



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

博士學位論文

老人의 精神健康이 삶의 質에 미치는
影響에 관한 研究

- 고령자 집단과 초고령자 집단을 중심으로 -



2010年
HANSUNG
UNIVERSITY

漢城大學校 大學院

行 政 學 科

行 政 學 專 攻

崔 興 權

博士學位論文
指導教授 黃振洙

老人의 精神健康이 삶의 質에 미치는
影響에 관한 研究

- 고령자 집단과 초고령자 집단을 중심으로 -

A Study on the Effect of Mental Health on Quality of Life
for the Aged

- Focused on the Aged and Super-Aged -

2009年 12月 日

漢城大學校 大學院

行 政 學 科

行 政 學 專 攻

崔 興 權

博士學位論文
指導教授 黃振洙

老人의 精神健康이 삶의 質에 미치는
影響에 관한 研究

- 고령자 집단과 초고령자 집단을 중심으로 -

A Study on the Effect of Mental Health on Quality of Life
for the Aged

- Focused on the Aged and Super-Aged -

위 論文을 行政學 博士學位論文으로 提出함

2009年 12月 日

漢城大學校 大學院

行 政 學 科

行 政 學 專 攻

崔 興 權

崔興權의 行政學 博士學位論文을 認准함

2009年 12月 日

審査委員長_____ (印)

審査委員_____ (印)

審査委員_____ (印)

審査委員_____ (印)

審査委員_____ (印)

목 차

제1장 서 론	1
제1절 연구의 목적	1
제2절 연구의 범위 및 방법	4
1. 연구의 범위	4
2. 연구의 방법	5
제2장 노인의 정신건강과 삶의 질에 관한 이론적 배경	6
제1절 고령자 집단 및 초고령자 집단의 정의	6
제2절 고령화사회 노인의 정신건강에 대한 논의	10
1. 노인 정신건강의 개념	10
2. 노인 정신건강의 구성요소 및 측정	12
3. 노인 정신건강	24
제3절 고령화사회 노인의 삶의 질에 관한 논의	26
1. 삶의 질 개념	26
2. 삶의 질 구성요소와 측정	29
3. 노인의 삶의 질	36
제4절 선행연구	40
1. 노인의 정신건강에 관한 선행연구	40
2. 노인의 삶의 질에 관한 선행연구	42

3. 노인의 정신건강과 삶의 질에 관한 선행연구	46
4. 초고령노인의 정신건강과 삶의 질에 관한 선행연구	50
5. 선행연구의 시사점	52
제3장 연구 설계	56
제1절 연구 모형	56
제2절 연구문제 및 가설	57
1. 연구문제	57
2. 연구가설	57
제3절 변수의 조작적 정의 및 측정도구	59
1. 변수의 조작적 정의	59
2. 측정도구 및 신뢰도 검증	64
제4절 자료수집 및 분석방법	65
1. 표본선정 및 자료수집	65
2. 자료의 분석방법	66
제4장 분석 결과	67
제1절 노인의 정신건강에 관한 분석결과	67
1. 고령 노인집단 분석결과	67
2. 초고령 노인집단 분석결과	80
3. 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 비교	92
제2절 노인의 삶의 질에 관한 분석결과	94
1. 고령 및 초고령 노인집단의 삶의 질에 관한 분석결과	94
1) 전체 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 상관관계 분석결과	94

2) 전체 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 관한 회귀분석 결과	96
3) 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 비교분석	98
2. 노인의 경제수준인식에 따른 정신건강과 삶의 질	102
제3절 연구가설 검증결과	107
1. 연구가설1: 고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성	107
2. 연구가설2: 초고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성	108
3. 연구가설3: 전체 노인집단의 정신건강과 삶의 질	109
4. 연구가설4: 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질	110
5. 연구가설5: 경제수준인식에 따른 노인의 정신건강과 삶의 질	112
제5장 연구의 요약 및 결론	114
제1절 연구의 요약	114
제2절 결론	116
참고문헌	123
부록(설문지)	136
ABSTRACT	142

표 목차

[표 2-1] OECD 국가들과 한국의 노인 인구추세 비교	7
[표 2-2] 우리나라 65세 이상 노인의 장래인구 추계	8
[표 3-1] 변수의 구성요소	60
[표 3-2] 정신건강척도 문항 구성	62
[표 3-3] 사회인구학적 특성 문항 구성	63
[표 3-4] 변수별 신뢰도 계수	64
[표 3-5] 표본선정 및 자료수집	65
[표 4-1] 고령 노인집단의 사회인구학적 특성	68
[표 4-2] 고령 노인집단의 정신건강과 성별에 관한 분석결과	70
[표 4-3] 고령 노인집단의 정신건강과 연령에 관한 분석결과	71
[표 4-4] 고령 노인집단의 정신건강과 종교유무에 관한 분석결과	72
[표 4-5] 고령 노인집단의 정신건강과 학력에 관한 분석결과	74
[표 4-6] 고령 노인집단의 정신건강과 배우자유무에 관한 분석결과	75
[표 4-7] 고령 노인집단의 정신건강과 경제수준인식에 관한 분석결과	76
[표 4-8] 고령 노인집단의 정신건강과 동거가족에 관한 분석결과	79
[표 4-9] 초고령 노인집단의 사회인구학적 특성	80
[표 4-10] 초고령 노인집단의 정신건강과 성별에 관한 분석결과	82
[표 4-11] 초고령 노인집단의 정신건강과 연령에 관한 분석결과	83
[표 4-12] 초고령 노인집단의 정신건강과 종교유무에 관한 분석결과	84
[표 4-13] 초고령 노인집단의 정신건강과 학력에 관한 분석결과	86
[표 4-14] 초고령 노인집단의 정신건강과 배우자유무에 관한 분석결과	87
[표 4-15] 초고령 노인집단의 정신건강과 경제수준인식에 관한 분석결과	89
[표 4-16] 초고령 노인집단의 정신건강과 동거가족에 관한 분석결과	90
[표 4-17] 고령자와 초고령자의 정신건강과 사회인구학적 특성의 차이 비교 ...	92
[표 4-18] 노인의 정신건강의 하위변수들과 삶의 질 간의 상관관계 분석 ...	95
[표 4-19] 노인의 정신건강과 삶의 질에 대한 회귀분석 결과	96

[표 4-20] 고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질	99
[표 4-21] 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질	99
[표 4-22] 고령자와 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 대한 연구결과 비교 ..	101
[표 4-23] 경제수준인식이 상류층인 노인집단의 정신건강과 삶의 질	102
[표 4-24] 경제수준인식이 중산층인 노인집단의 정신건강과 삶의 질	103
[표 4-25] 경제수준인식이 하류층인 노인집단의 정신건강과 삶의 질 ...	104
[표 4-26] 노인의 경제수준에 따른 정신건강과 삶의 질에 대한 연구결과 비교 ...	106
[표 4-27] 고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성의 가설검증 결과	107
[표 4-28] 초고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성의 가설검증 결과	108
[표 4-29] 전체 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 관한 가설검증 결과	109
[표 4-30] 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 가설검증 결과 ..	111
[표 4-31] 경제수준인식에 따른 노인의 정신건강과 삶의 질의 가설검증 결과	112



그림 목차

<그림 3-1> 연구모형	56
<그림 4-1> 노인의 정신건강과 삶의 질에 대한 연구결과 요약	98



제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 목적

모든 인간들은 행복하고 건강한 삶을 영위하고자 하는 공통된 열망을 가지고 있으며 이는 삶이 무엇인지 깨닫게 되는 순간부터 죽음을 맞이하는 순간까지 절실하게 요구되는 주요한 관심사이다.

현대사회는 점차 과학화되고 의료기술이 발달함에 따라 생명의 연장으로 인구의 고령화 현상이 매우 뚜렷이 나타나고 있다. 특히 노인인구의 급속한 증가는 우리나라가 당면한 문제 중의 하나이다. 우리나라는 이미 2000년에 65세 이상 인구비율이 7.2%에 이르러 고령화 사회에 진입하였으며 2009년 7월1일 현재 총인구 중 65세 인구가 차지하는 비율은 10.7%로, 39년 전 1960년도(73만 명) 전체인구의 2.9%에 비해서 7.9%나 증가하였고, 10년 전인 1999년도의 6.9%에 비해서 3.8%나 증가 하였다. 그리고 향후 9년 후 2018년에는 고령사회에, 2026년에는 초(超)고령사회에 도달할 것으로 전망하고 있다(통계청, 2009).

특히 우리사회의 노인 인구변화는 고령화 사회에서 고령사회로의 변화가 장기간에 걸쳐 점진적으로 일어났던 대부분의 선진국들과는 달리 단기간에 매우 빠른 속도로 진행되어 우려를 낳고 있다. 즉 다양한 노인문제에 관심을 가지고 고령사회에 적극적으로 대처하지 않는다면 노인 문제는 우리 사회 전체를 위협하는 심각한 사회문제로 대두될 것이다.

이처럼 노인인구가 전체 인구에서 차지하는 구성비가 급격히 상승하고 평균수명이 연장됨에 따라 노인문제가 발생하게 되는데, 일반적으로 노인 문제는 빈곤, 질병, 고독, 역할상실, 사회에서의 무관심 등의 5고(苦)로 표현되고(황진수, 2005: 29-30), 때로는 빈곤, 병고, 고독의 3악(惡)으로 일컬어진다. 노인이 퇴직 후 소득감소에서 오는 생계비 문제, 노후에 자주 경험하는 만성질환과 심신 쇠약으로 인한 건강문제, 은퇴 후 가정과 사회에서의 역할상실 및 지위의 저하, 그리고 결과적으로 나타나는 고독감, 소외

감 등은 현대 노인들이 당면하고 있는 공통적인 문제이다.

개인주의적인 서양사회에서는 여자들이 부모를 잘 돌보지 않아 노인들을 고독하게 만들고 병원이나 양로원 등에 수용시키는 경우가 많아 일찍부터 노인문제가 여러 가지로 많았다. 이에 비해 우리와 같이 전통적인 가족제도가 뿌리 깊고 경로사상이 두터워 노인을 존경하는 여자들이 집안에서 잘 받들어 모시던 사회에서는 상대적으로 노인의 정신장애의 악화를 막는 데 많은 공헌을 했다.

그러나 고도의 산업구조의 근대화에 따라 인구의 도시집중과 더불어 농촌사회로부터 도시사회로의 변천 등 급진적 변화로 인하여 대가족제도가 붕괴되고 핵가족화 된 것은 오래 전의 일이 되었고 또 산업기술의 고도화, 능력위주 등으로 정년퇴직이 강요되고 사회경제활동의 일선에서 밀려나 경제적인 빈곤과 고독 속에서 노인들의 삶은 현실적응을 더욱 어렵게 함으로써 큰 정신건강문제가 되고 있다.

더욱이 변화속도가 느린 과거 전통적 사회에서의 인간은 욕구 충족만으로도 충분히 살아갈 수 있었으나 오늘날은 신체적으로나 정신적으로 보다 건강한 상태에서 노년기를 맞이하게 되고 생활수준과 교육수준의 향상으로 다양한 여가활동 기회를 제공하는 것이 요구되고 있다.

우리는 이미 인구피라미드의 역전(逆轉)을 경험하면서 고령 노인의 폭발적인 증가로 인한 자살문제, 부양비 증가의 문제 등 갖가지 사회문제에 직면하고 있다. 앞으로 고령자 집단은 시간이 지남에 따라 초고령자 집단을 형성할 것이고, 75세 이상 또는 80세 이상의 초고령 노인집단의 수가 증가할수록 고령화사회에서 경험했던 문제와는 다른 형태와 종류의 새로운 문제점에 직면하게 될 것이다. 따라서 고령노인에게 집중되어 있는 복지정책과 서비스, 프로그램 등을 이제는 고령 노인집단과 초고령 노인집단으로 구분하여 각 집단의 특성과 기호에 맞는 복지서비스를 개발하고 이를 차별적으로 제공하려는 노력이 필요할 것이며, 이를 위해서 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 차이를 분명히 파악할 필요가 있다.

또한 다양한 노인집단의 특성을 고려하면서도 동시에 이러한 복지서비스의 방향성이라는 차원에 있어서도 위에서 언급한 바와 같이 의식주 생

활에 대한 불안이나 최소한의 생계유지를 위한 복지, 기초생활에 대한 보장을 요구했던 과거의 복지정책과 달리 이것들을 보장함과 동시에 최근에 더욱 다양해지고 세분화되고 있는 노인들의 욕구, 정신건강, 삶의 질, 대인관계, 사회적 만족, 문화생활 등의 심리적 차원의 복지서비스로의 변화가 요구되며, 노인복지 수준의 향상과 노인집단을 대상으로 하는 복지정책의 서비스 만족도를 높이기 위해 최근에는 심리적 만족, 안정, 기대 등을 충족할 수 있는 노인의 삶의 질을 높여줄 수 있는 요인에 대한 연구가 활발히 진행되고 있으며 또 이러한 정책에 대한 요구가 더욱 높아지고 있다.

바로 이러한 추세 속에서 점차 상이하게 나타나는 노인 집단의 각각의 특성을 이해하고, 이를 토대로 고령 노인집단 또는 초고령 노인집단의 삶의 질에 영향을 미치고 있는 다양한 요인들을 분석하고 정책에 반영할 수 있도록 하는 것이 최근의 복지정책에 있어서의 중요한 쟁점 과제가 되었다고 할 수 있을 것이다. 이인정(2009: 359-382)은 초고령 노인들의 삶의 만족 수준이 매우 다양하며, 어떤 노인들은 초고령 연령이 되어도 삶의 만족과 활기가 유지되는 반면 어떤 노인들은 배우자, 건강, 주택, 경제적 자원 등에 아무런 문제가 없는 상태임에도 불구하고 삶의 만족과 의욕이 떨어져, 삶의 질이 저하되는 노인도 임상적 관찰을 통해 확인하고 있다.

따라서 본 연구에서는 이러한 노인을 대상으로 하는 복지 정책의 궁극적으로 추구하는 노인의 삶의 질을 높여주고 이에 따라 평온한 노후를 지낼 수 있도록 한다는 목적을 실현하기 위하여 삶의 질에 영향을 미칠 것이라 예측되는 결정요인인 노인의 정신건강과 삶의 질의 관계에 대하여 실증적으로 이를 검증해보고, 또한 노인집단을 고령 노인집단과 초고령 노인집단으로 구분하여 고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 관계와 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 관계를 확인한 후 두 집단 간에는 어떠한 차이점이 나타나고 있는가를 비교 분석하여, 이러한 두 집단의 특성에 대한 연구결과를 토대로, 초고령사회로 다가가고 있는 우리나라의 사회인구학적 환경에 맞는 복지정책과 서비스, 복지 프로그램에 이를 반영한 제안점을 제시하는 것을 목적으로 연구를 진행하도록 하였다. 또한 추가적인 연구로써 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강이 다양한 사회

인구학적 특성에 따라서 어떠한 차이를 보이는가를 검증해보고, 노인집단을 그들의 인식하고 있는 경제수준에 따른 정신건강의 다양한 요소들이 노인의 삶의 질에 미치는 영향을 분석해 보고, 이렇게 도출된 결론을 토대로 우리나라 보건복지정책 및 행정의 기초자료로 제공하고자 한다.

제 2 절 연구의 범위 및 방법

1. 연구의 범위

본 연구에서는 상기의 목적을 달성하기 위해서 다음과 같이 연구의 범위를 설정한다.

본 연구의 구성 체계는 크게 5개의 장으로 구성되어 있는데 이를 제시하면 아래와 같다.

제1장은 서론으로서, 논문의 목차에 따라 연구의 목적, 범위 및 방법을 기술하였고, 제2장은 본 연구를 수행하기에 앞서 전체 노인집단과 고령 및 초고령 노인의 정신건강과 삶의 질에 관한 이론적 고찰을 중심으로 제반 개념의 정의와 개념의 구성요소에 대한 이해를 위한 이론적 연구와 이론을 바탕으로 경험적으로, 또는 실증적 수행된 선행연구의 분석을 통해 본 연구에 필요한 이론과 시사점을 도출하였다.

제3장은 연구설계로서 연구 분석을 위한 연구모형을 설정하였고, 실증적 검증을 하기 위해서 연구문제와 연구가설을 제시하였으며, 변수의 조작적 정의 및 측정도구와 측정도구의 타당성과 신뢰도를 검증하고 표본선정·자료수집 및 분석방법을 설명하였다.

제4장에서는 연구 분석결과에서 얻은 실증적 검증을 통한 결과 및 해석을 통해서, 변수들 간의 상관관계 분석 및 다중회귀분석, 연구가설의 검증, 자료수집분석, 분석결과의 요약 등을 다루었다.

제5장은 본 연구의 결론으로서 연구결과의 요약을 정리하고 본 연구가 지닌 향후 연구방향 및 정책적 제언을 제시하였다.

2. 연구의 방법

본 연구를 수행하기 위해서 다음과 같은 연구방법으로 진행하였다.

첫째, 먼저 전체 노인집단 및 고령·초고령 노인집단의 정신건강과 직·간접적으로 연관성 있는 제반 선행 연구들에 대한 문헌조사를 하였다.

둘째, 연구 주제와 관련된 선행연구 및 실증적 분석결과들에 대한 고찰 및 검토를 통해 이론적 접근을 하였으며, 이를 기초로 연구과제의 설정 후 실증적 연구를 실시하여 이론적 검증과 실증적 검증의 토대를 마련하였다.

셋째, 이러한 문헌연구를 바탕으로 고령 및 초고령 노인집단의 정신건강 유형을 분석하고 삶의 질과의 관계를 규명하는데 있어서 선행요인 및 효과와 관련된 요인들을 참고로 우선 제시하였다. 또한 개인의 특성을 중점적으로 고려함으로서 효율적으로 적용될 수 있는 정신건강의 중요성을 부각시키고자 하였다.

넷째, 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성의 차이에 따른 유의미성을 알아보고, 전체 노인집단 및 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 관계를 실증적으로 분석하고 이를 비교하며, 추가적으로 경제수준인식별로 삶의 질이 어떠한 차이를 보이는가를 비교해보기 위하여 연구모형 및 가설을 제시하였다. 이후 본 연구가설과 연구모형에 대한 검증을 수행하고 검증결과를 살펴봄으로써 연구결과의 내용들을 요약하여 제시하였다.

다섯째, 본 연구의 연구결과를 토대로 본 연구의 연구결과가 가지는 시사점에 대하여 알아보고, 복지 정책 분야에 있어서의 정책적 제언점을 제시하였다.

제 2 장 노인의 정신건강과 삶의 질에 관한 이론적 배경

제 1 절 고령자 집단 및 초고령자 집단의 정의

우리나라에 있어서 그동안 실시되어진 노인집단에 대한 연구는 항상 65세 이상의 고령 노인 집단에 대한 연구로 국한되어 있었으며, 초고령 노인 집단에 대한 연구는 이러한 65세 이상 노인에 대한 연구에 포함되어 따로 구분되지 않았다. 그러나 점차 의료기술이 발달하고 노인들의 건강에 대한 관심이 높아지고, 산업이 더욱 고도화됨에 따라서 전 세계적으로 일어나고 있는 고령화의 추세는 이미 고령을 넘어서, 전체 인구수 대비 초고령 노인 집단의 비율이 빠르게 증가하고 있는 추세에 있어, 고령 노인집단에 대한 연구가 초고령 노인에 대한 연구로 그 범위와 다양성을 확대해 나가야 할 필요성이 대두하고 있다.

이러한 고령화의 추세는 물론 전세계적으로 일어나고 있는 현상이나, 우리나라는 OECD 국가들 가운데에서도 가장 고령화의 추세가 빠르게 진행되고 있는 국가로 꼽히고 있다. 흔히 고령화사회(aging society)를 정의하는 기준은 전체 인구비율 중에서 65세 이상 노인의 비율이 7%이상 14%미만인 사회를 고령화 사회로써 정의하고 있으며, 이러한 고령자 인구의 비율이 14%를 넘어서서 20%미만에까지 다다르게 되면 이를 고령사회(aged society)라고 부르고 있으며, 20%를 초과하게 되면 마침내 초고령사회(super-aged society)라고 정의내리고 있다(통계청, 2009).

우리나라는 이미 2000년에 고령화사회에 진입하였으며, 현재의 고령자 인구의 증가 추세를 보았을 때 향후 9년 후에는 고령사회에 진입하게 되고, 2026년에는 초고령사회에 진입하게 될 것이라는 전망이 이어지고 있다. <표 2-1>에서 나타나고 있듯이 현재 우리나라의 고령화 정도는 OECD국가들과 비교하여도 그 변화의 폭이 매우 큰 편이다.

[표 2-1] OECD 국가들과 한국의 노인 인구추세 비교

(단위: 백분율)

65세 이상 인구비중	2000년	2050년	변화폭	초고령자 인구비중	2000년	2050년	변화폭
호 주	12.4	25.7	13.3	호 주	12.4	25.7	13.3
독 일	16.4	29.5	13.1	독 일	16.4	29.5	13.1
프랑스	16.0	29.1	13.1	프랑스	16.0	29.1	13.1
이탈리아	18.2	35.2	17.0	이탈리아	18.2	35.2	17.0
일 본	17.3	35.4	18.0	일 본	17.3	35.4	18.0
한 국	7.2	34.4	27.1	한 국	7.2	34.4	27.1
노르웨이	15.1	24.4	9.3	노르웨이	15.1	24.4	9.3
폴란드	12.1	29.5	17.4	폴란드	12.1	29.5	17.4
스페인	16.8	35.6	18.8	스페인	16.8	35.6	18.8
스웨덴	17.7	23.2	5.5	스웨덴	17.7	23.2	5.5
영 국	15.7	25.3	9.5	영 국	15.7	25.3	9.5
미 국	12.4	20.6	8.2	미 국	12.4	20.6	8.2
12개국 평균	14.8	29.0	14.2	12개국 평균	14.8	29.0	14.2

* OECD Population pyramids in 2000 and 2050, OECD, 2007.3.

이러한 변화는 우리나라가 고령 노인들의 관심이 점차 건강관리와 심리적 만족, 안정감을 찾는 것에 집중하게 됨으로써 가속화되고 있는데, 2008년 통계청의 조사에 의하면 노인들의 ‘아침식사하기’, ‘적정수면’ 등에 대한 관심이 최근 큰 폭으로 증가했으며, 특히 ‘정기건강검진’에 대한 관심이 가장 높은 폭으로 증가했다는 설문 조사결과를 확인할 수 있으며 2006년의 같은 조사에 비해 건강관리의 실천정도가 매우 높아졌다는 보고가 있어, 앞으로도 우리나라의 이 같은 고령화 추세는 줄어들지 않고 계속 가속화될 것으로 전망할 수 있을 것이다.

실제 노인의 의료비 지출 역시 2008년 건강 보험의 65세 이상 노인의료비는 10조 4,904억 원으로 2007년에 비해 15.5%나 증가한 비율로 나타났으며, 전체 국민의 의료비 증가율인 8.6%를 크게 상회하여, 그만큼 노인의 의료비 지출과 건강에 대한 관심이 큰 폭으로 상승한 것을 실증적으로 확인할 수 있는 것이다. 이처럼 2000년에 일찍이 고령화사회로 진입한 우리나라는 노인인구의 증가추세가 무척 빠르고, 평균수명을 포함한 연령대 역시 점차 증가하고 있다. 이러한 추세 속에서 우리나라는 점차 초고령사회로 들어서고 있는 것이 사회 통계학적으로 확인되고 있으며, 2026년으로

초고령사회를 전망하고 있지만, 실제로는 더 빨리 초고령사회가 도래할 것이라는 의견도 등장하고 있다.

초고령 노인에 대해서는 전 세계적으로도 정확하고 공식적으로 정의되어 있는 바가 없으나, 일반적으로 노인 인구의 비율이 12%를 상회하는 선진 국가들에서는 80세 이상 또는 85세 이상 노인을 초고령 노인이라고 구분하여 이들에 대한 대책 마련 및 복지정책을 수립 중에 있으며, 이인정(2009: 360)의 연구에서 뉴가튼이 75세 이상의 노인을 올드-올드(old-old)라 하여 초고령자의 기준을 75세 정도로 보고 있고, 최근들어 초고령자에 대한 복지 차원에서 연구가 활발하게 이루어지고 있는 영국에서 역시 초고령자의 나이를 75세 이상으로 보는 것이 일반적이다. 아직 노인집단의 전체인구수 대비 비율이 3%를 넘지 않는 국가들에서는 초고령자의 연령 범위를 더욱 낮게 책정하거나 아예 그러한 구분이 없는 경우도 많으나, 일반적으로 전세계적인 추세는 초고령자의 숫자는 앞으로도 계속 증가할 것이라는 견해가 공통적이며 이들에 대한 복지문제와 사회문제에 대비하는 것이 중요한 정책적 과제로써 받아들여지고 있다.

[표 2-2] 우리나라 65세 이상 노인의 장래인구 추계

(단위: 천명)

	1980	1990	1999	2000	2009	2010	2018	2026
총인구	38,124	42,869	46,617	47,008	48,747	48,875	49,340	49,039
65세이상	1,456	2,195	3,224	3,395	5,193	5,357	7,075	10,218
구성비	3.8	5.1	6.9	7.2	10.7	11.0	14.3	20.8

* 자료: 통계청 「장래인구 추계」, 2009년

<표 2-2>와 같이 그동안 65세 이상 노인의 연구에 포함되어 같은 범주로써 연구되었던 초고령자에 대한 논의가 이제는 고령 노인집단과 구분하여 파악해야만 하는 중요한 한 범주의 하나로써, 이들 초고령 노인집단의 특성을 실증적으로 분석하고, 고령 집단과의 비교를 통해서 각각의 노인집단의 요구와 심리적 요인, 삶의 질을 고려한 맞춤형 복지정책을 실현하는

것이 앞으로의 복지정책 입안자들에게 주어진 중대한 과제 중 하나일 것이다.

따라서 본 연구는 고령 노인집단과 초고령 노인집단을 비교하는 것에 초점을 맞추어 진행하였으며, 이에 초고령자에 대한 이론적 논의를 확인하였다.

과거에는 초고령자라는 용어 자체가 정의되지 않거나, 평균수명을 크게 넘어서서 장수하는 소수의 노인을 지칭하는 제한적인 의미로써 사용되던 용어였다. 그러던 것이 최근에 들어서야 초고령사회 또는 초고령 노인집단에 대한 논의의 필요성이 제기되기 시작하면서 이에 대한 정의가 생겨나기 시작하였는데, 초고령자에 대한 정의는 국가마다, 연구자의 기준에 따라, 의미의 해석에 따라서 다르게 정의되고 있으며, 확정적으로 정의되고 있는 바가 없으나, 일반적으로 초고령자(Oldest old)는 서구에서 85세 이상의 노인을 지칭하기 위해서 최근에 등장한 용어이다.

영국에서는 일반적으로 75세 이상의 노인을 초고령 노인집단으로 분류하여 현황을 파악할 때 이용하고 있으며, Neugarten(1961: 134-143)은 노인을 연령대에 따라서 55세부터 64세의 영-올드(young-old), 65세부터 74세의 미들올드(middle old)와 75세 이상의 올드-올드(old-old)의 세 집단으로 구분하고 있는데, 전세계적으로 평균수명이 늘어나게 되고 보편적으로 고령자로 정의하고 있는 65세 이상의 인구 비율이 급격하게 증가하게 되면서 평균수명을 상회하는 노인집단에 대한 논의가 ‘초고령자’라는 용어를 탄생시킨 것이다.

2007년 UN인구기금이 발표한 ‘2007 세계 인구현황 보고서’에 따르면 한국 남성의 평균수명은 74.4세, 여성은 81.8세로 나타나고 있으며, 각각 세계 30위와 18위를 기록하고 있는 것을 확인할 수 있다. 현재는 계속해서 의료수준이 향상되고 있고, 복지 측면에서의 고령자에 대한 지원이 점차 확대되고 본격화됨에 따라서 평균 수명이 80세를 상회할 것이라는 예측이 나오고 있으나, Neugarten(1961)의 정의와 UN에서 공식적으로 발표하고 있는 문서의 자료를 인용하여 본 연구에서는 한국 남성 노인의 평균수명인 74세를 기준으로 65세부터 74세 이하를 고령 집단으로 분류하고, 75세 이상의 노인집단을 초고령 노인집단으로 정의하고 연구를 진행하였다.

제 2 절 고령화사회 노인의 정신건강에 대한 논의

1. 노인 정신건강의 개념

21세기에 들어선 우리들은 급속하게 가속화되고 있는 시대 속에서 도태되지 않고 적응하며 자신의 삶을 성공적으로 이끌어나가는 것을 당면 목표로 살고 있다. 따라서 현대사회를 살고 있는 사람들에게 있어 신체건강 못지않게 정신의 건강도 매우 중요한 것이다. 정신건강은 인간의 삶의 질을 결정하는 주요 요인이며, 노인에게 있어서는 독립적인 생활을 할 수 있는가를 결정하는 주요한 평가기준이 되기도 한다.

이러한 정신건강은 연령의 변화에 따라서 또는 개인의 성격, 특성, 둘러싼 환경에 따라서도 매우 다양한 형태로 나타나게 되며, 인간의 삶의 질에 미치는 영향에 있어서도 개인차가 존재하는 매우 유동적이고 가변적(可變的)인 개념이다. 따라서 이러한 노인의 정신건강에 대해 파악하기 위해서는 우선 노인집단이 가지는 그들만의 특성이나 환경적 영향 등에 대한 총체적인 고려가 필요하고 노인의 정신건강에 대한 연구는 매우 다양한 분야와 범위에 걸쳐서 수행되어지고 있다. 노인의 정신건강의 개념을 파악하기에 앞서 우리가 흔히 사용하는 정신건강의 개념은 어떠한 것인가를 먼저 정의하고자 한다.

정신건강에 대한 개념은 사회·문화적 변화에 따라 유동적이고 가치판단의 문제이기 때문에 명확한 정의를 내리기가 어려우나, 1946년에 제정된 유엔 세계보건기구의 헌장 서문에서 정의한 건강의 개념을 연관 지어 정신건강의 개념을 살펴보면 “건강이란 단지 질병에 걸리거나 허약하지 않은 상태만이 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전히 행복하게 살 수 있는 상태”라고 건강을 정의하였다. 따라서 정신건강이란 “일상생활에서 언제나 독립적, 자주적으로 처리해 나갈 수 있고 질병에 대해 저항력이 있으며 원만한 가정생활과 사회생활을 영위할 수 있는 상태이자 정신적으로 성숙한 상태”를 말한다고 할 수 있다(설진화, 2008: 14).

미국 정신위생위원회의 보고서에서는 “정신건강이라는 것은 다만 정신

적 질병에 걸려 있지 않은 상태만이 아니고 만족스러운 인간관계와 그것을 유지해 나갈 수 있는 능력을 의미 한다”고 하였다. 이것은 ‘모든 종류의 개인적·사회적 적응을 포함하며, 어떠한 환경에도 대처해 나갈 수 있는 건전하고, 균형 있고, 통일된, 성격의 발달’을 의미한다고도 할 수 있다. 이처럼 정신건강이라 함은 그 범위가 매우 넓고 다양한 측면이 고려되는 총체적 개념이라고 파악할 수 있는 것이다.

세계 보건기구에서는 정신건강은 여러 문화권의 학자들에 의해 다양하게 정의되어 왔다고 밝히고 있다. 하지만 정신건강의 개념을 주관적 안녕감, 자기효능감, 자발성, 유능감, 세대상호간 의존과 타인과의 관계 속에서 개인의 인지·정서적 잠재능력에 대한 자기실현을 포함한다. 다문화적 관점에서 정신보건을 포괄적으로 정의하는 것은 불가능하지만 정신보건의 정신장애보다 광의의 개념이라는 것에는 동의하고 있는 추세이다(김동배·안인경, 2004: 203-233).

정신건강의 개념화는 정신질환의 유무를 지칭하기 위한 우울과 같은 정신 병리학적(病理學的)인 개념에서 출발하였으나, 최근에는 긍정적 측면에서 자아의 기능이나 환경에의 적응, 개인의 심리적 안녕도 중시하는 경향을 지닌다(김윤정·최혜경, 2000: 209-223).

노인의 건강상태란 독립적인 일상생활을 하는데 필요한 상태로서 신체적, 심리적, 사회적 기능을 모두 포함하면서 주어진 환경에 적응, 대처하고 주어진 환경 안에서 생활하는 인간의 능력을 포함하고 있다(김귀분외, 2008: 19-27).

또한 정신건강이란 행복하고 만족하며 원하는 것을 성취하는 것 등의 안녕상태 또는 정신적으로 병적인 증세가 없을 뿐 아니라, 자기능력을 최대한 발휘하고 환경에 대한 적응력이 있으며, 자주적이고 건설적으로 자기의 생활을 처리해 나갈 수 있는 성숙한 인격체를 갖추고 있는 상태를 말한다고 정리할 수 있을 것이며, 본 연구에서도 정신건강의 개념을 이와 같은 정의를 토대로 연구를 진행하기로 하였으며, 이러한 개념은 연령이나 제반 특성에 따라 가변(可變)하는 개념이 아닌, 궁극적으로 인간이 추구하는 바를 나타내는 개념정의로써 사용되고 있으므로, 노인집단이라고 할지

라도 그 추구하는 바가 크게 다르지 않을 것이다. 따라서 노인집단의 정신 건강에 대한 연구는 위의 정의를 바탕으로 진행하도록 하였다.

2. 노인 정신건강의 구성요소 및 측정

1) 자아존중감(Self-Esteem)

노인의 정신건강을 구성하는 개념으로써 우선 자아존중감을 들 수 있다. 자아존중감에 대한 일반적인 정의를 살펴보면 자아존중감은 자신에 대한 긍정적 혹은 부정적 평가와 관련된 것으로 자기존경의 정도와 자신을 가치 있는 사람으로 생각하는 정도를 의미한다고 정의 내려지고 있으며, 국내에서 이루어진 연구에 있어서의 자아존중감의 개념은 자신에 대한 가치관, 사랑 및 인정을 받고 싶어 하며 다른 사람보다 낮고 자신을 미워하지 않으며 사랑하고 싶어 하는 심리적 상태라고 정의하고 있다(전병재, 2001: 109-129).

이러한 개념은 자아존중감이 과거의 연구에서 정의되어지는 경우 좀 더 개인의 정서적이고 심리적 측면이 많이 고려되는 정의로써 구성되고 있다고 할 수 있을 것이다.

또한 국외 연구에 따르면 자아존중감을 네 가지 기준으로써 파악하여 정의내리고 있는데, 이를 살펴보면 첫째, 중요도로서 자기가 중요하다고 생각하는 사람에 의해 사랑을 받으며 인정받고 있다고 느끼는 정도를 뜻한다고 정의하고 있으며 둘째, 능력으로서 자신이 중요하다고 여기는 직업을 수행함에 있어서 성취의욕을 만족시킬 수 있는 실력의 정도를 뜻하며 셋째, 미덕으로서 도덕과 윤리적 규범을 달성한 정도를 뜻하고 넷째, 영향력으로서 다른 사람에게 영향을 미치고 통제할 수 있는 능력의 정도를 뜻한다고 하고 있다. 그리고 자아개념은 개인자신이 스스로 형성한 상(像)이고, 자아존중은 그 상(像)에 대한 개인적인 평가이므로 자아는 단지 주관적인 느낌(자아존중)을 통해서 확인되어야 한다고 하는 것이 일반적인 견해였다(Coopersmith, 1967: 19-44; 홍성열, 1989: 110-128).

이와 같은 자아존중감에 대한 개념 및 구성요소에 대한 정의는 결국 국내연구 또는 국외연구 모두에 있어서 인정감, 사회적지지, 개인의 가치판단, 자아에 대한 긍정적인 통제력 등의 요소로써 자아존중감의 개념을 파악하고 있다는 점에서 공통점을 보이고 있다.

또한 비교적 최근에 이루어지고 있는 자아존중감에 대한 국내 연구에서는 대부분의 인간이 안정되길 원하고 자기 자신에 대해 높은 평가를 받기 원하며 또한 자기 자신을 존경하거나 존중하고 다른 사람으로부터 존중받기를 원하는데, 바로 이러한 차원에서 자아존중감은 자신의 능력, 중요성, 성공여부 등, 자기의 태도에서 보여 지는 가치성의 개인적 평가 또는 판단을 뜻한다고 정의하고 있다. 이러한 자아존중감은 결국 과거 머슬로의 욕구위계이론에서 말하고 있는 인간의 5가지 욕구중의 하나에서 근간하는 것으로 볼 수 있으며, 이는 자신이 관심, 인정, 존경받을 존재라고 스스로 느끼는 감정으로 사랑과 소속감이 욕구와 밀접한 관계가 있고, 대부분의 인간은 안정되고 자기 자신이 좋은 평가를 받기 원하며 자기 자신을 존경하거나 존중하고 다른 사람으로부터 존중받기를 원한다고 하였다. 자아존중감은 일상적 성격이론에서 한 개인의 사회적 역할을 결정짓는 중심적 특성이 있다. 그러므로 자아존중감과 행동은 서로 관련된다고 볼 수 있으며, 자아존중감은 자기와 타인의 두 근원에서 유래되는데 특정 영역에서의 성공여부는 자아존중감 발달에 영향을 미친다는 것이다.

이러한 자아존중감에 대한 연구에 있어서 대부분 학자들은 자아존중감을 자아개념의 한 부분으로 간주하고 있는데, 자아개념의 정의부터 살펴보면, 자아개념은 자신을 하나의 대상으로 관찰하고 사정한 결과에 의해 형성된 추상적인 개념으로서, 이는 자기 자신의 행동에 대한 개인의 관찰 및 자신의 태도, 외모, 수행에 대한 다른 사람의 반응에 따라 달라진다고 하고 있다(Taft, 1985: 77-84). 결국 자아존중감은 자신을 긍정적으로 수용하고 가치 있는 인간으로 인지하는 것을 말하며, 자신의 가치에 대한 개인적 판단으로 자신의 기준에 얼마나 부합했는가를 분석하고 타인과 비교하여 자신이 얼마나 수행했는가를 분석함으로써 얻어지는 것이라고 정의내릴 수 있을 것이다.

이러한 정의를 바탕으로 본 연구가 살펴보고자 하는 노년기의 자아존중감을 높게 형성하기 위해서는 효율적인 생활과 긍정적인 생활태도를 갖는 것이 매우 중요하다. 그러나 일반적으로 중년기와 노년기에 나타나는 많은 상실은 노인들의 자아존중감 유지(維持)에 방해요인으로 작용한다.

노인은 신체기능의 저하, 원하지 않는 은퇴와 배우자·친구·친지의 죽음 등으로 사회활동과 역할의 기회가 급격히 감소하게 된다. 따라서 자아존중감을 증가시키던 변수들로 간주하던 건강, 명성, 친구, 경제력 등이 감소될 뿐만 아니라 다른 사람에게 영향을 미치는 능력과 타인으로부터 받는 수용 및 관심과 애정이 감소되며 사회적 인정을 받을 기회가 급격히 줄어들게 되므로 결국 자아존중감이 감소된다고 할 수 있다(박은숙 외, 1998: 37-61; 김소향·이신숙, 2009: 313).

또한 노년기에 있어 적절한 소득은 노인으로 하여금 최소한의 생존을 가능케 할 뿐만 아니라, 여가의 문제, 심리적 고립과 소외의 문제 등도 크게 해결할 수 있다. 특히 성공적인 노화의 삶을 가능하도록 할 뿐 아니라 여타 다양한 노인의 생활에 직·간접적으로 영향을 미치고 있다. 노인들에게 있어 대두되는 대표적인 문제는 경제적 빈곤, 건강악화로 인한 질병, 역할상실과 고독으로 인한 자아존중감의 상실이며, 이는 노인들로 하여금 무가치한 존재로 간주하여 삶의 질을 저하 시키는 요인이 되고 있는 실정이다. 이처럼 자아존중감은 삶의 질에 대한 결정요인 중 하나이며, 노인의 자아존중감을 구성하는 다양한 요소들을 확인 한 바 정신적인 측면에서 파악될 수 있는 포괄적 개념임을 알 수 있다(안영미, 2003: 576).

긍정적인 자아존중감은 인간의 행복과 효과적 기능을 발휘하는데 필수적이고 부정적인 자아존중감은 자기 자신의 통제나 다른 사람에 대한 자기방어도 불가능하게 하므로, 노인들에게는 긍정적인 자아개념을 갖도록 지지해주어야 한다. 긍정적인 자아개념은 인간이 가질 수 있는 가장 큰 재산 중의 하나라고 할 수 있다. 즉 자기 자신이 스스로 훌륭하다고 생각하는 사람은 일상생활에서의 문제를 해결하는데 더 많은 자원을 가지게 되는데 그 이유는 자아존중감은 사고과정, 감정, 욕망, 가치관, 목표 및 행동 등에 상당히 영향을 주기 때문이다.

자아존중감이 높은 사람은 자기 자신의 모든 생활을 영위함과 동시에 진취적이고 활력 있는 삶을 전개 하게 되고, 반면에 자아존중감이 낮은 사람은 자기 자신을 무가치하고 약하다고 생각하고 스스로를 학대하며 열등감을 가짐으로써 자기부정, 자아불만족, 자아경멸에 이르게 되어 인정되지 않은 심리상태와 소극적인 생활태도를 갖게 된다고 볼 수 있으므로 노인들로 하여금 긍정적인 태도와 흥미를 가질 수 있도록 노인의 발달과정에서 중요한 심리문제가 되는 자아존중감을 증진시키는데 있다.

자아존중감은 자신의 능력, 성공여부, 중요성 등 자신의 가치에 대한 개인적 판단이다. 자기가 얼마나 자신의 기준에 잘 부합했는가를 분석하고 타인과 비교하여 자신의 수행이 얼마나 훌륭했는가를 분석함으로써 얻어질 수 있다. 따라서 자아존중감은 자아개념의 평가적 측면이고 개인 스스로 판단하는 주관적인 평가로서 자신을 긍정적으로 수용하고 존중하며 자신이 능력 있고 가치 있다고 믿는 정도를 의미하는 것이다.

2) 대인예민성(Interpersonal Sensitivity)

대인예민성이란 일반적으로 타인과의 관계에서 나타나는 불편감, 부적절감 및 열등감 등의 개인의 부정적인 감정, 심리적 상태를 말하는 것으로, 이러한 대인예민성이 높게 나타나는 개인의 특성으로는 타인의 반응에 예민하고, 수줍어하여 쉽게 당황한다.

또한 이들은 스트레스 상황과 직면하기를 회피하는 경향이 있으며, 다른 사람들과 함께 있는 것을 좋아하지 않는 특성이 있다. 이들은 사회생활의 측면에 있어서는 불편감, 고립, 일반적 부적응, 자기비하(自己卑下)의 경향을 가지며, 혼자 있거나 선택된 소수의 친구들과만 있는 것을 좋아한다. 다른 사람들과 관계형성하기를 좋아하지 않으며 다른 사람으로부터 회피하는 경향이 있다(최인재, 2004: 58-59).

대인예민에 대해서는 그 동안 사회불안, 수줍음, 대인불안, 사회공포 등 다양한 용어로 연구되어 왔으며, 때로 혼용하여 사용되기도 하였다. 실제로 대인불안과 수줍음의 경우는 똑같은 구성개념을 측정하는 것으로 나타

났다. 따라서 대인불안(對人不安)은 대인 간 평가가 실재하거나 예상될 때 경험하는 불안을 말하는 것으로, 수줍음, 이성간 불안, 대인 거부와 공포, 수행불안, 이별불안, 사회적 위축, 연설 불안, 의사소통 불안, 당황함 등을 포함한다. 대인불안은 불안의 강도에 따라 임상수준과 비 임상수준으로 나뉘질 수 있는데, 임상수준인 심한 대인불안을 느끼는 상태를 사회공포증 혹은 대인공포증이라 한다. 이 중 대인불안은 앞서 제시한 강도의 측면 뿐 아니라 사회적 관계에서 자신과의 관련 여부에 따라 유관적 교류와 비유관적 교류로 구분되는데, 유관적 교류에서의 불안을 대인관계 불안, 비유관적 교류에서의 불안을 청중불안으로 구분하여 제시하였다. 또한 주관적으로 불안을 느껴도 회피행동을 보이지 않거나 주관적 불안이 없으면서도 사회적 상황에 나가기를 피할 수 있기 때문에 행동 측면보다는 인지적·정서적 측면을 고려하는 것이 더 적절하다고 보았다(김남재, 2000: 25-45).

3) 우울(Depression)

노인복지에 관련한 연구에서 매우 중요한 개념 중 하나가 바로 이 우울의 개념이다. 우울 증세는 전 세계 5대 질병부담 중의 하나로 기원전 1500년경부터 묘사되었을 만큼 오래되고 흔한 신경정신과적 질환이다.

우울은 많은 사람들이 심각한 수준은 아니라 할지라도 일생에 한 번 정도 경험하는 것으로 흔한 정신질환 가운데 하나라고 볼 수 있다. 우리나라의 경우 우울 장애의 평생 유병률이 5년 사이 2001년 4.0%에서 2006년 5.6%로 나타내고 있지만, 다른 정신과적 질환과 비교해 볼 때 비교적 높은 수치를 기록하였다(보건복지가족부, 2009).

이러한 우울은 누구나 평생에 한번쯤은 걸릴 수 있으며 10%의 전 세계 정신장애 인구 중 약 1/5 수준인 1억 명에 해당된다고 한다. 우울은 그 종류나 증상에 있어 일상생활 속에 매우 다양하게 나타나며, 특히 노인들은 그들이 처한 특수한 상황으로 인하여 다른 연령에 비하여 우울에 빠질 가능성이 크다(정현애, 2008: 64)는 것은 이미 경험적으로나 이론적으로나 여러 차례 검증된 바 있다.

우울은 사회 경제적으로 취약한 노년층일수록 치매와 우울의 빈도가 높다 하였으며, 무배우자, 무학인 경우, 친척(자녀포함)과의 만나는 횟수가 적은 경우에 정상 노인에 비해 우울의 유병률이 높다고 하였다. 또한 배우자의 사별, 주거환경, 경제적 여건 및 자녀들과의 별거도 밀접한 관련이 있다고 하였다. 노인의 정신건강상태는 신체질환이나 신체기능과도 밀접한 관련이 있다. 따라서 노인 우울 문제를 접근하는데 있어 노인에게 흔한 신체질환을 간과(看過)하지 않도록 주의해야하며 어떤 특별한 신체증상이 우울과 연관되지 않는지 생각해 볼 필요가 있다.

우울은 노인에게 매우 흔한 증상이다. 은퇴, 자녀 출가와 같은 급격한 생활변화, 직업상실로 인한 경제적 어려움, 신체적·정신적 기능의 감소, 인간관계의 단절로 인한 외로움 등은 노인을 쉽게 우울에 빠지게 하는 원인으로 작용한다. 실제 많은 연구들에서 노인의 낮은 경제상태, 배우자의 부재, 높은 연령, 신체적·정신적 건강의 취약이 우울에 영향을 주는 것으로 나타났다. 노인 우울과 관련 우울의 사전적 의미를 보면 매우 슬프고 희망이 없다고 느끼는 상태이며, 근심 걱정으로 마음이나 분위기가 따위가 답답하고 밝지 못함으로 정의되어 있다(김수지·고성희, 1989: 173-190; 윤수진 외, 2002: 59-73).

이에 최근 연구에서 정의내리고 있는 노인의 우울은 노인이 증오, 분노, 공격성 등의 감정을 억압한 결과로 나타나는 슬픈 느낌의 상태라고 정의하고 있는 우울의 개념을, 본 연구에서도 동일하게 사용하였으며 노인들에게 가장 흔한 주관적인 경험이기 때문에 삶의 질에 영향을 주는 결정요인으로써 매우 중요한 개념이라고 할 수 있는 것이다.

우울이란 단순히 슬프거나, 울적한 기분이 지나쳐 신체적 또는 정신적인 부분에까지 영향을 미쳐서 개개인의 생활에 막대한 지장을 주게 되는 상태를 말하여, 우울상태에서는 부정적이고 비관적인 생각이 증폭된다. 자신을 무능하게 생각하며 타인과 세상에 대해 비정하고 적대적으로 생각하게 된다. 즉 슬픔, 우울한 기분, 비관적이고 부정적인 생각 등이 일상생활에 지장을 주는 정신과적 장애다. 또한 이로 인해 인지적 기능도 저하되며, 주의집중이 잘되지 않고 기억력이 저하되며 어떤 일에 결정을 내리지 못

하고 우유부단한 모습을 보이게 된다(설진화, 2008: 228).

특히나 노년기 우울은 신체적인 질환이나 치매 등에 가리어 그 중요성이 제대로 인식되지 못하고 있으며, 노인이면 의당 그렇다고 무시되는 경향이 있다. 또한 노년기 우울 진단을 받아도 경제적인 이유, 정신과에 대한 낙인 및 편견, 인식부족 등으로 제대로 치료받지 못하는 것이 우리 현실이다(이주영, 2007: 88).

우울이란 극도의 슬픔, 절망감 그리고 무능감의 느낌이다. 불안과 마찬가지로 우울도 대다수 사람에게 간간히 영향을 미친다. 대다수의 사람들은 슬픔 등의 감정에서 회복되고 그들의 삶을 다시 영위할 수 있다. 대부분의 사람이 합리적으로 간주하는 기간보다 오래 지속될 때 혹은 일상적인 활동을 방해할 때 우울은 병이 된다(정현애, 2008: 60).

이러한 우울에 걸리게 되면 노인은 슬픈 감정이나 공허감, 좌절감, 죄책감, 무기력감 등의 정서적인 문제는 물론 주의집중의 곤란, 기억력·사고력·판단력의 저하, 비관적인 사고 등의 인지적인 문제를 호소하게 된다.

또한 일상생활에 대한 흥미감소, 의욕저하, 성욕 및 식욕감퇴 등의 동기적인 문제들이 유발되며, 행동상의 문제로는 사회생활 및 대인관계의 위축과 곤란, 지연행동, 우유부단한 행동 등을 보이게 된다. 그리고 생리적 또는 신체적 측면에서는 피곤감, 활력감소, 소화불량, 두통, 불면 등의 증상을 동반함으로써 개인의 일상생활 전반에 걸쳐 매우 부정적인 영향을 끼치게 된다. 노인에게서 발생하는 우울 장애는 성인 초기에 발병하는 우울 장애와는 달리, 생물학적이거나 유전적인 요인에 의한 것이기 보다는 사회문화적인 스트레스에 따른 반응성 우울 장애인 경우가 더 많다(이승환·정영조, 2002: 379-385).

따라서 정신적인 차원에서 이를 치료하거나 예방하는데 연구의 초점이 맞춰져야만 할 것이다. 그 밖에도 노인의 우울은 노인의 정신건강과 안녕에 심각한 영향을 미치며, 노인의 기능 상태와 일상생활에 있어 삶의 질을 저하 시킬 수 있다.

또한 우울에 대한 관련 연구들을 보면 우울한 사람들은 그렇지 않은 사람들에 비해 역기능적 인지와 귀인, 낮은 자존감과 관련이 있고, 더 많은

건강문제를 일으킨다고 해외 연구에서 나타나고 있을 뿐 아니라, 타인과 밀접한 관계를 맺지 못하고 사회적 지지를 거의 받지 못하며, 일반인들 보다 훨씬 많은 스트레스를 경험하는 것으로 나타났다.

이처럼 노년기의 우울은 중요한 정신건강문제임에도 불구하고 관심을 끌지 못하는 이유로는 첫째 노인은 보통 고통스럽다거나 우울하다는 사실을 부정하며, 둘째는 많은 노인들은 이러한 문제를 은폐시키는 생리적인 문제들로인해 고통을 당하고 있기 때문이다. 셋째로는 우울이나 불안을 야기할 수 있는 약물을 복용하는 경우가 많고, 넷째 노인에게 있어서 치매 발생률이 높기 때문에 진단과 치료가 어렵기 때문이다(Cohen-Cole & Kaufman, 1993: 182-204; 김경숙외, 2008: 105-132).

특히 노년기 배우자와의 사별은 대부분 건디기 힘든 충격이 되어 지속적인 우울, 본질적인 고독감에 시달리게 된다. 그래서 평생을 살아온 배우자와의 관계는 여생의 절망감을 극복하는 데 매우 중요하다. 이 시기에 종교생활은 상실감을 극복하는 데 좋은 수단이다. 종교인이 아니어도 삶 자체에 대한 노력, 자연과의 대화, 윤회(輪回)에 대한 믿음 같은 신념들은 좋은 해결책이다. 따라서 노년기 우울과 관련이 있는 여러 변수들을 파악하고 노년기 스트레스를 유발하는 다양한 상황에 따라 개인의 적응능력을 향상시키기 위한 중재 노력이 요구되는 것이다(최영애, 2003: 27-47).

본 연구가 중점적으로 살피고자 하는 부분인 노인의 우울과 노인의 삶의 질에 대한 선행연구는 대부분 노인의 우울이 삶의 질을 저하시킬 뿐만 아니라 노인 자살의 위험성을 높이므로 주의 깊게 다루어져야 한다는 점을 지적하고 있으며, 그럼에도 불구하고 노년기 우울이 제대로 관리되지 못하고 있는 것은 노년기 우울이 가지는 다른 연령집단과 구분되는 독특한 특성 때문이다.

이를 살펴보면 첫째, 노인의 우울은 두드러지게 나타나지 않는다는 점이다. 노인들은 자신의 우울 증상에서 오는 기분 침체를 우울로 간주하기 보다는 오히려 그것을 비관적인 것 또는 무기력한 증상으로 간주한다. 치료를 받아야 할 문제가 아니라 나이가 들어 나타나는 노화 현상이므로 어쩔 수 없이 받아들이고 살아야 한다고 생각하는 경향이 강하다. 둘째로는 노

인의 우울은 그 원인을 찾기가 매우 힘들다. 노인은 다양한 신체적, 심리적 변화를 겪게 되면서 상실감, 불안감, 후회, 절망 등의 다양한 부정적 감정들을 느낄 수 있으며 그 밖에도 노인을 둘러싼 환경의 변화와 환경 그 자체에서도 우울의 원인이 제기될 수 있기 때문에 특정 원인을 진단하여 이를 치료하는 것이 매우 어려운 것이다(이수애·이경미, 2002: 209-226).

대부분의 사람들은 일정시점이 지나면 우울한 감정에서 회복되나 일정한 시간이 지나도 그러한 감정에서 회복되지 못하는 사람은 비정상적이며 결국 자살과 같은 극단적 선택을 할 수도 있다. 그렇다면 노년기에 겪게 되는 일반적 생활변화에도 불구하고 심각한 우울에 빠지게 되는 사람과 그렇지 않은 사람의 차이는 무엇일까?

결론적으로 우울 진단을 받은 노인들이 경제적인 이유와 정신건강에 대한 부정적인 인식으로 적절히 치료를 받지 못하고 약물남용, 알코올 중독, 자살 등의 사회 이탈현상을 유발하기 때문에 우울 치료는 노인의 삶의 질을 향상시키는 데 중요한 요인이 된다. 그러나 노인의 경우에는 우울검사에서 낮게 평가되더라도 우울증세가 없는 것이 아니라 은폐되어 잘 드러나지 않을 수 있으므로 노인의 인지기능장애와 자살생각에 대해서도 함께 고려해야 한다.

이상의 선행연구에 대한 고찰을 살펴볼 때 우울은 노인에게 있어서 가장 일상적으로 나타나는 심리상태의 하나이며, 노인의 삶의 질에 있어서도 관련성을 지니는 중요한 결정요인 중 하나라는 것을 알 수 있다. 따라서 본 연구에서도 이러한 우울을 노인의 정신건강의 영역에서 하나의 주요한 결정요인으로 보고 연구를 진행하였다.

4) 불안(Anxiety)

불안은 모든 연령대에서 나타날 수 있는 개인의 정신적, 심리 병리학적인 현상으로 다양한 연령대에서 나타날 수 있는 경증 또는 중증의 정신불안, 심리불안을 일컫는 것이나, 본 연구에서는 불안에서도 특히, 노인의 불안에 대하여 그 개념과 영향요인 등에 대한 선행연구를 고찰해보고자 한다.

노후불안(Aging Anxiety) 또는 노인불안은 한국 사회에서도 보편화된 개념으로 일상적으로 사용되고 있지만, 노후불안에 대한 연구는 드물게 이루어지고 있다. 그러나 많은 성인들이 실제로 머리염색, 화장이나 성형수술을 통해 젊게 보이고자 하며, 경제적으로도 노후를 준비하고 있다는 점을 감안한다면, 노화가 개인에게 불안을 유발하는 요소로 작용하여 많은 성인들이 노후에 대해 불안해하고 있다는 사실을 알 수 있는 부분일 것이다(이정희 외, 2007: 345-355).

여기서의 노후불안이란 나이가 드는 것에 대한 사람들의 걱정이나 두려움이 복합된 개념으로, 노년학 및 발달심리학의 중요한 구성개념이며 노화 과정 적응에 핵심적인 역할을 하는 것으로 알려져 있다. 노후불안은 노화에 대한 태도에 영향을 줄 뿐 아니라 추후 노년의 삶의 질을 결정하는 데 중요한 요인인 삶의 방식이나 기회를 선택하는데도 영향을 준다고 한다.

예를 들면, 노후불안이 낮은 젊은이들은 노후불안이 높은 젊은이들에 비해 노화에 대한 긍정적인 태도를 가지고 있고 노후를 성공적으로 맞이할 수 있는 기회를 더 많이 선택한다. 또한 노인이란 비참하다는 이미지를 가지고 자신의 노후에 대해 불안해하는 사람은 자신이 걱정하는 바대로 바로 그런 비참한 노인이 될 가능성이 있다고 주장하였다(최순옥 외, 2008: 19-32).

그리고 구체적인 불안의 자각증상으로는 불행, 위협이 닥칠 것 같은 느낌, 근심, 걱정, 긴장감 및 초조감을 지적하고 있으며 행동 및 신체적으로 진땀이 나고 근육의 긴장, 현기증, 숨이 가쁘고 가슴이 뛰는 등 주의집중의 장애를 수반하는 것이다. 특히 죽음과 같은 절박한 운명에 대하여 상상하고 걱정하기도 한다. 참을성이 없고 화를 잘 내며, 불면증에 걸리거나 주의가 산만한 것도 불안의 증상이라고 말하고 있다.

이러한 불안은 위에서도 언급한 바와 같이 정상인에게도 얼마든지 나타날 수 있는 현상으로, 환경에 적응하기 위해 필요한 현상이라고도 할 수 있다. 즉, 인간은 위협이나 고통이 예상되는 상황에서 미리 긴장과 불안을 느끼게 되는데, 이런 현상은 닥쳐오는 일에 미리 대비하고 대책을 세우는 데 도움이 된다. 그러나 정상적으로는 불안을 느끼지 않을 상황에서 불안

을 느끼거나 사소한 자극에도 쉽게 불안해질 경우, 또는 불안의 정도가 지나쳐서 불안에 압도되어버리는 경우에는 불안장애를 의심해보게 된다.

인간의 발달단계의 가장 마지막 단계인 노년기에 이르면 죽음에 대한 생각이 다른 연령층에 비하여 많게 되며, 다가올 죽음에 대한 불안을 더 느끼게 된다. 생애 마지막 16년 동안 암으로 고통 받으며, 죽음의 공포를 경험한 포로이드는 사람들은 모두 자신의 삶이 영원할 것처럼 생각하지만 진정으로 삶을 즐기기를 원한다면 죽음을 준비하라고 이야기 했다(신은영·유시순, 2005: 309-330).

특히 노년기에는 죽음에 대해 수용적이나 부정적이나에 따라 노년의 생활이 좌우된다고 해도 과언이 아니다. 즉, 죽음을 자기 삶의 마지막 과정으로 받아들이고, 직면할 수 있어야만 노년의 생활과 적응이 만족스러워질 수 있기 때문이다. 노인들은 죽음에 직면해 있고, 주위 사람들의 죽음과 관련된 불안의 느낌을 체험하면서 자신의 죽음을 준비해야 하는 과정에 있으므로 노년기의 죽음에 대한 인식과 태도는 매우 중요하다고 할 수 있다.

노년기의 불안은 위에서 살펴본 바와 같이 미래에 대한 불확실, 죽음, 상실, 무기력, 생계유지 등 다양한 원인에 의해서 유발될 수 있으며, 어느 정도의 불안감을 느끼는 것은 자연스러운 현상으로도 치부할 수 있겠으나, 이러한 불안의 정도가 커지기 시작하면 일상생활의 장애가 발생하고, 심리적인 압박감, 구속을 느끼게 되며, 병리적인 현상으로 발전하게 되어 결국에는 노인의 정신건강에 부정적인 영향을 미치는 결정요인이 된다. 정신건강은 다시 노인의 삶의 질에 영향을 미칠 수 있으므로 본 연구는 노인의 불안과 삶의 질에 대한 심도 있는 분석을 연구설계에 포함하여 연구를 진행하도록 하였다.

5) 정신건강의 측정

정신건강은 그 개념이 위의 선행연구에서 살펴본 결과와 같이 매우 광범위하고 포괄적인 영역을 포함하고 있어, 그 측정이 매우 어렵고 결정요

인을 정하기가 쉽지 않다. 따라서 본 연구는 노인의 정신건강을 측정하는데 있어서의 다양한 영향요인과 지표들을 살펴보고 있는 다음과 같은 선행연구들을 검토하였다.

정신건강을 측정하는데 있어 초기의 연구들은 긍정적인 측면과 부정적인 측면을 일직선상의 양극적인 개념으로 파악해 왔다. 그러나 정신건강은 삶의 긍정적인 측면과 부정적인 측면을 동시에 갖는다고 주장한 연구들이 대두되었다. 다양한 연구들이 서로 다른 결과를 주장하지만, 최근 이루어진 연구를 보면 노인의 우울, 불안, 치매 등의 심리적 증상을 앓게 되면, 개인의 삶의 질이 떨어지게 될 뿐 아니라 가족 또한 어려움에 처하게 된다는 연구가 지배적이다.

이와 같이 노인의 정신건강을 약화시키는 주요인은 상실감으로 알려져 있는데 건강을 상실하는 것은 노인에게 가장 중요한 스트레스 요인과 같은 것들이 있으며, 그 밖에도 정신건강을 측정하는 지표로써 정서건강, 자아존중감, 우울, 불안, 강박증, 대인예민성과 같은 것들이 선정되어 여러 연구에 사용되고 있는 것을 알 수 있다(최해경, 1996: 39-52).

노인의 정신건강상태를 알아보기 위해서는 심리학적 평가를 들 수 있다. 심리학적 평가는 면담, 심리검사, 행동관찰 등을 포함하고 있으나 연구에서는 주로 심리검사의 방법을 사용하여 정신건강 상태를 알아보고 있다.

특히 ‘간이정신진단검사-90-개정판’은 비교적 짧은 시간에 다양한 심리적 증상을 알아볼 수 있는 장점이 있어 정신건강상태를 알아보기 위한 연구에 많이 사용되고 있는 검사 중의 하나이다(박상규·이병하, 2004: 813-824).

간이정신진단검사-90-개정판은 노인의 대표적 질환인 우울이나 불안이 외에 신체화, 강박증, 대인예민성 등을 평가할 수 있으며, 노인의 전반적인 정신건강수준을 전체 심도지수로 알 수 있는 특징이 있다. 그러므로 노인의 다양한 정신과적 문제와 전반적인 정신건강수준을 평가하기 위해서는 간이정신진단검사-90-개정판을 사용하는 것이 적절하다(박상규, 2006: 786).

또 다른 정신건강 척도는 정서 및 정신건강을 측정하기 위한 도구로는

Choi(1990: 5-29)에 의해 개발된 노인의 정신·정서건강 사정도구도 있다. 이 척도는 기억력과 인지력을 측정할 수 있는 4개의 문항과, 쾌정서와 불쾌정서를 측정할 수 있는 13개의 문항을 내용으로 하고 있다. 문항은 역으로 점수화 하여 그렇다 5점, 보통이다 3점, 아니다 1점으로 계산하고 점수가 높을수록 정신 및 정서건강이 좋은 것을 나타낸다. 도구의 신뢰도는 개발당시 0.85였다.

그러나 자아존중감(self-esteem) 척도는 자기 존중정도의 양상을 측정하기 위해 Rosenberg(1965)가 개발하고 전병재(1974: 107-124)가 우리나라 실정에 맞게 번역, 보완한 것을 사용하는 것이 좋다. Rosenberg는 1965년도에 자아존중감 척도를 개발한 후 1989년도에 초기에 개발한 본인의 척도를 수정, 보완하여, 저작권(copyright)없이 전 세계의 모든 연구자가 자유롭게 사용할 수 있게 하였다. 국내에서는 이훈진·원호택(1995: 83-94), 전병재(2001: 109-129) 등 많은 연구자들이 이 척도의 번역을 시도하였고 그 이후 많은 연구자들이 계속 이 번역본을 사용하였다..

자아존중감은 긍정적인 문항 5개와 부정적인 문항 5개로 구성된 총 10 문항의 도구로서 전혀 그렇지 않다, 그렇지 않다, 보통이다, 그렇다, 매우 그렇다, 리커트 5점 척도로 되어 있다.

본 연구에서 정신건강의 하위변수인 자아존중감은 긍정적인 문항 5개와 대인예민성 문항 9개, 우울 문항 13개, 불안 문항 10개를 바탕으로 삶의 질에 미치는 영향을 분석하고자 한다.

3. 노인 정신건강

노인의 정신건강은 신체적, 지적, 정서적인 면에서 최적으로 발달된 상태로서 개인을 강화하는 정서적·사회적·심리적 힘이다.

노인들의 정신건강에 영향을 미치는 요인으로는 신체기능의 저하, 사회로부터의 소외감 및 상실감, 고립의 증대, 우울, 슬픔, 죄의식, 절망 등이며 이는 노인들로 하여금 결국 고독과 외로움을 느끼고 갈등을 경험하게 한다(최성재, 1994: 105).

이러한 심리적 변화는 여러 가지 양상의 신체, 심리, 사회적 문제를 야기시키며, 노인의 신체적 건강과 심리적 건강 그리고 사회적 건강상태는 서로 밀접한 관련성을 가지고 상호작용하여 그 결과로서 노인건강의 변화를 나타낸다고 하며, 또한 노인의 정신건강이 건강상태, 가족관계의 질, 자녀의 도리에 대한 기대, 배우자유무, 주거환경, 가족 외의 사람과의 접촉, 경제적 사정 순으로 영향을 받는다고 밝혀 건강이 가장 큰 영향을 미친다고 보고하고 있다.

우리나라 노인은 건강, 노후생활, 의견충돌로 인한 스트레스가 높은 것으로 나타났다. 또한 서울지역의 60세 이상 노인 300명을 조사한 한 연구에 의하면 노인들은 상실감, 건강문제, 가족관계 등에서 스트레스를 크게 느끼고 있는 것으로 나타났다(최정혜, 1990: 119-133).

특히 우리나라 노인들의 경우는 강력한 가족과의 유대관계가 사회적 지원의 핵심이 되며, 가족 외의 사회적 지지체계는 미흡한 것으로 알려져 있다. 사회적지지 변수군에서는 가족·친척지원망 크기만이 정신건강에 긍정적으로 영향을 미치는 주효과와 강력한 상호작용효과는 아닐지라도 가족 보호 외에 서비스이용 계획이 있을 때는 정신건강이 저해되는 것을 완화해주는 완충효과가 있는 것으로 나타났다. 그러나 가족·친척지원망은 정신건강에 긍정적으로 영향을 미치는 직접적 효과는 있으나 만성질환은 정신건강이 미치는 부정적 영향을 완화시키지는 못한 것으로 드러났다.

또한 산업화·정보화로 인하여 복잡화된 현대사회는 인간의 정신건강을 위협하고, 이에 따른 개인의 역할도 사회적·가정적으로 다양하게 요구하게 되었고, 복잡한 현대사회는 개인에게 다양한 역할을 요구함에 따라 많은 갈등을 겪으며 주변 환경과 조화를 유지하도록 노력하며 주어진 환경에 자신을 맞추기도 하고, 자신의 욕구 충족을 위하여 환경을 조작하여 변화시키기도 한다.

특히 노인들과 관련된 연구들 중 노인의 정신건강에 관한 연구들이 부각되고 있는데, 운동이 정신건강과 개인의 심리적 안정에 긍정적으로 연관되어 불안과 우울을 점차적으로 감소시키고 스트레스를 감소시킨다고 하였으며, 운동이 긍정적 성격과 작업수행의 향상 및 우울과 불안을 낮춘다

고 하였다. 이러한 연구들은 생활체육과 정신건강에 관한 연구로서 대부분이 의학 분야에서 환자를 대상으로 한 임상·생화학적인 실험적인 실증연구가 주를 이루고 있으나, 우리나라의 경우 일반 성인 뿐만 아니라 노인을 대상으로 한 스포츠 과학적 관점에서의 구체적으로 입증할 만한 자료가 미진한 편이며 그와 관련된 선행연구가 다소 부족한 실정이다(황종선·안동수, 2008: 652-653).

우리나라 노인들의 자살률이 OECD 국가 중에서 1위라는 충격적인 보고는 노인의 정신건강 문제에 대해 안이하게 대처해왔던 학계나 정책결정자들의 태도에 변화가 필요함을 보여준다. 지금까지 그래 왔듯이 노인의 우울과 같은 심리적 증상을 노년기의 신체적 질병이나 경제적인 어려움, 사회적 소외감의 결과로만 받아들이고, 신체적 질병치료나 보호, 소득보장 등에만 정책적 관심을 기울인다면, 노인들의 정신건강에 있어서의 부정적인 영향과 이에 따른 사회병리학적 현상들이 더욱 심각해질 것이며, 따라서 고령화 속도 또한 OECD 국가 중 1위에 이르고 있는 우리나라 노인들의 정신건강에 대한 연구와 정책적 반영이 필요할 것이다. 이에 본 연구는 노인의 정신건강과 결정요인으로 선정한 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안에 대한 연구를 중점적으로 진행하도록 하였다.

제 3 절 고령화사회 노인의 삶의 질에 관한 논의

1. 삶의 질 개념

삶의 질은 개개인이 향유할 수 있는 양적, 경제적, 물질적 생활여건뿐만 아니라 주관적인 생활만족의 정도 등을 포함하는 종합적이고 포괄적인 개념으로서 노인 자신의 일생에 관한 행복 및 생의 목표 달성과 직접 연결되는 매우 중요한 개념이다.

삶의 질은 대상자의 삶에서 중요한, 다양한 요소들을 포함하고, 많은 요인들에 의하여 영향을 받는 복합적인 개념으로서, 삶의 질을 알기 위해서는 우선 대상자의 삶에 대한 폭넓은 이해가 필요하다(김혜령, 2007:

39-51).

삶의 질은 인간생활의 질 문제인 인간 삶의 정도와 가치를 다루는 것으로 신체적, 정신적 및 사회·경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕을 의미한다. 삶의 질이란 인간 삶의 내용을 다루는 개념이다. 인간의 가치와 관련되는 개념이기 때문에 인간 삶의 다양한 측면에 대해 상이한 평가가 이루어질 수 있다. 그래서 어떤 것이 질 높은 삶이나 하는 문제와 관련하여 연구자마다 다른 접근이 가능하다. 의료전문가들은 정신적·육체적으로 건강한 삶을 가치 있는 삶으로 규정할 것이고, 또 많은 학자들은 삶의 객관적·물리적 측면을 넘어서 주관적 느낌에 초점을 맞추기도 한다.

삶의 질이란 무엇인가에 대한 명확한 정의가 내려있는 것은 아니고, 그렇다고 학자들 간에 의견의 일치를 보고 있는 것도 아니다. 삶의 질이라는 용어에서 알 수 있듯이 삶의 질이라는 의미는 인간생활의 양의 문제가 아니고 질(質)의 문제, 즉 인간생활의 질적 수준과 인간 삶의 가치의식의 문제를 다루는 것으로 파악 할 수 있다. 인간생활의 질적 가치를 측정한다는 것은 개인이 경험한 모든 삶의 측면을 포괄하는 함축적인 개념인 만큼 삶의 질의 개념에는 개인적 발전, 자아실현, 균형 잡힌 생태체계와 같은 주요 욕구와 물질적 만족을 본질적으로 포함하게 된다(송노원, 2007: 49-50).

삶의 질은 학자들과 일반 대중사이에서 일상적으로 폭넓게 언급하고 있는 용어이다. 그동안 사회복지학, 심리학 및 사회학 등에서 사용되어 오던 전문용어가 아니라 일반적인 단어로써 보편적으로 누구나 쉽게 접할 수 있는 개념이 되었다. 이는 머슬로의 욕구위계이론에 의하면, ‘생리적 욕구’ 단계를 넘어서서 안전, 소속감, 자아존중감의 단계를 고려하게 되었음을 의미한다. 뿐만 아니라 인생욕구체계의 최고 단계인 ‘자아실현의 욕구’의 충족방안을 개인자신은 물론 주위의 가족, 친지, 서비스 제공자들이 깊이 고려하고 있음을 뜻한다(김용택 외, 2003: 313-331).

인간의 삶은 개인의 생물학적, 의학적 삶뿐만 아니라 사회적, 정치적, 환경적, 정신적 삶 등 매우 다양하다. 한편 ‘질(質)’의 개념은 좋다, 나쁘다, 높다, 낮다 등의 차원에서 개념상으로 구분하지만 현실에서는 언제나 상대적인 차이이기 때문에 질의 정도를 가늠하는 일은 매우 어렵다(이현송,

1997: 269-301).

실제로 경제적 풍요는 높은 삶의 질에 영향을 주는 것이 사실이다. 경제적인 부(富)는 영양과 위생, 질 높은 의료 서비스에의 접근을 통해 개인들의 건강을 증진시켜 줄 가능성을 높여주며, 좋은 주변 환경 상태에서의 생활을 가능케 한다. 즉 경제적 부(富)는 다양한 물질적·사회적 자원への 접근 가능성을 높여주며, 나아가서는 심리적인 자원에도 영향을 미칠 확률이 높다 하겠다. 그래서 부(富)는 행복한 삶, 질 높은 삶과 동일시할 수는 없다 하더라도 최소한 하나의 필요조건, 혹은 중요한 요건임에는 틀림없다.

그러나 “질 높은 삶” 또는 “행복한 삶”이 경제적 요소의 단순 함수만은 아니다. 경제적 부(富)를 소유하고 있는 사람들 가운데서도 개인들의 주관적 행복감에서 커다란 차이가 있을 수 있고, 물질적·경제적으로 열악한 상황에서도 행복한 삶이 가능하다는 사실이 자주 발견된다.

삶의 질 개념에 대한 정의를 종합해보면, 삶의 질이란 개념은 다음과 같은 세 가지 특성을 지니고 있음을 알 수 있다. 첫째, 행복은 주관적이라는 것이다. 즉, 행복은 건강, 부, 명예, 신체적 안락 등과 같은 외적 조건이 행복에 영향을 미칠 수 있지만 그 자체가 행복의 본질적인 요소는 아니라는 것이다. 둘째, 행복은 삶의 긍정적이고 적극적인 측면을 반영한다. 즉, 행복은 단지 삶의 부정적 요소가 없음을 의미하는 것은 아니다. 셋째, 행복은 개인 삶의 모든 측면에 대한 전반적인 평가를 포함한다. 비록 삶의 특정영역에 대한 만족도나 정서반응을 평가한다 하더라도 행복의 핵심은 한 개인의 삶에 대한 통합적인 평가가 있다고 할 수 있다. 결국, 삶의 질이란 매우 포괄적이며 다양한 측면을 포함하고 이는 다차원적인 개념이며, 이러한 다양한 측면에서의 삶의 안녕감 내지는 만족감을 삶의 질이라고 할 수 있다(권오균, 2008: 7-32).

이상과 같이 노인의 삶의 질을 파악할 때 어느 한 측면만을 보기보다 노인이 느끼는 심리적 측면, 신체적 측면, 경제적 측면에서 살펴보는 것이 유용할 것이다. 즉 노인의 삶의 질 향상을 위해서는 적어도 위에 제시한 측면들을 모두 고려해서 접근할 필요가 있으며, 노인의 삶의 질에 대한 정책의 수립은 이러한 다양한 측면에 대한 연구가 선행되어야만 삶의 질의

향상에 효과적인 정책수립이 가능할 것이다.

2. 삶의 질 구성요소와 측정

1) 삶의 질 구성요소

노인의 삶의 질은 궁극적으로 노인 자신의 일생에 관한 생의 목표 달성 과도 직접 연결되며, 한 개인의 성공적인 삶을 파악하는데 있어서 매우 중요한 개념으로 노인이 갖는 삶의 만족도로서 현실에 적응함으로써 얻을 수 있는 하나의 상태 즉 성공적인 노화의 개념과 직결된다고 할 수 있다.

무엇이 성공적 노화를 구성하는가, 성공적 노년을 보내는 사람들의 특징은 무엇인가에 대한 연구들은 신체적인 건강상태에 대해 가장 먼저 관심을 집중하다가 점차 심리적인 특징·사회적 관계 및 경제활동으로 관심의 초점을 이동하면서 확장되고 있다(서병진, 2008: 31).

성공적인 노화 및 노후 생활에 대한 성공적 적응의 의미는 노후 생활에서 인생의 풍요함을 경험하는 정도, 행복을 느끼고 낙관적인 기분을 갖는 정도, 종교적인 가치 또는 교양이 삶의 만족도를 의미한다고 볼 수 있다.

노인의 삶의 질을 연구하는데 있어서 그들의 안녕감을 살펴보는 것이 중요한데, 한 개인의 삶의 질을 결정하는 주요 원인은 주관적 인지에 따른 삶의 만족도라 할 수 있다(박은숙외, 1998: 37-61; 손신영, 2006: 601-615).

노인은 삶의 특성상 사회적 경제적으로 어려움에 처하는 경우가 많으며, 신체 능력의 자연적 저하와 함께 젊은 연령 집단에게는 별로 중요하지 않은 요소도 노인들에게는 상당히 중요할 수 있다. 노인의 삶의 질은 신체적, 심리적 환경의 요인 등 복잡한 요인들에 의해 영향을 받는 것이기는 하지만 현재의 상태를 개선해 줄 때 충분히 향상될 수 있다. 또 건강, 물질적 복리, 경제활동, 가족관계, 주거, 교육, 여가활동 등 7개 영역으로 삶의 질 지표를 구성하였다.

삶의 질에 대한 정확한 속성을 규명하는데 어려움을 겪고 있는데 이는 개인마다 각기 다른 것에 가치를 두고 있으며, 삶 자체가 여러 요소로 이

루어지는 복합개념임은 물론 관계되는 영향변인도 다양하기 때문이다. 이와 같이 노인의 삶의 질은 각자 자신이 설정한 기준에 의해 자신의 삶이 전반적으로 어느 정도 만족스러운지를 결정한다고 할 수 있다(정명숙, 2007: 147).

노인의 삶의 질과 관련된 변인을 분석하여 보면 경제적 수준이 낮을수록 삶의 질 점수가 낮았고, 노인들은 자신이 지각하는 경제상태가 높다고 느낄수록 삶의 질이 높았다(윤종희·이혜경, 1997: 289-304).

노인의 경제적 자립능력은 노후생활의 질을 결정하는 결정적 요인이 되고, 노인의 경제적 빈곤은 일시적인 생활사건이기보다는 지속적이라는 점에서 새로운 소득원이 없을 경우 노인의 삶의 질에 큰 영향을 미친다. 경제적으로 불안정하면 심리적으로도 위축되고 불안하여 인간관계가 어려움을 겪을 가능성이 높고, 자신의 생활에 대해서도 부정적인 견해를 갖게 될 확률이 높았다.

삶의 질이란 주관적인 안녕감이나 삶에 대한 만족도, 행복 등으로 정의할 수 있지만, 일반적으로는 개인이 주관적으로 느끼는 삶에 대한 전반적인 평가를 말한다(서경현·김영숙, 2003: 113-131).

삶의 질 혹은 행복은 주관적이고, 개인의 경험 내적에 존재하며 삶의 긍정적이고 적극적인 측면을 반영하고, 개인의 삶의 모든 측면에 대한 전반적이고 주관적인 평가를 의미한다는 것이다(김명소 외, 2003: 415-442).

노인의 삶의 질을 평가하기 위한 많은 연구와 척도개발이 있어 왔는데, 대부분의 연구에서는 삶의 질 혹은 주관적 안녕감을 삶의 만족도와 부정·정적 정서경험으로 나누어 개념화하고 있다. 또 노인을 대상으로 주관적 삶의 질을 분석해 본 결과, 노인의 삶의 질 척도가 삶의 만족도와 부정적 정서 및 정적정서로 구성되어 있음을 재확인 하였다. 삶의 질이 높고 행복한 노인은 인생에 대하여 만족하고 있으며 부정적정서보다도 정적정서를 더 많이 느끼고 있었다. 반면에 삶의 질이 낮은 노인은 정적정서보다는 부정적정서를 더 많이 느끼고 자신의 인생에 대하여 만족하지 못하고 있었다.

삶의 질은 전반적인 삶의 영역에 대하여 노인 스스로가 평가하는 주관적 안녕상태로서, 건강, 의식주, 경제, 여가활동, 의료서비스, 전반적인 생

활 등을 그 구성요소로 포함시키고 있다. 노인들의 삶의 만족은 일반적으로 자신의 인생이 얼마나 만족스러운가 하는 인식을 평가하는 것으로써 한 개인의 삶의 질을 평가하는데 있어서는 개인의 생활에 대한 주관적인 느낌과 생각이 중요하다고 할 수 있다. 따라서 노인의 삶의 질은 현재 상황에 대한 기대와 현실적인 충족여부에 의해 결정된다고 할 수 있으며 현재의 지위와 활동에 대해 갖고 있는 정서적 만족감이라고 정의될 수 있다.

국내외의 삶의 질 개념에 대해 정의를 내리고 있는 선행연구를 살펴보면, 삶의 질을 신체적, 정신적, 사회적 건강과 관련지어 평가하기도 하였고, 삶의 질을 객관적 지표로 건강, 소득, 주거환경, 가족·사회관계, 여가·사회활동으로 선정하여 평가하였으며, 머슬로의 욕구위계 이론에 기초하여 5가지 욕구(개인적, 신체적, 물질적, 사회적, 자아실현)를 매개변인으로 해서 삶의 질을 평가하기도 하였다(고승덕외, 1997: 17-36; 한형수, 2004: 113-142).

삶의 질은 신체상태와 기능, 정서상태, 사회생활, 경제생활 등 여러 영역의 복합된 결과로 질병예방과 치료, 재활서비스 등의 건강관련 요소와 복지시설, 운영프로그램 등의 물리적, 사회적 환경 요소에 의해 크게 좌우된다고 하였다. 건강을 신체적, 정신적·사회적으로 완전히 안녕한 상태라고 정의한 반면, 건강관련 삶의 질은 일상기능과 주관적 경험에 관한 중요한 영역들 즉 신체적 기능, 사회적 역할기능, 신체감각, 주관적 행복감 등을 포괄한 광범위하고 다차원적인 개념으로 본다(Kempen et al, 1997: 38-44).

따라서 건강관련 삶의 질을 측정한다는 말은 전반적인 삶의 영역에서 건강에 대한 인식과 건강으로 인해 개인이 받는 영향을 측정하는 것이라 하겠다. 심재용 외(1999: 1197-1208)는 건강관련 삶의 질에 포함되는 영역은 신체적 기능, 사회적 기능, 정신적 건강, 통증, 역할, 활력, 건강상태인식, 건강상태변화, 영적 건강을 포함한다고 하였다.

노용균(1998: 1043-1050)은 만족스런 삶을 영위하기 위해서는 각 개인의 요구와 욕구를 충족시킬 수 있는 자원을 소유하고, 개인이 발전할 수 있는 활동에 참가하고, 스스로 행동하고, 남과 자신을 비교하여 만족감을 느껴

야 한다고 하며 이를 위해서는 개인의 전반적인 건강, 역할을 포함한 기능적 능력유지, 편안함, 정신적 건강이 필수요소라고 하였다.

삶의 질이란 말이 널리 사용되고 있음에도 불구하고 이와 같이 노인의 삶의 질을 구성하고 있는 요소들은 연구의 관심이나 학자들의 특성에 따라 다양하다. 따라서 심리학이나 노년학, 복지학 분야에서는 고독감, 자아존중감, 정신건강 등의 변수에 무게를 두었고, 가정 의학 분야에서는 신체, 사회적 역할 기능 및 정신적 및 영적 건강 등 건강관련 삶의 질에 가중치를 두었다고 할 수 있다. 본 연구에서는 노인의 삶의 질을 정신건강의 측면에 중점을 두고 연구설계를 구성하도록 하였다.

2) 삶의 질 측정

삶에 대한 만족을 측정하기 위해서는 먼저 개념 정의를 분명하게 할 필요가 있다. 삶의 대한 만족은 흔히 삶의 질 또는 행복이라는 용어와 병행되는데, 개인의 주관적 삶의 질은 만족, 행복, 긍정적 정서 사기 등의 개념이 내포된 주관적 안녕상태로서 한 개인의 노화되어 간다는 현실에 성공적으로 적응함으로써 얻을 수 있는 삶의 만족을 포함한다.

삶의 질에 관련된 연구는 학문분야별로 강조점이 달리 나타난다. 의학 분야에서는 주로 건강영역에 관심을 가짐으로써 치료 전과 후의 환자의 삶의 질을 평가하는데 초점을 맞춘다. 경제학에서는 삶의 질 개념에 포함된 “느낌”이라는 주관적 성격이 경제학이라는 과학의 객관적 성격에 부합되지 않는다고 보는 경향이 있다. 그래서 경제학자들은 삶의 주관적 영역을 인정하면서도 이런 부분은 다른 학문 쪽으로 넘기고 생활수준과 같은 경제적 영역에 삶의 질 연구를 국한시키려고 한다. 한편 심리학자들은 인간의 감정, 동기, 행복, 안녕과 같은 삶의 질의 무형적 측면에 초점을 맞춘 연구를 많이 하는 편이다.

한편 인간의 삶의 총체성을 고려한다면 삶의 질의 개념과 측정이 공통적인 요소로 정리될 수 없는 다양한 개념과 지표로 표현되는 것은 자연스러운 것이라고 할 수 있다. 다양한 각도의 접근은 보다 풍성한 삶의 질을

보장하기 위한 지침개발의 견고한 토대가 될 수 있을 것으로 본다 (Hajiran, 2006: 31-43; 이인숙·배화숙, 2008: 53-80).

삶의 질에 대한 연구는 생활세계를 구성하는 차원에 대한 양적이고 질적인 접근으로 이루어져 왔다. 양적인 접근이란 사회나 집단의 소득, 건강, 교육, 정보, 여가, 안전, 환경 등의 생활환경에 관한 여러 지표를 이용하여 삶의 질을 계량적으로 측정하는 것이다.

나아가 사회집단의 자원, 문화, 삶의 영역이 다르므로 삶의 질을 평가하는 지표들도 집단의 고유한 속성을 반영하여야 한다.

삶의 질은 또한 주관적인 차원을 포함한다. 건강, 소득, 안전, 환경, 교육, 노동 등 생활환경의 객관적인 차원 이외에도 주어진 환경 속에서 성원들이 체험하는 만족감, 행복감, 자립감, 풍요로움 등에서 삶의 질을 가늠할 수 있다. 이와 같은 연구 동향을 전제할 때, 노인의 삶의 질을 연구하기 위해서는 다른 연령대와 구별된 후 노후 생활세계의 특징을 고려하면서 삶의 질의 객관적 측면과 주관적 측면을 종합적으로 조명하는 것이 필요하다(김익기 외, 1999: 47-48).

우리나라 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구에서 삶의 질을 향상시키려는 인간의 욕구는 단순히 소득수준의 상승에 기인한 것이라기보다는 행복한 삶을 추구하고자 하는 인간의 본능에서 비롯되는 것이므로 삶의 질을 개인 인구집단이 향유하는 물질적·비물질적 가치의 총화라고 정의하고, 개개인이 향유할 수 있는 양적, 경제적, 물질적 생활여건 뿐만 아니라 주관적인 생활만족의 정도 등을 포함하는 종합적이고 포괄적인 개념으로 접근하고 있다.

삶의 질은 객관적 지표와 주관적 지표로 구분하여 측정하기도 한다. 객관적 지표로는 국가의 경제성장 지표, 가족의 소득수준 및 개인의 수입정도, 교육수준, 신체적 활동정도 등이 있으며, 주관적 지표는 대상자가 그 자신의 생활 경험 즉 가족관계, 결혼생활, 경제상태 등에 대해 어느 정도 만족하는지를 측정하는 것이다.

손덕순(2005: 205-217)의 연구에서는 나이가 들수록 자아수용성과 함께 삶의 목적, 개인적 성장과 긍정적 대인관계의 중요성이 나타났다. 즉, 노년

이 될수록 자신에 대해 불만족하며, 있는 그대로의 자신을 받아들이지 못하며, 삶의 의미가 부족하다고 느끼며, 개인적인 침체에 빠져있고 삶이 재미없다고 느끼는 것이다. 그러므로 삶의 질이 높은 사람은 자기를 있는 그대로 수용하며 긍정적 대인관계를 지속적으로 유지하며 자신의 행동을 독립적으로 또는 스스로 조절하는 능력이 있고 주위환경에 대한 통제력이 있고, 삶의 목적이 있으며 자신의 잠재력을 실현시키려는 동기가 있는 사람을 말한다.

최근 생활수준 및 의식수준 향상, 평균수명 연장으로 건강에 대한 관심이 증가함에 따라 평상시의 건강한 생활습관이 건강유지에 중요하고, 질병을 예방하는 것이 질병을 치료하는 것보다 건강관리에 있어 더 바람직하며, 건강할 때 교육시키는 것이 질병을 치료하는 것보다는 더 경제적인다는 견해가 보고되면서 건강증진에 대한 개념이 대두되었다(김혜원·홍미애, 2007: 269-297).

질병예방이 질병 또는 건강의 위협으로부터의 특별한 보호나 ‘회피(Avoidance)’ 행위임에 반하여, 건강증진의 목적은 안녕(well-being)의 전반적인 증진으로 ‘접근적(Approach)’행위이다. 즉 건강증진은 단순히 안정성을 유지한다거나, 위험요인을 방지하는 것이 아니라 자신의 성장과 발달 그리고 높은 수준의 안녕을 향한 방향을 제시하므로, 건강증진 행위는 개인이나 집단이 건강에 적응하는 수준을 높이기 위해 행해지게 되어 전반적인 건강을 유도할 수 있는 환경의 개선 및 개발을 가져온다.

궁극적으로 건강증진은 특별한 건강 문제와 연관되는 기본적인 사회구조를 변화시킬 수 있는데, 이런 구조에는 음식, 주거, 위생, 안전뿐만 아니라, 자원의 분배에 영향을 미치는 경제, 사회적인 정책에 까지 확대된다. 이러한 관점에서 볼 때 바람직한 생활방식이란 적절한 영양섭취, 정기적인 운동, 금연, 금주, 의약품사용의 절제, 건전한 사고, 스트레스 관리 등이 중요하다고 언급하였다.

따라서 노인의 사회, 경제적, 정서적 변화에 따른 여러 건강문제를 예방하고 건강상태를 유지, 증진시키는 것이 노인의 건강상태와 삶의 질 증진에 필수적이므로 적절한 건강증진 방안을 모색하기 위한 노력이 요구된다

하겠다. 미국과 영국에서 실시된 23개의 주관적 삶의 질 연구자료 중 전반적인 주관적 삶의 질을 측정한 도구를 비교 분석한 연구에서 전반적인 주관적 삶의 질을 ‘행복, 즐거움, 흥미’ 등의 용어를 사용하여 측정하는 경우에는 대체로 감정적 요소의 비율이 인지적 요소보다 높았으며, ‘만족도’라는 용어가 포함된 측정치들은 인지적 요소의 비율이 감정적 요소보다 비율이 높았다. 또한 그들은 전반적인 주관적 삶은 인지적 요소와 감정적 요소 각각으로 측정하였을 때 보다 두 요소의 비율을 적절하게 혼합함으로써 더 잘 측정된다고 보고하였다.

특히 감정적인 요소로 주관적 삶의 질을 연구하는 자료들에 의하면 감정적 요소는 긍정적 요소와 부정적 요소로 구분하고 있으며, 많은 연구에서 긍정적인 감정과 부정적인 감정은 서로 독립적이라고 밝히고 있다.

생활만족이란 여러 학자와 시대에 따라 다르게 정의되고 있으며, 일반적으로 받아들여지는 것은 일정한 목표나 욕구달성에 대한 한 개인의 주관적인 감정 상태라고 정의 내릴 수 있으며, 행복의 개념을 통하여 내적, 주관적 정의의 범주로서 생활만족을 해석하고 있다.

따라서 삶의 질이란 인간생활의 질의 문제인 인간 삶의 정도와 가치를 다루는 것으로 그들이 스스로를 또는 다른 사람들에 의하여 어떻게 판정되고 평가되는가 하는 문제이다.

이와 같이 삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적 및 경제적인 면을 모두 포괄하는 다양한 개념으로 정의하고 있지만, 한 개인의 삶의 질을 평가하는데 있어 개인의 현재 생활에 대한 주관적인 느낌이 중요하기 때문에 삶의 질은 노인들 개개의 개인적 특성과 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태라고 할 수 있다.

삶의 질이란 개인의 삶을 구성하는 다양한 영역에 대한 객관적 평가와 이에 대하여 주관적으로 느끼는 전반적인 평가의 조합이다.

우리나라 노인들의 삶에 대한 전반적인 만족감은 소득수준과 물질에 대한 만족의 영향을 가장 크게 받는다고 한다. 이는 서구의 배금주의가 우리나라 청소년과 성인뿐 아니라, 노인에게도 팽배하게 되었음을 보여주는 것일 수도 있고, IMF이후 회복기미가 별로 없는 우리나라의 경제상황이 빚

어떤 일시적 현상일 수도 있다. 앞으로의 연구에서는 우리나라 노인들의 삶의 질에 소득과 물질이 정말로 중요하게 작용하는지, 만약 그렇다면 그 원인이 무엇인지 밝혀낼 필요가 있다.

따라서 앞으로 다양한 계층과 지역의 노인들을 대상으로 연구가 이루어질 필요가 있으며, 본 연구에서는 이러한 연구들을 종합하여 노인들의 삶의 질에 미치는 영향을 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이라는 측정도구를 사용하여 삶의 질을 분석하고자 한다.

3. 노인의 삶의 질

일반적으로 노인의 삶의 질은 어떻게 하면 개인이 성공적인 노화를 성취할 수 있을 것인가와 관련된 것으로, 인생주기의 다른 세대와는 확연히 구별되는 특성을 지닌다. 실제로 인간은 누구나 생애주기를 통해 특정시기에만 높은 삶의 질을 누리고자 하는 것이 아니라, 전 생애를 통해 인간다운 삶을 유지하고자 한다. 그러나 생의 다른 주기와는 달리, 노년기의 삶의 질은 전 생애에 걸쳐 자신의 인생이 얼마나 만족할 만한 수준에 도달했는가를 평가함으로써, 개인의 삶에 대한 총체적인 평가를 반영하는 경향을 지닌다.

실제로 자신의 삶이 만족스럽다고 평가하고 일상생활에서 부정적 정서보다 긍정적인 정서감정을 더욱 많이 경험하는 노인이 노년기를 성공적으로 보낸 것으로 인식하고 있는 것으로 보고되었다(김태현외, 1999: 61-81; 김미령, 2006: 197-222).

노인은 누구이고 노령은 무엇을 의미하는가? 그 기준들이 사회나 제도적 영역들마다 다르기 때문에 일률적으로 이에 대한 명확한 대답을 할 수 없다. 여기서 한 가지 문제가 제기된다. 노인에게 있어서 삶의 질 문제는 타 연령 집단과 구별되는 지표를 가지고 있는가, 아니면 동일한 차원에 있어서 상대적 중요성에게만 차이를 보이는가 하는 문제이다.

특히 노인의 삶의 질에 대해서는 노인의 삶에서 중요한 요소들에 대한 의미와 대상자의 주관적인 삶에 대한 평가 또는 판단에 초점을 맞출 필요

가 있다고 본다. 일반적으로 성공적인 노화라 하면 노인이 자신이 갖고 있는 가치관과 자아개념 등으로 인해 장기간에 걸쳐서 복합적으로 형성되는 심리적인 결과로써 노인의 생활만족도를 높여 삶의 질을 향상시키는 문제는 성공적인 노화의 개념과 직결된다고 전제하는 많은 연구를 국내문헌에서 찾아볼 수 있다(김미혜·신경림, 2005: 29-47; 강이주, 2008: 129-130; 이지현외, 2008: 143-156).

‘성공적인 노화’라는 용어는 널리 사용되어 왔으나 성공적인 노화개념을 정의하고 측정하는 방식이 학자들마다 다르기 때문에 개념화와 그 구조의 측정은 쉽지 않다.

김연희·김기순(2002: 157-189)은 노인의 삶의 질 변화에 영향을 주는 요인으로 월수입, 운동종류, 자아존중감 등이 영향을 미치는 요인이라고 하였으며, 그 중 자아존중감이 가장 영향을 미치는 요인이라고 하였다. 또 노인의 자기효능정도가 높을수록 일상생활 활동정도와 삶의 질 정도가 높아지며, 일상생활 활동정도가 높을수록 삶의 질 정도가 높아진다고 하였다.

노인의 경제적 상태와 삶의 질에 대하여 Larson(1987: 109-115)은 수입과 주관적 안녕상태를 긍정적 상관관계가 있는 것으로 보아 수입에 대한 만족과 행복과는 관계가 크다고 하겠다.

경제적인 요인은 노인의 삶의 질에 직접적인 영향을 미친다고 볼 수 있지만, 경제적 상태가 삶의 질에 직접적인 영향을 주는 것이 아니라 자신의 경제 상태에 대한 자기 자신이 느끼는 주관적 관점이 더욱 중요하다는 연구도 있다.

Klemmack & Roff(1984: 756-758)는 경제력이 노인의 삶의 질에 절대적 영향을 준다고 볼 수 없지만, 높은 수입과 경제적 안정은 노인의 다양한 활동기회를 제공하여 생활만족도를 증가시킬 가능성이 높기 때문에 노인의 경제력은 곧 노인의 삶의 질과 직접적인 연관이 있다고 하겠다.

삶의 질을 높이는 문제는 모든 사회와 그 구성원들의 궁극적인 목표가 되기 때문에 항상 관심이 모아지는 주제라고 할 수 있다. 그런데 한 사회의 구성원 중 젊은 층들은 스스로 생의 목표를 설정하고 보다 나은 삶을 위한 도전의 여건들을 갖추고 있지만, 노년층은 신체적 기능약화와 은퇴

등으로 인하여 삶의 질을 높이기에는 커녕 생을 마칠 때까지 일정수준의 삶을 유지하는 것조차 벅찬 상황이라 할 수 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 노인의 삶의 질은 노년기 노인의 심리적, 신체적 변화와 그들을 둘러싼 환경 등에 많은 영향을 받고 있으며, 결국 노인들에게 있어서의 성공적인 노년기를 보낸다는 것은 이렇게 다양한 결정요인들을 잘 극복하거나 또는 개발하여 삶의 질을 높여나가는 것이라 할 수 있을 것이다. 따라서 본 연구는 이러한 고령화 사회 노인의 삶의 질과 관련하여 신체적, 물질적, 건강의 측면보다도 최근 활발하게 연구되고 있는 심리적, 정서적 측면에 집중하여 그렇다면 정신건강이 이 시기 노인들의 삶의 질과 어떠한 관련을 가지고 있을 것인가에 초점을 맞추고 연구를 진행하였으며, 이와 관련된 선행연구들을 살펴본 결과는 아래와 같이 정리할 수 있다.

양옥경(1997: 101-131)에 의하면 노인들은 노년기에 들어오면서 심리적으로 불안정해지며 정서적으로 안정을 찾지 못하고 우울하다는 것이 일반적인 견해이며, 일상생활에서 보더라도 노인정 등에 모인 노인들은 불안을 호소하거나 술과 담배로 소일하고 있음을 통해서도 알 수 있다.

이는 물론 노인들에게서 정상적으로 보일 수 있는 태도일 수도 있으나 사회적 지지가 협소한 노인들에게 더욱 심할 수 있다는 것이다. 노인의 정서적 안정이 이들의 삶의 질의 결정에 중요한 요인이 될 수 있음에도 불구하고 노인 정신건강에 관해서는 노년기 우울이나 치매에 관한 정신적 병리적 연구가 대부분을 차지하고 있다.

노인의 정신건강과 삶의 질은 상관이 있는데, 정신건강이 좋지 않으면 삶의 질이 나빠지게 된다. 또 심리적 증상은 불안, 우울과 같은 부정적 정서와 관련되므로, 신경증 성향이나 정신병적 증상을 가진 노인은 삶의 질이 저하되게 되는 것이다. 그러므로 정신건강은 삶의 만족감, 긍정적 감정, 부정적 감정, 삶의 의미 등의 주관적 삶의 질의 핵심이 된다.(권석만 외, 2001: 219-227).

노인의 정신건강과 삶의 질이 어떤 상관을 가지고 있으며, 정신건강수준이 노인의 삶의 질에 어떤 영향을 미치는 가를 확인해 보는 것은 노인의

주관적 삶의 질을 깊게 이해하는데 도움이 된다. 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 대표적인 심리적 특성으로 우울과 자아존중감을 들 수 있으며, 부정적서인 우울은 주로 노년기에 경험하게 되는 여러 가지 상실의 경험과 밀접한 연관성을 가진다. 개인의 삶에서 상실은 시기에 상관없이 삶에서 번번이 나타나지만, 노화과정으로 인해 상실이 주된 경험을 이루는 노년기는 다른 시기에 비해 상대적으로 우울을 경험할 위험에 더 많이 노출되어 있다고 할 수 있다(노병일·모선희, 2007: 53-69).

노인이 경험하는 우울은 노인의 삶의 질에 부정적 영향을 미칠 뿐 만 아니라, 우울은 노인의 자살생각과 자살시도에도 영향을 미친다는 연구 결과도 제시되었다(Murata, Kondo, Ichida and Ojima, 2008: 406-414).

아주 경미한 수준의 자살 생각이라도 이후에 심각한 수준으로 발전되거나 바로 자살 기도로 연결될 수 있으며, 자살생각의 심각성보다는 자살생각 자체를 가지고 있는지의 여부가 더 중요한 지표라고 보는 것이다. 또한 노인의 우울 수준이 낮을수록 높은 삶의 만족도를 경험하는 것으로 제시되었다(김기정·표갑수, 2008: 111-144).

정신건강이라는 측면에서의 삶의 질에서 정신건강을 위해서 어떤 일을 하여야 하는가의 문제에 대한 대답은 매우 어렵다. 그 이유는 정신건강의 범위가 너무 광범위하고 애매하다. 정신건강이나 정신질환의 정의가 문화권마다 차이가 많다. 많은 사람들이 정신적인 증상을 경험하는데 어떤 경우를 정신질환으로 간주할 것인가는 어려운 문제이다. 삶의 질에 대한 많은 관심에도 불구하고 정신질환자들의 삶의 질 내지 삶의 질 중 정신건강에 관한 내용은 상대적으로 간과(看過)된 면들이 많다.

노인의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 먼저 노인의 삶의 질을 다각도에서 구체적으로 이해하는 것이 효과적이다. 노인의 주관적 삶의 질이 어떤 심리적 증상들과 관련되는 지 알아보며, 정신건강수준 그리고 경제수준 등이 주관적 삶의 질에 미치는 영향을 확인해 보는 것이 좋다. 우울증과 같은 하나의 심리적 증상을 중심으로 삶의 질 간의 상관을 알아보기 보다는 다양한 심리적 증상과 삶의 질 간의 상관성을 알아보는 것은 노인의 삶의 질에 대한 더 풍부한 정보를 제공해 줄 수 있다.

또 전반적인 정신건강수준이 주관적 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는지를 알아보는 것은 노인의 삶의 질의 향상에 많은 도움을 줄 수 있을 것이다. 따라서 본 연구는 고령사회로 진입해 가는 우리나라 노인들의 정신건강과 관련한 다양한 결정요인들을 살펴보고 이것이 결정적으로 삶의 질에 미치는 영향을 알아보고자 연구를 진행하였으며, 이에 관련한 경험적인 선행연구들을 참고하고자 하였다.

제 4 절 선행연구

1. 노인의 정신건강에 관한 선행연구

노인의 정신건강에 관한 선행연구에는 비교적 최근에 연구되어 지고 있는 분야로써 안영미, 오정희, 전해정, 손덕순 등의 연구가 있으며 노인의 자아존중감, 정신건강에의 영향, 사회인구학적 특성과의 관계 등이 중점적인 내용이다. 본 연구에서 참고하고 있는 선행연구에는 다음과 같은 것들이 있다.

먼저 안영미(2003: 576-585)는 “노인의 삶의 의미와 자아존중감 및 정신건강과의 관계 연구”에서 연구결과, 노인의 삶의 의미수준과 자아존중감, 삶의 의미와 정신건강, 자아존중감과 정신건강과의 상관관계를 분석한 결과는 통계적으로 유의미한 수준에서의 순상관관계를 나타내었다.

즉 삶의 의미수준이 높을수록 자아존중감과 정신건강수준이 높고, 자아존중감이 높을수록 정신건강도 좋은 것을 의미한다. 노인의 자아존중감은 자신이 중요한 의미를 부여하는 목표를 설정하고 그것을 성취하여 자신의 수행을 훌륭한 것으로 평가할 때 자아존중감이 높아지고 있는 반면 이를 이루지 못할 때에는 자신을 낮게 평가하여 자아존중감이 저하된다. 그리고 조사대상자의 일반적 특성에 따른 정신건강의 차이를 검증한 결과는 건강상태, 질병유무, 생활만족이 통계적으로 정신건강과 유의미한 차이가 있는 변인들로 나타났다.

오정희(2003: 91-93)는 “한국무용참가가 노인 정신건강에 미치는 영향”

에서 한국무용참가가 노인의 정신건강에 미치는 영향에 대하여 회귀분석을 실시한 결과 한국 무용 참가정도가 정신건강 중 대인예민성과 우울에 미치는 영향을 검증한 결과는 회귀모형이 유의수준 1%에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 그리고 회귀계수의 부호에 따라 참가 빈도가 증가 할수록, 참가강도가 강할수록 부정적인 정신건강이 개선되는 것으로서 즉, 대인예민성, 우울증 및 불안에 긍정적인 영향을 미친다고 볼 수 있다.

따라서 이는 정신건강 중 대인예민성, 우울, 불안은 통계적으로 유의미한 것으로 나타나 노인들이 한국무용을 계속적으로 참가하고 배울 경우에 타인에 대한 못 마땅한 생각, 자신에 대한 비하적인 생각, 자신의 언행에 대한 불필요한 신경, 대중공감에서의 거북한 느낌 등이 개선되고, 또한 기운이 없고 울적함, 죽고 싶은 생각, 자책, 관심과 흥미결여, 허무한 느낌 등의 증상이 개선된다고 볼 수 있다.

한국무용에 참가하면서 노인 스스로 만족을 하고 있으면 그만큼 정신건강에 좋다고 볼 수 있다. 노인의 인구가 증가하고 노인문제가 더욱 증가하고 있는 지금, 우리 노인들의 정서에 맞는 한국무용이 노인문제 해결에 많은 도움이 되도록 보다 노인들에 맞는 한국무용프로그램이 개설되어야 한다고 시사하고 있다.

전혜정(2004: 169-186)은 “노년기 종교활동이 정신건강에 미치는 영향”에서 연구결과는 첫째, 노년기 종교 활동은 정신건강에 긍정적 효과가 발견되었으나 그러한 효과가 종교 활동을 하는 모든 노인들에게 있어 동일하게 나타나는 것은 아니었다. 흥미롭게도 종교 활동 시작 또는 종교 활동 재개의 효과는 오히려 부정적인 방향으로 나타났다. 종교 활동 중단의 효과 또한 부정적인 방향으로 나타났다.

그러나 노년기에 지속적으로 종교 활동을 하는 노인들이 새로 종교 활동을 시작하거나, 하던 종교 활동을 중단하거나, 종교 활동을 하지 않는 노인들보다 정신건강 수준이 더 높은 것으로 나타났다.

이러한 결과는 활동 그 자체가 중요한 것이 아니라, 활동(혹은 활동수준)이 개인의 생활양식에 맞느냐에 따라 활동의 결과가 달라질 수 있다고

주장하는 지속이론을 지지하는 결과로서 노년기 종교 활동에 관한 연구들이 활동의 지속성 여부를 고려할 필요가 있으며, 또한 노인복지 실천 현장에서 노인들의 사회참여를 독려할 때, 노년기 이전의 Life Style을 고려하여 과거의 비슷한 역할, 비슷한 수준의 활동을 지속적으로 수행하도록 하는 것이 바람직함을 시사한다.

손덕순(2006: 120-146)은 “여성노인의 정신건강 관련요인에 대한 연구”에서 노인의 우울감에 영향을 미치는 요인들을 규명하기 위해 인구사회학적특성인 연령, 학력, 경제 상태, 소득출처 변수를 독립변수로 하여 우울감에 영향을 미치는 정도를 파악하기 위해 회귀분석을 실시한 결과 설명력은 10.1%로 나타났다.

응답자들의 학력수준, 소득출처 중에서 생계보조금이 유의미한 변인으로 밝혀졌다. 학력수준에서 학력이 높을수록 우울감이 낮았으며, 소득출처에서는 본인이나 배우자가 소득출처인 노인보다 생계보조금을 받는 노인의 우울감이 더 높게 나타났다. 이는 저소득층 노인의 우울감이 소득이 높은 노인보다 더 높다는 결과이다.

2. 노인의 삶의 질에 관한 선행연구

앞서 살펴본 바와 같이 노인의 정신건강에는 다양한 요인들이 영향을 미치고 있었으며, 노인의 삶의 질도 이와 같이 정신건강과 관련한 요인들 뿐만 아니라 신체적, 정서적 요인들과 노인의 개인적이고 일반적 특성들, 사회인구학적 특성들의 영향을 받고 있어, 측정이 어렵고, 단편적으로 파악되어서는 안되는 다원적인 개념이다. 따라서 본 연구는 어떠한 사회인구학적특성 또는 노인의 환경적 측면 등에서 삶의 질이 측정되어지고, 연구되고 있는 가를 다원적으로 살펴보기 위해 아래와 같은 선행연구들을 참고하였다.

삶의 질을 일반적인 차원에서 개인들의 주관적·정서적 감정으로 정의한 대표적 학자로 Roer & Hallberg(2005: 443-455)를 들 수 있다.

그들은 삶의 질을 “생활경험에 대한 반응과 정신건강에 대한 자기 지각

으로서 생활에 대한 주관적 평가”라 정의하여, 삶의 질이 개인의 주관적인 심리상태를 가리키는 것임을 강조하고 있다(정재임 외, 2005: 471-491).

Louise(2000: 1107-1123)는 노인들의 생활에 대한 적응 또는 만족을 사기(士氣)라는 개념으로 파악하였다. 또한 삶의 만족도는 ‘자신이 바라던 것과 실제 성취한 것을 비교하여 자신의 전반적인 존재 상태를 평가하는 것’이라고 보았다.

그는 삶의 질에는 네 가지 차원이 존재한다고 하였다. 그 차원들은 신경증 혹은 부정적 감정, 행복, 긍정적 감정, 그리고 기대한 바와 도달한 바와의 일치여부의 네 가지이다. 이 중에서 신경증(혹은 부정적 감정)은 갈망, 우울, 동요, 걱정, 비관주의 그리고 여타의 스트레스적인 심리적 증후를 말하는 것이며, 또한 행복은 상대적으로 긴 기간 동안에 나타나는 긍정적 감정의 충만(充滿)에 대한 인지적 판단이라고 정의하고, 긍정적 감정은 순간적이고 능동적인 기쁨을 나타내는 한시적 감정으로 이것은 인지적 판단이라기보다는 감정적 상태를 나타낸다고 하였다(전봉천 외, 2005: 124-137).

Sewitch(2004: 655-665)는 삶의 질에서 주관적·정신적 복지의 중요성을 부각시킨 사람이다. “질 높은 삶”이 “행복한 삶”으로 정의될 때, 개인들의 행복감과 물질적 풍요 간에는 높은 상관관계가 있는 것은 사실이지만, 동일시 할 수는 없다는 사실이다. 즉 경제적 부나 생활조건이 행복감에 어느 정도 영향을 주는 것은 사실이지만 일정한 경계선을 지나면 둘 사이에는 상관관계가 크게 떨어진다는 것을 알 수 있게 된다는 것이다.

그는 “개인이 처한 상황에서 스스로가 지각하는 주관적이고 긍정적인 정서나 만족감, 혹은 의미”라고 삶의 질을 정의하고, 삶의 질을 주관적 정서로 이해하지만, 그 중에서도 특히 스스로 느끼는 만족감이라는 측면에서 주목한다.

삶의 질을 “주관적이고 전반적인 심리적 안녕감을 말하며 한 개인이 느끼는 인생 전반 혹은 인생 전체에 대한 행복이나 만족 정도”라고 정의하고 있다.

Inglehart(1990)는 삶의 질은 긍정적이고 부정적인 정서로 이루어진다고

규정하고, 우울감과 불안감 및 생활만족도나 행복감 같은 하위차원을 포함하고 있다고 하였으며, Pina & Bengtson(2001: 413-455)도 긍정적 정서, 부정적 정서, 그리고 우울증으로 삶의 질의 차원을 구분한다. 삶의 질을 다차원적인 개념으로 이해하여, 자아존중감·우울 및 즐거움의 심리적 복지감의 구성요소로 들고 있다.

김미숙·박민정(2000: 35-52)은 “종교가 노인의 삶의 질에 미치는 영향 연구”에서 삶의 질을 건강상태, 총체적 삶의 질, 삶에 대한 만족도, 행복도로 세분화하여서 살펴보았다. 연구결과, 종교유무는 노인의 총체적 삶의 질, 삶에 대한 만족도, 행복도에 유의미한 영향을 미치고 있었다. 종교를 갖고 있는 노인이 종교를 갖고 있지 않은 노인에 비해 총체적 삶의 질 수준이 높았고, 삶에 대한 만족도 및 행복도가 높은 것으로 분석되었다.

이러한 결과는 노인의 삶의 질 제고(提高)를 위해서 종교기관에서 노인을 위한 다양한 프로그램을 개발할 필요성이 있음을 시사한다. 분석결과를 보면 건강상태에 유의미한 영향을 주는 요인은 생활수준 하나였다. 그리고 종교생활은 노인의 총체적 삶의 질에 매우 유의미한 영향을 주고 있었다.

박영례 외(2005: 237-258)는 “노인의 자아존중감, 자기효능과 삶의 질에 관한 연구”에서 연구결과, 노인의 자아존중감은 성별, 교육정도, 배우자유무, 거주형태, 경제 상태, 생활 형태에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났고, 자기효능은 성별, 직업유무, 교육정도, 배우자유무, 거주형태, 경제 상태, 생활 형태에서 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 삶의 질은 직업유무, 배우자유무, 거주형태, 경제 상태에서 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다.

노인의 삶의 질은 자아존중감 및 자기효능과 유의미한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 자아존중감은 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 가장 중요한 요인으로 35.9%의 설명력을 나타내었고, 자기효능이 추가되었을 때는 39.3%를, 경제상태가 추가되었을 때는 45.5%를, 생활형태가 추가되었을 때는 48.1%를 설명할 수 있는 것으로 나타났다.

이를 통해 볼 때 자아존중감과 자기효능은 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인임을 알 수 있다.

손신영(2006: 601-615)은 “농촌노인과 도시 노인의 삶의 질과 관련요인에 대한 비교 연구”에서 연구결과, 농촌 노인과 도시 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 관련 요인 간에는 유의미한 차이를 보였는데, 도시 노인의 경우 삶의 질과 관련 요인의 수준이 농촌 노인보다 높게 나타났다.

노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 중다회귀분석한 결과 농촌 노인의 경우는 우울, 자아존중감, 경제적 상태, 사회적지지로 나타났고, 도시 노인의 경우는 우울, 자아존중감, 사회적지지, 신체적 기능 순으로 나타나는 다른 결과를 보였으며, 농촌 노인이 도시 노인보다 삶의 질과 관련 요인이 취약한 것으로 나타났다.

민경진(2007: 95-102)은 “노인의 일상생활활동이 삶의 질에 미치는 영향 연구”에서 연구결과, 노인의 일반적 특성, 사회적 지원, 주관적 노화도, 일상생활활동이 삶의 만족도에 가장 영향력 있는 변인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 통해 영향 변인을 찾아내었지만, 위계적 회귀분석을 한 결과에서는 조사대상자 노인의 삶의 질에 유의미한 설명력을 가진 변인은 주관적 노화도, 경제수준, 자기 계발활동, 사회·문화 활동 순으로 나타났다.

즉, 조사대상자 주관적노화도가 낮을수록, 경제수준이 높을수록, 자기 계발활동을 적극적으로 많이 할수록, 사회·문화 활동을 활발히 할수록, 노인의 삶의 만족도에 긍정적인 영향력을 나타냈다. 앞서 회귀분석에서는 노인의 삶의 질에는 주관적 노화도, 경제 상태, 자기 계발활동, 사회·문화 활동 순으로 위계적 회귀분석과 다소 차이는 있었지만 노인의 삶의 질에 영향변인의 순서는 같게 나타났다. 제 변인들의 설명력은 43%였다. 즉 주관적 노화도가 낮을수록, 경제수준이 좋을수록 노인의 삶의 만족도가 높은 것으로 나타났다.

황미구·김은주(2008: 391-396)는 “노인의 우울과 인지능력이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향”에서 연구결과, 일반적인 인지능력을 가진 노인 집단에서 우울이 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 영향력은 유의미하였으나, 매개변인인 자살생각이 건강관련 삶의 질에 유의미한 영향을 미치지 않았다.

즉, 노인의 우울은 죽음에 대한 두려움을 포함하는 심리적인 반응의 한

형태로서, 자살의 위험성을 증가시켜 잠재적으로 예방과 관리가 매우 중요함을 알 수 있다. 따라서 이제는 노인의 정신건강문제를 치료중심에서 예방, 관리, 건강보호 등을 강조하는 다양한 정신건강증진 프로그램으로 전환되어야 한다.

이택영외 5인(2009: 5-9)은 “작업 모델을 중심으로 한 노인의 활동 수준과 삶의 질”에서 인구학적 특성에 따른 삶의 질에 대하여 비교한 결과 남자노인이 여자노인보다 삶의 질 수준이 높았다. 전체노인에 있어 삶의 질에 영향을 미치는 요인예측을 위하여 인구학적 요인(모형1), 경제적 요인(모형 2), 활동요인(모형3)을 집단화하여 위계적 다중선행회귀분석 결과 유의확률F 변화량이 인구학적 요인, 경제적 요인, 활동 요인 모두 통계학적으로 유의미하게 영향을 미쳤다.

전체 노인의 경우 연령, 건강상태, 생활수준, 노후설계준비기간, 사회활동이 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 요인이었다. 노인의 활동과 삶의 질과의 상관관계 비교에서 사회활동이 통계적 관련성을 나타내어 36%만큼의 정적(+)관계의 영향력을 미치고 있는 것으로 나타났다.

김형수·김용섭(2009: 183-215)은 “장애노인의 우울이 삶의 질에 미치는 영향”에서 장애노인의 우울이 인구통계학적 변인에 따른 차이를 보이는가와 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는가를 분석하고 있다. 연구결과에 따르면 장애노인의 우울은 높은 유의수준에서 삶의 질과 통계적인 관련성을 나타내고 있었으며, 표준화 베타 값이 0.637로 63.7% 만큼의 높은 수준의 정적(+)인 영향력을 미치고 있는 것으로 나타났다.

3. 노인의 정신건강과 삶의 질에 관한 선행연구

본 연구에서 중점적으로 살펴보고자 하는 노인의 정신건강의 결정요인들과 노인의 삶의 질이 가지는 관계에 대하여 양옥경(1997)을 중심으로 경험적으로 연구하고 있는 선행연구자들의 결과를 살펴보기로 한다.

노인의 정신건강의 개념과 삶의 질의 개념이 매우 포괄적이고 광범위하기 때문에 신체적, 정서적, 환경적, 사회인구학적 특성 등의 다양한 차원에

서 이를 살펴볼 필요가 있으며, 따라서 사회적지지, 자아존중감, 우울, 불안, 경제수준 등에 대한 다양한 선행연구가 참고 되었다. 이를 종합한 결과는 아래와 같다.

양옥경(1997: 129-131)의 “노인 정신건강과 삶의 질” 연구는 노인의 정신건강, 사회적지지, 그리고 삶의 만족에 초점을 둔 전반적인 삶의 질이 어떤 수준인가를 살펴보고자 하는 데 목적을 둔 기술적 연구이다. 즉, 우리나라 노인들의 음주 패턴과 우울상태에 관해 그 심각성의 정도를 파악하는 임상적 고찰을 하고, 사회적 지지와 삶의 만족에 관해 종류, 내용 그리고 정도를 파악하고, 또한 사회적 지지와의 관계 현상들과 다양한 차원의 삶의 만족 관계를 분석하고자 하였다.

조사대상자의 평균나이는 73.02세였으며, 73.5%가 여성이었다. 조사결과 노인들의 30%가 우울 증세를 보였으며 심각한 음주패턴을 보였다. 이들은 자신들의 삶에 별로 만족하지 못하고 있었으며, 특히 하루 일과와 여가활동영역에서 낮은 만족도를 보였다.

노인들의 사회지지체계는 꽤 작은 편이어서 자신의 지지망에 4~5명을 갖고 있었으며, 대부분의 노인들이 가족으로부터 지지를 받고 있다고 생각하고 있었고, 그 다음으로 친구, 이웃의 순이었다. 그리고 이들이 친구나 이웃으로부터 지지를 많이 받는다고 생각할수록 이들의 삶의 만족 정도도 높아지는 것으로 나타났다.

이 같은 결과는 노인들의 정신건강관련 문제들을 예방하고 삶의 질을 향상시키기 위해 노인들에게 사회적 지지체계를 개발하고, 유지하며, 활용할 수 있도록 하는 사회복지차원의 서비스를 개발해야 함을 시사해주고 있다.

김연희·김기순(2002: 157-189)은 “노인의 자아존중감과 삶의 질과의 관계”의 규명에서 노인들의 자아존중감 정도가 높을수록 삶의 질 정도도 높게 지각한 것으로 조사하였다.

또한 삶의 질 변화에 영향을 미치는 요인으로 월수입, 운동종류, 자아존중감 등이 삶의 질 변화에 영향을 미치는 요인으로 규명되었다. 분석결과 3개요인 중 가장 영향을 많이 미치는 요인은 자아존중감이었다.

최영애(2003: 27-47)는 노인들이 느끼는 우울, 자존감 및 건강행위 수준과 이에 영향을 미치는 요인, 상관관계 파악을 통하여 지역 노인복지시설의 건강프로그램 개발에 기여하고자 연구결과, 1) 대상자의 우울수준은 최고30점 중 14.69점으로 경증의 우울 수준인 것으로 나타났으며, 자아존중감은 10점~40점의 범위 중 25.78점으로 중간수준을 유지하고 있었고, 건강행위 수준은 각 항목별 평균이 3.15/4점으로 건강행위 수준이 비교적 높은 것으로 나타났다. 2)우울수준을 일반적 특성에 따라 유의미한 차이가 있었는데, 60대에 비해 70대와 80대 고령노인이 시설노인에 비해 일반가정에 거주하는 노인이, 본인의 경제상태가 낮다고 지각한 노인일수록 우울의 정도가 더 높은 것으로 나타났으며, 유의미하지는 않았지만 배우자가 없는 노인과 여성노인의 우울수준이 더 높은 것으로 나타났다.

3) 대상자의 우울, 자아존중감 및 건강행위의 관계를 보면, 우울과 자아존중감, 우울과 건강행위 수준은 역상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 자아존중감과 건강행위는 순상관관계가 있는 것으로 나타났다.

즉 우울정도가 높을수록 자아존중감과 건강행위 수준이 낮았으며, 자아존중감이 높을수록 건강행위 수준도 높은 것으로 나타났다.

박상규(2006: 785-796)는 “노인의 정신건강과 삶의 질 간의 관계”에서 연구결과, 정신건강은 경제수준, 신체건강, 교육, 가족의지지, 직업 등에 영향을 받으며 경제문제는 노인의 생존뿐 아니라 자존감도 관련되는 중요변수라고 하였다. 또 노인의 삶의 만족도나 정적(+)정서는 경제수준에 영향을 받지만, 부적(-)정서는 경제수준에 유의미한 영향을 받고 있지 않는데, 이는 부적(-)정서 해결을 위해서는 경제적 지원보다는 정신건강을 위한 처치-치료가 더 효과적이라고 하였다.

간이정신진단검사-90-개정판의 각 척도 점수와 주관적 삶의 질 척도의 점수 간의 상관을 알아본 결과 정신건강 중 본 연구와 관련되는 대인예민성, 우울, 불안과 삶의 질 척도의 삶의 만족도 점수 간에는 유의미한 부적(-)상관이 있었고, 주관적 삶의 질 척도의 부적(-)정서와는 유의미한 정적(+)상관이 있었다.

노인이 된다는 것 자체가 심리적 문제를 유발하는 요인으로 볼 수는 없

다. 대다수의 노인은 노화를 있는 그대로 잘 받아들이고, 노년기를 건강하게 보내고 있기 때문이다(박군석 외, 2004: 441-470).

그러나 노화로 인한 신체질병, 경제적 상실감, 사회적 소외감 등은 스트레스가 될 수 있으며, 노인이 이 스트레스를 감당하지 못하면 다양한 심리적 증상이 유발될 수 있다. 특히 노인은 노화와 관련된 취약성이 있어 젊은 연령대에 비해서 우울증, 불안 신체화, 치매, 알코올 중독 등의 심리적 문제가 일어날 수 있는 가능성이 더 많으며 이러한 증상은 노인의 삶의 질이나 행복감을 저하시키는 요인이 된다.

노인의 심리적 문제는 생물학적 원인, 심리적 원인, 사회 환경적 원인 등의 여러 요인들이 결합하여 일어나고 있는데, 특히 사회 환경적 요인으로서는 경제수준, 학력, 신체건강, 주거환경, 사회적 지지정도 그리고 지역사회 태도의 변화 등이 영향을 미칠 수 있다. 심리적 증상을 가진 노인은 일반노인에 비하여 생활하는 데 여러 장애를 가지고 있으며, 이는 삶의 질의 저하와 관련된다.

노인의 자아존중감과 삶의 질에 대하여는 노인의 자아존중감이 높을수록, 스트레스관리를 잘 할수록 건강증진행위 이행이 높고, 그 결과 노인의 삶의 만족도가 높아진다고 하였다(이지현 외, 2008: 145).

김귀분 외(2008: 21-24)는 “노인의 분노·건강상태 및 삶의 질과의 관계 연구”에서 노인의 일반적 특성별 분노, 건강상태 및 삶의 질정도 차이 비교에서 노인의 일반적 특성에 따른 분노 차이검증에서는 종교, 과거직업에서 통계학적으로 유의미하게 차이가 있는 것으로 나타났다.

노인들의 분노와 건강상태 및 삶의 질과의 상관관계를 살펴본 결과, 분노와 삶의 질 간에 약한 상관관계가 있어 분노표현을 할수록 삶의 질이 높아짐을 의미하며, 건강상태와 삶의 질 간에는 강한 상관관계가 있는 것으로 확인되어 건강 상태가 좋을수록 삶의 질이 높아짐을 의미한다.

한석태(2008: 453-458)는 “노인의 삶의 질 결정요인에 관한 연구 : 객관적 변수와 주관적 변수의 비교”에서 노인의 삶의 질에 대한 결정요인으로 객관적 변수인 건강지표와 주관적 지표인 사회심리요인 즉, 정신건강을 설정하고 이들이 통계적으로 삶의 질에 미치는 영향에 대해 검증하고 이를

비교하고 있다. 연구결과 객관적 변수에 있어서는 삶의 질과의 통계적 의미를 상실하고 있었으며, 사회심리요인에 있어서는 유의수준을 살펴본 결과, 통계적인 관련성이 입증되었다.

또한 사회심리요인(정신건강)은 삶의 질에 통계적으로 유의미한 정적인 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다.

이상으로 살펴본 선행연구들을 통해 여러 연구에서 노인의 삶의 질에 관련되는 공통적 변수들로서 정신건강(우울)과 사회적지지(배우자나 자녀), 노인의 자아존중감과 불안 등의 요인을 삶의 질과 관계되는 요인으로써 제시하고 있는 것을 확인할 수 있다.

따라서 본 연구는 노인의 정신건강과 정신건강의 결정요인으로 파악되는 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 노인의 삶의 질에 미치는 영향에 대한 연구를 중점적으로 진행하도록 차후의 연구절차를 설계하도록 하였으며, 추가적으로 고령자 집단과 초고령자 집단의 비교분석 및 경제수준에 따른 분석을 실시하기로 하였다.

4. 초고령 노인의 정신건강과 삶의 질에 관한 선행연구

초고령자에 대한 연구는 고령화의 정도가 빠르게 진행되고 있는 한국이나, 몇몇의 선진국의 연구를 제외하면 아직 많은 연구가 이루어지지 않고 있는 상태이다. 따라서 초고령자에 대한 정의도 국가마다 다른 형태로 나타나는 경우가 많아, 앞으로 초고령 노인집단에 대한 연구 분야의 심도 있는 이론적 고찰이 이루어져 정책수립에 도움을 줄 수 있는 새로운 연구분야로써 발전할 요량(料量)이 크다고 할 것이다. 해외 또는 국내의 초고령자에 대한 연구로써 본 연구가 참고하고 있는 자료에는 다음과 같은 것들이 있다.

Adams and Blieszner(1995: 209-224)는 노인이 더욱 연로할수록 즉, 초고령에 근접하여 갈수록 신체적인 기능에 주로 필요한 도구적지지도 물론 중요하지만 정서적 지지역시 매우 중요한 노인의 삶의 질을 결정짓는 요소이며, 동시에 동거가족의 한 형태인 자녀들의 도구적 지지와 정서적 지

지가 매우 중요한 요소임을 밝히고 있다.

Silverstein and Parker(2002: 528-547)는 초고령 노인집단이 관심, 지지, 수용, 정보제공, 교육 등의 정신건강과 관련한 상담과 의사표현의 기회를 가지는 것, 집단 프로그램, 학습기회의 부여, 여가활동 등이 삶의 질에 영향을 미친다는 것을 밝히고 있어, 심리적, 정신적인 부분들이 노인의 삶의 질에서도 특히 초고령자의 삶의 질에 대해 영향을 미치고 있음을 나타내고 있었다.

또한 Conwell(2001: 32-47)의 연구에 의하면 초고령 노인집단으로 분류된 노인들은 무력감과 절망감 등에 의해서 연령이 증가할수록 정신건강의 측면에 있어서 부정적인 변화가 일어나는 것을 확인하고 있어, 이를 뒷받침하고 있었으며, 이신숙·이경주(2002: 1-20)는 초고령 노인 집단에 대한 연구에서 초고령에 속하는 노인들은 그들의 삶에 갑작스럽고 큰 변화와 새로운 적응을 하게 만드는 주요한 사건의 발생보다도 일상적인 생활과 관련된 어려움 등이 초고령 노인의 삶의 질에 더 큰 영향을 주는 것을 연구결과 확인한 바 있으며, Litwin and Landau(2000: 213-228)의 연구에서도 연령, 성별, 교육수준, 수입수준, 결혼상태, 자녀와의 동거여부와 같은 사회인구학적 특성이 초고령 노인의 삶의 질에 영향을 미칠 수 있다는 것을 확인하고 있어, 노인을 둘러싼 환경인 사회인구학적 특성과 삶의 질에 대한 연구 역시 매우 중요하다고 할 수 있다.

최근의 연구로써 이인정(2009: 369-379)은 초고령 노인집단의 사회인구학적 특성과 삶의 질에 대한 연구를 통해 초고령 노인집단의 사회인구학적 특성 중 동거가족인 자녀와의 동거, 경제적 수준을 나타내는 수입수준에 있어서 삶의 질과 통계적인 관련성을 검증하고 있었으며, 자아존중감, 사회적지지, 일상적인 근심으로 인한 스트레스에 있어서도 초고령 노인집단의 삶의 질이 영향을 받고 있는 것으로 나타났다.

이 같은 선행연구의 검토를 통해 초고령 노인집단은 그들을 둘러싼 다양한 환경적 측면에서의 변수들과 사회인구학적 특성, 정신건강, 자아존중감 등의 영역에 있어서 삶의 질이 영향을 받고 있다는 점을 확인할 수 있다. 그동안은 초고령자의 증가폭이 두드러지게 나타나지 않았고, 연구의

표본으로 따로 선정되기에는 그 수효가 적어, 고령자에 대한 국내외의 연구가 65세 이상을 별도의 구분 없이 모두 하나의 고령자 집단으로 연구해 왔었다.

따라서 본 연구는 연령별로 전체 노인집단을 구분하여 초고령자에 대한 연구에서도 일반적인 고령자에 대한 연구와 같이 정신건강과 삶의 질에 대한 동일한 연구의 결과가 도출되는지, 차이점이 발견되는지, 어떠한 차이점이 있는지의 여부를 검증하는 것을 연구의 초점으로 삼고 연구를 진행하도록 하였다.

5. 선행연구의 시사점

이상으로 위에서 살펴보았던 노인들의 삶의 질의 결정요인에 관한 선행 연구와 노인의 정신건강과 삶의 질에 관한 선행연구, 그리고 마지막으로 살펴본 초고령 노인집단에 대한 선행연구에서 발견할 수 있는 시사점은 다음과 같이 종합된다.

이택영 외 5인(2009: 12)는 우리나라 전체노인으로 일반화하여 결과를 해석하는 데에 한계점을 가지고 있다하나 국내 노인을 대상으로 활동을 분류하여 남녀노인의 활동 수행정도를 파악하고 활동에 따른 삶의 질을 비교하였다는 점이 다른 연구들과는 차별되는 의미 있는 연구라고 할 수 있다. 또한 우리나라 노인의 활동수준을 평가하기 위한 활동척도의 개발은 노인활동의 평가뿐 아니라 작업치료시 활동을 치료도구로써 활용할 수 있을 것이다.

앞으로 노인들의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 우리나라 노인의 특성을 고려한 활동에 대한 지속적인 연구가 필요함을 시사해주고 있다. 또한 이 결과를 기초로 노인의 삶의 질을 향상시키기 위한 정책 및 노인들의 다양한 지역사회 프로그램을 개발하는 데 중요한 기초자료로 이용될 수 있을 것으로 사료된다.

한석태(2008: 458-459)는 삶의 질이 종국적으로는 주관적 차원이라는 학계의 지배적 의견에 따라 삶의 질을 행복감(정서적평가)과 만족감(인지적

평가)으로 측정하였다. 경험적 자료의 분석결과 주관적변수가 객관적변수보다 삶의 질에 상대적으로 큰 설명력을 가지는 것으로 확인되었다. 주관과 객관을 불문하고 모든 변수가 심리적 요인을 거쳐 삶의 질에 연결되고 있다는 결과는 노인층의 삶의 질 개선에 있어서 물질적 지원이나 신체질병 치료 외에 심리적 안정(안정감, 자기효능감, 역할자신감)을 위한 프로그램의 개발과 공급이 중요함을 시사해주고 있다.

최영애(2003: 43-44)는 우울, 자아존중감 및 건강행위의 관계는 우울과 자아존중감, 우울과 건강행위 수준은 역상관관계가 있었으며, 자아존중감과 건강행위는 순상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 우울정도가 높을수록 자아존중감과 건강행위 수준이 낮았으며, 자아존중감이 높을수록 건강행위 수준도 높았다.

연구결과로 볼 때 경증수준에 있는 지역 노인들의 우울을 감소시키고 자아존중감을 향상시키기 위하여 지역의 노인을 대상으로 서비스를 제공하는 모든 보건 및 복지시설에서는 다양한 프로그램을 개발하고 적용하려는 노력이 이루어져야 한다고 보며, 노인들 스스로 자신의 건강상태에 대한 긍정적 인식을 가지고 건강행위를 실천할 수 있도록 지역사회 보건기관 및 복지시설이 상호 연계하여 실천 위주의 실제적인 건강증진 프로그램을 기획·운영하고, 주민들의 참여를 촉진하는 방안을 모색하는 것이 필요함을 시사해주고 있다.

박상규(2006: 792-793)는 연구결과, 정신건강과 주관적 삶의 질 간에는 유의미한 상관이 있는 것으로 나타났다. 정신건강이 나쁘면 삶의 질이 낮은 것으로 나타났고, 노인의 정신건강수준과 경제수준 등은 주관적 삶의 질에 영향을 미치고 있었다. 구체적으로 주관적 삶의 질은 간이신경진단검사-90-개정판의 전체 심도지수에 영향을 받는 것으로 나타났으며, 노인의 주관적 삶의 질이 경제수준에 영향을 받고 있었다.

노인의 정신건강이 주관적 삶의 질에 영향을 미친다는 결과는 노인의 삶의 질 향상을 위해서는 상담이나 치료를 통해서 정신건강수준을 향상시켜야 할 필요성이 있음을 시사 한다. 그리고 인구통계학적 변인 중 경제수준만이 노인의 주관적 삶의 질에 영향을 미치고 있고, 성별이나 학력 등의

변인은 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났는데, 이는 경제문제가 노인의 생존과도 관련되며 동시에 자존감도 관련되는 중요한 변수가 되기 때문이다.

또한 노인의 삶의 만족도나 정적(+)정서는 경제수준에 영향을 받고 있지만, 부적(-)정서는 경제수준에 유의미한 영향을 받고 있지 않은데, 이는 부적(-)정서를 해결하기 위해서는 경제적 지원과 같은 외부 환경적 개입 보다는 오히려 정신건강을 위한 개입 등이 더 효과적일 수 있음을 시사하고 있다.

이와 아울러 국가적 및 사회적 차원에서 노인의 삶의 질 향상을 위한 정신건강 프로그램의 개발과 활용, 전문 인력의 교육과 활용, 예산지원 등이 필요함을 시사한다. 박상규(2006)연구의 제한점은 연구대상의 수와 지역이 비교적 한정되어 있다는 점이다. 또 대다수의 연구에서 노인을 65세 이상으로 정의하는 경향이 있는데, 연구대상을 60세 이상으로 확대한 것이 제한점이다. 그리고 인구통계학적 요인들을 좀 더 구체화하지 못한 점도 제한점으로 들 수 있다.

또한 초고령 노인집단에 대한 실증적인 선행연구 논문에 의해 사회인구학적 특성 중 동거가족, 경제수준의 차이에 따른 삶의 질과의 통계적인 관련성이 검증되고 있었으며, 초고령 노인집단의 자아존중감과 사회적지지, 그리고 그들의 삶에 큰 변화나, 전환을 느끼게 하는 주요한 사건 사고보다도 초고령 노인 집단은 그들의 일상적인 생활에서 더 큰 삶의 만족도와와의 관계가 검증되고 있는 점을 알 수 있었다.

그러나 초고령 노인집단에 대한 좀 더 다양하고, 심도 있는 분석을 하고 있는 논문은 아직 국내 및 해외 문헌에 있어서도 많이 존재하지 않는 실정이었으며, 따라서 본 연구에서는 고령자와 초고령자에 대한 연구를 통해 이들 두 집단을 비교함으로써 좀 더 심층적으로 고령화 사회의 복지 정책에 대한 시사점을 제공해 보고자 하였다.

본 연구에서는 성별, 연령, 종교유무, 학력, 배우자유무, 경제수준 등 사회인구학적 특성을 7개 문항으로 분류 하였다. 노인의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위해서 조사대상자인 65세 이상 노인집단 전

체를 대상으로 분석을 실시하였으며, 그 후 전체 노인집단을 고령 노인집단과 초고령 노인집단으로 구분하여 각 집단의 노인들의 정신건강과 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 사회인구학적 특성을 알아보고 이를 비교해보며, 또한 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강이 그들의 삶의 질에 미치는 영향에 대해 검증한 후 이 두 집단 간의 비교분석을 통해서 어떠한 차이점을 나타내는가를 확인하고자 한다.

또한 추가적인 연구로써 전체 노인 집단을 경제적 수준에 대한 인식에 따라 상류층, 중산층, 하류층의 세 집단으로 구분하여 각 집단의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 검증하면서 동시에 그 차이점을 비교 분석하는 것을 목적으로 연구를 진행하도록 하였다. 이를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강이 그들의 사회인구학적 특성에 따라 유의미한 차이를 보이는가를 분석하기로 한다.

둘째 전체 노인집단의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 확인하고,

셋째, 전체 노인집단을 고령 노인집단과 초고령 노인집단으로 구분하여 각 집단의 노인들의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 검증한 후 분석결과를 서로 비교하여 차이점을 도출한다.

넷째, 노인 스스로가 인식하고 있는 경제수준별로 상류층 노인집단, 중산층 노인집단, 하류층 노인집단의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 알아보고, 이를 통계적으로 검증하여 그 결과를 비교함으로써 어떠한 차이점을 지니는 가를 확인한다.

이를 통해 본 연구는 노인의 정신건강과 삶의 질의 관계에 대하여 고령 집단과 초고령 집단을 비교함으로써 좀 더 심도 있게 이를 분석하는 것이 가능하며 경제수준별 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 있어서도 심도 있는 분석이 가능하다.

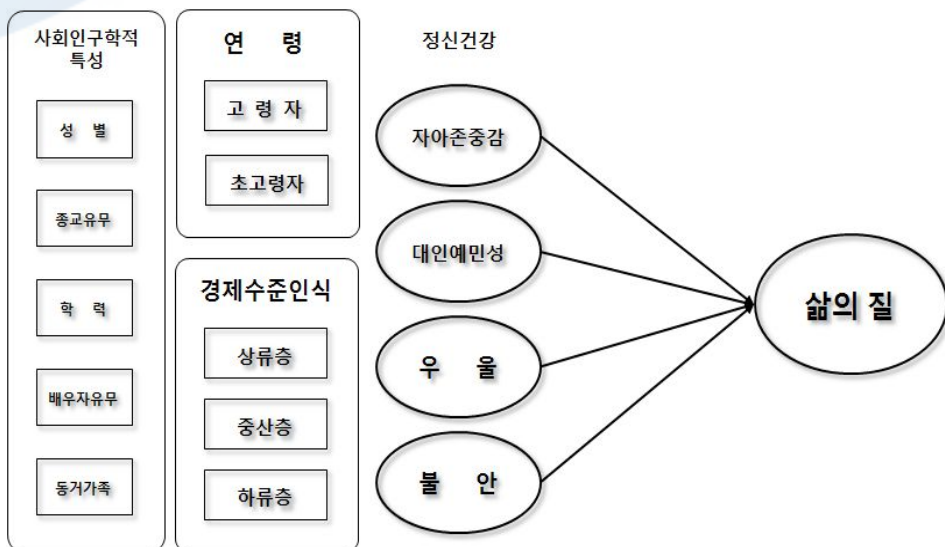
각 집단의 노인들의 정신건강이 그들의 사회인구학적 특성에 따라 통계적 차이를 보이는가를 비교함으로써 어떠한 사회인구학적 특성의 차이에 대한 분석에 있어서도 고령 노인집단과 초고령 노인집단을 비교함으로써 결론적으로 각 노인집단의 특성과 환경, 요구에 적합한 복지정책을 수립하고, 이를 적용하는데 시사점이 있다고 하겠다.

제 3 장 연 구 설 계

제 1 절 연구 모형

본 연구에서는 조사대상자인 노인을 연령에 따라 고령 노인집단과 초고령 노인집단으로 분류하고 각 노인집단별로 그들의 정신건강이 사회인구학적 특성에 따라서 어떠한 차이가 있는가를 통계적으로 검증해보고, 각 노인집단의 정신건강이 삶의 질에 유의미한 영향을 미치고 있는가를 확인하며, 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 비교를 연구하고자 진행하였다.

또한 전체 노인을 스스로가 인식하고 있는 경제수준에 따라 경제수준을 상류층, 중산층, 하류층으로 구분하여 각 집단별 노인의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 알아보고, 또한 이를 비교해보는 것을 목적으로 빈도 분석, 분산분석, t-test 및 회귀분석을 실시하였다. 노인의 정신건강의 하위 변수들로서 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안을 설정하였으며 이들 독립변수들과 각 고령 또는 초고령 노인집단별 삶의 질과의 관계, 사회인구학적 특성에 따른 차이를 검증하기 위해 본 연구에서 설정한 연구모형은 <그림3-1>과 같다.



<그림 3-1> 연구모형

제 2 절 연구문제 및 가설

1. 연구문제

본 연구에서는 서울시에 거주하는 65세 이상 노인들을 65세부터 74세까지의 노인을 고령 노인집단으로 분류하고, 75세부터 80세 이상에 이르는 노인들을 초고령 노인집단으로 분류하여, 그들의 정신건강이 각 노인집단의 사회인구학적 특성에 따라 어떠한 통계적인 차이를 보이고 있는가를 알아보고, 각 노인집단의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 검증함과 동시에 그 차이를 비교 분석하고자 연구를 진행하였다. 또한 이를 좀 더 심도 있게 관찰하기 위하여 노인이 스스로 인식하고 있는 그들의 경제수준을 상류층, 중산층, 하류층의 세 집단으로 나누어, 경제수준인식을 중심으로 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 살펴보고, 어떠한 차이를 보이는가를 비교 및 분석할 목적으로 다음과 같은 연구문제를 설정 하였다.

첫째, 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강은 사회인구학적 특성(성별, 연령, 종교유무, 학력, 배우자유무, 경제수준, 동거가족)에 통계적으로 어떠한 차이가 있는가?

둘째, 노인의 정신건강(자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안)이 삶의 질에 어떠한 영향을 미치고 있는가?

셋째, 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강(자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안)이 삶의 질에 미치는 영향에는 어떠한 차이가 있는가?

넷째, 노인의 경제수준인식별로 정신건강(자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안)이 삶의 질에 어떠한 영향을 미치고 있는가?

2. 연구가설

노인의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위하여 연구문제에서 설정한 관련변인을 토대로 다음과 같은 구체적인 연구가설을 설정하고 이를 검증하고자 한다.

**가설 1. 고령 노인집단의 정신건강은 사회인구학적 특성에 따라
유의미한 차이를 보일 것이다.**

- 1-1 고령 노인집단의 정신건강은 성별에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 1-2 고령 노인집단의 정신건강은 연령에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 1-3 고령 노인집단의 정신건강은 종교유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 1-4 고령 노인집단의 정신건강은 학력에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 1-5 고령 노인집단의 정신건강은 배우자유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 1-6 고령 노인집단의 정신건강은 경제수준에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 1-7 고령 노인집단의 정신건강은 동거가족에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.

**가설 2. 초고령 노인집단의 정신건강은 사회인구학적 특성에 따라
유의미한 차이를 보일 것이다.**

- 2-1 초고령 노인집단의 정신건강은 성별에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 2-2 초고령 노인집단의 정신건강은 연령에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 2-3 초고령 노인집단의 정신건강은 종교유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 2-4 초고령 노인집단의 정신건강은 학력에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 2-5 초고령 노인집단의 정신건강은 배우자유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 2-6 초고령 노인집단의 정신건강은 경제수준에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.
- 2-7 초고령 노인집단의 정신건강은 동거가족에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.

가설 3. 노인의 정신건강은 삶에 질에 유의미한 영향을 미칠 것이다.

- 3-1 노인의 자아존중감은 삶의 질에 유의미한 영향을 미칠 것이다.
- 3-2 노인의 대인예민성은 삶의 질에 유의미한 영향을 미칠 것이다.
- 3-3 노인의 우울은 삶의 질에 유의미한 영향을 미칠 것이다.
- 3-4 노인의 불안은 삶의 질에 유의미한 영향을 미칠 것이다.

가설 4. 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강은 삶에 질에
유의미한 영향을 미칠 것이며 두 집단 간의 차이를 보일 것이다.

4-1 고령 노인집단의 정신건강은 삶의 질에 유의미한 영향을 미칠 것이다.

4-2 초고령 노인집단의 정신건강은 삶의 질에 유의미한 영향을 미칠 것이다.

가설 5. 경제수준인식에 따른 노인의 정신건강은 삶의 질에 유의미한
영향을 미칠 것이며 경제수준 인식별로 차이를 보일 것이다.

5-1 경제수준인식이 ‘상류층’인 노인집단의 정신건강은 삶의 질에 유의미한
영향을 미칠 것이다.

5-2 경제수준인식이 ‘중산층’인 노인집단의 정신건강은 삶의 질에 유의미한
영향을 미칠 것이다.

5-3 경제수준인식이 ‘하류층’인 노인집단의 정신건강은 삶의 질에 유의미한
영향을 미칠 것이다.

제 3 절 변수의 조작적 정의 및 측정도구

1. 변수의 조작적 정의

위 연구문제를 해결하기 위해 설정한 가설에 포함된 변수로서 독립변수에는 노인의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 측정하기 위하여 정신건강과 관련하여 4가지 변인이 있고, 사회인구학적 특성에는 7가지 변인이 있으며, 종속변수는 삶의 질의 요소로 생활만족도 변인이 있다. 본 연구에서는 자료 수집을 위하여 설문지를 활용하였다.

문항 수는 총 58 문항으로 독립변수인 정신건강에는 37문항, 종속변수인 삶의 질에 관한 문항이 14문항, 사회인구학적 특성은 7문항으로 구성되어 있으며 각 변인별 구체적인 측정항목은 [표3-1] 같다.

[표 3-1] 변수의 구성요소

변 수		설 문 내 용
독립변수	정신건강	자아존중감
		대인예민성, 우울, 불안,
종속변수	삶의 질	과거차원, 현재차원, 미래차원
사회인구학적 특성		성별, 연령, 종교유무, 학력, 배우자유무, 경제수준, 동거가족

1) 독립변수 - 정신건강

본 연구의 독립변수인 정신건강에는 4가지 변인이 있다.

본 연구에서는 노인의 자아존중감 측정을 위하여 자아존중감은 Rosenberg (1979)가 개발하고 전병재(1974: 109-124)가 우리나라 실정에 맞게 번역, 보완하였고, 안은숙(1999; 김경호, 2004)등이 사용한 것을 연구의 목적에 맞게 구성하였으며, 안은숙(1999)의 연구에서는 신뢰도 계수 Cronbach's $\alpha=.77$ 로 나타났고, 김경호(2004)연구에서는 신뢰도 계수 Cronbach's $\alpha=.69$ 로 나타났다(김선희 외, 2006: 561-572). 노인의 대인예민성·우울·불안 측정을 위하여 Parloff의 불편감 척도를 모체로 Derogatis et. al(1973: 13-27)이 개발한 ‘자기보고식 정신건강 척도’로써 한국 실정에 맞게 번역 표준화(김광일 외 1978: 97-103; 김광일 외, 1984: 278-311)한 도구를 이훈구(1986)가 요인 분석하여 재구성 수정 보완한 것을 사용하였다. 대인예민성·우울·불안의 구성된 도구는 5점 척도이며 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = 0.69-0.89$ 이었다.

① 자아존중감 척도

본 연구에서는 노인의 자아존중감 측정을 위하여 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’(1점), ‘그렇지 않다’(2점), ‘보통이다’(3점), ‘그렇다’(4점), ‘매우 그렇다’(5점)의 5점 척도까지 5단계 척도로 응답하게 하였다. 최고 5점에서 최고25점까지 분포하며, 구성문항의 점수가 높을수록 자아존중감 수준이

높음을 의미한다.

본 연구에서는 신뢰도 계수 Cronbach's α =.953로 나타났다

② 대인예민성 척도

본 연구에서는 노인의 대인예민성 측정을 위하여 각 문항은 지난 일주일 동안 경험한 증상의 정도에 따라 '매우 심하다'(1점), '심하다'(2점), '보통이다'(3점), '약간 있다'(4점), '전혀 없다'(5점)를 주었다. 5점 척도까지 5단계 척도로 응답하게 하였다. 점수는 최저 9점에서 최고45점까지 분포하며, 구성문항의 점수가 낮을수록 대인예민성이 높음을 나타낸다.

본 연구에서는 신뢰도 계수 Cronbach's α =.985로 나타났다

③ 우울 척도

본 연구에서는 노인의 우울 측정을 위하여 각 문항은 지난 일주일 동안 경험한 증상의 정도에 따라 '매우 심하다'(1점), '심하다'(2점), '보통이다'(3점), '약간 있다'(4점), '전혀 없다'(5점)를 주었다. 5점 척도까지 5단계 척도로 응답하게 하였다. 점수는 최저13점에서 최고65점까지 분포하며, 구성문항의 점수가 낮을수록 우울이 높음을 나타낸다.

본 연구에서는 신뢰도 계수 Cronbach's α =.935로 나타났다

④ 불안 척도

본 연구에서는 노인의 불안의 측정을 위하여 각 문항은 지난 일주일 동안 경험한 증상의 정도에 따라 '매우 심하다'(1점), '심하다'(2점), '보통이다'(3점), '약간 있다'(4점), '전혀 없다'(5점)를 주었다. 5점 척도까지 5단계 척도로 응답하게 하였다. 점수는 최저 10점에서 최고50점까지 분포하며, 구성문항의 점수가 낮을수록 우울이 높음을 나타낸다.

본 연구에서는 신뢰도 계수 Cronbach's α =.892로 나타났다

정신건강 척도 문항의 구성에 대한 요약은 [표3-2]와 같다.

[표 3-2] 정신건강척도 문항 구성

정신건강	문항수	문항번호	척도의 점수
자아존중감	5	1,2,3,4,5	최고 5점에서 최고25점까지 분포하며, 구성문항의 점수가 높을수록 자아존중감 수준이 높음을 의미함.
대인예민성 척도	9	1,2,3,4,5,6,7,8,9	최저 9점에서 최고45점까지 분포하며, 구성문항의 점수가 낮을수록 증상정도가 높게 나타남을 의미함.
우울 척도	13	10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22	최저 13점에서 최고 65점까지 분포하며, 구성문항의 점수가 낮을수록 증상정도가 높게 나타남을 의미함.
불안 척도	10	23,24,25,26,27,28,29,30,31,32	최저 10점에서 최고 50점까지 분포하며, 구성문항의 점수가 낮을수록 증상정도가 높게 나타남을 의미함.

2) 종속변수 : 삶의 질

노인의 삶의 질 척도의 경우 60세 이상의 노인을 대상으로 한 단일차원의 14문항 척도는 Cronbach's $\alpha = .869$ 로 높은 신뢰계수를 나타내는 것으로서 본 연구에서 생활만족도는 '과거 및 현재의 삶과 활동에 대한 전반적인 평가와 미래의 삶과 활동의 전반적인 전망에 대한 긍정적인 정도'라고 정의한다. 최성재(1986: 233-256)는 시간차원에 따른 문항의 선택에 있어서는 과거차원의 문항4개(긍정 및 부정문항 각각 2문항), 현재차원의 문항6개(긍정 및 부정문항 각각 3문항), 미래차원 문항 4개(부정 및 긍정문항 각각 2문항)를 택하였다. 특히 현재시간차원에 2문항을 더 많이 택한 것은 척도가 현재의 생활 상태에 더 중점을 두고 평가하는 특성을 가지도록 하고 또한 변화에 대한 민감성을 높이기 위한 것이기도 하다. 한편 이 척도는 대상자가 노인임을 고려하여 '전혀 그렇지 않다', '그렇지 않다', '보통이다', '그렇다', '매우 그렇다'의 5점 리커트 척도로 구성하였다.

본 연구에서는 신뢰도 계수 Cronbach's $\alpha = .986$ 으로 나타났다

3) 사회인구학적 특성

삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 밝혀진 사회인구학적 특성들이 정신 건강과 관련이 크다는 경험적 연구결과에 근거하여 독립변수로 투입하였다. 본 연구와 관련 선행연구를 보면 정혜정 외(2000: 49-70)는 인구사회학적 변인에서는 교육수준, 경제상태 및 건강상태에 따라 독거노인의 생활만족도에 차이가 있었으나, 종교유무와 사별기간은 생활만족도에 차이가 없는 것으로 나타났고, 김미숙 외(2000: 29-47)는 종교유무는 노인의 총체적 삶의 질, 삶에 대한 만족도, 행복도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또 박영례 외(2005: 237-258)는 노인의 자아존중감은 성별, 교육정도, 배우자유무, 거주형태, 경제상태, 생활형태에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 삶의 질은 직업유무, 배우자유무, 거주형태, 경제상태에서 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 민경진(2007: 101-102)은 노인의 삶의 질에 유의미한 설명력을 가진 변인에 경제수준이 나타났고, 이택영 외(2009: 1-15)는 전체 노인의 경우 연령, 건강상태, 생활수준 등이 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 요인이었다. 이러한 선행연구와 관련 본 연구의 사회인구학적 특성구성은 [표 3-3]과 같다.

[표 3-3] 사회인구학적 특성 문항 구성

사회인구학적 특성	범 주
성 별	1. 남성, 2. 여성
연 령	1. 65-69, 2. 70-74, 3. 75-79, 4. 80세 이상
종 교	1. 있다. 2. 없다
최종학력	1. 무학, 2. 국졸·서당, 3. 중졸, 4. 고졸, 5. 대졸이상
배우자유무	1. 있다, 2. 없다
경제수준	1. 상, 2. 중, 3. 하
동거가족	1. 혼자 산다, 2. 배우자와 산다. 3. 아들과족과 산다. 4. 딸 가족과 산다. 5. 기타

2. 측정도구 및 신뢰도 검증

본 연구에서 사용된 측정도구의 내적 일관성은 신뢰도계수 Cronbach's α 계수를 측정하기 위해 산출하였다. 신뢰성 분석은 측정도구의 신뢰성을 확인하기 위한 분석방법으로서 여기서 측정도구는 연구에 사용된 설문지보다 구체적으로 말하면 설문지의 문항이다.

가장 널리 사용되는 신뢰도 계수는 Cronbach's α 로 신뢰도 계수 알파(α)는 검사의 내적 일관성을 나타내는 값으로서 한 검사 내에서의 변수들 간의 평균상관관계에 근거해 검사문항들이 동질적인 요소로 구성되어 있는지를 알아보고자 하는 것이다.

크론바하 알파계수는 0과 1사이의 값으로서 1에 가까울수록 문항들에 대한 응답이 서로 유사해서 신뢰성이 높음을 나타낸다. 신뢰도 값이 어느 정도여야 괜찮은 것인지에 대한 일률적인 기준은 없다. 신뢰도가 0.6이상이면 측정도구로서의 신뢰도를 인정하고 있다(송지준, 2008: 90-91).

본 연구에서 사용된 측정도구의 항목들은 문항내적일관성 신뢰도가 0.892이상의 매우 높은 신뢰도 계수를 보였으므로 측정도구로서의 신뢰성을 충분히 확보한 것으로 확인되어진다. 각 변수별 신뢰도 계수를 제시하면 [표 3-4]과 같다.

[표 3-4] 변수별 신뢰도 계수

변 수		설문 내용	문항수	문항번호	점수 범위	신뢰도 Cronbach's α	비 고
독립 변수	정신건강	자아존중감	5	s1 ~ s5	1-5	.953	
		대인예민성	9	m1 ~ m9	1-5	.985	
		우울	13	m10 ~ m22	1-5	.935	
		불안	10	m23 ~ m32	1-5	.892	
종속 변수	삶의 질	과거차원	4	q1 ~ q4	1-5	.986	q3,q4, q8,q9,q10, q13,q14 문항 역코딩
		현재차원	6	q5 ~ q10			
		미래차원	4	q11 ~ q14			

제 4 절 자료수집 및 분석방법

1. 표본선정 및 자료수집

본 연구는 서울시에 거주하는 65세 이상 노인을 대상으로 실시한 설문 조사 자료에 의거하여 분석을 진행하였다.

Pilot Test는 2009년 5월 21일부터 2009년 5월 31일까지 서울시 25개자치구 중 4곳을 선정하여 100명을 대상으로 실시하였다.

자료수집방법은 설문지의 초안을 작성 한 후 본 조사에 들어가기 전에 설문지 조사도구에 대한 신뢰도분석결과 문항내적일관성 신뢰도가 0.892이상의 매우 높은 신뢰도 계수를 보여 측정도구로서의 신뢰성을 충분히 확보하였다.

이 결과를 바탕으로 본 연구의 목적을 위한 표본설계는 [표3-5]와 같다.

[표 3-5] 표본선정 및 자료수집

구 분	내 용
표본의 범위	* 서울지역을 동부지역(중랑구), 남부지역(서초구, 동작구), 서부지역(강서구), 중부지역(종로구, 서울노인복지센터), 북부지역(노원구, 도봉구) 등 5개 권역을 대상으로 함
표본의 선정	* 각 지역의 노인 65세 이상의 남·녀 노인과 퇴직공무원인 삼락회원과 일부지역에서는 노인이 계시는 가정 방문 및 노인정을 선정
표본추출방법	* 층화표본추출
조사기간 및 표본의 크기	* 본 조사기간 : 2009년8월1일 - 2009년8월20일 * 설문지 총 600부 중 유효표본 525부
설문지 배포	* 설문지를 배부하기 전에 사전 설문에 따른 구체적인 내용을 설명한 후 설문에 응해줄 것을 부탁하고 배포하고 1-2주 후 회수하였음.

2. 자료의 분석방법

본 연구의 자료의 분석은 설문지를 통해 수집된 자료를 연구대상 노인들의 사회인구학적 특성에 따른 노인의 정신건강이 삶의 질에 미치는 전반적인 경향을 알아보기 위하여, 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 산출하였다. 사회인구학적 특성에 따른 노인의 정신건강, 삶의 질과의 차이를 알아보기 위해 t-test, ANOVA 등 통계분석을 하였고, 그리고 각 변수들 간의 상관관계를 분석하기 위한 상관관계분석을 실시하였으며, 노인의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향요인을 분석하기 위해 다중회귀분석을 실시하였고 사용된 모든 측정도구는 신뢰도 타당계수인 Cronbach's α 를 활용하였다. 자료의 분석은 SPSS 15.0 Windows를 이용하였다. 이들 분석결과에 통계적 유의수준은 $p < .10$ 로 선정하였다.



제 4 장 분석 결과

제 1 절 노인의 정신건강에 관한 분석결과

본 연구에서는 조사대상자인 노인들의 정신건강과 사회인구학적 특성이 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있는가를 각 연령집단에 따라 통계적으로 검증해보고, 이를 비교해보기 위하여 전체 노인집단을, 65세부터 74세 노인집단을 고령 노인집단으로 분류하고, 75세부터 80세 이상의 노인집단을 초고령 노인집단으로 분류하여 각각의 노인집단의 정신건강 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 그들의 사회인구학적 특성에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있는가를 확인하고, 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 연구결과를 서로 비교해 봄으로써, 그 차이점을 확인하고자하는 목적으로 연구를 진행하였다. 이러한 연구를 통해서 확인된 차이점은 노인의 정신건강에 영향을 주고 있는 다양한 사회인구학적 변수를 확인할 수 있을 뿐만 아니라, 고령 노인집단의 정신건강에 영향을 주고 있는 사회인구학적 특성들과 초고령 노인집단의 정신건강에 영향을 주고 있는 사회인구학적 특성을 개별적으로 확인함으로써 각 연령대의 생활과 특성에 맞는 맞춤형 정책을 수립하는데 그 자료로써 활용할 수 있을 것이다.

1. 고령 노인집단 분석결과

본 연구는 우선 조사대상자인 전체 노인집단의 연령에 따라서 65세부터 74세의 노인을 고령 노인집단으로 분류하고 고령 노인집단의 정신건강이 그들의 사회인구학적 특성에 따라서 어떠한 차이를 보이고 있는가를 통계적으로 검증하고자 본 논문의 연구설계에서 설정한 가설 1을 통계적으로 검증할 목적으로 고령자 노인집단으로 분류된 노인의 다양한 사회인구학적 특성을 성별, 연령, 종교유무, 학력, 배우자유무, 경제수준인식, 동거가족의 7가지 특성으로 구분하여 빈도분석을 실시하였다. 이렇게 분석되어진

고령자 노인집단의 사회인구학적 특성에 대한 결과는 [표4-1]과 같다.

[표 4-1] 고령 노인집단의 사회인구학적 특성

문항	조사항목		빈도(명)	백분율
1	성별	남자	121	41.6%
		여자	170	58.4%
2	연령	65세-69세	137	47.1%
		70세-74세	154	52.9%
3	종교유무	있다	196	67.4%
		없다	95	32.6%
4	학력	무학	9	3.1%
		국졸(서당)	53	18.2%
		중졸	62	21.3%
		고졸	90	30.9%
		대졸이상	77	26.5%
5	배우자유무	있다	192	66.0%
		없다	99	34.0%
6	경제수준인식	상류층	25	8.6%
		중산층	194	66.7%
		하류층	72	24.7%
7	동거가족	혼자 산다	60	20.6%
		배우자와 산다	149	51.2%
		아들 가족과 산다	48	16.5%
		딸 가족과 산다	22	7.6%
		기타	12	4.1%
TOTAL			291	100.0%

[표4-1]에 나타나고 있는 고령 노인들의 사회인구학적 특성을 살펴보면, 우선 조사대상자인 65세부터 74세의 고령 노인집단 노인들의 성별은 남자가 121명 41.6%였고, 여자가 이 보다 조금 많은 170명 58.4%로 나타났다. 또한 연령에 있어서는 65세부터 69세의 고령자 노인이 137명으로 47.1%에 달하고 있었으며, 70세부터 74세의 노인이 154명으로 52.9%로 나타났다. 고령 노인집단의 종교유무를 묻는 물음에는 종교의 종류에 대한 구분 없이 어떠한 형태로든 간에 종교를 현재 가지고 있다고 응답한 노인이 196명 67.4%로 종교가 없다고 응답한 노인 95명 32.6%보다 많은 비율을 차지하고 있었다. 이들 고령 노인집단의 학력을 조사한 결과는 초등학교 또는 서당 이상의 정규적인 교육을 받은 적이 없다고 응답한 ‘무학자’ 노인이 9명으로 3.1%의 가장 적은 비율을 보이고 있었고, 국졸 또는 서당까지

의 학력을 가지고 있다고 응답한 노인이 53명 18.2%로 나타났으며, 중학교 졸업까지의 학력이라고 응답한 노인이 62명 21.3%, 고등학교 졸업까지의 학력이라고 응답한 노인이 90명 30.9%로 가장 많았으며, 대졸 이상의 학력이라고 응답한 노인이 77명 26.5%로 나타났다.

고령 노인집단의 노인들 중 현재 배우자가 있는지 없는지의 유무를 묻는 설문에는 현재 배우자가 ‘있다’고 응답한 노인이 192명 66.0%로 나타나, 배우자가 ‘없다’고 응답한 노인 99명 34.0%보다 많은 수로 나타났다.

또한 고령 노인집단의 노인들 스스로가 생각하는 자신들의 경제적 수준에 대한 인식을 묻는 물음에는 자신의 경제적 수준이 ‘상류층’이라고 생각한다 고 응답한 노인이 25명 8.6%로 비교적 낮은 비율을 나타내었으며, ‘중산층’이라고 생각하는 노인의 수가 194명 66.7%로 응답자 중 가장 높은 비율을 보였고, ‘하류층’으로 인식하고 있는 노인의 수가 72명 24.7%인 것으로 나타났다.

마지막으로 현재 누구와 함께 살고 있는지를 묻는 ‘동거가족’에 대한 물음에 고령자 노인집단의 노인들은 ‘혼자 산다’고 응답한 노인이 60명 20.6%로 나타났고, ‘배우자와 함께 살고있다’는 노인이 가장 많은 수인 149명 51.2%로 나타났으며, ‘아들 가족과 살고있다’는 노인이 48명 16.5%, ‘딸 가족과 살고있다’는 노인이 22명 7.6%, 그리고 기타 친구 또는 친척 등 다른 사람과 살고 있다는 노인이 12명 4.1%로 나타났다.

이렇게 조사된 고령 노인집단의 다양한 사회인구학적 특성에 대한 빈도 분석 결과를 토대로 고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성에 따른 차이를 검증할 목적으로 다음의 연구를 진행하였다.

1) 고령 노인집단의 정신건강과 성별

우선 본 연구는 고령 노인집단의 정신건강의 하위변수인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 그들의 사회인구학적 특성인 성별에 따라서 통계적으로 유의미한 차이를 확인할 수 있을 것이라고 가정하고, 위의 연구 설계 단계에서 설정한 가설 1-1 ‘고령 노인집단의 정신건강은 성별에 따라

유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위하여 고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 사회인구학적 특성 성별 간의 t-test를 실시하였다. 그 결과는 [표 4-2]와 같다.

[표 4-2] 고령 노인집단의 정신건강과 성별에 관한 분석결과

구 분	성 별	N	평 균	표준편차	t 값	유의확률
자아존중감	남 성	121	18.82	3.240	0.060	.952
	여 성	170	18.79	3.555		
대인예민성	남 성	121	17.19	4.737	-1.451	.148
	여 성	170	17.99	4.460		
우울척도	남 성	121	24.40	6.917	-1.827	.069
	여 성	170	25.99	7.778		
불안척도	남 성	121	17.50	5.616	-1.320	.188
	여 성	170	18.42	6.292		

[표4-2]에서 알 수 있듯이, 고령 노인집단의 정신건강 변인 중 자아존중감은 노인의 성별에 따라 유의미한 차이를 보이지 않고 있는 것으로 나타났다($t=0.060$ 유의확률=.952). 또한 고령 노인집단의 대인예민성($t=-1.451$ 유의확률=.148)과 불안($t=-1.320$ 유의확률=.188)에서도 역시 노인의 성별에 따른 차이는 검증되지 않았다.

즉, 남성 또는 여성으로 구분되는 노인의 성별의 차이와 자아존중감, 대인예민성, 불안척도는 통계적인 관련성이 없는 것으로 확인되었다. 그러나 고령 노인집단의 정신건강 변인 중 하나인 우울은 노인의 성별의 차이에 따라 $t=-1.827$, 유의확률=.069로 연구자가 설정한 $p<.10$ 보다 낮은 유의확률을 보여, 통계적인 관련성이 있는 것으로 나타났다.

결과에 따르면 고령 노인의 성별이 여성인 경우(평균값 25.99)가 남성인 경우보다(평균값 24.40) 우울감이 더 높게 나타나고 있는 것을 확인할 수 있었다. 따라서 고령 노인집단의 우울에 대한 개선을 요하는 정책을 수립함에 있어서는 이러한 남성과 여성의 성별 차이에 대한 고려가 반영되어

야 한다고 해석할 수 있을 것이다.

2) 고령 노인집단의 정신건강과 연령

고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 그들의 사회인구학적 특성 중 연령에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 확인할 수 있을 것이라고 가정하고, 본 연구가 설정한 가설 1-2 ‘고령 노인집단의 정신건강은 연령에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위하여 고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 사회인구학적 특성 연령 간의 t-test를 실시하였다. 그 결과는 [표4-3]과 같다.

[표 4-3] 고령 노인집단의 정신건강과 연령에 관한 분석결과

구 분	연 령	N	평 균	표준편차	t 값	유의확률
자아존중감	65-69세	137	19.15	3.410	1.612	.108
	70-74세	154	18.50	3.415		
대인예민성	65-69세	137	16.93	4.299	-2.599	.010
	70-74세	154	18.31	4.748		
우울척도	65-69세	137	24.50	6.668	-1.789	.075
	70-74세	154	26.06	8.052		
불안척도	65-69세	137	16.71	4.875	-3.623	.000
	70-74세	154	19.22	6.689		

고령 노인집단의 정신건강과 연령별 차이를 검증하고 있는 [표4-3]에 따르면, 노인의 정신건강의 변인들 중 자아존중감은 $t=1.612$, 유의확률이 .108로 연구자가 설정한 유의수준 $p<.10$ 보다 높은 값으로 나타나 자아존중감은 연령의 차이와 통계적인 관련성이 없는 것으로 나타났다. 그러나 고령 노인집단의 정신건강의 나머지 변인인 대인예민성($t=-2.599$ 유의확률=.010)과 우울($t=-1.789$ 유의확률=.075), 불안($t=-3.623$ 유의확률=.000)에 있어서는 연령의 차이에 따라 유의미한 영향을 받고 있는 것으로 나타났다.

이를 자세히 살펴보면 고령 노인집단의 연령이 65세~69세인 경우(평균 값 16.93)보다 70세~74세 노인의 대인예민성(평균 값 18.31)이 더 높은 것

으로 나타나고 있으며, 65세~69세 노인의 우울(평균값 24.50)보다 70세~74세 노인의 우울(평균값 26.06)이 더 높게 나타나고 있고, 불안역시 65세~69세 노인(평균값 16.71)보다 70세~74세 노인(평균값 19.22)이 더 높게 나타나고 있음을 확인할 수 있다. 즉, 고령 노인의 대인예민성, 우울, 불안은 연령이 낮은 노인보다 연령이 높은 노인집단에서 상대적으로 높은 값을 보이는 것을 확인할 수 있다.

3) 고령 노인집단의 정신건강과 종교유무

본 연구에서는 고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 고령 노인집단의 사회인구학적 특성 중 종교유무에 따라서 종교를 가진 노인과 그렇지 않은 노인의 차이에 따라 통계적인 관련성이 나타날 것이라는 가정으로 설정한 가설 1-3 ‘고령 노인집단의 정신건강은 종교유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위하여 고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 사회인구학적 특성인 종교의 유무 간에 t-test를 실시하였다. 그 결과는 [표4-4]와 같다.

[표 4-4] 고령 노인집단의 정신건강과 종교유무에 관한 분석결과

구 분	종교유무	N	평 균	표준편차	t 값	유의확률
자아존중감	있 다	196	19.03	3.360	1.601	.111
	없 다	95	18.34	3.518		
대인예민성	있 다	196	17.25	4.509	-2.161	.032
	없 다	95	18.49	4.654		
우울척도	있 다	196	24.87	7.446	-1.523	.129
	없 다	95	26.28	7.440		
불안척도	있 다	196	17.33	5.878	-2.870	.005
	없 다	95	19.49	6.102		

고령 노인의 정신건강이 종교유무의 차이에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있는 가를 검증하고 있는 [표4-4]에 의하면, 고령 노인집단

의 종교유무의 차이에 따라서 통계적인 관련성을 나타내고 있는 정신건강의 변인으로는 대인예민성($t=-2.161$ 유의확률=.032)과 불안척도($t=-2.870$ 유의확률=.005)가 나타났다. 이를 자세히 살펴보면 고령 노인들의 대인예민성은 종교가 있다고 응답한 노인들(평균값 17.25) 보다 종교가 없다고 응답한 노인들(평균값 18.49)이 더 높게 나타나고 있었으며, 불안감에 있어서도 종교가 있다(평균값 17.33)는 노인들보다 종교가 없다(평균값 19.49)는 노인들의 불안이 더 높은 것으로 나타났다. 이는 즉 종류와는 무관하게 어떠한 종교든지 종교를 가지고 있는 고령 노인의 대인예민성과 불안이 상대적으로 작게 나타나고 있으며, 종교를 가지는 것이 대인예민성과 불안이라는 정신건강의 차원에서 긍정적으로 작용할 수 있음을 알 수 있는 부분이라고 해석할 수 있다. 반면 자아존중감($t=1.601$ 유의확률=.111)과 우울($t=-1.523$ 유의확률=.129)에 있어서는 종교유무의 차이에 따른 통계적 관련성이 검증되지 않았다.

4) 고령 노인집단의 정신건강과 학력

본 연구에서는 고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 고령 노인집단의 사회인구학적 특성 중 다양한 학력의 차이에 따른 유의미한 관련성이 나타날 것이라고 가정하고 본 연구에서 설정한 가설 1-4 ‘고령 노인집단의 정신건강은 학력에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위한 목적으로 고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 사회인구학적 특성인 학력 간에 분산분석을 실시하였다.

분석결과, 고령 노인집단의 다양한 학력의 차이에 따른 통계적 관련성을 나타내고 있는 정신건강의 변인으로는 우울척도가 $F=2.077$, 유의확률 .084로 연구자가 설정한 유의수준 $p<.10$ 보다 낮은 값을 나타내어, 통계적으로 유의미한 관련성이 있는 것으로 나타났다. 이를 자세히 살펴보면 고령 노인의 우울은 중학교졸업의 학력인 노인이(평균값 26.98)로 가장 높게 나타나고 있었으며, 고등학교 졸업의 학력을 가진 노인(평균값 25.93), 무학자

인 노인(평균값 25.44), 국졸 또는 서당교육을 받은 노인(평균값 24.94)의 순서로 높게 나타나고 있었으며, 대졸이상의 고학력자인 노인의 우울이(평균값 23.55) 가장 낮은 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 [표4-5]와 같다.

[표 4-5] 고령 노인집단의 정신건강과 학력에 관한 분석결과

구 분	학 력	N	평 균	표준편차	F 값	유의확률
자아존중감	무 학	9	20.22	4.816	1.047	.383
	국졸/서당	53	18.57	3.135		
	중 졸	62	18.31	3.097		
	고 졸	90	18.80	3.685		
	대졸이상	77	19.21	3.357		
대인예민성	무 학	9	19.00	3.571	0.616	.652
	국졸/서당	53	17.26	4.800		
	중 졸	62	18.18	4.478		
	고 졸	90	17.71	4.662		
	대졸이상	77	17.29	4.574		
우울척도	무 학	9	25.44	8.141	2.077	.084
	국졸/서당	53	24.94	7.546		
	중 졸	62	26.98	6.808		
	고 졸	90	25.93	8.427		
	대졸이상	77	23.55	6.334		
불안척도	무 학	9	19.89	7.801	1.877	.115
	국졸/서당	53	17.70	6.539		
	중 졸	62	19.16	5.657		
	고 졸	90	18.43	6.349		
	대졸이상	77	16.69	5.151		

이 같은 결과는 고령 노인집단의 정신건강 변인들 중 우울감이 그들의 다양한 학력에 따라서 차이를 보이고 있음을 뜻하고 있으며, 대졸 이상의 고학력자인 노인들의 우울이 가장 낮게 나타나고 있는 점과 중학교졸업 학력을 가진 노인들의 우울이 가장 높게 나타나는 점을 특징적으로 알아볼 수 있었다.

5) 고령 노인집단의 정신건강과 배우자유무

본 연구에서는 고령 노인집단의 정신건강의 하위변수로서 설정한 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 설문을 통해 조사된 고령 노인집단의 사

회인구학적 특성 중 현재 배우자와 살고 있는지의 여부 즉, 배우자가 있는가 없는가의 여부에 따라서 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있는가를 알아보고, 이와 관련하여 본 연구에서 설정한 가설 1-5 ‘고령자 노인집단의 정신건강은 배우자유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위한 목적으로 고령 노인집단의 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 배우자유무 간 t-test를 실시하였다.

[표 4-6] 고령 노인집단의 정신건강과 배우자유무에 관한 분석결과

구 분	배우자유무	N	평 균	표준편차	t 값	유의확률
자아존중감	있 다	192	18.87	3.446	0.458	.648
	없 다	99	18.68	3.389		
대인예민성	있 다	192	17.37	4.519	-1.470	.143
	없 다	99	18.21	4.687		
우울척도	있 다	192	24.71	6.715	-1.972	.050
	없 다	99	26.53	8.641		
불안척도	있 다	192	17.57	5.417	-1.840	.067
	없 다	99	18.94	7.006		

고령 노인집단의 정신건강과 배우자의 유무에 따른 차이를 검증하고 있는 [표4-6]에 따르면, 고령 노인집단의 정신건강은 배우자가 있다고 응답한 노인과 없다고 응답한 노인 간에 우울이 $t=-1.972$, 유의확률=.050이었고, 불안이 $t=-1.840$, 유의확률=.067로 나타나 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있는 것으로 검증되었다.

자아존중감($t=0.458$ 유의확률=.648)과 대인예민성($t=-1.470$ 유의확률=.143)은 배우자의 유무의 차이에 따른 통계적인 관련성이 검증되지 않았다.

결과에 의하면 통계적인 차이가 검증된 고령 노인집단의 우울은 배우자가 있다고 응답한 노인이 평균값 24.71이었고, 배우자가 없다고 응답한 노인이 평균값 26.53으로 배우자가 없는 노인이 배우자가 있는 노인보다 상

대적으로 우울감을 더 많이 느끼는 상태였으며, 불안에 있어서도 마찬가지로 배우자가 없는 노인의 불안이(평균값 18.94) 배우자가 있는 노인의 불안(평균값 17.57)보다 상대적으로 높게 나타나는 것을 확인할 수 있었다. 이는 즉, 고령 노인의 배우자가 생존하여 함께 살고 있는 것이 우울과 불안을 낮추는데 긍정적이라고 해석할 수 있을 것이다.

6) 고령 노인집단의 정신건강과 경제수준인식

본 연구에서는 고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 고령 노인집단의 사회인구학적 특성 중 노인들 스스로가 생각하는 자신의 경제적 수준에 대한 정도를 의미하는 경제수준인식에 따라서 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있는가를 검증하고, 이를 통해 본 연구에서 설정한 가설 1-6 ‘고령 노인집단의 정신건강은 경제수준에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’을 검증하기 위한 목적으로 고령 노인집단의 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 경제수준인식에 대한 분산분석을 실시하였다.

[표 4-7] 고령 노인집단의 정신건강과 경제수준인식에 관한 분석결과

구 분	경제수준인식	N	평 균	표준편차	F 값	유의확률
자아존중감	상류층	25	19.68	3.727	0.994	.371
	중산층	194	18.78	3.376		
	하류층	72	18.57	3.439		
대인예민성	상류층	25	15.80	4.062	6.775	.001
	중산층	194	17.33	4.545		
	하류층	72	19.18	4.508		
우울척도	상류층	25	23.72	7.231	4.245	.015
	중산층	194	24.74	7.313		
	하류층	72	27.47	7.603		
불안척도	상류층	25	16.20	5.752	7.562	.001
	중산층	194	17.43	5.757		
	하류층	72	20.31	6.301		

고령 노인집단의 경제수준인식은 고령 노인들 스스로가 자신의 경제적

수준을 상류층, 중산층, 하류층의 세 단계의 수준으로 평가한 것으로 각 경제수준인식별로 나타난 정신건강의 하위 변인들인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안의 크기가 경제수준인식의 차이와 통계적으로 관련성을 지니는가를 분석하고 있다. 분석결과에 따르면, 고령 노인집단의 경제수준인식의 차이와 정신건강 사이에 통계적인 관련성이 나타나고 있는 변수는 자아존중감($F=0.994$ 유의확률=.371)을 제외한 대인예민성($F=6.775$ 유의확률=.001), 우울($F=4.245$ 유의확률=.015), 불안($F=7.562$ 유의확률=.001)이었다. 각각의 정신건강의 하위변수별로 살펴보면 고령 노인집단의 대인예민성은 경제수준인식이 상류층인 경우(평균값 15.80)가 가장 낮은 것으로 나타났다으며, 중산층(평균값 17.33), 하류층(평균값 19.18)의 순서로 대인예민성을 확인할 수 있었고, 우울의 경우 역시 경제수준인식이 상류층인 노인이 가장 낮은 우울정도(평균값 23.72)를 나타내었으며 중산층(평균값 24.74), 하류층(평균값 27.47)의 순서로 우울이 높게 나타났다. 불안에 있어서도 경제수준인식이 상류층인 노인의 불안(평균값 16.20)이 가장 낮게 나타나고 있으며, 중산층(평균값 17.43), 하류층(평균값 20.31)의 순서로 불안을 확인할 수 있었다. 이는 곧 고령 노인의 경제수준인식이 낮아질수록 대인예민성, 우울, 불안이 모두 상대적으로 높게 나타남을 확인할 수 있는 부분이며, 고령 노인의 경제적 여건에 대한 개선이 대인예민성, 우울, 불안에 긍정적인 요인으로 작용할 수 있다고 해석할 수 있을 것이다.

7) 고령 노인집단의 정신건강과 동거가족

본 연구에서는 고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 고령 노인집단의 사회인구학적 특성 중 현재 함께 살고 있는 가족을 알아보고 있는 동거가족이 누구인가에 따라서 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있는가를 검증하고, 이를 통해 본 연구에서 설정한 가설 1-7 ‘고령 노인집단의 정신건강은 동거가족에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위한 목적으로 고령 노인집단의 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 동거가족에 대한 분산분석을 실시하였다.

고령 노인집단의 정신건강과 동거가족에 대한 분산분석의 결과를 나타내는 [표4-8]에 따르면, 고령 노인이 현재 함께 살고 있는 동거가족의 차이에 따라서 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안의 크기가 차이를 보이는 것을 나타내는 통계적인 분석에서 우울($F=2.502$ 유의확률=.043)과 불안($F=2.123$ 유의확률=.078)이 연구자가 설정한 유의수준 $p<.10$ 보다 낮은 유의확률을 나타내어 통계적으로 유의미한 차이가 검증되었고, 자아존중감($F=0.409$ 유의확률=.802)과 대인예민성($F=1.383$ 유의확률=.240)에서는 관련성이 나타나지 않았다.

관련성이 검증된 우울의 경우 혼자 살고 있다고 응답한 고령 노인이 가장 높은 값(평균값 27.72)으로 나타났으며, 순서대로 기타 다른 가족과 사는 경우(평균값 26.83), 딸 가족과 사는 경우(평균값 25.45), 아들가족과 사는 경우(평균값 25.29), 배우자와 사는 경우(평균값 24.24)의 순으로 우울이 나타나고 있으며, 불안의 경우에는 기타 다른 가족과 산다는 경우(평균값 19.92) 불안이 가장 높은 것으로 나타났고, 혼자 살고 있다는 경우(평균값 19.47), 아들가족과 산다는 경우(평균값 18.56), 딸 가족과 산다는 경우(평균값 18.18), 배우자와 산다는 경우(평균값 17.12)의 순으로 불안의 크기를 확인할 수 있었다.

이는 즉, 우울과 불안 모두에서 고령 노인집단은 기타의 경우를 제외하면 배우자와 함께 살고 있는 경우가 가장 우울과 불안을 적게 느끼고 있음을 알 수 있으며, 혼자 살고 있는 노인의 경우 우울과 불안을 상대적으로 크게 느끼고 있는 것을 알 수 있다. 즉, 노인의 정신건강에 대한 정책적, 사회적 지원은 현재 혼자 살고 있는 독거노인을 중심으로 하여 우선적으로 개선되어야 한다고 해석할 수 있을 것이다.

[표 4-8] 고령 노인집단의 정신건강과 동거가족에 관한 분석결과

구 분	동 거 가 족	N	평 균	표준편차	F 값	유의확률
자아존중감	혼자 산다	60	18.97	3.395	0.409	.802
	배우자와 산다	149	18.96	3.387		
	아들가족과 산다	48	18.42	3.560		
	딸 가족과 산다	22	18.50	3.582		
	기 타	12	18.17	3.486		
대인예민성	혼자 산다	60	18.63	4.787	1.383	.240
	배우자와 산다	149	17.46	4.727		
	아들가족과 산다	48	16.92	4.120		
	딸 가족과 산다	22	17.18	4.113		
	기 타	12	19.00	3.954		
우울척도	혼자 산다	60	27.72	9.338	2.502	.043
	배우자와 산다	149	24.24	6.848		
	아들가족과 산다	48	25.29	7.322		
	딸 가족과 산다	22	25.45	5.869		
	기 타	12	26.83	4.933		
불안척도	혼자 산다	60	19.47	7.266	2.123	.078
	배우자와 산다	149	17.12	5.311		
	아들가족과 산다	48	18.56	6.928		
	딸 가족과 산다	22	18.18	4.905		
	기 타	12	19.92	4.078		

2. 초고령 노인집단 분석결과

본 연구에서 고령 노인집단으로 분류하고 있는 65세부터 74세까지의 노인집단을 제외한 나머지 75세부터 80세 이상의 초고령 노인집단에 대하여 그들의 정신건강이 사회인구학적 특성에 따라서 어떠한 차이를 보이고 있는가를 통계적으로 알아보기 위한 목적으로 본 논문이 설정하고 있는 가설 2를 검증할 목적으로 연구를 진행하도록 한다. 이를 위해 초고령 노인집단으로 분류된 노인의 다양한 사회인구학적 특성을 성별, 연령, 종교유무, 학력, 배우자유무, 경제수준인식, 동거가족의 7가지 특성으로 구분하여 빈도분석을 실시하였으며, 이렇게 분석되어진 초고령 노인집단의 사회인구학적 특성에 대한 결과는 [표4-9]와 같다.

[표 4-9] 초고령 노인집단의 사회인구학적 특성

문항	조 사 항 목		빈 도 (명)	백 분 율
1	성 별	남 자	123	52.6%
		여 자	111	47.4%
2	연 령	75세-79세	159	67.9%
		80세 이상	75	32.1%
3	종교유무	있 다	146	62.4%
		없 다	88	37.6%
4	학 력	무 학	26	11.1%
		국졸(서당)	63	26.9%
		중 졸	41	17.5%
		고 졸	63	26.9%
		대졸이상	41	17.5%
5	배우자유무	있 다	114	48.7%
		없 다	120	51.3%
6	경제수준인식	상류층	9	3.8%
		중산층	144	61.5%
		하류층	81	34.6%
7	동거가족	혼자 산다	74	31.6%
		배우자와 산다	95	40.6%
		아들 가족과 산다	53	22.6%
		딸 가족과 산다	7	3.0%
		기 타	5	2.1%
TOTAL			234	100.0%

[표4-9]에서 나타나고 있는 초고령 노인집단의 사회인구학적 특성을 순서대로 살펴보면, 우선 조사대상자인 전체 노인들 중 초고령 노인집단의 숫자는 총 234명으로 이 중 남성의 비율이 123명 52.6%였고, 여성의 비율이 111명 47.4%로 남성이 여성보다 다수인 것을 확인할 수 있다. 초고령 노인집단의 연령대는 75세부터 79세 사이의 노인이 159명으로 67.9%를 차지하고 있었으며, 80세 이상의 노인이 75명 32.1%를 차지하고 있었다.

이들 초고령 노인집단이 종류와 무관하게 어떠한 형태로든 종교를 가지고 있는가를 묻는 물음에는 종교가 있다고 응답한 노인이 다수인 146명 62.4%였고, 종교가 없다고 응답한 노인이 88명 37.6%로 나타났다. 또한 학력을 묻는 질문에는 정규적인 교육을 받은 적이 없는 무학자라고 응답한 노인이 26명 11.1%, 국졸 또는 서당교육까지 받았다는 노인이 가장 많은 63명 26.9%, 중학교 졸업의 학력인 노인이 41명 17.5%, 고등학교 졸업의 학력인 노인이 63명 26.9%로 무학과 동수를 이루었고, 대학교 졸업 이상의 학력이라는 노인이 41명 17.5%로 나타났다. 현재 배우자가 있는가 없는가의 여부에 대해서는 배우자가 있다는 노인이 114명 48.7% 였으며, 사별 또는 기타 다른 사유로 인해 배우자가 없다는 노인이 120명 51.3%로 비슷한 숫자를 보였고, 초고령 노인 스스로가 느끼고 있는 자신의 경제적 수준에 대해 묻는 경제수준인식에 대한 물음에는 자신의 경제수준이 상류층이라는 노인이 9명 3.8%로 매우 작은 숫자를 나타내었으며, 중산층이라는 노인이 144명 61.5%로 가장 많았고, 하류층이라는 노인도 81명 34.6%로 나타났다. 마지막으로 초고령 노인이 현재 함께 살고 있는 동거가족이 누구인가에 대해 묻는 물음에 혼자살고 있다는 노인이 74명 31.6%였으며, 배우자와 살고 있다는 노인이 95명 40.6%로 가장 많았고, 아들 가족과 살고 있다는 노인이 53명 22.6%, 딸 가족과 살고 있다는 노인이 7명 3.0%, 기타 다른 가족이나 친척, 친구와 살고 있다는 노인이 5명 2.1%로 나타났다.

이렇게 빈도분석의 결과 조사된 초고령 노인집단의 다양한 사회인구학적 특성을 토대로 초고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성에 따른 차이를 검증할 목적으로 다음의 연구를 진행하였다.

1) 초고령 노인집단의 정신건강과 성별

본 연구는 초고령 노인집단의 정신건강의 변인으로 설정한 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 그들의 사회인구학적 특성인 성별의 차이에 따라서 통계적으로 유의미한 차이가 검증될 것이라고 가정하고, 위의 본 연구가 설정한 가설 2-1 ‘초고령 노인집단의 정신건강은 성별에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위하여 초고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 사회인구학적 특성인 성별 간 t-test를 실시하였다. 그 결과는 [표4-10]과 같다.

[표 4-10] 초고령 노인집단의 정신건강과 성별에 관한 분석결과

구 분	성 별	N	평 균	표준편차	t 값	유의확률
자아존중감	남 성	123	17.96	3.396	-1.976	.049
	여 성	111	18.86	3.529		
대인예민성	남 성	123	19.24	5.745	0.222	.824
	여 성	111	19.08	5.452		
우울척도	남 성	123	28.20	9.581	-0.656	.512
	여 성	111	29.00	8.993		
불안척도	남 성	123	20.30	7.730	1.270	.205
	여 성	111	19.10	6.741		

[표4-10]에서 알 수 있듯이, 초고령 노인집단의 정신건강 변인 중에서 유일하게 자아존중감($t=-1.976$, 유의확률=.049) 만이 연구자가 설정한 유의수준 $p<.10$ 보다 낮은 유의확률을 나타내어, 초고령 노인집단의 성별에 따른 자아존중감 간에 통계적으로 유의미한 차이가 검증되었다.

반면 대인예민성($t=0.222$ 유의확률=.824)과 우울척도($t=-0.656$ 유의확률=.512), 불안척도($t=1.270$ 유의확률=.205)에 있어서는 초고령 노인집단의 성별의 차이와 유의미한 관련성이 나타나지 않았다. 이는 즉, 남성 또는 여성으로 구분되는 노인의 성별의 차이에 따라 자아존중감의 크기가 다르게 나타나는 것에는 두 변수 간의 통계적으로 유의미한 관련성으로 인한 것이라고 해석할 수 있으며, 이를 좀 더 자세히 살펴보면 초고령 노인집단

중 남성의 자아존중감(평균값 17.96)보다 여성의 자아존중감(평균값 18.86)이 상대적으로 더 높게 나타나고 있는 것을 확인할 수 있다.

2) 초고령 노인집단의 정신건강과 연령

앞서 알아본바와 같이 초고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 그들의 사회인구학적 특성 중 하나인 연령과 통계적으로 유의미한 차이를 보일 것이라고 가정하고 있는, 본 연구가 설정한 가설 2-2 ‘초고령 노인집단의 정신건강은 연령에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위하여 초고령 노인집단의 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 사회인구학적 특성인 연령 간에 t-test를 실시하였다. 그 결과는 [표4-11]와 같다.

[표 4-11] 초고령 노인집단의 정신건강과 연령에 관한 분석결과

구 분	연 령	N	평 균	표준편차	t 값	유의확률
자아존중감	74-79세	159	18.21	3.338	-1.086	.280
	80세 이상	75	18.76	3.763		
대인예민성	74-79세	159	19.21	5.419	0.157	.876
	80세 이상	75	19.08	5.993		
우울척도	74-79세	159	27.86	8.575	-1.732	.085
	80세 이상	75	30.11	10.563		
불만척도	74-79세	159	19.69	6.904	-0.130	.896
	80세 이상	75	19.83	8.088		

본 분석에서 초고령 노인집단의 연령은 75세~79세의 노인들과 80세 이상의 노인들로 구분하여 이들을 초고령 노인집단으로 정의하고 있다. 이러한 초고령 노인집단의 연령과 정신건강의 하위 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안 간의 통계적 관련성을 검증한 결과 우울($t=-1.732$ 유의확

를=.085)에 있어서만 통계적인 관련성이 검증되었으며, 나머지 변인인 자아존중감($t=-1.086$ 유의확률=.280), 대인예민성($t=0.157$ 유의확률=.876), 불안($t=-0.130$, 유의확률=.896)에 있어서는 통계적으로 유의미한 관계가 나타나지 않았다. 통계적 차이가 검증된 우울에 있어서는 초고령 노인집단의 연령이 75세~79세인 경우(평균값 27.86)보다 80세 이상인 경우(평균값 30.11)가 상대적으로 우울감이 더 큰 것으로 나타나고 있었으며, 이는 대체로 연령이 높을수록 우울감이 더 크게 나타나는 일반적인 견해를 확인할 수 있는 부분이라고 보여 진다.

3) 초고령 노인집단의 정신건강과 종교유무

본 연구에서는 초고령 노인집단의 정신건강의 하위변수인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 초고령 노인집단의 사회인구학적 특성 중 종교유무에 따라서 종교를 가진 노인과 그렇지 않은 노인의 차이에 따라 통계적인 관련성이 나타날 것이라는 가정 하에 설정한 가설 2-3 ‘초고령 노인집단의 정신건강은 종교유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위하여 초고령 노인집단의 정신건강의 하위변수인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 사회인구학적 특성인 종교의 유무 간에 t-test를 실시하였다. 그 결과는 [표4-12]와 같다.

[표 4-12] 초고령 노인집단의 정신건강과 종교유무에 관한 분석결과

구 분	종교유무	N	평 균	표준편차	t 값	유의확률
자아존중감	있 다	146	18.82	3.540	2.552	.011
	없 다	88	17.66	3.273		
대인예민성	있 다	146	18.61	5.617	-1.986	.048
	없 다	88	20.09	5.470		
우울척도	있 다	146	26.84	8.493	-3.666	.000
	없 다	88	31.48	9.879		
불안척도	있 다	146	18.05	6.298	-4.757	.000
	없 다	88	22.52	7.967		

분석결과를 나타내고 있는 [표4-12]에 의하면, 초고령 노인집단이 종교를 가지고 있거나, 또는 그렇지 않은 경우의 차이에 따른 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안의 크기가 통계적으로 유의미한 관계에 있는가를 분석한 결과 초고령 노인집단의 정신건강의 하위변수인 자아존중감($t=2.552$ 유의확률=.011), 대인예민성($t=-1.986$ 유의확률=.048), 우울($t=-3.666$ 유의확률=.000), 불안($t=-4.757$ 유의확률=.000)의 모든 변수에서 연구자가 설정한 유의수준 $p<.10$ 보다 낮은 유의확률을 나타내어, 종교유무와 통계적으로 유의미한 차이점이 검증되었다. 이를 각 변수별로 자세히 살펴보면 초고령 노인집단의 자아존중감은 종교가 있는 노인의 자아존중감(평균값 18.82)이 종교가 없다고 응답한 노인의 자아존중감(평균값 17.66)보다 상대적으로 높게 나타나고 있었으며, 대인예민성에 있어서도 종교가 있다고 응답한 노인의 대인예민성(평균값 18.61)이 종교가 없다고 응답한 노인(평균값 20.09)보다 낮게 나타나고 있었으며, 우울의 크기 역시 종교가 있는 노인(평균값 26.84)이 없는 노인(평균값 31.48)보다 낮게 나타나고, 불안에 있어서도 종교가 있는 노인(평균값 18.05)보다 종교가 없는 노인(평균값 22.52)이 더 높게 나타나고 있었다. 즉, 초고령 노인집단이 종류와 무관하게 어떠한 형태론든 종교를 가지고 있다는 것은 종교가 없는 집단에 비하여 상대적으로 대인예민성, 우울, 불안에 있어서 긍정적으로 작용할 수 있음을 확인할 수 있다. 따라서 초고령 노인집단의 대인예민성, 우울, 불안을 낮추기 위해 종교가 없는 노인 집단에 종교활동을 추천하는 것이 하나의 대안이 될 수 있다는 것을 의미한다고 해석할 수 있을 것이다.

4) 초고령 노인집단의 정신건강과 학력

본 연구에서는 초고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안의 크기가 초고령 노인집단의 사회인구학적 특성 중 다양한 학력의 차이에 따라서 통계적으로 유의미한 관련성이 나타나고 있는지 여부를 확인할 목적으로 본 연구에서 설정한 가설 2-4 ‘초고령 노인집단의 정신건강은 학력에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기

위하여 초고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 사회인구학적 특성인 학력 간에 분산분석을 실시하였다.

[표 4-13] 초고령 노인집단의 정신건강과 학력에 관한 분석결과

구 분	학 력	N	평 균	표준편차	F 값	유의확률
자아존중감	무 학	26	18.92	4.569	0.854	.492
	국졸/서당	63	18.89	3.163		
	중 졸	41	17.83	3.570		
	고 졸	63	18.13	3.300		
	대졸이상	41	18.22	3.373		
대인예민성	무 학	26	19.15	7.508	0.803	.524
	국졸/서당	63	19.98	5.743		
	중 졸	41	18.46	5.045		
	고 졸	63	18.49	4.575		
	대졸이상	41	19.66	5.973		
우울척도	무 학	26	30.19	12.000	3.376	.010
	국졸/서당	63	31.73	10.647		
	중 졸	41	27.56	7.596		
	고 졸	63	26.89	7.608		
	대졸이상	41	26.34	7.882		
불안척도	무 학	26	18.81	8.967	1.164	.328
	국졸/서당	63	21.21	8.535		
	중 졸	41	20.17	5.731		
	고 졸	63	19.10	6.283		
	대졸이상	41	18.59	6.779		

초고령 노인집단의 학력에 따른 정신건강의 차이를 보여주고 있는 [표 4-13]에 따르면, 초고령 노인집단의 정신건강의 하위 변수인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안 중 학력에 따른 통계적으로 유의미한 차이를 나타낸 것은 유일하게 우울($F=3.376$ 유의확률 $=.010$)인 것으로 나타났으며, 나머지 변수들인 자아존중감($F=0.854$ 유의확률 $=.492$), 대인예민성($F=0.803$ 유의확률 $=.524$), 불안($F=1.164$ 유의확률 $=.328$)에 있어서는 통계적인 관련성이 나타나지 않았다.

이를 자세히 살펴보면 초고령 노인집단의 우울은 노인의 학력이 국졸 또는 서당의 학력인 경우(평균값 31.73)가 가장 높게 나타나고 있었으며, 무학인 경우(평균값 30.19)가 두 번째로 높은 우울을 보였고, 중학교 졸업인 경우(평균값 27.56), 고등학교 졸업인 경우(평균값 26.89), 대졸 이상인

경우가(평균값 26.34) 가장 낮은 우울을 나타내고 있었다. 이는 초고령 노인집단의 우울이 대체로 저학력자인 경우에 상대적으로 더 높게 나타나고 있는 것을 확인할 수 있는 부분이며, 정책적으로 이를 무학자 또는 저학력자에 대한 취학지원 또는 교육 프로그램의 도입이 이들 초고령 노인집단의 우울을 낮추기 위한 하나의 방안으로 제시될 수 있음을 알 수 있다.

5) 초고령 노인집단의 정신건강과 배우자유무

본 연구에서는 초고령 노인집단의 정신건강을 구성하는 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 설문을 통해 조사된 고령 노인집단의 사회인구학적 특성 중 현재 배우자와 살고 있는지의 여부 즉, 배우자가 있는가 없는가의 여부에 따라서 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있는가를 알아보고, 이와 관련하여 본 연구에서 설정한 가설 2-5 ‘초고령 노인집단의 정신건강은 배우자유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위한 목적으로 초고령 노인집단의 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 배우자유무 간의 t-test를 실시하였다. 분석의 결과는 [표4-14]와 같다.

[표 4-14] 초고령 노인집단의 정신건강과 배우자유무에 관한 분석결과

구 분	배우자유무	N	평 균	표준편차	t 값	유의확률
자아존중감	있 다	114	18.06	3.361	-1.389	.166
	없 다	120	18.69	3.578		
대인예민성	있 다	114	18.93	5.133	-0.630	.529
	없 다	120	19.39	6.017		
우울척도	있 다	114	26.84	7.395	-2.831	.005
	없 다	120	30.23	10.564		
불안척도	있 다	114	19.47	6.480	-0.525	.600
	없 다	120	19.98	7.998		

[표4-14]에서 볼 수 있듯이 초고령 노인집단의 배우자유무에 따른 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안의 크기가 통계적으로 유의미한 차이를 보이는가를 검증하고 있는 분석결과에 따르면, 초고령 노인집단의 정신건강

의 하위변수들 중 유일하게 우울($t=-2.831$ 유의확률=.005)만이 배우자유무와 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있는 것으로 나타났다.

반면 다른 변수들인 자아존중감($t=-1.389$ 유의확률=.166), 대인예민성($t=-0.630$ 유의확률=.529), 불안($t=-0.525$ 유의확률=.600)과는 통계적인 관련성이 나타나지 않았다. 위 결과에 의하면 초고령 노인집단의 우울은 배우자가 있다고 응답한 노인의 우울(평균값 26.84)보다도 배우자가 없다고 응답한 노인의 우울(평균값 30.23)이 상대적으로 더 높게 나타나는 것을 확인할 수 있었으며, 이는 초고령 노인집단의 우울을 낮추기 위한 방안으로 초고령 노인들의 미팅주선, 만남의 활성화 등이 제시될 수 있을 것이며, 또는 배우자를 원치 않거나 계속해서 없는 상태로 살아가는 노인의 우울에 대한 관리가 필요하다고 해석할 수 있을 것이다.

6) 초고령 노인집단의 정신건강과 경제수준인식

본 연구에서는 초고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 초고령 노인집단의 사회인구학적 특성 중 노인들 자신이 생각하는 경제적 수준에 대한 정도를 의미하는 경제수준인식에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있는가를 검증하고, 이를 통해 본 연구에서 설정한 가설 2-6 ‘초고령 노인집단의 정신건강은 경제수준에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위한 목적으로 초고령 노인집단의 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 경제수준인식에 대한 분산분석을 실시하였다.

분석결과를 나타내고 있는 [표4-15]에 따르면 초고령 노인집단의 경제수준인식과 정신건강의 하위변수들인 자아존중감, 대인예민성, 우울 불만에 대해 실시한 분산분석의 결과, 자아존중감($F=1.318$ 유의확률=.270)과 대인예민성($F=0.340$ 유의확률=.712)에서는 노인의 경제수준인식 차이와 통계적인 관련성을 찾을 수 없었으나, 우울($F=3.177$ 유의확률=.044)과 불안($F=2.642$ 유의확률=.073)의 두 변수에서 연구자가 설정한 유의수준 $p<.10$ 보다 낮은 유의확률이 나타나, 초고령 노인집단의 경제수준인식과 통계적

으로 유의미한 차이가 검증되고 있는 것으로 나타났다.

이를 자세히 살펴보면 초고령 노인집단의 우울은 자신의 경제수준인식이 중산층인 노인들의 우울(평균값 27.47)이 가장 낮게 나타나고 있으며, 근소한 차이로 상류층의 경제수준인식을 가진 노인의 우울(평균값 27.56)이 나타나고 있고, 하류층의 인식수준을 가진 노인의 우울(평균값 30.67)이 가장 높은 것으로 나타나고 있다. 초고령 노인집단의 불안에 있어서도 경제수준인식이 하류층인 노인의 불안(평균값 21.17)이 가장 높게 나타나고 있었으며, 중산층(평균값 19.06), 상류층(평균값 17.56)의 순서로 불안이 나타나고 있었다.

이는 전반적으로 자신의 경제수준에 대한 인식이 하류층이라고 생각하는 초고령 노인집단의 우울과 불안이 상대적으로 가장 높게 나타나고 있어, 이러한 빈곤층 초고령 노인에 대한 우울과 불안을 감소시킬 수 있는 복지정책의 도입이 요구된다고 해석할 수 있을 것이다.

[표 4-15] 초고령 노인집단의 정신건강과 경제수준인식에 관한 분석결과

구 분	경제수준인식	N	평 균	표준편차	F 값	유의확률
자아존중감	상류층	9	19.78	5.310	1.318	.270
	중산층	144	18.51	3.520		
	하류층	81	18.00	3.150		
대인예민성	상류층	9	19.78	4.919	0.340	.712
	중산층	144	18.93	5.857		
	하류층	81	19.52	5.218		
우울척도	상류층	9	27.56	4.746	3.177	.044
	중산층	144	27.47	8.829		
	하류층	81	30.67	10.165		
불안척도	상류층	9	17.56	7.055	2.642	.073
	중산층	144	19.06	7.246		
	하류층	81	21.17	7.237		

7) 초고령 노인집단의 정신건강과 동거가족

본 연구에서는 초고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 초고령 노인집단의 사회인구학적 특성 중 현재 함께 살고 있는 가족을 알아보고 있는 동거가족이 누구인가에 따라서 통계적으

로 유의미한 차이를 보이고 있는가를 검증하고, 이를 통해 본 연구에서 설정한 가설 2-7 ‘초고령 노인집단의 정신건강은 동거가족에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.’를 검증하기 위한 목적으로 초고령 노인집단의 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 동거가족에 대한 분산분석을 실시하였다. 분석결과는 [표4-16]와 같다.

[표 4-16] 초고령 노인집단의 정신건강과 동거가족에 관한 분석결과

구 분	동 거 가 족	N	평 균	표준편차	F 값	유의확률
자아존중감	혼자 산다	74	18.85	3.518	0.706	.589
	배우자와 산다'	95	18.02	3.439		
	아들가족과 산다	53	18.28	3.666		
	딸 가족과 산다	7	18.43	3.101		
	기 타	5	19.40	2.074		
대인예민성	혼자 산다	74	18.53	5.377	1.808	.128
	배우자와 산다'	95	19.06	5.084		
	아들가족과 산다	53	20.19	6.688		
	딸 가족과 산다	7	16.57	2.760		
	기 타	5	23.40	6.387		
우울척도	혼자 산다	74	29.34	10.422	3.204	.014
	배우자와 산다'	95	26.83	6.909		
	아들가족과 산다	53	30.09	10.372		
	딸 가족과 산다	7	25.43	7.390		
	기 타	5	39.00	13.472		
불안척도	혼자 산다	74	19.99	8.088	1.537	.192
	배우자와 산다'	95	19.31	6.247		
	아들가족과 산다	53	19.75	7.698		
	딸 가족과 산다	7	17.43	5.912		
	기 타	5	27.00	8.860		

[표4-16]에 따르면, 초고령 노인집단의 동거가족에 따른 정신건강의 하위변수들과 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타난 것은 우울($F=3.204$ 유의확률=.014)이었으며 나머지 변수들인 자아존중감($F=0.706$ 유의확률=.589), 대인예민성($F=1.808$ 유의확률=.128), 불안($F=1.537$ 유의확률=.192)에 있어서는 통계적인 관련성이 검증되지 않았다.

이를 자세히 살펴보면 초고령 노인집단의 우울은 현재 함께 살고 있는 동거가족이 친구나 친척 등의 기타인 경우가 가장 높은 우울감(평균값 39.00)을 나타내고 있었으며, 이를 제외하면 우울감이 높게 나타난 순서대

로 아들가족과 산다는 경우(평균값 30.09), 혼자 살고 있다는 경우(평균값 29.34), 배우자와 살고 있다는 경우(평균값 26.83), 딸 가족과 살고 있다는 경우(평균값 25.43)의 순서로 우울감이 나타나고 있었다.

대체로 초고령 노인집단의 동거가족별 우울감은 딸 가족과 살고 있거나, 배우자와 살고 있는 경우 상대적으로 낮게 나타나고 있었으며, 아들가족과 사는 경우나 혼자 살고 있는 경우에 상대적으로 높게 나타남을 확인할 수 있다. 즉, 혼자 살고 있는 독거노인의 우울감과 아들가족과 사는 노인의 우울감의 원인을 제거하거나, 이를 개선하기 위한 복지차원에서의 노력이 필요함을 나타내어 주는 부분이라고 할 것이다.



3. 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 비교

[표4-17]은 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 그들의 사회인구학적 특성에 따라서 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있는가를 앞서 실시한 분산분석 또는 t-test를 통해서 알아보고, 그 결과를 비교하기 위하여 작성된 표이다.

[표 4-17] 고령자와 초고령자의 정신건강과 사회인구학적 특성의 차이 비교

구 분	고 령 자		초 고 령 자	
	사회인구학적특성	채택여부	사회인구학적특성	채택여부
자아존중감	성 별	기각	성 별	채택
	연 령	기각	연 령	기각
	종교유무	기각	종교유무	채택
	학 력	기각	학 력	기각
	배우자유무	기각	배우자유무	기각
	경제수준인식	기각	경제수준인식	기각
	동가가족	기각	동가가족	기각
대인예민성	성 별	기각	성 별	기각
	연 령	채택	연 령	기각
	종교유무	채택	종교유무	채택
	학 력	기각	학 력	기각
	배우자유무	기각	배우자유무	기각
	경제수준인식	채택	경제수준인식	기각
	동가가족	기각	동가가족	기각
우울척도	성 별	채택	성 별	기각
	연 령	채택	연 령	채택
	종교유무	기각	종교유무	채택
	학 력	채택	학 력	채택
	배우자유무	채택	배우자유무	채택
	경제수준인식	채택	경제수준인식	채택
	동가가족	채택	동가가족	채택
불만척도	성 별	기각	성 별	기각
	연 령	채택	연 령	기각
	종교유무	채택	종교유무	채택
	학 력	기각	학 력	기각
	배우자유무	채택	배우자유무	기각
	경제수준인식	채택	경제수준인식	채택
	동가가족	채택	동가가족	기각

비교결과를 나타내고 있는 위의 표에 따르면, 고령 노인집단의 자아존중감과 사회인구학적 특성에 따른 차이에 대한 검증에서, 통계적으로 유의미한 관련성이 나타나지 않았다.

반면 초고령 노인집단에 대한 연구에 있어서는 성별과 종교유무의 차이에 있어서 자아존중감과 통계적으로 유의미한 관계가 나타나 두 집단 간 결과의 차이를 보였다. 정신건강의 또 다른 변인 중 하나인 대인예민성에 있어서는 고령 노인집단의 사회인구학적 특성 중 연령, 종교유무, 경제수준인식에서 대인예민성과 통계적으로 유의미한 차이를 검증하였으나, 초고령 노인집단에서는 종교유무와 관련하여서만 통계적인 관련성이 검증되어 대인예민성과 사회인구학적 특성에 있어서의 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 차이를 보였다.

우울에 있어서도 고령 노인집단은 종교유무를 제외한 나머지 특성들 성별, 연령, 학력, 배우자유무, 경제수준인식, 동거가족에 있어서 통계적으로 유의미한 차이를 보였으나, 초고령 노인집단에 있어서는 성별을 제외한 나머지 연령, 종교유무, 학력, 배우자유무, 경제수준인식, 동거가족에 있어서 통계적으로 유의미한 차이가 나타나 두 집단 간 결과의 차이를 보였다.

마지막으로 불안에 있어서는 고령 노인집단과 초고령 노인집단 모두 성별과 학력에 있어서는 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않은 반면, 고령 노인집단에 있어서는 연령, 종교유무, 배우자유무, 경제수준인식, 동거가족에서 차이가 검증되었으나, 초고령 노인집단에 있어서는 종교유무와 경제수준인식에서만 통계적 차이가 검증되어 고령 노인집단과 초고령 노인집단 간의 차이를 보였다.

이처럼 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강에 통계적으로 유의미한 차이를 나타내고 있는 사회인구학적 특성들은 두 집단 간의 비교 결과 확연한 차이를 보이고 있었으며 이는 고령 노인집단의 정신건강에 대한 복지정책과 초고령 노인집단의 정신건강에 대한 복지정책이 그 수준, 수혜자의 특성, 프로그램의 성격, 복지의 범위 등의 전반적인 사항에 있어서 서로 다른 고려가 필요함을 나타내고 있는 것이다.

제 2 절 노인의 삶의 질에 관한 분석결과

1. 고령 및 초고령 노인집단의 삶의 질에 관한 분석결과

본 연구에서는 노인의 정신건강이 노인의 삶의 질에 미치는 영향에 대해서 통계적으로 이를 검증하기 위하여 조사대상자인 고령 노인집단과 초고령 노인집단을 모두 포함하는 65세 이상부터 80세 이상에 이르는 노인 전체를 대상으로 그들의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안에 대해 먼저 상관관계분석을 실시하였으며, 이에 유의미한 상관관계가 나타나고 있는 변수들을 토대로 정신건강의 하위 변수들을 독립변수로, 노인의 삶의 질을 종속변수로 하여 다중 회귀분석을 실시하였다.

또한 이러한 분석결과를 토대로 본 연구에서 노인의 정신건강과 삶의 질의 관계에 대하여 설정하고 있는 가설 3 ‘노인의 정신건강은 삶에 질에 유의미한 영향을 미칠 것이다.’와 가설 3-1, 가설 3-2, 가설 3-3, 가설 3-4를 검증해 보고자 한다.

1) 전체 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 상관관계 분석결과

본 연구에서 측정도구로 사용된 정신건강의 하위변수들인 자아존중감, 대인예민성, 우울척도, 불안척도와 노인의 삶의 질이 가지는 상관관계를 분석하기 위해 Pearson's 상관관계 분석을 실시하였다. 그 결과는 아래의 표에서 확인할 수 있다.

노인의 정신건강을 대표하는 하위 변수들인 자아존중감, 대인예민성, 우울척도, 불안척도와 노인의 삶의 질에 대한 상관관계 분석결과는 [표4-18]과 같다. Pearson's 상관관계분석 결과 자아존중감(유의확률 $p=.000$), 대인예민성(유의확률 $p=.000$), 우울척도(유의확률 $p=.000$), 불안척도(유의확률 $p=.000$)의 네 변수 모두에서 노인의 삶의 질과 통계적으로 유의미한 관련성이 검증되고 있는 것을 확인할 수 있었다.

[표 4-18] 노인의 정신건강의 하위변수들과 삶의 질 간의 상관관계 분석

상관관계 분석 결과		자아존중감	대인예민성	우울척도	불안척도	삶의 질
자아존중감	피어슨 상관계수	1	-.392(**)	-.283(**)	-.337(**)	.427(**)
	유의확률(양쪽)		0.000	0.000	0.000	0.000
	N	525	525	525	525	525
대인예민성	피어슨 상관계수	-.392(**)	1	.670(**)	.623(**)	-.447(**)
	유의확률(양쪽)	0.000		0.000	0.000	0.000
	N	525	525	525	525	525
우울척도	피어슨 상관계수	-.283(**)	.670(**)	1	.797(**)	-.513(**)
	유의확률(양쪽)	0.000	0.000		0.000	0.000
	N	525	525	525	525	525
불안척도	피어슨 상관계수	-.337(**)	.623(**)	.797(**)	1	-.510(**)
	유의확률(양쪽)	0.000	0.000	0.000		0.000
	N	525	525	525	525	525
삶의 질	피어슨 상관계수	.427(**)	-.447(**)	-.513(**)	-.510(**)	1
	유의확률(양쪽)	0.000	0.000	0.000	0.000	
	N	525	525	525	525	525

** 상관계수는 0.01 수준(양쪽)에서 유의합니다.

이를 각 변수별로 살펴보면, 노인의 자아존중감과 삶의 질에 있어서는 피어슨 상관계수의 값이 .427로 노인의 자아존중감과 삶의 질이 42.7% 만큼의 상관관계를 가지고 있으며 상관계수의 값이 양수로써 자아존중감이 높아질수록 노인의 삶의 질도 높아지는 정적(+)관계임이 나타났고, 노인의 대인예민성과 삶의 질에 있어서는 피어슨 상관계수의 값이 -.447로 두 변수 간의 44.7%만큼의 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 상관계수의 값이 음수 값을 보여, 대인예민성이 증가할수록 노인의 삶의 질이 떨어지는 부적(-) 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

노인의 우울척도와 삶의 질에 있어서는 피어슨상관계수의 값이 -.513으로 노인의 우울과 삶의 질이 51.3% 만큼의 상관관계를 가지고 있음이 나타났고, 우울이 높아질수록 노인의 삶의 질이 낮아지는 부적(-) 상관관계에 있는 것으로 나타났다. 마지막으로 불안 역시 삶의 질에 있어서는 피어슨상관계수가 -.510으로 삶의 질과 51.0% 만큼의 상관관계를 가지고 있었으며, 불안의 높아질수록 노인의 삶의 질이 낮아지는 부적(-) 상관관계에

있는 것을 알 수 있었다.

즉, 자아존중감을 높여주는 것은 삶의 질을 높여줄 수 있는 긍정적인 관계이나, 대인예민성, 우울, 불안을 높이는 것은 삶의 질을 낮추는 부정적인 관계인 것을 분석결과 확인할 수 있었다.

위에서 확인할 수 있듯이 전체 노인집단의 정신건강의 하위변수들과 삶의 질에 관한 상관관계분석의 결과 모든 변수에서 삶의 질과 통계적으로 유의미한 상관관계가 나타나고 있는 것을 알 수 있다.

따라서 본 연구는 위의 결과를 토대로 통계적으로 유의미한 상관관계를 나타내고 있는 변수들의 서로에 대한 영향력을 검증하여, 이를 바탕으로 전체 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 관계에 대한 연구를 진행하기로 하였으며, 이에 각 정신건강의 하위 변수들을 독립변수로서 설정하고 종속 변수인 삶의 질에 대한 다중회귀분석을 실시하였다.

2) 전체 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 관한 회귀분석 결과

노인의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 노인의 삶의 질에 미치는 영향을 검증하기 위하여 실시한 다중회귀분석의 결과는 [표4-19]와 같다.

[표 4-19] 노인의 정신건강과 삶의 질에 대한 회귀분석 결과

독립변수	Beta	t	유의확률	Adjusted R-square	F	유의확률
(상수)		20.291	0.000	0.359	74.348	.000
자아존중감	0.272	7.066	0.000			
대인예민성	-0.059	-1.187	0.236			
우울척도	-0.253	-4.052	0.000			
불안척도	-0.180	-3.010	0.003			

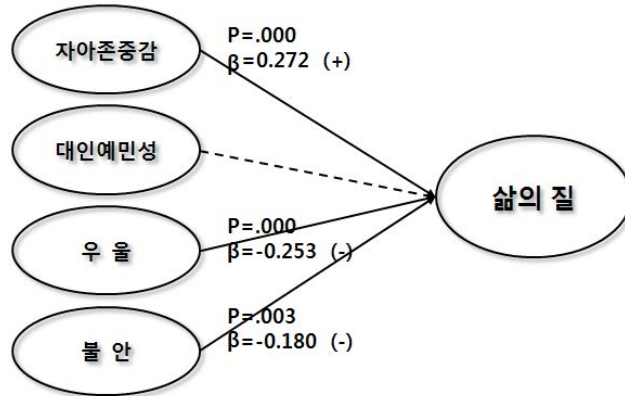
위의 회귀분석 결과에 따르면 노인의 정신건강을 나타내는 하위 변수들

중 자아존중감(t 값=7.066 유의확률=.000), 우울척도(t 값=-4.052 유의확률=.000), 불안척도(t 값=-3.010 유의확률=.003)의 세 변수에서 노인의 삶의 질과 통계적으로 유의미한 관련성이 나타났으며, 각 변수들의 영향력을 살펴보면, 자아존중감은 그래프의 기울기 즉, 회귀 계수를 뜻하는 표준화 베타값이 0.272로 나타나고 있어, 자아존중감이 노인의 삶의 질에 27.2% 만큼의 영향력을 미치고 있으며, 그 값이 양수로 자아존중감이 증가할수록 삶의 질도 높아지는 정적(+) 관계임을 알 수 있었다.

우울은 노인의 삶의 질에 25.3% 만큼의 영향력을 미치고 있었으며, 표준화 베타 값이 -0.253으로 우울이 높아질수록 삶의 질이 떨어지는 부적(-)관계에 있음이 나타났다.

불안은 노인의 삶의 질에 표준화 베타값이 -0.180으로 노인의 삶의 질에 18.0% 만큼의 영향력을 미치고 있었으며, 불안감이 높아질수록 삶의 질이 떨어지는 부적(-)관계에 있음을 알 수 있었다. 반면, 대인예민성은 유의확률이 $p=0.236$ 으로 나타나, 노인의 삶의 질과 통계적인 관련성을 찾을 수 없었다. 이는 노인의 삶의 질을 높여주기 위해서는 노인의 자아존중감을 높이고, 우울과 불안을 낮춰줄 수 있는 복지정책을 실현하거나, 반대로 노인의 자아존중감을 떨어뜨리는 요인을 제거하거나, 우울과 불안을 높이는 요인을 제거함으로써 마찬가지로 노인의 삶의 질을 높여줄 수 있음을 의미하는 결과라고 해석할 수 있다.

이러한 결과는 수정된 R제곱의 값이 0.359로 이 다중회귀분석 모델이 35.9% 만큼의 설명력을 가지고 있으며, 모형의 적합도를 나타내는 F값이 74.348로 매우 높은 수준이고 따라서 유의확률도 .000으로 통계적으로 실증적인 의미를 가지는 연구결과라고 할 수 있다.



<그림 4-1> 노인의 정신건강과 삶의 질에 대한 연구결과 요약

본 연구는 이러한 분석결과를 토대로 노인의 정신건강은 삶의 질에 있어서 정신건강을 구성하는 하위 변인들에 있어서 통계적으로 유의미한 관계를 가지고 있다는 사실을 확인할 수 있었으며, 이에 따라 전체 노인집단을 다시 고령 노인집단과 초고령 노인집단으로 구분하여 각각의 집단별로 정신건강의 하위 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 삶의 질에 미치는 영향에 대하여 검증해 보고, 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 대한 관계에 있어서 어떠한 차이를 보이고 있는가를 비교해 보는 것을 목적으로 연구를 진행하였다.

3) 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 비교분석

본 연구에서는 조사대상자인 전체 노인들 중 65세~74세로 구성된 고령 노인집단과 75세~80세 이상으로 구성된 초고령 노인집단의 정신건강이 각 집단의 노인의 삶의 질에 통계적으로 유의미한 영향을 미칠 것이며, 두 집단 간의 차이를 보일 것이라고 본 연구가 설정한 가설 4와 가설 4-1, 가설 4-2를 검증하기 위한 목적으로 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강의 하위 변인들인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안을 독립변수로써 종속변수인 각 집단에 속한 노인의 삶의 질에 대한 다중회귀분석을 실시하였다. 분석의 결과는 [표4-20]과 같다.

[표 4-20] 고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질

독립변수	Beta	t	유의 확률	고령 노인집단	
(상수)		16.623	0.000	자아 존중감	P=.000 B=0.241 (+)
자아존중감	0.241	4.695	0.000	대인 예민성	
대인예민성	-0.092	-1.368	0.172	우울	P=.029 B=-0.179 (-)
우울척도	-0.179	-2.197	0.029	불안	P=.003 B=-0.243 (-)
불안척도	-0.243	-3.005	0.003		

Adjusted $R^2=.342$, $F=38.715(p=.000)$

[표 4-21] 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질

독립변수	Beta	t	유의 확률	초고령 노인집단	
(상수)		11.716	0.000	자아 존중감	P=.000 B=0.322 (+)
자아존중감	0.322	5.418	0.000	대인 예민성	
대인예민성	-0.005	-0.064	0.949	우울	P=.002 B=-0.301 (-)
우울척도	-0.301	-3.124	0.002	불안	
불안척도	-0.123	-1.357	0.176		

Adjusted $R^2=.347$, $F=32.021(p=.000)$

고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 관계에 대한 분석결과를 나타내고 있는 [표4-20], [표4-21]을 토대로 각각의 분석결과를 살펴보면, 고령 노인집단의 정신건강의 하위 변인들 중 고령 노인의 삶의 질과 통계적으로 유의미한 관련성이 나타나고 있는 변인은 자아존중감 ($t=4.695$ 유의확률=.000)과 우울($t=-2.197$ 유의확률=.029), 불안($t=-3.005$ 유의확률=.003)이었으며, 대인예민성에 있어서는 통계적인 관련성이 검증되지 않았다. 각 변수별로 삶의 질에 대한 영향력을 살펴보면, 고령 노인집단의 자아존중감은 베타값이 0.241로 고령자 노인의 삶의 질에 24.1% 만큼의 영향력을 미치고 있었으며 베타값이 양수로써 고령 노인집단의 자아

존중감이 높아질수록 삶의 질도 역시 높아지는 양적(+)관계에 있음이 나타나고 있다.

또한 고령 노인집단의 우울에 있어서는 표준화 베타값이 -0.179 로써 삶의 질에 17.9% 만큼의 영향력을 미치고 있었고, 베타값이 음수로써 고령 노인집단의 우울이 정도가 높아질수록 삶의 질은 낮아지는 부적(-)관계를 확인할 수 있었다. 또한 불안에 있어서는 표준화 베타값이 -0.243 으로 고령 노인집단의 불안은 삶의 질에 24.3% 만큼의 영향력을 미치고 있었으며, 베타값이 음수로 나타나 고령 노인집단의 불안이 높아질수록 삶의 질은 반대로 낮아지는 부적(-)관계인 것을 확인할 수 있다.

초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 대한 분석결과를 살펴보면, 초고령 노인집단의 삶의 질에 통계적으로 유의미한 영향을 주고 있는 정신건강의 하위 변인은 자아존중감($t=5.418$ 유의확률 $=.000$)과 우울(-3.124 유의확률 $=.002$)로 나타나고 있으며, 대인예민성과 불안에 있어서는 통계적인 관련성이 검증되지 않았다. 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석되어진 초고령 노인집단의 정신건강의 하위 변인들을 자세히 살펴보면, 초고령 노인집단의 자아존중감은 표준화 베타값이 0.322 로 삶의 질에 32.2% 만큼의 영향력을 미치고 있었으며, 베타값의 부호가 양수로써 초고령 노인집단의 자아존중감이 높아질수록 그들의 삶의 질 또한 높아지는 정적(+)관계가 나타남을 확인할 수 있다.

또한 초고령 노인집단의 우울에 있어서는 표준화 베타값이 -0.301 로 초고령자의 우울이 삶의 질에 30.1% 만큼의 영향력을 미치고 있었으며, 베타값이 음수로써 초고령 노인집단의 우울이 높아질수록 그들의 삶의 질은 반대로 낮아지는 부적(-)관계에 있음이 나타났다.

위와 같은 연구결과에서 알 수 있듯이 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향은 통계적인 관련성을 나타내고 있는 변수에 있어서 차이를 보이고 있었으며, 또한 각 변수의 영향력에 있어서는 차이를 보이고 있었다.

이를 자세히 살펴보면 고령 노인집단의 정신건강 변인 중 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타난 변인은 자아존중감, 우울, 불안이었

으나, 초고령 노인집단에 있어서는 불안을 제외한 자아존중감과 우울에 있어서만 삶의 질과의 유의미한 관계가 나타났다.

또한 변수의 영향력에 있어서도 고령 노인집단의 자아존중감(베타값=0.241)과 우울(베타값=-0.179)이 삶의 질에 미치는 영향력 보다도 초고령 노인집단의 자아존중감(베타값=0.322)과 우울(베타값=-0.301)이 삶의 질에 미치는 영향력이 더 큰 것으로 나타나 차이를 보이고 있었다.

즉, 영향을 미치고 있는 변인과 변인의 영향력이라는 부분에서 차이점을 나타내고 있는 고령자와 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질은 점차 초고령자의 인구가 늘어감에 따른 각각의 집단의 서로 다른 특성과 요구에 맞는 맞춤형 행정서비스, 복지서비스의 필요성을 시사하고 있다고 해석할 수 있을 것이다.

[표 4-22] 고령자와 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 대한 연구결과 비교

고 령 자		비 교	초 고 령 자	
영향변수	영향력		영향변수	영향력
자아존중감	0.241	<	자아존중감	0.322
우울척도	-0.179	<	우울척도	-0.301
불안척도	-0.243	-	-	-

[표4-22]는 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 대한 다중회귀분석의 결과 나타난 변수의 영향력을 비교한 표이다. 연구의 결과 본 연구에서 살펴보고자 했던 두 노인집단 간의 정신건강과 삶의 질의 관계에 대한 차이점이 확인되었으며, 이에 본 연구는 추가적으로 전체 노인집단을 그들 스스로 인식하고 있는 경제적수준의 인식에 따라서 분류하여, 각 노인집단의 정신건강과 삶의 질이 어떠한 관계를 가지고 있으며, 각 집단별로 상류층, 중산층, 하류층 노인의 정신건강과 삶의 질은 어떠한 차이점을 나타낼 것인가를 알아보도록 하였다.

2. 노인의 경제수준인식에 따른 정신건강과 삶의 질

다음으로 본 연구에서는 추가적으로 조사대상자인 전체 노인 집단을 대상으로 그들 스스로가 생각하고 있는 자신의 경제적 수준을 의미하는 경제수준인식에 따라서, 경제수준인식이 상류층인 노인집단과 중산층인 노인집단, 하류층인 노인집단의 정신건강이 그들의 삶의 질에 미치는 영향을 통계적으로 검증해보고, 이와 관련하여 본 연구가 설정한 가설 5 ‘경제수준인식에 따른 노인의 정신건강은 삶의 질에 유의미한 영향을 미칠 것이며, 경제인식 수준별로 차이를 보일 것이다.’와 가설 5-1, 가설 5-2, 가설 5-3를 검증하기 위한 목적으로 연구를 진행하였다.

본 연구는 이를 위해 노인을 경제수준인식에 따라 분류하고 그들의 정신건강의 하위 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안을 독립변수로서 각각의 노인 집단의 삶의 질을 종속변수로 다중회귀분석을 실시하였고, 영향을 미치고 있는 변수에는 무엇이 있는지 여부와, 변수의 영향력을 서로 비교하였다.

전체 노인 집단의 경제수준인식별로 각각 상류층 노인집단, 중산층 노인집단, 하류층 노인집단의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 검증하고 있는 분석의 결과는 [표4-23], [표4-24], [표4-25]와 같다.

[표 4-23] 경제수준인식이 상류층인 노인집단의 정신건강과 삶의 질

독립변수	Beta	t	유의확률	경제수준인식 상류층 집단	
(상수)		4.975	0.000	자아 존중감	$P=.087$ $B=0.294 (+)$ $P=.016$ $B=-0.513 (-)$
자아존중감	0.294	1.772	0.087	대인 예민성	
대인예민성	-0.142	-0.763	0.452	우 울	
우울척도	0.043	0.228	0.821	불 안	
불안척도	-0.513	-2.554	0.016		

Adjusted $R^2=.510$, $F=9.597(p=.000)$

[표 4-23] 결과에 의하면 자신의 경제적 수준이 상류층이라고 생각하는 노인 집단 즉, 경제수준인식이 상류층인 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 대한 관계에 대한 검증에 있어서는 자아존중감($t=1.772$ 유의확률=.087)과 불안($t=-2.554$ 유의확률=.016)에서 상류층 노인의 삶의 질과 통계적으로 유의미한 관련성이 검증되었고, 대인예민성과 우울에 있어서는 통계적 관련성이 검증되지 않았다.

각 변인의 영향력을 살펴보면 경제수준인식이 상류층인 노인집단의 자아존중감은 그들의 삶의 질에 표준화 베타값이 0.294로써 29.4%만큼의 영향력을 미치고 있었으며, 표준화 베타값의 부호가 양수로, 상류층 노인집단의 자아존중감이 높아질수록 그들의 삶의 질도 높아지는 정적(+)관계인 것으로 나타나고 있고, 불안에 있어서는 표준화 베타값이 -0.513으로 51.3%만큼 삶의 질에 영향을 미치고 있었으며 베타값이 음수로써 상류층 노인집단의 불안이 높아질수록 반대로 삶의 질은 떨어지는 부적(-)관계인 것으로 나타났다.

[표 4-24] 경제수준인식이 중산층인 노인집단의 정신건강과 삶의 질

독립변수	Beta	t	유의 확률	경제수준인식 중산층 집단
(상수)		16.995	0.000	
자아존중감	0.239	4.801	0.000	
대인예민성	-0.055	-0.810	0.418	
우울척도	-0.242	-2.809	0.005	
불안척도	-0.161	-2.012	0.045	

Adjusted $R^2=.309$, $F=38.975(p=.000)$

[표 4-24]결과에 의하면 경제수준인식수준이 중산층인 노인들에 있어서는 자아존중감($t=4.801$ 유의확률=.000), 우울($t=-2.809$ 유의확률=.005), 불안($t=-2.012$ 유의확률=.045)의 세 변인에서 삶의 질과 통계적으로 유의미한 관련성이 나타났으며, 대인예민성에서는 관련성이 검증되지 않았다.

각 변수별로 영향력을 살펴보면 경제수준인식이 중산층인 노인집단의

자아존중감은 표준화 베타값이 0.239로 삶의 질에 23.9% 만큼의 영향력을 미치고 있었으며, 베타값이 양수로써 자아존중감이 높아질수록 중산층 노인집단의 삶의 질도 높아지는 정적(+)관계로 나타났으며, 우울에 있어서는 표준화 베타값이 -0.242로 삶의 질에 24.2%만큼의 영향력을 미치고 있었으며, 부호가 음수로써 우울이 높아지면 중산층 노인의 삶의 질은 낮아지는 부적(-)관계가 나타났다.

경제수준인식이 중산층인 노인의 불안에 있어서는 표준화 베타값이 -0.161로 16.1% 만큼의 삶의 질에 대한 영향력을 보이고 있었으며, 부호가 음수로써 중산층 노인집단의 불안이 높아질수록 삶의 질은 낮아지는 부적(-)관계가 나타나고 있다.

[표 4-25] 경제수준인식이 하류층인 노인집단의 정신건강과 삶의 질

독립변수	Beta	t	유의 확률	경제수준인식 하류층 집단	
(상수)		9.977	0.000	자아 존중감	P=.000 B=0.314 (+)
자아존중감	0.314	4.432	0.000	대인 예민성	삶의 질
대인예민성	-0.059	-0.693	0.489	우울	
우울척도	-0.321	-3.000	0.003	불안	
불안척도	-0.098	-0.945	0.346		

Adjusted $R^2=.326$, $F=19.398(p=.000)$

마지막으로 [표 4-25]결과에 의하면 자신의 경제적 수준이 매우 낮은 빈곤계층이라고 생각하고 있는 경제수준인식이 하류층인 노인집단의 자아존중감은 표준화 베타값이 0.314로 삶의 질에 31.4%의 영향력을 미치고 있었으며, 베타값의 부호가 양수로써 하류층 노인집단의 자아존중감이 높아질수록 삶의 질도 또한 높아지는 정적(+)관계가 나타났다. 상류층 노인집단의 우울은 표준화 베타값이 -0.321로 삶의 질에 32.1% 만큼의 영향력 미치고 있었으며, 베타값이 음수로써 상류층 노인집단의 우울이 높아질수록 그들의 삶의 질은 반대로 낮아지는 부적(-)관계인 것으로 나타났다.

위와 같은 분석의 결과를 토대로 각각의 경제수준인식에 따른 상류층 노인집단과 중산층 노인집단, 하류층 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 대한 관계를 비교해 보면, 우선 통계적으로 유의미한 영향을 미치고 있는 변수에 있어서는 경제수준인식이 상류층인 노인집단에 있어서는 자아존중감과 불안이 영향변수로서 검증된 반면, 중산층 노인집단에서는 자아존중감과 우울, 불안이 통계적인 관련성을 나타내었고, 하류층 노인집단에서는 자아존중감과 우울이 영향변수로서 검증되고 있어 세 집단 간의 차이점을 보이고 있다.

특징적으로 모든 집단에서 자아존중감은 삶의 질에 영향을 미치고 있는 중요한 변수 중 하나로써 나타나고 있었으며, 상류층 노인집단에서는 불안이 영향변수인데 반해, 하류층 노인집단에서는 우울이 영향변수로서 두 집단 간 차이를 보이고 있다는 점이 특징이다. 이는 상류층 노인집단은 스스로 인식하는 경제적 수준이 안정적이고 부유한 상태로써 생활에 대한 걱정이나 빈곤함에 대한 우울감이 없고, 현재 가지고 있는 재산에 대한 또는 수명이나 질병 등에 대한 불안이 삶의 질에 영향을 미치는 변수로서 나타나고 있으며, 하류층 노인집단에 있어서는 스스로가 인식하고 있는 경제적 수준이 빈곤하여 생활과 생계에 대한 걱정과 빈곤하다는 인식에서 오는 우울감 등에서 불안 보다는 우울이 영향변수로서 나타나고 있는 것으로 생각된다.

변수의 영향력에 있어서는 경제수준인식이 상류층인 노인의 자아존중감(표준화 베타값=0.294) 보다 하류층인 노인집단의 자아존중감(표준화 베타값=0.314)이 더욱 높은 영향력을 미치고 있었으며, 우울에 있어서는 상류층에서는 우울이 아예 영향을 미치지 않는 변수로 나타난 반면 중산층 노인집단의 우울(표준화 베타값=-0.242)보다 하류층 노인집단의 우울(표준화 베타값=-0.321)이 더 높게 나타나, 대체로 경제수준인식이 빈곤할수록 우울이 높게 나타나고 있는 것을 확인할 수 있다.

이와 반대로 불안에 있어서는 하류층 노인집단에서는 불안이 영향을 미치지 않는 변수로 나타난 반면 중산층 노인집단의 불안(표준화 베타값=-0.161)에서 상류층 노인집단의 불안(표준화 베타값=-0.513)으로 갈수록

즉, 자신이 부유하다고 느끼는 노인일수록 불안의 삶의 질에 대한 영향력이 높아지는 것을 확인할 수 있었고 그 차이도 16.1%와 51.3%로 큰 차이를 보이고 있었다.

[표 4-26] 노인의 경제수준에 따른 정신건강과 삶의 질에 대한 연구결과 비교

변 수	변 수 의 영 향 력 비 교				
자아존중감	중산층	<	상류층	<	하류층
우울척도	상류층 (영향 없음)	<	중산층	<	하류층
불안척도	하류층 (영향 없음)	<	중산층	<	상류층

이처럼 노인의 경제수준인식별로 상류층, 중산층, 하류층 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 대한 관계는 통계적으로 유의미성을 나타내는 변수에서와 그 변수의 영향력이라는 차원에서 차이점을 보이고 있었으며, 따라서 모든 노인 집단에게 있어서 자아존중감을 높여줄 수 있는 복지정책이나 프로그램의 도입이 필요함을 알 수 있는 부분임과 동시에 부유한 노인의 불안을 낮추고, 빈곤한 노인의 우울을 낮출 수 있는 각 노인 집단의 특성과 환경을 고려한 정책의 도입이 필요하다고 소결 지을 수 있을 것이다.

제 3 절 연구가설 검증결과

1. 연구가설 1: 고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성

본 연구에서 전체 조사대상자인 노인집단을 65세부터 74세 까지의 노인
으로 분류한 고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성,
우울, 불안과 그들의 사회인구학적 특성인 성별, 연령, 종교유무, 학력, 배
우자유무, 경제수준, 동거가족에 대한 통계적으로 유의미한 관련성을 검증
하기 위해 본 연구에서 설정한 가설 1-1, 1-2, 1-3, 1-4, 1-5, 1-6, 1-7의
검증 결과는 아래의 표와 같다.

[표 4-27] 고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성의 가설검증 결과

가 설	가 설 내 용	검증결과
가설1	고령 노인집단의 정신건강은 사회인구학적 특성에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	채택
가설1-1	고령 노인집단의 정신건강은 성별에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	우 울 p=.069
가설1-2	고령 노인집단의 정신건강은 연령에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	대인예민성 p=.010 우 울 p=.075 불 안 p=.000
가설1-3	고령 노인집단의 정신건강은 종교유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	대인예민성 p=.032 불 안 p=.005
가설1-4	고령 노인집단의 정신건강은 학력에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	우 울 p=.084
가설1-5	고령 노인집단의 정신건강은 배우자유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	우 울 p=.050 불 안 p=.067
가설1-6	고령 노인집단의 정신건강은 경제수준인식에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	대인예민성 p=.001 우 울 p=.015 불 안 p=.001
가설1-7	고령 노인집단의 정신건강은 동거가족에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	우 울 p=.043 불 안 p=.078

[표4-27]에 의하면, 고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성에
대한 분산분석 및 t-test 결과 고령 노인집단의 사회인구학적 특성의 차이
와 통계적으로 유의미한 관련성을 보이고 있는 것으로 검증된 정신건강의
변인으로는 성별에 있어서는 우울(유의확률=.069), 연령에 있어서는 대인

예민성(유의확률=.010)과 우울(유의확률=.075), 불안(유의확률=.000)이었으며, 종교유무에 있어서는 대인예민성(유의확률=.032), 불안(유의확률=.005), 학력에 있어서는 우울(유의확률=.084), 배우자유무에 있어서는 우울(유의확률=.050), 불안(유의확률=.067)이었으며, 경제수준인식에 있어서는 대인예민성(유의확률=.001), 우울(유의확률=.015), 불안(유의확률=.001)이었으며, 동거가족에 있어서는 우울(유의확률=.043), 불안(유의확률=.078)에 있어서 통계적인 관련성이 검증되었다. 따라서 해당 연구가설1은 채택되었으며, 가설1-1, 1-2, 1-3, 1-4, 1-5, 1-6, 1-7은 부분채택 되었다.

2. 연구가설 2: 초고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성

본 연구에서 전체 조사대상자인 노인집단을 75세부터 80세 이상의 노인으로 분류한 초고령 노인집단의 정신건강의 변인인 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안과 그들의 사회인구학적 특성인 성별, 연령, 종교유무, 학력, 배우자유무, 경제수준, 동거가족에 대한 통계적으로 유의미한 관련성을 검증하기 위해 본 연구에서 설정한 가설 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 2-5, 2-6, 2-7의 검증 결과는 아래의 표와 같다.

[표 4-28] 초고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성의 가설검증 결과

가 설	가 설 내 용	검증결과
가설2	초고령 노인집단의 정신건강은 사회인구학적 특성에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	채택
가설2-1	초고령 노인집단의 정신건강은 성별에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	자아존중감 p=.049
가설2-2	초고령 노인집단의 정신건강은 연령에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	우 울 p=.085
가설2-3	초고령 노인집단의 정신건강은 종교유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	자아존중감 p=.011 대인예민성 p=.048 우 울 p=.000 불 안 p=.000
가설2-4	초고령 노인집단의 정신건강은 학력에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	우 울 p=.010
가설2-5	초고령 노인집단의 정신건강은 배우자유무에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	우 울 p=.005
가설2-6	초고령 노인집단의 정신건강은 경제수준인식에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	우 울 p=.044 불 안 p=.073
가설2-7	초고령 노인집단의 정신건강은 동거가족에 따라 유의미한 차이를 보일 것이다.	우 울 p=.014

[표-4-28]에 의하면 초고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성에 대한 분산분석 및 t-test의 결과, 초고령자의 사회인구학적 특성의 차이와 통계적으로 유의미한 관련성이 검증되고 있는 정신건강의 변인으로서는 초고령자의 성별에 있어서는 자아존중감(유의확률=.049), 연령에 있어서는 우울(유의확률=.085)이 나타나고 있었으며, 종교유무에 있어서는 자아존중감(유의확률=.011), 대인예민성(유의확률=.048), 우울(유의확률=.000), 불안(유의확률=.000)에서 차이가 검증되었으며, 학력에 있어서는 우울(유의확률=.010), 배우자유무에 있어서는 우울(유의확률=.005), 경제수준인식에 있어서는 우울(유의확률=.044), 불안(유의확률=.073)이었으며, 동거가족에 있어서는 우울(유의확률=.014)에 있어서 통계적인 차이가 검증되었다. 따라서 해당 연구가설 2는 채택되었으며, 가설2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 2-5, 2-6, 2-7은 부분채택 되었다.

3. 연구가설 3: 전체 노인집단의 정신건강과 삶의 질

본 연구에서 살펴본 조사대상자인 전체 노인 집단의 정신건강과 삶의 질의 통계적 관련성에 관하여 이를 검증하기 위해 정신건강의 하위 변인으로써 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이 노인의 삶의 질에 미치는 영향에 대하여 설정한 가설 3과 가설3-1, 가설3-2, 가설3-3, 가설3-4의 검증 결과는 아래의 표와 같다.

[표4-29] 전체 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 관한 가설검증 결과

가 설	가 설 내 용	검증결과	비 고
가설3	노인의 정신건강은 삶에 질에 유의미한 영향을 미칠 것이다.	-	-
가설3-1	노인의 자아존중감은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	p=.000 $\beta=0.272 (+)$	채택
가설3-2	노인의 대인예민성은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	p=.236 $\beta=-0.059$	기각
가설3-3	노인의 우울은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	p=.000 $\beta=-0.253 (-)$	채택
가설3-4	노인의 불안은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	p=.003 $\beta=-0.180 (-)$	채택

[표4-29]에 따르면 노인의 정신건강과 삶의 질에 관한 다중회귀분석 결과, 노인의 정신건강의 하위 변수들과 삶의 질의 관계에 대한 연구결과에 의하면 자아존중감(유의확률=.000)과 우울(유의확률=.000), 불안(유의확률=.003)에서 통계적인 관련성이 검증되었으며, 자아존중감은 삶의 질에 표준화 베타값 0.272로 27.2% 만큼의 영향력을 미치는 정적(+) 관계임이 나타났다. 또한 우울은 삶의 질에 표준화 베타값 -0.253으로 25.3%만큼의 영향력을 미치면서 우울이 증가하면 삶의 질은 낮아지는 부적(-)관계인 것이 나타났다. 또한 불안도 삶의 질에 표준화 베타값 -0.180으로 18.0% 만큼의 영향력을 미치면서 불안이 증가하면 삶의 질은 낮아지는 부적(-) 관계인 것이 나타났다. 따라서 조사대상자들의 자아존중감과 불안이 삶의 질에 영향을 미칠 것이라고 가정한 해당 귀무가설 3-1과 3-3, 3-4는 채택되었다.

그러나 대인예민성(유의확률=.236)은 노인의 삶의 질과 통계적인 관련성이 나타나지 않았기 때문에 해당 연구가설 3-2는 기각되었다.

4. 연구가설 4: 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질

본 연구에서 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향에 대해 이를 통계적으로 검증해보고, 그 결과를 비교하기 위한 목적으로 본 연구에서 설정한 가설 4, 4-1, 4-2를 검증하고 있는 결과는 [표4-30]와 같다.

가설의 검증결과를 나타내고 있는 아래의 표에 의하면, 고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 대한 다중회귀분석의 결과 고령 노인집단의 정신건강 변인들 중 삶의 질에 통계적으로 유의미한 영향을 미치고 있는 변인으로 자아존중감(유의확률=.000), 우울(유의확률=.029), 불안(유의확률=.003)에 있어서 통계적인 관련성이 검증되었으며, 자아존중감에 있어서는 베타값이 0.241로 삶의 질과 정적(+)인 관계가 나타났으며, 우울과 불안에 있어서는 베타값이 각각 -0.179, -0.243으로 삶의 질과 부적(-)관계가 나타났다. 따라서 가설4-1은 대인예민성을 제외한 나머지 변인에서 관련성이 검

증되어 부분채택 되었다.

또한 초고령 노인집단의 정신건강의 변인과 삶의 질에 대하여 통계적으로 유의미한 관련성이 검증되고 있는 변인으로는 자아존중감(유의확률=.000), 우울(유의확률=.002)이었으며, 대인예민성과 불안에 있어서는 통계적인 관련성이 검증되지 않았다. 각 변수의 영향을 살펴보면 자아존중감은 베타값이 0.322로 삶의 질과 정적(+)인 관계에 있는 것으로 나타났으며, 우울은 베타값이 -0.301로써 삶의 질과 부적(-)관계에 있는 것으로 나타났다.

따라서 고령 노인집단과 초고령 노인집단에 있어서 각각의 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 있어서 통계적으로 유의미한 관련성이 나타나고 있는 변수와 변수의 영향력에서 차이점을 보여, 해당 귀무가설 4는 채택되었으며, 고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 있어서 대인예민성을 제외한 자아존중감, 우울, 불안에 있어서 통계적인 관련성이 검증되었으므로, 가설 4-1은 부분채택 되었다. 또한 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 통계적인 관련성에 있어서는 대인예민성과 불안을 제외한 자아존중감과 우울에 있어서 통계적인 관련성이 검증되었으므로, 가설 4-2는 부분채택 되었다.

[표4-30] 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 가설검증 결과

가 설	가 설 내 용	검증결과	비 고
가설4	고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강은 삶에 질에 유의미한 영향을 미칠 것이며, 두 집단 간의 차이를 보일 것이다.	두 집단 간 회귀분석 결과를 비교	채택
가설4-1	고령 노인집단의 자아존중감은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.000$ $\beta=0.241 (+)$	채택
	고령 노인집단의 대인예민성은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.172$ $\beta=0.092$	기각
	고령 노인집단의 우울은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.029$ $\beta=-0.179 (-)$	채택
	고령 노인집단의 불안은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.003$ $\beta=-0.243 (-)$	채택
가설4-2	초고령 노인집단의 자아존중감은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.000$ $\beta=0.322 (+)$	채택
	초고령 노인집단의 대인예민성은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.949$ $\beta=-0.005$	기각
	초고령 노인집단의 우울은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.002$ $\beta=-0.301 (-)$	채택
	초고령 노인집단의 불안은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.176$ $\beta=-0.123 (-)$	기각

5. 연구가설 5: 경제수준인식에 따른 노인의 정신건강과 삶의 질

전체 노인집단의 경제수준인식에 따른, 상류층 노인집단과 중산층 노인 집단, 하류층 노인집단의 정신건강에 따른 삶의 질의 관계에 대하여 통계적으로 유의미한 영향을 검증하고자 본 연구에서 설정한 가설 5와 가설 5-1, 5-2, 5-3을 검증하고 있는 결과는 [표4-31]과 같다.

[표4-31] 경제수준인식에 따른 노인의 정신건강과 삶의 질의 가설검증 결과

가 설	가 설 내 용	검증결과	비 고
가설5	경제수준인식에 따른 노인의 정신건강은 삶의 질에 유의미한 영향을 미칠 것이며, 경제수준인식별로 차이를 보일 것이다.	두 집단 간 회귀분석 결과를 비교	채택
가설5-1	상류층 노인집단의 자아존중감은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.087$ $\beta=0.294$	채택
	상류층 노인집단의 대인예민성은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.452$ $\beta=-0.142$	기각
	상류층 노인집단의 우울은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.821$ $\beta=0.043$	기각
	상류층 노인집단의 불안은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.016$ $\beta=-0.513$	채택
가설5-2	중산층 노인집단의 자아존중감은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.000$ $\beta=0.239$	채택
	중산층 노인집단의 대인예민성은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.418$ $\beta=-0.055$	기각
	중산층 노인집단의 우울은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.005$ $\beta=-0.242$	채택
	중산층 노인집단의 불안은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.045$ $\beta=-0.161$	채택
가설5-3	하류층 노인집단의 자아존중감은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.000$ $\beta=0.314$	채택
	하류층 노인집단의 대인예민성은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.489$ $\beta=-0.059$	기각
	하류층 노인집단의 우울은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.003$ $\beta=-0.321$	채택
	하류층 노인집단의 불안은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.	$p=.346$ $\beta=-0.098$	기각

가설의 검증결과를 나타내고 있는 [표4-31]에 의하면 전체 노인집단의 노인 스스로가 생각하는 자신의 경제수준에 대한 인식을 나타내는 경제수준인식에 따른 정신건강과 삶의 질의 관계에 대하여 통계적으로 이를 검증해본 결과, 경제수준인식이 상류층인 노인의 정신건강 변인들 중 삶의 질에 통계적으로 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타난 변인은 자

아존중감(유의확률=.087), 불안(유의확률=.016)으로 나타났으며 대인예민성(유의확률=.452)과 우울(유의확률=.821)에 있어서는 통계적인 관련성이 검증되지 않았으며, 경제수준인식이 중산층인 노인집단의 정신건강에 있어서는 자아존중감(유의확률=.000), 우울(유의확률=.005), 불안(유의확률=.045)에 있어서는 통계적인 관련성이 검증되었으며, 반면 대인예민성(유의확률=.418)에 있어서는 통계적인 관련성이 검증되지 않았다. 마지막으로 경제수준인식이 하류층인 노인집단의 정신건강과 삶의 질에 대해서는 자아존중감(유의확률=.000)과 우울(유의확률=.003)에 있어서는 통계적인 관련성이 검증되었으며, 대인예민성(유의확률=.489)과 불안(유의확률=.346)에 있어서는 통계적인 관련성이 검증되지 않았다.

따라서 경제수준인식에 따른 상류층 노인집단, 중산층 노인집단, 하류층 노인집단의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향에 대하여 그 차이점을 가정하고 있는 본 연구의 가설 5는 각 경제수준인식별 노인집단의 통계적인 관련성이 검증되고 있는 변인의 차이와, 각 변수의 영향력에 있어서 그 차이점이 나타나, 해당 연구가설 5는 채택되었다. 또한 각 노인의 경제수준인식에 따른 삶의 질에 대한 통계적인 영향력에 대해 검증하고 있는 가설 5-1, 5-2, 5-3에 있어서는 부분채택 되었다.

제 5 장 연구의 요약 및 결론

제 1 절 연구의 요약

본 연구는 급증하는 노인인구로 인해 초고령화 시대의 도래가 얼마 남지 않은 우리 사회에 있어서 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강이 그들의 다양한 사회인구학적 특성에 따라 어떠한 차이를 보이고 있는가를 알아보고, 노인의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 검증하여, 고령 노인집단과 초고령 노인집단이 어떠한 차이점을 보이고 있는지 정확하게 파악함으로써, 연구의 결과를 토대로 각각의 노인집단의 특성과 요구에 부합하여 노인의 삶의 질을 향상할 수 있는 맞춤형 행정 서비스 또는 복지정책을 수립하는데 가장 큰 강조점을 두고 있다.

또한 추가적으로 스스로 생각하기에 자신의 경제수준이 상류층인지, 중산층인지, 하류층인지에 따라서 그들의 정신건강과 삶의 질의 관계를 파악하고 이를 비교하였다.

이를 위해 우선 서울에 거주하는 65세 이상의 정년퇴직공무원, 노인종합복지관 및 노인정을 이용하는 노인들과 거주노인들 중 남,여 노인 525명을 표집 하여 사회인구학적 특성에 따른 노인의 정신건강이 노인의 삶의 질과 통계적으로 유의미한 관계가 있는지를 고령 노인집단과 초고령 노인집단으로 나누어 확인해 보고, 더 나아가 얼마만큼의 영향을 어떠한 방향으로 미치고 있는가에 대해 서로를 비교하였으며, 이를 위해 노인의 정신건강을 자아존중감, 대인예민성, 우울, 불안이라는 4개의 하위 변수로 구분하여 각각의 변수들이 종속변수로서 설정한 삶의 질에 미치는 영향을 분석하였다.

동시에 노인들이 가지는 사회인구학적 특성을 성별, 학력, 연령, 종교유무, 배우자유무, 경제수준, 동거가족의 7가지 특성과 정신건강이 가지는 통계적인 차이점을 검증하였고, 노인의 스스로가 느끼는 경제수준 별로 상류층, 중산층, 하류층 노인 집단의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향을 비

고 분석하였다. 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성에 따른 차이를 검증해 본 결과 우선 고령 노인집단에 있어서의 자아존중감은 사회인구학적 특성과 관련성이 없는 것으로 나타나고 있었으며, 대인예민성은 고령 노인집단의 연령, 종교유무, 경제수준인식에 따라 통계적으로 검증된 차이를 보이고 있었다.

우울에 있어서는 종교유무를 제외한 성별, 학력, 연령, 배우자유무, 경제수준인식, 동거가족에 있어서 통계적인 차이가 검증되었으며, 불안에 있어서는 연령, 종교유무, 배우자유무, 경제수준인식, 동거가족에 있어서 통계적인 차이가 검증되었다.

초고령 노인집단의 정신건강과 사회인구학적 특성에 대한 분석결과는 자아존중감에 있어서는 성별, 종교유무에 있어서 통계적인 차이가 검증되었으며, 대인예민성은 종교유무와 배우자유무에서 차이가 검증되었고, 우울은 연령, 종교유무, 학력, 경제수준인식, 동거가족과, 불안은 종교유무와 경제수준인식에 있어서 통계적 차이가 검증되었다.

또한 고령 노인집단과 초고령 노인집단이 서로 다른 정신건강의 하위변수들에서 통계적 차이가 검증되고 있는 것을 확인하여, 두 집단 간의 차이점을 확인할 수 있었다.

둘째, 전체 노인집단의 정신건강과 삶의 질의 관계에 대한 분석결과 자아존중감과 우울, 불안이 통계적으로 유의미한 관계인 것으로 나타났으며, 자아존중감의 향상은 삶의 질을 높여주지만 우울, 불안이 높아지면 삶의 질이 떨어진다는 것을 확인할 수 있었다.

이를 고령 노인집단과 초고령 노인집단으로 구분하여 살펴본 결과 고령 노인집단의 정신건강은 자아존중감, 우울, 불안이 삶의 질에 영향을 미치고 있었으며, 자아존중감은 삶의 질에 정적인 영향을, 우울과 불안은 부적인 영향을 미치고 있었으며, 초고령 노인집단의 정신건강은 자아존중감, 우울이 삶의 질과 통계적인 관련성을 보이면서 자아존중감은 삶의 질에 정적인 영향을 우울은 삶의 질에 부적인 영향을 미치고 있었다.

또한 고령 노인집단과 초고령 노인집단의 비교에 있어서도 고령 노인집

단에서만 불안이 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타나고, 초고령 노인 집단에서는 불안의 영향력이 기각되어 영향변수에 있어서도 차이점을 보이고 있었으며, 변수의 영향력에 있어서도 차이점을 나타내고 있었다.

셋째, 본 연구가 추가적으로 검토하고 있는 노인 스스로가 생각하는 자신의 경제적 수준에 대한 인식에 대해서는 각 노인 집단별로 정신건강과 삶의 질의 관계를 분석한 결과, 상류층 노인집단에 있어서는 자아존중감과 불안이 통계적으로 영향을 미치고 있었으며, 중산층 노인에 있어서는 자아존중감과 우울, 불안이, 하류층 노인집단에 있어서는 자아존중감과 우울이 영향을 미치고 있는 것을 확인할 수 있었다.

각각의 경제수준별로 살펴보면 상류층 노인집단의 정신건강에 있어서 자아존중감은 삶의 질에 정적인 관계를 보이고 있었으며, 불안은 삶의 질과 부적 관계를 보이고 있었고, 중산층 노인집단의 경우 자아존중감은 삶의 질에 정적인 영향을, 우울과 불안은 부적 영향을 미치고 있었고, 하류층 노인집단에 있어서는 자아존중감이 삶의 질에 정적인 관계로 나타났고, 우울에 있어서는 부적 관계가 나타났다.

또한 경제수준인식별 노인집단의 정신건강과 삶의 질을 집단 간에 비교한 결과는 경제수준인식이 상류층인 노인집단에 있어서는 불안이 통계적으로 검증되고 있는 반면에 하류층에서는 불안은 기각되고 우울이 통계적으로 유의미한 것으로 나타나고 있어 차이를 보이고 있었으며, 변수의 영향력에 있어서도 불안은 하류층에서 중산층, 상류층으로 갈수록 그 영향력이 커지고 있었고, 우울의 경우엔 상류층에서 중산층, 하류층으로 갈수록 변수의 영향력이 커지고 있어, 차이점을 확인할 수 있었다.

제 2 절 결 론

정부가 복지정책을 수립하거나, 새로운 복지 프로그램, 서비스를 제공하고, 이를 실행할 때 가장 중요한 것은 바로 이러한 정책과 서비스의 대상이 되는 수혜자들을 정확하게 분석하고 이해하는 일이다.

우리나라는 인구 구조의 고령화 속도가 OECD 국가 중 단연 1위에 올

라 있을 만큼 불과 15년 사이에 빠르게 노년 인구의 증가가 이루어져 왔으며, 오랜 기간에 걸쳐서 의료수준이 향상되고, 건강에 대한 관심이 높아짐에 따라서 서서히 노년 인구가 증가하여 현재의 수준에 이르게 된 몇몇 다른 선진국들과 달리 단기간의 급속한 경제성장과 산업발전, 저 출산으로 인해서 인구 피라미드 구조의 역전화(逆轉化)현상이 심화되고, 노령 인구의 비율이 급격하게 증가하게 된 것이다.

선진국의 고령사회 진입이 의학의 발달이나, 개인의 가치관의 변화와 함께 국가의 노인복지 정책이 뒷받침 되어 이루어졌다면, 우리나라의 고령화 사회 진입은 노인복지의 충분한 뒷받침이 없는 상태에서 급격한 사회변화의 부산물의 하나로써 평균수명의 연장, 고령화사회로의 진입이 단기간에 급속도로 이루어짐에 따라 미처 노인복지 정책 연구의 적시성, 현실성이 변화의 속도를 따라가지 못하고 있는 것이다.

그만큼 우리나라의 노인복지는 고령사회로의 진입을 앞두고 있는 최근에 들어서야 활발한 연구와 프로그램의 개발이 이루어지고 있으며, 시설, 교육, 요양 등의 인프라가 본격적으로 확산되고 있는 상황에 있다.

따라서 다가오는 초고령사회에 효율적으로 대비하고, 보다 실질적인 정책을 수립함으로써 노인의 삶의 질을 향상한다는 노인복지 정책의 궁극적인 목적을 효과적으로 실현하기 위해서는 복지정책의 수혜 대상이 되는 노인집단의 다양한 특성과 그들을 둘러싸고 있는 환경적인 측면, 개인적 측면 그리고 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 여러 요인들에 대한 연구가 선행되어야 하는 것이다.

노인의 삶의 질은 노인의 개인적 측면에 있어서의 사회인구학적 특성에 서부터 심리적, 정서적 측면에 있어서의 정신건강, 신체적인 측면에 있어서의 질병과 건강, 운동 등은 물론 동거가족, 사회적지지, 친구관계, 사회적 인식 등의 환경적 측면에 까지 노인을 둘러싸고 있는 수많은 요인과 환경에 의해 영향을 받고 있다.

과거의 연구가 노인의 질병이나 신체적 건강 상태 등에 집중되어 있던 반면, 최근의 연구동향은 노인의 심리적 상태, 우울, 불안과 같은 정서적, 정신적인 측면의 연구가 활발하게 진행되고 있는 바, 본 연구에서도 이 같

은 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 여러 요인들 중 정신건강에 대하여 집중적으로 살펴보았으며, 초고령사회로의 진입에 대비하고 정확한 복지정책의 수혜집단의 특성을 정확히 파악하고자 노인을 고령집단과 초고령 집단으로 구분하여 비교 및 분석을 실시하였다.

이에 따라 노인의 정신건강의 변인 중 삶의 질과의 관계에 있어서 통계적으로 유의미한 영향을 미치고 있는 변인으로서는 자아존중감, 우울, 불안이 나타났으며, 대인예민성에 있어서는 통계적인 관련성이 검증되지 않았다. 본 연구는 관련성이 검증되고 있는 자아존중감, 우울, 불안에 대하여 다음과 같은 정책적 제언을 하는 바이다.

1. 자아존중감

고령 노인집단과 초고령 노인집단 모두의 삶의 질에 영향을 미치고 있는 자아존중감을 높여줄 수 있는 정책의 적용이 필요하다. 노인의 공동체 생활을 지원하고, 사회적 활동을 계속적으로 이어갈 수 있게끔 노인들이 자유롭게 만나고 교류할 수 있는 공간을 제공하거나, 함께 할 수 있는 취미생활, 여행 등을 지원하는 등 지역사회 또는 복지기관, 시설의 인프라를 통한 프로그램을 도입할 수 있으며, 공동체 생활 속에서 고령 노인집단, 초고령 노인집단의 노인들이 스스로를 가치 있는 사람으로서 인식하고 자존감을 가질 수 있도록 정책 수립이 되어야 할 것이다.

또한 고령 노인집단과 초고령 노인집단 모두를 대상으로 사회기술 습득을 지원하는 교육 프로그램을 제공하여 자기개발을 지원하고 능력을 개발할 수 있도록 노인의 관심사와 능력을 반영한 탄력적인 교육 프로그램의 도입이 필요하다.

하루 중 대부분의 시간을 여가시간으로 활용하는 전체 노인집단의 일반적인 특성을 고려하여, 여가생활을 적극 활용할 수 있는 각종 레크리에이션 프로그램을 개발하고, 이것이 시설 등을 이용하지 않는 노인들에게도 효과적으로 홍보되고 전달되어 최대한 많은 노인들이 이를 이용할 수 있도록 일선공무원, 복지담당 직원, 노인요양보호사 등을 통한 전달체계를

개선하는 노력도 필요할 것이다.

노인복지 정책은 대상자인 노인집단이 적극성을 가지고 관심을 기울이며 능동적으로 참여하는 것이 어려운 실정이기 때문에 대상자의 선정과 더불어 이를 전달하는 전달체계부터 실행에 옮기는 기관과 시설, 교육담당자에 이르기까지의 모든 프로세스가 일괄적으로 접근성을 높이고, 효율적으로 개선되어야만 전체적인 복지정책의 효과성이 향상될 수 있을 것이다.

2. 우울

노인의 삶의 질을 떨어뜨리는 부정적인 요인으로 분석되어 나타난 우울에 관한 정책적인 과제가 제언될 수 있다. 사회인구학적 특성의 연구를 참고하였을 때 고령 노인집단에 있어서 남성보다 여성이 우울감을 상대적으로 더 느끼고 있는 것을 반영하여, 여성 고령 노인집단에 대한 심리 상담 프로그램을 신설하여 운영함으로써 고민거리를 상담해 주거나, 말동무가 되어 주는 등, 우울감을 낮춰줄 수 있는 커뮤니케이션 지원을 제공하는 것이 도움이 될 것이다.

또한 원예, 서예, 도예 등과 같은 여가활동 프로그램에 적극적으로 참여하게끔 이를 홍보 및 지원함으로써 고령 노인 여성 집단이 우울을 잊고 지낼 수 있도록 각종 교육 프로그램 등을 도입하는 것도 도움이 될 것이다.

우울은 심리적, 정서적 측면의 도움이 필요하기 때문에 관련 전문가, 전문 인력을 확보함으로써 우울에 시달리고 있는 고령 노인집단을 전문적으로 치료하고, 관리할 수 있는 의료봉사 또는 유상 지원 서비스를 마련하여야 할 것이다.

독거노인의 경우 또는 배우자의 사별로 인해서 공허함, 외로움을 느끼고 있는 노인들의 우울은 애완견을 기르거나, 또래 집단의 모임에 참석하거나, 요양보호사와의 솔직한 대화 몇 마디에 의해서도 크게 효과를 볼 수 있는 부분이기 때문에 보다 적극적인 정책적 지원이 필요할 것이다.

우울은 고령 노인의 삶의 질에 있어서 중요한 요인 중 하나이기 때문에

복지 정책의 일환으로써 우울이 나타나는 원인과 증상을 파악하고자 계속적으로 연구되어야 할 분야이며, 우울증, 우울감에 시달리고 있는 노인을 위로하고, 이를 극복할 수 있도록 의약품을 제공하거나 심리치료를 제공하는 의학적인 처방과 위에서 언급한 심리적, 정서적인 처방 등이 정책적으로 고려되어야 할 것이다.

정책의 효과성, 효율성을 높이기 위한 방안의 하나로써, 우울에 빠지기 쉽거나 이미 우울을 극심하게 체험하고 있는 고령자 노인집단을 빠르고 정확하게 파악해 정책의 수혜집단을 분명히 하기 위한 요양보호사에 대한 심리 치료 교육, 간병인에 대한 교육, 복지 분야를 담당하는 공무원의 확충 등이 요망된다.

특히, 우울감을 상대적으로 더 많이 느끼고 있고, 그러한 우울에 의해서 삶의 질이 고령자 노인집단에 비해 더욱 낮은 수준을 보이고 있는 초고령 노인집단에 대한 정책적 고려가 필요할 것이다. 초고령 노인집단은 고령자 노인집단에 비해 상실감이 크고 미래에 대한 확신도 약할뿐더러, 건강상태에 있어서도 고령 노인 집단에 비해 우울에 빠지기 쉬운 특성을 지니며, 초고령 노인집단의 우울은 결국 그들의 삶의 질을 떨어뜨리는 결정적인 요인이 되고 있는 것이다.

즉, 초고령 노인 집단의 우울이 고령 노인집단의 우울보다 삶의 질에 더 큰 영향력을 미치고 있다는 점을 고려하여 복지정책을 수립함에 있어서 초고령자에 대한 우선적인 고려를 통해 정책 집행 및 대상자 선정이 이루어져야 할 것이며, 심리 치료나 의학적인 처방에 있어서도 수준별, 연령별 구분을 통한 차별적인 복지정책이 도입되어야 할 것이다

3. 불안

초고령 노인집단에 있어서는 우울감이 불안보다 노인의 삶의 질에 있어서 더욱 높은 영향을 주고 있으나, 고령 노인집단에 있어서는 그들의 불안이 삶의 질을 낮추는 결정적인 요인으로써 나타나고 있다.

따라서 고령 노인집단의 미래에 대한 불확실성에서 오는 공포, 죽음에

대한 불안, 생계에 대한 불안감 등을 극복할 수 있는 정책의 도입이 필요하다.

고령노인의 경제생활 수준이 매우 궁핍한 기초생활수급 대상자인 노인이나, 국비 지원을 받지 못하는 차상위급 계층의 생계를 지원하고 생활을 개선하기 위한 지원이 선행되어야 할 것이며, 이를 위해서 국민연금 기금을 확충하고, 의료보험비를 지원하는 등의 현실적인 지원이 필요할 것이며, 고령 노인들의 취업을 알선하거나, 복지 차원에서 유급으로 운영되는 소일거리, 봉사활동 등을 마련하고 이러한 고령 노인인력을 활용하고, 재고용하는 업체에 대해서 세금면제, 재정적 지원 등을 제공하는 등 고령 노인의 경제생활에 있어서 오는 불안을 극복하기 위한 다양한 방안을 강구해야 할 것이다.

그 밖의 심리적인 차원에서의 불안을 개선하기 위해서 불안감을 느끼고 있는 고령 노인집단에 대한 심리치료, 상담 서비스를 도입할 수 있을 것이며, 이러한 상담 서비스가 불안감을 가지고 있는 노인 개개인의 인력에게 효과적으로 전달될 수 있도록 노인보호 요양서비스 인력을 확충하고 이들에게 노인 상담에 대한 정기적인 교육을 실시하여 보다 전문적으로 불안감을 해소할 수 있는 상담서비스를 제공할 수 있도록 해야 할 것이다.

또한 노인복지 시설이나 요양원, 복지기관을 통해서 제공되고 있는 고령 노인집단의 불안을 낮추고 삶의 질을 높이는데 긍정적인 효과를 제공하고 있는 이러한 복지 서비스나 프로그램, 즉 종교활동, 오락, 교육, 자기개발 활동, 커뮤니티 활동 등이 전문기관이나 공공부문에 의해서만 이루어지는 것이 아니라, 민간의 참여, 봉사활동, 민간 전문가의 참여 등을 통해서 더욱 다양한 접근 창구를 열어두는 것이 필요할 것이다.

한편 경제적으로 비교적 부족하지 않은 생활을 영위하고 있다고 생각하는 노인 집단에 있어서는 불안감을 줄여줄 수 있는 유료상담 서비스나, 전문 심리치료 등을 제공하고, 경제적으로 궁핍한 생활을 하고 있다고 생각하는 노인들에 대해서는 불안감에 대한 정책적 지원보다는 그들의 생계와 건강에 대한 불안 보다는 우울감에 초점을 둔 정책적 지원이 필요할 것이다.

이처럼 노인복지 정책의 수립은 초고령사회를 대비하고 급격한 사회의 변화에 정책적인 측면에서 효과적으로 대응하기 위하여 각 전체 노인집단이 고령 노인집단, 초고령 노인집단의 각각의 특성과 환경적 특성에 맞추어 그들의 요구와 심리적 측면을 반영할 수 있는 맞춤형 정책의 수립이 중요하다고 결론지을 수 있겠다.



참고문헌

1. 국내문헌

- 강이주(2008), 「노인의 삶의 질 관련요인 분석」, 『한국가정관리학회지』, 제26권 제5호, pp. 129-142.
- 고성희(1990), 「한국인의 정신건강개념에 대한 연구」, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 고승덕·조숙행(1997), 「노인의 삶의 질 향상을 위한 요인 추출」, 『한국노년학』, 제17권 제2호, pp. 17-36.
- 고승덕(1995), 「노인의 삶의 질을 측정하는 요인추출에 관한 연구」, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 권석만(2003), 『현대이상심리학』, 서울: 학지사.
- 권석만·김선영·이주실·고운영(2001), 「한국 남성 HIV 감염자의 정신건강 상태 및 관련된 요인」, 『한국심리학회지』, 임상 제20권, pp. 219-227.
- 권오균(2008), 「장애노인의 삶의 질 결정요인에 관한 연구」, 『노인복지연구』, 통권 제39호, pp. 7-32.
- 권중돈·조주연(2000), 「노년기의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인」, 『한국노년학』, 제20권 제3호, pp. 61-76.
- 김경숙·문재우·박재산(2008), 「우리나라 노인들의 정신건강에 대한 분석: 경로당 및 교회활동 참여자를 중심으로」, 『보건과 사회과학』, 제23집. pp. 105-132.
- 김경호(2004), 「노인의 여가활동 참가유형과 가족의 건강성, 무력감, 자궁심 및 행복감의 관계」, 국민대학교 대학원 박사학위논문.
- 김광일·김재환(1978), 「간이정신진단검사(SCL-90)의 한국판 표준화연구, 정상인의 반응특성」, 대한신경정신의학회, 『신경정신의학』, 제45권, pp. 97-103.

- 김광일·김재환(1984), 「간이정신진단검사(SCL-90-R)의 한국판 표준화 연구 III」, 『정신건강연구』, 제2집, pp. 278-311
- 김귀분·송선자·석소현(2008), 「노인의 분노, 건강상태 및 삶의 질과의 관계 연구」, 『정신간호학회지』, 제17권 제1호, pp. 19-27.
- 김기정·표갑수(2008), 「재가노인의 우울감 유발요인과 완화요인」, 『노인복지연구』, 제39집, pp. 111-144.
- 김남재(2000), 「대인불안에 대한 자기제시 모형 고찰」, 『사회과학회지』, 제6집, pp. 25-45.
- 김동배·안인경(2004), 「한국인의 정신건강 개념에 관한 연구」, 『한국사회복지학』, 제56권 제1호, pp. 203-233.
- 김명소·김혜원·차경호·임지호·한영석(2003), 「한국 성인의 행복한 삶의 구성요인 탐색 및 척도개발」, 『한국심리학회지』, 건강 제8권, pp. 415-442.
- 김미령(2006), 「전기, 후기 여성노인의 삶의 질 및 영향요인 비교연구」, 『한국사회복지학』, 제58권 제2호, pp. 197-222.
- 김미숙·박민정(2000), 「한국노인의 성공적 노후 척도 개발에 관한 연구」, 『한국노년학』, 제25권 제2호, pp. 35-52.
- 김미혜·신경림(2005), 「종교가 노인의 삶의 질에 미치는 영향 연구」, 『한국노년학』, 제20권 제2호, pp. 29-47.
- 김상균(1996), 『삶의 질 향상을 위한 길잡이』, 나남출판
- 김선희 외(2006), 「여가활동 참여 노인들의 자긍심, 행복감 및 정신건강과의 관계」, 『한국스포츠리서치』, 제17권제5호, pp. 561-572.
- 김소향·이신숙(2009), 「노인일자리사업 참여여부에 따른 노인의 자아존중감과 생활만족도에 관한 연구」, 『한국노년학』, 제29권 제1호, pp. 309-327.
- 김수지·고성희(1989), 「우울 발생요인에 관한 이론적 고찰」, 『간호학회지』, 제19권 제2호, pp. 173-190.
- 김수지·김정인(1998), 『가족정신건강』, 서울: 수문사.
- 김연희·김기순(2002), 「노인의 자아존중감과 삶의 질과의 관계 연구」,

- 『노인복지연구』, 2002년 가을호, pp. 157-189.
- 김용택·윤창영·장창호(2003), 「노인의 주관적 삶의 질의 구성요인과 측정 도구분석에 관한연구」, 『노인복지연구』, 제22권, pp. 313-331.
- 김윤정(2000), 「사회적 지지관점으로 본 가족부양이 노인의 정신건강에 미치는 영향」, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 김윤정·최혜경(2000), 「사회적 지지로서 노인부양」, 『한국노년학』, 제20권 제1호, pp. 209-223.
- 김익기 외(1999), 『한국 노인의 삶』, 미래인력연구센터.
- 김정석(2000), 「인구특성별 삶의 질 비교」, 세계노인의 날 기념 제6회 학술세미나, pp. 115-162
- 김태현·김동배·김미혜·이영진·김예순(1999), 「노년기 삶의 질 향상에 관한 연구」, 『한국노년학』, 제19권 제1호, pp. 61-81.
- 김현숙·유수정·한규량(2002), 「지역사회 여성노인의 인지기능, 신체적 기능, 자아존중감 및 사회적 지지와 우울간의 관계」, 『노인간호학회지』, 제4권 제2호, pp. 163-175
- 김형수·김용섭(2009), 「장애노인의 우울이 삶의 질에 미치는 영향」, 『인문사회과학 연구』, 제22집, 호남대학교 인문사회과학연구소, pp. 183-215.
- 김혜령(2007), 「노인의 삶의 질」, 『간호학 탐구』, 제16권 제2호, pp. 39-51.
- 김혜원·홍미애(2007), 「우리나라 청소년들의 삶의 질 정도와 설명요인분석」, 『청소년학 연구』, 제14권 제2호, pp. 269-297.
- 노병일·모선희(2007), 「사회적 지지의 수준과 차원이 노인 우울에 미치는 영향」, 『한국노년학』, 제27권 제1호, pp. 53-69
- 노용균(1998), 「삶의 질 측정도구」, 『가정의학회지』, 제19권 제11호, pp. 1043-1050..
- 노유자(1988), 「서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구」, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 노유자·김춘길(1995), 「가정노인과 양로원 노인의 체력, 자기효능, 일상행

- 활능력 및 삶의 질에 관한 연구」, 『대한간호학회지』, 제25권 제2호, pp. 259-278 .
- 민경진(2007), 「노인의 일상생활활동이 삶의 질에 미치는 영향 연구」, 한성대학교 대학원 박사학위논문.
- 박군석·한덕웅·이주일(2004), 「한국 노인의 신체건강과 주관적 안녕에 영향을 미치는 요인들」, 『한국심리학회지』, 건강 제9권, pp. 441-470.
- 박명배(2003), 「여가활동 만족도가 삶의 질 향상에 미치는 영향」, 『한국스포츠리서치』, 제14권 제2호 pp. 191-200.
- 박상규(2006), 「노인의 정신건강과 삶의 질 간의 관계」, 『한국심리학회지』, 건강 제11권 제4호, pp. 785-796.
- 박상규·이병하(2004), 「빈곤층의 심리적 특성에 관한 연구」, 『한국심리학회지』, 상담 및 심리치료, 제16권, pp. 813-824
- 박영례·권혜진·김경희·최미혜·한승의(2005), 「노인의 자아존중감, 자기효능과 삶의 질에 관한 연구」, 『노인복지연구』, 통권29호. pp. 237-258.
- 박은숙·김순자·김소인·전영자·이평숙·김행자·한금선(1997), 「노인의 건강증진 행위 및 삶의 질 간에 관계 연구」, 『정신간호학회지』, 제6권 제2호, pp. 238-251.
- 박은숙·김순자·김소인·전영자·이평숙·김행자·한금선(1998), 「노인의 삶의 질 예측모형 구축」, 『한국노년학』, 제18권3호, pp. 37-61.
- 서경현·김영숙(2003), 「노인의 생활만족에 영향을 미치는 요인들에 대한 탐색」, 『한국심리학회지』, 건강 제8권, pp. 113-131.
- 서국희·조두영·류인균·연병길·최인근·조명제(1998), 「한국노인의 우울증상 유병률과 위험인자」, 『대한노인병학회지』, 제2권 제1호, pp. 113-131.
- 서병진(2008), 『노인복지론』, 서울: 도서출판 솔바람.
- 서울대학교 실천사회복지연구회 반포 종합 사회복지관(2007), 『사회복지척도집 (제2판)』, 서울: 도서출판 나눔의 집.

- 설진화(2008), 『정신건강론』, 서울: 학현사.
- 성태제(2008), 『SPSS/AMOS를 이용한 알기 쉬운 통계분석』, 서울: 학지사
- 손덕순(2005), 「노인의 심리적 안녕감에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 『한국노년학』, 제25권 제4호, pp. 205-217.
- 손덕순(2006), 「여성노인의 정신건강 관련요인에 대한 연구」, 『정신보건과 사회사업』, 제23권, pp. 120-146.
- 손신영(2006), 「농촌 노인과 도시 노인의 삶의 질과 관련요인에 대한 비교연구」, 『한국노년학』, 제26권 제3호, pp. 601-615.
- 송노원(2007), 「노년기 성생활이 삶의 질에 미치는 영향」, 광운대학교 대학원 박사학위논문.
- 송예현(2001), 「노인이 인지하는 가족지지와 정신건강 및 삶의 만족도와 의 관계연구」, 『정신간호학회지』, 제10권 제4호, pp. 471-483.
- 송지준(2008), 『논문작성에 필요한 SPSS/AMOS 통계분석방법』, 서울: 21세기사.
- 신은영·유시순(2005), 「노인의 건강신념에 따른 죽음불안」, 『노인복지연구』, 통권29호. pp. 309-330.
- 심재용·이정권·김수영·원정원·선우성·박훈기·신호철(1999), 「한국형 건강관련 삶의 질 측정도구의 개발-증상채집에서 사전조사까지」, 『가정의학회지』, 제20권 제10호. pp. 1197-1208.
- 안영미(2003), 「노인의 삶의 의미와 자존감 및 정신건강과의 관계 연구」, 『정신간호학회지』, 제12권 제4호, pp. 576-585
- 안은숙(1999), 「여성노인의 의존성 모형 구축」, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 양옥경(1997), 「노인정신건강과 삶의 질」, 『사회과학논총1』, pp. 101-131.
- 오영희·석재은·권중돈·김정석·박영란·임정기(2005), 「노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구: 여성, 농어촌, 독거노인의 생활실태를 중심으로」, 『한국보건사회연구원』.
- 오정희(2003), 「한국무용참가가 노인 정신건강에 미치는 영향」, 경기대학

- 교 대학원 박사학위논문,
- 윤수진·이윤환·손태용·오현주·한근식·김경희(2002), 「지역사회노인의 치매와 우울증의 관련요인」, 『대한지역사회 학회지』, 제21권 제3호, pp. 59-73.
- 윤종희·이혜경(1997), 「배우자가 없는 여성 노인의 자아존중감, 건강상태, 가족관계, 사회활동 참여도에 따른 생활만족도」, 『한국노년학』, 제17권 제1호, pp. 289-304.
- 이경미(2004), 「노인의 자아존중감과 건강상태와의 관계」, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 이수애·이경미(2002), 「농촌지역 노인의 우울증 결정요인에 관한 연구」, 『한국노년학』, 제22권 제1호, pp. 209-226.
- 이승환·정영조(2002), 「노인우울증」, 『인제의학』, 제23권 제2호, pp. 379-385.
- 이신숙·이경주, 2002, 「노인의 일상적 스트레스, 사회적지지, 심리적 적응에 관한 연구」, 한국노년학회지, 22(1), pp.1-20.
- 이인숙·배화숙(2008), 「고용형태가 삶의 질에 미치는 영향 분석」, 『사회보장연구』, 제24권 제2호, pp. 53-80.
- 이인정(2009), 「초고령 노인의 삶의 만족에 영향을 미치는 심리사회적 요인들에 관한 연구」, 한국사회복지학, 61(1), pp.359-382.
- 이자영·남숙경·이미경·이지희·이상민(2009), 「Rosenberg의 자아존중감 척도: 문항수준 타당도 분석」, 『한국심리학회지』, 상담 및 심리치료, 제21권 제1호, pp. 173-189.
- 이정희·안영식·윤소정(2007), 「노인과의 동거 및 노인에 대한 교육경험이 노화지식 및 노후불안에 미치는 영향」, 『한국노년학』, 제27권 제2호, pp. 345-355.
- 이주영(2007), 「요양병원 노인환자의 우울 측정도구 개발」, 『한국노년학』, 제27권 제1호, pp. 87-101.
- 이지현·강형곤·정우식·채유미·지영건(2008), 「취업이 노인의 삶의 질에 미치는 영향」, 『한국노년학』, 제28권 제1호, pp. 143-156.

- 이택영·정민예·정보인·유은영·장세진·남은우 (2009), 「작업 모델(Model of human Occupation)을 중심으로 한 노인의 활동수준과 삶의 질」, 『대한작업치료학회지』, 제17권 제1호, pp. 1-15.
- 이현송(1997), 「한국인의 삶의 질: 객관적 차원을 중심으로」, 『한국사회학』, 제31호(여름호), pp. 269-301
- 이훈구(1986), 「내외통제성, 한국 초·중·고 학생의 내외통제 경향성」, 『학생생활연구』, 제5집, 충북대학교 학생생활연구소.
- 이훈진·원호택(1995), 「편집증 척도의 신뢰도, 타당도 연구」, 『한국심리학회지』, 임상 제14권 제1호, pp. 83-94.
- 이훈진·원호택(1998), 「편집증 집단과 우울증 집단의 자기개념과 타인개념 및 귀인양식」, 『한국심리학회지』, 임상 제17권제1호, pp. 105-125.
- 임은경·이경자(2003), 「저소득 재가노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향」, 『노인 간호 학회지』, 제5권 제1호, pp. 38-49.
- 장세철 외(2006), 『노인복지』, 경기도: 교문사.
- 전미애(1999), 「종교와 노인의 정신건강과의 관계」, 『종교와 문화』, 제5호, 서울대학교 종교문제연구소, pp. 83-98.
- 전병재(1974), 「Self-esteem: A Test of Its Measure ability」, 『연세논총』, 제11권 제1호, pp. 107-124.
- 전병재(2001), 「자아존중감-자아존중감의 측정방법」, 『연세논총』, pp. 109-129.
- 전봉천·남철현·최상규·신두만·김기열(2005), 「대도시 노이늑 삶의 질 수준과 이에 영향을 미치는 요인」, 『대한보건연구』, 제31권 제2호, pp. 124-137.
- 전혜정(2004), 「노년기 종교활동이 정신건강에 미치는 영향」, 『노인복지연구』, 제25집, pp. 169-186.
- 전혜정(2007), 「한국 노인의 생산적 활동참여와 정신건강」, 『한국가족관계학회지』, 제12권 제1호, pp. 167-190.

- 정명숙(2007), 「노년기 삶의 질에 영향을 미치는 요인들」, 『노인복지연구』, 통권37호, 한국 노인복지학회, pp. 249-274.
- 정명숙(2007), 「우리나라 노인의 삶에 대한 만족도: 시설노인과 일반노인의 비교」, 『한국 심리학 회지』, 제20권 제1호, pp. 145-169.
- 정영숙(1999), 「노인의 소비생활 만족도가 삶의 질에 미치는 영향 : 노인 및 예비노인 집단을 중심으로」, 『소비자학 연구』, 제10권 제1호, pp. 43-59.
- 정재임·차영자·김정아(2005), 「노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인」, 『경북전문대학 논문집』, 제23권, pp. 471-491.
- 정현애(2008), 「노인 우울증의 중재방안에 대한 문헌고찰」, 『고령자·치매작업치료학회』, 제2권 제1호, pp. 59-67.
- 정혜정·김태현·이동숙(2000), 「독거 여성노인의 생활만족도 연구」, 『한국노년학』, 제20권 제2호, pp. 49-70.
- 조맹제·홍진표(2000), 『한국노인의 정신건강실태와 건강증진』, 집문당.
- 조성남(2004), 『에이지즘 시대』, 이화여자대학교 출판부.
- 최선희·양혜원(2004), 「한·일 시설거주 노인의 정신건강: 우울 및 스트레스를 중심으로」, 『한국노년학』, 제24권 제1호, pp. 129-147.
- 최성재(1986), 「노인의 생활만족도 척도개발에 관한 연구」, 『한국문화연구원총론』, 제49집, pp. 233-256.
- 최성재(1994), 「2000년대를 향한 노인복지정책의 방향」 『정신건강연구』, 제13집. p. 105.
- 최성재·장인협(2003), 『노인복지학』, 서울: 서울대학교 출판부.
- 최수정(2001), 「도구개발을 통한 한국노인의 삶의 질에 관한 조사연구」, 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문.
- 최순옥·김숙남·신경일·이정희(2008), 「일부 지역 성인의 노후불안」, 『한국노년학』, 제28권 제1호, pp. 19-32.
- 최영애(2003), 「노인들의 우울, 자존감 및 건강행위에 관한 연구」, 『노인복지연구』, 제33권, pp. 27-47.

- 최인재(2004), 「부자유친성정이 자녀의 심리·사회적 적응관련 정서에 미치는 영향」 중앙대학교 대학원 박사학위논문.
- 최정혜(1990), 「노인의 스트레스에 대한 영향변인과 대처방법에 관한 연구」, 『대한가정학회지』, 제28권 제4호, pp. 119-133.
- 최해경(1996), 「도시노인의 정신건강에 영향미치는 요인분석」, 『한국노년학』, 제16권 제2호, pp. 39-52.
- 최현(1997), 「건강수준이 노인의 삶의 질에 미치는 영향」, 연세대학교 박사학위논문.
- 최혜경(2001), 「부양형태에 따른 신체취약 노인들의 정신건강」, 『대한가정학회지』, 제39권 제1호, pp. 81-90.
- 한림의대 가정 의학 교실 편(1999), 『삶의 질 측정의 이론과 실제』, 서울: 도서출판 고려의학.
- 한석태(2008), 「노인의 삶의 질 결정요인에 관한 연구: 객관적 변수와 주관적 변수의 비교」, 『한국행정학보』, 제42권 제3호, 한국행정학회, pp. 441-461, 498.
- 한형수(2004), 「한국 사회 도시노인의 삶의 질에 관한 연구」, 『사회복지정책』, 제19권, pp. 113-142.
- 한혜경·이유리(2009), 「독거노인의 정신건강 수준과 영향요인」, 『한국노년학』, 제29권 제3호, pp. 805-822.
- 허준수·유수현(2002), 「노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 『정신보건과 사회사업』, 제13집, pp. 7-35
- 현승권(2004), 「노인의 건강행동이 삶의 질에 미치는 영향」, 한양대학교 대학원 박사학위논문.
- 홍성열(1989), 「자아존중감과 그의 다차원성」, 『한국심리학회지』, 제4권 제2호, pp. 110-128.
- 홍숙자(1992), 「한국 거주노인과 재미교포 노인의 정신건강 비교연구」, 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 홍숙자(1999), 『노년학개론』, 서울: 하우출판사.
- 황미구·김은주(2008), 「노인의 우울과 인지능력이 건강관련 삶의 질에 미

- 치는 영향 : 자살생각을 매개변인으로 하여」, 『노인복지연구』, 통권41호, 한국노인복지학회, pp. 385-404.
- 황종선·안동수(2008), 「노인의 생활체육 배드민턴 운동 참여에 따른 정신 건강 및 생활만족」, 『한국체육학회지』, 제32호, pp. 651-658.
- 황진수 외(2002), 『노년학의 이해』, 한국노년학회편, 서울: 대영문화사.
- 황진수(2003), 『현대복지행정론』, 서울: 대영문화사.
- 황진수(2005), 『노인복지정책론』, 서울: 한성대학교출판부
- 황진수 외 (2007), 『현대노인복지정책론』, 서울: 대영문화사.

2. 국외문헌

- Adams, R. G. and Blieszner, R. (1995), Aging Well with Friends and Family. *American Behavioral Scientist*, 39(2), pp. 209-224.
- Choi, Y. H.(1990), A Study on the Development of Mental-emotional Health Assessment Tool and Health Status of Korean Elderly. *Adv Nurs Sci*, 2(1), pp. 5-29
- Cohen-Cole, S. A., & Kaufman, K. G. (1993). Major depression in physical illness: Diagnosis, prevalence, and antidepressant treatment(a ten year review: 1982-1992), *Depression*, 1, pp. 182-204.
- Conwell, Y. (2001), Suicide in Later Life: A Review and Recommendations for Prevention. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 31, pp. 32-47.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-esteem*, San Francisco, W. H. Freeman and Co. pp. 19-44.
- Derogatis, L. R. Lipman, R. S., & Covi, L. (1973), The SCL-90: *An outpatient Psychiatric rating scale-preliminary report*, Psychopharmacological Bulletin, 9, pp. 13-27.
- Diener, E. Lucas, R. E, & Oishi, S. (2005), Subjective well-being : *The*

- science of happiness and life satisfaction*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez. (Eds.), *Handbook Positive Psychology*, pp. 64-73. New York: Oxford University Press.
- Hajiran, Homayoun.(2006), Toward a Qualit of Life Theory: Net Domestic Product of Happiness. *Social Indicators Research*, 75: pp. 31-43.
- Inglehart, R.(1990), *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton, N. J: Princeton University Press.
- Kempen GUJM, Ormel J, Brilman EI, Relyveld J.(1997), Adaptive responses among Dutch elderly: the impact of eight chronic medical conditions on health-related quality of life. *American Journal of Public Health*. 87(1): pp. 38-44
- Klemmack, D.L., & Roff, L. L.(1984), Fear of personal aging and subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology*, 39, pp. 756-758
- Larson, R.(1987), Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, pp. 109-115.
- Litwin, H. and Landau, R. (2000), Social Network Type and Social support among the Old-old., *Journal of Aging Studies*, 14(2), pp. 213-228.
- Louise R.(2000), Sexual Satisfaction Among Married Women Age 50 and Older, *Psychological Reports*, 86, pp. 1107-1123.
- Maslow, A. H.(1970). *Motivation and Personality*(2nd ed), New York: Harper and Row Publishers Inc.
- McConatha, J. T., Schnell, F., Volkwein, K., Riley, L., & Leach, E.(2003), Attitudes toward aging: A comparative analysis of young adults from the Unitd states and Germany. *International Journal of Aging & Human Development*, 57(3), pp. 203-215.
- Murata, C., Kondo, K., H., Ichida, Y., & Ojima, T., (2008), Association

- between depression and socio status among community-dwelling elderly in Japan: The Aichi gerontological evaluation study, *Health & Place*, 14(3), pp. 406-414.
- Neikrug, S. M.(2003), Worrying about a frightening old age. *Aging & Mental Health*, 7(5), pp. 326-333.
- Neugarten , B. L., Havighurst, R. L., and Tobin, S. (1961), Measurement of Life Satisfaction, *Journal of Gerontology*, 16, pp.134-143.
- Pina & Bengtson(2001), Distinctions Between Social Support Concept, Measure, and Model, *American Journal of Community Psychology*, 14, pp. 413-455.
- Roer & Hallberg(2005), quality of life of Elderly Persons with Diagnosed cancer, *European Journal of Cancer Care* 13, pp. 443-453.
- Rosenberg, M.(1965), *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. Simons, R. G.(1971), *Black and White Self-esteem, the Urban School Child*, Washington D.C., Ros-monograph Series, pp. 1-10.
- Rosenberg, M.(1979), *Conceiving the self*, New York: Basic Books.
- Rosenberg, M.(1989), *Society and adolescent self-image. Revised edition*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Sewitch(2004), Depression in Frail Elders : Impact on Family caregivers, *Int J, Geriatr Psychiatry*, 19(7), pp. 655-665.
- Siverstein, M. and Parker, M. G. (2002), Leisure Activities and quality of life among the Oldest old in Sweden., *Research on Aging*, 24(5), pp. 528-547.
- Taft, L. B.(1985). Self-esteem in later life: A nursing perspective, *Advances in Nursing Science*, 8(1), pp. 77-84.

WHO(2002), The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope.

3. 인터넷 사이트

노인건강. (<http://www.medcity.com>)

대한노인회. (<http://www.koreapeople.co.kr>)

보건복지가족부. (<http://www.mw.go.kr>)

통계청(2008), 「장래인구추계」 (<http://www.nso.go.kr>)

통계청(2008), 「고령자 통계」, (<http://www.nso.go.kr>)

통계청(2009). 「장래인구추계」 (<http://www.nso.go.kr>)

통계청(2009), 「고령자 통계」, (<http://www.nso.go.kr>)

한국보건사회연구원. (<http://www.kihasa.re.kr>)

한국노년학회. (<http://www.tkgs.or.kr>)

부 록

【설 문 지】

노인의 정신건강이 삶에 질에 미치는 영향에 관한 연구

조사일시
2009년 월 일

조사지역
서울시 구

조사번호

어르신 안녕하세요?

저는 한성대학교 대학원에서 행정학을 전공하는 학생입니다.

최근 날로 심각해지는 노인들의 정신건강과 삶에 관한 어르신들의 평소 생각과 고견을 듣고자 합니다. 어려우시겠지만 설문에 응답 해주시면 본 연구에 중요한 연구 자료로 소중하게 활용될 것입니다.

각 질문에 대한 응답에는 좋고 나쁜 것이 없으며, 정답이 따로 있는 것도 아닙니다. 따라서 어르신들의 느낌이나 생각이 바로 모든 문항의 정답이 되는 것입니다. 너무 깊이 생각하지 마시고, 질문을 읽으신 후 가장 먼저 떠오르는 대로 솔직하게 응답해주시기 바랍니다.

본 설문은 무기명으로 실시되고 개인 신상에 관한 사항은 일체 알려지지 않고 통계법 제8조에 의거하여 비밀이 보장되며, 설문내용은 연구목적 이외에는 다른 목적으로 사용되거나 남용되는 일이 없습니다.

설문지 작성에 협조해 주신 어르신께 진심으로 감사를 드리며 항상 건강과 행복을 기원합니다.

2009년 8 월 일

한성대학교 대학원 행정학과 박사과정

지도교수 : 황 진 수

연구자 : 최 홍 권

연락처 : 010-4710-0919, E-mail : chk0919@unitel.co.kr

I. 자아존중감 척도 설문지

다음의 문항은 “내가 내 자신을 어떻게 생각 하는가”에 대한 질문입니다. 각 문항을 읽고 어르신의 생각을 잘 나타내주는 칸에 ‘V’표를 해주시기 바랍니다.

항 목	전혀 그렇지 않다 (1)	그렇지 않다 (2)	보통 이다 (3)	그렇다 (4)	매우 그렇다 (5)
1. 나는 나 자신에 대해 만족한다.					
2. 나는 무슨 일이든 다른 사람들만큼 잘 할 수 있다.					
3. 나는 가치 있는 사람이라고 생각한다.					
4. 나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다.					
5. 나는 나 자신에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있다.					

II. 정신건강척도 설문지

다음의 항목들은 우리가 살아가는 동안 여러 가지 감정 또는 기분을 묶어놓은 것입니다. 자세히 읽어보시고 어르신이 지난 일주일 동안 어떤 감정을 가지셨고 얼마나 괴로워했는지를 묻는 질문입니다. 어르신의 상태를 가장 잘 표현 해주는 하나의 항목을 골라 ‘V’ 표시를 해주시기 바랍니다.

항 목	매우 심하다 (1)	심하다 (2)	보통 이다 (3)	약간 있다 (4)	전혀 없다 (5)
1. 다른 사람들이 못마땅하게 보인다.					
2. 이성을 대하면 어색하거나 부끄럽다.					

항 목	매우 심하다 (1)	심하다 (2)	보통 이다 (3)	약간 있다 (4)	전혀 없다 (5)
3. 매사에 관심과 흥미가 없다.					
4. 쉽게 기분이 상한다.					
5. 나의 사사로운 생각을 남이 아는 것 같다.					
6. 심장(가슴)이 마구 뛴다.					
7. 죽음에 대한 생각을 한다.					
8. 무엇을 때려 부수고 싶은 충동이 생긴다.					
9. 매사가 힘들다.					
10. 성욕이 감퇴되었다.					
11. 기운이 없고 침체된 기분이다.					
12. 죽고 싶은 생각이 든다.					
13. 울기를 잘한다.					
14. 어떤 함정에 빠져 헤어날 수 없는 기분이 든다.					
15. 자책을 잘한다.					
16. 내 마음이 어딘가 이상하다고 생각한다.					
17. 하고자 하는 일이 뜻대로 안 되고 막히는 기분이다.					
18. 외롭다.					
19. 기분이 울적하다.					
20. 몸의 일부가 저리거나 찌릿 찌릿하다.					
21. 다른 사람과 함께 있을 때는 나는 언행에 신경을 쓰게 된다.					
22. 사람들과 함께 있을 때에도 고독을 느낀다.					
23. 신경이 예민하고 마음의 안정이 안 된다.					
24. 몸이나 마음이 떨린다.					
25. 별 이유 없이 깜짝 놀란다.					
26. 매사에 걱정이 많다.					

항 목	매우 심하다 (1)	심하다 (2)	보통 이다 (3)	약간 있다 (4)	전혀 없다 (5)
27. 다른 사람들이 나를 싫어하거나 나에게 불친절하다고 느낀다.					
28. 주의집중이 잘 안 되는 것 같다.					
29. 시장이나 극장처럼 사람이 많이 모인 곳에 가면 거북하다.					
30. 다른 사람들이 내 공로를 인정하지 않는다.					
31. 안절부절 해서 가만히 앉아 있을 수가 없다.					
32. 성 문제로 고민한다.					

III. 노인의 삶의 질 척도

다음에는 지나온 인생과 현재 및 미래의 생활에 대한 여러 가지의 말이 있습니다. 각 문항을 읽고 어르신의 생각을 잘 나타내주는 칸에 'V'표를 해주시기 바랍니다.

항 목	전혀 그렇지 않다 (1)	그렇지 않다 (2)	보통 이다 (3)	그렇다 (4)	매우 그렇다 (5)
1. 지난 평생을 돌아볼 때 후회한 일이 별로 없다.					
2. 나의 지난 평생은 성공적인 편이었다.					
3. 나는 살아온 길을 되돌아보면 이루어 놓은 게 별로 없다.*					

항 목	전혀 그 령 지 않다 (1)	그 령 지 않다 (2)	보 통 이다 (3)	그 령 다 (4)	매 우 그 령 다 (5)
4. 나의 지난 생활은 힘들고 괴로워서 생각하기도 싫다.*					
5. 나이를 먹어가면서 보니 세상사가 생각했던 것 보다는 좋게 느껴진다.					
6. 요즈음 내 인생에 있어서 가장 즐거운 때이다.					
7. 나는 현재의 생활방식에 만족한다.					
8. 매일 매일의 생활이 따분하 고 지루하다.*					
9. 요즈음 기쁜 일보다는 슬 픈 일이 더 많다.*					
10. 요즈음 화나는 일만 점점 더 많아진다.*					
11. 나는 오래오래 살고 싶 다.					
12. 앞으로 살아가는 데 희망 이 있다.					
13. 앞으로 내가 할 만한 일 은 거의 없을 것이다.*					
14. 더 이상 나이 먹는 것보 다는 죽는 편이 낫다.*					

(* 은 역 채점 문항)

IV. 사회인구학적 특성

다음은 어르신의 일반적인 사항에 관련된 질문입니다. 질문을 읽고
시고 해당하는 번호에 'V'표를 하여 주십시오.

1. 어르신의 성별은 ? ① 남 ☐ ② 여 ☐
2. 어르신의 연령은 ?
① 65-69 ☐ ② 70-74 ☐ ③ 75-79 ☐ ④ 80세 이상 ☐
3. 어르신의 종교는 ?
① 있다 ☐ ② 없다 ☐
4. 어르신의 최종학력은 어떻게 되십니까?
① 무학 ☐ ② 국졸, 서당 ☐ ③ 중졸 ☐ ④ 고졸 ☐ ⑤ 대졸이상 ☐
5. 어르신은 현재 배우자가 계십니까?
① 있다 ☐ ② 없다 ☐
6. 어르신의 현재 경제수준은 어느 정도라고 생각하십니까?
① 상 ☐ ② 중 ☐ ③ 하 ☐
7. 어르신은 현재 누구와 함께 살고 계십니까?
① 혼자 산다. ☐ ② 배우자와 산다. ☐ ③ 아들가족과 산다. ☐
④ 딸 가족과 산다. ☐ ⑤ 기타 ☐

ABSTRACT

A Study on the Effect of Mental Health on Quality of Life for the Aged - Focused on the Aged and Super-Aged -

Choi, Heung-Kwon

Major in Public Administration

Dept. of Public Administration

Graduate School, Hansung University

The purpose of this study was to see how the Aged's Mental Health affected the quality of life and to examine the effects of various measures contributing to Mental Health, such as Self-Esteem, Interpersonal Sensitivity, Depression, and Anxiety, on the Quality of Life.

The Aged were divided into Aged and Super-Aged sub-groups to see differences found in relations between the quality of life and Mental Health; based on the results of the research, an alternative to improve the quality of life for the Aged was presented, along with strategic suggestions from the perspective of welfare for the Aged.

A sample was composed of people aged 65 and over living in a total of 5 regions in Seoul; then, empirical analysis was performed using stratified sampling based on the results of the survey conducted with

525 persons who were selected for the valid sample, the results of which could be summarized as follows:

First, the Aged were divided into Aged and Super-Aged sub-groups in terms of age to examine relations between their Mental Health and socio-demographical characteristics; as a result, the former showed no statistical relevance in terms of self-esteem, while the latter had the relevance confirmed, with differences in terms of depression and anxiety as well.

Second, as for relations between Mental Health and the quality of life for both groups, self-esteem, depression, and anxiety had statistically significant relations with the quality of life; self-esteem had positive effects on the quality of life, while depression and anxiety had negative effects on the quality of life.

Third, as for effects of Mental Health on the quality of life in Aged and Super-Aged groups, self-esteem, depression, and anxiety had statistically significant relevance with the quality of life in the Aged group, while only self-esteem and depression had the relevance in the Super-Aged group, showing differences between two groups.

The results suggest that it should be necessary to introduce educational programs to improve the Aged's self-esteem and such welfare programs as community life support, employment service, and competence development to improve the quality of life and make welfare policies for them effective, provide psychological and medical counseling service to reduce their depression, develop and complement programs to support various leisure activities, and positively consider

schemes to improve the system for delivering this service.

It is also necessary to provide financial or livelihood support with medical insurance and national pension and to make efforts in terms of welfare for the Aged through religious activities and counseling service to reduce their anxiety about death as anxiety was found to be a factor negatively affecting the quality of life in the Aged group.

From the results, it can be concluded that it is important to establish customized welfare policies for the Aged which can reflect various characteristics, needs, and psychological aspects specific to each group of Aged in order to prepare for the Aged or Super-Aged society and to cope effectively with such society.

Key words : Aged Welfare, Aged and Super-Aged, Aged's Mental Health, quality of life for the Aged, Aging Society, Aged Society, Super-Aged Society