

도농 간 노인 일상생활기능장애 차이의 실태와 정책방안

Policy issues for maintaining the living activity function of elderly people

선우덕 한국보건사회연구원 연구위원
오지선 한국보건사회연구원 연구위원

농촌지역의 인구고령화 현상은 날이 심화되어가고 있지만, 지역적 특성으로 인하여 생활환경이나 보건복지자원이 부족하여 노인의 일상생활기능장애는 제대로 개선되고 있지 못한 실정이다. 다시 말하면 일상생활동작(ADL), 수단적 일상생활동작(IADL), 우울증, 인지 기능(등) 등 신체적 및 인지정신적 기능상태에 대해서 도농간 격차와 영향요인을 분석해 본 결과, 지역간 차이가 발생하고 있는 것으로 나타나고 있지만, 사회경제적 지위나 건강행위실천에 따라서 그 차이가 축소될 수 있는 것으로 나타나, 그러한 사회·보건환경적 요소의 지역 간 차이를 개선할 수 있는 대책이 필요하다. 이에 대한 대안으로 보건소, 사회복지기관 이외의 비영리민간기관을 활용할 수 있는 보건복지서비스의 연계모형의 개발 및 구축이 요구되고, 더 나아가 소지역중심의 네트워크사업(small area networking)의 시도가 요구되고 있다.

1. 서론

통계청의 자료에 의하면, 2005년도 우리나라의 노인인구비율은 9.3%(2009년 현재의 추정치는 10.7%)로 나타나고 있는데, 이를 다시 도시(동지역)와 농촌(읍면지역)으로 구분하여 보면, 도시지역은 7.2%인 반면에 농촌지역은 2배가 넘는 18.6%로 나타나고 있다. 이렇게 농촌지역의 인구고령화는 심화되어 있다고 볼 수 있는데, 노인의 절대수를 보면 도시지역에 전체노인의 62.9%, 농촌지역에 37.1%가 살고 있어 전체노인의 약 2/3가 도시지역에 거주하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이와 같은 현상을 토대로 볼 때, 노인의 생활실태가 도농간 차이가 없다

고 한다면 농촌지역의 노인에게 더 많은 정책적 지원이 투입되는 것에 타당성을 부여하기 어려울 것이다.

그런데, 실제적으로 노인의 생활실태에 대한 도농 간 차이는 나타나고 있으며, 그 유형에 따라서 도시보다 농촌지역에 거주하는 노인에게서 더 양호하게 나타나는 경우도 있다. 예를 들면, 건강실태측면에서 주관적 건강의식수준, 건강증진행위(운동), 식습관, 질병상태 등에서는 도시지역거주 노인이 더 양호하게 나타나고 있는 반면에, 이웃, 친구와의 접촉에서는 농촌지역거주 노인이 더 양호하게 나타나고 있다는 것이다¹⁾. 특히, 이웃, 친구와의 사회적 접촉(social contact)과 같은 사회적 지지는 신체적

기능면에서나 인지·정신적 측면에서 긍정적인 영향을 끼치고 있는 것으로 나타나고 있다는 연구결과²⁾를 바탕으로 한다면, 농촌지역 거주노인의 건강상태가 부분적으로는 더 양호할 수도 있을 것이다.

본고에서는 고령자의 신체적 및 정신적 기능상태를 기초로 한 건강수준의 도농간 격차를 살펴보고, 그 격차에 영향을 주고 있는 요인들에 대해서 분석하여 이를 해결하는데 필요한 정책방안을 제안하고자 한다. 본 분석에 사용된 자료는 지난 2001년도에 한국보건사회연구원에서 실시한 전국 노인장기요양보호 욕구실태조사 자료인데, 이는 그동안 동 연구원에서 실시한 각종 실태조사와 달리 인지정신적 기능상태를 파악할 수 있는 설문문항도 포함되어 있기 때문이다.

2. 도농간 노인의 일상생활 기능의 차이

우선 분석결과를 제시하기 이전에 분석에 사용된 각종 변수와 통계처리방법에 대해 설명하고자 한다. 본 분석에 사용된 자료는 전술한 바와 같이 2001년도「전국노인장기요양보호 욕구실태조사」를 활용하였는데, 조사대상 노인수는 총 5,058명이며, 조사대상 가구로는 4,043가구

이다. 그리고 본 분석에 활용된 주요변수 및 척도를 보면, 일상생활기능장애의 지역간 차이 및 영향요인으로 고려되는 지표로 인구학적 특성(성별, 연령, 지역), 사회경제적 지위 및 건강행동(생활정도, 교육수준, 독거여부, 흡연, 음주, 규칙적 운동)이 고려되었다. 여기에서 지역은 동지역을 도시, 읍·면지역을 농촌으로 명명, 구분하였으며, 주관적 생활수준은 중·상, 하로 분류하였다. 교육수준은 무학, 초졸, 중졸이상으로 구분하였고, 독거여부, 흡연·음주·규칙적 운동은 건강행위실천여부로 분류하였다.

그리고 종속변수에 해당하는 일상생활기능에는 일상생활동작(ADL), 수단적 일상생활동작(IADL) 이외에 인지·정신적 기능상태에는 우울정도와 인지기능정도를 적용하였다. 여기에서 일상생활동작은 옷 갈아입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 이동하기, 화장실사용하기 및 실금 등 7항목으로 측정되었으며, 각 항목당 수행능력에 대해 ‘완전자립’, ‘부분도움’, ‘완전도움’의 3개로 범주화되었다. 이중 1개의 항목이라도 부분도움 또는 완전도움으로 응답한 노인은 일상생활동작의 기능제한으로 하고, 모든 항목에서 완전자립인 경우를 기능자립으로 분류하였다. 수단적 일상생활동작은 몸단장하기, 집안일하기, 식사준비하기, 빨래하기, 근거리 외출하기, 교통수단 이용하기, 물건구입하기, 금전관리하기, 전화사용하기, 약 복용하기

1) 선우덕·오지선, 고령화심화농촌지역 노인의 생활기능 자립을 위한 보건복지지원체계 구축, 한국보건사회연구원 연구보고서 2008-20~6, 2008.12 참조.
2) 김태민 외, "노인들의 사회적 지지와 건강행태 및 건강수준과의 관련성", 보건교육건강증진학회, 23(3), 2006.9, Katherine, LF, et al, "Social Network, Typologies and Mental Health Among Older Adults", *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 61B(1), 2006, Ronald, EH, et al, "Social Network Characteristics and Cognition in Middle-Aged and Older Adults", *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 59B(6), 2006참조.

등 10항목으로 측정되었으며, 각 항목 당 ‘완전 자립’, ‘부분도움’, ‘완전도움’, ‘수행불가’ 중 3~4개로 범주화되었다. 일상생활동작과 마찬가지로 이 중에서 1개의 항목이라도 부분도움, 완전도움 또는 수행불가노인은 기능제한으로 분류하였다. 우울도는 15문항으로 구성된 축약된 노인우울척도(GDS-K)로 측정되었으며, 15점 중에서 7점 이하를 우울, 8점 이상을 정상으로 처리하였다. 인지기능은 간이인지기능검사표(MMSE-K)를 이용하였으며, 총 30점 중에서 19점 이하를 치매로 간주되는 인지장애로 분류하고, 나머지를 정상으로 하였다.

한편, 본 분석을 위해서 사용된 통계처리를 보면, 종속변수인 노인 일상생활기능에 해당하는 일상생활동작(ADL), 수단적 일상생활동작(IADL), 우울도, 치매를 각각 0과 1로 범주화하였다. 이들의 지역간 차이 및 그 영향요인을 검

증하기 위해 SPSS 12.0을 이용한 교차분석과 이항 로지스틱 회귀분석(Binary Logistic Regression Analysis)을 실시하였다. 각각의 종속 변수에 대해 인구학적 요인을 통제한 지역 차이를 검증하고(model 1), 다음으로 사회경제적 요인 및 건강행동 요인을 추가하여 노인일상생활 기능에 영향을 미치는 최종요인을 검증하였다(model 2). 각각의 모형은 설명력부분에서 다소 차이가 있기는 하지만, 수단적 일상생활동작기능의 [model 1]을 제외한 모든 모형은 모형의 적합도와 관련된 Hosmer와 Lemeshow의 검정에서 모두 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

<표 2>는 각 노인의 생활실태에 대한 도농간 차이를 제시한 것이다.

먼저, 도농간 조사대상노인의 성별 및 연령별 분포도는 차이가 없는 것으로 나타났다.

둘째, 일상생활동작에서 자립에 해당하는 노

표 1. 분석모형에 포함된 변수에 대한 설명

| 구분 | 정의 |
|-----------------|---|
| 노인 생활기능 | 일상생활동작 수행능력 수단적 일상생활동작 수행능력 우울도 치매 |
| 인구학적 특성 | 성별 연령 지역 |
| 사회경제적 지위 및 건강행동 | 생활정도 교육수준 독거여부 흡연 음주 규칙적 운동 |

주: * 처음집단이 기준집단(reference group)임.

표 2. 인구사회학적 요인별 노인생활기능의 도농간 차이에 대한 기초통계량

(단위: %)

| 변수 | 구분 | 지역 | | chi-square |
|-------------------|--------------|-------|-------|------------|
| | | 도시 | 농촌 | |
| 일상생활동작 (ADL) | 자립 | 89.0 | 87.1 | 4.535* |
| | 제한 | 11.0 | 12.9 | |
| | 소계 (N=5058명) | 100.0 | 100.0 | |
| 수단적 일상생활동작 (IADL) | 자립 | 65.9 | 46.2 | 193.743*** |
| | 제한 | 34.1 | 53.8 | |
| | 소계 (N=5058명) | 100.0 | 100.0 | |
| 우울증 | 정상 | 63.2 | 52.4 | 49.879*** |
| | 우울 | 36.8 | 47.6 | |
| | 소계 (N=4282명) | 100.0 | 100.0 | |
| 치매 | 정상 | 94.2 | 90.0 | 26.173*** |
| | 치매 | 5.8 | 10.0 | |
| | 소계 (N=4284명) | 100.0 | 100.0 | |
| 성별 | 남자 | 37.4 | 38.4 | 0.447 |
| | 여자 | 62.6 | 61.7 | |
| | 소계 (N=5058명) | 100.0 | 100.0 | |
| 연령 | 65~74세 | 68.4 | 66.3 | 3.088 |
| | 75~84세 | 26.2 | 28.4 | |
| | 85세 이상 | 5.4 | 5.3 | |
| | 소계 (N=5058명) | 100.0 | 100.0 | |
| 주관적 생활정도 | 중·상 | 39.0 | 29.1 | 52.227*** |
| | 하 | 61.0 | 70.9 | |
| | 소계 (N=5012명) | 100.0 | 100.0 | |
| 교육수준 | 무학 | 36.8 | 54.2 | 272.382*** |
| | 초졸 | 34.0 | 35.0 | |
| | 중졸이상 | 29.2 | 10.8 | |
| | 소계 (N=5054명) | 100.0 | 100.0 | |
| 주거형태 | 동거 | 85.5 | 78.5 | 41.581*** |
| | 독거 | 14.5 | 21.5 | |
| | 소계 (N=0000명) | 100.0 | 100.0 | |
| 흡연 | 흡연안함 | 78.5 | 72.6 | 23.404*** |
| | 현재 흡연 | 21.5 | 27.4 | |
| | 소계 (N=5058명) | 100.0 | 100.0 | |
| 음주 | 음주안함 | 69.3 | 64.8 | 10.695*** |
| | 현재 음주 | 30.7 | 35.2 | |
| | 소계 (N=4938명) | 100.0 | 100.0 | |
| 규칙적 운동 | 운동안함 | 69.3 | 86.6 | 197.147*** |
| | 현재 운동 | 30.7 | 13.4 | |
| | 소계 (N=4926명) | 100.0 | 100.0 | |

주: N은 분석대상자수이고, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

인비중이 도시지역(89.0%)이 농촌지역(87.1%)보다 더 높으며(p<0.05), 수단적 일상생활동작에서도 도시지역(65.9%)이 농촌지역(46.2%)보다 더 높은 것으로 나타났다(p<0.001).

셋째, 정신건강기능측면에서는 우울증상이 없는 정상적인 건강상태를 보인 노인비중이 도시지역(63.2%)이 농촌지역(52.4%)보다 약간 더 높으며(p<0.001), 치매여부로 측정된 인지기능의 정상적인 노인비중도 도시지역(94.2%)이 농촌지역(90.0%)보다 더 높은 것으로 나타났다(p<0.001).

넷째, 주관적 생활수준에서는 중·상에 해당하는 노인비중이 도시지역(39.0%)이 농촌지역(29.1%)보다 더 높게 나타나고 있고(p<0.001), 교육수준은 초졸이하의 노인비중이 농촌지역(89.2%)이 도시지역(70.8%)보다 더 높으며(p<0.001), 주거형태에서는 독거노인의 비중이 농촌지역(21.5%)이 도시지역(14.5%)보다 약간 더 높게 나타났다(p<0.001).

다섯째, 건강행위실천측면에서는 흡연노인의 비중이 농촌지역(27.4%)이 도시지역(21.5%)보다 약간 더 높으며(p<0.001), 음주노인의 비중도 농촌지역(35.2%)이 도시지역(30.7%)보다 약간 더 높고(p<0.001), 운동노인의 비중은 도시지역(30.7%)이 농촌지역(13.4%)보다 더 높게 나타났다(p<0.001).

결과적으로, 도시지역에 거주하는 노인이 신체적 및 인지·정신적 기능측면에서는 농촌노인에 비하여 상대적으로 양호한 것으로 볼 수 있는데, 이는 그러한 기능상태에 영향을 줄 수 있는 사회경제적 영향요인을 고려하지 않은 상태에서 살펴본 것이기 때문에 이들 영향요인들

을 고려하여 조정하였을 경우에는 도농간의 차이가 달라질 수도 있을 것이다.

3. 도농간 노인의 일상생활기능 장애에 미치는 영향요인분석

1) 신체적 기능상태의 도농간 차이분석

<표 3>은 일상생활동작(ADL)기능의 도농간 차이를 분석한 것으로, 일차적으로 인구변수의 대표적인 성별과 연령을 추가한 결과를 보여주고 있다(model 1). 이 때 농촌노인이 도시노인에 비하여 1.2배정도 기능장애가 존재하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 이차적으로 일상생활동작기능의 변화에 영향을 줄 수 있는 사회경제적 및 건강행위를 추가하여 분석한 결과를 보면(model 2), 도농간의 차이가 사라지는 것으로 나타나고 있다. 다시 말하면, 응답자의 생활정도, 교육수준, 거주형태, 건강행위실천의 차이를 조정하면 도농간의 격차가 나타나지 않는다는 것으로 해석되기 때문에 일상생활동작 기능상태의 지역간 차이를 축소시키기 위해서는 농촌지역노인의 소득수준을 현재보다는 높이고, 독거노인에 대한 지원, 운동의 건강증진프로그램의 지원 등에 대한 정책만으로도 가능하다는 것을 의미한다.

<표 4>는 수단적 일상생활동작기능의 도농간 차이를 분석한 것으로, [model 1]은 일차적으로 인구변수의 대표적인 성별과 연령을 추가한 결과이다. 이 때 지역간 차이는 일상생활동작기능에 비하여 크게 나타나고 있는데, 농촌노

표 3. 노인 일상생활동작(ADL)기능의 지역간 차이와 영향요인

| 구분 | model 1 (N=5058명) | | | model 2 (N=4882명) | | |
|---------------------------|-------------------|------------|------------|-------------------|------------|-----------|
| | B | Exp(B) | 95%C.I | B | Exp(B) | 95%C.I |
| 성별 | | | | | | |
| 남자 | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 여자 | 0.53 | 1.06 | 0.87-1.27 | -3.3* | 0.72 | 0.57-0.92 |
| 연령별 | | | | | | |
| 65~74세 | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 75~84세 | 0.92*** | 2.50 | 2.06-3.03 | 0.74*** | 2.10 | 1.71-2.59 |
| 85세 이상 | 2.28*** | 9.72 | 7.39-12.80 | 1.97*** | 7.19 | 5.30-9.77 |
| 지역별 | | | | | | |
| 도시(동) | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 농촌(읍면) | 0.18* | 1.20 | 1.00-1.44 | 0.11 | 1.11 | 0.92-1.35 |
| 생활정도 | | | | | | |
| 중, 상 | | | | - | 1.00 | - |
| 하 | | | | 0.22* | 1.25 | 1.01-1.54 |
| 교육수준 | | | | | | |
| 무학 | | | | - | 1.00 | - |
| 초졸 | | | | -1.92 | 0.83 | 0.66-1.03 |
| 중졸이상 | | | | -0.89*** | 0.41 | 0.29-0.59 |
| 거주형태 | | | | | | |
| 동거 | | | | - | 1.00 | - |
| 독거 | | | | -0.76*** | 0.46 | 0.35-0.62 |
| 흡연여부 | | | | | | |
| 흡연인함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재흡연 | | | | -0.37 | 0.96 | 0.76-1.22 |
| 음주여부 | | | | | | |
| 음주인함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재음주 | | | | -0.66*** | 0.52 | 0.41-0.65 |
| 운동실천여부 | | | | | | |
| 운동인함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재운동 | | | | -0.66*** | 0.52 | 0.39-0.69 |
| constant | | -2.647 | | | -1.863 | |
| X ² | | 278.192*** | | | 364.069*** | |
| -2LL | | 3385.210 | | | 3062.735 | |
| Nagelkerke R ² | | 0.104 | | | 0.142 | |

주: 1) N은 분석대상자수이고, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 2)종속변수(일상생활동작기능) 자립=0, 제한=1

표 4. 노인 수단적 일상생활동작(IADL)기능의 지역간 차이와 영향요인

| 구분 | model 1 (N=5058명) | | | model 2 (N=4882명) | | |
|---------------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|------------|
| | B | Exp(B) | 95%C.I | B | Exp(B) | 95%C.I |
| 성별 | | | | | | |
| 남자 | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 여자 | 1.04*** | 4.06 | 3.54-4.67 | 0.65*** | 1.92 | 1.60-2.31 |
| 연령별 | | | | | | |
| 65~74세 | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 75~84세 | 1.25*** | 3.48 | 3.03-4.01 | 0.87*** | 2.39 | 2.04-2.80 |
| 85세이상 | 2.70 | 14.830 | 10.30-21.44 | 2.26*** | 9.59 | 6.27-14.67 |
| 지역별 | | | | | | |
| 도시(동) | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 농촌(읍면) | 0.99*** | 2.70 | 2.37-3.07 | 0.60*** | 1.83 | 1.58-2.11 |
| 생활정도 | | | | | | |
| 중, 상 | | | | - | 1.00 | - |
| 하 | | | | 0.36*** | 1.43 | 1.22-1.67 |
| 교육수준 | | | | | | |
| 무학 | | | | - | 1.00 | - |
| 초졸 | | | | -1.40*** | 0.25 | 0.21-0.29 |
| 중졸이상 | | | | -2.44*** | 0.09 | 0.07-0.11 |
| 거주형태 | | | | | | |
| 동거 | | | | - | 1.00 | - |
| 독거 | | | | -0.15 | 0.87 | 0.72-1.04 |
| 흡연여부 | | | | | | |
| 흡연안함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재흡연 | | | | 0.04 | 1.04 | 0.87-1.25 |
| 음주여부 | | | | | | |
| 음주안함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재음주 | | | | -0.21* | 0.81 | 0.69-0.96 |
| 운동실천여부 | | | | | | |
| 운동안함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재운동 | | | | -0.76*** | 0.47 | 0.39-0.57 |
| constant | | -2.137 | | | -0.501 | |
| X ² | | 1207.261*** | | | 1910.894*** | |
| -2LL | | 5674.543 | | | 4716.096 | |
| Nagelkerke R ² | | 0.286 | | | 0.436 | |

주: 1) N은 분석대상자수이고, *p(0.05, **p(0.01, ***p(0.001 2)종속변수(수단적 일상생활동작기능) 자립=0, 제한=1

인의 기능장애가 도시노인에 비하여 2.7배나 높다. 이차적으로 수단적 일상생활동작기능의 변화에 영향을 줄 수 있는 사회경제적 및 건강행위를 추가하여 분석한 결과를 보면(model 2), 지역간 차이가 줄어들고 있기는 하지만, 여전히 농촌노인의 기능장애가 도시지역에 비하여 1.8배나 높다. 이러한 지역간 차이를 축소시키기 위해서는 농촌지역에 열악한 생활수준, 교육수준, 건강행위실천(운동)의 격차를 줄일 수 있는 대책이 강구됨과 동시에, 추가적으로 그 이외의 사회적 지지, 사회통합, 생활편의시설 등과 같은 사회복지적 환경적 차이의 축소도 고려할 수 있는 정책이 필요함을 의미한다.

2) 인지정신적 기능상태의 도농간 차이분석

<표 5>는 우울증상의 도농간 차이를 분석한 것으로, [model 1]은 일차적으로 인구변수의 대표적인 성별과 연령을 추가한 결과를 보여주고 있는데, 이 때에도 지역간 차이가 발생하고 있어, 농촌노인의 우울증상이 도시노인에 비하여 1.6배정도나 높다. 이차적으로 우울증상의 변화에 영향을 줄 수 있는 사회경제적 및 건강행위를 추가하여 분석한 결과를 보면(model 2), 지역간 차이가 사라진 것으로 나타나고 있다. 따라서 지역간 차이를 축소시키기 위해서는 농촌지역에 열악한 생활수준, 교육수준, 거주형태, 건강행위실천(흡연, 운동)의 격차를 줄일 수 있는 대책만으로도 가능하다고 해석할 수 있는데, 특히 그 중에서도 독거노인에 대한 보건복

표 5. 노인 우울증상의 지역간 차이와 영향요인

| 구분 | model 1 (N=4277명) | | | model 2 (N=4265명) | | |
|--------|-------------------|--------|-----------|-------------------|--------|-----------|
| | B | Exp(B) | 95%C.I | B | Exp(B) | 95%C.I |
| 성별 | | | | | | |
| 남자 | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 여자 | 0.56*** | 1.75 | 1.54-2.0 | 0.134 | 1.14 | 0.96-1.36 |
| 연령별 | | | | | | |
| 65~74세 | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 75~84세 | 0.42*** | 1.52 | 1.32-1.75 | 0.20* | 1.22 | 1.05-1.43 |
| 85세 이상 | 0.94*** | 2.55 | 1.81-3.60 | 0.86*** | 2.36 | 1.62-3.45 |
| 지역별 | | | | | | |
| 도시(동) | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 농촌(읍면) | 0.45*** | 1.57 | 1.39-1.78 | 0.67 | 1.07 | 0.93-1.23 |
| 생활정도 | | | | | | |
| 중, 상 | | | | - | 1.00 | - |
| 하 | | | | 1.06*** | 2.87 | 2.46-3.36 |

〈표 5〉 계속

| 구분 | model 1 (N=4277명) | | | model 2 (N=4265명) | | |
|---------------------------|-------------------|--------|--------|-------------------|--------|-----------|
| | B | Exp(B) | 95%C.I | B | Exp(B) | 95%C.I |
| 교육수준 | | | | | | |
| 무학 | | | | - | 1.00 | - |
| 초졸 | | | | -0.49*** | 0.61 | 0.52-0.71 |
| 중졸이상 | | | | -1.10*** | 0.33 | 0.27-0.42 |
| 거주형태 | | | | | | |
| 동거 | | | | - | 1.00 | - |
| 독거 | | | | 0.40*** | 1.50 | 1.26-1.78 |
| 흡연여부 | | | | | | |
| 흡연인함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재흡연 | | | | 0.42*** | 1.52 | 1.29-1.80 |
| 음주여부 | | | | | | |
| 음주인함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재음주 | | | | -0.81 | 0.92 | 0.79-1.07 |
| 운동실천여부 | | | | | | |
| 운동인함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재운동 | | | | -0.65*** | 0.52 | 0.44-0.62 |
| constant | -1.042 | | | -0.921 | | |
| X ² | 187.769*** | | | 742.663*** | | |
| -2LL | 5617.964 | | | 5046.685 | | |
| Nagelkerke R ² | 0.058 | | | 0.215 | | |

주: 1) N은 분석대상자수이고, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 2)종속변수(노인우울) 정상=0, 우울=1

지적 지원프로그램의 강화가 필요함을 의미하고 있다.

〈표 6〉은 인지기능의 도농간 차이를 분석한 것으로, [model 1]은 일차적으로 인구변수의 대표적인 성별과 연령을 추가한 결과인데, 이 때에도 도농간 차이가 발생하고 있어, 농촌노인의 인지기능이 도시노인에 비하여 1.9배정도나 높다. 이차적으로 일상생활동작기능의 변화에 영향을 줄 수 있는 사회경제적 및 건강행위를 추가하여 분석한 결과를 보면(model 2), 지

역간 차이가 줄어들기는 하지만, 여전히 존재하고 있는 것으로 나타나고 있다. 다만, 지역간 차이를 축소시키기 위해 필요한 정책을 제시한다고 하면 농촌지역에 열악한 교육수준과 건강행위실천(운동)의 격차를 줄일 수 있는 대책이 요구되고, 본 분석에서는 자료의 제약으로 고려되지는 않았지만, 크게 영향을 줄 수 있는 사회적 지지 또는 사회통합을 위한 정책이 필요함을 의미한다.

표 6. 노인 인지기능(치매)의 지역간 차이와 영향요인

| 구분 | model 1 (N=42807명) | | | model 2 (N=4268명) | | |
|---------------------------|--------------------|--------|------------|-------------------|--------|------------|
| | B | Exp(B) | 95%C.I | B | Exp(B) | 95%C.I |
| 성별 | | | | | | |
| 남자 | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 여자 | 1.53*** | 4.61 | 3.27-6.50 | 1.09*** | 2.98 | 2.02-4.38 |
| 연령별 | | | | | | |
| 65~74세 | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 75~84세 | 1.25*** | 3.50 | 2.72-4.50 | 1.07*** | 2.90 | 2.24-3.78 |
| 85세이상 | 2.28*** | 9.81 | 6.54-14.72 | 2.07*** | 7.94 | 5.21-12.10 |
| 지역별 | | | | | | |
| 도시(동) | - | 1.00 | - | - | 1.00 | - |
| 농촌(읍면) | 0.627*** | 1.87 | 1.48-2.37 | 0.42*** | 1.52 | 1.19-1.94 |
| 생활정도 | | | | | | |
| 중, 상 | | | | - | 1.00 | - |
| 하 | | | | -0.01 | 0.99 | 0.75-1.31 |
| 교육수준 | | | | | | |
| 무학 | | | | - | 1.00 | - |
| 초졸 | | | | -0.32* | 0.72 | 0.54-0.96 |
| 중졸이상 | | | | -2.02*** | 0.13 | 0.05-0.31 |
| 거주형태 | | | | | | |
| 동거 | | | | - | 1.00 | - |
| 독거 | | | | 0.03 | 1.03 | 0.78-1.36 |
| 흡연여부 | | | | | | |
| 흡연인함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재흡연 | | | | 0.06 | 1.07 | 0.78-1.46 |
| 음주여부 | | | | | | |
| 음주인함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재음주 | | | | -0.11 | 0.89 | 0.67-1.19 |
| 운동실천여부 | | | | | | |
| 운동인함 | | | | - | 1.00 | - |
| 현재운동 | | | | -4.95* | 0.61 | 0.41-0.90 |
| constant | -4.572 | | | -3.693 | | |
| X ² | 307.250*** | | | 356.365*** | | |
| -2LL | 1994.810 | | | 1993.715 | | |
| Nagelkerke R ² | 0.166 | | | 0.193 | | |

주: 1) N은 분석대상자수이고, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001 2)종속변수(노인지매) 정상=0, 치매=1

4. 결론: 정책방안

신체적 및 인지·정신적 기능의 차이는 유전적 소인에 의해 결정되는 경우가 있는가 하면, 후천적인 생활습관 및 사회환경적 요인에 의해 결정되는 경우도 있다. 본 분석에서 사용된 일상생활동작(ADL), 수단적 일상생활동작(IADL), 인지기능 및 우울증 등은 후자의 요인에 의해 크게 영향을 받는 것으로 볼 수 있기 때문에 이에 대한 보건복지적 대책이 요구되고 있는 것이다. 그러한 기능에 있어서 남녀간 차이나 연령계층별 차이는 그들 계층을 둘러싸고 있는 여러 형태의 사회환경이나 질병발생의 위험차이에 의해서 발생한다고 보여지고, 거주지역간 차이는 열악한 유전적 소인을 지닌 노인이 특정지역에 모여서 거주하지 않는 한 발생하지 않을 것으로 보인다. 따라서, 지역간 차이의 대부분은 사회환경의 개선이나 보건복지적 서비스의 대책으로 해소시킬 수 있을 것으로 생각된다.

본 분석에서의 결과를 바탕으로 정리하자면, 일상생활동작(ADL), 수단적 일상생활동작(IADL), 인지기능 및 우울증의 지역간 차이가 존재하고 있는 것으로 나타나고 있지만, 여러 가지의 사회환경적 요소를 조정하여 보면 지역간 차이가 감소하거나 사라진다는 것이다. 분석에 활용된 기초자료의 제약성으로 면밀한 분석이 이루어지지 못하는 것이지만, 기존의 분석논문 결과를 바탕으로 유추해 보면 사회환경적 요소

에 의한 차이를 충분히 설명할 수 있을 것이다.

다시 말하면, 일상생활동작(ADL)과 우울증의 경우, 지역간 차이는 사회경제적 지위나 건강행위실천방법을 개선하는 것만으로도 해소시킬 수 있는 반면에, 수단적 일상생활동작(IADL)과 인지기능(치매)의 경우는 사회경제적 지위나 건강행위실천 이외에 생활환경의 개선이나 친구, 이웃 등과의 사회적 관계를 개선하여야만 가능한 것으로 추정되었다는 것이다.

이러한 분석결과를 감안하여 농촌지역거주 노인의 일상생활기능의 하락예방 또는 개선을 도모하기 위해서 요구되어지는 보건복지서비스는 다음과 같이 제시할 수 있다.

첫째, 신체적 기능의 유지 및 증진을 위해서는 노인특화된 운동프로그램³⁾의 활성화가 필요하다. 대부분의 노인이 농림어업에 종사하고 있기 때문에 일을 통한 신체적 기능의 유지가 가능하겠지만, 약화된 근육의 개선이나 증진을 위해서는 특화된 운동프로그램이 필요하다는 것이다. 그러나, 도시지역에 비하여 농촌지역에는 근력강화나 체력단련을 위한 시설이나 환경이 부족하기 때문에 보건소 등 공공보건인프라의 적극적인 활용이 요구되고 있다.

둘째, 인지·정신적 기능의 유지 및 증진을 위해서는 보건복지서비스의 연계모형의 개발과 활성화가 필요하다. 농촌지역의 경우에는 지리적 제약성과 보건복지자원의 부족이 존재하기 때문에 서비스의 연계가 원활하게 이루어지

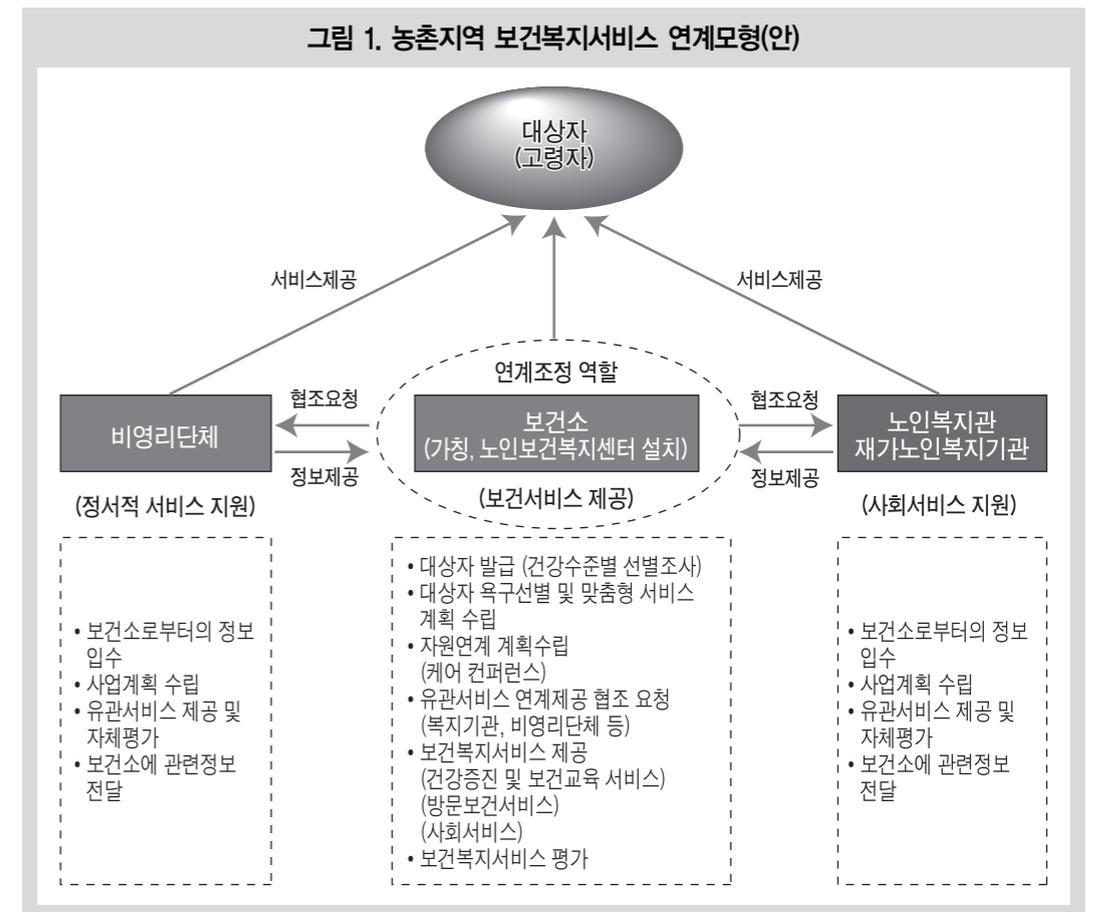
지 못할 가능성이 있겠지만, 공공자원 및 NGO나 NPO, 또는 시민단체 등과 같은 비영리 민간 자원을 활용하면 상대적으로 적은 예산투입으로 높은 효과성을 기대할 수 있다. 특히, 외부와의 접촉이 단절되어 있거나, 상당히 제약을 받고 있는 농촌지역에는 고령화가 심화되어 있을 뿐만 아니라 공공기관과의 접촉도 원활하지 못하여 의외로 다른 지역에 거주하는 노인에 비하여 인지·정신적 기능이 매우 취약해 있는 것으

로 나타나고 있다⁴⁾.

따라서, 이에 대한 각종 사회자원을 동원한 보건복지서비스의 연계모형을 제시하면 [그림 1]과 같다.

즉, 먼저, 보건복지 연계적 서비스의 공급자(사회자원)는 보건(지)소, 노인복지관 또는 사회복지법인의 재가노인복지기관, 비영리단체로 구성하는 것으로 한다. 보건소가 중심이 되어 비영리단체 및 사회복지기관으로부터 업무협

그림 1. 농촌지역 보건복지서비스 연계모형(안)



3) 이러한 점을 감안하여 보건소의 노인근력강화목적의 운동프로그램(건강백세 하나, 둘, 셋)이 개발되어 그 효과를 시범사업 및 건강증진사업을 통해서 입증한 바 있으나, 여전히 활성화가 이루어지고 있지 못하고 있음(보건복지가족부·한국보건사회연구원·건강증진사업지원단의 지원하에 추진된 선우덕 외, 노인건강증진 허브보건소 시범사업평가(2008.1), 보건소 노인건강증진프로그램 개발연구(2008.12)를 참조).

4) 이에 대해서는 선우덕·오지선(2008.12)의 연구보고서를 참조바람.

조를 요청하고, 상호 필요한 서비스관련정보를 공유하는 것으로 한다. 보건소에서는 맞춤형건강관리팀으로 하여금 고령자의 건강수준 및 거주형태별 특성에 대한 정보(서비스욕구)를 수집할 수 있도록 하고, 이를 바탕으로 하여 고령자 개인별 맞춤형 보건복지서비스계획을 수립한다. 이 때 서비스계획은 가능한 한 연계기관과의 업무연락, 정보협조 등을 통해서 수립하도록 하고, 계획에 따른 서비스를 제공, 평가하는 것으로 한다. 사회복지기관(노인복지관 및 재가노인복지기관)에서는 보건의료서비스 이외의 사회적 서비스를 제공하도록 하되, 보건소로부터의 협조요청에 부응할 수 있도록 담당자를 배정해 놓아야 할 것이다. 그리고 비영리단체에서는 단체의 성격에 따라서 협조를 받을 수 없는 단체도 있기 때문에 사전적으로 욕구해결에 필요한 단체명을 선별하여 협조요청을 할 필요가 있다. 비영리단체 중에서 노인복지욕구의 해소에 기여할 수 있는 단체로 YMCA, 자원봉사회, '사랑실은 교통봉사대', 한사랑봉사회, 수지침봉사회, 늘푸른모임 등이 있기 때문에 이들 기관과의 연계협조가 요구된다.

보건복지서비스의 내용을 보면, 보건(지)소에서는 건강증진서비스와 맞춤형건강관리서비스를 중점적으로 제공하여야 할 것인데, 전자의 건강증진서비스는 ① 허약노인을 대상으로 한 신체 및 인지기능의 강화를 위한 근력운동프로그램과 영양개선프로그램이 중심이고, ② 건강한 노인을 대상으로 한 걷기(walking)프로그램과 영양개선프로그램이 중심이며, ③ 장애노인을 대상으로 한 기능재활운동프로그램과 영양개선프로그램이 중심이어야 할 것이다. 이외에

구강기능을 강화하기 위한 구강운동프로그램도 보건소를 기준으로 제공할 필요가 있다. 그리고 후자의 맞춤형건강관리서비스는 건강한 노인 및 허약노인을 대상으로 질병관리교육 및 약물복용교육 등의 건강교육프로그램이 중심이어야 할 것이다. 사회복지기관에서는 신체적 기능의 강화보다는 인지기능 및 정신상태의 개선을 도모할 수 있는 사회적 서비스를 중심으로 제공하여야 할 것이다. 이를 위한 서비스로는 외출지원을 통해서 집안은둔생활에서 벗어나도록 유도할 수 있는 복지프로그램이 필요한데, 이는 전술한 사회적 서비스를 통하여 인지기능의 저하예방 및 우울증발생예방의 효과를 가져올 수 있기 때문에 중요하다. 그리고 비영리단체에서는 정서적·심리적 안정을 도모할 수 있는 서비스를 지원하도록 하여야 할 것이다. 상대적으로 전문인력을 동원하여야 하는 보건의료서비스나 사회복지서비스보다는 자원봉사차원에서 손쉽게 제공할 수 있는 서비스를 담당하게 하는 것이 바람직한데, 이에선 안부안전확인, 말벗해주기(커뮤니케이션 보조), 이미용서비스 등이 있다.

마지막으로, 지자체단위별로 노인보건복지서비스재원의 통합관리체계를 구축하여야 할 것이다. 보건소와 사회복지기관의 사업예산은 대부분이 지자체예산으로 충당되기 때문에 조정이 가능할 것으로 보인다. 사업의 효과성을 향상시킨 기관에게는 인센티브차원에서 연계사업으로 인하여 절감된 예산을 추가로 지원할 수 있는 체제를 갖출 필요가 있다. **문헌**