

서울시 노인의 사회경제계층별 활동제한과 건강행태

허재현 · 조영태

(서울대학교 BK21 노인보건정책연구사업팀 · 서울대학교 보건대학원)

1. 서론

우리나라의 65세 이상 노인인구는 UN이 분류한 기준을 적용할 때, 2000년에 총인구의 7.2%에 이르러 '고령화 사회'에 들어섰고, 향후 2018년에는 이 비율이 14.3%가 되어 '고령사회'에 진입할 것으로 전망되고 있다(통계청, 2005). 노인인구 증가와 함께 신체적 정신적 도움을 필요로 하는 노인들의 숫자도 증가하고 있는 것으로 드러나고 있는데, 1985년 이후 2000년까지 전체 인구의 진료비 증가(22.3배)에 비해 노인인구의 진료비 증가폭(83.2배)이 3배 이상 더 높은 것으로 나타났다(정경배, 2002). 고령화 사회에서는 다양한 장애 발생 원인에 의해 노령층에서의 장애 출현율이 점차 높아지고 장애 양상도 선진국과 같이 점차 노령화되는 경향을 보이는데(김성희와 고선정, 2004), 2002년 "고령화 시대의 사회정책 장기발전 방안" 정책 토론회에서 발표된 한국보건사회연구원의 자료에 따르면, 65세 이상 노인의 31.9%가 일상생활수행능력(ADL)에 있어 한 가지 이상의 지장을 갖고 있어 독립생활이 불가능한 노인이 늘어나고 있는 것으로 나타났다(정경배, 2002). 노인의 활동장애 문제는 노인 개인으로서는 건강한 삶을 살아가는 데에 제한이 되고, 사회적으로도 상당한 의료비와 부양 부담을 초래한다. 이에, 최근 정부에서는 고령이나 노인성 질병 등으로 인하여 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 노인 등에게 사회적 연대성을 기초로 신체활동 또는 가사지원을 제공하는 노인수발보험제도¹⁾의 도입을 추진하고 있다. 노인수발보험에서 지원하는 장기요양서비스의 제공에는 노인의 활동수준(functional level)이 밀접하게 관련되므로(Berkman CS and Gurland BJ., 1998), 노인 활동제한의 예방과 관리가 건강보험 혹은 장기요양과 같은 사회보장프로그램의 운영과 관리에 중요한 요소가 된다.

최근까지 우리나라에서 활동 제한²⁾ 노인 문제는 장애인 실태조사 자료를 이용한 연구들을 통해 주로 다루어져왔는데, 연구의 대부분은 노년기 장애인들의 특성과 욕구를 파악하고, 이에 맞는 보건복지서비스를 제공하기 위한 기초자료를 제공하는 데에 중점을 두고 있다. 이들 연구에서 노인 장애인의 성별, 연령별, 결혼상태, 교육수준, 거주지역, 세대구성, 가구규모, 주된 수입원이나 경제활동분야 등과 같은 사회경제적 특성의 분포를 기술(description)하고 있지만, 노인 장애의 문제를 노인의 사회경제적 특징과 연관지어 진단하고 대책을 모색하려는 접근법은 드물다. 특히 최근 건강 문제를 개인 차원을 넘어선 사회적 문제로 인식하고 건강증진을 위한 국가적 노력과 함께, 사망률, 건강 수준 분포나 건강 및 보건의식의 계층간 불평등 현상을 관찰, 이해하는 연구가 증가하고 있는 점을 감안할 때, 노인의 활동제한과 사회경제적 계층간 연관성을 확인하는 작업의 필요성

1) 수발보험이란, 치매/중풍 등의 노화 및 노인성 질환을 치료함을 목적으로 하는 것이 아니라, 치매/중풍의 노화 및 노인성 질환, 기타 사유 등으로 인한 장애로 인하여 일상생활상의 불편이나 의존적인 상태에 있는 대상자에게 간병/수발, 일상생활 지원 등의 서비스를 제공함으로써 노인들의 자립생활을 지원하고, 노인부양 가구의 부담을 경감함을 목적으로 하는 제도임. 정부안이 국회를 통과하면 실시될 예정이다. 수발급여 제공 및 이에 따른 노인수발보험료 징수는 '08년 7월 1일부터 시행. 다만, 노인수발보험료 산정, 수발 인정의 신청, 수발기관의 지정 등은 '07년 7월 1일부터 시행 예정이다.

2) 본문에서 "활동제한"과 "장애"라는 용어를 함께 사용하고 있는데, 이 연구에서 다루는 "활동제한"은 "2005년 서울특별시 시민보건 지표 조사(제3차)"에서 "시각, 청각, 또는 말하기, 활동(행동)하는 데에 불편이 있다고 답한 사람"이므로 "장애"와 동일한 것으로 이해해도 무리가 없을 것으로 판단한다.

은 명백하다.

노인의 사회계층적 특성과 건강불평등의 연관성을 살펴본 외국의 연구들에서는 노인의 건강과 사회경제적 특성 간의 연관성이 존재하는 것으로 드러났다. 독일의 60세 이상 노인 821명을 대상으로 von dem Knesebeck(2002)가 자기평가건강(self-rated health), 우울(CES-D), 기능적 상태(Advanced Activities of Daily Living)와 교육, 소득, 직업상태, 자산, 집 소유와의 관련성을 연구한 결과, 건강 지표들과 소득과의 연관성을 비교적 강하게 드러냈다. Coppin 등(2006)이 이탈리아의 1개 지역에 거주하는 1,025명의 65세 이상 인구를 대상으로 이동능력(mobility function)과 사회경제적 계층의 연관성을 확인한 결과, 사회경제적 계층이 낮은 경우 나이가 들어서 장애를 가질 위험이 더 큰 것으로 나타났는데 여기서 사용된 사회경제적 요소는 교육연한이었다. 미국의 경우, Berkman과 Gurland의 연구(1998) 결과 소득과 신체기능간의 연관성이 연령, 성별, 인종, 가구크기, 교육, 직업 등을 통제하고도 드러났으며, 특히 교육과 거주 환경이 기능적 수준과 관련이 있었다. 또한 Minkler 등(2006)의 연구에서는 2000년 Census Supplementary Survey에서 55세 이상 인구 335,675명을 대상으로 연령을 10세 단위로 구분하여 각 연령그룹별 최저생계비 기준으로 700% 이상소득수준의 노인과 빈곤선 이하의 노인에서 활동 제한(functional limitation)을 비교하였다. 그 결과 700% 이상 소득의 노인에 비해 빈곤선 이하의 노인에서 활동 제한의 오즈비가 6배 높고 소득이 증가함에 따른 오즈비가 감소하는 것으로 나타나, 건강과 사회경제적 계층과의 연관성은 나이가 들어감에도 여전히 존재하는 것으로 확인되었다.

그러나 우리나라에는 아직 상기와 같은 연구는 드물며, 전체 연령층의 장애(활동제한) 문제를 교육수준과 연관하여 살펴본 연구에서 우리나라 전체 장애인의 교육수준이 전체 국민교육수준보다 크게 낮다고 하였다. 또한 이러한 낮은 교육수준의 문제는 청각, 언어 장애인들의 무학비율이 60~70%인 데에 기인하고 있는 것으로, 즉 교육수준이 낮아서 장애를 겪게 되었다기보다는 장애로 인해 교육을 받는 데에 제한이 있었다는 것으로 장애와 교육수준과의 연관성을 설명하고 있다(김성희와 고선정, 2004). 그러나 이러한 전체 장애인의 장애와 교육수준이 갖는 연관성이 65세 이상 노인 연령층의 활동제한과 교육 사이에서도 존재할 지, 그리고 그 양상이 동일할 지는 아직 연구된 바 없다.

장애 노인은 발생 원인에 따라 노인이 되기 전 장애가 발생하여 장애인으로 노령에 이른 노령화된 장애 노인과 노인이 되어서 장애가 발생한 노인성 장애인으로 구분되어 질 수 있는데, 노인의 장애 발생시기를 보면 전체 장애인 3/4이상이 50세 이후에 발생한다고 하였다(김형수, 1996). 교육은 비교적 이른 나이에 경험하게 되는 사회적 요소인 바, 전체 장애인의 교육수준이 낮은 데에는 어린 나이에 얻은 장애가 큰 요인이 될 수 있지만 (즉 건강수준이 교육수준 결정에 영향을 미쳤으나), 노인 장애 다수의 늦은 발생시기를 감안할 때 노인장애와 교육 간에 연관성이 존재하더라도 동일한 방향으로 연관성이 나타날 것으로 기대하기는 어렵다. 즉 노인의 활동제한 원인으로 선천적 또는 유소년기나 청장년기의 사고나 질병 외에도, 노인이 되어 신체기능의 자연적인 쇠퇴와 노화라는 가능성이 존재하는 바, 노인의 활동제한과 교육의 연관성을 전체 장애인과 구분하여 살펴볼 필요가 있는 것이다.

아울러, 사회계층별 건강행태 차이를 파악하고 이를 줄여나가는 것은 국민건강수준 향상과 건강불평등을 해소하기 위한 하나의 방안이 될 수 있으므로, 노인의 건강행태를 짚어보는 것도 필요하다(윤태호 등, 2000), 이미 Wannamethee 등(2005)의 연구에서 활동 제한은 흡연, 비만, 신체활동, 음주와 같은 생활 습관과 유의한 연관성을 갖는 것으로 드러났다. 1992년 당시 활동 제한이었던 남자들 중 가볍게 또는 중등도의 신체활동을 한 사람들이 1996년에 활동제한에서 회복한 교차비가 신체활동이 없는 사람에 비해 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 Wannamethee 등(2005)의 연

구결과를 근거로 활동제한을 앓고 있는 노인의 회복가능성에 건강행태가 영향을 줄 것이라는 가정 하에, 우리나라 활동제한을 가진 노인집단을 대상으로 사회경제적 계층별로 건강행태에 차이가 존재하는지 살펴보고자 한다. 만약 활동제한 노인들 중 좀 더 낮은 사회경제적 계층의 노인에게서 운동, 흡연, 규칙적 식사, 건강을 위한 노력 등의 건강을 위한 노력이 덜하다면, 이러한 건강행태의 차이는 또다른 노인의 사회경제적 계층별 건강수준 차이로 이어질 가능성을 갖는 중요한 문제이다. 이미 최근의 연구들에서 물질적 조건이나 사회구조적 요인을 규정하는 사회경제적 계층에 따라 건강증진 또는 건강위해 행위가 집단적으로 차별화되고 있음을 지적하고 있는 바(김혜련, 2005), 현재 건강문제를 앓고 집단(이 연구에서는 활동제한 노인)내에서도 여전히 사회경제적 집단별로 건강행태가 다르게 나타난다면, 향후 노인의 건강불평등 격차가 더 심화될 것이므로 이를 예방하기 위한 사회적 대응이 필요하다는 것을 의미한다. 그러므로 노인 건강과 일상생활에 장애가 되는 활동제한과 건강행태의 사회경제적 계층별 차이를 이해하는 것은 노인 건강 증진을 위한 보건의료자원의 효율적 배분을 위해서도 필요하다.

구체적으로 이 연구에서는 우리나라 노인의 활동제한과 관련있는 유의미한 사회경제적 요소를 규명하고, 65세 이상 노인 및 활동제한 유병 노인의 사회경제적 특성별 건강행태 양상을 비교한다. 낮은 사회경제적 계층에서 활동제한 노인이 더 많은지, 건강증진 행태가 덜한지를 통계적 분석을 통해 확인하는 노력은, 노인의 활동제한이 노인 개인의 삶의 질은 물론 보건의료, 사회복지 서비스 수요예측과 정책 개발에서 차지하는 중요성을 염두할 때, 노인 건강 문제와 불평등 현상의 해결이나 완화, 예방을 위한 중재 방안의 방향성을 모색하는 데에 유용한 정보를 제공할 것이다.

II. 연구방법

분석자료는 “서울시 2005년 시민보건지표조사(제3차)” 보건행태 조사 대상자(20세 이상, 총 15,121명)중 65세 이상 노인(1,474명)의 설문응답결과를 활용하였으며, 이 중 행동제한을 가진 노인(일상생활에서 시각, 청각 또는 말하기, 활동(행동)에 불편이 있는 경우)은 전체 노인의 9.91%(147명)였다. “서울시 2005년 시민보건지표조사”는 서울시 25개 각 구의 인구를 대표할 수 있는 표본을 인구비례에 의해 확률표본추출하여 2005년 5월 1일부터 동월 26일까지 조사가 진행된 것으로 자세한 설명은 2005년 서울시민보건지표조사연구결과보고서에서도 확인할 수 있다(서울대학교보건대학원, 2006).

노인의 활동제한과 사회경제적 계층의 연관성을 살펴보기 위해, 우선 독립변수로는 성별과 연령, 사회경제적 요인으로 교육수준별, 소득수준별, 직업유무를 선정하였다. 종속변수로는 활동제한여부 및 중증의 활동제한 유병을 선정하였다. 중증의 활동제한은 일상생활수행능력(ADL)을 묻는 10개 항목에 대해 매우 어렵게 느끼거나 도움이 필요, 또는 전혀 할 수 없다고 1개 이상 답한 사람으로 총 52명(전체 노인의 3.53%, 활동제한노인의 35.6%)이었다. 건강문제를 가진 사람들의 건강행태 실천이 사회경제적 수준에 따라 다르게 나타나는지를 확인하기 위해, 65세 이상 전체 노인집단 및 활동제한 노인집단 등 두 개 집단을 구분하여 각각의 건강을 위한 노력, 정기적인 건강검진과 운동, 규칙적인 식사, 흡연, 음주(폭음³⁾) 등 6가지 건강 행태를 종속변수로 두어 로지스틱 분석을 실시하였다. 이 때 독립변수로는 상기 언급한 변수(성별, 연령, 소득수준, 교육수준, 직업유무) 외에 중증도, 단독가구 여부를 추가 선정하였다. 또한 65세 이상 전체 노인집단에 대해서는 활동제한 여부를, 활동제한 노인집단에 대해서는 중증의 활동제한 여부를 독립변수에 추가하여 운동, 건강

3) “폭음”은 보건지표조사 자료에서 한 번의 술자리에서 남성은 소주 7잔(2홉 소주 한병 또는 맥주 5캔 정도), 여성은 소주5잔(또는 맥주 3캔 정도) 이상을 마시는 횟수가 1개월에 1-3회에서 거의 매일 마신 것으로 답한 응답자이다.

검진, 건강노력에 장애가 될 수 있는 요소를 보정하고도 사회경제적 계층별로 건강행태 차이가 발생하는지 확인하였다.

사회경제적 특성을 나타내는 변수의 그룹화는 다음과 같다: 소득수준은 월평균가구소득 조사결과를 이용하여 50만원 미만, 50-100만원 미만, 100-200만원 미만, 200-300만원 미만, 300만원 이상으로 나누었다. 이 때, 65세 이상 노인은 대부분 은퇴를 해서 자신이 직접 얻는 월급이나 정기적인 수입이 있는 경우는 드물 것이다. 또한 노인이 자신을 위해 직접 유용할 수 있는 규모는 적을 수 있어 노인의 사회경제적 특성을 반영하는 데에 한계가 있을 수 있다. 그러나 이 연구에서 사용된 가구소득은 월급, 연금, 생활보장, 임대료, 이자수입 등을 모두 포함한 지난 1년간 가족구성원 모두의 수입을 월평균으로 환산한 값으로, 과거의 지속적인 소득활동이나 유산을 통해 소유한 주택, 상가, 토지 등 부동산, 저축, 개인연금, 가족 구성원의 수입이 포함된 것이다. 가족과 함께 살면서 자산을 소유하고 가족의 경제적 지원을 받는 것은 결국 일생을 통해 노인 자신이 직접 축적해 온 것으로 간주하여 노인의 사회경제적 특성을 반영하는 데에 무리가 없다고 판단된다. Robert와 House(1996)는 유동자산이나 부동산 보유가 노인의 만성질환, 기능적 건강에 좋은 예측변수라고 지적하였으며(McMunn 외, 2006), Minkler 등(2006)의 미국 노인의 장애와 사회경제적 요인에 대한 연구에서 가구원의 임금과 월급, 사회보장, 연금, 배당금 등을 포함한 가구소득을 활용한 바 있다. 가구소득 활용시, 가구원수와 가구주가 65세 이상 노인인지 여부를 보정하기도 하지만 이번 연구에서는 보정하지 않았다. 조사자료에는 가구소득이 어느 범위(50만원 이하, 51-100만원, 101-150만원, 151-200만원, 201만원-300만원, 301-500만원, 501만원 이상)에 속하는지 표기하도록 되어 있어, 범주의 중간값에 가구원수를 보정하는 경우 특정 값에 자료가 집중 분포되어 계층화가 어려운 바, 보정없이 그대로 활용하기로 하였다. 김혜련(2005)의 연구에서도 “2001년 서울시민 보건지표조사”를 활용하고 있는데, 범주의 가구소득 조사 결과를 별도의 보정없이 100만원 이하, 101-150만원, 151-250만원, 251만원 이상의 4그룹으로 구분하여 사회경제적 계층 변수로 이용한 바 있다.

직업변수의 경우, 조사대상자 노인(1,474명) 중 약 18%만이 직업을 가지고 있는 것으로 나타나 직업을 구분하지 않고 직업 유무만 구분하였다. 노인연령층에서 직업을 가질 수 있는지는 교육수준이나 직업 특성과 함께, 노인의 현 신체적, 정신적 건강상태와도 관련이 있으므로 분석결과에서 직업유무가 유의미하게 나타난다면 역방향의 인과관계가 존재할 수 있음을 배제할 수 없다는 점이 이 연구의 제한점이라 생각된다. 교육수준은 무학, 초등학교 졸업, 중고등학교졸업, 대학교 졸업 이상 등 총 4개 그룹으로 나누고, 졸업에는 재학, 수료, 중퇴를 모두 포함하고 있다. 이들 사회경제적 특성과 노인의 활동제한과 건강행태의 통계적 연관성을 확인하고자 SAS 8.1을 활용하여 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

III. 연구결과

분석대상자들의 가구소득, 교육연한, 직업 유무별 특성은 Table 1과 같다. 65세노인 중 활동제한을 앓고 있는 사람은 9.91%(남 9.06%, 여 10.46%)이며, 1개 이상의 ADL(자신의 몸단장, 혼자 목욕하기, 식사하기, 화장실 혼자 가고 사용하기, 계단오르기, 대변 조절, 소변 조절, 집안 내에서 걷기(약 50미터 정도), 혼자 옷 입기, 자리(의자)에서 일어나서 이동하기 등 총 10항목)에 큰 어려움을 갖고 있는 중증의 활동제한자는 3.53%(남 3.25%, 여 3.71%)이다. 활동제한 노인이 가장 많은 가구소득집단은 50만원 미만이며, 가구소득이 높아질수록 활동제한 노인의 수는 작아지는데, 100-200만원 집단에서 50-100만원 집단미만보다 활동제한 노인의 수가 더 많았다. 그러나 여성 노

인의 활동제한 유병은 가구소득이 높을수록 줄어드는 일관된 방향성을 보였다. 활동제한 노인의 분포는 교육수준에 따라서도 차이가 나타나는데, 전체 노인 및 여성 노인의 활동제한자 중에는 초

Table 1. Descriptive characteristic of sample population by functional limitation presence

Variable	Sample population			People with functional limitation			People with severe functional limitation (one and more limitation in ADL)			
	Total	Men	Women	Subtotal	Men	Women	Subtotal	Men	Women	
	1474	585	889	146 (9.91%)	53 (9.06%)	93 (10.46%)	52 (3.53%)	19 (3.25%)	33 (3.71%)	
Age										
65-69	649	275	374	51 (34.93%)	22 (41.51%)	29 (31.18%)	23 (44.23%)	12 (63.16%)	11 (33.33%)	
70-74	397	166	231	34 (23.29%)	17 (32.08%)	17 (18.28%)	8 (15.38%)	3 (15.79%)	5 (15.15%)	
75-79	240	86	154	38 (26.03%)	8 (15.09%)	30 (32.26%)	10 (19.23%)	2 (10.53%)	8 (24.24%)	
80-84	127	43	84	15 (10.27%)	5 (9.43%)	10 (10.75%)	7 (13.46%)	2 (10.53%)	5 (15.15%)	
85 +	61	15	46	8 (5.48%)	1 (1.89%)	7 (7.53%)	4 (7.69%)	0 (0.00%)	4 (12.12%)	
Family Income (10,000KRW)										
<50	365	111	254	51 (34.93%)	13 (24.53%)	38 (40.86%)	17 (32.69%)	5 (26.32%)	12 (36.36%)	
50~100	285	110	175	25 (17.12%)	8 (15.09%)	17 (18.28%)	9 (17.31%)	3 (15.79%)	6 (18.18%)	
100~200	330	154	176	32 (21.92%)	17 (32.08%)	15 (16.13%)	10 (19.23%)	5 (26.32%)	5 (15.15%)	
200~300	180	79	101	16 (10.96%)	6 (11.32%)	10 (10.75%)	7 (13.46%)	3 (15.79%)	4 (12.12%)	
300<	216	89	127	10 (6.85%)	3 (5.66%)	7 (7.53%)	2 (3.85%)	0 (0.00%)	2 (6.06%)	
missing	98	42	56	12 (8.22%)	6 (11.32%)	6 (6.45%)	7 (13.46%)	3 (15.79%)	4 (12.12%)	
Educational level										
no education	188	29	159	32 (21.92%)	4 (7.55%)	28 (30.11%)	14 (26.92%)	0 (0.00%)	14 (42.42%)	
≤elementary graduate	547	129	418	57 (39.04%)	17 (32.08%)	40 (43.01%)	17 (32.69%)	7 (36.84%)	10 (30.30%)	
≤High-school graduate	592	328	264	47 (32.19%)	25 (47.17%)	22 (23.66%)	19 (36.54%)	10 (52.63%)	9 (27.27%)	
College ≤	146	98	48	10 (6.85%)	7 (13.21%)	3 (3.23%)	2 (3.85%)	2 (10.53%)	0 (0.00%)	
missing	1	1	-	-	-	-	-	-	-	
Job presence										
with job	270	189	81	16 (10.96%)	8 (15.09%)	8 (8.60%)	4 (7.69%)	2 (10.53%)	2 (6.06%)	
without job	1200	396	804	130 (89.04%)	45 (84.91%)	85 (91.40%)	48 (92.31%)	17 (89.47%)	31 (93.94%)	
missing	4	-	4	-	-	-	-	-	-	

주1> Variable행 진한 글씨체의 ()안 %값은 Total(남 또는 여) 인구수를 기준으로 계산한 활동제한 인구 비율임. 그 외 표 ()안 %값은 활동제한 및 중증활동제한자 Subtotal(남 또는 여)을 기준으로 구한 각각의 사회경제적 계층별 해당 인구 비율임.

등학교를 졸업한 노인집단이 가장 높은 비율을 차지하지만 남성 노인의 활동제한에서는 중고등학교를 졸업한 노인들이 가장 많은 것으로 나타났다. 한편 교육수준의 세부 집단별 노인인구 수를 기준으로 세부집단의 활동제한 노인 비율을 비교하면 무학 집단 노인의 활동제한 노인 비율이 17.0%로 다른 교육수준 집단의 활동제한 노인 비율보다 높다. 조사대상 노인 중 직업을 가진 노인은 약 18.3%에 불과한데, 활동제한 노인 중 직업을 가진 노인은 약 11.0%이다. 이 때 남성은 32.3%, 여성 9.2%로 성별 차이가 크게 나타나는데, 활동제한 노인 중 직업을 가진 노인은 남녀 각각 15.1%, 8.6%로 전체 노인에서 관찰된 직업유무의 성별 차이보다는 적은 것으로 보인다.

활동제한을 종속변수로 두고 연령, 성(sex), 가구소득, 교육수준, 직업유무를 독립변수로 선택하여 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하여 얻은 사회경제적 특성별 활동제한의 오즈비는 다음(Table 2)과 같다. 우선, 성과 연령을 통제하고 가구소득, 교육수준, 직업유무를 따로 변수로 넣어 분석하였을 때 가구소득과 교육수준이 활동제한과 유의한 연관성을 갖는 것으로 드러났다. 다시 성별, 연령 외에 사회경제적 변수인 가구소득, 교육수준, 직업유무를 함께 넣어 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 그 결과, 가구소득이 300만원 이상인 노인에 비해 가구소득이 낮은 집단의 노인에서 활동제한 유병의 오즈가 2~3배 가까이 높은 것으로 드러났으며, 학교교육을 받지 못한 사람이 대학 이상의 학력을 가진 사람들에 비해 활동제한의 오즈가 130% 증가하였다. 그러나 직업유무에 따른 활동제한 유병의 차이는 유의하게 나타나지 않았다. 즉 활동제한 유병은 사회경제적 요소 중 가구소득 및 교육수준과 연관성을 갖는 것으로 예상된다.

Table 2. Adjusted odds ratios for functional limitation presence

Variable	Adjusted Odds Ratio	95% CI
Age		
Age ***	1.04	1.01, 1.07
Sex		
Male	1.00	...
Female	0.89	0.60, 1.32
Family Income (10,000KRW)		
<50 ***	2.95	1.45, 6.01
50~100 *	1.92	0.90, 4.12
100~200 **	2.34	1.12, 4.90
200~300 *	2.03	0.89, 4.63
300<	1.00	...
missing **	2.59	1.07, 6.30
Educational level		
no education **	2.30	1.04, 5.07
≤elementary graduate	1.41	0.68, 2.93
≤High-school graduate	1.23	0.60, 2.52
College ≤	1.00	...
Job presence		
with job	1.00	...
without job	1.40	0.79, 2.48

주2> * 은 0.1> P, ** 은 0.05 > P, ***은 0.01> P

더 나아가 일상생활수행능력(ADL)을 묻는 10개 항목에 대해 매우 어렵게 느끼거나 도움이 필요, 또는 전혀 할 수 없다고 1개 이상 답한 사람을 중증의 활동제한자(총 52명: 남 19명, 여 33명)로 간주하고 중증의 활동제한 유병이 사회경제적 계층별로 유의하게 다른지를 살펴보았다. 가구소득에서는 300만원 이상인 집단에 비해 50만원 미만인 가구에서 중증의 활동제한의 오즈는 4.62배 높아, 소득이 낮은 집단에서 더 많은 사람들이 중증의 활동제한을 앓고 있어 소득수준이 중증의 활동제한 유병률과 관련있는 것으로 나타났다. 또한 교육수준에서도 교육을 받지 못한 노인이 대학 졸업 이상 노인보다 중증의 활동제한을 앓게 될 확률이 4.90배 높은 것으로 확인되어 교육 또한 유의한 사회경제적 요인인 것으로 사료된다.

Table 3. Adjusted odds ratios for severe functional limitation(one and more limitation in ADL)

Variable	Adjusted Odds Ratio	95% CI
Age		
Age	1.04	0.99 1.08
Sex		
Male	1.00	...
Female	0.84	0.45 1.60
Family Income (10,000KRW)		
<50 **	4.62	1.05 20.38
50~100	3.37	0.72 15.83
100~200	3.59	0.77 16.68
200~300 *	4.45	0.91 21.85
300<	1.00	...
missing **	7.41	1.49 36.78
Educational level		
no education **	4.90	1.04 23.15
≤elementary graduate	2.19	0.48 9.95
≤High-school graduate	2.71	0.62 11.87
College ≤	1.00	...
Job presence		
with job	1.00	...
without job	2.09	0.71 6.12

주3> * 은 0.1> P, ** 은 0.05 > P, ***은 0.01> P

한편, 조사대상자 중 65세 이상 전체 노인집단과 활동제한을 가진 노인집단의 건강행태 실천과 사회경제적 요인의 연관성을 분석하기 위해, 건강행태를 종속변수로 두고 성별, 연령, 중증도, 단독가구 여부를 통제하고 건강행태와 가구소득, 교육수준, 직업유무와의 관계를 살펴보았다.

건강 노력을 살펴 볼 수 있는 건강 행태의 항목으로 건강노력과 정기적인 건강검진, 운동여부, 흡연, 음주, 불규칙적 식사를 선택하여 사회경제적 계층과의 연관성을 분석하였다. 로지스틱 회귀 분석한 결과, 사회경제적 요인과 통계적으로 유의미한 관련성을 보인 건강행태는 건강노력, 건강검진, 운동여부 등 3가지였다. 이들 건강행태와 사회경제적 요인의 관련성을 살펴보면, 전체 노인 집단에서는 소득과 교육이, 활동제한노인들의 건강행태에는 교육이 유의미한 차이를 가져오는 것으로 드러났다. 특히 전체 노인집단과 활동제한 노인집단에서 건강노력이나 운동여부 등은 활동제

한이 있거나 심각하면 건강행태 실천이 어려운 점, 옆에서 도와주는 가족의 존재가 운동 실천에 유의할 것으로 판단하여 각각 활동제한과 중증의 활동제한을 독립변수에 추가하여 분석한 결과, 건강노력의 오즈비가 대학 재학 이상인 그룹에 비해 학교를 다니지 않은 집단과 초등학교 졸업 이하에서 더 낮게 나타났다. 또한 정기적인 건강검진의 오즈비는 학교를 다니지 않은 집단과 초등학교 졸업 이하에서 대학교 졸업 집단보다 더 낮게 나타났다. 운동의 오즈비는 대학교 재학 이상의 집단에 비해 학교를 다니지 않은 집단에서 유의하게 낮게 나타났다. 사회경제적 수준에 따라 음주, 불규칙적인 식사, 흡연의 오즈비가 통계학적으로 유의하게 차이가 있는 것을 보이지는 않았다. 반면, 직업유무는 건강노력이나 건강검진에서는 유의한 변수가 아니었으나, 전체 노인집단의 운동실천에서는 직업 없는 집단이 직업을 가진 집단보다 유의하게 건강노력을 더 많이 하는 것으로 나타났다.

Table 4. Adjusted odds ratios for Health effort (the total elderly and the disable elderly)

Total Elderly			Disable Elderly		
Variable	Adjusted Odds Ratio	95% CI	Variable	Adjusted Odds Ratio	95% CI
Age			Age		
Age **	0.98	0.96 0.99	Age	1.01	0.96 1.07
Sex			Sex		
Male	1.00	...	Male	1.00	...
Female ***	0.65	0.50 0.84	Female	1.38	0.59 3.24
Family Income (10,000KRW)			Family Income (10,000KRW)		
<50 ***	0.45	0.30 0.67	<50	0.60	0.13 2.90
50~100 ***	0.55	0.37 0.82	50~100	1.15	0.22 5.90
100~200	0.81	0.55 1.19	100~200	2.28	0.44 11.75
200~300 **	0.63	0.41 0.96	200~300	0.95	0.16 5.49
300<	1.00	...	300<	1.00	...
missing **	0.52	0.31 0.87	missing	1.25	0.20 7.88
Educational level			Educational level		
no education ***	0.35	0.21 0.58	no education **	0.14	0.02 0.88
≤ elementary graduate ***	0.53	0.34 0.81	≤ elementary graduate **	0.18	0.03 0.99
≤ High-school graduate ***	0.64	0.42 0.98	≤ High-school graduate	0.64	0.11 3.61
College ≤	1.00	...	College ≤	1.00	...
Job presence			Job presence		
with job	1.00	...	with job	1.00	...
without job	1.19	0.88 1.62	without job	1.76	0.53 5.79
Family			Family		
family	1.00	...	family	1.00	...
nofamily	1.07	0.80 1.43	nofamily	1.53	0.61 3.84
Disable			Severe disable		
not disable	1.00	...	not severe	1.00	...
disable	0.96	0.67 1.37	severe limitation in ADL	0.78	0.36 1.66

주4> * 은 0.1 > P, ** 은 0.05 > P, ***은 0.01 > P

Table 5. Adjusted odds ratios for Check-up (the total elderly and the disable elderly)

Total Elderly			Disable Elderly		
Variable	Adjusted Odds Ratio	95% CI	Variable	Adjusted Odds Ratio	95% CI
Age			Age		
Age ***	0.97	0.95 0.99	Age **	0.94	0.89 0.99
Sex			Sex		
Male	1.00	...	Male	1.00	...
Female	1.03	0.80 1.33	Female	1.48	0.61 3.59
Family Income (10,000KRW)			Family Income (10,000KRW)		
<50 ***	0.52	0.35 0.77	<50	0.47	0.09 2.35
50~100 ***	0.48	0.32 0.70	50~100	0.47	0.09 2.55
100~200 ***	0.51	0.36 0.74	100~200	0.42	0.08 2.23
200~300 ***	0.55	0.36 0.84	200~300	1.24	0.18 8.67
300<	1.00	...	300<	1.00	...
missing ***	0.45	0.27 0.76	missing	0.37	0.05 2.54
Educational level			Educational level		
no education ***	0.25	0.15 0.40	no education **	0.11	0.02 0.77
≤ elementary graduate ***	0.34	0.22 0.52	≤ elementary graduate **	0.16	0.03 0.97
≤ High-school graduate ***	0.51	0.34 0.76	≤ High-school graduate	0.48	0.08 2.90
College ≤	1.00	...	College ≤	1.00	...
Job presence			Job presence		
with job	1.00	...	with job	1.00	...
without job	1.19	0.94 1.70	without job	0.84	0.25 2.86
Family			Family		
family	1.00	...	family	1.00	...
nofamily	0.98	0.74 1.30	nofamily	0.83	0.33 2.10
Disable			Severe disable		
not disable	1.00	...	not severe	1.00	...
disable	0.82	0.53 1.27	severe limitation in ADL **	2.82	1.27 6.26

주4> * 은 0.1> P, ** 은 0.05 > P, ***은 0.01> P

Table 6. Adjusted odds ratios for Exercise (the total elderly and the disable elderly)

Total Elderly			Disable Elderly		
Variable	Adjusted Odds Ratio	95% CI	Variable	Adjusted Odds Ratio	95% CI
Age			Age		
Age ***	0.97	0.95 0.99	Age	0.97	0.91 1.04
Sex			Sex		
Male	1.00	...	Male	1.00	...
Female ***	0.49	0.38 0.63	Female	0.93	0.40 2.19
Family Income (10,000KRW)			Family Income (10,000KRW)		
<50 **	0.61	0.41 0.90	<50	1.87	0.28 12.52
50~100 **	0.63	0.43 0.92	50~100	1.34	0.19 9.57
100~200	0.75	0.53 1.08	100~200	2.10	0.31 14.18
200~300 ***	0.57	0.37 0.86	200~300	1.00	0.12 8.32
300<	1.00	...	300<	1.00	...
missing	0.88	0.52 1.47	missing	4.13	0.46 37.47
Educational level			Educational level		
no education ***	0.24	0.15 0.40	no education **	0.14	0.02 0.79
≤ elementary graduate ***	0.38	0.25 0.58	≤ elementary graduate	0.36	0.08 1.58
≤ High-school graduate ***	0.39	0.26 0.59	≤ High-school graduate	0.93	0.22 4.00
College ≤	1.00	...	College ≤	1.00	...
Job presence			Job presence		
with job	1.00	...	with job	1.00	...
without job ***	1.58	1.17 2.14	without job	1.06	0.32 3.58
Family			Family		
family	1.00	...	family	1.00	...
nofamily	1.12	0.83 1.50	nofamily	1.53	0.58 4.05
Disable			Severe disable		
not disable	1.00	...	not severe	1.00	...
disable	0.74	0.51 1.08	severe limitation in ADL *	0.46	0.20 1.06

주4> * 은 0.1> P, ** 은 0.05 > P, ***은 0.01> P

그 외 건강행태를 살펴보면, 전체 노인집단에서 불규칙한 식사의 오즈비는 소득조사가 안 된 집단(missing)에서만 유의하게 높았다. 흡연은 통계적으로 유의하지는 않지만 교육과 가구소득이 낮은 집단에서 오즈비가 높았으나, 직업이 없는 집단에서는 유의하게 흡연을 적게 하는 것으로 나타났다. 활동제한 노인집단에서는 흡연, 불규칙한 식사의 오즈비는 활동제한 노인의 사회경제적 특

성별로 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 음주는 월평균 가구소득이 300만원 이상인 그룹에 비해 소득수준이 낮은 그룹에서 한 잔 이상 술을 마신 경우의 오즈비가 더 높고 특히 100만원 이상-200만원 미만인 그룹이 유의하게 높은 것으로 확인되었으나, 폭음의 경우에서 유의한 독립변수는 (연령과 성별을 제외하고는) 없었다.

IV. 고찰

본 연구에서는 서울시민보건지표조사 자료를 이용하여 서울시에 거주하는 65세 이상 노인이 경험하고 있는 활동제한이라는 건강문제를 대상으로 건강수준과 관련된 사회경제적 요인과, 활동제한 노인의 건강행태 수준이 사회경제적 요인에 따라 다른지를 분석하였다. 구체적으로 첫째, 교육수준, 가구소득, 직업의 사회계층별로 건강수준의 차이를 활동제한 여부를 통해 파악하고, 둘째, 활동제한 노인의 교육, 가구소득, 직업유무에 따른 주요 건강행태의 차이 존재를 확인하고자 하였다.

전반적인 연구결과는 교육수준, 소득수준에 따라 활동제한 유병에 차이가 존재하는 것으로 나타났다. 중증의 활동제한 유병에서도 유사한 결과를 보였다. 가구소득이 가장 높은 노인인구집단(300만원 이상)에 비해 상대적으로 가구소득이 적은 그룹에서 활동제한, 중증의 활동제한 유병의 오즈비는 더 높게 나타났다. 그러나 300만원 미만의 가구소득 그룹들 간의 활동제한 유병 위험도를 비교해 보면, 50만원-100만원 미만의 노인보다 100만원-200만원 미만, 200만원-300만원 미만에 가서 활동제한 유병의 오즈비가 좀더 높게 나타났다. 또 중증의 활동제한 유병의 오즈비에서도 50만원-100만원 미만에 비해 100만원-200만원 미만, 200만원-300만원 미만의 가구소득을 가진 노인이 더 높게 나타났다. 이 때 중증의 활동제한 유병의 오즈비는 50만원 이상 300만원 미만의 가구그룹들 간에 소득이 높을수록 오즈비가 더 높은 것으로 보이지만, 각 소득그룹별 오즈비가 모두 유의하지는 않았다. 소득수준별로 활동제한 오즈비가 일정한 방향으로 나타나지 않은 이유로 두 가지를 고려해 볼 수 있다. 우선 가구소득 조사에서 결측치가 98건(6.6%)로 결측그룹이 300만원 이상 그룹에 비해 활동제한 및 중증의 활동제한 유병의 오즈비가 유의하게 높게 나타난 바, 결측치가 가구소득수준별 활동제한 오즈비 변화의 방향을 확인하는 데에 장애가 된 것 같다. 다른 한 가지는, 가구소득은 현재 노인이 함께 살고 있는 가구원 모두의 소득을 합한 것으로, 전체 노인 중 직업을 가지고 있는 노인이 18.3%임을 감안할 때, 노인이 과거 어느 시점부터 활동제한을 경험하게 되는 데에(사실 자료에서는 언제부터 활동제한을 앓게 되었는지에 대한 정보는 없다) 현재의 가구소득이 직접적으로 영향을 미쳤을 거라고 예측하기엔 한계가 있다는 것이다. 이는 건강수준과 사회경제적 계층간의 연관성은 과거 많은 연구들을 통해 밝혀졌지만, 이러한 연관성이 어떻게 발생하는지에 대한 설명은 부족하다는 지적과도 관련된다(윤태호 등, 2004). 그러나 분명 가구소득이 가장 높은 집단에 비해 낮은 집단의 활동제한 오즈비는 높게 나타나므로, 사회경제적 요소로서 소득이 노인의 활동제한 유병에 미치는 영향을 정확하게 분석하고자 한다면, 경험하기 이전 및 이후의 일생동안 유동적으로 변화하는 소득에 대해 가구소득 및 가구원 보정 방법, 개인소득, 자산 등에 대한 신뢰성 있는 측정과 자료수집의 선결이 필요하다(최병호, 2004).

가구소득 외에 교육수준이 활동제한 및 중증의 활동제한 유병 오즈비에 유의한 요소로 드러났다. 무학, 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업 이하의 사람들이 대학 졸업 이상(졸업에는 재학, 중퇴 포함)자에 비해 활동제한 및 중증의 활동제한 오즈비가 높게 나타나 교육수준이 낮을수록 활동제한 오즈비는 증가하였다. 그러나 무학인 경우만 대학졸업 이상자에 비해 유의하게 높았으며, 그 외 학력 그룹은 유의하지는 않았다($p < 0.05$). 이러한 결과는, 활동장애와 사회경제적 요인과의 연

관성을 살펴본 다른 연구들의 결과와도 일치한다. Americans' Changing Lives survey 자료를 이용한 연구에서는 교육이 기능 장애의 예방에 큰 역할을 하는 것이라 하였으며(Zimmer, 2003), 중국에서 55세 이상 인구를 대상으로 사회경제적 요소에 따라 수단적 일상생활수행능력과 일상생활수행능력이 시간이 지남에 감소하는 정도가 어떻게 다른지 살펴본 연구 결과에서 교육이 수단적 일상생활수행능력 발생과 강하게 연관이 있는 것으로 드러났다(Beydoun, 2005).

이어 65세 이상 노인집단과 활동제한 노인집단을 대상으로 건강행태가 사회경제적 수준별로 다르게 나타나는지를 살펴본 결과, 65세 이상 노인집단에서는 교육수준 및 소득수준 집단별로, 활동제한 노인집단에서는 교육수준 별로 건강노력, 정기적인 건강검진, 운동실천에 있어 통계적으로 유의한 차이가 존재하는 것으로 확인되었다. 즉 교육과 가구소득이 낮은 집단에서 건강에 유익한 행태가 적은 것으로 나타나 건강행태가 건강에 영향을 미친다는 점을 고려할 때, 사회경제적 계층별로 향후 노인의 건강수준에 차이가 발생할 것으로 예상된다. 분석에서 노인의 고혈압이나 당뇨병 등과 같은 다른 질병유무를 통제하지 않아 앞으로의 건강 격차 발생 가능성을 단정하기에는 한계가 있기도 하다, 그러나 활동제한이 다른 질병에 의해 초래될 수 있고 이 연구결과에서 활동제한이라는 건강문제가 전체 노인집단의 건강행태에 유의한 영향을 미치지 않은 것으로 나타났으므로, 다른 질병유무를 통제하지 않은 것이 동 연구결과에 크게 영향을 미치지 않을 것으로 예상된다. 그러므로 향후 노인의 사회경제적 계층별 건강행태의 차이로 인한 건강 격차의 발생 위험을 간과할 수는 없을 것이라고 사료된다.

한편, 65세 이상 노인집단에서 한 잔 이상 술을 마신 경우에 대해서는 소득수준이 높거나, 교육수준이 높은 집단이 낮은 집단보다 음주를 더하는 것으로 나타나 다른 건강행태들과 상반되는 결과를 보였다. 그러나 한 번에 일정량 이상의 술을 마신 경우(폭음)를 종속변수로 두었을 때, 통계적으로 유의하지는 않지만 소득이나 교육수준이 낮은 집단이 더 폭음을 많이 하는 것으로 나타나 음주라는 행태와 사회경제적 요인의 관계를 살펴볼 때에는 음주량을 고려하는 것이 더 적절한 것으로 판단된다.

건강에 미치는 주요 요인으로 건강행태가 미치는 영향이 크다는 것은 1960~1980년대의 Framingham 연구, Alameda County 연구 등 일련의 대규모 역학조사에서 밝혀져 오고 있으며, 또한 최근의 건강행태실천 수준은 사회경제적 계층에 따라 차이를 보인다는 점이 제시되고 있다(김혜련 2005). 조사대상자 중 전체 노인(65세 이상)집단 및 활동제한 노인집단 뿐 아니라 활동제한이 없는 노인집단을 대상으로 사회경제적 수준에 따른 건강검진, 건강을 위한 노력, 정기적인 운동 실천 차이를 추가 분석한 결과를 요약하면, 전체 노인집단과 활동제한이 없는 노인집단의 건강행태에서는 교육과 소득이, 활동제한 노인집단에서는 교육이 건강행태와 유의한 연관성을 갖는 요소이다. 교육 또는 소득수준이 낮을수록 운동, 건강검진, 건강을 위한 노력이 낮으며, 건강문제를 갖지 않은 노인집단, 건강문제를 가지고 있는 노인집단 모두에게서 여전히 사회경제적 요인(본 연구에서는 교육)에 따라 건강행태의 차이가 존재하여 결국 노인의 사회경제적 계층간 건강 격차는 더 심화될 수 있을 것이라는 가능성을 확인할 수 있었다.

이처럼 노인의 활동제한 문제와 관련된 소득수준과 교육수준 중, 노인의 활동제한을 예방 또는 악화를 방지하기 위한 정책 개발을 위해서는 건강행태의 차이에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인된 교육이 갖는 의미에 대해 관심을 기울일 필요가 있다고 생각한다. 분석자료를 살펴보면, 서울시 65세노인 중 활동제한을 가지고 있는 노인들의 활동제한을 초래하게 한 첫 번째 원인으로 가장 많은 것은 관절염과 류마티스(22.6%), 그 다음으로 많은 것은 고령/노령(21.9%)이었다. 그 외 중풍, 고혈압, 당뇨병과 같은 성인병, 만성질환이 원인인 경우도 22.6%를 차지하였다. 관절염, 노령화, 성인병과 같은 원인들은 비교적 발생 예방이나 악화속도를 관리할 수 있는 질병들이다. 가장

많은 원인 중 하나인 관절염의 예방에는 정상체중 유지, 관절에 무리를 주는 생활습관이나 자세를 삼가고 꾸준히 운동하는 것이 좋다고 일반적으로 알려져 있다. 또한 노령으로 인한 기능저하나 고혈압, 당뇨와 같은 질병 예방에도 젊은 시절에 음주, 흡연을 자제하고 적절한 운동과 규칙적인 식습관, 스트레스 관리 등의 건강 노력이 중요한 요인이다. 그러므로 노인의 활동제한 예방과 관리를 위해서는 활동제한의 원인이 되는 질환의 발생을 막거나 늦추는 것이 선행되어야 하며, 이를 위해서는 보건교육 등을 통해 건강에 유익한 행위를 자발적으로 수행할 수 있도록 개인 및 사회적인 노력이 요구된다. 예를 들어, 자기 자신의 생활을 건강하고 바람직하게 유지 및 개선하는 방향으로 컨트롤하는 개인의 노력과 함께, 이를 지원할 수 있도록 사회적으로는 활동제한 문제를 예방, 관리하는 데에 유익한 정보제공, 노인의 운동이나 활동을 돕는 프로그램 개발, 무료 또는 저렴한 가격에 이용할 수 있는 운동시설이나 공원 등의 인프라 확대방안 등을 모색할 수 있을 것이다. 아울러 활동제한을 앓고 있는 노인들이 의료기관을 외래나 입원하여 이용할 때 노인들에게 활동제한을 개선하기 위한 운동이나 생활습관을 교육하고, 교육수준이 낮아 이해가 어려운 노인에게는 좀 더 쉽게 설명하고, 실천력을 높일 수 있도록 안내해야 할 것이다. 또한 독거노인 등에 방문간호나 가정간호를 제공할 때에도 단순히 서비스나 케어를 제공하는 데에 그치지 않고 노인과 적극적으로 소통하고 스스로 자신의 건강을 위해 노력할 수 있도록 독려하는 세심한 배려가 필요하다. 만일 노인의 활동제한 개선이나 예방을 위해 국가적 또는 지역사회 단위로 특정의 건강증진사업을 시행하고자 한다면, 대개의 건강증진, 질병예방 서비스들이 건강위해 요인이 높고, 정보와 서비스 접근이 낮으면서 서비스의 요구도가 높은 사회계층(교육수준이 낮고 소득수준이 낮은 계층)보다 상위계층에 더 빨리 쉽게 전달된다고 한 Adler 등(1993)의 지적을 염두에 두어 교육수준 또는 소득수준이 낮은 계층에게 효과적으로 신속하게 전달될 수 있는 대안의 모색에 초점을 두어야 할 것이다(김혜련, 2005).

본 연구는 비교적 대표성이 높은 자료를 활용하였으나 대상 노인 인구 수 및 활동제한자의 수가 많지 않아 정확한 인과관계와 미래예측을 하는 데에는 한계가 있다. 또한 활동제한 유무와 중증도, 소득 등 분석대상이 개인 응답 자료에 기초하여 수집된 것으로 사회경제적 계층별 건강 수준 및 건강 행태의 차이를 분석하는 것에는 어느 정도 제한이 존재한다. 또한 단면 조사 자료를 이용한 분석이므로 노인의 활동제한과 사회경제적 계층과의 인과관계 설명에는 한계가 있음을 염두에 두고 연구결과를 이해해야 할 것이다. 한국노동연구원은 2006년부터 우리나라 고령화를 대비한 정책 수립과 평가를 위해 고령자패널조사를 실시하고 있는데, 패널조사를 통해 수집된 종단면 자료가 확보된다면, 시간의 흐름에 따라 변화하는 활동제한을 비롯한 노인 건강과 사회경제적 요소간의 동태적 현상을 파악하고 인과관계를 규명하는 데에 더 많은 유의한 연구결과들을 얻을 수 있으리라 기대된다.

V. 결론

고령사회를 목전에 앞두고 노인인구에서의 장애 증가 요인이 무엇인지를 파악하는 것이 미래의 의료 수요를 예측, 이해하는 데에 필요하다. 이에 노인의 활동제한 유병과 건강격차를 해소하기 위한 사회·경제·문화적 조건들을 함께 변화시켜나가는 방안을 모색하기 위해 65세 이상 노인의 사회경제적 집단별 활동제한과 활동제한 노인의 건강행태를 살펴보았다.

2005년도 서울시민 보건지표 가구조사(제3차) 자료를 활용하여 분석한 결과, 65세 이상 노인의 활동제한 유병이 교육 및 소득 집단별로 다르며, 활동제한을 경험하고 있는 노인의 건강증진 행태가 교육수준에 따라 차별화되는 것으로 드러났다. 또한 노인의 활동장애를 일으키는 첫 번째 요인

으로 관절염/류마티스, 고령, 중풍, 고혈압 등의 만성질환이 활동장애의 주요 요인으로 드러나 노인 활동장애 문제의 예방과 악화 방지에 건강행태가 큰 영향을 미칠 것으로 기대된다. 일반 노인 및 활동제한을 경험하고 있는 노인의 사회경제적 계층별 건강행태 차이를 개선하기 위한 프로그램 및 서비스 개발이 필요하다. 특히 교육수준 또는 교육수준이 낮은 노인에게 건강행태의 실천을 도모하여 사회계층별 차이를 효과적으로 줄일 수 있도록 보건의료뿐 아니라 재가 및 시설서비스 등 다각적인 접근방법의 개발이 요구된다.

또한 상병을 가진 인구집단과 그렇지 않은 집단별로 사회경제적 계층별 건강행태의 차이가 어느 집단에서 더 크게 나타나는지를 살펴보는 것이 필요할 것 같다. 활동제한이 없는 노인집단에서는 소득수준 및 교육수준이 낮을수록 정기적인 운동, 건강검진, 건강노력의 오즈비가 유의하게 낮았다. 그러므로 일률적인 접근법보다는 두 집단의 사회경제적 요인별 건강행태 차이를 파악하고 차이를 효과적으로 줄일 수 있도록 집단별로 유효한 중재 방안을 강구하는 노력이 동시에 이루어져야 할 것이다.

VI. 참고문헌

- 김혜련. 2005. "만성질환 유병과 주관적 건강수준의 사회계층별 차이와 건강행태의 영향-서울시 민을 대상으로". 『보건사회연구』, 25: 3-36.
- 김형수. 1996. "장애노인의 현황 및 특성". 『한국노년학』, 16(2): 162-174.
- 김성희, 고선정. 2004. "장애유형별 장애노인의 특성에 관한 연구". 『한국노년학』, 24(3): 171-195.
- 윤태호, 문옥륜, 이상이, 정백근, 이신재, 김남순, 장원기. 2000. "우리나라의 사회계층별 건강행태의 차이". 『예방의학회지』, 33(4): 469-476.
- 정경배. 2002. "고령화시대의 생산적 복지 정책". 『고령화 시대의 사회정책 장기 발전방안 정책 토론회 자료집』. 한국보건사회연구원 · 한국노동연구원 · 한국여성개발원. 10-47.
- 최병호, 노연홍, 윤병식, 신현웅, 김명희, 김창엽. 2004. 『국민의료의 형평성 분석과 정책과제』. 한국보건사회연구원.
- 통계청. 2005. 『2005 고령자 통계』. 통계청.
- Alder NE, Boyce T, 1993. "Chesney MA, Folkman S, Syme SL. Socioeconomic inequalities in health: no easy solution", JAMA, 269: 3140-3145.
- Anne McMun, Elizabeth Breeze, Alissa Goodman, James Nazroo, and Zoe Oldfield. 2006. "Social determinants of health in older age". in M.Marmot and Richard G. Wilkinson ed. Social Determinants of Health 2nd, 267-296. Oxford university Press
- Berkman CS, Gurland BJ. 1998. "The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons". J Aging Health, 10: 81-98.
- Beydoun MA, Popkin BM. 2005. "The impact of socio-economic factors on functional status decline among community-dwelling older adults in China". Soc Sci Med, 60: 2045-57.
- Coppin AK, Ferrucci L, Lauretani F, et al. 2006. "Low socioeconomic status and Disability in Old age: Evidence from the InChiantistudy for the Medicating role of Physiological impairments". J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 61: 86-91.
- Minkler M, Fuller-Thomson E, M. and Guralnik J. 2006. "Gradient of Disability across the socioeconomic Spectrum in the United States". The New England Journal of Medicine, 355: 695-703.

- von dem Knesebeck O. 2002. "Social Inequality and Health of the Elderly-classical or alternative status indicators?". *Z Gerontol Geriatr*, 35: 224-31.
- Wannamethee SG, Ebrahim S, Papacosta O, and Shaper AG. 2005. "From a postal questionnaire of older men, healthy lifestyle factors reduced the onset of and may have increased recovery from mobility limitation". *J Clin Epidemiol*, 58: 831-40.
- Zimmer Z, and House JS. 2003. "Education, income, and functional limitation transitions among American adults: contrasting onset and progression". *Int J Epidemiol* ,32: 1089-97.
- Zimmer Z, Liu X, Hermalin A, and Chuang YL. 1998. "Educational attainment and transitions in functional status among older Taiwanese". *Demography*, 35: 361-75.