

환경변화에 대한 고령자의 취약성: 고령친화 관점의 재조명

Vulnerability of Older Adults to Environmental Changes: Reappraisal of Age-Friendly Perspectives

윤 가 현*

전남대학교 심리학과

Gahyun Youn

Department of Psychology

Chonnam National University

(초록)

인구 고령화는 세계적인 현상이며, 2000년대에 접어들자마자 고령친화지역사회의 개념이 부각되었다. 이는 지역사회 거주자 모두가 생의 후반기에 이르기까지 다양한 사회적 활동과 함께 활기에 찬 생활이 가능한 환경을 의미한다. 근래 세계적으로 코로나 바이러스 감염자들이 폭증하면서 pandemic 상황이 전개되었다. 그 확산에 대처하는 수단으로 사회적 거리두기와 같은 억압 조치가 강제적으로 이루어졌다. 이로 인하여 생활환경이 급격히 변화자 고령자와 같은 취약계층은 적응하기가 매우 어려워졌다. 구체적으로 고령자들의 신체 및 정신 건강, 나아가서는 생존에 심각한 영향을 미치게 되었다. 고령자 중에서도 특히 심신이 쇠약한 자들에게 미치는 영향은 더 지대했다. 이에 본고에서는 고령친화 개념이 어떠한 상황에서나 적용될 수 있어야 함을 역설했는데, 특히 고령친화 건강관리 체계에 초점을 맞추면서 재정비할 필요가 있음을 강조하였다.

주제어 : 고령친화지역사회, 고령친화 건강관리체계, 코로나바이러스, 원격의료

* 교신저자: (우) 61180 광주광역시 북구 용봉로 77 전남대학교 심리학과 윤가현 교수 (e-mail: ghyoun@jnu.ac.kr)

(Abstract)

Population aging is a global phenomenon, and the concept of age-friendly community has emerged in the early 2000s. It means that all people living in the community can enjoy actively their daily life including a variety of social activities until the second half of their lives. In recent years, the pandemic has developed as the number of COVID-19 cases has soared around the world. Suppression strategies such as social distancing have been mandatorily adopted as a means of coping with the spread of the pandemic. This has changed the living environment dramatically, resulting in that vulnerable people such as older adults have become very difficult to adapt the change. Specifically, it has had a serious impact on the physical health, mental health, and even survival of the older adults. Among the older adults, the impact has been greater on the physically and/or mentally frail ones. It emphasized that the age-friendly concept should be applicable under any circumstances in this paper. Especially the current author stressed the concept needs to be restructured in the context of age-friendly health care system.

Key words : Age-friendly community, Age-friendly health care system, COVID-19, Tele-health

I. 고령친화지역사회 개념의 등장

인구고령화는 세계적 현상으로 OECD 회원국들의 경우 2050년 무렵 65세 이상 인구가 2010년대 말과 비교해 25%이상 증가할 것으로 전망된다. 이와 함께 인구의 도시집중화 현상도 심화되고 있는데, 조만간 세계인구 ⅔가 도시 거주자일 것으로 예상된다(Marston, Shore, & White, 2020; Rémillard-Boilard, Buffel, & Phillipson, 2021; Tavares, Santinha, & Rocha, 2021; van Hoof, Dikken, Buttigieg, van den Hoven, Kroon, & Marston, 2020). 건강상태 개선 등으로 기대수명이 연장되고 있지만, 인구고령화 현상은 여러 가지 문제를 파생시키고 있다. 우선 장기치료를 요하는 여러 가지 만성퇴행성질환을 지닌 고령자들이 늘어난다는 점이다. 노인환자들의 질환 상태는 고령일수록 더 심각하며, 그들 대부분은 임종 시기까지 복합적인 돌봄 서비스를 필요로 한다.

여기에서 제기되는 또 다른 문제는 출산율 및 사망률 저하로 그들을 돌볼 수 있는 젊은 세대는 줄어든다는 점이다(Klasa, Galaitsi, Wister, & Linkov, 2021; Tavares et al., 2021).

곧 인구고령화로 인해 건강의료서비스 관련 문제들이 심각하게 부각되는데, 고령친화 관점의 서비스를 강조할 필요가 있다(Rémillard-Boilard et al., 2021; Tavares et al., 2021; van Hoof et al., 2020). 고령친화에 대한 관심은 21C에 들어와 고조되기 시작했는데, WHO는 2004년 고령자의 치료, 사회적 참여, 독립성, 존엄성 향상을 목적으로 고령친화 의료프로젝트를 착수했다. 또 인구 고령화·도시화가 가속화되자 2005년 고령친화지역사회¹⁾(age-friendly community) 관련 계획에 착수했는데, 그 관점은 도시 거주 고령자들의

1) WHO에서는 처음 고령친화도시(age-friendly city)라는 개념으로 출발했지만, 본고에서는 이를 고령사회지역사회로 표기함.

경험을 조사하는 프로젝트를 통해 개발되었다. 고령친화지역사회 개념은 평생에 걸쳐 신체 및 정신건강을 유지하거나 증진시키는 건강하고 활기에 찬 노화(healthy or active aging)에 중점을 두는데, 구체적으로 그 관심은 주택이나 사회 참여, 이웃과 같은 영역으로까지 확장되었다. 프로젝트 연구 결과 2007년 서비스 제공(건강, 교통 영역), 환경 개선(주택, 야외 공간, 건물 영역) 등에서 고령친화지역사회 특성을 가이드라인으로 정리하여 제공했다(Rémillard-Boilard et al., 2021; Reuter, Liddle, & Scharf, 2020; Tavares et al., 2021).

그 가이드라인에 따르면, 고령친화지역사회란 거주지역이 농촌이든 도시이든 상관없이 고령자들이 살기에 알맞다고 느끼는 환경을 의미한다. 누구든지 가족들과 지역사회에서 건강하고 활기에 찬 상태로 지속적으로 살아갈 수 있고, 고령으로 몸이 허약해도 큰 불편 없이 쉽게 이동할 수 있고, 방문이 필요한 건물(병원, 보건소 등 공공기관)도 쉽게 전갈할 수 있는 등 신체 허약이나 장애 상태에서도 독립성을 최대한으로 유지시키면서 살아가는 환경이 갖추어진 지역사회를 뜻한다. 구체적인 예를 들면, 휠체어 이용 고령자의 이동성을 방해하는 요인들도 제거되어 통행이 더 수월해지고, 주변의 벤치들도 출거나 덥거나 비가 온 뒤에도 얼거나 젖지 않고 안락함을 느낄 수 있는 재질로 만들어주는 것이다. 그뿐만 아니라 지역사회에 관련된 정보도 쉽게 얻을 수 있고, 사회적으로 소통이 원활하고 고령 상태에서도 사회적 참여가 보장된, 한마디로 나이가 들더라도 건강, 참여, 안전 면에서 최적 상태의 지역사회를 뜻한다(Menec,

Means, Keating, Parkhurst, & Eales, 2011; van Hoof et al., 2020).

노년학에서는 건강을 언급할 때 질환이나 장애 등의 발생 이후 회복이나 적응보다 건강에 위협이 되는 위험요소 감소와 예방을 기본적으로 더 강조한다(Klasa et al., 2021). WHO의 가이드라인도 후자의 건강관리서비스에 초점이 맞추어졌는데, 그 서비스의 주 대상인 고령자의 요구를 충족시키려면 재정이나 인적 자원에 부족함이 없어야 한다. 예를 들면, 노인환자를 상대하는 의료종사자 교육·훈련에도 투자가 이루어져야 하고, 현재 거주하는 집의 개보수를 지원하여 그 지역사회에 지속적 거주(aging-in-place)가 보장되어야 한다. 이것이 바로 그들이 지역사회에서 활동·교류가 활발하게 이루어질 수 있게 하면서 삶의 질도 제고시키는 환경이 된다(Tavares et al., 2021; van Hoof et al., 2020). 그보다 더 중요한 점은 물리적 환경이 어떻게 변해더라도 사회적 상호작용이 가능해야 한다는 점이다. 구체적으로 고령친화지역사회 정책에는 어떠한 상황에서든지 고령자와 같은 사회 구성원에게 제공·부여되는 권리, 물적 자원, 이웃과의 교류, 시민으로서 사회적 참여(예, 정책 수립이나 결정에 참여), 서비스 등이 배제되지 않아야 한다는 뜻이다. 특히 고령자 중에서도 취약 계층이 사회적으로 고립되지 않도록 사회적 관계망을 그들의 다양한 특성(나이, 성별, 취미, 태도, 성격, 이동성, 건강상태 등)에 맞추어 구축되어야 한다(Buffer, Rémillard-Boilard, Walsh, McDonald, Smetcoren, & De Donder, 2020; Menec et al., 2011).

WHO의 고령친화지역사회 가이드라인이 발

표되자 지역사회마다 고령친화 환경을 가꾸려고 노력하고 있다(Marston, Niles-Yokum, & Silva, 2021). 그러나 그와 같은 노력에도 불구하고 지방정부마다 예산 등의 차이로 인해 의료 서비스, 문화·여가 시설, 일상생활 필수품 등에서 불평등이 존재하며, 인구이동이나 비싼 주택가격, 환경문제, 취약성이나 불안정성 등에서 차이가 심하다. 역시 노화·노인 관련 사안에 대한 관심 부족 때문에 고령친화 정책 개발·추진이 쉽지 않기도 하다. 그럼에도 불구하고 세계적으로 수많은 지역사회가 WHO의 고령친화도시 네트워크에 속하고 있다. 발족 당시 네트워크에 가입된 지역사회가 11개였지만, 2014년 209개, 2018년 544개, 2020년 말에는 44개국의 1,114개로 늘어났다(Rémillard-Boilard et al., 2021; Reuter et al., 2020).

II. COVID-19 유행과 고령자의 취약성

생의 후반기에는 연령증가와 함께 면역력 약화로 각종 질환의 발생이나 바이러스 감염 위험이 높아지며, 감염되면 상태가 더 심각해지고, 이로 인해 사망 위험도 더 높아진다. 세계적으로 2019년 말부터 전염성이 매우 강한 COVID-19가 빠르게 확산되었는데, 감염이나 이로 인한 증상의 심각성을 결정짓는 가장 강력한 요인은 고령이나 기저질환이다. 보통 70세 이상 고령자들의 ⅔가 최소한 한 가지 이상 만성질환을 앓고 있는데, 감염자 대다수가 당뇨나 고혈압, 천식, 폐질환, 심혈관질환, 신장질환 등의 환자였다(Abbatecola & Antonelli-

Incalzi, 2020; Aung, Yuasa, Koyanagi, Aung, Moolphate, Matsumoto, & Yoshioka, 2020; Cesari & Montero-Odasso, 2020; Colenda, Reynolds, Applegate, Sloane, Zimmerman, Newman et al., 2020; Daoust, 2020; Parlapani, Holeva, Nikopoulou, Sereslis, Athanasiadou, Godosidis et al., 2020). COVID-19 감염의 가장 공통적 임상증상은 급성호흡곤란증후군(acute respiratory distress syndrome)인데, 숨이 가쁜 현상이 비교적 안정된 상태에서 20-30분 이내에 갑자기 심하게 나타난다. 고령일수록 그 임상증상이 심해 집중치료를 요하며, 이는 여성보다 남성노인에게서 더 심하다. 또 기저질환 상태에서는 사망 위험도 더 높아지며, 여러 가지 합병증에다 쇠약 상태로 장기요양시설에 입소한 고령자는 더 치명적이다(Abbatecola & Antonelli-Incalzi, 2020; Barker-Davies, O'Sullivan, Senaratne, Baker, Cranley, Dharm-Datta et al., 2020; Cesari & Montero-Odasso, 2020; Colenda et al., 2020; Daoust, 2020; Dhama, Patel, Kumar, Rana, Yattoo, Kumar et al., 2020; Farrell, Francis, Brown, Ferrante, Widera, Rhodes et al., 2020; Gemelli against COVID-19 Post-Acute Care Study Group, 2020; Lee, 2020; Marois, Muttarak, & Scherbov, 2020; Mills, Kaye, & Mody, 2020; Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie, & Xu, 2020).

고령자들은 COVID-19 감염 이후 기능 쇠퇴를 비롯하여 섬망, 약물과다 투여, 수면장애, 낙상, 체중감소, 중증상태나 합병증으로의 발전, 또 이로 인한 사망 위험도 젊은 세대에 비해 더 높다(Aung et al., 2020; Jacobs & Garrett, 2020; Cesari & Montero-Odasso, 2020).

중국 우한의 최초 자료를 비롯하여 각국의 자료들은 감염환자 대비 사망자 비율이 고령일 수록 더 높음을 보여준다(Jimenez-Sotomayor, Gomez-Moreno, & Soto-Perez-de-Celis, 2020). 예를 들면, 40대 환자에 비해 70대 환자 사망률이 27배였다는 이태리의 보고(Marois et al., 2020), 감염 이후 사망률이 약 6.2%일 때 연령별로 50대 0.8%, 60대 2.7%에서 90대는 21.1%로 높아졌다는 이태리의 보고(Cesari & Montero-Odasso, 2020), 젊은 세대보다 고령자 치사율이 100배라는 보고(Doraiswamy, Jithesh, Mamtani, Abraham, & Cheema, 2021), 2020년 초반까지 감염자 중 70세 이상 환자는 35.8%였으나 사망자 중 70세 이상 비율이 무려 83.7%였다는 보고(Abbatecola & Antonelli-Incalzi, 2020), COVID-19로 인한 사망자 80%가 고령자라는 미국 CDC 보고(Farrell et al., 2020), 18-29세에 비해 75-84세는 병원 입원 위험성이 8배, 85세 이상은 13배였으며, 사망률은 75-84세는 220배, 85세 이상은 630배였다는 미국 CDC 보고(Jacobs & Garrett, 2020) 등이다.

COVID-19가 유행하던 초기에 여러 나라, 특히 미국의 대다수 병원들은 이를 대비하지 못해 사망자가 급증했다. 대다수 사망자들은 고령자였고, 정부 지원 및 경험의 축적에도 불구하고 이러한 상황은 장기화되었다(Jacobs & Garrett, 2020). COVID-19는 개인, 지역사회, 도시, 국가 등에 범세계적으로 차별하지 않고 빠르게 여러 가지 생태계에 영향을 미치고 있고, 사람들의 행동 변화를 초래했다(Dhama et al., 2020; Marois et al., 2020; White, Marston, Shore, & Turner, 2020). 고령자가 많은 이태리

는 COVID-19 영향을 받기 전에는 만성질환을 가진 고령자들도 건강한 생활양식 유지나 시민의 역할을 잘 해왔고, 의료인이나 학자와 같은 퇴직자들도 나름대로 사회적으로 공헌하고 있었다. 그러나 고령자들은 감염 위험이 높고, 감염 이후 연령이 높을수록 사망 위험도 높아져 삶의 질 변화를 겪게 되었다(Petretto & Pili, 2020).

WHO는 2020년 3월 11일 COVID-19 유행을 pandemic²⁾으로 선언했고, 나라마다 감염확산 방지의 엄격한 제재조치를 도입했다. 그 기본은 거리두기와 자가 격리 등이며, 개인적으로 마스크 착용, 기침 예절, 손 씻기 등을 강조했다. 나라마다 그 대응이나 사회적 결과는 달랐는데, 예를 들면, 영국에서는 노인이나 만성질환자에게 감염으로부터의 보호를 위해 집에서 최소 12주일 동안의 격리생활을 요구했고, 거리에서도 신체접촉행위를 금지했다. 거리두기 조치는 고령자의 이동제한을 필수사항으로 추천했는데, 그것이 만병통치약이 아니더라도 사망자 수 감소에 도움이 되기 때문이다. 심지어 은퇴자들의 주거지나 고령자를 대상으로 일하는 분(의료진 포함)들에게도 예방 차원에서 이를 강조했다(Barker-Davies et al., 2020; Daoust, 2020; Dhama et al., 2020; Jimenez-Sotomayor et al., 2020; Parlapani et al., 2020). 후술하겠지만 COVID-19 확산 방지를 위한 사회적 거리두기는 유감스럽게도 허약한 고령자, 특히 80세 이상 고령자에게 사회적 고립을 가속화시켜 바이러스 감염, 각종 질환, 장애, 인지기능저하, 사망의 위험 등을 높이고

2) 본고에서 pandemic이라는 언급은 모두 COVID-19 pandemic을 의미함.

있다(Kuo & Trejo, 2020; Talmage, Baker, Guest, & Knopf, 2020).

III. COVID-19 확산 대처로 인한 사회 환경 변화

1. 일상생활 환경 변화

Pandemic은 건강이나 삶의 질, 일상생활의 여러 가지 면을 변화시켰다. 감염확산방지를 위한 제재조치로 여러 가지 불편함이 초래되었지만, 긍정적 변화도 있었다. 예를 들면, 개인마다 위생관리를 더 철저히 하면서 다른 전염성 질환으로 인한 치사율이 감소되었다(Marston et al., 2020). 그러나 그 밖의 변화들은 대부분 부정적인 것들이다. 가장 단순하게는 여러 문화권에서 이동제한조치로 인해 멀리서 혼자 사는 고령자들이 식료품 구입도 어려웠다(Dhama et al., 2020). 또 지역사회나 지인들의 지원에 의존하던 취약계층 고령자들은 공공서비스 삭감도 겪었으며(Briguglio, Giorgino, Dell’Osso, Cesari, Porta, Lattanzio et al., 2020; Buffel, Doran, Goff, Lang, Lewis, Phillipson, & Yarker, 2020; White et al., 2020), 낮에 손자들을 돌보는 개인적인 용돈벌이가 제한되기도 했다(Petretto & Pili, 2020).

거리두기 정책에 의한 불편함은 사회생활의 제약으로 이어진다. 특히 고령자들은 노인 복지관이나 교회 등을 나가지 못하고 있으며(Parlapani et al., 2020), 지인이 사망해도 문상이 쉽지 않을 뿐만 아니라 COVID-19 환자가 사망할 때 고인은 가까운 사람들이 아무도 없

는 상태에서 죽음을 맞이해야 했다(Mills et al., 2020; Petretto & Pili, 2020). 거리두기 정책으로 가족이나 친지와 의 소통에도 부정적 영향을 미쳤다. 한 예로 아일랜드 정부는 고령자, 특히 건강이 좋지 않은 고령자의 보호조치로 보호막(cocooning)이라는 개념을 도입했다. 이는 70세 이상이거나 건강이 좋지 않은 고령자에게 타인과의 접촉 최소화를 위해 실내에 머물고, 거주하는 집을 떠나지 않고, 모임에 참여하지 않고, 교류는 오직 전화나 인터넷, 소셜 미디어를 이용하도록 하는 것이었다. 그러나 이로 인해 인터넷 등 정보통신기술에 익숙하지 않은 고령자들은 매우 불편하게 살아가야 했다(White et al., 2020).

Pandemic 상황에서 가장 걱정스러운 사항은 평소처럼 건강관리서비스를 제대로 받지 못해 고령자의 건강상태가 악화되었고, 이로 인해 돌봄 요구가 더 커지게 된 점이다(Tavares et al., 2021). 일본의 경우 지역사회에 거주하는 고령자들을 대상으로 낙상 예방 및 신체기능 향상, 사회적 활동 목적의 운동프로그램을 제공해왔지만, 이와 같은 서비스가 감염확산 위험 때문에 유예되었다. 결국 고령자들은 또래나 지인들과 교류 및 사회활동 유지가 어려워졌다(Aung et al., 2020). 비교적 건강한 상태의 고령자라도 집에 갇혀 침대와 소파, 부엌 등에서만 생활이 지속되면 근감소증이 쉽게 나타나며, 식욕상실로 인해 영양 결핍도 초래한다. 허약 상태 고령자들은 신체기관(예, 폐) 및 면역기능이 약해져 감염에 취약하며, 감염되면 사망은 물론 낙상이나 골절 위험도 높아지게 된다(Briguglio et al., 2020; Dhama et al., 2020). 특히 만성질환 상태의 고

령자들은 주기적으로 병원을 방문하지 못해 회복이 더디어지고 있다. 의료기관도 위급상황이 아니면 진료나 수술 등의 기회를 제공하지 않거나 환자도 감염의 두려움 때문에 병원 방문이나 입원을 꺼리고 있다. 이는 노인병 관련 진료부서만이 아니라 다른 부서도 마찬가지인데, 제시간에 건강관리서비스를 받지 못한 노인환자들은 합병증 발생이나 사망 위험도 높은 상태에 있다(Briguglio et al., 2020; Cesari & Montero-Odasso, 2020; Doraiswamy et al., 2021; Farrell et al., 2020; Mills et al., 2020; Parlapani et al., 2020).

사회적 거리두기에 의한 장기간 고립생활은 젊은 세대들에게도 힘든 일이다. 심지어, 부유하든 가난하든, 지역사회에 거주하든 시설기관이나 병원에 있는 고령자들은 사회적 관계나 지원 감소로 인해 더 취약한 계층으로 전락하게 된다. 가족·친지들과의 접촉 제한은 일시적이라도 정신건강에 부정적인데, 바이러스 감염의 두려움, 외로움, 우울이나 불안 증상 등 심리적으로 허약하게 만들어 부적절한 영양, 위생상태 불량, 운동 제한, 약물복용 관리 불규칙, 인지기능 쇠퇴까지 겪게 한다. 장애, 생명이 위독한 만성질환, 빈곤, 또는 독신 상태로 돌봄 서비스를 받았던 고령자의 경우 서비스 제공의 불편함 등으로 그 영향을 더 심하게 받는다(Buffel, Doran, et al., 2020; Briguglio et al., 2020; Dhama et al., 2020; Parlapani et al., 2020; Qiu et al., 2020; Sheerman, Marston, Musselwhite, & Morgan, 2020; White et al., 2020). COVID-19 환자도 치료과정에서 의료진과의 소통이 개인 보호 장비(personal protective equipment) 때문에 극

히 제한되어 대부분의 시간을 홀로 보내는 등 심신의 부담이 심한 상황에 처해 있다. 완치 후 퇴원해도 다른 사람에게 전염시킬지도 모른다는 두려움을 갖고 살아가는 환자도 있다. 사회적 고립, 질환의 심각성, 죽어가는 과정, 수면 문제 등으로 불안, 기분, 사고 등에 정신과적 질환 위험이 커지고 급성 및 외상 후 스트레스 장애를 보인다(Cesari & Montero-Odasso, 2020; Gemelli against COVID-19 Post-Acute Care Study Group, 2020).

고령자에게 지역사회와의 물리적·사회적 연결 단절은 소속감 상실뿐만 아니라 심리적 스트레스 대처능력, 인지기능이나 기능적 타력성 저하가 더 오랫동안 이어질 수 있다. 또 장기간의 사회적 고립생활은 과음, 흡연, 운동 부족 등 건강하지 못한 행동으로 이어져 관상동맥이나 심혈관질환 및 COVID-19 감염 위험을 높이는 등 신체건강 및 전반적인 안녕 상태에 부적인 영향을 미친다(Briguglio et al., 2020; Parlapani et al., 2020; Qiu et al., 2020; Talmage et al., 2020). 젊은 사람들도 장기간 고립생활을 힘들게 느끼는 상황이라서 고령자를 취약한 계층으로 인식하기가 쉽지 않다. 유감스럽게도 일부 매체에서는 70세 이상을 허약, 사회적 짐이나 부담(노령연금이나 사회적 돌봄 등), 다른 사람들에 대한 위협으로 여기는 등 연령차별주의가 부각되기도 한다(Buffel, Doran, et al., 2020; Petretto & Pili, 2020).

2. 요양시설 입소 고령자의 취약성

병원 입원이나 장기요양시설 입소 상태의

고령자들은 감염에 매우 취약해서 누군가 감염되면 감염을 확산시키거나 사망의 위험이 높아 예방에 더욱 신경을 쓰고 있다. 사회적 거리두기의 의도하지 않는 결과로 초창기에는 감염확산 차단을 위해 장기요양시설에서는 외출 및 외부인의 접촉을 금했으며, 의심사례가 발견되면 격리조치 등을 취하므로 과거처럼 환자에 대한 돌봄이 이루어지기 어려워졌다. 불확실 시대에도 사랑하는 사람이나 필수 서비스와의 연결은 매우 절실한데, 입소자들의 심리사회적 안정을 증진시켜주는 친지의 방문이 금지되어 고립이 더 심해지고, 재활을 위한 운동시설도 제한되어 신체활동도 감소한 실정이다(Buffel, Doran, et al., 2020; Cesari & Montero-Odasso, 2020; Jimenez-Sotomayor et al., 2020; Marston et al., 2020; Mills et al., 2020; Palombi, Liotta, Orlando, Gialloreti, & Marazzi, 2020; Petretto & Pili, 2020; Sheerman et al., 2020).

요양시설의 인지기능장애 환자들은 섬망을 자주 보인다. 섬망의 예방이나 감소에는 소통이나 접촉 등이 필요한데, 마스크 등을 착용한 상태에서는 쉽지 않다. 청력이 약한 환자들은 대화를 할 때 상대방의 입모양도 관찰해야 하는데, 마스크를 착용할 시 그렇지 못하다. 다른 질환과 달리 섬망 등은 원격 의료기술로 사정·평가하기가 쉽지 않다(Lee, 2020). 요양시설에 입소한 고령자들의 상당수가 사회적 서비스나 자원봉사기구, 가족, 친지들로부터 사회적 지원에 의존했지만, 거리두기 조치 때문에 지원이 부족한 실정이다. 노인환자나 그 가족이나 친지, 요양보호사 등 서비스제공자도 역시 우울, 불안, 외상 후 스트레스 증상

등 심리적 부담이 큰 실정이다(Barker-Davies et al., 2020; Parlapani et al., 2020; Talmage et al., 2020).

3. 기대여명 감소

그동안 범세계적으로 기대수명이 점점 증가하고 있었다. 예를 들면, 2000년대에 들어와 미국인의 기대수명은 연평균 0.15세 증가 추세였다. 그러나 pandemic으로 건강관리체계에 영향을 미치면서 직간접적으로 사망률이 높아져 기대수명도 정체·저하될 것으로 전망된다(Andrasfay & Goldman, 2021; Trias-Llimos & Bilal, 2020). 물론 전체인구에서 감염자 비율이 높지 않다면 기대수명 감소에 별다른 영향을 주지 않는다(Marois et al., 2020). COVID-19 감염 이후 사망해도 초기에는 원인 분류가 불명확해서 사망자가 어느 정도인지를 산출하는 것이 어려웠고, 만성이나 급성질환 상태에서 사망했을 때 정확한 사망 원인 규명도 쉽지 않았고, 또 pandemic 발생 이전에도 독감 등으로 사망하는 고령자가 적지 않았다. 그럼에도 불구하고 pandemic에 의해 기대수명이 저하되었다고 추정하는데, 이는 COVID-19로 인한 사망자가 pandemic 이전의 사망자보다 훨씬 더 많았음을 의미한다(Aburto, Kashyap, Schöley, Angus, Ermisch, Mills, & Dowd, 2021).

사실 감염률이 높아지면 의료 인력이나 장비 과부하로 치료를 제대로 받지 못한 사망자가 늘어나고, 이로 인해 기대수명도 감소될 수밖에 없다. 현재 기대수명이 높은 나라를 기준으로 기대수명 감소 정도는 감염자 비율

이 10%일 때 1년, 50%일 때 3-9년, 70%를 넘으면 북미와 유럽지역은 4-11년으로 예상된다(Marois et al., 2020). 미국은 COVID-19로 인한 사망이 고혈압이나 비만, 당뇨, 암, 심장질환에 의한 고령자의 사망 위험보다 훨씬 높아 기대수명이 최소 1.3년 감소할 것으로 추정했다(Andrasfay & Goldman, 2021). 스페인도 Madrid 지역에 국한시켜 추정할 때 2020년도 기대수명 추산치가 2009년도 수준으로 감소했다(Trias-Llimos & Bilal, 2020). 영국과 Wales 지역도 지난 50년 동안 기대수명이 꾸준히 개선되고 있었는데, COVID-19 pandemic으로 기대수명이 2019년에 비해 2020년 11월까지 남성은 1.2년, 여성은 0.9년 감소했다. 현재로서 기대수명 개선은 백신의 효과여부에 달려 있다(Aburto et al., 2021).

IV. 의료서비스 부족과 노인차별

COVID-19에 감염된 노인환자는 섬망을 야기하는 자극이 없어도 섬망을 보인다. 또 COVID-19 감염자가 아니더라도 사회적 거리두기에 의해 또는 재정적으로 힘들게 생활하는 일부 노인환자들은 고립을 경험할 때 섬망 현상을 보이기도 한다. 어느 경우이든지 그 섬망이 중추신경계 장애 또는 COVID-19와 관련된 것인지 등을 평가하기가 쉽지 않다(Lee, 2020). 노인병 전문의가 아닌 의료인들은 노인병 증상을 탐지하거나 주의를 기울이기가 쉽지 않아 대부분 간과하거나 과소평가해버린다(Cesari & Montero-Odasso, 2020). 고령자나 기저질환이 있는 환자의 진단·치료에 내과

의사도 역할을 하지만, 노인환자의 경우 진단부터 치료전략 등은 노인병의학 전문가의 책임이 더 중요하다. 특히 초기의 기능저하 진단·평가, 치료 계획, 재활, 운동프로그램 등에 관여할 책임이 크다(Gemelli against COVID-19 Post-Acute Care Study Group, 2020).

COVID-19 감염 환자폭증으로 병원 장면에서는 외과전문의나 간호사까지 밀려드는 환자나 업무를 위해 재배치시켰다(Jacobs & Garrett, 2020). 환자폭증이 의료체계 과부하로 이어지자 이태리나 미국, 영국, 스페인 등에서는 퇴직 의료인들까지 동참시켰다(Parlapani et al., 2020). 역시 환자 수용 한계에 달하면서 집중치료를 요하는 환자치료가 어려워졌는데, 지역 사정에 따라 집중치료실, 산소 호흡기, 치료 전담인력 부족으로 노인환자를 의료서비스 접근에서 우선순위에서 배제시킨다는 보도가 나오기도 했다(Cesari & Montero-Odasso, 2020; Farrell et al., 2020; Jimenez-Sotomayor et al., 2020). 여러 나라 의료진들은 의료서비스 과부하가 심할 때 차별이나 고정관념 때문에 비난여론에도 불구하고 산소호흡기 등을 노인환자보다 소생가능성이 더 높은 젊은이들에게 우선적으로 제공했던 것이다. 의료서비스 과부하로 비 응급상태의 의료서비스(수술 포함)도 연기·보류되었는데, 이것 역시 고령자의 건강에 위협적이다(Parlapani et al., 2020).

실제 이태리에서는 환자 증폭으로 병상·장비가 부족하자 응급실이나 중환자실 입원, 산소호흡기 지원을 연령기준에 의해 결정했다. 산소호흡기 지원 대상에서 누구를 제외시킬지의 결정에서 호흡기 지원 이후 생존 가능성이 희박한 자를 고려하다보니 환자의 연령

이 쉽게 부각되었다. 그러나 동일한 연령층의 고령자라도 신체나 인지기능 상태, 공존질환 심각성 등이 모두 다르다. 응급상황에서 절대 연령에 의거해 산소호흡기 사용이나 집중치료 우선권 기준을 정한다면 고령자들은 기회를 포기할 수도 있다. 응급상황에서 무언가를 결정할 때 환자 연령은 가장 쉬운 기준이 되더라도 정당하지 않다. 우선권 결정이론마다 나름대로 논리적이겠지만, 의료 관련 서비스 분배·접근은 누구에게나 공평해야 한다. 의료 서비스를 최전선에서 제공하는 자들은 응급상황에서 재원 부족 시 투명한 가이드라인에 의해 재원을 할당해야 한다(Cesari & Montero-Odasso, 2020; Colenda et al., 2020; Farrell et al., 2020).

고령친화 건강관리체계에는 돌봄의 질, 사전연명의료의향서(advance directive), 연명치료 등도 포함된다. COVID-19에 감염된 노인환자가 사전연명의료의향서도 없고, 자신의 소원을 사려 깊게 전할 위치에 있지 않을 수도 있다. 만약 그 환자의 혈중 산소농도가 낮고, 숨을 헐떡거리고, 죽음을 의식할 정도로 상태가 심각해도 의료진은 환자나 가족들에게 연명의료 계획 등을 선불리 요구하지 않아야 한다. 이미 노인환자의 사전연명의료의향서에 연명 치료를 거부한다고 작성되어 있더라도 산소호흡기가 필요할 정도의 응급상황에서 산소호흡기 제공을 배제한다면 윤리 문제가 제기될 가능성도 생긴다. 사전 돌봄 계획(advance care planning)은 응급상황에서 제한된 보건의료 자원 절약에 매우 중요하다. 중요한 사항은 그 계획을 환자의 중증분류 결정과 혼동하지 않아야 하며, 이는 환자가 응급상황에 처하기

전에 논의되어야 한다. Pandemic과 같은 갑작스러운 응급상황에서 치료자원의 제한으로 누가 살고 죽을지를 선택하도록 강요하는 것은 적절하지 않다. 연령이라는 단어가 직접 언급되지 않았지만, 우려스럽게도 고령자에게 불리한 기준(예, life-years saved or lived, long-term predicted life expectancy 등)이 적용될 가능성이 낮지 않다(Farrell et al., 2020).

전술했듯이 고령자들은 COVID-19에 감염이나 그로 인한 사망 위험도 매우 높다. 대중매체의 영향으로 정책입안자나 건강관리 전문가, 일반 대중들도 그렇게 인식한다. 이는 노화 관련 부정적 고정관념들이 영속되고 있음을 의미하는데, 예를 들면, 젊은 세대들이 주로 이용하는 소셜 미디어(예, Twitter)에도 노인차별 내용이 적지 않다(Jimenez-Sotomayor et al., 2020). 미국에서는 pandemic에 대한 초기 대응이 증거 기반의 공중보건정책보다 정치적·개인적 관심에 밀려 늦었으며, COVID-19가 고령자들을 없애려는 것, 책임감 부족한 고령자들이 감염되었다는 것, 의료기관에서도 초기에 고령의 감염자들에 대한 특별한 예방이나 관리 프로토콜이 부재했다는 것 등 고령자에 대한 차별적인 공개 담론도 있었다. 탄력성은 역경을 경험할 시 성공적으로 적응하는 특성인데, 나이가 들수록 탄력성 저하로 pandemic 상황에 적응력이 낮다고 믿는 연령차별주의도 존재한다. 이에 미국 내 노년학 및 노년의학 학술지 편집장들의 이름으로 COVID-19와 관련된 연령차별주의에 대한 경각심을 불러일으키기 위해 공동으로 사설을 발표하기도 했다. 사실상 이와 같은 위기 상황에서도 상당수 고령자들은 이메일, 소

설 미디어 등을 통해 의미 있는 사회적 관계를 유지하며, 손 씻기 등 예방 수칙을 잘 준수하고 있다(Colenda et al., 2020).

한 실정이다(Briguglio et al., 2020; Buffel, Doran, et al., 2020; Dhama et al., 2020; Kuo & Trejo, 2020; Mills et al., 2020).

V. 대처방안

Pandemic로 인한 스트레스나 불확실성 증가는 건강 악화는 물론 생존 위협 등 대혼란을 초래하고 있다. 생존여부를 결정해줄 pandemic 관련 준비 상황(예, 백신)이 범세계적 과제인데, 그 준비성이 나라마다 격차가 심하다. 특히 엄청난 충격을 받고 있는 고령자에 대한 관심에서 차이가 큰데, 일상생활 제한으로 고령자를 지지하는 망이 좁아지고, 건강관리체계가 달라졌다. 원격 의료나 영양, 의약품 공급, 장애 지원, 위험신호 탐지, 시기 적절한 예방 및 소통 등에서도 계층 간 차이가 심해 사회적 지원 차원에서 특별한 관심이 필요하다. 지역사회 거주 고령자들이 지방자치단체의 지원을 제대로 받도록 해주어야 하며, pandemic 대비 공공정책도 우선적으로 요양시설 입소 고령자나 사회적 배제 수준이 높은 빈민 고령자에 더 초점을 맞춰야 한다. 노쇠한 고령자들은 탄력성 및 인지기능 저하가 함께 보이면서 장애 발생, 낙상, 병원 입원 등의 가능성이 높아진다. 사회적 서비스 제공자나 건강관리 전문가, 공중보건 관계자들의 협업이 더 구체적으로 이루어져서 pandemic 상황에서도 고령자를 지원해주어야 한다. 환경도 디지털화되면서 지역사회에서 거주하는 고령자들조차 적응·대처하는 범주가 갈수록 좁아지고 있는데, 이 부분에 대한 도움이 절실

1. 고령친화 환경의 개선

건강한 노화란 신체건강만이 아니라 심리적 부분도 관련된다(Parlapani et al., 2020). 바깥출입이 어려운 상황에도 불구하고 독립성이 다소라도 보장된 삶을 영위하기 위해서는 신체기능 유지를 위한 활동 지속이 필수적이다(Aung et al., 2020). 사회적 고립은 응급상황에 상관없이 고령자의 건강에 직접적 영향을 미치는 위협이다(Talmage et al., 2020). 고령자들은 삶에 대한 경험, 지식, 지혜의 근원으로 그들의 사망은 가족이나 사회에 큰 손실이므로 정신 및 신체건강 관리가 고령친화 접근이 필요하다(Dhama et al., 2020). 건강하고 활기에 찬 노화를 증진시키기 위해서는 WHO의 고령친화 개념이 지속적으로 재조명되어야 하는데, 그 이유를 크게 두 가지로 정리해본다.

하나의 지역사회가 빠르게 디지털화되고 있다는 점이다. 근래에는 세대 간 정보격차가 심해 고령자들이 디지털 시대에서 소외되지 않도록 시민이나 사회 구성원으로 참여 시 정보통신기술 이용 등을 WHO의 고령친화지역사회 점검표 목록(checklist format)에 포함시킬 필요가 있다. 예를 들면, 정보·소통 영역에 디지털 방식으로 소통하는 내용(예, digital banking, 정보전달)을 포함시킬 필요가 있다(Reuter et al., 2020; van Hoof et al., 2020). 디지털 관점을 주거공간에 적용시킨다면, 긴장 완화나 휴식 및 재충전을 위한 방음시설, 감

각적 분위기가 갖추어진 공간, 신체장애 등으로 이동이 어려운 고령자가 야외활동을 즐기거나 다른 사람들과 상호작용을 할 수 있는 가상공간을 생각해볼 수 있다. 소위 정보통신 기술을 활용한 스마트 홈은 혼자서 독립적으로 생활하면서도 이웃이나 멀리 살고 있는 가족, 지인들과 사회적 연결 및 유지가 가능하다(Marston et al., 2020).

다른 하나는 pandemic과 같은 위기상황이 시민들의 건강 및 생활환경, 생태계에 적지 않은 영향을 미친다는 점이다. 이는 현재만이 아니라 추후에도 변화 가능성이 높은 다양한 상황에 민첩하고 유연하게 적응하는 생활이 필요함을 의미한다(Marston et al., 2020). 미래의 고령친화 환경이란 pandemic 상황이라도 직장이나 집 환경, 실내나 실외 활동 관련 부분, 일상적인 일(세탁, 샤워, 심지어 TV시청), 노소간의 상호작용 공간, 종교생활 등이 가능해야 한다(White et al., 2020). COVID-19에 의한 사회적 거리두기가 장기화되더라도 고령자들이 고립되지 않고 안전하고 활기에 찬 참여가 가능하도록, 지역사회가 개인이나 지역사회 요구를 충족시킬 수 있는 고령친화 환경을 갖추어야 한다(Talmage et al., 2020).

2. 정보통신기술 활용

디지털 기술은 고령자에게 물리·시간적 장벽을 극복해주고, 독립성 및 존엄성을 유지시켜주고, 또 사회에서도 무시당하지 않고 가치 있는 존재로 살아갈 수 있게 해준다. 이는 역시 금융, 쇼핑, 여행예약, 건강관리 등의 각종 서비스 제공이나 업무도 가능하게 해준다.

고독이나 사회적 고립은 고령자, 특히 만성질환이 있는 고령자에게 심각한 결과를 초래하는데, 디지털 기술은 사회적 연결을 지원하여 고립·고독을 감소시켜준다. 가족들도 디지털 기술로 고령자와 자주 연락하고 무언가를 결정할 때 어르신이 개입하도록 해줄 수 있다. 구체적으로 사회적 거리두기 기간이 장기화되더라도 온라인 통신기기(Skype 등), 소셜 미디어(Facebook 등), 전화 등으로 지인이나 새로운 사람들과 교류도 촉진하여 외로움을 극복하고, 사회적으로 소외된 느낌이 들지 않고 소속감도 증진되고, 안전감이나 지지를 받고 있다는 느낌을 제공해준다(Jimenez-Sotomayor et al., 2020; Marston et al., 2020; Parlapani et al., 2020; Sheerman et al., 2020; Talmage et al., 2020; White et al., 2020).

정보통신기술 활용은 고령자만이 아니라 몸이 아픈 자(만성질환, 시각장애, 인지장애 등)에게도 서비스 접근을 향상시켜주고 존재감도 찾게 해준다. 고령자가 고립·고독의 위기상황을 경험할 때 가상 비서(VA, virtual assistant)의 도움도 받을 수 있는데, pandemic 상황에서 VA를 이용하면 목소리만으로 다양한 정보(건강정보, 음식점, 교통수단, 뉴스 등)나 공식적 서비스에 접근할 수 있고, 또 친지들과 소통도 유지하게 해준다. VA 기능을 휴대폰이나 컴퓨터 등에 갖추어 이용할 수도 있다(Sheerman et al., 2020). 정신건강은 매우 중요한 공중보건 영역인데, 주기적으로 전화상담, 가족과의 접촉, pandemic에 관한 적절한 정보 제공, 심리적 요구 충족 등은 그분들의 존엄과 존경심 차원의 정신건강 유지에 필요하다. 역시 고령자들에게 온라인으로 요가나

실내 운동, 음악 청취, 게임 등도 쉽게 하도록 해서 우울증상이나 정신적 스트레스를 완화시키는 것도 가능하다. 노인환자들의 치사율 감소를 위해 효과적인 백신 이용도 중요하지만, 정보통신기술 이용으로 건강관리를 해주는 것이 스트레스나 우울증 완화 및 탄력성 증가에 도움이 된다(Dhama et al., 2020). 이에 정부나 지방자치단체는 디지털 기술을 고령자의 사회적 고립과 안녕상태 관점은 물론 물리적, 사회적, 정서적, 지역사회 요구 등을 충족시키는 목적에서 바라보아야 한다(Talmage et al., 2020).

3. 원격의료서비스

Pandemic 발생으로 현재의 고령자 건강관리체계를 보완해주는 새로운 모델이 필요해졌다. 특히 노인환자가 사회적 고립을 느끼지 않도록 지속적으로 지원할 수 있는 방안 중 하나는 질병 예방이나 치료, 재활 요소가 모두 포함된 의료서비스의 원격지원이다(Palombi et al., 2020). WHO는 1977년 원격의료서비스(tele-medicine)를 질환·부상에 관한 진단, 치료, 예방, 연구, 평가 등 건강관리서비스가 정보통신기술 활용에 의해 전달되는 것이라 정의했는데, 이는 원거리 거주자의 건강 증진, 정보 공유나 교환, 창조, 송달, 및 저장에 관한 다양한 기술 이용, 컴퓨터나 인터넷, 생방송기술, 녹화 방송기술 등의 활용을 말한다. 표준 용어는 아니지만 조금 더 폭넓게 tele-health라고도 하며, e-health나 디지털 의료 등의 용어와 같은 의미를 지니고 있다(Doraiswamy et al., 2021).

과거에도 원격의료서비스가 노인환자 관리에 효율적이라는 보고가 있었지만, pandemic 이전에는 그 서비스가 고령자 대상으로 보편화되지는 않았다. 그 서비스 제공이 가능했음에도 불구하고 환자 안전에 대한 걱정, 정보의 노출 우려, 대면상태의 신체검사 부재, 기술적 접근 결여, 법적 제한, 건강보험 적용의 모호성 등으로 환자나 서비스 제공자로부터 회의적이어서 활용이 제한되었다. 역시 노인환자들의 정보통신기술 지식결여 문제, 또 인지나 청각, 시각 또는 신체 기능이 저하된 고령자의 요구에 맞지 않을 것이라는 문제도 부각되었다. 그러다가 pandemic 상황에서 노인환자에게 지속적 치료 서비스가 필요해지자 여러 나라에서 재빠르게 원격의료서비스 관련 법적 제한을 완화시키기 시작했으며, 보험회사들이 이전에 제한했던 부분을 적용해주는 문화권도 등장했다(Doraiswamy et al., 2021). 물론 원격의료서비스를 응용하여 집에 머무는 동안에도 규칙적으로 신체기능을 강화시키는 운동도 가능하게 해주어야 한다. 예를 들면, 사회적 거리두기에 영향을 받지 않고 신체기능(근육 강도 및 유연성 강화)을 활성화시키는 운동프로그램을 다운로드 받아 집에서 매일 수시로 실시하여 신체 및 사회적 활동까지 유지시키는 것도 가능하다(Aung et al., 2020). 고령자 대상 원격의료서비스 증진을 위한 추천사항으로 고령자 및 간병인 대상 정보통신기술 관련 훈련·교육이 필요하며, 의료진들에게도 비디오 회의 등을 이용한 환자 평가에 대한 훈련이 필요하다(Doraiswamy et al., 2021).

4. 고령자 대상 ICT 교육 필요성

Pandemic으로 인한 이동 제한 상태에서 교육이나 직장, 사회적 교류 등의 일상 업무가 모두 달라졌으며, 연령과 무관하게 디지털 기술의 이용이나 수용, 통합하는 생태환경에 어울리는 일상생활 영위 여부가 새로운 규준이 되고 있다. 오지에 살더라도 온라인으로 지역 사회활동에 참여하는 것(예, 예배 참석)이 가능하다(Marston et al., 2020). 그러나 정보통신 기술을 이용한 서비스가 발달했어도 현실적으로 고령자들은 휴대폰이나 인터넷 이용 등 온라인 기술에 익숙하지 않아서 이를 꺼리는데, 그들은 기술이 발전할수록 불확실성이 커진 상태에서 살아가야 한다(Dhama et al., 2020; Parlapani et al., 2020). 또 재정적 여유가 없는 사람들에게도 기술이용은 장벽이며(Sheerman et al., 2020), pandemic 상황에서 고령자들은 통신기술 관련 제품을 제대로 사용할 수 없었다. 실제 아일랜드 정부가 보호막 조치(cocooning)를 도입했을 때 정보통신기술에 익숙하지 않는 고령자들은 젊은 세대들에 비해 불이익이 큰 상태에서 살아가야 했다(White et al., 2020).

이와 같은 상황에서 고령자들이 정보 접근의 벽을 느끼지 않도록 또 사회와의 단절 예방을 위해 디지털 기술 이용법을 가르쳐 정확하고 신뢰할 수 있는 정보 접근, 서비스 획득, 사회적 망의 확충 등으로 사회적 연결이 가능하게 해주어야 한다. 변화 가능성이 높은 미래 사회 적응을 위해 디지털 기술 및 소셜 미디어는 이러한 상황에서 필수적인 역할을 한다. 이는 고령자를 포함해서 취약한 시민들에

게 정보통신기술이 접목된 제품이나 서비스 이용, 필요한 물품의 온라인 구매, 교육, 가족이나 지인들과 사회적 교류 등이 가능하게 해준다(Marston et al., 2020; Petretto & Pili, 2020; Talmage et al., 2020).

VI. 고령친화건강관리체계

고령자에게 활기에 찬 삶을 제공하기 위해서는 도시화나 디지털화된 생활에 적응할 수 있는 환경인지를 점검해야 한다. 어떤 유형의 지역사회이든지 노인들의 참여가 배제되지 않도록 불평등 요소를 줄여나가야 한다. 시민으로서 사회적 참여가 오프라인에서 온라인으로 점점 옮겨가고 있는데, 모든 고령자가 의사결정과정에 참여하여 자신의 목소리를 낼 수 있도록 해야 한다. 과거보다 인터넷 이용 노인들이 증가하고 있지만, 디지털시대에 노인들이 정보 격차에 의해 시민으로서의 역할에서 배제될 위험이 커진다. Pandemic 상황에서도 노인들이 공공정책 등에 보다 적극적인 사회적 참여가 필요하다(Reuter et al., 2020). 물론 정보통신기술이 사회적 연결을 지속시킬 수 있는 역할을 해주지만, 이를 고령친화 형태로 설계하는 일은 고령자 집단의 다양성 때문에 쉽지 않다(White et al., 2020).

우선 개인적으로 추구·노력할 수 있는 고령친화 관점도 하나 생각해보자. 예를 들면, 고령자가 고령친화 주거공간에서 살아가는지를 살펴보자. 세계적으로 100세 이상 장수자의 대다수가 비교적 건강한 상태로 살아가고 있었는데, 그들은 자연스럽게 몸을 많이 움직

이는 일상생활을 하고 있다. 그렇다면 집안 환경도 손발이나 몸을 많이 움직이면서 에너지를 소비하는 등 신체활동을 많이 해야 하는 생태환경이 더 바람직하다. 예를 들면, 거실의 TV도 리모콘을 이용하는 것보다 손으로 끄고 켜거나 채널을 돌리는 것이 에너지 소비와 함께 체중 조절에 도움이 된다. 부엌도 음식 섭취를 많이 하지 않도록 하는 환경으로 조성하는데, 간식이나 과일을 담아둘 때 큰 그릇이 아니라 조그마한 용기에 담아 손이 쉽게 가지 않는 위치에 두는 것이 과식 예방에 좋다 (Marston, Niles-Yokum, & Silva, 2021).

Pandemic으로 인해 고령자의 고독·고립, 건강 및 사회적 서비스와의 단절 등의 위험이 더 커져 감염으로부터 보호 필요성이 커졌다. 이러한 상황에서 취해진 무조건적 봉쇄 조치는 비교적 건강한 노인들도 쉽게 건강을 상실하게 하는 등 고령친화 관점에 배치되므로 새로운 방법을 모색해야 한다. 여러 가지 방안 중 저렴한 비용으로 해결할 수 있는 것 중 하나는 바로 질이 높은 또래집단 지원 프로그램 마련인데, 이는 정서적 및 정보적 지지의 제공으로 정신건강이나 사회적 기능, 우울증, 신체건강 상태를 개선해주고, 지역사회 의 지속적 거주로 가능하게 해주고, 삶의 의미나 존재가치를 찾아주는 등 사회적 연결성, 자긍심, 신체건강 유지 측면에서 매우 효과적이다 (Edelman, Drost, Moone, Owens, Towsley, Tucker-Roghi, & Morley, 2021; Kelly & Geffen, 2020).

건강관리체제에 관한 고령친화 개념은 초기에는 입원환자나 급성환자에 초점을 맞추었으나, 요양시설 입소자들을 위한 고령친화도

필요하다. 장기요양시설 입소자들의 상당수는 평소에도 외로움 속에서 지내는데, pandemic으로 상황이 더 악화되었다. 장기요양시설 입소 노인들은 대부분 삶의 질에 악 영향을 미치는 3-4가지 복합적인 만성질환으로 치료받고 있으며, 신체기능 및 인지기능이 쇠퇴된 상태이며, 하루 평균 8.8회 처방도 받고 있다. 중추신경계 기능에 영향을 미치는 약물 복용은 낙상 위험을 높이는데, 낙상은 요양시설 입소자들에게 부상, 입원, 사망, 삶의 질 저하 등 건강이나 안녕에 주요한 위험요소이다. 매년 입소자들의 절반 이상이 낙상을 경험하는데, 낙상 가능성을 높이는 위험 요인들이 최대한 제거되어야 한다. 이와 동시에 고령친화 요양시설에 고령자들의 기능 유지를 위해 이동성의 개념이 포함되어야 한다(Edelman et al., 2021). 곧 잘 움직이지 않는 고령자들은 근육강도, 유연성, 유산소능력을 상실할 수 있으며, 일상생활을 더 위축시켜 낙상도 발생하니 신체활동을 통해 면역기능노화를 늦춰주어야 한다(Aung et al., 2020).

요양시설에서도 입소환자들의 특성을 고려하여 고령친화 돌봄 서비스가 이루어져야 한다. 예를 들면, 치매환자를 위한 여러 가지 프로그램(오락, 게임, 보행, 운동 등)이 실시될 때 한 프로그램을 마치고 다른 프로그램이나 다른 장소(위층이나 아래층 등)로 이동할 때 두려움이 커져 공격성향도 보일 수 있다. 그와 같은 행동문제를 보일 때 항정신성 약물을 투입시킬 수도 있지만, 그것보다도 이동 시에도 두려움을 느끼지 않도록 해주는 돌봄 서비스가 이루어져야 한다(Edelman et al., 2021). 더욱 더 중요한 점은 그들에게도 가족과의 연

결이나 세대 간 관계는 생활양식, 정신 건강 및 안녕, 외로움이나 사회적 고립 감소, 및 사회적 망, 관계 증진에 핵심적이다(Marston et al., 2021). 근래와 같은 pandemic 상황이 추후 반복되더라도 또는 더 심각한 상황이 전개되더라도 정책의 입안·결정이나 건강관리서비스 제공에 관여하는 모든 사람들이 가장 취약한 상태의 고령자 입장을 최우선적으로 고려하는 해안을 가지기를 소망하면서 사설을 마친다.

References

- Abbatecola, A., & Antonelli-Incalzi, R. (2020). COVID-19 spiraling of frailty in older italian patients. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(5), 453-455.
- Aburto, J., Kashyap, R., Schöley, J., Angus, C., Ermisch, J., Mills, M., & Dowd, J. (2021). Estimating the burden of the COVID-19 pandemic on mortality, life expectancy and lifespan inequality in England and Wales: A population-level analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 75 [doi: 10.1136/jech-2020-215505].
- Andrasfay, T., & Goldman, N. (2021). Reductions in 2020 US life expectancy due to COVID-19 and the disproportionate impact on the Black and Latino populations. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(5) [doi: 10.1073/pnas.2014746118].
- Aung, M., Yuasa, M., Koyanagi, Y., Aung, T., Moolphate, S., Matsumoto, H., & Yoshioka, T. (2020). Sustainable health promotion for the seniors during COVID-19 outbreak: A lesson from Tokyo. *Journal of Infection in Developing Countries*, 14(4), 328-331.
- Barker-Davies, R., O'Sullivan, O., Senaratne, K., Baker, P., Cranley, M., Dharm-Datta, S., et al. (2020). The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *British Journal of Sports Medicine*, 54(16), 949-959.
- Briguglio, M., Giorgino, R., Dell'Osso, B., Cesari, M., Porta, M., Lattanzio, F., et al. (2020). Consequences for the elderly after COVID-19 isolation: FEaR (frail elderly amid restrictions). *Frontiers in Psychology*, 11 [doi: 10.3389/fpsyg.2020.565052].
- Buffel, T., Doran, P., Goff, M., Lang, L., Lewis, C., Phillipson, C., & Yarker, S. (2020). Covid-19 and inequality: Developing an age-friendly strategy for recovery in low income communities. *Quality in Ageing and Older Adults*, 21(4), 271-279.
- Buffel, T., Rémillard-Boilard, S., Walsh, K., McDonald, B., Smetcoren, A., & De Donder, L. (2020). Age-friendly approaches and old-age exclusion: A cross-city analysis. *International Journal of Ageing and Later Life*, 14(2), 89-117.
- Cesari, M., & Montero-Odasso, M. (2020). COVID-19 and older adults. Lessons learned from the Italian epicenter. *Canadian*

- Geriatrics Journal*, 23(1), 155-159.
- Colenda, C., Reynolds, C., Applegate, W., Sloane, P., Zimmerman, S., Newman, A., et al. (2020). COVID-19 pandemic and ageism: A call for humanitarian care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(8), 805-807.
- Daoust, J. (2020). Elderly people and responses to COVID-19 in 27 Countries. *PLoS ONE*, 15 [doi: 10.1371/journal.pone.0235590].
- Dhama, K., Patel, S., Kumar, R., Rana, J., Yattoo, M., Kumar, A., et al. (2020). Geriatric population during COVID-19 pandemic: Problems, considerations, exigencies and beyond. *Frontiers in Public Health*, 8 [doi: 10.3389/fpubh.2020.574198].
- Doraiswamy, S., Jithesh, A., Mamtani, R., Abraham, A., & Cheema, S. (2021). Telehealth use in geriatric care during the COVID-19 pandemic - A scoping review and evidence synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 [doi: 10.3390/ijerph18041755].
- Edelman, L., Drost, J., Moone, R., Owens, K., Towsley, G., Tucker-Roghi, G., & Morley, J. (2021). Applying the age-friendly health system framework to long term care settings. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 25, 141-145.
- Farrell, T., Francis, L., Brown, T., Ferrante, L., Widera, E., Rhodes, R., et al. (2020). Rationing limited healthcare resources in the COVID-19 era and beyond: Ethical considerations regarding older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), 1143-1149.
- Gemelli against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. (2020). Post-COVID-19 global health strategies: The need for an interdisciplinary approach. *Aging Clinical and Experimental Research*. [doi: 10.1007/s40520-020-01616-x].
- Jacobs, L., & Garrett, R. (2020). Hospital care for COVID-10: What have we learned? *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(11), 2428-2430.
- Jimenez-Sotomayor, M., Gomez-Moreno, C., & Soto-Perez-de-Celis, E. (2020). Coronavirus, ageism, and Twitter: An evaluation of tweets about older adults and COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(8), 1661-1665.
- Kelly, G., & Geffen, L. (2020). Understanding and measuring the value of peer-to-peer community support programs for older adults. *JAMA Network Open*, 3(12) [doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.30674].
- Klasa, K., Galaitsi, S., Wister, A., & Linkov, I. (2021). System models for resilience in gerontology: Application to the COVID-19 pandemic. *BMC Geriatrics*, 21 [doi: 10.1186/s12877-020-01965-2].
- Kuo, T., & Trejo, L. (2020). Commentary: Does the coronavirus (COVID-19) pandemic call for a new model of older people care?

- Frontiers in Public Health*, 8. [doi: 10.3389/fpubh.2020.581836].
- Lee, S. (2020). COVID-19 pandemic and care of older adults at risk for delirium and cognitive vulnerability. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(4), 806-807.
- Marois, G., Muttarak, R., & Scherbov, S. (2020). Assessing the potential impact of COVID-19 on life expectancy. *Plos One*, 15(9) [doi: 10.1371/journal.pone.0238678].
- Marston, H., Niles-Yokum, K., & Silva, P. (2021). A commentary on Blue Zones®: A critical review of age-friendly environments in the 21st century and beyond. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2) [doi: 10.3390/ijerph18020837].
- Marston, H., Shore, L., & White, P. (2020). How does a (Smart) age-friendly ecosystem look in a post-pandemic society? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21) [doi: 10.3390/ijerph17218276].
- Menec, V., Means, R., Keating, N., Parkhurst, G., & Eales, J. (2011). Conceptualizing age-friendly communities. *Canadian Journal on Aging*, 30(3), 479-493.
- Mills, J., Kaye, K., & Mody, L. (2020). COVID-19 in older adults: Clinical, psychological, and public health considerations. *JCI Insight*, 5(10) [doi: 10.1172/jci.insight.139292].
- Palombi, L., Liotta, G., Orlando, S., Gialloreti, L., & Marazzi, M. C. (2020). Does the coronavirus (COVID-19) pandemic call for a new model of older people care? *Frontiers in Public Health*, 8 [doi: 10.3389/fpubh.2020.00311].
- Parlapani, E., Holeva, V., Nikopoulou, V., Sereslis, K., Athanasiadou, M., Godosidis, A., et al. (2020). Intolerance of uncertainty and loneliness in older adults during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11. [doi: 10.3389/fpsyt.2020.00842].
- Petretto, D., & Pili, R. (2020). Ageing and COVID-19: What is the role for elderly people? *Geriatrics*, 5. [doi: 10.3390/geriatrics5020025].
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2) [doi:10.1136/gpsych-2020-100213].
- Rémillard-Boilard, S., Buffel, T., & Phillipson, C. (2021). Developing age-friendly cities and communities: Eleven case studies from around the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 [doi: 10.3390/ijerph18010133].
- Reuter, A., Liddle, J., & Scharf, T. (2020). Digitalising the age-friendly city: Insights from participatory action research. *International Journal of Environmental*

- Research and Public Health*, 17(21). [doi: 10.3390/ijerph17218281].
- Sheerman, L., Marston, H., Musselwhite, C., & Morgan, D. (2020). COVID-19 and the secret virtual assistants: the social weapons for a state of emergency. *Emerald Open Research*, 2(19). [doi: 10.35241/emeraldopenres.13571.1].
- Talmage, C., Baker, A., Guest, M., & Knopf, R. (2020). Responding to social isolation among older adults through lifelong learning: Lessons and questions during COVID-19. *Local Development & Society*, 1(1), 26-33.
- Tavares, J., Santinha, G., & Rocha, N. (2021). Age-friendly health care: A systematic review. *Healthcare*, 9. [doi: 10.3390/healthcare9010083].
- Trias-Llimos, S., & Bilal, U. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on life expectancy in Madrid (Spain). *Journal of Public Health*, 42(3), 635-636.
- van Hoof, J., Dikken, J., Buttigieg, S., van den Hoven, R., Kroon, E., & Marston, H. (2020). Age-friendly cities in the Netherlands: An explorative study of facilitators and hindrances in the built environment and ageism in design. *Indoor and Built Environment*, 29(3), 417-437.
- White, P., Marston H., Shore, L., & Turner, R. (2020). Learning from COVID-19: Design, age-friendly technology, hacking and mental models [version 1; peer review: awaiting peer review]. *Emerald Open Research*, 2(21) [doi: 10.35241/emeraldopenres.13599.1]

원고접수일: 2021. 04. 05.

수정원고접수일: 2021. 05. 11.

원고게재승인일: 2021. 05. 18.