

고령화 사회에서 한국인의 건강과 삶의 질*

서 경 현†

삼육대학교 상담학과

한국 사회가 빠르게 고령화 사회가 되고 있다. 한국인들은 자신의 부모들 세대보다 더 오래 살아야 한다. 기대 여명이 증가하고 사회구조가 변하면서 사람들은 삶의 질에 관심을 가지게 되었고, 한국 사회에는 웰빙 붐이 일었다. 그리고 한국인들에게 질 높은 삶을 위해서는 건강이 필수라는 인식이 자리 잡았다. 이런 건강에 대한 관심은 건강행동들로 이어진다. 한국인들의 건강관련지출은 다른 선진국들보다 훨씬 적지만 계속 증가추세에 있고, 앞으로의 초과 지출에 많은 부분이 질병예방과 장기요양시설의 확충에 투자될 것이다. 서양과는 다른 문화권에서는 사는 한국인의 삶의 질의 구성요인과 건강행동은 서양인과 다른 점이 있을 것이다. 선행연구들에서 삶의 질에 대한 중요도로 건강이 최우선 순위로 나타나지 않은 것이 건강이 삶의 질에 결정적인 요인이 아니라는 것을 의미하지는 않는다. 건강은 삶의 질에 있어서 기본이다. 각종 질병에 의해 낮아진 삶의 질과 그것을 개선하기 위한 방법에 관한 다양한 연구들이 그것을 반증하고 있다. 건강 행동을 설명하는 모형들에서는 건강과 관련된 신념이나 태도 혹은 의도, 지각된 행동 통제력, 그리고 자기효능감 등이 중요한 요인으로 제시되었다. 나이가 들수록 신체적이고 생리적인 기능이 쇠퇴하고 만성질병에 걸릴 가능성이 높아지지만, 삶의 질은 그런 변화에 어떻게 반응하고 적응하느냐에 달려있다. 다른 어느 시기보다 노년기에서는 사회적 지원이 삶의 질을 위해 결정적인데, 특히 자녀로부터 지원이 중요하다. 자녀로부터의 지원은 한국 노인 개인의 자존감에 영향을 미치기 때문에 가정에서의 불화를 타인에게 노출하기 꺼려할 수 있다. 자기노출을 꺼리는 것은 다른 사회적 지원의 통로를 차단하기도 하고 그 자체가 건강을 해칠 수 있기 때문에 심리적 개입이 요구된다. 한국인의 기대 여명이 크게 증가하였기 때문에 정책적으로는 장기요양시설이 확충되어야 하겠지만 심리적 사회적 지원이 필요할 수밖에 없다. 그러나 한국에서는 개인 혹은 사회의 건강을 도모하고 삶의 질을 개선하는데 심리학자들이 크게 기여할 수 있다는 것이 국민들에게 충분히 알려져 있지 않다. 앞으로 심리학자들도 관심을 가지고 삶의 질과 관련하여 한국인의 건강에 적극적으로 개입할 수 있기를 기대한다.

주요어 : 건강, 질병, 삶의 질, 노년기, 고령화 사회

* 본 논문은 삼육대학교 학술연구비 지원에 의하여 연구되었음

† 교신저자 : 서경현, 삼육대학교 상담학과, (139-742) 서울시 노원구 공릉2동 26-21

E-mail : khsuh@syu.ac.kr

과거 40년간 한국인의 기대여명은 급격히 증가해 왔다. 1960년 OECD국가에서 살았던 사람들보다 2000년에 사는 사람들은 평균 9년 정도 더 오래 살게 되었는데, 한국의 경우 그 증가 폭이 23.1년이나 된다(OECD, 2003). 다시 말해, 1960년대에 살았던 한국인보다 2000년에 사는 한국인은 20년 이상을 더 오래 살아야 한다. 40세 이후이면 과거 성인병으로 불리던 생활습관병에 노출되는데, 2005년 남성이 40세이면 약 35.2년, 45세이면 약 30.8년, 50세이면 약 22.4년, 60세더라도 약 18.5년을 더 살아야 한다. 의학과 과학의 발전은 2005년 한국인의 수명을 77.9세까지 증가시켰으며, 2050년이 되면 83.3세까지 연장되리라 예상하고 있다(통계청, 2005). 이미 통계청(2001)에서는 전체 인구의 10%이하인 노인 인구가 20년 후에는 20%를 넘어설 것으로 예상한 바 있다.

그렇다면, 오래 산다고 행복한 것일까? 건강하지 않은 삶의 지속이 개인에게는 괴로운 일이다. 따라서 기본적인 의식주 문제가 해결되고 기대여명이 증가하는 등 삶의 형태 혹은 사회구조가 변하자 ‘삶의 질’에 관한 관심이 커지게 되었다. 현재 한국인들에게 있어 삶의 질은 큰 사회이슈이고, ‘웰빙’을 추구하는 사회현상 속에 ‘건강’은 기본이자 필수로 자리 잡고 있다. 실제로 ‘웰빙’, 즉 질 높은 삶 혹은 행복한 삶을 위한 조건으로는 건강 외에도 여러 가지가 있지만, 한국에서는 ‘웰빙 음식’, ‘웰빙 의복’, ‘웰빙 가구’, ‘웰빙 아파트’ 등은 건강을 책임져 주거나 건강에 도움이 되는 음식, 의복, 가구, 아파트 등으로 통용되고 있다. 이는 질 높은 삶을 위해 건강이 기본 요소로 인식되고 있다는 것이다. 만약 질병을 앓으면서 오랜 기간을 살아야 한다면 그것처럼 괴로운 일도 없을 것이다. 빠르게 고령화 사회로

사회구조가 변하고 있는 시점에서 한국인들의 삶의 질에 영향을 미치는 건강에 관해 여기에서 논의하고자 한다.

건강에 대한 한국인의 관심과 인식

한국인들은 건강에 어느 정도 관심이 있는 것일까? 자신의 인생에서 건강이 가장 중요하다고 생각하는 한국인들이 많다. 한 조사연구(한덕웅, 1996)에서는 이런 생각이 환자와 정상인 간에 차이가 없으나 나이가 들어 갈수록 훨씬 강해지는 것으로 나타났다. 한국 사회가 경제적으로 더 부강하게 되고 기대여명이 증가하면서 앞으로 한국인들은 자신의 삶에서 건강의 가치를 더 중요하게 생각하게 될 것이다. 그런 가치관의 변화는 개인과 사회가 건강에 대한 지출도 많이 하게 할 것이고, 개인이 건강행동을 더 많이 하게 것이다.

그렇다면 한국인들은 건강을 위해 얼마나 많은 투자를 해왔을까? 앞서 한국인들의 ‘웰빙’ 붐을 언급하였지만, 아직까지 건강에 대한 지출이 국민총생산에 비해 많은 편은 아니다. 현재 한국의 경우 국민총생산 대비 건강관련 지출이 다른 선진국의 절반 수준이다(그림 1). 그러나 이 비율은 증가 추세이고 앞으로 크게 증가할 것이다. 왜냐하면 노인 인구가 증가하고 그들의 삶의 질을 높이기 위해서는 질 높은 서비스를 제공할 수 있는 장기요양시설들이 확충되어야 하기 때문이다. 게다가 한국인의 생활습관병 유병율은 계속해서 증가하고 있다. 예를 들어, 한국 남성의 3명 중 한명이, 그리고 여성의 5명 중 한명이 암에 걸린다고 한다(보건복지부, 2002). 생활습관병은 말 그대로 생활습관과 관련이 있기 때문에 개인이 행

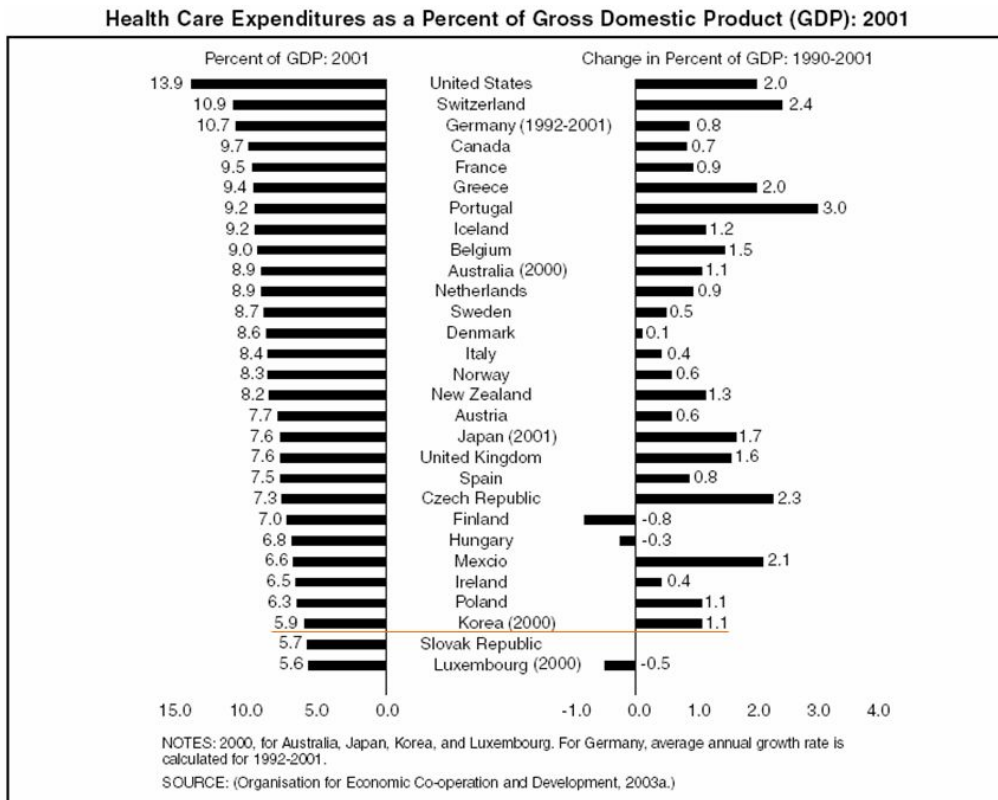


Figure 1. Health care expenditures as a percent of gross domestic product and change in percent of gross domestic product (OECD, 2003)

동방식의 수정에 더 많은 관심을 가지게 될 것이고, 그로 인해 질병예방을 위한 지출이 많아질 것이다.

그림 1에서 볼 수 있듯이 1990년부터 2001년까지 한국인의 국민총생산 대비 건강관련지출이 1.1% 증가하여 그 비율이 3.0%에 달하는 포르투갈보다 낮은 증가율을 나타내고 있다. 하지만, 건강관련지출만의 증가로 따지면 7% 수준을 넘고 있어 OECD국가 중에 최고 수준이다(그림 2). 1990년부터 2001년까지 한국의 국민총생산 증가 비율이 다른 OECD국가보다 높았기 때문에 상대적으로 한국인의 국민총생산 대비 건강관련지출 비율이 낮게 보일 뿐이

다. 비록 2000년 한국의 국민총생산 대비 건강지출이 5.9%로 OECD국가 중에 하위 수준이고 14%에 육박하는 미국에 비해 현저하게 낮지만 경제성장률의 증가가 예전 같지 않고 국민의 평균연령이 증가하고 있기 때문에 한국의 국민총생산 대비 건강관련지출 비율은 빠르게 증가할 것이다. 1994년 자료를 보더라도 선진국들은 65세 이상 노인인구 1인당 의료비가 65세 미만 인구 1인당 의료비의 4배 이상 소비하는데 비해 한국의 경우 1.62배 정도를 사용하고 있었다(이혜경, 2002). 그러나 한국의 국민총생산 대비 건강지출이 증가하는 가운데 이 비율이 계속 증가하고 있다.

Increase in Per Capita Health Care Expenditures and Gross Domestic Product (GDP): 1990-2000

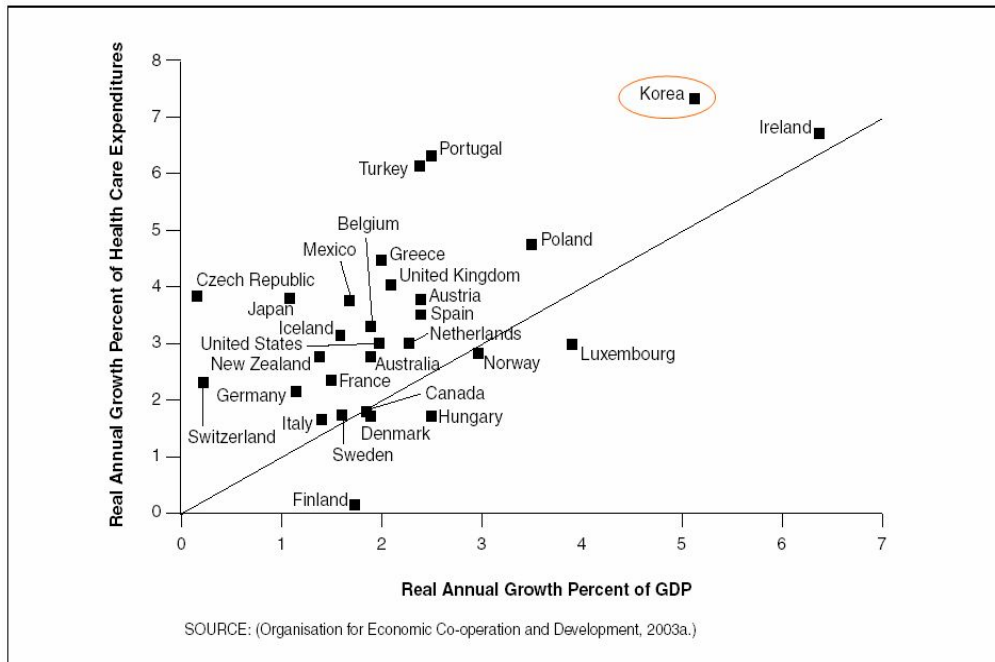


Figure 2. Increase in per capita health care expenditures and gross domestic product from 1990 to 2000 (OECD, 2003)

한국인들은 어떻게 건강한 삶을 살 수 있다고 생각할까? 한덕웅(1996)의 연구에서는 한국인들은 자신의 건강을 위협하여 신체적 질병을 갖게 하는 요인으로 스트레스나 과로와 같은 환경적 압력과 개인의 상호작용, 환경공해나 유해식품과 같은 외적 환경요인은 물론 신경을 많이 쓰거나 정신적으로 나태한 것 등 같은 심인성 원인과 기가 허약하다거나 불규칙한 생활을 보고하였다. 중요한 것은 한국인들이 내적이고 통제 가능한 요인들을 다수 건강위협 요인으로 지적했다는 것이다. 그 중에서도 스트레스와 과로를 가장 건강을 위협하는 요인으로 인식하고 있었는데, 이것도 어느 정도 통제 가능한 요소이다. 한국인들은 질병을 치료하는 가운데 의사의 지시를 잘 따르는

편이지만, 증상이 심하지 않으면 병원을 찾지 않으며 가족이나 친구가 권해서 병원에 가는 경향이 강했다. 한편, 한국인에게는 질병 예방이나 건강증진에 있어서 긍정적이고 낙천적인 사고가 가장 중요하다고 인식되어 있었고 동양 문화적 배경에 따른 기(氣)에 중요성도 인식되어 있었다. 건강에 관한 이런 인식들은 건강행동이나 질병치료행동에 직접적으로 영향을 주기도 하고 건강과 관련된 여러 변인들 간의 관계에서 중요한 조절변인 역할을 한다.

건강 혹은 질병과 삶의 질

삶의 질(quality of life)이란 광의적 개념으로

인간 삶의 바람직한 상태와 관계가 있는데, 인간의 신체적·물질적 수준뿐 아니라 문화·사회적 환경과 심리적 상태까지 포함한다(김기옥 외, 2005). 삶의 질과 거의 같은 의미에서 사용되는 개념으로는 행복(happiness), 안녕 혹은 복지(well-being), 생활만족(life-satisfaction) 등이 있다. 삶의 질 차원에서 주로 다루어지는 안녕 혹은 복지란 주관적 안녕(subjective well-being)인데, 이는 개인이 자신의 삶에 대해 주관적으로 느끼는 긍정적 정서를 포함한다(Lucas & Diener, 2004). 이런 정서는 개인의 삶에서의 경험에 대한 주관적 평가에 의한 결과이다.

Diener와 Suh(2000)가 주관적 안녕을 문화적 맥락에서 논의한 이래 한국인의 삶의 질을 문화적 혹은 토착심리적으로 탐색하려는 시도가 여러 차례 있었다(공수자, 한규석, 이은희, 2004; 김명소, 김혜원, 차경호, 임지영, 한영석, 2003; 김의철, 박영신 2004; 박은실, 박영신, 김의철, 정갑순, 2004; 서경현, 김영숙, 2003a). 한국 사회에 '웰빙'에 대한 관심이 고조되고 있는 시점에서 이런 시도들은 일부 선진국 국민들의 삶의 질과 관련된 요인들을 한국인의 삶에 그대로 반영할 수는 없기 때문에 한국인의 삶의 질을 높일 수 있는 요인들을 실증적으로 검증하기 위한 것이었다.

김명소 등(2004)의 연구에서 건강은 한국 성인의 행복한 삶의 구성 요인 중에 중요도 수준으로 자녀의 바른 성장, 부모 및 형제와의 관계, 배우자의 사랑과 신뢰, 삶의 목표 및 추구, 대인관계, 경제력에 이어 7위로 평가되었으며, 김의철과 박영신(2004)의 연구에서도 건강이 종합적으로 삶의 질을 높이는 요소로 지적된 순위에서 경제적 요인, 자기조절, 여가생활, 화목한 가정, 원만한 인간관계에 이어 6번째였다. 그렇다고 건강이 삶의 질 차원에서

경제적인 측면보다 덜 중요한 것일까? 그런 것은 아닌 것 같다. 건강은 삶의 질에 있어서 필수적인 것이다. 만약 삶의 기본적인 수준을 유지하기 위해 필요한 요소를 지적하라고 하면 건강을 경제적 요인, 자기조절, 여가생활, 화목한 가정, 원만한 인간관계보다 더 많이 지적하였을 수 있다. 갓난아이를 둔 부모는 자기 자식이 평생을 건강하기를 최우선으로 바란다. 돌잔치 때 일명 '돌잡이'를 하는데, 연필을 잡으면 공부를 잘할 것이라고 하고 돈을 잡으면 부자가 될 것이라고 한다. 이런 의식은 자식의 행복을 바라는 부모의 마음이 반영된 것이다. 그런데, 어느 부모가 연필이나 돈을 건강과 바꾸려고 하겠는가? 건강하지 않고 과연 행복할 수 있겠는가? 질병에 걸리게 되면 삶의 질은 낮아진다. 질병이 고통과 거동의 장애를 동반한다면 삶은 최악이 될 수도 있다. 이미 반세기 전에 세계보건기구(WHO: Brannon & Feist, 2000에서 재인용)는 건강을 "신체적, 심리적, 및 사회적 안녕 상태"로 정의한 바 있다. 이런 정의는 질 높은 삶이 건강이란 뜻이다.

특정 질병이 삶의 질을 어떻게 낮추는지와 특정 질병에 의해 낮아진 삶의 질을 어떻게 개선할 것인지에 관한 많은 선행연구들이 있었다. 예를 들어, 암환자의 삶의 질은 매우 낮는데, 특히 방사선 치료에 의한 오심, 구토, 설사, 통증 등의 부작용에 의해 삶의 질은 최악이 된다(Stone, Richards, A'Hern, & Hardy, 2001). 무엇보다 암에 걸리면 죽음에 관한 공포가 세상의 긍정적인 면을 가린다. 의학적 치료로 회복하기 힘든 암환자에게 삶을 바라보는 자세를 달리함으로 남은여생의 삶의 질을 높일 수 있도록 개입하기도 한다. 당뇨병 환자들은 혈당조절을 해야 된다는 압박감, 혈

당조절이 되지 않아 생기는 좌절감과 우울, 그리고 합병증에 관한 두려움으로 힘든 삶을 사는데, 거기에 노동력 상실과 경제적 부담까지 더한다면 삶의 질은 최악이 된다. 하지만 당뇨병 환자들이 자기관리를 철저히 함으로 삶의 질을 개선할 수도 있다(박봉숙 외, 2005).

심지어 생명 유지에 직접적인 영향을 주는 것은 아닌 여드름, 건선 등 만성 피부질환도 신체적인 측면은 물론 사회적 측면과 심리적인 측면에서 개인의 삶의 질에 부정적인 영향을 준다(김광중, 2004; 안봉균, 이상주, 남궁기, 정예리, 이승현, 2005). 의사가 직접적으로 임상에서 치료하는 절차보다도 피부질환자의 사회적·정서적·심리적 측면을 고려하여 개입하지 않는다면 적절한 치료 효과를 낼 수 없다. 여드름만 하더라도 심리사회적으로 부정적인 영향을 준다(Koo, 1995; Gupta, 1989). 예를 들어, 여드름이 심할 경우 사회적 불안은 물론 사회적 고립까지 유발할 수 있으며 정서적으로 문제를 갖게 하고 자아존중감 수준을 낮출 수 있다. 여드름이 심각한 신체적 고통을 유발하거나 생명유지에 직접적인 영향을 주는 것이 아니기 때문에 외모를 중요시하는 사회에서 더 큰 심리적 위축감을 느끼게 할 것이고, 특히 상대적으로 남성보다는 여성의 삶에 더 부정적인 영향을 줄 수 있다. 게다가 가족이 질병에 앓고 있거나 장애를 가지고 있어도 삶의 질은 낮아진다(김은영, 2004; Hughes, Giobbie-Hurder, Weaver, Kubal, & Henderson, 1999; Wright, 1993). 건강을 잃는 것은 자신의 삶의 질은 물론 가족들의 삶의 질도 낮추는데 크게 기여한다.

건강한 삶의 요인

건강이란 무엇인가? 질병이 없고 균형 있는 신체를 가지고 있다면 건강한 것일까? 인간의 건강과 관련해서는 일찍이 신체적 요소만을 강조했던 생물·의학적 모델(biomedical model)에서 심리적·사회적 요소까지 포함한 포괄적인 생물·심리·사회적 모델(biopsychosocial model)로의 전환이 있었다(Engel, 1977). 다시 말해, 건강하다는 것은 질병의 부재만이 아니라 신체적, 심리적, 그리고 사회적으로 안녕한 상태를 의미하는 것이다.

건강에 있어서 신체적, 심리적, 사회적 측면은 밀접하게 관계되어 있다. 예를 들어, 심리적 스트레스나 사회적 고립은 신체적 질병을 유발할 수 있으며, A유형성격 혹은 적대감이나 분노와 같은 심리적 특성은 관상동맥질환과 관계가 있다(Brannon & Feist, 2000). 경쟁적인 사회에서는 자칫 성공에 집착하다 보면 사회관계가 깨지고 신체적으로도 건강을 잃기 쉽다. 신체적인 건강을 지키기 위해서는 자신의 성격과 정서적 측면을 잘 관리할 필요가 있다. 성격이 완전한 변화를 줄 수 없지만, 행동적, 인지적, 그리고 정서적 관리로 신체적 건강을 도모할 수 있다.

건강 습관은 심리적이고 신체적인 삶의 질에 중요한 역할을 하는데, 만성적 건강문제는 유해 환경 때문일 수도 있지만 대부분 건강하지 못한 행동 때문이다(김의철, 홍천수, 이정권, 박영신, 2005). 그런데, 건강 행동을 설명하는 모형들에서는 건강과 관련된 신념(Becker & Rosenstock, 1984)이나 태도 혹은 의도(Ajzen & Fishbein, 1980), 지각된 행동 통제력(Ajzen, 1985), 그리고 자기효능감(Bandura, 1986) 등이 건강과 관련된 중요한 요인으로 제시되었다.

건강신념모형(Becker & Rosenstock, 1984)에 따르면, 개인이 건강행동을 실제로 행하기 위해서는 자신이 질병에 취약하다고 인식해야 한다. 자신이 특정 질병에 걸릴 가능성이 커도 그 질병이 심각한 것이 아니면 그 질병을 예방하거나 치료에 도움이 되는 행동을 할 가능성은 낮아진다. 그리고 건강증진행동이 질병을 어느 정도 예방하거나 치유에 도움이 되는지, 그 이점이 지각되지 않으면 개인이 그 행동을 하지 않을 가능성이 커진다. 이점에 부각되었다고 해도 실행하기 힘들다고 생각하면 그 행동을 실제로 하지 않을 가능성이 높아진다.

Ajzen과 Fishbein(1980)은 개인이 어떤 행동을 어떻게 할지를 결정하는 것은 매우 합리적인 체계에 의해 이루어진다고 보았다. 그들은 개인이 어떤 행위를 하기 전에 그 행동의 결과가 가지는 의미를 고려하는데, 특정 행동을 할 것인가를 직접적으로 결정하는 요인은 행위를 하거나 아니면 하지 않으려는 의도라고 주장한다. 그런 의도는 특정행동에 대한 개인의 평가, 즉 행동에 대한 태도와 사회적 압력에 관한 개인의 지각, 즉 주관적 규범에 의해 결정된다. 예를 들어, 어떤 사람이 담배를 끊는 것이 건강에 어느 정도 도움이 되겠지만 아직 젊은데다가 쉽지 않기 때문에 금연을 망설이고 있었다. 하지만 직장에서 비흡연자를 우대하고 직장동료들이 흡연자인 자신을 이상하게 본다고 생각하면 금연을 실행할 가능성은 높아진다.

이후 Ajzen(1985)은 행동을 결정하는데 행동에 대한 태도와 주관적 규범 외에도 지각된 행동 통제력이 중요하다고 보았다. 건강증진 행동을 하기 위해 개인은 자신이 많은 자원과 기회를 가지고 있다고 믿을수록 그 행동을 더

잘 해낼 수 있을 것이라고 생각한다. 이 이론은 행동에 대한 태도와 주관적 규범, 그리고 지각된 행동 통제력이 상호작용하면서 개인이 특정 건강행동을 하려는지 아니면 하지 않으려는지 그 의도가 결정된다고 설명한다. 지각된 건강행동 통제력이란 특정 건강증진행동을 하여 목표한 결과를 달성하기 얼마나 쉬운지 혹은 어려운지에 관한 개인의 신념으로 과거에 그 행동을 했던 경험이나 그 행동을 하는데 장애가 되는 것들을 해결할 수 있거나 없거나 하는 자신의 지각된 능력이 반영된다.

지각된 행동 통제력과 유사한 개념으로 Bandura(1986)의 개인의 사회인지적 자기조절도 건강행동을 설명할 수 있는 중요한 요소이다. Bandura(1986)는 행동과 환경 그리고 사람의 상호작용에 의한 상호결정론을 언급하면서 인지적 측면이 강조된 자기효능감을 중요하게 여겼다. 자기효능감은 개인이 자신의 삶에 영향을 미치는 사건에 대해 통제력이 있다는 신념을 의미한다(Bandura, 1989). Bandura와 동료들은 실증연구를 통해 자기효능감이 스트레스 상황에서 심장이 적절하게 반응하게 하고(Bandura, Reese, & Adams, 1982; 김의철 외, 2005에서 재인용), 카테콜라민 분비를 감소시키며(Bandura, Taylor, Williams, Mefford, & Barchas, 1985), 면역세포의 증가와 관계가 있음을 증명하였다(Wiedenfeld, O'Leary, Bandura, Brown, Levine, & Raska, 1990). 한국인을 대상으로 한 사례연구(김의철 외, 2005)에서도 자기효능감 수준이 높은 환자들이 자기효능감 수준이 낮은 환자들보다 성공적으로 질병관리를 하고 더 빨리 건강을 회복하였다. 건강증진 실무에 관여하는 심리학자들은 내담자나 환자들의 자기효능감에 개입하여야 한다. 개인의 자기효능감 수준은 어떤 행위를 실제로 실행해 보면 증가하

지만 대리적 강화로도 증진시킬 수 있다. 불안은 자기효능감을 위협하고 언어적 설득이나 격려는 자기효능감에 기여한다.

건강과 관련하여 사회적 관계가 중요하다는 것은 이미 알려진 사실이다. 대인관계에서의 갈등은 심리적으로도 큰 스트레스이지만 신체적 질병도 유발한다(Lynch, 1979). 심리학자는 개인이 사회적 기술을 갖고 넓은 사회망을 형성할 수 있도록 전문적으로 도울 수 있어야 한다. 한 개인이 넓은 사회망을 확보하고 있더라도 중요한 것은 그것으로부터 얼마나 지원을 받느냐는 것이다. 사회적 지원은 개인이 신체적인 건강과 정신적인 건강을 유지하는데 결정적인 역할을 한다(Hobfoll & Vaux, 1998). 사회적 지원을 평가하는 방식은 세 차원이 있다. 개인이 타인과 접촉하는 빈도를 측정하기도 하고, 사회망의 구성원이 제공하는 정서적·도구적 지원의 양을 측정하는 방법이 있으며, 스트레스를 경험하는 개인이 타인으로부터 제공받는 지원의 양을 주관적으로 평가하게 하는 방법이 있다(Barrera, 1986). 타인과 접촉하는 빈도를 측정하는 방식은 단순히 사회망을 측정하는 것인데, 무엇보다도 제공되는 정서적·도구적 지원의 양을 측정하는 것과 그 양에 관한 주관적 인식을 측정하는 것이 개인의 건강을 예측하는데 유용하다. 건강에 있어서 사회적 지원의 긍정적인 효과는 여러 연구들에서 일관되게 보고되어 왔기 때문에, 사회적 지원은 삶의 질에 영향을 준다는 것은 의심할 여지가 없다. 한국인의 건강과 삶의 질에 영향을 주는 요인들을 검증한 김의철 등(2005)의 연구에서도 사회적 지원은 매우 중요한 변인으로 밝혀졌다.

질 높은 삶의 기본인 건강을 지키기 위해 심리적 혹은 행동적으로 관리해야 하는 것들

은 무엇이 있을까? 첫째, 스트레스를 적절히 관리해야 정신적으로나 신체적으로 건강할 수 있다. 스트레스는 면역기능을 약화시켜 질병에 취약하게 만들고(Cohen & Herbert, 1996), 스트레스에 의해 유발된 부정적 정서는 심장을 위협한다(Siegmán, 1994). 둘째, 통증을 없애거나 최소화해야 한다. 통증은 거동을 불편하게 하고 괴로운 때문에 삶에 대한 미련을 버리게 하는 등 삶의 질을 낮추는데 크게 기여한다. 통증 그 자체가 스트레스이고, 스트레스가 통증을 유발하기도 한다. 셋째, 흡연을 하지 말아야 하고, 음주는 절제해야 한다. 흡연은 현대인의 건강을 위협하는 가장 심각한 요인 중의 하나이다. 선진국의 경우도 전체 사망률의 30%가량이 흡연에 의한 것이라고 알려져 있고(Peto, 1994), 전 세계적으로 2000년에는 흡연으로 인한 사망이 490만 명이었지만 2030년에 이르면 1000만 명에 이를 것으로 추산하고 있다(WHO, 2004). 또한 절제되지 않은 음주는 폭력, 건강 악화, 경제적 손실, 음주운전, 대인관계 손상 등으로 삶의 질을 낮출 수 있다(서경현, 2003). 넷째, 사고를 예방하지 않아 불의의 사고를 당한다면 삶의 질을 높이기 어려워진다. 그런 장애는 일상의 삶을 힘들게 만들고 앞에서 언급하였듯이 가족의 삶의 질에도 부정적인 영향을 줄 수 있다. 다섯째, 건강한 식습관을 유지하거나 운동을 하여 체중을 관리하여야 한다. 적절한 체중을 유지하지 않는 것은 건강을 위협한다(Lindsted & Singh, 1997). 한국인의 식습관이 서구화되면서 과체중인 사람들이 증가하고 있기 때문에 건강을 위해 적절한 체중관리가 필요하다. 운동은 콜레스테롤 수준을 낮추고 암과 당뇨병의 위험을 감소시키며 골다공증 예방효과가 있다고 알려져 있다(Brannon & Feist, 2000). 게다가 운동은 스

트레스 완충효과도 있다 (Thayer, Newman, & McClain, 1994). 한국 사회의 ‘웰빙’ 붐에서 체중관리와 운동이 주목받고 있는 것도 그만큼 건강에 기여할 것이라는 일반인들의 인식의 반영이다.

노년기의 건강과 삶의 질

연령이 증가함에 따라 인간의 신체·생리적 기능이 쇠퇴한다. 피부는 주름지기 시작하고 뼈에 구멍이 많아져 부러지기 쉽다. 노인은 스트레스에 생리적으로 적절히 반응하기 힘들어지고 면역력도 약해진다. 구체적으로 설명하면 혈액순환이 느려지고 폐의 기능도 예전 같지 않아 활동 에너지가 줄어든다. 노인이 되면 시력도 떨어지고 젊었을 때처럼 소리를 듣지도 못한다. 그 무엇보다 질병에 취약해진다. 한국보건사회연구원의 조사(정경희, 1998)에서는 한국노인의 86.7%가 한 가지 이상 만성질환을 앓고 있었다. 노인들의 65%가 관절염을 앓고 있었으며, 그 중 84.4%의 노인들이 관절염 때문에 일상생활에 어려움이 있다고 응답했다. 이 조사에서 노인의 35.3%가 자신의 건강이 나쁘다고 응답하고 23.6%가 아주 나쁘다고 응답하여 58.9%의 노인이 자신의 건강이 나쁘다고 인식하고 있었다. 노인의 절반 이상이 건강에 문제가 있다고 보고했다면 이들이 모두 질 낮은 삶을 살고 있을까?

노년기에는 신체적 퇴화가 당연히 뒤따르고 만성질환 하나 정도는 가지고 살아갈 수밖에 없을 수 있다. 노년기에 접어들면 생활양식에 변화가 생기고 신체적 한계를 겪게 되지만 모두가 무기력하게 지내는 것은 아니고 여전히 질 높은 삶을 유지하는 경우도 많다. 손정락

(2002)은 노년기에 일어나는 생물학적 변화가 무엇이나가 중요한 것이 아니라 노인이 그런 변화에 어떻게 반응하고 적응하느냐가 중요하다고 강조하였다. 우리는 나이보다 젊고 활기차게 삶을 즐기는 노인을 종종 볼 수 있다. 물론, 실제 나이보다 늙어 보이고 삶의 의미를 갖지 못하고 사는 노인도 자주 볼 수 있다. 생물학적 연령이 자동적으로 삶의 질을 낮출 것이라고 생각해서는 안 된다.

노년기의 생물학적 변화와 사회적 변화에 잘 적응한다면 삶의 질을 높일 수 있다. 운동이나 적절한 음식물 섭취와 같은 자기관리로 신체적 퇴화를 늦출 수 있지만 한계가 있기 때문에 자신 가진 자원을 효율적으로 이용하는 것이 중요하다. 예를 들어, 청각이 퇴화되면 남의 말을 잘 알아듣지 못해 오해를 사거나 당혹감을 느껴 의사소통의 기회를 회피할 수 있다. 이런 경우 대인관계 문제의 원인을 자신에게 귀인하여 정신적으로도 건강하지 못하게 된다. 이 때 자신의 청각 수준을 정확히 알고 청각퇴화를 어느 정도라도 보상할 수 있는 기구를 착용하거나 입술 움직임으로 뜻을 인지할 수 있는 능력을 키워 삶의 질을 향상시킬 수도 있다(손정락, 2002). 처한 상황에서 적응하려는 최선의 노력은 그 만큼 삶을 충만하게 할 수 있다.

활동을 많이 하는 노인이 더 건강할 수밖에 없다. 예로부터 노인이 일을 놓으면 병에 걸린다고 했다. 노년기에 관절염 때문에 움직이기 싫어서 움직이지 않다보면 아예 거동할 수 없게 되는 경우가 있다. 육십 세를 전후하여 자녀를 따라 미국에 이민을 갔던 8여인은 68세 경 관절염을 앓으면서 우울해졌고 8개월 동안 거의 거동을 하지 않았다. 가족은 이제 드러누워 있을 수밖에 없는 노인으로 생각하

었다. 하지만 미국 노인전문병원 의료팀이 상태를 진단하고 1년 동안 재활훈련을 하였고, 그 후 89세에 사망할 때까지 무리 없이 걷고 움직이며 생활하는 것을 연구자가 보았다. 많이 움직이고 활동하는 것이 건강을 유지한다. 서경현과 김영숙(2003b)의 연구에서는 경제력을 포함한 생활여건과 건강상태가 상대적으로 좋지 않은 독거노인들이 활동수준과 생활기능 수준은 높았다. 이는 혼자 사는 독거노인들이 타인의 도움을 받을 수 없어 움직일 수밖에 없고 이런 상황이 생활기능수준을 유지하게 하는 것이다.

사회적 지원은 그 어느 때보다 노년기의 건강과 삶의 질을 위해 더 중요한 역할을 한다(서경현, 김영숙, 2003a; Suh, Kim, & Okada, 2004). 공수자 등(2004)은 현시대의 한국 노인들이 받는 사회적 지원은 주로 가족으로부터 받는 지원이라고 주장하면서 한국 노인에게 부모자식 관계는 끈끈하여 뗄 수 없는 피의 관계로 인식되고 있다고 설명한다. 따라서 한국 노인에게 자녀로부터 좋은 대접을 받고 있는 것, 즉 적절한 가족지원을 받고 있는 것은 자랑스러운 높은 삶의 의미이다. 그것은 자아존중감 수준도 높여준다. 공수자 등(2004)의 연구에서 한국 노인의 가족자존감은 개인자존감에 영향을 미치고, 개인자존감이 삶의 질을 높여주는 것으로 나타났다. 그런데 앞서 설명한 것과 같이 유교적 사고방식을 가진 한국 노인들은 가족의 지원이 없거나 가족과 불화가 있어도 그것을 노출하기를 꺼려한다. 그 이유는 자기 자식을 욕되게 하는 것은 자신의 가치를 낮추는 것이라는 인식이 잠재되어 있기 때문일 수 있다. 이런 경향은 다른 사회적 지원의 통로를 차단하는 결과를 가져오고 건강과 삶의 질은 더욱 악화될 가능성이 있다.

예로부터 유교적 전통은 자기를 노출하지 않는 것을 미덕으로 가르쳐왔다. 남의 집에 방문했을 때 식사를 하지 않았어도 식사를 했다고 말하는 것을 예의로 여겼다. 그런데 이렇게 자기노출을 꺼리는 것은 노인의 건강에 직접적인 영향을 줄 수 있다. 자기노출이 신체건강에 긍정적 효과를 준다는 것은 여러 연구에서 검증되었다. 스트레스를 경험한 사람들 중에 자기노출을 잘 하는 사람에게서 고혈압이나 감기, 심지어 암의 발병률이 낮았는데(Pennebaker, Susman, 1988), 이는 자기노출이 면역력을 높이는데 공헌하기 때문인 것 같다(Pennebaker, Kiecolt-Glaser, & Glasser, 1988). 예기치 않게 배우자를 잃은 사람도 배우자의 죽음에 관해서 타인에게 더 많이 이야기하면 더 건강한 것으로 밝혀졌다(Pennebaker & O'Heeron, 1984). 한덕웅, 박준호, 그리고 김교현(2004)은 한국인을 대상으로 위의 연구들을 지지하는 연구결과를 얻었다. 노인들의 건강과 질 높은 삶을 위해서 자신이 겪는 스트레스를 타인에 노출하도록 하는 것이 중요하다. 김교현(2002)은 한국인의 노년기 건강을 위한 속마음 털어 놓기' 전략을 소개하였다. 우선 노인이 자기노출을 할 수 있는 사회망을 형성하는 것이 중요하다.

노년기에 활동 수준을 높이기 위해서 퇴직 이후에도 노년기에 적합한 직업을 갖거나 자원봉사 등으로 일을 하는 것이 중요하다. 이것은 활동수준을 높일 수 있다는 장점과 자신의 존재에 대한 개념을 유지할 수 있게 한다. 퇴직에 의한 역할 상실은 자칫 사회적 규준을 잃게 하고 무능력감이나 무가치감을 느끼게 하며 삶의 질을 낮춘다. 한국사회에서 노인을 무능한 존재로 생각하는 의식이 강하면 노인 자신들도 자신들의 남은 능력을 인정하지 않

고 활동범위는 좁아진다. 그리고 신체적으로나 심리적 위축되어 건강은 쇠약해진다. 이런 점에서 현재 한국사회는 노인들에게 유리하지 않다. 이런 불리한 사회 환경을 개선하기 위해서는 정책으로 노인들의 활동수준에 적합한 직업을 창출해야 한다. 그리고 노인들이 다양한 사회화 과정을 통해 새로운 자기정체감을 가질 수 있도록 한국사회가 변해야 한다. 이는 출생률 감소로 인해 사회구조가 변화여 생산인력이 부족하게 될 미래를 준비하고 전체 인구의 20%를 육박할 노인들의 삶의 질을 향상시켜 한국 사회를 건강하게 만들기 위해 필수적인 것이다.

맺음말

한국에도 이제 물질적으로 풍요로운 시대가 왔다. 어느 정도 경제력을 갖추고 있다면 조선시대 왕이 누렸던 것보다 더 많은 것을 누리며 더 오래 살 수 있게 되었다. 그러나 삶의 질을 높일 수 있는 다른 요건들을 모두 갖추었다고 해도 건강을 잃으면 질 높은 삶을 보장받기 힘들다. 백여 년 전에는 많은 사람들이 전염병 등 급성질환에 의해 사망했으나, 요즘 대부분의 한국인들은 만성적인 생활습관병에 의해 사망한다. 중요한 것은 이런 질병들은 건강행동을 실천함으로써 예방 가능하다는 것이다.

개인이 삶의 질을 유지하기 위해 질병을 예방하는 것도 중요하지만 만성질환, 즉 생활습관병을 가지고 있으면서 삶의 질을 크게 떨어뜨리지 않고 살아가는 것도 중요하게 되었다. 특성상 생활습관병은 재발이 빈번하고 완전하게 치유되기 어렵기 때문이다. 한국인의 기대

여명이 크게 증가하였기 때문에 이런 사실에 관심을 가질 수밖에 없다. 정책으로는 장기요양시설이 확충되어야 하겠지만, 심리적 사회적 지원이 필요하다.

대다수의 한국인들도 개인의 건강은 의학적인 개입, 즉 의료행위로만 이룰 수 있는 것이 아니라는 것을 인식하기 시작했다. 삶의 질을 생각할 때 특히 그렇다. 연구자가 생각하기에 한국에서는 개인 혹은 사회의 건강을 도모하고 삶의 질을 개선하는데 심리학자들이 크게 기여할 수 있다는 것이 국민들에게 충분히 알려져 있지 않다. 예를 들어, 정책을 수립하고 수행하는 보건복지부 혹은 보건사회연구원 등의 관계자들도 앞서 설명한 건강과 관련된 행동관리, 즉 스트레스, 흡연, 음주, 체중 관리 등과 관련하여 심리학자를 실무적인 서비스를 제공하는 전문가로 생각하지 않고 있는 듯하다. 이에 앞서 한국에는 이런 이슈에 관심을 갖고 있는 심리학자들도 적은 것 같다. 앞으로 심리학자들도 관심을 가지고 삶의 질과 관련하여 건강에 적극적으로 개입했으면 한다.

참고문헌

- 공수자, 한규석, 이은희 (2004). 한국 노인의 주관적 안녕감 모형 개발: 자존감의 매개 효과 검증. *한국심리학회: 건강*, 9, 243-263.
- 김교현 (2002). 속마음 털어놓기와 노년기 건강. *한국심리학회 '02 연차학술발표대회자료집*, 49-65.
- 김광중 (2004). 건선 환자의 삶의 질. *제56차 대한피부과학회 춘계학술대회자료집*, 84.
- 김기옥, 김순옥, 황선진, 이수진, 현은자, 최인

- 수, 유현정 (2005). ESM 을 통해 본 대학생의 주관적 삶의 질: 정서, 인지적 효율성, 만족도의 측면에서. *대한가정학회지*, 43(2), 203-229.
- 김명소, 김혜원, 차경호, 임지영, 한영석 (2003). 한국 성인의 행복한 삶의 구성요인 탐색 및 척도 개발. *한국심리학회: 건강*, 8, 415-442.
- 김은영 (2004). 뇌졸중 환자가족의 가족부담감과 건강관련 삶의 질. *한국보건간호학회지*, 18, 5-13.
- 김의철, 박영신 (2004). 청소년과 성인의 삶의 질 인식에 대한 토착심리 분석: 가정, 학교, 직장, 여가생활을 중심으로. *한국심리학회: 건강*, 9, 973-1002.
- 김의철, 홍천수, 이경권, 박영신 (2005). 건강과 삶의 질에 영향을 주는 요인에 대한 분석: 자기효능감, 사회적 지원 및 질병관리를 중심으로. *한국심리학회: 사회문제*, 11, 143-181.
- 박봉숙, 진기남, 최운정, 정지희, 김경희, 이미영, 고장현, 정춘희 (2005). 청장년 당뇨병환자의 자기관리와 삶의 질. *당뇨병*, 29(3), 254-261.
- 박은실, 박영신, 김의철, 정갑순 (2004). 대학생의 한국사회 삶의 질에 대한 지각: 토착심리학적 접근. 2004년도 한국심리학회 연차학술발표대회자료집, 161-162.
- 보건복지부 (2002). 1999-2001년 암환자 발생 현황과 유형. 보건복지부.
- 서경현 (2003). 음주동기, 문제음주 및 음주 가족력과 대학생의 데이트 폭력. *한국심리학회지: 사회문제*, 9(2), 61-78.
- 서경현, 김영숙 (2003a). 노인의 생활만족에 영향을 미치는 요인들에 대한 탐색. *한국심리학회지: 건강*, 8(1), 113-131.
- 서경현, 김영숙 (2003b). 독거노인의 자아존중감과 우울. *한국심리학회지: 사회문제*, 9, 115-137.
- 손정락 (2002). 노인 스트레스. *한국심리학회 '02 연차학술발표대회자료집*, 39-48.
- 안봉균, 이상주, 남궁기, 정예리, 이승현 (2005). 여드름 환자의 삶의 질. *대한피부과학회지*, 43(1), 6-14.
- 이혜경 (2002). 고령화 사회의 삶의 질. *연세사회복지연구*, 8, 27-58.
- 정경희 (2005). 1998년도 전국 노인생활실태조사보고. 한국보건사회연구원.
- 통계청 (2005). 장래인구추계결과 통계청.
- 한덕웅 (1996). 건강과 질병에 관한 한국인의 표상. *한국심리학회 '96 춘계심포지엄자료집*, 1-56.
- 한덕웅, 박준호, 김교현 (2004). 스트레스 사건에 관한 자기노출, 반복생각 및 정서경험이 신체건강에 미치는 영향. *한국심리학회지: 건강*, 9, 99-130.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognitions to behavior* (pp. 11-39) Heidelberg, Germany: Springer.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L.,

- Mefford, I. N., & Barchas, J. D. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 406-414.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concept, measure, and models, *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Becke, M. H., & Rosenstock, I. M. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe & A. Mathews (Eds.), *Health care and human behavior*. London: Academic Press.
- Brannon, L., & Feist, J. (2000). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Belmont: Wordsworth.
- Cohen, S., & Herbert, T. B. (1996). Health Psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-132.
- Diener, E. & Suh, E. M. (Eds.) (2000). *Culture and subjective well-being*. Cambridge: The MIT Press.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Gupta, M. A. (1989). Psychological correlates of acne vulgaris. *Dermatology Quarterly*, 36, 84-86.
- Hobfoll, S., & Vaux, A. (1993). Social support: Resources and context. In L. Goldberger & S. Breznitz. (Eds.), *Handbook stress: theoretical and clinical aspects*. New York, NY: Free Press. 685-705.
- Hughes, S. L., Giobbie-Hurder, A., Weaver, F. M., Kubal, J. D., & Henderson, W. (1999). Relationship between caregiver burden and health-related quality of life. *Gerontologist*, 39, 534-545.
- Koo, J. (1995). The psychological impact of acne: patients' perceptions. *Journal of American Academic Dermatology*, 32, S26-S30.
- Lindsted, K. D., & Singh, P. N. (1997). Body mass and 26-year risk of mortality among women who never smoked: Findings from the Adventist mortality study. *American Journal of Epidemiology*, 146, 1-11.
- Lucas, R. E., & Diener, E. (2004). Well-being. In C. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of Applied Psychology*, Vol 3. 669-676. Oxford: Elsevier Academic Press.
- Lynch, J. (1979). *The Broken Heart: The Medical Consequences of Loneliness*. NY: Basic Books.
- OECD (2003). *OECD Health Data*, 3rd edition. Paris.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glasser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implication for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pennebaker, J. W., & O'Heeron, R. C. (1984). Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental death victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 473-476.
- Pennebaker, J. W., & Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science and Medicine*, 26, 327-332.
- Peto, R. (1994). Smoking and death: The past 40 years and next 40 years. *Behavior Medicine*

- Journal* 319, 937-939.
- Sieglman, A. W. (1994). From Type A to hostility to anger: Reflections on the history of coronary-prone behavior. In A. W. Sieglman, & T. W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, and heart* (pp. 1-21). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stone, P., Richards, M., A'Hern, P., & Hardy, J. (2001). Fatigue in patients with cancers of the breast or prostate undergoing radical radiotherapy. *Journal of Pain Symptom Manage*, 22, 1007-1015.
- Suh, K. H., Kim, Y. S., & Okada, S. (2004). Social Supports and Psychological Health among the Korean and Japanese Female Elderly People: A Cross-Cultural Study. *Proceedings at the 28th International Congress of Psychology*.
- Thayer, R. E., Newman, J. R., & McClain, T. M. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 910-925.
- Wiedenfeld, S. A., O'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S., & Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1082~1094.
- World Health Organization. (2004). *Building Blocks for Tobacco Control*. Geneva: WHO Press.
- Wright, P. S. (1993). Parents' perceptions of their quality of life. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 10(4), 139-145.



Health and quality of life for Korean people in ageing society

Kyung-Hyun Suh

Sahmyook University Dept. of Counseling

Korean society is rapidly becoming an ageing society. The Korean may have to live longer than did their parents. Increasing life expectancy and changing social structure, Korean people are getting interested in quality of life, and well-being is becoming a matter of concern. And, the Korean is fully aware of the importance of health for well-being or good life. This concern about health may bring about specific behaviors related to health. Although health care expenditures of Korea are currently smaller than those of other developed countries, it is continuously increasing. Large portion of increased amount of health care expenditures is to spend for disease prevention and expansion of long-term care facilities. Constructs of well-being of the Korean, not living in western culture, may be different from those of people living in western society. Health is not top-ranked to importance for quality of life in previous studies. It does not mean health isn't determinant factor for good life or well-being. Health is an essential element for well-being. It has been proved in several researches which examined poor quality of life caused by certain diseases and management of health-related quality of life. Some theories relate to health-seeking behaviors suggested the health belief or the attitude toward health, intention to do health behavior, perceived behavioral control, and self-efficacy as important factors which could predict health-related behaviors. With getting older, people decline in physical and physiological functions and become vulnerable to chronic diseases. Quality of life depends on how to adjust to these changes in senescence. Social supports, especially supports from offspring, are very important to quality of life in senescence, because supports from offspring have influence on pride of the older, they may be afraid of disclose the conflict with their offspring. Avoiding self-disclosure exclude other source of social supports and harm individual's health, therefore psychological intervention is needed to. Increasing life expectancy of the Korean, Korean government has to provide numerous long-term care facilities as well as psychosocial supports. The Korean, so far, does not recognize that psychologist could render great service to promoting individual or community health and improving individual's quality of life. It is highly expected that psychologists take actively interested and involve in health related to quality of life.

key words : Health, illness, quality of life, senescence, ageing society