

사회경제적 자원과 건강의 관계: 노인집단과 다른 연령집단 비교

정순돌*
(이화여자대학교)

김유휘
(이화여자대학교)

최혜지
(서울여자대학교)

본 연구의 목적은 사회경제적 자원과 건강의 관계를 노인과 다른 연령집단을 중심으로 살펴보고, 노인의 건강에 대한 함의를 찾는 것이다. 연구자료는 서울을 포함한 7개 광역시, 8개 도 지역에 거주하는 20~44세 406명, 45~64세 405명, 65세 이상 405명 등 총 1,216명을 대상으로 할당표집에 의해 수집되었으며, 수집된 결과에 대해 빈도, ANOVA, 회귀분석 등을 실시하였다. 분석한 결과, 가족·친구·이웃 관련 사회참여, 단체활동 사회참여, 미시적 신뢰, 거시적 신뢰, 네트워크, 소득과 같은 사회경제적 자원과 주관적 건강인식·신체적 기능에서 연령집단간 유의미한 차이가 나타났다. 거시적 신뢰를 제외한 사회경제적 자원과 건강은 노인집단이 다른 연령집단에 비해 낮은 수준으로 나타났으나, 거시적 신뢰의 경우는 노인집단에서 더 높은 것으로 나타났다. 연령집단별 사회경제적 자원이 종속변수인 주관적 건강인식과 신체적 기능에 미친 영향을 분석한 결과, 연령집단별 설명변수에서 차이가 있는 것으로 나타났다. 사회경제적 자원 중 가구소득은 다른 연령집단과 달리 노인의 주관적 건강인식에 영향을 미쳤으며, 사회경제적 자원 중 가족·친구·이웃 관련 사회참여와 미시적 신뢰와 같은 요인이 노인집단의 신체적 건강에 유의미한 영향을 미친 것으로 나타났다. 연구결과를 바탕으로 노인의 건강을 증진시킬 수 있는 자원의 역할에 대해 논의하고, 정책적·실천적 함의를 제시하였다.

주요용어: 건강, 사회경제적 자원, 노인, 연령집단

이 논문은 2010년도 정부재원(교육과학기술부 인문사회연구역량강화사업비)으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NRF-2010-330-B00209).

*교신저자: 정순돌, 이화여자대학교(sdchung@ewha.ac.kr)

■ 투고일: 2013.1.31 ■ 수정일: 2013.3.9 ■ 게재확정일: 2013.3.27

I. 서론

노인 인구의 비중이 증가하고 기대수명이 2010년 기준 80.8세(통계청, 2012)를 넘어 가는 시점에서 이제는 평균수명 연장이 아닌 건강수명 연장이 과제가 되고 있다. 의학의 도움을 받아 수명만 연장하는 삶이 아닌 풍요롭고 활력이 넘치는 삶의 수준이 중요해진 것이다(김현수, 2012). 노년기에 경험하는 가장 큰 어려움 중 하나가 질병이기 때문에 노인의 삶에서 건강이 갖는 의미는 더욱 크다고 볼 수 있다(보건복지부, 2012). 노인이 가진 부의 여부와 관계없이 성공적 노화에서 가장 중요한 것이 건강이며(김경연·정여진, 2006), 건강한 노후는 노인이 남은 제 2의 인생을 살아가는 데 필수적인 요소가 된다(고대선·원영신, 2009). 노인층의 건강 저하는 사회 전반의 생산성 하락과 의료 및 복지 지출 증가를 불러올 수 있기 때문에, 국가의 관점에서도 노인의 건강은 매우 중요하다.

노인의 건강은 만성질환, 신체적 통증, 일상생활수행능력, 신체적 기능으로 나타나는 객관적 차원의 건강과 건강에 대한 인지와 인식을 고려한 주관적 차원의 건강으로 구분할 수 있으며(강혜원·조영태, 2007; 고대선·원영신, 2009; 김동배 외, 2012; 신경림 외, 2008; 오두남 외, 2012; Park et al., 2012), 두 차원 모두 중요시되고 있다. 신체기능 저하와 만성질환 등으로 건강상 어려움을 겪는 노년기에 건강 문제를 완화할 수 있는 금전적 자원과 건강상 취약한 노인을 지지하는 사회적 관계망 등의 자원은 매우 중요하다(강혜원·조영태, 2007; 김진구, 2011; 김진영, 2007; 김진현·원서진, 2011; 서지원, 2006). 사회경제적 측면의 자원은 노인의 건강과 관련된 중요한 요인으로 연구되어 왔으며(Grundy & Sloggett, 2003; Pirani & Salvini, 2012), 사회경제적 자원들은 노화과정에서 기능적 저하 속도를 완화시키고 노인의 활동성을 보전할 수 있는 중요한 기능을 한다(공선희, 2008; Lee et al., 2008). 사회경제적 자원과 건강에 대해 다루고 있는 많은 연구들은 사회경제적 자원 중에서도 소득(강혜원·조영태, 2007; 김진영, 2007; 김진현·원서진, 2011; 남연희·남지란, 2011; 이정민 외, 2012; 홍석철 외, 2010)이나 사회적 관계, 신뢰, 네트워크 등과 같은 자원들(강혜원·조영태, 2007; 고수정, 2010; 서지원, 2006; 송예리아·남은우, 2009; 정민수·조병희, 2007; Bolin et al., 2003; Giordano & Lindström, 2010; Hurtado et al., 2011; Legh-Jones & Moore, 2012; Nam et al., 2008; Pirani & Salvini, 2012; Poortinga, 2006; Schultz et al., 2006;

Snelgrove et al., 2009; Verhaeghe & Tampubolon, 2012)에 주목하여 연구가 이루어지고 있다. 그러나, 이러한 연구들은 건강의 차원을 객관적 차원의 건강과 인지적 차원의 건강을 모두 고려하여 사회경제적 자원과의 관계를 살펴보지 못하고 있다. 또한 자원의 세부적인 차원, 즉 개인적인 측면과 기관이나 사회제도와 같은 거시적인 측면을 동시에 고려하여 살펴보지 못하고 있으며, 노인과 비교하여 다른 연령집단의 차이를 고려하여 사회경제적 자원이 건강에 미치는 영향을 살펴본 연구도 찾아보기 어려운 실정이다. 실제로 발달단계적 관점에서 신체적, 사회적 변화를 경험하면서 형성된 노인층의 사회경제적 자원이 건강에 미치는 영향을 다른 연령집단과 비교를 통하여 파악하는 것은 향후 노인의 건강을 증진시키기 위한 자원개발의 개입 방향을 제시해 줄 수 있어 매우 중요하다.

따라서 본 연구에서는 먼저 노인과 다른 연령집단의 비교를 통해 사회경제적 자원과 건강의 관계를 살펴보고자 한다. 이때 건강은 주관적 건강과 객관적 건강, 두 차원을 모두 고려하여 알아보고자 한다. 즉 일반적 배경변인과 자원변인이 함께 고려되었을 때 다른 연령집단 대비 노인집단에서 나타나는 사회경제적 자원과 건강의 관계의 특징을 파악하여, 이를 바탕으로 노인의 건강을 증진시킬 수 있는 실천과 개입방안의 방향을 제시해 보고자 한다.

II 선행연구

1. 노인의 건강

노년기에 경험하는 어려움 중 하나가 질병이기 때문에 노인의 삶에서 건강이 갖는 의미는 더욱 크다고 볼 수 있으며(보건복지부, 2012), 신체적 기능의 저하가 일상적 활동의 제약과 사회활동의 제약으로 이어지고, 노인이 물리적으로 고립되고 소외될 수 있는 위험이 있다(유수정, 2010). 건강은 노인을 포함한 모든 개인의 삶의 질을 탐색하는 데에 중요하게 활용되는 지표이다(Browne et al., 1994). 특히 노인의 건강은 삶의 현황을 나타내는 대표적인 지표인 삶의 질이나 만족도에 유의한 영향을 미치며(김희경 외, 2010; 박순미, 2011; 최현석·하정철, 2012; Abu-Bader et al., 2002; Thomten et

al., 2011), 건강수명 연장이 삶의 질을 향상시키고 성공적인 노화를 가능하게 한다(김현수, 2012). 건강한 노후는 노인이 남은 제 2의 인생을 살아가는 데에 필수적인 요소로써(고대선·원영신, 2009), 건강수준이 높은 집단의 경우 외부에 대한 자신감이 크며, 자신의 현재를 성공적인 노후라고 인지하는 경향이 높다(유길준 외, 2011).

노인의 건강 관련 변수는 객관적 차원의 건강과 주관적 차원의 건강으로 분류할 수 있다. 객관적 차원의 건강은 증상의 여부나 기능적 측면으로 건강을 측정하며, 관련 변수로 만성질환, 신체적 통증 및 증상, 일상생활수행능력, 신체적 기능과 역할 등이 있다(강혜원·조영태, 2007; 신경림 외, 2008; 오두남 외, 2012; Park et al., 2012). 주관적 차원의 건강은 건강에 대한 인지적 관점에서 건강을 측정하며, 관련 변수로는 주관적 건강인식 등이 있다(고대선·원영신, 2009; 김동배 외, 2012; 서지원, 2006; 오두남 외, 2012; Park et al., 2012). 객관적 차원의 건강은 활동에 직접적인 영향을 미치기 때문에 중요하며, 주관적 차원의 건강은 건강상태에 대한 예방적인 행위와 우울이나 자살 등 정신적인 부분에도 영향을 준다는(오창석, 2012; 이영익, 2012) 점에서 중요하다. 따라서 두 측면의 건강을 모두 고려하여 살펴볼 필요가 있다.

기존 연구에서 노인의 건강에 영향을 주는 일반적 특성은 성별, 교육 수준, 결혼 유무, 연령이 있었다. 남성보다 여성의 경우 만성질환 등의 객관적 차원의 건강과 주관적 차원의 건강 모두 낮게 나타났으며(강혜원·조영태, 2007; 김진현·원서진, 2011; 남연희·남지란, 2011), 교육 수준이 주관적 차원의 건강에 영향을 주는 것으로 나타났다(강혜원·조영태, 2007; 김진현·원서진, 2011; 남연희·남지란, 2011; Veenstra, 2000). 결혼 유무가 주관적 차원의 건강에 영향을 미쳤으며(남연희·남지란, 2011; 최희정, 2008), 또한 노인 내에서도 연령은 건강에 영향을 미치는 주요한 요인으로 연령이 높을수록 만성질환 등의 객관적 차원의 건강과 주관적 차원의 건강이 낮게 나타났다(보건복지부, 2012; 손정연·한경혜, 2012).

2. 자원과 건강의 관계

노화로 인한 신체기능 저하와 만성질환과 같은 노년기 건강상 문제를 해결하기 위해서는 금전적 자원의 중요성이 커지며 건강 개선과 의료행위, 건강증진 활동의 측면에서 소득이라는 자원은 매우 중요하다(김진구, 2011; 김진영, 2007; 김진현·원서진, 2011).

건강상 문제나 취약한 상황의 노인이 물질적·정신적으로 지지할 수 있는 사회적 관계망 또한 노인의 건강에 중요한 자원이 된다(강혜원·조영태, 2007; 서지원, 2006). 다시 말하자면, 신체적 기능과 생산성이 감소하는 노화의 과정에서 노인이 보유한 사회경제적 자원은 기능적 약화를 늦추고 생산성을 보전하는 데 중요한 역할을 한다(공선희, 2008; Lee et al., 2008). 자원은 생산을 위한 유형 혹은 무형의 원천 요소이며, 노인의 건강에 영향을 주는 사회경제적 자원으로 소득, 사회참여, 신뢰, 네트워크, 지지망 등이 있다(Grundy & Sloggett, 2003; Pirani & Salvini, 2012).

사회경제적 자원 중에서도 소득은 개인의 주요 건강지표 모두에 영향을 미치며(이용재, 2010), 소득불평등과 건강격차는 밀접한 관련성을 보인다(김진구, 2011). 특히 노인 개인의 소득은 건강 수준에 강한 영향을 미치는 요인이었으며(강혜원·조영태, 2007), 단기적인 경기후퇴와 소득불균등의 증가로 인하여 고령자와 같이 경제적 능력이 미약하거나 건강이 취약한 집단의 건강수준이 크게 악화되는 것으로 나타났다(홍석철 외, 2010). 또한 객관적·주관적 차원의 건강 모두 소득 요인의 영향을 받는 것으로 나타났다(강혜원·조영태, 2007; 김동배 외, 2011; 김진현·원서진, 2011; 남연희·남지란, 2011; 최희정, 2008). 연령 및 연령집단을 중심으로 소득이 건강에 미치는 영향을 알아본 기존 연구를 살펴보면, 연령이 높아질수록 소득 및 생활수준 인식으로 인한 건강 격차가 심화되었고(김진영, 2007), 연령이 높은 집단일수록 소득계층별 건강 수준의 격차가 심화되는 양상을 보였다(김진구, 2011). 개인의 소득 수준이 청년층과 중년층의 건강에는 영향을 주지 않았으나 노인층의 주관적 건강에 영향을 주고(Veenstra, 2000), 청장년층 대비 중년층 이상의 연령집단에서 소득 수준에 따른 주관적 건강에 미치는 영향력이 더 강하게 나타났다(이정민 외, 2012). 이와 같이 기존 연구는 연령이 높아질수록 경제적 측면의 사회경제적 자원이 건강에 미치는 영향력이 높아지는 경향을 보고하였다.

사회경제적 자원 중에서도 사회참여, 신뢰, 네트워크, 지지망 등은 개인을 둘러싼 사회적 환경과 관련된 자원이다(김진영 외, 2012; Grundy & Sloggett, 2003; Walters et al., 2002). 건강에 영향을 주는 사회경제적 자원인 사회참여, 신뢰, 네트워크 등을 중심으로 한 기존 연구를 살펴보면, 건강에 영향을 주는 요인으로 '사회참여'가 가장 많이 분석되었다. 단체참여, 봉사 등의 사회참여가 건강 전반에 긍정적 영향을 주었으며(강혜원·조영태, 2007; 송예리아·남은우, 2009; 서지원, 2006; Giordano & Lindström,

2010; Lee et al., 2008; Legh-Jones & Moore, 2012; Nam et al., 2008; Poortinga, 2006; Schultz et al., 2006), 스포츠, 문화, 종교활동 참여 또한 주관적 차원의 건강에 영향을 주었다(김준홍, 2010). 이와는 달리, 모임이나 사회활동 등의 사회참여가 건강에 큰 영향을 주지 않았다는 상반된 연구결과도 있었다(Snelgrove et al., 2009; Veenstra, 2000). 사회참여가 건강에 정적인 영향을 미치는 것으로 보고하는 연구에서 사회참여의 세부 항목은 주로 활동이나 단체참여 등과 같은 중시적 차원이었으며, 가족 및 이웃 등과 같은 미시적 차원의 사회참여를 살펴본 연구는 소수에 불과했다(Schultz et al., 2006; Verhaeghe & Tampubolon, 2012). '신뢰'와 관련된 다수의 연구는 사람 혹은 집단에 대한 신뢰가 주관적 차원의 건강에 정적 영향을 미친다고 보았으며(김준홍, 2010; 정민수 · 조병희, 2007; 팽기영, 2011; Giordano & Lindström, 2010; Hurtado et al., 2011; Poortinga, 2006; Snelgrove et al., 2009; Verhaeghe & Tampubolon, 2012), 주민과 이웃을 대상으로 한 신뢰 및 호혜의 경우나(Wang et al., 2009), 이웃, 직장동료, 모르는 사람, 경찰관을 대상으로 한 신뢰의 경우에도 주관적 건강에 영향을 주었다(Schultz et al., 2006). 또한 기관에 대한 신뢰가 주관적 건강에 긍정적인 영향을 주는 반면(송예리아 · 남은우, 2009), 정부 및 정치에 대한 신뢰가 주관적 건강에 영향을 주지 않는 상반된 결과를 보였다(고수정, 2010; Veenstra, 2000). 신뢰를 살펴본 대부분의 연구는 사람을 대상으로 한 미시적 신뢰를 측정하였으며, 기관이나 제도에 대한 거시적 차원의 신뢰와 미시적 신뢰를 모두 살펴본 연구가 부족하였음을 알 수 있다. '네트워크' 혹은 사회적 지지망이 객관적 건강이나 주관적 건강에 유의미한 영향을 미친 것으로 나타났으며(박수잔 외, 2012; Bolin et al., 2003; Legh-Jones & Moore, 2012; Pirani & Salvini, 2012), 이와 반대로 네트워크가 주관적 차원의 건강에 영향을 주지 않았다는 보고도 있었다(고수정, 2010; Carpiano, 2008; Giordano & Lindström, 2010). 사회적 환경과 관련된 사회경제적 자원과 건강에 대한 기존연구 중 노인이나 중고령층을 대상으로 한 연구는 있었지만(강혜원 · 조영태, 2007; 서지원, 2006; Pirani & Salvini, 2012), 노인과 다른 연령집단을 비교하여 각 연령집단의 사회경제적 자원이 건강에 미치는 영향에 대해 살펴본 연구는 찾아보기 어려웠다. 사회경제적 자원이 건강에 미치는 영향에서 연령집단의 특징을 알아본 연구로 노인이 아닌 집단과 비교할 때 노인 집단의 사회활동이나 단체활동 관련 사회참여가 주관적 건강에 유의미한 영향을 미친다는 연구(팽기영, 2011; Veenstra, 2000)와 연령이 높아질수록 단체활동 관련 사회참여가 주관

적 건강에 미치는 영향이 커진다는 연구(Lee et al., 2008)가 있었지만, 이들 연구는 특정 변인을 중심으로 한 개별 연구이기 때문에 사회적 환경과 관련된 사회경제적 자원의 다양한 측면을 충분히 살펴보았다고 보기는 어려우며, 노인과 비노인집단에 대한 비교에 그치는 한계점이 있다.

이상의 선행연구를 요약해 보면, 자원과 건강의 관계에 대한 선행연구는 주로 사회경제적 자원의 개별 변인이 건강에 미치는 영향을 연구하고, 자원의 거시적 미시적 측면에 대한 고려가 부족한 것으로 나타났다. 따라서 본 연구에서는 노인과 비교한 다른 연령집단의 사회경제적 자원을 종합적으로 고려하고, 자원의 미시적 측면과 거시적 측면을 함께 고려하여 이들이 건강에 미치는 영향을 살펴보고자 한다.

III 연구방법

1. 연구대상

본 연구의 조사대상은 서울을 포함한 7개 광역시(서울, 부산, 대구, 인천, 대전, 광주, 울산)와 8개 도 지역(경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남)에 거주하고 있는 만 20세 이상 성인 남녀이다. 표본은 비확률표본 추출방법인 할당표집방법을 사용하였으며, 지역별, 성별, 연령집단별 비율을 배분하여 추출하였다. 먼저 15개의 시도를 동 및 읍면지역으로 분리한 뒤, 각 행정구역을 인구크기로 정렬하여 인구가 가장 많은 지역부터 순차적으로 조사대상 지역을 선정하였다. 표본설계에 활용한 모집단은 2011년 12월 기준 주민등록인구통계자료 중 20세 이상 성인의 인구자료이며, 이를 기반으로 총 15개의 시도별, 연령, 성별로 층화하여 표본 할당 및 조사대상을 추출하였다. 자료수집은 사전교육을 받고 훈련된 전문조사원에 의해 1:1 면접을 통해 이루어졌다. 자료수집기간은 2012년 2월 10일부터 3월 2일까지였다. 자료수집결과 총 1,216명의 자료가 수집되었으며, 모두 분석에 사용되었다. 조사시점 민법상 성인 기준인 만 20세 이상을 연구 대상으로 하며, 노인집단과 다른 연령집단을 비교하기 위하여 정책상 노인의 기준연령인 65세를 노인집단 기준으로 보았다. 또한 중년에 대한 45세 기준은 고령화연구패널조사에서 중고령자 기준을 45세로 선정한 것(신현구 외, 2005)과 Levinson의 연구에서

활용한 중년기 기준이 45세인 점(1978; Levinson, 1986에서 재인용)을 참고하여 설정하였다. 이에 따라 연구대상 전체를 20~44세, 45~64세, 65세 이상으로 분류하였으며, 연령집단별 분포는 20~44세 406명(33.4%), 45~64세 405명(33.3%), 65세 이상 405명(33.3%)으로 나타났다.

2. 측정도구

가. 건강

주관적·객관적 차원의 건강을 모두 알아보기 위하여, 주관적 건강인식과 신체적 기능으로 건강의 수준을 측정하였다. 주관적 건강인식을 알아보기 위하여 Ware 외(1996)가 개발한 Short Form-12 Health Survey Questionnaire(SF-12)에서 응답자가 지난 4주 동안 지각한 전반적 건강상태를 묻는 1개 항목의 질문을 활용하였다(Ware, 1996). 이에 대한 응답은 '매우 나쁘다(1점)'에서 '매우 좋다(5점)'의 5점 기준으로 측정하였으며, 점수가 높을수록 주관적 건강인식이 높은 것으로 해석한다. 객관적 건강에 해당하는 신체적 기능을 알아보기 위하여 Ware 외(1996)가 개발한 Short Form-12 Health Survey Questionnaire(SF-12)에서 신체적 기능 및 통증과 관련된 5개 항목의 질문을 활용하였다. 일상적 활동에 대한 제한, 신체적 건강으로 인한 역할의 제한, 통증으로 인한 지장의 정도 등에 대해 5점 척도로 답하도록 하여 점수가 높을수록 신체적 기능이 높은 것으로 해석한다. 신체적 기능에 대한 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.841$ 로 나타났다.

나. 사회경제적 자원

사회경제적 자원 중 소득은 응답자 가족의 한달 총 수입을 묻는 문항을 통해 응답자의 월 평균 가구소득으로 측정하였다.

사회적 환경과 관련된 사회경제적 자원은 사회참여, 신뢰, 네트워크, 규범으로 측정하였다. 사회참여는 가족·친구·이웃 관련 사회참여와, 단체활동 사회참여로 측정하였다. 가족·친구·이웃 관련 사회참여는 김태준 외(2009)의 연구와 김안나 외(2003)의 연구에서 발췌한 가족 관련 사회참여, 친구 및 이웃 관련 사회참여를 묻는 총 10개 항목

으로 구성하였다. 10개 항목에 대한 참여를 '매우 소극(1점)'부터 '매우 적극(5점)'으로 답변하도록 하여 점수가 높을수록 가족, 친구, 이웃 관련 사회참여가 높은 것으로 나타나도록 하였다. 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.836$ 로 나타났다.

단체활동 관련 사회참여는 World Value Survey(2005)의 C7 1-10 항목과 English Longitudinal Study of Ageing WAVE 4 의 self-completion questionnaire (Question 2)를 수정한 질문을 활용하여 여가 및 문화 활동, 정치 및 사회 참여, 친목모임 참여, 온라인 및 사회모임, 지역사회참여, 자원봉사 참여 등의 항목으로 구성하였다. 선행연구에서 '회원 아님', '소극적 회원', '적극적 회원'으로 답변하는 부분을 수정하여, '거의 하지 않음(0점)'에서 '주 1회(5점)'까지 6개 범주로 참여 정도를 측정하였다. 점수가 높을수록 단체활동을 통한 사회참여가 높은 것으로 나타나도록 하였으며, 위 문항들에 대한 신뢰도는 Cronbach's $\alpha값 .606$ 로 나타났다.

신뢰는 가족, 친구, 이웃, 직장동료, 기타 집단에 대한 미시적 차원의 신뢰와, 지역사회, 단체, 제도, 국가 등에 대한 거시적 차원의 신뢰로 측정하였다. 미시적 차원의 신뢰를 알아보기 위하여 World Value Survey(2005)의 '다음과 같은 사람에 대해 어느 정도 신뢰를 하실 수 있습니까?'의 4점 척도 항목을 활용하여, 가족, 친구, 이웃, 직장동료, 안면이 있는 사람, 한국인, 외국인에 대한 신뢰를 '전혀 신뢰 않음(0점)'에서 '매우 신뢰(4점)'로 측정하였다. 각 문항에 대한 점수가 높을수록 미시적 신뢰가 높은 것을 의미하며, 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.738$ 로 나타났다.

거시적 차원의 신뢰는 World Value Survey(2005)의 '다음과 같은 조직이나 단체를 얼마나 신뢰하고 계십니까?'를 재구성하여 경제제도, 대기업, 교육제도, 학교, 사법제도, 경찰·검찰, 정치제도, 국회, 정당에 대한 신뢰를 '전혀 신뢰 않음(0점)'에서 '매우 신뢰(4점)'까지 측정하였다. 점수가 높을수록 거시적 신뢰가 높은 것을 의미하며, 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.877$ 로 나타났다.

네트워크는 일상·재정·정서·정보적 지지로 규정하였으며, 이를 측정하기 위하여 정순돌(2005)의 사회지지망 사정표의 가정, 친척, 직장, 모임·교회, 친구, 이웃, 전문적 도움 항목을 활용하였다. 기존 연구의 '지지'를 '도움'이라는 표현으로 수정하고, 온라인 공간과 기타 항목을 추가하여 9개 항목별 '도움이 되는 사람의 인원수'를 합산하여 개인의 네트워크 수를 측정하였으며, 점수가 높을수록 네트워크 수가 많고, 활발하다는 것을 뜻한다.

규범은 거시적 차원에서 한국 국민의 준법수준과 공중도덕 수준, 그리고 공공성에 대한 인식 정도를 나타낸다. 이영현 외(2006)의 척도를 활용하여 측정하였으며, 법 준수, 법 적용의 공정성, 공중질서에 대한 인식 등 총 6개 문항을 추출하였다. 각 문항은 '전혀 그렇지 않음(1점)'에서 '매우 그러함(5점)'으로 측정하여 점수가 높을수록 우리나라 국민의 준법수준 등이 높은 것으로 인식하고 있음을 의미하도록 하였으며, 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.627$ 로 나타났다.

다. 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 성별, 직업 유무, 혼인상태, 교육수준을 통해 살펴보았다. 성별은 여성을 0점, 남성을 1점으로 측정하고, 직업 유무는 '없음' 0점, '있음' 1점으로 측정하였으며, 혼인상태는 '미혼', '이혼', '사별'을 0점, '기혼'을 1점으로 측정하였다. 교육수준은 학교교육 년수로 측정하였다.

3. 분석방법

본 연구는 SPSS Win 18.0을 활용하여 분석하였다. 분석방법으로는 조사대상자의 일반적 특성을 파악하기 위해 빈도분석 및 평균과 표준편차를 사용하였다. 조사대상자의 연령집단에 따라 건강 및 사회경제적 자원 변인에 어떠한 차이가 있는지를 알아보기 위해 ANOVA 분석을 하였으며, 연령집단별 건강에 영향을 미치는 자원 요인들의 특성을 알아보기 위하여 위계적 회귀분석을 실시하였다.

IV 연구결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

조사대상자의 평균 연령은 <표 1>과 같이 51.96세로 나타났다. 남성과 여성의 비율은 각각 48.8%, 51.2%이며, 대상자 중 직업을 가진 경우가 전체의 55.8%, 배우자가 있는

경우가 전체의 81.0%를 차지하였다. 평균 교육년수는 11.61년으로 전체의 72.4%가 고등학교 졸업 이하의 학력을 가지고 있는 것으로 나타났다.

표 1. 조사대상자의 개인적 변인 특성

(단위: 명, %)

구 분		20~44세	45~64세	65세 이상	전 체
연 령		406(33.4)	405(33.3)	405(33.3)	1,216(100%)
평균 연령(M,SD)		34.25	51.77	68.91	51.96(14.95)
성별	남자	211(52.0)	191(47.2)	192(47.4)	594(48.8%)
	여자	195(48.0)	214(52.8)	213(52.6)	622(51.2%)
직업유무	있음	277(68.2)	270(66.7)	131(32.3)	678(55.8%)
	없음	129(31.8)	135(33.3)	274(67.7)	538(44.2%)
혼인상태	배우자 있음	260(64.0)	392(96.8)	333(82.2)	985(81.0%)
	배우자 없음	146(36.0)	13(3.2)	72(17.8)	231(19.0%)
교육수준	무학	0(0.0)	4(1.0)	55(13.6)	59(4.9%)
	초등학교 졸업	1(0.2)	14(3.5)	129(31.9)	144(11.8%)
	중학교 졸업	2(0.5)	30(7.4)	106(26.2)	138(11.3%)
	고등학교 졸업	191(47.0)	247(61.0)	101(24.9)	539(44.3%)
	대학교 졸업	212(52.2)	110(27.2)	14(3.5)	336(27.6%)
평균 교육년수(M,SD)		14.18	12.55	8.09	11.61(3.88)

2. 연령집단별 건강과 사회경제적 자원

가. 연령집단별 건강

연령집단별 건강 현황을 알아본 결과, <표 2>와 같이 주관적 건강인식과 신체적 기능 모두 연령이 올라갈수록 낮아지는 것으로 나타났다. 20~44세의 주관적 건강인식이 4.23 점이고 신체적 기능이 4.68점인 반면, 65세 이상의 주관적 건강인식은 2.97점이고 신체적 기능은 3.81점으로 현저히 낮았다. 각 연령집단별 건강은 주관적($F=283.837, p<.001$), 객관적 측면($F=192.574, p<.001$) 모두 차이가 있는 것으로 나타났다. 모든 연령대에서

신체적 기능보다 주관적 건강인식이 낮게 나타났으며, 연령이 높은 집단일수록 이러한 경향이 심화되어 65세 이상에서 신체적 기능 대비 주관적 건강인식의 격차가 크게 나타났다. 이는 김영미 외(2008)의 선행연구와 같이 높은 연령일수록 실제로 나타나는 건강상태보다 자신의 건강이 더 좋지 않은 것으로 인식한다는 것을 의미한다.

표 2. 연령집단별 건강

항목	연령	N	평균	표준편차	F	Scheffe
주관적 건강인식	20~44 ^a	406	4.23	0.70	283.837***	c<b<a
	45~64 ^b	405	3.69	0.74		
	65세 이상 ^c	405	2.97	0.83		
	합계	1,216	3.63	0.92		
신체적 기능	20~44 ^a	406	4.68	0.43	192.574***	c<b<a
	45~64 ^b	405	4.49	0.56		
	65세 이상 ^c	405	3.81	0.90		
	합계	1,216	4.33	0.76		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

나. 연령집단별 사회경제적 자원

연령집단별 사회경제적 자원을 분석한 결과, <표 3>과 같이 가구 소득의 경우 65세 이상의 월 평균 가구소득은 약 204만 원의 수준으로 다른 연령집단 대비 유의미하게 낮은 수준으로 나타나 (F=180.447, p<.001) 노인층의 취약한 경제적 상태를 보여주었다. 소득을 제외한 환경적 영향을 받는 사회경제적 자원을 연령집단별로 비교한 결과, 전 연령집단에서 가족·친구·이웃 관련 사회참여가 단체활동 관련 사회참여보다 높은 것으로 나타났다. 또한 미시적 신뢰가 거시적 신뢰보다 높은 수준으로 나타났다. 연령집단별로 비교해 보면, 가족·친구·이웃 관련 사회참여(F=63.074, p<.001), 단체활동 사회참여(F=21.748, p>.001), 미시적 신뢰(F=6.082, p<.01), 거시적 신뢰(F=5.714, p<.01), 네트워크(F=6.270, p<.01)에서 연령집단간 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 사후검정을 실시한 결과 규범을 제외한 모든 변수에서 집단간 유의미한 차이가 있는

표 3. 연령집단별 사회경제적 자원

월 평균 가구소득 (단위: 만 원)	20~44 ^a	406	383.92	148.08	180.447***	c<b,a
	45~64 ^b	405	365.41	155.75		
	65세 이상 ^c	405	204.26	140.00		
	합계	1,216	317.91	168.54		
가족·친구·이웃 사회참여	20~44 ^a	406	3.27	0.68	63.074***	c<b,a
	45~64 ^b	405	3.19	0.79		
	65세 이상 ^c	405	2.69	0.91		
	합계	1,216	3.05	0.84		
단체활동 사회참여	20~44 ^a	406	0.48	0.34	21.748***	c<b,a
	45~64 ^b	405	0.45	0.29		
	65세 이상 ^c	405	0.35	0.29		
	합계	1,216	0.43	0.32		
미시적 신뢰	20~44 ^a	406	2.17	0.51	6.082**	c<a,b
	45~64 ^b	405	2.20	0.46		
	65세 이상 ^c	405	2.08	0.52		
	합계	1,216	2.15	0.50		
거시적 신뢰	20~44 ^a	406	1.65	0.68	5.714**	b,a<c
	45~64 ^b	405	1.64	0.63		
	65세 이상 ^c	405	1.78	0.64		
	합계	1,216	1.69	0.65		
네트워크	20~44 ^a	404	8.50	6.82	6.270**	c<b,a
	45~64 ^b	404	8.15	5.58		
	65세 이상 ^c	405	7.07	5.54		
	합계	1,213	7.91	6.04		
규범	20~44 ^a	406	2.83	0.51	1.587	-
	45~64 ^b	405	2.82	0.48		
	65세 이상 ^c	405	2.88	0.52		
	합계	1,216	2.84	0.50		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

것으로 나타났고 거시적 신뢰를 제외한 모든 변수에서 20~44세와 45~64세간 차이가 거의 없었던 반면, 65세 이상인 집단과의 차이가 유의미하게 나타났다. 이는 노인일수록 사회경제적 자원이 낮아진다는 연구결과들(신효식·이선정, 2007; Bolin et al., 2003; Schultz et al., 2006)과 일치한다. 그러나, 거시적 신뢰의 경우 나이가 많아질수록 신뢰가 높아진다는 결과가 나타나, 연령이 높을수록 행정기관·정부에 대한 신뢰가 높다는 박현근과 유현숙(2011)의 연구결과와 일치하였다.

3. 사회경제적 자원이 건강에 미치는 영향

가. 사회경제적 자원과 주관적 건강인식

연령집단별 주관적 건강인식에 일반적 특성, 사회경제적 자원 변인을 단계적으로 투입하여 회귀분석을 실시한 결과는 <표 4>와 같다. 20~44세 모델의 설명력은 7.3%로 일반적 특성을 투입한 모델보다 설명력이 3.8% 증가하여 사회경제적 자원을 추가로 투입한 경우 설명력이 증가함을 알 수 있다. 20~44세 모델은 통계적으로 유의하였다($F=3.625, p<.001$). 주관적 건강인식에 영향을 미치는 변수는 일반적 특성에서 학교교육 연수($\beta=.116, p<.05$), 사회경제적 자원에서 미시적 신뢰($\beta=.159, p<.01$)와 규범($\beta=.149, p<.01$) 등으로 나타났다. 즉, 교육 수준이 높을수록, 미시적 신뢰가 높을수록, 규범이 높을수록 20~44세의 주관적 건강인식이 높게 나타났다.

45~64세 모델의 설명력은 12.3%로 일반적 특성을 투입한 모델보다 설명력이 4.2% 증가하여 사회경제적 자원을 추가로 투입한 경우 설명력이 증가함을 알 수 있다. 45~64세 모델은 통계적으로 유의하였다($F=5.698, p<.001$). 주관적 건강인식에 영향을 미치는 변수는 일반적 특성에서 연령($\beta=-.176, p<.01$), 직업유무($\beta=.143, p<.05$), 혼인상태($\beta=.114, p<.05$)와 사회경제적 자원에서 가족·친구·이웃 관련 사회참여($\beta=.158, p<.01$), 단체활동 사회참여($\beta=.114, p<.05$), 거시적 신뢰($\beta=-.119, p<.05$) 등으로 나타났다. 즉, 연령이 낮고, 직업이 있고, 기혼일수록, 가족·친구·이웃 관련 활동이나 단체 활동에 많이 참여할수록, 거시적 신뢰가 낮을수록 45~64세의 주관적 건강인식이 높게 나타났다.

표 4. 연령집단별 사회경제적 자원이 주관적 건강인식에 미치는 영향

	모형1						모형2					
	20~44세		45~64세		65세 이상		20~44세		45~64세		65세 이상	
	B	β	B	β	B	β	B	β	B	β	B	β
연령	-0.001	-0.011	-0.022	-0.1157**	-0.036	-0.190***	-0.003	-0.033	-0.025	-0.176**	-0.036	-0.188***
성별	0.063	0.046	-0.141	-0.095	0.006	0.004	0.100	0.072	-0.131	-0.088	0.061	0.037
직업유무	0.009	0.006	0.208	0.133*	0.407	0.230***	-0.006	-0.004	0.224	0.143*	0.411	0.232***
혼인상태	-0.164	-0.113	0.575	0.132**	0.360	0.166**	-0.170	-0.118	0.496	0.114*	0.321	0.149**
학교교육 년수	0.054	0.146**	0.037	0.129*	0.020	0.094	0.043	0.116*	0.029	0.101	0.004	0.016
월 평균 가구소득							0.000	0.038	0.000	-0.033	0.001	0.118*
가족·친구·이웃관련 사회참여							0.052	0.050	0.148	0.158**	0.102	0.112*
단체활동 사회참여							0.074	0.036	0.287	0.114*	0.216	0.077
미시적 신뢰							0.222	0.159**	0.021	0.013	0.103	0.064
거시적 신뢰							-0.020	-0.019	-0.140	-0.119*	-0.022	-0.017
네트워크							-0.004	-0.036	-0.003	-0.023	-0.011	-0.072
규범							0.203	0.149**	0.006	0.004	0.096	0.060
F	3.906**		8.126***		19.028***		3.625***		5.698***		10.248***	
R ²	0.047		0.093		0.193		0.100		0.149		0.239	
Adjusted R ²	0.035		0.081		0.182		0.073		0.123		0.215	
Adjusted R ² 변화							0.038		0.042		0.033	

주: 성별: 남=1, 직업유무: 유=1, 혼인상태: 기혼=1
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

65세 이상 모델의 설명력은 21.5%로 일반적 특성을 투입한 모델보다 설명력이 3.3% 증가하여 사회경제적 자원을 추가로 투입한 경우 설명력이 증가함을 알 수 있다. 65세 이상 모델은 통계적으로 유의하였다($F=10.248, p<.001$). 주관적 건강인식에 영향을 미치는 변수는 일반적 특성에서 연령($\beta=-.188, p<.001$), 직업유무($\beta=.232, p<.001$)와 혼인상태($\beta=.149, p<.01$), 사회경제적 자원 중에서 월평균 가구소득($\beta=.118, p<.05$), 가족·친구·이웃 관련 사회참여($\beta=.112, p<.05$) 등으로 나타났다. 즉, 나이가 젊고, 직업이 있고, 기혼일수록, 가구소득이 높을수록, 가족·친구·이웃 관련 활동에 많이 참여할수록 65세 이상의 주관적 건강인식이 높게 나타났다.

나. 사회경제적 자원과 신체적 기능

연령집단별 신체적 기능에 일반적 특성, 사회경제적 자원 변인을 단계적으로 투입하여 회귀분석을 실시한 결과는 <표 5>와 같다. 20~44세 모델의 설명력은 3.5%로 일반적 특성을 투입한 모델보다 설명력이 2.6% 증가하여 사회경제적 자원을 추가로 투입한 경우 설명력이 증가함을 알 수 있다. 20~44세 모델은 통계적으로 유의하였다($F=2.214, p<.05$). 신체적 기능에 영향을 미치는 변수는 사회경제적 자원인 미시적 신뢰($\beta=.126, p<.05$)로 나타났다. 즉, 미시적 신뢰가 높을수록 20~44세의 신체적 기능이 높게 나타났다.

45~64세 모델의 설명력은 15.6%로 일반적 특성을 투입한 모델보다 설명력이 5.1% 증가하여 사회경제적 자원을 추가로 투입한 경우 설명력이 증가함을 알 수 있다. 45~64세 모델은 통계적으로 유의하였다($F=7.213, p<.001$). 신체적 기능에 영향을 미치는 변수는 일반적 특성에서 연령($\beta=-.263, p<.001$)과 사회경제적 자원 중 가족·친구·이웃 관련 사회참여($\beta=.140, p<.01$), 거시적 신뢰($\beta=-.182, p<.001$) 등으로 나타났다. 즉, 연령이 낮고, 가족·친구·이웃 관련 활동에 많이 참여할수록, 거시적 신뢰가 낮을수록 45~64세의 신체적 기능이 높게 나타났다.

65세 이상 모델의 설명력은 24.8%로 일반적 특성을 투입한 모델보다 설명력이 5.9% 증가하여 사회경제적 자원을 추가로 투입한 경우 설명력이 증가함을 알 수 있다. 65세 이상 모델은 통계적으로 유의하였다($F=12.081, p<.001$). 신체적 기능에 영향을 미치는 변수는 일반적 특성에서 연령($\beta=-.213, p<.001$), 성별($\beta=.128, p<.05$), 직업유무($\beta=.144, p<.01$), 혼인상태($\beta=.152, p<.01$), 사회경제적 자원 중 가족·친구·이웃 관련

표 5. 연령집단별 사회경제적 자원이 신체적 기능에 미치는 영향

	모델1						모델2					
	20~44세		45~64세		65세 이상		20~44세		45~64세		65세 이상	
	B	β	B	β	B	β	B	β	B	β	B	β
연령	-0.001	-0.019	-0.026	-0.250***	-0.043	-0.209***	-0.001	-0.009	-0.028	-0.263***	-0.044	-0.213***
성별	-0.055	-0.065	0.001	0.001	0.157	0.088	-0.043	-0.051	0.043	0.038	0.229	0.128*
직업유무	0.028	0.030	0.120	0.100	0.295	0.154**	0.022	0.024	0.126	0.106	0.275	0.144**
혼인상태	-0.094	-0.106	0.339	0.102*	0.416	0.177***	-0.108	-0.122	0.272	0.082	0.358	0.152**
학교교육 년수	0.017	0.076	0.021	0.097	0.020	0.086	0.010	0.043	0.008	0.035	0.003	0.014
월 평균 가구소득							0.000	0.075	0.000	0.071	0.000	0.052
가족·친구·이웃관련 사회참여							0.041	0.065	0.100	0.140**	0.187	0.189***
단체활동 사회참여							0.126	0.099	-0.005	-0.003	-0.006	-0.002
미시적 신뢰							0.108	0.126*	0.032	0.026	0.253	0.146**
거시적 신뢰							-0.017	-0.027	-0.163	-0.182***	-0.092	-0.065
네트워크							-0.003	-0.055	0.002	0.019	0.002	0.013
규범							-0.030	-0.037	-0.038	-0.033	0.095	0.054
F	1.746		10.431**		19.873***		2.214*		7.213***		12.081***	
R ²	0.021		0.116		0.199		0.064		0.181		0.270	
Adjusted R ²	0.009		0.105		0.189		0.035		0.156		0.248	
Adjusted R ² 변화							0.026		0.051		0.059	

주: 성별: 남=1, 직업유무: 유=1, 혼인상태: 기혼=1
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

사회참여($\beta=.189, p<.001$)과 미시적 신뢰($\beta=.146, p<.01$) 등으로 나타났다. 즉, 연령이 낮고, 남성일수록, 직업이 있을수록, 기혼일수록, 가족·친구·이웃 관련 활동에 많이 참여할수록, 미시적 신뢰가 높을수록 65세 이상의 신체적 기능이 높게 나타났다.

다. 주관적 건강인식과 신체적 기능 모델의 비교

일반적 특성에 사회경제적 자원을 추가 투입하였을 경우 주관적 건강인식과 신체적 기능 모델 모두 모든 연령집단에서 모델의 설명력이 증가하였다. 주관적 건강인식의 경우 세 연령집단에서 비슷한 수준으로 설명력이 증가한 반면, 신체적 기능의 경우 높은 연령집단일수록 모델의 설명력이 더 크게 증가하였다. 즉 20~44세 대비 45~64세와 65세 이상 두 집단에서 모델의 설명력 증가 수준이 훨씬 높게 나타났다. 이는 주관적 건강인식과 비교했을 때 신체적 기능에 대한 사회경제적 자원의 영향력이 청년층에 비해 중년층과 노년층에서 더 크다는 것을 의미한다. 즉 나이가 많아질수록 실제적인 건강에 대한 자원의 영향이 커짐을 알 수 있다.

두 모델에 대한 사회경제적 자원의 개별 변인의 영향력을 살펴보면, 월평균 가구소득은 65세 이상 집단에서만 주관적 건강인식에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 노인의 경우 경제적 측면의 자원 부족이 객관적 건강 수준보다는 건강에 대해 부정적인 인식을 가져올 수 있음을 의미한다. 또한 45~64세와 65세 이상 두 집단의 주관적 건강인식과 신체적 기능 모두에 가족·친구·이웃 관련 사회참여가 정적 영향을 보였는데, 이는 미시적 수준의 사회참여가 중년 이후 건강에 중요한 영향요인이 된다는 점을 시사한다. 다만 65세 이상 집단에서 가족·친구·이웃 관련 사회참여와 함께 미시적 신뢰가 신체적 기능에 영향을 주는 요인으로 나타나 노인집단에서 미시적 자원의 중요성이 더욱 강함을 알 수 있다.

V. 논의

본 연구에서는 노인과 다른 연령집단의 사회경제적 자원과 건강에 대해 살펴보고, 각 사회경제적 자원이 이들 집단의 건강에 미치는 영향을 분석하여 노인과 다른 연령집단의 특징을 비교하고 이에 대한 함의를 찾아보고자 하는 목적에서 이루어졌다. 연구결과 노인의 사회경제적 자원과 건강이 다른 연령집단에 비해 상대적으로 낮은 것으로 나타났으며, 사회경제적 자원은 모든 연령집단에서 모델의 설명력을 높이는 것으로 나타났다. 또한 노인의 경우 건강에 있어 미시적 자원의 영향력이 큰 것으로 나타났다. 이를 토대로 연구결과에 대한 함의와 정책적·실천적 함의를 기술하면 다음과 같다.

첫째, 모든 연령집단에서 실제적인 신체적 기능에 비해 주관적 건강인식이 낮은 것으로 나타났으며, 특히 노인집단에서 가장 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 높은 연령일수록 실제로 나타나는 건강상태보다 자신의 건강이 더 좋지 않은 것으로 인식한다는 김영미 외(2008)의 연구결과와 동일한 것으로 나타났다. 객관적 차원의 건강은 활동과 직접적으로 관련되지만, 주관적 차원의 건강은 건강상태에 대한 예방적인 행위와 우울이나 자살 등 정신적인 측면에서 중요하다(오창석, 2012; 이영익, 2012)고 볼 때, 이는 노인의 건강에 대한 예방적 차원에서 개입의 중요성을 나타내는 결과라 할 것이다. 따라서 노인의 건강에 대한 예방적 측면에서의 교육프로그램이 제공될 필요가 있으며, 특히 연령별로 나타날 수 있는 질병과 그 예방책에 대한 교육을 강화하고, 이에 대비할 수 있도록 하는 것이 필요하다.

둘째, 모든 연령집단에서 사회경제적 자원은 건강을 설명하는 모델의 설명력을 증가시키는 것으로 나타나 연령별 건강에서 자원의 중요성이 확인되었다. 특히 신체적 기능의 경우 20~44세 집단에 비해 45~64세와 65세 이상 두 집단에서 모델의 설명력 증가 수준이 훨씬 높게 나타나 나이가 많아질수록 실제적인 건강에 대한 자원의 영향이 커지는 것으로 나타났다. 그러나, 연령이 높아질수록 사회경제적 자원이 감소하는 것으로 나타난 본 연구결과와 선행연구의 결과들(신효식·이선정, 2007; Bolin et al., 2003; Schultz et al., 2006)을 감안해 본다면, 본 연구결과는 65세 이상 노인집단의 취약한 사회경제적 자원과 건강상태가 그들의 삶의 위협요인이 될 수 있으며, 특히 이 집단에 대한 건강차원의 관리에 좀 더 정책적·실천적 지원이 필요함을 재확인해 주는 것이다. 특히 자원이 적은 노인들의 건강을 위해 새로운 자원의 개발과 연결이 필요함을 보여주

었다. 예를 들어 필요하다면 공공의료료를 확대하여 이러한 노인이 건강에 대한 혜택을 볼 수 있도록 해야 할 것이다.

셋째, 가구소득은 65세 이상 노인집단에서 주관적 건강인식에 정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 소득수준이 노인의 건강 격차에 영향을 준다고 한 선행연구(홍석철 외, 2010; Veenstra, 2000)와 동일한 결과였다. 노인의 주관적 건강인식이 가구소득의 영향을 받았다는 것은 다른 연령집단 대비 노인의 건강에 경제적 측면의 자원이 중요한 역할을 하며, 노인의 빈곤이나 소득감소가 청년이나 중년층의 경우보다 건강에 훨씬 더 심각한 영향을 미칠 수 있음을 의미한다. 소득이 부족한 노인이 실제 건강상태보다 건강에 대한 인식에서 더 부정적 인식을 가질 수 있으므로 이러한 부정적 인식을 낮추기 위해서는 이들에 대한 정책적 지원이 마련되어야 할 것이다. 노인일자리 사업이 소득뿐 아니라 건강유지에도 중요한 기능을 하는 것으로 나타난 바 있으므로 앞으로 더 많은 노인일자리 마련에 대한 연구가 필요하다. 또한 노인건강에 대한 보장체계도 더욱 강화될 필요가 있다. 최근 노인성 질환이나 4대 암 등에 대한 실질적 보장 논의가 이루어지고 있는데 이러한 방안이 실제 실현될 수 있도록 정책적 대안이 마련되어야 할 것이다.

넷째, 45~64세와 65세 이상 두 집단의 주관적 건강인식과 신체적 기능 모두에 가족·친구·이웃 관련 사회참여가 정적 영향을 보였는데, 이는 미시적 수준의 사회참여가 중년 이후 건강에 중요한 영향요인이 된다는 점을 시사한다. 이는 자녀지지 및 가족과의 친밀도와 같은 미시적 차원의 요인이 노인의 삶의 질에 긍정적 영향을 미친다는 장명숙과 박경숙(2012)의 연구와 배나래와 박충선의 연구(2009)와 유사한 결과이다. 따라서 중년기에 접어드는 시점부터 가족이나 친구, 이웃 등과의 관계를 잘 형성하고 유지해 나갈 수 있도록 교육이나 상담프로그램을 강화하여 제공할 필요가 있다. 특히 최근에는 노후준비에서 경제적인 측면뿐만 아니라 미시적 체계들과의 관계 중요성이 더욱 강조되고 있으므로 이에 대한 지원이 필요하다. 예를 들어 가족이 없는 독거노인의 경우 주변의 이웃이나 친구들과 네트워크를 형성하여 지속적인 교류가 이루어질 수 있도록 해야 하며, 지역사회에서도 관심을 가지고 돌보는 체계가 마련되어야 한다. 또한 자녀가 있는 중산층 노인의 경우도 노부모와 자녀의 관계증진 프로그램 등을 통해 좋은 관계를 유지할 수 있도록 해야 할 것이다.

다섯째, 사회경제적 자원 중 신뢰의 경우 연령집단별 주관적 건강인식과 신체적 기능에 미치는 영향에 차이가 나타났다. 미시적 신뢰는 20~44세의 주관적 건강인식과 신체

적 기능에 정적 영향을 미쳤고, 65세 이상의 신체적 기능에도 정적 영향을 미쳤다. 이는 사람에 대한 신뢰가 건강에 영향을 미친다는 선행연구(Hurtado et al., 2011; Schultz et al., 2008; Wang et al., 2009)를 지지하는 동시에, 미시적 신뢰가 건강에 미치는 영향이 연령집단별로 다를 수 있음을 추가하는 결과이다. 한편, 거시적 신뢰는 45-64세의 주관적 건강인식과 신체적 기능 모두에 부적 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 이는 기관에 대한 신뢰가 주관적 건강인식에 긍정적 영향을 준다는 송예리아와 남은우의 연구(2009)와 상반된 결과이며, 정부 관련 신뢰가 건강에 영향을 주지 않는다는 고수정의 연구(2010)와도 다른 결과이다. 본 연구의 결과는 거시적 신뢰를 구성하는 세부 항목인 정치제도, 국회, 정당에 대한 신뢰가 주관적 건강인식 및 신체적 기능에 강한 부적 영향을 준다는 것으로, 45~64세 집단의 정치분야에 대한 신뢰가 건강에 미치는 영향력에 대한 추후 연구가 필요할 것으로 보인다. 신뢰에 대한 연구 결과를 종합하여 볼 때 결국 미시적 신뢰와 거시적 신뢰는 인간발달단계에 따라 다른 영향을 미치고 있음을 알 수 있으며, 노인의 경우 거시적 차원의 신뢰보다 사람에 대한 신뢰가 건강에 더 중요하게 작용함을 의미한다. 따라서 노인을 둘러싼 비공식적 미시적 체계에 대한 관계를 노인에게 대한 중요한 개입의 지점으로 활용해야 할 것이다.

본 연구는 다음과 같은 한계를 갖는다. 종단적 자료가 아닌 한 시점에서 측정된 횡단적 자료만을 바탕으로 하였기 때문에, 다른 연령집단에 비교하여 노인 집단의 사회경제적 자원이 건강에 어떻게 지속적인 영향을 미치는지를 살펴보지 못했다는 점이다. 또한 본 연구는 경제적 측면의 사회경제적 자원으로 가구소득 한 개의 변수로 측정하였기 때문에, 후속연구에서 가구소득 외에 다양한 경제적 측면의 지표를 적용할 필요가 있다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 사회경제적 자원과 객관적·주관적 건강의 관계를 노인과 다른 연령집단별로 살펴봄으로써, 자원과 건강의 관계에서 연령이 가지는 함의를 제공했다는 점에서 의의를 갖는다.

참고문헌

- 강혜원, 조영태(2007). 서울시 남녀노인의 건강불평등-사회경제적 지위와 사회통합 요소를 중심으로. *한국사회학*, 41(4), pp.164-201.
- 고대선, 원영신(2009). 체력과 운동참여가 노인들의 건강한 노후에 미치는 영향. *한국노년학*, 29(3), pp.899-915.
- 고수정(2010). 지역별 건강불평등 영향요인. *한국지방자치연구*, 12(3), pp.169-195.
- 공선희(2008). 한국 노인의 돌봄 자원과 돌봄 기대: 생애구술 분석을 중심으로. 박사학위논문, 사회학과, 서울대학교, 서울.
- 곽현근, 유현숙(2011). 지역사회 주민조직 참여가 인지적 사회자본에 미치는 영향에 관한 연구. *한국공공관리학보*, 25(2), pp.61-91.
- 김경연, 정여진(2006). 건강 및 경제 수준에 따른 집단별 성공적 노화의 요소 탐색. *노인복지연구*, 34(4), pp.31-54.
- 김동배, 유병선, 민정선(2011). 노인 집단에서 나타나는 건강 수준 차이의 요인 분석. *사회복지연구*, 42(3), pp.267-290.
- 김동배, 유병선, 이정은(2012). 노인의 건강불평등: 교육불평등에 따른 건강불평등에 대한 사회참여의 매개효과. *사회복지연구*, 43(1), pp.117-142.
- 김안나, 노대명, 김미숙, 신호성, 홍인옥, 김태완 외(2008). 사회통합을 위한 사회적 배제 계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로. 서울: 한국보건사회연구원.
- 김영미, 현선희, 송형삼(2008). 운동프로그램 참가자의 건강상태와 건강증진행동, 우울 및 삶의 질의 관계. *한국여가레크리에이션학회지*, 32(4), pp.33-46.
- 김진구(2011). 소득계층에 따른 의료이용의 격차: 연령집단별 Le Grand 지수 분석을 중심으로. *사회보장연구*, 27(3), pp.91-122.
- 김준홍(2010). 사회적 자본, 신체활동 그리고 주관적 건강 : 구조방정식 모형 검증을 통한 정책의 근거 모색. *보건과 사회과학*, 28, pp.61-90.
- 김진영(2007). 사회경제적 지위와 건강의 관계: 연령에 따른 변화를 중심으로. *한국사회학*, 41(3), pp.127-154.
- 김진영, 임인숙, 송예리아, 한신원(2012). 고용형태와 성별에 따른 주관적 건강에서의 격

- 차-건강자원과의 상호작용 효과를 중심으로. *한국인구학*, 35(1), pp.181-209.
- 김진현, 원서진(2011). 노후 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 영향: 건강행태와 사회적 지지의 매개된 조절효과 분석. *한국노년학*, 31(3), pp.461-476.
- 김태준, 최상덕, 장근영, 이기홍, 전주혜(2009). 한국의 사회적 자본 실태 분석. 서울: 한국 교육개발원, pp.246-247.
- 김현수(2012). 건강수명 연장 및 삶의 질 향상을 위한 운동학적 전략. *한국여성체육학회 학술세미나*, 2012, pp.9-15.
- 김희경, 이현주, 박순미(2010). 여성독거노인의 삶의 질 영향요인. *한국노년학*, 30(2), pp.279-292.
- 남연희, 남지란(2011). 노인의 주관적인 건강상태에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *한국가족복지학*, 16(4), pp.145-162.
- 박수잔, 조성일, 장숙량(2011). 사회적 관계망의 긍정적, 부정적 기능이 성별 주관적 건강에 미치는 영향. *한국보건교육·건강증진학회*, 28(4), pp.38-49.
- 박순미(2011). 노인의 건강상태가 삶의 만족도에 미치는 영향 -사회참여와 경제활동의 매개효과와 조절효과를 중심으로-. *노인복지연구*, 53, pp.291-318.
- 배나래, 박충선(2009). 노년기 삶의 질에 영향을 미치는 생태체계적 요인에 관한 연구. *한국노년학*, 29(2), pp.761-779.
- 보건복지부(2012). 2011년도 노인실태조사. 서울: 보건복지부.
- 서지원(2006). 중고령기 건강에 대한 인적자본과 사회자본의 효과. *대한가정학회지*, 44(10), pp.133-144.
- 손정연, 한경혜(2012). 결혼상태의 지속 및 변화가 노인의 건강에 미치는 영향-경제자원 및 사회적 관계망의 매개효과 검증. *한국가족복지학*, 35, pp.5-40.
- 송예리아, 남은우(2009). 사회자본 정도 및 건강행동이 한국인의 주관적 건강에 미치는 영향 분석. *보건교육 건강증진학회지*, 26(3), pp.1-13.
- 신경림, 변영순, 강윤희, 옥지원(2008). 재가 노인의 주관적 신체 증상, 일상생활수행능력 및 건강관련 삶의 질. *대한간호학회지*, 38(3), pp.437-444.
- 신현구, 부가청, 반정호(2005). 고령자패널조사 소개. *노동리뷰*, 2005(4), pp.58-69.
- 신효식, 이선정(2007). 퇴직한 남자 노인의 가족자원 및 관련 변인이 생활만족도에 미치는 영향. *한국가족관계학회지*, 12(2), pp.197-213.

- 오두남, 김선호, 정미영(2012). 재가 노인의 성별에 따른 신체활동 수준과 영향요인의 차이. 한국콘텐츠학회논문지, 12(2), pp.358-368.
- 오창석(2012). 노인의 주관적 건강 인식과 삶의 질이 우울과 자살 생각에 미치는 영향. 보건의료산업학회지, 6(2), pp.179-191.
- 유길준, 전상남, 신학진, 황성완(2011). 노인의 건강수준에 따른 외적 이미지가 성공적 노화에 미치는 영향. 한국보건정보통계학회지, 36(2), pp.150-160.
- 유수정(2010). 성성별 연령별 주관적 건강 및 장애율 격차에 관한 국제 비교. 한국노인과 학학술단체연합회 국제학술대회, 2010, pp.179-180.
- 이영익(2012). 고령사회 노인들의 주관적 건강인지와 건강위험 발생가능성 및 건강증진 행위의 관계. 한국운동재활학회지, 8(3), pp.27-38.
- 이영현, 나영선, 김안국, 유한구, 김미란, 이재혁 외(2006). 사회적 자본과 인적자원개발. 서울: 한국직업능력개발원, pp.238.
- 이용재(2010). 소득계층별 건강상태에 따른 의료이용 형평성 분석. 한국사회정책, 17(1), pp.267-290.
- 이정민, 김원중, 손혜숙, 전진호, 이명진, 박현숙(2012). 연령층별 사회경제적 계층에 따른 건강행위 실천과 주관적 건강수준에 미치는 영향. 한국콘텐츠학회논문지, 12(6), pp.317-327.
- 장명숙, 박경숙(2012). 노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인 - 생태체계적 관점에서. 보건사회연구, 32(2), pp.232-266.
- 정민수, 조병희(2007). 지역사회역량이 주민 건강수준에 미치는 영향. 보건과 사회과학, 22, pp.153-182.
- 정순돌(2005). 사례관리실천의 이해. 서울: 학지사, pp.234.
- 최현석, 하정철(2012). 노인의 생활전반 만족에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한국데이터정보과학회, 23(1), pp.131-142.
- 최희정(2008). 농어촌지역 노인의 지각된 건강상태, 주관적 신체증상, 우울에 관한 연구. 재활간호학회지, 11(2), pp.74-80.
- 통계청(2012). 국가통계포털. <http://kosis.kr/> 에서 2013. 1. 17 인출.
- 팽기영(2011). 개인 수준의 사회적 자본이 주관적 건강에 미치는 영향. 박사학위논문, 의학과, 경상대학교, 경상남도.

- 홍석철, 김경익, 남희(2010). 한국의 단기경기변동과 국민건강지표의 변화, 1983-2008. *보건경제와 정책연구(구 보건경제연구)*, 16(1), pp.113-139.
- Abu-Bader, S. H., Rogers, A., Barusch, A. (2002). Predictors of life satisfaction in frail elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 38, pp.3-18.
- Bolin, K., Lindgren, B., Lindstrom, M., Nystedt, P. (2003). Investments in social capital -implications of social interactions for the production of health. *Social Science & Medicine*, 56(2003), pp.2379-2390.
- Browne, J. P., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. R. B., McDonald, N. J., O'Malley, K., et al. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3(4), pp.235-244.
- Carpiano, R. M. (2008). Actual or potential neighborhood resources and access to them: Testing hypotheses of social capital for the health of female caregiver. *Social Science & Medicine*, 67(2008), pp.568-582.
- English Longitudinal Study of Ageing (2010). *ELSA 2008 (Wave 4)*.
- Giordano, G. N., Lindström, M. (2010). The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: a longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine*, 70(5), pp.700-710.
- Grundy, E., Sloggett, A. (2003). Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Social Science & Medicine*, 56(2003), pp.935-947.
- Hurtado, D., Kawachi, I., Sudarsky, J. (2011). Social capital and self-rated health in colombia: The good, the bad and the ugly. *Social Science & Medicine*, 72(4), pp.584-590.
- Lee, H. Y., Jang, S., Lee, S., Cho, S., Park, E. (2008). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), pp.1042-1054.
- Lekh-Jones, H., Moore, S. (2012). Network social capital, social participation, and physical inactivity in an urban adult population. *Social Science & Medicine*, 74(9), pp.1362-1367.

- Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41(1), pp.3-13.
- Nam, E. W., Ikeda, N., Green, J., Moon, J. Y., Park, M. B. (2008). Determinants of the self-rated health status of the elderly in healthy city wonju, republic of korea. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 25(5), pp.65-77.
- Park, S., Cho, S. I., Jang, S. N. (2012). Health Conditions Sensitive to Retirement and Job Loss Among Korean Middle-aged and Older Adults. *J Prev Med Public Health*, 45(3), pp.188-195.
- Pirani, Salvini (2012). Socioeconomic Inequalities and Self-Rated Health: A Multilevel Study of Italian Elderly. *Population Research and Policy Review*, 31(1), pp.97-117.
- Poortinga, W. (2006). Social capital: An individual or collective resource for health?. *Social Science & Medicine*, 62(2), pp.292-302.
- Schultz, J., O'Brien, A. M., Tadesse, B. (2008). Social capital and self-rated health: Results from the US 2006 social capital survey of one community. *Social Science & Medicine*, 67(4), pp.606-617.
- Snelgrove, J. W., Pikhart, H., Stafford, M. (2009). A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from the british household panel survey. *Social Science & Medicine*, 68(11), pp.1993-2001.
- Thomten, J., Soares, J. J., Sundin, Ö. (2011). The influence of psychosocial factors on quality of life among women with pain: A prospective study in sweden. *Quality of Life Research*, 20(8), pp.1215-1225.
- Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: An individual-level analysis. *Social Science & Medicine*, 50(5), pp.619-629.
- Verhaeghe, P., Tampubolon, G. (2012). Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. *Social Science & Medicine*, 75(2), pp.349-357.
- Walters. V., McDonough. P., Strohschein L. (2002). The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender

differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Social Science a Medicine*, 54(2002), pp.677-692.

Wang, H., Schlesinger, M., Wang, H., Hsiao, W. C. (2009). The flip-side of social capital: The distinctive influences of trust and mistrust on health in rural china. *Social Science & Medicine*, 68(1), pp.133-142.

Ware, J., E., Kosinski., M., Keller. S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), pp.220-233.

World Values Survey (2005). *WVS 2005 Questionnaire (2005)*.

정순돌은 미국 텍사스주립대(University of Texas at Austin)에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 이화여자대학교 사회복지학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인의 심리사회적 안녕, 노인가족, 노후준비, 사례관리, 재난약자, 고령화 사회에서의 연령통합적 관점, 베이비부머 등으로, 이에 관하여 연구하고 있다. (E-mail: sdchung@ewha.ac.kr)

김유휘는 이화여자대학교 사회복지전문대학원 석사학위 과정 중이며, SSK 지원사업의 연구보조원으로 활동하고 있다. 관심분야는 노인복지, 여성복지, 저출산·고령화 사회이며, 현재 연령통합 사회를 연구하고 있다. (E-mail: laira@naver.com)

최혜지는 미국 워싱턴대학교(Washington University in St.Louis)에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 서울여자대학교 사회복지학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인의 인권, 고령화 사회에서의 연령통합적 관심 등이다. (E-mail: hjchoi@swu.ac.kr)

Relationship Between Social-Economic Resources and Health: A Comparison of Elderly With Different Age Groups

Chung, Soondool
(Ewha Womans University)

Kim, Yuhwi
(Ewha Womans University)

Choi, Hyeji
(Seoul Women's University)

The purposes of this study are to investigate differences in health, social-economic resources among the elderly and the different age groups, to examine how social-economic resources influence on health among the elderly as compared to different age groups, and to find out its implications. Data were collected from 7 metropolitan cities including Seoul and 8 provinces, and a total of 1,216 adults (406 persons aged 20-44, 405 persons aged 45-64, and 405 persons aged above 65) were analyzed. One-way analysis of variance (ANOVA) and multiple regression analysis are used to examine data. Health, social-economic resources were significantly lower in older age groups, but trust was significantly higher in the elderly age group. We found that self-rated health and physical functioning among different age groups were influenced separately by different factors. Especially, participation in activity with family and friends is significant in elderly age group. Based on the result, we discussed the role of resources for promoting health of elderly people, and provided practical implication for social policy.

Keywords: Health, Social-economic Resources, The Elderly, Age Groups