
일 농촌지역 노인의 죽음준비도와 우울이 삶의 질에 미치는 영향*

정미경

보은군 보건소, 산대보건진료소장

Effects of Preparation for Death and Depression in Elders on Geriatric Quality of Life in Rural Communities

Jeong Migyung

Community Health Practitioner, Sandae Primary Health care Post

Purpose: This study was done to identify effects of preparation for death and depression on geriatric quality of life in rural communities and to identify whether preparation for death has a moderating effect on the relationship between depression and geriatric quality of life.

Methods: Data from 210 rural elders over 65 years of age were obtained through face-to-face interviews with the elders and were analyzed using SPSS 22.0 program.

Results: Quality of life of elders who had prepared for death was lower than for elders who had not prepared for death. Elders with higher psychological preparation for death had a higher quality of life. Ritual preparation for death had negative effects but they were not statistically significant. Psychological preparation for death had a moderating effect on depression and quality of life for elders in the rural community. The explanation power was 36.1% while ritual preparation for death had no moderating effect on either depression or quality of life. **Conclusions:** It is necessary to provide rural elders with intervention programs designed to improve positive thinking and attitudes to living considering religion in the process. Intervention programs to improve psychological preparation for death are also required to alleviate depression.

Key words: Elderly, Death, Depression, Quality of Life

주요용어 : 농촌노인, 죽음준비도, 우울, 삶의 질

교신저자 정미경

우) 28901 충북 보은군 산외면 내북산외로 788-6 산대보건진료소

Tel: 043-542-4271, Fax: 043-542-4271, Email: dangajae@hanmail.net

* 정미경의 석사학위논문의 축약본임

투고일: 2018년 4월 5일 | 심사완료일: 2018년 5월 20일 | 게재확정일: 2018년 6월 14일

서론

1. 연구의 필요성

우리나라의 빠른 고령화는 2015년 13%(세계 51위), 2030년 24.3%(세계 15위), 2060년 40.1%로 세계2위를 예측하고 있다[1]. 지난 수십 년 동안 생활여건의 개선, 건강위험요인의 감소, 보건의료 개선 등은 기대수명을 증가시켜 2011년 OECD 국가 평균 수명이 사상 처음으로 80세를 넘어섰다. 우리나라의 기대수명 역시 81.1세로 OECD 국가 평균(80.1세) 이상이며, 1970년 62세와 비교하면 매우 증가한 상태다[2]. 기대수명 연장은 노년기의 연장과 노인들의 질병과 신체적 기능 장애 등으로 고통을 겪는 기간이 늘어남을 의미하며 노인의 삶의 질에 대한 문제는 노령시대의 큰 사회적 문제로 대두되고 있다.

고령사회의 노인문제는 노화로 인한 신체적 기능 저하 및 상실, 만성적 질병발생, 정년퇴직 및 수입부족으로 인한 경제적 문제, 부양에 따른 가족 간 갈등 및 노인 학대, 배우자 사망으로 인한 상실감과 외로움, 노인 우울과 자살에 이르기까지 여러 문제를 복합적으로 가지게 된다[3]. 이와 같은 다양한 노인의 문제는 노인의 삶의 질을 저하시키는 요인으로 작용한다. 노인 삶의 질에 영향을 미치는 여러 요인들 중 농촌 노인의 삶의 질에 직접적인 영향을 주는 요인으로 우울이 제시되었고[4], 세계보건기구에서도 우울증은 인류에게 가장 큰 부담을 초래하는 10대 질환 중 하나이며, 2030년이 되면 1위가 될 것으로 예측하였다[5].

노인 우울은 우리나라의 사회적 이슈인 노인자살의 주요한 요인으로 확인되었고[6], 노인 삶의 만족도가 낮은 경우 우울증으로 발전할 수 있고[7], 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 확인되었다[4]. 특히 노인인구가 급증하고 있는 농촌지역에 거주하는 노인들은 도시노인과 비교하여 학력, 주관적 건강상태, 신체적 건강상태가 낮은 것으로 나타났다. 건강상태는 노인 삶의 질에 가장 중요한 요소 중의 하나이며 농촌노인의 건강상태 만족(27.5%)도 도시노인(30.2%)과 비교하여 낮은 편으로 나타났다[8]. 또한 사회적 활동이나 경제적 환경이 열악하여 삶의 질 또한 상대적으로 도시노인보다 낮은 것으로 보고되고 있다[9]. 농촌노인 4명중 1명이 80대이며, 인구구성 상 남자보다 여자가 더 많고, 수입과 학력이 낮은 것이 보편적 농촌의 상황이므로 농촌노인의 우울은 해결해야 할 중요한 과제라 하겠다.

노인 삶의 질에 대한 선행연구에서는 신체적 건강상태와 건강행위, 사회적지지 및 여가활동, 경제적 상태, 우울, 자존감 등이 노인 삶의 질에 영향을 미치는 요인임을 확인하는데 초점이 맞추어져 있으며[4, 10, 11, 12, 13], 삶의 질 향상을 위한 연구는 매우 부족한 상황이다.

농촌의 높은 고령인구 비율, 평균수명 연장으로 늘어난 노년기의 생활을 영위하여야 하는 현 시점에서 노년기의 주요 발달과제와 관련하여 노인 삶의 질에 미치는 영향 및 해결방안을 모색해 볼 필요가 있겠다. 인생 발달단계의 마지막 노년기는 죽음과 가장 근접해 죽음에 대한 태도와 죽음준비와 관련하여 노인 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고 노

년기 발달과업의 하나인 죽음준비를 완성할 수 있도록 하는 것이 필요하다.

죽음준비에 대한 실태조사에서 묘지 9.1%, 수의 1.2% 등 사망 후에 필요한 물질적 준비에 그칠 뿐 죽음준비 교육수강(0.6%), 유서작성(0.5%) 같은 적극적으로 자신의 죽음을 준비하는 노력은 더욱 적다고 하였다[8](정경희 등, 2014). 죽음준비란 죽음의 순간만을 준비하는 것이 아니라 자신의 삶에 대한 점검이며, 의미 있는 삶의 태도를 만들어 가는 과정이라고 하였다[14]. 죽음준비과정을 통해 수용적인 태도를 갖게 되면 환경과의 상호작용에서 보다 높은 수준을 유지할 수 있고, 이를 통해 정신적, 물질적 삶의 질을 향상시킬 수 있으므로 죽음준비도가 노인 삶의 질이나 삶의 만족도에 영향을 주는 요인이 될 수 있다. 노인의 '죽음준비도'는 죽음을 받아들이는 태도에서 비롯되고, 삶의 태도나 가치관에 영향을 미치며, 노인에게 있어 죽음에 대하여 수용적인 태도를 갖느냐 혹은 부정적인 태도를 갖느냐가 중요한 이유는 그것이 노년기의 삶의 질을 좌우하기 때문이다[15]. 생을 마무리하는 시기의 노인에 있어서 남아있는 자신의 미래와 다가오는 죽음에 대한 생각과 태도를 어떻게 정리하고 대응하는가에 따라 현재 삶의 질과 건강증진에도 영향을 미친다[16]. 또한 죽음과 관련된 발달위기로서 죽음불안과 우울을 어떻게 극복하느냐 하는 것은 노년기 삶의 질을 결정하는 아주 중요한 요인이 되므로[17], 죽음불안을 경감하고 우울을 극복할 수 있는 죽음준비에 대한 중재를 통해 우울을 조절하여 삶의 질의 영향을 줄 것인지에 대한 연구가 필요하다.

2. 연구의 목적

본 연구는 일 농촌지역 노인의 삶의 질 향상을 목적으로 근거자료 기반 중재프로그램 개발 및 운영을 위한 기초자료로 활용하고자 하며, 구체적 목표는 다음과 같다.

- 1) 농촌노인의 일반적·사회적 특성에 따른 삶의 질·죽음준비도·우울의 차이를 파악한다.
- 2) 농촌노인의 죽음준비도와 우울이 삶의 질에 미치는 영향을 파악한다.
- 3) 농촌노인의 죽음준비도가 우울과 삶의 질의 관계에서 조절효과가 있는지를 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 일 관할보건진료소 농촌지역 노인을 대상으로 일반적 특성, 죽음준비도, 우울, 삶의 질 수준을 파악한 후 이들이 노인 삶의 질에 미치는 영향을 확인하고, 우울이 삶의 질에 미치는 영향에 대하여 죽음준비도의 조절효과가 있는지 파악하고자 하는 단면 조사연구이다.

2. 연구대상

연구대상은 충북 보은군 1개 보건진료소 관할 10개리 지역의 65세 이상(1950년 이전 출생자) 노인(2015년 7월 31일 주민등록인구) 237명을 대상으로 하였다. 구체적인 대상자 선정기준은 실제 보은군 1개 보건진료소 관

할 지역에 거주하는 주민으로 의사소통이 가능하며 설문조사 참여가 가능한 주민을 대상으로 하였다. 대상자 중 요양원 혹은 병원에 입원중인 사람, 뇌병변장애·치매·청각장애가 있어 의사소통을 할 수 없는 사람은 제외하였다. 연구대상자의 수는 G*Power 3.1.7 프로그램을 활용하여 회귀분석을 위한 중간 효과크기($f=0.15$, 검정력($1-\beta$)은 $.80$, 유의수준(α)은 $.05$, 예측변수 14개로 계산한 결과 131명이 필요하였다. 본 연구에 참여한 노인 237명 중 조사기중 중 사망한 7명, 요양원이나 병원 입원중인 자 10명, 뇌병변 장애와 치매, 청각 장애가 있어 의사소통을 할 수 없는 자 10명, 실제로 거주하지 않는 자 8명, 이사한 후 주민등록에만 남아 있는 자 3명, 설문참여를 거부한 자 4명을 제외하였으며, 주민등록 미등록자이면서 실제 거주하는 15명을 포함시켜 210명을 최종 분석하였다.

3. 연구도구

노인의 삶의 질 수준을 확인하고 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고자 구조화된 설문지를 사용하여 설문조사를 실시하였으며, 설문지는 일반적·사회적 특성, 죽음준비도 10문항, 우울 15문항, 노인 삶의 질 25문항 등으로 구성하였으며 본 연구에서 사용한 변수는 다음과 같다.

1) 일반적 특성

일반적 특성으로 성별, 연령, 교육수준, 배우자 여부, 가족형태, 직업, 종교, 월수입, 월지출액 등을 조사하였다. 건강행위로는 운동

여부와 운동 횟수, 음주 및 흡연여부, 1일 야간 수면시간을 조사하였다. 주관적 건강상태(Perceived Health status)는 자신의 건강상태를 ‘매우 나쁘다’, ‘나쁘다’, ‘보통이다’, ‘좋다’, ‘매우 좋다’로 구분하여 스스로 평가하여 지각하는 건강상태로 측정하여 ‘매우 나쁘다’와 ‘나쁘다’를 ‘나쁘다’로, 보통이다, ‘좋다’와 ‘매우 좋다’를 ‘좋다’로 구분하여 분석하였다. 만성질환의 보유여부는 의사진단질환의 여부로 ‘예’, ‘아니오’로 구분하였고, 만성질환 보유수는 조사한 연속변수를 ‘0개’, ‘1-2개’, ‘3개 이상’으로 구분하였다.

2) 죽음준비도(Preparation for Death)

죽음준비도는 죽음에 대한 준비, 대처자세로 정신적 죽음준비와 실제적이고 의례적 준비를 포함한다. 죽음준비도는 죽음준비에 대하여 생각해 보며 죽음준비를 하였는지에 대한 질문에 “예”라고 응답한 경우에 죽음준비도를 측정하였다. 죽음준비도는 정신적 준비 3문항과 의례적 준비 7문항으로 구성된 문남숙과 남기민[18]의 죽음준비에 대한 설문도구를 사용하였다. 죽음준비도의 설문도구는 10개 문항의 4점 리커트 척도로 ‘전혀 그렇지 않다 (1점)’, ‘매우 그렇다(4점)으로 점수가 높을수록 죽음준비가 높은 것으로 해석한다. 문남숙과 남기민[18]의 정신적 죽음준비도의 Cronbach's α 는 $.70$, 의례적 죽음준비도의 Cronbach's α 는 $.83$ 이었다. 본 연구에서는 요인도 분석 후 공통성이 4.0이하로 낮은 3문항은 제거 한 후 최종적으로 죽음준비도는 정신적 죽음준비 3문항, 의례적 죽음준비 4문항을 분석에 이용하였다. 요인도 분석 후 각

요인별 신뢰도 분석결과 정신적 죽음준비도의 Cronbach's α .721, 의례적 죽음준비도의 Cronbach's α .623이었다.

3) 우울

본 연구에서 노인 우울은 보건소 노인 우울 관리 사업의 우울척도로 사용하고 있는 조맹제 등[19]이 표준화한 한국판 단축형 노인우울검사(Short Form-Korean version Geriatric Depression Scale :SGDS)의 15문항을 이용하여 측정하였다. SGDS척도는 각 질문에 “예”, “아니오”로 응답하게 되어있으며, 우울과 관련된 응답은 1점, 그렇지 않은 경우는 0점으로 최고점이 15점으로서 선행연구에서 최적 절단점이 10점으로 선정되었고, SGDS의 Cronbach's α 는 .89이었다[20](조맹제 등, 1999). 본 연구에서는 보건진료소 통합정보시스템 전산프로그램의 SGDS척도 검사지에 따라 계산된 우울점수로 10점 이상은 우울로서 정신보건센터나 정신과에 의뢰하여 치료받도록 의뢰하므로 노인 우울의 절단점을 10점 이상으로 처리하였다.

4) 노인 삶의 질(Geriatric Quality of Life : GQOL)

노인 삶의 질은 이형석 등[20]이 개발한 노인 삶의 질 척도(Geriatric Quality of Life scale :GQOL)로서 제1요인 신체적 건강(6문항), 제2요인 정신적 건강(9문항), 제3요인 사회관계 및 경제수준(5문항), 제4요인 물리적 환경(5문항)으로 나누어 25항인 4점 리커트 척도를 사용하였다. GQOL은 한국노인의 삶의 질을 측정하기 위하여 세계보건기구 삶의

질 척도(World Health Organization Quality of Life assessment :WHOQOL)를 기본으로 한국노인에 맞게 개발한 도구로서 만족하지 않는다 1점, 보통이다 2점, 만족한다 3점, 매우 만족한다 4점으로 25점에서 최고 100점까지 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높은 것으로 해석하며 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .91이었다. 본 연구의 노인 삶의 질 척도의 신뢰도 Cronbach's α 는 .87이었다.

4. 자료수집

자료 수집은 2016년 8월 1일~2016년 8월 20일까지 내소자를 대상으로 예비 설문조사 후 수정 보완하여 본 조사는 9월 12일~30일까지 내소자 및 가정방문을 통해 연구자가 직접 일대일 면담 방법으로 조사하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS(버전 22.0) 통계프로그램을 사용하였으며, 다음과 같은 통계 방법을 이용하여 분석하였다.

- 1) 일반적 특성은 빈도, 백분율을 산출하고, 노인 삶의 질, 죽음준비도, 우울과의 차이를 t-test 또는 ANOVA로 분석하였다.
- 2) 노인 삶의 질에 대한 영향은 인구학적 특성을 통제 후 각각 죽음준비도가 삶의 질에 미치는 영향과 우울이 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위해 위계적 회귀분석을 실시하였다.
- 3) 죽음준비도가 노인 우울과 노인 삶의 질

에 미치는 영향에 대한 조절효과를 확인하기 위하여 정신적 죽음준비도와 우울의 상호작용 변수와 의례적 죽음준비도와 우울의 상호작용 변수를 생성하고 R^2 값을 체크하여 각각 위계적 회귀분석을 실시하였다.

연구결과

1. 일반적 특성· 죽음준비도 · 우울에 따른 노인 삶의 질

1) 일반적 특성에 따른 노인 삶의 질, 죽음준비도, 우울

대상자의 삶의 질 점수는 100점 만점 중 최저 23점에서 최고 96점의 범위에 있었으며 평균은 55.63(± 13.03)점이었다. 대상자의 건강행위 중 운동유무는 주3일 이상 운동하는 노인은 47.8%, 운동을 하지 않는 노인은 52.4%였고, 주3일 10.0%, 주4일 6.7%, 주5일 5.7%, 매일은 25.2%였다. 음주를 하는 노인 28.6%, 음주를 하지 않는 노인 71.4%이었고, 현재 흡연 중인 노인은 8.1%, 현재 흡연을 하지 않는 노인은 91.9%이었고, 1일 7-8시간의 권장 수면을 하는 노인은 31.0%, 권장수면 시간의 수면을 하지 않는 노인은 69.0%이었다. 대상자의 건강상태로 주관적 건강상태는 나쁘다 33.3%, 보통이다 46.2%, 좋다 20.5%이었고, 만성질환이 없는 노인은 8.6%, 만성질환을

1-2개 보유한 노인은 62.4%, 만성질환을 3개 이상 보유한 노인은 29.0%였다.

일반적 특성에 따른 노인 삶의 질은 연령($F=4.797, p=.009$), 교육수준($F=3.991, p=.004$), 직업($t=2.617, p=.010$), 종교($t=3.263, p=.001$), 월수입($F=6.686, p<0.001$), 월지출($F=5.440, p<0.001$), 운동유무($t=2.202, p=.029$), 운동횟수($F=3.547, p=.008$), 음주($t=3.389, p=.001$), 수면시간($t=5.082, p=.025$), 주관적 건강상태($F=46.879, p<0.001$), 만성질환 보유갯수($F=10.966, p<0.001$)에 따라 유의한 차이를 보였고, 성별($t=1.252, p=.212$), 배우자 유무($t=1.539, p=.125$), 가족형태($F=1.096, p=.336$), 흡연($t=.160, p=.873$)에 따른 삶의 질 차이는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다.

죽음준비도는 연령이 많을수록 높았고($F=10.966, p<.001$), 수입수준에 따라 차이가 있었고($F=2.471, p<.046$), 주관적 건강상태가 나쁠수록($F=3.511, p<.032$) 만성질환을 많이 앓고 있을수록($F=2.810, p<.012$) 높았다.

우울은 연령이 많을수록($F=3.659, p=.027$), 교육수준이 낮을수록($F=4.152, p=.003$), 수입이 낮을수록($F=3.220, p=.014$), 주관적 건강상태가 나쁠수록($F=14.950, p<.001$) 높았고, 직업활동을 하는 경우($F=-2.411, p=.017$), 운동을 하는 경우($F=-2.741, p=.007$), 음주를 하는 경우($F=-2.920, p=.004$), 7-8시간의 권장수면을 하는 경우($F=-2.097, p=.037$), 만성질환이 없는 경우($F=4.672, p=.010$)에는 우울이 낮았다.<Table 1>

〈Table 1〉 Difference of Geriatric Quality of Life, Preparation for Death and Depression according to socio-demographic characteristics

Variables	N(%) Average	Geriatric Quality of	Preparation for	Depression
		Life(GQOL) Mean±SD	Death(PFD) Mean±SD	(Dep) Mean±SD
Gender				
Men	89(42.4)	56.94±12.57	19.00±3.82	4.90±3.44
Women	121(57.6)	54.67±13.32	19.05±4.13	5.55±4.12
t/F(p)		1.252(.212)	-.105(.917)	-1.204(.230)
Age(Year)				
65-74	74(35.2)	59.34±12.67*	17.45±3.44**	4.31±3.69*
75-84	116(55.2)	53.56±12.73	19.70±3.87	5.78±3.88
85>=	20(9.5)	53.95±13.64	21.02±4.71	5.90±3.77
t/F(p)	76.8 years	4.797(.009)	10.966(<.001)	3.659(.027)
Education(Year)				
0	62(29.5)	52.34±13.75*	18.82±3.97	6.50±4.29*
1-6	113(53.8)	55.24±11.91	19.12±3.83	5.11±3.52
7-9	14(6.7)	61.93±11.24	18.50±4.96	3.79±3.42
10-12	15(7.1)	62.00±13.61	20.26±4.22	4.40±3.68
13>=	6(2.9)	66.59±15.80	17.67±4.76	1.33±1.51
t/F(p)	4.6 years	3.991(.004)	.650(.628)	4.152(.003)
Spouse				
Yes	139(66.2)	56.62±11.53	18.92±3.78	4.99±3.61
No	71(33.8)	53.70±15.43	19.25±4.39	5.83±4.25
t/F(p)		1.539(.125)	-.544(.588)	-1.510(.132)
Family Type				
Solitude	57(27.1)	53.46±14.57	19.32±4.28	5.75±4.22
Couple	132(62.9)	56.42±11.38	18.86±3.79	5.01±3.62
Cohabit	21(10.0)	56.62±17.66	19.33±4.54	5.62±4.21
t/F(p)		1.096(.336)	.319(.727)	.843(.432)
Occupation activity				
Yes	154(73.3)	57.03±12.78*	18.67±3.90*	4.89±3.58*
No	56(26.7)	51.79±13.03	20.04±4.10	6.32±4.37
t/F(p)		2.617(.010)	-2.163(.033)	-2.411(.017)
Religion				
Yes	77(36.6)	59.40±12.62**	19.36±4.40	4.05±3.28**
No	133(63.4)	53.45±12.80	18.84±3.74	5.98±3.99
t/F(p)		3.263(.001)	.873(.384)	-3.592(<.001)
Income				
50<	46(21.9)	48.24±12.25*	19.98±3.99*	7.00±4.35*
50-100<	79(27.6)	56.65±12.54	19.47±4.48	4.99±3.81
100-200<	47(22.4)	58.98±12.36	18.26±3.35	4.62±3.08
200-300<	15(7.1)	61.13±12.39	17.00±3.38	5.00±3.91
300>=	11(5.2)	63.09±13.79	20.00±2.37	3.91±3.75
unknown ²	12(5.7)		63.09±13.8	
t/F(p)		6.686(<.001)	2.471(.048)	3.220(.014)

〈Table 1〉 Continued

Variables	N(%)	Geriatric Quality of	Preparation for	Depression
		Life(GQOL)	Death(PFD)	(Dep)
		Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
Expenditure				
50<	125(59.5)	52.60±11.94**	19.23±4.42	5.73±3.98
50-100<	55(26.2)	58.78±12.86	18.27±3.47	4.55±3.58
100-200<	25(11.9)	62.08±13.62	19.44±2.87	4.76±3.39
200-300<	4(1.9)	68.25±18.40	20.00±0.82	4.00±5.48
300>=	1(0.5)	50.00	22.00±0.00	6.00
t/F(p)		5.440(<.001)	.835(.504)	1.161(.329)
Exercice				
Yes	100(47.8)	57.69±13.17*	19.38±3.89	4.53±3.60*
No	110(52.4)	53.76±12.66	18.72±4.08	5.95±3.96
t/F(p)		2.202(.029)	1.204(.230)	-2.714(.007)
Frequency / per week of exercises				
0	110(52.4)	53.76±12.66*	18.71±4.08	5.95±3.96*
3days	21(10.0)	51.29±15.58	19.62±4.21	6.00±4.35
4days	14(6.7)	61.71±13.85	18.64±4.48	4.64±3.97
5days	12(5.7)	54.33±10.12	20.58±2.39	4.00±3.81
Daily	53(25.2)	59.92±11.78	19.21±3.99	4.04±3.03
t/F(p)		3.547(.008)	.792(.531)	2.917(.022)
Drinking				
Yes	60(28.6)	60.33±11.63*	18.87±3.96	4.07±3.09*
No	150(71.4)	53.75±13.11	19.10±4.02	5.75±4.02
t/F(p)		3.389(.001)	-.384(.701)	-2.920(.004)
Smoking				
Yes	17(8.1)	56.12±14.87	17.53±4.84	5.53±3.59
No	193(91.9)	55.59±12.89	19.17±3.90	5.25±3.88
t/F(p)		.160(.873)	-1.357(.192)	.307(.762)
Sleeping hours				
7-8	65(31.0)	58.63±13.55*	19.05±4.26	4.44±3.20*
6.5≤ or 8.5≥	145(69.0)	54.29±12.60	19.03±3.88	5.64±4.03
t/F(p)		5.082(.025)	.030(.976)	-2.097(.037)
Perceived Health status				
Bad	70(33.3)	46.36± 9.21**	20.01±3.58*	7.10±3.92**
Fair	97(46.2)	57.74±10.83	18.38±4.30	4.71±3.66
Good	43(20.5)	65.98±13.19	18.91±3.66	3.56±2.92
t/F(p)		46.879(<.001)	3.511(.032)	14.950(<.001)
Number of Chronic Disease				
0	18(8.6)	64.22±15.54**	17.39±4.73*	3.28±3.28*
1-2	131(62.4)	57.00±11.80	18.73±3.84	5.09±3.64
3>=	61(29.0)	50.16±12.81	20.16±3.85	6.25±4.20
Average	1.90			
t/F(p)		10.966(<.001)	2.810(.012)	4.672(.010)
Total	210(100)	55.63±13.03	26.65±5.41	5.27±3.85

*: $p<0.05$, **: $p<0.001$

2) 죽음준비도와 우울에 따른 노인 삶의 질 대상자의 죽음준비도는 죽음준비에 대하여 생각해 보고 죽음준비를 하였다라고 응답한 경우는 45.2%, 죽음준비에 대하여 생각해 보지 않았고 죽음준비를 하지 않았다고 응답한 경우는 54.8%이었다. 죽음준비를 한 노인 삶의 질(53.37±12.32)이 죽음준비를 하지 않은 삶의

질(57.50±13.35)보다 더 낮았다($t=-2.303$, $p<0.022$).

우울이 있는 노인은 17.1%, 우울이 없는 노인은 82.9%이었다. 우울이 있는 노인 삶의 질(42.56±7.92)은 우울이 없는 노인의 삶의 질(58.34±12.22)보다 더 낮았다($t=9.785$, $p<.001$) <Table 2>

<Table 2> Difference of Geriatric Quality of Life according to Preparation for Death and Depression (N=210)

Variables	N(%)/ Mean±SD	Geriatric Quality of Life(GQOL)	t/F	p_value
		Mean±SD		
Preparation for Death(PFD)				
Yes	95(45.2)	53.37±12.32	-2.303	.022
No	115(54.8)	57.50±13.35		
Preparation for Death(PFD)				
Psychological PFD	8.95±1.71	55.63±13.03	2.836	.004
Average by item	2.98±0.57			
Ritual PFD	10.09±3.43	55.63±13.03	.719	.732
Average by item	2.52±0.86			
Depression				
Yes	36(17.1)	42.56(±7.92)	9.785	<.001
No	174(82.9)	58.34(±12.22)		

2. 죽음준비도와 우울이 삶의 질에 미치는 영향

죽음준비도와 우울이 노인 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위하여 노인 삶의 질과

유의한 차이를 보였던 인구학적 요인들을 모델1로, 죽음준비도와 우울을 각각 모델 2로 하여 위계적 회귀분석을 실시하였다. 명목변수는 더미변수로 치환하여 위계적 회귀분석을 하였다.<Table 3>

<Table 3> Effect of Geriatric Quality of Life according to Preparation for death and Depression(Hierarchical Regression)

Variables	GQOL ¹		GQOL ¹	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
	$\beta(p)$	$\beta(p)$	$\beta(p)$	$\beta(p)$
Age	-.028(.779)	-.018(.866)	-.028(.779)	-.013(.885)
Education	.150(.089)	.115(.194)	.150(.089)	.075(.373)
Occupation activity(ref. No)	-.092(.290)	-.107(.212)	-.092(.290)	-.083(.306)
Religion(ref. No)	.290(<.001)	.284(<.001)	.290(<.001)	.227(.003)
Income 50-100<(ref. 50<)	.164(.099)	.182(.063)	.164(.099)	.133(.154)
Income 100-200<(ref. 50<)	.091(.409)	.128(.245)	.091(.409)	.041(.693)
Income 200-300<(ref. 50<)	.050(.626)	.076(.457)	.050(.626)	.036(.713)
Income 300>=(ref. 50<)	.082(.458)	.111(.310)	.082(.458)	.084(.417)
Expenditure 50-100<(ref. 50<)	.070(.431)	.062(.484)	.070(.431)	.101(.232)
Expenditure 100-200<(ref. 50<)	.093(.402)	.080(.477)	.093(.402)	.125(.234)
Expenditure 200-300<(ref. 50<)	.017(.849)	.009(.919)	.017(.849)	.022(.797)
Drinking (ref. No)	.019(.838)	.041(.649)	.019(.838)	.000(.996)
Exercise No 3/wk(ref. 0)	.058(.441)	.060(.428)	.058(.441)	.051(.474)
Exercise No 4/wk(ref. 0)	.042(.580)	.068(.370)	.042(.580)	.030(.674)
Exercise No 7/wk(ref. 0)	-.004(.963)	-.0149(.872)	-.004(.963)	-.002(.984)
Sleeping Hours(Ref.7-8hr)	-.101(.189)	-.106(.166)	-.101(.189)	-.055(.446)
Health Perception	.479(<.001)	.484(<.001)	.479(<.001)	.406(<.001)
Chronic disease Number	-.063(.452)	-.070(.395)	-.063(.452)	-.023(.768)
Psychological PFD²		.160(.030)		
Ritual PFD ³		-.070(.374)		
Depression				-.304(<.001)
R ²	.520	.545	.520	.582
Adjusted R ²	.434	.453	.434	.503

GQOL¹ : Geriatric Quality of Life

Psychological PFD² : Psychological Preparation for Death

Ritual PFD³ : Ritual Preparation for Death

다중공선성을 판단하기 위하여 분석 시 Durbin Waston을 체크하여 시행하였으며, Durbin Waston 값은 각각 1.490, 1.496으로 공선성의 문제는 없는 것으로 확인하였다.

죽음준비도가 삶의 질에 미치는 영향은 주관적 건강상태가 좋을수록 노인 삶의 질이 높았고($\beta=.484, p<0.001$), 종교가 없는 노인에 비하여 종교가 있는 노인의 삶의 질이 높았다($\beta=.284, p<0.001$). 정신적 죽음준비도가 높

을수록 노인 삶의 질은 높았고($\beta=.160, p=.030$), 의례적 죽음준비도는 부적영향을 보였지만 통계적으로 유의하지 않았다($\beta=-.070, p=.374$). 인구학적 특성이 삶의 질에 미치는 영향은 43.4%였고, 죽음준비도를 추가한 노인 삶의 질의 설명력은 45.3%로 상승하여 죽음준비도가 노인 삶의 질에 미치는 영향을 확인하였다.

우울이 노인 삶의 질에 미치는 영향에서 여

전히 주관적 건강상태가 좋을수록 삶의 질이 높았고($\beta=.406, p<0.001$), 종교가 있는 노인의 삶의 질이 높았다($\beta=.227, p=.003$). 우울수준이 높을수록 노인 삶의 질은 낮았으며($\beta=-.304, p<0.001$), 인구학적 특성이 노인 삶의 질에 미치는 설명력은 43.4%에서 우울이 추가된 노인 삶의 질의 설명력은 50.3%로 상승하여 우울이 노인 삶의 질에 미치는 영향을 확인하였다.

3. 우울과 삶의 질의 관계에서 죽음준비도

<Table 4> Moderating Effect of Preparation for Death on Geriatric Quality of Life and Depression(Hierarchical Regression)

Value	Model Summary					
	Psychological Preparation for Death (PPFD)			Ritual Preparation for Death (RPFd)		
	Model I Depre- ssion	Model II Model I +PPFD	Model III Model II+ (Depression × PPFD)	Model I Depre- ssion	Model II Model I + RPFd	Model III Model II+ (depression × RPFd)
R ²	.344	.345	.361	.344	.346	.346
Adjusted R ²	.341	.338	.352	.341	.340	.337
SE	10.580	10.600	10.490	10.580	10.580	10.610
F change	108.96	.245	5.267	108.96	.817	.005
df1	1	1	1	1	1	1
df2	208	207	206	208	207	206
significant F change	<.001	.621	.023	<.001	.367	.946

정신적 죽음준비도의 조절효과는 우울의 독립변수 투입 시 설명력 34.4%, 정신적 죽음준비도를 추가한 후 설명력은 34.5%, 정신적 죽음준비도의 조절변수 투입 후 설명력은 36.1%로 증가하여 우울과 노인 삶의 질과의 관계에서 정신적 죽음준비도의 조절효과가 있는 것으로 나타났다($F=.023$).

의 조절효과

삶의 질과 우울과의 관계에서 정신적· 의례적 죽음준비도의 조절효과를 확인하기 위하여 정신적· 의례적 죽음준비도와 우울과의 상호작용변수를 생성하여 삶의 질을 종속변수로 위계적 회귀분석을 실시하였고, 다중공선성을 판단하기 위하여 분석 시 Durbin Waston을 체크하여 시행하였으며, Durbin Waston 값은 각각 1.780, 1.870으로 공선성의 문제는 없는 것으로 확인하였다.<Table 4>

의례적 죽음준비도의 조절효과는 우울독립변수 투입 시 설명력 34.4%, 의례적 죽음준비도를 추가한 후 설명력은 34.6%, 의례적 죽음준비도의 조절변수 투입 후 설명력은 34.6%로 변화가 없었다. 이는 우울과 노인 삶의 질과의 관계에서 의례적 죽음준비도의 조절효과가 없는 것을 확인하였다($F=.946$).

논의

전반적인 사회경제수준의 향상, 의료기술의 발달 등은 평균수명의 연장을 이루어냈고, 이는 노년기의 장기화를 가져오며 빠른 문명과 문화의 발달에 노인의 적응력 감퇴, 노령으로 인한 여러 역할상실과 의욕저하, 상대적 빈곤감 등은 개개인의 다양한 삶의 요구충족의 불만과 삶의 질을 저하시키는 요인으로 작용한다. 개인의 생활이 얼마나 만족스러운 것으로 인식하는가는 자신의 삶의 만족도인 삶의 질의 중요한 요소이다. 지각된 노인의 삶의 질을 측정하는데 초점을 맞추어 일 농촌지역 노인의 삶의 질 수준과 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하고, 특히 농촌노인의 삶의 질에 직접적인 영향을 주는 우울수준 및 우울이 삶의 질에 미치는 영향력을 확인하고자 하였다. 또한 노년기 발달과제인 죽음준비도의 상태와 죽음준비도가 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고 죽음준비도가 노인 삶의 질을 저하시키는 우울과 삶의 질과의 관계에서 조절효과가 있는지를 확인하고자 하였다.

대상자 농촌지역 노인 삶의 질은 25문항 총 100점 중 평균 55.63(남자 56.94점, 여자 54.67점)점으로 노인 삶의 질은 중간 수준이상이었다. 대상자 노인의 삶의 질은 농촌 여성 노인 대상으로 한 이홍자[21]의 연구 49.23점보다 높았고, 서울, 수도권 중소도시, 지방소도시 노인을 대상으로 한 이형석 등[20]의 연구 59.60(남자 61.57점, 여자 58.68점)점, 대구광역시 노인을 대상으로 한 김영근[22]의 연구 59.13점 보다는 낮은 수준이었다. 이는 도시지

역의 노인에 비해 농촌지역 노인의 삶의 질이 낮은 수준임을 알 수 있다.

죽음준비도는 10문항 총40점 중 26.65점으로 문항별 평균값은 2.67점, 죽음준비도의 하위영역별로는 정신적 죽음준비 3문항 총12점 중 8.95점 문항별 평균 2.98점, 의례적 죽음준비도 4문항 총16점 중 10.09점, 문항별 평균 2.52점으로 죽음준비도는 각각 중간 이상의 수준이었다. 또한 죽음준비에 대한 생각과 죽음준비를 한 노인은 45.2%(남자 40.4%, 여자 48.8%), 생각을 해본 적 없고 죽음준비를 하지 않은 노인은 54.8%였으며, 죽음준비도는 문항별 평균 4점 만점 중 전체 문항별 평균 2.67점, 정신적 죽음준비도는 문항별 평균 2.98점, 의례적 죽음준비도는 문항별 평균 2.52점으로 중간수준보다 높게 나타났다. 이는 하선미[23]의 서울지역 노인을 대상으로 한 연구의 죽음준비도 2.65점과 비슷하였고, 김미순 등[15](2011)의 3.39점 보다 낮았다. 문남숙과 남기민[18](2008)의 청주시 60세 이상을 대상으로 한 정신적 죽음준비도 2.95점과 비슷한 수준이었고, 의례적 죽음준비도 2.65점 보다는 조금 낮은 수준으로 지역과 연령에 따라 죽음준비도의 차이가 있었다.

대상자의 우울점수는 15문항 총15점 중 5.27점으로 우울은 중간이하의 수준이었다. 본 연구에서 SGDS 척도의 절단점 10점을 기준으로 하여 노인 우울의 유병률을 비교하였을 때 대상자의 우울은 17.1%(남자 10.1%, 여자 22.3%)이었다. 이는 이현주 등[24]의 연구에서 우울이 22.2%(남자 18.04%, 여자 23.3%), 고정은과 이선혜[25]의 전국 60세 이상 노인을 대상으로 한 연구에서 28.2%, 2014

년 노인실태조사[8]의 도시노인 33.2%, 읍면 노인은 32.9% 등과 비교하여 노인 우울은 낮은 수준이었다. 노인 우울의 점수로 제시한 연구들과 비교하면 대상자 노인의 우울은 5.27점으로 이는 이인정[26]의 도시지역 초고령노인을 대상으로 한 연구 4.92점보다 높았고, 농촌노인을 대상으로 한 손신영[4]의 연구 5.83점, 이홍자[21]의 농촌 여성노인을 대상으로 한 연구의 7.11점보다 낮은 수준이었다. 노인의 우울은 성별, 연령별, 지역 간의 차이가 있음을 알 수 있다.

죽음준비도와 우울이 각각 노인 삶의 질에 미치는 영향을 확인한 결과 죽음준비도의 정신적 죽음준비도($\beta=.160, p=.030$)와 우울($\beta=-.304, p<0.001$) 모두 노인 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 확인하였다. 같은 인구학적 변수의 통제 후의 설명력 변화의 차이를 비교하면 죽음준비도 투입 후 설명력 변화 1.9%, 우울 투입 후 설명력 변화 6.9%로 우울이 죽음준비도보다 노인 삶의 질에 더 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 노인 삶의 질에 영향을 미치는 인구학적 특성중 주관적 건강상태와 종교는 죽음준비도와 우울 모두에서 노인 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인임이 확인되었다. 먼저 죽음준비가 노인 삶의 질에 미치는 영향에 대해서 살펴보면 죽음준비도에 따른 노인 삶의 질과의 차이는 죽음준비를 한 노인의 삶의 질이 죽음준비를 하지 않은 노인 삶의 질보다 낮았는데 이는 대상자의 죽음준비에 대한 생각은 대체로 자식들에게 재산분배를 마친 경우와 중환자병으로 투병중인 경우 죽음준비를 하는 경향이 있었다. 즉 재산에 관한 정리를 끝

낸 경우, 질환으로 인한 신체적 기능저하, 평생의 업으로 살아왔던 농사일을 그만 둔 상황 등의 상실감이 삶의 의욕과 희망을 잃게 함으로써 삶의 질을 저하시키는 요인으로 작용하였을 것으로 사료된다. 죽음준비 유무와는 대조적으로 죽음준비도의 정신적 죽음준비도가 높을수록 노인 삶의 질이 높은 것($\beta=.160, p=.030$)은 김미순 등[15](2011), 문남숙과 남기민[18](2008) 등의 연구에서 정신적 죽음준비도가 높을수록 생활만족도가 높은 것과 같은 결과이다. 대상자의 죽음을 수용하는 태도, 죽음에 대한 긍정적 태도 및 죽음준비에 대한 중요성을 인식하는 정신적 죽음준비도는 노인 삶의 질에 긍정적 영향을 주는 것으로 확인하였다.

대상자의 주관적 건강상태는 노인 삶의 질에 가장 큰 영향을 주는 요인으로 확인되었고, 주관적 건강상태가 '좋다'라고 인지할수록 노인 삶의 질이 높은 것($\beta=.415, p<0.001$)은 신승배와 박지연[27], 이홍자[21], 김영근[22], 김미령[11], 손신영[4], 김숙경[12] 등의 연구에서와 같은 결과이다. 이금자와 이현지[28]의 노인코호트에 따른 삶의 질결정요인 연구에서 1940년대 출생한 초기집단(본 연구 대상자의 평균연령 76.8세)의 경우 주관적 건강수준이 초기 노인의 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 제시된 것과 같은 결과이다. 여러 선행연구에서와 같이 주관적 건강상태가 노인 삶의 질에 매우 중요한 영향요인임을 확인할 수 있었다. 따라서 노인 삶의 질 향상을 위해서 주관적 건강상태에 대한 지각의 중요성을 건강 관리자와 대상자 모두에게 인지시키는 교육이 필요하다고 사료된다.

종교가 있는 노인은 종교가 없는 노인과 비교하여 노인 삶의 질이 더 높았는데($\beta=.227, p=.003$) 이는 신승배와 박지연[27]의 연구에서와 같은 결과였다. 이와는 반대로, 김미순 등[15], 문남숙과 남기민[18], 김숙경[12] 등의 연구에서는 종교의 유무가 노인 삶의 질과의 유의한 차이가 없었으며, 종교의 삶의 질에 대한 영향은 지역 간의 차이가 있는 것으로 보인다.

대상자의 우울이 노인 삶의 질에 미치는 영향은 우울이 심할수록 노인의 삶의 질이 낮았는데($\beta=-.304, p<0.001$). 이는 이홍자[21](2015), 김동배 등[29], 김경호와 김지훈[30], 이금자와 이현자[28] 등의 연구에서 노인 우울이 심할수록 삶의 질(삶의 만족도)이 낮아지는 부적영향을 미치는 것으로 본 연구가 지지되었다. 따라서 노인 삶의 질을 향상하기 위해서는 우울에 대한 적극적 관리와 중재프로그램의 적용이 필요할 것으로 생각된다.

죽음준비도가 우울이 노인 삶의 질에 미치는 영향관계에서 조절효과가 있는지를 확인한 결과 정신적 죽음준비도는 우울과 노인 삶의 질의 조절효과가 있는 것으로 나타났다($F=.023$).

대상자 농촌지역 노인의 죽음준비도와 우울이 삶의 질에 영향을 미치는 영향에 대하여 정리하면 인구학적 특성에 따른 노인 삶의 질은 연령, 교육, 직업 활동유무, 종교유무, 수입수준, 지출수준, 음주유무, 운동 횟수, 주관적 건강상태, 만성질환개수 등에 따라 유의한 차이가 있었다. 죽음준비도가 노인 삶의 질에 미치는 영향을 확인한 결과 주관적 건강상태

가 좋을수록, 종교가 있는 노인에서, 정신적 죽음준비가 높을수록 삶의 질이 높았고, 주관적 건강상태, 종교, 정신적 죽음준비도의 순으로 삶의 질에 영향을 미쳤다. 우울이 노인 삶의 질에 미치는 영향을 확인한 결과 주관적 건강상태가 좋을수록, 종교가 있는 노인에서 삶의 질이 높았고 우울이 높을수록 삶의 질은 낮았다. 노인 삶의 질은 주관적 건강상태, 우울, 종교의 순으로 영향을 미쳤다.

노인 삶의 질에 영향을 미친 주관적 건강상태, 우울, 종교, 정신적 죽음준비도의 공통점은 주관적 감정과 지각상태, 긍정적 삶의 태도의 차이로 생각되어진다. 긍정적인 생각과 생활태도의 함양이 곧 노인 삶의 질 향상에 중요한 요인이라고 생각된다.

이상과 같은 결과에서 정신적 죽음준비도와 우울 모두 노인 삶의 질에 영향을 미쳤고, 정신적 죽음준비도가 우울과 노인 삶의 질과의 관계에 조절효과가 있는 것으로 확인되었으므로 죽음을 수용하는 태도, 죽음에 대한 긍정적 태도 및 죽음준비에 대한 중요성을 인식하는 정신적 죽음준비도를 높이는 것은 노인 삶의 질을 향상시킬 수 있을 것으로 기대된다.

결론 및 제언

본 연구는 농촌지역 노인의 죽음준비도와 우울이 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위하여 인구학적 특성, 죽음준비도, 우울에 따른 노인 삶의 질의 차이를 확인하고, 죽음준비도와 우울이 노인 삶의 질에 미치는 영향

에 대하여 각각 파악하고, 죽음준비도가 우울과 노인 삶의 질과의 관계에서 조절효과가 있는지를 확인하고자 2016년 9월 12일부터 9월 30일까지 일개 농촌 보건진료소 관할 65세 이상 주민등록상 노인인구 전체 237명 중 실제로 거주하고, 의사소통이 가능한 210명을 대상으로 자료를 수집하여 분석하였다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같이 제안하고자 한다. 첫째, 농촌지역 노인을 대상으로 하는 건강관리 관계자에 대한 노인 삶의 질에 가장 큰 영향요인의 하나가 긍정적 생각과 생활태도임을 인식할 수 있는 교육이 선행되어야겠다. 또한 노인을 대상으로 긍정적 생각과 삶의 태도에 대한 중요성을 인식하도록 하는 교육이 필요하다. 둘째, 노인 우울에 대처할 수 있는 프로그램의 개발과 적용이 필요하며, 프로그램의 구성 시 긍정적 생각과 생활 태도를 함양할 수 있는 내용이 포함되어야겠다. 셋째, 정신적 죽음준비도를 강화한 죽음준비 교육 자료의 개발이 필요하고, 정신적 죽음준비도의 중재프로그램 적용 후 우울이 조절되어 삶의 질을 향상시킬 수 있는 가에 대한 향후 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

1. 통계청. 세계와 한국의 인구현황 및 전망 [Internet]. 서울: 한국통계청. 2015[cited 2016. 2. 15]
2. OECD 대한민국 정책센터. 한 눈에 보는 OECD 보건의료 2013. 아이프리넷, 2014 ; p.24-25.
3. 이성진. 노인의 복합문제 해결을 위한 서비스 연계방안- 수입·학대·우울·자살문제를 중심으로. *한국노년학*. 2015; 35(2): 355-373.
4. 손신영. 농촌노인과 도시노인의 삶의 질과 관련요인에 대한 비교연구. *한국노년학*. 2006; 26(3): 601-615.
5. 유경아, 김영란, 박창수, 이태용. 고용상태 변화와 고용지위가 우울에 미치는 영향. *한국산학기술학회논문지*. 2018; 19(1): 251-259.
6. 서인균, 이연실. 노인의 학대경험과 자살생각간의 관계에 대한 우울의 매개효과 : 독거노인과 비독거노인 비교연구. *한국노인복지학회*. 2015; 68: 7-35.
7. 신창환. 삶의 특성이 노인 우울에 미치는 영향에 관한 연구: 삶의 만족도의 매개효과를 중심으로. *한국노년학*. 2010; 30(2): 453-469.
8. 정경희 등 12. 정책보고서. 2014년도 노인실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원. 2014. 2014-61
9. 이기영 등. 고령화 사회 농촌노인의 노동과 여가의 시간 배분. *한국가족자원경영학회지*. 2006; 10(3): 131-148.
10. 최아름, 정홍주. 노인의 삶의 질 결정요인에 관한 한일비교 연구. *보건과 사회과학*.

- 2013; 33: 29-57.
11. 김미령. 전기, 후기 여성노인의 삶의 질 및 영향요인 비교연구. *한국사회복지학* 2006; 58(2): 197-222.
 12. 김숙경. 농촌노인의 삶의 질 향상에 영향을 주는 요인. *한국노인복지학회*. 2004; 23: 179-202.
 13. 최연희. 농촌 노인의 우울, 사회적지지 및 삶의 질과의 관계. *지역사회간호학회지*. 2004; 15(2): 237-245.
 14. 유희옥. 중노년기의 죽음 불안태도 : 내세관·죽음준비도를 중심으로. [석사학위논문]. [서울]:성신여자대학교; 2004
 15. 김미순, 하춘광, 김효순. 내세관과 죽음준비도 및 생활만족도에 관한 연구. *한국가족복지학* 2011; 16(1); 111-136.
 16. 박형규, 변순옥, 정지웅. 임종교육서비스가 노인의 죽음태도에 미치는 영향. *노인복지연구*. 2010; 48: 323-343.
 17. 전영기. 노년기 죽음불안 영향요인에 관한 연구. *산정농촌*. 2000; 1: 199-222.
 18. 문남숙, 남기민. 노인의 죽음준비도와 성공적 노화의 관계: 우울 및 죽음불안의 매개효과를 중심으로. *한국노년학* 2008; 28(4): 1227-1248.
 19. 조맹제, 배재남, 서국희, 함봉진, 김장규, 이동우 등. DSM-III-R 주요우울증에 대한 한국어판 Geriatric Depression Scale(GDS)의 진단적 타당성 연구. *신경정신의학*. 1999; 38(1): 48-62.
 20. 이형석 등 5. 「노인삶의질척도(Geriatric Quality of Life scale)」의 표준화. *한국심리학회지.임상* 2003; 22(4): 859-881.
 21. 이홍자. 농촌여성 노인의 일상생활수행능력과 우울이 삶의 질에 미치는 영향. *한국농촌간학회지*. 2015; 10(1): 17-29.
 22. 김영근. 노인의 건강에 대한 인식과 삶의 질에 관한 연구-대구광역시 중심으로- *대한작업치료학회지*. 2008; 16(3): 99-110.
 23. 하선미, 이정섭. 노인의 죽음 수용에 영향을 미치는 요인. *노인간호학회지*. 2017; 19(3): 165-172.
 24. 이현주, 강상경, 이준영. 노인 우울증에 대한 사회경제적 지위요인과 건강행태 요인에 관한 연구. *한국노년학*. 2008; 28(4): 1129-1145.
 25. 고정은, 이선혜. 노인 우울에 영향을 미치는 요인에 대한 다층분석, *정신보건과 사회사업*. 2012; 40(1): 322-351.
 26. 이인정. 초고령 노인의 스트레스 요인과 대응방식이 우울에 미치는 영향. *보건사회연구*. 2014; 34(4): 264-294.
 27. 신승배, 박지연. 여성노인의 삶의 질에 미치는 영향요인 분석. *아시아여성연구*.

- 2015; 54(2): 7-46.
28. 이금자, 이현지. 노인 코호트에 따른 삶의 질 결정요인. *노인복지연구*. 2008; 41: 159-182.
29. 김동배, 채수진, 조완기. 당뇨노인의 건강 증진행위가 삶의 만족도에 미치는 영향에 대한 우울의 매개효과. *한국노년학*. 2009; 29(1): 101-116.
30. 김경호, 김지훈. 노인의 우울이 삶의 만족도에 미치는 효과- 자아존중감의 매개효과 중심으로-. *가족과 문화*. 2008; 20(4): 95-116.