

# 노인의 차별 경험과 주관적 건강과의 관계: 대인적 및 제도적 차별 경험을 중심으로

최수현<sup>\* \*\*</sup>, 박주희<sup>\*\*\*</sup>, 황종남<sup>\*\*\*\* †</sup>

<sup>\*</sup>원광대학교 건강정보소통연구소 연구원, <sup>\*\*</sup>경상북도 공공보건의료지원단 주임연구원,

<sup>\*\*\*</sup>원광대학교 일반대학원 보건행정학과 석사과정, <sup>\*\*\*\*</sup>원광대학교 복지·보건학부 부교수

## Association between age-related discrimination and self-rated health in older Korean adults: Focusing on interpersonal and institutional discrimination

Suhyun Choi<sup>\* \*\*</sup>, Juhee Park<sup>\*\*\*</sup>, Jongnam Hwang<sup>\*\*\*\* †</sup>

<sup>\*</sup> Researcher, Health Information Communication Research Institute, Wonkwang University,

<sup>\*\*</sup> Chief Researcher, Gyeongsangbuk-do Public Health Policy Institute,

<sup>\*\*\*</sup> Graduate Student, Department of Health Administration, Wonkwang University,

<sup>\*\*\*\*</sup> Associate Professor, Division of Social Welfare & Health Administration, Wonkwang University

**Objective:** A burgeoning body of research indicates that individuals' experiences of discrimination negatively impact health outcomes. The aim of this study was to examine the association between experiences of discrimination and self-rated health in older Korean adults. **Methods:** A total of 9,920 older adults who responded to the 2020 National Survey of Older Koreans conducted by the Ministry of Health and Welfare were included in our analyses. Standard and gender-stratified logistic regression were used to examine the relationship between experiences of discrimination, including both interpersonal and institutional discrimination, and self-rated health. **Results:** Older adults who experienced interpersonal discrimination had a higher likelihood of reporting poor health (OR=1.15, 95% CI: 1.05-1.26). In addition, male older adults who experienced interpersonal discrimination were more likely to report poor self-rated health (OR=1.37, 95% CI: 1.19-1.59), while no significant relationship was found in female older adults. **Conclusion:** Since older adults' experiences of interpersonal discrimination negatively affect their self-rated health, efforts need to be made to reduce micro-aggressions in their daily lives. Furthermore, policy implementation for campaigns and educational programs is necessary to facilitate a deeper understanding of micro-aggressions and their negative effects on older adults' health.

**Key words:** age-related discrimination, interpersonal discrimination, institutional discrimination, self-rated health, older adults

### I. 서론

고령화로 인해 노인 인구가 급속히 증가하면서 건강을 포

함한 다양한 사회 분야에서 노인 관련 문제가 증가하고 있다(National Human Rights Commission of Korea, 2006). 전통적으로 공경의 대상이었던 노인은 산업화와 핵가족화 등 사회 구조의 변화에 따라 사회적 역할의 변화를 경험하

Corresponding author: Jongnam Hwang

Division of Social Welfare & Health Administration, Wonkwang University, 460, Iksan-daero, Iksan-si, Jeonbuk-do, 54538, Republic of Korea

주소: (54538) 전북특별자치도 익산시 익산대로 460 원광대학교 사회과학대학 복지·보건학부 보건행정학 전공

Tel: +82-63-850-6287, E-mail: jiho34@wku.ac.kr

• Received: May 30, 2024

• Revised: June 17, 2024

• Accepted: June 22, 2024

면서 기피, 소외, 무시 등 부당한 대우 또는 차별을 받는 경험이 증가하게 되었고, 이로 인한 노인의 건강 악화 문제가 제기되고 있다(National Human Rights Commission of Korea, 2006).

노인의 차별 경험이 신체적, 정신적 건강에 부정적인 영향을 미치는 중요한 건강의 사회적 결정요인으로 논의됨에 따라 노인의 차별 경험이 건강에 어떠한 영향을 미치는지 밝히고자 시도한 국내·외 연구가 존재한다(Chang et al., 2020). 선행연구에 따르면 차별 경험은 다양한 경로를 통해 노인의 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 보고되는데, 차별 경험은 그 자체만으로도 스트레스를 유발하기 때문에 지속적으로 차별을 경험하게 되면 만성적인 스트레스가 증가하며 혈압 및 심박수의 증가로 인해 고혈압을 비롯한 만성질환의 위험성이 크게 증가할 수 있다(Jackson, Hackett, & Steptoe, 2019). 그리고 차별 경험으로 인해 신체적, 정신적 건강이 악화될 뿐만 아니라 차별 경험은 일상생활 속에서 행동 제약을 유발하여 자신의 건강상태를 부정적으로 생각할 수 있다(Sutin, Stephan, Carretta, & Terracciano, 2015). 더 나아가 차별 경험은 자아존중감 및 자아정체성에 부정적인 영향을 미쳐 노인의 불안과 우울을 심화시키는데, 이 과정에서 자신의 부정적인 감정을 해소하기 위해 건강하지 않은 식생활과 흡연, 음주와 같은 건강 위험 행동을 할 가능성이 높아져 건강의 악화를 초래한다(Jackson et al., 2019).

건강에 부정적인 영향을 미치는 노인 차별은 개인뿐만 아니라 보건, 법, 교육 등의 다양한 제도 및 환경으로 스며들어 다차원적인 수준에서 발생하기 때문에(Chang et al., 2020) 노인의 차별 문제를 보다 명확히 이해하기 위해서는 차별의 특성에 따른 유형화가 필요하다. 개인 또는 사회 및 환경의 복합적인 차원에서 나타나는 특정 현상을 이해하고자 하는 생태학적 관점에 따르면 차별 경험은 사회적 요인과 환경적 요인의 영향을 받아 발생하는 행위로 이해될 수 있다(Oh, Ju, & Kim, 2015). 이때 차별을 가할 수 있는 개인 또는 제도 등 차별의 행위 주체에 따라 차별 유형을 개인적, 제도적 및 자기지향적 차별로 구분할 수 있다(World Health Organization [WHO], 2021). 미시적 수준에서 발생하는 개인적 차별은 타인과의 관계 속에서 경험하는 차별로 노인에 대한 편견 또는 고정관념을 바탕으로 한 언어, 행위가 이루어지거나 의사결정 상황에서 노인이라는 이유

로 배제되는 것을 의미한다(WHO, 2021). 노인은 가족, 친구뿐만 아니라 낯선 사람과의 관계에서 차별을 경험하기도 하는데(Bugental & Hehman, 2007), 타인과의 관계에서 발생하는 차별은 언어 및 행위에 잠재되어 노인에 대한 부정적인 신념을 형성시키므로 건강에 직간접적으로 부정적인 영향을 미칠 수 있다(Allen et al., 2022). 다시 말해, 건강은 사소한 것이라고 생각되는 노인 차별 언어, 행위, 신념 등의 영향으로 악화 될 수 있는데, 이러한 개인적 차별 경험은 스트레스를 유발하고 자아존중감을 저하시켜 질병 유병률을 높일 수 있다(Allen et al., 2022). 다음으로 제도적 차별은 보건, 의료, 고용, 교육 등의 분야에서 사회 제도나 법률에 기반하여 발생하는 차별의 유형으로, 요양 시설 및 보건과 관련된 정책 형성에서 노인이 배제될 경우 노인의 건강에 실질적으로 영향을 미칠 수 있다(National Human Rights Commission of Korea, 2020). 예컨대 의료 시설 이용 시 차별을 경험할 경우 의료 서비스 이용을 거부하면서 질병 조기 발견 또는 치료가 지연될 수 있고, 직장 내에서는 고용형태 및 직장 동료들에 의해 차별을 경험할 경우 만성 스트레스로 인해 건강이 악화될 수 있다고 제시된 바 있다(Nemiroff, 2022). 한편, 기초연금 또는 치매 검진사업 등 노인을 우대하는 정책 및 사업도 존재하기 때문에 제도적 차별이 반드시 건강에 부정적인 영향을 미친다고 볼 수는 없지만, 이러한 정책 및 사업이 노인 부양에 대한 사회적 부담 증가와 맞물릴 경우 노인을 수혜자로만 인식시켜 직간접적으로 노인 차별을 야기할 수 있다(Bugental & Hehman, 2007). 마지막으로 자기지향적 차별은 개인이 스스로 느끼는 차별을 의미하는데 주로 개인적 차별과 제도적 차별이 내재화될 때 발생한다(Levy, 2003). 자기지향적 차별은 다른 유형의 차별과 마찬가지로 노인의 건강에 부정적 영향을 미치는데, 특히 노인 스스로 차별을 받고 있다고 느끼고 이를 내재화 할 경우 부정적인 감정이 발생하여 건강이 악화될 수 있다(Levy, 2003). 이처럼 노인의 차별 경험은 한 사회 내에서도 개인적, 제도적 및 자기지향적 차별의 형태로 다양하게 발생할 수 있기 때문에 차별 경험을 유형화하고 이들이 노인의 건강에 미치는 영향을 구체적으로 살펴볼 필요가 있다.

한편, 노인의 차별 경험이 건강에 미치는 영향은 성별과 밀접한 관계가 있는 것으로 알려져 있다. 일반적으로 여성 노인이 남성 노인에 비해 고용, 임금, 가사의 영역에서 제

도적 차별을 경험하게 되며, 여성이라는 이유만으로 종종 차별을 경험하게 되어 우울과 같은 정신건강의 악화로 이어진다는 보고가 있다(Kim, 2003). 한편 남성의 경우 나이가 많다는 이유만으로 취업, 직업 훈련, 승진에서 제외되는 등 직장 내 차별을 경험하게 되기도 하며, 대인 관계에서 배제되어 타인과의 사회적 관계 형성에서 어려움을 겪는 등 차별로 인해 신체적, 정신적 건강의 악화가 초래되기도 한다(Hahm, Ozonoff, Gaumond, & Sue, 2010). 이처럼 노인의 차별 유형 및 경험 여부는 성별에 따라 상이할 수 있으며, 차별 경험에 따른 건강의 영향 역시 다를 수 있다.

정리하자면, 노인의 차별 경험은 질병을 유발하고 건강을 악화시키기 때문에 노인의 차별 경험이 건강에 미치는 영향을 확인할 수 있는 실증적 분석이 필요하며, 이를 바탕으로 노인의 건강을 향상시킬 수 있는 정책이 제시될 필요가 있다. 그러나 국내 노인 차별 관련 연구들은 대부분 노인 차별과 우울 및 자살 또는 삶의 질과의 관계를 중심으로 다소 제한적으로 이루어져 왔다. 또한, 한국 노인이 경험하는 차별은 대인적, 제도적 및 자기지향적 차별 등의 다양한 형태로 나타날 수 있으나, 국내 문헌은 제도적 또는 자기지향적 차별에 초점이 맞추어져 있어 대인적 차별, 제도적 차별 경험이 노인의 건강에 미치는 영향을 파악하는 기존 연구는 극히 드물다. 따라서 본 연구는 2020 노인실태조사 자료를 활용하여 성별에 따른 노인의 대인적 차별, 제도적 차별 경험과 주관적 건강 간의 관계를 분석함으로써 우리 사회에서 노인차별 경험을 줄이고 노인의 건강 수준을 향상시킬 수 있는 정책 방향을 제시하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 노인의 대인적 차별, 제도적 차별 경험 여부와 주관적 건강상태의 관계를 파악하기 위해 보건복지부와 한국보건사회연구원에서 실시한 2020 노인실태조사 자료를 활용한 단면조사 연구이다.

### 2. 연구 대상

본 연구의 자료는 2018년 인구센서스 조사구를 모집단

으로 하여 '층화계통 추출방법'으로 대표성 있는 표본집단을 추출한 2020 노인실태조사의 원자료(raw data)를 활용하여 분석하였다. 노인실태조사는 노인의 생활 특성 및 욕구를 파악하여 노인을 위한 정책형성의 기초자료를 제공하는 것을 목적으로 하는 통계조사이다(Lee et al., 2020). 본 연구의 분석 대상은 2020 노인실태조사에 참여한 10,097명의 응답자 중 노인차별 경험과 관련된 결측치를 제외한 9,920명을 분석 대상으로 선정하였으며 본 연구는 원광대학교 생명윤리위원회 심의 면제를 받았다(WKIRB-202403-SB-006).

### 3. 연구 변수

#### 1) 종속변수

본 연구의 종속변수는 주관적 건강상태이다. 선행연구에서 분류한 기준을 참고하여 노인실태조사 자료 중 “귀하께서는 자신의 평소 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?” 문항에 “매우 건강하다”, “건강한 편이다”라고 응답한 경우를 ‘주관적 건강상태가 좋은 집단’으로, “그저 그렇다”, “건강이 나쁜 편이다”, “건강이 매우 나쁘다”라고 응답한 경우를 ‘주관적 건강상태가 나쁜 집단’으로 구분하여 범주화하였다(Kim & Nam, 2021).

#### 2) 독립변수

본 연구의 독립변수는 대인적 차별, 제도적 차별 경험의 유무이다. 세계보건기구(World Health Organization)는 노인차별을 개인의 상호작용 내에서 발생하는 대인적 차별, 사회 제도 및 규범 내에서 발생하는 제도적 차별, 개인 스스로 느끼는 자기 지향적 차별로 유형화하였다(WHO, 2021). 그러나 노인실태조사의 노인차별 경험을 묻는 문항에 자기 지향적 차별과 관련된 내용이 없어 본 연구는 자기 지향적 차별을 제외한 대인적 차별과 제도적 차별을 중심으로 노인차별 경험을 살펴보고자 하였다. 독립변수는 노인실태조사 자료 중 “귀하께서는 지난 1년 동안 다음의 상황에서 노인이기 때문에 무시(차별) 당했다고 느낀 경험이 있으십니까?”라는 질문에 “대중교통 이용 시”, “식당, 커피숍 이용 시”, “대형마트 및 백화점 등 판매 시설 이용 시”, “주민센터, 구청 등 공공기관 이용 시”, “가족 내 주요 의사 결정시”에 “예”라고 응답한 경우를 ‘대인적 차별을 경험한

집단'으로, "병원 등 의료시설 이용 시", "일터(직장)"에서 "예"라고 응답한 경우를 '제도적 차별을 경험한 집단'으로 구분하여 분류하였다.

<Table 1> Types of age-related discrimination

Interpersonal discrimination	Institutional discrimination
Transportation	Healthcare facilities
Restaurants or cafe	Workplace
Sales facilities	
Public institutions	
Decisions in the family	

3) 통제변수

본 연구는 선행연구를 기반으로 연구대상자의 인구·사회학적 특성 중 성별, 연령, 배우자 유무, 교육수준, 가구총소득, 만성질환 총 수를 통제변수로 설정하였다(Kim, 2017). 연령은 만 75세 미만의 '전기노인'과 만 75세 이상의 '후기노인'으로 구분하였다. 배우자 유무는 응답자의 혼인상태를 묻는 문항에 유배우(기혼)라고 응답한 경우를 '배우자 있음'으로, 미혼, 사별(기혼), 이혼(기혼), 별거(기혼)라고 응답한 경우를 '배우자 없음'으로 구분하였다. 교육수준은 '초등학교 졸업 이하', '중학교 졸업', '고등학교 졸업 이상'으로 구분하였다. 가구총소득은 2019년을 기준으로 조사된 노인 가구의 소득을 5분위로 구분하였다. 노인실태조사에서 제시한 5분위 소득 기준은 제1오분위(Q1) 945.96만원 미만, 제2오분위(Q2) 945.96만원 이상 1,582.20만원 이하, 제3오분위(Q3) 1,582.20만원 초과 2,660만원 미만, 제4오분위(Q4) 2,660만원 이상 4,324만원 이하, 제5오분위(Q5) 4,324.58만원 초과이다(Lee et al., 2020). 만성질환 수는 의사가 진단한 만성질환의 총 수를 묻는 문항의 응답에 기초하여 해당 문항에 응답자가 최소 0개 최대 17개라고 응답한 것을 확인한 후, "0개"라고 응답한 사람을 '만성질환이 없는 집단', "1개"라고 응답한 사람을 '만성질환 수가 1개인 집단', "2개"라고 응답한 집단을 '만성질환 수가 2개인 집단', "3~17개 사이"라고 응답한 사람을 '만성질환 수가 3개 이상인 집단'으로 구분하였다.

4. 자료분석방법

주관적 건강상태에 따른 연구대상자의 일반적 특성을

파악하기 위해 기술통계와 카이제곱 검정(Chi-square test)을 실시하였다. 이후 노인의 대인적 차별, 제도적 차별 경험과 주관적 건강과의 관계를 살펴보기 위해 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 실시하였으며, 차별 경험과 건강과의 관계가 남녀 간 다른지 파악하기 위해 성별에 따른 층화 분석을 실시하였다. 자료 분석은 SAS 9.4 프로그램을 활용하였으며, 모든 분석은 노인실태조사에서 제시한 설문 가중치를 적용하였다.

III. 연구결과

1. 주관적 건강상태에 따른 연구대상자의 일반적 특성

주관적 건강상태에 따른 연구대상자의 일반적 특성은 <Table 2>와 같다. 여성 노인의 경우 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단에서 전기노인은 1,484명(45.3%), 후기노인은 1,795명(54.7%)으로 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단에서 배우자가 있는 집단은 1,231명(37.5%), 배우자가 없는 집단은 2,048명(62.5%)으로 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단은 교육수준에 따라 초등학교 졸업 이하가 2,200명(67.1%), 중학교 졸업이 637명(19.4%), 고등학교 졸업 이상이 442명(13.5%)으로 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단은 가구총소득에 따라 1분위가 1,159명(35.4%), 2분위가 794명(24.2%), 3분위가 503명(15.3%), 4분위가 439명(13.4%), 5분위가 384명(11.7%)으로 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단은 만성질환 수에 따라 3개 이상인 집단이 1,477명(45.0%), 2개인 집단이 994명(30.3%), 1개인 집단이 654명(20.0%), 없는 집단이 154명(4.7%)으로 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단에서 대인적 차별을 경험했다고 응답한 집단은 1,262명(38.5%), 제도적 차별을 경험했다고 응답한 집단은 86명(2.6%), 노인차별을 경험하지 않았다고 응답한 집단은 1,931명(58.9%)으로 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 주관적 건강상태에 따른 일반적 특성의 차이를 파악하기 위해 교차분석을 실시한 결과 모든 특성에서 유의한 차이를 보여 주관적 건강상태에 따른 연구대상

자의 특성을 확인할 수 있었다( $p < .05$ ).

남성 노인의 경우 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단에서 전기노인은 842명(49.5%), 후기노인은 1,103명(50.5%)으로 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단에서 배우자가 있는 집단은 1,307명(76.8%), 배우자가 없는 집단은 394명(23.2%)으로 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단은 교육수준에 따라 초등학교 졸업 이하가 664명(39.0%), 중학교 졸업이 456명(26.8%), 고등학교 졸업 이상은 581명(34.2%)으로 통계적으로 유의미

한 차이를 보였다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단은 가구총소득에 따라 1분위가 353명(20.8%), 2분위가 418명(24.6%), 3분위가 392명(23.1%), 4분위가 316명(18.6%), 5분위가 222명(13.1%)으로 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단은 만성질환 수에 따라 3개 이상인 집단이 567명(33.3%), 2개인 집단이 552명(32.5%), 1개인 집단이 438명(25.8%), 없는 집단이 144명(8.5%)으로 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단에서 대인적 차별을 경험했다고 응답한 집단은 710명(41.7%), 제

<Table 2> Descriptive characteristics of the sample by self-rated health among older adults in Korea

unit: n(%)

	Self-rated health					
	Female (n=5,949)			Male (n=3,971)		
	Good	Poor	p-value	Good	Poor	p-value
Age						
65-74	1,970 (57.0)	1,484 (43.0)	<.0001*	1,681 (66.6)	842 (33.4)	<.0001*
≥ 75	700 (28.1)	1,795 (71.9)		689 (40.7)	1,103 (59.3)	
Marital status						
Married	1,419 (53.6)	1,231 (46.5)	<.0001*	1,892 (59.1)	1,307 (40.9)	<.0001*
Single	1,251 (37.9)	2,048 (62.1)		378 (49.0)	394 (51.0)	
Educational attainment						
≤ Elementary school	1,122 (33.8)	2,200 (66.2)	<.0001*	445 (40.1)	664 (60.0)	<.0001*
Middle school	679 (51.6)	637 (48.4)		558 (55.0)	456 (45.0)	
≥ High school	869 (66.3)	442 (33.7)		1,267 (68.6)	581 (61.4)	
Household income						
Q1	609 (34.5)	1,159 (35.6)	<.0001*	319 (47.5)	353 (52.5)	<.0001*
Q2	507 (39.0)	794 (61.0)		350 (45.6)	418 (54.4)	
Q3	546 (52.1)	503 (48.0)		483 (55.2)	392 (44.8)	
Q4	513 (53.9)	439 (46.1)		566 (64.2)	316 (35.8)	
Q5	495 (56.3)	384 (43.7)		552 (71.3)	222 (28.7)	
Number of chronic disease						
None	694 (81.8)	154 (18.2)	<.0001*	686 (82.7)	144 (17.4)	<.0001*
1	958 (59.4)	654 (40.6)		872 (66.6)	438 (33.4)	
2	673 (40.4)	994 (59.6)		493 (47.2)	552 (52.8)	
≥ 3	345 (18.9)	1,477 (81.1)		219 (27.9)	567 (72.1)	
Experience of age-related discrimination						
Interpersonal discrimination	981 (43.7)	1,262 (56.3)	.019*	694 (49.4)	710 (50.6)	<.0001*
Institutional discrimination	102 (54.3)	86 (45.7)		111 (62.4)	67 (37.6)	
No	1,587 (45.1)	1,931 (54.9)		1,465 (61.3)	924 (38.7)	

Notes. \*  $p < .05$

도적 차별을 경험했다고 응답한 집단은 67명(3.9%), 노인 차별을 경험하지 않았다고 응답한 집단은 924명(54.3%)으로 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 주관적 건강상태에 따른 일반적 특성의 차이를 파악하기 위해 교차분석을 실시한 결과 모든 특성에서 유의한 차이를 보여 주관적 건강상태에 따른 연구대상자의 특성을 확인할 수 있었다 ( $p < .05$ ).

**2. 대인적 차별, 제도적 차별과 주관적 건강상태의 관계**

대인적 차별, 제도적 차별과 주관적 건강상태의 관계에 대한 로지스틱 회귀분석 결과는 <Table 3>과 같다. 인구·사회학적 요인을 모두 통제한 후에도 노인의 대인적 차별 경험과 주관적 건강상태의 관계는 유의한 것으로 나타났다. 차별을 경험하지 않은 집단에 비해 대인적 차별을 경험한 집단은 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(OR=1.15, 95% CI:

1.05-1.26). 전기노인에 비해 후기노인은 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(OR=2.07, 95% CI: 1.87-2.29). 배우자가 있는 집단에 비해 배우자가 없는 집단은 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(OR=1.18, 95% CI: 1.06-1.32). 교육수준이 고등학교 졸업 이상인 집단에 비해 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업인 집단은 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(OR=2.05, 95% CI: 1.82-2.31; OR=1.37, 95% CI: 1.21-1.55). 가구총소득이 5분위인 집단에 비해 1분위, 2분위, 3분위인 집단은 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(OR=1.66, 95% CI: 1.43-1.93; OR=1.74, 95% CI: 1.50-2.01; OR=1.42, 95% CI: 1.23-1.64). 만성질환이 없는 집단에 비해 만성질환 수가 1개, 2개, 3개 이상인 집단은 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(OR=2.61, 95% CI: 2.24-3.04; OR=4.94, 95% CI: 4.23-5.77; OR=12.32, 95% CI: 10.48-14.50).

<Table 3> Odds and 95% CIs from logistic regression models examining experience of age-related discrimination and self-rated health among older adults

	Poor self-rated health		
	OR	95% CI	p-value
Experience of age-related discrimination (ref. No)			
Interpersonal discrimination	1.15	1.05-1.26	.004*
Institutional discrimination	0.88	0.70-1.11	.294
Age (ref. 65-74)			
≥ 75	2.07	1.87-2.29	<.0001*
Sex (ref. Female)			
Male	0.97	0.88-1.08	.601
Marital status (ref. Married)			
Single	1.18	1.06-1.32	.002*
Educational attainment (ref. ≥ High school)			
≤ Elementary school	2.05	1.82-2.31	<.0001*
Middle school	1.37	1.21-1.55	<.0001*
Household income (ref. Q5)			
Q1	1.66	1.43-1.93	<.0001*
Q2	1.74	1.50-2.01	<.0001*
Q3	1.42	1.23-1.64	<.0001*
Q4	1.08	0.94-1.25	.278
Number of chronic disease (ref. None)			
1	2.61	2.24-3.04	<.0001*
2	4.94	4.23-5.77	<.0001*
≥ 3	12.32	10.48-14.50	<.0001*

Notes. \*  $p < .05$

### 3. 성별에 따른 대인적 차별, 제도적 차별과 주관적 건강상태의 관계

여성 노인의 차별 경험과 주관적 건강상태의 관계에 대한 로지스틱 회귀분석 결과는 <Table 4>와 같다. 인구·사회학적 요인을 모두 통제하였으나 여성 노인의 대인적 차별, 제도적 차별 경험과 주관적 건강상태의 관계는 유의하지 않은 것으로 나타났다(OR: 0.99, 95% CI: 0.88-1.13; OR=0.77, 95% CI: 0.55-1.08). 여성 노인의 경우 전기노인에 비해 후기노인은 주관적 건강상태가 더 나쁜 것으로 나타났다(OR=2.01, 95% CI: 1.75-2.31). 교육수준이 고등학교 졸업 이상인 집단에 비해 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업인 집단은 주관적 건강상태가 더 나쁜 것으로 나타났다(OR=2.02, 95% CI: 1.72-2.39; OR=1.37, 95% CI: 1.15-1.64). 가구총소득이 5분위인 집단에 비해 1분위, 2분위인 집단은 주관적 건강상태가 더 나쁜 것으로 나타났다(OR=1.53, 95% CI: 1.26-1.86; OR=1.52, 95% CI:

1.25-1.85). 만성질환이 없는 집단에 비해 만성질환 수가 1개, 2개, 3개 이상인 집단은 주관적 건강상태가 더 나쁜 것으로 나타났다(OR=2.89, 95% CI: 2.33-3.58; OR=4.83, 95% CI: 3.90-5.99; OR=14.09, 95% CI: 11.29-17.60).

남성 노인의 차별 경험과 주관적 건강상태의 관계에 대한 로지스틱 회귀분석 결과는 <Table 4>와 같다. 인구·사회학적 요인을 모두 통제한 후에도 남성 노인의 대인적 차별 경험과 주관적 건강상태의 관계가 유의한 것으로 나타났지만 제도적 차별 경험과 주관적 건강상태의 관계는 유의하지 않은 것으로 나타났다(OR=1.37, 95% CI: 1.19-1.59; OR=1.01, 95% CI: 0.73-1.39). 남성 노인의 경우 전기노인에 비해 후기노인은 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(OR=2.12, 95% CI: 1.83-2.46). 배우자가 있는 집단에 비해 배우자가 없는 집단은 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(OR=1.35, 95% CI: 1.10-1.66). 교육수준이 고등학교 졸업 이상인 집단에 비해 초등학교 졸업 이하, 중학

<Table 4> Odds and 95% CIs from logistic regression models examining experience of age-related discrimination and self-rated health among older adults: Gender-stratified analyses

	Poor self-rated health					
	Female			Male		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
Experience of age-related discrimination (ref. No)						
Interpersonal discrimination	0.99	0.88-1.13	.91	1.37	1.19-1.59	<.0001*
Institutional discrimination	0.77	0.55-1.08	.13	1.01	0.73-1.39	.961
Age (ref. 65-74)						
≥ 75	2.01	1.75-2.31	<.0001*	2.12	1.83-2.46	<.0001*
Marital status (ref. Married)						
single	1.15	1.01-1.31	.110	1.35	1.10-1.66	.004*
Educational attainment (ref. ≥ High school)						
≤ Elementary school	2.02	1.72-2.39	<.0001*	2.10	1.75-2.51	<.0001*
Middle school	1.37	1.15-1.64	<.0001*	1.32	1.11-1.57	.002*
Household income (ref. Q5)						
Q1	1.53	1.26-1.86	<.0001*	1.79	1.40-2.27	<.0001*
Q2	1.52	1.25-1.85	<.0001*	1.99	1.59-2.51	<.0001*
Q3	1.02	0.84-1.25	.834	2.03	1.64-2.51	<.0001*
Q4	0.98	0.80-1.19	.809	1.22	0.99-1.51	.069
Number of chronic disease (ref. None)						
1	2.89	2.33-3.58	<.0001*	2.40	1.93-3.00	<.0001*
2	4.83	3.90-5.99	<.0001*	5.26	4.19-6.59	<.0001*
≥ 3	14.09	11.29-17.60	<.0001*	10.58	8.30-13.48	<.0001*

Notes. \* p<.05

교 졸업인 집단은 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(OR=2.10, 95% CI: 1.75-2.51; OR=1.32, 95% CI: 1.11-1.57). 가구총소득이 5분위인 집단에 비해 1분위, 2분위, 3분위인 집단은 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(OR=1.79; 95% CI: 1.40-2.27; OR=1.99, 95% CI: 1.59-2.51; OR=2.03, 95% CI: 1.64-2.51). 만성질환이 없는 집단에 비해 만성질환 수가 1개, 2개, 3개 이상인 집단은 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(OR=2.40, 95% CI: 1.93-3.00; OR=5.26, 95% CI: 4.19-6.59; OR=10.58, 95% CI: 8.30-13.48).

#### IV. 논의

본 연구는 노인의 대인적 차별, 제도적 차별 경험에 따른 주관적 건강을 파악하기 위해 2020 노인실태조사에 참여한 만 65세 이상 노인 9,920명을 대상으로 로지스틱 회귀 분석을 실시하였다. 연구 결과 노인은 대인적 차별을 경험할수록 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다. 한편 노인의 차별 경험과 주관적 건강상태의 관계를 성별 층화하여 살펴본 결과 남성 노인은 대인적 차별을 경험할수록 주관적 건강상태가 좋지 않았으나 여성 노인은 대인적 차별 경험과 주관적 건강상태의 관계가 유의하지 않았다.

이러한 연구 결과가 갖는 함의는 다음과 같다. 첫째, 노인은 대인적 차별을 경험할수록 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다. 대인적 차별은 일터(직장), 병원 등 의료 시설에서 경험하는 제도적 차별을 제외한 대중교통, 백화점, 공공기관 등 일상생활에서 경험하는 모든 차별을 포함하는데 선행연구에 따르면 일상생활 속 차별은 미세차별의 형태로 발생한다(Allen et al., 2022). 미세차별이란 미묘하고 의외로 종종 자동으로 이루어지는 비언어적 교류로 상대방을 무시하는 행위로 노인에 대한 부정적인 편견, 고정관념을 바탕으로 노인에게 천천히 또는 큰 목소리로 말하거나 높은 음조나 과장된 억양을 사용하는 것 모두 미세차별에 해당된다(Allen et al., 2022; Sue et al., 2007). 미세차별이 불안, 분노 등을 포함한 생리적 스트레스 반응을 유발하고 인지 기능을 저하시켜 노인의 신체적, 정신적 건강에 부정적인 영향을 미친다는 기존 연구 결과처럼(Allen et al., 2022; Nicholson & Mei, 2020) 대인적 차별을 경험한

노인은 스트레스 및 우울감 등으로 인해 자신의 주관적 건강상태를 부정적으로 인식할 수 있다. 미세차별은 제도적 환경에서도 발생하긴 하지만 본질적으로는 개인이 심리적, 생리학적으로 경험하면서 축적되는 대인 관계에서 기인하기 때문에(Farber et al., 2021), 노인의 주관적 건강상태를 향상시키기 위해서는 대인 관계 속에서 발생할 수 있는 미세차별을 줄이기 위한 노력이 필요하다. 구체적으로는 대인 관계에서 경험할 수 있는 미세차별이 아직 우리 사회에서 생소한 개념인 점을 고려하여 미세차별의 정의 및 미세차별이 건강에 미치는 부정적인 영향을 알리기 위해 일반 대중을 대상으로 차별에 따른 건강의 영향에 대한 건강증진 교육 프로그램이 필요하며, 노인 보건교육 프로그램 개발 시에도 관련 내용을 반영할 필요가 있다. 또한 일반 대중의 차별에 대한 사회적 인식을 변화시키기 위해서는 건강증진 교육에 국한되어서는 안되며, 사회 전반에 걸쳐 차별과 관련된 인식 개선을 도모할 필요가 있다. 따라서 교내 학생들을 대상으로 미세차별에 대한 인식을 제고하고 관련 대처법을 제시한 국외 미세차별 캠페인 사례를 참고하여 우리 사회에도 차별에 대한 인식과 이해를 높이기 위해 다양한 미디어를 활용한 미세차별 인식 개선 캠페인 등의 도입을 고려해야 한다(Banks, Adams, Williams, & Piña, 2020). 이러한 노력은 단순히 사회적 정의를 실현하는 것을 넘어서 보다 공정하며 모두가 건강한 삶을 누리기 위해 필요하며, 개인의 신체적, 정신적 건강을 증진시킨다는 점에서 건강증진 및 보건교육학적 측면에서도 간과할 수 없는 주제이다.

한편, 노인의 제도적 차별 경험이 주관적 건강과 밀접한 관계가 있다고 보고된 선행연구와 달리 본 연구에서는 노인의 제도적 차별 경험과 주관적 건강의 관계가 유의하지 않았다. 노인은 만 65세라는 단일적인 연령 기준에 따라 정년 퇴직을 하거나 고용이 되더라도 젊은 세대에 비해 상대적으로 저임금을 받는 임금차별 문제를 겪을 뿐만 아니라 의료 서비스를 이용하는 과정에서 노인에 대한 의료진의 편견, 무시 등을 경험하는 등 다양한 상황에서 제도적 차별을 경험하는 것으로 보고되었다(Awoke et al., 2017; National Human Rights Commission of Korea, 2020). 따라서 낮은 의료 서비스 지불 능력이나 의료 서비스 이용과정에서 경험하는 차별로 인해 의료 서비스가 필요하다고 생각함에도 불구하고 자주 이용할 수 없는 상황에 지속적으로 노출됨에

따라 자신의 주관적 건강상태가 좋지 않다고 생각할 수도 있다. 그럼에도 불구하고 노인의 제도적 차별 경험과 주관적 건강상태의 관계가 유의하지 않은 이유를 다음과 같이 추론할 수 있다. 대부분의 노인은 노년기에 진입하면서 노동시장에서 배제되기 때문에 공식적인 일터(직장)에서의 차별 경험 자체가 상대적으로 많지 않을 수 있고, 노인이 일터(직장) 또는 의료시설 이용에 어려움을 겪는 경우 생활터 및 시설 이용 횟수가 감소하여 차별을 경험하는 빈도가 낮을 가능성이 있다. 뿐만 아니라 노인 인구 증가와 함께 노인 일자리 또는 사회활동 지원과 같은 노인 우대 정책이 증가함에 따라 사회참여가 증가하고 사회적 지지를 경험하기 때문에 차별 경험이 건강에 부정적인 영향을 미치지 않을 수 있다. 따라서 추후 연구에서 노인의 제도적 환경 접근성을 고려하여 차별 경험과 주관적 건강의 관계를 파악할 필요가 있다.

둘째, 성별 층화 분석을 실시한 결과 여성 노인의 대인적 차별 경험과 주관적 건강의 관계는 유의하지 않았는데 이는 다음과 같이 해석할 수 있다. 첫째, 남성 노인은 여성 노인에 비해 사회경제적 활동을 더 많이 참여하면서 폭넓은 대인 관계를 유지할 가능성이 높다(Yuying & Jing, 2022). 그러나 노년기에 접어들면서 여성 노인은 가정 내 역할이 지속되는 반면 남성 노인은 퇴직 이후 사회적 역할 및 지위의 상실을 경험하게 되면서 자존감이 저하되고 차별에 취약해지면서 자신의 건강상태가 나쁘다고 생각할 수 있다. 둘째, 여성 노인은 남성 노인에 비해 연령주의와 관련된 차별 외에도 소득, 고용 등 다양한 영역에서 성별과 관련된 차별을 더 많이 경험하는 것으로 보고되기 때문에, 여성 노인의 경우 일상생활 속에서 누적된 차별 경험이 만성적인 스트레스 요인으로 작용하면서 자신의 건강 상태를 나쁘게 평가할 수 있다(Gendron, Welleford, Inker, & White, 2016). 따라서 여성 노인의 건강 향상을 위한 교육 프로그램과 관련 정책을 설계할 때 여성 노인의 복합적이고 교차적인 차별 경험에 대한 고려가 필요하다. 특히 여성 노인의 일상생활 속 차별 경험이 연령, 성별, 사회적 및 경제적 지위 등의 차별 경험과 교차되어 발생하는 맥락을 이해해야 하며, 아울러 사회참여나 복합 차별 등 잠재적 건강 위협요인들을 고려할 필요성이 있다(Gans, Horhota, & Chasteen, 2023).

셋째, 대인적 차별, 제도적 차별과 주관적 건강의 관계 외에 본 연구에서 주목할 만한 결과는 배우자 유무와 주관

적 건강의 관계이다. 여성 노인의 경우 배우자 유무와 주관적 건강상태의 관계가 유의미하지 않은 것으로 나타났으나 남성 노인의 경우 배우자가 없는 집단일수록 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다. 선행연구에 따르면 배우자 유무는 주관적 건강상태에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(Kim & Ko, 2013). 배우자는 신체적, 정신적 건강이 나빠질 때 최우선의 가족 돌봄자의 역할을 수행하기 때문에(Kim, Kim, & Shin, 2012) 배우자 유무는 노인 건강에 영향을 미치는 중요한 요인 중 하나이다(Kim & Ko, 2013). 일반적으로는 독거노인은 만성질환을 비롯한 신체적 건강, 우울, 자살생각 등을 포함한 정신적 건강이 좋지 않은 것으로 보고되는데(Jeong & Kim, 2014), 배우자 유무와 주관적 건강상태의 관계에서 성별 차이가 발생한 이유는 전통적인 성 역할에 근거한 돌봄 현상에 의한 것으로 사료된다. 성 역할이란 한 사회 문화 안에서 남성 혹은 여성에게 적절한 것으로 간주되고 기대되는 행동으로(O'Neil, 1981), 가족 내 돌봄노동 실태조사(2006) 연구에 따르면 여성에게 주로 돌봄 노동의 책임 및 역할을 기대하는 것으로 나타났다(Jang et al., 2006). 즉, 여성은 가족 내에서 주로 돌봄을 제공하는 역할을 수행하기 때문에 배우자에게 기대하는 돌봄 및 건강관리 행동이 적어 유배우자의 긍정적인 영향이 낮게 나타나고, 남성은 가족, 특히 배우자의 돌봄을 주로 받는 대상자이기 때문에 배우자가 없는 남성 노인일수록 주관적 건강상태가 나쁘게 나타날 가능성이 있다.

넷째, 만성질환이 없는 집단에 비해 만성질환의 수가 많은 집단일수록 주관적 건강이 나쁜 것으로 나타났다. 선행연구에 의하면 노인의 연령대가 증가할수록 만성질환 유병률이 높아지는데, 누적되는 만성질환 수는 노인의 신체활동을 제한하기 때문에 만성질환 수가 많을수록 스스로의 건강이 좋지 않다고 보고하는 것으로 나타났다(Jackson et al., 2019). 따라서 노인의 주관적 건강상태는 만성질환을 포함한 장애, 활동 제약 등의 객관적 건강상태의 영향을 받으므로 노인의 주관적 건강상태를 파악하기 위해서는 객관적 건강상태를 나타내는 요인들을 함께 고려할 필요가 있다.

본 연구는 차별 경험을 대인적 차별, 제도적 차별로 나누어 삶의 질을 측정하는 지표 중 하나인 주관적 건강과의 관계를 구체적으로 파악하고 성별에 따른 차별 경험과 주관적 건강의 차이를 밝히고, 노인의 주관적 건강을 증진하기

위한 차별 인식 교육 프로그램 및 캠페인의 필요성과 그에 따른 학술적 근거를 제시했다는 데 의의가 있다. 그럼에도 불구하고 본 연구가 갖는 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 2차 자료를 활용하여 노인차별 경험을 대인적 차별과 제도적 차별로 유형화하여 건강에 미치는 영향을 살펴본 연구이다. 때문에 실제 노인이 일상생활에서 경험하거나 빈번하게 노출될 수 있는 대인적 및 제도적 차별의 하위차별 경험을 확인할 수 없으며, 이에 따른 건강과의 관계를 파악하기에 제한적이다. 특히 노인실태조사에서 활용한 차별 관련 설문 문항의 경우 특정 상황에서의 차별 경험 유무를 묻기 때문에 차별 경험의 맥락적 이해가 제한적이다. 추후 관련 연구를 위해서는 노인의 차별과 관련된 보다 정교한 설문지의 설계가 필요하며, 노인의 차별 경험에 대한 보다 정교한 측정을 토대로 건강과의 관계를 파악할 필요가 있다. 둘째, 차별 경험과 주관적 건강상태는 자가 보고 방식을 통해 측정하였기 때문에 회상 편견의 영향으로 신뢰성, 타당성 문제가 발생할 수 있다(Kang & Cho, 2012). 셋째, 2020 노인실태조사 자료를 활용하여 횡단 분석을 실시하였기 때문에 차별 경험과 주관적 건강 간의 인과관계를 명확히 파악하는데 어려움이 있다. 넷째, 2020 노인실태조사는 코로나19 상황으로 인해 의료 서비스 이용 증가 또는 코로나19 감염 우려로 인한 의료시설 방문 기피 등의 이유로 의료시설 이용 시 차별 경험이 과대 혹은 과소 측정되었을 가능성을 배제할 수 없다.

## V. 결론

우리 사회는 급속한 고령화로 인해 노인 인구가 지속적으로 증가될 것으로 예측되고 있다. 노인은 사회 내 다양한 상황에서 차별을 경험하고 있으며 이러한 차별 경험은 다양한 경로를 통해 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이에 본 연구는 노인이 한 사회 내에서도 수많은 관계, 제도, 환경 등에서 차별을 경험하는 점을 고려하여 노인차별 경험을 대인적 차별과 제도적 차별로 유형화하여 건강과의 관계를 살펴보고자 하였다. 2020 노인실태조사 자료를 활용하여 노인의 대인적 차별, 제도적 차별 경험과 주관적 건강상태의 관계를 살펴본 결과 노인의 대인적 차별 경험과 주관적 건강상태의 관계가 유의미한 것으로 나

타났다. 노인의 대인적 차별 경험은 주관적 건강상태에 부정적인 영향을 미치기 때문에 주관적 건강상태를 증진하기 위해서는 일상생활에서 경험하는 미세차별을 줄이기 위한 노력이 필요하며, 구체적으로는 미세차별의 정의나 미세차별이 건강에 미치는 부정적인 영향을 알릴 수 있는 캠페인, 교육 프로그램이 필요하다고 사료된다. 또한 성별에 따라 차별 경험, 주관적 건강상태에 차이가 존재한다는 기존 연구들과 달리 본 연구에서는 유의미한 차이가 발생하지 않았는데, 이는 성별에 따른 사회참여 정도나 복합 차별 등의 상황을 고려하여 연구결과를 해석할 필요가 있다.

## References

- Allen, J. O., Solway, E., Kirch, M., Singer, D., Kullgren, J. T., Moïse, V., & Malani, P. N. (2022). Experiences of everyday ageism and the health of older US adults. *JAMA Network Open*, 5(6), e2217240. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.17240.
- Awoke, M. A., Negin, J., Moller, J., Farell, P., Yawson, A. E., Biritwum, R. B., & Kowal, P. (2017). Predictors of public and private healthcare utilization and associated health system responsiveness among older adults in Ghana. *Global Health Action*, 10(1), 1301723. doi: 10.1080/16549716.2017.1301723.
- Banks, B. M., Adams, D. F., Williams, C., & Piña, D. (2020). Preliminary investigation of efforts to improve awareness of racial microaggressions on campus. *Journal of Underrepresented and Minority Progress*, 4(1), 20-43. doi: 10.32674/jump.v4i1.1763.
- Bugental, D. B., & Hehman, J. A. (2007). Ageism: A review of research and policy implications. *Social Issues and Policy Review*, 1(1), 173-216. doi: 10.1111/j.1751-2409.2007.00007.x.
- Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(1), e0220857. doi: 10.1371/journal.pone.0220857.
- Farber, R., Wedell, E., Herchenroeder, L., Dickter, C. L., Pearson, M. R., & Bravo, A. J. (2021). Microaggressions and psychological health among college students: A moderated mediation model of rumination and social structure beliefs. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 8(1), 245-255. doi: 10.1007/s40615-020-00778-8.
- Gans, H. M., Horhota, M., & Chasteen, A. L. (2023). Ageism

- against older adults: How do intersecting identities influence perceptions of ageist behaviors? *Journal of Applied Gerontology*, 42(6), 1191-1199. doi: 10.1177/07334648231161937.
- Gendron, T. L., Welleford, E. A., Inker, J., & White, J. T. (2016). The language of ageism: Why we need to use words carefully. *The Gerontologist*, 56(6), 997-1006. doi: 10.1093/geront/gnv066.
- Hahm, H. C., Ozonoff, A., Gaumond, J., & Sue, S. (2010). Perceived discrimination and health outcomes: A gender comparison among Asian-Americans nationwide. *Women's Health Issues*, 20(5), 350-358. doi: 10.1016/j.whi.2010.05.002.
- Jackson, S. E., Hackett, R. A., & Steptoe, A. (2019). Associations between age discrimination and health and wellbeing: Cross-sectional and prospective analysis of the English longitudinal study of ageing. *The Lancet Public Health*, 4(4), E200-E208. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30035-0.
- Jang, H. G., Hong, S. A., Lee, S. W., Kim, Y. R., Kang, E. H., Kim, G. E. (2006). *Survey of care work in the family*. Seoul: Korean Women's Development Institute.
- Jeong, S. S., & Kim, J. S. (2014). Comparison of health behaviors and health level between elders living alone and those living with a spouse. *Global Health & Nursing*, 4(1), 27-36.
- Kang, C., & Cho, Y. (2012). The effect of social discrimination on suicide ideation. *Korea Journal of Population Studies*, 35(3), 1-27.
- Kim, A. J., & Nam, J. Y. (2021). Effects of the combination of marital status and household type on self-rated health among Korean women. *Health Policy and Management*, 31(3), 355-363. doi: 10.4332/KJHPA.2021.31.3.355.
- Kim, D. B., Kim, S. B., & Shin, S. M. (2012). The effects of social participation on the depression of the spouseless elderly: The mediating effect of social support and self efficacy. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 32(1), 289-303.
- Kim, J. H. (2017). The impact of multidimensional social exclusions on atypical worker's self-rated health and depression: comparative analysis with typical worker. *Health and Social Welfare Review*, 37(3), 398-432. doi: 10.15709/hswr.2017.37.3.398.
- Kim, M. S., & Ko, J. W. (2013). The effect of the elderly's leisure activity on their health and the mediating role of family support. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, 60, 35-54. doi: 10.21194/kjgsw..60.201306.35.
- Kim, W. (2003). An exploratory study on ageism experienced by the elderly and its related factors. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 23(2), 21-35.
- Lee, Y., Kim, S., Hwang, N., Lim, J., Joo, B., Namkung, E., . . . Kim, G. (2020). *2020 senior citizen survey report* (Korean, authors' translation). Sejong: Ministry of Health and Welfare.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(4), P203-P211. doi: 10.1093/geronb/58.4.p203.
- National Human Rights Commission of Korea. (2006). *Survey on social discrimination against the elderly: Focusing on personal and institutional discrimination experience*. Seoul: Author.
- National Human Rights Commission of Korea. (2020). *Survey on the human rights situation of older adults compelled to work*. Seoul: Author.
- Nemiroff, L. (2022). We can do better: Addressing ageism against older adults in healthcare. *Healthcare Management Forum*, 35(2), 118-122. doi: 10.1177/08404704221080882.
- Nicholson, H. L., Jr., & Mei, D. (2020). Racial microaggressions and self-rated health among Asians and Asian Americans. *Race and Social Problems*, 12(3), 209-218. doi: 10.1007/s12552-020-09293-1.
- O'Neil, J. M. (1981). Patterns of gender role conflict and strain: Sexism and fear of femininity in men's lives. *The Personnel and Guidance Journal*, 60(4), 203-210. doi: 10.1002/j.2164-4918.1981.tb00282.x.
- Oh, H.-I., Ju, K.-H., & Kim, S.-W. (2015). An analysis of eco-systematic factors influencing conceived "ageism" of the elderly: Focused on the difference between babyboomer and the other elderly. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, 68, 303-330. doi: 10.21194/kjgsw..68.201506.303.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271-286. doi: 10.1037/0003-066X.62.4.271.
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Carretta, H., & Terracciano, A. (2015). Perceived discrimination and physical, cognitive, and emotional health in older adulthood. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 171-179. doi: 10.1016/j.jagp.2014.03.007.
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. Accessed 2024, April 8. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
- Yuying, Z., & Jing, C. (2022). Gender differences in the score and influencing factors of social participation among Chinese elderly. *Journal of Women & Aging*, 34(4), 537-550. doi: 10.1080/08952841.2021.1988313.

- Suhyun Choi      <https://orcid.org/0009-0006-4904-9827>
- Juhee Park        <https://orcid.org/0009-0003-9348-7750>
- Jongnam Hwang   <https://orcid.org/0000-0001-7078-9244>