

우리나라 중고령자의 주관적 건강상태*

- 독일, 스웨덴, 이탈리아와의 국가간 비교연구 시론 -

부가청·장지연**

I. 서론

건강은 누구에게나 행복의 기본요소이지만, 특히 노년기에 들어선 사람들에게 매우 중요하다. 노인의 생활만족도에 영향을 미치는 주요 요소들 중에서 건강상태는 가장 설명력 높은 변수로 분석되고 있다(Edwards and Klermmack, 1973; 박경규 외, 2003 재인용). 우리나라에서 이루어진 연구들에서도 노년기 건강과 생활만족도의 관련성은 매우 높게 나타난다(최연희·백경신, 2002; 강수균 외, 2003; 박경규 외, 2003; 장숙희, 2006). 그렇다면 우리나라 중노년 인구의 건강상태는 다른 나라 중노년 인구에 비해서 어떠한가?

한국노동연구원이 새로 구축한 '2006년 고령화연구패널조사 원자료'와 영국의 고령화 패널조사 ELSA(English Longitudinal Studies of Ageing), 그리고 유럽의 고령화패널조사 SHARE(Studies of Health and Retirement in Europe)에서의 데이터를 비교해 본 결과, 우리나라 노인들은 다른 선진국의 노인들에 비하여 자신의 건강상태가 '나쁘다'고 판단하는 경향이 높다. 우리나라 사람의 평균수명은 선진국에 비하여 그리 짧지 않으며¹⁾, 인구의 고령화가 덜 진전된 상태이므로, 인구의 연령구성으로 볼 때에도 평균적인 주관적 건강상태가 더 나쁠 이유가 없다. 그렇다면 우리나라 노인들이 다른 선진국 노인들에 비하

* 이 글은 장지연·부가청(2007), 「우리나라 중노년 인구의 건강상태: 주관적 건강상태의 국가간 비교 연구 시론」, 『한국인구학』 30(2)에 게재된 논문을 요약하였다.

** 부가청=한국노동연구원 고령화연구패널팀 책임연구원(nadinne@kli.re.kr), 장지연=한국노동연구원 연구위원(jchang@kli.re.kr).

1) OECD에 따르면, 2005년에서 2010년 시점에 미국은 78.2세, 영국 79.4세, 독일 79.4세, 프랑스 80.7세 그리고 우리나라는 78.6세의 평균수명을 나타낼 것이라고 예상하였다.

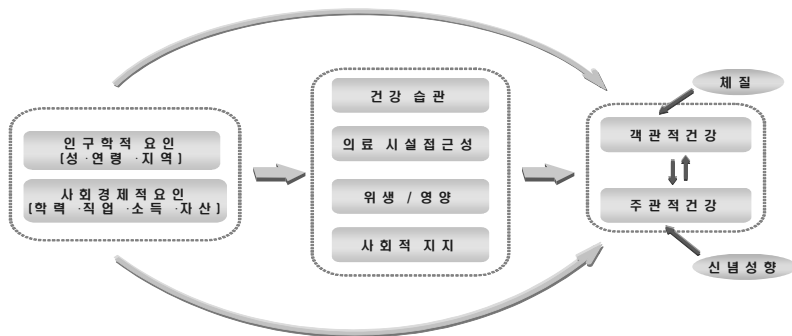
여 상대적으로 건강이 좋지 않다고 스스로 평가하는 이유는 무엇일까?

본 연구는 개인의 주관적 건강상태 판정의 국가간 차이에 주목하고자 한다. 주관적 건강상태는 기본적으로 객관적 건강상태에 영향을 받지만, 이를 해석하는 태도나 주관적 신념의 영향을 받아 최종적으로 형성되는 판단이라고 본다. 그러므로 주관적 건강상태의 국가별 차이는 ① 객관적 건강상태의 차이와 ② 개인의 태도나 신념체계에 영향을 미치는 사회·문화적 특성의 차이의 결합으로 이해되어야 한다.

그러므로 본 연구의 주된 분석파트는 다음과 같은 단계로 이루어진다. 먼저 영국과 EU 10개국의 50세 이상 중고령 인구를 대상으로 하는 조사를 통하여 각국 중고령자의 주관적 건강상태의 수준을 개괄적으로 비교한다. 다음으로 이들 국가들 중에서 의료시스템을 비롯하여 사회보장체계 측면에서 뚜렷한 차이를 보이는 3개 국가를 선정한다. 선정된 3개 국가와 우리나라의 주관적 건강상태를 비교분석한다. 여기서는 객관적으로 측정된 건강상태와 각 사회의 인구학적 구성을 통제한 후, 이런 요인들로 설명되지 않는 국가별 차이가 여전히 존재하는지 살펴본다. 마지막 단계에서는 비교분석한 4개국의 어떤 특성들이 객관적 건강수준의 차이로 설명되지 않는 잔여부분을 설명할 수 있을 것인지 논의할 것이다.

II. 분석틀과 연구가설

[그림 1] 주관적·객관적 건강상태에 영향을 미치는 요인들의 구성



주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인들을 재구성해 보면 [그림 1]과 같다. 우선 가장 직접적인 요인으로는 네 가지 범주를 들 수 있다. 첫째, 술, 담배, 운동, 식습관 등 건강습관, 둘째, 의료시설 이용의 접근성, 셋째, 위생과 영양상태, 넷째, 사회·심리적 지지가 그것이다. 이러한 직접적인 요인들에 영향을 미치는 배경적인 요인으로는 성, 연령, 거주지역 등의 인구학적 요인과 학력, 직업, 소득, 자산 등 사회경제적 요인 등이 있다.

본 연구는 고령자들의 주관적 건강상태 판정이 나라마다 다르다는 사실에 주목한다. 주관적 건강상태는 기본적으로 객관적 건강상태에 따라 달라지지만, 이를 해석하는 태도나 주관적 신념의 영향을 받아 최종적으로 형성되는 판단이라고 본다. 그러므로 주관적 건강상태의 국가별 차이는 객관적 건강상태의 차이 그리고 개인의 태도나 신념체계에 영향을 미치는 사회문화적 특성의 차이의 결합으로 이해되어야 한다.

‘개인의 태도나 신념체계에 영향을 미치는 사회문화적 특성’을 구분해 내기 위해서는 두 가지 접근방식을 사용한다. 먼저, 주관적 건강상태의 국가별 차이 중에서 객관적 건강상태의 차이로 설명되지 않는 부분이 얼마나 되는지를 질문한다. 즉, 객관적 건강상태가 동일한데도 불구하고 주관적 건강상태가 국가별로 다르게 나타나겠는가를 질문한다²⁾. 그 다음으로, 국가별 차이가 나타났다면 객관적 건강상태를 받아들이는 방식의 차이에 기인한 것인지를 묻는다. 이것은 일정한 정도의 객관적 건강상태를 두고 이를 얼마나 심각하게 받아들이는가 하는 점에서 차이를 발견하는 방식이다. 즉, 객관적 건강상태가 주관적 건강상태에 영향을 미치는 정도가 국가마다 다른가를 보는 방식이다.

이 두 가지 접근방식으로부터 다음과 같은 연구 가설을 도출할 수 있다. 두 연구 가설은 상호배타적인 것이 아니며, 각각의 가설은 개별 국가에 특유한 사회문화적 차이가 주관적 건강상태 판정에 영향을 미칠 수 있음을 보여주는 서로 다른 접근방식을 대표하는 것이다.

가설 1: 객관적 건강상태를 통제하더라도 주관적 건강상태의 국가별 차이는 존재한다. 즉, 주관적 건강상태에는 객관적 건강상태로 설명되지 않는 부분이 존재하는데 그 중 일부는 국가마다 고유한 특성으로 설명된다.

<가설 1>은 객관적 건강상태의 영향을 통제하였을 때에도 여전히 주관적 건강상태의

2) 객관적 건강상태를 통제한 상태에서 주관적 건강상태에 차이가 나타난다 하더라도, 이에 대한 해석은 곧바로 도출되는 것은 아니다. 즉, 이러한 차이를 긍정적·부정적 태도(또는 표현)의 차이로 볼 수도 있으나, 달리 보자면 작은 차이를 얼마나 강하게 표현하는가의 차이로 볼 수도 있으며, 아니면 판단의 근거로 삼는 준거집단을 누구로 설정하는 편인가의 차이로도 해석할 수 있다. 이러한 다양한 해석의 가능성은 분석결과를 가지고 후술하기로 한다.

국가별 차이가 존재하는지를 관찰함으로써 개별 국가에 특유한 사회문화적 차이가 주관적 건강상태 판정에 영향을 미치는지 살펴보는 것이다. 이 가설을 검증하기 위해서 분석대상국가의 자료를 통합(pooling)하였다. 객관적 건강상태 측정변수를 모두 통제하였을 때, 주관적 건강상태를 설명함에 있어서 각 국가를 표시하는 더미변수의 효과가 통계적으로 유의미한지 살펴볼 것이다.

가설 2: 객관적 건강상태가 주관적 건강상태에 영향을 미치는 정도는 국가마다 다르다. 즉, 특정한 건강상의 문제가 있다고 할 때 이것이 주관적인 건강상태의 판정에 영향을 미치는 정도는 국가마다 다르다.

객관적 건강상태를 통제하고 보더라도 주관적 건강상태 판정에 있어서 국가간에 차이가 존재한다면, 이것은 동일한 정도의 객관적 건강상태를 두고 이를 얼마나 심각하게 받아들이는가 하는 점에서 차이가 있기 때문일 수 있다. A국가의 노인들은 특정한 만성 질환이 있을 때 자신의 건강상태가 나쁘다고 판단하는데 비하여 B국가의 노인들은 이 질병을 가지고 있다는 사실이 주관적 건강상태 판단에 크게 영향을 미치지 않을 수 있다. 예컨대 우리나라 노인들은 암이 걸렸다는 사실로 인하여 건강에 대하여 자신감을 잃는 경향이 다른 나라보다 클 수 있다. 이러한 가설을 검증하기 위해서 객관적 건강상태를 측정된 변수들이 ‘건강상태가 나쁘다고 응답할 가능성’에 얼마나 영향을 미치는지 국가별로 살펴볼 것이다.

Ⅲ. 분석자료

1. 자료

본 연구의 자료는 ‘고령화연구패널(KLoSA)’ 1차년도 기본조사 자료(한국노동연구원)와 유럽의 고령화연구 자료인 ‘Study of Health, Ageing and Retirement in Europe(SHARE: 2004)’이다. 우리나라의 고령화연구패널조사는 학술 및 정책연구를 위한 기초통계자료로서 2006년에 1차 기본조사가 완료되었다. 조사내용은 인구학적 기본변수, 가족, 건강, 고용, 소득, 자산, 주관적 기대감의 7개 영역이며, 학제적 연구가 가능한 자료이다(신현구 외, 2005). 현재 구축된 패널은 6,171가구로부터 10,254명이다³⁾. 유럽의 SHARE는 초기 11개국에서 출발하여 2004년 첫 해년도 조사를 마쳤고 현재 10개국(오스트리아, 덴마

크, 프랑스, 네덜란드, 그리스, 스페인, 스웨덴, 독일, 이탈리아, 스위스)의 자료가 공개되었다. KLoSA와 SHARE의 가장 큰 차이점 중 하나는 대상 연령집단이다. SHARE는 50세 이상을 조사대상으로 하고 있는데 비하여 KLoSA는 45세 이상을 조사하였다. 본 연구에서는 분석대상을 일치시키기 위하여 KLoSA의 경우도 50세 이상만을 분석에 포함시켰다.

2. 주관적 건강상태의 측정방법

본 분석에서 사용된 ‘고령화연구패널자료’와 유럽자료(SHARE)에서 주관적 건강상태를 측정하기 위하여 고안된 질문은 다음과 같다.

고령화연구패널조사: ‘본인의 건강상태에 대하여 어떻게 평가하십니까?’

SHARE: ‘Would you say your health is...?’

변수의 측정과 관련하여 고려해야 할 문제가 한 가지 있는데, 태도를 측정하는 사회조사에서 흔히 사용하는 5점 척도의 항목 구성이 다음의 <표 1>과 같이 다를 수 있다는 점이였다. 우리나라는 주로 척도 A를 사용하지만, 미국을 비롯한 여러 국가들은 척도 B를 흔히 사용한다고 한다. 이미 알려진 바와 같이, 같은 5점 척도라고 하더라도 범주에 붙여진 명칭이 다르면 같은 내용을 측정해 내는 도구라고 보기 어렵다(Presser, 1989; Schaeffer, 1991; Krosnick and Fabrigar, 1997). 이러한 문제의식을 가지고 고령화연구패널과 SHARE는 척도 A, B 두 가지 모두를 사용해서 질문하였다. 즉, 모든 응답자에게 서로 다른 선택지를 제시하는 방식으로 주관적 건강상태를 두 번 질문하는 것이다⁴⁾.

유사한 의도를 가지고 질문을 두 번 하는 경우, 질문을 어디에 위치시키느냐에 따라서 응답이 영향을 받게 된다는 문제점이 다시 발생한다(Wanke and Schwarz, 1997; Biemer and Lyberg, 2003; Groves et al., 2004). 질문의 위치에 따른 결과의 차이를 살펴보기 위해서는 split-ballot experiment를 실시하여야 한다. ‘고령화연구패널조사’와 SHARE는 모두 주관적 건강상태를 측정하는 척도 A와 척도 B를 건강영역 설문 맨 앞과 맨 뒤에 한 번씩 배치하되, 두 척도 중 어떤 것이 먼저 나올지는 CAPI(Computer Assisted Personal Interviewing)상에서 무작위로(random) 결정되었다.

3) 고령화연구패널조사의 진행경과와 주요 내용 등에 대해서는 한국노동연구원의 『노동리뷰』 각호, 고령화연구패널 홈페이지, 신현구 외(2006) 등을 참조하기 바란다. 표집과 가중치에 관한 내용은 이계오(2006, 2007)를 참조하기 바란다.

4) 이 응답내용을 분석하면, 우리는 척도 A와 척도 B가 실제로 같은 질문이라고 볼 수 있는지 그렇지 않는지 알아 볼 수 있다.

〈표 1〉 두 가지 세트의 5점 척도

척도 A	척도 B
① 매우 좋음 (very good)	① 최상 (excellent)
② 좋은 편 (good)	② 매우 좋음 (very good)
③ 보통 (fair)	③ 좋은 편 (good)
④ 나쁜 편 (bad)	④ 보통 (fair)
⑤ 매우 나쁨 (very bad)	⑤ 나쁜 편 (poor)

〈표 2〉 주관적 건강상태 자가진단 점수

	5점 척도 평균값			'나쁘다'는 비율		
	A: 보통=3	B: 보통=4	A=B	A: 보통=3	B: 보통=4	A=B
한국	3.09		3.77 *	35.7	30.0	
영국	2.12 *		2.80 *	7.47	7.60	**
프랑스	2.33		3.10 *	9.21	8.95	**
독일	2.47		3.19	12.4	8.39	
오스트리아	2.31		2.91	9.48	6.58	
네덜란드	2.19		2.87	5.79	4.20	
스위스	1.90		2.62	3.20	2.90	**
스웨덴	2.18		2.50 *	9.68	3.28	
덴마크	2.17		2.61	8.46	6.04	
그리스	2.22 *		2.92	7.65	6.24	
이탈리아	2.56 *		3.25	12.5	10.0	
스페인	2.61		3.33 *	16.8	11.9	

주: * 다른 건강관련 문항 앞에 배치한 경우와 뒤에 배치한 경우, 측정값이 통계적으로 유의미한 차이가 있음(p<0.01).

** 척도 A로 측정된 경우와 척도 B로 측정된 경우 나타나는 차이의 정도가 통계적으로 유의미한 수준임(p<0.01)

3. 주관적 건강상태 측정 결과

다음의 <표 2>는 SHARE에 포함되어 있는 유럽국가와 ELSA 자료의 영국 그리고 분석대상에 포함된 한국, 독일, 스웨덴, 이탈리아의 50세 이상 고령자들의 주관적 건강상태에 대한 평가 결과이다. ‘매우 좋음’을 1점으로, ‘매우 나쁨’을 5점으로 하는 척도의 평

균값으로 각국의 주관적 건강상태를 비교해 보면, 우리나라는 3.09점으로 다른 선진국에 비하여 스스로의 건강상태를 낮게 평가하고 있다. ‘나쁜 편’과 ‘매우 나쁨’을 합친 비율로 보더라도, 우리나라는 전체 대상자의 35.7%가 스스로의 건강상태를 나쁘다고 판단하고 있는데, 이는 다른 국가들에 비하여 현저하게 높은 비율이다. 우리나라 고령자들의 만성질환 유병률이나 일상생활 수행능력의 어려움과 같은 객관적인 건강상태가 다른 국가들에 비하여 현저하게 떨어지는 상황이 아니라는 점을 감안하면 이는 매우 주목할 만한 현상이며 설명을 요하는 현상이기도 하다.

본 연구는 건강상태가 ‘보통’이라고 응답한 경우에 3점을 주는 척도 A를 가지고 국가간 차이를 비교분석한다. 보건의료체계나 복지수준의 차이가 건강상태의 차이를 초래할 수 있다고 판단하여, 복지국가 유형론에서 각 유형의 전형적인 국가를 한 국가씩 선정하여 비교하기로 하였다. 본격적인 연구가 이루어져야 보다 분명해지겠지만, 일견 주관적 건강상태의 수준은 각 복지국가 유형의 범주별로 일정한 패턴을 나타내고 있는 것으로 보인다. 예컨대, 남유럽 국가들의 주관적 건강상태가 나쁜 편에 속하고, 북유럽국가들은 상대적으로 좋은 상태를 나타내고 있다. 상세한 비교분석이 수행될 대상국가로는 우리나라와 독일, 스웨덴, 이탈리아를 선정하였다.

4. 기술통계

설명변수로는 성별과 연령 이외에 객관적 건강상태를 반영하는 변수들을 추가하였다. 모형에 포함된 변수의 기술통계치는 <표 3>과 같다. 분석에 사용된 데이터에서 연령의 평균은 4개 국가에서 비슷하다. 성별은 우리나라의 경우 여성이 절반을 넘는데 비하여 유럽 3개국은 표본에 남성이 더 많이 포함되었다⁵⁾.

객관적인 건강상태를 구성하는 두 차원은 의료적 차원과 기능적 차원이라고 하였다 (이승미, 2002) 고령자에 있어서 의료적 차원의 건강상태는 흔히 만성질환의 존재여부로 측정된다. 본 분석에는 고령화연구패널과 SHARE에서 공통적으로 조사한 7가지 만성질환을 포함시켰다. <표 3>에 따르면, 우리나라는 다른 3개국에 비하여 암⁶⁾과 심장질환의 유병률이 각각 2.6%와 5.7%로 낮은 편이다. 이탈리아는 다른 3개국에 비하여 폐질환과

-
- 5) 표본추출방식에서 고령화연구패널과 SHARE는 약간의 차이가 있다. 고령화연구패널은 추출된 가구에서 45세 이상 가구원을 모두 최종표본으로 선정하는 방식을 사용하는데 비해서, SHARE의 경우는 가구 내에 45세 이상 가구원이 두 세대 이상 있을 경우 이들 중에서 한 세대를 다시 선정하여 최종 표본으로 삼았다.
- 6) 고령화연구패널과 SHARE의 암 유병률에 대한 조사는 암이 발병한 부위를 일일이 체크하는 방식인데, SHARE의 경우 부위를 더 세분하여 조사하였다. 이것이 암 유병률을 더 높게 나타나게 된 원인 인지에 대해서는 추가적인 고려가 필요하다.

〈표 3〉 국가별 변수의 기술통계치

(단위: %, 세)

	한국(n=8458)	독일(n=2935)	스웨덴(n=2992)	이탈리아(n=2500)
	평균	평균	평균	평균
성별(여성=1)	56.4	46.6	46.9	44.9
연령	64.81	64.36	65.14	64.73
고혈압	31.4	35.9	29.1	36.5
당뇨	13.7	11.1	8.5	11.5
암	2.7	6.1	7.4	4.6
폐질환	2.5	4.7	2.9	7.3
심장질환	5.7	11.3	16.2	10.1
뇌혈관질환	3.7	3.9	4.6	3.2
류마티즘	19.2	11.8	9.7	31.5
목욕하기	4.5	4.6	4.1	6.7
식사하기	2.7	1.5	1.9	1.4
일어나기	3.0	2.8	2.7	3.4
화장실 사용하기	2.3	1.9	1.9	2.3
몸단장하기	3.5	5.7	6.2	7.8
식사 준비하기	9.6	3.1	3.3	3.3
외출하기	6.4	8.0	10.2	7.2
물건 구매하기	6.0	5.1	5.4	5.9
금전관리	8.0	2.5	3.5	4.5
전화 사용하기	4.9	1.3	1.8	2.5

류마티즘의 유병률이 뚜렷이 높게 나타났다. 그러나 크게 보면, 50세 이상 고령자에서 7 가지 만성질환 유병률은 분석대상 4개국에서 큰 차이가 없다.

객관적 건강상태를 구성하는 다른 차원은 기능적 차원이다. 고령화연구패널과 SHARE는 모두 일상생활 수행능력(Activities of Daily Living: ADL)과 도구적 일상생활 수행능력(Instrumental Activities of Daily Living: IADL) 여부를 판정하기 위한 항목을 조사하였으나, 구체적인 항목에서 약간의 차이점이 있다. 본 분석에서는 공통적인 부분만을 추출하여 비교하였다. 우리나라 고령자는 식사 준비하기와 금전관리, 전화 사용하기에서 다른 사람의 도움이 없이 생활하기에 어려움을 겪고 있다는 응답의 비율이 높은 편이다. 몸단장하거나 외출하기에서는 유럽 노인들에 비해 어려움을 덜 느끼는 것으로 나타났다. 전반적인 일상생활 수행능력에서 분석대상 4개국간에 커다란 차이점이 있다

고 보기는 어렵다.

IV. 주관적 건강상태의 국가간 차이

1. 객관적 건강상태를 통제한 상태에서 국가별 차이를 드러내는 모형

객관적 건강상태의 영향을 통제하였을 때에도 여전히 주관적 건강상태의 국가별 차이가 존재한다는 가설을 검증하기 위하여 4개국 데이터를 결합하여 분석하였다. 객관적 건강상태 측정변수를 모두 통제하였을 때, 각 국가를 표시하는 더미변수의 효과가 통계적으로 유의미한지 살펴보았다. 건강상태가 ‘나쁜 편’이거나 ‘매우 나쁨’이라고 응답한 경우를 1로 하고, 그렇지 않은 경우를 0으로 하여 로짓분석을 수행하였다.⁷⁾ 객관적 건강상태는 7가지 만성질환의 유무와 10가지 일상생활 장애여부로 측정하였다.

분석결과에 따르면, 건강상태를 통제하고 나서도 국가변수의 회귀계수가 통계적으로 유의미한 값을 갖는 것으로 나타난다. 이러한 결과는 만성질환과 일상생활 수행능력이 주관적 건강상태 판정에 미치는 영향을 통제한 상태에서 국가별 고유한 특성으로 설명되는 부분이 존재한다는 가설에 부합한다. 현재 모형은 성과 연령 이외에 몇 가지 만성질환 유무와 일상생활 수행능력을 포함하고 있으므로 국가변수는 모형에 포함된 객관적 건강상태 변수로 포착되지 못한 국가간 차이를 반영한다. 분석에 포함된 독일, 스웨덴, 이탈리아의 고령자들은 만성질환 여부와 일상생활 장애여부를 통제한 상태에서 우리나라 고령자에 비하여 자신의 건강상태를 ‘나쁘다’로 판단할 가능성이 현저히 낮은 것으로 나타났다.

연령효과의 국가별 차이를 살펴보기 위한 <표 4>의 모형 3을 통해 연령이 주관적 건강상태 판정에 미치는 부정적 영향의 크기가 국가에 따라 차이가 존재하는지 살펴보자. 우리나라를 준거로 설정하였으므로 우리나라의 경우 연령이 주관적 판단에 미치는 영향의 회귀계수는 0.0382이다. 독일과 이탈리아의 경우 해당 계수는 각각 0.0133과 0.0059가 되며⁸⁾, 스웨덴의 경우 연령효과의 계수값은 심지어 음의 값을 갖는다. 즉, 모형에 포함된 모든 객관적 건강상태 측정변수를 통제하고 보았을 때, 연령 증가에 따라 주관적 건강상태를 더욱 부정적으로 판정하는 경향은 우리나라에서 가장 심하며, 독일과 이탈리

7) 본래 조사에서 사용한 1~5점 척도를 그대로 두고 ‘ordered probit’ 모델을 시도하였으나, 1~5점 척도가 Proportional한 것으로 볼 수 있는지를 테스트한 결과, 그렇게 보기 어렵다는 결과를 얻어 분석모형을 변경하였다.

8) 독일: .0382-.0249; 이탈리아: .0382-.0323; 스웨덴: .0382-.0712

〈표 4〉 통합데이터를 이용한 로짓모형 : 국가간 비교

(n = 16885)

	모형 1			모형 2			모형 3		
	계수값		표준오차	계수값		표준오차	계수값		표준오차
성별	0.394	***	0.045	0.401	***	0.045	0.397	***	0.045
연령	0.024	***	0.002	0.218	***	0.028	0.038	***	0.002
연령제곱				-0.001	***	0.000			
고혈압	0.413	***	0.046	0.389	***	0.047	0.399	***	0.047
당뇨	0.842	***	0.060	0.817	***	0.060	0.847	***	0.060
암	1.289	***	0.097	1.273	***	0.097	1.333	***	0.097
폐질환	1.086	***	0.104	1.070	***	0.104	1.084	***	0.104
심장질환	1.033	***	0.073	1.025	***	0.073	1.119	***	0.074
뇌혈관질환	1.221	***	0.107	1.192	***	0.108	1.273	***	0.108
류마티즘	1.106	***	0.052	1.079	***	0.053	1.097	***	0.053
목욕하기	0.691	***	0.146	0.775	***	0.147	0.869	***	0.151
식사하기	0.057		0.228	0.023		0.227	0.060		0.231
일어나기	0.590	***	0.197	0.575	***	0.197	0.510	*	0.198
화장실 사용하기	0.015		0.245	-0.007		0.244	0.124		0.248
몸단장하기	0.627	***	0.138	0.628	***	0.138	0.633	***	0.139
식사 준비하기	-0.022		0.104	-0.004		0.105	-0.036		0.106
외출하기	1.450	***	0.105	1.466	***	0.105	1.516	***	0.106
물건 구매하기	0.590	***	0.133	0.670	***	0.133	0.650	***	0.135
금전관리	-0.218	*	0.122	-0.179		0.122	-0.238	*	0.124
전화 사용하기	0.154		0.155	0.229		0.156	0.035		0.159
독일	-1.889	***	0.075	-1.892	***	0.075	-0.285		0.509
스웨덴	-2.372	***	0.086	-2.336	***	0.086	2.395	***	0.483
이탈리아	-2.202	***	0.084	-2.212	***	0.084	-0.081		0.579
독일*연령							-0.029	***	0.007
스웨덴*연령							-0.072	***	0.007
이탈리아*연령							-0.033	***	0.008
-2 Log L	13173.15			13126.61			16039.997		
DF	22			23			25		

주 : *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.10

아는 그 정도가 약한 편이다. 스웨덴의 경우 객관적 건강상태가 나빠진다는 점을 고려하면 연령에 따라 주관적 평가는 오히려 더 긍정적으로 변화한다고 볼 수 있다.

2. 객관적 건강상태가 주관적 건강상태 판정에 미치는 영향의 차이

이 절에서 검토하고자 하는 가설은 객관적 건강상태가 주관적 건강상태 판정에 영향을 미치는 정도가 국가마다 다른가이다(표 5 참조).

만성질환의 존재는 어느 나라에서나 대체로 주관적 건강상태의 판정에 부정적인 영향을 미치지만, 그 정도는 국가마다 다르게 나타났다. 우리나라 고령자의 경우, 암이나 뇌혈관질환을 가지고 있을 때 자신의 건강상태를 나쁘다고 평가할 가능성이 현저하게 높다. 독일의 경우 암과 심장질환의 계수가 크게 나타나고 있으며, 스웨덴은 암과 폐질환의 계수가 상대적으로 큰 편이다. 이탈리아는 심장질환과 뇌혈관질환의 계수가 큰 편이다. 만성질환의 존재가 주관적 건강상태 판정에 미치는 회귀계수의 값은 나라마다 다른데, 특히 우리나라의 경우 회귀계수의 값들이 뚜렷하게 크게 나타난다.

일상생활 수행능력 여부가 주관적 건강상태 판정에 미치는 영향은 만성질환의 존재만큼 일관성있게 나타나지 않지만, 여전히 중요한 설명력을 제공한다. 어떤 어려움을 느낄 때 자신의 건강상태를 부정적으로 판정하게 되는지도 국가마다 다른 모습을 보인다. 우리나라의 경우 일상생활 수행능력이 주관적 건강상태에 미치는 영향을 나타내는 회귀계수는 다른 나라에 비하여 더 크다고 보기는 어렵다. 우리나라 고령자는 목욕하기, 외출하기, 전화 사용하기와 같은 일상생활 수행능력과 주관적 건강상태 판정이 긴밀한 정 의 상관관계를 보이는 것으로 나타났다.

객관적 건강상태 변수 이외에 성별과 연령을 분석에 포함시켰는데, 유럽 3개국은 모두 성별에 따른 주관적 건강상태의 차이는 없는 것으로 나타났다. 이에 비해 우리나라는 여성이 남성에 비하여 자신의 건강상태를 나쁘다고 판단할 가능성이 더 큰 것으로 나타났다. 연령의 효과를 보면, 우리나라 고령자는 연령이 높아짐에 따라 자신의 건강상태를 나쁘다고 판단할 가능성이 단선적으로 증가한다는 모형이나 혹은 일정한 시점까지 증가하다가 더 이상 증가하지 않는 포물선을 그린다는 모형이 모두 자료에 부합한다. 독일과 스웨덴은 주관적 건강상태 판정과 연령은 유의미한 관련성을 보이지 않는다. 이탈리아는 우상향하다가 더 이상 증가하지 않는 포물선을 그린다는 모형에 부합한다.

지금까지 분석결과를 요약하면 다음과 같다. 주관적 건강상태는 객관적 건강상태를 반영하지만 이것만으로는 설명되지 않는 심리적인 부분이 있다는 사실은 일찍이 인정되어왔다(Bailis et al., 2003). 이 장의 분석은 이러한 주장을 국가간 비교연구를 통해서 드러낸 것이다. 본 연구에서는 두 가지 접근방식을 사용하였는데, 하나는 만성질환 보유여

〈표 5〉 국가별 건강상태가 '나쁘다' 고 응답할 가능성에 대한 로짓모형

	한국 (n=8458)			독일 (n=2935)			스웨덴 (n=2992)			이탈리아 (n=2500)		
	계수값		표준오차	계수값		표준오차	계수값		표준오차	계수값		표준오차
성별	0.643	***	0.059	0.015		0.135	-0.095		0.154	-0.105		0.158
연령	0.211	***	0.036	0.126		0.084	0.022		0.081	0.216	**	0.101
연령제곱	-0.001	***	0.000	-0.001		0.001	-0.000		0.001	-0.001	**	0.001
고혈압	0.449	***	0.058	0.061		0.136	0.363	**	0.155	0.288	*	0.154
당뇨	0.948	***	0.076	0.711	***	0.17	0.516	**	0.220	0.671	***	0.188
암	1.966	***	0.166	0.999	***	0.209	1.000	**	0.220	0.775	***	0.269
폐질환	1.586	***	0.171	0.341		0.256	1.599	**	0.275	0.797	***	0.220
심장질환	1.397	***	0.118	0.942	***	0.168	0.973	**	0.173	1.212	***	0.188
뇌혈관질환	1.977	***	0.175	0.552	**	0.272	0.772	**	0.262	1.541	***	0.321
류마티즘	1.170	***	0.067	0.735	***	0.168	0.778	**	0.192	0.686	***	0.154
목욕하기	0.828	***	0.283	1.148	***	0.298	0.119		0.361	1.145	***	0.305
식사하기	-0.025		0.394	0.331		0.522	0.140		0.416	1.069		0.677
일어나기	0.613		0.413	-0.256		0.387	0.885	**	0.357	1.016	**	0.431
화장실 사용 하기	-0.002		0.486	0.328		0.476	0.309		0.441	-0.899		0.580
몸단장하기	0.176		0.350	0.897	***	0.261	0.705	**	0.253	0.526	**	0.265
식사 준비하기	0.129		0.124	-0.048		0.433	0.324		0.407	1.022	**	0.472
외출하기	1.022	***	0.196	1.385	***	0.205	1.936	**	0.188	1.430	***	0.268
물건 구매하기	0.310		0.219	1.495	***	0.281	0.636	**	0.296	0.147		0.347
금전관리	-0.117		0.158	-0.263		0.418	-0.481		0.393	0.519		0.373
전화 사용하기	0.610	**	0.194	-1.570	***	0.609	0.581		0.449	-1.567	***	0.560
-2 Log L	8385.358			1674.391			1407.271			1407.271		
DF	20			20			20			20		

주 : *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.10

부나 일상생활 수행능력의 측면에서 유사한 특징을 가진 사람이라고 할지라도 우리나라의 고령자는 유럽 3개국 고령자에 비하여 자신의 건강상태를 나쁘다고 판단할 가능성이 현저하게 높다는 사실을 보였다. 두 번째로, 특정 질환의 유병 여부가 주관적 건강상태 판정에 영향을 미치는 정도 면에서 우리나라는 다른 유럽 국가와 구별된다는 사실을 지적하였다.

V. 모형으로 설명되지 않는 국가간 차이

질환 유무나 일상생활 수행능력 측면에서 유사한 경우에도 우리나라 고령자가 다른 유럽 국가의 고령자에 비하여 자신의 건강상태를 부정적으로 평가하는 현상은 어떻게 설명될 수 있을까? 이 연구에서 분명한 것은 같은 만성질환이라고 하더라도 이것이 주관적 건강상태 판정에 영향을 미치는 정도가 국가마다 다르다는 것이다. 그러나 이러한 모형분석은 고령자들이 주관적 건강상태를 부정적으로 판단할 가능성이 왜 우리나라에서 낮은가를 설명하지 못한다. 이 문제는 보다 정교한 모형 분석을 통하여 접근되어야겠지만, 여기서는 직관적인 설명을 통하여 그 해답의 실마리를 찾고자 한다.

분석모형을 통하여 설명하지 못한 부분은 두 단계로 구분하여 접근하는 것이 바람직할 것으로 판단된다. 먼저 이 모형에 포함시킨 만성질환과 일상생활 수행능력 변수들이 ‘객관적 건강상태’를 측정하기에 충분치 않다는 설명이 가능하다. 여기에 포함시킨 질환들 이외에 다른 만성질환도 있을 것이고 일상생활 수행능력의 평가 항목들도 추가로 더 들어갈 수 있을 것이다. 이 이외에도 영양상태나 정신적 상태, 통증 등 건강상태를 측정할 수 있는 다양한 지표들이 더 있을 것이나 모형의 단순화를 위하여 배제한 것들이 있다. 즉, 국가변수의 회귀계수에는 ‘측정되지 않은 객관적 건강상태(unmeasured objective health status)’의 효과가 반영되어 있다.

〈표 6〉 우울증으로 추정되는 노인들의 비율

(단위 : %)

		독일	스웨덴	이탈리아	한국
50세 이상	여성	29.9	25.1	39.5	40.7
	남성	9.5	13.0	21.4	27.3
60세 이상	여성	34.8	21.6	41.4	47.4
	남성	10.8	12.3	23.0	32.1
75세 이상	여성	47.3	42.1	46.6	55.4
	남성	28.3	19.4	32.1	44.0

주 : 우울증 판별척도로 독일, 스웨덴, 이탈리아는 EURO-D 척도, 한국은 CES-D 10점 척도 사용.
자료 : 우리나라는 고령화연구패널 원자료 분석, 유럽국가는 SHARE 기초분석보고서인 Börsch-Supan et al.(2005)에서 인용.

누락된 부분 중에서 우선적으로 고려되어야 할 부분은 정신적 건강부문이다. 한 가지 주목할 만한 사실은 우리나라 고령자의 경우 우울증을 가진 것으로 추정되는 사람의 비율이 다른 나라에 비하여 현저히 높다는 것이다(표 6 참조). 정확하게 같은 도구로 측정된 것은 아니지만, 각국에서 용인되는 우울증 측정 척도로 측정된 결과 우울증이 의심되는 고령자의 비율은 우리나라에서 현저히 높게 나타났다.

다음으로 객관적 건강상태를 잘 측정하고 모형에 반영하였다고 하더라도 객관적 건강상태를 해석하는 방식이나 자신의 상태를 판정하는데 개입되는 주관적 신념이 사회문화적 요인에 따라 달라질 것이다. 즉, 주관적 건강상태의 국가간 비교를 수행하기 위해서는 객관적 건강상태를 반영하는 변수들 뿐 아니라 경제적, 사회적, 문화적 특성을 포착하여야 한다.

VI. 결론

2006년에 새로 구축된 ‘고령화연구패널조사’ 자료와 유럽 3개국의 고령자 대상 데이터(SHARE, 2004)를 비교한 결과, 우리나라 고령자가 유럽의 고령자에 비하여 자신의 건강상태를 부정적으로 판정하는 경향이 강하게 나타났다. 주관적 건강상태는 객관적 건강상태를 반영하지만 이것만으로는 설명되지 않는 심리적인 부분이 있다는 사실은 일찍이 인정되어 왔다. 본 연구는 이러한 사실을 국가간 비교연구를 통하여 확인하였다.

연구결과를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 우리나라 고령자들의 만성질환 유병률이나 일상생활 수행능력으로 측정된 객관적 건강상태는 다른 선진국 고령자에 비하여 크게 나쁘지 않다. 그럼에도 불구하고 우리나라 고령자는 자신의 건강상태를 부정적으로 평가하는 경향이 뚜렷하다. 만성질환 여부나 일상생활 수행능력의 영향을 통제하고 보더라도 우리나라 고령자의 주관적 건강상태 판정은 독일, 스웨덴, 이탈리아에 비하여 현저히 부정적이다. 한편, 우리나라 고령자는 연령이 높아질수록 자신의 건강상태에 대하여 부정적으로 보는 정도가 더욱 강해지는데, 이는 유럽 국가들에서는 뚜렷하게 발견되지 않는 성향이다.

둘째, 만성질환 여부나 일상생활 수행능력 정도와 같은 객관적인 건강상태의 수준은 주관적인 건강상태에 영향을 미치는 것이 분명하지만, 그 정도는 국가마다 다르다. 우리나라의 경우 만성질환이 있는 경우, 이로 인하여 주관적 건강상태를 부정적으로 평가하게 되는 정도가 다른 나라보다 심한 것으로 보인다.

셋째, 우리나라 고령자의 주관적 건강상태가 나쁘게 나타나는 원인이 무엇인지는 본

연구에서 밝히지 못하였으며 후속연구의 주제로 남긴다. 분석모형을 통하여 설명되지 못한 부분은 측정되지 못한 ‘객관적 건강상태’, 경제·사회적 요인, 문화적 요인 등으로 구분하여 접근하는 것이 바람직할 것으로 판단된다.

객관적 건강상태와 주관적 건강상태의 관련성을 밝히기 위한 더욱 정교한 연구는 추가적인 정보를 요구한다. 이를 위하여 크게 두 가지가 필요하다. 우선 객관적 건강상태를 보다 정확하게 파악할 수 있는 자료를 구축하기 위하여 대상자들의 건강진단(bio-marker) 자료를 구축하는 것이 바람직하다. 최근 선진국의 사회조사 동향은 단순히 응답자의 대답에 의존한 자료구축을 넘어서서 진단자료와의 결합을 추구하고 있다. 고령화연구패널조사가 벤치마킹하는 조사인 HRS(미국), ELSA(영국), SHARE(유럽)은 모두 이를 추구하고 있다. 다음으로 이들 조사는 또한 비넷(Vignettes) 조사를 실시하고 있는데, 건강상태에 관한 가상적인 기술(description)을 제시하고 나서 이 정도의 상태라면 응답자는 어떤 평가를 내리겠는지를 물어보는 조사를 부가적으로 실시하여 응답자의 판단 기준을 체크하는 것이다. 고령화연구패널조사에도 이 두 가지 조사가 실현된다면 고령자의 건강관련 연구의 발전에 획기적인 기여를 할 수 있을 것이다. [44]

<참고문헌>

- 강수균·구향숙·김정모·박경규·전영숙·최경희·박선희(2003), 「노인의 주관적 건강상태 및 건강관심도와 생활만족도와의 관계 분석」, 『특수교육재활과학연구』 42(2), pp.53~72.
- 박경규·구향숙·박선희·강수균(2003), 「노인의 주관적 건강상태, 건강관심도, 건강실천행위와 생활만족도와의 관계 분석」, 『난청과 언어장애연구』 26(1), pp.141~162.
- 선우덕(2003), 「노인의 건강수준과 정책과제」, 『보건복지포럼』 80.
- 신현구·부가청·이혜정(2006), 「고령화연구패널조사 제1차 기본조사 소개」, 『노동리뷰』 21, 9월호.
- 신현구·양윤정·부가청·김현미·이연정(2005), 「고령화패널조사의 설문내용」, 『노동리뷰』 6, 6월호.
- 이계오(2006), 『고령화연구패널조사의 표본설계』, 한국노동연구원 보고서.
- _____ (2007), 『고령화연구패널조사의 가중치』, 한국노동연구원 보고서.
- 장숙희(2006), 「노인의 건강 상태, 사회적 지지와 생활만족도와의 관계」, 『노인간호학회지』 8(1), pp.36~46.
- 최연희·백경신(2002), 「미국이민 한국노인의 건강증진 행위, 생활만족도 및 자아존중감

- 과의 관계연구」, 『보건교육·건강증진학회지』 19(3), pp.1~11.
 한국노동연구원, 고령화패널연구조사 홈페이지, URL:<http://www.klosa.re.kr/>.
- Bailis, D. S., Segall, A. and J. G. Chipperfield(2003), “Two Views of Self-rated General Health Status,” *Social Science & Medicine* 56, pp.203~217.
- Biemer, P. and L. Lyberg(2003) “The Measurement Process and Its Implications for Questionnaire Design,” *Introduction to Survey Quality*, U.S.A New Jersey: Wiley Series.
- Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. and G. Weber (eds.)(2005), *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging: University of Mannheim.
- Groves, R., Fowler Jr. F., Couper, M., Lepkowski, J., Singer, E. and R. Tourangeau(2004), “Evaluating Survey Questions,” *Survey Methodology*, U.S.A New Jersey: Wiley-Interscience Publication.
- Wanke and Schwarz(1997) “Reducing Question Order Effects: The Operation of Buffer Items,” edited by L. Lyberg et al. *Survey Measurement and Process Quality*, U.S.A New Jersey: Wiley-Interscience Publication.