

한국인의 활동장애: 고령자를 중심으로

조영태
(서울대학교)

I. 연구목적과 대상

1. 연구목적

최근 오래 사는 것과 동시에 건강하게 사는 것에 대한 사회적 관심이 커지고 있다. 이는 지난 10여 년간 우리나라 사람들의 평균수명과 활동장애 없이 건강한 상태를 의미하는 건강수명이 동시에 증가되어 오긴 하였지만, 건강수명의 증가 속도가 평균수명의 그것을 따라가지 못하여 오히려 인생에서 활동제약을 가지고 살아가는 기간이 커지고 있다는 연구 결과(윤병준·김정근 1996; 권영훈 등 2002)가 보고되면서 더욱 관심이 증가하고 있는 추세다. 활동제약의 원인은 다양하다. 교통사고, 상해사고, 낙상 등 사고로 인한 활동장애가 있을 수 있고, 급성질환에 의해 일시적으로 정상적인 활동의 수행이 제한될 수 있고, 또 고령으로 인한 노쇠와 함께 여러 가지 만성질환이 함께 수반되어 장기적으로 남의 도움이 없이는 일상 활동을 수행할 수 없게 되는 경우도 모두 활동장애의 원인이 될 수 있다. 활동제약은 주로 노인들에게서 많이 발견되지만 젊은 인구에게 활동제약은 노인 인구에게보다 더욱 심각한 의미를 지닐 수 있기 때문에 (ref) 활동제약은 많은 나라들이 그 사회의 보건지표를 산출하는데 반드시 포함하는 항목이기도 하다.

이 연구는 이처럼 매우 중요한 보건지표인 활동제약 혹은 활동장애에 대하여 2005년 인구주택총조사 자료를 이용하여 우리나라의 활동제약 수준을 살펴보고, 인구 집단에 이 활동제약이 어떻게 분포되어 있으며, 활동제약의 종류는 어떠한 지 고찰하는 것을 목적으로 하고 있다. 지금까지 전국적 수준에서 활동제약과 관련된 자료는 보건복지부가 매 4년마다 조사하는 “국민건강·영양조사”에 의해 생성되어 왔다. 가장 최근에 실시된 2005년 조사에서 전체 국민을 모집단으로 하여 600개의 조사구로부터 13,345가구가 포함되었고, 19세 이상 성인을 대상으로 개별 면담을 통해 활동제약에 대한 조사가 이루어졌다. 비록 국민건강·영양조사가 우리나라보건지표의 대표적인 통계를 산출하는 것으로 알려져 있지만, 조사구를 선정하는데 2000년 인구주택총조사 결과를 사용하여 그동안 변화된 지역 인구의 수와 구성을 정확하게 반영하는데 무리가 있기 때문에 본 연구에서 사용하고 있는 2005년 인구주택총조사가 우리나라 전 국민을 대상으로 활동제약의 현황을 파악하는 가장 최근의 자료를 제공하고 있다고 할 수 있다. 특히 본 연구에서는 인구주택총조사 가운데 2% 샘플 자료가 이용되고, 여기에는 약 892,000명의 전 국민을 대표하는 조사대상이 포함되어 있어, 본 연구 결과는 그 어떤 자료를 이용한 활동장애에 대한 연구들에 비해 가장 대표적인 모집단 추정치를 산출해 낼 수 있다는 장점을 지니고 있다.

2. 연구대상

활동제약에 관한 질문은 샘플조사에 포함되는 다른 질문 문항들과 달리 2005년 인구주택총조사에 처음 수록되었다. 국민건강·영양조사가 보건 지표 생산을 위해 마련된 것이기 때문에 여기에는 활동제약과 관련한 질문이 수십여 가지 포함되어 있다. 인구주택총조사의 경우 활동제약을 비롯하여 우리나라 국민들의 일상생활과 관련된 수많은 정보들이 포함되기 때문에 활동제약에 관한 질문은 상대적으로 간단한 편이다. 하지만 응답자에게 질문된 문항들은 모두 국민건강·영양조사에 역시 포함된 것들이고, 단지 신체적인 제약만이 아니라 정신적인 제약도 포함하고 있어 비록 간단하지만 많은 정보를 응축적으로 제시하고 있다는 장점이 있다. 참고로 미국 인구센서스의 샘플 조사도 활동제약에 대한 문항을 포함하고 있는데, 이번 2005년에 우리나라의 인구주택총조사 샘플 조사에 포함된 문항과 매우 유사하며 서로 비교 가능할 것으로 판단된다.

활동제약에 대한 질문은 크게 두 가지로 나누어져 있다. 하나는 장애로 인한 활동제약의 측면을 파악하는 것이고 다른 하나는 일상 활동을 수행하는데 있어서의 어려움, 즉 일상생활능력에서의 장애를 파악하는 것이다. 장애로 인한 활동제약에 대한 질문은 “6개월 이상 지속되어 왔거나 지속될 것으로 예상되는 육체적·정신적 제약이 있습니까?” 이고, 응답자는 “시각·청각 언어장애”, “치매”, “중풍”, “걷기, 계단 오르기, 들고 운반하기 등 육체적 제약”, “학습의 어려움, 정신적 질환 등 정신적 제약”, 그리고 “없음” 가운데 하나를 선택하도록 질문되었다. 일상생활능력에서의 장애를 파악하는 질문을 “다음과 같은 활동에 제약이 있습니까?” 이며, 응답자들은 “배우기, 기억하기, 집중하기”, “옷입기, 목욕하기, 밥먹기, 집안 돌아다니기”, “쇼핑, 병원가기, 집밖 돌아다니기”, 혹은 “없음” 가운데에서 해당되는 곳에 모두 답하게 되어있다. 이 가운데 배우기, 기억하기, 집중하기에 관한 응답은 정신적인 장애로 인한 일상활동 수행에서의 어려움을 파악하는 것이고, 두 번째와 세 번째 응답은 각각 Activities of Daily Living(ADL)과 Instrumental Activities of Daily Living (IADL)을 측정하는 도구라고 볼 수 있다.

이처럼 2005년 인구주택총조사의 샘플 서베이에는 활동제약을 파악할 수 있는 다양한 질문이 포함되어 있는데, 각 장애가 서로에게 완전 독립적인 것은 아니지만 서로 크게 영향을 미치고 있지 않으며 둘 이상의 장애가 있다고 해서 하나만의 장애보다 더욱 활동의 제약이 크게 심각한 것으로 볼 수 없기 때문에 아래의 분석도 각 장애에 대하여 독립적인 분석을 실시하였다. 일상활동 수행에서의 어려움의 경우는 ADL이 IADL에 비해 다소 중증의 활동장애 수준을 나타낸다. 왜냐하면 ADL이 옷입기 목욕하기 밥먹기 등 삶을 영위하기 위한 가장 기초적인 활동들에서의 제약을 의미하는 반면 IADL은 그보다는 다소 일상적인 활동들에서의 제약을 의미하기 때문이다. 하지만 ADL이 있는 사람이 반드시 IADL이 있는 것은 아니기 때문에 본 연구에서는 각각의 활동제약을 독립적으로 분석하였다. 실질적으로 인구주택센서스의 조사표에도 응답자가 해당되는 모든 문항을 선택할 수 있게 되어 있어 이러한 점을 반영하고 있다고 볼 수 있다.

II. 기존 연구 검토

인간이 활동에 제약이 생기는 것은 크게 두 가지로 나누어진다. 하나는 나의 의지 혹은 신체적인 능력과 상관없이 외부의 힘에 의해 활동에 제약을 받는 것이고 다른 하나는 신체와 정신적인 기능의 쇠약으로 인해 활동을 정상적으로 수행할 수 없는 상태이다. 전자는 법적인 구속 등 특수한 상황에서 일어나는 일이지만 후자는 거의 모든 사람들이 노년기에 겪게 되는 공통적인 경험이다. 예전 사망의 주요 원인이 전염병이나 급성질환이며 사망률이 매우 높아 평균수명이 낮았던 시기에는 신체와 정신적인 기능의 쇠약으로 인한 활동에 제약을 받는 인구가 많지 않았을 것이다. 하지만 우리나라를 비롯한 대부분의 선진국과 개발도상국에서는 만성질환으로 인해 평균수명은 증가하였지만 인생의 많은 기간을 정도의 차이는 있지만 활동에 제약을 받으며 살아가는 사람들의 비중이 증가하고 있다. 이처럼 사고나 만성질환 등과 같이 건강상의 이유로 인해 활동에 제약이 오는 경우를 활동장애라고 부르며, 한 사회의 보건 수준을 나타내는데 지표들 가운데 하나로 자주 사용되고 있다. 많은 나라들의 사회지표를 조사할 때 주관적인 건강인식과 함께 활동장애는 거의 누락되지 않는 보건분야의 지표 가운데 하나로 조사되고 있는데, 우리나라의 “사회지표조사”, 유럽의 “EuroQol”, 미국의 “Social Indicators Survey” 등을 예로 들 수 있다.

최근 국내의 활동장애에 대한 대표적인 국내의 연구로 2005년 “국민건강영양조사” 자료를 이용하여 한국보건사회연구원에서 수행한 심층 분석 가운데 -활동제한 및 삶의 질- 보고서(한국보건사회연구원 2006)와 2005년부터 한국노동연구원에서 생산하는 “한국고령자패널조사”의 원년도 자료를 이용하여 활동장애와 관련된 부분을 심층 분석한 장숙량(2006)의 연구를 들 수 있다.

국민건강영양조사는 국민 건강 및 보건과 관련한 정책을 수립하기 위하여 시행되는 조사이기 때문에 활동장애에 대한 매우 자세한 정보들을 응답자에게 요구하였고, 19세 이상 성인 모두를 응답의 대상으로 선정하였다. 반면 한국고령자패널은 45세 이상의 성인을 대상으로 조사가 이루어졌는데, 비록 고령자들의 삶에 활동장애가 차지하는 매우 크지만 이 조사는 이외에 경제활동, 사회관계 등 삶의 전반에 대한 정보를 수집하는 것으로 설계되어 있어 활동장애에 대한 질문은 다소 제한적이다. 하지만 통시적으로 조사되는 패널설계라는 점을 감안하면 수 년 이후에는 우리나라 노인 인구의 활동장애에 관한 매우 심도 깊고 풍부한 정보를 제공할 수 있을 것으로 기대된다.

2005년 국민건강영양조사의 심층 분석결과에 따르면, 우리나라 전체 인구의 약 6.5%가 활동장애를 지니는 것으로 나타났는데, 이들 가운데 대다수가 65세 이상의 노인이어서 활동장애는 우리나라의 노인인구에게 있어 관절염, 당뇨, 고혈압, 뇌혈관 질환, 치매 등 만성질환과 함께, 비록 실질적인 질환은 아니지만, 대표적인 노인성 질환의 하나가 되어버린 것으로 여겨지고 있다. 또한 남자들보다는 여자들에게 활동장애가 더 만연하고 있는 것으로 나타났는데, 이는 여성들의 평균수명이 남성보다 더 긴 것을 고려하면 여성들이 활동장애를 지니고 살게 되는 기간이 남성에 비해서 훨씬 더 김을 알 수 있다. 일상생활을 수행하는데 어려움을 나타내는 ADL과 IADL의 경우는 우리나라 노인의 17.8%와 46.0%가 각각 도움을 필요로 하고 있는 것으로 보고되었는데, 역시 남자보다는 여자들에게서 그 발생빈도가 더 높게 나타났다.

한국고령자패널 자료의 분석을 실시한 장숙량(2006)의 연구에서도 위와 비슷한 결과들이 도출되었는데, 먼저 연령별로 볼 때 65세 미만의 성인 집단에서는 남녀를 불문하고 ADL은 약3%대, IADL은 약 7%대 미만으로 나타났지만 그 이후 연령대는 이들이 모두 크게 증가하는 추세를 보였다. 흥미로운 사실은 65-74세의 노인에게서는 두 가지 일상활동장애 모두 남성들이 여성에 비해 더 높은 장애율을 보였다는 것인데, 이 연령대 즈음하여 남성들의 사망률이 여성들에 비해 높은 것과 유사한 것으로 해석되었다. 한편 소득 수준에 따른 분석에서 예상에서 크게 벗어나지 않는 결과가 나타났는데, 소득이 낮은 사람들에게서 ADL과 IADL이 모두 더 많이 발견되었다.

이처럼 두 연구는 활동장애와 관련한 최근의 경향성을 잘 파악하고 있는데, 다음과 같은 연구의 제한점이 지적될 수 있다. 먼저 응답자의 선정 과정인데, 두 조사 모두 응답자가 전국적인 수준에서 대표성을 지니고 있지만, 16개 시도차원의 대표성을 전혀 띠고 있지 못해, 활동장애의 지역 간 분포 현황을 살펴보는 데 한계가 있다. 국민건강영양조사는 소지역 추정법을 이용하여 16개 시도의 현황을 보고하였는데, 이는 말 그대로 추정치일 뿐이고 그 추정의 결과도 연령이 보정되지 않은 상태에서 보고되었다.

본 연구에서 사용되는 2005년 인구주택총조사 샘플자료는 위 두 자료가 지니고 있는 제한점을 극복하고 있는데, 전 인구의 약 2%에 달하는 약 90만 명이 조사에 참여하였고, 활동장애가 주로 나타나는 65세 이상 인구도 이들 가운데 10%인 약 9만 명이나 차지하고 있다. 이는 2005년 당시 전체 인구 가운데 노인인구가 차지하는 비율과 일치하는 수준이다. 이처럼 방대한 샘플의 크기는 비록 본 조사가 활동장애 혹은 건강이나 보전에 대해 특화된 것은 아니지만 충분히 정확하고 신뢰도 높은 모수의 추정치를 산출하는데 전혀 문제가 발생되지 않을 것으로 사료되는데, 특히 시도 간 활동장애율의 차이를 밝혀내는데 있어 매우 유용한 정보원이 되고 있음은 자명한 사실이라 할 수 있다.

III. 한국인의 활동장애 실태

이 절에서는 다양한 원인과 형태의 활동장애가 한국인들 사이에서 어떻게 분포되어 있는지 확인하고자 한다. 앞서 언급된 바대로 활동장애는 주로 65세 이상 노인인구에게서 주로 발견되고 있는 것이 최근의 추세이기 때문에 본 연구에서도 연구의 대상 연령집단을 65세 이상으로 한정하였다. 실제로 본 연구에서 고려하는 활동장애 6가지 유형 가운데 가장 많은 응답자가 경험하고 있는 것으로 나타난 장애 유형은 “신체장애(중풍 포함)” 이었는데, 전체 설문 참가자 약 90만 명 가운데 4.8%인 42,635명이 신체장애를 지니고 있다고 답하였고, 이들 중 65.8%가 65세 이상의 응답자였다. 물론 나머지 34.2%가 작은 수는 아니지만, 주로 60세 이후의 응답자들이 그 가운데 대다수를 차지하고 있어 역시 65세 즈음하여 활동장애가 급격히 증가하는 추세를 반영하고 있었다.

앞서 언급한 바와 같이 2005년 인구주택총조사는 활동장애를 크게 두 가지로 구분하고 있는데, 하나는 6개월 이상 지속되는 활동제약의 육체적·정신적 원인이고 다른 하나는 그로 인한 활동제약의 유형이다. 즉 전자는 원인으로 볼 수 있고 후자는 유형으로 볼 수 있다. 비록 이러한 구분이 충분히 그 자체로서 의미가 있는 것이기는 하지만 전자와 후자는 서로 배타적인 관

계가 아니며 실제 설문에서도 해당되는 모든 장애 유형을 선택하도록 되어 있어, 본 연구에서는 서로 큰 연관성이 있는 장애를 동일한 유형으로 재분류하여 분석을 시도하였다. 즉 원 설문에서 활동제약의 원인 가운데 “학습의 어려움, 정신적 질환 등 정신적 제약”과 “치매”를 하나의 “학습장애” 유형으로, “걷기, 계단 오르기, 들고 운반하기 등 육체적 제약”과 “중풍”을 “신체장애” 유형으로 재분류하였다. 나머지 활동장애의 유형은 설문을 그대로 적용하였다.

활동장애가 노인인구들에게 어떻게 분포되어 있는지 확인하기 위하여 본 연구는 다양한 노인 인구의 인구/사회적인 특징들을 고려하였다. 결혼상태, 종교, 교육수준, 직업, 그리고 거주하는 지역 등이 그것이다. 활동장애는 연령과 성별에 따라 그 발생 및 유병빈도가 매우 다르기 때문에 본 연구에서는 모든 분석에서 필요한 경우 연령표준화를 실시하였고, 남성과 여성을 각각 나누어 분석하였다.

1. 6가지 활동장애 유형별 유병율

다음 <표 1>은 65세 이상 인구 가운데 6가지 활동장애 유병율을 연령별 성별로 구분하여 보여주고 있다.

<표 1> 65세 이상 인구의 성별, 연령별 활동장애 유병율

장애 종류	시각 청각 언어장애		학습장애 (치매 포함)		신체장애 (중풍 포함)		배우기 기억하기 집중하기		옷 입기 목욕하기 밥먹기 집 안 보행		쇼핑 병원가기 집 밖 보행	
	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
65-69세	3.3	2.9	1.5	1.8	15.3	22.4	3.8	4.8	3.1	3.0	8.8	12.1
70-74세	5.5	4.5	2.6	2.5	22.7	31.0	6.4	7.4	4.6	4.9	13.7	18.1
75-79세	8.6	6.8	3.5	4.4	32.1	38.4	9.3	10.8	7.0	7.1	20.7	24.8
80-84세	12.9	11.7	5.7	7.0	37.2	43.4	14.6	16.1	9.6	10.2	27.1	31.9
85세 이상	18.9	18.4	9.1	13.3	43.5	47.5	21.2	25.0	14.4	17.5	33.9	41.4
전체*	6.1	6.1	2.7	3.8	22.8	31.9	6.9	9.2	5.1	6.1	14.5	20.4

주. * 전체 65세 이상 노인 중 각 장애 변수별 응답율(%)

먼저 전체 유병 비율을 살펴보면, 남녀 모두 신체장애(중풍포함)로 인한 활동제한이 65세 이상 노인인구에게 가장 높게 나타났고(남자 22.8%, 여자 31.9%), IADL인 쇼핑, 병원가기, 및 집 밖 보행이 그 뒤를 이었다(남자 14.5%, 여자 20.4%). 다른 장애 유형들은 남녀 모두 10%를 넘지 않았다. 대부분의 활동장애 유형들은 남자보다는 여자들의 유병율이 더 높게 나타났는데, 특히 신체장애와 IADL에서 남녀의 차이가 크게 나타났다. 시각, 청각, 언어장애에서는 남녀의 차이가 나타나지 않았다. 연령별 분포를 살펴보면 모든 장애 유형에서 연령이 높아지면서 활동

장애 비율도 함께 높아지는 것으로 나타났는데, 한 가지 특이한 사항이 발견되었다. 앞서 가장 높은 유병율을 기록했던 신체장애와 IADL를 제외한 나머지 활동장애 유형들은 가장 낮은 연령대(65-69세)와 가장 높은 연령대(85세 이상)의 유병 비율차이가 거의 두 배 혹은 그 이상 나타났는데, 위 두 유형에서는 그 차이가 약 1.5배 정도에 머무르는 것이 발견되었다. 이는 신체장애와 IADL은 많은 노인들이 경험하고 있지만 그 발병 시기가 매우 빠른 연령층임을 시사하는 것이고, 다른 활동장애들은 비록 발병의 시기는 빠르지 않지만 고령으로 갈수록 그 비율이 크게 증가하고 있음을 의미하는 것이다.

2. 시각, 청각, 언어장애

다음 <표 2>는 65세 이상 노인 인구 가운데 시각, 청각, 언어장애가 어떠한 양상으로 분포되어 있는지 장애 유형 비율을 각 인구/사회학적 특성들에 따라 보여주고 있다. 모든 분석에 연령표준화를 실시하였고 남녀를 나누어 분석하였으므로 각 특성들의 구분 사이의 직접적인 비교가 가능하다.

먼저 결혼 상태별 시각, 청각, 언어 장애 노인의 비율을 보면 남자의 경우 미혼이 다른 결혼 상태에 비해 훨씬 높은 장애율을 나타냈다. 즉 배우자가 있는 남성 노인에 비해 미혼 노인은 두 배 이상 높은 시청각 및 언어 장애율을 보였다. 여성도 마찬가지로의 결과를 보였지만 남자만큼 그 차이가 크지 않았다. 인구주택총조사는 종단적인 정보를 포함하고 있지 않아 혼인이 먼저인지 활동장애가 먼저인지 알 수 없다. 그러므로 미혼이라는 혼인 상태가 활동장애를 유발하는 원인으로 볼 수 없고, 반대로 장애로 인해 혼인을 못했을 가능성도 크기 때문에 여기서는 두 변수 사이의 관계에만 집중하기로 한다. 이혼을 제외하면 전반적으로 남성이 여성에 비해 본 유형으로 인한 활동장애를 더욱 많이 경험하고 있는 것을 알 수 있다.

다음은 종교인데, 어떠한 종교를 가지고 있는가와 활동장애와는 서로 직접적인 관련성을 찾기 힘들다. 하지만 노인들에게 종교는 신앙을 통한 심리적 정서적인 안정 이외에 사회적 관계를 유지하거나 확대하는 등의 의미를 지니고 있기 때문에 삶의 매우 중요한 부분이 될 수 있으므로 본 연구에서 활동장애와의 연관성을 살펴보고자 한다. 종교가 다른 삶의 특성들과 어떠한 관련성을 가지는지 연구하는데 있어서 고려되어야 할 것은 단순히 어떠한 종교를 지니고 있는지 만이 아니라 그 종교가 삶에 얼마나 용해되어 있는지 혹은 종교성(religiosity)이 얼마나 높은지 등이 포함된다. 본 연구에서는 이러한 특성들을 고려하지 못하고 있는데, 이는 인구주택총조사에서 종교의 유무 여부와 종류만을 구분하고 있기 때문이다. 연령을 표준화한 후, 남녀 모두 종교의 유무 혹은 종교가 있는 경우 어떠한 종교를 지니고 있는지와 시청각, 언어장애와는 특별한 관련성이 없음을 알 수 있다. 비록 남녀 모두에 있어서 무교일 경우 종교가 있는 경우보다 본 장애율이 다소 높는데 주목할만한 수준은 아니다.

교육수준은 노인인구의 사회경제적인 수준을 나타내는 가장 좋은 지표 가운데 하나이다. 일반적으로 건강 연구에서 한 사람의 사회경제적인 수준은 소득, 직업, 그리고 교육수준에 의해 파악되는데, 노인은 대부분 소득이 일정하지 않을 가능성이 많고, 은퇴로 인해 직업이 없는 경우가 많기 때문에 교육수준이 가장 적합한 사회경제적 수준의 지표가 된다. 교육은 대부분 30세 이전에 모두 마쳐지기 때문인데, 교육과 함께 최근 노인 관련 연구에서는 자산(wealth)를 사회경제적인 수준을 나타내는 지표로 사용하고 있다.

<표 2> 65세 이상 인구의 인구/사회학적 특성에 따른 연령표준화 시각, 청각, 언어장애 유병율

특성	성	구분	연령표준화 장애율
결혼 상태	남자	미혼	14.57
		배우자 있음	6.07
		사별	6.49
	여자	이혼	5.85
		미혼	8.49
		배우자 있음	4.90
		사별	6.59
종교	남자	이혼	7.44
		무교	6.32
		불교	5.75
		기독교	5.89
		천주교	5.69
	여자	기타	6.84
		무교	6.68
		불교	5.66
		기독교	5.87
		천주교	5.85
교육 수준	남자	기타	5.65
		초등학교 졸업 혹은 이하	7.01
		중학교 졸업	5.69
		고등학교 졸업	5.32
	여자	대학(교)졸 혹은 이상	3.47
		초등학교 졸업 혹은 이하	6.32
		중학교 졸업	3.76
		고등학교 졸업	3.79
직업	남자	대학(교)졸 혹은 이상	5.10
		의원/전문가/준전문가	1.34
		사무직	2.86
		서비스/판매직	5.51
		농림어업	4.92
		기능원/장치/기계조작	1.04
		단순노무	2.45
	여자	직업 없음	7.04
		의원/전문가/준전문가	0.95
		사무직	2.27
		서비스/판매직	3.57
		농림어업	5.36
		기능원/장치/기계조작	4.87
		단순노무	8.49
직업 없음	6.36		

본 연구에는 자산 정보가 인구주택총조사에 포함되어 있지 않기 때문에 교육 수준만이 분석에 고려되었다. 연령을 표준화한 후 교육은 남자에게 있어 시청각 및 언어장애와 매우 뚜렷한 역의 관계가 있음을 알 수 있다. 즉 대학교 졸업 혹은 그 이상의 교육을 받은 노인에 비해 초등학교만을 졸업하거나 그 이하의 교육수준을 가진 노인들이 두 배 이상 이 장애를 지니고 있을 확률이 높은 것으로 나타났다. 여자는 다소 다른데, 중고졸자에 비해 대학교 졸 혹은 이상교육을 받은 고등교육 노인이 이 장애에 대한 유병율이 다소 높게 나타났다. 이는 다소 의외의 결과로 후속 연구가 반드시 필요할 것으로 사료된다.

방금 언급한 바와 같이 직업은 노인인구에게 사회경제적인 위치를 알려주는 지표로서 그다지 적합하지 않다. 여기서는 조사가 진행되는 시점의 직업과 본 장애와의 관련성을 파악하였는데, 점점 65세 이상 노인인구 가운데에서도 직업을 유지하고자 하는 사람들의 비율이 커져가고 있고 실제로 사회에서도 이들의 노동참여 혹은 유지를 원하는 경우가 있기 때문에 현재의 직업과 장애의 관련성을 살펴보는 일은 미래를 준비하는데 필요한 정보를 제공해 줄 수 있다. 남자의 경우 전문직 혹은 사무직에 있는 노인이 그렇지 않은 노인들에 비해 이 장애를 겪고 있는 비율이 크게 낮게 나타났다. 예외적인 것은 기능원/장치/기계조작의 소위 블루칼라 집단인데, 이는 시청각 장애가 있을 때 이러한 작업을 수행하는데 매우 큰 제약이 따르므로 역의 인과관계에 따른 결과로 이해하는 것이 더 적절할 것이다.

<표 3>은 노인인구의 시각, 청각, 그리고 언어장애가 연령을 표준화 하였을 때 지역별로 어떻게 분포되어 있는지 나타낸다. 이미 언급한 바와 같이 지역별 대표성 있는 활동장애율을 산출한 것은 인구주택총조사 자료만이 지니고 있는 장점이다. 남자의 경우 서울시가 가장 낮은 장애율을 보이는데, 대체적으로 도시지역을 나타내는 시지역이 도지역보다 다소 낮게 나타났다. 하지만 광주광역시와 전라남도 함께 비교적 시청각 및 언어장애의 비율이 높았다. 제주도과 강원도 지역에 살고 있는 남성 노인인구의 본 장애비율이 매우 높은데, 가장 낮은 수준인 서울과 비교하면 거의 두 배에 이르는 것으로 나타났다. 여성 노인에게도 거의 유사한 패턴의 활동장애가 발견되는데, 서울시가 가장 낮고, 제주와 강원도 지역에 시청각 언어장애가 많이 분포되어 있음을 알 수 있다. 특이한 점은 시지역이면서 동시에 젊은 인구가 가장 높은 비중을 차지하는 것으로 알려진 울산광역시의 노인인구 시청각 및 언어장애율이 높게 나타났는데, 이는 두 가지로 해석이 가능하다. 하나는 이 지역이 공단이 밀집된 지역이기 때문에 공단에서의 작업환경이 은퇴 후 노인들에게 이러한 장애를 가져다 준 것으로 보는 것이고, 다른 하나는 공단지역의 환경이 간접적으로 노인들에게 시청각 장애를 유발하고 있다는 것이다.

전반적으로 시각, 청각, 혹은 언어 장애는 남자 노인들에게는 미혼의 혼인상태, 초등학교 졸업 이하의 낮은 교육수준, 그리고 농림어업 혹은 무직의 직업 상태와 다소 높은 관련성을 보였고 강원도와 제주도에서 가장 높은 장애율을 보였다. 여자 노인들의 경우 미혼, 낮은 교육수준, 단순노무 혹은 무직일 경우 이 장애로 인해 고통 받고 있을 가능성이 높았고, 울산광역시와 제주도에서 상대적으로 높은 유병율을 보였다.

<표 3> 65세 이상 인구의 지역에 따른 연령표준화 시각, 청각, 언어장애 유병율

성	지역	연령표준화 장애율
남자	서울특별시	4.63
	부산광역시	4.77
	대구광역시	5.34
	인천광역시	6.64
	광주광역시	7.19
	대전광역시	5.71
	울산광역시	7.02
	경기도	5.55
	강원도	8.43
	충청북도	6.35
	충청남도	4.75
	전라북도	6.14
	전라남도	7.60
	경상북도	6.83
	경상남도	6.27
	제주도	8.38
	여자	서울특별시
부산광역시		5.25
대구광역시		5.68
인천광역시		5.44
광주광역시		7.16
대전광역시		3.78
울산광역시		8.55
경기도		5.52
강원도		7.44
충청북도		5.43
충청남도		4.69
전라북도		6.18
전라남도		7.56
경상북도		7.56
경상남도		6.38
제주도	7.76	

<표 4> 65세 이상 인구의 인구/사회학적 특성에 따른 연령표준화 학습장애 유병율

특성	성	구분	연령표준화 장애율
결혼 상태	남자	미혼	13.49
		배우자 있음	2.65
		사별	3.17
		이혼	3.39
	여자	미혼	8.47
		배우자 있음	3.13
		사별	3.96
종교	남자	무교	2.71
		불교	2.62
		기독교	2.81
		천주교	3.06
		기타	2.93
	여자	무교	4.14
		불교	3.34
		기독교	4.04
		천주교	3.24
		기타	4.64
교육 수준	남자	초등학교 졸업 혹은 이하	3.09
		중학교 졸업	2.27
		고등학교 졸업	2.58
		대학(교)졸 혹은 이상	1.91
	여자	초등학교 졸업 혹은 이하	3.94
		중학교 졸업	2.50
		고등학교 졸업	2.72
직업	남자	의원/전문가/준전문가	0.00
		사무직	0.00
		서비스/판매직	0.96
		농림어업	1.21
		기능원/장치/기계조작	0.15
		단순노무	1.74
		직업 없음	3.67
	여자	의원/전문가/준전문가	1.84
		사무직	0.00
		서비스/판매직	0.74
		농림어업	1.53
		기능원/장치/기계조작	0.27
		단순노무	1.01
		직업 없음	4.17

3. 학습장애 (치매포함)

<표 4>는 치매를 포함한 노인인구의 학습장애가 인구/사회학적인 특성에 따라 어떻게 분포되어 있는지 나타내고 있다. 모든 통계는 연령이 보정되었다. 먼저 결혼 상태별 학습장애를 보면, 남자와 여자 모두 미혼 노인인구에서 학습장애나 치매의 유병율이 다른 혼인 유형에 비해 매우 높게 나타났다. 물론 정신적인 지체가 이들로 하여금 혼인의 기회를 낮추었을 가능성이 높지만, 반대로 미혼으로 살아오게 된 다른 이유들이 정신적인 측면의 장애 유발요인이 될 수도 있다.

남녀 공히 종교의 유무는 물론 어떠한 종교를 가지고 있는지는 정신지체와 그리 큰 관련성을 지니고 있지 않은 것으로 나타났다. 일반적으로 종교를 가지고 있는 경우 성경이나 불경 등을 읽고, 교리에 대한 생각을 많이 하고, 혹은 종교를 통한 사회적 관계를 넓히는 것이 정신적인 노화를 예방하거나 속도를 줄이는 데 기여하는 것으로 알려져 있는데, 본 연구에서는 이를 뒷받침 할 수 있는 증거가 발견되지 않았다. 하지만 이미 언급한대로 본 연구에서는 종교성을 고려할 수 없기 때문에 만일 종교성이 고려된다면 종교와 정신적인 노화에 대한 일반적인 견해를 뒷받침할 수 있는 결과가 도출될 수 있는 가능성이 여전히 존재한다. 교육수준을 보면 연령표준화 학습장애율이 남녀 모두 높은 교육수준을 가진 사람들에게서 그렇지 못한 사람들에 비해 주목할만큼 낮은 장애율이 발견되었는데, 가장 높은 교육수준과 가장 낮은 교육수준 간의 장애율 차이가 남자보다는 여자들에게서 더욱 컸다. 특히 대졸 혹은 그 이상자 여성 노인의 학습장애율이 1.83인데 같은 교육수준의 남성 노인의 학습장애율은 1.91로 나타났는데, 비록 그 차이가 크지는 않지만 이 결과는 65세 이상 노인인구집단에서 여성이 대졸 이상의 학력을 지니는 것은 매우 선택적인 인구집단임을 시사하는 것으로 해석할 수 있다. 직업별 학습장애율은 남녀 모두 직업이 없을 때 어떠한 형태로든 직업을 가지고 있는 노인들에 비해 높게 나타났는데, 이는 장애로 인한 직업선택의 측면이 강하게 나타난 것으로 볼 수 있다.

<표 5>는 지역별 연령표준화 학습장애 유병율을 나타낸다. 앞선 시청각 및 언어장애 보다 지역간 유병율의 차이가 그리 심하게 나타나지 않는 것이 발견되는데, 남자는 울산광역시가 1.16으로 가장 낮았고 충청북도가 3.58로 가장 높았다. 여자는 인천광역시가 2.99로 가장 낮았고 전라북도가 5.04로 가장 높았다. 이처럼 전반적으로 남성 노인에 비해 여성 노인이 치매를 포함한 학습장애에 시달리고 있는 것으로 보여지는데, 흥미로운 발견은 바로 울산광역시이다. 이 지역의 남성 노인의 학습장애율은 매우 낮은 편인데, 여성 노인의 그것은 비교적 높게 나타났다. 결론적으로 간병을 위한 경제적/심리적인 비용이 가장 큰 것으로 알려진 치매를 비롯한 학습장애는 미혼이고, 교육수준이 낮고, 직업이 현재 없는 노인 인구집단에서 주로 발견되지만 지역에 따른 주목할만한 큰 차이는 없는 것으로 볼 수 있다.

<표 5> 65세 이상 인구의 지역에 따른 연령표준화 학습장애 유병율

성	지역	연령표준화 장애율
남자	서울특별시	2.69
	부산광역시	1.88
	대구광역시	3.23
	인천광역시	2.23
	광주광역시	2.72
	대전광역시	2.92
	울산광역시	1.16
	경기도	2.46
	강원도	3.16
	충청북도	3.58
	충청남도	1.73
	전라북도	3.53
	전라남도	3.31
	경상북도	2.88
	경상남도	2.65
	제주도	2.53
	여자	서울특별시
부산광역시		3.36
대구광역시		3.54
인천광역시		2.99
광주광역시		4.29
대전광역시		3.51
울산광역시		4.18
경기도		3.32
강원도		3.85
충청북도		3.59
충청남도		3.32
전라북도		5.04
전라남도		4.49
경상북도		3.78
경상남도		3.88
제주도	4.27	

4. 신체적 장애 (중풍 포함)

다음은 인구/사회학적 특성에 따른 신체적 장애의 분포를 살펴보자. 이 결과는 <표 6>에 나타나 있다.

<표 6> 65세 이상 인구의 인구/사회학적 특성에 따른 연령표준화 신체적 장애 유병율

특성	성	구분	연령표준화 장애율
결혼 상태	남자	미혼	30.21
		배우자 있음	22.73
		사별	24.25
		이혼	26.37
	여자	미혼	32.38
		배우자 있음	30.08
		사별	33.26
		이혼	39.59
종교	남자	무교	23.07
		불교	23.55
		기독교	22.20
		천주교	20.43
		기타	21.94
	여자	무교	31.70
		불교	32.50
		기독교	31.96
		천주교	30.04
		기타	31.68
교육 수준	남자	초등학교 졸업 혹은 이하	26.46
		중학교 졸업	21.92
		고등학교 졸업	18.62
		대학(교)졸 혹은 이상	13.45
	여자	초등학교 졸업 혹은 이하	33.13
		중학교 졸업	25.30
		고등학교 졸업	22.09
		대학(교)졸 혹은 이상	21.35
직업	남자	의원/전문가/준전문가	5.78
		사무직	11.18
		서비스/판매직	9.86
		농림어업	19.06
		기능원/장치/기계조작	9.59
		단순노무	12.29
		직업 없음	26.61
	여자	의원/전문가/준전문가	18.06
		사무직	16.88
		서비스/판매직	20.58
		농림어업	27.00
		기능원/장치/기계조작	15.28
		단순노무	24.08
		직업 없음	33.44

앞서 살펴본 바와 같이 우리나라의 노인인구가 지니고 있는 활동 장애 가운데 가장 많은 유병율을 보이는 것이 중풍을 포함한 신체적 장애이다. 신체적 장애는 걷기, 계단 오르기, 들고 운반하기 등 육체적 제약을 의미하는데, 골다공증이나 관절염과 같은 질병으로 인해 신체적 장애가 오기도 하지만 고령으로 인한 노쇠현상으로도 장애가 발생할 수 있다. 결혼 유형별 신체적 장애율을 살펴보면 남자의 경우 배우자가 있는 경우가 가장 낮은 수준의 장애 유병율을 보였고, 사별, 이혼, 그리고 미혼 순으로 유병율이 상승하였다. 여자의 경우는 배우자가 있는 경우가 유병율이 가장 낮았지만 남성과 달리 미혼, 사별 그리고 이혼의 순서로 장애 유병율이 증가하였다.

<표 7> 65세 이상 인구의 지역에 따른 연령표준화 신체적 장애 유병율

성	지역	연령표준화 장애율
남자	서울특별시	16.62
	부산광역시	22.14
	대구광역시	24.52
	인천광역시	22.17
	광주광역시	24.26
	대전광역시	20.13
	울산광역시	23.52
	경기도	19.25
	강원도	27.65
	충청북도	24.91
	충청남도	20.84
	전라북도	24.64
	전라남도	26.55
	경상북도	26.11
	경상남도	26.26
	제주도	28.31
	여자	서울특별시
부산광역시		30.40
대구광역시		33.74
인천광역시		31.09
광주광역시		35.05
대전광역시		27.62
울산광역시		32.27
경기도		27.25
강원도		35.15
충청북도		32.61
충청남도		27.25
전라북도		36.21
전라남도		36.81
경상북도		35.60
경상남도		34.56
제주도		39.36

65세 이상의 연령에도 미혼인 경우 신체적인 장애는 혼인을 하지 못하게 한 원인이 되는 경우가 많기 때문에 남성 미혼 노인들의 상대적으로 높은 신체적 장애율은 장애가 이들의 혼인에 장애가 되었음을 시사하는 것으로 볼 수 있다. 반면 여성의 경우는 신체적인 장애가 발생하여 이혼하게 되는 것으로 보기 보다는 이혼 이후에 한국에서 여성이 겪게 되는 경제적인 어려움으로 인해 육체노동을 통해 생계를 유지하는 경우가 빈번하게 발생하기 때문에 신체적인 장애비율도 높아진 것으로 해석하는 것이 더욱 적합할 것이다. 만일 이러한 논리가 실제로 적용된다면, 이혼을 경험하여 홀로 살아가는 여성노인들은 높은 신체적 장애에 시달리고 있지만 그럼에도 불구하고 또 육체적인 노동을 통해 생계를 유지해야 하기 때문에 이중고에 시달리고 있으므로, 이들에 대한 적극적인 보건정책의 마련이 시급하다.

앞선 장애 유형과 마찬가지로 종교의 유무와 종류는 남녀 모두에게 주목할 만한 신체적인 장애분포의 차이를 보이지 않았다. 교육수준은 남녀 모두 신체적 장애와 역의 관계를 보였다. 그런데 비록 여성이 전반적으로 남성에 비해 신체적 장애의 유병율이 더 높았지만, 가장 높은 교육수준과 가장 낮은 교육수준과의 신체적 장애율을 비교해 보면 여성보다 남성의 경우에 그 차이가 더욱 크게 나타나는 것으로 드러났다. 직업별 차이를 보면 농림어업에 종사하거나 직업이 없는 경우가 남성과 여성 모두에게 신체적 활동장애를 유발하는 원인이 되고 있음을 알 수 있다. 물론 신체적 장애가 노인으로 하여금 직업을 가지지 못하게 되는 역의 원인이 될 수도 있다. 교육수준에서와 마찬가지로 직업별 신체 장애율의 격차가 여성보다는 남성에게서 더욱 크게 나타나는 것을 발견하였는데, 이 연령대의 여성들의 경제적인 삶은 남편에게 의존하는 경향이 많기 때문에 사회경제적인 지위의 효과가 남편의 그것에 의해 상쇄되는 결과로 나타난 것으로 해석할 수 있다.

신체적 장애 유병율의 지역별 차이를 살펴보면, 전반적으로 남성도 여성도 연령표준화 장애율이 시지역에 비해 도지역이 다소 높은 것처럼 보였다. 하지만 그 차이가 그다지 크지 않았다. 남녀 공히 서울지역의 노인들이 신체적 장애로부터 가장 자유로웠고, 제주도의 노인들이 신체적 장애를 가장 많이 경험하고 있는 것으로 나타났다.

5. 배우기, 기억하기, 집중하기 장애

지금까지 활동장애를 일으키는 원인의 유형별로 그 분포를 알아봤다. 이제는 원인보다는 활동장애 자체가 어떠한 유형을 지니고 있는지 고찰하고자 한다. 첫 번째 활동장애의 유형은 배우기, 기억하기, 그리고 집중하기의 장애이다. 이 장애는 신체적인 측면보다는 정신적이거나 감성적인 측면에서 활동이 정상적이지 못한 경우를 의미하는데, 앞서 장애를 일으키는 원인들 가운데 치매를 포함하는 학습장애로부터 발생된 장애와 관련이 깊다.

다음 <표 8>은 이러한 유형의 장애가 65세 이상 노인인구 가운데 어떻게 분포되어 있는지 나타낸다. 먼저 결혼 상태별로 살펴보면 남녀 모두 미혼인 경우에 배우기, 기억하기, 그리고 집중하기가 정상적으로 기능하지 않는 경향이 매우 높았다. 한편 남자에게는 현재 배우자가 있는 노인인구가 이러한 장애를 경험할 확률이 가장 낮은 반면 여자는 이혼한 경우가 가장 낮았다. 이러한 결과는 앞서 치매를 포함한 학습장애에서와 동일한 발견이다.

종교가 없는 노인들이 종교가 있는 노인들에 비해 배우기, 기억하기, 그리고 집중하기에 제약이 있는 경우가 다소 높게 나타났지만, 주목할 만한 수준은 아니다.

<표 8> 65세 이상 인구의 인구/사회학적 특성에 따른 연령표준화 배우기, 기억하기, 집중하기 장애 유병율

특성	성	구분	연령표준화 장애율
결혼 상태	남자	미혼	19.00
		배우자 있음	6.76
		사별	7.87
		이혼	8.70
	여자	미혼	12.88
		배우자 있음	8.19
		사별	9.69
		이혼	6.02
종교	남자	무교	7.06
		불교	6.67
		기독교	6.63
		천주교	6.75
		기타	8.08
	여자	무교	10.03
		불교	8.88
		기독교	9.14
		천주교	7.80
		기타	9.53
교육 수준	남자	초등학교 졸업 혹은 이하	8.23
		중학교 졸업	6.00
		고등학교 졸업	5.57
		대학(교)졸 혹은 이상	3.79
	여자	초등학교 졸업 혹은 이하	9.75
		중학교 졸업	4.59
		고등학교 졸업	5.29
		대학(교)졸 혹은 이상	5.23
직업	남자	의원/전문가/준전문가	0.72
		사무직	1.33
		서비스/판매직	1.87
		농림어업	5.46
		기능원/장치/기계조작	2.06
		단순노무	4.03
		직업 없음	8.16
	여자	의원/전문가/준전문가	2.32
		사무직	3.02
		서비스/판매직	5.11
		농림어업	7.36
		기능원/장치/기계조작	6.45
		단순노무	6.33
		직업 없음	9.63

교육수준을 살펴보면 남녀 모두 초등학교졸업 혹은 그 이하로 매우 낮은 교육을 받은 노인들이 배우기, 기억하기, 그리고 집중하기에 장애를 겪고 있는 비율이 매우 높게 나타났는데, 남자는 8.23%가 여자는 9.75%가 그러하였다. 가장 높은 교육수준을 가진 노인들과 이들의 본 장애유형에 있어서의 차이는 남자는 두 배 이상, 여자도 거의 두 배에 가깝게 나타났다.

<표 9> 65세 이상 인구의 지역에 따른 연령표준화 배우기, 기억하기, 집중하기 장애 유병율

성	지역	연령표준화 장애율
남자	서울특별시	5.54
	부산광역시	4.67
	대구광역시	7.14
	인천광역시	5.41
	광주광역시	7.49
	대전광역시	5.54
	울산광역시	5.66
	경기도	6.00
	강원도	8.40
	충청북도	7.89
	충청남도	4.87
	전라북도	8.26
	전라남도	9.12
	경상북도	7.63
	경상남도	8.45
	제주도	7.92
여자	서울특별시	7.37
	부산광역시	6.79
	대구광역시	8.54
	인천광역시	7.86
	광주광역시	12.38
	대전광역시	7.75
	울산광역시	10.98
	경기도	7.46
	강원도	9.87
	충청북도	8.66
	충청남도	7.28
	전라북도	11.60
	전라남도	11.80
	경상북도	10.95
	경상남도	10.40
	제주도	11.62

흥미로운 사실은 남성은 중학교와 고등학교 졸업자들과 대학교 졸업 이상자들의 이 장애 유병율이 다소 차이가 나는 것이 발견되었는데 (약 2% 포인트) 여자들의 경우 거의 차이가 발견되지 않았다. 이는 최소한 65세 이상 연령대에게 학력이 남자들에게 사회적 삶의 매우 중요한 특성인 반면 여성에게는 학력이 매우 낮지 않는 한 그렇지 않은 한국의 사회적 특성을 반영하는 결과이다. 직업적 구분으로 본 사회경제적 수준과 배우기, 기억하기, 그리고 집중하기의 제약은 뚜렷한 관계가 드러나는데, 전문직 혹은 사무직에 있는 노인들이 농림어업이나, 기능원/장치/기계조작 혹은 단순노무직에 종사하는 노인들에 비해 이러한 종류의 활동제한을 훨씬 적게 경험하는 것으로 나타났다. 직업과 활동장애의 선택성으로 인해 직업이 없는 경우 매우 높은 장애율을 나타내었다.

<표 9>는 이 장애가 지역적으로 어떻게 분포되어 있는가를 보여주고 있다. 남자와 여자 모두 시지역에 비해 도지역이 노인들의 배우기, 기억하기, 집중하기 제약이 더 많이 분포되어 있다고 볼 수 있다. 흥미로운 발견은 울산광역시인데, 남자의 이 장애 유병율이 매우 낮은 수준인 반면(5.66%), 여성은 매우 높게 나타났다(10.98%). 역시 유사한 결과가 앞선 학습장애에서도 발견되었는데, 이 지역 여성노인을 위한 정신보건 사업이 필요한 부분이다. 또한 이러한 남녀의 차이를 확인하기 위한 후속연구의 필요성도 함께 제기될 수 있다. 비록 연령이 보정된 결과 이기는 하지만 광주광역시, 제주도, 강원도, 혹은 전라도와 같이 노인인구의 비중이 높은 곳에서 정신적인 활동장애를 겪고 있는 노인이 많음을 알 수 있다.

6. ADL 활동장애 유병율

한 사회 혹은 개인의 활동장애를 연구할 때 가장 많이 사용되는 지표가 ADL과 IADL이다. 이 두 지표는 그 사회의 삶의 질을 연구하는 데에도 사용되는데, 우리나라의 국민건강영양조사 혹은 미국의 Social Indicator's Survey, 유럽의 EuroQoL에도 다수의 삶의 질 질문과 함께 ADL과 IADL이 함께 질문되어진다. 이미 설명한 바와 같이 ADL은 삶을 살아가는데 있어서 집안내에서 돌아다니거나, 화장실을 가거나, 식사를 하는 등 기초적인 일상을 하는데 있어서 혼자 할 수 없고 다른 사람의 도움을 필요로 하는 상태로서 다소 심각한 수준의 활동장애를 의미한다. <표 10>은 ADL이 우리나라 65세 이상 노인인구들의 사회적인 특성에 따라 어떻게 분포되어 있는지 나타낸다. 모든 유병율 계산에 연령이 보정되었다.

먼저 혼인상태 유형별로 살펴보면 남자는 미혼인 경우가 높은 연령표준화 ADL장애율을 보였는데, 남자는 배우자가 있는 경우가 약 5%인 반면 미혼은 9%에 달했다. 여자는 그보다는 다소 차이가 작은 편이지만 여전히 미혼 여성노인에게서 ADL이 더 많이 발견되었다. 흥미로운 사실은 남녀 모두 이혼을 경험한 경우 ADL 장애율이 다소 높았는데, 장애로 인해 이혼을 했다고 보기 어려우므로, 이혼이 장애를 유발하거나 악화시키는 것으로 보는 편이 더욱 적절하다. 종교의 유무는 남자에서는 크게 차이가 보이지 않았지만 여성은 종교가 없을 때 ADL 유병율이 다소 높게 나타났다. 종교의 종류별로 보면 세 가지 대표적인 종교 사이의 차이는 거의 없었지만, 여자의 기타 종교는 ADL과 큰 연관성이 있는 것으로 보인다.

다른 장애의 경우와 마찬가지로 낮은 교육수준은 우리나라 노인들의 ADL 장애 유병율도 높이는 것으로 발견되었는데, 남자의 경우 대졸 혹은 이상의 노인은 3.28%, 초등학교 졸업 혹은 이하의 노인은 5.55%가 ADL을 겪고 있었고, 여성은 각각 4.89%와 6.22%이었다.

<표 10> 65세 이상 인구의 인구/사회학적 특성에 따른 연령표준화 ADL 유병율

특성	성	구분	연령표준화 장애율
결혼 상태	남자	미혼	8.79
		배우자 있음	5.11
		사별	5.05
		이혼	6.27
	여자	미혼	8.15
		배우자 있음	5.73
		사별	6.15
종교	남자	무교	4.94
		불교	4.98
		기독교	5.40
		천주교	5.37
		기타	4.67
	여자	무교	6.73
		불교	5.40
		기독교	5.78
		천주교	5.93
		기타	7.21
교육 수준	남자	초등학교 졸업 혹은 이하	5.55
		중학교 졸업	4.88
		고등학교 졸업	4.59
		대학(교)졸 혹은 이상	3.28
	여자	초등학교 졸업 혹은 이하	6.22
		중학교 졸업	4.48
		고등학교 졸업	5.57
직업	남자	의원/전문가/준전문가	0.84
		사무직	2.68
		서비스/판매직	1.41
		농림어업	1.63
		기능원/장치/기계조작	0.37
		단순노무	0.89
		직업 없음	7.24
	여자	의원/전문가/준전문가	0.48
		사무직	0.74
		서비스/판매직	1.79
		농림어업	2.26
		기능원/장치/기계조작	0.54
		단순노무	0.68
		직업 없음	6.91

직업별 유병율을 보면 직업이 없는 경우가 남녀 각각 7.24%와 6.91%로 다른 직업 유형에 비해 매우 높게 나타났는데, 이는 중증의 활동장애로 볼 수 있는 ADL이 있을 경우 어떠한 유형이라도 직업을 가지고 사회활동을 하는 것이 쉽지 않기 때문에 직업 유형과 상관없이 직업을 가지고 있는 노인들의 ADL 유병율은 높지 않게 나타났다.

<표 11> 65세 이상 인구의 지역에 따른 연령표준화 ADL 유병율

성	지역	연령표준화 장애율
남자	서울특별시	3.99
	부산광역시	4.52
	대구광역시	4.95
	인천광역시	5.93
	광주광역시	3.85
	대전광역시	5.75
	울산광역시	4.61
	경기도	4.32
	강원도	5.77
	충청북도	5.31
	충청남도	4.20
	전라북도	5.90
	전라남도	6.15
	경상북도	5.02
	경상남도	6.17
	제주도	6.92
여자	서울특별시	5.42
	부산광역시	6.07
	대구광역시	5.48
	인천광역시	6.77
	광주광역시	5.84
	대전광역시	6.47
	울산광역시	5.38
	경기도	5.27
	강원도	6.28
	충청북도	5.39
	충청남도	4.73
	전라북도	7.65
	전라남도	7.00
	경상북도	6.27
	경상남도	6.60
	제주도	6.46

<표 11>은 옷 입고, 목욕하고, 밥 먹고, 집안을 돌아다니는 등의 가장 기본적인 일상활동이 제한된 노인들이 지역별로 어떻게 분포되어 있는지 나타낸다. 앞서 다른 장애들에서 시지역에 비해 도지역의 장애 유병율이 다소 높게 나타났던 것과는 달리 남성과 여성 모두 ADL의 지역 간 차이는 그다지 크지 않은 것으로 나타났다. 즉 여러 가지 활동장애를 현재 경험하고 있는 노인들이 주로 노인인구의 비중이 높은 농촌지역에 분포하고 있지만 그것이 집안 내에서 가장 기본적인 일상을 수행하지 못할 정도는 아니기 때문에 이렇게 ADL은 지역 간에 차이가 크지 않은 것으로 나타난 것으로 해석할 수 있다. 하지만 비록 그 차이가 크지는 않아도 남자는 서울의 ADL 유병율이 가장 낮고, 제주도와 경상남도 전라남도가 다소 높은 유병율을 보였고, 여자는 충청남도가 4.73%로 가장 낮고, 전라남도가 7.00%로 다소 높아, 지역 간 차이가 전혀 없다고는 볼 수 없다.

7. IADL 활동장애 유병율

앞서 분석한 ADL과 함께 일반적으로 활동장애의 지표로 가장 많이 사용되는 지표들 가운데 하나인 IADL을 살펴보자. IADL은 ADL보다는 다소 경미한 활동장애로 여겨지는데, 집 안에서는 그다지 상관이 없지만 밖에 나가서 장을 보거나, 병원을 가고, 혹은 다른 일로 일상생활을 유지하는데 있어서 활동이 편하지 못한 상태를 의미한다. 다음 <표 12>에 노인들의 인구/사회학적 특성에 따라 이 IADL이 어떻게 분포되어 있는지 제시되어 있다.

먼저 혼인 상태별로 살펴보면 남자와 여자 모두 미혼으로 남아 있는 노인들 사이에서 도구적 활동장애율이 가장 높은 것을 알 수 있다. 배우자가 있는 노인들의 IADL 유병율이 남녀 각각 14.37%와 19.15%인 반면 미혼 노인들은 22.94%와 22.82%로 높게 나타났는데, 여자들에게서 보다 남자 노인들의 미혼과 이 활동장애 유병율이 매우 높은 관련성을 보이고 있었다. 남자는 아니었지만, 여자의 경우 이혼과 IADL이 큰 상관이 있는 것으로 나타났는데, 역시 ADL의 경우와 마찬가지로 활동장애가 이혼을 촉발했다고 보기 어려우므로 아마도 이혼을 경험한 여성이 스스로 생계를 이끌어 나가면서 많은 질병에 노출되고 그것에 적절한 의료적 대응을 하지 못하게 될 확률이 높으므로 이러한 생활이 반복되면서 그들에게 IADL이 만연하게 되었다고 보는 편이 더욱 적절할 것이다. 종교의 유무와 종류는 남녀 모두 연령이 표준화 되었을 경우 유병율에 그다지 차이가 나타나지 않았다.

교육수준별 IADL 장애 유병율을 보면, 남녀 모두에게 있어서 초등학교 졸업 혹은 그 이하의 낮은 교육수준과 이 활동장애가 매우 큰 연관이 있음을 쉽게 알 수 있다. 하지만 흥미로운 사실은 남자들에게는 교육 수준이 높아지면서 동시에 장애율이 두드러지게 낮아지고 있는데, 여자들의 경우 초등학교 졸업 혹은 이하를 제외하면 활동장애 유병율이 그다지 크게 차이가 없다는 것이다. 이는 앞서 배우기, 기억하기, 그리고 집중하기에 제한이 있는 경우와 매우 유사한 결과인데, 한국 사회에서 교육수준이 남성과 여성에게 어떻게 다른 의미를 지니는지 시사하는 결과로 볼 수 있다. 즉 남자들에게 있어 교육은 사회적 삶의 차별을 가져다 주는 가장 중요한 요소인 반면 여자들에게는 매우 낮은 수준의 교육인 경우를 제외하면 교육 수준은 삶의 궤적을 그리는데 있어서 상대적으로 그 중요성이 낮다는 것이다. 직업별로 살펴보면 직업이 없는 경우가 IADL의 유병율이 가장 높았는데, 역시 장애로 인한 무직이 많이 발생하였기 때문으로 볼 수 있다. 직업을 가지고 있는 노인들 가운데는 농림어업에 종사하는 분들의 IADL 유병율이 남녀

<표 12> 65세 이상 인구의 인구/사회학적 특성에 따른 연령표준화 IADL 유병율

특성	성	구분	연령표준화 장애율
결혼 상태	남자	미혼	22.94
		배우자 있음	14.37
		사별	15.54
		이혼	14.14
	여자	미혼	22.82
		배우자 있음	19.15
		사별	21.15
종교	남자	무교	14.77
		불교	14.16
		기독교	14.72
		천주교	13.23
		기타	14.38
	여자	무교	21.09
		불교	19.79
		기독교	20.66
		천주교	18.85
		기타	21.67
교육 수준	남자	초등학교 졸업 혹은 이하	16.76
		중학교 졸업	13.39
		고등학교 졸업	11.99
		대학(교)졸 혹은 이상	7.93
	여자	초등학교 졸업 혹은 이하	21.20
		중학교 졸업	15.07
		고등학교 졸업	13.32
		대학(교)졸 혹은 이상	14.40
직업	남자	의원/전문가/준전문가	2.55
		사무직	6.43
		서비스/판매직	5.67
		농림어업	9.60
		기능원/장치/기계조작	3.39
		단순노무	4.27
		직업 없음	18.19
	여자	의원/전문가/준전문가	5.77
		사무직	6.96
		서비스/판매직	8.56
		농림어업	13.53
		기능원/장치/기계조작	10.21
		단순노무	12.62
		직업 없음	22.09

공히 매우 높았는데, 밖에서 일상생활을 수행하는데 어려움이 있지만 여전히 생계를 위한 농업에 종사하여야 하는 상황을 의미하므로 이들에 대한 보다 적극적인 정책적 대책이 마련되어야 함을 시사한다.

<표 13>은 IADL이 지역적으로 어떻게 분포되어 있는지 나타내고 있다. 남자들의 경우 서울시에 거주하는 노인들 가운데 IADL을 경험하고 있는 노인들의 비율이 다른 지역에 비해 크게 낮았는데, 유병율이 9.86%로 나타났다. 이는 유병율이 가장 높은 지역인 제주도의 19.05%의 절반 수준이다. 유병율이 높은 다른 지역은 전라남도, 경상남도, 광주광역시 등 이었다. 여자의 경우도 서울시에 거주하는 노인의 IADL 유병율이 15.21%로 가장 낮았는데, 가장 높은 유병율을 보인 지역인 전라남도의 25.05%에 비해 10% 포인트 가량 낮은 수준이었다.

<표 13> 65세 이상 인구의 지역에 따른 연령표준화 IADL 유병율

성	지역	연령표준화 장애율
남자	서울특별시	9.86
	부산광역시	13.25
	대구광역시	15.61
	인천광역시	14.72
	광주광역시	16.06
	대전광역시	11.43
	울산광역시	13.33
	경기도	11.60
	강원도	15.96
	충청북도	16.14
	충청남도	13.56
	전라북도	17.04
	전라남도	18.51
	경상북도	15.75
	경상남도	17.03
	제주도	19.05
	여자	서울특별시
부산광역시		19.51
대구광역시		20.98
인천광역시		21.12
광주광역시		23.24
대전광역시		17.44
울산광역시		20.10
경기도		16.57
강원도		20.73
충청북도		21.54
충청남도		17.61
전라북도		25.03
전라남도		25.05
경상북도		21.79
경상남도		22.87
제주도		24.14

남자들과 유사하게 제주도 전라북도 광주광역시 등의 여성 노인들이 수단적 활동장애를 많이 경험하고 있는 것으로 나타났다. 이처럼 서울지역이 다른 지역들에 비교하여 가장 낮은 IADL을 보이고 있는 것은 이 지역의 노인들이 다른 지역에 비해 실제로 건강하기 때문일 수도 있고, 이 지역의 제반 여건이 다른 지역에 비해 노인 인구가 어렵지 않게 바깥 생활을 하는데 유리하게 마련되어 있기 때문이기도 하다. 서울과 인접한 경기도 지역도 상대적으로 낮은 IADL유병율을 보였는데, 이는 다른 유형의 활동장애에서도 마찬가지였다.

IV. 시사점 및 정책제언

한국인의 활동장애율은 미국과 비교해 볼 때 매우 높은편인 것으로 보고되고 있다(한국보건사회연구원 2006). 특히 노인 인구에 있어서 이러한 차이는 더욱 큰 것으로 파악되었는데, ADL과 IADL을 동시에 고려할 때 19세 이상 전체 성인 가운데 한국인은 8.3%가 미국인은 4.3%가 각각 2005년과 2003년에 활동장애를 경험한 것으로 나타났고, 65세 이상의 노인들만으로 고려의 대상을 한정하면 65-74세까지 한국은 29.8%, 미국은 9.9%가, 75세 이상은 한국 54.0% 미국 29.2%로 그 격차가 훨씬 커지고 있는 것으로 보고되었다. 물론 두 나라가 건강이나 활동제약에 대한 일반적인 인식 차이가 있을 수 있지만 그럼에도 불구하고 이러한 차이는 매우 큰 것으로 한국인의 평균수명이 미국에 비해 다소 높은 것을 감안할 때 활동장애는 우리나라 노인인구에 분명히 중요한 보건문제임에 틀림없는 것이다.

본 연구의 시사점은 크게 두 가지로 정리될 수 있는데, 하나는 본 연구가 사용한 자료인 2005년 인구주택총조사 2% 샘플의 보건학적 활용가능성에 대한 것이고 다른 하나는 본 연구 결과로부터 도출된 보건 정책에 대한 것이다.

먼저 인구주택총조사의 보건학적 활용가능성에 대해 논의하자. 본 연구는 2005년 인구주택총조사 2% 샘플자료를 이용하여 노인들의 다양한 인구/사회적 특성을 고려하여 활동장애가 원인과 유형별로 어떻게 분포되어 있는지 고찰을 시도하였다. 물론 노인인구의 활동장애에 대한 국내 연구들이 없는 것은 아니지만, 전체 인구를 커버하는 인구주택총조사의 장점을 고려할 때, 본 연구의 발견과 결과는 다른 연구들이 수행하지 못한 제한점을 잘 보완하고 있는 것으로 볼 수 있다. 우리나라 보건과 관련한 가장 대표적인 지표산출용 자료인 2005년 국민건강영양조사는 샘플 크기의 제약으로 인해 전국적인 통계를 산출하기는 하였지만 활동제한이 지역별로 어떻게 분포되어 있는지는 추정치로 밖에는 확인하지 못하였다. 또한 활동제한의 원인과 유형도 인구주택총조사가 오히려 더 다양하게 포함하고 있어서 전국적인 그리고 지역 수준의 활동장애 유병율을 산출하는데 있어 더욱 많은 장점을 지니고 있다고 볼 수 있다. 이처럼 방대한 샘플의 크기와 활동장애에 대한 많은 정보를 포함하고 있기 때문에 인구주택총조사는 비록 그 목적이 특별히 보건과 활동장애를 위한 것은 아니지만 매우 유용한 정보를 제공하고 있다. 이렇게 볼 때, 우리나라 노인들의 활동장애율을 산출하는데 있어서 국민건강영양조사와 함께 인구주택총조사도 함께 고려되어야 할 것으로 사료된다. 실제로 국민건강영양조사에서 거의 30%에 육박하는 것으로 나타난 65-74세 노인들의 ADL과 IADL 유병율이 본 연구에서는 남녀를 나누지 않더라도 약 10% 정도의 수준인 것으로 나타났다. 인구주택총조사에서 활동장애에 관한 정보를 포함하기 시작한 것이 2005년이 처음이므로 발견된 유병율에 대한 신뢰도를 측정하기는

힘들지만, 이 조사가 더욱 크고 지역을 대표할 수 있는 샘플로 이루어진 것을 감안하면 국민건강영양조사의 활동제한에 관한 결과와의 큰 차이는 보건학과 관련부처에서 진지하게 검증해 봐야할 사안이라 사료된다.

비록 유병율 자체에서는 큰 차이를 보이지만 본 연구의 주된 내용이 되는 인구/사회학적 특성에 따른 활동제한의 분포를 살펴보면, 본 연구의 결과와 국민건강영양조사의 결과가 크게 다르지 않았다. 즉 남성에 비해 여성이 거의 대부분의 활동제한의 원인과 유형에서 더 고통을 겪고 있고, 현재 배우자가 있는 사람들이 그렇지 못한 사람들에 비해 활동장애 유병율이 낮으며, 특히 미혼인 경우 모든 활동제한 유형과 원인에서 가장 높은 유병율을 보였다. 교육수준의 경우 초등학교 졸업 이하의 낮은 교육수준을 가진 노인들의 활동장애 가능성이 매우 큰데, 남자들은 교육수준과 활동장애율이 대부분 역의 관계를 보였지만, 여자들은 가장 낮은 교육수준을 제외하면 다른 교육수준 간의 차이는 그다지 크지 않았다. 비록 selection 효과가 매우 크겠지만, 직업적 위세도 거의 모든 활동장애 유형과 원인에서 유병율과 관련이 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 어떠한 특성을 지니는 노인인구가 활동장애를 극복하는데 도움이 되는 사회적 정책적 지원이 필요함을 보여주는 것인데, 이는 비록 본 연구가 횡단면적 자료를 바탕으로 하고 있어 인과관계를 밝혀내지는 못했지만 여러 가지 정황을 기준으로 추론할 때 연구에서 고려된 인구/사회학적 변수들이 장애의 발생과 유병에 직/간접적으로 영향을 미쳤을 것이므로 현재 장애를 경험하고 있는 노인 인구집단 뿐만 아니라 앞으로 그러할 가능성이 높은 인구집단을 대상으로 보다 적극적인 건강증진정책을 시행하여야 함도 제시하는 결과이다.

지역으로 보았을 때 비록 본 연구가 연령을 모두 보정한 결과를 제시하였지만, 대부분의 활동장애에서 노인인구의 비중이 큰 시도의 장애 유병율도 역시 높은 것으로 나타났다. 서울과 경기도 지역이 상대적으로 낮은 장애 유병율을 보였는데, 이는 앞서 제시한 바와 같이 실제로 이들 지역에 활동장애를 가진 노인이 적게 분포되어 있는 것뿐만 아니라 지난 30년간의 경제발전과 복지제도 및 시설개선 과정에서 서울과 수도권이 주된 수혜자가 되어 왔기 때문에 이 지역에 거주하는 노인들이 다른 지역의 노인들에 비해 활동장애에 상대적으로 덜 민감하기 때문에 나타난 결과로도 볼 수 있다. 이에 대해서는 후속 연구가 반드시 필요하다. 더불어 인구주택총조사 자료를 이용하여 각 지역이 지역 내 인구/사회적 특성이 노인들의 활동장애를 어떻게 분포시키고 있는지 확인이 가능하기 때문에 지방정부에서 노인의 보건 및 복지 정책을 마련하는데 매우 유용하게 사용될 수 있을 것으로 기대된다. 이러한 차원에서 비록 수가 많지 않더라도 조금 더 많은 건강 혹은 보건관련 질문들이 인구주택총조사 설문문에 포함된다면 앞으로 더욱 유용한 정보를 산출하는데 큰 도움이 될 것으로 사료된다.

V. 결론

고령화가 빠른 속도로 진행 중이다. 국가와 사회에서 저출산현상을 사회적인 문제로 규정하고 이를 위해 대책을 마련하려고 부심하고 있는 가장 큰 이유가 바로 고령인구의 부양 때문이다. 만일 고령인구에 대한 부양부담이 없다면 지금과 같이 비정상적인 수준은 아니더라도 약간의 저출산에 대한 사회적 용인의 수준이 더욱 높았을 것이다. 계속 증가하게 될 평균수명과 이 증가속도에 못 미치는 건강기대수명은 노인인구에 대한 부양 부담을 더욱 가중시킬 것이다. 본

연구는 노인인구의 활동을 제약하여 노인을 독립적이고 생산에 참여하지 못하게 만드는 활동제약의 유형과 원인들에 대하여 사회적 분포를 확인하고 고찰하였다. 전체 국민의 2%에 달하는 큰 샘플을 확보한 인구주택총조사로부터 도출된 결론은 우리가 일반적으로 활동장애와 노인의 인구/사회적 특성간의 관계에 대한 것들과 큰 차이는 없었다. 하지만 전국적 수준에서 가장 최근에 조사가 실시되었고 국내의 다른 어떠한 조사도 시도별 대표성있는 유병율 차이를 발표해 오지 못해온 것을 고려할 때 본 연구의 결과는 중앙의 보건 당국은 물론 특히 지방정부의 노인 복지와 보건정책에 적지 않은 시사점을 제공하고 있다.

앞으로 우리나라의 경쟁력은 젊은 연령대의 인구보다는 그 비중이 점차 확대되어 가고 있는 노인인구에 의해서 결정될 것이다. 이들이 얼마나 노동참여를 해 줄 수 있는지, 그것도 지금의 취로사업과 같은 노동의 강도와 질이 매우 낮은 노동참여가 아니라 그들이 40-50대를 지나면서 축적해 놓은 전문 지식과 경험을 기반으로 한 양질의 노동력이 바로 국가 경쟁력의 최우선 결정요인이 될 가능성이 높다. 이것을 위한 기본적인 조건이 되는 것이 바로 노인 인구의 건강이고 활동제약의 가능성을 줄여가는 일이다. 이는 노인인구의 노동참여는 물론 활동제한으로 인한 기회비용과 의료/복지비용의 절감으로 이어져 현재 우리가 걱정하고 있는 고령화 문제를 해결하는데 가장 적절한 방법일 것이다. 본 연구에서 발견된 바와 같이 우리나라 노인들의 남자 23% 여자 32%가 다양한 유형의 신체장애를 경험하고 있으며 이로 인해 실제로 활동에 장애를 경험하고 있는 사람들이 또한 남자 15% 여자 20%로 매우 높은 수준을 보이고 있다. 그리고 이러한 장애는 연령이 높아지면서 매우 급속하게 증가하는데, 앞으로 이러한 장애 발병 시기를 늦추고 유병율을 낮추는 일에 더욱 많은 사회적 관심과 자원의 투입이 있어야 할 것이다. 이를 위한 기초자료를 생산한다는 점에서 앞으로 인구주택총조사의 2% 샘플자료의 활약을 기대해 본다.

참고문헌

- 윤병준, 김정근 1996. “장애제거 기대여명에 대한 연구” 『한국인구학』 제19권 123-137.
- 권영훈, 이종규, 도영경, 윤석준, 김창엽, 김용익, 신영수. 2002. “국민건강면접조사를 이용한 한국인의 장애보정기대여명에 관한 연구” 『예방의학회지』 제35권 331-339.
- 장숙량. 2006. “Findings from Pilot data on Health.” Unpublished Report, Korean Longitudinal Study of Aging, The second Advisory Panel Meeting. October 12-13, 2006. Sonoma. California.