한국노인복지학회
Korea Society Welfare for the Aged

2016년 추계학술대회

노인인권 :
노인의 목소리, 우리는 얼마나 듣고 있나?

■ **주 최** 한국노인복지학회
■ **일 시** 2016년 10월 28일(금) 13:00~17:00
■ **장 소** 서울대학교 글로벌 컨벤션 플라자 5층

개 회 사

회원여러분.

한국노인복지학회 2016년 추계학술대회로 초대합니다.

이번 추계학술대회 기획주제는 『노인인권: 노인의 목소리, 우리는 얼마나 듣고 있나?』 입니다. 세부 주제로 “노인인권과 사회복지실천”, “치매인과 인권중심 노인복지실천의 방향”, “노인인권과 성년후견제도”로 구성되었습니다. 노인인권관련 최고의 전문가들의 발표와 치열한 학술적 논의가 이루어질 것입니다. 또한 특별기획주제로 『노인복지학 길을 묻다』라는 제목 하에 “노인복지학교육에 대한 성찰과 과제”, “노인복지학 연구에 대한 성찰과 과제: 무엇을 연구해야 할 것인가?”라는 노인복지교육과 연구에 대한 논의의 장도 마련됩니다.

기획주제 외에도 다양한 노인복지 관련 자유주제 구두발표 9편, 포스트 10편의 발표가 구성되어 풍성한 학술적 장이 마련되어 있습니다. 회원님들께서는 이번 학술대회에서 다양한 노인복지문제에 대하여 성찰하시고, 관심 있는 논문들이 발표되는 세션에서 열띤 토론을 하는 모습들을 기대합니다.

2016년 추계학술대회에는 2015년 추계 워크숍, 2016년 춘계워크숍의 성공적인 경험을 바탕으로 3차 워크숍을 실시합니다. 이번에도 한국노인복지관협회와 긴밀한 협조로 워크숍을 진행하게 되었습니다. 제1주제는 “사회복지사와 인권감수성”, 제2주제는 “이용자중심의 인권프로그램과 개발”, 제3주제는 “한국노인의 인권과 자기결정권”입니다. 현장의 실무자여러분과 학회 회원님들의 적극적인 참여를 부탁드립니다.

참여자분들이 실무와 이론에 대한 훌륭한 지식들을 습득할 뿐만 아니라 좋은 만남과 생산적인 교류의 장이 이루어질 수 있도록 여러분을 초청합니다.

2016년 10월

한국노인복지학회회장 박 창 제

추 계 학 술 대 회 프 로 그 램

[등록 및 자료집 배부] 장소 : 대강당 520호 앞

[개회식] 13:30-13:30

- ▰ 장 소 : 대강당 520호
- ▰ 사 회 : 정하선(구미대학교)
- ▰ 개회사 : 박창제(한국노인복지학회장, 경북대학교 사회복지학부 교수)
- ▰ 축 사 : 이호경(한국노인복지관협회장)

[기획주제] 13:30 - 15:10

• **기획주제 : 노인인권 : 노인의 목소리, 우리는 얼마나 듣고 있나?**

- ▰ 장소 : 대강당 520호
- ▰ 좌장 : 박승희(성균관대학교)

► **기획주제 1 : 노인인권과 사회복지 실천**

▣ 발표 : 권중돈 교수(목원대학교)

► **기획주제 2 : 치매인과 인권중심 노인복지실천의 방향**

▣ 발표 : 최희경 교수(신라대학교)

► **기획주제 3 : 인지장애노인의 인권보호와 법적과제**

▣ 발표 : 조성혜 교수(동국대학교)

▣ **토론** : 권금주 교수(서울사이버대학교)
우국희 교수(서울기독대학교)
김유진 교수(경북대학교)

[Break Time] 15:10 - 15:30

[특별기획] 15:30 - 17:00

• **기획주제 : 노인복지학, 길을묻다.**

- ▰ 장소 : 대강당 520호
- ▰ 좌장 : 조성희교수(순천향대학교)

► **특별기획 1 : 노인복지학 교육에 대한 성찰과 과제 : 무엇을 가르쳐야 하는가?**

▣ 발표 : 박화옥 교수(강남대학교)

▣ 토론 : 김찬우 교수(가톨릭대학교), 이미애 교수(한세대학교)

► **특별기획 2 : 노인복지학 연구에 대한 성찰과 과제 : 무엇을 연구해야 할 것인가?**

▣ 발표 : 이민홍 교수(동의대학교)

▣ 토론 : 홍송이 교수(동국대학교), 전용호 교수(인천대학교)

[자유세션 1] 15:30-17:00

▰ 장소 : 중회의실 516호

▰ 좌장 : 윤경아 교수(대전대학교)

► **자유주제 1 : 노인의 자기효능감이 노후준비에 미치는 영향 : 사회적 자본의 매개 효과를 중심으로**

▣ 발표 : 신근영(가톨릭 관동대학교)

▣ 토론 : 김여진(한림대학교 사회복지학부 교수)

► **자유주제 2 : 건강한 노후의 영향요인 분석 : 사회자본의 다층모델 적용**

▣ 발표 : 어유경(서울대학교 행정대학원 정책학 박사과정)

▣ 토론 : 김유나(연세대학교)

► **자유주제 3 : 여성독거노인복지프로그램 참여의미와 복지서비스 요구에 관한 질적 연구 : 독거노인친구만들기를 중심으로**

▣ 발표 : 임종린(사하사랑채노인복지관 관장)

▣ 토론 : 김수정(경희대학교)

[자유세션 2] 15:30-17:00

▰ 장소 : 중회의실 519호

▰ 좌장 : 김승용 교수(백석대학교)

► **자유주제 1 : 노인학대의 재접수사례와 신규사례의 비교**

▣ 발표 : 이미진(건국대학교)

▣ 토론 : 원서진(대구사이버대 사회복지학과)

► **자유주제 2 : 일본 노인복지시설에서의 학대예방 전략**

▣ 발표 : 임정미(도시샤대학교 박사과정)

▣ 토론 : 남일성(성공회대 사회복지학과)

► **자유주제 3 : 노인의 은퇴이후 우울 발생까지의 기간에 영향을 미치는 요인**

▣ 발표 : 이성진(창원대학교)

▣ 토론 : 남석인(인제대학교)

[자유세션 3] 15:30-17:00

▰ 장소 : 소회의실 522호

▰ 좌장 : 이윤경 연구위원(한국보건사회연구원)

► **자유주제 1 : 사회활동 참여가 노인의 주관적 건강만족도에 미치는 영향**

▣ 발표 : 문수열(진주보건대학교)

▣ 토론 : 문용필(국민건강보험공단 정책연구원)

► **자유주제 2 : 노인복지관 서비스 인식 유형화 - 종사자와 이용자의 관점 비교를 중심으로**

▣ 발표 : 김현정(정화예술대학교 사회복지학부)

▣ 토론 : 임연옥(한림대학교)

► **자유주제 3 : 고령화 주민의 생활인식 프레임에 관한 연구**

▣ 발표 : 전상환(나누우리연구소)

▣ 토론 : 송인주(서울복지재단)

[포스터발표]

1. 김은자(상지대학교 사회복지학과 박사과정 수료) : 자활사업 참여자의 주관적 건강 인식 수준과 정서적 자활 관계
2. 변애경(숙명여자대학교 교육학과) : 여성노인학습자의 평생학습참여를 통한 삶과 죽음에 대한 의미 변화 과정 탐색
3. 선현규(일본 교에이 대학 교수) : 장기요양서비스 공급의 지역격차 해소를 위하 에어리어 마케팅
4. 김미혜(이화여자대학교 사회복지학과 교수) : 성인의 노인이미지와 노인인권 인식이 노인학대 인식에 미치는 영향 : 노인동거경험 유무에 따른 집단 비교
5. 박창제(경북대학교 사회복지학과 교수) : 노인의 경제적 학대 또는 재무적 착취
6. 김계령(국제뇌교육종합대학원 석사) : 국학기공프로그램이 불안에 미치는 영향 - 경기지역 노인을 중심으로
7. 김일식(단월드) : 노인 우울 예방을 위한 뇌교육 프로그램 개발 및 효과
9. 변진숙(그레이스센터 사무국장) : 노인의 평생과정설계(Permanency Process Plan)
9. 김인태(서울대학교 행정대학원 행정학 석사) : 한국 사회복지 학계에서의 노인에 관한 연구 경향 분석
10. 장세정(서울대학교 행정대학원 행정학 석사) - IT에 대한 인식과 한국노인의 유형화 특성 : Q 방법론 적용

목 차

기획주제 노인인권 : 노인의 목소리, 우리는 얼마나 듣고 있나?

【주제 1】 노인인권과 사회복지 실천
▣ 발표 : 권중돈 교수(목원대학교) ····· 3

【주제 2】 치매인과 인권중심 노인복지실천의 방향
▣ 발표 : 최희경 교수(신라대학교) ····· 23

【주제 3】 인지장애노인의 인권보호와 법적과제
▣ 발표 : 조성혜 교수(동국대학교) ····· 39

특별기획

【주제 1】 노인복지학 교육에 대한 성찰과 과제 : 무엇을 가르쳐야 하는가?
▣ 발표 : 박화옥 교수(강남대학교) ····· 77

【주제 2】 노인복지학 연구에 대한 성찰과 과제 : 무엇을 연구해야 할 것인가?
▣ 발표 : 이민홍 교수(동의대학교) ····· 97

자유세션 1

【주제 1】 노인의 자기효능감이 노후준비에 미치는 영향 : 사회적 자본의 매개효과를 중심으로
▣ 발표 : 신근영(가톨릭 관동대학교) ····· 121

【주제 2】 건강한 노후의 영향요인 분석 : 사회자본의 다층모델 적용
▣ 발표 : 어유경(서울대학교 행정대학원 정책학 박사과정) ····· 145

【주제 3】 여성독거노인복지프로그램 참여의미와 복지서비스 요구에 관한 질적연구 : 독거노인친구만들기를 중심으로
▣ 발표 : 임종린(사하사랑채노인복지관 관장) ····· 167

자유세션 2

【주제 1】 노인보호전문기관의 재접수사례와 신규사례의 비교
▣ 발표 : 이미진(건국대학교) ····· 183

【주제 2】 일본 노인복지시설에서의 학대예방 전략
▣ 발표 : 임정미(도시샤대학교 박사과정) ····· 211

【주제 3】 노인의 은퇴이후 우울 발생까지의 기간에 영향을 미치는 요인
▣ 발표 : 이성진(창원대학교) ····· 227

자유세션 3

【주제 1】 사회활동 참여가 노인의 주관적 건강만족도에 미치는 영향
▣ 발표 : 문수열(진주보건대학교) ····· 251

【주제 2】 노인복지관 서비스 인식 유형화 - 종사자와 이용자의 관점 비교를 중심으로
▣ 발표 : 김현정(정화예술대학교 사회복지학부) ····· 267

【주제 3】 고령화 주민의 생활인식 프레임에 관한 연구
▣ 발표 : 전상환(나누우리연구소) ····· 289

포스터발표

1. 김은자(상지대학교 사회복지학과 박사과정 수료) : 자활사업 참여자의 주관적 건강 인식 수준과 정서적 자활 관계 ····· 319

2. 변애경(숙명여자대학교 교육학과) : 여성노인학습자의 평생학습참여를 통한 삶과 죽음에 대한 의미 변화 과정 탐색 ····· 341

3. 선현규(일본 교에이 대학 교수) : 장기요양서비스 공급의 지역격차 해소를 위하 에어리어 마케팅 ····· 361

4. 김미혜(이화여자대학교 사회복지학과 교수) : 성인의 노인이미지와 노인인권 인식이 노인학대 인식에 미치는 영향 : 노인동거경험 유무에 따른 집단 비교 ····· 367

5. 박창제(경북대학교 사회복지학과 교수) : 노인의 경제적 학대 또는 재무적 착취 ····· 371

6. 김계령(국제뇌교육종합대학원 석사) : 국학기공프로그램이 불안에 미치는 영향 – 경기지역 노인을 중심으로 ····· 377

7. 김일식(단월드) : 노인 우울 예방을 위한 뇌교육 프로그램 개발 및 효과 ····· 381

9. 변진숙(그레이스센터 사무국장) : 노인의 평생과정설계(Permanency Process Plan) 389

9. 김인태(서울대학교 행정대학원 정책학 석사) : 한국 사회복지 학계에서의 노인에 관한 연구 경향 분석 ····· 407

10.장세정(서울대학교 행정대학원 정책학 석사) : IT에 대한 인식과 한국노인의 유형화 특성 : Q 방법론 적용 ····· 421



기획주제

《주제 1》 노인 인권과 사회복지실천

- 발표: 권중돈(목원대학교 사회복지학과 교수)

《주제 2》 치매인과 인권중심 노인복지실천의 방향

- 발표: 최희경(신라대학교 사회복지학부 교수)

《주제 3》 인지장애노인의 인권보호와 법적 과제

- 발표: 조성혜(동국대학교 법과대학 교수)

[토 론] 권금주(서울사이버대학교 교수)
우국희(서울기독대학교 교수)
김유진(경북대학교 교수)

주제 1

노인 인권과 사회복지실천

발표: 권중돈(목원대학교 사회복지학과 교수)

노인 인권과 사회복지실천

권 중 돈*

Ⅰ. 들어가는 글

우리 사회에서 노인문제에 대해 사회적 관심을 갖기 시작한 것은 1970년대 초반이며, 공식적 노인복지대책이 수립된 것은 1980년대 초반의 일이다. 일반적으로 하나의 사회문제에 대한 관심이 제기된 이후 공식적 사회대책이 수립되기까지 20년 정도의 기간이 소요되는 점을 고려하면 우리 사회의 노인문제에 대한 대응속도는 매우 빠르다고 평가할 수 있다(권중돈, 2016). 그리고 노인복지제도가 일반적으로 자선과 구제, 문제해결, 욕구충족 단계를 거친 이후 인권보호단계로 발전한다는 점을 고려할 때, 노인문제 해결과 기본적 욕구충족에 집중했던 2000년대 초반에 극단적 노인 인권침해 사례인 노인학대 문제에 개입할 수 있는 법적, 제도적 근거가 마련되었다는 것 또한 노인 인권보호를 위한 대응 역시 매우 빠르다고 평가할 수 있다.

우리 사회에서 노인 인권문제에 대응하기 위해 실시한 첫 번째 공식적 정책은 노인학대 예방과 해결에 목적을 둔 정책이다. 하지만 노인학대 관련 정책은 극단적 인권침해 사례에 대한 개입 즉, 소극적 인권보호 정책으로서는 의미를 지니지만, 노인의 인권보호와 증진을 위한 역할 즉, 적극적 인권보호 정책으로서는 많은 한계를 지니고 있다. 이후 보건복지부가 2006년 5월에 '노인복지시설 인권보호 및 안전관리지침'을 마련하여 시행하고, 국가인권위가 2009년 '노인분야 인권교육교재' 그리고 2014년 '노인 인권 길라잡이'를 개발 보급하고, 한국노인복지중앙회는 2009년 '노인복지시설 인권매뉴얼'을 개발하고, 국가인권위원회가 2009년부터 노인인권지킴이단을 운영하고, 한국노인종합복지관협회가 2010년 6월부터 노인권익위원(ombudsman) 시범사업을 실시하고, 국가 및 지방자치단체에서는 노인사회참여(일자리) 지원 사업의 일환으로 노인학대 또는 노인인권 모니터링 사업을 전개하는 등 공공과 민간부문에서 노인의 인권을 보호하기 위한 적극적 노력을 전개하고 있다.

그러나 우리나라의 노인 인권 관련 정책이 노인보호전문기관을 중심으로 극단적 인권침해인 학대사례에 대한 사후치료적 서비스에 치중하고 있고, 노인 인권보호를 위한 옴부즈맨이 실질적 조사 및 시정명령을 할 수 있는 권한을 지니고 있지 못하고 있는 점은 노인 인권보호에 대한 사회적 기대와 제도적 요구에 적절히 부응하고 있다고 평가하는 데는 한계가 있다(권중돈, 2012). 물론 제한된 인력과 재정, 시설로서 노인 인권보호를 위한 종합대책을 수립하여 추진하는 것은 많은 어려움이 따른다. 그렇지만 노인 인권보호와 실현을 위한 적극적 노력을 경주하고 인권관점에 기반한 정책과 실천을 개발하기 위한 노력이 미진하다는 것

* 목원대학교 사회복지학과 교수

은 보완되어야 할 부분임에 분명하다.

이에 다음에서는 인권과 노인인권의 개념에 대해 간략히 논의한 이후, 우리 사회의 노인인권보호와 관련된 정책과 실천의 현상을 파악해보고, 그 한계를 보완할 수 있는 노인복지정책과 실천의 방향에 대해 살펴보고자 한다.

Ⅱ. 노인 인권의 이해

1. 인권의 개념과 발달

인권(人權, human rights)이라는 개념은 봉건사회의 몰락과 근대 자본주의 사회의 형성이라는 역사적 측면과 17~18세기 유럽의 자유주의 정치사상에 입각한 자연법사상에서 비롯되었다. 인권이라는 용어는 '옳고 정당한 어떤 것을 요구할 수 있는 자격'이라는 의미를 내포하고 있다(류은숙, 2009). 이러한 인권 개념에는 모든 개인에게 보편적으로 적용되는 생명, 인간 존엄성, 자유, 평등, 정의, 사회적 책임과 연대, 평화, 자연과의 조화 등과 같은 가치들이 내포되어 있지만, 정태적 개념이 아니며, 시대적 상황과 사람들 사이의 의사소통과 상호작용을 통해 구성되고 진화하는 역동적 개념이다(Ife, 2000; 이혜원 역, 2005). 세계인권선언, UN인권센터 그리고 우리나라 국가인권위원회 등의 정의를 종합적으로 고려할 때, 인권은 '인간이기에 갖는 본질적이고 선천적인 권리로서, 인간이 그 자체로서 존엄성을 인정받고 인간답게 살아가는데 필요한 모든 권리'라고 정의할 수 있다(국가인권위원회, 2004; 이혜원 역, 2005).

이러한 인권 개념의 역사적 기원은 미국의 독립선언(1776)과 프랑스의 인간과 시민의 권리선언(1789)으로 절정에 달했던 18세기로 거슬러 올라가며, 가장 먼저 시민적, 정치적 권리에 대한 관심이 등장한 이후, 경제적, 사회적, 문화적 권리에 대한 요구로 대체되었으며, 점차 전체 인류를 위한 집단적이며 보편적 권리에 대한 관심으로 변화하였다(Wronka, 1992; Ife, 2000; 이창수 외, 2005: 김미옥 외, 2006). 먼저 1세대 인권이라 불리는 시민권과 정치권즉, 자유권은 주로 언론의 자유, 재판과 법 앞의 평등, 공민권, 사생활의 보호, 자기표현의 권리, 종교의 자유, 시민생활과 사회활동에의 자유로운 참여, 존엄하게 대우받을 권리, 차별받지 않을 권리, 합법적 사업을 보호받을 권리, 협박·희롱·고문·강요 등을 받지 않을 권리가 포함된다. 2세대 인권이라 불리는 경제적·사회적·문화적 권리 즉, 사회권은 사회보장에 대한 권리 일할 수 있는 권리, 건강 및 행복에 필요한 생활수준을 누릴 수 있는 권리, 교육을 받을 권리, 문화생활에 참여하고 과학의 혜택을 누릴 권리 등이다. 3세대 인권은 집단권 또는 연대권이라 불리며, 세계무역과 경제성장으로부터 혜택을 받을 권리, 인도적 구호를 받을 권리, 조화로운 사회에서 살 권리, 오염되지 않은 공기와 깨끗한 물을 마실 권리와 같은 환경권, 천연 재화와 자원을 자신들을 위해 자유롭게 처분할 수 있는 권리, 우주 자원·과학·기술·기타 정보의 발전 결과와 문화적 전통·유적·기념물 등 인류 공동의 유산에 공동으로

참여하고 혜택을 받을 수 있는 권리 등이 포함된다.

2. 노인 인권의 개념과 영역

노년기라는 특정 연령대에 속해 있는 노인은 다른 연령집단과 다름없이 인간이 누릴 수 있는 모든 권리를 향유할 수 있는 인권의 주체이다. 그러므로 앞서 살펴본 인권의 개념과 노인 인권의 개념은 다르지 않고, 다만 그 대상만 노인으로 국한될 뿐이다. 따라서 노인의 인권은 '노인이 존엄한 존재로 존중받고, 인간다운 노후생활을 영위하는데 필요한 모든 권리'(이석준, 2001; 박수천, 2005; 권중돈, 2012)이다. 그러나 인간다운 생활을 할 수 있는 권리라는 노인 인권에 대한 개념정의는 매우 추상적이며, 노인의 특성과 사회적 환경을 충분히 반영하지 못하고 있으므로, 노인의 인권을 보다 구체적으로 개념화할 필요가 있다.

노인을 위한 국제인권규약은 채택되지 않고 있지만, 노인 인권에 관한 국제원칙과 계획, 법률 그리고 노인 인권에 관한 기존 연구를 살펴보면, 노인 인권의 영역과 세부 권리내용을 추론할 수는 있다. 1969년 백악관 노인회의에서 채택된 미국의 노인헌장에서는 노인의 권리를 9가지로 명기하고 있다. 미국 노인헌장에서는 노인이 '① 인간으로서의 역할을 수행할 수 있는 권리, ② 각자의 능력에 따라 취업을 할 수 있는 권리, ③ 노후생활의 궁핍을 면할 수 있는 권리, ④ 여가·교육 및 의료에 대한 지역사회의 자원을 공평하게 향유할 수 있는 권리, ⑤ 노후의 필요를 충족시킬 수 있는 주거에 거주할 수 있는 권리, ⑥ 가족의 최선의 이익에 반하지 않는 한 정신적, 경제적 원조를 받을 수 있는 권리 ⑦ 본인이 원하는 경우에는 독립하여 생활할 수 있는 권리, ⑧ 생존이나 사망시까지도 인간으로서의 존엄성을 잃지 않을 권리, ⑨ 노후를 풍부하게 보내는데 필요한 모든 지식에 접근할 수 있는 권리를 지닌다고 규정하고 있다(권중돈, 2006).

우리나라의 노인복지법 제 2조에서는 노인은 존경받으며 건전하고 안정된 생활을 할 권리와 능력에 따른 경제활동 및 사회활동 참여 권리를 지님과 동시에 심신의 건강유지와 사회발전에 기여할 의무를 규정하고 있다. 국가인권위원회의 국가인권정책기본계획(2006)에서는 노인의 주거권, 건강권, 사회복지권이라는 세가지 권리 보장을 노인 인권 증진의 목표로 규정하고 있다. 밝은 노후(2004)는 권리의 주체로서의 노인, 자기결정의 원칙, 잔존능력의 존중과 활용, 노인의 가치와 존엄의 확보라는 인권사상을 기반으로 하여, 노인의 권리영역을 주거권, 고용보장의 권리, 건강권, 교육권, 소득보장권, 기타의 권리라는 6개 영역으로 구분하고 있다. 김미혜(1999) 역시 위와 같은 인권사상을 기반으로 하여 ① 의식주 등을 보장받을 권리, ② 수발을 요구하고 받을 권리(수발청구권), ③ 적절하고 충분한 의료를 보장받을 권리, ④ 적절한 노동과 이에 상응하는 소득을 보장받을 권리, ⑤ 재산상의 관리, 보호를 보장받을 권리, ⑥ 정치 및 정책에 참여할 권리, ⑦ 문화적 생활을 누릴 권리, ⑧ 권리구제를 요구할 권리라는 8가지를 노인 인권의 영역으로 규정하고 있다. 서혜경(2001)은 노인들이 갖는 복지권에 ① 의식주 보장의 권리, ② 수발청구권, ③ 적절하고 충분한 의료보장의 권리, ④ 노동과 적당한 소득보장의 권리, ⑤ 재산상의 권리 보호를 받을 권리, ⑥ 정치 및 정책에 참여할 권리, ⑦ 권리구제를 요구할 권리가 포함된다고 보고 있다.

이상의 노인 인권에 관한 국제원칙, 법률, 선행연구에서 제시한 노인 인권의 영역과 내용이 각기 상이하긴 하지만, 노인의 인권 역시 인간존엄권, 자유권, 사회권 그리고 법절차적 권리를 포함하는 것으로 볼 수 있다. 이에 본고에서도 노인 인권의 영역을 ① 행복추구권과 평등권 등의 인간존엄권, ② 신체적 자유권과 사생활에 관한 자유권, 정치·문화·종교활동의 자유권, 차별과 학대를 받지 않을 권리 등을 포함하는 자유권 ③ 건강권, 환경권, 소득보장권, 국가와 사회로부터 부양받을 권리, 교육문화권, 노동기본권, 복지수급권 등의 사회권과 ④ 청원권, 국가배상 청구권 등의 법 절차적 권리로 규정할 수 있다. 이러한 노인의 인권영역을 좀 더 세부적으로 제시하면 다음 <표 1>과 같다.

< 표 1 > 노인 인권의 영역과 세부적 권리

영역	인권항목	세부적 권리
인간 존엄권	행복추구권과 평등권	○ 천부적 자유와 존엄, 생명권, 신체의 자유와 안전, 강제노동과 노예제도의 금지, 고문금지, 법 앞에서의 평등, 차별 및 학대금지
자유권	신체자유권	○ 불법 체포 및 구속으로부터의 자유, 불법강제 노역으로부터의 자유
	사생활자유권	○ 사생활의 비밀과 자유, 주거의 불가침, 거주 및 이전의 자유, 통신의 자유
	정신적 자유권	○ 양심의 자유, 종교의 자유, 학문과 예술의 자유, 개인적 및 집단적 표현의 자유
	경제적 자유권	○ 재산권의 보장, 직업선택의 자유
	정치적 자유권	○ 정보접근권, 정치활동의 자유, 참정권
사회권	경제권	○ 연금수급권, 기초생활보장권, 노후경제생활 교육받을 권리 등
	노동권	○ 은퇴준비 교육권, 경제활동 참여권(기업체 취업, 창업, 노인일자리 사업), 적정 보수를 받을 권리, 적정 노동환경 요구권(산재보험 등), 등
	주거권	○ 주거환경보장권(주택소유, 주거환경 개선, 임대보증금지원 등)
	건강권	○ 건강증진권(건강교육, 건강상담, 건강교실 등) ○ 위생 및 영양권(이미용, 목욕, 세탁서비스, 경로식당(중식서비스), 밑반찬·도시락배달, 푸드뱅크 등) ○ 건강급여권(의료이용, 건강보험과 의료급여 등) ○ 재활서비스 이용권(양·한방진료, 재활문제해결(물리치료, 작업치료, 운동재활, ADL훈련 등), ○ 요양보호권(방문요양, 노인돌봄서비스, 주간·야간·단기보호, 장제서비스, 노인요양시설, 노인요양공동생활가정 등)
	평생교육권	○ 노인교실, 노인복지관 등의 교육프로그램 참여권(한글교실, 외국어교실, 교양교실, 정보화교육, 역사교실, 예능교실, 전통문화교실 등)
	문화생활권	○ 경로당, 노인복지관 등의 여가프로그램 참여권(음악, 미술, 원예교실, 다도교실, 문화교실, 운동, 바둑·장기 등)
	사회참여권	○ 자원봉사활동 참여권, 동아리·클럽 활동 참여권, 교통편의서비스 이용권 등
	가족유지권	○ 가족과의 교류, 가족의 부양을 받을 권리 등
	소통권	○ 가족, 이웃, 친구, 비노인층 등 관계망과의 교류권
법 절차적 권리		○ 청원권, 재판의 청구권, 형사보상 청구권, 국가배상 청구권, 범죄피해자의 구조 청구권

3. 노인복지시설의 인권 이해

노인복지 생활시설에서 생활하는 노인의 인권은 집단생활이라는 특수성 때문에 지역사회에 거주하는 노인과는 인권 영역과 세부적 권리가 다르다. 노인복지시설 생활노인의 인권의 영역과 세부적 권리는 보건복지가족부(2006. 5.)의 「노인복지시설 인권보호 및 안전관리 지침」이 있으며, 국가인권위원회(2008. 8.)에서 발간한 「노인분야 인권교육 교재」와 한국노인복지시설협회(현 한국노인복지중앙회)(2009. 10.)에서 발간한 「노인복지시설 인권매뉴얼」, 국가인권위원회(2014)에서 발간한 「노인 인권 길라잡이」에 상세하게 규정되어 있다.

노인복지시설 생활노인의 인권영역과 항목은 모든 노인이 갖는 인권 영역과 항목과 다르지 않다. 즉, 노인복지시설 생활노인의 인권은 ① 행복추구권과 평등권 등의 인간존엄권, ② 신체적 자유권과 사생활에 관한 자유권, 정치·문화·종교활동의 자유권, 차별과 학대를 받지 않을 권리 등을 포함하는 자유권 ③ 건강권, 환경권, 소득보장권, 국가와 사회로부터 부양받을 권리, 교육문화권, 노동기본권, 복지수급권 등의 사회권과 ④ 청원권, 국가배상 청구권 등의 법 절차적 권리라는 모든 노인이 향유할 수 있는 인권 영역과 동일하다. 그러나 노인복지시설 생활노인의 인권영역과 항목을 어떤 목적에서 분류하는가에 따라 세부적인 인권영역과 항목은 다르게 나타난다.

노인여가복지시설의 한 종류인 노인복지관을 이용하는 노인이 갖는 인권을 서비스 이용 단계별 즉, 서비스이용 이전단계, 서비스 이용 초기단계, 서비스 이용단계, 서비스 종결단계로 구분하여 인권의 영역과 세부권리를 살펴보면 다음의 <표 2>와 같다.

< 표 2 > 서비스 이용 단계별 노인복지관 이용 노인의 인권 영역과 세부 권리

단계	서비스 내용	인권의 영역과 세부 권리
서비스 이용 이전 단계	기관 및 서비스 정보에 대한 접근	기관에 대한 알권리, 서비스내용에 대한 정보접근권
	이용 상담	의사표현의 자유권, 개인정보보호 및 사생활 보호권(비밀보장권), 평등권, 차별금지, 서비스 선택과 변경에 대한 권리
	서비스 이용결정과 계약	이용 선택과 이용여부의 자기결정권, 이용계약 내용에 대한 정보접근 및 공정한 이용(회원가입) 계약을 맺을 권리
서비스 이용 초기 단계	욕구사정 및 서비스 목표설정	욕구사정을 위한 자유로운 의사표현과 정보제공의 권리, 서비스 목표 설정과정에 참여할 권리
	서비스 계획 수립	서비스 선택 계획수립과정에 참여할 권리, 자기결정권, 질 높은 서비스를 받을 권리
	서비스 이용 종합안내 및 적응지원	서비스내용에 대해 종합적인 정보를 제공받을 권리, 적응지원을 받을 권리, 고충처리 수용의 권리
서비스 이용 단계	건강생활지원 서비스	건강증진권 및 적정 생활수준 향유권, 적절한 보건의료서비스를 받을 권리, 서비스를 선택할 권리

	후생 및 편의증진 서비스	위생 및 영양권과 질높은 급식서비스를 받을 권리, 이동서비스를 받을 권리, 쾌적한 환경에서 이용할 권리, 서비스를 선택할 권리
	정서생활지원 서비스	소통권, 비밀보장이 되는 공간에서 상담받을 권리, 서비스를 선택할 권리
	문화여가지원 서비스	문화생활 참여 및 향유의 권리, 서비스를 선택할 권리
	평생교육지원 서비스	평생교육권, 수준에 적합한 교육을 받을 권리, 서비스를 선택할 권리
	사회참여지원 서비스	봉사활동에 참여할 권리, 인센티브를 제공받을 권리, 동아리활동을 지원받을 권리, 지역사회 및 세대간 교류할 권리, 서비스를 선택할 권리
	소득·고용지원 서비스	경제권, 직업적 역량개발의 권리, 적합한 일자리를 제공받을 권리, 일에 상응한 보상을 받을 권리, 안전한 환경에서 일할 권리, 서비스를 선택할 권리
서비스 종결 단계	종결상담과 결정	의사표현의 자유권, 회원탈퇴의 자기결정권, 부당한 사유로 탈퇴를 당하지 않을 권리
	서비스 의뢰 및 추후서비스	서비스 의뢰에 대한 의사표현과 자기결정권, 지역사회 다른 기관의 서비스에 대한 정보접근권, 비밀보장권리, 추후 서비스를 보장받을 권리

* 자료: 국가인권위원회(2014). 노인 인권 길라잡이.

Ⅲ. 인권과 노인복지실천의 관계

1. 인권과 복지의 융합에 대한 요구

인권분야에서는 인권이 추상적이고 형식적 수준의 담론에 그친다면, 인권은 공허한 메아리에 불과할 수 있다는 비판이 제기되면서, 인권을 현실에서 보장하고 실현할 수 있는 실질적인 기제(mechanism)가 만들어져야 한다는 주장(이봉철, 2001; 조효제, 2007)이 강력하게 제기되고 있다. 이에 인권분야에서는 법률적, 제도적 접근 이외에 실제로 인권 문제를 효과적으로 다룰 수 있는 방법이 있는가에 대한 논쟁이 진행되고 있다(Ife, 2006). 인권을 현실에서 구현하기 위한 각종 사회제도가 있지만, 인권이 삶을 영위하는데 필요한 자유와 욕구의 충족을 목적으로 한다는 점(Gewirth, 1982)에서 노인복지정책이나 실천과 더욱 깊은 연관성을 맺어야 한다. 미래의 인권담론 역시 인권 고유의 이념을 계승하되 인간의 욕구충족과 역량강화를 통하여 행복을 증진시키는 복지형 체계를 비전(vision)으로 삼아야 한다는 점을 강조하고 있다(조효제, 2007).

노인복지분야에서도 노인복지정책과 실천을 통하여 노인의 욕구 충족과 문제해결을 위한 서비스 제공에는 헌신적이었지만, 노인복지가 추구해야 할 가치와 이념적 지향점, 궁극적으

로 도달하고자 하는 목적에 대해서는 비교적 소홀했다는 비판이 제기되고 있다. 한 국가의 사회문화적 상황이 상이하기는 하지만, 노인복지제도의 발달단계는 첫째, 자선과 구제, 둘째 노인문제의 해결, 셋째 노인의 욕구충족단계를 거치게 되며, 마지막 발달단계로는 노인의 권리보장 또는 인권보호단계로 진행되게 된다(권중돈, 2012). 우리나라의 노인복지정책과 실천은 현재 노인복지제도 발달의 2단계 또는 3단계에 속하고 있지만, 학술분야와 이념적 지향에서는 4단계에 진입하고 있는 상황이다. 그리고 2011년 6월 노인복지법 개정을 통하여 노인보호전문기관이 노인 인권보호 관련 사업을 전개하도록 공식화함으로써 노인복지정책과 실천에서 인권관점에 기반한 노인복지실천(RBA; right-based approach)에 대한 관심이 증가하고 있다(권중돈, 2011. 8.). 실제로 국제사회사업가협회(IFSW)(2002)는 인권이 노인복지의 심장부라고 보고, 노인복지의 가치, 윤리, 이론 및 서비스 과정 전체에 걸쳐서 인권을 고려하지 않으면 안 되며, 인간의 욕구에 반응하는 인권은 노인복지실천에서 반드시 옹호되어야 한다는 점을 강조하고 있다.

이와 같이 인권분야와 노인복지분야는 상호간의 융합과 협력적 노력을 통하여 각각의 분야가 지니고 있는 한계를 보완하고, 노인의 인권보호와 복지증진을 도모하기 위한 실천적 행동에서 시너지 효과를 거둘 수 있다.

2. 인권과 노인복지실천의 연관성

인권과 노인복지는 서로 다른 길을 걸어왔지만, 두 분야 사이에는 많은 연관성을 지니고 있다(Ife, 2000). 인권의 발달단계를 기준으로 하여 살펴보면, 1세대의 인권이 주로 법률가들이 관심을 갖고 자유를 쟁취하기 위한 노력의 장이었지만, 사회복지 분야에서도 사회적 보호를 필요로 하는 계층과 소수자의 권리에 대한 옹호활동과 인권보장을 위한 노력을 전개해 왔다. 2세대 더 나아가 3세대 인권은 사회복지전문가의 역할이 중요한 영역이다. 2세대 인권의 발달과정에서는 교육권, 주거권, 건강권, 직업권, 사회보장권 등을 보장하는 노인복지제도들이 확충되었으며, 공공과 민간에 의한 직접적 서비스 제공과정을 인권보장의 한 과정으로 이해하였다. 3세대 인권의 발달과정에서는 사회복지실천에서 지역사회개발의 측면이 강조(Ife, 2000)되고 있으며, 최근에는 서로간의 상생발전(相生發展)을 도모할 수 있는 방안을 모색하는 과정에서 더욱 깊은 연관성을 지니게 되었다. 이러한 인권과 노인복지 사이의 관계를 좀 더 구체적으로 살펴보면 다음과 같다(권중돈, 2012).

첫째, 노인복지가 뿌리를 두고 있는 가치는 인권 사상과 유사하다. 인간 존엄성, 자유, 평등, 민주, 정의, 사회적 책임과 연대 등의 노인복지의 기본 가치는 인권에 함축된 기본 가치와 동일하다. 그러므로 인권과 노인복지는 출발점이 동일하다.

둘째, 인권과 노인복지의 목적이 유사하다. 인권은 “인간이 그 자체로서 존엄성을 인정받고 인간답게 살아가는데 필요한 모든 권리”를 말한다. 노인복지의 목적은 대한민국 헌법에 명시되어 있는 바와 같이 “인간다운 노후생활의 영위”로서, 인권과 동일한 목적을 추구하고 있으며, 우리나라 헌법에서도 이를 노인의 권리라고 명시하고 있다.

셋째, 노인복지의 원칙은 인권의 원칙과 유사하다. 노인복지의 원칙이라 할 수 있는 독립,

보호, 참여, 자기실현, 존엄은 인권의 인간존엄권을 바탕으로 한 자유권과 사회권의 보장이라는 인권의 원칙과 동일하다. 그리고 노인복지실천의 기본 원칙이자 원조관계의 핵심 원칙이라 할 수 있는 수급권자의 자기결정, 수용, 비심판적 태도, 비밀보장 등에는 인권의 원칙들이 내재되어 있으므로, 인권과 노인복지의 원칙을 서로 별개의 것이라고 보아서는 안 된다(UN Center for Human Rights, 2005; Reighert, 2003).

넷째, 노인복지 정책과 실천의 다양한 급여와 서비스, 원조행위는 결국 인권을 현실에서 구현해내는 방법이다. 노인복지는 목적과 목표를 달성하기 위하여 노인복지정책과 노인복지실천이라는 두 가지 방법을 활용한다. 현행 노인복지정책의 소득보장, 주거보장, 고용보장, 건강보장 그리고 사회적 서비스는 결국 경제권, 주거권, 노동권, 건강권, 사회참여권 등의 자유권과 사회권을 보장하기 위한 급여와 서비스로 구성되어 있다. 그리고 노인복지실천에서 이루어지는 상담, 사례관리, 옹호나 지지, 평생교육프로그램, 지역복지활동 등의 비물질적 사회서비스 역시 모든 노인의 문제해결, 욕구충족 그리고 사회적 기능 향상을 목적으로 하고 있으므로, 결국은 노인에 대한 인간존엄권을 기반으로 하여 노인의 자유권과 사회권을 보장하기 위한 노력이라 할 수 있다.

다섯째, 노인복지실천의 다양한 이론과 모델, 개입활동은 인권 관점에 근거를 두고 있다. 미국사회복지사협회(NASW)(2000)는 정책선언에서 모든 사회복지이론과 응용지식의 기반이 되는 원리로 인권 관점을 채택하였다. 이 정책선언에 의하면 사회복지사는 사회적 약자 및 취약계층의 권리 옹호, 취약집단의 건강과 복지 증진에의 기여 등과 같은 모든 개입영역에서의 인권관점에 기반한 실천을 할 것을 요구하고 있다. 실제로 노인복지실천의 욕구모델, 사회정의모델, 시민권모델, 역량강화 모델은 노인복지 수급권자의 인권을 증진하는데 강조점을 두고 있다. 특히 수급권자의 선택권과 자율성을 높여줌으로써 이들의 역량을 강화하는데 중점을 두는 역량강화모델(empowerment model)과 수급권자가 자신감을 갖도록 지지하고 대처능력과 동기를 고양하여 스스로 자신의 문제에 도전하고 직면할 수 있도록 돕는 강점관점모델(strength model)은 수급권자의 자기결정권과 자율성을 강조하고 수급권자의 역량과 대처능력을 고양시키는데 목적을 두고 있는 것으로 인권 관점을 채택하고 있다(조효제, 2007). 이와 같이 인권관점에 근거한 접근법은 기존의 노인복지 실천모델들을 폐기하거나 배타시키는 것이 아니며, 오히려 기존 모델들을 확장시키며, 노인복지실천을 강화하고 그 정당성을 부여해준다(Ife, 2000).

여섯째, 노인복지실천의 원조관계는 인권 관점을 반영하고 있다. 초기의 노인복지실천에서는 사회복지사를 원조제공자로, 수급권자를 수혜자로 규정하고 도움을 주고받는 관계로 보았었다. 그러나 최근에는 수급권자가 무조건 받기만 하는 것이 아니며 원조과정에 직접적이고 적극적으로 참여할 것을 강조하고 있으며, 사회복지사와 수급권자간의 끊임없는 대화와 자발적 참여를 강조한다. 즉, 노인복지실천과정에서 욕구사정이나 서비스 계획 수립, 프로그램 참여 등의 원조과정 전반에 수급권자가 직접 참여하여 자신의 의사와 요구를 적극적으로 개진하고, 스스로 서비스를 선택하고 결정할 수 있도록 하고 있다.

이와 같이 인권과 노인복지는 많은 유사점을 갖고 있음에도 불구하고 인권관점에 근거한 노인복지실천모델은 아직 이론적인 틀이 구체화되지 못하였으며, 경험적 실천이나 연구가 뒷

받침되지 못하고 있다. 그럼에도 불구하고 인권관점에 근거한 접근법은 앞으로 노인복지실천의 발전에 크게 기여할 수 있을 것이다. 인권관점에 근거한 노인복지실천은 자선이나 시혜가 아니라 개인이 갖는 안전과 존엄, 기회와 권리를 보장할 수 있는 길을 제시하고 있으므로, 노인복지실천에 긍정적 영향을 미쳤으며 앞으로도 영향을 미칠 것이다(Ife, 2000; Skegg, 2000; Reighert, 2003; 김미옥 외, 2006; 조효제, 2007). 실제로 현재 이루어지는 노인복지 정책과 실천이 곧 노인의 인권을 보호하고 증진하는 인권관점 실천이라 해도 과언이 아니므로, 인권 관점을 도입한다고 하여 노인복지 종사자에게 또 다른 역할이나 업무를 별도로 요구하는 것은 아니다. 다만 노인을 '의존적이고 보호받아야 할 대상으로 보던 사고'에서 '완전한 권리를 가진 주체로 규정하는 사고'로의 전환이 노인복지종사자에게 요구된다. 물론 사고의 전환이 실제로 서비스를 제공하거나 프로그램을 수행하는 것보다 훨씬 어려운 일이지만, 인권관점으로의 사고 전환이 없으면 노인복지실천은 늘 노인의 문제와 욕구의 뒤꿈치를 쫓아가는 복지지체현상을 지속적으로 드러낼 가능성이 높다(권중돈, 2006).

Ⅳ. 인권 보호를 위한 노인복지 정책과 실천의 현상

1. 노인 인권 보호를 위한 법과 정책

국가에서는 헌법, 노인복지법, 저출산고령사회기본법, 고용상 연령차별 금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률, 장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률, 기초연금법, 노인장기요양보험법, 교육기본법 등의 법령에서 노인의 권리보호를 위한 국가 및 지방자치단체의 책임과 가족의 노력을 명시하고 있다(http://www.law.go.kr). 헌법과 주요 법률에 나타난 노인 인권보호에 관한 조항을 살펴보면 다음과 같다.

우리나라 헌법 제10조부터 제37조에서는 자유권과 사회권을 망라한 기본권 조항을 규정하고 있으며, 국가인권위원회법 제2조에서도 인권을 국내법에 의한 법적 권리로서의 성질뿐 아니라 자연권적인 인간으로서의 권리를 폭넓게 규정하여 인권을 '인간으로서의 존엄과 가치 및 자유와 권리'라고 정의하고 있다. 그러나 헌법과 국가인권위원회법의 인권 관련 조항은 노인의 인권에 대한 구체적이고 명확하며 직접 적용될 수 있는 조항이 아니므로 노인복지법에 규정된 노인 인권에 관한 구체적 조항을 살펴볼 필요가 있다.

노인복지법 제2조의 기본이념에서는 '① 노인은 후손의 양육과 국가 및 사회의 발전에 기여하여 온 자로서 존경받으며 건전하고 안정된 생활을 보장받으며, ② 능력에 따라 적당한 일에 종사하고 사회적 활동에 참여할 기회를 보장 받고, ③ 노령에 따르는 심신의 변화를 자각하여 항상 심신의 건강을 유지하고 그 지식과 경험을 활용하여 사회의 발전에 기여하도록 노력하여야 한다'고 하여 노인이 향유할 수 있는 권리와 책임을 명기하고 있다. 그러나 이 역시 매우 추상적 수준의 인권 또는 노인복지의 기본 이념에 대한 조항으로 구체적인 노인 인권 보호규정이라 할 수는 없다.

노인복지법에서는 적극적인 노인 인권 보호를 위한 조항을 찾아보기 어려우며, 인권이 극도로 침해된 노인학대에 조치와 벌칙사항을 규정하고 있다. 노인복지법 제39조의 4에는 노인학대의 예방과 신고를 위한 긴급전화(☏1577-1389) 설치가 규정되어 있으며. 제39조의 5에는 노인보호전문기관의 설치, 제39조의 6 노인학대 신고의무와 절차, 제39조의 7에는 학대받은 노인에 대한 응급조치의무, 제39조의 8에는 학대받은 노인의 보조인의 선임, 제39조의 9에는 신체적 학대 등의 금지행위를 규정하고 있다.

노인장기요양보험법 제1조에서는 노인장기요양보험제도가 '고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등을 통하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는데 목적'을 두고 있다고 규정하고 있다. 하지만 이 법에서도 역시 적극적인 인권보호 조항은 찾아보기 어려우며 인권 침해행위가 심각할 경우 장기요양기관의 지정을 취소할 수 있도록 규정하고 있다. 즉, 노인장기요양보험법 제37조에 의하면, 장기요양기관의 종사자 등이 수급자의 신체에 폭행을 가하거나 상해를 입히는 행위, 수급자에게 성적 수치심을 주는 성폭행, 성희롱 등의 행위, 자신의 보호·감독을 받는 수급자를 유기하거나 의식주를 포함한 기본적 보호 및 치료를 소홀히 하는 방임행위를 하였을 경우에 장기요양기관 지정을 취소할 수 있도록 규정하여, 소극적 인권보호 조치를 규정하고 있다.

고용상 연령차별 금지 및 고령자 고용촉진법 제 1장의 2 제 4조의 4에서 제4조의 9까지에서는 고용상의 연령차별금지와 이와 관련된 권고사항, 시정 및 금지사항을 규정하여, 노인을 포함한 고령자의 노동권 보장을 규정하고 있다. 기초연금법에서는 기초연금 수급권자 등에 관해 규정하여, 노인의 경제권 보장에 관한 사항을 규정하고 있다. 그러나 이들 법률 역시 노인의 경제권과 노동권이라는 인권 관점보다는 고령자의 노동기회 제한과 기초소득의 부족이라는 문제 중심의 관점에서 제정된 법률이며, 그와 관련된 권리의 일부만을 규정하여 노인의 인권보호라는 목적을 달성하는 데는 한계가 있다.

이러한 법적 근거에 의거하여 추진되는 다양한 노인복지정책 역시 노인 인권보호를 위한 적극적 조치를 담고 있지 못하고 있는데, 이에 대해서는 노인 인권증진을 위한 노인복지정책의 과제 부분에서 좀 더 상세히 다루고자 한다.

2. 노인 인권 보호를 위한 실천

누구나가 꿈꾸는 이상사회(utopia)가 아니고서는 모든 인간이 인간으로서의 존엄성을 보장받고 자유롭고 평등한 인간다운 삶을 영위한다는 것은 현실적으로 불가능할 것이다. 노인 등을 포함한 사회적 약자들 삶의 과정에서 다양한 불평등과 차별, 인간존엄성이 침해당하고, 생존을 위협받고 있는 것이 현실이다. 이러한 상황을 극복하고 인간다운 생활 즉, 건강하고 문화적인 삶을 누리기 위해서는 노인의 권리와 이익을 보장받기 위한 사회운동이 필요하다. 노인권익운동이란 노인의 안정된 삶과 복리증진에 방해가 되는 기존의 사회관계를 변화시키려는 집합적 노력이라고 정의할 수 있다(권중돈, 2010).

외국에서는 노인권익운동이 매우 활성화되어 있지만, 우리나라에서 노인의 권리와 이익을

옹호하는 노인권익단체는 실질적인 노인권익 옹호활동을 전개하지 못하고 있다. 우리나라에서 노인의 인권보호를 위한 실천적 노력을 기울여온 대표적인 기관은 2004년부터 설립·운영되고 있는 노인보호전문기관이다. 노인보호전문기관은 2015년 한 해동안 3,818건의 극단적 인권침해 행위인 노인학대 사례를 발견하여 개입하였다는 점에서 노인 인권 침해사례의 구제와 노인 인권 증진에 크게 기여하고 있다(보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2016). 하지만 노인보호전문기관에서는 노인 인권이라는 큰 틀을 정립하고 그 속에서 노인학대 문제에 접근하는 방법이 아니라 학대라는 좁은 틀을 설정하고 노인 인권 문제에 접근을 해왔으므로, 노인 인권보호를 위한 소극적 실천에 머무는 한계가 있다(권중돈, 2011. 8). 하지만 2011년 6월 노인복지법 개정을 통하여 중앙노인보호전문기관이 노인 인권보호 관련 정책제안, 노인 인권보호를 위한 연구 및 프로그램의 개발을 담당하게도록 규정하였지만, 노인학대 문제에만 강조점을 두고 있으며 노인 인권보호에 관한 연구와 실천은 지극히 제한되어 있다.

2006년에 제정된 보건복지부의 노인복지시설 인권보호 및 안전관리지침은 노인복지시설에서의 인권에 대한 관심을 고조시키고, 인권관점에 기반한 서비스와 실천을 도입하기 노인복지시설의 자체적인 노력을 이끌어냈다는 점에서 매우 긍정적인 평가를 받을 수 있다. 이러한 인권보호 지침을 노인복지실천과 서비스로 전환하기 위하여 한국노인복지시설협회(2009. 10.)에서는 '노인복지시설 인권매뉴얼'을 개발, 보급하고 종사자교육을 지속적으로 실시하여, 노인복지시설에서는 이를 바탕으로 인권관점에 기반한 노인복지실천을 실행에 옮기기 위한 노력을 기울이고 있다. 하지만 노인복지시설 인권보호 지침의 이행과 관련된 지도감독과 점검이 이루어지지 않고 있으며, 학대와 같은 노인 인권 침해사례가 발생하여 외부로 알려진 이후에 사후 개입하는 정도에 머물러 있는 한계가 있다.

2007년부터 동대문노인종합복지관에서는 한국노인인권센터를 설립하여 운영하고 있지만, 연극과 홍보활동을 통한 노인과 지역주민의 노인 인권에 대한 이해를 증진하는데 중점을 두고 있다. 2009년부터 국가인권위원회에서는 '노인인권지킴이단'을 발족시켜 운영하고 있지만, 실질적인 노인 인권 침해사례를 발견하여 구제하는 활동을 전개하지 못하고 있다(국가인권위원회, 2010. 5.). 한국노인종합복지관협회에서는 사회복지공동모금회의 지원을 받아 2010년부터 노인 일자리사업으로 노인권익위원(ombudsman) 사업을 추진하고 있는데, 언론, 편의시설, 소비자, 학대, 노인복지서비스이라는 5개 분야에서 노인차별과 인권 침해 사례를 발견하여 직접 해결하기 위한 노력을 기울여 상당한 성과를 거두고 있다(권중돈, 2010). 그리고 국가와 지방자치단체에서는 노인사회참여(일자리) 지원사업의 일환으로 노인학대 감시단 또는 노인 인권 지킴이 등을 실시하고 있다. 그러나 이들 지킴이 또는 옴부즈맨은 노인 인권 침해 사례를 발견하고도 공식 옴부즈맨이 아니라는 지위상의 한계로 인하여 실질적인 구제활동을 전개하지 못하는 한계도 동시에 노정하였다. 이외도 부산, 광주, 전남지역 등에서 지자체 혹은 노인장기요양기관 자체적으로 옴부즈맨제도를 도입하여 운영하고 있지만, 이 역시도 지위상의 한계로 인하여 실질적인 인권 침해 구제활동을 하지는 못하고 자체 자정(自淨) 노력에 그치고 있는 것으로 보인다.

이상과 같이 국내에서는 공공과 민간부문에서 노인 인권을 보호하기 위한 다양한 실천적 노력을 전개하고 있지만, 아직 그 범위나 활동의 양과 질적 측면에서 매우 미진하다고 평가

할 수 있다.

Ⅴ. 인권관점 노인복지 정책과 실천의 강화를 위한 과제

노인복지정책이나 실천이 노인문제나 욕구를 해결하고 충족시키는데 강조점을 두기 보다는 노인의 인권을 보장하기 위한 인권관점 접근(right-based approach)로 전환될 때만이 노인 문제의 예방과 기초 욕구 뿐 아니라 높은 수준의 욕구까지도 충족시킬 수 있으며, 노인이 당연히 누려야 할 권리를 보호받을 수 있는 진정한 의미의 노인복지제도가 발전할 수 있을 것이다. 이에 다음에서는 노인복지분야에 인권관점 실천을 도입하고 더욱 확산시켜 나가기 위해서 현시점에서 노력해야 할 과제들에 대해 살펴보고자 한다.

1. 노인 인권포럼의 구성과 노인권리선언의 채택

노인 인권 증진과 인권관점 노인복지실천의 강화를 위해서 가장 우선적으로 추진해야 할 과제는 노인 인권의 영역과 세부적 권리에 대한 사회적 합의의 도출이다. 이러한 합의 도출을 위해서 선행되어야 할 것은 노인 인권의 영역과 세부 권리를 규정하기 위한 공개적 논의의 장을 마련하는 것이다. 따라서 보건복지부와 국가인권위원회가 중심이 되어 '(가칭)노인인권포럼' 과 같은 논의 구조를 마련하고, 학계, 행정부, 법조계, 실천현장이 함께 참여하여 노인 인권의 개념, 범위와 영역, 세부적 권리조항에 대한 합의된 시안을 마련할 필요가 있다. 이를 공청회 등을 통하여 의견수렴을 하여 보완하고, 이를 '(가칭)노인권리선언'과 같은 하나의 선언문 형태로 정리하여 공식적으로 공포하고, 세부적인 행동원칙 또는 지침을 마련할 필요가 있다. 그래야만 앞으로 노인 인권 정책이 어느 방향으로 어떻게 추진되어야 할 것인가에 대한 기본적인 틀을 갖추고 시작할 수 있을 것이다.

2. 법적 기반 구축 및 노인복지정책의 개선

노인 인권을 증진하기 위한 복지급여나 서비스는 법에 기반을 두고 이루어지며, 인권을 서비스로 구현해 내기 위해서는 법의 제정, 개정, 이행, 준수가 전제되어야 한다(조효제, 2007). 따라서 노인복지실천에서 인권관점에 기반한 급여나 서비스가 제공되기 위해서는 노인 인권보호를 위한 법률의 제정과 정비가 이루어져야 한다. 즉, 노인복지법을 개정하여 '권리로서의 복지'의 성격을 보다 분명히 하고, 장애인차별금지법과 같은 수준의 구체적 조항을 담은 (가칭)노인차별금지 및 인권보호를 위한 별도의 법률을 제정하거나, 아니면 노인복지법에 노인 차별금지와 인권보호에 관한 구체적 조항을 신설하여 노인 인권보호를 위한 법적 및 제도적 기반을 구축하여야 한다.

이러한 법적 제도의 개선과 함께 민주주의 체제하에서 노인의 삶의 질 향상에 기여하려

면 정책의 영역에 인권관점을 적용시키는 것이 가장 확실한 방법이다. 즉, 시혜적 성격의 복지정책을 권리로서의 복지정책으로 전환시켜야 할 필요가 있다(조효제, 2007). 노인에게 제공되는 급여나 서비스는 국가가 노인의 삶의 질을 향상을 위해 선택한 행동노선인 정책에 의거하여 이루어지므로, 인권관점에 근거한 노인복지정책의 개발과 시행이 요구된다. 즉, 기존의 문제해결과 욕구충족에 치중하고 있는 노인복지정책이 인권관점에 기초한 정책으로 전환되어야 한다. 현행 노인복지정책에서는 학대나 차별과 같은 노인 인권이 침해된 사례에 개입하는 소극적 인권보호정책을 채택하고 있는데, 인권이 침해되기 이전에 적극적으로 예방하고 노인 인권을 보호하는 적극적 노인 인권 보호정책으로 정책기조를 전환해 나가야 할 것이다. 이와 같이 인권관점에 기반한 노인복지정책으로의 방향을 전환하기 위해서는 노인복지정책의 목표에 '노인의 삶이 질 향상과 권익보호'를 명기할 필요가 있으며, 다음과 같은 세부적인 정책과제의 추진이 필요할 것으로 보인다(권중돈, 2012).

먼저 경제권과 관련하여서는 기초연금을 실제 최저 생계비를 보장하는 수준으로 끌어올리고, 노동권과 관련해서는 월 20시간의 노동과 월 20만원의 보수를 받는 자원봉사형 일자리보다는 실질적인 노동기회와 소득증진에 기여할 수 있는 시장형이나 창업형 등의 노인을 위한 사회적 노동시장을 확대해 나가야 한다. 건강권과 관련하여서는 노인장기요양보험제도를 통하여 중증질환으로 인한 장기요양서비스를 지닌 노인들을 위한 요양보호권을 보호함과 아울러 사전에 질병에 걸리지 않도록 예방하고 건강증진을 할 수 있는 건강관리권 보호를 위한 급여와 서비스를 강화해야 할 것이다. 또한 아동과 청소년 학생의 무상급식만을 논의할 것이 아니라 결식노인의 위생 및 영양권을 보호하기 위한 급식서비스의 확대가 필수적이다. 뿐만 아니라 경도 및 중등도의 만성질환을 앓지만 일상생활에 지장을 받는 노인을 위하여 노인돌봄종합서비스의 장기요양 등급기준과 소득기준을 폐지하는 조치가 강구될 필요가 있다.

주거권과 관련하여서는 현재 노인복지정책에서 가장 취약한 주거보장을 위한 대책을 획기적으로 확대하여, 집 없는 노인을 위한 임대주택 공급, 전월세 등의 주거비 지원을 위한 주택수당제도의 수급권자를 확대할 필요가 있다. 평생교육권이나 문화생활권을 보장하기 위해서는 노인여가복지시설의 확대 설치와 함께 노인의 요구에 기반한 질 높은 문화여가교육서비스를 집중적으로 개발하여 제공하여야 한다. 사회참여권의 보장을 위해서는 노인특성에 맞는 자원봉사 프로그램의 개발과 인센티브, 제공, 자발적 동아리 활동에 대한 지원 등이 이루어져야 한다. 가족유지권과 소통권을 보장하기 위해서는 노인장기요양보험제도의 시행으로 서비스 사각지대로 내몰린 경증 및 중등증 노인을 부양하는 가족을 위한 서비스의 확대, 효행교육 등을 통한 가족의 부양기능 회복, 세대 통합 프로그램의 확대 보급을 통한 가족통합의 촉진 등이 이루어져야 할 것이다.

3. 성년후견제도의 정착과 노인복지 옴부즈맨 제도의 도입 시행

노인 인권에 대한 논의가 학술적 및 이념적 논의에 그치지 않고, 실천으로 옮겨지기 위해서는 실질적인 노인인권 보호를 위한 제도를 마련하여 시행해야 한다. 이를 위해 민법 개정으로 2013년부터 실시되고 있는 성년후견제도의 정착을 위한 노력을 기울여야 할 것다. 치

매나 중증질환 등으로 인하여 자신의 의사를 표현하는데 한계가 있거나 권리를 행사하는데 어려움이 있는 노인을 대신하여 권리를 행사할 수 있는 성년후견제도의 도입은 노인 인권보호에 크게 기여할 것이 분명하다. 그러나 현재 노인복지분야에서는 성년후견제도에 대한 논의와 성년후견인의 활용은 매우 미진하다. 따라서 노인의 인권이 충분히 보호받을 수 있는 성년후견제도가 될 수 있도록, 노인분야에서도 성년후견제도 도입과 정착을 위한 전문인력 교육과 적극적 홍보 등의 노력을 적극적으로 전개해야 할 것이다.

성년후견제도와 아울러 도입을 긍정적으로 검토할 필요가 있는 제도는 노인복지 옴부즈맨(ombudsman) 제도이다. 현재 노인복지분야에서 질 높은 서비스를 담보해내고 부당서비스를 방지할 수 있는 장치는 사회복지시설 평가와 공공부문의 감사, 행정지도감독과 현장점검, 부당청구 신고제도 등이 전부이다. 이러한 제도는 서비스 공급자에 대한 감독·감시체계로서, 서비스 소비자인 노인이 경험하는 부당서비스, 불법서비스, 차별적 서비스 등은 찾아내는데 한계를 지니고 있으며, 공무원이 직접 노인복지현장을 자주 방문하여 점검, 감독한다는 것도 현실적으로 한계가 있다. 이러한 문제를 보완하고 노인의 인권 침해를 예방하면서, 발생한 인권침해 사례에 대해서 공정한 구제활동을 전개할 수 있는 노인복지 옴부즈맨 제도의 도입은 그 필요성이 매우 높다. 그러나 지금처럼 자원봉사형이나 노인 당사자형과 같은 비공식적 옴부즈맨제도가 아니라 공공부문에서 공식적 지위와 권한을 가진 노인복지 옴부즈맨을 위촉하여야 할 것이다.

4. 노인의 인권의식 전환과 주체적 참여

인권의 실현을 위해서는 당사자 스스로 자신의 권리를 주장하는 것이 필수적이다(조효제, 2007). 그러나 현 세대의 노인들은 자신의 개인적 권리를 주장하는 것을 점잖지 못한 행동으로 간주하는 경향(권중돈, 2010)이 있어, 권리를 요구하여야 하는 상황에서도 이를 자제하는 성향이 강하다. 이와 아울러 현세대의 노인들은 노인의 인권에 대해 교육을 받을 기회가 없었기 때문에 자신의 권리가 무엇인지도 모르고 있는 경우가 많다. 따라서 노인을 대상으로 한 인권교육 프로그램을 개발하여 적극 실시하고, 노인 스스로 권리를 주장할 수 있는 역량을 개발하고, 노인의 권리를 향유하기 위해 활용가능한 지역자원이나 복지정보들이 상세히 담긴 노인 인권가이드북(예: Senior's Right)(Sember, 2004)을 발행하여 보급함으로써, 노인의 인권 의식을 강화할 수 있을 것이며, 자연스럽게 노인 스스로 자신의 권리 찾기 운동을 전개할 수 있을 것이다. 다만 노인들이 인권을 '자기에게 유익한 모든 것'으로 오해하여 진정한 의미의 권리가 아닌 사익(私益)을 추구하거나, 서비스 공급인력의 인권을 침해하는 행위에 대해서는 분명한 제재 조치가 강구되어야 할 것이다.

5. 노인복지종사자와 시민의 인권에 대한 인식전환

노인의 인권보호를 위해서는 노인의 인권의식을 강화한다고 해서 저절로 이루어지는 것이 아니다. 그러므로 인권관점에 근거한 노인복지실천을 위해서는 노인복지종사자와 일반 시

민의 노인 인권에 대한 인식을 증진시켜야 한다. 그러므로 노인복지 종사자와 예비사회복지사에 대한 노인인권 교육이 선행되어야 한다. 그러나 사회복지 대학교육에서 인권 교과목을 개설한 대학은 지극히 소수에 불과하며, 인권 관련 교과목은 '사회복지 윤리와 철학' 정도에 불과하며 이 역시 필수과목이 아닌 관계로 노인의 인권에 대한 깊이 있는 교육이 이루어지지 못하고 있다. 따라서 예비 사회복지사들은 노인 인권에 대한 기본적 이해조차 갖추지 못한 상태에서 노인복지현장에 투입되는 것이 일반적인 현상이다. 게다가 노인복지종사자들 대부분이 과중한 업무 부담으로 인하여 현임교육훈련(in-service training)의 기회를 갖기 어렵고, 교육훈련 기회를 갖는다고 하여도 노인 인권과 관련된 교육 프로그램에 접근할 수 있는 기회가 많지 않다.

사회복지 대학교육과 노인복지현장의 현임훈련의 실정이 이러하다 보니, 노인복지종사자는 노인을 권리의 주체로 보지 못하고 사회경제적으로 빈곤한 약자, 또는 서비스의 대상이나 서비스의 객체로 보는 시각을 갖게 된다(국가인권위원회, 2004). 이와 같이 수혜자 또는 객체로서의 노인관(老人觀)을 지니게 될 경우 노인복지종사자가 제공하는 급여나 서비스 프로그램은 문제해결이나 기초욕구 충족에 목표를 둘 수밖에 없다. 따라서 노인복지기관과 시설종사자를 대상으로 한 노인 인권교육이 강화되어야 한다.

노인이나 노인복지종사자에 대한 인권교육을 강화한다고 해서, 노인 인권이 자연스럽게 증진되는 것은 아니다. 그러므로 일반 시민을 대상으로 노인인권 교육을 실시하고, 노인 인권에 대한 홍보를 강화하여 사회 전체의 노인 인권의식을 제고하여야 한다. 특히 개인주의가 팽배한 문화에서는 인권을 개인적 이익(私益)과 자기선택권만을 강조하는 의미로 이해되기 쉽다. 그러므로 공동체에 대한 배려가 기본적으로 깔려 있는 사회적 연대의식을 강화하여 타인의 권리를 배려하는 사회적 분위기를 조성할 필요가 있다(조효제, 2007).

6. 인권매뉴얼 개발과 인권관점 노인복지실천의 강화

노인복지실천에서 노인의 삶의 질 증진에 기여하기 위해서는 문제해결과 욕구충족보다는 노인의 역량강화와 인권보호를 위한 프로그램의 개발이 요구된다. 지금까지 노인복지기관이나 시설의 프로그램 개발은 욕구중심 접근방법(needs-based approach)에 기반을 두고 있으며, 노인의 미충족 욕구, 문제나 결함을 찾아내어 이를 보완하려는 것이 프로그램의 주된 목적이었다. 욕구중심 접근방법은 욕구사정을 바탕으로 '누가 어떤 서비스를 받아야 하는가?'에 대한 판단에 의거하여, 서비스 제공자가 수급자를 결정하고, 급여나 서비스의 내용을 결정하는 방식이다. 이는 '노인이 실제로 느끼는 욕구(felt need)'가 아닌 '전문가가 판단한 욕구(they need)'에 근거하여, 전문가가 결정한 서비스를 제공함을 의미하는 것으로 노인의 진정한 욕구나 권리가 배제되고 서비스 선택권도 박탈될 가능성이 높다. 이러한 가능성은 '노인요양시설이 집은 집이되 집이 아니다', '시설에서 실시한 욕구사정과 요양서비스 계획(care plan)은 시설 거주자에 대한 테러의 도구(instrument of terror)'라고 표현한 시설 생활노인의 인터뷰 내용을 통해 입증되고 있다(Kane, 2001; Tulloch, 1975).

이러한 문제해결모델과 욕구중심모델의 한계를 극복하기 위해서는 프로그램 개발과정을

‘노인이 당연히 보호받아야 할 권리를 보호하기 위해 어떤 급여와 서비스가 필요한가?’에 대한 답을 찾는 것에서부터 시작하는 권리중심 접근방법(rights-based approach)으로의 전환이 요구된다. 그러기 위해서는 노인복지실천에서의 프로그램 개발의 출발점이 ‘욕구사정’이 아닌 ‘권리 인식’에서 출발해야 하여야 하며, 프로그램의 목적은 문제해결이나 욕구충족이 아닌 권리보호로 설정되어야 한다. 그리고 이를 위해서는 현재 노인복지실천현장에서 사용하고 있는 욕구의 개념에 내재되어 있는 권리의 개념을 찾아내어 인권 용어로 재해석하는 작업이 선행되어야 한다. 그러기 위해서는 노인복지실천에서의 프로그램 개발의 출발점이 ‘욕구사정’이 아닌 ‘권리 인식’에서 출발해야 하여야 하며, 프로그램의 목적은 문제해결이나 욕구충족이 아닌 권리보호로 설정되어야 한다. 이를 위해서는 현재 노인복지실천현장에서 사용하고 있는 욕구의 개념에 내재되어 있는 권리의 개념을 찾아내어 인권 용어로 재해석하는 작업이 선행되어야 한다. 그리고 이러한 노인복지종사자의 사고전환을 기반으로 하여 현재 문제와 욕구중심으로 이루어지는 사례관리의 사정이나 서비스 계획을 ‘권리를 중심으로 한 사정과 서비스 계획’으로 관점을 전환해 나가야 할 것이며, 인권관점 실천을 위한 매뉴얼 또는 길잡이 책자의 개발이 요구된다. 물론 인권관점 실천에서 매뉴얼 개발은 서비스 획일화와 범주화의 문제를 야기할 수 있어 반대하지만, 노인복지종사자의 인권관점 실천역량이 제한된 상황을 고려하면 인권관점에 기반한 노인복지 서비스 매뉴얼을 개발하여 적극 활용할 필요가 있다.

진정한 의미에서 인권관점에 근거한 노인복지실천이 이루어지기 위해서는 전문가에 의한 권리 판단과 이에 근거한 전문적 개입이 아닌 노인 스스로 자신의 권리를 주장하고 스스로 구성해낼 수 있어야 한다. 이처럼 노인 스스로 자신의 권리를 정의하고 이를 실현, 보호하기 위한 행동을 할 수 있도록 만드는 것이 역량강화모델과 강점관점에 입각한 실천이다. 이러한 노인의 역량과 강점 강화를 위해서는 노인복지종사자와 노인이 목표를 공유하고, 감정이입과 친화관계에 기반을 둔 대화를 통하여 노인 스스로 권리를 의식하고, 그 권리를 실현하기 위한 노력에 직접 참여하여 자신의 힘으로 권리를 쟁취할 수 있어야 한다. 노인의 역량강화를 위해서는 우선적으로 노인의 자기결정권을 보장하고, 노인의 단점보다는 강점을 강화하고, 사회적 기회나 자원에 대한 접근성을 제고해 나가야 한다(Ife, 2000; Reighert, 2003).

7. 노인 권익옹호와 인권네트워크 구축

노인복지제도에서 희소한 자원의 효율적 배분과 효용의 극대화 원칙 즉, 공리주의 원칙을 무시할 수는 없다. 그러나 노인복지정책과 실천에서 효율성과 효용성의 가치만을 주장하기보다는 효용과 효율의 대원칙은 수용하되 효용과 효율의 극대화를 추구하는 것이 아니라 복지를 인권의 가치를 포함하도록 최대한 폭넓게 규정하고, 이러한 인권을 침해하지 않는 범위 내에서 제한된 자원을 효율적으로 사용하여 효용의 최적화를 시도하는 것이 바람직하다(조효제, 2007). 그러나 노인은 자신의 권리를 주장할 권력과 기회, 자원이 제한되어 있으며, 노인복지정책이 확대됨에도 자신의 권리를 충족시키기 못하는 사회적 취약집단에 속한다. 그러므로 노인이 자신의 권리를 충족하는데 필요한 자원을 통제할 수 있도록 적극적 옹호를 해야 하며, 그 집단이 역량이 강화되기 전까지는 그 집단에 대해 자원배분의 우선순위를 배

분하는 '조건의 평등'이 이루어질 수 있도록 옹호해 나가야 한다(조효제, 2007).

노인복지종사자는 노인들과 직접 접촉하면서 인지하게 되는 노인들의 권리 요구가 정부의 정책개발에 반영될 수 있도록 노인과 정부사이의 중개자 역할을 성실히 수행해야 한다. 특히 아직 법률 및 제도적 기반은 마련되지 않았지만 자체적으로 노인복지시설 옴부즈맨 프로그램, 노인학대 지킴이 프로그램, 노인권익옹호센터, 독거노인을 비롯한 위험군 노인을 위한 지원센터 등과 같은 사업을 보다 적극적으로 실시할 필요가 있다. 그리고 개별 노인복지기관이나 시설 단위로 노인 인권보호를 위한 종합적 사업을 전개하는데 한계가 있으므로, 지역 내 노인보호전문기관, 시민단체, 노인복지단체나 협회, 법조계, 비정부 인권운동단체 등과 노인 인권보호를 위한 유기적 네트워크를 구축할 필요성이 높다.

< 참고문헌 >

국가인권위원회(2004). 국제인권장전 유엔인권해설집.

국가인권위원회(2004b). NAP수립을 위한 노인권 기초현황조사.

국가인권위원회(2006). 국가인권정책기본계획 권고안(2007~2011).

국가인권위원회(2008. 8.). 노인분야 인권교육 교재.

국가인권위원회(2014). 노인 인권 길라잡이.

국가인권위원회·한국보건사회연구원(2002). 무료 및 실비 노인요양시설에서의 인권실태 및 사례조사.

권중돈(2006). 노인복지실천에서의 인권관점 도입 방안 고찰. 광진노인종합복지관 개관 3주년 기념세미나 자료집. 1-20.

권중돈(2010). 노인학대 예방과 해결을 위한 인권관점 실천방안 모색. 충청북도북부노인보호전문기관. 제 1회 충청북도 북부노인보호전문기관 세미나 자료집, 9-23.

권중돈(2010). 인권관점 노인복지실천 방안 모색. 한국노인복지실천연구회. 창립총회 및 기념세미나 자료집, 17-34.

권중돈(2010). 노인권익위원(Ombudsman) 파견사업 효과성 평가연구. 서울: 한국노인종합복지관협회.

권중돈(2011. 8.). 노인 인권보호를 위한 향후 정책과제. 보건복지부. 노인인권보호와 노인보호전문기관의 역할, 3-18.

권중돈(2011. 9.). 노인인권보호를 위한 노인복지기관의 역할과 현실. 부산 중구노인복지관. 개관 5주년 기념세미나 자료집, 7-25.

권중돈(2012). 인권과 노인복지실천. 서울: 학지사.

권중돈(2016). 노인복지론(6판). 서울: 학지사.

김미옥 외(2006). 장애인생활시설 인권교육교재 및 프로그램 개발. 국가인권위원회.

김미혜(1999). 노인과 인권. 복지동향, 통권 8호, 31-40.

류은숙(2009). 인권의 이해. 보건복지가족부, 한국정신사회재활협회. 정신보건시설 인권교육 참고교재(Ⅰ). 9-33.

박수천(2005). 노인 인권 보호의 세계 동향과 성년후견인제 도입방안. 한국노인복지학회. 2005년 추계학술대회 자료집, 11~34.

밝은노후(2004). NAP수립을 위한 노인권 기초현황조사. 국가인권위원회.

보건복지부(2006. 5.). 노인복지시설 인권보호 및 안전관리지침.
보건복지부·중앙노인보호전문기관(2016). 2015 노인학대 현황보고서.
서혜경(2001). 노인권익운동의 오늘과 내일. 밝은 노후, 창간호, 25-31.
이석준(2001). 고령화사회의 노인인권보장에 관한 연구. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
이창수 외(2005). 인권관련 정부 통계 현황에 대한 실태조사. 국가인권위원회.
조효제(2007). 인권의 문법. 서울: 후마니타스.
한국노인복지시설협회(2009. 10.). 노인복지시설 인권매뉴얼.
한국노인종합복지관협회(2010). 노인권익위원(Ombudsman) 교육교재.
Gewirth, A.(1982). *Human Rights.* Illinois: The University of Chicago Press.
Ife, J.(2000). *Human Rights and Social Work.* Columbia University Press.
Kane, R. A.(2001). Long-term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist,* 41(3), 293~304.
NASW(2000). *Social work speaks: NASW policy statements, 2000-2003*(5the ed.), Washington, D. C.: NASW Press.
Sember, B. M.(2005). *Human Rights: Your Legal Guide to Living Life to the Fullest*. Illinois: Sphinix Pub.
Tulloch, G. J.(1975). *A Home is not a Home: Life within Nursing.* New York : Seaburry.
UN Center for Human Rights(저). 이혜원(역)(2005). 인권과 사회복지실천. 서울: 학지사.
Wronka, J.(1992). *Human Rights and Social Policy in the 21th Century*. Md.: Univ Press of America.

주제 2

치매인과 인권중심 노인복지실천의 방향

발표: 최희경(신라대학교 사회복지학부)

치매인*과 인권중심 노인복지실천의 방향

최 희 경**

I. 들어가는 말

1. 사회복지실천에서 치매인의 자리는 어디인가?

세계적인 인구고령화와 더불어 연령 증가에 따라 발병 가능성이 급속히 증가하는 치매에 대한 사회적 관심과 우려가 나날이 확산되고 있다.[1] 그러나 의학 발전과 세계적, 국가적 차원의 연구에도 불구하고 현재까지 치매 치료법은 아직 개발되지 않았다. 만족스러운 치료법이 없는 현재로서는 치매인의 삶의 질 개선과 치매 발생 위험 감소를 위한 예방이 치매정책의 중심이 된다. 우리나라에서도 지역사회 차원의 치매검진사업을 실행하여 조기발견과 약물치료를 통한 치매 진행 억제에 집중하고 있다(김기웅 외, 2014).

전세계적으로 치매의 조기발견과 치매의 진행을 늦추는 약물치료가 보편화됨에 따라 치매 발병 이후 진행과정과 투병 양상도 변화하였다. 이전에 비해 초기에서 중기까지의 기간이 연장되고 현재의 상태를 되도록 오래 유지하고 더 이상의 악화를 예방하기 위한 지속적 관리와 돌봄을 필요로 하게 되었다. 치매 진행이 만성화, 장기화하는 방식으로 변화함에 따라 치매에 대한 의료적 치료보다는 생활상의 욕구와 심리사회적 욕구, 치매인을 돌보는 가족의 문제 등 다양한 욕구와 문제가 등장하였으며, 치매인과 가족의 삶의 질 증진을 위한 심리사회적이고 일상생활 차원의 개입을 요구하게 되었다(Kaplan & Andersen, 2013).

특히 치매는 다양한 파급력을 가진 질환으로 치매인과 가족 돌봄자, 지역사회 차원의 다중적인 개입을 필요로 하며, 초기단계에는 치매인의 인지적, 신체적 기능이 비교적 온전히 유지된다는 점에서 의료적 개입보다 심리사회적 개입이 중요하다. 이처럼 치매인 개인의 일상생활에 대한 지원뿐만 아니라 가족과 환경에 대한 장기적이고 복합적 접근이 요구됨에 따라 치매에 대한 사회복지 전문가들의 역할과 개입의 필요성도 증가하게 되었다 (Snyder, 2007).

치매인구와 치매인에 대한 사회복지 개입의 필요성과 가능성이 증가하고 있음에도 불구하고 노인복지 분야에서는 치매인에 대한 치료적 개입과 관련된 연구들[2]이 다수 수행된 반

---

* 치매는 '인지증'이라는 용어로 대체되어 사용되기 시작하였는데, 인지증은 경도 인지장애와 치매 등 보다 포괄적인 인지 문제를 가리키는 용어이다. 아직 공공 영역에서 치매를 인지증으로 대체하지 않았기에 여기서는 '치매' 용어를 그대로 사용한다. 그러나 '치매' 용어 자체가 낙인을 동반하므로, 앞으로 이에 대한 본격적인 논의를 통해 대안적인 용어로 대체되어야 할 것이다.

** 신라대학교 사회복지학부

1) 우리나라의 경우 2014년 현재 65세 이상 노인인구 중 약 61만 명이 치매를 앓고 있는 것으로 추정되고, 향후 17년마다 두 배씩 증가하여 2024년에는 100만, 2041년에는 200만을 넘어설 것으로 예상된다. 치매 발병률은 인구 1,000명당 연간 7.9명으로 2014년 현재 9.58%인 치매 유병률이 2024년에는 10.25%, 2041년에는 12.26%, 2050년에는 15.06%에 이를 것으로 추정된다(보건복지부, 2015).

면, 치매인과의 사회복지실천의 내용과 형식이 어떠해야 하며 노인복지실천에서 치매인의 위치를 어떻게 설정할 것인지에 대한 통합적 논의는 이루어지지 않았다. 노인요양시설마다 사회복지사가 일하고 있고 노인복지에서 치매 문제는 큰 비중을 차지하고 있는 것으로 생각됨에도 불구하고, 실상 치매인과 일하는 사회복지사의 실천내용이 무엇이며 실천의 방향성이 어떠해야 하는가에 대해 본격적인 논의가 이루어지지 않은 이유는 무엇일까?

이것은 노인복지계가 여전히 치매와 치매인을 의료적 관점에서 바라보고, 이를 보건의료전문직의 개입영역으로 제한함으로써, 사회복지 차원의 개입을 본격적으로 고려하지 않은 결과가 아닌가 생각된다. 이 글에서는 치매와 치매인을 사회복지실천의 주요영역으로 포함하여 실천의 내용과 방법을 본격적으로 논의해야 한다고 보고, 그 출발점을 치매인의 인권으로 설정하고자 한다. 치매인에 대한 사회복지개입의 방향성을 '인권중심' 사회복지실천으로 상정하고 이를 바탕으로 실천적 고려사항과 대안에 대해 검토할 것이다.

2. 사회복지실천에서 치매인 인권은 왜 중요한가?

치매인 사회복지실천의 방향으로서의 '인권'에는 두가지 차원이 포함된다. 첫째는 한 사람의 인간으로서 존중받으며 인간다운 삶을 영위할 개인적 권리 차원으로, 존엄하게 대우받고 안전을 보장받을 권리이다. 두 번째는 공동체의 구성원으로서 살아갈 사회적 권리로, 사회적 관계 속에 동등하게 참여하고 자신을 주장하고 실현할 기회를 가질 권리이다 (Marshall & Tibbs, 2006; Payne, 2012). 따라서 인권중심 사회복지실천은 치매인과의 실천에서 이 두 차원을 모두 포함한다.

치매인 사회복지실천의 방향성을 설정함에 있어 치매인 인권의 중요성이 강조되어야 할 이유는 다음과 같다. 첫째, 치매인은 여러가지 차별을 복합적으로 경험하는 집단이다. 특히 치매인의 경우 연령주의, 정신장애에 대한 차별, 사회적 의존자에 대한 부정적 인식(사회적 부담의 원천, 사회발전과 성장의 저해요인으로서의 노인과 그 가운데 존재하는 치매인) 등이 작용한 결과 사회에서 가장 무력하고 쓸모없는 존재이자, 노후를 생각할 때 가장 떠올리기 싫은 존재로 여겨진다. 결국 치매인은 인간 노화의 가장 어두운 미래를 상징하는 불행과 두려움의 아이콘으로서 낙인을 받게 된다.

둘째, 다양한 치매인의 특성과 상태를 무시한 채 단순히 말기 치매인의 극단적인 특성만이 집중적으로 과장되어 부각됨으로써 부정적 이미지와 낙인이 증폭된다. 말기 치매인의 특성을 전체 치매인의 특성으로 일반화시키는 태도는 치매인에 대한 인식과 태도, 감정을 왜곡함으로써 전체 치매인을 소외시키고 치매에 대한 조기대응을 어렵게 한다. 실제로 전체 치매인 중 경도 인지장애를 포함하는 경증 치매인이 가장 많은 57.5%를 차지하며 중증 치매인은 15.9%(중앙치매센터, 2015)임에도 불구하고, 인지가 전혀 없고 폭력적이고 비정상적인 이상행동을 하는 존재로만 인식됨으로써 다양한 치매인의 특성이 무시될 뿐만 아니라 사회적 존

2) 주로 치매노인에 대한 미술, 이야기, 원예, 몬테소리 등 치료적 개입의 효과성과 관련한 연구들(구재관·박정숙, 2006; 김경화, 2007; 김영숙, 2000; 김형수, 한경희, 2004; 단정와, 이재모, 2006; 이현심·김승용, 2008; 이은희, 이정화, 2005; 임혜정, 김경호, 2008; 장우심, 2008; 장우심, 이재모, 2006; 장우심, 제석봉, 2008; 조추용 외, 2004 등)이 수행되었다.

재로서의 치매인의 존재 자체가 부정되어 '인간다움'의 범주로부터 벗어나고 인간으로서의 자격을 상실한다. 즉, 치매인으로 진단 받는 순간 증상과 진행 정도에 상관없이 모든 인간관계와 사회적 활동으로부터 극단적으로 배제된다(Oliver & Barnes, 1998).

셋째, 치매인의 목소리는 차단되어 들리지 않거나 들리더라도 아무도 귀를 기울이지 않는다. 치매인이 본인의 의견과 욕구를 직접 말하더라도 이는 불완전한 인지능력이나 의사소통 능력 문제 등의 특성 속에 묻혀버리거나 무시되기 쉽다. 서비스 과정에서조차 치매인의 의견과 견해는 가족이나 그들을 돌보는 사람들에 의해 대변된다. 실제로 지금까지 치매와 관련된 사회복지 개입은 치매인의 인지적 문제 때문에 욕구조사와 서비스 제공 과정에서 가족의 대리응답을 통한 간접적 방식으로 수행됨으로써 정작 치매인 당사자는 대상화, 주변화되는 경향이 강했다(김수진, 2007; Innes, 2009).

넷째, 치매인 인권의 중요성은 이용자 중심 사회복지실천의 발전 경향에서도 확인할 수 있다. 최근 다양한 조건의 사회복지 서비스 이용자들의 참여와 자기결정권 확대를 지향하는 사회적 포용(social inclusion), 사용자 중심(user-centered) 사회복지실천이 발전함에 따라 사회복지서비스의 내용과 형식을 결정함에 있어 서비스 이용 당사자의 참여가 더욱 강조되고 있다(Barnes & Cotterell, 2012). 치매인의 인권 증진은 치매 관련 사회복지 서비스와 정책을 결정할 때 치매인의 의견을 경청하고 결정과정에서의 참여를 촉진함으로써 사회복지의 발전경향에 부합하는 실천을 지향한다.

치매인들도 모든 사람과 마찬가지로 삶 속에서 자신이 원하는 것을 추구하고, 존엄과 관심을 가지고 대해주기 바라며, 타인과 유의미한 관계를 맺고 의사소통하기를 바랄 것이다. 당연하게도 치매인들은 이에 대한 권리와 이를 요구할 권리를 가지고 있다. 이러한 권리와 요구의 실현은 인간 존중과 삶의 질 향상이라는 사회복지 전문직의 핵심가치와 일치하며 사회복지 실천의 토대 그 자체이기도 하다. 따라서 치매인과의 사회복지실천의 방향성은 치매인의 인권을 중심으로 설정되어야 하며, 이를 기반으로 치매인과의 사회복지실천의 내용과 방법을 고민해야 할 것이다. 아래에서는 치매와 치매인에 대한 다양한 관점 혹은 접근방식을 살펴보고 이를 기반으로 치매인 인권 중심의 사회복지실천 방안을 살펴보고자 한다.

II. 치매인을 어떻게 바라볼 것인가? – 세가지 접근

치매와 치매인에 대한 관점은 연구와 정책, 돌봄에 연쇄적이고 포괄적으로 영향을 미친다. 치매에 대한 관점을 기반으로 수립된 접근방식은 크게 의료적 접근과 심리사회적 접근, 시민권 접근으로 구분할 수 있다. 각 접근방식은 치매에 대한 상이한 이해에 기반하고 있으며, 그 결과 치매와 관련된 연구, 정책, 돌봄에 대해서도 상이한 입장을 보여준다(Innes, 2009). 세가지 접근방식을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

1. 의료적 접근

치매를 이해하는 가장 오래된 방식은 의료적 접근이다. 치매는 다양한 원인에 따라 뉴런과 신경 전달 과정이 손상된 결과 나타나는 복합적 증상증후군(syndrome complex)으로, 의료적 접근은 뇌손상에 따른 진행적 증상들을 중심으로 치매와 치매인을 이해한다(Weiner & Lipton, 2009). 이에 따라 치매와 치매인에 대한 개입은 의료적 질병 이해에 기반하여 전문적 보건의료 전문가의 주도로 이루어진다. 치매에 대한 의료적 개입은 투약과 행동적 조치, 그리고 물리적 환경 조작을 통해 이상행동을 관리하는데 집중된다(Kaplan & Andersen, 2013).

치매에 대한 의료적 접근은 치매를 치료해야 할 증상을 가진 질병으로 보는데서 출발하며, 관련 정책의 준거틀 또한 치료를 지원하는데 집중된다. 부단한 의학 연구와 발전에도 불구하고 치매에 대한 현재의 의료적 개입 수준은 증상의 경감만을 제한적으로 제공할 수 있을 뿐, 효과적인 예방이나 회복, 진행의 중단은 불가능하다. 사회적으로 막대한 비용을 투여하고 있음에도 불구하고 치매에 대한 진단적 기능, 치료, 질병에 대한 대안이나 증상 관리의 측면에서 의료적 개입의 효과성은 제한적인 것으로 나타났다(Boustani, Sachs & Callahan, 2007; Kaplan & Berkman, 2011).

의학적 상태로서의 치매에 대한 의료적 접근은 보건과 사회서비스 전문가, 그리고 일반 대중이 치매를 이해할 때 가장 권위 있고 널리 수용되는 접근방식으로, 치매와 관련하여 빈번하게 떠올리는 개념과 이미지를 제공하며 치매의 증상과 치료에 관심을 집중하게 한다. 그러나 의료적 접근은 치매의 증상과 이상행동을 질병 차원에서 파악하는데 도움을 주는 반면, 다양하고 상이한 증상들을 단일한 질병과정으로 접근한다는 문제를 갖고 있다(Parker, 2001). 치매인의 삶은 질병의 발현과 진행으로만 여겨지며, 치매인은 질병 그 자체로 인식될 뿐 치매인의 개별적 경험과 욕구는 간과되기 쉽다 (Cotrell & Schulz, 1993).

2. 심리사회적 접근

1990년대 이후 치매에 대한 의료적 접근의 제한점을 극복하고 치매인의 삶의 질을 향상시키기 위한 다각적인 시도 속에서 치매에 대한 심리사회적 접근이 발전하였다. 심리사회적 접근에서는 치매의 증상과 치매인의 경험을 치매인과 일련의 요인들 사이의 상호작용으로 본다.

치매에 대한 대안적 접근에서 가장 중요한 전환점은 '인간중심적 돌봄(person-centered care)'의 등장이다. '인간중심적 돌봄'은 치매라는 질병 자체가 아닌 치매를 가진 인간(person with dementia)에 초점을 맞추어야 한다는 점을 강조하며 치매인과의 상호작용 요인들을 개선함으로써 치매인의 삶과 경험을 더 나은 것으로 만들 수 있다고 본다(Kitwood, 1997). 특히 질병 자체보다 치매를 겪는 치매인의 인격(personhood)을 중심으로 동일 집단으로 취급되는 치매인의 주관적 경험에 초점을 맞추며 치매인의 다양성과 개별성을 강조함으로써 치매인 각자의 경험과 욕구에 맞는 돌봄을 추구한다(Innes, 2009). 또한 돌봄은 사적이든 공적이든 치매인과 돌봄자의 인간적 관계 속에서 실천되는 행위이기에 돌봄자의 복지와 치매인 돌봄은 상호연결된 것으로 본다. 따라서 치매인에 대한 인간중심적 돌봄은 돌봄

자의 복지와 돌봄 부담 경감을 전제로 한다(Kitwood, 1997). 이에 따라 치매인의 인격 존중과 더불어 돌봄자의 부담 경감과 복지는 또 하나의 중심축으로 강조되었다.

치매에 대한 심리사회적 접근은 치매인의 삶의 경험과 대처전략과 기능, 가족관계, 신념과 가치, 신체적 상태 등 다양한 상호작용 요인을 이해함으로써 치매의 복합적이고 다양한 차원을 드러내었다는 의의가 있다. 그러나 미시적 상호작용 관계에 집중함으로써 치매를 둘러싼 사회적 맥락, 치매인의 사회적 차별과 배제 문제를 간과하였다는 한계를 가진다(O'Connor et al., 2007).[3)]

3. 시민권 접근

시민권(citizenship)은 '공동체의 구성원들에게 부여되는 지위'이며, 시민으로서의 지위는 소속된 국가나 공동체에의 참여와 통합으로 규정할 수 있다. 시민권 차원에서 볼 때 치매는 개인의 질병이라기보다는 개인이 사회문화적 맥락 안에서 경험하는 조건으로 이해되며, 치매와 관련된 사회적 환경의 영향을 받는다(Bartlett & O'Connor, 2007). 즉, 치매는 '사회적 고립과 낙인, 이등 시민의 삶'으로 연결되는 사회적으로 구성된 실체이며 치매인에게 불평등과 배제의 조건으로 작용한다(Oliver & Barnes, 1998). 시민권 접근은 차별받는 집단의 사람들이 대등한 시민으로서 지위를 가져야 한다는 점을 특히 강조하며, 신체적, 정신적 장애인과 같은 주변화된 집단에 대한 차별을 표명하고 이해하는데 집중한다. 이에 따라 노년기의 경제적 차이, 문화적 다양성, 각종 사회적 차별이 치매(인)에 어떤 영향을 미치는지, 사회적 집단으로서의 치매인의 문제가 무엇인지에 대해 주목한다.

최근 시민권 접근의 강조점은 권리의 인정으로부터 시민권의 실천으로 변화하였다. 그 결과 시민권은 누군가 부여하는 지위를 넘어서, 일상의 담화와 실천을 통해 성취해야 하는 것으로 인식되고 있다(Barnes, Auburn, & Lea, 2004). 따라서 사회적으로 배제된 집단으로서의 치매인의 지위와 치매인에 대한 차별은 사회적 의미를 가지며, 시민으로서 참여와 요구를 통해 대등한 시민의 지위를 주장할 수 있다고 본다.[4)]

치매에 대한 시민권 접근은 시민권 개념을 치매인과 관련하여 개념화하고 이를 실천과 연구에 적용할 수 있는 방식을 모색한다. 치매인에게 필요한 심리사회적 돌봄 서비스를 제공하는데서 더 나아가, 치매인의 삶과 돌봄이 존중받는 사회적 환경을 조성하고 사회적 집단으로서의 치매인의 존재를 옹호하며 시민으로서의 권리를 증대하는 것이 시민권 접근의 중요한 목표이다(Bartlett & O'Connor, 2007; Parker, 2001).

이상에서 살펴본 치매에 대한 세 가지 접근과 이를 기반으로 한 연구의 초점, 정책지향,

---

3) 비판의 구체적 내용에서는 '인간중심적 돌봄' 개념이 치매인을 인격적으로 존중받아야 할 존재로 보기는 하지만 주체로서의 인간에 대한 전망을 촉진하지는 못한다는 점을 제시한다. 즉, 인격은 치매인에게 부여되어야 할 어떤 것으로서, 치매인이 인격적으로 인정받기 위해 수동적으로 누군가에게 의존하는 지위에 놓이게 된다는 것이다. 결국 인격체로서의 치매인을 인정하고 그들의 인격을 보전하는 것은 인지적으로 온전한 사람들의 책임이므로, 치매인이 권한과 영향력을 행사할 수 있는 사회적 주체로 상정될 수 없다는 점을 비판한다(Bartlet & O'Connor, 2007).

4) 예컨대 영국 치매협회의 회원들은 치매연구 검토를 위한 패널에 포함되고, 각종 치매연구에 참여하여 연구과정에서 주요 기여자로 활동한다(McKillop & Wilkinson, 2004).

치매 관련 개입의 강조점을 비교하면 <표 1>과 같다.

<표 1> 치매에 대한 세가지 접근

구분	의료적 접근	심리사회적 접근	시민권 접근
치매 이해의 관점	질병으로서의 치매	치매인, 치매인과 돌봄자 관계	치매의 사회적 구성과 사회적 맥락
연구의 초점	치료의 효과성	주관적 경험, 자기 정체성	집단정체성, 사회적 영향
정책 지향	치매 치료	인간중심 서비스와 돌봄자 지원	권리 옹호, 적절한 사회환경 조성
개입의 강조점	증상 경감, 이상행동 통제	인격과 개별성 존중	포용과 참여

※ Bartlett & O'Connor(2007), Innes(2009)를 토대로 정리

치매에 대한 연구와 정책이 발전함에 따라 2000년대 이후 치매에 대한 세 가지 접근방식은 서로 영향을 미치는 과정을 통해 다학제적이고 포괄적인 접근으로 발전하고 있다(O'Connor et al., 2007). 그러나 의료적 접근이 지배적인 우리나라의 현실에서 치매인의 인권 중심의 실천을 위해서는 심리사회적 접근과 시민권 접근에 더욱 관심을 기울여야 하며, 나아가 이 두 가지 접근을 동시에 추구할 필요가 있겠다. 즉, 치매인과의 인권 중심 사회복지실천은 치매인의 인격과 개별성을 존중하는 개인적 권리 차원과 치매인의 시민으로서의 권리를 옹호하고 참여를 촉진하는 사회적 권리 차원을 결합함으로써 실행될 수 있을 것이다.

III. 사회복지에서 치매인의 인권을 어떻게 실천할 것인가?

사회복지 개입은 치매 문제의 많은 측면에 직접 적용할 수 있는 관점과 기술을 포함하고 있다. 사회복지사는 광범위하고 총체적인 관점에서 치매인들을 총체적 인간존재로서 인정하고 가족과 사회적 맥락 내에서 치매인을 사정하며, 그들의 욕구와 목소리를 경청하고 문제에 대한 대응력을 강화하도록 원조할 수 있다. 다중적인 환경 속에서 인간의 삶과 경험을 이해하고 복합적인 심리사회적 욕구에 대응하는 사회복지 전문직의 특성은 치매가 초래하는 위기와 돌봄 여건의 변화 시기에 치매인과 가족의 삶의 질을 개선하는데 적절하게 발휘될 수 있다(Kuhn, 2007; Marshall & Tibbs, 2006). 사회복지사는 치매환자들이 욕구를 표명하고 장애와 쇠퇴에도 불구하고 삶의 질과 인간다움을 유지하도록 원조하며, 서비스 전달과 행정체계, 공적 장기요양제도와 같은 거시적 제도의 틀 안에서 치매인 옹호와 바람직한 사회변화를 이끌어내는 역할을 담당한다(Parsons, 2005).

이처럼 사회복지전문가는 치매 관련 개입에서 적절한 위치에 있으며 치매의 복합적이고 다차원적 영향에 대응하는데 이상적으로 부합된다. 그렇다면 실제 치매인에 대한 사회복지사의 원조 과정에서 치매인의 인권을 구현하기 위해 어떻게 실천할 것인가? 앞에서 치매인과의 사회복지실천의 방향으로 설정한 치매인의 두 가지 차원의 인권을 구체적 실천에서 구현

할 수 있는 가능한 방안들을 제시하면 다음과 같다.

1. 치매인에게 초점 맞추기

치매인들은 치매가 진행됨에 따라 점차 의사소통능력을 상실하게 되고, 의사소통능력의 상실은 인격과 인간관계의 상실로 이어진다. 치매인이 의사소통능력을 상실한 경우 사회복지사는 직접 '치매인과 더불어' 소통하기보다는 치매인의 가족 돌봄자나 돌봄 서비스제공자를 통해 '치매인에 대해' 소통하게 된다. 이것은 실천상의 편의를 위해서, 혹은 객관적이고 정확한 정보 수집과 적절한 결정을 위해 불가피한 것으로 여겨진다. 이러한 경향은 사정이나 돌봄 서비스 선택이나 결정에서 특히 강하게 나타날 수 있다(Marshall & Tibbs, 2006). 그 결과 치매인 본인의 목소리보다 돌봄자들의 목소리가 우선시되고 그들의 견해를 더 많이 반영할 수밖에 없다. 결국 치매인들은 개인으로서, 그리고 집단적으로 침묵할 수밖에 없고, 치매인 돌봄에 대한 중요한 결정들은 그들을 '위해서', 그리고 그들에 '대해서' 이루어진다.

실제로 치매는 본인에 못지않게 돌보는 가족에게 고통과 부담을 가중시키는 질환이기에 치매인을 돌보는 가족의 욕구와 문제도 사회복지실천의 주요 개입영역이다. 그러나 원칙적으로 치매인과 가족 돌봄자의 복지는 적어도 동등한 중요성을 가진다. 또한 치매인과 가족 돌봄자의 견해가 항상 일치하는 것은 아니며 가족 돌봄자의 돌봄 부담 감소와 치매인의 삶의 질 향상이 동일한 문제는 아니다(Nolan, Ryan, Enderby, & Reid, 2002). 그럼에도 불구하고 돌봄자를 중심으로 이루어지는 의사소통과 개입방식은 치매인의 욕구와 견해보다 돌봄자의 욕구에 집중하게 함으로써 치매인의 요구와 삶의 질은 주변화될 가능성이 크다.[5)]

따라서 치매인과의 사회복지실천 전 과정에서 "누가 개입의 초점인가"(치매인인가 혹은 돌봄가족인가)에 대해 지속적으로 질문을 던져야 한다. 개입의 초점은 치매인의 증상과 치매 진행 정도, 가족의 여건과 욕구가 변화함에 따라 달라질 수 있다. 그러나 치매인에 대해 적어도 동등한 관심과 중요성을 부여함으로써, 가족 돌봄자를 중심으로 실행되는 사정과 서비스 선택 및 결정이 결과적으로 치매인이 배제된 서비스와 정책으로 귀결되지 않도록 노력해야 한다. 그리고 사회복지실천의 전 과정에서 치매인의 견해를 경청하고 반영하며, 다양한 시도를 통해 치매인 스스로 욕구를 표현하고 치료와 돌봄 계획에 참여할 기회와 가능성을 확대할 필요가 있다. 또한 치매인과의 실천에서 돌봄 서비스에만 집중하기보다는 치매인이 사회적 관계와 지역사회에서 배제되지 않도록 가능한 많은 사회적 활동과 통합에 지속적으로 참여할 기회를 보장해야 할 것이다. 이를 위해서는 치매의 단계와 기능상태별로 효과적인 참여와 활동 방식을 개발하여야 하겠다.

2. 경증 치매인에 대한 조기 개입

치매인에 대한 개입은 대부분 치매가 상당히 진행되어 이로 인한 고통과 부담이 가중되는

5) 예를 들면 가족 돌봄자의 부담과 스트레스를 완화하기 위하여 치매인이 지역사회에서 살아갈 의지와 가능성을 무시하고 시설입소를 추진하는 것은 돌봄자의 목표와 욕구에만 집중하는 것이다.

시점에 사후적인 문제해결 차원에서 시작되는 경우가 많다. 또한 대중매체와 치매 관련 연구들은 주로 중기~말기 치매와 관련된 기능적, 행동적 악화 양상에만 초점을 맞추는 경향이 있다. 치매인에 대한 개입이 중증 치매인의 이상행동 및 기능 상실에 사후적으로 대응하는 의료적 치료방식 위주로 이루어질 경우 치매인에 대한 심리사회적 개입의 가능성과 중요성은 현저히 저하된다. 의료 중심의 사후적 개입방식을 극복하기 위해서는 치매인에 대한 조기개입이 필요하며, 조기개입은 의사소통능력과 인지능력이 비교적 온전한 경증 치매인과의 사회복지실천에서 출발할 필요가 있다.

초기 치매단계는 치매 진단과 이에 따른 도전에 직면하여 생활방식과 조건을 변경하고 사회적 관계망이 축소되어 가족생활에도 변화가 초래되며 돌봄에 따른 부담과 사회적 문제, 스트레스가 가중되는 시기이다. 따라서 초기 치매인에 대한 사회복지 개입은 치매인의 안전과 자율성을 유지하고, 교육과 지지를 시작하며 현재와 앞으로의 돌봄에 대한 의사소통을 촉진하는데 결정적으로 중요한 시기이다. 특히 초기단계의 지지적인 개입은 치매인과 가족들이 치매에 대해 배우고 긍정적인 대응전략을 채택하여 돌봄과 관련된 부정적 결과를 최소화하거나 예방하기에 이상적인 방법이다(Kuhn, 2007).

조기개입을 통해 치매인에게는 진단 후 불안과 절망을 극복하도록 심리적 환기와 지지를 제공할 수 있으며, 사회복지사는 이후 치매 진행에 따른 개입방향을 설정하고 치매인 개인의 욕구와 관심사를 존중할 수 있는 중요한 사항들(취향, 생애사, 성격 등)에 대한 정보를 얻을 수 있다(Cotrell & Schulz, 1993). 사회복지서비스 당사자인 치매인을 직접적 사회복지 개입 대상으로 상정하기 위해서는 인지능력이 덜 손상되고 의사소통 능력이 비교적 온전하게 유지되는 초기부터 치매인과의 실천을 적극적으로 추진하여야 한다.

실제로 비교적 기능이 양호한 초기 치매인들은 말기 치매인 중심으로 정형화된 이미지나 증상과 부합되지 않으며, 중기나 말기 치매인과 구별되는 욕구와 문제를 가진다(Snyder, 2007). 따라서 치매에 대한 사회복지실천은 치매 단계와 치매인의 개별적 욕구에 기반하여 실행되어야 하며, 특히 경도 인지장애를 포함하여 초기 치매인의 특성과 욕구에 부합하는 별도의 지원과 개입방안이 수립되어야 한다. 우리나라에서 현재 실행되고 있는 치매 무료검진 사업을 통해 선별된 고위험 집단과 경도인지장애 판정자들에 대한 체계적인 사회복지 개입 방안을 마련하여야 할 것이다.

3. 효과적인 의사소통 방법 개발

많은 치매인들이 타인에게 자신의 경험, 감정과 마음을 표현하고 싶다는 욕구를 가지고 있으며, 특히 언어표현이 가능하고 인지기능이 비교적 덜 손상된 초기에서 중기 사이의 치매인은 조사와 면접 참여가 가능하다(Cotrell & Schulz, 1993; Innes, 2009). 따라서 치매인과의 사회복지실천에서 자신의 목소리와 경험을 직접적으로 표현할 수 있는 효과적인 방법들(예를 들면 직접적 질문, 답변에 대한 인정, 회수나 시간 순서에 대한 질문 피하기, 영상, 그림이나 사진, 도표, 보드 등의 장치 활용 등)을 활용하고, 새로운 의사소통기법에 대한 개발과 시도가 활성화되어야 한다.

Adams & Gardiner(2005)는 친밀한 인간간의 상호의존성과 호혜성에 기반을 둔 관계중심적 실천을 제안하였으며, 이를 실천하기 위해 바람직한 의사소통방식과 피해야 할 의사소통방식을 제시하였다. 정체성, 권력, 역할, 사회적 지위 등의 구조적 요인들은 치매 돌봄의 삼각관계(triad) 안에서 각기 다른 의미를 구성한다. 이에 따라 사회복지나 보건 전문가, 치매인, 가족 돌봄자간에는 세 방향의 의사소통이 존재하며, 삼각관계 내에서의 의사소통은 한 사람을 배제함으로써 동맹을 만들어내기도 한다. 특히 전문가와 가족의 만남에서는 치매인이 배제되거나 주변화되기 쉽다. 삼자간 의사소통에서 치매인에 대한 권한부여형 의사소통(Enabling dementia communication)과 권한박탈형(Disabling dementia communication) 치매 의사소통의 내용을 제시하면 다음과 같다.

권한부여형 치매 의사소통	권한박탈형 치매 의사소통
• 원하지 않는 자극 제거 • 적정 위치에서 대화하기 • 동등한 참여 보장 • 돌봄자와 치매인 모두를 포괄하는 의사소통임을 표명하기 • 이야기하고 의사소통할 충분한 기회와 시간 주기 • 비언어적 단서에 민감하기 • 치매인의 기여를 존중하기 • 의사소통의 어려움을 극복하기 위한 적절한 전략 개발 • 공동의 의사결정을 촉진하고 격려하기	• 말할 때 끼어들기 • 치매인을 대신해서 말하기 • 치매인이 말한 내용의 진실성을 저하시키는 식으로 재해석하기 • 기술적인 언어나 전문용어 사용 • 치매인이 들을 수 있는 거리 밖에서 말하기(예를 들면 문 뒤에서 이야기하기) • 비언어적 행동(예를 들면 자세나 근접성)이나 언어적 표현으로 편들기 • 치매인을 무시하거나, 치매인을 포함하여 의사소통하는 노력을 하지 않는 것 • 비꼬거나 비웃기 • 치매인과 관련된 모임이나 논의에 초대하지 않는 것

4. 생애에 대한 이해와 생애 접근

치매인과의 의사소통을 촉진하고 치매인의 인격을 존중하는 사회복지실천을 위한 중요한 방안 중 하나는 개인의 일생과 정체성을 이해하는 것이다. 개인의 생애에 대한 이해는 다음과 같은 이유로 중요하다. 첫째, 서비스제공자들은 치매인을 특별한 한 개인으로 볼 수 있고, 개인에게 초점을 맞추어 그 사람의 인격과 개성을 유지하는 방향으로 원조할 수 있다. 이를 통해 치매인들을 그들의 개인적 역사나 배경과 상관없이 '치매인'이라는 단일집단의 구성원으로 대할 위험이 감소될 수 있다. 둘째, 한 사람의 생애에 대한 전기적 정보를 통해 개인의 개별적 상황을 더 잘 이해할 수 있으며, 치매인이 자신의 삶 중에서 어떤 부분을 보존하고 유지하고 싶어하는지에 대한 핵심적 통찰을 얻을 수 있다. 셋째, 생애 정보는 서비스 계획을 수립하는데 필수적 요소이다. 동네에서 얼마나 살았고, 관심사와 성취는 무엇이며 가족력과 친구관계 등은 치매인의 욕구 뿐 아니라 강점과 자원을 밝혀내는데 중요한 정보를 제공한다. 치매인들은 서비스 계획에서 그들의 습관, 일상, 선호를 존중받음으로써 안정감을 느끼고 치매가 진행되더라도 자신의 삶을 지속적으로 이어갈 수 있게 된다(Ray, Bernard & Phillips,

2009).

따라서 치매인 인권 중심의 사회복지실천에서 생애 접근은 중요한 도구로 활용될 수 있다. 무엇보다 생애 접근 방식을 통해 치매인을 치매라는 질병으로만 단편적으로 규정하기보다는 과거와의 연결성 삶 속에서 바라보면서 통합적 인격체로 대할 수 있다. 또한 생애 이야기(life-story)는 사회복지실천가와 치매인 간의 효과적인 의사소통의 단서를 제공하고 대화의 매개체로 활용될 수 있다. 인지력 저하에 따라 가족을 비롯한 주변인과의 관계가 단절되고 악화될 때 치매인의 생애 이야기를 활용하여 친밀감을 높이고 새로운 관계를 수립하도록 원조할 수 있다.

5. 치매인 인권 중심 사회복지실천의 딜레마

위에서는 치매인의 인권 중심 사회복지실천을 위해 가능한 현실적 방안들을 제시하였다. 그러나 이러한 실천방안들을 수행할 때 고려해야 할 문제들이 있다. 첫번째 문제는 치매인의 독립과 보호의 딜레마이다. 이는 인지와 일상생활 기능 손상에 따른 보호의 필요성 때문에 치매인의 권리 행사가 불가피하게 제한될 수밖에 없는 경우의 문제이다. 치매인의 독립성과 자율성을 존중해야 한다는 주장은 당위론적으로 충분히 수용될 수 있으나, 권리를 행사하는 치매인의 인지능력이 제한적이라는 점은 인정해야 한다. 그렇다면 결과를 알 수 없는 상태에서 치매인이 어느 정도의 위험을 감수하도록 할 것인가? 독립적으로 무엇인가 시도하도록 것과 위험을 감수하는 것 사이의 구분은 명확하지 않다.

예를 들면 일상생활기능이 떨어지는 치매인이 안전사고를 여러번 겪고도 본인의 집에 계속해서 혼자 거주하기를 고집한다면 어떻게 할 것인가? 치매로 인지기능이 저하된 전직 요리사가 계속해서 본인이 직접 요리하기를 주장한다면? 사회복지실천가는 한편으로 치매인의 자존감 저하와 실패감, 자신을 잃어가고 있다는 불안감을 감소시키기 위해 치매인의 요구와 시도를 존중해야 하지만 치매인의 요구에 대한 존중이 사고나 부상의 위험을 감수할 만큼 중요하고 필요한 것인지에 대해서도 신중하게 생각해야 한다. 이론적으로는 사전에 예상할 수 있는 위험을 충분히 고려하고 이에 대한 방안을 마련하여 사고 가능성을 최소화한 후 적절한 보호 하에 치매인의 독립성을 보장하고 무엇인가 성공할 수 있는 시도를 해야 한다고 말할 수 있겠으나, 현실적으로 이러한 실천이 얼마나 가능한가? 사회복지실천가들에게 보호의 책임은 통제권과 동일한가? 치매인의 요구와 독립을 우선시할 경우 문제 발생에 대한 전문가의 책임회피를 정당화하는 결과가 초래되지 않을까? 독립과 보호의 딜레마는 치매인과의 실천에서 이런 여러 가지 질문들을 제기한다.

다음으로 치매인과의 사회복지실천에 있어 가족 돌봄자의 위치를 어떻게 설정할 것인가이다. 치매인을 가장 잘 아는 사람은 가족일 가능성이 크고 이에 따라 치매인에 대한 개입에서 가족 돌봄자는 핵심적인 위치를 차지한다. 그러나 가족 돌봄자는 치매인을 반드시 대변하는가? 치매인과 가족 돌봄자의 이해는 늘 일치하는가? 두 편의 입장과 요구가 충돌할 경우 어떤 판단을 내릴 것인가? 치매인은 인지능력을 상실한 존재이므로 의미 있는 선택이 불가능하거나 선택 자체가 무의미하다고 여기기 쉽다. 그러나 치매인의 인지능력은 다양하고 가변적이

기 때문에 이에 대한 답변 또한 유동적이다. 돌봄 기간이 지속되면서 치매인과 돌봄자의 관계나 돌봄자의 요구와 이해도 변화하기에 실천의 전 과정에서 이러한 질문들을 할 수 있다.

분명한 것은 치매 돌봄자의 권리와 치매인의 권리는 관련이 있기는 하지만 별개이며, 어떤 한편의 권리 보장이 다른 한편을 자동적으로 보장하는 것은 아니라는 것이다. 예를 들어 사정과 서비스 계획에서 가족 돌봄자와 치매인의 동반 면접은 효율적일 수 있으나, 치매인 본인의 의견과 요구를 명확히 하기 위해 동반 면접 뿐 아니라 치매인 단독 면접도 실행하여야 한다(Clarke & Keady, 2002). 결국 치매인과 치매 돌봄자에 대한 개입에 있어 별도의 계획과 실천이 필요하다는 것이다.

위에서 살펴본 치매인과의 사회복지실천에서 제기되는 질문들은 치매의 진행과 치매인의 대응, 그리고 가족을 비롯한 돌봄자들과 치매인의 관계 속에서 역동적으로 나타나는 문제들이다. 따라서 실천과정에서 사회복지사는 이러한 질문들을 항상 염두에 두어야 하며, 변화하는 역동 속에서 최선의 답을 찾도록 지속적으로 고민하여야 할 것이다.

IV. 맺음말과 남겨진 과제들

이 글에서는 만성화, 장기화된 치매 양상과 치매인 욕구의 변화에 따라 치매인과의 사회복지실천을 본격화할 필요성이 있음을 전제로, 치매인의 인권 중심 사회복지실천을 주요 방향성으로 제시하였다. 치매인 인권 중심 사회복지실천의 방향을 명확히 설정하기 위하여 치매와 치매인에 대한 세가지 주요 접근방식(의료적 접근, 심리사회적 접근, 시민권 접근)의 내용을 살펴보고 치매인 인권의 개인적 차원과 사회적 차원을 모두 고려하는 사회복지실천을 제안하였다. 치매인의 인권중심 사회복지실천의 구체적 방안으로 치매인에게 초점 맞추기, 경증 치매인에 대한 조기개입, 효과적인 의사소통 방법 개발, 생애에 대한 이해와 생애 접근 등을 제시하였으며 실천 과정에서 독립과 보호의 딜레마, 가족 돌봄자의 위치를 고려해야 함을 주장하였다.

앞서 논의한 방향성 및 방안과 관련하여 치매인 인권 중심의 사회복지실천을 위한 현장과 학계의 과제를 제시하면 다음과 같다. 첫째, 치매인 사회복지실천의 방식 및 전문적 역량을 개발하여야 하겠다. 우선 현재 사회복지 교육 전반과 노인복지 교육에서 치매인과의 실천을 준비하는데 충분한 지식과 기술을 제공하고 있는지 점검하여야 하며, 치매인에 대한 효과적인 사회복지개입을 위해 필수적인 역량과 지식기반을 갖추도록 하는 것이 시급하다. 사회복지전공자들과 사회복지사들이 치매인에 대한 막연한 편견과 부정적 태도를 극복하고, 치매인의 인권에 대한 명확한 인식을 기반으로 치매의 증상과 치매인의 욕구에 대해 정확한 지식을 가지며 민감하고 공감적인 자세로 치매인과의 실천에 임할 수 있도록 준비하고 교육하여야 할 것이다.

둘째, 치매인의 인권을 중심으로 사회복지실천의 내용과 방법을 체계적으로 정립하여야 한다. 예컨대 치매인의 요구와 의견을 직접적으로 반영할 수 있는 욕구사정과 실천 방법, 치매 진행에 따른 단계별 문제와 욕구 및 이에 따른 세분화된 사회복지 개입의 내용과 방법, 치매

인의 개별적 특성(예컨대 성별, 가족환경 등)을 최대한 존중할 수 있는 개입 방식, 치매인과 가족의 욕구에 대한 공통적 개입과 개별적 개입, 지역사회에서 치매인의 참여와 활동을 보장할 수 있는 프로그램의 개발 등이 필요하다.

셋째, 치매인과 가족에 대한 개입은 복합적이고 중층적이며, 치매의 진행단계별로 개입의 강조점이 달라지므로 다학제적 실천과 협력이 요구된다. 치매 문제에 있어 보건의료 전문직의 지위가 지배적인 현 상황에서 사회복지계는 적극적인 관심과 참여를 통하여 다학제적 실천의 기반을 마련하여야 하겠다. 특히 의료적 접근에서 간과하고 있는 심리사회적 차원과 시민권 차원의 인권 중심 접근에 기반한 사회복지실천을 통해 치매인의 삶의 질과 인권 향상에 기여할 수 있을 것이다.

넷째, 치매인의 목소리를 직접 반영할 수 있는 참여적 연구를 활성화하여야 한다. 치매인 참여 연구가 부족한 것은 치매인 연구 참여자 확보가 어렵고, 신뢰성 있는 정보를 얻기 어렵다고 생각하기 때문이다. 그러나 기억 손상 때문에 신뢰성 있는 자료를 제공할 수 있는가를 판단할 때 “지금 여기”의 경험을 이야기하는데 기억 결핍이 반드시 장애가 되는 것은 아니라는 것을 고려해야 한다(McKillop & Wilkinson, 2004). 과거의 기억보다는 현재의 경험을 중심으로 연구를 진행함으로써 정보의 신뢰성을 제고할 수 있으며, 이를 통해 치매인은 단순한 연구의 대상이 아니라 직접적 경험자이자 또 다른 전문가로서 연구에 참여할 수 있다. 앞으로 초기 치매인을 포함하여 더 많은 치매인이 면접과 욕구 조사, 조언 등 모든 단계에서 직접 자신의 치매 경험을 반영하고 발언할 수 있는 참여적 연구를 시도할 필요가 있겠다.

우리 자신이 치매인이라고 가정한다면, 우리는 누구나 사회복지사를 비롯한 타인들이 우리를 인간존재로 온전히 인정하고 우리의 목소리를 경청해주기를 원할 것이다. 이와 마찬가지로 사회복지실천가와 연구자들은 치매인을 분리된 존재로 인식하기보다는 치매인과 비치매인을 하나로 아우르는 공통의 기반을 발견하고 공유된 인간성에 집중하여야 한다. 왜냐하면 우리 모두는 언젠가 일시적으로, 혹은 점차적으로, 혹은 영구적으로 우리의 자율성과 능력과 기능을 위협받는 조건에 처하게 될 것이기 때문이다. 우리 모두는 종국에 기능을 잃거나 장애를 갖게 되어 우리에게 중요한 관계로부터 배제될 것이며, 남아있는 삶의 유의미성을 찾기 위해, 그리고 다른 사람과 이어지는 연결점을 유지하기 위해 타인에게 의존해야만 할 것이다. 이것이 치매인을 다른 집단과 구별되는 특정한 대상으로서가 아니라, 시간과 확률적 가능성의 연속선상에서 우리 자신이 연장된 존재로 인식하는데서 출발해야 하는 가장 중요한 이유이다.

이 글은 구체적인 분석이나 경험적 맥락에 기반하기보다는, 노인복지 연구자로서 직면한 치매인과의 사회복지실천에 대한 고민 속에서 나온 주관적인 문제제기와 당위론적인 논의들을 중심으로 씌어졌다. 앞으로 이 글에서 제시된 다소 비현실적일 수 있는 제안과 주장을 넘어, 노인복지실천 현장과 연구에서 치매인과의 인권중심 사회복지실천에 대한 체계적인 분석과 대안이 제시되기를 기대한다.

참고문헌

구재관, 박정숙(2006). 치매노인을 위한 집단활동에 관한 연구. **임상사회사업연구,** 3(2), 41-65.

김경화(2007). 경증치매노인을 위한 몬테소리 프로그램 활용방안. **한국사회복지지원학회지,** 3(2), 65-78.

김기웅, 성수정, 김빈나, 이기나, 김유정, 전미미, 김한나(2014). **제3차 국가치매관리종합계획수립을 위한 사전기획연구.** 분당서울대학교병원: 분당.

김수진(2007). 치매노인과 가족부양자에 대한 심리사회적 개입의 동향. **임상사회사업연구,** 4(3), 41-60.

김영숙(2006). 치매노인을 대상으로 한 회상치료법에 관한 연구. **노인복지연구**, 9, 95-124.

김형수, 한경희(2004). 2인 집단 원예치료와 치매노인의 사회성에 관한 연구. **노인복지연구,** 25, 233-250

단정와, 이재모(2006). 집단미술요법 프로그램이 치매노인의 인지기능과 의사소통증진에 미치는 효과. 노인복지연구, 33, 71-102.

보건복지부(2015). **제3차 치매관리종합계획(16'-20')**. 보건복지부: 서울.

이은희, 이정화(2005). 몬테소리 프로그램이 치매노인의 인지기능, 우울, 대인관계 및 일상생활수행능력에 미치는 영향 연구. **노인복지연구,** 30, 237-261.

이현심, 김승용(2008). 치매노인의 집단미술치료 효과에 관한 연구. **한국노년학,** 28(4), 1279-1295.

임혜정, 김경호(2008). 원예치료가 시설거주 치매노인의 우울, ADL에 미치는 영향. **노인복지연구**, 40, 125-146.

장우심(2008). 집단인정치료(Group validation therapy)가 치매노인에게 미치는 영향에 관한 연구. **한국노년학,** 28(4), 1023-1039

장우심, 이재모(2006). 집단회상요법이 치매노인의 우울, 삶의 질 및 사회행동에 미치는 효과에 관한 연구. **노인복지연구,** 34. 234-269.

장우심, 제석봉(2008). 치매노인을 위한 집단회상치료와 집단인정치료의 효과에 대한 비교 연구. **노인복지연구,** 41, 301-325.

조추용, 김현숙, 권용정(2004). 치매 노인을 위한 몬테소리 프로그램 개발. **노인복지연구 ,** 26, 119-141.

중앙치매센터(2015). **중앙치매센터 연차보고서 2015.** 중앙치매센터: 분당.

Adams, T. & Gardiner, P.(2005).Communication and interaction within dementia care triads: developing a theory for relationship centered care. *Dementia,* 4(2), 185-205.

Barnes, R., Auburn, T., & Lea, S. (2004). Citizenship in practice. *British journal of social psychology,* 43, 187-206.

Barnes, M. & Cotterell, P. (2012). User involvement in services. In M. Barnes, & P. Cotterell (eds.) *Critical perspectives on user involvement.* Bristol: Policy Press. 73-77.

Bartlett, R. & O'Connor, D. (2007). From personhood to citizenship: broadening the lens for dementia practice and research. *Journal of aging studies*, 21, 107-118.

Boustani, M., Sachs G. & Callahan, C. M. (2007). Can primary care meet the biopsychosocial needs of older adults with dementia? *Journal of geriatric internal medicine,* 22(11), 1625-1627.

Clarke, C. L. & Keady, J. (2002). Getting down to brass tacks - a discussion of data collection with people with dementia. In H. Wilkinson (ed.) *The perspectives of people with dementia*. London: Jessica Kingsley. 25-46.

Cotrell, V. & Schulz, R.(1993). The perspective of the patient with Alzheimer's disease: a neglected dimension of dementia research. *The gerontologist,* 33(2), 205-211.

Innes, A.(2009). *Dementia studies: a social science perspective.* London: Sage.

Kaplan, D. B & Andersen, T. C. (2013). The transformative potential of social work's evolving practice in dementia care. *Journal of gerontological social work,* 56, 164-176.

Kaplan, D. B. & Berkman, B.(2011). Dementia care: a global concern and social work challenge. *International social work,* 54(3), 361-373.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Kuhn, D.(2007). Helping families face the early stage dementia. In C. B. Cox, (ed.) *Dementia and social work - research and interventions.* New York: Springer Publishing Company. 111-127.

Marshall, M. & Tibbs, M. (2006). *Social work and people with dementia*.(2nd ed.) Bristol: Policy Press.

McKillop, J., & Wilkinson, H. (2004). Make it easy on yourself! advice to researchers from someone with dementia on being interviewed. *Dementia,* 3(2), 117-125.

Nolan, M. R., Ryan, T., Enderby, P. & Reid, D.(2002). Towards a more inclusive vision of dementia care practice and research. *Dementia,* 1(2), 193-211.

O'Connor, D., Phinney, A., Smith, A., Small, J., Purves, B., Perry, J., Drance, E., Donnelly, M., Chaudhury, H., & Beattie, L.(2007). Personhood in dementia care-developing a research agenda for broadening the vision. *Dementia,* 6(1), 121-142.

Oliver, M. & Barns, C.(1998). *Disabled people and social policy.* London: Longman.

Parker, J. (2001). Interrogating person-centered dementia care in social work and social care practice. *Journal of social work*, 1(3), 329-345.

Parsons, M. (2005). The contribution of social work to the rehabilitation of older people with dementia: values in practice. In M. Marshal (ed.) *Perspectives on rehabilitation and dementia.* London: Jessica Kingsley. 55-71.

Payne, M.(2012). *Citizenship social work with older people.* Chicago: Lyceum.

Ray, M. , Bernard, M. & Phillips, J. (2009). *Critical issues in social work with older people.* Basingstoke: Palgrave.

Snyder, L.(2007). The experiences and needs of people with early-stage dementia. In C. B. Cox, (ed.) *Dementia and social work - research and interventions.* New York: Springer Publishing Company. 93-107.

Weiner, M. F. & Lipton, A. M. (2009). *Textbook of Alzheimer disease and other dementias.* Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

주제 3

인지장애노인의 인권보호와 법적 과제

발표: 조성혜(동국대학교 법과대학 교수)

인지장애노인의 인권보호와 법적 과제
– 성년후견제도를 중심으로–

조 성 혜*

Ⅰ. 머리말

평균수명이 상승함에 따라 대다수 사람들이 염원하는 장생이 현실화되었다. 그러나 인구고령화와 함께 초고령 노인들도 함께 증가하고 있고, 더불어 치매, 알츠하이머병, 파킨슨씨병 등 노인성 질병에 걸려 인지능력에 장애를 겪는 노인의 수도 가파르게 상승하고 있다. 인지능력에 장애가 생기면 자신의 신변과 재산을 관리하지 못할 처지에 놓이게 되고, 다른 사람의 도움이 없이는 일상생활을 영위하기가 어렵게 된다.

인지장애노인[1]들은 재산이 있다거나 연금 등을 받아 경제적으로 어려움이 없다 할지라도 인격적으로 무시를 당하거나 신체적·정신적으로 학대를 당할 가능성이 높다. 이들은 자신의 처지를 제대로 인식하지도 못하기 때문에 부당한 대우에 대해서도 적절한 방어를 하지 못한다.[2] 더구나 무시, 방치, 유기 또는 신체적·정신적 학대가 대부분 그들을 보호하여야 할 자녀 등 보호자 또는 보호시설의 소속직원에 의해[3] 이루어진다는 사실이 충격적이다.[4] 학대를 당한 노인들은 특별한 질병이 없다 해도 보통 노인보다 일찍 사망한다고 한다.[5]

그러나 인지장애노인도 존엄한 존재로서 다른 모든 사람들과 마찬가지로 인간다운 생활을 할 권리가 있다. 그 역시 스스로 자기의 선호에 따라 결정을 하고 다른 사람들과 소통하고 그들로부터 존중받을 권리가 있다.

---

* 동국대학교 법과대학–서울 교수

1) 인지장애노인들 중 일부는 태어날 때부터 장애인이었던 사람도 있을 수 있고, 일부는 후천적으로 노인성 질병에 의해 인지장애를 겪고 있을 수도 있겠으나 노인으로서 인지장애를 겪는다는 점에서는 공통적이기 때문에 결과적으로는 큰 차이는 없다. 다만 굳이 차이를 찾자면 선천성 지적장애인이나 발달장애인은 어린 시절부터 장애인으로 살아왔기 때문에 그에 적응하여 생활해 왔다는 점이고, 후천적 인지장애노인은 비장애인으로서 대다수의 사람들과 비슷한 생활을 하다가 노인성 치매 등으로 인하여 갑자기 독립적으로 생활을 영위할 수 없게 되었다는 점일 것이다.

2) 중앙노인보호전문기관에 따르면, 노인 학대 신고건수는 2013년 1만162건, 2014년 1만569건, 2015년 1만1905건으로 매년 증가하고 있다고 한다. 노인 학대 경험자도 9.9%에 이르렀다고 한다. 인재근, "학대피해노인지원법 발의… 10명 중 1명꼴", 이코노미톡, 2016. 8. 20.

3) 노인 학대는 가정 내에서 가장 많이 발생(3276건, 85.8%)하지만 양로원·요양원 등 생활시설(206건, 5.4%)과 요양병원 등 병원(88건, 2.3%)에서도 발생하고 있다고 한다. "요양시설 노인학대 작년 294건… 주기적인 방문 점검 필요", 조선일보 2016. 10. 18.

4) 보건복지부가 발표한 '2015 노인학대 현황보고서'에 따르면 노인학대 신고접수가 2010년 이후 꾸준히 증가해, 2015년 29개 노인보호전문기관을 통해 신고된 노인학대 신고는 총 11,905건으로 전년 대비 12.6%(10,569→11,905건)가 증가한 것으로 나타났다. 노인학대 현황보고서(2016), 9

5) Rosenberga, Joseph A., POVERTY, GUARDIANSHIP, AND THE VULNERABLE ELDERLY: HUMAN NARRATIVE AND STATISTICAL PATTERNS IN A SNAPSHOT OF ADULT GUARDIANSHIP CASES IN NEW YORK CITY, 16 Georgetown Journal on Poverty Law and Policy(Spring, 2009), 315(326)

인지장애노인은 노인이면서 장애라는 두 가지 취약점을 동시에 갖고 있기에 이들의 인권을 논하려면 노인과 장애인의 영역을 함께 살펴야 한다.

우리 법제는 노인복지법, 장애인복지법을 비롯하여 다수의 특별법들을 두어 취약계층인 노인과 장애인에 대한 인권을 보호하려 노력하고 있다. 그러나 이 법들은 노인 또는 장애인에게는 적용이 되나 노인이면서 장애인에 해당하는 인지장애노인에게는 정확히 맞아 떨어지지 않는다. 물론 노인복지법이 노인학대 관련 규정을 두어 노인인권을 보호하고 있기는 하나 노인 일반에 적용되는 법이라는 점에서 한계가 있다. 노인장기요양보험법은 노인성질환에 걸린 노인을 대상으로 하고 있기는 하나 요양과 경제적 지원 등에 대하여만 규정하고 있을 뿐 치매노인의 권리를 보호하고 있지는 않다. 그나마 지적장애인의 권리를 보호하기 위해 제정된 "발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률"(발달장애인법)이 인지장애노인과 유관한 법으로 보이나, 선천성 발달장애인을 보호대상으로 하기 때문에 노인성 질환으로 인지장애를 입은 사람은 적용대상에서 제외된다.

한편 노인 또는 장애인을 위한 특별법은 아니지만 인지장애노인을 보호하는 데 가장 직접적으로 적용되는 제도로 민법의 성년후견제도를 들 수 있다. 주지하듯이 성년후견인제도는 발달장애인 또는 치매 또는 노인성 질환으로 인지능력이 부족한 사람에 대하여 성년후견인을 선임해 본인의 신상과 재산을 보호하도록 하는 제도이다. 성년후견제도는 당사자를 행위무능력자로 간주하여 자율성을 훼손하고 인권을 침해한다는 비판을 받았던 구 민법상 금치산·한정치산제도를 폐지하면서 2013. 7월 새로이 도입된 제도로, 당사자의 자기결정권과 잔존능력을 존중하고 재활과 사회복귀를 촉진하는 것을 기본 이념으로 삼고 있다.[6] 성년후견인을 선임하게 되면 인지능력이 부족한 노인 대신 성년후견인이 개입해 피후견인의 신상과 재산을 보호해 주기 때문에 일견 피성년후견인이 더 이상 무시나 학대를 당하지 않아도 되고, 그의 재산을 탐하는 사람으로부터 재산을 지킬 수 있는 것처럼 보인다.

그러나 매사가 그러하듯이 성년후견인제도 역시 명과 암이 공존한다. 예컨대 피성년후견인이 되면 당사자는 성년후견인의 보호를 받는 대신 선거권, 계약체결, 혼인 등 다방면에서 법적 권리를 행사하는 데 제한을 받는다. 성년후견인을 선임했다는 것은 자기 스스로 결정할 권리(자기결정권)를 상실했다는 것과 동의어라고도 할 수 있다.[7] 그런 의미에서 성년후견인의 선임과 동시에 피성년후견인은 민사상 사망(civil death)한다는 표현까지 나오고 있다.[8] 성년후견제도는 당사자의 보호와 자기결정권의 침해라는 양립하기 어려운 가치 사이의 갈등을 수반할 수밖에 없다는 점에서 양날의 칼과도 같다.

국가는 인지장애인이라 할지라도 중요한 사안에 대하여 스스로 선택하고 결정할 수 있도록 지원해 줄 의무가 있다. 그러나 인지장애인에 대한 지원제도가 과도하게 그의 결정권을

---

6) 박인환, 고령인지장애인의 인권보호와 성년후견, 저스티스 통권 제146-1호(2015. 2), 5-44(9)

7) Rosenberga, Joseph A., POVERTY, GUARDIANSHIP, AND THE VULNERABLE ELDERLY: HUMAN NARRATIVE AND STATISTICAL PATTERNS IN A SNAPSHOT OF ADULT GUARDIANSHIP CASES IN NEW YORK CITY, 16 Georgetown Journal on Poverty Law and Policy(Spring, 2009), 315(323)

8) Perlin, Michael L., "STRIKING FOR THE GUARDIANS AND PROTECTORS OF THE MIND": THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH MENTAL DISABILITIES AND THE FUTURE OF GUARDIANSHIP LAW, 117 Penn State Law Review(Spring 2013), 1159

제한해서는 안 된다. 즉 국가가 제도적으로 개입한다 해도 그 정도는 필요·최소한에 그쳐야만 한다.[9)]

그런데 현행 성년후견제도에서는 본인 외에 법에 열거된 광범위한 사람들이 별다른 제한 없이 성년후견인심판의 청구를 할 수 있고, 복잡한 절차 없이 성년후견개시의 심판이 이루어지고, 심판 과정에서도 본인의 의사가 충분히 반영되지 않고 있다. 성년후견인제도가 구 민법상 무능력자제도의 단점을 보완하여 당사자의 잔존능력을 보호한다고 하나, 실제로는 구법과 그다지 차별화되지 않는다고 해도 과언이 아니다.

이와 같은 문제의식 하에 아래에서는 인지장애노인의 인권이 어떻게 법적으로 보호되고 있는지, 또 그 한계는 무엇인지를 성년후견제도를 중심으로 검토한 후 개선방안을 제시해 보기로 한다. 인지장애노인의 인권은 노인인권인 동시에 장애인인권[10)]과도 중첩된다는 점에서 먼저 국제법 및 국내법상 노인과 장애인의 인권보호에 대하여 살펴보기로 한다.

<평균수명 및 기대여명>[11)]



<학대피해노인 연령대별 학대유형>[12)]

연령별(1)	항목	2015							
		계	신체적 학대	정서적 학대	성적 학대	경제적 학대	방임	자기 방임	유기
전체	건수 (건)	6,154	1,591	2,330	102	542	919	622	48
	비율 (%)	100.0	25.9	37.9	1.7	8.8	14.9	10.1	0.8

9) Booth Glena, Kristin, CHANGING PARADIGMS: MENTAL CAPACITY, LEGAL CAPACITY, GUARDIANSHIP, AND BEYOND, 44 Columbia Human Rights Law Review(Fall, 2012), 93(134)
10) 장애인 문제는 유아부터 노인에 이르기까지 전 연령대를 포괄한다.
11) 통계청, 생명표, 국가승인통계 제10135호
12) 보건복지부, 노인학대현황

59세 이하	건수(건)	5	2	3	0	-	-	-	-
	비율(%)	100.0	40.0	60.0	0.0	-	-	-	-
60~64세	건수(건)	342	92	130	5	37	40	31	7
	비율(%)	100.0	26.9	38.0	1.5	10.8	11.7	9.1	2.0
65~69세	건수(건)	866	253	347	18	68	91	83	6
	비율(%)	100.0	29.2	40.1	2.1	7.9	10.5	9.6	0.7
70~74세	건수(건)	1,271	364	496	16	112	128	147	8
	비율(%)	100.0	28.6	39.0	1.3	8.8	10.1	11.6	0.6
75~79세	건수(건)	1,391	365	554	17	112	179	157	7
	비율(%)	100.0	26.2	39.8	1.2	8.1	12.9	11.3	0.5
80~84세	건수(건)	1,211	281	427	19	116	241	115	12
	비율(%)	100.0	23.2	35.3	1.6	9.6	19.9	9.5	1.0
85~89세	건수(건)	706	154	245	17	65	154	68	3
	비율(%)	100.0	21.8	34.7	2.4	9.2	21.8	9.6	0.4
90~94세	건수(건)	270	63	96	5	28	57	17	4
	비율(%)	100.0	23.3	35.6	1.9	10.4	21.1	6.3	1.5
95~99세	건수(건)	83	13	29	5	4	28	4	0
	비율(%)	100.0	15.7	34.9	6.0	4.8	33.7	4.8	0.0
100세 이상	건수(건)	9	4	3	0	0	1	0	1
	비율(%)	100.0	44.4	33.3	0.0	0.0	11.1	0.0	11.1

Ⅱ. 국제법상 인권의 개념과 장애인·노인의 인권 보호

1. 인권의 개념

인권(human rights)이란 사람이면 누구나 출생과 동시에 갖게 되는 인간 고유의 천부적 권리를 말한다. 인권의 개념은 봉건사회가 붕괴하고 근대 자본주의 사회가 형성되던 17-18

세기 유럽의 자연법 사상에서 비롯된 것으로, 인간이기 때문에 당연히 갖는 권리라는 점에서 인간으로서 존엄성을 보장받을 권리, 평등하게 대우받을 권리, 차별받지 않을 권리를 의미한다고 할 수 있다.

20세기에 이르러서는 제2차 세계대전 중 인간의 존엄성이 말살되는 경험을 하면서 유엔을 중심으로 인권을 수호하기 위한 새로운 움직임이 일기 시작하였다. 1948. 12. 10. 유엔은 제3회 총회에서 만장일치(48개국, 소련권의 6개국 및 그 외의 2개국이 기권)로 세계인권선언문(Universal Declaration of Human Rights)을 채택하게 된다. 전문과 30개조로 구성되어 있는 세계인권선언 제1조는 "모든 인간은 태어날 때부터 자유로우며, 누구에게나 동등한 존엄성과 권리가 있다"고 규정하고 있다. 그리고 제2조는 선언이 정한 인권과 기본적 자유를 모든 사람이 무차별 평등으로 향유한다는 원칙을 정하였다. 제3조 내지 제21조는 전통적인 자유권적 기본권을 열거하고, 제22조 내지 제27조는 사회권적 기본권에 관하여 규정하고 있다.

특히 세계인권선언 제25조 제1항에 의하면 "모든 사람은 식량, 의복, 주택, 의료, 필수적인 사회서비스를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리를 가지며, 실업, 질병, 장애, 배우자와의 사별, 노령 기타 불가항력적인 상황으로 인하여 생활이 어려워진 경우 사회보장 급여를 받을 권리를 가진다".[13]

이후 제정된 발효된 인권을 규정한 국제문서로서는 1966년 유엔총회에서 채택되어 1976년에 각각 발표된 "경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: ICECR; 일명 A규약)"과 "시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(The International Covenant on Civil and Political Rights: ICCPR; 일명 B규약)"을 들 수 있다. 위 두 규약 이후 인권은 시민적 및 정치적 권리(CPR)와 경제적, 사회적 및 문화적 권리(ESCR)로 구분하여 인식되기에 이르렀다.[14]

경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 A 규약은 서문과 31조로 구성되어 있는데, 이 규약 제6조 내지 제15조에 규정된 사회권의 내용은, 정당하고 쾌적한 근로조건에서 일할 권리, 노조를 결성하고 이에 가입할 권리, 사회보험을 비롯한 사회보장급여를 받을 권리, 모자의 보호와 지원을 받을 권리, 적정한 생활수준에 대한 권리, 최상의 신체적 및 정신적 건강을 향유할 권리, 교육을 받을 권리, 문화생활을 영위할 권리로 이루어져 있다.[15]

시민적 및 정치적 권리에 관한 B 규약은 서문과 53조로 구성되어 있는데, 구체적으로는 생명권, 고문 및 비인도적 대우나 처우를 받지 않을 권리, 노예로 되거나 강제노동을 하지

---

13) Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

14) 세계인권선언에서는 인권을 하나로 보았지만, 위 양 국제규약 이후 각국은 인권을 시민적, 정치적 권리(CPR)와 경제적, 사회적 및 문화적 권리(ESCR)로 구분하게 되었다. 그 기원은 동서냉전 기간 중 소련 및 동유럽 등 공산진영에서는 ESCR을, 미국, 유럽 등 서방세계에서는 CPR을 선호함으로써 각 진영에서 양자를 구현하기 위한 초안을 마련했기 때문이다. 강병근, 노인인권보호에 관한 국제법적 논의:유엔 규약인권위원회의 일반논평을 중심으로, 서울국제법연구 제15권 제2호 통권 제29호(2008. 12), 91-116(95)

15) 국가인권위원회, 노인인권길라잡이(2014), 31

않을 권리, 체포나 구금을 당하지 않을 권리, 인간적 처우를 받을 권리, 거주이전의 자유, 평화적 집회의 권리, 결사의 자유, 혼인과 가족생활의 권리와 의무, 아동의 권리 보호를 위한 조치 강구, 공무담임권 및 피선거권, 보편적 평등권에 기초한 공직에 임할 권리, 사상과 양심 및 종교의 자유, 의사표현의 자유, 외국추방의 제한, 법원에서 평등한 대우 및 소송 절차상의 정당한 권리, 형벌 불소급의 원칙, 차별·적개심· 폭력사태를 선동하는 행위의 금지, 사생활·가족·통신 등의 자유, 명예와 평판의 훼손 금지, 민족·종교·소수언어집단의 권리 보호 등을 주요 내용으로 하고 있다.[16]

우리 국가인권위원회법도 인권에 대하여 명시적 규정을 두고 있다. 이에 의하면 "인권"이란 대한민국헌법 및 법률에서 보장하거나 대한민국이 가입·비준한 국제인권조약 및 국제관습법에서 인정하는 인간으로서의 존엄과 가치 및 자유와 권리를 말한다"(제2조 제1호).

그러므로 우리나라가 비준한 인권관련 국제조약 및 국제관습법도 국내법에 효력이 미친다.

위와 같은 국제법상 및 국내법상의 인권 보호 규정에도 불구하고 우리 사회에는 여전히 인권의 사각지대에 있는 사람들이 많다. 특히 아동, 장애인, 노인, 외국인근로자, 난민, 실향민 등의 사회적 취약계층이 이에 해당한다.

2. 장애인인권의 보호[17]

인권을 보호하고 증진하려는 국제사회의 노력은 1948년 세계인권선언 이후 보편적 인권에서 특수 집단의 인권으로 이동하기 시작하였다. 1960년대부터 미국을 중심으로 시작된 장애인 권리 투쟁 이후 장애인의 인권은 국제적 차원에서 급물살을 타게 되어, 유엔은 1971년의 지적장애인권리선언(Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons)과 1975년의 장애인권리선언(Declaration on the Rights of Disabled Persons)을 하기에 이르렀다.

유엔이 최초로 장애인의 인권을 최초로 인정했다는 점에서 위 선언들은 장애인인권의 신장과 보호에 중요한 의미를 갖는다.

그러나 이 선언들은 장애인을 치료 또는 연민의 대상으로 보는 의료적 관점(medical model)에 기초하고 있다는 점에서 한계가 있었다. 특히 장애를 개인적 결함으로 보고 장애인을 사회로부터 격리시킴으로써 장애인의 권리 신장에 기여하지 못한다는 이유로 장애인단체로부터 비판을 받았다.[18]

1980년대에 이르러서 유엔은 1981년을 세계장애인의 해(International Year of Disabled Persons)로 정하고 1983년부터 1992년을 유엔 장애인 10년으로 선포하였다. 여전히 장애를 개인의 결함으로 보고 치료가 필요하다는 의료적 관점에서 크게 벗어나지는 못했으나, 장애인의 기회균등, 완전한 참여를 표방했다는 점에서는 매우 고무적인 변화라고 할 수 있다.[19]

---

16) 위와 같음.

17) 인지장애노인은 노인이라는 점에서 노인인권을 먼저 다룰 수도 있겠으나 노인인권보다는 장애인인권 관련 논의가 앞서 있었고 국제협약도 장애인에 대하여만 채택되었다는 점에서 이 글에서는 장애인인권을 먼저 설명하기로 한다.

18) Lord, Janet E./Suozzi, David/Taylor, Allyn L., Lessons from the Experience of U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Addressing the Democratic Deficit in Global Health Governance, Symposium Global Health Governance(2010), 564(566)

지역별로는 1993년부터 2002년의 “제1차 아·태장애인 10년”을 선포하고 행동계획안을 발표하였고 이어 2003년부터 2012년을 “제2차 아·태장애인 10년”으로 선포하였다.[20]

그러나 이러한 선언이나 행동계획안 등은 문자 그대로 선언적 규정이기 때문에 법적 구속력이 없어 장애인의 권리 보호 및 존엄성 확보에는 한계가 있을 수밖에 없었다.[21]

이에 따라 1987년 유엔총회에서는 선언보다 강제성이 높은 장애인의 인권보장을 목적으로 하는 국제협약을 추진해야 할 필요성이 제기되었다. 당시 이탈리아 정부가 처음으로 36개 조항으로 이루어진 장애인 인권에 관한 국제협약을 제안하였으나, 각 당사국에 돌아갈 재정적 부담과 이미 다른 국제인권조약이 존재한다는 이유로 다수의 지지를 얻지 못했다.[22]

이어 1991년 유엔총회는 정신질환자들에 대한 보호와 정신건강의료의 증진을 위한 원칙을 채택하였다. 이 원칙은 정신질환자들의 보호기준을 정함과 동시에 권리구제 절차를 보장하고 (부적절하거나 지나친 신체적 감금 또는 비자발적 격리, 불임수술, 뇌수술적 정신장애치료 및 기타 정신장애인들에 대한 강제적 및 비가역적 조치 등과 같이) 정신병원 등의 시설에서 발생할 수 있는 심각한 인권침해로부터의 보호를 내용으로 하고 있다.

이어 1993. 6. 25. 유엔 주도로 개최한 세계인권대회는 “비엔나 선언 및 행동계획”을 채택하여 장애인 문제를 인권의 시각에서 해결하라는 원칙을 다음과 같이 강조하였다.[23]

“세계대회는 모든 인권과 기본적 자유는 보편적이므로 별도의 규정을 두지 않더라도 장애인을 포함하는 것임을 재확인한다. 모든 사람은 평등하게 태어나 생명과 복지, 교육과 노동, 독립적인 삶을 영위하고 사회에 적극적으로 참여하여 동등한 권리를 갖는다. 그러므로 장애인에 대한 어떠한 직·간접적 차별처우도 이들에 대한 권리침해가 된다. 세계대회는 각국 정부가 필요한 경우 장애인에게 권리를 보장해 줄 입법을 하거나 이를 체계화할 것을 촉구한다”.

이후 2001년에는 제56차 유엔총회에서는 국제장애인권리협약의 성안을 위한 특별위원회의 설치에 관한 제안이 있었다. 이 제안이 채택되면서 장애인의 권리와 존엄성을 보호하고 촉진하기 위한 총체적이고 통합적인 국제협약의 성안을 목적으로 하는 특별위원회의 신설에 관한 논의가 이루어졌다. 이렇게 설치된 특별위원회는 2002년부터 2006년까지 8차에 걸친 논의 끝에, 마침내 2006. 8월 장애인권리협약안을 완성하기에 이른다. 이 안이 2006. 12. 13. 개최된 유엔총회에서 채택되어 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD)이 탄생하게 된 것이다.[24]

2007. 3. 30. 각국의 서명과 비준의 문을 개방한 이 협약은 21세기 최초의 인권협약으로 2008. 5. 3. 발효되었다. 현재 장애인권리협약에는 158 국가가 서명하고 141 국가가 비준한

---

19) 신용호, 장애인권리협약과 장애인의 인권, 월간 복지동향 2008. 6(116), 38-41(39); 변용찬, UN 장애인 권리협약 진행 현황과 의의, 국제사회보장동향(2006. 3), 117-124(117)

20) 변용찬, UN 장애인 권리협약 진행 현황과 의의, 국제사회보장동향(2006. 3), 117

21) 물론 “경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약”, “시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약”, “여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약”, “고문 및 그밖의 잔혹하고 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌의 방지에 관한 협약”, “아동의 권리에 관한 협약”, “모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약” 등이 있기는 했으나 장애인의 특수성을 반영한 협약이 아니라는 점에서 한계가 있었다.

22) 권건보, 장애인권리협약의 국내적 이행 상황 검토, 경북대학교 법학논고 39(2012. 6), 517-542(521)

23) 신용호, 장애인권리협약과 장애인의 인권, 월간 복지동향 2008. 6(116), 38-41(39)

24) 권건보, 521

상태이다.[25]

우리나라도 2007. 3. 30. 장애인권리협약에 서명하여 2008. 12. 11. 공식적으로 비준하였고, 2009. 1. 10. 이 협약이 국내에도 발효하게 되었다.

이후 장애인 관련 법들[26]이 지속적으로 제정됨에 따라 장애인의 기본적 권리가 보호되고, 차별이 금지되고, 인간다운 생활을 할 수 있는 길이 마련되기에 이르렀다.

장애인권리협약은 장애인에 대한 21세기 최초의 포괄적 인권협약으로 장애인을 의학적 치료 또는 연민의 대상으로만 보던 과거의 태도로부터 전환하여 장애가 사회의 물리적, 비물리적 환경 또는 장벽에 따른 결과라는 사회적 모델 개념으로부터 출발한다. 즉 일반적으로 생각하듯 장애인은 개인의 신체 또는 정신의 결함 때문이 아니라 사회적 환경과 장벽으로 인해 불편을 겪을 뿐이라는 것이다.[27]

장애인권리협약은 "장애"의 개념에 대하여는 구체적인 규정을 두고 있지 않다. 장애의 개념과 인식이 고정적이지 않다는 점, 시간이나 다양한 사회경제적 환경에 따라 지속적으로 변한다는 점에서 장애에 관한 엄격한 정의를 하지 않은 것이다. 장애의 개념을 규정하지 않은 또 다른 이유는 구체적으로 장애에 관한 개념을 정의함으로써 누구는 장애인에 포함되는 반면 누구는 그렇게 되지 않는 불합리한 결과를 가져올 수 있다는 데도 있다. 그리고도 장애를 정의할 경우 장애를 사회적 원인에 의한 것으로 보는 협약의 이념이 훼손되고 다시 장애를 개인적 결함으로 보는 과거로 회귀하게 될 위험이 있다는 것이다.[28]

장애인권리협약은 장애인도 인권을 향유하는 온전한 시민으로서 자기의 삶을 결정할 권리를 갖고 있을 뿐 아니라[29] 교육, 고용, 법률행위능력, 독립생활, 이동, 주거, 재활 등에 있어서 비장애인과 다름없는 당당한 권리의 주체라고 명시하고 있다.[30]

장애인권리협약 이전에는 장애인이 보호와 편견, 차별의 대상이거나 수동적, 의존적인 존재로 사회로부터 소외된 자선 또는 시혜의 대상이었다면, 이 협약 이후에는 사회의 평등한 구성원이면서 적극적, 긍정적으로 참여하는 시민으로서 자신의 역량을 강화하고 당당하게 권리를 구현하는 존재가 되었다고 할 수 있다.[31]

---

25) United Nations Enable, http://www.un.org/disabilities/

26) 장애인복지법, 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률, 장애인 등에 대한 특수교육법, 장애인고용촉진 및 직업재활법, 장애인기업활동 촉진법, 장애인연금법, 장애인활동 지원에 관한 법률, 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률, 장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률중증장애인생산품 우선구매 특별법 등이 이에 해당한다.

27) Lord, Janet E./Suozzi, David/Taylor, Allyn L., Lessons from the Experience of U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Addressing the Democratic Deficit in Global Health Governance, Symposium Global Health Governance(2010), 564

28) Kanter, 292

29) Perlin, Michael L., "A Change is Gonna Come": The Implication of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities for the Domestic Practice of Constitutional Mental Disability Law, Northern Illinois University Law Review(Summer, 2009), 483(490)

30) Lord, Janet E./Suozzi, David/Taylor, Allyn L., Lessons from the Experience of U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Addressing the Democratic Deficit in Global Health Governance, Symposium Global Health Governance(2010), 564

31) 최은희, 장애인 인권보호 안전망 작동을 위한 과제, 충북 FOCUS 제125호(2016-9호), 6

3. 노인인권의 보호

세계인권선언과 인권에 관한 A 규약 및 B 규약이 채택된 이후 유엔을 비롯한 유럽, 미주 및 아프리카 지역에서는 다양한 국제조약을 통해 장애인 뿐 아니라 아동, 난민 실향민 등 사회적 약자의 인권을 보호하고 있다. 그러나 아직 노인인권은 독립적인 보호 대상에서 제외된 상태이다.[32]

그렇긴 하지만 국제사회에서 노인인권을 보호하기 위한 논의는 꾸준히 진행되어 왔다. 즉 제2차 세계대전 직후인 1948년 유엔은 "노인의 권리선언(Declaration of the Old Age Right)"을 채택한 바 있다. 이 선언에서는 노인의 권리를 신체적·정신적 건강권, 안전에 대한 권리, 존경받을 권리 등 10가지 권리를 제시하고 있다.[33]

그러나 국제사회에서 노인인권에 관한 본격적인 논의가 시작된 것은 인구고령화에 대한 관심이 증가하기 시작한 1980년대부터이다. 1982년 유엔은 오스트리아의 비인에서 "고령화에 관한 국제행동계획(International Plan of Action on Aging)"[34]을 채택하게 된다. 일명 "비엔나 행동계획"이라고도 하는 이 계획은 인구고령화에 대한 효과적 대처를 위해 정부와 시민사회의 역량을 강화하고 노인의 잠재적 능력과 자립에의 요구를 충족시키는 것을 목적으로 하고 있다.[35] 주요 내용은 노인의 건강과 영양, 주거, 사회복지, 가족, 소득보장, 실업 및 교육 등의 보호 등으로 이루어져 있다.[36]

1990년에는 10월 1일을 세계노인의 날(International Day for Elderly)로 정하고, 1991년에는 노인을 위한 유엔원칙(United Nations Principles for Older persons)을 채택하였다.[37] 이 원칙은 노인의 자립(Independence), 참여(Participation), 보호(Care), 자아실현(Self-fulfilment), 존엄(Dignity)의 5 가지 원칙을 제시하고 있다.[38]

또한 2002년에는 마드리드 "고령화국제행동계획(International Plan of Action on Aging)"[39]을 채택하여 연령에 의한 차별의 금지, 발전에 대한 권리 등을 포함한 인권 및 기본권의 보호 등을 내용으로 포함시켰다.[40] 특히 노인과 발전, 노년까지의 건강과 복리 증진, 노인에게 능력을 부여하고 지원하는 환경 확보를 위한 117개 행동계획을 실행에 옮길 것을 권고하고 있다.[41]

---

32) 강병근, 노인인권보호에 관한 국제법적 논의: 유엔규약인권위원회의 일반논평을 중심으로, 서울국제법연구 제15권 제2호 통권 제29호(2008. 12), 91-116(93)
33) 국가인권위원회, 노인인권길라잡이(2014), 35
34) 일명 "비엔나 플랜(Wienna Plan)" 라고도 한다.
35) 국가인권위원회, 아셈노인인권정책센터 설립 모델(안) 및 주요기능 연구(2015), 26
36) Rodríguez-Pinzóna, Diego Claudia/ Martin, Claudia, THE INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS STATUS OF ELDERLY PERSONS, 18 American University International Law Review, 915(947)
37) 강병근, 98; 국가인권위원회, 노인인권길라잡이(2014), 36
38) 이에 대한 자세한 내용에 대하여는 국가인권위원회, 노인인권길라잡이(2014), 38; 국가인권위원회, 아셈노인인권정책센터 설립 모델(안) 및 주요기능 연구(2015), 27 등 참조
39) 일명 "마드리드 플랜(Madrid Plan)"이라고도 한다.
40) Rodríguez-Pinzóna, Diego Claudia/ Martin, Claudia, THE INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS STATUS OF ELDERLY PERSONS, 18 American University International Law Review, 949
41) 국가인권위원회, 노인인권길라잡이(2014), 36;Rodríguez-Pinzóna, Diego Claudia/ Martin, 949; 국가인권위원회, 노인요양병원 노인인권상황 실태조사(2014), 18; 국가인권위원회, 아셈노인인권정책센터 설

한편 1969년 미국 백악관 노인회의에서 채택된 미국의 노인헌장에서는 노인의 권리를 다음과 같은 9가지 권리로 명시하고 있다. 즉, 인간으로서의 역할을 수행할 권리, 각자의 능력에 따라 취업을 할 권리, 노후 생활의 궁핍을 면할 권리, 여가, 교육 및 의료에 대한 지역사회의 자원을 공평하게 향유할 권리, 주거에 관한 권리, 가족으로부터 정신적 및 경제적 원조를 받을 권리, 독립적 생활을 할 권리, 인간의 존엄성을 잃지 않을 권리, 필요한 지식에 접근할 권리 등이다.[42)]

4. 소결

앞서 살펴본 바와 같이 국제적으로 사회적 약자인 장애인, 노인의 인권에 대한 논의가 본격적으로 진행되어온 시기는 1980년대인데, 장애인에 대하여는 UN장애인권리협약과 같은 강제성 있는 협약이 존재하는 반면 노인인권에 관한 국제협약은 여전히 마련되어 있지 않은 상태이다.

전 세계적으로 노인에 대한 차별, 학대, 방임, 빈곤 등과 같은 주제들이 50여년에 걸쳐 꾸준히 논의되어 왔음에도 불구하고 여전히 어떤 사회에서든 노인은 빈곤하고, 차별받고, 소외되고, 질병에 노출되어 있고, 학대받는 등 사회의 취약한 계층으로 남아있다.

노인인권에 관한 국제원칙이나 계획 등이 상이하긴 하지만 일반적 인권과 마찬가지로 노인인권도 인간의 존엄성(행복추구권과 평등권), 자유권(신체의 자유, 사생활의 자유, 정신적 자유, 경제적 자유, 정치적 자유), 사회권(경제권, 노동권, 주거권, 건강권, 평생교육권, 문화생활권, 사회참여권, 가족권, 소통권, 청구권(법 절차적 권리) 등을 포괄한다고 할 것이다.[43)]

그러면 우리 헌법과 법률은 노인과 인지장애노인의 인권을 어떻게 보장 및 보호하고 있는지를 간단히 살펴보고자 한다.

Ⅲ. 노인인권의 법적 근거

1. 헌법상 기본권

우리 헌법은 제10조에서 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다”고 규정하고 있다.

이 조항에 따라 노인도 국민의 한 사람으로서 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 권리를 가진다. 또 국가는 노인의 인권을 보장할 의무를 진다.

또 헌법 제34조는 명시적으로 사회보장에 관한 권리를 규정하고 있다. 즉 제1항에서 “모

립 모델(안) 및 주요기능 연구(2015),28

42) 국가인권위원회, 노인인권길라잡이(2014), 42

43) 국가인권위원회, 노인인권길라잡이(2014), 44

든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다"고 하고 있고 제2항에서 "국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다"고 규정하고 있다[44].

또한 같은 조 제4항은 "국가는 노인과 청소년의 복지향상을 위한 정책을 실시할 의무를 진다."라고 규정하고, 제5항은 "신체장애자 및 질병·노령 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다."라고 규정하여 생활능력이 없는 노인에 대한 국가의 보호의무와 노약자에 대한 국가의 복지증진의무를 명시하고 있다.

그밖에 모든 국민이 향유하는 기본권(자유권, 생존권, 참정권 등)이 노인에게도 적용된다는 점은 두 말의 여지가 없다.

2. 노인복지법

위와 같은 노인의 헌법상 기본권을 구체화하기 위하여 제정된 법이 노인복지법[45]이다.

이 법은 노인의 질환을 사전예방 또는 조기발견하고 질환상태에 따른 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지하고, 노후의 생활안정을 위하여 필요한 조치를 강구함으로써 노인의 보건복지증진에 기여함을 목적으로 한다(제1조).[46]

이러한 목적에 따라 이 법은 저소득 노인층에 대한 경로연금 지급, 건강진단, 공공시설 등의 무료이용 및 노인복지시설(의료, 주거, 여가)의 설치를 통하여 노인의 생활안정, 보건 및 복지를 실현하고자 하고 있다.

한편 최근 노인인권침해가 심각한 사회문제로 등장하자 이 법은 노인보호와 노인학대 금지와 관련한 조문을 대폭 보완하였다.

이 법에 의한 "노인학대"란 노인에 대하여 신체적·정신적·정서적·성적 폭력 및 경제적 착취 또는 가혹행위를 하거나 유기 또는 방임을 하는 것을 말한다(제1조의2 제4호).

이 법의 기본이념과 관련 제2조는 "① 노인은 후손의 양육과 국가 및 사회의 발전에 기여하여 온 자로서 존경받으며 건전하고 안정된 생활을 보장받는다.

② 노인은 그 능력에 따라 적당한 일에 종사하고 사회적 활동에 참여할 기회를 보장 받는다.

③ 노인은 노령에 따르는 심신의 변화를 자각하여 항상 심신의 건강을 유지하고 그 지식과 경험을 활용하여 사회의 발전에 기여하도록 노력하여야 한다"고 규정하고 있다.

나아가 노인보호전문기관의 설치(제39조의5)에 관하여 규정하면서 노인인권보호 관련 정책제안, 노인인권보호를 위한 연구 및 프로그램의 개발, 노인학대 예방의 홍보, 교육자료의 제작 및 보급, 노인학대 분쟁사례 조정을 위한 중앙노인학대사례판정위원회 운영 등의 업무

---

44) 헌법재판소는 이렇게 여러 가지 "사회적 기본권"을 폭 넓게 규정함으로써 모든 국민에게 생활의 기본적 수요를 충족시켜 건강하고 문화적인 생활을 보장하는 것이 국가의 책무라고 하는 사회국가원리를 헌법적으로 수용한 것이라고 보고 있다. 헌재 2001. 4. 26. 2000헌마390

45) 노인복지법도 다른 모든 노인 관련 제법과 마찬가지의 지위에 있으나 노인의 복지와 관련 가장 기본이 되는 법이라는 점에서 여기서는 별도의 제목 하에 언급한다.

46) 노인복지법이라는 명칭과는 달리 이 법의 목적은 헌법에서 의미하는 노인의 인권 또는 인간다운 삶의 보장보다는 노인질환의 예방과 건강 및 노후 생활안정 등에 중점을 두고 있다. 물론 노인질환의 예방 및 건강 또는 노후 생활안정도 노인의 인권과 관련이 없는 것은 아니나 노인복지라는 법의 명칭에 비추어 볼 때 그 추구하는 목적이 지나치게 좁다.

를 담당하도록 하고 있다.

또한 노인학대신고를 접수한 노인보호전문기관의 직원이나 사법경찰관리는 지체없이 노인학대의 현장에 출동하도록 응급조치의무를 부과하고(제39조의7), 학대받은 노인의 법정대리인, 직계친족, 형제자매, 노인보호전문기관의 상담원 또는 변호사는 노인학대사건의 심리에 있어서 보조인이 될 수 있도록 하는 보조인 선임 규정(제39조의8)을 두고 있다.

그리고 누구든지 노인의 신체에 폭행을 가하거나 상해를 입히는 행위, 노인에게 성적 수치심을 주는 성폭행·성희롱 등의 행위, 자신의 보호·감독을 받는 노인을 유기하거나 의식주를 포함한 기본적 보호 및 치료를 소홀히 하는 방임행위, 노인에게 구걸을 하게 하거나 노인을 이용하여 구걸하는 행위, 노인을 위하여 증여 또는 급여된 금품을 그 목적 외의 용도에 사용하는 행위를 해서는 안 된다고 규정하고 있다(제39조의9).

또한 사법경찰관리는 노인 사망 및 상해사건, 가정폭력 사건 등에 관한 직무를 행하는 경우 노인학대가 있었다고 의심할 만한 사유가 있는 때에는 노인보호전문기관에 그 사실을 통보하여야 하고, 통보를 받은 노인보호전문기관은 피해노인 보호조치 등 필요한 조치를 하여야 한다(39조의15).

나아가 노인학대 관련 범죄로 형 또는 치료감호를 선고받아 확정된 사람은 그 확정된 때부터 형 또는 치료감호의 전부 또는 일부의 집행이 종료되거나 집행을 받지 아니하기로 확정된 후 10년까지의 기간 동안 노인복지 관련 시설 또는 기관을 운영하거나 노인관련기관에 취업 또는 사실상 노무를 제공할 수 없다(제39조의17).[47]

3. 기타 노인보호 관련 제법

모든 노인들에게 적용되는 헌법과 노인복지법을 비롯하여 기타 특별법들이 빈곤, 질병, 차별 등의 어려움에 처한 노인의 인권을 보호하는 데 기여하고 있다.

대표적으로 국민연금법은 국민의 노후의 생활안정과 복지증진에 기여할 목적으로 제정되어 노령, 장애, 사망에 대하여 연금급여를 실시하고 있다(국민연금법 제1조).[48]

기초연금법은 65세 이상으로서 소득인정액이 하위 70%에 해당하는 노인들에게 기초연금을 지급함으로써 노인의 생활안정을 지원하고 있다.

노인장기요양보험법은 치매나 노인성 질병 등의 사유로 혼자서는 거동이 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등을 하는 장기요양급여에 관한 사항을 규정하고 있다.

치매관리법은 치매의 예방, 치매환자의 진료·요양 및 치매퇴치를 위한 연구를 종합적으로 수립·시행함으로써 치매로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적 부담을 줄이고자 하고 있다.

---

47) 시행일 2016. 12. 30.
48) 헌재 2001. 4. 26. 2000헌마390

국민기초생활보장법은 생활이 어려운 자에게 필요한 급여를 행하여 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 조성할 목적으로 (제1조) 생계급여 외에도 수급자의 필요에 따라 주거, 의료, 교육, 해산, 장제 및 자활급여를 실시함으로써, 생활능력이 없는 국민(노약자) 에 대한 보호를 행하고 있다.

장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률은 장애인·노인·임산부 등이 일상생활에서 안전하고 편리하게 시설과 설비를 이용하고 정보에 접근할 수 있도록 보장함으로써 이들의 사회활동 참여와 복지 증진에 이바지하고자 하고 있다.

장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률은 장애인·고령자 등 주거약자의 안전하고 편리한 주거생활을 지원하기 위하여 필요한 사항을 정함으로써 주거약자의 주거안정과 주거수준 향상에 이바지하고자 하고 있다.

고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률에서는 합리적인 이유 없이 연령을 이유로 하는 고용차별을 금지하고, 고령자(55세 이상자)가 그 능력에 맞는 직업을 가질 수 있도록 지원하고 촉진함으로써, 고령자의 고용안정에 이바지하고자 하고 있다.

나아가 가정폭력을 예방하고 가정폭력의 피해자를 보호·지원함을 목적으로 하는 가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률(가정폭력방지법)이 있다. 이 법은 특별히 노인인권을 보호하고자 한 법이라고는 할 수 없지만 노인이 가정폭력의 피해자가 될 수 있다는 점에서는 노인인권 보호와 무관하다고 할 수 없다. 이 법에 따라 여성가족부장관 또는 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사는 긴급전화센터를 설치·운영하여야 한다(제4조의6). 또한 국가나 지방자치단체는 가정폭력 관련 상담소(제5조)와 가정폭력피해자 보호시설(제7조)을 설치·운영할 수 있다.

보호시설의 입소대상은 피해자로서 i) 본인이 입소를 희망하거나 입소에 동의하는 경우, ii) 지적장애인이나 정신장애인, 지적장애인이나 정신장애인, 그 밖에 의사능력이 불완전한 자로서 상담원의 상담 결과 입소가 필요하나 보호자의 입소 동의를 받는 것이 적절하지 못하다고 인정되는 경우, iii) 그 밖에 의사능력이 불완전한 자로서 가정폭력행위자가 아닌 보호자가 입소에 동의하는 경우 등이다(제7조의3).

Ⅳ. 장애인 인권의 보호

1. 장애인복지법

장애인의 인간다운 삶과 권리보장을 위한 기본적 법률로 장애인복지법을 들 수 있다. 이

법에 의하면 장애인이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다(제2조 제1항). 그리고 “신체적 장애”란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말하고(제2조 제2항 제1호), “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신질환으로 발생하는 장애를 말한다(제2조 제2항 제2호). “장애인학대”란 장애인에 대하여 신체적·정신적·정서적·언어적·성적 폭력이나 가혹행위, 경제적 착취, 유기 또는 방임을 하는 것을 말한다(제2조 제3항).

이 법의 정의에 의하자면 치매 등의 노인성 질환에 걸려 인지장애가 있는 노인은 정신적 장애에 해당한다고 할 것이다.

장애인권리협약이 “장애”의 개념을 정의하지 않은데 비해 장애인복지법은 여전히 신체적, 정신적 결함에 의해 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자라는 의료적 모델에 근거하고 있다는 점을 알 수 있다.[49)]

이 법에서도 장애인의 인권을 보호하기 위해 장애인학대 및 장애인 대상 성범죄 신고의무와 절차(제59조의4)를 규정하고 있다.

나아가 장애인학대 신고를 접수한 사법경찰관리의 응급조치의무(제59조의5)를 규정하고, 학대받은 장애인의 법정대리인, 직계친족, 형제자매 또는 변호사는 장애인학대사건의 심리에 있어서 보조인이 될 수 있도록 하고(제59조의6), 장애인에 대한 금지행위(제59조의7), 국가 및 지방자치단체의 장애인학대의 예방과 방지의무(제59조의8) 등을 규정하고 있다.

2. 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률

장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률(장애인차별금지법)은 모든 생활영역에서 장애를 이유로 한 차별을 금지하고 장애인의 평등권 실현을 통하여 인간으로서의 존엄과 가치를 구현함을 목적으로 하고 있다. 이 법에서 금지하는 차별행위의 사유가 되는 장애라 함은 신체적·정신적 손상 또는 기능상실이 장기간에 걸쳐 개인의 일상 또는 사회생활에 상당한 제약을 초래하는 상태를 말한다(제2조 제1항).

이 법은 장애인에 대한 차별행위를 정의하고(제4조), 이들에 대한 차별을 금지하고 있다. 나아가 장애인은 자신의 생활 전반에 관하여 자신의 의사에 따라 스스로 선택하고 결정할 권리를 갖고(제6조 제1항), 장애인 아닌 사람과 동등한 선택권을 보장받기 위하여 필요한 서비스와 정보를 제공 받을 권리를 갖는다(제6조 제2항)고 규정함으로써 자기결정권 및 선택권을 규정하고 있다.

가족·가정 및 복지시설 등의 구성원은 장애인의 의사에 반하여 과중한 역할을 강요하거나 장애를 이유로 정당한 사유 없이 의사결정과정에서 장애인을 배제하여서는 안 된다(제30조 제1항).

또 의료기관 등 및 의료인 등은 장애인에 대한 의료행위에 있어서 장애인을 제한·배제·분리·거부하여서는 아니 된다(제31조 제1항).

---

49) 제철웅, 장애인인권보호를 위한 입법적 과제, 전북대학교 법학연구소 법학연구 제44집(2015. 5), 153-182(158)

장애인은 성별, 연령, 장애의 유형 및 정도, 특성 등에 상관없이 모든 폭력으로부터 자유로울 권리를 가진다(제32조 제1항).

그밖에 이 법은 장애여성 및 장애아동에 대한 차별금지를 규정하고 있다(제33조 내지 제36조).

이렇게 이 법은 장애여성, 장애아동에 대한 차별을 금지하고 있지만, 장애노인에 대한 차별금지는 정하고 있지 않다.

다만 이 법은 누구든지 정신적 장애를 가진 사람의 특정 정서나 인지적 장애 특성을 부당하게 이용하여 불이익을 주어서는 아니 된다(제37조)고 하여 인지장애인에 대한 차별금지를 규정하고 있으므로 이 규정을 인지장애노인에게도 적용할 수는 있을 것이다.

3. 발달장애인법

장애인이라고 하지만 인지능력에 이상이 없는 신체장애인은 대부분 본인의 의사표시를 정확히 할 수 있고 최소한의 방어능력은 있기 때문에 장애인복지법의 규정 중 신체장애인에 해당하는 내용은 상당 부분 정신장애인에게는 적용되지 않는다.

그러므로 인지장애인에 대한 특별법이 필요하다는 사회적 요청에 의하여 제정된 법이 발달장애인법이다.

이 법은 발달장애인의 의사를 최대한 존중하여 그들의 생애주기에 따른 특성 및 복지 욕구에 적합한 지원과 권리옹호 등이 체계적이고 효과적으로 제공될 수 있도록 필요한 사항을 규정함으로써 발달장애인의 사회참여를 촉진하고, 권리를 보호하며, 인간다운 삶을 영위하는데 이바지함을 목적으로 한다(제1조)

이 법에 의한 “발달장애인”이란 장애인복지법 제2조제1항의 장애인으로서 다음의 장애인을 말한다(제2조 제1호).

- 지적장애인: 정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하여 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람
- 자폐성장애인: 소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적 응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
- 그 밖에 통상적인 발달이 나타나지 아니하거나 크게 지연되어 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람

그러나 이 법에서 의미하는 발달장애인은 문자 그대로 정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나, 소아기 자폐증 등으로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람을 의미하므로 노인성 인지장애인은 적용에서 배제된다.

이 법은 발달장애인의 권리를 다음과 같이 규정하고 있다(제3조).

- 발달장애인은 원칙적으로 자신의 신체와 재산에 관한 사항에 대하여 스스로 판단하고 결정할 권리를 가진다(제1항).
- 발달장애인은 자신에게 법률적·사실적인 영향을 미치는 사안에 대하여 스스로 이해하여 자신의 자유로운 의사를 표현할 수 있도록 필요한 도움을 받을 권리가 있다(제2항).
- 발달장애인은 자신과 관련된 정책의 결정과정에서 자기의 견해와 의사를 표현할 권리가 있다(제3항).

그리고 이 법 제8조는 명시적으로 발달장애인의 자기결정권의 보장을 규정하고 있다. 즉

- 발달장애인은 자신의 주거지의 결정, 의료행위에 대한 동의나 거부, 타인과의 교류, 복지서비스의 이용 여부와 서비스 종류의 선택 등을 스스로 결정한다(제1항).
- 누구든지 발달장애인에게 의사결정이 필요한 사항과 관련하여 충분한 정보와 의사결정에 필요한 도움을 제공하지 아니하고 그의 의사결정능력을 판단하여서는 아니 된다(제2항).
- 스스로 의사를 결정할 능력이 충분하지 아니하다고 판단할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 보호자가 발달장애인의 의사결정을 지원할 수 있다. 이 경우 보호자는 발달장애인 당사자에게 최선의 이익이 되도록 하여야 한다(제3항).

나아가 이 법은 성년후견제 이용지원을 다음과 같이 규정하고 있다. 즉, 지방자치단체의 장은 성년인 발달장애인이 다음의 어느 하나에 해당하여 후견인을 선임할 필요가 있음에도 불구하고 자력으로 후견인을 선임하기 어렵다고 판단되는 경우에는 그를 위하여 민법에 따라 가정법원에 성년후견개시, 한정후견개시 또는 특정후견의 심판을 청구할 수 있다(제9조 제1항).

- 일상생활에서 의사를 결정할 능력이 충분하지 아니하거나 매우 부족하여 의사결정의 대리 또는 지원이 필요하다고 볼 만한 상당한 이유가 있는 경우
- 발달장애인의 권리를 적절하게 대변하여 줄 가족이 없는 경우
- 별도의 조치가 없으면 권리침해의 위험이 상당한 경우

또한 지방자치단체의 장이 성년후견개시, 한정후견개시 또는 특정후견의 심판을 청구할 때에는 후견법인에 종사하는 사람으로서 발달장애인 권리보호 업무 등에 전문성이 있다고 보건복지부장관이 인정하는 사람 또는 후견법인에서 보건복지부장관이 정하는 교육을 받은 사람으로서 후견기간 동안 후견법인의 지원과 감독을 받는 사람을 후견인 후보자로 하여 그 사람을 후견인으로 선임하여 줄 것을 함께 청구하여야 한다고 규정하고 있다(법 제9조 제2항 및 시행령 3조).

나아가 국가와 지방자치단체는 발달장애인에 대한 유기 또는 존속유기, 학대 또는 존속학대, 약취, 유인, 인신매매, 상해·치상, 살인·치사, 수수·은닉 등, 성폭력범죄, 아동학대범죄, 살

인죄, 부녀의 촉탁 또는 승낙 없는 낙태 죄, 성매매죄, 가정폭력범죄 등을 예방하고 근절하기 위한 대책을 마련하여 추진하여야 한다(제14조 및 시행령 제9조).

누구든지 발달장애인에 대한 유기 등의 발생 사실을 알게 된 경우에는 발달장애인지원센터 또는 수사기관에 신고할 수 있다(제15조 제1항). 또한 그 직무상 발달장애인에 대한 유기 등의 발생 사실을 알게 된 경우에는 즉시 발달장애인지원센터 또는 수사기관에 신고하여야 한다(제15조 제2항).

발달장애인지원센터의 장은 발달장애인에 대한 유기 등이 발생하였다고 믿을 만한 상당한 이유가 있고, 발달장애인을 그 가해자로 추정되는 사람으로부터 격리하거나 치료할 필요가 있는 경우 발달장애인을 임시로 보호하기 위하여 제4항에 따라 지정된 쉼터(위기발달장애인 쉼터) 또는 의료기관에 인도하는 등 발달장애인이 안전한 곳에서 보호받을 수 있도록 조치하여야 한다(제17조 제1항).

위와 같이 발달장애인법은 인지장애가 없는 신체장애인과 유형이 전혀 다른 발달장애인의 특수성을 고려하여 장애인복지법으로 보호될 수 없는 발달장애인에 대한 인권을 보호하고 있다.

발달장애인법의 인권보호는 다른 법에 비해 매우 정치하다고 할 수 있으나 이 법이 반드시 인지장애노인에게 적용된다고 할 수는 없다는 점에서 한계가 있다. 즉 노인으로서 발달장애인인 사람은 이 법의 보호대상이나, 후천성 질환 등으로 인지장애를 겪는 노인은 결과적으로 발달장애노인과 유사하게 인지능력이 떨어진다 하더라도 이 법의 적용을 받을 수 없다.

4. 정신보건법

정신보건법은 정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함을 목적으로 한다(제1조).

이 법에 의하여 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받고(제2조 제1항), 최적의 치료와 보호를 받을 권리를 보장받고(제2조 제2항), 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 않는다(제2조 제3항).

일견 이 법은 정신질환자와 관련한 법이므로 인지장애노인과는 무관한 법으로 보인다. 그런데 이 법에서 의미하는 “정신질환자”라 함은 정신병·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 말한다(제3조 제1호). 여기서 비정신병적 정신장애에 치매 등 노인성 질병이 포함되느냐 여부가 문제된다.

한편 장애인복지법에는 “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다(제2조 제2항 제2호)고 규정되어 있고, 이 법 시행령에 의하면 “정신장애인”이란 “지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障碍 : 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람”(시행령 별표 제8호)을 말한다.

그렇다면 노인성인지장애인도 이법의 적용을 받을 수 있다고 할 것이다.

그런데 이 법 제24조에 의하면 정신의료기관등의 장은 정신질환자의 보호의무자 2인의 동의(보호의무자가 1인인 경우에는 1인의 동의로 한다)가 있고 정신건강의학과전문의가 입원 등이 필요하다고 판단한 경우 당해 정신질환자를 입원 등을 시킬 수 있다(제1항). 즉 정신질환자의 보호의무자의 동의 등 일정한 요건이 갖추어진 경우 정신질환자 본인의 동의가 없더라도 그 정신질환자를 정신의료기관등에 강제로 입원시킬 수 있다는 것이다.[50]

이 규정과 관련 헌법재판소는 2016. 9. 29. 위헌법률심판 제청사건[51]에서 헌법불합치 결정을 내렸다. 헌법재판소는 정신질환자에 대한 치료와 사회의 안전도모라는 측면에서 보호입원의 입법목적은 인정하면서도 대상 규정이 신체의 자유를 침해했다고 판단했다(최소 침해원칙 위반). 특히, 입원 형태가 실제로는 인신구속에 버금가는 수준임에도 전문의 1인의 판단만으로 정신질환자의 의사에 반하는 입원을 할 수 있게 하는 점, 현실에서 재산 탈취나 경제적 이익을 얻으려는 목적으로 남용될 우려가 큼에도 보호의무자와 정신질환자 간의 이해충돌을 확인할 수 있는 절차가 전혀 없는 점, 다른 입원제도에 비하여 입원 기간[52]이 길어 격리 목적으로 악용될 소지가 높은 점, 아무런 사전 보호 절차 없이 일단 인신을 구속하고, 입원 후에야 사후통지를 하는 등 절차적 합법성이 매우 부족한 점을 근거로 들었다.

이에 따라 입법자에게 합리적인 기한 내 또는 입법개선에 필요한 상당한 기한 내에 입법개선을 할 의무가 발생한다.

5. 인신보호법

인신보호법은 위법한 행정처분 또는 사인(私人)에 의한 시설에의 수용으로 인하여 부당하게 인신의 자유를 제한당하고 있는 개인의 구제절차를 마련함으로써 헌법이 보장하고 있는 국민의 기본권을 보호하는 것을 목적으로 한다.

이 법에서 “수용자”란 자유로운 의사에 반하여 국가, 지방자치단체, 공법인 또는 개인, 민간단체 등이 운영하는 의료시설·복지시설·수용시설·보호시설에 수용·보호 또는 감금되어 있는 자를 말한다.

피수용자에 대한 수용이 위법하게 개시되거나 적법하게 수용된 후 그 사유가 소멸되었음에도 불구하고 계속 수용되어 있는 때에는 피수용자, 그 법정대리인, 후견인, 배우자, 직계혈족, 형제자매, 동거인, 고용주 또는 수용시설 종사자는 이 법으로 정하는 바에 따라 법원에 구제를 청구할 수 있다(제3조).

---

50) 이 규정은 민법에서 성년후견인이 피성년후견인을 치료 등의 목적으로 정신병원이나 그 밖의 다른 장소에 격리하려는 경우에는 가정법원의 허가를 받아야 한다(제947조의2 제2항)는 규정과도 충돌을 일으킨다. 이에 대하여는 아래에서 다시 언급한다.

51) 헌재 2016. 9. 29. 2014헌가9 정신보건법 제24조 제1항 등 위헌제청. 이 사건은 2013년 11월경 한 사람이 자녀 2인의 동의와 정신건강의학과 전문의 1인의 입원 진단에 의해 정신의료기관에 강제 입원된 것이 발단이 되었다. 당사자는 정신질환자의 강제입원을 오로지 보호의무자 동의와 정신과 전문의 1인의 판단에 맡기는 이 사건 법규정에 이의를 제기하였다.

52) 입원의 기간은 6개월 이내이다(제24조 제3항), 시장·군수·구청장에 의한 입원의 기간은 3개월 이내이다(제36조 제2항).

이 법은 인지장애노인이 본인의 의사에 반하여 요양원 등 복지시설에 입원될 경우 인권침해가 될 수 있다는 점에서 의미가 있다고 할 것이다.

그런데 당사자를 입원시킨 사람이 제3조에서 정하고 있는 후견인 또는 친족, 동거인, 고용주 또는 수용시설 종사자 등일 경우 현실적으로 법원에 구제청구를 할 가능성이 없고, 피수용자인 본인은 인지능력 부족으로 구제청구를 할 수 없다는 점에서 문제가 될 수 있다.

더구나 구제청구자가 아닌 자가 구제청구를 한 때 법원은 결정으로 구제청구를 각하할 수 있다(제6조 제1호)는 점에서 더욱 그러하다.

따라서 이 법은 구제청구자의 범위를 인지장애노인과 특수관계에 있는 사람들로만 국한할 것이 아니라 그 밖의 사람이라도 피수용자의 의사에 반하여 수용된 사람이 있음을 알게 된 사람으로 확대해야 할 것이다.

Ⅴ. 성년후견제도

1. 성년후견제도 개관

성년후견인제도는 구 민법의 금치산·한정치산제도[53]를 폐지하면서 2013. 7. 1.(2011. 3. 7. 법 개정)부터 시행된 제도로, 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 지속적으로 결여되거나 부족한 사람의 신상 또는 재산을 후견인을 통해 관리해 주는 제도이다.

즉 성년후견제도는 치매환자, 지적장애인, 정신장애 등으로 인지능력 또는 판단능력이 부족한 사람들이 법률행위를 행사하는 데 어려움이 있으므로 후견인이 이를 대리하거나 동의하도록 하여 피성년후견인의 행위능력을 보완하는 제도이다. 구 민법상의 금치산·한정치산제도가 주로 재산상의 법률행위를 중심으로 당사자의 행위능력을 광범위하게 제한한 데 비해, 성년후견제도는 피후견인의 자기결정권과 잔존능력을 존중하면서 재산관리 및 일상생활과 관련된 신상보호를 지원하고 있다는 점에서, 지적장애인, 치매노인, 정신장애인 등 사회적 약자의 인권을 폭넓게 보호하고 있다는 평가를 받고 있다.[54]

---

53) 구 민법 “금치산”(제12조)·한정치산”(제9조) 제도는 심신상실의 상태에 있는 경우(금치산) 또는 심신이 박약하거나 재산의 낭비를 하여 자기나 가족의 생계를 궁박하게 할 염려가 있는 경우(한정치산) 본인, 배우자, 5촌 이내의 친족, 후견인 또는 검사의 청구에 의하여 법원으로부터 금치산자 또는 한정치산자로 법원에서 선고를 받도록 하였다. 금치산·한정치산 제도는 행위무능력자를 보호하기 위하여 도입된 제도이나 오히려 후견인이 피후견인의 재산을 처분할 권리를 부여하는 역효과를 초래하기도 했고, “금치산”, “한정치산”이라는 부정적인 용어로 행위무능력자를 낙인 찍고, 그 내용이 호적부에 기재되어 인권침해의 소지가 있었고, 무능력자의 행위능력을 과도하게 제한한다는 점 등의 이유로 비판을 받아왔다. 백승흠, 민법개정안의 성년후견제도와 피후견인의 신상보호, 경북대학교 법학연구원 법학논고 제33집(2011), 53-80(54); 윤일구, 성년후견인제도의 도입에 따른 문제점과 과제, 전남대학교 법학연구소 법학논총(제32집 제2호), 173-203(174)

54) 김상묵, 윤성호, 성년후견제도의 검토 및 향후 과제, 한국법학회 법학연구 제50집(2013), 517-540(519); 최현태, 피성년후견인, 492; 반면 성년후견제도가 용어만 바뀌었을 뿐 실질적으로 구민법상의 금치산 및 한정치산제도를 답습한 데 그친다는 견해도 있다. 신권철, 성년후견제도의 쟁점과 과제, 사회보장법연구 2013년 제2권 제2호(서울대 사회보장법연구회), 39-88(81)

성년후견인제도는 크게 법정후견(광의의 성년후견)과 임의후견(후견계약)으로 나눌 수 있는데 법정후견은 이해관계 당사자(본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 한정후견인, 한정후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장)의 청구에 의하여 가정법원이 후견 심판을 함으로써 개시된다.

법정후견은 다시 성년후견, 한정후견과 특정후견으로 나뉘는데, 성년후견(제9조)[55]은 사무를 처리할 능력이 지속적으로 결여된 사람에 대하여, 한정후견(제12조)[56]은 사무를 처리할 능력이 부족한 사람에 대하여, 특정후견(제14조의2)[57]은 일시적 후원 또는 특정한 사무에 관한 후원이 필요한 사람에 대하여 가정법원이 심판을 함으로써 개시된다.

<신·구제도 비교>[58]

	금치산·한정치산제도		성년후견제도	
용어	금치산·한정치산 등 부정적 용어		부정적 용어 폐지	
대상	중증 정신질환자에 국한		치매노인 등 고령자까지 확대	
보호범위	재산행위		의료, 오양 등 복리영역까지 확대	
	금치산자	독자적 법률행위 불가	피성년후견인	일용품 구입 등 일상행위 가능
	한정산자	법률행위에 후견인 동의 요(수익적 행위 제외)	피한정후견인	가정법원이 정한 행위에만 후견인 동의 요
후견인선임	일률적으로 순위 규정(배우자, 직계혈족, 3촌 이내의 등의 순위)		가정법원이 전문성, 공정성 등을 고려해 선임	
본인의사	반영절차 없음		후견심판 시 본인의 의사 청취	
감독기관	친족회(실질적인 활동 없었음)		가정법원인 선임한 후견감독인	
자격	1 인만 가능, 법인은 불가(전문후견인 양성 불가)		복수 또는 법우니 후견인 가능(전문후견인 양성 가능)	
후견계약	불가능(법원인 후견인과 후견내용 결정)		가능(본인이 후견인과 후견내용 결정)	

55) 민법 제9조 제1항은 "가정법원은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 지속적으로 결여된 사람에 대하여 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 한정후견인, 한정후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 성년후견개시의 심판을 한다"고 하고 있다.

56) 민법 제12조 제1항은 "가정법원은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 부족한 사람에 대하여 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 성년후견인, 성년후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 한정후견개시의 심판을 한다"고 규정하고 있다.

57) 민법 제14조 제1항은 "가정법원은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 일시적 후원 또는 특정한 사무에 관한 후원이 필요한 사람에 대하여 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 특정후견의 심판을 한다"고 정하고 있다.

58) 법무법인 태평양, 재단법인 동천, 장애인법연구(2016), 경인문화사, 185

2. 성년후견제도의 유형 및 주요 내용

1) 성년후견

가. 개관

가정법원은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 지속적으로 결여된 사람에 대하여 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 한정후견인, 한정후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 성년후견개시의 심판을 한다(제9조 재1항).

피성년후견인은 원칙적으로 단독으로 법률행위를 할 수 없다. 그러므로 성년후견인은 피성년후견인의 법률행위는 취소할 수 있다(제10조 제1항). 가정법원은 취소할 수 없는 피성년후견인의 법률행위의 범위를 정할 수 있다(제10조 제2항). 성년후견인은 일용품의 구입 등 일상생활에 필요하고 그 대가가 과도하지 아니한 법률행위는 성년후견인이 취소할 수 없다(제10조 제4항).

성년후견인은 피성년후견인의 재산관리와 신상보호를 할 때 여러 사정을 고려하여 그의 복리에 부합하는 방법으로 사무를 처리하여야 한다. 이 경우 성년후견인은 피성년후견인의 복리에 반하지 아니하면 피성년후견인의 의사를 존중하여야 한다(제947조)

피성년후견인은 자신의 신상에 관하여 그의 상태가 허락하는 범위에서 단독으로 결정한다(제947조의2 제1항).

그러나 성년후견인이 피성년후견인을 치료 등의 목적으로 정신병원이나 그 밖의 다른 장소에 격리하려는 경우에는 가정법원의 허가를 받아야 한다(제947조의2 제2항).

피성년후견인의 신체를 침해하는 의료행위에 대하여 피성년후견인이 동의할 수 없는 경우에는 성년후견인이 그를 대신하여 동의할 수 있다(제947조의2 제3항).

피성년후견인이 의료행위의 직접적인 결과로 사망하거나 상당한 장애를 입을 위험이 있을 때에는 가정법원의 허가를 받아야 한다. 다만, 허가절차로 의료행위가 지체되어 피성년후견인의 생명에 위험을 초래하거나 심신상의 중대한 장애를 초래할 때에는 사후에 허가를 청구할 수 있다(제947조의2 제4항).

후견인은 피후견인의 재산을 관리하고 그 재산에 관한 법률행위에 대하여 피후견인을 대리한다(제949조).

나. 성년후견의 요건 및 절차

(1) 필요성 여부 및 본인의 의사

우리 민법의 성년후견 규정인 제9조에 의하면 가정법원은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 지속적으로 결여된 사람에 대하여 본인, 배

우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 한정후견인, 한정후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 성년후견개시의 심판을 한다(제1항).

가정법원은 성년후견개시의 심판을 할 때 본인의 의사를 고려하여야 한다(제2항).

이 규정만으로는 성년후견의 요건이 무엇인지가 불분명하다. 예컨대 인지장애로 사무처리 능력이 지속적으로 결여된 사람이 있다고 치자. 그러면 그 가족이나 후견인, 검사 또는 지방자치단체의 장은 가정법원에 반드시 성년후견개시의 심판을 청구해야 하는가, 아니면 인지장애인을 보호하는 사람이 있으면 그대로 두어도 되는가? 또한 성년후견인을 두는 것이 바람직한 것인가? 즉 인지능력이 떨어지는 사람에게 성년후견인이 반드시 필요한가 여부에 대해 민법은 적절한 답을 주고 있지 못하다.

나아가 가정법원이 성년후견개시의 심판을 할 때 본인의 의사를 고려하여야 한다는 규정이 무엇을 의미하는지도 불분명하다. 특히 본인이 성년후견심판에 반대하는 의사표시를 하면 어떻게 한다는 것인지에 대한 설명이 부족하다.

(2) 청구권자

성년후견의 청구는 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 한정후견인, 한정후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장 등 법에 정한 사람들이 할 수 있는데, 대부분 본인 보다는 가족(또는 보호자) 등이 청구를 할 가능성이 높다. 청구인은 피성년후견대상인이 인지능력이 없으므로 성년후견인의 도움을 필요로 한다는 주장으로 후견인 청구심판을 제기하고 가정법원은 피성년후견 대상인의 인지능력 여부를 판단하게 된다. 만일 그의 인지능력에 장애가 있다고 판단되면 성년후견인을 선임함과 동시에 그 권한의 범위(성년후견, 한정후견 또는 특정후견 등)를 정하게 된다.

(3) 성년후견인의 자격

민법은 후견인의 자격에 관한 규정은 두지 않고 단지 결격사유만을 정하고 있다. 민법 제937조(후견인의 결격사유)에 의하면 다음의 어느 하나에 해당하는 자는 후견인이 되지 못한다.

- 미성년자
- 피성년후견인, 피한정후견인, 피특정후견인, 피임의후견인
- 회생절차개시결정 또는 파산선고를 받은 자
- 자격정지 이상의 형의 선고를 받고 그 형기(刑期) 중에 있는 사람
- 법원에서 해임된 법정대리인
- 법원에서 해임된 성년후견인, 한정후견인, 특정후견인, 임의후견인과 그 감독인

– 행방이 불분명한 사람
– 피후견인을 상대로 소송을 하였거나 하고 있는 자 또는 그 배우자와 직계혈족
따라서 위의 결격사유에 해당되지 않는 사람이면 누구라도 후견인이 될 수 있다.

(4) 성년후견인의 선임

성년후견인은 가정법원이 직권으로 선임한다(제936조 제1항). 가정법원은 성년후견인이 사망, 결격, 그 밖의 사유로 없게 된 경우에도 직권으로 또는 피성년후견인, 친족, 이해관계인, 검사, 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 성년후견인을 선임한다(제936조 제2항).

가정법원은 성년후견인이 선임된 경우에도 필요하다고 인정하면 직권으로 또는 제2항의 청구권자나 성년후견인의 청구에 의하여 추가로 성년후견인을 선임할 수 있다(제936조 제3항).

가정법원이 성년후견인을 선임할 때에는 피성년후견인의 의사를 존중하여야 하며, 그 밖에 피성년후견인의 건강, 생활관계, 재산상황, 성년후견인이 될 사람의 직업과 경험, 피성년후견인과의 이해관계의 유무(법인이 성년후견인이 될 때에는 사업의 종류와 내용, 법인이나 그 대표자와 피성년후견인 사이의 이해관계의 유무를 말한다) 등의 사정도 고려하여야 한다(제936조 제4항).

또한 가사소송법은 제45조의3에 의하면 가정법원은 성년후견인·한정후견인·특정후견인의 선임 심판을 하는 경우에는 피성년후견인(피성년후견인이 될 사람을 포함한다)과 성년후견인이 될 사람, 피한정후견인(피한정후견인이 될 사람을 포함한다)과 한정후견인이 될 사람, 피특정후견인(피특정후견인이 될 사람을 포함한다)과 특정후견인이 될 사람의 진술을 들어야 한다.

2) 한정후견

가정법원은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 부족한 사람에 대하여 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 성년후견인, 성년후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 한정후견개시의 심판을 한다(민법 제12조).

피한정후견인은 원칙적으로 행위능력이 인정되기 때문에 단독으로 재산상의 법률행위를 할 수 있다.

다만 피한정후견인이 거래에서 불이익을 당하지 않도록 하기 위해 가정법원은 피한정후견인이 한정후견인의 동의를 받아야 하는 행위의 범위를 정할 수 있다(제13조 제1항).

가정법원은 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 한정후견인, 한정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 제1항에 따른 한정후견인의 동의를 받아야만 할 수 있는 행위의 범위를 변경할 수 있다(제13조 제2항).

한정후견인의 동의를 필요로 하는 행위에 대하여 한정후견인이 피한정후견인의 이익이 침

해될 염려가 있음에도 그 동의를 하지 아니하는 때에는 가정법원은 피한정후견인의 청구에 의하여 한정후견인의 동의를 갈음하는 허가를 할 수 있다(제13조 제3항).

한정후견인의 동의가 필요한 법률행위를 피한정후견인이 한정후견인의 동의 없이 하였을 때에는 그 법률행위를 취소할 수 있다. 다만, 일용품의 구입 등 일상생활에 필요하고 그 대가가 과도하지 아니한 법률행위에 대하여는 그러하지 아니하다(제13조 제4항).

3) 특정후견

특정후견은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 일시적 후원 또는 특정한 사무에 관한 후원이 필요한 사람에 대하여 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 가정법원이 특정후견의 심판을 하는 것을 말한다(제14조의2 제1항).

특정후견은 본인의 의사에 반하여 할 수 없다(제14조의2 제2항).

특정후견의 심판을 하는 경우에는 특정후견의 기간 또는 사무의 범위를 정하여야 한다(제14조의2 제3항).

피특정후견인의 후원을 위하여 필요하다고 인정하면 가정법원은 기간이나 범위를 정하여 특정후견인에게 대리권을 수여하는 심판을 할 수 있다(제959조의11 제1항).

이 경우 가정법원은 특정후견인의 대리권 행사에 가정법원이나 특정후견감독인의 동의를 받도록 명할 수 있다(제959조의11 제2항).

<성년후견제도 정리>[59]

		성년후견	한정후견	특정후견
요건	대상자	정신적제약으로 사무를 처리할 능력이 지속적로 결여된 사람	정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 부족한 사람	정신적 제약으로 일시적 후원 또는 특정한 사무에 관한 후원이 필요한 사람
개시절차	청구권자	본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 성년후견인, 성년후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장		
	본인의 동의	본인의 의사 고려	본인의 의사 고려	본인의 의사에 반하여 불가능
명칭	본인	피성년후견인	피한정후견인	피특정후견인
	보호자	성년후견인	한정후견인	특정후견인
	감독인	성년후견감독인	한정후견감독인	특정후견감독인

59) 법무법인 태평양, 재단법인 동천, 장애인법연구(2016), 경인문화사, 185

4) 임의후견(후견계약)

임의후견이라고도 하는 후견계약은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 부족한 상황에 있거나 부족하게 될 상황에 대비하여 자신의 재산관리 및 신상보호에 관한 사무의 전부 또는 일부를 다른 자에게 위탁하고 그 위탁사무에 관하여 대리권을 수여하는 것을 말한다(민법 제959조의14).

후견계약은 공정증서로 체결하여야 하며(제959조의14 제2항), 가정법원이 임의후견감독인을 선임한 때부터 효력이 발생한다(제959조의14 제3항).

가정법원, 임의후견인, 임의후견감독인 등은 후견계약을 이행·운영할 때 본인의 의사를 최대한 존중하여야 한다(제959조의14 제4항).

즉 후견계약은 이미 인지능력이 부족해진 사람 또는 현재는 이상이 없으나 장래에 인지능력이 부족해질 경우에 대비하여 자신의 후견인을 선정해 그에게 재산 또는 신상에 관한 사무를 위탁하는 제도이다. 후견계약에서는 본인이 후견인을 선정할 수 있어 사적자치의 원리와 본인의사의 존중이라는 측면에서 성년후견제도 도입의 취지에 적합한 제도로 평가되고 있다.[60] 특히 후견계약은 자신이 후견인을 정한다는 점에서 피후견인의 자기결정권을 최대한으로 존중하면서 그의 인권을 보호한다는 것이다.[61]

다만 후견계약은 계약체결의 당사자를 본인으로 하고 있기 때문에 현재 정신적 제약이 없는 사람이 장래의 인지능력 부족 상황에 대비하는 경우에는 문제가 없으나 현재 인지능력이 부족한 사람(예컨대 발달장애인이나 인지장애노인 등)이 어떻게 계약을 체결할 수 있는가라는 점에서 의문을 불러일으킨다. 즉 피후견대상인을 위해 대리인이 대신 계약을 체결할 수 있는지, 아니면 본인만이 계약을 체결할 수 있는지의 문제가 그것이다.

이와 관련, 제959조의14의 문언적 의미에 비추어 볼 때 후견계약이 일신전속적 권리이므로 대리인에 의한 계약체결은 제한해야 한다는 견해가 있는 반면[62] 후견계약은 본인만이 아니라 본인으로부터 대리권을 부여받은 사람(대리인)도 체결할 수 있다고 보는 견해가 있다.[63]

이 조항을 문리적으로만 해석한다면 대리인이 피후견인을 위한 계약을 체결할 수는 없다고 할 것이다. 그러나 본인이 스스로 계약을 체결할 능력이 없다면 누군가가 그를 위한 계약을 체결할 수 있도록 허용해 주는 것이 타당하다고 본다.

그러므로 후견계약의 규정은 본인에게 계약을 체결할 능력이 없을 경우 본인의 의사를 존중하여 엄격한 요건 하에 그의 가족 또는 그의 보호자가 본인에게 계약의 내용을 주지시킨 후 그를 위한 계약을 체결할 수 있도록 개정할 필요가 있다.

---

60) 박인환, 개정 민법상 임의후견제도의 쟁점과 과제, 가족법연구 제26권 2호 통권 제44호 (2012. 7.), 191-228(192 이하); 이지은, 임의후견제도와 타인을 위한 후견계약, 가족법연구 제27권 2호(2013), 71-112(72, 91)

61) 자기결정권에 대하여 자세히는 최현태, 피성년후견인의 신상 보호와 자기결정능력 존중, 인하대학교법학연구소 법학연구 제16집 제2호(2013. 7.), 487-519(499 이하)

62) 최현태, 임의후견계약, 200

63) 김상묵, 윤성호, 530

3. 후견감독인

민법은 법정후견에 대하여는 제940조의4(성년후견감독인의 선임)에서 “가정법원은 필요하다고 인정하면 직권으로 또는 피성년후견인, 친족, 성년후견인, 검사, 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 성년후견감독인을 선임할 수 있다”(제1항)고 하여 후견감독을 임의조항으로 규정하고 있다. 후견감독인은 후견인의 사무를 감독하며, 후견인이 없는 경우 지체 없이 가정법원에 후견인의 선임을 청구하여야 한다(제940조의6 제1항). 후견감독인은 피후견인의 신상이나 재산에 대하여 급박한 사정이 있는 경우 그의 보호를 위하여 필요한 행위 또는 처분을 할 수 있다(제940조의6 제2항). 후견인과 피후견인 사이에 이해가 상반되는 행위에 관하여는 후견감독인이 피후견인을 대리한다(제940조의6 제3항).

한편 임의후견인 후견계약에 대하여는 제959조의15(임의후견감독인의 선임)에서 “가정법원은 후견계약이 등기되어 있고, 본인이 사무를 처리할 능력이 부족한 상황에 있다고 인정할 때에는 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 임의후견인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 임의후견감독인을 선임한다”(제1항)고 하여 법정후견보다 좀더 엄격하게 규정하고 있다. 또한 “본인이 아닌 자의 청구에 의하여 가정법원이 임의후견감독인을 선임할 때에는 미리 본인의 동의를 받아야 한다. 다만, 본인이 의사를 표시할 수 없는 때에는 그러하지 아니하다”(제2항)고 하여 본인의 의사를 존중하고 있다.

그리고 “가정법원은 임의후견감독인이 없게 된 경우에는 직권으로 또는 본인, 친족, 임의후견인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 임의후견감독인을 선임한다”(제3항)고 하고 있고, “임의후견임감독인이 선임된 경우에도 필요하다고 인정하면 직권으로 또는 제3항의 청구권자의 청구에 의하여 임의후견감독인을 추가로 선임할 수 있다”(제4항)고 하여 법정후견에 비해 임의후견감독인의 역할을 강화하고 있다.

임의후견감독인은 임의후견인의 사무를 감독하며 그 사무에 관하여 가정법원에 정기적으로 보고하여야 한다(민법 제959조의17 제1항). 또한 가정법원은 필요하다고 인정하면 임의후견감독인에게 감독사무에 관한 보고를 요구할 수 있고 임의후견인의 사무 또는 본인의 재산상황에 대한 조사를 명하거나 그 밖에 임의후견감독인의 직무에 관하여 필요한 처분을 명할 수 있다(같은 조 제2항).

후견계약은 피성년후견인이 인지능력이 부족한 사람이라는 점에서 일반 계약과는 달리 공정증서로 체결하도록 하여(제959조의14조 제2항) 피성년후견인을 두텁게 보호하고 있다. 그럼에도 불구하고 임의후견인이 피성년후견인의 이익에 반하는 행위를 할 가능성이 높다는 점에서 임의후견감독인을 반드시 두도록 하여 악용을 방지하고자 한 것이라 할 것이다.

4. 성년후견제도의 개선과제

1) 자기결정권 보호의 원칙

성년후견제도는 부모가 미성년 자녀를 보호하듯이 국가가 성년후견인을 통하여 인지장애인의 신상과 재산을 보호하도록 하는 제도이다. 쉽게 말해 인지장애인에 대한 국가에 의한 후견적 개입(parens patriae: parent of the nation)이다.[64] 그러나 부모와 미성년 자녀와의 관계와 성년후견인과 피성년후견인과의 관계는 전적으로 다르다. 미성년 자녀는 나이가 어리기 때문에 행위능력이 제한되고, 그런 이유로 필연적으로 부모에게 의존할 수밖에 없다. 그러나 인지장애인은 설령 인지능력, 판단능력이 부족하다 해도 독립적으로 권리를 향유할 수 있는 존엄한 성인이다. 그가 성년후견심판을 받게 되면 매사에 대하여 독립적으로 결정할 권리를 상실하게 되어, 어디에 살 것인지, 무엇을 살 것인지, 어디로 여행을 할 것인지, 누구에게 자신을 돌보게 할 것인지, 어디서 선물을 살 것인지, 재산을 어떻게 관리할 것인지 등에 관해 스스로 결정할 수 없게 된다.

그러므로 인지장애인에 대한 성년후견심판에서는 불가피하게 당사자를 보호해야 할 필요성과 그의 자기결정권을 존중해야 할 필요성이라는 이익이 충돌할 수밖에 없다.[65]

당사자의 관점에서 볼 때 성년후견제도는 권리의 상실이라는 비참한 결과를 가져다주는 압제적인 제도라고도 할 수 있다. 특히 성인으로서 독립적으로 살아왔던 당사자로서는 어느 날 갑자기 결정권을 상실하는 상황을 쉽게 받아들이기 어려울 수 있다. 성년후견인의 선임이 취약해진 인지장애인의 상황을 더욱 악화시킬 수도 있는 것이다.[66]

그러기에 성년후견제도는 자비심으로 가장하여 피후견대상인의 권리를 박탈하는 대신 낯선 제3자에게 피후견대상인의 신상과 재산에 대한 엄청난 권한을 부여하는 제도로 표현되기도 한다.[67] 또는 후견이 반드시 필요한지 여부에 대한 증거도 없이 인지장애인을 어린 아이의 지위로 환원시키는 것으로[68] 피성년후견인을 착취, 절취 또는 멸시로부터 보호하지도 못하는 실패한 법제[69]라는 비판도 있다.

이와 같은 점을 고려하여 민법은 성년후견인은 피성년후견인의 자기결정권을 최대한으로 존중해야 한다는 원칙 규정을 두어야 할 것이다.

2) 보충성의 원칙 도입의 필요성

당사자의 자기결정권 측면에서 보면 원칙적으로 본인의 행위능력을 인정하고 반드시 필요한 경우가 아니라면 성년후견인을 선임하지 않는 것이 가장 바람직하다. 그런 의미에서 독일

64) L. Learya, Jamie, A REVIEW OF TWO RECENTLY REFORMED GUARDIANSHIP STATUTES: BALANCING THE NEED TO PROTECT INDIVIDUALS WHO CANNOT PROTECT THEMSELVES AGAINST THE NEED TO GUARD INDIVIDUAL AUTONOMY, 5 Virginia Journal of Social Policy and the Law(1997), 245(246)

65) 위와 같음.

66) Hardy, David, WHO IS GUARDING THE GUARDIANS? A LOCALIZED CALL FOR IMPROVED GUARDIANSHIP SYSTEMS AND MONITORING, 4 NAELA Journal(2008), 1(8)

67) Hardy, David, WHO IS GUARDING THE GUARDIANS? A LOCALIZED CALL FOR IMPROVED GUARDIANSHIP SYSTEMS AND MONITORING, 4 NAELA Journal(2008), 1(2)

68) 위와 같음.

69) Hardy, David, WHO IS GUARDING THE GUARDIANS? A LOCALIZED CALL FOR IMPROVED GUARDIANSHIP SYSTEMS AND MONITORING, 4 NAELA Journal(2008), 10

민법은 당사자가 판단능력이 떨어질 때에 대비하여 사전에 가족 등 보호자에게 일상생활의 사무처리를 위임하고, 또 그 사람이 모든 사무처리를 해 준다면 성년후견인을 선임할 필요가 없다고 규정하고 있다. 다시 말해 성년후견인은 사전적 전권위임(Vorsorgevollmacht)이 없을 때, 즉 반드시 필요한 경우에 한해 보충적으로 선임하게 된다(제1986조 제2항). 이를 일컬어 성년후견제도의 필요성(Erforderlichkeit)의 원칙 또는 보충성(Subsidiarität)의 원칙이라고 한다.

그러나 우리 민법에는 이 부분에 대한 언급이 없다. 민법에 열거된 광범위한 청구권자들 중 누군가가 성년후견심판의 청구를 하면 가정법원이 성년후견개시의 심판을 함으로써 별다른 제동 장치 없이 성년후견인이 선임될 수 있는 것이다. 또한 본인이 청구를 하는 경우가 흔치 않다고 볼 때 당사자는 타인의 의사에 의해 피성년후견인이 될 수밖에 없고, 인지능력이나 판단능력이 부족하므로 이에 대해 적극적으로 반대할 수도 없다.

성년후견제도의 장점이 많다 해도 당사자의 자기결정권을 침해한다는 점은 부인할 수 없는 사실이다. 그러므로 성년후견인은 가족 또는 보호자 등 당사자를 보호해 줄 사람이 없어 본인이 위험에 처할 수 있는 경우 등 반드시 필요한 경우에 한해 선임하도록 함으로써 당사자의 권리 침해를 최소화하도록 해야 할 것이다.

3) 본인의사의 존중

민법의 성년후견 및 성년후견의 심판에서는 본인의 의사를 고려한다고만 하고 있을 뿐 본인이 반대할 경우 어떻게 할 것인가에 관한 규정이 없다. 반면 특정후견에서는 본인의 의사에 반하여 특정후견인을 둘 수 없도록 하고 있다.

민법은 성년후견이나 한정후견의 대상자는 특정후견 대상자에 비해 인지능력이 부족하므로 그가 후견에 반대할 가능성도 적다는 점에서 본인의 의사를 고려한다고만 규정한 것으로 보인다. 그러나 인지능력이 부족한 사람이라고 생각이 없는 것은 아니다. 그가 의사표시를 충분히 못하는 것은 상황에 대한 인식이 부족한 탓일 뿐 어떠한 상황이라도 다 받아들이겠다는 의미는 아니다. 그가 성년후견제도의 내용을 충분히 이해하여 자기결정권이 제한된다는 사실을 알게 된다면 적극적으로 반대의 의사표시를 할지도 모른다. 그럼에도 불구하고 성년후견개시의 심판을 한다면 인권침해가 될 수 있다. 그러므로 민법은 성년후견의 심판 시 본인의 의사를 고려해야 한다고만 할 것이 아니라, 특정후견의 경우와 마찬가지로 본인의 의사에 반하여 성년후견인을 둘 수 없다고 명시적으로 규정해야 할 것이다.

4) 후견심판 청구권자의 축소

민법은 성년후견개시 심판의 청구권자를 “본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 한정후견인, 한정후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장”으로 폭넓게 인정하고 있다.

본인에게 인지능력이 없고 도움을 줄 만한 가족 또는 보호자도 없어 일상생활을 영위하는

데 어려움이 있다면 위에 열거한 누구라도 성년후견심판 청구를 할 수도 있을 것이다. 그러나 다른 한 편 법에 열거된 사람 중 누군가가 당사자의 인지능력 부족을 이용하여 성년후견심판의 청구를 한 후 본인의 재산을 횡령할 위험도 있다. 본인에게 재산이 없다고 할지라도 성년후견의 개시와 함께 행위능력이 제한된다는 점에서 제3자가 성년후견심판 청구를 하도록 하는 것은 인권침해의 소지가 있다.

따라서 원칙적으로 성년후견심판의 청구는 본인이 하도록 하고 본인에게 인지능력 또는 판단능력이 없을 경우에 한해 가족 또는 보호인 등이 도움을 주는 방법으로 개선해야 할 것이다.

독일의 경우 후견심판의 청구권자를 본인으로만 국한하고, 본인이 의사능력이 없을 경우에 한해 주변인이 지원을 해 주도록 하고 있다.[70]

5) 법률행위능력의 인정 및 제한의 최소화

현행 성년후견제도는 당사자에게 사무처리능력이 없을 경우에는 성년후견인을, 어느 정도 있는 경우에는 한정후견인을, 일시적으로 또는 특정업무에 한해 후견인이 필요한 경우는 특정후견인을 두도록 하여 당사자의 잔존능력에 따라 후견인을 선임하도록 하고 있다. 일견 당사자의 능력에 따라 후견의 범위와 정도를 달리한다는 점에서 합리적인 제도로도 보인다.

그러나 사람의 능력을 3등급으로 나누어 성년후견인, 한정후견인 또는 특정후견인을 선임하도록 한다는 것 자체가 문제가 될 수 있다. 가령 민법에서 의미하는 사무처리능력이 결여된 사람이라 해도 특정 사안에 대하여는 어느 누구 못지않은 판단력을 가질 수도 있다. 그럼에도 불구하고 피성년후견인이라는 이유로 그의 모든 권리를 박탈하는 것은 인권침해가 될 수 있다. 이 때 누군가가 그의 의사를 존중해 결정에 도움을 주는 것과 성년후견인이 그를 대신해 결정해 준다는 것은 큰 차이가 있다. 그런 점에서 본다면 성년후견인의 개입은 필요·최소한에 그쳐야 한다고 할 것이다.

유엔장애인권리협약도 제12조에서 국가는 장애인은 법 앞에서 동등한 권리를 갖고 있음을 확인해야 하고(제1호), 국가는 장애인이 모든 생활의 영역에서 다른 사람과 법적 능력을 향유함을 인정해야 하고(제2호), 국가는 장애인이 법적 능력을 행사하는 데 필요한 조력을 해주기 위해 적절한 수단을 강구해야 한다고 규정하고 있다(제3항).

발달장애인법도 제8조에서 발달장애인은 자신의 주거지의 결정, 의료행위에 대한 동의나 거부, 타인과의 교류, 복지서비스의 이용 여부와 서비스 종류의 선택 등을 스스로 결정하고(제1항), 누구든지 발달장애인에게 의사결정이 필요한 사항과 관련하여 충분한 정보와 의사결정에 필요한 도움을 제공하지 않고 그의 의사결정능력을 판단해서는 안 되고(제2항), 스스로 의사를 결정할 능력이 충분하지 않다고 판단할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 보호자가 발달장애인의 의사결정을 지원할 수 있다(제3항)고 발달장애인의 자기결정권을 보호

70) 독일도 1992년 전 구 민법에서는 한정치산(Die Gebrechlichkeitspflegschaft)의 신청을 개인, 병원 또는 관공서가 할 수 있도록 하였으나 법을 개정함으로써 청구권자를 본인으로만 제한하고, 본인의 의사능력이 없을 경우에 한해 주변인이 본인에게 조력을 주도록 하고 있다.

하고 있다.

따라서 성년후견제도에 의한 국가의 개입은 최소한에 그치도록 해야 한다. 그러기 위해서는 그러므로 성년후견제도는 당사자가 행위능력이 있음을 전제로 하여 모든 결정을 스스로 하도록 하고, 성년후견인은 도움이 필요한 경우에 한 해 본인의 결정에 지원을 해 주는 정도에 그쳐야 할 것이다.

그러려면 현행과 같은 성년후견, 한정후견, 특별후견의 등급화된 입법방식을 탈피하여 가정법원 등이 피후견인의 인지능력의 정도를 고려하여 정한 후견인의 업무범위 내해서만 지원을 하도록 해야 할 것이다.

6) 성년후견감독의 의무화

민법은 법정후견에 대하여 가정법원이 후견감독인을 선임할 수도 있다고 할 뿐 의무사항으로 규정하고 있지는 않고, 임의후견인 후견계약에 대하여만 임의후견감독인을 선임하도록 하고 있다.

후견감독인은 후견인이 자신에게 부여된 사무를 충실히 처리하는가, 피후견인의 신상과 재산에 대하여 손해가 되는 행위를 하지 않는가 등을 감독한다는 점에서 반드시 필요하다고 본다.

어쩌면 임의후견은 본인이 후견인을 정한 것이라는 점에서 감독인의 필요성이 적다고 볼 수도 있다. 반면 법정후견은 제3자가 성년후견심판 청구를 할 수 있어 본인의 의사가 적극적으로 반영된 것이 아니라는 점에서 임의후견에 비해 후견감독인의 필요성이 크다고 할 것이다. 따라서 법정후견의 경우도 후견감독인 선임을 선택사항으로 둘 것이 아니라 임의후견과 마찬가지로 의무화해야 할 것이다.

그리고 후견감독인이 후견인과 이해관계를 같이 하는 사람이라면 사실상 후견감독의 업무를 제대로 수행할 수 없다는 점[71]에서 후견감독인을 누구로 할 것인가 여부, 또는 결격사유 등도 법으로 정해야 할 것으로 본다.

아니면 후견감독인을 두는 대신 가정법원이 후견감독의 역할을 하는 방법도 고려해 볼 수 있다. 어떤 의미에서는 후견인과 이해관계가 같은 사람이 후견감독인이 될 경우[72] 후견인에 대한 감독을 기대할 수 없다는 점에서 법원에 의한 감독이 안전하다고도 할 수 있다.

Ⅵ. 결론

노인이 치매 등 노인성 질환에 걸려 인지능력에 장애가 생긴 경우에는 단순한 노인인권 관련 법제만으로는 충족이 안 된다. 노인이라는 점 자체가 사회적 취약계층에 포함되는데,

71) 후견인의 가족은 후견감독인이 될 수 없다(민법 제940조의5).

72) 후견인의 가족은 후견감독인이 될 수 없도록 하여 어느 정도의 제어장치가 있기는 하나, 후견인의 가족이 아닌 제3자도 후견인과 이해관계가 같을 수 있다는 점에서 이에 대한 엄격한 요건을 두어야 할 것이다.

동시에 인지능력까지 상실하면 기존의 노인보호 관련 법만으로는 충분한 보호를 받기 어렵다.

그러므로 이들에게는 노인보호법과 장애인 보호 관련법을 동시에 적용해야 할 필요성이 대두된다.

국제법상 장애인에 대하여는 장애인인권협약이 존재하나 노인의 권리를 특별히 보호하는 포괄적 협약은 없다. 즉 노인은 취약계층이지만 국제법적 보호를 받지 못하는 집단이라고도 할 수 있다.[73]

반면 우리나라에는 헌법의 인간다운 생활을 할 권리에서 비롯된 노인 및 장애인 보호 법제가 외형적으로는 어느 정도 갖춰져 있는 것으로 보인다.

노인복지법에 근거한 노인에 대한 국가의 지원제도는 크게 경제적인 지원과 치매 등 노인성 질환에 대한 치료 및 요양서비스, 그리고 인지능력이 떨어진 노인에 대한 보호라고 할 것이다. 경제적으로는 국민연금법, 기초연금법 및 국민기초생활보장법 등이 지원을 하고 있고, 노인성 질환에 대하여는 노인장기요양보험법이 적절한 치료와 요양의 지원 기능을 하고 있다.

그리고 정신적 제약으로 스스로를 방어할 수 없거나 일상생활을 영위할 수 없는 사람들을 위해 성년후견제도를 두어 피성년후견인의 신상 또는 재산을 보호하도록 하고 있다.

그러나 현행 노인복지법은 그 목적이 지나치게 건강보호와 노후생활보장 위주로 되어 있고 인권에 관한 포괄적 규정을 두고 있지 않다. 따라서 법의 목적에 노인의 인권보호 내용을 보완하고, 이에 맞춰 법의 기본이념에도 노인인권에 관한 규정이 신설되어야 한다고 본다.

또한 법의 명칭이 노인복지법으로 되어 있음에도 불구하고 노인의 개념에 대한 정의가 빠져있다. 일반적으로 대부분의 법들이 그 법의 명칭 또는 가장 중요시하는 가치에 따라 개념을 정의하고 있다는 점에서 노인에 관한 정의는 필요하다고 본다.[74]

나아가 노인인권 및 학대방지에 관한 규정을 대폭 보완한 것이라면 노인복지법이라는 추상적 명칭 대신 예컨대 “노인복지 및 인권보호에 관한 법률” 등으로 변경하는 것이 바람직하다고 본다.

그리고 노인학대의 개념만으로는 포섭되지 않는 노인에 대한 인권침해가 있다는 점(예컨대 노인의 자기결정권 박탈 등)에서 노인인권침해의 정의도 추가해야 할 것으로 본다.

---

73) Rodríguez-Pinzóna, Diego Claudia/ Martin, Claudia, THE INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS STATUS OF ELDERLY PERSONS, 18 American University International Law Review, 915(917)

74) 물론 “노인”이 이미 경제적, 사회적 활동으로부터 소외된 계층이라는 부정적인 의미를 내포할 수도 있다는 점에서 일각에서는 “장년” 등 다른 용어를 사용하자는 의견이 있다. 그러나 용어의 문제를 차치하고도 최소한 법의 명칭이 노인복지법인 이상 이 법에서 의미하는 노인의 개념이 무엇인가는 정의되어야 한다고 본다. 예컨대 노인장기요양보험법에서는 “노인 등”이란 “65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자”를 말한다고 함으로써 노인을 65세 이상인 사람으로 정의하고 있다. 반면 국민연금법에서는 60세 이상을 노령연금 수급권자로 보고 있고, 고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률에서는 고령자를 55세 이상인 사람으로 보고 있고, 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률에서는 65세 이상인 사람을 주거약자로 보고 있다. 이와 같이 노인, 고령자에 관한 정의가 불규칙하다는 점에서 고령자, 노인 등의 개념에 대한 통일적인 정비가 필요하다고 본다.

인지장애노인의 인권에 대하여는 특별법 또는 특별규정이 미비되어 있다는 점도 문제이다. 발달장애인법이 이들의 자기결정권과 인권을 보호하고 있기는 하나 노인성 질병으로 인한 인지장애인은 이 법의 적용 대상이 아니다.

현행법의 사각지대에 있는 인지장애노인의 인권을 보호하기 위해 세 가지 방법을 고려해 볼 수 있을 것이다. 첫째는, 위와 같이 노인복지법의 명칭을 바꾼 후 인지장애노인을 포함한 노인인권보호에 관한 특별규정을 두는 방법이다. 둘째는 발달장애인법의 경우와 같이 노인인권보호를 위한 특별법을 제정하여 인지장애노인의 인권도 함께 보장하는 방안이다. 셋째는 발달장애인법의 적용대상을 선천성 발달장애인 뿐 아니라 노인성 장애인으로까지 확대하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 이 경우 법의 명칭을 "발달장애인 및 인지장애인의 권리보장 및 지원에 관한 법률" 등으로 바꾸어야 할 것이다.

한편 성년후견인제도는 인지능력이 떨어진 노인의 신상과 재산을 보호하는 측면도 있지만 다른 한편 당사자의 자기결정권을 제한한다는 점에서는 문제가 있다. 특히 현행 성년후견제도는 당사자에게 성년후견인이 필요한가 여부에 대한 진지한 검토 없이 성년후견심판 청구권자를 본인 이외의 제3자도 가능하도록 하여 너무도 쉽게 성년후견 개시의 심판을 하도록 하고 있다. 무엇보다 성년후견인의 선임과 동시에 당사자가 일상생활의 모든 영역에 있어서 자기 스스로 결정할 권리를 상실한다는 점에서 성년후견인의 선임은 상당한 주의를 요한다. 따라서 성년후견인은 반드시 필요한 경우에 한하여 선임하도록 하되, 후견인을 선임한 이후에도 당사자의 행위능력을 인정하여 모든 생활 영역에서 자기결정권을 보호하도록 해야 할 것이다. 즉 후견인은 본인을 대체하는 역할을 할 것이 아니라 본인이 스스로 결정을 하는 데 어려움이 있는 경우에 한하여 지원하는 정도로 그쳐야 할 것이다.[75]

75) 법무법인 태평양, 재단법인 동천, 장애인법연구(2016), 경인문화사, 207

<참고문헌>

강병근, 노인인권보호에 관한 국제법적 논의: 유엔규약인권위원회의 일반논평을 중심으로, 서울국제법연구 제15권 제2호 통권 제29호(2008. 12), 91-116

국가인권위원회, 노인인권길라잡이(2014)

국가인권위원회, 노인요양병원 노인인권상황 실태조사(2014)

권건보, 장애인권리협약의 국내적 이행 상황 검토, 경북대학교 법학논고 39(2012. 6), 517-542

국가인권위원회, 아셈노인인권정책센터 설립 모델(안) 및 주요기능 연구(2015)

김상묵, 윤성호, 성년후견제도의 검토 및 향후 과제, 한국법학회 법학연구 제50집(2013), 517-540

박인환, 고령인지장애인의 인권보호와 성년후견, 저스티스 통권 제146-1호(2015. 2), 5-44

백승흠, 민법개정안의 성년후견제도와 피후견인의 신상보호, 경북대학교 법학연구원 법학논고 제33집(2011), 53-80

법무법인 태평양, 재단법인 동천, 장애인법연구(2016), 경인문화사

변용찬, UN 장애인 권리협약 진행 현황과 의의, 국제사회보장동향(2006. 3), 117-124

보건복지부, 2015 노인학대 현황보고서(2016)

신권철, 성년후견제도의 쟁점과 과제, 사회보장법연구 2013년 제2권 제2호(서울대 사회보장법연구회), 39-88

신용호, 장애인권리협약과 장애인의 인권, 월간 복지동향 2008. 6(116), 38-41(39)

윤일구, 성년후견인제도의 도입에 따른 문제점과 과제, 전남대학교 법학연구소 법학논총(제32집 제2호), 173-203

제철웅, 장애인인권보호를 위한 입법적 과제, 전북대학교 법학연구소 법학연구 제44집(2015. 5), 153-182

최은희, 장애인 인권보호 안전망 작동을 위한 과제, 충북 FOCUS 제125호(2016-9호)

최현태, 피성년후견인의 신상 보호와 자기결정능력 존중, 인하대학교법학연구소 법학연구 제16집 제2호(2013. 7.), 487-519

최현태, 임의후견계약의 문제점과 법정책적 제언, 경북대학교 법학연구원 법학논고 제44집(2013), 183-212

Booth Glena, Kristin, CHANGING PARADIGMS: MENTAL CAPACITY, LEGAL CAPACITY, GUARDIANSHIP, AND BEYOND, 44 Columbia Human Rights Law Review(Fall, 2012), 93

Hardy, David, WHO IS GUARDING THE GUARDIANS? A LOCALIZED CALL FOR IMPROVED GUARDIANSHIP SYSTEMS AND MONITORING, 4 NAELA Journal(2008), 1

Learya, Jamie L., A REVIEW OF TWO RECENTLY REFORMED GUARDIANSHIP STATUTES: BALANCING THE NEED TO PROTECT INDIVIDUALS WHO CANNOT PROTECT THEMSELVES AGAINST THE NEED TO GUARD INDIVIDUAL AUTONOMY, 5 Virginia Journal of Social Policy and the Law(1997), 245

Lord, Janet E./Suozzi, David/Taylor, Allyn L., Lessons from the Experience of U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Addressing the Democratic Deficit in Global Health Governance, Symposium Global Health Governance(2010), 564

Perlin, Michael L., "STRIKING FOR THE GUARDIANS AND PROTECTORS OF THE MIND": THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH MENTAL DISABILITIES

AND THE FUTURE OF GUARDIANSHIP LAW, 117 Penn State Law Review(Spring 2013), 1159

Rosenberga, Joseph A., POVERTY, GUARDIANSHIP, AND THE VULNERABLE ELDERLY: HUMAN NARRATIVE AND STATISTICAL PATTERNS IN A SNAPSHOT OF ADULT GUARDIANSHIP CASES IN NEW YORK CITY, 16 Georgetown Journal on Poverty Law and Policy(Spring, 2009), 315

Rodríguez-Pinzóna, Diego Claudia/ Martin, Claudia, THE INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS STATUS OF ELDERLY PERSONS, 18 American University International Law Review, 915

Von Ausgrenzung zu Gleichberechtigung, Verwirklichung der Rechte von Menschen mit Behinderungen, 2008, 11



특별기획

《주제 1》 대학의 노인복지 교과과정 현황과 과제: 교과목 지침서와 교재분석을 중심으로

- 발표: 박화옥(강남대학교 사회복지학부)
- 토론: 김찬우(가톨릭대학교 교수), 이미애(한세대학교 교수)

《주제 2》 노인복지학 연구의 성찰과 과제: 무엇을 어떻게 연구해야 할 것인가? -한국노인복지학회 게재 논문(2015~2016)을 중심으로

- 발표: 이민홍(동의대학교 사회복지학과 부교수)
- 토론: 홍송이(동국대학교 교수), 전용호(인천대학교 교수)

주제 1

대학의 노인복지 교과과정 현황과 과제: 교과목 지침서와 교재분석을 중심으로

발표: 박화옥(강남대학교 사회복지학부)

대학의 노인복지 교과과정 현황과 과제: 교과목 지침서와 교재분석을 중심으로

박 화 옥*

I. 서론

사회복지직의 정체성과 전문성을 향상시키는 데 교육프로그램은 매우 중요한 요인이다. 복지정책, 서비스, 실천현장이 성숙되기 이전에 대학의 학과 설치와 외국 학문의 전수로 사회복지교육이 시작된 우리나라의 독특한 맥락에서(이혜경·남찬섭, 2005), 대학교육은 현장에서 필요로 하는 전문인력의 양성보다는 대학이 주도하는 학문중심의 일방적인 교육으로 사회복지직을 견인하고 있다는 비판을 받아왔다(박종우, 1994, 김현옥 외, 2009 재인용). 그럼에도 불구하고 사회복지전공자를 위한 대학교육의 책임성과 중요성은 저출산·고령화로 함축되는 인구구조의 급변과 과학기술의 발달에 따른 인간욕구 및 환경의 진화로 인해 더욱 강조되고 있다(김현옥 외, 2009). 특히 한국의 압축적 고령화 현상에 따른 노인 욕구의 양적, 질적 변화는 기존 휴먼서비스 전문직의 직무를 변화시키고, 다양한 노인복지 서비스와 프로그램 및 시설의 증가를 초래하여 노인특화된 사회복지교육뿐 아니라 노인복지와 타 학문과의 융복합을 통한 혁신적인 교육과정의 필요성이 대두되고 있다(Berkman, Gardner, Zodikoff, & Harootyan, 2006; 김진·박미진, 2014).

한편, 1990년 중반 이후 급속히 진행된 한국 내 사회복지 교육기관과 배출인력의 양적 팽창은 현장으로 유입되는 인력의 전문성과 교육의 질적 저하를 초래하고, 사회복지인력의 수요와 공급의 불균형을 가속화시킴으로써 사회복지사 처우개선의 가능성을 더욱 요원하게 만들고 있다. 사회복지사 통계연감(최일섭·김제선·유재윤, 2014)에 따르면 2014년 현재 4년제 대학의 사회복지 단일전공학과는 147개, 타 분야(아동학, 가정학 등)의 학문과 복합적으로 전공이 개설된 사회복지 관련 학과는 313개에 이르고, 전문대학과 대학원, 사이버대학까지 포함하면 약 1,426개의 교육기관이 사회복지 관련 전공을 운영하는 것으로 보고되었다. 이는 단기간 내 사회복지사 2급 자격증 취득을 교육목표로 홍보하는 전국의 학점은행제, 평생교육기관을 제외한 수치이므로 현재 사회복지교육이 얼마나 방만하게 운영, 관리되는지는 가히 상상하기조차 어려운 지경이다.

사회복지학은 속성상 기초학문이나 순수학문이 아닌 응용학문, 실용학문으로 구분되나 대다수의 학자들과 현장실천가들은 현재 사회복지사가 되기 위한 최소한의 교육과정(즉, 2급 자격증 취득을 위한 14 교과목 이수)이 실천현장에서 요구하는 이론체계와 가치와 윤리철학, 비판적 사고능력, 실천역량을 갖춘 사회복지인력을 양성하는데 절대적으로 부족하다는 의견에 동의한다(김현옥 외, 2009; 남기철, 2004; 노충래, 2004; 홍선미, 2010). 또한 남기철(2004)

* 강남대학교 사회복지학부

은 아무리 실용주의 학문이라 할지라도 사회복지의 대학교육이 직업교육과 궁극적으로 차별되는 이유는 학문적 속성을 포기할 수 없기 때문이라고 지적하였다. 그럼에도 21세기 한국의 사회복지교육은 직능교육, 자격증 취득교육으로 전락하고, 양질의 교육서비스보다는 중저급 인력양산에 편중되어 사회복지학의 정체성과 전문성 혼란의 위기에 봉착하고 있다.

더욱이 일반적인 학부의 사회복지교육과정에서는 노인복지현장에서 요구되는 다양한 이론과 관점, 지식과 가치, 기술들을 적절하게 다루기가 매우 어렵다(김진·박미진, 2014). 물론 석사과정에서 노인특화된 교육과정을 선택할 수 있으나 대다수의 사회복지사들은 학사과정 이후 현장으로 진입하기에 노인 클라이언트를 이해하고, 노년기의 다체계적 환경과 상황을 파악하여 적절한 자원을 연계하는 지식과 기술을 연마할 기회를 충분히 갖지 못한다고 할 수 있다(Damron-Rodriguez, et al., 2013). 기초연금과 노인장기요양보험, 노인사회활동(일자리) 지원, 노인돌봄서비스 등 고령자 대상 사회보장제도와 복지서비스가 지속적으로 확대되는 가운데 향후 10년 이내에 초고령 사회 진입을 앞두고 있는 현 시점에서 사회복지교육이 미래 인구의 1/5 이상을 차지할 노인의 욕구에 적절히 대응할 수 있는 인력을 양성하고 있는지 점검할 필요가 있다. 이는 대학의 사회적 책무성 측면에서도 주요한 부분이라 할 수 있다.

미국사회복지교육협의회(CSWE)에서는 2004년부터 Hartford 재단의 후원을 받아 노인전문 사회복지 교육을 위한 센터(National Center for Gerontological Social Work Education: Gero-Ed Center)를 설립하였고 이를 통해 모든 일반주의 사회복지사가 노인 및 가족과 함께 실천하기 위해 갖춰야 할 핵심역량이 무엇인지 다양한 분야의 학자와 실천가들이 논의를 통해 도출하고, 역량중심의 교육과정개발을 위해 오랜 시간과 자원을 투자하며 여러 교수학습매체와 정보, 인력양성 방안들을 공유하고 있다. 이에 반하여 한국 대학의 노인복지교육에 대한 논의는 매우 제한적으로 이루어졌으며 최근에 이르러 노인복지현장의 직무분석과 요구에 따른 노인복지교육과정 연구들이 등장하고 있다(김진·박미진, 2014; 이은정·마은경, 2014).

따라서 본고에서는 한국 사회복지교육의 역사와 사회복지전문직의 인력 현황을 간략히 살피고, 미국사회복지교육협의회에서 제안한 노인복지 역량기반 교육의 목표를 소개하고자 한다. 또한 사회복지대학교육협의회에서 발간한 2006년과 2015/2016년의 교과목 지침서와 현재 출판되어 있는 노인복지론 교재들을 대상으로 공통점을 찾아보고, 향후 노인복지교육의 질적 제고를 위해 노력해야 할 방향에 대하여 논의하고자 한다.

II. 문헌고찰

1. 한국 사회복지교육의 역사적 고찰[1)]

1) 사회사업학과 시대(1950-1960년대)

1) 이혜경·남찬섭(2005)의 한국 사회복지교육의 역사적 고찰 내용을 요약·정리하였음을 밝힌다.

한국 사회복지교육의 가장 큰 특성은 사회복지정책이나 실천현장이 성숙되기 이전에 대학의 고등교육과정에 사회사업학과가 개설된 점이다. 이는 서구나 일본의 경험과는 매우 다른 것으로 실천의 경험, 실험이나 연구, 사상과 철학의 논의, 사회개혁운동 등 맥락이 전혀 없는 상태에서 “미국 사회사업학의 단순이식”(이혜경·남찬섭, 2005, p. 77)이 진행된 상황이라 평가된다. 유럽의 사회정책이나 사회행정이 아닌 미국의 사회사업학 중심으로 교과과정이 형성된 것은 미국에서 유학하고 귀국한 초기 한국의 사회사업학자들이 대학의 교수진으로 임용된 실용적 이유가 가장 큰 것으로 해석된다. 주로 미국의 전통적인 사회복지실천방법(즉, 개별사회사업, 집단사회사업, 지역사회조직)들이 전파되었고, 인간존중, 사회정의와 같은 사회복지실천의 기본적 가치와 철학을 토대로 사회맥락에 맞는 다양한 실천적 실험들을 수행하기에 사회복지서비스의 공공과 민간영역의 전달체계는 여러 가지 여건 측면에서 부족한 상황이었다.

2) 사회복지학과 시대(1970-1990년대)

1970년대의 경제적 성장에 대한 국가의 정책적 우선순위와 낙후된 지역사회개발에 초점이 맞추어져 당시 사회복지실천의 현장은 많은 부분 사회복지 전공학생들의 봉사활동과 연계되었다. 미국에서는 통합적 실천방법론이 대두되어 호응을 받을 무렵, 우리나라에서는 여전히 전통적인 개별사회사업, 집단사회사업, 지역사회조직의 분화된 실천방법이 교육내용의 핵심이었고, 이러한 추세는 1990년 중반까지도 지속되어 미국이 실천발달과정에서 경험한 시행착오를 답습하게 되었다(이효선·정푸름, 2012). 한국의 복지사회를 지향하는 제도적 변화가 서서히 진행되는 과정에서 사회복지의 학문적 정체성에 대한 논의가 시작되었다. 고등교육기관이 수적으로 증가하였으며, 미시적 실천과 거시적 실천의 상호작용의 중요성을 강조하는 미국의 동향에 부응하여 많은 학교가 사회복지학과로 전공학과명을 변경하였다. 이에 대하여 이혜경·남찬섭(2005)은 “단순한 명칭의 변경이라기보다 한국사회가 사회복지학에 부여한 이중적 사명의 확인을 의미한다”(p. 83)고 평가하였다.

3) 가족·사회·복지학과 시대(1990년 이후): 세계화 시대

1995년 “열린교육”의 교육개혁안이 발표됨으로써 학부제, 복수전공제, 최소전공학점인정제 등의 교육체계가 등장하였고, 사립대학의 숫자가 급증하여 고등교육의 대중화, 보편화 시대가 되었다. 석사교육과정이 핵심 사회복지교육인 미국과는 달리 한국은 대학교육과정이 사회복지교육의 중심인 상황이었는데, 이 때 도입된 학부제와 최소전공학점제는 가치와 윤리철학을 토대로 이론과 실천, 과학과 기술, 미시적 접근과 거시적 접근의 균형을 맞추어 전문성을 강화해야 하는 사회복지교육의 특성을 제대로 반영하기 어려운 구조였다. 결과적으로 이는 사회복지학문과 교육의 정체성 및 전문성 혼란을 가중시켰다. 더불어 12개의 4년제 대학에서 1,000여명의 학부학생이 교육을 받았던 1975년과 비교하여 약 10배 이상 증가된 대학교육과정과 전공학생의 배출은 최소한의 사회복지교육을 받은 인력이 미시, 중시, 거시적 접근

의 실천현장에 유입되었을 가능성을 시사한다. 또한 현장에서 요구되는 인력수요보다 사회복지사 자격증 취득자 수가 초과되어 전반적으로 인력공급이 인력수요를 상회함에도 불구하고, 전문성을 요구하는 현장이나 처우수준이 열악한 생활시설 등의 인력은 오히려 부족하여 부문별 인력공급과 수요의 불균형은 더욱 심화되고 있는 추세이다.

2. 한국 사회복지교육기관과 인력현황

한국사회복지사협회에서 발간한 2012년 한국사회복지사 기초통계연보에 따르면 2007년 대비 2010년 4년제 대학의 사회복지전공학과는 31개가 증가하였고, 사회복지 관련 유사학과는 242개가 증가하여 4년제 대학의 사회복지교육기관은 3년 간 총 약 130% 급증하였다(표 1 참조). 2014년 자료에 따르면 2010년의 수치보다 교육기관의 수는 소폭 감소하였으나 사회복지교육협의회 회원교는 대학교 460개 중 84개에 불과하여(한국사회복지교육협의회, 2016), 사회복지교육의 정통성과 전문성을 담보하는 대학의 사회복지교육과정은 전체 개설 교육프로그램의 20% 미만에 그치고 있음이 추정된다. 이러한 기초자료는 사회복지교육서비스를 제공하는 기관과 교육자 스스로 사회복지사 또는 사회복지교육자로서 정체성을 갖지 못한 채 단편적 시류에 편승하는 사회복지교육프로그램의 신설과 난립의 가능성을 제시하기 때문에 큰 우려가 아닐 수 없다(남기철, 2004; 이문국, 2003).

사회복지교육프로그램 중 노인복지 특화 교육과정에 대한 객관적인 전국통계자료는 찾아볼 수 없으나 김진·박미진(2014)의 연구에 따르면 전국 4년제 대학의 293개 사회복지교육과정 중 노인복지 전공 또는 노인복지전문인력 양성을 교육목표로 제시하는 교과과정은 약 80개인 것으로 분석되었다. 노인특화 전공 또는 학과를 운영하는 기관들은 일반 사회복지교육을 제공하는 기관들보다 다양한 노인특성화 기초 또는 선택교과목을 편성하였는데, 연구자들이 분류한 37개 교과목 중 노인복지 분야의 사회복지사와 요양보호사, 복지행정전문가와 교육전문가들이 지식과 현장활용 측면에서 중요도를 높이 평가한 교과목은 9개(노인장기요양복지론, 노인상담론, 사회복지행정실무, 치매노인케어, 노인정신건강, 노인신체건강, 노인케어복지론, 노인건강문제관리론, 죽음학)에 불과하였다. 이에 연구자들은 현재 제공되는 노인특화 교과과정과 노인복지실무현장 간의 괴리를 지적하며, 이러한 격차를 줄이기 위해서는 기초적인 사회복지교육을 토대로 노인복지현장실습과 캡스톤 디자인 등의 산학일체형 교육과정의 도입을 제안하였다.

<표 1> 전국 사회복지(관련) 전공개설 현황 – 2007, 2010, 2014년 비교

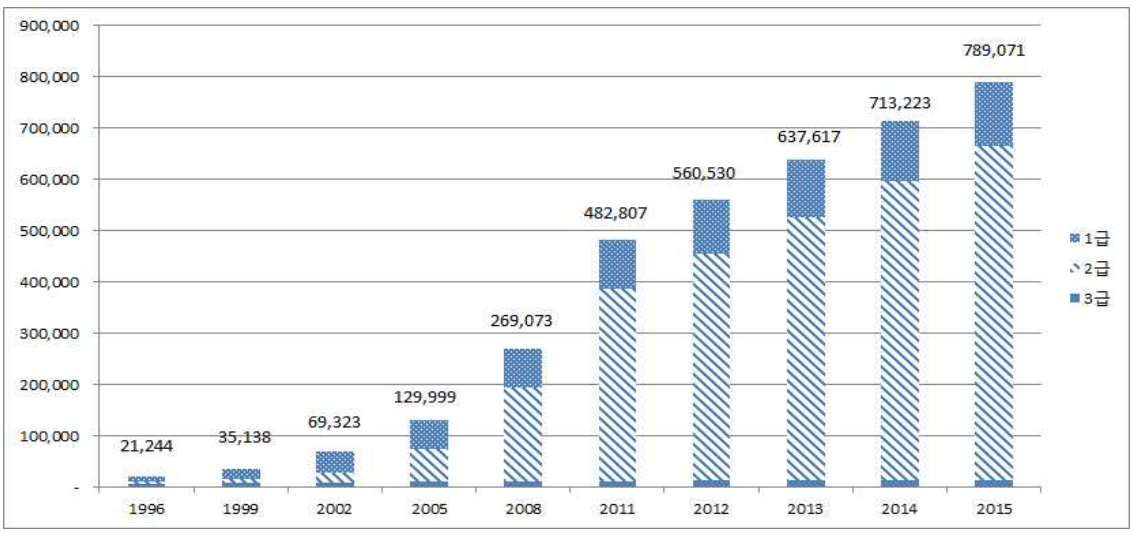
(단위: 개)

구분	사회복지(사업)전공			사회복지 관련전공			소계		
	2007	2010	2014	2007	2010	2014	2007	2010	2014
전문대학	51	71	112	60	434	221	111	505	333
대학교	116	147	147	93	335	313	209	482	460

대학원	일반대학원	51	65	254	10	162	325	61	227	579
	특수대학원	90	118		81	189		171	307	
	전문대학원	8	10		16	12		24	22	
사이버 대학	전문대학(2년)	2	1	2	6	7	3	8	8	5
	대학교(4년)	13	11	15	12	38	28	25	49	43
합계		331	423	530	278	1,177	890	609	1,600	1,420

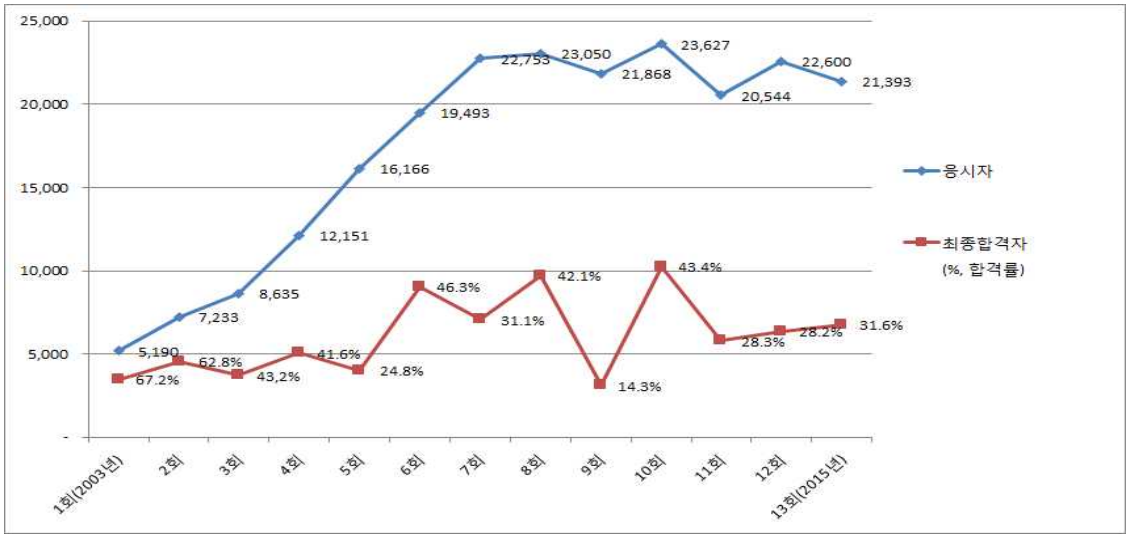
출처: 2012년, 2014년 한국사회복지사 기초통계연감.

앞서 살펴본 사회복지교육기관 급증의 결과는 아래 <그림 1>과 <그림 2>에 반영되고 있다. 2002년부터 2015년까지 집계된 사회복지사 자격증 발급 누계에 따르면 사회복지사가 되기 위한 최소요건을 충족한 사회복지사 2급 자격증 취득자의 급증현상이 고스란히 드러나고 있다. 더불어 사회복지사 1급 자격취득을 위한 국가시험이 시작된 2003년 이후 1급 자격증 응시자와 취득자도 지속적으로 증가추세를 보이고 있다. 인력의 과잉공급 현상과 더불어 1급 사회복지사와 2급 사회복지사 간의 처우수준에 큰 변별력이 없는 현실도 실천인력의 전문성과 정체성을 약화시키는 데 주요 역할을 하고 있다.



<그림 1> 사회복지사 자격증 발급 누계

출처: 2015년 한국사회복지사 통계연감.



<그림 2> 사회복지사 1급 국가시험 합격률 추이

출처: 2015년 한국사회복지사 통계연감.

한편, 사회복지교육에서 현장실습교육은 매우 중요하고 핵심적인 부분이다. 현장실습교육은 학교와 실습기관 간의 긴밀한 협력체계를 토대로 실습학생의 개인적, 전문적 가치와 학습역량을 최대한 지원하여야 하므로 한국사회복지교육협의회의 지침에 따르면 실습지도교수 1인당 실습생 30명을 초과하지 않을 것을 강조하고 있다. 그러나 2010년 실태조사에 따르면 약 36%에 이르는 사회복지교육프로그램은 이를 준수하지 않고 있으며, 원격교육을 시행하는 사이버교육기관의 경우 한 학기 평균 인원이 100명 이상인 것으로 분석되어 사이버교육기관 내 사회복지전공의 전임교원이 수적으로나 질적으로나 어느 정도 현장실습교육을 지원하고 있는지 실태파악이 시급하다고 판단된다.

<표 2> 사회복지 현장실습 평균인원

구분		학교 수	%
한 학기 평균 실습인원 (빈도=479)	평균(표준편차)	67.11(96.88)	
교수 1인당 평균 실습지도인원	10명 이하	100	20.9
	11~30명	209	43.7
	31~50명	106	22.2
	51~100명	53	11.1
	100명 초과	10	2.1
	합계	478	100

출처: 2012년 한국사회복지사 기초통계연감 (2010년 사회복지현장실습 실태조사)

<표 3> 학교유형별 현장실습 인원 (한 학기 평균)

구분	학교 수	평균 실습인원	표준편차
전문대학	121	108.03	84.21
사이버전문대학	5	620.00	383.41
대학교	144	58.90	39.64
사이버대학교	15	182.00	102.90
일반대학원	47	18.19	22.16
전문대학원	22	14.64	11.68
특수대학원	58	16.67	17.60
평생교육기관	66	39.36	59.06
기타	1	20.00	-
합계	479	67.11	95.88

출처: 2012년 한국사회복지사 기초통계연감 (2010년 사회복지현장실습 실태조사)

사회복지현장실습 등록기관 현황에 따르면 노인복지시설이 가장 높은 비율을 보인다(표 4 참조). 이에 다수의 사회복지전공학생들이 노인복지현장에서 실습교육을 수행할 가능성이 높음을 예측할 수 있다. 전통적으로 일반주의 사회복지교육에서는 클라이언트 집단에 상관없이 원조전문직으로서 사회복지실천과정을 수행할 수 있는 인력을 양성하는데 목표를 두고 있으나, 서비스이용대상에 따른 복지제도와 서비스 및 프로그램이 세분화되고 전문화되는 추세에서 현장에서 만나는 주요 클라이언트 집단에 대한 기본적 이해와 핵심적인 실천기술, 그리고 관련 정책과 서비스 내용에 대한 정보 없이 현장에 투입되는 것은 실습생뿐 아니라 현장실습지도자에게도 당혹스러운 상황이 아닐 수 없다.

<표 4> 현장실습 등록기관 현황

연도	총계	노인복지시설		아동복지시설		장애인복지시설		정신보건시설		기타	
		수	%	수	%	수	%	수	%	수	%
2013	3,164	909	28.7	706	22.3	474	15.0	205	6.5	870	27.5
2014	5,366	1,671	31.1	1,416	26.4	863	16.1	296	5.5	1,120	20.9
2015	7,247	2,263	31.2	1,967	27.1	1,224	16.9	369	5.1	1,424	19.6
합계	15,777	4,843	30.7	4,089	25.9	2,561	16.2	870	5.5	3,414	21.6

출처: 2015년 사회복지사 통계연감

III. 역량기반 노인복지 교육: 미국의 사례

미국사회복지교육협의회(CSWE)에서는 2004년부터 약 10년간 Hartford 재단의 후원을 받아 노인전문 사회복지 교육을 위한 센터(National Center for Gerontological Social Work Education: Gero-Ed Center)를 설립하였다. 이 센터는 CSWE 사회복지 교육정책과 인증기준을 기반으로 학부와 석사과정의 일반주의 사회복지사 양성 교육과정에 노인학적 역량(Gerontological competencies)을 적용할 수 있도록 교과과정 가이드를 개발하였다. 이를 통해 사회복지 실천가, 학생, 교수진은 노인복지 교육이 추구해야 할 역량과 목표를 점검하고 다양한 교육자료를 개발, 공유하고 있으며, 노인학적 역량을 갖춘 사회복지전문인력 양성을 위해 다양한 연구 프로젝트를 진행하고 있다.

본 교과과정 가이드에 따르면 노인복지교육을 통해 학생들이 성취해야 할 역량은 지식과 가치기반, 사정과 개입, 노인관련 정책과 서비스 4영역으로 구분되어 있으며, 영역별 약 10개 내외에 해당하는 역량이 제시되고 있다(표 5). 역량기반 교육과정 (Competence-based curriculum)에서 역량이란 단순한 행동주의접근의 개념이 아닌 과제수행 맥락에 적절한 지식과 전략, 가치 등을 선택하고 활용하는 인지적, 반영적 성찰 능력을 의미한다(박민정, 2009). 따라서 지식과 행위, 이론기반 학문적 지식과 실천기반 실제적 지식의 통합을 추구하며, 학교와 학교 밖 학습의 연계를 중요시함으로써 교육의 책무성을 강조한다. 이는 한국의 노인복지교육과정이 지향해야 할 방향으로 선행연구자들이 주장해 온 내용과 일치하는 것이라 할 수 있다(김진·박미진, 2014; 이은정·마은경, 2014).

<표 5> 미국 노인복지교육의 역량 목표(Gero-Ed Competency Goals)

I. 가치, 윤리 및 이론적 관점 (지식과 가치 기반)
노화와 노인에 대한 개인적 가치와 편견을 인식하고 평가하여, 노화에 관한 편견을 제거한다.
2. 법체계와 안전에 관하여 노인의 존엄과 자기결정권을 존중하고 증진시킨다.
3. 모든 노인(특히 결정능력이 제한적인 노인을 고려하여)들을 대표하는 결정에 있어 윤리적 원칙을 적용한다(임종에 관한 결정, 가족갈등, 후견인제도 등).
4. 노인과 가족, 노인전문가들의 다양성을 존중한다. (노인 이슈와 관련된 문화 다양성 역량)
5. 노인과 가족들의 문화, 영성, 인종에 따른 고유한 가치를 존중하며 대변한다.
6. 사회복지실천에 있어 생리적, 사회적 노화의 개념과 이론을 이해한다(즉, 규범적인 생리학적 노화과정, 생애과정 관점, 세대와 코호트의 영향력을 이해)
7. 사회복지실천 관점과 관련 이론(예: 환경 속의 인간, 사회정의)들을 노인복지실천에 적용한다.
8. 생애주기에 따른 상실경험과 애도, 삶의 변화에 적응과 전환 등의 이슈를 이해한다.
9. 개인과 가족이 임종과정과 죽음, 상실과 애도 등의 삶의 말기(end-of-life) 이슈를 감당하도록 지지한다.
10. 노인보건 분야의 다학제 간 타 전문직들과 노인, 돌봄자, 지역사회가 함께 효과적으로 협력할 수 있도록 사회복지실천 관점과 가치를 이해한다.
II. 사정(Assessment)
노인의 사회적 기능(예: 사회활동수준)과 사회지지체계를 사정하기 위하여 공감과 민감성을 기반으로 면접기술을 활용한다(노인의 독립수준에 영향을 미치는 가족과 관련 기관, 지역자원을 확인하는 사회력 조사를 수행하고, 노인과 가족의 욕구를 해소하기 위하여 강점기

반 서비스계획을 개발하는 역량을 포함)
2. 노인의 감각, 언어, 인지장애를 고려한 면접기술을 활용한다.
3. 노인의 신체적, 정신적 건강수준에 영향을 미치는 심리사회 요인에 대한 포괄적 평가를 수행한다(노인의 안전과 위험수준 평가)
4. 노인의 신체적 건강과 기능수준(예: ADL과 IADL 수준)을 평가한다.
5. 노인의 인지기능과 정신건강(예: 우울, 치매)의 욕구를 파악한다(노인의 기억력, 정신건강 병력, 삶의 만족도, 대처능력, 애정과 정서, 영성 관련 정보를 파악하는 역량)
6. 노인 돌봄제공자의 욕구와 스트레스 수준을 평가한다.
7. 노인에게 적절한 표준화된 사정도구와 진단 도구들을 알고 있다(예: 우울 척도, Mini-Mental Status Exam)
8. 노인을 위하여 측정가능한 목표치를 기반으로 명확하고 시기적절한 케어 및 서비스계획을 수립한다.
9. 지속적인 관찰을 통해 노인의 케어와 서비스 계획을 재평가하고 수정한다.
III. 개입
노인 및 가족과 친밀하고 전문적인 원조 관계를 맺는다(노인과 가족 중심의 재가 또는 지역사회, 시설기반 서비스를 포괄함).
2. 노인의 대처역량과 정신건강을 증진시키기 위하여 심리-교육적 접근을 활용한다.
3. 노인과 가족을 대상으로 집단개입을 활용한다(예: 애도 집단, 회상 집단 등)
4. 노인 및 가족구성원의 분노와 적개심이 표출되는 상황을 중재한다.
5. 돌봄제공자의 스트레스 수준을 경감하고, 그들 자신의 정신적, 신체적 건강을 유지하도록 지원한다(노인과 갈등을 경험하는 가족돌봄제공자의 위기상황 개입 포함)
6. 노인과 가족을 자원과 서비스에 연계하고 장기계획을 세우기 위한 사회복지 사례관리서비스를 제공한다.
7. 노인과 가족에게 건강유지와 질병에 대한 정보(예: 알츠하이머 치매, 삶의 말기 돌봄)를 제공하기 위하여 교육적 전략을 활용한다.
8. 노인 및 가족을 위한 실천과정을 어떻게 종결하는지 이해한다.
9. 타 기관과 전문직들이 노인에게 양질의 서비스를 제공하고 지원하도록 옹호자의 역할을 담당한다.
10. 노인과 관련한 법률과 공공정책을 준수한다.
IV. 노인복지 서비스, 프로그램과 정책
정책과 규칙, 프로그램이 노인과 그들의 돌봄제공자에게 어떠한 영향을 미치는지 이해한다. 특히 여성노인과 같이 역사적으로 소외된 노인집단에 관심을 기울인다.
2. 노인과 가족들이 보호의 연속성 상에서 적절한 서비스를 활용하도록 찾아가는 서비스의 방법을 이해한다(예: 건강증진, 장기보호, 정신건강 등)
3. 다양한 집단의 노인과 가족에게 서비스 제공이 원활하게 제공되도록 조직의 정책, 절차, 자원들을 동원한다.
4. 노인에게 영향을 미치는 분절적 서비스, 차별, 장애물을 제거하기 위하여 세대 간 교류를 포함하는 전략을 이해하고 개발한다.
5. 프로그램 기획과 구성단계에 노인의 참여를 독려한다.
6. 노인을 위한 프로그램의 궁극적인 성과가 성취되었는지 효과성을 평가한다.
7. 실천과 프로그램 성과를 향상시키기 위한 평가와 연구를 수행한다.
8. 증가하는 노인 인구의 욕구와 이슈를 해결하기 위하여 서비스 제공자, 지역사회 기관, 정책결정자와 대중들을 조직하고 옹호한다.
9. 노인과 가족을 위한 자원체계들의 유용성을 이해한다.
10. 노인의 욕구를 충족하기 위하여 필요한 핵심 재원을 파악한다.

IV. 우리나라 대학의 노인복지 교과과정 현황

본고에서는 우리나라 대학의 노인복지교과과정의 현황을 파악하기 위하여 정순둘(2012)의 사례관리 교과과정 분석의 절차를 활용하였다. 먼저 한국사회복지교육협의회에서 2006년과 2015/2016년에 발간한 노인복지론 교과목 지침서의 지침내용에 대해 공통점과 차이점을 분석하여 약 10년 간 어떠한 변화가 있는지 살펴보았고, 10년 간격이 있는 두 권의 교과목 지침서 참고문헌에 공통으로 수록된 노인복지론 교재 5종을 채택하여 목차분석을 수행하였다. 사회복지교육의 가장 기본적인 표준화된 교과구성을 제시하는 노인복지 교과목 지침서와 노인복지 교재로서 장기간 활용되며 개정판을 출판해 온 교재내용을 분석하는 작업은 사회복지학 전공학생들에게 제공되는 노인복지 교육의 핵심내용을 파악하는 것으로서 큰 의의가 있다(이은정·마은경, 2014).

1. 노인복지론 교과목 지침서 2006년과 2015/2016년 내용비교

한국사회복지교육협의회에서 발간한 2006년 교과목 지침서에 의하면(표 6 참조), 노인복지론 교과목의 목표는 노인의 신체-심리-사회적 특성과 노화과정에 대한 이해를 기반으로 고령화사회가 당면하는 노인욕구와 노인문제를 파악하고 이를 해결하기 위한 노인복지 정책과 서비스, 실천방법을 가르치는 것이다. 2015/2016년 지침서에도 이러한 기본적인 목표는 유지되면서 더욱 구체적인 소득보장, 의료보장 정책과 실천방법을 상세하게 다루고 있다. 또한 노인의 사회참여활동은 여가문화와 생애교육, 자원봉사를 중심으로 2006년과 2015/2016년 모두 중요한 주제로 다뤄지고 있으며, 고령화사회에 대비하는 미래 노인복지의 과제를 다루는 단락을 공통적으로 포함하고 있다.

한편, 2006년 지침서와 2015/2016년의 지침서를 비교하면 다음과 같은 차이가 발견된다. 첫째, 2006년에 비하여 최근의 지침서는 노인에게 적용되는 소득보장, 의료보장, 사회적 서비스 등 제도와 서비스의 구체적 내용을 상세하게 제공하는 것을 볼 수 있다. 또한 기초연금과 장기요양보험제도의 도입으로 노인복지법뿐 아니라 다양한 노인대상 관련법에 대한 내용이 강조되었다고 보인다. 둘째, 2015/2016년 지침서는 노인복지실천의 기초와 관련된 단락을 확보하고, 구체적인 실천방법으로 노인상담과 노인사례관리를 자세하게 다루고 있다. 이러한 변화는 이론적 지식과 함께 실제적 지식의 동시에 추구하는 노인복지 현장의 욕구를 반영하고 있다고 분석된다. 셋째, 2006년 지침서의 많은 부분을 차지했던 노인의 신체적, 정신적 건강수준과 가족부양에 대한 내용은 2015/2016년 지침서 교과목 내용에 포함되지 않았다. 노인의 정신건강 중에서도 노인치매와 노인과 성 등 선별된 주제로만 교과목 내용이 구성되어 있으며, 가족부양의 이슈들은 노인장기요양보험제도의 도입 이후 노인복지론 교과목 내용으로 비중이 약해진 것으로 보인다. 마지막으로 2006년에는 소외된 노인의 내용으로 빈곤노인, 장애노인, 여성노인, 피학대 노인을 다루고 있으나 2015/2016년 교과목 지침서에는 노인학대에 대한 단락만을 포함하고 있다. 이는 노인관련 세부 이슈들의 중요성이 감소되거나 문제가 종식되었기 때문이라고 생각하기보다는 15-16주차로 구성된 1학기의 1개 교과

목 분량으로는 노인복지 제도와 정책, 서비스, 실천방법과 함께 세부적인 주요 이슈를 다루기가 역부족이기 때문이라 생각된다.

<표 6> 노인복지론 교과목 지침서 비교: 2006년과 2015/2016년

구분	2006년 교과목 지침서 내용 (Social Work with the Aged)	2015/2016년 교과목 지침서 내용 (Welfare for the Elderly)
교과목 목표	• 노화(aging)와 노인에 대한 이해 • 노인복지 정책 및 서비스에 대한 이해 • 노인복지 분야별 쟁점과 과제 • 환경변화에 따른 새로운 과제	• 노인의 신체적, 심리적, 사회적 특성에 대한 이해 • 고령사회와 노인복지의 개념에 대한 이해 • 노인의 욕구와 노인문제에 대한 이해 • 노인복지정책, 제도, 관련 법률 및 서비스에 대한 이해 • 노인복지실천의 기초이론에 대한 이해 • 노인사례관리와 상담에 대한 이해 • 노인복지환경 변화에 따른 새로운 과제
공통 교과목 내용		
노인에 대한 이해와 노화 이론	**<노인에 대한 이해>** 노인의 개념, 특성, 노인부양과 가족 **<노화의 주요 측면과 관련 이론>** 생물학적 노화 현상 및 관련 이론, 심리적 노화 현상 및 관련 이론, 사회적 노화 현상 및 관련 이론	**<노인 관련 용어와 노인 개념 정의>** 노인의 신체적, 심리적, 사회적 특성, 고령화사회와 노인, 노화이론
고령화, 노인문제, 노인복지	**<인구고령화 추이와 환경변화>** 노인인구 및 평균수명의 변화추이, 인구고령화가 개인, 가족, 사회에 미치는 영향	**<노인 욕구, 노인문제 그리고 노인복지의 관계>** 노인의 욕구와 노인문제, 노인문제 그리고 노인복지, 노인복지의 개념과 접근방법
노인복지 정책의 기초	**<노인복지정책의 기초>** 노인복지 행정체계, 재정, 관련법	**<노인복지 관련법>** 노인복지법, 노인장기요양보험법과 기초노령연금, 연령상 고령용차별금지 및 고령자고용촉진법, 저출산고령사회기본법
노인복지 정책과 서비스	**<노인복지정책>** 소득보장, 의료보장, 주거보장, 사회적 서비스, 한국 노인복지정책이 문제점과 개선방안	**<노인소득보장정책>** 연금보험, 공공부조, 기초노령연금, 노인일자리사업 **<노인의료보장정책>** 국민건강보험, 의료급여, 노인장기요양보험 **<노인복지서비스>** 노인복지시설과 시설복지서비스, 노인재가복지시설과 재가복지서비스
노인복지 실천	**<노인복지실천>** 노인상담, 사례관리, 노인복지 프로그램 개발과 평가, 한국 노인복지실천현장의 문제점과 개선방안	**<노인복지실천의 이해>** 노인복지실천의 개념, 목적과 원칙, 그리고 가치와 윤리, 노인복지실천의 과정 **<노인사례관리>** 노인사례관리의 필요성과 개념, 모형과 구성요소, 사례관리의 과정 **<노인상담>**

		노인상담의 필요성, 개념, 유형과 특성, 노인상담의 원조관계와 상담자의 태도, 노인상담의 과정과 기술 **<노인복지프로그램의 개발>** 노인복지프로그램의 의의와 구성요소, 프로그램의 개발과 관리, 노인복지시설과 노인복지관 프로그램, 노인복지프로그램 평가
노인의 사회참여 활동	**<노인의 사회참여>** 여가, 취업과 재교육, 사회교육, 자원봉사	**<노인의 여가문화와 생애교육, 자원봉사>** 노인 여가문화 활동의 의의와 유형, 노인 여가활동의 실태와 정책과제, 노인생애교육의 의의와 유형, 노인생애교육의 실태와 정책과제, 노인 자원봉사의 의의와 유형, 노인 자원봉사의 실태와 정책과제
차별화된 교과목 내용		
노인복지 분야별 쟁점과 과제	**<노인소외>** 노인빈곤, 농촌노인, 장애노인, 노인학대	**<노인 학대와 예방>** 노인학대의 개념, 학대 유형과 발생원인 노인학대의 실태, 노인학대의 예방
	<노년기의 정신보건> 노인우울, 노인자살, 노년기의 성	**<노인과 성>** 노인의 성의 의의, 노인의 성생활 실태와 정책과제, 노인의 이성교제, 재혼과 정책과제 **<노인과 치매>** 노인성 치매의 개념과 원인, 노인성 치매의 실태, 노인성 치매의 예방과 치료
	<고령화에 따른 새로운 쟁점과 과제> 고령사회에 필요한 가치와 윤리, 노인조직의 변화와 과제, 노인정보화교육의 확대, 시설/인력/서비스의 표준화 **<실버산업>** 실버용품에 대한 이해, 실버산업의 발달 노인복지인력의 양성, 실버산업으로서의 노인복지서비스	**<노인복지의 미래와 과제>** 고령화 사회와 노인복지의 과제, 미래사회의 노인복지 정책과제
	<노인과 가족> 노인 핵가족의 특성과 문제, 자녀의 노인부양에 따른 과제, 독신노인의 증가에 따른 과제	–
	<노년기의 건강> 건강한 노후, 노년기의 자기관리, 노년기의 만성질병	–
	<노인 장기요양보호> 대상노인의 특성, 가족부양자의 부양부담 장기요양보호 관련 정책, 호스피스 서비스	–
	<여성 노인> 여성노인의 배우자 수발, 홀로된 여성노인의 심리적 문제, 홀로된 여성노인의 경제적 문제 홀로된 여성노인의 수발 문제	–

2. 노인복지론 교재 내용 분석

2006년과 2015/2016년 교과목지침서 참고문헌에 공통으로 수록된 교재 5종을 분석대상으로 선정하여 대학교재로 장기간 활용되어 온 노인복지론 목차의 변화를 살펴보았다(표 7 참조). 노인복지론 교재는 저자에 따라 소개하는 이론과 관점, 노인복지 정책과 서비스의 범위, 실천방법의 상세 정도, 세부 분야별 주제의 선택이 다양하다. 평균 10년의 기간이 지나면서 여러 번의 개정을 거쳐 교재의 내용이 업데이트되었지만 아래 <표 7>에 제시된 바에 따르면 동일한 저자의 교재목차와 내용은 크게 달라지지 않은 것으로 보인다. 다만 앞서 논의한 교과목 지침서의 공통내용을 비교적 잘 반영하고 있다는 점에서 노인복지론 교재는 어느 정도 표준화가 이루어졌다고 판단된다. 특히 노화와 노인의 개념, 인구고령화 현황, 노인복지법, 소득보장과 의료보장 정책, 사회적 서비스(재가복지와 시설보호), 노인의 여가와 자원봉사 주제는 기존 교재와 최근 교재에 모두 수록되어 있어 노인복지의 핵심내용으로 교육되고 있음을 알 수 있다.

한편, 최근 출간된 교재의 경우 기존 교재에 비하여 저자에 따라 다양한 세부적 이슈를 포함하는 경향이 나타나는데, 공통적으로 변화된 부분이 노인욕구 및 노인문제에 대한 이해, 노인장기요양보험제도, 노인빈곤에 관한 내용이 추가된 것이다. 반면, 새로운 주제로 등장하는 내용들은 베이비붐 세대, 노인의 권익과 인권, 노인복지프로그램 개발, 노년기 이성교제와 재혼, 사별과 애도, 존엄사, 장묘문화, 노년공학, 노인 안전과 범죄 등으로 나타나고 있다. 앞서 살펴본 미국 노인복지교육의 역량 목표 중 사회정의의 가치를 노인복지실천에 적용하는 역량, 사별과 애도, 삶의 말기(end-of-life)에 당면하는 이슈에 대한 이해, 노인복지 프로그램 기획단계에 노인이 참여하도록 독려하는 역량, 프로그램 성과를 확인하는 역량 등을 고려하면 현재 노인복지론 교재의 많은 부분을 차지하는 정책과 프로그램 정보제공 수준을 탈피하여 이러한 기본 정보를 실제로 활용하고 비판적으로 사고하여 개선방안을 제시할 수 있도록 학습자의 역량을 키우는 방향의 교육이 이루어져야 할 필요성이 제기된다.

<표 7> 노인복지론 교재 목차와 내용 변화

저자명 / 발행연도 / 구성과 내용	권중돈		모선희 외		박차상 외		양옥남 외		이해영	
	2004	2016	2005	2015	2002	2012	2005	2016	2006	2015
노화와 노인 개념*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
노인의 욕구와 노인문제	●	●	●	●	●	●	●	●		●
베이비부머, 뉴 실버세대				●				●		
노인복지학의 특성	●	●					●	●	●	●
노인복지의 개념과 발달사	●	●			●	●			●	
노인관련 연구동향			●	●						
인구고령화 현황*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
생물학적 노화와 이론	●	●	●	●			●	●	●	●

심리학적 노화와 이론	●	●	●	●			●	●	●	●
사회학적 노화와 이론*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
성공적 노화	●	●								
노인복지법*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
관련법: 저출산·고령사회기본법, 기초연금법 등					●	●		●	●	●
노인 권익과 인권, 정치참여	●	●					●			
노인복지 행정조직체계	●	●	●	●	●	●			●	●
노인복지 재정	●	●	●	●	●	●			●	●
소득보장정책*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
고용보장정책	●	●						●	●	●
의료보장정책*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
주거보장정책	●	●	●	●	●	●			●	●
사회적 서비스: 노인복지시설 및 재가복지서비스*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
노인복지실천: 개별 및 집단 개입방법	●	●					●	●		
노인상담	●	●	●	●	●	●				
노인사례관리	●	●	●	●			●	●		
노인복지 프로그램개발	●	●								
노인 경제실태 또는 빈곤	●	●	●	●	●	●		●	●	●
노년기 일과 고용	●	●	●	●				●		
노인부양			●	●			●			
생산적 고령화			●							
노년기의 건강과 만성질환	●	●	●	●						
노인케어의 개념과 실천	●	●			●					
장기요양보호서비스			●		●					
노인장기요양보험제도		●		●		●	●	●		
노년기 정신보건: 음주, 우울			●	●					●	●
노인자살	●	●	●	●					●	●
노인치매	●	●			●	●	●		●	●
노년기 주거환경	●	●							●	●
노년기 사회관계망, 가족관계	●	●	●	●						
노년기 성	●	●	●	●						
노인의 이성교제, 재혼				●						
노인학대	●	●	●	●			●	●	●	●
노년기 여가활용, 자원봉사*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
노년기와 퇴직	●	●					●	●	●	●
노인교육	●	●	●	●	●		●	●	●	●

죽음과 호스피스	●	●					●	●		
사별과 애도과정	●	●								
장묘문화							●			
존엄한 죽음(안락사 논의)								●		
장애노인			●	●						
여성노인			●	●						
농촌노인			●	●						
고령친화산업	●	●			●	●	●	●	●	●
노인복지와 정보화	●	●			●	●				
노년공학	●	●								
노인의 안전과 범죄	●	●								
각종 치료와 요법	●									

V. 논의 및 제언

본고는 한국 사회복지교육의 현황을 점검하고 향후 대학의 노인복지교육이 담당해야 할 과제를 논의하는 장을 제공고자 작성되었다. 2000년 중반부터 한국 사회복지교육과 관련된 연구들이 활발하게 진행되면서 사회복지 가치와 윤리교육의 강화, 현장실습교육의 체계화, 거시적 실천을 위한 현장실습지 확대, 사회복지교육 인증제 도입, 사회복지사 자격제도 개선의 필요성들이 제기되었다(남기철, 2004; 노충래, 2005; 이혜경·남찬섭, 2005; 홍선미, 2010). 사회복지교육은 태생적으로 이론과 실천의 연계, 미시-중시-거시적 접근의 통합, 과학과 기술의 균형, 선별주의와 보편주의의 방향을 고민하며 진화하므로 노인복지교육 또한 유사한 맥락의 어려움을 경험할 수밖에 없지만, 학부교육이 중심인 한국 사회복지교육의 특수성과 함께 압축적 고령화로 인한 인구구조의 변화와 노인의 욕구와 노인관련 사회문제가 국가적 주요 과제가 되고 있는 현 시점에서 대학의 노인복지교육은 미래지향적 목표를 설정하여 진일보해야 할 사회적 책임이 있다고 본다. 특히 사회복지전공 인력의 양적 팽창에 따른 인력과잉공급과 교육의 질 저하의 위기 속에서 얼마나 신속하고 현명하게 현 노인복지교육의 구조와 교과과정을 변화시켜 대처하는가에 따라 우리사회 미래의 명암이 달라진다고 할 수 있다.

앞서 논의된 바와 같이 최소전공학점인정제도와 전공여부에 상관없이 부여되는 2급 사회복지사제도의 약점을 보완하기 위해서는 기초-심화[2] 전공교과과정을 편성한 체제를 고려할 수 있겠다. 사회복지사 자격관련 교과목은 기초교과과정으로 편성하되, 심화교과과정에는 사회복

2) 본고에서 기초-심화 교과과정은 일반주의사회복지사 양성에 입각한 교과과정을 의미한다. 현재 사회복지사 자격제도 관련 교과목은 일반주의사회복지사 양성을 목표로 하는 학부교육임을 감안하더라도 지나치게 기초적인 교과과정에 국한되어 있기에 한국의 사회복지교육이 지향하는 사회복지 정체성과 전문성을 갖춘 글로벌 인재를 양성하기 위해서는 심화 교육과정을 제시해야 할 필요가 있다. 이러한 심화 교과과정은 대학원에서 지향하는 전문주의사회복지사 양성을 위한 교과과정과는 구별된 것으로 쓰였다.

지 정체성과 전문성을 향상시키기 위한 사회복지 윤리와 철학, 중시-거시적 수준의 사회복지 실천기술, 사회조사와 분석기술 관련 교과목뿐 아니라 인구고령화와 노인의 이해, 노인사례관리, 심화현장실습교육을 필수적으로 배치해야 할 것이다. 특히 현재 현장실습교육을 위해 수행해야 하는 실습기관에서의 120시간 이상 교육은 심화실습을 필수적으로 부여한다 해도 240시간~280시간에 그쳐 미국 학부교육에서 제시하는 400시간과는 여전히 격차가 크다.

또한 사회복지교과과정 내 선택교과목의 범위를 확대하여 사회복지학의 가치와 윤리철학을 토대로 미래사회 인구변화 특성에 맞는 다양한 교과목들을 학생에게 제공해야 할 것이다. 또한 전부/전과제도를 허용적으로 운영한다하더라도 학문의 개연성과 체계를 토대로 교육서비스이용자의 권익을 존중하는 것이 교육기관과 교육자가 준수해야 할 윤리적 책임이다.

더불어 개인행동심리학 이론을 중심으로 진행되기 쉬운 인간행동과 사회환경 교과목을 미시-중시-거시적 접근 관련 이론들을 균형적으로 다루고, 인간발달단계에 따른 발달과업과 노화단계에서의 특성과 임종에 대한 이슈를 다룰 수 있도록 전환함과 동시에 노인복지실천의 개념이 행정과 정책, 사회보장도 포괄할 수 있도록 확대되어야 할 것이다. 선행연구에서 주장되는 한국 노인복지교육의 방향은 이론지식과 현장지식이 함께 활용되어 사회복지학문의 특성을 잘 반영하는 것이라 할 수 있다. 그럼에도 현재 노인복지교육의 실천방법은 상담과 사례관리 집중적으로 교육되고 있어, 실천의 개념을 정책 또는 보장과 양립하는 개념으로 오해하는 경우 개인과 소집단을 대상으로 하는 미시적 실천만을 강조하는 불균형을 초래한다. 향후 지역사회와 정책, 제도 등 노인 중심의 중시-거시적 실천을 위한 현장실습교육과 밀착형 진로지도를 통하여 사회복지전공자들이 노인과 가족을 지원하는 다양한 행정체계와 연구기관, 정책수립기관에 진입할 수 있도록 독려해야 할 것이다.

"미국 사회사업학의 단순 이식"(이혜경·남찬섭, 2005) 시대를 거쳐 현재까지 한국의 사회복지현장과 교육은 다양한 형태로 진화발전해 왔다. 그럼에도 한국적 문화와 가치, 사회경제적 특성, 지역사회 및 인구학적 특성이 반영된 한국적 사회복지교육의 부재에 대한 비판도 꾸준히 제기된다(노충래, 2004). 이러한 맥락에서 미국의 노인복지교육 역량 목표는 한국적 사회복지교육 맥락에서 이론과 실천의 균형을 이루어 궁극적으로 학생들의 어떠한 역량을 키우고자 하는지 고민을 시작하는 자극제가 될 수 있지만, 이들의 역량 목표 자체를 그대로 수용하는 것은 지양해야 할 것이다. 현재 대학 교육의 패러다임을 변화시키고 있는 역량기반 교육 선호흐름은 여러 장점에도 불구하고 여전히 이론적 지식보다 실제적 지식을 강조하여 교육을 직업훈련교육으로 전락시키는 위험한 담론이라는 비판을 받고 있기도 하다(박민정, 2009),

마지막으로, 노인을 포함한 모든 인간의 존엄성과 사회정의를 지향하는 사회복지전문직의 가치와 윤리강령은 사회복지교육의 전반에 기틀로 녹아있어야 한다. 그러나 현재 사회복지전공학생들은 가치와 윤리강령, 철학적 기반에 대하여 학습할 기회가 매우 제한적이며, 현장실습교육, 학술적 글쓰기 등과 관련하여 비윤리적 행위 여부를 판별할 수 있는 명확한 기준을 제공받거나 이에 대하여 고민할 기회조차 갖기 어렵다. 향후 노인복지교육과 미시적-거시적 사회복지실천의 연계성, 한국적 노인복지교육의 토착화는 사회복지전문직의 가치와 윤리강령을 필수적 기반으로 하여 진행되어야 할 것이다.

참고문헌

김진·박미진(2014). 대학의 실천지향적 노인복지 교육방향과 교과과정 연구: 사회복지 교과과정을 분석을 중심으로. *비판사회정책*, 44, 46-81.

김현옥·김경호·하은영(2009). 사회복지학 단일전공 학과와 복합전공 학과 학생들의 사회복지 전문성 인식 비교연구. *한국사회복지교육, 10집*, 37-67.

남기철(2004). 사회복지실천 교육과 사회복지사 양성. *상황과 복지, 17*, 47-88.

노충래(2004). 사회복지 교육의 현황과 과제. *연세사회복지연구, 10*, 174-196.

박민정(2009). 역량기반 교육과정의 특징과 비판적 쟁점분석: 내재된 가능성과 딜레마를 중심으로. *교육과정연구*, 27(4), 71-94.

이은정·마은경(2014). 노인복지현장의 직무분석에 따른 노인복지 교육과정 분석. *노인복지연구*, 63, 257-277.

이혜경·남찬섭(2005). 한국 사회복지학의 고등교육 50년: 사회복지의 제도화와 고등교육의 대중화를 배경으로. *한국사회복지교육, 1*(1), 69-95.

이효선·정푸름(2012). **사회복지실천론**. 정민사.

정순둘(2012). 대학 사례관리교육과정: 교과목 지침서와 교재분석. *사례관리연구*, 3(1), 65-80.

한국사회복지교육협의회(2016). 한국사회복지교육협의회 홈페이지. 단체교 현황. http://kcswe.kr/

최일섭·김제선·유재윤(2014). 2014년 사회복지사 통계연감. 보건복지부·한국사회복지사협회.

최일섭·손경은·신경안(2015). **2015년 사회복지사 통계연감.** 보건복지부·한국사회복지사협회.

홍선미(2010). 한국사회복지교육인증제의 도입방안 연구. *한국사회복지교육, 12*, 123-145.

Berkman, B., Gardner, D., Zodikoff, B., & Harootyan, L. (2006). Social Work and aging in the emerging health care world. *Journal of Gerontological Social Work*, 48, 203-217.

Damron-Rodriguez, J., Goodman, C., Ranney, M., Min, J. W., & Takahashi, N. (2013). The state of gerontological social work education in California: Implications for curricula evaluation. *Journal of Social Work Education*, 49(1), 235-249.

주제 2

노인복지학 연구의 성찰과 과제:
무엇을 어떻게 연구해야 할 것인가?

- 한국노인복지학회 게재 논문(2005-2016)을 중심으로 -

발표: 이민홍(동의대학교 사회복지학과 부교수)

한국노인복지학회 2016년 특별기획: 발표자료

노인복지학 연구의 성찰과 과제: 무엇을 어떻게 연구 해야 할 것인가?

-한국노인복지학회 게재 논문(2005-2016)을 중심으로-

이민홍(동의대학교 사회복지학과 부교수)

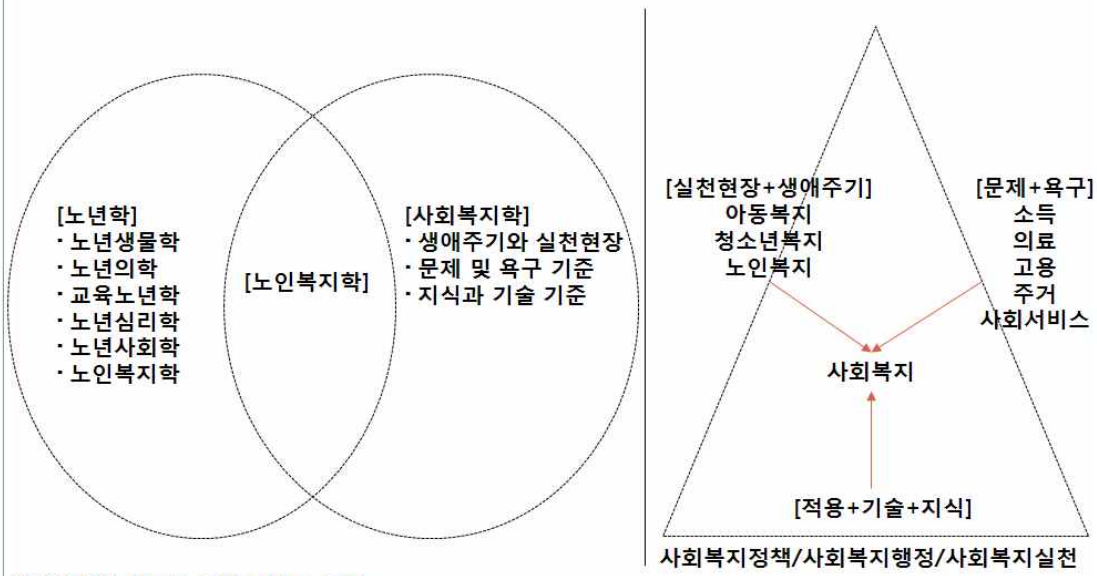
노인복지학(연구) 개념

- 노인복지: "노인이 인간다운 생활을 영위하면서 자기가 속한 가족과 사회에 적응하고 통합될 수 있도록 필요한 자원과 서비스를 제공하는데 관련된 공적 사적 차원에서 계획과 서비스 제공 활동: 인간다운 생활+가족과 사회에 적응하고 통합되는 것+자원과 서비스의 제공" (최성재, 장인협, 2010, p. 313)

- 노인복지학: "노인과 사회환경 간의 상호작용과정에서 나타나는 개인의 적응문제, 발달적 욕구의 해결에 필요한 정책, 프로그램과 서비스 제공과 관련된 연구와 실천" (권중돈, 2016, p. 41).

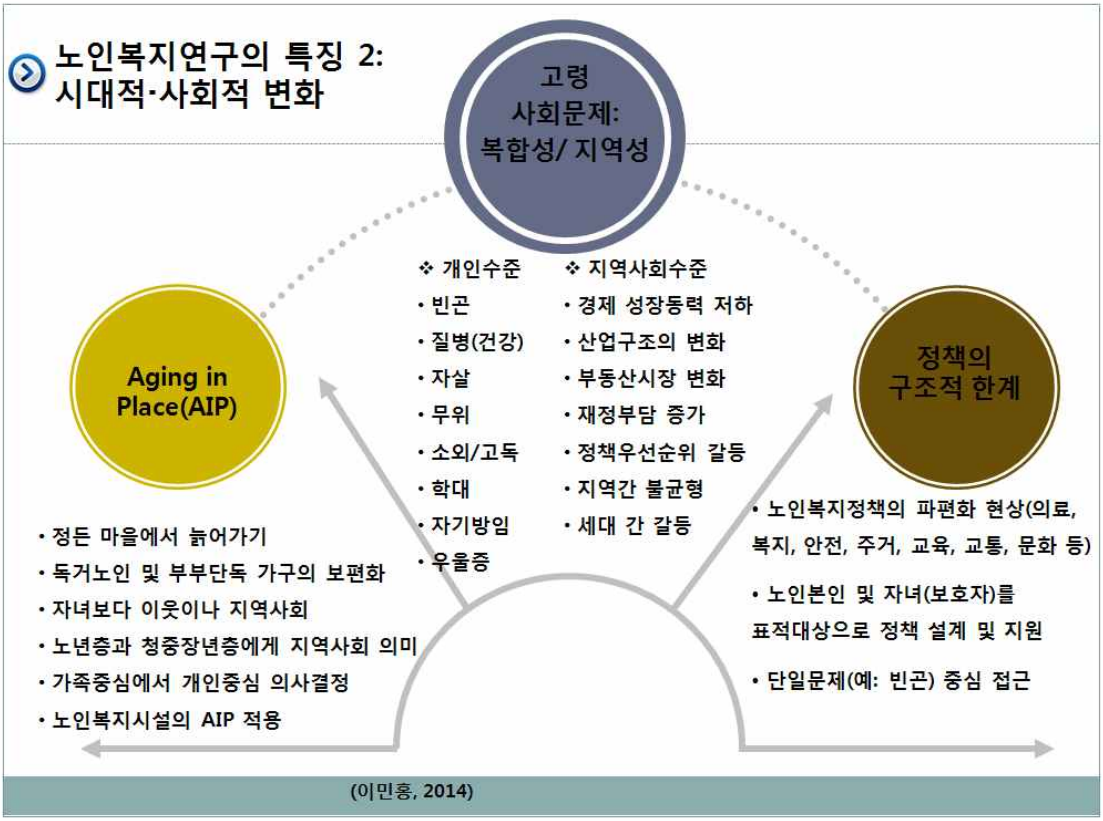
- 노인복지학: "노인의 욕구를 충족시키고 노인문제를 해결함으로써 노인복지증진에 관련된 것" (현외성, 2016, p. 69)

노인복지연구의 특징 1: 노년학과 사회복지학의 융합으로 노인복지학



참고: 최재성, 장인협, 2010; 권중돈, 2016.

노인복지연구의 특징 2: 시대적·사회적 변화



(이민홍, 2014)

노인복지연구의 특징 3: 노인문제의 복합성

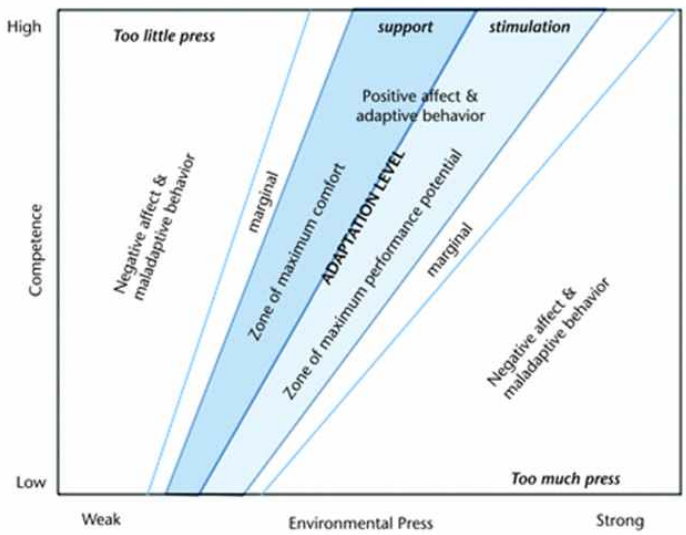
- 빈곤문제(수입 감소와 경제적 의존)
- 질병문제(건강악화와 보호부양 어려움)
- 고독과 소외 문제(심리사회적 소외와 고립)
- 무위의 문제(여가시간의 연장과 상실)
- 노인학대
- 자기방임
- 우울증상
- 노인자살

-> 노인문제들은 상호교류 및 동시 발생



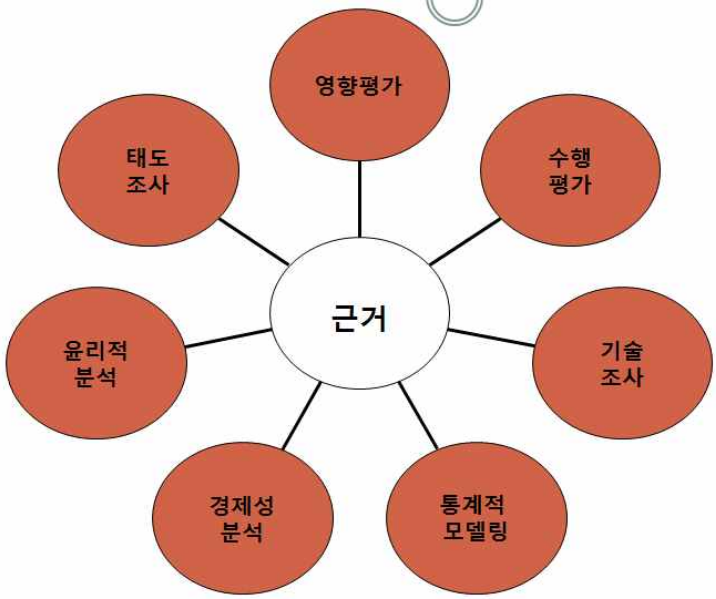
(이민홍 & 김순은, 2015)

노인복지연구의 특징 4: Environmental Press Theory 시각(perspective)



Source: Lawton, M.P. & Nahemow, L. Ecology and adaptation in the aging process. In Eisdorfer, C. & Lawton, M.P. (Eds.) Psychology of the aging process. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1973.

노인복지연구의 특징 5: 노인복지(실천/행정/정책)의 과학적 토대 제공



(Davies, 2004)

노인복지학 연구 동향 선행연구: 정순둘(2006, p. 182)/ 438편 분석

〈표 1〉 전체 논문대비 분석대상논문의 비율

	한국사회복지학			한국노년학			노인복지연구			계		
	총논문수 (a1)	효과성 분석 논문(b1)	% (b1/a1)	총논문수 (a2)	효과성 분석 논문(b2)	% (b2/a2)	총논문수 (a3)	효과성 분석 논문(b3)	% (b3/a3)	a1+ a2+ a3	b1+ b2+ b3	%(b1+b2 +b3)/(a1 +a2+a3)
1997	50	1	2.0	22	0	0	-	-	-	71	1	1.4
1998	40	0	0	30	0	0	22	0	0	92	0	0
1999	43	0	0	34	1	2.9	36	0	0	113	1	0.9
2000	42	0	0	43	2	4.7	38	1	2.6	123	3	2.4
2001	51	1	2.0	46	1	2.2	38	0	0	135	2	1.5
2002	48	0	0	43	3	7.0	43	1	2.3	134	4	3.0
2003	52	2	3.8	50	3	6.0	47	2	4.3	149	7	4.7
2004	54	1	1.9	48	0	0	49	3	6.1	151	4	2.6
2005	58	0	0	48	2	4.2	52	3	5.8	158	5	3.2
계	438	5	1.1	364	12	3.3	325	10	3.1	1127	27	2.4

노인복지학 연구 동향 선행연구: 김미혜(2008, p. 738)/ 215편 분석

노년학 연구논문

↓

복지 분야 연구논문

↓

시대 구분	시기별/ 범주별 연구동향	연구저자 수 및 전공 분야에 따른 연구동향	연구방법에 따른 연구동향
1980년대	1. 제도와 정책 2. 노인문제 3. 노인의 사회참여 4. 사회서비스 및 실천 (방법론) 5. 노인과 부양 6. 기타	1. 연구 저자 수 2. 저자의 전공분야	1. 양적 연구 2. 질적 연구 3. 혼합연구 4. 문헌연구 5. 기타
1990년대			
2000년~2004년		이론적 배경에 따른 연구동향	
2005년~2008년 현재			

연구 내용과 연구방법에 따른 구분

노인복지학 연구 동향 선행연구: 김미혜(2008, p. 748)

<표 8> 이론적 배경에 따른 복지연구 동향

연도	1980년대		1990년대		2000년~2004년		2005년~현재까지		합계	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
제도와 정책	3	11.5	2	7.7	3	11.5	2	7.7	10	38.5
노인문제	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
노인의 사회참여	0	0.0	1	3.8	0	0.0	0	0.0	1	3.8
사회서비스 및 실천	0	0.0	3	11.5	1	3.8	1	3.8	5	19.2
노인과 부양	0	0.0	1	3.8	5	19.2	3	11.5	9	34.6
기타	0	0.0	1	3.8	0	0.0	0	0.0	1	3.8
합계	3	11.5	8	30.8	9	34.6	6	23.1	26	100.0

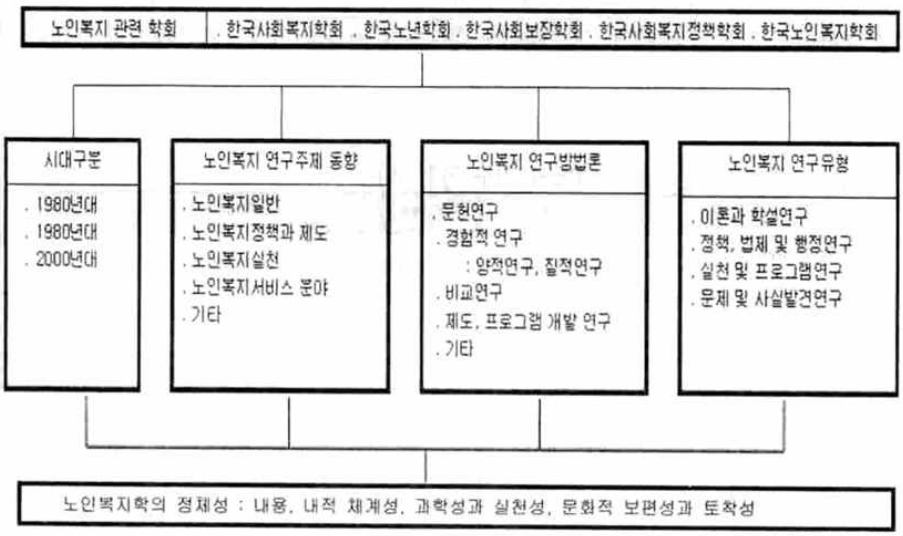
노인복지학 연구 동향 선행연구: 김미혜(2008, p. 749)

<표 9> 연구방법에 따른 복지 분야 연구동향

연구방법		1980년대		1990년대		2000년~2004년		2005년~현재까지		합계	
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
양적 연구	기술통계		0.0	10	4.7	7	3.3	3	1.4	20	9.3
	확률통계(1)	1	0.5	12	5.6	25	11.6	14	6.5	52	24.2
	확률통계(2)	1	0.5	7	3.3	24	11.2	15	7.0	47	21.9
소 계		2	0.9	29	13.5	56	26.0	32	14.9	119	55.3
질적 연구	심층면접		0.0	1	0.5	4	1.9	1	0.5	6	2.8
	현상학		0.0		0.0		0.0	3	1.4	3	1.4
	포커스그룹인터뷰		0.0	1	0.5		0.0		0.0	1	0.5
	사례연구		0.0	1	0.5		0.0		0.0	1	0.5
소계			0.0	3	1.4	4	1.9	4	1.9	11	5.1
혼합(양적+질적)연구			0.0	3	1.4	1	0.5	4	1.9	8	3.7
문헌연구		21	9.8	33	15.3	12	5.6	3	1.4	69	32.1
기타			0.0	3	1.4	3	1.4	2	0.9	8	3.7
합계		23	10.7	71	33.0	76	35.3	45	20.9	215	100.0

노인복지학 연구 동향 선행연구: 현외성(2009, p. 285)/ 1,472편 분석

<표 1> 연구분석틀



노인복지학 연구 동향 선행연구: 현외성(2009, p. 287)

<표 3> 각 학회의 연대별 노인복지 연구주제별 동향 : 총괄

	총계	한국사회복지학회	한국노년학회	한국사회보장학회	한국사회복지정책학회	한국노인복지학회
노인복지일반(일반, 역사, 인력, 철학, 교육 등)	83 (5.6)	10	29			44
노인복지정책과 제도(제도, 프로그램, 행정, 정책, 법률 등)	390 (26.5)	35	97	112	83	63
노인복지실천(개별지도, 집단지도, 지역사회조직, 가족치료 등)	511 (34.7)	22	244			245
노인복지서비스 분야(시설서비스, 치매, 가출, 자살, 봉사 등)	435 (29.6)	16	341			78
기타	53 (3.6)	14				39
총계	1,472 (100)	97	711	112	83	469

* 주: 노인복지 관련 논문 수/총 수록 편수 (비율 : %)

노인복지학 연구 동향 선행연구: 현외성(2009, p. 290)

<표 5> 각 학회의 연대별 노인복지 연구방법론별 동향

		문헌연구	경험적 연구		비교연구	제도, 프로그램 개발연구	기타	총계
			양적연구	질적연구				
한국사회복지학회	1980년대	3	5			9		17
	1990년대	3	12		2	7		24
	2000년대	5	33	2	5	11		56
	소계	11	50	2	7	27		97
한국노년학회	1980년대	22	34		3	14	3	76
	1990년대	10	140	11	13	36	6	216
	2000년대	14	296	16	29	57	7	419
	소계	46	470	27	45	107	16	711
한국사회보장학회	1980년대		1			13		14
	1990년대		3		3	38		44
	2000년대		13		3	38		54
	소계		17		6	89		112
한국사회복지정책학회	1980년대							
	1990년대	17	3			1		21
	2000년대	13	26		9	13	1	62
	소계	30	29		9	14	1	83
한국노인복지학회	1980년대							
	1990년대	3	40			11	1	55
	2000년대	24	306	15	19	41	9	414
	소계	27	346	15	19	52	10	469
총계	1980년대	25	40		3	36	3	107
	1990년대	33	198	11	18	93	7	360
	2000년대	56	674	33	65	160	17	1,005
	소계	114(7.7)	912(62)	44(3)	86(5.8)	289(19.6)	27(1.8)	1,472(100)

* 주: 노인복지 관련 논문 수/총 수록 편수 (비율 : %)

노인복지학 연구동향 선행연구의 한계점

- 절대적 노인복지 연구 동향 분석 선행연구 부족

- 제한된 선행연구
  - 효과성 분석 연구 비율 분석(정순둘, 2006)
  - 연구주제와 연구방법 분석(김미혜, 2008)
  - 연구주제, 연구방법, 연구유형 분석(현외성, 2009)

- 노인복지연구의 방향성(관점)에 대한 논의 부족

- 실천학문으로서의 차별성 부각 못함: 현실적 적응성이 낮아져 화석화된 지식 생성

노인복지연구 방향성(관점): 근거기반실천(Evidence Based Practice) 및 근거기반정책(Policy)



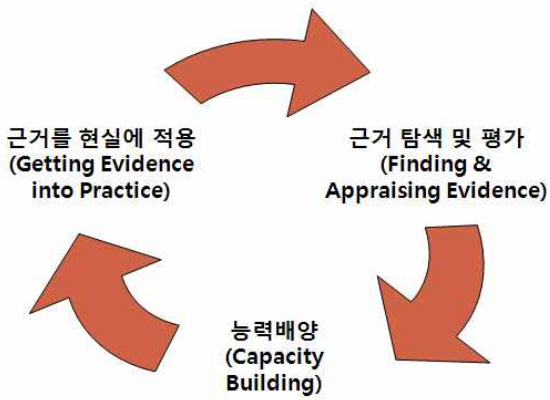
근거기반실천 + 근거기반정책 "ing"

근거기반실천의 시작

- 의학과 보건의 근거기반 접근을 적용
- 사회복지실천 및 정책과 사회복지연구를 통합
  - 효과성 조사
  - 절충주의
  - 사회개입조사(social intervention research)
  - 성과 측정
  - 메타분석: 평가결과에 대한 체계적 분석
- Gambrill (1999)의 개념화 노력
- Roen과 Proctor (2003)의 지침서
- 국내 저서: 김유진(2015) 근거기반실천과 사회복지 저서 발간. 아산재단 학술총서.

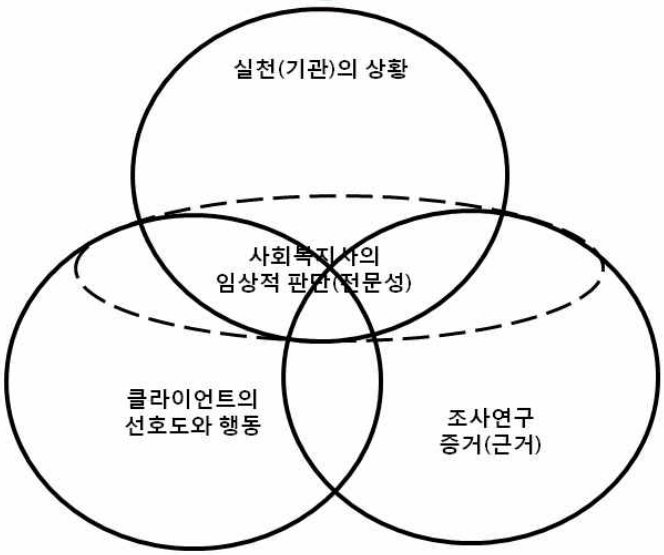
근거기반정책

- 정책입안자, 정책구매자, 정책운영자, 또는 정책실천가들이 핵심 이해관계자들과 함께 문제 또는 욕구 사정, 목적, 목표, 개입, 성과 등에 관련하여 특정 결론을 도출하는 의사결정과정



(Gray, 2001)

근거기반실천 모델



(Haynes, Devereaux, & Guyatt, 2002)

근거기반실천을 위한 질문 유형

1) 어떠한 개입, 프로그램 또는 정책이 가장 효과성 높은가?

- 예: 실험설계연구, 단일사례설계, 그리고 효과성을 측정한 상관관계연구 등

2) 어떠한 요인이 바람직한 결과나 바람직하지 않은 결과를 가장 잘 예측할 수 있는지?

- 예: 프로그램 성공을 위한 예측요인에 대한 질문은 상관관계연구나 질적연구 등

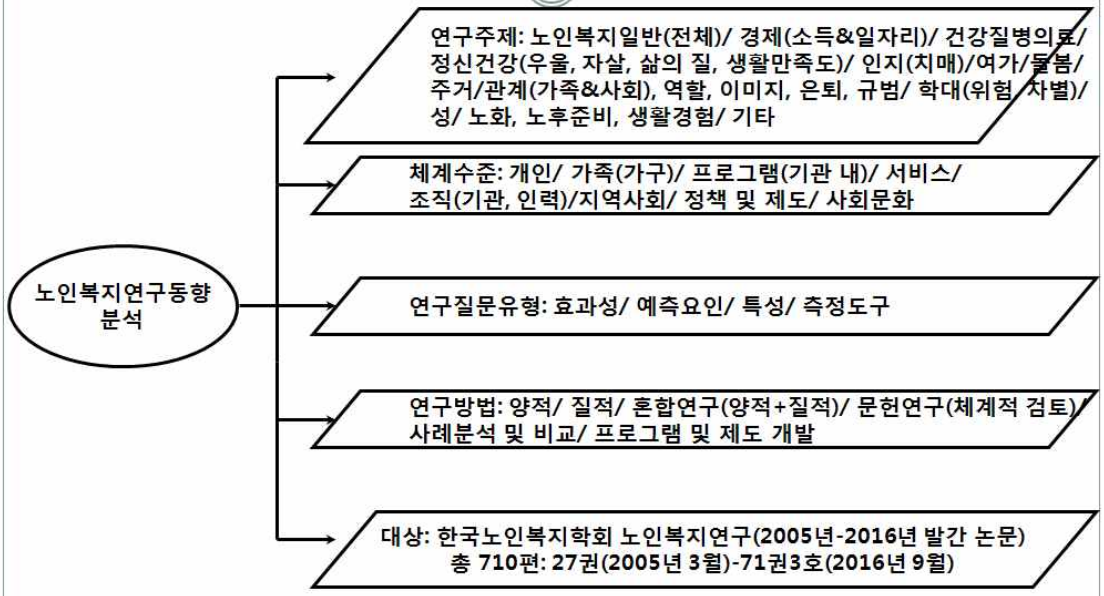
3) 개입하고자 하는 클라이언트 집단 특성, 이론(철학), 교육, 역사, 문제, 서비스, 제도는 어떠한지?

- 예: 질적연구, 사례연구, 문헌연구

4) 어떠한 측정도구가 가장 적절하게 사용될 수 있는지?

- 예: 측정도구의 사용은 신뢰도, 타당도, 민감도, 현실적 적용가능성 등을 검증한 연구

연구분석틀: 근거기반실천 및 정책 적용



분석결과: 1-1 연구주제 기술분석

연구주제(구분)	빈도	비율(%)
1. 노인복지일반(전체)	43	6.1%
2. 경제(소득&일자리)	**70**	**9.9%**
3. 건강/질병/의료	39	5.5%
4. 정신건강: 우울, 자살, 삶의 질, 생활만족	**119**	**16.8%**
5. 인지/치매	*18*	*2.5%*
6. 여가	**63**	**8.9%**
7. 돌봄	**162**	**22.8%**
8. 주거	*12*	*1.7%*
9. 관계(가족&사회): 역할/이미지/은퇴/규범	**58**	**8.2%**
10. 학대(안전/위험/차별)	33	4.6%
11. 죽음불안/죽음준비	*16*	*2.3%*
12. 성	*20*	*2.8%*
13. 노화/성공적 노화/생활경험/노후준비	55	7.7%
14. 기타	2	.3%
총	710	100.0%

분석결과: 1-2 체계수준 기술분석

체계수준(구분)	빈도	비율(%)
1. 개인(노인)	**369**	**52.0%**
2. 가족/가구	**68**	**9.6%**
3. 프로그램(기관)	39	5.5%
4. 서비스	36	5.1%
5. 조직(인력)	**91**	**12.8%**
6. 지역사회	*29*	*4.1%*
7. 정책 및 제도	69	9.7%
8. 사회문화	*9*	*1.3%*
총	710	100.0%

분석결과: 1-3 연구질문 기술분석

연구질문(구분)	빈도	비율(%)
1. 효과성	78	11.0%
2. 예측요인	**426**	**60.0%**
3. 특성	192	27.0%
4. 측정도구	14	2.0%
총	710	100.0%

분석결과: 1-4 연구방법 기술분석

연구방법(구분)	빈도	비율(%)
1. 양적연구	**523**	**73.7%**
2. 질적연구	**84**	**11.8%**
3. 혼합연구(양적+질적)	14	2.0%
4. 문헌연구	33	4.6%
5. 사례분석 및 비교	46	6.5%
6. 프로그램 및 제도 개발 연구	10	1.4%
총	710	100.0%

분석결과: 2-1 연구질문*연구주제 교차분석

	일반	경제	건강	정신건강	인지	여가	돌봄	주거	관계	학대	죽음	성	노화	전체
효과성	3	**12**	9	10	6	7	**17**	0	6	2	3	1	2	**78**
	3.8%	**15.4%**	11.5%	12.8%	7.7%	9.0%	**21.8%**	0.0%	7.7%	2.6%	3.8%	1.3%	2.6%	**100%**
예측요인	14	30	25	**103**	8	37	**81**	4	36	22	11	14	40	**426**
	3.3%	7.0%	5.9%	**24.2%**	1.9%	8.7%	**19.0%**	0.9%	8.5%	5.2%	2.6%	3.3%	9.4%	**100%**
특성	24	**27**	5	5	3	17	**60**	7	15	8	2	5	13	**192**
	12.5%	**14.1%**	2.6%	2.6%	1.6%	8.9%	**31.3%**	3.6%	7.8%	4.2%	1.0%	2.6%	6.8%	**100%**
측정도구	2	1	0	1	1	2	**4**	1	1	1	0	0	0	**14**
	14.3%	7.1%	0.0%	7.1%	7.1%	14.3%	**28.6%**	7.1%	7.1%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%	**100%**

분석결과: 2-2 연구질문*체계수준 교차분석

	개인	가족	프로그램	서비스	조직	지역사회	정책/제도	사회문화	전체
효과성	**19**	5	**31**	9	6	0	8	0	78
	24.4%	6.4%	**39.7%**	11.5%	7.7%	0.0%	10.3%	0.0%	100%
예측요인	**284**	49	4	8	56	13	8	4	426
	66.7%	11.5%	0.9%	1.9%	13.1%	3.1%	1.9%	0.9%	100%
특성	**59**	12	4	17	28	14	**53**	5	192
	30.7%	6.3%	2.1%	8.9%	14.6%	7.3%	**27.6%**	2.6%	100%
측정도구	**7**	2	0	2	1	2	0	0	14
	50.0%	14.3%	0.0%	14.3%	7.1%	14.3%	0.0%	0.0%	100%

분석결과: 2-3 연구질문*연구방법 교차분석

	양적연구	질적연구	혼합연구	문헌연구	사례분석/비교	프로그램/제도 개발	전체
효과성	**61**	7	5	4	1	0	78
	78.2%	9.0%	6.4%	5.1%	1.3%	0.0%	100.0%
예측요인	**412**	8	3	2	1	0	426
	96.7%	1.9%	0.7%	0.5%	0.2%	0.0%	100.0%
특성	**36**	**69**	6	27	**44**	10	192
	18.8%	**35.9%**	3.1%	14.1%	**22.9%**	5.2%	100.0%
측정도구	**14**	0	0	0	0	0	14
	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

분석결과: 3-1 연구주제*체계수준 교차분석

	개인	가족	프로그램	서비스	조직	지역사회	정책/제도	사회문화	전체
일반	**9**	0	3	7	4	**11**	7	2	43
	20.9%	0.0%	7.0%	16.3%	9.3%	**25.6%**	16.3%	4.7%	100.0%
경제	**38**	2	2	4	2	0	**21**	1	70
	54.3%	2.9%	2.9%	5.7%	2.9%	0.0%	**30.0%**	1.4%	100.0%
건강	**30**	1	1	0	1	1	5	0	39
	76.9%	2.6%	2.6%	0.0%	2.6%	2.6%	12.8%	0.0%	100.0%
정신건강	**100**	6	9	0	0	4	0	0	119
	84.0%	5.0%	7.6%	0.0%	0.0%	3.4%	0.0%	0.0%	100.0%
인지/치매	**4**	**6**	**6**	1	0	0	1	0	18
	22.2%	**33.3%**	**33.3%**	5.6%	0.0%	0.0%	5.6%	0.0%	100.0%
여가	**35**	4	4	3	**14**	1	2	0	63
	55.6%	6.3%	6.3%	4.8%	**22.2%**	1.6%	3.2%	0.0%	100.0%
돌봄	22	23	2	19	**65**	2	27	2	162
	13.6%	14.2%	1.2%	11.7%	**40.1%**	1.2%	16.7%	1.2%	100.0%
주거	2	1	0	0	2	**4**	**3**	0	12
	16.7%	8.3%	0.0%	0.0%	16.7%	**33.3%**	**25.0%**	0.0%	100.0%
관계(역할)	**33**	**16**	3	0	0	3	1	2	58
	56.9%	**27.6%**	5.2%	0.0%	0.0%	5.2%	1.7%	3.4%	100.0%
학대	**24**	2	1	2	1	0	2	1	33
	72.7%	6.1%	3.0%	6.1%	3.0%	0.0%	6.1%	3.0%	100.0%
죽음	**9**	1	**6**	0	0	0	0	0	16
	56.3%	6.3%	**37.5%**	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
성	**19**	0	1	0	0	0	0	0	20
	95.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
노화	**44**	6	1	0	0	3	0	1	55
	80.0%	10.9%	1.8%	0.0%	0.0%	5.5%	0.0%	1.8%	100.0%

분석결과: 3-2 연구주제*연구질문 교차분석

	효과성	예측요인	특성	측정도구	전체
일반	3	14	**24**	2	43
	7.0%	**32.6%**	**55.8%**	4.7%	100.0%
경제	12	**30**	**27**	1	70
	17.1%	**42.9%**	**38.6%**	1.4%	100.0%
건강	9	**25**	5	0	39
	23.1%	**64.1%**	12.8%	0.0%	100.0%
정신건강	10	**103**	5	1	119
	8.4%	**86.6%**	4.2%	0.8%	100.0%
인지/치매	**6**	**8**	3	1	18
	33.3%	**44.4%**	16.7%	5.6%	100.0%
여가	7	**37**	**17**	2	63
	11.1%	**58.7%**	**27.0%**	3.2%	100.0%
돌봄	17	**81**	**60**	4	162
	10.5%	**50.0%**	**37.0%**	2.5%	100.0%
주거	0	**4**	**7**	1	12
	0.0%	**33.3%**	**58.3%**	8.3%	100.0%
관계(역할)	6	**36**	**15**	1	58
	10.3%	**62.1%**	**25.9%**	1.7%	100.0%
학대	2	**22**	**8**	1	33
	6.1%	**66.7%**	**24.2%**	3.0%	100.0%
죽음	3	**11**	2	0	16
	18.8%	**68.8%**	12.5%	0.0%	100.0%
성	1	**14**	5	0	20
	5.0%	**70.0%**	**25.0%**	0.0%	100.0%
노화	2	**40**	**13**	0	55
	3.6%	**72.7%**	**23.6%**	0.0%	100.0%

분석결과: 3-3 연구주제*연구방법 교차분석

	양적연구	질적연구	혼합연구	문헌연구	사례분석/ 비교	프로그램/제도 개발	전체
일반	**22**	6	0	7	6	2	43
	51.2%	14.0%	0.0%	16.3%	14.0%	4.7%	100.0%
경제	**48**	3	0	3	**15**	1	70
	68.6%	4.3%	0.0%	4.3%	**21.4%**	1.4%	100.0%
건강	**31**	3	2	1	1	1	39
	79.5%	7.7%	5.1%	2.6%	2.6%	2.6%	100.0%
정신건강	**111**	5	1	2	0	0	119
	93.3%	4.2%	0.8%	1.7%	0.0%	0.0%	100.0%
인지/치매	**15**	2	0	0	0	1	18
	83.3%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	5.6%	100.0%
여가	**47**	7	3	5	0	1	63
	74.6%	11.1%	4.8%	7.9%	0.0%	1.6%	100.0%
돌봄	**110**	22	4	5	20	1	162
	67.9%	13.6%	2.5%	3.1%	12.3%	0.6%	100.0%
주거	**4**	2	0	**3**	2	1	12
	33.3%	16.7%	0.0%	**25.0%**	16.7%	8.3%	100.0%
관계(역할)	**40**	**12**	1	3	0	2	58
	69.0%	**20.7%**	1.7%	5.2%	0.0%	3.4%	100.0%
학대	**24**	3	1	3	2	0	33
	72.7%	9.1%	3.0%	9.1%	6.1%	0.0%	100.0%
죽음	**16**	0	0	0	0	0	16
	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
성	**15**	4	1	0	0	0	20
	75.0%	**20.0%**	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
노화	**39**	**14**	1	1	0	0	55
	70.9%	**25.5%**	1.8%	1.8%	0.0%	0.0%	100.0%

분석결과: 4-1 체계수준*연구질문 교차분석

	효과성	예측요인	특성	측정도구	전체
개인(노인)	19	**284**	59	7	369
	5.1%	**77.0%**	16.0%	1.9%	100.0%
가족/가구	5	**49**	12	2	68
	7.4%	**72.1%**	17.6%	2.9%	100.0%
프로그램	**31**	4	4	0	39
	79.5%	10.3%	10.3%	0.0%	100.0%
서비스	**9**	**8**	**17**	2	36
	25.0%	**22.2%**	**47.2%**	5.6%	100.0%
조직(인력)	6	**56**	**28**	1	91
	6.6%	**61.5%**	**30.8%**	1.1%	100.0%
지역사회	0	**13**	**14**	2	29
	0.0%	**44.8%**	**48.3%**	6.9%	100.0%
정책/제도	8	8	**53**	0	69
	11.6%	11.6%	**76.8%**	0.0%	100.0%
사회문화	0	**4**	**5**	0	9
	0.0%	**44.4%**	**55.6%**	0.0%	100.0%

분석결과: 4-2 체계수준*연구방법 교차분석

	양적연구	질적연구	혼합연구	문헌연구	사례분석/비교	프로그램/제도 개발	전체
개인(노인)	**307**	48	4	5	4	1	369
	83.2%	13.0%	1.1%	1.4%	1.1%	0.3%	100.0%
가족/가구	**56**	8	3	1	0	0	68
	82.4%	11.8%	4.4%	1.5%	0.0%	0.0%	100.0%
프로그램	**32**	2	2	1	1	1	39
	82.1%	5.1%	5.1%	2.6%	2.6%	2.6%	100.0%
서비스	**23**	5	0	2	1	5	36
	63.9%	13.9%	0.0%	5.6%	2.8%	13.9%	100.0%
조직(인력)	**71**	12	4	2	2	0	91
	78.0%	13.2%	4.4%	2.2%	2.2%	0.0%	100.0%
지역사회	**17**	2	0	5	3	2	29
	58.6%	6.9%	0.0%	17.2%	10.3%	6.9%	100.0%
정책/제도	**14**	5	1	13	35	1	69
	20.3%	7.2%	1.4%	18.8%	50.7%	1.4%	100.0%
사회문화	**3**	2	0	**4**	0	0	9
	33.3%	22.2%	0.0%	**44.4%**	0.0%	0.0%	100.0%

노인복지연구 특성(past 12년): 주요 연구 사항 vs 과소탐색

주요연구

- **연구주제: 돌봄(22.8%), 정신건강: 우울, 자살, 삶의 질, 생활만족도(16.8%)**
- **체계수준: 개인(52.0%), 조직: 인력(12.8%)**
- **연구질문: 예측요인(60.0%), 특성(27.0%)**
- **연구방법: 양적연구(73.7%), 질적연구(11.8%)**

과소탐색

- ***연구주제: 주거(1.7%), 죽음(2.3%), 인지(2.5%), 성(2.8%)***
- ***체계수준: 사회문화(1.3%), 지역사회(4.1%), 서비스(5.1%), 프로그램: 기관(5.5%)***
- ***연구질문: 측정도구(2.0%), 효과성(11.0%)***
- ***연구방법: 프로그램 및 제도 개발 연구(1.4%), 혼합연구(2.0%), 문헌연구(4.6%)***

노인복지연구 특성(past 12년): 연구질문*연구주제*체계수준*연구방법

	연구주제	체계수준	연구방법
효과성	인지/ 경제	프로그램/ 개인	양적연구
예측요인	정신건강/ 관계	개인/ 조직	양적연구
특성	돌봄/ 경제	개인/ 정책 및 제도	질적연구/ 사례분석 및 비교
측정도구	돌봄	개인	양적연구

노인복지연구 연구동향 분석결과 함의(1)

- 과소탐색된 연구주제 학술적 논의 필요: 예) 주거, 죽음, 인지, 성, 클라이언트 폭력, 안전
- 환경차원의 접근 필요: 사회문화, 제도, 지역사회 차원 학술 연구
- 근거기반실천을 위한 연구 필요: 측정도구와 효과성 근거 연구 증대 -> 메타분석 4편, 체계적 고찰 연구 2편, 측정도구 개발 연구 14편(out of 710)
- 탈 양적 주도적 연구방법 의존: 프로그램 및 제도 개발 연구, 혼합연구, 문헌연구 필요

노인복지연구 연구동향 분석결과 함의(2)

- 효과성 연구: 조직 및 지역사회 차원 접근 필요/ 혼합연구 활용
- 예측요인 연구: 중범위 및 거시체계 수준에서 연구 필요/ 탈 양적연구 방법
- 특성 연구: 프로그램, 서비스, 조직, 사회문화 차원 연구 필요/ 혼합연구 활용
- 측정도구: 프로그램, 조직, 정책 및 제도 차원 측정도구 연구 필요/ 혼합연구 활용

노인복지연구 연구방향성(1) : 노인복지연구의 포지션닝

- 노인문제 및 욕구를 대응할 수 있는 사회복지실천/ 사회복지행정/ 사회복지정책 연구로 노인복지연구의 차별성 확보
- 노인복지연구 영역의 닫힌 시각에서 열린(탄력적) 시각으로: 시대적 및 사회적 변화 대응 -> AIP, 개인수준 접근에서 지역수준 접근, 정책의 구조적 한계 극복
- 현실적 적응가능성이 낮아져 화석화된 지식을 생산하는 연구 지양
- 노인문제 복합성 연구 필요: 다차원적 노인문제 접근 필요
- 노인의 개인별 특성(competence)에 따라 적응할 수 있는 환경적 수준(environmental press) 연구 필요 -> AIP, Age-friendly community, 돌봄의 연속성
- 노인복지의 과학적 토대를 제공할 수 있는 근거 마련 필요

노인복지연구 방향성 제안(2): 근거기반실천/정책의 과학적 토대 마련

- 노인복지 실천 및 정책(행정)을 위한 최선의 근거 제공: 효과성 및 특성에 대한 근거 제공
- 무엇이 필요하다는 실천적 및 정책(행정)적 제언보다는 구체적 내용을 담아 실천현장에서 사용할 수 있는 기법(기술) 및 프로그램(프로그램, 서비스, 전달체계, 제도) 개발 중심으로 변화
- 클라이언트 사정 및 프로그램 효과성 검증을 위한 측정도구(간편사정도구) 개발 연구 필요
- 한국 노인의 양적 증가보다는 질적 변화를 이해할 수 있는 연구 필요
- 한국의 노인복지현장 및 제도의 상황에 대한 이해를 높일 수 있는 연구 필요
- 노인복지학계와 실천현장이 상호교류를 통해 지식의 생산 및 소비 필요

논의





자유세션 1

《주제 1》 노인의 자기효능감이 노후준비에 미치는 영향
-사회적 자본의 매개 효과를 중심으로-

- 발표: 신근영(가톨릭관동대학교 사회복지학박사)
- 토론: 김여진(한림대학교 사회복지학부 교수)

《주제 2》 건강한 노후의 영향요인 분석 : 사회자본의 다층모델

- 발표: 어유경(서울대학교 행정대학원 정책학박사과정)
- 토론: 김유나(연세대학교)

《주제 3》 여성독거노인복지프로그램 참여의미와 복지서비스 요구에 관한 질적연구 : 독거노인친구만들기를 중심으로

- 발표: 임종린(사하사랑채노인복지관 관장)
- 토론: 김수정(경희대학교)

주제 1

노인의 자기효능감이 노후준비에 미치는 영향
-사회적 자본의 매개 효과를 중심으로-

발표: 신근영(가톨릭관동대학교 사회복지학박사)
고재욱(가톨릭관동대학교 사회복지학과 교수)

노인의 자기효능감이 노후준비에 미치는 영향
-사회적 자본의 매개 효과를 중심으로*-

신 근 영** · 고 재 욱***

Ⅰ. 서론

평균수명의 연장으로 인생 후반기의 많은 시간을 노년기로 보내야 한다는 것은 축복이면서도 심각한 사회적 문제일 수도 있다. 특히, 한국은 선진국과 비교해 볼 때 고령화의 진전 속도가 매우 빨라, 앞으로도 노인 소득에 대한 공적 급여 비중의 작아 노인 빈곤층이 광범위하게 될 것으로 예상하고 있다(민세진, 2012). 고령화는 노인들의 늘어난 생에 대한 적응의 어려움 즉, 경제적 문제, 건강 문제를 가져오며, 가족의 부양부담이 늘어남과 더불어 홀몸 노인증가, 사회적 노인보호체계에 대한 부족함과 복지재정 부족 등의 문제를 일으키는 것으로 보고되고 있다.

노후준비는 여유로운 생활의 보장과 삶의 만족과 함께 성공적인 노화에 직접적인 영향을 줄 수 있다(강성옥·하규수, 2013). 2015년 공적 연금을 받는 고령자는 39.6%를 차지하고 있고 이중 국민연금은 89.8%로 급여종류로는 퇴직노령연금 87.9%, 유족연금은 12.4%, 장애연금 0.6%순으로 나타나고 있다(통계청, 2015 고령자통계).

노인들의 성공적인 노후생활을 위한 준비로 노후준비의 중요성이 주목받고 있으나 노후준비를 미처 준비하지 못한 노인들의 상실감과 우울증과 가족변화에 대한 핵가족화의 속에서 사회적 자본과 사회참여와 활동은 노인의 우울과 상실감에서 벗어날 수 있는 계기가 된다(이종경·이은주, 2010; 김동배·신상범·신수민, 2012; 김명일·신혜리, 2013). 노년기의 건강악화, 경제적 능력 감소, 배우자와 동료, 친구 등의 상실로 가족이나 사회의 지원이 더욱 요구된다.

노인들의 삶의 질은 배우자, 자녀, 친척과 친구, 이웃 등과 같은 지역 사회와의 동시에 연계된 노인은 가장 강한 삶의 만족도를 보이고 있다. 이러하듯 인간은 누구나 관계를 맺으며 생활하고 관계의 다양한 측면이 개인의 삶의 질과 욕구에 영향을 미치는 사회적 자본은 관계에 의해 형성되어 의미 있는 삶을 사는데 필요한 양적 개체라 할 수 있다(박경숙, 2000; 김영범·박준식, 2004; 임중철, 2013; 김경희·이성국·윤희정·권기홍, 2015; 김태호, 2015).

그러므로 노후준비로 인한 삶의 질에 영향을 끼치는 것에 대한 탐색이 이루어지면서 노인의 사회적 유대관계나 그와 관련된 역량과 노인의 심리 정신적, 신체건강에 밀접한 영향을 끼친다는 것이 확인되며, 개인과 조직, 지역사회와 국가 수준에서 다양한 접근으로 이루어지고 있다(Phyllis, Phyllis Moen, Donna Dempster-McClain & Robin M. Williams, 1989;

---

* 이 논문은 2016년 박사학위논문을 요약 발췌한 것임.

** 가톨릭관동대학교 사회복지학박사
*** 가톨릭관동대학교 사회복지학과 교수

Rowe & Kahn, 1997).

노년기는 인생의 마지막 부분을 보내는 시기인 만큼 생에 대한 성찰의 준비가 무엇보다도 중요하며 노인의 지위와 자아를 유지하게 해 줌으로써 성공적인 노후의 안정된 삶을 영위하는 데 영향을 끼칠 수 있다(강성옥·하규수, 2013; 김효신, 2008; 박창제, 2008a).

삶의 전환점에 이르러 불안정한 개인들에게 심리·정신적 위기를 극복하고 자신의 존재가치를 좀 더 성장시키기 위해서 적극적으로 자기효능감을 높이며, 삶의 질을 향상하는 차원에서 인간관계를 올바르게 맺고 유지할 뿐만 아니라 자기효능감이나 임파워먼트에도 유의미하며, 삶을 설계하고 목표를 행동으로 옮길 수 있는 구체적인 행동을 실행하는 것이 필요하다(김연선, 2008; 김선, 2012, 김민정, 2007).

사회적 자본의 수준과 활용도를 향상시켜 자기효능감을 높이며, 자기효능감과 사회적 자본은 상호 연관성을 갖는 상태의 개선 등을 통해 건강한 삶에 영향을 준다(김보경·이진향·김장락·정백근·박기수, 2011).

본 연구의 목적은 노인세대의 자기효능감이 노후준비에 있어서 중요성을 인식하고, 사회적 자본을 활용한 노후준비에 관한 연구가 상대적으로 부족한 점을 보완하고자 하였다. 자기효능감이 개인의 심리적인 요인에 따라 이미 노인이 된 노인세대들에 미치는 영향에서 노후준비에 대한 관계와 사회적 자본의 필요성에 대한 실천적 기초자료를 제시하고자 한다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 노인의 자기효능감

Bandura의 연구에서 각자에게 주어지는 환경에 대해 갖는 가치관과 신념에 따른 행동과 연관성을 갖는 것이 자기효능감이라고 할 수 있다. 자기효능감(self-efficacy)은 어떠한 결과 값을 도출하는데 필요한 행동과 양식들을 수행하고 인간의 사고, 동기, 행위를 결정 또는 유보하는 데 주어진 환경과 상황에서 얼마나 유연하게 대처할 것인가에 대해 판단과 행동을 수행하며 조직적으로 만들 수 있는 개인 능력의 개념으로 노인의 주관적, 인지적으로 대응하는 행동의 척도이며, 직면하는 문제를 해결할 수 있다는 기대와 행동에 따라 자기효능감의 척도가 달라질 수 있다. 노인이 자기효능감을 높이려면 신체적 기능, 인지적 성향과 주변의 환경도 중요하며, 개인과 개인의 관계와 환경의 조화가 이루어져야 한다.(김연선, 2008; 오영은, 2015 ; Lewin, 1936; Bronfenbrenner, 1979; Bandura, 1986).

한편 자기효능감을 약화하는 요인으로 삶에 대한 실패 경험으로 노인들은 직면하는 문제를 해결할 능력에 대해 자신 없어하는 경향이 많이 나타나고, 사회활동에서 배제당한다고 생각한다. 이에 노년기에 새로운 관계망을 구축하고 기존의 관계를 유지하는 것은 성공적인 노화의 주요 요소가 된다.(홍석관, 2006, 백인경, 2009오영은; 2015).

사회적 자기효능감은 사회기술과 관련한 필요한 수행들에 대해 필요한 의지를 말하고, 어려운 문제를 대할 때 마다 극복하는 의지를 뜻한다고 하였다. 이는 개인적 요소들과 환경적

요소들의 상대적 중요성을 비교하고 융합하는 추론적 과정이라 할 수 있으며, 사회적 자기효능감이 낮은 노인들은 주변의 사회적 지지 공여자로부터 받을 수 있는 사회적지지 환경을 방해하고 소외와 우울, 스트레스에 대하여 취약함을 증가시키고, 사회적 자기효능감이 높은 노인들은 주변 환경의 지지적관계의 발달을 촉진시킨다(백인경, 2009; 임왕규, 2015).

즉, 자기효능감은 인간의 인지적 요소와 정서적이고 동기적인 요소 간의 상호작용으로 결정되나, 노인들은 사회 은퇴에 따라 자연스럽게 활동이 축소되고 지적 능력뿐만 아니라 감각기능 등의 저하 등으로 인해 관계 형성에 어려움을 자주 경험하게 된다(김우철, 2015). 그러므로 본 연구에서는 자기효능감의 하위요인으로 사회적 효능감, 자기 수용감, 자기 성취감을 살펴보고 노인들의 자기효능감에 대한 인식과 자신감을 살펴보고자 한다.

2. 노인의 노후준비

노후준비란 인간의 생애주기에 있어서 마지막 단계인 노년기에 노후생활의 삶의 질을 위한 준비이며, 미처 준비가 안 된 노인들에게는 다른 방법의 노후준비가 필요하다고 볼 수 있다. 노년기는 자연법칙에 따른 생의 주기이다. 노후 준비는 노년의 삶에 필요한 자원들을 미리 준비하고 성공적인 노후를 행복하게 영위하기 위한 과정 및 계획으로 간의 경과에 따라 특성에 맞춰 단계별로 준비 마련을 하는 것이 필요하다(박창제, 2008b, 최혜련, 2012, 신승희, 2010).

선진국에 비해 한국의 노인 문제는 거의, 대부분 수입을 가족의 생계와 자녀의 양육과 의료비, 교육비 등에 소모하고 자신들의 노후에 대한 준비는 미처 할 수 없을 뿐만 아니라 사회·정책 측면에서도 미미한 실정이다. 특히 한국은 자녀들의 독립 후 경제적 회복기가 매우 짧으므로 노후생활대책에 대한 여력이 불충분하므로 중·장년들의 노후준비를 위해 치밀한 교육과 계획, 준비가 필요하지만, 시대적으로 어려운 시기를 지나온 현재의 노인 세대는 물질적인 노후준비 중요 하겠지만 자신만이 가지고 있는 자신의 역량과 자기효능감이 얼마만큼 존재하고 그것에 대한 자신의 믿음 또한 중요한 노후준비가 된다고 본다(신승희, 2010; 강성옥, 2013, 최선화·박광준·황성철·안흥순·홍봉선, 2003).

3. 노인의 사회적 자본

사회적 자본은 구성원 간의 지속적 관계를 유지, 지속함으로써 구성원 간의 제도화된 관계를 유지, 인정하게 된 결과물로 각 각의 구성원들이 집단적으로 소유하게 되는 잠재적이고 실질적인 유·무형 자원의 합으로써, 관계에 기초한 신뢰, 참여, 규범, 네트워크를 핵심적 요인으로 한다는 것에서 형성된 환경에서 오랜 기간 숙성되고 만들어진 자원이며 사회구조의 규칙과 규범의 질서 속에서 운용되기 때문에 자본의 소유와 분배에 있어 불균형을 유발할 수 있으므로 매우 중요한 영향을 미친다(신상식, 2011; 민진암, 2013; 오영은, 2015; 최승인, 2016; Schultz, 1963, Bourdieu 1986).

개인이 보유한 사회적 자본의 총량은 개인이 동원할 수 있는 관계망의 크기와 그 관계망

속에 존재하는 각 개인들이 소유한 경제, 문화, 상징적인 유·무형 자원의 양에 의하여 결정될 수 있다고 하였다(최은희, 2007).

4. 선행연구

자기효능감은 사회활동 효과에 미치는 영향으로 적극적인 사회활동 변화단계에 따는 효과로 자기효능감에 유의한 매개효과가 있으며, 자기 자신에 대한 믿음과 어떠한 과제에 직면하여 성공적으로 과제를 해결할 수 있는 자신의 신념을 말한다. 자기효능감이 높은 사람은 자신감이 충만하고 그 일을 해결하기 위한 적극성과 자신에 일에 대한 해결 능력이 높다. 즉 어려운 상황 안에서도 굽히지 않고 적극적으로 대처해 나가는 자아를 발견하는 근거가 자기효능감이다. 자기효능감이 낮은 사람은 의사결정과 동기부여 능력에서 큰 어려움을 느끼며 자신을 가치 절하하는 판단을 하였다. 즉, 개인이 당면한 문제를 원활히 수행하고 있다는 능력에 대한 믿음과 확신을 자기효능감이라 말하는 것으로 확신에 대한 자신감의 부족과 나약한 사람은 충분한 해결 능력이 있어도 불구하고, 수행의 결과는 나쁠 수뿐이 없으며, 자기효능감은 행동과 결정의 주된 요인으로써 주요한 역할을 담당한다고 하였다. 다수의 선행연구는 노인이 자기효능감을 높이 체감할수록 삶의 질이 높아진다고 하였다(김유정, 2009; 김혜순, 2009; 백인경, 2009; 오영은, 2015; 김우철, 2015; 김은휘, 2015, Harter, 1990; Mannele & Dupuis, 1996; Maciejreski & Prigerson,, 2000).

한국은 고령화 사회로 전환되기 시작하면서 노후 준비에 대해 높은 관심이 생기고 있는 가운데 신체적, 사회적, 정서적, 경제적 측면에서 노후준비 정도가 높을수록 적응유연성이 높아지며, 노후준비의 하위요인인 신체적.·경제적·정서적·사회적 노후준비중 정서적 노후준비와 사회적 노후준비가 높을수록 적응유연성도 높고, 적응유연성과의 관계에서 자아존중감이 매개효과가 있는 것으로 나타나는 것으로 가족체계 및 사회적 변화와 더불어 노년기 소외와 고독, 잉여여가의 사회문제가 대두되기 시작하면서 점차 노후준비의 영역은 경제측면 뿐만 아니라 신체, 심리, 사회적 영역까지 확대되는 경향이 있으며, 노후준비 영역을 다각적인 차원에서 각 각의 노후생활 영역에 따라 영향에 끼치는 요소들이 달라진다(강유진, 2005; 김양이·이채우, 2008; 이신영, 2009; 최성재, 2009, 김재희·김욱, 2013).

오늘날 사회 은퇴 시기가 빨라지며, 고령화 추세가 급격히 늘어남에 따라 노년기를 맞이하는 사람들에 대한 일과 노후준비에 대한 관심 또한 높아지고 있으며, 일과 사회관계에 관한 노후 준비 요소들이 주요하게 다루어지고, 노후준비와 관련된 행복 또는 성공적 노화 연구결과들을 구체적으로 살펴보면, 복지패널 중 65세 이상을 대상으로 한 연구에서는 건강유지활동, 노후자금 준비, 취미 및 여가활동, 사회관계를 위한 활동이 노인의 활동적 노화에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(강유진, 2005, 신수민, 2013).

우울감을 매개로 한 삶의 질에 관한 연구에서 노인들의 정신건강과 삶의 질 향상을 위하여 지역사회 참여가 중요한 초점이 될 수 있을 뿐만 아니라 기존의 사회활동과 동등한 수준의 활동을 유지하려고 기대하기 때문에 노년기에도 기존의 직업 활동을 대체할 수 있는 다양한 여가, 봉사활동의 기회를 최대한 활용하려는 경향이 있으며, 이를 통하여 사회에 참여

하는 계기가 마련되고, 새로운 네트워크의 관계망을 형성하면서 사회적 자본이 축적될 수 있다(김미혜·정진경, 2003; 최미영·곽현근·박현식(2014).

사회적 자본에서 노인평생교육을 다룬 논문의 농촌 지역과 여성에 대한 연구에서 신뢰와 네트워크에 관한 수준의 실태분석에서 개인적인 사적 차원의 신뢰나 네트워크에 관한 관계망의 형성은 비교적 수준이 높았지만, 공공 목적의 공적 차원에서는 신뢰의 수준이 낮고 참여는 더 낮게 나타났다(박성희, 2009; 오영은, 2015; 이정복, 2016).

따라서 고령화 사회의 위기 극복을 위해서 사회적 자본으로서 노인평생교육에 접근되어야 하고, 이러한 사회적 차원의 확장과 함께 개인적, 집합적 차원을 더불어 개발할 수 있는 능동적이며, 적극적인 정책 수용이 필요하고, 노인의 사회적 고립이 생활만족도에 미치는 영향에 관하여 도시 빈곤층 노인들이 가족 관계에서 충족 할 수 없는 삶의 부분을 대체하는 주요한 자원으로 가능하다. 주관적 경제상태가 우울함에 끼치는 작용에서 지인의 사회적 지지의 매개 효과가 있고, 금융소득과 자살과의 상관관계에서 사회적 자본이 매개효과가 있었다(김영주, 2009; 이경희·박성희 2009; 주지현, 2012, 김민영, 2013; 최정민, 2014; 오영은, 2015; 이정복, 2016).

노인의 재정만족도가 노인의 삶의 만족도에 끼치는 작용에서 사회참여가 매개 효과를 가지며, 건강과 삶의 질과 정신적 복지감과의 상관관계에서 사회적 자본의 매개 효과를 보는 연구들을 보면, 노인들의 개별적 건강수준이 삶의 만족도에 미치는 영향에서 사회참여와 관계가 매개효과를 가진다고 하였다(박순미, 2011; 오영은, 2015; Smith, Aeesom, Geiselmann, SetterstemJr & Kunzmann, 2001).

노인들의 신체건강과 삶의 만족도와의 관계에서 사회참여 변수의 유의미한 매개 효과가 있고, 노인이 신체건강이 높을수록 사회참여와 관계의 수준이 높고, 이러한 것은 삶의 만족도에 영향을 끼친다. 노인이 갖고 있는 장애 정도가 우울감에 끼치는 작용에서 사회적 지지의 매개 효과를 보여주고, 지인의 지지는 개별적 신체건강수준과 우울감과의 상관관계에서 매개 효용성이 있다고 나타났다(김영주, 2009; 박순미, 2011, 오영은, 2015; Taylor & Lynch, 2004).

신체건강 측면에서는 신체적 여가활동과 생활체육에 참가하는 노인, 규칙적인 운동에 참여하는 노인이 각각 자기효능감이 높다는 결과가 보고되고 있다(이은석·이종영, 2002; 이경현, 2004; 김성희・이경철, 2008). 가족사회관계 측면을 보면 시부모와 대인관계가 높을수록, 가족관계가 좋을수록, 가족기능이 증진될수록 자기효능감도 증진된다(고경애・정민정, 2007; 최성희·한명숙, 2011; 이시연, 2014).

한국 일부 노인들의 정신건강과 고령사회의 노인 평생교육과 새로운 노인문화를 형성하고 지역사회노인들의 여가문화 등 사회적 지원에 있어 유의한 결과로 나타났으며, 정신적으로 건강한 노인을 위해서는 자아존중감 증진, 가족간 갈등해소와 가족 친밀감 향상을 통한 정서적 지지에 많은 영향을 주고 있다(김경숙·박재산·문재우, 2005; 강월숙·문재우·박재산, 2011).

특히 자기효능감은 노인들 각자에게 용기와 자신감을 줌으로써 노인들이 성취할 수 있는 자아효능감은 인생 전반에 성취적 기능을 하고, 사회 인구학적인 변수와 금전적, 건강 수준

을 제어하여 지각된 효능감은 중·장년기에서 노년기로 이어지는 시간동안 정서적·정신적 적응을 유의미하게 설명하는 요소이다(박인숙, 2015).

노인의 심리 현상을 나타내는 개념 중 자기효능감은 긍정적인 삶과 노후 준비를 하는 데 사회적의 일원으로 중요한 사회적 자본이며, 봉사활동 참여시간과 참여 기간이 많을수록 자기효능감이 높아지고 사회적 자본의 참여와 함께 소속감과 동료애 즉 네트워크의 적극적인 교류로 노후의 정서적인 영향 또한 긍정적인 영향을 주고 있다(홍경주, 2012, 박인숙, 2015).

종교 및 봉사활동, 친구 동문모임, 노인학교, 노인정, 복지관에 참여도가 높은 노인이 참여도가 낮은 노인과 비교하여 자기효능감이 더 높은 것으로 나타났으며, 신뢰가 자기효능감에 긍정적인 영향을 주고, 노후준비를 관계준비도, 경제준비도, 신체준비도, 여가준비도 등 4개의 하위차원으로 이루어진 노후준비가 자기효능감에 미칠 가능성을 예측해 볼 수 있다. 성공적 노화 인식이 높을수록 성공적인 노후를 위한 준비를 보다 적극적으로 하고, 사회심리적 안녕감과 자기효능감이 높게 나타날수록 신체적 건강준비를 잘 하고 있으며, 심리사회적 안녕감과 일상의 안녕감은 정서와 정신적 준비에 영향을 미치는 것으로 나타났다(오정숙·김의철 2006; 오혜경·이수경·석소현·김귀분, 2007; 강성옥·하규수, 2013).

사회적 자본이 노후의 삶의 만족에 큰 영향을 미치며 사회적 고립감이나 소외감의 문제를 해결하고 삶의 질을 향상 시키며 지역사회 네트워크와 사적 네트워크 즉 가족신뢰, 동료신뢰, 이웃신뢰며 사람들 간의 교류빈도 및 밀도가 높고 상호 간의 신뢰가 높아지면 삶의 만족도가 높아지며 사회적 관계를 확대하고 있다(박희봉·이회창, 2005; 민진암, 2013, 고재욱·장재옥, 2011).

본 연구에서도 자신의 미래의 상황을 다루는 데 필요한 행동 과정에서 노후준비에 미치는 영향과 사회적 자본의 필요성에 대해 살펴보고자 한다.

경제적 준비가 미흡한 노인들의 노후 준비는 사회적 관계를 연장하면서 심리·사회적 자원을 획득하고, 활동적인 노후 생활 및 준비에 영향을 미친다. 복지정책을 개발함 있어서는 노후준비가 부족한 노인과 중장년층을 대상으로 노후준비 교육 등을 홍보와 적극적인 공적 대처가 시행되어야 국가적 노인사회복지 효율을 높일 수 있다. 노후준비는 자연적 사회활동의 보상으로써 남는 노후준비가 아니라 의도적이고 능동적인 심리적 자기효능감의 형성·사회적 자원의 능동적 대처가 노후준비에 활용 할 수 있도록 내용을 구성할 필요성이 있다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구모형 및 가설

본 연구는 노인의 자기효능감이 노후준비와의 관계에서 사회적 자본의 매개효과를 살펴보고자 한다. 연구의 목적을 위한 연구모형과 가설은 다음과 같다.

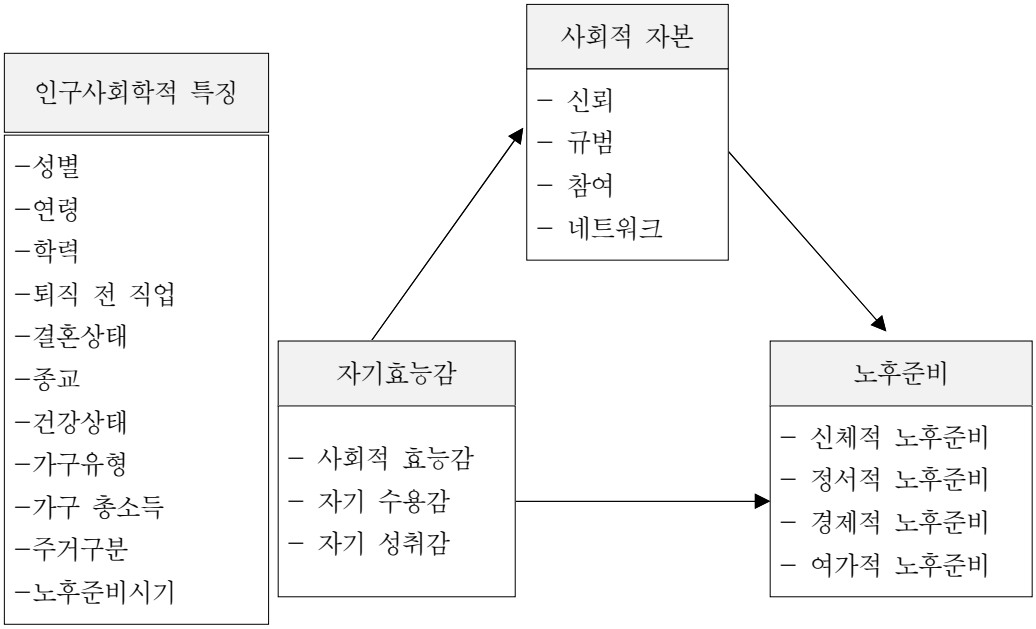


그림 1 연구모형

H1 : 노인의 자기효능감이 높을수록 사회적 자본의 활용은 높을 것이다.
H2 : 노인의 자기효능감이 높을수록 노후준비는 높을 것이다.
H3 : 노인에 대한 사회적 자본이 많을수록 노후준비는 높을 것이다.
H4 : 노인의 자기효능감과 노후준비간에 사회적 자본은 매개 효과를 보일 것이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 경기도 S시 60세 이상 노인들을 대상으로 경로당, 노인대학, 노인종합복지관, 주민자치센터 등을 대상으로 신·구 도시에서 나타날 수 있는 문화적 차이를 극복하기 위하여 두 지역의 경로당, 노인대학, 노인종합복지관, 주민자치센터 등 50:50의 비율로 혼합하여 가능한 최대 평균적 결과가 나오도록 연구자 및 교육을 받은 설문조사원 3명과 함께 노인 기관을 직접 방문하여 설문조사의 취지를 설명하고 각 기관의 도움을 받아 1:1 심층면담을 통하여 조사를 진행하였다.

3월 20일~4월 1일 사이에 설문지를 배부하는 비확률적 편의표본추출방식을 통해 자기기입식 설문조사방법을 활용하여 면접조사를 실시하였다.

총 550명을 대상으로 하여 설문지를 배포하고, 이 중의 540부가 회수되어 98%의 회수율을 보였다. 회수된 설문지 가운데는 누락이 많은 설문지를 제외하고 518부를 분석하여 사용하였다.

3. 분석 방법

본 연구는 통계적 자료 처리를 하기 위하여 설문지의 코딩을 거쳐서 SPSS 20.0과 AMOS

20.0을 사용하였다. 첫째, 연구 대상의 인구 통계학적 특성에 대해 빈도수와 백분율을 산출하는 빈도분석을 실시하였다. 둘째, 측정도구의 타당도 검증을 위해 탐색적 요인분석 및 확인적 요인분석을 실시하고 신뢰도 검증을 위한 내적일관성을 분석할 수 있는 Cronbach's Alpha값을 사용해서 검증하였다. 셋째, 측정변수의 분포를 분석하기 위해서 평균 및 표준편차를 산출하는 기술통계적분석을 실시를 하였고, 각 측정변수의 정규성을 검증하기 위해 왜도와 첨도를 산출해서 판단하였다. 넷째, 측정변수 간의 상관관계를 분석하기 위해 상관분석을 하였다. 다섯째, 가설의 검증을 위해 공변량 구조분석이 가능한 구조방정식 모형을 사용해 가설을 검증했으며, 매개 효과를 검증하기 위하여 bootstrapping 방법을 사용해서 분석하였다.

4. 변수의 조작적 정의 및 측정도구

본 연구는 노인의 자기효능감이 노후준비에 미치는 영향에 관하여 사회적 자본의 매개 효과를 중심으로 선행연구를 참고하고, 두 번의 예비 조사를 실시하여 측정 도구를 보완 및 수정하였다. 본 연구에서 조작적 정의 및 측정 도구의 사용된 변수는 다음과 같다.

1) 독립변수: 자기효능감

본 연구에 사용된 독립변수로 자기효능감 척도는 Bandura(1997) 등이 개발한 자기효능감 척도를 기반으로 박인숙(2015)이 수정·보완하여 총12문항을 사용하였다.

자기효능감 척도에 차용된 문항은 총 3개 요인으로, 응답범주는 Likert척도로 '전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(5점)'으로 구성 되어 있으며 자기효능감의 점수가 많을수록 자기효능감이 높은 것을 의미한다(7, 8번 문항은 역코딩 문항으로 역으로 점수 환산). 각 하위요인은 모두 3가지로 구성되었으며, 사회적 효능감은(4개), 자기 수용감(4개), 자기 성취감(4개)총 12개의 문항으로 측정하였다. 본 연구에서는 사회적 효능감 .849, 자기 수용감 .717, 자기 성취감 .812으로 자기효능감 전체 Cronbach's α 계수는 .893으로 나타나 각 하위요인에 대한 Cronbach's α 계수는 문항 간 내적 일치도가 높은 것으로 나타났다.

2) 종속변수: 노후준비

본 연구에 사용되는 종속변수는 노후 준비에 관한 설문내용은 배계희(1981), 강유진(2005), 김주성(2010), 임선미(2016)의 설문내용을 참고하여 총 18문항으로 수정, 보완하여 사용하였으며, 응답범주는 Likert척도로 '전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(5점)'으로 구성되었으며, 노후준비의 점수가 높을수록 노후준비수준이 높음을 의미한다. 각 하위요인은 모두 4가지로 구성되었다. 신체적 노후준비(5개), 정서적 노후준비(4개), 경제적 노후준비(4개), 여가적 노후준비(5개) 총 18개 문항으로 측정하였다(배계희, 1981; 강유진, 2005; 김주성, 2010; 임선미, 2016).

본 연구에서는 신체적 노후준비 .869, 정서적 노후준비 .858, 경제적 노후준비 .872, 여가적 노후준비 .870 으로 전체 Cronbach's α .909로 나타났고 문항 간 내적 일치도가 높은 것으로 나타났다.

3) 매개변수: 사회적 자본

본 연구에 사용되는 매개변수는 사회적 자본으로서 Putnam(1993)과 Cloeman (1988)의 연구를 기초로 하여 임우석(2009)과 임중철(2013) 그리고 김태호(2015)와 최승인(2016)의 척도를 수정 보완하여 총12문항을 사용하였으며, 응답범주는 Likert척도로 '전혀 그렇지 않다(1점)부터 매우 그렇다(5점)'으로 구성되었으며, 점수가 높을수록 사회적 자본의 수준의 활용이 높음을 의미한다. 각 하위요인은 모두 4가지로 구성되었다. 신뢰(3개), 규범(3개), 참여(3개), 네트워크(3개) 총 12개 문항으로 측정하였다.

본 연구에서는 사회적 자본에 대한 Cronbach's α 계수는 신뢰 .847, 규범 .719, 참여 .744. 네트워크 .861.으로 전체 Cronbach's α .899로 나타났고 문항 간 내적 일치도가 높은 것으로 나타났다.

4) 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성에 관해서는 성별, 연령, 학력, 퇴직전 직업, 결혼상태, 종교, 건강상태, 가구유형, 가구 총소득, 주거구분과 노후준비시기 등의 총 11개 문항으로 측정하였다.

Ⅳ. 연구결과

분석에 사용된 연구대상의 인구사회학적 특성은 <표 1>과 같이 나타났다. 총 518명 중 성별은 여자가 62.9%(326명), 남자가 37.1%(192명)로 나타났고, 연령에서는 70세이상-75세 미만이 23.6%(122명)로 가장 많았으며, 75세-80세 미만이 21.8%(113명) 순으로 나타났다. 학력에서는 고졸이 30.5%(158명)로 가장 많았으며, 초졸이 24.9%(129명) 순으로 나타났으며, 퇴직전 직업에서는 자영업이 28.8%(149명)로 가장 많았으며, 가정주부가 27.8%(144명) 순으로 나타났다. 결혼 상태에서는 기혼이 63.3%(328명)로 가장 많았으며, 사별이 26.4%(137명) 순으로 나타났고, 종교에서는 개신교가 36.5%(189명)로 가장 많았으며, 없음이 26.1%(135명) 순으로 나타났다. 건강상태에서는 건강이 36.5%(189명)로 가장 많았으며, 보통이 33.4%174명) 순으로 나타났고, 가구유형에서는 부부가 33.8%(175명)로 가장 많았으며, 혼자가 24.9%(129명) 순으로 나타났으며, 총소득에서는 50만원 미만이 24.9%(121명)로 가장 많았으며, 200만원-300만원 미만이 23.0%(119명)순으로 나타났다. 주거에서는 자가가 69.5%(360명)로 가장 많았으며, 전세가 16.2%(84명) 순 으로 나타났고, 노후준비시기에서는 준비못함이 34.7%(180명)로 가장 많았으며, 50대부터가 22.2%(115명)

순으로 나타났다.

<표 1> 연구대상의 인구사회학적 특성에 대한 분석

N=518

구 분		빈도(명)	퍼센트	구 분		빈도(명)	퍼센트
성 별	남자	192	37.1				
	여자	326	62.9				
연 령	60세 이상-65세 미만	92	17.8	건강상태	매우 건강	36	6.9
	65세 이상-70세 미만	91	17.6		건강	189	36.5
	70세 이상-75세 미만	122	23.6		보통	173	33.4
	75세 이상-80세 미만	113	21.8		건강하지못함	83	16.0
	80세 이상	100	19.3		매우건강하지못함	37	7.1
학 력	무학	41	7.9	가구유형	혼자	129	24.9
	초졸	129	24.9		부부	175	33.8
	중졸	89	17.2		결혼한자녀	125	24.1
	고졸	158	30.5		미혼자녀	84	16.2
	대졸 이상	101	19.5		기타	5	1.0
퇴직 전 직업	전문직	26	5.0	가구 총소득	50만원 미만	121	23.4
	사무직	90	17.4		50만원 이상-100만원 미만	87	16.8
	자영업	149	28.8				
	일용직	58	11.2		100만원 이상-200만원 미만	106	20.5
	가정주부	144	27.8		200만원 이상-300만원 미만	119	23.0
	기타	51	9.8		300만원 이상	85	16.4
결혼 상태	기혼	328	63.3	주거 구분	자가	360	69.5
	사별	137	26.4		전세	84	16.2
	이혼	35	6.8		월세	54	10.4
	미혼	13	2.5		무상	12	2.3
	기타	5	1.0		기타	8	1.5
종 교	천주교	77	14.9	노후를 준비한 시기	30대부터	52	10.0
	개신교	189	36.5		40대부터	86	16.6
	불교	101	19.5		50대부터	115	22.2
	없음	135	26.1		60대 이상부터	85	16.4
	기타	16	3.1		준비못함	180	34.7
합계			100.0				100

측정변수간의 상관관계를 분석하고자 모형에 투입된 변인들 간의 상관관계분석을 Pearson의 상관계수를 통해 분석하였다. 상관관계분석 결과 <표 2>와 같이 자기 효능감, 노후준비, 사회적 자본의 거의 모든 변수 간에는 긍정적인 상관관계가 존재하고 있음을 알 수가 있다. 이는 본 연구자가 설정한 연구모형의 방향성과 일치하는 것으로 볼 수 있다.

<표 2> 측정변수간의 상관관계 분석

	구분	사회적 효능감	자기 수용감	자기 성취감	신뢰	규범	참여	네트워크	신체적 노후준비	정서적 노후준비	경제적 노후준비	여가적 노후준비
자기효능감	사회적 효능감	1										
	자기 수용감	.254***	1									
	자기 성취감	.623***	.304***	1								
사회적 자본	신뢰	.478***	.210***	.375***	1							
	규범	.444***	.244***	.404***	.622***	1						
	참여	.423***	.229***	.476***	.407***	.439***	1					
	네트워크	.556***	.218***	.465***	.561***	.460***	.572***	1				
노후준비	신체적 노후준비	.580***	.339***	.613***	.535***	.585***	.063	.491***	1			
	정서적 노후준비	.594***	.268***	.575***	.540***	.584***	.089*	.467***	.694***	1		
	경제적 노후준비	.186***	.025	.289***	.464***	.387***	.237***	.501***	.160***	.149**	1	
	여가적 노후준비	.555***	.265***	.582***	.562***	.537***	.161***	.531***	.681***	.600***	.230***	1

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

2. 자기효능감, 노후준비, 사회적 자본과의 관계

본 연구의 변수인 자기효능감, 노후준비, 사회적 자본에 대해서 요인분석과 신뢰도를 통해 검증된 모형을 구조방정식 모델을 사용하여 분석하였으며, 연구모형의 적합도 지수 결과는 <표 3>과 같다.

<표 3> 연구모형의 적합도 지수

적합도	χ^2	df	p	CMIN/DF	RMR	GFI	CFI	TLI	RMSEA
기준값	–	–	–		.05이하	.9이상	.9이상	.9이상	.08이하
모형	140.269	36	.000	3.896	.030	.950	.961	.941	.075

연구모형의 적합도 지수 분석 결과, RMR, GFI, CFI, TLI, RMSEA에서 모두 기준값에 모두 충족하는 것으로 <표 4>와 같이 나타나고 있었다.

<표 4> 연구모형의 경로분석 결과

경로			비표준화 계수(RW)	표준화 계수	표준오차 (S.E.)	t	p
자기 효능감	→	사회적 자본	.808	.806	.071	11.423***	.000
자기 효능감	→	노후 준비	.544	.548	.085	6.405***	.000
사회적 자본	→	노후 준비	.447	.451	.086	5.198***	.000

***p<.001

1) 자기효능감이 사회적 자본에 미치는 영향

<가설 1>인 자기효능감이 사회적 자본에 미치는 영향을 보면 통계적으로 유의미한 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(t=11.423, p<0.001). 즉 자기효능감이 높아질수록 사회적 자본도 높아진다는 것으로 <가설 1>은 채택되었다. 이는 김보경, 외(2011)의 연구와 본 연구를 지지하며 자기효능감이 높을수록 성공적인 경험들을 많이 가지는 것이며, 자신감은 자신의 능력에 대한 인지적 판단을 통해 신뢰와 사회활동을 통하여 사회적 자본 형성에 자신감으로 이어지고 그로 인하여 자기 효능감으로 이어진다.

또한 각 개인의 자기효능감이 높을수록 자기효능감이 높은 사람들을 더 많이 알게 되므로 사회적 자본의 형성에 기여하게 되며 결과적으로 인적 자본과 사회적 자본은 증가하게 된다.

2) 자기효능감이 노후준비에 미치는 영향

<가설 2>인 자기효능감이 노후준비에 미치는 영향을 보면 통계적으로 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(t=6.405, p<0.001). 즉 자기효능감이 높아질수록 노후준비도 높아진다는 것으로 <가설 2>는 채택되었다.

이는 박지영(2014)의 자기효능감이 노후생활 준비에 미치는 영향이 신체적 노후준비에 긍정적 영향을 미치는 것으로, 건강을 위한 신체적 노후준비 행동을 성공적으로 수행해 낼 수 있는 자기효능감이 높을수록 신체적 노후준비 행동에 영향에 유의한 정의 영향을 나타내며,

김태훈(2013)의 연구 결과와 맥을 같이 하며, 자기효능감이 높을수록 노후준비와 상관관계 또한 긍정적이며, 개인의 신념과 자신감 또한 높게 나타나며 노후에 대한 준비 정도와 삶의 만족에 관련이 있다는 결과이다(박지영, 2014; 김태훈, 2013).

3) 사회적 자본이 노후준비에 미치는 영향

<가설 3>인 사회적 자본이 노후준비에 끼치는 영향을 보면 통계적으로 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다($t=5.198$, $p<0.05$). 즉 사회적 자본이 높을수록 노후준비도 높아진다는 것으로 <가설 3>은 채택되었다.

이는 중장년층을 대상으로 연구한 강신기(2014)의 유사연구에서 은퇴 후의 사회적 지지가 노후준비에 영향을 미치는 것으로 경제적, 신체적, 정서·사회적 노후준비에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타나 본 연구의 사회적 자본인 신뢰와 참여, 네트워크에 부분 긍정적인 영향을 함께 하는 것으로 나타났다(강신기, 2014).

4) 자기효능감이 노후준비 사회적 자본의 매개 효과

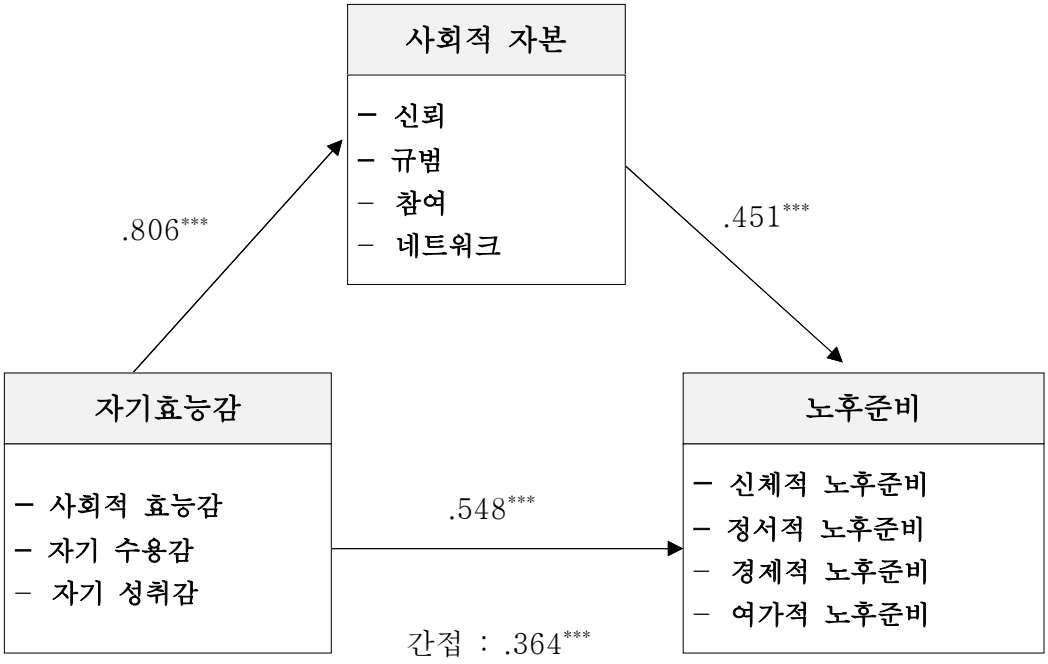
<가설 4>인 자기효능감이 노후준비 미치는 영향에 대해서 사회적 자본은 매개 효과를 보일 것이라는 가설을 검증하고 확인하기 위하여 구조방정식을 사용하여 매개 효과를 검증하였다. 구조방정식 모델에 의한 매개 효과분석은 bootstrapping을 사용하여 매개 효과를 검증한<표 5>와 같다.

<표 5> 연구모형의 매개 효과 분석

경로			직접효과	간접효과	총효과
			경로값	경로값	경로값
자기효능감	→	사회적 자본	.806**		.806**
자기효능감	→	노후준비	.548**	.364**	.911**
사회적 자본	→	노후준비	.451**		.451**

**$p<.01$

구조모형을 이용하여 연구가설에서 제시된 사회적 자본의 매개 효과를 검증한 결과, 간접효과는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났으며($p<0.01$), 자기효능감이 노후준비에 미치는 직접효과도 유의미한 것으로 나타나고 있다($p<0.01$). 즉 사회적 자본은 자기효능감이 노후준비에 미치는 영향에 대해서 직접효과와 간접효과를 모두 보이고 있음으로 부분매개 효과를 보인다고 할 수가 있다. 따라서 <가설 4>는 채택되었다. 이상의 결과를 그림으로 표시하면 [그림 2]와 같다



[그림 2] 가설의 검증

3. 자기효능감, 사회적 자본, 노후준비의 하위변수 간의 영향관계

연구모형의 적합도 지수는 RMR, GFI, CFI, TLI, RMSEA가 모두 기준값 이상으로 모형이 적합하다고 판단할 수 있으며 <표 6>과 같다.

<표 6> 하위변수간 영향력에 대한 적합도 지수

적합도	χ^2	df	p	CMIN/DF	RMR	GFI	CFI	TLI	RMSEA
기준값	–	–	–		.05 이하	.9 이상	.9 이상	.9 이상	.08 이하
측정값	4.448	3	.217	1.483	.006	.998	.999	.990	.031

지금까지 하위변수 간의 영향관계를 살펴본 결과 <표 7>과 같다.

<표 7> 하위변수간의 영향관계분석

경로			비표준화 계수(RW)	표준화계수 (SRW, β)	표준오차 (S.E.)	t	p
신뢰	←	사회적 효능감	.376	.407	.047	7.925***	.000
규범	←	사회적 효능감	.267	.320	.043	6.157***	.000
참여	←	사회적 효능감	.300	.226	.067	4.454***	.000
네트워크	←	사회적 효능감	.435	.430	.049	8.935***	.000
신뢰	←	자기 수용감	−.033	−.023	.060	−.559	.576
규범	←	자기 수용감	−.019	−.015	.055	−.347	.729
참여	←	자기 수용감	−.111	−.054	.085	−1.307	.191
네트워크	←	자기 수용감	.025	.016	.061	.412	.680
신뢰	←	자기 성취감	.112	.129	.043	2.619**	.009
규범	←	자기 성취감	.165	.209	.039	4.219***	.000
참여	←	자기 성취감	.439	.351	.061	7.225***	.000
네트워크	←	자기 성취감	.184	.193	.044	4.188***	.000
신체적 노후준비	←	사회적 효능감	.147	.149	.043	3.435***	.000
정서적 노후준비	←	사회적 효능감	.170	.192	.038	4.493***	.000
경제적 노후준비	←	사회적 효능감	−.027	−.019	.085	−.315	.752
여가적 노후준비	←	사회적 효능감	.154	.157	.045	3.386***	.000
신체적 노후준비	←	자기 수용감	−.055	−.036	.049	−1.115	.265
정서적 노후준비	←	자기 수용감	−.021	−.016	.044	−.489	.625
경제적 노후준비	←	자기 수용감	.223	.103	.098	2.268*	.023
여가적 노후준비	←	자기 수용감	−.023	−.015	.052	−.436	.663
신체적 노후준비	←	자기 성취감	.295	.318	.037	7.961***	.000
정서적 노후준비	←	자기 성취감	.220	.263	.033	6.706***	.000
경제적 노후준비	←	자기 성취감	.311	.236	.074	4.219***	.000
여가적 노후준비	←	자기 성취감	.259	.280	.039	6.585***	.000
신체적 노후준비	←	신뢰	.144	.135	.044	3.264**	.001
정서적 노후준비	←	신뢰	.198	.206	.039	5.053***	.000
경제적 노후준비	←	신뢰	−.121	−.080	.088	−1.380	.168
여가적 노후준비	←	신뢰	.144	.135	.047	3.058**	.002
신체적 노후준비	←	규범	.211	.179	.047	4.521***	.000
정서적 노후준비	←	규범	.258	.243	.041	6.229***	.000
경제적 노후준비	←	규범	−.069	−.042	.093	−.747	.455
여가적 노후준비	←	규범	.100	.085	.050	2.006*	.045
신체적 노후준비	←	참여	.018	.024	.028	.630	.529
정서적 노후준비	←	참여	.057	.085	.025	2.241*	.025
경제적 노후준비	←	참여	.174	.165	.057	3.072**	.002
여가적 노후준비	←	참여	.105	.141	.030	3.458***	.000
신체적 노후준비	←	네트워크	.163	.167	.041	3.959***	.000
정서적 노후준비	←	네트워크	.116	.133	.036	3.185**	.001
경제적 노후준비	←	네트워크	.009	.006	.082	.109	.913
여가적 노후준비	←	네트워크	.119	.122	.044	2.712**	.007

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

4. 가설검증 결과 요약

지금까지의 연구결과와 선행연구를 보았을 때, 자기효능감은 노후준비에 매개 효과가 나타났다. 이는 김주성·최수일(2010)의 연구와 부분일치하며, 신체적, 경제적, 정서적, 사회적 노후준비가 적응유연성의 영향과 자기효능감의 매개효과를 나타내는 부분에서 같은 맥락 이라고 볼 수 있다(김재희·김욱, 2013).

본 연구의 가설 검증 결과를 요약하면 <표 8>과 같다. 본 연구의 대상자 중 75세 이상이 40%를 넘는 상황에서 노인들의 자기수용감에 대한 부분에서 큰 영향을 미치지 않고 있음을 알 수 있다. 이는 나이 듦에 따라서 노인들의 자기수용감이 약해지는 부분이라고 볼수 있다. 이 또한 김경희(2015)의 연구와 부분일치하고 있는 점에서 노인들의 사회적 자본의 축소에도 자기효능감이 노후에 심리적 부분에서 매우 중요함을 알 수 있다(임우석, 2009).

<표 8> 가설 검증 결과의 요약

대가설	소가설	독립변수	종속변수	매개변수	영향관계		검증결과	
H1	H1-1	사회적 효능감	사회적 자본		모두 긍정	긍정	채택	채택
	H1-2	자기 수용감			모두 영향없음		기각	
	H1-3	자기성취감			모두 긍정		채택	
H2	H2-1	사회적 효능감	노후준비		신체적, 정서적, 여가적 긍정	긍정	부분채택	채택
	H2-2	자기 수용감			경제적 긍정		부분채택	
	H2-3	자기 성취감			모두 긍정		채택	
H3	H3-1	신뢰	노후준비		신체적, 정서적, 여가적 긍정	긍정	부분채택	채택
	H3-2	규범			신체적, 정서적, 여가적 긍정		부분채택	
	H3-3	참여			정서적, 경제적, 여가적 긍정		부분채택	
	H3-4	네트워크			신체적, 정서적, 여가적 긍정		부분채택	
H4	H4	자기 효능감	노후준비	사회적 자본	부분매개		채택	

Ⅴ. 결론 및 논의

본 연구의 목적은 노인세대의 자기효능감이 노후준비에 매우 중요함에도 불구하고, 다른 발달단계에 비해 노인세대의 자기효능감과 노후준비에 대한 연구가 상대적으로 선행연구가 부족한 점을 보완하고자 하였다. 자기효능감과 같은 개인의 심리적인 요인에 따라 이미 노인이 된 노인세대들에 미치는 영향이 자기효능감을 바탕으로 노후준비 행동의 관계와 사회적 자본의 형성 필요성과 실천적 기초자료를 제시하고자 한다. 이를 위해서 경기도 S시에 거주하고 60세 이상의 노인 550명에게 설문지를 배포하였고, 이중 540부를 회수하였으며, 그중 518부를 분석에 활용하였다.

첫째, 자기효능감의 하위변인인 사회적 효능감은 신체적 노후준비, 정서적 노후준비, 여가적 노후준비에 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 경제적 노후준비에서는 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 자기 수용감은 경제적 노후준비에만 영향을 미치고 있었으며, 신체적 노후준비, 정서적 노후준비, 여가적 노후준비에 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 자기 성취감은 신체적 노후준비, 정서적 노후준비, 경제적 노후준비, 여가적 노후준비에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

둘째, 자기효능감의 하위변인인 사회적 효능감은 신뢰, 규범, 참여, 네트워크에 영향을 미치는 것으로 나타났고, 자기 수용감은 신뢰, 규범, 참여, 네트워크에 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났으며, 자기 성취감은 신뢰, 규범, 참여, 네트워크에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

셋째, 사회적 자본 중 신뢰는 신체적 노후준비, 정서적 노후준비, 여가적 노후준비에 영향을 미치고 경제적 노후준비에 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 규범은 신체적 노후준비, 정서적 노후준비, 여가적 노후준비에 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 경제적 노후준비에는 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

참여는 정서적 노후준비, 경제적 노후준비, 여가적 노후준비에 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 신체적 노후준비에는 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 네트워크는 신체적 노후준비, 정서적 노후준비, 여가적 노후준비에 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 경제적 노후준비에는 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

넷째, 자기효능감이 노후준비와 사회적 자본에 완전 매개 역할도 나타나고 부분 매개 역할도 나타났다.

본 연구를 통해 노인세대의 자기효능감이 노후준비에 매우 중요하지만, 다른 발달 단계보다 노인세대의 자기효능감과 노후준비에 관한 연구가 상대적으로 선행연구가 부족한 점을 보완하고자 한다.

본 연구를 통해 다가오는 초고령 사회에 대비하기 위한 정책의 기본 방향은 노인복지서비스 및 인프라의 확대와 질적 개선, 그리고 지역 친화적인 서비스 제공 시스템 구축으로 제시하였다. 경제활동의 고용환경, 사회참여, 노인 돌봄, 그리고 주거환경 및 안전 영역별 개선방안은 생애 주기적 사회참여의 기반 마련, 노인 돌봄 부담의 사회적 공유, 안전한 거주환경 조성, 그리고 지속 가능한 사회 시스템 구축을 도출하였다. 지속 가능한 노인 복지 사회 시

스템 구축을 위해서는 지역 간 노인복지서비스 격차 및 공백에 대한 대응 장치 마련, 생애주기적 관점에서 전 연령계층을 위한 사회서비스 설계, 노인에 대한 긍정적 이미지 개선의 필요성을 제시한다.

자기효능감과 사회적 자본의 특성이 노인의 삶의 질 수준을 결정짓는 중요한 요인으로 작용하는 것으로 나타났다. 노인 개인에 있어서 보다 적극적이고 건강하고 성공적인 노후생활의 기본적 지침을 제공하고 사회적으로 모든 구성원의 삶의 질 향상을 위한 사회적 자본 강화책으로써 사회적 프로그램 및 서비스 마련에 도움이 되기를 기대한다.

노인세대의 자기효능감이 노후준비에 매우 중요함에도 불구하고, 다른 발달단계에 비해 노인세대의 자기효능감과 노후준비에 대한 연구가 상대적으로 선행연구가 부족한 점을 보완하고자 하였다. 분석 결과, 노후준비의 구성 요소인 신체적인 노후준비, 경제적 노후준비, 사회적 노후준비, 그리고 여가적인 노후준비는 활동적 노년 생활에 긍정적인 영향을 주는 것으로 밝혀졌다. 또한, 과거의 노후준비와 노년기의 활동성 관계에서 심리·사회적 자원의 매개 효과를 분석한 결과에서도 통계적으로 유의미한 영향력을 나타내어, 부분 매개 경로를 확인할 수 있었다.

연구결과를 토대로 보면 노인들의 자기효능감은 사회적 자본을 활용함으로써 자긍심과 자아만족도가 크게 나타났으며, 사회문화적 부분의 능동적 참여를 유도할 수 있는 사회적 자본의 확충이 적극적으로 이루어져야 한다.

참고문헌

강성옥(2013). 중년층의 성공적인 노화 인식과 노인에 대한 태도가 노후준비도에 미치는 영향. 호서대학교 대학원 박사학위논문.

강성옥·하규수(2013). 중년층의 성공적 노화인식과 노후준비와의 관계에 관한 연구. **한국디지털정책학회**, **111**(2), 121-144.

강월숙·문재우·박재산, 2011). 노인학대, 자아존중감, 일상생활수행능력(ADL) 및 정신사회적 요인과 노인 우울 간의 관련성. **보건과 사회과학**, **29**, 153-183.

강유진(2005). 한국 성인 세대의 노후준비에 관한 연구-30대, 40대, 50대 기혼 남녀를 중심으로. **한국지역사회생활과학회**, **16**(4), 159-174.

고경애·정민정(2007). 가족기능과 부모-의사소통이 청소년의 자기효능감에 미치는 영향. **한국가족치료학회**, **15**(2), 301-320.

고재욱·장재옥(2011). 고재욱·장재욱(2011). 노인인터넷 활용을 통해 본 노인엔터테이먼트 발전과제 연구 시론. **스포츠와 법**, **14**(4), 281-302.

국민연금(2014). 통계연보 각호

김경숙·박재산·문재우(2005). 우리나라 일부 노인들의 정신건강에 대한 연구, **한국보건교육건강증진학회**, 제30회, 보건학종합학술대회, **4**, 261-262.

김경희·이성국·윤희정·권기홍(2015). 70세 이상 후기노인의 사회적 자본이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향. **한국산학기술학회지**, **16**(6), 3889-3901.

김동배·신상범·신수민(2012). 무배우자 노인의 사회참여가 우울에 미치는 영향: 사회적 지지와 자아효

능감의 매개효과. **한국노년학**, **32**(1), 298-303.
김명일·신혜리(2013). 노인의 우울과 자살 생각 간 관계에서 사회참여와 과거 노후준비가 가지는 조절 효과. **서울도시연구**, **14**(4), 185-201.
김미혜·정진경(2003). 노인자원봉사자의 봉사활동 헌신과 생활만족에 관한 연구: 활동이론을 중심으로. **한국사회복지학회**, **54**, 221-243.
김민영(2013). 장애특성과 사회경제적 지위가 장애인의 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구: 사회적 자본 매개효과를 중심으로. 서울시립대학교대학원 박사학위논문.
김민정(2007). 대학생의 셀프리더십 개발에 영향을 미치는 학습자 변인 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
김보경·이진향·김장락·정백근·박기수(2011). 건강한 성인의 자기효능감, 사회적 자본과 지각된 건강수준과의 관련성. **대한임상건강증진학회**, **11**(3), 144-153.
김선(2012). 셀프리더십 평생교육프로그램이 중년기 생의 의미에 미치는 영향. 덕성여자대학교 교육대학원 석사학위논문.
김성희・이경철(2008). 농촌노인의 신체적 여가활동 참여가 스트레스와 자기효능감에 미치는 영향. **한국체육과학회지**, **17**(1), 247-254
김양이·이채우(2008). 중년층의 노후준비 수준에 관한 연구. **한국사회복지조사연구**, **19**(1), 52-82.
김연선(2008). 셀프리더십이 팀웍과 자기효능감, 직무만족, 조직몰입 및 직무성과에 미치는 영향 -특급호텔 Wine & Dining Restaurant 을 중심으로-. 세종대학교 대학원 박사학위논문.
김영범·박준식(2004). 한국노인의 가족관계망과 삶의 만족도: 서울 지역 노인을 중심으로. **한국노년학회**, **24**(1), 169-185.
김영주(2009). 농촌노인의 우울에 대한 사회적 지지의 매개효과. **노인복지연구**, **46**(겨울), 77-104.
김우철(2015). 노인의 운동행동 변화 단계에 따른 자기효능감, 우울, 스트레스 및 지각된 건강상태에 관한 연구. 대구한의대학교 대학원 박사학위논문.
김유정(2009). 실버로빅 운동프로그램이 고혈압 노인의 자기효능감, 자가간호행위, 혈압에 미치는 효과. 전남대학교 대학원 박사학위논문.
김은휘(2015). 노인을 위한 자기효능감 이론을 적용한 기억과 시각운동통합프로그램의 효과. 경북대학교 대학원 박사학위논문.
김재희·김욱(2013). 노인의 노후준비가 적응유연성에 미치는 영향과 자아존중감의 매개효과. **노인복지연구**, **62(겨울)**, 231-256.
김주성(2010). 중·노년층의 라이프스타일이 노후준비도 및 생활만족도에 미치는 영향. 호서대학교 대학원 박사학위논문.
김태호(2015). 베이비부머 퇴직자의 사회적 자본이 성공적 노화에 미치는 영향. 숭실대학교 대학원 박사학위논문.
김혜순(2009). 종교성과 신행이 자아효능감에 미치는 영향: 사찰소속 유아교육기관의 어머니들을 중심으로. **종교교육학연구**, **29**, 83-107.
김효신(2008). 노후준비와 우울에 관한 연구. **벤처창업연구**, **3**(4), 117-128.
민세진(2012). 우리나라의 고령화 취약성. **한국경제학보**, **19**(1), 49-80.
민진암,(2013). 노인일자리사업 참여노인의 역량이 삶의 만족도에 미치는 영향 연구 -사회적 자본의 매개효과 중심으로-. 목원대학교 대학원 박사학위논문.
박경숙(2000). 한국노인의 사회적 관계: 가족과 지역사회와의 연계정도. **한국사회학**, **34**(4), 621-648.

박성희(2009). 농촌여성노인의 생애사분석을 통한 성공적 노화에 관한지역사회교육 전략. **평생교육학연구, 15**(4), 217-244.

박순미(2011). 노인의 건강상태가 삶의 만족도에 미치는 영향 : 사회참여와 경제활동의 매개효과와 조절효과를 중심으로. **노인복지연구**, **53**,(가을), 291-318.

박인숙(2015). 중·장년층의 자아효능감과 노후생활인식에 따른 은퇴준비가 심리적 안녕감에 미치는 영향. 대구대학교 대학원 박사학위논문.

박창제(2008a). 연령별 재무적 노후준비 유형에 관한 연구. **사회보장연구**, **24**(4), 139-166.

_____(2008b). 중ㆍ고령자의 경제적 노후준비와 결정요인. **한국사회복지학**. **60**(3), 275~297.

박희봉·이회창(2005). 삶의 만족에 미치는 영향 요인 비교 분석: 경제·사회적 요인인가? 사회자본 요인인가?. **한국 행정 논집**, **17**(3), 709-728.

배계희(1981). 중년기의 노후준비에 관한 연구. 동국대학교 대학원 석사학위논문.

백인경(2009). 노인의 자원봉사활동과 자기효능감의 관계. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

신상식(2011). 노년기 여가활동과 사회자본이 삶의 만족도에 미치는 영향. 호서대학교 벤처전문대학원 박사학위논문.

신수민(2013). 과거 노후준비가 노년기의 활동성에 미치는 영향: 심리사회적 자원의 매개효과. **사회복지연구**, **44**(3), 57-83.

신승희(2010). 중년층의 노후준비에 영향을 미치는 요인. 경성대학교 사회복지대학원 석사학위논문.

안현선·김효민·안진경·김양희(2009). 중년기 여성의 노후준비도와 성공적 노후에 대한 인식이 생활만족도에 미치는 영향. **한국가족지원 경영학회지**, **13**(3), 137-155.

오영은(2015). 농촌노인의 고독감과 자기효능감에 영향을 미치는 변인연구: 사회적 자본이 매개효과를 중심으로. 전남대학교 대학원 박사학위논문.

오정숙·김의철(2006;).

오혜경·이수경·석소현·김귀분(2007). 시설노인의 일상생활능력, 자기효능감 및 삶의 만족도와의 관계연구. **동서간호학연구**, **13**(1), 48-56.

윤진(1989).

이경현(2004). 노인의 신체적 여가활동 참가가 신체적 자기효능감 및 우울성향에 미치는 영향. 성균관대학교 대학원 석사학위논문.

이경희·박성희(2009). 노인의 학습경험에서 도출한 노인완성학습으로서의 노인학습 개념에 대한 질적 연구. **평생교육학연구**, **15**(1), 1-29.

이시연(2014). 한부모가정 청소년의 가족관계, 자기효능감 및 자아존중감과 비행의 구조모형 검증. **한국콘텐츠학회**, **14**(11), 759-771.

이신영(2009). 도시거주 노인의 경제적 노후준비에 영향을 주는 요인 연구. **사회과학논총**, **28**(1). 205-224.

이은석·이종영(2002). 스킨·스쿠버 다이빙 참가자의 몰입경험이 인지된 자유감과 신체적 자아효능감에 미치는 영향. **한국스포츠사회학회**, **15**(2), 337-348.

이정복(2016). 노인평생교육에서의 사회적 자본 실태분석. 가천대학교대학원 박사학위논문.

이종경·이은주(2010). 노인의 여가스포츠 활동 참가와 스트레스 및 자살 생각 감소의 관계. **한국여가레크레이션학회지**, **34**(3), 17-26.

임선미(2016). 중장년층의 노후준비와 주거환경이 삶의 만족도에 미치는 영향: 사회적 자본의 조절효과를 중심으로. 호서대학교 대학원 박사학위논문.

임왕규(2015). 자기효능감 및 사회적 관계망이 성공적 노화에 미치는 영향. 영남대학교 대학원 박사

학위논문.
임우석(2009)사회적 자본과 노인 생활만족도의 관계에 관한 연구: 서울특별시를 중심으로. 서울시립대학교 대학원 박사학위논문.
임재영·이태진·배상수·이기홍·강경화·황연희(2010). 사회자본이 저소득층의 건강생활실천에 미치는 영향. **한국사회정책학회**, **16**(2), 131-180.
임중철(2013). 노년기 경제활동 참여자의 사회적 자본이 삶의 질에 미치는 영향: 직무만족의 매개효과를 중심으로. 경기대학교 대학원 박사학위논문.
주지현(2012). 생애과정 관점에서 본 난곡 재개발 지역 노인들의 삶 – 지역사회의 변화와 사회자본 탐색–. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
최미영·곽현근·박현식(2014). 노인의 주관적 삶의 질에 미치는 지역사회 사회자본의 영향: 노인 우울감의 매개효과를 중심으로. **노인복지연구**, **66**, 307-328.
최선화·박광준·황성철·안흥순·홍봉선(2003). 사**회문제와 사회복지**. 서울: 양서원.
최성재(2009). 수도권 지역 중년기 이후 세대의 노후생활 인식과 노인에 대한 인식. **한국노년학**, **29**(1), 329-352.
최성희·한명숙(2011). 한국(韓國)의 문화(文化): 현대사회의 고부(姑婦)간의 가족문화 연구–며느리와 동거하는 시부모의 갈등, 대인관계, 자기효능감, 삶의 만족도의 관계를 중심으로–. **한국사상과 문화**, **59**, 391-415.
최승인(2016). 노인일자리사업 참여노인의 사회적 자본이 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구 –지속의지의 매개효과를 중심으로–. 가천대학교 대학원 박사학위논문.
최은희(2007). 노인일자리사업이 참여자의 삶의 질에 미치는 영향 연구 –사회적 자본의 매개효과를 중심으로–. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
최정민(2014). 노인의 소득과 자살생각 간 관계: 신체건강, 우울감, 사회자본의 다중매개효과를 중심으로. 전북대학교 대학원 박사학위논문.
최혜련(2012). 중장년층의 라이프스타일과 여가활동참여가 노후준비도 및 생활만족도에 미치는 영향. 고려대학교 대학원 박사학위논문.
통계청(2015). 고령자 통계.
홍경주(2012). 노인의 자원봉사활동이 자기효능감과 삶의 만족도에 미치는 영향. 관동대학교대학원 석사학위논문.
홍석관(2006). 노인일자리사업 참여 노인과 비참여 노인의 자기효능감과 우울 비교연구. 경성대학교 대학원 박사학위논문.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist, 37*(4), 433-440.
Phyllis Moen, Donna Dempster-McClain and Robin M.,& Williams. (1989). Social integration and longevity: Anevent history analysis of women`s roles and resilience, *American Sociological Review, 54*(4), 635-647.
Phyllis Moen, Donna Dempster-McClain and Robin M.,& Williams. (1989). Social integration and longevity: Anevent history analysis of women`s roles and resilience, *American Sociological Review, 54*(4), 635-647.
Donna Dempster-McClain & Robin M. Williams, 1989).
Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.* Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Bandura. A. (1997). Self-Efficacy in Changin Societies. Cambridge university press

Lewin, K. (1936). Principles of Topological Psychology. Transl. Fritz Heider & Grace M. Heider. New York: McGraw-Hill.

Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design, Harvard University Press, Cambridge. Massachusetts.

Schultz, T. W. (1963). The economic value of education. New York, NY: Columbia University Press.

Harter, S. (1990). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life-span *perspective. In J. Kollingian & R. Sternberg (Eds.), Perceptions of comperence and incompeience across the life-span*, 67-98, New Haver. CT: Yale University Press.

Mannele, R.C. & Dupuis, S. (1996). Life satisfaction. Encyclopedia of Gerontology, New York: Academic Press.

Mannele, R.C. & Dupuis, S. (1996). Life satisfaction. Encyclopedia of Gerontology, New York: Academic Press.

Maciejreski, P. K, Prigerson, H. G.,C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator berween stessful lige events and dapressive symptoms: Differences based on history of prior depression. *British Journal of Psychiatry*, *176*(4), 373-378.

Smith, J., Aeesom, W., (2001). Geiselmann B., SetterstemJr. R. A. & Kunzmann, U. Sources ofwell-being in very old age. In P.B. Baltes & K'U. Myer, *The Berlin Aging Study Aging from70 to 100* New York: Cambridge University Press.

Taylor MG, Lynch SM. (2004). Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences 59*(4), 238-246.

주제 2

건강한 노후의 영향 요인 분석
: 사회자본의 다층모델(Multilevel Modeling) 적용

발표: 어유경(서울대학교 행정대학원 박사과정)
김인태(서울대학교 행정대학원 석사과정)
홍석호(서울대학교 행정대학원 고령사회와 사회자본 연구센터 전임연구원)
김순은(서울대학교 행정대학원 교수, 서울대학교 한국행정연구소 겸무연구원)

건강한 노후의 영향 요인 분석 : 사회자본의 다층모델(Multilevel Modeling) 적용*

어유경** · 김인태*** · 홍석호**** · 김순은*****

국문초록

사회자본에 대한 관심이 증가하고 있으나, 노년기의 건강한 생활과의 관련성에 대한 연구는 매우 드물게 이루어졌다. 본 연구는 노인의 건강한 노후에 대한 사회자본의 영향을 살펴보기 위함이며, 다층모델 접근법(Multilevel Modeling Approach)을 적용하여 사회자본을 수준별(개인수준의 사회자본과 지역수준의 사회자본)로 나누었다. 또한 사회자본을 개인과 지역수준의 신뢰, 네트워크, 그리고 참여로 나누어 살펴보았다. 개인 수준의 사회자본은 노인 개인이 신뢰, 네트워크, 참여에 대한 인식 수준을 측정하였으며, 이를 위해 32개 기초지방자치단체의 65세 이상 노인 1,060명을 대상으로 실시된 '노인문제와 지역 사회자본 조사'의 결과를 활용하였다. 지역 수준의 사회자본의 경우, 32개 기초지방자치단체가 속한 지역의 이혼율 및 활동자원봉사자 수(신뢰), 다양한 결사체의 수(네트워크), 지방선거 투표율 및 정보공개 청구율(참여) 등의 변수를 통해 측정하였다. 이 밖에도, 개인수준(성별, 나이, 교육 등)과 지역수준(인구 규모, 재정자립도, 빈곤율 등)의 통제변수들을 분석모형에 포함시켰다. 연구 결과, 개인 수준의 사회자본으로 신뢰, 네트워크, 참여에 대한 인식 수준이 높을수록 노인의 주관적 건강 수준은 높았다. 지역 수준의 사회자본의 경우, 이혼율이 낮을수록, 지방선거 투표율이 낮을수록, 노동조합의 수가 적을수록 노인의 주관적 건강 수준이 높았으나, 활동자원봉사자가 많을수록, 전문가 단체의 수가 많을수록, 정보공개청구율이 높을수록 노인 주관적 건강 수준이 높았다. 위와 같은 분석결과를 토대로 사회자본을 통해 노인의 건강을 증진시키기 위한 정책적 방안들을 제안하였다.

주제어: 주관적 건강, 노인, 사회자본, 다층분석

Ⅰ. 서론

한국의 고령화의 진행 속도는 전 세계적으로 유례를 찾기 힘들 정도로 빠르다(He et al., 2016). 2015년 한국은 이미 65세 이상 인구가 전체의 13.2%를 차지하며 고령사회의 문턱에 위치 해 있다(통계청, 2016). 이처럼 절대적 그리고 상대적으로 늘어난 노인집단에 대한 주요한 사회적 관심들 중의 하나가 바로 건강한 노후에 관한 것이다. 노인들은 나이가 들어가면서 신체 기능의 상실, 사회 관계의 상실, 친구와 배우자의 죽음 등 다양한 상실을 경험

* 이 논문 또는 저서는 2016년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2016S1A3A2925399)
** 서울대학교 행정대학원 박사과정
*** 서울대학교 행정대학원 석사과정
**** 서울대학교 행정대학원 고령사회와 사회자본 연구센터 전임연구원
***** 서울대학교 행정대학원 교수, 서울대학교 한국행정연구소 겸무연구원

하는데(김동배, 손의성, 2005), 이러한 상실을 극복하고 성공적인 노후를 보내기 위해서는 건강이 필수적이기 때문이다.

최근 노인의 건강에 영향을 미치는 요인으로서 사회자본에 대한 관심이 높아지고 있다. 특히 개인의 사회자본이 건강에 미치는 긍정적인 영향에 관해서는 이미 많은 연구 결과들이 축적되었다. 그간의 연구 결과, 개인이 사회를 신뢰할수록, 다양한 네트워크에 연결될수록 건강에 대한 지식 수준이 향상되고 의료 접근성이 높아짐이 확인되었으며 이러한 효과는 노인 집단에 대해서도 대체로 동일하게 나타나고 있다(정민수, 조병희, 2007; 송예리아, 남은우, 2009; 김장락 외, 2012; 김명일 외, 2013; 정순둘 외, 2013; 조창현 외, 2015; 김진현, 2016; Lee et al., 2008)

그러나 지역 수준의 사회자본이 건강에 미치는 영향은 개인 수준의 사회자본과 달리 연구마다 상이한 결과를 제시하고 있다. 일부 연구에서는 지역 사회자본이 노인의 건강을 악화시킨다는 연구 결과들이 제시되었다(Wen et al., 2005). 이는 지역의 사회자본이 주민 전반의 건강 수준 평균은 향상시킬 수 있더라도, 노인의 건강에는 상반된 영향을 미칠 수 있음을 의미한다.

이러한 현상에 대해 본 연구에서는 사회자본과 노인의 관계에 주목하였다. 사회자본은 사람 간의 관계 혹은 집단 간의 관계에서 발생하는 자본이다(Bourdieu, 1986; Coleman, 1988). 특정 집단 내에서 발생하는 결속적(bonding) 사회자본과 집단 간의 가교적(bridging) 사회자본은 해당 집단 및 해당 관계에 이익을 가져다준다. 이는 다시 말하자면, 사회자본이 노인의 건강에 긍정적인 영향을 주기 위해서는 해당 사회자본이 발생한 집단 혹은 관계가 노인과 긍정적인 관계를 맺고 있어야 한다는 의미이다. 그러나 사회자본의 성격, 노인과의 관계 등을 고려하여 사회자본이 노인의 건강에 미치는 영향에 대해 연구한 국내 연구는 거의 없다.

따라서 본 연구는 노인 개인의 사회자본과 지역 전반의 사회자본이 노인 개인의 건강에 미치는 영향을 분석하고자 한다. 이 때 지역 사회자본이 노인과 갖는 관계에 따라 영향력이 어떻게 달라질 수 있는지를 중점적으로 살피고자 한다. 이러한 결과를 바탕으로 노인의 건강을 증진하기 위해 어떠한 사회자본을 육성할 필요가 있는지에 관하여 정책적 함의를 함께 제공하고자 한다.

Ⅱ. 이론적 논의

1. 건강한 노후

‘건강이 보배다’라는 말도 있듯이, 노인에게 건강이 매우 중요하다는 데에는 이론의 여지가 없을 것이다. 건강은 단순한 의미에서 질병이 없는 상태를 의미하면서도 신체적, 사회적, 심리적인 기능 및 상태가 양호함을 나타내는 매우 복합적인 개념이다(WHO, 2006). 이를 노인에 적용한다면 노후생활의 제 측면에서 안녕한 최적의 상태라고 정의할 수 있다(권중돈,

2016). 사람은 점차 나이가 들면서 자연스럽게 신체적 기능이 감퇴되어 사회활동에 제약을 받는 한편 직장에서의 은퇴 등으로 인한 심리적 변화를 겪게 된다. 이는 개인 및 사회경제적 요인들에 의해 영향을 받으며 다시 건강의 쇠퇴로 이어지기도 한다. 건강은 최적 상태와 그렇지 못한 상태 사이의 유동적인 지표라고 할 수 있다. 이런 이유에서 건강은 고령자에게는 수단(means)이자 목적(ends)이라 할 수 있다. 노년기의 건강은 행복한 노후, 성공적인 노후 생활을 위해 필수적인 요소이다.

노인의 건강은 일반적으로 객관적 차원의 건강과 주관적 차원의 건강으로 대별할 수 있는데, 많은 연구들은 주관적 건강에 주목하고 있다. 객관적 건강수준은 특정 증상 및 통증의 발현 유무나 신체적 기능의 측면에서 직간접적으로 측정되는 임상적 건강수준이다. 일상적 활동의 제한, 신체적 건강의 쇠퇴로 인한 역할의 제한, 통증으로 인한 역할의 정도 등이 해당한다. 주관적 차원에서는 개인의 건강에 대한 인지적 관점에서 이를 측정한다. 일반적으로 응답자가 지각한 전반적 건강상태에 대한 인식을 지표로 활용하고 있다. 객관적 차원의 건강은 노인의 활동에 직접적인 영향을 미칠 수 있기 때문에 중요하나, 다른 한편으로 이는 주관적 차원의 영향의 결과라고도 볼 수 있다. 즉 주관적 차원의 건강은 건강상태에 대한 예방행위와 밀접한 연관이 있으며, 우울이나 자살의 정신적 부분에도 영향을 미친다. 이러한 요소들은 모두 객관적 결과를 초래할 수 있다. 아울러 주관적 인식으로 건강을 측정하는 경우 객관적 경우보다도 훨씬 포괄적으로 정보를 획득할 수 있으며, 무엇보다도 설문을 응답자의 눈높이에 맞추기 때문에 응답이 수월하다는 이점이 존재한다. 따라서 본고에서도 주관적 건강의 중요성에 대한 앞선 대다수의 논의를 따라 이에 방점을 두기로 한다.

지각된 건강수준은 개인 단위의 인구사회학적 요인, 건강행태, 사회심리적 요인 등에 의해 영향을 받는다. 노인의 일반적 특성은 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미친다. 연령은 건강과 밀접한 관련이 있다. 비교적 나이가 젊은 노인일수록 주관적 건강상태가 높게 나타났다. 직업이 있고 기혼인 경우 자신이 건강하다고 인식하는 수준이 높게 나타난다(정순둘 외, 2013). 건강행태도 주관적 건강을 좌우하는 중요한 요인으로 받아들여지고 있다. 예를 들어 규칙적으로 아침식사 및 운동을 하는 경우 건강이 더 양호하다고 느끼는 것으로 나타났다(송예리아, 남은우, 2009). 흡연 및 음주유무도 건강을 예측하는 매우 유용한 변수로 고려되고 있다. 흥미로운 점은 연구마다 이 두 변수의 영향이 상이하다는 것이다. 흡연을 많이 하는 노인들의 초기 주관적 건강상태는 좋지 않은 것으로 나타난 반면, 음주의 경우 그 빈도가 높을수록 오히려 건강한 것으로 나타난 것이다. 다만 이를 종단적으로 살펴봤을 때 음주는 오히려 주관적 건강상태를 나쁘게 만드는 것으로 나타났다(김진현, 2016).

사회경제적 자원도 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미친다. 대표적으로 월평균 가구소득이 높을수록 노인의 주관적 건강인식은 높은 수준을 보인다(정순둘 외, 2013). 비슷한 맥락에서 자가주택을 소유한 노인인 경우 자신의 건강이 비교적 양호하다고 간주할 가능성이 높은데, 이는 곧 대상자의 재산 규모에 따라 건강상태가 달라질 수 있음을 시사한다(이성희, 2012). 저소득 가구 노인과 일반 가구 노인이 체감하는 주관적 건강상태의 차이가 종단적으로도 일정하게 유지된다는 사실은 위 입장에 힘을 실어준다(김진현, 2016).

이러한 연구의 대부분은 건강불평등의 영향요인에 관해 무척이나 설득력 있는 내용을 제

시해주고 있다. 하지만 이러한 연구는 사회경제적 변수에 치우친 나머지, 개인 및 지역 차원의 사회적 변수를 간과하였다는 한계가 존재한다.

2. 사회자본의 수준과 유형

사회자본에 대한 정의와 구성요소는 학자마다 상이하게 정의하고 있다. 좁게는 개인이 특정 사회적 집단의 구성원이 됨으로써 획득할 수 있는 잠재적 혹은 실질적인 자원의 총합으로, 크게는 사회의 상호 이익 및 협력을 증진시키는 공동체에 내재한 시민성의 정도를 의미한다(유석춘 외, 2015). 이것의 구성요소로는 매우 다양하나, 일반적으로 신뢰(trust), 사회적 네트워크(social network)와 참여(participation) 등을 들 수 있다(Bourdieu, 1986; Coleman, 1988; Putnam, 1995). 이들은 개인 차원의 사회자본과 이보다 거시적 차원의 자원, 예를 들어 지역 수준의 사회자본으로 대분된다.

3. 건강한 노후와 사회자본

사회자본은 건강에 영향을 미치는 대표적인 사회적 변수이다. 최근 들어 사회적 자본이 인지된 건강 수준에 미치는 영향을 규명하는 연구들이 다수 수행되었다. 많은 연구들은 개인의 사회자본이 개인의 건강에 미치는 영향에 관하여 분석하였다.그 효과는 대체로 긍정적인 것으로 드러났으며 이는 노인을 대상으로 한 연구에서도 동일하게 나타났다(정민수, 조병희, 2007; 송예리아, 남은우, 2009; 김장락 외, 2012; 김명일 외, 2013; 정순둘 외, 2013; 조창현 외, 2015; 김진현, 2016; Lee et al., 2008). 가족 구성원 간의 사회자본 또한 주관적 건강에 영향을 미친다는 연구도 다수 존재한다. 배우자가 있고 가족관계에 만족하는 경우 그렇지 않은 이들에 비해 주관적 건강이 높은 것으로 나타난다(송예리아, 남은우, 2009). 노인이 가족, 친구, 이웃 관련 활동에 많이 참여하거나 그러한 관계에 만족하는 수준이 높을수록 주관적 건강 인식의 수준이 높은 것으로 나타났다(김장락 외, 2012; 정순둘 외, 2013; 김진현, 2016).

개인, 가정 외에도 지역사회 구성원과의 사회적 관계 수준에 따라 주관적 건강수준이 달라질 수 있다. 공공기관에 대한 신뢰가 높을수록, 경제적으로 지지받은 횟수가 많을수록, 참여하고 있는 단체가 많을수록 주관적 건강은 양호한 것으로 나타난다(송예리아, 남은우, 2009). 사회 참여는 정기적으로 기부를 하거나 자원봉사 및 각종 모임에 참석하고 있는 경우를 일컫는다. 이에 매우 적극적으로 활동하는 경우 건강에 긍정적인 영향을 미친다(Lee et al., 2008). 또한 신뢰를 바탕으로 상호 도움을 주고받을 용의가 높은 경우도 위와 마찬가지로 나타났다(정민수, 조병희, 2007; 김장락 외, 2012; 김진현, 2016).

최근 들어 국·내외로 다층분석을 활용하여 지역 수준의 사회자본이 개인의 건강에 미치는 영향을 분석한 연구들이 수행되었다(김형용, 2010; 김명일 외, 2013; Kim et al., 2006; Kim & Kawachi, 2006; Snelgrove et al., 2009; Murayama et al., 2012; Meng & Chen, 2014). 다수의 연구들은 사회자본이 개인 건강에 긍정적인 영향을 미침을 밝혔다. 지역 내

주민 간 신뢰가 낮아지고 자발적 결사체 및 주민 활동에의 참여율도 떨어지면 이는 사회 분열과 불평등으로 이어지며 범죄율 증가, 의료접근성의 악화 등을 통해 주민들의 건강 수준을 낮추는 것으로 보고되었다(조창현 외, 2015) 반대로 사회자본 수준이 높은 지역에서는 개인의 사회경제적 수준의 차이로 인한 건강 불평등을 사회자본이 완화시켜주는 것으로 나타났다(김명일 외, 2013). 김형용(2010)은 국내에서 유사한 연구를 실시한 결과, 지역 차원의 변수 중 신뢰가 주관적 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것을 밝혀내었다.

그러나 지역 사회자본이 개인의 건강에 유의미한 영향을 미치지 않거나 부정적인 영향을 미치는 사례도 보고되었다. Mohan et al.(2005)은 연구 결과 지역 사회자본 변수 대부분이 개인 건강에 영향을 미치지 않았다고 주장하였다. 또한 사회적 네트워크의 밀도가 높은 사회에서 개인의 사회에 참여하는 정도가 높은 경우 오히려 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강상태가 좋지 않은 것으로 나타나기도 하였다(Mansyur et al., 2008).

지역 사회자본이 노인 개인의 건강에 미치는 영향에 대해서도 상반된 결과들이 도출되었다. 일부 연구에서는 기존의 연구들과 마찬가지로 사회자본의 긍정적인 영향이 발견되었다. 예를 들어 김명일 외(2013)의 연구에서는 노인들이 금주, 금연, 운동 등의 신체적 노후준비를 위한 활동을 많이 하면서 지역 내 각종 기관을 신뢰하는 수준이 높아질수록 이들의 주관적 건강수준은 더욱 큰 폭으로 증가하는 것으로 나타났다.

반면 지역 사회자본이 노인의 건강에 영향을 미치지 않거나, 오히려 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타난 연구결과도 존재한다. 예를 들어 wen et al.(2005)의 연구에 의하면, 지역 내 사회적 연결망의 밀도가 높을수록 노인 환자의 사망 가능성은 높았으며, 자원봉사 단체, 사회적 지지와 같은 요인들은 노인 사망에 유의미한 영향을 미치지 않았다.

왜 지역 사회자본이 지역 내 개인에 미치는 영향력은 개인 수준의 사회자본과 달리 비일관적으로 나타나는 것인가? 이는 지역 사회자본의 특징 그리고 사회자본의 영향을 받는 대상집단의 특징에 의해 설명할 수 있다. 먼저 지역 사회자본은 지역 내 다양한 개인 간, 집단 간 관계에 의해 파생되는 자본이다. 이때 사회자본은 동질적인 성격의 개인들로 구성된 집단 내에 존재하는 결속적(bonding) 사회자본과 이질적인 집단 간의 가교적(bridging) 사회자본으로 구분할 수 있다(Halpern, 2005; Woolcock, 1998, 곽현근, 2015 재인용). 따라서 노인이 동질적인 구성원으로서 특정 집단에 속하거나, 이질적인 타 집단과 긍정적인 관계를 유지해야 자신의 건강을 사회자본을 통해 개선할 수 있다. 만약 특정 집단에 속하지 않았다면 해당 집단의 결속적 사회자본으로부터 혜택을 받을 수 없을 것이며, 다른 집단과의 관계도 없다면 가교적 사회자본의 혜택도 받을 수 없을 것이다. 이와 유사한 맥락에서 Wen et al.(2005)은 노인과 관계가 없는 집단의 사회자본이 독립변수인 경우 노인의 건강에 유의미한 영향을 주지 않을 수 있다는 가설을 제시하였다. Kim and Kawachi(2006) 또한 사회자본이 지역 내 일부 개인들에게는 혜택을 제공하지만 다른 이들에게는 손해를 입힐 수도 있음을 주장하였다. 타 집단이 내부 구성원의 이해만을 도모하고 외부와 단절되어있다면, 즉 결속적 사회자본만이 강한 집단이라면 심지어 노인의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수도 있는 것이다.

지역 내에는 다양한 집단들이 존재하며 대부분의 사람들은 이 중 하나 이상의 집단에 속

해있다. 지역 전반의 사회자본으로부터 긍정적인 영향을 받을 경로가 열려있는 것이다. 그러나 노인 집단은 다른 집단과의 교류가 비교적 적은 소외된 집단이며 노인 집단 스스로의 자원은 부족하다(어유경, 김순은, 2016). 따라서 지역 전반의 사회자본 수준이 높다고 해서 노인의 건강에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 예단하기는 어렵다. 사회자본의 성격에 따라, 그리고 사회자본이 발생한 집단과 노인과의 관계에 따라 영향력의 크기와 방향은 달라질 것이다.

4. 연구 문제 및 가설

본 연구의 목적은 개인과 지역수준의 사회자본이 노인의 주관적 건강에 미치는 영향을 밝히기 위함이다. 먼저, 개인 수준에서는 모든 사회자본 차원이 노인의 주관적 건강에 긍정적인 영향을 미칠 것이다. 즉, 신뢰에 대한 인식이 높을수록, 네트워크에 대한 인식이 높을수록, 참여에 대한 인식이 높을수록 노인들은 주관적으로 건강하다고 느낄 것이다(가설 1-1, 1-2, 1-3).

그러나 지역 수준의 사회자본이 노인 개인의 건강에 미치는 영향은 해당 사회자본과 노인과의 관계에 따라 달라질 것이다. 특정 사회자본이 발생되는 집단 혹은 관계에 노인이 직접 포함되는 경우에는 노인의 건강에 긍정적인 영향을 미칠 것이다. 내부 구성원인 노인이 결속적 사회자본의 혜택을 받을 수 있기 때문이다. 예를 들어 노인의 투표 참여율은 매우 높으므로, 참여의 대표적인 변수인 지방선거 투표율은 노인 건강 수준을 높일 것이다(가설 2-7). 낮은 신뢰 수준을 의미하는 이혼율은 높아질수록 노인의 건강 수준은 낮아질 것이다(가설 2-2). 최근 황혼이혼이 급증함에 따라 이혼 부부의 상당수는 노인부부이기 때문에 이혼율은 노인을 포함하는 변수로 볼 수 있다.

사회자본이 발생하는 집단 혹은 관계에 노인이 직접 포함되지는 않지만 노인과 밀접한 관계가 있는 경우에는 그 관계가 긍정적인지 혹은 부정적인지에 따라 노인 건강에 미치는 영향력도 달라질 것이다. 노인과 긍정적인 관계를 갖는 사회자본을 측정할 수 있는 지표로 활동자원봉사자의 수, 종교단체의 수, 전문가 단체의 수 등이 있다. 활동자원봉사자의 수는 지역 내 호혜적 인구의 비중을 나타내는 변수로 신뢰를 측정하기 위해 적용된다(최지민, 2015). 많은 자원봉사자들은 사회적 약자를 돕기 위해 활동하며 약자에는 노인도 포함된다. 즉 지역 내 활동자원봉사자의 수가 많을수록 노인의 건강 수준은 향상될 것이다(가설 2-1). 한편, 지역의 네트워크 수준을 측정하는 변수인 종교단체는 봉사활동을 펼치는 주체일 뿐만 아니라 다수의 노인들이 직접 참여하는 단체이다. 또한 전문가 단체의 주요 구성원은 의사이므로 노인들은 주고객이다[2]. 따라서 종교단체와 전문가 단체의 수가 많을수록 노인에게 긍정적인 영향을 미치는 네트워크 또한 증가할 것이다(가설 2-4, 2-6).

반면 노인과 직접적인 관계는 없는 경우, 사회자본은 노인의 건강에 별다른 영향을 미치지 않거나 오히려 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 이는 사회자본이 발생한 집단의 구성원에 혜

2) 본 연구의 조사 지역인 32개 지역에서, 1만 명당 전문가 단체의 수와 1만 명당 의사의 수 간 상관관계를 분석한 결과, 상관관계 계수는 0.67이었다($p<0.01$).

택을 우선적으로 제공하기 때문이다. 예를 들어 결사체 중 시민운동단체 및 노동조합은 노인과 직접적인 관계가 거의 없다. 시민운동단체는 환경 등 다양한 이슈에 대하여 활동한다. 사회적 약자를 위한 활동을 펼치는 단체들도 존재하지만 이는 전체 시민운동단체에서 일부만을 차지한다. 다만 대다수 시민운동단체의 목표는 해당 단체의 이익을 배타적으로 추구하는 것이 아니라 지역사회 전반의 이익을 추구하는 경우가 많다. 따라서 지역 내 시민운동단체가 많으면 지역의 네트워크 수준은 높겠으나, 이는 노인의 건강에 유의미한 영향을 미치지는 않을 것이다(가설 2-3). 이와 달리 노동조합은 근로자들이 스스로의 이익을 위해 활동하는 단체이므로 퇴직한 노인은 이들과 직접적으로 관련되지 않는다. 따라서 지역 내 노동조합이 많다고 해서 노인의 건강수준이 달라지지는 않을 것이며, 오히려 악영향을 미칠 수도 있다(가설 2-5). 한편 정보공개청구율 또한 참여를 측정하는 대표적인 변수이지만 노인과 직접적인 관계가 없다. 정보공개청구는 온라인 청구가 73%에 달하는 등 주로 웹사이트를 통해 이루어진다(안전행정부, 2014). 때문에 IT 활용에 미숙한 노인의 정보공개 청구율은 상대적으로 높지 않을 것이다. 따라서 지역의 정보공개청구율은 노인의 건강에 영향을 미치지 않을 것이다. 다만 정보공개청구는 특정 집단의 이익을 위한 활동이라기보다 지역사회의 현안을 알기 위한 참여 방법으로 볼 수 있다. 따라서 노인의 건강을 악화시키지는 않을 것이다(가설 2-8).

위 논의를 토대로 본 연구의 연구문제와 연구가설을 아래와 같이 제시하였다.

가. 연구문제 1. 개인수준의 사회자본은 노인들의 주관적 건강에 영향을 미치는가?

연구가설 1-1. 신뢰에 대한 인식이 높을수록 노인들은 주관적으로 건강하다고 느낄 것이다.

연구가설 1-2. 네트워크에 대한 인식이 높을수록 노인들은 주관적으로 건강하다고 느낄 것이다.

연구가설 1-3. 참여에 대한 인식이 높을수록 노인들은 주관적 건강하다고 느낄 것이다.

나. 연구문제 2. 지역수준의 사회자본은 노인들의 주관적 건강에 영향을 미치는가?

연구가설 2-1. 활동 자원봉사자의 수가 많은 지역에 거주하는 노인일수록 주관적으로 건강하다고 느낄 것이다.

연구가설 2-2. 이혼율이 낮은 지역에 거주하는 노인일수록 주관적으로 건강하다고 느낄 것이다.

연구가설 2-3. 시민운동단체의 수가 많은 지역에 거주하는 노인일수록 주관적으로 건강하다고 느낄 것이다.

연구가설 2-4. 종교단체의 수가 많은 지역에 거주하는 노인일수록 주관적으로 건강하다고 느낄 것이다.

연구가설 2-5. 노동조합의 수가 많은 지역에 거주하는 노인일수록 주관적으로 건강하다고 느낄 것이다.

연구가설 2-6. 전문가 단체의 수가 많은 지역에 거주하는 노인일수록 주관적으로 건강

하다고 느낄 것이다.

연구가설 2-7. 지방선거 투표율이 높은 지역에 거주하는 노인일수록 주관적으로 건강하다고 느낄 것이다.

연구가설 2-8. 정보공개청구율이 높은 지역에 거주하는 노인일수록 주관적으로 건강하다고 느낄 것이다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 대상자 및 자료 수집

본 연구에서 개인 수준의 자료는 설문에 의해 수집하였으며, 지역 수준의 자료는 거시 자료를 수집하였다(<표 1> 참고). SSK[3] 고령사회와 사회자본 연구센터에서 실시한 「노인문제 및 지역사회자본」 설문은 노인 1,060명을 대상으로 실시되었으나 이중 10명은 사회자본 문항에 '모름'으로 응답하였고 이는 결측치로 처리되었다. 따라서 최종적으로 본 연구에 활용된 조사대상자수의 응답은 총 1,050건이다. 설문은 2014년 6월 9일부터 약 한달 간 진행되었으며 해당 연구계획 및 설문지는 서울대학교 생명연구윤리위원회(IRB)의 승인을 받았다. 모든 지역 수준 변수들은 2013년을 기준으로 수집하였으며, 지방선거 투표율은 제5회 전국동시지방선거가 2010년에 실시되었으므로 2010년을 기준으로 하였다. 개인 수준의 변수들이 2014년에 실시된 설문을 통해 측정되었기 때문에, 인과의 선행성을 충족하기 위하여 전년도를 기준으로 변수를 수집하였다.

<표 1> 자료 수집 및 출처

변수	세부요인 (문항)	자료출처
종속변수		
주관적 건강상태	귀하의 건강상태는 어떠십니까?	「노인문제 및 지역사회자본」설문
독립변수1: 개인 사회자본		
신뢰	1) 대부분의 사람들은 신뢰할 수 있음 2) 사람들은 날 공정하게 대해 주려함 3) 사람들은 대체로 날 도우려 함 4) 사람들은 대체로 날 이용하려 함	「노인문제 및 지역사회자본」설문 (2014)
네트워크	1) 이웃들과 자주 얘기하는 편임 2) 친구들과 전화, SNS(스마트폰)를 통해 자주 연락함 3) 혈연(친인척)의 연고관계를 자주 이용함 4) 지연(고향)의 연고관계를 자주 이용함 5) 학연(학교)의 연고관계를 자주 이용함	

3) Social Science Korea(한국사회과학연구). 한국연구재단 지원 사업

변수	세부요인 (문항)	자료출처
사회참여	1) 주민모임(반상회, 노인회 등)에 참여함 2) 시민운동단체에 참여함 3) 여가, 취미, 체육, 문화동호회에 참여함 4) 봉사, 자원봉사단체에 참여함 5) 정당·정치단체에 참여함 6) 종교단체에 참여함	
독립변수2: 지역 사회자본		
신뢰	호혜적 인구비중: 인구 만 명당 활동자원봉사자 수	행정자치부 자원봉사현황 (2013)[4],
	이혼율: 인구 만 명당 이혼건수	국가통계포털 (2013)
네트워크	시민운동단체 : 인구 만 명당 해당 단체 수 종교단체 수 : 인구 만 명당 해당 단체 수 노동조합 수 : 인구 만 명당 해당 단체 수 전문가단체 수 : 인구 만 명당 해당 단체 수	행정자치부 시·군·구 산업세세분류표 (2013)
참여	지방선거 투표율 : 투표자/전체유권자*100	선거관리위원회, 2010(제5회)
	정보 공개 청구율 : 인구 만 명당 정보공개청구 건수	내고장알리미 (2013)
통제변수		
개인	성별(남=1), 연령, 독거 여부(독거=1), 노인부부 동거 여부(노인부부=1), 학력, 결혼상태(결혼=1)	「노인문제 및 지역사회자본」설문
지역	인구 재정자립도:(지방세+세외수입−지방채)*100/일반회계세입 노인빈곤율: 노인 기초수급자 수/노인 수 빈곤율: 기초수급자 수/주민 수 고령화율: 노인 수/전체인구 노인 만 명당 노인복지시설 수	국가통계포털(2013)

*노인: 65세 이상

2. 연구 변수

(1) 종속변수 : 노인의 주관적 건강

본 논문은 노인의 건강 수준을 측정하기 위하여 노인의 주관적 건강 수준을 종속변수로 선정하였다. '귀하의 건강 상태는?'이라는 단일 문항 아래 리커트 5점 척도('매우 나쁘다' 1

4) 정보공개청구 자료

점, '매우 좋다' 5점)로 측정하였다.

(2) 독립변수 1: 개인의 사회자본

개인 수준의 사회자본은 설문문항을 통하여 측정하였다. 설문문항은 김태종 외(2006)의 사회자본 측정 문항 중 신뢰, 네트워크, 사회참여에 관한 문항들을 활용하였으며, 해당 문항들은 해외 연구에서도 보편적으로 활용된다. 모든 문항은 5점 척도(전혀 그렇지 않다 1점, 매우 그렇다 5점)이며 점수가 높을수록 사회자본의 수준이 높음을 의미한다.

사회자본 문항들의 전체 신뢰도(Cronbach α)는 0.809이다. 신뢰에 관한 문항들 간 신뢰도 계수는 0.659, 네트워크에 관한 문항들 간 신뢰도 계수는 0.785, 사회참여에 관한 문항들 간 신뢰도 계수는 0.785로 나타났다. 각 문항들의 평균값으로 노인 개인의 신뢰, 네트워크, 사회참여 정도를 측정하였다.

(3) 독립변수 2 : 지역의 사회자본

본 연구는 지역의 사회자본을 측정하기 위하여 거시지표를 사용하며, 최지민(2015)이 사용한 지표를 주로 적용하였다. 먼저, 지역의 신뢰 수준을 측정하기 위하여 호혜적 성격을 지닌 인구의 비중과 인간관계의 해체 정도를 측정하였다. 전자는 활동자원봉사자의 수로, 후자는 이혼율을 통해 측정하였다.[5] 네트워크의 정도는 지역 내 존재하는 결사체의 수를 통해 측정한다(Putnam, 1995). 본 연구에서는 인구 1만 명당 시민운동단체, 종교단체, 노동조합, 전문가단체의 수를 통해 측정하였다. 이어서 참여의 수준은 지방선거 투표율과 정보공개청구율을 통해 측정하였다.

(4) 통제변수

본 연구는 개인 수준의 통제 변수로 성별, 연령, 동거가족 여부, 학력, 결혼 여부를 활용하였다. 또한 지역 수준의 통제 변수로는 인구, 재정자립도, 노인빈곤율, 빈곤율, 고령화율, 노인복지시설의 수를 선정하였다.

3. 분석 방법

본 연구는 개인 수준의 사회자본과 지역 수준의 사회자본이 노인의 주관적 건강에 미치는

5) 지역의 신뢰 수준은 주민들의 주관적 신뢰 수준을 설문을 통해 측정한 뒤 그것에 평균을 취한 값을 통해 측정하기도 한다. 그러나 한국에서는 아직 기초지방정부를 기준으로 하는 지역의 대표성을 고려하여 실시된 사회자본 관련 설문은 없다. 이에 더하여 개인을 대상으로 한 설문에 의해 지역의 사회자본을 측정하는 방식은 환원주의적 오류로부터 자유롭지 않다. 따라서 본 연구에서는 공개된 자료를 수집하여 거시 지표를 활용하는 방식을 채택하였다. 그 밖에 지역 수준의 사회자본 중 네트워크, 참여 등은 거시 지표를 활용하여 지역 수준에서 측정하는 방식이 보다 보편적이다.

영향을 분석하기 위하여 다층 모형 분석(multilevel analysis)을 적용하였다. 본 연구와 같이 다층자료를 활용하는 경우 같은 지역 내 구성원들이 지역의 특성을 공유하므로, 최소자승법 적용 시 관측치의 독립성 가정을 위배한다. 이와 달리 다층 모형을 적용하면 개인과 지역의 잔차를 별도로 추정할 수 있다.

본 연구는 세가지 모형을 순차적으로 분석하였다. 먼저 개인 수준의 변수만을 투입하여 노인의 주관적 건강에 미치는 영향을 추정하였다. 다음으로 지역 수준의 통제변수를 투입하여 영향력을 살폈다. 마지막으로 지역 수준의 사회자본 변수들을 독립변수로서 투입하여 종속변수에 미치는 영향을 분석하였다. 통계분석을 위하여 STATA 13.1 프로그램을 사용하였으며 결측치는 없다.

Ⅳ. 분석 결과

1. 조사대상자의 인구학적 특성과 사회자본 특성

(1) 조사대상자의 인구학적 특성

본 연구의 조사대상자의 특성은 <표 2>와 같다. 먼저 성별의 경우, 여성이 625명(59.52%), 남성이 425(40.48%)를 차지한다. 연령은 60대 293명(27.91%), 70대 530명(50.47%), 80대 이상이 227명(21.62%)이다. 혼자 사는 독거노인이 233명(22.19%), 그 외 다른 가족과 동거하는 노인이 817명(77.81%)이다. 노인부부가 함께 사는 경우는 505명

<표 2> 조사대상자의 특성

(N=1,050)

변수	세부요인(문항)	사례수	백분율(%)
성별	여	625	59.52
	남	425	40.48
연령	60대	293	27.91
	70대	530	50.47
	80대 이상	227	21.62
독거노인	동거가족 있음	817	77.81
	독거	233	22.19
노인부부	노인부부 외 동거가족 있거나 독거	505	48.10
	노인부부	545	51.90
학력	무학	199	18.95
	초등학교 중퇴·졸업	462	44.00
	중학교 중퇴·졸업	211	20.10
	고등학교 중퇴·졸업	125	11.90
	전문대 이상	53	5.05

변수	세부요인(문항)	사례수	백분율(%)
결혼여부	기타 (사별,이혼,별거,비혼)	378	36.00
	기혼 (배우자 있음)	672	64.00
주관적 건강수준	매우 나쁘다	97	9.24
	나쁜 편이다	337	32.10
	보통이다	380	36.19
	좋은 편이다	207	19.71
	매우 좋다	29	2.76

(48.10%), 그 외 다른 가족과 동거하거나 독거하는 노인은 505명(48.10%)이다. 학력의 경우 무학 199명(18.95%), 초등학교 중퇴 혹은 졸업 462명(44%), 중학교 중퇴 혹은 졸업 211명(20.10%), 고등학교 중퇴 혹은 졸업 125명(11.90%), 그 외 전문대 이상인 경우는 53명(5.05%)를 차지한다. 현재 배우자가 있는 노인은 672명(64%), 그 외 사별, 이혼, 별거, 비혼 등의 이유로 배우자가 없는 노인은 378명(36%)이다. 종속변수인 주관적 건강수준의 경우 매우 나쁘다고 응답한 노인이 97명(9.24%), 나쁜 편으로 응답한 노인은 337명(32.10%), 보통으로 응답한 노인은 380명(36.19%), 좋은 편이라 응답한 노인은 207명(19.71%), 매우 좋다고 응답한 노인은 29명(2.76%)이었다.

(2) 조사대상자의 개인과 지역 수준의 사회자본 특성

본 연구의 주요 변수에 대한 조사대상자 및 대상 지역의 특성은 <표 3>과 같다.

먼저 종속변수인 주관적 건강수준의 평균은 2.747점으로 이는 '보통'인 3점보다 약간 낮은 수준이다. 독립변수인 개인 사회자본의 경우 응답자들의 평균은 신뢰 3.693점, 네트워크

<표 3> 조사대상자 및 대상 지역의 특성

분류		빈도	평균	표준편차	최소값	최대값
종속변수						
주관적 건강수준		1,050	2.747	0.967	1.000	5.000
독립변수1: 개인 사회자본						
신뢰		1,050	3.693	0.611	1.000	5.000
네트워크		1,050	3.081	0.791	1.000	5.000
사회참여		1,050	2.158	0.794	1.000	5.000
독립변수2: 지역 사회자본						
신뢰	활동자원봉사자	32	435.486	549.806	20.931	2683.247
	이혼율	32	21.641	4.548	11.170	30.698
네트워크	시민운동단체	32	1.029	1.251	0.000	5.685
	종교단체	32	20.292	10.535	1.346	46.748
	노동조합	32	0.715	1.086	0.000	4.151
	전문가단체	32	0.841	1.454	0.000	6.209
사회참여	지방선거투표율	32	0.619	0.103	0.458	0.791
	정보공개청구율	32	86.108	63.146	7.722	292.299

3.081점, 사회참여 2.158점이었다. 신뢰는 '보통'보다 약간 높은 수준이었으나 네트워크는 '보통' 수준, 사회참여는 '그렇지 않다'에 가까웠다. 지역의 신뢰 수준을 측정하기 위한 변수인 자원봉사자 수의 경우, 인구 1만명당 활동자원봉사자의 수는 평균 435.486명이었다. 이혼율 평균은 인구 1만명당 해당 년도 이혼건수 21.642건이었다. 지역의 네트워크 수준을 측정하는 변수인 지역사회 단체들의 수 평균은 인구 1만명당 시민운동단체의 수 1.029개, 종교단체의 수 20.292개, 노동조합의 수 0.715개, 전문가단체의 수 0.841개였다. 마지막으로 지역의 사회참여 수준을 측정하기 위한 변수 중 지방선거투표율은 평균 61.9%였으며, 정보공개청구율은 인구 1만명당 평균 86.108건이었다.

2. 분석 결과

(1) 개인 및 지역요인 기초모형 검증

본 연구에서 사회자본과 노인의 주관적 건강의 관계를 검증하기에 앞서, 기초모형의 적절성을 검증하였다. 먼저, 다층모형의 적절성을 검증하기 위하여 지역수준의 무선효과(U0)을 계산한 결과, 무선효과는 통계적으로 유의미하였다($p<.01$). 이는 노인들의 주관적 건강이 개인 수준의 변수뿐만 아니라 지역 수준의 변수에 의해 영향을 받고 있다는 의미이다. 다음으로, 집단 간 차이가 종속변수를 설명하는 정도인 집단내상관(intra-class correlation: ICC)을 계산하였다. ICC 값은 0.032였으며, 이는 노인들의 주관적 건강수준 변동의 3.2%는 지역 간 차이에 의한 것임을 의미한다.

(2) 개인 및 지역 사회자본이 노인의 주관적 건강에 미치는 영향 검증

개인 수준의 변수만을 투입한 모형1과 지역 수준의 통제변수를 추가로 투입한 모형2의 결과는 유사하게 나타났다. 먼저 모형1의 경우, 개인 수준의 사회자본은 모든 차원이 유의미하게 노인의 주관적 건강을 향상시키는 것으로 나타났다(신뢰:$\beta=0.118$, $p<.05$, 네트워크:$\beta=0.102$, $p<.05$, 참여:$\beta=0.100$, $p<.01$). 개인 수준의 인구통계학적 변수 중에서는 성별, 연령, 학력이 주관적 건강수준에 영향을 미쳤다. 남자일수록($\beta=0.110$, $p<.1$), 연령이 낮을수록($\beta=-0.027$, $p<.01$), 학력이 높을수록($\beta=0.188$, $p<.01$) 주관적 건강수준이 높았다.

모형2는 모형1에 지역 수준의 통제변수를 추가하였으나 각 변수가 주관적 건강수준에 미치는 영향력은 거의 유사하였다. 개인 수준의 사회자본은 여전히 주관적 건강수준에 긍정적인 영향을 미쳤다(신뢰:$\beta=0.123$, $p<.05$, 네트워크:$\beta=0.099$, $p<.05$, 참여:$\beta=0.099$, $p<.01$). 개인 수준의 통제변수도 마찬가지로, 남자일수록($\beta=0.111$, $p<.1$), 연령이 낮을수록($\beta=-0.027$, $p<.01$), 학력이 높을수록($\beta=0.185$, $p<.01$) 주관적 건강수준을 개선하였다. 이에 더하여 결혼한 노인의 주관적 건강수준이 보다 높게 나타났다($\beta=0.041$, $p<.01$). 그러나 지역 수준의 통제변수들은 주관적 건강수준에 유의미한 영향을 미치지 않았다.

모형3은 모형2에 지역 수준의 사회자본 변수들을 추가한 것이다. 이때 다양한 지역 수준

<표 4> 개인 및 지역 사회자본이 노인의 건강에 미치는 영향 분석 결과

	모형1		모형2		모형3	
	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.
신뢰	0.118**	0.049	0.123**	0.049	0.135***	0.049
네트워크	0.102**	0.042	0.099**	0.041	0.094**	0.041
참여	0.100***	0.037	0.099***	0.037	0.092**	0.037
활동자원봉사자					0.000**	0.000
이혼율					−0.050***	0.015
시민운동단체					−0.011	0.072
종교단체					−0.023	0.017
노동조합					−0.353**	0.151
전문가단체					0.375**	0.152
지방선거투표율					−3.295**	1.666
정보공개청구율					0.006***	0.002
성별(남=1)	0.110*	0.059	0.111*	0.059	0.111*	0.059
연령	−0.027***	0.004	−0.027***	0.004	−0.027***	0.004
독거노인(독거=1)	0.041	0.089	0.043	0.089	0.052	0.089
노인부부(부부=1)	0.115	0.081	0.124	0.082	0.118	0.082
학력	0.188***	0.028	0.185***	0.028	0.184***	0.028
결혼상태(결혼=1)	0.043	0.104	0.041***	0.104	0.049***	0.104
인구			0.000	0.000	0.000	0.000
재정자립도			0.004	0.006	0.004	0.006
노인빈곤율			0.000	0.000	0.000	0.000
빈곤율			0.001	0.001	0.002***	0.001
고령화율			0.129	1.072	1.603	2.207
노인복지시설 수			−0.001	0.001	0.000	0.001
상수	3.165***	0.396	2.796***	0.517	5.353***	1.269

*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

의 사회자본 변수들이 노인 개인의 주관적 건강수준에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 먼저 신뢰 변수 중 이혼율은 가설에서 제시한 바와 같이 노인의 주관적 건강 수준을 악화시키는 것으로 나타났다(β=−0.050, p<.01 : 가설2−2 지지). 지역의 호혜적 인구 비중을 의미하는 활동자원봉사자 비중도 건강에 긍정적인 영향을 미쳐 가설을 지지하였다(β=0.000, p<.05 : 가설2−1 지지)[6]. 위 변수들은 노인을 직접 포함하거나 노인과 긍정적인 관계를 갖기 때문에, 지역의 신뢰 수준이 높아질수록 노인의 건강을 개선시킨 것이다.

한편 지역의 네트워크 변수들은 노인의 주관적 건강에 미치는 영향이 가설과 대체로 일치하는 방향으로 나타났으나 가설과 달리 영향력이 발견되지 않은 변수도 있었다. 종교단체는 노인과 긍정적 관계를 지니므로 건강 수준을 향상시킬 것으로 예측하였으나 유의미한 영향

6) 다만 활동자원봉사자 비중의 경우 계수의 부호가 신뢰구간 내에서 변화하므로 해석에 유의할 필요가 있다.

력은 발견되지 않았다(가설 2-4 기각). 전문가단체의 수는 예상대로 노인의 주관적 건강 수준을 증가시켰다(β=0.375, p<.05 : 가설 2-6 지지). 이와 같이 지역의 네트워크는 노인과 긍정적인 관계가 있는 경우 노인의 건강에 긍정적인 영향을 미치지만 영향력이 분명하게 나타나지 않는 경우도 있었다.

노인과 직접적 관계가 없는 네트워크들은 노인의 건강에 영향을 미치지 않거나 오히려 악영향을 미치는 것으로 나타났다. 시민운동단체의 수는 가설에서 제시한 바와 같이 노인의 주관적 건강에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다(가설 2-3 지지). 그러나 노동조합의 수는 예측대로 노인 건강에 부정적인 영향을 미쳤다(β=-0.353, p<.05 : 가설 2-5 지지). 이러한 결과는 지역 내 네트워크가 활발하게 구성되더라도 노인과 관계를 맺지 않는 경우 노인의 건강에 영향을 주지 못하며, 집단의 이익을 주목적으로 하는 네트워크의 경우에는 심지어 악영향을 줄 수도 있음을 나타낸다.

지역의 신뢰 및 네트워크 변수와 달리 지역의 참여 변수는 가설과 모두 다른 방향으로 노인의 건강에 영향을 미치고 있었다. 지방선거투표율은 가설과 달리 노인의 건강에 악영향을 미치고 있었다(β=-3.295, p<.05 : 가설 2-7 기각). 이는 노인들의 보수적인 정치 성향과 관련이 있는 것으로 짐작된다. 지방선거의 투표자 중 다수는 노인인데, 한국의 노인들은 보건복지, 재분배 등을 주창하는 진보당보다는 안보, 경제성장 등을 주장하는 보수당을 지지하는 성향이 강하다.[7] 따라서 높은 참여의 수준이 오히려 노인의 건강에 부정적인 영향을 미쳤을 수 있다. 한편 정보공개청구율은 영향이 없을 것으로 예측했던 가설과 달리 노인의 주관적 건강을 유의미하게 향상시켰다(β=0.006, p<.01 : 가설 2-8 기각). 지방선거 투표율과 정보공개청구율이 모두 참여를 측정하기 위한 지표임에도 노인 건강에 미치는 영향이 다르게 나타나는 것은 대의 민주주의와 직접 민주주의의 차이에 의한 것일 수 있다. 대의 민주주의 절차인 선거에서는 정치적 동원(mobilization)이 발생하기 쉽고, 이는 지방선거에서 더욱 두드러지게 나타난다(김욱, 2006). 유권자는 후보에 대한 정보를 알기 어렵고, 당선 후 활동에 대해서도 정보를 얻거나 지속적으로 관심을 기울이기 쉽지 않기 때문에 유권자 자신의 선호와 다른 후보를 지지하도록 동원되기도 한다. 반면 정보공개청구는 직접 민주주의적인 행위로 볼 수 있다. 정부의 활동에 대하여 직접 감시하는 행위이기 때문이다. 따라서 투표율은 주민의 일부인 노인의 건강에 부정적인 영향을 가져올 수도 있었던 반면, 정보공개청구는 지방자치단체를 감시하여 서비스의 공급과 품질을 향상시키고 결과적으로 노인의 건강에도 긍정적인 영향을 가져온 것으로 해석할 수 있다. 위 결과들은 지역사회 참여라는 사회자본, 혹은 그로 인해 형성되는 사회자본이 주민들에게 반드시 긍정적인 영향을 가져오는 것은 아니며, '무엇'에 '어떻게' 참여하는지에 따라 영향은 달라질 수 있음을 시사한다.

위 분석결과에 따라 가설 채택 혹은 기각 여부를 <표 5>를 통해 제시하였다.

이밖에 개인 수준의 사회자본은 지역 수준의 사회자본 변수들을 투입한 이후에도 주관적 건강수준을 높이는 것으로 나타났다(신뢰:β=0.135, p<.01, 네트워크:β=0.094, p<.05, 참여:β=0.092, p<.05 : 가설 1-1, 1-2, 1-3 지지). 개인 수준의 통제변수가 미치는 영향력

7) 예를 들어 한국의 노인 가구의 복지정책에 대한 지지도는 비노인가구의 지지보다 낮았으며, 이는 외국의 노인집단과는 다른 투표행태이다(류만희, 최영, 2009)

도 유사하였다. 남자일수록(β=0.111, p<.1), 연령이 낮을수록(β=−0.027, p<.01), 학력이 높을수록(β=0.184, p<.01), 결혼한 상태인 경우(β=0.049, p<.01) 주관적 건강수준이 높았다. 지역의 사회경제적 변수 중 빈곤율이 높을수록 노인의 주관적 건강수준은 높은 것으로 나타났다(β=0.002, p<.01).

<표 5> 지역 사회자본이 노인 건강에 미치는 영향에 관한 가설과 결과

사회자본과 노인간 관계		지역 사회자본 변수		가설		결과	
노인 포함		신뢰	이혼율(낮은 신뢰)	−	2-2	−	지지
		참여	지방선거 투표율	+	2-7	−	기각
노인 미포함	노인과 긍정적 관계 있음	신뢰	활동자원봉사자	+	2-1	+	지지
		네트워크	종교단체	+	2-4	없음	기각
		네트워크	전문가 단체	+	2-6	+	지지
	노인과 직접적 관계 없음	네트워크	시민운동단체	없음	2-3	없음	지지
		네트워크	노동조합	없음 or −	2-5	−	지지
		참여	정보공개청구율	없음	2-8	+	기각

Ⅴ. 결론 및 논의

본 연구는 개인 수준의 사회자본과 지역 수준의 사회자본이 노인의 주관적 건강에 미치는 영향을 분석하기 위하여 실시되었다. 개인 수준의 사회자본은 노인 1,060명을 대상으로 실시된 설문을 통하여 신뢰, 네트워크, 참여 차원의 사회자본을 측정하였다. 지역 수준의 사회자본 또한 신뢰, 네트워크, 참여 수준을 측정하기 위하여 이와 관련된 지역 거시 지표들을 수집하여 분석하였다. 이와 같이 수집된 개인 수준과 지역 수준의 자료들은 다층모형을 적용하여 분석하였다. 본 연구의 분석결과를 요약하자면 다음과 같다.

먼저, 개인 수준의 사회자본은 노인의 주관적 건강에 긍정적인 영향을 미쳤다. 이러한 영향력은 지역 수준의 변수들을 투입한 이후에도 동일하게 나타났다. 즉 노인들은 사회의 다른 사람들을 신뢰할수록, 친구, 이웃, 가족들과 자주 연락하고 이들과의 관계를 적극적으로 이용할수록, 다양한 결사체 활동에 참여할수록 주관적 건강수준을 높게 응답하였다. 이러한 결과는 수많은 선행연구들의 결과와 일치한다.

한편 지역 수준의 사회자본은 차원에 따라, 혹은 차원 내에서도 지표에 따라 노인의 주관적 건강 수준에 미치는 영향력이 다르게 나타났다. 본 연구는 이러한 차이는 해당 사회자본이 발생된 집단 혹은 관계가 노인과 어떤 관계를 맺고 있는가에 따라 발생할 수 있음에 주목하였다. 예를 들어 이혼율이 측정하고자 하는 것은 지역 내 친밀한 인간관계가 해체됨으로써 발생하는 신뢰의 감소인데, 여기에는 노인 인구의 이혼까지 반영된다. 따라서 지역 내 이혼율의 증가는 지역의 일반적인 사람들에 대한 신뢰, 노인에 대한 신뢰, 노인의 타인에 대한

신뢰 등을 모두 포함한다. 때문에 이혼율의 증가가 노인 개인의 주관적 건강 수준을 낮춘 것이다. 다만 노인을 포함하는 참여의 지표인 지방선거 투표율은 증가할수록 오히려 노인의 건강을 낮추었는데, 이는 노인들의 보수적 정치성향이 지역의 의료자원에 부정적인 영향을 미쳤기 때문일 수 있다.

사회자본이 발생된 집단 혹은 관계에 노인이 직접 포함되지 않는 경우에는 노인과 긍정적인 관계를 갖고 있는가 혹은 직접적인 관계가 없거나 부정적인 관계를 맺고 있는가에 따라 노인의 건강에 미치는 사회자본의 영향력이 달라질 수 있다. 이는 긍정적인 관계를 맺고 있는 경우 가교적 사회자본이 노인을 지원할 수 있지만, 관계가 없는 경우에는 노인과의 가교적 사회자본이 형성되지 않을 것이기 때문이다. 이에 더하여 관계가 없으면서 결속적 사회자본이 내집단의 이익을 위해 작동하는 경우에는, 관계가 없는 타집단인 노인의 이익을 상대적으로 약화시킬 수도 있다.

본 연구에서 노인과 긍정적인 관계가 있는 사회자본 측정 변수로는 활동자원봉사자의 수(신뢰), 종교단체의 수(네트워크), 전문가 단체의 수(네트워크)를 선정하였다. 분석 결과, 지역 내 활동자원봉사자의 수와 전문가 단체의 수가 많을수록 노인 개인의 주관적 건강 수준이 높았다. 이는 노인을 돕고자 하는 인구와 단체가 많아질수록, 그로부터 발생하는 지역 내 신뢰와 네트워크의 증가가 노인의 건강에도 긍정적인 영향을 미쳤음을 의미한다. 다만 종교단체는 유의미한 영향력을 나타내지 않았는데, 이는 활동자원봉사자 혹은 전문가 단체와 달리 종교단체는 종교활동을 주목적으로 하며 사회적 약자를 돕는 활동은 부차적인 목적이기 때문일 수 있다. 즉 노인과의 관계가 다른 변수에 비해 약하기 때문일 수 있다.

노인과 직접적 관계가 없는 사회자본으로는 시민운동단체의 수(네트워크), 노동조합(네트워크), 정보공개청구율(참여)을 변수로 선정하여 노인의 건강에 미치는 영향력을 분석하였다. 그 결과, 시민운동단체는 유의미한 영향을 미치지 않았으며 노동조합은 노인의 주관적 건강을 낮추는 것으로 나타났다. 시민운동단체는 노인과는 관계가 없지만 내집단의 이익이 아닌 지역 전반의 이익을 목적으로 하는 단체이기 때문에 부정적인 영향까지는 미치지 않은 반면, 노동조합은 내집단의 이익을 우선적으로 추구하는 단체이기 때문에 노인의 주관적 건강에 상대적으로 부정적인 영향을 미쳤을 수 있다. 정보공개청구율은 가설과 달리 노인의 건강을 향상시키는 것으로 나타났는데, 이는 선거와는 달리 지방자치단체의 기능을 직접적으로 감시함으로써 복지서비스의 공급량과 품질을 향상시켰기 때문일 수 있다. 즉, 노인이 정보공개를 청구하는 사례도 적고, 노인의 건강과 관련된 정보를 청구하는 사례도 흔하지 않지만 결과적으로는 참여가 정부의 기능을 개선하고 이것이 노인의 건강까지 향상시킨 것으로 해석해볼 수 있다.

본 연구의 분석결과를 기반으로, 노인의 건강을 향상시키기 위한 정책적 함의를 다음과 같이 제시하고자 한다. 먼저, 노인의 건강을 위해 노인 개인이 사회자본을 축적할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 노인이 사회를 신뢰할 수 있도록, 보다 많은 네트워크에 연결될 수 있도록, 사회활동에 참여할수록 지원하는 것이 곧 노인의 건강을 향상시키는 방안이 될 수 있다.

지역 수준의 사회자본을 통해 노인의 건강을 향상시키려는 시도는 개인 수준의 사회자본

과 달리 보다 신중하게 접근할 필요가 있다. 노인도 사회자본을 발생시키는 주체인 경우에는 노인이 스스로의 건강과 이익을 위해 참여하는 지를 확인해야 한다. 예를 들어 노인이 선거에 참여할 때, 각 후보의 과거 활동에 대한 정보, 혹은 후보의 공약이 노인에게 어떤 혜택을 가져다줄 수 있는지에 관한 정보 등을 적극적으로 제공할 필요가 있다. 즉 단순하게 참여의 횟수만 증가시키는 것이 아니라, 현명한 참여를 독려할 필요가 있다.

노인이 포함되지 않는 사회자본의 경우, 노인과 긍정적인 관계를 맺도록 하는 것이 중요하다. 예를 들어 자원봉사 활동에서 노인 대상자의 비중을 늘리거나, 노인과의 인간적인 교류를 독려하는 방안 등이 필요하다. 그러나 집단의 성격 상 노인과 관계가 없고 내집단의 이익을 목적으로 활동하는 경우, 이러한 방안은 한계가 있는 것이 사실이다. 다만 약간이라도 긍정적인 관계를 갖거나 노인에 대해 긍정적인 인식을 갖고 있다면 노인의 건강에 악영향을 미칠 가능성은 줄일 수 있을 것이다. 즉, 내집단의 이익을 우선으로 활동하면서도 지역 내 다른 약자 집단의 이익을 훼손하지 않는 선에서 활동하도록 네트워크의 성격을 변화시킬 수 있을 것이다.

그러나 이미 존재하는 네트워크의 성격을 변화시키는 것은 여전히 어려운 일이다. 그렇다면 정보공개청구와 같은 직접 민주주의 방식 혹은 참여 민주주의 방식의 참여가 노인의 건강을 향상시키는데 보다 성공적인 접근법일 수 있다. 노인은 건강, 인지능력 등의 감소로 인해 네트워크를 활용할 수 있는 능력이 적고 직접 사회활동에 참여하기도 어렵다. 이는 불가피하게 노인을 수동적 입장으로 만든다. 따라서 네트워크의 성격에 의존하는 것은 한계가 있으며, 결국 노인의 이익을 보호하고 건강을 증진하도록 지원할 의무는 정부가 우선적으로 질 수밖에 없다. 그렇다면 정부의 기능을 감시하는 형태의 참여가 도움이 될 수 있다. 노인의 권리에만 주목하여 참여하는 것이 아니더라도, 정부에 대한 감시는 정부의 기능을 개선하여 결과적으로 노인에 대한 복지서비스들을 향상시킬 수 있다.

본 연구는 지역 사회자본과 노인과의 관계가 노인의 건강에 미치는 영향을 실증적으로 분석하고 이를 통해 노인의 건강을 향상시키기 위한 정책적 제언을 제공하였다. 그러나 연구방법에 있어 몇 가지 한계점을 지닌다. 첫째로, 본 연구는 단년도에 시행된 설문이라는 횡단면 자료에 크게 의존한다. 따라서 사회자본과 노인의 주관적 건강수준 간의 인과관계를 설명함에 있어 한계가 존재한다. 둘째로, 지역 사회자본이 노인의 건강에 미치는 영향이 다른 이유가 노인과의 관계 문제로만 설명되는 것은 아닐 수 있다. 예를 들어 사회자본의 차원에 따라 노인 건강에 미치는 영향이 다를 수도 있다. 이에 관해서는 후속 연구에서 적절한 패널 자료 등을 확보하고, 사회자본의 차원을 이론적으로 보다 깊이 있게 연구하여 가설을 개선함으로써 본 연구의 한계를 보완하고자 한다.

참고문헌

곽현근(2015). 주민자치 개념화를 통한 모형 설계와 제도화 방향. **한국행정학보**, 49(3), 279-302.

권중돈(2016). **노인복지론**. 서울: 학지사.

김동배, 손의성(2005). 한국노인의 우울 관련변인에 관한 메타분석. **한국노년학**, 25(4), 167-187.

김명일, 이상우, 김혜진(2013). 서울시 거주노인의 주관적 건강인식 연구. **보건사회연구**, 33(3), 327-360.

김순은, 최지민(2016). **한국행정과 사회자본: 지방정부 노인정책에의 시사점.** 서울: 조명문화사.

김욱(2006). 선거의 유형과 투표참여: 지방선거의 특성을 중심으로. **한국정치연구**, 15(1), 99-121.

김장락, 정백근, 박기수, 강윤식(2012). 사망률이 높은 지역사회에서 임파워먼트 및 사회적 자본과 주관적 건강수준의 연관성. **농촌의학지역보건**, 37(3), 131-144.

김진현(2016). 사회자본과 건강행태가 노년기 주관적 건강상태의 변화에 미치는 영향: 저소득가구 노인과 일반가구 노인의 주관적 건강상태 궤적에 대한 비교. **노인복지연구**, 71, 9-32.

김태종, 박종민, 박정후, 양정호, 장원호, 한준(2006). **사회적 자본 확충을 위한 기본조사 및 정책연구**. 기획예산처·한국개발연구원(KDI).

김형용(2010). 지역사회 건강불평등에 대한 고찰. **한국사회학**, 44(2), 59-92.

류만희, 최영(2009). 복지정책에 대한 지지도 연구. **한국정책과학학회보**, 13(1), 191-210.

박세경, 김형용, 강혜규, 박소현(2008). **지역복지 활성화를 위한 사회자본 형성의 실태와 과제**. 서울: 한국보건사회연구원.

송예리아, 남은우(2009). 사회자본 정도 및 건강행동이 한국인의 주관적 건강에 미치는 영향 분석. **보건교육·건강증진학회지**, 26(3), 1-13.

안전행정부(2014). **2013년도 정보공개 연차보고서**. 서울: 안전행정부.

어유경, 김순은(2016). 지역 사회자본의 노인문제 대응 : 사회적 구성주의 관점에서. **지방행정연구,** 30(3), 275-306.

유석춘, 장미혜, 정병은, 배영(2015). **사회자본: 이론과 쟁점**. 서울: 도서출판 그린.

이성희(2012). 대구시 노인의 사회경제적 특성에 따른 건강행태 및 건강수준. **한국보건간호학회지**, 26(1), 113-125.

정민수, 조병희(2007). 지역사회역량이 주민 건강수준에 미치는 영향. **보건과 사회과학**, 22, 153-182.

정순둘, 김유휘, 최혜지(2013). 사회경제적 자원과 건강의 관계: 노인집단과 다른 연령집단 비교. **보건사회연구**, 33(2): 63-90.

조창현, 김창수, 이규재(2015). 주관적 건강인식 결정요인에 대한 사회자본 효과 실증분석. **공공사회연구**, 5(2), 227-260.

최지민(2015). **사회자본이 참여의 제도화에 미치는 영향: 기초지방정부 주민참여제도를 중심으로**. 서울대학교 행정대학원 박사학위논문.

최지민, 김순은(2016). 사회자본이 노인문제감소에 미치는 효과분석-기초지방정부수준의 사회자본과 노인문제 지수를 활용하여. **한국정책학회보,** 25(2), 29-63.

통계청(2016). **2016 고령자 통계**. 보도자료. (2016. 9. 29)

Blomgren, J., Martikainen, P., Makela, P., & Valkonen, T. (2004). The effects of regional characteristics on alcohol-related mortality - a register-based multilevel analysis of 1.1 million men. *Social science & medicine*, 58(12), 2523-2535.

Bourdieu, P.(1986). The forms of capital, in H*andbook of theory and research for the sociology of education*, NY: Greenwood.

Coleman, J. S.(1988). Social capital in the creation of human capital. American *journal of sociology,* S95-S120.

Halpern, D.(2005). *Social Capital.* London: Polity.

Han, S., Kim, H., & Lee, H. S.(2012). A multilevel analysis of social capital and self-reported health: evidence from Seoul, South Korea. *International journal for equity in health,* 11(1), 1-12.

He, W., Goodkind, D. and Kowal, P. (2016). *An Aging World: 2015*. Washington, DC: U.S. Government Publishing Office.

Kim, D., & Kawachi, I.(2006). A multilevel analysis of key forms of community-and individual-level social capital as predictors of self-rated health in the United States. *Journal of Urban Health*, 83(5), 813-826.

Kim, D., Subramanian, S. V., & Kawachi, I.(2006). Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 60(2), 116-122.

Kim, D., Subramanian, S. V., & Kawachi, I.(2006). Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 60(2), 116-122.

Lee, H. Y., Jang, S. N., Lee, S., Cho, S. I., & Park, E. O.(2008). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 45(7), 1042-1054.

Mansyur, C., Amick, B. C., Harrist, R. B., & Franzini, L.(2008). Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Social science & medicine*, 66(1), 43-56.

Meng, T., & Chen, H.(2014). A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from China. *Health & place,* 27, 38-44.

Murayama, H., Fujiwara, Y., & Kawachi, I.(2012). Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *Journal of Epidemiology,* 22(3), 179-187.

Putnam, R. D.(1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of democracy*, 6(1), 65-78.

Snelgrove, J. W., Pikhart, H., & Stafford, M.(2009). A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from the British Household Panel Survey. *Social science & medicine*, 68(11), 1993-2001.

Wen, M., Cagney, K. A., & Christakis, N. A.(2005). Effect of specific aspects of community social environment on the mortality of individuals diagnosed with serious illness. *Social science & medicine,* 61(6), 1119-1134.

Woolcock, M.(1998). Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and society,* 27(2): 151-208.

World Health Organization(2006). *World health organization constitution*. Basic documents, 45.

주제 3

여성독거노인의 복지프로그램 참여의미와 복지서비스 요구에 관한 질적연구

발표: 임종린(부산대학교 사회복지학과 박사과정)

여성독거노인의 복지프로그램 참여의미와 복지서비스 요구에 관한 질적연구

임 종 린*

국문초록

본 연구는 여성독거노인들을 대상으로 독거노인친구만들기라는 복지프로그램 참여의미와 어떤 복지서비스가 요구되는지를 이해하고자 하는 목적으로 시도하였다. 연구방법은 질적 연구방법을 사용하였다. 연구 참여자는 우울증 진단은 받은 독거노인 중 자살시도 가능성이 높은 여성노인을 연구대상으로 하여 실시하였다.

연구결과, 경험의 본질적 구조로서 6개의 하위주제와 3개의 구성요소를 도출하였다. 최종적으로 도출된 경험의 3가지 구성요소는 「무너진 울타리」, 「울타리에서의 탈출」, 「새로운 공간」 등으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 본 연구는 여성노인들의 복지프로그램 참여의미와 그들이 요구하는 서비스는 무엇인가에 대한 연구결과물을 제시하였고, 여성독거노인이 경험한 프로그램을 통해 그들의 삶에 대한 태도와 인식을 이해할 수 있는 지식을 제공함으로써 본 연구가 여성독거노인 참여프로그램 발전을 위한 기초자료로 활용될 것으로 예상된다. 더 나아가 본 연구가 여성노인에 대한 제도적인 지원정책과 사회문제의 중요성을 인식해야 한다는 시사점을 제시함으로써 여성노인의 우울증에 대한 사회적 비용을 감소시키는데 기여할 것으로 기대할 수 있다.

주제어 : 여성독거노인, 우울증, 독거노인친구만들기, 복지서비스

I. 서 론

고령화와 1인 가구 형태가 증가하면서, 도움이 필요한 순간에도 혼자인 사람이 늘고 있다.'누구도 알지 못하는 죽음'인 '고독사'도 마찬가지다. 폐지를 주우며 노년기의 빈곤한 삶을 살아가는 어느 여성독거노인의 아래의 경험담은 풍요로운 사회 속에서도 존재해 왔기에 더 심각하다.

나는 폐지를 주우며 살아가는 70대 독거노인입니다.
가족들과 연락이 끊어진 지도 20년이 넘었습니다.
나와 같은 형편의 B와 말동무로 지내며, 외로움을 달래왔죠.
그런데 요즘 통 B의 얼굴을 볼 수 없었습니다.
걱정돼 직접 찾아가기로 했습니다.

* 부산대학교 사회복지학과 박사과정(72joylim@hanmail.net), 사하사랑채노인복지관장

B는 홀로 옥탑방에 삽니다.
건물 옆쪽의 경사가 급한 계단을 따라 올라가야 하죠.
무릎이 좋지 않아 계단을 오를 때마다, 땀이 흘러내립니다.
옥탑방에 다다랐을 무렵, 나는 코를 막아야 했습니다.
심한 악취로 숨쉬기 힘들었기 때문입니다.
나는 문을 열기가 겁이 납니다.
B의 유품을 정리하며, 나는 두려워졌습니다.
내가 죽으면.....(SBS 2016.09.11. 고독사실태)

한 언론에 소개된 어느 70대 여성독거노인의 인터뷰에서 나타나듯이 여성 독거노인의 고독사가 중요한 사회문제로 부각되고 있음을 볼 수 있다. 친하게 지내던 말동무는 생계의 어려움, 가족과의 연락두절, 건강상의 문제, 그리고 외로움 속에 죽음을 맞이하게 되었고, 인터뷰 여성노인 역시 본인의 죽음에 대해서 두려움을 느끼고 있다. 상기 여성노인의 고백처럼 홀로 사는 여성노인의 경우 경제적 어려움도 문제가 되지만, 지역사회로부터 관계가 단절된 채 고독사하는 경우는 더욱 심각한 문제라 볼 수 있다. 통계청의 인구추계(2012)에서 예상할 수 있듯이 독거노인 인구수는 2016년 144만명으로 나오는데, 이는 2000년과 비교하면 약 2.7배의 증가율을 보이고 있으며, 2035년에는 343만명으로 늘어난다고 볼 때, 각종 위험에 노출될 수 있는 독거노인의 수는 크게 증가한다는 것을 알 수 있다.

본 연구의 목적은 독거노인세대 중에서 여성들을 그 대상으로 하고, 우울증의 병증이 있는 노인들이 노인복지관에서 실시하는 사회정서적 프로그램에 참여한 경험을 파악하고자 한다. 보건복지부와 한국노인복지관협회에서 최근 들어 우울증을 겪고 있는 독거노인들에게 친구만들기라는 프로그램을 실시하고, 그 평가결과물이 나오고 있는 상황이지만, 아직도 그들의 경험에 대한 심층연구는 거의 찾아보기 힘든 실정이며, 기존에 시도된 선행연구도 부족한 상황에서 여성노인 독거세대의 생각과 경험에 대한 이해가 필요하다. 이들에 대한 연구는 현재 실시 중에 있는 독거노인친구만들기 프로그램의 발전에 도움이 되고, 독거노인에 대한 사회인식을 개선시킬수 있을 것이다. 또한 우울증을 겪고 있는 여성독거노인들의 체험에 대한 생각과 그들의 특징들을 이해하는데 참고자료로 제공될 수 있다.

II. 문헌고찰

림금란(2011)의 연구논문에서는 심리사회적 지지와 사회구성요소로서의 활동 조절효과가 없어서 사회적 지지나 활동이 독거노인의 우울과 관련이 있으며 삶의 질을 높일 수 있다면서, 여성독거노인의 우울은 우울감 해소를 위한 주변의 지지를 통하여 그 정도가 감소되며 사회적 지지의 빈도가 많을수록 삶의 만족도가 높아지는 것으로 나타났다. 김미경(2004)의 연구에서는 우울증에 영향을 주는 요인으로 혼자 있는 시간이 길수록 유의미한 결과가 있었다.

서론에서 살펴 본 독거노인 증가원인에는 다음과 같은 요인이 있을 수 있다. 노인인구가

급격하게 가속되는 사회구조적현상을 보면 적게 태어나고 적게 죽는 선진국형 인구구조로 인해 독거노인은 늘어가게 되며, 지나친 산업화와 도시화는 노인들이 이 사회에서의 역할이 의미가 없다는 것을 보여준다. 그리고 핵가족화의 경향 또한 노년세대와의 관계 단절로 이어져 홀로사는 '고립'이라는 문제를 야기시킨다(김미령, 2004; 원미라, 2014; 이은영, 2016).

상기의 논문들은 여성독거노인이 '홀로있음'의 감정을 가질 때, 우울감과 우울증을 일으킨다는 보고를 하고 있고, 주변으로부터의 공감이나 지지는 고독사를 방지하는데 긍정적인 영향을 주는 것으로 보고 있다(박경순 · 박영란, 2016; 김혜진, 2016).

그럼에도 불구하고 독거여성노인에 대한 연구가 미진한 상황이며, 우울증과 우울감이 자살이나 고독사, 그리고 자기효능감에 미치는 영향이 크지만, 이러한 현상을 가지고 있는 우울감을 경험하는 여성노인이 가지는 특성에 대한 질적 분석이 부족한 형편이어서 이에 대한 연구가 필요한 실정이다. 여기에는 우리나라 국민들의 인식도 연관성이 있는데, 많은 사람들은 노인이 겪는 우울증을 노화현상의 일부라고 판단하는 경향이 있으며, 문제점으로 인식하지 않고 있어서 여성독거노인에 대한 국민적 관심 제고와 함께 정책개발을 위한 연구도 필요한 상황이라고 볼 수 있다.

독거노인에 대한 친구만들기 프로그램은 복지관을 중심으로 심리 사회적 관계를 활성화시키기 위해 또래 집단을 만나게 하고, 자조모임을 진행하며, 밖으로 드러나길 거부하는 마음을 개선시키는 프로그램으로 도입되었다. 친구만들기 프로그램의 추진 배경에는 전술한 인구추계에서도 볼 수 있듯이 노인인구 증가세와 함께 나타나게 되는 여러 문제에 대해'홀로사는 노인에 대한 지원'에 관한 법률에 근거한 2007년 지원법률 제정, 노인 소득창출을 위한'노인일자리사업'과 '독거노인 생활지도사 파견사업'이 실시되었고, 2008년에 '독거노인 생활관리사 파견사업'으로 변경 시행, 2009년 '노인돌봄기본서비스'가 2012년에는 '독거노인돌봄기본서비스'로 변경, 다시 2014년'노인돌봄기본서비스'로 변경되어 지금에 이르고 있다.

이와 같이 독거노인의 안정적인 생활을 위해 구축할 수 있는 사회적 지지망이 정책적으로 있음에도 독거노인 중에서 사회적 관계가 단절되어 있거나 심하게 위축된 노인은 계속 존재해 왔으며, 위험요소인 고독사와 자살의 예방과 사회관계를 활성화할 수 있는 맞춤형 사회서비스가 필요하게 되었고, 거기에 대응하여 '독거노인친구만들기'가 탄생하게 되었다.

보건복지부(2015) 독거노인친구만들기 사업 평가 결과를 보면, 독거노인 친구만들기 사업은 가족, 이웃과의 관계가 단절된 채 혼자 살아가며, 우울감과 자살충동 등이 있는 독거노인을 발굴하여, 노인복지관 등에서 사회관계 활성화프로그램, 심리 상담, 치료 등을 제공하고 비슷한 연령대의 독거노인과 함께 지내면서 "상호돌봄 관계망"을 형성하도록 도와주는 사업이라고 정의하고 있다. 그동안 보호가 필요한 독거노인에게 안부, 안전을 확인하는 등 다양한 복지서비스를 지속적으로 제공해 왔는데 친구만들기 사업은 사회로부터 고립된 독거노인들을 사회 밖으로 이끌어 내어 지역사회 복지프로그램을 이용 할 수 있도록 도와주어 홀로사는 노인들이 서로 의지 할 수 있는 친구가 되도록 도와주는 것이 다른 복지사업과의 차이점이다.

우울감을 호소하는 여성노인에게는 정서적으로 지지해 주었을 때, 또는 사회적 연결이 시도되는 프로그램이 시행되었을 때, 겪고 있던 우울증의 증상 경감되거나, 극복하였다고 연구

결과가 나와있다(이소원·김찬우, 2016; 박철안, 2016; 이현지, 2015).

이상의 연구들에서 본 바와 같이 여성독거노인에 대한 사회·정서적 지지프로그램인 독거노인친구만들기 프로그램이 우울증 경감과 고독사 예방에 바람직하다는 예측이 가능하다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 여성독거노인의 친구만들기에 대한 경험의 의미와 연구대상자들이 원하는 서비스의 유형은 무엇인지에 대한 의미를 파악하기 위하여, 연구 대상자의 경험에 기반 한 기술분석을 통해 체험된 부분의 의미를 밝히는 질적 탐구이다.

연구의 목적은 우울증을 확진 받은 사람과 우울감을 지속적으로 가지고 있으면서 자살시도를 한 적이 있는 여성독거노인들의 특성과 경험을 이해하는데 주된 목적을 두고 있다. 여성독거노인의 독거노인친구만들기 경험에 대한 학계의 선행연구가 거의 없는 상황이므로, 본 연구를 통하여 여성노인들의 우울감 경험과 그들의 현실을 있는 그대로 표현하고 이들 집단이 가지고 있는 특징들을 자세하고 깊이 있게 이해하고자 한다. 그러므로 이 연구는 질적 연구방법을 연구목적 달성을 위해 연구에 사용하였다. 여성독거노인의 경험에 대한 깊이 있는 심층 분석이 부족한 상황에서 질적 연구의 의미를 찾을 수 있다.

본 연구의 분석을 위한 연구의 방향은 여성노인들은 프로그램을 통하여 무엇을 경험하였는가, 프로그램에 대한 경험이 어떤 욕구로 표출되는가에 대한 질의를 통해 연구결과를 도출하는 것이다.

2. 연구방법

부산광역시 사하구 거주 여성 노인 중, 각 동사무소에서 추천받은 대상자를 대상으로 전수조사를 실시하였고, 우울증 확진 판정 노인과 우울감으로 인한 자살경험자, 그리고 자살시도를 할 위험이 있다고 판단되는 우울증 점수가 높은 45명을 최종 프로그램 참여자로 선정하였고, 연구참여에 동의한 여성독거노인 16명을 연구대상자로 확정하였다. 대상자의 일반적 특성은 아래의 <표 1>과 같다.

<표 1> 일반적 특성

연구 참여자	연 령	경제수준	우울증 외 질병	프로그램 참여기간	자살생각
1	76	중	골다공증	6개월	유
2	78	중	허리협착		유

3	77	중	고혈압		무
4	79	하	심근경색		유
5	78	중	관절염		유
6	82	중	골다공증		유
7	76	중	위염		유
8	71	중	관절염		무
9	81	중	고혈압		유
10	78	중	관절염		유
11	74	중	관절염		유
12	75	중	디스크		유
13	69	중	당뇨		유
14	74	중	고혈압		유
15	79	중	고혈압		유
16	78	중	허리협착		유

자료 분석은 질적연구방법에 따라 실시하였다. 자료는 독거노인친구만들기 사업을 경험한 여성노인들로부터 수집하였고, 참여자 구술시 면담일지를 기록해서 참고자료로 분석에 사용하였다. 본 연구는 타당도와 신뢰도 확보를 위해 질적 연구경험이 다수 있는 연구자들과 10여 회기에 걸쳐 조언을 주고 받았고, 의미를 명확히 하기 위해 원자료(row data)를 여러 번 읽으면서 참여자의 입장에서 이해하려 노력하였고, 이를 통해 6개의 하위구성요소를 도출하였으며, 13개의 핵심 키워드 분류를 비교분석하면서 최종적으로 3개의 상위구성요소를 도출하게 되었다.

Ⅳ. 연구 결과

본 연구에서는 16명의 우울형 여성노인의 참여자들에 대한 독거노인친구만들기 경험의 의미를 분석하였고, 연구윤리 상 참여자들과 연구과정에서 나타난 모든 자료를 공유하였고, 결과 도출에 동의하여 연구결과로 제시할 수 있었다. 이들 의미를 정리한 결과 6개의 하위 구성요소들이 도출되었고, 이를 전체적인 의미에서 통합하는 과정에서 최종 3개의 구성요소로 범주화 되었다.

여성노인들의 진술로부터 최종적으로 도출된 경험의 3가지 구성요소는 「무너진 울타리」, 「울타리에서의 탈출」, 「새로운 공간」 등으로 나타났다. 이러한 3개의 구성요소는 각각 분리된 것이 아니라 맥락적으로 연결되어 있고, 상호 영향력 미치는 것이라 볼 수 있다. 연구

의 결과에서 나타난 6개의 하위 구성요소들과 3개의 구성요소를 표로 정리하면 <표 2>와 같다.

<표 2> 여성독거노인의 친구만들기 경험 구성요소

구성요소(themes clusters)	하위 구성요소(theme)	핵심 키워드(core keyword)
무너진 울타리	가족들로부터의 소외	자녀들과의 단절 우울감 소외감
	소외된 삶	소외감 부정적 생각
울타리에서의 탈출	변화된 마음	위로받음 희망
	혼자가 아님	사회적 지지 정서적 지지
새로운 공간	이끌어 주는 삶	밖으로 나옴 치유자
	함께하는 시간	안도감 동질성

구성요소 1. 무너진 울타리

무너진 울타리와 관련된 내용의 인터뷰 실시 결과 하위 범주는 가족들로부터의 소외, 소외된 삶이 도출되었는데, 이들 하위범주 추출에 근거가 되는 의미단위는 다음과 같았다. '말동무의 부재','살기바쁜 자녀들','사람들로부터의 소외','혼자 남겨짐'으로 정리된다. 1인 독거세대로 살아가면서 받게된 가족들로 부터의 소외감과 그 삶 가운데서 느껴 본 부정적 감정들이 일상 생활하는데 어려움을 주는 영향력이 있었다.

1) 가족들로부터의 소외

가족들로부터의 소외를 담고 있는 인터뷰 결과는 여성독거노인들은 가족들로부터 소외되고 있었으나, 그들을 탓하기 보다 자신의 문제로 생각하는 경향이 있었으며, 프로그램 참여 초기에 집단활동에 대한 어려움이 있었다.

· 아저씨는 먼저 간지 40년 정도 됐는갑네. 아들 하나 딸 둘이 있는데 아들하고 작은 딸은 자주 못오고 큰딸만 가끔 오거나 연락하지. (사례 12)
· 혼자 있었던 시간이 많다보니 같이 있으면 딱히 뭘 해야될지 모르겠네..... 글쎄... 잘 모르겠어. 뭘 하면 좋을까? 다른 사람이랑 같이 뭘 해야될지 모르겠네.(사례 15)

2) 소외된 삶

소외된 삶을 이야기하는 인터뷰 결과는 여성독거노인들은 남편 사망 이후의 삶을 주변인들과의 관계단절 시점으로 보고 있었으며, 소외되고 있다는 느낌과 우울증으로 인한 스트레스로 힘들었던 마음을 호소했다.

· 우리 아저씨는 작년 10월 갑자기 먼저 갔으니까 아직 혼자된지 1년은 안됐네. 1남1녀가 있고 아들은 가끔 집에 오고 손녀가 한번씩 와서 먹을거리를 사주고 가곤 해..(사례 3)
· 우리 아저씨 먼저 가고 일들 다 정리되고 나니 외롭더라고. 미워도 옆에 있을때는 말동무도 되주고 해서 좋았는데 가버리고 나니 외롭더라고... 외로울 때는 그냥 밖에 나가. 여기 근처 시장 한번 돌고 오고 그렇지. 내가 평소에는 우울하다고 생각하지는 않는데 잠자기 전에 우울한 기분이 확 들때가 있거든. 그때는 그냥 눈 감고 있지. 그런데 그게 안 좋은 점이 그렇게 눈감고 있으면 옛날에 있었던 별 생각들이 다 나고 더 힘들더라고..(사례 16)

구성요소 2. 울타리에서의 탈출

울타리에서의 탈출을 이야기 하는 인터뷰 실시 결과는 하위 범주는 변화된 마음, 혼자가 아님이 도출되었는데, 이들 하위범주 추출에 근거가 되는 의미단위는 다음과 같았다. '이야기할 수 있음','나를 돌아보는 시간','갈 곳이 있음','나와 같은 사람'으로 정리된다. 그동안의 혼자 사는 세상에서 밖으로 나갈 수 있다는 자신감을 가지게 되었고, 비슷한 또래를 만나면서 그들로부터 받는 위로와 함께 혼자가 아니라는 동질성을 공유하고 있었다.

1) 변화된 마음

변화된 마음을 드러낸 이 연구의 결과는 즐거운 마음이 생기고, 친구를 만날 수 있다는 것과 그동안 인식하지 못했던 기쁨들이 이들에게 존재함을 알 수 있었다. 복지관의 다양한 정서적지지에 대한 평가가 공통적이었다.

· 마음이 즐거워 질 것 이라는 생각이 있지. 나라에서 우리를 위해서 이렇게 지원해주니 고마울 따름이야. 내가 몸이 안 좋아서 잘 할 수 있을까 했는데 오니까 친구도 만나고 즐겁고 밖으로 나갈 수 있을 거라는 희망이라고 해야하는 그런 마음이 있지..(사례 9)
· 좋지. 하니까 내가 뭔가 변화되는 것 같지. 꽃도 만지도 의사선생님도 만나고 우리 같은 팀끼리 밥도 먹으러 가고. 모든게 다 좋지. 이 프로그램 하기 전에는 좀 심심하고 재미가 없었는데 첫날 와보니까 친구 만들어 준다고 하길래 안심했지. 그리고 복지관에서 하는건 모든게 다 좋고 걱정되는건 없어.(사례 5)

2) 혼자가 아님

혼자가 아님을 드러낸 이 인터뷰 결과는 혼자라는 느낌이 싫거나, 체념하는 부분이었다면, 이 프로그램 참여로 인해 혼자가 아니라는 인식과 더불어 다음 회기를 기다리게 되는 기대감이 크다는 것을 깨닫게 된다.

· 복지관에 오면 너무 좋다. 신평사랑채복지관에는 노인들 위한 프로그램들이 많으니까 집에만 있지말고 나온나. 사람들도 만나고, 놀러도 가고 하면 된다. 걱정하지말고 온나. 자식들보다 복지관에 선생님들이 더 좋다...(사례 2)
· 프로그램 참여하면서 정해진 날짜에 꽃도 심으로 간다. 웃음치료도 하러 간다. 선생님 면담하러 간다. 이런거 생각하면서 즐거웠지. 나는 똑똑하지도 않은데 그 선생님들하고 그런 프로그램을 하는 것 자체가 기대가되고 즐겁지(사례 10)

구성요소 3. 새로운 공간

새로운 공간이라는 구성요소를 이끌어 낸 인터뷰 실시 결과 하위 범주는 이끌어 주는 삶, 함께하는 시간이 도출되었는데, 이들 하위범주 추출에 근거가 되는 의미단위는 다음과 같았다. '밖으로 나옴','친구의 소중함','푸른초원','할 수 있다는 힘'으로 정리된다. 새로운 공간으로서의 복지관에 대한 의미가 이들에게 있었다.

1) 이끌어주는 삶

이끌어주는 삶에 대해 말한 인터뷰 결과는 혼자서는 무엇을 시도하는 것이 어렵기도 하고 의사소통기술이 능숙하지 못함이 있지만, 복지관에서 선도하는 프로그램에 대한 신뢰와 함께 프로그램 참여에 적극적으로 활동할 수 있는 것은 이들의 삶이 누군가에 의해 좀 더 다가와 주길 바라는 심리상태를 드러낸 것이라 생각된다.

· 복지관에서 이런 프로그램 있다고 하니까 알았지 뭐.다 좋지. 사소한게 있어도 다들 모여서 이야기하게 됐고, 다들 성격도 좋고 잘 맞아. 이제 우울한 노인 만나면 이렇게 얘기해 줄라고.. 여기저기 많이 다니소. 나도 혼자 집에 있을 때 멍하니 텔리비만 보고 있을때가 많았는데 복지관와서 나들이도 가고 하니까 사람이 변하더라고..무조건 많이 만나고, 복지관 오라고 이야기해 주고 싶어..(사례 8)
· 응. 있었지. 내가 혼자 있으니까 이 프로그램 참여하면서 내가 어디 갈 수 있다는 곳이 있으면 좋겠다는 생각을 했지. 소심해서 혼자 뭘 할 수 있는게 없어서 프로그램 하면서 바뀔 수 있다는 생각을 했지..(사례 4)

2) 함께하는 시간

함께하는 시간을 말한 인터뷰 결과는 프로그램 참여활동을 하면서 비슷한 사람들을 만났다는 안도감과 자조집단을 통해 나들이 갔던 경험을 긍정적 의미로 해석하고 있었다. 친구를 만들어 주고 함께 할 수 있는 것에 만족감을 가지고 있었다.

· 우리가 독거노인이니까 친구를 만들어준다는 거잖아. 친구들 모이면 이야기라도 하게 되고 선생님들 와서 프로그램하니까 좋지.(사례 1)

· 집단치료를 받으면서 속에 있던 답답함을 이야기 할 수 있어서 너무 좋았어. 나의 이야기를 하는 것도 좋았지만 다른 사람들이 이야기하는 내용을 들으면서 나와 비슷하게 살고 있는 것에 대한 마음도 느꼈고, 좋은 사람들과 좋은 곳에 가서 바람도 쐬고 맛있는 것도 먹을 수 있어서 즐거웠지..(사례 3)

Ⅴ. 결론 및 제언

여성독거노인들의 복지프로그램 경험과 그 의미를 참여자의 관점에서 살펴본 이상의 연구결과를 바탕으로 본 연구의 결론과 제언을 제시하면 다음과 같다.

각 구성요소에 대한 프로그램 참여 결과 분석은 다음과 같다. 첫째, 여성독거노인들은 말동무가 없음을 인식하고 있었으며, 분가한 자녀들과의 교류가 없어서 정서적 지지를 받지 못하는 상황 속에서도 살기 바쁘니까 자녀들을 이해한다는 양가감정을 가지고 있었다. 둘째, 대상자들의 공통점을 통해 나를 돌아보는 시간을 복지관에서 가지게 되어 좋았다는 느낌과 자신의 경험에 대해 이야기 나눌 수 있는 여유까지 경험하게 되었다. 셋째, 갇혀있던 울타리에서 밖으로 나올 수 있다는 것을 인식하게 되었고, 이 과정에서 친구의 가치를 인식하게 되었다. 할 수 있다는 느낌을 받음으로써 또 다른 복지프로그램을 경험하고 싶은 욕구가 있었고, 아직까지 늙지 않았다는 인지와 더불어 청춘에 대한 부러움도 드러냈다.

노인복지실천적 향상을 위한 제언으로는 첫째, 우울여성독거노인을 위한 심리적지지를 강화해야 한다. 우울증을 가진 여성독거노인들은 심한 상실감, 외로움과 분노 등의 부적 감정을 가진 채 생활을 영위하고 있는 상황에서 독거노인친구만들기와 같은 정서적 지지프로그램을 제공함으로써 삶에 대한 인식 제고와 노년기 만족도를 향상시킬 수 있도록 해야 한다.

둘째, 상호연계가 강화되어야 한다. 여성독거노인들은 자조모임을 통해 비슷한 상황의 또래 집단으로부터 위로받고 정서적 지지를 경험하고 있었다. 실천현장에서 우울여성독거노인의 자조모임과 같은 상호작용이 활발한 연계망을 구축할 필요가 있고, 정부의 정책적인 관심과 프로그램 운용의 재정적 뒷받침이 지속적으로 이루어져야 한다.

본 연구의 한계점 및 후속연구를 위한 제언을 한다면 다음과 같다. 첫째, 이 연구는 질적연구이므로 선행연구가 부족한 실정이며, 실증연구들이 필요하다. 둘째, 연구참여자가 부산광역시 사하구에 거주하는 여성독거노인이 그 대상이었으므로, 남성독거노인이나 전국적으로 일반화하기에는 문제가 있으므로 추후 여성노인들에 대한 연구 대상 범위 확대나 독거노인 전체에 대한 일반화 연구가 필요할 것으로 보인다.

참고문헌

김미경(2004), 미국 여성노인의 우울증에 영향을 미치는 요인, **한국노년학**, 147-164

김혜진(2016), 손자녀 돌봄과 중,고령자의 주관적 노후인식에 관한 연구: 여성과 남성 비교를 중심으로, **노인복지연구**, 72, 299-320

림금란 · 김희경 · 안정신(2011), 여성독거노인의 우울과 삶의 질과의 관계; 사회적지지, 사회적 활동의 조절효과 및 매개효과, **한국노년학**, vol31, 33-47

박경순 · 박영란(2016), 농촌 노인의 사회연결망과 건강에 관한 연구: 남녀노인 비교를 중심으로, **노인복지연구**, 71, 189-213

박철안(2016), 중년기 우울증의 문제와 그 극복의 방안 – 칼 융의 이론을 중심으로 –, **신학과 실천**, 49, 533-554.

원미라(2013), **여성독거노인의 우울증 경험 연구**, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문

이은영(2016), **농촌거주 여성노인의 우울감 경험과정**, 한양대학교 대학원 박사학위 논문

이소원 · 김찬우(2016), 여성노인이 경험한 영성의 유용성에 관한 질적연구, **노인복지연구**, 71(2), 139-164

이현지(2015), 현대사회 노인위기의 진상과 극복 방안, **사회사상과 문화**, 18(4), 127-149

통계청(2012), 장래가구추계, **장래가구추계 2010~2035년**

보건복지부 · 독거노인종합지원센터(2016), **2016년 독거노인 친구만들기 사업매뉴얼**.

It means to participate in the welfare program of the female elderly people living alone, qualitative research on the needs of welfare services

Lim Jong-rin
Doctoral Student, Graduate School of Pusan National University

In this study, meant to participate in the welfare program that targeted the elderly people living alone in the women make friends of elderly people living alone, was trying for the purpose of trying to understand what kind of welfare service is requested. Research method used a qualitative research methods. Study participants, the diagnosis of depression, received women there is a high possibility of the attempted suicide of elderly people living alone, it was carried out as a research subject to subject the elderly.

The results of the study, as an essential structure of experience, to derive the six sub-themes and three components. The three components of the finally derived experience"collapsed fence", which is like "Escape fence", "new space". From these results, in this study, refers to the participation of women elderly welfare programs, they are services that require presents the results of a study in the range of what, to use a program that female elderly people living alone have experienced their own by providing knowledge that can be understood by the recognition of the attitude of our lives, in the present study, it is expected to be used as basic data for the participation program development of elderly women living alone. Furthermore, in the present study, women, by presenting a suggestion that must recognize the importance of institutional support policy and social issues for the elderly, women, social for depression in the elderly It can be expected to contribute to reduce the cost.

Key words: elderly women, melancholy, friend-making program, social-work service



자유세션 2

《주제 1》 노인보호전문기관의 재접수사례와 신규사례의 비교

- 발표: 이미진(건국대학교 행정복지학부 사회복지전공 교수)
  장고운(건국대학교 일반대학원 사회복지학과 박사과정)
- 토론: 원서진(대구사이버대 사회복지학과)

《주제 2》 일본 노인복지시설에서의 효과적인 학대예방전략
-Double ABCX 모델을 적용하여-

- 발표: 임정미(일본 도시샤대학교 박사과정)
- 토론: 남일성(성공회대 사회복지학과)

《주제 3》 노인의 은퇴이후 우울발생까지의 기간에 영향을 미치는 요인

- 발표: 이성진(창원대학교 강사)
- 토론: 남석인(인제대학교)

주제 1

노인보호전문기관의 재접수사례와 신규사례의 비교

발표: 이미진(건국대학교 행정복지학부 사회복지전공 교수)
장고운(건국대학교 일반대학원 사회복지학과 박사과정)

노인보호전문기관의 재접수사례와 신규사례의 비교

이 미 진* · 장 고 운**

국문초록

본 연구는 노인보호전문기관에서 개입한 노인학대사례를 분석하여 재접수사례와 신규사례가 학대피해노인 특성, 학대행위자 특성, 학대상황 특성이 어떻게 다른지를 비교하고자 하였다. 이를 위하여 2013년 노인학대사례 종결지표 개발을 위해 편의표집방식으로 수집된 자료(410개 사례)를 활용하여 기술통계 및 추리통계를 실시하였다. 분석결과는 다음과 같다. 첫째, 노인학대 재접수사례는 전체 표본의 9.3%를 차지하였으며, 재접수사례는 최초 신고 후 평균 1.82년만에 재접수가 되었으며 같은 해에 접수가 된 사례부터 최대 7년만에 접수된 사례가 있는 것으로 나타났다. 둘째, 신규사례와 재접수사례에 대한 이원분석 실시결과, 학대피해노인 특성 중 수급자 유무를 통해 살펴본 경제수준이 통계적으로 유의미하였으며, 재접수사례에서 노인이 수급자인 비율이 높았다. 학대행위자 특성을 보면 재접수사례에서 학대행위자가 수급자인 비중이 높았으며 정신장애/질환이 의심되거나 진단을 받는 경향이 있었으며 학대피해노인에 대해 경제적으로 의존하는 성향을 보였다. 그러나 재접수유무에 따라 신고자유형, 학대유형, 학대지속기간 및 빈도 등을 통해 살펴본 학대상황 특성은 다르지 않은 것으로 나타났다. 셋째, 신규사례와 재접수사례를 비교하기 위하여 다중 이항 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 학대피해노인 특성에서는 노인의 수급자 유무가 영향을 미쳤으며, 학대행위자 특성에서는 학대행위자가 정신장애/질환이 의심되거나 진단을 받은 비율이 재접수사례에서 더 높게 나타났다. 이러한 연구결과를 토대로 반복되는 노인학대의 발생을 방지하기 위한 정책적, 실천적 시사점을 논의하였다.

Ⅰ. 서론

한국사회에서 고령화가 급속히 진행되면서 노인학대도 증가하고 있다. 보다 정확하게 표현하면 고령화 속도에 비해 공식적인 노인학대건수가 더욱 빠르게 늘어나는 특성을 보이고 있다. 공식적으로 노인학대통계를 수집한 2005년에는 노인학대건수가 2,038건이었으나 2015년에는 3,818건으로 1.87배 증가하였다. 동기간 노인인구가 437만명에서 662만명으로 1.51배 증가한 것과 비교해 보면 노인학대건수의 증가속도가 노인인구 증가속도를 앞서고 있음을 알 수 있다.

노인학대는 그 자체로 심각한 사회문제일 뿐만 아니라, 노인의 건강, 더 나아가서는 노인의 생명까지 위협하는 요인이다. 특히 노인이 학대를 빈번하게 받을수록 노인의 신체적, 정신적 건강은 악화된다. 예를 들면 미국 재가여성노인을 대상으로 한 조사에서는 학대를 자주 받을수록 건강상태가 좋지 못하였는데, 구체적으로 관절염, 우울증, 불안, 소화계문제, 만성적인 고통, 고혈압, 심장질환 문제 등으로 고통받는 것으로 나타났다(Fisher & Regan,

* 건국대학교 행정복지학부 사회복지전공 교수
** 건국대학교 일반대학원 사회복지학과 박사과정

2006). 국내연구에서도 노인학대와 우울증이 연관이 있다는 경험적 근거가 제시되고 있으며, 노인학대로 인한 우울증이 종국에는 자살로 종결된다는 연구결과도 보고되었다(서인균·이연실, 2015). 국외 연구에서도 노인학대가 자살로 이어지거나 조기 사망에 이르게 되는 것으로 나타나고 있다(Dong, 2015).

노인학대가 노인의 삶에 부정적인 영향을 미치고 학대를 자주 받을수록 부정적인 영향력은 더욱 커지는데 대다수 학대피해노인은 학대를 매우 빈번하게, 반복적으로 받고 있다. 노인보호전문기관이 발행한 2015년 노인학대 현황보고서를 보면(보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2016) 학대를 매일 받는 비율이 23.1%, 1주일에 1번 이상 받는 비율이 36.5%, 1개월에 1번 이상 받는 비율이 21.1%로 학대피해노인의 대다수가 빈번하게 학대를 받고 있음을 알 수 있다. 또한 학대피해노인의 대다수는 장기간에 걸쳐 학대를 받음에 따라 학대로 인한 부정적인 영향이 누적될 가능성이 매우 크다. 동 보고서에서 학대기간은 일회성이 7.3%, 1개월 미만이 4.0%인데 반해 1개월 이상 1년 미만이 18.6%, 1년 이상 5년 미만이 35.9%, 5년 이상이 34.2%로 나타나 학대피해노인이 수 개월에서 수 년 이상 학대를 받는 것이 보편적임을 알 수 있다.

반복적으로 발생하는 노인학대가 노인의 신체적, 정신적 건강, 더 나아가서는 생명에 부정적인 영향을 미친다는 점을 고려할 때, 노인학대의 반복적인 특성에 대한 기초적인 이해는 노인학대의 중지, 예방을 위해서 반드시 필요하다(Wolf & Pillemer, 2000). 그러나 노인학대의 반복적인 특성에 대한 연구는 국내외적으로 소수에 불과한 실정이다. 국외 연구를 보면, 소수의 질적 연구에서 노인학대가 생애를 통해 반복적으로 일어나고 있다는 것을 보여주고 있으며(Finfgeld-Connett, 2013; Zink, Regan, Jacobson, & Pabst, 2003) 미국의 특정지역의 성인보호서비스기관의 자료를 분석한 연구(Ernst & Smith, 2011; Spensley, 2008; Wangmo et al., 2014) 등이 있다. 국내 연구 역시 노인학대가 생애기간 동안 일어난 폭력과 학대의 연속선상에 있음을 보여주는 몇몇 질적 연구(김유진, 2015; 송영민, 2003; 이현주, 2013; 전지형·강선경, 2015)와 노인보호전문기관이 매년 발행하는 노인학대현황보고서를 제외하면 이에 대한 연구는 거의 수행되지 않았다. 특히 노인학대현황보고서는 중앙노인보호전문기관이 전국 지역노인보호전문기관이 개입한 모든 노인학대사례를 총괄적으로 집계하여 신규사례와 재접수사례를 비교했다는 점에서 유용하지만, 통계적 검증을 수행하지 않았으며 이원분석만 제시했다는 점에서 한계를 갖는다.

본 연구에서는 노인보호전문기관에 재접수된 사례와 신규사례가 노인의 특성, 학대행위자 특성, 학대상황 특성이 어떻게 다른지를 비교하는 양적 연구를 수행함으로써 노인학대의 반복적인 특성에 대한 이해를 증진시키고, 노인학대의 재발 방지를 위한 정책적·실천적 시사점을 도출하고자 한다. 2005년부터 중앙노인보호전문기관에서 지역노인보호전문기관에서 수집한 자료를 집계해 오고 있지만 이를 공개하고 있지 않아 연구자가 2013년 노인학대사례 종결지표 개발을 위해 수집한 자료를 활용하여 재접수사례와 신규사례를 비교하고자 한다. 본 연구는 국내외적으로 연구가 미진했던 노인학대의 재발에 대한 기초적인 자료를 제공함으로써 이에 대한 이론적·실천적 논의를 발전시키는 데에 기여할 것이다.

Ⅱ. 문헌연구

1. 노인학대 재접수: 개념 및 현황

노인학대의 개념 및 유형은 국가별, 연구별로 다르게 정의되고 있다. 일반적으로 가장 많이 인용되는 정의는 세계보건기구(WHO)의 정의로, 이를 보면 노인학대는 “노인과 신뢰관계가 있는 사람이 노인에게 위해(harm) 혹은 스트레스를 발생시키는 일회성 또는 반복적 행위, 적절한 행위의 결핍”을 뜻한다(Lache &Pillemer, 2004). 우리나라에서는 노인학대의 정의를 노인복지법에 명시하고 있으며, 학대행위자에 대한 명확한 언급이 없이 학대유형을 나열하여 정의를 내리고 있다. 노인복지법에 의하면 "노인학대는 노인에 대하여 신체적·정신적·정서적·성적 폭력 및 경제적 착취 또는 가혹행위를 하거나 유기 또는 방임을 하는 것”을 말한다. 노인학대에는 물리적인 힘이나 도구를 이용하여 노인에게 신체적 혹은 정신적 손상, 고통, 장애 등을 유발시키는 신체적 학대에서부터 언어적 비언어적으로 노인에게 정서적으로 고통을 유발시키는 정서적 학대, 의사에 반하여 강제적으로 행하는 모든 성적 행위를 뜻하는 성학대, 의사에 반하여 노인으로부터 재산 또는 권리를 빼앗는 경제적 학대, 노인의 의식주 및 적절한 의료행위와 관련된 방임(자기방임 포함) 및 유기가 포함된다(보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2015). 학대행위자에 대해서 노인보호전문기관의 업무수행지침에서는 노인복지법 제 39조의 9(금지행위)에 해당되는 행위 및 그 외 학대 행위 사실이 의심되어 노인보호전문기관에 신고·접수되어 학대행위자로 판정된 자라고 기술되어 있다(보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2015). 본 연구에서는 노인보호전문기관의 노인학대사례를 분석하기 때문에 노인보호전문기관의 노인학대 정의를 따르고자 한다.

다음으로 노인학대 재접수란 노인보호전문기관에서 최초 신고되어 학대사례로 판정된 뒤, 개입 및 종결이 이루어졌으나 다시 학대사례로 신고되어 접수된 사례를 말한다(보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2016). 즉, 노인보호전문기관은 최고 신고시 피해노인에게 상담 등의 서비스를 제공하고 학대행위자 분리, 피해노인 분리, 상황개선 등을 통한 원가정 복귀 등의 사유로 종결하는데, 이후 동일한 피해노인이 학대피해를 받았다고 신고를 받은 후 이 사례를 접수하면 재접수사례가 된다. 따라서 재접수사례는 동일한 피해노인을 기준으로 하며, 학대행위자가 최초 신고시와 재접수시 변경될 수 있으며 학대유형 또한 바뀔 수 있다.

재신고가 이루어진 사례가 모두 재접수사례가 되는 것은 아님을 유의할 필요가 있다. 사례관리를 하고 있는 노인보호전문기관에서는 학대상황 및 그 강도를 살펴보았을 때, 재량에 따라 재접수로 다시금 개입하지 않고 사후관리의 연속선상에서 재학대를 다루는 사례들이 있다. 우선 공식적인 재접수가 되면 신고접수, 현장조사, 사례판정, 개입, 종결, 사후관리의 절차를 밟아야 하기에 상담원의 업무 과중이 발생한다. 또한 재접수에 대한 부정적인 인식 등으로 인해 사후관리로의 진행을 선호할 수 있다. 이는 상담원이 최초 신규시 제대로 사례를 진행하지 않아서, 학대위험요인을 제거하는 데에 실패해서 학대가 재발했다고 보는 것이 일반적이므로 재접수를 하는 것에 대한 부담감이 존재하기 때문이다. 한편 학대피해노인이 최초 신고시 사례개입에 대해 긍정적인 경험을 갖지 못했다면 재학대 발생시 신고보다는 학대

를 의도적으로 숨기거나 부정하는 등의 다른 대처방법을 선택할 수 있다. 2009년 실시된 노인학대실태조사 결과에서, 학대를 경험했을 때 노인보호전문기관 또는 경찰서에 신고하겠다고 응답한 사람은 전체 응답자의 2.5%에 불과하였으며, 대응하지 않겠다는 응답이 65.7%로 나타난 점을 통해 학대가 재발되었어도 신고하지 않는 경우가 많을 것이라고 추측할 수 있다.

노인보호전문기관이 발표하는 재접수 건수는 2015년 229건으로 전체 학대사례 중 6.0%를 차지한다. 재접수 비중은 2005년 4%를 차지하였으나 2010년 10.1%로 증가한 이후 감소하는 추세를 보이고 있다. 재접수는 매년 200건 이상 발생되고 있으며, 앞서 살펴보았듯이 단순 재접수 발생율로 재학대를 판단하는 것은 주의를 요한다.

국외 연구를 보면, 우리나라에 비해 재접수율이 더 높게 나타난다. 미국 텍사스 주 성인보호서비스기관의 자료를 분석한 결과에 의하면 1년간의 재접수율은 20%에 달하며, 자기방임(self-neglect)이 31%, 학대(abuse)가 24%, 착취(exploitation)가 17%, 타인방임(neglect)이 10%의 순서로 높았으며, 중복학대는 20%에 달하는 것으로 나타났다(Wangmo et al., 2014). 재접수된 평균 횟수는 4.3회였으며, 최소 1회에서 최대 12회로 나타났다. 미국 성인보호서비스기관에는 일반적으로 자기방임사례가 많은데, 재접수율 역시 자기방임의 비중이 높게 나타나는 특성을 보인다.

다음으로 자기방임의 재접수율을 분석한 두 개의 연구를 살펴보겠다. 미국 캘리포니아주 샌프란스시코 지역의 성인보호서비스 기관 자료를 분석한 Spensley (2008)의 연구에서는 2004-2005년 2년간 자기방임사례의 20.6%가 다시 재접수된 것으로 나타났다. 미국 메릴랜드 성인보호서비스 기관의 7년간 자기방임 사례에서는 13%가 재접수된 사례로 나타났다(Ernst & Smith, 2011).

2. 질적 연구 동향

국내외 질적 연구 결과에서 일관되게 나타나는 결과는 학대피해노인은 유년기부터 중장년기까지 학대 및 폭력피해를 지속적으로 받아왔고 사회·경제·심리적으로 취약한 특성을 가지고 있다는 점이다. 먼저 국외 연구를 보면 Finfgeld-Connett (2013)은 학대피해여성노인에 대한 질적 연구를 체계적으로 문헌고찰을 하였는데, 그 결과를 보면 학대피해여성노인들은 가정폭력이 만연한 가정환경에서 자랐으며 유년기부터 신체적, 성적, 언어적 학대 등을 경험한 것으로 나타났다. 이들은 경제적으로 자립적이지 못하거나 독립적인 생활능력이 부족한 경우가 많았다. 또한 이들은 성별분업에 기초한 전통적인 사고방식을 가지고 있으며, 가부장제 이념을 중시하기에 노인학대에 대해 공개적으로 논의하는 것을 회피하고 외부에 도움을 요청하는 것을 부끄러워하였고 외부 도움 요청은 학대상황을 더 악화시킬 수 있다고 인식하였다.

Finfgeld-Connett (2013)에 의하면 시간의 흐름에 따라 학대의 양상이 변화하는 것으로 나타났다. 즉 피해여성을 학대하던 남성들은 노화로 인해 신체적인 힘이 약해지고 이에 따라 신체적, 성적 학대행위는 감소된 반면 심리적 학대행위를 하는 횟수가 늘어나는 경향이 있었

다. 한편 피해여성노인의 건강이 쇠약해지면서 이들이 의료서비스를 받고자 할 때 학대행위자 남성들이 이를 방해하는, 새로운 형태의 학대를 가하기도 하였다.

Zink et al. (2003)의 연구에서는 동년배 효과, 시기 효과, 노화 효과의 측면에서 피해여성노인들이 학대행위자와의 관계를 왜 단절하지 못하는지를 살펴보았다. 첫째, 동년배 효과의 측면에서 살펴보면 이들 피해여성노인들은 성차별로 인해 대부분 교육을 제대로 받지 못했고 그로 인해 괜찮은(decent) 일자리를 갖지 못함으로써 학대행위자에게 경제적으로 의존하며 살아왔다. 둘째, 시기 효과의 측면에서 이들이 성인이었던 시기는 시대적으로 학대 및 폭력에 대한 인식이 저조하였던 시기였으며 이들 중 몇몇은 외부에 도움을 요청하였지만 사회적으로 도움을 받지 못했던 경험을 가지고 있었다. 셋째, 이들이 노화로 인해 건강이 쇠약해지면서 학대행위자에게 돌봄을 받아야 하는 상황이 되었거나 이들 이외에는 학대행위자를 돌볼 사람이 없는 상황이 발생하였다. 이들 중 관계를 단절한 사례는 극심한 신체적 학대를 경험하였거나 혼외문제가 발생하였기 때문이었다. 또한 학대피해여성노인들은 학대행위자와 분리되어 시설에 입소되는 것에 대한 두려움, 거부감이 존재하였다(Spangler & Brandl, 2007).

국내 연구를 보면 김유진(2015)은 노인학대는 노년기에 새롭게 생겨난 문제라기 보다는, 오래기간 지속되었던 가족 내 문제임을 보여주고 있다. 학대행위자들은 특별한 직업이 없거나 실업자인 경우가 많았고, 건강상의 문제, 이혼이나 미혼 등의 무배우자가 많았다. 이들은 스스로를 실패한 인생으로 인식하였으며 그 원인을 주로 노인에게 돌렸으며 술을 마신 후에 폭력을 휘두르는 사례가 많았다. 학대피해노인들은 오랜 세월에 걸쳐 신체적·정서적 학대를 겪고 반복적인 학대발생과 재신고의 주기를 경험하였는데, 개입 기간 동안은 폭력이 이루어지지 않기에 노인보호전문기관에서는 사례가 종결되고, 다시금 학대가 발생함에 따라 피해노인이 재신고를 반복하였다.

노인보호전문기관의 상담자료를 분석한 이현주(2013)의 연구에서는 학대행위자는 학대피해노인으로부터 아동학대를 받았거나 제대로 된 돌봄을 받지 못하였다. 학대행위자는 학대피해노인을 원망하거나 분노를 제대로 통제하지 못하는 특성을 가졌으며 알콜중독인 경우도 많았다. 학대행위자는 학대피해노인 뿐만 아니라 본인의 배우자, 자녀에게 폭력과 학대를 행하고 이로 인해 가정해체를 경험하기도 하였다.

3. 양적 연구 동향

양적 연구 동향에서는 노인학대 재접수에 영향을 미치는 요인에 대한 연구가 거의 없어 일반적인 노인학대 위험요인까지 확장하여 살펴보고, 이를 학대피해노인, 학대행위자, 학대상황 특성으로 구분하여 살펴보고자 한다.

1) 학대피해노인 특성

노인학대 위험요인에 대한 양적 연구를 보면 학대피해노인의 특성으로는 주로 성별, 연령,

학력, 결혼상태, 가구형태, 거주지역, 경제수준, 건강상태, 사회적 지지, 과거 학대 및 폭력피해경험 등이 검토되었다. 우선 노인학대의 피해자는 주로 여성이라고 보고되기도 하나(한은주, 2000), 학대피해노인과 성별은 연관이 없다고 보고된 결과도 있다(Kosberg, 1988). 재접수사례를 분석한 노인학대현황보고서에서는 신규사례와 재접수사례의 성별 분포가 유사한 것으로 보고되고 있다. 또한 고연령일수록 노인학대피해를 받을 위험성이 증가하지만 이는 학대유형별로 차이가 있을 수 있다. 예를 들면 신체적 학대는 주로 저연령 노인이 학대피해자인 것으로 나타났다(Teaster, Lawrence, & Cecil, 2007). 교육수준이 낮은 경우에 학대를 더 많이 받는 것으로 나타났으며(고보선·유용식, 2004; 한은주, 2000), 무배우자가 유배우자에 비해 학대피해를 받을 위험성이 높은 것으로 나타났다(이기학·김윤정·강현정, 2008).

학대유형별로 차이는 있지만 일반적으로 학대행위자와 동거하면 노인학대위험이 증가하는 것으로 알려져 있다(Lachs & Pillemer, 2004; National Research Council, 2003). 사례종결 시 노인학대의 사례관리자들은 노인이 원가정에 복귀하여 학대행위자와 동거하게 되면 재학대가 발생할 확률이 매우 높다고 보았다(Jackson & Hafemeister, 2012). 실제 국내 재접수사례와 신규사례를 비교하면(보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2016) 재접수사례는 자녀동거비율이 높게 나타났는데, 이는 자녀가 학대행위자인 사례가 많고 이들이 반복적으로 학대를 행하고 있음을 보여준다. 반면 재접수사례는 신규사례에 비해 노인단독이나 노인부부가구인 비중은 낮게 나타났다. 또한 재접수사례의 67.1%는 학대피해노인과 학대행위자가 동거하는 것으로 나타났다.

지역별로 비교하면 농촌노인이 도시노인에 비해 학대피해를 받을 위험성이 높았는데 이는 농촌지역 노인의 일반적인 취약성(예: 경제상태, 건강상태)에 기인하는 것으로 보인다. 경제상태와 노인학대와의 관계는 일관되지 않는다. 박미은(2004)의 연구에서는 경제상태가 열악한 노인일수록 학대를 받을 가능성이 높은 것으로 나타났지만 이기학 외(2008)의 연구에서는 다른 변수를 통제하면 경제상태와 노인학대와는 연관성이 없는 것으로 보고되었다.

학대피해노인의 신체적·정신적 건강상태와 관련해서는 국내에서는 건강이 취약한 노인, 치매노인, 인지기능이 저하된 노인, 신체적 건강상태가 저하된 노인, 만성질환노인, 정신질환노인, 우울증노인, 장애노인 등이 학대를 받을 위험성이 크다고 보고하고 있다(강월숙·문재우·박재산, 2011; 권중돈, 2004; 김신열, 2010; 이기학 외, 2008; 정경희 외, 2010). 그러나 신체건강상태가 비교적 양호한 노인만을 대상으로 하였을 때에도 학대피해경험이 있는 것으로 나타났다(김지영·김기범, 2007).

학대피해노인의 정신건강의 문제와의 관련성은 연구 결과마다 상이하다. 몇몇의 국외 연구에서는 치매노인이 신체적 학대를 경험할 가능성이 높은 것으로 나타났으나(Lachs &Pillemer, 2004; McDonald, 2011), 이와는 반대로 치매와 노인학대 간의 연관이 없다고 나타난 결과도 존재한다(Reis &Nahmiash, 1998). 노인학대의 재접수사례를 분석한 Spensley(2008)의 연구에서 노인의 정신건강은 재접수에 영향을 미치지 않았으며, 초기에 인지능력이 양호한 노인일수록 재접수될 확률이 높게 나타났다. 이는 치매말기 노인은 사망, 시설입소, 후견인 등으로 인해 재접수가 되지 않아 이런 결과가 도출되었을 가능성이 있다고 보았다. 우리나라 노인보호전문기관의 재접수사례에서는 치매노인의 비중이 31.9%로 나타나

전체 사례(27.0%)에 비해 다소 높게 나타났다.

여러 연구에서 학대피해노인의 알콜중독은 학대위험요인인 것으로 밝혀졌으며(박미은, 2004) 이 문제가 학대재발요인이라는 근거 역시 제시되었다. 노인학대 상담사례를 분석한 김신열(2010)의 연구에서는 학대피해노인의 8.7%는 알콜중독의 문제를 가지고 있었으며 이로 인해 학대를 받는 것으로 나타났다. 외국 문헌의 경우 자기방임 사례 재접수와 관련된 연구에서 초기 접수되었을 때 노인이 알콜이나 약물남용의 문제를 가지고 있는 것으로 나타났다(Spensley, 2008).

학대를 받은 노인은 사회적 관계망 측면에서 열악한 것으로 확인되고 있다(권중돈, 2004; 박미은, 2004; Kosberg, 1988; Lachs & Pillemer, 2004; McDonald, 2011; National Reserach Council, 2003; Wolf, 2000). 2009년 노인학대실태조사 결과에 의하면 학대를 경험한 노인은 전반적으로 자녀, 친척, 친구, 이웃, 모임, 기관 참여 등 다양한 측면에서 사회적 연계망이 취약한 것으로 나타났다. 그러나 Spensley(2008)는 자기방임 사례 재접수를 분석하였는데, 사회적 고립이나 독거노인 여부는 재접수와는 연관이 없는 것으로 나타났다.

노인의 과거 학대 및 폭력피해경험이 노인학대에 영향을 미치는가에 대한 양적 연구는 많지 않다. 국외 연구결과를 중심으로 보면 신체적 학대나 방임을 받은 노인들은 아동기에 가정폭력피해를 경험한 것으로 나타났으며(Jackson & Hafemeister, 2012), 가정폭력과 같은 트라마적인 생애사건을 경험한 노인들은 정서적 학대나 성적 학대를 받을 위험이 증가하는 것으로 나타났다(Acierno et al., 2010). 이는 앞서 질적 연구에서 학대피해노인들이 생애기간 동안 폭력과 학대를 지속적으로 받아왔다는 내용과 일치한다.

2) 학대행위자 특성

노인학대에 대한 최근의 연구들은 학대피해노인 특성보다는 학대행위자의 특성이 학대발생에서 더 중요한 역할을 하는 것으로 보고 있다(Payne, 2002). 노인학대 위험요인 중 학대행위자 특성으로는 성별, 연령, 노인과의 관계, 학력, 결혼상태, 경제상태, 건강상태, 과거 학대 및 폭력피해경험 등이 검토되었다. 보건복지부·노인보호전문기관(2016)의 2015년 학대현황보고서에 의하면 학대행위자의 성별은 남성이 63.1%로 높게 나타났는데 이는 아들이 주로 학대행위를 하기 때문으로 보인다. 재접수사례에 한정해서 보면 학대행위자는 남성이 77.8%로 전체 사례에 비해 남성비중이 훨씬 높음을 알 수 있다. 또한 재접수사례의 연령을 보면 40-49세와 50-50세가 28.2%로 동일하고 그 다음으로 70세 이상(21.0%)의 비중이 높다. 이는 학대행위자가 주로 중장년기 성인자녀이거나 배우자이기 때문으로 볼 수 있다.

학대행위자는 대부분 가족이며 아들, 배우자, 딸 등의 순서로 비중이 높게 나타난다(보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2016). 재접수사례와 신규사례를 비교했을 때 두드러지는 특징 중 하나는 재접수사례는 아들 비중이 높고 피해자 본인인 경우는 낮음을 알 수 있다. 재접수사례는 아들 비중이 52.8%로 절반 이상을 차지하지만 신규사례는 아들이 34.9%로 상대적으로 비중이 작음을 알 수 있다.

학대행위자의 교육수준은 일반적으로 통제변수로 분석에 투입되며, 학대위험요인이라는 연

구결과는 많지 않다. 2015년 노인학대 현황보고서에서는 학대행위자의 교육수준은 고졸이 34.8%, 전문대졸 이상이 22.7%로 나타나 절반 이상이 고졸 이상임을 알 수 있다(보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2016). 학대행위자의 결혼상태를 보면 질적 연구에서 학대행위자는 이혼이나 별거, 미혼 등의 무배우상태인 경우가 많은 것으로 나타났는데, 신체적 학대는 주로 무배우 학대행위자에 의해 이루어지는 것으로 나타났다(이미진·김혜련, 2016). 학대행위자의 경제상태는 대표적인 노인학대 위험요인으로 빈곤, 직업 불안정 문제를 가진 자가 학대를 가할 가능성이 높은 것으로 나타났다(김신열, 2010; Kosberg, 1988; McDonald, 2011; Wolf, 2000). 학대행위자는 열악한 경제상태로 인해 피해노인에게 경제적으로 의존하고 피해노인은 심리적인 이유, 건강상의 돌봄 필요 등으로 학대행위자와 별거하지 못하면서 학대가능성이 증가한다는 것은 여러 연구에서 확인된 바 있다(고보선, 2005; Lachs & Pillemer, 2004; McDonald, 2011; National Research Council, 2003; Wolf, 2000).

학대행위자가 정신건강상의 문제가 있다는 것은 잘 알려진 사실이다. 많은 연구에서 학대행위자가 우울증과 같은 정신건강상의 문제가 있을 때 분노조절 및 통제를 하지 못함으로써 노인학대를 행할 가능성이 높았다(김신열, 2010; 박미은, 2004; 배진희·정미순, 2008; Godkin et al., 1989; Kosberg, 1988; McDonald, 2011; Wolf, 2000; Pillemer &Finkelhor, 1988). 특히 학대 재발생과 관련하여 Hwalek et al. (1996)의 연구에서 사회복지사들은 약물남용을 하는 학대행위자가 지속적으로 학대행위를 할 위험성이 높다고 평가하였다. 국내 재접수사례를 보면(보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2016) 학대행위자의 23.8%는 알콜남용, 0.8%는 약물남용, 0.8%는 도박중독인 것으로 나타났다. 이는 전체 사례 중 학대행위자의 12.4%가 알콜남용, 0.2%가 약물남용, 0.5%가 도박중독인 것과 비교할 때 재접수사례가 알콜, 약물남용이나 도박중독의 문제를 가지고 있는 비중이 매우 높음을 보여준다.

한편 2000년대 이전까지 학대행위자의 과거 학대 및 폭력피해경험이 노인학대 위험요인인가에 대해서는 부정적인 견해가 지배적이었으나, 그 이후 국내외 연구결과를 보면 학대행위자가 아동학대 피해경험이 있거나 학대나 폭력에 노출된 경험이 있을 때 노인학대가 발생할 가능성이 증가하는 것으로 나타났다(김승용, 2002; 박미은, 2004; 배진희·정미순, 2008; 이서원·조성상, 2005).

3) 학대상황 특성

재접수와 학대상황 특성의 관계를 조사한 국내 연구는 노인보호전문기관이 발행하는 노인학대 현황보고서가 거의 유일하다. 2015년 노인학대현황보고서에 의하면 재접수된 사례를 보면 신규사례는 신고의무자가 신고한 비중이 18.6%인데 비해, 재접수사례는 16.6%로 나타났다. 사례판정의 경우, 재접수사례는 신규사례에 비해 응급(14.8% vs. 6.0%)과 비응급(66.8% vs. 59.0%)의 비율이 높은 반면 잠재사례 비율(18.3% vs. 34.9%)은 현저히 낮은 특성을 보인다.

2015년 노인학대현황보고서에 의하면 재접수사례는 학대유형에 있어서 신규사례에 비해 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대가 다소 높게 나타나고, 방임과 자기방임은 낮은 특

성을 보이지만 통계적 검증을 하지 않아 이 차이가 유의한지는 알 수 없다. 미국 노인학대를 조사한 Choi et al.(2000)의 연구에서는 경제적 학대가 다른 학대유형에 비해 재접수비율이 낮은 것으로 나타났다.

재접수사례와 신규사례의 학대발생빈도를 보면 재접수사례가 일주일에 1번 이상 학대를 받은 비율이 다소 높게 나타나지만 통계적으로 유의한 차이인지는 알 수 없다. 학대지속기간을 보면 재접수사례는 신규사례보다 학대가 장기적으로 지속되고 있는 것으로 나타나 학대기간이 5년 이상인 비중이 재접수사례는 40.6%로 신규사례의 33.8%에 비해 높았다. 김유진(2015)의 연구에서는 재접수사례는 최대 5회 노인보호전문기관에 접수된 적이 있었으며, 85.7%가 신체적·정서적 학대를 포함하는 중복학대를 겪는 것으로 나타났다.

한편 아동학대의 재접수사례를 분석한 결과를 보면 재접수사례와 신규사례 간에는 위급성 정도와 발생빈도, 학대유형이 차이가 있는 것으로 나타났다(보건복지부·중앙아동보호전문기관, 2012; 배화옥, 2006). 보건복지부와 중앙아동보호전문기관(2012)에서 발간한 한국의 아동학대 재학대 실태에 관한 보고서에서는 학대가 만성적이고 정도가 심각할수록 재학대 위험이 높은 것으로 나타났다. 미국 플로리다주의 자료를 바탕으로(배화옥, 2006) 아동학대를 초기사례와 재발사례로 이분화하여 응급사례, 단순사례, 잠재사례로 구분한 위급성 정도에서는 재발사례가 초기사례에 비해 위급성 정도가 높은 것으로 확인되었다. 학대유형 또한 초기사례와 재발사례는 차이를 보였는데, 재발사례는 방임과 중복학대가 많은 반면 성학대 비중은 낮게 나타났다.

Ⅲ. 연구방법

1. 분석자료 및 분석대상

본 연구에서는 2013년 노인학대사례 종결지표 개발을 위해 편의표집방식으로 수집된 자료를 사용하였다. 본 자료는 전국의 23개 지역노인보호전문기관의 상담원(80명)이 각 노인보호전문기관에 신고·접수되어 개입 후 종결 혹은 개입 중인 사례(1인당 평균 6개 사례)로 총 487개의 노인학대사례가 수집되었다. 노인학대사례는 노인보호전문기관에 접수된 사례 중 일반사례가 아닌 학대사례로 판정된 사례이며, 학대행위자가 복수인 경우 주된 학대행위자 1인만을 선별하였다. 이 자료는 중앙노인보호전문기관의 연구용역을 위해 지역노인보호전문기관에서 수집한 노인학대사례의 통계를 사용한 것으로 노인보호전문기관의 업무수행지침과 개인정보법을 준수하여 개인의 인적사항 등은 삭제된 이차자료이다. 이 이차자료는 상담원이 최초 방문사정 후 전산망에 기입해야 하는 표준화된 양식에 기초하여 학대피해노인, 학대행위자, 학대상황 특성에 대해 발췌한 자료이다.

본 연구의 분석자료는 전체 487개 사례 중 학대피해노인 특성 변수 중 결측값이 있는 사례 12개, 학대행위자 특성 변수에 결측값이 있는 14개 사례, 학대유형이 단일 학대이면서 자기방임인 사례 42개[2], 학대상황 특성 변수 중 결측값이 있는 9개 사례를 분석에서 제거

하여 주요 변수에 모두 응답한 410개 사례를 최종적으로 대상으로 삼았다.

2. 측정도구

1) 종속변수: 노인학대사례 재접수

본 연구에서는 노인학대사례의 재접수 여부를 종속변수로 한다. 노인학대사례 재접수는 노인보호전문기관에 신고·접수되어 진행 후 종결되었던 사례가 다시금 학대가 발생한다고 신고·접수되어 개입이 이루어진 사례를 뜻한다. 재접수사례는 1, 신규사례는 0으로 부호화하였다.

2) 독립변수: 학대피해노인 특성

학대피해노인 특성 변수는 성별, 연령, 학력, 결혼상태, 가구형태, 학대행위자와의 동거여부, 거주지역, 경제수준, 주거형태, 건강상태, 일상생활수행능력, 신체장애, 정신장애/질환, 알콜/약물남용, 사회적 지지, 과거 학대피해경험을 통해 측정하였다. 성별은 남성은 1, 여성은 0으로 부호화하였다. 연령은 연속변수이며, 학력은 무학은 1, 초등학교 졸업은 2, 중학교 졸업은 3, 고등학교 졸업 이상은 4로 측정하였다. 결혼상태는 배우자 있음은 1, 배우자 없음은 0으로, 가구형태는 동거가족이 있음은 1, 없음은 0으로 하였다. 학대행위자와의 동거여부는 동거 중인 경우는 1, 비동거인 경우에는 0으로 부호화하였다.

거주지역은 수도권 및 광역시에 거주하고 있는 경우는 1, 이외 지역에서의 거주는 0으로 하였고, 경제수준은 수급자는 1, 비수급자는 0으로 부호화하였다. 주거형태는 자가 거주는 1, 자가 이외 거주는 0으로 처리하였다.

건강상태와 일상생활수행능력은 모두 서열변수로 건강상태에서 취약은 1, 보통은 2, 양호함은 3으로 측정하였고, 일상생활수행능력은 완전 의존은 1, 부분 의존은 2, 자립은 3으로 측정하였다. 신체장애는 있음은 1, 없음은 0으로 부호화하였고, 정신장애/질환이 의심되거나 진단을 받았으면 1, 그렇지 않으면 0으로 이분화하였다. 알콜/약물남용이 의심되거나 진단을 받았으면 1, 그렇지 않으면 0으로 부호화하였으며, 사회적 지지는 고립은 1, 사회적 지지가 있으나 충분하지 않음은 2, 사회적 지지가 충분함은 3으로 측정한 서열변수이다. 과거 학대피해경험은 있음은 1, 없음은 0으로 부호화하였다.

3) 독립변수: 학대행위자 특성

학대행위자 특성 변수는 성별, 연령, 노인과의 관계, 학력, 결혼상태, 경제수준, 건강상태, 신체장애, 정신장애, 알콜/약물남용, 피해노인에 대한 경제적 의존성, 과거학대피해경험을 통

2) 자기방임 사례는 학대행위자 변수가 결측값이기에 삭제되었으며, 학대유형 중 자기방임이 배제되었음을 명시하고자 별도로 삭제이유를 밝혔다.

해 측정하였다. 성별은 남성은 1, 여성은 0으로 부호화하였고, 연령은 연속변수로 측정하였다. 노인과의 관계에서는 배우자는 1, 아들·딸은 2, 사위·며느리는 3, 그 외 기타 행위자는 4로 부호화하였다. 학력은 무학은 1, 초등학교 졸업은 2, 중학교 졸업은 3, 고등학교 졸업 이상은 4로 처리하였다. 결혼상태는 배우자 있음은 1, 배우자 없음은 0으로 하였다.

경제수준은 수급자는 1, 비수급자는 0으로 부호화하였으며, 건강상태는 취약은 1, 보통은 2, 양호함은 3으로 측정한 서열변수이며, 신체장애는 있음은 1, 없음은 0으로 부호화하였다. 정신장애/질환이 의심되거나 진단을 받으면 1, 없으면 0으로 부호화하였다. 알콜/약물남용이 의심되거나 진단을 받으면 1, 없음은 0으로, 학대피해노인에 대한 경제적 의존성은 있음은 1, 없음은 0으로 부호화하였다. 마지막으로 과거 학대피해경험은 있음은 1, 없음은 0으로 부호화하였다.

4) 독립변수: 학대상황 특성

학대상황 특성 변수는 노인보호전문기관에서 초기 사정 시 파악된 내용으로 신고자 유형, 사례판정, 학대지속기간, 학대빈도, 학대유형을 통해 측정하였다. 신고자 유형은 노인복지법에서 정의하고 있는 노인학대 신고의무자인 경우에는 1, 비신고의무자는 0으로 부호화하였다. 사례판정은 사례의 심각성 및 응급성 정도에 따른 것으로 잠재사례는 1, 비응급사례는 2, 응급사례는 3으로 부호화하였다. 학대지속기간은 일회성인 경우는 1, 1개월 미만인 경우에는 2, 1개월 이상 1년 미만인 경우에는 3, 1년 이상 5년 미만인 경우에는 4, 5년 이상은 5로 측정된 서열변수를 의미한다. 개입초기 시 학대빈도는 일회성은 1, 6개월에 1번이상은 2, 3개월에 1번 이상은 3, 1개월에 1번 이상은 4, 1주일에 1번 이상은 5, 매일은 6으로 측정하였으며, 점수가 높을수록 학대빈도가 빈번하게 일어남을 의미하는 서열변수로 측정하였다. 학대유형은 중복응답이 가능하며 신체적 학대, 정서적 학대, 성적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기 각각에 대하여 있음은 1, 없음은 0으로 부호화하였다. 중복학대 여부도 독립변수에 투입하고자 하였으나 중복학대와 신체적 학대는 통계적으로 연관되어 있어 중복학대는 분석에서 제외하였다.

3. 통계분석

본 연구에서는 기술통계를 통해 노인학대 재접수사례의 특성을 살펴보았고, 재접수 여부와 학대피해노인 특성, 학대행위자 특성, 학대상황 특성의 주요 변수 간에 차이가 있는지를 확인하고자 등간, 비율 변수는 t검정을, 서열변수는 Mann-Whitney U 검정을, 명목변수는 $\chi 2$ 검정의 이원분석을 실시하였다. $\chi 2$검정을 실시한 변수 중 2×2 빈도분포에서 기대빈도가 5미만인 경우에는 야테스의 교정(Yate's correction)을 이용하였다[3].

3) 2×2빈도분포표에서는 기대빈도가 5미만일 때 잘못된 결과가 야기될 수 있어, 모든 기대빈도가 5이상일 것이 요구된다(채구묵, 2014). 따라서 학대피해노인 특성(알콜/약물남용), 학대행위자 특성(경제상태, 신체장애), 학대상황 특성(성학대)에 대해서 야테스의 교정공식을 사용하였다.

다음으로 노인학대 재접수사례와 신규사례가 학대피해노인 특성, 학대행위자 특성, 학대상황 특성이 어떻게 다른지를 비교하고자 다중 이항 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석에 투입되는 변수의 수가 많아 이원분석 결과 p<.1 수준에서 유의한 변수만 다중 이항 로지스틱 회귀분석에 포함시켰다. 모든 통계는 SPSS 18.0 프로그램을 이용하여 수행하였다.

Ⅳ. 연구결과

1. 노인학대 재접수사례에 대한 기술통계

<표 1>은 노인학대 재접수사례의 특성을 나타낸 것이다. 노인학대로 재접수 된 사례는 38사례로 전체 표본의 9.3%를 차지하였다. 재접수된 사례의 최초 접수에서 재접수까지 소요된 기간을 살펴보면 평균 1.82년(표준편차 1.29년, 중위값 2.00년)으로 나타났으며, 같은 해에 다시 접수된 사례부터 최대 7년 만에 접수된 사례가 있는 것으로 나타났다.

<표 1> 노인학대 재접수사례의 특성

	백분율(빈도)	재접수 기간(n=34)
신 규	90.7%(372)	-
재접수	9.3%(38)	M=1.82년(SD=1.29년) 중위값=2.00년 범위= 0~7년
전 체	100%(410)	-

2. 재접수 여부에 대한 이원분석

1) 학대피해노인 특성과 재접수 여부

<표 2>는 학대피해노인 특성과 재접수 여부간 이원분석을 실시한 결과이다. 성별을 살펴보면 전체 표본에서 남자는 21.7%, 여성은 78.7%로 나타났으며, 재접수 여부에 따라 성별은 다르지 않은 것으로 나타났다. 학대피해노인 전체의 평균연령은 76.42세(SD=7.74세)로 확인되었고, 재접수사례는 신규사례보다 평균연령이 약 0.96세 높은 것으로 나타났다. 그러나 두 집단 간 차이는 통계적으로는 유의미하지 않았다. 노인의 학력은 무학은 44.4%, 초등학교 졸업은 32.2%, 중학교 졸업은 10.2%, 고등학교 졸업 이상은 13.2%로 나타났으며, 재접수 여부에 따라 학력수준은 다르지 않은 것으로 나타났다.

학대피해노인의 결혼상태는 배우자가 있는 경우가 34.4%, 사별·이혼·별거 등의 이유로 배우자가 없는 경우는 65.6%로 나타났다. 재접수사례에서 무배우자인 비율이 신규사례에 비해 약 6%p 높게 나타났으나, 통계적으로 유의한 차이는 아니었다. 가구형태를 보면 전체 표본

중 노인과 동거하는 가족이 있는 경우는 77.1%로 확인되었고 재접수사례가 신규사례에 비해 동거가족이 있는 비율이 약 6%p 높았지만 이 역시 통계적으로 유의미하지 않았다. 학대피해노인과 행위자의 동거여부는 동거중인 경우는 66.3%로 절반 이상을 차지하였으며, 재접수사례는 73.7%, 신규사례는 65.6%로 차이가 있었지만 이 또한 통계적으로 유의하지 않았다. 학대피해노인의 거주지역은 수도권 및 광역시 거주자는 전체 사례 중 50.2%로 집계되었고, 이외 지역 거주자는 49.8%로 나타났으며 재접수 여부와 거주지역은 통계적으로 관련이 없었다.

<표 2> 학대피해노인 특성과 재접수 여부에 대한 이원분석 결과(n=410)

	전체 (n=410)	신규 (n=372)	재접수 (n=38)	통계량
성별				
남(1)	21.7%	21.8%	21.1%	$\chi2(1)=0.01$
여(0)	78.7%	78.2%	78.9%	
평균연령(표준편차)	76.42세(7.74세)	76.33세(7.90세)	77.29세(5.97세)	$t(408)=-0.73$
학력				
무학(1)	44.4%	44.1%	47.4%	
초등학교(2)	32.2%	32.0%	34.2%	$\chi2(3)=5.30$
중학교(3)	10.2%	11.3%	0.0%	
고등학교 이상(4)	13.2%	12.6%	18.4%	
결혼상태				
배우자 있음(1)	34.4%	35.2%	26.3%	$\chi2(1)=1.21$
배우자 없음(0)	65.6%	64.8%	73.7%	
가구형태				
동거가족 있음(1)	77.1%	76.3%	84.2%	$\chi2(1)=1.21$
동거가족 없음(0)	22.9%	23.7%	15.8%	
학대행위자와 동거여부				
동거(1)	66.3%	65.6%	73.7%	$\chi2(1)=1.01$
비동거(0)	33.7%	34.4%	26.3%	
거주지역				
수도권 및 광역시(1)	50.2%	50.5%	47.4%	$\chi2(1)=0.14$
이외지역(0)	49.8%	49.5%	52.6%	
경제수준				
수급자(1)	22.2%	20.2%	42.1%	$\chi2(1)=9.61^{**}$
비수급자(0)	77.8%	79.8%	57.9%	
주거형태				
자가 거주(1)	56.1%	55.9%	57.9%	$\chi2(1)=0.06$
자가 이외 거주(0)	43.9%	44.1%	42.1%	
건강상태 (1-3: 높을수록 건강함)	1.80점(0.74점)	1.82점(0.76점)	1.63점(0.59점)	$z=-1.31$

일상생활수행능력 (1-3: 높을수록 자립상태)	2.40점(0.72점)	2.40점(0.72점)	2.39점(0.75점)	z=-0.04
신체장애				
있음(1)	17.3%	17.5%	15.8%	χ2(1)=0.07
없음(0)	82.7%	82.5%	84.2%	
정신장애/질환				
의심 또는 진단(1)	26.6%	27.2%	21.1%	χ2(1)=0.66
없음(0)	73.4%	72.8%	78.9%	
알콜/약물남용				
의심 또는 진단(1)	2.9%	2.7%	5.3%	χ2(1)=0.16
없음(0)	97.1%	97.3%	94.7%	
사회적 지지 (1-3: 높을수록 충분함)	2.00점(0.68점)	1.98점(0.68점)	2.11점(0.69점)	z=-1.05
과거 학대피해경험				
있음(1)	25.4%	24.2%	36.8%	χ2(1)=2.91+
없음(0)	74.6%	75.8%	63.2%	

+ p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001

수급자 유무로 살펴본 경제수준은 전체 노인 중 수급자는 22.2%, 비수급자는 77.8%로 나타나 비수급자 비율이 압도적으로 높았다. 이를 신규사례와 재접수사례로 구분하여 살펴보면 신규사례의 수급자 비율은 20.2%인데 반해 재접수사례는 42.1%로 나타나 재접수사례에서 수급자 비율이 두 배 이상 높게 나타났으며, 이 차이는 통계적으로 유의하였다. 이는 수급자일수록 노인학대피해를 받을 위험이 높다는 박미은(2004) 등의 연구결과와 일치한다. 주거형태는 자가 거주자는 전체 사례의 56.1%로, 자가 이외 거주자는 43.9%로 집계되었고, 재접수 여부별로 주거형태는 다르지 않은 것으로 나타났다.

학대피해노인의 건강상태는 전체 사례의 건강상태 점수는 평균 1.80점(SD=0.74점)으로 나타났다. 신규사례는 1.82점(SD=0.76점), 재접수사례는 1.63점(SD=0.59점)으로 나타나 재접수사례의 건강상태가 신규사례보다 나빴으나 이는 통계적으로 유의미한 것은 아니었다. 일상생활수행능력의 전체 평균은 2.40점(SD=0.72점)으로 나타났으며, 재접수 여부별로 일상생활수행능력은 다르지 않은 것으로 나타났다. 신체장애는 전체 표본 중 17.3%가 신체장애를 가지고 있는 것으로 나타났으며, 재접수 여부와 신체장애의 통계적 연관성은 없는 것으로 나타났다. 정신장애/질환이 의심되거나 진단받은 경우는 전체 사례 중 26.6%가 있는 것으로 확인되었으며, 이 변수는 재접수 여부와는 연관이 없었다. 알콜/약물남용은 전체 사례중 2.9%만 의심되거나 진단을 받았고, 이 역시 재접수 여부와는 통계적 연관성이 없었다.

학대피해노인의 사회적 지지를 살펴본 결과, 전체 표본의 평균은 2.00점(SD=0.68점)으로 나타났으며, 재접수여부와 사회적 지지는 통계적으로 유의미한 관계가 아닌 것으로 나타났다. 과거 학대피해경험은 전체 표본 중 25.4%가 있는 것으로 나타났으며, 신규사례는 24.2%, 재접수사례는 36.8%로 차이를 보였고 p<.1 수준에서 통계적으로 유의한 것으로 나

타났다. 이는 선행 연구에서 학대피해노인은 학대 및 폭력피해를 지속적으로 받아 왔다는 내용과 부합한다(김유진, 2015; 이현주, 2013).

2) 학대행위자 특성과 재접수 여부

<표 3>은 학대행위자 특성과 재접수 여부간 이원분석을 실시한 결과이다. 학대행위자 중 남성은 74.6%, 여성은 25.4%로 재접수 여부별로 성별은 다르지 않게 나타났다. 학대행위자의 평균연령은 54.58세(SD=15.39세)로 신규사례가 재접수사례보다 평균 4.27세 더 높은 것으로 나타났지만 통계적으로 유의미하지 않았다.

학대피해노인과 학대행위자의 관계에서는 배우자는 23.9%, 아들·딸은 55.9%, 사위·며느리는 7.1%, 기타 행위자는 13.2%로 나타났으며, 재접수 여부와 노인과의 관계는 연관이 없는 것으로 나타났다. 학력은 무학은 6.8%, 초등학교 졸업은 19.0%, 중학교 졸업은 18.3%, 고등학교 졸업 이상은 55.9%로 나타났다. 행위자의 절반이상이 고등학교 졸업 이상인 것으로 확인되었으며, 재접수 여부별로 학력은 유의미한 차이가 없었다. 행위자의 결혼상태를 보면 배우자가 있는 경우는 57.3%로 나타났으며, 재접수 여부별로 결혼상태는 다르지 않았다.

학대행위자의 경제수준은 전체 표본의 12.4%가 수급자인 것으로 나타났으며, 신규사례는 11.0%가 수급자인데 반해 재접수사례에서는 26.3%가 수급자로 확인되었다. 분석 결과 재접수 여부와 경제수준은 통계적으로 연관되어 있는 것으로 나타났다. 이는 앞서 선행연구에서 살펴본 대로 재학대를 가하는 학대행위자는 실직 또는 무직 등을 학대 피해자의 탓으로 돌려 학대를 가한다는 내용(김유진, 2015)과 유사하다.

행위자의 건강상태는 평균 2.43점(SD=0.71점)으로 보통 이상의 건강한 수준인 것으로 나타났으며, 재접수 여부별로 건강수준은 다르지 않은 것으로 나타났다. 신체장애를 가지고 있는 행위자는 6.6%로 나타났으며, 재접수 여부와는 통계적 관련성이 없었다. 학대행위자가 정신장애/질환을 의심받거나 진단을 받은 경우는 전체 표본의 24.6%가 있는 것으로 나타났다. 신규사례는 22.3%가 의심 또는 진단을 받은 것에 비해 재접수사례는 47.4%로 나타났으며 이 차이는 통계적으로 유의미하였다. 이는 선행 연구에서 학대행위자가 정신장애/질환을 가진 경우 분노조절 및 통제 기능이 부족하여 학대행위를 한다는 내용과 일치되는 결과이다(김신열, 2010; 박미은, 2004; 배진희·정미순, 2008). 알콜/약물남용을 의심받거나 진단을 받은 경우는 전체 표본의 25.4%로 나타났으며, 재접수사례가 34.2%로 신규사례에 비해 약 10%p 높았지만 통계적으로 유의미하지 않았다.

학대피해노인에 대한 학대행위자의 경제적 의존성을 살펴본 결과 경제적 의존성이 있는 학대행위자는 전체 표본의 37.8%로 나타났으며, 신규사례는 35.5%이었지만 재접수사례는 60.5%로 약 2배 높게 나타났다. 그리고 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 확인되었다. 이는 경제적으로 열악한 학대행위자는 학대피해노인에게 경제적으로 의존하면서 이로 인한 갈등, 스트레스 등이 반복적인 학대로 연결되었을 가능성이 있다는 선행 연구와 부합하는 결과이다(고보선, 2005; 김신열, 2010).

과거 학대피해경험이 있는 행위자는 전체 표본에서 18.5%로 나타났다. 신규사례는

18.3%, 재접수사례는 21.1%가 학대피해경험이 있는 것으로 나타났으나 이 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다.

<표 3> 학대행위자 특성과 재접수 여부에 대한 이원분석 결과(n=410)

	전체 (n=410)	신규 (n=372)	재접수 (n=38)	통계량
성별				
남(1)	74.6%	74.7%	73.7%	$\chi2(1)=0.02$
여(0)	25.4%	25.3%	26.3%	
평균연령(표준편차)	54.58세(15.39세)	54.98세(15.34세)	50.71세(15.55세)	$t(408)=1.63$
노인과의 관계				
배우자(1)	23.9%	24.7%	15.8%	
아들, 딸(2)	55.9%	55.1%	63.2%	$\chi2(3)=2.48$
사위, 며느리(3)	7.1%	6.7%	10.5%	
기타(4)	13.2%	13.4%	10.5%	
학력				
무학(1)	6.8%	6.7%	7.9%	
초등학교(2)	19.0%	18.8%	21.1%	$\chi2(3)=1.37$
중학교(3)	18.3%	17.7%	23.7%	
고등학교 이상(4)	55.9%	56.7%	47.4%	
결혼상태				
배우자 있음(1)	57.3%	58.1%	50.0%	$\chi2(1)=0.92$
배우자 없음(0)	42.7%	41.9%	50.0%	
경제수준				
수급자(1)	12.4%	11.0%	26.3%	$\chi2(1)=6.16*$
비수급자(0)	87.6%	89.0%	73.7%	
건강상태 (1-3: 높을수록 건강함)	2.43점(0.71점)	2.45점(0.70점)	2.32점(0.81점)	$z=-0.86$
신체장애				
있음(1)	6.6%	6.5%	7.9%	$\chi2(1)=0.00$
없음(0)	93.4%	93.5%	92.1%	
정신장애/질환				
의심 또는 진단(1)	24.6%	22.3%	47.4%	$\chi2(1)=11.66***$
없음(0)	75.4%	77.7%	52.6%	
알콜/약물남용				
의심 또는 진단(1)	25.4%	24.5%	34.2%	$\chi2(1)=1.73$
없음(0)	74.6%	75.5%	65.8%	
노인에 대한 경제적 의존성				
있음(1)	37.8%	35.5%	60.5%	$\chi2(1)=9.20**$
없음(0)	62.2%	64.5%	39.5%	
과거 학대피해경험				
있음(1)	18.5%	18.3%	21.1%	$\chi2(1)=0.18$
없음(0)	81.5%	81.7%	78.9%	

+ $p<0.1$, * $p<0.05$, ** $p<0.01$, ***$p<0.001$

3) 학대상황 특성과 재접수 여부

<표 4>는 학대상황특성과 재접수 여부간 이원분석을 실시한 결과이다. 신고자 유형을 보면 전체 표본의 37.1%는 신고의무자가 신고한 사례였으며, 재접수사례가 신규사례에 비해 신고의무자의 비율이 약 12%p 더 낮게 나타났다. 그러나 재접수 여부와 신고자 유형은 통계적으로 연관되어 있지 않았다. 사례판정은 전체 표본 중 응급사례는 17.8%, 비응급사례는 68.5%, 잠재사례는 13.7%로 집계되었으며, 재접수사례가 신규사례보다 응급한 사례의 비율이 높았지만 이 또한 통계적으로 유의미한 차이는 아니었다.

학대지속기간은 전체 표본의 평균은 4.00점(SD=1.02점)이었으며 신규와 재접수사례 간의 차이는 없는 것으로 나타났다. 학대빈도는 전체 표본의 평균은 4.75점(SD=1.14점)으로 나타났으며, 재학대 여부별로 학대빈도는 다르지 않았다.

<표 4> 학대상황 특성과 재접수 여부에 대한 이원분석 결과(n=410)

	전체 (n=410)	신규 (n=372)	재접수 (n=38)	통계량
신고자유형				
신고의무자(1)	37.1%	38.2%	26.3%	$\chi2(1)=2.08$
비신고의무자(0)	62.9%	61.8%	73.7%	
사례판정				
응급사례(3)	17.8%	17.5%	21.1%	$\chi2(2)=1.31$
비응급사례(2)	68.5%	68.3%	71.1%	
잠재사례(1)	13.7%	14.2%	7.9%	
학대지속기간 (1-5: 높을수록 오래됨)	4.00점(1.02점)	4.00점(1.02점)	4.00점(1.03점)	$z=-0.16$
학대빈도 (1-6: 높을수록 빈번함)	4.75점(1.14점)	4.76점(1.13점)	4.68점(1.25점)	$z=-0.14$
학대유형: 신체적				
신체적 학대(1)	57.8%	56.7%	68.4%	$\chi2(1)=1.94$
없음(0)	42.2%	43.3%	35.0%	
학대유형: 정서적				
정서적 학대(1)	77.3%	77.2%	78.9%	$\chi2(1)=0.06$
없음(0)	22.7%	22.8%	21.1%	
학대유형: 성적				
성적 학대(1)	3.9%	3.5%	7.9%	$\chi2(1)=0.77$
없음(0)	96.1%	96.5%	92.1%	
학대유형: 경제적				
경제적 학대(1)	21.0%	20.2%	28.9%	$\chi2(1)=1.61$
없음(0)	79.0%	79.8%	71.1%	
학대유형: 방임				
방임(1)	27.8%	29.0%	15.8%	$\chi2(1)=3.01+$
없음(0)	72.2%	71.0%	84.2%	
학대유형: 유기				
유기(1)	3.7%	4.0%	-	$\chi2(1)=0.66$
없음(0)	96.3%	96.0%	100%	

+ p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001

학대유형별로 살펴보면, 신체적 학대가 57.8%, 정서적 학대가 77.3%, 성적 학대가 3.9%, 경제적 학대가 21.0%, 방임이 27.8%, 유기가 3.3%으로 나타났으며 오직 방임만이 p<.1수준에서 유의미하였다. 구체적으로 재접수사례는 신규사례에 비해 방임비율이 낮게 나타났다. 이는 앞서 선행연구에서 방임보다는 신체적, 정서적 학대가 반복적으로 보고되고 있는 선행연구와 접목되는 결과이다(김유진, 2015; Finfgeld-Connett, 2013).

4. 재접수 여부에 대한 다중 이항 로지스틱 회귀분석

<표 5>는 노인학대 재접수사례와 신규사례가 학대피해노인 특성, 학대행위자 특성, 학대상황관련 특성이 어떻게 다른지를 비교하고자 다중 이항 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과이다. 먼저 학대피해노인 특성에서는 수급자 여부를 통해 살펴본 경제수준만이 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 즉, 수급자인 노인이 노인학대 사례로 재접수될 가능성이 높은 것으로 나타났다. 한편 학대피해노인의 특성인 과거 학대피해경험은 타 변수를 통제한 이후에는 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 5> 재접수 여부에 대한 다중 이항 로지스틱 회귀분석 결과 (n=410)

변 수	B	S.E	Exp(B)
학대피해노인 특성			
경제수준(수급자=1, 비수급자=0)	0.812*	0.398	2.251
과거 학대피해경험(있음=1, 없음=0)	0.445	0.380	1.560
학대행위자 특성			
경제수준(수급자=1, 비수급자=0)	0.380	0.465	1.462
정신장애/질환(의심 또는 진단=1, 없음=0)	0.778*	0.374	2.177
피해노인에 대한 경제적 의존성(있음=1, 없음=0)	0.698+	0.368	2.010
학대상황 특성			
방임(방임=1, 없음=0)	−0.344	0.490	0.709
상수	−3.256	0.376	0.039
χ^2		24.534***	
−2 log likelihood		228.602	
Nagelkerke R^2		0.135	

+ p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001

학대행위자 특성에서는 정신장애/질환 변수만 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 즉 재접수사례에서 신규사례보다 학대행위자가 정신장애/질환이 의심되거나 진단받은 비율이 높은 것으로 나타났다. 그리고 이원분석에서 통계적으로 유의하였던 학대행위자의 경제수준,

피해노인에 대한 경제적 의존성은 타 변수를 통제한 다중 이항 로지스틱 회귀분석에서는 통계적으로 유의미하지 않았다.

학대상황 특성 변수로 방임 변수가 분석에 포함되었다. 분석결과에서 보듯이 방임 변수는 통계적으로 유의미하지 않게 나타났다. VIF를 통해 다중공선성을 검토한 결과 모든 변수의 VIF값이 1.3미만으로 나와 다중공선성 문제는 없는 것으로 확인되었다.

Ⅴ. 결론 및 논의

1. 연구결과 요약

본 연구는 노인보호전문기관에서 개입한 사례를 중심으로 신규사례와 재접수사례가 학대피해노인 특성, 학대행위자 특성, 학대상황 특성이 어떻게 다른지를 살펴보았다. 첫째, 본 연구의 자료를 분석한 결과 노인학대로 재접수된 사례는 전체 표본의 9.3%를 차지하였고, 최초 신고에서 재접수까지 평균 1.82년 소요되는 것으로 나타났다.

둘째, 학대피해노인 특성과 재접수 여부에 대한 이원분석 결과 학대피해노인의 수급자 유무를 통해 살펴본 경제수준만이 통계적으로 유의미하게 나타났다. 그리고 학대행위자 특성과 재접수 여부에 대한 이원분석 결과에서는 학대행위자의 경제수준, 정신장애/질환, 피해노인에 대한 경제적 의존성이 통계적으로 유의미하게 나타났다. 학대상황 특성 중 재접수여부와 통계적으로 관련이 있는 변수는 방임 변수인 것으로 나타났다.

셋째, 이원분석에서 $p<.1$ 수준에서 유의했던 변수만을 투입하여 재접수 여부에 대한 다중 이항 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 학대피해노인 특성에서는 수급자 유무를 통해 살펴본 경제수준만이, 학대행위자 특성에서는 정신장애/질환 변수만이 통계적으로 유의미하였으며, 학대상황 특성으로 투입되었던 방임 변수는 통계적으로 유의하지 않게 나타났다.

2. 이론적 함의 및 정책·실천적 함의

먼저 본 연구결과의 이론적 함의에 대해 논의하고자 한다. 본 연구 결과 신규사례에 비해 재접수사례에서 노인수급자 비중이 높게 나타났다. 이는 국민기초생활보장제도 수급자일수록 학대를 받을 가능성이 높다고 한 박미은(2004)의 연구결과에서 더 나아가 노인수급자는 반복적인 학대에 노출되어 노인보호전문기관으로 재접수되어 개입될 확률이 높음을 보여준다.

이러한 연구결과는 다음의 다섯 가지 이유에 기인하는 것으로 생각된다. 첫째, 수급자는 읍면동사무소의 사회복지사로부터 지속적으로 관리를 받거나 비수급자에 비해 여러 가지 지역사회 서비스나 자원연계를 더 많이 받을 수 있다. 따라서 재학대가 발생하였을 때 신고의무자(예: 사회복지사)나 서비스 제공자 등이 이를 발견하기가 용이하기에 학대가 재발하였을 때 재접수되었을 가능성이 크다. 둘째, 수급자는 비수급자에 비해 공적인 도움을 받는데 익숙하여 학대 재발시 본인이 직접 노인보호전문기관에 신고하였을 가능성이 있다. 셋째, 사례

를 개입하는 노인보호전문기관의 입장에서 보면 수급자는 비수급자에 비해 지역사회 내 연계 가능한 서비스가 많으므로 재접수시 개입계획 수립이 용이하다는 점이 작용했을 수 있다.

넷째, 학대피해노인들이 수급자라는 것은 그들이 생애기간 내내 사회, 경제, 심리적으로 취약하여 반복되는 학대에 노출되었을 가능성이 있음을 시사한다. 즉, 그들의 대부분은 교육을 제대로 받지 못했고 그로 인해 괜찮은(decent) 일자리를 갖지 못해 연금소득이 없거나 자산소득이 없는, 생애기간 내내 경제적으로 취약했을 가능성이 크다. 또한 이들은 어린 시절부터 빈곤, 아동학대 등과 같은 트라마적인 사건을 많이 접함으로써 대인관계형성에 어려움을 갖고 자존감이 낮아 노인학대에 적극적으로 대처할 수 있는 심리적인 대처자원을 갖고 있지 못함으로써 반복적인 학대에 노출되었을 수 있다. 다섯째, 학대피해노인이 수급자의 지위를 가졌다는 것은 노인 뿐만 아니라 노인의 가족 역시 경제적·심리적으로 취약한 상태임을 의미한다. 즉 학대피해노인이 수급자 자격을 취득하려면 본인의 소득·재산상태 뿐만 아니라 부양의무자 기준도 충족해야 한다. 이는 행위자 이외의 가족 구성원들이 학대피해노인의 반복되는 학대상황에 대해서 관심은 있지만 경제적인 형편 등으로 인하여 노부모 부양보다는 본인의 삶을 영위하기도 어려운 상황에 처해 있을 가능성이 매우 크다. 이로 인해 학대행위자가 학대피해노인을 반복적으로 학대하는 상황임을 인지하고 있음에도 불구하고 적극적인 개입이나 조치를 취하지 못하고 있을 수 있다. 한편 학대피해노인은 대부분의 가족 성원들과의 관계가 단절되어 학대행위자에게 의존할 수 밖에 없는 상황에 처해져 있거나, 행위자가 경제적인 능력 등이 부족하여 학대피해노인에게 경제적으로 의존적인 상태일 가능성이 있다. 이로 인해 노인학대가 반복되는 양상이 지속될 수 있다.

다음으로 본 연구결과에서는 학대행위자가 정신장애나 질환을 가지고 있을수록 재접수될 가능성이 높음을 보여주었는데, 이는 기존 경험적 연구들에서 학대행위자의 정신건강이 노인학대 위험요인이라는 결과와 부합한다(김신열, 2010; 박미은, 2004; 배진희·정미순, 2008; Godkin et al., 1989; Kosberg, 1988; McDonald, 2011; Wolf, 2000; Pillemer &Finkelhor, 1989). 이는 정신장애나 질환 문제를 가지고 있는 학대행위자들은 분노조절이나 행동통제능력이 떨어지거나 약물을 복용하지 않아 정서적으로 불안한 상태에 있게 됨으로써 노인에게 학대행위를 가할 수 있다. 또는 지적 장애 등의 문제로 인지능력이 저하되어 본인의 행동이 방임임을 알지 못하기도 한다(Kosberg, 1988). 학대행위자의 정신장애/질환 문제는 장기간의 개입이 필요한 문제이지만 위기개입기관인 노인보호전문기관에서는 학대피해노인에 주력하여 단기적으로 서비스를 제공한다. 그리고 현실적으로 학대행위자를 대상으로 장기간에 걸쳐 치료 및 상담서비스를 제공할 수 있는 인력 및 자원 등이 부족하다. 따라서 학대상황이 단기간 중지되거나 일시적으로 학대행위자와의 분리(예: 학대행위자 정신병원 입소, 학대피해노인의 일시보호쉼터 입소)가 이루어지면 사례는 종결된다. 그러나 학대피해노인이 영구적으로 시설에 입소하지 않으면 학대행위자와의 분리 역시 단기적으로 이루어지기에 이 둘은 다시 원가정에서 동거하게 되고, 학대가 재발되고 다시 노인보호전문기관에 재신고되어 재접수되는 악순환의 고리가 쉽게 끊어지지 않는다.

다음으로 본 연구결과를 토대로 정책적·실천적 함의에 대해 논하고자 한다. 첫째, 노인보호전문기관의 재접수사례를 보면 최초 접수시부터 재접수까지 평균 약 2년 정도가 소요되는

것으로 나타나, 현재 최대 6개월로 설정되어 있는 사후관리기간이 보다 연장될 필요가 있음을 시사한다. 그리고 2010년 이후 노인보호전문기관의 재접수율이 전반적으로 감소하는 추세를 보이고 있는데(보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2016), 이것이 재학대 발생율이 줄어든 것에 기인하는 것인지 아니면 재접수에 대한 부정적인 인식으로 인해 기관에서 재접수를 하지 않기 때문인지는 분명하지 않다. 실제 노인보호전문기관의 상담원들과 면접을 해 보면 각 지역 노인보호전문기관의 개입방향에 따라 재접수 기준을 달리하고 있어 표면적으로 드러나지 않은 재접수사례는 현 통계치를 상회할 것으로 보인다. 따라서 재접수에 대한 일관된 통계를 얻기 위해서는 노인학대사례의 재접수에 대해 보다 명확한 개념화와 이에 대한 보다 면밀한 조사(예: 별도의 사정도구 및 양식 적용 등)를 수행하여 전국적으로 표준화되고 일관된 업무수행을 해 나갈 필요가 있다.

둘째, 본 연구결과에서 재접수사례 중 노인수급자 비중이 높고, 학대행위자 중 정신장애/질환의 문제를 가지고 있는 비율이 높음에 대해 노인보호전문기관 상담원들은 이를 인지하고 종결시 이 사항을 고려할 필요가 있다. 종결여부 결정시 종결지표의 재학대위험요인에 대한 평가시 이 부분을 반영하여 상담원은 평가해야 할 것이며, 이러한 특성을 가진 사례에 대해서는 사후관리를 통해 재학대 여부를 보다 주의깊게 눈여겨 보아야 할 것이다. 특히 학대피해노인과는 달리 학대행위자에 대한 개입은 저항 등의 이유로 인해 잘 이루어지지 않고 있다. 정신질환/장애를 가진 학대행위자는 반복적으로 학대를 수행하기에 이를 중지, 방지하기 위해서는 학대행위자의 상담을 제도적으로 강제화하는 방안, 보수교육 등을 통한 상담원의 정신보건에 대한 지식 및 기술 증진, 실천현장의 학대행위자 개입에 대한 소극적인 태도 지양 등이 필요하다(이미진·김혜련, 2016).

셋째, 정부의 종결율 제고 정책은 지양되어야 한다. 노인보호전문기관의 사례 현황을 살펴보면 2015년 기준 당해에 90%의 사례가 종결되었고, 10%의 사례만 다음 연도로 이월되었다(보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2016). 이러한 결과는 보건복지부에서 연말에 종결비율을 높이는 방향으로 유도하기 때문으로 종결이 시기적으로 적절하지 않음에도 사례종결이 되었을 가능성이 클 수 있음을 시사한다. 즉 학대위험요인이 충분히 제거되지 않았음에도 종결율 제고를 위해 현장에서 사례를 종결하는 경우가 있는데, 이들 사례는 잠재적으로 재접수될 확률이 높기에 종결율 제고를 압박하는 정책은 지양되어야 한다. 시기적으로 부적절한 종결이 재접수로 연결될 수 있기에 개입기간을 3개월로 설정한 가이드라인 역시 변경될 필요가 있으며, 특히 일시보호쉼터 입소기간을 3개월로 정한 것 역시 가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특별법에 명시된 사항(학대가해자는 피해자에게 6개월간 접근 금지, 최장 1년간 격리 가능)을 참조하여 최소한 6개월, 최장 1년까지로 연장할 필요가 있다.

넷째, 노인학대가 반복적으로 발생하여 노인보호전문기관에 재접수되는 사례수를 줄이기 위해서는, 노인보호전문기관에 대한 예산지원 및 인력보강, 노인보호전문기관의 수적인 증가가 절대적으로 필요하다. 노인보호전문기관의 업무수행지침을 보면 인건비는 전체 보조금의 85% 이상을 넘지 않도록 설정함으로써 구조적으로 다년간 노인보호업무를 수행한 인력을 보유하기 힘든 상황이다. 이외에도 중앙정부에서 기관별로 당연히 배치되어야 사무원의 인건비에 대해 지원하지 않고 노인학대업무에 대한 특별업무수당에 대한 재정적 책임 역시 지자

체 또는 법인에게 떠넘김으로써 정부의 노인보호에 대한 법적 책임을 방기하고 있다. 노인보호전문기관의 열악한 예산지원에 더해 상담원의 업무량 과다로 인해 소진, 이직이 만연하고 이로 인해 노인학대업무의 전문성과 효과성이 저해되고 있다. 따라서 사례접수 후 학대위험요인 제거를 위해 사례에 충실히 개입하고, 사후관리를 보다 장기간 내실있게 하기 위해서 노인보호전문기관의 예산지원이 증액되고 인력이 보강되어야 한다. 2015년 현재 65세 이상 노인인구 669만명에 대해 전국적으로 29개의 노인보호전문기관이 존재하지만, 0-14세 654만명 아동인구를 보호하는 아동보호기관은 전국적으로 56개로 약 2배에 달해 노인보호전문기관에 대한 정책적 관심이 낮았음을 단적으로 보여준다. 노인학대예방을 위해서는 노인보호전문기관의 수적인 증가 또는 기관별로 상담원의 증원이 반드시 필요하다.

다섯째, 주거지원, 돌봄지원, 소득지원 등을 통해 노인의 자립을 유도함으로써 학대피해노인이 반복되는 노인학대의 굴레로부터 벗어날 수 있도록 해야 한다. 재접수사례 중 약 74%는 학대행위자와 동거를 하고 있었으며, 이는 비록 통계적으로 유의하지 않지만 신규사례에 비해 약 7%p 높은 수치이다. 노인학대 사례관리자들은 학대피해노인이 경제적으로 학대행위자에게 의존하고 같은 거주공간에서 살아감으로써 노인학대로부터 벗어날 수 없다고 인식하고 있다는 점을 고려할 때(Jackson & Hafemeister, 2012) 학대피해노인이 독립된 주거공간을 갖게 해 주고, 자립적인 생활을 해 나갈 수 있도록 주거·소득지원을, 돌봄이 필요한 노인에게는 돌봄서비스를 제공해야 해야 한다. 물론 경제적인 측면에서의 자립과 더불어 노인이 독자적으로 생활해 나갈 수 있는 심리적인 자립심을 키울 수 있는 지원 역시 필요하다.

관련 정책을 보면 현재 우리나라에서 주거지원은 수급자 위주로 이루어지고 있고, 실제 자립적인 주거공간을 마련하기에는 지원액이 턱없이 부족한 한계를 가지고 있다. 또한 기초연금제도가 도입·확대되면서 노인의 70%에게 최대 20만원 한도의 현금급여가 지급되고 있지만 노인빈곤율은 여전히 OECD 1위 수준이며 일반 노인은 대부분 가족의 지원에 의존하여 생활하는 등 소득보장정책은 낙후되어 있다(최혜지, 2015). 노인돌봄서비스 역시 장기요양보험제도를 제외하면 저소득층노인 중 일부만이 노인돌봄종합서비스를 이용할 수 있다는 점에서 노인과 가족에 대한 돌봄지원 역시 충분하지 않다. 따라서 재가노인을 위한 노인복지정책이 획기적으로 탈바꿈되지 않고서는 노인보호전문기관에 접수된 노인학대사례의 피해노인들은 원가정에 복귀하여 학대행위자와 동거를 하게 되고 다시 재학대로 고통받는, 안타까운 현실이 되풀이될 가능성이 매우 크다 하겠다.

3. 연구의 한계 및 후속연구 제언

본 연구에서는 다음과 같은 연구의 한계가 존재한다. 우선 횡단연구의 한계로 인해 재접수사례의 종단적 변화를 살펴보지 못했다는 점이다. 노인학대 재접수사례가 최초 노인보호전문기관에 접수된 사례와 학대피해노인은 동일하지만 학대행위자나 학대유형에 변화가 있었는지 등은 알 수 없었다. 또한 노인보호전문기관의 표준화된 양식에 기반하여 자료가 수집되었기에 변수의 측정 및 정밀성에 제한이 있었다. 예를 들면 과거 학대피해경험이 어느 생애주기(예: 아동기, 중장년기, 노년기 등)에 있었던 것인지 등이 분명하지 않다. 또한 본 연구

는 분석에 포함된 재접수사례가 38개 사례로 신규사례에 비해 상대적으로 사례수가 매우 작아 독립변수가 재접수 여부에 미치는 영향력 검증에 있어 통계적 파워(power)가 부족하였다.

2005년 노인보호전문기관이 수립된 이후 노인보호전문기관에서 개입한 사례가 전산화되어 입력되어 있으나 학대피해노인 등에 대한 개인정보 비밀유지 등의 이유로 이 자료가 공개되지 않고 있다. 사례개입시 개인정보법에 의해 자료를 수행하고 이 자료가 연구목적으로 사용될 것임을 공지하였기에 인적 사항과 관련된 자료만을 삭제하여 자료를 공개하는 작업은 기술적으로는 어렵지 않다고 본다. 이 자료가 공개되어 재접수를 비롯한 노인학대에 대한 대규모 횡단, 종단 연구가 수행되기를 기대해 본다.

참고문헌

강월숙·문재우·박재산. (2011). 노인학대, 자아존중감, 일상생활수행능력(ADL) 정신사회적 요인과 노인 우울간의 관련성. 『보건과 사회과학』, 29, 153-183.

고보선. (2005). 노인학대 위험요인이 학대 심각성 인지 및 학대경험 정도에 미치는 영향에 관한 연구. 『노인복지연구』, 29, 91-121.

고보선·유용식. (2004). 노인학대 유형별 대처전략에 관한 연구 : 개인적 위험요인을 중심으로. 『노인복지연구』, 23, 83-105.

권중돈. (2004). 노인 학대에 영향을 미치는 요인. 『한국노년학』, 24(1), 1-19.

김승용. (2002). 폭력에 대한 태도와 경험에 따른 노인부부폭력 연구. 『한국노년학』, 21, 129-144.

김신열. (2010). 우리나라 노인학대 현황과 학대개입을 위한 통합서비스 제공필요성: 노인보호전문기관의 연계서비스를 중심으로. 『사회과학연구』, 34(2), 63-92.

김유진. (2015). 가정 내 반복적인 학대발생과 외부 개입을 제험한 피학대 노인의 경험에 관한 질적 연구. 『보건사회연구』, 35(2), 315-346.

김지영·김기범. (2007). 노인학대의 발생을 예측하는 변인에 관한 연구: 노인의 특성과 가족환경을 중심으로. 『형사정책연구』, 18(3), 1341-1360.

박미은. (2004). 국민기초생활보장 노인과 일반노인의 노인학대 관련요인 비교연구. 『한국사회복지학』, 56(2), 93-119.

배진희·정미순 (2008). 가해자 특성이 노인학대에 미치는 영향. 『한국사회복지학회 2008년 춘계학술대회 자료집』, 369-376.

배화옥. (2006). 아동학대 재신고 사례유형화와 관련요인 비교분석 : 미국 플로리다주 자료를 바탕으로. 『아동권리연구』, 10(4), 651-678.

보건복지부·중앙아동보호전문기관. (2012). 『한국의 아동학대 재발생 실태에 관한 연구보고서』. 서울: 저자

보건복지부·중앙노인보호전문기관. (2015). 『2015 노인보호전문기관 업무수행지침』. 서울 : 저자

보건복지부·중앙노인보호전문기관. (2016). 『2015년 노인학대현황보고서』. 서울 : 저자.

서인균·이연실. (2015). 노인의 학대경험과 자살생각간의 관계에 대한 우울의 매개효과: 독거노인과 비독거노인 비교연구. 『노인복지연구』, 68, 7-35.

송영민. (2003). 피학대 여성노인의 의존성에 관한 생애사적 고찰. 『페미니즘연구』, 3 , 85-120.

이기학·김윤정·강현정.(2008). 노년기 학대결정요인에 관한 연구. 『한국가족관계학회지』, 13(3), 43-66.

이미진·김혜련.(2016). 노인학대 유형별 노인 및 학대행위자 특성 비교 : 노인보호전문기관의 노인학대사례분석. 『노인복지연구』, 71(3), 53-89.

이서원·조성상. (2005). 폭력목격경험 및 폭력허용도가 아내구타에 미치는 영향에 관한 연구: 제주도 노인부부를 중심으로. 『한국사회복지조사연구』, 13, 111-131.

이현주. (2013). 학대의 세대전이를 통해 본 노인학대 - 노인보호전문기관 상담원의 상담자료 분석 활용 -. 『사회과학연구』, 29(3), 409-431.

전지형·강선경. (2015). 학대를 경험한 여성노인들의 삶의 대처과정에 대한 근거이론 연구. 『복지상담교육연구』, 4(2), 81-109.

정경희·이윤경·오영희·손창균·윤지은·이은진·권중돈·김경호. (2010). 『2009년도 전국 노인학대 실태조사』. 서울: 보건복지부·한국보건사회연구원.

채구묵. (2014). 『사회과학 통계분석』. 파주 : 양서원

최혜지. (2015). 2016년도 노인복지예산(안)분석: 노인분야. 『복지동향』, 205, 21-26.

한은주. (2000). 『노인학대의 원인에 대한 생태학적 연구』. 성신여자대학교 박사학위논문.

Acierno, R., Hermandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 2, 292-297.

Choi, N. G., & Mayer, M. (2000). Elder abuse, neglect, and exploitation. *Journal of Gerontological Social Work, 33*(2), 5-25.

Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214-1238.

Ernst, J. S., & Smith, C. A. (2011). Adult protective services clients confirmed for self-neglect: Characteristics and service use. *Journal of elder abuse & neglect,* 23(4), 289-303.

Finfgeld-Connett, D. (2013). Intimate partner abuse among older women: qualitative systematic review. *Clinical Nursing Research,* 23(6), 664-683.

Fisher, B. S., & Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcome. *Gerontologist*, 46(2), 200-209.

Godkin, M. A., Wolf, R. S. & Pillemer, K. A. (1989). A case-comparison analysis of elder abuse and neglect. *International Journal of Aging & Human Development, 28*(3), 207-225.

Hwalek, M. A., Neale, A. V., Goodrich, C., S., & Quinn, K. (1996). The association of elder abuse and substance abuse in the Illinois elder abuse system. *Gerontologist, 36*(5), 694-700.

Jackson, S. L., & Hafemeister, T. L. (2012). Enhancing the safety of elderly victims after the close of an APS investigation. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(6), 1223-1239.

Kosberg, J. I. (1988). Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist, 28*(1), 43-50.

Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. Lancet, 364, 1263-1272

McDonald, L. (2011). Elder abuse and neglect in Canada: the glass is still half full. Canadian Journal on Aging, 30(3), 437-465

National Research Council. (2003). Elder mistreatment: abuse, neglect and exploitation in an again America Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect. R. J. Bonnie & R. B. Wallace. (eds.) Committee on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: the National Academics Press.

Payne, B. K., (2002) An inegrated understanding of elder abuse and neglect. *Journal of Criminal Justice*, 30(6), 535-547.

Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist,* 28(1), 51-57.

Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IQA) screen. *Gerontologist*, 38(4), 471-480

Spangler, D., & Brandl, B. (2007). Abuse in later life: Power and control dynamics and a victim-centered response. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 322-331.

Spensley, C. (2008). The role of social isolation of elders in recidivism of self-neglect cases at San Francisco Adult Protective Services. Journal of Elder Abuse & Neglect, 20(1), 43-61.

Teaster, P. B., Lawrence, S. A., & Cecil, K. A. (2007). Elder abuse and neglect. *Aging Health, 3*(1), 115-128.

Wangmo, T., Teaster, P. B., Grace, J., Wong, W., Mendiondo, M., Blandford, C., Fisher, S., & Fardo, D. W. (2014). An ecological systems examination of elder abuse: a week in the life of adult protective services. Journal of Elder Abuse & Neglect, 26, 440-457.

Wolf, R. S. (2000). The nature and scope of elder abuse. Generations, 24(2), 6-12.

Wolf, R. S., & Pillemer, K. (2000). Elder abuse and case outcome. *Journal of Applied Gerontology*, 19(2), 203-220.

Zink, T., Regan, S., Jacobson, C. J., & Pabst, S. (2003). Cohort, period, and aging effects: a qualitative study of older women's reasons for remaining in abusive relationships. Violence against women. 9(12), 1429-1441.

주제 2

일본 노인복지시설에서의 효과적인 학대예방전략
-Double ABCX 모델을 적용하여-

발표: 임정미(일본 도시샤대학교 박사과정)

일본 노인복지시설에서의 효과적인 학대예방전략
-Double ABCX 모델을 적용하여-

임 정 미*

Ⅰ. 서론

노인학대는 피학대 노인의 심신에 손상을 줄 뿐만 아니라, 우울, 고립, 사망률에도 영향을 미치는 매우 심각한 문제이다(Dyer 외, 2000; Conrad 외, 2011). 효과적으로 노인학대를 예방하기 위해서는 말할 필요도 없이 기존에 실시해왔던 학대예방의 개입책과 지원방안의 유효성에 대해 검토하고 피드백하는 것이 불가결하다.

노인학대 관한 기존의 연구들은 일본의 노인학대방지법의 학대의 정의가 애매하고 추상적이기 때문에 학대예방을 위한 구체적인 지원의 방향성이 불명확하다고 주장하고 있다(中村, 2012; 任, 2014). 무엇보다 학대방지법에서 커버할 수 없는 노인복지시설에서 발생하는 경도의 인권침해행위와 준학대(학대방지법의 학대 정의에 규정되어 있지 않지만 학대에 준하는 인권침해행위로 노인의 자율, 존엄, 역할, 교류의 권리를 침해하는 행위)에 대한 사회적 개입 및 지원방법이 충분하게 검토되고 있지 않음을 지적하였다(柴尾, 2008 ; 任, 2014). 때문에 경도의 인권침해행위를 포함하는 준학대가 일상적으로 빈번하게 발생할 수 있다는 점이 우려된다(任, 2014).

이는 특히 학대발생의 위험이 높다고 지적되고 있는 시설에서 생활하고 있는 노인의 경우, 적어도 한번쯤은 준학대와 같은 인권침해를 경험할 가능성이 있다는 것을 의미하기 때문에 우선적으로 해결해야하는 매우 중요한 과제이다. 또, 준학대와 같은 경도의 인권침해행위(강제적인 케어, 이동 행동의 제한 등)의 누적과 만성화는 노인의 불안을 증폭시키고 무기력이나 감정 마비를 초래할 뿐 아니라(川越, 2004; Conrad 외, 2011), 케어를 담당하고 있는 직원에게도 장기간에 걸쳐 부정적 영향(예를 들면 윤리적 딜레마)을 미칠 가능성이 높다(山本 · 臼井, 2004). 지속적이고 만성적으로 발생하는 스트레스, 즉 위기가 사람을 무기력하게 만들고 우울과 불안 증세를 증가시킬 수 있기 때문이다(Lazarus & Folkman, 1984).

따라서 고령자의 존엄 유지라고 하는 학대 예방책의 본래의 목적을 달성하기 위해서는 준학대를 포함한 서로 다른 레벨의 학대적 행위의 실태를 적절하게 반영•대처할 수 있는 대책이 필요하다. 학대는 갑자기 일어나는 위기라기보다는 다양한 리스크 요인이 연속적으로 발생하고 축적된 결과이기 때문에(柴尾, 2008), 준학대에의 개입은 학대를 사전에 예방함에 있어 유익할 수 있다(任, 2014).

지금까지 이루어진 노인학대에 관한 연구들은 학대발생의 위험요인을 파악하려는 연구가 주류를 이루고 있다(Shinan-Altman & Cohen, 2009; Wang 외 2009; Natan 외, 2011). 학

* 일본 도시샤대학교 박사과정

대발생의 위험요인의 명확화는 학대를 예방하고 개입하는 실천적, 정책적 근거가 되기 때문이다. 그러나 위험요인이 있어도 학대가 발생하는 시설이 있고 발생하지 않는 시설이 있듯이 학대의 발생을 위험요인과의 단순한 인과관계로 설명하기에는 한계가 있다. 동일한 위험요인이라도 그것에 어떻게 대처하고 반응하는지에 따라 학대가 발생하지 않을 수도 있다. 또, 선행연구들은 학대가 부적절한 케어, 준학대와 같은 경도의 인권침해 행위와 연속선상에서 발생하고 있다고 지적하고 있지만(柴尾, 2008 ; Conrad 외, 2011; 任, 2014), 이러한 위기의 누적이 학대발생에 미치는 영향을 분석하지 못했다. 학대발생의 위험요인은 복잡•다양하게 얽혀 있고 한번에 그 문제를 해결하기 어렵다. 또, 학대는 신체적 학대 등의 심각한 수준에 대한 개입과 예방만으로 대응하기 곤란하다는 점에서(우국희, 1999) 위험요인의 누적이 학대발생에 미치는 영향을 검토하지 않은 체 유효한 예방책을 제안했다고 말할 수 없다.

효과적인 노인학대 예방책을 제시하기 위해서는 학대의 발생과 대처의 메커니즘을 통합적으로 검토하고, 위험요인의 누적과 만성화가 학대발생에 어떠한 영향을 미치는 지를 명확히 검토할 필요가 있다. 위기와 리스크의 누적, 그리고 지속적으로 발생하고 있는 준학대의 특질과 그 영향을 염두에 둘 필요가 있다. 학대와 준학대의 개념을 학대 예방 모델에 도입하는 것은 수준이 다른 학대적 행위가 에스컬레이트(escalate)하는 이행(移行)•연쇄의 과정을 탐색가능하게 할 뿐 아니라 연쇄를 촉진·예방(끊을 수 있는)하는 요인을 추출하는 단서가 된다. 현재의 급무는 학대와 준학대의 관계적 특질과 학대 발생 요인 간의 복잡·다양한 상호관계를 바탕으로 수준이 다른 학대적 행위의 연쇄에 대처할 수 있는 효과적인 학대 예방 전략을 밝혀내는 것이다.

이에 본 연구의 목적은 Double ABCX 모델을 원용하여 준학대가 학대로 연쇄하는 과정을 탐색하고 학대의 연쇄를 끊을 수 있는 예방책의 효과를 검증하고자 하0는 것이다.

Double ABCX 모델은 지속적인 스트레스(스트레스의 누적)가 초래하는 가족 시스템의 위기와 대처의 과정을 설명하기 위해 가족 스트레스 이론을 기반으로 하는 Hill의 ABCX모델을 McCubbin과 동료들이(1983) 수정·발전시킨 것이다. 이 모델의 특징적인 점은 시간의 경과와 함께 변화하는 스트레스와 위기의 누적에 대한 가족의 대처과정 및 적응을 가족의 자원, 위기상황에 대한 인식·평가의 상호 작용의 결과에 근거해 검토했다는 것이다. 위험요인이 있다고 해서 반드시 가족의 위기가 초래되는 것이 아니며 지속적으로 발생하는 스트레스에 대해 가족이 어떠한 자원을 이용하고 또 어떻게 그 상황을 인식하느냐에 따라 적응의 결과가 달라진다는 점을 강조하였다. 이처럼 Double ABCX 모델은 스트레스, 즉 위기의 연쇄적인 과정과 그것에 대응한 결과를 규명할 수 있는 실천적인 모델로 평가할 수 있다. 이러한 Double ABCX 모델의 특징을 참고로 하여, 본 연구는 준학대를 학대발생의 중요한 스트레스원 혹은 스트레스의 누적으로 개념화하여 준학대가 학대발생에 미치는 영향과 연쇄의 과정을 촉진, 예방할 수 있는 요인들을 검증하고자 한다. 케어 스트레스가 학대의 발생을 예측하는 중요한 요인이라고 언급되고 있는 점(Shinan-Altman & Cohen, 2009; Natan 외, 2011), 스트레스 이론이 학대의 발생을 설명하는데 매우 합리적이라는 점(Bergeron, 2001)에서 본 연구가 노인학대의 발생과 연쇄의 메커니즘(과정)을 해명함에 있어 Double ABCX 모델을 원용하는 것은 적절하다고 판단된다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 학대, 준학대, 부적절한 케어의 개념 및 특징

시바오(柴尾, 2008)는 학대가 부적절한 케어의 연속선 상에서 발생하고 있다고 주장하며 갑자기 돌발적으로 발생하는 것이 아니라고 지적했다. 또, 법률이 규정하는 학대와 달리 부적절한 케어 중 학대에 가까운 그레이존은 표면화하기 어렵기 때문에 학대로서 지각하기 곤란하며 시설에서 일상적으로 이루어지고 있음을 우려했다. 코우노(河野, 2008)도 학대가 명확한 특정 요건에 의해서 분리되는 행위라기보다 오히려 부적절한 케어의 연속적, 단계적인 차원으로 해석해야 한다고 주장했다. 또, 케어 서비스의 질을 향상시키기 위해서는 신체적 학대와 같이 정도가 심각한 특수한 노인 학대뿐 아니라 부적절한 케어 서비스를 함께 검토해야 한다고 주장한 바 있다. 임(任, 2016)은 신문 기사에 언급되어 있는 시설 내 노인학대 사례를 분석한 결과를 통해 학대적 행위가 크게 학대, 준학대, 부적절한 케어라는 3가지의 레벨로 구성되어 있음을 검증하였다. 또 학대는 준학대 부적절한 케어와 밀접한 관련이 있기 때문에 학대가 발생하면 동시에 준학대와 부적절한 케어를 관찰할 수 있다고 주장했다.

Conrad 외(2010; 2011)는 학대 관련 전문가를 대상으로한 조사를 통해 5가지 레벨로 구성된 심리적 학대의 구조와 범위를 제시하였다. 심리적 학대는 리스크 요인으로부터 노인을 비난하고 업신여기는 행위, 노인의 감정과 욕구를 무시하는 행위, 노인을 협박하는 행위, 노인의 사회적 지각적 능력을 박탈하고 구속•고립시키는 행위로 단계적으로 점점 심각화되고 있다고 밝혔다. 또, 고령자의 사회적 지각적 능력을 박탈하는 구속 행위(법률상으로 노인 학대에 해당하는 행위)와 학대 발생의 리스크 요인을 제외한 나머지 학대적 행위들은 경계가 불분명하기 때문에 중복되는 부분이 존재한다고 기술하였다. 또, 학대예방을 위해서는 학대의 종류와 수준, 레벨에 맞는 평가가 필요하다고 주장하고 있다.

이러한 선행연구들은 다음과 같은 문제점을 지닌다.

먼저, 시바오(柴尾, 2008)와 코우노(河野, 2008)는 학대가 부적절한 케어와의 연속선 상에서 단계적으로 발생하고 있음을 구체적으로 제시했다. 학대는 갑자기 돌발적으로 발생하는 것이 아니고 부절절한 케어가 누적된 결과로 연속적인 과정의 일환이라고 하였다. 하지만 이 둘의 관계를 경험적 데이터에 근거해 실증하지는 못했다. 임(任, 2016)은 학대적 행위의 관계를 사례분석을 통해 구분했지만 준학대가 어떠한 과정을 통해 학대로 이행되고 있는지에 대한 질문에 명확히 답할 수 없다. 다시 말해, 준학대가 학대로 단계적으로 심각화 되는 대응관계에 대한 검증이 부족하다. 반면, Conrad 외(2010; 2011)는 학대발생의 단계적 과정을 실증하고 있다는 점에서 선구적인 연구라고 할 수 있다. 하지만 심리적 학대에 한정하여 분석하고 있다는 과제도 있다.

학대 발생의 위험요인을 한꺼번에 줄이고, 제거하는 것이 불가능하다면 학대가 연쇄하는 과정을 차단하고 학대의 발생을 방지하는 것이 무엇보다 중요하다. 따라서 학대가 연쇄하는 과정을 탐색하고 연쇄를 차단할 수 있는 요인, 다시 말해 예방책의 효과를 분석하려는 본 연구는 시의 적절하다고 사료된다.

한편 본 연구에서는 학대, 준학대, 부적절한 케어를 선행연구(鈴木, 1993; 柴尾, 2008; Conrad 외, 2011; 任, 2014; 任, 2016)들을 참고로 하여 다음과 같이 정의하고자 한다.

학대는 일본의 노인학대 방지법에 정의되어 있는 5가지의 학대로 피학대 노인의 명확한 신체적, 심리적 손상을 동반하는 행위를 뜻한다. 예를 들어, "노인을 고립시키는 행위", "목욕 케어 중에 화장실에 가고 싶다고 이야기한 노인을 다른 입소자가 보고 있는 가운데 발가벗긴 채로 화장실에 가게 하는 행위"를 들 수 있다.

준학대는 노인 학대방지법에는 포함되어 있지 않지만 학대에 준하는 노인의 중요한 인권을 침해하는 행위, 노인의 심신에 큰 스트레스를 주거나 상처를 입히는 행위를 뜻한다. 예를 들어, "노인이 원하는 삶과 의사를 관철시키지 못하는 생활", "노인의 페이스(pace)로 생활 시간 및 스케쥴을 세울 수 없는 생활", "공동 현관을 열쇠를 잠그어 놓기 때문에 직원들이 열지 않으면 시설 밖으로 나갈 수 없는 부적절한 케어 환경"을 들 수 있다.

부적절한 케어는 준학대보다 문제의 심각도는 낮지만 케어의 방법이 노인 중심이 아니고 업무 중심으로 이루어지고 있기 때문에 노인에게 새로운 문제 상황과 불안이 발생하는 것을 말한다. 예를 들어, "노인의 음부를 세척할 때 뜨거운 물을 사용하는 것", "시설에서의 목욕은 최저 주 2회로, 3명의 직원이 케어를 담당하는 것"등 을 들 수 있다. 그러나 본 연구는 개입의 우선순위와 비용효율의 관점에서 학대의 발생과 연쇄의 과정을 부적절한 케어가 아닌 준학대와 학대와의 관계에 한정하여 탐색하고 학대발생과 연쇄의 과정을 촉진, 예방하는 요인을 명확히 하고자 한다.

2. 분석 틀

McCubbin과 동료들은(1983) 시간의 경과와 함께 변화하는 스트레스와 위기에 가족이 어떻게 대처하고 적응할 것인가를 설명하기 위해 위기의 발생과 대처 과정을 스트레스의 누적(aA)에 대한 가족의 대처 자원(bB)과 스트레스 상황에 대한 인식·평가(cC)의 상호 작용으로 설명하고 있다. 지속적으로 발생하는 스트레스(aA)에 대해서 가족이 어떠한 자원(bB)을 이용하고 또, 스트레스 상황을 어떻게 인지하고 평가할 지에(cC)에 따라서 그 결과(xX)가 달라진다.

준학대를 스트레서, 스트레스의 누적으로 개념화할 수 있다면 스트레스가 누적되고 심각화된 결과, 다시 말해, 준학대가 학대로 연쇄되는 과정과 영향을 탐색할 수 있는 이론적 근거를 Double ABCX 모델로 부터 원용할 수 있다.

(1) 스트레스의 누적(aA): 준학대

스트레스의 누적(aA)은 미해결된 스트레서가 남아 있거나 새로운 스트레서가 추가된 상태를 말한다(Lavee 외 1985). 이를 시설 내 학대에 적용해 보면, aA는 학대발생의 위험요인으로 위기가 누적된 상황을 뜻한다. 따라서 본 연구는 aA을 학대와 연속선상에서 발생한다고 언급되고 있는 경도의 인권침해, 다시 말해 준학대로 규정하려 한다. 임(任, 2014; 2016)

은 일상적으로 발생하고 있는 준학대를 예방하는 것이 학대의 예방에 직결된다고 주장했다. 시바오(柴尾, 2008), Conrad 외(2011) 역시 학대는 리스크 요인 혹은 부적절한 케어와 연속선상에 발생한다고 지적한 바 있다.

(2) 자원(bB): 학대 예방 요인

bB는 스트레스의 누적에 의해서 초래된 위기상황에 대처하는 가족의 능력이며, 스트레스의 누적이 가족에게 미치는 부정적 영향을 완화하는 기능을 가지고 있다(Lavee 외, 1985). 이를 시설 내 학대에 적용해 보면, 자원(bB)은 다양한 학대 발생의 위험 요인, 특히 스트레스의 누적(준 학대)에 의해 초래되는 결과(노인 학대)에 대처할 수 있는 능력, 즉 학대 예방 요인으로 개념화할 수 있다.

리스크 매니지먼트는 케어를 실시할 때 발생할 수 있는 잠재적·실질적인 위험과 결함을 탐색하고 보고•대처하는 과정을 말한다(Moss, 1995). 호리고메(堀米, 2015; 2016)는 노인의 전도(낙상)와 사고의 예방에 리스크 매니지먼트의 유용성을 지적했다. 마찬가지로 토리우미(鳥海, 2006)는 리스크 매니지먼트가 개호자의 개호 부담을 줄이고 노인의 존엄이 있는 생활을 지원하는 중요한 방법이라고 주장했다.

케어 기술에 관한 연수는 노인 학대 예방 요인으로 가장 많이 제시되고 있으며 지금도 다양한 학대 예방 교육 프로그램들이 연구·개발되고 있다. 연수에 의해서 직원의 개호 스트레스를 완화시킬 수 있다는 지적도 있다(Anetzberger, 1993; 認知症介護研究・研修仙台センター, 2009).

(3) 인식·평가(cC): 케어 스트레스

인식·평가(cC)는 누적된 스트레스(aA), 위기상황에 대한 가족의 인식 및 평가를 말한다(MaCubbin 외 1983; Lavee 외 1985). MacDonald(2002)는 같은 스트레스 상황이라도 가족(예를 들면, 가족의 가치관)에 따라서 그것을 위기로, 혹은 기회로 인식할 수 있다고 보고했다. 또, 후자의 긍정적 사고는 스트레스나 위기상황을 수용하는 능력과 대처하는 능력을 증가시킨다고 지적한 바 있다.

Rankin 외(1992)는 Double ABCX 모델을 적용하여 치매 노인을 수발하는 가족 케어 제공자(수발자)의 피로감에 대해 조사했다. aA를 만성적으로 발생하고 있는 케어 스트레서, cC를 수발자의 스트레스로 규정하고 케어 스트레서가 초래하는 수발자의 피로감(xX)에 대해 분석하였다.

이러한 연구들을 참고하여, 본 연구는 준학대 등의 위험 상황에 대한 직원들의 인식·평가(cC)를 케어 스트레스로 규정하고자 한다.

케어 스트레스는 수많은 연구에서 학대 발생의 위험 요인으로 지적되고 있으며 가장 유력한 학대 발생의 예측 요인으로 다루어지고 있다(Pillemer 외, 1988; Anetzberger, 2000; Shinan-Altman, 2009; 松本, 2015). 예를 들어 노인과의 관계, 동료나 상사와의 갈등 등으

로 구성된 케어 스트레스는 학대의 발생에 강력한 영향을 미칠 뿐 아니라 직원의 노인에 대한 태도와 서비스의 질을 예측할 수 있는 요인으로 제시되고 있다(Shinan-Altman, 2009; Natan 외, 2011; 松本, 2015). 또 준학대와 같은 노인의 인권을 침해하는 스트레스원(스트레스적 생활사건)의 지속적인 발생은 개호자의 업무수행에 있어 윤리적 딜레마와 갈등, 스트레스를 유발하는 것으로 지적되고 있다(山本 · 臼井, 2004).

(4) 스트레스의 누적에 대응한 결과(xX): 학대

스트레스의 누적에 대응한 결과(xX)는 스트레스와 누적된 위기 상황을 자원과 인식·평가를 통해 대처한 결과이며 가족의 적응 혹은 부적응으로 대체될 수 있다(Lavee 외, 1985). 이를 시설 내 학대에 적용하면 xX는 준학대와 같은 위험 상황의 누적이 초래한 결과, 즉 준학대를 자원과 인식, 평가요인을 통해 대처한 결과이며 본 연구에서는 노인학대로 규정하고자 한다.

선행 연구는 학대는 준학대 등의 경미한 인권 침해 행위부터 에스컬레이트(escalate)하기 때문에 이러한 인권 침해 행위를 예방하는 것이 학대의 예방에 효과가 있다고 지적한 바 있다(柴尾, 2008; Conrad 외, 2011; 任, 2014).

Ⅲ. 연구방법

1. 연구문제

본 연구는 준학대가 학대로 연쇄되는 과정을 케어기술에 관한 연수, 리스크 매니지먼트와 케어 스트레스의 상호관계를 통해 규명하고자 한다. 이러한 연구목적을 달성하기 위한 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

<연구문제1.> 학대는 준학대로 부터 연속적으로 발생하고 있는가(다시 말해, 준학대는 학대 발생의 리스크 요인인가).

<연구문제2.> 학대발생에 대한 대처자원(학대예방에 관련한 케어 기술에 관한 연수, 리스크 매니지먼트) 은 학대의 발생을 완화할 수 있는가.

<연구문제3.> 위기 상황에 대한 인식·평가 요인(케어 스트레스)은 학대의 발생에 영향을 미치는가.

2. 조사 대상자

조사 대상자는 일본 개호보험 데이터 베이스, WAMNET에 등록되어 있는 (2015년 5월 시점) 전국의 노인복지시설에 근무하는 개호 직원 6,000명(개호 노인 복지 시설 3000명, 치

매 대응형 공동 생활 가정(이하, 그룹 홈)3,000명)로 했다. 조사방법은 층화 이단 무작위 추출을 이용하여 전국의 개호 노인 복지 시설 7,667시설, 전국의 치매 그룹 홈 1만 2,579시설에서, 각 1,000시설을 도도 부현 별로 간격 추출했다. 추출된 시설의 시설장에게 조사 의뢰문, 조사표와 회신용 봉투를 발송하고 케어에 직접적으로 종사하고 있는 직원을 무작위로 3명 추출할 수 있도록 의뢰했다.

3. 측정 변수

1) 독립변수

(1) 학대의 위험요인: 준학대

준학대의 실태를 측정하기 위해 임(任, 2014)의 준학대에 관한 질문 항목을 참고로 하였고 질문내용을 수정했다. 총 21항목, 4개 영역으로 구성되어 있다. 구체적으로는 "자율의 침해" 8항목, "행동 제한" 6항목, "교류의 침해" 4항목, "존엄을 침해" 3항목이다. 예를 들어, 자율의 침해를 묻는 질문 항목은 "나는 이용자가 원하는 삶과 의사를 존중하는 케어를 하고 있다", "나는 이용자가 현재의 생활에 의욕을 가지고 살아갈 수 있도록 케어하고 있다" 등으로 구성되어 있다.

회답 형식은, "전혀 되지 않고 있다(1점)", "잘 되지 않고 있다(2점)", "그럭저럭 되어 있다(3점)", "충분히 이루어지고 있다(4점)"의 4점 리커트 척도를 이용하였고, 각각 1~4점의 득점을 부여했다.

점수가 높을수록 준학대가 많이 발생한 것처럼 나타내기 위해 모든 항목의 득점을 역전처리했다. 각 영역별 변수가 가진 내적 정합성(Cronbachα)는 0.878, 0.783, 0.853, 0.756이다. 적합도 지표는 CFI=0.926, TLI=0.915, RMSEA=0.062이었고, 충분한 적합도를 나타냈다.

(2) 학대발생에 대한 대처자원: 학대 예방요인

학대예방과 관련한 케어 기술에 관한 연수, 리스크 매니지먼트를 측정하기 위해, 쿠로다 외(黒田 외, 2004)의 "케어 시설 서비스 질 평가에 관한 연구"와 임(任, 2014)의 "준학대에 관한 연구"를 참고로 질문 항목을 만들었다. "학대예방과 관련한 케어 기술에 관한 연수(이하, 케어기술에 관한 연수)"는 4항목, "리스크 매니지먼트"는 5항목으로 구성되어 있다. 질문 내용의 적절성을 높이기 위해 학식 경험자 2명, 케어 직원 5명의 조언을 받아 수정을 가했다.

회답 형식은 "전혀 되지 않고 있다(1점)", "잘 되지 않고 있다(2점)", "그럭저럭 되어 있다(3점)", "충분히 이루어지고 있다(4점)"의 4점 리커트 척도를 이용하였고 각각 1~4점의 득점을 부여했다.

(3) 위기 상황에 대한 인식·평가 요인: 케어 스트레스

케어 스트레스에 대해서는 오노 외(小野 외, 2007)의 "케어 직원이 느끼는 스트레서(stressor)"와 마츠모토(松本, 2015)의 "이용자의 BPSD에 대한 국소적 스트레스"를 참고로 "새롭게 갈아 놓은 기저귀에 곧바로 배변을 하는 이용자에 대해 짜증을 느낀다" 등을 질문하는 7가지 항목을 작성했다. 7가지 질문 항목은 2개 영역 "이용자에 대한 케어 스트레스", "직장 내 인간 관계에 대한 스트레스"로 구성되어 있고, 스트레서(stressor)에 대한 직원의 스트레스 반응을 측정할 수 있도록 질문 내용을 설정하였다. 학식 경험자 2명, 개호 직원 5명의 조언을 얻어 질문 항목을 작성, 수정했다.

회답 형식은 "그렇게 생각하지 않는다(1점)", "별로 그렇게 생각하지 않는다(2점)", "약간 그렇게 생각한다(3점)", "그렇게 생각한다(4점)"의 4점 리커트 척도를 이용했고 각각 1점~4점의 득점을 부여했다. 점수가 높을수록 케어를 스트레스라고 생각하고 있는 정도가 높은 것을 뜻한다. 각 영역별 변수가 가진 내적 정합성(Cronbachα)는 0.809, 0.659이다.

2) 종속변수

"학대의 실태"에 대해서는 "과거 1년간 직장에서 노인학대 방지법에 규정된 노인 학대(신체적 학대, 성적 학대, 심리적 학대, 경제적 학대, 방임)라고 생각되는 사례를 경험한 적이 있습니까?"를 물었다. 회답 형식은 "1. 아니다", "2. 1~2회", "3. 3~4회", "4. 5~6회", "5. 7회 이상"을 사용하였다. 점수가 높을수록 개호 직원의 학대 경험 건수가 많고 시설 내에서 학대가 많이 발생하고 있음을 의미한다.

4. 분석방법

전국의 노인 복지 시설(개호 노인 복지 시설, 그룹 홈)에 근무하는 개호 직원 6,000명에게 조사표를 배포하고, 1,516명에게서 회답을 받았다(회수율 25.3%). 이 중 미기입 등의 결손 데이터를 제외한 1,473명의 회답분을 분석에 이용했다(유효 회답률 24.6%).

조사 대상자 인구학적 특성, 학대와 준학대의 특성, 학대의 예방 요인, 케어 스트레스 수준을 확인하기 위해 기술 분석을 이용했다. 다음에 각 변수의 인과 관계나 매개 효과 등을 검증하기 때문에 공분산 구조 분석을 실시했다. 간접 효과의 유의성 검정에는 부트 스트랩핑(bootstrapping)을 사용했다. 데이터의 집계 및 분석에는, SPSS 24.0과 AMOS 24.0을 이용했다.

Ⅳ. 결과

1. 조사대상자의 인구사회학적 특성

조사 대상자가 소속된 시설의 노인의 케어등급(要介護度, 케어 필요도)[1]은 3등급, 4등급이 83.3%를 차지하고 있었다. 개호 직원의 성별은 여성이 1,030명(69.9%), 남성이 443명(30.1%)이었다. 케어 현장의 평균 경험 연수는 110.2(±67.6)개월이었다. 자격 여부는 "자격이 있다"가 1,075명(73%), "자격이 없다"가 398명(27%)이었다. 한 달 야근 횟수의 평균은 4.6(±2.0)회 였다. 시설의 종류는 "개호 노인 복지 시설"이 341명(23.2%), "유니트형 개호 노인 복지 시설"이 341명(23.2%), "그룹 홈"이 791명(53.7%)이었다.

2. 주요 변수의 기술 통계

주요 변수의 정보는 다음의 표 1과 같다.

표 1. 주요 변수의 수준

변수	M	SD	mini	max
준학대	1.00	3.90	1.88	0.45
리스크매니지먼트	3.22	0.52	1	4
케어 기술에 관한 교육	2.79	0.70	1	4
케어 스트레스	15.7	3.73	7	28
학대	1.80	1.28	1	5

3. 준학대가 학대에 미치는 영향에 관한 인과모델의 검증

학대의 위험 요인(준학대), 학대의 예방 요인(케어 기술에 관한 연수, 리스크 매니지먼트), 위기 상황에 대한 인식과 평가 요인(케어 스트레스)과 학대의 관련을 파악하기 위해 공분산 구조분석을 실시했다(그림 1).

그 결과, 첫째, 준학대는 직접적으로 학대에 유의미한 긍정적인 영향을 미치고 있었으며, 케어 기술에 관한 연수, 리스크 매니지먼트를 통해서 간접적으로 학대에 영향을 미치고 있었다.

둘째, 케어 기술에 관한 연수, 리스크 매니지먼트는 직접적으로 학대에 유의미한 부정적인 영향을 미치고 있었으며, 케어 스트레스를 통해서 간접적으로 학대에 영향을 미치고 있었다.

셋째, 케어 스트레스는 학대에 직접적으로 긍정적인 영향을 미치고 있었다.

넷째, 학대의 발생에 영향을 미치는 요인 중 리스크 매니지먼트의 영향력이 가장 높았다.

다섯째, 부트 스트랩핑(bootstrapping)에 의한 간접 효과의 유의성을 검증한 결과, 준학대가 케어 기술에 관한 연수, 리스크 매니지먼트와 케어 스트레스를 통해서 학대에 미치는 간접 효과는 P값이 0.005로 유의했다.

여섯째, 모델의 적합도 지표는 CFI=0.961, TLI=0.929, RMSEA=0.072이었고, 충분한 적합도를 나타냈다.

1) 케어 등급이 올라갈수록 케어를 더 많이 필요로 한다.

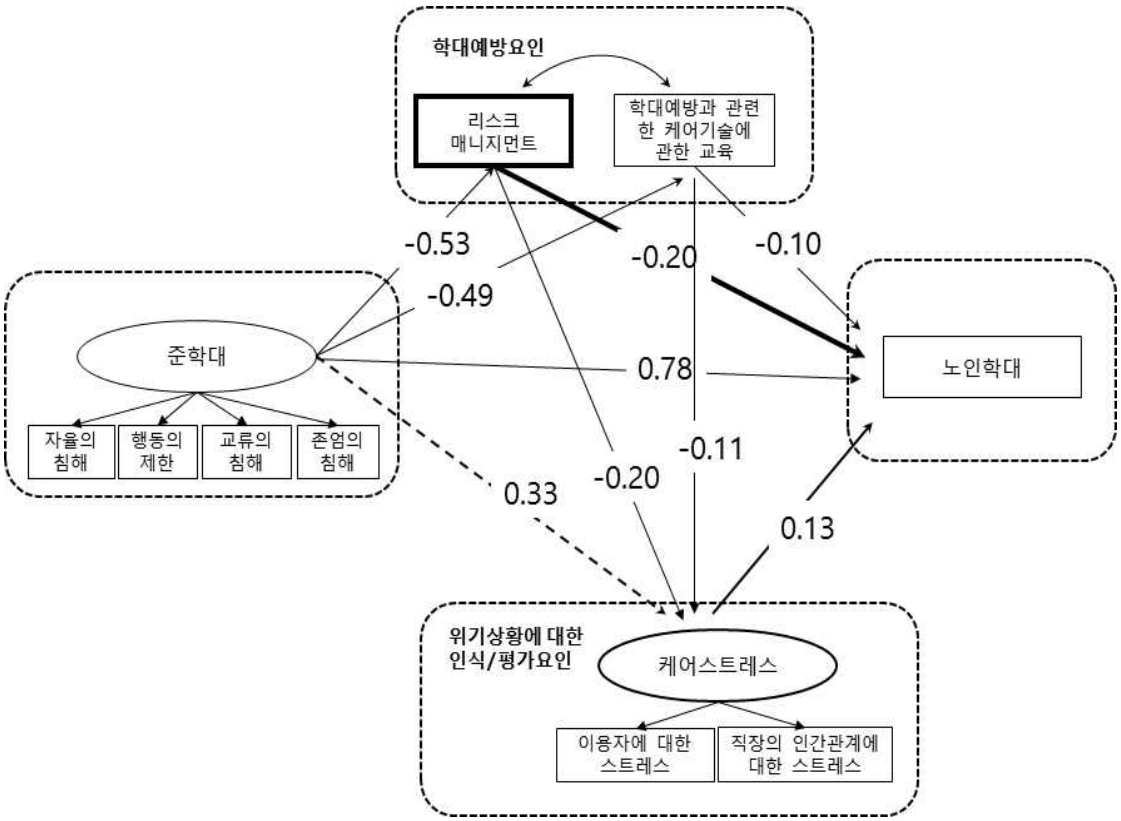


그림 1. 준학대가 학대에 미치는 영향에 관한 인과모델

Ⅴ. 고찰 및 논의

1. 준학대는 학대발생의 위험요인인가

준학대는 학대의 발생에 정의 영향을 미치고 있었다. 이는 준학대가 발생할수록 학대가 증가하고 있음을 말하며, 준학대는 학대의 위험 요인이라는 것을 의미한다. 게다가 학대는 준학대를 거쳐 단계적으로 발전하고 있다고 해석할 수 있다. 이것은 학대 발생의 단계설을 주장하고 있는 Conrad 외(2011)의 연구를 지지하는 결과이다. 또, 부적절한 케어 등 경도의 인권 침해 행위로부터 학대가 연속적으로 발생하고 있다고 주장한 시바오(柴尾, 2008)의 실천적 지식을 경험적으로 입증한 것이라고 할 수 있다.

2. 학대의 예방요인은 학대의 발생을 완화할 수 있는가

학대의 예방 요인(리스크 매니지먼트, 학대예방과 관련한 케어 기술에 관한 연수)은 학대

의 발생에 부정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉, 리스크 매니지먼트나 학대예방과 관련한 구체적인 케어 기술에 관한 연수는 학대의 발생을 줄일 수 있는 대책이 될 수 있다. 또, 준학대는 리스크 매니지먼트, 케어 기술에 관한 연수를 통해서 학대에 간접적인 영향을 미치고 있었다. 이는 준학대가 학대에 미치는 부정적 영향이 리스크 매니지먼트, 케어 기술에 관한 연수를 통해서 완화될 수 있음을 뜻한다.

이와 같은 연구 결과는 리스크 매니지먼트, 케어 기술에 관한 구체적인 연수가 학대의 발생을 줄일 수 있다고 하는 선행 연구 결과(Anetzberger 1993; 認知症介護研究・研修仙台センター, 2009; 堀米, 2015; 堀米, 2016)와 일치한다. 게다가, 리스크 매니지먼트는 학대의 발생을 완화시키는 데 있어 가장 큰 영향을 주는 요인이기 때문에 준학대가 학대로 연쇄하는 과정을 끊고 학대의 발생을 예방할 때 우선적으로 개입할 필요가 있다고 해석할 수 있다.

3. 위기상황에 대한 인식•평가요인은 학대의 발생에 영향을 미치는가

케어 스트레스는 학대의 발생을 증가시키고 있었다. 이는 케어 스트레스가 학대의 발생을 예측할 수 있는 요인임과 동시에 준학대가 학대로 연쇄하는 과정을 자극, 촉진하는 요인이라는 것을 의미한다. 이러한 결과는 개호 스트레스가 학대 발생의 위험요인이라고 지적하고 있는 선행 연구(Shinan-Altman 외 2009; 松本, 2015)를 지지하는 결과이다.

이러한 결과들을 바탕으로 준학대가 학대로 연쇄되는 과정을 끊고 효과적인 시설 내 학대 예방을 위해 필요로한 대책들에 대해 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 학대의 예방 및 연쇄를 막기 위해서는 무엇보다 준학대의 예방이 필수 불가결하다. 지속적으로 빈번히 발생하는 준학대(任, 2014)는 학대 발생의 위험 요인이며, 이는 준학대의 예방이 곧 학대의 예방과 연결될 수 있음을 의미한다. 보다 심각한 수준의 학대적 행위가 발생하기 전에 경미한 수준의 준학대에 대한 개입과 예방에 힘을 쏟는 노력이야 말로 학대 발생으로 인한 사회적 비용을 절감 가능한 실효성 있는 학대 예방으로 이어질 것이라 기대된다.

둘째, 리스크 매니지먼트를 우선적이고 전략적으로 개입할 필요가 있다. 학대에 영향을 미치는 몇 가지 변수 중 리스크 매니지먼트는 학대의 발생을 완화시킬 수 있는 가장 큰 요인이었기 때문이다. 입소노인의 리스크를 정확히 파악하고 대책을 세우는 것, 그러한 정보를 모든 직원이 항시적으로 공유할 수 있는 시스템을 구축할 필요가 있다. 노인의 생활과 작은 변화에 대한 정보를 전 직원이 정확히 공유할 수 있도록 하는 리스크 매니지먼트는 노인에게 발생할 수 있는 갑작스러운 위험에 대처할 수 있는 유용한 대책이라 여겨진다.

셋째, 케어 기술에 관한 연수를 강화해야 한다. 입소노인의 행동을 제한하지 않는 기술, 학대 예방과 관련한 구체적인 스킬, 대응하기 어려운 이용자를 지원하는 방법 등을 습득할 수 있는 연수를 늘리는 것이 바람직하다. 실제로, 직원을 대상으로 한 교육 프로그램이 학대 인식을 강화하고 학대가 의심되는 사례의 발견과 대응에 효과적이라는 점이 입증되고 있다(Hsieh 외 2009; ALT외 2011).

넷째, 준학대가 발생하지 않도록 대처하는 것이 무엇보다도 중요하지만 준학대의 발생과

위험요인을 모두 제거할 수 없는 경우에는, 무엇보다 학대의 예방 요인을 늘리는 것이 중요하다. 준학대는 학대의 발생을 증가시키는 위험 요인이지만, 학대의 예방 요인을 매개함으로서 학대발생에 미치는 부정적인 영향력을 완화시킬 수 있다. 즉, 모든 학대 발생의 위험 요인을 없애거나 제거하는 것이 불가능하다면, 학대의 예방 요인을 증가시킴으로서 위험요인이 학대에 미치는 부정적 영향력을 저감시킬 필요가 있다.

다섯째, 학대의 발생을 예방하기 위해서는 직원의 케어 스트레스를 경감시키는 대책이 필요하다. 직원이 스트레스에 노출될 수 있는 빈도를 줄이는 것과 동시에, 직원 자신이 본인의 스트레스를 이해하고 대처할 수 있는 적응력을 기르는 교육이 케어의 질을 높이는 데 유익하리라 기대된다.

참고문헌

Alt, K. L., Nguyen, A. L., & Meurer, L. N. (2011). The effectiveness of educational programs to improve recognition and reporting of elder abuse and neglect: A systematic review of the literature, Journal of elder abuse & neglect, 23(3), 213-233.

Anetzberger, G. J. (1993). Elder abuse programming among geriatric education centers. Journal of Elder Abuse & Neglect, 5(3), 69-88.

Anetzberger, G. J. (2000) Caregiving: Primary cause of elder abuse?, Generations, 24(2), 46-51.

Bergeron, L. R. (2001). An elder abuse case study: Caregiver stress or domestic violence? You decide, Journal of Gerontological Social Work, 34(4), 47-63.

Conrad, K. J., Iris, M., Ridings, J. W., et al. (2011) Conceptual model and map of psychological abuse of older adults, Journal of elder abuse & neglect,2 3(2), 147-168.

Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P., & Hyman, D. J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect, Journal of the American Geriatrics Society, 48(2), 205-208.

鳥海房枝 (2006) 「特養での看護:リスクマネジメントの観点から特養は看護職員が実力を発揮できるやりがいのある職場」 『コミュニティケア』 8(4), 22-25.

萩原清子(2009) 「あいまい概念としての『高齢者虐待』とその対応: 虐待の定義と虐待の判断基準の再構築に向けて」 『関東学院大学文学部紀要』 117, 131- 156.

堀米史一 (2015) 「介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントと転倒の発生要因・事故防止策・活動参加への取り組みに関する研究」日本社会事業大学博士学位論文.

堀米史一 (2016) 「介護老人福祉施設における介護事故に関するリスクマネジメントの質的研究」 『社会医学研究』 33(1), 71-82.

Hsieh, H. F., Wang, J. J., Yen, M., & Liu, T. T. (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders, Advances in health sciences education,14(3),377-386.

任貞美 (2014) 「介護職員の虐待認識に基づいた高齢者虐待定義の再構築への試み――『準虐待』の構

造と特徴に着目して」 『社会福祉学』54(4), 57−69.
任貞美 (2016) 「ICF (国際生活機能分類) を用いた新たな高齢者虐待の概念枠組みの提唱」 『社会福祉学』 개재 예정.
川越智子 (2004) 「施設内虐待の構造的要因」 『総合ケア』 14(3), 31−34.
河野正輝 (2008) 「高齢者虐待防止法見直しの論点――法律学者の立場から」 『高齢者虐待防止研究』 1(1), 2008, 14−20.
黒田研二 · 岡本仁宏 (2004) 『平成 14 · 15年ニッセイ財団高齢社会福祉実践的助成報告書 高齢者介護施設におけるサービスの質評価基準および評価方法の開発に関する研究: 高齢者介護施設のサービスの質の向上に』 ニッセイ財団.
松本望 (2015) 「認知症グループホームにおける不適切なケアの予防要因の効果の検証: 介護職員への質問紙調査をもとに」 『日本認知症ケア学会誌』 14(2), 464−472.
McDonald, L.(2002). Hill's Theory of Family Stress and Buffer Factors: Build the Protective factors and Socila Relationships and positive Perception with Multi−family group.
(http://cecp.air.org./vc/presentations/2selective/3lmcdon/hill%27s_family_stress_theory_and_fast.hth)
McCubbin, H. I. & Patterson, J. M.(1983). The family stress process :The double ABCX model of adjustment and adaptation, Marriage & FamilyReview, 6(1), 7−37.
Moss, F. (1995). Risk management and quality of care, Quality in Health Care, 4(2), 102−107.
Lavee, Y., McCubbin, H. I. and Patterson, J. M. (1985) The double ABCX model of family stress and adaptation: An empirical test by analysis of structural equations with latent variables, Journal of Marriage and the Family, 811−825.
中村京子 (2012) 「わが国の高齢者虐待防止法の『虐待』定義に関する一考察」 『社会関係研究』 18(1), 79−109.
Natan, M. B., Lowenstein, A. and Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities, International nursing review, 57(1), 113−120.
認知症介護研究 · 研修仙台センター (2009) 『介護現場のためのストレスマネジメント支援テキスト』 認知症介護研究 · 研修仙台センター.
小野寺敦志 · 畦地良平 · 志村ゆず (2007) 「高齢者介護職員のストレッサーとバーンアウトの関連」 『老年社会科学』 28(4), 464−475.
Pillemer, K.A. (1988) Maltreatment of patients in nursing homes, Journal of Health and Social Behavior, 29(3), 227-238.
Rankin, E. D., Haut, M. W., & Keefover, R. W. (1992). Clinical assessment of family caregivers in dementia, The Gerontologist,32(6),813−821.
柴尾慶次 (2008) 「施設内における高齢者虐待の実態と対応」 『老年精神医学雑誌』 19(12), 1325−1332.
Schiamberg, L. B., Barboza, G. G., Oehmke, J., et al. (2011) Elder abuse in nursing homes: An ecological perspective, Journal of elder abuse & neglect,23(2),190−211.
Shinan−Altman, S. and Cohen, M. (2009) Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: The effect of work stressors and burnout, The Gerontologist, 49(5), 674−684.
鈴木純恵 (1993) 「臨床看護婦の看護活動に関する研究――看護問題に焦点を当てて」 『看護教育学研究』 2(1), 14−31.

Wang, J. J., Lin, M. F., Tseng, H. F. and Chang, W. Y. (2009). Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities: a structural equation model approach, International Psychogeriatrics, 21(02), 314-320.

우국희(1999) 「노인학대 개념정립을 위한 비판적 고찰」 『비판사회정책』 6, 183-212.

山本美輪 · 臼井キミカ (2004) 「高齢者の身体的抑制に直面する病棟勤務看護職のジレンマの概要」 『老年社会科学』 25(4), 417-428.

주제 3

노인의 은퇴이후 우울발생까지의 기간에 영향을 미치는 요인

발표: 이성진(창원대학교 강사)

노인의 은퇴이후 우울발생까지의 기간에 영향을 미치는 요인

이 성 진*

국문초록

본 연구는 은퇴이후 노인의 우울의 발생 시기, 노인집단별 우울의 발생위험도 차이, 은퇴이후 우울 발생까지의 기간에 영향을 미치는 요인을 고찰하고자 하였다. 생명윤리위원회의 승인 하에 부산광역시와 경상남도의 사회복지관 이용 노인과 지역 거주 노인들 320명을 대상으로 설문조사를 실시하여 자료를 수집하였으며, 생존분석법의 생명표법모델과 콕스회귀모형을 사용하였다.

분석결과는 다음과 같다. 첫째, 응답자중 우울감을 느끼는 노인들은 300명중 126명으로 42%이며, 우울증 진단을 받은 노인은 49명으로 16.5%에 달한다. 둘째, 우울감 인지는 성별과 연령별로 차이를 보이는데, 여자노인들(약 59세)이, 60대(약 56세)가 더 빨리 우울감을 느낀다. 우울증 진단은 성별·연령별·동거형태별로 차이를 보인다. 여성노인(약 60세), 60대 노인들(약 57세)이, 독거가구 노인들(약 59세)이 상대적으로 우울증 진단을 더 빨리 받는 것으로 나타났다. 셋째, 생명표분석에 의하면, 우울감과 우울증의 단순 발생 건수나 비율은 은퇴이후 1-2년 뒤가 높았지만 우울증 발생 위험률은 오히려 6년차, 11-16년 등의 시기에 오히려 높아졌다. 그리고 노인집단별 차이는 우울증에서만 나타나며 동거형태별, 배우자 유무별로만 차이가 있었다. 넷째, 노인들의 은퇴 후 우울감 발생 기간에는 자녀와의 동거, 정서폭력, 방임, 종교활동, 생산노무직 등이 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 은퇴이후 우울증 진단까지의 기간에는 정서지원과 기초생활보장지원 등이 영향을 미치는 것으로 나타났다.

주제어: 노인, 은퇴, 우울, 발생 기간, 생존분석

Ⅰ. 서론

노인들의 약 ⅓은 우울을 경험하지만, 특히 80세 이상, 독거노인, 저소득 층 노인들은 약 40%가 우울을 경험한다(보건복지부, 2013). 더욱이 개인주의 및 핵가족화로 인한 가정 내 부양 의식의 약화, 2008년 이후 더 확대되는 65세 이상 노인집단의 소득 불평등(윤석명, 2013) 등으로 노인 우울은 향후 더 심각해질 것으로 예상된다. 또한 우울은 자살로 이어지거나(이인정, 2011; 이상영 등, 2012; Abas, 1995; Hirsch et al., 2007) 신체적·인지적·사회적 기능을 저하시키는 파괴적인 결과를 일으키지만(Peltzer and Nancy, 2012: 1). 노인들은 정신질환이라는 인식, 치료에 따른 경제적 지출, 거동의 불편 등의 이유로 진단이나 치료에 소극적이다. 이에 노인 우울에 대한 정책적인 관심과 지원이 더욱 요구된다.

현재의 노인 우울에 대한 정책적 그리고 실천적 활동, 학문적 연구들은 예방보다는 사후 처방에 더 초점을 두고 있다. 노인 우울은 질병이란 인식때문에 의료적 치료에 초점을 두며,

* 창원대학교 강사, E-mail: lsjdream@hanmail.net

우울 노인에 대한 상담 역시 전문성의 문제와 복지사와 상담사간의 역할 모호성이 존재한다. 그래서 현재의 노인 우울에 대한 사회복지적 역할 또는 대응은 우울 예방 교육과 예비 진단에 한정되므로, 보조적이며 소극적인 편이다[1]. 노인 우울문제에서 사회복지의 역할 강화에 대한 고민이 필요하다.

그런데 우울은 발병 후의 대처보다는 사전 예방이 중요하다. 우울의 사전 예방은 정신 건강 증진을 통한 인간 존엄의 가치 실현에 기여할 뿐만 아니라 비용 효율적인 측면에서도 유리하므로 예방활동을 강화할 필요가 있다. 그리고 처방 또는 치료보다는 예방에 초점을 두는 것은 사회복지의 역할 및 전문성의 강화에도 기여한다. 즉, 우울 치료는 의료의 영역으로 두고, 예방에서 사회복지적 역할을 강화하며, 이를 통해 전문성을 강화하는 것이 보다 효과적이라 할 수 있다.

우울 예방의 효과를 높이기 위해서는 우울 예방을 위한 더 많은 연구가 필요하다. 현재 노인 우울에 대한 연구는 주로 우울 발생이 높은 집단에 대한 그리고 우울의 원인에 대한 연구 등이다. 그러나 우울 예방의 효과를 높이기 위해서는 우울의 발생시점과 시간적 경과에 따른 우울의 발생 위험도에 대한 종단적 경향의 연구 역시 필요하다.

그래서 본 연구는 생존분석을 이용하여 은퇴이후 노인 우울감·우울증의 발생 시기, 대한 노인 집단별 은퇴이후 우울감·우울증 발생 시기와 년도 경과별 위험확률 등에서의 차이, 은퇴이후 우울 발생까지의 기간에 영향을 미치는 요인 등에 대해 연구하였다. 즉, 노인들의 우울은 언제쯤 발생하며, 언제쯤 우울이 발생할 가능성(확률)이 더 높은지, 노인 집단들 간에 우울발생 시기나 우울발생 위험에 차이가 있는지, 우울이 빨리 발생하거나 늦게 발생하는데 영향을 미치는 요인은 무엇인지 등을 연구하고자 한다. 이를 통해 노인 우울의 예방과 대응을 위한 방안의 모색에 기여하고자 한다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 은퇴와 우울 발생 위험

1) 은퇴[2]

은퇴는 노인으로부터 기본 권리인 노동권을 박탈하는 중요한 행위이므로 어려움을 가중시키지만 한국 사회에서 은퇴 이후의 삶은 노인 개개인의 책임이다(김주현, 2009: 743). 따라

1) 현재 노인 우울 예방을 위해 정신건강증진센터는 정신건강증진사업내 우울예방교육, 생명존중사업내 우울증 조기검진 등을 실시하지만 정신건강센터는 전 연령층을 다 관리하고, 사전예방보다는 검사 및 사후 대응에 더 큰 비중을 둔다. 사회복지시설들은 노인복지시설을 중심으로 노인우울 예방 교육이나 우울증 검사를 진행하지만, 이는 시설운영 프로그램의 일환이며 형식적 또는 보조적으로 이루어져 대체로 우울증의 감소에 기여하지 못한다.

2) 생존분석을 사용하여 우울 발생의 위험을 분석하기 위기 위해서는 측정을 위한 시작 시점을 설정하여야 한다. 이를 위해 본 연구는 은퇴이후로 설정하였다.

서 은퇴 이전에 비해 준비가 안된 은퇴는 새로운 생애단계에 대한 도전이기에 정신적인 스트레스에 직면하기 쉽다.

2. 은퇴이후 우울 발생의 이론

우울은 “지속적인 슬픔, 절망, 공허함, 두통, 식욕감퇴, 수면부족, 신경질적 행동과 같은 감정적·육체적인 행동을 수반하는 정서적 불안상태(손병덕, 2004) 또는 인간이 일상 생활 속에서 흔히 경험할 수 있는 정서이면서 동시에 지각, 판단, 기억, 인지, 사고, 태도 등에서부터 대인관계에 이르기까지 광범위한 부분에 비교적 부정적 영향을 미치는 마음의 상태이다(Beck, 1976; Gotlib and Hammen, 1992; Joiner and Metalsky, 1993). 이러한 우울은 생애의 모든 부분에서 발생할 수 있지만, 본 연구에서는 은퇴이후에 발생하는 우울에 관심을 둔다.

은퇴이후 노인 우울의 발생에 대해 설명할 수 있는 이론은 프로이드의 정신분석적 이론, 행동주의 이론, 인지(도식)이론, 생물학적 이론, 역할이론, 노인교환론 등 다양하다. 첫째, 프로이드의 정신분석적 이론은 대상상실이론으로 불리기도 한다(Stricker, 1983; 김수지·고성희, 1989) 우울은 분노가 무의식적으로 자기에게 향해진 현상이라고 보았으며, 기본적으로 사랑하던 대상인 배우자나 가족 등의 무의식적 상실에 대한 반응이다. 둘째, 행동주의적 이론은 Skinner의 조작적 조건형성이론에 기초한 것으로서, 이 이론을 기반으로 한 우울 이론은 Lewinsohn의 강화감소이론과 Seligman의 학습된 무력감이론이다.(김수지·고성희, 1989) 기본적으로 우울증은 실패경험의 지속으로 긍정적 강화의 결핍상태가 지속되지만, 다른 사람이나 환경으로부터 강화를 위한 사회적 기술이 부족하거나 대처하는 기술이 부족할 때 발생한다. 따라서 노인들은 경제활동의 중단과 사회활동의 감소로 적절한 사회적 기술과 대처능력이 부족하고, 몸이 쇠약해지면서 각종 질병에 노출되면서 긍정적 강화는 감소되고 부정적인 현상이 늘어나면서 우울증에 걸리기 쉽다. 셋째, 인지(도식)이론은 우울증을 설명하는 가장 대표적인 이론으로서 1960년대 벡(Beck)에 의해 제시되었다(김교헌, 2004). 벡(Beck)은 우울증 환자의 사고방식을 면밀히 연구하였고, 우울증에 대한 인지이론(cognitive theory of depression)을 개발하였는데, 우울증의 인지모형에 의하면 생활사건 →인지적 오류→자동적 사고→우울 증상 등으로 나타나며, 우울증의 원인은 부정적인 자동적 사고, 인지적 오류와 왜곡, 역기능적인 인지도식과 신념이다. 넷째, 생물학적 이론은 우울증을 유전적 요인, 신경전달물질, 뇌구조의 기능, 내분비계통의 이상 때문에 생기는 것으로 간주한다. 그래서 유전적인 정신적 및 신체적 결함, 호르몬의 결핍, 뇌하수체 호르몬이나 부신선 또는 갑상선 기능장애, 내분비 계통의 질병 등이 우울증을 유발한다. 다섯째, 역할이론(role theory)에 의하면, 은퇴는 경제활동을 중단함으로써 역할상실을 경험하게 되고, 이러한 역할의 상실은 역할이 부여하는 자아정체감의 상실로 이어지기 때문에 개인의 심리적 안녕에 부정적인 영향을 미친다(윤현숙·이미진, 2006: 198). 여섯째, 노인교환론에 의하면, 노인들 가치 하락의 가장 일차적인 원인은 은퇴 또는 경제활동의 중단이다. 경제활동의 중단은 단순히 경제활동의 중단으로 인한 소득 감소로만 한정되지 않고, 자녀에게 의존하는 존재로 전락하면서 가

정 내 지위가 하락하여 가장에서 부양자로 바뀌므로 우울과 밀접한 관련성이 있다(이건호, 2008: 9-10; 강월숙 외, 2011: 155).

3. 은퇴이후 우울 발생 시기에 영향을 주는 요인

은퇴이후 우울 발생의 시기에 영향을 주는 요인에 대한 연구는 찾기 힘들다. 따라서 우울의 영향요인에 대한 기존 연구들을 검토하여 은퇴이후 우울 발생 시기의 영향요인으로 가정하고자 한다. 즉, 우울을 발생시키는 요인은 역시 은퇴이후 우울의 발생이 빠르고 느려지는데 영향을 줄 수 있을 것으로 가정한다.

첫째, 인구·사회경제적 요인은 은퇴이후 우울의 발생 시기에 영향을 줄 수 있을 것이다. 기존 연구에서 우울 발생이 높은 집단은 남성노인, 배우자가 없는 노인, 연령이 높은 요인(Abas, 1995: 709), 교육수준이 낮은 노인이 더 높았다(이민아, 2010: 50; 이신영, 2011: 191-195; 강월숙 외. 2011: 155).

둘째, 노인의 신체적 건강정도, 일상생활능력(ADL), 노인 만성질환 등은 은퇴이후 우울의 발생시기에 영향을 미칠 것이다. 즉, 노인의 일상생활능력(ADL)이 높은 경우(강월숙·문재인·박재신, 2011: 155), 노인성 질환을 가진 노인들은 부양자에게 의존하므로(김한곤·김지아, 2006; 189; 박옥임, 2009: 372; 소희영 외, 2009: 121; Levine, 2003: 40; Dong, 2012: 1926-1927), 신체적 장애가 있는 경우이미숙, 2010: 17-20; Coleman et al., 2011: 331) 은퇴이후 우울발생이 빨라질 수 있을 것이다.

셋째, 경제적으로 어려운 노인은 우울 발생 가능성이 높으므로(이건호, 2008; Chen, Hu, Qin, Xu, & Copeland, 2004; Christ, Lee, Fleming, LeBlanc, Arheart, Chung-Bridges, Caban, & McCollister, 2007; 강월숙 등, 2011) 은퇴이후 우울 발생시기 역시 빠를 것으로 가정할 수 있다.(정호영, 노승현, 2007; 배진희, 2009)

넷째, 학대경험은 레빈슨의 강화감소이론에서 주장하는 부정적 사건에 해당하므로 노인의 우울·자살 충동을 불러일으킬 가능성이 높으므로(배진희, 2009; 정호영·노승현, 2007), 은퇴 후 학대는 우울 발생 시기를 빠르게 할 것이다.

다섯째, 비동거자녀 수, 관계만족도, 친인척관계 만족도, 가족친밀감 등이 많거나 높은 경우 우울은 낮아지므로(강월숙 외, 2011: 155; 이신영, 2011: 195), 은퇴이후의 우울 발생시기를 늦출 것으로 가정할 수 있다. 또한 사회참여적 지지, 사회활동참여 등은 우울에 음(-)의 영향을 주므로(손용진, 2010:332; 강월숙 외, 2011: 155), 은퇴 이후의 우울 발생시기 역시 늦출 것으로 가정할 수 있다.

Ⅲ. 연구방법

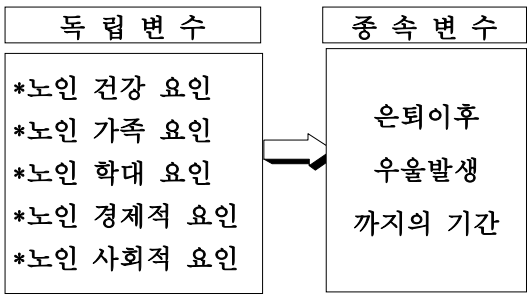
1. 연구모형

은퇴이후 노인 우울의 발생기간에 영향을 미치는 요인은 우울 발생의 이론들인 프로이드의 정신분석적 이론, 행동주의 이론, 인지(도식)이론, 생물학적 이론, 역할이론, 노인교환론 등에서 제시하는 요인들을 고려할 필요가 있다. 즉, 배우자나 가족의 상실, 사회적·정신적·신체적 약화로 인한 긍정적 강화의 결핍, 실패와 그로 인한 현상, 경제활동 중단과 자녀와의 갈등으로 인한 죄절, 유전적인 문제와 장애, 가족과의 관계 및 지위하락, 경제활동의 중단과 소득감소와 빈곤[3] 등이다.

사회적, 정신적, 신체적인 약화현상또한 활동 감소로 신체적·정신적 노화가 증가할 가능성이 높으며, 가정 내 또는 사회적 지위의 하락이나 역할 갈등 등이 나타난다. 그럴 경우 은퇴이후 우울이 빨리 발생할 것이다. 그러나 노인 이후에도 직업을 가지고 경제적 사회적 활동을 지속하는 경우, 은퇴 준비가 잘되어 시간적 여유와 경제적 부를 축적한 경우, 가족에 의한 경제적·정서적 지지가 잘되고(유정균, 2008: 38), 사회적인 활동을 지속할 수 있는 경우 여가활동에 관심을 두는 새로운 소비계층이 된다(이수진 외, 2011: 14-24). 이럴 경우 은퇴이후 우울발생은 늦어질 수 있다. 이처럼 은퇴 이후 노인들의 제반 상황은 우울의 발생 시기에 영향을 줄 수 있다.

따라서 본 연구에서는 노인 우울 발생 위험의 영향요인으로 노인 건강 요인, 노인 가족 요인, 노인 학대 요인, 노인 경제적 요인, 노인 사회적 요인 등을 설정하였다.

종속변수는 우울 발생 위험으로서, 발생 위험은 노인들이 은퇴이후에 문제를 더 빨리 경험할 수록 더 많은 위험을 가짐을 의미한다. 즉, 노인들은 소득, 학대, 우울, 자살 문제를 경험하는 경우 그 문제로부터 벗어나기가 쉽지 않으며 그리고 문제는 지속되는 경향이 있기 때문에, 다른 노인들에 비해 먼저 문제를 경함하는 만큼 노인들이 직면하는 위험은 더 커진다.



<그림 1> 통합적 연구모형

2. 조사대상 및 자료수집방법

생명윤리위원회의 승인하에 설문조사는 4월 15일부터 7월 20일까지 총 320명을 대상으로 이루어졌다. 설문조사 대상은 부산시의 9개구와 경상남도의 7개 시지역에 살고 있는 61세 이상[4] 노인이며, 종합사회복지관 또는 노인복지관 이용대상 노인과 지역사회 거주 노인들로

3) 우리사회의 베이비부머들은 경제활동에서 은퇴를 하고 노인기로 진입할 예정인데, 상당수가 노후준비를 제대로 하지 못한 채 일자리도 가지지 못해 대규모 빈곤층으로 전락할 수 있다(변루나 외, 2011: 316).

4) 우리나라의 평균 퇴직 연령이 55세(만 53세)이지만, 많은 경제적인 어려움을 겪는 노인들은 이전에 퇴

구분되는데, 사회복지관의 서비스 대상 노인들의 경우 편의표본추출법을, 지역사회 노인들의 경우 층화표본추출법을 사용하였다. 부산시의 경우 6개 구의 사회복지관 이용노인 120명과 3개 구의 일반노인 55명, 경상남도의 경우 5개시 사회복지관 이용노인 99명과 2개시 일반노인 40명으로부터 총 314부의 설문지를 수집하였다. 이들 중 부적합한 응답지 13부를 제외한 301부를 분석에 사용하였다.

3. 측정도구

<표 1>에 제시한 바와 같이 종속변수인 우울감 또는 우울증 발생 위험은 비율변수이며, 독립변수는 범주형 변수 또는 이원(binary)변수를 사용하며, 이들은 더미(dummy)이다.

<표 1> 측정도구

구 분			측 정 도 구
종속변수	은퇴이후 우울발생까지의 기간		은퇴 또는 경제 활동의 중단이나 상실 이후에 우울감 또는 우울증 진단을 받기까지의 기간 (우울감/우울증 발생 연령 − 은퇴 나이 + 1)
독립변수	건강요인		중증질환 유무, 장애여부, 일상생활어려움 여부
	가족관계요인	경제적지지	가족에 의한 물질적 지지 여부
		부양부담	경제적 부양부담, 부양에 따른 갈등 여부
	경제 요인	직업	61세이전 직업유형, 61세 이후 직업보유여부
		재산상속	재산상속여부,
		공적이전소득, 소득지원사업	국민연금, 직역연금, 기초연금, 기초생활보장제도 수급, 노인일자리사업 등의 수급(수혜)여부
	인구사회적특성		성별, 연령, 학력, 동거형태, 배우자

첫째, 우울은 심리정서적으로 불안이나 의욕저하를 가져오는 단순한 현상으로 또는 정신의학 분야에서 다루는 정신장애로 인식되기도 한다. 따라서 은퇴이후 우울 발생까지의 기간은 심리정서적인 측정과 의료 또는 임상적인 측정으로 구분할 수 있다. 본 연구는 우울감과 우울증 두가지로 구분한다. 즉, 은퇴이후 심리정서적 우울감 인지까지의 기간과 의료 또는 임상의 우울증 진단까지의 기간으로 구분한다. 이렇게 구분하는 이유는 노인들이 우울감을 느끼더라도 의료기관을 통한 치료를 받지 않는 경우가 많기 때문이다. .

둘째, 독립변수는 건강요인(중증질환여부, 장애여부, 일상생활어려움 여부), 가족관계요인(경제적 지지, 경제적 부양부담, 부양갈등 여부), 경제적요인(61세 이전 직업유형, 61세 이후 직업보유여부, 재산상속여부, 공적이전소득 및 정부의 노인소득지원), 인구사회학적변수

직하였을 가능성이 높다. 하지만 생존분석의 경우 회고적 조사가 이루어져야 하므로 일반적인 노인 연령인 65세에 따르는 경우 은퇴 이후의 시차로 인해 조사가 어려울 수 있다. 또한 국민연금의 수령연령이 현재 61세인 점을 고려하였다.

(성별, 연령, 학력, 동거형태, 종교, 배우자) 등이다.

4. 자료분석방법

본 연구의 주요 분석 방법은 생존분석법으로 생명표법모델(life table model)과 콕스회귀모형(cox proportional hazard 모델)을 사용한다[5]. 생존분석은 종속변수가 시간 변수이며 분석을 통해 시간의 변화에 따른 사건(event)의 변화 및 그 영향요인을 고찰할 수 있다.

Ⅳ. 연구결과

1. 응답자 특성

<표 2> 조사대상자 특성

(단위: 명, %)

구 분		빈 도	비 율
성별	남	103	34.2
	녀	198	65.8
나이	60대	79	26.2
	70대	174	57.8
	80대이상	48	15.9
학력	초졸이하	113	37.5
	중졸	62	20.6
	고졸	66	21.9
	전문대졸이상	60	19.9
자녀수	0명	19	6.3
	1-2명	109	36.2
	3명이상	173	57.5
동거형태	독거가구	124	41.2
	부부가구	115	38.2
	자녀와 동거	62	20.6
배우자	생존	151	50.7
	사별	125	41.9
	이혼/별거	22	7.3

5) 생명표법모델은 각 노인문제들의 발생기간 및 생존율, 위험율 등을 알기 위해 사용하며, 영향요인에 대한 분석을 위해 cox proportional hazard 모델을 사용한다. 생명표법모델은 주어진 생존 시간에 대한 자료를 몇 개의 구간으로 나눈 다음 각 구간에서의 관찰된 사망자로부터 구간사망확률과 구간생존확률을 구하고 이로부터 일정기간까지의 구간생존확률의 누적치인 누적생존확률을 구하여 계산한다. 콕스회귀모형(cox proportional hazard model)은 중도절단된 자료에서의 회귀분석적 방법이다. 그러나 생존분석법은 원래 자연과학 특히 의학 및 약학분야에서 발달되어온 분석방식이므로, 사회복지 논문에 활용하는 경우 용어 사용에 제약이 있어서 사망(event) 대신에 논문의 특성상 발생이란 용어를 사용한다.

응답자 특성을 <표 2>에서 살펴보면, 남자노인(34.2)에 비해 여자노인(65.8%)의 비율이 높고, 연령별로는 70대(57.8%)의 응답률이 높으며, 학력별로는 초졸이하(37.5%)가 가장 많으며 중졸·고졸·대졸 등은 유사한 비율이다. 자녀수는 3명이상(57.5%)이 가장 높은 반면에 상대적으로 무자녀(6.3%)인 경우는 낮았고, 동거형태별로는 독거노인(41.2%)인 경우, 배우자의 경우 생존(50.7%)한 경우가 높은 반면에 이혼·별거 상태(7.3%)인 노인들은 상대적으로 적었다.

2. 문항별 빈도분석

첫째, 노인들 중 124명(41.3%)는 본인 스스로 우울감을 느낀 적이 있었고 이중 38.7%인 48명만이 우울증 진단과 치료를 받았는데, 이는 전체 노인 301명의 16.2%에 해당한다.

<표 3> 빈도분석

(단위: 명(%))

구 분	우울감 인지 못함	우울감 인지함
우울감 인지	174(58.0)	126(42.0)
구 분	우울진단 안받음	우울증 진단 받음
우울진단여부	248(83.5)	49(16.5)
구 분	없음	있음
61세이후 직업	222(75.5)	72(24.5)
구 분	없음	있음
경제문제 발생	107(36.4)	187(62.1)
구 분	학대 미발생	학대 발생
신체학대	276(92)	24(8)
정서학대	260(86.7)	40(13.3)
경제학대	256(85.6)	43(14.4)
방임	239(79.7)	61(20.3)

둘째, 61세 이후에도 직업을 가졌던 노인은 72명(24.5%)으로 나타났으며, 이들 직업의 대부분은[6] 정년이 60세를 넘거나 또는 정년 적용을 받지 않는 직업이였다.

셋째, 경제적인 어려움에 직면한 노인들은 187명(63.6%)으로 경제적인 어려움이 없었다는 107명(36.4%)보다 높았다.

넷째, 노인학대의 발생을 살펴보면, 방임(20.3%), 경제학대(14.4%), 정서학대(13.3%), 신체학대(8%) 등의 순으로 발생하였다.

6) <표>에 제시하지는 않았지만, 이들의 직업중 가장 많은 것은 개인서비스업으로 43명(22.4%), 사무직과 농수산업이 각 각 28명(14.6%), 단순노무직 27명(14.1%), 생산관리직 21명(10.9%), 기타 나머지 5개 직업군이 45명(23.4%)이다.

3. 인구사회적 특성별 우울감 및 우울증 발생연령

<표 4>에 제시된 바와 같이, 노인들의 우울문제 발생시기는 성별, 연령, 동거형태, 배우자 유무 등에서 차이가 있었다.

첫째, 우울감 인지는 성별과 연령별로 차이를 보인다. 남자노인에 비해 여자노인들(약 59세)이 더 빨리 우울감을 느낀다. 연령별로는 60대(약 56세)가 70대 이상보다 더 빨리 우울감을 느끼는 것으로 나타나 우울감 인지 연령이 낮아지고 있음을 알 수 있다.

<표 4> 인구사회적 특성별 우울문제 발생시기

구 분		우울감 인지		우울증 진단	
		평균(세)	F값	평균(세)	F값
성별	남	64.15	5.461**	67.55	6.410**
	녀	59.98		60.00	
연령	60대	56.50	9.968***	57.53	5.347**
	70대이상	62.70		63.87	
학력	초졸이하	60.05	1.927	61.13	.133
	중졸이상	62.40		62.17	
자녀수	0명	60.30	.123	60.71	.115
	1명이상	61.0		62.00	
동거형태	독거가구	60.61	.559	59.18	3.080*
	부부가구	62.68		67.18	
	자녀와 동거	61.04		61.69	
배우자	있음	62.22	1.120	65.29	3.184*
	사별	60.33		60.50	

*p<0.1 **p<0.5 ***p<0.01

둘째, 병원이나 보건기관에서 우울증 진단을 받는 노인들은 여성노인이 약 60세로 남성노인들보다 빠르며, 나이별로는 60대 노인들은 약 57세에, 70대이상은 약 63세에 우울증 진단을 받는다. 동거형태별로는 독거가구 노인의 우울증 진단(약 59.1세)이 상대적으로 가장 빠르며 그 다음이 부부가구 노인(약 67.1세)에 비해 자녀와 동거하는 노인들(약 61.6세)이였다. 따라서 자녀와 동거하는 노인들 역시 우울증에 대한 관심도 필요함을 알 수 있다. 배우자 유무별로는 배우자가 있는 노인보다 사별한 노인들(약 60.5세)의 경제문제 발생이 빨랐다.

4. 생명표 분석

본 연구에서 조사한 총 301 케이스 중 우울감 인지는 172개가 중도 절단되고, 누락된 데이타를 제외된 104개가 생존분석에, 우울증 진단은 248개가 중도 절단되고 누락된 데이타를

제외한 44개에 대한 생존분석이 이루어졌다.

1) 전체 노인대상

생명표 분석의 결과를 종합해 볼 때, 은퇴 후 노인들이 느끼는 우울감이나 우울병의 단순 발생 건수나 비율은 은퇴이후 1-2년 뒤에 발생할 가능성이 높지만, 각 시기별 우울발생 위험 확률은 은퇴 초기 보다는 오히려 6년차, 11년-, 13년, 14년, 16년 등의 시기에 오히려 높아진다. 따라서 노인우울에 대한 대비는 지속적으로 이루어질 필요가 있다.

<표 5> 노인우울에 대한 생명표분석

우울감 인지									우울증 진단								
구간	구간 입력 수	위험 노출 수	종료 사건 수	종료 비율	생존 비율	누적 생존 비율	확률 밀도	위험률	구간	구간 입력 수	위험 노출 수	종료 사건 수	종료 비율	생존 비율	누적 생존 비율	확률 밀도	위험률
0	276	190	0	.00	1.00	1.00	.000	.00	0	292	168	0	.00	1.00	1.00	.000	.00
1	104	104	27	.26	.74	.74	.260	.30	1	44	44	13	.30	.70	.70	.295	.35
2	77	77	12	.16	.84	.63	.115	.17	2	31	31	5	.16	.84	.59	.114	.18
3	65	65	5	.08	.92	.58	.048	.08	3	26	26	2	.08	.92	.55	.045	.08
4	60	60	7	.12	.88	.51	.067	.12	4	24	24	3	.13	.88	.48	.068	.13
5	53	53	2	.04	.96	.49	.019	.04	5	21	21	1	.05	.95	.45	.023	.05
6	51	51	12	.24	.76	.38	.115	.27	6	20	20	7	.35	.65	.30	.159	.42
7	39	39	5	.13	.87	.33	.048	.14	7	13	13	2	.15	.85	.25	.045	.17
8	34	34	3	.09	.91	.30	.029	.09	8	11	11	1	.09	.91	.23	.023	.10
9	31	31	1	.03	.97	.29	.010	.03	9	10	10	1	.10	.90	.20	.023	.11
10	30	30	1	.03	.97	.28	.010	.03	10	9	9	0	.00	1.00	.20	.000	.00
11	29	29	10	.34	.66	.18	.096	.42	11	9	9	2	.22	.78	.16	.045	.25
12	19	19	4	.21	.79	.14	.038	.24	12	7	7	2	.29	.71	.11	.045	.33
13	15	15	2	.13	.87	.13	.019	.14	13	5	5	2	.40	.60	.07	.045	.50
14	13	13	2	.15	.85	.11	.019	.17	14	3	3	1	.33	.67	.05	.023	.40
15	11	11	0	.00	1.00	.11	.000	.00	15	2	2	0	.00	1.00	.05	.000	.00
16	11	11	5	.45	.55	.06	.048	.59	16	2	2	1	.50	.50	.02	.023	.67
17	6	6	1	.17	.83	.05	.010	.18	17	1	1	1	1.00	.00	.00	.000	.00
18	5	5	1	.20	.80	.04	.010	.22									
19	4	4	1	.25	.75	.03	.010	.29									
20	3	3	0	.00	1.00	.03	.000	.00									
21	3	3	1	.33	.67	.02	.010	.40									
22	2	2	1	.50	.50	.01	.010	.67									
23	1	1	0	.00	1.00	.01	.000	.00									
24	1	1	0	.00	1.00	.01	.000	.00									
25	1	1	0	.00	1.00	.01	.000	.00	_	_	_	_	_	_	_	_	_
26	1	1	0	.00	1.00	.01	.000	.00									
27	1	1	0	.00	1.00	.01	.000	.00									
28	1	1	0	.00	1.00	.01	.000	.00									
29	1	1	0	.00	1.00	.01	.000	.00									
30	1	1	0	.00	1.00	.01	.000	.00									
31	1	1	0	.00	1.00	.01	.000	.00									
32	1	1	1	1.00	.00	.00	.000	.00									
중위수 생존 시간은 5.50									중위수 생존 시간은 4.667								

첫째, 노인들이 은퇴이후 우울감을 느끼는 시기는 노인들에 따라 다양하다. 은퇴와 동시에 우울감을 느끼는 경우도 있지만 32년이 지난 후에 우울감정을 가지기도 한다. 하지만 절반에 해당하는 노인들이 우울감을 느낀 시기는 약 5년 반 정도인 것으로 나타났다. 위험 발생 건수와 그 비율을 바탕으로 살펴보면, 노인들은 퇴직 후 1년 이내에 26%(104명중 27명)가, 1-2년 이내와 5-6년 이내에는 각 각 11.5%(104명 중 12명)가 우울감을 느낀다. 그러나 각 시기별 우울발생 위험 확률을 살펴보면, 퇴직이후 1년 이내에 우울감에 빠질 확률이 다소 존재하지만, 그보다는 오히려 퇴직이후 시간이 점차 흘러서 11년차, 16년차, 그리고 20년 이후에 우울감을 느낄 위험 확률이 더 높아졌다.

둘째, 노인들이 은퇴 후 우울증 진단을 받을 위험의 건수와 비율은 은퇴 후 1년 내(13명)가 29.5%로 가장 높으며, 2년차에 11.4%, 6년차가 15.9%로 나타났다. 그러나 각 시기별 우울발생 위험 확률을 살펴보면, 퇴직이후 1년 이내(.35)에 우울감에 빠질 확률이 다소 있지만 그보다는 오히려 퇴직이후 시간이 점차 지나서 6년차(.42), 13년차(.50), 14년차(.40), 16년차(.67)에 노인들이 우울증에 걸릴 확률이 더 높아진다. 이러한 경향은 우울감 인지와 마찬가지이다.

2) 인구사회학적 특성별 생명표 분석[7)]

인구사회학적 특성인 성별·연령·학력·자녀수·동거형태·배우자 특성별로 은퇴이후 우울감 및 우울증의 발병위험에 대해 분석하였다. 분석결과에 의하면 우울감의 발생에는 성별·연령·학력·자녀수·동거형태·배우자 모두에서 차이를 보이지 않았으며, 우울증 발생위험에 대해 동거형태별, 배우자 유무별로만 차이가 있었다. 따라서 형태별, 배우자 유무별로 우울병의 발생위험에 대해 살펴보았다.

첫째, 동거형태별 우울증 발생위험 차이를 Wilcoxon(Gehan)으로 검정한 결과 유의수준 0.1이하에서 4.691로 나타났다. 구체적으로 살펴보면, 은퇴이후 우울증 발생위험은 은퇴이후부터 발생까지의 기간을 고려할 때, 1인 가구(2.62년), 자녀와 동거(4.75년), 배우자 동거(7.50년) 노인 등의 순서로 우울증 발생이 빨랐다. 동거유형별 우울발생의 년도별 경과를 살펴보면, 은퇴 후 1년 이내의 우울증 발생 경향이 1인가구(38%)와 자녀동거(28.6%)에서 가장 높게 나타난 반면에, 배우자랑 동거하는 노인의 경우 6년차(18.2%)에서 가장 높게 나타났다. 각 구간별 발생 위험률을 보면, 1인가구의 경우 1년차(.47)와 2년차(.36), 12년차(.40)와 13년차(.67) 등에서 많이 나타나지만 다소 고르게 발생하는 반면에, 자녀와 동거하는 경우 주로 6년차(1.00)와 7년차(2.00)에 집중적으로 우울증이 발생한다. 그에 반해 배우자랑 사는 경우는 퇴직 초기에는 우울증이 잘 나타나지 않으려 주로 14년차(.67)와 16년차(2.00) 등 늦게 나타난다.

---

7) 인구사회학적특성별로 생명표법분석에서 차이가 있는 경우만 제시하였다. 우울감 인지는 성별·연령·학력· 등에서, 우울증 발생의 경우 성별·연령·학력·자녀 수 등에서 발생위험에 차이가 없었다.

<표 6> 동거유형별 우울증 발생위험 생명표분석

구간	구간 입력수	위험 노출수	종료 사건수	종료 비율	생존 비율	누적 생존 비율	확률 밀도	위험 률
1인가구	0	120	70	0	.00	1.00	.000	.00
	1	21	21	8	.38	.62	.381	.47
	2	13	13	4	.31	.69	.190	.36
	3	9	9	1	.11	.89	.048	.12
	4	8	8	1	.13	.88	.048	.13
	5	7	7	0	.00	1.00	.000	.00
	6	7	7	1	.14	.86	.048	.15
	7	6	6	0	.00	1.00	.000	.00
	8	6	6	1	.17	.83	.048	.18
	9	5	5	1	.20	.80	.048	.22
	10	4	4	0	.00	1.00	.000	.00
	11	4	4	1	.25	.75	.048	.29
	12	3	3	1	.33	.67	.048	.40
	13	2	2	1	.50	.50	.048	.67
	14	1	1	0	.00	1.00	.000	.00
	15	1	1	0	.00	1.00	.000	.00
	16	1	1	0	.00	1.00	.000	.00
	17	1	1	1	1.00	.00	.000	.00

구간	구간 입력수	위험 노출수	종료 사건수	종료 비율	생존 비율	누적 생존 비율	확률 밀도	위험 률
배우자랑	0	113	62	0	.00	1.00	.000	.00
	1	11	11	1	.09	.91	.091	.10
	2	10	10	0	.00	1.00	.000	.00
	3	10	10	1	.10	.90	.091	.11
	4	9	9	0	.00	1.00	.000	.00
	5	9	9	1	.11	.89	.091	.12
	6	8	8	2	.25	.75	.182	.29
	7	6	6	1	.17	.83	.091	.18
	8	5	5	0	.00	1.00	.000	.00
	9	5	5	0	.00	1.00	.000	.00
	10	5	5	0	.00	1.00	.000	.00
	11	5	5	1	.20	.80	.091	.22
	12	4	4	1	.25	.75	.091	.29
	13	3	3,	1	.33	.67	.091	.40
	14	2	2	1	.50	.50	.091	.67
	15	1	1	0	.00	1.00	.000	.00
	16	1	1	1	1.00	.00	.091	2.00

동거유형	구간	구간 입력수	위험노출수	종료사건수	종료비율	생존비율	확률밀도	위험률
자녀	0	30	18	0	.00	1.00	.000	.00
	1	7	7	2	.29	.71	.286	.33
	2	5	5	0	.00	1.00	.000	.00
	3	5	5	0	.00	1.00	.000	.00
	4	5	5	2	.40	.60	.286	.50
	5	3	3	0	.00	1.00	.000	.00
	6	3	3	2	.67	.33	.286	1.00
	7	1	1	1	1.00	.00	.143	2.00
평균 생존 중위 시간 : 1인가구(2.62년) 배우자랑(7.50년) 자녀랑(4.75년)								
Wilcoxon(Gehan)통계량: 4.691* 자유도 2								

둘째, 배우자 유무별 우울증 발생위험은 Wilcoxon(Gehan)으로 검정한 결과 유의수준 0.05이하에서 5.973으로 나타났다. 구체적으로 살펴보면, 은퇴이후 우울증 발생위험은 은퇴 이후부터 발생까지의 기간을 고려할 때, 사별노인(2.33년)에 비해 배우자가 생존해 있는 노인(6.28년)에게서 늦게 발생한다. 동거유형별 년도별 우울발생의 경과를 보면, 배우자가 생존해 있는 경우 은퇴 후 1년 이내(23.3%)와 6년차(23.3%)에서 주로 발생하며, 사별한 경우는 1년차(42.9%)와 2년차(21.4%)에 집중된다. 각 구간별 발생 위험률을 보면, 배우자가 생존한 경우 우울증 발생위험은 16년차(2.00), 12년차와 13년차(각 각 .67)로 높은 반면에 사별한 노인들은 은퇴 초기인 1년차(.55)와 2년차(.46) 그리고 11년차(.67)에 주로 발생한다.

<표 7> 배우자 사별 유무별 우울증 발생위험 생명표분석

구간	구간 입력 수	위험 노출 수	종료 사건 수	종료 비율	생존 비율	누적 생존 비율	확률 밀도	위험률	구간	구간 입력 수	위험 노출 수	종료 사건 수	종료 비율	생존 비율	누적 생존 비율	확률 밀도	위험률
생존	0	251	140	0	.00	1.00	.000	.00	사별	0	41	27	0	.00	1.00	.000	.00
	1	30	30	7	.23	.77	.233	.26		1	14	14	6	.43	.57	.429	.55
	2	23	23	2	.09	.91	.067	.09		2	8	8	3	.38	.63	.214	.46
	3	21	21	1	.05	.95	.033	.05		3	5	5	1	.20	.80	.071	.22
	4	20	20	2	.10	.90	.067	.11		4	4	4	1	.25	.75	.071	.29
	5	18	18	1	.06	.94	.033	.06		5	3	3	0	.00	1.00	.000	.00
	6	17	17	7	.41	.59	.233	.52		6	3	3	0	.00	1.00	.000	.00
	7	10	10	1	.10	.90	.033	.11		7	3	3	1	.33	.67	.071	.40
	8	9	9	1	.11	.89	.033	.12		8	2	2	0	.00	1.00	.000	.00
	9	8	8	1	.13	.88	.033	.13		9	2	2	0	.00	1.00	.000	.00
	10	7	7	0	.00	1.00	.000	.00		10	2	2	0	.00	1.00	.000	.00
	11	7	7	1	.14	.86	.033	.15		11	2	2	1	.50	.50	.071	.67
	12	6	6	2	.33	.67	.067	.40		12	1	1	0	.00	1.00	.000	.00
	13	4	4	2	.50	.50	.067	.67		13	1	1	0	.00	1.00	.000	.00
	14	2	2	1	.50	.50	.033	.67		14	1	1	0	.00	1.00	.000	.00
	15	1	1	0	.00	1.00	.000	.00		15	1	1	0	.00	1.00	.000	.00
	16	1	1	1	1.00	.00	.033	2.00		16	1	1	0	.00	1.00	.000	.00
	–	–	–	–	–	–	–	–		17	1	1	1	1.00	.00	.000	.00
평균 생존 중위 시간 : 사별안함(6.28년) 사별(2.33년)																	
Wilcoxon(Gehan)통계량: 5.973** 자유도 1																	

*p<0.1 **p<0.5 ***p<0.01

5. 우울문제 발생위험의 영향요인

우울문제 발생위험의 영향요인을 분석하기 위해 생존분석의 Cox회귀분석중 후진단계선택(우도비) 방법을 사용하여 분석하였다.

1) 우울감 발생위험의 영향요인 모형

<표 8>의 분석결과에 의하면[8], 우울문제 발생위험의 모형에 대한 3단계 이후의 모델이 적합한 것으로 나타났는데, 본 연구는 이들 모델 중 영향요인이 가장 많이 나타난 5단계모델을 제시하고자 한다. 5단계모델에서 모형의 유의확률은 .047이고, Log 우도는 707.681, 카이제곱은 21.273이다.

8) -2 Log 우도와 카이제곱은 모델의 적합성을 검정하기 위해 사용한다. -2 Log 우도는 모델이 데이터에 얼마나 잘 맞는가를 측정하는 것으로 높은 수치일수록 좋으며, 카이제곱스코어 역시 클수록 변수에 대한 설명력이 높아진다.

<표 8> 우울문제 발생위험 요인 모형의 검증

단계	-2 Log 우도	전체통계량(스코어)		
		카이제곱	자유도	유의확률
1	707.544	21.669	16	.154
2	707.544	21.626	15	.118
3	707.544	21.622	14	.087
4	707.546	21.504	13	.064
5	707.681	21.273	12	.047
6단계-13단계는 생략				

<표 9>에 제시한 바와 같이 노인들의 은퇴 후 우울감 발생 기간에는 자녀와의 동거, 정서폭력, 방임, 종교활동, 생산노무직 등이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이들의 관계를 구체적으로 살펴보면, 자녀와 동거하는 노인들은 은퇴 이후 우울감이 빨리 발생할 위험이 그렇지 않은 노인들에 비해 1.957배, 종교활동에 참여하는 노인들은 종교활동을 하지 않는 노인들에 비해 1.528배, 61세 이전에 생산노무직이였던 노인들은 1.497배 더 높게 나타났다. 그리고 정서폭력을 경험한 노인들은 은퇴이후 우울감이 빨리 발생할 위험이 1.981배 높지만, 방임을 당하는 노인들은 오히려 .517배 감소하는 것으로 나타났다.

<표 9> 우울감 발생위험 요인의 영향에 대한 생존분석 결과

	구 분	B	표준오차	Wald	자유도	유의확률	Exp(B)
단계 1	직업여부61이후	.006	.351	.000	1	.986	1.006
	장애여부	-.356	.374	.908	1	.341	.701
	일상생활장애	.119	.310	.146	1	.702	1.126
	자녀랑	.683	.320	4.557	1	.033	1.979
	경제부양	.439	.331	1.753	1	.185	1.551
	정서부양	.196	.264	.555	1	.456	1.217
	중증질환	-.192	.298	.413	1	.520	.826
	신체폭력	-.019	.457	.002	1	.967	.981
	정서폭력	.677	.453	2.230	1	.135	1.968
	방임	-.647	.359	3.245	1	.072	.524
	종교모임	.451	.269	2.807	1	.094	1.569
	사회활동정도	-.033	.096	.121	1	.728	.967
	배우자사별	-.002	.249	.000	1	.994	.998
	경제지원	.170	.379	.201	1	.654	1.185
	정서지원	-.342	.367	.872	1	.350	.710
	생산노무직	.422	.243	3.016	1	.082	1.525
단계 5	장애	-.365	.366	.995	1	.319	.694
	일상생활어려움	.122	.290	.176	1	.675	1.129
	자녀동거	.671	.300	5.003	1	.025	1.957
	경제적 부양부담	.410	.312	1.722	1	.189	1.506
	정서적 부양부담	.185	.242	.583	1	.445	1.203
	중증질환	-.186	.286	.420	1	.517	.831
	정서적 폭력	.684	.410	2.782	1	.095	1.981
	방임	-.660	.349	3.578	1	.059	.517
	종교모임	.424	.238	3.181	1	.075	1.528
	가족의 경제지원	.161	.378	.181	1	.670	1.175
	가족의 정서지원	-.345	.364	.900	1	.343	.708
	61세이전 직업 (생산·노무직)	.403	.236	2.925	1	.087	1.497

2) 우울증 발생위험의 영향요인 모형

우울증 발생위험의 영향요인은 우울감의 영향요인과는 다소 차이를 보인다. 먼저 모형적합도를 살펴보면, <표 10>에서 우울증 발생위험의 모형은 10단계 이후의 모델이 적합한 것으로 나타났다. 그 단계에서의 모형 유의확률은 .085이고, Log 우도는 171.176, 카이제곱은 9.667이다.

<표 10> 우울증 발생위험 모형의 검증

단계	−2 Log 우도	전체통계량(스코어)		
		카이제곱	자유도	유의확률
1	167.485	12.746	14	.547
2	167.487	12.654	13	.475
3	167.490	12.643	12	.395
4	167.544	12.595	11	.321
5	167.675	12.515	10	.252
6	168.329	11.353	9	.252
7	168.502	11.093	8	.196
8	169.427	10.858	7	.145
9	170.230	10.587	6	.102
10	171.176	9.667	5	.085
11	173.121	8.123	4	.087
12	174.061	6.888	3	.076
13	175.849	5.878	2	.053

은퇴 후 우울증 진단을 받는 기간에 영향을 미치는 요인은 정서지원과 기초생활보장지원 등으로 나타났다. 보다 구체적으로 살펴보면, 정서지원을 받는 노인이 은퇴 후 우울증 진단을 받는 기간은 그렇지 않은 노인들에 비해 .505배 짧으며, 기초생활보장을 받는 노인은 역시 .357배 짧은 것으로 나타났다. 즉, 가족으로부터 정서적 지원을 받는 경우 노인들의 병적인 우울발생 위험이 다소 감소할 수 있으며, 또한 기초생활보장제를 통해 지원을 받는 경우 그렇지 않은 노인들에 비해 우울증 발생이 감소함을 알 수 있다.

<표 11> 우울증 발생위험 영향요인에 대한 생존분석 결과

		B	표준오차	Wald	자유도	유의확률	Exp(B)
단계 1	직업여부61이후	.164	.695	.056	1	.814	1.178
	장애여부	−.737	.687	1.151	1	.283	.479
	자녀랑	.581	.670	.751	1	.386	1.787
	경제부양	−.038	.777	.002	1	.961	.962
	정서부양	.741	.553	1.796	1	.180	2.099
	중증질환	.636	.589	1.166	1	.280	1.889
	신체폭력	−1.639	1.040	2.483	1	.115	.194

	정서폭력	.692	.839	.681	1	.409	1.998
	방임	−.589	.788	.557	1	.455	.555
	종교모임	−.505	.556	.825	1	.364	.604
	배우자사별	.192	.646	.089	1	.766	1.212
	정서지원	−.780	.531	2.162	1	.141	.458
	기초생활보장	−1.272	.728	3.058	1	.080	.280
	생산노무직	−.032	.477	.004	1	.947	.969
	장애보유	−.776	.516	2.261	1	.133	.460
단	자녀와 동거	.607	.452	1.806	1	.179	1.836
계	신체폭력	−.959	.769	1.556	1	.212	.383
10	가족의 정서적 지원	−.684	.410	2.789	1	.095	.505
	기초생활보장 수급	−1.030	.580	3.158	1	.076	.357

Ⅴ. 결론 및 논의

우울은 노인들에게 일반적으로 발생하는 것으로서(Chi, 2000), 가장 흔한 심리정서적인 상태이며, 개인과 사회에 심각한 결과를 가져온다.(Chen et al., 2004: 407) 이러한 노인 우울에 대한 사회복지적 역할이나 기능은 노인 우울에 대한 사전검사 및 의료 지원에 대한 보조적 역할에 한정되어 있다. 그래서 노인 우울에 대한 사회복지적 역할 제고가 필요하며, 그것은 노인 우울의 예방활동이나 실천에 중점을 두어야 하며, 이를 위해서는 우울 발생이 높은 집단과 우울 원인에 대한 기존 연구 이외에 우울 발생의 시간 경과적 지식이 필요하다.

그래서 본 연구는 노인의 우울문제에 대한 예방적 대응이 필요하다는 인식하에 생존분석을 이용하여 은퇴이후 노인 우울감·우울증의 발생 시기, 대한 노인 집단별 은퇴이후 우울감·우울증 발생 시기와 년도 경과별 위험확률 등에서의 차이, 은퇴이후 우울 발생까지의 기간에 영향을 미치는 요인 등에 대해 고찰하고자 하였다.

분석결과에 의하면, 첫째, 응답자중 우울감을 느끼는 노인들은 300명중 126명으로 42%이며, 우울증 진단을 받은 노인은 49명으로 16.5%에 달한다. 둘째, 우울감 인지는 성별과 연령별로 차이를 보이는데, 여자노인들(약 59세)이, 60대(약 56세)가 더 빨리 우울감을 느낀다. 우울증 진단은 성별·연령별·동거형태별로 차이를 보인다. 여성노인(약 60세), 60대 노인들(약 57세)이, 독거가구 노인들(약 59세)이 상대적으로 우울증 진단을 더 빨리 받는 것으로 나타났다. 셋째, 생명표분석에 의하면, 우울감과 우울증의 단순 발생 건수나 비율은 은퇴이후 1−2년 뒤가 높았지만 우울증 발생 위험률은 오히려 6년차, 11−16년 등의 시기에 오히려 높아졌다. 그리고 노인집단별 차이는 우울증에서만 나타나며 동거형태별, 배우자 유무별로만 차이가 있었다. 넷째, 노인들의 은퇴 후 우울감 발생 기간에는 자녀와의 동거, 정서폭력, 방임, 종교활동, 생산노무직 등이 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 은퇴이후 우울증 진단까지의 기간에는 정서지원과 기초생활보장지원 등이 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이러한 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 정책적 함의를 제시할 수 있다.

첫째, 우울감을 자각한 노인들 126명중 49명인 38.8%만이 의료기관에 방문하여 우울증 검사와 진단을 받는다. 우울감을 느끼더라도 모두가 우울증 진단을 받는 것은 아니지만, 만

일 우울감을 자각하는 노인들이라면 전문적인 검사를 통해 우울증 여부를 확인하고 우울증인 경우 치료받는 것이 적합하다. 따라서 우선적으로 보건복지부와 각 지방자치단체들은 우울감을 느끼는 노인들 중 몇 %만이 우울증 검사를 받는지, 받지 않는 노인들의 특성은 어떤지, 우울증 검사를 받지 않는 이유 등에 대한 연구조사를 통해 자료를 확보할 필요가 있으며, 그 후 사회복지시설과 함께 우울감을 느끼는 노인들이 우울증 검사를 받을 수 있도록 하는 인적·재정적 지원활동을 강화할 필요가 있다.

둘째, 현 노인들의 우울감 인지와 우울증 진단은 기존 연구에서 우울 발생 취약집단으로 분류되는 여자노인, 독거노인, 사별노인들에게서 빨리 발생한다. 하지만 주목할 점은 이들의 우울 발생의 평균 연령이 약 59-60세라는 점이다. 그래서 여자와 독거노인들의 우울 예방책은 장년기의 우울예방정책과 연계되어야 한다는 점이다. 또한 노인 부부 가구(약 67세)에 비해 자녀와 동거 중(약 61세)인 노인들의 우울발생이 더 빠르다는 점이다. 따라서 노인 우울의 예방을 위해서는 노인 부부의 경우 자녀와 동거하지 않는 방향으로 유도하는 것이 더 바람직하다.

셋째, 생명표 분석의 결과 은퇴이후 우울 발생의 평균 중위년수는 약 5.5년이지만, 단순 발생 건수나 비율은 은퇴 후 1-2년 후가 가장 많다. 그러나 은퇴이후 우울 발생 위험확률은 시간이 흐른 6년차와 11년~16년차에 더 높게 나타났다. 노인 우울의 예방을 위한 대상자 선정과 인력 및 재정의 지원은 이러한 특성을 고려하여야 한다. 즉, 노인 우울 예방을 위한 집중적인 인력과 재정 투입은 은퇴 후 1-2년이 된 노인들에게 집중되어야 하지만, 우울 발생에 대비하는 보다 심층적인 예방책은 은퇴 후 6년차 또는 11년~16년차에 해당하는 노인들에게 집중되어야 함을 의미한다.

넷째, 우울 예방 시책의 추진 시기는 노인 동거형태별, 배우자 유무별로 은퇴 후 우울 발생의 평균 년도와 위험확률의 차이를 고려하여야 한다. 즉, 동거형태별 우울 예방 시책의 추진은 1인 가구 노인이 2.62년 이전부터, 자녀와 동거중인 노인이 4.75년 이전부터, 배우자 동거 노인이 7.50년 이전부터 이루어져야 한다. 그리고 위험확률을 고려하여 우울 예방 인력과 재정을 집중할 시기는 1인가구의 경우 은퇴 후 1-2년차 또는 12-13년차에, 자녀와 동거 노인의 경우 은퇴 후 주로 6-7년차에, 배우자랑 사는 경우는 은퇴 후 14-16년차에 집중해야 한다.

배우자 유무별 우울 예방 시책의 추진은 사별노인은 2.33년 이전에, 배우자 생존노인은 6.28년 이전부터 시작하는 것이 바람직하다. 그리고 위험확률을 고려하여 우울 예방 인력과 재정을 집중할 시기는 배우자가 생존한 노인의 경우 은퇴 후 12-13년에, 사별한 노인들은 은퇴 흐 1-2년에 집중하여야 한다.

다섯째, 노인들이 은퇴 후 우울감을 인지하기까지의 기간은 자녀와 동거하는 노인들[9], 종교활동 참여 노인들, 이전에 생산노무직에 종사한 노인들이 그렇지 않은 노인들에 비해 더 빨랐다. 따라서 노인 우울 예방의 시간적 우선 대상 선정시 이들 노인들에 주목할 필요가 있으며, 현재 우울 예방사업으로 추진중인 '친구만들기 사업'의 대상자에 독거노인 이외의 노인

9) 이러한 결과는 노인이 되어 자녀와의 동거하는 것이 오히려 정신적인 스트레스를 유발시킬 가능성이 높음을 의미하며, 또한 최근에 노인들이 자녀와 동거하지 않으려는 경향을 반영한 결과라 할 수 있다.

들로 확대하는 것이 바람직하다. 그리고 정서적 학대를 당하는 노인들의 은퇴 후 우울감 발생시기는 그렇지 않은 노인들에 비해 상대적으로 빠른 반면에 방임을 당하는 노인들은 오히려 늦었다. 이런 점을 고려할 때 가족으로부터 방임을 당하는 노인에 대한 우울 발생 예방 교육은 다소 늦추어도 괜찮다.

여섯째, 은퇴 후 우울증 진단까지의 기간을 늦추는데는 가족으로부터 정서적 지지와 가난한 노인들에 대한 정부의 지원이 우울증 발생 시기를 늦추는 것으로 나타났다. 따라서 은퇴자를 위한 우울증 예방 사업에서 가족과의 정서적인 연대감을 강화시킬 수 있는 방안에 대한 교육이 필요하다. 또한 기초생활보장제를 통해 지원을 받는 경우 은퇴 후 우울증 발생을 늦출 수 있다는 것은 빈곤 노인들의 경제적 지원과 우울예방 간의 관련성을 고려할 여지를 준다.

참고문헌

강월숙·문재인·박재신(2011). 노인학대, 자아존중감, 일상생활능력 및 정신사회적 요인과 노인 우울간의 관련성. **보건과 사회과학, 29**, 153-183.

김선아(2005). 중학생의 스트레스와 애착이 폭력가해와 피해경험에 미치는 영향: 가해-피해중첩집단과 일반집단을 중심으로. **한국청소년연구, 16**(2), 5-36.

김신열(2010). 우리나라 노인학대 현황과 학대 개입을 위한 통합서비스 제공 필요성: 노인보호전문기관의 연계서비스를 중심으로. 전북대학교 사회과학연구소, **사회과학연구, 34**(2), 63-92.

김양순(2006). 재가노인을 위한 보건·복지서비스 연계에 관한 고찰. **보건과 사회과학, 19**, 71-96.

김원천·박현식(2011). 노인학대 유형분석에 관한 연구: 중복학대를 중심으로. **한국지역사회복지학, 38**, 141-160.

김재엽·박수경(2001). 가정폭력 관련기관들의 서비스 연계실태와 관련 요인. **한국사회복지학, 47**, 107-147.

김정석·심정은(2011). 노인학대에 대한 도시노인과 농촌노인의 인식. **한국지역사회생활과학회지, 22**(3), 341-349.

박옥임(2009). 농촌지역의 노인학대 위험요인과 사회지원체계. **한국지역사회생활과학회지, 20**(3), 369-384.

박재홍(1991). 한국사회의 노인문제: 교환론적 관점을 중심으로. **한국사회학, 25**, 1-19.

방희명(2009). 노인학대 인식수준에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 노인학대 신고의무자를 중심으로. **국정책과학학회보, 13**(1), 211-234.

배진희(2009). 고령노인의 일상생활 저하가 우울에 미치는 영향. **한국노년학, 29**(1), 353-368.

보건복지부(2007-2012). 노인학대현황.

서인균·고민석(2011). 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향과 스트레스, 우울, 사회적 지지의 매개효과. **보건사회연구, 31**(1), 127-157.

서인균·정유선(2010). 노인의 보호요인이 위험요인과 자살생각에 미치는 영향. **보건과 복지, 12**, 97-112.

윤현숙·이은경·이정의·윤지영·김은숙·장은진·최류란·강성보·한아름(2010). 노인을 위한 통합 건강 프로그램의 효과: 몸-마음-영성(Body-Mind- Spirit) 프로그램. **노인복지연구, 48**(0), 345-373.

이건호(2008). 고령화 사회에서의 노인의 범죄피해와 노인학대. **한국의료법학회지, 16**(2), 1-35.

이상영·노용환·이기주(2012). 우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제. 한국보건사회연구원.

이상우(2012). 2012 글로벌연금지수와 우리나라의 과제. **KiRi Weekly, 211**, 보험연구원.

이성기(2007). 보건복지서비스 연계모형과 사례분석 연구. **한국보건복지학회, 9**, 151-164.

이인정(2011). 노인의 우울과 자살생각의 관계에 대한 위기사건 사회적 지지의 조절효과. **보건사회연구, 31**(4), 34-62.

이혜원(2002). 결식아동지원조직간 서비스 연계망에 관한 연구. **한국사회복지학, 49**, 190-224.

이희숙·신상미(2003). 은퇴노인가계의 경제구조 분석. **한국가정관리학회지, 21**(4), 103-116.

정호영·노승현(2007). 노인학대의 위험요인 및 심리적 결과에 관한 연구. **노인복지연구, 37**, 181-202.

조우경(2005). 노인학대에 대한 사회복지적 접근 방안. **고시연구, 32**(11), 334-340.

최신애·하규수(2012). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 생태체계요인-중증만성질환자 돌봄 노인을 중심으로-. **한국콘텐츠학회논문지, 12**(6), 265-278.

최진(2003). 지역사회 중심 직업재활서비스의 효과적 연계방안. 한국장애인고용공단 고용개발원.

최창무·고강호(2003). 사례분석을 통한 지역사회복지의 연계·협력에 관한 연구. **복지행정논업, 13**(2), 1-20.

함철호(2003). 지역사회복지실천에 있어서 기관간 연계의 효과성 평가-'지역사회복지협의체' 사업의 참여자와 수혜자의 태도-. **한국사회복지학, 55**, 309-339.

Arai, M(2006). Elder abuse in Japan. Educational Gerontology, 32(0), 13-23.

Chen, R., Hu, Z., Qin, X., Xu, X. & Copeland, J. R. M.(2004). A community-based study of depression in older people in China-the GMS-AGECAT prevalence, case validation and socio-economic correlates. International Journal of Geriatric Psychiatry: Inter J Geriatr Psychiatry, 19, 407-413.

Christ, S. L., Lee, D., Fleming, L. E., LeBlanc, W. G., Arheart, K. L., Chung-Bridges, K., Caban, A. J., & McCollister, K. E.(2007). Employment and occupation effects on depressive symptoms in older americans: does working past age 65 protect against depression?. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 62B(6), 399-403.

Cukrowicz, K. C., Jahn, D. R., Graham, R. D., Poindexter, E. K., & Williams, R. B.(2013). Suicide Risk in Older Adults: Evaluating Models of Risk and Predicting Excess Zeros in a Primary Care Sample. Journal of Abnormal Psychology, 122(4), 1021-1030.

Diana, M-S(2004). A comparison of three measures of eler abuse. Journal of Nursing Scholarship, 36(3), 247-250.

Hirsch, J. K., Duberstein, P. R., Chapman, B., & Lyness, J. M.(2007). Positive affect and suicide ideation in older adult primary care patients. Psychology and Aging, 22(2), 380-385.

Jang, B. Y., Small J. & Haley, W. E.(2001). Cross-cultural comparability of the geriatric depression scale: comparison between older koreans and older americans. Aging and Mental Health, 5(1), 31-37.

Mouton, C. P., Talamantes, M., Parker, R. W., Espino, D. V. & Miles, T. P.(2001). Abuse and neglect in older men. Clinical Gerontologist, 24(3), 15-26.

Mullins, T(2004). Expression in older adults with hearing loss. ASHA Leader, 9(21), 12-27.
Segal, D. L., Mincic, M. S., Coolidge, F. L. & Andalisa, O.(2004). Attitude toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. Death Studies, 28, 671-678.
Sun, W., Xu, L., Chan, W., Lam, T. & Schooling, C.(2012). Depressive symptoms and Suicide in 56,000 Older Chinese: a Hong Kong cohort study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47(4), 505-514.
www.ncea.aoa.gov(The National Center on Elder Abuse).
http://www.aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuseReport_Full.pdf.



자유세션 3

《주제 1》 사회적 서비스가 치매노인의 건강만족도에 미치는 영향에 관한 연구

- 발표: 문수열(진주보건대학교)
- 토론: 문용필(국민건강보험공단 정책연구원)

《주제 2》 노인복지관의 서비스 인식 유형화 -이용노인과 사회복지사의 관점비교를 중심으로

- 발표: 김현정(정화예술대학교 사회복지학부 조교수)
- 토론: 임연옥(한림대학교)

《주제 3》 울주군 고령주민의 생활인식 프레임에 관한 연구

- 발표: 전상환(나누우리 연구소 소장, 행정학박사)
- 토론: 송인주(서울복지재단)

주제 1

사회활동 참여가 노인의 주관적 건강만족도에 미치는 영향

발표: 문수열(진주보건대학교 복지행정계열 부교수)
박순미(진주보건대학교 복지행정계열 조교수)

사회활동 참여가 노인의 주관적 건강만족도에 미치는 영향

문 수 열* · 박 순 미**

Ⅰ.문제제기

2015년 기준 우리나라 65세 이상 노인인구는 662만 4천명으로 전체 인구의 13.1%를 차지하면서 본격적으로 고령사회로 진입하고 있다. 고령사회 진입으로 우리 사회는 한층 노인의 삶의 질에 대한 관심이 더욱 높아지고 있으며, 노년기 삶의 여러 수준에서 사회적 지원방안 모색이 강구되고 있다. 노인은 다른 연령집단에 비해 일반적으로 삶의 만족도가 낮기 때문에 노인들의 주관적인 삶의 만족도는 성공적 노화의 중요한 요소이기도 하다. 노인들은 연령의 증가와 함께 퇴직, 건강악화, 역할상실, 사회참여의 감소 등 생활만족도의 감소에 직접적인 영향을 미치는 사건들을 경험한다. 그 중에서도 노화의 과정으로 나타나는 신체적 기능의 저하와 질병에 대한 저항력의 저하로 인하여 노인들은 건강상의 욕구는 점차 증가하는 반면, 욕구충족에 필요한 자원을 획득할 수 있는 수단과 기회는 제한된다(박순미, 2011). 이러한 특성은 특히 노인집단의 건강만족도가 낮은 것으로 설명될 수 있는데, 2014년 65세 이상 인구 중 47.7%가 전반적으로 자신의 건강상태에 대해'나쁘다'고 생각하는 것으로 나타났으며(통계청, 2015), 2014년 노인실태조사(2014)에 따르면 전체 노인의 90.4%가 만성질환을 갖고 있으며, 만성질환을 2개 이상 지니고 있는 복합이환자가 72.2%로 나타났다.

노인의 삶의 질을 연구한 선행연구(박민서·조규범, 2003; 이호성, 2005; 오승환·윤동성, 2006; 박순미·손지아·배성우, 2009; 이정의, 2010)들은 건강상태를 가장 중요한 영향요인으로 제시하고 있다는 점에서 노인의 건강상태는 노인의 삶의 질에 중요한 요소라 할 수 있다. 즉 건강상태에 대한 주관적 인식이 좋을수록 노인의 생활만족도가 높다는 연구가 대부분이다. 즉 노인의 건강은 노인의 생활만족도에 영향을 미치는 주요변인으로 인정되고 있으며, 결국 노인의 건강만족도 수준을 높이는 방안이 필요하다고 할 수 있다.

노인은 신체적 노화현상으로 심신기능 약화에 따라 만성질환을 겪게 되고 이로 인해 일상생활기능에 제약을 가지게 됨으로써 자연적으로 건강상태에 대한 만족도는 낮아질 수밖에 없다. 한편, 노인의 건강상태 만족도가 낮은 이유에 대한 다른 설명으로 건강약화에 적응하는 과정에서 노인이 가용할 수 있는 개인적, 가족적, 사회적 자원의 불충분도 영향요인으로 제시되고 있다(임병우, 주경희, 조성은, 2009). 또한, 노년기로의 진입은 단순히 물질적 결핍뿐만 아니라 사회적 관계망의 축소를 야기하며, 이러한 사회적 관계망의 축소는 노인들의 물질적·정신적 자원의 축소를 의미하는 것으로 노년기 건강에 부정적 영향을 미친다(김진현, 2016).

Reicks & Wallcae(2002)의 연구나 Hsu(2008)의 연구에 따르면 노년기에 노인들의 기능

* 진주보건대학교 복지행정계열 부교수(e-mail: mun-su10@hanmail.net)
** 진주보건대학교 복지행정계열 조교수(e-mail: pworker@hanmail.net)

상태가 감소하더라도 이들의 정신건강과 주관적 안녕감은 기능장애에 따른 스트레스를 잘 관리하면 유지될 수 있다고 주장하고 있듯이, 노화에 따른 건강상태 감소를 감안하더라도 노인의 건강상태와 관련된 여러 요인들의 영향을 지원하는 노력이 필요하다(박순미, 2011).

노인의 건강상태 또는 건강만족도에 대한 연구는 다양하게 제시되고 있지만 대부분 노인의 삶의 질 또는 생활만족도 영향요인으로 설명되는 연구가 대부분이다. 이에 노인의 건강이 노인의 생활만족도에 영향을 미치는 주요변인으로 제시되고 있고, 결국 노인의 건강만족도 수준을 높이는 것이 궁극적으로 노인의 생활만족도를 높이는 방안인 만큼 건강만족도에 영향을 미치는 영향 요인을 분석하는 것이 필요하다.

노인의 주관적 건강상태 또는 건강만족도와 관련된 선행연구들은 주로 사회경제적 요인, 건강형태 요인 등으로 많이 다루어져 왔는데(김진현, 2016), 재가노인복지서비스가 노인의 심리적 안녕감에 미치는 영향 관련 연구(손화희, 정옥분, 1999; 김관성, 2002; 이은주, 한창완, 2005; 백경숙, 권용신, 2009)나 여가서비스가 노인의 신체적 효능감에 미치는 영향에 관한 연구(하춘광, 김효순, 2013), 사회적 관계가 노인의 신체건강에 미치는 영향에 관한 연구(이세규, 2015) 등 일부 노인의 건강상태만족 영향요인 등의 연구들이 일부 이루어졌다.

따라서 본 연구의 목적은 사회활동참여가 노인의 건강만족도에 미치는 영향을 건강상태수준이 양호한 노인과 그렇지 않는 노인으로 구분하여 즉, 만성질환이 있는 노인과 만성질환이 없는 노인으로 구분하여 각각 살펴보고자 한다. 특히 만성질환이 있는 노인집단에 사회활동참여가 건강만족도에 미치는 영향 요인을 밝혀보는 것은 향후 노인의료비 지출 감소를 위한 노인복지정책 마련의 근거마련을 위해서도 필요하다.

Ⅱ. 선행연구검토

1. 노인의 건강상태

의료적 모델에 따르면 노인은 생물학적 노화과정을 통해 기능장애 및 기능제약을 받는 반면 사회적 모델은 생물학적 조건보다 개인의 행동과 사회적 환경에 초점을 둔다(이정화, 2006). 사회적 모델에서는 노인이 주관적으로 느끼는 건강을 측정하는 방법과 객관적인 활동성 제약정도를 측정하는 방법을 고려한다(손덕순, 2005). 특히 주관적 건강상태는 노인의 전반적인 건강상태를 반영하는 주요 건강 지표로 건강과 관련된 선행연구에서 가장 보편적으로 활용되는 개념이다(Farmer & Farraro, 1997; 박찬상, 2013 재인용). 노인이 생물학적으로 지속적인 노화과정을 경험하는 것을 고려한다면 이러한 노인의 주관적 건강평가는 노인의 삶의 질과도 연관된다고 할 수 있다. Campbell(1976)에 의하면 건강상태는 만성질병의 유무와 같은 객관적 건강상태와 스스로 평가하는 주관적 건강상태를 통해 측정될 수 있지만, 실제상의 객관적 건강상태보다는 오히려 노인 개인이 주관적으로 느끼는 건강에 대한 만족이 삶의 질을 예측하는 중요한 변인 중의 하나라고 하였고, 윤명숙(2007)의 연구에서도 노년기의 건강에서 주관적 건강상태는 삶의 질에 중요한 결정요인으로 나타났다.

물론, 객관적으로 노인은 노화로 인해 여러 가지 만성질환에 노출되어 있다. 2014년 노인실태조사(2014)에 따르면 전체 노인의 90.4%가 만성질환을 갖고 있으며, 만성질환을 2개 이상 지니고 있는 복합이환자가 72.2%로 나타났다. 또 2014년 65세 이상 인구 중 47.7%가 전반적으로 자신의 건강상태에 대해'나쁘다'고 생각하는 것으로 나타났다(통계청, 2015). 이러한 노인의 건강상태 및 건강상태 평가는 노인의 인구사회학적 요인에 따라 특징이 있는데, 지역으로는 읍·면부, 성별에서는 여성, 연령에서는 연령이 높을수록, 결혼상태에서는 배우자가 없는 노인, 가구형태에서는 노인독거가구, 교육수준별로는 저학력일수록, 취업상태에 따라서는 미취업노인, 가구소득별로는 저소득층일수록 만성질환 유병률이 높은 경향과 자신의 건강상태를 나쁜 것으로 평가하고 있다(보건사회연구원, 보건복지부, 2014).

한편, 노인들의 건강상태 만족도는 연령이 높아질수록 낮아진다는 결과가 대부분이나 김진현(2016)에 따르면 노년기 주관적 건강상태는 시간의 흐름에 따라 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났고 사회참여가 노인의 주관적 건강상태에 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

2. 노인의 건강상태와 생활만족도

노인의 생활만족도 내지 삶의 질을 연구한 선행연구(박민서·조규범, 2003; 이호성, 2005; 오승환·윤동성, 2006; 박순미·손지아·배성우, 2009; 이정의, 2010)들은 건강상태를 가장 중요한 영향요인으로 제시하고 있다는 점에서 노인의 건강상태는 노인의 삶의 질에 중요한 요소라 할 수 있다. 오영희(2005)의 연구에서는 기능상태 또는 기능적 능력이 주관적 건강평가에 영향을 미치므로 기능상태의 저하는 활동제약을 낳게 되고, 활동제약은 대인관계 등 사회활동의 제약으로 이어져 노인의 물리적 격리로 소외감을 느끼게 되며, 그 결과 주관적 건강인식이 나빠지는 것으로 보고 있다. 윤현숙와 허소영(2007)의 연구에서는 노인의 건강상태가 사회적 관계에 영향을 미쳐 다시 생활만족도에 영향을 미치는 매개과정을 설명하였다. 박순미(2011)의 연구에서는 기능적 건강상태와 관련해 남의 도움이 필요 없을수록 삶의 만족도가 높게 나타났고, 주관적 건강상태는 건강이 좋다고 평가할수록 삶의 만족도가 높게 나타났고, 기능적 건강상태보다 주관적 건강상태가 삶의 만족도에 미치는 영향력이 크게 나타났다. 박순미·손지아·배성우(2009)의 연구에서도 건강상태가 높을수록 전반적 생활만족도가 높으며 시간이 경과함에 따라서도 정적인 관계를 나타냄을 알 수 있다.

3. 노인의 건강상태 또는 건강만족도에 영향을 미치는 요인

노인의 주관적 건강상태 또는 건강만족도와 관련된 선행연구들은 주로 사회경제적 요인, 건강형태 요인 등으로 많이 다루어지거나(김진현, 2016), 성별, 연령 등의 인구사회적 요인, 교육, 소득 등의 사회경제적 요인, 사회적 지지 등의 요인 등(김동배, 유병선, 민정선, 2011)이 중요한 영향 요인으로 연구되어 왔다.

사회경제적 지위가 높을수록 노인이 자신의 건강상태를 대체로 높게 평가하는 경향이 있

으며, 소득수준이 높을수록, 교육수준이 높을수록 상대적으로 건강상태를 좋게 인식하는 것으로 나타났으며(Luoh & Herzog, 2002; Knesebeck et al., 2003; 박찬상, 2013 재인용), 강상경과 권태연(2008)의 연구에서도 소득수준이 노년기 건강상태 만족도에 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

사회적 자본도 건강상태에 영향을 미치는 주요한 결정인자로 인식되어져 왔는데(Abbott, 2008; 김진현, 2016 재인용), 사회자본과 주관적 건강상태와의 관계를 살펴보면, 사회활동 참여 정도와 타인과의 관계에서 느끼는 신뢰감은 지각된 주관적 건강수준에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났고(이진향 외, 2012; 김진현, 2016 재인용), 이세규(2015)의 연구에서는 사회적 관계가 노인의 신체건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이와 달리 사회복지 관점에서 사회활동 내지 사회참여가 노인의 건강상태 및 건강만족도에 미치는 영향에 대한 연구는 비교적 덜 이루어졌는데, 김홍록과 이광옥(2008)의 연구에서는 노인의 사회참여가 노인의 생활만족도에 영향을 미치며, 정신건강 뿐만 아니라 신체적 건강에도 긍정적으로 작용하며, 김수영과 이민홍과 장수지(2014)의 연구에서는 노인일자리사업 참여가 노인의 생활만족도와 사회적 지지에 유의미하게 영향을 미쳤으며, 지속적인 사회참여가 심리사회적 건강 유지와 향상에 유의미 변화를 나타내었다. 그 외 재가노인복지서비스가 노인의 심리적 안녕감에 미치는 영향 관련 연구(손화희, 정옥분, 1999; 김관성, 2002; 이은주, 한창완, 2005; 백경숙, 권용신, 2009; 손아름, 2016)나 여가서비스가 노인의 신체적 효능감에 미치는 영향에 관한 연구(하춘광, 김효순, 2013), 시설서비스 만족도가 노인의 주관적 안녕감에 미치는 영향에 관한 연구(손인숙, 2006; 이유리, 2005; 임혜숙, 황희숙. 2011) 등이 있다.

김용희와 안정신(2012)의 연구에 따르면 장기요양서비스 이용으로 생활만족도가 향상되었으며, 신체적 스트레스도 경감된 것으로 나타났으며, 하춘광과 김효순(2013)에 따르면 노인여가시설 여가프로그램 이용이 노인들의 신체적 자기효능감에 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 임혜숙과 황희숙(2011)의 연구에서는 장기요양시설 서비스 만족도가 노인의 주관적 안녕감에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 강종수와 신진(2016) 여가복지시설 이용이 노인의 생활만족도에 영향을 미치며, 노인의 정신건강에도 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구문제

본 연구는 선행연구 결과를 토대로 노인의 건강상태 만족도 수준을 살펴보고, 만성질환 유무별로 건강상태 만족도가 어떻게 다르며, 만성질환 유무별로 건강상태 만족도에 영향을 미치는 변인들이 어떻게 나타나는가를 전국적 표집을 이용하여 살펴보고자 하였다. 이를 위한 본 연구의 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

본 연구의 연구문제는 다음과 같다.
첫째, 노인의 건강상태 만족도 특성은 어떠한가?
둘째, 만성질환 유무에 따른 노인의 건강상태 만족도 특성은 어떠한가?
셋째, 사회활동참여 유무에 따른 노인의 건강상태 만족도 특성은 어떠한가?
셋째, 만성질환 유무별 노인의 건강상태 만족도 영향요인은 각각 어떠한가?

2. 분석자료 및 연구대상

본 연구는 노인의 만성질환 유무별 건강상태 만족도 영향요인을 비교하기 위하여 보건사회연구원의 2014년도 노인실태조사 자료를 활용하였다. 2014년도 노인실태조사는 노인복지법 제5조 노인실태조사 실시의 법제화로 매 3년마다 실시되는 횡단조사로, 2014년 현재 전국 16개 시·도의 일반주거시설에 거주하는 만 65세 이상 노인을 모집단으로 정하였다(정경희 외, 2014). 조사내용으로 가구 일반사항, 가구 경제상태, (손)자녀·배우자와의 관계 및 가구 형태, 부모, 형제·자매, 친인척, 친구·이웃·지인과의 관계, 자녀·부모와의 부양의 교환, 건강상태, 건강행태, 기능 상태와 간병 수발, 경제 상태, 경제 활동, 여가 활동과 사회 활동, 노후생활과 삶의 질, 생활 환경, 인지 기능 등 노인의 다각적인 생활 현황과 욕구를 파악하고 노인특성의 변화추이를 예측하는 등 노인을 대상으로 실시되는 조사 중 가장 대표적 조사라고 할 수 있다.

연구대상은 만 65세 이상 노인 총 10,451명이며, 노인의 만성질환 유무 구분은 노인실태조사 변수 중 의사진단 만성질환 총 수를 기준으로 만성질환 없는 집단과 있는 집단으로 구분하였다.

3. 변수의 조작적 정의

본 연구에서 활용한 변수는 2014년도 노인실태조사 설문 변수를 그대로 활용하여 분석변수에 해당하는 변수를 추출하였다.

가. 종속변수

본 연구의 종속변수는 노인의 건강상태 만족도로서, 2014년도 노인실태조사에서 조사한 생활만족도 관련 변수 중 건강상태에 대해 어느 정도 만족하는지에 대한 변수를 활용하였다. 변수값은 매우 만족함 1점에서 전혀 만족하지 않음 5점의 Likert척도로 구성되어 있는데, 이를 매우 만족함 5점에서 전혀 만족하지 않음 1점으로 역코딩하여 활용하였으며, 값이 높을수록 건강상태 만족도가 높은 것을 나타낸다.

나. 독립변수

본 연구의 독립변수는 노인의 건강상태 만족도 영향요인으로 사회활동참여 관련 변수인데, 2014년 노인실태조사에서 활용된 변수 중 여가문화활동참여, 평생교육참여, 사회단체(동호회, 친목단체, 정치사회단체 등)참여, 자원봉사활동참여, 노인일자리사업 참여, 공공여가문화시설이용, 취업상태 등의 변수를 활용하였다. 각 변수들의 변수값은 참여하고 있음=1, 참여하고 있지 않음=0의 명목변수로 더미변수 처리하였다.

4. 자료 분석 방법

본 연구의 자료 분석은 SPSS 18.0 통계패키지를 사용하였다. 먼저, 조사 대상자의 인구사회학적 특성 및 주요 변인들의 특성을 파악하기 위해 빈도분석 및 기술통계를 실시하였다. 다음으로 만성질환 유무별, 주요 변인별 건강상태 만족도 차이 특성을 알아보기 위해 독립표본 t-test를 실시하였다. 마지막으로 만성질환 유무별 건강상태 만족도 영향요인을 알아보기 위해 분석 변수들 간의 상관분석과 만성질환 유무별 다중회귀분석을 실시하였다.

Ⅳ. 분석결과

1. 인구사회학적 특성

본 연구에서 사용된 조사대상자의 인구사회학적 특성은 <표 1>과 같이 나타났다. 먼저 성별로는 여성이 6,169명(59.0%), 남성이 4,282명(41.8%)으로 여성 비율이 높게 나타났다. 연령은 65세부터 105세까지 분포되어 있으며 평균 연령은 74세로 나타났고, 연령분포에 있어서는 70대가 5,658명(54.1%) 가장 높은 빈도를 나타냈다. 혼인상태는 기혼유배우자 비율이 62.0%로 기혼무배우자 비율보다 높게 나타났으며, 학력은 초등학교 이하 비율이 66.4%로 교육수준은 전반적으로 낮은 것으로 파악되었다. 거주지역은 읍/면 지역 33.0%, 도시지역 67%로 행정구역의 동 이상 지역에 거주하는 비율이 높게 나타났다.

<표 1> 사회・인구학적 특성

(N=10,451)

특 성		빈도(명)	백분율(%)
성별	남자	4,282	41.0
	여자	6,169	59.0
연령분포	65세-69세	2,804	26.8
	70세-79세	5,658	54.1
	80세-89세	1,827	17.5
	90세 이상	162	1.6

	평균	74.01세(SD=6.21)	
혼인상태	미혼	40	0.4
	기혼 유배우(기혼)	6,476	62.0
	기혼 무배우자 (사별, 이혼, 별거, 기타)	3,935	37.6
교육수준	무학	3,469	33.2
	초등학교	3,468	33.2
	중학교	1,340	12.8
	고등학교	1,503	14.4
	대학 이상	671	6.4
거주지역	동	7,005	67.0
	읍/면	3,446	33.0

2. 주요 변수 기술통계

1) 건강상태 만족도

<표 2>는 조사대상자의 건강상태 만족도를 나타낸 것인데, 본 연구의 종속변수인 건강상태 만족도는 만족하지 않음, 전혀 만족하지 않음을 합해 45.2%, 그저 그렇다 25.4%, 만족함, 매우 만족함을 합해 29.3%로 나타나 만족하지 않는 비율이 높게 나타났으며, 평균점수를 기준으로 5점 만점 기준 2.78점으로, 전체 조사대상자의 건강상태 만족도는 보통보다 낮게 평가하는 것으로 나타났다.

<표 2> 건강상태 만족도 기술통계

특 성		빈 도(명)	백분율(%)
건강상태 만족도	전혀 만족하지 않음	820	8.0
	만족하지 않음	3,829	37.2
	그저 그렇다	2,615	25.4
	만족함	2,850	27.7
	매우 만족함	167	1.6
	평균	2.78(SD=.992)	

반면, 만성질환 유무에 따른 건강상태 만족도 차이를 살펴보면, <표 3>과 같이 만성질환이 없는 집단의 평균은 3.75, 만성질환이 있는 집단의 평균은 2.67로 두 집단 간 건강상태 만족도의 유의미한 차이를 나타내었다.

<표 3> 만성질환 유무별 건강상태 만족도 기술통계

구 분	N	평균	표준편차	t	p
만성질환 무	1,034	3.75	.709	44.251	.000***
만성질환 유	9,417	2.67	.961		

*** : p < .001

2) 사회활동참여 유무별 건강상태 만족도 비교

다음으로 독립변수로 활용된 사회활동참여 유무에 따라 건강상태 만족도에 평균값 차이가 있는지를 살펴보기 위해 사회활동 유무별로 만족도 차이 검증을 실시하였다. 본 연구에서 제시된 사회활동 유형으로는 여가문화활동, 평생교육, 사회단체 참여, 자원봉사 활동경험, 노인일자리사업 참여, 공공여가문화 시설이용 그리고 취업 등 총 7개 변수를 활용해 사회활동참여집단 유무별로 비교하였고, 건강상태 만족도에 대한 유무별 만족도 차이 검증 결과는 <표 4>와 같다.

<표 4> 사회활동참여 유무별 건강상태 만족도 차이 검증

구 분		N	평균	표준편차	t	p
여가문화활동 여부	아니오	111	2.60	1.012	−1.860	.063
	예	10,170	2.78	.992		
평생교육참여 여부	아니오	8,881	2.74	.996	−9.104	.000***
	예	1,400	2.99	.940		
사회단체참여 여부	아니오	5,792	2.57	.973	−24.622	.000***
	예	4,489	3.04	.952		
자원봉사활동 경험 유무	없다	8,450	2.73	.983	−9.287	.000***
	있다	1,831	2.98	1.009		
노인일자리사업 참여경험 유무	없다	9,294	2.77	.997	−1.285	.199
	있다	987	2.81	.942		
공공여가문화시설 이용 여부	아니오	9,871	2.76	.992	−6.936	.000***
	예	410	3.10	.951		
취업유무	미취업	6.987	2.65	.997	−19.326	.000***
	취업	3,294	3.04	.928		

* : p < .05, *** : p < .001

우선, 각 사회활동참여 유형별로 참여가 있는 집단과 없는 집단 간 건강상태 만족도 평균값 차이에서는 사회활동 모든 유형에서 참여하고 있는 집단이 참여하지 않는 집단에 비해 건강상태 만족도 평균값이 높게 나타났다. 이러한 차이의 통계적 유의도는 여가문화활동 참여와 노인일자리사업 참여를 제외하고 모두 유의미한 차이를 나타내는 것으로 나타나 사회활동에 참여하는 것이 참여하지 않는 것에 비해 건강상태 만족도가 높은 것으로 나타났다.

3. 각 변인별 상관관계 분석

건강상태 만족도 영향요인으로 구분된 독립변수와 종속변수인 건강상태 만족도의 상관관계 분석을 실시한 결과는 <표 4>와 같다. 먼저 각 변수들 간의 상관관계 절대값이 .012~.235로 나타나 다중공선성의 문제는 존재하지 않는 것을 알 수 있다. 그리고 여가문화활동 참여와 노인일자리사업 참여를 제외하고 각 독립변인과 건강상태 만족도간의 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

<표 5> 각 변인별 상관관계분석

구 분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
①여가문화활동 참여	1							
②평생교육참여	.044**	1						
③사회단체참여	.065**	.163**	1					
④자원봉사활동	.016	.146**	.189**	1				
⑤노인일자리사업 참여	.019	.048**	−.027**	.032**	1			
⑥공공여가문화시설이용	.024*	.398**	.092**	.084**	.005	1		
⑦취업유무	.005	−.050**	.111**	−.006	.225**	−.010	1	
⑧건강상태 만족도	.018	.086**	.235**	.093**	.012	.066**	.183**	1

* : $p < .05$, ** : $p < .01$
더미변수 : ①~⑦ 변수별 참여 있음=1, 없음=0으로 입력함.

4. 집단별 사회활동참여가 건강상태 만족도에 미치는 영향분석

노인의 사회활동 특성이 건강상태 만족도에 미치는 영향과 만성질환 유무별 노인의 건강상태 만족도에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 검증하기 위해 다중회귀분석을 실시하였으며, 결과는 <표 6>과 같다. 우선, 다중회귀분석 결과에서 건강상태 만족도에 영향을 미치는 변수들 간의 다중공선성의 문제가 없는지 살펴보기 위해 VIF 계수를 확인하였고, VIF계수는 1.27 이하로 나타나 다중공선성에는 문제가 없는 것으로 판단하였다.

먼저, 전체 노인을 대상으로 건강상태 만족도 영향 요인 검증한 모델1의 회귀방정식에

의하면 여가문화활동 참여를 제외하고 평생교육 참여(β=.046, p<.001), 사회단체 참여(β=.198, p<.001), 자원봉사활동 경험(β=.049, p<.001), 노인일자리 사업 참여(β=-.024, p<.05), 공공여가문화시설 이용(β=.027, p<.01), 취업유무(β=.171, p<.001) 등이 건강상태 만족도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 사회활동 참여가 여가문화활동을 제외하고 노인의 건강상태 만족도에 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 다만 노인일자리사업 참여는 참여하지 않는 집단이 참여하는 집단에 비해 건강상태 만족도가 높은 것으로 나타났다.

둘째, 만성질환이 없는 노인을 대상으로 건강상태 만족도 영향 요인 검증한 모델2의 회귀방정식에 의하면 사회단체 참여(β=.112, p<.001), 취업유무(β=.128, p<.001)만이 건강상태 만족도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

셋째, 만성질환이 있는 노인을 대상으로 건강상태 만족도 영향 요인 검증한 모델2의 회귀방정식에 의하면 여가문화활동 참여, 노인일자리사업 참여를 제외하고 평생교육 참여(β=.055, p<.001), 사회단체 참여(β=.193, p<.001), 자원봉사활동 경험(β=.054, p<.001), 공공여가문화시설 이용(β=.024, p<.05), 취업유무(β=.161, p<.001) 등이 건강상태 만족도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이러한 분석결과는 사회활동 참여가 노인의 건강상태 만족도에 유의미한 영향을 미치며, 이는 만성질환이 없는 노인보다 만성질환이 있는 노인 집단에 더 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타나 만성질환이 있어도 사회활동에 적극적으로 참여함으로써 건강상태 만족도를 향상시키며 나아가 생활만족도도 높일 수 있는 방안이 될 수 있음을 나타낸다고 할 수 있다.

<표 6> 건강상태 만족도에 미치는 영향비교

구분	모델1(전체 노인)			모델2(만성질환 무)			모델3(만성질환 유)		
	β	t	Sig.	β	t	Sig.	β	t	Sig.
여가문화활동 참여	.099	.932	.351	-.024	-.774	.439	.011	1.087	.277
평생교육 참여	.046	4.417	.000***	.026	.749	.454	.055	4.986	.000***
사회단체 참여	.198	20.190	.000***	.112	3.517	.000***	.193	18.682	.000***
자원봉사활동 경험	.049	5.118	.000***	.037	1.173	.241	.054	5.257	.000***
노인일자리 사업 참여	-.024	-2.434	.015*	-.050	-1.605	.109	-.009	-.884	.377
공공여가문화 시설 이용	.027	2.665	.008**	.050	1.488	.137	.024	2.188	.029*
취업유무	.171	17.493	.000***	.128	4.048	.000***	.161	15.596	.000***
F	141.492***			5.983***			122.5***		
R^2	.088			.040			.085		
Adjusted R^2	.087			.033			.084		

Ⅴ. 결론

본 연구는 노인의 건강상태 또는 건강만족도에 대한 연구는 다양하게 제시되고 있지만 대부분 노인의 삶의 질 또는 생활만족도 영향요인으로 설명되는 연구가 대부분인 선행연구의 한계점을 보완하기 위해 노인의 건강만족도 수준을 높이는 방안으로 사회활동 참여가 노인의 건강상태 만족도에 미치는 영향을 검증하고 나아가 만성질환이 있는 노인 집단과 만성질환이 없는 집단으로 구분하여 각 집단별 사회활동 참여가 노인의 건강상태 만족도에 미치는 영향을 비교하여 검증하였다.

이에 2014년 노인실태조사 자료를 활용하여 집단별 다중회귀분석을 통해 만성질환 유무별 노인의 건강상태 만족도에 영향을 미치는 다양한 각각의 유의미한 변수들이 무엇인지를 파악하고자 시도하였다. 이러한 연구결과는 급속한 고령 사회 진입으로 노인의 건강상태 수준은 점차 민성질환으로 인한 기능 장애 및 중증 질환으로 이행될 가능성이 높은 상황을 고려해 볼 때 노인의 건강상태 및 만족도를 높일 수 있는 다양한 노인복지정책 및 프로그램 개발에 있어서 중요한 자료를 제공하게 될 것이다.

본 연구의 결과를 종합하여 제시해 보면, 첫째, 사회활동 참여 유무별로 건강상태 만족도 차이 검증에서 모든 사회활동유형에서 참여하는 경우가 참여하지 않는 경우보다 건강상태 만족도가 높게 나타났다.

둘째, 전체 노인을 대상으로 사회활동 참여가 건강상태 만족도에 미치는 영향을 검증한 결과 사회활동 유형 중 여가문화활동을 제외하고 대부분의 사회활동 참여는 노인의 건강상태 만족도에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 김홍록과 이광옥(2008), 강종수와 신진(2016)의 연구결과와도 유사한데, 다만 여가활동이 노인의 신체적 효능감에 영향을 미친다는 하춘광과 김효순(2013)의 연구와는 다른 결과이다. 이는 노인이 노화 및 만성질환으로 인해 신체기능저하라는 불가역적인 특성을 지닌 대상이지만, 이러한 노인의 건강수준을 유지하는데 개인적, 제도적 노력의 필요성을 제시할 수 있다. 예를 들어 현재의 오락 위주 노인 여가정책 및 사업의 내용을 보다 생산적이고 유의미한 성과를 노인에게 제공할 수 있는 다양한 프로그램 개발이 필요하다고 할 수 있다.

셋째, 만성질환이 없는 노인 집단의 경우 사회단체 참여와 취업한 경우만이 노인의 건강상태 만족도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 만성질환이 없다는 특성은 노인 집단 중에서도 상당한 개인적, 사회적 자원을 확보하고 있을 가능성이 높기 때문에 만성질환이 있는 집단에 비해 이미 건강상태 만족도도 높고, 사회활동 참여도 활발할 가능성이 높은 집단이라 할 수 있다.

넷째, 만성질환이 있는 노인 집단의 경우 여가문화활동 참여, 노인일자리사업 참여를 제외하고 평생교육 참여, 사회단체 참여, 자원봉사활동 경험, 공공여가문화시설 이용, 취업유무 등이 건강상태 만족도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 사회활동 참여가 만성질환이 없는 노인보다 만성질환이 있는 노인 집단에 더 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타나 만성질환이 있어도 사회활동에 적극적으로 참여함으로써 건강상태 만족도를 향상시키며 나아가 생활만족도도 높일 수 있는 방안이 될 수 있음을 나타낸다고 할 수 있다.

이러한 연구결과에 대한 함의는 다음과 같다. 먼저 노인들의 사회활동을 적극 장려하고 지원하기 위한 정책과 제도가 요구된다. 특히 노인인구의 증가와 함께 만성질환을 가진 노인인구가 증가하여 노년의 삶의 질을 향상하기 위한 구체적이고 섬세한 프로그램 개발 및 보급이 필요하다.

다음으로 노인을 위한 사회적 일자리 제공과 지속적인 네트워크 형성을 위한 돌봄과 관심이 필요하다. 본 연구에서 도출된 결과에서 만성질환을 가진 노인들의 건강상태 만족도에 영향을 주는 요인 중 가장 설명력이 높은 요인이 사회단체 참여와 취업으로 나타났다. 만성질환을 가진 노인들의 사회단체 참여욕구는 노후의 고독과 소외감을 극복하기 위한 측면에서 중요하며 이러한 욕구충족을 위해 지역사회보호와 정부의 지원체계가 필요하다. 또한 취업에 대한 욕구는 노인들이 단순한 소득보장을 넘어 하루의 소일거리를 제공하여 긍정적인 자존감을 높이는 측면에서 중요한 해결방법이 될 수 있다. 노인의 취업은 정규직 같은 법적인 측면에서 바라보는 것이 아니라 의미 있는 시간으로 하루를 보내고 사회적 네트워크를 만드는 활동에 참여함으로써 노후의 잔존능력을 유지하고 긍정적인 정신건강을 위한 삶의 질을 향상하는데 기여할 것이다.

참고문헌

강종수, 신진(2016). 여가복지시설 이용이 노인의 정신건강 및 생활만족도에 미치는 효과. **한국노인복지학회 2016년도 춘계학술대회 포스터 발표**, 541-542

김관성(2002). **사회지지망 유무에 따른 재가노인의 생활만족도에 관한 연구.** 고려대학교 대학원 석사학위논문.

김동배, 유병선, 민정선(2011). 노인 집단에서 나타나는 건강 수준 차이의 요인 분석. **사회복지연구**, 42(3), 267-290.

김수영, 이민홍, 장수지(2014). 노인일자리사업 참여노인의 심리사회적 건강 변화에 관한 연구. **노인복지연구**, 64, 371-393.

김용희, 안정신(2012). 장기요양서비스 이용 노인 및 노인 부양가족의 스트레스, 생활만족도 및 서비스 만족도. **노인복지연구**, 57, 161-190.

김진현(2016). 사회자본과 건강행태가 노년기 주관적 건강상태의 변화에 미치는 영향 : 저소득가구 노인과 일반가구 노인의 주관적 건강상태 궤적에 대한 비교. **노인복지연구**, 71, 9-32.

김찬우(2013). 노인장기요양보험제도의 사회적 성과에 대한 고찰. **한국사회복지조사연구**, 34, 273-296.

김홍록, 이광욱(2008). 여성노인의 여가활동참여와 신체적 건강 및 행복의 관계. **한국사회체육학회지**, 34, 671-680.

민주홍(2013). 한국노인의 사회참여가 주관적 건강 및 건강변화에 미치는 영향에 대한 종단 연구. **보건사회연구**, 33(4), 105-123.

박순미(2011). 노인의 건강상태가 삶의 만족도에 미치는 영향-사회참여와 경제활동의 매개효과와 조절효과를 중심으로. **노인복지연구**, 53, 305-332.

박순미, 손지아, 배성우. (2009). 노인의 생활만족도 변화에 대한 종단적 접근-인구사회학적 변인을 중

심으로. **사회과학연구**, 25(3), 1-24.
백경숙, 권용신(2009). 재가복지서비스가 노인의 심리적 복지감에 미치는 영향. **노인복지연구**, 46, 337-356.
손아름(2016). **경로식당 급식지원서비스 여부가 빈곤노인의 주관적 건강감에 미치는 영향-중구지역 복지시설 이용 노인을 중심으로-**. 동국대학교 행정대학원 석사학위논문.
손화희, 정옥분(1999). 재가복지수혜노인의 주관적 안녕감에 대한 상태학적 접근. **한국노년학**, 19(1). 83-103.
윤현숙, 허소영(2007). 노인의 건강상태가 생활만족도에 미치는 영향에 대한 사회적 관계의 매개효과 및 중재효과. **한국노년학**, 27(3), 649-666.
이미애(2013). **노인의 가용자원이 건강상태 만족도에 미치는 영향: 개인적, 가족적, 사회적 자원의 조절효과 중심으로**. 한세대학교 대학원 박사학위논문.
이세규(2015). 대도시 노인복지시설의 만족도와 충성도가 사회적 관계, 신체건강에 미치는 영향연구:광주광역시 빛고을노인건강타운을 사례로. **국정관리연구**, 10(2), 167-190.
이은주, 한창완(2005). 재가노인의 건강관련 삶의 질이 서비스 이용욕구에 미치는 영향에 관한 연구, **노인복지연구**, 30, 171-190.
이정의(2010). 한국노인의 교육수준별 생활만족 결정요인:사회적 관계 및 참여, 건강을 중심으로. **한국노년학**, 30(3), 709-726.
정경희, 오영희, 강은나, 김재호, 선우덕, 오미애, 등(2014). **2014 노인실태조사**. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
이진숙, 최원석(2014). 남성노인의 삶의 질에 대한 경로 연구:성역할태도, 사회서비스 이용정도, 자아존중감, 삶의 질 관계를 중심으로. **노인복지연구**, 66, 377-404.
임병우, 주경희, 조성은(2009), 재가복지서비스 이용노인과 일반노인의 노인학대 인식에 관한 비교연구. **노인복지연구**, 66, 353-380.
임혜숙, 황희숙(2011). 장기요양시설 서비스 만족도가 주관적 안녕감에 미치는 영향 요인 분석. **노인복지연구**, 54, 237-261.
정진경, 정세희(2015). 노인돌봄종합서비스 이용자의 선택경험과 돌보미와의 관계의 질이 이용만족에 미치는 영향. **노인복지연구**, 67, 7-31.
하춘광, 김효순(2013). 노인여가시설 여가프로그램 이용 노인들의 신체적 자기효능감과 생활만족도연구. **한국여가레크리에이션학회지**, 37(1), 1-12.
Hsu. H.(2008), Does disability affect the possibility of successful aging? physical function trajectories, depressive symptoms and life satisfaction among the elderly, *The Gerontologist*, 48(Oct), p. 11.
Litwin, H.(2001). Social network type and morale in old age. *The Gerontologist*, 41(4), pp.516-524.
Reicks, C. and Wallace, K.(2002), Life satisfaction and perception of control in rural elderlymen, *The Gerontologist*, 42(1), p. 19.
Sugisawa, H., Shibata, H., Houhham, G. W., Sugihara, Y. & Liang, J.(2000). The impacts of social ties in depressive symptoms in U.S and Japanese elderly. J*ournal of Social Issues*, 58(4), pp.785-804.

주제 2

노인복지관의 서비스 인식 유형화
-이용노인과 사회복지사의 관점비교를 중심으로

발표: 김현정(정화예술대학교 사회복지학부 조교수)

노인복지관의 서비스 인식 유형화
-이용노인과 사회복지사의 관점비교를 중심으로

김 현 정*

Ⅰ. 서론

통계청(2016)의 장래인구추계에 따르면, 2016년 현재 한국의 60세 이상 고령인구는 980만 명으로 2017년에 고령사회로 진입하게 되면 고령인구는 천만 이상에 이르게 된다. 의료기술 발전과 평균수명 연장, 저출산 등의 사회현상과 맞물려 우리 사회는 매우 빠르게 인구의 고령화를 경험하고 있으며 고령화 이슈에 따른 사회 전반의 적응적 대처가 주요 현안으로 대두되었다. 이에 정부의 노인보건복지사업안내(보건복지부, 2016)에는 노인요양, 치매 및 건강보장, 노인 사회활동 및 여가활동 지원, 소외된 노인보호, 경로효친사상 및 노인봉양의식 제고, 장사시설 설치와 운영 등 6개 영역으로 구분하여 노인관련 주요사업을 규정하고 있다. 이는 경제적 어려움, 건강약화, 역할상실, 무위 등의 4고(苦)로 대표되는 노인의 다양한 문제를 예방하고 대처하기 위한 방안들이라 볼 수 있다.

그런 가운데 노인복지관은 1981년 노인복지법 제정으로 법적 근거가 마련된 이후 지역사회 노인들의 특성과 복지 욕구를 가장 잘 파악하여 적절한 노인복지서비스를 제공하는 대표적인 공적기관으로 자리매김해 왔다(원영희·안정선, 2014). 2007년 노인복지법의 개정 이후 “노인의 교양 · 취미생활 및 사회참여활동 등에 대한 각종 정보와 서비스를 제공하고, 건강증진 및 질병예방과 소득보장·재가복지 그밖에 노인의 복지증진에 필요한 종합적인 노인복지서비스를 제공하는 시설”로 노인복지관을 정의하고 있다(제 36조). 또한 2016년 노인보건복지사업안내에 따르면 노인복지관은 노인복지서비스가 필요한 노인을 대상으로 ① 건강한 노후를 위한 예방, 취약노인 케어 기반구축 및 확충 ② 활동적인 노후를 위한 사회참여 여건조성 및 활성화 ③ 안정적 노후를 위한 소득보장의 다양화와 내실화를 통해 성공적인 노후가 실현될 수 있도록 지원하는 종합적 노인복지서비스 전달기구로서 중심적 역할 수행하는 것을 운영 목표로 규정하고 있다. 이와 같은 노인복지관에 정의와 운영 목표를 통해 노인을 보호의 대상으로 규정하지 않고 지역사회의 일원으로 바라보는 정책적 패러다임을 확인할 수 있으며 서비스 전달 대상이 취약계층 노인과 일반 노인을 아우르고 있어서 그 역할과 기능성은 매우 복합적임을 확인할 수 있다.

노인복지관 관련 선행연구들을 살펴보면 이용노인의 특성을 밝히거나 노인복지관 이용이 노년기 삶에 어떤 영향을 미치는지에 관한 연구가 주를 이룬다. 노인복지관 이용노인의 특성을 살펴보면, 연령과 교육수준이 높고, 노인복지관에 대해 잘 알고 있으며 노인복지관에 대하여 긍정적인 이미지를 가지고 있을수록 이용 가능성이 높다(허선영·윤민석, 2014). 또, 노

* 정화예술대학교 사회복지학부 조교수

인복지관 이용노인은 비이용노인에 비해 사회적 연계망을 더 많이 가지고 있으며, 정신건강과 일상생활수행능력이 원활하다(Calssyn and Winer, 2000). 노인복지관의 성과에 관한 선행연구들에서는 노인복지관 이용은 노인의 주관적인 삶의 질에 긍정적으로 작용하며(Fitzpatrick et al., 2005; 이혁, 2012; 백혜영, 2012) 스트레스를 감소시키는 효과를 보인다(Farone et al., 2005; 이종경·이은주, 2010). 신체적으로도 보다 건강한 생활을 영위할 수 있도록 돕는다(Fitzpatrick et al, 2006; 장호중·김정묵, 2011).

한편, 노인복지관의 구체적인 사업 내용은 고령화의 급진전으로 관련 문제의 예방과 해결을 위해 그 역할과 기능이 강조되면서 점차 다양화되었다. 우리사회는 고령인구의 급속한 양적 팽창과 함께 베이비붐 세대의 고령화로 이전의 노인세대보다 교육수준과 노후준비도가 높으며 독립적인 생활을 추구하는 노인층을 겨냥한 노인복지서비스의 변화가 필요하다(김경혜 외, 2010). 노인복지관에 대한 부정적 이미지와 낮은 이용률이 노인복지관의 중요성을 간과할 만한 이유가 되지는 못한다(Crimmens et al., 2009). 그러나 2008년과 2014년 노인실태조사 결과에 따르면 노인복지관 이용률은 14.7%에서 8.9%로, 이용희망률은 38.3%에서 19.5%로 낮아졌고 노인복지관 이용만족도는 2014년 기준으로 74.1%가 만족하지 않는다고 응답하여 변화하는 노인 인구의 특성에 맞게 쇄신의 노력이 필요한 것은 사실이다.

이러한 실질적인 이슈들로 인해 최근 들어 노인복지관의 정체성에 대한 문제제기로 그 역할과 기능의 재규명이 중요한 과제로 대두되고 있다(Pardasani and Thompson, 2012; 원영희·최혜지, 2015). 박영란(2013)은 노인복지관의 새로운 변화를 주장하면서 노인복지관을 노후 생활의 거점기관으로 정의하고 정보전달 및 이용노인중심의 통합서비스를 강조하였다. 이윤경과 동료들(이윤경 외, 2012)은 소규모의 여가복지서비스 기관으로 그 기능성을 축소하거나 불필요한 사업을 정리하여 특화된 사업 중심 모형으로 변경하여 확대할 것을 제안하였다. 엄기욱(2013)은 노인복지관의 지역특성과 이용노인의 특성을 고려하여 아웃리치형, 사회참여형, 노후설계원스톱지원형, 지역사회거점형 등 4개의 유형화를 통해 지역별 맞춤식 노인복지관의 사업구성을 제안하였다. 원영희와 안정선(2014)의 노인세대와 베이비부머세대를 대상으로 조사한 연구에서 노인복지관의 중점기능은 여가생활 지원(30.5%), 보건의료 서비스 지원(28.7%), 경제적 지원(9.8%), 고용지원(8.2%)으로 나타났다. 원영회와 최혜지(2015)는 노인복지관의 핵심 사업은 평생교육, 재가복지, 사회활동지원, 건강증진 및 기능회복사업이며 실무자의 몰입도는 사회활동지원사업에서, 준비도와 숙련도는 건강증진 및 기능회복사업에서 가장 높으며 재가복지사업 추진 시 실무자들은 대상자 발굴 및 자원계발 및 연계에 집중한다고 밝혔다. 이러한 선행연구들은 기본적으로 현재의 노인복지관의 통합기능성을 수용하되 지역특성 및 입지조건과 변화하는 이용자 특성에 맞게 사업의 내용을 어디까지 포괄할 것이며, 강조되어야 할 핵심 기능은 무엇인지를 규정하는 데 함의를 제공한다.

또한, 노인복지관 이용노인은 다양한 욕구에 근거하여 서비스를 선택하게 되는데 이에 관한 선행연구들도 있다. 먼저 Odell과 Lewis(1982)는 노인의 서비스 선택요인을 신체적 복지, 심리적 복지, 사회적 복지로 구분하여 설명하였는데, 3가지 요인은 생활상태에 따라 생존적이며 기본적인 일상생활관리를 위한 간호, 가사지원과 같은 서비스나 상담과 같은 심리사회적인 문제해결을 위한 서비스, 사회참여나 여가활동, 교육 등과 같은 자기발전을 위한

서비스 등으로 분화되어 나타난다고 보았다(강영식·박병관, 2008 재인용). 구체적으로 노인의 서비스 관련 욕구를 확인할 수 있는 실증연구로 강영식과 박병관(2008)은 노인교육 프로그램을 선택하는 노인들의 욕구 유형을 5가지로 구분하여 분석하였다. 그 결과 건강의 욕구가 가장 높았으며, 지성적, 사회적, 경제적, 정서적 욕구가 그 뒤를 잇는다. 노인들은 건강 프로그램에 대한 참여의사가 가장 높으며 배움과 재취업에 대한 욕구, 사회의 흐름에 맞는 교육 등에 참여의사가 높은 것으로 나타났다(강영식·박병관, 2008). Pardasani(2010)의 연구에 따르면 노인복지관 이용자들이 가장 일반적으로 이용하는 프로그램으로는 식사 제공 프로그램(meal programs, 43.3%), 여가프로그램(recreational programs, 34.1%), 건강증진 프로그램(health promotion programs, 12.7%)이 상대적으로 빈도가 높았으며, 노인복지관을 이용하는 이유로는 사회관계가 60.5%로 가장 높고 식사제공(경로식당, 식사배달)이 21.5%, 여가프로그램 7.5%, 건강증진 프로그램 1.5% 순으로 나타났다. 보다 최근에 원영희와 안정선(2014)은 노인복지관 이용노인과 비이용노인, 베이비붐세대를 대상으로 연구한 결과, 건강증진서비스(23.8%), 여가문화생활 및 평생교육지원(18.7%), 노후소득보장(13.6%), 일자리와 취업 지원 관련 서비스(12.2%) 등이 노인복지관의 주요 서비스인 것으로 나타났다.

한편, 노인복지관과 관련하여 이용노인과 사회복지사의 관점을 비교한 김현정(2014)의 연구에 따르면 사회복지사는 이용노인에게 노후 생활에 필요한 기초적인 욕구를 충족시키기 위한 사회서비스 중심의 서비스를 제공하고자 한다면, 이용노인은 노인복지관을 통해 자발적인 활동성과 생산성을 높이려는 관점을 보여준다. 즉, Taietz(1976)가 노인복지관의 두 가지 모델로 제안한 사회서비스 중개 모델(Social agency model)과 자발적 조직 모델(voluntary organization model) 중 이용노인은 자발적 조직 모델을, 사회복지사는 사회서비스 중개 모델을 선호하여 서로 다른 관점을 보여주는 것으로 해석할 수 있다.

따라서 연구자는 노인복지관의 서비스 인식에 있어서 사회복지사와 이용노인의 서로 다른 인식의 차이가 만들어 낼 수 있는 부조화의 가능성을 주지하여 양측의 관점을 비교 분석할 수 있도록 연구를 설계하였다. 이에 연구참여자의 주관적 인식을 면밀히 분석할 수 있는 Q 방법론을 활용하여 노인복지서비스 이용노인과 서비스 전달자인 사회복지사의 관점에서 노인복지관의 서비스 인식을 분석하고자 한다. 노인복지관의 복합기능성을 고려할 때 제공되는 서비스도 다양하고 그에 대한 인식 역시 다양한 각도로 관측될 수 있다. 따라서 주관적 인식의 다양성을 포괄적으로 제시하는 Q방법론을 적용한 것은 본 연구의 장점이라 할 수 있다.

끝으로 본 연구의 목적은 다음과 같다. 첫째, 이용노인들의 서비스 인식을 확인하여 수요자 중심의 서비스 전달을 위해 서비스 욕구를 보다 정확하게 파악하고자 한다. 둘째, 사회복지사의 노인복지관 서비스에 대한 인식을 확인함으로써 서비스 전달자의 관점에서 노인복지관이 지향해야 할 서비스 및 프로그램의 방향성을 어떻게 인식하고 있는지 알아본다. 셋째, 서비스 이용자와 사회복지사의 관점을 비교 분석함으로써 사회복지사가 간과할 수 있는 이용자의 욕구를 확인하고자 한다.

Ⅱ. 연구방법 및 절차

1. Q방법론

Q방법론은 주관성을 연구의 주요 대상으로 정의하며 주관성을 배제하고는 사회현상의 본질을 이해할 수 없다는 과학철학에 근거한 연구방법이다(김흥규, 2008). 여기에서 주관성이란 연구자에 의해 조작적으로 정의되지 않는 연구대상의 주관성으로 연구자는 연구대상이 어떤 현상에 대해 보이는 개인내적 의미성의 차이를 측정하여(김흥규, 2008) 주관성을 확인하고 이를 현상의 이해를 위한 추론된 가설로 본다. 따라서 Q방법론을 적용하는 것은 연구자가 조작적으로 정의한 가설을 검증하기 위함이 아니라 새로운 가설을 추론하는데 연구의 목적을 둔다. 노인복지관의 정체성은 이미 고착단계에 이르렀으나 학계에서는 다시금 기능과 역할에 대한 문제가 제기되고 있다(Pardasani and Thompson, 2012; 원영희·최혜지, 2015). 이러한 상황에서 기존의 귀납적 혹은 연역적 논증으로는 새로운 가설을 추론하여 노인복지관의 정체성에 대한 새로운 관점을 제안하는 것이 쉽지만은 않다. 더욱이 노인복지관의 복합기능성을 고려할 때 전달되고 있는 서비스들 역시 매우 다양하고 다층적인 이용자 특성에 최적화 된 서비스를 구성하는 것이 쉽지 않다. 따라서 본 연구는 가설추론이라는 Q방법론의 유용성에 근거하여 노인복지관 서비스에 대한 이용자와 사회복지사의 다양한 관점을 확인하여 서비스 개선을 위한 함의를 제공하고자 한다.

2. 연구절차

<표 1> 연구절차 요약

단계	진행된 세부내용
1. Q모집단 구축	-문헌 및 인터넷 자료조사를 통해 노인복지관 서비스 찾기
2. Q표본 선정	-항목의 중복을 배제한 상태에서 36개 아이템 추출 -사회복지사 3인에 의한 문항 검토 -신뢰도 측정(r=.796)
3. P표본 선정	-이용노인 25명, 사회복지사 32명 총 57명의 연구참여자 선정
4. Q분류	-소요시간 약 25분 -정상분포 모양으로 동의, 비동의, 중립 순으로 Q표본 배치 -분류결과에 대한 후속질문에 따른 추가적인 자료수집
5. 자료분석	-PC용 QUANL프로그램 활용 및 분석
6. 자료 해석	-유형별 대표문항 해석 -4단계의 면접자료 활용 -사회복지사 3인, Q방법론 전문가 1인에 으한 해석 타당도 검토

1) Q모집단과 Q표본

Q모집단은 노인복지관에서 제공하는 프로그램 및 서비스의 총체로서 보건복지부의 '노인보건복지사업안내'에 나타난 사업체계를 근간으로 하여 노인복지관에서 진행되고 있는 프로그램을 목록화 하였다. 정부의 사업계획에는 기관의 특수성을 고려한 프로그램 실시를 제안하고 있었으므로 특성화된 프로그램을 별도로 찾아야 했는데, 이를 위해 신문기사, 기관별 홈페이지에 게시된 홍보자료들을 토대로 항목들을 추가해 나갔다. 뿐 만 아니라, 노인복지관에 종사하는 사회복지사 3인에게 의뢰하여 연구자가 수집한 항목들에 추가할 수 있는 항목들이 있는지 확인하였다. 수집된 Q모집단 중 중복항목을 선별하여 최종적으로 36개의 Q표본을 확정하였고, 확정된 Q표본은 노인복지관 사회복지사 3인에게 항목의 포괄성에 대한 검토를 받았다. Q표본의 신뢰도를 측정하기 위해 김흥규(2008)가 제안한 방법에 따라 3명의 연구참여자에게 각각 1일, 2일, 3일차의 시간간격을 두고 Q분류를 진행하였으며, 분석결과 신뢰도는 r=.796으로 나타났다.

2) P표본의 선정

Q방법론은 소표본 원칙을 따르며 Q모집단이 포화된 상태에서는 어떤 P표본을 선정하는가는 그리 중요한 문제는 아니다(김흥규, 2008). P표본의 수는 Q표본의 반 이상 최대 Q표본의 수를 넘지 않는 것이 일반적이다(Watts and Stenner, 2012).

연구참여자인 P표본은 이용노인과 사회복지사로 각각 25명, 32명으로 총 57명이 본 연구에 참여하였다. 이용노인은 60대에서 70대가 주를 이루며 80대도 일부 포함되었으며, 남성 8명, 여성 17명, 이용기간은 1년 미만에서 8년까지 다양하였으며, 주간이용횟수 역시 1회에서 6회까지 다양하였다. 사회복지사는 남성 9명, 여성 23명, 연령대는 20대와 30대가 주를 이루며 40대도 일부 포함되어 있었다. 사회복지사의 노인복지관 경력은 1년 미만에서부터 9년까지 다양하게 구성하였다.

<표 2> 연구참여자의 특성

이용노인(n=25)			사회복지사(n=32)		
성별	남	8명	성별	남	8명
	여	17명		여	24명
연령대	60대	13명	연령대	20대	21명
	70대이상	12명		30대이상	11명
이용 기간	1년이하	8명	노인 복지관 근무경력	3년이하	20명
	1-3년	8명		3년초과	12명
	4년이상	9명			
주간 이용횟수	1-3회	15명			
	4-6회	10명			

3) Q분류

Q분류는 특정 항목에 대한 찬성과 반대를 묻는 것이 아니라 Q표본들이 한 사람 안에서 전체적으로 어떻게 구조화되어 분포하는가에 초점을 맞추는 것으로 전체적인 시각 속에서 상대적인 의미의 중요성에 따라 각각의 카드를 배치하게 된다(김흥규, 2008). 이를 위해 연구자는 Q표본을 각기 하나의 카드에 인쇄하여 총 36개의 카드를 동의, 비동의, 중립이거나 판단하기 어려운 항목들을 우선적으로 구분하게 한 후 동의, 비동의, 중립 또는 애매하다고 판단한 카드 묶음 순으로 Q분류 배치표에 따라 정규분포에 가깝게 할당하게 하였다.

<표 3> Q분류 배치표

구분	←비동의			중립			동의→	
	1점	2점	3점	4점	5점	6점	7점	8점
진술문 카드수	3	4	5	6	6	5	4	3

4) 자료분석 및 해석

이용노인 25명, 사회복지사 32명 총 57명에 대한 Q분류 결과는 각각 코딩하여 PC용 QUANL 프로그램을 활용하여 집단별로 분석하였다. 요인수의 결정은 고유치가 1이상에서 급격한 차이가 나타나다가 평준화가 이루어지는 기점과 해석가능성을 고려하여(이순묵, 2000) 결정하였다.

자료의 해석은 분석결과에서 각 유형별로 표준점수의 절대값이 1이상인 항목을 중심으로 이루어졌다. 연구참여자의 Q분류 결과에서 가장 동의 및 가장 비동의하는 항목 총 6개에 대해서는 면접을 통해 추가적인 의견을 수집하였고 이는 연구참여자의 동의에 따라 기록하여 연구결과의 해석에 유용하게 활용하였다. 끝으로 연구자가 1차적으로 해석하여 기술한 내용을 토대로 노인복지관 종사자 3인과 Q방법론 전문가 1인에 의해 해석의 타당도를 검증받았다.

Ⅲ. 연구결과

1. 자료분석 결과

이용자의 경우 4개 유형, 종사자는 3개 유형이 적합한 것으로 나타났으며 각 집단별 설명력은 종사자 45.05%, 이용자 43.17%로 나타났다.

<표 4> 요인별 요인고유치(eigen value)와 총 변량 비율

구분	이용노인				사회복지사		
	1유형	2유형	3유형	4유형	1유형	2유형	3유형
인원	6명	6명	5명	7명	13명	10명	9명
아이겐 값	4.6788	2.3739	2.0836	1.6556	8.7386	2.9572	2.7209
요인별 변량	.1872	.0950	.0833	.0662	.2731	.0924	.0850
누적 변량	.1872	.2821	.3655	.4317	.2731	.3655	.4505

2. 이용노인의 인식

1) 1유형: 활동적여가추구형

활동적여가추구형은 노인복지관을 신체적으로 건강하여 활동하는 데 어려움이 없는 노인이 주로 이용하는 것으로 인식한다. 노인복지관은 이용노인들의 활기찬 노후를 지원하는 기관이므로 학습프로그램, 일자리 지원, 자원봉사, 운동프로그램 등을 필수적인 프로그램 및 서비스로 인식하고 있다. 즉, 학습, 일자리, 자원봉사, 문화예술, 운동프로그램을 즐겨하는 특성을 보여준다.

활동적여가추구형이 선호하는 서비스들을 구체적으로 살펴보면, 컴퓨터교육과 아동교육을 위한 강사단 운영은 노인에게 익숙한 활동은 아니지만 세대 간의 효율적인 소통을 위해 필요하다고 본다. 이들은 일자리 관련 전문 상담 및 교육, 시장형일자리 개발 등과 같은 이용노인의 경제활동을 지원하는 서비스를 선호하는데, 이는 경제적인 자립과 외부활동을 통한 건강증진의 가능성을 염두에 두고 있기 때문이다. 소득활동 뿐 아니라 무급의 자원봉사활동에도 관심도가 높으며 남을 도우면서 존재의 의미와 자신감 회복을 경험하는 것에 큰 의미를 두는 것도 활동적여가추구형의 특징이다.

활동적여가추구형은 신체적으로 비교적 건강한 상태에 놓여 있을 가능성이 높은데, 건강을 유지하고 증진하기 위한 운동프로그램은 선호하지만 질병예방 및 진단, 질병관리프로그램, 무료 진료서비스 등에 대해서는 선호도가 낮다. 또한 이미 질환을 가지고 있는 경우에는 병원을 찾아가서 전문가를 만나는 것이 보다 효과적인 방법이며 질병관련 예방 및 치료서비스는 보건소의 역할이라고 본다. 즉, 건강한 노인을 위한 건강유지 및 증진 프로그램은 노인복지관의 주요 서비스로 적합하지만 진단 및 치료는 의료기관의 역할이라는 생각이 분명하게 드러난다.

<표 5> 활동적여가추구형의 긍정 및 부정 항목

구분	번호	Q 항목	표준점수
긍정	4	컴퓨터교육 프로그램(예. 홈페이지 만들기, 엑셀)	2.15
	10	아동교육을 위한 강사단 운영(예. 구연동화)	2.00
	12	일자리 관련 전문 상담 및 교육(예. 직무교육, 소양교육)	1.94
	3	문화예술프로그램(예. 무용, 실버밴드, 사물놀이, 하모니카)	1.31
	7	노인자원봉사활동(예. 건강검진도우미)	1.20
	14	시장형일자리 개발(예. 국수집, 빵집, 택배)	1.13
	1	건강증진을 위한 운동프로그램(예. 요가, 탁구, 스트레칭, 댄스)	1.06
부정	15	질병예방 및 조기진단프로그램	−1.00
	32	주거개선 사업(예. 도배, 난방시설정비)	−1.10
	16	질병관리프로그램(예. 당뇨노인을 위한 식단조절 프로그램)	−1.90
	17	무료 전문 진료서비스(양방, 한방)	−1.94

2) 2유형: 취약계층보호형

취약계층보호형은 노인복지관의 서비스는 경제적, 신체적으로 취약계층에 있는 노인들을 위해 제공되어야 한다는 입장이다. 이에 무료급식사업이나 무료 전문 진료서비스는 이들의 시각에서는 상당히 중요한 서비스들이다. 또한 독거노인을 위한 서비스를 중요하게 생각하여 첨단기술을 활용한 독거노인 응급안전 돌봄 사업, 독거노인방문지원서비스 등을 노인복지관의 주요 서비스로 본다.

또한 취약계층보호형은 노인들의 정서적 고립감을 중요한 문제로 인식하고 있어서 정신건강증진을 위한 전문 프로그램에 대해 그 중요성을 인식하고 있다. 수발이 필요한 동년배의 노인들을 누구보다 잘 이해할 수 있다고 스스로 생각하기 때문에 노노케어 활동을 선호하기도 한다.

<표 6> 취약계층보호형의 긍정 및 부정 항목

구분	번호	Q 항목	표준점수
긍정	21	무료급식사업(예. 식사배달, 경로식당)	1.91
	25	첨단기술을 활용한 독거노인 응급안전 돌봄 사업(예. 낙상센서설치)	1.72
	17	무료 전문 진료서비스(양방, 한방)	1.66
	23	독거노인방문지원서비스(예. 말벗, 안전관리)	1.31
	13	노노케어(노인의 노인을 위한 수발) 일자리	1.28
	18	정신건강증진을 위한 전문프로그램(예.우울치료 및 예방, 사별후 적응, 죽음준비)	1.02
부정	8	경로당을 위한 여가프로그램 지원	−1.02
	16	질병관리프로그램(예. 당뇨노인을 위한 식단조절 프로그램)	−1.12
	27	노인에 관한 인식개선사업(예.경로사상 캠페인)	−1.13
	10	아동교육을 위한 강사단 운영(예. 구연동화)	−1.36
	9	손자녀돌봄기술 교육프로그램(예. 손자녀와의 놀이방법 교육, 육아교육)	−1.76
	33	노년기 성교육(예. 성병 예방)	−2.03

활동적여가추구형이 세대 간 소통을 중요한 노년기의 발달과업으로 인식하고 있었다면, 취약계층보호형은 아동교육이나 손자녀 돌봄과 같은 활동에는 관심이 없을 뿐 아니라 체력저하로 할 수 없는 일로 여긴다. 또한, 활동적여가추구형과 달리 취약계층보호형은 새로운 것을 배우는 것에는 관심도가 매우 낮으며 복지관에 다양한 학습프로그램이 있더라도 자신에게 불필요하다고 생각하기 때문에 참석하지 않을 가능성이 높다. 노년기 성교육의 경우은 불필요한 것으로 여기고, 경로당을 위한 여가프로그램은 본인이 이용하지 않으므로 무관심하다. 심지어 이미 갖고 있는 질병에 대한 치료에는 관심이 있지만 질병을 스스로 관리하는 프로그램에는 관심이 없다.

취약계층보호형은 대체로 타인과 활발한 교류보다는 혼자서 하는 활동을 선호할 가능성이 높으며, 그 필요성을 절실히 느끼지 않는다면 정해진 규칙을 지켜야 하는 집단 활동은 기피할 가능성이 높다. 또한 노인에 대한 인식개선과 같은 외부체계의 가치관에도 별 관심이 없으며 본인의 삶을 스스로 살아간다고 믿으며 다소 고집스러운 모습을 보여주기도 한다.

3) 3유형: 일자리추구형

일자리추구형은 활동적인 노화를 추구하지만 여가활동보다는 경제적인 소득을 얻을 수 있는 일자리 참여를 통해 여가선용은 물론 삶의 의미와 보람을 경험하고자 한다. 이들의 경우 일자리만 있다면 사회교육, 봉사활동 등 다양한 여가활동에는 관심을 보이지 않는다.

<표 7> 일자리추구형의 긍정 및 부정 항목

구분	번호	Q 항목	표준점수
긍정	13	노노케어(노인의 노인을 위한 수발) 일자리	1.84
	21	무료급식사업(예. 식사배달, 경로식당)	1.76
	14	시장형 일자리 개발(예. 국수집, 빵집, 택배)	1.61
	11	파견형 일자리 알선(예. 경비,미화)	1.06
부정	32	주거개선 사업(예. 도배, 난방시설정비)	-1.25
	30	동년배 자조모임(예. 초기치매노인, 독거노인, 사별노인)	-1.33
	5	자율적인 선택식 여가프로그램(예. 당구, 노래방)	-1.43
	4	컴퓨터교육 프로그램(예. 홈페이지 만들기, 엑셀)	-1.61
	26	복합적인 문제를 가진 대상자에 대한 사례관리	-1.63
	31	오락을 위한 대형 행사(예. 가수초대, 명절행사)	-1.79
	29	여행 및 관광서비스	-2.15

일자리추구형이 선호하는 노인복지관의 서비스는 주로 일자리사업이며 다양한 일자리 참여는 각기 다른 의미를 가진다. 먼저 노노케어 일자리는 동년배를 돕고자 하는 이타심이 중요한 참여 동기로 작동하며 이에 대한 선호도가 다른 프로그램에 비해 높다. 시장형 일자리 개발은 노인도 일할 수 있다는 것을 사회에 보여 줄 수 있는 유의미한 서비스로 인식하고 있다. 파견형 일자리 알선은 경제활동을 통해 자녀에게 의존하지 않고 자립생활을 추구하기 위한 목적으로 선호하고 있다. 일자리추구형의 노인 일자리에 대한 다양한 인식을 통해 노인 일자리에 참여하는 노인들이 세부적으로 어떤 일자리 유형을 선호하는가는 해당 사업을 통해 노인들이 추구하는 목적에 따라 달라질 수 있음을 가설적으로 확인할 수 있다. 한편, 일자리추구형이 일자리 관련 서비스 이외에 선호하는 사업으로는 무료급식사업을 꼽았다. 이들이 무료급식을 중요하게 여기는 것은 자신에게 필요해서라기보다는 노인복지관을 이용하는 다른 노인들에게 식사를 제공하는 것은 기본적으로 중요하다는 생각에 근거한다.

일자리추구형이 선호하지 않는 서비스를 살펴보면, 여행 및 관광서비스, 오락을 위한 대형 행사는 예산 소모적이며 노인들에게 별 도움이 되지 않는다고 생각한다. 또한, 복합적인 문제를 가진 대상자를 위한 사례관리 역시 선호하지 않는다. 이는 개인의 문제는 보호받아야 할 사생활이기 때문에 개방하고 싶지 않은 노인들의 입장을 존중해야 한다는 생각에 근거한 것이다. 앞서 언급하였듯이, 일자리추구형은 동년배를 돕기 위한 이타심은 강하지만 자칫 사교적 만남에 그칠 수 있으므로 동년배 자조모임은 선호하지 않는다. 이들은 사회활동을 원하고 상당히 적극적으로 참여할 가능성이 있지만 스스로 판단하기에 의미 있는 활동에 선별적으로 참여할 가능성이 높으며 그 대표적인 활동이 일자리 참여인 것이다.

4) 4유형: 건강증진추구형

건강증진추구형은 노년기에는 건강을 유지하는 것이 가장 중요하다고 인식하고 있다. 따라서 건강증진을 위한 다양한 서비스를 선호하고 적극적으로 참여할 가능성이 높지만 일자리에는 관심이 없다. 건강증진추구형이 선호하는 서비스들을 살펴보면, 건강증진을 위한 운동프로그램, 정신건강증진을 위한 전문프로그램, 건강상태에 따른 운동처방과 맞춤형 운동서비스, 질병예방 및 조기진단프로그램 등 주로 건강에 관한 것들이다. 앞서 살펴본 취약계층보호형 역시 건강을 중요하게 생각한다는 점에서는 유사하지만, 취약계층보호형이 이미 건강이 약화된 상태에서 치료에 초점을 맞추고 있다면 건강증진추구형은 현재의 신체 및 정신적 건강을 유지 관리하는 데 적극적이라는 점에서 상이한 특성을 보인다.

또한 건강증진추구형은 세대 간 소통을 위해 컴퓨터 교육 프로그램을 선호하며, 이타심과 보람으로 자원봉사 활동에 참여하며 건강에도 유익한 점이 있다고 보는데 이 같은 특성은 활동적여가추구형과 유사한 점이다. 그러나 활동적여가추구형은 다양한 프로그램에 흥미를 보이며 활동적이고 적극적으로 노인복지관의 서비스를 이용할 가능성이 높은 반면, 건강증진추구형은 건강증진을 위한 도구적 활동의 차원에서 노인복지관을 이용한다. 예를 들어, 컴퓨터 교육에 참여하더라도 이들은 컴퓨터 활용능력을 높이기 위해 참여한다는 생각보다는 건강을 위해 운동 삼아 노인복지관에 가서 사람들과 어울릴 수 있는 프로그램에 참여하여 즐거움을 느끼면서 무엇인가 배우면서 인지기능이 쇠퇴하지 않도록 도모하는 것이 자신의 건강을 위해 이롭다고 생각하는 것이다.

건강증진추구형이 선호하지 않는 서비스 중 노년기 성교육, 노노케어 일자리, 파견형 일자리의 경우 발달단계를 고려했을 때 노년기에는 부적절하다고 본다. 특히, 노노케어 및 파견형 일자리는 건강을 위협할 수 있는 고부담의 활동이라는 이유로 기피한다. 또한 일자리 참여는 물질적 보상이 있지만 책임감이 따르므로 부담 없이 할 수 있는 노인자원봉사활동이 노년기에는 보다 적절한 생산적 활동이라고 본다. 또한, 건강증진추구형은 개별적으로 이미 친구나 가족 등의 지지체계를 가지고 있기 때문에 동년배 자조모임과 같은 서비스를 제공하는 것은 불필요하다고 본다. 그밖에도 보여주기 식의 오락을 위한 대형행사는 의미 없는 서비스라고 생각하며, 경로당 이용자들의 소극적인 참여를 고려한다면 경로당을 위한 여가프로그램 지원은 노인복지관도 나서서 지원을 할 필요가 없다는 생각을 한다. 덧붙여, 노인복지관은 이용노인의 주거개선까지 신경 쓸 여력이 없다고 인식한다. 이들이 보여주는 이와 같은 일련의 특성들을 고려할 때, 건강증진추구형은 건강증진 이외의 경제적 지원, 사회관계 등 다른 욕구들은 상대적으로 표출되지 않으며 개별적으로 충분한 지원체계를 이미 가지고 있을 가능성이 높다.

<표 8> 건강증진추구형의 긍정 및 부정 항목

구분	번호	Q 항목	표준점수
긍정	1	건강증진을 위한 운동프로그램(예. 요가, 탁구, 스트레칭, 댄스)	2.16
	18	정신건강증진을 위한 전문프로그램(예.우울치료 및 예방, 사별후 적응, 죽음준비)	1.50
	4	컴퓨터교육 프로그램(예. 홈페이지 만들기, 엑셀)	1.40
	20	건강상태에 따른 운동처방과 맞춤형 운동서비스	1.39
	7	노인자원봉사활동(예. 건강검진도우미)	1.28
	15	질병예방 및 조기진단프로그램	1.25
부정	8	경로당을 위한 여가프로그램 지원	−1.06
	11	파견형 일자리 알선(예. 경비,미화)	−1.19
	32	주거개선 사업(예. 도배, 난방시설정비)	−1.22
	31	오락을 위한 대형 행사(예. 가수초대, 명절행사)	−1.24
	13	노노케어(노인의 노인을 위한 수발) 일자리	−1.25
	30	동년배 자조모임(예. 초기치매노인, 독거노인, 사별노인)	−1.67
	33	노년기 성교육(예. 성병 예방)	−1.82

3. 사회복지사의 인식

1) 1유형: 독거노인중심형

독거노인중심형은 고령화의 진전으로 인해 독거노인이 증가하는 현실을 중요한 노인문제의 하나로 인식하고 있어서 취약계층에 속하는 이용노인들을 위한 서비스들을 선호한다. 이들은 여가를 지원하는 프로그램에 대해서는 관심이 크지 않으며 건강 관련 서비스는 노인복지관과는 맞지 않고 오히려 전문 의료기관의 역할이 중요하다고 생각한다.

독거노인중심형이 선호하는 서비스들을 살펴보면, 독거노인방문지원서비스, 독거노인을 위한 응급안전 돌봄 사업, 복합 문제에 대한 사례관리를 중요한 서비스로 인식한다. 독거노인의 안전을 살피는 것을 중요한 서비스로 인식하지만 현실적으로 인력이 부족한 상황이므로 이를 보완하기 위해 첨단기술 활용을 고려하고 있으며 독거노인의 문제가 복합적인 양상을 보이므로 이에 대한 통합적 사례관리도 중요하다고 본다.

또한, 독거노인중심형은 독거노인에게 충분한 자원전달이 이루어지기 위해서는 지역 주민들의 관심이 필요하고 지역의 후원업체와의 연계는 부족한 자원을 보충하는 데 도움이 될 것으로 생각한다. 따라서 노인에 관한 인식개선사업은 지역 공동체 안에서 독거노인 및 취약한 상황에 처한 노인들을 돕기 위해 지역주민들의 관심 촉발에 그 목적이 있다.

<표 9> 독거노인중심형의 긍정 및 부정 항목

구분	번호	Q 항목	표준점수
긍정	23	독거노인방문지원서비스(예. 말벗, 안전관리)	1.65
	25	첨단기술을 활용한 독거노인 응급안전 돌봄 사업(예. 낙상센서설치)	1.64
	26	복합적인 문제를 가진 대상자에 대한 사례관리	1.58
	36	후원업체연계 사업(예. 지역세탁소와 독거노인 세탁서비스 연계)	1.50
	7	노인자원봉사활동(예. 건강검진도우미)	1.42
	27	노인에 관한 인식개선사업(예.경로사상 캠페인)	1.06
	34	자립생활지원프로그램(예.남성노인을 대상으로 한 가사활동 교육)	1.05
부정	29	여행 및 관광서비스	−1.30
	17	무료 전문 진료서비스(양방, 한방)	−1.55
	20	건강상태에 따른 운동처방과 맞춤형 운동서비스	−1.70
	16	질병관리프로그램(예. 당뇨노인을 위한 식단조절 프로그램)	−1.87
	15	질병예방 및 조기진단프로그램	−2.10

한편, 독거노인들을 위한 여가활동으로 노인자원봉사활동을 중요하게 생각하고 있다. 자원봉사활동을 통해 사람들과의 교류를 확대하고, 수혜자라는 인식에서 벗어나 도움을 줄 수 있는 존재로서 긍정적 자기인식을 고양시킬 수 있으며, 지역 공동체 내에서도 어려운 가운데도 남을 돕는 건강한 노인 상을 제시할 수 있는 핵심적인 활동이라고 인식하고 있다. 즉, 독거라는 상대적으로 취약한 상황에서도 건강한 삶, 독립적인 삶을 살아갈 수 있는 긍정적 노인상을 구현하기 위한 지원을 노인복지관의 중요한 역할로 인식하고 있는 것이다.

독거노인중심형은 독거노인이 고독사와 같은 잠재된 위험요인을 가지고 있기 때문에 사전에 예방적으로 개입하는 것을 중요하게 생각하지만, 독거노인을 위한 질병예방 및 진단, 질병의 관리와 운동처방에 따른 맞춤형 운동서비스, 무료 전문 진료 등과 같은 건강관련 직접적 서비스는 노인복지관이 아닌 보건소와 같은 지역 의료기관의 역할이라고 생각한다. 그밖에, 여행 및 관광 등의 1회성 서비스는 비용 대비 효과성이 낮은 사업으로 인식하고 있다.

2) 2유형: 취약계층원조형

취약계층원조형 역시 독거 상태이거나 그 외 경제적, 신체적으로 상당히 취약한 상황에 처해 있는 노인들을 위한 서비스를 선호한다. 다만, 대상노인에 대한 관점과 개입 방안에 대한 관점이 독거노인중심형과는 상이하다. 독거노인중심형은 어려움에 처한 노인이라 할지라도 그들이 가지고 있는 건강성을 인정하고 그것을 촉진하기 위해 노력할 가능성이 높지만, 취약계층원조형은 수동적인 노인들을 염두에 두고 있다. 이런 이유로 취약계층원조형은 복합적인

문제를 가진 대상자에 대한 사례관리는 아주 기본적인 서비스 중 하나로 상당히 선호하며, 구체적인 개입방안 역시 무료급식, 찾아가는 서비스, 응급안전 돌봄 사업 등을 선호한다. 또한 서비스 이용노인들은 일방적으로 수혜를 받을 수밖에 없는 사람들이므로 이들을 위한 자원의 부족을 보완하기 위해 후원업체연계 사업이 중요하다고 본다.

<표 10> 취약계층원조형의 긍정 및 부정 항목

구분	번호	Q 항목	표준점수
긍정	26	복합적인 문제를 가진 대상자에 대한 사례관리	2.35
	23	독거노인방문지원서비스(예. 말벗, 안전관리)	1.92
	21	무료급식사업(예. 식사배달, 경로식당)	1.84
	35	찾아가는 서비스(예. 이동목욕, 이미용)	1.61
	25	첨단기술을 활용한 독거노인 응급안전 돌봄 사업(예. 낙상센서설치)	1.20
	36	후원업체연계 사업(예. 지역세탁소와 독거노인 세탁서비스 연계)	1.08
부정	28	전문지식함양을 위한 상담프로그램(예. 법률, 세무회계)	−1.10
	27	노인에 관한 인식개선사업(예.경로사상 캠페인)	−1.13
	33	노년기 성교육(예. 성병 예방)	−1.15
	10	아동교육을 위한 강사단 운영(예. 구연동화)	−1.50
	9	손자녀돌봄기술 교육프로그램(예. 손자녀와의 놀이방법 교육, 육아교육)	−1.71
	31	오락을 위한 대형 행사(예. 가수초대, 명절행사)	−1.83

동일한 맥락에서 취약계층원조형이 선호하지 않는 서비스들을 살펴보면 이용노인들에게 전문지식함양은 거의 불필요하며, 노인에 대한 인식개선보다는 노인 스스로의 자신에 대한 수용과 긍정적 인식을 증진하는 것이 더 중요하다고 생각한다. 취약계층원조형은 신체적으로 병약한 노인들에게 성교육은 불필요할 것으로 간주하고, 아동교육이나 손자녀 돌봄과 같은 활동 역시 불가능하다고 본다. 더욱이 오락을 위한 대형 행사가 이용노인들에게 즐거움을 줄 수 있지만 1회성에 그치는 오락 활동은 취약한 노인들의 심리적 상황을 근본적으로 변화시킬 수 없으므로 중요한 사업으로 보지 않는다.

3) 3유형: 여가·건강지원형

앞선 두 유형이 관점은 상이하지만 취약계층에 주안점을 두고 그들의 기본 욕구나 필요를 충족시키는 것을 우선시 했다면, 여가·건강지원형은 여가 활동 촉진을 통한 신체 및 정신 건강 증진을 보다 강조하고 있다.

여가·건강지원형 역시 독거노인을 주요한 서비스 대상자로 인식하지만 말벗이나 안전관리

수준의 방문지원서비스나 독거노인 스스로 식생활이나 약물복용과 같은 필수적인 기본 생활이 영위될 수 있도록 지원하여 독거노인중심형이나 취약계층원조형에 비해 상대적으로 개입의 수준이 얕아 보인다. 이는 한정된 인력과 자원으로 취약계층 노인에게 치중하기보다는 인적 물적 자원을 문화예술프로그램, 건강증진을 위한 운동프로그램, 정신건강증진을 위한 전문프로그램, 사회적 관계망을 확대하기 위한 동년배 자조모임, 노인에 관한 인식개선사업 등 보다 다양한 서비스를 다양한 노인의 특성을 고려하여 지원하는 것이 더욱 바람직하다고 보기 때문이다. 즉, 여가·건강지원형은 취약계층 노인은 일반 노인보다 긍정적 변화를 기대하기 어려우므로 가시적인 성과를 확인할 수 있는 일반노인 중심의 서비스 제공에 주안점을 두고 있다.

<표 11> 여가·건강지원형의 긍정 및 부정 항목

구분	번호	Q 항목	표준점수
긍정	30	동년배 자조모임(예. 초기치매노인, 독거노인, 사별노인)	1.79
	18	정신건강증진을 위한 전문프로그램(예.우울치료 및 예방, 사별 후 적응, 죽음준비)	1.44
	3	문화예술프로그램(예. 무용, 실버밴드, 사물놀이, 하모니카)	1.37
	1	건강증진을 위한 운동프로그램(예. 요가, 탁구, 스트레칭, 댄스)	1.31
	23	독거노인방문지원서비스(예. 말벗, 안전관리)	1.29
	27	노인에 관한 인식개선사업(예.경로사상 캠페인)	1.19
	24	독거노인생활교육(예. 식생활, 약물복욕)	1.18
부정	35	찾아가는 서비스(예. 이동목욕, 이미용)	−1.20
	10	아동교육을 위한 강사단 운영(예. 구연동화)	−1.23
	11	파견형 일자리 알선(예. 경비,미화)	−1.44
	22	이미용서비스	−1.58
	29	여행 및 관광서비스	−1.96

한편, 여가·건강지원형은 다양한 서비스에 대해 수용적인 태도를 보여주지만 아동교육을 위한 강사단 운영이나 파견형 일자리 알선과 같은 노인일자리 사업은 노인복지관의 주요한 사업이 아니라고 본다. 또, 이동이 불가능한 지역 노인을 위한 찾아가는 서비스나 1회성의 여행 및 관광서비스, 여가와 무관하고 이미 시장화 되어 있는 이미용 서비스는 선호하지 않는다.

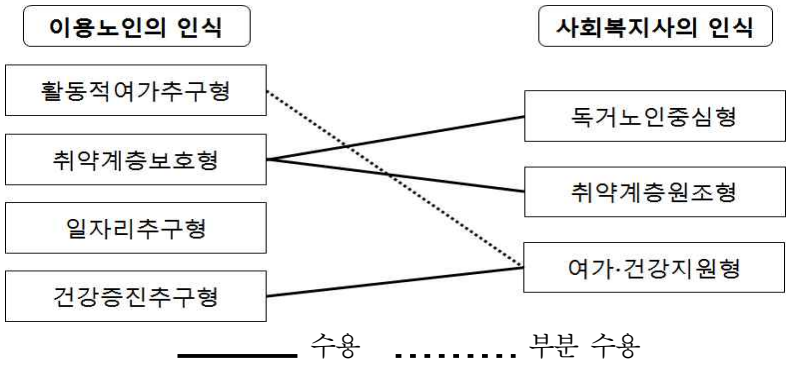
4. 이용노인과 사회복지사의 노인복지관 서비스 인식 비교

이용노인의 노인복지관 서비스 인식은 건강, 경제, 사회관계망과 같은 연구참여자의 개인특성과 노인복지관 서비스 이용 목적 등에 따라 4개 유형으로 나타났다. 첫째로 활동적여가

추구형은 신체적으로 건강하여 활동적 노화의 과정을 경험하고 있으며 보다 활기찬 노후를 지향하여 노인복지관 서비스를 이용하는 것으로 해석된다. 둘째, 취약계층보호형은 신체적 기능이 낮고, 사회적 관계망이 상당히 축소된 상태에서 경제적, 신체적 취약성에 따른 보호 서비스를 원하는 유형이다. 이들은 무료급식, 무료진료, 독거노인을 위한 안전 및 방문서비스, 정신건강증진프로그램, 노노케어 일자리 등을 선호한다. 셋째, 일자리추구형은 일이 갖는 복합적 기능성을 고려하여 경제활동을 통해 삶의 의미를 찾고 여가를 보내고자 하는 유형으로 노인복지관의 다양한 여가프로그램에 대한 관심도는 낮다. 이들은 다양한 일자리 사업이 노인복지관이 강화해야 할 서비스로 인식하며 사회서비스로는 무료급식사업 정도만을 선호한다. 넷째, 건강증진추구형은 가족 및 사적 관계망은 공고한 상태이나 노화에 따른 건강 악화에 대한 불안감을 갖고 있어서 이에 대한 대처로서 운동, 신체 및 정신건강관련 프로그램, 질병 예방 및 조기진단 등 건강관련 서비스에 관심이 크며 건강유지를 위해 서비스를 이용하는 유형이다.

다음으로 사회복지사의 노인복지관 서비스 인식 유형별 특성은 3개 유형으로 설명할 수 있는데, 이는 서비스 주요 대상의 정의에 따라 서비스 전달의 목적과 구체적인 서비스에 대한 인식이 상이하여 나타난 결과로 해석된다. 첫 번째 유형으로 독거노인중심형의 사회복지사는 서비스 주 대상을 신체적으로 건강한 독거노인으로 본다. 이들의 서비스 전달 목적은 독거노인의 사회적 관계망 확대와 이들에 대한 인식을 개선하는 것에 초점을 맞춘다. 둘째로 취약계층원조형은 신체 및 경제적으로 취약하며 심리적으로 다소 위축되어 소외된 노인들을 노인복지관 서비스 주 대상으로 인식하고, 취약하고 수동적인 노인을 위한 문제개입과 욕구충족이 서비스 전달의 목적이라고 본다. 셋째로 여가·건강지원형은 현재 노인복지관 서비스들 중 사회교육 프로그램 중심으로 활발하여 이용 중인 다양한 노인층을 서비스 주 대상으로 보고 이들의 여가활동 촉진은 이용노인의 신체 및 정신적 건강 증진 서비스 전달의 주요 목적으로 본다.

이와 같은 이용노인과 사회복지사의 노인복지관 서비스에 대한 인식 유형별 특성에 근거하여 이용노인의 관점을 서비스 전달자인 사회복지사가 어느 정도 수용할 수 있는 지를 부분 수용과 수용으로 구분하여 도식화 하였다(그림 1). 그 결과를 해석해 보면 다음 사항을 추론할 수 있다.



<그림 1> 노인복지관 서비스에 대한 이용노인과 사회복지사의 인식 비교

첫째, 활동적여가추구형 이용노인의 서비스 욕구는 여가·건강지원형에 의해 부분 수용 될 수 있다(표 5, 11). 여가·건강지원형의 경우 활동적여가추구형의 욕구를 각종 문화예술프로그램이나 건강증진을 위한 운동프로그램 등을 통해 부분적으로 수용될 수 있다. 그러나 활동적여가추구형이 원하는 일자리 사업 등의 경제활동 지원서비스를 여가·건강지원형는 선호하지 않아서 이들의 욕구를 충족시켜 줄 수 없다.

둘째, 취약계층보호형 이용노인의 서비스 욕구는 독거노인중심형과 취약계층원조형의 서비스 인식을 보이는 사회복지사에 수용될 수 있다(표 6, 9, 10). 취약계층보호형 이용노인의 서비스 이용목적은 경제적, 신체적으로 취약한 부분을 보호 받는 데 있고, 취약계층원조형의 사회복지사는 이와 같은 유형의 이용노인의 문제개입과 욕구 충족을 위해 적극적으로 서비스를 제공하는 것이 노인복지관의 서비스 전달의 목적이라 생각한다. 또한, 독거노인중심형의 사회복지사의 경우 취약한 상황에 있는 이용노인이 독거인 상황이라면 그들을 위한 방문지원서비스, 사례관리 등을 진행할 것이며 필요한 자원을 확대하기 위해서도 적극적으로 개입하여 취약한 상태의 이용노인의 욕구를 충족시킬 수 있을 것이다.

셋째, 건강증진추구형 이용노인의 서비스 욕구는 여가·건강지원형에 의해 수용될 수 있다(표 8, 11). 건강증진추구형 이용노인은 활동적여가추구형에 비해 활동성이 높지 않고 건강을 해치지 않는 수준에서 운동프로그램이나 단순한 자원봉사활동 등을 통해 노인복지관 이용에 충분히 만족할 수 있다. 이들이 원하는 수준의 서비스는 여가·건강지원형이 제공하는 문화예술프로그램, 운동프로그램 등으로 충분히 만족될 수 있는 수준이다.

끝으로 일자리추구형 이용노인의 서비스 욕구는 쉽게 수용되기 어려울 것으로 사료된다(표 7). 일자리추구형은 일을 통해 삶의 의미를 발견하고 일이 곧 여가라고 인식하는데 노인복지관의 사회복지사는 이러한 이용노인의 관점을 수용하기에는 부족하다. 독거노인중심형이나 취약계층원조형 노인문제에 대처하기 위한 사회서비스 전달 중심으로 노인복지관 서비스를 인식하고 있으며, 여가·건강지원형은 일자리 서비스를 선호하지 않아서 일이 여가를 대신할 수 있다는 이용노인의 인식을 수용하지는 못하는 것으로 해석할 수 있다.

Ⅴ. 결론

본 연구의 목적은 노인복지관 서비스에 대한 이용노인과 사회복지사의 다양한 관점을 각기 확인하고, 양측의 관점을 비교분석하는 것이다. 연구결과 이용노인은 4개 유형, 사회복지사는 3개 유형으로 노인복지관 서비스에 대한 인식을 확인할 수 있었고 이는 각각 43.17%, 45.05%의 설명력을 갖는다. 이용노인의 경우 ‘활동적여가추구형’, ‘취약계층보호형’, ‘일자리추구형’, ‘건강증진추구형’으로 노인복지관의 서비스에 대한 인식 유형화가 이루어졌고, 사회복지사의 경우 ‘독거노인중심형’, ‘취약계층원조형’, ‘여가·건강지원형’으로 구분하여 노인복지관 서비스에 대한 인식을 확인하였다. 이용노인과 사회복지사의 각 유형별 특성에 근거하여 양측의 관점을 비교분석하여 사회복지사가 간과하고 있는 이용자의 욕구가 없는 지를 확인해 보기 위해 이용노인의 관점을 사회복지사가 얼마나 수용할 수 있는 지를 도식화하였다

(그림 1). 그 결과, 일을 통해 여가를 보내려고 한다거나(일자리추구형의 이용노인) 단순히 건강 유지를 위해서가 아니라 활기찬 노후를 지향하는 적극적인 이용노인(활동적여가추구형)의 욕구는 사회복지사와의 관점 차이로 인해 간과될 수 있음을 확인하였다.

이와 같은 연구결과를 통해 노인복지관 서비스 조성과 전달에 있어서 다음과 같은 논의가 가능하다.

첫째, 이용노인의 노인복지관 서비스에 대한 4가지 인식유형을 살펴보면 복합적인 기대와 욕구가 표현되어 노인복지관의 포괄적 기능성은 유지되어야 할 것으로 보인다. 다만, 다양한 서비스 욕구 중 우선되는 욕구는 무엇인지 기관의 지역적 기반과 주 이용자 특성을 세밀하게 분석하여 사업을 조정해야 할 것이다. 현재 노인복지관은 기본사업과 선택사업 중 기본사업에 수행에 필요한 인력을 최대한 배치하여야 하고(보건복지부, 2016) 이용노인의 여가욕구사정을 통한 맞춤형 서비스 전달과 지역특성을 고려한 효과적인 서비스 전달을 꾀하고 있다. 그러나 실제로 정부에 의해 제안된 9개 기본사업이 포함하는 구체적인 서비스의 내용이 포괄적이어서 지역특성과 이용노인의 욕구에 기반한 사업 조정의 탄력성을 담보하기가 어려운 측면이 있다. 엄기욱(2013)의 제안처럼 노인복지관의 유형을 먼저 구분하여 유형별 기본사업을 설정하고 각 기관들의 사업 조성에 융통성을 발휘할 수 있도록 개선할 필요가 있다. 이를 위해서는 노인복지관 사회복지사들이 지역특성과 이용노인의 욕구를 정확하게 파악할 수 있는 조사연구 능력을 갖추고 있어야 할 것이다.

둘째, 사회복지사는 노년기의 복합 문제를 해결하기 위한 사회서비스를 노인복지관의 중점서비스로 인식하는 것을 확인할 수 있다. 독거노인이나 취약계층노인을 위한 서비스나 노년기의 건강 문제를 해결하기 위한 여가 및 건강지원 서비스는 노인에게 필수적이며 노인복지관의 주요 역할이라 볼 수 있다. 하지만 노인복지관의 사회복지사의 인식이 문제 중심의 접근에 머무르고 있다는 것은 고령사회를 앞둔 현실에서 변화가 필요한 부분이다. 해외 문헌에서는 노인인구 증가와 베이비부머의 고령화 등으로 다양한 형태의 시니어센터가 나타났고, 기존의 시니어센터들도 혁신을 통한 새로운 모델을 구현해 가고 문제에 대한 개입에서 나아가 건강한 노화(healthy aging)에 대한 관심이 높다(Pardasani and Thompson, 2012). 우리의 경우도 예외는 아닐 것이다. 고령화에 따른 기회요인을 포착하고, 노인의 건강, 독립, 활동, 사회·경제적 기회와 참여를 개선하여 사회에 적극적으로 기여할 수 있는 정책방향을 설정하는 것이 중요한 사회적 과업이 된 것이다(김교성·김수연, 2014). 이러한 현실은 사회 인식의 변화를 요구하며 노인복지관의 사회복지사도 노인의 문제 중심의 관점에서 탈피하여 보다 건강한 노후를 위해 이용노인이 필요를 조망할 수 있는 역량을 갖추어야 할 것이다.

셋째, 이용노인과 사회복지사의 관점비교를 통해 사회복지사는 이용노인의 관점을 이해하려는 노력이 필요하다. 구체적으로 노인에게 일은 소득 활동 이상으로 사회적 기여로서 일을 인식하거나 평생을 일 중심으로 살아온 경우 일이 곧 여가의 중심이 될 수 있는데(김현정 외, 2016) 사회복지사는 이러한 노인의 관점을 충분히 이해하지 못하고 있다. 그 결과 활동적여가추구형이나 일자리추구형의 이용노인들이 일자리를 원해도 사회복지사들은 이들의 욕구를 실제로 충족시키기 어려운 한계를 보일 수 있다. 특히, 베이비부머의 고령화가 노인복지서비스의 지각변동의 원인으로 지적되고 있는 상황에서 이들의 일과 사회참여에 대한 욕

구는 두드러진 특징 중 하나임(MaloneBeach and Langeland, 2011)을 주지해야 할 것이다.

넷째, 일부 유형의 이용노인과 사회복지사가 선호하지 않는 서비스들에서 노인복지관이 아닌 다른 공급주체의 역할이라는 인식이 드러나서 노인복지관의 주요 서비스 규정에 있어서 여타의 노인복지서비스 공급주체와의 배타적 역할 정립을 먼저 고려할 것을 제안한다. 구체적으로 본 연구에서는 건강 및 질병 관련 서비스의 경우 일부 유형에서는 선호하는 서비스이지만(취약계층보호형, 건강증진추구형의 이용노인) 다른 유형(활동적여가추구형의 이용노인, 독거노인중심형의 사회복지사)에서는 보건소를 통해 보다 전문적인 서비스를 받을 수 있으므로 노인복지관의 서비스가 아니라고 본다. 최근의 노인복지관의 역할에 대한 재논의의 배경으로 지역사회 내 여가, 일자리, 케어서비스 등 노인복지서비스 공급 주체가 다양화되면서 노인복지관의 역할과 기능이 모호해졌다는 지적(원영희·최혜지, 2015)은 노인복지관의 서비스 규정에서 유념해야 할 부분이다. 나아가 서비스를 이용노인의 입장에서 서비스 이용 만족도를 높이기 위해 서비스 공급주체의 경계 설정과 더불어 상호협력과 연계를 활성화 하는 방안도 강구되어야 할 것이다(Pardasani, 2004).

끝으로 본 연구는 노인복지관 이용노인과 사회복지사의 서비스에 대한 다양한 인식을 탐색하여 주요 논의사항을 제안하였지만 연구방법론의 특성상 일반화가 어렵다는 한계가 있다. 또한, 인식의 다양성을 가설적으로 제안하였으나 우세하는 관점이 무엇이며 그에 관한 양화된 근거를 명료하게 제시할 수 없고, 서비스의 우선순위도 제안하지 못한다는 한계점이 있다. 이 같은 연구의 한계점은 추후 양적 연구를 통해 보완되기를 기대한다.

참고문헌

강영식·박병관(2008), "노인의 욕구영역에 따른 노인복지관 노인교육프로그램의 선택 속성", 「노인복지연구」, 41:327-352.

김경혜·김선자·노은이·김현정(2010), 「초고령 사회 서울의 변화전망과 정책과제」, 서울시정개발연구원.

·김교성·김수연(2014), "'활동적 노화'에 관한 다차원적 측정과 국가간 비교", 「사회복지정책」, 41(1):1-32.

김현정(2014), "노인복지관 기능성 제고를 위한 이용노인과 사회복지사의 인식유형화 연구: Q 방법론을 중심으로", 「노인복지연구」, 66:257-286.

김현정·강은나·배혜원(2016), "은퇴전환기 남성 중고령자의 여가인식 유형화 연구", 「보건사회연구」, 36(2):192-226.

김흥규(2008), 「Q방법론: 과학철학, 이론, 분석 그리고 적용」, 서울: 커뮤니세이션북스(주).

박영란(2013), "노인복지 서비스 재편 및 노인복지관 종합대책(안)". 「고령사회노인복지관의 서비스 종합대책 토론회 자료집」, 김성주국회의원실, 한국노인종합복지관협회, 3-42.

백혜영(2012), "노인복지관 이용노인의 사회적 지지가 심리적 복지감에 미치는 영향- 여가활동 만족의 매개효과를 중심으로", 「사회과학연구」, 28(4):73-92.

보건복지부(2016), 「2016 노인보건복지사업 안내」.

엄기욱(2013), "100세 시대 차세대 노인복지관 운영 모형(안)", 「고령사회노인복지관의 서비스 종합

대책 토론회 자료집」, 2013. 7. 24. 김성주국회의원실, 한국노인종합복지관협회, 63-100.
원영희·안정선(2014), “노인복지관 서비스 욕구 기반의 사업조정 방안 연구: 서울시 A 구를 중심으로”, 「노인복지연구」, 65:83-108.
원영희·최혜지(2015), “핵심사업을 통해 본 노인복지관 역할의 중심성과 고유성-서울시 노인복지관을 중심으로”, 「사회복지 실천과 연구」, 12(2):104-136.
이순묵(2000), 「요인분석의 기초」, 서울:교육과학사
이종경, 이은주(2010), "노인의 여가스포츠 활동감가와 스트레스 및 자살생각 감소의 관계", 「한국여가레크레이션학회지」, 34(3):17-26.
이윤경·정경희·오영희·염주희·김향아(2012), 「노인여가복지서비스 발전방안 연구」, 보건복지부·한국보건사회연구원
이혁(2012), "노인복지관 여가 프로그램에 참여하는 노인의 라이프스타일과 삶의 질의 관계", 「한국사회체육학회지」, 49:603~615.
장호중·김정묵(2011), "노인복지관 여가스포츠 참가자의 참가정도와 건강증진생활양식 및 삶의 질의 관계", 「한국체육과학회지」, 20(3):309-322.
통계청(2011), 가정별 연령별(전국) 추계인구
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B01001&conn_path=I3
허선영·윤민석(2014), “노인복지관 이용 예측요인에 관한 연구: 앤더슨 모형의 적용”, 「노인복지연구」, 64(단일호), 165-186.
Calsyn, R. J. and Winter, J. P.(2000,) Who Attends Senior Centers?. *Journal of Social Service Research*, 26(2): 53-69.
Crimmens, E. M., Hayward, M. D., Hagedorm, A., Siato, Y., and Brouard, N.(2009). Change in disability-free life expectancy for Americans 70 years and older. *Demography*, 46:627-646.
Fitzpatrick, T., Gitelson, R., Andereck, K., & Mesbur, E. (2005). Social support factors and health among a senior center population in Southern Ontario, Canada. *Social Work in Healthcare*, 40(3):15-38.
Fitzpatrick, T. R., McCabe, J., Gitelson, R. and Andereck, K.(2006), Factors That Influence Perceived Social and Health Benefits of Attendance at Senior Centers. *Activities, Adaptation & Aging*, 30(1):23-45.
MaloneBeach, E. E., and Langeland, K. L.(2011), Boomers' prospective needs for senior centers and related services: A survey of persons 50-59. J*ournal of gerontological social work*, 54(1):116-130.
Pardasani, M(2004), Senior Centers: Focal Points of Community-Based Services for the Elderly, *Activities, Adaptation & Aging*, 28(4):27-44
Pardasani, M(2010) Senior Centers: Characteristics of Participants and Nonparticipants, *Activities, Adaptation & Aging*, 34(1):48-70
Pardasani, M. and Thompson, P.(2012), Senior Centers: Innovative and Emerging Models, *Journal of Applied Gerontology,* 31(1):52-77.
Taietz, P. (1976). Two conceptual models of the senior center. *Journal of Gerontology*, 31:219-222.
Watts, S., and Stenner, P.(2005), The subjective experience of partnership love: A Q methodological study. *British Journal of Social Psychology*, 44(1): 85-107.

주제 3

울주군 고령주민의 생활인식 프레임에 관한 연구

발표: 전상환(나누우리 연구소 소장, 행정학박사)

울주군 고령주민의 생활인식 프레임에 관한 연구

전 상 환*

국문초록

선행연구에서 고령화 인원의 근본적인 인식체계 프레임을 찾아 밝히는 연구는 거의 찾아볼 수가 없다. 그들이 가진 프레임으로 의식하고 표현하며 그속에서 행동으로 생활하는 밑바탕을 말한다. 그들은 첫째, 체험 및 경험한 상위프레임의 지배적인 영향, 둘째, 자아 중심으로 이루어진 자녀 최우선·절약정신이라는 정체성·특성부여의 맥락프레임(또는 self-frame), 셋째, 손익·위험·실체라는 관점프레임이 존재하고 있었다. 사건에 지배적으로 영향을 미치는 상위프레임은 처음 겪고 연속되는 지진, 이어지는 태풍의 공포라는 사건이 시간 및 공간적으로 함께할 때 위험프레임이 상위프레임으로 작용하는 것을 알수 있었다. 이러한 결과는 저출산·고령화와 주민생활 인식프레임을 명확히 체화된 인지(Embodied Cognition)로 지각되어야만 각 정책이 바람직하게 긍정적 효과를 얻을 수 있을 것이라 생각된다. 앞으로 고령인구의 심리 측면의 질적연구를 통해 후속연구가 이루어져 한국의 노령화에 대한 이론적 바탕을 정립하고 이를 정책에 반영하기 위해 지속적으로 연구되어져야 하겠다.

주제어 : 고령화, 프레임, 주민생활, 저출산·고령화

I. 서 론

최근 우리나라의 연구와 정책 관심은 저출산과 고령화[1)]가 정책 및 사회에 미치는 영향에 주로 관심을 가지고 있다. 2016년 10월 13일 국회예산정책처 에서의 「저출산 위기, 길을 찾다」 의 세미나에서 첫째, 2001년 이후 합계출산율이 1.3명 미만인 초저출산 현상이 장기화 됨에 따라 생산인구 감소와 인구절벽 등으로 사회전반의 심각한 위기가 예상되는 상황이다. 둘째, 정부의 3차에 걸친 저출산 기본계획을 통한 대응노력에도 불구하고, 뚜렷한 문제해결의 성과가 나타나고 있지 않아 저출산 대응방향에 대한 점검이 필요하다. 셋째, 최근 국회에서도 「저출산고령사회대책 특별위원회」 가 설치되고, 정부 및 학계에서도 저출산·고령화 대책 등 활발한 연구와 논의가 진행 중이다. 이는 저출산의 원인 및 고령화 문제 인식과 대책이 대상자들에게 공감하고 체감되어지지 않다는 것이다.

그러면 통계청에서 발표한 자료에 의하면, 2015년의 합계 출산율은 1.24명으로 43만여명, 사망자수 27만명으로 인구자연증가는 전년보다 2.8% 감소한 16만여명이고 2028년에는 인구자연증가가 “0”이 되며 2030년부터 인구가 본격적으로 감소한다는 것이다. 여기에서 10대 사망률은 16.4%(100여명)로 감소하고 90세이상 사망률은 3.9%(195.2천명)로 증가하고 있

* 나누우리 연구소 소장(행정학박사)

1) 고령화의 기준은 나이로 65세 이상으로 분류할 수 있으나 세분화하여 장년(65세 이상), 고령(75세 이상), 초고령(90세 이상)으로 잠정 분류한다. 이는 인식·판단·행위능력을 고려한 것이며 치매, 환각 등의 환자상태는 제외됨을 밝혀둔다. 사회에서의 주민생활 가능상태로 구분할 수 있다.

다(통계청, 2016).

2015년 고령화(65세 이상)는 총인구 5,062여만명 중 662만여명 13.1%, 유소년(0-14세)은 7,400명 13.9%이고 총부양비(생산가능인구 1백명당)는 37명, 노년부양비(생산가능인구 1백명당)는 17.9명, 유소년부양비(생산가능인구 1백명당)는 19.0으로 집계되었다.

노령화로 인한 문제의 인식과 평가는 주관적 연령을 기준으로 첫째, 노년부양비를 최우선시 하면서 미래세대에 경제적 부담 요인으로 생각한다(전혜성, 2009; 김진구, 윤은기, 2007; 김미숙, 김형수, 2003; 한정란, 2000;). 초고령사회로 접어들면서 생활력이 없는 노인의 부양 문제는 결국 젊은 세대들의 몫이 되고 있을 뿐이다. 출산율저하와 노년인구 증가는 노인세대로 하여금 젊은 세대들에게 경제적 부담을 전가시키는 일이 되고 있다.(Kalish, 1979). 둘째, 위험에 처한 노인(at-risk elder)에 대한 관리·보호에 관한 내용이다(정주은·송현주, 2012; 우국희, 2011; 이혜경·이병록, 2008). 자기이익을 어떻게 획득하고 관리하느냐에 따라 불평등 수준이 달라지게 되는 이른바 노화에 따른 정치경제학 이해관계로 접근한다.(Minkler & Estes, 1984). 셋째, 사회참여 및 여가 활동 서비스이다(이재광 외, 정주원, 2009; 임춘식, 2003). 노인문제를 이해하는 하나의 틀로서 단순히 '개인문제'라는 차원과 '사회구조적' 문제라는 관점에서 논의되고 있다.(Carr & Kamp, 2011).

이러한 고령인원에 대한 경제, 관리, 사회참여의 3가지 분야에서 대부분 연구되어지고 있으나 보다 근본적인 고령인원의 생애와 생활문제에 대해 접근을 시도하는 연구가 일부 발견되고 있다. 인생을 오랫동안 경험한 고령자는 각 개인이 전 생애에 걸쳐 경험하고 체험한 사실에서 다양함이 축적된 결과로 존재한다(Nelson & Dannefer, 1992). 일상생활을 살아가고 있는 고령집단은 시간과 공간의 맥락에서 다양한 사회적 관계를 경험하게 디는데, 잦은 질병과 노화, 사회복지서비스, 경제적 문제와 관련하여 전문가들과 상호작용하게 된다(김주현 외, 2016: 10).

고령인원의 시간적 공간적 측면에서 다양한 생애주기의 체험과 경험이 인식에 고착화되어 고령인원이 인지하여 표현과 행동되어지는가? 이러한 고령인원의 근본적인 가치관, 정해진 틀이 존재하는가?에 대한 의문을 가지고 접근해 볼 필요성을 느꼈다. 일반적인 프레임에 관한 연구는 개인 및 집단에 대한 갈등관계 파악을 이해 연구되어지고 있었지만 80세 이상의 고령인구에 대한 인식 프레임 측면에서 연구되어진 논문이 희귀하였다. 따라서 본 연구의 목적은 우리나라의 고령노인의 의식 및 인식구조를 현장 주민 생활에서 관찰, 체험, 담론을 통해 시론적 연구를 하는 것이다. 즉, 노년기의 문제는 기본적으로 남녀 성인들이 사회에서 어떻게 노화과정에 반응하고 적응하는 가를 조사 평가하는 것이다(Phillipson & Baars, 2007).

Ⅱ. 이론적 논의 및 선행연구 검토

1. 프레임 이론

프레임에 대한 일반적 개념을 Kaufman, et al(2003)의 연구를 빌려 먼저 살펴본다.

프레임은 사람들이 복잡한 생각 정보(information)를 이해하는 데 도움이 되는 인지 틀(cognitive frame)이다. 우리가 우리 주변의 세계를 인지하고 자신의 입장에서 해석하여 다른 사람에게 자신들의 세계를 표현하는 것이며, 우리가 복잡하게 구조되어진 현상(phenomenon)을 일관성 있게 이해할 수 있는 범주로 구성하는 데 도움이 된다. 우리는 눈에 보이는 현상을 분류할 때 기존에 자신이 가지고 있는 인지 틀에서 무의식적으로 작용되어 지각(perception)하고 표현한다. 그런 이후에 일부 관련이 없는 것은 무엇인지? 다른 측면에서 관찰하고 그 현상에 대해 의미를 부여한다. 따라서 프레임은 사람들의 인식을 여과(filtering)하고 문제에 대한 비전의 장을 제공함으로써, 선택적 단순화를 통해 의미를 제공하는 것으로 볼 수 있다.

George(2002,2009)의 “인식과 상호작용(Perception and Interaction)”에서 우리는 구조화된 전체뿐만 아니라 각각의 감각이 신체상에 내장되어 경험하게 된다. 사람에게 정보로 입력되는 감각인 시각, 청각, 냄새, 맛, 근육의 긴장, 감동, 균형, 온도, 통증 등은 신경(뉴런)의 자극으로 시작한다. 지각(知覺)의 대상을 형성하는 통합적 구조인 직관(gestalt)은 유사한 항목을 그룹화 하는 경향이 있다. From & Franz(1971: 7, 69)는 사람들에게 다양한 영화를 보고 그들이 본 것을 설명토록 하였는데, “행동과 심리적 상태를 인식하게 하고 느끼는 감(Sens)에 지배되는 지각에 의해(sequence) 행동하는 것으로 이를 설명하는 사람 각각의 의도, 목적, 의미에 따라 다르다”고 하였다.

사회학자인 Goffman(1974)은 프레임을 본격적인 과학적 분석 대상으로 전환을 시도하였다. Goffman(1974: 10-11)은 프레임을 ‘개인으로 하여금 구체적 사회 사건들을 명명하고 인식하며 위치시키도록 하는 해석적 스키마(the schema of interpretation)’라고 하면서, 다양한 사회적 상호작용 속에서 무엇이 행해질 것인가에 대한 해답을 제공해주고 상황에 대한 정의를 내리게 해 줌으로서 경험의 조작화에 핵심적 기여를 하는 것으로 개념화하였다(주경일 외, 2003: 196 재인용).

Kahneman & Tversky(1981)는 문제가 프레이밍 되는 방식에 따라 개인의 선택이 달라진다는 기대이론(expectancy theory)을 정립하고 휴리스틱스(heuristics) 개념[2]을 제시하였다. 1990년대부터 사회 갈등에 대한 통찰력을 얻기 위해 프레임에 대한 사회학적 이론을 사용하였다. 프레임은 문제의 특정 측면에 해석 렌즈로 작동하고, 갈등은 자신의 목표 달성을 위해 투쟁(struggle)하므로 제어하거나 처리하기 어려운 난치성이며, 오랫동안 극단으로 문제해결을 회피하는 것과 같이 복잡하게 진행된다고 정의한다(Lewicki, et al., 2003).

Habermas(2014a)의 의사소통 행위 이론(Communicative Action, 원제 Theorie des kommunikativen Handelns)은 “사회 과학을 발견할 수 있는 방법을 찾는 언어의 이론(the social sciences in a theory of language)”으로 첫째, 합리성 개념의 개발은 현대 철학과 사회 이론의 주관적이고 개인주의적 전제에 의해 연결되지 않는 제한을 받고, 둘째, 체계 및

2) 불확실성 하에서 인간이 제한된 합리성(bounded rationality)으로 의사결정을 내릴 때, 편의적이고 발견적인 접근을 통해 해답에 이르려는 방법을 말한다. 편향(bias)된 오류, 주관성이 내재한다.

생활세계 패러다임을 통합이라는 사회의 2가지 레벨 개념을 구성하며, 그리고 마지막으로, 밑그림(sketch)에서 벗어나 배경에 대해 분석하고 새로운 방향을 제안하는 방식으로 그 병리의 원인(가치를)을 찾는 현대의 중요한 이론이다.

위의 프레임이론에서 학자들에 따라 다양하게 정의하고 있으나 프레임은 이미 구성되어 있는 인식의 틀이라면, 프레이밍(framing)은 상황에 대한 이해와 해석을 통해 '프레임 창출(the creation of frames)'과정을 나타내고 결과는 프레임 전환(reframe)으로 나타난다. 즉, 자신의 마음이 신념, 가치와 일치(선호 선택)할 때 생각(마음)에 굳어져 내재되어 있는 것을 '프레임'으로 정의한다. 이러한 생각(마음)을 해석하기 위해 뇌의 인식작용, 심리적 상호작용, 인지 구조 등을 파악하기 위해 프레임 분석이 이루어지는 것이다(전상환, 2015: 19).

2. 고령화

고령이란 용어에 대한 정의는 보편적으로 일정한 것은 아니다. 한국의 고령자 고용촉진법 시행령에서는 55세 이상을 고령자, 50~54세를 준고령자(2조)로 규정하고 있으나 UN은 65세 이상의 인구가 총인구에서 차지하는 비율이 7% 이상일 때 고령화사회(AgingSociety)라고 보고 있다. 65세 이상 인구가 총인구를 차지하는 비율이 14% 이상을 고령사회(AgedSociety)라고 하고, 65세 이상 인구가 총인구를 차지하는 비율이 20% 이상을 후기고령사회(post-agedsociety) 혹은 초고령사회라고 한다. 인구의 고령화 요인은 출생률의 저하와 사망률의 저하에 있다. 평균수명이 긴 나라가 선진국이고 평화롭고 안정된 사회를 상징하는 의미에서 장수(長壽)는 인간의 소망이기도 하지만, 반면 고령에 따르는 질병·빈곤·고독·무직업 등에 대응하는 사회경제적 대책이 고령화사회의 당면 과제이다(네이버 지식백과, 2016 검색)..

한국의 2016년 5월 노인인구비율은 13.5% 한국의 65세 이상 노인인구는 501만 6천 명으로 전체 인구의 10.3%에 이르며, 2026년에는 전체인구의 20%에 이를 것으로 추정된다. 2060년에는 생산가능인구 100명이 부양해야 되는 노인이 77.16명에 이른다. 전문가들은 이런 추세대로라면 머지않아 저출산·고령화가 국가 경제에 재앙이 될 것이라고 경고하면서 대책 마련을 촉구했다. UN추계에 의하면 2025년에 65세 이상의 인구가 총인구에서 차지하는 비율은, 일본 27.3%, 스위스 23.4%, 덴마크 23.3%, 독일 23.2%, 스웨덴 22.4%, 미국 19.8%, 영국 19.4%로 예측되고 있다(여인숙·김춘경, 2006; 강은정, 2007, 국회예산정책처, 2014)

후기고령자(65세 이상)는 전기고령자에 비해 건강정도와 소득수준이 낮아서 여가 및 문화생활을 유지할 수 있는 가능성이 낮다(최영출·최종암, 2007; 이혜경·이병록, 2008). 자기방임(self-negiect) 노인은 학대 또는 불결, 라이프스타일 등 각 나라마다 상이한 관점과 접근을 취하며 대체로 노인과 관련될 때는 긴급한 개입을 요하는 문제로 접근되고, 자기방임 노인의 욕구사정보다는 노인 자신과 지역사회의 안전에 보다 중점을 둔다는 점에서 위험관리적 접근이 적용되도 있는 대표적 영역이라 볼 수 있다(우국희, 2011: 263).

한국의 노인인구가 증가하고 인구의 고령화가 급진전함에도 불구하고 노인들의 기능상태

를 효과적으로 평가할 수 있는 도구는 매우 미흡하여 외국에서 개발된 신뢰도나 타당도에 검증을거친 것들이 대부분으로 과학적인고 면밀한 검증이 필요하다고 하겠다(한창완 외, 2002: 241).

위의 이론적 검토에서와 같이 우리나라의 고령화 급진전으로 고령자에 대한 근본적인 연구는 미흡하다. 그래서 우리나라의 노년문제를 다루는 노년학[3]은 급속히 최근에 대두된 것으로 시간적 측면의 역사, 공간 및 상황적 측면의 생애 경험에서 프레임화되었다는 가정하에 이를 분석적으로 접근할 필요성이 대두되었다. 다만 여기에서 일할 수 있는 능력을 보유하고 일하고 있다는 74세 이하는 다소 연구되어져 있어 비교적 연구가 낮은 75세 이상의 고령인원을 대상으로 그들이 가지고 있는 프레임이 어떠한지 알아보고자 한다.

3. 선행연구 검토

고령자의 생애로 영향을 받는 인식 프레임에 대한 연구는 찾아보기가 어려우므로 기존 연구 내용에서 관련 요소를 찾아 보기로 한다.

사회요구의 복잡성과 대응하여 구조화 이론에서 의사소통이론이 중요시되고 있다. 구조화 이론은 사안이 어떠한 식으로 전개되고 그 결과 누가 무엇을 얼마나 갖게 되는가를 결정짓는 명시적, 묵시적 원칙을 의미한는 힘(active forces), 구조(structures)의 존재와 역할을 강조한다. 구조, 주체, 혹은 행위자(agents)간의 순환적 인간관계(recursive relation)를 근간으로 한다(Giddens, 1987).

George(2009)[4]는 사람의 감각(sensations)에 의해 마음(뇌)에 입력되면 하나의 영상(images, 象)과 생각(thoughts)이 의식(consciousness)이라는 작용에 의해서 인식(perception)과 함께 인지(cognition)되고 이렇게 인지된 사고는 어떤 또는 무엇의 기대(anticipation, 또는 예감)로 나타나 지각(consciousness)으로 나타나며 행동(behavior)으로 표출된다고 설명한다.

예측되는 감각의 입력상황으로 신호에 의해 확인된 그들은 신경 세포 또는 신경 그물이 활성화되고, 신경 세포 또는 신경 그물 연결 피질에 깊은 정보를 재전달하며 기대감으로 이어질 것이다. 기대감은 하나의 입력 신호가 아닌 마음의 감정과 함께 행동이 잘못되었는지 여부를 확인한다.

Kaufman, et al(2003)은 프레임을 사람들이 복잡한 생각 정보(information)를 이해하는데 도움이 되는 인지 틀(cognitive frame)로 규정한다. 우리가 우리 주변의 세계를 인지하고 자신의 입장에서 해석하여 다른 사람에게 자신의 세계를 표현하는 것이며, 우리가 복잡하게 구조되어진 현상(phenomenon)을 일관성 있게 이해할 수 있는 범주로 구성하는 데 도움이 된다. 기존에 자신이 가지고 있는 인지 틀에서 무의식적으로 작용되어 지각(perception)하고

3) 노년학이라는 용어는 노벨 의학 생리상을 수상한 우크라이나 생물학자 일리아 메치니코프(Elie Metchnikoff, 1845-1916)에 의해서 1903년부터 사용된 것으로 보인다.

4) 성격이론(Personality Theory) 측면에서 생물사회적 접근(Biological Approach)을 통해 인식작용에 대해 설명한다.

표현하며 하나의 사건에 대해 다른 두 개의 프레임으로 자신의 해석 프레임을 관철하기 위해 사용할 수도 있다. 그런 후 특정 결과를 가지고 먼저 선택(lending)함으로서 자신들의 논리를 합리화하는 데 유용하게 활용할 수 있다.

인간의 기억, 해석, 인식 및 이벤트 공간에서 발생하는 상호 작용하는 방법을 모색(Stiles-Davis, 1988), 뇌[5]의 인식과 상호작용(Boeree. C. George, 2009), 학습 체인 생성 및 축적(Andrew, 2007) 등 다수의 연구가 있었다.

그러면 프레임에 대한 구체적인 요소는 무엇인지 알아본다. 프레임 유형 분류는 연구자들에 따라 다양하게 분류되어지고 있다. 사건 및 정책의제, 갈등의 정도와 대상에 따라서도 동일하지 않고 개인 및 연합에 따라 신념, 가치가 다르고 분석의 준거점이 다르기 때문이다.

Whooley(2004;), 오하타히로시(2006)는 자연주의적 개인주의, 민족주의, 자연과 조화 , 세계·환경·지역주의라는 지배적인 영향의 마스터 프레임이 작용한 것으로 보았다. Gray & Donnellon(1989)는 협상에 있어서 리프레이밍 연구를 통해 무엇의 갈등, 분쟁의 실체 프레임, 성과 프레임, 왜 그러한 성과를 추구하는지의 열망 프레임, 손실, 이익의 손익 프레임, 갈등 상대방의 태도와 기대의 특성 프레임, 과정과 절차의 평가 인식으로 과정 프레임의 6가지 유형을 제시하였고, Gray, et al(1989)은 협상에 있어 리프레이밍의 상호작용 연구에서 실체, 열망, 과정 프레임으로 분류하였는데 이는 유형의 분류이지만 기존 프레임의 재창조를 위한 리프레이밍으로 볼 수 있다. Gray(1995)[6]·전상환(2015)는 해결하기 어려운 갈등의 이해에서 지금까지의 연구를 종합하여 전체 이야기(Whole Story), 정체성(Identity), 특성부여(Characterization), 갈등관리(Conflict Management), 자연관점(View of Nature), 사회적 통제(Social Control), 권력(Power), 손익(Loss versus gain), 도덕(Ethics), 위험 프레임(Risk)으로 세분화하였다. 하혜수 외(2014)는 윈윈협상을 위한 모형의 개발과 적용에서 갈등 사례로 본 맥락적 관계를 가지는 정체성·특성부여·갈등관리 프레임을 맥락프레임으로, 실체·준거점 프레임을 현안 프레임으로 분류하였다<표 Ⅱ-4>.

<표 1> 프레임 유형별 분류

구분	프레임 유형
Whooley(2004), 오하타히로시(2006)	마스터프레임(master frame)
Gray & Donnellon(1989), 주경일 외(2003)	실체, 성과(performance), 열망, 손익, 특성, 과정
Gray, et al(1989)	실체(substantive), 열망(aspiration), 과정(process)
Gray(1995), 전상환(2015a)	전체 이야기(Whole Story), 정체성(Identity), 특성부여, 갈등관리(Conflict Management), 자연 관점(view of nature), 사회적 통제(Social Control), 권력(Power),

5) 일반적으로 좌반구가 언어기능을 모두 담당하고 있다고 생각하지만, 실제로는 오른손잡이의 97%가 좌반구에 해당된다. 왼손잡이의 19%는 우반구에 언어영역이 존재하고 68%는 언어영역이 우반구와 좌반구에 모두 존재한다(네이버, 2014 6.16 검색).

6) 2014년 Wageningen University에서 강의용 ppt 자료를 활용하였다.

	손익(Loss versus gain), 도덕(ethics), 위험(Risk)
Lewicki, et al(2003a), 심준섭(2011)	정체성, 특징부여, 갈등관리, 상황요약(Situation Story), 사회적 통제, 권력, 위험, 손익
Shmueli·Elliott, et al(2006)	정체성, 특징부여, 권력·사회적 통제·갈등관리, 위험·정보, 손익
Szavo(2013)	정체성, 특성부여, 갈등관리, 사실 확인, 권력, 정보, 위험
하혜수 외(2014)	맥락(정체성, 특성부여, 갈등관리), 현안(실체, 준거점에 따라)

*전상환(2015: 49) 일부 수정

상위(메타) 프레임은 정해진 큰 신념에 의해 지배적 영향을 주는 마스터프레임이다.

주로 갈등관리 및 협상 관점에서 유형을 도출하고 분류하였는데 고령화 인원의 프레임은 맥락 프레임의 핵심인 정체성프레임은 자신 및 집단 소속감의 근원적 인식의 틀이며 상황·의제에 따라 이념, 태도, 친밀감, 행동에 적응하고 변화하며 진화한다. 특성부여프레임은 대상 집단에 대한 인식으로 가치와 신념을 같이할 때 유화적이지만 불신하고 대립적일 경우 비방(저항), 중립의 행동 및 태도 등으로 평가 및 대응한다. 갈등관리프레임은 갈등 수준, 대상, 시기 등에 대해 규정되어진 절차과정과 수단을 활용하여 협력·회피하는 전략·전술적 해결기제 찾기 또는 프레임적 타협 또는 권력적 대결을 견지한다. 준거 기준에 따른 이슈 현안 프레임으로 손익프레임은 경제·사회적, 안전·환경이 현재와 미래에 미치는 손익을 평가하여 자신 집단에 유리하도록 손실 또는 이익을 부각시키고, 권력프레임은 권한·지위, 전문지식, 연합관계, 세력, 도덕(윤리) 등 물리적·정신적 행위를 말한다. 가치프레임은 의제에 대한 사회적 표현의 가치관점 차이를 말하고 가치에 따라 맥락 및 다른 현안프레임에 영향을 미치고 이데올로기와 연결될 때 상위 프레임으로 작동한다. 실체프레임은 각 갈등 사안의 배경, 사실관계, 오해와 진실 공방을 말하며 이슈와 하위 이슈가 각 프레임 유형에 영향을 미치며 이슈화되지 않으면 잠재 및 소멸한다.

<표 2> 프레임 유형 및 내용

유형		개념 및 내용
상위	마스터	• 역사적 맥락, 정체성 구축의 이념적 기반, 지배 이데올로기로 정치·사회 지배 * 프레임 유형들을 묶거나 지배적 영향을 주어 프레임 전반을 통제하는 역할
맥락	정체성	• 자신과 자신 집단에 대한 옹호위주의 평가 및 이해는? “Who Am I” * 소속·가치와 이념, 태도·친밀감·생활이 결정·행동에 영향
	특징부여	• 대상자와 집단에 대한 신뢰의 긍·부정은? “Descriptions of other” * 중립, 부정(−), 개방(+)의 관계, 규정, 태도, 성향 등으로 평가하여 타협, 대결
	갈등관리	• 갈등 수준, 대상, 시기를 통해 협력의 전략·전술 찾기 “(Non)Collaborative” * 협력적 의사결정·협상, 충돌시 회피·시위·판결의 권력 동원, 언론·정치 호소
현안	손익	• 경제적·사회적, 안전·환경의 손익 격차 평가로 손익 부각 “Gain Preference"
	정보	• 정책, 자신 집단 및 상대, 환경 등 정보 획득 및 교환 “Information

		resources-"
	위험	• 사건 및 정책에 대한 현재 및 미래의 위험 인식 수준 "danger level"
	가치	• 의제에 대한 절차, 가치 관점의 정당성은? "Justification of view point" * 개발과 환경보전, 국가와 지역 등 가치의 기준을 어디에 두느냐의 관점
	실체	• 무엇에 대한 갈등, 분쟁인가? 오해와 진실 공방 "reality" * 내용에 대한 시각과 정의, 제3자의 영향력, 이슈와 하위이슈의 정의
프레임 전환		• 담론, 창조적 대안 등 기제로 기존 인지체계 변환 "Creative Interaction " * 프레임 분해, 준거점 전환, 원칙협상, 법적 결정 등으로 전환
프레임 정렬		• 프레임 연결·증폭·확장·변환의 사회운동 과정 * 사회운동 조직의 목표, 활동, 이념 등과 일치시키는 접근

*전상환(2015: 57)

고령화에 대한 정의 및 규정, 경제적 부담, 위험으로의 자기 방임 등 비교적 노인에 대해 부정적인 견해를 밝히고 있다. 이러한 문제점을 예산 측면, 보건복지 측면, 일자리 보장 및 케어 측면으로 해결책을 제시하고 있다. 그러나 그러한 접근에 대한 대안 즉, "저출산 고령화 대책"이 효과를 보지 못하고 있는 것이 사실이다. 고령인 생활 중심으로 알아본다.

일상생활수행능력(Activities of Daily Living)[7]이란 자신의 신체를 돌보는데 필요한 자조활동으로 노인들의 사회적 지위(사회적 관계망)가 높으면 높을수록 정신건강상태가 양호하고 생활에 대한 어려움이 정신건강에 영향을 미치는 것으로 나타나 농촌노인의 일상생활수행능력의 예방과 기능 향상에 대한 지원이 체계적으로 지원되어야 할 것이다(조추용·정미경, 2016: 348) .여가활동 유형 중 신체적 활동과 정신적 활동 그리고 자연적 활동은 일상생활수행능력의 모든 하위변인(기본적 일상생활수행능력, 수단적 일상생활 수행느역)에 긍정적적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 사교적 활동은 일상생활수행능력의 하위변인 수단적 일상생활수행능력에, 문화적 활동은 기본적 일상생활수행능력에 각각 영향을 미치는 것으로 나타났다(이영익, 2006: 269).

연령대가 높을수록 사회참여도가 낮고, 자기효능감이 낮으며, 부정적인 노인인식을 갖고 있고, 노인차별을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다(권중돈·손의성, 2010: 99). 60대 중고령자들의 주관적 노후 인식 여부는 개인환경적 특성과 경제상황적 특성에 따라 다르게 나타났는데, 신체적·심리적 건강상태가 좋아 활력이 있고 배우자가 있으며, 경제적으로 어려움을 겪자 않는 경우 연령과 상관없이 스스로를 노후시기에 진입하지 않았다고 인식하고 있음을 알 수 있다. 그리고 주관적 삶의 만족도는 개인환경적 특성과 경제상황적 특성 모두에서 일관적으로 스스로를 노후라고 생각하지 않는 집단이 노후로 생각하는 집단에 비해 삶의 만족도가 유의미하게 높은 것으로 나타났다(정주원 외, 2012: 349~350).

우리사화의 노인 인권침해 심각 정도는 5점 만점 중 전체 평균이 3.54로 심각하다고 인식하였다. 노인인권침해의의 지각과 경험에서 '원하는 것을 해주지 않거나 않는 것을 강요하는

7) 옷벗고 입기, 세수하기, 양치하기, 목욕하기, 이동, 화장실 사용, 소·대변 조정 등으로 구성되어 있고 수단적 일상생활수행능력(Instrumental -)은 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래하기, 근거리 외출, 교통수단 이용, 물건사기, 금전관리, 전화사용, 약 챙겨 먹기 등으로 구성되어 있다(원장원 회, 2002).

행위(67%)'에 대해 높은 정서적 인권침해의 지각을 보였으며, '사회활동참여 방해(59.8%)'에 대해 낮은 지각을 보였다. 가장 많이 경험하는 정서적 인권침해는 '나와 대화하는 것을 싫어하거나 말을 걸어도 무시하는 행위(17.1%')이며, '물건이나 흉기로 위협하는 경험(2.2%)'은 낮았으며, 노인들은 정서적 인권침해에 대하여 재정적, 신체적, 성적, 방임적 인권침해에 비해 상대적으로 덜 심각한 인권침해 행위로 인지하는 경향이 있었다. 반면에 정서적 인권침해 경험(17.1%)은 신체적 침해경험(5.2%), 성적 침해행위(1.8%)에 비해 월등히 높았다(임춘식·윤지용, 2012: 293).

Ⅲ. 연구방법 및 분석틀

1. 연구 대상 및 방법

연구대상은 울주군 지역에 있는 마을 경로당 및 사회복지시설 노령자를 대상으로 한다. 주연구대상의 연령은 80세 이상 고령자로 하고 인식 및 판단 정도, 행동 능력의 수준을 고려하여 75세 이상이 될 것이다. 고령이 연령을 기준으로 하지만 본 연구는 주민생활의 프레임이므로 인지 정도에 우선을 둘 것이다. 이해를 돕기 위해 상대적 프레임 비교를 제시할 수도 있다. 지역적으로는 울주군 내 12개 읍·면 경로당 및 사회복지시설, 재가 노이인 되며 관찰, 경험, 체험을 통해 접촉한 인원은 246명이나 유사한 공통적이고 대표적인 인식 사례를 나열하고 유사한 사례와 명확하지 않는 사항을 정리하여 "면접자"자료로 제시하되 원래으 의미를 유지한다.

연구기간은 사례별 경험 및 체험, 관찰을 적용하여 2015년 10월 15일부터 2016연 10월 15일까지로 한다. 담론 프레임 분석을 우선으로 하고 양적 분석은 기존연구, 통계청 패널조사자료를 활용하여 분석한다.

오늘날의 "프레임 분석은"서로 다른 접근 방법(D'Angelo 2002; Fisher 1997; Hallahan 1999; Maher 2001: 81f; Scheufele 1999: 103, 118)으로 접근한다.

프레임 분석은 본격적인 이론적 패러다임도 일관된 방법론적 접근 방법도 아니다. 오히려, 프레임 분석가의 해석에 관련될 수 있다. 심지어 담론의 분석을 위해 때로는 부분적으로 호환되지 않는 방법이지만(Scheufele 1999 : 118), Goffman(1974)의 매우 느슨한 연결 방법에서 작동한다. 이론 분석을 어떻게 연결하고 통합하는 것이 매우 중요하다(König Thomas). 예를 들어 경로당에서 오전에 청소하고 있는 모습을 보면 "모두 함께 청소를 한다"로 해석하고 채택할 것이다. 그러나 실제 경로당의 청소는 "2명의 인원이 순환하면서 청소"를 하고 있다. 이와 같이 표현되어진 1차적 프레임으로 보는 것과 실제는 전혀 다른 모습일 수 있기 때문이다. 즉, 설득력 있는 프레임 개념은 이야기 동화(e.g., Miller 1997: 367; Miller and Riechert 2001: 115)이다.

연구방법은 경험 및 체험, 관찰프레임 분석을 위해 지배적 영향을 주는 상위프레임(역사적 체험, 자유 등), 자기와 타자간 경험으로 내재된 신념·가치인 정체성프레임, 특성부여프레임,

관점에 따라 다른 손익·위험·실체프레임을 분석 요인으로 한다. 특히 고령인원은 오랫기간동안 광범위하게 경험하였고 다양한 사회적 연결망보다 제한된 자조활동이 많으므로 자신의 입장에서 표현되어지는 자신만의 무의식적 표현인 self-frame을 포함하고 재가 생활 외에 경로당, 사회복지기관 활동이 다수이므로 집단프레임을 부분적으로 확인 및 검증한다. 즉, 질적분석을 주로 하며 보완적으로 양적분석을 활용하는 것이다.

연구 절차는 자료 수집, 자료 정리, 분석 및 분류, 대표적 사례에 대한 프레임 분석, 질·양적 분석 종합으로 이루어진다. 과정상에 일부 내용은 중복, 피드백되기도 한다. 다만, 질적 분석은 깊이있는 내용을 도출할 수 있으나 주관적 오류에 빠지는 단점이 있다. 이러한 사례로 첫째, 실제 언어 분석에서 “직접 연설을 보고했다"로 각주에 설명되어 있고 (Statham의 & Mynott 2002 : 10, FN 6), 둘째, 다음과 같이 또 다른 연구는 프레임 검출 과정을 설명하며 "기사를 직접 읽은 후, 다섯 주제 치수는 확인 된 데이터에 대한 깊이있는 질적 분석에 의해 보완 과정을 거쳤다(Triandafyllidou 2002 : 3.7 FN 10).”세 번째 논문은 단호하게 코딩이 수행 된 방법은 언급하지 않고 “데이터 수집 과정에서, 우리는 아이디어의 승인 또는 반응의 모든 증거를 코딩"하였다고 선언(McCaffrey & Kayes, 2000: 49)한다. 반면에 프레임 분석의 유용성을 위해 경험 신뢰성과 이야기 충실도 메커니즘에 의한 논의이다. 개인이 직접 자신의 개인 경험에 프레임을 관계 할 수 없는 경우에도 경험적 신뢰성 – 프레임과 실제 사건 사이의 적합 – 프레임의 수용에 중요한 역할을 한다(D'Anjou, 1996: 56; Neidhardt &Rucht, 1993: 309). 예를 들어, 체르노빌의 비극도 직접 재해 영향을 받지 않는 관객이 위험 프레임을 더 신뢰할 수 있도록 하였다.

2. 분석틀

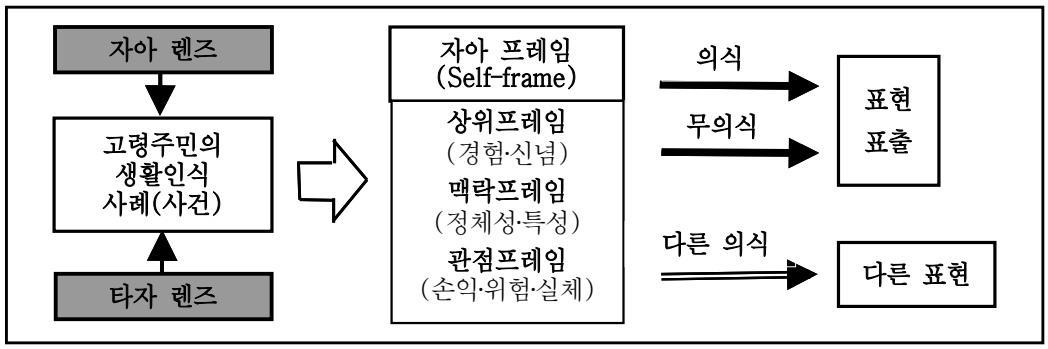
Wilmot & Hocker(2001)는 모든 갈등은 지각이라는 렌즈를 통해서 굴절되고 매개되는데 자아(자신 집단), 타자(상대 집단)간의 갈등 상황속에서 은유적 개념체계를 통해 구조화된다. 당사자는 지각이라는 렌즈를 통해 자신을 바라보고 타자를 관찰하며 자신과 타자 사이에 관계된 사람을 모니터링 한다. 이러한 지각이라는 렌즈를 통해 본래의 자아를 찾기도 하고 자아가 바라지 않는 다른 자아, 자아가 타자를 해석하는 과정을 통해 인식되어지는데, 직접적 관찰(직관)보다 은유적으로 표현(언어, 행동, 이미지 등)을 통해 구조를 이룬다는 것이다(Wilmot & Hocker, 2001; Gray, 2003; 이병주 등, 2007: 392 재인용). 고령인원의 주민생활 간 사례를 통해 입력된 사건을 자아랜즈를 통해 바라보고 타자렌즈를 통해 모니터링하게 될 것이다.

자신이 바라보고 모니터링한 사건(사례)를 분석·판단·평가하는데 있어 지배적 영향을 미치는 상위프레임(경험, 신념 등), 자신을 인식하고 상대를 역지사지하는 지속적인 맥락프레임의 영향과 배경을 알아본다.

Tversky and Kahneman(1981)은 기대이론(prospect theory)에서, ‘0’의 값 기준으로 음 또는 양의 편차(손익)으로 표현한다. 이와 같이 관점에 따라 손실과 이익(정보의 유·불리성 포함), 위험의 인식정도, 사건에 대한 사실 확인 등을 통해 기대하고 평가하게 될 것이다.

이러한 과정은 내면화, 표출, 조정, 분열(Rummel, 1984), 잠재, 표출, 심화, 안정화(유영성·안광일, 2005: 39), 성장, 심화, 혼란, 증폭, 영향단계(최봉기, 1999)를 거쳐 프레임적 견지에서 인식, 입장형성, 상황평가 및 행동결정, 프레임 유지, 지속 및 증폭(Kaufman et al, 2003)하게 되어 의식적이던 무의식적이던 표현 및 표출하게 될 것이다. 여기에서 자신이 의식하지 않는 가운데 표현(행동)은 다른 것으로 나타나는 현상을 확인해 보조자 한다. 왜냐하면, 면접 간 본인이 의도하지 않는 것이 언어 및 행동으로 나타남을 인지하였기 때문이다. 하지만 다른 몸짓, 시각 등에서 표현, 잠재, 회피 등의 프레임이 작용될 수도 있다. 이러한 선행연구자료, 연구 진행간 인지된 사항을 구조화하여 분석 틀을 제시한다.

<그림 1> 분석 틀



Ⅳ. 고령 주민의 생활인식 프레임 분석

1. 일반 통계적 자료에 의한 프레임 분석

가. 통계청 통계 자료 내용

본 자료는 통계청에서 수집·분석한 자료를 통해 고령화 세대에 대한 프레임과 해당 기관의 프레임을 분석해 보고자 한다. 이러한 이유는 개괄적인 측면에서 고령화의 프레임을 이해하는데 도움을 줄 것이다. 자료는 2011년 '장래인구추계', 2014년 '고령화인구 패널조사', 2015년 '인구조사'이다.

<표 3> 인구 구조 및 부양비별

구분	2016	2017	2018	2019	2020	2030	2040
2)총인구(명)	50,801	50,977	51,141	51,294	51,436	52,160	51,091
남자 (명)	25,380	25,454	25,523	25,587	25,645	25,901	25,265
여자 (명)	25,421	25,523	25,618	25,707	25,791	26,259	25,826
성비(여자1백명당)	99.8	99.7	99.6	99.5	99.4	98.6	97.8

3)인구성장률(%)	0.36	0.34	0.32	0.30	0.28	0.01	−0.39
인구구성비 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0-14세 인구 (명)	6,899	6,840	6,814	6,785	6,788	6,575	5,718
15-64세 인구 (명)	37,039	37,017	36,931	36,793	36,564	32,893	28,872
65세 이상 인구 (명)	6,863	7,120	7,396	7,715	8,084	12,692	16,501
-구성비:0-14세 (%)	13.6	13.4	13.3	13.2	13.2	12.6	11.2
-구성비:15-64세 (%)	72.9	72.6	72.2	71.7	71.1	63.1	56.5
-구성비:65세 이상(%)	13.5	14.0	14.5	15.0	15.7	24.3	32.3
4)총부양비*	37.2	37.7	38.5	39.4	40.7	58.6	77.0
5)유소년부양비*	18.6	18.5	18.5	18.4	18.6	20.0	19.8
노년부양비	18.5	19.2	20.0	21.0	22.1	38.6	57.2
6)노령화지수*	99.5	104.1	108.5	113.7	119.1	193.0	288.6

자료: 통계청(2016).

* 4), 5), 6): 생산가능인구 1백명당, 6): 유소년 인구 1백명당

위 <표 3>에서 총인구는 연차적으로 감소하여 2040년에는 -0.39로 마이너스 성장률을 보이고 있다. 이는 출산율 감소와 더불어 15-64세까지의 생산가능인구 감소하고 65세 이상의 고령화 비율은 높아져 2016년 총부양비 37.2명, 2040년은 77명으로 유소년 및 노년 부양인원이 증가하는데 특히, 노년 부양비 인원의 증가로 노령화지수가 높아짐을 설명한다.

이러한 자료는 자유·자본주의의 국력의 향상 및 국가발전이라는 상위프레임 실현을 위해 '저출산 및 고령화'라는 위험프레임을 부각시켜 국가예산 편성 및 관리, 일자리 및 복지정책 수립 등으로 손익·위험·실체프레임이 존재한다. 그 바탕에는 국가소속 주요 부처의 정체성프레임이 내재하고 있고 국민 대상의 특성부여프레임으로 볼 수 있다.

<표 4> 65세 이상 일반특성

일반특성별 (1)	일반특성별 (2)	2011		2014	
		응답자수(명)	비율 (%)	응답자수 (명)	비율 (%)
전체	소계	10,674	100.0	10,451	100.0
성별	남자	4,605	43.1	4,354	41.7
	여자	6,069	56.9	6,097	58.3
연령별	65~69세	3,180	29.8	3,316	31.7
	70~74세	3,240	30.4	2,830	27.1
	75~79세	2,414	22.6	2,151	20.6
	80~84세	1,183	11.1	1,319	12.6
	85세 이상	658	6.2	835	8.0
결혼상태별	배우자 있음	7,199	67.4	6,418	61.4
	배우자 없음	3,475	32.6	4,033	38.6

가구형태별	노인독거	2,094	19.6	2,407	23.0
	노인부부	5,172	48.5	4,655	44.5
	자녀동거	2,916	27.3	2,973	28.4
	기타	492	4.6	416	4.0
가구원수별	1명	2,094	19.6	2,407	23.0
	2명	5,672	53.1	5,382	51.5
	3명	1,383	13.0	1,412	13.5
	4명	564	5.3	522	5.0
	5명	521	4.9	468	4.5
	6명 이상	440	4.1	260	2.4
가구주와의 관계별	가구주 본인	6,539	61.3	6,533	62.5
	가구주의 배우자	2,835	26.6	2,508	24.0
	가구주의 자녀	5	0.0	6	0.1

자료: 통계청(2014). 고령화 인구 패널조사

위 <표 4>에서는 2014년을 2011년과 비교하여 65세 이상 장년 및 고령화 세대의 결혼 상태, 가구형태, 가구원수 및 관계별 증감설명하고 있다. 21014년은 20111년에 비해 배우자가 없는 경우 4% 증가(이혼, 증가 추정), 노인독거 3.6% 증가되었고 가구원수는 2명 이하가 74.5%를 차지하고 가구주의 자녀 동거는 0.1%가 증가하였다.

독거노인 가구가 비교적 큰폭으로 증가하고 부모에게 기대는 젊은 세대가 미세하게 증가하고 있음을 알 수 있다. 이는 연구 및 정책자료로 활용토록 하는 실체프레임 이입 또는 전이가 될 수 있도록 의식적으로 하는 프레임 전환(reframe)을 유도하는 것이다.

<표 4> 인지기능 점수 및 치매 의심자

구분		(표본수: 명)	MMSE 평균(점)	MMSE 구분(%)		
				정상	인지기능저하	치매의심
전체		(7,029)	25.0	73.9	17.6	8.5
성별	남성	(2,987)	26.0	82.1	13.4	4.6
	여성	(4,042)	24.5	67.1	21.2	11.7
연령	59세 이하	(1,698)	27.1	90.8	7.9	1.3
	60-64세	(1,105)	26.2	83.4	13.8	2.7
	65~69세	(1,101)	25.4	74.6	21.1	4.3
	70-74세	(1,095)	24.0	63.5	26.1	10.4
	75-79세	(998)	22.1	46.3	34.6	19.1
	80세 이상	(1,032)	18.1	26.5	29.7	43.8
배우자 유무	배우자 유	(5,292)	25.9	75.6	14.3	10.0
	배우자 무	(1,737)	22.4	49.7	24.2	26.1

자료: 통계청(2014). 고령화 인구 패널조사

주: 1. 횡단면 가중값을 적용한 값임., 무응답(모름 및 응답거절) 제외하고 분석한 것임.

<표 4>에서는 5차년도 전체 조사대상자의 MMSE는 평균 25.0(남성 26.0, 여성 24.5)점으로 치매의심(MMSE < 19)에 해당하는 경우는 8.5%였다. 남성이 여성보다 인지기능 수준이 높았으며, 연령이 높을수록 인지기능이 저하됐다. 배우자 유무에 따른 인지기능은 유배우자가 높았다. 교육수준 및 소득수준이 높을수록 인지기능이 더 좋았다. 치매의심의 비율은 여성(11.7%), 고령(80세 이상 연령층의 43.8%,) 무배우자(26.1%)에서 상대적으로 높게 나왔다. 인지기능 저하는 무의식하 표현과 행동이 나타나는 프레임 분석에 참고할 수는 있으나 일반적인 통계로는 프레임을 식별하기가 곤란하고 치매는 제외된다. 다만, 인지기능 저하인 64세 이전 평균 10.85%보다 75-80세 이상이 32.15%로 약 3배 차이가 남을 알 수 있다.

나. 프레임 분석

정부라는 조직이 통계자를 제공함으로써 국가를 경영하는데 필요한 연구, 예산 편성 및 관리, 저출산·고령화 정책, 의사결정 등을 할 수 있도록 영향을 미치는 조직에서의 상위프레임이 존재한다. 이와 연계하여 각 조직분야별 소속의 정체성프레임을 가지고 대상에 대한 특성을 부여하고 해 조직 관점에서 손익·위험·실체프레임으로 표현되고 있음을 알 수 있다.

2. 고령화 주민의 생활인식 프레임 분석

울주군 농촌지역의 고령화 주민의 생활은 대부분 다음과 같이 이루어지고 있었다.

일반적인 일일생활은 아침 운동 및 스트레칭(하계: 5-6시, 동계: 6-7시) - 약복용(식사 전·후) - 아침식사 - 집안일(농사 및 텃밭관리, 집안청소, TV시청 등) - 경로당 또는 사회복지회관 이동(10-11시, 경로당 개별 이동하고 복지회관은 차량 지자체에서 차량 제공) - 중식 준비 또는 여가 활동 - 중식 및 설거지 - 담화, 요가 등 프로그램 활동, 치매예방 놀이 - 낮잠 - 담화(정치, 드라마, 자녀, 마을 활동 등) - 보행보조기(유모차) 산책을 경유하여 집으로 가기 - 저녁 준비 및 식사(일부 경로당은 저녁 식사까지 함) - 개인정비 및 집안 정리 - TV시청 - 잠자기(22시 - 23시)로 이루어지고 있었다.

주간(격주) 생활은 목욕(도보 또는 해 업체에서 차량 제공), 쓰레기 정리(화장실 휴지 등), 빨래(농촌은 일부·소량 시 손빨래), 재래시장 필요물품 구매(거동 불가자 인접주민 부탁, 시내 도보 쇼핑), 저장 가능한 반찬 만들기, 경로당 청소 당번, 사회복지회관 및 주민자치센터 제공 프로그램 참석(요가, 댄스, 수공예 등), 지역 농산물은 공동체에게 직접 구매(달걀, 건강식품 및 물건 등)하게 된다.

월간 생활은 이발·염색, 청소기구에 의한 대청소, 병원진료 및 복용약 수령, 불규칙적 가족 친지와 식사 등으로 이루어진다.

연간 생활은 생신, 명절, 동·하계 계절별로 이루어지는 활동 반복, 지역경로 위로행사 참석, 태풍 및 집중호우 등으로 나타나는 불규칙적 위험에 대한 안전조치 등이 이루어지고 있었다. 무릎관절, 허리가 아파 자기 마을 외 인접마을은 방문한지가 오래되며 지인들과도 교류가 없다. 목욕, 사회복지회관에 다니는 사람과의 만남이 이루어진다.

사례#1: 의·식·주 생활 분석.

의·식·주 생활에 대한 관찰 및 체험을 바탕으로 식별되어진 사례는 다음과 같다. 관찰 대상은 70-99세 이하이며 비교적 정상적 사고 및 행동을 할 수 있다.

일상생활 간 입는 옷은 마을 경로당까지는 집에서 입는 옷을 동일하게 입으며 계절에 따른 옷은 달라지나 겨울에는 다소 많은 옷을 겹겹이 입는다. 자녀들이 사준 옷은 경로당 또는 행사 시 자랑삼아 특별하게 입고 고이 보관한다. 새옷이 계속 누적되더라도 새옷은 잘 입지 않는다. 농촌의 노인들은 자기의 수의를 준비하여 보관하고 있다. 때로는 새옷은 가지고 있는 것을 잊어버리고 몇 년간 보관해 놓기도 한다. 이불, 재봉틀 등은 사용하지 않지만 보관하고 버리면 일부를 가져온다(70-99세 다수, 농촌마을 6)

일상생활 간 식사 조식은 1-2끼니 정도만 준비하고 남은 반찬은 냉장고에 소량식 보관(랩은 잘 씌우지 않음), 귀하다고 생각되는 반찬류는 검은 비닐에 보관하여 잊어버리기도 하며 변질되기도 한다. 나중에 자녀에게 줄 생각으로 1-2년을 보관하기도 하고(일부 변질, 냄새) 밥 1-3숫가락 분량, 반찬 1-2젓가량 분량, 보리차물 1/3컵, 과일 조각, 차례 및 제사 음식은 1달여간 먹기도 한다. 최근에는 자녀들이 차례·제사 음식을 가져가지 않고 가져갔으나 자신의 자녀가 먹지 않아 버리기도 한다(김치, 떡, 물고기, 전 등), 중식은 경로당·사회복지회관에서 하고 저녁은 경로당 간식(남은 밥 누룽지로 하여)으로 대체(독거 고령자, 자녀 있으나 식사 별도). 또는 간단하게 먹는다(자녀 또는 부부동거 시, 도시·농촌마을 5개소). 자녀에게 주기 위하여 집안 또는 산책 간 채취한 엄나무 나물, 밤, 은행열매, 대추, 도라지 등은 어려운 건강상태임에도 불구하고 먹기 쉽게 정리하여 생으로 주거나 냉동, 건조하여 보관하여 준다.

에어콘, 난방이 있으나 전기료를 아끼려고 전기장판을 사용하거나 일부 농가는 폐목 보일러를 설치하여 사용, 개인적 경비가 들지 않은 시설에 가서 생활, 쓰레기 분리수거는 제대로 숙지하고 있지 못하다. 과거에 설치하고 사용하지 못하는 전기제품, 비닐, (페트)병, 약품 등은 혹시 사용할 것으로 생각하고 보관한다. 본인은 알고 있는 장소에 둔 것으로 생각하나 정리되지 않고 행동이 용이한 장소에 둔다. 기억하지 못하기도 하나 버리지는 않는다(농촌마을 7개소).

1917년 이후 2016년까지 생애를 살아오면서 절약정신이 몸에 베여 있다. 가난한 삶의 시작, 결혼, 일제치하, 6.25전쟁, 농업(보릿고개) 등의 자신의 삶(자아)과 높은 학력과 비교적 여유로운 삶을 살아온 자녀(타자)에 대해 실제 경험하고 체험한 것이 신념화되어져 있다. 현재 세대의 가치보다 과거 삶의 경험이 생활프레임을 지배한다. 이러한 경험하고 체험한 사실들이 체화되어 지배적인 상위프레임으로 작용하고 삶을 살아오면서 부여된 정체성프레임이 특성부여(자녀, 관계자)하는 관점을 가지게 된 것으로 보인다. 사건 또는 상황에 따라 절약정신이 강하게 작용한 손익프레임, 음식의 부패위험은 다소 등한시하여 아프면 과거 소화재, 굶기 등으로 자가 치료하며 견디지 못할 정도가 되면 병원에 간다.

절약을 위한 보관은 거의 무의식으로 나타나며 자녀에게 줄 귀한 건강음식 등은 계절별로 채취하여 의식적으로 준비한다. 특히한 점은 이러한 음식을 주어야한다는 인식은 동시간적으

로 하고 있으나 표현 및 행동은 청소를 하고 있다. 즉, 사고와 표현 및 행동이 다르게 나타나는 것이다. 일부 고령자는 이를 잊어버리는 망각현상을 가지고 있으나 정상적인 생각을 가지고 있는 자녀들도 그런 경험을 한다는 것이다. 예를 들면 마라톤을 할 때 기분좋은 상상 또는 다른 사고에 집중하고 있으면 힘들다는 것을 모른다는 것이다. 먼저 생각하고 행동하는, 잠재적 인식 프레임이 무의식적으로 표현·행동되어지는 것과는 다른 것이다.

사례#2: 보조보행기(유모차) 운행과 도로 어께턱

2015년 울주군 삼남면 공암마을은 윗마을과 아랫마을로 이동하는데 인도가 없어 왕복 4차선 도로 옆으로 고령자 주민이 이동하여 위험하였다. 이에 마을은 인도 신설을 요청하여 몇 년 후에 인도공사가 이루어졌다. 공사 시작전에 고령자를 위한 인도 진입이 보조보행기 진입이 가능하도록 하고 농사 진입로 보장을 요청하여 현장소장, 이상, 관계자와 협의하였다.

공사 중간 결과는 고령자 보조보행기 진입을 위한 완만 상태 미유지, 농사 진입로 미설치하고 진입로 전구간에 가드레일을 설치하였다. 어느날 80대 할머니 한분이 인도가 아닌 도로옆으로 보조보생기(유모차)를 의지하여 보행하고 있었고 며칠뒤에는 여러명의 고령자가 도로로 이동하고 있었다. 울주군 내 온양, 온산, 범서 지역의 건널목에서 인도로 진입하는 부분에서도 어린아이를 태운 유모차, 장애인 고령자를 태운 보조보행기도 도로 어께턱을 극복하지지 못하고 위험한 도로로 보행하는 것을 목격하였다. 이러한 곳은 수십개나 관찰되었다. 이에 왜 이런 사항이 있는지 면접(인터뷰)하여 보았다.

타자(관찰자): 턱이 10-20센티정도 되지만 보조보행기(유모차)를 들어서 안전하게 이동하면 되지 않습니까?라고 질문하였다. 관찰자는 충분히 진입이 될 것으로 보았다.

보조보행기(유모차)는 어느정도 무거워야 의지할 수 있고 내몸을 지탱하여 중심을 잡을 수가 있단다. 그리고 무거운 이 차를 들어올리는 힘이 없고 그냥 다니는게 편해서 도로로 다닌다고 하였다. 돈을 들어 인도를 거창하고 화려하게 만드는 것을 보니까…, 돈 낭비가 심해. 정부에서 돈이 많으니까 인도도 보도블록으로 하고…, 제대로 하지도 않고(할머니 17명)

보조보행기 밀던 딸: 건널목은 만들어 놓고 유모차, 휠체어도 못 다니게 턱을 저렇게 만들어 놓아서 못 다님니다. 관공서, 정치인들에게 이야기 하여 보았으나 도로법에 그렇게 하도록 되어 있어 어께턱을 낮추거나 없앨수 없다고 합니다. 시내에는 어께턱이 없던다…(아기 어머니들).

교통도로법에 어께턱을 설치하도록 되어 있어 만약 임의로 제거하면 시설파손으로 처벌받을 수 있습니다. 현장 소장의 협의결과 건의는 받아모지 못했습니다. 고령자 진입을 위한 어께턱 앞에 시멘트로 조치하고록 공사관계자에게 지시하겠습니다(도로공사 및 공사 관계자).

'고령 주민의 위험 예방을 위한 인도 신설공사' 사례는 시행령 및 규정에 막혀 '어께턱 완

화(도로와 동일 높낮이)'가 이루어지 않아 근본적인 해결책이 마련되지 않았다. 적정규모와 법·규정에 명시한데로 추진되었다고 하나 '저출산·고령화'대책의 생활보장(여건조성) 프레임이 전환되지 않고는 법·규정 보완, 설계 시방서 반영, 거버넌스적 현장 공사가 개선되지 않았다. 이는 고령 주민의 자아 생활 프레임을 이해하지 못한 결과이다. 조직에서 프레임 전환없이 누적된 관행적 정체성프레임이 지속적으로 지배하고 '공사만 번듯하게 하면 된다'는 특성부여프레임, 위험 및 실체프레임을 타자 관점에서 이해되지 못한 것이다. 그 결과로 의식 및 무의식적으로 문제점이 있는 공사를 시행하게 되었다. 고령자 주민은 이러한 정부행정의 집행이 반복되고 거대한 조직에 대한 두려움으로 회피, 침묵, 무시로 표현하였다. 갈등관리프레임은 갈등 수준, 대상, 시기 등에 대해 규정되어진 절차과정과 수단을 활용하여 협력·회피하는 전략·전술적 해결기제 찾기 또는 프레임적 타협 또는 권력적 대결을 견지한다(전상환, 2015: 58). 난치성 갈등의 두 가지 특성은 장기적이고 재해결을 회피하는 것이 종종 있다. 이것은 높은 편향성(polarized), 가치에 기반, 분쟁해결에 노력했으나 실패하고, 때로는 이해관계자들의 복잡한 배열을 포함하며 정치적 변화에 의해 재연되는가(Gray, 1995)에 대한 의문을 개념화한다. 본 사례에서도 이와 같은 갈등프레임을 나타낸다.

'저출산·고령화'에 대처하기 위해 전 부서가 마이더를 가지고 역지사지의 입장에서 프레임을 전환하여야 하고 미계획된 것이라도 현장에서의 이야기를 피드백하여 조치하는 프레임 전환, 교육이 필요하다.

사례#3: 고령자 자신이 심은 뽕나무 묘목 가꾸기

85세 고령자는 동생의 뽕나무가 좋다는 이야기를 듣고 묘목 한그루를 3월경에 구매하고 집안 공간이 부족하여 기존에 약 7-8년된 묘목옆에 심었다. 그리고 그 묘목을 잘자라게 하기 위하여 물을 주고 그늘을 만드는 기존의 7-8년된 묘목 두 그류를 자르고 끈으로 기존 나무를 지지대로 활용하였다(관찰).

위와 같은 사건에 대해 고령자는 자신이 심은 나무를 살려서 키워야 한다는 생각에 집중하여 열망하고 있는 것이다. 장기적인 안목, 가치로 전환 및 평가를 하지 못하고 편향성, 지향성을 나타냄으로써 인지기능은 다소 떨어진다는 통계청(2014)의 패넘조사와도 일치한다.

Gray, et al(1989)은 협상에 있어 리프레이밍의 상호작용 연구에서 실체, 열망, 과정 프레임으로 분류하였는데 이는 유형의 분류이지만 기존 프레임의 재창조를 위한 리프레이밍으로 볼 수 있다.

여기에 대한 대응으로 가치를 보는 관점의 전환 보다는 무관심, 대결 회피, 침묵이 자년간, 고부 간 갈등을 증폭하지 않는 것이 바람직하다. 이는 의식적 표현이다.

사례#4: 경주 지진에 대한 고령자 주민의 인식

2016년 9월 .12일 9시 44분에 경북 경주시 남남서쪽 9km지역에 규모 5.1의 전진과 함께

5.8의 지진이 발생하였다. 동년 동월 19일 20시 33분에 남남서쪽 11km지역에 규모 4.5 지진, 21일 11시 53분에 남남서쪽 10km지역에 규모 3.5 지진, 28일 16시 34분에 남남서쪽 9km지역에 규모 3.1 지진이 발생하고 20시 53분에 남남서쪽 9km지역에 규모 3.0 여진이 발생하였다. 10월 5일에는 태풍 '자바'로 6시 30분 태풍경보, 12시 30분 태화강지역 홍수주의보와 대피령이 내려졌다. 과거 경험하지 못한 5.8 지진에 이어 여진이 발생하고 양산단층에 속해있는 울주군 지역은 400여회의 여진이 지속되고 있다. 지금도 언론 및 국민안전처에서 통보하지 않는 지진을 창문, 문소리를 통해 지속적으로 느끼고 있다. 높은 공포로 위험을 실시간적으로 느끼고 있다.

9월 12일 지진(규모 5.1 및 5.8)으로 폭탄이 터져 '콰~르 ~르, 콰~르 ~르 쾅~쾅'하는 소리가 크게 나면서 화장실과 주방에 있는 벽면 타일이 깨지는 소리가 나며 떨어져지고 파편이 날리고~, 벽에 금(균열)이 나서 부실공사 하중으로 집이 무서질까 겁이 나서 부리나케 마당으로 뛰어나왔다. 그때의 공포스러움으로 집이 무너질까 보아 마당 앞 텃밭에 설치한 비닐하우스에서 우리(부부)가 잠을 잘려고 한다. 바닥에 비닐을 깔고 임시로 전기 설치와 전기 장판을 옮기고 이불을 가져왔다. 이제 집은 무서워서 못 들어가겠고…, 이사를 가야하는 것은 아닌지…, (다음날) 14일부터 추석 명절인데 차례음식을 포기하고 아이들에게도 오지 말하고 했다. 음식은 하지 않고 필요하면 식당에서 먹고…(10.15일 현재) 뉴스에는 나오지 않지만 작은 지진이 계속되는 것을 느낄 수 있고 해서 불안하기 그지 없다. 필요시 대피할려고 일부 가져갈 준비를 하고 있다(76세, 부부거주)

정부에서 문자와 방송으로 전파한다고 하는데 귀가 잘 안들리고 눈이 어두어 알지 못한다. 이장이 방송을 잘하지만 무슨말을 하는지 울려서 잘 안들려. 네 저(55세)도 무슨 말인지 알아들을 수가 없습니다. 평생 처음 겪는 지진이라 무서워…, 서생, 온산, 온양의 우리지역에는 원전이 많은데 이게 터지거나 폭발하면 어떻게 되나하고 걱정되고 이사를 가고 싶어. 거기에다 태풍피해로 농지, 도로가 유실되고 소가 떠내려가는 것은 처음 봤어. 엎친데 덮쳐 피해가 막심하고…, 세삼이 망할려고 하나(고령자 대부분 호소).

본 사례에서는 고령자가 공포로 히스테릭에 가까운 상황에 이르러 선행연구에서와 달리 위험프레임이 지배적 상위프레임으로 강하게 작용하고 있다. 처음 겪는 지진의 파동의 영향과 함께 주택의 균열, 타일이 깨지는 소리 등을 직접 경험함으로써 '생명의 위협'을 인식하였기 때문에 무의식적으로 표현되어지고 있다. 또한 전국에서는 느끼지 못하나 여진을 직접적으로 접하고 있는 '현재 진행형 사건'이기 때문에 더욱 영향력이 크다. 아울러 지진 공포, 태풍의 직접적 피해를 경험함으로써 원전이 지진으로 영향을 받으면 영화의 장면, 일본 지진의 피해 뉴스를 연상하게 되어 공포는 가중되어 나타난다.

자신과 함께하는 피해 대상들과는 동료애로 교감하나 공무원, 정치인 등의 대상자들에게는 극히 부정적인 특성부여를 하고 있다. 현 공포 및 피해와 관계없이 진행되어지는 축제 활동, 정치인의 당파적 싸움, 상호비난도 동일한 그룹속에 포함하여 비난하도 있다.

George(2009)는 성격이론(Personality Theory)에서 기대(anticipation, 또는 예감)와 연결되어진다. 예를 들면, 우리가 유니콘을 상상(뇌에 의해)할 때, 우리는 우리의 기대감과 연결

하여 염소의 수염과 하나의 혼과 말의 머리가 혼합된 "이미지"를 그려 생각한다. 같은 방법으로, 우리는 노래가 가벼운 터치(touch)의 경험을 통해 얻어진 청취(청각)만의 움직임이 아니라 그것을 듣고 뇌의 감정을 인식하는 "우리의 머리(마음)에" 감각 이상의 느낌으로 탐색하고 표현되어진다. 몇 가지 팝업 같이 다소 눈에 띄는 이미지보다 나의 인식에 더 많은 아이디어를 예상하고 놀라운 선명도와 함께 정신적 이미지를 경험한다.

처음 겪는 지진, 태풍은 마음에 강하게 자극되어 인식되어 그 기대는 희망보다는 불안·공포라는 연상에 의해 프레임 전체를 암흑으로 만들어 가는 것으로 보인다. 그러한 지배적이고 강한 위험프레임을 중심으로 자신의 삶에 대한 정체성, 대상에 대한 부정적 특성짓기(동료적 공감대도 있음)의 맥락과 함께 자신의 생명과 연계되어지는 손익, 실체, 정보프레임을 다음으로 찾아가 연결하고 평가 및 판단하여 표현되어진다. 여기에서 각 프레임은 사건에 종류과 정도에 따라 시간과 공간적 측면, 반복 및 연속되는 사건의 연결로 인해 증폭됨을 알 수 있다. 즉, 연속되는 지진, 이어지는 태풍의 위협이 자신 마음과 공명하고 공감함으로써 공포가 배가되어 나타난다.

스코토마(Scotoma)는 심리학에서 '부정적인 선입관으로 인해 실존하는 사물이나 가능성을 보지 못하는 현상(그리스어로 맹점(盲點))'으로 사물을 바라볼 때나 자신을 바라볼 때도 작동한다. 사람은 자신이 보고 싶은 것만 보려하고 듣고 싶은 것만 기억한다. 우리들의 왜곡된 인식을 때론 진실을 보거나 새로운 문제해결 방법을 간과하는 경우가 있다. 또한 인간의 뇌는 무의식적으로 정보를 받아들일 때 취사선택을 하는 뇌(인식)의 필터 기능이 있다(토마베치 히데토, 2011). 이번 사례는 직접 경험한 현재진행형으로 스코토마로 자신이 체험한 것만 보고 듣고 기억하며 신뢰되어지는 것으로 보여진다. 같이 체험하고 교감되어진 동료는 공감을 나눌 것이나 그렇지 않은 사람은 신뢰하지 않고 적대감으로 대할 것이다.

연속(Continuation)적 자극이 아니더라도 교감(Sympathy) 매칭(mátching)이 인지되면 순간적으로 교감히스테리(sympathyhysteria)로 나타날 수 있다. 동시에 그 적대감은 다른 연합으로 전이된다(전상환, 2015: 119).

Ⅴ. 결 론 및 시사점

본 연구는 고령화 주민의 생활속의 인식 프레임을 어떻게 구성하거나 구성되어지고 있는가?에 대해 프레임이론을 통해 연결하고 분석하여 밝히는 연구였다. 그래서 이론 및 선행연구 검토에서 도출되어진 지배적인 영향을 미치는 상위프레임, 정체성 및 특성부여의 맥락프레임, 관점에 따라 긍·부정적 인식으로 표현되어지는 손익·위험·실체프레임을 적용하였다. 여기에 고령화 주민의 일반적 특성 분석과 더불어 생활인식 사례(사건)을 보는 자아 - 타자의 입장에서 연결하여 프레임을 분석하였다.

이러한 결과 고령화 주민의 일반적 특성에서 첫째, 저출산·고령화로 국력 신장에 필수적인 인구측면에서 위험프레임이 대두되었다. 총인구는 연차적으로 감소하여 2040년에는 -0.39%로 마이너스 성장률로 15-64세까지의 생산가능인구 감소 대비 65세 이상의 고령화 비율이

2040년은 총부양비가 77명으로 높아졌다. 둘째, 고령인원의 인지기능이 떨어져 정신 및 행동적 측면의 대처가 요구되었다. 설문에 따라 국가경영 위기라는 상위프레임이 인식할 수 있었다. 셋째, 노령화가 비교적 급속히 진행되고 있다. 21014년은 20111년에 비해 배우자가 없는 경우 4% 증가(이혼, 증가 추정), 노인독거 3.6% 증가되었다. 고령화에 대한 구체적인 질적 프레임 분석의 필요성이 식별하였다. 왜냐하면 일반적 특성과 패널조사 통계치로는 고령인구의 생활인식과 문제점 대응이 다소 피상적일 수 있기 때문이다.

고령화 주민의 생활인식 사례 분석을 통해 첫째, 고령주민의 생활 주기 인식, 이 인식이 표현되어지는 신체 및 행동특성 프레임을 제대로 이해하여야 한다. 고령화 인원들의 역사적 배경, 생애환경속에서 경험·체험한 절약정신과 자녀에 대한 배려는 체화된 인지로 나타났다. 역사적 경험·체험의 지배적인 상위프레임, 그속에서 생성된 신념화된 정체성프레임에 반하는 특성부를 맥락적으로 이루어지고 손익·위험프레임이 자신을 보호하는 자아프레임(self-frame)이 강하게 체화되어 있었다. 둘째, '고령화·저출산'의 대책의 환경여건이 조성되지 않았다. 도로에서 인도로 이어지는 보행보조기·유모차·휠체어 통행 보장이 되지 않는 도로 어께턱은 유지는 관행적 기존 프레임 유지는 프레임 전환이 이루어지지 않았다. 즉, 고령인원이 보조보행기를 사용하는 그 근본 이유를 모르고 있는 것이다. 셋째, 고령인원에 있어 새로운 사건은 관점의 위험프레임이 상위프레임으로 작용한다. 처음으로 겪는 지진 발생 및 연속되는 현재 진행형 여진의 발생, 태풍의 위험이 배가될 때 한곳에 집중하고 편향적 인식체계로 전환되고 공감하지 않는 타자에게 위험프레임이 전이된다.

이러한 프레임 이론 측면에서 고령화 주민의 생활인식 프레임 접근은 고령인원의 실체를 알 수 있었고 부정의 프레임으로 접근할 것이 아니라 함께해야하는 동반자적 긍정의 프레임으로 전환하여 고령 및 미래세대가 체화되어야 함을 도출하였다. 구호적이고 형식적인 '저출산·고령화 대책'의 실패를 인정하고 심리 인식의 체화된 인지로 여건조성을 하여야 한다. 기존의 고령인원의 복지예산 지출, 소모적 일자리 제공, 기초연금 지급 등 미래 세대에 부담이 되는 경제적 접근으로는 한계가 있다는 것이다.

인구 절벽을 재원으로 메울것이 아니라 체화된 인지(Embodied Cognition) 그리고 의도적으로 동류화하는 과정(framing)이며 생각을 바꾸게 하는 것(reframe)이다. 정신과학자들은 트라우마적 정신치료에 활용하고 정치가들은 자기 연합의 신념, 철학에 함께 하도록 전이시키며 기업·언론들은 광고·뉴스 프레임을 통해 관객(국민, 대상자)에게 이입시키게 된다. 주민생활은 인간이 기본적으로 생활하는 공간·환경속에서 발생하는 사회적 문제를 인간 존엄성 관점에서 최소한의 자연·자유주의를 보장하는 것이다.

이론적 측면에서 장수화되는 고령인원의 인식체계를 장기적으로 연구하여 노년학을 좀 더 발전시켜야 한다. 고령인원의 인식체계, 표현 및 행동체계의 긍·부정적 영향을 법·제도적으로 장려 또는 보완하여 미래세대와 함께 지속가능한 국가 및 사회발전이 되도록 하여야 한다. 그리고 생물학과 뇌의학을 융합시켜야 할 과제를 도출하였다.

마지막으로 프레임 연구의 한계이다.

질적 프레이밍 연구는 좀처럼 자신의 측정 모델을 알 수 없다. 경험적으로 측정 한 방법,

특정 프레임에 도달하는 데 사용 된 것으로 말하는 것이 어렵다. 이러한 사례로 첫째, 실제 언어 분석에서 “직접 연설을 보고했다"로 각주에 설명되어 있고 (Statham의 & Mynott 2002 : 10, FN 6), 둘째, 다음과 같이 또 다른 연구는 프레임 검출 과정을 설명하며 "기사를 직접 읽은 후, 다섯 주제 치수는 확인 된 데이터에 대한 깊이있는 질적 분석에 의해 보완 과정을 거쳤다(Triandafyllidou 2002 : 3.7 FN 10).”세 번째 논문은 단호하게 코딩이 수행 된 방법은 언급하지 않고 “데이터 수집 과정에서, 우리는 아이디어의 승인 또는 반응의 모든 증거를 코딩"하였다고 선언(McCaffrey & Kayes, 2000: 49)한다.

참 고 문 헌

김수연·허선. (2010). 준·고령 근로빈공층과 청·장년 근로빈곤층의 빈곤 결정요인 비교연구.「노인복지연구」. 47: 375-398.

김주현 외. (2016). 전문가집단의 연령주의(Ageism) 인식과 경험에 대한 질적 연구: 의료, 사회서비스, 법률, 금융 전문가의 고령자와의 상호작용을 중심으로.「노인복지연구」. 71(2): 9-39.

김진호・고경민 (2005). 제주국제자유도시의 안보와 평화, 그리고 다층적 평화 거버넌스: 시론적 접근..「지방정부 연구」, 9: 109-128.

김형수 (2003). 노인부양의 한계와 생산적 고령화 방안.「노인복지연구」. 22: 175-192.

네이버 두산백과. http://terms.naver.com/entry.nhn?docId=1061549&cid=40942&categoryId=31611. 2016. 10.15 검색

신용인(2011),, 원자력발전소 주변 지역주민의 갈등 프레임 분석. 「한국행정학고」. 제45권 4호. 173~202

심준섭. (2011). 갈등 프레임이 갈등관리 방안에 대한 선호에 미치는 영향,원자력 정책을 중심으로. 한국행정연구 제20권 4호. 31~62

심준섭·김지수. (2010). 갈등 연구에서 프레임 분석의 적용가능성. 국방정책연구. 국가정책연구 제25권 3호. 29~64

우국희. (2011). 고령화 시대의 노인과 위험 담론.「노인복지연구」. 53: 261-280.

유영성·안광일. (2005). 경기도의 환경 갈등·분쟁문제 해결방안에 관한 연구. 「경기개발연구원」. 1~277

유재남. (2015). 중고령자 주관적 건강상태와 삶의 만족도의 종단분석.「노인복지연구」. 68: 331-356.

윤은기. (2007). 고령화와 사회복지지출: 건강보험과 국민연금 중장기 재정소요분석을 붕심으로. 「노인복지연구」, 38: 185-208.

이달곤. (2005). 협상론, 법문사 3판

이영익. (2006). 노인의 여가활동유형과 건강통제인식 및 일상생활수행능역의 관계.「노인복지연구」, 41: 256-276.

이준웅. (2000). 프레임 해석 그리고 커뮤니케이션 효과, 언론과 사회, 29호 85~153

이혜경·이병록. (2008). 전·후기고령자의 노인장기요양보호 서비스에 대한 욕구 차이.「노인복지연구」, 42: 7-26.

전상환. (2015). 프레임이론의 관점에서의 제주해군기지 갈등 분석. 경북대학교, 박사학위 논문.

정순돌·이선희. (2010). 한국 노인복지분야 사례관리실천의 현재, 사회복지사 주관적 경험 인식.「노인복지연구」50: 7-26.

정주원 외(2012). 60대 중고령자들의 주관적 노후인식과 주관적 삶의 만족도에 관한 연구.「노인복지연구」57: 333-356.

정홍상·주재복·하혜수. (2014). 지방정부 간 지역갈등 분석 틀 설계 및 이의 적용.

조추용. (2016). 농촌노인의 일상생활수행능려과 생활의 어려움이 정신건강에 미치는 영향요인에 관한 연구, 사회적 지지 매개효과를 중심으로.「노인복지연구」71(1): 331-363.

통계청. (2014), 2014년 출생통계(확정), 국가승인통계 제10103호 출생통계. 보도자료 2015.8.25.

통계청. (2014), 고령화연구 패널조사. http://kosis.kr/wnsearch/totalSearch.jsp

통계청. (2015), 2015년 통계조사

통계청. (2016). 2015년 출생·사망통계(잠정). 사회통계국 인구동향과 보도자료(2016.2.24.). 생산가능인구, 고령인구: KOSIS 2016.10.10 20시 검색(2016.2.22) 갱신 http://kosis.kr/wnsearch/totalSearch.j

하혜수. (2002). 지방정부간_분쟁해결을_위한_협상론적_분석, 한국행정학보 제37권 1호, 205~224

하혜수. (2014). 지방정부 간 갈등분석: 원칙협상과 리프레이밍의 적용. 제727회「정책&지식」포럼.

한영수. (2005). 지방자치단체간 발전적 관계에 관한 연구.「지방정부학회」, 9(4): 7-21.

한창완 외. (2002). 재가고령자의 일상생활동작과 관련요인에 관한 연구, 고분산 구조방정식모형을 이용한 Barthel Index의 교차타당성의 검토.「노인복지연구」. 겨울호: 233-246

Antonia Engel, Benedikt Korf(2005),Negotiation and mediation techniques for natural resource management. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS ROME. copyright@fao.org

Boeree Dr. C. George(2002,2009). Perception and Interaction. Shippensburg University, http://webspace.ship.edu/cgboer/genpsyperception.html

Buijs Arjen E, ArtsBas J.M. ElandsBirgit H. M. Lengkeek, Jaap (2007), Beyond environmental frames: The social representation and cultural resonance of nature in conflicts over a Dutch woodland Geoforum(2011), 329~341

Carr, D., & Kamp, K.(2011), The Political Economy of the Third Age, Gerontology in the Era of the Third Age(pp51-66), New York: Springer.

Goffman Erving . (1974). Frame Analysis: An essay on the Organization of Experience. Northeastern University Press, Boston

Gray Barbara (2004). Strong Opposition, Frame-Based Resistance to Collaboration, Jouranl of Community & Applied Social Psychology 14 166~176

Hale Katherine. (1998), The language of cooperation: Negotiation frames. Inc., A Wiley Company Volume 16, Issue 2, pages 147-162, . http://onlinelibrary..com

Jenkins-Smith, Hank, and Paul Sabatier. 1994. "Evaluating the Advocacy Coalition Framework," Journal of Public Policy 14:175-203.

Kenny. (2014). Developing the Conversation about Workplace Mediation. http://kennedyinstitute.nuim.ie/content/developing.

Leach G and Wallwork J (2003). DF2 Final Report: Multiple Understandings of Participatory Research Reviewing the Complexity of Applied Research Paradigms for Integrating Science in the Coastal CRC. Coastal CRC technical report (unpublished).

Lewicki. (2003). effective-negotiation-3s, http:// pdrummond fleming associates .typepad.com, 협상 강의 ppt 자료

Lewicki R, Gray B and Elliot M (2003). Making Sense of Intractable Environmental Conflicts - Concepts and Cases. Island Press, Washington DC.

Lewicki Roy & Bruce Barry & Saunders David M·MintonJohn W. (2003). NEGOTION. INTERNATIONAL. McGRAW·HIAL

Minker, M., Estes, C.L.(eds), (1984), *Reading in the Political Economy of Aging*, Amityville, New York: Baywood

Miron-Spektor Ella, Gino Francesca, Argote Linda. (2011). Paradoxical frames and creative sparks: Enhancing individual creativity through conflict and integration. Organizational Behavior and Human Decision Processes vol 116(2). 229~240

Nelson, E. A., and Dannefer, D.(1992), Aged heterogeneity fact of fiction? The fate of diversity in gerontological research, *The Gerontologist*, 32, 17-23.

Phillipson, C. & Baars, J.(2007). "Social theory and Social ageing". in J. Bond, S. Peace, F. *Ageing in Society: European Perspectives on Gerontoloy*, London: Sage.

Putnam, L. L. (2010). Chapter9 Handling Conflict, http www.sagepub.comupm-data40152 173~209

Raykoff Geoge (1986). Think Points: Communicating Our American Values and Vision, RocKridge Institute, 나익주 옮김(2007), 프레임 전쟁, (주)창비

Ricoeur Paul. (1969). Le conflict des interpretations: essais d'bermeneutique. 양명수 옮김(2012). 해석의 갈등. 도서출판 한길사.

Rummel R. J. (1985). Libertarian Propositions on Violence within and between Nations: A Test against Published Research Results. Journal of Conflict Resolution. vol. 29, 3: pp. 419-455

Sabatier Paul. (1986). Top-Down and Bottom-Up Models of Policy Implementation: A Critical Analysis and Suggested Synthesis. Journal of Public Policy 6 (January): 21-48.

Sabatier Paul and Hank Jenkins-Smith. eds. (1993). Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach. Boulder: Westview Press.

Sabatier, Paul A. and Christopher M.Weible. 2007. "The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications." In Theories of the Policy Process, 2nd ed., ed. Paul Sabatier. Boulder, CO: Westview Press, 189-22.Studies Journal, Vol. 37, No. 1

Schön Donald and Rein. M. (1994), Frame Reflectio: Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies. New York: Basic Books

Silverthorn, Dee Unglaub, Ph.D., Ober, William C., Garrison, Claire W., Silverthorn, Andrew C., M.D. , 《Human Physiology》, Addison-Wesley, 2008. 03. 01

Smets, Michael (2013) Reconstructing institutional complexity in practice: A relational model of institutional work and complexity. Human Relations, 66 (10). pp. 1279-1309.

Snow David A. & Rochford E. Burke, Jr. & Worden Steven K. & Benford Robert D. (1987) American Sociological Review, Vol. 51, No. 4. (Aug., 1986), pp. 464-481.

Tversky Amos, Kahneman Danial(1981), The Framing of Decisions and the Psychology of

Choice, www.sciencemag.org on April 29, 2014 게시
Weible Christopher M. & Sabatier Paul A. & and McQueen Kelly. (2009). Themes and Variations: Taking Stock of the Advocacy Coalition Framework. The Policy
http://conflict.colorado.edu/hocker-wilmot-conflict-mapping.html
www.fao.org/docrep
jphong@yna.co.kr
http://www.ijejutoday.com/news/articleView.html?idxno=11722
http://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=102&oid=003&aid=0004375880

A Study on the life cognition frame of Elderly resident: ULJU county

Sang-Hwan Jeon
Ph.d. Public administration, NANURI Research Institute

A research which finds fundamental recognition system frame of aging resident is almost not found, in preceding research. It means basis living as behavior in being aware and expressing as their frame. First, they are dominant affect of experiencing high frame, second, context frame(or self-frame) of identity · giving individuality which is consisted of first priority of children · saving mentality, third, POV frame which is profit and loss · danger · truth. As high frame that is dominantly affected to cases is with first and repetitive earthquake, connected fear of typhoon in time and space, we knew that danger frame is come into high frame. This result has to be thought low birth · aging society and recognition frame of resident living as definitely accumulated embodied cognition, each policy will get positive effect desirably. Before, through qualitative research of psychologic side of elderly resident, following research has to establish theoretical base about an elderly of Korea and keep going to reflect this to policy.

Key words: elderly, frame, resident life, Low birthrate·Aging



포스터발표

《포스터발표 1》 자활사업 참여자의 주관적 건강 인식 수준과 정서적 자활 관계
- 발표: 김은자(상지대학교 사회복지학과 박사과정 수료)

《포스터발표 2》 여성노인학습자의 평생학습참여를 통한 삶과 죽음에 대한 의미 변화 과정 탐색
- 발표: 변애경(숙명여자대학교 교육학과)

《포스터발표 3》 장기요양서비스 공급의 지역격차 해소를 위하 에어리어 마케팅
- 발표: 선현규(일본 교에이 대학 교수)

《포스터발표 4》 성인의 노인이미지와 노인인권 인식이 노인학대인식에 미치는 영향 – 노인동거경험 유무에 따른 집단 비교
- 발표: 김미혜(이화여자대학교 사회복지학과 교수)

《포스터발표 5》 노인의 경제적 학대 또는 재무적 착취
- 발표: 박창제(경북대학교 사회복지학과 교수)

《포스터발표 6》 국학기공프로그램이 불안에 미치는 영향 – 경기지역 노인을 중심으로
- 발표: 김계령(국제뇌교육종합대학원 석사)

《포스터발표 7》 노인 우울 예방을 위한 뇌교육 프로그램 개발 및 효과
- 발표: 김일식(단월드)

《포스터발표 8》 노인의 평생과정설계(Permanency Process Plan)
- 발표: 변진숙(그레이스센터 사무국장)

《포스터발표 9》 한국 사회복지 학계에서의 노인에 관한 연구 경향 분석
- 발표: 김인태(서울대학교 행정대학원 정책학 석사)

《포스터발표 10》 IT에 대한 인식과 한국노인의 유형화 특성 : Q 방법론 적용
- 발표: 장세정(서울대학교 행정대학원 정책학 석사)

포스터발표 1

자활사업 참여자의 주관적 건강인식 수준과 정서적 자활 관계

발표: 김은자(상지대학교 사회복지학과 박사과정 수료)

자활사업 참여자의 주관적 건강인식 수준과 정서적 자활 관계

김 은 자*

초 록

본 연구에서는 자활사업 참여자의 주관적 건강인식 수준과 정서적 자활과의 관계를 살펴보고자 하였다. 자활사업 참여자가 주관적으로 인지하는 건강상태는 사업 참여 동기나 일에 대한 태도에 중요한 영향을 미칠 수 있고 자활성과와도 연결될 수 있다. 그러므로 경제적 자활을 이루기 위한 과정적 측면으로서의 정서적 자활이 주관적 건강인식 수준과 어떠한 관계가 있는지를 살펴보는 것과 동시에 이에 대한 시사점을 모색하고자 하였다. 연구대상은 원주시의 자활사업 참여자를 대상으로 하였으며 총 127부를 본 연구의 분석 자료로 사용하였으며 연구결과는 다음과 같이 나타났다. 첫째, 주관적 건강인식 수준과 정서적 자활은 유의한 정(+)적 상관관계를 나타내고 있다. 둘째, 자활사업 참여기간은 주관적 건강인식이나 정서적 자활에 부(−)적 영향을 미치고 있으며, 참여자의 연령은 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 제언으로는 복지수급에 따른 조건부과로 인해 비자발적으로 자활사업에 참여하는 조건부수급자들이 삶의 태도나 일에 대한 생각을 긍정적으로 인식할 수 있도록 참여자의 욕구와 수준에 맞는 정서적·심리적 프로그램을 강화한다면, 주관적 건강인식 수준과 더불어 정서적 자활수준도 향상될 것으로 사료된다.

주제어 : 주관적 건강, 주관적 건강인식, 정서적 자활, 자활사업 참여자

I. 서 론

저소득층의 자립과 자활을 위해 근로능력 있는 저소득계층의 자활능력을 향상시키고 안정적인 일자리를 제공함으로써 빈곤에서 탈출하도록 유도하는 근로연계복지정책으로 제도화된 것이 국민기초생활보장법에 의한 자활사업이다(류만희, 2007).

일반적으로 자활사업의 궁극적 목적은 경제적인 자활에 두고 있으며, 이를 위해 자활능력 배양, 기능습득 지원, 근로기회 제공을 중심적인 수단으로 활용(백학영 외, 2011)하고 있다. 때문에 저소득층의 자활사업을 운영하고 있는 지역자활센터는 예산의 증가와 참여자의 양적인 확대에도 불구하고 낮은 성과와 자활사업 참여자의 탈수급에 성공적이지 못하였다는 평가와 비판을 받고 있다(김정원 외, 2013). 자활사업을 담당하는 실무자와 연구자들은 이러한 부정적인 평가에 대해 대부분 현실을 반영하지 못한 제도적인 결함과 성과의 기준에 문제가 있는 것으로 비판하고 있으며(엄태영, 2013), 엄태영(2010)은 자활사업 참여자들 대부분이 일반 노동시장에서 탈락한 중·장년층 여성으로 낮은 인적자본 문제와 자활사업 정책상의 문제, 세계적 불경기 측면이 단순히 경제적으로만 자활사업 효과성을 평가하기에는 한계

* 상지대학교 사회복지학과 박사과정 수료

가 있음을 지적하고 있다. 실제 2015년 전체 자활사업 참여자 중 탈수급과 자활성공률을 살펴보면 각각 16.9%, 35.1%(중앙자활센터, 2014)로 나타났다.

근로빈곤층의 부진한 자활성과에 대해 노희경(2004)은 근로유인체계의 미흡을, 최용민 외(2010)는 맞춤형 자활프로그램의 부재와 참여자 감소를 저해요인으로 제기하고 있다. 그러나 사회적 합의가 도출되어 있지 않은 상황에서 자활성과 작업은 자활의 개념을 어떻게 정의할 것인가에 따라서 다양하게 수행되어질 수 있고(권승, 2005), 연구자마다 다른 결과를 제시하고 있다(엄태영 외, 2011). 한상진 외(2007)는 현재의 자활사업 성과가 비판을 받고 있는 이유로 자활사업에 참여하고 있는 사람들의 다양하고 복잡한 특성을 반영하여 통합적인 접근을 해야 하는 자활사업의 특성을 고려하지 못하고 탈빈곤 위주의 경제적 자활에만 초점을 두고 있기 때문이라고 보고하고 있다. 이에 대해 이은정(2014)은 자활사업 실효성 평가를 탈수급이나 탈자활사업 등의 성과만으로 지적하는 것은 한계가 있으므로 자활성과를 무엇으로 정의할 것인지에 대한 기준을 마련하는 것이 필요하다고 주장하고 있다. 이에 따라 자활의 개념을 국민기초생활보장법상의 수급탈피로 규정하기보다는 스스로 일을 함으로써 생계보호에 안주하지 않고 빈곤한 상태로부터 벗어나는 경제적 측면의 과정으로 규정하자는 의견(엄태영, 2009; 송인한 외, 2013)과 자활사업을 소득변화에 따른 수급권 탈피 여부로 한정하는 경제적 측면뿐만 아니라 심리적 측면까지 확대하여 그 성과를 평가해야 한다는 의견이 대두되고 있다(정원오 외, 2005; 박정호, 2010). 뿐만 아니라 자활성과에 긍정적 영향을 미치는 자존감, 자신감 등 심리·정서적 요인에 대한 중요성이 강조되고 있다(안서연 외, 2011)

빈곤여성가구주의 자활에 영향을 미치는 심리·사회적 요인에 대한 김은선(2005)의 연구에서 자아존중감이 정서적 자활에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 박지숙(2004)의 연구에서도 자아존중감과 자활의지가 정적인 영향을 미치고 있으나 자활사업 참여자를 성별, 연령별로 분류하여 자활의지를 살펴본 결과 자아존중감은 유의미하지 않다는 결과도 나타나고 있어(안서연 외, 2011) 정서적 자활에 영향을 미치는 요인을 파악할 필요가 있다.

자활사업 참여자들이 단기간에 경제적 자립으로 자활 성공을 이루는 것이 가능하지 않기 때문에 자활이라는 궁극적 목적에 도달하기 위한 과정적 측면으로의 자활의지를 고려하는 것이 필요하다. 많은 연구들에서 경제적 자활을 위한 과정적 측면에서 중요한 영향을 미치는 것으로 자활의지가 조사되고 있으나 자활사업 참여자 스스로 생각하는 건강인식과 자활의지로 표현되는 정서적 자활과의 관계를 살펴 본 연구는 많지 않다.

따라서 본 연구에서는 자활사업 참여자의 주관적 건강인식 수준과 정서적 자활의지 간의 관계를 살펴보고, 향후 자활사업 참여자들의 정서적 자활성과를 높이기 위해 주관적 건강인식 수준 향상과 심리적 지원 방안을 모색하여 실천적 함의를 도출하는 것을 연구의 목적으로 한다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 정서적 자활

자활의 사전적 의미는 '자기 스스로의 힘으로 살아감', '스스로 문제를 해결하거나 문제해결을 위해 노력하는 행위'이며, 일반적으로 남에게 의지하지 않은 채 자신의 힘으로 살아가는 것을 의미하는 경제적인 자립으로 설명한다(신명호, 2006). 자활사업의 궁극적 목표가 탈수급이기 때문에 자활효과를 분석하는 과정에서는 경제적 측면의 자활개념이 자활성과를 명확히 할 수 있다는 장점을 갖고 있다(박정호, 2010). 그러나 사회복지 측면에서 언급하는 자활은 이보다 좀 더 복잡한 개념으로 '개인이 물질적·사회적 빈곤과 노동으로부터의 소외를 극복하고 사회의 통합이나 사회적 주류화 속에서 인간으로서의 기본적인 삶의 질을 누릴 수 있는 상태에 이르거나 이를 실현하는 과정'으로 정의한다(김세원, 2005). 최근 들어 자활사업의 성과를 평가하는데 있어 경제적 자활뿐만 아니라 정서적 자활을 강조하고 있는데(이형하 외, 2004; 송인한 외, 2012), 이는 경제적 자활을 달성하기 위한 선행 변수로서 정서적 자활의 중요성을 평가(정원오 외 2005; 엄태영 2010)하는 것은 자활을 이루고자 하는 과정에서 심리적 요인이 많은 작용을 하기 때문으로 판단된다. 그러나 아직까지 심리적인 요인들을 바탕으로 하는 정서적 자활기준에 대해 사회적으로 합의된 측정방법은 없다.

선행연구들은 자립의지나 근로의욕, 자신감, 자활의지, 자기효능감 등이 정서적 자활의 개념으로 사용하고 있다. 박대중(2007)은 자활의지를 '실직의 상태, 불안정한 고용상태, 어려운 생활환경에서 안정적인 고용과 재활과정을 통해 스스로의 힘으로 생활하고자 하는 의지'로, 허태현(2005)은 '개인이 직면하는 변화상황에 대한 자기 자신감과 자아통제, 근로의욕'으로, 엄태영(2009)은 '빈곤으로부터 탈피하여 독립적인 생활을 하겠다는 열망 및 미래에 대한 긍정적 생각'으로, 최선덕(2010)은 '개인이 직면한 변화상황에 효과적으로 대처하기 위한 개인의 적극적인 의지'로 설명함으로써 정서적 자활이 심리적인 중요한 요인임을 밝히고 있다.

정서적 자활을 측정하는 기준에 대해 박장호(2012)는 자활사업 참여자들이 무력감에서 벗어나 빈곤으로부터 스스로 탈피하고자하는 주체적인 생각과 의지로 정서적 자활효과를 평가하고 있으며, 엄태영 외(2008)는 자신의 능력과 상황에 대해 긍정적인 평가를 함으로써 스스로의 삶의 태도를 긍정적으로 갖는 것이 정서적 자활을 이루는 기준이 된다는 것을 설명하고 있다. 이형하 외(2004)는 자활사업에 참여한 이후 경험하는 일자리에 대한 보람과 즐거움, 일에 대한 적극성 등 근로태도의 향상을, 이상록(2003)은 자신에 대한 긍정적 태도의 형성과 생활태도의 변화 등 자립요소의 형성을, 김은선(2004)은 일을 하고자 하는 의욕, 국가의 보호보다 일자리를 선택하고자 하는 태도 등을 통해 정서적 자활효과를 측정하였다.

자활은 빈곤에서 벗어나는 것을 의미한다. 그러므로 빈곤탈출에 영향을 미치는 요인들은 당연히 자활에 영향을 미친다고 볼 수 있으며, 특히 개인이 가지고 있는 내적 측면의 심리적인 특성은 삶에 대한 무기력감이나 상대적 박탈감과 연결될 때 자활에 부정적인 영향을 줄 수 있다(이래혁 외, 2007). 따라서 경제적 자활을 이루기 위해 우선적으로 자활사업 참여자들의 심리적 상태를 고려해야 하며(이형하·조원탁, 2004), 자립의지, 근로의욕, 자신감, 긍정적인 생각, 일에 대한 태도 등 심리적 요인들은 경제적 자활을 이루기 위한 과정적 측면으로 필수적인 전제조건이라는 것이다(엄태영 외, 2014).

본 연구에서는 정서적 자활을 선행연구에서 사용된 개념을 종합하여 '개인이 갖는 긍정적

인 삶의 태도와 일에 대한 생각으로 스스로 빈곤에서 벗어나 자립하고자 하는 심리적인 태도'로 정의하고, 엄태영(2014)이 개발한 정서적 자활 척도를 중심으로 살펴보고자 한다.

2. 주관적 건강인식

개인이 갖는 긍정적인 삶의 태도와 일에 대한 생각으로 스스로 빈곤에서 벗어나 자립하고자 하는 심리적인 태도에 영향을 주는 요인으로 건강도 포함 한다. 주관적 건강인식이란 스스로 신체적, 생리적, 심리사회적 상태에 대한 평가를 내림으로써 의학적으로는 측정할 수 없는 건강상태에 대한 개인적인 인식을 일컫는다(Ware, 1987). 즉, 개인이 가지고 있는 만성질환의 유무 또는 의료 이용을 통해 평가된 상태로 신체 변화를 가장 민감하게 느끼는 개인이 자신의 건강상태에 대한 주관적 느낌을 반영한 개념이라고 할 수 있다(오영희, 2005). 주관적 건강인식은 과거와 현재의 객관적 건강상태뿐 아니라 앓고 있는 질병, 의료 이용 상태 및 생활의 여러 사회경제적 상황으로부터 영향을 받게 되고(오영희 외, 2006), 성별이나 어렸을 때 받았던 교육수준, 청장년 시기의 소득수준, 직업 등 개인을 둘러싸고 있는 다양한 인구학적, 사회경제적 요인들과도 관련되어 있음을 알 수 있다(Cairney, 2000). 또한 심리적 스트레스, 신체적·정신적·사회적 안녕감에 영향을 받게 되고(Connelly et el., 1989) 살아가면서 경험하는 부정적인 사건들이 스트레스 요인으로 작용하여 건강에 악영향을 미치게 되고, 삶의 만족도에도 영향을 미쳐 주관적 건강인식에 부정적으로 영향을 미칠 것으로 볼 수 있다. 노인의 주관적 건강상태와 우울 간의 관계를 연구한 이막달(2012)은 노인의 주관적 건강평가와 우울의 부적관계를 설명하면서 주관적 건강상태가 낮을수록 우울정도가 높아져 삶의 태도에 부정적인 영향을 미치는 것으로 보고하였다. 결국 열악한 인적자본을 가진 자활사업 참여자들이 겪는 실직이나 구직의 어려움 등 부정적인 사건들로 인한 우울한 감정 변화가 주관적 건강인식에 영향을 미치게 되고, 자활사업에 대한 생각이나 삶의 태도에도 영향을 미칠 것이라고 볼 수 있다. 뿐만 아니라 빈곤보다 포괄적인 개념의 박탈을 경험하는 경우 주관적 건강수준에 더 많은 영향이 있는 것으로 나타났다. 허종호 외(2010)는 절대적 박탈, 주거의 질적 박탈, 직업 수입 박탈, 사회적 지지의 박탈이 주관적 건강에 부정적 영향을 미치는 것으로 보고하고 있다.

3. 주관적 건강인식과 정서적 자활

스스로 건강하다고 인식하는 것은 신체적인 역량뿐만 아니라 사회적·개인적 대처 능력을 가지고 긍정적으로 삶을 영위할 수 있음을 의미하기 때문에(이윤진 외, 2013) 주관적 건강인식은 개인의 삶의 태도에 있어 중요한 영향력을 미치는 요인 중 하나라고 볼 수 있다. Palmore & Luikart(1972)의 연구에서도 주관적 건강인식이 사회 활동량과 내적 통제보다 긍정적인 삶의 태도에 더 큰 영향력을 행사하고 있다는 것을 확인하였고, 이선정(2009)도 주관적 건강인식과 삶의 만족도 간에 정적인 관계가 있음을 보고함으로써 스스로 느끼는 주관적 건강인식이 개인의 삶의 태도와 일에 대한 생각을 긍정적으로 할 수 있는 심리적 태도

를 보이는 것이라고 할 수 있다.

자활사업 참여자가 인식하는 주관적 건강은 지속적인 근로에 장애요인으로 작용할 뿐 아니라 자활의지에도 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 이상록(2003)은 자활사업 참여자의 정신건강상태가 자활사업 참여 태도에 영향을 미치게 된다는 것을 밝히고 있고, 박장호(2012)는 전문가의 정서적 지지와 주관적 건강이 자활의지에 영향을 주는 것으로 보고하고 있다. 정순둘 외(2012)의 연구에서도 주관적 건강상태가 삶의 태도에 긍정적인 영향력을 미치는 것으로 나타났으며 이는 스스로 건강상태에 대해 인식하는 정도가 심리적으로 삶의 태도와 직결된다는 것을 알 수 있다. 그러나 자활사업의 경우 소득을 창출할 수 있는 일자리 참여기회가 적은 저소득층에게 주어지는 근로와 연계된 복지의 개념이므로 주관적 건강인식이 자활의지에 미치는 영향은 크지 않을 것이라고 가정 할 수 있다. 주관적 건강인식이 낮은 집단의 경우 취·창업 의사가 낮기 때문에 자활의지를 높이기 위해서는 자신감 획득이나 자기개발 등 정서적 동기부여가 필요하다는 이석환 외(2014)의 연구 결과는 자활사업이 저소득 자활사업 참여자에게 지속적인 근로기회를 제공함으로써 자신감 강화나 삶에 대한 태도를 긍정적으로 바꾸게 하는 기회를 제공하는 측면이라고 해석할 수 있디.

Ⅲ. 연구방법

1. 조사대상 및 자료 수집

본 연구는 자활사업 참여자의 정서적 자활에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 원주지역 자활사업 참여자를 대상으로 선정하였다.

조사대상자는 조건부수급자 중 고용노동부 취업성공패키지사업 참여자 45명과 보건복지부 자활사업 참여자 108명을 대상으로 하였다. 설문지 배부는 2016년 6월 20일부터 7월 6일까지 17일간 조사의뢰 및 방문조사를 병행하여 진행하였다. 고용노동부의 취업성공패키지사업 참여자의 경우 원주고용지원센터 담당자에게 사전 협조를 요청하여 참여자의 면담일 에 설문을 작성할 수 있도록 하였으며, 보건복지부 자활사업 참여자의 경우 원주지역자활센터의 동의를 구한 후 각 사업단을 방문하여 조사 참여에 동의하는 참여자들이 직접 설문지를 작성하도록 하는 자기기입 방법으로 응답하게 하였다.

설문지는 총 153부를 배부하여 136부를 회수하였으며, 그중 응답방법에 오류가 있거나 신뢰도가 떨어지는 설문지 9부를 제외한 127부를 최종분석에 활용하였다.

2. 조사도구의 구성

본 연구의 조사도구는 선행 연구를 토대로 작성한 설문지이며, 조사 대상자의 일반적 특성으로 인구사회학적 변인을 파악하기 위한 문항, 주관적 건강인식 수준에 관한 문항, 그리고 정서적 자활에 관한 문항으로 구성되어 있다. 인구사회학적 특성 변인으로는 성별, 연령, 학

력, 결혼형태, 가구원 수, 참여 동기, 참여기간의 7문항으로 구성하였다.

주관적 건강 인식 관련 문항은 자활사업 참여자들이 의학적인 소견과는 별도로 개인이 인식하고 있는 건강 상태를 측정하는 것이다. “귀하가 생각하는 자신의 건강상태는 어떻습니까?”의 단일 문항으로 스스로의 건강에 대하여 ‘건강이 나쁘다’에서 ‘건강하다’의 5점 척도로 구분되어 있으며 점수가 높을수록 주관적인 건강인식이 좋다는 것을 나타낸다. 주관적 건강인식은 일반적인 건강상태를 나타내는데 가장 보편적으로 사용되는 척도 중 하나로 측정이 간단하고 국제적 비교가 가능한 것으로 알려져 있다(김형용, 2010). 본 연구에서는 자활사업 참여자가 갖는 주관적 건강인식 수준이 정서적 자활 측면에 중요한 영향요인으로 작용할 것으로 예측되며 본 연구에서의 신뢰도 계수(Cronbach’s α)는 .721 로 나타났다.

자활사업 참여자의 정서적 자활 수준을 측정하기 위한 도구로는 엄태영(2014)이 델파이 조사기법을 활용하여 개발한 정서적 자활 척도를 사용하였다.

정서적 자활에 대한 설문은 총 25문항으로 긍정적 삶의 태도 5문항 ①~⑤, 대인관계 3문항 ⑥~⑧, 통제력 4문항 ⑨~⑫, 일에 대한 생각 6문항 ⑬~⑱, 자아상 4문항 ⑲~㉒, 자립의지 3문항 ㉓~㉕으로 구성하였다. 각 문항은 “매우 그렇다(5점)”에서 “전혀 그렇지 않다(1점)로 평가하는 Likert식의 5점 척도이며, 점수가 높을수록 정서적 자활 수준이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 계수(Cronbach’s α)는 .901 이다.

표 1. 주관적 건강 인식과 정서적 자활 하위 요인의 문항구성과 신뢰도

변수		구성문항	Cronbach´s α	
주관적 건강 인식		1	.721	
정서적 자활	긍정적 삶의 태도	1,2,3,4,5	.904	.901
	대인관계	6,7,8	.773	
	통제력	9,10,11,12	.837	
	일에 대한 생각	13,14,15,16,17,18	.805	
	자아존중감	19,20,21,22	.823	
	자립의지	23,24,25	.767	

3. 자료 분석 방법

본 연구의 목적인 자활사업 참여자가 인식하는 주관적 건강이 정서적 자활에 어떠한 영향을 미치는지를 규명하기 위하여 다음과 같은 분석 방법을 활용하였으며, 자료 분석 방법을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 척도의 신뢰도 검증을 의해 Cronbach´s α를 산출하였다.

둘째, 자활사업 참여자의 일반적 특성을 파악하기 위해 기술통계의 빈도분석, 평균 및 표

준편차, 독립표본 t-검정 및 일원배치 분산분석 을 실시하였다.

셋째, 주요 변수 간 상관관계를 파악하기 위해 피어슨의 상관관계 분석(Pearson's correalation analysis)을 실시하였다.

넷째, 주관적 건강 인식에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 위계적 회귀분석(Hierarchlcal regression)을 실시하였다.

통계분석을 위해 SPSS 18.0을 활용하였으며, 통계적 검증은 유의수준 α=.05를 기준으로 유의성 여부를 판단하였다.

Ⅳ. 연구결과 및 해석

1. 자활사업 참여자의 인구사회학적 특성

본 연구는 원주시에서 자활사업에 참여하고 있는 조건부수급자 127명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 연구대상자의 일반적 특성을 파악하기 위해 빈도분석을 실시하였으며, 그 결과는 [표 2] 와 같다.

표 2. 자활사업 참여자의 인구사회학적 특성

변수	구분	빈도	퍼센트
성별 (N=127)	남자	58	45.7
	여자	69	54.3
연령 (N=127)	29세 이하	15	11.8
	30-39세 이하	19	15.0
	40-49세 이하	37	29.1
	50-59세 이하	51	40.2
	60세 이상	5	3.9
학력 (N=127)	중졸 미만	11	8.7
	중졸	20	15.7
	고졸	77	60.6
	대졸 이상	19	15.0
결혼형태 (N=127)	미혼	16	12.6
	기혼(동거 포함)	56	44.1
	이혼	43	33.9
	사별	11	8.7
	기타(별거)	1	0.8
가구원수 (N=127)	1인	22	17.3
	2인	40	31.5
	3인	47	37.0

	4인	13	10.2
	5인 이상	5	3.9
참여동기 (N=127)	강제적 조건부과로	32	25.2
	다른 일 보다 쉬워서	22	17.3
	나태해지지 않으려고	15	11.8
	다른 일을 할 능력부족	49	38.9
	취·창업 능력 강화	9	7.1
참여기간 (N=127)	1년 미만	25	19.7
	1년 이상-3년 미만	57	44.9
	3년 이상-5년 미만	27	21.3
	5년 이상-7년 미만	10	7.9
	7년 이상	8	6.3

성별은 남자 58명(45.7%), 여자 69명(54.3%)으로 나타났으며, 연령은 29세 이하 15명(11.8%), 30세-39세 이하 19명(15.0%), 40-49세 이하 37명(29.1%), 50-59세 이하 51명(40.2%), 60세 이상이 5명(3.9%)으로 나타났다. 학력은 중졸미만 11명(8.7%), 중졸 20명(15.7%), 고졸 77명(60.6%), 대졸 이상이 19명(15.0%)로 나타났다. 결혼형태는 미혼 16명(12.6%), 기혼(동거 포함) 56명(44.1%), 이혼 43명(33.9%), 사별 11명(8.7%), 기타(별거) 1명(0.8%)으로 나타났다. 가구원 수는 1인 22명(17.3%), 2인 40명(31.5%), 3인 47명(37%), 4인 13명(10.2%), 5인 이상 5명(3.9%)로 나타났다. 자활사업의 참여 동기는 강제적 조건부과 32명(25.2%), 다른 일 보다 쉬워서 22명(17.3%), 나태해지지 않으려고 15명(11.8%), 다른 일을 할 능력부족 49명(38.9%), 취·창업 능력 강화 9명(7.1)으로 나타나 자활사업에 참여하는 것이 다른 일 보다 쉽거나 다른 일을 할 능력이 되지 않기 때문인 경우가 응답자 127명의 절반을 넘는 71명(56.2%)으로 나타나고 있다. 참여기간에서는 1년 미만이 25명(19.7%), 1년 이상-3년 미만 57명(44.9%), 3년 이상-5년 미만 27명(21.3%), 5년 이상-7년 미만 10명(7.9%), 7년 이상 참여하고 있는 사람이 8명(6.3%)으로 나타났다.

2. 자활사업 참여자의 주관적 건강인식 수준과 정서적 자활의 기술통계 분석

본 연구의 주요 변수인 주관적 건강인식 수준과 정서적 자활 수준에 대한 기술통계 분석을 실시한 결과, 주관적 건강인식 수준은 5점 척도로 측정한 결과 M=2.52로 나타났으며, 정서적 자활수준은 M=2.86으로 나타났다. 정서적 자활의 구성요소별로 살펴보면 긍정적 삶의 태도 M=2.87, 대인관계 M=2.98, 통제력 M=2.60, 일에 대한 생각 M=2.73, 자아존중감 M=2.91, 자립의지 M=3.07로 나타났다. 정규성 가정 충족 여부를 판단하기 위해 왜도(Skewness) 및 첨도(Kurtosis)를 산출하였는데 모두 2미만으로 나타나 정규성 가정을 충족하는 것으로 판단되었다. 따라서 분산분석이나 회귀분석과 같은 모수통계를 진행하는데 문제가 없는 것으로 판단되었다.

표 3. 주관적 건강 인식과 정서적 자활

변수		평균	표준편차	왜도	첨도
주관적 건강 인식		2.52	1.14	0.54	−0.53
정서적 자활	긍정적 삶의 태도	2.87	.90	0.23	−0.17
	대인관계	2.98	.94	0.26	−0.31
	통제력	2.60	.73	−0.48	−0.13
	일에 대한 생각	2.73	.92	0.36	0.30
	자아존중감	2.91	.72	0.13	1.11
	자립의지	3.07	.86	0.04	−0.70

3. 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강인식 수준 차이

자활사업 참여자의 주관적 건강 인식의 차이를 검증하기 위해 독립표본 t−검정 및 일원배치분산분석을 실시하였다. [표 4] 와 같이 주관적 건강 인식 수준에 따른 일반적 특성의 차이를 검증한 결과, 연령과 참여 동기, 참여기간은 $p<0.001$ 수준에서, 학력은 $p<0.01$ 수준에서 유의한 차이를 보였다. 연령에서는 29세 이하(M=3.93), 학력에서는 중졸 미만(M=3.20), 참여 동기는 취·창업 능력 강화(M=3.88), 참여기간에서는 1년 미만(M=3.68)으로 참여하고 있는 대상자가 주관적으로 인식하고 있는 건강수준이 가장 높은 것으로 나타났다.

연구 결과로 자활사업 참여자들 중 29세 이하의 중졸 미만 학력을 가지고 자활사업 참여기간이 1년 미만인 대상자가 취·창업 능력을 강화하기 위해 자활사업에 참여하고 있는 경우 주관적 건강 인식 수준이 가장 높은 것으로 나타났으며, $p<0.01$ 수준에서 유의한 차이를 보이고 있다.

표 4. 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강 인식 차이

주관적 건강 인식	변수	구분	*N*	*M*	*SD*	*t/F*	*p*
	성별	남자	*58*	*3.50*	*1.096*	*.178*	*.368*
		여자	*69*	*3.46*	*1.195*		
	연령	29세 이하	15	3.93	1.223	*5.479***	*.000*
		30−39세 이하	19	3.89	.737		
		40−49세 이하	37	3.30	1.127		
		50−59세 이하	51	2.86	1.077		
		60세 이상	5	2.60	.894		
		중졸 미만	10	3.20	1.317	4.515**	.005

	학력	중졸	20	2.55	.945		
		고졸	77	2.66	1.210		
		대졸	20	2.10	.852		
	결혼 형태	미혼	16	3.50	1.366	*2.260*	*.067*
		기혼	56	3.05	1.102		
		이혼	43	3.51	1.009		
		사별	11	2.82	1.168		
		기타	1	5.00	.		
	가구원 수	1인	22	3.36	1.093	*.968*	*.428*
		2인	40	3.48	1.037		
		3인	47	3.17	1.204		
		4인	13	2.92	1.188		
		5인이상	5	2.80	1.304		
	참여 동기	강제적 조건부과	27	2.56	1.013	*5.510***	*.000*
		다른일보다 쉬워서	22	3.05	1.046		
		나태해지지 않으려고	15	3.13	1.187		
		다른 일 할 능력부족	46	3.52	1.070		
		취·창업 능력 강화	17	3.88	.928		
	참여 기간	1년 미만	25	3.68	.988	9.831***	.000
		1년-3년 미만	57	3.61	.881		
		3년-5년 미만	24	2.71	1.042		
		5년-7년 미만	13	2.31	1.182		
		7년 이상	8	2.25	1.282		

4. 인구사회학적 특성에 따른 정서적 자활 수준의 차이

일반적 특성에 따른 자활사업 참여자의 정서적 자활 수준의 차이를 검증하기 위해 독립표본 t-검정(Independent sample t-test) 및 일원배치분산분석(One-way ANOVA)을 실시하였다. 그 결과 [표 5] 와 같이 정서적 자활은 연령, 학력, 가구원 수, 참여 동기, 참여기간에서 유의한 차이를 보였다($p<.05$).

정서적 자활 수준에 유의한 차이를 보이고 있는 연령은 40-49세(M=3.67), 학력은 대졸(M=3.81), 가구원 수는 5인 이상(M=4.22), 참여 동기는 취·창업 능력 강화(M-3.88), 참여 기간은 1년 이상 3년 미만(M=3.76)에서 가장 높게 나타났으며,. 성별이나 결혼형태는 정서적 자활 수준에 유의하지 않은 것으로 나타났다.

표 5. 인구사회학적 특성에 따른 정서적 자활 수준 차이

정서적 자활	변수	구분	*N*	*M*	*SD*	*t/F*	*p*
	성별	남자	*58*	*3.11*	*.78*	*−.184*	*.368*
		여자	*69*	*3.46*	*.87*		
	연령	29세 이하	15	2.96	1.05	7.076***	*.000*
		30−39세 이하	19	3.24	.91		
		40−49세 이하	37	3.67	.91		
		50−59세 이하	51	3.20	.46		
		60세 이상	5	1.92	.57		
	학력	중졸 미만	11	2.66	.56	11.183***	.000
		중졸	20	2.61	.67		
		고졸	77	3.38	.79		
		대졸	19	3.81	.76		
	결혼 형태	미혼	16	3.08	.61	*.577*	*.680*
		기혼	56	3.35	.87		
		이혼	43	3.20	.94		
		사별	11	3.28	.57		
		기타	1	3.00	.		
	가구원 수	1인	22	2.93	.59	*3.225**	*.015*
		2인	40	3.23	.94		
		3인	47	3.25	.72		
		4인	13	3.60	.92		
		5인이상	5	4.22	1.07		
	참여 동기	강제적 조건부과	27	2.56	1.01	*5.510****	*.000*
		다른 일보다 쉬워서	22	3.05	1.04		
		나태해지지 않으려고	15	3.13	1.18		
		다른 일 할 능력부족	46	3.52	1.07		
		취·창업 능력 강화	17	3.88	.92		
	참여 기간	1년 미만	25	2.54	.62	15.219***	.000
		1년−3년 미만	57	3.76	.83		
		3년−5년 미만	24	3.10	.53		
		5년−7년 미만	13	2.98	.46		
		7년 이상	8	2.88	.59		

[표 6] 에 나타난 것처럼 정서적 자활의 구성요소에 따라 유의한 차이를 보이고 있다 ($p<0.05$). 가구원 수는 정서적 자활의 모든 하위요인에서 유의미한 차이를 보이고 있고 ($p<0.001$), 참여기간은 통제력을 제외한 모든 하위요인에서 유의미한 차이를 나타내고 있다 ($p<0.001$). 특히 정서적 자활의 하위요인 중 자립의지에서는 연령과 참여 동기가 유의미한 차이가 있는 것으로 나타나($p<0.05$), 심리적인 자활의지가 연령이나 자활사업 참여 동기에 의해 영향을 받고 있다는 것을 알 수 있다.

표 6. 정서적 자활 구성요소간의 수준 차이

정서적 자활	변수	구분	*N*	*M*	*SD*	*t/F*	*p*
긍정적 삶의 태도	가구원 수	1인	22	2.66	.78	*13.274****	*000*
		2인	40	2.23	.75		
		3인	47	3.31	.77		
		4인	13	3.44	.75		
		5인 이상	5	3.16	.74		
	참여 기간	1년 미만	25	2.47	.75	8.016***	.000
		1년~3년 미만	57	3.25	.90		
		3년~5년 미만	27	2.85	.59		
		5년~7년 미만	10	2.60	1.07		
		7년 이상	8	1.82	.66		
대인관계	가구원 수	1인	22	2.86	.84	5.878***	000
		2인	40	2.50	.87		
		3인	47	3.24	.95		
		4인	13	3.48	.58		
		5인 이상	5	3.60	.89		
	참여 기간	1년 미만	25	2.65	.72	7.814***	.000
		1년~3년 미만	57	3.36	.92		
		3년~5년 미만	27	2.98	.71		
		5년~7년 미만	10	2.46	1.18		
		7년 이상	8	1.91	.70		
통제력	가구원 수	1인	22	2.22	.76	4.704**	.001
		2인	40	2.46	.75		
		3인	47	2.84	.60		
		4인	13	2.96	.47		
		5인 이상	5	2.20	1.09		
일에 대한 생각	가구원 수	1인	22	2.68	.80	6.062***	000
		2인	40	2.22	.74		
		3인	47	3.07	.97		
		4인	13	3.05	.63		
		5인 이상	5	3.03	1.20		
	참여 기간	1년 미만	25	2.60	.83	3.656**	.008
		1년~3년 미만	57	3.03	.90		
		3년~5년 미만	27	2.58	.72		
		5년~7년 미만	10	2.30	1.15		
		7년 이상	8	2.08	.98		

정서적 자활	변수	구분	*N*	*M*	*SD*	*t/F*	*p*
자아존중감	가구원수	1인	22	2.75	.77	5.095**	.001
		2인	40	2.58	.71		
		3인	47	3.14	.57		
		4인	13	3.23	.61		
		5인 이상	5	3.25	.98		
	참여기간	1년 미만	25	2.77	.71	3.468**	.010
		1년~3년 미만	57	3.07	.75		
		3년~5년 미만	27	2.89	.60		
		5년~7년 미만	10	2.95	.34		
		7년 이상	8	2.15	.77		
자립의지	연령	기타	2	2.23	.53	3.423*	.011
		29세 이하	15	3.26	.91		
		30~39세 이하	19	2.56	.71		
		40~49세 이하	37	2.9192	.91		
		50~59세 이하	51	3.2878	.81		
	가구원수	60세 이상	5	3.4680	.50	8.416***	000
		1인	22	2.6368	.63		
		2인	40	2.7005	.81		
		3인	47	3.5036	.84		
		4인	13	3.2054	.67		
	참여동기	5인 이상	5	3.6640	.47	3.775**	006
		강제적 조건부과	32	2.9997	.82		
		다른일보다 쉬워서	22	3.2282	.93		
		나태해지지 않으려고	15	3.7780	.65		
		다른 일을 할 능력부족	49	2.8641	.81		
	참여기간	취·창업 능력 강화	9	2.9633	.90	4.548**	.002
		1년 미만	25	2.5732	.79		
		1년~3년 미만	57	3.2284	.86		
		3년~5년 미만	27	3.4074	.66		
		5년~7년 미만	10	2.9000	.94		
		7년 이상	8	2.6675	.90		

5. 주관적 건강 인식과 정서적 자활의 관계

주관적 건강 인식과 정서적 자활 간의 상관관계를 파악하기 위해 피어슨의 상관관계 분석((Pearson's correalation analysis)을 실시하였다. 그 결과 [표 7] 과 같이 주관적 건강 인식은 정서적 자활의 하위 요인 중 통제력을 제외한 모든 하위요인 간의 유의한 정(+)적 상

관관계를 보이는 것으로 나타났다. 이중 긍정적 삶의 태도, 일에 대한 생각, 자립의지의 유의수준은 p<0.001로, 대인관계와 자아존중감의 유의수준은 p<.001로 나타나 자활사업 참여자가 주관적으로 인식하는 건강수준이 높을수록 통제력을 제외한 정서적 자활의 모든 하위요인들의 수준도 높아진다는 것을 알 수 있다.

표 7. 주관적 건강 인식과 정서적 자활 간의 상관관계

	1	2	3	4	5	6	7
1. 주관적 건강 인식	1						
2. 긍정적 삶의 태도	.787***	1					
3. 대인관계	.848**	.774**	1				
4. 통제력	.106	.341**	.218*	1			
5. 일에 대한 생각	.729***	.695**	.642**	.237**	1		
6. 자아존중감	.654**	.692**	.682**	.360**	.598**	1	
7. 자립의지	.599***	.585**	.536**	.261**	.405**	.474**	1

** p<0.01, * p<0.05

앞서 상관관계 분석을 통해 주관적 건강 인식과 정서적 자활 간의 관계만을 살펴보았지만, 주관적 건강 인식이 정서적 자활에 미치는 실질적인 영향을 파악하기 위해 1단계에서는 주관적 건강인식을 독립변수로 투입하고, 2단계에서는 일반적 특성 중 정서적 자활의 차이가 유의하게 나왔던 연령, 학력, 가구원 수, 참여 동기, 참여기간을 통제변수로 투입하여 위계적 회귀분석(Hierarchical regression analysis)을 실시하였다. 그 결과 [표 8] 과 같이 1단계와 2단계, 3단계 모두 회귀모형은 유의한 것으로 나타났으며(p<0.001), 수정된 R제곱은 각각 .329, .437, .517로 나타나 1단계는 32.9%, 2단계는 43.7%, 3단계는 51.7%의 설명력을 보이는 것으로 판단되었다. 회귀계수의 유의성 검증 결과 주관적 건강인식은 정서적 자활에 유의한 정(+)적 영향을 미치는 것으로 나타나 주관적 건강인식이 높을수록 정서적 자활 수준도 높은 것으로 나타났다.

특히 학력이나 가구원 수, 참여 동기, 참여기간에서 정서적 지활 수준이 유의한 정(+)적 영향을 미치나 연령에서는 유의하지 않은 것으로 나타나, 자활사업의 참여기준을 연령으로 제한하고 있는 것에 대한 논의가 필요함을 시사하고 있다.

표 8. 주관적 건강 인식이 정서적 자활에 미치는 영향

변수	1단계			2단계			3단계		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p
주관적건강인식	.578	7.926***	.000	.480	6.891***	.000	.401	5.881***	.000
연령				−.002	−.027	.978	−.013	−.203	.839
학력				.309	4.458***	.000	.271	4.180***	.000

가구원수				.154	2.236*	.027	.146	2.278*	.025
참여 동기							.230	3.647***	.000
참여기간							−.186	−2.756**	.007
F	62.816***			25.431***			23.483***		
R−square	.334			.455			.540		
adj R−square	.329			.437			.517		

*** p<0.001 ** p<0.01, * p<0.05

Ⅴ. 결론 및 제언

본 연구는 자활사업 참여자가 느끼는 주관적 건강인식 수준과 정서적 자활과의 관계를 연구하였다. 원주시 자활사업에 참여하고 있는 대상자를 전수 조사한 주요결과들을 정리하고 결론을 내리면 다음과 같다.

첫째, 자활사업 참여자의 주관적 건강인식 수준은 M=2.52, 정서적 자활 수준은 M=2.86으로 중간점 보다 높게 나타났다. 특히 29세 이하 집단에서 주관적 건강인식 수준(M=3.93)이 가장 높게 나타났으나 정서적 자활수준(M=2.96)은 60세 이상의 집단 다음으로 가장 낮은 것으로 나타났다.

둘째, 주관적 건강인식 수준이 정서적 자활에 미치는 영향은 유의한 정(+)적 상관관계를 보이는 것으로 나타났다($r>0$, $p<0.01$). 긍정적 삶의 태도, 일에 대한 생각, 자립의지의 유의수준은 $p<0.001$, 대인관계와 자아존중감의 유의수준은 $p<0.01$로 나타나 자활사업 참여자가 주관적으로 인식하는 건강수준이 높을수록 정서적 자활 수준도 높아지는 것으로 판단되었다. 자활사업 참여자 스스로 인식하는 주관적 건강에 따라 정서적 자활수준에 영향을 미치고 있어 자아존중감이나 자신감 향상이 필요한 것으로 나타났다.

셋째, 인구사회학적 특성을 통제한 후 주관적 건강인식이 정서적 자활에 미치는 실질적인 영향력을 파악하기 위해 1단계에서는 주관적 건강인식을 독립변수로 투입하고, 2단계에서는 인구사회학적 특성 중 정서적 자활의 차이가 유의하게 나왔던 연령, 학력, 가구원 수를, 3단계에서는 참여 동기, 참여기간을 통제변수로 투입하여 위계적 회귀분석(Hierarchical regression analysis)을 실시하였다. 그 결과 1단계와 2단계, 3단계 모두 회귀모형은 유의한 것으로 나타났으며($p<0.001$), 수정된 R제곱은 각각 .329, .437, .517로 나타나 1단계는 32.9%, 2단계는 43.7%, 3단계는 51.7%의 설명력을 보이는 것으로 판단되었다. 회귀계수의 유의성 검증 결과 주관적 건강인식은 정서적 자활에 유의한 정(+)적 영향을 미치는 것으로 나타나 정서적 자활 수준이 높을수록 주관적으로 인식하는 건강 수준도 높은 것으로 나타났다.

학력이나 가구원 수, 참여 동기, 참여기간에 따라 정서적 지활 수준이 유의한 정(+)적 영향을 보이고 있으나 연령은 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 연령으로 제한하고 있는 현재의 자활사업 참여 기준을 다시 고려해야 한다는 것을 시사하고 있다. 연령이 낮

을수록 자활의지와 자활태도가 높게 나타난 나구원(2011)의 연구나 연령이 높을수록 일에 대한 긍정적인 태도로 자활의지가 높게 나타난 김연정(2006)의 연구와는 차이가 나타났다. 성별에 있어서도 손수진(2004)은 여성이 남성보다 자활효과가 높은 것으로, 임진섭(2013)의 연구에서는 남성이 여성에 비해 자활성과가 높은 것으로 나타나 본 연구와 다른 결과를 보이고 있다. 그러나 권현진 외(2010)는 성별은 자활성과에 영향을 미치지 않는다고 보고하고 있어 본 연구결과와 같은 결과를 보이고 있다.

자활사업은 경제적 자립을 기준으로 자활성과를 평가하고 있어 자활사업 참여자들의 심리적·정서적 측면을 소홀하기 쉬웠으나 최근 자활사업 참여자들을 대상으로 한 사례관리 등이 도입되어 정서적 지지가 강화됨으로써 자아존중감 확립, 자립의욕 및 근로역량 강화를 통한 취·창업 촉진에 관심이 증가하고 있다.

위와 같은 연구 결과를 가지고 몇 가지 제안을 하면 다음과 같다.

첫째, 자활사업 참여자의 수준과 욕구를 고려한 교육프로그램이 제공되어야 한다.

주관적 건강인식 수준이 높은 자활사업 참여집단의 정서적 자활수준을 향상시키기 위해 자활사업 공동체를 통해 대인관계 향상이나 긍정적 삶의 태도, 일에 대한 생각 등이 강화될 수 있도록 참여자의 수준이나 능력을 중심으로 한 교육프로그램이 이루어져야 한다. 또한 자활사업 평가과정에 참여자를 포함시켜 자아존중감이나 자신감 등 정서적 자활수준이 강화될 수 있도록 한다.

둘째, 지속적인 정서적 동기부여를 통해 자활사업 만족도를 높여야 한다.

취·창업의 동기를 가지고 자활사업에 참여한 경우 주관적 건강인식과 정서적 자활수준이 높게 나타났다. 이는 자활사례 관리를 통해 자활사업에 대한 만족도를 높이고 취·창업에 대한 정서적인 동기부여를 지속적으로 해야 한다는 것을 의미한다. 주관적인 건강은 현재 생활의 부정적인 측면으로 인해 낮게 인식될 수 있으므로 자활사업 참여자의 만족도를 높임으로써 심리적인 자신감 향상이나 자기개발 등 정서적 지지 강화를 통해 건강인식의 제고를 유도할 필요가 있다.

셋째, 자활사업 참여기간 제한이 아닌 정책적인 프로그램 개발이 이루어져야 한다.

참여기간과 주관적 건강인식수준, 정서적 자활 수준이 부(−)적 연관을 보이고 있어 참여기간에 따른 프로그램 개발이 이루어져야 한다. 자활의 저해 요인으로 작용하고 있는 복지의존성을 제한하기 위해 2013년부터 자활사업 연속 참여기간을 3년으로 제한하고 있으나 자활사업 참여자의 유형이나 자활사업 프로그램을 고려하지 않은 채 참여기간만을 제한하는 것은 오히려 자활의지를 약화시킬 수 있다. 그러므로 자활사업 참여기간을 제한하기보다 정서적 자활수준이 가장 높게 나타난 참여 기간 1~3년 이내 자활사업 참여자들의 심리·정서적 자활의지가 강화될 수 있도록 정책적인 프로그램 운영이 필요하다.

연구의 제한점과 후속연구의 제언은 본 연구는 원주시에서 자활사업에 참여하고 있는 사람들을 대상으로 연구를 했기 때문에 자활사업 참여자 전체를 일반화 하는 데는 한계가 있다. 따라서 연구 결과의 일반화를 위하여 보다 전국적인 단위로 연구하는 것이 자활사업 참

여자의 주관적 건강인식 수준과 정서적 자활의 관계를 이해하는데 효과적일 것이다. 자활사업 참여자의 많은 수가 자발적 참여보다는 복지수급을 전제로 한 조건부수급자이므로 향후 조건이행의 목적으로 자활사업에 참여하는 집단과 그렇지 않은 집단 간의 주관적 건강 인식 수준과 정서적 자활성과에 대해 비교 연구하는 방안도 바람직할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

권 승. 2005. “비취업대상 조건부 수급자의 수급권 탈피에 관한 연구– 수급권 탈피의 결정요인과 자활사업의 단계적 발전전략 논리의 검증을 중심으로”, 사회복지정책 22. 179-205.

권현진·안기덕(2010). 인천 지역자활사업의 성과와 개선방안, 인천발전연구원.

김경휘(2013). 자활사업 참여자의 복지의존성에 영향을 미치는 요인. 사회복지정책, 40(4), 83-108.

김세원(2005). 자활사업대상자의 자활의지에 영향을 미치는 요인(대전광역시 자활후견기관을 중심으로. 대전대학교 대학원 박사학위논문.

김연정(2002). 자활사업의 자활효과성 결정요인에 관한 연구: 경기지역 자활사업 참여자를 중심으로. 성공회대학교 대학원 석사학위논문.

김용석,이재완,한영미,정한샘,최현정,이석호(2015). 자활사업 참여자의 음주문제, 참여기간, 자활의지 간 관계. 한국사회복지학, 67(1), 143~163.

김은선(2005). 빈곤여성가구주의 심리·사회적 요인이 자활에 미치는 영향. 가톨릭대학교 대학원,석사학위논문.

김정원,이문국,김세나(2013). 자활사업 제도개선 방안: 사회적 경제 개발전략을 중심으로. 비판사회정책, 38, 7~44

김형용(2010). 지역사회 건강불평등에 대한 고찰. 한국사회학, 44(2), 59-92.

나구원(2011). 자활사업 프로그램 유형이 참여자의 자활의지에 미치는 영향에 관한 연구: 성남지역 비취업대상 자활근로·공동체 참여자를 중심으로. 성균관대학교 대학원 석사학위논문.

류만희(2007). 자활근로사업단 참여자의 만족도와 개선방안에 관한 연구. 한국지역사회복지학, 22, 51~71.

박경숙,박능후(2002). 저소득 모자가정의 빈곤실태와 자활대책의 활성화 방안. 정책포럼, 30.

박대중(2007). 노숙인의 자활의지에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 강남대학교 대학원 석사학위논문.

박장호(2012). 자활사업 참여자의 주관적 건강이 자활의지에 영향을 미치는 영향: 전문가의 정서적지지 조절효과. 연세대학교 대학원 석사학위논문.

박정호(2010). 자활사업 참여자의 특성과 자활성과. 사회복지연구, 41(3), 163-184.

백학영,구인회,김경휘,조성은,안서연(2011). 자활사업 성과관리에 대한 비판적 접근. 보건사회연구, 31(2), 3-35.

손수진(2004). 자활후견기관의 자활사업 효과성에 대한 연구: 업그레이드형 자활근로와 자활공동체의 참여자를 중심으로. 대구대학교 대학원 석사학위논문.

신명호(2006). 자활사업의 효과, 제대로 평가하자. 도시와 빈곤, 80. 19-45.

송인한,박장호,김리자(2012). 자립의지에 영향을 미치는 요인의 성별 차이: 남성과 여성 자활사업 참여자 분석. 한국심리학회지, 17(3), 457~474.

송인한,박장호,김우식(2013). 전문가지지, 근로희망과 경제적 자활의 관계: 자활사업 전문가 교육을 위한 제언. 한국사회복지교육, 22. 179-202.
안서연,구인회,이원진(2011). 국민기초생활보장제도 수급탈출 결정요인: 근로능력자 집단별 분석. 사회복지정책, 38(1), 199~226
엄태영,김동기,허미경(2008). 자활사업 실무자에 대한 만족도와 동료지지가 여성 자활근로 참여자의 정서적 자활에 미치는 영향과 자아존중감의 매개효과 검증-대전지역 가사간병사업 참여자를 중심으로. 한국사회복지조사연구, 18권, 1-24.
엄태영(2009). 자활사업 참여자의 취업에 대한 개인 및 지역자활센터 조직요인 연구. 연세대학교 대학원. 박사학위논문.
엄태영(2010). 자활사업 참여자의 경제적 자활장벽 요인에 대한 정서적 자활의 영향에 관한 연구. 사회과학연구, 26(2), 229-248
엄태영,주은수(2011). 자활사업 참여자의 정서적 자활영향요인 연구: 서울·경인지역 장애아동 통합교육보조원 사업참여자를 중심으로, 서울도시연구, 12(2), 169-187.
엄태영(2013). 자활사업 참여자의 조직헌신이 정서적 자활에 미치는 영향 및 경제적 스트레스의 조절효과에 관한 연구. 한국사회정책, 20(2), 9~34
엄태영,임진섭(2014). 자활사업 참여자의 자활성과에 관한 연구: 대구시 자활근로사업 참여자를 중심으로, 사회복지정책, 41(3), 79~105.
엄태영(2014). 정서적 자활 척도개발에 관한 연구. 한국사회정책, 21(4), 81-102.
오영희(2005). 우리나라 노인의 객관적 건강상태와 주관적 건강인식의 관련성 연구. 한양대학교 대학원 박사학위논문.
오영희,배화옥,김윤신(2006). 우리나라 노인의 주관적 건강인식과 신체적 및 정신적 기능상태의 관련성 연구. 한국노년학, 26(3), 461-476.
이래혁,김승아,노혜진(2007). 자활사업 참여자의 심리사회특성이 정서적 자활에 미치는 영향. 제1회 자활사업논문공모전 논문수상집.
이막달(2012), 신체적 활동과 정서적 활동이 노인의 건강상태, 주관적 건강평가 및 우울에 미치는 효과. 가천대학교 대학원 석사학위논문.
이상록(2003). 자활사업에 대한 자활사업 참여자의 인식과 태도가 자활사업의 성과에 미치는 영향. 사회복지연구, 21, 105-136.
이석환,장소현,최동국,이용갑(2014). 건강인식 기준 자활사업 참여자 집단들의 자활의지 영향 요인 비교연구. 보건과 사회과학, 36, 133-156.
이선정(2009). 노인 생활실태와 삶의 만족도에 관한 연구: 수원시를 중심으로. 아주대학교 대학원 석사학위논문.
이윤진,신혜리,이민아(2013). 근퇴자의 주관적 건강인식이 삶의 만족도에 미치는 영향: 경제적 노후준비의 조절효과를 중심으로. 사회과학연구. 24(3). 35-59.
이은정(2014). 자활사업 참여자의 정서적 자활과 사회적 자활의 영향요인 연구: 사회적응프로그램 참여자를 중심으로. 디지털융복합연구, 12(2), 539-548.
이형하,조원탁(2004). 한국 자활사업의 자활효과 영향요인에 관한 연구, 경제적·사회적·정서적 자활효과를 중심으로. 사회복지정책, 20, 217-244.
임진섭(2013). 중·고령 자활사업 참여자의 지각된 자활성과만족에 관한 연구: 개인요인과 조직요인의 상호작용효과에 관한 검증. 한국사회정책, 20(4), 37-75.
정순둘,성민현(2012). 연령집단별 사회적 자본과 삶의 만족도 관계비교. 보건사회연구, 32(4),

249-272.
정원오,김진구(2005). 자활사업에 대한 참여자들의 주관적 평가와 자립전망; 경기지역 참여자들을 중심으로. 사회복지연구, 28, 33-67.
중앙자활센터. http://www.cssf.or.kr
최선덕(2010). 상대적 빈곤감이 자립의지에 미치는 영향: 비정규직 근로자를 중심으로. 경기대학교 대학원 석사학위논문.
최용민,원상숙(2010). 심리적 요인과 근로사업 만족도 요인이 근로의욕에 미치는 영향. 복지행정논총, 20(2), 195~220.
한상진,김용식(2007). 사회적 배제과정과 자활의 측면들, 울산 동구 빈곤층의 생애과정을 중심으로. 노동정책연구, 7(1), 139~171.
허종호,조영태,권순만(2010), 사회경제적 박탈이 건강에 미치는 영향. 한국사회학, 44(2). 93-120.
허태현(2005). 자활사업 참여자의 자립의지에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 경상대학교 대학원 석사학위논문.
Cairney, J. (2000). Socio-economic status and self-rated health among older Canadians. *Canadian Journal on Aging*, 19, 456-478.
Connelly, J. E., Philbrick J. T., Smith Jr., G. R., Kaiser D. L., & Waimer, A. (1989). Health Perception of primary care patients and the influence on health care utilization. *Medical Care*, 27, 99-109.
Ware, J. E. J. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 473-480.

Relation Between Emotional Self-Support and The Level of Subjective Health Recognition of Participators

EunJa Kim
(PhD Completion Sangji university)

The object of this study was to survey the relationship between emotional self-support and the level of subjective health recognition of participators in the self support program. The health condition which is recognized subjectively by participators could affect the participation motive and the attitude to the program, and could be connected to the achievement of self-support. Therefore I tried to survey the implications and the relationship between emotional self-support and the level of subjective health recognition in terms of progress for the economic self-support. The objectives were self-support program participators in Wonju, and 127 questionaries were collected. The results of this study were as followings; First, there was the positive relationship between emotional self-support and the level of subjective health recognition. Second, the participation period in the self-support program affected emotional self-support and the level of subjective health recognition negatively, and the affects of the ages were meaningless. The suggestion of this study is that the level of emotional self-support and subjective health recognition could be developed if the emotional and psychological program is developed which makes the conditional pensioners perceive the living attitude and the thoughts to the works positively.

key word : subjective health, subjective health recognition, participators emotional self-support

포스터발표 2

여성노인학습자의 평생학습 참여를 통한 삶과 죽음에 대한 의미 변화 과정 탐색

발표: 변애경(숙명여자대학교, 박사과정)

여성노인학습자의 평생학습 참여를 통한 삶과 죽음에 대한 의미 변화 과정 탐색

변 애 경*

Ⅰ. 들어가며

오늘날 우리 사회는 사회구성원 중 노인비율이 급속히 증가하는 고령화 현상을 겪고 있다. 최근 통계를 보면 65세 이상 노인인구가 2015년 8월 기준으로 662만 7000명으로 전체 인구의 13.1%를 차지하고, 2026년경에는 20.8%, 2060년에는 전체인구의 40%가 될 것으로 예측하고 있다. 또한 2012년 8월 기준 노인인구 중 우리나라 여성노인의 평균수명은 약 83.3세로 남성노인의 76.5세보다 약 6.8세가 더 긴 수명으로 인하여 전체 65세 이상 노인인구 중 여성노인이 전체의 59.5%로 남성보다 높은 비율을 차지하고 있는 것으로 나타났다(통계청, 2015).

우리 사회가 급속하게 고령화 현상을 겪게 됨에 따라, 여러 가지 사회적 부작용이 나타나고 있다. 고령화 현상은 도시화와 핵가족화와 맞물리며, 이미 언론에 자주 언급되는 독거노인의 증가와 고독사의 문제뿐만 아니라 노인빈곤층 비율과 노인 자살률이 OECD 국가 중 1위를 차지할 정도로 우리 사회에 심각한 사회적 문제들을 야기하고 있다. 이에 따라 우리 사회의 다양한 분야에서는 고령화 사회의 문제점들에 대한 활발한 논의를 하고 있다. 고령화 문제와 관련된 원인과 대책에 대한 그 해결책으로서의 사회보장차원에서의 사회학적·복지학적 접근뿐만 아니라 노화의 진전에 따른 신체적·인지적 기능의 쇠퇴와 둔화, 그리고 이로 인해 겪게 되는 침체성, 고독감, 질투감, 과거에 대한 집착, 애착심, 상실감 등과 같은 심리학적 접근에서 노인의 위협요소를 다양한 스포츠 활동으로 완화하기 위한 체육학적 접근까지 고령화의 문제에 대한 논의가 진행되고 있다(민지선, 2009: 김동휘, 2008: 김현지, 2008: 최지선, 2007, 최영선 ,2007, 김대희,2008; 정순둘·정윤경, 2012; 김훈·김근식, 2011; 김영갑, 2014; 조현상, 2014). 이들은 거시적 혹은 미시적인 관점에서 다양한 문제점들의 원인과 현상, 해결책을 모색하고 있다는 점에서 고령화 현상을 중요한 사회적 이슈로 인식시키고 사회적 차원에서 대책을 마련하도록 촉구하는 데 기여하고 있다. 하지만 이와 같은 접근들은 고령화로 인해 현 시점에서 발생하는 부정적인 사회적 문제점들에 주요 초점을 맞추고 있어 고령화 사회를 구성하는 실질적인 주체인 노인계층의 삶에 대한 부정적 인식과 편견을 확산시킬 수 있다는 한계를 가지고 있다. 이와 같은 한계를 보완하기 위해서는 노인계층의 삶에 대한 외부자적·사회적 규정뿐만 아니라 그들 스스로 어떻게 자신들의 삶에 대해 판단하고 의미를 부여하는가에 대한 내부자적 접근도 필요하다고 볼 수 있다.

* 숙명여자대학교, 박사과정

일반적으로 인간은 일생동안 끊임없이 무엇인가에 대한 욕구를 가지게 되며, 이 욕구들의 실현 정도에 따라 삶의 질 또는 만족감이 달라진다(Knowles, 1972). 이와 같은 욕구는 자신의 잠재력과 능력을 꾸준히 개발하여 성취할 수 있도록(Maslow, 1987) 하는 학습을 통해 강화 또는 충족된다. 이처럼 인간은 학습을 통해 단순한 인지적 영역에서의 지식습득 뿐만 아니라 일상적 경험 속에서 인식 전환과 행동 변화를 모색하며 삶에 대한 의미를 창출하는 폭넓은 과정에 참여하게 된다. 즉, 인간은 태어나면서부터 죽음에 이르기까지 지속적인 학습을 통해 생의 주기마다 삶의 가치와 과업을 인식하고 달성하는 과정에서 의식의 변화와 함께 행동의 성숙을 모색하며, 궁극적으로 자신의 삶의 의미를 창출하게 된다(김영희·최항석 2003; 신경일 외, 2004; 정미경, 2009; 박경호, 2009; Frankl, 1963; Mezirow, 1995). 이와 같은 관점에서 본다면 평생교육학적 접근은 고령화 사회에 나타나는 다양한 현상에 대한 이해의 폭을 넓혀줄 수 있다고 할 수 있다. 평생교육학적 접근은 일상생활에서 발생하는 다양하고 구체적인 삶의 장면 속에 발생하는 학습현상에 주목함으로써 학습자들의 능동적이고 주체적인 삶의 양상을 이해할 수 있도록 해주기 때문이다.

지금까지 평생교육학 영역에서도 사회적 요구에 따라 노인계층과 관련된 다양한 연구들이 진행되고 있다. 평생교육학 내에서의 노인관련 연구들을 살펴보면, 노인교육의 개념 정립 및 노인교육의 목표와 교육의 과정에 대한 연구(박성희, 2003)나, 노인교육의 활성화를 위한 노인들의 교육욕구와 만족도 조사, 교육프로그램 참여에 영향을 미치는 요인들에 대한 분석(나항진 외, 2011; 한정란 외, 2010; 최돈민 외, 2008; 김정혜; 2005, 이주영, 2005), 노인교육의 효과성을 높이기 위한 교육방법 및 원리의 제시(Agruso, 1980) 등이 주로 수행되어 왔다. 이와 같은 연구들은 노인교육에 대한 기초적인 이해와 접근방식을 제시해주고 있다는 점에서 의의가 있지만, 노인교육을 개개인의 발달과업과 사회적 배경의 관점. 문화적 환경 등 삶의 다양한 차원과 일상을 연결시켜 이해하는 데에는 한계가 있다(Havinghurst 1976; 고선희, 2013; 박성희, 2003; 박태룡, 1999: 임춘식, 1998). 또한 노인교육에 대한 평생교육적 접근들은 노인계층을 일반화된 특성을 공유하고 있는 단일한 계층이라는 가정에서 논의를 진행하는 경우가 많다. 이와 같은 접근은 노인계층의 일반적인 경향성에 대한 이해를 촉진시켜준다는 점에서는 의의가 있지만, 개인적 경험과 사회적 맥락, 그리고 문화적 배경에 따라 형성되는 노인계층 내의 다양하고 구체적인 세부집단들의 특성을 이해하는 데에는 한계가 있을 수밖에 없다. 따라서 본 연구는 노인계층 내에 존재하는 구체적이고 세분화된 노인집단의 특성을 이해하기 위한 시도로서 여성 노인의 학습경험에 주목하고자 한다.

한국의 여성노인들은 남성보다 더 신체적으로 긴 수명에서 혼자 지내면서 겪게 되는 건강과 생활 그리고 사회적으로 부정적인 생애경험에서 오는 여러 가지 어려움을 겪은 세대이다. 이들은 평생학습 사회가 되면서 여러 종류의 평생학습기관 등에서 다양한 학습목표를 가지고 평생교육프로그램과 같은 형식교육 혹은 학습동아리, 봉사활동과 같은 무형식학습 등을 참여하고 있다. 그러한 활동을 통해서 정신적 안정에서 육체적인 건강까지 유지하고 있다. 또한 이러한 활동을 통해 개인의 발전에서 학습자 스스로 자신의 상황을 비판적으로 성찰하는 방법을 취하게 되며, 그 속에서 여성노인들은 자신이 가지고 있는 고정관념이나 편견 등이 전환되고 있다고 볼 수 있다. 그러한 인식 전환 학습은 노인들로 하여금 자신들을 되돌아

보며 삶의 의미인식과 죽음에도 영향을 미친다고 할 수 있다. 그렇기 때문에 여성노인의 평생학습 참여를 통한 삶과 죽음에 대한 인식과 행동의 의미 변화 과정에 대한 분석은 필요하다고 본다.

앞으로 한국사회의 고령화 문제에서 늘어나는 노년인구의 대부분은 여성노인으로 예측된다. 그러나 여성노인들의 다양한 경험과 노화에 대한 적응을 도와주는 현실적인 대안은 부족하다고 할 수 있다. 평생교육적인 측면에서도 여성노인들의 평생학습 활동 등에 대한 연구를 토대로 여성노인들의 환경과 이해를 위한 작업이 필요하다고 할 수 있다. 따라서 본 연구는 평생학습 참여 과정에서 여성노인들의 모습을 살펴봄으로서 삶과 죽음에 어떠한 의미 변화를 나타내는지 그 과정을 탐색하여 노인평생교육에 논의를 확장하는 실천적인 차원에서 의의를 찾고자 하며, 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

1. 여성노인학습자들은 어떠한 맥락에서 다양한 평생학습 활동에 참여하는가?
2. 여성노인학습자들이 참여하는 평생학습 활동의 유형은 무엇이며 그 과정은 어떠한가?
3. 여성노인학습자들이 평생학습 활동 참여를 통해 어떠한 삶의 의미 변화를 가져오는가?

Ⅱ. 이론적 배경

1. 여성노인의 특성에 대한 이해

현대 사회에 들어오면서 수명이 길어짐에 따라 노인에 대한 인식이나 평가도 변화하였다. 대부분의 학자들은 노년을 변화의 한 단계이며 생의 마지막 단계로, 신체 조직의 뚜렷한 기능 저하와 자아 적응의 저하가 두드러지며 완숙기 또는 절망의 시기, 쇠퇴기라고 부르기도 한다(유이진 외, 1986). 또한 인간 발달을 전 생에 발달이라는 관점에서 볼 때는 단순히 양적인 쇠퇴의 시기보다는 계속적인 질적 변화와 발달의 시기며, 어떤 특수한 계층이나 집단만이 경험하게 되는 비정상적이고 특수한 경험이 아닌 인간 발달상의 보편적인 단계이다(한정란, 2005). 그러한 노인의 노화과정으로 발생하는 신체적, 심리적, 사회적 건강상태는 서로 밀접한 관련성으로 상호작용하며 노년기의 변화로 나타난다(최영희 외, 1991).

특히 우리는 남성노인보다 여성노인에게 더 관심을 가질 필요가 있다. 현재 우리나라 여성노인들은 남성보다 상대적으로 긴 수명과 배우자와의 연령차이로 인하여 배우자 없이 혼자 지내야 하는 기간이 여성노인의 경우가 남성노인보다 더 길게 나타났으며(정순둘,2007), 배우자 상실 후 경제적 어려움이나 잦은 질환, 적은 자산 등으로 삶의 질에서도 남성 노인보다 못한 생활을 하는 경향이 있다(고승덕 조숙행, 1997; 조계화 이현지, 2009, Atchley, 2000, 전은희 외 2014에서 재인용). 그리고 사회·심리적으로도 여성노인은 남성노인보다 교육수준이 낮으며(김미령, 2006), 노동시장, 사회보장, 심지어 가족생활환경에 있어서도 성적 불평등을 경험하며, 이로 인해 남성보다 고독과 우울감을 더 심각하게 경험하는 것으로 알려져 있다(박명선, 2002, 이인정, 2007).

노년기에는 대부분 남은 노년기 동안에 안정된 노후 생활에 대한 기대, 가정과 사회에서 연장자로서의 모습, 친척이나 이웃 등과 원만한 생활 그리고도 적절한 여가 생활을 즐기고 싶은 등 모든 기본적인 욕구가 더 강하게 나타난다(전현옥,2003). 이러한 욕구와는 달리 현재 많은 노인은 사회로부터의 소외감, 이탈감, 신체적, 정신적 기능적으로 오는 능력저하로 인한 불안 심리가 높아지고 있으며, 자신의 사회적, 가정적, 지휘상실로부터 오는 심리적 소외감과 기회 상실 등 욕구 충족의 결여로 인하여, 경제적 빈곤, 건강의 약화, 역할의 상실, 소외된 고독감 등의 문제에 당면하고 있다. 이런 여러 가지 측면에서도 여성노인들은 사회적 관습과 엄청난 역사의 중심에서 정작 본인들은 돌아보지 못하고 달려와 현재의 노년기를 보내고 있다. 계속 되는 발달의 과정으로 본다면 이제 노인에 대한 우리의 인식도 변화하여 모든 발달에서의 쇠퇴의 과정으로의 관점에서 벗어나 새로운 관점과 경험이 있는 인간의 과정으로 보는 인식 전환이 필요하며 사회심리학적 특성을 고려한 여러 가지 평생교육적 대책들도 요구된다.

2. 여성노인에게 있어서의 삶의 의미와 죽음불안

인간에게 삶의 의미 인식 수준은 곧 삶의 질 수준을 결정하므로 삶의 의미를 갖지 못한다면 존재해야 할 이유를 상실하는 것과 같다(신경일 외, 2004). 삶의 의미에 대해 인간이 인간답게 존재하기 위하여 인간의 참된 본질을 실현하는 것이라고 하였고, 믿는 것이라고 하였으며, 삶의 보람과 의미는 자아실현에 있다고 하였다(Frankl, 1969; 안병욱, 1988). 삶의 의미 추구는 내적 긴장을 증가시키기는 하지만 삶에 대한 열정과 희열을 느끼게 하고, 생명을 지속시키는 근본적인 동기로 작용하여 삶에 대한 대처방식과 삶의 의미 수준을 높임으로써 삶의 질을 향상시킨다. 곧 의식의 변화를 통해 행동의 성숙을 의미하는 것으로 성숙한 행동으로 변화되게 하는 것은 인간이 가지고 있는 배움의 욕구와 관련이 있다(고종태 외, 2008). 이렇듯 삶의 의미는 인간의 긍정적인 특성과 심리적인 힘을 강조한다고 여겨져 많은 영역에서 주목을 받아 연구되고 있다(Baumeister, 1991; Ryan & Deci, 2001; Ryff & Singer, 1998; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; 정미영, 2010에서 재인용).

노인의 삶의 의미란 '노인으로서 자기 자신과 삶의 유한성(한계성)을 인식하고 수용하면서 창조적 ·경험적·태도적 가치를 실현함으로써 자신의 과거와 현재 삶에 대해 만족하는 것'이라고 하였으며, 특히 태도적 가치의 실현을 통해서 인간은 어떠한 극한 상황 속에서도 삶의 의미를 발견할 수 있는 것이라고 하였다(한미정·최정윤, 1999; Frankl, 1963, 1967). 삶의 의미를 갖는다는 것은 노년기의 행복 혹은 신체적, 정신적 건강과 관련되며 삶의 목적과 목표를 가진다는 것은 또한 삶의 질과 심리적인 안정감을 주는 것이다. 또한 노년기는 자신의 삶을 통합해야하는 시기인 만큼 자신의 삶의 의미를 주변 환경에 의해 결정짓기보다 각자의 의미체계를 운영하고 결정하는 경향이 강해진다고 하였다(강지애·김진숙, 2014; Cronen, 1988). 결국 삶의 의미를 가진 사람은 자신이 어떠한 상황에 처해있더라도 그 일을 긍정적으로 받아들이고 해결할 수 있는 자신감을 가지고 현실적으로 대처하고 이해할 것이다. 따라서 삶의 의미에 관한 다양한 연구들이 삶의 의미를 측정하는 지표를 만들거나 하는 것에 앞

서 체험되는 결과만을 보는 것이 아니라 그 체험에서의 본질이 무엇이며 무엇이 충족되고 있는가에 대한 과정을 살펴보는 것이 필요하겠다.

죽음불안이란 자기 자신이 죽음을 생각할 때 느끼게 되는 두려움이나 공포를 나타내는 정도를 말하는데, Neimeyer(1994)는 죽음에 대한 회피적 태도는 죽음불안과 같은 부정적 태도를 나타낸다고 하였으며 노년기의 모든 심리적 불안은 죽음불안과 연관이 있다고 주장하였다. 죽음불안 관련 요인은 노인의 신체적, 사회적, 정서적 요인으로 나눌 수 있는데 신체적 요인은 노화가 진행되면서 찾아오는 신체적인 변화 즉 신체적인 질병은 죽음을 받아들이게 되는 가장 큰 현실로 자각되는 요인이다(Eke berg & Kassa, 2000; 민지선, 2009, 최지선, 2013에서 재인용). 사회적 요인으로는 사람은 사회적 지지와 관계를 형성해 가면서 가족이나 친구와 사회적 지지를 형성해가면서 긴장이나 불안은 완화한다고 한다. 그러나 노인인 경우는 나이가 들어감에 따라 사회적 지지가 낮아지며 죽음에 대한 부정적 태도로 이어지게 된다는 것이다(Bergeman et al.,1991). 정서적 요인으로 노인은 사회적 지지의 변화와 삶의 목적을 읽고 소외감이나 고립감, 상실감 등과 같은 부정적인 심리상태를 경험하게 된다고 한다(김동휘, 2008;, 김현지, 2008;, 박순천, 2005; 배지연, 2002).

일반적으로 노인들은 노화과정에서 자신의 죽음이나 타인의 죽음에 노출되고, 언제 죽을지 모른다는 불확실성으로 인해 심리적 부담감을 가지고 있고 정서적으로도 불안감을 경험하게 된다. 그러한 심리적 상태를 인지하고 받아들이는 것은 노년기의 삶에서 중요하다. 노년기에 이르면서 자신의 지난 삶을 되돌아보게 되고 이때 자신의 인생을 의미 있는 것으로 인식하고 긍정적으로 수용하여 절망에서 벗어나 자아통합을 이루며, 반대로 자신의 삶을 후회하고 무가치하게 생각하는 사람은 죽음불안태도가 높아지고, 우울증을 겪게 된다(Moody, 2006; Harris, 2007). 이와 같이 노인들의 죽음에 대한 수용의 여부는 마지막의 노년기에 생활에 많은 영향을 미치는 요인으로 작용한다. 죽음을 자기 삶의 마지막 과정으로 받아들이고 직면할 수 있어야만 노년기의 생활에서 적극적이고 만족스러운 성공적인 노화를 이룰 것이다. 따라서 삶과 죽음에 대한 올바른 인식과 자기를 돌아보는 과정에서의 평생학습 활동은 노인교육 분야에서 매우 중요한 변인임을 알 수 있다.

3. 관점전환학습의 학습과정

성인교육 분야의 대표적인 학습이론인 전환학습이론(Mezirow, 1978; 1991; 2000)은 성인 학습자의 특성 또는 삶의 상황에 초점을 두기보다 실제적인 학습과정을 즉 학습자 개인의 인식 변화에 관심을 두고 그 변화과정을 다루는데 초점을 둔다. 성인들이 기존의 세상을 이해하던 방식과 맞지 않는 갈등을 유발하는 사건을 만났을 때, 반성과 성찰을 통해 좀 더 통합적이고 수용적인 관점을 형성해가는 과정을 다룬다. 그러므로 성인들이 겪는 다면적인 관점의 변화들을 설명하는데 이러한 맥락에서 전환학습은 삶에서 직면하게 되는 다양한 경험과 변화를 연결시켜주는 시작점이자 종착점이 되며(Lee, 2008), 성인의 학습에 있어서 좋은 설명력을 제공해 줄 수 있는 하나의 이론으로 자리 잡고 있다(김경희, 1998; 나윤경, 1999; 박경호,2003; 리상섭, 2007; Park, 2003; Tylor, 1997).

전환학습 이론의 이론적 토대는 Habermans(1971)의 인식과 관심으로부터 출발하였는데, 인식은 역사적이고 사회적인 맥락에 근거하고 있고, 관심과 직결되어 있다고 하였다. 인간이 무엇을 알고자 하는가의 인지적 관심사를 기술적, 실천적, 해방적 관심사와의 세 가지 영역으로 분류하고, 기술적 관심사를 위해서는 도구적 지식이 필요하고, 실천적 관심사를 위해서는 실천적 지식이, 해방적 관심사를 위해서는 해방적 지식이 필요하다고 하였다(Cranton, 2006).

이러한 세 가지 인지적 관심사의 분류에 기초하여 Mezirow(1991)는 성인학습영역을 크게 도구적 학습, 의사소통적 학습, 해방적 학습으로 학습영역을 분류하여 전환학습을 설명하였다. 도구적 학습은 환경을 통제하고 조작하기 위한 학습으로, 관찰할 수 있는 사건들이 물리적인 사회적 상황 속에서 예측 가능하여 그것의 정확성의 여부를 입증할 수 있는 학습이다(정은희, 2004). 의사소통적 학습은 타인과 환경에 대하여 이해하려는 것을 배우는 것으로 학습의 목적으로 의사소통을 한다는 것은 그 사회의 문화와 언어적 기호, 규범적 가치, 정치 및 철학 등을 체제 속에서 이해하고 설명하는 것을 말한다. 이는 도구적 학습으로 충족되지 않으며 이성적 담론을 통하여 정확하고 확실한 정보를 공유함으로써 가능하다. 해방적 지식은 비판적 자기 반성을 통해서 여러 사회구조적 배경에 의해 형성된 기존의 왜곡된 시각들로 부터의 해방을 의미하는 것으로, 비판적 반성을 통하여 자신이 처한 현실과 실제를 더 포괄적으로 분명하게 이해하게 된다. 즉 해방적 학습의 핵심은 자기 자신의 문제를 회피하거나 왜곡시키지 않고 직면하는 것이며 자기이해와 반성에 있다(김종천, 2014).

또한, 메지로우는 전환학습 이론에서 관점이 전환되는 과정을 10단계로 설명하고 있다(Mezirow, 1991). 전환학습 단계는 성인이 딜레마적 사건을 겪는 것으로 시작하여 기존의 신념과 가치관을 바탕으로 반성하고 새로운 이해와 기존의 이해가 상충될 때는 협상을 통해서 새로운 관점으로 재통합하는 과정을 거친다(Brookfield, 1991; Cranton, 1994; Mezirow, 1994). 1단계는 혼란스런 딜레마에 단계이다. 이 위기는 과거의 문제해결을 적용해서는 해결될 수 없다. 2단계는 죄의식 또는 수치심의 감정에 대한 자기반성의 단계이다. 과거의 혼란을 만들었던 딜레마는 개인이 극복하기 어려울 수 있어 개인의 자기반성은 종종 두려움, 분노, 죄책감 혹은 수치감, 종교에의 귀의 등을 동반한다(배을규, 2006). 3단계는 인식적인, 사회문화적인 혹은 심리적인 전제에 대한 비판적 반성 단계이다. 이 단계에서는 개인이 자신이 가지고 있는 전제들에 대해서 비판적인 평가를 하는 단계이다. 4단계는 인정하는 단계로써 자신이 가지고 있는 고통이나 경험한 딜레마가 다른 사람들도 자신과 같이 겪을 수 있다는 것을 알게 되는 것이다. 5단계에 나타나는 대안탐색은 새로운 역할, 관계, 행동을 위한 선택들을 탐색해가는 단계이다. 6단계는 새로운 행동 과정을 계획하는 단계이다. 이 단계는 그동안의 앞에서의 겪었던 과정을 토대로 새로운 행동 계획을 하는 것이다. 7단계에서는 계획을 실행하기 위한 지식과 기술을 습득하고 8단계에서는 새로운 역할을 시험 삼아 임시적으로 시도해보고 9단계에서 자신이 새로이 계획하고 시도했던 것에 대해서 자신감을 구축하는 단계이다. 마지막은 앞서 새로운 관점이 제시하는 조건에 따라서 삶의 재통합 단계이다.

지금까지 성인의 전환학습을 연구를 좀 더 구체적으로 살펴보면, 자원봉사자, 가상공동체 카페의 여성, 한국계 미국인 이민자 가족, 실직자, 기업 중견비서, 여성농업인 (김경희,

1998, 나윤경, 1999; 이화정, 1999; 김동진, 2001; 나은희, 2003; 박경호, 2003; 2009, 리상섭, 2007; 장현진·나승일, 2008; 김연정·나승일, 2013) 등은 다양한 대상의 성인들의 사건과 경험을 통해 전환학습이 일어나는 것의 연구가 대부분이었다. 특히, 노인들의 전환학습 연구에는 은빛노인대학, 성인문해학습, 미디어교육, 죽음준비교육 등 노인들의 교육프로그램을 통한 노인의 전환학습 과정의 연구(이화정,1999; 박성관, 2011; 주명희, 2012)가 있었고, 전환학습이론을 바탕으로 노년층의 전환학습 프로그램 개발 (정경연·박휴용, 2015)을 하는 프로그램과 관련된 전환학습에 대한 연구가 있었다. 그러므로 본 연구에서도 여성노인들의 경험을 재구조화하고 다양한 인생경험을 평생학습을 통해 자신의 삶의 의미 그리고 죽음에 대한 의미 변화 과정을 탐색하는 것으로 전환학습 차원에 의미가 있다고 할 수 있다.

Ⅲ. 연구방법 및 설계

1. 연구방법론의 선택 : 민속지학적 연구방법론

민속지학적 연구방법은 20세기 초 인류학자들이 수행한 비교문화적 인류학에 기원을 두고 있는데, 연구자가 그 사람들의 일상생활에 몰입된 참여관찰을 위하여 그 집단을 장기간 관찰하는 방법으로 수행된다(Creswell, 2007). 민속지학 연구방법은 동일한 장소에 있거나 상호작용을 통해 공유된 행동, 과정, 상호작용의 의미를 연구하고 학습된 패턴을 기술하게 된다. 전환학습을 탐구하기 위하여 민속지학적 연구방법을 사용한 연구는 다음의 몇 가지 연구가 있는데, 이들은 연구참여자가 수강한 특정 프로그램 또는 그들이 속한 커뮤니티에 연구자가 함께 들어가 참여관찰을 통해 전환학습을 일으키는 요소 또는 그들이 공유한 관점의 전환 결과에 대하여 연구하였다(김연정, 2012). Starsz와 Mihans(2009)는 코스타리카의 시골마을에서 3주간 생활하면서 참여하는 일종의 서비스 학습 프로그램의 과정에서 대학생들이 겪게 되는 전환학습을 연구하였으며, Lewis(2009)는 다발적 경화증이라는 질병을 앓고 있는 사람들의 모임인 MS(multiple sclerosis) 커뮤니티 속에서 습득되고 있는 전환학습을 탐구하였다. Boyd(2008)은 백인의 특권적 의식에 대한 전환적 과정을 연구하기 위하여 인종 간 대화 집단에서 경험한 내용을 기재한 자가문화기술지를 분석하는 방법으로 연구를 하였다.

본 연구에서도 평생학습 활동에 참여하여 사회적 또는 문화적으로 비슷한 성격을 공유하는 여성노인들의 집단을 탐색함으로써 일상생활과 기술을 통해 그들의 관점에서 개념과 이해를 도출해 나가는 방법으로 민속지학적 연구방법을 사용하였다. 그리고 연구에 필요한 자료의 수집은 관찰과 면담을 주요 자료 수집 기법으로 채택하였다.

2. 현장선택 및 주요 접촉자 선정

이 연구는 연구자가 경기도 부천시와 인천시에 있는 노인종합복지관에서 노인의 문해교육과 실버영어 교육을 진행하면서 노인 학습자들과의 학습 현장에서 생긴 궁금증에서 시작하

였다. 연구자는 노인의 평생교육에 관심이 있었고 그래서 노인의 문해교육에서부터 관심을 갖게 되었다. 직접 현장에 참여하고자 하여 노인문해교육 강사로 먼저 부천시의 노인복지관과 처음 인연을 맺게 되었다. 또한 2여년에 걸쳐 노인문해교육은 정기적으로 문해교육은 일주일에 2차례로 2시간씩 실시하였고 영어는 매주 1차례씩 2시간씩 수업을 진행하였다. 수업은 문해, 영어교육 뿐만 아니라 다양한 생활 속에서 일어나는 사건을 다루었고 그 속에서 자연스럽게 어르신들의 삶의 얘기를 나눌 수 있었다.

수업 현장에서 뵙게 되는 모든 노인들이 연구 참여자가 될 수 있었지만 모든 분들을 다루는 것을 불가능하였다. 따라서 이 연구에서는 부천과 인천에 있는 노인종합복지관에서 만나는 인물들 가운데 필자와 친분이 있고 다른 강의들도 열심히 배우시며 수업시간에 적극적이고 학습에 대한 강한 성취감을 표현하시는 노인을 연구참여자로 선정하였다. 그 결과 연구자는 5분의 연구참여자를 선정하였다.

3. 자료수집 및 자료분석

연구자는 이 연구를 수행하기 위하여 민속지학적방법론을 기반으로 하여 (1)참여관찰, (2)관련 문건, (3)면담 등과 같이 크게 세 가지 종류의 자료를 수집하였다. 먼저 참여관찰은 수업 시간과 복지관에서 진행되고 참여하고 있는 행사들을 심층기술과 현장노트 기법을 활용하였다. 관련 문건 등은 각 노인분들이 참여한 시화전이나 자서전쓰기와 같이 참여하여 제작되었던 자료와 다른 노인분들의 자료 또한 참고하였다. 마지막으로 수업 시간 이외의 시간에 나누었던 일상적인 만남에서 짧은 대화를 기록하였고, 수업시간과 기타 비공식적인 만남에서 생겨난 질문 내용을 중심으로 공식면담은 가졌다. 공식면담은 2015년 8월부터 2016년 2월까지 연구참여자들 따로 약속을 잡아 생애사건의 자료를 수집하였다. 참여자들의 동의하에 녹음을 하여 녹취록을 작성하였고, 관찰메모와 녹취록을 참고로 개념을 추출하였다. 참여자들의 인터뷰 내용에 집중하기 위하여 면담 장소로는 조용한 강의실에서 실시하였고 면담시간은 보통 1시간 30분에서 2시간 가량 진행되었다. 이 후에 공식면담에서 추가로 궁금한 점은 다시 짧은 면담으로 보충하였다. 또한 수집된 자료 분석을 위해 주제 분석 기법을 사용하고, 삼각검증을 검토를 통해 타당성과 신뢰성을 확보하였다. 본 연구 참여자들의 인적 특성은 <표 1>과 같다.

<표 1> 연구 참여자의 인적 특성

#	이름	연령	학력	자녀수	동거인	복지관 프로그램 및 기타 활동 참여기간
1	성무순	84	무학	3남2녀	막내아들	3년 이상
2	김연자	80	무학	2남2녀	아들가족	4~5 년 이상
3	기정숙	78	무학	2남3녀	독거	1년 이상
4	홍수임	70	국졸	2녀	부부	3~4년 이상
5	김광자	72	중졸	2남1녀	아들가족	3년 이상

Ⅳ. 연구 결과

1. 여성노인학습자들의 평생학습 참여 맥락과 참여과정

가. 어린시절 학업의 즐거움에 대한 기억과 미련

연구참여자를 만나게 된 노인복지관은 만60세 이상의 거주지역의 노인을 대상으로 다양한 프로그램을 운영하고 있다. 프로그램은 그 기관마다 조금씩 다르게 운영되고 있는데 연구참여자들은 문해교육, 수채화, 실버미술, 영어, 곤봉, 컴퓨터교실, 라인댄스, 합창반 등의 여러 가지 프로그램을 수강하고 있었고, 각 기관에서 프로그램 외에 운영되고 있는 마을 가꾸기나 등산동호회 그리고 Happy Power 어르신봉사단 등 동아리와 봉사활동도 같이 참여하고 있었다. 보통은 기관의 운영방침에 따라 4과목까지 등록이 가능하기도 했고 추첨을 통해서 인원을 제한하는 과목도 있었다. 수강인원이 적은 반이나 연속해서 배워야 하는 과목의 특징이 있는 반은 기존의 수강생에 우선 순위를 주기도 하였다. 그래서 이 연구에 참여한 여성노인들은 일주일 내내 복지관에 나올 만큼 여러 가지 평생교육 프로그램과 활동에 참여하고 있었다.

그러나 여성노인들의 복지관을 찾고 배움에 대하여 관심을 갖고 찾게 되었던 계기는 연구참여자들의 다양한 개인적 맥락과 삶의 경험을 통해 나타났다. 가장 크게 참여하게 되었던 배경에는 배울 수 없었던 힘든 어린 시절이 크게 작용하였다. 사회적으로 일제 시대와 한국전쟁으로 인해서 힘든 가정 형편은 학교라는 곳은 그저 꿈에서나 갈 수 있었던 곳이었다. 그나마도 다니던 학교는 몇 시간을 걸어가야만 다닐 수 있었고 장녀로서 부모님을 도와 집안일을 병행해야만 하는 과정에서 포기해야했고, 생활을 위해 기술을 선택하기도 했다. 뿐만 아니라 유교문화에서 교육의 기회에서 남녀차별로 딸들은 배움에서 당연히 밀려나야만 했다. 그러한 여러 가지 어린 시절의 경험은 부모님에 대한 원망이나 좀 덕 악착같이 배우려고 했어야 하는 자신의 책망들로도 표현되었으며 한글을 배우고 싶었던 꿈, 생활에서 배우지 못해서 불편했던 영어 등을 배우기 위해 복지관을 찾게 되었다. 이러한 배울 수 없었던 힘든 어린 시절과 가정생활 등은 평생교육에 참여하게 되는 중요한 요인으로 작용하여 아직도 배움에 대한 미련으로 나타났다.

> 여섯을 낳았나. 내가 장녀고, 우리 엄마가 새엄마야. 나를 낳아놓고 우리 엄마는 돌아가셨는데, 새엄마가 얻었는데 다섯을 낳았나..하나 둘 여섯을 낳았는데 하나 죽고 5섯이네. 그래서 6남매 맏이야. 맏인데 할머니도 계시고 엄마 아버지도 계신데, 이제 중학교를 다니는데 등록금을 안주시는거야 살다보니 힘드니깐. 애들을 다 가르켜야 하니깐 그게 한이 된거야 그래가지고 영어를 못배워서 ...(그때 생각으로 갑자기 울먹이심) 영어만 배운다하면 가야된다고...(홍수임, 인터뷰 중)

> 내가 애기만 보고 맨날 맨날 그랬는데 막 그 동네 사람들이 편물 배우고 양재배우고 미용이 3개가 있데 그런데 양재는 천이 있어야 돼 편물은 실을 사야돼 내가 가만히 생각해보니깐 나

는 돈이 하나도 없으니깐 나는 어떤 걸 할까 내가 재능이 있어서 하는게 아니라 환경이 사람을 만들어요. 그래가지고 미용기술을 배워야 하는데 그냥 아 나는 배워야겠다...(중간 생략)....그거 고데기만 하면 재료비가 하나도 안들잖아요. 초보자는 고데기만 사면돼 숯불을 피워놓으면 그냥 꾹 질러서 하기만 하면되는거야 그때는 가위를 사라는 소리도 안하데 그냥 파마도 안하고 그것만 사라고 하데요. 그래서 그것만 샀어요. 내가 학원을 한번 가봤지. 그래서 다른거 안 필요하냐고 물어봤더니 그냥 아침에 오기만 하면 된데.....(중간생략)....기술을 배우면 이거는 나 혼자도 할 수가 있는 것 같아요. 그때 아무것도 모르지 tv가 있나 뭐 아무것도 없어서. (김광자, 인터뷰 중)

나. 배움에 대한 활발한 정보 교류

여성노인들은 여러 경로를 통해 교육기관을 알게 되었다. 대부분은 자신들이 살고 있는 주변 혹은 교회에서 만나게 된 지인이나 친구들에게서 정보를 알게 되었다고 한다. 그러나 연구자가 만난 여성노인들은 꼭 배워보려고 마음을 먹고 복지관을 찾아오기도 했고, 자신이 배우고 싶은 과목이나 활동에 대해서 직접 기관에 프로그램을 개설해달라는 요구를 하거나 다른 과목을 배우면서도 선생님께 영어를 좀 알려달라는 등 배움에 대해서 적극적인 모습이 나타났다. 그리고 직접 배우면서 더 필요한 보충 수업이나 과목이 생기면 여러 곳의 평생학습 기관에도 참여하는 적극적인 모습을 보였다. 이렇듯 여성노인들은 서로 자신들의 경험을 통해 각자의 방식으로 배움에 대한 정보를 확장해 나가고 있었다.

아휴~내가 신흥동사무소에 노래교실 다닌지가 한10년 넘어요. 계속 활동을 했는데 거기서 내가 총무를 보면서 일을 많이 했는데, 내가 일을 보면서 동사무소에다가 건의를 많이 했어요. 영어교실 가르치는데 없냐고 배웠으면 좋겠다고 그런데 그렇게 없더라고, 여기도 건의를 했어요. 근데 복지관 여기가 된다고 생긴다고 해서 엄청 좋더라고. 그니깐...(목소리 커짐). 그때도 없었어요. 그때도 건의를 많이 했어요. 여기 영어 좀 넣어달라고...(홍수임, 인터뷰 중)

여기 황권사가 바로 옆에 길 건너서 살았잖아. 그렇지. 우리 동네서 같이 살았어....(중간생략)....그랬는디 여기 체육관을 운동을 나왔는데 내가 그랬어 여기 김옥제 형님이라고 같이 운동을 나왔는데 황권사네 집 아냐고 하니깐 안데, 그래서 가보니깐 벽에다 꽃을 만들어서 달아놨어. 그래서 어디서 배워서 달아놨냐고 하니깐 여기 복지관에서 만들었데. 그래서 복지관에 한글도 배워주는게 있고 하니깐 오라고 그러더라고 그래서 혼자는 오기가 쉽지가 않아 그래서 내가 김옥제 형님보고 일단 구경을 한번 갑시다 그래가지고 왔더니 이렇게 한글 배우는게 있고 지금 내가 너무 좋아. 그래서 참 내 이름 하나도 보듯이 그렸는디 지금 내 이름이라도 지대로 쓰고 다니니깐 너무 너무 내가 좋아 지금. (기정숙, 인터뷰 중)

다. 죽음에 대한 실감

여성노인들은 가족관계에서 부인으로서의 역할 뿐만 아니라 딸로서, 어머니로서, 며느리

로서의 역할을 수행해오다가 점점 나이가 들면서 그 역할들이 사라지고 그 자리를 하나씩 잃어가게 된다. 그리고 남편의 죽음이나 노화로 인해 따라 오는 여러 가지 질병들로 인한 건강의 악화는 죽음불안으로 다가오기도 한다. 주변에서 알고 지내던 지인들의 갑작스러운 죽음 소식 또한 죽음이 나의 일이 될 수 있다는 생각을 하게 만들었다. 여성노인들은 인생에서 죽음이 왔다는 것을 느낄 만큼의 크고 작은 수술을 받은 경험도 있었고 그 후에 크게 달라진 정신적·신체적 노화에 대해 겪으면서 죽음에 대해서 실감을 하게 되어 여러 가지로 죽음을 인식하고 준비하였다. 그 과정에서 내가 자식들을 위해 하고 남기고 싶은 말을 정리하여 유서를 작성해보기도 했다.

> 선생님이 잘 갈켜. 저렇게 가르치면 머리에 들어가야 하는데 머리에 들어가지도 않고 애터져. 내가 다리 둘 다 수술했잖아. 두 다리 연골 수술하느라고 2달 병원에 있고 나왔더니 아무것도 모르겠어.....(중간 생략)....아이고~ 지금은 받아쓰기 하나도 못해. 그리고 나 아프고 나서 집에 와서 꼭 죽을 것 같아서 그때 우리 상 받고 공부하던 공책이랑 다 태워버렸어 여간 30킬로 되어가지고 나왔는데 목욕을 가서도 엎어지고 죽을거 같더라고 꼭 죽을거 같더라고 그래서 옷도 버릴거 다 버리고,내가 그거 아들한테 이거 내가 이렇게 썼으니깐 이대로 할라나 안할라나 니 맘에 달렸는데 썼다하고 줬어 근데 몰라나(성무순, 인터뷰 중)

그리고 배움에 대해서 나이가 들수록 떨어지는 이해력과 기억력 또한 크게 자신에 대해서 심리적 여러 면에서 오는 감정이 크게 작용하고 있었다. 참여자들은 수시로 기억력이 감퇴하여 어제 배운 것도 기억이 안난다는 표현을 많이 하였고, 크고 작은 수술 후에 예전 같지 않아졌고 힘들어졌다고 하였다. 이러한 모습들에도 불구하고 계속해야하고 뭐라도 배워야 낫다고 여전히 배워서 자신의 이야기를 자서전으로 써보거나 봉사활동을 통해 다른 사람들에게 나눠주기를 바라는 이루어보고 싶은 꿈을 꾸고 있었다. 죽음이 다가오는 것을 느낄수록 그리고 건강에 다 할때까지 배우는 것이 소망으로 자신의 삶에서 배움이라는 것을 다짐해나가며 삶의 희망과 목적으로 삼고 있었다.

> 아니..우리가 한글을 배워야 누구한테도 내속안의 소리도 서로 얘기하고 우리 손자들한테도 편지도 쓸 수도 있고 주고받고 동기간에도 그렇고, 저번엔 내가 이걸 배워갖고 동기간에도 언니가 이거 공부해갖고 썼는데 틀리는 글 있으면 니가 고쳐가며 읽어하고 주고 그랬어. 그래가지고는 그전에는 작년에만 해도 머리가 어지간이 돌아갔어. 근데 이제는 아예 안돌아가네 (김연자, 인터뷰 중)

2. 여성노인학습자의 평생학습 참여 후 변화

가. 배움으로 달라진 나의 일상 “ 배우러 나갈 때면 난 학생이야”

여성노인학습자들은 배움으로 몰랐던 것을 새롭게 알아가는 기쁨 뿐만 아니라 나눔과 공유를 통한 삶의 즐거움 또한 크게 느끼면서 일상이 달라지고 있었다. 그동안에 한글이나 영

어를 몰라서 왔던 생활에서의 불편함 그리고 가족에게 표현도 못했던 경험은 자신을 주눅들게 만들기도 했고 챙피하게 느끼기도 했다. 그러한 것들은 삶에서의 여러 가지 형태의 딜레마에 빠지게 되는 계기도 되었다. 그러나 배움을 통해서 바빠진 삶은 그동안 되고 싶었던 학생이 되기도 하고 배운 것을 가르치는 선생님이 되기도 하였다. 그리고 더 배우고 나누고 싶은 마음을 갖게 되었고, 그 과정을 통해서 양보와 조화를 알아가면서 삶이 달라지고 있다는 것을 느끼고 있었다.

> 좋죠. 마음이 뭐랄까 경쾌해지고 학생이잖아요 시간마다 이 교실가고 저 교실가고 막 바쁘잖아요, 그러고 저기 이런 영어배우니깐 내가 뭐라고 딱 말은 못하겠는데 앞자리 가운데가지 하나 알면 이게 뜬어맞춰 내가 읽을라고 해지고 그런게 있더라구요 그래서 아주 너무 좋아요 그래서 내가 할 거에요 탁구도 운동이라 좋고 다 좋아요 하모니카도 하잖아요 오카리나 하잖아요 요세 우쿠렐라도 신청했잖아요 근데 아이고 내가 수요일하고 목요일하고는 시간이 하나도 없어요. (김광자, 인터뷰 중)

나. 주변에 늘어난 관계망

여성노인들은 남편이 일찍 돌아가시고 혼자 생활을 하거나 가족들과의 관계에서도 집에서 점점 혼자 보내게 되는 시간이 늘어나는 만큼 많은 외로움을 느끼고 있었다. 그래서 복지관에서 같은 수업을 듣거나 동아리 봉사활동에서 만나는 사람 등과의 활동을 통한 사회관계는 새로운 삶의 의미를 갖게 해준다. 그들과 비슷한 고민을 공유하게 되고 수업을 통한 배움을 나누기도 하고 건강 등을 서로 챙기고 돌봐주면서 많은 지지를 주고 받는 공간이었다. 이러한 관계가 항상 좋지만은 않아 마음에 맞지 않아서 생기는 다툼이 발생하기도 하고 그 속에서 오는 갈등도 있고 오해도 빈번하고 생긴다. 그러나 가족관계 이외에서 오는 새로운 관계는 정서적으로 많은 위로를 주고 받고 한다. 그렇게 몇 년을 지내게 되는 관계가 되기도 하고 그렇게 관계를 형성해 주는 복지관은 즐거운 생활의 터전이 된다.

> 난 복지관이 최고 좋은디여..우리 살게 해주는 터여,....(중간 생략).... 배우는 것도 좋고 첫째 사람들. 사람들 만나는거 (김연자, 인터뷰 중)

> 여기 사람들 많이 와.. 난 손섭섭이 동생으로 되어 있구만.. 뭐 일가라도 되는가 하더라고. 맨날 붙어다닌다고 (성무순, 인터뷰 중)

또한 가족과의 관계에서도 새로운 일상꺼리들이 많이 늘어났다. 남편과 자식들 그리고 며느리 손자 손녀들은 여성노인들이 공부를 시작한다는 것에 많은 관심과 지지를 해주고 있으며 여성노인들도 지금 배우고 있는 것들을 가족들과도 나누면서 즐거워하고 있었다. 그래서 수업에 있었던 내용과 봉사나 동아리 활동들을 통해서 새로운 일상의 대화 주제가 생겨나고 그러한 변화들은 여성노인들에게 가족과의 관계에서 관심을 나누는 큰 촉진제가 되었다.

좋아하죠 좋아하고 내가 악기도 하고 하면 우리 아들이 어머니는 악기 쪽은 아니신거 같아요 내가 악보를 볼 줄 모르니깐, 손자들도 좋아해요 지네들은 뭐라고 물어보잖아요 영어. 그럼 내가 딱딱 말해주죠. 내가 유치원다니는 애 수준은 다 해주지. 그러고 또 6학년 짜리는 내가 모르는거 있으면 물어보면 지가 다 찾아가지고 나한테 다 알려줘요 (김광자, 인터뷰 중)

다. 지속적인 학습에 대한 욕구 생성 : 자신감과 도전 그리고 꿈 "뭐든지 배우면 좋은 거야"

여성노인들은 현재의 배움을 통해서 삶에 의미에 대한 만족감과 새로운 도전을 경험하고 있다. 그동안 한 번도 경험해보지 못했던 배움이라는 학습 활동을 통해서 오는 만족감으로 자신의 건강이 다할때까지 끝까지 배우면서 살기를 다짐을 하고 있었다. 그리고 뭐든지 알아가는 과정에서 오는 만족과 희열을 느끼고 "다닐 수 있을 때까지 다닐거야"라고 모두 지속적인 학습에 대한 욕구와 다짐을 보여주었다. 그리고 배운 걸 통해 남에게 도움을 주고 싶은 또 다른 꿈을 꾸고 있었다.

그래서 저는 악기는 계속 할거에요. 얼마나 좋아요. 아니 다른거 다 못해도 동요 같은 것만이라도 몇 개만 하면 그런데 가서 충분히 할 수 있어요. 그러고 막 지방에 봉사가면은 우크렐라 가지고 찬양을 나와서 막해요. 어우~ 나도 언제 저렇게 할까 그들은 팀이 있잖아요 플롯하는 사람, 바이올린 하는 사람, 기타하는 사람 이거 부는 사람 많아요 그게 나는 너무 부러워서 하는거지. 나는 거기가서 서서 할 정도는 아니고 요양병원가서 이렇게 예수사랑하시면 그런거 선구자나 등대지기 비목 같은거 요런거 해주고 싶어요. (김광자, 인터뷰 중)

내가 아카데미서 저거 써내라고 하더라고.. 내가 나는 하나에서 열까지 열심히 배울 것을 다짐 하겠습니다 해서 써냈더니 명함도 딱 만들어주고 그러더라고. 내가 배우고 싶다고 했더니 그거 넣어놓고 내 이름 써놓고 그런거지…(김연자, 인터뷰 중)

3. 여성노인학습자의 평생학습 참여를 통한 전환학습

가. 평생학습 참여를 통한 전환학습 단계

다양한 평생학습 참여 속에서 나타나는 여성노인학습자의 삶의 의미과 죽음에 대한 전환학습의 단계를 구체적으로 탐색하여 그 특징적인 모습에 대하여 구분하여 살펴보았다. 여성노인학습자들은 여러 가지 평생학습 프로그램과 학습동아리 그리고 봉사활동을 통해서 기존의 가정, 신념, 가치관 등이 어떻게 변화되고 있는지 전환학습의 단계적 진행 양상을 탐구하였다. 전환학습 단계는 전형적인 단계로 보여지는 양상에서부터 비판적 반성이나 이성적 담론은 건너뛰거나 새로운 역할에 대한 역할에 대한 시도나 자신감에서 구축이 형성되지 않는 모습 등이 나타났다. Mezirow(2000) 전환학습의 10단계에 따라서 연구 참여자의 평생학습 경험을 분석해 보면 <표 Ⅳ-1>에서 보는 바와 같이 나타나고 있었다.

<표 Ⅳ-1> 메지로우의 전환학습 단계에 비추어 본 여성노인의 평생학습을 통한 전환학습 과정

전환학습 단계	성무순	김연자	홍수임	기정숙	김광자
1. 혼란스러운 딜레마에 직면	■	■	■	■	■
2. 자기평가(감정의 점검)	■	■	건너뜀	■	■
3. 비판적 반성	■	■	■	■	건너뜀
4. 불만족 공유(이성적 담론)	■	■	■	건너뜀	건너뜀
5. 새로운 역할 탐색	▨	▨	■	■	■
6. 새로운 행동과정 계획	▨	▨	■	■	■
7. 새로운 지식습득	▨	▨	■	■	■
8. 새로운 역할시도	건너뜀	▨	■	■	■
9. 새로운 역할에 대한 자신감 구축	건너뜀	▨	■	■	■
10. 새롭게 형성된 관점으로 재통합	■	■	■	■	■

■ 해당 단계가 나타난 경우
▨ 해당 단계가 순환 반복적으로 나타난 경우

나. 평생학습 참여를 통한 전환학습 유형

앞서 평생학습 참여를 통한 여성노인학습자의 전환학습의 단계적 양상을 살펴보았다면, 여기서는 평생학습 참여에서 나타나는 관점의 전환을 성인학습영역별로 구분하여 그 내용에 따라 분석하는 전환학습 유형에 대한 탐색이다. 전환학습의 유형은‘주체적 삶을 위한 도구적 학습’으로써 독립적으로 환경을 통제하기 위한 지식, 기술, 정보습득 측면의 문제해결 학습이고,‘포용적 삶을 위한 의사소통적 학습’은 타인과 환경에 대한 이해를 통제 배려하는 것을 배우는 학습이며, ‘자유인이 되기 위한 해방적 학습’은 사회구조적 배경에 의해 형성된 기존 시각(사회적 통념, 이론적 전에)로부터의 자유와 해방을 통해 자기 삶의 고유한 가치를 깨달아 가는 것을 의미하는 학습이다(박현옥,2016).

첫째, 주체적인 삶을 위한 도구적 학습으로 여성노인학습자들은 유고문화와 역사적으로 힘들었던 시대 속에서 학교를 다니기가 힘들었던 가정환경에서 부모님을 도와서 일을 해야했던 세대들로 학업에서 못 배워 생활에서 오는 불편함을 먼저 해결하고 싶었던 경험들이 많다. 그래서 자신의 부족함을 알고 이를 보완하기 위한 학습 과정을 볼 수 있었다. 여기서 오는 못 배워서 불편했던 경험의 시작은 문해교육이었고 그 다음으로 영어수업과 같은 지식이었다. 그 다음으로 악회되었던 건강 경험을 통해 건강을 꾸준히 관리하기 위한 지식과 어렸을 때 배워보고 싶었던 수업의 내용이나 젊어서 나도 한번 해보고 싶었던 등의 수채화 수업, 라인댄스 등의 내용들을 볼 수 있었다.

둘째, 더불어 살기 위한 의사소통 학습 유형은 타인과 환경에 대하여 이해하려는 것을 배우는 학습이다. 연구참여자들은 자식들을 다 키우고 혼자 보내는 시간들이 길어짐에 따라 마을이나 지역사회, 교회 등에서 알고 지내게 되던 지인, 친구들과의 관계들과 더 깊게 만나게 된다. 그리고 집에서 혼자 외롭게 지내는 것보다 다양한 배울 수 있는 평생학습의 기관들을 알게 되고 그 속에서 여러 가지 활동들을 공유하게 된다. 그리고 배울 수 있는 공간이라는 새로운 환경과 타인들과의 대화나 더 나아가 봉사라는 모습으로도 확장되면서 여러 가지 모습으로 의사소통적 학습을 하게 된다. 이러한 공유과정에서 자신이 처한 환경과 타인에 대하여 이해하려는 모습들을 볼 수 있었다.

셋째, 자유인이 되기 위한 해방적 학습 유형은 사회구조적 배경에 의해 형성된 기존의 시각들로부터 자유와 해방을 의미하는 학습이다. 기존에 자신이 성장해오면서 경험했던 여러 사회구조적 배경에 의해 형성된 시각을 통해서 여성노인학습자들은 삶의 의미와 죽음에 대해서 갖게 되었을 것이다. 그러나 평생학습을 통한 여러 가지 활동을 계기로 기존의 시각에 변화를 가져오는 전환학습을 하게 된다. 그 과정에서 가족이나 주변에서 만나게 되는 다양한 사람들과 대화를 통하거나 비판적인 반성을 통하여 자신이 처한 현실과 실제를 분명하게 이해함으로써 이들의 고정된 시각이 해방되는 모습을 확인할 수 있었다. 특히나 배움과 평생학습활동 등에 그 동안 분리 되어있던 대다수의 여성노인학습자들에게 볼 수 있었다.

Ⅴ. 논의 및 결론

지금까지 여성노인학습자들의 평생학습 참여를 통하여 그들의 삶의 의미와 죽음에 대하여 스스로 자신의 상황을 어떻게 이해하고 의미를 변화시켜나가는지 살펴보았다. 그러나 아직 분석의 과정이 미흡하여 논의와 결론을 내리기에는 부족하여 추후 좀 더 세밀하게 분석하는 작업이 필요하다. 그러나 여성노인들은 평생학습 활동을 통하여 인식 및 행동의 변화를 관찰할 수 있었고 전환학습의 과정을 통해 삶과 죽음에 대한 의미의 크고 작은 변화 과정을 발견할 수 있었다.

참고문헌

김종천(2014). 성인학습자의 문해학습 참여를 통한 생애경험과 인식전환에 관한 연구. 백석대학교 기독교전문대학원 평생교육 인적자원개발 전공 박사논문

김정숙(2007). 여성노인의 자아존중감과 우울에 관한 연구, 위덕대학교 사회복지학과 석사논문

김연정·나승일(2013). 기업 중견비서의 이직경험을 통한 전환학습 과정에 관한 현상학적 연구. HRD 연구. Vol.15, No.1, pp.159-187.

강지애·김진숙(2014). 노인의 스트레스와 성공적 노화의 관계에서 정서조절곤란 및 삶의 의미의 역할, 한국노년학, Vol.34, No.1, 151-168.

김영희·최항석(2003). 융의 이로네 기초한 평생학습의 심리학적 연구, 평생교육학연구, 9(3),

75-100
김동휘(2008). 사회적 지지가 노인의 우울과 자살생각에 미치는 영향. 중앙대학교 석사논문
김현지(2008). 노인 삶의 의미가 자살생각 간의 관계. 고려대학교 석사학위 논문
김영갑(2014). 체육철학:고령화 사회와 스포츠. 한국체육철학회 22권 2호 (55-67)
김훈·김근식(2011). 고령화와 그 해결책으로서의 사회보장. 한국자치행정학보, vol.25 No.1
김동진(2001). 가상 공동체의 생활갈등 공유과정에 나타난 학습과 치료적 경험에 관한 연구 서울대학교대학원 교육학과 석사논문
공수자·김계하(2010). 노인의 삶의 의미에 영향을 미치는 요인, 성인간호학회지, 제22권, 제4호, pp.438-447
고선희(2013). 노인교육프로그램이 생활만족도에 미치는 영향: 인천광역시 노인문화센터를 중심으로, 인하대학교 정책대학원 사회복지학과 석사논문
고종태·정미경·김혜선(2008). 평생교육 참여유무에 따른 중년기 여성의 생의 의미인식 및 죽음불안태도와의 관계 연구, 평생교육학회지, Vol.14, pp.61-86
나항진·김경수·김형수·구본영·박영미·신정혜(2011). 평생교육론, 경기도 :양서원.
나윤경(1999). 포스트모더니즘과 페미니즘 시각으로 본 Mezirow의 전환학습 이론. Andragogy Today, Interdisciplinary Journal of adult & continuing education. 2(3), pp.179-207.
노희숙(2012). 북한이탈주민의 학습경험을 통한 의미관점 전환연구. 아주대학교 대학원 박사학위논문.
민지선(2009). 노인의 애착과 지각된 사회적 지지가 죽음불안에 미치는 영향. 고려대학교 석사학위논문
박명선(2002). 여성노인의 일과 빈곤 - 전북지역을 중심으로. 한국사회학, 36(2), 175-204.
박성희(2003). 여성노인의 내러티브 학습을 통해 본 노년교육의 개념. 여성연구노총 18집. Vol.18. 165-183
배을규(2006). 성인교육의 실천적 기초. 서울:학지사
박순천(2005). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
박경호(2003) 다문화적응과정을 통한 전환학습. Andragogy Today, Interdisciplinary Journal of adult & continuing education. 6(1), pp.117-139
신경일·김남숙·이정지·최순옥(2004), 여성가정의 생의 의미향상을 위한 집단상담프로 그램의 효과, 한국심리학회지: 상담 및 심리치료 12. 한국심리학회. 127-146
이인정(2007). 남녀노인의 우울, 삶의 만족에 대한 심리학적 요인들의 영향의 차이에 관한 연구. 노인복지연구, 36, 159-180.
이화정(1999). 인식전환 학습 이론에 근거한 은빛노인대학의 사례 연구, 중앙대학교 대학원 교육학과 박사논문
정순둘·정윤경(2012). 고령화 사회에 대한 인식과 영향요인. 한국노년학 32(2). 541-557
전현옥(2003). 노인의 생의 의미와 삶의 질 연구, 이화여자대학교 임상보건과학대학원 석사논문
정경연·박휴용(2015). 노년층 전환학습 프로그램 개발;Mezirow의 전환학습이론을 바탕으로 한 시안, 교육종합연구, Vol. 13. No.3, pp. 189-214
최지선(2013). 노인의 지각된 사회적지지, 삶의 의미, 상실감이 죽음불안에 미치는 영향. 광운대학교 상담심리치료학과 석사논문
최돈민·이세정·김세화(2008). 한국 성인의 평생교육 참여에 영향을 미치는 요인 탐색. 평생교육학연구, 14(4), pp.29-55.

통계청(2015). 고령자통계

한미정·최정윤(1999). 삶의 의미수준과 죽음불안과의 관계, 한국심리학회지:상담 및 심리치료, 1999,12, 167-181(15 pages)

한정란(2005). 노인을 위한, 노인에 관한, 노인에 의한 교육 노인교육의 이해, 학지사

한정란(2006). 노인교육의 이해, 서울 : 학지사

한정란·김종남·김향숙(2010). 노인의 평생교육 참여의 장해요인, Andragogy Today, Interdisciplinary Journal of adult & continuing education. 13(2), pp.105-131.

한준상(2001). 학습학. 서울:학지사.

허영숙·기영화(2008). 노인여성학습자의 문해교육 참여에 관한 연구, 평생교육HRD연구, 제4권 제1호, pp.29~57

Brookfield, S.D.(1991) evelo p ing critical thin k ers : Challenging adults to explore alternative w ays of thin k ing and acting , San Francisco, CA:Jossey-Bass

Baumrind, D.(1991). The influence of parening style on adolescent competence and substance abuse. Journal of Early Adolescence, 11, 56-95.

Cranton, P.(1994). Understanding and promoting transformative learning: A guide for educators of adults. San Francisco: Jossey-Bass.

Cranton, P. (2006). Understanding and promoting transformative learning: A guide for educators of adults. San Francisco: Jossey-Bass.

Erikson, E. H.(1982). The life cycle completed. New York: Norton.

Frankl. V.E.(1967). 심리요법과 현대인, 이봉우 역(1979), 왜관:분도출판사.

Frankl V. E.(1969). 로고테라피의 이론과 실제, 이봉우역(1980). 왜관:분도출판사

Frankl, V. E.(1963). Man's searching for meaning-an introductuin to logotherapy. New York : Washington sqare Press. Salmon, P., Manzi, F., & Valori, R. M.

Harris, D. K.(2007). The Sociology of Aging. Lanham : Rownan & Littlefield.

Merriam, S. B., Caffarella., R., & Baumgarthner, L. M.(2006). Learning in adulthood(3rd ed,). San Francisco: Jossey Bass.

Mezirow, J.(1991). Transformative Dimensions of Adult Learning. San Francisco: Jossey-Bass.

Mezirow, J. (1978). Education for perspective transformation: women's re-entry programs in community colleges. New York: Teacher's College. Columbia University.

Mezirow, J. (1994). Understanding tran sformation theory. Adult Education Quarterly, 44(4), 222-232

Mezirow, J.(1995). Transformative Theory of adult learning, InM. R. Welton(Ed.). In defense of lifeworld : Critical perspectives on adult learning(39-70). New York: State University of New York Press

Victor M. Agruso, Jr.(1980). Guiding the Older Learner. Contemporary Education Psychology S. 363-377

포스터발표 3

장기요양서비스 공급의 지역격차 해소를 위한 에어리어 마케팅

발표: 선현규(일본 교에이대학 교수)

한국노인복지학회 2016 추계학술대회

장기요양서비스 공급의 지역격차 해소를 위한 에어리어 마케팅

2016년 10월 28일

선 현규

일본 교에이대학 교수

연구문제 및 연구목적

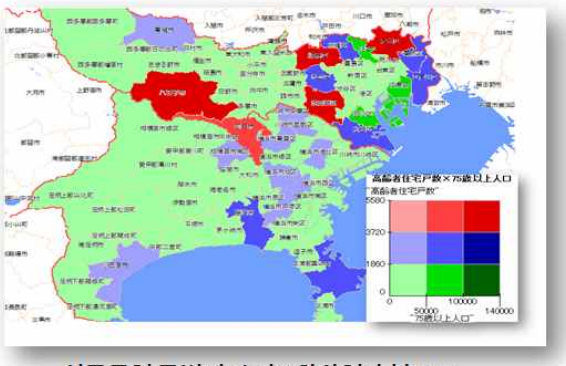
- 일본은 개호보험제도가 도입되어 올해로 16년을 맞이했는데 장기요양수급자의 급증에 수반해 장기요양시장이 급속도로 확대되고 있다. 장기요양수급자는 2000년 4월의 184만 명에서 2015년 3월에는 503만 명으로 늘어났고（3.7배 증가）, 2000년 4월의 13만여 개의 장기요양사업소가 2015년 3월에는 34만여 개로 늘어났다（3.8배 증가）. 시장규모도 2000년 4월의 3.6조 엔에서 2015년 4월에는 9.6조 엔으로 확대되었다（3.8배 증가）.
- 시장 규모가 급속도로 확대되고 있는 장기요양시장에는 많은 사업자가 진출하고 있어 **사업자 간에 치열한 경쟁**이 일어나고 있다. 따라서 장기요양사업을 둘러 싼 많은 사업리스크를 줄이면서 안정적으로 사업을 전개하기 위해서는 **장기요양서비스의 수요와 공급을 가시화하여 그 지역에 맞는 사업전략을 세울 수 있는 에어리어 마케팅（area marketing）이 필수불가결**하다.
- 본 연구는 일본의 장기요양서비스 공급의 지역격차를 파악하고 장기요양 서비스의 지역편중 문제의 시정과 장기요양사업자의 보다 전략적인 경영을 가능하게 하는 **장기요양서비스의 에어리어 마케팅 수법과 효과를 한국에 소개하는 것이 목적**이다.

연구방법

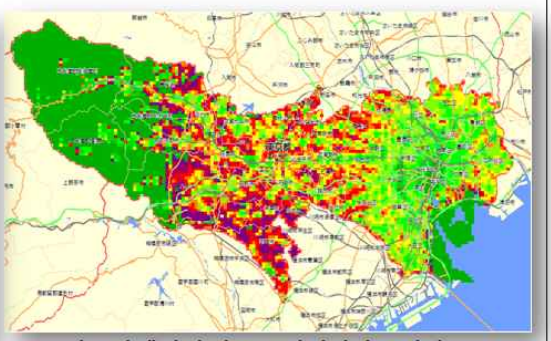
- 에어리어 마케팅 시스템인「Market Analyzer™ NursingCareVersion」을 사용해 **동경도（東京都）와 사이타마현（埼玉県）**의 방문요양서비스 수요지도, 고령자주택수급지도, 상품구매약자지도, 특정지역의 반경 1km 지역권의 65세이상 노인인구 및 장기요양등급인정자 분포도, 장기요양사업자 분포도 등을 작성했다.
- 소지역의 양적 데이터와 질적 데이터를 동시에 "가시화"하기 위해, 공표되어 있지 않은 소지역의 통계 데이터를 추계하는 **마이크로 시뮬레이션（IPF [Iterative Proportional Fitting] 법）**에 의해 시정촌（市町村）단위 또는 정촌목（町丁目）단위의 데이터로 재추계하여 특정 에어리어의 장기요양서비스의 공급 상황을 검토했다.
- **지역인구분석 (Geodemographics) 기법**에 의해 임의로 설정한 특정 에어리어의 장기요양서비스의 수요 상황을 지도화 했다.

연구결과①

동경도의 고령자주택수급지도



동경도의 상품구매약자지도



신쥬쿠역 주변의 장기요양사업자 분포도

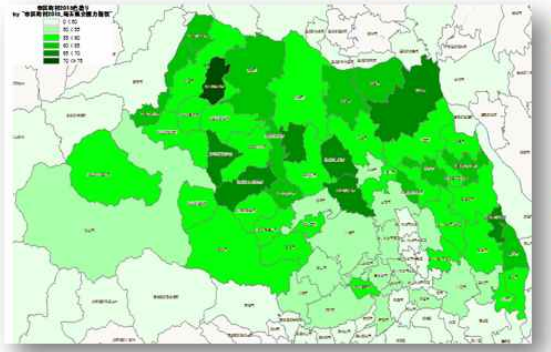


카스카베역 반경 1km 지역권의 노인인구 및 장기요양 등급인정자 분포도

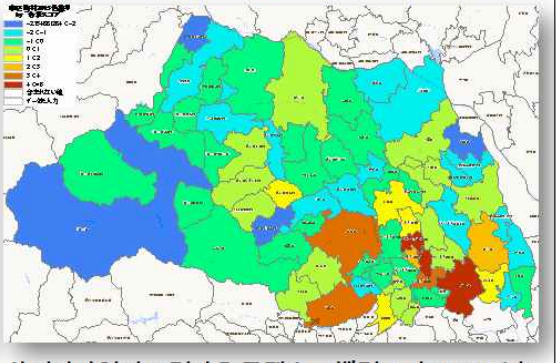


연구결과②

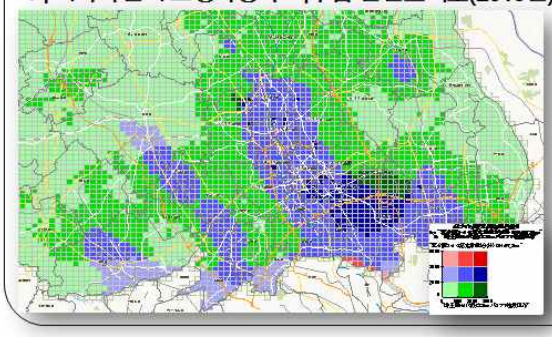
사이타마현의 가정내 케어력지수지도



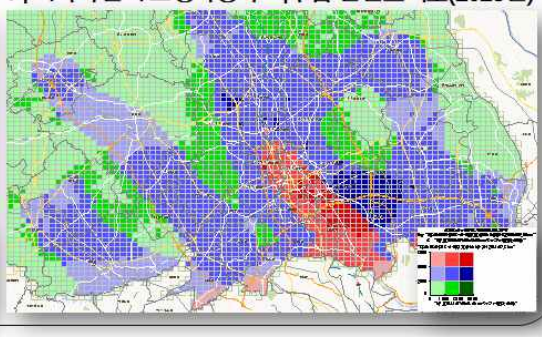
사이타마현의 유료양로원의 입주자 타겟지도



사이타마현의 고령자용 주택수급 밸런스지도(2010년)



사이타마현의 고령자용 주택수급 밸런스지도(2025년)



결 론

- 장기요양사업은 경험이나 감에 의한 사업전개의 시대는 끝났다. 정확하고 치밀한 수요예측에 근거한 사업계획을 세우지 않으면 사업소 삭감 또는 도산의 위기를 피할 수 없게 된다.본연구에서 소개한 에어리어 마케팅을 활용하면 지역에 있어서의 장기요양시설·사업소, 의료시설 등의 분포상황이 밝혀지기 때문에 지역 요구에 맞는 장기요양시설·사업소 등의 치밀한 배치가 가능하게 된다. **에어리어 마케팅의 구체적인 효과**는 다음과 같다.

1. 장기요양사업자 측

①자사의 포지셔닝을 명확히 하고 객관적인 데이터에 근거한 경영 판단을 할 수 있다.
②지역이 요구하는 서비스를 적확하게 제공할 수 있게 되어 안정된 시설·사업소 경영이 가능하게 된다.
③장기요양사업자 사이의 쓸데없는 경쟁을 회피할 수 있다.
④시장 포텐셜이 낮은 곳에서 사업을 하는 리스크를 회피할 수 있다.
⑤중장기적인 고객의 변화에 대응하는 유연한 경영전략을 책정할 수 있다.

2. 장기요양서비스 이용자 측

장기요양서비스의 수요와 공급의 미스매치가 시정되어 장기요양서비스 이용자의 서비스 수요의 기회와 선택의 폭이 넓어진다.

3. 행정 측

①장기요양서비스의 지역편중（도시지역과 농촌부, 도시지역 내의 편중） 문제를 시정할 수 있다.
②중장기적인 이용자의 변화에 대응하는 유연한 제도 설계나 서비스 계획을 책정할 수 있다.
③자치체의 재정정책 및 장기요양정책 입안에도 공헌할 수 있다.
④지역에 있어서의 장기요양서비스의 기반정비에 공헌할 수 있다.

포스터발표 4

성인의 노인인권의식과 노인이미지가 노인학대인식에 미치는 영향
-노인동거경험 유무에 따른 집단비교

발표: 김미혜(이화여자대학교 사회복지학과 교수)
류주연(이화여자대학교 사회복지학과 박사과정)
김수진(이화여자대학교 사회복지학과 박사과정)

성인의 노인인권의식과 노인이미지가 노인학대인식에 미치는 영향
-노인동거경험 유무에 따른 집단비교

김 미 혜* · 류 주 연** · 김 수 진***

1. 연구의 필요성 및 목적

노인학대는 오늘날 심각한 사회문제 중 하나로 학대의 예방과 대응을 위한 다양한 노력이 이루어지고 있다. 많은 학대 사례가 보고되고 있지만 간과할 수 없는 사실은 겉으로 드러나지 않은 학대의 발생률이 높다는 현실이다. 이에 노인학대의 효과적인 예방과 대응을 위해서는 사회 내 노인학대에 대한 인식의 제고가 중요하다. 그러나 아직까지 노인학대인식에 대한 학계의 관심은 상대적으로 미비하였다. 특히, 기존 선행연구에서는 개인 및 가족관련 요인을 주로 다루면서 사회문화적 요인을 간과하면서 노인학대인식을 이해하기 위한 다각적인 시도가 이루어지지 못하였다. 이에 본 연구는 노인학대인식에 대한 사회문화적 영향을 고려하여 노인학대의 예방과 대응을 위한 함의를 제시하고자, 성인이 가지고 있는 노인인권의식과 노인이미지가 노인학대에 미치는 영향을 알아보고, 이를 노인동거경험에 따라 비교해보고자 한다.

2. 연구방법

서울과 경기 지역의 20세 이상 60세 미만 성인을 대상으로 수집한 설문지 201부를 분석하였다. 분석을 위하여 STATA13 통계프로그램을 이용하여 기술통계분석, t-test, 다중회귀분석 등을 실시하였다. 종속변수인 노인학대인식을 측정하기 위하여 이윤경, 김미혜(2008)의 노인학대 판정항목 17문항에서 일부 문항을 수정·축약한 12문항 중 신체적 학대 4문항, 언어·정서적 학대 2문항, 재정적 학대 2문항, 방임 3문항, 유기1문항을 사용하였다. 독립변수인 노인인권의식은 권중돈(2012)의 노인인권의 4개 영역(인간존엄권, 자유권, 사회권, 법절차적 권리)과 이에 따른 세부권리 16개를 바탕으로, 현재 노인세대가 인권을 어느 정도로 보장받고 있는지를 응답하도록 하였다. 또한 노인이미지는 선행연구들(신귀연, 1995; 김미혜, 원영희, 1999; 서병숙, 김수현, 1999)에서 사용되었던 노인이미지에 대한 형용사를 검토하여 서로 대응되는 이미지 28개를 선정하였으며, 김미혜, 원영희(1999)가 제시한 신체적, 심리적, 사회적 이미지의 3개 분류로 나누어 사용하였다.

* 이화여자대학교 사회복지학과 교수, 주저자 (kmh@ewha.ac.kr)
** 이화여자대학교 사회복지학과 박사과정, 교신저자 (juyeon16@gmail.com)
***이화여자대학교 사회복지학과 박사과정 (kokocoo@nate.com)

3. 연구결과

분석결과, 전체 응답자의 노인학대인식 수준은 4.45점(5점 만점)으로 높은 편으로 나타났다. 노인 동거경험이 있는 108명의 경우(4.39점)가 노인동거경험이 없는 93명의 경우(4.50점)에 비해 약간 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 노인인권에 대한 의식은 5점 만점에 2.98점으로 중간수준으로 나타났으며, 집단 간에 유의미한 차이를 보이지 않았다. 노인에 대한 이미지는 신체, 심리, 사회적 이미지로 나누어 살펴본 결과 심리적 이미지가 5점 만점에 3.17점으로 가장 긍정적으로 나타났으며, 그 다음으로 사회적 이미지(2.77점), 신체적 이미지(2.58점) 순으로 나타났다. 동거경험이 있는 경우가 신체($t=-3.39$, $p<.001$), 심리($t=-3.22$, $p<.01$), 사회($t=-2.28$, $p<.05$)의 모든 이미지 영역에서 동거경험이 없는 경우보다 긍정적으로 인식하고 있었으며 이는 통계적으로 유의미했다.

노인인권의식과 노인이미지가 노인학대인식에 미치는 영향을 살펴보기 위해 다중회귀 분석을 실시한 결과, 노인인권의식은 노인학대인식에 정적 영향을 나타내($\beta=0.193$, $p<.05$), 우리나라 노인의 인권보장에 대한 민감도가 높을수록 노인학대를 더욱 심각하게 여기는 것으로 드러났다. 또한 성인이 가진 노인이미지 중에서는 심리적 이미지가 노인학대인식에 정적 영향을 미치는 것으로 나타나($\beta=0.227$, $p<.05$) 노인에 대해 긍정적인 심리적 이미지를 가질수록 노인학대에 대해 더욱 심각하다고 인식하였다. 동거경험에 따라 분류하면, 노인동거경험이 있는 집단에서는 노인학대인식에 대해 노인인권의식이 정적영향을, 노인의 신체이미지가 부적 영향을 보였다. 반면, 노인동거경험이 없는 집단의 모형은 유의하지 않았다.

4. 결론

이상에서의 연구를 토대로 우리나라 성인의 노인학대인식의 고취를 위해 노인인권과 노인이미지와 같은 사회문화적 측면이 고려해야 하는 영역임을 알 수 있었다. 이에 다양한 교육과 홍보를 통해 성인들로 하여금 노인인권의식을 함양과 노인에 대한 올바르고 풍부한 이해를 도모해야 할 것이다. 또한, 노인과의 동거경험에 따라 노인학대 인식이 다르다는 연구결과를 고려하여 동거경험이 긍정적으로 형성되기 위한 다양한 지원이 필요하다는 함의를 도출하였다.

포스터발표 5

노인의 경제적 학대 또는 재무적 착취

발표: 박창제(경북대학교 사회복지학부 교수)

노인의 경제적 학대 또는 재무적 착취

박 창 제*

□ 연구목적: 노인의 경제적 학대와 관련하여 개념에 대한 정의, 경제학대의 실태와 경제적 학대 예방의 중요성을 검토하는 것이다.
□ 연구방법: 문헌고찰

□ 개념
- 경제적 학대는 정의하기 어렵다. 경제적 학대에 관한 연구도 많이 이루어졌고 법적·제도적으로도 상당한 대비가 이루어진 미국에서도 경제적 학대에 관한 개념에 대한 정의가 모호한 편이다.
- Wilber와 Reynolds(1996)는 재무적 학대(financial abuse)를 재무적 착취(financial exploitation), 물질 착취(material exploitation), 물질 학대(material abuse), 수탁학대(fiduciary abuse), 재무적 부당처우(financial mistreatment or maltreatment), 재무적 또는 경제적 희생자화(financial or economic victimization)와 유사하게 사용하면서 이들 용어는 일관성 있고 공통적으로 인식되는 정의가 없다는 점을 강조한 바 있다.
- 사실 미국에서는 경제학대에 대한 용어로 “financial exploitation”, “financial abuse”가 가장 많이 사용된다. 사실 financial exploitation, financial abuse라는 용어는 한국어 사전적으로 의미를 보다 정확하게 반영하려면 재무적 착취, 금융적 학대로 번역되어 사용되는 것이 적절할 것이다. 그러나 지금까지 대부분의 국내 학술연구자들이 노인들의 재무적 착취를 경제적 학대라는 용어를 사용하고 법적용어로도 일반화되어 있다. 그러나 영어군 국가에서 economic abuse라는 말이 전혀 사용되지 않는데 경제적 학대라는 말로 번역하여 사용하는 것이 적절한지는 논란이 될 수 있다.
- Wilber & Reynolds(1996): 재무적 학대를 노인의 재산(property), 소지품(possessions), 또는 금융자산(financial assets)을 가져가거나 착복하는 것으로 정의
- 미국립노인학대센터(NCEA, 2004): 재무적 또는 물질적 학대 및 착취를 노인이나 취약성인의 자금, 재산, 또는 자산을 불법적으로 사용하거나 부적절하게 사용하는 것으로 정의
- 미국가학술연구회(NRC, 2002): 재무적 착취를 다른 사람의 자원, 재산, 또는 자산을 부당하고 부적절하거나 불법적으로 사용하는 것으로 요약

□ 실태에 대한 검토
- 노인 학대의 유형별 학대 발생 건수 또는 경제적 학대 발생의 경향은 국가마다 그리고 연구대상자 마다 조금씩 차이를 보인다.

* 경북대학교 사회복지학부 교수

• 외국의 경우 경제적 학대는 신체적학대나 정서적 학대, 방임에 비해 더 일반적인데 반해 (Navarro et al., 2013; Acierno et al., 2010; California Department of Social Services, 2006), 한국의 경우 경제적 학대보다는 정서적 학대나 방임이 더 일반적이다. 예를 들어 미국 California Department of Social Services(2006)에 따르면 재무적 학대가 33%로 학대 유형 중 가장 높다. 반면에 중앙노인보호전문기관(2015)의 2014 노인학대 현황보고서에 따르면 경제적 학대는 9%에 지나지 않는다.

<표 1> 한국의 노인학대 유형(2014년)

학대유형	발생건수	비율(%)
정서적 학대	2,169	38
신체적 학대	1,426	25
방임	984	17
경제적 학대	**521**	**9**
자기방임	463	8
성적학대	131	2
유기	78	1

출처: 중앙노인보호전문기관(2015), 2014 노인학대 현황보고서

<표 2> 미국 캘리포니아 주 성인보호서비스보고: 타인에 의한 학대 혐의

학대유형	총 혐의 비율(%)	확인된 혐의비율(%)
재무적 학대	**33**	**32**
심리적 학대	25	32
방임	23	16
신체적 학대	14	16
고립	3	2
성적 학대	1	1
유기	1	1
유괴	<1	<1

출처: California Department of Social Services, Adult Protective Services and County Services Block Grant Monthly Statistical Reports, 2006

• 이처럼 외국과 한국에서의 학대유형별 발생건수 및 경제적 학대의 발생 건수에서 차이가 나타나는 이유는 부모의 자산에 대한 관점 차이, 어디까지를 경제적 학대로 볼 것인가에 대한 인식 차이, 신고의 적극성 등에서 차이가 있기 때문이다.
  – 서구의 경우 부모와 자녀의 재산 소유가 명확히 구분되며, 부모 자산을 자녀에게 물려주지 않는 경우가 많다. 그에 반해 우리의 경우 부모 자산을 자녀가 물려받는 것을 당연시 하므로 부모 자산에 대해 집착하는 경향이 있으며, 노인의 재산권 행사에 가족의 암

묵적인 동의를 요구하기 한다.

- 서구의 경우 재산권의 독립으로 재산권의 조그마한 침해라도 학대의 범주에 들어가기에 침해가 발생하는 경우 신고할 가능성이 높다. 그에 반해 우리의 경우 부모와 자녀 간의 관계를 강조하기에 학대의 적용에 대해 관대하다. 또한 실제 자녀에 의한 경제적 학대가 발생하더라도 자녀를 도와주었다고 생각하거나, 자녀와의 관계악화, 향후 자녀가 부양하지 않을 수도 있다는 걱정, 보복에 대한 두려움, 자녀와 가정의 불명예 등을 먼저 생각할 가능성이 있다(Gibson and Qualls, 2012: 27).
- 따라서 우리 역시 실질적으로 다른 학대와 비교하여 경제적 학대의 발생 가능성이 높고, 발생 역시 증가 추세일 것이다.

□ 경제적 학대 예방의 중요성

- 노인들은 특히 경제적 학대에 취약하다. 독거노인이 많고, 신체적 정서적으로 허약한 상태에 있기 때문에 경제적 학대에 대응하기 어렵다.
- 경제적 학대는 노후의 경제적 삶에 심각한 폐해를 준다. 우리나라 노인의 상대적 빈곤율은 약 50%에 이를 만큼 이미 가난하다. 경제적 학대는 노인의 빈곤을 더 악화시킬 것이다. 경제적 학대는 소득과 비례하지 않기에(Dyer et al., 2009 :164) 소득이 낮은 노인들이 경제적 학대를 당하는 경우 더 많은 경제적 어려움에 직면한다. 경제적 학대는 신체적 학대·정서적 학대·방임 등의 다른 학대 유형과는 달리 가족 간의 문제에 한정되지 않고 금융기관, 상거래업체, 부동산업체, 사법기관 등 사회전반의 조직으로 문제가 확대되므로 해결하기 힘들다.
- 경제적 학대는 정신적·심리적 건강에 심각한 폐해를 준다. 경제적 학대는 대체로 정서적 학대를 수반하는 경우가 많으며, 경제적 학대의 거의 90%는 장기보호시설보다는 가정 내(domestic settings)내에서 발생하며 가해자는 보통 가족구성원 특히 아들과 딸이므로(Bagshaw, et al., 2013: 87), 가족주의 또는 효 사상을 중시하는 우리 노인 세대 문화의 특성상 가족에 의해 저질러지는 학대 행위는 노인들에게 더욱 더 충격을 주기에 우울이나 자살로 이어질 가능성이 높다.
- 경제적 학대의 예방은 노인들의 빈곤 발생 위험을 낮추고 정부의 노인복지비용 절감에 기여할 것이다. 따라서 경제적 학대의 예방은 노인의 경제적 복지를 실현하는 것이며, 나아가 향후 노인인구의 증가와 더불어 높아질 노인소득지원의 재정압박을 낮추는 하나의 방법이다.

포스터발표 6

국학기공프로그램이 불안에 미치는 영향
-경기지역 노인을 중심으로-

발표: 김계령(국제뇌교육종합대학원대학교)
서호찬(국제뇌교육종합대학원대학교)

국학기공프로그램이 불안에 미치는 영향
-경기지역 노인을 중심으로-

Effect of Kookhak-Kigong Program on Anxiety
-Focused on the Elderly living in Gyeonggi-do-

김 계령* · 서 호 찬**

Ⅰ. 연구배경 및 목적

‘2015년 고령자 통계’에 따르면 65세 이상 노인인구는 총 인구의 13.1%로 이미 고령화사회에 접어들었고, 2017년 14.0%로 고령사회, 2030년 24.3%로 초고령 사회로의 진입이 전망되고 있다(통계청, 2015). 노년기는 신체적, 정신적으로 기능이 약화되고 사회적 능력이 감소될 뿐만 아니라 다른 연령층에 비해 상대적으로 질병에 이환될 확률이 높고, 어느 시기보다도 정신적 고충 및 불안이 크게 대두된다(Kaplan et al., 2009). 최근 사회 구성원인 노인 인구가 증가하면서 다양한 사회적 문제가 발생되고 있지만 정작 노인이 경험하는 정신건강에 대한 이해 및 관리는 기대에 미치지 못하고 있어 노년기 정신건강을 유지할 수 있는 중재 프로그램이 필요한 실정이다. 이 중 신체활동이 저하된 노인에게 적합한 기공(氣功)은 미국 국립보건원 산하 국립보완대체의학센터(NCCAM)에서 분류한 보완 대체요법 중의 하나로(현경선 외, 2009), 운동 강도가 높지 않아서 누구나 쉽게 할 수 있는 것으로 알려져 있다(Lim et al., 1993).

따라서 이 연구는 한국선도를 현대화한 심신수련법인 국학기공프로그램을 사회복지 현장에 적용하여 불안에 대한 효과를 검증하고자 하였다.

Ⅱ. 연구방법

2015년 전국 규모의 국학기공프로그램 참여지역 중 경기지역의 노인복지관 2곳과 경로당 4곳에 참여한 60세 이상 남, 여 노인 132명을 대상으로 실시되었다. 실험집단 66명, 통제집단 66명을 대상으로 2015년 4월부터 매주 1회씩 60분간 총 18회기로 실시하고 결과를 SPSS 18.0으로 분석하였다. 조사도구는 인구사회학적 6문항과 한국형 노인불안척도(K-GAI : Korea Geriatric Anxiety Inventory) 20문항으로 구성되었고, 점수가 높을수록 불안수준이 높은 것을 의미한다.

* 국제뇌교육종합대학원대학교
** 국제뇌교육종합대학원대학교

Ⅲ. 연구결과

첫째, 인구사회학적 요인에 따른 불안정도는 나이, 학력, 가족형태, 용돈 및 주거형태에서 유의한 차이가 나타났다. 성별의 경우 통계적으로는 유의하지 않았지만 평균값(여성 .215 > 남성 .193)이 여성이 높았고, 연령은 많을수록, 학력은 무학일수록, 가족형태는 독신, 용돈의 경우는 30만원 미만, 주거형태는 자녀소유의 경우에 불안이 유의하게 높게 나타났다.

둘째, 불안의 3가지 하위요인으로 실험집단의 인지증상, 사전(.219), 사후(.171), (p <.028), 각성증상, 사전(.203), 사후(.151), (p >.051), 신체증상, 사전(.196), 사후(.164), (p >.257)로 인지증상에서 유의하였고, 불안전체에 대한 사전(.212), 사후(.161)로 불안전체(p <.015)에 유의한 효과가 나타났다.

Ⅳ. 논의

이 연구는 우리민족 고유의 한국선도(韓國仙道)를 현대화한 국학기공프로그램이 노인의 불안에 미치는 영향과 인구사회학적 요인에 따른 불안의 차이를 알아보고자 하였다.

첫째, 인구사회학적 요인에 따른 노인의 불안을 확인해 본 결과 성별을 제외한 나이, 학력, 가족형태, 용돈 및 거주형태에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 불안에 있어 나이는 많을수록 신체적으로는 환경에 대한 적응력이 저하되고 심리적으로는 소외감, 고독감이 증가하면서 불안에 더 많이 노출이 될 수 있을 것이다. 학력은 낮을수록 사회적, 경제적 기회의 부족을 초래할 수 있으므로 불안에 노출될 가능성이 높아질 것으로 예측된다. 가족형태는 독거노인인 경우 외로움 등으로 인하여 불안이 증가할 것이며, 용돈의 경우에는 소득수준이 낮을수록 불안이 증가할 것으로 예상된다.

둘째, 불안의 3가지 하위요인으로 실험집단의 인지증상, 사전(.219), 사후(.171), (p <.028), 각성증상, 사전(.203), 사후(.151), (p >.051), 신체증상, 사전(.196), 사후(.164), (p >.257)로 인지증상에서 유의하였고, 불안전체에 대한 사전(.212), 사후(.161)로 불안전체(p <.015)에 유의한 효과가 나타났다.

기공관련 선행연구로서 타이치, 단전호흡 및 기(氣)수련 등이 불안에 유의한 효과가 있음이 보고되고 있었다. 또한 현진희, 김희국(2011) 연구에 의하면 불안과 우울은 유사한 정신건강의 요소로서 상관관계가 높고, 국학기공프로그램이 우울에 효과가 나타난 점으로 미루어 국학기공프로그램은 노인 불안에 효과적일 것으로 생각된다.

포스터발표 7

노인 우울 예방을 위한 뇌교육 프로그램 개발 및 효과

발표: 김일식(국제뇌교육종합대학원대학교)
서호찬(국제뇌교육종합대학원대학교)

노인 우울 예방을 위한 뇌교육 프로그램 개발 및 효과

Development and Evaluation of Brain Education Program for Preventive Depression of the Elderly

김 일 식* · 서 호 찬**

I. 연구의 필요성 및 목적

2015년 보건복지부 자료에 의하면 노인 중 89.2%가 만성질환을 갖고 있고, 고혈압, 관절염 및 당뇨병과 같은 만성질환을 2개 이상 갖고 있는 복합이환자 비율이 69.7%이었다. 조사 응답자 중 31.5%가 인지기능 저하자이고, 33.1%가 우울증상을 지니고 있었으며, 49%는 영양관리 주의·개선이 필요하였다(보건복지부, 2015). 이러한 우울의 심각한 면은 죽음에 이르는 증세이기도 하지만, 더욱 중시해야 할 것은 인생의 가장 소중한 가치인 행복을 빼앗는다는 것이다. 최근 뇌과학 연구의 진전에 따라 신체나 뇌의 기능을 조절함으로써 우울을 감소시키고자 하는 연구들이 보고되고 있다. 예를 들면 신체 운동이 해마의 신경세포 생성을 증가시킴으로써 우울이 완화될 수 있고(백성수, 2007), 뉴로피드백 훈련으로 뇌파를 이용하여 우울의 원인이 되고 있는 신경생리학적 연결성의 증가를 가져올 수 있다는 것이다(천은진, 2013).

따라서 이 연구는 뇌를 생물학적 입장에서 다루는 뇌과학의 한계를 지적하면서 뇌 관련 제반지식을 융합하여 건강, 행복, 평화를 실현하는 학문으로 정의된 뇌교육을 기반으로 노인 우울 예방 프로그램을 개발하고 효과를 검증하고자 하였다.

II. 연구문제

<연구문제 1> 노인 우울 예방 프로그램에 대한 요구도는 어떠한가?
<연구문제 2> 노인 우울 프로그램 유형과 활동요소에 따라 효과크기는 어떠한가?
<연구문제 3> 노인 우울 예방을 위한 뇌교육 프로그램의 적용효과는 어떠한가?

III. 연구방법

1. 프로그램 개발

* 국제뇌교육종합대학원대학교
** 국제뇌교육종합대학원대학교

1) 연구대상

요구조사를 위하여 잠재적 대상자 828명을 대상으로 접수된 설문지 중 813부를 분석하고, 우울에 효과적인 프로그램 탐색을 위하여 선행연구 중 82편에 대하여 메타분석을 하고자 하였다. 2차례에 걸친 예비 연구 중 1차는 전문 강사 집단으로서 5년 이상 경험이 있는 21명을 대상으로 실시하고, 2차 파일럿 테스트는 노인 15명을 대상으로 실시하고자 하였다.

2) 연구절차

프로그램의 개발과정은 상담 및 심리교육 프로그램 개발모형인 '목표수립 → 프로그램 구성 → 예비연구 → 프로그램 실시 및 개선'이라는 4단계 모형을 제시한 김창대(2002)에 기초하였다.

3) 자료처리 및 분석

요구조사는 SPSS 18.0 통계 프로그램을 사용하였고, 메타분석은 CMA(Comprehensive Meta-Analysis) 3.0 Version을 사용하였으며, 파일럿 테스트는 SPSS 18.0를 이용하여 독립표본 t-검정과 대응표본 t-검정을 실시하였다.

2. 프로그램 효과검증

1) 연구대상

경기지역 A 사회복지관 및 B 경로당을 이용하는 60세 이상 노인 60명을 대상으로 비동등성 대조군 전후실험설계로 연구하였다. 실험집단에는 우울 예방을 위한 뇌교육 프로그램을 주당 2회, 60분, 총 20회기를 실시하였다.

2) 연구모형

구분	사전	처치	사후
실험집단	O1	X_1	O2
통제집단	O3		O4

O1, O3 : 사전검사 O2, O4 : 사후검사
X_1: 노인 우울 예방 뇌교육 프로그램

3) 측정도구

설문지 종류	하위요인	문항수
인구통계학적 설문지		6문
우울	비활력 및 우울요인	15문
자아존중감		10문
삶의 만족도		3문
합계		34문

(1) 인구사회학적 설문지

연구 참여자들의 인구통계학적 변인에 대한 설문지로써 어르신의 성별, 나이, 프로그램 참여기간, 최종학력, 가족형태, 한 달 용돈에 대한 6문항으로 구성되었다.

(2) 우울

기백석(1996)이 GDS를 단순화한 한국판 노인 우울 척도 단축형(Geriatric Depression Scale Short Form Korea Version, GDSSF-K)을 사용하였다. 우울 척도의 하위요인은 2개이고, 요인 1은 비활력 요인(anti-vitality factor)으로 10문항, 요인 2는 우울요인(depression factor)으로 4문항이다. 노인들에게 혼란을 줄이기 위해 '예'나 '아니오'의 양분척도로 작성되었고 선행연구에서는 신뢰도가 0.88이었으며 본 연구에서는 0.85이었다.

(3) 자아존중감

Rosenberg(1965)가 개발한 척도(self-esteem scale)를 전병제(1974)가 번안한 도구를 사용하였고, 이 질문지는 긍정적 자아존중감과 부정적 자아존중감 각각 5개 문항으로 총 10문항, Likert 5점 척도(1점: 전혀 아니다, 5점 아주 맞다)로 구성되었다. 가능한 총점의 범위는 10-50점이며, 측정 점수가 높을 수 록 자아존중감이 높은 것을 의미하며 부정적 문항은 역채점 하였다. Rosenberg(1965)가 개발 당시 Cronbach's α는 .85 이었으며, 이 연구에서는 .74으로 나타났다.

(4) 삶의 만족도

Diener & Emmons(1985)가 개발한 삶의 만족도 척도를 조명한과 차경호(1998)가 한국판으로 번안하고, 김금순(2011)이 사용한 척도를 사용하였다. Cronbach's α는 .88로 보고되었다. 본 연구에서는 윤민지(2011), 신상준(2012)와 박순녀(2013)의 연구결과를 참고하여

요인 부하량이 높은 문항만 선별하여 3문항, Likert 5점 척도(1점: 전혀 아니다, 5점 아주 맞다)로 구성하였으며 이 연구에서 Cronbach's α는 .72로 나타났다.

4) 자료처리 및 분석방법

뇌교육 프로그램이 노인 우울에 미치는 영향을 알아보기 위하여 얻어진 자료들을 SPSS 18.0을 이용하여 통계적인 분석을 단계적으로 실시하였다. 첫째, 표본의 적절성 여부를 검증하고자 정규성 검정을 실시하였고, 측정변수의 내적일관성 및 신뢰성은 Cronbach's α값으로 검증하였다. 둘째, 실험집단과 통제집단의 인구통계학적 특성과 측정 변수들에 대한 동질성 여부를 확인하기 위해 Levene의 등분산 분석과 X^2을 실시하였다. 셋째, 프로그램의 효과 검정을 위해 공분산분석(ANCOVA)을 실시하였다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 프로그램 개발

1) 목표수립

요구분석 결과 총 813부 중 프로그램이 필요하다 776부(95.3%), 효과적인 활동은 기체조 371부(45.6%), 웃음수련 247부(30.4%), 뇌파진동명상 106부(13%)의 순이었다. 회당 60분 이하 592부(72.8%), 주회기수 2회 463부(56.9%), 총회기수 20회 이상 742부(91.3%)로 나타났다. 메타분석 결과, 프로그램 유형 중에는 예술치료가 −1.223($p<0.001$)로 가장 효과크기가 높게 나타났다.

2) 프로그램 구성

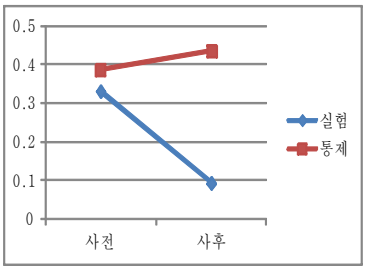
선행연구와 문헌고찰을 토대로 뇌교육 5단계 중 1단계(뇌 감각 깨우기), 2단계(뇌 유연화하기), 3단계(뇌 정화하기)의 활동들을 기초로 예술치료의 장점으로 확인된 신체접촉, 창작활동 및 음악활용들을 반영한 기본 모듈과 활동요소들로 구성하였다.

3) 예비연구

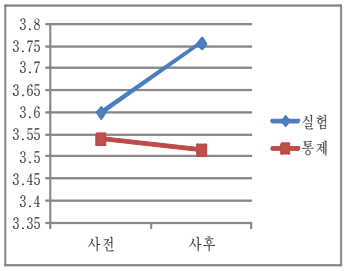
개발된 프로그램을 1차 전문 강사 21명을 대상으로 한 예비연구결과를 반영한 프로그램을 노인 15명을 대상으로 파일럿 테스트를 실시하여 유의한 효과가 나타났다.

2. 프로그램 효과 분석

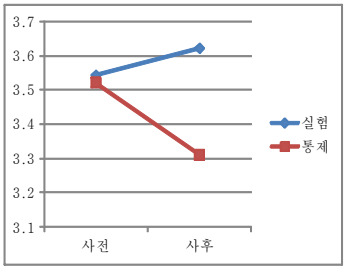
경기지역 노인 60명을 대상으로 개발된 프로그램을 실시한 결과, 실험집단의 우울은 사전 .331, 사후 .093로 감소하였고, 통제집단은 사전 .386, 사후 .435로 증가하였다. 자아존중감은 사전 3.600, 사후 3.737로 증가, 통제집단은 사전 3.540, 사후 3.536로 감소, 삶의 만족도는 사전 3.544, 사후 3.616로 증가, 통제집단은 사전 3.522, 사후 3.317로 감소하였다.



<우울비교>



<자아존중감 비교>



<삶의 만족도 비교>

V. 결론 및 제언

이 연구는 고령사회를 맞이하여 증가 일로에 있는 노인 우울을 예방할 목적으로 뇌교육 프로그램을 개발하고 효과를 검증하고자 하였다. 연구 목적을 달성하기 위하여 개발한 우울 예방 뇌교육 프로그램이 노인 우울, 자아존중감 및 삶의 만족도에 유의한 효과가 있음을 확인하였다. 제한점으로는 표집대상이 경기지역으로 한정되어 결과를 일반화하기에는 한계가 있을 수 있고, 일상생활에서 오는 개인차와 심리적 요인 및 약물 복용을 완전히 통제하지 못하였다. 이러한 제한점에도 불구하고 최근 사회적 이슈가 되고 있는 뇌의 잠재력을 활용하기 위한 뇌교육을 기반으로 프로그램을 개발하고 효과를 검증하였다는 점, 선행연구로서 대규모 집단인 1320명을 대상으로 효과 검증과 818명을 대상으로 요구조사를 실시한 점, 그리고 우울 뿐 만이 아니라 자아존중감 및 삶의 만족도에도 유의한 효과가 나타난 점은 기존 연구들과의 차별성이다.

고령사회를 맞아 노인들의 정신건강에 대한 관심이 어느 때 보다도 높아지고 있다. 특별한 기구나 부자재가 필요하지 않으면서 장소에 있어서도 크게 영향을 받지 않고 10~20분 정도의 활동만으로도 유의한 효과(김일식 외, 2016)를 기대할 수 있는 뇌교육 프로그램이 확대 보급될 수 있다면 노인빈곤율과 노인자살률 1위인 우리나라에서 고단한 여생을 살아가고 있는 노인들의 정신건강과 삶의 질의 향상에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

포스터발표 8

노인의 평생과정설계(Permanency Process Plan)에 대한 연구

발표: 변진숙(상명대학교 일반대학원 박사과정)
이희정(상명대학교 일반대학원 석사과정)

노인의 평생과정설계(Permanency Process Plan)에 대한 연구

변 진 숙* . 이 희 정**

요약 (Abstract)

본 연구는 2011년 이후 평생계획과 다른 관점에서 현장의 실천모델로 등장한 평생과정설계라는 개념에 주목한다. 국내·외 평생계획이 장애인 개인의 문제에 초점을 두었다면 평생과정설계는 욕구를 가진 모든 대상으로 하며 현재의 문제뿐만 아니라 미래의 삶의 질에 대한 문제나 욕구와 관련 있는 다양한 영역에 대한 대안마련에 관심을 가진다.

장애인의 평생과정설계의 영역은 소득(일자리), 재정, 주거, 보건·의료, 교육, 문화·여가, 법률, 결혼이라는 8가지 영역에 대한 제반 서비스들이 총체적으로 포함된다(ppp.2013).

본 연구는 장애인중 노인인구가 차지하는 비율이 43.3%라는 통계청 자료를 근거로 평생과정설계의 대상을 노인으로 확대하여 선행연구를 통해 노인의 영역을 재구성 하였으며, 2014년 노후준비실태조사와 2015년 장애인 실태조사의 인구학적 자료를 통해 유의미한 결과가 나온 노인사회참여지표에도 집중하였다. 선행연구가 주거·재정·법적인 조치 등의 기본적인 권리에 집중되어 장애인 중심으로 평생계획이 이루어졌다면 평생과정설계는 노인이라는 사회적 약자 그룹을 통해 삶의 질적인 요소와 연결되어 개인 욕구를 충족 시켜 주는 과정으로 대상과 영역을 확대하였다.

평생과정설계의 대상은 사회보장이나 사회복지서비스를 받는 수동적 개념이 아니라 주체적 개념으로써 적극적으로 자신의 권리와 욕구에 따라 스스로 미래를 계획하고 선택한다.

선행연구인 평생계획과 달리 영역별 다차원적인 목표설정을 위한 6개의 실천 원칙을 기반으로 한다. 첫째는 당사자와 보호자의 주체적 참여를 기본전제로 하는 자기결정의 원칙이다. 둘째는 포괄성의 법칙 셋째는 팀 협력의 법칙, 넷째는 개별화의 원칙, 다섯째는 유동성의 원칙, 마지막으로 개인이 거주하고 있는 지역의 특성을 고려한다는 지역사회기반 원칙이다.

평생과정설계는 대상, 영역, 생애주기에 따라 방향이 달라질 수 있으며 영역별 파편적인 사회복지 서비스가 통합적인 사회복지서비스로 형상화되는 과정으로 다 영역 분야를 포괄하는 개념이다.

생애주기에 따른 복지는 기존 국가와 사회의 사회복지관련 정책과 제도를 활용하는 것이었다면 평생과정설계는 계획과정에서 필요한 자원과 지원을 이끌어 내기 위한 새로운 정책과 제도를 요구하는 것을 포함한다. 평생과정설계는 정부주도가 아닌 사회복지법인 성민과 성민연구소를 중심으로 진행된 실천모델이라 지역사회 내에서 평생과정설계 원칙을 이해하는 실천가가 부족하다는 당면과제를 안고 있다. 사회복지현장에서 효과적인 평생과정설계를 위해서는 대상과 영역의 확대를 위한 정부 외 기업이나 재단들과의 파트너십이 필요하다. 또한, 주변 환경에 의해 좌우될 수 있는 영향력 부분에 대한 고민과 계획이 실천적 함의로 제시되어야 할 것으로 사료된다.

* 상명대학교 일반대학원 박사과정(e-mail: s5ulmate@naver.com)
** 상명대학교 일반대학원 석사과정(e-mail: sdetg5423@naver.com)

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

UN에서 정한 기준에 의하면 65세 이상의 사람을‘노인’[1]이라 정의하고 있지만 2014년 노인실태조사를 보면 조사대상자의 78.3%가 노인의 연령기준을‘70세 이상’으로 생각하였고, 75세 이상으로 응답한 비율도 31.6%로 2011년보다 7% 증가하였다. 이에 따라 노인복지정책의 대상을 국민 인식에 맞게 조정하는 것에 대해 사회적 합의가 필요한 것으로 판단된다(통계청,2014).

참여정부시절(2003~2008) 정부는 많은 예산을 국민에게 지출하였지만 국민의 복지체감 수준이 너무 낮은 것을 고민하였다. 복지욕구에 정부가 따라가지 못해 민간의 복지적인 요소가 확장되지 못하고 줄어들고 있는 점을 중요한 원인으로 지적하였다.

이는 정부가 국민에게 지급하고 지출하는 복지사업의 결과가 지역의 공동체적인 요소를 늘리는 것이 아니라 지역주민이 정부예산에 의존하는 결과를 가져왔기 때문이다. 따라서 이후 자원이 사회적 약자 당사자에게서 지역사회와 이웃으로 변화하는 전략의 변화를 가져오게 된다.

사회복지가 단순히 도움을 주는 것에서 변화하여 그들과 함께하면서 그들의 네트워크를 풍족하게 만들어 자립하게 할 수 있는 큰 방향으로 변화한 것처럼 지역사회의 사회복지사의 역할은 지적장애인이나 취약한 노인들을 일방적으로 도와주는 사람이기 보다는 그들의 삶을 공유하고 그들이 무엇을 하려는지 그들의 행동을 이해하는 속에서 그들의 주변에 사회적 자본을 풍족하게 해주어 의존적이지 않는 자립적인 삶을 지향해 주는 전문가로서의 역할을 제공한다.

누구나 나 자신과 가족의 미래에 대한 계획이라는 공통적인 과제를 대면하게 된다. 한 때는 노인천국이라는 부러움의 대상이었던 전통적인 유교국가인 우리나라가 현재는 노인학대 등의 인권문제가 사회적 이슈로 언급되는 나라로 변화했다. 나와 가족을 둘러싼 환경이 끊임없이 변화하고 현재의 경제적, 물리적, 신체적 조건이 나와 가족의 미래를 담보하지 못하는 불확실성을 내포하고 있기 때문이다. 따라서 모든 사람은 미래의 안녕을 보장하기 위한 최소한의 여건과 자원을 준비하는 것이 필요하다.

모든 사람은 사회의 한 구성원으로서 자립생활을 하기 위한 취업활동과 경제적으로 안정적인 생활을 유지하기 위해 준비해야 할 것은 무엇인지에 대한 계획과 대안을 가지고 있어야 한다, 노인을 위한 미래계획은 나와 가족에 의한 주체적인 계획과 선택을 의미하며 이는 당사자의 삶에 대한 권리와 자립, 자기결정권, 통제권과 선택권을 지향해야 한다. 본 연구에서 추구하는 노년기의 미래계획은 생애주기의 후반기에 준비한다는 의미가 아니라 고령화에 따른 사회경제적 환경 변화에 대응하기 위한 노인복지서비스 과정이다. 이는 당사자와 보호

1) 통계청 고령자통계 자료는 주로 65세 이상 인구를 대상으로 하고 있으며, 고용노동부자료는 60세 이상 인구를 대상으로 하고 있다. 노인복지법에서는 65세 이상인 자를 노인으로 규정하고 있으며 국민연금법에서는 노령연금 수급권자인 60세(특수직종 근로자는 55세)를 노인으로 규정하고 있다.

자의 욕구를 파악하여 검토와 확인과정이라는 선행 작업이 수반되어야 함을 의미한다.

노인을 위한 미래계획은 좁은 의미로는 노인이 학대 받지 않을 권리로 부터, 넓은 의미로는 연령차별 없이 적극적으로 사회에 참여할 권리에 이르기까지의 인권을 강조한다.

장애를 개인에게 찾느냐 주변 환경에서 찾느냐에 따라 장애와 장애를 가진 노인을 지원하는 계획과 목표가 달라진다. 우리사회 인권의 개념도 보장의 주체를 개인책임에서 사회적인 책임으로 이전 시키는 변화를 보이고 있다. 이제 장애인과 노인에 대한 인권, 특히 치매노인에 대한 인권을 위하여 우리주변에 있는 사회적 장벽을 없애는 활동이 자연스럽게 공감되어지는 시기인 것 이다. 지역사회의 사회복지사의 역할은 지적장애인이나 취약한 노인들을 일방적으로 도와주는 사람이기 보다는 그들의 삶을 공유하고 그들이 무엇을 하려는지 그들의 행동을 이해하는 속에서 그들의 주변에 사회적 자본을 풍족하게 해주어야 의존적이지 않는 자립적인 삶을 지향해 주는 전문가로서의 역할을 제공한다.

따라서 본 연구에서는 전문가의 도움이 필요한 욕구가 있는 취약집단을 중심으로 하되 본 연구자가 관심을 갖고 있는 평생과정설계영역의 주요영역인 주거로서 시설거주 노인으로 제한한다. 즉, 본 연구에서는 사회복지현장에서 실무자들이 노인을 대상으로 상담을 할 때 누구와 어디서 살 것인가에 대한 효율적으로 관리할 수 있는 평생과정설계에 대한 실천모형을 제시하고자 한다.

이상과 같은 연구목적으로 연구문제는 다음과 같다.

1) 선행연구를 통해 평생과정설계에 대한 개념을 이해한다.
2) 평생과정설계에 대한 흐름을 사례관리모델에 제시한다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 선행연구고찰

1) 당사자 주의와 장애인 인권운동

자립생활(Independent Living) 패러다임은 미국에서 1970년대부터 체계화되고 발달된 개념으로써, 장애인의 문제는 장애인 당사자가 가장 잘 이해하고 있으므로, 장애인이 삶을 영위하는 데 있어 스스로의'선택권'과'자기결정권'을 신장하고, 사회복지서비스의 제공에 있어서는 장애인의 '주도적인 참여'가 보장되어야 한다는 이념이자 실천전략이다(김동호, 2003). 자립생활 패러다임에 따르면 문제는 개인에게 있다기보다는 주로 재활패러다임에서 제공하는 해결책에 있으며 전문가와 클라이언트는 관계 속에서 발생할 수 밖에 없는 종속성에 가장 큰 문제가 내재한다고 본다. 또한, 자립생활 패러다임은 특히 문제가 환경에 있다고 보는 것이다. 여기에는 사회전반의 재활과정, 물리적 환경, 사회통제기가 모두 포함된다. 이러한

환경상의 장벽에 대처하려면 장애인들은 환자역할이나 수혜자로서의 클라이언트 역할을 버리고 서비스 이용자로서의 소비자 역할을 맡아야 한다. 옹호, 동료상담, 자조, 소비자 주도, 장벽 제거는 자립생활 패러다임을 대표하는 상징이다. 즉, 장애인 당사자주의란 장애인의 정치적 연대를 통해 장애인을 억압하는 사회. 환경과 서비스 공급체계의 불평등한 권력관계를 비판·견제함으로써 장애인의 권한과 선택 및 평가가 중시되는 장애인복지를 추구하며 그 결과 장애인의 권리, 통합과 독립, 그리고 자조와 자기결정을 달성하려는 장애인 당사자 주도의 발전된 권리운동이라고 정의할 수 있다(이익섭, 2004).

2) 평생계획과 평생과정설계

유럽에서는 1970년대부터 아동복지분야에서 학대 및 방임아동들이 위탁가정에서 보호되는 과정동안 유발될 수 있는 문제에 대한 해결책으로 평생계획(Permanency Planning)이 대두되었다(서미경, 2000 bain, 1988). 1990년부터 평생 동안 보호가 필요한 장애인 영역에서도 평생계획 개념을 적용하기 시작하였으며 지역사회 내에 거주시설을 마련하여 지속적인 안정감을 제공하고 가족들이 여러 결정상황에 참여할 수 있도록 하는 것이 필요하다고 제안하였다(Bain, 1998).

평생계획은 일차보호자의 질병, 노후, 사망 등의 원인으로 장애아동의 보호가 어려울 때를 대비한 준비 및 계획이자 일련의 과정(Bigby et al, 2002:Freedman et al., 1997)으로 장애자녀의 장래를 대비하는 과정으로 연구되었다. 국외에서는 <표1>처럼 평생계획의 구성요소가 교육 및 직업재활을 포함하여 분류되기도 하였으나 주거준비, 재정의 안정성, 법률적 보호라는 3가지 영역이 보편적인 평생계획으로 수립된다(Smith and Tobin, 1989).

<표1> 국외 선행연구에서 평생계획 (미래설계)

국외학자		구성요소 및 영향 요인	연도	대상
Smith & tobin	3	주거계획. 재정계획. 법적계획	1989,1995	장애인
Heller,T & Factor, A	3	주거계획. 재정계획. 법적계획	1991	성인정신장애
Kaufman, & Adams	3	주거계획. 재정계획. 법적계획	1991	정신지체
Thoits, P. A	4	스트레스, 대처, 사회적 지원. 자조집단	1995	건강보험대상
Hayden&Goldman	3	주거, 재정, 법적계획	1996	노인(노부모)
Walsh, F.	3	가족탄력성 (신념, 의사소통, 조직유형)	1996,1988	가족(여성)
Hawley, & DeHaan,	3	가족탄력성, 통합수명	1996	가족(여성)
Freedman .et,al	1	주거계획(욕구에 적합한 계획)	1997	정신지체아동
Bain, K. J.	3	주거계획. 재정계획. 법적계획	1998	장애아동
Doombos, M.	4	주거, 재정, 법적, 건강-총체적 준비	1997	정신지체- 성인

Hafield,&Miller	2	주거, 재정	2000	정신장애
Lohrer	2	주거, 재정	2001	정신장애
Bigby,C.et,al	3	주거, 재정, 법적계획	2002	
Taunt& Hastings	1	긍정적 인식	2002	발달자애 아동
Botsford.& Rule	4	주거, 재정, 법적, 건강	2004	정신장애
Sixbey,mt	3	가족탄력성(신념, 의사소통, 조직유형)	2005	가족
Tilbury,C & Osmond, J	3	주거, 재정, 법적계획	2006	위탁가정(아동)
Bowey,&McGlaughlin,A	3	평생계획.	2007	학습장애성인

2011년 이후 평생계획과 다른 관점에서 현장의 실천프로그램으로 등장한 평생과정설계라는 개념에 주목한다. 국내·외 평생계획이 장애인 개인의 문제에 초점을 두었다면 평생과정설계는 주체적인 의사결정권이라는 개인의 역할을 강조하며 욕구를 가진 대상을 포함한다. 노인의 경우 노후 준비영역의 우선순위에 따라 영양을 미치는 요인들이 달라진다(강유진, 2005)는 연구결과처럼 평생과정설계의 대상은 사회적 약자들에게 우선적으로 필요로 하는 영역을 포괄적으로 제시하며 아래 <표2>처럼 평생계획과는 기본 관점을 달리한다.

<표2> 평생과정설계와 평생계획의 비교

	대상	기본관점	실행초점
평생계획	장애인 (지적/ 자폐성 /정신), 아동	문제 중심 장애인 개인에 초점	부모사후
평생과정설계	욕구가 있는 모든 사람	강점관점 임파워먼트 모델 당사자주의(자립생활) 가족중심실천 사회적 역할강화 사람중심(pcp)서비스계획	전 생애

<출처> 윤혜령, 2012_수정보완

평생과정설계(PPP, Permanency Process Plan)란 모든 사람이 전 생애에 걸쳐 필요한 포괄적 영역을 지속적으로 설계하고 실행하는 과정이다. 여기서'포괄적'이라는 것은 소득(일자리), 재정, 주거, 보건·의료, 교육, 문화·여가, 법률. 결혼 등을 포함한 삶의 질을 향상시키기 위한 전반적인 영역을 의미하며,'지속적'이란 전 생애에 걸쳐 포괄적 영역에 대한 조정 및 유지를 의미한다(윤혜령, 2012). 평생과정설계는 모든 대상이라는 보편 주의적 시각을 갖지만 본 연구에서는 연구자가 관심을 두고 있는 노인으로 제한하였다. 이에 따라 평생계획과는 다른 차원의 개인의 욕구에 따른 포괄적 영역, 시기(생애주기)를 강조하는 용어로써 기존연구와의 차별화를 위해서 평생과정설계[2)]라는 용어를 사용한다.

2011년 이후 장애인을 대상으로 하는 평생과정설계는 영역에 대한 설계를 참여를 중심으로 문화여가를 설계하더라도 생애주기별 장애유형별로 문화·여가활동의 영역을 문화여가의 참여형태와 다차원적인 영역(신체적, 사회적, 심리적 문화여가)을 고려한 각 영역이 균형을 이룰 수 있도록 설계한다. 이는 결과적으로 문화적 역량강화와 자존감을 향상으로 발전할 뿐 아니라 대상에 따라 8가지의 기본영역에서 다른 영역이 추가되면서 배제되는 영역이 나타나기도 하는 등 평생 진행되는 과정으로서 수정과 조정과정이라는 유동성의 원칙을 보여주고 있다. 예를 들어 노인의 경우 다른 영역과 구별되는 것은 고령으로 인해 피할 수 없는 영역으로'죽음'이라는 영역이 추가되기도 한다. 평생과정설계의 원칙에서는 평생계획과는 다르게 자기결정권의 원칙으로서 자조집단이 더 강조되고 있다.

<표3> 국내 선행연구에서 평생계획과 평생과정설계 비교

국내학자		구성요소	연도	대상
서미경	3	주거, 재정, 법적계획(성년 후 견제)	2000, 2006	성인정신장애
김미옥	3	주거, 재정, 가족탄력성요인	2001	장애가족
김현진	2	주거, 재정,	2002	정신장애인
은홍수, 이동귀	5	교육, 직업, 주거/재정, 결혼, 여가생활	2002	성인발달장애
박영진, 백운현.	2	주거, 재정	2004	정신장애, 아동
고인숙, 노충래. 도여옥	4	교육 ,주거, 재정, 법률적 계획,	2004	장애부모
고인숙	2	자조집단, 법적 (후견인 제도)	2004	MR.발달장애부모
나봉균	2	주거, 재정	2005	성인발달장애인
남연희, 송성권	2	주거, 재정	2005	MR.자녀부모
홍인숙, 강진숙	2	주거, 재정, 평생계획	2006	정신,MR장애인
최영화	2	주거, 재정	2007	장애아동
조재석, 손진희	3	소득, 고용, 법률 (후견인제도)	2007	정신지체인
서남숙, 최혜림	2	주거, 재정	2009	(지적)장애자녀
조미연, 최혜림, 우상원	2	주거, 재정	2009	지적, 정신장애인
최지선, 이선주, 손주영	3	주거, 재정. 사회적 지지	2009	발달장애 부모
이은애, 조미연	3	주거, 재정. 자기결정	2009	성인초기장애자녀
김주래	2	주거, 재정	2010	자폐성장애자녀
김고은	4	주거, 재정, 문화/여가	2011	노인(부모)
성민연구소 & 성민복지관	8	소득(재정), 주거, 직업, 교육, 보건/의료, 문화/여가, 법률, 결혼	2013	모든 장애인(부모)
이유리	3	주거, 재정, 법적계획	2012	장애자녀

2) 평생과정설계(Permanency Process Plan)는 모든 사람이 전 생애에 걸쳐 필요한 포괄적 영역을 지속적으로 설계하고 실행하는 과정이다. (2011사회복지 법인 성민 & 윤혜령)

심경순	7	직업, 건강, 사회활동, 미래대비인식, 희망적사고, 역량개발, 사회적 지지	2012	정신장애인
이근희. 김미영, 한은정	7	제정, 법적계획, 주거, 교육, 고용, 여가활동, 개인욕구	2012	정신장애인 (송파복귀시설)
이원남, 김경신	5	주거, 재정, 법적, 문화/여가	2014	발달장애 성인부모
성민평생과정설계지원센터	8	소득(재정), 주거, 직업, 교육, 보건(의료), 문화/여가, 법률, 결혼	2014	발달장애청소년
변진숙	8	소득(재정), 주거, 직업, 교육, 보건/의료, 문화/여가, 법률, 죽음	2015	노인

* 2011년 이후 평생과정설계와 평생계획은 대상에 따라 분류됨

2. 연구방법

본 연구는 연역적 방식을 채택하여 선행연구를 통해 영역을 구성하였으며 2014년 노후준비실태조사와 2015년 장애인 실태조사의 인구학적 자료를 통해 유의미한 결과가 나온 노인 사회참여지표에도 집중하였다. 선행연구가 주거·재정·법적인 조치 등의 기본적인 권리에 집중되어 장애인 중심으로 평생계획이 이루어졌다면 평생과정설계는 장애인과 노인이라는 사회적 약자 그룹을 통해 삶의 질적인 요소와 연결되어 개인 욕구를 충족시켜 주는 과정으로 영역을 확대하였다.

1) 평생과정설계 큐브모델

평생과정설계 큐브모델(PPP Cube Model)은 평생과정설계 대상, 영역 및 생애주기를 포함하는 입체적 모형을 의미한다. 평생과정설계의 대상은 장애인, 노인, 여성·가족, 아동·청소년 등 모든 사회구성원을 의미한다. 이는 신체적·경제적·심리적 취약계층에 속한 사람만을 의미하지 않으며 미래를 계획하고 준비하고자 하는 모든 사람을 대상으로 한다. 다만, 사회적 소외계층이나 약자의 경우 전문가나 국가의 정책적 지원이 보다 적극적으로 요구된다. 즉, 당사자와 보호자는 자기결정과 선택을 기반으로 모든 설계과정에 주체적인 역할을 담당하는 것이다. 평생과정설계는 특정집단을 위한 계획이 아닌 당사자의 선택에 의한 개별적인 과정이므로 개개인의 특성과 욕구가 최대한 반영된 설계과정으로 대상에 따라 생애주기에 따른 요구를 반영한 우선순위에 대한 영역을 강조한다. 이는 수립된 평생과정설계 자체에 대한 지속적인 점검과 더불어 사회 환경의 변화, 정책과 제도의 변화 등 환경적인 영향을 받음으로 점검이 요구되어진다. 마지막으로 평생과정설계의 중요한 요소 중 하나는 생애주기에 따른 계획이다. 미래를 대비하는 준비는 일시적이며 단기적인 계획으로는 충족될 수 없다. 당사자와 보호자의 나이가 들어감에 따라 해결해야 할 과제와 문제가 상이하고, 보유할 수 있고 습득할 수 있는 자원이 다르며, 활용가능한 자원이 다르기 때문에 그에 따라 평생과정설계를 끊임없이 모니터링하고 수정·보완하여야 한다.

생애주기에 따른 복지는 생애주기 단계를 구분하여 각 단계에서 주어지는 현재의 과업 중심으로 문제해결이나 욕구충족에 집중하는 반면 평생과정설계는 현재의 문제뿐 만 아니라 미래의 삶의 질에 대한 문제나 욕구와 관련 있는 다양한 영역에 대한 대안마련에 관심을 가진다. 생애주기에 따른 복지는 기존 국가와 사회의 사회복지관련 정책과 제도를 활용하는 것이었다면 평생과정설계는 계획과정에서 필요한 자원과 지원을 이끌어 내기 위한 새로운 정책과 제도를 요구하는 것을 포함한다.



<그림1> PPP 옥타곤 8영역

출처: http://www.sungminwelfare.or.kr

2) 평생과정설계(PPP)수립의 일반적 원칙

평생과정설계의 대상은 사회보장이나 사회복지서비스를 받는 수동적 개념이 아니라 주체적 개념으로써 적극적으로 자신의 권리와 욕구에 따라 스스로 미래를 계획하고 선택하는 것으로 일반적인 수립원칙이 있다.

첫째, 당사자와 보호자의 주체적 참여를 기본전제로 하는 자기결정의 원칙, 둘째는 평생과정설계를 필요로 하는 삶에 있어 필요한 모든 영역을 포괄한다는 포괄성의 법칙, 셋째는 다양한 영역의 전문가들이 공동으로 참여한다는 팀 협력의 법칙, 넷째는 당사자 및 보호자의 욕구를 반영하기 위한 개별화의 원칙, 다섯째, 평생과정설계는 평생 진행되는 역동적인 과정으로서 수정과 조정과정이 포함된다는 유동성의 원칙, 마지막으로 개인이 거주하고 있는 지역의 특성을 고려한다는 지역사회기반 원칙이다. 즉, 평생과정설계는 전 생애 단계에서 필요한 삶의 전반적인 영역에 대한 설계로 단순한 계획만이 아닌 실천을 극대화 할 수 있는 사회복지 서비스로 프로그램을 개발하기 위한 기초자료로 파일링을 통해 활용 될 수 있다.

3) 영역별 실천 교육방법

평생과정설계 큐브모델의 영역별 체크리스트를 통해 당신은 제일 우선으로 선택된 것이

있을 것이다. 대상자에 따라 혹은 생애주기에 따라 영역별 우선순위는 같지는 않다. 이에 따라 실천 및 실행단계에서는 우선순위로 선택한 영역에 대한 실제적 교육커리큘럼이 제시될 것이다.

기초교육 과정을 통해 영역별 자조모임 그룹이 형성될 수 있도록 지원할 것이다. 세부교육과정을 통해 영역에 따른 평생과정설계가 진행될 것이며 설계결과에 따른 전문가 그룹의 자문을 통해 실제적인 교육과정과 연계된다. 평생과정설계를 실천하기 위한 법률적 지원으로 서울복지재단과 MOU를 통해 성년후견제도에 대한 교육 프로그램 등 영역별 전문가 참여 교육프로그램이 제공되고 있다. 이 과정에는 성민산하기관에서 제공되는 서비스도 있을 것이며 타 기관에서 제공되는 서비스도 있을 것이다. 실제적인 교육과정으로 참여할 수 있는 실천적 교육 프로그램은 ppp관리자와의 개별상담을 통해 지원될 수 있다.

현재는 성민 평생과정설계지원센터가 아산재단의 지원을 받아 장애인 및 장애인 가족을 중심으로 하는 평생과정설계교육이 진행되고 있으며 법인 성민의 사업에 동참하는 사회복지관들이 늘면서 욕구가 있는 모든 대상에 대한 접근이 늘어나고 있다.

사회복지법인 성민의 산하기관의 경우 모든 사업을 성민연구소의 대상별 기초 연구 자료집을 토대로 평생과정설계의 영역으로 수행하고 있으며 조직자체도 영역에 따라 개편되어 관리되고 있다. 성민복지관, 마들 복지관, 중계노인전문요양원은 평생과정설계에 의한 파일링을 통해 업무를 하고 있으며 평생과정설계과정을 수료한 직원들은 이직을 하더라도 평생과정설계에 기반 한 제반 업무능력을 갖고 있다.

평생과정설계(PPP)를 다양한 사업을 수행하기 위해서는 사회복지법인 성민을 중심으로 하는 전국적인 네트워크가 필요하다. 따라서 평생과정설계에 대한 가치를 공유하고자 하는 비전제시 홍보는 중요하다. 이를 위해서는 평생과정설계의 기본원칙중 하나인 활용가능한 지역사회의 자원이다. 이 단계에서는 당사자와 보호자를 둘러싼 가족 외부요인에 대한 정보를 가지고 자원을 활용할 수 있어야 한다. 친척이나 지인들의 지지 및 네트워크, 지역사회의 교육기관, 이용 가능한 직업 및 취업활동 지원기관 및 제공 서비스, 문화·여가활동 프로그램, 평생과정설계를 지지하고 지원할 수 있는 자원 등 당사자와 보호자를 둘러싼 사회·환경적 특성에 대한 정보를 획득하고 활용하여야 한다. 이러한 자원은 공식·비공식적 자원을 모두 의미하며 현재뿐만 아니라 미래에 사용 및 연계 가능한 자원을 포함한다. 즉, 실행 및 실천과정은 당사자와 보호자가 스스로 선택하고 실행 · 실천해야 하는 당사자주의에 입각한 실천적 교육 프로그램으로 사업목표가 당장에 드러나지 않더라도 평생과정설계의 원칙이 내재된 정확한 목표의식을 갖고 일하는 PPP 관리자를 만나면 당사자 및 보호자들은 변화를 경험하게 될 것이다. 사회복지기관에서 일하는 다른 기관 종사자들이 기초교육과정을 통해 PPP에 대한 비전을 알게 된다면 일선 사회복지사들이 평가기준에 맞는 업무를 하는 것에 탈피하여 정확한 목표의식을 갖고 임할 수 있는 PPP를 지향하는 PPP 플래너가 될 수 있을 것이다. PPP를 실행함에 있어 각 사업의 영역별 파편들이 PPP의 명확한 관점을 통해 큐브모형이라는 이미지로 형성되어 구체적인 비전이 제시된다. 기관에서 사업을 진행함에 있어 부서별 하나의 공동목표를 갖고 나아가게 되면 팀 간의 역할도 유기적으로 나가게 된다. 이는 PPP가 지향하는 가치기준이며 이 기준이 평가기준이 될 수 있는 구심력을 발휘하게 될 것이다.

Ⅲ. 노인의 평생과정설계 실천

1. 노인의 평생과정설계

우리나라는 OECD 회원국 중 65세 이상 노령인구와 전체 인구의 소득 빈곤율의 차이가 30.5%로 1위를 차지했고 노인자살률도 OECD 1위의 불명예를 얻었다. 지난 10년 사이에 노인자살이 3배나 늘었고 65세 이상 자살률이 65세 미만 자살률보다 4배가 높다는 것은 당연한 결과이다.

2014년 노인 생활실태조사를 보면 노인의 89.2%가 만성질환을 갖고 있으며, 평균 2.6개의 만성질환을 갖고 있는 것으로 나타났다. 노인인구의 증가에도 불구하고 <그림2>에서 나타나는 노인들의 사회활동 참여비율은 2004년 대비 증가의 폭이 크지 않다. 사회 활동 평생교육(복지관·평생교육원 등) 참여율은 13.7%로 지속 증가하고 있고, 자원봉사 활동도 4.5% 수준이다. 그러나 사회적 활동에서 배제된 노인이 더 많음을 알 수 있는 부분으로 사회활동에서 배제된 노인은 경제활동 능력의 감소로 인해 수익이 없어지고 이는 곧 주거 빈곤으로 이어지고 있다.

<그림2> 노인 빈곤율



<출처> 국민연금연구원.2013

2015년 장애인 실태조사 결과에 따르면 노령화의 영향으로 장애인 중 65세 이상 노인이 차지하는 비중은 2005년의 32.5%보다 10%포인트 이상 증가한 43.3%였다. 만 65세 이상 장애노인 네 분 중 한 분은 본인의 의지와 상관없이 장애인활동지원이 중단되고 노인장기요양으로 전환되어 장애인활동지원서비스를 받지 못하고 있다. 장애인활동지원서비스가 필요한 '장애'노인에게 노인장기요양서비스를 대상으로 놓는 것은'장애'에 대한 몰이해에서 시작된 정책으로 평가된다.

효과적인 평생과정설계를 위해서는 현장에서 임파워먼트의 기회를 제공하는 프로그램을 통해 삶의 질을 위해서 함께 하는 고민과 계획이 필요하다. 이는 사회제도와 국민들의 인식 제고도 중요하지만 실천 현장에서 먼저 고민해야 하는 부분으로 평생과정설계 원칙을 이해하여 사회적 지원망의 확장을 위한 평생과정설계를 수립할 전문가들의 부족이 현재의 당면과제이다. 또한 현장에서는 명확한 비전과 원칙제시를 통해 인적자원을 중시하는 조직문화의

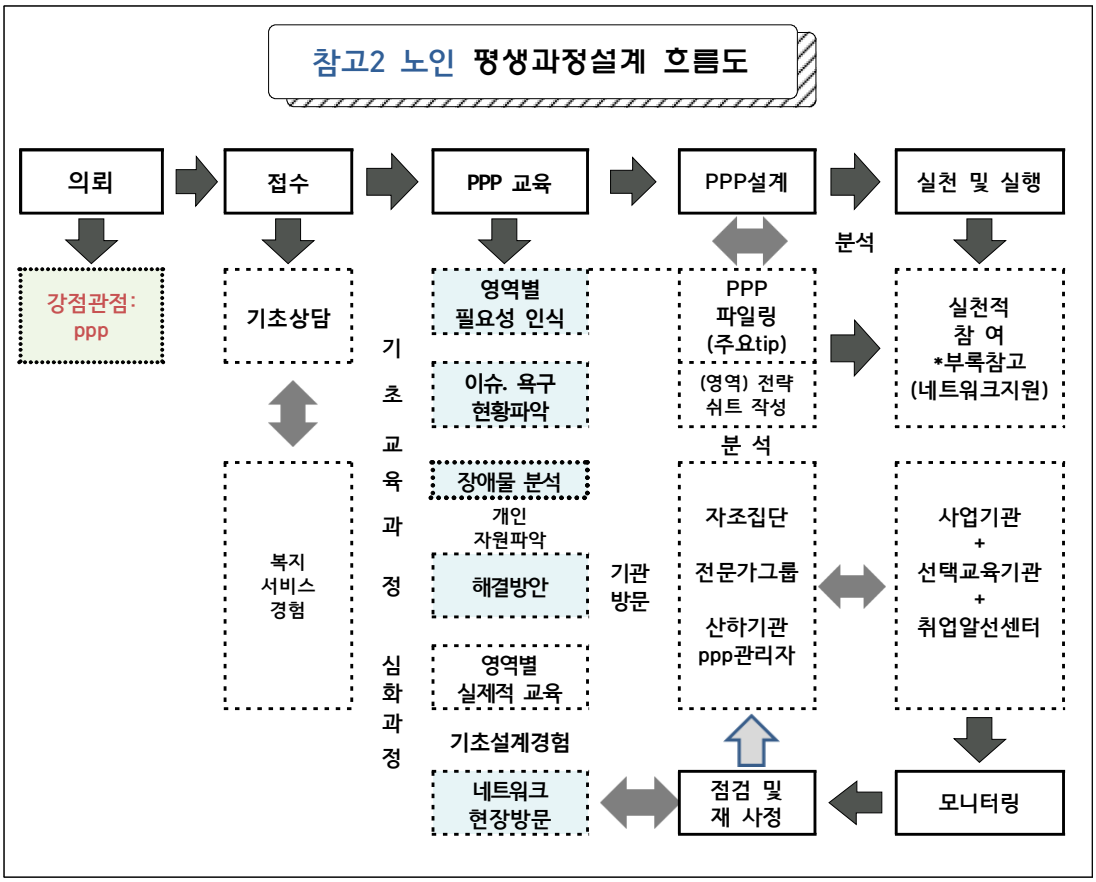
구축이 필요하고, 평생과정설계를 위한 영역별 팀의 재구성 또한 필요할 것이다.

3) 평생과정설계(PPP)의 실천

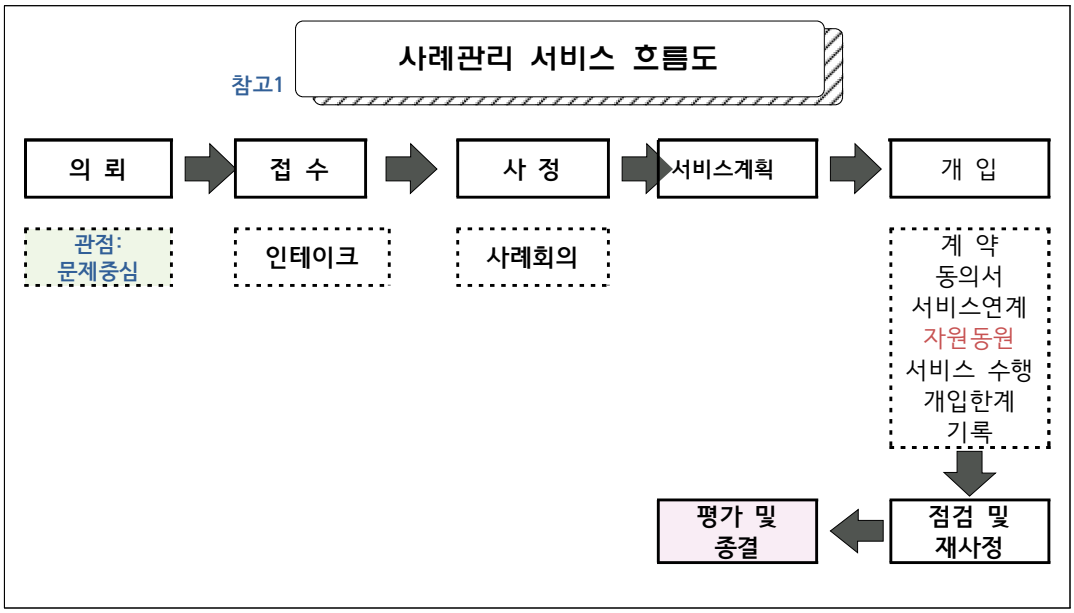
1) 평생과정설계와 사례관리의 차이점

사회복지현장에서 평생과정설계 시 사회복지사의 역할론 부분에서 사례관리의 차별성에 대한 부분이 거론되고 있다. 평생과정설계는 사회복지사가 파일링을 하기 때문에 사례관리 서비스라는 제공자 중심의 사회복지 서비스이지만 평생과정설계는 당사자가 직접 참여할 뿐 아니라 자신의 정보를 제공하고 자신의 의견을 말함으로서 자기결정권을 행사할 수 있는 사회복지 프로그램이다. 서비스와 프로그램의 차별점은 사례관리와 ppp의 차별을 설명하는데 힘을 싣는다. 파일링 작성을 통해 영역의 우선순위를 결정하게 된다. 일반대상자의 경우 본인의 의지로 판단 할 수 있도록 참여에 대한 안내를 통해 본인이 주도적으로 참여해야하는 것에 대한 부담보다는 스스로 선택할 수 있도록 안내되어야 한다. 그러나 프로그램일지라도 파일링이 어려운 당사자(저학력, 노인 등 사회적 약자)의 경우 PPP 관리자(사회복지사)가 파일링 및 관련 정보 등을 지원해 줄 수 있다.

<표 4> PPP 흐름도



<표 5> 사례관리 흐름도



Ⅴ. 결론 및 제언

일반 (당사자 및 보호자)인 들에게 평생과정설계는 개인비전의 방향성과 사회적 가치에 대한 긍정적인 의미를 확장시키는 개념으로 설명된다. 따라서 평생과정설계를 어떻게 실천할 것인가에 대한 전략적 접근이 선행되어야 한다. 따라서 실제적인 교육과정에 앞서 실천 및 실행에 대한 당사자 및 보호자들의 적극적인 태도(orientation)라는 필요성 인식은 매우 중요하다.

성민 연구소에서는 평생과정설계 관련 사전 예비설문을 수행했다. 설문과 분석을 통해 PPP의 중요성 인식을 위한 기초교육과정이 마련되었으며 이를 통해 세부교육과정에 대한 영역별 커리큘럼이 세분화 되었다.

평생과정설계(ppp)의 실행 및 실천단계에서 당사자는 본인이 작성한 영역별 파일링에 따라 실제적인 교육과정에 참여하게 된다. 이 단계에서의 지원체계는 당사자와 보호자의 자기결정권이 중요시된다. 이때 PPP 관리자는 당사자와 상담을 통해 필요하다고 판단된 양질의 프로그램이나 자원을 확보하여 직·간접적인 훈련이나 치료에 참여할 수 있도록 지원한다. 이때 당사자는 가능한 사업이나 교육에 실제적으로 참여하여 구체적인 행동이 나오게 된다. 평생과정설계(ppp)를 통해 당사자는 미래계획에 대한 방향성을 찾게 되며 PPP 관리자는 당사자가 실제적인 방향성을 찾을 수 있도록 전문가 그룹을 연계하고 지역네트워크를 지원해주는 역할을 하게 된다. 평생과정설계는 특정 대상자에게 필요한 욕구를 충족시키기 위한 특정 영역의 복지서비스를 계획하고 제공하는 것이 아니라, 당사자인 나와 가족이 주체적으로 생애 과정에서 필요로 하는 모든 영역에 대한 계획을 수립하고 지속적으로 관리·실행하는 과정

이다. 단, 대상에 따라 가중치와 우선순위 등은 고려하여 조정할 수 있는 탄력성을 갖고 있다는 장점이 있다.

<표6> 평생과정설계와 노인인권

	원 칙	기본 관 점	영 역
노인인권	자 립, 참 여 돌 봄, 자아실현 존엄성	인권관점	건강, 주거 인간 존엄권 및 경제(노동권) 정치종교문화생활 교류 소통권 자기결정권
평생과정설계	자기결정의 원칙, 포괄성의 원칙 팀 협력의 원칙, 개별화의 원칙 유동성의 원칙 지역사회기반의 원칙	강점관점 임파워먼트 모델 사회적 역할강화(SRV) 당사자주의(자립생활) 가족중심실천 사람중심실천(pcp)	소득, 재정, 주거, 보건/의료, 교육, 문화/여가, 법률, 결혼 (옥타곤 행복)

<출처> 윤혜령, 2012_수정보완

<표6>을 보면 국가인권위원회 제시 된 노인복지시설 생활노인인권 영역은 건강권, 주거권, 인간존엄성 및 경제노동권, 정치종교문화생활권, 교류소통권, 자기결정 및 선택권 등 7가지 영역으로 분류하였다(권중돈 외, 2008). 이는 본 연구에서 논의하고자 하는 평생과정설계의 원칙과도 유사한 개념이다. 평생과정설계는 선행연구의 평생계획과는 차별되는 일반적인 원칙이 있다(성민사회복지연구소·윤혜령, 2011).

당사자 및 보호자의 주체적 참여를 기본전제로 자조집단 형성, 다양한 전문가그룹 참여, 당사자 및 보호자의 욕구, 보유하고 있는 자원에 대한 이해, 활용 가능한 지역사회 자원, 국가와 사회의 정책이라는 원칙을 통해 인권보호지침과 유사한 개념으로서 현장의 실무자들에게 평생과정설계를 위한 기초자료를 제공하기 위한 지침서이다.

평생과정설계는 영역별 파편적인 사회복지 서비스가 통합적인 사회복지서비스로 형상화되는 과정으로 다 영역 분야를 포괄하는 개념이다. 평생과정설계는 집단별 모형을 형상화 하여 모니터링 하고 보완하는 과정이 요구된다. 당장 눈으로 보여주는 성과는 적더라도 향후 삶에 미칠 영향력을 고려하는 미래의 가치를 고려해야하는 것이다. 현 정보사회의 발전에 따라 계속적으로 문제가 되는 역기능적 측면들의 면면을 살펴보면 정보라는 속성 자체의 이중성에서 오는 문제가 주요한 이슈가 되고 있다. 평생과정설계 초기단계에는 홍보를 통하여 평생과정설계 시범사업에 참여할 당사자 및 보호자를 모집·선정하고 소득·재정·주거·보건/의료·교육·문화/여가·법률·죽음등 다양한 영역의 전문가들로 구성된 전문 컨설팅 그룹이 필요하다. 그러나 평생과정설계는 평생계획이라는 장애인 복지와 보편적 복지시각에서의 일반 복지를 연계하는 과정에서 짧은 역사를 연계해 주기위해서는 제한적 요소를 갖고 있다.

본 연구는 평생과정설계에 대한 개념정립 및 핵심영역에 관한 탐색적 연구로써의 한계가 있다. 따라서 다음과 같은 후속연구의 필요성을 제기한다. 첫째, 영역도출에 있어서 기존 평

생계획의 영역에 대한 비판적 검토 및 문헌고찰을 통한 새로운 추가 영역에 대한 반영이다. 둘째, 본 연구에서 도출된 핵심영역을 지표로 본 연구에서 강조한 문화·여가활동(사회참여활동) 등 포괄적 영역이 명확히 반영되고 있는가에 대한 평생계획 대비 실증적 검토가 필요하다. 평생과정설계는 지속적으로 수정과 보완을 반복하게 된다. 평생과정설계 수립과 모니터링의 순환과정과 더불어 당사자와 보호자에게 사후관리 단계는 중요한 의미를 가진다. 평생계획은 보호자 사후 돌봄이 필요한 장애인이나 보호자가 없는 아동·청소년, 노후를 준비하는 중년여성, 돌봄이 필요한 노인 등 사회적 취약계층에게 필요한 모델임에도 대상이 장애인으로 한정적이었다. 선행연구의 평생계획은 3가지 영역으로 제한된 영역이라도 충분했을 지도 모른다. 그러나 21C 인터넷, 정보화 시대에는 포괄적인 영역의 평생과정설계를 필요로 한다. 평생과정설계는 개인의 문제가 아니라는 사회적 공유를 통해 국가차원의 지원으로 이어질 수 있도록 영역에 대한 접근방법이 보완될 수 있는 연구가 필요할 것으로 사료된다. 노인세대들에 대한 정책을 세우기 위해선 그들의 욕구와 특성에 대한 이해와 분석이 먼저 필요하고 영역에 대한 우선순위를 고려한 특성에 맞는 사회참여활동이 필요하다.

또한 노인들에게 평생과정설계를 할 수 있는 전문가 양성을 위한 연구소 혹은 연구단지 조성 등 국가의 재정 부담으로 이어지는 정부의 예방적 정책이 필요하다.

참고문헌

김고은(2009). **성인 지적장애인을 돌보는 노년기 어머니의 돌봄 만족감.** 박사학위 이화여자대학교 대학원

김고은(2011). **성인 지적 장애인을 돌보는 노년기 어머니의 평생계획 수립.** 『한국사회복지조사연구학회지』 28,39-63

김남중(2015). **장애자녀에 대한 평생계획영향요인연구.** 남부대학교 박사학위

김미옥(2001). **장애아동가족의 적응에 대한 가족탄력성의 영향력 분석.** 『한국가족복지학회』8호

김미희(2012). **지적·자폐성 장애자녀의 평생계획에 영향을 미치는 요인 연구.** 서울시립대학교 석사학위논문

김주래(2010). **자폐성장애자녀의 평생계획에 영향을 미치는 요인 연구.** 청주대학교 석사학위논문

남연희, 송성권(2005). **정신지체 자녀의 평생계획에 대한 부모인식에 관한 연구** 『아동과권리』

노충래, 고인숙(2004). **정신지체와 발달장애 청소년의 평생계획에 관한 연구.** 『한국아동복지학』

박금자(2002). **중년여성의 삶의 의미와 영향요인.** 여성간호학회지

서미경(2000). **성인 정신 장애인의 평생계획에 관한 연구.** 『한국사회복지학』 43,106-130

서미경(2006). **성인정신장애인의 평생계획모형 : 뉴질랜드 정신보건서비스를 중심으로.** 한국사회복지학, 제58권, 제2호, pp.33-56

신미숙(2013). **정신장애인의 기능 수준과 주 부양 가족원의 삶의 만족도에 관한 연구 : 가족탄력성의 매개효과를 중심으로.** 전남대 박사학위논문

우주형(2006). **장애인 자립생활 지원의 법제도화 과제.** 특수교육저널: 이론과 실천,

윤혜령(2011). **『평생과정설계 성민연구소』** 서울: 사회복지법인 성민연구소

윤혜령(2012). **『장애인의 평생과정설계』** 서울: 사회복지법인 성민연구소

은홍수(2002). **정신지체장애인 자녀의 평생대책에 관한 연구.** 건국대 행정대학원 서울

이동귀(2002). **부모 사후를 대비한 장애자녀의 평생계획** 서울; 특수교육

이원남, 김경신(2014). **발달장애 성인자녀를 위한 부모의 평생계획수립에 관한 연구**. 『한국가족관계학회』 19(1),53-78

이익섭(2005). **장애인당사자주의와 장애인 인권운동: 그 배경과 철학**. 한국장애인단체총연합회. 장애인당사자주의 대토론회 자료집

정종화(2004). **「장애인당사자주의 이론과 개념」** 중증장애인독립생활연대 세미나 자료집,

장은숙(2009). **정신장애인의 자기결정 경험의 구조와 과정에 대한 질적 연구**. 숭실대학교 대학원 사회복지학과 박사학위논문.

조미연(2009). **지적장애인 평생계획에 관한 연구.** 이화여대 사회복지대학원

정정숙.(2004). **「인간 문제에 대한 상담학적 치유」** 서울: 베다니

Bain, K. J. 1998. Children with severe disabilities: Options for residential *care. MIA, 169,* 589-600.

Bigby,C.Ozanne,E.&Gordon,M. 2002. Facilitating transition : Elements of a successful case management practice for older parents of adults within tellectual disability. *Journal of Gerontological Social Work,*

Botsford, A. L. & Rule, D. (2004). Evaluation of a group intervention to assist aging parents with permanency planning for an adult offspring with special needs. *Socia Work,* 49(3), 423-431.

Bowey,& McGlaughlin,A.( )Older cares of adults with a learning disability confront the future : Issues and preferences in planning

Freedman et,al.1997. Aging parents' residential plans for children with mental retardation.

Doombos, M. M. .1997. The problems and coping methods of young adults with mental ill *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health*, 35(9)

G. C. Smithet,al 1996. "Psychoeducational support groups for aging parents: development and preliminary outcomes," J.of Mental Retardation, Vol.34, No.3, pp.172-181,

Hawley and DeHaan.1996. Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process, 35*, 238-298.

J. K, Krasowski.1996."Permanency planning by parents for persons with developmental disabilities in Lanark County," Canada, Queen's *University at Kingston,*

Kaufman and Cambell.1991 Permanency planning by older parents who care for adult children with mental retardation. *Mental Retardation*

R. Lisa ( ) "Overview on permanency planning", http://www.aaatc.org/man11htm

Sixbey, M. T. 2005. Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience. Dissertation presented to the graduate school of university of Florida in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, *University of Florida.*

Smith and Tobin 1989. Permanency planning among older parents of adults with lifelong disabilities. *Journal of Gerontological Social Work, 14(1/2),* 35-59.

T.HellerandFactor.1991."Permanency Planning for Adult with Mental Retardation Disabilities in Landark Conty," Master Degree, *Queen's University*

Taunt,et.al2002. Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. American Journal on Mental Retardation Thoits, P.A.1995. Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social*

Tilbury,C.&Osmond,J.2006. Permanency planning in foster care: A research review and guidelines for practitioners.

Walsh, F. 1996. The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*

Daniel J. Levinson.1996. "A conception of Adult Development." *American Psychologist*

Erik Homburger Erikson.1963. *Childhood and socity(2nd ed.). New York: Norton*

Margie E. Lachman. 2004."Development in Midlife." *Annu. Rev. Psychol.* 310.

Ravenna Helson, et al.2006. From young Adulthood the Middle Ages. Handbook of personality development: *University of California, Berkeley*

http://kostat.go.kr/survey/society/index.action

포스터발표 9

한국 사회복지 학계에서의 노인에 관한 연구경향 분석

발표: 홍석호(서울대학교 행정대학원 고령사회와 사회자본 연구센터 전임연구원)
김인태(서울대학교 행정대학원 석사과정)
양은진(서울대학교 행정대학원 석사과정)
권은주(서울대학교 행정대학원 석사과정)
김순은(서울대학교 행정대학원 교수,
서울대학교 한국행정연구소 겸무연구원)

한국 사회복지 학계에서의 노인에 관한 연구경향 분석*

홍석호** · 김인태*** · 양은진**** · 권은주***** · 김순은******

국문초록

세계적으로 유례가 없을 정도로 급속히 진행되는 저출산, 고령화 현상과 함께 국내의 노인문제와 이들의 욕구에 대한 관심이 사회와 학계 전반에서 폭발적으로 증가하였다. 그럼에도 파편화된 연구 결과들을 종합하여 사회 변화와 연관 지어 살펴보려는 노력은 상대적으로 미비한 실정이다. 이에 본 연구는 그동안 한국의 사회복지 학문 분야에서 수행된 노인복지 연구의 성과들을 시간의 흐름과 저널 분류 특성에 따라 종합적으로 비교, 정리하여 노인복지에 대한 그간의 연구 경향을 고찰하고 나아가 향후의 연구 방향을 제시하려는 목적으로 수행되었다. 이를 위해 한국연구재단에서 발행하는 등재지 및 등재 후보지 리스트를 기준으로 자료를 수집하였다. 먼저 해당 목록에서 대분류 '사회과학', 중분류 '사회복지' 분야의 27개 학술지의 게재논문을 대상으로 노인과 관련된 핵심적인 단어를 선정하여 키워드 검색 작업을 수행하였다. 최종적으로 본고에서 수립한 기준을 충족한 21개 학술지에 게재된 총 2,745편 논문의 제목이 수집되었다. 이를 바탕으로 단어와 단어 사이의 관계를 통해 연구 경향을 해석하기에 유용한 분석방법인 의미망 분석(Semantic Network Analysis)을 실시하였다. 단어의 빈도분석과 동시출현빈도를 산출하기 위해 KrKwic과 KrTitle를, 도출된 단어들의 네트워크 지도를 만들기 위해 NodeXL 소프트웨어를 활용하였다. 이를 통해 시대 및 이슈의 흐름에 따라 학계의 연구 경향이 달라져 왔으며, 파편적인 성과들이 일정한 경향으로 수렴하는 것을 확인하였다. 이어 미시적 측면에서 유망한 연구주제를 제안하고 그간 부진했던 분야에 대한 미래 연구의 방향을 제시하였다.

주제어: 노인 복지, 노년학, 연구 경향, 한국 노인 문제, 의미망 분석

Ⅰ. 서론

본 연구는 그동안 한국의 사회복지 학문 분야에서 이루어진 노인복지 연구 성과들을 시간의 흐름과 저널분류 특성에 따라 종합적으로 비교 및 정리해 봄으로써 현재까지 노인복지에 대한 연구 경향을 살펴보고 미래 연구를 위한 방향을 제시하려는 목적으로 수행되었다.

2015년 통계청의 인구총조사 결과에 따르면 한국의 65세 이상 인구는 약 657만으로 전체 인구의 13.2%를 차지한다. 노인인구 비중이 14%를 넘어서면 고령사회로 분류되므로 한국은 고령사회 진입을 목전에 두고 있는 것이다. 노인인구 비율의 크기 자체도 문제이지만 한국의

* 이 논문 또는 저서는 2016년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2016S1A3A2925399)
** 서울대학교 행정대학원 고령사회와 사회자본 연구센터 전임연구원
*** 서울대학교 행정대학원 석사과정
**** 서울대학교 행정대학원 석사과정
***** 서울대학교 행정대학원 석사과정
****** 서울대학교 행정대학원 교수, 서울대학교 한국행정연구소 겸무연구원

고령화는 유례없는 증가 속도로 인해 더 큰 주목을 받고 있다. 작년 기준으로 한국은 고령인구 비중에 있어 세계 51위를 차지했으나, 약 45년 후인 2060년에는 한국이 카타르에 이어 세계 2위의 고령화 국가가 될 것이며, 그 비중은 40.1%에 달할 것이라 예측된다(통계청, 2015).

이러한 현실의 변화와 맞물려 노인복지에 대한 학계 안팎의 관심이 지속적으로 높아져왔다. 사회복지학 분야에서 노인관련 연구한 논문의 수가 2000년 이전 342개에 불과한 데 반해 2000년대 들어서는 그 수가 2,403개 로 7배 이상 증가하는 등 양적인 성장이 이루어졌다.[1] 뿐만 아니라 연구주제의 다양성과 방법론의 발전과 같은 질적인 성장 역시 거듭되고 있다. 더불어 기초노령연금에 대한 정치적인 논의가 점화됨에 따라 노인 복지에 대한 정부 차원의 관심 이 최근 몇 년간 비약적으로 증가하고 있다. 기초노령연금이 도입되었던 2014년에는 보건복지부 예산액이 전년대비 47.8%까지 증가하였으며, 보건복지부가 2016년 9월 발표한 예산안에 따르면 2017년 노인관련 예산은 약 9조 5천억원이 책정되었다. 이는 2013년 노인관련 예산액인 4조 3천억원에 비해 두 배 이상 증가한 것이다(보건복지부, 2013; 2016).

따라서 노인복지에 대한 사회지출의 규모와 정책적 고려가 큰 폭으로 증가할 것이 예상되는 지금 시점에서 바람직한 노인복지의 방향을 제시하기 위해 그 간의 학문적 입장을 정리해야 할 필요성이 존재한다. 노인 문제의 특징은 대부분의 노인들이 하나 이상의 문제를 가지고 있으며 각 문제들이 상호작용하는 악순환의 구조를 가지고 있다는 점이다(김순은, 이민홍, 2015). 이러한 노인문제의 복잡성으로 인해 전통적으로 사회복지 분야에서 개별적으로 연구되어왔던 신체적, 심리적, 경제적 어려움 등의 연구주제를 확장시킬 것이 요구된다. 더불어 노인들을 둘러싼 사회환경이 급격하게 변화하고 있으며 노년층의 특성 자체도 기존의 노년층과는 구별되고 있다는 사실에 주목할 필요가 있다. 최근에 조사된 노인실태조사보고서에 따르면 노인층의 교육수준이 점점 상승하고 있으며 노인 중 약 1/4 정도가 고등학교 이상의 학력을 갖고 있다(한국보건사회연구원, 2014). 이는 그간 단순히 노인 문제를 완화하는 수준에 머물렀던 노인 복지가 수요자들의 욕구를 충족시키기 위해 정교화 될 필요성이 존재함을 의미한다. 상술한 원인들로 인해 노인복지에 대한 사회복지학계의 흐름을 조망하고 연구가 미진했던 영역을 밝혀 후속 연구를 촉진할 수 있도록 연구 경향을 정리하는 작업이 필요한 시점이다.

그간 노인 관련 연구의 동향을 다룬 연구들이 있어왔으나 대부분의 선행연구들이 연구자들이 분류, 선정한 기준을 통해 내용분석(content analysis)을 실시하는 연구방법론을 통해 수행되어 왔다(김미혜, 2008; 선우덕, 2008; 현외성, 2009; 정순둘, 김성원, 2012; 조민경 외, 2014). 내용분석은 연구자의 개입될 여지가 존재하여 자의적 분석이 행해질 위험성을 지니고 있으며, 2000년 이후 급증하는 연구논문들을 분석하기에 내용분석 방식은 비효율적이라는 지적이 제기된다(Börner et al., 2003). 최근에는 내용 분석 방법의 단점들을 극복하기 위한 노력으로 네트워크 텍스트 분석(Network Text Analysis, NTA)을 활용해 경향성을 분석하는 연구가 증가하는 추세이다(조재인, 2011; 최영출, 박수정, 2011; 최호택, 정석환,

1) KCI 등재지, 등재 후보지 기준

2011; 고수정, 김순양, 2013; 하혜수, 최영출, 2013; 하미승 외, 2015; 감정기 외, 2016; 최재성 외, 2016).

본 연구에서는 기존의 내용분석 방식과 네트워크 텍스트 분석을 연계하여 두 방식의 장단점을 보완하고자 하였다. 또한 기존 선행연구의 분석대상이 주로 특정 학회지에 국한되었던 것을 사회복지 분야 학술지 전반으로 확장하여 학계의 연구를 종합 정리하는 동시에 우리 연구가 가지는 목적에 적합하도록 그 대상을 노인복지 관련 논문으로 한정하였다. 이를 활용하여 본고에서는 사회복지학에서 노인 복지가 연구되어온 흐름을 시기별로 살펴보는 종단 연구와 더불어 저널 특성별로 연구의 특성이 어떻게 다른지 확인하는 횡단적 비교 연구를 수행하였다. 이에 도출된 연구결과를 사회적 변화와 연관해 경향 변화의 원인과 함의, 앞으로의 시사점을 제공하고자 한다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 노인 문제와 노인복지 연구

급격한 속도로 고령화가 진행되면서 노인 문제에 관한 관심이 증가하고 있다. 노인문제에 대한 심각성이 부각되면서 많은 연구가 진행되었지만, 노인문제는 추상적인 개념으로 논리성을 갖추어 하나의 통합된 개념으로 설명하기 어렵다(함정혜, 강선옥, 2008). 이러한 이유로 대부분의 연구에서는 노인문제를 광의의 개념으로 사용하고 있는데 본 연구에서는 선행연구의 정의를 활용하여 노인이 신체적으로, 심리적으로, 사회적으로, 경제적으로 경험하게 되는 어려움을 노인문제라고 정의하고자 한다(Hooyman and Kyack, 2008). 일반적으로 노인문제에 관한 연구는 주로 노인의 신체적 문제와 심리적 문제에 대해 이루어졌다. 신체의 노화로 발생한 건강상의 문제와 심리적인 고독감은 노인의 우울을 높이고(김미령, 2012), 우울은 노인의 자살 생각에 직접적인 영향을 미치게 된다(김형수, 2002). 이러한 노인의 신체적, 심리적 문제는 빈곤, 자살, 사회적 고립 등 노인이 사회에서 겪게 되는 문제로까지 이어지기 때문에 최근에는 노인의 경제적, 사회적 문제에 관한 연구 또한 활발하게 이루지고 있다. 경제적인 어려움을 겪고 있는 여성 노인은 그렇지 않은 여성 노인에 비해 우울이 발생할 확률이 높으며(고정은, 이선혜, 2015), 빈곤 노인에 대한 사회의 부정적인 인식은 노인들의 사회적 고립을 가져오고 이는 노인들의 생활만족도를 낮추는 요인이 된다(박미진, 2010). 이처럼, 노인 문제는 노인 개인 수준의 상황에서 하나의 문제를 경험하는 것에 그치는 것이 아니라 복수의 문제를 경험하게 되며, 이러한 문제들이 상호작용의 과정을 거쳐 사회문제로까지 인식되고 있다(김순은, 이민홍, 2015). 때문에 노인문제에 대한 논의와 더불어서 노인문제를 해결하기 위한 노력으로 노인복지에 관한 연구도 살펴볼 필요가 있다.

노인복지연구는 노인복지정책과 노인복지서비스에 관한 연구로 나누어서 살펴볼 수 있다. 노인복지정책에 관한 연구는 주로 노인복지에 대한 전반적인 문제를 해결하기 위한 정책적 대안 탐색에 초점을 맞추어서 이루어지고 있으며(변웅전, 황윤원, 2012), 노인복지서

비스는 노인이 당면한 문제를 해결하기 위해 제공되는 사회적 서비스로(조현, 강인순, 2004) 이와 관련해서는 재가복지서비스와 복지서비스 전달체계에 관한 연구가 활발하게 이루어지고 있다.

2. 한국 사회의 노인복지에 관한 종합적 비교 연구

전 세계적으로 고령화와 노인문제에 관한 관심이 높아지면서 노인복지에 관한 연구도 다양한 분야에서 이루어지고 있다. 특히 최근에는 복수의 문제를 함께 겪는 노인문제를 해결하기 위해 노인복지에 관한 연구가 점차적으로 진행되고 있다. 노인복지 연구동향에 관한 연구는 크게 세 가지의 형태를 보이고 있다. 우선 사회복지학과 노년학과 같은 특정 학문 분야에서 노인복지연구 경향에 대한 분석이 주로 이루어지고 있다. 노년학 분야에서는 「한국노년학」 논문집에 창간호부터 2008년까지 수록된 논문을 대상으로 시기상의 기준에 따라 나눠 살펴보고 이를 시기별, 범주별 연구동향(제도와 정책, 노인문제, 노인의 사회참여, 사회서비스 및 실천(방법론), 노인과 부양, 기타), 연구 저자의 수 및 전공분야에 따른 연구동향, 이론적 배경에 따른 연구동향, 연구방법에 따른 연구동향(양적 연구, 질적 연구, 혼합 연구, 문헌 연구, 기타)으로 나눠서 분석하였다(김미혜, 2008).

더 나아가 노인복지연구와 관련한 여러 분야의 논문을 대상으로 종합적인 비교 연구가 이루어지고 있다. 현외성(2009)은 5개의 학술지(한국사회복지학회, 한국사회복지정책학회, 한국사회보장학회, 한국노년학회, 한국노인복지학회)에서 노인복지 관련 논문을 선별하여 연대별, 연구주제(노인복지일반, 노인복지정책과 제도, 노인복지실천, 노인복지서비스 분야, 기타), 연구방법(문헌 연구, 경험적 연구, 비교 연구, 제도 및 프로그램 개발 연구, 기타), 연구유형(이론과 학설 연구, 정책 및 법제 및 행정연구, 실천 및 프로그램 연구, 문제 및 사실 발견 연구)을 기준으로 학회별, 시기의 흐름에 따른 연구동향을 분석하였다. 최근에는 노인복지에 관한 특정 주제를 대상으로 노인복지 연구동향 분석이 이루어지고 있다. 박영란 외(2013)는 1995년부터 2011년까지의 논문들 중 국내 노인을 연구의 대상으로 하고, 사회적 지지 및 사회적 관계망과 관련된 변수를 사용한 경험적 연구로서 사회복지 관련 학술지에 발표된 논문들을 대상으로 한국 노인의 사회적 관계망과 복지에 관한 연구동향을 분석하였다.

이처럼, 노인복지연구는 양적으로는 팽창하였지만, 그 궤적을 쫓는 시도는 상대적으로 적었다. 앞서 언급하였듯이 노인들이 겪는 문제는 다수의 문제들이 서로 복합적으로 작용하기 때문에 노인복지에 관한 연구 또한 특정 학문분야가 아닌 관련한 모든 분야를 아우를 수 있는 연구가 필요하다. 뿐만 아니라 노인복지에 대한 관심이 증가하면서 이와 관련한 영역 또한 광범위하게 늘어났다. 따라서 노인복지와 관련해 체계적이고 효율적으로 접근할 수 있는 의미망 분석기법을 통해 좀 더 세부적인 차원의 노인복지 연구 경향을 살펴볼 필요가 있다.

3. 저널 타이틀에 대한 의미망 분석과 경향 연구

최근 네트워크 텍스트 분석(Network Text Analysis, NTA)을 활용하여 보다 미시적인 차

원에서 연구 경향을 분석하는 연구가 증가하고 있다. 네트워크 텍스트 분석은 텍스트에 출현하는 단어들 간의 관계를 링크로 표시함으로써 구축되는 체계를 통해 현상이나 행위를 해석하는 분석 기법이다(김용학, 2011; 최영출, 박수정, 2011; Popping, 2000).[2] 이러한 기법은 기본적으로 단어 간의 관계는 특정한 언어구조를 내포하고 있으며, 네트워크 분석을 활용해서 그것을 규명하는 것이 가능하다는 가정에 근거하고 있다(고길곤, 김지윤, 2013; Carley, 1997). 이 분석은 사회 네트워크 분석과 텍스트 분석을 연계하여 특정 학문 분야 및 사회현상 등에 대한 통찰을 증진하는데 많은 도움을 제공하고 있다.

그럼에도 불구하고 최근까지 국내 사회복지 학계에서는 이러한 방법론을 활용하여 시대별로 특정 연구의 흐름을 분석한 연구는 찾아보기 어려운 실정이었다. 이는 지금까지 학계에서 중요히 다루는 개념이나 이슈, 주제 등이 무엇인지와 그것들 간의 연계는 어떠하였는지에 대한 관심이 부족하였다는 것을 의미한다. 비록 소수에 불과하나, 이러한 상황에서 요 근래 텍스트 네트워크 방법을 활용한 연구가 등장한 점은 괄목할만한 의의가 있는 것으로 들 수 있다(감정기 외, 2016; 최재성 외, 2016). 특히 최재성 외(2016)의 연구는 해당 분야의 연구경향에 대한 새로운 지평을 열었다고 평가할 수 있다. 이들은 최근 10년간의 「한국사회복지행정학」 학술지에 게재된 논문 221편을 중심으로 내용분석 및 핵심주제어를 대상으로 키워드 네트워크 분석을 활용하여 연구의 동향을 분석하였다. 이를 통해 해당 분야의 연구가 사회복지서비스와 사회복지조직의 클러스터로 대별되는 특징을 밝혀냄과 동시에 연구가 인적자원과 관련된 부분에 편중되는 경향을 도출하였다. 이어 감정기 외 (2016)는 이보다 긴 시간적 범위인 창간호(1979년) 부터 2015년까지 「한국사회복지학」의 게재논문 1,211편을 대상으로 키워드 네트워크 분석을 시행하였다. 이와 같은 시도의 결과로 국내 사회복지학계에서 연구주제 및 연구방법이 편향적인 경향을 내포하고 있음을 밝혀냈다. 이 두 편의 연구는 기존의 방법론과 새로운 방법론을 절충함으로써 해당 분야에 한 획을 그은 기념비적인 시도라고 할 수 있다. 연구방법론도 기존의 빈도분석 위주의 전통적 방법에서 벗어나 키워드 네트워크 분석을 활용하는 방식으로 발전을 거듭하였고 연구의 시간적 범위나 분석 대상의 양이 상당하다. 창간호부터 최근(2015년)까지 굉장히 넓어졌으며, 분석되는 논문의 규모도 방대하다.

한편 노인복지학의 인접 학문인 행정학에서는 의미망 분석을 활용하여 연구 경향을 고찰하려는 시도가 활발히 이어지고 있다(최영출, 박수정, 2011; 최호택, 정석환, 2011; 고수정, 김순양, 2013; 하혜수, 최영출, 2013; 하미승 외, 2015).[3] 해당 방법론의 선구적인 연구 중의 하나로서 최영출 외(2011)는 「한국행정학보」 게재논문(2005-2009년) 296편 초록의 주제어를 대상으로 NTA를 적용하여 연구 경향을 분석하였다. 핵심 주제어들 간의 네트워크 지도, 연결 중앙성, 클러스터 지도, 덴드로그램 등을 도출하였다. 또 하나의 연구로는 최호택

2) 기실 이 방법론의 명칭은 텍스트 네트워크 분석, 사회 연결망 분석, 키워드 네트워크 분석, 언어 네트워크 분석, 주제어 연결망 분석, 네트워크 분석 등으로 다양하다. 본고에서는 학계 및 학자들의 논의에 따라 명칭을 혼용하여 사용하되, 주로 네트워크 텍스트 분석으로 표기토록 하겠다.

3) 인접학문으로서 행정학을 고려한 것은 독자성을 갖춘 학문으로서의 '노인복지학'을 상정한 것이다. 즉 노인복지학은 종합학문(interdisciplinary science)으로서 노년학, 사회학, 행정학, 정치학, 심리학 등의 제반 학문으로부터 노인과 관련된 내용을 포괄한다고 볼 수 있다. 보다 자세한 논의는 현외성(2009)을 참고하기 바란다.

외(2011)의 연구가 존재한다. 이들 또한 사회네트워크 기법을 활용하여 2002년에서 2010년까지 「한국지방자치학회보」의 게재논문 343편의 초록에서 핵심주제어를 도출하였다. 이어 연구경향의 패턴을 규명하기 위해 구조적 등위성 분석, 연결중심성(내향성) 분석, 위세중앙성 분석을 실시하였다. 하혜수 외(2013)는 이보다 장기간(1991-2012년)을 범위로 하여 「한국사회와 행정연구」에 게재된 논문 117편의 초록 및 제목을 대상으로 네트워크 텍스트 분석을 통해 지방자치 및 지방행정의 연구경향을 고찰하였다. 이들은 시대별로(90년대, 2000년대, 전 기간) 연결중앙성(내향중앙성, 외향중앙성) 분석을 통해 핵심 개념을 도출하는 한편 개념 간 네트워크 분석 및 덴드로그램 분석을 통해 해당 학문 분과의 핵심 연구영역을 규명하였다. 아울러 동일한 학술지의 복지행정 분야의 정권별 연구 경향을 살펴본 연구(고수정, 김순양, 2013) 및 인사행정 분야의 경향을 중점적으로 살펴본 시도도 존재한다(하미승 외, 2015). 이 외에도 의미망 분석은 문헌정보학, 법학 등 다양한 영역에서 연구의 경향을 파악하기 위한 목적으로 유용하게 활용되고 있다(조재인, 2011; 이주연 외, 2015).

전통적 방법과 네트워크 분석은 마치 동전의 양면과도 같은 특징을 지닌다. 전자의 경우 거시적 차원의 조망, 즉 연구주제, 연구영역, 연구의 중점 분야 등에 관한 분석에는 강점을 지닌다. 하지만 기존에 정립된 일정한 분석틀을 고수하기 때문에 새로운 변화나 경향을 반영하기 어려우며 단순 빈도분석에 그쳐 문헌을 분류하고 결과를 해석할 시 연구자의 주관이 개입될 여지가 상당하다. 또한 핵심어와 그들 간의 관계성에 대한 미시적 분석이 불가하다는 치명적 한계가 존재한다. 이는 곧 미시적 분석의 강점으로 작용하고 있으나, 후자의 경우 오히려 거시적 분석에는 취약하다는 난점이 존재한다. 이러한 양자의 한계점을 보완하기 위해 최근에는 두 가지 기법을 병행한 연구가 이어지고 있으나 이들도 몇 가지 아쉬운 점을 내포하고 있다. 먼저 언급할 것은 연구의 일반화의 범위가 지나치게 협소하다는 점이다. 방법론은 진일보하였으나 연구의 범위가 여전히 '학회' 차원에 국한되어 있다. 즉 보다 넓은 학문의 영역에서 이슈를 조망할 필요가 존재한다. '학계' 차원의 논의로 확장하여 일반화의 범위를 확장해야 한다. 아울러 노인복지 관련 연구 경향은 아직도 미지의 영역으로 남겨져 있다. 즉 노인에 초점을 두고 학문적 경향을 분석한 논문은 부재하다. 또한 이러한 연구는 객관적 방법론을 활용하였으나, 실질적으로는 연구자의 주관이 상당히 개입되었다는 비판의 여지가 존재한다. 이들 연구에서는 기존의 전통적 연구경향 분석의 주관성을 비판함과 동시에 연구주제어를 활용한 네트워크 방법론을 활용함으로써 연구의 객관성을 증대시키려 하였다. 허나, 실질적으로 국문 주제어를 영문으로 변환하거나(최재성 외, 2016), 자의적인 용어변환 및 삭제 등의 작업을 하는 과정에서 오히려 주관성을 배제하지 못하였다는 한계점이 존재한다(감정기 외, 2016).

본고에서 연구의 공간적 범위로 삼고 있는 사회복지 학계에서의 연구 경향 분석은 여전히 극히 소수에 지나지 않는데다 노인복지에 관한 미시적 경향을 살펴보는 논의는 전무한 실정이다. 따라서 본 연구는 우선적으로 텍스트 네트워크 분석을 활용하여 노인복지의 연구경향을 고찰하는 것에 방점을 두고자 한다. 즉 본 논문은 기존의 주제별 빈도분석 위주의 전통적 방법에서 탈피하여 노인에 관한 연구 경향을 분석한다. 이를 통해 여러 학회에서 발간된 노인연구 간의 연계성을 도출하고 연구 경향은 수렴하는지, 시대에 따라 그 정체성은 어떠한지

등에 관한 실증적인 정보를 제공할 수 있을 것이다.

Ⅲ. 연구설계

1. 분석방법

본 논문에서는 한국 사회복지 학계에서의 노인복지에 관한 연구 경향을 분석하기 위해 네트워크 텍스트 분석을 활용한다. 해당 방법론은 내용분석과 사회 네트워크 분석을 복합적으로 연계한 것이다. 내용분석은 기존의 전통적 연구동향 분석에서 활용된 바와 유사하게 일정 텍스트에 포함된 단어의 빈도 등의 양적 특성을 묘사한다. 사회 네트워크 분석은 해당 텍스트에 함께 출현한 단어들과의 관계적 속성을 고찰하는 기법이다. 분석의 도구로는 양자를 일원적으로 활용할 수 있는 도구를 사용하거나 각각의 도구를 연계하는 방식을 고려할 수 있다(최영출, 박수정, 2011). 앞선 연구들과 같이 본 연구에서는 내용분석과 사회 네트워크 분석에 활용되는 기법을 연계하는 방식을 채택하여 연구를 수행하였다.[4] 즉 분석 내용과 분석 도구를 내용 분석 단계와 사회 네트워크 분석 단계로 구분하여 진행한다. 우선적으로 내용분석 단계에서는 수집한 분석 자료에서 출현했던 단어의 빈도를 고찰한다. 네트워크 텍스트 분석 단계에서는 소시오그램 개념에 근거하여 네트워크 지도 및 연결 중앙성 수식을 통해 고찰하였다.

분석을 위해 다음과 같은 도구를 이용하였다. 먼저 내용분석을 위해 KrKwic과 KrTitle 소프트웨어가 활용되었다. 이들 프로그램은 국문 텍스트의 빈도 분석과 타이틀에 활용된 단어의 동시출현빈도를 산출하는데 매우 유용하여 많은 연구에서 활용되고 있다(박한우, Leydesdorff, 2004). 이어 조재인(2011)의 연구에서와 같이 비쥬얼 베이직의 Transpose 함수를 이용하여 동시출현빈도 매트릭스에서 인접 행렬을 도출하였다. 사회 네트워크 분석을 위한 도구로는 NodeXL 소프트웨어를 활용하였다. 이것은 네트워크 분석을 위한 연결 중심성 지수(degree centrality)와 네트워크 지도를 산출하는데 이용된다.

2. 분석자료

본 연구에서 활용하는 분석의 자료는 사회복지 분야의 21개 학술지의 창간호부터 2016년 8월 30일까지 게재된 노인 관련 논문 2,745편의 제목을 대상으로 한다(<표 1> 참조). 사회복지 분야의 앞선 분석들은 분석 대상으로 초록, 핵심주제어를 활용하였으나, 본고에서는 이와 달리 각 논문의 제목을 분석의 대상으로 활용하였다. 왜냐하면 연구의 제목 역시 연구의 정수(essence)를 대표하기 때문이다.

4) 여기서 내용분석이라 함은 다수 연구들처럼 전통적 방법과 네트워크 방법을 병렬식으로 제시하는 것이 아닌 최영출 외(2011)와 같이 텍스트 빈도 분석을 의미한다. 이는 분석 결과의 객관성을 최대한 담보하기 위함이다.

데이터의 수집기준 및 방법에 관한 내용은 다음과 같다. 먼저 학술진흥재단에서 발행하는 등재지, 등재 후보지 리스트(2016년 7월 31일 기준)을 수집하여 대분야는 '사회과학', 중분야는 '사회복지'로 카테고리를 분류하였다. 총 27개의 논문 리스트가 존재하는데, 이 중 등재지가 20개, 등재 후보지가 7개이다. 이 중 등재지의 영문 발간 학술지를 제외하면 총 26개의 학술지가 대상이 된다. 이 중 노인에 관한 연구를 포함하고 있지 않은 5개 학술지를 제외한 최종 21개의 학술지에서 자료를 추출하였다.[5)]

분석자료의 수집 절차는 크게 두 단계로 시행되었다. 먼저 노인복지 분야를 대표하는 양대 학술지인 「노인복지연구」와 「한국노년학」에서는 일부 자료를 제외한 거의 모든 게재논문을 수집하였다.[6)] 이어 나머지 19개의 학술지에서는 주제어 중심으로 논문을 추출하였다. 검색에 활용된 키워드는 노인, 고령자, 고령, 고령화, 고령사회, 노년으로 총 6개이다. 1차적으로는 키워드 검색 결과에 따라 학회별로 논문을 추출하였다. 분류가 애매할 시 2차적으로 논문의 제목과 초록을 검토하여 연구 대상이 위 기준에 해당하는 논문들을 획득하였다. 검색의 방법은 학회에서 제공하는 논문검색을 이용하거나 KISS(Koreanstudies Information Service System), DBpia(누리미디어), NDSL(국가과학기술정보센터), 교보문고 스콜라, RISS(한국교육학술정보원)의 상세검색에서 키워드 검색을 이용하였다.

본격적인 분석에 들어가기에 앞서, 수집한 자료의 일부를 가공하는 작업을 추가적으로 수행하였다. 첫째, 국문 학술지에 발간된 영문 제목의 논문을 다시 한글로 전환하였다. 이 과정에서 최대한 영문을 학술 용어에 부합하도록 번역하는 작업을 하였다. 「한국사회복지조사연구」에서 3편, 「노인복지연구」에서 8편, 「한국노년학」에서 6편, 「사회복지정책」에서 1편의 논문이 그 대상이다. 총 18편의 논문이 한글 제목으로 번역되었다. 둘째, 국문으로 발간된 논문 중에서 제목에 부가적으로 괄호를 추가하여 영문, 한자표기를 한 경우 이를 제거하는 작업을 수행하였다. 단, 괄호가 없는 상태에서 영어로만 표기가 된 경우에는 한글로 변환하지 않았다. 최종적으로 총 2,745편의 저널 타이틀이 분석에 활용되었다.

---

5) 영문으로 발간되어 제외된 학술지는 한국사회복지학회에서 발간하는 *Asian Social Work and Policy Review* 이다. 이 외에 본고에서 정한 일정 기준을 충족하지 않아 분석에서 제외한 등재지로는 「한국군사회복지학」, 「한국아동복지학」, 「청소년복지연구」가 존재한다. 등재 후보지로는 「청소년문화포럼」, 「학교사회복지」가 제외되었다.

6) 본 논문에서는 연구논문, 특집, 자료연구에 해당하는 유형의 유형만을 수집하였다. 부록, 창간사, 발간사, 학술대회 발표논문, 세미나 발간집, 심포지움 발표논문, 토론원고, 워크샵 등의 자료들은 제외하였다.

<표 1> 분석 자료 개관

(단위: 편 수)

발행지명	기간	~1999년	2000년~	계	수집방법
등재지 목록					
비판사회정책	1996 ~ 2016년	0	14	14	DBpia
한국사회복지조사연구	1993 ~ 2016년	0	43	43	KISS
노인복지연구	1997 ~ 2016년	0	18	18	KISS
한국노년학	1988 ~ 2016년	56	912	968	학회
사회보장연구	1980 ~ 2016년	286	965	1,251	학회
사회복지연구	1985 ~ 2016년	0	56	56	KISS
사회복지정책	1989 ~ 2016년	0	49	49	KISS
한국사회복지학	1995 ~ 2016년	0	91	91	KISS
한국사회복지행정학	1979 ~ 2016년	0	73	73	NDSL
한국보육학회지	1999 ~ 2016년	0	26	26	DBpia
한국영유아보육학	2001 ~ 2016년	0	2	2	교보 스콜라
정신보건과 사회사업	1994 ~ 2016년	0	2	2	DBpia
장애와 고용	1994 ~ 2016년	0	36	36	DBpia
한국장애인복지학	1991 ~ 2016년	0	10	10	DBpia
한국지역사회복지학	2004 ~ 2016년	0	11	11	RISS
등재 후보지 목록					
사회복지 실천과 연구	2009 ~ 2016년	0	12	12	KISS
한국사회복지교육	2005 ~ 2016년	0	14	14	학회
사회복지법제연구	2009 ~ 2016년	0	7	7	학회
미래사회복지연구	2010 ~ 2016년	0	5	5	학회
한국사회복지질적연구	2006 ~ 2016년	0	6	6	DBpia
합 계: 2,745					

3. 분석절차

본격적인 분석의 절차는 어느 정도 정형화되어 있으며, 이를 몇 가지 단계로 정리할 수 있다. 첫째, KrKwic 소프트웨어에 입력할 분석 단위를 각각의 논문 제목으로 설정한다. 둘째, 색인어를 설정한다. 셋째, 색인어 파일을 KrKwic 프로그램에 입력해서 색인어 간 행렬을 구축한다. 넷째, 행렬 자료를 NodeXL로 로딩하여 네트워크 지도를 도출한다. 동시에 해당 프로그램으로 수학적 분석을 실시한다. 특히 네트워크 지도는 필요에 따라 일정 기준 이하의 링크는 삭제하는 것이 효과적이다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 시기별(2000년 기준으로 이전과 이후)

- 전반적 양 증가 /시기별 주요 핵심 이슈키워드

2. 저널 분류 특성별(2000년 기준으로 이전과 이후)

- 노인 전문 학술지(노년학회와 노인복지학회)
- 사회복지 기타 일반 학술지(macro vs. mezzo and micro)

Ⅴ. 결론 및 제언

- 선행연구와 비교 검토 / 커다란 사회변화 야기 사전 검토
- 연구의 한계점
- 정책적 함의 / 실천적 함의 / 연구에 대한 함의(이론적 함의)
- 정리 요약

참고문헌

감정기, 감미아, 박미희(2016). 사회복지학 연구동향에 관한 키워드 네트워크 분석 – 「한국사회복지학」 게재논문(1979-2015)을 중심으로-. **한국사회복지학**, 68(2), 185-211.

고길곤, 김지윤(2013). 행정학과 타학문분야의 네트워크 이론 연구 및 활용 경향에 대한 연구. **정부학연구**, 19(2), 37-72.

고수정, 김순양(2013). 복지행정분야 연구논문의 경향 분석: Network Text Analysis를 중심으로. **한국사회와 행정연구**. 24(2), 211-234.

고정은, 이선혜(2015). 여성노인의 우울 영향요인: 빈곤집단과 비빈곤 집단간 차이 연구. **노인복지연구**, 68, 251-271.

김미령(2012). 노인의 스트레스와 성인자녀의 지지가 행복감과 우울감에 미치는 영향. **한국사회복지조사연구**, 32, 1-27.

김미혜(2008). 한국노년학의 복지분야 연구동향: 1980년(창간호)부터 2008년(28권 제2호)까지의 논문을 중심으로. **한국노년학**, 28(4), 733-752.

김순은, 이민홍(2015). 한국노인이 경험하는 문제(어려움)는 무엇인가?: 포괄적 노인문제척도 개발을 중심으로. **정책분석평가학회보**, 25(2), 1-22.

김용학(2013). **사회연결망분석**. 서울: 박영사.

김형수(2002). 한국노인의 자살생각과 관련요인 연구. **한국노년학**, 22(1), 159-172.

박미진(2010). 빈곤노인의 사회적 고립이 생활만족도에 미치는 영향: 지역사회인식의 매개효과. **한국노년학**, 30(3), 895-910.

박영란, 박경순(2013). 한국노인의 사회적 관계망과 복지: 연구의 동향과 향후 과제. **노인복지연구**, 60, 323-352.

박한우, Leydesdorff, L.(2004). 한국어의 내용분석을 위한 KrKwic 프로그램의 이해와 적용. **Journal of the Korean Data Analysis Society**, 6(5), 1377-1387.

변웅전, 황윤원(2012). 입법과정 분석을 통한 우리나라 노인복지정책 변화연구: 제17대, 18대 국회를 중심으로. **의정논총**, 7(2), 65-104.

보건복지부(2016). **보건복지부 소관 2017년 예산 및 기금운용계획안**.

보건복지부(2013). **2013년도 보건복지부 소관 예산및기금운용계획개요**.

선우덕(2008). 노인보건정책의 발전과정 및 연구동향에 대한 일고찰. **한국노년학**, 28(4), 773-784.

이주연, 한승환, 권기석(2015). 키워드 네트워크 분석을 통해 살펴본 최근 10 년 법학연구 동향. **아주법학**, 8(4), 519-539.

정순둘, 김성원(2012) 사회복지학 분야 '고령화 사회' 연구동향: 인식과 대책. **사회과학연구논총**, 27, 275-311.

조민경, 조만복, 노은미(2014). 노인의료복지학 박사 학위논문의 연구 경향 분석. **노인의료복지연구**, 6(1), 1-16.

조재인(2011). 네트워크 텍스트 분석을 통한 문헌정보학 최근 연구 경향 분석. **정보관리학회지**, 28(4), 65-83.

조현, 강인순(2004). 우리나라 지방 분권과 노인복지 정책. **노인복지연구**, 26, 7-30.

최광현(2006). 노인문제 해결을 위한 노인복지상담 연구-인지행동상담을 통한 노인문제 접근-. **대한케어복지학**, 1(3), 121-136.

최영출, 박수정(2011). 한국행정학의 연구경향분석. **한국행정학보**, 45(1), 123-139.

최재성, 정세정, 조자영(2016). '한국사회복지행정'의 최근 10년간 연구경향 특성 -네트워크분석과 내용분석의 활용-. **한국사회복지학**, 68(1), 73-94.

최호택, 정석환(2011). 한국지방자치 연구경향분석. **한국지방자치학회보**, 23(4), 5-23.

통계청(2015). **세계와 한국의 인구현황 및 전망**.

하미승, 이진만, 공주, 이병진(2015). 텍스트 네트워크 분석(TNA)을 활용한 한국인사행정학의 연구경향 분석. **한국인사행정학회보**, 14, 185-215.

하혜수, 최영출(2013). 지방자치 및 지방행정 연구경향 분석. **한국사회와 행정연구**, 24(2), 125-151.

한국보건사회연구원(2014). **2014년 노인실태조사보고서**.

함정혜, 강선옥(2008). 사회문제로서의 노인문제와 노인여가의 개념. **한국여성체육학회지**, 22(5), 177-188.

현외성(2009). 노인복지학의 탐색: 노인복지 연구동향과 학문적 과제. **노인복지연구**, 44, 279-301.

Börner, K., Chen, C., and Boyack, K. W.(2003). Visualizing knowledge domains. *Annual Review of Information Science and Technology*, 37(1), 179-255.

Carley, K. M.(1997). Network text analysis: The network position of concepts, in *Text analysis for the social sciences: Methods for drawing statistical inferences from texts and transcripts* (pp. 79-100), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Hooyman, N. R., and Kiyak, H. A.(2008). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*. Pearson Education.

포스터발표 10

IT에 대한 인식과 한국 노인의 유형화 특성: Q 방법론 적용

발표: 홍석호(서울대학교 행정대학원 고령사회와 사회자본 연구센터 전임연구원)
장세정(서울대학교 행정대학원 석사과정)
어유경(서울대학교 행정대학원 박사과정)
김순은(서울대학교 행정대학원 교수,
서울대학교 한국행정연구소 겸무연구원)

IT에 대한 인식과 한국 노인의 유형화 특성: Q 방법론 적용*

홍석호 · 장세정*** · 어유경**** · 김순은*****

국문초록

정보화 기술의 발전과 더불어 우리나라의 IT 산업도 글로벌 IT서비스 시장의 성장에 맞추어 꾸준히 증가추세에 있다. IT 산업과 서비스들은 사람들의 생활환경에 변화를 가져오고 삶의 질과 만족도에도 많은 영향을 미치고 있다. 짧은 기간에 급속한 산업화와 정보화의 과정을 겪게 되는 노인들은 IT 발전에 대하여 젊은 세대와는 다른 인식의 특성이 있음이 선행연구를 통하여 비교 조사되었다. 또한 인간의 평균수명이 길어지면서 초기노인들은 IT와 더욱 밀접하게 생활할 것으로 기대된다. 하지만, 노인이 IT에 대하여 어떻게 인식하고 있는지를 객관적으로 연구한 논문이 드물며 노인집단 간에 인식의 다양성을 비교 분석한 연구 또한 전무한 실정이다. 본 연구의 목적은 한국 노인들이 IT에 대한 다양한 인식과 태도를 살펴보고 유사그룹의 특징들을 도출함으로써 노인을 위한 친 정보화 기술 환경과 서비스 제공에 있어서 정책적 실천적 접근방법의 함의를 제공하기 위함이다.

한국 노인의 IT에 대한 인식 유형을 살펴보기 위해 Q 방법론을 사용하였다. 우선 선행 연구들에 대한 문헌조사와 실제노인들을 대상으로 한 인터뷰를 통해 초기 질문 문항들이 구성되었고, 그중 수정 검토를 거쳐 52개의 IT 인식의 최종 질문 문항을 선정하였다. 지역에 거주하는 노인들을 상대로 성별, 나이, 교육수준을 감안하여 최종 30명의 응답 참석자를 선별하였으며 그들을 상대로 간단한 인구학적 특성과 IT에 대한 최종 52개 문항에 대하여 개인의 주관적 인식과 태도 등에서 얼마나 동의하는지를 인식을 물었다. 응답 노인이 Q문항 분포도를 이용하여 문항에 대한 동의 정도를 피라미드 형태로 배분할 수 있도록 인터뷰 진행자가 도움을 제공하였다. 수집 분류된 Q 자료의 분석을 위한 PQ Method 소프트웨어가 사용되었다.

본 연구를 통해 기대되는 결과 및 함의는 다음과 같다. Q 방법론을 통해 얻은 결과는 수차례의 내부 회의를 통해 한국 노인의 IT 인식의 유형화 과정을 거칠 것이다. IT의 활용가능성, IT의 영향에 대한 긍정과 부정, 노인을 위한 IT 정책 방향, 노인의 정보화 격차 등의 인식에 따라 분류되는 그룹을 적절한 명칭이 부여하며 이들이 특징을 결과와 내부 회의를 통해 논의되며 이들을 위한 정책적 실천적 함의들이 제안될 것이다.

본 연구는 현대사회의 가장 큰 변화의 축으로 작용하는 2가지 주제(고령화 & 정보화)를 연결시켜 미래 연구의 이론적 토대를 제공하게 될 것으로 기대된다.

주제어: 노인, IT, 정보기술, 인식, Q방법

---

* 이 논문 또는 저서는 2016년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2016S1A3A2925399)

** 서울대학교 행정대학원 고령사회와 사회자본 연구센터 전임연구원

*** 서울대학교 행정대학원 석사과정

**** 서울대학교 행정대학원 박사과정

***** 서울대학교 행정대학원 교수, 서울대학교 한국행정연구소 겸무연구원

Ⅰ. 서론

현대사회는 IT와 스마트 기술의 급격한 발전을 특징으로 하는 정보화 사회이다. 다양한 정보기기와 뉴미디어의 출현, 그리고 스마트폰의 보급은 삶의 방식을 완전히 변화시켰다. 우리나라는 국가발전의 동력으로 정보화를 추진하여 세계 최고 수준의 IT 강국으로 자리잡았다. 모든 가정에 컴퓨터를 보급하고자 하는 인프라 덕분에 인터넷 이용이 급속도로 확산되어 2015년 가구 컴퓨터 보유율은 77.1%, 인터넷 보급률은 84.4%, 인터넷 이용률은 85.1%에 달했다(미래창조과학부, 2015a). 국제적으로도 2015년도 4분기에 광대역 인터넷 도입률에서 세계 1위, 인터넷 평균속도는 26.7Mbps로 전 세계 평균인 5.6Mbps를 훌쩍 상회하는 1위를 차지하였다(아카마이코리아, 2016.).

정보화와 함께 한국사회는 고령사회로의 이행이라는 또 다른 변화의 한가운데에 있다. 노인 인구의 비율이 급속하게 증가하고 있으며, 고령화는 저출산 문제와 결합하여 더욱 가속화되고 있다. 우리나라의 고령 인구는 2015년 기준 13.1%로, 2018년 고령화 사회에서 총인구 대비 노인 인구의 비율이 14%에 해당하는 고령사회(aged society)로 진입할 것으로 예상된다(통계청, 2015; 이삼식, 2016). 2000년 고령화 사회에 진입한 지 18년 만에 고령사회에 진입하는 것은 고령화 최고속도를 가진 일본(24년)을 앞지르는 속도이다. 2050년에는 일본에 이어 제2위의 고령 국가가 될 것이라는 전망도 나왔다.

우리나라에서는 1995년 정보화촉진기본법이 공표된 이후 1999년부터 취약계층을 위한 정보화 교육을 실시하고 있고 노년층의 인터넷 사용도 꾸준히 증가하고 있으나(김희섭 외, 2015) 고령화 사회에서 노인들의 정보화 수준은 여전히 평균과 큰 격차를 나타내고 있다. 미래창조과학부(2015b)에서 발표한 「2015 정보격차실태조사」에 따르면, 일반 국민을 100으로 가정했을 때 만 50세 이상 장노년층의 유무선 융합 환경에서의 정보화 수준은 56.3%로 조사되었다. 65세 이상의 노년층만을 대상으로 한다면 그 격차는 더욱 클 것으로 예상된다. 이와 더불어 노년층 사이에서도 연령을 기준으로 인터넷 이용 현황에 차이가 두드러진다. 미래창조과학부(2015a)의 「인터넷이용실태조사」에서는 60대와 70대 이상으로 노년층을 구분하였는데, 60대의 경우 인터넷 이용률이 59.6%인 반면 70대 이상은 17.9%에 불과하였다. 이러한 차이는 노인집단 간에도 정보화 수준의 차이가 존재함을 시사한다.

60, 70년대 산업화로 인한 빠른 경제성장과 발전으로 인해 현재 고령층을 구성하는 60대 이상의 노인들은 급속한 사회변화를 경험한 세대이다. 이로 인해 각각 경험한 삶의 변화에 따라 노인집단 간 다양성을 특성으로 한다. 기존 고령층 내부에서도 60대와 70대 이상의 정보화 적응도에 차이가 있으며, 새롭게 고령층에 유입될 베이비붐 세대(1955~1963년 출생, 현재 53~61세) 역시 기존 고령층과 다른 성향을 보이고 있다. 베이비부머의 경우 기존 노인 인구에 비해 상대적으로 높은 교육수준과 경제력을 보유하며, 다양한 문화의 유입을 직접적으로 경험하여 전통과 혁신이라는 양면적 가치관을 가지고 있다. 이로 인해 새로운 문화와 기술의 유입에 비교적 유연한 모습을 보이고 있어(김희섭 외, 2015), 정보화와 IT 기술에서도 비슷한 태도의 차이가 관찰될 것으로 예상된다.

정보화 수준이 높은 만큼 한국에는 이미 IT와 인구집단에 대한 다양한 연구가 존재한다.

특히 정보화 취약계층으로 분류되는 저소득층, 장애인, 농어민, 북한이탈주민 및 결혼이주여성의 정보화 현황을 분석하고 이들의 정보활용수준을 제고하고자 하는 논문이 주를 이룬다. 노년층 역시 이러한 소외계층으로 분류되어 노년층의 정보화 교육의 효과, 개선방안, 삶의 질과의 관계 등을 분석한 논문을 다수 찾아볼 수 있었다. 이중 노인의 IT 활용 행태와 경험을 설문조사와 면접을 통해 조사하여 함의를 이끌어낸 연구도 있었다(권중돈 외, 2012; 강월석 외, 2013; 이복자, 2013; 강보라 외, 2014; 김판수 외, 2014; 김희섭 외, 2014a; 김희섭 외, 2014b; 이미숙 외, 2015a; 이미숙 외, 2015b). 그럼에도 불구하고, 정보교육이나 컴퓨터 및 인터넷 활용의 경험이 아닌 노인 집단의 IT에 관한 인식을 집중적으로 조사한 연구는 부족하였다.

특히 노인 집단을 구성하는 다양성의 존재에도 불구하고, 한국노인들의 IT에 대한 인식의 집단차이를 살펴보는 조사는 더욱 드물었다. 즉, 노인 집단 스스로에게 IT 인식을 질문하여 나타나는 차이를 통해 이러한 인식을 유형화하려는 연구는 거의 시도되지 않았다. 급변하는 IT 기술의 확산과 더불어 고령사회로 나아가는 현재 한국에서 고령층의 정보화 문제가 더욱 중요한 현안으로 대두되는 것은 당연한 수순이다. 이때 IT에 대한 인식을 중심으로 고령 인구가 어떠한 유형 특성인지를 아는 것은 정보화 교육 등의 정책적 접근에서 명확한 이점으로 작용할 것이다. 정보화에 대한 노출도 혹은 IT 기술 수준과 같은 피상적, 표면적, 객관적 정보에 비해 인간의 자작적 주관성에 기초한 인식에 관련된 정보는 본질적으로 문제를 해결하는 데에 도움을 준다.

저출산과 노인 기대 수명의 증가로 인해 한국사회는 급격한 고령화를 경험하고 있으며, 고령사회의 진입 목전에 있다. 동시에 정보화 기술의 발전으로 IT 기술에 대한 의존도 또한 증가하여, 우리 삶에서 IT는 불가피한 존재로 자리잡았다. 이에 따라 고령층의 정보화 및 인터넷 활용은 꾸준히 증가하고 있다. 특히 직업적으로 컴퓨터와 인터넷을 사용하지 않더라도, 노인 수명의 증가로 은퇴 이후 20 년 이상의 삶을 설계해야 하는 상황에서 노인 인구의 정보화에 대한 적응은 더욱 불가피하다. 정부는 IT에 대한 노인의 인식을 알고 이러한 인식을 바탕으로 하는 정보화 정책과 교육을 제공할 필요가 있다. 고령층의 삶에서 IT와 정보화의 비중이 높아지고 있는 시점에서 고령층의 IT에 관한 인식을 Q 방법론을 통해 살펴보고자 한다.

Ⅱ. 이론적 배경

IT 기술과 고령화에 대한 관심이 증대되면서, 정보화에 대한 노인의 활용수준 및 만족감에 대한 연구 역시 지속적으로 진행되고 있다. 2010년을 전후로 하여 그전에 비해 노인의 정보화 수준과 만족도에 관한 논문이 증가하였고 2010년 이후 정보화 수준, 정보화 교육, 그리고 정보화 정책과 노인의 삶의 질 및 행복을 연관 지어 살펴본 논문들이 대두되었다. 삶의 질과 행복감이 사회 내 중요한 가치로 각광을 받으면서 노인의 IT 활용과 이를 권장하는 정보화 정책 역시 이러한 가치의 증진을 위해야 한다는 생각이 담겨있는 것이다.

또한, IT의 활용과 정보화에 대한 긍정적 혹은 부정적 태도, IT 정책 방향과 정보 격차에 대한 문제, 고령층의 인구통계학적 특성, 복지 및 의료서비스 등이 고령층과 IT에 대한 연구의 주제로 지속적으로 등장하였다. 이는 고령층의 IT 활용에 있어서 이러한 주제들이 가지는 관련성이 높아 검토할 필요성이 계속되어왔음을 보여준다. 특히 노인의 IT 인식 및 인지와 비교적 유사한 특성인 노인의 정보화 이용 행복감, 만족감 및 삶의 질에 관한 연구는 정보화 태도와 IT 정책 방향성 등 앞서 언급했던 몇 가지 연구 주제들을 활용하고 있었다. 이에 따라 노인의 IT에 대한 태도 및 인지를 IT의 활용 가능성, IT에 대한 긍정 및 부정, 고령층 정보화 정책 방향에 관한 의견, 그리고 노인 정보화 격차로 대분할 수 있으며, 각 문제들은 서로 깊은 상호연관성을 지니고 있다.

노인의 IT 활용 가능성과 IT에 대한 긍정 및 부정적 태도에 관한 연구에서는 주로 긍정적 활용 인식이 제시된다. 취미와 일상의 편리성에 대한 긍정뿐만 아니라 재취업과 창업 등 경제적 활용, 열정과 목적의식의 상승, 그리고 가족 및 주변인과의 소통의 증진에서 나타나는 사회자본 등 다양한 분야에서 긍정적 활용 가능성이 나타난다고 본다(권중돈 외, 2012; 이복자, 2013; 김희섭 외, 2014b). 노인의 자기효능감, 배움에 대한 의지와 적극성 역시 강조되며(최경애, 2013) 노인 복지 및 의료서비스와의 손쉬운 연계를 통해 노인의 질병 예방과 전반적 건강에 기여할 수 있을 것이라는 기대도 존재한다(강월석 외, 2013; 김판수 외, 2014).

그러나 부정적인 영향과 태도가 동시에 언급되기도 하였는데(권중돈 외, 2012; 이복자, 2013) 이는 노인 개인 차원과 사회적 차원으로 나누어서 고려할 수 있다. 개인적 차원에서는 노인의 스마트기기 중독 문제와 일상으로부터의 도피, 상실감과 허탈감, 소외와 습득의 어려움으로 인한 괴로움 등이 존재한다. 한편 사회적 차원에서는 정보화로 인한 사회문제와 정보화 정책의 실패, 갈수록 심화되는 정보격차와 정보화 소외를 심화시키는 IT에 대한 전반적 의존성 증가 등이 제시되었다(김희섭 외, 2014a; 이미숙 외, 2015a; 이미숙 외, 2015b).

노인의 IT 활용 가능성에 대한 기대와 부정적 태도는 모두 정부의 정보화 취약계층에 대한 IT 정책과 노인 정보화 교육 프로그램, 그리고 사회의 정보 격차와 직결된다. 노인의 IT에 대한 태도는 주로 실생활에서 정보화를 어떻게 접하느냐와 밀접한 연관이 있는데, 이때 공공기관에서 제공하는 정보화 프로그램과 컴퓨터 교실이 주된 통로로 작용한다(권중돈 외, 2012). 이러한 IT 서비스를 뒷받침하는 것이 정부의 정보화 정책이기에 IT 정책이 정보화와 정보 격차에 대한 태도 및 앞으로의 정책적 방향성에 대한 노인들의 기대에 영향을 주고 있는 것이다(이복자, 2013).

Ⅲ. 연구 방법

본 연구는 노인의 IT에 관한 주관적인 인식을 분석하고 유형화하는 데 목적을 둔다. 이를 위해 분석 방법으로 Q 방법론을 적용한다. Q 방법론은 연구대상자의 주관적인 인식을 과학

적으로 분석하는 심리적, 통계적 도구이므로(김순은 외, 2014) 본 연구의 목적에 가장 잘 부합하기 때문이다 .

Q 방법론을 적용한 연구의 일반적인 연구 순서는 다음과 같다. 먼저, 주제와 관련된 다양한 주관적 인식들을 나타내는 진술문들을 수집한다. 이는 진술문들의 모집단인 Q 모집단(Q population)을 대표할 수 있는 Q 표본(Q sample)을 구성하는 작업으로, 주제와 관련된 모든 의견의 통합체(concourse)를 구성하는 것과 같은 의미이다(김흥규, 2008). 다음으로 연구 참여자 집단인 P 표본(P sample)을 구성한 후, 이들로 하여금 우선순위에 따라 진술문들에 점수를 부여하도록 하는 Q 분류(Q sorting)를 실시한다. 이후, 모든 참여자들의 Q 분류 결과를 토대로 분석을 실시하고 결과를 해석하여 참여자들의 유형을 분류한다.

1. Q 진술문 및 P 표본 선정

본 연구는 노인과 IT에 관한 각종 문헌을 검토하고, 연구대상자 중 일부를 사전 인터뷰하여 Q 진술문을 추출하였다. 문헌은 관련 논문, 서적, 기사, 기존 인터뷰 자료 등을 활용하였다(권중돈 외, 2012; 최경애, 2013; 강월석 외, 2013; 이복자, 2013; 강보라 외, 2014; 김판수 외, 2014; 김희섭 외, 2014a; 김희섭 외, 2014b; 이미숙 외, 2014; 김희섭 외, 2015; 이미숙 외, 2015a; 이미숙 외, 2015b). 이 과정에서 노인이 지닌 IT에 관한 인식에 관하여 다양한 관점의 진술문을 빠짐없이 추출하고자 하였다. IT 인식에 관하여 체계적인 이론이 존재하지는 않기 때문에, 본 연구는 이론적 분석틀 없이 진술문들을 가능한 다양하게 수집하여 진술문의 모집단을 구성하는 비구조적 방식을 적용하였다(Brown, 1980). 추출된 진술문들은 크게 ① IT 활용 가능성에 대한 인식, ② IT의 영향에 대한 생각(긍정 및 부정), ③ 노인을 위한 IT 정책의 방향, ④ 노인의 정보화 격차로 구분되었다. 최초로 추출된 Q 진술문은 모두 82개였다. 본 연구의 저자들을 포함하여, 서울대 SSK 고령사회 연구단 소속 공동연구원 2인이 교대로 검토하여 의미가 중복되는 진술문들을 제거한 결과, 최종적으로 선정된 진술문은 총 36개였다.

<표 1> Q 진술문

번호	진술문
1	인터넷과 컴퓨터는 경제에 관한 정보를 제공해주기 때문에 유용하다.
2	인터넷은 문화예술 및 여가 활동에 관한 정보를 얻을 수 있는 유용한 도구이다.
3	정보기술(IT)은 시사와 뉴스를 접할 수 있는 유용한 통로이다.
4	컴퓨터 등의 정보기술(IT)은 치매를 예방하게 해주는 등 인지 능력을 길러주므로 중요하다.
5	정보화 기술이 발달하면 신체적인 건강을 지키는데 큰 역할을 할 것이다.
6	인터넷, 스마트폰 등을 활용하여 쇼핑을 하고 은행 업무를 볼 수 있기 때문에 생활이 편해지는 것이 좋다.
7	컴퓨터, 인터넷을 통해 교육의 기회가 늘고, 더 많은 것을 배울 수 있어서 좋다.
8	가족과 친구들과 핸드폰, 인터넷을 통해 더 많이 소통할 수 있어 좋다.

9	핸드폰, 컴퓨터 등을 통해 게임과 오락을 즐길 수 있어 재밌고 즐겁다.
10	인터넷을 활용하면서 좀 더 목적의식을 가지고 계획적으로 움직이려고 노력한다.
11	관심사가 확장되어 가족과 옛날 이야기 위주에서 인터넷에서 찾아본 이야기, 다음에 할 일 등으로 대화의 주제가 다양해진다.
12	그림도 그리고 동영상도 만들면 주변 친구들이 나를 부럽게 보고 다시 젊어진 느낌이 든다.
13	인터넷 이용에 중독되면 일상이 허무하게 느껴진다.
14	빠르게 많은 것을 할 수 있다는 인터넷 세상은 허상을 부추기는 것 같다.
15	노인들이 인터넷을 활용한다고 해서 세대 간 교류가 활발해지지는 않을 것이다.
16	인터넷과 컴퓨터를 배워봐야 일상생활에 도움이 안되고 오히려 문제를 발생시킨다.
17	인터넷과 컴퓨터를 너무 많이 쓰다보니 나도 모르게 중독되는 것 같다.
18	나이를 먹다보니 인터넷과 같은 새로운 기술을 배우는 것 자체가 스트레스다.
19	컴퓨터를 배우는 것도 비용이 만만치 않기 때문에 부담스럽다.
20	나이가 들수록 컴퓨터와 인터넷을 배우고 활용하기 어렵다.
21	내 또래를 보면, 여자들이 (혹은 남자들이) 컴퓨터와 인터넷을 더 능숙하게 다룬다.
22	학교를 더 오래 다녔던 사람들이 인터넷과 컴퓨터도 더 잘 배운다.
23	돈이 더 많은 사람들이 컴퓨터와 인터넷을 능숙하게 다룰 줄 알다.
24	건강이 나빠지면 인터넷, 컴퓨터와 같은 새로운 기술을 배우기도 힘들다.
25	여러 가지 사회활동에 참여하는 사람들이 컴퓨터, 인터넷도 잘 다룬다.
26	노인들도 컴퓨터와 같은 기술을 배우도록 독려해주는 공동체에서 더 빨리 잘 배울 수 있다.
27	정부는 고령자의 사회참여가 확대되는 방향으로 정책을 만들어야 한다.
28	컴퓨터 프로그램을 활용한 교육은 노인들의 건강에 신경을 써줘야 한다.
29	컴퓨터, 스마트폰 등의 정보기기를 노인들도 살 수 있도록 가격을 낮추거나 돈을 지원해줘야 한다.
30	정보기술(IT)을 배워서 일자리를 찾는 등 경제적으로 도움이 되어야 한다.
31	정보기술(IT)에 대한 노인 지원 정책은 은퇴로 인해 발생하는 문제를 해소시킬 수 있어야 한다.
32	정보기술(IT)을 활용하여 좀 더 쉽게 의사를 만나고 질병에 대한 정보를 제공할 수 있도록 하여야 한다.
33	노인들이 어디를 갈 때 정보기술을 이용하면 더 쉽고 편리하게 이동할 수 있다.
34	노인들이 더 많이 참여할 수 있도록 컴퓨터 교실은 초급, 중급 등 수준별 프로그램이 제공되어야 한다.
35	정보화 프로그램은 할 수 있다는 자신감을 북돋울 수 있어야지, 너무 어렵게 만들면 안 된다.
36	노인들이 컴퓨터 교실에 많이 참여할 수 있도록 정보기술(IT) 교육의 중요성을 널리 홍보하는 것이 중요하다.

Q 방법론에서 진술문의 모집단을 대표하도록 Q 표본을 구성하는 것은 중요하지만, 연구대상자 모집단의 대표성을 고려할 필요는 없다. 그러나 다양한 인식 유형을 확보하기 위하여 대상자 집단의 인구통계학적 특성–성별, 연령, 소득 등–을 고려하여 P 표본을 구성한다.

2. Q-sorting 및 통계적 분석

각 참여자별로 진술문을 처음부터 끝까지 먼저 읽은 뒤, 충분한 시간 동안 마음에 들 때까지 진술문에 점수를 부여하고 수정하도록 한다. 구체적으로는, <표 2>와 같은 질문지를 제공하고 각 점수 열에 해당하는 진술문의 번호를 기록하도록 하였다. 평균적으로 참여자 당 약 20분의 시간이 소요되었으며, Q 분류 직후에는 그와 같이 분류한 이유에 대하여 간단한 인터뷰를 진행한다.

<표 2> Q 분류 시트 예시

가장 동의하지 않음 ◀——————▶ 가장 동의함

-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

수집된 Q 분류 자료들은 PQMethod를 활용하여 분석한다. 주성분요인분석(Principle component analysis) 방식을 사용하며, 도출된 결과를 베리맥스 회전(Varimax rotation)을 적용하여 요인 간 분명하게 분리되는 요인들을 도출하고자 한다.

참고문헌

강보라, 김희섭, 이미숙(2014). 고령층의 온라인 정보활동과 삶의 만족감 관계 분석. **한국문헌정보학회지**, 48(2), 159-175.

강월석, 김명숙, 고재욱(2013). 스마트폰 정보 활용과 이용성과가 노인의 삶의 만족도에 미치는 영향. **한국노년학**, 33(1), 199-214.

권중돈, 김유진, 엄태영(2012). 노인의 일상생활에서의 인터넷 활용 경험과 그 의미에 관한 질적 연구. **한국노년학**, 32(3), 835-850.

김판수, 김희섭, 이미숙(2014). 고령층의 정보 활용수준이 삶의 질에 미치는 영향. **한국지역정보화학회지**, 17(1), 25-47.

김흥규(2008). **Q 방법론: 과학철학, 이론, 분석 그리고 적용**. 서울: 커뮤니케이션북스.

김희섭, 이미숙, 서지웅(2014a). 고령층의 인구통계학적 특성에 따른 정보이용행태 분석. **정보사회와 미디어**, 15(1), 45-73.

김희섭, 이미숙, 강보라(2014b). 장노년층의 정보화교육 유용성과 삶의 만족감 관계 분석. **한국도서관·정보학회지**, 46(2), 113-129.

김희섭, 이미숙, 서지웅(2015). 중·장년층의 인구통계학적 특성에 따른 모바일 정보이용행태 분석. **한국문헌정보학회지**, 49(2), 335-353.

미래창조과학부(2015a). **인터넷이용실태조사**.

미래창조과학부(2015a). **정보격차실태조사**.

아카마이코리아(2016). **2015년 4분기 인터넷 현황 보고서**.

이삼식(2016). 저출산·고령화 대책의 현황과 정책과제. **보건복지포럼**, 231, 51-65.

이미숙, 문진현, 김희섭(2014). 고령층의 정보활동이 삶의 행복감에 미치는 영향 분석. **한국비블리아학회지**, 25(2), 25-40.

이미숙, 김희섭, 홍순구(2015a). 실버세대가 지각하는 삶의 행복감과 만족감이 인터넷 이용의지에 미치는 영향. **인터넷전자상거래연구**, 15(1), 17-32.

이미숙, 김희섭, 홍순구(2015b). 정보활용이 고령층 삶에 미치는 영향에 관한 연구. **한국IT서비스학회지**, 14(2), 33-49.

이복자(2013). 지역의 정보화정책에 따른 노인의 정보화수준 비교연구: 노인의 인터넷활용을 중심으로. **정책분석평가학회보**, 23(3), 147-176.

최선미, 최지민, 김순은(2014). 고령화 사회에 대한 인식유형과 정책적 시사점. **행정논총**, 52(2), 230-257.

최경애(2013). 노인 정보화교육의 참여동기, 지속동기, 학습지속유형에 관한 연구. **교육연구논총**, 34(1), 65-90.

통계청(2015). **세계와 한국의 인구현황 및 전망**.

Brown, S. R.(1980). *Political subjectivity: Applications of Q methodology in political science*. New Haven : Yale University Press.