

# 노인 건강수준의 지역 간 격차 비교

## Elderly Healthy Level of Regional Disparities Compare

이윤정  
서원대학교 교양대학

Yun-Jeong Lee(qhdtk2015@seowon.ac.kr)

### 요약

본 연구는 노인들의 건강수준에 영향을 미치는 수도권과 비수도권의 영향력 검증과, 수도권과 비수도권의 격차를 추정 및 비교하는데 그 목적이 있다. 이러한 목적을 달성하기 위해 『2010 고령화연구패널 제3차 기본조사』의 원자료 중 65세 이상 노인 4,714명을 분석대상으로 OLS 회귀분석, Oaxaca의 격차분해 방법을 사용하였다. 연구 주요결과는 다음과 같다. 첫째, 수도권 노인들이 비수도권에 거주하는 노인들보다 건강이 더 좋은 것으로 나타났다( $\beta = -.044, p < .01$ ). 둘째, 수도권과 비수도권 지역 격차의 실제적 영향을 파악하기 위해 '지역'효과만을 분해하여 살펴본 결과 비수도권에 거주하는 노인들이 수도권에 거주하는 노인들보다 건강이 좋지 않은 것으로 나타나 노인들의 건강 격차가 거주지역 특성에 의해서도 비롯되고 있음을 확인하였다(비수도권-수도권: 223.92, 109.50%; 수도권-비수도권: -267.18, 130.66%). 이러한 연구결과를 통해 실천적, 정책적 함의 및 향후 연구 방향에 대해 제언하였다.

■ 중심어 : | 노인 | 건강수준 | 지역 효과 | OLS 회귀분석 | 격차분해 |

### Abstract

The purpose of this study is to verify if metropolitan area and non-metropolitan area have an influence on health of the elderly and estimate and compare the difference between the two areas. To achieve this purpose, the study was conducted on 4,714 elderly people aged 65 or more among source materials of 『The 3rd Korean Longitudinal Study of Ageing in 2010』 using OLS regression analysis and Oaxaca's decomposition method. Major results of the study are as follows. First, the elderly living in metropolitan area were found to have better health than the ones in non-metropolitan area ( $\beta = -.044, p < .01$ ). Second, in the result of looking into 'area' effect alone, which was decomposed to investigate actual effect of the difference between metropolitan area and non-metropolitan area, the elderly living in non-metropolitan area were found to have lower health status than the ones living in metropolitan area, confirming that the health gap among the elderly also originates from the characteristics of residential area(non metropolitan area-metropolitan area: 223.92, 109.50%; metropolitan area-non metropolitan area: -267.18, 130.66%). Through the results of the study, practical and policy implications and future study direction were suggested.

■ keyword : | Elderly | Healthy Level | Area Effect | OLS Regression Analysis | Decomposition Method |

## 1. 서론

본 연구는 노인들의 건강수준에서 지역 간 격차가 존재하는지를 수도권과 비수도권을 중심으로 분석하여, 이를 통해 노인들의 건강에 있어서의 지역구조와 건강의 체계적 관련성과 더불어 노인들의 건강 대책이 지역별로 특성화 될 필요성이 있음을 제기하고자 하는 연구이다.

주지하는 바와 같이 개인이 처한 사회적 조건에 따라 건강수준의 격차가 발생하는 문제는 노인들에게 있어서도 중요한 함의를 지니고 동시에 노년기간의 연장으로 사회적 구조에 의해 발생하는 노인들의 건강수준 격차에 대한 관심이 증폭되고 있다. 같은 맥락에서 박경숙[1]은 개인의 건강은 생물학적 원인에 의해서만 결정되는 것이 아니라 사회계층, 성(gender), 인종, 지역 등의 사회적 조건과의 상호작용 속에서 형성되고 재생산된다고 주장한다. 따라서 생애과정 동안 누적된 자원과 경험의 차이가 극대화되어 사회계층의 영향이 더욱 증대되는 시기인 노년기 건강수준의 격차 현상은 중요하게 다루어져야 한다.

이러한 중요성에 기초하여 노인의 건강수준 격차의 원인들을 파악하고자 진행된 선행연구는 대체적으로 성, 연령과 같은 인구학적 특성[2], 사회경제적 지위에 대한 연구[3-5], 사회적 지지망[6]에 대한 연구, 흡연, 음주, 식사, 운동습관 등 개인의 건강행위에 관한 연구[7] 등이 진행되었다. 이러한 연구들은 주로 개인의 특성과 사회경제적 지위, 가족의 특성에 따라서 흡연이나 음주와 같은 건강행태 등의 차이가 존재하고 사망률과 유병률이 달라지게 된다고 설명하고 있다. 그러나 노인의 건강 문제를 단순히 개인과 가족 수준 차원에서만 볼 것이 아니라 거주 지역 수준에서 지역 간의 격차에 좀 더 관심을 기울일 필요가 있다.

‘지역격차’는 사회적 기회, 자원, 권력이 지역 간에 골고루 분포하지 못해 현격한 차이가 발생하는 상태로 사회적인 불평등을 의미하며, 지역이라는 공간을 기준으로 발생하는 차이나 불균형으로 설명된다. 이러한 지역격차가 문제시되는 것은 기회, 자원, 권력의 지역 간 불균등 분포로 지역을 범주로 하는 집단, 그리고 그 구성

원이 ‘불필요하고 부당하게’ 삶의 기회를 박탈당하는 것을 겪기 때문이다[8]. 즉, 거주지역이 가지고 있는 물리적 및 사회적 환경은 사람들이 이용 가능한 자원과 선택에 영향을 미치며[9], 특히 신체적 쇠약, 자원부족, 접근성 제한 등의 특성을 지닌 노인들에게 의료, 각종 사회시설, 지역사회 역량[9] 등의 환경은 삶의 질을 달리 하여 건강수준에도 차이가 발생할 수 있기 때문이다[5][10].

지역차원에서 노인들의 건강수준[5]이나 건강불평등[11]에 미치는 영향정도를 살펴본 연구들은 ‘도시’와 ‘농촌’ 비교에 집중되어 있다. 그러나 한국의 지역 간 격차는 전통적 지역 구분인 도시와 농촌을 이미 넘어섰으며, 전 지역적인 문제로 확대되고 있다. 특히, 서울을 중심으로 한 수도권 발전에 집중된 결과로 최근에는 수도권과 비수도권 간 건강 차이가 뚜렷하게 관찰되고 있으며, 수도권은 가면 갈수록 더 집중, 광역화되는 반면, 비수도권의 일부 광역 도시를 제외하면 전반적으로 위축되고 있다[12]. 특히 인구 20만 이하의 중소도시 90% 이상이 인구의 지속적 감소를 겪고 있다. 이러한 위축 인구는 결국 수도권의 인구 증가로 나타나고 있으며, 성장의 공간적 패턴이 이젠 일종의 제로섬(zero-sum)적 양상[8]을 띠고 있음을 주목해야 한다. 이러한 양상들을 살펴볼 때 지역격차는 ‘만들어진 것’이라고 평가될 수 있기 때문에 노인들의 지역 간 건강격차의 문제를 접근하는 것은 사회구조적 조건의 불합리성을 드러낼 수 있다는 데 의미가 있다.

우리나라에서는 수도권과 비수도권 간 불평등 구조와 노인들의 건강수준에 미치는 영향 비교를 시도한 연구는 미흡한 실정이다. 더 나아가 많은 연구들이 지역 간 차이가 노인들의 건강에 영향을 준다고 지적함에도 불구하고[13] 그 격차를 측정하여 비교하는 연구는 공백상태에 있다고 볼 수 있다.

따라서 본 연구에서는 노인들의 건강수준에 영향을 미치는 수도권과 비수도권의 영향력을 살펴보고, 수도권과 비수도권의 격차를 추정 및 비교를 통해 노인들의 건강수준에 영향을 미치는 지역적 격차가 어느 정도인가를 측정하고자한다.

이러한 작업을 통해 지역 간의 실증적 격차 검증에

대한 연구를 보완하고, 지역별 특성에 근거하여 건강수준 차이의 해소를 위한 함의를 제시할 수 있을 것이다. 이를 위한 본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

[연구문제 1] 수도권과 비수도권이 노인의 건강에 미치는 영향력은 어떠한가?

[연구문제 2] 수도권과 비수도권이 노인의 건강에 미치는 영향력의 지역 간 격차는 어느 정도인가?

## II. 이론적 배경

### 1. 노인의 건강수준

건강은 생물학적 변화에만 관심을 두는 생의학적 관점으로부터 사회 환경적 맥락을 강조하는 사회적 관점으로 패러다임이 전환하면서, 절대적인 기준에 의해 정의되기 보다는 개인의 지각과 사회문화적 요인의 상호작용에 의해 형성되는 상대적이며 다차원적인 개념으로 고려되고 있다[5]. 이러한 건강에 대한 관심이 노년기에 특히 중요한 이유는 생애과정 속에서 기회구조로부터 획득한 이점(advantage)과 난점이 지속되고 누적되는 특징을 지니고, 이렇게 누적되는 생애의 이질성과 기회구조의 불평등으로 노년기에 계층불평등이 더욱 심화될 수 있기 때문이다[3].

이러한 노년기 건강차이에 대하여 중년기까지 심화된 건강상의 차이가 오히려 노년기에는 완화된다는 ‘수렴 가설’(convergence hypothesis)과 사회적 조건에 의해 건강상의 차이가 뚜렷하게 나타난다는 ‘확산 가설’(divergence hypothesis)이 있다. 또한 확산 가설은 노년기 건강차이 현상은 생애전반에 걸쳐 누적된 것이라기보다 노년기에 그 차이가 벌어지는 것으로 보는 관점과 이전의 사회적 조건에 의한 건강상의 차이가 시간이 지날수록 누적되어 노년기에 건강차이가 극대화된다는 관점으로 구분된다[14].

먼저 수렴 가설의 경우 개인의 사회경제적 지위에 따른 건강 차이가 궁극에는 수렴되는 것으로 보는 관점이다. 애초에 자원이 부족한 사람들은 나이가 들면서 나

름대로의 대처방식이 생기거나 혹은 건강을 위협하는 요인이 연령에 따라 줄어든다는 관점이 여기에 속한다[3]. 그런가하면, 노인세대에게 연금과 같은 각종 사회적·제도적 안전망이 잘 기능하고, 이러한 사회정책의 효과가 개인 건강에 반영되는 측면도 노년기 건강의 수렴 문제를 이해하는데 중요하다[15].

다음으로 확산 가설을 살펴보면, 확산 가설 가운데 사회경제적 지위에 따른 건강상의 차이가 연령이 증가하면서 커진다는 관점은 ‘누적되는 이익’(cumulative advantage)에 대한 이론을 중심으로 발달하였다. 즉, 높은 사회경제적 지위에 있는 사람일수록 연령이 증가하면서 소득수준도 높아지고, 성공적이고 숙련된 커리어가 쌓이며, 노동시장에 머무는 가능성이 높아진다는 것이다[16]. 또한, 많은 자원을 보유할수록 건강한 생활양식을 실천하여 건강에 도움이 되고 이러한 긍정적인 순환이 건강에 미치는 긍정적인 효과가 시간이 지날수록 누적되는 과정에 주목하고 있다. 다음으로 노년기에 진입하면서 그 차이가 크게 벌어진다는 관점에 따르면, 노년기는 대체로 스트레스 요인에 성공적으로 대처할만한 자원이 감소하는 시기이므로 노년기에 보유하는 자원의 양이 건강수준의 차이를 증폭시킨다는 것이다. 가령, 배우자 상실이나 은퇴와 같은 부정적 생활사건을 경험하는 과정에서 더 많은 자원을 가지고 이에 효과적으로 대처하는 사람과 그렇지 못한 사람의 적응 결과물은 다르다는 것이다[14]. 이러한 논의들을 검토해 볼 때 확산 가설은 노인의 건강상태가 생물학적 요인뿐만 아니라 사회계층, 성별, 인종, 거주지역 등 전통적인 사회적 불평등의 요인들이 개인 삶의 기회나 질을 차별화함으로써 건강수준의 차이를 구조화한다고 이해될 수 있다.

따라서 본 연구에서는 확산 가설에서 설명하고 있는 바와 같이 대처자원 감소로 특히 건강문제에 노출될 수밖에 없는 노년기에 이들의 안전망 기능을 제공해야 할 지역이 지닌 자원의 양이나 종류 등 지역의 기회구조에 따라 노인들의 건강에 미치는 영향이 달라질 수 있음에 주목하고자 한다.

### 2. 지역과 노인의 건강관련성에 대한 선행연구

건강에 관련된 사회적 요인에 대한 논의는 사망률이

나 이환율이 공간적으로도 유형화 되어 불평등하게 분포되어 있다는 사실에 주목한다. 이론상으로 볼 때 지리적 위치 자체가 독립적으로 건강에 영향을 미친다기보다는 개인의 건강과 관련된 의료서비스 및 기타 사회구조적인 조건들과 상호작용하여 결과적으로 건강수준의 차이가 있게 된다는 것이다. 의료서비스와 함께 지역적으로 고려되는 건강관련요인으로서 경제적 빈곤, 주택, 이주, 수질, 대기오염, 기후와 같은 사회 환경적 조건들이다.

건강의 지역적 불평등 현상은 도시와 농촌 간의 사망률 차이에 대한 연구에서 경험적으로 다루어져 왔다. 1966년에서 1990년에 걸친 종단적 사망 자료에 대한 연구[17]에서 농촌의 사망률이 의료서비스, 교육수준, 소득과 같은 사회경제적 요인과 건강생활 양식을 통제한 후에도 도시에 비해 유의하게 낮다는 사실을 제시한다. 이러한 결과는 농촌인구가 도시인구보다 공정한 삶의 기회가 보장되는데 비해, 도시 빈민계층의 경우 생활조건이 상대적으로 더 취약한데서 비롯된다고 해석하고 있다. 사망률 외에 주관적 건강인식, 만성질환이환과 신체적 기능의 측면에서의 건강수준도 지역사회 사회경제적 수준(Community-level Socioeconomic Status)이 개인의 사회경제적 수준(Individual-level Socioeconomic Status)과 독립된 효과가 있다는 연구 결과가 제시되고 있다[18].

국내 사망률 연구에서는 산업화 초기단계에서는 농촌의 사망률이 도시에 비해 높았으나[19], 이후 생활수준의 전반적인 향상으로 도시와 농촌 간의 사망률의 격차는 점점 줄어들고 있다. 그러나 기존의 도시-농촌분류 보다 세분화된 지역분류를 시도한 김두섭·박효준[20]의 연구에 의하면, 대도시의 표준화 사망률이 가장 낮고, 다음으로 중소도시, 농촌지역, 해안지역의 순서로 높아지는 것이 확인되어 생태학적 환경의 차이가 고려된 지역격차의 중요성이 부각되고 있다.

또 다른 차원의 지역단위 연구로 최근 도시의 이웃 또는 동네를 단위로 한 연구에서[21][15], 개인적인 특성을 통제한 후에 유해 위험과 사회무질서와 같은 지역 특성이 거주민의 신체적 건강 수준에는 유의한 관련성이 보이지 않으나, 정신건강수준에 영향을 미친다는 결

과가 보고되고 있다. ‘동네’가 거주하는 도시 또는 농어촌이라는 지역특성에 비해서 개인생활에 보다 직접적인 배경이 될 것이다. 그러나 도시와 농어촌의 대규모 거주지 구분이 사회계층과 개인적인 생활양식을 통제하고서도 여전히 건강수준의 차이를 만드는 구조요인이 되는가라는 논제는 특정 도시의 ‘동네’ 또는 ‘이웃’ 특성에 대한 연구와는 다른 차원에서 지속적으로 검증될 필요가 있다. 이밖에도 건강차이에 대한 연구에서 거주지역이 건강수준의 차이를 만드는 요인으로 고려된다. 지리적 위치는 그 자체가 독립적으로 건강에 영향을 미치는 요인이라기보다는 개인의 건강과 관련되는 의료서비스 및 여타의 사회구조적 조건과 상호작용하여 결과적으로 건강수준의 차이를 만든다는 것이다[13]. 노인의 건강과 거주지역과의 관계를 살펴본 이미숙[5]의 연구에서는 도시 노인들이 농어촌 노인들에 비해 심리사회적 자원 면에서 불리함으로 인해 상대적으로 주관적 건강수준이 낮은 것으로 나타났다.

이처럼 지역 간의 건강차이에 대한 연구는 주로 도시와 농촌을 중심으로 한 사망률 차이에 대한 연구들이 집중되고 있는 현실이다. 그러나 산업화 이전에는 농촌의 사망률이 도시에 비해 높았으나, 산업화 이후 도시와 농촌간의 차이는 줄어들고 있는 실정이다[1]. 반면, 수도권과 비수도권의 건강 차이는 뚜렷하게 관찰되고 있다[12]. 이는 수도권에 발전이 집중된 결과 나타나는 현상으로 볼 수 있으며, 자원의 수도권 집중화로 인한 노인들의 삶에 또 다른 양극화 현상이 발생되고 있음을 엿볼 수 있는 현상이다. 이처럼 만들어진 공간이라고 볼 수 있는 지역과 그 지역 간의 격차는 해당 지역에 거주하는 노인들에게 사회적 불평등을 제공하기 때문에 삶의 결과나 건강 등의 측면에서 불평등의 결과를 초래할 수밖에 없는 현실이다.

마지막으로 노인들의 건강에 영향을 미치는 요인들을 살펴보고자 한다. 노인들의 건강차이를 심화시키는 원인으로 성별과 연령[22][4]뿐만 아니라 저학력과 저소득 등의 사회경제적 지위가 낮은 열악한 사회계층에서 건강상의 문제가 더 많이 나타남을 밝히고 있다[23]. 특히 건강의 차이를 심화시키는 핵심적인 요인으로 밝혀진 것은 교육으로[24], 교육은 학력주의(credentialism)

를 통한 구조적 이점뿐 아니라 사회적 지원(social support) 혹은 통제감(sence of control)과 같은 심리사회적 자원을 강화시킴으로서 장기적으로 건강에 이득을 주는 핵심적 요인으로 알려져 있다. 또한 교육수준은 개인과 그 가족의 평생 사회경제적 지위와 복리수준을 결정하는 중요한 사회경제적 자본이다[25]. 교육 불평등에 따른 건강차이에 관한 연구들은 교육수준이 높을수록 건강상태가 좋다는 일관된 연구결과를 보여주고 있으며, 건강차이에 있어서 이러한 교육 불평등 크기는 최근 수십 년간 지속적으로 증가하는 것으로 보고되고 있다[2]. 더불어 소득은 교육과 함께 오랜 기간 사회경제적 지위의 대표적인 지표로 사용될 정도로 중요하게 다루어져 왔다. 일정수준 이하의 소득 수준이 건강에 부정적인 영향을 미치는 정도의 차이를 넘어 거의 모든 소득계층의 건강수준이 유의미하게 다르다는 지적도 나오고 있다. 소득 수준이 높을수록 금연, 운동, 건강한 식생활 등 건강증진행동을 많이 하는 반면에, 소득이 낮은 집단에서 흡연, 과음, 불건강한 식생활 등 건강위험행동이 많은 것으로 나타났다[21]. 또한 흡연이나 음주는 건강에 악영향을 주는 위험행동으로 분류된다. 노인들의 건강관련 행위들은 질병예방과 건강의 개선을 통해 건강한 생활을 하는데 도움을 주고 기능적 어려움을 겪는 시간을 줄이며 일에 참여할 수 있게 함으로써 삶의 질을 높이는 데 기여한다[7]. 따라서 흡연, 음주와 같은 사람들의 선택에 의해서 달라질 수 있는 라이프스타일 역시 노인 인구 사이에서 나타나는 건강 격차의 주요한 원인이 된다. 노년기에 지속되는 음주는 성인에 비해 각종 노인성 신체적 질환을 촉진할 뿐만 아니라 신경손상으로 인한 동작 및 인지기능의 감퇴, 치매 등의 정산건강 문제를 야기할 수 있다[4].

이러한 선행연구검토를 본 연구에서는 노인들의 건강수준을 살펴봄에 있어서 수도권과 비수도권으로 구분하여 영향력을 검증하고, 수도권과 비수도권 차이에 기인한 부분의 크기가 어느 정도인지 그 격차를 비교해 보고자 한다. 또한 노인들의 건강에 영향을 미치는 것으로 나타난 성별, 연령, 학력, 소득, 흡연량, 음주량을 통제변수로 선정하고자 한다.

### III. 연구방법

#### 1. 분석 자료

본 연구는 노인들의 건강수준에서 수도권과 비수도를 중심으로 지역 특성이 노인들의 건강에 어떠한 영향을 미치는지를 분석, 규명하고자 하는 연구로, 이를 위한 분석에는 『2010 고령화연구패널 제3차 기본조사』의 원자료를 활용하였다. 『고령화연구패널조사 Korean Longitudinal Study of Ageing』는 고령사회를 대비한 제도 개혁 및 정책결정을 위한 기초자료로 조사 항목은 7개 조사영역(인구, 가족, 건강, 고용, 소득, 자산, 주관적 기대감 및 삶의 만족도)으로 구성된다.

원자료의 전체 대상자는 제주도를 제외한 지역의 일반가구에 거주하는 45세 이상 중고령자를 대상으로 한 약 10,000명의 확률표본이다. 본 연구에서는 이 중 65세 이상 노인 4,714명을 연구대상으로 선정하였다.

#### 2. 분석 방법

자료에 대한 분석방법으로는 조사대상자의 일반적 특성 및 주요변수의 특성, 정규성을 파악하기 위해 기술통계방법을 활용하였고, 다중공선성 확인을 위해 상관관계 분석을 실시하였다. 또한 일반적 특성에 따른 노인들의 건강 비교를 위해 T-test와 ANOVA분석을 실시하였다. 노인들의 건강에 미치는 지역특성의 영향을 분석함에 있어서는 건강을 종속변수로, 지역(수도권, 비수도권)을 독립변수로, 관련 개인특성 요인들을 통제변수로 투입한 OLS 회귀분석 모델을 적용, 분석하였다.

분석에 앞서 자료의 다중공선성과 정규성 문제를 점검하였다. 먼저 다중공선성의 경우 변수 간 상관관계 결과를 검토한 결과 모든 변수 간 상관관계 계수가 절대값 0.6이하로 나타났으며, 왜도와 첨도의 절대 값이 3과 10을 넘지 않아 정규성(왜도는 .075 ~ -1.057, 첨도는 .020 ~ -1.853)을 확보하였다. 결과적으로 본 연구에서 사용된 주요 변수들은 정규성이 의심될 만큼 왜도와 첨도 값이 크지 않기 때문에 분석결과에 대한 타당성을 확보할 수 있을 것으로 판단된다.

한편, 지역 격차의 실제적 영향을 파악하기 위해서는 Oaxaca의 격차분해 방법을 적용하였으며, 분석방법을

수식화하면 다음과 같다.

$$f(x) : \text{건강} = \alpha + \Sigma\beta X + \epsilon$$

[ $\alpha$  = 상수,  $\Sigma\beta X$  = 건강 영향요인,  $\epsilon$  = 오차항]

주 1)  $\Sigma\beta X$  = 성별 연령 소득 교육 음주량,

흡연량

추정된 회귀분석 결과를 바탕으로 Oaxaca(1973; [26] 제인용)의 모형을 통해서 수도권과 비수도권이라는 지역 차이에 기인한 것과 지역 내 인적특성 차이에 기인한 것을 구분하여 추정하였다. 예를 들어, 수도권과 비수도권 거주 노인들의 건강 격차를 추정할 경우, 아래와 같이 각 표본의 건강을 종속변수(Y)로 하고 그 외의 독립변수(X)를 통제하는 회귀모형을 수도권과 비수도권으로 구분하여 추정한다.

$$\text{수도권} : Y_n = \beta_n X_n + \epsilon_n$$

$$\text{비수도권} : Y_d = \beta_d X_d + \epsilon_d$$

수도권의 회귀계수인  $\beta_n$ 의 추정값을  $\widehat{\beta}_n$ 이라고 하고, 비수도권의 회귀계수인  $\beta_d$ 의 추정값을  $\widehat{\beta}_d$ 라고 하면 수도권 거주 노인과 비수도권 거주 노인 사이의 건강의 평균값( $\overline{Y}$ ) 및 각 독립변수의 평균값( $\overline{X}$ ) 사이에는 다음과 같은 관계가 성립한다.

$$\text{수도권} : \overline{Y}_n = \widehat{\beta}_n \overline{X}_n$$

$$\text{비수도권} : \overline{Y}_d = \widehat{\beta}_d \overline{X}_d$$

이때 수도권과 비수도권 거주 노인의 건강수준은 다음과 같이 나타낼 수 있다.

$$\begin{aligned} \overline{Y}_n - \overline{Y}_d &= \widehat{\beta}_n \overline{X}_n - \widehat{\beta}_d \overline{X}_d \\ &= \widehat{\beta}_n (\overline{X}_n - \overline{X}_d) + \overline{X}_d (\widehat{\beta}_n - \widehat{\beta}_d) \end{aligned}$$

수도권과 비수도권 거주 노인의 건강 격차인  $\overline{Y}_n - \overline{Y}_d$ 는  $\widehat{\beta}_n (\overline{X}_n - \overline{X}_d)$ 과  $\overline{X}_d (\widehat{\beta}_n - \widehat{\beta}_d)$ 의 두 부분으로 나누어짐을 알 수 있다.  $\widehat{\beta}_n (\overline{X}_n - \overline{X}_d)$ 는 거주 지역 이외의 다른 독립변수의 차이에 기인한 건강 격차를 보여주며,  $\overline{X}_d (\widehat{\beta}_n - \widehat{\beta}_d)$ 는 수도권과 비수도권 거주 노인의 다른 독립변수가 동일한 경우의 거주 지역 특성에 따른 건강 격차를 보여준다고 할 수 있다.

결과적으로 Oaxaca 모형을 통해서 다른 독립변수의 차이가 통제된 상태에서 '지역'이라는 특성 차이에 의한

건강 격차를 비교해 볼 수 있으며, 건강이 분석에 포함된 변수에 의해서 어느 정도 결정되는지 요인을 분해할 수 있다.

### 3. 변수 구성과 측정

#### 3.1 종속변수

정신적 건강상태는 우울(CES-D: Center for Epidemiologic Statistics-Depression) 척도의 10개 항목의 총합으로 구성하였으며, 신체적 건강정도를 측정할 수 있는 변수로는 ADL과 IADL 지수의 총합(0~20점) 활용하였다. 주관적 건강만족도는 현재 자신의 건강상태를 묻는 문항으로 '매우 좋음(1)'~'매우 나쁨(5)'까지 5점 척도로 구성되었다. 노인들의 건강을 측정하기 위해 위 세 개의 요인(우울, ADL/IADL, 건강만족도)을 총합하기 위한 사전 작업으로 요인분석을 실시한 결과 1개의 요인으로 묶였으며, 설명력은 68.89%로 높은 설명력을 나타내어 세 개의 요인 점수를 총합하여 건강변수를 구성하였다.

#### 3.2 독립변수

독립변수인 거주 지역은 수도권과 비수도권을 분리하여 측정하였다. 원 자료에서의 거주지 자료는 광역시도를 단위로 설문되어 본 연구의 분석에서는 통상적인 수도권과 지방 구분에 따라 서울 및 경기도 권역을 수도권, 기타 지역들을 비수도권으로 구분하여 측정하였다[27]. 한편, 지역사회의 영향력을 분석함에 있어 통제되어야 할 변수들로 개인의 특성, 사회경제적 지위나

표 1. 주요 변수들의 구성 및 측정

구분	분류	변수들의 구성 및 측정
종속변수	노인 건강	우울 CES-D 척도의 총합(0~10점) ADL/IADL 지수의 총합(0~20점)
	건강 만족도	주관적 건강만족도(1~5점, 높을수록 건강 나쁨)
	지역	수도권(0), (서울, 인천, 경기) 비수도권(1), (그 외 지역)
통제변수	성별	남(1), 여(0)
	연령	비율(만 연령)
	학력	초졸이하(1), 중졸(2), 고졸(3), 대졸이상(4)
	소득	월평균소득(가구균등화 소득)
	흡연	1일 흡연량(단위: 개피)
음주	1회 음주량(단위: 잔)	

건강관련 행위, 즉, 성별, 연령, 교육수준, 소득, 흡연, 음주 등과 같은 변수들은 본 연구 분석모델에의 통제변수로 설정하였다.

#### IV. 분석결과

##### 1. 조사대상자의 일반적 특성

표 2. 조사 대상자의 일반적 특성

구분		빈도(%)	계(%)
성별	남자	2,023(42.9)	4,714 (100)
	여자	2,691(57.1)	
연령	60대	1,123(23.8)	4,714 (100)
	70대	2,334(49.5)	
	80대	1,062(22.5)	
	90대 이상	195(4.1)	
학력	초졸 이하	3,046(64.6)	4,714 (100)
	중졸	631(13.4)	
	고졸	734(15.6)	
	대졸 이상	303(6.4)	
소득	>1,000만원	1,853(39.3)	4,714 (100)
	1,000만원≤~<2,000만원	1,228(26.1)	
	2,000만원≤~<3,000만원	647(13.7)	
	3,000만원≤~<4,000만원	483(10.2)	
	4,000만원≤	503(10.7)	
흡연량	10개피 미만	356(53.8)	662 (100)결측 :4,052
	10개피이상~20개피 미만	289(43.7)	
	20개피 이상	17(2.6)	
음주량	5잔 미만	481(41.6)	1,155 (100)결측 :3,559
	5잔 이상~10잔 미만	425(36.8)	
	10잔 이상~15잔 미만	168(14.5)	
	15잔 이상~20잔 미만	60(5.2)	
거주 지역	수도권	1,801(38.2)	4,714 (100)
	비수도권	2,913(61.8)	

본 연구의 조사 대상자의 일반적 특성을 살펴보기 위해 빈도분석을 실시하였으며 결과는 다음과 같다[표 2]. 성별을 살펴보면 ‘남자’(42.%)보다 ‘여자’(57.1%)의 응답비율이 높았으며, 연령은 ‘70대’(49.5%), ‘60대’(23.8%), ‘80대’(22.5%), ‘90대 이상’(4.1%) 순으로 높게 나타났다. 응답자들의 학력은 ‘초졸’이하 노인이 64.6%(3,046명)로 가장 많은 비중을 차지하여 노인들의 교육수준이 매우 낮은 것으로 나타났다. 이들의 연간 소득은 ‘1,000만원 미만’이 전체 응답자의 39.3%로 가장 높은 비중을 차지하여 저소득 노인들의 비중이 높음을 알 수 있으며, ‘4,000만원 이상’의 소득을 올리는 노인들

도 10.7%(503명)가량 차지하는 것으로 나타났다. 흡연량의 경우 10개피 미만이 53.8%로 가장 높은 응답률을 나타냈으며, 음주량은 1회에 5잔 미만으로 마신다는 응답이 41.6%로 가장 높게 나타났다. 거주 지역을 수도권과 비수도권으로 구분하여 살펴본 결과 61.8%(2,913명)가 비수도권에 거주하였으며, 38.2%(1,801명)는 수도권에 거주하는 것으로 나타났다.

표 3. 주요 변수의 일반적 특성

구분	(N=4,714)				
	최소값	최대값	평균 (M)	표준편차 (SD)	
정신적 건강	우울	0	10	4.28	3.07
신체적 건강	ADL /IADL	0	17	1.24	3.65
주관적 건강	주관적 건강 상태	1	5	3.29	.90

다음은 본 연구의 종속변수로 활용한 건강의 하위 요인들을 통해 조사대상 노인들의 건강특성을 살펴보았다[표 3].

먼저 정신적 건강을 나타내는 노인들의 우울은 평균 4.28(SD=3.07)로 나타났으며, 신체적 건강의 경우 최대값 17점에도 불구하고 평균은 1.24(SD=3.65)로 신체적 건강상태가 아주 양호하다고 판단할 수 있다. 자신들의 건강상태에 대해 묻은 주관적 응답에서는 평균 3.29(최대값 5, SD=.90)를 나타내고 있어 신체적 건강에 비해 주관적 건강상태 인식이 더 좋지 않음을 나타내고 있다.

##### 2. 일반적 특성 및 거주 지역에 따른 건강 차이

[표 4]는 노인의 일반적 특성과 지역 구분에 따라 종속변수로 선정한 건강 변수에 차이가 있는지를 분석한 결과이다. 먼저 학력은 통계적으로 유의미하게 차이가 있었다(F=93.680, p<.001). 사후분석 결과 ‘초졸이하’(M=8.13, SD=4.49), ‘중졸~고졸’(M=6.67, SD=4.67), ‘대졸이상’(M=5.59, SD=4.96) 순으로 건강이 좋지 않은 것으로 나타났다. 즉, 학력이 높은 집단이 건강수준이 더 좋음을 알 수 있다.

다음으로 소득에 따른 건강(F=54.580, p<.001)도 통

계적으로 유의미한 차이가 있었다. 특히 소득 하위 (1,000만원 미만) 집단(M=8.42, SD=3.44)의 건강이 가장 좋지 않은 것으로 나타났으며, 소득이 가장 높은 집단인 '4,000만원 이상' 집단의 건강은 평균 6.56 (SD=3.54)으로 가장 건강이 좋은 것으로 나타나 건강에 있어서도 소득 집단별로 차이가 나타나고 있음을 알 수 있다.

마지막으로 읍주나 읍연 지역은 노인들의 건강에 있어서 집단 간 차이는 통계적으로 유의미하지 않는 것으로 나타났다.

표 4. 노인의 일반적 특성, 거주 지역에 따른 건강 차이

구분	건강(N=4,714)			
	평균 (M)	표준편차 (SD)	t 값/F 값	
성별	남	6.13	3.42	t=2.446
	여	6.92	3.67	
연령	60대	6.02	3.44	F=73.550*** a,b<c<d
	70대	7.58	3.38	
	80대	8.15	3.40	
	90대 이상	8.44	3.51	
학력	초졸이하	8.13	4.49	F=93.680*** a<b<c
	중졸-고졸	6.67	4.67	
	대졸이상	5.59	4.96	
소득	>1,000만원	8.42	3.44	F=54.580*** a<b,c,d<e
	1,000만원≤~)2,000만원	7.26	3.38	
	2,000만원≤~)3,000만원	6.86	3.40	
	3,000만원≤~)4,000만원	6.81	3.51	
	4,000만원≤	6.56	3.54	
거주지역	5잔 미만	6.86	3.35	F=2.228
	5잔 이상~10잔 미만	6.30	3.30	
	10잔 이상~15잔 미만	6.53	3.10	
	15잔 이상~20잔 미만	6.81	3.07	
	20잔 이상	7.48	3.13	
흡연	10개피 미만	7.81	3.47	F=1.259
	10개피 이상~20개피 미만	7.21	3.47	
	20개피 이상	6.97	3.20	
지역	수도권	7.51	3.48	t=-4.490
	비수도권	7.58	3.56	

\*p<.05, \*\*\*p<.001

연령 : a 60대, b 70대, c 80대, d 90대 이상

학력 : a 초졸이하, b 중졸-고졸, c 대졸 이상

소득 : a >1,000만원, b 1,000만원≤~)2,000만원,

c 2,000만원≤~)3,000만원,

d 3,000만원≤~)4,000만원, e 4,000만원≤

### 3. 지역 차이가 노인의 건강에 미치는 영향

거주 지역 특성이 노인들의 건강에 어떠한 영향을 미치는지를 파악하기 위해 건강을 종속변수, 일반적 특성을 통제변수로 설정한 회귀분석을 실시하였다. 아래

[표 5]는 이의 분석결과로 수도권 거주 노인들의 건강에 미치는 영향력을 분석한 (모델 1)에서는 성별( $\beta = -.061, p < .05$ ), 연령( $\beta = .168, p < .001$ ), 소득( $\beta = -.060, p < .01$ ), 학력( $\beta = -.148, p < .001$ ), 읍주( $\beta = .086, p < .001$ )가 영향을 미치는 것으로 나타났다. 수도권 거주 노인들의 건강에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 연령인 것으로 나타났다.

다음으로 비수도권 거주 노인들의 건강에 미치는 영향력을 분석한 결과(모델 2)에서는 성별( $\beta = -.067, p < .01$ ), 연령( $\beta = .137, p < .001$ ), 소득( $\beta = .194, p < .001$ ), 학력( $\beta = -.124, p < .001$ )이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 수도권 거주 노인들의 건강에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 연령이었으나, 비수도권 거주 노인들의 건강에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 소득인 것으로 나타나 거주 지역에 따라 건강에 미치는 요인이 다소 차이가 있음을 알 수 있다. 이는 지역 특성에 따른 노인들의 건강 결정 양상의 차이가 지역 특성에서 기인할 수 있음을 의미하는 바로, 비수도권 지역 노인들의 건강에 대한 관심의 중요성을 시사해 준다.

마지막으로 조사 대상 노인 전체를 대상으로 거주지역 변수를 투입하여 건강에 미치는 영향력을 분석(모델 3)하였다. 먼저 통제변수들의 영향력을 살펴보면 성별에 있어서는 남성 노인에 비해 여성 노인의 건강이 좋을 수 있으며, 연령이 증가할수록 건강상태는 악화되는 것으로 나타났다. 노인들의 건강에 대한 연구들에서 주로 사회경제적 지표로 중요하게 살펴보고 있는 소득과 학력의 경우 본 연구에서도 노인들의 건강에 많은 영향을 미치는 것으로 나타났다. 소득이 높을수록, 학력이 높을수록 건강상태가 좋아지는 것으로 나타났으며, 주목할 점은 선행연구들[22][28]과 마찬가지로 학력( $\beta = -.139, p < .001$ )에 비해 소득( $\beta = -.140, p < .001$ )의 영향력이 다소 높음을 알 수 있다. 더불어 읍주와 흡연이 증가할수록 건강이 악화된다는 점도 확인할 수 있다. 한편, 비수도권보다 수도권에 거주하는 노인들의 건강( $\beta = -.044, p < .01$ )이 더 좋은 것으로 나타나 지역의 특성이 노인들의 건강에 주요하게 영향을 미치는 요인임을 확인할 수 있다. 이와 같은 분석결과는 노인들의 건강에 개인들의 일반적 특성이나 사회경제적 특성 뿐



아니라 거주하는 지역사회의 특성이 주요하게 영향을 미친다는 기존 연구들의 논의와 일치하는 바로, 한국사회에서도 노인들의 건강 측면에 있어서 지역 특성, 특히 수도권과 비수도권의 효과가 실재한다는 점을 확인하여 주목된다.

표 5. 지역 차이가 노인의 건강에 미치는 영향 분석

변수	수도권 [모델 1]		비수도권 [모델 2]		전체 [모델 3]		
	B	Beta	B	Beta	B	Beta	
지역 (비수도권)					-0.318	-0.044**	
통제 변수	성별 (남)	-0.443	-0.061*	-0.475	-0.067**	-0.477	-0.069***
	연령	.084	.168***	.066	.137***	.073	.146***
	소득	-0.413	-0.060**	-0.365	-0.194***	-0.385	-0.140***
	학력	-0.514	-0.148***	-0.477	-0.124***	-0.485	-0.139***
	음주	.080	.086***	.021	.025	.043	.140***
	흡연	.008	.011	.021	.034	.017	.031*
	R <sup>2</sup>	0.098		0.112		.133	
	F	32.791***		62.313***		86.992***	
	N	1,801		2,913		4,714	

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

4. 노인들의 건강 격차에서 지역 차이의 효과 분해

[표 6]과 [표 7]은 회귀분석 결과로부터 전술한 Oaxaca 모형을 적용한 수도권과 비수도권 거주 노인들의 건강 격차를 지역의 영향과 그 밖의 일반적 특성의 영향으로 구분한 결과이다. Oaxaca 모형을 적용했을 경우 기준변수에 따라 그 방향과 추정 결과에 차이가 발생하는 이유로 2개의 표를 제시하였다. [표 6]은 비수도권을 기준으로 노인들의 건강수준을 뺀 값으로 추정한 결과이고, [표 7]은 수도권을 기준으로 비수도권 노인들의 건강수준을 뺀 값으로 추정한 결과로 비율은 총 건강의 격차를 100으로 했을 때, 지역과 일반적 특성 요인의 영향력의 크기를 백분율로 나타낸 것이다. 단순히 노인들의 건강의 절대값을 비교해 보면, 수도권 지역의 노인보다 비수도권 지역 노인들의 건강이 좋지 않음을 알 수 있다. 더 나아가 ‘지역’이라는 특성과 ‘일반적 특성’으로 노인들의 건강을 나누어 격차 분해한 결과를 살펴보면 [표 6]과 [표 7] 모두에서 ‘지역’이라는 특성에 의해 수도권 노인들보다 비수도권 노인들의 건강이 좋지 않음을 알 수 있다(비수도권-수도권: 223.92, 109.50%;

수도권-비수도권: -267.18, 130.66%). 이를 확대 해석하면 노인들이 같은 성별, 연령, 학력, 소득, 음주, 흡연 정도의 상태에서 ‘지역’이라는 특성으로 인해 비수도권 노인들이 수도권 노인들보다 건강이 좋지 않다고 할 수 있다. 이러한 결과는 선행연구[17][20]들에서 개인의 건강과 관련되는 지역 내의 사회구조적 조건과 건강이 상호작용하여 결과적으로 건강수준의 차이를 갖게 된다는 주장과 일치하는 결과이다. 이러한 분석결과는 기회, 자원, 권력 등에서 소외된 비수도권 노인들의 건강을 위한 생활상태 개선을 위해서 거주 지역에 대한 상대적 박탈감이 완화될 수 있는 대책이 적극 필요함을 시사하여 준다.

표 6. ‘비수도권-수도권’ 노인의 건강 격차 비교

총 노인 건강 격차	거주 지역 요인	다른 특성요인
$\bar{Y}_n - \bar{Y}_d$	$\bar{X}_d(\hat{\beta}_n - \hat{\beta}_d)$	$\hat{\beta}_d(\bar{X}_n - \bar{X}_d)$
204.49	100.00	-19.43

표 7. ‘수도권-비수도권’ 노인의 건강 격차 비교

총 노인 건강 격차	거주 지역 요인	다른 특성요인
$\bar{Y}_d - \bar{Y}_n$	$\bar{X}_n(\hat{\beta}_d - \hat{\beta}_n)$	$\hat{\beta}_d(\bar{X}_d - \bar{X}_n)$
-204.49	100.00	-30.66

V. 결론 : 요약 및 함의

본 연구는 노인들의 건강수준에서 지역 간 차이가 존재하는지를 수도권과 비수도권을 중심으로 분석하고, 이를 통해 노인들의 건강에 있어서의 지역의 불균등 구조와 건강의 관련성을 분석, 규명하고자 하였다.

이에 따라 본 연구에서는 ‘2010 고령화연구패널 제3차 기본조사’를 기초로 65세 이상 노인 4,714명을 대상으로 지역의 특성이 노인들의 건강수준에 어떠한 영향과 차이를 미치는지를 살펴보고자 하였다. 분석결과는 다음과 같다.

첫째, 조사대상자들의 일반적 특성과 주요변수의 특성을 살펴본 결과, 성별은 ‘여성’의 응답비율이 높았으며, 연령은 ‘70대’, 학력은 ‘초졸 이하’ 노인, 연간 소득은

‘천만원 미만’, 흡연량은 10개피 미만, 음주량은 ‘5잔 이하’라고 응답한 사람의 응답률이 가장 높았다. 거주 지역은 61.8%가 비수도권, 38.2%가 수도권에 거주하는 것으로 나타났다. 또한 건강의 하위 지표로 선정한 우울은 평균 4.28로 나타났으며, 신체적 건강 평균은 1.24로 신체적 건강상태가 아주 양호하다고 판단할 수 있다. 주관적 건강상태는 평균 3.29를 나타냈다.

둘째, 일반적 특성과 거주 지역에 따른 건강차이를 살펴본 결과, 연령, 학력, 소득에 따른 건강이 유의미한 차이가 있었다. 그리고 성별, 음주나 흡연, 지역은 노인들의 건강에 있어서 집단 간 차이는 통계적으로 유의미하지 않는 것으로 나타났다.

셋째, 수도권과 비수도권의 지역적 차이로 나타나는 노인들의 건강에 미치는 영향력을 파악하고자 회귀분석을 실시한 결과, 수도권 노인들이 비수도권에 거주하는 노인들보다 건강이 더 좋은 것으로 나타나 지역의 특성이 노인들의 건강에 주요하게 영향을 미치는 요인임을 확인하였으며, 특히 수도권과 비수도권의 효과값 실재한다는 점을 증명하였다. 또한 통제변수들의 영향력을 살펴본 결과, 성별, 연령, 소득, 학력, 음주, 흡연이 영향을 미치는 것으로 나타났다.

마지막으로, 수도권과 비수도권의 지역 격차의 실제적 영향을 파악하기 위해 Oaxaca의 격차분해 방법을 적용하여 ‘지역’효과만을 분해하여 살펴본 결과 비수도권에 거주하는 노인들이 수도권에 거주하는 노인들보다 건강이 좋지 않은 것으로 나타났다. 이러한 거주지역의 특성 즉, 수도권과 비수도권의 특성에 대한 필수적 고려가 요청됨을 제기하여 준다. 대도시와 농어촌 거주자의 건강 영향요인을 비교한 연구[29] 역시 특히 농어촌 지역의 경우 건강 환경에 대한 접근성 강화를 강조하면서 지역효과를 강조하고 있다.

우리나라에서 지역 간 건강 차이의 문제는 새롭게 대두되는 사회적 현상은 아니다. 주지하였듯 과거에도 도시와 농촌 간의 의료이용, 건강수준의 격차에 관한 많은 지적이 있어 왔으며, 현재도 그 격차는 줄어들 줄 모르고 있다[12]. 하지만 현재 우리나라의 지역 간 건강에 미치는 지역 구조의 불평등은 도시와 농촌 간의 문제가 아니라 전 지역적 문제이다. 특히 크게 조명을 받지 못

했던 서울을 중심으로 하는 수도권과 비수도권 간의 건강 격차는 매우 심각한 수준임을 본 연구를 통해 확인하였다.

지역에 의해 발생하는 건강 격차는 사회적 상황의 결과물이다. 한 사회의 불평등이 심화되면 될수록 그 사회에 살고 있는 구성원들의 건강 역시 차별적으로 영향을 받아 사회계층별 건강 차이는 심화되게 된다. 이는 지역 간 건강 차이에서도 마찬가지로 적용된다. 특히 우리 사회의 지역 간 불균형 성장으로 인해 도시와 농촌, 수도권과 비수도권의 지역 간 건강 차이 등은 심화되고 있는 실정이다. 이를 해결하기 위해서는 무엇보다 노인 소수의 계층에게 특혜가 집중되는 것이 아니라 노인들의 행복과 삶의 질을 목표로 하는 지역균형발전이 필요하다. 그러한 측면에서 지역 간 건강격차는 첫째, 노인들의 건강 격차의 완화를 위해 지역균형발전의 개념을 새롭게 정립하고 이에 기반을 둔 정책적 노력이 필요하다. 참여정부 시절의 국정과제였던 지역 균형발전은 정권이 교체되면서 지역 균형발전의 개념마저도 폐기 되었고, 우리 사회의 지역 간 불평등은 오히려 악화의 길로 접어들 가능성이 높은 현실이다. 따라서 노인들의 행복한 삶의 보장이라는 측면으로 이해하는 데 수도권과 비수도권 발전의 비전과 전략을 새롭게 정립시키는 핵심적 계기 마련이 필요할 것이다.

둘째, 소수의 취약계층 중심적 접근에서 지역 중심적 접근으로서의 사업 전환이 필요할 것으로 판단된다. 지금까지의 지역 건강사업은 극히 제한적인 계층에 대한 개인적 접근 중심이었다. 그러나 수도권과 비수도권 즉, 지역 간 건강격차를 해결하기 위해서는 노인들의 건강에 중요한 영향을 미치는 지역 공동체의 사회적, 물리적 환경의 변화를 필요로 하며, 특정 취약계층에 국한됨이 아닌 건강취약지역 내 거주하는 모든 노인들을 포괄하는 방식이어야 한다. 이러한 지역 중심적 접근이 현실화되기 위해서는 주민건강센터와 같은 지역 노인들의 건강을 지원하기 위한 거점 노인복지관에 대한 투자가 확대되어야 한다. 이를 통해 지역사회 건강 환경에 대한 접근성을 높이고 지역 내 노인들 간의 네트워크 등이 활성화 되는[30] 기능을 강화에 역점을 두어야 할 것이다.

셋째, 수도권과 비수도권 노인들의 건강격차 해소를 위해 비수도권을 핵심으로 하는 건강관리센터 등의 자원 집중 배치와 더불어 건강보험 차원에서 건강관리 서비스를 제도화 하는 등의 노력을 통해 수도권과 비수도권의 차별적 구조를 완화시켜야 할 것이다.

넷째, 노인들의 건강정책과 관련하여 전문가만을 중심으로 하는 접근에서 탈피하여 노인들의 참여 확보가 필요하다. 지역 간 건강격차 해결을 위해서는 노인들을 대상화하기보다는 주체가 되어야 한다. 이는 노인들이 스스로 조직된 힘으로 건강해지기 위해 노력하고 건강에 악영향을 미치는 사회적, 환경적 요인들을 해결해 나가는 주체가 되어야 한다. 노인들의 직접적인 참여 중심 접근은 지역자치를 활성화시키는데 있어서도 매우 중요한 매개체로 작용할 수 있을 것이며, 이러한 접근은 결과적으로 노인들 스스로 자신들의 권리 확보를 통해 건강하고 차별 없는 노후를 보장받을 수 있을 것이다.

마지막으로 일반적 특성 변수 중 연령, 학력, 소득이 건강에 대한 집단 간 차이에서, 그리고 회귀분석에서 노인들의 건강에 일관되게 관계를 갖는 것으로 나타났다. 즉, 이러한 집단을 고려한 건강관련 지원이 필요하다는 판단이며, 이러한 집단을 위한 사회활동이나 여가 활동 지원프로그램 등 활동성을 강화시키는 건강프로그램이 타인들과의 네트워크를 통해 삶의 지지 등을 확보하는 등의 매우 긍정적인 영향력을 갖고 있음을 선행 연구들[30][31]에서도 일관되게 주장하고 있다.

본 연구에서는 의도적인 목적 하에 ‘만들어진 공간’이라고 볼 수 있는 지역의 특성에 의해 노인들의 건강수준에 어떠한 차이를 가져오는지 살펴보고자 하였다. 이를 위해 지역을 수도권과 비수도권을 구분하여 지역의 특성으로 인해 노인들의 건강수준에도 차이가 나타남을 확인하였다. 그러나 구체적으로 노인들의 건강수준의 차이는 지역의 어떠한 요인들로 인해 나타나는지에 대한 규명 작업은 후속 연구들에서 지속되어야 할 것이다.

## 참고 문헌

- [1] 박경숙, “노년기 불평등의 미래,” 한국사회학, 제35집, 제6호, pp.141-168, 2001.
- [2] 우해봉, “한국 중고령층의 성별·교육수준별 건강 기대여명 차이,” 한국사회학, 제43집, 제1호, pp.165-187, 2009.
- [3] 강혜원, 조영태, “서울시 남녀노인의 건강불평등 - 사회경제적 지위와 사회통합요소를 중심으로 -,” 한국사회학, 제41집, 제4호, pp.164-201, 2007.
- [4] 김동배, 유병선, 이정은, “노인의 건강불평등: 교육불평등에 따른 건강불평등에 대한 사회참여의 매개효과,” 사회복지연구, 제43권, 제1호, pp.117-142, 2012.
- [5] 이미숙, “고령화연구패널자료를 이용한 노년기 건강불평등의 구조 분석,” 보건과 사회과학, 제25집, pp.5-32, 2009.
- [6] 이정영, 저소득층 여성 한부모의 사회적 관계망이 고립감에 미치는 영향 소외감과 우울감을 중심으로, 숙명여자대학교, 석사학위논문, 2008.
- [7] 심문순, “저소득 노인의 자아존중감 사회적 지지와 건강증진행위와의 관계,” 노인간호학회지, 제7권, 제1호, pp.63-70, 2005.
- [8] 조명래, “만들어진 ‘공간 불평등’ 지역격차,” 복지동향, 통권 제157, 2011.
- [9] 김세원, 김선숙, “지역사회 간 사회경제적 불평등이 아동 건강에 미치는 영향,” 한국아동복지학, 제39호, pp.127-150, 2012.
- [10] M Wen, C. R. Browning, and K. A Cagney, “Social science & medicine, 2003. Poverty, affluence, and income inequality: neighborhood economic structure and its implications for health,” Journal of Social Science & Medicine, Vol.57, No.5, pp.843-860, 2003.
- [11] 전종덕, 류소연, 한미아, 박종, “도시와 농촌지역 노인의 건강행태 및 건강수준 비교,” 농촌의학·지역보건 학회지, 제38권, 제3호, pp.182-194, 2013.
- [12] 윤태호, “지역 간 건강불평등 해결을 위하여-영

- 국의 경험을 중심으로-,” 복지동향, 제157호, 2011.
- [13] 이미숙, “한국 성인의 건강 불평등: 사회계층과 지역 차이를 중심으로,” 한국사회학, 제39집, 제6호, pp.183-209, 2005.
- [14] J. S. House, “Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20th Century Progress and 21st Century Prospects,” Journal of Health & Social Behavior, Vol.43, No.2, pp.125-142, 2001.
- [15] 전신현, “지역특성이 성인의 정신 및 육체건강에 미치는 영향,” 보건과 사회과학, 제13집, pp.113-134, 2003.
- [16] C. E. Ross and C. L. Wu, “Education, Age and Cumulative Advantage in Health,” Journal of health and Social Behavior, Vol.37, No.1, pp.104-120, 1996.
- [17] M. D. Hayward, A. M. Pienta, and D. K. McLaughlin, “Inequality in Men’s Mortality: The SES Gradient and Geographic Context,” Journal of Health and Social Behavior, Vol.38, No.4, pp.313-330, 1997.
- [18] S. A. Robert, “Community-Level Socioeconomic Status Effects on Adult Health,” Journal of Health & Social Behavior, Vol.39, No.1, pp.18-37, 1998.
- [19] 윤덕중, 김태현, “사회경제적 요인별 차별 사망력의 변화,” 한국인구학, 제12권, 제2호, pp.1-21, 1989.
- [20] 김두섭, 박효준, “사망력수준의 시·군별 편차 및 그 변화추이, 1990~2000,” 한국인구학, 제26권, 제1호, pp.1-30, 2003.
- [21] 노병일, 곽현근, “동네의 맥락적 특성이 주민의 정신건강에 미치는 영향,” 보건과 사회과학, 제17집, pp.5-31, 2005.
- [22] 강희숙, “도시 노인들의 건강실천 행위와 건강상태와의 관련성,” 보건과 사회과학, 제11집, pp.115-136, 2002.
- [23] 허종호, 조영태, 권순만, “사회경제적 박탈이 건강에 미치는 영향,” 한국사회복지학, 제44집, 제2호, pp.93-120, 2010.
- [24] 김혜련, “우리나라에서 흡연율의 사회계층별 불평등과 변화추이,” 보건사회연구, 제27권, 제2호, pp.25-43, 2007.
- [25] E. V. Doorslaer and A. M. Jones, “Income-related inequality in health and health care in the european union,” Health Economics, Vol.13, No.7, pp.605-608, 2004.
- [26] 김태일, 김수용, “장애인과 비장애인의 삶의 질 격차 분석,” 제1회 장애인고용패널 학술대회 논문집, pp.263-284, 2009에서 재인용.
- [27] 이상록, 백학영, “빈곤의 동태적 변화에의 지역 간 차이 분석 -수도권과 지방을 중심으로,” 사회복지연구, 제40권, 제4호, 2009.
- [28] 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석, “건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향,” 서울: 한국보건사회연구원, 2004.
- [29] 고수정, “지역별 건강불평등 영향요인,” 한국지방자치연구, 제12권, 제3호, pp.169-195, 2010.
- [30] 장유미, 염동문, “지역 주민의 사회적 자본과 정신건강과의 관계 -경상남도를 중심으로-,” 한국콘텐츠학회논문지, 제14권, 제12호, pp.764-774, 2014.
- [31] 전명수, “농촌노인의 사회활동 및 여가활동이 삶의 만족도에 미치는 영향,” 한국콘텐츠학회논문지, 제14권, 제9호, pp.298-310, 2014.

#### 저 자 소 개

이 윤 정 (Yun-Jeong Lee)

정희원



- 2002년 8월 : 한남대학교 행정복지대학원(사회복지학석사)
- 2015년 3월 ~ 현재 : 서원대학교 교양대학 조교수

<관심분야> : 노인복지, 지역사회복지