으로 집계되어 은퇴자들의 주관적 건강상태가 매우 낮음을 알 수 있었다. 비은퇴집단에서 ‘건강’으로 분류된 경우가 약 40%이고 ‘건강않음’이 약 26%로 은퇴집단과 큰 대조가 되었다. 여자의 경우 은퇴유형과 상관없이 ‘건강않음’의 비율이 남자보다 높아서 기존 연구와 동일했다. 50대 가운데 은퇴한 사람의 50%가 ‘건강않음’으로 응답한 데 반해, 50대 중에서 비은퇴집단은 19%만 ‘건강 않음’에 속해 50대 중 은퇴자들의 주관적 건강이 매우 좋지 못함을 나타냈다. 종교 유무에 의한 주관적 건강은 두 집단 모두에 있어 통계적 관련성은 없었다.

사회적 지위가 중상류층이라고 인식한 경우에는 은퇴유형과 상관없이 ‘건강’항목의 비율이 매우 높았다. 월소득의 경우 은퇴집단의 ‘건강’군이 182만원, ‘건강않음’군이 60만원이어서 약 3배정도 차이를 보였고, 비은퇴집단의 ‘건강’군이 199만원, ‘건강않음’군이 105만원으로 약 2배정도 차이를 나타내서 은퇴집단에서 더 큰 폭으로 차이를 보였다.

<표 9>에 의하면 은퇴를 한 집단에서 2년 전 자각 건강과 비교해서 건강이 나빠졌다고 한 비율이 올라갔다. 은퇴집단에서 2001년 4차년도에 건강하다고 한 비율이 21.6%(214명)이었는데 2003년 6차년도에는 17.1%(169명)로 21%가 줄어들었다. 건강이 나쁘다고 한 비율은 2001년 4차년도의 50.1%(496명)에서 55.6%(550명)로 증가했다. 반면에 비은퇴집단에서는 2001년 4차년도에 건강하다고 한 비율이 38.2%(532명)에서 2003년 6차년도에 39.8%(554명)로 약간 늘어났다. 건강이 나빠졌다고 한 비율은 30.5%(424명)에서 25.8%(359명)로 15%가 줄어들었다. 또한 은퇴유형과 상관없이 전반적인 삶의 만족도가 낮거나 기능상의 장애와 지병이 있을 경우 주관적 건강상태가 나쁘다는 것을 보였다.

<표 10>은 사회적 관계 및 건강관련행위에 따른 주관적 건강상태 비교표이다. 두 집단 모두에 있어서 자녀가 1~2명이 있는 경우 건강함 혹은 보통의 비율이 높았다. 가족으로부터 경제적 도움을 받고 있지 않을 때가 주관적 건강상태가 높았으며, 타인접촉빈도가 한달에 1회 정도인 경우에 건강하다고 인식하는 비율이 높았다. 교양/취미활동과 사회적 참여도 빈번할수록 건강하다고 인식하는 비율이 높아 사회적 연결망이 많을수록 건강에 도움이 된다는 기존의 연구와 동일했다. 즉, 신체적으로 건강하지 않더라도 높은 사회적 참여를 통해 건강하다고 인식하고, 개인 취미활동에 시간을 많이 할수록 총체적으로 건강한 삶을 살고 있다고 평가할 것이다.

4차년도 정기적 운동을 정기적으로 혹은 부정기적/수시로 하고 있을수록 두 집단 모두에서 6차년도에 건강하다고 인식하는 비율이 높았다. 이것은 건강하기 때문에 운동을 하게 되고 이것이 높은 자각건강으로 이어 질 수도 있고, 건강하지 않더라도 운동을 함으로서 건강통제력이 높아지고 이로 인해 건강하다고 인식할 수도 있을 것이다. 정기적으로 운동을 하는 집단에서 자신이 건강하다고 평가하는 은퇴자의 비율이 30.2%, 거의 하지 않는 은퇴자가 12.9%이므로 거의 3배정도 높았다.

<표 9> 건강, 만족도 및 장애에 의한 주관적 건강상태(%)

변수명	변수항목	은퇴 집단(N=990)			p값	비은퇴 집단(N=1,392)			p값
		건강함	보통	건강안음		건강함	보통	건강안음	
자각 건강 (6차년도)		17.1	27.4	55.6		39.8	34.4	25.8	
지병여부 (4차년도)	있음	7.9	19.9	72.2	0.00	20.4	33.9	45.7	0.00
	없음	27.1	35.6	37.3		49.3	34.7	16.0	
주관적 건강상태 (4차년도)	아주 건강/건강한 편	39.7	34.1	26.2	0.00	57.7	32.5	9.8	0.00
	보통	20.0	40.4	39.6		39.9	40.6	19.5	
	건강안음/아주안음	5.6	17.1	77.2		17.2	30.4	52.4	
자각 건강 (4차년도)		21.6	28.3	50.1	0.00	38.2	31.3	30.5	0.00
전 반 적 인 삶의 만족 도 (5차년도)	매우 만족/만족	28.8	32.6	38.6	0.00	54.5	26.8	18.8	0.00
	보통	16.9	30.3	52.8		37.7	37.1	25.2	
	불만족/매우불만족	6.9	13.9	79.2		22.2	34.6	43.2	
전 반 적 인 삶의 만족 도 (6차년도)	매우 만족/만족	34.6	28.7	36.7	0.00	53.7	28.6	17.7	0.00
	보통	12.4	31.6	56.0		36.1	37.1	26.1	
	불만족/매우불만족	8.9	10.7	80.5		25.6	30.9	43.6	
기능장애 (아파서 쉽)	예	1.1	8.8	90.1	0.00	6.1	19.3	74.6	0.00
	아니오	23.2	34.5	42.3		42.8	35.8	21.4	
활동장애 (질병, 장애)	예	2.7	5.3	92.0	0.00	1.1	12.5	86.4	0.00
	아니오	22.3	35.4	42.4		42.4	35.9	21.7	
감각장애	예	3.8	11.5	84.6	0.00	24.5	16.3	59.2	0.00
	아니오	19.5	30.3	50.1		40.4	35.1	24.6	
육체장애	예	1.8	9.1	89.2	0.00	3.7	10.3	86.0	0.00
	아니오	27.3	39.6	33.1		43.7	37.0	19.3	
수행장애 (배우기 등)	예	4.3	8.2	87.4	0.00	20.6	13.2	66.2	0.00
	아니오	20.4	32.4	47.1		40.8	35.5	23.7	
수행장애 (웃입기 등)	예	1.6	3.2	95.2	0.00	1	1	10	0.00
	아니오	19.3	30.9	49.8		40.1	34.6	25.3	
수행장애 (집밖활동)	예	1.3	4.3	94.4	0.00	2.4	9.5	88.1	0.00
	아니오	21.9	34.4	43.7		41.0	35.2	23.9	
수행장애 (직업활동)	예	3.3	9.3	87.4	0.00	5.1	10.9	83.9	0.00
	아니오	27.6	41.2	31.2		43.6	37.0	19.4	



<표 10> 사회적 관계 및 건강관련행위 별 주관적 건강상태 (%)

변수명	변수항목	은퇴집단(N=990)			p값	비은퇴집단(N=1,392)			p값
		건강함	보통	건강않음		건강함	보통	건강않음	
자각 건강 (6차년도)		17.1	27.4	55.6		39.8	34.4	25.8	
자녀의 수 (6차년도)	1~2명	20.6	30.2	49.1	0.01	44.9	36.2	18.9	0.00
	3~4명	17.6	27.6	54.9		39.1	33.2	27.6	
	5명 이상	12.4	23.9	63.7		26.7	33.2	40.1	
가족의 경제적 도움 (6차년도)	받고 있음	13.4	25.7	60.9	0.025	26.8	19.6	53.6	0.00
	받고 있지 않음	19.0	28.3	52.7		41.2	36.0	22.7	
타인접촉빈도 (5차년도) (친구, 이웃, 친척)	거의 매일	20.3	30.2	49.5	0.00	38.8	31.9	29.3	0.005
	일주일에 1회 이상	15.3	29.9	54.8		41.5	34.1	24.4	
	한 달에 1회 정도	20.8	28.8	50.4		43.9	36.0	20.1	
	6개월에 1회 정도	16.7	13.3	70.0		40.4	42.1	17.5	
	거의 만나지 않는다	6.9	14.6	78.5		20.6	47.6	31.7	
하루평균 교양/취미활동 (6차년도)	4시간 이상	26.9	30.8	42.3	0.00	30.0	50.0	20.0	0.00
	2~3시간	40.0	33.9	26.1		47.1	29.4	23.5	
	1시간 또는 미만	20.2	38.7	41.1		56.2	33.5	10.3	
	취미활동하지 않음	12.6	24.3	63.2		36.9	34.6	28.4	
사회참여 (6차년도) (종교, 친목, 동호회)	일주일에 1번 이상	26.5	32.6	40.9	0.00	50.4	32.1	17.4	0.00
	한 달에 2, 3번	26.8	39.4	33.8		47.0	36.5	16.5	
	한 달에 1번	23.8	33.3	42.9		41.7	36.5	21.8	
	한 달에 1번 미만	15.6	28.9	55.6		35.2	39.8	25.0	
	전혀 참여하지 않음	9.5	21.1	69.3		32.3	31.0	36.8	
정기적 운동	정기적으로 함	30.2	30.2	39.7	0.00	52.6	32.6	14.9	0.00
	부정기적/수시로	22.3	22.3	42.9		39.1	40.9	20.0	
	거의 안함	12.9	12.9	61.7		37.8	34.0	28.1	
정기적 건강진 단 여부	받고있음	20.8	25.1	54.1	0.26	46.1	34.8	19.1	0.001
	받지않음	16.1	28.0	55.9		37.5	34.3	28.2	
흡연여부	예	22.4	25.5	52.1	0.03	44.9	35.7	19.4	0.00
	아니오	15.2	28.0	56.8		36.8	33.7	29.5	
음주정도	평소에 술을 마심	21.1	28.4	50.5	0.00	49.3	30.6	20.1	0.00
	경우에 따라 마심	27.0	28.2	44.8		46.6	35.9	17.5	
	전혀 마시지 않음	12.7	26.9	60.5		31.5	34.9	33.6	
식사조절여부	한다	18.2	26.0	55.7	0.84	39.6	35.0	28.3	0.45
	하지 않는다	16.8	27.7	55.5		41.0	30.7	25.8	

예상 밖의 결과는 흡연과 건강상태와의 관계에서 흡연을 하는 경우 건강상태를 높게 평가하고 있는 점이다. 흡연은 반드시 나쁘지만 간접적으로 사회생활과 환경적응을 원활하게 하기 때문에서 육체적 건강은 쇠퇴할지라도 주관적 건강은 호전된다고 판단할 수도 있다. 두 번째 해석은 아직 건강

하기 때문에 담배를 피워서 신체적 이상을 못 느끼고 있고 이에 대한 결과는 2년간의 짧은 기간으로 판단하기에는 아직 이르다는 것이다. 마지막으로 건강에 대해 과신을 하고 있고 이미 건강이 나빠졌는데도 이에 대한 그릇된 평가를 하고 있을 수도 있다. 두 집단 모두에 있어서 음주는 오히려 주관적 건강을 높이는 경향이 있었다. 식사조절 여부는 두 집단 모두 주관적 건강상태와 통계적 유의성이 없었다.

## V. 결 론

노인기의 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 단 한가지의 요소를 꼽으라면 건강이다. 육체적으로 건강해야만 은퇴 후에 여생을 자신이 선택한 활동을 하면서 살 수 있기 때문에 매우 중요하다. 나이와 함께 건강이 나빠짐에도 불구하고 대부분의 노인들은 자신의 건강을 양호함으로 인식한다고 한다. 스스로 평가한 총체적 건강상태는 의사의 객관적 평가에 준하거나 훨씬 정확하기 때문에 신뢰할만하고 타당하다고 알려져 있다(Ferraro, 1980). 주관적 건강상태는 단지 육체적/기능적 건강상태만을 가지고 스스로 건강이 나쁘다 혹은 좋다 라고 판단하지 않는다는 가정 하에 본 연구를 시도하였다. 사회적 관계망이 열악하거나 건강에 대한 신념과 통제력이 약할 경우 건강을 과소평가할 수도 있고, 건강에 도움이 되지 않는 행위를 할 수도 있다는 것이다. 자각 건강을 나쁘게 갖고 있다는 것은 육체/기능적 건강 이상을 평가하고 있으며 매우 심각한 상태에 있으며 여러 가지 측면에서 자각 건강을 높이기 위해 접근해야 한다는 점이다.

본 연구는 50세 이상 중장년층 중에서 은퇴자와 비은퇴자 만을 고려해서 이들 집단 가운데 자각건강과 관련된 변수를 알아보고자 했다. 대부분의 경우 은퇴지위와 상관없이 사회/경제학적으로 열악한 처지에 있을 경우, 만성질환/기능상의 장애로 인한 활동장애가 있을수록, 사회적 관계가 약할수록, 정기적 운동을 하지 않을수록 자각건강이 나쁜 것으로 조사되었다.

본 조사대상자의 은퇴자들의 구체적 은퇴사유가 자신의 의지와 무관하게 건강, 해고, 권고사직 등이 주를 이루었고 정년퇴직 및 돈의 여유가 있어서는 매우 낮은 비율이어서 은퇴생활적용이 어려울 수밖에 없음을 미리 짐작하게 했다. 은퇴집단은 사회/경제학적 측면에서 비은퇴집단과 비교하여 매우 열악했다. 지금 은퇴계층은 스스로 경제적으로 자립할 수가 없는 것이 현실이고, 소위 3층사회보장체계(기업연금, 개인연금, 공공연금)가 미비하여 제도적 뒷받침 하에 노동시장에 재투입해서 스스로 소득원을 마련해야 성공적 은퇴를 이룰 수 있을 것이다. 그러나, 본 연구에서 은퇴 구체적 사유가 건강과 관련이 많아서 노동자계층의 은퇴이전 생애주기별 건강정책제도의 재점검이 필요하다.

건강관련변수는 고령사회의 도래와 더불어 사회보장비 지출과 관련이 깊다. 건강의 개인책임의식을 부여하여 예방차원에서 건강에 저해하는 행위, 음주, 흡연을 자제하게 하고 건강, 식사조절에 대한 홍보와 적절한 교육프로그램을 실시하는 것이 필요할 것이다. 그러나 본 연구결과 비록 통제변수를 고려하지는 못했지만, 담배를 피우고 평소에 술을 마시는 경우에 오히려 건강하다고 인식하는 비율이 높았다. 이것은 기존의 횡단적 연구와 일치하는 것이다. 본 연구의 경우 2년간의 기간을 두고

자료를 수집했기 때문에 시간적 인과성이 어느 정도 인정되므로 이들 변수가 건강을 적어도 현재 상태로 유지해 주고 있다고 해석할 수 있으나, 좀 더 긴 기간을 가지고 건강저해행위의 결과여부를 논해야 할 것이다.

본 연구에서 주관적 건강은 신체/기능상의 건강에 의해 평가되기 보다는 사회적 관계 및 건강관련 행위에 의해서도 좌우될 수도 있다는 가능성을 보였다. 적절한 사회적 관계는 사회로부터 지지관계를 형성하고 높은 건강을 유지/관리해 줄 수 있을 것이다. 사회 환경으로부터 충분한 지지에 의해 삶이 유지되고 있으면, 이것은 질병이 있더라도 훨씬 수월하게 살아가게 되고 객관적으로 나쁜 건강상태임에도 정신적/사회적 건강을 높여서 질병치유에도 높은 효과를 발휘할 수 있을 것이다.

## 참고문헌

- 김남진(2000). 예비노인 집단과 노인집단의 건강관심도 및 건강행위, 주관적인 건강상태와의 관련성 연구. 보건교육,건강증진학회지, 17(2); 99-110.
- 보건복지부(2003). 보건복지통계연보.
- 신경림, 김정선(2004). 도시지역 여성노인의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태 및 건강증진행위와의 관계연구. 대한간호학회지, 34(5); 869-880.
- 송미숙, 송현중, 목진용(2003). 경로당 등록 노인의 주관적 건강수준과 관련 요인. 한국노년학, 23(4); 127-142.
- 장인순(2003). 일부 농촌지역 여성노인의 주관적 건강상태에 미치는 요인, 한국보건간호학회지, 17(1); 35-4.
- Ferraro, K.(1980). Self-ratings of health among the old and old-old. *Journal of Health and Social Behavior*. 21, 337-383.
- 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.