

노인의 건강 불평등 양상과 완화요인: 건강 상태군 별 비교를 통한 질적 탐색*

Patterns and Mitigating Factors of Health Inequalities Among Older Adults: A Qualitative Study by Health Status Groups

1차원고접수: 2025.10.16. 수정원고접수: 2025.11.24. 최종 게재결정: 2025.12.22.

박주혜¹

¹호남대학교 사회복지학과, 조교수

Park, Ju-hye¹

¹Dept. of Social Welfare, Honam University

국문초록 본 연구는 61~90세 노인 12명을 대상으로 질적 주제 분석을 수행하여 노년기 건강 불평등 경험과 완화 요인을 탐색하였다. 참여자를 건강 상태에 따라 건강노화군, 만성질환군, 건강악화군으로 구분하여 분석한 결과, 노인들은 소득 격차, 정보 접근 제한, 사회적 자원 불균형, 의료기관 접근성 제약, 노인 친화적이지 않은 환경 등과 관련된 건강 불평등을 경험하고 있었다. 집단별로 건강노화군은 비공식 지지망과 지역사회 프로그램을 활용한 반면, 만성질환군은 서비스 연계의 어려움을, 건강악화군은 이동성·정보 접근·돌봄 연속성 측면에서 가장 심각한 제약을 경험하였다. 건강 불평등 완화 요인으로는 경제적 안정, 제도적 지원, 정보 접근, 공식·비공식 지지체계가 확인되었으며, 건강 상태 집단별 특성을 고려한 맞춤형 개입의 필요성이 제기되었다.

주요어 노인 건강, 건강 불평등, 건강 형평성, 건강 불평등 완화요인, 질적 주제 분석

Abstract This study aims to examine older adults' experiences of health inequalities and the factors that mitigate them through qualitative thematic analysis. In-depth interviews were conducted with twelve older adults aged 61~90. Participants were classified into three health-status groups—healthy aging, chronic illness, and health deterioration—to explore group-specific patterns. Participants reported health inequalities shaped by financial constraints, limited access to information, unequal social resources, restricted accessibility to medical institutions, and non-age-friendly healthcare and living environments. Group-based comparisons revealed that the healthy aging group benefited from strong informal support networks and community health promotion programs, whereas the chronic illness group experienced ongoing challenges in navigating healthcare and welfare services. The health deterioration group faced the most severe barriers related to mobility limitations, information access, and continuity of care. Factors mitigating health inequalities included economic stability, institutional support, access to reliable information, formal and informal support systems, and community-based health promotion initiatives. These findings highlight the need for tailored, group-specific interventions to address health inequalities in later life.

Keywords older adults health, health inequalities, factors mitigating health inequalities, qualitative thematic analysis

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

전 세계적으로 고령화가 진행됨에 따라 노인의 건강 문제가 중요한 사회적 과제로 떠오르고 있다. 노인들은 경제적, 사회적, 지역적 요인으로 인해 건강 상태와 의

료 서비스 접근에서 차이를 경험하며, 이는 노인 건강 불평등으로 나타난다(Marmot, 2005). 건강 불평등은 단순히 건강 수준의 차이를 의미하는 것이 아니라, 사회적 결정요인(social determinants of health)에 따른 구조적·체계적 불평등으로 이해되어야 한다(World Health Organization, 2008). 소득, 교육, 주거 환경, 의료 접근성, 사회적 지지망 등 다양한 요인이 노인의 건강에 영

* 본 연구는 한국보건사회연구원 연구비 지원을 받아 수행되었음(2023-26).

Corresponding to 박주혜 (Park, Ju-hye)

호남대학교 사회복지학과, 조교수 (Dept. of Social Welfare, Honam University) E-mail, wshelter@hanmail.net

Copyright © 2025 The Korean Association of Human Development. All rights reserved.

향을 미치며, 이러한 요인 간의 격차는 건강 불평등을 심화시키는 중요한 원인이 된다(홍정림, 2022; Adler & Ostrove, 1999; Marmot, 2005).

지금까지 수행된 건강 불평등 연구에 따르면, 사회경제적 요인에 따른 건강 격차는 모든 연령층에서 공통적으로 발견되지만, 노년기에 들어서 현저하게 드러난다고 볼 수 있다(김진영, 2007; 장숙량, 2013). 이는 노화에 따른 신체적 기능 저하뿐 아니라, 생애 전반에 걸쳐 누적되어 온 사회경제적·건강상의 불평등이 가시화되는 시기이기 때문이다. 노년기의 건강 불평등은 단순한 개인의 건강 수준 차이를 넘어 수발자와 가족의 삶의 질, 나아가 사회적 돌봄 체계 전반에도 영향을 미칠 수 있는 중요한 생애주기적 현상으로서, 이에 대한 사회적 관심과 정책적 대응이 더욱 강화될 필요가 있다(이선희, 김미리, 2025).

국내에서 노인의 건강 불평등과 관련한 연구는 소득, 교육, 직업, 의료 이용률과 같은 객관적 지표 중심으로 분석되었다(김태환, 2023; 이미숙, 2009; 이선희, 김미리, 2025; 이옥진, 2014; 장수지, 김수영, 2016; 천희란, 강민아, 2011; 현다운, 2021). 이들 연구는 주로 소득, 교육, 직업 등 사회경제적 지위에 따라 건강 수준이 어떻게 달라지는지를 규명하거나, 건강 불평등 변화 추이를 분석하는 데 초점을 두었다. 또한 이들 연구들은 주관적 건강 인식, 만성질환 수, 일상생활 수행 능력, 우울, 삶의 만족도, 건강행동 등의 지표를 사용하여 건강 결과의 차이를 수치로 나타내고, 고령화 연구패널, 복지 패널 등 대규모 국가자료를 활용해 대표성을 확보하였다. 또한 다층모형이나 경로분석을 통해 사회적 지지나 건강행동의 매개·조절 효과를 검증함으로써 건강 불평등의 통계적 경향을 규명하였다.

또한 최근에는 노년기 건강 불평등의 구조적 원인을 다차원적으로 조명하려는 연구들이 이루어지고 있다. 임현지, 황인혜와 이철승(2021)은 복지 이원주의 체계가 노인의 사회경제적 지위에 따라 건강 자원의 접근성을 달리하며, 결과적으로 노년기 건강 수준의 격차를 심화시킨다고 분석하였다. 신동희(2020)는 디지털 역량과 접근성의 차이가 건강정보 이용 및 의료서비스

접근의 불평등으로 이어지는 새로운 형태의 건강 격차를 낳고 있음을 지적하였다. 또한 김새봄과 최송식(2022)은 사회적 배제의 변화 양상이 노인의 신체적·정신적 건강에 부정적 영향을 미치는 과정을 규명하였다. 이들 연구는 공통적으로 노년기 건강 불평등이 개인의 행태나 생활 습관에 국한된 문제가 아니라, 복지제도, 정보 접근성, 사회적 관계망 등 사회구조적 요인에 의해 심화되는 다층적 현상임을 시사한다. 그러나 이러한 양적 접근은 노인이 일상 속에서 어떻게 불평등을 인식하고 경험하는지, 그리고 사회적·심리적 요인이 어떻게 작용하는지를 충분히 설명하지 못한다는 한계가 있다. 특히, 건강 불평등의 발생과 완화에는 제도적 요인뿐 아니라 정보 접근성, 사회적 관계망, 지역사회 서비스 환경 등 복합적 요인이 작용하므로, 노인의 주관적 경험과 사회적 맥락을 심층적으로 이해할 필요가 있다. 박연환 등의 연구(2019)에서도 보건의료 제공자는 취약 계층 노인을 위한 통합 맞춤형 프로그램을 개발할 때, 이들의 경험과 목소리를 충분히 반영해야 한다고 강조하였다.

전통적으로 건강 불평등 분야는 양적 지표와 통계 검증 중심으로 연구가 이루어졌고, 노인 대상 심층 면담이 인지적 특성과 신체적 제약 등으로 인해 자료 수집이 어렵기 때문에 질적 연구가 상대적으로 제한적으로 수행되어 왔다. 주로 노인의 건강관리 경험, 의료서비스 접근 경험을 주제로 수행되었고(김유진, 2024; 박연환 등, 2019; Knotnerus, Rikken, Bontje, Brabers & Klundert, 2024; Kumlin, Berg, Östlund, & Andersson, 2020), 건강 불평등 경험을 당사자의 목소리를 통해 심층적으로 다룬 연구는 제한적이다. 따라서 본 연구는 사회적 결정요인과 사회구조적 맥락을 분석 틀로 삼아, 노인들이 체감하는 건강 불평등의 구체적 양상과 이를 완화하는 요인을 심층적으로 규명하고자 한다.

국내에서 노인을 대상으로 건강 불평등을 탐색한 질적 연구로는 안성아 등(2011)과 심미영, 염동문, 안성아와 정백근(2012)의 연구가 있다. 이들 연구는 경상남도 건강취약지역에 거주하는 노인들을 대상으로 초점집단 면접(focus group interview)을 실시하고, 현상학

적 방법에 근거하여 이들의 건강 불평등 경험을 분석하였다. 홍콩의 치매 노인 돌봄 제공자들을 대상으로 개별 면접을 실시한 연구에서는 공적 재정지원이 치매 노인의 건강 불평등 완화에 기여하였다는 연구 결과가 제시되었다(Chan, Wong, Wong, & Choi, 2022). 해당 연구들은 사회적 요인이 노인의 건강에 미치는 영향을 질적으로 탐색하였다는 점에서 의의가 있으나, 건강 불평등의 구체적인 경험 양상과 이를 완화하는 요인을 구조적으로 제시하지는 못하였다. 장숙량의 연구(2013)에서 문헌 연구를 통해 생애 이론과 모형을 이용하여 노년기 건강 불평등 이해의 틀을 제시하였으나, 노인이 실제 생활 속에서 건강 불평등을 완화하거나 대응하는 요인까지 심층적으로 분석한 연구는 제한적이다.

또한 선행 연구들은 주로 노인 전체를 하나의 동질적 집단으로 간주하여 건강 불평등의 일반적 요인을 탐색하는 데 집중해왔다(심미영 등, 2012; 안성아 등, 2011). 그러나 노인의 건강 수준은 매우 이질적이며, 이에 따라 건강 불평등의 경험 또한 다르게 나타날 수 있다. 본 연구는 이러한 점에 주목하여, 노인의 건강 상태를 세 개의 그룹으로 구분하고 각 군의 경험을 비교·분석함으로써, 노인 내부의 건강 불평등 구조를 보다 입체적으로 조명하고자 한다. 그동안 WHO 건강노화 프레임워크(World Health Organization, 2015) 및 관련 국내외 연구들은 사회적 결정요인(social determinants of health)과 생애과정 관점에 기반하여, 노년기 건강 불평등이 건강수준에 따라 다르게 형성·경험될 수 있다는 점과 노인의 건강 상태가 기능적 능력, 자원 접근성, 취약성 수준을 결정하는 핵심 요인임을 지적해왔다. 이에 본 연구는 참여자를 건강노화군, 만성질환군, 건강악화군으로 구분하고, 건강상태에 따라 건강 불평등의 양상과 완화 요인이 어떻게 다르게 나타나는지를 심층적으로 분석하고자 하였다. 이러한 접근은 노인의 건강 불평등을 단일 집단의 경험으로 파악한 기존 연구의 한계를 보완하고, 집단 간 차이를 설명할 수 있는 구조적·이론적 틀을 제공한다는 점에서 연구의 의의를 갖는다. 또한 본 연구는 기존 양적 연구(김태환, 2023; 홍정림, 2022)에서 다루어진 건강 격차와 사회경

제적 요인을 질적 경험과 연계하여 탐색함으로써, 노인의 실제 생활 맥락에서 형성되는 건강 불평등과 대응 경험을 구체적으로 드러낸다. 이러한 접근은 국내 노인 대상 질적 연구가 제한적인 연구 환경에서 방법론적 의의를 지닌다(김유진, 2024; 박연환 등, 2019).

2. 연구문제

- 연구문제1. 노인은 일상생활 속에서 건강 불평등을 어떻게 경험하는가?
연구문제2. 노인의 건강 불평등 경험을 완화하는 요인에는 어떤 것들이 있는가?

II. 연구방법

1. 질적연구 및 연구참여자

본 연구는 노인들이 일상 속에서 경험하는 건강 불평등의 양상과 그 완화 요인을 심층적으로 탐색하기 위하여 질적 연구 방법 중 주제 분석(thematic analysis)을 활용하였다. 주제 분석은 노인 건강 불평등처럼 다양한 차원(경제, 사회, 제도, 심리)이 얽힌 문제를 탐구할 때 적합한 방법으로, 연구자의 선 이론적 틀에 종속되지 않고, 참여자의 경험 속에서 공통적 의미와 패턴을 도출하는 데 적합한 접근이다(Braun & Clarke, 2006). 이를 통해 노인 건강 불평등의 단순한 실태와 영향 요인이 아닌 참여자의 경험의 맥락을 탐색하고, 정책에서 등한시되는 심리 사회적 요인에 대한 성찰 및 사회적·구조적 맥락에서 나타나는 불평등의 의미를 다층적으로 이해하여 기존 양적 연구에서는 확인하기 어려운 정보 격차, 사회적 지지망, 지역사회 서비스 경험 등 구체적 완화 요인을 도출하고, 정책 및 사회복지 실천에 적용 가능한 시사점을 제공하고자 한다.

연구참여자는 기존의 양적분석(이선희, 김세진, 박주혜, 이주민, 정연, 2023)을 통해 제시된 결과를 바탕으로 건강노화군 3명, 만성질환군 3명, 건강악화군 3명 총 12명을 목적 표집(purposive sampling)을 통해 선정

표 1. 연구참여자 일반적 특성

유형	연구 참여자	출생연도 (연령)	성별	거주 지역	교육 수준	주관적 경제수준	건강상태
건강 노화군	연구 참여자1	1954 (70세)	남	서울, 경기권	대졸	중상	(고지혈증)
	연구 참여자2	1944 (80세)	여	서울, 경기권	고졸	중상	(이상지질혈증, 갑상선질환)
	연구 참여자3	1945 (79세)	여	경상권	중졸	중하	(없음)
만성 질환군	연구 참여자4	1950 (74세)	남	서울, 경기권	대졸	중상	고혈압, 췌장암 수술
	연구 참여자5	1955 (69세)	여	서울, 경기권	중졸	중	당뇨, 지방간, 관절염, 비만, 백내장, 갑상선, 골다공증, 자궁암 수술
	연구 참여자6	1952 (71세)	남	경상권	중졸	하	당뇨, 혈압, 뇌경색
건강 악화군	연구 참여자7	1955 (69세)	남	서울, 경기권	중졸	하	시각장애 1급, 천식, 고혈압, 심근경색, 망막생색소변색증
	연구 참여자8	1945 (79세)	여	서울, 경기권	초졸	중	장애 6급, 고혈압, 녹내장, 갑상선암수술
	연구 참여자9	1936 (88세)	여	충청권	초졸	하	고혈압, 골다공증, 우울증, 협착증 수술, 장기 요양 4등급
	연구 참여자10	1939 (85세)	남	충청권	초졸	중	고혈압, 관절, 치매, 수면장애, 장기 요양 4등급
	연구 참여자11	1963 (61세)	남	전라권	대졸	하	교통사고 3회 후 허리, 다리 등 기능 제한, 협심증
	연구 참여자12	1934 (90세)	여	서울, 경기권	초졸	하	허리 수술, 다리 등 기능 제한, 뇌졸중 수술, 장기 요양 4등급

하였다¹⁾. 연구참여자 선정 시 노인들의 다양한 특성을 폭넓게 반영하기 위하여 연령(1944년 이전, 1945년 ~ 1954년, 1955년 ~ 1963년), 지역, 성별, 주관적 경제 수준, 가구 유형, 교육 수준, 건강 상태, 만성질환 및 기능 제한 유무 등을 고려하여 선정하였다. 지역의 영향을 고려하여 각각 수도권, 도 단위 시 읍면동 등 지역 특성을 반영하여 노인의 건강행태 및 건강 불평등 경험에 대한 풍부한 정보를 제공할 수 있는 61 ~ 90세 노인 12명을 선정하였다.

연구참여자들의 일반적 특성을 살펴보면 표 1과 같다.

2. 연구절차

본 연구는 연구윤리 준수를 위해 한국보건사회연구원 생명윤리위원회의 심의를 거쳐 승인받았다(제2023-043

호, 2023.6.12.). 자료수집방법은 심층 면접으로 이루어졌으며, 2023년 8월 1일부터 8월 27일까지 진행되었다. 면접 시간은 1시간 ~ 2시간이 소요되었으며, 참여자가 편안하게 건강 관련 경험을 이야기할 수 있도록 하였다.

녹취된 자료는 녹취록으로 재구성되었으며, 녹취록은 원칙을 마련하고 가능한 침묵 등을 놓치지 않고 분위기를 담도록 하였다. 1차 녹취록을 검토 후 녹취록 작성의 원칙을 재검토하고 이를 적용하여 마무리하였다.

연구의 윤리성을 확보하기 위해 인터뷰에 앞서 연구자는 참여자에게 연구자의 신분을 밝히고, 연구 목적과 절차를 설명하였다. 연구 참여 동의서는 연구자가 내용을 한 줄씩 읽으며 이해를 도왔고, 비밀보장과 중도 철회 가능성에 대해서도 충분히 안내하였다. 모든 참여자는 이에 동의하여 자발적으로 서면 동의를 제출하였다. 또한 녹음에 대한 사전 동의를 받았으며, 수집된 자료는 익명으로 처리되어 연구 목적에 한해 분석될 것임을 고지하였다.

1) 건강노화군은 만성질환 2개 이하 및 기능 제한이 없는 경우, 만성질환군은 만성질환 3개 이상인 경우, 건강악화군은 기능 제한이 있는 경우(경우에 따라 장기요양 재가등급을 받은 자)로 조작적 정의하였다.

본 연구는 사실적 가치를 얻기 위해 심층 면접 시 연구 목적에 대한 동의를 구하고, 참여자들이 충분히 자신의 이야기를 할 수 있도록 노력하였으며, 이를 토대로 연구자는 정리하고 도출한 개념이 얼마나 잘 반영되었는지를 객관적 입장에서 정리하였다. 적합성을 얻기 위해 연구 주제에 맞게 건강노화군, 만성질환군, 건강악화군의 노인을 대상으로 하였으며, 심층 면접으로 자료를 수집하여 그 자료로부터 연구 결과를 도출하였으므로 적합성 기준에 합당한 것으로 사료된다.

본 연구는 질적 연구 방법으로 Guba와 Lincoln(1981)이 제시한 질적 연구의 평가 기준인 엄밀성에 대한 4가지 논점인 사실적 가치(내적 타당도:신빙성), 적용성(외적타당도:적합성), 일관성(신뢰도:확실성), 중립성(객관성:확증성) 등을 통해 신뢰도와 타당성을 확보하였다. 사실적 가치는 연구 참여자의 실제 경험이 왜곡 없이 반영되도록 보장하는 것으로, 본 연구에서는 면담 전사본과 초기 분석 내용을 일부 참여자에게 확인받는 참여자 검토(member checking)를 통해 신빙성을 확보하고자 하였다. 또한 노인들의 표현과 맥락이 손상되지 않도록 전사 자료를 반복적으로 검토하며 해석의 타당성을 점검하였다. 적용성은 연구 결과가 유사한 맥락에서 전이 가능할 정도로 충분한 맥락적 정보를 제공하는지를 의미한다. 이에 연구자는 참여자의 인구 사회학적 특성과 생활환경, 건강 상태, 지역사회 자원 등의 맥락을 구체적으로 서술함으로써 연구 결과가 타 환경에서도 비교·이해될 수 있도록 하였다. 일관성은 연구 과정이 체계적이고 일관되게 수행되었는지를 평가하는 기준으로, 연구자는 자료 수집 및 분석 과정을 단계적으로 기록하고, 분석 전 과정을 연구일지로 보관하여 절차의 투명성을 유지하였다. 마지막으로, 중립성은 연구자의 주관적 해석이 자료에 의해 충분히 근거되고 있는지를 평가하는 것으로, 연구자는 연구 전 과정에서 자신의 가치관이나 선입견이 분석에 영향을 미치지 않도록, 면담 직후나 분석 과정 중에 느낀 점과 해석의 단서를 연구노트에 지속적으로 기록하며 스스로의 해석 과정을 점검하였다. 이를 통해 자료 해석의 일관성과 확증성을 확보하고자 하였다.

3. 자료분석

자료 분석은 Braun과 Clarke(2006)의 주제 분석 6단계 절차를 따랐다. 우선 전체 참여자를 대상으로 통합적 주제 분석을 실시하여 노인의 건강 불평등 경험의 주요 주제와 하위범주를 도출하였다. 먼저 자료에 익숙해지기 위해 전사 자료를 반복적으로 읽으며 의미 있는 진술을 표시하였고, 의미 있는 문장이나 단락 단위로 초기 코드를 부여하였다. 이어서 유사한 코드들을 묶어 잠정적 주제(candidate themes)를 구성하였고, 주제 간의 관계를 검토하고 상위범주와 하위범주를 체계화하였으며, 도출된 주제에 명확한 정의와 명칭을 부여하였다. 이후, 도출된 주제별로 건강 상태 특성(건강노화군, 만성질환군, 건강악화군)에 따른 경험의 의미, 강도, 맥락의 차이를 파악함으로써, 건강 불평등의 다층적 의미를 심층적으로 탐색하였다.

III. 연구 결과

12명의 연구 참여자에 대한 인터뷰 내용을 분석한 결과 최종적으로 ‘노인의 건강 불평등 양상’과 ‘건강 불평등 완화 요인’의 두 개의 상위 주제와 10개의 하위 주제를 도출하였다(표 2 참조). 연구참여자들이 인식하는 건강 불평등의 양상은 소득 격차로 인한 불평등한 치료, 정보 격차로 인한 소외, 사회적 자원 불균형, 의료기관에 대한 접근성 격차, 노인 비친화적인 보건의료 및 편의시설 등 총 5개의 하위 주제와 10개의 개념으로 도출되었다. 또한 건강 불평등 완화 요인은 노년기 경제적 안정과 제도적 지원, 정보 습득 능력 및 정보제공자 확보, 공식·비공식 지지체계의 도움, 지역사회 건강 증진 프로그램과 서비스, 질병 예방 및 치료에 도움이 되는 의료·복지 지원체계 등 총 5개의 하위 주제와 11개의 개념으로 도출되었다.

표 2. 노인의 건강 불평등 경험 분석 결과

상위주제	하위 주제	개념
노인의 건강 불평등 양상	소득 격차로 인한 불평등한 치료	비용 부담으로 필요한 검사를 받지 못함
		의료비 과부담으로 질병과 빈곤의 악순환을 경험함
		수급자와 비수급자 간에 서비스 질의 차이를 느낌
	정보 격차로 인한 소외	보건의료 및 복지서비스 정보 습득의 어려움
	질병 관리에 필요한 자원 불균형	지지체계 부족
		수발자원 부족
노인의 건강 불평등 완화 요인	의료기관에 대한 접근성 격차	대형 병원으로의 이동의 불편함
		응급센터 이용의 불편함
	노인 비친화적인 보건의료 및 편의시설	대형 병원의 복잡한 이용 절차
		의료 및 생활시설의 노인 접근성 한계
	노후 경제적 안정과 제도적 지원	노년기 안정적 수입
		기초연금, 암 수술비 등 사회보장제도
	정보 습득 능력 및 정보제공자 확보	노인의 주체적 정보 습득 노력
		주변인으로부터의 정보 습득
	공식·비공식 지지체계의 도움	버팀목이 되는 복지자원들과의 만남
		가족, 친구, 이웃과의 좋은 관계
	지역사회 건강 증진 프로그램과 서비스	생활체육시설의 보편화
		노인의 욕구에 맞는 다양한 복지프로그램
	질병 예방 및 치료에 도움이 되는 의료·복지 지원체계	찾아오는 서비스를 통한 질병의 조기 발견 및 치료
		친절하고 유능한 의료진과의 만남
		발전하고 있는 보건의료 및 복지제도 시스템

1. 노인의 건강 불평등 양상

1) 소득 격차로 인한 불평등한 치료

(1) 비용 부담으로 필요한 검사를 받지 못함

노인들은 경제적 여건의 제약으로 인해 질병의 조기 발견과 치료가 필요한 상황에서도 의료기관을 이용하지 못하거나, 비용이 부담되어 검사를 미루는 경험을 보고하였다. 이들은 건강 이상을 자각하고 있음에도 불구하고, 검사비나 치료비 부담으로 인해 필요한 검사를 받지 못하기도 하였고, 경제적 여건의 제약으로 인해 조기 진단의 기회를 상실하고, 질병이 악화된 이후에야 의료기관을 찾는 경우가 많았다. 특히 기초생활수급자 보다는 차상위 계층이나 일반 저소득층 노인들이 의료비 지원의 사각지대에 놓여있다는 인식도 두드러졌다. 이러한 경험은 소득 수준에 따른 건강관리 기회의 불평등이 노년기 삶의 질에 직접적으로 영향을 미치는 구조적 문제임을 시사한다.

“검사비가 많이 들기 때문에 그런 것을 조금 지원 좀 해주고 그랬으면 좋겠는데. 차상위계층, 어중간한 사람들, 병원에 자주 가는 사람들은 조금 혜택을 줘야 되지 않겠느냐. 코드를 조금 어떻게 다시 조정을 해서라도 좀 지원을 해줘야지 너무 격차가 있는 것 같고.” (참여자1)

“(건강이) 안 좋은 것이 분명히 느껴지는데 돈이 없으니까 할 수 없고. 뭐가 안 좋은데 하고 싶는데 할 수는 없고... (중략) 나라에서 하라는 것은 돈이 안 들어가는데 그런 것은 좀 믿음이 안 가고 내가 어떤 부위가 안 좋은 것 같은데 검사 좀 해보고 싶다 그러면 그걸 건강검진에서 딱 해주면 마음이 놓이잖아요. 나중에 아픈 데 가서 MRI 찍으려고 하면 서너 군데 찍으면 그것만 하더라도 한 백 얼마 하니까 돈이 없어요. 하고 싶어도 못 해.” (참여자11)

(2) 의료비 과부담으로 질병과 빈곤의 악순환을 경험함
노후에 일정한 수입이 없는 노인들은 높은 치료비와 약값을 지출하면서 질병과 빈곤이 반복되는 악순환을 경험하게 된다. 특히, 자신의 경제 수준을 ‘중’ 또는 ‘하’로 인식하는 참여자들은 그동안 모아온 돈을 병원비와 약값으로 대부분 소진하게 되어, 결국 가계가 빈곤 상태로 내몰리게 된다고 호소하였다.

“한 달에 심근경색이 8만원 나오고 천식은 20 ~ 40만 원 나오고 이제 검사하고 그러면 1년에 60 ~ 70만원 나오는데 그런 게 부담이 가죠. 버는 거 하나도 없는데. 내가 못 벌잖아. 솔직히 말해서 우리 와이프가 청소해서 버는 거 아니에요.” (참여자7)

“병원에 한 번씩 갔다 오면 보통 돈이 많이 들지 뭐. 약값이 비싸니까. 내가 약을 많이 먹으니까 약 값이 비싸더라.” (참여자6)

“그때 농사짓고 벌여놓은 게 있었거든? 그런데 그걸 파서 자꾸자꾸 쓰니까 이제. 아픈 데 나가고. 나가고. 이제 병원비가 걱정이고.” (참여자10)

(3) 수급자와 비수급자 간에 서비스 질의 차이를 느낌
기초생활수급자인 연구참여자11의 경우 의료기관 내에서 기초생활수급자 여부가 드러나는 순간부터 미묘한 시선과 태도의 차이를 경험했다고 진술하였다. 이들은 의료비 지원을 받음에도 불구하고, 의료진이나 행정직원의 대응 방식에서 ‘일반 환자와는 다르게 대우받는다’는 인식을 가지고 있었다. 이러한 경험은 단순한 치료의 질 차이뿐 아니라, 경제적 지위에 따른 낙인과 차별의식을 내면화하게 만드는 요인으로 작용하였다.

“병원에서 기초 수급 이런 것들이 다 나오잖아요. 그러면 벌써 눈치가 틀리고. 대우가 다른 것 같고 막 이러니까 가기가 싫고. 접수하는 순간부터 내가 퇴원할 때까지 이런 부분들을 안 느끼려고 어쨌든 나라에서 다 받는데도 그렇게 인간들이 상황에 따라서 영혼이 이러

게 달라지는구나. (중략) 느껴져요. 돈 안 내서도 됩시다. 이 자체부터가 대우가 틀려요. 뭘 물어보면 아주 간단하게 딱 하고, 뭘 말 나오면 질문을 못 하게 딱 커트시키는 형식이 돼버린다든가. 이러면 물어보고 싶어도 못 물어봐.” (참여자11)

2) 정보 격차로 인한 소외: 보건의료 및 복지서비스 정보 습득의 어려움

연구참여자들 중 고령과 장애로 인하여 스마트폰 등 디지털 기기의 활용이 어려운 경우 건강 관련 정보, 의료 및 복지서비스 정보에 대한 접근성이 낮아 정보 습득에 있어서의 격차를 드러냈다. 특히 고령에 속하는 해방 전 이후 출생한 연구참여자10은 스마트 기기를 통한 정보습득 경험이 없다고 하였고, 시각장애로 인해 기능제한군에 속하는 연구참여자7의 경우에는 자신에게 필요한 복지서비스를 신청하는 방법을 모르고 있다는 점 등으로 볼 때 다수의 노인들이 스스로 정보습득이 어려워져서 정보의 사각지대에 놓여있음을 발견할 수 있었다. 디지털 기술의 발전에도 불구하고, 노인들은 여전히 정보 접근과 디지털 기술 사용에 있어 상당한 격차를 경험하고 있었다(신동희, 2022).

“스마트폰으로 정보 찾아본 적 없어요. 전화만 하죠. 동영상도 안보고, 원래부터 그런 거 안 해봐서 몰라.” (참여자10)

“어떻게 신청을 전화로만 하는 건가 어떻게 하는 건가 방법을 또 모르니까.” (참여자7)

3) 질병 관리에 필요한 자원 불균형

(1) 지지체계 부족

홀로 고립되어 단절된 생활을 하고 있는 연구참여자11의 경우 대화와 정서적 교류를 나눌 사람이 없어서 외로움을 표현하였고, 말벗이 될 친구를 만날 수 있는 기회가 생기기를 희망하고 있었다. 연구참여자의 유형 중 만성질환군 및 건강악화군의 경우 장기화된 질환으

로 인해 시간이 갈수록 자신의 처지에 대한 비관으로 주변 지지체계와의 관계가 소원해지고 단절되는 모습을 볼 수 있었다.

“나처럼 이렇게 혼자 있거나 나이 든 사람들은 사실 대화를 해야 되거든요. 그게 가장 큰 의미인데 사람이라는 게 이런 걸 언제 어디서든 간에 자연스럽게 이야기를 할 수 있는 제도적 이런 게 보완이 되어야” (참여자11)

(2) 수발자원 부족

지지체계의 부족뿐 아니라 병원 동행, 간병 등 수발 자원이 부족한 현상도 노인들의 자원 불균형 현상의 예로 볼 수 있다. 특히 신체기능이 제한된 건강악화군에 속하는 연구참여자 7과 8의 경우 가족 외에는 병원에 동행해 줄 사람을 찾지 못하는 경우가 자주 있어서 난감함을 표현하였다.

“병원예를 가야 되는데 가족하고 가야 되잖아. 그러면 가족이 연차를 내야 되는데 또 못 내잖아. 좀 애매하더라고. 그리고 치과를 내가 한 한 달, 한 3개월, 한 4개월 다녔어요. 같이 갈 사람이 없는 거야. 치과는 뭐 이틀에 한 번 가고, 3일에 한 번 가고, 맨날 가야 되잖아요. 그러니까 뭐 조카도 부르고 막. 그거 뭐 어떻게 해야 할지 모르겠더라고.” (참여자7)

“내가 만약에 뭐 애 없을 때 침을 맞으러 간다 할 때는 그때 보조해줘야지. 아들 말고는 도움받을 사람이 없어요.” (참여자8)

4) 의료기관에 대한 접근성 격차

(1) 대형 병원으로의 이동의 불편함

연구참여자들 중 지방에 거주하고 있는 노인들은 대형 병원이 거주지로부터 멀리 떨어져 있어서 이동의 불편함을 호소하였다. 건강 악화군에 속하는 연구참여자 8은 동네병원에 대한 불신과 대형 병원에 대한 신뢰를 강하게 표현하였고, 자차가 없어서 대중교통을 이용해

야 하는 불편을 감수하면서 멀리 있는 대형 병원에서 진료를 받고 있었다. 만성질환군과 건강악화군의 경우 중증 질환 치료 및 응급상황 시 신속한 대처가 필요하여 대형 병원에 대한 의존도가 더욱 높는데, 지방이나 수도권 외곽에 거주하고 있는 연구참여자들은 타지역에 있는 대형 병원까지 이동하는 것이 어렵기 때문에 대형 병원의 지방분산이 필요하다고 강조하였다.

“못 믿어. 나는 그러고 눈도 했는데, 저 아줌마 눈도 녹내장 있어 동네병원 가서 했는데 잘못 돼 가지고 맨날 병원에 가는 거야. 믿지를 못해. 그러고 잘 안돼.” (참여자8)

“(서울 큰 병원) 갈 때는 둘이 같이 올라가 가지고 모텔 하나 잡아서 둘이 자고 아침 일찍 병원에 가고. 그게 제일 힘들어.” (참여자3)

“환자인 소비자도 유명 병원만 찾을 것도 아니긴 하지만, 지역적으로 좀 분산을 시켜줘야지.” (참여자4)

(2) 응급센터 이용의 불편함

연구참여자들은 응급의료센터 역시 거주하는 지역에서 멀리 떨어져 있어서 응급상황에서 바로 이용하기 어렵다는 부분과 응급센터의 대기가 긴 부분을 지적하며 응급의료시스템의 개선이 필요하다는 점을 강조하였다.

“대기가 길고 그러니까 더 죽게 생긴 사람은 조금 그것보다 좀 약물을 붓든지 무슨 체계를 시스템을 어떻게 바꾸든지 해서 그 사람을 먼저 생명을 살리는 게 우선이니까 그런 게 좀 필요하지 않느냐.” (참여자1)

5) 노인 비친화적인 보건의료 및 편의시설

(1) 대형 병원의 복잡한 이용 절차

건강악화군에 속하는 연구참여자8의 경우 대형 병원의 이용 절차가 복잡하여 혼자서 병원 이용이 어렵다고 호소하였다. 건강노화군이나 만성질환군이라도 상

대적으로 연령이 낮고 고학력인 연구참여자의 경우에는 병원 곳곳에 배치되어있는 안내봉사자의 안내만으로도 충분하다고 하였으나, 고령의 건강악화군의 경우에는 신체기능 제한으로 병원을 혼자 이용하기에는 어려움이 많다는 것을 알 수 있다.

“요새는 병원이 여러 가지 복잡하고 병원 의사 볼 때 또 몸무게 재라, 뭐 재라, 밀도 끝도 없이 하니까 말귀도 잘 못 알아듣겠고 나이가 드니까 병원에 갈 때 힘들어요. 돈도 뭐 찍어 가지고 하라 하니까 몰라. (중략) 모르면 안내 같은 거 좀 해주고. 만약에 애(아들)가 못 따라갈 경우에는 사진 찍고 하는 거 돈 내는 거 그거 어디 가서 돈 내야 된다. 어디 가서 사진 찍어야 된다. 이런 걸 안내를 좀 해줬으면 좋겠어. 안내하는 사람 있어도 옳게 안 해줘요. 데려다 주지도 않고 저기로 가세요.” (참여자8)

(2) 의료 및 생활시설의 노인 접근성 한계

연구참여자들 중 만성질환군과 건강악화군에 속한 노인들은 몸이 불편한 상태에서 외출을 했을 때 곳곳에 위험한 요인들이 있고, 다른 사람들에게 폐를 끼치게 되어서 외출을 삼가는 모습을 보여주었다. 건강노화군에 속한 노인들은 인근 체육시설이나 복지시설을 자유롭게 이용하고 누리고 있는 반면, 신체적으로 기능에 제한이 있는 노인들의 경우 운동과 산책을 하고 싶어도 이러한 노인들의 특성에 맞는 편의시설들이 부재한 것이 현실이므로 더욱 집안에서 나오지 않게 되고 사회적 활동과 사회관계망에서 배제되는 결과를 초래하게 된다.

“헬스장도 가서 (운동)하고 싶은데, 내가 다녀보니까 민폐야, 민폐.” (참여자7)

“허리 이런 데가 통증이 오고 그러니까 어느 정도 딱 걸으면 앉아서 쉬어야 해요. 그런데 몇 번 앉아서 쉴 수 없고, 그런 데가 시설이 잘 돼 있는 것도 아니고, 다닐 수가 없잖아.” (참여자11)

“운동도 어디 가서 할 데도 없고 집 밖에 나가면 젊은 사람들이 할머니 차도 위험하고 자전거도 위험하고 그래서 집에서 계세요 그런 소리를 하더라고요. 걸어가다 옆으로 피하려면 뺑뺑하고 하면 아이고 무섭고 그렇더라고요.” (참여자12)

2. 노인의 건강 불평등 완화 요인

1) 노후 경제적 안정과 제도적 지원

노인들은 경제적 안정과 제도적 지원이 노년기의 건강 불평등을 완화하는 핵심 요인으로 인식하였다. 일정한 수입이 확보되면 병원비, 약값, 건강식품 구입 등에 대한 부담이 줄어들고, 질병이 발생하더라도 조기 치료와 관리가 가능해진다고 진술하였다. 또한 기초연금이나 보험, 수술비 지원 등 사회보장제도는 ‘경제적 이유로 치료를 포기하지 않게 해주는 최소한의 안전망’으로 언급되었다.

(1) 노년기 안정적 수입

참여자들은 일정한 소득과 경제적 안정이 확보될 때, 노년기 삶과 건강관리에서 심리적 안정을 느낀다고 진술하였다. 안정적 수입은 단순한 생활비 충당을 넘어, 병원 이용, 건강식 구매, 예방적 건강관리 등 실질적 건강관리 행동을 지속할 수 있는 기반으로 작용하였다. 또한 자녀에게 의존하지 않고 생활할 수 있는 경제적 자립은 삶의 자율성과 자존감을 유지하게 해주며, 건강 유지에도 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

“우리 남편이 경제적으로 어쨌든 안정은 됐잖아요. 그래서 제가 어디다가 돈 빌릴 정도는 아니고, 경제적으로 크게 부자는 아니지만 안정은 되게 항상 살아가지고...제가 열심히 살아서 노후에 자식한테 의지하지 않고, 과일 한 한 박스라도 애들 사줄 정도로 돈이 되니까 이만하면 족하지.” (참여자2)

“일단은 안심되는 건 누구나 다 그건(실비보험) 다 들더라고. 없는 사람 없더라고. 경제적인게 조금 안심

이 되죠.” (참여자5)

(2) 기초연금, 암 수술비 등 사회보장제도

노인들은 기초연금, 암 수술비 지원, 의료비 감면 등 사회보장제도의 혜택이 실제 생활에서 큰 도움이 된다고 인식하였다. 이러한 제도적 지원은 질병의 조기 진단과 치료를 가능하게 하고, 의료비 부담으로 인한 치료 지연을 예방함으로써 건강 불평등을 완화하는 중요한 완충 요인으로 작용하였다. 특히 기초생활수급자나 저소득층 노인의 경우, 본인부담금 경감이나 고액 진료비 지원이 ‘경제적 이유로 치료를 포기하지 않게 해주는 최소한의 안전망’으로 언급되었다. 일부 참여자는 이러한 혜택이 없었다면 검사나 치료를 받지 못했을 것이라 말하며, 사회보장제도의 실질적 보호 효과를 강조하였다.

“경제적으로는 자식들이 돈 대느라고 어렵겠지만은 나는 그냥 또 정부에서 좋은 일 해서 살리잖아요. 노령연금 나오고 그래서 쓰고 그러면 먹고 살아요.” (참여자12)

“남편 연금 받고 용돈 충분해. 안 그러면 내가 산에 어떻게 가.” (참여자2)

“암 수술할 때 나라에서 지원을 해줘서 그때는 정말 감사했어요. 돈이 없었으면 수술도 못 했을 거예요. 기초연금도 나오니까 약값이나 병원비 걱정이 좀 덜하죠. 그게 아니었으면 병원 자주 못 갔을 거예요.” (참여자5)

2) 정보 습득 능력 및 정보제공자 확보

노인들은 건강 정보를 얼마나 신속하고 정확하게 얻을 수 있는지가 건강관리에 큰 영향을 미친다고 진술하였다. 정보 접근성의 차이는 의료 서비스 이용 여부, 치료 결정, 건강행동 실천에 직접적인 영향을 주었으며, 이는 곧 건강 불평등의 또 다른 축으로 작용하였다. 반면, 다양한 경로를 통해 건강 정보를 습득하거나, 주변인으로부터 꾸준히 정보를 제공받은 노인들은 자기

관리 능력과 의료 이용 역량이 높게 유지되는 것으로 나타났다.

(1) 노인의 주체적 정보 습득 노력

일부 노인들은 스스로 건강 정보를 탐색하고 이를 활용하려는 적극적 정보 습득 행동을 보였다. 이들은 병원 방문, 지역사회 프로그램, TV·인터넷·휴대폰 앱을 통해 건강 관련 지식을 습득하며, 자신의 상태를 이해하고 대응하는 데 활용하였다. 특히 건강노화군과 만성질환군에 속하는 참여자들은 스스로 스마트폰 등 디지털 정보화기기를 사용하여 다양한 건강 정보 및 의료 서비스 정보를 습득하고 있었다.

“TV도 보고 그러면은 ‘무엇이든 물어보세요.’ 라든지, 건강 체조 요법 같은 것도 나오고 건강 관리법도 많이 나와요. 허리 아픈 데에는 뭐가 좋고, 어디 아픈 데 뭐가 좋다는 거 많이 나오잖아요. 내가 정보는 각 기관에 홈페이지 회원가입을 다 해 놔 가지고 서울시 청이라든가 노동부라든가 고용노동부라든가 이런 데 회원가입 해가지고 거기서 매일 알림 같은 게 와요.” (참여자1)

“신문이나 인터넷 같은 거, 유튜브 보면 근교에 가까우면서 산책하기 좋은 곳 이런 거 나오잖아. 우리 친구들은 다 고졸 이상이니깐. 다들 유튜브, 인터넷 보면서 검색...” (참여자2)

(2) 주변인으로부터의 정보 습득

노인의 정보 격차를 완화 시켜 주는 요인으로 지지체계로부터의 정보제공이 중요한 역할을 하고 있었다. 90세인 연구참여자12의 경우 스스로 정보 습득 능력이 제한되나 요양보호사의 적절한 정보제공으로 기초노령연금에 대해 안내받고 지원을 받을 수 있게 되어서 큰 도움이 되었고, 연구참여자10과 11의 경우에는 비공식 지지체계인 동네 사람들의 정보제공으로 도움을 받고 있었다. 이러한 정보제공자들의 적극적인 정보제공이 노인들의 정보 격차와 정보 소외현상을 완화시켜 주고 있었다.

“요양보호사가 진짜 똑똑했어요. 노인들이 왜 혜택을 받아야 되는지 몰라서 못 받는 것도 있잖아요. 그런 정보를 너무 똑바로 알아 가지고 복지 혜택을 받을 수 있는 여러 가지 정보를 많이 알려주셔서 가지고 그분 때문에 동사무소에서 건강 상태라든지 이런 거에 발맞춰서 요양등급도 받고.” (참여자12)

“딸이 그 선생님이 훌륭하다고 소문도 듣고 거기 가서 수술 받으라해서...(중략) 딸이 또 엄마 조그만 병원 가지 말고, 아예 대학병원 가라고 해서.” (참여자5)

“나가서 사람들 막 대화하고 만나면 아프다고 하면 어디 병원 가 봐 하고 정보 알려주지.” (참여자10)

“나는 기초생활 수급자라는 말 자체를 몰랐어요. 신경 안 썼고, 관심도 안 가졌고 먹고 살려고 노력을 그렇게 하다 보니까 그런데 그런 이야기를 이웃 노인분한테 듣고.” (참여자11)

3) 공식 · 비공식 지지체계의 도움

노인들에게 있어 공식 · 비공식 지지체계는 단순히 실질적 도움을 제공하는 것을 넘어, 심리적 안정감과 소속감 회복에 기여함으로써 건강 불평등을 완화시키는 중요한 사회적 자원이 되고 있었다. 특히 1인 가구로 홀로 고립되어 생활하고 있는 건강악화군의 노인들에게 있어서 사회복지사와 요양보호사의 방문은 이들에게 유일한 지지체계로서의 역할을 하기도 한다. 홀로 생활하고 있는 연구참여자11의 경우 사회복지사의 방문이 유일한 사회적 관계망이 되고 있고, 연구참여자12의 경우 자녀와의 분가 이후 요양보호사와의 만남을 통해 삶의 안정을 찾게 되는 등 좋은 복지자원들과의 만남은 노인들의 삶에 가족 이상의 지지체계 역할을 감당해주고 있었다. 또한 주간보호센터와 노인복지관에서 만나는 친구들, 사회복지사와의 만남이 불면증과 우울을 겪으며 고립되어 있던 참여자들을 집 밖으로 끌어내 주는 역할을 해주고 있었다. 건강노화군에 속하는

연구참여자2의 경우에도 사별 후 수 개월 외부인과의 접촉을 끊고 지내는 중 노인복지관의 친구들과 복지사들의 적극적인 연락으로 현재는 다양한 사람들과 접촉하며 활기찬 노년을 보내고 있었다.

(1) 버팀목이 되는 복지자원들과의 만남: 공식 지지체계의 제도적 지원

노인복지관, 주간보호센터, 요양보호사 등 공식 기관을 통한 지원은 건강 불평등 완화에 실질적으로 기여하고 있었다. 사회복지사 또는 요양보호사의 정기적인 방문, 노인 복지관의 다양한 프로그램 등은 노인의 건강 정보 접근과 관리 능력을 향상시키는 데 도움이 되었다. 이러한 공식적 지원체계는 보편적 접근성과 신뢰성을 통해 노인의 건강 불평등을 완화시키며, 의료 접근성의 사각지대를 보완하는 역할을 수행하고 있었다.

“오로지 만나는 사람은 딱 한 명이에요. (사회복지사 덕분에) 의지도 되고, 덜 고생하고, 조금 더 여한 없게 살고 있습니다. 누구하고 이야기해 본 적도 없고, 딱 인연을 딱 끊고 살았는데 (사회복지사를) 보는 순간 문을 여는 순간 참 좋다. 선하다.” (참여자11)

“요양보호사가 10분 거리에 있어서 밥 차려주고 내 복이지.” (참여자12)

“수면제를 꼭 하루에 한 알씩 먹었는데 여기 덩기면서 잠을 잘 자요. 수양도 되죠. 집에 있는 것보다 여기 나오면 또 사람들 쳐다보고 선생님들이 얘기하는 것도 듣고 그러니까 또 순간순간 잊어버리죠.” (참여자9)

“(남편 잃고 우울해서 누워있는데) 복지관 선생님이 막 나오라고. 막 전화를 막 해주더라고. 얼마나 고마운지. (복지관)친구들이, 너 안 나오면 안 돌아간다 하면서 막 나오라고. (웃음) 억지로 끌려가 나오고, 하나는 막 이 운동장에서 기다리고, 서 가지고, 계속 전화질을 막 해서. 그래 나가보자. 하고 나왔더니 하루 이틀 나오니까. 친구가 좋아. 빨리 나오라고. 전화할 때 그 한마

다가 힘이 굉장히 되더라고. (중략) 혼자 나오기 힘들지. 아무도 아무 소리 안 하고 가만히 있으면 나오기 힘들어요. 그래서 진짜 고마웠죠. 나를 안 잊어주고 생각해 주니까.” (참여자3)

(2) 가족, 친구, 이웃과의 좋은 관계: 비공식 지지체계의 정서적·실질적 도움

참여자 모든 유형에 있어서 공통적으로 도움이 되는 자원은 가족, 친구, 이웃 등 노인을 둘러싼 비공식 지지체계였다. 이러한 지지체계들은 노인에게 일상에서의 정서적 지지뿐만 아니라 질병 관리나 위급 상황에서 실질적 돌봄으로 이어졌다. 참여자들은 ‘혼자가 아니라는 느낌’이 건강 유지에 큰 힘이 된다고 진술하였다.

이들은 비공식적 지지체계는 이들은 단순한 물리적 도움을 넘어 정서적 안정과 사회적 유대감을 제공하며, 이는 노인들의 건강행동의 지속성으로 이어졌다.

“내가 병원에 안 간다고 했을 적에도 아내가 거의 반강제로 병원에 가게 만들고, 심장 아플 때도 당일 날 아내가 병원을 막 강제로 끌고 가는데 나는 괜찮다고 그랬어요. 아내 아니었으면 죽었어요.” (참여자4)

“저녁이면 딸 셋이 그냥 번갈아가면서 전화해요 딸 자식이 여럿이니깐 마음은 편하던구먼. (중략) 그냥 이웃에서 좋아요. 서로 돕고 나는...그 사람도 혼자니까 심심하니까 그냥 그리고 나는 다리가 성하지 못하니까 가지를 못하고 그 양반이 와서 같이 놀아요. 연결돼서 이제 서로 자손들은 있지만은 그냥 외로우니까” (참여자12)

“힘들 때 나를 지탱해준 게 가족 같아, 나는 가족이 최고 중요한 것 같아요. (중략) 향우회, 한 60명 됐는데 지금 한 30명 만나고, 동창들도 한 30명 되는데 한 20명 만나고, 소꿉친구. 한, 남자, 여자 해서 한 16명 지금도 만나고. 무슨 복이 있는지, 이렇게 잘해주는 친구들이 많아. 그런 게 많이 도움이 되고...” (참여자7)

“내가 힘들 때 의지할 수 있는 사람은 집사람밖에

없지. 그래서 애정 표현하는 거지 내가. 집에 가면 집사람이 나와 가지고 대화하고, 손잡고 데리고 가고 그래. 집에 있을 때 집사람이랑 같이 있으니까 재미있지.” (참여자10)

“딸내미 친구들이 죽도 사다 주고, 내 친구가 계속 죽을 꿔여다 날라줬어. 이웃에 친구가 흰죽, 팔죽, 녹두죽, 전부 바꿔가면서 꿔여다 주고. 진짜 고마웠어요. 개네들 아니었으면 진짜 애먹었을 거야.” (참여자3)

“아들이 나한테 투자 많이 해요. 아들이 월급 타면 나한테 영양제 뭐 좋다고 하는 거, 뼈가 안 좋으니까 뼈에 좋다 하는 거 다 해주고.” (참여자8)

4) 지역사회 건강 증진 프로그램과 서비스

(1) 생활체육시설의 보편화

노인들은 지역사회 곳곳에 마련된 공원 산책로, 근린 운동기구 등 생활체육시설의 확충이 신체활동을 촉진하고 건강 유지에 도움이 된다고 인식하였다. 참여자 2는 지역 내 체육시설 접근성이 높아지면서 일상적인 운동 참여가 용이해졌음을 강조하였다. 이처럼 지역사회 내 생활체육시설의 보편화는 노인들이 별도의 비용이나 제약 없이 건강관리 활동에 참여할 수 있도록 돕는 구조적 완화 요인으로 작용하고 있었다.

“근력 운동하는데 요새 곳곳이 운동 시설이 너무 잘 돼 있잖아요. (중략) 제가 장소를 가리지 않는 게 공원 산책길이 요새 우리나라가 정말 잘 돼 있더라고요. 산에 가니까 이정표가 너무 잘 돼 있더라고요. 자락길도 잘 돼 있고 해서.” (참여자2)

(2) 노인의 욕구에 맞는 다양한 복지프로그램

노인들은 복지관 등 지역사회 기관에서 제공되는 다양한 프로그램 참여를 통해 새로운 기술을 배우고, 사회적 관계를 형성하며, 삶의 활력을 얻고 있었다. 복지관에서의 자원봉사나 학습활동은 노인들에게 단순한 여가 활동을 넘어 자기효능감과 사회적 유대감 회복의

계기로 기능하였다. 이러한 경험은 건강 불평등을 완화하고, 신체적·정서적 건강을 증진시키는 지역사회 기반의 보호 요인으로 해석된다.

“복지관에 와서는 할 줄은 몰라도 다 배웠어요. 다 하고 싶어 가지고. 진짜 너무 좋아서 이거 없으면 큰 일 나. 진짜 좋아요. 식당에 봉사도 하고. 복지관 없으면, 어디 가서 우리가 그런 걸 할 수 있어.” (참여자3)

5) 질병 예방 및 치료에 도움이 되는 의료·복지 지원체계

노인들은 최근의 보건의료체계 발전과 복지서비스 확대가 건강관리의 접근성을 높이고, 질병 예방 및 치료의 기회를 확대하는 데 실질적으로 도움이 되고 있다고 인식하였다.

(1) 찾아오는 서비스를 통한 질병의 조기 발견 및 치료

참여자들은 찾아오는 건강검진, 보건소 프로그램 등을 통해 질병을 조기에 발견하거나 적절한 시기에 치료를 받을 수 있었던 경험을 언급하며, 조기 개입이 건강 악화를 예방하는 핵심 요인임을 강조하였다. 만성질환군에 속하는 연구참여자4의 경우 췌장암을 조기 발견하여 완치된 경우로서 현대 의학의 발전에 힘입어 새 생명을 얻게 되었다고 우리나라 의료 시스템에 대하여 자랑스럽게 이야기하였고, 건강노화군에 속하는 연구참여자3는 지방에 거주하고 있지만 찾아오는 검진 서비스가 질병의 조기 발견 및 예방에 도움이 된다고 하는 등 질병 예방 및 조기 발견이 건강 불평등 완화의 큰 요인이 되고 있음을 알 수 있었다.

“검사를 방마다 하더라고요. 그래서 CT를 찍으니까는 20mm짜리가 뭐가 있다 그러면서 큰 병원에 가라고 그래서, 병원 빨리 가야 되겠다고...상당히 운이 좋게 일찍 발견됐죠. 거의 죽더라고. 내 친구도 죽고, 주위 사람 많이 죽었어요. 췌장암 때문에...현대 의학 때문에 내가 살고 있습니다.” (참여자4)

“건강검진은 대구에서 무슨 병원에서 와 가지고, 이래하는(검진해주는) 거 있대. 이거 좋아요. 우리네 같은 사람은 차가 없으니까 가기가 훨씬 힘들잖아요. 우리 할머니들 많이 와요. 나같은 사람들.” (참여자3)

(2) 친절하고 유능한 의료진과의 만남

참여자들은 친절하고 유능한 의료진과의 만남이 노인들이 치료 과정을 신뢰하고 지속적으로 의료서비스를 이용하도록 하는 중요한 심리적 요인으로 작용한다고 하였다. 의료진의 태도와 소통방식은 치료 만족도뿐 아니라 노인의 건강행동에도 직접적인 영향을 미치고 있었다.

“의사 선생님이 좋은 분 만나서 내가 치료를 잘 받아서 좋아졌고. (중략) 잘하더라고요. 00병원. 그래서 지금도 가면 거기가 좀 정 들은 거 같이 좋아.” (참여자5)

“(심장수술로) 죽다가 산 거죠. 현대 의학이 아니었으면 죽었죠. (췌장수술) 집도를 한 외과 수술을 하신 분은 진짜 좋으신 분이예요.” (참여자4)

(3) 발전하고 있는 보건의료 및 복지제도 시스템

아울러 보건의료 및 복지제도의 발전 역시 노인들이 체계적으로 관리받을 수 있는 기반으로 인식되었다. 노인장기요양보험 제도 및 복지기관의 다양한 프로그램 등은 노인의 건강 불평등을 완화하는 사회적 안전망으로 작용하며, 노인 친화적 의료환경의 중요성을 부각시켰다. 이처럼 제도적·전문적 지원체계의 확충은 노인들의 건강 수준을 향상시키고, 사회경제적 요인으로 인한 건강 격차를 줄이는 구조적 완화 요인으로 기능하고 있었다.

“지금도 잘해주고 있는데. 내가 지금 4등급이에요. 등급 같은 거 받아가지고 이런 거 돈 내는 것도 좀 할인되고 해서 그런 면이 좋은데...” (참여자9)

“여기는 00구니까 복지관이 많잖아요. 복지관에서 요

즘 아주 복지정책이 잘 돼 가지고. 사실, 복지관 우리나라 복지가 진짜 법 넘을 정도로 잘 됐어요.” (참여자1)

IV. 논의 및 결론

본 연구는 12명의 노인을 대상으로 질적 주제 분석을 수행하여 건강 불평등 경험과 완화 요인을 탐색하고, 건강노화군, 만성질환군, 건강악화군으로 참여자를 구분하여 분석하였다. 연구참여자에 대한 인터뷰 내용을 분석한 결과 최종적으로 ‘노인의 건강 불평등 양상’과 ‘건강 불평등 완화 요인’의 두 개의 상위 주제와 10개의 하위 주제가 도출되었다.

우선 노인들이 인식하는 건강 불평등의 양상은 소득 격차로 인한 불평등한 치료, 정보 격차로 인한 소외, 사회적 자원 불균형, 의료기관에 대한 접근성 제한, 노인 비친화적인 보건의료 및 편의시설 등 경제적, 정보적, 사회적, 지역적 요인과 관련된 건강 불평등을 체감하고 있었다. 이 중 소득 격차로 인한 불평등 양상은 사회경제적 지위 등 사회구조적 요인이 노년기 건강의 주요 결정요인으로 작용한다는 기존 연구 결과와 일치한다(김새봄, 최송식, 2022; 김영선, 2012; 김진구, 2012; 김진현, 한지나, 2014; 김태환, 2023; 김혜지 나우리, 손정민, 2021; 이미숙, 2009; 이선희, 김미리, 2025; 이옥진, 2014; 임현지, 황인혜, 이철승, 2021; 장수지, 김수영, 2016; 천희란, 강민아, 2011; 현다운, 2021; Fan, Ouyang, Tian, Song, & Miao, 2019; Marmot, 2005; Shang & Wei, 2023). 이를 집단별로 살펴보면 건강노화군의 경우 기본적인 의료비 부담은 존재했으나, 경제적 여유 혹은 국민건강보험·실손보험 등의 활용을 통해 치료 선택에 치명적 제약을 받지 않았다. 반면, 만성질환군은 지속적 치료비와 약제비 부담으로 인해 의료비 압박을 꾸준히 경험하였고, 필요하지만 선택적 의료행위는 포기하는 모습을 보였다. 건강악화군은 의료비 부담이 가장 큰 장벽으로 나타났으며, 검사·치료를 지연하거나 중단하는 사례가 두드러졌다. 이는 건강상태가 악화될수록 경제적 취약성과 의료 접근성의 상

호작용이 심화된다는 점을 입증한다.

노인의 정보 격차로 인한 소외 문제는 기존 연구에서 잘 다루지 않았던 부분으로, 노인 건강 형평성 확보를 위한 정책에서 중요한 시사점을 제공하며, 세 집단 간 차이가 가장 크게 나타난 영역이었다. 건강노화군은 배우자·자녀·친구 등 비공식 네트워크를 통한 정보 획득이 활발했으며, 스마트폰·복지관 프로그램 등 새로운 정보자원 활용도 상대적으로 적극적이었다. 반면, 만성질환군은 정보 활용 능력이 제한적이었으나, 가족 구성원의 도움으로 최소한의 정보 접근이 가능하였다. 건강악화군은 정보 제공자 부재, 정보 기술 접근성 한계로 인해 의료·복지 정보에서 크게 배제되는 양상이 확인되었다. 이들은 증상이 악화될 때까지 적절한 정보에 접근하지 못해 치료시기를 놓치는 경우도 있었다.

지지체계의 부재는 건강 불평등의 중요한 요인으로 나타났으며, 세 집단은 사회적 지지체계의 양과 질에서 뚜렷한 차이를 보였다. 건강노화군은 강한 비공식적 지지체계를 기반으로 건강관리를 유지했으며, 배우자·자녀·이웃의 정서적·실질적 지원이 중요한 보호요인으로 작용하였다. 만성질환군은 비공식 지지가 부분적으로 존재했으나, 치료 과정에서 공식서비스 의존도가 증가하는 과도기적 양상을 보였다. 건강악화군은 사회적 고립이나 가족 부재를 경험하는 경우가 많았고, 요양보호사·간병서비스·사회복지관 사례관리 등 공식서비스가 주요 돌봄 기반으로 나타났다. 지지체계 부재는 곧 치료·돌봄 공백으로 이어지는 위험 요인으로 확인되었다.

의료기관에 대한 접근성의 경우에는 건강상태가 나쁠수록 의료기관 접근성의 제한은 더욱 뚜렷하게 나타났다. 건강노화군은 대중교통 이용, 본인의 이동능력 등을 통해 비교적 안정적으로 의료기관을 방문할 수 있었으며, 병원 방문은 주로 정기검진이나 예방적 목적이 많았다. 만성질환군은 잦은 병원 방문으로 이동부담을 호소했으며, 건강문제로 인해 병원 간 이동이나 대기시간에 어려움을 경험했다. 반면, 건강악화군은 이동 자체가 치료의 가장 큰 장애요인이었다. 휠체어 이동, 보호자 동행 필요, 대중교통 접근성 문제로 인해 의료

서비스 이용이 현저히 제한되었다.

노인 비친화적인 보건의료 및 편의시설에 있어서는 세 집단 모두 노인 친화성이 부족한 의료·생활 환경에서 불편함을 경험했으나, 건강악화군에서 그 영향이 가장 크게 나타났다. 건강노화군은 일부 불편함을 느끼더라도 스스로 상황을 조정하며 적응하는 경향이 있었지만, 건강악화군은 높은 계단, 긴 대기시간, 복잡한 시스템 등 구조적 장벽으로 인해 기본적인 의료 이용조차 어려움을 겪었다.

다음으로 노인들이 경험한 건강 불평등 완화 요인으로는 노년기 경제적 안정과 제도적 지원, 정보 습득 능력 및 정보제공자 확보, 공식·비공식 지지체계의 도움, 지역사회 건강 증진 프로그램과 서비스, 질병 예방 및 치료에 도움이 되는 의료·복지 지원체계 등인 것으로 나타났다.

노년기 경제적 안정과 제도적 지원은 노인의 건강 형평성 회복을 가능하게 하는 핵심 요인으로 작용하였다. 이는 의료비 부담을 경감시키고, 자율적 건강관리와 예방적 접근을 가능하게 하며, 나아가 노인의 심리적 안정과 사회적 통합을 증진시키는 기반으로 작용하였다.

본 연구에서는 노인의 사회적 고립 완화와 건강관리의 지속성·접근성 향상을 위한 대처자원으로서 공식·비공식 지지체계의 중요성이 확인되었다. 대체로 건강노화군 노인들이 배우자, 자녀, 이웃 등 비공식적 관계망을 활용하여 정보 습득, 병원 동행, 정서적 지지 등 다양한 지원을 얻고 있었으며, 배우자의 사망, 부양 부담, 가족관계 소원 등으로 사적 관계망 활용이 어려운 경우에는 공적 관계망을 보완적으로 이용하는 경향이 나타났다. 이는 사적 네트워크의 제한 시 공적 서비스 의존도가 증가할 수 있다는 기존 연구(정윤경, 2021)와 일치한다(이선희 등, 2023). 본 연구에서는 요양보호사, 사회복지관 사례관리자, 간호·간병 서비스 등 공식적 지원이 건강관리와 돌봄에서 중요한 역할을 수행함이 강조되었다.

또한 노인의 정보 습득 능력 및 정보제공자 확보는 건강 관련 의사결정과 서비스 이용의 접근성을 높였고,

지역사회 건강증진 프로그램과 서비스는 신체활동 참여와 사회참여를 확대하였으며, 의료·복지 지원체계는 질병 조기 발견과 치료, 친절하고 유능한 의료진과의 상호작용, 제도적 지원을 통해 건강 불평등 완화에 기여하였다.

본 연구 결과는 노인의 건강 불평등이 단순히 개인의 건강행태의 차원이 아니라, 경제적 자원, 정보 접근성, 사회적 지지, 지역사회 환경 등 다층적 요인에 의해 형성된다는 점을 보여준다. 이러한 사회환경적 요인들은 안성아 등(2011)과 심미영 등(2012)의 연구가 보여준 사회적 요인과 건강 경험의 질적 탐색과 맥을 같이 하며, Chan 등의 연구(2022)에서 강조된 제도적 지원의 역할과도 연결된다. 이에 따라 다음과 같은 정책적·실천적 함의를 제시할 수 있다.

첫째, 노년기 건강 불평등은 개인의 노력만으로 해소되기 어려우며, 사회구조적 요인에 대한 제도적 개입이 필수적이다. 이선희 등의 연구(2023)에서 제언하듯이, 사회경제적 격차 완화를 위한 사회보장제도의 연계 강화와 저소득층 의료비 경감 정책이 우선되어야 하고, 나아가 지역 간 의료자원 배분의 형평성 제고, 돌봄 자원 격차 완화를 위한 노인 맞춤형 건강 교육, 정보 제공 및 지역사회 자원 연계의 통합적 서비스 연계가 병행될 필요가 있다.

둘째, 노인의 디지털 및 건강 정보 접근성 제고가 중요하다. 정보 격차는 의료서비스 이용의 핵심 장벽으로 작용하므로, 특히 정보격차가 두드러지게 나타난 건강악화군과 만성질환군 노인들을 대상으로 복지관·보건소 중심의 개인 맞춤형 건강정보 제공, 디지털 문해력 향상을 위한 교육 프로그램 등 정보 접근성을 강화하는 정책적 지원이 시급하다.

셋째, 공식·비공식 지지체계를 연계한 통합 돌봄 모델 구축이 요구된다. 가족, 이웃, 자원봉사자, 요양보호사 등 비공식 지지자원이 지역 돌봄체계 안에서 공적 서비스와 연계될 수 있도록, 지역사회 중심의 네트워크 기반 지원체계를 마련해야 한다. 이를 통해 정서적 안정과 실질적 돌봄이 균형 있게 제공될 수 있다. 특히 비공식 지지체계가 부재한 만성질환군과 건강악

화군의 노인들을 대상으로 한 지역사회 기반의 통합돌봄 체계를 통해 공적·비공식 지지체계가 상호 보완적으로 작동하도록 하는 정책적 설계가 필요하다.

넷째, 노인의 건강 친화적 생활환경 조성 및 지역사회 건강증진 인프라 확충이 필요하다. 생활체육시설, 산책로, 복지관 등 지역 자원을 활용한 신체활동 및 사회참여 프로그램을 확대하고, 이동이 불편한 건강악화군 노인들을 위한 찾아가는 건강관리 서비스를 강화하는 등 지역사회 인프라 개선이 필요하다.

다섯째, 노인 건강 불평등 완화를 위해서는 보건의료서비스의 접근성과 예방적 지원체계를 아우르는 통합적 접근이 요구된다. 노인 친화적 의료환경 조성, 의료진의 노인 이해 교육, 1차 의료 중심의 만성질환 관리 체계 강화 등을 통해 의료서비스의 실질적 형평성을 높이는 동시에, 찾아가는 건강검진 및 예방 사업의 활성화, 상담·교육 서비스 확대, 아웃리치 기반의 건강취약 노인 발굴 체계 구축 등 사전적 개입이 병행되어야 한다. 나아가 보건의료와 복지서비스 간 연계성을 강화함으로써 질병의 조기 발견과 지속적 관리가 가능해질 때, 노년기 건강 불평등 완화를 위한 지속 가능한 기반이 마련될 것이다.

특히 본 연구에서 제시한 건강노화군·만성질환군·건강악화군의 군별 비교는 향후 정책 개발에서 대상 맞춤형 접근의 필요성을 강조한다. 건강노화군에게는 예방 중심의 건강증진 프로그램과 지역사회 사회참여 기회를 확대하는 전략이 효과적이며, 만성질환군에게는 의료·복지 서비스의 연계성을 강화한 지속관리 체계가 요구된다. 건강악화군의 경우 이동성 제약, 정보 접근의 한계, 지지체계 부재 등 복합적 요인이 동시에 작용하므로, 방문 기반 의료·돌봄 서비스와 공공 주도의 강력한 통합돌봄 지원이 가장 시급하다. 이러한 집단별 차이를 고려한 개입 전략은 획일적인 노인 정책이 갖는 한계를 넘어 건강 불평등 완화 효과를 극대화할 수 있다. 이와 같은 다층적 접근은 노인의 건강 불평등을 구조적으로 완화하고, 노년기의 삶의 질을 향상시키는 기반이 될 것이다. 따라서 향후 정책은 경제·사회적 지원뿐 아니라 지역사회 기반의 통합적 건강

돌봄 체계를 강화하는 방향으로 발전해야 한다.

본 연구가 가지는 한계점은 첫째, 연구참여자가 총 12명으로 표본의 수가 제한적이므로 연구결과를 일반화하기에는 무리가 있다. 아울러 본 연구의 군별 표본 수는 건강악화군의 비율이 상대적으로 높아 군별 비교 결과의 일반화에 한계가 있다. 향후 연구에서는 건강상태군을 보다 균형 있게 구성하여 비교 분석의 타당성을 높일 필요가 있다. 둘째, 특정 지역과 문화적 맥락에 속한 노인을 대상으로 수행된 연구이므로, 지역적·사회문화적 특성이 다른 집단이나 국가에 결과를 적용할 때에는 신중한 해석이 필요하다. 셋째, 본 연구는 심층면접을 통해 수집된 자기보고 자료에 근거하였으므로, 회상 편향이나 사회적 바람직성 편향 등 응답 왜곡 가능성을 완전히 배제하기 어렵다.

이상의 논의와 한계를 바탕으로, 향후 연구에서는 도시·농촌·독거노인 등 다양한 노인 집단을 대상으로 사회문화적 맥락을 폭넓게 탐색하고, 노년기 건강 불평등의 시간적·누적적 변화를 종단적으로 추적하며, 건강 상태별 비교와 양적·질적 접근을 통합한 혼합연구설계를 통해 구조적·주관적 요인을 입체적으로 규명할 필요가 있다.

참고문헌

- 김기연, 박수현 (2017). 노년기 정신건강 불평등 연구 동향과 그 함의. *한국노년학연구*, 26(1), 47-60.
- 김새봄, 최송식 (2022). 사회적 배제 변화가 노인의 건강변화와 건강 불평등에 미치는 영향. *한국노년학*, 42(2), 355-380.
- 김영선 (2012). 노인의 건강 및 의료이용 형평성에 관한 연구: 연령집단별 분석. *보건과 사회과학*, 31, 55-81.
- 김유진 (2024). 중증 우울 노인의 정신건강 돌봄 서비스 이용 경험에 관한 질적 연구. *한국노년학*, 44(6), 711-735. <https://doi.org/10.31888/JKGS.2024.44.6.711>
- 김진구 (2012). 소득계층에 따른 의료이용 불평등의 지역 간 차이. *사회보장연구*, 28(2), 153-180.
- 김진영 (2007). 사회경제적 지위와 건강의 관계: 연령에 따른 변화를 중심으로. *한국사회학*, 41(3), 127-153.
- 김진현, 한지나 (2014). 축적된 사회경제적 불평등이 노년기

- 우울궤적에 미치는 영향: 축적된 불평등 이론의 검증. 노인복지연구, 65, 207-230.
<https://doi.org/10.21194/kjgsw.65.201409.207>
- 김태환 (2023). 노인 빈곤과 건강: 경로 매커니즘 분석과 정책 효과 분석. 성공회대학교 대학원 박사학위논문.
- 김혜지, 나우리, 손정민 (2021). 노인의 사회경제적, 심리적, 건강행태 요인이 노쇠에 미치는 영향: 주관적 건강상태와 다중이환을 매개하여. 한국생활과학회지, 30(3), 429-440.
<https://doi.org/10.5934/kjhe.2021.30.3.429>
- 박연환, 임경춘, 조비룡, 고하나, 이유미, 노은영, 류소임, 장선주 (2019). 지역사회 독거노인의 건강관리 및 일상생활지원 서비스 경험: 포커스 그룹을 활용한 주제 분석 연구. 노인간호학회지, 21(3), 200-210.
<https://doi.org/10.17079/jkgn.2019.21.3.200>
- 신동희 (2020). 디지털 불평등과 노년기 건강불평등: 노년기 사회적 지위와 디지털 기술 활용 능력이 한국 노인의 우울 증상에 미치는 조절 및 매개효과. 한국노년학회 2022년 전기 학술대회 자료집.
- 심미영, 염동문, 안성아, 정백근 (2012). 건강취약지역 저소득층이 인식한 건강 불평등 관련 요인 연구. 비판사회정책, 37, 155-201.
- 안성아, 심미영, 정백근, 김장락, 강윤식, 박기수, 염동문 (2011). 농어촌 건강취약지역 노인의 건강 불평등 관련 요인 연구. 한국노년학, 31(3), 673-689.
- 이미숙 (2009). 고령화 연구패널자료를 이용한 노년기 건강 불평등의 구조 분석. 보건과 사회과학, 25, 5-32.
- 이선희, 김미리 (2025). 노년기 건강 불평등 양상 및 영향요인: 전·후기 노인을 중심으로. 한국노년학, 45(4), 761-790.
<https://doi.org/10.31888/JKGS.2025.45.4.761>
- 이선희, 김세진, 박주혜, 이주민, 정연 (2023). 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이옥진 (2014). 우리나라 노인의 건강 불평등 관련 요인에 대한 메타분석. 서울시립대학교 대학원 박사학위논문.
- 임현지, 황인혜, 이철승 (2021). 누가 더 보호받는가? -국가복지의 이원성과 노년기의 건강 불평등. 한국사회복지학, 73(1), 9-39.
- 장수지, 김수영 (2016). 노인의 사회경제적 지위에 의한 건강 불평등: 심리사회적 기제들의 매개효과 분석. 한국노년학, 36(3), 611-632.
- 장숙량 (2013). 노년기 건강 불평등의 생애과정 접근. *Annals of geriatric medicine and research*, 17(3), 111-117.
<https://doi.org/10.4235/jkgs.2013.17.3.126>
- 정윤경 (2021). 노인들의 사회적 관계망과 외래진료 이용의 종단적 관계에 대한 연구. 보건교육건강증진학회지, 38(1), 37-47.
<https://doi.org/10.14367/kjhep.2021.38.1.37>
- 천희란, 강민아 (2011). 여성 노인의 건강 불평등 현황과 측정: 통합방법론(Mixed Methodology)의 적용. 노인복지연구, 51, 247-276.
<https://doi.org/10.21194/kjgsw.51.201103.247>
- 현다운 (2021). 생애과정 관점에서 본 노년기 건강 위험 요인: 경제 위기(IMF)로 인한 빈곤의 영향력을 중심으로. 성공회대학교 일반대학원 박사학위논문.
- 홍정림 (2022). 사회경제적 지위와 생애주기별 건강 격차에 관한 연구. 세종: 한국노동연구원.
- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 3-15.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chan, C. K., Wong, K. Y., Wong, S. Y. S., & Choi, K. C. (2022). Mitigating inequalities in community care needs of older adults with dementia: A qualitative case study of an integrated model of medical and social care in Hong Kong. *BMC Primary Care*, 23(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01855-z>
- Fan, C., Ouyang, W., Tian, L., Song, Y., & Miao, W. (2019). Elderly health inequality in China and its determinants: A geographical perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2953.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16162953>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Knotnerus, A., Rikken, M., Bontje, L., Brabers, A. E. M., & van de Klundert, J. (2024). Understanding older adults' experiences with a digital health platform in general practice: Qualitative interview study. *JMIR Aging*, 7, e59168.
<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01855-z>
- Kumlin, T., Berg, G. V., Östlund, G., & Andersson, A. C. (2020). Elderly patients with complex health problems in the care trajectory: A qualitative multi-case study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05437-6>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Shang, X. T., & Wei, Z. H. (2023). Socio-economic inequalities in health among older adults in China. *Public*

Health, 214, 146-152.

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.11.013>

World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: Commission

on Social Determinants of Health, World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva, Switzerland: Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization.