

사회적 네트워크가 고령장애인의 주관적 건강 변화에 미치는 영향: 신체 및 감각장애인을 중심으로

임수경¹

¹ 아동권리보장원

초 록

본 연구는 고령장애인의 사회적 네트워크에 따른 주관적 건강상태의 변화양상 및 그 변화에서의 개인차에 대한 장애 발생 시기의 효과를 확인하고자 하였다. 이에 고령장애인의 주관적 건강상태와 사회적 네트워크 두 변수들의 변화양상 및 종단적인 관계를 검증하였다. 또한 한국복지패널 1~13차년도 종단데이터를 활용하여 다층성장모형(Multilevel Growth Model) 분석을 실시하였다.

연구 결과, 첫째, 무조건 성장모형에서는 고령장애인의 건강이 시간이 경과함에 따라 점차 좋아지는 것으로 나타났다. 둘째, 장애 발생 시기에 따라 건강상태의 변화에 유의미한 차이가 나타났는데, 노인성 장애인의 건강상태가 초기에는 고령화된 장애인보다 좋지 않았으나, 시간이 지날수록 더 빠르게 좋아지는 것으로 나타났다. 셋째, 사회적 네트워크가 고령장애인의 건강 변화에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 능동적 네트워크는 건강 변화에 긍정적인 영향을 미치는 반면, 결속형 네트워크는 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 연구 결과를 토대로 고령장애인의 건강증진 정책에 대해 논의하였다.

주요 용어: 사회적 네트워크, 주관적 건강상태, 고령장애인, 고령화된 장애인, 노인성 장애인, 능동적 네트워크

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 사람은 누구나 늙고 쇠약해진다고 생각하지만 장애를 가진 사람들은 이미 건강이 나쁘다고 생각하여 지금까지 장애인의 노화와 건강에 대한 관심은 부족했다. 실제로 장애인이 노화를 경험하면서 건강이 계속 나쁜 상태로 머물지 않고 변화하는지, 그리고 건강이 변화한다고 할 때 사회적 관계와 활동이 긍정적인 영향을 미치는지 알아보았다.

새롭게 밝혀진 내용은? 장애인의 경우 건강이 계속 나쁜 상태로 머물지 않고 시간이 지날수록 긍정적으로 인식하면서 변화를 보였다. 또한 장애가 발생한 시기에 따라 건강에 차이가 있었는데, 처음에는 노인이 되어 장애를 경험한 사람이 장애인인 노인이 된 사람보다 건강이 좋지 않았지만, 시간이 지날수록 더 빠르게 좋아졌다. 마지막으로 고령장애인에게 사회참여 및 기부·봉사활동의 기회가 많을수록 건강을 긍정적으로 인식하였지만, 부정적이거나 자원이 부족한 개인적 관계에 대해서는 반대의 결과를 보였다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 고령장애인의 건강한 삶을 위해서는 건강에 관심을 가지는 것이 매우 중요하다. 우선 건강증진을 위해서는 스스로 건강에 대해 정확하게 인지하고 관리할 수 있어야 하므로, 교육을 통해 건강정보를 잘 활용하도록 해야 한다. 다음으로 장애가 발생한 초기에 종합적인 건강개입이 이루어지기 위해서 '장애인건강주치의제도'와 같은 국가 차원의 개입을 확대할 필요가 있다. 마지막으로 고령장애인의 사회참여 및 관계를 확대하기 위해서는 지역사회와 다양한 프로그램이 필요하며, 이때 고령장애인과 주변 사람들이 우호적이고 동등한 관계를 맺을 수 있도록 고려해야 한다.

본 논문은 저자의 박사학위논문을 바탕으로 요약 및 수정하여 작성하였음.

- 투 고 일: 2021. 07. 31.
- 수 정 일: 2021. 10. 14.
- 게재확정일: 2021. 10. 18.

1. 서론

인간의 평균수명이 크게 증가하면서 고령화 추세는 전 세계적으로 급속하게 진행 중이다. 우리나라 역시 2020년 통계청에서 발표한 고령자 통계를 보면, 65세 이상 고령자는 812만 5천 명으로 외국인을 포함한 전체인구(5,175만 1,000명)의 15.7%로 나타났으며, 지속적으로 증가하여 2025년에는 고령자가 20.3%가 될 것으로 예상되면서 초고령사회로 진입할 전망이다(통계청, 2020, p.2).

고령화에 따른 평균수명의 증가는 노년기 소득감소 및 건강의 악화와 같은 부정적 경험을 하는 것으로 나타나고 있다. 2020년 장애인실태조사 결과 주관적 건강인지를 비교하면 만 19세 이상 국민의 15.6%가 스스로 건강이 나쁘다고 평가하는 반면, 장애인의 경우 48.7%가 건강이 나쁘다고 인지하고 있어 비장애인과 비교할 때 장애인의 건강상태가 나쁜 상황을 알 수 있다(보건복지부·보건사회연구원, 2021, p.5). 또한 우리나라 장애인은 국가와 사회에 대해 가장 우선적으로 소득보장(48.9%)과 의료보장(27.9%)에 대한 요구 가장 높았으며, 65세 이상의 연령대를 비교하면 소득보장에 대한 요구는 46.5%로 유사한 수준이지만, 의료보장에 대한 욕구는 32.8%로 높아져 중고령 장애인에게 건강에 대한 관심이 얼마나 중요한지 알 수 있다(보건복지부·보건사회연구원, 2021, p.16).

특히, 고령장애인은 장애와 노화의 이중고로 인해 삶의 질이 낮아지는 대표적인 계층이며(조상은, 2017; 문필동, 2017, p.1), 이로 인해 기력의 쇠퇴, 건강 악화, 만성질환 같은 신체적 어려움을 겪고 있다.

그러나 장애인의 건강을 바라보는 편견에 의해 고령장애인의 건강에 대한 논의는 그동안 소극적으로 이루어져 왔다. 예를 들면, 장애를 변하지 않는 불건강의 상태로 보고 장애인의 건강 변화를 살펴보기 못했다거나, 장애인의 건강은 모두 나쁘다는 동질성을 가정하고 장애의 중증도에 의해 건강을 평가함에 따라 장애인 집단 내부의 차이를 보지 못했다는 지적이 있다(이한나, 2013; 이은실, 2018).

고령장애인의 건강을 다룬 선행연구는 크게 고령장애인의 건강수준 혹은 건강 변화를 살펴본 연구(Martin & Schoeni, 2014; 정덕진 2014)와 건강의 영향요인을 탐색하는 연구(이

현주, 강상경, 2009; 안지선, 전해정, 2012)로 나눌 수 있다. 고령장애인의 신체적 기능 상실과 건강 악화는 조기 노화와 이차장애로 인해 비(非)고령장애인과 노인의 문제보다 심각하다고 밝히고 있다(Tollen, Fredriksson, & Kamwedo, 2008; Martin & Schoeni, 2014; 유창민, 2016). 신체건강에 대한 연구들은 상대적으로 적은 편으로, 비장애인보다 15~20년 정도 이른 조기 노화를 경험하여 만성질환과 같은 신체적 건강의 위험성이 증가한다(이웅, 김동기, 2015; 유동철, 2016).

그러나 기존 선행연구들은 고령장애인을 하나의 집단으로 구분하여, 비장애인과 장애인의 건강을 비교하여 살펴보고 있다는 한계를 가진다(김성희, 2016; 조상은, 2017).

노년기 이전에 장애가 발생하여 노인이 된 ‘고령화된 장애인’과 노인이 된 이후 장애가 발생한 ‘노인성 장애인’은 모두 장애가 있는 노인이거나 장애를 얻은 시점과 장애 발생 원인이 다르고, 문화적 차이, 심리적·사회적 노화에 따른 차이가 발생한다(김성희, 이송희, 노승현, 정일교, 2011; 최성일, 노승현, 이의정, 2013). 이러한 선행연구들은 장애 유지 기간과 장애 발생 시기를 기준으로 특성의 차이를 탐색하는 수준으로 고령화된 장애인과 노인성 장애인의 건강 변화에 차이가 있는지 확인할 필요가 있다.

또한 노년기 건강을 다룸에 있어 건강행동 연구자들 사이에서는 사회적 네트워크를 중요하게 다루고 있다. 이는 노년기에 배우자의 죽음, 은퇴 등으로 인한 사회적 관계나 사회활동 참여 수준의 변화를 경험하게 됨에 따라 사회적 네트워크가 건강에 중요한 구성요소로 다루어지고 있기 때문이다(Berkman & Glass, 2000, p.142).

사회적 네트워크에 관한 선행연구를 보면, 사회적 관계 혹은 사회적 지지에 대한 연구가 주를 이루고 있으며, 대체로 가족·친구·이웃 중심의 비공식적 관계를 중심으로, 사회적 지지라는 긍정적 기능을 살펴보고 있다(Berkman & Glass, 2000; 조용하, 2004; 유태균, 유혜라, 2009; 김은령, 2013).

사회적 네트워크는 사회적 행위자들이 서로 맺고 있는 다양한 형태의 관계이며, 개인 혹은 집단 등 관계 내에서 자원과 지지를 주고받는 2자 관계(dyadic)의 호혜성을 특징으로 한다(유태균, 유혜라, 2009). 2자 관계의 특성에 의해 사회적 네트워크는 현재 소속된 관계에서 받기만 하는 것이 아니라 개인

1) ‘고령화된 장애인(aging with disability)’은 노년기 이전에 장애가 발생하여 장기간 장애인으로 살아오면서 노인이 되는 인구를 의미하고, ‘노인성 장애인(disability with aging)’은 노인이 되면서 각종 노인성 질환으로 인해 장애를 입게 되는 경우를 의미한다(최성일, 노승현, 이의정, 2013; 김성희·이송희·노승현·정일교, 2011).

이나 집단 간 자원을 주고받는 교환을 통해 역동적인 구조를 가진다. 이러한 측면에서 현재의 자원이 창출되려면 이를 제공하는 사람들이 존재해야 하며, 이러한 자원을 제공하는 행위들을 일반적으로 참여라는 용어로 표현한다(이정규, 2009; 이계승, 2014). 즉, 사회적 네트워크를 살펴봄에 있어 현재 가지고 있는 자원뿐만 아니라 자원을 형성할 수 있는 능력으로 사회참여에도 주목할 필요가 있으며, 사회참여를 여가·문화·종교 활동과 같이 비호혜적 참여부터 호혜성의 의미를 가지는 봉사 및 기부활동까지 다양하게 포함하여 영향을 살펴볼 필요가 있다.

본 연구에서 건강은 생물학적 요인과 개인적 요인뿐 아니라 사회적 요인인 사회적 네트워크가 고령장애인의 건강에 영향을 미칠 것이라는 가정에서 출발하였다. 즉, 고령장애인을 둘러싼 사회적 요인인 사회적네트워크가 고령장애인의 건강 변화에 영향을 미칠 가능성을 제기해 볼 수 있다.

따라서 본 연구는 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」의 제정(2017. 12. 30. 시행)으로 건강평등 실현을 위한 법적인 근거가 마련되고, 건강에 대한 체계적인 사회적 관심이 증가되는 시점에서 고령장애인의 건강 변화의 차이가 있는지를 살펴보고, 사회적 네트워크가 건강 변화에 미치는 영향을 검증하고자 한다.

이상의 논의를 바탕으로 형성된 본 연구의 연구 문제는 아래와 같다.

1. 장애 발생 시점에 따라 고령장애인의 건강의 변화가 있는가?
2. 사회적 네트워크는 고령장애인의 건강 변화에 영향을 미치는가?
3. 장애 유지 기간에 따라 사회적 네트워크가 고령장애인의 건강 변화에 미치는 영향의 차이가 있는가?

II. 이론적 배경

1. 고령장애인의 건강

최근 노화에 대한 관심이 높아지고 있음에도 불구하고 장애인의 노화에 대한 관심은 여전히 부족한 편이다. 그 이유는

과거에는 장애인들이 장애와 관련된 합병증 때문에 낮은 생존율을 보였으며, 장애 진단 후 일찍 사망하는 경향을 보이는 것으로 알려짐에 따라 장애인의 노화에 대한 관심이 부족했기 때문이다(WHO, 2001; 양희택, 2012).

장애인의 건강에 대한 선행연구 경향을 보면, 고령장애인은 장애가 없는 노인과 비교하여 건강의 어려움을 더 경험하는 것으로 나타난다(정덕진, 2014; Martin & Schoeni, 2014; 유창민, 2016).

건강보험 청구자료를 활용한 호승희 외(2018, p.149)의 연구 결과를 보면, 장애인과 비장애인의 2016년 노화 관련 질환 상병진단율을 비교하면, 장애인의 경우 청년기에 노화 관련 질환 상병진단율이 33.53%일 때 비장애인은 성인기(36.39%)에 유사한 상병진단율을 보였다. 장애인의 성인기 상병진단율이 49.66%일 때 비장애인은 중년기(58.64%)에 유사한 상병진단율을 보여 장애인의 노화가 비장애인보다 더 이른 시기에 나타나고 있다

신체적 노화에 따른 차이를 살펴보면, 장애인의 신체적 기능 변화와 관련하여 제기된 핵심이슈는 조기 노화(premature aging)²⁾이다. 조기 노화(premature aging)는 오랜 기간 장애인으로 살아온 사람들의 경우 일반인에 비해 더 빠른 노화를 경험한다는 의미를 갖는 용어이며, 빠른 노화(accelerated aging)로도 언급된다(김성희, 이송희, 노승현, 정일교, 2011).

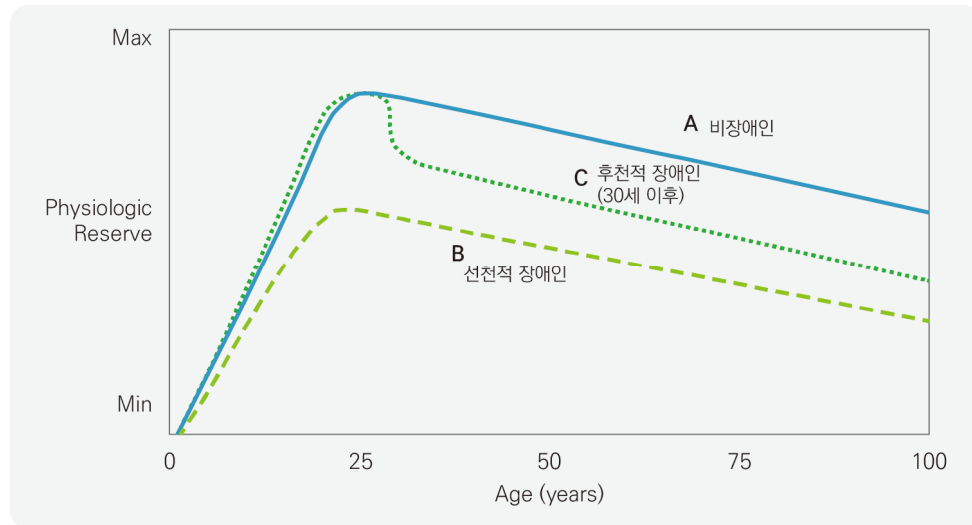
오랜 기간 장애인으로 살아온 사람들의 경우 일차적 장애의 발생 이후에 새롭게 발생한 기능적, 건강적인 감퇴로 주요 손상과 직접적·간접적으로 관련된 이차적 상태(Secondary Condition)를 경험하며, 이는 조기 노화에 기여하는 것으로 인식되고 있다(Wilber et al., 2002, p.394).

더불어 고령장애인은 장애 발생 시기와 장애 유지 기간에 따라 살아온 삶의 과정이 다르기 때문에 그 특성과 욕구도 차이가 있으며(이영미, 2013; Dixon-Ibarra et al., 2016), 노화에 따른 신체적 건강의 차이 역시 발견되고 있다. 장애인들의 노화에 따른 신체적 건강은 장애 유형, 장애가 발생한 나이, 장애로 인한 활동력 정도 등과 관련되는데, 23세에 장애가 발생한 척수 손상은 50세에 척수손상을 입은 장애인과는 다르다는 것이다(김은주, 2012, p.28).

아래의 [그림 1]은 생애주기에 따른 장애인의 신체적 노화의 경향을 간략히 보여준다. A는 일반인구의 노화과정의 의미

2) 조로현상으로 번역하는 경우도 있으나, 조로증과의 구분을 위하여 본 연구는 조기 노화현상으로 번역하였다.

그림 1. 노화에 따른 신체적 기능 감퇴



자료: Mosqueda(2004), p.39

하며, B는 선천적 장애인의 노화과정을 보여주고 있다. C는 후천적 장애인의 노화(aging with disability) 과정을 보여주었다. 아래의 그림이 정교하지는 않으나 세 가지 유형의 인구가 다른 노화과정을 경험함을 볼 수 있다(Mosqueda, 2004; 최성일, 노승현, 이의정, 2013). C집단은 급격한 신체적 기능저하를 경험하고, B집단은 성장과정에서 신체적 기능이 발달할 수 있는 기회가 제공되지 못한 것으로 보인다. 이처럼 장애인은 비장애인과 비교할 때 노화과정에서 더 급격한 신체적 기능저하를 경험하고 있으며, 장애를 경험한 이후부터 빠르게 신체적 노화가 나타난다고 할 수 있다.

그러나 국내에서 고령장애인의 주관적 건강을 주요하게 다룬 연구는 소수에 불과하다(이 웅, 김동기, 2015; 유동철, 김동기, 김경미, 신유리, 2016; 유동철, 2016). 주관적 건강을 다룬 연구들은 지역사회 신뢰와 장애정체감이 높고(유동철, 김동기, 김경미, 신유리, 2016), 장애 유지 기간이 짧으며, 장애수용 수준이 높고, 사회적 권리와 참여 및 관계에서의 배제 수준이 낮을수록(이 웅, 김동기, 2015; 유동철, 2016) 주관적 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 노인의 성별, 혼인상태, 학력, 소득과 같은 인구사회적 특성에 따라 건강에 대한 영향이 다양하게 나타난다(강혜원, 조영태, 2007; 민주홍, 2013; 이원지, 2017). 신체건강 및 주관적 건강상태에 있어 성별은 직접적인 효과는 없지만, 심리·사회적 자원이라는 기제를 통해 영향을 미치며(이미숙, 2009), 학력과 소득수준이 낮을수록 건강 문제가 더 많은 것으로 나타났

다(허종호, 조영태, 권순만, 2010; 민주홍, 2013). 마지막으로 노년기에는 배우자 사별에 의한 결혼지위의 변화가 더욱 빈번하게 나타남에 따라 노년기 건강에 있어 결혼지위의 대한 고려 역시 필요하다(손정연, 한경혜, 2012; 김경희, 이성국, 윤희정, 권기흥, 2015).

그러나 주관적 건강에 관련한 연구의 대부분은 특정장애인을 대상으로 하거나 한 시점을 중심으로 한 횡단연구로서 고령장애인의 건강특성의 차이를 탐색적 수준에서 살펴본 연구들로 고령화된 장애인과 노인성 장애인의 건강의 차이가 존재하는지 확인하는 데 한계가 있다.

2. 사회적 네트워크와 건강

사회적 관계가 건강상태, 건강행동, 건강 관련 결정에 미치는 영향에 대해 건강교육 및 건강행동 연구자들과 실천가들은 오래 전부터 많은 관심을 가져왔다(유태균, 유혜라, 2009). 특히, 사회적 네트워크는 사회적 관계의 건강증진 구성요소로서 여러 연구들에서 사용되어 오고 있다(Berkman & Glass, 2000, p.142). 즉, 비장애인과 비교하여 사회적 관계 및 사회적 역할의 축소를 이룬 시기부터 경험하는 고령장애인에게 있어 사회적 네트워크는 중요한 요소로서 관심을 가지고 살펴볼 필요가 있다.

사회적 네트워크에 관한 연구 동향을 보면, 사회적 네트워크의 구조적인 측면에서는 대체로 가족, 친구, 이웃 중심의 비

공식적 관계를 중심으로 하고 있으며(조용하, 2004; 김은령, 2013), 사회적 지지는 물질, 도구, 정서적 지지로 구분하여 긍정적 기능을 중심으로 살펴보고 있다(Berkman & Glass, 2000, p.147; 유태균, 유혜라, 2009). 이상의 연구들은 사회적 네트워크의 구조적 특성에서 보면 타인이나 집단과의 관계에서 내가 받게 되는 자원 혹은 도움으로 수동적 네트워크의 성격을 가진다고 할 수 있다.

또한 네트워크의 구조적 측면에서, Putnam(2000)은 사회적 연결의 결속 정도에 따라 교량형(bridging)과 결속형(bonding)으로 구분하고 있다(김은이, 정선영, 문원기, 2015, p.178). 결속형 네트워크는 강한 결속력을 가진 사회적 배경과 인구사회적 특성이 동질적인 집단(즉, 학연, 혈연, 지연 등)에서 발생하며(박태정, 2017; 신순희, 2019), 교량형 네트워크는 사회적 배경과 인구사회학적 특성이 비동질적인 다양한 사회집단 사이에서 생성된다(김은이, 정선영, 문원기, 2015).

결속형과 교량형으로 구분한 연구 결과를 살펴보면, 대체적으로 결속형과 교량형 네트워크의 수준이 모두 높을수록 자신이 건강하다고 평가하였다. 그러나 일부 연구에서는 결속형 네트워크의 수준이 높을수록 스트레스는 낮게 나타났으나, 교량형 네트워크는 유의한 영향을 미치지 않았다(Kim, Subramanian, & Kawachi, 2006, p.2). 이는 결속형 네트워크가 심리적인 지지를 제공하고 집단 내 유용한 정보와 규범을 확산시켜 개인 건강을 증진시켰기 때문일 수 있다고 하였다. 반대로 교량형 네트워크는 속성이 이질적이어서 집단이 노인과 직접적인 관계가 없거나 부정적인 관계를 맺고 있는 경우 영향을 미치지 않거나 부정적인 영향을 미칠 수 있다고 하였다(어유경, 김인태, 홍석호, 김순은, 2017).

대부분의 연구는 결속형 네트워크가 정서적 지지를 제공함으로써 건강 결과에 긍정적 영향을 발휘하는 것으로 나타났고(Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000, p.845), 교량형 네트워크는 일탈행위의 통제와 사회내의 건강 규범을 강화할 수 있음을 보여준다(Cattell, 2001, p.1505).

그러나 사회적 자원은 집단에 소속되었다고 해서 혜택이 저절로 얻어지는 것이 아니라 집단 구성원 사이에서 서로의 관계를 끊임없이 확인하는 상호교환과정을 거쳐야만 자원은 유지되고 재생산될 수 있다(Bourdieu, 1986)는 점에서 자발적이고 능동적인 사회참여 역시 중요하게 다룰 필요가 있다. 다시 말해, 사회구성원 간 관계에 영향을 미치는 사회적 네트워크의 존재와 특성뿐만이 아니라 직접적인 사회참여 활동 역

시 사회적 자원의 중요한 요소이다(Putnam, 1995).

특히, 노년기는 은퇴로 인한 직장 동료와의 관계 감소, 친구 및 배우자의 상실, 신체적 노화 등으로 인해 다양한 사회적 활동들이 줄어들면서 사회적 네트워크 역시 축소되어 노인의 삶의 질, 행복감, 자존감 등에 영향을 미치고, 정신적·신체적 건강에 어려움이 발생한다(김민주, 2019). 즉, 노년기에는 지속적인 사회참여가 사회적 네트워크를 형성하고 사회적 자원을 유지하거나 만들어 내는 매우 중요한 부분으로 작용한다(Gierveld et al., 2015; 김민주, 2019). 이러한 맥락에서 사회참여 및 활동은 타인 혹은 집단에 참여하고 활동함으로써 자원을 주는 능동적 네트워크로 구분이 가능하다.

사회참여와 건강에 관한 대부분의 연구는 여가·문화활동 및 종교활동과 같은 사회참여를 중심으로 이루어져 오고 있다(김예성·하용용, 2015). 여가활동에 참여할수록 노인의 신체적 건강과 정신적 건강수준이 높아졌으며 이를 매개로 자살생각을 낮출 수 있는 것으로 나타났다(김예성, 하용용, 2015).

사회참여의 또 다른 대표적인 유형으로 봉사활동과 기부와 건강간의 관련성을 살펴보면, 자원봉사활동은 노년기 사회적·심리적 고립감을 상쇄하여 주관적 건강수준을 높이는 것으로 나타났다(김명일, 이상우, 김혜진, 2013). Parkinson, Warburton, Sibbritt & Byles(2010, p.920)은 자원봉사 활동을 해왔거나 이제 시작한 노인은 봉사활동을 전혀 하지 않은 노인에 비해 3~6년 후에 건강상태가 유의하게 양호하였다는 결과와도 차이를 보였다.

III. 연구 방법

1. 연구 대상 및 자료

분석자료는 한국복지패널 1차년도에서 13차년도까지 총 13차의 자료를 결합한 통합 데이터 셋을 활용하였다. 본 연구의 주요 연구 대상인 고령장애인은 장애로 인한 신체적 기능 저하가 발생하고 노화에 따라 급격한 신체활용능력의 저하와 건강 문제를 고려하여, 이들에 대한 효과적인 정책적 개입이 가능할 수 있도록 포괄적 수준으로 접근하는 것이 필요하다(문필동, 2017, p.10). 주로 고령화된 장애인의 특성을 충분히 반영하고, 사회적으로 합의될 수 있는 포괄적 수준에서 장애 노인은 60세 이상의 장애가 있는 노령자로 선행연구들에서

정의되고 있다(양희택, 서대석, 2011; 이영미, 2013; 문필동, 2017). 이에, 본 연구에서는 선행연구의 기준에 따라 60세 이상을 기준으로 고령장애인을 구분하였다.

또한 장애의 심화와 조기 노화를 경험하는 장애 특성을 반영하여 장애 발생 시기와 장애 유지 기간 20년을 기준으로 고령장애인을 고령화된 장애인과 노인성 장애인으로 유형을 구분하였다. ‘고령화된 장애인’은 60세 이전에 장애가 발생하여 장애 유지 기간이 20년 이상인 자로 정의하고, ‘노인성 장애인’은 60세 이후 장애가 발생한 자로 정의하였다. 장애 유지 기간은 처음 장애를 등록한 나이를 묻는 ‘장애 시작 시점’ 변수를 활용하여 ‘현재 연령-장애 시작 연령=장애 유지 기간’으로 조작적 정의를 하였다. 장애 유지 기간은 20년 이상은 1, 20년 미만은 0으로 구분하였다.

이러한 기준에 따라 고령장애인은 60세 이상의 장애를 가진 노인을 대상으로 1차 조사 시점(2006년)에 60세 이상이면서 장애가 있다고 응답한 사람을 선별하고, 다시 2차 조사 시점(2007년)에 60세 이상이면서 장애가 있다고 응답한 사람을 선별하였다. 동일한 방법으로 13차 조사 시점까지의 고령장애인을 선별하고, 3차, 6차, 9차, 12차의 장애인 부과조사에 응답한 장애발생 당시의 연령을 활용하여 장애 유지 기간을 확인할 수 있는 고령장애인을 최종 선정하였다. 매년 60세에 도래하는 고령장애인을 포함하기 위해 차수마다 고령장애인을 선별하였으며, 선별된 데이터는 개인 ID를 기준으로 패널자료로 구축하였다. 다만, 조기 노화 현상을 주요 이슈로 하는 발달장애인³⁾과 정신장애인 그리고 보훈처 등록장애인을 포함한 비등록 장애인은 제외하여, 최종적으로 분석에 포함된 고령장애인은 10,368명이다. 본 연구에서 사용된 조사 사례수는 만60세 이상의 장애를 가진 노인을 대상으로 1차년도 447명, 2차년도 519명, 3차년도 583명, 4차년도 636명, 5차년도 685명, 6차년도 696명, 7차년도 991명, 8차년도 1,006명, 9차년도 982명, 10차년도 971명, 11차년도 958명, 12차년도 951명, 13차년도 943명으로 전체 10,368명으로 나타났다.

2. 변수

가. 건강(종속변수)

주관적 차원의 지각된 건강은 신체건강, 질병, 장애 등 전반적인 건강상태를 잘 대변해주는 지표로 신체적 건강에 대한 개인의 지각과 평가를 의미한다(이승미, 2002; 차승은, 한경혜, 이정화, 2002). 특히 지각된 건강은 신체적인 건강함을 살펴보는 데 있어서 의료진의 평가나 소견보다도 개인의 건강함이나 사망률을 더 잘 예측하는 것으로 알려져 있다(차승은, 한경혜, 2006). 본 연구에서 주관적 건강상태는 5점 리커트식 척도로 측정되어 점수가 높을수록 건강상태가 좋음을 의미한다(1-건강이 아주 안 좋다, 2-건강하지 않은 편이다, 3-보통이다, 4-건강한 편이다, 5-아주 건강하다).

나. 독립변수

1) 시간의존변수

본 연구는 사회적 네트워크를 사회적 자본의 핵심 구성요소로 보고, 사회적 네트워크는 크게 수동적 네트워크와 능동적 네트워크로 구분하여 건강에 미치는 영향을 살펴보고자 한다. 우선 수동적 네트워크는 ‘지난 1개월 동안 일상생활에서의 도움 정도’ 문항을 활용하여, 관계의 대상에 따라 결속형과 교량형 다시 구분하였다. 첫째, 결속형은 인구사회학적으로 특징이 동질적인 관계로 이루어진 부모, 자녀, 형제자매, 친척, 친구 및 동료, 이웃, 종교단체의 도움 여부(1-그렇다, 0-아니다)를 합산하여 사용하였다. 둘째, 교량형은 인구사회학적 특징이 비동질적인 관계로 이루어진 사회단체나 봉사단체, 복지관의 사회복지사나 직원, 읍·면·동사무소의 사회복지공무원의 도움 여부(1-그렇다, 0-아니다)를 합산하여 사용하였다.

다음으로, 능동적 네트워크는 고령장애인의 지역사회에서의 다양한 사회활동 참여 수준을 파악하기 위해 소득 있는 경제활동 참여 여부, 자원봉사와 기부 여부, 교양·오락비 지출 여부를 활용하였다. 능동적 네트워크는 크게 호혜적 참여와 비호혜적 참여로 구분하였으며, 호혜적 참여는 자원봉사와 기부 여부(1-그렇다, 0-아니다)로 구성하였고, 비호혜적 참

3) 보건복지부(2016. 12. 31. 기준) 등록 장애인 통계에 따르면, 발달장애인의 사망 당시 평균연령은 자폐성장애인 19.0세, 지적장애인 54.1세이며, 발달장애인의 평균수명은 53.5세로 다른 유형의 장애인에 비해서도 매우 짧은 것으로 나타났다(국립재활원, 2018).

여는 경제활동 참여 여부와 교양·오락비 지출 여부(1-그렇다, 0-아니다)를 총합하여 구성하였다. 점수가 높을수록 사회활동 참여빈도가 높음을 의미한다.

시간 의존적 통제변수는 혼인상태, 교육수준, 경제상태이다. 배우자 여부는 배우자 유무를 중심으로 사별, 이혼, 별거 등을 포함하여 배우자가 없는 경우 0, 배우자가 있는 경우 1로 구분하였다. 다음으로 교육수준은 무학 0, 초졸 1, 중졸 2, 고졸 3, 대졸 4, 대학원이상 5으로 구분하였으며, 경제상태는 가구 총소득을 가구원수의 제곱근으로 나눈 가구균등화소득⁴⁾에 따른 가구구분으로 저소득층은 0, 일반가구는 1로 구분하였다.

2) 시간독립변수

본 연구에서 사용된 시간 독립적 통제변수는 장애 발생 시기와 성별이다. 장애 발생 시기는 고령장애인을 구분하기 위해 최근 선행연구에서 주로 사용하는 용어를 준용하여 고령화된 장애인과 노인성 장애인으로 용어를 사용하였다(이영미, 2013; 오소윤, 서지혜, 정지은, 정다찬, 2017).

첫째, 고령장애인을 구분하는 데 있어 가장 보편적인 기준은 장애 발생 시기로 구분하는 것이며(양희택, 2012), 장애 발생 시기는 주로 60~65세를 기준으로 구분하였다(이영미, 2013).

둘째, 장애인의 '조기 노화(premature aging)'를 기준으로 구분하는 것이며, 장애발생 15~20년 이상이 되면 급격한 신체적, 심리적, 사회·환경적 변화를 경험하고 기존에 가지고 있던 장애와 더불어 '이차장애(secondary condition)'를 경험하는 것으로 나타나고 있다(김성희, 이송희, 노승현, 정일교, 2011; 황주희 외, 2014). 이에 따라 장애 발생 시기는 장애 발생 시기와 장애 유지 기간 변수를 활용하여 '고령화된 장애인'은 0, 노인성 장애인은 1로 구분하였고, 성별은 남성은 0, 여성은 1로 구분하였다.

3. 분석 방법

본 연구에서 고령장애인의 건강 변화양상을 확인하고, 이러한 변화에 있어 개인차를 설명할 수 있는 요인들과의 관계를

검증하기 위해 분석 방법으로 다층성장모형(multilevel growth model)을 이용하였다. 다층성장모형은 결측치(missing data)가 있거나 개인별로 측정 시점이 여러 차례인 종단자료에 필연적으로 나타나는 비독립성 및 결측치 문제에 대처하기 용이하며, 정규성이나 등분산 같이 현실적으로 충족하기 어려운 통계적 가정들에 거의 제약을 받지 않는다는 장점을 가진다(강상진, 2003, p.438; 김영민, 임영식, 2014, p.305). 분석과정으로 첫 번째 단계에서는 무조건 성장모형을 통해 시간에 따른 건강 변화를 추정하였으며, 두 번째 단계에서는 이러한 변화에서의 개인차를 설명할 수 있는 변수들로서 인구사회학적 변수(성별, 장애 발생 시기)와 독립변수인 사회적 네트워크(수동적·능동적 네트워크)를 투입하여 고령장애인의 건강 변화에 대한 영향력을 검증하였다. 시간의 경과에 따른 건강의 변화를 설명하는 데 있어 초기치와 변화율을 추정하기 위해 1차 측정 시점을 0으로 하는 시간 변수(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)를 투입하였다.

이에 대한 식은 다음과 같이 표현될 수 있다.

1수준 :

$$Y_{ti} = \pi_{0i} + \pi_{1i}(time)_{ti} + \pi_{2i}(수동적네트워크)_{ti} + \pi_{3i}(능동적네트워크)_{ti} + \pi_{4i}(배우자여부)_{ti} + \pi_{5i}(교육수준)_{ti} + \pi_{6i}(소득수준)_{ti} + e_{ti} \sim N(0, \sigma^2)$$

2수준 :

$$\begin{aligned} \pi_{0i} &= \beta_{00} + \beta_{01}X1(성별)_{1i} + \beta_{02}X2(장애발생시기)_{2i} + \gamma_{0i} \\ \pi_{1i} &= \beta_{10} + \beta_{11}X1(성별)_{1i} + \beta_{12}X2(장애발생시기)_{2i} + \gamma_{1i} \\ \pi_{2i} &= \beta_{20} \\ \pi_{3i} &= \beta_{30} \\ \pi_{4i} &= \beta_{40} \\ \pi_{5i} &= \beta_{50} \\ \pi_{6i} &= \beta_{60} \end{aligned}$$

이상에서 제시한 바와 같이 본 연구에서는 시간의 흐름에 따른 고령장애인의 건강 변화양상을 살펴보기 위해 무조건 선형모형을 분석하였으며, 이러한 변화에 대한 영향요인들을 확인하기 위하여 조건 성형모형을 구성하여 관련 변인 간 인과 관계를 분석하였다. 본 연구는 주요 변수의 기초 분석에 SPSS 25.0을 이용하였고, 다층성장모형은 STATA 13.0을 이용하여 분석하였다.

4) 가구균등화가구소득 = $\frac{\text{가구소득}}{\sqrt{\text{가구원수}}}$

IV. 분석 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 연구 대상자의 성별은 남성이 49.9%, 여성이 50.1%로 유사하게 나타났으며, 대상자의 평균연령은 약 72세로, 70~79세의 장애인이 49.4%로 가장 많은 것으로 나타났다. 배우자가 없는 고령장애인은 36.6%였으며, 연구 대상자의 대부분인 73.9%가 초등학교 졸업 이하의 학력을 가지고 있었다. 경제수준은 고령장애인의 69.2%가 저소득층이었으며, 장애발생시 평균연령은 50.0세였다.

2. 주요 변수의 기술통계

본 연구의 주요 변수인 고령장애인의 주관적 건강상태와 수동적·능동적 네트워크의 기술통계는 <표 2>와 같다. <표 2>는 1차부터 13차까지 주관적 건강상태, 수동적·능동적 네

트워크의 변화 경향을 평균과 표준편차로 나타낸 것이다. 고령장애인의 주관적 건강상태는 13년간 점차적으로 증가하는 패턴을 보이고 있다. 다음으로 수동적 네트워크의 변화경향을 살펴보면, 결속형은 점차 증가하는 양상을 보이고, 교량형은 이와 반대로 점차 감소하는 양상을 보였다. 또한 능동적 네트워크 역시, 비호혜적 참여와 호혜적 참여 모두 시간의 흐름에 따라 다소 감소하는 경향을 보였다. 주요 변수들의 변화를 살펴본 결과, 모든 변수가 변화양상을 보임에 따라 다층성장모형의 조건을 충족시키고 있음을 확인하였다.

3. 연구모형 분석

가. 조건성장모형

기초모형 분석 결과(<표 3> 참고), 고령장애인의 주관적 건강상태는 1수준 측정 시점의 분산추정치가 0.50이고, 2수준의 분산추정치는 0.33으로 나타났다. 주관적 건강의 ICC값은 0.40으로 개인효과 비율이 약 40%인 것으로 분석되었다.

표 1. 연구 대상자의 일반적 특성

	구분	고령장애인	고령화된 장애인	노인성 장애인	α
		빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)	
성별	여(=0)	2,423 (50.1%)	602 (32.3%)	1,821 (61.3%)	382.956***
	남	2,410 (49.9%)	1,259 (67.7%)	1,151 (38.7%)	
연령 (만)	60-69세	101 (16.6%)	86 (46.0%)	15 (3.6%)	170.685***
	70-79세	301 (49.4%)	65 (34.8%)	236 (55.9%)	
	80-89세	189 (31.0%)	31 (16.6%)	158 (37.4%)	
	90세 이상	18 (3.0%)	5 (2.7%)	13 (3.1%)	
	평균(SD)	71.9 (7.006)	70.6 (7.725)	75.6 (5.866)	
배우자 여부	무배우자(=0)	1,765 (36.6%)	566 (30.4%)	1,199 (40.5%)	49.599***
	유배우자	3,058 (63.4%)	1,294 (69.6%)	1,764 (59.5%)	
최종 학력	무학	1,952 (40.4%)	604 (32.5%)	1,348 (45.4%)	107.487***
	초졸	1,618 (33.5%)	653 (35.1%)	965 (32.5%)	
	중졸	543 (11.2%)	274 (14.7%)	269 (9.1%)	
	고졸	551 (11.4%)	260 (14.0%)	291 (9.8%)	
	대졸	136 (2.8%)	63 (3.4%)	73 (2.5%)	
	대학원 이상	33 (0.7%)	7 (0.4%)	26 (0.9%)	
경제 수준	저소득가구(=0)	3,344 (69.2%)	1,192 (64.1%)	2,152 (72.4%)	37.498***
	일반가구	1,489 (30.8%)	669 (35.9%)	820 (27.6%)	
장애발생 시기	평균(SD)	50.0 (20.518)	21.0 (13.046)	66.9 (5.426)	-

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

표 2. 주요 변수들의 특성

변수	차수	N	M	S.D	왜도	첨도	
주관적 건강상태	1	447	1.87	0.91	1.06	0.58	
	2	519	2.09	0.90	0.84	0.39	
	3	583	2.18	0.91	0.63	-0.10	
	4	635	2.29	0.87	0.64	0.18	
	5	684	2.30	0.91	0.61	-0.06	
	6	696	2.35	0.87	0.64	0.20	
	7	991	2.45	0.87	0.56	-0.13	
	8	1,006	2.44	0.93	0.51	-0.44	
	9	982	2.41	0.86	0.46	-0.36	
	10	971	2.51	0.82	0.39	-0.43	
	11	958	2.50	0.84	0.44	-0.31	
	12	951	2.47	0.84	0.46	-0.29	
	13	943	2.60	0.88	0.26	-0.71	
수동적 네트 워크	결속	3	376	0.68	0.64	0.58	0.29
		6	345	0.75	0.67	0.69	0.78
		9	316	0.95	0.82	0.62	0.10
		12	913	1.08	0.83	0.80	0.73
	교량	3	375	0.33	0.65	2.15	4.58
		6	345	0.45	0.69	1.50	1.80
		9	316	0.35	0.64	1.90	3.45
		12	913	0.29	0.57	2.27	6.57
능동적 네트 워크	비호혜 참여	3	583	1.22	0.58	-0.07	-0.37
		4	636	1.28	0.49	0.48	-0.66
		5	685	1.25	0.48	0.60	-0.29
		6	696	1.27	0.46	0.83	-0.70
		7	991	1.29	0.46	0.816	-0.99
		8	1,006	1.29	0.46	0.89	-1.12
		9	982	1.27	0.46	0.77	-0.76
		10	971	1.26	0.46	0.85	-0.56
		11	958	1.27	0.46	0.79	-0.77
		12	951	1.27	0.46	0.82	-0.70
	13	943	1.26	0.46	0.81	-0.64	
	호혜 참여	1	377	0.08	0.39	4.73	20.45
		2	438	0.05	0.30	6.41	39.28
3		521	0.06	0.33	5.65	30.06	
4		562	0.05	0.30	6.23	37.19	
5		592	0.05	0.31	6.06	34.80	
6		605	0.03	0.26	7.60	55.99	
7		864	0.06	0.35	5.29	26.05	
8		882	0.06	0.33	5.69	30.49	
9		875	0.05	0.33	5.80	31.67	
10		860	0.06	0.34	5.62	29.61	
11		861	0.05	0.31	6.18	36.24	
12		852	0.06	0.34	5.59	29.29	
13		848	0.06	0.34	5.45	27.82	

다음으로 선형모형은 이전의 무조건모형의 1수준에 시간 변수를 투입한 모형으로, 종속변수인 건강의 종단적 변화를 추정하는 동시에, 개인간의 초기치와 변화율의 차이가 유의한지를 파악함으로써 이후 2수준에 독립변수를 투입한 개인 간 차이를 설명하는 것이 의미가 있을지를 결정하는 과정이 기도 하다.

먼저 고령장애인의 주관적 건강수준은 시간에 따라 유의미하게 증가하는 추세를 보였다. 주관적 건강의 초깃값 평균은 2.166(p<.000)이고, 평균 변화율은 0.027(p<.000)로 통계적으로 유의미하였다. 변화율이 정적(+)으로 유의미하게 나타나고 있어 고령장애인의 주관적 건강이 해마다 0.027씩 증가하고 있음을 알 수 있었다. 주관적 건강의 초깃값과 변화율의 무선효과가 통계적으로 유의한 것으로 나타나(Log Likelihood = -12189.86 $\chi^2 = 2319.58$, p<.000), 고령장애인의 초깃값과 변화율에 있어 개인차가 존재하는 것을 알 수 있었다. 또한 주관적 건강의 초깃값과 변화율의 상관계수가 -0.03으로 부적(-)상관을 보이고 있으며, 이는 초기 측정 시점에서 주관적 건강의 점수가 낮았던 고령장애인에 비해 주관적 건강의 초깃값이 높은 고령장애인이 시간의 경과에 따라 주관적 건강수준이 더 완만하게 변화하는 것을 보여준다.

이처럼, 선형모형을 통해 고령장애인의 주관적 건강상태의 변화양상을 살펴본 결과 초깃값과 변화율의 무선효과가 모두 통계적으로 유의하여 조건성장모형을 통해 초깃값과 변화율에서 개인차를 가져오는 요인을 추가로 검증할 필요가 있음을 확인하였다. 결과적으로 선형모형을 통해 고령장애인의 주관적 건강상태는 시간이 흐름에 따라 점차 좋아지는 경향을 보이는 것을 확인할 수 있었다.

나. 조건모형

앞서 분석한 무조건 성장모형의 결과에서는 고령장애인의 주관적 건강상태는 시간의 흐름에 따라 변화하는 패턴을 보이는 것으로 확인하였으며, 이러한 변화에는 개인차가 존재하는 것으로 나타났다. 이에 개인차를 설명할 수 있는 변인을 주관적 건강상태에 각각 투입하여 조건성장모형(conditional model)을 검증하였다. 조건성장모형에는 고령장애인의 건강에 영향을 미치는 개인적 특성과 장애특성을 통제변수로 상정하여 투입하였고, 독립변수는 사회적 네트워크를 능동적 네트워크와 수동적 네트워크로 구분하여 투입하였다. 이를 통해, 투입된 변수들이 고령장애인의 건강 변화에 어떠한 영향을 미치는지 살펴보았다.

먼저 사회적 네트워크의 하위 요인인 수동적 네트워크와 능동적 네트워크, 그리고 배우자 여부, 교육수준, 소득수준을 시간 의존적 변수(Time-Variant Covariate, TVC)로써 1수준에 투입하였고, 성별, 장애 발생 시기는 통제변수로써 2수준에 투입하였다. 1수준의 통제변수는 초깃값을 보다 의미 있게 해석하기 위해 집단평균중심화(group mean centering)를 적용하였다(강상진, 2016).

우선 사회적 네트워크가 고령장애인의 주관적 건강에 영향을 미치는지를 확인하기 위해 모형1에 사회적 네트워크와 장애 발생 시기를 투입하여 확인한 결과(<표 4> 참조), 고령장애인의 주관적 건강은 측정 시점과 개인 특성의 영향을 받고 있는 것으로 나타났다. 무선효과에서 1수준의 분산은 0.477, 2수준 초깃값의 분산은 0.357, 변화율의 분산은 0.004로 나타났다. 초깃값과 변화율에 있어서 통계적으로 유의미한 개인

표 3. 선형모형 분석 결과

	기초모형		선형모형	
	coef.	S.E	coef.	S.E
β_{00} (절편)	2.343***	0.017	2.166***	0.027
β_{10} (기울기)			0.027***	0.003
γ_{00} (절편)	0.333	0.016	0.526	0.038
γ_{11} (기울기)			0.004	0.000
γ_{10} (공분산)			-0.030	0.004
level_1 error	0.496	0.008	0.468	0.007
ICC(개인효과비율)	0.4017		0.5295	

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.00

차가 있음을 확인하였다(Log Likelihood=-1417.83, $\chi^2(10)=156.53$, $(p<.000)$). 고령장애인의 주관적 건강의 초깃값 평균은 1.869($p<.000$), 평균 변화율은 0.032($p<.000$)로 통계적으로 유의미하였다.

변수간 인과관계를 살펴보면, 시간 독립 변수로 투입한 장애 발생 시기($B= -0.177$, $p<.000$)가 주관적 건강 초깃값에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 노인성 장애인이 고령화된 장애인 보다 주관적 건강이 더 좋지 않음을 의미한다. 주관적 건강의 변화율에 영향을 미치는 시간 의존적 변수는 교육수준($B=0.072$, $p<.004$), 결속형 네트워크($B=-0.062$, $p<.041$), 비호혜적 참여($B=0.366$, $p<.000$), 호혜적 참여($B=0.238$, $p<.097$)로, 교육수준이 높을수록, 비호혜적 참여와 호혜적 참여를 할수록 주관적 건강의 변화율에 긍정적인 영향을 미쳤다. 이와 반대로 결속형 네트워크는 높을수록 주관적 건강의 변화율을 감소시켜 부정적인 영향을 미쳤다. 정리하면, 고령화된 장애인의 초기 주관적 건강상태가 노인성 장애인보다 좋으며, 교육수준이 높을수록 주관적 건강의 변화율에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 사회적 네트워크의 영향에 있어서는 능동적 네트워크와 수동적 네트워크

의 영향이 상이하게 나타났다. 능동적 네트워크가 많을수록 (비호혜적 참여, 호혜적 참여) 주관적 건강의 변화율에 긍정적인 영향을 미치는 반면, 수동적 네트워크인 결속형 네트워크가 높을수록 주관적 건강 변화율에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타남에 따라 동질성을 가진 집단과의 관계가 건강에 부정적인 영향을 미침을 확인하였다.

다음으로, 장애 발생 시기가 시간의 흐름에 따른 주관적 건강 변화에 미치는 영향을 확인하기 위해 모형2의 시간과 장애 발생 시기의 상호작용을 확인한 결과(<표 4> 참조, 고령장애인의 주관적 건강은 측정 시점과 개인 특성의 영향을 받고 있는 것으로 나타났다. 무선효과에서 1수준의 분산은 0.476, 2수준 초깃값의 분산은 0.331, 변화율의 분산은 0.004로 나타났다, 초깃값과 변화율에 있어서 통계적으로 유의미한 개인차가 있음을 확인하였다(Log Likelihood=-1413.56, $\chi^2(10)=146.01$, $(p<.000)$). 고령장애인의 주관적 건강의 초깃값 평균은 2.062($p<.000$)이며, 평균 변화율은 통계적으로 유의미하지 않았다.

변수 간 인과관계를 살펴보면, 시간 독립 변수로 투입한 장애 발생 시기($B= -0.555$, $p<.000$)이 주관적 건강 초깃값에

표 4. 조건모형

	모형1 (사회적네트워크)		모형2 (사회적네트워크: 시간×장애 발생 시기)		
	계수(B)	표준오차	계수(B)	표준오차	
장애 발생 시기 (0=고령화된 장애인)	-0.177***	0.050	-0.555***	0.124	
성별(0=여)	0.015	0.059	0.025	0.059	
시간(변화율)	0.032***	0.007	0.008	0.011	
배우자 여부 (0=무배우)	-0.040	0.056	-0.044	0.056	
교육수준	0.072**	0.025	0.073**	0.025	
소득(0=저소득)	0.050	0.055	0.044	0.055	
수동적 네트워크	결속형	-0.062*	0.030	-0.063*	0.030
	교량형	-0.029	0.038	-0.027	0.038
능동적 네트워크	비호혜 참여	0.366***	0.049	0.360***	0.049
	호혜 참여	0.238#	0.166	0.228	0.166
장애 발생 시기*시간			0.041**	0.014	
상수	1.869***	0.105	2.062***	0.122	
초깃값	0.357	0.113	0.331	0.110	
시간(기울기)	0.004	0.002	0.004	0.002	
cov(time,_con)	-0.033	0.014	-0.029	0.014	
level_1error	0.477	0.038	0.476	0.037	

주: *** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$, # $p<.10$

영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 노인성 장애인이 고령화된 장애인보다 주관적 건강이 더 좋지 않음을 의미한다. 주관적 건강의 변화율에 영향을 미치는 시간 의존적 변수는 교육수준($B=0.073$, $p<0.004$), 결속형 네트워크($B=-0.063$, $p<0.036$), 비호혜적 참여($B=0.360$, $p<0.000$)로, 교육수준이 높을수록, 비호혜적 참여를 할수록 주관적 건강의 변화율에 긍정적인 영향을 미쳤다. 이와 반대로 결속형 네트워크는 높을수록 주관적 건강의 변화율을 감소시켜 부정적인 영향을 미쳤다.

시간변수와 장애 발생 시기 사이의 상호작용효과($B=-0.041$, $p<0.007$)가 유의미한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 노인성 장애인의 주관적 건강상태가 초기에는 고령화된 장애인 보다 좋지 않으나, 시간이 지날수록 더 빠르게 좋아지는 것을 의미한다. 즉, 노인성 장애인의 주관적 건강상태가 초기에는 고령화된 장애인보다 좋지 않으나, 시간이 지날수록 더 빠르게 좋아지는 것으로 나타났다.

V. 결론 및 함의

본 연구는 고령장애인의 건강의 변화 및 이에 대한 영향요인을 확인하기 위한 연구로서, 시간의 흐름에 따라 고령화된 장애인과 노인성 장애인이 경험하는 건강이 어떻게 변화하는지 그리고 사회적 네트워크가 건강의 변화에 어떠한 영향을 미치는지 위계적 선형모형(HLM)을 적용하여 분석하였다. 이러한 과정을 통해 도출된 본 연구에서의 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, 고령장애인의 건강 변화를 살펴본 결과 고령장애인의 주관적 건강은 시간이 경과 할수록 좋아지고 있음을 보여준다. 이는 노년기 건강 취약성을 노화과정에서 누구나 필연적으로 발생하는 상실로 생각하기 때문에 특별히 나만의 건강이 나쁘다고 생각하지 않고 오히려 장애에 잘 적응해온 결과로 ‘생존(survivor)’ 또는 ‘승리(triumph)’라는 긍정적인 의미로 받아들이기 때문이다(Kemp, Adams, & Campbell, 1997; Grist, 2010). 또한 주관적 건강에 대한 개인적 평가가 긍정적인 이유에 대해 보건의료자원의 수가 많을수록 노인이 인식하는 주관적 건강수준이 높아짐으로 질병이나 사고에 노출될 위험이 높은 건강 취약계층인 노인에게 보건의료서비스가 중요하다고 지적한다(김명일, 이상우, 김혜진, 2013).

둘째, 시간의 흐름에 따른 건강 변화에 있어 장애 발생 시기가 미치는 영향을 살펴본 결과, 장애 발생 시기에 따라 주관적 건강상태의 변화에 유의미한 차이가 있음을 확인하였다. 이는 노인성 장애인의 주관적 건강 초깃값이 더 낮지만, 시간이 흐를수록 고령화 장애인과의 격차가 감소하여 노화로 수렴되는 양상을 보인다. 생애 초기에 불리한 상황에 있던 사람들은 생애과정을 통해 자신의 생활에 대처하는 고유한 방식을 갖게 되며, 이를 통해 불리한 생활사건이 신체적·정신적 건강에 미치는 부정적 영향을 완화시키고, 궁극에는 건강의 차이가 수렴된다는 선행연구의 결과와 일치한다(이훈희, 2016; 유동철, 2016; 이은실, 2018).

셋째, 사회적 네트워크의 하위요인들의 영향을 살펴본 결과 수동적·능동적 네트워크가 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 우선, 능동적 네트워크 중 비호혜적 참여와 호혜적 참여는 주관적 건강에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났는데 이는 사회참여가 건강과 유의하게 연관된다(Lee, Lee, Cho, & Park, 2008)는 선행연구의 결과와 일치한다. 더불어 여가활동이 신체적·사회적·인지적으로 건강하고 활발한 삶이 되도록 이끌어준다는 선행연구의 결과와도 일치한다(Sirven & Debrand, 2008; 노인숙·조선희, 2016).

또한 봉사활동 및 기부 역시 노인의 긍정적 경험을 높이고(Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario, & Tang, 2003), 노년기의 사회적·심리적 고립감을 상쇄(김명일·이상우·김혜진, 2013)하여 건강에 긍정적인 영향을 미친다는 결과와 일치한다(송예리아·남은우, 2009; Parkinson, Warburton, Sibbritt, & Byles, 2010). 다만, 국내 노인봉사활동참여율은 3.9%로(정경희 외, 2017) OECD 유럽회원국가의 평균 노인자원봉사 참여율인 16.5%와 비교하면 매우 낮다는 점에서 국내에 봉사활동 및 기부 문화가 아직 정착되지 못한 이유로 영향이 약하게 나타난 것으로 보인다.

이와는 달리 결속형 네트워크는 주관적 건강에 부정적인 영향을 미쳤는데, 이는 가족·친구·이웃과의 관계가 좋을수록, 비공식적 네트워크의 지지가 높을수록 건강에 긍정적인 영향을 미친다는 선행연구(송예리아, 남은우, 2009; 김진현, 2016; 어유경, 김인태, 홍석호, 김순은, 2017)와 상반된 결과이다. 일반적으로 많은 연구는 사회적 네트워크가 건강에 긍정적인 영향을 미친다고 설명하고 있어(김은령, 2013; 김진현, 2016; 어유경, 김인태, 홍석호, 김순은, 2017), 결속형 네트워크의 부정적 영향에 대한 고려가 필요하다. 사회적 네트워크의 긍

정적인 기능은 네트워크의 속성에 따라 반대의 결과로 나타날 수 있다는 연구들이 있다(Rocco & Suhrcke, 2012; 최정민, 2014). 예를 들면, 가족과 친척 등의 비공식적 네트워크에 대한 의존은 친구나 이웃 등과의 상호호혜적 지지 및 신뢰에 부정적인 영향을 미치게 되며 사회관계의 제약으로 이어진다(Rocco & Suhrcke, 2012; 최정민, 2014). 비 혈연관계를 포함한 다양한 대인관계를 형성하기보다는 호혜적 상호관계가 결여된 친족 중심적인 관계망을 가질수록, 사회적 관계망의 크기가 작을수록 정신건강이 나쁜 것으로 나타났다(Tolsdorf, 1976; 장수지, 2010). 개인이 가지는 사회적 네트워크 내 관계들 간의 사회적 상호작용이 적을수록, 사회적 지지를 적게 받고 있다고 인지할수록 사망률이 높았다(Blazer, 1982).

또한 사회적 네트워크 내 갈등으로 인한 부정적인 관계도 존재하는데, 이러한 부정적 경험은 건강에 좋지 못한 영향을 미친다(Rook, 1984). 노인과 장애인을 돌보는 일차 돌봄제공자는 주로 가족과 친구의 경우가 많으며, 이들은 돌봄과 관련된 정서적, 신체적 요구의 간극으로 인한 실제적인 어려움과 갈등이 존재한다(조상은, 이현주, 이선화, 이수연, 2017). 돌봄에 대해 가족이 책임져야 한다는 통념과 대안적인 돌봄서비스가 부족한 상황에서 노화를 경험하는 고령장애인은 가족·친지·친구와 같은 결속형 네트워크에 의존하여 도움을 받는다. 그러나 시간이 지날수록 결속형 네트워크에 대한 높은 의존은 구성원 간의 갈등이 유발될 가능성을 높이고, 소속된 네트워크의 축소로 인한 보유 자원의 부족은 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 이는 결속형 네트워크가 가지는 폐쇄성과 네트워크 내 부족한 자원이 주관적 건강에 부정적인 영향을 미친다는 선행연구의 결과와 유사하다(Mitchell & LaGory, 2002; Iwase et al., 2012).

본 연구 결과를 통해 고령 장애인의 건강증진을 위한 몇 가지 제언을 하고자 한다.

먼저, 고령장애인의 건강수준을 제고할 필요가 있다. 고령장애인의 주관적 건강이 시간에 따라 증가하는 양상으로 나타날지라도 주관적 건강의 전체 평균이 2.39점에 그치고 있다는 점을 주목할 필요가 있다. 5점으로 측정된 주관적 건강상태는 3점이 '보통'을 의미하는 것을 감안하면 고령장애인의 건강수준이 여전히 건강하지 않은 수준에 머물고 있다는 것을 알 수 있다. 즉, 개인이 스스로 정확한 건강상태를 평가하기 어렵기 때문에 건강검진을 통해 건강상태에 대한 정확한 인지를 돕고, 건강의 악화와 질병을 예방할 수 있도록 지원할 필요가

있다. 이를 위해 건강검진시설, 장비 및 인력 등의 의료기관의 노력과 제도 개선을 통한 정책적인 지원이 필요하다. 또한 지속적인 건강교육을 통해 건강인식을 높여 건강상태에 대한 적절한 인지를 하고 그에 따른 건강정보를 잘 활용할 수 있도록 할 필요가 있다.

둘째, 시간의 흐름에 따른 장애 발생 시기의 영향을 고려하여 장애를 경험하는 초기에 건강 개입이 매우 중요하다. 장애 발생 시기에 따른 주관적 건강의 격차가 초기에 크게 나타나고 있다는 점은 고령화된 장애인은 장애가 노년기 전에 발생하여 장애를 수용하고 건강 유지를 위한 노력의 결과로 해석되며, 노인성 장애인이 건강한 노후를 보내기 위해서는 노년 이전의 삶에서부터 건강에 대한 관심과 함께 장애가 발생한 초기에 개입이 필요함을 시사한다. 고령장애인은 장애와 노화를 동시에 경험하는 특수한 대상자들로써 대상을 구분하는 것보다는 장애가 발생한 초기에 통합적인 건강개입과 지속적인 건강관리가 이루어져야 한다. 즉, 장애인의 건강에 대한 개입은 장애가 발생한 시점부터 재활과 건강관리가 함께 이루어질 필요가 있다. 지속적이고 질 높은 건강서비스가 고령장애인에게 제공될 수 있도록 국가 차원에서의 개입이 필요할 것이다. 그러나 2017년 12월 30일부터 시행된 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에 근거한 장애인건강주치의제도는 중증장애인만을 대상으로 건강주치의제도를 시행할 수 있도록 규정하고 있다. 그러나 장애인은 일차장애로 인해 이차장애와 같은 장애심화를 경험하게 되고 경증장애인이 중증장애인으로 이전될 수 있다는 점을 감안한다면, 장애인건강주치의제도의 대상을 경증장애인까지 확대할 필요가 있다.

셋째, 고령장애인의 건강증진을 위해 개인의 사회적 네트워크를 더 강화하기 위해 지원할 필요가 있다. 우선 고령장애인이 보다 많은 네트워크에 연결될 수 있도록 사회활동에 참여할 수 있도록 지원하는 것이 건강을 향상시키는 방안이 될 수 있다. 예를 들어, 지역사회프로그램에 고령장애인들의 지속적 참여를 보장하고, 사회적 관계를 확대하기 위해 지역사회 내 스포츠활동, 여가활동프로그램, 노인대학 및 동호회 등 다양한 사회적 활동을 통해 사회적 네트워크를 강화할 수 있는 프로그램 개발이 필요하다. 더불어 내 집단의 이익을 목적으로 하는 활동과 함께 타인의 이익을 위한 활동을 통해 상호호혜적인 양방향의 네트워크를 다양하게 연결하는 것이 필요하다. 이를 위해 국내 봉사활동 및 기부 문화 정착을 위한 노력과 함께 고령장애인의 자원봉사 참여 기회를 확대하고 만드는 것

이 필요할 것이다.

넷째, 고령장애인의 건강 증진을 위해서는 고령장애인을 둘러싼 네트워크의 종류와 수준에 관심을 가질 필요가 있다. 즉, 고령장애인을 둘러싼 가족, 친구, 이웃 등의 결속형 네트워크의 자원이 부족하거나 부정적인 관계를 가지는 경우, 이들은 건강증진에 큰 효과를 가져오지 못할 수 있다. 특히, 핵가족화로 인해 가족의 부양을 기대하기 어려운 현대 사회에 일차적인 사적 지지체계의 강화만으로는 고령장애인의 건강을 증진 시키기에 부족할 것이다. 이에, 고령장애인에게 우호적인 관계 혹은 동등한 관계의 네트워크의 확장을 통해 고령장애인이 다양한 관계를 형성하고, 지역사회 내에서 생활할 수 있도록 지역 내 돌봄 서비스가 활성화되어야 할 것이다.

마지막으로 본 연구는 고령장애인의 건강 변화에 대한 영향요인으로 사회적 네트워크의 영향을 탐색하는 것에 초점을 두었다. 종단자료를 이용하여 장애인의 건강에 대한 그간의 편견을 깨고 고령장애인의 건강의 변화를 설명하고, 사회적 네트워크가 건강에 미치는 영향을 실증적으로 검증하였다는 점에 본 연구가 가지는 의미가 있다. 하지만 본 연구는 다음과 같은 한계를 지니고 있으며, 이에 따른 후속연구를 위한 제언은 다음과 같다.

첫째, 13년간의 복지패널 데이터로 고령장애인의 생애과정을 추적하기에는 부족하며, 장애인의 삶을 충분히 담아내기에 한계가 있다. 특히 장애가 발생한 시점부터 현재의 삶에 이르는 과정을 양적데이터로 다 담아낼 수 없기 때문에 앞으로 질적인 접근을 추가하여 고령장애인의 생애를 더 탐색할

필요가 있을 것이다.

둘째, 고령장애인을 고령화된 장애인과 노인성 장애인으로 구분하는 과정에서 장애 발생 시기와 장애 유지 기간을 중심으로 설정하였다. 즉, 60세 이전에 장애가 발생하여 20년 이상 장애를 유지한 경우 ‘고령화된 장애인’으로, 60세 이후 장애가 발생한 경우 ‘노인성 장애인’으로 구분하였다. 고령화된 장애인과 노인성 장애인의 차이를 명확하게 확인하기 위해 구분하였으나, 이 과정에서 60세 이전에 장애가 발생하였으나 장애 유지 기간이 20년 미만인 고령장애인이 고려되지 못하는 한계를 가진다. 추후 연구에서는 60세 이전에 장애가 발생하였으나, 장애 유지 기간이 20년 미만인 이 집단을 명명하고 이들의 특성도 함께 살펴보는 것이 필요할 것이다.

셋째, 본 연구는 60세 이상이 고령장애인을 대상으로 하였지만, 발달장애인과 정신장애인이 포함되지 못한 한계가 있다. 발달장애인은 다른 유형의 장애에 비해 선천적 또는 생애 초기에 발생하는 비율이 높기 때문에 생애 초기부터 사회적 네트워크의 형성에 있어 어려움을 경험할 가능성이 높은 집단이다. 특히, 발달장애인의 평균수명이 비장애인이나 다른 유형의 장애인에 비해서도 훨씬 짧은 것으로 알려져 기대여명에서 불평등을 보이는 인구집단이다. 따라서 이들의 노화와 건강에 대한 후속 연구가 필요하다.

임수경은 중앙대학교에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 한국사회복지사협회에서 재직 중이다. 주요 관심분야는 사회복지정책이며, 장애아동, 장애노인, 취약계층 등을 연구하고 있다.

(E-mail: k16590@naver.com)

참고문헌

- 강상진. (2016). 다층모형. 서울: 학지사.
- 강상진. (2003). 교육학의 미래와 다층모형. *한국교육*, 30(3), pp.435-454.
- 강혜원, 조영태. (2007). 서울시 남녀노인의 건강불평등. *한국사회학*, 41(4), pp.164-201.
- 국립재활원. (2018). 2018년 장애인 건강관리사업. 보건복지부·국립재활원.
- 김경희, 이성국, 윤희정, 권기홍. (2015). 70세 이상 후기노인의 사회적자본이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향. *한국산학기술학회 논문지*, 16(6), pp.3889-3901.
- 김명일, 이상우, 김혜진. (2013). 서울시 거주노인의 주관적 건강인식 연구: 다층모형 적용을 통한 개인의 노후준비와 지역효과 검증. *보건사회연구*, 33(3), pp.327-360.
- 김민주. (2019). 한국형 노인 사회자본 척도의 개발 및 타당화 연구. *사회보장연구*, 35(2), pp.93-113.
- 김성희. (2016). 장애인 삶의 만족도 영향 요인 연구. *재활복지*, 20(3), pp.17-43.
- 김성희, 이송희, 노승현, 정일교. (2011). 장애인 서비스 연계방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 김영민, 임영식. (2014). 다층성장모형을 적용한 청소년기 자기통제력의 종단적 변화추이: 부모, 또래, 교사에착 효과 검증. *청소년학연구*, 21(5), pp.303-327.
- 김예성, 하응용. (2015). 독거노인의 생산적 여가활동 참여에 따른 신체적 정신적 건강과 자살생각에 관한 연구. *보건사회연구*, 35(4), pp.344-374.
- 김은령. (2013). 만성 관절염 노인환자의 주관적 건강상태와 우울 간의 관계에 미치는 사회적 자본의 상호작용 효과. *보건과 사회과학*, 33(1), pp.59-83.
- 김은이, 정선영, 문원기. (2015). SNS, 사회자본 네트워크 유형, 그리고 정치참여: SNS(트위터와 페이스북)의 유형별 비교를 중심으로. *지역과 세계*, 39(1), pp.175-200.
- 김은주. (2012). 고령 장애인의 건강과 의료 서비스. *한국장애인개발원 제4차 정책토론회 자료집*. pp.25-33.
- 김진현. (2016). 사회자본과 건강행태가 노년기 주관적 건강상태의 변화에 미치는 영향: 저소득 가구 노인과 일반가구 노인의 주관적 건강상태 궤적에 대한 비교. *노인복지연구*, 71, pp.9-32.
- 노인숙, 조선희. (2016). 노인복지관 여가 프로그램 참여노인의 경험에 대한 질적내용분석. *동서간호학회지*, 22(2), pp.138-147.
- 문필동. (2017). 고령장애인의 사회적 자본과 삶의 만족도의 관계: 우울과 자아존중감의 매개효과를 중심으로. 전남대학교 대학원 박사학위논문.
- 민주홍. (2013). 한국 노인의 사회참여가 주관적 건강 및 건강 변화에 미치는 영향. *보건사회연구*, 33(4), pp.105-123.
- 박태정. (2017). 노인의 결속형 사회적 자본과 경제적 만족도 및 삶의 만족도간의 관계에 관한 연구. *인문사회* 21, 8(4), pp.429-445.
- 보건복지부·보건사회연구원. (2021). 2020 장애인실태조사(보도자료).
- 손정연, 한경혜. (2012). 노년기 여성의 결혼지위와 건강에 관한 종단 연구: 연령 및 부모자녀 관계의 조절효과를 중심으로. *한국인구학*, 35(1), pp.211-233.
- 송예리아, 남은우. (2009). 사회자본 정도 및 건강행동이 한국인의 주관적 건강에 미치는 영향 분석. *보건교육·건강증진학회지*, 26(3), pp.1-13.
- 신순희. (2019). 고령화시대 노인의 사회적자본에 관한 고찰. *한국복지실천학회지*, 11(1), pp.132-167.
- 안지선, 전해정. (2012). 중년기 은퇴로의 전이가 정신건강에 미치는 영향에 있어서의 성차: 가족관계 만족도의 매개효과. *한국가족관계학회지*, 17(1), pp.65-85.
- 양희택. (2012). 장애인 고령화에 따른 대책논의. 2012년 제4차 장애인정책토론회 자료집: 주제발표 1 장애를 가진 노인의 특성에 관한 연구. 한국장애인개발원.
- 양희택, 서대석. (2011). 임금근로 장애인 고용의 질이 생활만족도에 미치는 영향에 관한 연구. 2011년 3회 장애인고용패널 학술대회 발표논문집. pp.247-277.
- 어유경, 김인태, 홍석호, 김순은. (2017). 사회자본과 건강한 노후: 다층모형(Multilevel Modeling)을 활용한 사회자본의 영향 분석. *한국정책학회보*, 26(1), pp.121-151.
- 오소윤, 서지혜, 정지은, 정다찬. (2017). 고령장애인의 삶의 만족도에 영향요인에 관한 연구. *한국지능재활학회학술대회*. pp.125-146.
- 유동철. (2016). 장애인의 나이들어감에 따른 건강의 변화와 정책방향: 비장애인과의 비교를 중심으로. 동의대학교 지방자치연구소 *공공정책연구*, 33(1), pp.23-46.
- 유동철, 김동기, 김경미, 신유리. (2016). 장애인의 지역사회 신뢰와 장애정체감이 주관적 건강에 미치는 영향: 사회경제적 지위의 조절효과를 중심으로. *한국콘텐츠학회논문지*, 16(7), pp.337-347.
- 유창민. (2016). 한국복지패널로 본 한국 성인의 건강궤적과 예측요인: 장애인과 비장애인의 집단 내, 집단 간 불평등 정도를 중심으로. *보건사회연구*, 36(1), pp.440-472.
- 유태균, 유혜라. (2009). 건강행동과 건강교육. 서울: 군자출판사.
- 이 용, 김동기. (2015). 장애인의 주관적 건강 영향요인 탐색: 사회적 배제와 사회경제적 지위를 중심으로. *한국사회복지조사연구*,

- 47, 133-158.
- 이계승. (2014). 장애인의 삶의 만족도 변화양상과 예측요인에 관한 연구: 사회 자본의 구성개념인 네트워크와 사회참여를 중심으로. *사회복지연구*, 45(2), pp.375-402.
- 이미숙. (2009). 고령화연구패널자료를 이용한 노년기 건강불평등의 구조분석. *보건과 사회과학*, 25, pp.5-32.
- 이승미. (2002). 한국 노인의 사회계층별 건강상태와 사회적 지원의 영향에 관한 연구. *한국노년학*, 22(3), pp.135-158.
- 이영미. (2013). 장애노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 노령화된 장애인과 노인성 장애인 간 비교를 중심으로. *노인복지연구*, 62, pp.35-58.
- 이원지. (2017). 베이비부머 세대의 사회적 자본이 건강상태에 미치는 영향: 거시적·미시적 차원의 매개 및 조절효과 분석. *노인복지연구*, 72(3), pp.283-312.
- 이은실. (2018). 고령장애인의 사회적 배제와 건강의 관계에 관한 종단 연구. 전북대학교 대학원 박사학위논문.
- 이정규. (2009). 삶의 만족감과 사회적 자본: 시민적 참여, 신뢰, 사회적 자본의 효과를 중심으로. *인문사회과학연구*, 22, pp.6-40.
- 이한나. (2013). 장애인의 건강불평등 연구: 집중지수 분석을 이용한 비장애인과 비교. 연세대학교 사회복지대학원 박사학위논문.
- 이현주, 강상경. (2009). 장애인의 스트레스, 심리사회적 자원 및 우울의 관계. *정신보건과 사회사업*, 33, pp.193-217.
- 이훈희. (2016). 한국 건강불평등의 구조분석. *한국공공관리학보*, 30(1), pp.85-110.
- 장수지. (2010). 노년기 사회적 관계망의 구조적, 기능적 측면과 주관적 삶의 질의 관계: 전후기노인 및 성별에 따른 비교를 중심으로. *사회과학연구*, 26(1), pp.75-100.
- 정경희, 오영희, 이윤경, 오미애, 강은나, 김경래, 황남희, 김세진, 이선희, 이석구, 홍송이. (2017). 2017년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 정덕진. (2014). 장애노인의 주관적 건강이 우울에 미치는 영향에 대한 심리사회적 자원의 조절효과. *보건사회연구*, 34(2), pp.247-275.
- 조상은. (2017). 고령장애인의 만성질환과 다차원적 장애: 국제기능장애 건강분류틀(ICF)을 적용하여. *사회복지연구*, 48(4), pp.91-120.
- 조상은, 이현주, 이선화, 이수연. (2017). 고령장애인의 욕구조사 및 중장기 정책방향. 서울: 한국장애인개발원.
- 조용하. (2004). 여성노인의 사회적 활동과 사회적 관계망에 따른 삶의 만족에 관한연구. 고려대학교 대학원 박사학위논문.
- 차승은, 한경혜. (2006). 남녀의 가족 역할 점유와 건강 문제. *한국인구학*, 29(2), pp.167-194.
- 차승은, 한경혜, 이정화. (2002). 농촌 노인의 지각된 건강과 신체·정신·사회적 건강의 관련성에 관한 연구. *한국노년학*, 22(1), pp.173-190.
- 최성일, 노승현, 이의정. (2013). 중고령 장애인의 노후대비 실태와 지원방안 연구. 서울: 한국장애인개발원.
- 최정민. (2014). 노인의 소득과 자살생각 간 관계: 신체건강, 우울감, 사회자본의 다중매개효과를 중심으로. 전북대학교 대학원 박사학위논문.
- 통계청. (2020). 2020 고령자통계. 대전: 통계청.
- 허중호, 조영태, 권순만. (2010). 사회경제적 박탈이 건강에 미치는 영향. *한국사회학*, 44(2), pp.93-120.
- 호승희, 양정희, 김주희, 이솔, 조태현, 김은주. (2018). 장애인과 비장애인의 생애주기별 건강특성 비교를 통한 장애인의 노화 특성 연구. 보건복지부·국립재활원.
- 황주희, 김성희, 노승현, 강민희, 정희경, 이주연, 이민경. (2014). 장애 노인 대상의 통합적 복지서비스 제공을 위한 정책방안. 한국보건사회연구원.
- Berkman, L. F. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. *Social Epidemiology*, 1, pp.137-173.
- Berkman, L. F., Glass, T. A., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), pp.843-857.
- Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115(5), pp.684-694.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital in John G Richardson(ed.), *Handbook of Theory and Research for Sociology of Education*. New York: Greenwood.
- 정병은 외, 역 (2003). *사회자본*. 도서출판: 그린.
- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: The mediating role of social networks and social capital. *Social Science and Medicine*, 52, pp.1501-1516.
- Dixon-Ibarra, A., Krahn, G., Fredine, H., Cahill, A., & Jenkins, S. (2016). Adults aging with and into paralysis: Epidemiological analysis of demography and health. *Disability and Health Journal*, 9(4), pp.575-583.
- Gierveld, J. D. J., Pas, S., & Keating, N. (2015). Loneliness of older immigrant groups in Canada: Effect of ethnic-cultural background. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30(3), pp.251-268.

- Grist, V. L. (2010). *The relationships between age of disability onset, adaptation to disability, and quality of life among older adults with physical disabilities*. (Ph.D., The Florida State University). ProQuest Dissertations and Theses(UMI NO. 849735352).
- Iwase, T., Suzuki, E., Fujiwara, T., Takao, S., Doi, H., & Kawachi, I. (2012). Do Bonding and Bridging Social Capital have Differential Effects on Self-rated Health? A Community based Study in Japan. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(6), pp.557-562.
- Kemp, B. J., B. M. Adams, & M. L. Campbell. (1997). Depression and life satisfaction in aging polio survivors versus age-matched controls: Relations to post-polio syndrome, family functioning, and attitude toward disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, pp.187-192.
- Kim, D., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2006). Bonding Versus Bridging Social Capital and Their Associations with Self Rated Health: A Multilevel Analysis of 40 US Communities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), pp.116-122.
- Lee, H., Jang, S., Lee, S., Cho, S., & Park, E. (2008). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp.1042-1054.
- Martin, L. G. & Schoeni, R. F. (2014). Trends in disability and related chronic among the forty-and-over population: 1997-2010. *Disability and Health Journal*, 7, pp.4-14.
- Mitchell, C. U. & LaGory, M. (2002). Social Capital and Mental Distress in an Impoverished Community. *City & Community*, 1(2), pp.199-222.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), pp.137-145.
- Mosqueda, L. (2004). Physiological changes and secondary conditions. In Kemp, B. J., & Mosqueda, L.(Eds.). *Aging with a Disability-What the Clinical Needs to Know*. Johns Hopkins Univ. Press. p.39.
- Parkinson, L., Warburton, J., Sibbritt, D., & Byles, J. (2010). Volunteering and older women: Psychosocial and health predictors of participation. *Aging & Mental Health*, 14(8), pp.917-927.
- Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6(1), pp.65-78.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and schuster.
- Rocco, L. & Suhrcke, M. (2012). *Is social capital good for health? A European perspective*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(5), pp.1097-1108.
- Sirven, N., & Debrand, T. (2008). Social participation and health aging: an international comparisons using SHARE data. *Social Science & Medicine*, 67, pp.2017-2026.
- Tollen, A., Fredriksson, C., & Kamwendo, K. (2008). Elderly persons with disabilities in Sweden: their experiences of everyday life. *Occupational Therapy International*, 15(3), pp.133-149.
- Tolsdorf, C. C. (1976). Social networks, support, and coping: An exploratory study. *Family Process*, 15(4), pp.407-417.
- Wilber, N., Mitra, M., Walker, D., Allen, D., Meyer, A., & Tupper, P. (2002). Disability as a public health issue: Findings and reflections from the Massachusetts Survey of secondary conditions. *Milbank Quarterly*, 80(2), pp.393-421.
- WHO (2001). *ICF: International Classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.

A Study of Changes in the Self-rated Health of Older Adults with Disabilities According to the Social Networks:

Focusing on Physical and Sensory Disabilities

Lim, Sookyung¹

¹ National Center for the Rights of the Child

Abstract

The purpose of this study was to estimate change patterns in self-rated health levels and explore the effect timing of disability on these patterns. This study also examined the relationship between self-rated health level and social networks using a longitudinal study. For this, Multi-level Growth Model is used to analyze data from the 1st to 13th waves of the Korea Welfare Panel Study.

The major findings are as follows. First, unconditional growth models showed that self-rated health of older adults with disabilities linearly increased from the 1st to 13th waves. Individual differences were significant in the initial status and the growth rates. Second, there was a significant difference in the change of health status according to the time of disability onset. The health status of people with late-onset disabilities was worse initially than that of people with early-onset disabilities. However, the health status of the former improved rapidly over time. Third, it was found that social networks affect the health changes of older people with disabilities. Active network had a positive effect on health change, whereas the bonding network had a negative effect.

These findings have provided various theoretical and practical implications for professionals in the field of social work.

Keywords: Social Network, Self-rated Health, Older People with Disabilities, Aging with Disability, Disability with Aging, Active Network