



## 우리나라 중·노년 인구의 건강상태: 주관적 건강상태의 국가간 비교연구 시론

장지연\* · 부가청\*\*

본 연구는 개인의 주관적 건강상태 판정의 국가간 차이에 주목한다. 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. 2006년에 새로 구축된 '고령화연구패널조사' 자료와 유럽 3개국의 고령자조사 자료를 비교한 결과, 우리나라 고령자가 유럽의 고령자에 비하여 자신의 건강상태를 부정적으로 판정하는 경향이 강하다는 사실을 확인하였다. 본 연구에서는 이러한 사실을 두 가지 방식으로 설명하였다. 첫째, 만성질환 여부나 일상생활 수행능력의 영향을 통제하고 보더라도, 우리나라 고령자의 주관적 건강상태 판정은 독일과 스웨덴, 이태리에 비하여 현저히 부정적이다. 둘째, 만성질환 여부나 일상생활 수행능력 정도와 같은 객관적인 건강상태의 수준은 주관적인 건강상태에 영향을 미치는 것이 분명하지만, 그 정도는 국가마다 다르다. 우리나라에서는 만성질환이 있는 경우, 이로 인하여 주관적 건강상태를 부정적으로 평가하게 되는 정도가 다른 나라보다 심한 것으로 보인다. 그 원인이 무엇인지는 후속연구의 주제로 남긴다.

**핵심단어:** 주관적 건강상태, 객관적 건강상태, 고령화연구패널자료(KLoSA)

### I. 서론

건강은 누구에게나 행복의 기본요소이지만, 특히 노년기에 들어선 사람에게 매우 중요하다. 노인의 생활만족도에 영향을 미치는 주요 요소들 중에서도 건강상태는 가장 설명력이 높은 변수로 분석된 바 있으며(Edwards and Klermmack, 1973: 박경규 외, 2003 재인용), 우리나라에서 이루어진 연구들에서도 노년기건강과

\* 한국노동연구원 연구위원

\*\* 한국노동연구원 책임연구원

생활만족도의 관련성은 매우 높게 나타난다(최연희·백경신, 2002; 강수균 외, 2003; 박경규 외, 2003; 장숙희, 2006). 그렇다면, 우리나라 중·노년 인구의 건강상태는 다른 나라 중·노년 인구에 비해서 어떠한가? 본 연구는 우리나라 중·노년기 인구의 건강상태를 다른 나라와 비교해서 살펴보고자 한다. 건강수준을 측정하는 방식은 다양할 수 있으나, 여기서는 주관적 건강상태, 즉 스스로 평가한 건강상태(self-rated health status)의 수준을 비교해 볼 것이다.

고령화연구패널조사의 결과를 살펴보면, 대체로 우리나라 노인들은 다른 선진국의 노인들에 비하여 자신의 건강상태가 ‘나쁘다’고 판단하는 경향이 있다<sup>1)</sup>. 이러한 관찰은 연구관심을 불러일으킨다. 우리나라 사람의 평균수명은 선진국에 비하여 그리 짧지 않다<sup>2)</sup>. 또한 우리나라는 다른 선진국에 비하여 인구의 고령화가 덜 진전된 상태이므로, 인구의 연령구성으로 볼 때에도 평균적인 주관적 건강상태가 더 나쁠 이유가 없다. 그렇다면, 우리나라 노인들이 다른 선진국 노인들에 비하여 상대적으로 건강이 좋지 않다고 스스로 평가하는 이유는 무엇일까? 이 질문에 답하기 위해서는 우선 객관적으로 관찰할 수 있는 건강상태의 측면에서 어떤 차이가 있는지 살펴보아야 할 것이다. 즉, 실제로 우리나라 노인의 건강상태가 더 나빠서 주관적으로도 나쁘다고 판단하는 것일 수 있다. 그 다음으로 는 객관적으로 측정되는 건강상태가 나쁘지 않은데도 불구하고 주관적 판정에는 차이가 있는 것인지 검토하여야 할 것이다.

‘주관적 건강상태’에 대한 국가간 비교분석이 갖는 의의는 다음과 같은 세 가지로 정리될 수 있다. 첫째, 중·노년기 건강자가진단은 단일 변수로 사망시기와 유병에 대한 예측능력이 가장 탁월한 변수이다(Bailis et al., 2003). 즉, 건강상태에 대한 개인 스스로의 판단은 어떤 이유에서건 그 사람의 일반적인 건강상태를 잘 반영한다고 볼 수 있다. 또한 앞서 지적한 바와 같이, 주관적 건강상태는 노년기 생활만족도와 긴밀한 연관성을 갖고 있기 때문에, 한 사회의 노년기 복지(well being) 수준을 비교 평가하는 중요한 지표로 볼 수 있다.

둘째, 중·노년기의 주관적 건강상태는 노동시장 성과나 은퇴, 가계부담 연구 등 다양한 연구 분야에서 중요한 설명변수로 사용된다. 노년기의 경제활동은 건강상태에 크게 영향을 받을 수밖에 없는데, 대부분의 사회과학분야 연구에서 건강상태 측정은 객관적으로 엄밀하게 이루어지기 어려우므로 건강상태를 요약해서 반영하는 것으로 알려진 주관적 건강상태 변수를 사용한다(McGarry, 2002;

1) 한국노동연구원, ‘고령화연구패널조사’ 2006년 원자료.

2) OECD에 따르면 2005년에서 2010년 시점에서 미국은 78.2세, 영국 79.4세, 독일 79.4세, 프랑스 80.7세, 한국은 78.6세의 평균수명을 나타낼 것이라고 예상하였다.

Lee, 2006). 노년기의 생활상태에 대한 국가간 비교연구를 위해서는 이에 앞서 먼저 건강변수의 국가간 차이에 대한 검토가 필요하다.

셋째, 건강자가진단 변수는 ‘객관적 건강상태(fact)’와 ‘태도(attitude)’를 동시에 반영하는 변수로서 문화심리학(cross-cultural psychology) 연구의 의의를 지닌다(Malpas, 1977; Leung and Bond, 1989; Bailis et al., 2003). 객관적 건강상태를 통제된 상황에서도 주관적 건강상태 판정에 차이가 있다면, 이는 각 사회 구성원의 태도의 차이를 반영하는 것이라 볼 수 있다<sup>3)</sup>. 주관적 건강상태 인식의 국가간 차이점을 실제 객관적 건강상태의 차이로 설명할 수 있는 부분과 이것으로 설명할 수 없는 잔여부분으로 구분할 수 있다면, 이것은 건강수준을 비교하는 것일 뿐 아니라 사회구성원의 낙관적 또는 비관적 성향을 반영하는 문화적 차이에 대한 연구가 될 수 있다.

지금까지 우리나라에서 주관적 건강상태에 대한 국가간 비교연구가 활성화되지 못한 것은 비교가능한 항목을 포함한 국가별 자료가 부족하다는 점에 기인할 수 있다. 본 연구는 애초에 유럽과 영미권 국가와의 비교연구를 염두에 두고 실시된 고령화연구패널조사(한국노동연구원, 2006) 원자료를 이용하여 이러한 장애를 어느 정도 극복하였다. 물론 국가간 비교연구는 문화적 차이와 맥락의 차이 등 본질적인 차이점들을 통제하지 못한다는 점 때문에 근본적인 한계점을 안고 갈 수밖에 없다. 그러나 적어도 조사 방법상의 있어서 차이점을 제거하기 위하여 각국의 조사담당자들 간에 논의를 거쳐 일관성 있는 측정 문항을 개발하였다는 점에서 의의가 크다고 본다.

본 연구의 주된 분석은 다음과 같은 단계로 이루어진다. 먼저 영국과 EU 10개국의 50세 이상 중·노년 인구를 대상으로 하는 조사를 통하여 각국 중·노년자의 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.

3) 거꾸로 국제비교연구를 통하여 ‘자가진단 건강상태’가 무엇을 측정하고 있는지를 검토하는 계기를 가질 수도 있다.

## II. 기존연구 검토와 분석틀

### 1. 우리나라 노인의 주관적 건강상태 수준

우리나라 중·고령자가 스스로 판단하는 건강수준은 ‘나쁘다’ 쪽에 가깝다. 한국보건사회연구원이 65세 이상 노인을 대상으로 2001년에 실시한 ‘노인 장기요양보호 욕구실태조사’에서는 ‘매우 좋다’와 ‘좋은 편’을 합하여 23.4%인데 비해서 ‘약간 나쁨’과 ‘아주 나쁨’을 합치면 56.3%에 달하는 것으로 조사되었다. 자신의 건강상태를 ‘좋지 않다’고 느끼는 노인의 비율이 전체 노인의 절반에 달한다는 조사결과는 일본이나 호주 등의 1/3 수준에 비하면 상당히 높은 수준이라고 볼 수 있다(선우덕, 2003). ‘전국노인생활실태 및 복지욕구조사(2004)’에서는 동년배와 비교해 ‘매우 좋다’와 ‘약간 좋다’가 33.7%, ‘매우 나쁘다’와 ‘약간 나쁘다’는 38.5%로 나타났다(정경희 외, 2005). 연령이 증가할수록 주관적 건강상태에 대한 판단은 부정적이 되는 경향이 있으며, 여성노인이 남성노인보다 나쁘다고 응답하는 비율이 더 높다. 배우자가 없거나 노인단독가구로 살고 있는 경우에 주관적 건강상태는 더 나쁘게 나타난다. 교육수준이나 자산수준과 같은 사회경제적 배경은 주관적 건강상태 인식과는 정의 상관관계를 보이는 것으로 알려져 있다(이승미, 2002; 박군석 외, 2004; 김승곤, 2005; 정경희 외, 2005; 최영, 2005).

### 2. 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인들

신체적 건강을 구성하는 차원은 의료적 차원(*medical dimensions*), 기능적 차원(*functional dimensions*), 자기평가적 차원(*self-evaluative dimensions*)의 세 가지 차원으로 흔히 구분된다. 의료적 차원은 유병여부에 따라 판정되는 건강상태이며, 기능적 차원은 독립적으로 기본적인 역할을 수행할 수 있는 능력여부에 따라 판정되는 건강상태이다(이승미, 2002).

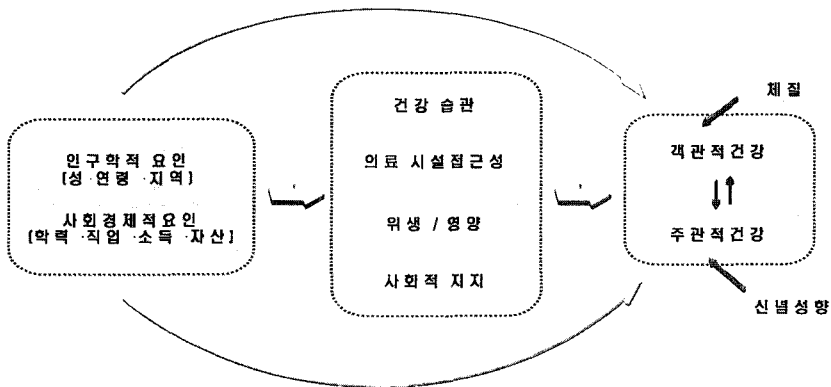
스스로 판정한 건강상태는 과연 무엇을 반영하는 것일까? 주관적 건강상태 판정을 해석함에 있어서, 이것이 실제 건강상태의 직접적인 반영이라고 보는 견해(*spontaneous assesment*)와 건강에 대한 주관적인 의식의 상태를 반영한다는 견해(*enduring self-concept*)가 구별된다(Bailis et al., 2003). 전자의 견해는 주관적 건강상태가 신체에 나타나는 증세(*physical symptoms*)와 가장 긴밀한 연관성을 갖는다는 관찰에 근거한다. 한편, 후자의 견해는 주관적 건강상태는 자신의

건강에 대해서 쉽게 변하지 않는 신념의 표현이라고 본다. 따라서 모든 개인은, 실제로 만성질환 여부와 같은 객관적 상황에서 유사한 조건에 있다고 하더라도, 건강낙관론자와 건강비관론자로 구별된다는 것이다. 그리고 이러한 성향은 실제로 향후의 건강상태와 수명에 자기실현적으로 영향을 미친다.

캐나다의 패널자료를 이용하여 이 두 견해의 타당성을 비교분석한 연구에서 Bailis et al.(2003)은 시간의 흐름에 따른 건강상태의 변화에도 불구하고 주관적 건강상태 평가는 상당부분 안정적인 측면이 있음을 들어, 주관적 건강상태가 단순히 실제 상태의 반영이라고 보기는 어렵다는 결론을 도출한 바 있다. 이러한 연구결과들이 시사하는 바는, 주관적 건강상태는 객관적 건강상태의 직접적 반영을 넘어서는 심리적 성향의 반영이며, 주관적 건강상태와 객관적 건강상태의 관련성은 일방적인 방향이 아니라 상호적인 것이다.

주관적 건강상태와 객관적 건강상태에 영향을 미치는 요인들은 다양하게 살펴볼 수 있다. 우리나라 노인의 주관적 건강상태에 대한 기존 연구들에 따르면, 사회계층적 지위에 따른 건강상의 격차가 발견된다. 이는 사회계층에 따라 의료시설의 접근성이나 사회·심리적 지원(지지)의 수준이 다르기 때문인 것으로 분석되었다(이승미, 2002; 박근석 외, 2004; 김승곤, 2005; 최영, 2005). 특히, 가구형태는 주관적 건강상태 판정에 중요한 영향을 미치는 것으로 보인다. 독거노인은 일반노인에 비하여 객관적 건강상태가 나쁘기도 하지만, 객관적 상태를 통제하고 보더라도 주관적 건강상태는 낮게 나타나는 경향이 있다(최영, 2005).

<그림 1> 주관적·객관적 건강상태에 영향을 미치는 요인들의 구성



이러한 기존연구결과들을 종합하여 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.

### 3. 국가간 비교연구와 관련된 문제들

사회의 구성원에게 어떤 질문을 해서 얻는 대답에는 각 사회의 문화적 특성이 반영된다고 한다. 인지심리학자들의 연구성과는 사회조사의 각 단계에서 많은 기여를 해 왔는데, 문화적으로 다양한 인구집단들에게 동일한 질문이라도 각기 다른 의미를 가질 수 있다는 점을 지적한 것도 그 중 하나이다(Johnson et al., 1997). Johnson et al.(1997)은 질문에 대하여 응답자가 대답하는 과정을 네 단계의 사회적 인지(social cognition) 과정으로 본다. 첫째, 질문에 대한 해석 단계(question interpretation)이다. 흔히 많은 연구들은 개념과 용어는 듣는 사람 모두에게 똑같이 받아들여질 것으로 가정하는데, 이는 ‘범주의 오류(category fallacy)’이다(Kleinman, 1977; Johnson et al., 1997 재인용). 질문의 해석은 ‘etic’ 구성과 ‘emic’ 구성으로 이루어진다. ‘etic’은 모든 문화적 집단들에게 동일하게 받아들여지는 부분인데 비해서, ‘emic’은 특정한 문화적 집단에게는 다른 집단에 비해서 더 중요하게 받아들여질 뿐 아니라 달리 해석되기도 하는 부분이다. ‘emic’을 마치 ‘etic’인양 처리하는 것을 ‘pseudoetic’이라고 하며, 이는 ‘범주의 오류(category fallacy)’로 귀결된다.

두 번째는 과거의 기억을 되살리는 단계(memory retrieval)이다. 기억은 과거의 특정한 사건들에 대한 정보를 저장하는 ‘사건기억(episodic memories)’과 일련의 사건들을 보다 포괄적인 기술(generic description)로 저장하는 ‘의미기억(semantic memories)’으로 나뉜다. 문화적 요인은 기억의 단초를 끌어내기 위한 정보들의 종류가 사람마다 다르다는 의미에서 사건기억에도 영향을 미치지만, 자신이 속한 문화적 집단 속에서 경험하고 인지하는 방식으로 경험을 재구성한다는 의미에서 의미기억에 더 큰 영향을 미치는 것으로 알려져 있다.

세 번째는 판단 단계(judgement formation)이다. 기억 속에서 끌어낸 정보에 대하여 가중치를 부여한다거나, 대답을 정리하기 위해 어떤 기준(reference or standard)을 선택하는 과정이 이에 해당한다. 운명론적인 태도와 확률론적으로

접근하는 태도간의 차이는 최종적인 대답에 크게 영향을 미친다.

건강여부를 판단하는데 있어서 기준을 설정하는 문제는 매우 커다란 차이를 가져온다. 만약 노인들이 건강여부의 판단 기준을 자신의 젊은 시절에 두고 있다면, 판단기준을 동년배들과의 비교에 두는 것보다 훨씬 더 부정적으로 나타날 수밖에 없다. 그 사회에서 어떤 정도의 질병까지 치유 가능한가에 따라라도 응답은 달라질 수 있다. 의료체계가 미비하여 노인이 병들었을 때 치유가 어려운 사회라면, 노인들은 사소한 질병이 있어도 건강하지 못하다고 응답할 것이다. 또한, 노인들이 그 사회에서 어떤 정도의 활동을 하면서 지내는 것이 일반적인가에 따라라도 건강평가 기준은 달라진다. 노인이 근로를 통해서 스스로를 부양해야 하는 부담이 큰 사회일수록 건강에 대한 기준은 높아질 수밖에 없다.

마지막 단계는 응답을 구성하는 단계(response editing)이다. 여기서 흔히 지적되는 것은 많은 경우에 응답이 그 사회에서 보다 바람직하게 여겨지는 가치에 영향을 받는다는 점이다(Johnson et al., 1997). 우리나라에서 흔히 들을 수 있는 속담인 ‘병은 자랑하라’는 말은 노인들로 하여금 자신의 건강이 나쁜 편이라고 응답하게 만들 가능성이 있다. 우리나라에서 노인이 건강하지 못하다는 것은 부끄러운 일이 아니다. 그리고 노인들 사이에서 가장 자주 이야기거리가 되는 것이 건강이라는 것은 잘 알려져 있다.

요약하자면, 사회조사에서 응답자가 하나의 질문에 대답하는 과정은 질문을 해석하고, 기억을 이끌어내고, 여기에 자신의 판단을 덧붙인 후, 편집하여 최종적인 대답을 제출하는 네 단계의 과정으로 분석적으로 구분해 볼 수 있다. 각각의 과정에는 응답자가 속한 집단의 사회문화적 특성들이 영향을 미치게 된다는 것이다. 따라서 객관적 건강상태와 주관적 건강상태 판정의 격차(gap)가 모든 사회에서 일정하며 개인적인 편차만이 존재한다고 볼 근거는 없다. 즉, 개인이 자신의 건강상태를 판단하는 방식은 그 사회의 역사와 환경에 의해 형성된 독특한 문화적 차이를 반영할 것이라 할 수 있다. 문화적 차이에 관한 인지심리학의 연구성과는 우리나라 고령자들이 다른 나라의 고령자들에 비하여 자신의 건강상태에 대한 주관적 판단이 더 부정적이라는 사실을 이해하는데 중요한 시사점을 제공한다.

#### 4. 분석틀과 연구가설

본 연구는 고령자들의 주관적 건강상태 판정이 나라마다 다르다는 사실에 주목한다. 주관적 건강상태는 기본적으로 객관적 건강상태에 따라 달라지지만, 이

를 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 동일한테도 불구하고 주관적 건강상태가 국가별로 다르게 나타나겠는가를 질문한다<sup>4)</sup>. 그 다음으로, 국가별 차이가 나타났다면 이것이 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 연구가설을 도출할 수 있다. 두 연구가설은 상호배타적인 것이 아니며, 각각의 가설은 개별 국가에 특유한 사회문화적 차이가 주관적 건강상태 판정에 영향을 미칠 수 있음을 보여주는 서로 다른 접근방식을 대표하는 것이다.

가설1: 객관적 건강상태를 통제하더라도 주관적 건강상태의 국가별 차이는 존재한다. 즉, 주관적 건강상태에는 객관적 건강상태로 설명되지 않는 부분이 존재하는데 그 중 일부는 국가마다 고유한 특성으로 설명된다.

<가설1>은 객관적 건강상태의 영향을 통제하였을 때에도 여전히 주관적 건강상태의 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.

4) 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.



가설2: 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 국가간 차이가 존재한다면, 이것은 동일한 정도의 객관적 건강상태를 두고 이를 얼마나 심각하게 받아들이는가 하는 점에서 차이가 있기 때문일 수 있다. A국가의 노인들은 특정한 만성질환이 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. 연구방법과 기초분석

#### 1. 자료

본 연구의 자료는 ‘고령화연구패널(KLoSA)’ 1차년도 기본조사자료(노동연구원)와 유럽의 고령화연구자료인 ‘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 6,171 가구로부터 10,254명이다<sup>5)</sup>. 유럽의 SHARE는 초기 11개국에서 출발하여 2004년 첫 해년도 조사를 마쳤고 현재 10개국(오스트리아, 덴마크, 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

5) 고령화연구패널조사의 진행경과와 주요 내용 등에 대해서는 한국노동연구원의 《노동리뷰》 각 호, 고령화연구패널 홈페이지, 신현구 외(2006) 등을 참조하기 바란다. 표집과 가중치에 관한 내용은 이계오(2006, 2007)를 참조하기 바란다.

연구에서는 분석대상을 일치시키기 위하여 KLoSA의 경우도 50세 이상만을 분석에 포함시켰다.

## 2. 주관적 건강상태 측정 방법

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 고려해야할 문제가 한 가지 있는데, 태도를 측정하는 사회조사에서 흔히 사용하는 5점 척도의 항목 구성이 다음의 <표 1>과 같이 다를 수 있다는 점이다. 우리나라는 주로 척도 A를 사용하지만, 미국을 비롯한 여러 국가들이 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 가지를 모두를 사용해서 질문하였다. 즉, 모든 응답자에게 서로 다른 선택지를 제시하는 방식으로 주관적 건강상태를 두 번 질문하는 것이다<sup>6)</sup>.

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). 고령화연구패널과 SHARE에서도 건강상태를 객관적으로 측정하기 위한 만성질환 관련 질문들과 일상생활수행능력(ADL/IADL), 의료시설이용 등 다른 관련 질문들이 나온

<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)

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

후, 자신의 건강상태를 한 마디로 요약하는 주관적 건강상태 판정하는 질문이 나온다면 그 응답은 앞 질문들의 영향을 받을 수 있다.

이런 경우는 Bradburn and Mason이 ‘일관성 효과(consistency effect)’라고 부른 효과가 나타날 가능성이 크다고 판단된다. 즉, 자신이 가지고 있는 질환 관련된 응답을 한 동안 하고 나서 주관적으로 판단한 건강상태를 대답하게 될 때에는 앞서 대답한 구체적인 사실들에 대한 응답과 일관성을 유지하는 범위 내에서 대답하게 되는 경향이 있다는 것이다(Sigelman, 1989). 특히 구체적인 사례에 대한 질문과 이들을 포괄하는 질문이 있는데, 포괄적 질문이 뒤에 나올 경우에는 이는 앞서 응답한 사례들에 대한 응답에 영향을 받는다고 한다(Sudman and Bradburn, 1982). 질문의 위치에 따른 결과의 차이를 살펴보기 위해서는 split-ballot experiment를 실시하여야한다. ‘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.

요약하자면, 고령화연구패널과 SHARE는 동일한 방식으로, 범주명칭이 다른 두 가지 5점 척도를 모두 사용하여 국가간 비교를 가능하도록 디자인되었다. 또한 이 두 척도를 모두 사용하는데서 발생할 수 있는 ‘순서효과(order effect)’를 통제하기 위하여 먼저 나오는 질문과 나중에 나오는 질문을 무작위로 배치하였다.

### 3. 주관적 건강상태 측정 결과

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

&lt;표 2&gt; 척도별 주관적 건강상태 자가진단 점수

	5점 척도 평균값			'나쁘다'는 비율		
	척도 A	척도 B	척도간 차이	척도 A	척도 B	척도간 차이
한국	3.09	3.77a		35.7	30.0	
영국	2.12a	2.80a		7.47	7.60	b
프랑스	2.33	3.10a		9.21	8.95	b
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	b
스웨덴	2.18	2.50a		9.68	3.28	
덴마크	2.17	2.61		8.46	6.04	
그리스	2.22a	2.92		7.65	6.24	
이태리	2.56a	3.25		12.5	10.0	
스페인	2.61	3.33a		16.8	11.9	

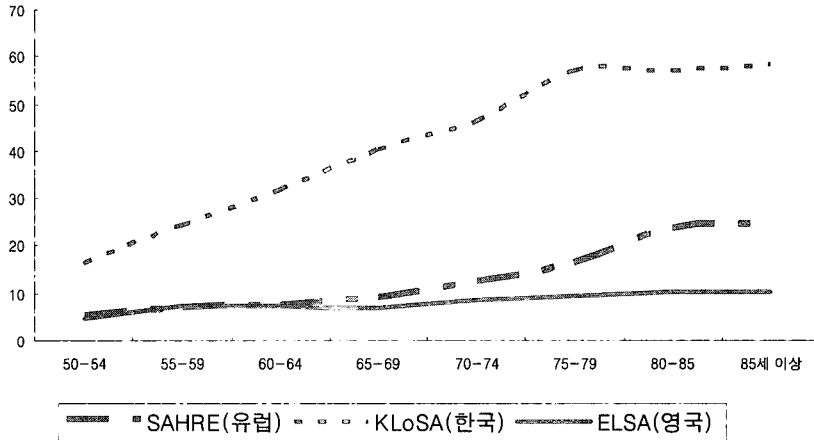
주: a 다른 건강관련 문항 앞에 배치한 경우와 뒤에 배치한 경우 측정값의 유의미한 차이( $p<0.01$ ).

b 척도 A(보통=3)와 척도 B(보통=4) 측정값의 유의미한 차이( $p<0.01$ ).

고 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 이고 있다. 상세한 비교분석이 수행될 대상국가로는 우리나라와 독일, 스웨덴, 이태리를 선정하였다.

다음으로 주관적 건강상태 관정이 연령에 따라 어떻게 달라지는지 살펴보자. 우리나라는 주관적 건강상태가 평균적으로 나쁠 뿐 아니라, 연령이 높아질수록 건강이 나쁘다고 느끼는 사람의 비율이 증가하는 정도도 다른 선진국에 비하여 매우 급격하게 증가하는 것으로 나타난다. SHARE나 ELSA에서 조사된 바에 따르면(<그림 2>), 영국의 고령자들은 건강이 나쁘다고 판단하는 사람의 비율이 연령에 따라 거의 차이가 없으며, 유럽 10개국의 경우도, 연령에 따라 나쁘다는 응답의 비율이 증가하는 정도는 완만한 편이다. 이러한 발견은 우리나라의 고령자와 유럽 고령자들이 건강상태를 주관적으로 판단할 때 준거로 삼는 기준이 서로 다를 수 있음을 시사한다. 나이가 들어감에 따라 건강이 나빠지는 것을 당연하게 생각하고 비교의 준거를 동년배의 건강상태로 잡는다면 자신의 건강에 대

<그림 2> 연령에 따른 주관적 건강상태: '나쁘다'로 응답한 비율(척도 A)



해서는 긍정적인 판단을 하기 쉽다. 그러나 건강상태에 대한 판단의 준거를 자신의 과거 건강상태에 두고 응답한다면 연령의 증가에 따른 주관적 건강상태 판정은 부정적일 수밖에 없다.

#### 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 포함되었다<sup>7)</sup>.

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. 다음의 <표 3>에 따르면, 우리나라는 다른 3개국에 비하여 암과 심장질환의 유병률이 각각 2.6%와 5.7%로 낮은

7) 표본추출방식에서 고령화연구패널과 SHARE는 약간의 차이가 있다. 고령화연구패널은 추출된 가구에서 45세 이상 가구원을 모두 최종표본으로 선정하는 방식을 사용한다. 비해서, SHARE의 경우는 가구 내에 45세 이상 가구원이 두 세대 이상 있을 경우 이들 중에서 한 세대를 다시 선정하여 최종표본으로 삼았다.

&lt;표 3&gt; 국가별 변수의 기술통계치

	한국(n=8,458)	독일(n=2,935)	스웨덴(n=2,992)	이태리(n=2,500)
여성	56.4%	46.6%	46.9%	44.9%
연령	64.8세	64.4세	65.1세	64.7세
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%

편이다<sup>8)</sup>. 이태리는 다른 3개국에 비하여 폐질환과 류마티즘의 유병률이 뚜렷이 높게 나타났다. 그러나 크게 보자면, 50세 이상 고령자에서 7가지 만성질환 유병률은 분석대상 4개국에서 큰 차이가 없다.

객관적 건강상태를 구성하는 다른 차원은 기능적 차원이다. 고령화연구패널과 SHARE는 모두 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)과 도구적 일상생활수행능력(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 4개국 간에 커다란 차이점이 있다고 보기는 어렵다.

8) 고령화연구패널과 SHARE의 암 유병률에 대한 조사는 암이 발병한 부위를 일일이 체크하는 방식인데, SHARE의 경우 부위를 더 세분하여 조사하였다. 이것이 암 유병률을 더 높게 나타내게 된 원인인지에 대해서는 추가적인 고려가 필요하다.

#### IV. 주관적 건강상태의 국가간 차이

우리나라 고령자들이 다른 선진국에 비하여 자신의 건강상태를 부정적으로 평가하는 편이라는 사실은 분명하다. 이 장에서는 이러한 현상을 어떻게 설명할 수 있을지에 대하여 두 단계로 접근하고자 한다. 먼저, 우리나라 고령자들이 자신의 건강상태를 부정적으로 평가하는 경향이 객관적 측정변수들을 통제 한 상태에서 그러한지 살펴본다. 이를 통해 개별 국가에 특유한 사회문화적 차이가 주관적 건강상태 판정에 영향을 미치는지 살펴보는 것이다. 다음으로 우리나라 고령자들이 자신의 건강상태를 더 부정적으로 평가하는 것은 만성질환이나 일상생활수행능력에 장애 여부가 주관적 건강상태 판정에 미치는 영향이 다르기 때문인지 살펴본다. 즉, 일정한 정도의 객관적 건강상태를 두고 이를 얼마나 심각하게 받아들이는가 하는 점에서 국가간 차이가 존재하는지 검토하고자 한다.

##### 1. 객관적 건강상태를 통제 한 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(<표 4>). 건강상태가 ‘나쁜 편’이거나 ‘매우 나쁨’이라고 응답한 경우를 1로 하고, 그렇지 않은 경우를 0으로 하여 로짓분석을 수행하였다<sup>9)</sup>. 객관적 건강상태는 7가지 만성질환의 유무와 10가지 일상생활 장애여부로 측정하였다.

분석 결과에 따르면, 건강상태를 통제하고 나서도 국가변수의 회귀계수가 통계적으로 유의미한 값을 갖는 것으로 나타난다. 이러한 결과는 만성질환과 일상생활 수행능력이 주관적 건강상태 판정에 미치는 영향을 통제 한 상태에서 국가별 고유한 특성으로 설명되는 부분이 존재한다는 가설에 부합한다. 현재 모형은 성과 연령 이외에 몇 가지 만성질환 유무와 일상생활수행능력을 포함하고 있으므로, 국가변수는 모형에 포함된 객관적 건강상태 변수로 포착되지 못한 국가간 차이를 반영한다. 분석에 포함된 독일, 스웨덴, 이태리의 고령자들은 만성질환여부와 일상생활 장애여부를 통제 한 상태에서, 우리나라 고령자에 비하여 자신의

9) 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 변경하였음.

&lt;표 4&gt; 통합데이터를 이용한 로짓모형: 국가간 비교 (n=16,885)

	모형1		모형2		모형3	
	b	s.e.	b	s.e.	b	s.e.
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
이태리	-2.202***	0.084	-2.212***	0.084	-0.081	0.579
독일*연령					-0.029***	0.007
스웨덴*연령					-0.072***	0.007
이태리*연령					-0.033***	0.008
-2LL	13173.15		13126.61		16039.997	
d.f.	22		23		25	

주: \* p<0.10, \*\* p<0.05, \*\*\* p<0.01

건강상태를 ‘나쁘다’로 판단할 가능성이 현저히 낮은 것으로 나타났다.

연령효과의 국가별 차이를 살펴보기 위한 <표 4>의 모형3을 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 이태리의 경우 해당 계수는 각각 0.0133과 0.0059가 되며<sup>10)</sup>, 스웨덴의 경우 연령효과의 계수값은 심

10) 독일: 0.0382-0.0249, 이태리: 0.0382-0.0323, 스웨덴: 0.0382-0.0712



지어 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 이태리는 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>). 만성질환의 존재는 어느 나라에서나 대체로 주관적 건강상태의 판정에 부정적인 영향을 미치지만, 그 정도는 국가마다 다르게 나타났다. 우리나라 고령자의 경우, 암이나 뇌혈관계질

<표 5> 국가별 건강상태가 '나쁘다'고 응답할 가능성에 대한 로짓모형

	한국 (n=8,458)		독일(n=2,935)		스웨덴(n=2,992)		이태리(n=2,500)	
	b	s.e.	b	s.e.	b	s.e.	b	s.e.
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
연령 <sup>2</sup>	-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 사용하기	-0.002	0.486	0.328	0.476	0.309	0.441	-0.899	0.580
물단장하기	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
-2LL	8385.358		1674.391		1407.271		1407.271	
d.f.	20		20		20		20	

주: \* p<0.10, \*\* p<0.05, \*\*\* p<0.01

환을 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. 이태리는 심장질환과 뇌혈관질환의 계수가 큰 편이다. 만성질환의 존재가 주관적 건강상태 판정에 미치는 회귀계수의 값은 나라마다 다른데, 특히 우리나라의 경우 회귀계수의 값들이 뚜렷하게 크게 나타난다.

일상생활수행능력 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, 전화사용하기와 같은 일상생활 수행능력과 주관적 건강상태 판정이 긴밀한 정의 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 보자면, 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. 이태리는 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 보유여부나 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.

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>). 정확하게 같은 도구로 측정된 것은 아니지만, 각국에서 용인되는 우울증 측정 척도

<표 6> 우울증으로 추정되는 노인들의 비율 (%)

		독일	스웨덴	이태리	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.

로 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. 본 연구에서는 정교한 모형을 동원한 분석을 수행하지는 못하더라도 가능한 설명에는 어떤 것들이 있을지 몇 가지 가설을 생각해 보기로 한다.

첫째, 경제적 요인의 영향이 있을 것이다. 경제적 여유는 건강에 대한 자신감과 상관관계가 있을 것으로 짐작된다. 예컨대, 의료비에 따른 부담감은 건강상태에 대한 비관적인 평가를 초래할 가능성이 크다. 따라서 이들 비교대상 국가의 의료서비스에 대한 고령자의 접근가능성과 신뢰가 건강에 대한 자신감의 차이를 가져올 수 있다. 언제든지 병원에 갈 수 있고 의사의 도움을 받을 수 있다는 사 고가 보편적이라면, 이것은 건강에 대한 우려나 불안감을 상당부분 줄이는 결과로 나타날 것이다. 의료비에 대한 부담이나 의료시설 이용률이 어느 정도인지는 추가적인 분석이 필요할 것이나, 우리나라의 의료체계에 대한 접근성이 유럽 선진국들에 비하여 떨어질 것이라는 사실은 인구 수 대비 의사 수 등 기본적인 통계자료들을 통해서도 짐작할 수 있는 바이다<sup>11)</sup>.

의료비 부담 뿐 아니라 생계유지 방식도 건강에 대한 주관적 인식에 중요한 영향을 미치는 경제적 요인이 될 것이다. 연금 등의 제도를 통하여 노후의 생활 안정이 보장된 국가와 자신의 노동을 통해서 생계를 유지해야하는 국가의 고령자는 자신의 건강상태에 대하여 우려하는 정도가 다를 수 있다. 자신의 노동을 통해서 생계를 유지해야 하는 우리나라 고령자의 현실을 생각할 때, 이들이 자신의 건강상태에 대해서 강한 불안감을 갖는 것은 어쩌면 당연한 일일 것이다.

두번째로 주관적 건강상태 판정에 영향을 미치는 사회문화적 요인의 차이가 있다. 예컨대, 일국 내에서 주관적 건강상태를 비교분석한 기존의 연구들은 사회적 지지가 주관적 건강상태를 설명하는 중요한 요인임을 밝히고 있다. 그렇다면 이것은 국가별 차이를 설명하는데 있어서도 유용한 기준이 될 수 있을 것이다. 어차피 주관적 건강상태의 상당부분이 심리적 차원에서 설명되는 것이라면, 고령자들의 심리적 안정을 지탱하는 사회적 지지의 정도는 매우 중요한 요인일 수

11) 2004년 OECD의 보고에 따르면, 인구 1,000명당 의사수가 미국 2.4명, 영국 2.3명, 독일 3.4명, 스웨덴 3.3명, 이태리 4.2명이지만 우리나라는 1.6명으로 현저히 떨어지는 편이다.

밖에 없다.

우리 사회가 ‘효’를 강조하고 가족주의의 영향력이 비교적 큰 사회임에 틀림 없으나 이것이 반드시 고령자들에게 심리적 안정과 자신감을 주는데 긍정적으로 작용하고 있는지는 검토해 볼 여지가 있다. 일례로, 고령화연구패널 원자료에 의하면 우리나라는 서구에 비하여 노부모와 동거하는 비율은 높지만, 동거하지 않는 부모-자녀 간의 접촉빈도(전화 포함)는 오히려 더 낮은 것으로 나타났다. 이러한 현실은 노인의 자존감에 부정적인 효과를 초래할 가능성이 있다.

세번째로 사회문화적 요인으로 고령자의 사회활동참여나 문화활동, 건강습관(운동) 등 생활상의 차이를 고려할 수 있다. 물론 건강습관과 주관적 건강상태의 관련성은 내생적 관계일 수 있다. 즉, 자신의 건강상태에 대한 판단은 그 사람의 건강관련 습관을 달리 형성시킬 것이다. 그러나 다른 한편에서 볼 때, 정기적인 운동과 같은 건강습관은 그 사람의 건강에 대한 자신감을 강화시킬 가능성이 있다. <표 7>에 따르면, 우리나라 고령자는 다른 나라 고령자에 비해서 정기적인 운동을 하는 비율이 현저하게 낮다. 우리나라 고령자들은 정기적으로 운동을 하는 비율이 매우 낮기 때문에 건강에 대한 자신감도 갖기 어려운 것으로 해석될 가능성을 검토해 볼 만 하다.

마지막으로 자신이 처한 위치를 상대적으로 평가할 때, 무엇을 비교의 준거로 삼는가 하는 점에서 사회마다 다른 특징을 가질 가능성이 있다. 이것은 말 그대로 비관주의와 낙관주의가 존재할 수 있다는 의미이다. 예를 들어, 연령이 증가함에 따라 건강상태 판정을 비관적으로 하는 비율이 급격히 증가하는 현상은 우리나라 사람들이 건강수준에 대한 판단을 할 때 준거로 삼는 기준이 유럽 사람들과는 다르다는 사실을 반영하는 것일 수 있다. 즉, 유럽 사람들은 자신과 동년배인 다른 사람들을 기준으로 ‘이 정도면 나쁘지 않은 편’이라는 판정을 하는 것이라면, 우리나라 사람들은 건강이 좋았던 자신의 젊은 시절을 기준으로 ‘이전보다 많이 나빠졌다’고 판단하는 것일 수 있다. 준거로 삼는 기준이 다르다는 사실 자체는 이미 낙관적/비관적 성향을 반영하는 다른 표현일 수 있다.

<표 7> 정기적인 운동 여부 (%)

	독일	스웨덴	이태리	한국
전혀 안함	36.63	35.29	50.6	62.71
주1회 이상	41.16	40.58	29.94	29.07
기타(아주 가끔)	22.21	24.13	19.46	8.22

자료: 한국은 고령화연구패널자료, 유럽 3개국은 SHARE 자료분석 결과.

## VI. 결 론

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 가상의 기술(description)을 제시하고 나서 이 정도의 상태라면 응답자는 어떤 평가를 내

리겠는지를 물어보는 조사를 부가적으로 실시하여 응답자의 판단기준을 체크하는 것이다. 고령화연구패널조사에도 이 두 가지 조사가 실현된다면 고령자의 건강관련 연구의 발전에 획기적인 기여를 할 수 있을 것이다.

## 참고문헌

- 강수균 · 구향숙 · 김정모 · 박경규 · 전영숙 · 최경희 · 박선희 (2003) “노인의 주관적 건강상태 및 건강관심도와 생활만족도와의 관계 분석” 《특수교육재활과학연구》 42(2): 53-72.
- 김승곤 (2005) “사회경제적 지위와 노인의 주관적 건강” 《노인복지연구》 28: 187-206.
- 박경규 · 구향숙 · 박선희 · 강수균 (2003) “노인의 주관적 건강상태, 건강관심도, 건강실천행위와 생활만족도와의 관계 분석” 《난청과 언어장애연구》 26(1): 141-162.
- 박군석 · 한덕웅 · 이주일 (2004) “한국 노인의 신체건강과 주관안녕에 영향을 미치는 요인들” 《한국심리학회지》 9(2): 441-470.
- 선우덕 (2003) “노인의 건강수준과 정책과제” 《보건복지포럼》 80.
- 신현구 · 부가청 · 이해정 (2006) “고령화연구패널조사 제1차 기본조사 소개” 《노동리뷰》 9월호(통권21호).
- 신현구 · 양윤정 · 부가청 · 김현미 · 이연정 (2005) “고령화패널조사의 설문 내용” 《노동리뷰》 6월호(통권6호).
- 이계오 (2006) 《고령화연구패널조사의 표본설계》 한국노동연구원 보고서.
- \_\_\_\_\_ (2007) 《고령화연구패널조사의 가중치》 한국노동연구원 보고서.
- 이승미 (2002) “한국 노인의 사회계층별 건강상태와 사회적 지원의 영향에 관한 연구” 《한국노년학》 22(3): 135-157.
- 장숙희 (2006) “노인의 건강 상태, 사회적 지지와 생활만족도와의 관계” 《노인간호학회지》 8(1): 36-46.
- 정경희 · 오영희 · 석재은 · 도세록 · 김찬우 · 이윤경 · 김희경 (2005) 《2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사》 한국보건사회연구원 · 보건복지부.
- 최연희 · 백경신 (2002) “미국이민 한국노인의 건강증진 행위, 생활만족도 및 자아존중감과의 관계연구” 《보건교육 · 건강증진학회지》 19(3): 1-11.
- 최영 (2005) “가구형태에 따른 노인의 건강상태 결정요인에 관한 연구” 《노인

복지연구》 29: 123-149.

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: 203-217.

Biemer, P. and L. Lyberg (2003) "Chapter 4. The Measurement Process and its Implications for Questionnaire Design" *Introduction to Survey Quality* New Jersey: Wiley Series.

Börsch-Supan, A., A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist 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., F. Fowler Jr., M. Couper, J. Lepkowski, E. Singer and R. Tourangeau (2004) "Chapter 8. Evaluating Survey Questions" *Survey Methodology* New Jersey: Wiley-Interscience Publication.

Johnson, T., D. O'Rourke, N. Chaves, S. Sudman, R. Worknecke, L. lacey and J. Horm (1997) "Social Cognition and Responses to Survey Questions among Culturally Diverse Populations" in *Survey Measurement and Process Quality*, edited by L. Lyberg et al., New Jersey: Wiley- Interscience Publication.

Krosnick, J. and L. Fabrigar (1997) "Designing Rating Scales for Effective Measurement in Surveys" in *Survey Measurement and Process Quality*, edited by L. Lyberg et al., New Jersey: Wiley-Interscience Publication.

Lee, C. (2006) "Retirement Expectations of Older Self-employees in Korea: Preliminary Results from a Pilot Sample of KLoSA" *Korea Longitudinal Study of Aging: The Second Advisory Panel Meeting Proceedings*.

Leung, K. and M. Bond (1989) "On the Empirical Identification of Dimensions for Cross-Cultural Comparisons" *Journal of Cross-Cultural Psychology* 20(2).

Malpas, R. (1977) "Theory and Method in Cross-Cultural Psychology" *American Psychologist* December 1977.

McGarry, K. (2002) "Health and Retirement: Do Changes in Health Affect



Retirement Expectations?” *National Bureau of Economic Research Working Paper* 9317.

Presser, S. (1989) “The Measurement of a Middle Position in Attitude Surveys” in *Survey Research Methods: A Reader*, edited by E. Singer and S. Presser, University of Chicago Press.

Schaeffer, N. (1991) “Hardly Ever or Constantly: Group Comparisons Using Vague Quantifiers” *Public Opinion Quarterly* 55: 395-423.

Sigelman, L. (1989) “Question-order Effects on Presidential Popularity” in *Survey Research Methods*, edited by E. Singer and S. Presser, University of Chicago Press.

Sudman, S. and N. Bradburn (1982) *Asking Questions: A Practical Guide to Questionnaire Design* Jossey-Bass Inc. Publishers.

Wanke and Schwarz (1997) “Reducing Question Order Effects: The Operation of Buffer Items” in *Survey Measurement and Process Quality*, edited by L. Lyberg et al., New Jersey: Wiley-Interscience Publication.

## **Self-Rated Health Status of Korean Older People: An Introduction for International Comparative Studies**

*Jiyeun Chang · Kachung Boo*

This study analyzes differences of self-rated health status between Korea and three European countries. Self-rated health status is highly correlated with objective health status such as chronic diseases and ADL(Activities of Daily Living)/IADL(Instrumental Activities of Daily Living), but it is also influenced by individual attitude or belief about health. Therefore, differences of self-rated health status among countries are determined by the combination of (1) differences of objective health status and (2) socio-cultural characteristics affecting individuals' attitude and belief. Using 'Korean Longitudinal Study of Ageing(KLoSA 2006)' and 'Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE 2004)', we found that Korean older people are more likely to feel negatively on their health status than their European counterpart. The findings are explained in two different ways. First, how strongly the objective health status affects on the subjective health status varies among countries. Korean older people with chronic diseases are more likely to evaluate their health status negatively because of the diseases than their European counterparts do. Second, after controlling the effects of the objective health condition, the subjective health status of Korean older people is still lower than that of the European elderly.

**Key Words:** self-rated health status, chronic diseases, ADL/IADL, Korean Longitudinal Study of Ageing