



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](#)

김 태 현 교수지도

박사학위 청구논문

노년기 학대경험이 자살생각에
미치는 영향 연구

2015

성신여자대학교 대학원

사회복지학과

박 완 규

노년기 학대경험이 자살생각에
미치는 영향 연구

김 태 현 교수지도

이 논문을 박사학위논문으로 제출함

2014년 12월

성신여자대학교 대학원

사회복지학과

박 완 규

인 준 서

박완규의 박사학위 논문으로 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

성신여자대학교 대학원

논문개요

본 연구는 첫째, 노인학대경험, 위험요인이 노인들의 자살생각에 직접적으로 어떠한 영향을 미치는지를 파악하고, 둘째, 노인학대경험이 위험요인을 매개로 하여 노인들의 자살생각에 미치는 영향을 파악하여, 셋째, 이러한 영향에 대한 보호요인의 조절효과에 대하여 분석함으로써, 넷째, 노인학대 예방과 보호요인 강화를 통하여 노인의 자살생각을 감소시킬 수 있는 방안을 모색해 보고자 하였다.

이를 위해 서울특별시 및 경기도를 각각 4개 권역으로 나누어 노인복지관, 종합사회복지관, 종교단체, 경로당 등을 이용하는 65세 이상 일반노인을 대상으로 2014년 1월 13일부터 2월 28일까지 설문조사를 실시하였다. 배포한 1,150부 중 1,106부를 최종 분석하였다. 자료는 데이터 코딩(data coding)과 데이터 크리닝(data cleaning)과정을 거쳐, SPSS(Statistical Package for Social Science) v. 18.0 통계패키지 프로그램을 활용하여 분석하였으며, t-검증, 일원분산분석, 상관관계분석, 교차분석, 요인분석, Sobel Test, 중다회귀분석, 위계적 중다회귀분석을 실시하였다.

본 연구의 구체적인 결과는 다음과 같다.

첫째, 유형별 학대경험을 살펴보면, 정서적 학대가 가장 많았고, 학대 가해자는 아들이 가장 많이 하는 것으로 나타났다.

둘째, 인구사회학적 특성을 살펴보면, 교육수준과 경제수준이 낮고, 가족 구성에 있어 홀몸 노인과 손자녀가 함께 사는 가족, 종교와 배우자가 없고, 건강하지 않은 경우에 자살생각이 가장 높게 나타났다.

셋째, 노인학대경험의 모든 변수는 자살생각에 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계가 있으며, 정서적 학대는 직·간접적, 경제적 학대는 간접적, 망임과 유기는 직접적으로 자살생각에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

넷째, 매개변인인 우울감은 경제적 학대가 자살생각에 미치는 영향에서 완전매개효과, 정서적 학대가 자살생각에 미치는 영향에서 부분매개효과를 보이는 것으로 나타났다.

다섯째, 가족지지는 경제적 학대, 유기가 자살생각에 미치는 영향에서 조절효과를 보이는 것으로 나타났다.

여섯째, 종교지지는 경제적 학대, 유기가 자살생각에 미치는 영향에서 조절효과를 보이는 것으로 나타났다.

이상과 같은 연구결과에 근거하여 노인학대경험에 따른 자살생각을 감소시킬 수 있는 정책적·실천적 개입에 대한 논의는 다음과 같다.

첫째, 본 연구결과를 기반으로 학대피해노인과 가족을 대상으로 학대예방을 위한 정책적 개입이 요구된다. 학대에 관한 법은 노인복지법 내에 일부 조항으로 들어있기 때문에 ‘노인학대방지법’을 따로 제정하여 그 속에서 가족에 의한 경제적 학대의 처벌규정을 만들어야 한다. 또한 가족의 소중함과 결속력을 위해 장기적인 안목에서 현장중심과 실습위주의 ‘효’ 교육을 위한 초·중·고 교육과정을 개편하여 실천해 나간다면 노인자살예방에 효과적일 것이다.

둘째, 본 연구결과를 기반으로 학대피해노인과 가족을 대상으로 우울증 관리에 대한 정책적 개입이 요구된다. 노인들이 많이 이용하는 노인복지관에 노인 우울관리 프로그램을 도입하여 실시하고, 지역별 건강관리증진센터에서 그 지역에 우울증상을 나타내는 노인들을 관리하고, 중증 우울환자를 파악하여 종합병원과 연결시켜 치료하게 한다. 또한 노인학대, 우울, 자살을

통합하여 관리할 수 있는 시스템을 마련하여 실시한다면 노인자살예방에 효과적일 것이다.

셋째, 본 연구결과를 기반으로 학대피해노인과 가족을 대상으로 학대예방을 위해 개인, 가족, 사회적 위험요인들을 조절하기 위한 정책적 개입이 요구된다. 노인학대방지법을 제정하여 정서적 학대 처벌규정을 마련하고, 산업화와 이에 따른 핵가족화로 노인부양을 기피하는 현상을 막기 위해 가족서비스프로그램이 지원되어야 한다. 극빈가정의 경제적 지원과 의료지원을 위해 국가기관과 기업이 적극적으로 나서야 하고, 노인부부프로그램을 활성화하여 늘어나는 노(老)-노(老) 학대를 줄이고, 무료양로원 입소자격을 완화하고, 일시보호소로서의 기능을 하도록 하여 학대피해노인의 고립된 사회적 관계를 회복시켜 나가면 노인자살예방에 효과적일 것이다.

넷째, 본 연구결과를 기반으로 노인자살을 줄이기 위한 가족지지의 실천적 개입이 요구된다. 이에 가족전체가 함께 하는 세대통합 여가, 사회활동 프로그램, 효 중시 교육 프로그램, 감사일기 쓰기 등 가족의 결속력을 높일 수 있는 가족프로그램을 적극적으로 개발 운영한다면 자살예방에 효과적일 것이다.

다섯째, 본 연구결과를 기반으로 노인자살을 줄이기 위한 종교지지의 실천적 개입이 요구된다. 빈곤, 만성질환, 우울증 등 열악한 환경에 놓여 있는 노인들에게 신앙을 통하여 믿음생활을 할 수 있도록 권유해야 할 것이다. 이를 통해 그들이 현재 겪고 있는 어려움을 극복하고 마음의 안정을 찾아 편안한 노후생활을 할 수 있도록 종교단체를 중심으로 적극적인 노력이 있어야 할 것이다. 또한 전통적으로 실시해 온 심리학 가족치료에 종교적 영성을 접목하는 실천적 개입으로 노인자살을 예방할 수 있을 것이다.

목 차

논문 개요

I. 서론	1
1. 연구의 필요성 및 목적	1
2. 연구의 방법 및 내용	6
II. 이론적 배경	8
1. 노인학대	8
1) 노인학대 개념 및 유형	8
2) 노인학대 관련이론	19
3) 노인학대 발생요인	24
4) 노인학대 실태	34
2. 노인자살	43
1) 노인자살 및 자살생각의 개념	43
2) 노인자살 관련 이론	46
3) 노인자살의 특성 및 실태	58
4) 자살생각에 영향을 미치는 요인	68

3. 가족지지	82
1) 노인과 가족	82
2) 가족지지	83
3) 가족지지와 자살생각 선행연구	84
4. 종교지지	86
1) 노인과 종교	86
2) 종교지지	87
3) 종교지지와 자살생각 선행연구	88

III. 연구방법 **90**

1. 조사대상 및 자료수집	90
1) 조사대상	90
2) 자료수집	91
2. 연구모형 및 연구가설	93
1) 연구모형	93
2) 연구가설	94
3. 연구변수의 구성과 내용	96
4. 조사도구	98
1) 종속변수	98
2) 독립변수	98

3) 통제변수	100
4) 매개변수	103
5) 조절변수	103
5. 자료분석 방법	104
IV. 조사결과 분석	106
1. 조사대상자의 인구사회학적 특성	106
2. 측정도구의 타당도 및 신뢰도 검증	108
1) 타당도 검증	108
2) 신뢰도 검증	109
3. 기술통계적 분석	109
1) 노인학대경험 특성	110
2) 자살생각 특성	116
3) 매개변수 특성	119
4) 조절변수 특성	124
5) 조절변수 교차분석	130
4. 가설의 검증	134
1) 각 변수 간 상관관계 분석	134
2) 가설의 검증	138

V. 결론 149

1. 연구결과 요약 149

2. 논의 154

3. 제한점 159

참고문헌

ABSTRACT

부록

표 목 차

<표 2-1> 각 국의 노인학대 개념	12
<표 2-2> 노인학대 유형별 현황	36
<표 2-3> 피해노인 성별 현황	37
<표 2-4> 신고자 현황	38
<표 2-5> 학대발생 장소 현황	39
<표 2-6> 학대지속기간 현황	40
<표 2-7> 학대행위자 성별 현황	41
<표 2-8> 학대행위자와 학대피해노인과의 관계 현황	42
<표 2-9> 노인자살에 이르는 요인들의 가설적 모형	51
<표 2-10> 성·연령별 자살 사망률의 변화	64
<표 2-11> 전체·65세 이상 자살 사망자 수 및 사망률	65
<표 2-12> 사망유형별 현황	66
<표 2-13> 자살원인별 현황	67
<표 3-1> 서울특별시 및 경기도 조사대상자 수	90
<표 3-2> 서울특별시 및 경기도 권역별 조사지역	91
<표 3-3> 조사대상 및 자료수집 내용	92
<표 3-4> 설문지 구성내용 및 문항수	97
<표 3-5> 노인학대 판정문항 및 변수	99
<표 3-6> 학대행위자의 설문문항 및 측정	100
<표 3-7> 인구사회학적 특성의 설문문항 및 측정	102
<표 4-1> 조사대상자의 인구사회학적 특성	107
<표 4-2> 신뢰도 분석결과	109

<표 4-3> 유형별 노인학대경험	110
<표 4-4> 학대가해자의 노인학대	111
<표 4-5> 전반적인 학대경험	112
<표 4-6> 인구사회학적 특성에 따른 학대경험 차이	114
<표 4-7> 전반적인 자살생각	116
<표 4-8> 인구사회학적 특성에 따른 자살생각 차이	118
<표 4-9> 노인학대경험에 따른 자살생각 차이	119
<표 4-10> 전반적인 우울감	121
<표 4-11> 인구사회학적 특성에 따른 우울감 차이	123
<표 4-12> 전반적인 가족지지	124
<표 4-13> 인구사회학적 특성에 따른 가족지지 차이	126
<표 4-14> 전반적인 종교지지	127
<표 4-15> 인구사회학적 특성에 따른 종교지지 차이	129
<표 4-16> 배우자 학대와 가족지지	130
<표 4-17> 배우자외 학대와 가족지지	130
<표 4-18> 학대가해자와 가족지지	131
<표 4-19> 배우자 학대와 종교지지	132
<표 4-20> 배우자외 학대와 종교지지	132
<표 4-21> 학대가해자와 종교지지	133
<표 4-22> 각 변수간 상관관계 검증	137
<표 4-23> 인구사회학적 특성, 노인학대경험, 위험요인을 결합한 회귀 분석 : 자살생각에 미치는 영향	140
<표 4-24> 노인학대경험, 우울감과 자살생각의 관계에서 가족지지 조절 효과	145

<표 4-25> 노인학대경험, 우울감과 자살생각의 관계에서 종교지지 조절
효과 148

그림 목 차

<그림 3-1> 연구모형 93

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

우리나라는 해방 이후 근대화에 따른 급속한 경제발전과 의료기술이 발달하였으며, 이는 생활수준의 향상과 인간의 생명을 연장케 하여 전체 인구에 대한 노인인구 비율의 증가를 가져옴으로 인해 인구구조의 고령화를 초래하게 되었다. 우리나라는 전체인구 가운데 65세 이상 노인이 차지하는 비율이 2000년에 이미 7%를 넘어서 고령화 사회에 진입하였으며, 2014년 2월 28일 현재 65세 이상 노인인구는 12.3%(6,304천명)이다. 2018년에는 14.5% (7,395천명)로 고령사회, 2026년에는 20.8%(10,839천명)가 되어 초고령사회¹⁾로 진입할 것으로 전망했고, 생산가능 인구(15~64세) 100명에 대한 65세 이상 인구의 비인 노년부양비²⁾는 2013년 16.7로 생산가능 인구 6명이 고령자 1명을 부양하는데 반해, 2030년에는 38.6으로 생산가능 인구 2.6명이 노인 1명을 부양하게 되며, 선진국과 비교할 때 한국의 노년부양비는 2010년 낮은 수준이나, 2020년 이후 급속히 증가하여, 2040년 한국(57.2명)은 일본(64.7명) 다음으로 독일(57.1명)과 비슷한 수준으로 높아질 것이고, 노령화지수³⁾는 2013년 83.3에서 2030년에는 193.0으로 증가할 것으로 전망했다(통계청, 2013).

우리나라는 세계 그 어느 나라 보다 빠른 속도로 고령사회로 접어들고 있으며, 2012년 UN이 내놓은 'World Population Prospects'에 기초하여 통계청(2013)이 발표한 자료에 의하면 2040년 주요 선진국의 고령화율은 2010년

1) 고령화사회(aging society)란 의학의 발달, 생활수준과 환경의 개선으로 평균수명이 길어져 전체 평균 연령이 높아지는 사회로서 개념적으로는 전체 인구 중 65세 이상 노인의 수가 7%에 도달한 사회를 말하며, 14%를 초과할 경우 고령사회(aged society), 20% 이상은 초고령사회(super-aged society)로 지칭한다.

2) 노년부양비 = (65세이상 인구/15~64세 인구) X 100

3) 노령화지수 = (65세이상 인구/0~14세 인구) X 100

에 비하여 1.4~1.6배, BRICs⁴⁾ 국가는 1.4~3.0배 정도 증가할 것으로 전망했다. 2040년 고령화율이 2010년 대비 2배 이상 증가하는 나라는 한국 2.9배, 브라질 2.6배, 중국 2.6배, 인도 2.0배 등으로 우리나라는 2010년 고령화율은 주요 선진국 수준보다 낮으나, 2040년에는 한국(32.3%)이 일본(34.5%) 다음 수준으로 높아질 전망이다.

고령화는 불안정한 경제와 사회, 국가적 위기와 맞물려 노인과 가족, 사회공동체 모두에게 경제적 어려움으로 인한 세대 간 갈등을 초래하고 있으며, 노인들의 직장에서의 은퇴와 이로 인한 소득감소에 따라 노인들이 자녀들에게 의존함으로써 자녀들로 하여금 노인 부양에 대한 기피나 부담감이 늘어나고 있다. 또한 우리나라 노인들의 기대수명이 80세인데 건강수명은 71세이다(동아일보, 2014). 생애 마지막 9년을 질병이나 부상으로 고통 받을 수 있고, 이러한 상황은 가족들에게 신체적·경제적으로 큰 부담을 주어 노인 부양의식을 기피하게 하고, 이는 결국 노인학대를 일으키게 하는 요인이 된다. 서인균(2009), 정혜란(2013)의 연구에서는 신체적 학대, 경제적학대, 정서적 학대, 방임에서 자살생각과 통계적으로 정(+)의 상관관계를 나타내고 있다. 따라서 노인학대를 일으키는 요인이 늘어남에 따라 노인들이 우울증에 빠지거나 자살 등을 쉽게 선택함으로써 사회적 문제점으로 부각되고 있다. 더구나 우리나라의 노인학대, 노인자살은 빠른 인구고령화로 더욱 심화될 것으로 보여 이에 대한 사회적, 국가적 차원의 대책이 시급히 요구되는 상황이다.

특히 산업화, 도시화 등의 영향으로 유교적 가부장제도 아래서 진행되어 왔던 노인존중사상이 갈수록 약화되고, 연령이 높아질수록 노인들의 의존적인 성향이 높게 나타나고 있다. 또한 시대적, 환경적 변화에 따른 노인부양에 대한 자녀들의 스트레스 누적으로 자녀들의 각자 맡은 일터에서 업무능률의 효율화 감소, 건강약화 등의 현상이 나타나고 있고, 사회적으로 만연한

4) BRICs 국가는 브라질, 러시아, 인도, 중국을 지칭한다.

노인차별, 핵가족화로 인한 가족기능의 약화 등은 노인들을 가정과 사회로부터 소외시키고 무력감에 빠지게 함으로써 가족구성원들에 의한 학대에 노출시키는 중요한 요인이 되고 있다.

노인에 대하여 신체적·정서적·성적·경제적 착취 또는 가혹한 행위를 하거나 유기 또는 방임을 하는 노인학대는 갑자기 새롭게 등장한 현상은 아니고 인간의 역사와 더불어 존재해 왔다. 역사적으로 노인학대는 가족 내의 자원을 차지하려는 경쟁과 갈등에 대한 세대 간의 힘의 투쟁에서 시작되었다(Biggs et al, 1995). 산업화 이전 전통사회에서는 60세 이상의 노인들은 경험과 지혜로 인해 대중에게 매우 존경을 받아왔지만 산업사회로 진입하면서 농경사회 가정은 더 이상 직장으로서의 기능을 수행하지 못 하였고, 노인들은 더 이상 존경의 대상이 아니었으며 학대, 우울, 자살 등으로 내몰리고 있다.

노인학대는 일시적인 사건이라기보다는 시간의 경과에 따라 점진적인 발전을 보이며 진행되고 대개는 가족구성원에 의해 발생한다. 가족구성원에 의한 학대는 노인들에게 타인들에 의해 나타나는 학대보다 부정적인 영향을 가져와 노년기의 삶을 극단적인 절망의 삶으로 내몰기 쉬우며 이는 자살로 이어질 가능성이 높다고 할 수 있다.

노인학대가 사회문제로 이슈화되기 시작한 것은 1975년 영국에서 베이커(Baker)의 ‘매 맞는 할머니(granny battering)’라는 논문에서 최초로 소개된 다음부터이며, 선진국에서는 1970년대 말부터 심각한 사회문제로 인식하였다. 우리나라에서 노인학대에 대한 사회적 관심은 다른 가정폭력보다 늦게 시작되었다. 그리고 노인학대에 대한 사회적 대책은 2000년 사회복지공동모금회를 통해 노인학대 상담사업이 시범적으로 시행되면서부터이다. 그 이후 민간차원에서의 노력과 고령인구의 급증에 대처하기 위해 2003년 노인복지법에 노인학대 관련조항을 포함시키는 법 개정이 이루어져 노인보호기관인

노인학대예방센터가 2004년 하반기부터 16개 시·도에 설치되면서 급속도로 사회적 관심이 증대되었다(김충원, 2007).

중앙노인보호전문기관(2014)이 발표한 2012년 1월 1일부터 12월 31일까지 한 해 동안 전국 24개 지역 노인보호전문기관에 신고 접수된 자료를 분석한 결과 신고접수 건수 10,162건에 대해 현장조사와 상담진행을 통하여 확인된 학대사례는 3,520건(34.6%)로 나타나고 있으며, 학대신고 건수는 날로 늘어날 가능성이 높게 보이고 있다. 2013년 접수된 학대사례의 학대행위자와 학대피해노인과의 관계를 분석한 결과, 친족의 학대가 전체의 77.0%로 이 중 아들(40.3%), 배우자(13.7%), 딸(13.0%) 순으로 나타나고 있다. 하지만 학대에 노출되어 있거나, 자살을 선택하는 노인들은 과거 어려운 시절을 몸소 극복하고 현재 우리나라를 세계경제 10대 강국으로 만드는데 초석을 다진 분들로 이들에 대한 세심한 주의가 필요하다.

급속히 증가하는 고령화와 빠른 은퇴 등으로 노인들의 소득 감소가 나타나고 점점 갈수록 어려워지는 노인들의 삶에 자녀들 또한 경제적 어려움과 가치관 하락으로 노인부양을 기피하면서 다양한 형태의 노인학대가 나타나고, 이것이 확대되어 노인들의 우울증, 자살 등으로 급속히 진행됨에 따라 노인들의 삶을 불행으로 이끄는 이와 같은 사회병리현상들을 예방하는 일이 사회적으로 매우 중요하다고 할 수 있으며, 그러기 위해서는 노인자살에 이르게 하는 복합적인 요인들을 밝혀내고 그에 따른 적극적이고 실질적인 대책마련이 시급한 형편이다.

한편 우리나라에서 노인학대가 자살생각에 미치는 영향에 대한 연구도 그리 많지 않다. 이에 대한 연구는 이연호(2002)의 “학대위험요인과 피해에 관한 연구”, 권혜경(2007)의 “노인학대경험이 우울과 자살생각에 미치는 영향 연구”, 서인균(2009)의 “노인학대경험이 자살생각에 미치는 영향 연구”, 배진희·엄기옥(2009)의 “노인의 자살시도에 미치는 영향을 미치는 요인 연구”,

정혜란(2013)의 “노인학대경험이 자살생각에 미치는 데 있어 대처양식과 정서적 지지의 조절효과에 대한 연구” 등이 있다. 하지만 이들 역시 노인학대가 자살생각에 미치는 영향에 대하여 분석하고 있는데, 학대유형이 다양하지 않으며, 학대를 통하여 나타나는 자살을 감소시킬 수 있는 요인에 대한 분석이 미흡한 실정이다.

노인학대는 노인의 신체적, 정서적 건강에 악영향을 미치게 된다. 노인학대에 자주 노출되게 되면 신체의 기능 손상으로 활동에 제한이 생기게 되며, 정서적으로는 우울감과 절망감 등이 증가하게 된다. 또한 신체적인 기능의 손상과 우울감의 증가는 자살의 주요 위험요인으로 작용하고 있으며, 자살자의 90%는 우울증을 앓고 있다고 한다. 이처럼 노인학대는 노인의 신체적, 정서적인 문제를 발생시켜 결국에는 노인자살로 이어지게 될 가능성이 매우 높다(서인균, 2009).

노인이 자살에 이르기까지 어느 정도 학대가 이루어졌는지, 가족 내에서는 어떻게 발생하였는지, 어떤 유형의 학대가 자행되었는지, 정확하게 밝혀 내기는 쉬지 않다. 학대를 일으키는 원인과 요인은 다양하며, 자살 또한 다차원적인 행동에 의해 발생하며, 그 원인과 요인도 각자 다르게 나타난다. 그동안 유교적 정신의 바탕아래 생활해온 노인들은 학대를 받았어도 그 이유를 외부에 밝히지 않는 경향이 강하게 나타나 명확한 원인과 요인을 밝히기에는 어려움이 뒤 따른다.

정혜란(2013)이 경찰청(2009)보고에 기초하여 연구한 “노인의 학대경험이 자살생각에 미치는 영향 연구-대처양식, 정서적지지의 조절효과를 중심으로-”에 따르면 사별문제, 육체적 질병문제, 가정문제, 경제생활 문제 등이 노인들의 자살동기로 나타났으며 ‘학대 또는 폭력문제’에 기인한 자살인구는 전체 조사인구의 4%로 노인이 학대 및 폭력문제로 자살하는 이유가 다른 연령대보다 가장 높은 것으로 나타나 학대가 노인자살로 이어질 위험성이

매우 높은 것임을 짐작할 수 있다.

본 연구에서는 자살행동 자체와는 다른 속성을 지니지만 여전히 자살의 한 요소로서 자살행동의 이전단계라고 볼 수 있는 자살생각을 연구하고자 한다.

노인자살에 미치는 요인들에 대해서는 여러 다양한 분석이 있지만, 본 연구에서는 그 중에서도 노인학대에 주목하고자 한다. 다른 어떤 요인들보다도 노인학대는 노인들을 가족과 사회로부터 소외시키며 노인들을 절망감에 빠뜨리게 만들어 자살생각을 유발시키는 중요한 요인이라고 볼 수 있다. 노인학대로부터 비롯되는 자살생각은 개인이나 가족뿐만 아니라 사회적으로 심각한 문제가 되기 때문에 이를 연구하는 것은 매우 중요한 일이라고 생각한다.

이에 본 연구는 노인의 학대경험이 노인들의 자살생각에 어떠한 영향을 미치는 지를 파악하고, 위험요인으로서의 우울감의 매개효과와 가족지지와 종교지지가 자살생각을 조절하는 효과가 있음을 밝히고, 그 결과를 바탕으로 한 정책적·실천적 개입을 통해서 노인학대로부터 발생하는 자살생각을 예방하고 편안한 노후를 영위할 수 있도록 하는데 목적을 두고 있다.

2. 연구의 방법 및 내용

노인학대경험이 노인자살생각에 미치는 영향을 분석하고자 본 연구에서는 문헌 연구방법과 실증적 연구방법을 사용하였다. 문헌 연구는 본 연구의 이론적 배경을 제공하고자 학대와 자살생각의 개념을 연구하였고, 학대와 자살에 대한 이론을 연구하여 측정도구를 설정하였다. 실증적 연구는 경험적 조사결과를 바탕으로 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향을 밝혀내 고자 실시하였다.

앞에서 제시된 연구목적을 수행하기 위해 본 논문은 다음과 같이 구성되었다. I장 서론에서는 연구의 필요성 및 목적, 연구방법 및 내용에 대해 서술하였다. II장 이론적 배경에서는 노인학대와 노인자살의 개념 및 유형, 관련이론, 발생요인 및 실태 등에 대하여 기술하였다. III장 연구방법에서는 조사대상 및 자료수집, 연구모형 및 가설, 연구변수의 구성과 내용, 조사도구, 자료분석 방법에 대하여 기술하였다. IV장에서는 조사결과 분석으로 조사대상자의 인구사회학적 특성, 측정도구의 타당성 및 신뢰도 분석, 기술통계적 분석, 가설의 검증에 대하여 기술하였다. V장에서는 결론으로 연구결과를 요약한 후, 자살예방에 대한 정책적·실천적 개입을 논의하고, 제한점을 제시하였다.

II. 이론적 배경

1. 노인학대

1) 노인학대의 개념 및 유형

(1) 노인학대 개념

노인학대의 개념은 비교적 최근에 사용된 용어로 사전적 의미는 “나이 많은 사람을 심하게 괴롭히거나 혹독하게 대우하는 것”으로 정의한다(새국어사전, 2011). 우리나라는 그 동안 주로 아동학대와 아내학대에 관심을 가져왔지만 최근에 유교적 전통아래 은폐되었던 노인학대가 시대적, 환경적 변화에 맞물려 많은 사람들이 관심을 기울이기 시작하였다. 하지만 아직 노인학대에 대한 연구가 빈약한 실정이고, 노인학대의 개념 정의도 학자에 따라 다양하게 해석되고 있어 일률적으로 규정하기는 어렵다.

세계보건기구(2002)는 “노인학대는 어떤 행위를 가하거나 당연히 행해야 할 행위를 하지 않는 것, 의도된 행위이거나 의도하지 않은 행위이거나 간에 그리고 그 형태가 학대적이거나, 방임적이거나, 착취적이거나 간에 노인에게 불필요한 고통과 상처, 인간존엄의 박탈감을 가져오는 노인의 삶의 질을 심각하게 떨어뜨리는 것”으로 표현하고 있다.

미국의 노인학대법에서(The Action on Elder Abuse)에서는 “모든 관계에서 발생하는 노인에게 해나 장애를 일으키는 단일한, 반복적인 행동 또는 적절한 행위의 부족”으로 정의하고 있다. 보편적으로 노인학대의 개념은 노인학대를 누군가가 의도적으로 노인에게 해를 가하는 개념의 소극적 전제에서 벗어나 노인의 인권과 보장을 전제로 하는 적극적인 넓은 범주로 규정하

고 있는 추세이다(김현주, 2007).

우리나라의 노인복지법은 “노인학대라 함은 노인에 대하여 신체적·정신적·정서적·성적폭력 및 경제적 착취 또는 가혹행위를 하거나 유기 또는 방임을 하는 것을 말한다(노인복지법 제1조의 2 제4호).”라고 기술되어 있다. 우리나라의 노인학대는 그동안 1997년에 제정된 ‘가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법’과 ‘가정폭력방지 및 피해자 보호 등에 관한 법률’에 의해 가정폭력의 범주 안에서 소극적으로 대처되어 왔으나, 2003년 12월 29일에 국회의 의결을 거쳐 2004년 1월 29일에 법률로 개정 공포된 노인복지법에 노인학대에 대한 조항이 신설됨으로써 보다 적극적으로 법적, 사회적 대응을 할 수 있게 되었다.

노인학대에 대한 많은 연구를 살펴보면 학자에 따라서 협의적으로는 신체적 학대에서부터 폭언, 방임, 부적절한 대우, 심리적 학대, 광의적으로는 자기학대, 자기방임, 유기까지도 포함하고 있다. 노인학대 개념에 대한 국·내외 학자들의 몇 가지 견해를 살펴보면 다음과 같다.

Brownell(1998)은 “노인학대란 아들, 딸, 며느리, 사위, 의붓아들, 의붓딸, 조카와 조카딸, 손자녀 등의 가족구성원에 의한 신체적, 심리적, 재정적 학대행위”로 정의하고 있다.

Rathbone(1980)과 Pillemer 와 Finkelhor(1989)는 신체적 학대만을 생각하였고, Douglass 와 Hiskey(1981)는 노인학대를 노인에 대한 부적절한 처우로 보고, 적극적 방임과 소극적 방임을 학대에 포함시켰으며, Hwaleck 와 Sengstock(1986)은 신체적 학대와 방임은 물론 물질적 학대, 개인적 권리와 침해, 자기학대와 자기방임까지 포함시켰다. 또한 Shiferaw(1994)는 노인학대를 학대, 착취, 방임의 세 가지 형태로 분류하여 설명하였는데, 이 중 학대는 ‘신체적 고통, 상처 또는 정신적 고통을 고의적으로 가하는 것’을 의미하며, 착취는 ‘타인이 이익을 위해 무력한 성인이나 그의 자원을 불법적으로

또는 부적절하게 이용하는 것'을 말하고, 방임이란 '혼자 살거나 자기보호를 할 수 없는 무력한 성인의 정신적, 신체적 건강을 유지시키는데 필요한 서비스의 결여'로 정의하였다.

구미 선진국에서의 노인학대에 대한 보고와 연구는 1975년 영국에서 Baker의 '매맞는 할머니(granny battering)'라는 논문에서 최초로 소개되었으며(Bennett & Kingston, 1993), 미국의 경우 1970년대 후반부터 노인학대에 대한 많은 연구자들은 재가노인들을 중심으로 노인학대의 정도와 본질을 연구하였다(박봉길, 2000). 1978년 사회학자 Steinmetz의 '구타당하는 부모(Battered Parents)'라는 보고서가 출판되기 이전까지는 노인이 사회적 존경의 대상이라는 기존의 사회적 고정관념 때문에 대다수의 일반인과 전문가들의 관심의 대상이 아니었다. 미국의 학대에 관한 연구는 아동학대 1960년대, 아내학대 1970년대, 그리고 노인학대는 1980년대에 들어서면서 관심을 갖게 되었고 이에 대한 연구가 이루어졌다(이해영, 1996).

영국의 경우 유일한 학대대처기구인 '노인학대전국조직'은 노인학대를 "신뢰가 기대되는 관계에서 발생하는 노인에게 상해나 고통을 일으키는 단일한 혹은 반복적인 행동이나 적절한 행위의 결핍"으로 정의하고, 신체적 학대, 심리적 학대, 재정적 학대, 성적학대, 방임 등의 다섯 가지 유형을 제시하였다(송인옥, 2008). 일본은 1993년에 처음 실시된 전국적 실태조사에서 노인학대를 첫째, 신체적 폭력, 둘째, 성적학대, 셋째, 심리적 장해를 주는 학대, 넷째, 경제적 학대, 다섯째, 간호 등 일상생활의 보호와 방치, 거부, 태만을 포함한 방임으로 정의하였다(송지원, 2001). 캐나다의 경우 광범위한 지형적, 정치적 영향으로 보편적 노인학대 개념이 규정되어 있지는 않으나, 캐나다 보건국은 노인학대를 "노인에 대한 신체적, 심리적, 재정적 해를 가져오는 행위"로 규정하고 있다. 또한 '가족폭력예방기구'는 노인학대를 "노인에게 해를 입히는 고의적 행동 또는 행위의 결핍"으로, 규정하고 있으며, 학대의 유

형으로 신체적 학대, 성적학대, 재정적 학대, 방임을 들고 있다. 또한 1999년 온타리오주 입법회의는 약물 오남용, 기본적 권리와 자유의 침해, 유기와 자기방임을 추가하였다(송인옥, 2008).

우리나라의 경우 노인학대란 “노인과 동일가구에서 생활하고 있는 노인의 가족구성원인 배우자, 성인자녀, 그리고 기타 부양자나 친척에 의하여 행해지는 신체적, 정서적, 재정적 착취 및 방임과 노인자신에 의한 방임을 말한다.”고 정의하여 동일가구에 사는 구성원 누구나 학대행위자가 될 수 있다는 점을 강조하였고, 학대의 범위로 자기방임까지 확대하여 보는 포괄적 개념으로 정의를 하고 있다(김미혜, 2001). 또한 황인옥(2004)은 노인학대를 “노인 스스로가 자신을 돌보지 않거나 노인 부양자가 의도적·비의도적으로 노인에게 신체적, 정서적·언어적, 경제적으로 고통을 주거나 방치·방임하는 행위”로 규정하고 있다. 이에 비해 고보선·유용식(2004)은 “노인학대를 노인이 타인으로부터 신체적, 정신적, 경제적, 언어적으로 위협을 받고 있거나, 노인을 방임하여 기본적인 건강을 유지시키기 어려운 상태”라고 정의하고 있다.

일반적으로 노인학대(elder-abuse)를 언급하는 용어로 학대(abuse), 유기(abandonment), 방임(neglect), 자기방임(self-neglect), 부당한 처우(maltreatment or mistreatment), 착취(exploitation) 등의 용어를 사용한다. 그러나 보편적으로 상위개념의 학대는 ‘노인학대’라는 용어로, 그리고 하위개념으로서의 학대는 ‘신체적 학대, 심리적 학대, 재정적 학대’ 등의 특정범위의 학대를 지칭하는 한정적 수식어와 함께 사용되는 경향이 있는 것으로 보고 있다(김미혜 외, 2006).

각 국의 노인학대 개념을 정리하면 <표 2-1>과 같다.

<표 2-1> 각 국의 노인학대 개념

국가	학대의 개념
미국	노인학대법: 모든 관계에서 발생 되는 노인에게 해나 장애를 일으킬 수 있는 단일한 혹은 반복적 행동, 적절한 행동의 부족
영국	노인학대전국조직: 신뢰가 기대되는 관계에서 발생하는 노인에게 상해나 고통을 일으키는 단일한 혹은 반복적인 행동, 적절한 행위의 결핍
일본	고령자학대방지학회: 친족 등 주로 고령자와 인간적 관계가 있는 자에 의해 고령자에게 가하여진 행위로서 고령자의 심신에 깊은 상처를 입혀 고령자의 인권을 침해하는 행위
캐나다	캐나다 보건국: 노인에 대한 신체적, 심리적, 재정적 해를 가져오는 행위 가족폭력예방기구: 노인에게 해를 입히는 고의적 행동, 행위의 결핍
한국	노인복지법: 노인학대라 함은 노인에 대하여 신체적·정신적·정서적·성적폭력 및 경제적 착취 또는 가혹행위를 하거나 유기 또는 방임을 하는 것

*자료: 주부양자의 노인학대에 영향을 미치는 요인에 관한 연구(송인옥, 2008).

이상의 노인학대에 관한 여러 정의를 종합하여, 본 연구에서는 ‘노인학대란 노인의 부양이나 수발을 담당하고 있는 부양자가 가정이나 시설 등에서 의도적, 비의도적으로 노인에게 신체적, 정서적, 성적, 재정적인 손상을 가하거나, 부양의무를 소홀히 하는 방임, 노인 스스로 자기를 돌보지 않는 자기 방임 행위, 노인을 외면하고 내다버리는 유기 행위’로 조작적으로 정의하고자 한다.

(2) 노인학대 유형

노인학대의 유형은 학대의 발생공간에 따라 가정학대, 시설학대(생활시설, 이용시설), 기타로 분류되고, 학대의 행위와 관련해서 신체적 학대, 정서적 학대, 성적학대, 재정적 학대, 방임, 자기방임, 유기 등으로 분류된다(중앙노인보호전문기관, 2014).

① 학대발생 공간에 따른 분류

가. 가정학대

학대피해노인과 동일 가구에서 생활하고 있는 노인의 가족구성원인 배우자, 성인자녀 뿐만 아니라 노인과 동일가구에서 생활하지 않는 부양의무자 또는 기타 사람들에 의하여 행해지는 학대.

나. 시설학대

a. 생활시설 학대

양로시설 및 노인공동생활가정, 노인복지주택 등의 노인주거복지시설과 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정 등의 노인의료복지시설 등의 장소에서 이루어지는 학대.

b. 이용시설 학대

노인복지관, 경로당 및 노인교실 등 노인여가복지시설과 방문요양서비스, 주·야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스 및 기타 재가서비스 등의 재가노인복지시설 등의 장소에서 이루어지는 학대.

다. 기 타

가정 및 시설 외의 공간에서 발생하는 학대.

② 학대행위에 따른 분류

가. 신체적 학대

신체적 학대는 노인에게 대해 상해, 신체적 고통, 장애로 이어질 수 있는 물리적 힘을 사용하거나 억압이나 강제감금 등 신체적인 강요를 가하는 행위를 말한다(Hird, 2003). 또한 Johnson(1995)은 신체적 학대란 타인에 의해서 의도적으로 신체적 손상 혹은 정신적 고통의 결과를 가져오는 폭력을 의미하는 것으로 노인에게 신체적 손상, 고통, 혹은 장애를 유발시킬 수 있는 힘의 사용에 의한 학대를 말하는 것으로 정의하고 있다(문정애, 2009 재인용).

신체적 학대의 구체적 행위는 노인을 제한된 공간에 강제로 가두거나, 노인의 거주지 출입을 제한한다. 노인을 폭행한다. 노인의 신체를 강제로 억압한다. 노인의 신체적 생존을 위협할 수 있는 행위를 한다. 노인이 원하지 않거나 수행하기 어려운 노동을 하게한다. 신체적 해를 가져올 위험성이 큰 행위로 노인을 협박하거나 위협한다. 약물을 사용하여 노인의 신체를 통제하거나 생명을 저해하는 경우를 의미한다.

나. 정서적 학대

손 에스더(2001)은 언어·심리적 학대(정서적 학대)란 모욕적인 언어, 언어적 폭행, 시설에 가두겠다는 위협 등과 같은 협박, 비인간화, 소외감에 의

한 공포를 조장하는 행위로서 노인에게 언어적 혹은 비언어적 행위를 통하여 심리적 고통을 주는 것을 말한다고 주장하였고, 김현주(2007)는 정서적 학대는 비난, 모욕, 위협, 헐박 등의 언어적 혹은 비언어적 행위를 통하여 노인에게 심리적 고통을 주는 것으로 정의하고 있다.

노인학대의 유형중 가장 많이 나타나는 형태로 정서적 학대는 주관적인 경우가 많기 때문에 기준이 모호할 수가 있으며, 우리나라 노인들의 대부분이 학대라 함은 신체적 폭행을 가하는 것만 생각을 하고, 노인을 정신적으로 어렵게 만드는 정서적 학대에 대해서는 아직 인식이 부족한 것이 현실이다.

정서적 학대의 구체적인 예로는 노인과 관련된 결정사항에 대해서 의사결정 과정에서 소외시킨다. 노인과 의 접촉을 기피한다. 노인을 위협 헐박하는 언어적 표현이나 감정을 상하게 하는 행동을 한다. 노인을 부양하는 것이 부담스럽다는 것을 노인 앞에서 노골적으로 표현한다. 노인의 친구나 친지 등이 방문하는 것을 싫어한다. 노인의 일상적인 사회활동이나 종교활동 등을 노골적으로 방해한다. 노인에게 발을 구르거나 방문을 세계 닫는 등 거친 행동을 한다. 부양자가 노인에게 '없어져 주었으면 하는 느낌'을 갖게 만드는 등 노인이 심리적으로 고통을 느끼거나 깊은 슬픔을 갖도록 하는 행위를 말한다.

다. 성적 학대

성적학대란 노인과 의 동의가 없는 모든 형태의 성적접촉 또는 강제적 성행위를 하는 것(서상철, 2004)으로 성적수치심 유발행위나 성폭력(성희롱, 성추행, 강간) 등 노인의 의사에 반하여 이루어지는 모든 성적 행위를 말한다.

성적학대의 구체적인 예로는 노인에게 성적 수치심을 주는 표현이나 행동을 한다. 노인에게 성폭력을 행한다. 사람들이 있는 앞에서 기저귀를 갈아드리며 노인에게 성적 수치심을 느끼게 한다. 노인 본인의 뜻과는 반하여 성적 접촉 등을 위협이나 폭력을 이용해 강요하는 행위 등을 말한다.

라. 재정적 학대

재정적 학대는 물질적·재정적 착취로 표현되기도 하는데, 친척 혹은 부양자가 개인적인 이득을 위해서 노인이 소유하고 있는 가치 있는 물건, 재산, 돈 등을 강압적으로 혹은 노인의 뜻과 관계없이 훔치거나 처분하는 불법적인 행위를 하는 것을 말한다(Giordano & Giordano, 1984). 또한 김태현(2007)은 재정적 학대란 노인의 자산을 노인의 동의 없이 사용하거나 부당하게 착취하여 이용하는 행위 및 노동에 대한 합당한 보상을 제공하지 않는 행위로 정의하고 있다.

재정적 학대의 구체적인 예로는 노인의 소득 및 재산, 임금을 가로채거나 임의로 사용한다. 노인의 재산 사용 또는 관리에 대한 결정을 통제한다. 노인의 재산에 관한 법률적 권리를 침해하는 행위를 한다. 노인의 유언장을 허위로 작성하거나, 노인이 작성한 유언장을 노인의 동의 없이 수정한다. 노인의 허락 없이 노인의 재산을 담보로 해서 대출받는다. 생활이 어려운 노인에게 생활을 유지하는데 필요한 용돈이나 생활비 등을 주지 않는다. 노인의 노동에 대한 대가를 정당하게 산정하지 않거나 지급하지 않는 등의 행위를 말한다.

마. 방임

부양자가 노인의 신체적 손상 혹은 정신적 고통을 피하는 데 필요한 물품 혹은 서비스를 제공하는 것 등의 보살핌을 불이행하는 것으로서 노인과 의존적인 사람에게 음식, 의복, 주택 등과 같은 생활필수품을 제공하지 않는 것이다(이기학, 2008).

방임의 대표적인 예로는 거동이 불편한 노인의 의·식·주 등 일상생활 관련보호를 제공하지 않는다. 경제적 능력이 없는 노인의 생존을 위한 경제적인 보호를 제공하지 않는다. 의료관련 욕구가 있는 노인에게 의료적 보호를 제공하지 않는다. 사고를 당할 수 있는 위험한 상황에 처하게 한다. 목욕이나 배변 시 도움이 필요한 노인에게 도움을 주지 않는다. 치매 등으로 인하여 인지기능을 상실한 노인에게 주의를 기울이지 않아 노인을 배회하게 한다. 거동이 불편한 노인을 2-3일 이상 혼자 집에 내버려두는 등의 행위를 말한다.

바. 자기 방임

자기방임은 노인 스스로가 의·식·주 제공 및 의료 처치 등의 최소한의 자기보호 관련 행위를 의도적으로 포기 또는 비의도적으로 관리하지 않아 심신이 위험한 상황이나 사망에 이르게 하는 행위이다(중앙노인보호전문기관, 2014).

자기방임은 적극적 자기방임과 소극적 자기방임으로 나누어지는데 적극적 자기방임은 본래 자기가 해야 할 신변의 청결, 건강관리, 가사 등을 자신이 할 수 있는 능력이 있어도 스스로 포기하여서 하지 않은 결과 심신의 건강상의 문제가 생기는 것이고, 소극적 자기방임은 자기의 신변의 청결, 건강관

리, 가사 등을 자신의 체력, 지식, 기능의 부족으로 또는 어떤 사정으로 말미암아 자신도 모르는 사이에 못하게 되는 결과 심신의 건강상의 문제가 일어나는 것을 의미한다.

적극적 방임의 대표적인 예로는 노인이 의식적으로 식사를 하지 않는다. 노인이 필요한 치료나 약 복용을 하지 않고 있다. 건강, 생활, 환경 등의 위험한 상황에서 노인이 도움을 요청하지 않거나 거부한다. 건강에 치명적임에도 불구하고 노인이 약물이나 알코올 남용을 지속한다. 그리고 소극적 방임의 대표적인 예로는 질병의 방치로 건강상태가 악화되고 있다. 거동불편으로 인하여 스스로 자신을 관리할 수 없어 건강상의 문제가 발생하는 경우 등을 말한다.

사. 유기

유기는 보호자 또는 부양의무자가 노인을 버리는 행위이다(중앙노인보호전문기관, 2014). 또한 노인을 다른 주거지에 살도록 하고 연락을 두절하는 행위, 그리고, 노인을 강제적으로 반감금 형태 시설에 보내 집으로 돌아오지 못하게 하는 것으로 노인을 길, 시설, 낯선 장소에 버리거나, 돈을 다 빼앗은 다음 연락을 끊어 노인이 낯선 장소에서 오랜 시간 배회하며 자신의 주거지 및 연락처를 알지 못하고, 주거지가 아닌 장소에서 불결한 주변 상황이나 식사를 제대로 하지 못하는 상태에 방치되고, 자녀가 전혀 연락되지 않으며, 주거지를 옮기거나, 이민을 하였기 때문에 노인의 신상에 대한 정보를 전혀 알 수 없는 상태를 말한다(이기학, 2008).

유기의 대표적 예로는 노인과 연락을 두절하거나 왕래를 하지 않는다. 노인을 시설, 병원에 입소시키고 연락과 왕래를 두절한다. 노인을 낯선 장소에 버린다. 배회노인에 대해 부양의무자가 부양의무 이행을 거부하는 행위를

말한다.

2) 노인학대 관련이론

노인학대의 원인과 그 결과를 탐색하는 연구들은 매우 다양한 이론적 관점에서 수행하였으며, 대표적 이론으로 Bandura의 모방학습이론에 근거를 두고 있는 사회학습이론, Haviland(1989)의 상황적 스트레스 이론, Steinmetz(1988)의 상징적 상호작용이론, 교환이론, 역할이론, Bronfenbrenner(1986)의 생태학적 체계이론 등을 들 수 있다. 이 중 본 연구의 노인학대 요인 및 실태 등과 관련된 상황적 스트레스이론, 사회구조이론, 상징적 상호작용이론, 생태학적 이론에 대해 살펴보고자 한다.

(1) 상황적 스트레스 이론

노인의 부양은 매우 힘들고 많은 스트레스를 불러일으키는 작업이므로 많은 학자들이 노인학대를 설명할 때 스트레스 이론을 지지하고 있다.

Steinmetz(1988)는 노인학대에 관련된 스트레스 변수로는 가족스트레스(어린 자녀들, 맞벌이 가정, 편부모 가정, 경제적 문제, 최근 가족원의 죽음, 가족원의 육체적 장애 등), 상대적 스트레스(부모, 형제자매, 친척 등에 대해 더 많은 것을 해야 하는 부담감 등), 의존 스트레스(사회적, 경제적 의존 등)를 제시하고 있다.

스트레스 이론은 지나친 과로, 심한 압박감, 가족 내 갈등, 그리고 여러 스트레스가 정신분열을 일으킨다는 것으로 일반인이 가장 많이 믿고 있는 이론이다. 스트레스를 일으키는 원인은 개인이나 가족의 내외적인 환경 및 사회 심리적 환경으로부터 발생한다. 스트레스의 구체적 요소는 과거에 관

계의 질이 낮거나, 가정 내 폭력의 내력, 몸이 불편하고 의존적인 노인, 정신질병과 같은 건강하지 못한 부양자, 노인의 문제 행동과 내적 스트레스의 증가를 들 수 있다(김미숙, 2001).

또한 스트레스원은 가족체계를 변화시키는 중요한 생활사건과 관련되어 있으며, 이러한 체계를 변화시키는 스트레스원은 가족을 긴장시키고 이를 대처할 수 없는 상태가 지속될 때 학대의 유형이 나올 수 있다는 것이다. 즉, 노인과 부양자가 상호작용하는 과정에서 노인의 의존성이 증가하게 되면 노인을 돌보는 부양자의 스트레스가 증가하게 되고, 이는 노인에 대한 학대의 가능성을 높이는 결과를 가져올 수 있다고 보는 부양자 스트레스 모델이 대표적인 상황적 스트레스 관점에 속한다.

따라서 노인학대의 예방과 치료를 위해서는 가족이 경험하는 문제와 긴장을 완화하고, 가족이 스트레스를 경험할 때 곧바로 지원을 제공해 줄 수 있는 다양한 사회적, 국가적 지원망이 제공되는 것이 필수적이다.

그러나 이 이론은 동일한 스트레스 상황에 놓인 가족들 중 어느 가족에게는 노인학대가 일어나는데, 어느 가족에게는 그러한 문제가 일어나지 않는가 하는 점에 대하여 사회적 지원 개념 외에는 별로 설득력이 있는 대답을 제시하지 못한다는 점 때문에 비판을 받고 있다. 이들 비판적 관점은 스트레스가 노인학대의 직접적인 원인변수가 아니고, 학대자의 정신적 문제나 약물남용과 같은 개인적인 특성이나 학대노인과 가해자간의 과도한 재정적, 정서적 의존성 등이 오히려 학대발생과 직접적으로 연관되어 있음을 주장한다(김선희 외, 2010).

(2) 사회구조이론

급속한 산업화와 도시화는 빠른 경제성장과 소득향상을 가져왔으며, 특히 의학의 발달과 인구의 고령화 현상을 초래하여 존경의 대상이던 농경중심의 확대가족제도에서 핵가족제도로의 가족형태변화를 가져왔다. 또한 경로효친 사상과 노부모에 대한 부양의식의 쇠퇴는 노인의 경제적 지위와 권위를 하락시켰다. 이처럼 서구사상의 만연과 고도의 산업화 영향으로 노인을 존경하는 태도에 크나큰 변화를 가져왔는데 연령에 기초한 편견과 기능주의 사회로의 변천은 개인주의의 발달을 가져왔다. 노인에 대한 부양의식의 감소는 노인세대와 현대관념에 젖은 젊은 세대 간에 상호역할과 기대에 차질이 빚어지게 되며, 지역사회에서 부적응의 심화로 제한된 역할이 노인들의 구조화 된 의존성을 발생시킬 수 있다. 따라서 우리사회의 무시되는 현상에서 학대는 시작되며, 노인들을 위한 보건 및 지지서비스의 미비도 의존성을 더욱 증가시킨다고 할 수 있다. 이는 자연스러운 현상이 아닌, 한 사회의 분업 체계와 사회적 불평등 구조가 만들어낸 산물이라 할 수 있다(김미숙, 2001).

(3) 상징적 상호작용이론

Bahr(1989)은 인간은 다른 사람이 자신에 대한 의미를 주체적으로 해석하여 나름대로 상황을 규정한 후, 자신과의 내면적 상호작용을 통해 상대방에 대한 반응양식을 결정하게 된다. 즉, 개인이 처해진 상황, 자아개념, 다른 사람들과의 반응에 따라 다르게 행동할 수 있다고 하였다. Steinmetz(1988)는 노인학대의 연구에서 이 이론을 적용하였는데 노인과 그들을 부양하는 자녀 사이의 태도, 행위, 상호작용을 관찰하여 모든 부양자가 똑같은 스트레스를 받고 있는 것은 아니며, 부양 그 자체가 스트레스를 일으키는 것은 아니라

고 하였다. 이처럼 가족폭력에 있어서는 상황에 대한 주관적 인지가 중요하며, 실제적으로 이를 객관적이고 독특하게 측정할 수 있는 방법이 중요하다는 것이다(문정애, 2009 재인용).

또한 최경희(2005)는 상징적 상호작용이론은 다른 사람들과의 상호작용으로부터 나는 어떠한 사람인가에 대한 자아개념을 갖게 되고 그러한 자아개념이 그 개인의 행동에 영향을 미친다는 이론으로 노인학대의 문제는 노인 자신이 자아존중감이 낮고, 스스로 부족하고 약하며, 무력한 존재라고 생각할 때 다른 사람들의 반응 역시 무시하고 함부로 대하게 된다는 관점이다. 즉, 상징적 상호작용이론에 의하면, 사회적 노화로 말미암아 노인이 속해 있는 집단 구성원 간의 상호작용에서 역할 기대가 변화하기 때문에 발생하는 것으로 본다.

(4) 생태학적 이론

생태학적 관점(ecological framework)은 인간의 행동을 개인, 가족 및 사회 환경체계와의 상호작용 속에서 이해하려는 체계론적 관점을 강조하는 이론으로 ‘환경속의 인간’이라는 총체적 인간관은 유기체를 환경과 분리할 수 없고 상호작용하는 체계로 보기 때문에 개인과 환경은 이분화 하는 것을 방지할 수 있으며, 양자 간의 상호작용에 초점을 둘 수 있게 해준다(김동배 외, 2003). 이러한 맥락에서 Kemp(1998)는 가족 내 학대를 이해하는데 있어서 생태학적 모델(ecological model) 또는 체계적 접근법(system approach)이 유용하다는 제안을 하였다. 이 접근법에서는 인간의 행동을 개인, 가족, 지역, 사회 등과 같은 환경과 결부시켜 이들 상호간의 지속적인 상호작용과 역동성을 다룸으로써 전체적인 관점을 강조한다(문정애, 2009 재인용).

Bronfenbrenner(1986)은 인간생태학 모델에 근거하여 인간발달 생태학이

라는 모형을 제시하였다. 인간발달 생태학적 관점에서의 생태학적 환경은 발달하는 개인에게 영향을 미치는 즉각적인 상황, 즉 그 장면에 함께 있는 또 다른 사람들과의 관계, 그 관계의 본질과 그 관계가 직접 그 개인을 다루는 사람들에게 영향을 줌으로써 사람에게 간접적으로 주는 영향에 초점을 맞춘다. 이 이론은 인간을 독립된 유기체로서보다는 환경과의 상호작용적인 산물로 보고, 인간발달을 변수간의 인과관계보다는 상호의존성과 상호작용성의 전체성 안에서 검증되어야 한다고 주장하였으며, 인간발달의 환경을 네 가지 환경체계인 미시체계(microsystem), 중간체계(mesosystem), 외체계(exosystem), 거시체계(macrosystem)로 분류하였다. 이 생태학적 접근이론에 근거한 노인학대 모델은 Bronfenbrenner(1986)의 생태학적 모델과 생활주기 모델을 기반으로 발전된 것으로, 가족 내 성인자녀에 의한 노인학대를 조명하여 학대 위험요인과 가족 내 세대 간 특질을 설명하는 관계상황 구조를 제시하고 있다(정혜란, 2013).

Kemp(1998)는 Bronfenbrenner(1986)의 생태체계이론을 기초로 하여 가족 내에서 발생하는 학대행위를 설명하는데 미시체계, 중간체계, 거시체계의 특성을 가지고 설명을 시도한 바 있다. Kemp(1998)는 개인적 수준의 특성들(인성, 동기, 정신병리적 특성 등)을 미시체계로, 가족특성을 중간체계로, 그리고 지역사회와 사회에서 일어나는 현상을 설명하는 요인들을 거시체계로 분류하였다.

우리나라에서 생태학적 관점을 적용하여 노인학대를 살펴본 연구로는 한은주(2000)의 연구가 있다. 생태학적 이론을 적용한 연구결과에 의하면 성별, 연령, 교육수준 등의 미시체계적 요인들 중 여성노인, 고령노인, 교육수준이 낮은 노인들이 학대받을 가능성이 많은 것으로 보고 있으며, 중간체계적 요인에서는 부양책임을 가진 자녀, 접촉빈도가 높은 자녀들에 의한 학대가 많이 나타나고 있고, 거시체계적 요인에서는 노인을 존중하지 않는 문화,

노인에 대한 부정적 타입이 만연되어 있는 사회에서 노인학대가 일어날 가능성이 높은 것으로 지적되었다(김선희 외, 2010).

생태학적 접근은 기존의 다양한 이론들을 바탕으로 통합적 시각에서 구축된 것이므로 다른 이론들이 갖지 못하는 포괄적 조망을 가능하게 하고, 개인에서 가족 혹은 보다 큰 체계에 이르는 다양한 분석단위에 적용될 수 있는 장점과 가정폭력으로서 노인학대가 개인, 관계, 사회적 맥락에서의 설명이 가능하다는 장점을 가지고 있으며, 노인학대를 사회적 이슈로 접목시키는 긍정적 측면이 있다. 그러나 개념이나 명제가 고도로 추상화되어 있고, 다양한 의미로 해석될 수 있으므로 조작화에 의한 변수로의 전환이 상대적으로 어렵다는 제한점을 갖고 있다(권금주, 2007; 정혜란, 2013).

3) 노인학대 발생 요인

그 동안 우리나라의 노인학대 영향요인을 연구한 기존의 선행연구(이연호, 2002; 권중돈, 2006)들은 노인학대가 개인, 가족, 사회, 국가적 요인들이 복합적으로 작용하여 발생하는 것으로 보고 있는 생태학적 이론에 기초하여 분석하고 있다.

따라서 본 연구에서는 노인학대 발생요인에 대한 접근에서 Bronfenbrenner(1979)의 생태체계이론을 기초하여 학대피해자의 개인적 특성요인, 가해자 개인적 특성요인, 가족상황적 요인, 사회문화적 요인, 사회정책적 요인으로 나누어 살펴보고자 한다.

(1) 피해노인 개인적 특성요인

선행연구들을 통해 살펴보면, 학대받는 노인들은 성별, 연령, 교육수준, 배우자 유무 등과 같은 인구사회학적 요인과 개인의 신체적, 정신적 장애, 경

제적 빈곤, 무기력감에 따른 의존성이 일반적으로 가족구성원으로부터 공격의 대상이 되어 학대로 이어지고 있다.

일반적으로 성별의 경우 여성노인이 남성노인에 비해 학대에 노출될 위험이 높다(김태현·한은주, 2000). 여성노인들이 남성노인들보다 평균수명이 길기 때문에 배우자와 사별하고 자녀나 손자녀와 함께 사는 기간이 길어 학대의 대상이 되고 있다. 한편 남성노인이 여성노인보다 두 배 정도 학대에 더 취약하다는 연구결과(이성희·한은주, 1998)도 있어, 여성노인, 남성노인 모두가 학대위험에 노출되어 있다

연령이나 교육수준은 학대와 상당히 일관성이 있는 결과를 보여준다. 선행연구들(이해영, 1996; 한국형사정책연구원, 1995; 한은주, 2000; 이연호; 2002)에서 노인의 연령이 많을수록, 교육수준이 낮을수록 학대에 노출될 위험이 더 많다는 연구결과를 내놓았다. 나이가 들어갈수록 노인의 신체적, 정신적 기능이 떨어지고, 교육수준이 낮을수록 자녀들과의 소통이 원만하지 않아 학대의 위험성이 증가한다는 것이다.

가족과 동거여부에서는 배우자 없이 성인자녀와 동거한 노인이 학대를 받을 위험성이 더 높은 것으로 나타났다(한은주, 2000)

하지만 사회인구학적 특성과 노인학대 간의 관계는 위에서 살펴본 것같이 단순하다기보다는 여러 요인들이 함께 작용하여 노인학대에 영향을 미치고 있다. 즉, 노인의 교육수준이 낮고, 연령이 높을수록 건강상의 문제, 경제적 상황, 대처자원의 부족 등이 상대적으로 낮아서 학대위험이 더 많이 늘어나게 된다.

다음으로 노인은 신체적, 정신적 기능의 퇴화과정을 거치면서 노화로 인해 점차로 일상생활능력(ADL)과 도구의 일상생활능력(IADL) 수행의 어려움에 직면하고, 기능의 저하와 사회적·심리적 변화가 나타남에 따라 자녀나 타인의 지원을 요하는 정서적·경제적 의존성을 증가시키게 되고, 이러

한 노인들의 의존성은 노인학대의 중요한 요인이 되고 있다.

노인학대 분야의 연구자들은 정신적, 신체적 장애로부터 고통 받는 노인이 상대적으로 건강한 노인보다 학대받을 위험이 높다고 보고 있다 (Steinmetz, 1978). 질병이나 장애는 자아정체감을 잃게 하며, 학대에 어떠한 대응도 못하는 노인을 만들어 의존성을 심화시키고, 이런 노인들에 대해 부양자들은 언어적, 신체적, 방임적 형태의 폭력을 쉽게 행사하게 된다.

한동희(2001)는 학대 받기 쉬운 유형을 다음과 같이 설명하고 있다. 첫째, 자기의 판단이나 능력에 자신이 없고, 자기 평가가 낮은 노인, 둘째, 학대를 당해도 당연하다고 생각하여 자기가 변하면 상대의 행동이 변화하리라고 생각하며 그 상황을 변화시키려는 노력을 자신에게 돌리는 노인, 셋째, 학대자 측의 문제 행동의 원인이 피학대자 자신에게 있다고 생각하는 노인, 넷째, 전통적 고정관념에 따라 희생적이고 인내하는 것이 가장 최고의 방법으로 아는 노인, 다섯째, 죄의식에 고민하여 공포나 노여움의 감정을 억누르는 노인, 여섯째 사회적으로 고립되어 있어 누구에게도 자신의 어려움을 해결하도록 도움을 구하지 않는 노인, 일곱째, 좀처럼 저항하는 일을 하지 않으며, 복종은 살아남을 수 있는 수단으로 생각하고 상대는 그것을 자신에 동의하는 것이라고 받아들이고 있는 노인, 여덟째, 수발을 받는 것처럼 보이며, 비록 폭력이 더욱 심해져도 이를 상담하려 하지 않는 노인, 아홉째, 폭력 하는 상대에게 오히려 잘하려고 하는 노인 등이다.

이와 같이 학대받는 노인은 개인의 인구사회학적 요인들과 의존적 특성을 지니고 있어 부양자들로부터 공격의 대상이 되고 있으며, 노인이 처한 이러한 상황적 요인이 부양자들에게 부정적인 모습으로 나타날 때 학대로 이어질 가능성이 높아진다. 이외에도 노년기에 쉽게 찾아볼 수 있는 노인 개인의 열등감, 외로움 등의 여러 가지 중요한 심리적 문제가 복합적으로 작용하여 노인학대가 발생되고 있다. .

(2) 가해자 개인적 특성 요인

선행연구들을 통해 나타나는 학대자의 특성으로는 성별, 연령, 교육수준, 신체적·정신적·경제적 의존관계, 부양에 따른 스트레스, 과거 학대력 등이 주로 연구되어 왔다.

Block 와 Sinott(1979)의 연구에 의하면 가해자의 81%가 가족이나 친척이고, 42%가 자식이며, 그 중 53%가 40-50대였고, 65%가 중산층으로 나타났다. 또한 가해자에게 심리적인 문제가 있는 경우는 58%, 경제적 문제가 있는 경우는 31%였다. 따라서 학대자의 가까운 자녀, 친척 등의 개인적 특성 요인은 매우 중요하다고 볼 수 있다.

성별로 볼 때, 남성보다 여성이 노인부양에 따른 스트레스로 인해 노인학대로 이어지는 경우가 많이 있지만, 일부 연구에서는 남성과 여성이 비슷한 비율로 학대하거나(Pilermer 와 Finkelhor, 1988) 오히려 남성이 여성보다 더 많이 학대하는 것으로 밝혀지기도 하였다(한은주, 2000). 한편 학대자의 교육수준은 대체로 낮은 편으로 보고되고 있다(중앙노인보호전문기관, 2014).

학대자의 특성과 관련해서 많이 연구되어온 요인으로는 경제적 상태와 부양에 따른 스트레스이다. 학대자들은 실직, 실업상태에 있거나 비전문직에 종사하는 등 경제적으로 어려운 상태에 처해 있으며, 피해노인에게 경제적으로 의존하고 있는 경우가 많았다(한은주, 2000).

피해자와 학대자와의 관계에서 Wolf(1997)는 처음으로 피해자의 의존성보다 오히려 학대자의 피해자에 대한 의존성이 학대를 유발하는 요인이 될 수 있음을 보여주었다(박금윤, 2008). 이에 따라 최근 연구에서는 피해노인의 부양자에 대한 의존성 못지않게 학대자의 심리, 사회적 상태에 따른 피해노인에 대한 의존성을 학대요인으로 다루고 있다(이성희·한은주, 1998).

노인학대는 가해자의 성격적 특성, 정서장애, 정신장애, 알콜중독, 약물중독 등에 의해 의도적으로 행해지며, 노인을 돌보는 입장에 있는 사람이 돌봐야 할 노인을 돌 볼 능력이나 지식이 결여되어 있거나, 부양자의 신체적, 정신적 스트레스로 인해 학대가 가해진다. 이와 같은 정신적인 문제를 가진 자녀 알코올중독자들은 노부모에게 의존하기도 하고, 부정적인 감정을 표출하기도 해서, 결국 학대적인 상황으로 몰고 간다. 즉 노부모에게 은신하거나 경제적으로 의존하고 있는 무능한 자녀가 오히려 노인을 더 학대하는 성향을 가진다는 점이다(Douglass 와 Hicky, 1981).

한편 외부적 스트레스는 경제적 문제, 부양책임, 사회적 관계의 단절에 의한 좌절과 분노 등을 말하는데 가해자들이 겪는 이러한 외부적 스트레스가 노인학대와 연결되는 요인이 되기도 한다. 또한 폭력은 학습되는 행동으로서 가해자가 아동기 때 노부모나 다른 가족들에게 학대를 경험했거나 목격한 경우 이전 경험에 대한 복수가 학대동기를 유발하는 요인이 될 수 있다(한동희, 1996).

(3) 가족상황적 요인

기존 선행연구들에 나타난 노인학대의 가족관련 요인으로는 가정의 경제적 문제, 주거문제, 노부모·자녀와의 관계, 가족원의 수와 도움의 정도, 재산 문제, 힘의 갈등 등이 있다. 특히 의료비용의 과중한 부담이나 사람이 지나치게 욕심이 많은 경우 스트레스의 원인이 되며, 이는 학대 발생으로 연결될 수 있다. 즉, 노인학대는 가족의 정신병리 현상으로 볼 수 있으며, 정신적으로 건강한 가족이라도 과도한 부양부담으로 인해 학대행위가 저질러질 수 있다.

Pillemer 와 Finkelhor(1988)은 가정환경 속에 많은 위험요인들이 나타날

수록 노인학대의 가능성이 크다고 하였다. 가정환경은 실제로 노인·부양자 간의 역동성이 이루어지는 환경으로 가정환경 속에 위험요인은 잠재적 학대 가능성을 증가시킬 수 있다고 볼 수 있다(박금윤, 2008).

Horowitz(1985)는 부양하는 자녀와 노부모의 상관관계는 과거 경험들을 바탕으로 하며, 부양자가 노인에게 어떠한 영향을 주는가를 결정한다고 하였다. 서로 간에 오랫동안 거부, 따돌림, 혹은 상호 갈등이 있었다면 성인자녀가 도움을 제공하더라도 노부모가 그것을 받아들이지 않으려 할 것이다. 또한 노부모와 가족 성원 간에 힘의 갈등 역시 학대를 일으키는 요인으로 작용한다. 예를 들어 여성노인을 부양하고 있는 딸 혹은 며느리는 가사일, 양육방식 등에 있어 노인과 갈등이 생길 수 있는 것이다. 이와 같은 힘의 갈등이 어떤 부양자들에게는 학대적 행위를 나타나게 하는 상황이 될 수도 있다.

이성희·한은주(1998)는 “부양자의 노인학대 경험과 관련요인 연구”에서 서울시에 거주하는 (시)부모를 부양하고 있는 중년기의 기혼남녀 200명을 대상으로 조사한 결과 피부양자에 대한 심리적 학대 및 방임의 경험이 가장 높게 나타났고 그 원인으로는 쌍방 간의 이해부족과 경제적 능력 부족 때문이라는 응답이 가장 높게 나타났다. 따라서 노인학대 경험에 영향을 미치는 변인으로 부양스트레스가 유의한 것으로 보고하고 있다.

한은주(2000)의 연구에서 노부모·자녀 사이의 만족도와 정서적 유대감은 학대에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 노부모와 자녀의 관계만족도가 낮고, 자녀와의 정서적 유대감이 낮으며, 비 동거 자녀와의 결속력이 낮을 때 노인학대가 높게 나타난다고 밝혔다.

고부갈등은 우리나라에서 오랫동안 해결되지 않은 고질적 가족문제이다. 한쪽의 희생적 노력 없이는 그 해결의 실마리가 보이지 않았던 관계가 시어머니와 며느리의 관계였다. 과거에는 시어머니를 며느리가 부양해야 하는

것이 당연시 되었지만, 현대에는 그러한 부양가치관이 달라짐에 따라 학대의 가해자의 입장이 시부모였던 과거와 달리 현대에는 그 자리 바뀔이 일어나 오갈 곳 없고 자원이 고갈된 노인이 며느리에게 희생되고 있는 경우도 있다(김영중, 2006).

가족상황적 요인을 강조하고 있는 Henton에 의하면 노인을 부양해야 하는 시기가 생활주기에 있어 어려운 단계일 경우에는 부양자의 스트레스가 더해져 노인학대로 나타나기 쉬우며 공격적인 성향이나 부양자의 노인이 자녀와의 상호관계 처리기술이 부족한 경우에 부양자들은 지속되는 책임감을 다루는 한 방식으로 같은 행위를 택하게 된다고 하였다(김현수, 1997).

우리나라의 일부 선행연구(한은주, 2000; 이연호, 2002; 권중돈, 2006)들은 생태학적 관점을 바탕으로 노인학대요인을 파악하고 있다. 하지만 관련 변수들의 단편적인 면에 치중하여 있고, 노인과 부양자사이에 상호작용에서 발생하는 가족갈등이나 인과적 관계에 대한 연구는 미흡하다. 따라서 가족 내에서의 상호 간에 일어날 수 있는 관계적 갈등, 기능적 갈등, 경제적 갈등 등 가족 내의 힘의 갈등을 파악하는 것이 무엇보다 필요하다.

(4) 사회·문화적 요인

지역공동체는 그 사회의 구조 속에서 차지하는 사회적 지위가 있다. 이 지위는 정치제도, 경제적 구조, 교육제도, 대중매체, 지역사회 주민의 인식 등에 의해 만들어진 산물이며, 이 지위는 사회정의, 공동체 내에서의 문화적 다양성, 모든 사람들을 위한 삶의 질 등을 훼손한다. 따라서 지역공동체의 사회적 지위의 부정적 측면들이 노인문제에 심각한 영향을 미치게 한다.

부양자와 노인의 관계에서 일어날 수 있는 학대의 가능성에 영향을 주는 것으로 사회·문화적 수준에 따른 여러 가지 요소들, 가치관의 변화, 노인차

별주의, 이혼율 증가와 수명연장 등이 있다(Douglass 와 Hiskey, 1981). .

첫째, 가치관의 변화 및 가족구조의 변화를 생각할 수 있다. 현대화, 산업화가 진행됨에 따라 급격한 출생률의 저하로 부양하는 역할을 수행할 자녀들의 수가 적어지고, 지리적으로 떨어져 생활하기 쉬운 구조적 변화를 가져왔다. 이는 가치관에도 많은 영향을 미치게 된다. 즉, 생산능력이 저하된 취약한 노부모에 대한 부양의식이 회박해짐에 따라 부모에 대한 효 의식에도 커다란 변화가 생기게 되었다. 부모가 원하는 정신적 유대보다는 물질적 부양으로만 그들의 자녀 된 도리를 다 한 것으로 생각함에 따라 노부모와 성인자녀 사이의 관계가 점차로 소원하게 되는 경향을 나타내고 있다. 또한 우리나라는 남아선호사상이 오랫동안 우리의 사고에 뿌리내려 부모부양은 아들이 마땅히 하는 일이며, 부모가 돌아가시고 난 뒤 제사 역시 아들이 모시는 것을 우선시하여, 딸이 노부모를 모시는 경우 상당히 부담감을 가지고 있다.

둘째, 노인차별주의를 생각할 수 있다. 노인에 대한 가치저하와 편견의 결과로 사회의 활동으로부터 노인들이 소외되고, 이에 따라 보다 더 많은 학대의 위협에 노출된다. 즉 능력에 대한 직접적인 평가가 아닌 노인에 대한 선입견 때문에 우리사회가 통상적으로 노인을 무능력하다는 이유로 사회의 많은 활동으로부터 노인을 이탈시키는 것이다. 또한 자원부족, 소득의 감소, 생활비의 증가, 무주택 노인들의 경제적 어려움 등의 요소들은 노인들이 무시, 소외되는 사회적 환경을 조성하고 결과적으로 노인들을 가족과 사회로부터 고립시킨다.

노인이 사회적으로 고립될 경우, 노인학대가 발생할 확률이 높아진다. 학대 피해노인이 학대를 받지 않는 노인들에 비해 이웃 및 친척간의 접촉빈도가 매우 낮고 고립되어 있다고 보고 있다(Kemp, 1998). 대다수의 학대피해 노인들은 자녀나 친척들로부터 지원을 거의 받지 못하는데 비해, 종교단체

나 공적원조를 포함하는 사회적 원조를 받는 정도가 높게 나타났다(이연호, 2002).

셋째, 이혼율의 증가와 수명연장을 들 수 있다. 우리나라는 출생율의 저하로 노인인구 부양지수가 계속 상승하고 사회 부담이 높아지고 있다. 부양인구의 감소를 나타내는 현대사회의 또 다른 현상으로 이혼율이 증가하고, 많은 사람들 주로 여자들이 독신으로 지내거나, 일찍 결혼한 여성이 있다 하더라도 자녀를 늦게 가지거나 자녀수를 제한하고 있다. 이혼이나 독신생활을 하는 성인자녀들은 자주 재정적인 어려움을 겪게 되며, 노부모에 대한 부양책임이 부가되면 더욱 스트레스 수준이 높아져 노부모를 학대하기 쉽다. 또한 현대산업사회와 의학의 발달과 노인들의 수명이 연장됨에 따라 오랜 세월 동안 육체적, 정신적으로 어려움을 겪으며 가족들의 원조를 받는 노인들이 늘어나 학대의 중요한 요인이 되고 있다.

(5) 사회·정책적 요인

우리나라의 노인관련 사회정책은 노인문제를 사회문제 보다 개인이나 가족의 문제로 파악하는 경향이 있다. 우리사회에서는 가정을 신성불가침한 영역으로 간주하여 가족에서 일어나는 노인관련 문제들은 매우 사적인 것이고, 외부 세계로부터 간섭을 받는 것은 합당하지 못하다는 선입관을 가지고 지내왔다. 이러한 태도는 노인학대를 사회문제로 인식하지 못하고 가정의 문제로만 여기는 것이다.

현재 우리정부의 노인정책의 원칙은 ‘선 가정보호 후 사회보장’인데 이러한 원칙은 노인문제를 가족책임주의 정신에 의해 해결할 수 있다는 시각을 반영한 것이다. 전통적 유교문화를 중심으로 해온 우리나라 가정들은 가족의 문제가 사회로 노출되는 것을 꺼려왔다. 이에 정부에서는 노인문제 해결

을 위해 이러한 잘못된 시각에서 벗어나 근본적인 해결책을 찾아야 한다(최성재 외, 1995). 이에 따라 전통적 가치를 가지고 있는 효 문화가 현대의 가족과 사회적 환경에 적합한 가치로 자리 잡기 위해서는 가족적 차원과 사회적 차원에서 새로운 방법을 모색해야 할 것이다.

우리나라에서는 노인의 건강관리를 위한 체계적인 제도마련이 이루어지고 있지 않을뿐더러 현행 실시되고 있는 노인복지법도 효력이 미비하다. 더욱이 의료시설체계가 거동이 불편하고 의존성이 높은 노인들을 수용하기 쉬운 일이 아니며, 현실화하기도 어려운 실정이다. 와병 노인의 부양책임을 맡은 자녀들은 경제적 부담, 신체적 피로, 직장에서의 능률저하, 사생활의 제약, 부부생활 및 자녀 양육의 제 문제점, 다른 가족 구성원간의 의견충돌 등 수많은 문제로 인하여 쌓인 스트레스가 부양자와 노인의 관계를 악화시켜 가족으로부터 방치되게 만든다.

과도한 부양부담을 가지고 있는 자녀들의 스트레스는 학대로 이어지고 있으므로 가족 간병인이 필요 없는 노인전문병원이나 미국과 같이 낮 동안에 노인이 이용할 수 있는 Day Care Center와 같은 시설이 국가적 차원의 지원으로 많이 확장되어 노인을 부양하고 있는 가족들이 부양에 대한 스트레스를 줄일 수 있도록 적극적인 노력이 필요하다.

최근 유럽과 미국에서는 가족전체를 단위로 하는 서비스를 제공함으로써 가족의 유대를 강화시키고 가족과 지역사회가 노인을 돌보는 정책을 실시하고 있다. 이는 가족이 노부모를 부양하기 위한 대처프로그램, 즉 노부모 가족부양정책이 국가적 차원에서 고려되지 않으면 노인은 가족의 계속되는 악순환의 희생자가 될 수밖에 없음을 인식하고 있다고 볼 수 있다(최해경, 1993).

4) 노인학대 실태

우리나라는 1960년대에 산업화가 시작되면서 인구 및 가족구조의 변화가 서서히 일어나기 시작했다. 그러다 본격적인 경제성장이 이루어지던 1980년대에 와서 인구구조의 변화로 노인문제가 커다란 사회문제로 대두하기 시작하였다.

노인인구의 급속한 증가는 사회전반에 걸쳐 많은 영향을 미치고 있는 것이 사실이다. 지난 약 40년 우리 사회 전반에 걸쳐 경험한 급격한 변동은 다양한 형태의 노인문제를 야기하고 있다. 뿐만 아니라 핵가족화, 소가족 규범화로 가족 내의 노인 부양 가능성이 축소되고 있는 점을 볼 때, 노인학대의 문제는 현재 우리가 인식하고 있는 것보다 훨씬 급속히 해결해야 할 문제로 다가오고 있다.

1982년 7월 비엔나에서 개최된 ‘노인에 관한 국제회의(World Assembly on Aging)’에서 노인문제는 개인 또는 가정 내에서 해결할 문제가 아닌 국가적 차원에서 세계 각국이 공통적으로 직면할 절박한 문제라고 강조하였다(이원출, 2006).

Pillemer 와 Finkelhor(1988)의 노인학대 연구에 따르면 노인학대는 전체 노인의 1%~35%에 이르고 있다고 하였다. 하지만 이런 수치는 단지 병산의 일각에 불과하다고 보았고, 전문가들은 노인학대는 실제보다 80%정도 적게 보고되고 있다고 믿고 있으며, 선진국들에서의 범죄, 사회복지, 언론보도에서는 노인들의 학대, 방임, 재정적 착취 등이 널리 퍼지고 있다고 보고하고 있다.

이에 본 논문에서는 보건복지부와 중앙노인보호전문기관의 발표 자료를 기초로 최근 노인학대의 상황을 면밀히 살펴보기 위해 유형에 따른 학대상황은 2008년~2013년까지 6년 동안의 변화를 살펴보고, 나머지 학대에 관련

된 현황은 최근 2010년~ 2013년까지 4년 동안의 우리나라 노인학대의 실태를 분석하여 노인학대 문제로부터 비롯되는 노인자살의 문제해결에 도움이 되고자 하였다.

(1) 학대피해노인 현황

① 유형

<표 2-2>는 학대유형건수를 기준으로 2008년부터 2013년까지 학대피해노인이 경험한 학대유형을 중복 집계하여 학대유형을 분류한 것으로 2013년을 기준으로 보면 정서적 학대(38.3%)가 가장 많고, 그다음으로 신체적 학대(24.5%), 방임(18.6%), 경제적 학대(9.0%), 자기방임(6.5%), 성적학대(1.5%)의 순으로 나타났다. 특히 <표 2-2>에서 나타난 바와 같이 노인 스스로 의식주 포기 등으로 극단적으로는 사망까지도 이어질 수 있는 자기방임이 2009년도와 2013년도에 다소 줄었지만 2012년까지 계속적으로 증가하고 있어 노인자살로 이어질 수 있는 위험요소인 자기방임에 대한 사회적, 국가적 대책이 절실히 요구되고 있다.

<표 2-2> 노인학대 유형별 현황

(단위: 건, %)

학대 유형	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
신체적 학대	874(22.4)	1,127(24.6)	1,304(25.7)	1,419(24.6)	1,326(23.8)	1,430(24.5)
정서적 학대	1,561(40.1)	1,853(40.4)	1,98(39.0)	2,307(40.0)	2,134(38.3)	2,235(38.3)
성적 학대	20(0.5)	37(0.8)	39(0.8)	72(1.3)	63(1.1)	90(1.5)
경제적 학대	446(11.4)	554(12.1)	574(11.3)	607(10.5)	540(9.7)	526(9.0)
방임	839(21.5)	806(17.5)	891(17.5)	1,038(18.0)	1,042(18.7)	1087(18.6)
자기 방임	117(3.0)	129(2.8)	196(3.9)	236(4.1)	394(7.1)	375(6.5)
유기	40(1.0)	82(1.8)	91(1.8)	86(1.5)	71(1.3)	89(1.5)
계	3,897(100.0)	4,588(100.0)	5,076(100.0)	5,765(100.0)	5,570(100.0)	5832(100.0)

*자료: 중앙노인보호전문기관(2008년~2013년).

② 성별

2010년부터 2013년까지 전국노인보호전문기관에 신고·접수된 사례 중 남녀 성별비율을 보면 <표 2-3>와 같다. 2010년부터 2012년까지 성별비율에 있어 남성노인이 30% 초반, 여성노인은 60% 후반을 나타내고 있다. 하지만 2013년에는 남성노인이 28.4%, 여성노인 71.6%로 나타났다. 2013년 기준으로 살펴보면 여성노인 2,522명(71.6%)로 남성노인 998명(28.4%)보다 2배 이상 높게 나타났으나 2013년 우리나라 65세 이상 노인인구 성별 비율이 남성이 40.1%, 여성이 59.9%인 부분을 감안하면 그리 특이할 점은 아니지만, 앞

으로 여성노인들의 확대가 더 이상 심각한 상태에 이르지 않도록 주의할 필요
 요가 있다.

<표 2-3> 피해노인 성별 현황

(단위: 명, %)

성 별	2010년	2011년	2012년	2013년
남	979(31.9)	1,072(31.2)	1,058(30.9)	998(28.4)
여	2,089(68.1)	2,369(68.8)	2,366(69.1)	2522(71.6)
	3,068(100.0)	3,441(100.0)	3,424(100.0)	3520(100.0)

*자료: 중앙노인보호전문기관(2010년~2013년).

③ 신고자

신고자 현황을 보면 <표 2-4>과 같이 신고의무자⁵⁾의 경우 2010년도에 비
 해 2013년도에는 5.4%(682건->645건) 감소하였고, 비신고의무자는 2010년도
 에 비해 20.5%(2,386건->2,875건) 증가하였다. 특히 신고자 중 신고의무자가
 차지하는 비율은 1/5 수준에도 미치지 못하고 있고, 2010년에 비해 2011년
 에는 5.0%(682건->716건)으로 늘어났지만 2011년에 비해 2012년에는
 20%(716건->573건) 감소하였다. 하지만 2012년에 비해 2013년에는
 12.6%(573건->645건) 증가하고 있다.

5) 신고의무자는 노인복지법 제39조의 6(노인학대 신고의무와 절차 등)에 따라 다음과 같다.

1. 의료법 제3조 제1항의 의료기관에서 의료업을 행하는 의료인
2. 제31조에 따른 노인복지시설의 장과 그 종사자 및 제7조에 따른 노인복지상담원
3. 장애인 복지법 제58조의 규정에 의한 장애인복지시설에서 장애노인에 대한 상담, 치료, 훈련 또는
 영양업무를 수행하는 사람
4. 가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률 제5조 및 제7조에 따른 가정폭력 관련 상담소 및 가정
 폭력피해자 보호시설의 장과 그 종사자
5. 사회복지사업법 제14조에 따른 사회복지전담공무원 및 같은 법 제34조에 따른 사회복지관, 부랑인
 및 노숙인 보호를 위한 시설의 장과 그 종사자
6. 노인장기요양보험법 제31조에 따른 장기요양기관 및 제32조에 따른 재가장기요양기관의 장과 그 종
 사자
7. 119구조 · 구급에 관한 법률 제10조에 따른 119구급대의 구급대원
8. 건강가정기본법 제35조에 따른 건강가정지원센터의 장과 그 종사자호전

<표 2-4> 신고자 현황

(단위 : 건, %)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년
신고 의무자	682	716	573	645
	22.2	20.8	16.7	18.3
비신고 의무자	2,386	2,725	2,851	2,875
	77.8	79.2	83.3	81.7
계	3,068	3,441	3,424	3,520
	100.0	100.0	100.0	100.0

*자료: 중앙노인보호전문기관(2010~2013).

④ 발생장소

학대발생 장소를 살펴보면 <표 2-5>과 같이 2010년부터 2013년까지 매년 가정 내에서 노인학대가 발생하는 비율이 가장 높게 나타났다. 이에 따라 가정 내에서의 학대발생 요인을 발견하여 이에 대처하는 방안을 강구해야 하고, 노인장기요양보험의 시행으로 생활시설이나 이용시설이 증가되면서 시설에서 발생할 수 있는 노인학대가 계속 증가하고 있는 실정으로 이에 대한 개입 절차 및 방법을 마련해야 할 것이다.

<표 2-5> 학대발생 장소 현황

(단위: 건, %)

발생장소	2010년	2011년	2012년	2013년
가정내	2,625(85.6)	2,921(84.9)	2,909(85.0)	2925(83.1)
생활시설	127(4.1)	196(5.7)	216(6.3)	251(7.1)
이용시설	22(0.7)	24(0.7)	35(1.0)	42(1.2)
병원	88(2.9)	65(1.9)	83(2.4)	107(3.0)
공공장소	87(2.8)	92(2.7)	86(2.5)	86(2.4)
기타	119(3.9)	143(4.2)	95(2.8)	109(3.1)
계	3,068(100.0)	3,441(100.0)	3,424((100.0),	3520(100.0)

*자료: 중앙노인보호전문기관(2010년~2013년).

⑤ 학대지속기간

학대지속기간은 최초 학대가 발생한 시점부터 현재까지의 지속기간을 의미하고 학대지속기간을 살펴보면 <표 2-6>와 같이 2010년부터 2013년까지 「1년 이상~5년 미만」이 가장 많고, 그 다음 「5년 이상」, 「1개월 이상~1년 미만」, 「일회성」, 「1개월 미만」의 순으로 나타났다.

2013년에는 전체 학대사례 중 「1년 이상~5년 미만」이 1,223건(34.7%)으로 가장 높고, 「5년 이상」이 1,113건(31.6%)로 학대 발생한 기간이 1년 이상이 66.3%로 절반 이상의 학대피해노인이 장기간 학대에 노출되어 학대피해로 인한 부작용이 시간이 갈수록 더 심각해질 우려가 있으므로 적극적인 대책이 필요하다.

<표 2-6> 학대지속기간 현황

(단위: 건, %)

지속기간	2010년	2011년	2012년	2013년
5년 이상	887(28.9)	1,036(30.1)	1,016(29.7)	1113(31.6)
1년 이상~5년 미만	1,238(40.4)	1,336(38.8)	1,284(37.5)	1223(34.7)
1개월 이상~1년 미만	634(20.7)	697(20.3)	773(22.6)	790(22.4)
1개월 미만	109(3.5)	135(3.9)	127(3.7)	152(4.3)
일회성	192(6.2)	230(6.7)	224(6.5)	242(6.9)
과약안됨	8(0.3)	7(0.2)	0(0.0)	0(0.0)
계	3,068(100.0)	3,441(100.0)	3,420(100.0)	3520(100.0)

*자료: 중앙노인보호전문기관(2010년~2013년).

(2) 학대행위자 현황

① 성별

2010년부터 2013년까지 학대행위자 성별을 분석한 결과 <표 2-7>과 같다. 2013년 학대피해노인 3,520명에 대한 학대행위자는 4,013명으로 한명의 학대피해노인에 대해 두 명 이상의 학대행위자가 존재할 수 있어 학대피해노인의 수보다 행위자가 더 많게 나타난 것이다. 2010년부터 2013년까지 전체 학대행위자 중 남자의 비율이 높은 것은 학대행위자 유형의 아들 비율이 높기 때문인 것으로 보인다.

<표 2-7> 학대행위자 성별 현황

(단위: 명, %)

성별	2010년	2011년	2012년	2013년
남	2,334(67.1)	2,575(66.6)	2,486(64.5)	2,600(64.8)
여	1,146(32.9)	1,291(33.4)	1,368(35.5)	1,413(35.2)
계	3,480(100.0)	3,866(100.0)	3,854(100.0)	4,013(100.0)

*자료: 중앙노인보호전문기관(2010년~2013년).

② 행위자와 피해노인과의 관계

2010년부터 2013년까지 학대행위자와 학대피해노인과의 관계를 분석한 결과 <표 2-8>과 같이 나타났다. ‘친족’은 배우자, 아들, 며느리, 딸, 사위, 손자녀, 친척의 세부항목으로 분류되며 ‘타인’은 동거인, 이웃, 친구, 기타 타인으로, ‘기관’은 의료인, 노인복지시설종사자, 기타기관 관련 종사자로 분류된다(중앙노인복지기관, 2014).

2010년부터 2013년까지 살펴보면 3년 동안 계속 아들, 딸, 배우자, 며느리의 순으로 학대가 많은 것으로 나타났다. 피해자 본인의 경우 학대행위가 2010년 196명(5.6%), 2011년 224명(5.8%), 2012년 394명(10.2%), 2013년 375명(9.3%)로 2013년에 약간 감소했지만 2012년까지 계속 늘어나고 있으며, 특히 아들의 경우 2010년 1,686명(48.4%), 2011년 1,777명(46.0%), 2012년 1,586명(41.2%), 2013년 1,619명(40.3%), 며느리의 경우 2010년 293명(8.4%), 2011년 263명(6.8%), 2012년 248명(6.5%), 2013년 240명(6.0%)로 계속 감소하고 있다.

보건복지부와 중앙노인보호전문기관이 발표한 ‘2013년 노인학대현황보고서’에 따르면 60세 이상 고령학대 행위자 수는 2010년 944명, 2011년 1,169명, 2012년 1,314명, 2013년 1,374명으로 3년 동안 430명(약 45.6%)늘어났다. 배우자 학대비율도 <표 2-8>에서 나타난 바와 같이 2010년 347명(10.0%),

2011년 481명(12.4%), 2012년 494명(12.8%), 2013년 551명(13.7%)로 계속 늘어나고 있고, 순위도 아들 다음을 차지하고 있다. 따라서 노인세대에 진입한 자녀나 배우자가 노인을 학대하는 노(老)-노(老)학대는 고령화사회가 급격히 진행되면서 계속 늘어나고 있는 실정이다. 따라서 급속히 늘어나는 노(老)-노(老)학대를 주목하고 이에 대한 대처방안을 강구해야 할 것으로 보인다.

<표 2-8> 학대행위자와 학대피해노인과의 관계 현황

(단위: 명, %)

학대행위자	2010년	2011년	2012년	2013년	
피해자 본인	196(5.6)	224(5.8)	394(10.2)	375(9.3)	
친 족	배우자	347(10.0)	481(12.4)	494(12.8)	551(13.7)
	아들	1,686(48.4)	1,777(46.0)	1,586(41.2)	1,619(40.3)
	며느리	293(8.4)	263(6.8)	248(6.5)	240(6.0)
	딸	441(12.7)	538(13.9)	463(12.0)	519(13.0)
	사위	37(1.1)	25(0.7)	27(0.7)	28(0.7)
	손자녀	73(2.1)	87(2.2)	69(1.8)	81(2.0)
	친척	55(1.6)	64(1.7)	67(1.7)	54(1.3)
타인	237(6.8)	228(5.9)	239(6.2)	253(6.3)	
기관	115(3.3)	179(4.6)	267(6.9)	293(7.3)	
계	3,480(100.0)	3,866(100.0)	3,854(100.0)	4,013(100.0)	

*자료: 중앙노인보호전문기관(2010년~2013년).

위에서 살펴본 바와 같이 노인학대는 점차적으로 증가하고 있으며, 노후에 편안한 삶을 영위해야 될 노인들에게는 심각한 위험요소가 되고 있는 것이 현실이다. 따라서 노인학대를 개인 문제나 가정의 문제로만 생각하지 말고 사회문제로 인식하여 적극적인 사회적 접근과 정부 차원의 노인학대에 대한 대책들이 마련되어야 할 것이다.

먼저 노인학대 문제를 주요한 사회문제로서의 인식과 경각심의 고취를 위

한 연구, 세미나, 공청회, 정책발표, 교육 등을 통한 홍보가 필요하고, 학대의 악순환을 피하기 위해 전문상담기관과 전문상담인력의 확충이 이루어져야 하겠다. 또한 현재 시행되는 ‘가정폭력법’은 가족학대 중 배우자 폭력에 관한 내용이 주류를 이루고 있으며, 예방대책에 대한 배려 없이 처벌 규정만 명문화되어 있기 때문에 노인학대는 은폐될 가능성이 높게 보인다(김선희 외, 2004). 따라서 노인학대예방을 위해서는 ‘노인학대방지법’이 신속히 제정되어야 한다. 특히 노인학대는 피해노인과 가족, 사회환경적 측면 등 다양한 요인들이 상호작용하여 발생하므로 다각적인 측면의 요소들을 조정하고 해결할 수 있는 통합적인 프로그램들이 필요한 실정이다.

2. 노인자살

1) 노인자살 및 자살생각의 개념

(1) 노인자살

노인자살에 대한 개념이나 정의는 학자들마다 다르게 제시하고 있다. 일반적으로 노인자살이란 용어는 자발적, 의도적으로 자기 스스로 자기의 생명을 죽이는 것이다. 자살(自殺)의 사전적 의미는 스스로 자기를 죽이는 것으로, 자결(自決), 자재(自裁), 자처(自處), 자해(自害), 자진(自盡)과 동의어로 사용되고 있다(새국어사전, 2011). 자살을 의미하는 suicide는 라틴어에 어원을 둔 ‘스스로’를 의미하는 sui와 ‘죽이다’를 뜻하는 cade에서 전환된 cide의 합성어로 자살은 자신의 현실에서 존재하는 스트레스를 견디지 못하고 인지적 미성숙으로 인하여 야기되는 현실 도피적 문제해결이라 할 수 있다(Baumeister, 1990)

박형민(2008)은 자살은 “단지 자신의 삶을 끝내는 것으로 그치는 것이 아니라 살아남아 있는 사람들과의 일종의 의사소통이며 스스로 삶을 끝내는 행위를 통해서 살아서는 충족시킬 수 없다고 생각하는 자신의 욕구를 충족시키고자 하는 의도적 표현”이라고 정의하였다.

Durkheim(1951)은 자살에 대해 “그가 행한 행위가 어떠한 결과를 초래할 것인지를 알고 자신이 긍정적 또는 부정적 행위를 함으로써 직접적 혹은 간접적 결과로 일어나는 모든 죽음”이라고 정의했고, 세계보건기구(WHO)의 정의에 의하면 “자살이란 치명적인 결과를 초래하는 자살행위를 뜻하며, 자살행위란 어느 정도의 자살하려는 의도를 갖고 또한 자살동기를 인지하여 자기 자신에게 가한 상해”라고 하였다(이정분, 2010 재인용). 자살은 자신의 생명을 빼앗는 행위로 본인은 물론 가족과 사회에 엄청난 피해를 가져다주며 특히 인생을 정리하고 보람되게 보내야 할 노인들에게서의 자살은 우리 모두에게 삶의 허무감과 절망감을 가져 올 수 있는 중요한 부분이다.

자살은 스스로 자신을 죽이는 행위로 자살을 시도하거나 자살 할 생각이 있는 경우까지 해당된다. 또한 미국의 정신건강센터 특별위원회도 자살을 자살행동(suicide behavior), 자살시도(attempted suicide), 자살생각(suicide thought)을 포함한 것으로 보고 있다. 자살생각은 자살에 대해 심각하게 고민하는 것으로 자살시도, 자살로 이어지는 한 과정으로 볼 수 있으며, 자살시도(attempted suicide)는 자살의 의도를 가지고 자신을 파괴하거나 상처를 주거나 자신을 살해하기 위한 어떤 행동을 말하나 그 행동으로 인해 죽음에 이르지 않는다.

Durkheim(1951)은 이런 시도를 가리켜 “자살과 같이 정의 할 수 있으나 다만 죽음이 실제로 발생하지 않는 경우”라고 정의하고 있다. 자살미수, 자살시도는 고의적으로 자신의 생명의 위협을 가져올 수 있는 행위를 하였지만 죽음에 이르지 못한 모든 행위와 그리고 죽을 생각이 없었거나 있다고

하더라도 주위를 환기시키기 위한 일종의 제스처로 죽음과 연결되지 않는 모든 행위를 말한다. 또한 자살행위(suicide behavior)나 자살완수(completed suicide)는 자신 스스로가 자신을 살해한 완성단계로 자신의 의사에 의한 행위에 의해 발생하는 모든 생명의 정지, 곧 죽음을 의미한다.

본 연구에서는 자살을 자발적, 의도적으로 자신의 생명을 끊으려는 생각, 의도를 갖고 있거나, 시도하려는 행위 혹은 그러한 사람들에게 적용되는 포괄적인 개념으로 정의하였다.

(2) 자살생각

자살생각(suicide thought)은 자살시도의 전 단계로 자살행위의 연속적 과정의 출발점에서 비롯되며 살아가면서 어느 순간 자살에 대해 심각하게 고려해 본 것을 의미한다. White(1989)는 자살생각이란 “자살을 행하는 것에 대한 사고(思考)를 의미하는 것”이라고 정의하였다. 이러한 자살생각은 반드시 자살로 귀결되는 것은 아니지만 자살 가능성이 높은 편으로 논리적으로나 경험적으로 자살시도나 자살행위에 앞서는 중요한 지표가 된다. 따라서 자살생각을 이해한다는 것은 바로 자살 행위로의 위험을 이해하거나 예방하는데 도움이 될 수 있다(박복순, 2011 재인용)고 보고 있다.

노인자살은 65세 이상의 노인이 개인적이든지 사회적이든지 스스로 자기 자신의 목숨을 끊는 행위 일체를 지칭하는 것으로 이에는 아주 극심한 고통이 뒤따른다. Simmons 와 Murply(1985)가 연구한 것을 살펴보면 “아주 적은 수준의 자살생각이라도 이후 심각한 상황으로 발전하거나 자살시도로 연결될 수 있다.”고 제시하여 자살행위(suicide behavior)보다 자살생각(suicide thought) 여부를 중요한 지표로 강조하고 있다. 물론 자살생각을 하고 있는 사람이 꼭 자살을 시도하는 것은 아니지만 자살생각을 많이 할수록 자살행

위의 위험이 증가하는 경향을 보이고 있어 자살생각은 이후 자살행위로 연결될 수 있는 중요한 부분이다.

자살을 시도하는 사람은 어떤 문제를 접할 때 부정적인 측면으로 해결하려고 이러한 문제해결 인식은 본인으로 하여금 우울을 야기 시키고, 이후 공격성으로 나타나게 되어 결국 가정적으로나 사회적으로 소외되어 자살생각을 갖게 된다.

본 연구에서는 자살생각을 자살의도, 자살의향과 같이 자살시도나 자살행위의 전 단계로, 심각하게 자살에 대해 고려해보는 사고(思考)로 정의하였다.

2) 노인자살 관련 이론

자살연구자인 Schneiderman(1984)은 자살이란 “논리적이며 심리적인 현상이지만 합리적인 자살이란 없으며, 자살은 이론의 틀로 이해되기 보다는 오히려 고통으로 괴로워하는 현실적 번민의 결과라고 이해해야 한다”고 말하고 있다(백우진, 2009 재인용). 자살은 우리사회의 급속한 산업화에 따라 가치관과 자녀부양의 인식이 크게 약화되고 노화로 인한 만성적 질병 및 장애에 따른 생물학적, 사회적, 심리적, 생태체계적 변화가 복합적으로 작용하여 일어난 현상이라 하겠다. 따라서 본 연구에서는 노인자살을 설명하기 위해 선행연구들에서 밝힌 다양한 자살이론들 중 본 연구의 자살특성 및 실태와 관련된 생물학적 이론, 사회학적 이론, 심리학적 이론 그리고 생태체계적 이론 등 노인자살 이론을 네 가지 유형으로 정리하고자 한다.

(1) 생물학적 이론

Baechler(1979)는 자살자와 그 가족의 자살 또는 자살기도자와의 상호관

련성을 연구한 결과 일반적으로 자살자 가족들이 다른 사람에 비해서 자살률과 자살 기도율이 현저하게 높게 나타났다. 이것은 자살을 일으킬 수 있는 특질이 존재하며, 이런 특질은 유전된다고 보았다. 또한 생화학적 관점에서 볼 때 자살은 세로토닌(serotonin)과 밀접히 관련되어 있다(배지연, 2005 재인용). 똑같은 스트레스를 경험하더라도 어떤 사람은 불안이나 신체증상을 일으키고, 어떤 사람은 우울증을 일으키고, 자살하기도 하는 차이점 때문에 유전적인 요인과 관련이 있는 것으로 추측한다(오은경, 2003).

Roy(1991)는 자살성향 자체가 유전인자를 통해 후대에 전달된다는 가설로 자살성향의 배후에는 정신질환에 약한 유전인자가 있으며, 이 인자가 계속 유전된다고 하였다. 이들의 연구에서는 149명의 쌍둥이 연구에서 한 명이 자살했을 때 쌍둥이 모두가 자살한 경우가 9쌍이나 되고, 이들 모두는 일란성 쌍둥이였다(박복순, 2011).

또한 아버지 없이 자란 청소년이 정상적인 가정에서 자란 청소년보다 자살율과 자살기도율이 더 높았다. 이러한 연구결과를 볼 때 자살은 유전적인 요소와 가정환경적인 요소와도 관련되어 있다고 볼 수 있다. 생물학적 이론에서 볼 때 자살은 세로토닌(serotonin)과 밀접히 관련되어 있다. 자살자들의 뇌를 해부한 결과 세로토닌이 뇌에서 평균치보다 낮게 검출되었다. 그런가하면 뇌척수액 중에서 5-HIAA의 수준이 낮은 사람들을 추적 조사한 결과, 이들 중에서 20%가 일 년 이내에 자살하였다(배지연, 2005).

Asberg(1976)은 낮은 양의 5-HIAA의 수치를 보인 우울증 환자 중 50%가 자살을 기도하였다. 이러한 사실은 세로토닌의 양이 자살행동과 연관성이 있음을 말해주고 있는 것이다. 그러나 세로토닌의 5-HIAA의 양이 자살자에게만 적게 발견되는 것이 아니라, 다른 성격적 요소와도 관련이 있기에 확실한 결론을 내리기가 어렵다. 뇌실의 확장과 뇌파상 이상소견이 자살환자와 관계가 있고, 혈소판에서 모노아민 옥시다제(monoamine oxidase)의 수

치가 낮은 사람들이 자살을 8배나 많이 한다는 보고를 하였다.

하지만 지금까지 자살에 관한 유전학이나 생물학의 이론들이 통일되지 않았으며 확실한 결론을 내릴 수 있으려면 앞으로도 훨씬 더 많은 연구가 필요하리라 본다.

(2) 사회학적 이론

① 사회통합이론(Social Integration Theory)

자살에 대한 접근은 최초로 Emile Durkheim(1951)의 자살론(Suicide: A Study in Sociology)에서 다루어 졌다. Emile Durkheim(1951)은 자살 연구에서 자살이란 개인적 현상을 사회적 관계 속에서 해석함으로 사회학적 연구에 사회적 사실이 중요한 관점과 방법론적 전기를 이루었으며, 사회적 사실은 고정되거나 고정되지 않거나 개인에게 외부적 구속을 가하는 모든 행위적 양식, 또는 개별적으로 독립하여 스스로 존재하면서 동시에 특정 사회 전반에 걸쳐있는 일반적 행위양식으로 규정하였다(허평화, 2010 재인용).

김승룡(2004)은 자살의 원인이 개인에게보다는 사회에 있다고 생각하였으며, 유럽각국과 미국에서의 자살률을 사회학적인 변인들 사이에서 비교하였고, 그 결과 자살률은 개인이 속한 사회에 통합된 정도에 반비례한다는 결과가 도출되었다.

Durkheim은 개인이 통제되고 사회통합 되는 정도에 따라서 자살의 유형을 다음과 같이 4가지로 분류하였다(허평화, 2010 재인용)

가. 이기적 자살(Egoistic Suicide)

이기적 자살은 개인과 사회와의 차이에서 개인이 느끼는 사회통합과의 괴리가 깊다. 그러므로 사회통합의 차이에서 사회통합의 결속력이 상대적으로 적어지기 때문에 이기적인 자살이 일어나는 것이다. 이는 집단적인 정신상태가 강할수록 공동체의 통합이 더욱 강해진다는 종교의 예방적 가치를 집단적 삶이 지탱하는 결속력의 강·약에 비교한 사회적인 통합의 약화로 인해 나타나는 이기적 자살(Egoistic Suicide)로 이기적 자살의 경우 사회는 죽음의 선택을 금지하였다.

나. 이타적 자살(Altruistic Suicide)

이타적 자살은 이기적 자살과 대칭의 관계로 개인과 사회의 차이가 밀착되어 있을 때 나타나며 이는 사회통합의 정도가 너무 크기 때문에 개인 자신은 사회통합에 비해 적은 존재로 작용하는 것이다. 즉, 이타적 자살은 규제력의 결핍과는 대조적으로 개인에 대한 규제력이 지나치게 강함으로 인해 발생하는 자살의 한 유형으로⁶⁾ 이타적인 자살의 경우에는 사회가 자살을 강요하며 자살의무가 강제성을 띠는 조건과 상황을 만들어낸다. 공동의 이익을 위해 삶의 마지막을 기다리기보다는 후계자에게 서둘러 물려주는 과도한 사회통합과 집단동일시가 이루어지면서 자살이 일어난다.

다. 숙명적 자살(Fatalistic Suicide)

개인이 느끼는 사회적 규제의 크기가 크게 느낄 때 숙명적인 자살을 택한

6) 이타적 자살은 군대에서 많이 나타나며, 일본제국의 가미가제, 인도의 순장, 현대사회의 종교집단 자살, 오대양 신도의 집단자살 등이 대표적이다.

다. 약화된 개인화는 다른 형태의 자살을 유발하는데 이는 개인이 선택하거나 통제할 수 없는 강력한 사회적 속박 하에서 개인의 삶이 종속되어 자포자기적인 상태에서의 자살로⁷⁾ 이어진다.

사회적으로 통합이 잘된 노인들 보다 사회적으로 고립되고 외로운 처지에 놓인 노인들이 자살생각과 자살행위에 이를 수가 있는 위험성이 높다고 한다(Bonner 와 Rich, 1987). 이 결과는 Durkheim의 이기적 자살의 개념을 뒷받침하며, 이는 이기적 자살이 개인의 사회적 고립 또는 처해진 집단의 사회적 응집력이 약화되었을 때 발생하는 자살의 유형이기 때문이다.

라. 아노미적 자살(Anomic Suicide)

개인에 대한 사회적 규범이 적게 작용할 때 일어나며 물질만능의 사회적 구조는 개인의 가치관과 연관되어 사회통합이 낮아지고 개인주의화가 성행하면서 개인의 가치지향이 사회적 규범의 붕괴에 따른 현대사회의 급변성으로 촉진되어 일어나는 자살로 생계형 자살이 대표적이며 생활고로 비관, 학생의 경우 경쟁사회에서의 성공적 필수요소인 성적이 나쁠 때, 그리고 각종 일과 잡다한 일과의 연관성을 가지며⁸⁾ 정치적 흥분이나 갑작스러운 경제적인 변영이나 급작스럽게 집단적 질서가 흔들릴 때 평형의 상실은 사회 질서가 심각하게 규제 적용해야 하는 상황에서 사회적 규제가 불충분할 때 아노미적 자살이 일어난다.

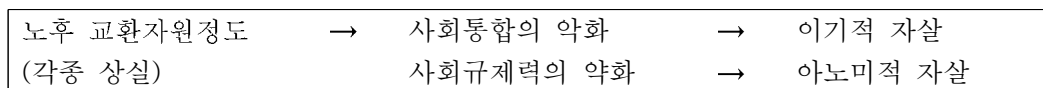
노인자살은 아노미적 유형으로도 설명되어질 수 있다. 노년기에 처해진 상황이 청·장년층의 그것에서 변화되어 현재 노인역할에 대한 확실한 문화적 규범이 혼란감으로 조성되는 일종의 아노미(무규범)상태에 봉착하게 된

7) 노예나 포로, 정략에 의한 결혼 등을 예로 들 수 있다.

8) 경제위기가 나타난 경제난국에서 갑작스런 실직, 사업의 실패, 신용대란으로 일어났던 카드채무, 40-50대 가정의 자살 등이 이에 속하며 대표적으로 현대그룹의 정몽헌 회장의 자살을 들 수 있다.

다. 따라서 사회규제력의 약화로 노인자살이 유발될 수 있다. 가령 노년기의 배우자의 사별은 가족통합의 약화와 가족의 내부적 상황이 혼란을 초래하므로 이기적 자살과 아노미적 자살을 모두 포함한다고 볼 수 있으며, 이는 단순한 배우자 역할의 상실뿐만 아니라 일 역할의 상실(퇴직)에 따라 나타나는 자살유형으로 설명될 수 있다. 일역할은 사회통합의 매개로서 일 역할의 상실이 지위, 권력, 경제력, 관계성의 상실을 경험하게 되어 통합의 약화는 물론 향후 어떻게 행동해야 하는가에 대한 역할규범의 모호성으로 노인자살이 유발될 수 있기 때문이다. 이러한 의미에서 노인과 자살과의 관련성을 대표하는 자살유형은 이기적 자살과 아노미적 자살유형이라 할 수 있다. Durkheim은 이기적 그리고 아노미적 자살을 유도하는 요인으로 각종 상실, 고립, 사회적 접촉의 결여 그리고 지역사회 참여의 부족 등을 들 수 있으며 이들은 몇몇 노인들의 생애주기별 특성을 반영하고 있다(김형수, 2002).

<표 2-9> 노인자살에 이르는 요인들의 가설적 모형



*자료: 한국노인의 자살생각과 관련요인 연구(김형수, 2002)

Durkheim 이후로도 많은 사회학자들이 인구과밀, 이혼, 경제침체와 같은 열악한 사회적 환경조건과 사회구조의 붕괴, 사회적 고립, 사회병리 등과 같은 사회적 요인들과 자살과의 상관관계를 살펴 자살과 사회적, 경제적 조건과의 관계가 있음을 증명하였다. 하지만 사회학적 모델은 자살을 외적인 사회구조적 요인으로만 설명하고, 개인적인 특성이나 차이를 고려하지 않아서 자살과 관련된 개인의 심리적인 요인들을 심층적으로 이해하는데 다소 무리한 점이 존재한다(박순천, 2005).

김형수(2002)는 노인들은 정년으로 인하여 한평생 의미를 두고 몸담았던 일터를 떠남에 따라 사회조직과 거기에 부여된 각종 역할을 상실하게 되고, 또한 가족관계와 동료들과의 예전의 사회적 관계망이 점차 축소되며, 이와 동시에 배우자, 수입, 혹은 신체적 능력의 상실로 인하여 노인들이 소속된 사회집단으로서의 통합은 점차 약화된다고 보고 있다. 결과적으로 노인들은 사회응집력의 붕괴 또는 약화로 말미암은 소외감과 외로움 등과 같은 부정적 심리상태에 봉착할 수 있으며, 이에 대한 반응으로 일부는 자살을 고려할 수 있다고 보았다.

김승룡(2004)은 노인의 자살에 대하여 사회학적 접근과 심리학적 접근으로 대별해 볼 수 있다고 보았고, 노인자살은 이기적 자살이나 숙명론적 자살로 설명되어지는 것보다 아노미적 자살로 설명하는 것이 타당한 것으로 보았으며, 하상훈(2000)은 노인의 아노미(Anomie)적 자살은 급격한 노인부양의식의 약화, 빈곤과 사별, 이혼으로 인한 배우자의 상실, 노인학대 등의 원인으로 일어난다고 하였다. 따라서 아노미적 자살은 노년기에 처해진 상황이 급격히 변화되어 나타나는 경제적 위기와 같은 혼란기에 발생하며, 이러한 상황은 기존의 가치관이나 규범이 무너지는 상황에서 나타난다..

우리사회는 매우 급격한 변화를 겪었으며 이는 노인의 입장에서 더 심각한 사회적 갈등과 혼란을 야기 시키고 있다. 지난 몇 년 동안 연 10%가 넘는 경제성장과 이에 따르는 범죄의 증가, 가족가치관의 변화, 정치적 격동 등 지금의 노인세대가 겪어야 했던 일은 혼란의 연속이었다고 할 수 있다. 노인의 자살을 설명함에 있어 Durkheim이 말한 자살의 유형 중 아노미적 자살이 보다 근접하게 설명되어질 수 있는 것은, 노인이 가지는 특성 중 변화에 미숙한 적응, 새로운 것에 두려움, 옛것의 가치를 소중히 여기는 특성, 보수적 가치의 중요성과 결부하여 이것이 현대생활의 급속한 발달로 인하여 노인에게 혼돈과 아노미적 상황에서 자기세계가 붕괴되어 자살로 이어질 수

있기 때문이다. 즉 급격한 경제성장, 가족가치관의 변화, 정치적 격동과 같은 혼란의 경험은 노인을 사회통합으로부터 약화시키고, 노인역할에 대한 행동규범이 없어 혼란의 상태를 맞이하게 된다. 이는 사회규제력이 약화되어 노인자살로 이어진다는 것이다(김형수, 2002)

② 교환이론(Exchange Theory)

교환이론은 개인, 집단 간의 사회적 상호작용의 증가와 손실의 상호관계성을 주장한다. 즉, 사람이 서로 살아가는 과정은 무엇인가를 주고받음으로써 상호작용 관계를 형성해 간다는 것이다. 주고받는 것이 물질적이든 비물질적이든 서로 주고받는 것이 지속되어야 상호관계가 성립이 되며, 반대의 경우 상호관계는 성립되지 않는다. 교환이론에 의하면 노인들은 나이 들에 따라 경제, 건강, 역할상실, 가족관계 등의 자원이 결핍됨으로 타인에게 의존해야만 하는 관계가 형성되며, 이러한 상호작용이 지속되지 못하고 일방적인 관계가 될 경우, 노인 스스로 타인과의 상호작용을 기피하여 사회적으로 고립되어 외로움과 우울이 발생하고, 이것이 사회로의 통합을 방해하고 결국은 자살로 치닫게 된다고 주장한다(이미애, 2009).

교환이론은 일반적으로 사회적 행동에서 두 사람 이상의 관계에서 발생되어지는 활동의 교환을 말하는 것으로, 활동의 교환은 대인관계에서 사람들 사이의 보상이 지속적이고 반복적으로 행하는 것을 말한다. 이는 개인 또는 집단끼리 사회적 상호작용을 사람마다 사회적 보상의 증가와 감소의 관계로 상호양측이 사회적 보상이 주어지는 한 그 상호관계는 지속적으로 이루어진다.

한 사회의 현대화가 지속될수록 그 사회에서 활동하던 노인들의 지위는 차츰 하락하고 이는 결국 노인들이 소유했던 자원의 고갈로 파생되는 문제

로 보았다. 즉, 사회가 현대화되어 보건의료기술과 생산기술의 발전과 교육의 대중화, 도시화로 진입할수록 노인의 지위는 점차 하락되고 노인들이 소유했던 재산, 지식, 기능, 노동력 등의 자원은 그 가치가 크게 위축됨에 따라 다른 사람에게 기여할 수 있는 부분이 제한되어 있으며 타인으로부터 많은 도움을 받아야 하는 상황을 초래하게 되어 이러한 상황에서 노인들의 지위는 하락하고 노인들의 사고가 발생하게 된다는 것이다(Cowgill, 1974).

노인들의 지위의 하락과 자원의 상실 및 고갈은 다른 사람과의 상호관계에서 호혜성(reciprocity)의 원칙에 입각하여 노인들의 상호작용은 축소하며, 상호작용에서 젊은이들이 먼저 기피하게 되고, 노인들 스스로도 젊은이들과의 상호작용을 고의적으로 기피하게 되어 타자에 대한 의존감과 부담감을 줄여 나가는 경향이 늘게 되었으며, 이는 결국 사회적 응집력을 약화시키는 결과를 만들게 된다.

현대화이론에는 현대화 과정에서 나타나는 특징적 현상들로 인하여 노인의 지위가 하락하게 되고, 그 결과적 현상으로 수입의 감소와 경제적 의존으로 인한 빈곤문제, 고령화에 따른 만성질병문제, 가족들로부터의 소외와 고립에 의한 외로움과 고독감의 문제, 가족과 사회에서의 역할상실은 사회통합(응집력)의 약화로 이어져 여러 심리적, 사회적 문제를 수반하게 된다. 이러한 노후의 교환자원은 무위, 질병, 빈곤, 고독 등의 노인문제를 유발하게 되고, 이는 노인이 속한 사회의 통합(응집력)에 영향을 미치는 노인자살의 한 요인이 될 수 있다.

(3) 심리학적 이론

초기 자살을 이해하기 위한 노력은 프랑스의 사회학자인 Durkheim(1951)에 의해서 사회학적 접근으로 연구가 시작되었으며 자살에 대한 이론 정립

에 큰 영향을 미쳤다. 그러나 사회학적 접근은 자살을 이해하는 과정에서 자살을 사회구조적 요인으로만 설명하고 있기 때문에 자살자의 심리 내적인 특성들을 간과하고 있다는 문제점을 드러냈다. 이에 점차 인간의 심리적 특성에 관심이 증가되었고, 그 결과 심리학적인 특성에 대한 연구가 시작되었다(정혜란, 2013).

자살에 대한 심리학적 접근에서 낮은 자아존중감은 건전한 자기상을 확립하지 못하게 하고, 이는 곧 자기학대와 무가치함으로 이어져 자살을 유발할 수 있다고 하였다. 그리고 우울은 그동안 많은 연구에서 자살예측 요인으로 언급되어 왔다(배지연 외, 2005).

또한 Grandello 와 Grandello(2007)는 노인자살을 개인 내적, 환경적 요인으로 나누며, 개인 내적인 요인으로 세레토닌 기능의 감소, 우울 및 알코올 중독 등을 들었고, 환경적 요인으로 외로움, 누적된 상실, 은퇴, 친구의 죽음, 소득상실, 지위상실, 자립능력의 상실 등과 같은 생활의 변화를 들고 있다.

본 연구에서는 초기 심리학적 연구인 정신분석학적 이론, 환경이 내면화되는 과정으로 보고 있는 인지적 이론에 대해 살펴보도록 한다.

① 정신분석학적 이론

정신분석학적 관점에서는 자살을 노인의 내적인 갈등과 노인들의 무의식적인 환상에서 비롯되는 현상으로 본다. Freud는 자살이란 살인적인 분노가 전이되어 상대를 무의식적으로 자기 자신과 동일시하게 되어 자신을 죽임으로 상대방을 살해하는 목적을 이루는 것이라고 설명한다. 사랑하는 사람을 상실함으로써 경험하는 고통과 분노 때문에 그와 사랑했던 삶을 계속 유지하기 위해 그 사람과 동일시하게 되고, 이러한 동일시 결과로 자신의 일부

로 내재화된 사랑 하는 사람에 대한 강력한 공격성이 자살에 이르게 한다고 하였다. 자신과 대상을 분리하지 못하여 자신을 공격하게 되는 결과로 나타난다는 것이다(기평석 외, 1986).

이러한 현상은 자신이 곧 사랑하는 사람이 되고, 자살은 사랑하는 사람을 죽인 결과로 나타난다는 것이다. 즉, 자신의 분노를 상대에게 표출하는 대신에 그 분노를 본인 스스로 상대가 되어서 그를 죽임으로서 복수를 한 형태로 보는 것으로 정신분석학에서는 대상관계가 자살생각과 밀접히 연관되어 있고, 자살의 주범은 자기 파괴적인 죽음의 본능으로 파악하면서 자살은 죽음의 본능이 생의 본능보다 활성화되어 나타나게 된 것이라 본다.

② 인지론적 이론

인지론적 이론은 1960년대 초 인간의 정서와 사고가 유기적인 상호작용을 하며, 비합리적인 사고가 우울증을 유발시킨다는 점을 인식하게 되면서 나타난 이론으로 Beck, Menninger, Baumeister 등이 대표적 학자이다.

인지적 입장에서 포괄적인 이론을 제시한 Baumeister(1990)는 자살의 동기를 정신분석학에서 개인내적 요인에 기인한다는 주장보다는 인간의 측면을 중심으로 자살을 이해하고자 하였다. 자살을 인간이 자살에 이르는 심리적 과정을 자기로부터의 도피로 설명하였으며, 자살에 이르는 도피과정을 다섯 단계로 설명하고 있다. 첫 번째 단계는 현실적 상황이 기대수준에 상응하지 못할 때 기대와 현실 간에 괴리가 생기는 단계이며, 두 번째 단계는 기대와 현실 간에 괴리가 생긴 원인을 자신의 탓으로 돌려서 자기 비난과 부정적인 자기평가를 하는 단계이다. 세 번째 단계는 주위의 시선이 자기에게 돌려져 고통스런 자기지각이 더욱 심화되어 자신에 대해 더욱 부정적인 평가를 하게 되는 단계이고, 네 번째 단계는 자신에 대한 부정적인 평가의

결과로 부정적인 정서상태가 초래하는 단계이다. 마지막 다섯 번째 단계는 이러한 고통스런 생각과 감정을 제거할 수 있는 강력한 수단을 찾는 단계로 이 과정에서 인지적 몰락(cognitive deconstruction)이 일어나 자살생각에 이르게 된다는 것이다(하상훈, 2000).

Ellis 와 Fatliff(1986)는 자살에 대한 인지적 접근은 인지, 정서, 행동의 영역 중에서 자살과 관련된 인지적인 왜곡과 역기능을 강조하며, 이러한 왜곡과 역기능을 수정함으로 보다 적응적인 방식으로 생활할 수 있다고 보고 있다.

(4) 생태체계론적 이론

생태체계론적 이론은 Bronfenbrenner(1979)가 인간발달을 분석하는 가운데 새로운 접근으로, 생태체계(eco-system)라는 개념은 일반체계이론에 생태학적 관점을 결합시킨 것으로 사회복지 실천분야에서 가장 영향력 있는 이론 중 하나로, 인간의 행동을 이해하는데 널리 사용되고 있다.

생태체계론적 관점에서 노인의 자살행동을 본다면 노인의 특성에만 초점을 두는 것이 아니라 그가 속하는 가족, 집단, 지역사회로부터 받은 영향까지 모두 고려해야만 한다. Bronfenbrenner(1979)의 인간발달 생태학이라는 모형을 기본으로 노인자살 관련 요인을 생태체계 모형으로 제시하면 이는 하나의 환경이 모두 인간에게 동일한 영향력을 발휘한다고는 볼 수 없으므로 자살행동과 같은 인간행위를 연구하는데 있어서 생태체계론적 관점은 환경과의 상호작용을 강조하므로 적합하리라 여겨진다(배지연, 2005)고 보고 있다.

3) 노인자살 특성 및 실태

(1) 노인자살 특성

한국은 산업화를 겪으면서 급속한 성장으로 OECD국가 중 고령화가 가장 빠른 속도로 진행되고 있다. 급속한 고령화는 경제적 문제, 질병, 소외감, 절망감, 우울증상과 같은 다양한 문제를 일으키고, 나아가 학대, 이혼 심지어는 자살문제까지 직결되어 나타난다.

한국사회에서의 노인자살은 일반적으로 많은 경우 사회적 관계망이 절단된 상황에서 개인이 갖게 되는 절망감에 의해 자살을 시도하는 것으로 본다. 우리나라는 산업화에 따른 공동체의 붕괴와 이를 대체할 만한 사회적 도덕규범과 사회적 안전망의 체계가 결여되어 있고, 자살을 일으키는 중심에는 오랜 기간 동안 한국사회를 떠받들었던 가족기능의 축소가 자리 잡고 있다. 한국은 가족주의를 비롯해 이웃, 학벌, 고향 등의 연고주의와 정(情)과 같은 감정에 기초한 인간관계가 발달한 사회로 개인주의에 기초한 계약사회인 서구와는 다르다. 한국사회에서의 가족은 인구의 재생산과 사회화, 경제적 소비단위, 사회적 유대와 통합 등 단순히 교과서적인 사회학적 기능을 넘어서 위험으로부터 개인을 보호하고, 개인의 정체성과 삶의 의미를 부여하는 역할을 담당해 왔다. 가족기능이 축소되고 사회적 안전망이 결여되면서 오늘날 한국사회의 상황을 급속한 ‘사회적 해체’로 묘사할 수 있다. 그러나 해체 자체가 문제가 아니라 해체를 대체할 만한 규범과 제도가 아직 들어서지 않았다는 것이 더 심각한 문제이다. 이에 따라 한국사회는 세계에서 가장 높은 노인빈곤률과 노인자살률을 보여주고 있는 것이다(조선일보, 2014).

특히 노인의 자살은 다른 연령대의 자살과는 구별되는 몇 가지 특징적인

면을 지니고 있다. 첫째, 노인의 자살은 우발적인 사건이라기보다 오랜 시간 복합적인 요인들에 의해 발생하는 것으로 오랜 시간동안 자살을 숙고하는 만큼 자살의사가 확고하며 자살시도에 있어 보다 확실한 방법을 선택하는 점에서 치명적이다. 자살시도자는 200명 중 1명꼴로 사망하는데, 노인은 20명 중 1명이 목숨을 잃는다. 둘째, 이들은 반복적인 자해 시도 경험이 있으며, 치밀하게 자살을 계획하여 주변에서 그 위험을 알아채기 어렵고, 자살에 의한 사망의 위험이 매우 높다. 셋째, 자살하는 사람은 흔히 자살계획을 다른 사람에게 미리 알리는 경향이 있으나, 노인은 자신의 자살계획을 다른 사람에게 미리 알리지 않는 경향이 있으며, 젊은 사람들보다 훨씬 치명적인 방법을 사용하여 자살하는 특징을 가지고 있다. 또는 음식이나 약 복용을 제대로 하지 않거나 건강을 돌보지 않음으로서 수동적 죽음을 선택하기도 한다(질병관리본부, 2008). 넷째, 청소년이 주로 ‘복수성’ 자살, 중년층이 ‘회피성’ 자살을 하는데 비해 노인은 대부분 ‘이타적’ 자살을 한다. ‘자식에게 짐이 되기 싫어서’, ‘내가 죽으면 다른 어려운 사람이 정부 지원을 받을 테니까’ 등의 이유가 많다(국민일보, 2014).

미국의 교육학자인 Grandello 와 Grandello(2007)는 노인자살에 대해서 개인내적과 환경적 특성 두 가지로 구분하여 제시하였다. 첫째, 개인내적 특성은 뇌신경 세포에서의 세레토닌 기능감소, 우울 및 알코올중독 등을 들 수 있고, 둘째, 환경적 특성으로는 외로움, 누적된 상실, 은퇴, 친구의 죽음, 소득상실, 지위상실, 자립능력의 상실 등과 같은 생활의 변화를 들 수 있다고 제시하였다. 이러한 특성은 일반적으로 노인에게 더 흔하게 나타날 수 있다. 노인은 노년기에 흔히 찾아드는 신체적 질병, 배우자 사망에 따른 상실감, 자녀의 무관심이나 학대, 사회적 소외와 경제적 곤란 등으로 인하여 절망감을 느끼고 자살하게 될 가능성이 더 높아질 수 있다고 제시하였다.

노인자살을 노인들의 자살위험 경향과 취약성 측면으로 구분하여 설명하

기도 한다. 자살위험 노인의 경향은 첫째, 도움을 받기위하여 노인 스스로 언급하지 않으며 둘째, 치료에 대해서 저항하고 셋째, 약물 및 알코올을 빈번히 사용하며 넷째, 절망적인 수준을 드러내지 않고, 문제의 심각성을 최소화하려는 경향을 띤다. 노인자살의 취약성 문제는 첫째, 신체적 허약함으로 자살시도 후 생존의 어려움이 있으며 둘째, 독거노인의 수가 많아 자살시도 후 늦게 발견되어 생존의 위협이 있으며 셋째, 치명적인 자살수단을 사용하고 넷째, 오랫동안 신중히 계획된 자살을 시도한다는 점을 강조하고 있다 (이지선, 2007).

노인들은 자살을 생각할 때 젊은 사람들과 달리 즉각적으로 행위가 나타나기보다 자신의 생각을 가족과 주위에 은폐하며, 장시간 생각한 뒤에 고통을 끝내기 위한 방법으로 자살을 선택하게 된다. 그러므로 자살생각이 자살행위에 이르기까지 오랜 시간이 소요되므로 일반노인들 뿐만 아니라 독거노인들의 일상생활을 주위에서 면밀히 살펴 초기에 자살생각을 발견하여 조치를 취한다면 급속히 늘어나는 노인자살을 예방할 수 있는 특징을 가지고 있다.

(2) 노인자살 실태

자살은 개인뿐만 아니라 개인이 속해 있는 가족, 사회에게 극심한 정신적 고통을 가져다주고, 나아가 사회해체까지 일으키는 부정적, 역기능적 현상이다. 우리나라는 지난 1970~1990년대 고속성장에 치중해왔으며, 2000년대 이후 추구해야할 정신적 안녕과 행복한 삶의 부분을 소홀히 함에 따라 노인이나 청소년 등 사회 취약계층으로부터 자살을 비롯한 나쁜 결과가 나타나고 있다

한국사회는 지난 2000년 중반부터 9년 연속 OECD자살률 1위를 기록하고

있고, 수년 전에는 영국의 BBC방송국으로부터 자살공화국이라는 오명을 얻기도 했다. 우리나라는 아프리카, 동남아시아, 중남미, 동구유럽, 중국 등 많은 나라들과 비교하면 정치선진국이라 해도 과언이 아닐 것이다. 소위 IMF 금융위기나 2008년 미국 발 세계금융위기 역시 그런대로 잘 넘겨왔다. 세계의 곳곳으로 확산되고 있는 한류, 반도체와 스마트폰 생산량의 1인자, 오바마도 부러워한다는 교육성취도 등은 화려한 듯 보이지만 한국사회의 성취이면에는 분명 부정적인 무엇인가 작동하고 있다. 자살률이 높다는 것은 그만큼 이 사회의 구성원들이 서로 묶어주는 소통과 신뢰의 끈이 단절되고 있음을 반영한다. 어떤 이유이든 자살충동은 관계단절과 탈출구 없는 절망의 상황에 빠져들었을 때 갖게 되는 것으로 알려져 있다. 한국사회가 고독사회로부터 절망사회로 변해가고 있다는 것이다. 이를 반증하듯 최근 2014년 발표에 의하면 자살시도자 수는 년 약 10만 명으로 중소도시 인구나 맞먹는다. 평생 동안 심각하게 자살을 생각해본 인원이 560만명, 지난 일 년 동안 심각하게 자살을 생각해본 인원은 134만 명, 자살계획자가 25만 명, 자살시도자가 11만 명에 달하는 것으로 나타났다. 한국의 높은 자살률을 선도하고 있는 것은 노인자살률이다. 이미 고령사회로 접어든 한국사회의 자살률, 그중에서도 75세 이상 노인자살률은 무려 일본의 세 배에 달할 정도로 높다. 노인자살은 직장에서의 은퇴로 인한 경제활동의 소멸, 자녀의 분가와 배우자 사망 등으로 인한 가족관계의 해체와 소원, 신체 노화로 인한 질병장애, 외부 커뮤니티 활동의 제약과 소외 등에서 발생하는 상실감으로부터 비롯되는 것으로 알려져 있다(조선일보, 2014).

Durkheim(1993)의 노인자살예방의 연구에 의하면 노인자살비율은 개인의 통합성 정도와 역으로 나타난다. 즉, 가장 자살비율이 높을 때는 통합정도가 가장 적고, 소외되고, 소유가 적다고 느낄 때이다. 그는 사회적 통합과 응집력을 중요한 요인으로 다루었으며, 다양한 사회적 그룹 내에서 여러 사람과

깊고 친밀하게 관련되어 있는 경우에는 자살률이 낮다고 보고 있다. 또한 가족갈등이 증가하는 것과 관련된 가족통합의 감소는 자살과 역할 상실의 주요한 원인이 되고 있다고 다루었다. 또한 그는 자살유형에 있어서는 이기적 자살, 이타적 자살, 아노미적 자살, 숙명론적 자살 등으로 구분 한 후 자살은 사회적 통합이나 무규범 상태로 인해 발생한다고 주장하여 결국 자살을 개인 심리적 요소가 아닌 사회적 요소로 접근하고 있다.

특히 사회문제로 인식되고 있는 자살은 지난 10년간 한국사회에서 지속적으로 증가하였고, 우리나라 노인의 자살 사망자 수는 경제협력개발기구(OECD) 국가 가운데서 가장 높다는 점도 주목해야 한다. 2009년 OECD가 조사한 한국노인(65세~74세) 10만 명당 자살자수는 81.8명으로 미국(14.1명)의 5배, 영국(4.8명)의 20배 수준이다. OECD 국가들에서 남자와 여자의 자살률은 대부분이 비슷하게 나타난다. 자살은 남자가 훨씬 많지만 남녀 자살률이 같이 하락하고 있으며, 평균적으로 남자 3명이 자살할 때, 여자 1명이 자살하는 비율로 나타난다. 멕시코, 폴란드, 슬로바키아에서는 5대 1의 비율로 남자의 자살이 더 많다. 반면 네덜란드, 노르웨이 그리고 한국은 2대 1의 비율이다. 남자와 여자의 자살률 차이는 고령화 될수록 증가한다. OECD 평균은 15-19살의 남자가 같은 나이의 여자보다 2.7배나 높은 자살률을 보인다. 75세 이상 남자 노인은 같은 나이의 노인여자보다 5.3배 높게 자살한다. 노인 자살이 두드러지는 나라는 그리스, 이탈리아, 포르투갈, 그리고 한국이다. 그 중에서도 한국은 그 증가율이 매우 빠르게 나타난다. 자살은 45-54세대의 한국인에서 급증하며, 75살 이상의 자살률은 15-24세대의 청년 자살률보다 10배나 높다. 반면 뉴질랜드와 노르웨이는 노인보다 청년들의 자살률이 더 높다(장석만, 2009).

통계청(2012) 발표에 의하면, 2012년도 한국의 자살자 수는 14,160명으로 인구 10만 명당 자살자 수는 28.1명이며, 1일 평균 38.8명이 자살하고 있는

것으로 집계되었다. 최근에는 자살자 중에서 65세 이상의 연령층이 빠른 속도로 증가하고 있다. 인구대비 사망률은 30-40대 젊은 층보다 노인의 연령층이 훨씬 높게 나타난다. 2012년 한국의 전체 평균 자살 사망률은 인구 10만 명당 28.1인데 비해 65세 이상 노인인구 자살 사망률은 69.8명에 이른다. 65세 이상 노인인구의 자살 사망률은 전체 평균보다 2.5배 정도 높다. 한편 서울시의 경우도 자살률(인구 10만 명당 자살자)은 23.8명이었으나, 65세 이상 자살률은 54.1명으로 2배 이상 많았다.

① 성·연령별 자살사망률

성별 자살률을 연령대별로 살펴보면, <표 2-10>에서 보는 바와 같이 2012년 인구 10만 명당 전체 남자 자살 사망률은 38.2명인데 비해서 여자 자살 사망률은 18.0명이다. 연령대 자살 사망률 성비를 살펴보면 20대와 30대에서는 자살 사망률 성비가 거의 비슷하지만, 50대 60대에서는 남성이 거의 3.5배 정도가 높아 성비의 차이가 크게 나타났다. 70대와 80대에서도 남성이 여성보다 약 2.5배 정도 높게 나타났다. 즉, 50대 이상의 고령층에서는 남성의 자살 사망률이 여성보다 3배가량 높다는 것을 알 수 있다.

2002년부터 2012년까지 연도별 자살 사망률 추이를 살펴보면, 전체 연령대에서 2002년과 2012년을 비교해 볼 때 자살 사망률이 급속도로 증가하고 있고, 특히 60대, 70대, 80대의 자살 사망률이 다른 연령층보다 매우 급격히 높아지고 있는 것을 알 수 있다.

<표 2-10> 성·연령별 자살 사망률의 변화

단위: 인구 10만 명당

나이	전 체			남 자			여 자			사망률 성비
	2002	2007	2012	2002	2007	2012	2002	2007	2012	
계	17.9	24.8	28.1	24.6	31.5	38.2	11.1	18.1	18.0	2.1
10-14세	0.9	1.5	1.5	0.8	1.3	1.7	1.1	1.6	1.4	1.2
15-19세	6.0	7.9	8.2	6.6	8.3	8.8	5.2	7.4	7.6	1.2
20-24세	10.5	18.3	14.9	12.4	15.2	18.2	8.6	21.6	11.2	1.6
25-29세	14.2	23.3	23.9	19.5	22.3	28.7	8.8	24.4	18.8	1.5
30-34세	16.8	23.4	28.3	23.6	25.6	34.6	9.7	21.2	21.6	1.6
35-39세	20.5	21.5	26.5	28.3	25.9	34.6	12.3	16.9	18.1	1.9
40-44세	20.9	24.6	29.5	30.4	32.3	40.2	11.1	16.6	18.4	2.2
45-49세	24.6	27.8	32.4	36.1	39.5	46.0	12.7	15.8	18.3	2.5
50-54세	27.3	29.8	34.7	42.6	44.8	51.0	11.8	14.7	18.2	2.8
55-59세	29.1	32.8	36.0	47.5	51.2	56.2	11.6	14.7	15.9	3.5
60-64세	34.9	41.4	39.8	56.2	63.6	63.0	16.0	20.9	17.5	3.6
65-69세	36.0	54.5	45.8	58.2	86.0	71.7	19.1	28.3	22.9	3.1
70-74세	52.5	70.9	67.4	80.2	115.2	105.3	35.8	39.7	38.0	2.8
75-79세	71.9	90.9	81.5	112.4	148.0	132.7	50.3	60.5	49.3	2.7
80-84세	94.4	108.8	95.3	143.6	178.5	156.7	71.7	77.2	67.3	2.3
85-89세	101.2	126.7	112.3	185.0	243.0	216.8	73.0	82.4	74.0	2.9
90세 이상	94.1	142.0	135.2	165.9	320.3	271.4	76.2	96.4	97.6	2.8
65세 이상	55.8	75.2	69.8	83.7	117.6	107.7	38.7	47.2	43.5	2.5

*자료: 통계청(2012).

② 전체·65세 이상 자살 사망자 수 및 사망률

<표 2-11>에서 보는바와 같이 전체 자살사망자수, 사망률, 65세 이상 사망자수, 사망률 모두 약간 줄어든 경우도 있지만 대체적으로 늘어나는 추세이다. 65세 이상노인 자살자 수를 보면 2010년에 4,378명, 2012년에 4,023명으로 2002년 2022명에 비해 2배 이상 늘어났다. 2010년 하루 평균 약 12명, 2012년의 경우 하루 평균 약 11명의 노인이 자살로 삶을 마감하는 것을 알 수 있다.

노인 자살률이 다른 연령대에 비해 높은데도 잘 알려지지 않는 것은 죽음

을 주위에 알리지 않는 ‘침묵의 자살(silent suicide)’을 선택하기 때문이다. 특히 노인 자살은 국내 정서상 숨겨지는 경우가 많고, 노인 스스로가 사고사를 가장하는 경우도 잦아 통계에 비해 자살자 수가 훨씬 많을 것으로 추정된다. 노인 자살은 고령화 사회 진입에 따른 필연적 결과는 아니다. 고령화가 많이 진행된 경제개발협력기구(OECD) 국가들의 경우 젊은층과 노인층의 자살률이 유의미한 차이를 보이지 않는다. 이는 노인자살에 대한 우리 사회의 안전망이 턱없이 부족하기 때문이다(서울경제, 2012).

<표 2-11> 전체·65세 이상 자살 사망자 수 및 사망률

단위: 인구 10만 명당

	2002년	2004년	2006년	2008년	2010년	2012년
전체사망자수	8,612	11,492	10,653	12,858	15,566	14,160
전체사망률	17.9	23.7	21.8	26.0	31.2	28.1
65세이상 사망자수	2,022	3,170	3,197	3,561	4,378	4,023
65세이상 사망률	55.8	79.0	72.0	71.7	81.9	69.8

*자료: 통계청(2012).

③ 사망유형별 현황

2010년도 통계청 자료에 따르면 <표 2-12>에서 보는 바와 같이 사망원인 순위에 있어 자살은 계속 상승하여 2008년부터는 암, 뇌혈관질환, 심장질환에 이어 4번째로 주요 사망원인으로 자리를 잡고 있다. 또한 OECD에서 제공하는 국가별 노인자살률 자료에 의하면 한국노인의 자살률은 고령화지수가 가장 높은 일본의 노인자살률에 비해 75세 미만 노인은 약 2배 이상, 75세 이상 노인은 약 3배 이상이 높은 것으로 나타나 한국 노인자살문제의 심각성을 극명하게 보여주고 있다(전혜정, 2010).

<표 2-12> 사망유형별 현황

단위: 인구 10만 명당

순위	1998	사망률	2003	사망률	2008	사망률	2010	사망률
1	암	108.6	암	131.1	암	139.5	암	144.4
2	뇌혈관 질환	73.6	뇌혈관 질환	75.3	뇌혈관 질환	56.5	뇌혈관 질환	53.2
3	심장질환	38.4	심장질환	35.3	심장질환	43.3	심장질환	46.9
4	운수사고	25.6	당뇨병	25.0	자살	26.0	자살	31.2
5	간질환	24.6	자살	22.6	당뇨병	20.7	당뇨병	20.7
6	당뇨병	21.0	간질환	20.5	만성하 기도 질환	14.9	폐렴	14.9
7	자살	18.4	만성하 기도 질환	19.1	운수사고	14.7	만성하 기도 질환	14.2
8	만성하 기도 질환	12.7	운수사고	19.0	간질환	14.5	간질환	13.8
9	고혈압성 질환	8.4	고혈압성 질환	10.6	폐렴	11.1	운수사고	13.7
10	호흡기 결핵	7.1	추락사고	7.3	고혈압성 질환	9.6	고혈압성 질환	9.6

*자료: 통계청(2010).

④ 자살원인별 현황

노인들이 자살과 살인 등 극단적인 선택을 하게 되는 이유는 몇 가지로 압축된다. 보건복지부를 비롯한 정부기관의 조사에 따르면 자살이유로는 경제적 어려움, 건강 등 신체적 질환문제, 외로움과 고독, 가정불화 등이 꼽힌다. 결국 이런 문제점의 대부분이 우리나라에서 진행된 급속한 고령화와 관련이 깊다. 현재 65세 이상인 노인들은 의학발달과 식습관 개선 등의 이유로 기대여명이 80세 이상으로 늘어났다. 하지만 연장된 삶에 대한 육체적·정신적·경제적 준비는 극히 부족한 경우가 대다수다(서울경제, 2011). 가장

불화는 대부분 신체적, 정서적 학대, 방임 등을 불러일으킨다. 따라서 자살과 살인에 있어 가정불화를 통한 노인 학대는 우리가 잘 살펴야 할 부분이다.

또한 싸이버 경찰청이 조사한 자살원인별 현황을 살펴보면 <표 2-13>과 같다. 자살원인으로는 정신과·정신과적 문제(3,861명), 육체적 질병문제(2,887명), 경제생활문제(2,618명), 가정문제(1,158명), 직장 또는 업무상의 문제(577명), 남녀문제(493명), 사별문제(98명), 학대 또는 폭력문제(35명), 기타(160명) 등으로 나타났다. 하지만 총합계 인원 13,940명은 전체 연령대에서 파악한 것이므로 정서적 학대, 방임과 관련된 가정문제, 학대와 폭력문제와 같은 주로 노인들과 관련된 문제를 중점적으로 파악한다면 학대에 따른 노인자살의 비중은 상당히 높아질 것으로 판단된다.

<표 2-13> 자살원인별 현황

단위: 명

성별	가정문제	경제생활문제	남녀문제	사별문제	육체적질병문제
남	746	2,177	304	80	1,942
여	412	441	189	18	945
미상	-	-	-	-	-
합계	1,158	2,618	493	98	2,887
성별	정신적 정신과적문제	직장 또는 업무상의 문제	학대 또는 폭력문제	기 타	미 상
남	2,077	516	26	124	1,459
여	1,784	61	9	36	590
미상	-	-	-	-	4
합계	3,861	577	35	160	2,053
총합계	남: 9,451	여: 4,485	미상: 4	총합계: 13,940	

*자료: 싸이버 경찰청(2013).

위에서 살펴본 통계자료를 기초로 하여 분석해 볼 때 몇 가지 중요한 점을 살펴볼 수 있다. 첫째, 한국의 노인자살은 OECD국가 들 중 가장 높은 비율을 나타내고 있다. 둘째, 1990년대부터 급속도로 악화되었다. 셋째, 한국의 노인자살은 최근의 가족기능의 축소와 사회적 안전망의 결여와 매우 긴밀한 관계가 있다.

본 연구에서는 20년 동안 가파르게 증가를 하고 있는 노인자살, 그중에서도 학대경험이 노인자살에 미치는 영향에 대해 분석하고, 학대감소를 통하여 노인자살을 줄임으로 노인들에게 보다 나은 노후생활을 영위하도록 하고자 하였다.

4) 자살생각에 영향을 미치는 요인

본 연구에서는 위에서 살펴본 자살관련 이론을 바탕으로, 인구사회학적 특성은 생물학적 이론, 가족지지와 종교지지는 사회학적 이론, 노인학대경험과 우울감은 심리학적 이론을 기초로 하였다.

(1) 인구사회학적 특성

노인자살의 선행연구들을 보면 자살은 성별, 연령, 교육수준, 가족구성, 종교, 배우자 유무, 주관적 건강상태, 만성질환, 주관적 경제수준, 직업유무와 같은 개인적 특성 등과 관련이 있었다.

① 성별

성별은 노인의 자살과 관련된 변인 중 가장 예측력이 있는 변인 중 하나

이다. 자살충동을 느끼기는 여성 8.5%, 남성이 5.8%로 여성이 월등히 높으나 실제 자살을 시도하여 사망하는 비율은 남성이 더 높은 것으로 나타난다(고재욱, 2011). 2012년 전체인구에서 남자의 자살사망률은 38.2%, 여자의 자살사망률은 18.0%로 여자보다 남자의 자살사망률이 높고 특히 노인층의 경우는 그 차이가 현저하게 존재한다(통계청, 2012). 남성노인들의 자살률이 여성노인의 자살률보다 2배 이상 높다는 것은 은퇴 후 남성들에게 찾아오는 고독과 외로움이 여성에 비해 상대적으로 크다는 것이다. 따라서 남성들이 은퇴 후 제2의 인생을 살아갈 수 있도록 제도 개선과 사회분위기 조성이 시급하다.

배진희·엄기욱(2009)의 자살생각에 대한 연구결과에 의하면 남성노인보다 여성노인의 자살생각이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 역사적으로 볼 때, 여성의 경우는 질병, 직장문제, 총기류 문제보다도 약물과 같은 독성물질에 의한 자살시도가 흔하기 때문에 자살시도는 많지만 자살성공은 남성보다 떨어진다.

성별은 노인자살의 예측 가능한 변인으로 중요한 역할을 하고 있음을 알 수 있다. 따라서 본 연구에서는 성별에 따라 학대경험이 노인 자살생각에 미치는 영향을 규명해보고자 했다.

② 연령

같은 노인이라 하더라도 연령대에 따라 자살률의 차이가 나타나고 있다. 2012년 통계청 자료에 따르면 65세-69세 자살사망률이 남자 71.7%, 여자 22.9%인 반면, 75세-79세에는 남자 132.7%, 여자 49.3%로 2배 정도의 차이를 나타내고 있으며 80세가 넘으면 그 차이는 더욱 벌어진다<표 2-10>.

Yeates(1998)는 141명의 자살 희생자를 심리적 부검을 한 연구결과 연령

이 높을수록 보다 더 확정적이고 계획성이 있는 자살의 경우가 많고 자살의도에 대한 사전 통보가 적었다고 보고하였고, 외국의 기존 연구(Forsell et al, 1997)에서는 후기 노인층이 전기 노인층 보다 자살생각의 빈도가 약간 높은 것으로 나타났다.

반면에 연령과 노인자살의 관계에 있어 김형수(2002)의 연구에서는 연령은 자살생각의 경험과 통계적으로 유의미한 관계를 보이지 않았다.

따라서 연령은 노인자살의 예측 가능한 변인으로 중요한 역할을 하고 있음을 알 수 있다. 본 연구에서는 연령에 따라 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향을 분석하고자 하였다.

③ 교육수준

노인자살에 영향을 미치는 중요한 변인들 중 하나인 학력은 자살과 관련이 있으며, 학력이 낮을수록 자살률이 높은 것으로 조사되었다(강은정, 2005; 허지원 외, 2007). 김형수(2002)는 교육수준의 경우 교육수준이 낮을수록 자살생각이 높게 나타나는데, 이는 교육수준이 낮을수록 그만큼 낮은 지위에 속하는 직업에 종사하는 경우가 많고, 또한 경제적으로 하층에 속할 가능성이 많은 것과 연결된다고 보았다.

통계청(2008) 국가통계포털 자료에 의하면 교육수준에 따라 자살충동여부에는 학력이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 대졸이상은 초등졸보다 자살충동이 매우 낮은 것으로 나타났는데, 이는 전체 인구를 기준으로 한 조사나, 노인층을 대상으로 한 조사 모두에서 동일하게 나타났다. 일반적으로 교육수준이 낮을수록 자살생각이 높게 나타나고 있다.

따라서 교육수준이 자살생각에 영향을 미치는 중요한 변수로 여기고, 본 연구에서는 교육수준에 따라 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향을 분석하고자 하였다.

④ 가족구성

혼인상태, 동거유형에 있어서도 노인이 홀로 지내는 경우와 배우자와만 지내는 경우, 자녀들과 함께 지내는 경우에 따라서 자살생각에 있어서 차이가 존재한다(김형수, 2002). 또한 배우자가 있는 경우에 자살생각이 낮았으며, 독신가구나 2인 가구에 비해 3인 이상이 동거하는 가구에서 자살생각이 낮은 것으로 확인되어 혼자 사는 노인이 자살생각에 취약한 것으로 나타났다(강은정, 2005).

2013년 10월 국민일보가 발표한 ‘독거노인 고독사 무방비: 어느 날 소리 없이 --- 홀몸 어르신 30만 명이 위험하다’ 자료에 의하면 위기 가구(사회적 관계 단절, 일상생활 능력 심하게 제한 많음, 9만 5천명), 취약 가구(사회적 교류 일부 이루어지지만 일상생활 능력에 제한 많음, 20만 5천명), 관심 필요 가구(가족 및 이웃과 유대관계 있으나, 복지 서비스 욕구 높음, 10만 명), 자립 가구(가족과 유대관계 강하고 모든 일상생활 스스로 영위 가능, 79만명)로 나타났다. 이중 위기·취약가구 30만명은 고독사 위험군으로 사회적·국가적으로 관리를 해야 할 것이다(국민일보, 2013).

노인들이 배우자와 갑작스럽게 사별이 일어났을 때, 특히 남자노인이 사별을 당했을 때 6개월 이내에 자살위험도가 가장 높았고(McLntosh, 1995), 사별한 남자는 배우자 동거중인 남자에 비해 자살할 가능성이 3.3배에 달했다. 또한 자살로 인한 사망 집단의 경우 혼인상태가 이혼, 비동거, 독거 형태일 때 그렇지 않은 노인에 비해 자살율이 더 유의미하게 나타났다. 유배우자에 비해 사별상태인 경우 자살충동 50% 정도 높으며, 이혼은 약 3배 정도 자살충동이 높은 것으로 나타났다. 따라서 대부분의 사별, 이혼 등으로 혼자 거주하는 노인의 경우 다른 집단보다 더 자살생각이 높을 것으로 보여진다(고재욱, 2011).

따라서 가족구성은 자살생각에 영향을 미치는 중요한 변인으로, 본 연구에서는 가족구성 형태와 배우자 유무 등에 따라 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향을 분석하고자 하였다.

⑤ 종교

노인에게 있어서 종교는 자신의 지위를 정신적으로 확인하고 미래에 희망을 가지도록 하여 공동체 안에서 사회적 관계를 원만히 유지하는 촉매제 역할을 하기 때문에 노인들의 노후 생활을 보다 윤택하게 할 수 있도록 하는 중요한 요인이 된다.

종교와 종교 활동은 노인자살에 긍정적인 영향을 미치고 삶의 질이나, 생활만족 또는 건강, 행복 등에 영향을 주는 것으로 일관되게 나타나며, 종교 활동을 하는 노인이 그렇지 않은 노인보다 육체적, 정신적으로 더 건강하다(김영철, 2008). 박순천(2005)의 연구에서도 종교 활동 참여수준이 낮을수록 자살생각이 높게 나타나는 것으로 확인 되었다. 종교가 없는 사람이 종교를 가지고 있는 사람보다 평균적으로 자살생각을 많이 하는 것으로 나타났으며, 종교 활동에 적극적으로 하는 사람이 소극적으로 하는 사람에 비해 자살생각이 낮게 나타났다.

따라서 종교는 노인들의 자살생각에 영향을 미치는 중요한 요인으로서 본 연구에서는 종교에 따라 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향을 분석하고자 하였다.

⑥ 주관적 건강상태와 만성질환

노인의 건강상태와 자살과의 관련 연구를 보면 신체적 질환이 노인의 자

살에 있어 위험요인이 됨을 주장하고 있고, 노인의 자살사고에 영향을 미치는 요인으로 건강상태가 중요한 변인으로 확인되었다(최영임, 2008). 한옥자(2005)의 연구에서도 노인 자살변수로 일관되게 나타나는 변인 중에 하나는 건강상태이다. 특히 주관적 건강평가는 인간이 편안함을 느끼며 생활할 수 있는 건강상태에 대한 개인적 느낌을 말하는 것으로, 노인의 독립적인 삶의 의지와 정신건강, 우울 등에 매우 주요한 요소가 된다고 할 수 있다.

주관적 건강수준과 만성질환은 자살생각과 관련이 있었고, 연령집단에 공통적으로 자살생각과 관련된 요인을 발견할 수 있었는데, 그것은 건강문제와 관련된 요인이었다. 즉, 만성질환을 가질 때, 건강수준이 나쁘다고 생각할 때, 또한 정신적으로 우울감을 가질 때 연령에 관계없이 자살생각을 많이 가지고 있었다(강은정, 2005).

만성질환은 신체적·정신적으로 만성적인 질환이 있는 경우를 의미한다. 만성질환 중 신체적 건강의 악화는 노인의 자살위험을 증가시키는 요인으로 확인되었다(McIntosh, 1995; Patricia, 2003). 권규일 외(1997)의 연구에서도 주요한 신체적 질환을 가지고 있는 경우에 자살을 시도한 경우가 노인층에서 흔한 것으로 보고되고 있다. 또한 만성통증 요인은 자살의 중요한 변인이 된다. 만성통증은 신경구조나 기능의 변형으로 생기며, 특징은 타는 듯, 찌르는 듯 혹은 전기가 오는 듯 통증을 느끼며 말초 신경의 외상, 질병 등으로 만성신경 병리통증을 유발하는 것으로 신경통, 환상통, 작열통이나 교감신경성 통증으로 발전한다. 두통, 척수손상, 요통, 관절통 등이 여기에 속한다. 만성통증은 그 자체가 질병이며 심하면 고혈압, 당뇨병, 우울증 자살까지 유발할 수 있다. 만성통증은 치료를 잘 해도 대부분 통증 정도를 30% 낮추는 결과에 그친다고 한다. 만성통증은 통증이 3개월 이상 지속되는 경우이다. 만성통증은 스트레스를 유발해 면역력을 떨어뜨리고 혈압을 올리며, 혈당 조절을 어렵게 해 온갖 만성질환의 단초가 된다. 통증이 오래되면 뇌

가 위축돼 기억력 등 인지능력이 떨어진다. 또한 만성통증 환자의 60%가 수면장애를 겪으며 우울감, 집중력, 기억력 감소, 불안감, 자살충동을 경험한다(전용만, 2012).

따라서 주관적 건강상태와 만성질환은 노인자살생각에 영향을 미치는 중요한 요소로, 본 연구에서는 주관적 건강상태와 만성질환에 따라 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향을 분석하고자 하였다.

⑦ 주관적 경제수준

노년기에 들어서면 다니던 직장에서 은퇴를 하게 된다. 이에 따라 노인들에게는 수입원이 줄어들고 직업역할의 상실과 사회적 역할의 변화를 가져오게 되고 경제적 어려움에 처하게 된다.

McIntosh(1995)는 퇴직 중이거나 일하지 않는 노인일수록 자살률이 높은 것으로 보고하고 있다. 노용환(2007)는 소득이 증가하고 주관적 생활수준이 향상되면 자살 위험은 줄어드는 것으로 나타났다고 하였고, 김현순 외(2008)은 경제상태가 자살생각에 영향을 미치지 않는 않지만, 우울을 매개로 하였을 때는 자살생각에 영향을 미친다고 하였다. 김형수(2002)는 천안시내 거주 65세 이상 노인 451명의 자살생각과 관련요인 연구에서 우울정도($p<0.001$)와 경제상태($p<0.01$)는 노인자살의 결정적인 위험요인으로 판명되었다.

우리나라의 자살률을 살펴보면 1999년까지 인구 10만명 당 자살자 수가 50명대이나 2001년에 이르러 자살률이 10만명 당 60명을 넘어선다(통계청, 2010). 이는 1998년 말에 있었던 IMF 경제위기로 인한 경제 불안정, 조기퇴직 등의 압박상황 하에서 자살을 선택한 노인들이 많았음을 의미한다. 이는 경제적 어려움이 자살생각에 영향을 미칠 수 있는 요인임을 알 수 있다.

따라서 주관적 경제수준이 자살생각에 영향을 미치는 중요한 요소로 여기

고, 본 연구에서는 주관적 경제수준에 따라 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향을 분석하고자 했다.

⑧ 직업유무

직업유무는 노인의 자살과 관련이 있는 변인으로써 경제적 어려움으로 인해 하류계층에 속하는 노인들이거나 직장에서 은퇴를 하였거나, 비고용 상태인 노인들이 자살에 처할 가능성이 높음을 경험적으로 증명하고, 노인자살에 관련된 요인으로 퇴직을 들고 있다(김형수, 2002).

Patricia(2003)는 은퇴 후 소득이 없고, 일을 하지 않는 노인의 경우 자살할 가능성이 높은 것으로 보고하였다. 허지원 외(2007)의 2003년 12월부터 2006년 5월까지 고려대학교 의과대학 안산병원, 순천향대학교 천안병원, 전남대학교 의료원의 응급실에 자살시도로 내원한 환자 중 면담이 가능하였던 280명 중 직업력을 분석한 결과 무직, 주부가 49.3%로 가장 많았고 다음으로 회사원, 기술자, 학생, 노동자 순이었다. 이는 직업유무가 자살생각에 영향을 미치는 중요한 변인으로 확인되었다.

따라서 직업유무가 자살생각에 영향을 미치는 중요한 변인으로 여기고, 본 연구에서는 직업유무에 따라 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향을 분석하고자 한다.

(2) 노인학대경험

노인학대가 노인들의 삶에 미치는 영향은 광범위하게 나타난다. 학대 노인은 일반 노인에 비해 무기력, 정신분열, 죄의식, 수치심, 공포, 불안, 거부, 외상 후 스트레스 수치가 높으며, 우울증과 사회적 기능의 저하를 가져와

심한 경우 자살생각, 자살계획, 자살시도에 이르게 된다(양순미 외, 2006).

권중돈(2006)의 연구에 의하면 노인학대의 결과로 나타나는 신체적 증상을 보이는 노인은 8.5%에 이르고 있으며, 가장 많이 나타난 증상은 두통으로 머리가 멍한 경우이었으며, 심각한 신체적 증상은 팔, 다리가 부러지는 등의 골절상 및 정신과 치료를 받는 정도의 쇼크 등으로 나타났다. 학대 피해노인 중 76.6%가 정신적 증상을 보이고 있었는데, 평균 1.3개의 정신적 증상을 보이는 것으로 나타났다. 그리고 가장 많은 증상은 자신에 대한 실망, 무력감, 자아상실(30.8%)과 매사에 불안, 우울함(29.7%)으로 죽고 싶다는 위협스러운 생각을 하는 경우도 22.05%나 되는 것으로 조사됐다.

서인균(2009)의 연구에서는 노인학대경험과 자살생각의 관계에서 정서적 학대($r=.270$), 경제적 학대($r=.232$), 방임($r=.232$), 신체적 학대($r=.227$), 유기($r=.171$), 성적 학대($r=.137$)의 순으로 노인학대경험이 자살생각과 관계를 갖는 것으로 나타났다.

손윤정(2004)의 연구에서는 학대를 당하고 난 뒤의 심리적, 정신적 증상에 대해 물어본 결과, 이혼하고 싶다는 생각(78%), 불안, 초조(71.8%), 자신에 대한 실망감(47.2%), 수면장애(45.4%), 판단력이 떨어지고 정신이 흐려짐(43.6%), 무력감(41%), 소화장애(40%), 본인이 죽을 것 같고 몹시 두려움(29%), 남편이 죽었으면 함(27.2%), 사고 및 행동장애(16.3%), 자살기도(12.7%), 남편에게 죄책감을 느낌(2.7%), 자해행위(1.8%)로 나타났다. 즉, 학대를 당한 후 불안초조, 불면증과 이혼을 하고 싶다고 생각을 하고 자살까지 시도한 것으로 보아 학대를 당함으로써 인해 심리적, 정신적 건강에 심각한 영향을 미친다는 것을 알 수 있다.

이정분(2010)의 연구에서는 변수들의 영향력 정도를 표준화계수(β)로 살펴봐왔는데, 개인체계의 변수인 경제상태($\beta=-.155$), 가족환경체계의 변수인 학대경험의 하위 영역인 신체적 학대($\beta=.125$), 심리적 학대($\beta=.131$), 방임(β

=.221), 사회환경체계의 변수인 상실(주변인의 사망과 자살)의 경험($\beta=.134$) 등이 노인의 자살생각에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 노인의 학대경험(신체적 학대, 심리·정서적 학대, 방임)과 사회환경체계의 변수인 상실(주변인의 사망과 자살)이 많을수록 자살생각을 많이 하는 경향이 있음을 알 수 있다.

이와 같이 선행연구를 통해 학대경험이 노인 자살에 영향을 미칠 수 있는 중요한 요인임을 확인할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향을 분석해 보고자 하였다.

(3) 노인우울

① 우울의 개념

우울은 미국 정신질환 협회에서 제정한 정신질환 분류 DSM-III에 의하면 정서장애의 하나로 죽음을 생각하거나, 죽고 싶은 욕망, 무력감, 죄의식, 사고와 집중력 감퇴, 피로감, 식욕감퇴와 체중감소, 성욕감퇴, 수면장애 중 4가지의 증세가 2주간 지속될 때 우울이라고 정의하고 있으며, 내인성 우울(endogenous depression)과 외인성 우울(reactive depression)로 구분되는데 내인성 우울은 내적 과정에 대한 반응으로 발생되고 유전적 소인과 관계가 있으며, 외인성 우울은 유전적 소인이 없이 외적 사건에 기인된 것으로 모든 우울의 약 75%는 외적 사건으로 발생한다(강귀정, 2004).

우울은 비관적 사고와 같은 인지적 기능, 무력감, 의욕상실, 슬픔, 좌절감과 같은 정서적 기능, 식욕부진, 불면증, 피로감, 체중감소 등과 같은 생리적 기능 등을 포괄하는 문제로서 여러 학자들에 의해서 다양하게 정의되어 왔다.

Battle(1978)은 정상적인 기분변화로부터 병적인 기분상태까지의 연속선상에 있으며 근심, 침울함, 무력감, 무가치함을 나타내는 기분장애를 우울이라고 하였고, Ross(2000)는 우울을 생리적 질병을 수반하는 부정적 감정으로 우울은 쇠약하고, 피곤하고, 슬프고 희망이 없다고 느끼는 것으로 정의하고 있으며, Lewis(1983)는 노인의 우울은 스트레스 적응과정에서 불안이나 갈등과 더불어 흔히 나타나는 부정적 정서 상태이며 흔히 신체상의 변화에 대한 비판과정으로 근심, 침울, 무력감, 무가치함을 나타내는 정서장애로 정의하였다.

모선희 외(2006)은 우울(depression)은 슬픔과 절망 등과 같은 감정으로 특징지어지는 장애인데, 그 심각성의 정도는 경미한 것에서 치명적인 것까지 범위의 폭이 넓다. 우울기분이 일시적인 상태를 넘어서 2주 이상 일상생활에 지장을 줄 때 치료가 필요한 의료적 질병으로 보고 있으며, 강희숙·김근조(2000)는 우울을 “개인이 신체적·사회적·환경적 요인에 의해 근심, 침울함, 무력감 및 무가치감 등을 나타내는 기분 상태”로 정의하고 있다.

② 노인우울의 특징

노인 우울은 치매가 없이도 우울증만으로도 치매와 같은 증상을 일으키는 가성치매를 나타내기도 하고, 치매로 진행되기도 한다. 노인우울은 잘 진단되지 않고, 오진을 하기도 하며, 제대로 치료를 받지 않아 치명적이 되거나 자살행동을 야기하는 주요한 공중보건문제가 되어 왔다. 특히 여성노인에서의 우울은 남성에서 보다 3배가 된다(Christophe 외, 2001).

노인우울은 앓는 기간이 장기화 될수록 치료에 어려움이 있기 때문에 조기에 발견하여 치료하는 것이 필요하며 적절한 항우울제 등 약물치료, 정신치료를 병행할 경우에 비교적 치료효과가 좋은 편으로 노인에 대한 애정 어린 관심과 세심한 관찰을 통하여 조기에 발견하는 것이 중요하다.

노인의 우울은 만성적 질병, 신체적, 기능적 능력 저하, 죽음에 대한 두려움의 증가 등으로 삶의 의미를 상실하고 절망감에 빠져 이와 관련한 갈등과 적응요구가 크고, 노화에 대한 부정적 인지왜곡을 갖는 경우 노인의 우울증상은 증가한다. 이러한 노인우울 증상은 다른 세대와는 달리 몇 가지 특징을 가지고 있다(김지숙, 2008 재인용).

첫째, 노인의 우울증은 표출되기 어렵다는 것이다. 노인은 우울증을 스스로 자각하기 어렵고 가족들에게 노출되는 것을 기피하며, 정신적 치료를 받는 것을 부정적으로 생각하여 상담수가 들어나지 않고 있다. 더욱이 독거노인이거나 독립해 거주하는 노인부부들 사이에는 우울증이 방치되어 심각한 상태에 이르는 경우가 많이 존재한다.

둘째, 노인의 우울증은 구별하기 어렵다는 것이다. 노인의 우울증은 일반적으로 지적기능의 저하로 인해 기억장애, 계산 장애, 판단력 저하와 인식장애를 나타내는데 이는 일종의 가성치매(pseudo-dementia)로 진짜 치매와 혼동하는 경우가 많으며, 신체증상이 정상 노인들에서도 흔히 볼 수 있는 증상이기 때문에 정상적인 노화과정의 하나로 오인하는 경우가 많다.

셋째, 노인의 우울증은 성인이나 청소년기의 우울증보다 지속기간이 더 길고, 많은 경우 수개월 내지 수년 동안 치료 없이 지내는 경우가 많아 흔히 가면성 우울(masked depression)로 간주된다. 이 경우 우울증을 부정하고 대신 다양한 신체증상이나 건강에 대한 염려, 피곤, 의욕저하 등의 증상을 호소하는 경향으로 나타난다.

넷째, 노인의 우울증은 죄책감이나 공격적 적개심이 자기 자신에게로 향하는 젊은 층의 우울증과는 달리 자존심 상실에 영향을 주는 신체적 질환, 사회로부터의 감정적 고립, 가족이나 친구와의 사별, 경제적인 문제, 직장에서의 은퇴, 교육정도 그리고 성격적인 문제에 기인하는 것으로 보고되고 있다.

③ 노인우울이 자살생각에 미치는 선행연구

노년기 우울증은 생물학적 요인이나 청, 장년 시절부터 갖고 있던 우울증상이 재발한 조발성 우울증이라기보다는 노년기에 당면하는 여러 가지 상실 즉, 배우자의 죽음, 직업과 지위의 상실, 수입의 감소, 신체적 건강의 약화 등으로 인해 발생하는 만발성 우울증인 경우가 많다. 노인에게 우울증을 유발시키는 중요한 생활사건은 사별이다. 배우자의 상실은 동반자의 상실을 의미하고, 이는 외로움과 스트레스를 가져와 우울증에 걸릴 위험이 높아진다. 특히 노년기 우울은 슬픔의 표현이 적고, '기운이 없는 것은 나이 탓이다. 노화가 진행된 것이다. 많이 늙었다.'고 이해해 방치되는 일이 많으며, '우울하다. 기분이 가라앉는다.'는 등의 자기감정을 직접적으로 호소하는 일이 적다. 또한 노인들은 젊은 사람과 다르게 본인의 치료거부, 가족들의 무관심 등으로 인해 제때 진단 및 치료를 받지 못하는 경우가 많아 결국에 자살이나 사망 등의 결과를 초래하여 노인들의 인생 후기의 삶을 비참하게 하고 가족적으로나 사회적으로 심각한 문제를 유발한다.

이금룡·조은혜(2013)의 연구에 의하면 독거노인의 자살생각에 직접적인 영향을 미치는 요인은 우울로 나타난 반면에, 사회적 지지와 사회적 고립감은 자살생각에 대한 직접효과는 없었으나, 우울이 사회적 지지 및 사회적 고립감과 자살생각 사이에서 완전매개의 역할을 하는 것으로 분석되었다. 특히 사회적 지지는 우울을 매개로 하여 자살생각에 간접효과를 보이는 동시에 사회적 고립감과 우울 경로를 거쳐 자살생각에 간접효과를 미치는 것으로 조사되었다.

노인은 신체적 건강의 상실, 경제능력의 상실, 가족 역할의 상실 등과 함께 사회적으로 부양의식의 감소와 노인학대의 지속적인 증가는 노인의 삶을 더욱 상실의 늪으로 빠져들게 하고 있다. 이러한 부정적인 상황은 노인으로 하여금 대표적인 정신질환인 우울을 더욱 많이 경험하게 하며(강월숙,

2012), 결국 이러한 우울은 노인의 삶의 만족도를 저하시키고, 최종적으로는 자살에 이르기까지 한다(김형수, 2002).

이정필(2005)의 “노인 학대경험이 심리적 손상에 미치는 영향에 관한 연구”에서는 학대경험이 심리적 손상에 미치는 영향의 각 하위지표별 회귀식은 통계적으로 유의한 가운데 노인학대의 영향은 우울을 증가시키고, 자아 존중감을 감소시키며, 자살생각은 높이는 것으로 나타났다.

학대경험으로 우울이 나타난다는 가정을 기반으로 하여 Martin E. Seligman(1975)의 무기력 모델을 살펴보면, 개인에게 충격적인 사건이 발생했을 때 자신의 힘으로는 아무것도 통제할 수 없다는 절망감과 함께 적극적인 대응을 포기하는 경우에 여러 가지 심리적인 부적응을 겪게 되고 결국에는 정신건강을 위협하는 무기력한 상태로 발전하기도 한다. 학대 피해노인의 경우에도 지속되는 학대상황을 스스로 통제할 수 없다고 학습이 되면서 무기력이 발생하고, 우울이 나타나며, 자신을 무가치하다고 평가하고, 삶이 무의미해지고, 미래에 대한 희망을 품지 않고 결국 자살에 이르게 하는 극단적인 결과를 초래하게 된다. 대다수의 노인자살의 경우 우울증을 경험했던 노인이 많았고, 정신병적 우울증을 가진 노인은 자살이나 자해를 시도하는 경우가 높았다(권혜경, 2007 재인용).

우울은 노인이 누리는 삶의 질에 부정적 영향을 미친다. 구체적으로 노인이 우울을 겪으면 다음과 같은 상태에 놓일 가능성이 있는 것으로 밝혀지고 있다. 첫째, 일상적으로 활동하고 기능하는데 제약을 받는다. 둘째, 일상생활의 즐거움이 사라진다. 셋째, 노년기에 나타나는 의학적 상태가 우울 때문에 악화하는 경우가 많을 수 있다. 넷째, 자살 할 위험이 커진다. 다섯째, 사망할 가능성이 커진다. 더욱이 우울증이 사랑하는 배우자의 상실과 같은 위기 상황적 사건의 발생에 기인한 것이라면 노인은 슬픔에 빠져 절망감을 느끼며 극단적으로 자살의 충동까지 갖게 된다(김무임, 2010 재인용).

또한 을지병원 정신과 조근호 교수는 “청·장년층 흡연자는 비흡연자에 비해 우울증이 자주 발생하며, 흡연을 하는 우울증 환자에게서 자살시도 발생률이 높다”고 설명했다. 서울성모병원 정신과 김대진 교수는 “60대 이상의 자살률이 20대의 자살률보다 7배나 높으며 향후 인구 고령화로 노인정신 건강 문제는 심각한 수준”이라고 설명한 뒤 “국내외 여러 연구결과 흡연이 노년기 자살과 많은 연관성을 가지고 있다는 보고는 많다”며 우리나라 60대 이상의 노년기 흡연인구가 16%에 달함을 감안할 때 노인자살을 예방적 차원에서 해결하기 위한 방안은 노인 금연운동을 적극적으로 뒷받침하는 것이라고 주장했다(국민일보, 2010).

노인학대, 우울, 자살과의 관계를 연구한 위의 선행연구들에서 나타난 바와 같이 노인학대가 우울감을 일으키고 이는 노인 자살생각에 중요한 영향을 미치는 점을 알 수 있다. 따라서 본 연구에서는 학대경험이 자살을 생각하게 하는데 있어서 우울을 매개변인으로 설정하여 자살생각에 미치는 영향을 분석하고자 하였다.

3. 가족지지

1) 노인과 가족

가족은 개인이 사회화를 배우는 최초의 기초단위로서 물리적, 심리적, 사회적 자원의 공급체이다. 가족은 노인의 부양에 있어 일차적인 책임을 갖고 있는 체계로서 노인들은 육체적으로나 정신적으로 어려움에 직면하면 가족이나 가까운 친척을 생각하게 된다.

우리나라는 그동안 유교적 전통아래 가족은 마땅히 노인을 돌보아야 하고 노인들에게는 가족이 주요한 지지근원이었다. 그러나 현대 산업사회가 발달

함에 따라 가족의 형태도 급격하게 변하면서 개인을 중심으로 하는 가치관의 확산, 핵가족화, 여성들의 취업 증가로 인한 가족질서의 변화 등으로 전통적인 노인부양의식이 약화, 노인부부 및 홀로 사는 노인들이 늘어나고 있다. 하지만 아직 대부분의 노인들은 자녀와의 친밀한 관계를 유지하며 상호 지원이 이루어지고 있다.

가족은 개인에게 있어 중요한 지지체계가 되고, 개인은 가족을 통해 육체적, 심리적 긴장을 해소하고 안정감을 갖게 된다. 특히 사회생활이 제한된 노인은 가족 간의 의사소통과 접촉이 형식적, 피상적으로 되어감에 따라 고독감을 느낀다고 하였다(May, 1967). 따라서 노인들의 정서적 안정감은 가족 내에서 가족 간 상호작용의 맥락과 깊은 관계가 있으며, 노인들의 심리적 안정감은 가족의 지지정도에 따라 달라진다고 볼 수 있다.

2) 가족지지

인간은 태어나면서 가족의 일원으로 개인으로 존재하고 있어도 그 개인은 끊임없이 타인과의 상호작용을 통하여 성장 발달한다. 오늘날과 같이 현대화 되고 복잡한 사회 속에서는 개인이 삶에 있어 무엇보다 가족, 사회가 중요한 역할을 하게 된다.

Hymovich(1975)는 가족지지란 가족구성원으로 구성되는 가족체제가 가족구성원들 간의 상호작용을 통하여 돌보아 주고, 사랑하고 존중하며, 가치감을 갖도록 해주는 사랑과 지지의 교환이라는 주요기능을 의미하는 것으로 보고 있다.

Cobb(1976)는 가족지지란 가족구성원이 환자를 돌보아 주고 사랑하며 존중하며 가치감을 갖도록 해주고, 환자 자신이 의사소통과 상호책임의 조직망에 속한다는 것을 믿도록 해주는 것이며, 개인으로 하여금 보살핌과 사랑을 받고

있다고 믿도록 하여 자기 자신이 귀하고 가치 있으며 의사전달과 상호의무의 조직 속에 들어 있다고 믿도록 하는 정보라고 하였으며, Dean 과 Lin(1977)은 가족은 사회적 기능을 수행하는 일차적 집단으로 사회적 지지의 주된 근원으로 보았다.

Cohen 과 McKay(1984)는 가족지지를 가족의 사회적지지(social support)로서, 사회적 지지의 하위 영역으로 이해하고 있다. 사회적 지지는 다차원적이므로 하나의 개념으로 규정되기 어려운 특징이 있으며, 사회적 지원이나 사회적 지지망(social support net works) 또는 사회적 관계망 등과 유사한 개념으로 사용되고 있다. 이는 신체적 손상, 노화와 부정적 생애사건의 역기능적 효과를 감소시키는 방안으로써 심리적·신체적 건강 및 안녕에 중요한 역할을 하는 것으로 보고 있다.

고인순(2008)의 연구에서는 가족지지만 가족구성원으로 인정된 사람과 지지를 교환하는 주요 기능을 의미하는 것으로 가족은 상호작용을 하며 개인적 또는 집단적으로 그 가족구성원을 차지하고 보호하는 능력을 가지고 위기에 적응하도록 일생을 통해 계속되는 사회적 지지체계로서 중요성을 갖는다.

또한 정우진(2014)의 연구에서는 가족지지를 가족구성원들 사이의 상호작용으로 일어나는 사랑과 지지의 교환이라는 주요기능을 수행하는 행위로 보는 가족내 지지와 친구나 이웃과 같이 개인에게 의미 있는 사람들로부터 주기적인 대화, 격려, 정서적인 도움을 받는 심리적인 지지를 포함하는 가족외 지지로 분류하여 설명하고 있다.

3) 가족지지와 자살생각 선행연구

그러나 오늘날 우리사회의 사회구조는 산업화, 도시화로 유교적 전통인 효 사상이 점차 붕괴되고, 노인세대에 대한 가치관의 변화 등으로 노인들은

가족으로부터 소외되는 경향이 커지고 있다. 또한 은퇴로 인한 경제적 어려움, 역할상실 등으로 노인들에게는 허무감, 좌절감이 나타난다. 그러므로 이러한 노인들에게 있어서 가족관계는 인생 전 주기에 걸쳐 애정적, 보호적 관계로서 아주 중요한 환경이다. 따라서 가족의 결속이 낮으면 노인들은 외로움과 우울감에 빠지게 되고 나아가 자살에까지 이를 가능성이 있다.

김형수(2002)의 연구에 따르면 노인의 자살생각에 가족관계가 중요한 변수로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 가족통합은 우울정도와 자살생각과 부적 상관관계가 있는 것으로 나타나 가족통합이 좋을수록 노인의 우울과 자살생각이 낮은 것으로 나타났다. 권혜경(2007)의 연구에서도 연구대상자 중 1년 동안에 한 번이라도 자살생각을 해 본 경우는 11.3%로 나타났고, 가족관계가 나쁠수록 자살생각의 수준이 높게 나타났다.

박복순(2011)은 “노인자살생각에 영향을 미치는 요인에 대한 연구”를 진행하며, 노인자살과 가족지지의 관계에 대한 선행연구로 서화정(2005), 박순천(2005), 이은주(2004), 이민숙(2005), 장미희(2006), 권현주(2002)의 연구를 표로 만들어 제시하고 있다.

안영애(2011)의 연구에서는 가족지지와 자살생각과의 상관관계를 살펴본 결과, 가족지지는 노인의 자살생각과는 통계적으로 유의미한 부적 상관관계를 보였다. 이는 조사대상 노인들이 가족으로부터 지지를 받지 못할 경우 자살생각을 더 많이 하게 된다는 결과로, 노인들이 생활 속에서 자살충동이나 자살생각의 위험에 빠지게 될 때 가족의 지지를 받으면 자살생각을 변화시킬 수 있음을 설명하는 결과이다. 또한 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다중선형회귀분석을 실시한 결과, 가족관계가 원만하지 않을수록 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

오인근(2008)은 저소득층 노인들을 대상으로 연구한 결과, 자녀와 동거하는 노인은 동거하지 않은 노인에 비해 무망감이 줄어들고, 자살생각을 적게

하는 것으로 나타났다. 반면에 손의성(2007)은 동거 자녀와의 관계에서 갈등이 있을 경우에는 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났고, 이영서(2011)의 연구에서도 조절변인인 자녀동거 변수의 경우, 자녀와 동거를 할수록 노인들의 자살생각을 높이는 것으로 확인되었다($\beta=0.12, p<.05$).

한편 서인균(2009), 정혜란(2013)의 연구에서는 노인학대경험이 자살생각에 영향을 미치는 데 있어 사회적 지지의 하위변인인 가족지지가 조절효과를 나타내는 것으로 밝혀졌다.

이상의 선행연구를 통해서 노인학대경험이 자살생각에 영향을 미칠 때 가족지지에 따라서 자살생각의 결과가 달라질 수 있음을 알 수 있다. 따라서 본 연구에서는 가족지지를 조절변인으로 선정하여 노인학대경험, 우울감이 자살생각에 미치는 영향에 대한 가족지지의 조절효과는 어떠한가를 분석하고자 하였다.

4. 종교지지

1) 노인과 종교

종교(religion)는 신 또는 신비한 존재에 대한 체계적인 믿음이나 의식, 실천으로 노인에게 있어서 종교는 중요한 역할을 하게 된다. 심리적인 측면에서 노인에게 있어서 종교는 첫째, 생활의 의미성과 중요성을 계속 느끼고 발견하도록 도와주며 둘째, 노년기에 경험하게 되는 각종 상실감을 받아들이도록 도와주고 셋째, 노년기에 잠재해 있는 보상적 가치를 발견하고 이용할 수 있도록 도와주고 넷째, 임박한 죽음을 평화롭게 맞이하도록 도와준다. 한편 사회적 측면에서 종교는 노인에게 모든 연령층을 끌고루 사귄 수 있게 맺어주는 등 사회적 상호작용의 기회를 부여함으로써 노인의 소외감을 감소시켜 준다고

하였다(Barron, 1961).

종교적 믿음은 어려운 인생사에 직면할 때 희망을 얻게 하는 근원이 되는데, 종교는 젊은 사람들보다 노인들에게 더 중요하다. 노인들은 젊은이들에 비하여 죽음에 대한 불안이 더 낮지만, 죽음이나 죽어가는 것에 대한 의미를 더 크게 부여한다. 그 이유는 노인은 삶이나 죽음에 대한 궁극적인 질문에 더 현실적으로 대응하기 때문이다. 낙관성과 같은 긍정적인 심리상태가 신체적인 건강에 지대한 영향을 미치기 때문에 종교성도 노인들의 면역체계 기능을 향상시켜준다고 강조하고 있다(Cohen 과 Koenig, 2003).

따라서 노년기에는 절대자인 초인간적인 신을 믿는 신앙생활에 참여함으로써 직장에서 은퇴하고 찾아올 수 있는 경제적 어려움, 가족으로부터 경험하게 되는 각종 상실감, 고립감, 노인 세대와 자녀세대 차이로 인한 갈등 등을 종교 활동을 통해 승화시킬 수 있다.

2) 종교지지

종교지지는 절대적인 존재를 믿어 인생의 무상함과 절망감으로부터 탈피할 수 있도록 하며, 인간이 고통과 번민이 뒤따를 때 절대자가 인간의 마음을 강하게 연단하여 더 큰 축복을 위한 과정으로 무한한 존재를 지각하고 그에 따른 신앙과 행위를 통해 도덕적 의무를 다하는 것이다.

종교지지가 신앙지지와 관련된 종교 활동의 적극성은 정신적, 물리적 변화로서 어느 한 부분만이 아니라 전인적 성숙을 의미하는 것으로, 인간의 삶에 있어서 그들의 어려움과 고통을 극복하고 초월할 수 있는 내면의 힘을 부여할 뿐만 아니라 절대자의 존재와 사후세계를 믿음으로써 자신의 인생을 가치 있고 의미 있는 인생으로 새롭게 만들어 나갈 수 있도록 도움을 주는 것이다.

사미자(2002)는 성숙한 신앙을 가지고 종교지지를 실현하는 사람은 타인 의

존적이거나 자기 의존적인 상태가 아니라 공동체의 구성원들과 상호의존적인 관계를 유지할 수 있는 능력을 소유하고 있을 뿐만 아니라 문화와 종족의 한계와 편견을 극복하고 인류를 한 가족으로 받아들일 준비가 되어 있는 사람으로 밝히고 있다. 더불어 성숙한 신앙인은 궁극적인 존재와 맺고 있는 관계를 확신하고 그에 대한 응답의 삶을 사는 상태라고 하였다.

3) 종교지지와 자살생각 선행연구

학대로 인해 자살생각을 하거나 자살시도의 위험성이 있는 노인을 돕는 과정에서 종교적 지지의 제공은 핵심적 요소이다. 산업화, 도시화 되어가는 현대 사회에서 소외되기 쉬운 노인들에게 있어 신앙생활을 영위하여 육체적, 정신적으로 건강하게 유지하며 살아나가는 것은 노후의 윤택한 삶을 위하여 필수적이다.

노인학대와 자살생각에 대한 손윤정(2004), 양순미(2006), 권중돈(2006), 서인균(2009), 이정분(2010), 정혜란(2013) 등의 연구에서 나타난 바와 같이 노인학대는 노인들의 우울, 죄의식, 수치심, 공포, 불안 스트레스 등을 가져와 결국 자살에 이르게 된다.

한편 종교와 종교 활동은 나타나는 노인자살에 있어 대부분 긍정적인 작용을 하고 있고, 종교 활동을 통하여 적절한 만족감을 들었을 때 자살생각은 감소하는 것으로 많은 연구결과에서 나타난다. 김창진(2008)의 연구에 따르면 종교가 없는 노인일수록 자살사고(思考)를 많이 하는 것으로 나타났고, 일반적으로 종교적 믿음은 자살의 완충작용을 하고 있는 것으로 나타났다. 또한 김수현 외(2008)의 연구에 따르면 종교와 관련된 노인자살의 특성으로 종교는 자살생각을 감소시키는 작용의 역할을 하며, 불교와 천주교 기독교에서도 각기 감소시키는 작용을 하지만은 기독교에서 감소작용의 역할이 더

크다고 보았다. 즉 종교는 자살의 방어요인으로 작용한다.

김영아(2007)의 연구에서는 사회활동참여, 자아존중감, 절망감, 분노조절은 자살생각에 통계적으로 유의미한 영향을 주지 못하는데 반해, 종교 활동의 하위요인들 중 주관적 종교 활동과 공식적 종교 활동이 자살생각에 긍정적인 영향을 미치는 변수임을 확인할 수 있었다($p < .01$). 이러한 결과를 통해 볼 때 주관적, 공식적 종교 활동을 증진시켜 주는 것이 노인들의 자살생각 예방에 도움이 된다고 말할 수 있다. 이운선(2009)은 종교의 유무 및 종교 활동에 소극적인 노인일수록 자살생각이 높은 것으로 나타났고, 신진의(2012)는 무교 노인들의 자살생각 평균은 6.41로 종교가 있는 노인들 자살생각 평균(4.40)에 비해 유의하게 높았다($t=2.020, p < .05$). 박순천(2005)의 연구에서도 노인자살과 관련해서는 일반적으로 종교적 믿음은 자살의 완충작용을 하고 있으며, 종교 활동의 참석정도가 높을수록 자살률은 낮은 것으로 나타났다.

그동안 노인학대경험이 자살생각에 미치는 영향에 있어 가족지지가 조절 역할을 하는 것에 대해서는 박순천(2005), 서인균(2009), 정혜란(2013) 등의 다양한 연구들에서 진행되어 왔다. 하지만 종교나 신앙적 지지가 조절 역할을 하는 경우는 거의 없는 실정이다.

이상의 선행연구를 통해서 노인학대경험이 자살생각에 영향을 미칠 때 종교지지에 따라서 자살생각의 결과가 달라질 수 있음을 알 수 있다. 따라서 본 연구에서는 종교지지를 조절변인으로 선정하여 노인학대경험, 우울감이 자살생각에 미치는 영향에 대한 종교지지의 조절효과는 어떠한가를 분석하고자 하였다.

III. 연구방법

1. 조사대상 및 자료수집

1) 조사대상

본 연구대상은 서울특별시와 경기도에 거주하고 있는 일반노인을 표집대상으로 선정하였다. 연구대상자의 명단은 서울특별시와 경기도의 노인복지관, 종합사회복지관, 종교단체, 경로당 등을 통해 얻었으며, 1,150명을 표본추출하여 연구대상으로 선정하였다. 서울특별시와 경기도 조사대상자 선정은 무작위 추출에 의해 이루어졌고 조사 대상자의 수는 <표 3-1>과 같다.

<표 3-1> 서울특별시 및 경기도 조사대상자 수

단위: 부(%)

구 분	조사지역	배포수	분석자료 활용(%)
서울특별시	북부권	140	130(92.9)
	남부권	140	137(97.9)
	동부권	160	155(96.9)
	서부권	110	104(94.5)
경기도	북부권	90	87(96.7)
	남부권	130	124(95.4)
	동부권	260	252(96.9)
	서부권	120	117(97.5)
	계	1,150	1,106(96.2)

<표 3-2> 서울특별시 및 경기도 권역별 조사지역

구 분	조사지역	권역별 조사지역
서울특별시	북부권	은평구, 강북구, 성북구, 종로구, 중구
	남부권	송파구, 서초구, 강남구, 용산구, 금천구
	동부권	강동구, 성동구, 광진구, 동대문구, 중랑구
	서부권	서대문구, 마포구, 강서구, 양천구, 영등포구
경기도	북부권	과주시, 고양시
	남부권	수원시, 안양시
	동부권	의왕시, 남양주시
	서부권	김포시

2) 자료수집

(1) 예비조사

본 연구에서는 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향을 알아보기 위하여 작성된 조사도구의 신뢰도를 측정하기 위하여 예비조사를 실시하였다.

예비조사는 1월 13~14일까지 미리 협의된 노인복지관의 협조를 얻어 2일간 30부를 설문조사 하였다. 예비조사에서는 조사도구의 적절성을 검토하였으며, 조사 결과 적절치 못한 문항은 지도교수와 협의하여 삭제하거나 수정, 보완하여 조사도구 문항을 확정하였다.

(2) 본 조사

본 조사는 2014년 1월 20일부터 2월 28일까지 실시하였다. 본 조사기간 동안 사전 협조된 노인복지관, 종합사회복지관, 종교단체, 경로당 등을 이용하여 설문지와 원활한 조사를 위해 조사대상자와 조사자를 위한 답례품을 준비하여 실시하였다.

설문지는 총 1,150부를 서울특별시와 경기도에서 권역별로 나누어 연구자와 사회복지사 2명 그리고 설문지에 대한 교육을 잘 받은 조사자 8명과 함께 미리 협조된 각 기관에서 조사하여 그 중 무응답 및 응답이 불성실한 44부를 제외한 1,106부(96.2%)를 분석 자료로 활용하였다. 조사대상자의 특성 상 글을 읽지 못하는 노인의 경우 조사자가 모든 문항을 읽어주고 작성하는 경우가 많아 조사기간이 길어졌다. 또한 본조사의 경우 노인학대와 자살생각에 관한 사항을 조사하는 관계로 노인과 조사자간 신뢰감이 형성되어 있지 않으면 조사하기 어려운 점이 있었다. 따라서 모든 조사자는 그 동안 노인들에 대해 연구하거나 노인들의 심리상태를 잘 알고 있는 사회복지사 또는 사회복지 관련 공부를 한 학생들을 조사자로 선정하였다.

조사대상 및 자료수집에 대한 구체적인 내용을 요약, 정리하면 <표 3-3>과 같다.

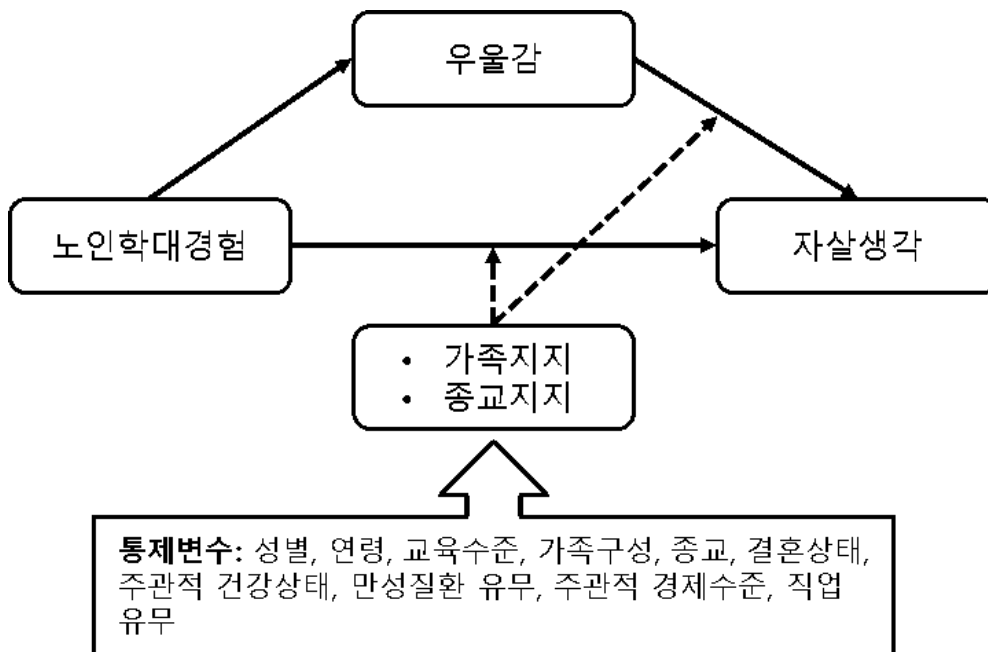
<표 3-3> 조사대상 및 자료수집 내용

구 분	내 용
모집단	서울특별시 및 경기도에 거주하는 65세 이상의 일반 노인
조사지역	서울특별시 4개 권역, 경기도 4개 권역
전체 표본 크기	배포: 1,150부, 최종분석: 1,106부
표본추출 방법	무작위표집
조사도구	구조화된 설문지
조사방법	면접조사: 사전 협조된 종합사회복지관, 노인복지관, 종교단체, 경로당에 설문지와 답례품 준비, 직접 방문 면접조사
조사기간	2014년 1월 13일 ~ 2월 28일

2. 연구모형 및 연구가설

1) 연구모형

연구가설에 기반을 두어 연구모형을 작성하면 <그림 3-1>과 같다.



<그림 3-1> 연구모형

2) 연구가설

이론적 고찰 및 선행연구 검토를 바탕으로 다음과 같이 가설을 설정하였다.

<연구가설 1> 노인의 학대경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-1: 노인의 신체적 학대경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-2: 노인의 정서적 학대경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-3: 노인의 경제적 학대경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-4: 노인의 방임경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-5: 노인의 유기경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

<연구가설 2> 노인의 위험요인인 우울감은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

<연구가설 3> 노인의 학대경험은 위험요인을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 3-1: 노인의 신체적 학대경험은 위험요인을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 3-2: 노인의 정서적 학대경험은 위험요인을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 3-3: 노인의 경제적 학대경험은 위험요인을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 3-4: 노인의 방임경험은 위험요인을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 3-5: 노인의 유기경험은 위험요인을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

<연구가설 4> 노인의 학대경험 및 위험요인은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지이 조절역할을 할 것이다.

가설 4-1 : 노인의 정서적 학대경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 4-2 : 노인의 경제적 학대경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 4-3 : 노인의 방임경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 4-4 : 노인의 유기경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 4-5 : 우울감은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지가 조절역할을 할 것이다.

<연구가설 5> 노인의 학대경험 및 위험요인은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 5-1 : 노인의 정서적 학대경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 5-2 : 노인의 경제적 학대경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 5-3 : 노인의 방임경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 5-4 : 노인의 유기경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 5-5 : 우울감은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

3. 연구변수의 구성과 내용

본 연구에 사용된 조사도구는 인구사회학적 특성과 노인학대경험이 자살생각에 미치는 영향과 매개변수와 조절변수의 영향을 규명하기 위하여 구조화된 설문지이다. 구조화된 조사도구를 만들기 위해 변수들과 관련된 선행 연구를 검토하였고, 지도교수와 협의 하에 설문 문항들을 구성하였다. 예비 조사를 실시하여 조사도구의 적절성을 검토하였으며, 조사결과 적절치 못한 문항은 지도교수와 협의하여 삭제하거나 수정, 보완하여 선정하였다.

본 연구에 사용된 조사도구는 크게 5가지 조사항목으로 구성되었다. 조사도구의 구체적인 질문문항은 <표 3-4>와 같이 종속변수는 자살생각 5문항, 통제변수는 인구사회학적 특성 10문항, 독립변수는 노인학대경험 20문항, 노인학대가해자 2문항, 매개변수는 위험요인 15문항, 조절변수는 보호요인 8문항으로 총 60문항으로 구성하였다. 이를 자세히 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 종속변수는 자살생각을 측정하기 위한 변수로 총 5문항으로 구성하였다.

둘째, 통제변수는 인구사회학적 특성으로 성별, 연령, 교육수준, 가족구성, 종교, 배우자 유무, 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 주관적 경제수준, 직업 유무 등 총 10문항으로 구성하였다.

셋째, 독립변수는 노인학대경험과 노인학대가해자 문항으로 구성하였다. 노인학대경험은 신체적 학대 7문항, 정서적 학대 4문항, 경제적 학대 3문항, 방임 3문항, 유기 3문항 등 총 20문항으로 구성하였고, 노인학대가해자 문항은 배우자와 자녀 2문항으로 구성하였다.

넷째, 매개변수는 위험요인으로 구성하였다. 위험요인은 우울감 15문항으로 구성하였다.

다섯째, 조절변수는 보호요인 가족지지 4문항, 종교지지 4문항으로 총 8문

항으로 구성하였다.

<표 3-4> 설문지 구성내용 및 문항수

구 분	조사항목	변수	문 항	문항수	신뢰도	비고
종속변수	자살생각		자살생각 측정문항	5	.912	Likert 5점척도
통제변수	인구사회학적 특성		성별, 연령, 교육수준, 가족구성, 종교, 배우자 유무, 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 주관적 경제수준, 직업유무	10	해당 없음	
독립변수	노인학대		신체적 학대	7	.846	거의 매일 일주일 1-2회 한달에 1-2회 일년에 1-2회 전혀없다
			정서적 학대	4	.866	
			경제적 학대	3	.924	
			방임	3	.978	
			유기	3	.705	
	노인학대 가해자	배우자	1	해당 없음		
	자녀	1				
매개변수	위험요인	우울감	우울감 측정 문항	15	.930	Likert 5점척도
조절변수	보호요인	가족 지지	가족지지 문항	4	.926	Likert 5점 척도
		종교 지지	종교지지 문항	4	.971	Likert 5점 척도
합계				60		

4. 조사도구

1) 종속변수

자살생각은 Harlow, Newcomb, Bentler(1986)가 개발한 자살생각 척도를 김형수(2002)가 번안한 것으로, 박순천(2005), 서인균(2009) 등이 이 척도를 사용한 바 있다. 이 척도는 5문항으로 '전혀 그렇지 않다'를 1점으로 하고 '매우 그렇다'를 5점으로 하는 Likert척도로 구성되며, 가능 점수는 최저 5점에서 최고 25점까지로 점수가 높을수록 자살생각이 높은 것을 의미한다.

Harlow, et al.(1986)이 개발한 자살생각 척도의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.845$ 로 나타났고, 김형수(2002)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.740$, 박순천(2005)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.858$, 서인균(2009)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.902$ 로 나타났으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.912$ 로 매우 높게 나타났다.

2) 독립변수

본 연구는 노인의 학대경험이 자살생각에 미치는 영향을 분석하는 연구로 노인학대경험을 독립변수로 설정하였다. 노인학대경험 여부와 유형을 측정하기 위하여 2014년 현재 중앙노인보호전문기관에서 활용하고 있는 판정지표와 서인균(2009)이 사용한 노인학대 문항을 수정, 보완하여 사용하였다. 문항은 신체적 학대 7개, 정서적 학대 4개, 경제적 학대 3개, 방임 3개, 유기 3개를 포함하여 총 20문항이다. 가능점수는 최저 20점에서 최고 100점까지 분포할 수 있으며, 점수가 높을수록 학대경험의 수위가 높음을 의미한다. 분석에 활용한 23개 문항의 세부 내용은 <표 3-5>과 같다.

<표 3-5> 노인학대 판정문항 및 변수

영역구분	문항	변수 및 범주	신뢰도
신체적 학대	1) 어르신을 폭행한다.	신체적 학대 (거의매일, 일주일 1-2회, 한달에 1-2회, 일년에 1-2회 전혀없다.)	.846
	2) 어르신을 제한된 공간에 강제로 가두거나, 어르신의 거주지 출입을 통제한다.		
	3) 어르신의 신체를 강제로 억압한다.		
	4) 신체적 해를 가져올 위험성이 큰 행위로 어르신을 협박하거나 위협한다.		
	5) 어르신의 신체적 생존을 위협할 수 있는 행위를 한다.		
	6) 약물을 사용하여 어르신의 신체를 통제하 거나 생명을 저해한다.		
	7) 어르신이 원하지 않거나 수행하기 어려운 노력을 하게한다.		
정서적 학대	1) 어르신과의 접촉을 기피한다.	정서적 학대 (상동)	.866
	2) 어르신의 사회관계 유지를 방해한다.		
	3) 어르신을 위협, 협박하는 언어적 표현이나 감정을 상하게 하는 행동을 한다.		
	4) 어르신과 관련된 결정사항에 대해서 의사 결정 과정에서 소외시킨다.		
경제적 학대	1) 어르신의 소득 및 재산, 임금을 가로 채거 나 임의로 사용한다.	경제적 학대 (상동)	.924
	2) 어르신의 재산에 관한 법률적 권리를 침해 하는 행위를 한다.		
	3) 어르신의 재산 사용 또는 관리에 대한 결 정을 통제한다.		
방임	1) 거동이 불편한 어르신의 의식주 등 일상생 활 관련 보호를 제공하지 않는다.	방임 (상동)	.978
	2) 의료 관련 욕구가 있는 어르신에게 의료적 보호를 제공하지 않는다.		
	3) 자신을 돌보지 않거나, 돌봄을 거부함으로 써 어르신의 생명이 위협받는다.		
유기	1) 어르신과 연락을 두절하거나 왕래를 하지 않는다.	유기 (상동)	.705
	2) 어르신을 시설병원에 입소시키고 연락과 왕래를 하지 않는다.		
	3) 어르신을 낯선 장소에 버린다.		

노인학대 가해자와 학대정도에 대해 측정하기 위한 문항으로 학대 행위자를 배우자 1문항, 아들/ 며느리/ 딸/ 사위/ 손자녀 등 1문항으로 총 2문항으로 구성되었다. 범주의 구성 및 재구성은 <표 3-6>와 같다.

<표 3-6> 학대행위자의 설문문항 및 측정

	변 수	범주의 구성 및 재구성
학대 행위자	배우자	① 있다 ② 없다 ① -> 0, ② ->1(더미변수로 처리)
	자녀 및 손자녀	① 있다 ② 없다 ① ->0, ② ->1(더미변수로 처리)

3) 통제변수

통제변수인 인구사회학적 특성을 측정하기 위해 성별, 연령, 교육수준, 가족구성, 종교, 배우자 유무, 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 주관적 경제수준, 직업유무 등 10개 문항으로 구성하였다.

각 변수를 다중회귀분석에 사용하기 위해 다음과 같이 조정하였다. 성별은 남자를 0(기준변수)으로, 여자를 1로 하여 더미변수로 처리했고, 가족구성은 독거를 0(기준변수)로, 부부, 부부포함 가족동거, 본인포함 가족동거를 각각 1, 종교는 없음을 0(기준변수)으로, 있음을 1, 배우자는 있음을 0(기준변수)으로, 없음을 1, 만성질환은 없음을 0(기준변수)으로, 있음을 1, 직업유무는 없음을 0(기준변수)로, 있음을 1로 하여 더미변수로 처리했다. 연령, 교육수준, 주관적 건강상태와 주관적 경제수준은 연속적 변수로 처리했다. t검

증, 분산분석(ANOVA), 상관분석, 회귀분석으로 통계처리 할 때 연령, 교육 수준, 주관적 건강상태, 주관적 경제수준은 연속적 변수로 다중회귀분석 시 그대로 사용했다. 인구사회학적 특성의 설문문항 및 측정은 <표 3-7>와 같다.

<표 3-7> 인구사회학적 특성의 설문문항 및 측정

	변 수	범주의 구성 및 재구성
인구 사회 학적 특성	성별	① 남자 ② 여자 ① ->0, ② ->1(더미변수로 처리)
	연령	만 ()세 -> 연속적 변수로 처리
	교육수준	① 무학, ② 초졸, ③ 중졸, ④ 고졸, ⑤ 전문대 이상 -> 연속적 변수로 처리
	가족구성	① 독거, ② 부부, ③ 본인+자녀, ④ 부부+자녀 ⑤ 본인+손자녀, ⑥ 본인+자녀+손자녀, ⑦ 부부+손자녀, ⑧ 부부+자녀+손자녀, ⑨ 기타 a. 독거, b. 부부, c. 부부포함 가족동거, d. 본인포함 가족동거 a ->0, b ->1, c ->1, d->1(더미변수로 처리)
	종교	① 없음 ② 개신교 a. 종교없음, b. 종교있음(②~⑥) ③ 불교 ④ 천주교 a ->0, b ->1(더미변수로 처리) ⑤ 원불교 ⑥ 기타
	배우자 유무	① 있음 ② 없음 ①->0, ②->1(더미변수로 처리)
	주관적 건강상태	① 매우 건강하지 않다 ② 건강하지 않다 ③ 보통이다 -> 연속적 변수로 처리 ④ 건강하다 ⑤ 매우 건강하다
	만성질환	① 없음 ② 있음 ① ->0, ② ->1(더미변수로 처리)
	주관적 경제수준	하, 중, 상 ->연속적 변수로 처리
	직업유무	① 없음 ② 있음 ① ->0, ② ->1(더미변수로 처리)

4) 매개변수

매개변수인 노인의 우울감을 측정하기 위하여 서인균(2009)이 사용하였던 측정도구 문항을 재구성하여 사용하였다. 이는 Shikh 와 Yesavage(1986)가 개발한 30개 문항의 GDS(Geriatric Depression Scale)를 15개 문항으로 단순화하여 구성한 노인우울 간이척도(Geriatric Depression Scale-Short Form)를 기백석(1996)이 한국인에게 맞게 표준화 작업하여 ‘예’, ‘아니오’로 응답하게 되어있는 한국판 노인우울척도 단축형(GDSSF-K: Geriatric Depression Scale-Short Form-Korean)으로 ‘매우 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점까지 리커트 5점 척도로 되어있다. 우울감을 측정하기 위해 긍정적 진술문항에 대해서는 역으로 환산하였다. 가능 점수는 최저 15점에서 최고 75점까지 분포할 수 있으며, 점수가 높을수록 우울감이 높음을 의미한다. 서인균의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.901$, 이미애(2009)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.809$ 였으며, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.930$ 였다.

5) 조절변수

(1) 가족지지

본 연구에서는 가족, 친구, 의미 있는 타인으로부터 지각된 사회적 지지를 측정하기 위하여 Gregory, Nancy, Sara, and Gordon(1993)이 고안한 가족지지 측정도구 4문항, 친구지지 측정도구 4문항, 의미 있는 타인지지 측정도구 4문항 총 12문항으로 된 설계 도구를 서인균(2009)이 수정 보완해서 사용한 가족지지 4문항을 측정도구로 하였다. 이 척도의 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’

를 1점으로 하고 ‘매우 그렇다’를 5점으로 하는 리커트 척도로 구성되고, 가능점수는 최저 4점에서 최고 20점까지 분포할 수 있으며, 점수가 높을수록 가족지지 높음을 의미한다. 서인균(2009)의 연구에서는 가족지지 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=.908$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach’s $\alpha=.926$ 로 나타났다.

(2) 종교지지

본 연구에서는 종교지지를 측정하기 위해 1984년에 Moberg가 개발한 영적 건강지수 질문지(Spiritual Well-being Questionnaire)을 이용한 오난영(2009)의 설문지 문항 중 적절한 문항을 선정하여 구성하였다. Moberg(1984)가 만든 영적 건강지수 질문지는 4부분으로, ‘개인정보’, ‘신앙의 상태’, ‘사회적 참여’, ‘감정의 상태’로 구성되어 있고, 본 연구에서 사용한 질문지는 ‘신앙의 상태’ 35문항 중 Factor 1(초월적 신과의 관계적 형성)에서 1문항, Factor 3(의지적 신앙에 대한 요인) 3문항으로 총 4문항으로 구성하였다.

오난영(2009)의 연구에서 통계분석에 앞서 측정하고자 하는 구성개념에 대하여 신앙의 상태 35문항 간 내적 합치도를 알아보기 위해 Cronbach’s Alpha 값을 산출했을 때 나타난 영적 건강의 상태에 대한 검사에서 Cronbach’s $\alpha=.909$ 로 나타났고, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=.971$ 로 나타났다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료의 통계처리는 데이터 코딩(data coding)과 데이터 크리닝(data cleaning)과정을 거쳐, SPSS(Statistical Package for Social Science)

v. 18.0 통계 패키지 프로그램을 활용하여 분석하였다.

구체적으로 다음과 같은 분석을 실시하였다.

첫째, 조사대상자의 인구사회학적 특성, 노인학대경험, 위험요인, 보호요인, 자살생각에 대해 기술통계분석을 실시하였다.

둘째, 조사대상자의 관련 변수인 인구사회학적 특성과 노인학대경험, 위험요인과 자살생각의 관계를 알아보기 위하여 독립표본 t-test 및 일원변량분석(One way ANOVA)을 실시하였으며, 사후검증 방법으로는 Duncan test를 실시하였다. 또한 각 변수 간 상관관계를 알아보기 위하여 상관관계 분석을 실시하였다.

셋째, 자살생각에 영향을 미치는 각 변수들의 영향력을 분석하기 위해 인구사회학적 특성, 노인학대경험이 자살생각에 미치는 직·간접적인 영향과 위험요인이 자살생각에 미치는 직접적인 영향을 함께 분석해보기 위해 중다회귀분석을 사용하였다.

넷째, 노인학대경험, 위험요인이 자살생각에 미치는 영향에 있어 가족지지와 종교지지의 조절효과를 분석하기 위해 위계적 중다회귀분석을 사용하였다.

IV. 조사결과 분석

1. 조사대상자의 인구사회학적 특성

다음 <표 4-1>는 조사대상자의 인구사회학적 특성에 대해 알아보기 위하여 빈도분석을 실시한 결과이다. 분석결과 성별은 남자 459명(41.5%), 여자 647명(58.5%)으로 나타났다.

교육수준은 무학 127명(11.5%), 초졸 278명(25.1%), 중졸 277명(25.0%), 고졸 276명(25.0%), 전문대 이상 148명(13.4%)으로 나타났다.

가족구성은 부부 377명(34.1%), 독거 252명(22.8%), 부부+자녀 124명(11.2%), 부부+자녀+손자녀 123명(11.1%), 본인+자녀+손자녀 112명(10.1%), 본인+자녀 94명(8.5%), 본인+손자녀 15명(1.4%), 부부+손자녀 9명(0.8%) 순으로 나타났고, 종교는 개신교 436명(39.4%), 없음 336명(30.4%), 불교 186명(16.8%), 천주교 135명(12.2%), 기타 13명(1.2%) 순으로 나타났다.

배우자는 있음 653명(59.0%), 없음 453명(41.0%)로 나타났고, 주관적 건강상태는 보통이다 473명(42.8%), 건강하지 않다 309명(27.9%), 건강하다 234명(21.2%), 매우 건강하지 않다 67명(6.1%), 매우 건강하다 23명(2.1%)순으로 나타났다.

만성질환 유무는 없음 685명(61.9%), 있음 421명(38.1%)으로 나타났고, 주관적 경제수준은 중 751명(67.9%), 하 309명(27.9%), 상 46명(4.2%)으로 나타났다. 직업유무는 없음 1001명(90.5%), 있음 105명(9.5%)순으로 나타났다.

<표 4-1> 조사대상자의 인구사회학적 특성

구분	빈도(N)	퍼센트(%)	
성별	남자	459	41.5
	여자	647	58.5
교육수준	무학	127	11.5
	초졸	278	25.1
	중졸	277	25.0
	고졸	276	25.0
	전문대 이상	148	13.4
가족구성	독거	252	22.8
	부부	377	34.1
	본인+자녀	94	8.5
	부부+자녀	124	11.2
	본인+손자녀	15	1.4
	본인+자녀+손자녀	112	10.1
	부부+손자녀	9	0.8
종교	없음	336	30.4
	개신교	436	39.4
	불교	186	16.8
	천주교	135	12.2
	기타	13	1.2
배우자 유무	있음	653	59.0
	없음	453	41.0
주관적 건강상태	매우 건강하지 않다	67	6.1
	건강하지 않다	309	27.9
	보통이다	473	42.8
	건강하다	234	21.2
	매우 건강하다	23	2.1
만성질환 유무	없음	685	61.9
	있음	421	38.1
주관적 경제수준	하	309	27.9
	중	751	67.9
	상	46	4.2
직업 유무	없음	1001	90.5
	있음	105	9.5
합계	1106	100.0	

2. 측정도구의 타당도 및 신뢰도 검증

1) 타당도 검증

변수의 타당성을 검증하기 위해 본 연구에서는 구성개념 타당도를 검증하기 위한 탐색적 요인분석(exploratory factor analysis)을 사용하였다. 타당성이란 측정을 위해 개발한 도구를 사용하여 측정하고자 하는 개념이나 속성을 얼마나 정확하게 측정할 수 있는가를 나타내는 지표이다. 특히, 요인의 수를 최소화하여 정보의 손실을 최소화하기 위해 주성분분석(principal components analysis)방식을 이용하였고, 회전방식은 직각회전인 베리맥스(varimax)방식을 사용하였다. 요인의 수 결정은 고유값(eigen value)이 1 이상인 요인만을 선택하였으며, 각 변수와 요인간의 상관관계를 나타내주는 요인 적재치(factor loading)는 그 값이 0.4 이상인 경우를 유의한 것으로 판단하였다. 요인분석 결과, 본 연구에서는 측정도구의 타당성을 높이기 위하여 요인적재량이 0.4 이하인 항목을 제거하였다. 요인분석은 분석방법의 특성상 각 항목들 간의 상관관계가 높아야하는데 KMO 측도와 Bartlett의 구형성 검정은 각 항목들 간의 상관행력을 확인함으로써 사용 항목들이 요인 분석에 적합한가를 나타내주는 방법이다. Kaise-Mayer-Olkin(KMO)는 변수 쌍들 간의 상관관계가 다른 변수에 의해 잘 설명되어지는 정보를 나타내는 것이므로 이 척도의 값이 작으면 요인분석을 위한 변수 선정이 좋지 않음을 나타낸다. 보통 KMO값이 .90이상이면 아주 좋은 것이고 .50이하이면 변수로서 받아들일 수 없는 것으로 본다. 본 연구에서 사용한 측정도구들은 선행연구들에서 이미 타당도가 확보된 측정도구를 사용하였다. 따라서 본 연구에서 요인분석을 통해 분석한 타당도는 부록에 두었다.

2) 신뢰도 검증

또한 본 연구에서 다 문항 척도로 측정된 문항이 동질적인 문항들로 구성되어있는지 신뢰도를 검증하기 위해 문항간의 내적 일치도를 보는 Cronbach's α 계수를 산출하였다. 일반적으로 신뢰도의 척도인 Cronbach's α 값은 정해진 기준이 없지만 .60 이상이면 큰 문제가 없는 것으로 본다(채구복, 2006).

<표 4-2> 신뢰도 분석 결과

	구 분	Cronbach's α
1	신체적 학대에 대한 신뢰도	.846
2	정서적 학대에 대한 신뢰도	.866
3	경제적 학대에 대한 신뢰도	.924
4	방임에 대한 신뢰도	.978
5	유기에 대한 신뢰도	.705
6	우울감에 대한 신뢰도	.930
7	가족지지에 대한 신뢰도	.926
8	종교지지에 대한 신뢰도	.971
9	자살생각에 대한 신뢰도	.912

3. 기술통계적 분석

다음은 노인의 학대경험과 자살생각, 위험요인(우울감), 보호요인(가족지지, 종교지지)에 대해 알아보고, 조사대상자의 인구사회학적 특성에 따라 차이가 있는지를 알아보기 위하여 독립표본 t-test 및 일원변량분석(One way ANOVA)을 실시한 결과이다. 사후검증 방법으로는 Duncan test를 실시하

였다.

1) 노인학대경험 특성

(1) 노인학대경험

다음 <표 4-3>는 노인학대경험 특성을 알아보기 위하여 빈도분석을 실시한 결과이다. 분석결과 유형별 학대경험을 살펴보면 ‘정서적 학대’가 341명(30.8%)으로 가장 높게 나타났고, ‘경제적 학대’ 247명(22.3%), ‘방임’ 205명(18.5%), ‘유기’ 132명(11.9%), ‘신체적 학대’ 124명(11.2%)순으로 나타났다.

<표 4-3> 유형별 노인학대경험

단위 : 명(%)

구분		유	무	계
유형별 학대경험	신체적 학대	124(11.2)	982(88.8)	1106(100.0)
	정서적 학대	341(30.8)	765(69.2)	1106(100.0)
	경제적 학대	247(22.3)	859(77.7)	1106(100.0)
	방임	205(18.5)	901(81.5)	1106(100.0)
	유기	132(11.9)	974(88.1)	1106(100.0)

다음 <표 4-4>는 노인학대가해자의 학대정도를 알아보기 위하여 빈도분석을 실시한 결과이다. 분석결과 배우자를 통한 학대경험은 ‘없다’ 916명(82.8%), ‘있다’ 190명(17.2%) 배우자 외(아들, 며느리, 딸, 사위, 손자녀) 학대경험은 ‘없다’ 826명(74.7%), ‘있다’ 280명(25.3%)로 나타났다. 배우자 외 학대 경험에 있는 280명을 대상으로 학대 가해자를 분석한 결과 ‘아들’이 142명(50.7%)으로 가장 높게 나타났고, ‘며느리’ 69명(24.6%), ‘딸’ 60명(21.4%), ‘손자녀’ 7명(2.5%), ‘사위’ 2명(0.7%) 순으로 나타났다.

<표 4-4> 학대 가해자의 노인학대

구분		빈도(N)	퍼센트(%)
배우자 학대경험	없다	916	82.8
	있다	190	17.2
	계	1106	100.0
배우자 외(아들, 며느리, 딸, 사위, 손자녀) 학대경험	없다	826	74.7
	있다	280	25.3
	계	1106	100.0
배우자 외 학대 가해자	아들	142	50.7
	며느리	69	24.6
	딸	60	21.4
	사위	2	0.7
	손자녀	7	2.5
	계	280	100.0

(2) 전반적인 학대경험

다음 <표 4-5>는 전반적인 학대경험을 분석한 결과이다. 분석결과 학대경험 각 요인의 평균을 비교해 보면 ‘정서적 학대’(M=1.35)가 가장 높게 나타났다고, ‘경제적 학대’(M=1.28), ‘방임’(M=1.23), ‘유기’(M=1.09), ‘신체적 학대’(M=1.07) 순으로 나타났다.

<표 4-5> 전반적인 학대경험

(N=1106)

구분	최소값	최대값	평균(M)	표준편차(SD)
1. 신체적 학대	1	4	1.07	.260
2. 정서적 학대	1	5	1.35	.718
3. 경제적 학대	1	5	1.28	.706
4. 방임	1	5	1.23	.657
5. 유기	1	4	1.09	.319

주) 평균은 5점 만점에서 각 문항의 평균점수이며, 평균이 높을수록 학대경험이 높음을 의미함.

전체평균 1.20

(3) 인구사회학적 특성에 따른 학대경험 차이

다음 <표 4-6>는 인구사회학적 특성에 따라 학대경험에 차이가 있는지를 분석한 결과이다. 분석결과 먼저 성별에 따라서는 학대경험의 하위요인별 정서적 학대에 대해 통계적으로 유의미한 차이가 나타났으며($p<.01$), 여자의 경우 남자에 비해 상대적으로 정서적 학대가 많은 것으로 나타났다.

연령에 따라서는 학대경험의 하위요인별 경제적 학대에 대해 통계적으로 유의미한 차이가 나타났으며($p<.05$), 85세 이상의 경우 84세 이하에 비해 상대적으로 경제적 학대가 많은 것으로 나타났다.

교육수준에 따라서는 학대경험의 하위요인별 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기에 대해 통계적으로 유의미한 차이가 나타났으며($p<.001$), 무학이나 초졸의 경우 중졸 이상에 비해 상대적으로 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기가 많은 것으로 나타났다.

가족구성에 따라서는 학대경험의 하위요인별 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기에 대해 통계적으로 유의미한 차이가 나타났으며($p<.05$), 본인+손자녀, 본인+자녀+손자녀, 부부+손자녀의 경우 상대적으로 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기가 많은 것으로 나타났다.

다.

종교에 따라서는 학대경험의 하위요인별 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임에 대해 통계적으로 유의미한 차이가 나타났으며($p < .05$), 무교나 불교의 경우 비교적 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임이 많은 것으로 나타났다.

배우자에 따라서는 학대경험의 하위요인별 정서적 학대, 경제적 학대, 방임에 대해 통계적으로 유의미한 차이가 나타났으며($p < .05$), 배우자가 없는 경우 상대적으로 정서적 학대, 경제적 학대, 방임이 많은 것으로 나타났다.

주관적 건강상태에 따라서는 학대경험의 하위요인별 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기에 대해 통계적으로 유의미한 차이가 나타났으며($p < .001$), 매우 건강하지 않은 경우 상대적으로 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기가 많은 것으로 나타났다.

만성질환 유무에 따라서는 학대경험의 하위요인별 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기에 대해 통계적으로 유의미한 차이가 나타났으며($p < .001$), 만성질환이 있는 경우 없는 경우에 비해 상대적으로 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기가 많은 것으로 나타났다.

주관적 경제수준에 따라서는 학대경험의 하위요인별 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기에 대해 통계적으로 유의미한 차이가 나타났으며($p < .001$), 주관적 경제수준이 낮을수록 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기가 많은 것으로 나타났다.

이 외에 직업유무에 따라서는 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다($p > .05$).

<표 4-6> 인구사회학적 특성에 따른 학대경험 차이

(N=1106)

구분		신체적 학대		정서적 학대		경제적 학대		방임		유기	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
성별	남자	1.05	.204	1.29	.624	1.25	.655	1.22	.628	1.09	.304
	여자	1.08	.293	1.40	.775	1.30	.739	1.23	.678	1.09	.329
	<i>t-value</i>	-1.906(.057)		-2.624**(.009)		-1.343(.180)		-.206(.837)		-.253(.800)	
연령	65-69세	1.07	.276	1.32	.691	1.23 ^a	.569	1.16	.473	1.06	.217
	70-74세	1.06	.234	1.32	.670	1.31 ^a	.763	1.20	.678	1.07	.282
	75-79세	1.05	.204	1.35	.684	1.24 ^a	.601	1.23	.611	1.10	.302
	80-84세	1.08	.298	1.39	.779	1.29 ^a	.752	1.29	.797	1.13	.420
	85세 이상	1.11	.352	1.47	.904	1.50 ^b	1.021	1.39	.799	1.12	.443
	<i>F-value</i>	.965(.426)		.927(.448)		2.541*(.038)		2.368(.051)		1.652(.159)	
교육수준	무학	1.11 ^b	.376	1.61 ^c	1.022	1.47 ^c	1.008	1.44 ^b	.948	1.15 ^b	.452
	초졸	1.12 ^b	.351	1.51 ^c	.843	1.38 ^{bc}	.822	1.37 ^b	.878	1.15 ^b	.413
	중졸	1.06 ^a	.227	1.35 ^b	.680	1.26 ^{ab}	.682	1.18 ^a	.559	1.07 ^a	.280
	고졸	1.03 ^a	.147	1.14 ^a	.353	1.14 ^a	.378	1.10 ^a	.353	1.04 ^a	.166
	전문대 이상	1.03 ^a	.092	1.23 ^{ab}	.578	1.24 ^{ab}	.610	1.11 ^a	.269	1.07 ^a	.235
	<i>F-value</i>	5.655***(.000)		15.027***(.000)		6.599***(.000)		11.480***(.000)		5.441***(.000)	
가족구성	독거	1.06 ^a	.218	1.36 ^{ab}	.715	1.30 ^a	.774	1.35 ^{abc}	.861	1.15 ^a	.391
	부부	1.04 ^a	.193	1.24 ^a	.513	1.17 ^a	.423	1.12 ^a	.355	1.06 ^a	.237
	본인+자녀	1.07 ^a	.256	1.51 ^{ab}	.850	1.45 ^{ab}	.926	1.26 ^{ab}	.697	1.08 ^a	.299
	부부+자녀	1.14 ^a	.362	1.47 ^{ab}	.845	1.35 ^a	.694	1.32 ^{abc}	.660	1.08 ^a	.226
	본인+손자녀	1.16 ^{ab}	.345	1.63 ^b	1.021	1.71 ^b	1.253	1.56 ^{bc}	1.401	1.11 ^a	.349
	본인+자녀+손자녀	1.09 ^a	.359	1.47 ^{ab}	.918	1.36 ^a	.919	1.21 ^a	.748	1.09 ^a	.414
	부부+손자녀	1.27 ^b	.537	1.53 ^{ab}	1.093	1.70 ^b	1.338	1.59 ^c	1.038	1.30 ^b	.512
	부부+자녀+손자녀	1.06 ^a	.238	1.29 ^{ab}	.681	1.22 ^a	.640	1.16 ^a	.525	1.07 ^a	.336
	<i>F-value</i>	3.163***(.003)		3.544***(.001)		3.945***(.000)		4.422***(.000)		2.142*(.037)	
종교	없음	1.10 ^b	.314	1.51 ^b	.870	1.38 ^b	.832	1.32 ^b	.796	1.11	.383
	개신교	1.04 ^a	.203	1.26 ^a	.608	1.19 ^a	.521	1.17 ^{ab}	.562	1.06	.276
	불교	1.09 ^{ab}	.331	1.34 ^a	.742	1.37 ^b	.928	1.24 ^{ab}	.678	1.09	.250
	천주교	1.04 ^a	.133	1.29 ^a	.518	1.21 ^a	.470	1.21 ^{ab}	.526	1.09	.337
	기타	1.04 ^a	.158	1.33 ^a	.598	1.18 ^a	.376	1.03 ^a	.092	1.26	.454
	<i>F-value</i>	3.254*(.012)		6.184***(.000)		4.595***(.001)		2.925*(.020)		2.058(.084)	
배우자 유무	배우자 있음	1.07	.258	1.30	.648	1.25	.612	1.26	.642	1.06	.201
	배우자 없음	1.07	.264	1.45	.886	1.37	.869	1.37	.923	1.08	.274
	<i>t-value</i>	.291(.771)		-3.099**(.002)		-2.667**(.008)		-2.311*(.021)		-1.876(.061)	
주관적 건강상태	매우 건강하지 않다	1.28 ^b	.528	1.85 ^b	1.21	1.85 ^b	1.33	1.79 ^b	1.281	1.32 ^b	.686

	건강하지 않다	1.07 ^a	.274	1.44 ^a	.796	1.34 ^a	.810	1.28 ^a	.732	1.10 ^a	.327
	보통이다	1.06 ^a	.229	1.29 ^a	.606	1.21 ^a	.540	1.17 ^a	.551	1.07 ^a	.255
	건강하다	1.03 ^a	.146	1.22 ^a	.554	1.20 ^a	.518	1.12 ^a	.374	1.05 ^a	.219
	매우 건강하다	1.02 ^a	.082	1.29 ^a	.562	1.20 ^a	.469	1.12 ^a	.277	1.12 ^a	.312
	<i>F-value</i>	13.233 ^{***} (.000)		12.707 ^{***} (.000)		13.831 ^{***} (.000)		15.863 ^{***} (.000)		10.748 ^{***} (.000)	
만성질환 유무	없음	1.04	.160	1.23	.544	1.17	.525	1.11	.422	1.06	.230
	있음	1.12	.363	1.55	.900	1.46	.900	1.43	.885	1.14	.420
	<i>t-value</i>	-4.495 ^{***} (.000)		-6.510 ^{***} (.000)		-5.950 ^{***} (.000)		-6.899 ^{***} (.000)		-3.925 ^{***} (.000)	
주관적 경제수준	하	1.14 ^b	.386	1.60 ^b	.984	1.53 ^b	1.066	1.53 ^b	1.061	1.19 ^b	.475
	중	1.04 ^a	.178	1.27 ^a	.563	1.19 ^a	.473	1.11 ^a	.344	1.05 ^a	.215
	상	1.05 ^a	.259	1.10 ^a	.355	1.07 ^a	.297	1.04 ^a	.151	1.09 ^a	.302
	<i>F-value</i>	15.911 ^{***} (.000)		27.520 ^{***} (.000)		29.506 ^{***} (.000)		50.823 ^{***} (.000)		20.833 ^{***} (.000)	
직업유무	없음	1.07	.263	1.35	.705	1.28	.697	1.23	.654	1.09	.328
	있음	1.05	.233	1.39	.834	1.32	.788	1.20	.685	1.07	.209
	<i>t-value</i>	.688(.491)		-.510(.610)		-.549(.583)		.466(.641)		.812(.417)	
	합계	1.07	.260	1.35	.718	1.28	.706	1.23	.657	1.09	.319

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

Duncan : a<b<c

2) 자살생각 특성

(1) 전반적인 자살생각

다음 <표 4-7>는 전반적인 자살생각을 분석한 결과이다. 분석결과 자살생각의 전체 평균은 1.89점으로 상당히 낮은 수준으로 볼 수 있다.

각 문항의 평균을 비교해 보면 ‘자살에 대한 생각을 해본 적이 있다.’(M=2.13)가 가장 높게 나타났고, ‘최근에 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있다.’(M=2.06), ‘누군가에게 자살하고 싶다는 말을 해본 적이 있다.’(M=1.90), ‘내 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각을 해본 적이 있다.’(M=1.77) 순으로 나타났으며, ‘자살하려는 시도를 해본 적이 있다.’(M=1.59)는 상대적으로 가장 낮게 나타났다.

본 조사의 연구결과는 박순천(2005)의 연구에서 나타난 자살생각 평균 1.82, 서인균(2009)의 1.85와 유사하게 나타났다.

<표 4-7> 전반적인 자살생각

(N=1106)

구분	최소값	최대값	평균(M)	표준편차 (SD)
1. 자살에 대한 생각을 해본 적이 있다.	1	5	2.13	1.234
2. 최근에 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있다.	1	5	2.06	1.219
3. 누군가에게 자살하고 싶다는 말을 해본 적이 있다.	1	5	1.90	1.084
4. 내 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각을 해본 적이 있다.	1	5	1.77	.966
5. 자살하려는 시도를 해본 적이 있다.	1	5	1.59	.793
전체	1	5	1.89	.923

주) 평균은 5점 만점에서 각 문항의 평균점수이며, 평균이 높을수록 자살생각이 높음을 의미함.

(2) 인구사회학적 특성에 따른 자살생각 차이

다음 <표 4-8>는 인구사회학적 특성에 따라 자살생각에 차이가 있는지를 분석한 결과이다. 분석결과 교육수준, 가족구성, 종교, 배우자 유무, 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 주관적 경제수준에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다($p < .001$). 먼저 교육수준에 따라서는 비교적 교육수준이 낮을수록 자살생각이 높은 것으로 나타났고, 가족구성에 따라서는 본인+손자녀인 경우 상대적으로 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

또한 종교에 따라서는 종교가 없는 경우 종교가 있는 경우에 비해 상대적으로 자살생각이 높은 것으로 나타났고, 배우자에 따라서는 배우자가 없는 경우 배우자가 있는 경우에 비해 상대적으로 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

주관적 건강상태에 따라서는 비교적 건강하지 않을수록 자살생각이 높은 것으로 나타났고, 만성질환 유무에 따라서는 만성질환이 있는 경우 없는 경우에 비해 상대적으로 자살생각이 높은 것으로 나타났다. 마지막으로 주관적 경제수준에 따라서는 비교적 경제수준이 좋지 않을수록 상대적으로 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

이 외에 성별, 연령, 직업유무에 따라서는 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다($p > .05$).

<표 4-8> 인구사회학적 특성에 따른 자살생각 차이

(N=1106)

구분		평균(M)	표준편차(SD)	t/F-value	p
성별	남자	1.87	.946	-.521	.602
	여자	1.90	.907		
연령	65-69세	1.88	.904	1.346	.251
	70-74세	1.80	.861		
	75-79세	1.92	.975		
	80-84세	1.94	.892		
	85세 이상	2.02	1.078		
교육수준	무학	2.13 ^c	.987	8.916***	.000
	초졸	2.03 ^{bc}	.935		
	중졸	1.94 ^b	.909		
	고졸	1.72 ^a	.823		
	전문대 이상	1.66 ^a	.948		
가족구성	독거	2.13 ^{ab}	1.029	4.972***	.000
	부부	1.78 ^a	.804		
	본인+자녀	2.00 ^{ab}	.930		
	부부+자녀	1.79 ^a	.932		
	본인+손자녀	2.35 ^b	.843		
	본인+자녀+손자녀	1.82 ^a	.869		
	부부+손자녀	2.02 ^{ab}	1.391		
부부+자녀+손자녀	1.74 ^a	.934			
종교	없음	2.27 ^c	1.004	25.858***	.000
	개신교	1.66 ^{ab}	.787		
	불교	1.94 ^{bc}	.934		
	천주교	1.67 ^{ab}	.779		
	기타	1.54 ^a	.911		
배우자 유무	배우자 있음	1.78	.862	-4.673***	.000
	배우자 없음	2.04	.985		
주관적 건강상태	매우 건강하지 않다	2.33 ^c	1.176	22.084***	.000
	건강하지 않다	2.16 ^c	.941		
	보통이다	1.84 ^b	.861		
	건강하다	1.55 ^a	.794		
	매우 건강하다	1.41 ^a	.665		
만성질환 유무	없음	1.79	.857	-4.649***	.000
	있음	2.06	.999		
주관적 경제수준	하	2.26 ^c	1.064	41.308***	.000
	중	1.77 ^b	.816		
	상	1.40 ^a	.774		
직업유무	없음	1.90	.924	.889	.374
	있음	1.81	.907		
합계		1.89	.923		

***p<.001

Duncan : a<b<c

(3) 노인학대경험에 따른 자살생각 차이

다음 <표 4-9>는 노인학대경험에 따라 자살생각에 차이가 있는지를 분석한 결과이다. 분석결과 배우자 학대와 배우자의 학대 유무에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다($p < .001$). 먼저 배우자 학대에 따라서는 학대가 있는 사람이 없는 사람에 비해 상대적으로 자살생각이 높은 것으로 나타났고, 배우자의 학대 또한 학대가 있는 사람이 없는 사람에 비해 상대적으로 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

<표 4-9> 노인학대경험에 따른 자살생각 차이

(N=1106)

구분		평균(M)	표준편차(SD)	t/F-value	p
배우자학대	있다	2.27	.989	-5.986***	.000
	없다	1.81	.888		
배우자의 학대	있다	2.46	.986	-11.593***	.000
	없다	1.69	.816		
학대가해자	아들	2.44	.967	.290	.884
	며느리	2.42	1.003		
	딸	2.50	1.035		
	사위	3.00	1.414		
	손, 자녀	2.66	.885		

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

Duncan : a<b<c

3) 매개변수 특성

(1) 전반적인 우울감

다음 <표 4-10>는 위험요인 중 전반적인 우울감을 분석한 결과이다. 분석결과 우울감의 전체 평균은 2.78점으로 보통보다 약간 낮은 수준으로 볼 수 있다.

각 문항의 평균을 비교해 보면 ‘활동과 흥미가 평소보다 많이 덜 하다.’(M=3.18)가 가장 높게 나타났고, ‘인생이 흥미롭고 재미있다고 느낀다(R).’(M=3.02), ‘앞날에 대해 희망적이다(R).’(M=3.00), ‘결정을 할 때 쉽게 한다(R).’(M=2.97), ‘가끔 낙담하거나 우울하다.’(M=2.97), ‘무엇이든 열심히 하고 싶다(R).’(M=2.86), ‘지금의 삶이 아름답다고 생각한다(R).’(M=2.82), ‘대부분의 시간이 행복하다(R).’(M=2.79), ‘본인의 생활에 만족한다(R).’(M=2.75), ‘아침에 기분 좋게 일어난다(R).’(M=2.72), ‘마음이 편안하다(R).’(M=2.69), ‘사소한 일에 자주 마음이 동요된다.’(M=2.60), ‘평소 맑은 정신으로 지낸다(R).’(M=2.45), ‘자주 울고 싶다고 느낀다.’(M=2.44) 순으로 나타났으며, ‘자신이 살아온 삶이 가치가 없다고 느낀다.’(M=2.41)는 상대적으로 가장 낮게 나타났다.

본 조사의 연구결과는 배지연(2005)의 연구에서 나타난 우울감 평균 2.89, 서인균(2009)의 우울감 평균 2.83보다 약간 낮지만 노인들은 보통수준에 가까운 우울감을 가지고 있는 것으로 나타났다.

<표 4-10> 전반적인 우울감

(N=1106)

구분	최소값	최대값	평균(M)	표준편차(S D)
1. 본인의 생활에 만족한다(R).	1	5	2.75	.904
2. 결정을 할 때 쉽게 한다(R).	1	5	2.97	.877
3. 앞날에 대해 희망적이다(R).	1	5	3.00	.980
4. 평소 맑은 정신으로 지낸다(R).	1	5	2.45	.886
5. 대부분의 시간이 행복하다(R).	1	5	2.79	.960
6. 지금의 삶이 아름답다고 생각한다(R).	1	5	2.82	.938
7. 마음이 편안하다(R).	1	5	2.69	.927
8. 아침에 기분 좋게 일어난다(R).	1	5	2.72	.907
9. 인생이 흥미롭고 재미있다고 느낀다(R).	1	5	3.02	.955
10. 무엇이든 열심히 하고 싶다(R).	1	5	2.86	.996
11. 활동과 흥미가 평소보다 많이 덜 하다.	1	5	3.18	.915
12. 가끔 낙담하거나 우울하다.	1	5	2.97	1.013
13. 자신이 살아온 삶이 가치가 없다고 느낀다.	1	5	2.41	1.067
14. 사소한 일에 자주 마음이 동요된다.	1	5	2.60	.959
15. 자주 울고 싶다고 느낀다.	1	5	2.44	1.013
전체	1	5	2.78	.679

주) 평균은 5점 만점에서 각 문항의 평균점수이며, 평균이 높을수록 우울감이 높음을 의미함.

(2) 인구사회학적 특성에 따른 우울감 차이

다음 <표 4-11>는 인구사회학적 특성에 따라 우울감에 차이가 있는지를 분석한 결과이다. 분석결과 연령, 교육수준, 가족구성, 종교, 배우자 유무, 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 주관적 경제수준에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다($p < .01$). 먼저 연령에 따라서는 85세 이상의 경우 84세 이하에 비해 상대적으로 우울감이 높은 것으로 나타났다. 또한 교육수준에 따라서는 비교적 학력이 낮을수록 우울감이 높은 것으로 나타났고, 가족구성에 따라서는 본인+손자녀인 경우 상대적으로 우울감이 높은 것으로 나타났다.

종교에 따라서는 종교가 없는 경우 종교가 있는 경우에 비해 상대적으로 우울감이 높은 것으로 나타났고, 배우자에 따라서는 배우자가 없는 경우 배우자가 있는 경우에 비해 상대적으로 우울감이 높은 것으로 나타났다. 주관적 건강상태에 따라서는 비교적 건강상태가 좋지 않을수록 우울감이 높은 것으로 나타났고, 만성질환 유무에 따라서는 만성질환이 있는 경우 만성질환이 없는 경우에 비해 상대적으로 우울감이 높은 것으로 나타났다.

마지막으로 주관적 경제수준에 따라서는 비교적 경제수준이 좋지 않을수록 우울감이 높은 것으로 나타났다.

이 외에 성별, 직업유무 따라서는 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다($p>.05$).

<표 4-11> 인구사회학적 특성에 따른 우울감 차이

(N=1106)

구분		평균(M)	표준편차(SD)	t/F-value	p
성별	남자	2.78	.683	.177	.860
	여자	2.77	.677		
연령	65-69세	2.71 ^a	.658	3.817 ^{**}	.004
	70-74세	2.72 ^a	.626		
	75-79세	2.79 ^a	.680		
	80-84세	2.84 ^a	.678		
	85세 이상	3.01 ^b	.871		
교육수준	무학	2.98 ^c	.691	14.422 ^{***}	.000
	초졸	2.92 ^b	.682		
	중졸	2.82 ^b	.653		
	고졸	2.59 ^a	.624		
	전문대 이상	2.61 ^a	.694		
가족구성	독거	2.95 ^{abc}	.733	5.788 ^{***}	.000
	부부	2.69 ^a	.591		
	본인+자녀	2.88 ^{ab}	.709		
	부부+자녀	2.68 ^a	.720		
	본인+손자녀	3.23 ^c	.732		
	본인+자녀+손자녀	2.73 ^a	.648		
	부부+손자녀	3.12 ^{bc}	1.086		
부부+자녀+손자녀	2.68 ^a	.650			
종교	없음	3.03 ^c	.698	23.466 ^{***}	.000
	개신교	2.61 ^{ab}	.612		
	불교	2.85 ^{bc}	.690		
	천주교	2.61 ^{ab}	.612		
	기타	2.53 ^a	.676		
배우자 유무	배우자 있음	2.70	.640	-4.817 ^{***}	.000
	배우자 없음	2.89	.717		
주관적 건강상태	매우 건강하지 않다	3.26 ^e	.850	42.730 ^{***}	.000
	건강하지 않다	3.00 ^d	.648		
	보통이다	2.76 ^c	.532		
	건강하다	2.44 ^b	.715		
	매우 건강하다	2.10 ^a	.722		
만성질환 유무	없음	2.67	.639	-6.410 ^{***}	.000
	있음	2.95	.709		
주관적 경제수준	하	3.11 ^c	.797	67.226 ^{***}	.000
	중	2.67 ^b	.558		
	상	2.24 ^a	.744		
직업유무	없음	2.79	.670	1.864	.063
	있음	2.66	.755		
합계		2.78	.679		

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

Duncan : a<b<c<d<e

4) 조절변수 특성

(1) 가족지지

① 전반적인 가족지지

다음 <표 4-12>는 보호요인 중 전반적인 가족지지를 분석한 결과이다. 분석결과 가족지지의 전체 평균은 3.41점으로 보통보다 약간 높은 수준으로 볼 수 있다.

각 문항의 평균을 비교해 보면 ‘가족은 정말로 나를 도우려 한다.’(M=3.52)가 가장 높게 나타났고, ‘가족으로부터 필요한 도움과 지지를 받는다.’(M=3.42), ‘내가 의견을 결정하도록 기꺼이 도와준다.’(M=3.41) 순으로 나타났으며, ‘내 문제에 관해 가족과 이야기한다.’(M=3.28)는 상대적으로 가장 낮게 나타났다.

본 조사의 연구결과는 김동휘(2007)의 가족지지 평균 3.60, 서인균(2009)의 3.32보다 약간 높게 나타났다. 이들 연구를 보면 노인들은 가족으로부터 보통 수준보다는 약간 높은 수준의 지지를 받는 것으로 나타났다.

<표 4-12> 전반적인 가족지지

(N=1106)

구분	최소값	최대값	평균(M)	표준편차 (SD)
1. 가족은 정말로 나를 도우려 한다.	1	5	3.52	.960
2. 가족으로부터 필요한 도움과 지지를 받는다.	1	5	3.42	1.012
3. 내 문제에 관해 가족과 이야기한다.	1	5	3.28	1.029
4. 내가 의견을 결정하도록 기꺼이 도와준다.	1	5	3.41	.989
전체	1	5	3.41	.902

주) 평균은 5점 만점에서 각 문항의 평균점수이며, 평균이 높을수록 가족지지가 높음을 의미함.

② 인구사회학적 특성에 따른 가족지지 차이

다음 <표 4-13>는 인구사회학적 특성에 따라 가족지지에 차이가 있는지를 분석한 결과이다. 분석결과 연령, 교육수준, 가족구성, 종교, 배우자 유무, 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 주관적 경제수준에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다($p < .05$). 먼저 연령에 따라서는 84세 이하의 경우 85세 이상에 비해 상대적으로 가족지지이 높은 것으로 나타났다.

또한 교육수준에 따라서는 무학에 비해 초졸이상의 경우 상대적으로 가족지지이 높은 것으로 나타났고, 가족구성에 따라서는 부부, 본인+자녀+손자녀가 함께 사는 경우 상대적으로 가족지지이 높은 것으로 나타났다.

종교에 따라서는 무교에 비해 개신교의 경우 상대적으로 가족지지이 높은 것으로 나타났고, 배우자에 따라서는 배우자가 있는 경우가 배우자가 없는 경우에 비해 상대적으로 가족지지이 높은 것으로 나타났다.

주관적 건강상태에 따라서는 비교적 건강상태가 좋을수록 가족지지이 높은 것으로 나타났고, 만성질환 유무에 따라서는 만성질환이 없는 경우 만성질환이 있는 경우에 비해 상대적으로 가족지지이 높은 것으로 나타났다.

마지막으로 주관적 경제수준에 따라서는 비교적 경제수준이 양호할수록 가족지지이 높은 것으로 나타났다.

이 외에 성별, 직업유무에 따라서는 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다($p > .05$).

<표 4-13> 인구사회학적 특성에 따른 가족지지 차이

(N=1106)

구분		평균(M)	표준편차(SD)	t/F-value	p
성별	남자	3.36	.885	-1.380	.168
	여자	3.44	.914		
연령	65-69세	3.46 ^b	.848	2.714*	.029
	70-74세	3.48 ^b	.911		
	75-79세	3.36 ^b	.929		
	80-84세	3.40 ^b	.843		
	85세 이상	3.12 ^a	1.059		
교육수준	무학	3.14 ^a	.933	4.876**	.001
	초졸	3.35 ^b	.958		
	중졸	3.42 ^b	.923		
	고졸	3.52 ^b	.816		
	전문대 이상	3.53 ^b	.833		
가족구성	독거	3.19 ^{bc}	.989	6.366***	.000
	부부	3.55 ^c	.804		
	본인+자녀	3.38 ^c	.932		
	부부+자녀	3.44 ^c	.859		
	본인+손자녀	2.58 ^a	.948		
	본인+자녀+손자녀	3.55 ^c	.939		
	부부+손자녀	2.86 ^{ab}	1.001		
부부+자녀+손자녀	3.42 ^c	.839			
종교	없음	3.20 ^a	.941	9.858***	.000
	개신교	3.59 ^b	.814		
	불교	3.32 ^{ab}	.977		
	천주교	3.47 ^{ab}	.840		
	기타	3.25 ^{ab}	1.005		
배우자 유무	배우자 있음	3.49	.825	3.781***	.000
	배우자 없음	3.28	.991		
주관적 건강상태	매우 건강하지 않다	2.88 ^a	1.034	11.527***	.000
	건강하지 않다	3.38 ^b	.982		
	보통이다	3.38 ^b	.785		
	건강하다	3.60 ^b	.887		
	매우 건강하다	4.01 ^c	.990		
만성질환 유무	없음	3.51	.852	4.998***	.000
	있음	3.23	.953		
주관적 경제수준	하	3.01 ^a	1.019	53.837***	.000
	중	3.53 ^b	.796		
	상	4.04 ^c	.732		
직업유무	없음	3.42	.894	1.103	.270
	있음	3.31	.981		
합계		3.41	.902		

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

Duncan : a<b<c

(2) 종교지지

① 전반적인 종교지지

다음 <표 4-14>는 보호요인 중 전반적인 종교지지를 분석한 결과이다. 분석결과 종교지지의 전체 평균은 3.75점으로 보통 수준으로 볼 수 있다.

각 문항의 평균을 비교해 보면 ‘내 신앙은 내 삶에 의미를 준다.’(M=3.80) ‘신앙의 생활이 나를 행복하게 해준다.’(M=3.80)가 가장 높게 나타났고, ‘내 신앙은 중요한 결정을 할 때 영향을 끼친다.’(M=3.72) 순으로 나타났으며, ‘나는 초월적 신이 나를 사랑하시고 돌보아 주심을 믿는다.’(M=3.69)는 상대적으로 가장 낮게 나타났다.

<표 4-14> 전반적인 종교지지

(N=770)

구분	최소값	최대값	평균(M)	표준편차 (SD)
1. 내 신앙은 내 삶에 의미를 준다.	1	5	3.80	1.008
2. 내 신앙은 중요한 결정을 할 때 영향을 끼친다.	1	5	3.72	1.052
3. 신앙의 생활이 나를 행복하게 해준다.	1	5	3.80	1.026
4. 나는 초월적 신이 나를 사랑하시고 돌보아 주심을 믿는다.	1	5	3.69	1.235
전체	1	5	3.75	.984

주) 평균은 5점 만점에서 각 문항의 평균점수이며, 평균이 높을수록 종교지지가 높음을 의미함.

② 인구사회학적 특성에 따른 종교지지 차이

다음 <표 4-15>은 인구사회학적 특성에 따라 종교지지에 차이가 있는지를 분석한 결과이다. 분석결과 성별, 연령, 가족구성, 주관적 건강상태, 만성

질환 유무, 주관적 경제수준에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다 ($p < .01$). 먼저 성별에 따라서는 여자의 경우 남자에 비해 상대적으로 종교지지가 높은 것으로 나타났고, 연령에 따라서는 84세 이하의 경우 85세 이상에 비해 상대적으로 종교지지가 높은 것으로 나타났다.

또한 가족구성에 따라서는 본인+자녀+손자녀의 가족구성에서 상대적으로 종교지지가 높은 것으로 나타났으며, 주관적 건강상태에 따라서는 비교적 건강상태가 좋을수록 상대적으로 종교지지가 높은 것으로 나타났다.

또한 만성질환 유무에 따라서는 만성질환이 없는 경우 만성질환이 있는 경우에 비해 상대적으로 종교지지가 높은 것으로 나타났고, 주관적 경제수준에 따라서는 비교적 주관적 경제수준이 양호할수록 상대적으로 종교지지가 높은 것으로 나타났다.

이 외에 교육수준, 배우자 유무, 직업유무에 따라서는 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다($p > .05$).

<표 4-15> 인구사회학적 특성에 따른 종교지지 차이

(N=770)

구분		평균(M)	표준편차(SD)	t/F-value	p
성별	남자	3.47	1.023	-6.261***	.000
	여자	3.92	.920		
연령	65-69세	3.88 ^b	.895	4.444***	.001
	70-74세	3.75 ^b	1.003		
	75-79세	3.73 ^b	1.000		
	80-84세	3.83 ^b	.893		
	85세 이상	3.26 ^a	1.204		
교육수준	무학	3.92 ^b	1.044	1.531	.191
	초졸	3.68 ^a	.918		
	중졸	3.68 ^a	1.028		
	고졸	3.76 ^b	.961		
	전문대 이상	3.85 ^b	.983		
가족구성	독거	3.67 ^{bc}	.950	3.146**	.003
	부부	3.69 ^{bc}	.894		
	본인+자녀	3.60 ^{bc}	1.007		
	부부+자녀	3.84 ^c	.934		
	본인+손자녀	2.93 ^a	.886		
	본인+자녀+손자녀	4.07 ^d	1.006		
	부부+손자녀	3.29 ^b	1.503		
부부+자녀+손자녀	3.90 ^c	1.171			
배우자 유무	배우자 유	3.75	.989	-.162	.871
	배우자 무	3.76	.977		
주관적 건강상태	매우 건강하지 않다	3.19 ^a	1.177	9.019***	.000
	건강하지 않다	3.65 ^b	.965		
	보통이다	3.93 ^c	.901		
	건강하다	3.65 ^b	1.008		
	매우 건강하다	4.21 ^d	1.005		
만성질환 유무	없음	3.84	.982	3.233***	.001
	있음	3.60	.970		
주관적 경제수준	하	3.42 ^a	1.142	16.620***	.000
	중	3.85 ^b	.908		
	상	4.06 ^c	.718		
직업유무	없음	3.75	.980	-.210	.834
	있음	3.78	1.040		
합계		3.75	.984		

p<.01, *p<.001

Duncan : a<b<c<d

5) 조절변수 교차분석

(1) 가족지지

① 배우자 학대와 가족지지

<표 4-16> 배우자 학대와 가족지지

빈도 백분율	가족지지 낮은 집단	가족지지 높은 집단	전체
없다	369 33.4	547 49.5	916 82.8
있다	98 8.9	92 8.3	190 17.2
전체	467 42.2	639 57.8	1106 100
Pearson 카이제곱	8.229	1	P-value .004

교차분석 결과 P-value가 0.05보다 작기 때문에 배우자 학대와 가족지지는 서로 연관이 있다.

② 배우자외 학대와 가족지지

<표 4-17> 배우자외 학대와 가족지지

빈도 백분율	가족지지 낮은 집단	가족지지 높은 집단	전체
없다	277 25.0	549 49.6	826 74.7
있다	190 17.2	90 8.1	280 25.3
전체	467 42.2	639 57.8	1106 100
Pearson 카이제곱	100.977	1	P-value .001

교차분석 결과 P-value가 0.05보다 작기 때문에 배우자외 학대와 가족지지는 서로 연관이 있다.

③ 학대 가해자와 가족지지

<표 4-18> 학대가해자와 가족지지

빈도 백분율	가족지지 낮은 집단	가족지지 높은 집단	전체
아들	93 33.2	49 17.5	142 50.7
며느리	46 16.4	23 8.2	69 24.6
딸	44 15.7	16 5.7	60 21.4
사위	1 .4	1 .4	2 .7
손, 자녀	6 2.1	1 .4	7 2.5
전체	190 67.9	90 32.1	280 100
	값	자유도	P-value
Pearson 카이제곱	2.549	4	.636

교차분석 결과 P-value가 0.05보다 크기 때문에 학대가해자와 가족지지는 서로 연관이 없다.

(2) 종교지지

① 배우자 학대와 종교지지

<표 4-19 > 배우자 학대와 종교지지

빈도 백분율	종교지지 낮은 집단	종교지지 높은 집단	전체
없다	229 29.7	424 55.1	653 84.8
있다	35 4.5	82 10.6	117 15.2
전체	264 34.3	506 65.7	770 100
	값	자유도	P-value
Pearson 카이제곱	1.170	1	.279

교차분석 결과 P-value가 0.05보다 크기 때문에 배우자 학대와 종교지지는 서로 연관이 없다.

② 배우자외 학대와 종교지지

<표 4-20> 배우자외 학대와 종교지지

빈도 백분율	종교지지 낮은 집단	종교지지 높은 집단	전체
없다	184 23.9	408 53.0	592 76.9
있다	80 10.4	98 12.7	178 23.1
전체	264 34.3	506 65.7	770 100
	값	자유도	P-value
Pearson 카이제곱	11.673	1	.001

교차분석 결과 P-value가 0.05보다 작기 때문에 배우자외 학대와 종교지지는 서로 연관이 있다.

③ 학대 가해자와 종교지지

<표 4-21 > 학대가해자와 종교지지

빈도 백분율	종교지지 낮은 집단	종교지지 높은 집단	전체
아들	34 19.1	50 28.1	84 47.2
며느리	22 12.4	24 13.5	46 25.8
딸	21 11.8	21 11.8	42 23.6
사위	1 .6	0 0	1 .6
손, 자녀	2 1.1	3 1.7	5 2.8
전체	80 44.9	98 55.1	178 100
Pearson 카이제곱	값 2.540	자유도 4	P-value .637

교차분석 결과 P-value가 0.05보다 크기 때문에 학대가해자와 종교지지는 서로 연관이 없다.

4. 가설의 검증

다음은 각 변수 간 상관관계 분석과 조사대상자 전체를 대상으로 인구사회학적 특성과 노인학대경험이 위험요인(우울감)을 매개로 하여 자살생각에 미치는 영향과 가족지지 및 종교지지의 조절효과를 파악하기 위해 중다회귀분석, sobel test, 위계적 중다회귀분석을 실시한 결과이다.

1) 각 변수 간 상관관계 분석

다음 <표 4-22>는 인구사회학적 특성과 노인학대, 위험요인인 우울감, 자살생각간의 상관관계를 검증하기 위하여 상관관계 분석을 실시한 결과이다.

인구사회학적 특성과 노인학대의 상관관계를 분석한 결과 하위요인별 만성질환 유무(있음)($r=.157$) 변수는 신체적 학대와 통계적으로 유의미한 정(+)
의 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 교육수준($r=-.133$), 종교($r=-.080$), 주관적 건강상태($r=-.152$), 주관적 경제수준($r=-.153$) 등의 변수는 신체적 학대와 통계적으로 유의미한 부(-)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 성별(여자)($r=.072$), 배우자 유무(없음)($r=.093$), 만성질환 유무(있음)($r=.206$) 등의 변수는 정서적 학대와 통계적으로 유의미한 정(+)
의 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 교육수준($r=-.205$), 종교(있음)($r=-.130$), 주관적 건강상태($r=-.178$), 주관적 경제수준($r=-.217$) 등은 정서적 학대와 통계적으로 유의미한 부(-)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 배우자 유무(없음)($r=.080$), 만성질환 유무(있음)($r=.191$)은 경제적 학대와 통계적으로 유의미한 정(+)
의 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 교육수준($r=-.128$), 종교(있음)($r=-.095$), 주관적 건강상태($r=-.157$), 주관적 경제수준($r=-.216$) 등의 변수는 경제적 학대와 통계적으로 유의미한 부(-)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 연령

($r=.081$), 배우자 유무(없음)($r=.069$), 만성질환 유무(있음)($r=.244$) 등은 방임과 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 교육수준($r=-.175$), 주관적 건강상태($r=-.157$), 주관적 경제수준($r=-.264$), 종교($r=-.077$) 등은 방임과 통계적으로 유의미한 부(-)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 연령($r=.071$), 만성질환 유무(있음)($r=.149$)의 변수는 유기와 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 교육수준($r=-.118$), 가족구성(부부, 부부포함 가족동거, 본인포함 가족동거)($r=-.079$), 주관적 건강상태($r=-.132$), 주관적 경제수준($r=-.152$) 등의 변수는 유기와 통계적으로 유의미한 부(-)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

인구사회학적 특성과 위험요인의 상관관계를 분석한 결과 하위요인별 연령($r=.102$), 배우자 유무(없음)($r=.143$), 만성질환 유무(있음)($r=.194$) 등의 변수는 우울감과 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 교육수준($r=-.210$), 가족구성(부부, 부부포함 가족동거, 본인포함 가족동거)($r=-.137$), 종교(있음)($r=-.248$), 주관적 건강상태($r=-.365$), 주관적 경제수준($r=-.330$) 등의 변수는 우울감과 통계적으로 유의미한 부(-)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

인구사회학적 특성과 자살생각의 상관관계를 분석한 결과 하위요인별 배우자 유무(없음)($r=.139$), 만성질환 유무(있음)($r=.144$) 등의 변수는 자살생각과 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 교육수준($r=-.173$), 가족구성(부부, 부부포함 가족동거, 본인포함 가족동거)($r=-.145$), 종교(있음)($r=-.271$), 주관적 건강상태($r=-.270$), 주관적 경제수준($r=-.263$) 등의 변수는 자살생각과 통계적으로 유의미한 부(-)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

노인학대경험과 위험요인과의 상관관계를 분석한 결과 하위요인별 신체적 학대($r=.331$), 정서적 학대($r=.428$), 경제적 학대($r=.409$), 방임($r=.363$), 유기

($r=.245$) 등 모든 변수는 우울감과 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

위험요인과 자살생각의 상관관계를 분석한 결과 우울감($r=.511$)은 자살생각과 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

<표 4-22> 각 변수간 상관관계 검증

구분	인구사회학적 특성										노인학대					우울감	자살생각
	성별	연령	교육수준	가족구성	종교	배우자 유무	주관적 건강상태	만성질환 유무	주관적 경제수준	직업유무	신체적 학대	정서적 학대	경제적 학대	방임	유기		
성별(여자) ¹	1																
연령	-.025	1															
교육수준	-.383***	-.270***	1														
가족구성 (부부, 부부포함 가족동거, 본인포함 가족동거) ²	-.129***	-.261***	.224***	1													
종교(있음) ³	.122***	.038	.032	.077*	1												
배우자(없음) ⁴	.272***	.345***	-.335***	-.530***	.049	1											
주관적 건강상태	-.133***	-.183***	.286***	.181***	.094**	-.223***	1										
만성질환 유무(있음) ⁵	.003	.137***	-.105***	-.142***	-.045	.131***	-.322***	1									
주관적 경제수준	.021	-.139***	.238***	.269***	.107***	-.219***	.190***	-.213***	1								
직업유무(있음) ⁶	-.172***	-.175***	.104**	.073*	-.088**	-.107***	.130***	-.019	-.018	1							
신체적 학대	.054	.022	-.133***	.027	-.080**	-.009	-.152***	.157***	-.153***	-.021	1						
정서적 학대	.072*	.037	-.205***	-.028	-.130***	.093**	-.178***	.206***	-.217***	.010	.579***	1					
경제적 학대	.033	.052	-.128***	-.016	-.095**	.080**	-.157***	.191***	-.216***	.018	.500***	.547***	1				
방임	-.010	.081**	-.175***	-.093**	-.077*	.069*	-.157***	.244***	-.264***	-.018	.498***	.590***	.593***	1			
유기	.015	.071*	-.118***	-.079**	-.045	.056	-.132***	.149***	-.152***	-.031	.350***	.448***	.342***	.461***	1		
우울감	-.005	.102***	-.210***	-.137***	-.248***	.143***	-.365***	.194***	-.330***	-.056	.331***	.428***	.409***	.363***	.245***	1	
자살생각	.016	.042	-.173***	-.145***	-.271***	.139***	-.270***	.144***	-.263***	-.027	.313***	.429***	.357***	.293***	.280***	.511***	1

주: 1) 성별 : 남(0), 여(1), 2) 가족구성 : 혼자(0), 부부, 부부포함 가족동거, 본인포함 가족동거(1), 3) 종교 : 없음(0), 있음(1), 4) 배우자 : 배우자 있음(0), 배우자 없음(1), 5) 만성질환 유무 : 없음(0), 있음(1), 6) 직업유무 : 없음(0), 있음(1)
* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

2) 가설의 검증

가설의 검증을 위해 다음 <표 4-23>과 같이 인구사회학적 특성, 노인학대경험이 위험요인인 우울감에 미치는 영향과 인구사회학적 특성, 노인학대경험, 위험요인이 자살생각에 미치는 영향을 중다회귀분석(2개)에 의해 분석한 결과 회귀식은 통계적으로 유의미한 것으로 나타났고($F=52.975$, $p<.001$), R^2 값은 0.429로 이 회귀식은 자살생각의 총 분산 가운데 42.9%를 설명하는 것으로 나타났으며, 그 구체적 결과는 다음과 같다.

첫째, 우울감 영향요인 분석결과 성별(여자), 종교(있음), 주관적 건강상태, 주관적 경제수준, 직업유무(있음), 정서적 학대, 경제적 학대가 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다($p<.05$).

둘째, 자살생각 영향요인 분석결과 종교(있음), 정서적 학대, 방임, 유기, 우울감이 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다($p<.05$).

독립변수 위주로 영향력을 살펴보면, 인구사회학적 특성 중 성별(여성)은 우울감에 통계적으로 유의미한 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났고, 종교(있음)는 우울감, 자살생각에 통계적으로 유의미한 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 주관적 건강상태는 우울감에 통계적으로 유의미한 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 주관적 경제수준은 우울감에 통계적으로 유의미한 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 직업유무(있음)는 우울감에 통계적으로 유의미한 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이는 성별이 남자인 경우 우울감이 높아짐을 의미하고, 종교가 있는 경우 우울감, 자살생각은 낮아짐을 의미한다. 주관적 건강상태나 주관적 경제수준이 좋을수록 우울감은 낮아짐을 의미한다. 그리고 직업이 없는 경우 우울감이 높아짐을 의미한다.

노인학대경험 변수 중 정서적 학대는 우울감, 자살생각에는 통계적으로

유의미한 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났고, 경제적 학대는 우울감에 통계적으로 유의미한 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 방임은 자살 생각에는 통계적으로 유의미한 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났고, 유기는 자살생각에 통계적으로 유의미한 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이는 정서적 학대를 경험한 경우는 우울감, 자살생각이 높아짐을 의미한다. 또한 경제적 학대를 경험한 경우는 우울감이 높아짐을 의미한다. 이 외에도 방임을 경험한 경우는 자살생각이 낮아짐을 의미하고, 유기를 경험한 경우는 자살생각이 높아짐을 의미한다.

위험요인 변수 중 우울감은 자살생각에 통계적으로 유의미한 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이는 우울감이 높을수록 자살생각이 높아짐을 의미한다.

우울감에 영향을 미치는 각 변수의 영향력은 주관적 건강상태($\beta=-.241$), 정서적 학대($\beta=.175$), 주관적 경제수준($\beta=-.163$), 경제적 학대($\beta=.159$), 종교(있음)($\beta=-.158$), 성별(여자)($\beta=-.063$), 직업유무(있음)($\beta=-.050$) 순으로 영향을 미치는 것으로 나타났다.

자살생각에 영향을 미치는 각 변수의 영향력은 우울감($\beta=.460$), 정서적 학대($\beta=.166$), 종교(있음)($\beta=-.118$), 유기($\beta=.086$), 방임($\beta=-.073$) 순으로 영향을 미치는 것으로 나타났다.

<표 4-23> 인구사회학적 특성, 노인학대경험, 위험요인을 결합한 회귀분석 : 자살생각에 미치는 영향

구분	변수	위험요인		자살생각	
		우울감		β	t
		β	t		
인구 사회학적 특성	성별(여자) ¹	-.063	-2.218*	-.006	-.230
	연령	-.005	-.176	-.043	-1.662
	교육수준	-.044	-1.506	-.010	-.368
	가족구성 (부부, 부부포함 가족 동거) ²	-.025	-.781	-.054	-1.777
	종교(있음) ³	-.158	-6.303***	-.118	-4.917***
	배우자(없음) ⁴	-.001	-.030	.013	.400
	주관적 건강상태	-.241	-8.873***	-.042	-1.594
	만성질환 유무(있음) ⁵	-.018	-.666	-.018	-.725
	주관적 경제수준	-.163	-6.074***	-.039	-1.518
	직업유무(있음) ⁶	-.050	-1.981*	-.009	-.393
노인 학대경험	신체적 학대	.034	1.061	.035	1.157
	정서적 학대	.175	4.822***	.166	4.834***
	경제적 학대	.159	4.437***	.031	.908
	방임	.043	1.267	-.073	-2.291*
	유기	.012	.419	.086	3.236***
위험요인	우울감			.460	16.165***
<i>F-value(p)</i>		41.277***(.000)		52.975***(.000)	
<i>R² 값</i>		.353		.429	

주: 1) 성별 : 남(0), 여(1), 2) 가족구성 : 독거(0), 부부, 부부포함 가족동거, 본인포함 가족동거 (1), 3) 종교 : 없음(0), 있음(1), 4) 배우자 : 배우자 있음(0), 배우자 없음(1), 5) 만성질환 유무 : 없음(0), 있음(1), 6) 직업유무 : 없음(0), 있음(1)

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

(1) 가설 1의 검증

연구가설 1. 노인의 학대경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-1: 노인의 신체적 학대경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-2: 노인의 정서적 학대경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-3: 노인의 경제적 학대경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-4: 노인의 방임경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-5: 노인의 유기경험은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

위 <표 4-23>에서 나타난 바와 같이 노인의 학대경험에 대한 개별변수의 유의성을 살펴보면 정서적 학대($\beta=.166, p<.001$), 유기($\beta=.086, p<.01$)가 자살생각에 통계적으로 유의미한 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났고, 방임($\beta=-.073, p<.05$)은 자살생각에 통계적으로 유의미한 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

따라서 노인의 자살생각 감소를 위해서는 학대경험의 하위요인별 정서적 학대, 방임, 유기가 중요한 요인임을 알 수 있으며, 노인의 학대경험이 자살생각에 미치는 영향을 검증한 가설 1-2, 가설 1-4, 가설 1-5는 지지되었고, 가설 1-1, 가설 1-3은 기각되었다.

(2) 가설 2의 검증

연구가설 2. 노인의 위험요인(우울)은 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

위 <표 4-23>에서 나타난 바와 같이 노인의 위험요인에 대한 유의성을 살펴보면, 우울감($\beta=.460, p<.001$)이 자살생각에 통계적으로 유의미한 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

따라서 노인의 자살생각 감소를 위해서는 우울감이 중요한 요인임을 알 수 있으며, 연구가설 2는 지지되었다.

(3) 가설 3의 검증

연구가설 3. 노인의 학대경험은 위험요인(우울)을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 3-1: 노인의 신체적 학대경험은 위험요인을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 3-2: 노인의 정서적 학대경험은 위험요인을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 3-3: 노인의 경제적 학대경험은 위험요인을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 3-4: 노인의 방임경험은 위험요인을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

가설 3-5: 노인의 유기경험은 위험요인을 매개로 자살생각에 영향을 미칠 것이다.

노인학대경험이 자살생각에 미치는 영향에 있어 위험요인(우울감)의 매개효과를 검증하기 위해 Sobel test를 실시하였다. Sobel test 결과 학대경험 중 경제적 학대($Z=4.419$, $p<.001$)는 유의하기 때문에 자살생각의 관계에서 우울감이 완전매개효과를 보임을 알 수 있고, 정서적 학대($Z=4.821$, $p<.001$)는 유의하기 때문에 자살생각의 관계에서 우울감이 부분매개효과를 보임을 알 수 있다. 따라서 가설 3-2, 가설 3-3은 지지되었고, 가설 3-1, 가설 3-4, 가설 3-5는 기각되었다.

(4) 가설 4의 검증

연구가설 4. 노인의 학대경험 및 위험요인은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 4-1: 노인의 정서적 학대경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 4-2: 노인의 경제적 학대경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 4-3: 노인의 방임경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 4-4: 노인의 유기경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 4-5: 위험요인은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 가족지지가 조절역할을 할 것이다.

다음 <표 4-24>는 노인의 자살생각에 영향을 미치는 노인학대경험과 우울감이 가족지지에 의해 조절되는지를 알아보기 위하여 조절회귀분석을 실시한 결과이다. 먼저 노인의 자살생각에 영향을 미치는 노인학대경험과 우울감이 가족지지에 의해 조절되는지를 확인하기 위해 노인학대경험을 모델 I 에 투입하였고, 우울감을 모델 II 에, 가족지지를 모델 III 에, 노인학대경험, 우울감과 가족지지의 상호작용 변수를 모델 IV 에 차례로 투입하여 위계적 중다회귀분석을 실시한 결과이다.

모델 I 의 설명력은 20.0%였고, 통계적으로 유의미한 것으로 분석되었다 ($F=70.125, p<.001$). 노인학대경험의 변수로 정서적 학대($\beta=.304, p<.001$), 경

제적 학대($\beta=.132, p<.001$), 유기($\beta=.104, p<.01$)가 자살생각에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

우울감이 추가적으로 투입된 모델Ⅱ의 설명력은 41.2%로 21.2%가 추가적으로 증가하였고, 통계적으로 유의미한 것으로 분석되었다($F=155.846, p<.001$). 이는 추가적으로 투입된 우울감($\beta=.521, p<.001$)라는 변수가 자살생각에 유의미한 변수인 것을 의미한다.

가족지지가 추가적으로 투입된 모델Ⅲ의 설명력은 41.6%로 0.4%가 추가적으로 증가하였고, 통계적으로 유의미한 것으로 분석되었다($F=132.377, p<.001$). 반면 추가적으로 투입된 가족지지($\beta=-.082, p<.05$)라는 변수가 자살생각에 유의미한 변수인 것을 의미한다.

가족지지가 가지는 조절효과를 검증하기 위해 노인학대경험, 우울감과 가족지지의 상호작용 변수를 추가적으로 투입한 모델Ⅳ의 설명력은 42.4%로 0.8%가 추가적으로 증가하였고, 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다($F=74.879, p<.001$). 추가적으로 투입된 상호작용 변수 중에는 경제적 학대와 가족지지의 상호작용 변수($\beta=-.133, p<.05$)와 유기와 가족지지의 상호작용 변수($\beta=.339, p<.01$)가 통계적으로 유의미한 것으로 나타나, 가족지지는 노인학대경험의 하위요인별 경제적 학대, 유기와 자살생각 간의 관계를 조절하는 것으로 볼 수 있다. 따라서 가설 4-2, 가설 4-4는 지지되었고, 가설 4-1, 가설 4-3, 가설 4-5는 기각되었다.

<표 4-24> 노인학대경험, 우울감과 자살생각의 관계에서 가족지지 조절효과
(N=1106)

변수	모델 I			모델II			모델III			모델IV		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p	β	t	p
정서적 학대(A)	.304	7.909***	.000	.183	5.445***	.000	.171	5.100***	.000	.146	3.158**	.002
경제적 학대(B)	.132	3.518***	.000	.034	1.028	.304	.026	.785	.334	.079	1.879	.060
방임(C)	-.013	-.341	.733	-.064	-2.032*	.042	-.068	-2.146	.123	-.086	-1.979*	.048
유기(D)	.104	3.316**	.001	.088	3.291**	.001	.091	3.388***	.000	.012	.304	.761
우울감(E)				.521	19.942***	.000	.490	17.538***	.000	.518	8.841***	.000
가족지지(M)							-.082	-3.035*	.045	-.289	-1.954	.051
(A)×(M)										.048	.798	.425
(B)×(M)										-.133	-2.273*	.023
(C)×(M)										.062	1.107	.269
(D)×(M)										.339	3.122**	.002
(E)×(M)										-.091	-.761	.447
<i>F-value(p)</i>	70.125***(.000)			155.846***(.000)			132.377***(.000)			74.879***(.000)		
<i>R²</i>	.200			.412			.416			.424		
<i>Change of R²</i>				.212			.004			.008		

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

(5) 가설 5의 검증

연구가설 5. 노인의 학대경험 및 위험요인은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 5-1: 노인의 정서적 학대경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 5-2: 노인의 경제적 학대경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 5-3: 노인의 방임경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 5-4: 노인의 유기경험은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

가설 5-5: 위험요인은 자살생각에 미치는 영향에 있어서 종교지지가 조절역할을 할 것이다.

다음 <표 4-25>은 종교가 있는 770명을 대상으로 노인의 자살생각에 영향을 미치는 노인학대경험과 우울감이 종교지지에 의해 조절되는지를 알아보기 위하여 조절회귀분석을 실시한 결과이다. 먼저 노인의 자살생각에 영향을 미치는 노인학대경험과 우울감이 종교지지에 의해 조절되는지를 확인하기 위해 노인학대경험을 모델 I 에 투입하였고, 우울감을 모델 II 에, 종교지지를 모델 III 에, 노인학대경험, 우울감과 종교지지의 상호작용 변수를 모델 IV 에 차례로 투입하여 위계적 중다회귀분석을 실시한 결과이다.

모델 I 의 설명력은 18.9%였고, 통계적으로 유의미한 것으로 분석되었다 ($F=45.731, p<.001$). 노인학대경험의 변수로 정서적 학대($\beta=.280, p<.001$), 경

제적 학대($\beta=.122, p<.01$), 유기($\beta=.185, p<.001$)가 자살생각에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

우울감이 추가적으로 투입된 모델Ⅱ의 설명력은 36.8%로 17.9%가 추가적으로 증가하였고, 통계적으로 유의미한 것으로 분석되었다($F=90.608, p<.001$). 이는 추가적으로 투입된 우울감($\beta=.461, p<.001$)라는 변수가 자살생각에 유의미한 변수인 것을 의미한다.

종교지지가 추가적으로 투입된 모델Ⅲ의 설명력은 36.8%로 추가적으로 증가하지는 않았고, 통계적으로 유의미한 것으로 분석되었다($F=75.769, p<.001$). 반면 추가적으로 투입된 종교지지($\beta=-.035, p=.244$)라는 변수가 자살생각에 유의하지 않은 변수이다.

종교지지가 가지는 조절효과를 검증하기 위해 노인학대경험, 우울감과 종교지지의 상호작용 변수를 추가적으로 투입한 모델Ⅳ의 설명력은 38.7%로 1.9%가 추가적으로 증가하였고, 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다($F=45.167, p<.001$). 추가적으로 투입된 상호작용 변수 중에는 경제적 학대와 종교지지의 상호작용 변수($\beta=-.330, p<.001$)와 유기와 종교지지의 상호작용 변수($\beta=-.477, p<.01$)가 통계적으로 유의미한 것으로 나타나, 종교지지는 노인학대경험의 하위요인별 경제적 학대, 유기와 자살생각 간의 관계를 조절하는 것으로 볼 수 있다. 따라서 가설 5-2, 가설 5-4는 지지되었고, 가설 5-1, 가설 5-3, 가설 5-5는 기각되었다.

<표 4-25> 노인학대경험, 우울감과 자살생각의 관계에서 종교지지 조절효과
(N=770)

변수	모델 I			모델II			모델III			모델IV		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p	β	t	p
정서적 학대(A)	.280	5.801***	.000	.193	4.497**	.000	.195	4.529***	.000	.096	1.255	.210
경제적 학대(B)	.122	2.732**	.006	.057	1.425	.154	.052	1.302	.193	.272	3.888***	.000
방임(C)	-.071	-1.616	.107	-.118	-3.056**	.002	-.118	-3.044**	.002	-.135	-1.892	.059
유기(D)	.185	4.874***	.000	.167	4.997**	.000	.166	4.974***	.000	.378	5.764***	.000
우울감(E)				.461	14.771***	.000	.452	14.026***	.000	.354	4.482***	.000
종교지지(M)							-.035	-1.165	.244	.400	2.410*	.016
(A)×(M)										.158	1.633	.103
(B)×(M)										-.330	-3.812***	.000
(C)×(M)										.002	.019	.984
(D)×(M)										-.477	-3.133**	.002
(E)×(M)										.154	1.048	.295
<i>F-value(p)</i>	45.731***(.000)			90.608***(.000)			75.769***(.000)			45.167***(.000)		
<i>R²</i>	.189			.368			.368			.387		
<i>Change of R²</i>				.179			.000			.019		

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

V. 결 론

본 연구는 첫째, 노인학대경험, 위험요인이 노인들의 자살생각에 직접적으로 어떠한 영향을 미치는 지를 파악하고, 둘째, 노인학대경험이 위험요인을 매개로 하여 노인들의 자살생각에 영향을 미치는 지를 파악하여, 셋째, 이러한 영향에 대한 보호요인의 조절효과에 대하여 분석함으로써, 넷째, 노인학대예방과 보호요인의 강화를 통하여 노인의 자살생각을 감소시킬 수 있는 방안을 모색해 보고자 하였다.

1. 연구결과 요약

1) 조사대상자의 인구사회학적 특성, 노인학대경험, 위험요인, 보호요인, 자살생각 특성은 다음과 같다.

첫째, 조사대상자의 인구사회학적 특성에 대해 알아보기 위하여 빈도분석을 실시한 결과, 성별은 여자 647명(58.5%), 남자 459명(41.5%)으로 나타났고, 교육수준은 초졸 278명(25.1%), 중졸 277명(25.0%), 고졸 276명(25.0%), 전문대 이상 148명(13.4%), 무학 127명(11.5%) 순으로 나타났다. 가족구성은 부부 377명(34.1%), 독거 252명(22.8%), 부부+자녀 124명(11.2%), 부부+자녀+손자녀 123명(11.1%), 본인+자녀+손자녀 112명(10.1%), 본인+자녀 94명(8.5%), 본인+손자녀 15명(1.4%), 부부+손자녀 9명(0.8%) 순으로 나타났고, 종교는 개신교 436명(39.4%), 없음 336명(30.4%), 불교 186명(16.8%), 천주교 135명(12.2%), 기타 13명(1.2%) 순으로 나타났다. 배우자는 있음 653명(59.0%), 없음 453명(41.0%)로 나타났고, 주관적 건강상태는 보통이다 473명(42.8%), 건강하지 않다 309명(27.9%), 건강하다 234명(21.2%), 매우 건강하

지 않다 67명(6.1%), 매우 건강하다 23명(2.1%) 순으로 나타났다. 만성질환 유무는 없음 685명(61.9%), 있음 421명(38.1%)으로 나타났고, 주관적 경제수준은 중 751명(67.9%), 하 309명(27.9%), 상 46명(4.2%) 순으로 나타났다. 직업유무는 없음 1001명(90.5%), 있음 105명(9.5%)으로 나타났다.

둘째, 유형별 학대경험을 살펴보면 ‘정서적 학대’가 341명(30.8%)으로 가장 높게 나타났고, ‘경제적 학대’ 247명(22.3%), ‘방임’ 205명(18.5%), ‘유기’ 132명(11.9%), ‘신체적 학대’ 124명(11.2%) 순으로 나타났으며, 특히 본 연구에서는 배우자 학대가 190건(17.2%)으로 나타나고 있고, 중앙노인보호전문기관(2014년)의 조사에 따르면 그 비율이 2010년 347명(10.0%), 2011년 481명(12.4%), 2012년 494명(12.8%), 2013년 551명(13.7%)로 계속 늘고 있고, 순위도 아들 다음을 차지하고 있다.

셋째, 조사대상자의 위험요인 우울감은 5점 만점에 평균 2.78점으로 나타나 보통 수준으로 나타났다. 이는 노인들이 보통수준에 가까운 우울감을 가지고 있다는 것으로 파악할 수 있다.

넷째, 조사대상자의 가족지지는 5점 만점에 평균 3.41, 종교지지는 5점 만점에 평균 3.75점으로 나타나 보통수준으로 나타났다. 이 연구를 통하여 노인들은 가족지지는 보통, 종교지지는 보통 수준보다는 약간 높은 수준의 지지를 받고 있는 것을 알 수 있다.

다섯째, 조사대상자의 자살생각은 5점 만점에 1.89점으로 나타나 상당히 낮은 수준으로 볼 수 있다. 이는 노인들의 자살생각이 보통보다 낮다는 것을 알 수 있다.

2) 인구사회학적 특성과 학대경험, 위험요인, 보호요인, 자살생각의 관계는 다음과 같다.

첫째, 인구사회학적 특성과 학대경험의 관계에서는 성별에서는 여자의 경우 남자에 비해 상대적으로 정서적 학대가 많은 것으로 나타났다. 85세 이상의 경우 84세 이하에 비해 경제적 학대가 많은 것으로 나타났다. 교육수준은 무학이나 초졸의 경우 중졸 이상에 비해 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기가 많은 것으로 나타났다. 가족구성은 본인+손자녀, 부부+손자녀의 경우에 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기가 많은 것으로 나타났다. 종교는 무교나 불교의 경우 비교적 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임이 많은 것으로 나타났다. 배우자 유무에 따라서는 없는 경우에 정서적 학대, 경제적 학대, 방임이 많은 것으로 나타났다. 주관적 건강상태는 매우 건강하지 않은 경우 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기가 많은 것으로 나타났다. 만성질환에 있어서는 만성질환이 있는 경우 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기가 많은 것으로 나타났다. 주관적 경제수준은 주관적 경제수준이 낮을수록 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기가 많은 것으로 나타났고, 직업유무에 따라서는 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다($p>.05$).

둘째, 인구사회학적 특성과 우울감의 관계에서는 연령 85세 이상(3.01), 교육수준 무학(2.98), 가족구성 본인+손자녀(3.23), 종교 없음(3.03), 배우자 없음(2.89), 주관적 건강상태 매우 건강하지 않다(3.26), 만성질환 있음(2.95), 주관적 경제수준 하(3.11)일수록 우울감이 높은 것으로 나타났다.

셋째, 인구사회학적 특성과 가족지지의 관계에서는 연령 70-74세(3.48), 교육수준 전문대 이상(3.53), 가족구성 부부, 본인+자녀+손자녀(3.55), 종교 개신교(3.59), 배우자 있음(3.49), 주관적 건강상태 매우 건강하다(4.01), 만성질환 여부 없음(3.51), 주관적 경제수준 상(4.04)일수록 가족지지가 높게 나타났다.

넷째, 인구사회학적 특성과 종교지지의 관계에서는 성별 여자(3.92), 연령

65-69세(3.88), 교육수준 무학(3.92), 가족구성 본인+자녀+손자녀(4.07), 배우자 없음(3.76), 주관적 건강상태 매우 건강하다(4.21), 만성질환 없음(3.84), 주관적 경제수준 상(4.06), 직업유무 있음(3.78)일수록 종교적 지지가 높게 나타났다.

다섯째, 인구사회학적 특성과 자살생각의 관계에서는 교육수준 무학(2.13), 가족구성 본인+손자녀(2.35), 종교 없음(2.27), 배우자 없음(2.04), 주관적 건강상태 매우 건강하지 않다(2.33), 만성질환 있음(2.06), 주관적 경제수준 하(2.26)일수록 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

3) 노인학대와 위험요인, 자살생각 간의 상관관계를 분석한 결과는 다음과 같다.

첫째, 노인학대경험과 위험요인과의 상관관계를 분석한 결과 하위요인별 신체적 학대($r=.331$), 정서적 학대($r=.428$), 경제적 학대($r=.409$), 방임($r=.363$), 유기($r=.245$) 등 모든 변수는 우울감과 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다($p<.001$).

둘째, 노인학대경험과 자살생각의 상관관계를 분석한 결과 하위요인별 신체적 학대($r=.313$), 정서적 학대($r=.429$), 경제적 학대($r=.357$), 방임($r=.293$), 유기($r=.280$) 등 모든 변수는 자살생각과 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다($p<.001$).

셋째, 위험요인과 자살생각의 상관관계를 분석한 결과 우울감($r=.511$)은 자살생각과 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다($p<.001$).

4) 노인학대경험이 위험요인을 매개하여 자살생각에 미치는 영향에 대한 위험요인의 매개효과 분석의 결과는 다음과 같다.

정서적 학대는 직, 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타났고, 방임, 유기, 우울감은 자살생각에 직접적으로 영향을 미치고 있는 것으로 나타났으며, 경제적 학대는 자살생각에 간접적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다.

경제적 학대는 자살생각의 관계에서 우울감이 완전매개효과를 보임을 알 수 있고, 정서적 학대는 자살생각의 관계에서 우울감이 부분매개효과를 보임을 알 수 있다.

5) 보호요인(가족지지, 종교지지)의 조절효과를 분석한 결과는 다음과 같다.

(1) 가족지지 조절효과

상호작용에서 경제적 학대*가족지지와 유기*가족지지가 유의하기 때문에 경제적 학대, 유기가 자살생각에 미치는 영향에서 가족지지 조절효과를 보이는 것으로 나타났다.

(2) 종교지지의 조절효과

상호작용에서 경제적 학대*종교지지와 유기*종교지지가 유의하기 때문에 경제적 학대, 유기가 자살생각에 미치는 영향에서 종교지지 조절효과를 보이는 것으로 나타났다.

2. 논의

이상과 같은 연구결과에 근거하여 학대로 인해 나타날 수 있는 노인자살을 예방하기 위한 정책적·실천적 개입에 대한 논의를 제시하면 다음과 같다.

1) 정책적 개입

첫째, 본 연구결과 유형별로는 ‘정서적 학대’가 341명(30.8%)가 가장 많고, ‘경제적 학대’ 247명(22.3%), ‘방임’ 205명(18.5%) 순으로 나타났으며, 성별에서는 여성의 경우 남자에 비해 상대적으로 정서적 학대가 많은 것으로 나타났다. 이는 우리나라에는 여성들의 경시사상이 여전히 노인들에게까지 영향을 주는 것으로 보이며, 노인학대경험 중에서 무엇보다 심리적인 절망감, 배신감을 일으켜 자살에 이르기까지 하는 정서적 학대를 최소화 하도록 노력하는 정책적 개입이 필요하다. 따라서 정부에서는 정서적 학대 처벌규정이 명시된 노인학대방지법을 조속히 제정하는 것이 자살예방에 효과적일 것이다.

둘째, 본 연구결과에서 나타난 바와 같이 배우자 외 학대 경험이 있는 280명을 대상으로 학대 가해자를 분석한 결과 ‘아들’이 142명(50.7%)으로 가장 높게 나타났고, ‘며느리’ 69명(24.6%), ‘딸’ 60명(21.4%), ‘손자녀’ 7명(2.5%), ‘사위’ 2명(0.7%) 순으로 나타났다. 이는 그동안 자녀들에게 노후부양을 맡겨왔던 전통적 과거의 개념과는 달리 자녀들에게 노후를 맡길 수 없는 상황으로 내몰리고 있고, 이러한 상황은 결국 노인자살을 일으킬 수 있는 원인이 되고 있다. 이에 정부에서는 정책적으로 무료양로원 입소자격의 기준을 완화하고, 기존의 양로원 등 정부설립기관과 연계하여 일시보호소로

서의 기능을 하도록 해야 하며, 노인학대 발생 시 이곳에 입주시켜 학대상 처에서 벗어날 수 있는 환경을 마련해 주어야 할 것이다. 또한 자녀들에게 노인학대는 가족문제가 아닌 인권의 문제이고 사회적 범죄라는 인식전환이 필요하고, 노인이 치매 증상이 있거나, 의사표명이 어려운 경우에는 성년후견인 제도를 적극 활용하게 된다면 노인자살예방에 효과적일 것이다.

셋째, 본 연구결과 우울감은 자살생각에 유의미한 영향($\beta=.460, p<.001$)을 미치는 것으로 나타났고, 정서적 학대와 경제적 학대는 우울을 매개로 하여 자살생각에 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다. 따라서 노인 우울을 관리 할 수 있는 정책적 지원이 시급하다. 이를 위해 노인들이 많이 이용하는 노인 복지관에 노인 우울관리 프로그램을 도입하고, 우울관련 교육을 받은 사회 복지사로 하여금 관리 운영하도록 하며, 지역별 건강증진센터를 중심으로 중증 우울환자를 파악하여 종합병원과 연결하여 치료하게 해야 할 것이다. 또한 노인학대와 우울, 노인자살을 예방하는 체계를 통합하여 관리할 수 있는 시스템을 조속히 마련하여 실시한다면 노인자살을 예방하고 관리할 수 있을 것이다.

넷째, 본 연구결과 경제적학대가 자살생각에 미치는 영향에서 가족지지가 조절효과를 보이는 것으로 나타났다. 따라서 가족이 노인의 소득, 재산, 임금 등을 임의로 가로채거나, 노인의 재산에 관한 법률적 권리를 침해하는 경우, 노인의 유언장을 허위로 작성하거나 노인 동의 없이 수정하는 등 주로 가족들에 의해 자행되는 노인의 경제적 학대에 대해 정부에서는 노인학대방지법을 제정하여 가족전원이 참여하는 가족위원회에서 이를 해결 할 수 있는 처벌규정을 두어 시행하고, 가족들의 신뢰가 붕괴되는 것을 막기 위해 가족전체가 함께하는 세대통합 프로그램 등을 적극적으로 펼쳐나간다면 경제적 학대로 인해 나타날 수 있는 노인자살예방에 효과적일 것이다.

다섯째, 본 연구결과 유기가 자살생각에 미치는 영향에서 가족지지가 조절

효과를 보이는 것으로 나타났다. 이는 산업화와 시대적 변화에 따라 부모에 대한 부양의식이 바뀌면서 노부모가 자식들에게는 귀찮은 존재가 되어버린 결과로 나타나는 현상으로 볼 수 있다. 따라서 정부차원에서 부모님을 공경하고 소중히 여기는 환경을 만들기 위한 ‘효’ 교육을 위해 과거의 형식적인 교육에서 탈피하여 보다 실습위주의 교육이 되도록 장기적인 안목으로 초,중,고 교육과정 개편이 이루어져 운영된다면 이들이 성인이 될 때 가족에서의 부모형제들의 소중함과 가족질서가 확립되고 이러한 가족의 화목은 노인들을 유기하여 자살에 이르게 하는 끔직한 생각에서 벗어나 결국 노인자살예방에 커다란 효과가 나타날 것이다.

2) 실천적 개입

첫째, 본 연구결과 배우자 학대 비율이 17.2%에 이르고 있고, 중앙노인보호전문기관의 조사에서도 2010년 347명(10.0%), 2011년 481명(12.4%), 2012년 494명(12.8%), 2013년 551명(13.7%)로 계속 늘고 있고, 순위도 아들 다음을 차지하고 있다. 노인 배우자 학대 비율이 계속 늘어나는 것은 결국 노(老)-(老)학대가 늘어나고 있다는 것을 말해주고 있다. 따라서 늘어나는 노(老)-노(老)학대의 감소를 위해서는 노인복지관 또는 종합사회복지관, 경로당 등 노인복지시설과 노인대학, 노인교실을 운영하는 기관에서 노인부부들에 대한 노년기의 남녀역할에 대한 교육과 노년을 행복하게 보내기 위한 노인부부프로그램을 적극적으로 개발, 운영하는 것이 노인자살예방에 효과적일 것이다.

둘째, 본 연구결과 가족구성에 있어 노인들이 손자녀와 함께 사는 경우에 학대가 많이 나타나고 있다. 이는 산업화, 현대화에 따른 시대적 변화에 의해 핵가족화가 확대되고, 가족은 중심점을 잃고 해체되는 현상을 낳고 있으

며, 노인들은 손자녀 양육으로 인한 경제적 어려움에 처하는 극빈가정으로 내몰리고 있기 때문으로 판단된다. 따라서 정부에서는 손자녀를 노인들이 양육하는 조손가정에 대해 경제적인 어려움이 없도록 보건복지부와 시민단체, 기업 등이 경제지원에 적극적으로 나선다면 자살생각은 감소할 것이다.

셋째, 본 연구결과 매우 건강하지 않고, 만성질환이 있는 경우에 학대가 많이 나타났다. 노년기에 들어가면서 노인들을 위협하는 것으로는 대표적으로 사업실패, 금융사기, 황혼이혼, 질병, 자녀들이 독립하지 못하고 부모에게 의존해 사는 경우 등을 들 수 있다. 그중에서도 노인들에게 질병은 가장 위협적인 요소가 되고 있다. 이에 우리나라가 복지선진국가로 가기 위해서는 의료 사각지대에 놓여 있는 노인들에 대한 정확한 조사와 보건복지부와 의료기관이 협력하여 공동으로 극빈층 의료문제 해결을 위해서 적극적으로 나선다면 자살예방에 효과적일 것이다.

넷째, 본 연구결과 배우자가 있는 경우보다 없는 경우에 학대가 많이 나타났다. 따라서 배우자 없는 노인들의 돌봄을 위해 노(老)-노(老) 돌봄서비스와 초·중·고 학교자원봉사활동과 연계하여 이들을 활용한 서비스 강화로 학대를 예방하고 노인들이 삶의 활력을 찾는다면 학대로부터 일어날 수 있는 자살예방에 도움이 될 것이다.

다섯째, 본 연구결과 정서적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기 등은 자살생각에 직·간접적으로 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 학대경험에 있어서도 정서적 학대 30.8%, 경제적 학대 22.3%를 나타내고 있고, 중앙노인보호전문기관의 2013년 자료조사에 따르면 학대 지속 기간도 1년 이상~5년 미만이 34.7%를 차지하고 있을 만큼 노인학대는 이제 우리가 해결해야 할 중요 사회문제로 대두되고 있다. 따라서 학대받고 있는 노인들을 파악하여 이들에게 맞춤형으로 어린이를 돌보기 어려운 가정과 연계하여 운영하는 ‘양조부모 어린이 돌봄서비스 제도’에 대해 일정기간 연수를 거쳐 활용한다면 정서적 학대, 경제적 학대

에 놓여 있는 노인들에게 삶의 희망을 줄 수 있을 것이다. 또한 정부에서는 노인학대예방을 위한 재원을 마련하여 신체적, 정신적, 경제적으로 어려움에 처해있는 노인들에게 요구르트, 우유, 주스 등을 정기적으로 배달하여 마시게 하고, 우유를 배달하는 이들에게 수당을 지급하여 학대 사각지대에 놓여있는 이들을 잘 파악하고 관리할 수 있도록 정부차원에서 지속적인 노력을 한다면 학대로 인해 발생할 수 있는 노인자살예방에 효과적일 것이다.

여섯째, 본 연구결과 유기가 자살생각에 영향을 미치는 데 있어 가족지지 조절효과를 보이는 것으로 나타났다. 이에 종교단체를 중심으로 노인세대와 젊은 세대 간의 협력 프로그램을 통하여 젊은이는 노인을 공경하고, 노인은 젊은이를 사랑하는 분위가 확산되어 가족 내에서의 결속력을 높여 나간다면 세대 간의 이해와 의사소통의 부족으로 나타나는 유기와 같은 노인 경시풍조는 줄어들 것이고, 이는 결국 노인자살예방에 효과를 거둘 것이다.

일곱째, 본 연구결과 경제적 학대가 자살생각에 영향을 미치는 데 있어 종교지지 조절효과를 보이는 것으로 나타났다. 따라서 종교단체의 봉사조직을 복지사각지대와 연결하여 종교단체에서 추구하는 구제사업 등 노인을 대상으로 한 기초생활 지원을 통해 경제적 학대를 방지하고, 거시적 차원에서 종교인, 노인전문가를 포함해 6-10명 규모로 사역위원회를 만들어 물질만능에 사로잡혀 있어 어려움에 처한 사람들을 찾아가 그들에게 물질을 중요시 여기는 삶에서 신앙을 통해 정신적인 면을 중요시 여기는 의식전환을 위해 적극적으로 노력한다면 자살예방에 효과적 일 것이다.

여덟째, 본 연구결과 학대경험에 있어 가족지지, 종교지지 조절효과가 있는 경우도 있고, 나타나지 않는 경우도 있다. 따라서 가족지지, 종교지지 조절효과의 유무를 구분하여 차별화된 자살예방프로그램을 적용하게 된다면 노인자살예방에 효과적일 것이다.

3. 제한점

본 연구는 다른 연구들에 비해 다음과 같은 차별성을 가지고 연구하였다. 첫째, 표본 수 1106명을 대상으로 독립변수, 매개변수, 조절변수를 통하여 자살생각에 미치는 직, 간접적 효과를 파악하였다. 둘째, 위의 표본을 대상으로 위험요인(우울감)의 매개효과와 보호요인(가족지지, 종교지지)의 조절효과 검증에 하였다. 셋째, 분석한 결과에 기초하여 노인자살예방을 위해 조절변수인 종교지지의 실천적 개입으로 종교적 영성의 접목을 논의하였다.

본 연구는 우리나라 노인들의 학대경험이 어느 정도인지, 노인학대경험이 위험요인을 매개하여 직, 간접적으로 자살생각에 미치는 영향과 요인을 파악하고, 연구를 통해 일반노인의 학대경험과 자살생각과의 관계를 검증하고, 조절변수로 가족지지와 종교지지를 설정, 검증하여 다각적인 자살감소 방안을 마련하는데 기초자료를 제공하고자 하였다.

그러나 본 연구를 수행함에 있어 다음과 같은 제한점을 밝히고, 후속연구를 위한 과제를 제시하고자 한다.

첫째, 본 연구는 서울, 경기지역에 거주하는 65세 이상 일반 노인을 대상으로 연구하여 전체 노인들에게 일반화하는 데는 무리가 있다. 따라서 전국적 범위의 노인들을 대상으로 하는 연구들과 특히 학대에 노출되기 쉬운 시설에 있는 노인들과 장애인노인들을 중심으로 하는 연구가 진행되기를 기대한다.

둘째, 본 연구는 일반노인을 대상으로 인구사회학적 특성, 학대경험, 위험요인, 보호요인이 노인자살에 미치는 영향을 양적으로 연구하였다. 따라서 학대에 따른 자살생각에 대한 심층적 연구로 이에 대한 질적 연구가 진행되기를 기대한다.

셋째, 본 연구는 일반노인 가정들을 대상으로 연구하여 다양한 가족형태

의 전체노인들에게 적용하는 데는 무리가 있다. 따라서 급속히 늘어나는 다문화 가정, 새터민 가정 등 다양한 가족형태를 포함하는 연구가 진행되기를 기대한다.

넷째, 본 연구는 가족지지, 종교지지를 중심으로 노인자살에 미치는 영향을 연구하여 다양한 사회적 지지를 필요로 하는 노인들에게 적용하기에는 무리가 있다. 따라서 노인들의 다양한 욕구에 맞는 그룹별 맞춤형 사회적 지지와 그에 따른 효율적 대체방안에 대한 연구가 진행되기를 기대한다.

참고문헌

1. 국내문헌

- 강귀정(2004). 노인학대와 우울증상에 관한 연구. 동아대학교 정책과학대학원, 석사학위논문, 14.
- 강월숙(2012). 노인 우울과 자살충동에 미치는 영향 요인-노인학대, 자아존중감, 신체건강, 정신사회적 요인을 중심으로-. 한세대학교 대학원, 박사학위논문, 2.
- 강은정(2005). 연령계층별 자살생각과 관련된 요인. 보건복지포럼, 한국보건사회연구원, 107, 81-86.
- 강희숙·김근조(2000). 일부지역 노인들의 신체적 건강과 우울과의 관련성. 대한보건협회학술지, 26(4), 451-459.
- 고보선·유용식(2004). 노인학대 유형별 대처전략에 관한 연구 - 개인적 위험요인을 중심으로. 한국노인복지학회, 노인복지연구, 2004년 봄호.
- 고인순(2008). 노인 만성질환자의 무력감, 건강증진행위, 가족지지가 생활만족도에 미치는 영향. 탐라대학교 경영·사회복지대학원, 석사학위논문.
- 고재욱(2011). 독거노인 자살생각 관련요인과 자살예방 정책연구. 한국사회복지정책학회 춘계학술대회, 226-227.
- 권규일·강덕지·함근수·표주연(1997). 자살에 관한 연구. 서울: 내무부 국립과학 수사 연구소, 29, 175-193.
- 권금주(2007). 노인학대 과정에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문.
- 권중돈(2006). 노인복지론. 학지사, 341.
- 권현주(2002). 고령자의 사회적지지 선호도의 구조 및 사회인구학적 요인과의

- 관련 :부산광역시 거주 재가고령자에 대한 의식조사를 통해. 노인복지 연구, 15, 21-145.
- 권혜경(2007). 노인학대경험이 우울과 자살생각에 미치는 영향. 경희대학교 행정대학원, 석사학위논문, 49.
- 기백석(1996). 한국판 노인척도 단축행위 표준화 예비연구. 신경정신의학, 35(2), 98-307.
- 기평석·연병길·안석철(1986). 자살기도자에 있어 유발요인, 위험도-구조가능도 점수와 생활의 스트레스에 관한 임상적 연구. 신경정신의학, 25(3), 523-530.
- 김동배·이희연(2003). 사회복지실천의 생태체계 패러다임과 연구방법론에 대한 고찰(1). 연세사회복지연구 9, 27-58.
- 김동휘(2007). 사회적지지가 노인의 우울과 자살생각에 미치는 영향. 중앙대학교 대학원, 석사학위논문.
- 김무임(2010). 노인학대와 노인우울의 관계에 대한 사회적지지의 조절효과에 관한 연구. 동아대학교 대학원, 석사학위논문.
- 김미숙(2001). 노인학대의 실태와 사회적 대책에 관한 연구 - 인천광역시를 중심으로. 인천대학교 행정대학원, 석사학위논문.
- 김미혜(2001). 노인학대의 이해와 해결을 위한 첫걸음. 까리따스 방배종합사회복지관, 노인학대세미나 자료집.
- 김미혜·권금주·임연옥·이연호(2006). 노인학대 측정도구: 학대유형과 심각성을 중심으로. 한국노년학회지, 26(4).
- 김선희·김혜경·박충선·최용민·최정혜·한동희·허영숙·현은미·홍달아기 공저(2004). 노인학대 전문상담. 한국가족복지학회, 시그마프레스(주).
- 김수현·최연희(2008). 신체적 건강상태가 노인의 자살생각에 미치는 영향.

- 한국노년학, 27(4), 775-788.
- 김승룡(2004). 한국 노인자살률 변동과 사회구조적 요인에 관한 연구. 사회 복지정책, 19.
- 김영아(2007). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 총신대학교 사회복지대학원, 석사학위논문.
- 김영종(2006). 노인학대 해결을 위한 교회의 역할에 관한 연구. 계명대학교 정책대학원, 석사학위논문.
- 김영철(2008). 노인의 종교 활동이 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구. 한성대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김지숙(2008). 노인 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 영성을 중심으로. 서울 여자대학교 대학원, 석사학위논문, 6-7.
- 김창진(2008). 노인자살사고에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한성대 대학원, 박사학위논문.
- 김충원(2007). 노인학대의 실태와 대책에 관한 연구. 원광대학교 행정대학원, 석사학위논문.
- 김태현(2007). 노년학. 서울: 교문사.
- 김태현 · 한은주(2000). 노인학대의 원인에 대한 생태학적 연구. 한국노년학, 20(2).
- 김현수(1997). 노인학대의 실태에 관한 연구. 숭실대학교 대학원, 석사학위논문, 11-13.
- 김현순 · 김병석(2008). 자살생각과 그 관련 변인들 간의 구조적 관계 모형 검증. 한국심리학회지 상담 및 심리치료, 한국심리학회, 20(2), 201-219.
- 김현주(2007). 노인학대의 위험요인 사정에 관한 연구. 노인복지연구, 가을호, 37, 67-88.

- 김형수(2002). 한국노인의 자살생각과 관련요인 연구. 한국노년학, 22(1), 159-172.
- 노용환(2007). 자살위험의 미시적 결정요인 분석. 보건경제와 정책연구, 한국 보건경제정책학회, 13(1), 41-58.
- 모선희 · 김형수 · 유성호 · 윤경아 공저(2006). 현대복지론, 학지사.
- 문정애(2009). 사회복지 상담서비스가 여성 노인 학대에 미치는 영향 연구. 한성대학교 대학원, 박사학위논문.
- 박금윤(2008). 유형별 노인학대에 영향을 미치는 요인 연구. 백석대학교 기독교전문대학원, 박사학위논문, 30-41.
- 박복순(2011). 노인 자살생각에 영향을 미치는 요인에 대한 연구. 고려대학교 인문정보대학원, 석사학위논문.
- 박봉길(2000). 노인학대 인식도 분석을 통한 사회사업 원조전략. 부산대학교 대학원, 박사학위논문, 18-19.
- 박순천(2005). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원, 석사학위논문, 34-35.
- 박형민(2008). 자살행위의 '성찰성'과 '소통지향성'-1997~2006년 유사분석과 '소통적 자살'에 관한 연구-. 서울대학교 대학원, 박사학위논문.
- 배지연(2005). 노인의 자살생각에 관한 인과모형. 대전대학교 대학원, 박사학위논문.
- 배지연 · 김원형 · 윤경이(2005). 노인의 우울 및 자살생각에 있어서 사회적 지지의 완충효과. 한국노년학, 25(3).
- 배진희 · 엄기욱(2009). 노인의 자살시도에 영향을 미치는 요인. 한국노년학, 44, 49-69.
- 백우진(2009). 노인들의 삶의 질이 자살생각에 미치는 영향에 관한 연구. 대구한의대학교 대학원, 박사학위논문.

- 사미자(2002). 종교심리학. 서울: 장로회신학대학교 출판부.
- 서상철(2004). 노인복지론. 서울: 홍익재.
- 서인균(2009). 학대경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향 연구. 원광대학교 대학원, 석사학위논문.
- 서화정(2005). 노인자살예방을 위한 사회사업 개입전략-노인자살 요인분석을 중심으로-. 부산대학교 대학원, 박사학위논문.
- 손에스터(2001). 여성노인학대 경험이 정신건강에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 대학원, 석사학위논문.
- 손윤정(2004). 가정폭력 방지제도의 개선방안에 관한 연구-아내학대를 중심으로-.조선대학교 정책대학원, 석사학위논문.
- 손의성(2007). 배우자 사별노인의 적응에 관한 연구: 선택·최적화·보상 대처전략의 매개효과와 성별 및 자녀동거 여부의 차이를 중심으로. 연세대학교 사회복지대학원, 박사학위논문.
- 송인욱(2008). 주부양자의 노인학대에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 대구대학교 대학원, 철학박사학위논문, 11-25.
- 송지원(2001). 우리나라 노인학대의 실태와 대처방안에 관한 연구. 경희대학교 산업정보대학원, 석사학위논문.
- 신진의(2012). 재가노인의 자살생각에 대한 영향요인. 동국대학교 대학원, 석사학위논문.
- 안영애(2011). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구-대전광역시를 중심으로-. 총신대학교 사회복지대학원, 석사학위논문.
- 양순미·임춘식(2006). 농촌 노인들의 자살생각에 미치는 우울의 효과. 한국 노인복지학회, 노인복지연구, 32, 377-396.
- 오난영(2009). 제자훈련이 전인격적 영성형성에 미치는 영향-사랑의 교회 사역현장을 중심으로. 백석대학교 기독교전문대학원, 박사학위논문.

- 오은경(2003). 자살생각 경험자의 심리사회적 특성연구. 가톨릭대학교 대학원, 석사학위논문.
- 오인근(2008). 노인 자살생각에 대한 경로분석: 저소득지역의 가구유형별 차이를 중심으로. 연세대학교 대학원, 박사학위논문.
- 이금룡·조은혜(2013). 독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 주요 변인에 관한 연구: 사회적 지지의 직접 및 간접 효과를 중심으로. 보건사회연구 33(1), 162-189.
- 이기학(2008). 재가노인학대에 관한 연구. 한서대학교 대학원, 박사학위논문.
- 이미애(2009). 노인의 스트레스가 자살생각에 미치는 영향-우울의 매개효과와 사회적지지 및 스트레스가 대처방안의 조절효과를 중심으로-. 청주대학교 일반대학원, 박사학위논문.
- 이민숙(2005). 노인의 우울과 자살에 대한 사회적지지의 영향. 서울여자대학교 대학원, 석사학위논문.
- 이성희·한은주(1998). 부양자의 노인학대 경험과 관련요인. 한국노년학, 18(3).
- 이원출(2006). 한국의 노인학대 실태 및 해결방안에 관한 연구. 서울시립대학교 도시과학대학원, 석사학위논문.
- 이연호(2002). 노인학대 위험요인 및 특성이 학대로 인한 피해 영역에 미치는 영향. 한국노년학, 23(2).
- _____ (2002). 노인학대 위험요인과 피해에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문.
- 이영서(2011). 사별노인의 생태체계요인이 자살생각에 미치는 영향에 관한 연구. 성결대학교 대학원, 박사학위논문.
- 이운선(2009). 독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인. 장로회신학대학교 목회전문대학원, 목회신학석사논문.
- 이은주(2004). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한림대

- 학교 대학원, 석사학위논문.
- 이정분(2010). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 생태체계적 요인 연구. 위덕대학교 대학원, 석사학위논문.
- 이정필(2005). 노인 학대경험이 심리적 손상에 미치는 영향에 관한 연구. 이화여자대학교 사회복지대학원, 석사학위논문.
- 이지선(2007). 노인자살에 대한 이해 시작하기. 국가인권위원회 사회권포럼 자료집 II, 170-185.
- 이해영(1996). 새로운 복지문제로서의 노인학대에 대한 고찰. 노인복지정책 연구, 제3권.
- 장미희(2006). 노인의 우울과 자살사고에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원, 박사학위논문.
- 장석만(2009). 한국의 두드러진 자살풍경: 한국 노인의 자살. 철학과 현실, 제82권, 83-84.
- 전용만(2012). 장애노인의 자살충동에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한서대학교 대학원, 박사학위논문.
- 전혜정(2010). 노인자살예방센터 운영의 실제. 229-230.
- 정우진(2014). 상호제공적 가족내 지지와 가족외 지지가 은퇴고령자의 주관적 삶의 질에 미치는 영향. 서울대학교 대학원, 석사학위논문.
- 정혜란(2013). 노인의 학대경험이 자살생각에 미치는 영향연구-대처양식, 정서적 지지의 조절효과를 중심으로-. 한영신학대학교 대학원, 박사학위논문.
- 최경희(2005). 노인의 학대경험이 자아존중감에 미치는 영향에 관한 연구-서울, 경기지역을 중심으로-. 경기대학교 사회복지대학원, 석사학위논문.
- 체구묵(2006). 사회복지조사론. 서울, 양서원.
- 최성재 · 최일섭(1995). 사회문제와 사회복지. 서울: 나남출판.

- 최영임(2008). 노인 자살생각에 영향을 주는 요인에 관한 연구. 대구대학교 대학원, 박사학위논문.
- 최해경(1993). 노인학대에 관한 인식과 원조요청 태도에 관한 연구. 전주대학교 논문집, 통권 제22권.
- 하상훈(2000). 청소년의 자살행동과 심리 사회학적 변인과의 관계. 인하대학교 대학원, 박사학위논문.
- 한동희(1996). 노인학대에 관한 연구. 대구효성카톨릭대학교 대학원, 박사학위논문.
- _____ (2001). 여성노인학대에 대한 이해. 노인복지연구, 13.
- 한옥자(2005). 한국노인의 사회계층간 건강상태와 의료서비스 이용의 형평성 연구. 경기대학교 대학원, 박사학위논문.
- 한은주(2000). 노인학대 원인에 대한 생태학적 연구. 성신여자대학교 대학원, 석사학위논문.
- 황인옥(2004). 노인학대 대처방안에 관한 연구. 부산여자대학교 논문집.
- 허지원 · 최광연 · 이분희 · 심세훈 · 양종철 · 김용구(2007). 자살시도에 영향을 미치는 정신사회적 요인. 신경정신의학, 대한신경정신의학회, 46(2), 129-135.
- 허평화(2010). 한국 노인자살의 연구동향과 과제. 호서대학교 벤처전문대학원, 박사학위논문.

2. 국외문헌

- Asberg, A.(1976). Prefaceto the diary of vaslav nijinsky. Archieves General Psychiatry, 38, July, 834-835.
- Baechler.(1979). Suicide. London: Blackwell.

- Bahr, Stephen(1989). Family interaction. New York: Macmillan.
- Barron, F.(1961). Journal for the scientific study of religion. 31(3).
- Battle, J.(1978). Relationship between self-esteem depression. Psychological Report 42.
- Baumeister, R, F(1990). Suicide as escape from self. Psychological Review, 97, 90-113.
- Bennett, G. & Kingston, P.(1993). Elder abuse: concepts, theories and interventions. London, Chapman and Hall.
- Biggs, S., Phillipson, C., & Kingston, P.(1995). Elder abuse in perspective. Buckingham, Open University Press.
- Block, M. R., & Sinnott, T. D.(1979). Methodology and result. In M. R. Block, & J. D. Sinnott(eds,). The Battered Elder Syndrome, An Exploratory Study, Center on Aging, University of Maryland.
- Bonner & Rich(1987). Toward a predictive model of suicide ideation and behavior. Suicide and Life Threatening Behavior, 17, 50-63.
- Bronfenbrenner, U.(1979). The ecology of human development. Cambridge MA, Harvard University Press.
- _____ (1986). Ecology of the family as a context for human development research perspectives. Developmental Psychology, 22(6), 723-742.
- Brownell, P. J.(1998). Family crimes against the elderly-elder abuse and the criminal justice system. Garland Publishing, Inc. New York & London, 14-15.
- Christophe, J. B., Vincent, W. Bernard, B. Bertrand(2001). Depressive symptoms as a predictor of 6 month outcomes and services

- utilization in elderly medical patients. *Archives of Internal Medicine* 161(21).
- Cobb, S.(1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, A., & Koenig, H.(2003). Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and aging. *Aging International*, 28, 215-241.
- Cohen, S. and G. McKay(1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, and J. E. Singer(eds.). *Handbook of psychology and health*, Vol. 4, 253-267.
- Cowgill, D. O.(1974). *Aging and modernization: a revision of the theory in later*. J. Gubrium(ed), Springfield Charles C. Thomas.
- Dean, A & Lin, N.(1977). Stress-buffering role of social support. *Journal of nervous and disease*, 165(6), 403-417.
- Douglass, R. L., & Hiskey, T.(1981). Neglect and abuse of older family members professional's perspectives and case experience. *The Gerontologist*, vol. 21.
- Durkheim, E.(1951). *Suicide*. New York, Free Press of Glencoe.
- _____ (1993). *Preventing elderly suicide: overcoming personal despair, professional neglect, and social bias*. Springer Publishing Company, New York, 15-16.
- Ellis, T. E., & Fatliff, K. G.(1986). Cognitive characteristics of suicide and non-suicidal psychiatric inpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 10(6), 625-634

- Forsell, Jorm, & Winblad(1997). Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Actia Psychiatrica Scandinavia*, 95, 108-111.
- Giordano & Giordano(1984). Elder abuse: A review of the literature. *Social Work* 29(3), 232-236.
- Grandello, D. H., & Grandello, P. F.(2007). Suicide. Boston: Pearson Education of Rehabilitation, Vol. 19(3).
- Gregory, Nancy, Sara and Gordon.(1993). Family, disability & empowerment: active coping skills & strategies for family interventions. U. S. New Hampshire, 423.
- Harlow, L. L., Newcomb, M. D. & Bentler, P. M.(1986). Depression, self-derogation, substance use and suicide ideation: lack of purpose in life as a mediatorial factor. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 5-21.
- Haviland, S., O'Breien, J.(1989). Physical abuse and neglect of the elderly: assesment and intervention. *Orthopaedic Nurse*.
- Hird, M.(2003). Elder abuse, neglect, and maltreatment: what can be done to stop it. Pittsburgh, PA. Dorance Publishing Company.
- Horowitz, A.(1985). Sons and daughters as care givers to older parents: differences in role performance and sequences. *Gerontologist*, 25(6).
- Hwaleck, M. A., & Sengstock, M. C.(1986). Assessing the probability of abuse in the elderly: toward development of a clinical screening test. *Journal of Applied Gerontology*, 10(4).
- Hymovich, D. C.(1975). Incorporating the family into care. *Journal NYSNA*, 5(1), 9-10.

- Johnson, I.(1995). Family members' perception of and attitudes toward elder abuse. *Family in society*, 76(4), 220-229.
- Kemp, A.(1998). Abuse in the family: an introduction. Cole Publishing Company.
- Lewis. K.(1983). Grief in Chronic Illness and Disability. *Journal of Rehabilitation*, Vol. 19(3).
- Martin E. Seligman(1975). *Affirmative psychology*. Sigmampress.
- McIntosh, J. L.(1995). Suicide prevention in elderly(age 65-99). *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25(1), 180-188.
- May, R.(1967). The adolescent suicide problem. *Suicide Life Threat Behavior*, 15, 91-109.
- Moberg, D. V.(1984). Subjective measures of spiritual well-being. *Review of Relations Research*, Vol. 25, No 4.
- Patricia, A. H.(2003). Evidence-based protocol: elderly suicide-secondary prevention. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(JUN), 6-17.
- Pillemer, K. A., & Finkelhor, D.(1988). The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*, 28: 51-57.
- _____ (1989). Causes of elder abuse: care stress versus problem relatives. *American Journal of Orthopsychiatry* vol. 59(2).
- Rathbone Mcquan, E.(1980). Elderly victim of family violence and neglect. *Social Case Work*, 61.
- Ross. C. E.(2000). Neighborhood disadvantage and adult depression. *Journal of health and social behavior*, 41(2).
- Roy, A.(1991). Suicide in twins. *Archives of General Psychiatry*, 48, 29-32.

- Schneiderman, E. S., N. L. Farberow, & R. E. Litman(1984). The psychology of suicide. NY, Jason Aronson.
- Sheikh, J. L. & Yesavage, J. A.(1986). Geriatric depression scale(GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173.
- Shiferaw, B.(1994). The investigation and outcome of reported cases of elder abuse. *The Gerontology*, vol. 34, no. 1.
- Simon, R. L.& Murphy, P.(1985). Sex differences in the causes of adolescent suicide ideation. *Journal of Youth and Adolescence*, 14(5), 423-434.
- Steinmetz, S. K.(1978). The politics of aging, battered parents. *Society*, 15, 54-55.
- _____ (1981). Elder abuse. *Aging*, 315-316.
- _____ (1988). *Duty bound elder abuse and family care*. Newbury Park, CA: Sage Pub.
- White, J. L.(1989). *The troubled adolescent*. New York, Pergamon Press, 107-129.
- WHO(2002). *A global response to elder abuse and neglect: building primary health care to deal with the problem*. Worldwide: Main Report, 1-2.
- Wolf, R. S.(1997). Elder abuse and neglect: an update research in clinical. *Journal of Gerontology*, 7.
- Yeates C.(1998). Age difference in behavior leading to completed suicide. *The American Geriatrics Psychiatry* 6, 22-126.

3. 기타 문헌

경찰청(2009). 노인학대 실상과 대책.

국민일보(2010). 흡연자 비흡연자에 비해 우울증 자주 발생--흡연 우울증 환자 자살.

_____ (2013). 독거노인 고독사 무방비: 어느 날 소리 없이---홀몸 어르신 30만명이 위협하다.

동아일보(2014). 인간이 장기(臟器)보다 오래 산다. 삼성경제연구소 경제보고서.

중앙노인보호전문기관(2014). 노인학대 현황 보고서(2008-2013).

_____ (2014). 노인학대 바로알기-신고의무자 교육교재.

새국어사전(2011). 서울: 두산동아.

서울경제(2011). 급속한 고령화의 서글픈 자화상.

_____ (2012). 노인하루 12명 스스로 삶 마감.

조선일보(2014). 고자살-절망사회에서 정상사회로. 토론마당 특집.

질병관리본부(2008). 만성병조사.

통계청(2008). 국가통계포털.

통계청(2010). 국가통계포털.

통계청(2012). 2012년 인구동태조사.

_____ (2012). 2012년 사망원인 통계.

통계청(2013). 2013년 고령자 통계.

_____ (2013). 국가통계포털.

한국형사정책연구원(1995). 노인의 범죄 및 범죄피해에 관한 연구.

사이버 경찰청(2013): <http://www.police.go.kr>

중앙노인보호전문기관(2014): <http://www.noinboho.or.kr>

ABSTRACT

A Study on the Influence of Abuse Experience on Ideation of the Elderly.

Park, Owan Kyoo
Department of Social Welfare
Graduate School
Sungshin Women's University

The present paper aims, first, to analyze how abuse experience of the elder and risk factor may have directly on suicide ideation of the elder; second, in mediating the risk factor, to analyze how abuse experience of the elder may also have the factors which can lead the elder to suicide ideation. third, to investigate how much protection factors may operate as control effect on these impacts. fourth, through finding measures to prevent the elder abuse, to improve the protection factors, we could think how to reduce the suicide ideation.

To achieve such research goals, this study, dividing Seoul and Gyeonggi-do into four areas, conducted surveys to different groups of old people who are 65 years old or above, who have used welfare centers for the elder, rest-homes of the elder, religion organizations, village centers for the elder, from January 13 to February 28, 2014. Out

of the 1,150 copies of the questionnaire distributed, 1,106 judged to be proper were finally used for analysis. These data, through data coding and data cleaning, were analyzed with the SPSS(Statistical Package for Social Science) and 18.0 package program, and the statistics applied to the data were t-test, ANOVA, correlation analysis, cross analysis, factorial analysis, sobel test, multiple regression analysis, hierarchical multiple regression.

Such analyses led to the following findings.

First, as searching abuse experience by types, emotional abuse, son in the perpetrators of abuse, were the highest.

Second, in social demographic characteristics, the suicide ideation in the case of the low educational level and economical level, the family type living together one grandparent and grandchildren family in members of a family, absence religion and spouse, unhealthiness, were the highest.

Third, all abuse experience variables were found to have statistically meaningful positive (+) effects on the suicide ideation, and emotional abuse(direct, indirect), economical abuse(indirect), neglect and abandonment(direct) were found to have statistically meaningful effects on the suicide ideation

Fourth, In risk factor, depression manifested perfect mediating effect in that economical abuse affected on the suicide ideation and partial mediating effect in that emotional abuse affected on the suicide ideation.

Fifth, family support manifested control effect in that economical abuse, abandonment affected on the suicide ideation.

Sixth, religion support manifested control effect in that economical abuse, abandonment affected on the suicide ideation.

Based on the result of the research, the discussion about the political and practical intervention which could reduce suicide ideation by elder abuse experience were as in the following

First, based on the result of the research, the political intervention for abuse prevention about victims of elder abuse and family members should be offered. because the law about the elder abuse was some clauses in Welfare of the Aged Act, having made separately Aged Abuse Prevention Law, the prevention rule about economical abuse in them should be established. also having reformed and practiced the curriculum about elementary, middle, high school mainly dealing with filial duty education of the field centered and practical exercise for the preciousness and solidarity of the family in a long term view, the elder abuse prevention would be effected.

Second, based on the result of the research, the political intervention for depression management about victims of elder abuse and family members should be offered. the elder depression management program in the welfare centers which the elder mainly have used, should be adopted and practiced. and local health promotion centers should have healed depression in connecting the elder which have indicated depression

symptom with the general hospital. to establish and practice the system which could manage to integrate the elder abuse, depression, suicide would be effected in aged suicide prevention.

Third, based on the result of the research, the political intervention for regulating personal, familial, social risk factors about victims of elder abuse and family members should be offered. the rules of punishment about emotional abuse, in establishing the elder abuse prevention law, should be prepared. family service program for preventing phenomenon avoiding the elder care should be supported. the governmental institution and company for the economical support and medical support about extreme poverty family should try. the government should reduce elder & elder abuse in revitalizing elder couple program, should relieve entrance qualification in free nursing home, should perform a function with temporary protection center. by doing this, the elder abuse through reliving solitary social relation of victims elder abuse could be reduced, which could be effected in the elder suicide prevention.

Fourth, based on the result of this research, the practical prevention of family support for reducing the elder suicide should be offered. if the family program achieving generation integration, increasing the unity of elder couple family and children, writing a thankful diary, doing filial duty education and so on, could be developed and managed positively, the elder suicide could be reduced.

Fifth, based on the result of this research, the practical prevention of religion support should be offered. the elder in poor surroundings, poverty, chronic disease, depression and so on, should be driven to do

belief confidence livelihood through religious belief. through this, to secure the elder's later years comfortable life in getting over present difficulty, the religious community should actively try. also the practical prevention engrafting psychology family having operated traditionally on religion spirituality could reduce the elder suicide.

Key words: abuse experience, suicide ideation, perfect mediating effect, partial mediating effect, family support, religion support

<부록 1>

측정도구의 타당성 및 신뢰도 검증

1. 노인학대에 대한 타당성 및 신뢰도 검증

다음 <표 1-1>은 노인학대에 대한 하위차원을 밝히기 위해 탐색적 요인 분석을 실시한 결과이다. 먼저 Bartlett의 단위행렬 점검 결과 $\chi^2=19780.812$ (Sig.=0.000)이므로 변수들 사이에 요인을 이룰만한 상관관계가 충분하고, KMO의 표본적합도 점검결과 KMO 값이 0.899로 나타났으며, 공통성 등을 점검한 결과에서도 측정 자료의 요인분석 가정을 만족시키므로 다음과 같이 요인분석을 실시하였다. 그 결과 총 5개의 요인이 도출되었고 각 요인을 구성하는 문항들의 중심개념을 바탕으로 요인 명을 부여하였다.

요인 1(17.421%)은 '신체적 학대'로 명명하였고, 요인 2(13.301%)는 '방임'으로, 요인 3(13.232%)은 '정서적 학대'로 명명하였다. 또한 요인 4(10.872%)는 '경제적 학대'로 명명하였고, 요인 5(7.620%)는 '유기'로 명명하였다. 이 5개의 요인 적재 값이 ± 0.4 이상으로 나타나 추출된 요인은 타당성이 확보된 것으로 분석되었으며, 신뢰도 또한 모두 .6 이상으로 나타나 신뢰할 수 있는 수준인 것으로 볼 수 있다.

<표 1-1> 노인학대에 대한 탐색적 요인분석 결과

구분	성분				
	신체적 학대	방임	정서적 학대	경제적 학대	유기
2. 어르신을 제한된 공간에 강제로 가두거나, 어르신의 거주지 출입을 통제한다.	.787	.137	.231	.156	.181
3. 어르신의 신체를 강제로 억압한다.	.727	.141	.148	.193	.114
4. 신체적 해를 가져올 위해서이 큰 행위로 어르신을 협박하거나 위협한다.	.701	.133	.059	.211	.040
5. 어르신의 신체적 생존을 위협할 수 있는 행위를 한다.	.693	.148	.175	.262	.011
1. 어르신을 폭행한다.	.650	.127	.185	.255	.011
6. 약물을 사용하여 어르신의 신체를 통제하거나 생명을 저해한다.	.588	.022	.195	-.196	.063
7. 어르신이 원하지 않거나 수행하기 어려운 노력을 하게 한다.	.516	.246	.131	.283	-.021
8. 거동이 불편한 어르신의 의식주 등 일상생활 관련 보호를 제공하지 않는다.	.161	.907	.214	.213	.094
9. 의료 관련 욕구가 있는 어르신에게 의료적 보호를 제공하지 않는다.	.219	.869	.264	.227	.129
10. 자신을 돌보지 않거나, 돌봄을 거부함으로써 어르신의 생명이 위협받는다.	.251	.845	.271	.252	.155
11. 어르신과의 접촉을 기피한다.	.188	.236	.782	.136	.095
14. 어르신과 관련된 결정사항에 대해서 의사결정 과정에서 소외시킨다.	.149	.254	.726	.292	.078
13. 어르신을 위협, 협박하는 언어적 표현이나 감정을 상하게 하는 행동을 한다.	.286	.157	.724	.251	.137
12. 어르신의 사회관계 유지를 방해한다.	.332	.183	.717	.213	.111
15. 어르신의 소득 및 재산, 임금을 가로채거나 임의로 사용한다.	.293	.227	.315	.793	.103
16. 어르신의 재산에 대한 법률적 권리를 침해하는 행위를 한다.	.323	.248	.333	.771	.100
17. 어르신의 재산 사용 또는 관리에 대한 결정을 통제한다.	.258	.315	.284	.668	.100
20. 어르신을 낯선 장소에 버린다.	-.065	-.008	.004	.211	.829
19. 어르신을 시설 병원에 입소시키고 연라과 왕래를 하지 않는다.	.340	.168	.153	.021	.735
28. 어르신과 연락을 두절하거나 왕래를 하지 않는다.	.081	.385	.353	-.115	.587
고유값	4.007	3.059	3.043	2.501	1.753
분산설명(%)	17.421	13.301	13.232	10.872	7.620
누적설명(%)	17.421	30.722	43.954	54.827	72.073
신뢰도	.846	.978	.866	.924	.705

KMO = 0.899, Bartlett's test결과 $\chi^2=19780.812$ (df=253, Sig.=0.000)

2. 자살생각에 대한 타당성 및 신뢰도 검증

다음 <표 1-2>은 자살생각에 대한 하위차원을 밝히기 위해 탐색적 요인 분석을 실시한 결과이다. 먼저 Bartlett의 단위행렬 점검 결과 $\chi^2=3899.350$ (Sig.=0.000)이므로 변수들 사이에 요인을 이룰만한 상관관계가 충분하고, KMO의 표본적합도 점검결과 KMO 값이 0.881로 나타났으며, 공통성 등을 점검한 결과에서도 측정 자료의 요인분석 가정을 만족시키므로 다음과 같이 요인분석을 실시하였다. 그 결과 총 1개의 요인이 도출되었고 요인 1(75.172%)은 ‘자살생각’으로 명명하였다. 이 1개의 요인 적재 값이 ± 4 이상으로 나타나 추출된 요인은 타당성이 확보된 것으로 분석되었으며, 신뢰도 또한 모두 .6 이상으로 나타나 신뢰할 수 있는 수준인 것으로 볼 수 있다.

<표 1-2> 자살생각에 대한 탐색적 요인분석 결과

구분	성분
	자살생각
1. 자살에 대한 생각을 해본 적이 있다.	.893
4. 내 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각을 해본 적이 있다.	.890
2. 최근에 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있다.	.874
3. 누군가에게 자살하고 싶다는 말을 해본 적이 있다.	.869
5. 자살하려는 시도를 해본 적이 있다.	.807
고유값	3.759
분산설명(%)	75.172
누적설명(%)	75.172
신뢰도	.912

KMO = 0.881, Bartlett's test결과 $\chi^2=3899.350$ (df=10, Sig.=0.000)

3. 우울감에 대한 타당성 및 신뢰도 검증

다음 <표 1-3>은 우울감에 대한 하위차원을 밝히기 위해 탐색적 요인분

석을 실시한 결과이다. 먼저 Bartlett의 단위행렬 점검 결과 $\chi^2=11158.918$ (Sig.=0.000)이므로 변수들 사이에 요인을 이룰만한 상관관계가 충분하고, KMO의 표본적합도 점검결과 KMO 값이 0.940으로 나타났으며, 공통성 등을 점검한 결과에서도 측정 자료의 요인분석 가정을 만족시키므로 다음과 같이 요인분석을 실시하였다. 그 결과 총 1개의 요인이 도출되었고 요인 1(52.121%)은 ‘우울감’으로 명명하였다. 이 1개의 요인 적재 값이 ± 4 이상으로 나타나 추출된 요인은 타당성이 확보된 것으로 분석되었으며, 신뢰도 또한 모두 .6 이상으로 나타나 신뢰할 수 있는 수준인 것으로 볼 수 있다.

<표 1-3> 우울감에 대한 탐색적 요인분석 결과

구분	성분
	우울감
5. 대부분의 시간이 행복하다(R).	.867
6. 지금의 삶이 아름답다고 생각한다(R).	.863
7. 마음이 편안하다(R).	.851
1. 본인의 생활에 만족한다(R).	.829
8. 아침에 기분 좋게 일어난다(R).	.793
4. 평소 밝은 정신으로 지낸다(R).	.754
3. 앞날에 대해 희망적이다(R).	.750
9. 인생이 흥미롭고 재미있다고 느낀다(R).	.748
15. 자주 울고 싶다고 느낀다.	.689
12. 가끔 낙담하거나 우울하다.	.660
10. 무엇이든지 열심히 하고 싶다(R).	.655
14. 사소한 일에 자주 마음이 동요된다.	.630
13. 자신이 살아온 삶이 가치가 없다고 느낀다.	.565
2. 결정을 할 때 쉽게 한다(R).	.560
11. 활동과 흥미가 평소보다 많이 덜 하다.	.471
고유값	7.818
분산설명(%)	52.121
누적설명(%)	52.121
신뢰도	.930

KMO = 0.940, Bartlett's test결과 $\chi^2=11158.918$ (df=105, Sig.=0.000)

4. 가족지지에 대한 타당성 및 신뢰도 검증

다음 <표 1-4>은 가족지지에 대한 하위차원을 밝히기 위해 탐색적 요인 분석을 실시한 결과이다. 먼저 Bartlett의 단위행렬 점검 결과 $\chi^2=3534.452$ (Sig.=0.000)이므로 변수들 사이에 요인을 이룰만한 상관관계가 충분하고, KMO의 표본적합도 점검결과 KMO 값이 0.834로 나타났으며, 공통성 등을 점검한 결과에서도 측정 자료의 요인분석 가정을 만족시키므로 다음과 같이 요인분석을 실시하였다. 그 결과 총 1개의 요인이 도출되었고 요인 1(81.867%)은 ‘가족지지’로 명명하였다. 이 1개의 요인 적재 값이 ± 4 이상으로 나타나 추출된 요인은 타당성이 확보된 것으로 분석되었으며, 신뢰도 또한 모두 .6 이상으로 나타나 신뢰할 수 있는 수준인 것으로 볼 수 있다.

<표 1-4> 가족지지에 대한 탐색적 요인분석 결과

구분	성분
	가족지지
2. 가족으로부터 필요한 도움과 지지를 받는다.	.916
1. 가족은 정말로 나를 도우려 한다.	.914
4. 내가 의견을 결정하도록 기꺼이 도와준다.	.908
3. 내 문제에 관해 가족과 이야기한다.	.882
고유값	3.275
분산설명(%)	81.867
누적설명(%)	81.867
신뢰도	.926

KMO = 0.834, Bartlett's test결과 $\chi^2=3534.452$ (df=6, Sig.=0.000)

5. 종교지지에 대한 타당성 및 신뢰도 검증

다음 <표 1-5>은 종교지지에 대한 하위차원을 밝히기 위해 탐색적 요인 분석을 실시한 결과이다. 먼저 Bartlett의 단위행렬 점검 결과 $\chi^2=6595.473$ (Sig.=0.000)이므로 변수들 사이에 요인을 이룰만한 상관관계가 충분하고, KMO의 표본적합도 점검결과 KMO 값이 0.869로 나타났으며, 공통성 등을 점검한 결과에서도 측정 자료의 요인분석 가정을 만족시키므로 다음과 같이 요인분석을 실시하였다. 그 결과 총 1개의 요인이 도출되었고 요인 1(92.246%)은 '종교지지'로 명명하였다. 이 1개의 요인 적재 값이 ± 4 이상으로 나타나 추출된 요인은 타당성이 확보된 것으로 분석되었으며, 신뢰도 또한 모두 .6 이상으로 나타나 신뢰할 수 있는 수준인 것으로 볼 수 있다.

<표 1-5> 종교지지에 대한 탐색적 요인분석 결과

구분	성분
	종교지지
3. 신앙의 생활이 나를 행복하게 해준다.	.977
1. 내 신앙은 내 삶에 의미를 준다.	.970
2. 내 신앙은 중요한 결정을 할 때 영향을 끼친다.	.968
4. 나는 초월적인 신이 나를 사랑하시고 돌보아 주심을 믿는다.	.926
고유값	3.690
분산설명(%)	92.246
누적설명(%)	92.246
신뢰도	.971

KMO = 0.869, Bartlett's test결과 $\chi^2=6595.473$ (df=6, Sig.=0.000)

<부록 2>

설문지

조사일시	2014년	월	일
설문번호			

노인학대경험이 자살생각에 미치는 영향 연구

안녕하십니까?

본 연구는 노인문제 중 심각한 노인학대가 노인자살에 미치는 영향에 대해 연구하고, 이를 바탕으로 노인의 자살을 예방 할 수 있는 사회복지적 실천 함의를 도출하고자 하는데 있습니다.

본 설문지의 문항은 옳고 그른 정답이 없습니다. 그러므로 평소 생각하시고 느끼시는 사항들에 솔직하게 답변해 주시면 됩니다. 답변해주신 내용은 연구 목적으로만 사용될 것이며 비밀은 철저히 보장될 것입니다.

다소 문항이 많거나, 응답하시는데 부담되는 문항이 있더라도 모든 질문에 빠짐없이 답변하여 주시면 감사하겠습니다.

연구에 참여하시어 귀중한 시간과 노력을 내어 주심을 다시 한 번 진심으로 감사드리며 건강하고 행복한 나날 보내시기를 기원합니다.

2014년 1월

성신여자대학교 대학원

연구자 : 박 완 규

지도교수 : 김 태 현

연구자 연락처 : 010-9309-6969

1. 다음은 어르신의 일반적인 사항에 관한 질문입니다. 어르신의 생각과 일치하는 곳에 빠짐없이 “√” 표를 해주시기 바랍니다.

(1) 성 별	① 남자 ② 여자
(2) 연 령	만 ()세
(3) 거주지역	① 서울특별시 ()구 ② 경기도 ()시 ()군
(4) 교육수준	① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업 ⑤ 전문대 졸업 이상
(5) 가족구성	① 독거 ② 부부 ③ 본인 +자녀 ④ 부부 +자녀 ⑤ 본인 +손자녀 ⑥ 본인+자녀+손자녀 ⑦ 부부+손자녀 ⑧ 부부+자녀+손자녀 ⑨ 기타()
(6) 종 교	① 없음 ② 개신교 ③ 불교 ④ 천주교 ⑤ 원불교 ⑥ 기타()
(7) 배우자 유무	① 없음 ② 있음
(8) 주관적 건강상태	① 매우 건강하지 않다 ② 건강하지 않다 ③ 보통이다 ④ 건강하다 ⑤ 매우 건강하다
(9) 만성질환	① 없다 ② 있다(질병명:)
(10) 주관적 경제수준	① 하 ② 중 ③ 상
(11) 직업유무	① 없다 ② 있다(직업명:)

2. 다음은 배우자, 아들, 며느리, 딸, 사위, 손자녀 등이 어르신에게 한 행위들이 항목에 있다면 해당 칸에 “√”표를 해주십시오.

I. 신체적 학대

내 용	전혀 없다	일년에 1~2회	한달에 1~2회	일주일 1~2회	거의 매일
1. 어르신을 폭행한다.					
2. 어르신을 제한된 공간에 강제로 가두거나, 어르신의 거주지 출입을 통제한다.					
3. 어르신의 신체를 강제로 억압한다.					
4. 신체적 해를 가져올 위험성이 큰 행위로 어르신을 협박하거나 위협한다.					
5. 어르신의 신체적 생존을 위협할 수 있는 행위를 한다.					
6. 약물을 사용하여 어르신의 신체를 통제하거나 생명을 저해한다.					
7. 어르신이 원하지 않거나 수행하기 어려운 노력을 하게한다.					

II. 정서적 학대

내 용	전혀 없다	일년에 1~2회	한달에 1~2회	일주일 1~2회	거의 매일
8. 어르신과의 접촉을 기피한다					
9. 어르신의 사회관계 유지를 방해한다.					
10. 어르신을 위협, 헐박하는 언어적 표현이나 감정을 상하게 하는 행동을 한다.					
11. 어르신과 관련된 결정사항에 대해서 의사결정 과정에서 소외시킨다.					

III. 경제적 학대

내 용	전혀 없다	일년에 1~2회	한달에 1~2회	일주일 1~2회	거의 매일
12. 어르신의 소득 및 재산, 임금을 가로 채거나 임의로 사용한다.					
13. 어르신의 재산에 관한 법률적 권리를 침해하는 행위를 한다.					
14. 어르신의 재산 사용 또는 관리에 대한 결정을 통제한다.					

IV. 방임

내 용	전혀 없다	일년에 1~2회	한달에 1~2회	일주일 1~2회	거의 매일
15. 거동이 불편한 어르신의 의식 주 등 일상생활 관련 보호를 제공하지 않는다.					
16. 의료 관련 욕구가 있는 어르신에게 의료적 보호를 제공하지 않는다.					
17. 자신을 돌보지 않거나, 돌봄을 거부함으로써 어르신의 생명이 위협 받는다.					

V. 유기

내 용	전혀 없다	일년에 1~2회	한달에 1~2회	일주일 1~2회	거의 매일
18. 어르신과 연락을 두절하거나 왕래를 하지 않는다.					
19. 어르신을 시설 병원에 입소시키고 연락과 왕래를 하지 않는다.					
20. 어르신을 낯선 장소에 버린다.					

3. 다음은 어르신께 학대를 행한자와 학대 유무에 대한 질문입니다.

1) 위 2번 문항의 학대행위(신체적 학대, 정서적 학대, 경제적학대, 방임, 유기)에 대해 지난 1년동안 배우자가 어르신께 행한 학대유무를 빠짐없이 해당 번호에 “√”를 해 주시기 바랍니다.

학대 가해자	배 우 자
학대 유무	① 있다 ② 없다

2) 위 2번 문항의 학대행위(신체적 학대, 정서적 학대, 성적 학대, 경제적 학대, 방임, 유기)에 대해 지난 1년동안 가족 중에서 어르신께 학대를 행한 자와 학대 유무를 빠짐없이 해당 번호에 “√”를 해 주시기 바랍니다.

학대 가해자	① 아들 ② 며느리 ③ 딸 ④ 사위 ⑤ 손, 자녀
학대 유무	① 있다 ② 없다

4. 다음은 어르신의 우울감을 측정하기 위한 문항들입니다. 어르신의 생각과 가장 가까운 칸에 빠짐없이 “√” 표를 해 주시기 바랍니다.

내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보 통 이다	그렇다	매 우 그렇지 않다
1. 본인의 생활에 만족하십니까?					
2. 어르신은 결정을 할 때 쉽게 하십니까?					
3. 어르신의 앞날에 대해 희망적이십니까?					
4. 평소 맑은 정신으로 지내십니까?					
5. 어르신은 대부분의 시간이 행복하십니까?					
6. 지금의 삶이 아름답다고 생각하십니까?					
7. 어르신은 마음이 편안하십니까?					
8. 어르신은 아침에 기분 좋게 일어납니까?					
9. 인생이 흥미롭고 재미있다고 느끼십니까?					
10. 어르신은 무엇이든지 열심히 하고 싶습니까?					
11. 활동과 흥미가 평소보다 많이 덜 하십니까?					
12. 어르신은 가끔 낙담하거나 우울하십니까?					
13. 자신이 살아온 삶이 가치가 없다고 느끼십니까?					
14. 어르신은 사소한 일에 자주 마음이 동요 됩니까?					
15. 어르신은 자주 울고 싶다고 느끼십니까?					

5. 다음은 어르신의 자살생각에 대한 질문입니다. 각 문항을 읽으시면서 지난 1년간의 어르신의 생각과 가장 일치하는 칸에 빠짐없이 “√” 표를 해주십시오.

내 용	전혀 그렇 지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇지 않다
1. 자살에 대한 생각을 해본 적이 있다.					
2. 최근에 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있다.					
3. 누군가에게 자살하고 싶다는 말을 해본 적이 있다.					
4. 내 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각을 해본 적이 있다.					
5. 자살하려는 시도를 해본 적이 있다.					

6. 다음은 어르신의 가족 지지에 관한 질문입니다. 어르신에게 해당하는 칸에 “√” 표를 해 주십시오.

내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇지 않다
1. 가족은 정말로 나를 도우려 한다.					
2. 가족으로부터 필요한 도움과 지지를 받는다.					

3. 내 문제에 관해 가족과 이야기 한다.					
4. 내가 의견을 결정하도록 기꺼이 도와준다.					

7. 다음은 어르신들의 신앙에 관한 질문입니다. 어르신에게 해당하는 칸에 “√”표를 해주십시오.

내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇지 않다
1. 내 신앙은 내 삶에 의미를 준다.					
2. 내 신앙은 중요한 결정을 할 때 영향을 끼친다.					
3. 신앙의 생활이 나를 행복하게 해준다.					
4. 나는 초월적인 신이 나를 사랑하시고 돌보아 주심을 믿는다.					