



한국노인의 우울, 자살생각 및 삶의 만족도 영향 요인*

조 계 화¹⁾ · 김 영 경²⁾

서 론

연구의 필요성

한국 사회에서 노인인구의 증가와 더불어 지난 몇 년간 노인자살자의 수와 그 자살률이 지속적으로 증가하여 현재 OECD 국가 중 1위를 차지하고 있으며, 또한 타 연령층에 비해 상대적으로 매우 높은 수준을 보이고 있다(통계청, 2006). 그럼에도 불구하고, 청소년의 죽음과 자살에 관한 이슈는 활발히 연구되어진 반면, 노인을 대상으로 한 연구는 매우 부족한 실정이다(김형수, 2002; 양순미, 임춘식, 2006; Tomer, 2000). 이러한 결과에 관해 김형수(2002)는 노인자살이 한국사회의 문화적 전통과 노인공경 사상에 반하는 것으로 사회적으로 이에 대한 논의를 은폐하려는 경향에 의한 것이라고 지적하고 있으며 또 다른 원인으로는 발달단계상의 특성으로 노년기의 죽음 사건은 누구나 피할 수 없는 자연스러운 생활 사건으로 생각하는 것에 기인한 것이라 할 수 있다.

그러나 죽음은 단순히 죽는 개인에게만 영향을 주는 것이 아니라, 주변의 많은 사람들에게도 영향을 주는 사회적 사건이며, 죽음의 한 유형이라고 할 수 있는 자살 또한 노인의 삶의 질이나 이와 관련되는 건강문제 측면에서 심각한 사회적 문제를 제기하고 있다. 더구나 사회적 지지는 노인의 건강과 안녕에 중요한 역할을 담당하고 있으며(강덕기, 2005; 박경숙, 2000) 노인을 둘러싼 가족과 사회 환경을 고려하지 않고서는 포괄적인 노인건강 서비스를 제공하는데 한계가 있다. 지지체

계는 노인으로 하여금 일상생활 스트레스에 대처하도록 돕고 정서적, 신체적 안녕을 강화한다. 따라서 인생의 마지막 단계인 노년기에 과거-현재-미래 사이의 조화롭고 통합된 견해로 남은 생애를 총체적인 행복과 건강한 정신으로 마감할 수 있기 위해서는 간호학적 지지와 돌봄의 필요성이 제기된다.

우울은 노년기의 대표적 심리적 경향이라고 할 수 있다(전영기, 2002). 노인의 우울은 개인에 따른 차이는 있으나 주로 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제적 약화, 활동능력 저하, 고령, 학대 및 사회적 고립 등의 원인을 들 수 있다(조계화, 김영경, 2008; 신경림, 강윤희, 정덕유, 최경애, 2007; 양경미, 2004). 이러한 우울의 결과, 노인은 자존감 저하, 사회적 위축, 미래에 대한 비관적인 절망, 죽음이나 자살에 대한 반복적인 생각 등의 증상을 경험하게 된다(양순미, 임춘식, 2006). 이와 같이, 노인이 경험하는 우울은 자살행위의 가장 중요한 위험요인으로 잘 알려져 있다(제영모, 2004). 자살에 관해 심리학적인 관점을 적용한 기존연구에 의하면, 개인이 직면하고 있는 심리적 특성이 자살을 유발하는 결정적 요인이라고 주장하고 있으며, 그 중 우울은 노인의 자살생각을 이해하는데 단일의 가장 중요한 변인으로 검증되었다(Conwell, Caine, & Olsen, 1990).

또한 생의 후반기에 경험하는 노인의 우울은 나이가 들수록 발생할 수 있는 생리적 변화와도 관련이 있다. 즉 나이가 들수록 주요 카테콜아민의 부족을 경험하게 되는데 뇌의 특정한 아드레날린계 신경전달 수용체가 줄어들고 세로토닌과 도파민도 현저하게 줄어든다. 또한 뇌수축 선에서의

주요어 : 노인, 우울, 자살, 만족

* 이 논문은 2007년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2007-314-E00210).

1) 대구가톨릭대학교 간호학과 부교수

2) 부산가톨릭대학교 간호대학 교수(교신저자 E-mail: ykkim@cup.ac.kr)

투고일: 2008년 7월 31일 심사완료일: 2008년 9월 3일 게재확정일: 2008년 10월 30일

시상하부 분비 반응의 감소를 포함한 내분비계 노화는 노년기 우울의 위험 요인으로 볼 수 있다. 뿐만 아니라 만성질환(뇌졸중, 관절염, 만성폐질환, 파킨슨병, 악성빈혈, 암 등)에 쓰이는 많은 특정한 약물(항고혈압제, 항염증제, 항파킨슨제, 소량의 항암제 등)들은 노년기 우울증의 원인이 되고 있으나(Lester & Tallmer, 1994), 본 연구에서는 약물과 관련된 우울증은 관련 영향요인에서 고려하지 않았다.

노인의 자살 생각은 자살행위 그 자체에 대한 연구가 어려운 관계로 흔히 자살에 관한 연구에서 사용되는 중요한 변인이다. 자살의 개념은 학자에 따라 다양하게 정의되어지나, 일반적으로 자살생각, 자살시도와 자살행위에 이르는 연속적인 개념으로 정의하고 있으며, 이 중 자살생각은 자살행위와는 다른 속성을 지니나 여전히 자살변인의 한 요소로서 자살행위의 이전 단계라고 할 수 있다(김형수, 2002). 특히 자살생각은 논리적으로나 경험적으로 자살시도나 자살행위에 앞선 것으로, 자살생각에 미치는 영향을 이해하는 것은 바로 자살행위의 위험을 이해하고 예방하는데 일조하는 것으로 사료된다. 이러한 측면에서 기존의 자살에 관한 대부분의 연구에서 자살의 개념에 자살생각을 포함하여 적용하고 있으며, 본 연구에서도 자살생각을 자살과 관련된 변인으로 간주하고자 한다.

노년기는 삶의 만족이 저하되고 우울을 경험하기 쉬운 시기로 알려져 있다. 노년기에는 기력쇠퇴 및 건강악화, 경제수준 저하, 그리고 소외감, 고독감, 자아존중감 저하 등의 각종 사회, 심리적 손실을 겪게 되며(김형수, 2002) 이로 인해 삶의 만족도가 저하되고 삶의 만족도의 저하는 우울의 사회 심리적 요인인 것으로 지적되어 왔다(Baltes & Mayer, 1999). 이와 같은 노인 문제를 해결하고 성공적인 노화를 이룩할 수 있도록 돕기 위해서는 우울과 자살뿐 아니라 노인의 삶의 만족에 영향을 미치는 요인을 밝혀내는 연구가 반드시 필요하다.

최근 국내·외의 선행연구의 실태와 동향을 살펴본 결과, 전반적으로 노인의 우울과 자살생각은 관련성이 있으나(제영묘, 2004; 김형수, 2002; Conwell et al., 1990) 노인의 개별적 특성과 관련된 총체적인 맥락에서 자살생각을 다루는 연구는 드문 실정이다. 그러나 노인의 자살에 대한 경험을 구체적, 현실적으로 파악하고자 한다면, 노인이 경험하는 총체적인 측면에서의 우울 및 자살 생각에 대한 관계가 규명되어야 노인 자살에 대한 본질과 속성을 제대로 이해할 수 있는 근거 자료가 될 수 있을 것이다. 대부분의 자살예방 프로그램은 개인의 우울 증상에 대한 개입에 초점을 둔 획일화된 것(Depaola, Griffin, Young, & Neimeyer, 2003)으로 현실적으로 노년기 인생 과업의 중요한 과제인 죽음에 대한 이슈를 다루고, 노인자살을 예방하기 위한 프로그램을 개발하기 위한 기초적 자료가 상당히 부족한 상황이다. 따라서 본 연구에서는 노인의 우울, 자살생각과 삶의 만족도를 다차원적 측면에서 파악하고

분석함으로써, 실증적인 분석과 객관화를 통해 노인자살의 영향요인을 밝혀내고 노인 자살을 예방하기 위한 프로그램의 설정과 개입전략에 필요한 정보를 제공하고자 한다.

연구 목적

본 연구의 목적은 한국노인의 자살생각 요인을 규명하기 위하여 우울과 자살생각, 그리고 삶의 만족도간의 관계와 영향요인을 조사하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 한국노인의 일반적 특성에 따른 우울, 자살생각 및 삶의 만족도의 차이를 파악한다.
- 한국노인의 우울, 자살생각 및 삶의 만족도 간의 상관관계를 파악한다.
- 한국노인의 우울, 자살생각 및 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 한국노인의 우울, 자살생각 및 삶의 만족 정도와 이에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 횡단적 서술적 조사연구이다.

연구 대상자 및 윤리적 고려

본 연구의 조사대상자는 D, K, 그리고 B 지역에 거주하는 만 60세 이상의 노인으로 표본추출 방법은 편의표집 방법을 적용하였다. 일반적인 상관성 연구에서 표본의 수는 문항수의 5-10배를 권장하고 있는데(이상미, 이은옥, 2005), 본 연구의 경우 이 기준으로 보았을 때 최소 165명으로 계산되었고 여기에 탈락률을 약 20% 정도를 고려해서 198명이 목표인원이었다. 총 배포한 설문지는 300부였으나 265부가 회수되었으며, 회수된 설문지 중 분석 가능한 219부가 최종분석에 사용되었고 모집단의 주요 특성이 비교적 동질한 집단으로 고려되기 때문에 표본의 수는 모집단에 관한 결론을 도출하는데 무리가 없다고 판단되었다.

자료 수집을 위한 설문지에 연구 참여 동의서를 첨부하여 대상자가 자의로 참여하고 원하는 경우 언제든지 철회할 수 있으며 대상자가 개인적 정보의 노출을 꺼리는 경우에는 응답하지 않아도 되며 그로 인한 불이익이 없음을 사전에 알려주었다. 설문 자료는 본 연구자가 연구목적외로 사용할 것과 연구 참여자에게 익명과 비밀보장을 지킨다는 내용의 동의서를 받음으로써 대상자의 윤리적 측면을 고려하였다.

연구 도구

활동상태, 건강상태, 수면상태, 경제상태, 외로움, 이웃이나 친구, 학대받는 느낌의 정도는 단일문항의 4점 서술평정척도로 표시하게 하였다. 활동상태, 건강상태, 수면상태, 경제상태 및 이웃이나 친구는 점수가 높을수록 정도가 좋을 의미하고 외로움과 학대받는 느낌의 정도는 점수가 높을수록 정도가 나쁨을 의미한다.

● 우울척도

무망감(hopelessness)이론을 기초로 하여 이영호(1993)가 제작한 20문항의 무망감우울증 척도를 의미가 유사한 일부 문항을 삭제하고 수정 보완한 다음 노인정신의학을 전공한 정신과 의사와 노인시설의 간호팀장에게 내용타당도를 검증받아 노인에게 적합하게 17문항으로 축소하였다. 이 척도는 정서적 증상, 인지적 증상, 동기적 증상 및 자존감 저하에 관한 내용을 포함하고 있다. 본 연구에서 사용된 도구는 4점 Likert 척도로 구성되어 있으며(점수범위는 17점-68점), 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 의미한다. 척도는 개발 당시 Cronbach's $\alpha=0.90$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.89$ 로 나타났다.

● 자살생각 척도

Beck, Kovacs 및 Weissman(1979)의 자살생각척도(Scale for Suicidal Ideation, SSI)를 신민섭(1992)이 19문항의 자가보고형 설문지로 개발한 척도를 수정 보완하였다. 그런 다음 노인정신의학을 전공한 정신과 의사와 노인시설의 간호팀장에게 내용타당도를 검증받아 의미가 일치되는 유사한 문항은 삭제하고 노인의 이해를 도울 수 있는 적합한 어휘를 사용하여 12문항의 척도로 수정보완 하였다. 척도는 총 12문항의 3점 Likert 척도로 구성되어 있으며(점수범위는 0점-24점), 점수가 높을수록 자살의 위험이 높은 것을 의미한다. 개발 당시 도구의 Cronbach's $\alpha = 0.92$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = 0.75$ 로 나타났다.

● 삶의 만족도 척도

본 연구에서 사용된 삶의 만족도 도구는 대상자 집단이 노인인 특성을 고려하여 본인이 지각한 삶의 만족도를 응답할 수 있도록 단일 문항의 척도를 이용하였다. 척도는 매우 만족한다 4점~매우 불만족이다 1점의 4점 척도로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높은 것을 의미한다.

자료 수집 방법 및 절차

설문지는 D, K, 그리고 B 지역에 있는 동 사무소, 노인 복지 관련 기관, 노인 이용 시설, 등의 협조를 받아서 조사원과 자료수집에 관한 교육을 받은 대학원생 3명이 직접 노인들에게 연구의 목적 및 조사내용을 설명하고 참여를 원하는 대상자들에게 개인적으로 접근하여 각각의 문항을 읽고 설명하여 내용을 명확히 이해한 후 대상자의 반응에 따라 각 문항에 체크하는 방법을 취하였다. 2007년 9월에 D 지역에 위치한 경로당을 이용하는 노인 30여명을 대상으로 예비조사를 실시하였으며, 2007년 10월부터 12월까지 구조화된 설문지를 가지고 설문조사를 실시하였다. 지역적 특성을 고려하여 대상자를 할당함으로써 연구대상자의 편중을 배제하였으며 회수된 자료는 모두 익명으로 처리하고 누락된 문항이 있거나 응답이 불충분한 설문지는 최종 분석 대상에서 제외하였다.

자료 분석 방법

설문지를 통해 수집된 자료는 SPSS/PC WIN 14.0을 이용하여 전산통계 처리하였으며 분석방법은 다음과 같다.

- 한국노인의 일반적 특성은 기술적 통계 방법을 이용하였다.
- 한국노인의 일반적 특성에 따른 우울, 자살생각 및 삶의 만족 정도의 차이는 t-test, ANOVA 및 Bonferonni 다중 비교 검증법을 이용하였다.
- 한국노인의 우울, 자살생각과 삶의 만족도 간의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient를 산출하였다.
- 한국노인의 우울, 자살생각 및 삶의 만족도 영향 요인을 규명하기 위해 단계적 중 회귀 분석을 실시하였다.

연구 결과

연구 대상자의 특성

연구대상자의 특성은 <Table 1>과 같다. 연령별로는 70-79세가 39.3%로 가장 많았고 다음으로는 60-69세가 32.9%이었고 90세 이상은 3.2%로 가장 적었다. 성별로는 여성이 69.9%로 남성에 비해 많았다. 종교는 있는 경우가 78.5%로 없는 경우보다 훨씬 많았다. 배우자는 없는 경우가 65.6%로 많았으며, 동거가족은 있는 경우가 62.2%로 많았다. 활동 상태별로는 81.3%에서 혼자서 가능하다고 하였으나 5%의 노인은 전혀 활동을 할 수 없었다. 건강상태는 37.4%에서 좋지 않다, 15.5%에선 매우 나쁘다고 함으로써 매우 좋다고 한 15.5%의 노인을 제외하고는 대부분 건강상태가 좋지 않은 편이었다. 수면상태는 비교적 좋은 경우가 40.4%로서 약간 나쁜 경우(28.4%)와 매우 나쁜 경우(11.5%)에 비해 많았다. 경제상태는 나쁘다고 한 경우가 50.2%로 가장 많았고 13.2%에서는 매우

나쁘다고 하였다. 외로움의 정도는 간혹 39.3%, 자주 17.8%, 항상 11%로서 68%의 대상 노인이 외로움을 느끼고 있었다. 학대받는 느낌의 정도는 전혀 받지 않는 경우가 72.6%로 학대를 받고 있다고 느끼는 27.4%에 비해 많았다. 가까이 지내는 이웃이나 친구는 약간 있는 경우가 48.9%로 가장 많았고 적거나(12.3%) 없는 경우도(3.7%) 있었다.

일반적 특성 중 다음의 변수는 가장 나쁜 상태를 4점으로 보았을 때 활동상태 1.25(±.57)점, 건강상태 2.53(±.94)점, 수면상태 2.32(±.92)점, 경제상태 2.75(±.70)점, 외로움 2.08(±.97)점, 학대받는 느낌 1.37(±.67)점, 이웃이나 친구 1.84(±.77)점으로서 활동상태, 학대받는 느낌 및 이웃이나 친구를 제외하고는 노인의 건강상태, 수면상태와 경제상태가 좋지 않았으며 외로움을 많이 느끼고 있었다.

대상자의 특성에 따른 우울, 자살생각 및 삶의 만족도의 차이

대상자의 우울 정도는 2.27(±0.58)점, 자살생각의 정도는 0.31(± 0.29)점, 삶의 만족도는 2.71(± 0.86)점이었다. 대상자의 특성에 따른 우울 점수의 차이는 <Table 1>에서 보는 바와 같이 연령, 건강상태, 수면상태, 경제상태, 외로움, 학대받는 느낌 및 이웃이나 친구의 정도에 따라 유의한 차이가 있었다. 연령에 따른 우울점수의 차이는 70-79세(평균 2.40점)가 60-69세(평균 2.09점)에 비해 우울점수가 유의하게 높았다. 건강상태에 따른 우울점수의 차이는 건강상태가 매우 나쁜 경우(평균 2.60점)가 나쁜 경우(평균 2.30점), 보통(평균 2.22점), 매우 좋은 경우(평균 1.99점)에 비해 우울 점수가 유의하게 가장 높았으며(p=.000~.047) 건강상태가 나빠질수록 우울점수는 증가하였다(p=.000). 수면상태에 따른 우울점수의 차이는 수면상태가 매우 나쁜 경우(평균 2.59점)가 나쁘거나(평균 2.43점), 보통이거나(평균 2.16점), 좋은 경우(평균 2.11점)에 비해 우울 점수가 유의하게 가장 높았으며(p=.005~.023) 수면상태가 나빠짐에 따라 우울점수는 증가하는 경향을 보였다(p=.000). 경제상태에 따른 우울점수의 차이는 경제상태가 매우 나쁜 경우(평균 2.74점)가 나쁜 경우(평균 2.33점)와 보통인 경우(평균 2.00점)에 비해 우울점수가 유의하게 가장 높았으며(p=.000~.002), 매우 좋은 경우를 제외하고는 경제상태가 나쁠수록 우울점수가 증가하는 경향을 보였다(p=.000). 외로움에 따른 우울점수의 차이는 외로움의 정도가 증가될수록 우울점수가 유의하게 증가하였다(평균 1.96, 2.23, 2.59, 2.84점, p=.000). 학대받는 느낌에 따른 우울점수의 차이는 느낌의 정도가 증가될수록 우울점수가 증가하였으며(평균 2.18, 2.43, 2.66, 3.12점, p=.000) 학대받는 느낌이 전혀 없는 경우(평균 2.18점)는 간혹(평균 2.43점) 또는 항상 받는 경우(평균 3.12점)에 비해

우울점수가 유의하게 낮았다(p=.012, .026). 친구나 이웃의 정도에 따른 우울점수의 차이는 친구나 이웃이 많은 경우(평균 2.07점)가 적거나(평균 2.30점) 거의 없는 경우(평균 2.72점)에 비해 우울점수가 유의하게 낮았다(p=.000~.038).

대상자의 특성에 따른 자살생각의 차이는<Table 1>에서 보는 바와 같이 외로움, 학대받는 느낌 및 이웃이나 친구의 정도에 따라 유의한 차이가 있었다. 외로움에 따른 자살생각 점수의 차이는 외로움의 정도가 증가될수록 자살생각점수가 증가하였으며(평균 0.24, 0.29, 0.36, 0.55점, p=.000) 항상 외로움을 느끼는 경우(평균 0.55점)가 거의 안 느끼거나(평균 0.24점) 간혹 느끼는(평균 0.29점) 경우에 비해 자살생각 점수가 유의하게 높았다(p=.000~.001).

학대받는 느낌에 따른 자살생각점수의 차이는 학대받는 느낌의 정도가 증가될수록 자살생각점수가 증가하였으며(평균 0.28, 0.39, 0.42, 0.72점, p=.001) 학대를 받은 적이 없는 경우(평균 0.28점)가 간혹(평균 0.39점) 또는 항상(평균 0.72점) 받는 경우에 비해 자살생각 점수가 유의하게 낮았다(p=.007~.035). 친구나 이웃에 따른 자살생각점수의 차이는 친구나 이웃이 많은 경우(평균 0.27점)와 적은 경우(평균 0.29점)가 거의 없는 경우(평균 0.53점)에 비해 자살생각점수가 유의하게 낮았다(p=.000~.001).

대상자의 특성에 따른 삶의 만족도 점수의 차이는 <Table 1>에서 보는 바와 같이 성별, 배우자 유무, 건강상태, 수면상태, 경제상태, 외로움, 학대받는 느낌 및 이웃이나 친구의 정도에 따라 유의한 차이가 있었다. 성별에 따른 삶의 만족도 점수의 차이는 남자가(평균 2.52점)가 여자(평균 2.19점)에 비해 유의하게 높았다(p=.011). 배우자 유무에 따른 삶의 만족도 점수의 차이는 배우자가 있는 경우가(평균 2.47점)가 없는 경우(평균 2.18점)에 비해 유의하게 높았다(p=.021).

건강상태에 따른 삶의 만족도 점수의 차이는 건강상태가 매우 나쁜 경우(평균 1.74점)가 보통(평균 2.51점)이나 매우 좋은 경우(평균 2.74점)에 비해 유의하게 가장 낮았다(p=.000~.046). 건강상태가 나빠질수록 삶의 만족도 점수는 저하되는 경향을 보였다(p=.000). 수면상태에 따른 삶의 만족도 점수의 차이는 수면상태가 매우 나쁜 경우(평균 1.80점)가 매우 좋은 경우(평균 2.67점)와 좋은 경우(평균 2.35점)에 비해 유의하게 가장 낮았다(p=.000~.023). 수면상태가 나빠짐에 따라 삶의 만족도 점수는 저하되는 경향을 보였다(p=.000).

경제상태에 따른 삶의 만족도 점수의 차이는 매우 나쁜 경우(평균 2.00점)가 경제상태가 아주 좋은 경우(평균 3.00점), 보통인 경우(평균 2.71점) 및 나쁜 경우(평균 2.15점)에 비해 삶의 만족도 점수가 유의하게 가장 낮았다(p=.000~.011). 경제상태가 나빠짐에 따라 삶의 만족도 점수는 저하되었다(p=.000). 외로움에 따른 삶의 만족도 점수의 차이는 외로움의

<Table 1> Differences in depression, suicidal thought, and life satisfaction scores according to the characteristics

(N=219)

| Characteristics | Division | Total | | Depression (1-4) | | t or F | p | post-hoc | p | Suicidal thought(0-2) | | t or F | p | post-hoc | p | Life satisfaction (1-4) | | t or F | p | post-hoc | p |
|-----------------|------------------------|-------|------|------------------|---------|--------|------|----------|------|-----------------------|---------|--------|------|----------|---|-------------------------|------|--------|------|----------|------|
| | | N | (%) | Mean±SD | Mean±SD | | | | | Mean±SD | Mean±SD | | | | | | | | | | |
| Age | 60-69(a) | 72 | 32.9 | 2.09 | .69 | 4.110 | .007 | a<b | .004 | .31 | .35 | .219 | .640 | | | 2.28 | .89 | | | | |
| | 70-79(b) | 86 | 39.3 | 2.40 | .54 | | | | | .33 | .31 | | | | | 2.33 | .89 | | | | |
| | 80-89(c) | 54 | 24.7 | 2.31 | .46 | | | | | .28 | .20 | | | | | 2.20 | .86 | | | | |
| | 90-(d) | 7 | 3.2 | 2.29 | .34 | | | | | .30 | .29 | | | | | 2.57 | .79 | | | | |
| Gender | Male | 66 | 30.1 | 2.15 | .68 | -2.097 | .037 | | | .28 | .28 | -1.053 | .294 | | | 2.52 | .88 | 2.559 | .011 | | |
| | Female | 153 | 69.9 | 2.33 | .53 | | | | | .33 | .31 | | | | | 2.19 | .86 | | | | |
| Religion | Have | 172 | 78.5 | 2.24 | .56 | -1.504 | .134 | | | .30 | .28 | -1.634 | .104 | | | 2.31 | .89 | .661 | .509 | | |
| | Not have | 47 | 21.5 | 2.38 | .66 | | | | | .38 | .37 | | | | | 2.21 | .81 | | | | |
| Spouse | Have | 75 | 34.4 | 2.12 | .57 | -3.008 | .003 | | | .27 | .27 | -1.431 | .154 | | | 2.47 | .83 | 2.322 | .021 | | |
| | Have not | 143 | 65.6 | 2.36 | .57 | | | | | .33 | .31 | | | | | 2.18 | .88 | | | | |
| Family | Have | 135 | 62.2 | 2.24 | .55 | -1.508 | .133 | | | .29 | .31 | -1.139 | .256 | | | 2.30 | .84 | .696 | .487 | | |
| | Have not | 82 | 37.8 | 2.36 | .61 | | | | | .34 | .28 | | | | | 2.22 | .90 | | | | |
| Activity | Self(a) | 178 | 81.3 | 2.25 | .61 | 2.263 | .134 | | | .31 | .31 | .502 | .479 | | | 2.35 | .87 | 2.184 | .141 | | |
| | Assistant device(b) | 28 | 12.8 | 2.41 | .43 | | | | | .29 | .24 | | | | | 1.93 | .86 | | | | |
| | Helping from others(c) | 12 | 5.5 | 2.26 | .51 | | | | | .38 | .29 | | | | | 2.17 | .94 | | | | |
| | Unmovable(d) | 1 | 0.5 | 1.50 | . | | | | | .67 | . | | | | | 3.00 | .00 | | | | |
| Health state | Very healthy(a) | 34 | 15.5 | 1.99 | .50 | 19.869 | .000 | a<c, d | .043 | .30 | .34 | 3.007 | .084 | | | 2.74 | 1.11 | 32.302 | .000 | d<a, b | .000 |
| | Fair(b) | 69 | 31.5 | 2.22 | .55 | | | | | .28 | .28 | | | | | 2.51 | .74 | | | | |
| | Unhealthy(c) | 82 | 37.4 | 2.30 | .55 | | | | | .30 | .28 | | | | | 2.15 | .79 | | | | |
| | Poor healthy(d) | 34 | 15.5 | 2.60 | .65 | | | | | .42 | .32 | | | | | 1.74 | .71 | | | | |
| Sleep state | Very good(a) | 43 | 19.7 | 2.11 | .67 | 18.388 | .000 | a<c, d | .023 | .32 | .29 | .430 | .513 | | | 2.67 | .99 | 21.463 | .000 | d<a, b | .023 |
| | Fair(b) | 88 | 40.4 | 2.16 | .51 | | | | | .29 | .31 | | | | | 2.35 | .79 | | | | |
| | Bad(c) | 62 | 28.4 | 2.43 | .53 | | | | | .30 | .29 | | | | | 2.10 | .74 | | | | |
| | Very bad(d) | 25 | 11.5 | 2.59 | .59 | | | | | .39 | .29 | | | | | 1.80 | .91 | | | | |

<Table 1> Differences in depression, suicidal thought, and life satisfaction scores according to the characteristics(continued)

(N=219)

| Charact eristics | Division | Total | | Depression (1-4) | | t or F | p | post- hoc | p | Suicidal thought(0-2) | | t or F | p | post- hoc | p | Life satisfaction (1-4) | | t or F | p | post- hoc | p | | |
|-----------------------------|--------------|-------|------|---------------------|------|--------|------|--------------|------|--------------------------|-----|--------|------|--------------|------|----------------------------|------|--------|------|--------------|------|------|------|
| | | N | (%) | Mean | ±SD | | | | | Mean | ±SD | | | | | Mean | ±SD | | | | | | |
| Economi- c state | Very good(a) | 4 | 1.8 | 2.31 | 1.34 | | | | | .42 | .12 | | | | | 3.00 | 1.41 | | | | | .011 | |
| | Fair(b) | 76 | 34.7 | 2.00 | .47 | 36.998 | .000 | b<c, d | .000 | .29 | .29 | 2.430 | .120 | | | 2.71 | .81 | 48.172 | .000 | d<a, b, c | .000 | | |
| | Bad(c) | 110 | 50.2 | 2.33 | .52 | | | | | .29 | .27 | | | | | 2.15 | .75 | | | | | c<b | .008 |
| | Very bad(d) | 29 | 13.2 | 2.74 | .63 | | | | | .45 | .38 | | | | | 1.62 | .82 | | | | | | .000 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feeling of loneliness | Never(a) | 70 | 32.0 | 1.96 | .48 | | | | | .24 | .27 | | | | | 2.70 | .82 | | | | | | |
| | Sometimes(b) | 86 | 39.3 | 2.23 | .44 | 72.025 | .000 | a<b, c, d | .000 | .29 | .28 | 19.422 | .000 | a<d | .000 | 2.20 | .84 | 24.879 | .000 | a>b, c, d | .000 | | |
| | Often(c) | 39 | 17.8 | 2.59 | .58 | | | | | .36 | .28 | | | | | 1.97 | .58 | | | | | b<d | .001 |
| | Always(d) | 24 | 11.0 | 2.84 | .69 | | | | | .55 | .35 | | | | | 1.92 | 1.10 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feeling of abuse | Never(a) | 159 | 72.6 | 2.18 | .57 | | | | | .28 | .28 | | | | | 2.42 | .85 | | | | | | |
| | Sometimes(b) | 42 | 19.2 | 2.43 | .49 | 21.664 | .000 | a<c, d | .012 | .39 | .34 | 11.329 | .001 | a<b, d | .035 | 2.00 | .88 | 13.660 | .000 | a>b, c | .018 | | |
| | Often(c) | 15 | 6.8 | 2.66 | .58 | | | | | .42 | .27 | | | | | 1.73 | .70 | | | | | | .007 |
| | Always(d) | 3 | 1.4 | 3.12 | .71 | | | | | .72 | .29 | | | | | 2.00 | 1.00 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Friends or neighbors | Many(a) | 77 | 35.2 | 2.07 | .55 | | | | | .27 | .28 | | | | | 2.60 | .94 | | | | | | |
| | A Few(b) | 107 | 48.9 | 2.30 | .51 | 18.219 | .000 | a<b, c | .038 | .29 | .26 | 7.979 | .005 | a<c | .000 | 2.21 | .80 | 16.070 | .000 | c<a, b | .000 | | |
| | Few(c) | 27 | 12.3 | 2.72 | .72 | | | | | .53 | .38 | | | | | 1.70 | .61 | | | | | b<c | .001 |
| | Never(d) | 8 | 3.7 | 2.26 | .53 | | | | | .31 | .35 | | | | | 2.38 | .92 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | 219 | 100 | 2.27 | .58 | | | | | .31 | .29 | | | | | 2.29 | .88 | | | | | | |

정도가 증가될수록 삶의 만족도 점수가 유의하게 감소하였으며(p=.000), 전혀 외롭지 않다고 한 경우(평균 2.70점)가 다른 경우(평균 2.20, 1.97, 1.92점)에 비해 유의하게 삶의 만족도가 높았다(p=.000~.001). 학대받는 느낌에 따른 삶의 만족도 점수의 차이는 느낌의 정도가 증가될 때 삶의 만족도 점수가 감소하였다. 전혀 학대받는 느낌이 없는 경우(평균 2.42점)는 간혹 학대받는 느낌이 있는 경우(평균 1.73점) 또는 자주 학대받는 느낌이 있는 경우(평균 2.00점)에 비해 삶의 만족도 점수가 유의하게 높았다(p=.018, .028). 친구나 이웃에 따른 삶의 만족도 점수의 차이는 친구나 이웃이 거의 없는 경우(평균 1.70점)가 많거나(평균 2.60점) 약간 있는 경우(평균 2.21점)에 비해 삶의 만족도 점수가 유의하게 낮았다(p=.000~.034).

우울, 자살생각 및 삶의 만족도 간의 상관관계

우울, 자살생각, 삶의 만족도 간의 상관관계는 <Table 2>에서 보는 바와 같이 우울과 자살 생각 간에는 약한 상관관계(r=.373, p=.000), 우울과 삶의 만족도 간에는 중간 정도의 역상관관계(r=-.452, p=.000), 자살생각과 삶의 만족도 간에는 매우 낮은 역 상관관계(r=-.189, p=.005)를 나타냈다.

우울은 또한 외로움(r=-.501, p=.000), 경제상태(r=-.379, p=.000)와 중간정도의 역 상관관계를 보였으며, 학대받는 느낌(r=-.302 p=.000), 건강상태(r=-.290, p=.000), 수면상태(r=-.280, p=.000), 이웃이나 친구(r=-.274, p=.000)와는 매우 낮은 역 상관관계를 나타냈다.

자살 생각은 외로움(r=-.286, p=.000), 학대받는 느낌(r=-.223, p=.001), 이웃이나 친구(r=-.185, p=.006)와는 매우 낮은 역 상관관계를 나타냈다.

삶의 만족도는 경제상태(r=.428, p=.000)와는 중간 정도의 상관관계를 나타내었으며 건강상태(r=.361, p=.000), 수면상태(r=.302, p=.000) 및 외로움(r=.319, p=.000)과는 낮은 상관관계를 나타내었다. 학대받는 느낌(r=.243, p=.001), 친구나 이웃의 정도(r=.259, p=.001)와 삶의 만족도 간에는 매우 낮은 상관관계가 나타났다.

이 밖에 수면상태와 건강상태(r=.496, p=.000), 경제상태와 건강상태(r=.428, p=.000) 또한 중간 정도의 상관관계를 보였다. 경제상태와 수면상태(r=.339, p=.000), 경제상태와 외로움(r=.306, p=.000), 외로움과 학대받는 느낌(r=.308, p=.000), 외로움과 이웃이나 친구(r=.304, p=.000) 사이에는 약한 상관관계가 있었다.

우울, 자살생각 및 삶의 만족도 영향 요인

● 우울 영향 요인

우울 영향 요인을 확인하기 위하여 관련 요인 간에 단계적 중 회기분석을 한 결과는 <Table 3>과 같다. 우울 영향 관련 변수는 자살 생각, 연령, 외로움, 경제상태, 학대받는 느낌, 건강상태, 수면상태, 이웃이나 친구, 및 삶의 만족도이었다. 이 변수들을 단계적 중 회기분석 한 결과 연령(β=.192, p=.033), 자살생각(β=.221, p=.000), 삶의 만족도(β=-.294, p=.000), 외로

<Table 2> Relationships among the variables affecting depression, suicidal thought, and life satisfaction

| VAR | D | ST | LS | AC | HS | SS | ES | AG | L | AB | FN |
|-----|----------|----------|---------|---------|----------|---------|---------|------|---------|------|----|
| D | 1 | | | | | | | | | | |
| ST | .373*** | 1 | | | | | | | | | |
| LS | -.452*** | -.189** | 1 | | | | | | | | |
| AC | -.015 | -.048 | .099 | 1 | | | | | | | |
| HS | -.290*** | -.117 | .361*** | .248*** | 1 | | | | | | |
| SS | -.280*** | -.045 | .302*** | .119 | .496*** | 1 | | | | | |
| ES | -.379*** | -.104 | .428*** | .192** | .428*** | .339*** | 1 | | | | |
| AG | .146* | -.032 | .001 | -.172* | -.223*** | -.119 | -.140* | 1 | | | |
| L | -.501*** | -.286*** | .319*** | .164* | .208** | .240*** | .306*** | .111 | 1 | | |
| AB | -.302*** | -.223*** | .243*** | .020 | .175** | .159* | .275*** | .004 | .308*** | 1 | |
| FN | -.274*** | -.185** | .259*** | .161* | .260*** | .223*** | .283*** | .059 | .304*** | .111 | 1 |

*** p <0.001 ** p <0.01 * p <0.05

VAR: Variables, D: Depression, ST: Suicidal Thought, LS: Life Satisfaction, AC: Activity, HS: Health State, SS: Sleep State, ES: Economic State, AG: Age, L: Loneliness, AB: Abuse, FN: Friends or Neighbors

<Table 3> Influencing factors for the depression

| Variables | β | t | p | R | R ² | F | p |
|-------------------|-------|--------|------|------|----------------|--------|------|
| Age | .192 | 3.685 | .000 | .144 | .021 | 4.613 | .033 |
| Suicidal thought | .221 | 4.072 | .000 | .406 | .165 | 21.359 | .000 |
| Life satisfaction | -.294 | -5.349 | .000 | .562 | .315 | 33.013 | .000 |
| Loneliness | -.365 | -6.432 | .000 | .653 | .426 | 39.750 | .000 |

움($\beta=-.365, p=.000$)의 순으로 우울을 유의하게 예측하였다. 이러한 변수들은 우울을 42.6% 설명했다.

● 자살 생각 영향 요인

자살 생각 영향 요인을 확인하기 위하여 관련 요인 간에 단계적 중 회기분석을 한 결과는 <Table 4>와 같다. 자살 생각 영향 관련 변수는 우울, 외로움, 학대받는 느낌, 이웃이나 친구 및 삶의 만족도이었으나 단계적 중 회기분석 결과 우울만이 자살생각을 유의하게 예측할 수 있는 요인으로 나타났다($\beta=.282, p=.000$). 우울은 자살생각을 16.7% 설명했다.

● 삶의 만족도 영향 요인

삶의 만족도 영향 요인을 확인하기 위하여 관련 요인 간에 단계적 중 회기분석을 한 결과는 <Table 5>와 같다. 삶의 만족도 영향 관련 변수는 외로움, 학대 받는 느낌, 이웃이나 친구, 건강상태, 수면상태, 경제상태, 우울 및 자살생각이었다. 이 변수들을 단계적 중 회기분석 한 결과 건강상태($\beta=.169, p=.009$), 경제상태($\beta=.236, p=.000$) 및 우울($\beta=-.314, p=.000$)의 순으로 삶의 만족도를 유의하게 예측하였다. 이들 요인은 삶의 만족도를 30.4% 설명했다.

논 의

노년기 발달단계상의 특성은 신체적·심리적 건강의 악화와 죽음에 대한 걱정을 야기 시키며, 노년기의 부정적인 심리 특성 중 하나인 우울성향을 증가시킨다(배지연, 2004; 김형수, 2002). 노인의 우울은 개인에 따른 차이는 있으나, 주로 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제적 약화 및 사회적 고립 등의 원인을 들 수 있으며, 이러한 우울의 결과, 노인은 자존감저하, 사회적 위축, 미래에 대한 비관적인 절망, 죽음이나 자살에 대한 반복적인 생각 등의 증상을 경험하게 된다(양순미, 임춘식, 2006). 따라서 본 연구는 한국 노인의 우울과 자살생각, 삶의 만족도 수준을 살펴보고, 이에 영향을 미치는 요인들을 파악하고자 시도되었다.

본 연구 대상자의 특성은 연령별로는 70-79세가 39.3%로

가장 많았고, 성별로는 여성이 69.9%로 남성에 비해 많았으며 배우자가 없는 노인이 65.6%였다. 이는 현재 한국 사회의 인구학적 특성인 고령화와 평균수명의 증가현상을 반영하고 있으며, 대상자의 62.2%가 가족과 동거하고, 81.3%가 혼자서 활동이 가능한 것은 본 연구의 대상자 표출이 대부분 일상생활이 가능한 재가노인임을 반영하고 있다. 한편 대부분 건강상태와 수면상태가 좋지 않은 편으로 나타나 노화로 인한 신체적 기능상실을 예측할 수 있으며, 경제상태는 50.2%가 나쁘고 68%의 노인이 외로움을 느끼며 40.2%가 자기 삶에 불만족한 반면 매우 만족한 경우는 8.2%로 나타나 한국 노인의 질적 삶을 위한 다차원적인 노력이 요구됨을 시사한다.

본 연구 대상자의 우울 정도에 유의한 차이를 보인 일반적 특성으로는 연령, 건강상태, 수면상태, 경제상태, 외로움, 학대받는 느낌, 친구나 이웃과의 사회적 관계로 나타났다. 이러한 연구결과는 노인의 건강상태와 경제적 수준이 높을수록 노인이 경험하는 우울과 자살생각이 낮다는 기존의 연구결과(김형수, 2002; 양순미, 임춘식, 2006; 장혜경, 2007; 서지영, 2007)를 뒷받침하고 있다. 그러므로 노인의 우울 및 자살생각 예방은 노인의 경제적 수준과 건강상태를 고려한 차별화된 프로그램이나 접근방법의 개발이 요구되어진다.

외로움으로 인해 우울이 증가한다는 본 연구의 결과는 노년기에는 타자와의 상호작용이 축소되며 이로 인해 고립되어 무망감이나 자살생각이 증가할 수 있다는 오인근(2007)의 연구결과와도 유사하다. 노년기에 접어들어 따라 노인들은 예전에 지녔던 경제력과 건강 등의 자원을 점차 상실하게 되어 타인들이 먼저 노인과의 상호작용을 꺼리거나 혹은 노인들 스스로가 타인과의 상호작용을 의도적으로 기피함으로써 타자에 대한 의존감과 부담감을 줄여 나가려는 경향성이 높아짐에 따라 노인들의 사회적 응집력이 약화되게 된다. 이러한 사회통합이나 응집력의 약화로 노인들은 외로움 등의 심리·사회적인 문제를 수반하게 되고 어떤 이들은 우울로 인해 자살에 봉착하게 된다는 가정을 할 수 있다. 김형수(2002)는 가족이나 이웃과 같은 사회통합 변인은 직접적으로 자살에 영향을 주기 보다는 사회통합이 약화되면 우울증을 유발시켜 이것이 곧 자살을 유도한다고 보았으며 교환자원을 반영하는

<Table 4> Influencing factor for the suicidal thought

| Variable | β | t | p | R | R ² | F | p |
|------------|---------|-------|------|------|----------------|-------|------|
| Depression | .282 | 3.605 | .000 | .409 | .167 | 8.545 | .000 |

<Table 5> Influencing factors for the life satisfaction

| Variables | β | t | p | R | R ² | F | p |
|----------------|---------|--------|------|------|----------------|--------|------|
| Health state | .169 | 2.652 | .009 | .361 | .130 | 32.511 | .000 |
| Economic state | .236 | 3.589 | .000 | .471 | .222 | 30.746 | .000 |
| Depression | -.314 | -5.042 | .000 | .551 | .304 | 31.288 | .000 |

건강상태와 경제상태도 역시 우울증을 매개로 간접적인 영향을 통하여 자살에 이르게 된다고 보였다.

또한 노인에게서의 감정변화와 식욕저하, 체중감소와 수면양상의 변화, 신체적 불편감 호소와 일상생활 활동의 퇴보 등은 사회적 관계 형성의 위축과 회피로 이어지며 결국 우울을 통해 자살의 실제적 위협 요인이 된다. Lester와 Tallmer(1994)는 우울 징후를 가진 노인들은 다양한 치료법과 기술로 치료와 관리가 가능하다고 주장하였고 Osgood(1985)은 회상요법이나 유머요법, 치료적 접촉, 창작 활동요법, 지지그룹 요법 등이 노인의 우울 예방과 삶의 질 향상에 효과적임을 밝혀 노인의 우울 관리를 위한 간호학적 접근의 중요성을 시사하고 있다. 따라서 노인의 우울을 저하시키고 삶의 만족도를 증가시키고 자살을 예방하기 위해 다양한 노인간호중재 프로그램을 개발할 필요가 있다. 또한 이러한 프로그램에 고 위험 노인을 참여시킬 수 있도록 노인시설이나 기관 또는 사회적 지지망을 통해 체계적인 노인관리 시스템이 구축이 되어야 할 것으로 생각된다.

대상자의 자살생각 정도에 유의한 차이를 보인 일반적 특성으로는 외로움의 정도, 학대받는 느낌의 정도, 이웃이나 친구의 사회적 관계 형성의 정도로 나타나 노인 자살이 개인의 심리상태와 유의성이 있음을 보여 주었다. 자살에 관해 심리학적 관점을 적용한 기존연구에 의하면, 개인이 직면하고 있는 심리적 특성이 자살을 유발하는 결정적 요인이라고 주장하고 있다. 그 중 우울은 노인자살생각을 이해하는데 단일의 가장 중요한 변인으로 검증되었으며 그 예로서, 미국의 경우 자살을 시도하는 노인의 50-80%가 우울증상이 있는 것으로 보고되었다(Conwell et al., 1990). 이는 노년기의 상실로 인한 무기력감과 절망감과 관련이 있으며 서화정(2005)의 연구에서도 노인이 자살충동을 느끼는 이유로 건강악화(26.8%), 가족갈등(25.2%), 고독감(21.3%)의 순으로 나타났으며 전체 노인의 72%가 ‘때사에 의욕이 없고 우울하거나 슬플 때가 있다’고 응답해 초기 우울증 증세를 보이는 것으로 추정된다고 발표하였다.

본 연구에서 외로움과 학대받는 느낌의 정도가 증가될수록 자살 생각점수가 증가하였으며, 친구나 이웃이 많은 경우는 자살 생각점수가 유의하게 낮게 나타난 것으로 보아 노인의 심리적 특성을 고려한 적절한 대응이 요구되며 우울 자체의 심각성과 함께 자살이라는 비극적인 사회문제를 유발하지 않도록 사회적 지지체계의 활성화와 다차원적인 접근이 요구된다.

본 연구 대상자의 삶의 만족도에 유의한 차이를 보인 일반적 특성으로는 성별, 배우자 유무, 건강상태, 수면상태, 경제상태, 외로움, 학대받는 느낌 및 이웃이나 친구의 정도로 나타나 노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인과 노인의 우울에 영향을 미치는 일반적 특성 변수가 유사하게 나타났다.

권중돈과 조주연(2000)의 연구에서도 노인의 교육정도, 일상생활 동작능력, 경제활동 참여여부, 경제생활의 애로 정도, 주거편이도, 사회단체 활동참여도, 친구수의 7가지 변인이 노년기 삶의 만족도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타나 본 연구와 같은 맥락을 보였다.

본 연구에서 우울과 자살생각에 영향을 미치는 요인간의 상관관계는 우울과 자살 생각 간에는 약한 상관($r=.373$, $p=.000$)을 보였으며, 우울과 자살에 공통적으로 관련성이 있는 변인으로는 외로움, 학대받는 느낌, 그리고 이웃이나 친구의 정도로 나타났다. 이와 관련하여 김형수(2000)는 노인 자살에 있어서 우울증이 단일 요인으로는 가장 결정적이라고 보고하였고 자살을 포함한 부적응 행동은 스트레스 자극이 개인의 대처능력을 넘어설 만큼 클 때 생긴다고 보였다. 대처능력의 심리적 특성으로는 성격특성, 우울장애, 통제소재, 문제해결 기술이 포함되며 이러한 특성이 스트레스와의 상호작용을 통하여 자살행위에 영향을 준다고 볼 때(배지연, 2004), 우울대처 능력 향상을 위한 프로그램 개발이 요구된다. 한편 김형수(2000)는 노인자살의 접근 유형으로 심리학적 이해와 사회학적 이해로 구분하였는데, 개인 심리의 내적 특성으로는 우울증, 개인이 접하고 있는 생활 조건으로는 사회구조적 상황과 문화적 조건이 자살을 유발하는 인자로 규정하여 우울과 자살 방지를 위한 사회적 지지체계의 활성화 방안의 검토가 제기된다.

본 연구에서 우울과 자살 관련 공통 변인으로 가족과 이웃이 대두되었는데, 이명숙(2005)에 의하면 자살의 가족관련 특성 중 가족지원체계와 사회적 지원 체계가 결여되었을 경우에는 문제해결의 마지막 대안으로 자살이 발생할 수 있다고 보고하였다. 이는 친구, 이웃, 가족과의 통합 등 사회적 지지의 부족이 노인 자살의 위험 요인으로 작용한다는 연구 결과와 일치하고 있다(김형수, 2000). 즉 노인의 사회적 지지는 우울을 약화시키고 낮은 우울은 자살을 낮추게 한다고 볼 수 있다.

우울 영향 요인을 확인하기 위하여 단계적 중 회귀분석 한 결과 연령, 자살생각, 삶의 만족도, 로움이 우울을 유의하게 예측할 수 있는 요인으로 나타났으며, 이러한 요인은 우울을 42.6% 설명했다. 김형수(2002)의 연구에서는 우울은 그 어느 요인보다도 노인의 자살에 가장 큰 위험요인으로 작용하고 있으며, 그 다음으로 경제상태, 가족통합, 건강상태, 지역사회통합 등의 순으로 파악되어 우울이 자살의 주요 요인인 것은 본 연구와 같았다.

한편 자살생각에 유의하게 영향을 미치는 요인으로 우울은 자살생각을 16.7% 설명했다. 많은 선행연구의 결과는 우울로 인해 자살에 이른다고 알려져 있으나 본 연구에서 자살생각에 대한 우울의 설명력이 16.7%로 낮은 이유는 노인자살의

위험요인이 우울에 이르기까지의 다양한 요인들이 직·간접적으로 작용한다고 사료되나 본 연구에서는 그러한 변수들을 충분히 포괄할 수 없었기 때문이다.

삶의 만족도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 단계적 중 회귀분석 한 결과 건강상태, 경제상태 및 우울로 나타났으며 이들 요인은 삶의 만족도를 30.4% 설명했다. 노인의 우울감에 대해 연구한 강덕기(2005)도 노인의 삶의 만족도가 낮을수록, 만성질환을 앓을수록 우울감이 높았다고 한 바 있어 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 질병은 노인의 삶의 질을 저해하는 주요 요인으로 대두되었는데 특히 노인에게 가장 흔한 문제는 만성퇴행성 질환이다. 만성질환과 노화는 신체 기동력을 저하시켜 노인의 생활기능을 현저하게 떨어뜨릴 뿐 아니라 나이와 관련된 스트레스원으로 작용하여 질병과 함께 하는 노인의 대처 능력 부족은 삶의 질을 저하시키고 가족 불화의 요인으로 대두된다(Waern, Rubenowitz, & Wilhelmson, 2003). 따라서 효율적인 노인 건강관리체계를 통해 만성질환과 관련된 문제점을 증재함으로써 질병으로 인해 저하된 노인의 삶의 질 향상을 위한 노력이 시급하다.

또한 경제력 및 우울이 노인의 삶의 만족도를 저하시키는 요인으로 나타났는데 이는 경제적 어려움을 겪는 노인들이 우울과 자살에 처할 가능성이 높다고 한 서지영(2007)과 김형수(2002)의 연구 결과와 일치하고 있다. 노년기는 배우자의 죽음, 직업과 지위의 상실, 수입의 감소, 신체적 건강의 약화 등으로 인해 우울증이 발생할 가능성이 매우 높은 시기이다. 하지만 노인 자살의 중요한 변인 혹은 전구증상이라고도 볼 수 있는 노인의 우울증은 잘 발견되거나 진단하기도 어렵다. 그 이유로는 노인들은 일반적으로 우울하다는 사회일반의 고정관념의 인식 때문이기도 하다. 또한 노인들의 우울감이 우울 그 자체로 표현되기 보다는 신체적 증상으로 나타나기 쉽기 때문이다. 설령 노인 중 일부가 우울증 진단을 받는다 하더라도 경제적 이유와 정신장애에 대한 부정적 인식 등으로 적절히 치료를 받지 못하게 되는 경우가 많다(Conwell, Duberstein, Cox, Herrmann, Forbes, & Caine, 1996). 따라서 노인자살에 관한 지속적인 경험적 연구를 통하여 자살위험에 처할 가능성이 높은 집단을 여러 차원에서 파악하여 그들이 당면한 문제의 해결을 위한 적극적인 지원이 필요하다. 노인 자살은 복합적이고 장기적인 산물이라는 것을 인식하고 이에 기초하여 효과적인 자살예방을 위한 증재방안을 강구할 필요가 있다.

또한 노인이 직면하는 경제적 위험이 노인들의 자살생각에 영향을 준다는 것도 본 연구에서 알 수 있었다. 그러나 노인 자살에 가장 영향을 미치는 것이 우울이라는 본 연구 결과를 주목해 볼 때, 노인 자살의 예방을 위해서는 사회적 보장에 병행하여 정서적 관심과 지지, 적극적 간호증제가 노년층 인

구를 위하여 고려되어야 한다는 것을 알 수 있다. 즉, 우울증상이 노인 자살변인에 직접적이고도 강력한 영향력을 발휘한다는 점에서 우울 증세를 보이는 노인들을 대상으로 하는 프로그램 개발이 시급하다.

결론 및 제언

본 연구에서는 한국노인의 우울과 자살생각, 및 삶의 만족 정도를 파악하고, 이들의 상관관계 및 노인의 우울과 자살, 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인을 규명함으로써 노인의 삶의 질 향상뿐 아니라 향후 노인자살 예방을 위한 프로그램 개발에 기초 자료를 제공하고자 하였다.

연구대상은 본 연구의 목적에 대한 설명을 듣고 참여에 동의하여 설문에 응답한 D, K, 그리고 B 지역에 거주하는 만 60세 이상의 노인 총 219명을 편의표집 하였으며 훈련된 연구보조원이 노인 복지관, 노인 이용 시설, 및 가정을 방문하였다. 수집된 자료는 SPSS/PC WIN 14.0 프로그램을 이용하여 서술적 통계와 t-test, ANOVA 및 Bonferonni 다중 비교 검증법, Pearson Correlation Coefficient, 단계적 중 회귀 분석을 실시하였으며 연구결과는 다음과 같다.

연구대상자의 특성은 연령별로는 70-79세, 성별로는 여성이, 종교가 있는 경우, 배우자는 없는 경우가, 동거가족은 있는 경우, 활동 상태별로는 혼자서 활동 가능한 경우가 많았으며, 대부분 건강상태와 수면상태, 경제상태가 좋지 않은 편이었다. 많은 대상 노인이 외로움을 느끼고 있었고, 학대받는 느낌의 정도는 약간 있었으며 가까이 지내는 이웃이나 친구도 약간 있는 경우가 많았다.

대상자의 우울 정도는 2.27(±0.58)점, 자살생각의 정도는 0.31(±0.29)점, 삶의 만족도는 2.71(±0.86)점이었다.

대상자의 특성에 따른 우울 점수의 차이는 연령, 건강상태, 수면상태, 경제상태, 외로움의 정도, 학대받는 느낌의 정도, 및 이웃이나 친구의 정도에 따라 유의한 차이가 있었다. 연령에 따른 우울점수의 차이는 70-79세(평균 2.40점)가 60-69세(평균 2.09점)에 비해 우울점수가 유의하게 높았으며 건강상태, 수면상태, 경제상태가 나빠짐에 따라 우울점수는 증가하는 경향을 보였다. 반면 외로움의 정도, 학대받는 느낌의 정도가 증가될수록 우울점수가 유의하게 증가하였으며 친구나 이웃이 많은 경우 우울점수가 유의하게 낮았다.

대상자의 특성에 따른 자살생각의 차이는 외로움의 정도, 학대받는 느낌의 정도 및 이웃이나 친구의 정도에 따라 유의한 차이가 있었다. 외로움과 학대받는 느낌의 정도가 증가될수록 자살생각점수가 증가하였으며 친구나 이웃이 많은 경우 자살생각점수가 유의하게 낮았다.

대상자의 특성에 따른 삶의 만족도 점수의 차이는 성별, 배

우울 유무, 건강상태, 수면상태, 경제상태, 외로움, 학대받는 느낌 및 이웃이나 친구의 정도에 따라 유의한 차이가 있었다.

우울과 자살생각에 영향을 미치는 요인간의 상관관계에서 우울과 자살 생각 간에는 약한 상관관계($r=.373, p=.000$)를 나타냈다. 우울은 외로움, 삶의 만족도, 경제상태, 학대받는 느낌, 건강상태, 수면상태, 이웃이나 친구의 정도와는 매우 낮은 상관관계를 나타냈다. 자살은 삶의 만족도, 외로움, 학대받는 느낌, 이웃이나 친구의 정도 사이에는 상관관계가 매우 낮거나 없었다.

우울 영향 요인을 확인하기 위하여 관련 요인으로 나타난 외로움, 경제상태, 학대받는 느낌, 건강상태, 수면상태, 이웃이나 친구, 및 삶의 만족도를 단계적 중 회기분석 한 결과 연령 ($\beta=.192, p=.033$), 자살생각($\beta=.221, p=.000$), 삶의 만족도($\beta=-.294, p=.000$), 외로움($\beta=-.365, p=.000$)이 우울을 유의하게 예측할 수 있는 요인으로 나타났다. 이러한 요인은 우울을 42.6% 설명했다.

자살 생각 영향 요인을 확인하기 위하여 관련 요인으로 나타난 외로움, 학대받는 느낌, 이웃이나 친구 및 삶의 만족도를 단계적 중 회기분석 한 결과 우울이 자살생각을 유의하게 예측할 수 있는 요인으로 나타났다($\beta=.282, p=.000$). 우울은 자살생각을 16.7% 설명했다.

삶의 만족도 영향 요인을 확인하기 위하여 삶의 만족도 영향 요인으로 나타난 건강상태, 수면상태, 경제상태, 우울 및 자살생각을 단계적 중회기분석한 결과 건강상태($\beta=.169, p=.009$), 경제상태($\beta=.236, p=.000$) 및 우울($\beta=-.314, p=.000$)이 삶의 만족도를 유의하게 예측할 수 있는 요인으로 나타났다. 이들 요인은 삶의 만족도를 30.4% 설명했다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 건강상태나 경제상태의 악화로 인한 삶의 만족도 저하는 결국 고통에 따른 외로움과 더해져서 우울과 자살생각을 더욱 더 증가시킬 수 있다고 볼 수 있겠다.

본 연구는 기존의 자살 생각도구를 노인에게 적용한 연구가 거의 없었고 따라서 적용 대상자별 도구의 신뢰도가 규명되지 않았음으로 인해 연구 결과의 도출에 한계가 있었다. 그러므로 이상과 같은 연구결과에 기초하여 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 노인자살에서 우울은 매개변인으로 자살생각에 간접적으로 영향을 미치고 있음이 밝혀졌으므로 노인에 대한 총체적 시각을 연계 통합하여 노인우울 영향요인의 파악을 위한 반복연구를 제언한다.

둘째, 노인자살의 예방을 위하여 지역사회 내에서 우울 증세를 보이고 있는 노인들을 확인하고 발견하여 의뢰하거나 직접 치료할 수 있는 간호중재 프로그램과 연계시스템의 개발을 제언한다.

셋째, 실제 우울과 자살생각, 자살시도의 경험이 있는 지역 사회 노인을 대상으로 그 본질을 있는 그대로 파악하기 위해 현상학적 연구를 제언한다.

넷째, 본 연구를 토대로 노인 자살생각 예측 도구개발을 제언한다.

참고문헌

- 장덕기 (2005). *농촌노인의 우울감에 영향을 미치는 요인 연구*. 목원대학교 대학원 석사학위논문, 대전.
- 권중돈, 조주연 (2000). 노년기의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인. *한국노년학*, 20(3), 61-76.
- 김형수 (2000). 노인과 자살. *노인복지연구*, 10, 25-45.
- 김형수 (2002). 한국 노인의 자살생각과 관련요인 연구. *한국노년학*, 22(1), 159-172.
- 박경숙 (2000). 노동시장의 연령차별 구조와 고 연령층의 취업생활. *노동경제논집*, 23, 214-263.
- 배지연 (2004). 노인자살에 관한 사례분석: 신문기사 내용을 중심으로. *노인복지연구*, 23, 65-82.
- 서지영 (2007). *노인자살예방을 위한 자살생각에 영향을 미치는 요인연구*. 성신여대 대학원 석사학위논문, 서울.
- 서화정 (2005). *노인자살 예방을 위한 사회사업 개입전략: 노인자살의 영향요인분석을 중심으로* 부산대학교 대학원 박사학위논문, 부산.
- 신경림, 강윤희, 정덕유, 최경예 (2007). 도시지역 여성노인의 우울, 주관적 신체증상, 일상생활 수행능력에 관한 연구. *대한간호학회지*, 37(7), 1131-1138.
- 신민섭 (1992). *자살기제에 대한 실증적 연구: 자기 도피 척도의 타당화*. 연세대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 양경미 (2004). 재가노인의 학대와 대처방안이 노인의 자아존중감, 우울, 신체화에 미치는 영향. *대한간호학회지*, 34(6), 1047-1056.
- 양순미, 임춘식 (2006). 농촌노인들의 자살생각에 미치는 우울의 효과. *노인복지연구*, 32, 377-396.
- 오인근 (2007). *노인자살생각에 대한 경로분석*. 연세대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 이명숙 (2005). *노인의 우울과 자살에 대한 사회적 지지의 영향*. 서울여자대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 이상미, 이은옥 (2005). *간호연구*. 서울: 한국방송통신대학교.
- 이영호 (1993). *귀인양식, 생활사건, 사건귀인 및 무망감과 우울의 관계: 공변량구조모형을 통한 분석*. 서울대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 장혜경 (2007). *노인의 자살생각 유발요인과 사회적 지지의 중재효과 연구*. 진주산업대학원 석사학위논문, 진주.

- 전영기 (2002). 노년기 죽음불안 영향요인에 관한 연구. *산정논총*, 1(1), 199-222.
- 제영모 (2004). 자살과 정신 장애. *생물치료정신의학*, 10(1), 3-10.
- 조계화, 김영경 (2008). 한국노인의 자살생각 극복경험. *대한간호학회지*, 38(2), 258-269.
- 통계청 (2006). *한국인 사망원인*. <http://www.nso.go.kr>
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicide intention: The scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.
- Conwell, Y., Caine, E. D., & Olsen, K. (1990). Suicide and cancer in later life. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(12), 1334-1339.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., & Caine, E. D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1001-1008.
- Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27(4), 335-354.
- Lester, D., & Tallmer, M. (1994). *Now I lay me down: Suicide in the elderly*. Philadelphia: The Charles Press.
- Osgood, N. (1985). *Suicide in handbook on the aged in the United States*. E. Palmore(ed.). Greenwood Press.
- Tomer, A. (2000). *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications*. Washington DC: Taylor & Francis.
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the elderly. *Gerontology*, 49(5), 328-334.

Influencing Factors on Depression, Suicidal Thought, and Life Satisfaction of Korean Elders*

Jo, Kae-Hwa¹⁾ · Kim, Yeong-Kyeong²⁾

1) Professor, School of Nursing, College of Medicine, Catholic University of Daegu

2) Professor, College of Nursing, Catholic University of Pusan

Purpose: The purpose of this study was to identify the factors that influence depression, suicidal thought, and life satisfaction of Korean elders. **Method:** The subjects for this study were 219 Korean elders living in three different provinces. The data was collected using structured questionnaires from October through December, 2007. **Result:** There were statistically significant differences in the levels of depression, suicidal thought, and life satisfaction according to age, health state, sleep state, economic state, feeling of loneliness, feeling of abuse, and having friends or neighbors. Suicidal thoughts correlated less with the above factors than depression did. Depression significantly correlated with age, life satisfaction, loneliness and suicidal thought. Suicidal thought was influenced significantly by depression. Life satisfaction was influenced significantly by depression, health state, and economic state. **Conclusion:** It could be concluded that nursing interventions for reducing depression and suicidal thought should be developed to improve life satisfaction and the health state of Korean elders as well as to relieve their feelings of loneliness.

Key words : Elderly, Depression, Suicide, Satisfaction

* This work was supported by the Korea Research Foundation Grant(KRF-2007-314-E00210).

• Address reprint requests to : Kim, Yeong-Kyeong

College of Nursing, Catholic University of Pusan

4-1 Bugog 3 dong, Keumjeong-gu, Busan 609-323, Korea

Tel: 82-51-510-0723 Fax: 82-51-510-0747 E-mail: ykkim@cup.ac.kr