

기능장애 노인의 도우미 유무에 따른 특성 비교

김 정 희 (인하대학교 의과대학 간호학과)

목 차

I. 서론	IV. 결 론
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과 및 논의	영문초록

I. 서 론

노인인구의 증가는 이들 집단에서의 건강문제에 많은 관심을 모았으며 이들의 건강문제는 질병이환 상태 뿐 아니라 기능상태와 스스로 평가하는 측면도 포함하고 있다. 이중에서 기능상태는 다른 인구에서보다 노인집단을 대상으로 할 때 특히 중요시 되는데 60세 이상의 노인이 전체 재가장애인의 44.1%를 차지하였으며 (한국보건사회연구원, 1996), 65세 이상 노인의 51.9%가 일상생활에 필요한 동작 수행에 제한이 있어 도움을 필요로 한다고 보고되어 (김수춘 등, 1995) 기능장애 관리의 중요성을 보여주고 있다.

기능장애는 노인들이 독립적인 일상생활을 해나가는 데 있어 어려움을 초래하므로 적절하게 도움을 받아야 하며 적절한 도움을 받을 수 없을 경우 시설에의 입소가 불가피해 지거나 기본 욕구가 충족이 안된 상태로 가정에서 생활할 수 밖에 없는데 우리나라의 노인요양 시설은 매우 부족하여 장애인들 대부분이 가정에서 지내고 있다고 볼 수 있다. 기능장애 노인을 돌보는 일은 전통적으로 가족에 의해 이루어졌으나 노인의 자녀와의 동거비율은 낮아지는 반면 별거비율은 높아지고

있으며 노인에 대한 가족 내 부양의식의 변화와 기존 여성의 사회 참여로 가족들로부터 노인이 돌봄을 받는 것이 점점 더 어려워지게 되었다 (조기동, 1996; 최성재, 1995).

질병이 있으면서 수단적 일상생활동작 수행과 일상생활동작 수행제한으로 장기요양이 필요한 노인은 재가노인서비스의 대상이 된다 (김수춘 등, 1995). 재가보호는 시설보호보다 비용 면에서 효율적이며 친숙한 환경을 유지함으로써 노인들의 정서적 안정을 도모하는 이점이 있으며 (김수춘 등, 1995) UN이 제시한 노인생활의 삶의 질을 증진시키기 위한 원칙 중 하나인 "노인은 본인의 집에서 가능한 오래 살 수 있도록 해야 한다"와도 일치하고 있다 (UN, 1998).

현재 우리나라에서 지역사회에 거주하는 노인을 위해 제도화되어 있는 서비스, 즉 재가노인서비스는 서비스의 범위와 장소에 따라 여러 의미로 사용되기도 하는데, 수용시설이 아닌 지역사회 내에 살고 있는 재가노인이나 이들 노인을 돌보아 주는 부양자에게 필요한 서비스를 제공하는데 직접 가정에 제공하거나 지역사회의 시설을 이용하여 제공함으로써 노인이 가정에 계속 머물면서 일상생활을 영위할 수 있도록 도와주는

사업으로 정의된다(고양곤, 1997). 재가노인복지사업은 노인에 대한 시설보호중심에서 가정에 있는 노인에 대한 보호와 지원으로 전환할 필요성을 인식하고 1987년 가정봉사원 파견사업의 시범실시를 시작으로 1993년 노인복지법 개정시 재가노인복지를 명시하면서 현재까지 이어져와 서비스를 제도화시키고 확대시키는데 이르고 있다(보건복지부, 1998; 이해원, 1998; 최성재, 1997).

재가노인복지사업의 목적은 "정신적, 신체적인 이유로 혼자서 일상생활을 수행하기에 불편이 있는 노인 가정에 대하여 필요한 각종 서비스를 제공함으로써 지역사회 내에서 가족 및 친지와 더불어 건전하고 안정된 생활을 영위할 수 있도록 하고 가족의 수발부담을 덜어주도록 함"이다. 사업대상은 무료인 경우는 65세 이상 생활보호대상 노인이며 실비는 저소득가구의 65세 이상 노인으로 하고 있으며 기타 60세 이상 일반 노인은 유료사업의 대상이 되고 있다. 사업의 내용으로는 가정봉사원 파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업으로 구성되어 있으며, 가정봉사원 파견 사업에는 가정봉사에 관한 사항으로 가사지원서비스, 개인활동서비스, 우애서비스가 포함되며 상담 및 교육에 관한 사항, 노인결연에 관한 사항이 있다(보건복지부, 1998).

본 연구에서 도우미라 함은 돌보아 주는, 또는 수발해 주는 사람을 지칭하며 가족 또는 친구와 이웃, 가정봉사원 등이 될 수 있는데 이들의 서비스는 기능장애를 가진 노인이 오랜 기간 생활해 온 지역사회에서 지속적인 삶을 영위하는데 필수적이다. 연구목적은 시설이 아닌 지역사회에 거주하는 노인들 중 활동장애로 인해 도움이 필요한 상황에서 실제 도우미가 있는 집과 없는 집단간의 여러 특성을 비교하여 도와줄 사람이 없는 취약한 장애노인의 특성을 파악하여 재가노인을 돌보는 정책수립의 자료로 제공하고자 한다.

II. 연구방법

1. 자료

본 연구는 1994년 한국보건사회연구원에서 만 60세 이상 노인을 대상으로 한 "노인생활실태조사"(이가족

등, 1994)의 자료를 이용하여 이차분석을 수행하였다. 실태조사에서는 1990년 우리나라 총인구조사의 조사구별 단위를 근거로 6대 시, 기타 시, 군별 기본표본조사구 수에 비례하여 총 100개의 표본조사구를 계통추출하였는데 자료수집 상의 애로점으로 인하여 제주도에서 표출된 2개 조사구를 제외하여 98개의 표본조사구가 선정되었다. 이에 더하여 1990년 총인구조사 이후 1994년 4월 30일까지의 제주도를 제외한 전국의 신축아파트 가구를 6대 시, 기타 시, 군부로 분류하여 8개의 조사구가 선정되었다. 선정된 106개 표본조사구에 만 60세 이상 노인이 1명이라도 있는 노인가구가 1874가구(2427명의 노인)였으며 이중 실제 조사된 가구는 1601가구로 2058명의 노인이 포함되어 인구단위로 할 때 조사완료율은 84.8%였다. 자료수집은 사전 훈련을 받은 조사원이 구조화된 조사표를 사용하여 가구방문 면접을 통해 이루어졌다. 본 연구에서는 기능장애를 가진 노인을 대상으로 하므로 기능장애가 없는 노인과 대리면접으로 인해 노인 스스로 평가한 건강상태를 얻을 수 없는 경우를 제외한 926명의 노인이 실제 분석에 포함되었다.

2. 측정변수

도우미 유무는 해당 항목의 수행에 다른 사람의 도움 없이는 약간이라도 어려운 경우에 도와주는 사람이 있는지의 여부에 대한 응답으로 하였다.

연령은 60-74세의 전기노인군과 75세 이상의 후기노인군으로 분류하였다.

동거자녀수는 대상노인과 면접시점에서 1개월 이상 함께 살고 있는 자녀수로 측정하였다. 따로 살고 있는 자녀 중 필요할 때 집까지 2-3시간 이내에 바로 와줄 수 있는 사람의 수를 올 수 있는 자녀수로 하였다.

경제상태는 생활하면서 느끼는 경제적 어려움의 정도로 평가하였는데 (1) 매우 어렵다, (2) 약간 어렵다, (3) 그저 그렇다, (4) 그다지 어렵지 않다, (5) 전혀 어렵지 않다고 분류되었다.

일반적인 건강상태의 평가는 자신의 건강상태 평가 및 같은 연령층의 다른 사람과 비교한 동년배 비교 평가로서 (1) 매우 좋음, (2) 좋은 편임, (3) 보통, (4) 약간 나쁨, (5) 아주 나쁨으로 분류되었다.

신체기능으로는 보조기를 사용하지 않은 상태에서의 시력, 청력, 씹기 및 걷기상태를 다섯 등급으로 평가하였다: (1) 매우 좋음, (2) 좋은 편임, (3) 보통, (4) 나쁜 편임, (5) 아주 나쁨.

일상생활동작(activities of daily living, ADL)은 목욕, 옷 갈아입기, 식사하기, 잠자리에서 일어나기와 의자에 앉기, 외출(밖에 나가기), 화장실 용변의 여섯 가지 동작을 포함하고 있다. 수단적 일상생활동작(instrumental activities of daily living, IADL)은 일상용품이나 약 사라나가기, 버스나 전철을 혼자 타기, 청소나 가벼운 집안일 하기의 세 가지 동작으로 구성되어 있다. ADL과 IADL의 각 항목은 수행하는데 있어서 어려움의 정도에 따라 1(전혀 어렵지 않다), 2(약간 어렵다), 3(매우 어렵다), 4(전혀 할 수 없다)로 분류되었다. 각 항목별 점수를 합하여 각각 ADL과 IADL의 점수로 하여 점수가 많으면 장애정도가 심하다는 것을 나타낸다.

생활만족도는 LSIA에서 선정한 12개의 항목으로 6개의 긍정적 항목과 6개의 부정적 항목으로 구성되어 있으며 불만족을 나타내면 0점, 중립을 나타내면 1점("그저 그렇다"와 "모르겠다"), 만족을 나타내면 2점이 할당되었다. 점수의 범위는 0-12점으로 점수가 높으면 만족도가 높다. 12개의 항목에 무응답이 있는 경우는 제외하였으며 총점을 구하여 이용하였다.

우울은 일본에서 개발된 척도(CES-D)를 사용하였으며 2개의 긍정적 태도와 9개의 부정적 태도로 구성되어 있고 "모르겠다"를 제외하고 0점(우울반응 없음), 1점(그저 그렇다), 2점(우울반응이 있음)을 할당하였다. 무응답이 적지 않았으므로 무응답이 있는 경우는 응답한 항목들의 평균치를 산정하여 우울점수로 하였으며 점수가 높으면 우울도가 높음을 의미한다.

3. 분석방법

ADL에 포함된 동작 중에서 어느 한 항목에서라도 장애가 있는 노인 중 이를 도와줄 사람이 있는 군과 없는 군으로 분류하여 빈도와 백분율을 산출하였으며 변수의 측정수준에 따라 t검정과 χ^2 검정으로 집단간의 각 특성의 차이를 비교하였다. IADL 장애가 있는 노인들에서의 도우미 유무 집단간의 차이도 위와 같은

방법으로 검정하였다. 이상의 검정결과 차이가 있다고 판정된 변수를 함께 모델에 포함시킬 경우 변수의 수가 많아 손실값을 가진 대상자의 탈락으로 많은 수가 분석에서 제외될 가능성이 있다. 따라서 정서상태를 제외하고 일반적 특성, 가족과 친구 및 이웃접촉, 건강특성의 세 가지 예측변수의 유형별로 다단계 로지스틱회귀분석(stepwise logistic regression analysis)을 하였으며 유의성을 보인 변수를 각 단계에서 선정하여 이들을 모두 포함하는 통합적인 로지스틱회귀모형을 검정하였다. 통합적인 모형에서 유의하지 않은 변수를 제외한 모형의 최종 결과를 사용하였다. 이 과정에서 ADL, IADL 장애노인들에서의 도우미 유무별로 분석하였다. 자료분석에는 PC용 SAS를 사용하였으며 통계적 유의수준은(α) 5%로 하였다.

III. 연구결과 및 논의

1. 기능장애

ADL 장애가 있는 노인은 563명이었으며 IADL 장애가 있는 노인은 860명으로 이 중 517명은 ADL과 IADL의 장애를 모두 가지고 있었다. IADL 장애만 있는 노인은 343명이었으며 46명은 ADL 장애만 있었다. ADL 장애가 있는 노인들에서 도우미가 없는 비율은 47.8%(269명)였고 IADL 장애노인들에서는 26.2%(225명)로 조유향 등의(1988) 일부 도시지역 노인가구를 대상으로한 조사결과인 9.3%보다 훨씬 높은데 조유향 등의 연구에서는 독거노인이 제외되어 가족과 함께 살고 있는 노인가족의 응답에 기초한 것이 주요 원인이라고 본다.

ADL과 IADL의 각 항목별 장애정도를 도우미 유무에 따라 분석한 결과가 <표1>에 제시되었다. ADL과 IADL에 속하는 모든 항목에서 도우미가 있는 군의 평균 장애정도는 도우미가 없는 군의 평균 장애정도보다 유의하게 높았다. 기능수행을 전혀 할 수 없다고 한 노인의 비율도 ADL과 IADL의 모든 항목에서 도우미가 있는 군에서 비율이 훨씬 높았다. 한편 도우미가 없는 경우 기능을 전혀 수행할 수 없는 노인이 보고된 항목은 ADL의 경우 외출하기(6명), 목욕하기(1명) 그리고 거동하기(1명)였고, IADL의 경우는 전화걸기(62

〈표1〉 기능장애의 분포

기능장애항목	도우미				t 값**
	있다		없다		
	N1 (N2)	Mean	N1 (N2)	Mean	
〈ADL〉	No=294		No=269		
목욕하기	241 (75)	2.6	112 (1)	1.5	14.30
옷입기	149 (37)	1.9	39 (0)	1.2	10.76
식사하기	89 (19)	1.5	18 (0)	1.1	7.75
거동하기	154 (23)	1.8	89 (1)	1.4	6.78
외출하기	272 (87)	2.8	235 (6)	2.1	11.11
화장실용변보기	154 (35)	1.9	62 (0)	1.3	9.38
〈IADL〉	No=635		No=225		
물건사러나가기	374 (156)	2.2	134 (4)	1.8	6.79
전화걸기	504 (365)	3.0	105 (62)	2.0	10.32
교통이용하기 [♪]	474 (180)	2.5	171 (10)	2.0	7.30
가벼운집안일하기	318 (102)	2.0	91 (5)	1.5	7.11

♪ : 버스나 전철을 혼자서 이용하기. ** : 모든 항목의 t값이 p = .000
 N1 : 해당 항목에 장애가 있는 경우 N2 : 해당 항목을 전혀 할 수 없는 경우 No : 어느 한 항목이라도 기능장애가 있는 경우

명), 교통이용하기(10명), 가벼운 집안일하기(5명), 그리고 물건사러 나가기(4명)였다.

도우미가 있는 군에서 장애정도는 ADL의 경우, 외출하기(2.8)와 목욕하기(2.6)에서 가장 높았고 IADL의 경우는 전화걸기(3.0)와 교통이용하기(2.5)가 가장 높았다. 도우미가 없는 군에서는 ADL의 경우 외출하기(2.1), IADL의 경우 전화걸기(2.0)와 교통이용하기(2.0)의 장애정도가 가장 높았는데 이 동작들의 평균치는 "약간 어렵다"를 나타내고 있었다.

이상의 결과에서 ADL의 장애보다 IADL의 장애 비율과 장애정도가 더 높았는데 이는 ADL장애는 IADL장애에서 더 진행된 심한 상태이므로 ADL장애시 대부분이 IADL장애도 함께 있기 때문일 것이다. ADL과 IADL의 장애 모두에서 그 정도가 심한 경우 도우미가 있는 경향을 보여 주고 있다. 특히 IADL 항목에서 전화걸기를 전혀 할 수 없는 경우에 도와줄 사람이 없는 경우는 59%로 나타났는데 전화걸기는 전화가 많이 사용되지 않았던 생활에서는 기능장애가 없어도 전화를 사용하는 기술을 익히지 못했기 때문에 수행할 수 없는 경우가 있다. 본 연구는 노인을 대상으로 하였으며

전화사용율이 낮은 농촌지역도 포함하고 있으므로 실제 전화를 걸 수 없다는 노인 중에는 전화사용법을 익히지 못한 노인도 있을 것으로 추측되며 그 결과 장애 비율이 특히 높았다고 본다.

도우미가 있는 경우 도와주는 사람에 대한 복수응답 형태에서 ADL 장애인들에서는 장남·며느리(37.8%), 배우자(33.7%), 그 외 아들과 며느리(19.4%), 손자녀와 배우자(17.3%), 딸·사위(13.9%), 친구·이웃(9.9%) 순이었으며 가정봉사원이나 간병인으로 응답한 사람은 2명(0.7%)에 불과하였다. IADL 장애인들에서의 도우미로는 장남·며느리(39.8%), 배우자(28.5%), 손자녀와 배우자(26.8%), 그 외 아들과 며느리(16.5%), 친구·이웃(14.2%), 딸·사위(9.6%)순이었으며 가정봉사원과 간병인은 2명(0.3%)의 노인에서만 제시되었다. 이들 ADL 장애인과 IADL 장애인에서의 도우미의 순위는 비슷하였으며 주로 가족이 도우미역할을 하는 것으로 나타났고 장남·며느리와 배우자가 도우미 인력 중 가장 많은 비율을 차지하였다. 한편, 가정봉사원과 간병인은 거의 없어 우리나라에서의 공식적인 도우미의 역할이 전체 장애인들의 수발에 극히

〈표2〉 연령, 성, 교육수준, 결혼상태 분포

구 분	ADL 도우미		t, χ^2 값	p 값	IADL 도우미		t, χ^2 값	p 값
	있 다 No (%)	없 다 No (%)			있 다 No (%)	없 다 No (%)		
〈연령〉 60-74세 75세이상 계	143 (48.6) 151 (51.4) 294	200 (74.3) 69 (25.7) 269	37.9	.001	370 (58.3) 265 (41.7) 635	177 (78.7) 48 (21.3) 225	29.9	.001
〈성〉 남성 여성 계	94 (32.0) 200 (68.0) 294	86 (32.0) 183 (68.0) 269	.0	1.0	156 (24.6) 479 (75.4) 635	64 (28.4) 161 (71.6) 225	1.1	.291
〈결혼상태〉 유배우 사별 기타 계	126 (42.8) 164 (55.8) 4 (1.4) 294	134 (49.8) 129 (48.0) 6 (2.2) 269	3.7	.155	257 (40.5) 372 (58.6) 6 (9.4) 635	103 (45.8) 117 (52.0) 5 (2.2) 225	4.5	.105
〈교육수준〉 글자모름 글자해독 서당, 초중퇴졸 중중퇴이상 계	151 (51.4) 71 (24.2) 55 (18.7) 17 (5.7) 294	121 (45.0) 67 (24.9) 66 (24.5) 15 (5.6) 269	3.4	.328	397 (62.5) 130 (20.5) 87 (13.7) 21 (3.3) 635	102 (45.4) 64 (28.4) 46 (20.4) 13 (5.8) 225	20.59	.001

미미함을 보여주었다.

2. 사회인구학적 특성

사회인구학적 특성으로 도우미 유무 군간의 연령, 성, 결혼상태, 교육수준, 종교, 거주지, 경제수준을 비교하였다 〈표2〉, 〈표3〉.

ADL 도우미가 있는 군에서 60-74세의 전기노인의 비율은 48.6%였으나 도우미가 없는 군에서는 74.3%로 도우미가 있는 군보다 훨씬 높았다. IADL 장애의 경우 도우미가 있는 군에서 전기노인의 비율은 58.3%였으며 없는 군에서는 78.7%로 ADL 장애의 경우와 마찬가지로 도우미가 없는 군에서 전기노인의 비율이 훨씬 높았다.

도우미 유무 집단간의 남녀별, 결혼상태별 분포의 차이는 ADL 장애인들과 IADL 장애인들에서 모두

유의하지 않았다.

교육정도별로는 ADL 도우미 유무 군간에는 유의하지 않았으나 IADL 도우미가 있는 군에서 글자를 모르는 비율은 62.5%, 서당이나 초등학교 중퇴이상은 17%였으나 도우미가 없는 군에서는 각각 45.3%와 26.2%로 도우미가 있는 군보다 교육수준이 더 높았다. 이는 교육수준이 기능장애 정도에 연령과 만성질환을 통제한 상태에서 직접효과를 보인 결과에 비추어 (김정희, 1996) 교육수준이 낮은 노인에서 장애정도가 더 심하기 때문에 도우미가 있을 비율이 교육수준이 높은 노인들 보다 더 높게 나타났다고 생각된다.

종교와 도시·농촌 거주지의 분포는 ADL 장애인들과 IADL 장애인들 모두에서 도우미 유무 군간에 유의한 차이가 없었다.

한편, 이상의 결과를 전국의 60세 이상 저소득층 노인을 대상으로한 박재간 등(1996)의 보고와 비교해보

〈표3〉 종교, 거주지, 경제수준 분포

	ADL 도우미		t, χ^2 값	p 값	IADL 도우미		t, χ^2 값	p 값
	있다 No (%)	없다 No (%)			있다 No (%)	없다 No (%)		
〈종교〉								
불교	76 (25.8)	89 (33.1)	4.874	.301	190 (29.9)	60 (26.7)	3.685	.450
기독교	41 (14.0)	41 (15.2)			93 (14.7)	43 (19.1)		
천주교	22 (7.5)	19 (7.1)			45 (7.1)	12 (5.3)		
기 타	8 (2.7)	8 (3.0)			11 (1.7)	5 (2.2)		
없 음	147 (50.0)	112 (41.6)			296 (46.6)	105 (46.7)		
계	294	269			635	225		
〈거주지〉								
도시	100 (34.0)	78 (29.0)	1.412	.235	185 (29.1)	54 (24.0)	1.934	.164
농촌	194 (66.0)	191 (71.0)			450 (70.9)	171 (76.0)		
계	294	269			635	225		
〈경제상태평가〉								
매우어렵다	58 (27.2)	104 (36.7)	13.884	.008	159 (30.2)	99 (45.4)	17.631	.001
약간어렵다	69 (32.4)	80 (30.5)			166 (31.4)	62 (28.4)		
그저 그렇다	45 (21.1)	52 (19.8)			119 (22.5)	33 (15.2)		
그다지 어렵지 않다	33 (15.5)	18 (6.9)			65 (12.3)	19 (8.7)		
전혀어렵지 않다	8 (3.8)	8 (3.1)			19 (3.6)	5 (2.3)		
계	213	262			528	218		

면 후자의 연구에서는 병으로 고통을 받을 경우 수발을 들어줄 사람이 없다고 한 경우가 여자노인에서 9%, 남자노인에서 2.7%, 배우자가 있는 경우 2.2%, 배우자가 없는 경우 8.4%로 여자노인과 배우자가 없는 경우에 도우미가 없을 가능성이 훨씬 높게 나타났다. 또한, 무학의 경우 수발자가 없다는 비율이 7.4%, 중학교 이상의 경우 5.3%로 고학력자에서 수발을 받는 비율이 높게 나타난 것은 본 연구결과와는 상반되며 본 연구에서 실제 수발자가 없는 비율이 훨씬 더 높았다. 수발자가 없다는 경우가 대도시 거주 노인에서 8.9%, 농어촌 거주 노인은 1.8%로 거주지간에 현저한 차이를 보여 본 연구에서 유의하지 않았던 결과와 차이가 있었다. 이러한 두 연구결과가 차이를 보인 것은 본 연구는 실제 수발자가 필요한 상황에서의 결과인데 비해 박재간 등의 연구는 설정된 상황에서의 반응이므로 가정과 실제 간의 차이로 인해 다른 결과가 나왔을 것으로 짐작할 수 있으며 이는 기능장애가 없는 상태에서 기능

장애를 가정하고 노인들의 돌봄을 받는 것에 대한 예측은 실제와 크게 다를 수 있다는 것을 암시한다고 볼 수 있다. 또다른 설명으로는 노인들의 수발관련 예측은 수발을 받는 초기의 상황에 적합할 수 있지만 시간이 흘러, 장애가 진행됨에 따라 지속적인 도움을 장시간 필요로 할 때 수발상태에 변화가 일어나는 것으로 볼 수도 있다. 이러한 가설은 장기추조사를 통해 기능장애의 진행과정에 따라 수발이 어떻게 달라지는지에 대한 연구를 통해 알 수 있을 것이다.

현재의 경제상태평가로는 ADL 도우미가 없는 군에서 있는 군보다 매우 어렵다고 한 비율이 훨씬 높았으며 (36.7% 대 27.2%) 그다지 어렵지 않다고 한 비율은 훨씬 낮았다 (6.9% 대 15.5%). IADL 도우미가 없는 군에서 있는 군보다 현재의 경제상태가 매우 어렵다고 평가한 비율이 훨씬 높았으며 (45.4% 대 30.2%) 그저 그렇다 (15.2% 대 22.5%), 그다지 어렵지 않다 (8.7% 대 12.3%) 비율은 도우미가 있는

〈표4〉 자녀와 손자녀 접촉 분포

	ADL 도우미		t, z2값	p 값	IADL 도우미		t, z2값	p 값
	있 다 No (%)	없 다 No (%)			있 다 No (%)	없 다 No (%)		
동거자녀수평균	.64	.46	3.52	.0005	.67	.39	5.92	.000
울수있는자녀수평균	2.84	3.19	-1.991	.047	2.96	2.99	.15	.879
〈자녀방문〉 거의매일								
주1회이상	19 (9.6)	16 (6.4)			41 (8.3)	12 (5.8)		
월1회이상	28 (14.2)	39 (15.5)			76 (15.4)	28 (13.7)		
년4회-1회이하	49 (24.9)	72 (28.6)	5.242	.263	111 (22.4)	65 (31.7)	7.70	.103
특별한경우에만, 전혀만나지않음	90 (45.7)	118 (47.1)			254 (51.3)	97 (47.3)		
계	11 (5.6)	6 (2.4)			13 (2.6)	3 (1.5)		
계	197	251			495	205		
〈자녀연락〉								
하루1회이상	28 (14.2)	24 (9.6)			53 (10.6)	14 (6.8)		
주1회이상	73 (37.1)	106 (42.2)			190 (38.5)	85 (41.5)		
월1회	56 (28.4)	72 (28.6)	3.028	.553	149 (30.2)	66 (32.2)	11.30	.023
3개월1회이상	26 (13.2)	34 (13.6)			79 (16.0)	21 (10.2)		
전혀없음	14 (7.1)	15 (6.0)			23 (4.7)	19 (9.3)		
계	197	251			494	205		
비동거손자녀수평균	12.02	9.16	4.01	.000	10.88	8.81	4.0	.000
〈손자녀방문〉 거의매일								
주1회이상	7 (3.6)	8 (3.3)			25 (5.1)	4 (2.0)		
월1회이상	29 (14.8)	23 (9.4)			63 (12.7)	18 (9.1)		
년4회-1회이하	37 (19.0)	36 (14.6)	14.83	.005	66 (13.4)	33 (16.6)	6.19	.186
특별한경우에만, 전혀만나지않음	100 (51.3)	167 (67.8)			311 (63.1)	133 (66.8)		
계	22 (11.3)	12 (4.9)			28 (5.7)	11 (5.5)		
계	195	246			493	199		
〈손자녀연락〉								
하루1회이상	9 (4.6)	8 (3.3)			17 (3.5)	4 (2.0)		
주1회이상	34 (17.4)	29 (11.8)			70 (14.2)	21 (10.6)		
월1회	34 (17.4)	63 (25.6)	6.44	.169	97 (19.6)	43 (21.6)	10.16	.038
3개월에 1회	44 (22.6)	51 (20.7)			134 (27.2)	39 (19.6)		
전혀없음	74 (38.0)	95 (38.6)			175 (35.5)	92 (46.2)		
계	195	246			493	199		

군보다 더 낮았다. 이러한 결과는 ADL 장애인들과 IADL 장애인들 모두에서 도우미가 없는 경우 있는 경우보다 경제상태가 더 나쁘다고 느끼는 비율이 컸음을 보여준다.

서울시 가정도우미서비스는 65세 이상 생활보호대상 노인과 저소득 노인 및 노인가정을 수발할 수 있는데 저소득층 노인의 파악이 어려워 수혜노인 선정의 어려

움을 지적인 바 있다 (조기동, 1996). 본 연구에서 분석된 자가평가 경제상태와 도우미 유무와의 관계에 대한 결과에 기초하여 지불능력이 없는 저소득 노인에게 가정봉사원 서비스 공급은 중요하며 이러한 집단의 노인을 쉽게 파악할 수 있는 방안의 모색이 필요하다고 본다.

〈표5〉 친척과 친구·이웃의 접촉 분포

	ADL 도우미		t, χ^2 값	p 값	IADL 도우미		t, χ^2 값	p 값
	있 다 No (%)	없 다 No (%)			있 다 No (%)	없 다 No (%)		
〈친척방문〉								
거의매일	20 (9.6)	36 (14.2)	2.76	.599	71 (13.6)	41 (19.5)	7.91	.095
주1회이상	14 (6.7)	14 (5.5)			39 (7.5)	13 (6.2)		
월1회이상	12 (5.7)	17 (6.7)			25 (4.8)	16 (7.6)		
년4회-1회이하	51 (24.4)	60 (23.6)			130 (24.9)	41 (19.5)		
특별한경우에만, 전혀만나지않음	112 (53.6)	127 (50.0)			257 (49.2)	99 (47.2)		
계	209	254			522	210		
〈친척연락〉								
하루1회이상	3 (1.4)	4 (1.6)	4.73	.316	7 (1.3)	2 (1.0)	9.82	.043
주1회이상	6 (2.8)	17 (6.7)			20 (3.8)	18 (8.6)		
월1회	30 (14.4)	27 (10.6)			60 (11.5)	28 (13.3)		
3개월1회	57 (27.3)	71 (28.1)			148 (28.4)	45 (21.4)		
전혀없음	113 (54.1)	134 (53.0)			286 (54.8)	117 (55.7)		
계	209	253			521	210		
〈친구,이웃방문〉								
거의매일	103 (48.1)	185 (70.6)	27.02	.001	335 (63.2)	168 (77.1)	17.45	.002
주1회이상	53 (24.8)	42 (16.0)			100 (18.9)	24 (11.0)		
월1회이상	15 (7.0)	13 (5.0)			33 (6.2)	7 (3.2)		
년4회-1회이하	7 (3.3)	4 (1.5)			11 (2.1)	0 (.0)		
특별한경우에만, 전혀만나지않음	36 (16.8)	18 (6.9)			51 (9.6)	19 (8.7)		
계	214	262			530	218		
〈친구,이웃연락〉								
하루1회이상	10 (4.7)	27 (10.3)	11.39	.022	22 (4.2)	16 (7.3)	15.92	.003
주1회이상	27 (12.7)	52 (19.9)			62 (11.7)	45 (20.6)		
월1회	22 (10.3)	20 (7.7)			44 (8.3)	19 (8.7)		
3개월1회	12 (5.6)	11 (4.2)			22 (4.2)	11 (5.1)		
전혀없음	142 (66.7)	151 (57.9)			378 (71.6)	127 (58.3)		
계	213	261			528	218		

3. 가족과 친구, 이웃 접촉

자녀수, 손자녀수, 자녀와 손자녀 및 친척과 친구·이웃의 접촉 빈도를 장애유형별로 도우미 유무 군간에 비교하였다 〈표4〉, 〈표5〉.

평균 동거자녀수는 ADL 장애인들과 IADL 장애인들 모두에서 1명이 안되었으며 도우미가 있는 군에서 도우미가 없는 군보다 더 많았다 (ADL: .64 대 .46 ; IADL: .67 대 .39). 필요할 때 2-3시간 내에 바로 와 줄 수 있는 자녀수는 ADL 도우미가 없는 노인들에서 평균 3.19명으로 도우미가 있는 군의 2.84명보

다 더 많았다. IADL 장애인들에서는 도우미 유무 군간에 올 수 있는 자녀수에 있어 유의한 차이가 없었다.

두 기능장애 형태 모두에서 도우미가 있는 경우 동거 자녀수가 많았던 것은 노인의 수발에 대한 동거자녀의 역할의 중요성을 보여주고 있으며 자녀와의 동거가 줄어드는 현재의 추세에 대비하여 이들 자녀의 역할을 지속시키거나 보완하는 방법을 고안하여야 할 것이다.

따로 사는 자녀와의 접촉을 방문과 편지나 전화 등을 통한 연락으로 구분하였을 때 방문의 경우는 ADL 장애인들과 IADL 장애인들 모두에서 도우미 유무 군간에 유의한 차이가 없었다. 한편, 연락의 경우는 도

우미 유무 구간 비교에서 ADL 장애인들에서는 유의한 차이가 없었다. ADL 도우미가 없는 경우 도우미가 있는 경우보다 필요할 때 바로 와 줄 수 있는 자녀수가 더 많았던 것은 이러한 자녀들이 도우미의 대체역할을 어느 정도 하는 것으로 추측할 수 있겠으나 따르는 자녀들의 실제적인 접촉과 연락에서 ADL 도우미 유무 구간에 유의한 차이가 없어 이러한 추측은 뒷받침되지 못했다.

IADL 장애인들에서는 도우미가 있는 군에서 따르는 자녀와의 연락이 하루 1회이상 비율과 (10.6% 대 6.8%) 3개월에 1회 이상 연락비율이 (16.0% 대 10.2%) 더 높았고 전혀 연락이 없는 경우는 도우미가 없는 군에서 더 높았다 (9.3% 대 4.7%). 이는 연락으로 표현될 수 있는 별거자녀의 관심이 IADL장애시 도움을 받는 것과 관련됨을 보여주고 있다.

같이 동거하지 않는 손자녀수의 평균은 ADL장애인들과 IADL장애인들 모두에서 도우미가 있는 군이 없는 군보다 더 많았다 (ADL: 12.02 대 9.16 ; IADL: 10.88 대 8.81). 손자녀 방문빈도의 도우미 유무 구간 비교에서는 ADL 장애인들에서만 유의한 차이를 보였는데 주1회 이상과 (14.8% 대 9.4%) 월 1회 이상(19.0% 대 14.6%), 특별한 경우에만 만나거나 전혀 만나지 않는 경우는 도우미가 있는 군에서 (11.3% 대 4.9%) 비율이 더 높았다. 이런 결과는 앞에서 제시한 손자녀의 노인수발 역할을 어느 정도 뒷받침하고 있으며 손자녀가 도우미를 지지해주는 경우도 생각해 볼 수 있겠다. 동거가족이 수발할 경우 부양자는 과중한 부담을 가질 수 있으며 (김태현 등, 1997) 미국의 노부모를 부양하는 성인자녀의 조사에서 노부모가 비교적 건강한 경우 건강이 좋지 않은 경우보다 부양자들이 부양상황에 더 긍정적인 반응을 보이고 노부모와 더 친밀한 것으로 나타나 (이형실, 1992) 장애정도가 심하여 비공식적인 도우미에 의한 보살핌을 받고 있는 경우 돌봄의 과정에서 발생하는 부담이나 긴장, 갈등을 예방하거나 대처할 필요가 있는 상황에서 손자녀 방문빈도는 장애노인이 동거하는 자녀로부터 돌봄을 받을 경우 손자녀가 노인의 자녀인 그들의 부모에게 신체적, 심리적으로 지지해 주는 역할을 할 수 있으리라고 본다.

손자녀 연락빈도는 IADL 장애인들에서만 도우미유

무구간의 차이가 유의하게 나타났다. 도우미가 있는 군에서 하루 1회이상 (3.5% 대 2.0%), 주 1회이상 (14.2% 대 10.6%), 3개월에 1회(27.2% 대 19.6%) 손자녀와 연락을 하는 비율이 높았으며 전혀 연락이 없는 경우는 도우미가 없는 군에서 더 높았다 (46.2% 대 35.5%).

친척방문의 빈도는 ADL 장애인들과 IADL 장애인들 모두에서 도우미 유무 구간에 유의한 차이가 없었다. 친척연락의 빈도는 IADL 장애인들에서만 도우미 유무 구간에 유의한 차이를 보였는데 도우미가 없는 군에서 주 1회이상 연락하는 비율이 더 높았으며 (8.6% 대 3.8%) 3개월에 1회 연락하는 비율은 도우미가 있는 군에서 더 높아 (28.4% 대 21.4%) 도우미가 없는 경우 친척연락 빈도가 조금 더 빈번한 경향이었다.

친구·이웃접촉의 경우는 ADL 장애인들과 IADL 장애인들 모두에서 도우미 유무 구간에 유의한 차이가 있었다. 친구나 이웃이 거의 매일 방문하는 비율은 ADL 도우미가 없는 군에서 훨씬 더 높았으며 (70.6% 대 48.1%) 특별한 경우에만 만나거나 전혀 만나지 않는 경우는 도우미가 있는 군에서 더 높았다 (16.8% 대 6.9%). IADL 장애인들에서도 친구나 이웃이 거의 매일 방문하는 비율이 도우미가 없는 군에서 있는 군보다 더 높아 (77.1% 대 63.2%) ADL 장애인들에서와 유사한 결과를 보였으나 도우미 유무 구간의 방문빈도의 차이는 ADL 장애인들에서 더 현저하였다.

친구·이웃의 연락 빈도에 있어 ADL 장애인들에서 하루 1회 이상인 비율과 (10.3% 대 4.7%) 주 1회 이상인 비율은 (19.9% 대 12.7%) 도우미가 없는 군에서 도우미가 있는 군보다 더 높았으며 전혀 만나지 않는 경우는 도우미가 있는 군에서 더 높았다 (66.7% 대 57.9%). IADL 장애인들에서도 친구나 이웃이 하루 1회 이상 연락하는 비율과(7.3% 대 4.2%) 주 1회이상 연락하는 비율은(20.6% 대 11.7%) 도우미가 없는 군에서 있는 군보다 더 높았고 전혀 연락이 없는 경우는 도우미가 있는 군에서 더 높아 (71.6% 대 58.3%) ADL 장애인들에서와 유사한 결과를 보였다. 이상에서 나타난, 도우미가 없는 장애인들에서 친구·이웃의 접촉과 연락이 도우미가

〈표6〉 건강상태 분포

	ADL 도우미		t. x 2값	p 값	IADL 도우미		t. x 2값	p 값
	있 다 No (%)	없 다 No (%)			있 다 No (%)	없 다 No (%)		
〈15일간이환경험〉								
있음	229 (77.9)	182 (67.7)	6.95	.008	422 (66.5)	144 (64.0)	.34	.558
없음	65 (22.1)	87 (32.3)			213 (33.5)	81 (36.0)		
계	294	269			635	225		
15일간활동제한일수	3.32	2.83	1.05	.293	2.66	2.44	.56	.577
15일간와병일수	4.25	1.52	6.23	.000	2.72	1.35	4.29	.000
〈일반적건강평가〉								
매우 좋음	0 (.0)	2 (.8)	17.02	.002	9 (1.7)	4 (1.8)	6.24	.182
좋은편	17 (7.9)	22 (8.4)			76 (14.3)	25 (11.5)		
보통	25 (11.6)	36 (13.7)			86 (16.2)	31 (14.2)		
약간 나쁨	60 (27.9)	110 (42.0)			174 (32.8)	92 (42.2)		
아주 나쁨	113 (52.6)	92 (35.1)			186 (35.0)	66 (30.3)		
계	215	262			531	218		
〈동년배 비교평가〉								
매우 좋음	3 (1.4)	1 (.4)	10.92	.028	17 (3.2)	1 (.5)	12.48	.014
좋은편	25 (11.7)	31 (11.9)			92 (17.5)	30 (13.8)		
보통	36 (16.9)	53 (20.4)			96 (18.3)	56 (25.7)		
약간 나쁨	60 (28.2)	99 (38.1)			169 (32.2)	79 (36.2)		
아주 나쁨	89 (41.8)	76 (29.2)			151 (28.8)	52 (23.8)		
계	213	260			525	218		

있는 노인에서 보다 더 빈번하다는 결과는 장애인들이 친구·이웃으로부터 관심을 받고 있으며 돌봄을 어느 정도 받고 있을 것으로 추측된다. 뿐만 아니라 ADL 장애인과 IADL 장애인 모두에서 친구나 이웃이 도우미로 제시된 비율이 배우자와 직계비속 다음으로 높았음을 감안할 때 도우미가 없는 경우 가까이 살고있는 친구나 이웃을 활용하여 돌봄을 제공하는 방안을 고려해 볼 수 있겠다.

4. 건강특성

건강특성으로는 이환 경험, 활동제한 일수, 그리고 와병일수를 15일간을 기준으로 비교하였고, 일반적 건강평가와 동년배 비교한 건강평가, 그리고 신체기능으로 시력, 청력, 씹기상태 및 걷기상태를 비교하였다 〈표

6〉, 〈표7〉. ADL 장애인들에서 이환경험이 있는 비율이 도우미가 있는 군에서 없는 군보다 더 높았으며 (77.9% 대 67.7%) IADL 장애인들에서는 도우미 유무 군간의 차이가 유의하지 않았다. 활동제한 일수는 두 장애인집단 모두에서 도우미 유무 군간에 유의한 차이가 없었다. 와병일수는 ADL 장애인들에서는 도우미가 있는 군에서 도우미가 없는 군보다 훨씬 많았으며 (4.25일 대 1.52일), IADL 장애인들에서도 도우미가 있는 군의 와병일수 평균이 더 높았다 (2.72일 대 1.35일).

일반적인 건강상태의 자가평가는 ADL 장애인들에서만 도우미 유무 군간의 차이가 유의하였는데, 도우미가 있는 군에서는 매우 좋다는 평가가 한 명도 없었으며 약간 나쁨은 도우미가 없는 군에서의 비율이 더 높았고 (42.0% 대 27.9%) 아주 나쁨은 도우미가 있는 군에서

〈표7〉 신체기능 분포

	ADL 도우미		t, χ^2 값	p 값	IADL 도우미		t, χ^2 값	p 값
	있 다 No (%)	없 다 No (%)			있 다 No (%)	없 다 No (%)		
〈시력상태〉								
매우 좋음	9 (3.1)	3 (1.1)	13.01	.011	13 (2.1)	3 (1.3)	8.67	.070
좋은편	48 (16.4)	33 (12.3)			113 (17.7)	29 (12.9)		
보통	35 (12.0)	40 (14.8)			77 (12.2)	32 (14.2)		
나쁜편	126 (43.0)	146 (54.3)			304 (48.0)	128 (56.9)		
아주 나쁨	75 (25.5)	47 (17.5)			127 (20.0)	33 (14.7)		
계	293	269			634	225		
〈청력상태〉								
매우 좋음	17 (5.8)	32 (11.8)	18.60	.001	55 (8.7)	23 (10.2)	7.01	.135
좋은편	91 (31.1)	111 (41.3)			205 (32.3)	92 (40.9)		
보통	61 (20.8)	44 (16.4)			128 (20.2)	39 (17.3)		
나쁜편	83 (28.3)	62 (23.1)			177 (27.9)	51 (22.7)		
아주 나쁨	41 (14.0)	20 (7.4)			69 (10.9)	20 (8.9)		
계	293	269			634	225		
〈씹기상태〉								
매우 좋음	4 (1.4)	3 (1.1)	9.69	.046	7 (1.1)	1 (.4)	1.37	.850
좋은편	18 (6.1)	24 (8.9)			50 (7.9)	18 (8.0)		
보통	15 (5.1)	17 (6.3)			43 (6.8)	13 (5.8)		
나쁜편	101 (34.5)	117 (43.5)			251 (39.6)	95 (42.2)		
아주 나쁨	155 (52.9)	108 (40.2)			283 (44.6)	98 (43.6)		
계	293	269			634	225		
〈걷기상태〉								
매우 좋음	3 (1.0)	5 (1.9)	83.10	.001	26 (4.2)	3 (1.3)	33.01	.001
좋은편	16 (5.5)	43 (16.0)			70 (11.0)	24 (10.7)		
보통	24 (8.2)	40 (14.8)			116 (18.3)	43 (19.1)		
나쁜편	100 (34.1)	139 (51.7)			238 (37.5)	125 (55.6)		
아주 나쁨	150 (51.2)	42 (15.6)			184 (29.0)	30 (13.3)		
계	293	269			634	225		

더 높은 비율을 보였다 (52.6% 대 35.1%). 동년배와 비교한 건강상태의 평가로 ADL 장애인들에서는 약간 나쁨은 도우미가 없는 군에서 있는 군보다 비율이 더 높았고 (38.1% 대 28.2%), 아주 나쁨은 도우미가 있는 군에서 비율이 더 높았다 (41.8% 대 29.2%). IADL 장애가 있는 노인들에서 동년배와 비교하여 자신의 건강을 좋은 편이라고 한 비율과 (17.5% 대 13.8%) 아주 나쁘다고 한 비율은 (28.8% 대 23.8%) 도우미가 있는 군에서 없는 군보다 높았고 보통과 (25.7% 대 18.3%)

약간 나쁘다고 (36.2% 대 32.2%) 평가한 비율은 도우미가 없는 군에서 있는 군보다 더 높았다.

이상의 결과는 대체로 도우미가 없는 군보다 도우미가 있는 군에서 건강상태가 더 나쁜 경향을 보여주고 있다.

신체기능의 도우미 유무 군간의 비교에서 ADL 장애인들에서는 네 가지 기능상태에 모두 유의한 차이가 있었으며 IADL 장애인들에서는 걷기만이 유의한 차이를 보였다. 우선, 시력의 경우 도우미 유무 군간 차이를 보면, ADL 장애인 중 도우미가 없는 군에서

나쁜편이라고 한 비율이 더 높았으며 (54.3% 대 43%), 아주 나쁘다고 한 비율은 도우미가 있는 군에서 더 높았다 (25.5% 대 17.5%).

청력은 ADL장애노인들에서 매우 좋다는 (11.8% 대 5.8%) 좋은 편인 (41.3% 대 31.1%) 비율이 도우미가 없는 군에서 더 높았으며 보통 (20.8% 대 16.4%), 나쁜 편 (28.3% 대 23.1%), 아주 나쁜 비율은 (14% 대 7.4%) 도우미가 있는 군에서 더 높았다.

씻기는 도우미가 없는 군에서 좋은 편(8.9% 대 6.1%)과 나쁜 편 비율이 (43.5% 대 34.5%) 더 높았고 도우미가 있는 군에서 아주 나쁜 비율이 (52.9% 대 40.2%) 더 높았다.

걷기의 경우 ADL 장애노인들에서 도우미가 있는 군보다 도우미가 없는 군에서 좋은 편 (16% 대 5.5%), 보통 (14.8% 대 8.2%), 나쁜 편 (51.7% 대 34.1%)의 비율이 더 높았으나 아주 나쁘다는 비율은 도우미가 있는 군에서 훨씬 더 높았다 (51.2% 대 15.6%). IADL 장애노인들에서 걷기상태의 도우미 유무 구간 차이는 도우미가 없는 군에서 나쁘다는 비율이 더 높았으나 (55.6% 대 37.5%) 아주 나쁘다는 비율은 도우미가 있는 군에서 더 높았다 (29% 대 13.3%).

이상의 신체기능의 특성 비교에서 공통적으로 나타난 것은 각 기능이 아주 나쁘다고 한 비율이 도우미가 있는 군에서 없는 군보다 더 높았다는 것이다. 특히 이러한 차이는 걷기상태에서 매우 현저하였다.

건강특성과 신체기능 모두에서 도우미가 있는 군에서 없는 군보다 상태가 나쁜 경향을 보였는데 이는 도우미가 있는 노인에서 노인의 활동 수발 뿐 아니라 건강문제도 함께 돌보아야 할 필요성을 지적해 주어 장애를 가진 재가노인을 돌보는데 가정방문간호사와 가정봉사원의 팀워크의 강조를 (김진순, 1996) 뒷받침하고 있다. 한편, 우리나라에서 실시되고 있는 재가노인서비스의 문제점 중 하나로 가정방문을 통한 의료, 간호사업의 부재가 지적되었으며 (고양곤, 1997; 최성재, 1997) 방숙 등(1993)은 21세기를 향한 노인보건의료 정책의 기본전략 중에서 병의원의존에서 가정간호를 유도하는 지역간호중심으로의 전환을 지적하면서 재가노인을 위한 가정간호사업의 활용방안을 제시한 바 있다. 재가노인을 위한 가정간호사업의 중요성은 제주도의 일부 지역을 대상으로

한 연구에서도 찾아볼 수 있는데 65세 이상 노인들이 원하는 보건사업으로 물리치료서비스가 1순위, 방문간호가 2순위였으며 보건소와 보건지소, 보건진료소의 노인보건담당자들이 가장 중요하게 생각하는 노인보건사업으로 모두 방문간호사업이 1순위 였다 (현인숙, 정영일, 1997). 가정방문간호제도는 가정을 직접 방문함으로써 노인들이 안락하고 익숙한 환경 속에서 서비스를 제공받을 수 있게 될 뿐 아니라 입원비용에 비하여 효율적인 사업으로 (이규식, 1993) 평가된 바 있다. 따라서 기능장애 노인을 적절하게 돌보기 위해서는 가정방문을 통한 간호사업의 제공이 노인의 활동을 돕는 일과 함께 이루어져야 할 것이다.

5. 점서상태의 비교

걱정을 들어 주는 사람의 유무, 삶의 만족도 및 우울상태를 도우미 유무 구간에 비교하였다 (표8)참조. ADL 장애노인들과 IADL 장애노인들 모두에서 걱정을 들어 주는 사람이 있는 비율은 도우미가 있는 군에서 더 높았다 (ADL: 70.7% 대 60.7% ; IADL: 71.9% 대 56.4%).

삶의 만족도는 IADL 장애노인들에서 도우미가 있는 군에서 없는 군보다 평균치가 더 높았다 (9.17 대 7.86). ADL 장애노인들에서는 도우미 유무 구간에 유의한 차이가 없었다. IADL의 경우 결손된 부분의 기능이 도우미에 의해 수행되므로 삶의 만족도가 도우미가 없는 군보다 더 크게 나타났다고 생각된다. 한편, ADL 기능장애 자체가 독립적인 생활을 할 수 없는 심각한 상태로서 삶의 만족도를 저하시키므로 도우미에 의한 조력이 삶의 만족도에 영향을 주지 않았다고 본다.

우울점수는 ADL 장애노인들과 IADL 장애노인들 모두에서 도우미가 없는 군에서 있는 군보다 더 높게 나타났다 (ADL: 1.28 대 1.19 ; IADL: 1.23 대 1.13).

이상의 결과는 도우미가 없는 군에서 기능장애를 극복하기 위한 신체적인 지지 뿐 아니라 심리적 지지도 함께 이루어져야 함을 나타내고 있다. 가정봉사원이 제공하는 사업내용으로 심리적 지지에 관련된 내용으로는 전화 및 말벗, 생활상담 등의 우애서비스가 포함되어 있는데 본 연구 결과에 비추어 신체적 돌봄뿐 아니라 우애서비스를 통한 심리적 지지는 적절하다고 본다.

〈표8〉 정서지지, 삶의 만족도, 우울 분포

	ADL 도우미		t, χ^2 값	p 값	IADL 도우미		t, χ^2 값	p 값
	있다 No (%)	없다 No (%)			있다 No (%)	없다 No (%)		
〈걱정들어주는사람〉								
있음	152 (70.7)	159 (60.7)	5.22	.022	382 (71.9)	123 (56.4)	16.94	.001
없음	63 (29.3)	103 (39.3)			149 (28.1)	95 (43.6)		
계	215	262			531	218		
삶의 만족도 평균	8.21	8.0	.45	.652	9.17	7.86	3.10	.002
우울점수 평균	1.19	1.28	2.01	.045	1.13	1.23	2.99	.003

6. 도우미 유무의 관련요인

장애유형별 도우미 유무의 관련요인을 검정하는 로지스틱 회귀분석 결과가 〈표9〉와 〈표10〉에 제시되었다.

ADL 도우미 유무에 관련된 요인으로 경제상태, ADL 장애정도, IADL 장애정도, 그리고 청력상태가 통계적으로 유의하게 나타났으며 이 중에서 IADL 장애와($\beta = .443$) ADL 장애의($\beta = .441$) 영향이 가장 컸다. ADL 장애와 IADL 장애의 증가는 도우미가 있을 확률을 증가시켰다.

경제상태 변수로 만들어진 네 개의 가변수는 모두 통계적으로 유의하였다. 경제상태가 매우 어렵다는 경우의 도우미가 있을 확률에 대한 도우미가 없을 확률(오즈)에 비해 전혀 어렵지 않다는 경우의 오즈는 5.173배 높았으며 그다지 어렵지 않다는 경우의 오즈는 4.773배 높았고 약간 어렵다는 경우의 오즈는 2.373배 높아 장애정도를 통제한 상태에서 경제상태 정도에 따른 도우미 유무 확률에 대한 영향이 현저하였다.

청력에서는 매우 좋은 상태에서의 오즈에 비해 보통인 상태에서의 오즈비가 2.952배로 높아 유의하였다.

IADL 도우미 유무에 관련된 요인으로 전·후기노인, 동거자녀수, 손자녀연락, ADL 장애정도, IADL 장애정도, 그리고 걷기상태가 통계적으로 유의하게 나타났으며 IADL 장애정도의 영향이 가장 컸다($\beta = .655$). IADL 장애정도가 1점 증가할 때 오즈비(odds ratio)는 49.9%만큼 증가하였다. 한편, IADL 장애정도를 통제 한 상태에서 ADL 장애정도가 1점 증가할 때 오즈비는 14.2%만큼 감소하였다. 이러한 결과는 앞에서 제시한 ADL 도우미 유무를 종속변수로 했을 때의 결과와 상반

되는 것이다. ADL 장애정도가 높은 경우 IADL 도우미가 있을 확률이 낮아진 것으로 나온 것은 ADL이 IADL 보다 더욱 심각한 장애형태로 ADL 지원을 위한 도우미가 있을 때 그 활동은 ADL의 수행에 주력함으로써 IADL 수행을 위한 조력은 거의 못 받고 있음을 보여주고 있다. 실제로는 ADL 장애가 심할 때 노인의 활동에서 IADL을 수행한다는 것은 매우 어려울 수 있으므로 IADL 수행 자체를 포기하기 때문이라고 생각한다.

〈표9〉 ADL 도우미 유무의 관련요인

관련요인	b	β	p-value	Odds Ratio
〈경제상태〉				
매우어렵다	.864	.210	.002	2.373
약간어렵다	.619	.129	.044	1.858
그저그렇다	1.563	.248	.000	4.773
그다지어렵지않다	1.643	.351	.000	5.173
전혀어렵지않다				
ADL 장애정도	.184	.441	.000	1.202
IADL 장애정도	.208	.443	.000	1.231
〈청력상태〉				
매우좋은	.428	.113	.310	1.533
좋은편	1.083	.233	.016	2.952
보통임	.521	.126	.234	1.683
나쁜편임	.056	.010	.917	1.058
아주 나쁨				

도우미가 있을 확률을 1.0으로 간주함
b : Unstandardized coefficient
 β : Standardized coefficient

전기노인에 비해 후기노인의 오즈는 1.876배 높아 장애정도를 통제한 상태에서 후기노인에서 도우미가 있을 확률이 더 컸다. 동거자녀수가 1명 증가할 때 오즈비는 118.5% 만큼 증가했다. 손자녀 연락을 하루 1회 이상 하는 노인에서의 오즈가 손자녀 연락이 전혀 없다는 노인에서의 오즈보다 .286배 낮아 후자의 노인에서 도우미가 없을 확률이 높았다.

앞에서 제시한 변수들을 통제했을 때 걷기가 매우 좋은 상태에서의 오즈에 비해 걷기가 나쁜 편인 경우의 오즈는 .225배 낮아 걷기가 나쁜 편인 노인에서의 도우미가 없을 확률이 더 높았다.

〈표10〉 IADL 도우미 유무의 관련요인

관련요인	b	β	p-value	Odds Ratio
전기·후기노인	.629	.163	.007	1.876
동거자녀수	.782	.268	.000	2.185
〈손자녀연락〉				
하루1회이상				
주1회이상	-.481	-.090	.467	.618
월1회이상	-.768	-.170	.229	.464
년1회이상	-.382	-.091	.547	.682
전혀없음	-1.253	-.337	.044	.286
ADL 장애정도	-.153	-.274	.001	.858
IADL 장애정도	.405	.655	.000	1.499
〈걷기상태〉				
매우 좋음				
좋은편임	-.694	-.122	.317	.500
보통임	-.848	-.187	.205	.428
나쁜편임	-1.494	-.409	.022	.225
아주 나쁨	-1.013	-.226	.155	.363

도우미가 있을 확률을 1.0으로 간주함

b : Unstandardized coefficient

β : Standardized coefficient

IV. 결론 및 제언

본 연구는 지역사회에 거주하는 ADL 장애인들과 IADL 장애인들에서 도와줄 사람이 있는 군과 없는 군간의 여러 특성을 비교하였다. 자료는 1994년 한국보건사회연구원의 노인생활실태조사 자료를 이용하여

이차분석을 하였다. 도우미 유무 군간의 기능장애, 사회인구학적 특성, 가족과 친구 및 이웃 접촉, 건강특성, 정서상태를 t 검정과 χ^2 검정을 통하여 분석하였으며 도우미 유무에 관련된 요인의 분석에는 로지스틱 회귀분석을 이용하였다.

도우미가 없는 비율은 ADL 장애인에서 47.8%, IADL 장애인에서 26.2%였다. 각 항목별 장애정도는 도우미가 있는 군에서 없는 군보다 더 높았다. 도와주는 사람은 주로 가족이었으며 가정봉사원이나 간병인이 도와주는 경우는 ADL 장애인들과 IADL 장애인들에서 각각 2명씩에 불과하였다.

ADL과 IADL 도우미가 있는 군에서 없는 군보다 후기노인의 비율이 훨씬 높았다. IADL 도우미가 없는 군에서 있는 군보다 교육수준이 더 높았다. 경제상태는 ADL과 IADL 도우미가 없는 군에서 있는 군보다 매우 어렵다고 느끼는 비율이 더 높았다. ADL과 IADL 도우미가 없는 군에서 동거자녀수는 더 적었으나 필요할 때 바로 와 줄 수 있는 자녀수와 비동거 손자녀수는 더 많았다. ADL 도우미가 있는 군에서 손자녀 방문빈도가 높은 비율이 더 높았다. IADL 도우미가 없는 군에서 별거자녀와의 연락빈도 및 손자녀 연락빈도가 낮은 경향이었다. ADL 장애와 IADL 장애를 가진 노인 모두에서 친구나 이웃의 접촉과 연락이 도우미가 없는 군에서 더 빈번하였다. 건강상태는 ADL과 IADL 도우미가 있는 군에서 없는 군보다 이환 경험, 와병일수, 자가평가의 상태가 더 나빴다. 시력, 청력, 씹기, 걷기상태는 ADL 장애인들에서는 도우미가 있는 군에서 아주 나쁜 비율이 훨씬 높았으며 도우미 유무 군간의 이러한 차이는 IADL 장애인들에서는 걷기상태에서만 유의하게 나타났다. 정서상태에서 ADL, IADL 도우미가 있는 군에서 없는 군보다 걱정을 들어주는 사람이 있는 비율이 높았으며 삶의 만족도는 IADL 도우미가 있는 군에서 더 높았고 우울은 IADL, ADL 도우미가 없는 군에서 더 높았다.

회귀분석 결과, ADL 도우미 유무에 관련된 요인으로 경제상태, ADL 장애, IADL 장애, 청력상태가 유의하였다. 이 중에서 ADL과 IADL의 장애정도의 영향이 가장 컸다. 특히 경제상태 정도에 따른 오즈비 변화가 현저하였다. IADL 도우미 유무에 영향을 미치는 요인은 전·후기 노인, 동거자녀수, 손자녀 연락, ADL 장

에, IADL 장애, 그리고 걷기상태가 유의하였으며 IADL 장애정도의 영향이 가장 컸다. ADL 장애정도가 높은 경우 IADL 도우미가 있을 확률이 낮게 나타나 더 심각한 상태의 기능장애에서 IADL은 수행되지 않고 있음을 보여주었다.

이상의 결과에 기초하여 저소득층 노인의 일상동작 수행을 돕는 사업이 우선적으로 이루어져야 한다고 보는데 친구나 이웃을 활용하거나 가정봉사원파견 등의 지원사업이 적극적으로 수행되어야 할 것이다. 이러한 사업은 노인들의 건강문제도 함께 관리될 수 있도록 가정방문 간호사업과 연계하여 수행하여야 할 필요성이 있다. 또한 가족으로부터 돌봄을 받는 장애노인의 경우 가족의 부담을 덜어주는 방안을 적용하여 지속적인 가족돌봄이 이루어지도록 함이 필요하다.

본 연구에서는 도우미 유무만으로 분류하였으나 서울의 일부지역에 거주하는 노인가구에 대한 수발 및 간호의 적절성에 대한 조사에서 (조유향 등, 1988) 적절하게 하고 있다는 가족은 42.7%였으며 27.3%는 제대로 못하고 있다고 보고되어 도와주는 사람이 있다는 사실만으로는 노인들의 기본욕구가 충족된다고 보기 어렵다. 무료 가정봉사원 파견사업에서도 실제 서비스를 필요로 하는 와상노인 같은 경우 이들의 돌봄 횟수와 시간으로 적절한 수발을 담당할 수 없어 이러한 거동불편 노인들은 사업의 대상에 포함되지 못하고 있음이 문제점으로 지적되었다(이가옥, 1997). 따라서 일상생활동작 수행을 도와주는 사람이 있는 노인들에서도 실제로 어느 정도 돌봄이 이루어지는지를 포함하는 돌봄의 질에 대한 연구가 수행되어야 할 것이다.

참고문헌

고양곤(1997), 제1장. 재가노인복지의 개념과 서비스 방안. 한국노인복지회, 재가노인복지사업. 홍익제
김수춘, 서미경, 한달선, 현외성, 임종권, 오경석, 최성재(1995), 노인복지의 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원
김정희(1996), 한국노인의 신체적 건강과 사회인구요인. 한국노년학, 16(2), 120-136
김진순(1996), 노인 가정간호사업 활성화 방안. 제7회 노인복지 워크샵

김태현, 전길양(1997), 한국의 노인가족부양의 현황과 과제. 노인복지정책연구, 한국노인문제연구소
문옥륜 (1995), 노인보건제도와 노인간병요양원 제도 개발의 과제와 전망. 한국노년학, 15(1), 181-212
박재간, 우선희, 원영희(1996), 노인생활실태 및 정책 방향: 저소득층 노인을 중심으로. 노인복지정책연구, 4호, 한국노인문제연구소
방 숙, 조유향(1993), 노인보건 의료대책의 발전방향. 한국노년학, 13(2): 30-47
보건복지부(1998), 노인복지사업지침
이가옥(1997), 제3장. 재가노인복지와 가정봉사원 파견 사업. 한국노인복지회, 재가노인복지사업. 홍익제
이가옥, 서미경, 고경환, 박종돈(1994), 노인생활실태 분석 및 정책과제. 한국보건사회연구원
이규식(1993), 비용효과분석. 간호학탐구, 2(1), 39-44
이형실(1992), 노부모 부양경험의 차이에 관한 연구. 한국노년학, 12(2), 41-50
이혜원(1995), 서울시 거택보호노인의 가정봉사원서비스 이용에 영향을 미치는 요인. 한국노년학, 15(2), 140-156
조기동(1996), 서울시의 재가노인복지사업의 활성화 방안. 제7회 노인복지 워크샵
조유향, 윤현숙(1988), 노인에 대한 보건의료의 개발을 위한 조사연구. 한림대학 사회의학연구소
최성재(1995), 제23장. 노인복지에서의 실버산업의 도전. 고령화 사회의 위기와 도전, 나남출판
최성재(1997), 제2장. 재가노인복지의 정부시책. 한국노인복지회, 재가노인복지사업. 홍익제
한국보건사회연구원(1996), 1996 한국의 보건복지지표
현인숙, 정영일(1997), 지역사회 노인보건의료체계 개발에 관한 연구. 한국노년학, 17(1): 160-175
UN(1998), UN이 정한 세계노인의 해. 노인복지정책연구총서, 10호, 부록

ABSTRACT

Comparisons of personal characteristics in noninstitutionalized elders with activity limitations

Jung-Hee Kim (Dept. of Nursing, Inha University)

This study was to identify various personal characteristics between those having a helper and those not having a helper for ADL and IADL performance in noninstitutionalized elders. Secondary analysis was done with the data collected in 1994 national survey of aged householders. Of the elders with ADL limitations 47.8% had no helper, while 26.2% of those with IADL limitations had no helper. Those elders with a helper experienced more limitations in ADL and in IADL than those with no helper. Most of the helpers were family members, whereas very few had a formal helper. Age period and subjective economic status were significantly different between the groups with a helper and with no helper for both ADL and IADL. Compared to the elders with a helper, those elders with no helper had fewer children living together, whereas they had more grandchildren. They also had more contacts with friends or neighbors. Health status, in general, was worse in those elders with a helper than those with no helper. Logistic regression analysis revealed that ADL and IADL limitations had largest influence on having an ADL helper. The odds ratios for low levels of subjective economic status were very high. As for having an IADL helper, IADL score was the most important predictor. In particular, ADL limitations had a negative effect on having an IADL helper. This finding may indicate the urgency of ADL needs, which leads to the lack of an IADL helper when both ADL and IADL limitations are present. Considering the nature of ADL, those disabled elders with low economic status need public support for their daily activities and for home visiting nursing services. There should be studies of examining the adequacy of help in satisfying basic needs for performing ADL and IADL in elders.