

대전복지재단 정책연구 2014-5

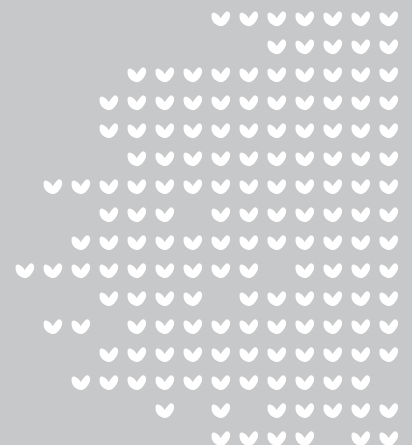
ISBN 978-89-98568-17-7

대전광역시 노인 정신건강 연구

김정득, 최해경, 김정란, 김현진, 이리나



WELFF 대전복지재단
Daejeon Welfare Foundation



• • 차 례 • •

요 약	ix
제1장 서론	1
제1절 연구의 배경과 목적	1
제2절 연구의 구성과 방법	2
1. 연구의 내용구성	2
2. 조사표 개발 및 구성	2
3. 연구방법	3
4. 분석방법	4
제2장 이론적 배경	5
제1절 치매	5
1. 치매의 개요	5
2. 치매의 위험인자	8
제2절 우울	12
1. 우울의 개요	12
2. 노인의 우울	14
제3절 자살	14
1. 자살의 개요	14
2. 노인의 자살	17
제4절 음주 및 흡연	17
1. 음주	17
2. 흡연	20
제5절 수면장애	21
1. 노인수면의 개요	21

제3장 대전광역시 노인 정신건강 현황 및 관련 정책	25
제1절 치매 노인 현황 및 관련 정책	25
1. 치매 노인 현황	25
2. 치매관련 정책	28
제2절 우울현황	38
1. 전국 노인 우울 현황	38
2. 대전광역시 노인 우울 현황	40
제3절 자살현황 및 관련 정책	40
1. 전국 노인 자살 현황	40
2. 대전광역시 자살 현황	41
3. 자살예방관련 제도 및 정책	43
제4절 음주 및 흡연 현황	49
1. 음주	49
2. 흡연	50
3. 음주 및 흡연관련 정책	52
제5절 노인 수면장애 현황	52
제4장 연구결과	54
제1절 조사대상 노인의 특성	54
1. 조사대상 노인의 인구사회학적 특성	54
2. 조사대상 노인의 기타 주요 특성	55
제2절 치매	59
1. 인지기능저하	60
2. 인구사회학적 특성과 인지기능저하	60
3. 신체건강관련 특성과 인지기능저하	63
4. 경제수준과 인지기능저하	65
5. 인지기능저하에 따른 사회적 지지망의 차이	66
6. 여가활동 영역 수와 인지기능저하	67
제3절 우울	68
1. 우울증상	69
2. 인구사회학적 특성과 우울증상	71
3. 신체건강관련 특성과 우울증상	74

4. 경제수준과 우울증상	76
5. 우울증상에 따른 사회적 지지망의 차이	79
6. 여가활동 영역 수와 우울증상	80
제4절 자살	81
1. 자살생각 및 충동 실태	82
2. 최근에 죽고 싶다는 생각	83
3. 자살생각	90
4. 자살언급	97
5. 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각	103
제5절 음주 및 흡연	110
1. 음주	110
2. 흡연	120
제6절 수면장애	121
1. 수면 문제	121
2. 인구사회학적 특성과 불면증 유무	123
3. 신체건강관련 특성과 불면증 유무	126
4. 경제수준과 불면증 유무	128
5. 불면증 유무에 따른 사회적 지지망의 차이	130
6. 여가활동 영역 수와 불면증 유무	131
제5장 결론	132
제1절 연구결과 요약 및 소결	132
제2절 정책제언	135
1. 노인 인지기능저하 관련	135
2. 우울 및 자살관련	135
3. 음주 및 흡연 관련	136
4. 수면장애 관련	136
5. 제도적 차원	137
참고문헌	138
부록	147

• • 표 차례 • •

〈표 1-2-1〉 대전광역시 노인 정신건강 연구 조사표	3
〈표 2-2-1〉 우울증 정의	13
〈표 2-2-2〉 DSM-V에 기초한 우울증 진단(APA, 2013)	13
〈표 2-3-1〉 자살의 주요 원인 및 상관관계	15
〈표 2-3-2〉 자살의 위험요인과 보호요인	16
〈표 2-4-1〉 DSM-V 알코올 사용장애 기준	18
〈표 3-1-1〉 65세 이상 한국 노인의 치매유병률 및 치매환자 수 추이	25
〈표 3-1-2〉 치매노인 건강보험 진료현황	26
〈표 3-1-3〉 대전광역시 인구고령화 추이	27
〈표 3-1-4〉 대전 구별 치매노인 수 추정	27
〈표 3-1-5〉 대전 구별 치매노인 등록현황(2014년 1월 기준)	28
〈표 3-1-6〉 치매검진사업(2013년)	34
〈표 3-1-7〉 공립요양병원에서의 치매 분야 공공보건의료사업	37
〈표 3-1-8〉 대전광역시 치매관리사업 추진현황	38
〈표 3-2-1〉 2011년 노인실태조사 시·도별 노인의 우울증상	39
〈표 3-3-1〉 2013년 연령대별 자살률	41
〈표 3-3-2〉 대전 연령별 자살 사망자 수 연도별 변화 추이	42
〈표 3-3-3〉 광역시 별 인구 십만명당 자살률	42
〈표 3-3-4〉 대전광역시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례	45
〈표 3-3-5〉 대전광역시 정신보건사업	46
〈표 3-3-6〉 대전광역시 관내 5개 정신건강증진센터 자살예방사업내용	47
〈표 3-3-7〉 대전광역정신건강증진센터 사업소개	47
〈표 3-4-1〉 전국 고위험음주율	49
〈표 3-4-2〉 노인의 최근 1년간 음주현황	50
〈표 3-4-3〉 전국 현재 흡연율	51

<표 4-1-1> 조사대상 노인의 일반특성	55
<표 4-1-2> 조사대상 노인의 정신건강 관련 주요 변인 특성	57
<표 4-1-3> 조사대상 노인의 정신건강 관련 주요 변인 특성(계속)	58
<표 4-1-4> 조사대상 노인의 정신건강 관련 주요 변인 특성(계속)	59
<표 4-2-1> 인구사회학적 특성과 인지기능저하 교차분석	61
<표 4-2-2> 인구사회학적 특성과 인지기능저하 평균비교	62
<표 4-2-3> 신체건강관련 특성과 인지기능저하 교차분석	64
<표 4-2-4> 신체건강관련 특성과 인지기능저하 평균비교	64
<표 4-2-5> 경제수준과 인지기능저하 교차분석	66
<표 4-2-6> 경제수준과 인지기능저하 평균비교	66
<표 4-2-7> 인지기능저하에 따른 사회적 지지의 평균비교	67
<표 4-2-8> 여가활동과 인지기능저하 교차분석	68
<표 4-2-9> 여가활동과 인지기능저하 평균비교	68
<표 4-3-1> 우울 척도 문항 응답	69
<표 4-3-2> 조사대상 노인의 우울 증상	70
<표 4-3-3> 인구사회학적 특성과 우울증상 교차분석	72
<표 4-3-4> 인구사회학적 특성과 우울증상 평균비교	73
<표 4-3-5> 신체건강관련 특성과 우울증상 교차분석	74
<표 4-3-6> 신체건강관련 특성과 우울증상 평균비교	75
<표 4-3-7> 경제수준과 우울증상 교차분석	77
<표 4-3-8> 경제수준과 우울증상 평균비교	78
<표 4-3-9> 우울증상에 따른 사회적 지지망의 평균비교	79
<표 4-3-10> 여가활동 영역 수와 우울증상 교차분석	80
<표 4-3-11> 여가활동 영역 수와 우울증상 평균비교	80
<표 4-4-1> 자살생각 및 자살충동	82
<표 4-4-2> 인구사회학적 특성과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각) 교차분석	84
<표 4-4-3> 신체건강관련 특성과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각) 교차분석	86
<표 4-4-4> 신체건강관련 특성과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각)의 평균비교	86

〈표 4-4-5〉 경제수준과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각) 교차분석	88
〈표 4-4-6〉 경제수준과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각)의 평균비교	88
〈표 4-4-7〉 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각) 빈도에 따른 사회적 지지의 평균비교	89
〈표 4-4-8〉 여가활동과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각) 교차분석	90
〈표 4-4-9〉 인구사회학적 특성과 자살생각(자살관련생각) 교차분석	91
〈표 4-4-10〉 신체건강관련 특성과 자살생각(자살관련생각) 교차분석	93
〈표 4-4-11〉 신체건강관련 특성과 자살생각(자살관련생각)의 평균비교	94
〈표 4-4-12〉 경제수준과 자살생각(자살관련생각) 교차분석	95
〈표 4-4-13〉 경제수준과 자살생각(자살관련생각)의 평균비교	96
〈표 4-4-14〉 자살생각(자살관련생각) 빈도에 따른 사회적 지지의 평균비교	96
〈표 4-4-15〉 여가활동과 자살생각(자살관련생각) 교차분석	97
〈표 4-4-16〉 인구사회학적 특성과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함) 교차분석	98
〈표 4-4-17〉 신체건강관련 특성과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함) 교차분석	99
〈표 4-4-18〉 신체건강관련 특성과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함)의 평균비교 · 100	
〈표 4-4-19〉 경제수준과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함) 교차분석	101
〈표 4-4-20〉 경제수준과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함)의 평균비교	102
〈표 4-4-21〉 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함) 빈도별 사회적 지지의 평균비교	102
〈표 4-4-22〉 여가활동과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함) 교차분석	103
〈표 4-4-23〉 인구사회학적 특성과 자살로 끝날 것이라는 생각 교차분석	104
〈표 4-4-24〉 신체건강관련 특성과 자살로 끝날 것이라는 생각 교차분석	106
〈표 4-4-25〉 신체건강관련 특성과 자살로 끝날 것이라는 생각의 평균비교	106
〈표 4-4-26〉 경제수준과 자살로 끝날 것이라는 생각 교차분석	107
〈표 4-4-27〉 경제수준과 자살로 끝날 것이라는 생각의 평균비교	108
〈표 4-4-28〉 자살로 끝날 것이라는 생각 빈도에 따른 사회적 지지의 평균비교	108
〈표 4-4-29〉 여가활동과 자살로 끝날 것이라는 생각 교차분석	109
〈표 4-5-1〉 대전지역 노인의 음주 실태	111
〈표 4-5-2〉 노인의 음주 실태	112
〈표 4-5-3〉 평생 음주경험 노인의 음주 심각도	113
〈표 4-5-4〉 인구사회학적 특성과 음주심각성 교차분석	115

〈표 4-5-5〉 성별 음주심각성 평균비교	116
〈표 4-5-6〉 신체건강관련 특성과 음주심각성 교차분석	116
〈표 4-5-7〉 경제수준 및 경제활동과 음주심각성 교차분석	118
〈표 4-5-8〉 경제수준 및 경제활동과 음주심각성 평균비교	118
〈표 4-5-9〉 음주심각성에 따른 사회적 지지 차이	119
〈표 4-5-10〉 여가활동과 음주심각성 교차분석	120
〈표 4-5-11〉 대전지역 노인의 흡연 실태	120
〈표 4-5-12〉 조사대상 노인의 1일 흡연량	121
〈표 4-6-1〉 노인(65세 이상)의 일반특성별 문제수면 증상	122
〈표 4-6-2〉 불면증이 있는 노인의 낮 동안 기능 장애, 수면의 질, 수면 약물 사용	123
〈표 4-6-3〉 인구사회학적 특성과 불면증 유무의 교차분석	124
〈표 4-6-4〉 인구사회학적 특성과 불면증 유무의 평균비교	125
〈표 4-6-5〉 신체건강관련 특성과 불면증 유무 교차분석	127
〈표 4-6-6〉 신체건강관련 특성과 불면증 유무의 평균비교	128
〈표 4-6-7〉 경제수준과 불면증 유무 교차분석	129
〈표 4-6-8〉 경제수준과 불면증 유무의 평균비교	130
〈표 4-6-9〉 불면증 유무에 따른 사회적 지지의 차이	131
〈표 4-6-10〉 여가활동과 불면증 유무 교차분석	131
〈표 4-6-11〉 여가활동과 불면증 유무 평균비교	131

.. 그림 차례 ..

[그림 1-2-1] 연구의 방법	4
[그림 3-1-1] 지역별 치매환자수 및 유병률	26
[그림 3-1-2] 구별 치매노인 인구 수	28
[그림 3-1-3] <2차 국가치매관리종합계획> 목표 및 추진과제	30
[그림 3-1-4] 국가치매관리인프라	31
[그림 3-1-5] 치매관리사업체계	34
[그림 3-1-6] 치매 치료관리비 지원사업 수행체계도	35
[그림 3-1-7] 실종노인예방 인식표 보급 체계도	37

.. 요약 ..

1. 연구개요

대전광역시 노인 정신건강 연구는 2014년 「대전광역시 노인실태조사」와 함께 추진하였음.

1) 연구배경 및 목적

- 노인의 안정적인 노후생활과 성공적인 노후에 대한 관심이 커지고 있으나, 많은 노인들이 다양한 정신건강 상의 문제를 갖고 있음. 따라서 노인 정신건강 문제의 조기발견과 진단, 사정, 통합적인 치료계획 등이 중요함.
- 특히 우울증 및 치매 문제와 함께 노인의 자살행동, 문제음주 등 복합적인 문제들에 대해 포괄적인 서비스를 제공하도록 서비스 접근성을 확보하고 통합적인 서비스 계획을 수립하는 것이 필요함.
- 본 연구는 대전광역시 노인의 정신건강문제, 즉 노인치매, 우울, 자살생각과 시도 등에 대한 객관적인 현황을 파악하고, 이를 통해 대전광역시 노인들의 삶의 질을 개선하고 정신 건강증진을 위한 정책방향을 제시하고자 함.

2) 연구의 구성과 방법

가. 연구의 내용구성

- 보고서는 모두 5개의 장으로 구성되었으며, 각 장에서는 노인 정신건강을 인지기능저하(치매), 우울, 자살, 음주 및 흡연, 수면장애로 구분하여 각각 살펴봄.
- 제1장 서론에서는 전반적인 연구의 배경과 목적, 연구내용의 구성과 연구방법을 담고 있음.
- 제2장 이론적 배경에서는 노인 정신건강 각 주제영역에 대한 개요 및 특성, 영향요인 등을 정리함.
- 제3장 노인 정신건강 현황 및 관련 정책은 총 5절로 구성되어 있으며, 1절 치매노인 현황

및 관련 정책 2절 우울현황, 3절 자살현황 및 관련정책, 4절 음주 및 흡연현황, 5절 노인 수면장애 현황 등에 대해 살펴봄.

- 제4장 연구결과에서는 인지기능저하(치매), 우울, 자살, 음주 및 흡연, 수면장애로 구분하여 대전광역시 노인 정신건강에 관한 분석결과를 제시함.
- 제5장 결론에서는 대전광역시 노인의 정신건강에 관한 두드러진 특징들을 중심으로 종합적 논의를 다루었으며, 이를 바탕으로, 향후 노인 정신건강과 관련하여 필요한 복지 정책 및 관련제도에 대한 정책제언을 제시함.
- 마지막 부록에서는 대전광역시 노인 실태조사 조사표와 본문에 포함하지 않은 보충내용을 제시함.

나. 조사표 개발 및 구성

- 대전광역시 노인 정신건강 연구는 2014년 「대전광역시 노인실태조사」와 함께 진행함. 조사표는 보건복지부에서 실시한 ‘2011년도 노인실태조사’의 조사표를 근간으로 하였으며, 노인을 포함하고 있는 한국노동패널조사, 국민노후보장패널조사, 한국복지패널, 고령화 연구패널조사 등의 조사표와 각 지방자치단체 단위의 노인실태조사를 참조하여 학계의 노인복지전문가, 노인복지실천현장 전문가의 의견수렴과 사전조사 과정을 통해 완성함.
- 대전광역시 노인실태조사 조사표는 응답노인의 인구학적 특성, 사회적 관계, 건강 및 보건의료, 경제상태 및 경제활동, 여가 및 사회참여, 노인복지서비스, 노후생활, 인지기능 등 8개 영역으로 구성됨.

다. 연구방법

- 본 조사는 문헌연구와 설문조사, 전문가 의견수렴 과정을 통해 연구를 진행함.
- 우선, 노인 정신건강과 관련한 개념 및 선행연구를 분석하기 위하여 국내·외 문헌 및 연구를 검토하고 노인 관련 저서, 연구논문, 정책보고서, 관공서 내부자료 등을 전반적으로 활용함.
- 설문조사는 2014년 「대전광역시 노인실태조사」의 양적 조사 자료를 분석하여 노인의 정신건강을 인구학적 특성, 사회적 관계, 건강 및 보건의료, 경제상태 및 경제활동, 여가 및 사회참여, 인지기능 검사 등 6개 영역에서 분석하였으며, 조사대상은 2014년 「대전광역시

노인실태조사」를 위해 자치구 및 78개 행정동별로 성별, 연령대, 독거노인 여부 등을 고려하여 추출한 1,500명에 관한 데이터가 결과분석에 활용됨.

- 마지막으로, 대전광역시 노인 정신건강을 위한 맞춤형 정책(안)을 수립하기 위하여 노인 당사자 및 노인관련단체, 학계 등 전문가들의 다양한 의견을 수렴하여 반영함.

라. 조사결과 분석

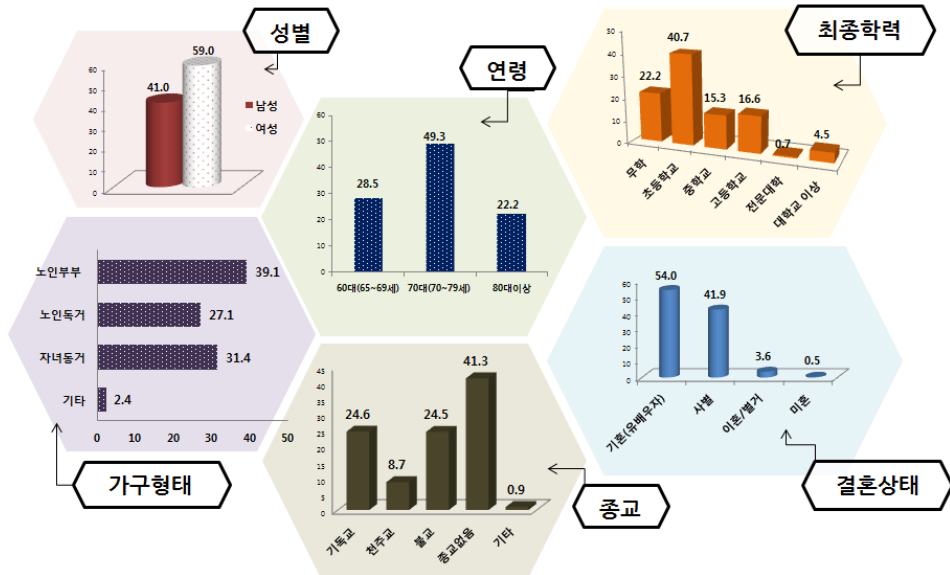
- 본 조사의 일차적 목적은 대전광역시 노인의 정신건강 현황을 제시하는 것이기 때문에, SPSS 20.0 통계프로그램을 사용하여 기술통계분석, 교차분석, 분산분석 방법을 주로 사용함.

2. 연구결과

1) 조사대상 노인의 특성

가. 조사대상 노인의 인구사회학적 특성

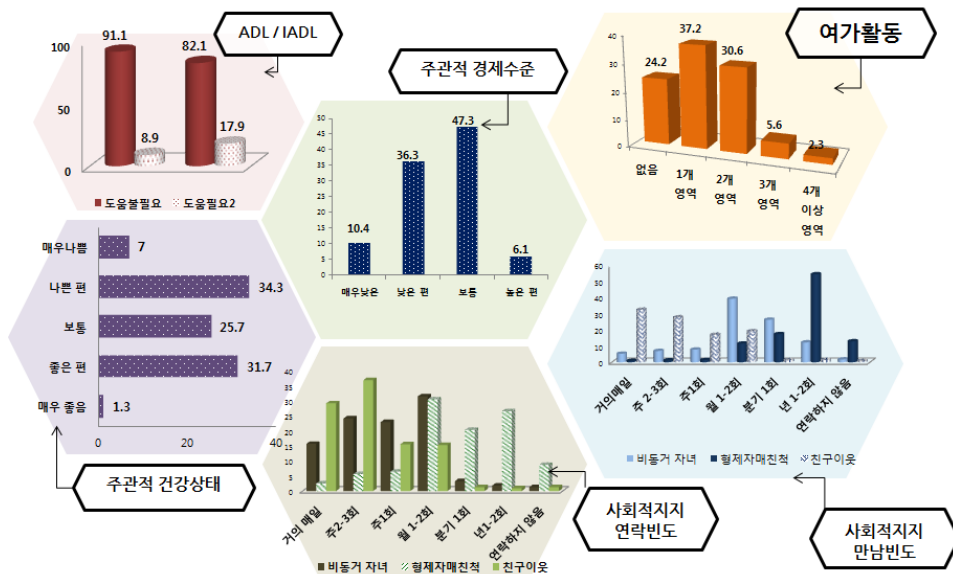
- 조사대상 노인의 성별을 살펴보면, 남성 41.0%(615명), 여성 59.0%(885명)로 여성의 비율이 남성보다 높은 것으로 나타남. 평균 연령은 74.4세이고, 60대(65~69세)가 28.5%(427명), 70대(70~79세)는 49.3%(740명), 80대 이상이 22.2%(333명)를 차지함. 교육수준은 초등학교 졸업 이하가 62.9%(943명)로 대부분 노인의 학력이 낮은 수준이었고, 고졸 16.6%(249명), 중졸 15.3%(230명), 대학 이상 4.5%(68가명), 전문대학 0.7%(10명) 순으로 나타남. 결혼 상태는 배우자가 있는 경우가 54.0%(810명), 사별인 경우가 41.9%(629명), 이혼/별거가 3.6%(54명)였음. 응답자의 종교를 살펴보면, 기독교가 24.6%(369명), 불교 24.5%(368명), 천주교가 8.7%(130명)이고 종교가 없는 경우는 41.3%(619명)로 종교를 가지고 있는 경우가 더 많은 것으로 조사됨. 가구형태는 노인부부 가구가 39.1%(586명)이고, 자녀와 동거하는 가구가 31.4%(471명), 노인독거 가구가 27.1%(407명), 기타 2.4%(36명)로 나타남.



나. 조사대상 노인의 기타 주요 특성

- 조사대상 노인의 정신건강과 관련이 있을 것으로 추정되는 요인들은 신체건강 특성, 경제 수준, 사회적 지지망, 여가활동 참여 실태 등으로 조사대상 노인 중 84.8%(1,272명)가 만성질환을 갖고 있으며, 평균적으로 2.1개 만성질환을 갖고 있는 것으로 나타났고, 응답자 가운데 34.3%(515명)는 자신의 건강이 나쁜 편이라고 인식하였고, 31.7%(475명)는 건강한 편으로, 25.7%(386명)는 보통으로, 7.0%(105명)는 매우 나쁘다, 1.3%(19명)는 매우 건강하다고 인식함.
- 일상생활수행능력에 있어서는 도움 없이 신체적 일상생활동작을 수행할 수 있는 노인이 91.1%(1,367명)이고, 수단적 일상생활동작은 82.1%(1,230명)가 도움 없이 수행할 수 있는 것으로 나타남.
- 노인의 가구 월소득 평균은 122만 8천원으로, 주관적인 경제수준은 47.3%(708명)가 보통으로, 36.3%(543명)가 낮은 편으로, 10.4%(155명)는 매우 낮다고 평가했으며, 6.1%(91명)만 높은 편으로 여기고, 직업이 있는 노인이 24.4%(366명)이고 직업이 없는 노인이 75.6%(1,134명)임.

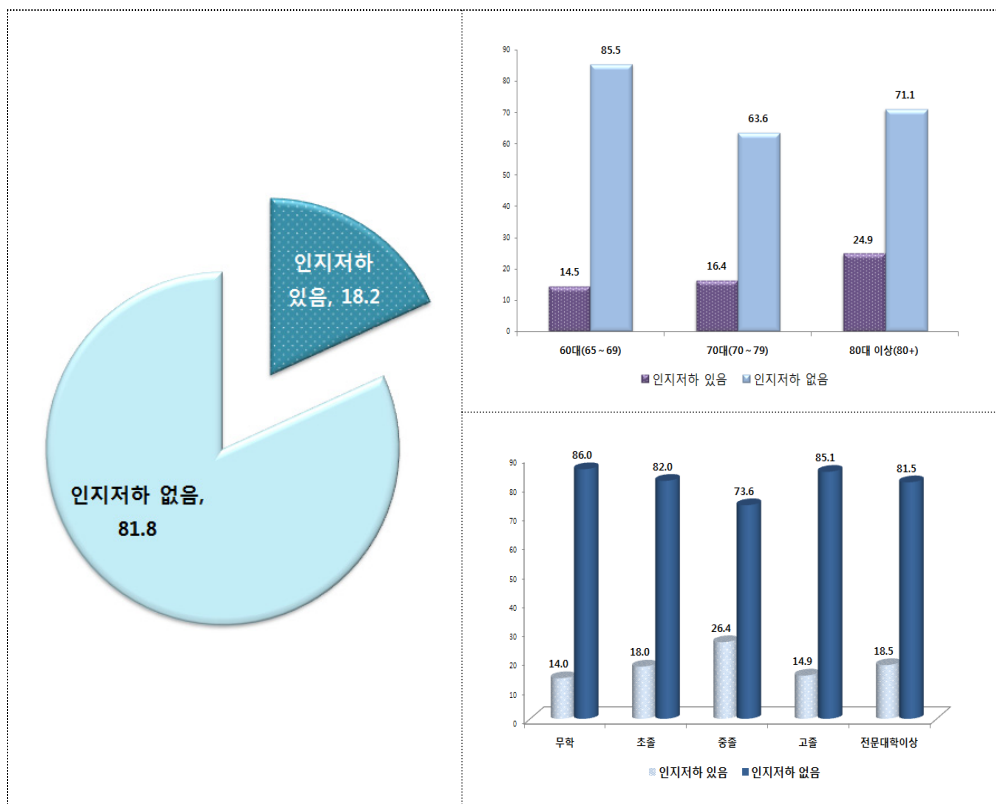
- 사회적 지지망을 보면 평균 자녀수는 3.4명, 비동거 자녀와의 접촉빈도는 31.3%(447명)가 월 1-2회, 24.0%(343명)가 주 2-3회, 22.8%(325명)가 주 1회, 15.6%(222명)가 거의 매일 연락하고 있었고, 직접 만나는 빈도는 39.3%(561명)가 월 1-2회, 26.3%(376명)가 3개월 1회, 12.3%(176명)가 년 1-2회, 나머지 20.2%(289명)는 주 1회 이상으로 나타났으며, 형제자매 및 친인척 접촉빈도는 30.3%(418명)가 월 1-2회, 26.4%(364명)가 년 1-2회, 20.2%(279명)는 3개월에 1회, 14.5%(200명)는 주 1회 이상 연락을 하고 있었고, 직접 만나는 빈도는 54.4%(752명)가 년 1-2회, 17.4%(241명)는 3개월에 1회, 11.6%(160명)는 월 1-2회로 나타났고, 친구·이웃 수 평균은 9.1명으로, 친구·이웃의 접촉빈도는 36.7%(526명)가 주 2-3회, 29.0%(416명)가 거의 매일, 15.5%(222명)가 주 1회, 15.2%(218명)가 월 1-2회 연락하고 있었고, 직접 만나는 빈도는 32.5%(467명)가 거의 매일, 27.8%(399명)가 주 2-3회, 19.2%(275명)가 월 1-2회, 17.0%(244명)가 주 1회로 나타남.
- 여가활동 참여를 하는 노인이 전체의 75.2%(1,136명), 하지 않는 노인은 24.2%(363명)로, 37.2%(558명)는 1개 영역에, 30.6%(459명)는 2개 영역, 7.9%(119명)는 3개 이상 영역에서 여가활동 참여를 하는 것으로 나타남.



2) 치매

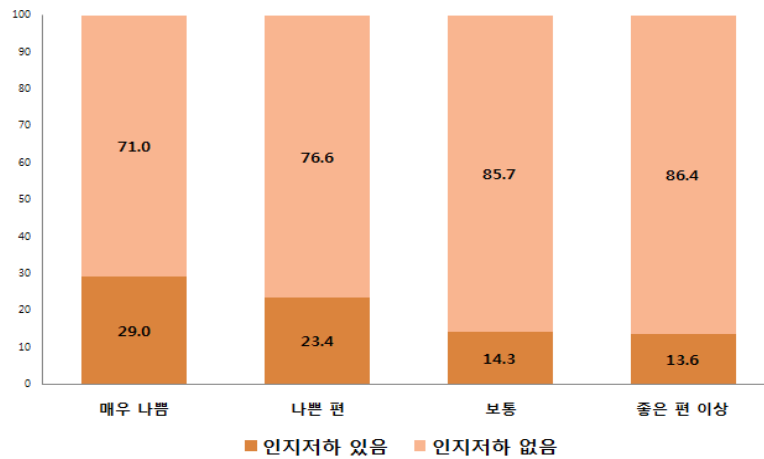
가. 인구사회학적 특성과 인지기능저하

- 분석에 포함된 전체 1,051명의 18.2%(191명)는 인지기능저하가 있는 것으로 나타남.
- 연령대별로는 연령이 많을수록, 교육수준별로는 무학, 고졸, 초졸, 전문대학 이상, 중졸의 순으로 인지기능저하자의 비율이 높은 것으로 나타남.



나. 신체건강 특성과 인지기능저하

- 스스로 건강이 매우 나쁘다고 생각하는 노인의 인지기능저하 비율이 29.0%로 가장 높게 나타남. 건강이 나쁜 편이라고 지각하는 노인의 23.4%가 인지기능이 저하되어 있었으며, 보통의 노인은 14.3%, 좋은 편 이상은 13.6%으로 나타남.



- 또한 일상생활에서 다른 사람의 도움을 필요로 하지 않는 노인(ADL 혹은 IADL 제약이 없는 노인)은 도움을 필요로 하는 노인보다 인지기능 저하가 있는 비율이 2~3배 가량 더 낮게 나타남.

다. 경제수준과 인지기능저하

- 주관적으로 자신의 경제수준이 매우 낮다고 생각하는 노인 가운데 인지기능저하 비율은 25.2%, 경제수준이 낮은 편이라고 생각하는 노인 중에서는 20.6%, 보통이 15.6, 경제수준이 높은 편으로 지각하는 노인 중 9.8%였음. 결과적으로 스스로 경제수준이 좋다고 생각하는 노인의 인지기능 저하 비율이 낮은 것으로 나타남.

라. 사회적 지지망과 인지기능저하

- 정상 군에서는 자녀수가 3.33명, 인지기능 저하군은 3.62명으로 자녀수가 많은 집단에서 인지기능 저하 비율이 다소 높게 나타남.

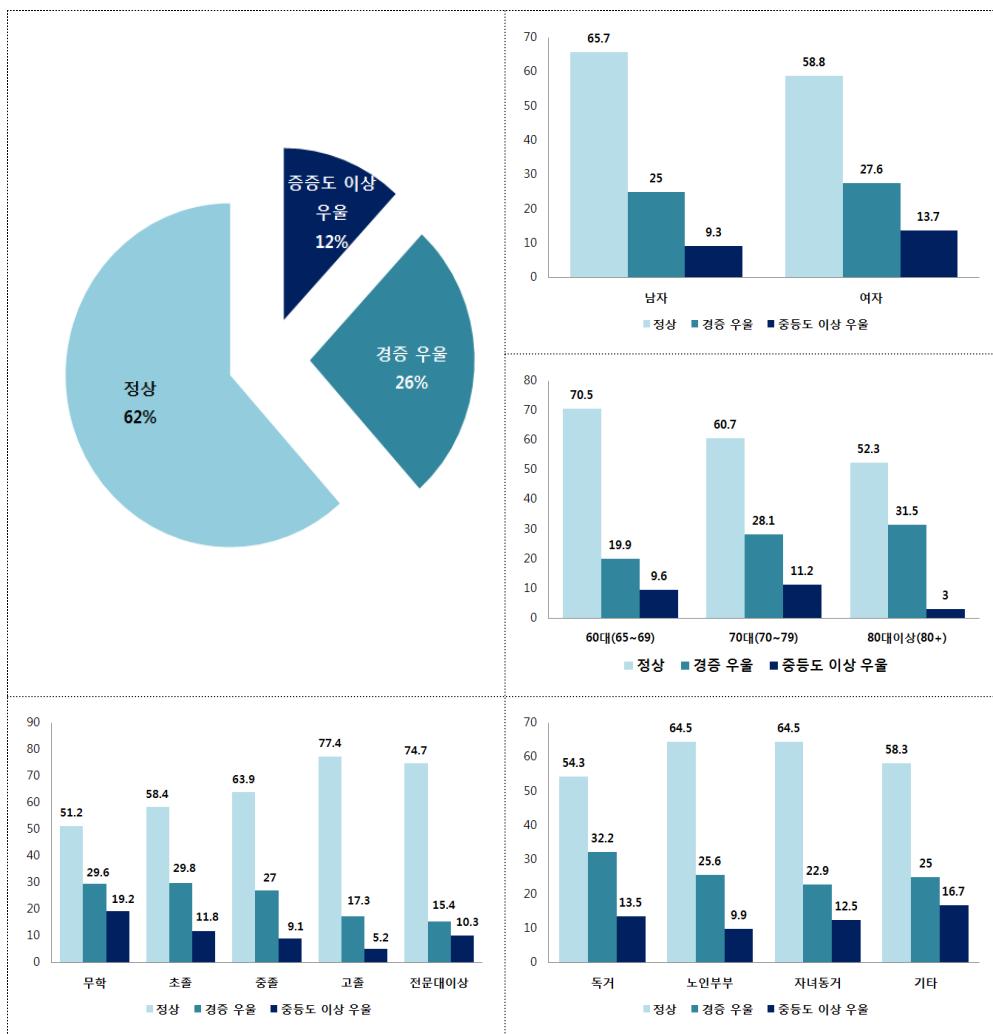
마. 여가활동 영역 수와 인지기능저하

- 여가활동을 특별히 하지 않는 노인의 인지기능 저하자의 비율이 28.5%로 가장 높았고, 1개인 경우 16.3%, 2개인 경우 16.1%, 3개 이상인 경우 6.8%로 나타나, 여가활동의 수가 많을수록 인지기능 저하 비율은 낮은 것을 볼 수 있음.

3) 우울

가. 인구사회학적 특성과 우울증상

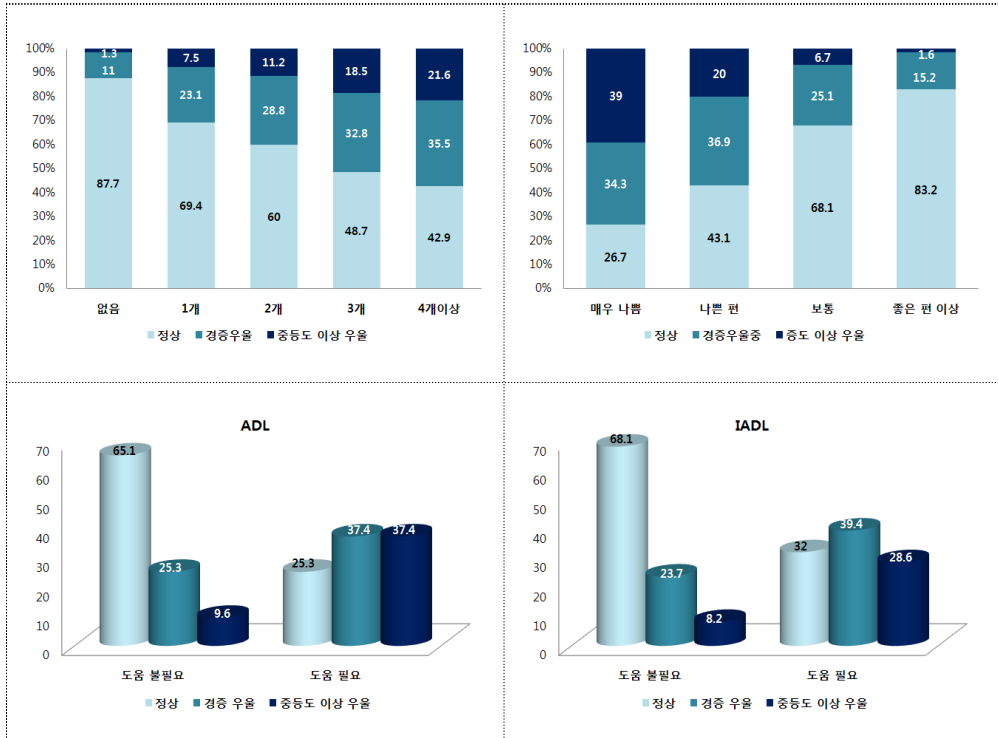
- 전체 조사대상 1500명을 기준으로 정상범위의 1~4점에 해당하는 노인이 61.6%(924명), 경증범위의 5~9점에 해당하는 노인이 26.5%(398명), 그리고 중등도 이상 범위의 10점 이상에 해당하는 노인이 11.9%(178명)로 나타남.
- 성별로 분석하였을 때, 여성노인의 경우 27.6%(244명)가 경증 우울군, 13.7%(121명)가 중등도 이상 우울군인 반면, 남성노인은 25.0%(154명)가 경증 우울군, 9.3%(57명)가 중등도 이상 우울군으로 파악되어, 여성노인이 남성보다 상대적으로 우울증상 비율이 높은 것으로 나타남.
- 중등도 이상은 60대가 9.6%(41명), 70대 11.2%(83명), 80대 16.2%(54명)로 연령이 높을수록 우울군에 속한 노인 비율이 높으며, 교육수준의 경우, 무학인 경우 19.2%가 중등도 이상 우울군으로, 초등학교 졸업인 경우 11.8%, 중학교 졸업인 경우 9.1%, 고등학교 졸업인 경우 5.2%, 전문대학 이상인 경우 10.3%가 중등도 이상 우울군으로 나타나 대체로 교육 수준이 낮을수록 우울증상이 높은 것으로 볼 수 있음.
- 가구 유형별로 보면, 독거인 경우 13.5%가 중등도 이상 우울군이었고, 부부만 사는 노인은 9.9%가 중등도 이상 우울군으로 나타나, 독거노인의 우울증상 비율이 부부가구 및 자녀 동거 가구 노인의 우울증상 비율보다 높은 것으로 확인되었음.



나. 신체건강 특성과 우울증상

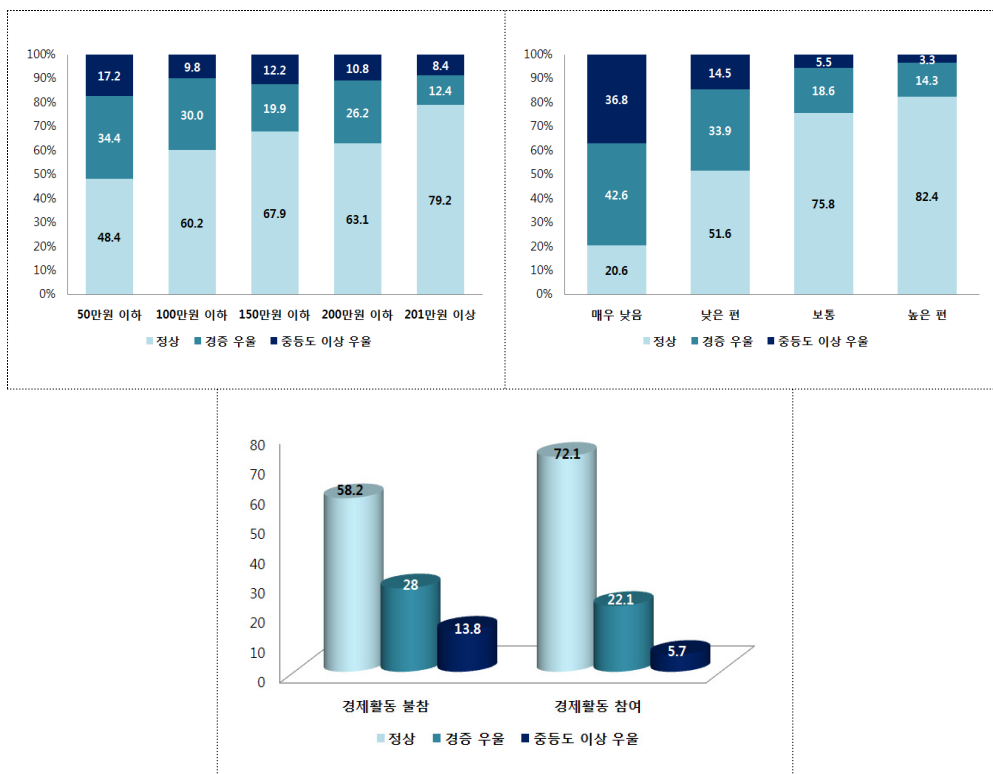
○ 만성질환이 없는 노인의 중증도 이상 우울군 비율이 1.3%, 만성질환 1개라고 응답한 경우는 7.5%, 2개는 11.2%, 3개는 18.5%, 4개 이상은 21.6%로 나타나, 노인이 여러 가지 만성질환을 앓고 있는 경우 우울증상 비율이 높은 것으로 나타남. 또한 자신의 건강상태가 나쁘다고 생각하는 노인은 건강하다고 생각하는 노인에 비해 3배 이상 우울증상이 높은 것으로 나타남.

- 일상생활에서 누군가의 도움을 필요로 하는 노인(ADL 혹은 IADL 제약이 있는 노인의 경우)은 그렇지 않은 노인보다 우울증상 비율이 2배 이상 높게 나타남.



다. 경제수준과 우울증상

- 노인의 가구 월소득이 낮을수록 우울증상 비율이 높게 나타나며 50만원 이하 노인은 201만원 이상 가구 월소득을 가진 노인보다 우울증상 비율이 약 2.5배 더 높게 나타남.
- 자신이 스스로 경제적으로 어렵다고 인식하는 경우 우울증상 비율이 높은 편으로 나타났으며, 직업이 없는 노인이 직업이 있는 노인보다 우울증상 비율이 높게 나타남.



라. 사회적 지지망과 우울증상

- 형제자매친척, 친구나 이웃과의 접촉빈도가 잦고 친구·이웃의 수가 많은 노인의 우울증상은 그렇지 않은 노인에 비해 낮은 것으로 나타남.

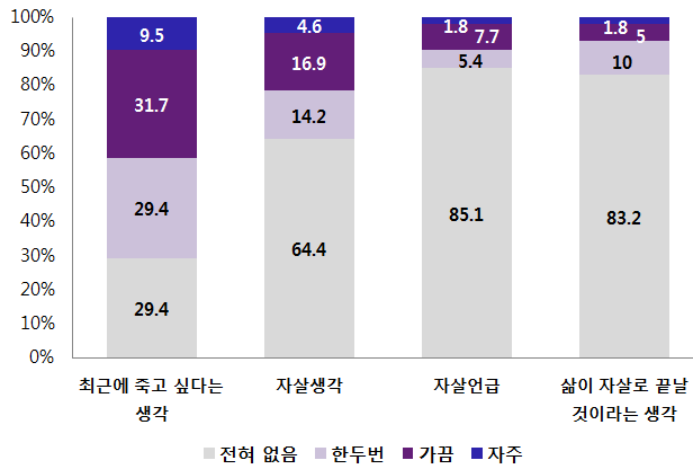
마. 여가활동 영역 수와 우울증상

- 여가활동 영역이 많은 노인이 여가활동을 특별히 하지 않는 노인보다 중등도 이상 우울증상 비율이 현저히 낮게 나타남.

4) 자살

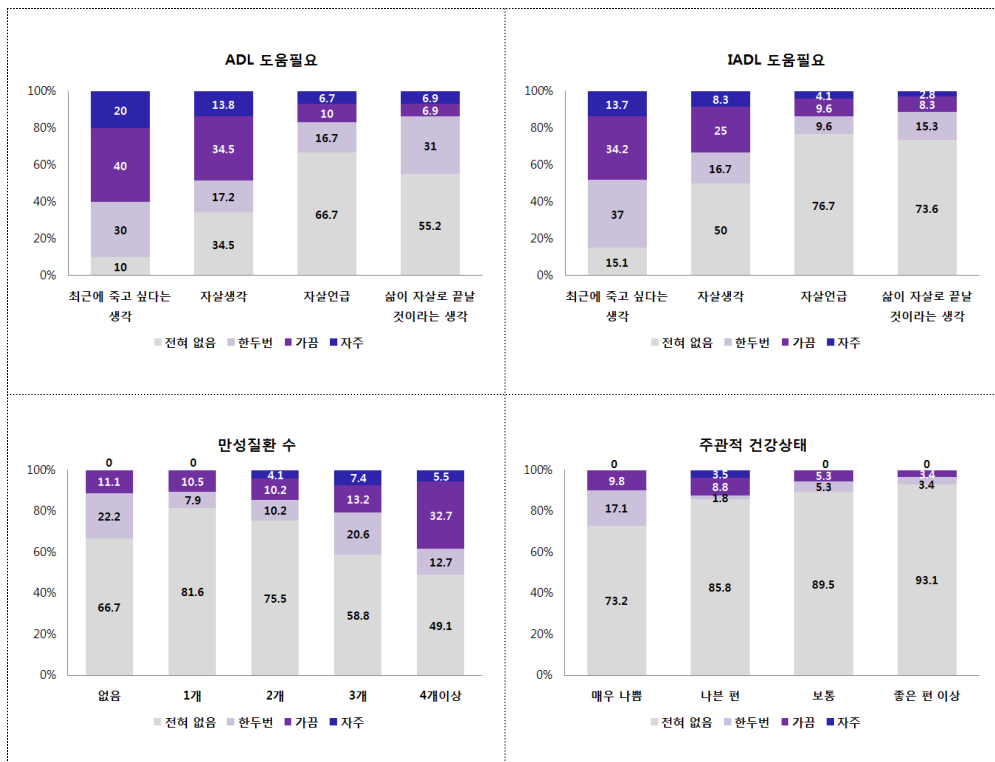
가. 자살생각 및 자살충동

- 자살생각 및 자살충동에 대한 문항을 응답한 221명의 응답자에 대해 최근에 죽고 싶다는 생각을 자주 한 적이 있는 응답자가 9.5%(21명), 자살에 대한 생각을 자주 한 적이 있는 노인이 4.6%(10명), 누군가에게 자살하고 싶다고 말한 경험이 자주 있는 노인 1.8%(4명), 내 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각을 자주해본 노인이 1.8%(4명)으로 나타남.



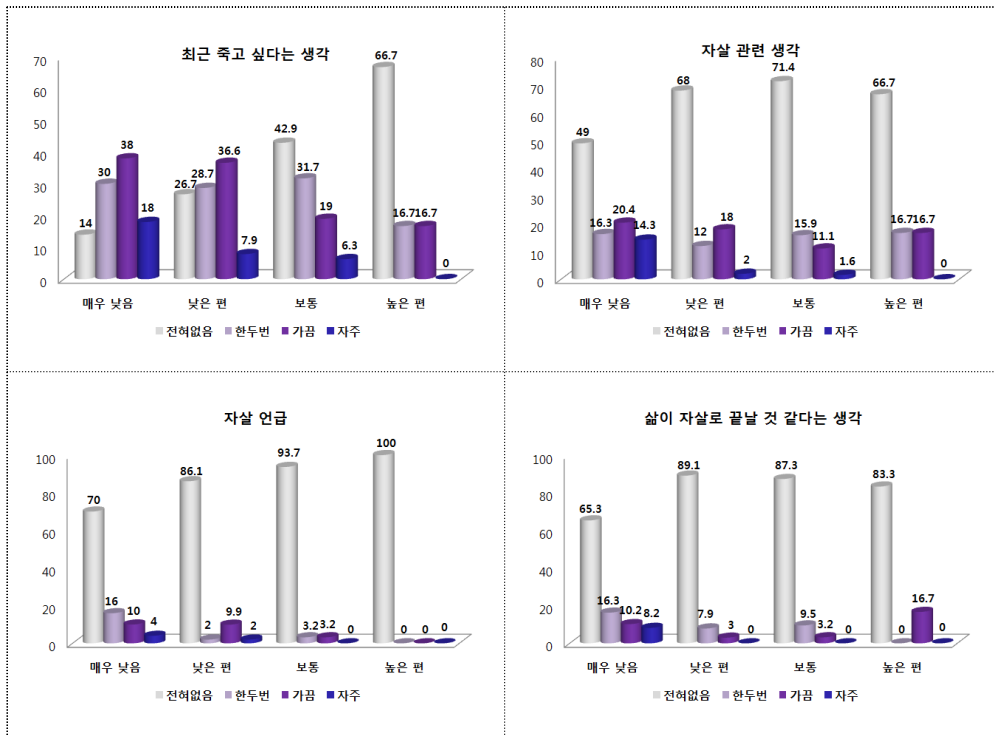
나. 신체건강 관련 특성과 자살생각 및 자살충동

- 일상생활에 제약을 가지고 있어서 다른 사람의 도움을 필요로 하는 노인인 경우 최근에 죽고 싶다는 생각을 더 많이 하는 것으로 나타남. 타인의 도움이 필요하지 않다고 응답한 노인보다 2배~2.5배 정도 더 그 비율이 높은 것으로 조사되었음.
- 만성질환을 여러 가지 앓고 있는 노인이 상대적으로 자살과 관련한 생각을 더 많이 하는 것으로 나타남.
- 자신의 건강이 매우 나쁘다고 지각하는 노인은 9.8%가 자살관련 생각을 하고 있으며, 나쁜 편은 12.3%, 보통은 5.3%, 좋은 편 이상은 3.4%로 나타나, 자신의 건강이 나쁘다고 생각하는 경우 자살관련 생각을 더 많이 하는 것으로 나타남.



다. 경제수준과 자살생각 및 자살충동

- 노인의 주관적으로 경제수준이 낮다고 지각하는 노인은 최근에 죽고 싶다는 생각을 자주하는 경향을 보이고, 자살과 관련된 생각을 자주 하는 것으로 나타남.
- 삶이 자살로 끝날 것 같다는 생각을 자주하는 노인의 경우도 자신의 경제수준이 낮다고 지각하는 경우 그렇지 않은 경우보다 더 높게 나타남.

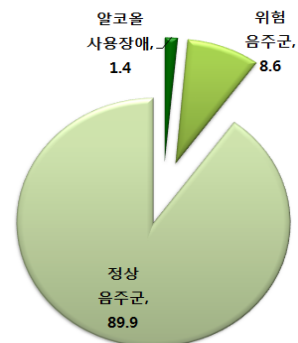


5) 음주 및 흡연

(1) 음주

가. 노인의 음주실태

○ 평생 음주 경험이 있는 764명의 응답자 중 최근 1년 동안의 음주 실태와 관련하여 8.6%(66명)는 위험군으로, 1.4%(11명)는 알코올 사용 장애로 나타나, 약 10%의 노인이 문제음주자로 밝혀짐.



나. 인구사회학적 특성과 문제음주

- 여성노인의 2.3%, 남성노인의 14.1%가 문제음주자로 보고됨에 따라, 남성노인이 여성노인보다 6배 이상 문제음주자 비율이 높은 것으로 확인되었음.

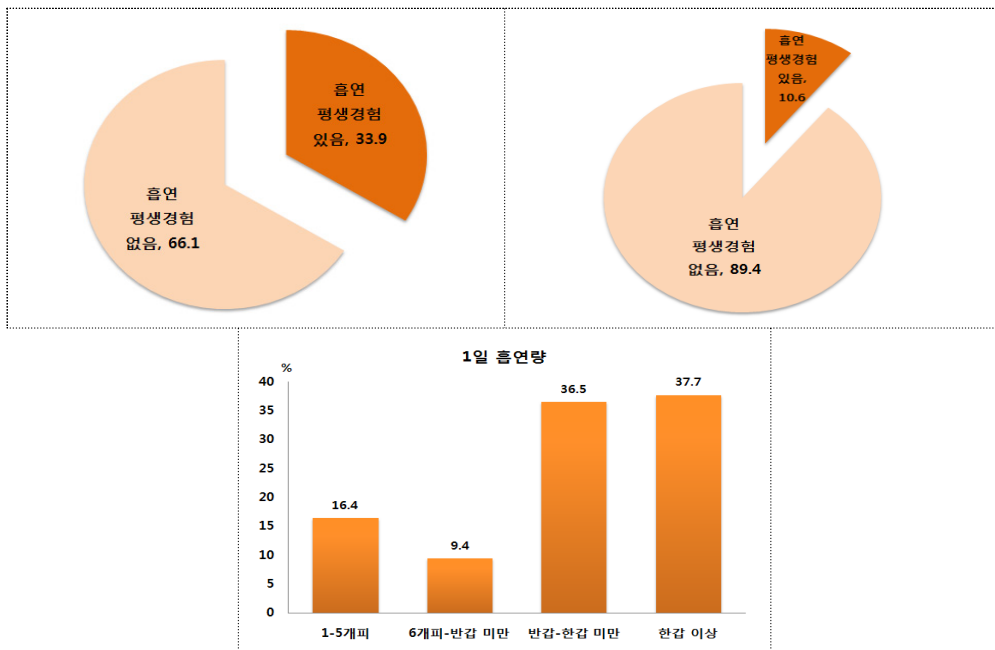
다. 경제 수준과 문제음주

- 직업이 있는 노인의 약 9%, 직업이 없는 노인은 약 4% 정도가 문제음주자로 밝혀져, 직업을 가진 노인 가운데 문제음주 비율이 더 높게 나타남.

(2) 흡연

가. 대전지역 노인의 흡연 실태

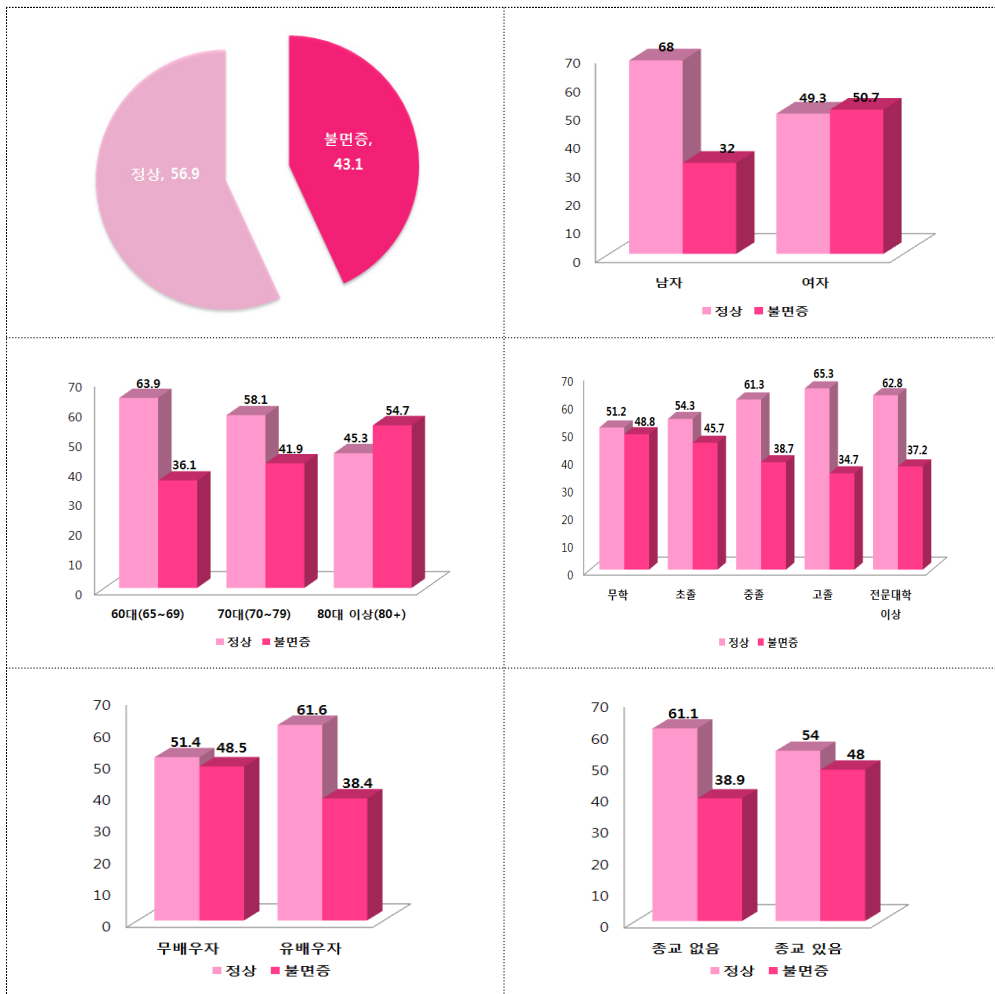
- 조사대상 노인 가운데 평생 동안 흡연 경험이 있는 노인은 33.9%(508명)이고, 현재 흡연을 하고 있다고 응답한 노인 비율은 10.6%(159명) 정도임.
- 현재 흡연하고 있는 노인 비율이 전체 조사대상 중 10.6%에 불과하지만 흡연 노인 가운데 약 38%는 하루 평균 한 갑 이상의 흡연을 하는 것으로 보고하였음.



6) 수면장애

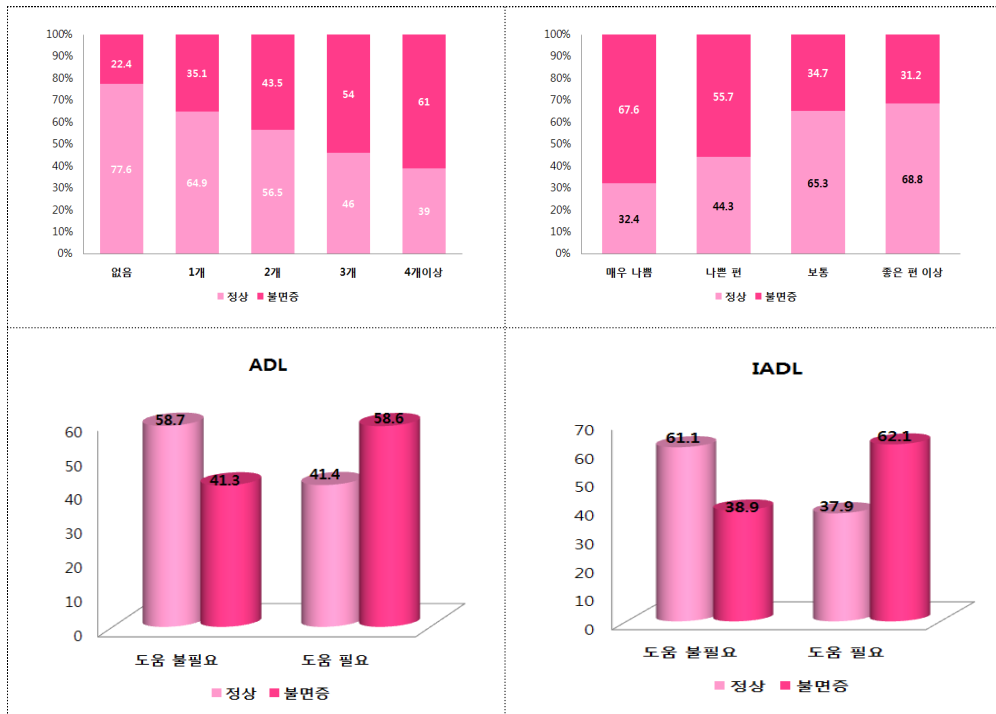
가. 인구사회학적 특성과 불면증

- 대전광역시 노인의 불면증 유병률은 43.1%(646명)로 높게 나타났지만, 잠을 자기 위해 처방을 받거나 약국에서 구입한 약을 먹는 경우는 20%에 조금 못 미치는 것으로 확인되었음.
- 여성노인이 남성노인보다 불면증이 많고, 연령대가 높을수록, 교육수준이 낮을수록 불면증이 있는 노인 비율이 높게 나타남.
- 배우자가 없는 노인의 불면증 비율이 높았으며, 종교가 있는 노인이 없는 노인에 비해 불면증이 높게 나타남.



나. 신체건강 특성과 불면증

- 만성질환을 많이 앓을수록, 자신의 건강이 나쁘다고 지각할수록 불면증의 비율이 높은 편이며, 일상생활에서 다른 사람의 도움을 필요로 할 정도로 ADL과 IADL 제약을 갖고 있는 경우 불면증이 높은 비율로 나타남.



다. 경제수준과 불면증

- 노인의 경제 상태와 주관적 경제상태 인식정도는 불면증에 큰 차이는 아니지만 영향을 미치며, 현재직업이 있는 노인이 상대적으로 수면의 어려움을 덜 경험하는 것으로 나타남.

라. 여가활동과 불면증

- 노인의 여가활동 영역이 없는 경우 48.5%가 불면증을 보이며, 1개 영역은 43.5%, 2개 영역은 38.6%, 3개 이상 영역은 41.2%로 노인의 여가활동은 불면증의 위험성을 낮추는 것으로 확인되었음.

제1장 서론

제1절 연구의 배경과 목적

고령사회 도래로 인한 노인인구의 증가는 단순히 복지수요가 늘어나는 것뿐 아니라 사회경제, 문화, 그리고 환경 등 우리 생활 전반에 영향을 주는 중요한 사회문제로 조명되고 있다. 현재 우리나라 노인세대의 모습은 높은 노인빈곤율과 노인자살률로 대표되는 부끄러운 자화상을 그려가고 있다. 대전광역시 노인 가구를 대상으로 한 조사에서도 노인의 경제적 어려움과 건강 문제가 가장 심각한 문제로 지적되어 우리 사회의 단면을 재확인하였다(김정득 외, 2014).

노인의 안정적인 노후생활과 성공적인 노후에 대한 관심이 커지고 있으나, 많은 노인들이 경제적 어려움과 만성질환뿐 아니라 의료, 주거, 생계, 차별과 폭력 등의 문제와 관련하여 노인 정신건강은 더욱 위협받을 것으로 예측된다(WHO, 2008). 우리나라도 급격히 증가하는 치매, 우울증, 자살 등 노인 정신건강 문제에 대한 대응이 시급한데 치매 관련해서는 그래도 치매조기검진사업 및 노인 장기요양보험 제도가 있으나 우울, 자살 등의 예방과 관리를 위한 노인 정신건강 전문 인프라는 아직 부족한 것이 사실이다.

노인 정신건강 증진을 위해서는 정신건강 문제의 조기발견과 진단, 사정, 통합적인 치료계획 등이 중요한데 특히 우울증 및 치매 문제와 함께 노인의 자살행동, 문제음주 등 복합적인 문제들에 대해 포괄적인 서비스를 제공하도록 서비스 접근성을 확보하고 통합적인 서비스 계획을 수립하는 것이 필요하다.

노인기초연금과 노인장기요양급여 비용의 일부를 부담하고 있는 지방정부에서는 노인복지서비스 대상자의 확대에 대비하지 않을 수 없으며 보다 객관적 현황파악을 근거로 정책적 대응책 마련이 시급한 상황이다. 이에 본 연구는 대전광역시 노인의 정신건강을 가늠해 볼 수 있는 노인치매, 우울, 자살생각과 시도 등에 대한 객관적인 자료를 근거로 현황을 파악하고, 이와 관련한 다양한 노인복지서비스가 이들의 다양한 욕구에 어느 정도 부응하는지 검토하였다.

특히 노인의 특성이 급격히 변화하고 있고 다양성이 커짐에 따라 신뢰도 높은 실태를 파악하는 것은 노인의 삶의 질 향상을 위한 복지정책 개발과 향후 고령사회 대응 정책 개발에 필수적이다. 본 연구를 통해 대전광역시 노인인구의 삶의 질을 개선하고 복지체감도를 높일 수 있는 정책방향성을 제시하고자 한다.

제2절 연구의 구성과 방법

1. 연구의 내용구성

보고서는 모두 5개의 장으로 구성되었으며, 각 장에서는 노인 정신건강을 인지기능저하(치매), 우울, 자살, 음주 및 흡연, 수면장애로 구분하여 각각 살펴보았다.

제1장 서론에서는 전반적인 연구의 배경과 목적, 연구내용의 구성과 연구방법을 담고 있다.

제2장 이론적 배경에서는 노인 정신건강 각 주제영역에 대한 개요 및 특성, 영향요인 등을 정리하였다.

제3장 노인 정신건강 현황 및 관련 정책은 총 5절로 구성되어 있으며, 1절 치매노인 현황 및 관련 정책 2절 우울현황, 3절 자살현황 및 관련정책, 4절 음주 및 흡연현황, 5절 노인 수면장애 현황 등에 대해 살펴보았다.

제4장 연구결과에서는 인지기능저하(치매), 우울, 자살, 음주 및 흡연, 수면장애로 구분하여 대전광역시 노인 정신건강에 관한 분석결과를 제시하였다.

제5장 결론에서는 대전광역시 노인의 정신건강에 관한 두드러진 특징들을 중심으로 종합적 논의를 다루었다. 이를 바탕으로, 향후 노인 정신건강과 관련하여 필요한 복지 정책 및 관련제도에 대한 정책제언을 제시하였다.

마지막 **부록**에서는 대전광역시 노인 실태조사 조사표와 본문에 포함하지 않은 보충내용을 제시하였다.

2. 조사표 개발 및 구성¹⁾

대전광역시 노인 정신건강 연구는 2014년 「대전광역시 노인실태조사」와 함께 진행하였다. 2014년 「대전광역시 노인실태조사」를 위한 조사표는 보건복지부에서 실시한 ‘2011년도 노인 실태조사’의 조사표를 근간으로 하였으며, 노인을 포함하고 있는 한국노동패널조사, 국민노후 보장패널조사, 한국복지패널, 고령화연구패널조사 등의 조사표를 참조하였다. 아울러 서울시연구원, 부산복지개발원, 경기개발연구원 등 각 지방자치단체 단위의 노인실태조사의 조사표를 참조하여 보완 및 수정의 과정을 통해 개발되었으며, 노인실태조사표의 초안에 대하여 학계의 노인복지 전문가, 노인복지실천현장 전문가의 의견수렴을 통해 추가적으로 검토 및 수정하였다.

1) 보다 자세한 조사방법(조사표 개발 및 구성, 조사수행 및 자료처리)과 표본설계는 2014년 「대전광역시 노인실태조사」 참조.

조사표를 최종적으로 확정하기에 앞서 사전조사를 통해 수정 및 보완하였다. 사전조사는 2014년 4월 15일과 4월 23일 두 차례에 걸쳐 노인 10명을 대상으로 노인복지관, 경로당, 지역사회의 공원, 가정 등 다양한 장소에서 실시하였으며, 대상 노인의 성별과 연령대를 고려하여 실시하였다. 사전조사를 통해 노인 실태조사에 관한 필요성, 문항의 난이도 및 내용의 적절성, 조사내용에 대한 이해 및 응답의 어려움 파악, 조사에 소요되는 시간, 노인대상 면접조사 시 유의사항 등을 파악 및 반영하여 최종 수정하여 구성하였다.

대전광역시 노인실태조사의 주요 설문내용(조사표) 일부분을 재구성하여 사용하였으며, 대전광역시 노인의 인구학적 특성, 사회적 관계, 건강 및 보건의료, 경제상태 및 경제활동, 여가 및 사회참여, 인지기능, 우울 및 자살, 음주 및 흡연, 수면 등이 주요내용이다. 세부내용은 다음의 표와 같다.

〈표 1-2-1〉 대전광역시 노인 정신건강 연구 조사표

영역		내용
인구사회학적 특성		성, 연령, 교육수준, 결혼상태, 종교
가족 및 친구 관계	가족관계	자녀 수(생존 자녀 수, 동거 자녀 수, 비동거 자녀 수), 따로 사는 자녀와의 연락 및 접촉 빈도, 가구형태
	사회적 관계	형제자매친인척친구이웃의 수, 형제자매친인척친구이웃 연락 및 접촉 빈도
건강 및 보건의료	건강상태	주관적 건강상태, 만성질환 여부
	건강행태	흡연 여부 및 정도, 음주 여부 및 정도, 문제음주 수준, 수면 상태
	신체 기능 및 일상생활수행능력	ADL/IADL 판별문항 10개
	정신건강	정신건강문제, 우울대인기파자살충동 및 자살생각 여부, 죽음생각 및 자살
경제상태 및 경제활동	경제상태	주관적 생활수준, 월평균 수입(가구, 노인)
	경제활동	현재 경제활동 여부
여가 및 사회참여	여가활동	모임 및 단체 활동(참여여부, 참여빈도, 참여단체 수)
인지기능		MMSE-K 19문항, 인지기능검사 동의서(희망자에 한함)

3. 연구방법

1) 문헌연구

대전광역시 노인 정신건강을 치매(인지기능저하), 우울, 자살, 음주 및 흡연, 수면장애 측면에서 살펴보고자 하였으며, 이와 관련한 개념과 선행연구를 분석하기 위하여 국내외 문헌 및 연구를 검토하였다. 또한 노인 관련 저서, 연구논문, 정책보고서 등을 전반적으로 활용하였다.

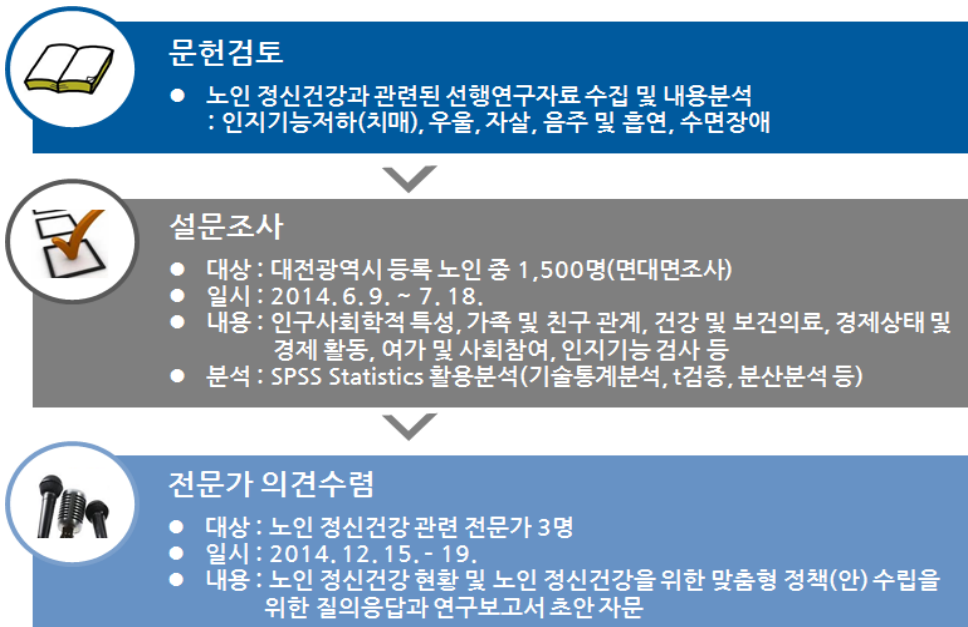
2) 설문조사

본 연구에서는 2014년 「대전광역시 노인실태조사」의 조사표 일부내용 중 노인 정신건강관련 내용을 중심으로 재구성하여 분석하였다. 조사대상은 2014년 「대전광역시 노인실태조사」를 위해 자치구 및 78개 행정동 별로 성별, 연령대, 독거노인 여부 등을 고려한 확률표집 방법을 통해 추출된 1,500명에 관한 데이터가 결과분석에 활용되었다.

3) 전문가 의견수렴

대전광역시 노인 정신건강을 위한 맞춤형 정책(안)을 수립하기 위하여 노인 당사자 및 노인 관련단체, 학계 등 전문가들의 다양한 의견을 수렴하여 반영하였다.

[그림 1-2-1] 연구의 방법



4. 분석방법

본 조사의 일차적 목적은 대전광역시 노인의 정신건강 현황을 제시하는 것이기 때문에, SPSS 20.0 통계프로그램을 사용하여 기술통계 분석, 교차분석, 분산분석을 주로 사용하였다.

제2장 이론적 배경

제1절 치매

1. 치매의 개요

1) 치매의 정의

'치매(dementia)'라는 말은 라틴어에서 유래된 말로서 “정신이 없어진 것”이라는 의미를 가지고 있다. 치매는 후천적으로 다양한 원인으로 인해 기억, 언어, 판단력 등의 여러 영역의 인지기능이 떨어져서 일상생활에 상당한 지장이 나타나는 임상 증후군이다. 인지기능의 장애뿐 아니라 망상, 환각, 성격변화, 배회 등과 같은 정신행동 증상이나 보행장애나 실금 등의 신경학적 증상이 동반 되는 경우도 많다.

2) 치매의 원인

뇌를 포함한 중추신경계에 구조적 혹은 기능적 이상을 초래하는 모든 질환이 치매를 유발할 수 있다. 지금까지 치매를 유발하는 것으로 알려진 질환은 약 70가지에 이르며, 크게 가역성 치매와 비가역성 치매로 나눌 수 있다. 가역성 치매란 원인 질환을 치유하면 다시 정상으로 되돌아올 수 있는 치매를 말하며, 우울증을 비롯하여 약물, 알코올 및 화학물질 중독에 의한 정신과적 질환 등이 원인이 된다. 가역성 치매는 전체 치매의 10%로 알려져 있다.

그러나 치매의 대부분은 비가역성 치매로 알츠하이머병, 픽병과 같은 퇴행성 치매, 혈관성치매, 알코올성 치매 등이 이에 속한다. 전체 치매 중 알츠하이머 치매가 가장 흔하다.

3) 치매의 증상

기억력 장애는 알츠하이머뿐 아니라 모든 치매에서 공통적으로 나타날 수 있는 증상으로서 초기에 단기 기억력의 감퇴가 주로 나타나며 이로 인하여 새로운 정보를 습득하는 능력을 잃게 된다. 시간이 지남에 따라 장기 기억력의 감퇴도 동반하게 된다.

기억력 장애로 새로운 정보의 습득, 유지하는 능력이 상실되면 환자는 최근의 사건들을 주제로 한 화제에 참여할 수 없게 되며 이로 인해 스스로 화제를 회피하여 흥미를 잃은 것처럼 보이게 된다.

언어 장애는 기억력의 감퇴와 마찬가지로 치매의 초기에서부터 나타날 수 있는데 처음에는 그 변화를 매우 포착하기 어렵고 신경심리학적 검사에서나 발견될 수 있다. 명칭 실어증은 올바른 단어의 명칭을 찾는 것이 어려운 것으로 알츠하이머병의 경우에는 매우 특징적인 증상의 하나이다.

시공간 능력 장애는 환자가 익숙한 거리에서 길을 잃거나 심하게는 집안에서 방이나 화장실 등을 찾아가지 못하는 증상으로까지 발전할 수 있다. 자동차를 운전하는 경우에 목적지를 제대로 찾아갈 수 없게 되기도 한다.

실행능력 장애는 감각 및 운동기관이 온전한데도 불구하고 어떤 의도적인 행동을 못하는 경우를 말한다. 초기에 환자는 운동화 끈을 매지 못한다던가 하는 증상에서부터 시작하여 몇 가지 순서를 밟아야 되는 일, 가령 식탁 차리기에 어려움을 느끼게 된다. 치매가 진행됨에 따라 식사를 하거나 옷을 입는 단순한 일에서조차 장애가 나타난다.

치매 환자가 판단력 장애의 증상을 보이게 되면 직장에서만 뿐만 아니라 가족과 친지들에게도 뚜렷한 이상이 있는 것으로 인식되어진다. 예를 들어 환자는 적거나 또는 큰 규모에서 돈 관리를 제대로 못하게 되며 때로 필요 없는 물건을 사기도 한다.

보통 ‘건망증’이라고 불리는 기억력 감퇴는 정상적인 노화 과정에 수반되어 나타나는 노령의 흔한 현상이므로 초기 치매 환자들이 보이는 기억력 장애와 구별해야 한다. 우선 건망증의 경우에는 사건이나 경험의 내용 중 일부분을 잘 기억하지 못하는 반면, 치매 환자의 경우 그러한 사건이나 경험이 있었다는 사실 자체를 기억하지 못하는 경우가 많다. 또 건망증의 경우에는 기억나지 않던 부분이 어느 순간 다시 떠오르는 경우가 많지만, 치매 환자에서는 그런 경우가 거의 없다. 아울러 치매는 건망증과는 달리 진행성 장애이기 때문에 기억력 장애는 점점 더해져 직무 수행이나 가정생활에 영향을 주게 된다. 따라서 기억력이 계속 조금씩 나빠진다면 건망증보다는 치매를 의심해 보아야 한다.

4) 치매의 유형

(1) 알츠하이머병

알츠하이머병은 퇴행성 뇌질환으로 치매를 일으키는 원인 중 가장 흔하다. 이 병은 매우 서서히 발병하여 매우 서서히 악화되는 특징적인 경과를 보인다. 그래서 발병 초기에는 노년기에 흔한 양성 건망증과 혼동되는 경우가 매우 많다.

(2) 혈관성 치매

알츠하이머병 다음으로 많이 나타나는 것이 뇌혈관이 막히거나 좁아지는 등의 원인으로 발생하는 혈관성 치매이다. 혈관성 치매는 갑자기 시작되고 갑작스럽게 상태가 악화되는 경우가 많아 점진적인 경과를 보이는 알츠하이머병과 임상적으로 차이를 보인다. 흔히 ‘중풍 앓고 나시더니 갑자기 이상해졌다’는 경우 혈관성 치매일 가능성이 높다.

CT 또는 MRI 등 뇌영상 검사를 시행하면 혈관성 치매 환자의 경우 뇌경색 또는 뇌출혈 등 뇌혈관 질환의 흔적이 확인된다. 흔히 혈관성 치매인 경우에는 초기부터 편마비, 구음장애, 안면 마비, 연하곤란(음식을 삼키는데 어려움을 느낌), 편측 시력상실, 시야장애, 보행장애, 실금 등의 신경학적 증상을 동반하는 경우가 많다.

(3) 기타 치매

치매 중 10% 내외는 원인 질환에 대한 치료를 통해 증상 개선이 아닌 근본적인 치매 치료가 가능하다는 것이다. 치료 가능한 대표적인 치매 원인 질환으로는 우울증(가성치매), 약물 및 알코올 중독, 갑상선 질환(갑상선 기능저하증) 등의 대사성 질환, 비타민 B12 또는 엽산결핍 등의 결핍성 질환, 정상압 뇌수두증(normal pressure hydrocephalus), 경막하 혈종, 뇌종양 등이다. 이러한 가역성 치매의 치료예후는 상당부분 조기치료에 의해 결정되므로 치매 증상을 보일 때는 빨리 전문 병원을 찾아 정확한 진단을 받는 것이 필요하다.

그 외 뇌의 퇴행성변화로 발생하는 치매로는 전두측두엽 치매, 루이체 치매, 파킨슨병에 의한 치매가 있다.

전두측두엽 치매는 전두엽 혹은 측두엽을 침범하여 특징적인 성격변화와 이상행동을 보이거나 초기부터 언어장애를 보이는 드문 형태의 치매이다. 전두엽과 측두엽이 위축되기 때문에 뇌 영상이 진단에 도움이 된다.

루이체 치매는 반복되는 환시, 파킨슨 증상, 인지 장애가 특징적으로 나타난다. 뇌 부검에서 루이체가 발견되어 루이체 치매로 명명하였다.

파킨슨병은 운동 기능에 영향을 주는 것으로 시작하여 진전(떨림), 경직, 보행 장애, 근육 조절의 장애, 무표정, 언어 장애로 나타난다. 파킨슨병은 뇌에서 루이체가 발견되는 질환 중의 하나이다. 특발성 파킨슨병 환자들의 약 40%는 질환의 후기 단계에서 치매가 발생한다.

5) 치매의 경과

치매의 임상경과는 치매의 원인에 따라 매우 다양한 양상을 보이므로 일률적으로 기술하기는 무척 어려우나 치매노인의 대부분을 차지하는 알츠하이머병과 혈관성 치매에 대하여 그 특징적인 점들만 언급하면, 전자에서는 인지기능의 장애가 서서히 일어나서 점점 심해지며, 후자에서는 갑작스런 발병을 보이거나 계단식의 악화를 보이는 경우가 흔하다.

일반적으로 환자의 신체적 장애는 비교적 후기에 나타나는데 시간이 갈수록 환자는 보행의 장애로 주로 의자와 침대에서만 지내게 되며 전신의 근육 경직이 나타나고 요실금 또는 변실금이 빈번해진다. 경련성 발작이나 간대성 근경련 등이 일부 환자의 말기에서 나타날 수 있다.

치매노인이 사망하는 직접적 원인 중에 가장 흔한 이유는 폐렴, 요로 감염증, 욕창성 궤양 등의 감염으로 인한 패혈증이다.

6) 치매의 진단

치매의 진단은 환자가 치매 상태인지를 판단하고, 환자에게 치매 상태를 유발시킨 원인 질환을 찾아내는 과정이다. 현재 치매의 유일한 확진법은 뇌 조직검사뿐이나, 통상 진단을 위해 뇌 조직 검사를 시행하는 경우는 없다. 임상에서는 전문의가 철저한 병력청취와 이학적 검사, 신경학적 검사 및 정신 상태검사, 신경심리학적 검사(신경인지기능 검사), 혈액 및 요검사와 심전도검사, 뇌 단층촬영(CT)과 뇌 자기공명촬영(MRI) 등을 포괄적으로 시행하고 그 결과를 종합 분석함으로써 치매를 진단하게 된다.

2. 치매의 위험인자

노년기 치매는 인구학적 인자와 유전적 위험인자뿐만 아니라 다양한 환경적 위험인자와 신체적 정신적 건강 상태 등이 치매의 발병에 위험인자로서 기여한다.

1) 사회인구학적 위험인자

(1) 연령

고령은 치매의 가장 일관되고 강력한 위험인자이다. 2008년 전국 치매유병률 조사 결과 치매

유병률은 60세 이후에 급증하며 매 5년마다 두 배로 증가한다. 치매 환자는 80세 이상 초고령층이 가장 많은 반면, 경도인지장애는 70-74세 연령층이 가장 많은 비중을 차지하였다.

(2) 성별

대부분의 역학연구에서 남성에 비해 여성이 알츠하이머 치매의 발병 위험성이 더 높았다. 여성이 알츠하이머 치매에 더 잘 걸리는 이유로는 첫째, 여성의 평균 수명이 남성보다 길고, 둘째, 알츠하이머 치매의 방어인자일 가능성이 있는 에스트로겐이 나이든 여성에서 크게 감소한다는 점 등이 제기되고 있지만(Youn et al., 2005), 아직 그 기전은 완전히 규명되지 않고 있다. 한편, 혈관성 치매의 위험성은 여성에 비해 남성에서 오히려 더 높다는 연구 보고들이 있으며, 뇌졸중의 주요 위험인자인 흡연이나 음주 등이 여성에 비해 남성에 많다는 점이 그 기전으로 제시되고 있다(Tatemichi et al., 1994).

(3) 교육수준

학력과 치매 발병과의 연관성은 역학연구에서 가장 논란이 많은 부분이다. 한 연구에서 8년 이상의 교육을 받은 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 알츠하이머 치매의 위험이 반으로 감소한다고 보고하였지만, 반대의 연구 결과도 있다(Youn et al., 2005). 2008년 전국 치매유병률 조사 결과 무학자 비율도 치매 환자는 59.4%, 경도인지장애 환자는 42.8%로 정상 노인의 25.5%에 비해 높았다. 문맹자의 비율도 동일한 양상을 보였다.

2) 유전적 위험인자

(1) 치매 가족력

알츠하이머 치매 환자의 직계 가족은 다른 사람에 비해 알츠하이머 치매에 걸릴 가능성이 2-4배 높고, 직계 가족 내에 2명 이상의 알츠하이머 치매 환자가 있을 경우, 위험성은 현저히 증가하게 된다(Devi et al., 2000).

(2) 유전자 돌연변이 및 다형성

21번 염색체에 위치한 아밀로이드 전구단백 유전자, 14번 염색체에 위치한 Presenilin 1 유전자, 1번 염색체에 위치한 Presenilin 2 유전자에 돌연변이가 있을 경우, 상염색체 우성으로 유전되는

유전성 알츠하이머 치매를 유발한다. 그러나 이런 유전성 알츠하이머 치매는 주로 40~50대에 발병하며, 전체 치매 환자의 극히 일부에 지나지 않는다. 대부분의 알츠하이머 치매 환자는 이러한 유전자 돌연변이가 없이 발생하게 되는데, 이런 유형의 산재성(sporadic) 알츠하이머 치매의 위험성은 19번 염색체에 위치한 아포지단백(APOE) 유전자의 다형성에 의해 영향을 받는다. APOE 유전자는 $\epsilon 2$, $\epsilon 3$, $\epsilon 4$ 등 세가지 대립유전자를 갖는데, $\epsilon 4$ 대립유전자가 있을 경우 알츠하이머 치매의 발병 위험성이 3배 가량 높아진다.

(3) 다운증후군(Down syndrome)

비록 모든 환자가 임상적으로 알츠하이머 치매가 되는 것은 아니지만, 40세까지 생존하는 다운증후군 환자의 대부분이 뇌에서 알츠하이머 치매의 특징적인 병리소견을 보인다.

3) 환경적 위험인자

(1) 흡연

기존 치매 역학 연구에서 흡연은 치매 발병 위험성을 낮춘다는 보고부터 영향이 없거나 증가시킨다는 보고까지 일관성이 없었다. 그러나 최근 19개의 치매 역학 연구에 대한 메타 분석에서 흡연은 알츠하이머 치매의 위험성을 1.79배, 혈관성 치매의 위험성을 1.78배 높이는 것으로 분석되었다(Anstey et al., 2007).

(2) 음주

23개의 역학 연구에 대한 메타분석에서 소량의 음주는 주종에 관계없이 치매의 위험성을 0.63배, 알츠하이머 치매의 위험성을 0.57배 수준으로 낮추는 것으로 보고되었다. 그러나 혈관성 치매의 위험이나 인지감퇴의 위험에는 긍정적인 효과가 없었다(Peters et al., 2008). 그러나 음주와 치매 발병위험성과의 관계는 J형 또는 U형으로, 과도한 음주는 오히려 치매의 발병 위험성을 증가시키게 된다(Thomas et al., 2001).

(3) 영양

산화작용이 알츠하이머병의 발병기전에 매우 중요한 역할을 하기는 하지만 항산화작용이 큰 비타민 C, E 등이 알츠하이머 치매를 방어할 수 있는지에 대해서는 아직 논란이 많다. 육식을

주로 하는 사람들은 채식을 주로 하는 사람들에 비해 치매가 발생할 위험성이 높으며, 높은 혈중 지질 총량, 포화 지방, 콜레스테롤이 치매 발병 위험성을 2배 이상 높인다고 보고되었다(Kalmijn et al., 2000). 지방은 죽상동맥경화증, 염증반응, 세포 기능저하 및 베타 아밀로이드 증가를 통해 치매의 발병 위험을 증가시키는 것으로 보인다.

(4) 사회적 지지망 및 활동

미혼, 독거, 사회적으로 고립된 노인들은 그렇지 않은 노인들에 비해 알츠하이머 치매의 발병 위험성이 높았다(Helmer et al., 1999). 사회적인 활동이 활발하지 못하거나 여가활동을 즐기지 않는 노인의 경우도 역시 알츠하이머 치매의 위험이 높았다. 예를 들어, Bronx Aging study연구에서 Verghese 등은 치매에 걸리지 않은 75세 이상 노인 469명을 5년 이상 추적한 결과, 여가활동, 독서, 보드게임, 악기 연주, 춤 등의 활동을 한 경우 치매 발생률이 감소됨을 확인하였다. 이들의 연구에 따르면 1주일에 하루 이상 이런 활동에 참여한다면 치매의 위험을 70% 이상 감소시킬 수 있을 것으로 기대된다(Verghese et al., 2003).

4) 신체적 정신적 건강상태

(1) 심뇌혈관질환

대부분의 혈관성 위험인자는 혈관성 치매뿐 아니라 알츠하이머 치매와도 연관이 있는 것으로 알려지고 있다. 뇌혈관 질환의 가장 중요한 위험인자인 고혈압은 인지기능 저하 및 혈관성 치매의 중요한 위험인자이다. 콜레스테롤도 알츠하이머 치매와 혈관성 치매 발병에 중요한 역할을 한다.

(2) 우울증

우울증은 알츠하이머 치매의 발병위험성을 2배 이상 증가시킨다.

(3) 뇌 외상

경한 뇌 외상의 병력은 치매의 발병위험성에 영향을 주지 못하는 것으로 보이지만, 중등도 내지 심각한 뇌 외상의 병력은 기전은 명확하지 않으나 치매의 위험성을 높일 수 있는 것으로 보인다(Plassman et al., 2000).

(4) 내분비 질환

당뇨병이 알츠하이머 치매 발병에 미치는 영향은 아직 논란이 있으나, Cardiovascular Health Study에서는 APOE ε4와 함께 알츠하이머 치매 및 혼재성 치매의 위험성을 증가시키는 것으로 보고되었다(Irie et al., 2008). 갑상선 기능저하증 또한 치매의 위험인자로 알려져 있다.

(5) 에스트로겐

에스트로겐 대체 요법(estrogen replacement therapy; ERT)이 폐경 후 여성에서 알츠하이머 치매 발병 위험성을 낮춘다는 보고들이 있었지만, 최근 미국 국립 보건원의 지원을 받아 실시된 대규모 전향적 역학 연구에서 ERT가 폐경기 여성의 인지기능을 호전시키지 못할 뿐만 아니라, 경도인지손상과 치매의 위험성을 오히려 증가시키는 것으로 확인되었다(Mulnard et al., 2000).

(6) 진통소염제

염증 반응이 알츠하이머 치매의 중요한 뇌 병리 소견이기는 하지만, 알츠하이머 치매에 대한 비스테로이드성 진통소염제(NSAID)의 예방 및 치료 효과에 대한 연구는 일관된 결과를 얻지 못하고 있다.

제2절 우울

1. 우울의 개요

1) 우울의 정의

우울증은 가장 흔한 정신장애 중 하나이며 임상적으로 활동증상, 인지증상, 충동조절 장애, 행동증상과 신체증상 등 다양한 조합으로 이루어진 증후군이다(남윤영 외, 2002). 미국 정신질환 협회의 DSM-V에 의하면 우울은 기분장애로 분류되며 정상적인 기분변화에서 병적인 상태에 이르는 근심, 침울함, 무력감, 무가치함을 나타내는 정서 상태이며(Battel, 1978), 세계보건기구에 의하면 기분의 저하, 의욕이나 흥미의 상실, 죄의식, 수면장애, 식이장애, 집중력저하를 보이며 일상생활이나 사회생활에 심각한 지장을 주는 상태로 정의 한다(WHO, 2009).

〈표 2-2-1〉 우울증 정의

증상	내용
활동증상	수면, 식욕, 체중, 성욕의 변화
인지증상	주의-집중력 장애, 기억력 장애, 부정적인 사고
충동조절 장애	자살이나 타살의 위험성 증가
행동증상	동기와 즐거움 상실, 피로감 증가
신체증상	두통, 소화불량, 근육통

2) 우울의 유형

(1) 일차적 우울

일차적 우울 또는 내인성 우울은 개인 내부의 요인에 의해 야기되는 것으로 내부의 정신적 신체적 문제 때문에 생기는 우울증으로 개인의 생활에서 특정 스트레스 요인이나 불행한 사건이 없이도 생기는 우울증을 말한다.

(2) 이차적 우울

이차적 우울 또는 외인성 우울은 스트레스를 주거나 불행한 외부의 스트레스 및 생활사건에 의해 야기되는 것으로 현재 슬픔을 겪거나 낙담을 겪는 중인 개인에게 생기는 병리적인 수준의 우울한 상태를 말한다.

〈표 2-2-2〉 DSM-V에 기초한 우울증 진단(APA, 2013)

1. 거의 매일 혹은 하루 내내 우울한 기분
2. 흥미나 즐거움 상실
3. 식욕변화 및 체중변화
4. 불면 또는 과수면
5. 거의 매일 정신운동 흥분 또는 지체
6. 피로 또는 에너지 상실
7. 무가치감 또는 죄책감
8. 집중능력의 감소 또는 결정 곤란
9. 죽음에 대한 반복적인 생각, 자살충동 및 자살시도

3) 우울관련 요인

우울의 발생을 보면, 인구사회학적 요인과 건강행태와 큰 관련이 있는 것으로 알려져 있다. 우울 관련 인구사회학적 요인으로는 성별, 연령, 교육수준, 배우자 유무, 경제적 상태 등이 있다. 건강행태 요인으로는 흡연, 음주, 만성질환, 신체적 건강문제, 인지기능, 지각된 건강수준 등이 있다.

2. 노인의 우울

노년기에는 신체기능 저하와 만성질환 등으로 무기력감, 절망감으로부터 우울감을 경험하게 된다. 노인의 우울은 전형적인 성인의 우울증상이 나타나지 않고 노화로 인한 것인지 구별이 어렵기 때문에 노인의 우울을 발견하고 치료하기가 쉽지 않다. 노인들은 심리·사회·신체적인 요소의 변화, 고독감 및 고립감, 의미 있는 대상자의 죽음, 신체적 질환 등의 원인으로 우울을 경험하게 된다. 노인의 경우 남성보다 여성이, 배우자가 없거나 학력수준이 낮은 노인의 경우 그렇지 않은 경우보다 우울증상이 나타날 확률이 높다. 노화로 나타나는 신체, 정신, 사회, 심리적 변화는 노인의 수면패턴에도 영향을 미치게 되며 불면증으로 악화되는 경우 노인의 우울과 밀접한 관계를 갖는다. 또한 신체장애와 관련하여 뇌졸중은 뇌손상을 일으켜 장기적인 우울과 신체적인 기능 장애를 함께 유발시키기도 한다.

제3절 자살

1. 자살의 개요

1) 자살의 정의

자살은 Durkheim(1897)에 따르면 “장차 초래될 결과를 알고 자신에게 행하는 적극적 또는 소극적 행동의 직접 또는 간접적 죽음의 형태를 띠고 있는 자신에 대한 살인행위”로 정의하며, 자살은 자살생각, 자살계획, 자살시도 및 자살사망의 4개의 차원으로 구분된다(Reynolds, 1988; 홍영수, 2009).

2) 자살의 원인

자살의 원인에는 여러 가지 요인이 있지만, 크게 인구사회학적 요인, 인지·심리적 요인, 사회환경적 요인으로 나누어 볼 수 있다. 개인적 결정요인은 자살시도자의 연령, 성별, 결혼상태, 소득, 직업, 종교 등에 따른 차이를 의미한다. 인지·심리적 요인으로는 우울, 자아존중감, 자기효능감, 인격성 장애 등 개인의 정신건강 관련 문제와 관련이 있다. 사회환경적 요인은 실업률, 이혼율, 경기침체 등과 공공사회정책의 국가적 차이, 국가의 자살에 대한 문화적 태도 등이 포함된다.

〈표 2-3-1〉 자살의 주요 원인 및 상관관계

분석 수준		변수명	상관관계
개인 수준	인구학적 요인	성별 연령 결혼상태 종교 유무	남성(+) 65세 이상(+) 사별이나 이혼(+) 종교 없음(+)
	건강상태	신체질환 정신질환	신체질환자(+) 정신질환자(+)
	사회경제적 지위	교육 수준 소득수준 직업	교육수준이 낮을수록(+) 소득수준이 낮을수록(+) 육체직 종사자(+)
사회 수준	경제요인	경제성장률 실업률 GDP/capita 소득양극화	경제성장률 낮을수록(+) 실업률 높을수록(+) GDP/capita(경제수준에 따라 + 또는 -) 양극화가 커질수록(+)
	사회요인	출산율 이혼율 여성의 경제활동참여율	출산율이 높을수록(-) 이혼율이 높을수록(+) 서구(-), 한국(+)
	공공정책요인	총 사회지출	총 사회지출이 많을수록(-)
	문화요인	종교성 자살에 대한 문화 노인 및 젠더의식	종교적 삶(-) 자살금지 문화(-) 노인과 젠더 차별의식(+)

*주: + 부호는 자살을 높이는 방향으로, - 부호는 자살을 낮추는 방향으로 관련성이 있음.

자료 : 충남대학교병원 공공보건의료사업실(2013)

3) 자살의 위험요인과 보호요인

자살에 이르기까지 영향을 미치는 위험요인과 보호요인이 있다. 앞서 자살의 영향요인은 여러 가지 있으며, 이는 보호요인과 위험요인으로 구분된다. 일반적 요인에서 자살의 위험요인은 개인의 과거 자살시도력, 자살생각에 대한 표현, 우울 및 불안감정, 의식주 등의 생물학적 욕구의 감소,

알코올 중독 등이 있다. 반면 보호요인으로는 강한 삶의 의미 및 목표의식, 원활한 사회적 기술, 신체적 및 정신적 건강, 가족 및 사회적 지지, 낙관적인 태도 등이 있다.

심리적 요인에서의 자살 위험요인은 실패에 대한 자책감 및 자기처벌, 차별경험 및 부당한 대우를 받았다는 느낌, 충동적이거나 정서적으로 불안한 성격이다. 반면 보호요인은 강한 통제력과 자아 존중감이 있다. 사회환경적 요인에서의 위험요인은 개인의 주변 환경에서의 요인으로 가정폭력, 불화 등의 스트레스, 압박적 스트레스, 폭력적이고 선정적인 생명경시문화, 사회경제적 지위, 경제위축 등이 있다.

사회환경적 요인에서 자살의 보호요인은 대인관계의 강한 연대감, 가족 및 사회의 강한 지지, 다양한 사회참여활동, 자원봉사활동, 종교 활동, 자살예방에 대한 지역사회의 관심과 지원 등이 있다.

마지막으로 정신병리적 요인은 자살의 위험요인으로 강한 연관성이 있는데, 이는 정신과적 질환이 있는 경우, 정신질환 또는 자살에 대한 가족력이 있는 경우, 만성질환, 발달적 외상 등이 위험요인이다.

〈표 2-3-2〉 자살의 위험요인과 보호요인

	자살의 위험요인	자살의 보호요인
일반적 요인	- 과거 자살시도력 - 극도의 우울 및 불안 - 자살생각의 표현 - 생물학적 욕구 감소상황 - 알코올 중독 - 미혼이거나 독신으로 혼자거주	- 삶의 가치나 의미에 대한 강한 믿음 - 뚜렷한 목표의식 - 사회적 기술 - 신체적, 정신적 건강 - 사회적 지지 - 낙관적인 태도 - 절제력 - 약물치료에 순응적인 태도
심리적 요인	- 실패에 따른 자책감 및 자기처벌 - 차별경험 - 충동적 및 정서적 불안	- 충동 통제력 - 강한 자아존중감 - 강한 자기통제감 - 개인의 심리적 강점
사회환경적 요인	- 가정폭력, 불화 등의 스트레스 - 압박적 스트레스 - 폭력적, 선정적인 생명경시문화 - 사회경제적 지위	- 대인관계의 강한 연대감 - 사회적 지지 - 다양한 사회활동 참여 - 자살예방에 대한 지역사회의 관심과 지원 - 자원봉사활동 - 종교활동
정신병리적 요인	- 정신과적 질환보유 - 자살 또는 정신질환의 가족력 - 만성질환 - 발달적 외상	

주 : 2014년 12월 말 기준

자료 : 대전광역시정신건강증진센터 홈페이지(2014)

2. 노인의 자살

자살을 연령대로 나누어보면, 청소년자살, 성인자살, 노인자살로 구분하여 볼 수 있다. 청소년의 자살은 대체로 단일요인이 자살을 유발시키는 경향이 있으며, 스트레스 유발에 대한 즉각적인 반응으로 자살을 선택하는 경향이 있다. 성인의 자살의 경우, 여러 가지 요인이 복합적으로 작용하여 스트레스 및 자극 이후에 자살행동을 보이는 경향이 있다. 노인의 자살 경우, 청소년과 성인과는 다른 양상을 보인다. 노인은 다른 연령층에 비해 배우자, 친지·가족, 친구·이웃 등의 사별을 여러 차례 경험하고 만성적인 신체질환을 갖고 있으며, 퇴직 이후 소득원의 감소로 인한 경제적 어려움을 겪는 등 다양하고 복합적인 스트레스 요인에 의해 자살행동을 선택한다. 또한 일반인의 경우 자살시도 대 자살사망의 비율은 200대 1인 반면, 노인은 4대 1로 매우 대조적인 차이를 보인다(Yeon & Ryu, 2001).

제4절 음주 및 흡연

1. 음주

1) 음주의 개요

(1) 문제음주의 정의

문제음주는 신체적, 심리적, 사회적, 법적, 경제적, 영적기능 및 가족관계와 대인관계에 문제를 초래하는 음주행동으로 정의된다. 문제음주는 개인이 음주 후 경험할 수 있는 장·단기의 문제를 의미하기도 한다. 미국 정신질환협회의 DSM-V에서는 알코올사용장애라고 알코올남용(Alcohol Abuse)과 알코올의존(Alcohol Dependence)을 합쳐 경도, 중등도, 중증도로 구분하였다.

(2) 알코올 사용장애의 구분

알코올 사용장애는 DSM-V의 알코올 사용장애의 11개 기준에서 지난 12개월간 2가지 기준이 해당하는 경우 알코올 사용장애로 분류된다. 2-3개의 기준이 해당되면 경도 알코올 사용장애, 4-5개의 기준이 해당되면 중등도 알코올 사용장애, 6개 이상의 기준이 해당되면 중증도 알코올 사용장애로 구분된다(NIAAA, 2013; 여성가족부 외., 2014).

〈표 2-4-1〉 DSM-V 알코올 사용장애 기준

1. 알코올을 종종 예상했던 것보다 더 많은 양 또는 더 오랜 기간 마신다.
2. 알코올 사용을 줄이거나 통제하려는 지속적인 욕구를 갖고 있거나 노력이 매번 실패한다.
3. 알코올을 획득하고 사용하고 그 효과로부터 회복하는 데 많은 시간을 허비한다.
4. 알코올 마시고 싶은 갈망이나 강렬한 욕구를 지닌다.
5. 반복적인 알코올 사용으로 인해서 직장, 학교나 가정에서의 주된 역할 의무를 수행하지 못한다.
6. 알코올의 효과에 의해서 초래되거나 악화되는 사회적 또는 대인관계적 문제가 반복됨에도 불구하고 지속적으로 알코올을 사용한다.
7. 알코올 사용으로 인해서 중요한 사회적, 직업적 또는 여가 활동이 포기되거나 감소한다.
8. 신체적 위험이 존재하는 상황에서도 반복적으로 알코올을 사용한다.
9. 알코올에 의해서 초래되거나 악화될 수 있는 지속적인 신체적 또는 심리적 문제가 있음을 알면서도 알코올 사용을 계속한다.
10. 내성(tolerance)이 다음 중 하나의 방식으로 나타난다.
 - a. 중독(intoxication)이 되거나 원하는 효과를 얻기 위해서 현저하게 증가된 양의 알코올이 필요하다.
 - b. 같은 양의 알코올을 지속적으로 사용함에도 현저하게 감소된 효과가 나타난다.
11. 금단(withdrawal)이 다음 중 하나의 방식으로 나타난다.
 - a. 알코올의 특징적인 금단 증후군이 나타난다.
 - b. 금단 증상을 감소하거나 피하기 위해서 알코올(또는 관련된 물질)을 마신다.

자료 : NIAAA(2013), 여성가족부 외(2014)

(3) 문제음주 관련 요인

문제음주에 관련요인으로서는 개인적 요인, 인구사회학적 요인, 사회적 요인으로 구분할 수 있다. 개인적 요인으로서는 심리적 상태가 포함되어 있는데, 부정적인 감정상태, 스트레스는 음주 욕구를 높이며 문제음주로 이어질 확률이 높다. 정신적 및 심리적 상태로 우울과 불안은 알코올 중독의 고위험 재발증후의 요인이 된다. 이는 스트레스와도 함께 적용되며, 스트레스가 발생한 우울과 불안에서 벗어나기 위한 행동으로 음주 또는 흡연을 함께 유발한다고 한다. 또한 일반적인 개인 요인으로서는 자기효능감, 사회적 지지, 가족력, 종교의 중요도 또한 문제음주에 영향을 미친다.

인구사회학적 요인으로서는 성별, 연령, 직업, 종교, 결혼상태, 경제적상태 등이 있다. 성별의 차이는 사회환경측면에서 문제음주가 나타나며 연령은 40세 이후에 문제음주가 더 많이 나타난다. 결혼상태의 영향은, 여성일 경우 미혼인 경우에 문제음주가 많이 나타나며, 일반적으로는 미혼, 이혼, 별거, 동거 등에서 알코올사용 장애 비율이 높다고 한다.

사회적 요인으로서는 우리나라 현대사회에서 음주는 개인과 공동체를 연결시켜주는 강한 특성으로 인한 음주문화가 문제음주의 특징이 된다. 또한 음주동기와 주변인의 영향으로 인한 음주행위에 대한 타인 지향적인 음주가 문제음주에 영향을 미친다.

2) 노인의 문제음주

노인의 문제음주는 일반 성인과 비슷하게 스트레스 발생으로 인한 음주로 볼 수 있다. 반면, 노인의 스트레스 요인으로는 개인과 환경의 상호 역동적인 관계에서 비롯되어 개인적인 요인으로는 배우자가 없는 경우, 퇴직, 건강 상실, 친구 및 가족의 죽음 등이 있다. 환경요인으로는 사회적 지지 및 소속에 대한 욕구로부터 나온다. 사회적 지지의 경우 노인이 스트레스나 위기에 직면 하였을 때 심리적 지지를 얻음으로 빨리 회복 될 수 있도록 해준다. 은퇴로 인한 사회관계망의 축소와 역할상실을 경험하게 되는 노인에게는 사회적 지지가 더욱 중요한 요인으로 작용한다. 사회 속에서 개인적으로 어려움을 토로하고 지지를 받을 수 있는 사람은 그렇지 않는 사람보다 음주빈도, 음주량, 폭음의 빈도가 낮다. 또한 사회적 지지는 노년기의 보편적인 정신건강증상인 우울감 및 고독을 감소시키고 스트레스와 우울 사이에서 완충작용을 시켜준다.

이처럼 노인의 문제음주는 청·장년층의 문제음주와 여러 가지 면에서 다른 특성을 가지고 있다 (윤명숙 & 조혜정, 2007 ; 권중돈 외, 2012 재인용).

첫째, 성인에 비해 음주량은 적지만 매일 지속적으로 마시는 형태를 보인다(제갈정, 2002).

둘째, 초기 노년층에 비해 후기 노년층의 음주율이 낮아지며, 노인의 연령과 알코올 남용 사이에는 부적상관성이 있다(신승철 등, 1990; Fillmore, 1987).

셋째, 음주와 건강요인이 밀접하게 연관되어 있다. 예컨대, 즉 노인의 문제음주는 알코올관련 진료비의 연령별 분석결과에서 보듯이, 2009년 알코올관련 총 진료비 1,560억원 중 60세 이상 노인의 진료비가 약 483억원으로 30.9%를 차지하고 있어 다른 연령대에 비하여 음주와 관련된 높은 진료비 지출이 이루어지고 있음을 알 수 있다(국민건강보험공단, 2010).

넷째, 노인의 음주행위는 고독감, 사회적 역할 상실, 무료함, 가족으로부터의 소외, 신체적 질병, 노화에 따른 변화 등에 대한 대처방식으로서의 의미를 지닌다(Israelstam, 1988).

요컨대, 노인의 문제음주가 다른 연령층에 비하여 상대적으로 적게 보고되는 경향이 있지만, 노인의 신체·심리적 특성을 고려할 경우 적은 양으로도 많은 부정적 결과를 초래할 수 있어 더욱 위험하다(이윤로, 2000).

2. 흡연

1) 흡연의 개요

(1) 직접흡연

개인이 직접 담배를 흡연하는 것으로, 담배의 연소 시 4000여종 이상의 화학적 성분이 혼합되어 있어 전신에 자극적이고 독성을 일으킬 수 있으며, 발암물질과 돌연변이 물질도 포함하고 있다. WHO가 추계한 2020년 흡연관련 사망자수는 중국 220만 명, 인도 150만 명으로 예상하고 있으며, 흡연은 각종 암, 심혈관 질환 등 많은 질환을 유발시키는 것으로 보고되고 있다(지선하, 2006).

(2) 간접흡연

직접흡연의 대응 개념으로 담배를 피우지 않는 사람이 간접적으로 타인이 피우는 담배연기를 마시게 되는 상황을 말한다. 타인의 연기를 마시게 되면, 본인의 의사에 의해서가 아닌 남의 흡연 행동을 통하여 수동적으로 행동을 취하게 되며, 담배연기가 있는 환경에 노출되면서 간접적으로 흡연행동에 참여하게 되는 것이다(이영현 외 2004).

간접흡연의 경우, 담배연기 중에 유해물질들이 필터에 의해 제거되지 않음으로 직접흡연보다 건강에 끼치는 영향이 더 크다(이재정, 2006). 간접흡연은 모든 문화권과 나라에 영향을 미치는 광범위한 문제로 가정, 직장, 학교, 놀이터, 공공기관, 음식점 등 일상생활 넓은 범위에서 노출이 진행되고 있다(WHO, 2001).

2) 노인의 흡연

노년기에도 지속적으로 흡연하는 노인들은 노년기에 실행하는 금연 및 흡연량을 줄이는 것은 아무런 이득이 없으며 건강에 크게 도움이 되지 않는다고 생각한다(손교영, 2010). 또한 흡연 노인의 연령이 높을수록 의사에게나 조사자들에게 자신이 담배를 피운다는 사실을 숨기는 경우가 많은데, 이는 나이가 든 사람들이 담배를 피우는 것에 대한 사회통념이 좋지 않다는 것을 인식하면서도 쉽게 금연을 하지 못하는 것을 나타낸다(손교영, 2010).

흡연 자체는 혈중 콜레스테롤 농도와 인슐린 저항성을 증가시키며, 동맥내피에 손상을 유발하여 혈압을 상승시키는 원인으로 보고되는데(이건주, 2006), 미국에서 실시된 65세 이상 노인의

흡연에 관한 연구에서 흡연자의 7년 이내 사망률은 51.6%이고 금연자사망률은 44%로 흡연자의 경우 사망률이 높게 보고되었으며, 흡연 노인의 사망의 원인으로는 관상동맥질환과 뇌혈관 질환 등이 높으며, 인플루엔자나 폐렴 같은 질환에는 직접적인 위험요인으로 사망에 이르게 할 수 있다 (김희수, 2011).

제5절 수면장애

1. 노인수면의 개요

1) 노인 수면의 특징

수면단계는 비렘수면과 렘수면으로 구성되어 있다. 비렘수면은 빠른 안구 운동이 없는 수면 단계로 얇은 수면에 해당하는 수면단계 1과 2, 깊은 수면에 해당하는 수면단계 3으로 이루어져 있으며, 깨어있을 때보다 대부분의 생리적인 기능이 현저히 저하된 상태이다. 렘수면은 빠른 안구 운동을 보이는 수면 단계로, ‘꿈잠’이라고도 하며 깨어있을 때와 비슷한 뇌와 신체 활성을 보인다.

수면단계는 연령이 증가함에 따라 지속적으로 변화한다. 노인에서는 얇은 수면(특히 수면단계1)이 증가하고 깊은 수면은 감소하며 렘수면은 약간 감소한다. 또한 노인은 잠이 들기까지 오래 걸리고 수면 중에 자주 깨며 일단 깨면 다시 잠들기 어렵게 된다. 야간 수면의 분절이 심해져서 일시적인 각성이나 뇌파 상 각성파의 유입이 자주 관찰된다. 결과적으로 노인은 잠자리에 누워 있는 시간은 많아지나 실제로 취하는 수면시간은 젊은 성인에 비해 줄어들거나 변화하지 않아, 수면효율이 젊은 성인의 90-99%보다 적은 70-80%로 감소하고, 숙면을 취하지 못한다고 호소한다.

이로 인하여 노인은 낮 동안의 졸음, 피로감, 집중력 저하, 기억력 저하, 일상생활활동 수행 능력의 감소, 낙상 위험 및 우울증이 증가하고, 삶의 질이 저하되는 부정적인 결과를 초래하게 된다.

노인 수면의 특징 중 중요한 요인은 하루주기 리듬의 변화이다. 연령의 증가와 함께 하루주기 리듬을 관장하는 뇌의 해부학적 구조(Suprachiasmatic nucleus)도 노후되며, 이로 인해 하루주기 리듬이 변화한다. 즉 위상 전진(phase advance)이 이루어지고 수면주기 조절능력이 약해지며, 조기각성이라는 문제가 발생한다.

2) 수면장애의 분류

(1) 불면증

잘 수 있는 적절한 시간과 기회가 주어지는데도 불구하고 수면의 시작과 지속, 공고화, 질에 반복되는 문제가 있고 그 결과 주간 기능의 장애를 유발하는 상태를 말한다. 수면시작의 어려움, 수면유지의 어려움, 바랐던 것보다 더 일찍 깬, 적절한 시간에 잠자는 것에 저항 또는 부모나 간병인 없이 자기 어려움 중의 하나 이상을 호소한다. 이러한 야간 수면의 어려움과 관련된 주간 장애가 있을 수 있고, 피로/불쾌감, 주의집중 또는 기억력 장애, 사회적 또는 직업적 기능장애 또는 낮은 학업 수행, 기분 장애/짜증, 낮졸음, 행동문제(과활성, 충동성, 공격성), 동기/활기/자발성의 감소, 실수하거나 사고가 나는 경향, 수면에 관한 근심이나 걱정 등이 포함된다. 적어도 3개월 이상 지속되는 만성불면증과 3개월 미만의 단기불면증이 있다.

(2) 수면관련 호흡장애

수면 중의 호흡장애를 특징으로 한다. 중추신경계나 심장질환에 의하여 호흡노력이 감소되거나 소실되는 중추성 수면무호흡증과 지속적인 호흡 노력이 있음에도 불구하고 기도 폐쇄에 의해 환기가 적절히 이루어지지 않는 폐쇄성 무호흡증이 있다.

(3) 중추기원의 과다수면증

야간수면 이상이나 하루주기 이상 외의 이유로 생기는 낮졸음을 주호소로 하는 질환들이다. 그 중 기면병(type 1과2)은 수면발작, 주로 감정 변화에 의해 갑자기 근긴장도가 소실되는 탈력 발작, 수면마비, 입면기 또는 출면기 환각, 야간 수면분절 등의 증상을 보이는 경우가 많으며, 뇌 시상하부에서 분비되는 각성에 관여하는 하이포크레틴 부족이 원인으로 꼽히고 있다. 임상 병력과 면역검사, 수면검사(야간 수면다원검사와 주간 다중수면입면기검사)로 진단한다. 이 외에도 특발성 과다수면증, 클라인-레빈증후군, 불충분한 수면증후군 등이 있다.

(4) 하루주기 리듬 수면-각성 장애

신체 환경이 내적 하루주기 리듬에 비해 달라졌거나 하루주기 시스템이 바깥 환경에 비해 상대적으로 바뀌었을 때 생길 수 있다.

지연형 수면-각성 위상장애, 전진형 수면-각성 위상장애, 불규칙 수면-각성 리듬장애, 교대 근무장애, 비행시차장애 등이 포함된다.

(5) 사건 수면

사건 수면은 잠드는 과정이나 잠을 자다가 혹은 잠에서 깨어나는 동안에 발생하는 원치 않는 신체적 사건이나 경험이다. 중추신경계가 활성화된 것의 표현이고 골격근과 자율신경계로 전달되어 종종 동반 증상을 겪는다. 비정상적인 수면 관련 운동, 행동, 정서, 감각, 꿈, 자율신경계 기능을 포함한다.

사건 수면 중의 하나인 렘수면 행동장애는 렘수면 동안의 근전도의 이상과 관련이 있는 것으로, 꿈과 관련한 해롭거나 파탄적 행동이 나타나 병원을 찾게 된다. 이 외에도 각성의 장애(비렘수면), 혼돈성 각성, 몽유병, 야경증, 수면 관련 식이장애, 렘수면 행동장애, 반복적 단발 수면 마비, 악몽, 야뇨증, 수면 관련 환각 등이 포함된다.

(6) 수면 관련 운동장애

수면을 방해하는 비교적 단순하면서도 상동적인 움직임들이 특징적으로 나타나는 질환을 말한다.

하지를 움직이고픈 충동이 저항할 수 없는 정도로 강하게 나타나는 것을 특징으로 하는 하지 불안증후군과 반복적이고 상동적인 하지의 움직임이 수면 중에 주기적으로 나타나는 주기성 사지 운동장애가 대표적인 수면관련 운동장애이다. 이밖에 수면 관련 다리 경련, 수면관련 이갈이, 수면 관련 율동성 운동장애 등이 포함된다.

3) 노인 수면장애 관련요인

(1) 신체적 요인

노화과정에 따라 각종 신체적 질환이 증가한다. 야뇨를 일으키는 요실금이나 전립선질환, 두통, 위장질환, 호흡기계질환, 심혈관계장애, 당뇨, 만성통증, 폐경기질환과 같은 만성적 질환이 수면장애를 일으킬 수 있다. 또한 수면무호흡증과 주기적 사지운동증과 같은 수면장애가 노인 불면증의 주요 원인이기도 하다.

(2) 생리학적 원인

자율신경계활동이 증가하고 외부의 각성조건에 민감하여 수면이상이 생기기도 한다.

(3) 심리사회적 요인

배우자의 사망과 같은 애도반응, 은퇴 또는 실직, 죽음에 대한 두려움, 고독감, 사회적 상호작용의 결핍, 시설에 수용되는 것과 같은 요인도 중요한 수면장애 유발 요인이다. 또한 노인은 생활 스타일이 변화하게 되고, 활동이 줄어들고 낮잠을 많이 자며 누워있는 시간이 증가하여 햇빛에 노출되는 정도가 저하된다.

(4) 정신과적 원인

주요 우울증, 불안장애 등의 정신질환이 동반될 수 있으며, 치매로 대표되는 신경퇴행성 질환이 증가하게 된다. 소량의 알코올은 수면 유도효과를 낼 수 있으나, 새벽에 깨어나게 되며, 알코올 금단 시에는 수면분절과 각성 및 야간의 인지기능 장애가 있을 수 있다.

(5) 약물

신체적 질환 및 정신과 질환을 치료하기 위한 약물에 의해 유발되기도 한다. 어떤 약물이 유발하였는지 구분하기 어려운 경우도 있으며, 노인에서는 약물의 축적이나 부작용이 수일에서 수주에 걸쳐 발생할 수도 있다. 또한 약을 끊은 후 금당증상에 의해서도 수면장애를 유발할 수 있다. 만성적인 수면제 복용, 항암제, 항고혈압제, 자율신경계 약물, MAO 억제제, 갑상선치료제, 스테로이드 등이 영향을 미칠 수 있다.

제3장 대전광역시 노인 정신건강 현황 및 관련 정책

제1절 치매 노인 현황 및 관련 정책

1. 치매 노인 현황

1) 전국 치매 노인수

2013년 기준으로 우리나라의 치매유병률은 9.39%, 치매환자 수는 576,176명으로 추정되었다. 뿐만 아니라, 고령화의 진전과 함께 2050년 치매환자 수와 유병률은 더 증가할 것으로 예상되었다. 앞으로 인구고령화가 우리 사회구조변동의 결정적 요인으로 작용할 것이 의심할 바 없으나, 보건 의료 영역에서의 질병구조의 변동과 질병양태에 따른 보건의료 부문의 부담 또한 지금까지와는 다른 방식으로 영향을 줄 것으로 예상된다.

게다가 치매유병률이 점차 높아질 것으로 예상됨에 따라 치매 인구가 현재의 약 2배, 즉 120만 명 정도에 도달하는데 약 15년 정도 밖에 걸리지 않을 것으로 예측되었다.

〈표 3-1-1〉 65세 이상 한국 노인의 치매유병률 및 치매환자 수 추이

연도	2010	2011	2013	2015	2020	2030	2040	2050
치매유병률(%)	8.74	8.96	9.39	9.79	10.39	10.03	11.90	15.06
치매환자 수(명)	474,066	506,731	576,176	648,223	840,010	1,272,444	1,964,056	2,710,032

주 : 치매유병률은 65세 이상 노인인구 가운데 치매환자 수의 비율임.

자료 : 보건복지부·서울대학교병원(2013), 대전광역시b(2014)

2) 치매 노인 건강보험 진료현황

치매의 치료 및 관리 비용의 증가로 개인과 국가의 사회·경제적인 부담이 가중되고 있다.

개인의 경우, 의료바·간병비 등 치매로 인한 1인당 연간비용이 2,030만원(‘13년 기준)에 육박하며, 국가 전체적으로는 11.7조원(‘13년 기준)으로 10년마다 2배씩 증가가 예상 된다(보건복지부 보도자료a, 2013). 2013년 노인성 질환(치매·파킨슨·뇌혈관) 건강보험 진료비는 3조 2,345억원으로 2008년 1조 7,926억원에서 연평균 12.5% 증가하였다.

가족구성원 중에 치매가 발병될 경우 보호자의 27%가 직장을 퇴사하고, 51%는 노동시간이 축소되는 등의 가족구성원의 노동시장 참여에도 부정적인 영향을 미쳐 가족의 간병 부담은 물론 국가 경쟁력 약화 요인의 하나로 작용 된다(보건복지부 보도자료b, 2013).

〈표 3-1-2〉 치매노인 건강보험 진료현황

(단위 : 천명, 억원, %)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013
치매 (전년대비 증감률)	진료실 인원	138 (-)	175 (26.8)	213 (22.3)	257 (20.4)	296 (15.0)	331 (12.1)
	진료비	3,828 (-)	4,748 (24.0)	6,167 (29.9)	7,660 (24.2)	9,237 (20.6)	10,742 (16.3)

주 : 1) 건강보험 급여실적(의료급여·비급여 제외), 수진기준

2) 실인원은 약국 전체 제외

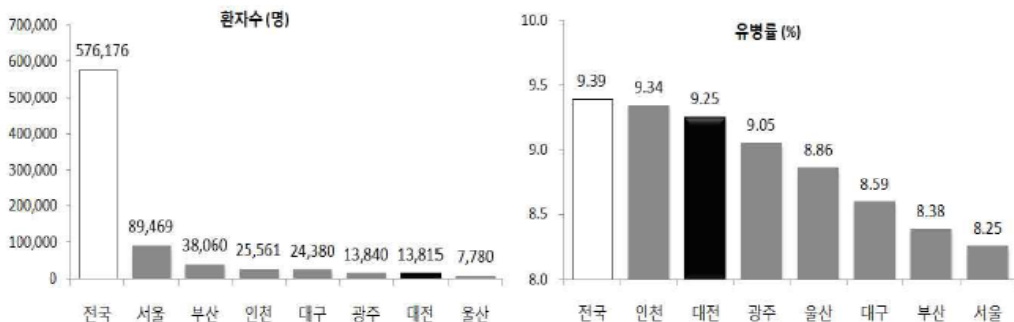
자료 : 국민건강보험공단(2014)

치매 치료·관리 등을 통해 비용절감 효과를 얻을 수 있다. 치료 시에는 5년 후 요양시설 입소율이 10%, 치료받지 않을 시에는 입소율 65%로 치매 치료·관리 등을 통해 요양시설 입소율 55% 감소, 요양비용은 연간 5,174억원('12년 56천명) 절감(Lopez et al., 2002) 된다는 것을 알 수 있다.

3) 대전광역시 치매노인 수

대전시의 치매 유병률(2013년 추정치)은 9.25%, 13,840명 정도로 추정되었으며 이는 전국 7대 도시 중 두 번째로 높은 비율이다. 노인인구가 증가함에 따라 치매유병률도 지속적으로 증가, 2050년에는 13.2%에 이를 것으로 예상된다(대전광역시b, 2014).

[그림 3-1-1] 지역별 치매환자수 및 유병률



• 자료원: 중앙치매센터연차보고서, 2013

‘전체 인구에서 65세 이상 인구가 차지하는 비율’인 인구고령화 수치는 치매노인 수와 관련이 크다. 대전광역시의 인구 고령화비율은 현재(2014년 1월 말 기준) 전국 평균(12.2%)보다 낮은 9.8% 수준이지만, 저출산·고령화의 인구구조가 지금 같은 추세로 지속된다면 2030년을 지나면서 초고령사회²⁾에 진입할 것으로 예상된다.

〈표 3-1-3〉 대전광역시 인구고령화 추이

구분		현재	2015년	2020년	2030년
노인인구	대전광역시	9.8%	10.4%	12.9%	21.0%
	전국	12.2%	13.1%	15.7%	24.3%
평균수명		81.5세	81.9세	83.1세	85.0세

주 : 2014년 1월 기준

자료 : 대전광역시 저출산고령사회과(2014)

2013년 전국 치매유병률을 대전광역시 구별 노인인구 수에 적용하여 치매환자 수를 추산하면 대전광역시에는 약 14,146여명의 치매환자가 존재할 것으로 예상된다.

〈표 3-1-4〉 대전 구별 치매노인 수 추정

(단위 : 명, %)

구분	전체 인구	노인(65세 이상)		치매노인 인구 수	전체 인구에서 치매노인 인구의 비율
		인구 수	비율		
대전광역시	1,532,811	150,651	9.8	14,146	0.9
동구	250,653	32,348	12.9	3,037	1.2
중구	264,913	34,483	13.0	3,238	1.2
서구	498,917	42,495	8.5	3,990	0.8
유성구	313,968	21,120	6.7	1,983	0.6
대덕구	204,360	20,205	9.9	1,897	0.9

*치매노인 수는 유병률로 추산한 값임

65세 이상 노인 치매유병률 : 9.39%(2013년 보건복지부)

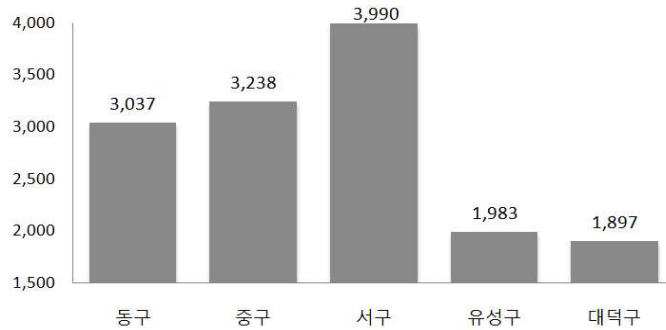
65세 이상 노인 수(150,651명) × 9.39%(2013년 치매유병률)

주 : 2013년 12월 말 기준

출처 : 대전광역시 저출산고령사회과(2014)

2) 인구에서 65세 이상 노인이 차지하는 비율이 7-14% 미만이면 고령화사회, 14-21% 미만이면 고령사회, 21% 이상이면 초고령사회라고 부른다.

[그림 3-1-2] 구별 치매노인 인구 수



현재 구별 보건소 치매상담센터에 등록된 등록자 수는 5,974명으로 전체 추정 치매환자 수의 42.2%에 해당하여, ‘치료갭(Treatment Gap)’이 다소 높다고 할 수 있다. 또한 현재 7명의 치매상담인력은 환자규모에 비하여 등록치매환자의 케어교육, 물품제공, 가족지원 업무를 관리하기에는 부족한 수준이라 할 수 있다.

〈표 3-1-5〉 대전 구별 치매노인 등록현황(2014년 1월 기준)

(단위 : 명, %)

구분	동구	중구	서구	유성구	대덕구	대전광역시
치매노인 등록자 수	1,112	1,189	1,949	927	797	5,974
등록률	36.6	36.7	48.8	46.7	42.0	42.2
상담인력**	1	2	2	1	1	7

**치매노인 등록자 수는 각 구 보건소 치매상담센터운영 자료.

자료 : 대전광역시 저출산고령사회과(2014)

2. 치매관련 정책

1) 치매관리종합대책

1997년 <노인복지법>에 치매예방 및 치매연구 등의 실시가 규정되고, 1998년 <노인복지법> 시행규칙에 치매관리사업 실시 및 시군구 보건소에 치매상담센터 설치가 의무화되었다. 2005년부터 치매상담센터의 운영에 대한 업무는 지방이양사업으로 전환되면서 분권교부세의 대상사업이 되어 치매상담센터의 운영비를 시군구 예산으로 편성할 수 있도록 했다. 그러나 치매에 대한 국가적인

지원이 실질적으로 이루어진 것은 2008년 9월 <1차 치매종합관리대책>, 2011년 8월 <치매관리법> 제정(2012년 2월 시행), 2012년 7월 <2차 국가치매관리종합계획>이 발표되면서부터라고 볼 수 있다. 또한 <제2차 저출산·고령사회 기본계획(2011년-2015년)>에도 건강한 노후생활을 위한 주요 정책분야로서 치매노인 관리 체계 구축을 포함하고, 세부사업으로 ①체계적인 치매 예방·치료·관리, ②효과적인 치매관리를 위한 인프라 구축, ③치매환자 인식개선 등을 주요사업으로 삼고 있다.

(1) 1차 치매종합관리대책(2008년)

2007년 통계에 의하면, 당시 65세 이상 치매노인 수는 39만 9천명으로 치매유병률은 8.3%였다. 치매환자가 크게 늘어나고 있지만, 치매에 대한 오해와 예방 및 조기발견의 미흡, 치료 및 관리 체계의 미흡 등으로 인한 환자부양과 의료비에 대한 사회적 부담 증가가 예상되면서 <1차 치매종합관리대책>이 발표되었다. 이에 따라, 치매조기검진 사업 참여 보건소 수가 118개소(2008년)에서 180개소(2009년), 전국 모든 보건소 253개소(2010년)로 확대되었고, 치매를 지방자치단체 노인건강진단사업에 필수건강진단항목으로 규정하였다.

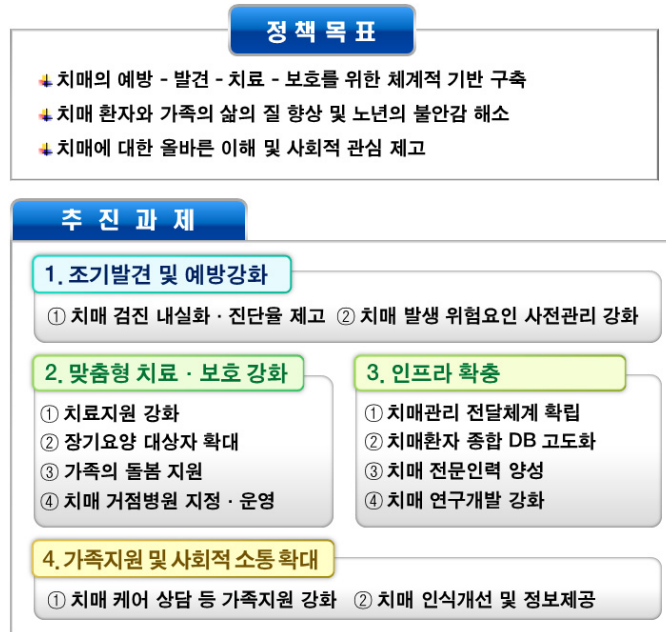
(2) 치매관리법(2011년)

<1차 치매종합관리대책>에 의해 마련된 <치매관리법>에서는 치매예방 및 치매환자에 대한 의료 서비스 제공에 관한 국가와 지방자치단체의 책임을 명시하였고, 그 방안으로 매 5년마다 치매관리종합계획의 수립, 국가치매관리위원회의 구성, 중앙치매센터 지정(2012년 5월 분당서울대학교 병원에 중앙치매센터 개설), 치매검진사업 등의 내용을 규정하고 있다.

(3) 2차 국가치매관리종합계획(2012년)

정부에서는 2008년에 이은 두 번째 <2012년 전국 치매유병률 조사>를 통해, 전국 65세 이상 노인 6,008명을 대상으로 한, 치매유병률(9.18%)과 치매환자 수(54만 1천명), 치매유형별 분포, 치매인식도, 치매위험요인 및 2050년까지의 치매유병률 및 치매환자 수를 예측하였다. 인구고령화에 따라 치매인구 및 치매유병률이 증가하고 치매로 인한 의료비와 부양비용 등 사회적 부담이 크게 증가할 것으로 예상됨에 따라, 그 결과를 토대로 <2차 치매관리종합계획(2013년-2015년)>을 발표하였는데 주요 내용은 다음과 같다.

[그림 3-1-3] <2차 국가치매관리종합계획> 목표 및 추진과제



<1차 치매종합관리대책>과 비교하면, 치매에 이환된 환자의 중증도별 맞춤형 치료 강화를 위하여 장기요양등급 인정기준을 완화하여 장기요양 대상자를 확대하는 것과 치매거점병원 지정 및 요양 시설의 치매환자케어 전문공간을 운영하는 것이 포함되었다. 이 계획에 따라 정부는 공립요양병원 등을 치매거점병원으로 지정(‘12년 7개소 → ‘13년 70개소)하고 치매환자를 위한 시범병동을 운영하게 되었으며, 2014년 7월부터는 가벼운 치매환자도 노인장기요양보험 혜택을 받을 수 있도록 치매특별등급³⁾을 신설하여(장기요양 3등급인정점수가 2012년 55점에서 53점으로 완화되었다가 2014년 다시 53점에서 51점으로 내림) 요양급여비용의 15%를 내고 주간보호와 방문요양서비스를 받게 되었다.

뿐만 아니라 <1차 치매종합관리대책>에 의해 마련된 <치매관리법> 제7-9조에 따라 국가치매 관리위원회⁴⁾를 신설하여 국민이 일상생활 속에서 보다 체감하고 실천할 수 있는 ‘치매예방수칙

3) 치매특별등급은 일상생활 수행에 어려움을 겪는 경증 치매어르신에게 인지활동 프로그램 등 장기요양서비스를 제공하여, 노인의 삶의 질을 제고하고 가족의 수발부담을 완화하기 위해 도입되었다. 치매특별등급에서는 다양한 프로그램이 운영되는 주야간보호기관을 하루 10시간까지 이용가능하고, 주야간보호기관을 이용하기 어려운 경우는 치매 전문교육을 받은 요양보호사가 가정을 방문해 인지활동형 프로그램을 제공한다.

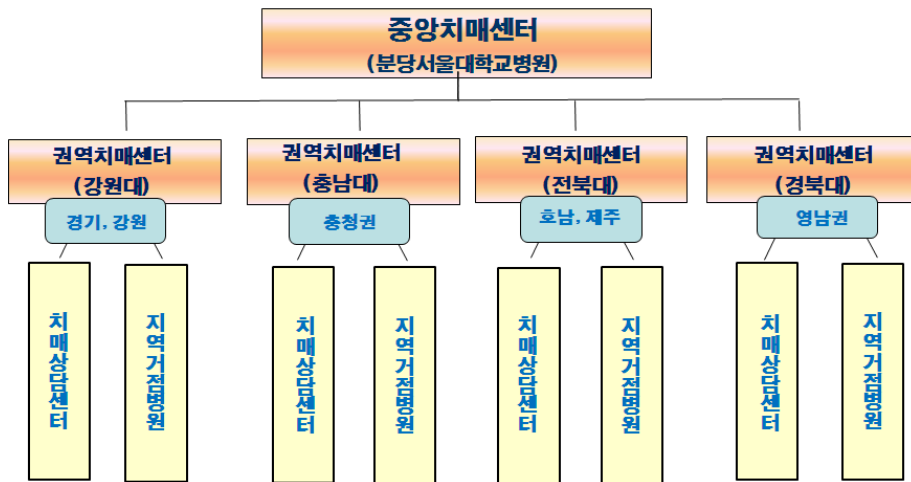
4) 보건복지부 차관이 위원장으로 건강보험공단, 중앙치매센터, 노인·치매 관련 협회 관계자 등 14명으로 구성(치매 관리법 제7-9조).

3·3·3'과 '치매예방운동법'을 발표하고, 장기요양 5등급(치매특별등급)의 추진경과를 논의하였다. 이로써 장기요양서비스가 필요한 대상자와 복지정보 사각지대에 처할 수 있는 대상자의 발굴과 신청이 가능하도록 대상자 중심의 지역밀착 홍보를 강화해 나가고, 대상자 선정, 급여제공과정, 제도 효과성 등 제도 운영 전반에 대한 모니터링 체계를 구축할 수 있게 되었다.

(4) 국가치매관리인프라 구축(2012년)

국가치매관리인프라는 표준화된 치매관리사업을 추진하기 위하여 중앙-권역-지역 단위의 전달 체계로 마련되었다. 중앙치매센터(분당서울대학교병원) 산하 4개 권역치매센터(경기/강원권, 충청권, 호남/제주권, 영남권)와 광역치매센터 그리고 지역거점병원과 지역치매센터(보건소 치매상담센터)로 구성되어 있다.

[그림 3-1-4] 국가치매관리인프라



광역치매센터는 치매관리법 및 국가치매관리종합계획 수립·시행에 따라 국가치매관리 정책을 지역실정에 맞게 확대·보급하고, 급증하는 치매환자에 대해 치료·돌봄기관에 대한 서비스 기술 지원과 종사인력에 대한 교육 및 훈련을 수행한다.

2013년 전국 병원을 대상으로 공모 사업을 실시한 결과 전북대병원을 비롯한 전국 11개 병원이 광역치매센터로 선정되었다. 선정된 병원은 서울대병원(서울), 동아대병원(부산), 가천대 길병원(인천), 칠곡 경북대학교병원(대구), 충남대병원(대전), 경기도립노인전문용인병원(경기), 강원대

병원(강원), 충북대병원(충북), 단국대병원(충남), 전북대병원(전북), 경주 동국대병원(경북) 등이다.

(5) 제1차 사회보장기본계획안(2014년-2018년)

① 국가치매 관리체계 확립

경증 치매환자 중 일상생활 수행에 어려움을 겪는 노인을 대상으로 ‘치매특별등급’을 신설하여 장기요양서비스를 제공(47천-57천명, ‘14. 7)하고 장기요양서비스, 노인돌봄종합서비스⁵⁾를 이용하는 치매환자 가족을 대상으로 ‘치매가족 휴가제⁶⁾’를 도입하여 경증 치매환자에 대한 장기요양 서비스 지원 등으로 치매가족에 대한 지원을 강화하고자 한다.

② 치매 조기발견을 위해 국가건강검진의 70세 이상 노인에게 치매 검진주기를 격년으로 확대

보건소 방문이 어려운 독거노인, 경로당 등을 대상으로 보건소의 찾아가는 무료 치매검진사업 확대(‘14년)와 검진연령을 66·70·74세 → 70세 이상으로 확대하여 2년에 한 번씩 계속 적용(‘15년 이후)하고자 한다.

③ 표준화된 치매관리사업 추진을 위해 지역사회 치매관리인프라 확충 및 관련 기관 간 유기적 연계체계 구축

경증 치매환자 보호를 위한 주·야간 보호시설을 확충(‘13년 14백개소 → ‘18년 24백개소)하여 고령화 대비 노인의료체계를 구축하고자 한다.

2) 치매관련사업⁷⁾

현재 지방자치단체를 통해 수행되고 있는 치매관련사업은 치매상담센터운영, 치매조기검진사업, 치매 치료관리비 지원사업 등이다. 주요 사업을 소개하면 다음과 같다.

5) 장기요양보험 대상자 판정은 받았으나, 3등급 안에 포함되지 못한 대상자에게 장기요양과 동일한 재가서비스 제공.

6) 연 6일 동안 치매환자는 주간보호시설 등에 맡기고 가족은 휴가를 갈 수 있도록 하여 가족의 간병 스트레스를 완화.

7) 보건복지부b(2013), <2013년 치매관리사업 지침>을 참고함.

(1) 치매상담센터 운영

시·군 관할구역에 거주하는 만60세 이상 치매노인과 그 가족, 그리고 기타 보건소장이 치매예방 및 관리를 위하여 필요하다고 인정하는 자를 대상으로 치매상담센터를 운영하고 있다.

주요업무는 치매노인 등록 및 관리(치매치료 관리 등), 치매노인 및 그 보호자에 대한 상담 및 지원, 치매예방 및 치매노인 간병요령 등에 관한 교육의 실시, 재가치매노인에 대한 방문·관리, 치매노인의 사회적 지원안내, 기타 지방자치단체장이 치매예방 및 치매노인 관리를 위하여 필요하다고 인정하는 업무 등이다.

지역사회 치매관리를 위하여 보건소장으로 하여금 중앙치매센터 및 권역치매센터, 타 보건소, 치매거점병원 및 기타 관내병원, 노인복지시설 등과 협력하여 치매노인에 대한 서비스 강화를 도모하여야 하며, 이를 위하여 관내에 치매 관련 전문의·사회복지사·임상심리사 등을 자문인력으로 둘 수 있도록 하고 있다.

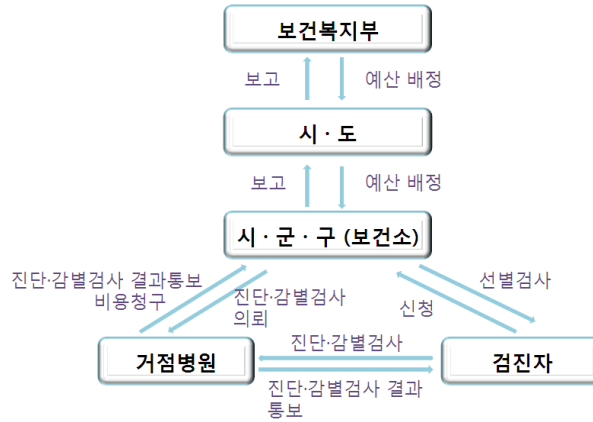
치료관리비지원사업의 일환으로 2013년에 81개 보건소에 치매노인사례관리 지원인력 예산을 지원하기 시작하면서 등록환자도 급증하여, 2011년 현재 약 15만 6천명의 환자가 보건소 치매상담센터에 등록되어 있다. 이는 치매추정환자 수 50만 6천여명의 30.8%에 해당하는 수치이다. 치매상담센터는 분기별로 보건소->시·도->보건복지부로 실적을 보고하게 되어 있으며, 실적은 보건소통합정보시스템에 등록되어 관리된다.

(2) 치매 검진사업

2006년부터 시작된 치매 조기검진사업은 치매의 위험이 높은 만 60세 이상 노인(저소득층에 우선권을 부여)을 대상으로 치매 조기검진을 실시하고 치매 환자를 조기에 발견·관리함으로써 치매노인 및 그 가족들의 삶의 질을 제고하고, 치매환자의 등록·관리를 통해 효과적으로 치매를 치료·관리하기 위하여 제정되었다.

2007년부터 지방자치단체 보조 사업으로 전환된 치매 검진사업의 운영 틀은 보건복지부에서 치매관련사업의 지침과 예산지원 등 사업을 총괄하고, 시·도에서 보건소의 치매사업을 지도·감독, 검진인원계획에 관하여 시·군·구 보건소와 협의 및 조정, 협약병원 선정, 보조금예산확보 및 예산집행상황 점검 등을 담당한다. 기초 시·군·구 보건소에서는 치매검진사업 자체계획을 수립 및 시행하고, 치매검진사업의 실적을 관리한다. 또한 보조금 예산의 확보, 예산집행, 치매검진 비용지급, 향후 소요액 파악 및 조정 등의 업무를 분담하도록 되어있다. 협약병원은 진단검사 및 감별검사를 수행하고 검진내역 및 결과를 보건소에 통보하고 보건소의 치매관리를 지원한다.

[그림 3-1-5] 치매관리사업체계



치매검진사업에 참여하는 보건소는 2007년 87개소, 2008년 118개소, 2009년 191개소로 단계적으로 확대한 후, 2010년부터는 전국 모든 보건소로 확대 실시되어 만 60세 이상 노인은 무료로 치매선별검사 및 진단검사를 받을 수 있게 되었다.

〈표 3-1-6〉 치매검진사업(2013년)

구분	시·군·구(보건소)	협약병원	검진비 부담
치매선별검사	1,000천명	-	지방자치단체부담 (치매상담센터 운영비 등)
치매진단검사	-	33.5천명	국고 50%, 지방비 50%
치매감별검사	-	8.5천명	국고 50%, 지방비 50%

검진절차는 1차 선별검사 → 2차 진단검사 → 3차 감별검사로 이루어진다. 먼저 보건소에서 치매의심 노인에게 치매선별용 한국어판 간이정신상태검사표(KMMSE-DS, Korean version of MMSE for Dementia Screening)를 통해 1단계 치매 선별검사⁸⁾를 실시하고, 선별검사 점수에 따라 치매의심대상자에게 거점병원 정신과전문의의를 통한 2차 진단검사⁹⁾를 실시하여 한 달 이내에 가족과 보건소에 통보하고, 추가검사가 필요한 대상자에 대하여 3차 감별검사¹⁰⁾를 실시한다.

8) 치매선별용 간이정신상태검사표 (MMSE-DS)에서는 시간지남력, 장소지남력, 기억력, 실행능력, 시공간 구성능력, 판단 및 추상적 사고력, 속담풀이 등 19개 항목 30점을 배점하여 19점 이하를 치매의심환자로 분류한다.

9) 정신과 전문의사가 치매척도검사, 치매 신경인지검사, 일상생활 척도검사 등을 실시한다.

10) 치매진단검사 결과 원인에 대한 감별검사가 필요한 자에 대하여, CBS, 간기능검사, 신장기능검사, 갑상선기능검사, 전해질검사, 매독, 요검사, 뇌영상촬영(CT두부)을 실시한다.

치매확정자에 대하여 치매환자로 등록관리(장기요양보험서비스, 치매치료관리비 지원인지 재활 프로그램, 조호물품 제공, 치매인식표보급, 기타 치매정보 제공)하게 된다.

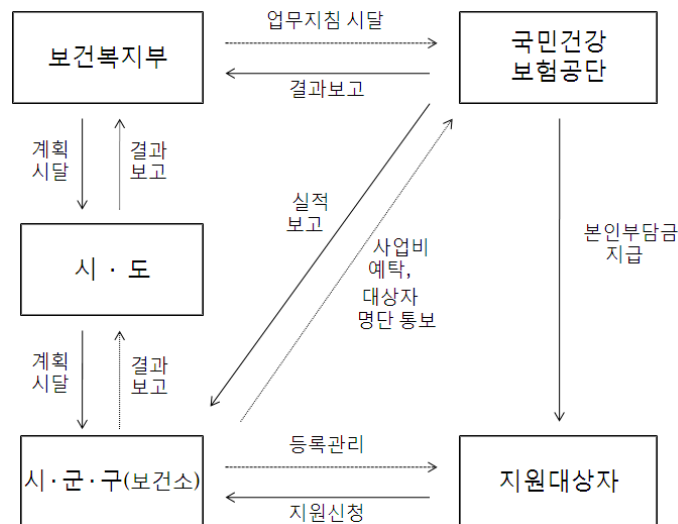
보건소를 통하여 선별검사(무료) 및 진단감별검사(진단검사 8만원 상한, 감별검사 8만원 상한, 3차병원 11만원 상한)의 비용을 지원하는데, 2013년 4만 2천명에게 국민건강증진기금 16억 8천만원과 지방비 16억 8천만원이 지원되었다.

치매검진사업 예산은 치매검진비와 치매치료관리비는 국민건강증진기금과 지방비 각각 50%로 편성되고, 치매상담센터는 분권교부세와 지방비로 편성된 예산으로 운영된다. 그밖에 지방자치단체 자체적으로 상담, 인지재활프로그램, 치매가족모임, 치매예방교육 등의 치매예방관리를 위한 예산을 추가로 편성할 수 있다.

(3) 치매 치료관리비 지원사업

2010년 4월부터 치매진단을 받고 치매 치료제를 복용중인 환자들에게 치매치료관리비 보험 급여분 중 본인부담금(치매약제비 본인부담금+약 처방 당일의 진료비 본인부담금)에 대하여 월 3만원(연 36만원) 상한의 치매 치료에 필요한 약제비, 진찰비 등을 지원함으로써 치매환자의 부담을 경감시켜주기 위해 시행중이다. 지원대상자는 만 60세 이상 치매노인 중 전국가구 평균 소득 100% 이하인 환자이다. 2012년 예산은 81억 6,100만원(5만 6천명)이었다.

[그림 3-1-6] 치매 치료관리비 지원사업 수행체계도



(4) 치매노인사례관리 지원

치매노인사례관리 지원사업은 관할 거주지역에 거주하는 치매노인에게 치매치료관리를 위한 사례관리를 제공하기 위하여 일부 보건소에 치매전담 사례관리 인력을 지원하는 것이다. 이 사업의 목적은 치매환자의 체계적인 관리와 생활습관 교정을 통해 치매 환자의 삶의 질 향상 및 환자 가족의 정신적 부담 경감, 치매환자의 기능 및 삶의 질 향상, 치매 가족의 조호 능력 향상 및 부담 경감, 효율적 치매관리 시스템 구축을 통한 사회적 부담 경감, 치매환자 및 가족의 정신적·경제적 부담 경감 등이다. 그 중 전담인력(1인)이 배치된 곳은 2012년 77개소, 2013년 81개소이다. 예산은 지방이양사업으로서 국비 50% 지원(지방비 50%)으로 운영 중이며, 2012년 인건비 예산은 7억 7,200만원이었다¹¹⁾.

(5) 공립요양(치매)병원 운영

보건복지부는 치매노인에 대한 전문적인 치료 및 요양서비스를 제공하여 치매질환의 악화방지 및 치매노인 가족의 부담경감을 목표로 1996년부터 ‘공립요양(치매)병원’ 지원사업을 하고 있다. 「국가치매관리종합계획」(‘12. 7. 27.)에 따라 현재 운영 중인 79개 공립요양병원(신축 중인 9개 병원 포함)을 치매거점병원으로 지정하여 공립요양병원의 치매분야 공공 서비스 기능 강화를 도모한다. 또한 치매환자를 전문으로 하는, 정신행동 증상이나 신체증상을 효과적으로 조절하고 이차적 사고위험을 효율적으로 관리하기 위한 집중관리병동인 치매전문병동(전체 12,754 병상 중 10,203병상)을 구축하는 기능보강 예산을 지원한다.

공립요양(치매)병원은 전체 입원환자 중 치매환자의 비율을 2/3이상 유지하도록 하고, 지역 보건 의료 및 사회복지 자원 연계체계를 구축하며, 보건소 치매상담센터와 연계하여 치매분야 공공보건의료사업을 수행하도록 하고 있다. 2012년 3월 발표된 보건복지부 지정 7개의 치매거점 병원은 대구광역시(대구시립시지노인전문병원), 인천광역시(인천제1시립노인전문병원), 대전광역시(대전제1시립노인전문병원), 충청북도(충북제천시립청풍호노인사랑병원), 전라북도(전북전주시립노인복지병원), 경상북도(경북도립경산노인전문병원), 경상남도(경남도립김해노인전문병원)이다. 병상 수는 모두 1,305병상이다. 치매거점병원에 참여하는 병원들에 대한 예산은 증축, 개보수(16억원, 국비:지방비=5:5) 및 의료장비 보강(6억원, 국비:지방비=5:5)에 총 22억이 지원되었다.

11) 치매노인사례관리의 문제별 사례관리의 구체적 내용은 부록 참고.

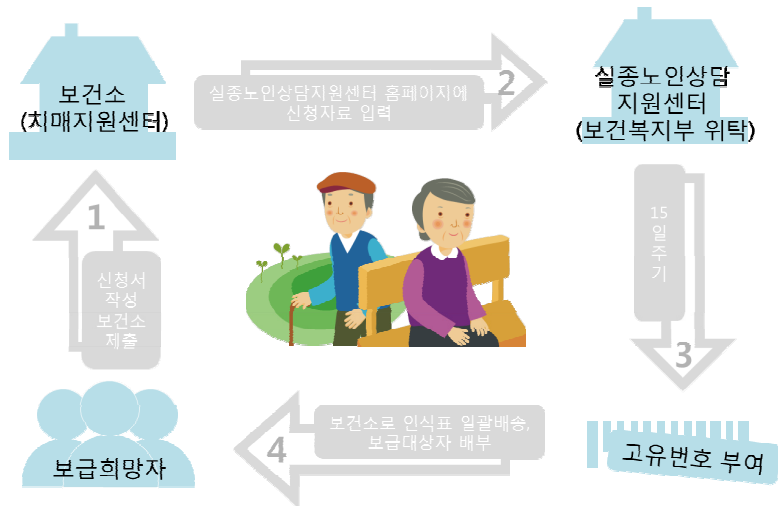
〈표 3-1-7〉 공립요양병원에서의 치매 분야 공공보건의료사업

- 지역사회 치매환자·치매고위험군 대상 인지재활 프로그램 실시
- 치매검진사업 참여
- 저소득층 치매환자 입원비 경감
- 권역치매센터와의 협력 연구
- 치매 인식개선사업

(6) 실종노인의 발생 예방 및 찾기 사업

보건복지부 노인정책과, 지방자치단체, 보호시설, 경찰청, 실종노인상담지원센터(보건복지부 위탁기관) 등의 협력으로 실종노인의 발생예방과 찾기를 추진하고, 연중 시군구 보건소를 통해 인식표 배부사업을 실시한다.

[그림 3-1-7] 실종노인예방 인식표 보급 체계도



(7) 노인돌봄종합서비스

노인돌봄종합서비스는 만 65세 이상이면서 치매 또는 중풍의 노인성 질환으로 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인들에게 노인돌보미를 파견하여 가사와 활동지원을 받도록 하거나 주간보호서비스를 제공하는 사업이다. 대상자 선정시 소득기준(전국가구평균소득의 200% 이하자로 납부하는 건강보험료 본인부담금으로 판정)과 건강상태기준으로 선정여부가 결정된다.

3) 대전광역시 치매노인사업¹²⁾

대전광역시에는 광역치매센터(충남대학교병원 노인보건의료센터)가 지정, 운영되고 있으며 자치구 보건소에 치매상담센터 5곳을 운영하고 있다. 또한 대전제1시립노인전문병원이 2012년 3월에 치매거점병원으로 지정되었다. 치매검진사업은 2008년 2개구(중구, 서구)에서 시범으로 실시해오다가 2009년부터 5개구 보건소로 확대해 시행하고 있다.

〈표 3-1-8〉 대전광역시 치매관리사업 추진현황

(단위 : 개소, 천원)

사업명	연도	예산액
치매상담센터운영	2012	25,500
	2013	25,500
	2014	27,000
치매예방 및 등록관리(치매치료관리비) - 2013년 3,105명 지원 예상하여 예산편성 하였으나 9월말 실제 지원 2,449명 - 2014년 2,444명으로 계획하여 국비 지원 결정	2012	598,008
	2013	754,580
	2014	594,000
광역치매센터운영	2014	600,000

자료 : 대전광역시a(2013), 대전광역시b(2014), 대전광역시 내부자료 재구성
- 광역치매센터는 2014년에 신설

제2절 우울현황

1. 전국 노인 우울 현황

2011년 전국 노인실태조사에 따른 시도별 노인우울증상을 살펴보면 전국의 우울증상 노인은 29.2%이다. 시도별 보았을 때, 전북 노인이 우울증상이 가장 높고, 다음 전남, 경남, 울산, 충남, 부산, 대구 순으로 전국 수준보다 높다. 대전은 23.6%로 전국에서 가장 낮은 노인 우울증상을 보였다.

12) 대전광역시a(2014), <2013년 시정백서>.

〈표 3-2-1〉 2011년 노인실태조사 시·도별 노인의 우울증상

(단위 : %, 명)

특성	우울증상 없음	우울증상 있음	계(명)
전국	70.8	29.2	100.0(10,540)
서울	71.9	28.1	100.0(1,908)
부산	70.5	29.5	100.0(822)
대구	70.5	29.5	100.0(533)
인천	73.5	26.5	100.0(479)
광주	71.5	28.6	100.0(279)
대전	76.4	23.6	100.0(282)
울산	69.7	30.3	100.0(182)
경기	73.6	26.4	100.0(2,028)
강원	75.9	24.1	100.0(416)
충북	71.3	28.7	100.0(372)
충남	70.2	29.8	100.0(583)
전북	64.0	36.0	100.0(526)
전남	64.9	35.1	100.0(651)
경북	69.1	31.0	100.0(804)
경남	65.2	34.8	100.0(539)
제주	71.7	28.3	100.0(138)

자료 : 보건복지부a(2012)

노인의 평균 우울증상 유병률은 29.2%로 우울증상 점수 총 15점 중 4.9점이 평균점수이다. 지역별로는 동부 지역거주자의 유병률이 28.7%로 읍·면부 지역거주자의 30.1%에 비해 낮다. 성별로는 우울증상 유병률이 여성이 33.6%로 남성의 23.3%에 비해 높다. 연령별로는 연령이 높을수록 우울에 대한 유병률이 높다. 우울증상 유병률이 65-69세 연령군에서는 19.1%이었으나, 85세 이상 연령군에서는 43.0%로 월등히 높아진다. 결혼상태에 따라서는 무배우자의 우울증상 유병률이 유배우자에 비해 높다. 가구형태별로는 노인독거가구의 우울증상 유병률이 41.2%로 가장 높으며, 노인부부가구는 23.7%로 가장 낮다.

교육수준별 분포에서는 저학력일수록 우울증상 유병률이 높은 경향을 보인다. 무학(글자모름)의 경우 48.4%로 가장 높고 전문대학 이상의 경우 9.6%로 가장 낮다. 현 취업상태에 따라서는 미취업자의 우울증상 유병률이 34.0%로 취업자의 19.7%에 비해 높다.

가구소득별로는 우울증상 유병률이 저소득 가구일수록 증가하는 경향을 보인다. 가구소득 최저 제1오분위수의 우울증상 유병률은 47.1%로 가장 높아 제5오분위 17.2%의 두 배 이상이다. 기능상태별로는 기능제한이 있는 경우 우울증상 유병률이 제한이 없는 자에 비해 높다. 기능제한을 지닌 노인의 경우 우울증상 유병률이 57.4%, 기능제한이 없는 경우는 24.6%이다.

2. 대전광역시 노인 우울 현황

2013년도 대전광역시 지역사회건강조사에서 우울감이 있는 시민은 7.0%¹³⁾로 조사되었다. 2011년 전국 노인실태조사에서 나타난 노인 우울 현황을 살펴보면, 일반인 조사와 동일한 지표를 사용한 것은 아니지만 대전 노인의 경우 전체 노인의 23.6%가 우울증상을 갖는 것으로 나타나, 일반인에 비해 노인의 우울문제는 매우 심각한 수준임을 확인할 수 있었다.

제3절 자살현황 및 관련 정책

1. 전국 노인 자살 현황

우리나라 2013 전체 자살률은 인구 10만명당 28.5였으나, 65세 이상의 자살률은 인구 10만명당 64.2로 평균의 2.3배 이상이다. 노인의 자살률 가운데 남성노인의 자살률은 102.3명, 여자는 37.3명으로 다른 연령대보다 노년인구의 자살률이 높다. 연령을 5세 구간으로 분리해서 볼 경우, 80대 이상에서는 전체 자살률의 3.3배로 높아지는 것을 볼 수 있다.

13) 국민건강영양조사(보건복지부, 2011)에서는 19세 이상 우울증상 경험률 12.9%, 65세 이상 노인의 경우 16.5%로 나타남.

〈표 3-3-1〉 2013년 연령대별 자살률

(단위 : 인구 10만명당)

연령	자살률	남성	여성
10-14세	1.3	1.4	1.2
15-19세	7.9	9.1	6.5
20-24세	14.5	17.4	11.2
25-29세	21.7	24.7	18.4
30-34세	27.8	34.6	20.8
35-39세	28.9	38.3	19.2
40-44세	32.0	44.2	19.4
45-49세	33.6	50.5	16.1
50-54세	37.9	56.5	19.0
55-59세	38.2	59.8	16.7
60-64세	39.5	62.9	17.1
65-69세	42.2	67.0	20.0
70-74세	59.5	96.5	30.4
75-79세	77.7	133.0	42.0
80세 이상	94.7	168.9	63.9
전체	28.5	39.8	17.3

자료 : 통계청(2014)

2. 대전광역시 자살 현황

대전 지역 자살사망자 수는 2010년 435명, 2011년 445명, 2012년 382명으로 2011년에 증가하였다가 2012년 감소세로 돌아섰다. 3년간 연령별 자살사망자 수가 가장 많은 집단은 40-49세이었으나 다소 감소추세를 보이고 있는 반면, 70대 이상 고령자의 자살사망자 비율은 차츰 증가추세를 보이고 있다. 10대 미만과 90대 이상의 자살사망자 수는 상대적으로 낮았다.

〈표 3-3-2〉 대전 연령별 자살 사망자 수 연도별 변화 추이

(단위 : %, 명)

연령	2010	2011	2012
0-19세	1.1	3.1	4.5
20-29세	14.5	12.6	10.2
30-39세	17.7	19.8	17.3
40-49세	21.6	19.6	18.1
50-59세	15.6	16.6	16.0
60-69세	11.7	13.3	13.1
70-79세	12.2	9.2	13.4
80-89세	4.6	5.8	6.0
90세 이상	0.9	0.0	1.6
전체	435(100.0)	445(100.0)	382(100.0)

자료: 대전광역시b(2013)

한편, 인구 십만명당 자살률은 22.6명으로 7대 광역시 가운데 5번째로 조사되었다.

〈표 3-3-3〉 광역시 별 인구 십만명당 자살률

지 역	사망자 수(명)	연령표준화 사망률(십만명당)
서울	2,560	22.6
부산	1,013	24.9
대구	666	24.1
인천	868	27.9
광주	331	21.6
대전	363	22.6
울산	284	23.6

자료 : 통계청(2014)

3. 자살예방관련 제도 및 정책

1) 자살예방종합대책¹⁴⁾

우리나라는 OECD국가들과 비교하여 상대적으로 높은 자살률을 낮추기 위한 대책으로 <1차 자살예방기본계획(2004년-2008년)>과 <2차 자살예방종합대책(2009년-2013년)>을 발표하였다. <2차 자살예방종합대책>에서는 자살사망률을 인구 10만명당 20.0명 수준으로 낮추려는 목표를 수립하고, 기본전략으로 첫째, 생명존중문화 조성 등 환경적 접근과 자살위험자 조기발견 및 치료 등 대상자적 접근을 포괄하는 추진체계 구축, 둘째, 생애주기와 사업단계별 추진체계 구축, 셋째, 공공부문과 민간부문의 역할분담과 협력체계를 구축하는 것을 근간으로 삼았다. 또한 자살에 대한 국민의식개선, 자살예방법과 제도적 기반 구축, 자살수단에 대한 접근성 강화 등을 포함하는 10대 과제(28개 세부과제)를 선정하였다.

이에 따라 2011년 <자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률(2011년 3월 30일 제정, 2012년 3월 30일 시행)>이 제정되었고 자살률을 감소시키기 위하여 국가와 지방자치단체에 자살 고위험자의 구조조치 의무를 부과하고 자살예방기본계획의 수립과 자살예방센터의 설치·운영 등을 규정하였다.

현행 자살예방사업은 <자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률>에 따라 보건복지부가 자살 예방정책을 수립하고 중앙자살예방센터 하에 전국 17개 광역시도에 광역자살예방센터를 설치하고, 중앙자살예방센터와 광역자살예방센터의 사업지원으로 자치구 시·군·구 정신건강증진센터(또는 자살예방센터)가 사업을 수행하는 지역사회기반의 자살예방사업 체계이다.

2013년 10월 현재, 전국 광역 및 시군구 정신건강센터와 자살예방센터의 명칭과 운영여부는 다음과 같으며, 아직 광역정신건강센터 혹은 광역자살예방센터가 설치되지 않은 광역시도 일부에서는 자살예방센터를 정신건강증진센터 내에 운영하는 기초자치단체가 많이 있다. 일부 시군구에서는 정신건강증진센터 외에 별도로 노인과 아동청소년정신건강증진센터를 운영하고 있다. 정신건강증진센터에서는 지역사회에 거주하는 정신질환자들의 관리와 사회적응을 위한 정신보건사업과 함께 자살예방사업을 담당하고 있다.

2) 국가정신보건5개년계획

보건복지부 정신건강정책과에서는 <정신보건법> 제13조에 근거하여 지역사회정신보건사업의 집중적이고 전문적인 지원을 위하여 중앙정신보건사업지원단을 설치하고(각 시도에는 지방정신

14) 보건복지부a(2011), <2011년 정신보건사업안내>.

보건사업지원단 설치·운영), 정신건강과 관련된 주요 전략들에 대한 정책과제를 제안하는 <국가정신보건5개년계획(2011년-2015년)>을 수립하였다(중앙정신보건사업지원단, 2014).

<국가정신보건5개년계획>은 사회통합적 정신보건체계를 수립하기 위하여 다음과 같은 6대 목표 16개 과제가 각각의 전략을 제시하고 있는데, 이 가운데에 아동청소년, 노인, 취약계층의 정신건강증진과 자살예방과제를 포함하고 있다.

노인의 정신건강증진과 자살예방을 위한 <국가정신보건5개년계획>의 구체적인 내용은 취약계층 노인을 위한 특화된 정신건강증진프로그램 개발, 지역기반의 노인우울증 관리사업과 치매관리사업의 협력적 네트워크 구성, 독거노인 등 취약계층에 대한 치매 및 우울증 검진 사업 확대, 노인자살 고위험군에 대한 연속적 지원관리체계 구축으로 노인 정신건강증진과 자살예방을 위한 조기 개입체계 및 프로그램 개발에 대한 수행을 포함한다.

3) 자살예방조례

2013년 10월 현재 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례」를 제정한 곳은 17개 광역지방자치단체와 130개 기초지방자치단체이다. 전체 시군구 가운데 51.1%가 자살예방조례를 제정하였으며, 광주, 세종시는 기초 자치구 전체가, 서울과 대전은 기초 자치구의 80% 이상에서 조례를 제정하였다. 반면, 제주, 경북, 경남, 부산, 대구, 인천, 전남은 자살예방조례 제정비율이 30% 이하 수준이다.

자살예방조례가 자치단체장의 자살예방 및 생명존중문화 조성의 책무를 규정하고, 자살예방시행계획을 수립하고 자살실태 조사 및 자살예방센터의 설치와 운영 등을 규정한다는 점에서 자살예방조례를 설치하는 것이 지역사회의 자살예방사업을 위한 법적, 제도적 기반이 된다.

4) 대전 자살예방관리정책

(1) 자살예방조례 제정

2011년 12월과 2012년 1월 대전 관내 여고생의 잇따른 자살이 사회적 이슈가 됨에 따라, 대전시의회는 2012년 2월 본회의에서 ‘대전시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례안’을 의결해 자살 위험노출에 대한 자살예방 및 대책을 위한 법적 근거를 마련하였다.

이후 각 자치구(대덕구 제외)에서도 ‘자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례안’을 심의하고, 자살예방 및 생명존중문화 조성에 구청장의 책무를 규정, 자살예방시행계획을 수립, 시행하도록 의결하였다. 조례를 마련함으로써 자살실태를 조사하고 자살예방센터 설치 및 운영, 자살예방상담, 자살자 유가족 지원 등의 근거가 마련되었다.

〈표 3-3-4〉 대전광역시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례

대전광역시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례 (제정) 2012-02-24 조례 제 4032호 제1조(목적) 이 조례는 자살예방을 위한 종합적인 정책에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 시민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중문화를 조성함을 목적으로 한다. 제2조(시장의 책무) 대전광역시장(이하 “시장”이라 한다)은 자살예방 및 생명존중문화 조성에 필요한 시책을 수립·시행하고 이에 수반되는 행정적·재정적 지원방안을 마련하여야 한다. 제3조(교육감의 책무) 대전광역시교육감은 유·초·중·고 학생들이 정신적으로 건강하게 성장할 수 있도록 자살예방 및 생명존중에 관한 사항을 교육과정에 반영하는 등 자살예방을 위한 교육적 노력을 다하여야 한다. 제4조(시민의 권리와 의무) ① 시민은 자살위험에 노출되거나 스스로 노출되었다고 판단될 경우 시장과 자치구청장에게 도움을 요청할 권리가 있다. ② 시민은 대전광역시에서 시행하는 자살예방정책에 적극 협조하여야 하며, 자살을 할 위험성이 높은 사람을 발견한 경우에는 신고 및 구조 등의 신속한 조치를 취하여야 한다. 제5조(자살예방시행계획의 수립 등) ① 시장은 자살예방기본계획에 따른 자살예방시행계획(이하 “시행계획”이라 한다)을 매년 수립·시행하여야 한다. ② 시행계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. 1. 자살예방지원계획의 방향과 추진목표 2. 자살예방을 위한 상담·교육 및 홍보 3. 연령별 자살예방 프로그램 개발 및 운영 4. 자살예방을 위한 협력체계 구축 5. 자살예방센터 운영 6. 그 밖에 자살예방 및 생명존중문화 조성에 필요한 사항 제6조(자살실태조사) ① 시장은 제5조의 규정에 따른 효율적인 시행계획을 위하여 5년마다 자살실태조사를 실시하여야 한다. ② 제1항에 따른 자살실태조사를 전문성을 갖춘 관계기관에 의뢰하여 실시할 수 있다. ③ 시장은 자살실태조사의 결과가 시행계획 수립에 반영되도록 적극 노력하여야 한다. 제7조(자살예방센터) ① 시장은 자살예방을 체계적으로 추진하기 위하여 자살예방센터를 설치·운영할 수 있다. ② 자살예방센터는 「정신보건법」 제13조의2에 따른 정신보건센터에 둔다. 제8조(지역사회 협력체계 구축) 시장은 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위해 관련 기관·단체 등과 유기적인 협력체계를 구축한다. 제9조(자살예방 상담·교육 등) ① 시장은 자살예방과 생명존중문화를 조성하기 위하여 시민에 대한 지속적인 상담·교육 및 홍보활동을 하여야 한다. ② 시장은 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제17조에 따른 공공기관 등의 자살예방 상담·교육 및 홍보활동을 위해 필요한 경우 예산의 범위에서 지원할 수 있다. 제10조(자살자의 유가족 등에 대한 지원) 시장은 자살시도자 또는 자살자의 유가족 등에게 심리·상담서비스 등에 필요한 지원을 할 수 있다. 제11조(민간단체 지원 등) 시장은 자살예방사업을 수행하는 민간단체 등에 대하여 예산의 범위에서 사업수행에 필요한 지원을 할 수 있다. 제12조(비밀준수 의무) 이 조례에 따른 자살예방 및 보호 업무관계자·종사자는 그 직무상 알게 된 비밀을 누설하여서는 아니 된다.
--

자료 : 자치법규정보시스템(2014)

(2) 정신건강증진센터 운영

2013년 대전광역시 보건정책과의 공공정신보건사업으로는 아동청소년 정신보건사업과 5개구에서 운영하고 있는 정신보건센터를 들 수 있다(대전광역시b, 2013). 2013년도 대전광역시 정신보건센터운영 예산은 6억 7,580만원(기초 3억 520만원, 시 3억 7,060만원 부담)으로, 정신보건센터 운영(5억 5,080만원)과 자살예방 및 위기관리사업으로 1억 2,500만원(보건소 1개당 사업예산 5,000만원의 매칭펀드인 2,500만원을 지원함)을 배정하였다.

〈표 3-3-5〉 대전광역시 정신보건사업

(단위 : 천원)

사업명	예산액
아동청소년 정신보건	175,000(기초 50,000 / 시 125,000)
정신보건센터 운영(정신건강증진센터로 명칭 변경)	675,800
자살예방 및 위기관리사업(정신건강증진센터)	25,000만원(5,000만원*5개소(50%))
자살예방 및 위기관리사업(자치구 보건소)	동구 37,500(25,000+12,500) 중구 50,000(25,000+25,000) 서구 50,000(25,000+25,000) 유성구 50,000(25,000+25,000) 대덕구 50,000(25,000+25,000) (자치구 매칭펀드 합산 총사업비=시비+구비)

자료 : 대전광역시a(2013), 구 보건소 <2013년 세출예산사업명세서> 재구성

각 구별 정신건강증진센터는 관내 주민을 일반인구(일반주민), 위험인구(정신건강 위험요인 보유주민), 표적인구(만성 중증 정신질환자 및 가족)로 세분화하여 정신보건사업을 실시하고 있으며, 특히 자살예방 및 생명존중문화 조성으로 진행 중인 사업들은 자살예방상담, 자살고위험군 지원, 자살예방교육, 홍보 및 인식개선, 민관협력 네트워크 구축 등이다.

〈표 3-3-6〉 대전광역시 관내 5개 정신건강증진센터 자살예방사업내용

사업명	대상	내용
자살예방상담	자살에 대한 생각 및 정신건강 문제로 상담이 필요한 지역주민	자살예방 및 정신건강 전화상담(필요시 내소 상담 및 방문상담 실시)
자살고위험군 지원	자살시도자 및 자살고위험군(유가족 포함)	응급출동, 자살 고위험군 선별, 사례관리, 의료 서비스 및 사회복지 서비스 연계
자살예방교육	지역주민, 전문요원(자살예방사업 담당자), 게이트키퍼(자살의 위험신호를 보이는 대상자를 발견할 가능성이 높은 사람)	지역사회 특색을 고려한 맞춤형 교육, 생애주기 별로 각 연령에 적합한 예방교육 강화
홍보 및 인식개선	관내 지역주민	자살예방사업 홍보 및 생명존중문화 조성사업
민관협력 네트워크 구축	의료계, 언론계, 종교계 및 자살예방 유관기관	지역사회 자살예방 유관기관 발굴 및 생명사랑운동 지원

자료 : 중구 정신건강증진센터(2014), 서구 정신건강증진센터(2014), 대덕구 정신건강증진센터(2014), 동구 정신건강증진센터(2014), 유성구 정신건강증진센터(2014)

(3) 광역정신건강증진센터 운영

대전광역시 광역정신건강증진센터는 2013년 6월부터 을지대학교병원과 위탁협약을 체결하여, 자살예방, 중독(음주, 인터넷)예방 등 지역사회 통합위기관리체계 구축을 목표로 운영되고 있다. 특히 마음피움사업(자살예방위기관리사업)은 2013년은 자살예방 인프라구축, 2014년 생명존중 사회분위기 조성·확산, 2015년 근거기반 자살예방 강화라는 연차별 계획을 추진 중이다.

〈표 3-3-7〉 대전광역정신건강증진센터 사업소개

마음톡톡 (기획홍보사업)	- 정신건강사업 기획 및 평가(마음 디자인) - 정신건강시민홍보사업(마음 두드림) - 정신건강네트워크(마음 이음)
마음피움 (자살예방위기관리사업)	- 위기관리체계구축사업(24시간 위기사담 전화) - 위기관리지원사업 - 자살예방교육 및 홍보
마음돌움 (정신건강증진사업)	- 시민참여형 정신건강증진 - 정신재활지원사업 - 아동청소년 정신건강증진

자료 : 대전광역정신건강증진센터(2014)

(4) 대전광역시 노인자살예방센터

대전광역시 노인자살예방센터는 서구노인복지관에서 2011년~2012년 2년 동안 대전사회복지공동모금회의 지원으로 대전지역 노인자살예방을 위한 교육, 상담, 사례관리, 집단프로그램 등을 운영하였다(대전시노인자살예방센터, 2014). 현재 대전지역 60세 이상 노인들에 대한 스크리닝을 통해 자살위험군을 선정하고, 이들 집단에 대한 정기적 모니터링(텔레 체크), 캠페인 등의 사업을 지속적으로 수행하고 있다.

기존의 정신건강증진센터에서 수행되던 사업과 내용은 대동소이하지만, 사업의 대상으로 자살고위험집단인 노인으로 한정된 것이 특징이다. 또한 사업에 협력하는 네트워크에 노인들이 주로 활동하는 지역사회의 노인복지관과 사회복지관을 포함시키고, 시/구청 노인복지과와 대전재가노인복지협회, 대전노인보호전문기관 등 노인을 위한 권익집단들을 참여시켜 이해당사자의 필요와 현황을 반영할 수 있도록 하였다.

센터는 지역사회와 자원연계로 5개구 노인복지관 및 종합사회복지관과, 대전노인보호전문기관, 건양대학병원, 라파엘신경과, 시/구청 노인복지관과 연계하며, 5개구 정신보건센터, 노인의 전화, 둔산경찰서, 대전재가노인복지협회 등 다양한 지역사회 자원을 연계하여 노인자살 예방사업을 수행중이다.

(5) 자살고위험군 노인건강증진서비스¹⁵⁾

대전광역시는 2011년부터 지역사회서비스투자사업의 일환으로 전국가구평균소득 120% 이하인 만65세 이상 노인 중 자살고위험군 노인에게 초기상담 및 선별검사, 사례관리, 맞춤형프로그램(원예심리치료, 치료레크레이션, 음악치료 등)을 제공하는 자살고위험군 노인건강증진서비스를 제공하고 있다. 2014년 현재 자치구별로 대덕구 2개, 동구 1개, 서구 3개, 중구 7개 기관 등 총 13개 기관에서 서비스를 제공하고 있다.

15) 대전광역시a(2014)

제4절 음주 및 흡연 현황

1. 음주

1) 전국 문제음주 현황

2013년 지역사회건강조사에서 1주일에 2회 이상 술을 취할 정도로 마시는 사람들을 고위험 음주자로 지정하였는데, 고위험음주율이 가장 높은 지역은 강원도(22.2%)이고 다음으로는 제주(21.1%), 경남(20.6%), 부산(20.0%), 충북(19.6%), 인천(19.3%) 순으로 높다. 대전의 고위험음주율은 18.2%로 나타났다.

〈표 3-4-1〉 전국 고위험음주율

지역	응답자 수(명)	고위험음주율(%)
서울	17,351	17.5
부산	10,668	20.0
대구	5,241	15.5
인천	6,188	19.3
광주	3,362	17.3
대전	3,266	18.2
울산	3,354	16.8
세종	578	18.0
경기	29,786	18.8
강원도	10,362	22.2
충북	7,704	19.6
충남	8,095	18.5
전북	6,915	17.7
전남	10,268	17.7
경북	13,689	18.9
경남	11,744	20.6
제주	3,041	21.1

자료 : 보건복지부a(2013)

2) 전국 노인 문제음주 현황

여성가족부에서 조사한 2010년 가정폭력 실태조사에서 전국 600명 노인을 대상으로 최근 1년간 음주현황을 살펴본 결과에 따르면, 응답자 노인 가운데 59.1%는 음주를 하지 않았고, 40.9%는 음주를 하였다. 성별비교에서는 여성노인은 26.6%가 음주한 반면, 남성노인은 65.5%가 음주를 하는 것으로 나타났다. 최근 1년간 음주빈도는 월 1회 이하가 37.7%로 가장 많고, 주1-2회, 월 2-3회, 거의 매일, 주3-4회 순으로 나타났다.

〈표 3-4-2〉 노인의 최근 1년간 음주현황

(단위 : %)

구분		전체	여성	남성
최근 1년간 음주여부	아니오	59.1	73.4	34.5
	예	40.9	26.6	65.5
최근 1년간 음주빈도	월 1회 이하	37.7	45.5	32.1
	월 2-3회	19.3	23.8	16.1
	주 1-2회	20.4	14.9	24.5
	주 3-4회	7.8	6.9	8.4
	거의 매일	14.8	8.9	18.9

자료 : 여성가족부(2010)

2. 흡연

1) 전국 흡연 현황

2013년도 지역사회건강조사에 따르면, 현재 흡연률을 평생 5갑(100개비)이상 흡연한 사람으로서 현재 흡연하는 사람(매일피움 또는 가끔 피움)으로 보았을 때, 제주도가 25.0%로 가장 높고, 다음으로는 충북(24.6%), 경기(24.3%), 강원도(24.1%)의 순이다. 대전광역시는 23.3%로 나타났다.

〈표 3-4-3〉 전국 현재 흡연을

지역	응답자 수(명)	현재 흡연율 ¹⁶⁾ (%)
서울	23,136	21.7
부산	14,601	23.1
대구	7,335	23.7
인천	9,024	24.3
광주	4,643	21.9
대전	4,584	23.3
울산	4,576	23.7
세종	922	22.4
경기	41,223	24.3
강원도	15,946	24.1
충북	11,599	24.6
충남	13,520	22.7
전북	12,509	21.8
전남	19,702	20.8
경북	22,317	23.1
경남	18,065	23.0
제주	5,062	25.0

자료 : 보건복지부a(2013)

2) 전국 노인 흡연 현황

2011년 노인실태조사에 따르면 노인의 12.6%가 현재흡연을 하고 있었으며, 과거 흡연자는 25.9%, 비흡연자는 61.5%이었다. 성별로는 남성이 24.7%가 현재 흡연자임에 비해, 여성은 3.4%만 현재 흡연자로 조사되었다¹⁷⁾.

16) 평생 5갑(100개비)이상 흡연한 사람으로서 현재 흡연하는 사람(매일 피움 또는 가끔 피움)의 비율로 정의

17) 2011년 노인실태조사 노인 흡연현황 부록참고

3. 음주 및 흡연관련 정책

1) 국가정신보건 5개년계획

자살예방에서 정책 중 한 개로 살펴본 <국가정신보건5개년계획>은 사회통합적 정신보건체계를 수립하기 위하여 다음과 같은 6대 목표 16개 과제가 각각의 전략을 제시하고 있는데, 이 가운데에 한국형 특성에 따른 알코올 사용장애 관리체계 구축에 대한 과제를 포함하고 있다. 알코올 사용장애에 대한 과제는 한국형 알코올중독 관리 체계의 개발과 정착화, 알코올 사용장애의 사회적 폐해감소를 위한 안전망 구축, 정신질환자의 인권 보호 및 지역사회 수용도 향상, 정신질환자에 대한 응급개입 체계 개선 등이 있다. 그러나 이는 전체 국민의 알코올 사용장애에 관한 내용으로, 노인에게만 국한된 과제는 별도로 없다.

2) 국민건강증진법

국민건강증진법은 국민의 건강을 증진시키기 위해 1995년 1월 5일 제정되었고, 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진하는데 목적을 두고 있다.

금연 및 절주운동 등과 관련한 내용을 살펴보면, 국민건강증진법 제 8조에 국가 및 지방자치 단체는 국민에게 담배의 직접흡연 또는 간접흡연과 과다한 음주가 국민건강에게 해롭다는 것을 교육하고 홍보해야하며, 이에 관한 조사 및 연구를 하는 법인 또는 단체를 지원할 수 있다. 제9조는 금연을 위한 조치로 다양한 시설, 기관, 및 특정 지정된 금연구역에서 흡연을 금지하도록 한다고 명시하였다.

제5절 노인 수면장애 현황

2011년 전국 노인실태조사(보건복지부)에서 노인의 하루 평균 수면시간은 6.7시간으로 적정 수면시간인 6-8시간의 수면을 취하는 경우는 45.2%이다. 지역별로는 동부 지역거주자의 적정 수면율이 44.2%로 읍·면부 지역거주자의 47.3%에 비해 낮다.

성별로는 적정수면율이 여성이 42.7%로 남성의 48.5%에 비해 낮다. 연령별로는 연령이 높을수록 적정수면율이 감소하는 경향을 보인다. 적정수면율이 65-69세 연령군에서는 48.7%이었으나, 85세 이상 연령군에서는 41.2%이다. 결혼상태에 따라서는 무배우자의 적정수면율이 유배우자에 비해 낮다. 가구형태별로는 노인독거가구의 적정수면율이 40.6%로 가장 낮으며, 노인부부가구는 48.6%로 가장 높다.

교육수준별 분포에서는 저학력일수록 적정수면율이 낮은 경향을 보인다. 무학(글자모름)의 경우 40.3%의 가장 낮은 적정수면율을 보인다. 현 취업상태에 따라서는 미취업자의 적정수면율이 43.3%로 취업자의 48.9%에 비해 낮다.

가구소득별로는 적정수면율이 저소득 가구일수록 감소하는 경향을 보인다. 가구소득 최저 제1오분위수의 적정수면율은 42.6%로 가장 낮다. 기능상태별로는 기능제한이 있는 경우 적정수면율이 제한이 없는 자에 비해 낮다. 기능제한을 지닌 노인의 경우 적정수면율이 41.7%, 기능제한이 없는 경우는 45.8%이다. 기능제한이 있는 경우 8시간을 초과해서 수면을 취하는 경우가 17.1%로 제한이 없는 자의 8.7%보다 높다.

제4장 연구결과

본 장에서는 대전지역 노인의 주요 정신건강 관련 문제, 즉 인지기능 저하, 우울증상, 자살생각 및 충동, 음주 및 흡연, 수면장애 등을 파악하고자 한다. 먼저 조사대상 노인의 특성, 그리고 각각의 정신건강 문제가 어느 정도인지 살펴보고, 그 다음에 교차분석 및 분산분석을 통해 인구 사회학적 요인 및 다른 주요 특성 가운데 노인 정신건강의 위험 요소를 확인할 것이다. 위험 요소 논의를 위해 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 종교, 가구형태 등 인구사회학적 특성에 따른 주요 정신건강 문제의 실태를 분석하고, 정신건강과 관련이 있을 것으로 추정되는 변인들인 신체건강, 경제수준, 사회적 지지망, 여가활동 참여에 따른 주요 정신건강 문제 실태도 분석할 것이다.

제1절 조사대상 노인의 특성

1. 조사대상 노인의 인구사회학적 특성

조사대상 노인의 성별을 살펴보면, 남성 41.0%(615명), 여성 59.0%(885명)로 여성의 비율이 남성보다 높은 것으로 나타났다. 평균 연령은 74.4세였고, 60대(65-69세)가 28.5%(427명), 70대(70-79세)는 49.3%(740명), 80대 이상이 22.2%(333명)를 차지하였다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하가 62.9%(943명)로 대부분 노인의 학력이 낮은 수준이었고, 고졸 16.6%(249명), 중졸 15.3%(230명), 대학 이상 4.5%(68명), 전문대학 0.7%(10명) 순이었다. 결혼상태는 배우자가 있는 경우가 54.0%(810명), 사별인 경우가 41.9%(629명), 이혼/별거가 3.6%(54명)였다. 응답자의 종교를 살펴보면, 기독교가 24.6%(369명), 불교 24.5%(368명), 천주교가 8.7%(130명)이고 종교가 없는 경우는 41.3%(619명)로 종교를 가지고 있는 경우가 더 많은 것으로 조사되었다. 가구형태는 노인부부 가구가 39.1%(586명)이고, 자녀와 동거하는 가구가 31.4%(471명), 노인독거 가구가 27.1%(407명), 기타 2.4%(36명)로 나타났다.

〈표 4-1-1〉 조사대상 노인의 일반특성

특성		N	%
전체		1,500	100.0
성별	남자	615	41.0
	여자	885	59.0
연령	60대(65-69세)	427	28.5
	70대(70-79세)	740	49.3
	80대 이상	333	22.2
최종학력	무학	333	22.2
	초등학교	610	40.7
	중학교	230	15.3
	고등학교	249	16.6
	전문대학	10	0.7
	대학교 이상	68	4.5
결혼상태	기혼(유배우자)	810	54.0
	사별	629	41.9
	이혼/별거	54	3.6
	미혼	7	0.5
종교	기독교	369	24.6
	천주교	130	8.7
	불교	368	24.5
	종교없음	619	41.3
	기타	14	0.9
가구형태	노인독거	407	27.1
	노인부부	586	39.1
	자녀동거	471	31.4
	기타	36	2.4

2. 조사대상 노인의 기타 주요 특성

건강악화, 경제적 곤란, 사회적 관계망의 축소 등을 정신건강을 약화시키는 노인 특성으로 볼 수 있으며 양호한 신체건강과 경제력, 탄탄한 사회적 지지망이나 적극적 여가활동 참여 등은 정신건강 유지에 도움이 되는 요소로 간주할 수 있다. 노인의 정신건강과 관련이 있을 것으로 추정되는 요인들인 신체건강 특성, 경제수준, 사회적 지지망, 여가활동 참여 실태를 살펴보면 다음과 같다.

조사대상 노인 중 84.8%(1,272명)가 만성질환이 있었고, 평균적으로 가지고 있는 만성질환의 수는 2.1개이다. 25.0%(375명)의 노인이 2개의 만성질환을 앓고 있었고 24.9%(373명)는 1개, 17.7%(265명)는 3개의 만성질환, 17.3%(259명)는 4개 이상의 만성질환을 앓고 있었다. 응답자 가운데 34.3%(515명)는 자신의 건강이 나쁜 편이라고 인식하였고, 31.7%(475명)는 건강한 편으로, 25.7%(386명)는 보통으로, 7.0%(105명)는 매우 나쁘다, 1.3%(19명)는 매우 건강하다고 여기고 있었다.

일상생활수행능력에 있어서는 도움 없이 신체적 일상생활동작¹⁸⁾을 수행할 수 있는 노인이 91.1%(1,367명)이고, 수단적 일상생활동작¹⁹⁾은 82.1%(1,230명)가 도움 없이 수행할 수 있는 것으로 조사되었다.

조사대상 노인의 가구 월소득 평균은 122만 8천원이었다. 주관적인 경제수준은 47.3%(708명)가 보통으로, 36.3%(543명)가 낮은 편으로, 10.4%(155명)는 매우 낮다고 평가했으며, 6.1%(91명)만 높은 편으로 여기고 있었다. 경제활동을 살펴보면 직업이 있는 노인이 24.4%(366명)이고 직업이 없는 노인이 75.6%(1,134명)이다.

사회적 지지망을 보면 조사대상 노인의 평균 자녀수는 3.4명이었고, 비동거 자녀와의 접촉빈도는 31.3%(447명)가 월 1-2회, 24.0%(343명)가 주 2-3회, 22.8%(325명)가 주 1회, 15.6%(222명)가 거의 매일 연락하고 있었고, 직접 만나는 빈도는 39.3%(561명)가 월 1-2회, 26.3%(376명)가 3개월 1회, 12.3%(176명)가 년 1-2회, 나머지 20.2%(289명)는 주 1회 이상으로 나타났다.

형제자매 및 친인척 접촉빈도는 30.3%(418명)가 월 1-2회, 26.4%(364명)가 년 1-2회, 20.2%(279명)는 3개월에 1회, 14.5%(200명)는 주 1회 이상 연락을 하고 있었고, 직접 만나는 빈도는 54.4%(752명)가 년 1-2회, 17.4%(241명)는 3개월에 1회, 11.6%(160명)는 월 1-2회로 나타났다.

친구·이웃 수 평균은 9.1명이었다. 친구·이웃의 접촉빈도는 36.7%(526명)가 주 2-3회, 29.0%(416명)가 거의 매일, 15.5%(222명)가 주 1회, 15.2%(218명)가 월 1-2회 연락하고 있었고, 직접 만나는 빈도는 32.5%(467명)가 거의 매일, 27.8%(399명)가 주 2-3회, 19.2%(275명)가 월 1-2회, 17.0%(244명)가 주 1회였다.

18) 신체적 일상생활동작(Activities of Daily Living : ADL)은 총 6문항 목욕하기, 옷갈아입기, 식사하기, 자리에서 일어났다가 눕기, 걷기, 화장실에 가서 용변 보기 3점 척도로 18점인 노인은 도움없이 신체적 일상생활동작이 가능한 그룹이고, 6~17점은 도움이 필요한 그룹이다.

19) 수단적 일상생활동작(Instrumental Activities of Daily Living : IADL)은 총 4문항 일상생활 용품이나 약 사러 가기, 전화걸기, 버스나 전철 혼자타기, 가벼운 집안 일하기 3점 척도로 12점인 노인은 도움 없이 수단적 일상생활동작이 가능한 그룹이고, 4~11점은 도움이 필요한 그룹이다.

여가활동 참여를 하는 노인이 전체의 75.2%(1,136명), 하지 않는 노인은 24.2%(363명)로 조사되었다. 37.2%(558명)는 1개 영역에, 30.6%(459명)는 2개 영역, 7.9%(119명)는 3개 이상 영역에서 여가활동 참여를 하고 있었다.

〈표 4-1-2〉 조사대상 노인의 정신건강 관련 주요 변인 특성

특성	N	%
전체	1,500	100.0
만성질환	평균 2.1개	
있음	1,272	84.8
1개	373	24.9
2개	375	25.0
3개	265	17.7
4개 이상	259	17.3
없음	228	15.2
주관적 건강상태		
매우 나쁨	105	7.0
나쁜 편	515	34.3
보통	386	25.7
좋은 편	475	31.7
매우 좋음	19	1.3
ADL		
도움 불필요	1,367	91.1
도움필요	133	8.9
IADL		
도움불필요	1,230	82.1
도움필요	269	17.9
객관적 경제수준		
가구 월소득	평균 122.8만원(표준편차 110.9만원)	
주관적 경제수준		
매우 낮음	155	10.4
낮은 편	543	36.3
보통	708	47.3
높은 편	91	6.1
직업유무		
없음	1,089	75.6
있음	366	24.4

〈표 4-1-3〉 조사대상 노인의 정신건강 관련 주요 변인 특성(계속)

특성	N	%
전체	1,500	100.0
자녀 수	평균 3.4명(표준편차 1.53)	
비동거 자녀 연락 빈도		
거의 매일	222	15.6
주 2-3회	343	24.0
주 1회	325	22.8
월 1-2회	447	31.3
분기 1회	47	3.3
년 1-2회	25	1.8
연락하지 않음	18	1.3
비동거 자녀 만남 빈도		
거의 매일	76	5.3
주 2-3회	100	7.0
주 1회	113	7.9
월 1-2회	561	39.3
분기 1회	376	26.3
년 1-2회	176	12.3
연락하지 않음	25	1.8
형제자매친척 연락 빈도		
거의 매일	34	2.5
주 2-3회	77	5.6
주 1회	89	6.4
월 1-2회	418	30.3
분기 1회	279	20.2
년 1-2회	364	26.4
연락하지 않음	119	8.6
형제자매친척 만남 빈도		
거의 매일	12	0.9
주 2-3회	17	1.2
주 1회	20	1.4
월 1-2회	160	11.6
분기 1회	241	17.4
년 1-2회	752	54.4
연락하지 않음	180	13.0

〈표 4-1-4〉 조사대상 노인의 정신건강 관련 주요 변인 특성(계속)

특성	N	%
전체	1,500	100.0
친구·이웃 수	평균 9.1명(표준편차 8.74)	
친구이웃 연락 빈도		
거의 매일	416	29.0
주 2-3회	526	36.7
주 1회	222	15.5
월 1-2회	218	15.2
분기 1회	19	1.3
년 1-2회	13	0.9
연락하지 않음	19	1.3
친구이웃 만남 빈도		
거의 매일	467	32.5
주 2-3회	399	27.8
주 1회	244	17.0
월 1-2회	275	19.2
분기 1회	18	1.3
년 1-2회	22	1.5
연락하지 않음	10	0.7
여가활동 영역 수		
없음	363	24.2
1개 영역	558	37.2
2개 영역	459	30.6
3개 영역	84	5.6
4개 이상 영역	35	2.3

제2절 치매

급속한 고령화로 우리나라 65세 이상 노인 인구의 치매유병률은 계속 상승할 것으로 전망되고 있다. 대전시의 치매 유병률(2013년 추정치)은 9.25%, 13,840명 정도로 추정되었으며 이는 전국 7대 도시 중 두 번째로 높은 비율이다.

1. 인지기능저하

본 연구에서는 인지기능을 평가하기 위해 치매선별검사에 가장 널리 쓰이고 있는 간이정신상태 검사용 척도를 사용하였다. 한글판 간이정신상태검사는 네 가지가 있는데(MMSE-K, MMSE-KC, K-MMSE, MMSE-DS), 그 중에서 MMSE-DS(Kim et al., 2011)를 사용하였다. MMSE-DS는 문항을 학력의 영향을 상대적으로 적게 받도록 표준화하였고, 성별, 연령, 학력수준을 고려하여 한국 노인의 정상 기준을 제시하고 있어, 조사결과에 따라 노인의 인지기능저하 유무를 판단하였다.

총 1,500명 응답자 중 검사를 거부한 448명과 결측치가 존재하는 1명을 제외하고 응답자 1,051명의 인지기능저하의 정도와 다른 요인들과의 관련여부를 살펴보았다. MMSE-DS 평균 점수는 낮을수록 인지기능이 저하되었다고 판단하는데, 대전지역 노인 1,051명의 평균점수는 24.51점(표준편차 3.89)이었으며, 이 중 18.2%(191명)는 인지저하가 있는 것으로 나타났다²⁰⁾.

2. 인구사회학적 특성과 인지기능저하

여성노인의 경우 83.0%(523명)가 정상군, 17.0%(107명)가 인지저하군에 속하였고, 남성 노인은 80.0%(337명)가 정상군이었고, 20.0%(84명)는 인지저하군으로 밝혀졌다. 연령대별로는 60대 노인의 85.5%(260명), 70대 노인의 63.6%(445명)가 정상군, 80대 노인은 72.1%(155명)가 정상군에 속하였다. 교육수준별로는 무학인 경우 86.0%(178명), 초등학교 졸업인 경우 82.0%(359명), 중학교 졸업인 경우 73.6%(131명), 고등학교 졸업인 경우는 85.1%(148명), 전문대학 이상인 경우 81.5%(44명)가 정상군으로 조사되었다.

본 조사에서는 성별과 배우자유무, 종교유무, 가구유형별 인지기능저하의 차이는 유의미하지 않았으나, 연령과 학력은 인지기능저하와 유의미하게 관련이 있는 것으로 나타났다.

20) MMSE-DS 정상기준표 부록참조

〈표 4-2-1〉 인구사회학적 특성과 인지기능저하 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	인지저하자	대상자 수	χ^2 값
전체		860(81.8)	191(18.2)	1,051	
성별	남자	337(80.0)	84(20.0)	421	1.495
	여자	523(83.0)	107(17.0)	630	
연령대	60대(65-69)	260(85.5)	44(14.5)	304	17.681***
	70대(70-79)	445(63.6)	87(16.4)	532	
	80대 이상(80+)	155(72.1)	60(24.9)	215	
학력	무학	178(86.0)	29(14.0)	207	11.754*
	초졸	359(82.0)	79(18.0)	438	
	중졸	131(73.6)	47(26.4)	178	
	고졸	148(85.1)	26(14.9)	174	
	전문대학 이상	44(81.5)	10(18.5)	54	
배우자유무	무배우자	389(80.7)	93(19.3)	569	0.753
	유배우자	471(82.8)	98(17.2)	482	
종교	없음	346(81.8)	77(18.2)	423	0.000
	있음	514(81.8)	114(18.2)	628	
가구형태	독거	233(81.8)	52(18.2)	285	3.728
	노인부부	336(81.6)	76(18.4)	412	
	자녀동거	266(81.1)	62(18.9)	328	
	기타	25(96.2)	1(3.8)	26	

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

인지기능저하와 유의미하게 관련이 있는 요인들, 즉 연령과 학력수준에 따라 인지기능이 얼마나 의미 있는 차이를 갖는지 좀 더 자세하게 살펴보았다.

연령대별로 MMSE-DS의 평균점수를 살펴보면 60대 노인의 인지기능 평균점수는 26.10점(표준편차 3.12)이었고, 70대는 24.77점(표준편차 3.34), 80대에서는 21.62점(표준편차 4.56)으로 나타나 연령이 많을수록 인지기능의 평균점수는 낮아짐을 확인할 수 있다.

교육수준별로는 무학노인의 경우 21.32점(표준편차 4.41), 초등학교 졸업인 노인은 24.24점(표준편차 3.32), 중학교 졸업 노인은 25.48점(표준편차 2.88), 고등학교 졸업 노인은 27.10점(표준편차 2.67), 전문대학 이상인 노인은 26.48점(표준편차 2.89)이다. 따라서 고등학교 이하의 학력을 가진 노인의 경우 학력이 낮을수록 인지기능의 평균점수가 낮음을 볼 수 있다.

〈표 4-2-2〉 인구사회학적 특성과 인지기능저하 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균점수	표준편차	대상자 수	F 값
전체		24.51	3.89	1,051	
연령대	60대(65-69)	26.10	3.12	304	102.343*** 80대 이상<70대<60대
	70대(70-79)	24.77	3.34	532	
	80대 이상(80+)	21.62	4.56	215	
학력	무학	21.32	4.41	207	86.208*** 무학<초졸<중졸<고졸, 전문대학이상
	초졸	24.24	3.32	438	
	중졸	25.48	2.88	178	
	고졸	27.10	2.67	174	
	전문대학 이상	26.48	2.89	54	

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

우리나라 65세 이상 노인을 무작위로 선정한 전국적인 조사 연구(Kim et al., 2011)에서 나이, 연령, 교육수준, 도시 또는 시골 거주에 따라 표준화한 치매의 유병률을 8.1%로 추정하였다. 본 조사에서는 치매 위험성이 있는 인지기능저하자의 비율이 18.2%로 나타났는데, 선별검사도구만을 사용하였고 치매 여부에 대한 정밀 진단을 하지 않은 점과, 우울증 등의 다른 영향을 줄 수 있는 요인들을 고려하지 않은 결과임을 감안해야 할 것이다.

본 조사는 연령과 학력수준이 인지기능과 유의한 관련성을 보였다는 결과를 얻었다. 치매의 인구사회학적 위험인자로는 성별, 나이, 학력 등을 들 수 있고, 독거 등의 환경적 위험인자도 영향을 끼친다. 고령은 치매의 가장 일관되고 강력한 위험인자로 잘 알려져 있다(윤종철, 2005). 성별과 관련하여, 국외 선행연구(Bachman et al, 1992; Zhang et al., 1990)에서는 여성이 알츠하이머 치매의 발병 위험성이 더 높았다고 보고하고 있다. 국내 역학 연구(Kim et al., 2011; Jeon et al., 2007)에서는 다변량 분석에서는 여성이 치매 발병 위험성이 더 높았지만, 다른 위험 요소들로 통제한 다변량 분석에서는 반대의 결과를 얻어, 사회적 노출 등 성별과 관련된 차이를 보일 수 있는 요인들이 영향을 미칠 수 있을 것이라고 제안하였다. 학력과의 연관은 일치하지 않는 여러 보고들이 있다. 국외 연구(Tatemichi et al., 1994)에서 8년 이상의 교육이 알츠하이머 치매의 위험을 반으로 감소시키는 것과 관련 있다고 보고한 연구도 있지만, 반대의 결과를 보고한 연구(Beard et al., 1995)도 있었다.

본 조사에서는 문맹 여부는 포함하지 않았지만, 국내 연구(Kim et al., 2011)에서는, 우리나라

노인 중 문맹자들이 많다는 것을 고려하여, 문맹이 인지 기능과 강력하게 관련이 있으며 이 경우에는 읽고 쓰는 능력이 향상되면 치매를 예방하는데 도움이 될 것이라고 제안하였다. 미혼이나 독거에 해당하는 경우 알츠하이머 치매의 발병위험성이 높은 것으로 보고되었다(Helmer et al., 1999).

3. 신체건강관련 특성과 인지기능저하

주관적 건강상태별로 건강이 매우 나쁘다고 지각하는 노인의 MMSE-DS의 평균 점수는 22.39점(표준편차 5.13)이었고 이 가운데 29.0%(20명)가 인지기능저하자로 나타났다. 건강이 나쁜 편이라고 지각하는 노인의 평균점수는 23.45점(표준편차 4.03), 이 중 23.4%(85명)가 인지 기능이 저하되어 있었으며, 보통의 노인은 24.80점(표준편차 3.55), 14.3%(36명), 좋은 편 이상은 25.76점(표준편차 3.20), 13.6%(50명)로 나타났다.

ADL 제약 여부는 다른 사람의 도움을 필요로 하지 않는 ADL 제약이 없는 노인(MMSE-DS 평균점수 24.78점, 표준편차 3.64) 중에는 16.3%(157명)가 인지기능저하가 있는 반면, ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인(평균점수 21.39, 표준편차 5.57)은 45.3%(29명)가 해당하였다.

IADL 제약이 없는 노인(MMSE-DS 평균점수 25.20점, 표준편차 3.36)은 14.0%(119명)만 인지기능저하가 있었고, IADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인(평균점수 21.55점, 표준편차 4.66)은 36.0%(71명)에서 인지기능저하가 있는 것으로 나타났다.

이상에서 살펴본 바에 따르면 노인의 주관적 건강상태와 ADL이나 IADL 제약 여부가 노인의 인지기능에 유의한 관련성을 보인다는 결과를 얻었다. 즉, 자신의 건강상태를 좋게 인식하고 있거나 생활에서 타인의 도움을 필요로 하지 않는다고 응답한 노인의 인지기능이 상대적으로 높은 것을 볼 수 있다.

〈표 4-2-3〉 신체건강관련 특성과 인지기능저하 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	인지저하자	대상자 수	χ ² 값
만성질환 수	없음	128(85.9)	21(14.1)	149	7.619
	1개	208(83.9)	40(16.1)	248	
	2개	230(83.6)	45(16.4)	275	
	3개	149(77.2)	44(22.8)	193	
	4개 이상	145(78.0)	41(22.0)	186	
주관적 건강상태	매우 나쁨	49(71.0)	20(29.0)	69	19.816***
	나쁜 편	278(76.6)	85(23.4)	363	
	보통	215(85.7)	36(14.3)	251	
	좋은 편 이상	318(86.4)	50(13.6)	368	
ADL	도움 불필요	809(83.7)	157(16.3)	966	34.255***
	도움 필요	35(54.7)	29(45.3)	64	
IADL	도움 불필요	734(86.0)	119(14.0)	853	52.691***
	도움 필요	126(64.0)	71(36.0)	197	

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

〈표 4-2-4〉 신체건강관련 특성과 인지기능저하 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균점수	표준편차	대상자 수	T, F 값
주관적 건강상태	매우 나쁨	22.39	5.13	69	31.461*** 매우 나쁨 < 나쁜 편 < 보통 < 좋은 편 이상
	나쁜 편	23.45	4.03	363	
	보통	24.80	3.55	251	
	좋은 편 이상	25.76	3.20	368	
ADL	도움 불필요	24.78	3.64	966	4.800***
	도움 필요	21.39	5.57	64	
IADL	도움 불필요	25.20	3.36	853	10.518***
	도움 필요	21.55	4.60	197	

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

4. 경제수준과 인지기능저하

노인의 경제수준에 따른 MMSE-DS의 평균점수(표준편차)는 가구 월소득이 50만원 이하인 노인은 22.87점(4.23), 51만원-100만원 이하 노인은 24.96점(3.30), 101만원-150만원 이하 노인은 25.08점(3.92), 151만원-200만원 이하 노인은 25.54점(3.38), 그리고 201만원 이상 노인은 26.12점(3.37)으로, 가구 월소득이 많아질수록 MMSE-DS의 평균점수가 높아지는 결과를 얻었다. 노인의 경제수준과 인지기능저하자의 비율을 교차분석한 결과를 살펴보면 가구 월소득이 50만원 이하인 노인 중 22.9%(60명), 51만원-100만원 이하 노인의 15.7%(47명), 101만원-150만원 이하 노인의 20.9%(23명), 151만원-200만원 이하 노인의 16.8%(17명), 그리고 201만원 이상 노인의 12.2%(17명)가 MMSE-DS 결과에서 인지기능 저하가 있는 것으로 나타났다.

노인의 경제 상태에 대한 주관적 인식정도에 따라 MMSE-DS의 평균점수에 차이가 나타났는데, 자신의 경제상태가 매우 좋지 않다고 지각하는 노인에서 22.89점(4.63), 낮은 편이라고 지각하는 노인은 23.73점(3.83), 보통의 노인에서 25.25점(3.53), 높은 편으로 지각하는 노인은 26.52점(3.48)으로 나타났다. 인지기능저하자의 비율은 주관적으로 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인 가운데 25.2%(29명), 경제수준이 낮은 편이라고 지각하는 노인 중에서는 20.6%(78명), 보통이 15.6%(77명), 경제수준이 높은 편으로 지각하는 노인 중 9.8%(6명)이었다.

현재 소득이 있는 직업이 없는 노인은 MMSE-DS의 평균점수 24.13점(표준편차 4.02)이었고 이 중 20.2%(162명)가 인지기능저하가 있었고, 현재 소득이 있는 직업이 있는 노인은 평균점수 25.75점(표준편차 3.13)으로 더 높았고 이 중에는 11.6%(29명)가 인지기능저하가 있는 것으로 나타났다.

결과적으로 노인의 주관적 경제 상태와 직업유무는 노인의 인지기능에 유의한 관련성을 보이는 것을 알 수 있다. 즉, 경제상태가 좋다고 인식하거나 직업을 가지고 있는 노인의 인지기능이 상대적으로 높은 것을 볼 수 있다.

〈표 4-2-5〉 경제수준과 인지기능저하 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	인지저하자	대상자 수	χ ² 값
가구월소득	50만원 이하	202(77.1)	60(22.9)	262	9.236
	100만원 이하	253(84.3)	47(15.7)	300	
	150만원 이하	87(79.1)	23(20.9)	110	
	200만원 이하	84(83.2)	17(16.8)	101	
	201만원 이상	122(87.8)	17(12.2)	139	
주관적 경제상태	매우 낮음	86(74.8)	29(25.2)	115	10.412*
	낮은 편	301(79.4)	78(20.6)	379	
	보통	417(84.4)	77(15.6)	494	
	높은 편	55(90.2)	6(9.8)	61	
현재직업	없음	640(79.8)	162(20.2)	802	9.347**
	있음	220(88.4)	29(11.6)	249	

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

〈표 4-2-6〉 경제수준과 인지기능저하 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균점수	표준편차	대상자 수	T, F 값
주관적 경제상태	매우 낮음	22.89	4.63	115	24.637*** 매우낮음<낮은편<보통<높은편
	낮은 편	23.73	3.83	379	
	보통	25.25	3.53	494	
	높은 편	26.52	3.48	61	
현재직업	없음	24.13	4.03	802	6.655***
	있음	25.75	3.13	249	

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

5. 인지기능저하에 따른 사회적 지지망의 차이

인지기능저하자의 비율에 따른 사회적 지지망의 차이를 살펴보았을 때 정상군에서는 자녀 수가 3.33명, 인지기능저하군은 3.62명으로 인지기능저하군에서 자녀 수가 유의미하게 더 많았다. 비동거 자녀와의 접촉, 형제자매친척 접촉, 친구 및 이웃의 수와 접촉의 차이는 모두 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

사회적으로 고립된 노인들은 그렇지 않은 노인들에 비해 알츠하이머 치매의 발병위험성이 높다는 국외 연구 결과(Helmer et al., 1999)를 고려하면, 사회적 지지망과의 접촉 및 연락이 인지기능에 영향을 미칠 수 있는 요인이 될 수 있음을 보여주는 결과이다. 특히 본 조사의 결과에 비추어볼 때, 자녀의 수는 인지기능저하에 유의한 관련성을 보이는 것으로 확인되었다.

〈표 4-2-7〉 인지기능저하에 따른 사회적 지지의 평균비교

(단위 : 명, 회)

구분		정상군	인지기능저하군	전체	F
사회적 지지망	자녀 수	3.33	3.62	1,051	13.235***
	비동거자녀 접촉	5.64	5.34	1,051	0.298
	형제지매친척접촉	3.96	3.98	0.978	3.805
	친구이웃 수	9.56	7.82	1,051	2.676
	친구이웃접촉	6.79	6.70	1,006	0.791

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

6. 여가활동 영역 수와 인지기능저하

여가활동 영역 수에 따른 MMSE-DS의 평균점수(표준편차)는 여가활동 영역이 없는 노인은 22.39점(4.55), 1개인 경우 24.52점(3.58), 2개인 경우 25.55점(3.23), 그리고 3개 이상 영역인 노인은 26.34점(3.05)으로 영역의 수가 많아질수록 높은 점수를 나타냈다. 여가활동 영역 수와 인지기능저하자의 비율을 교차분석한 결과 여가활동을 특별히 하지 않는 노인의 인지기능저하자 비율이 28.5%(68명)로 가장 높았고, 1개인 경우 16.3%(64명), 2개인 경우 16.1%(53명), 3개 이상인 경우 6.8%(6명)로, 여가활동의 수가 많을수록 인지기능저하자의 비율은 낮아지는 것으로 나타났다.

여가활동과 치매의 관련성에 대한 연구(Verghese et al., 2006; Verghese et al., 2003; Akbaraly et al., 2009)에 따르면, 여가활동은 노인에서 경도인지장애, 치매, 알츠하이머병의 위험을 감소시킨다고 하였다. 또한 중년에 여가활동이 후에 치매의 위험성을 낮춘다는 연구(Rovio et al., 2005)도 있다.

본 조사결과에서도 여가활동을 하는 노인의 경우 인지기능저하의 비율이 상대적으로 낮은 것으로 밝혀짐에 따라 여가활동을 포함한 노인의 신체활동이 치매의 위험성을 감소시키는데 도움을 줄 것으로 기대된다.

〈표 4-2-8〉 여가활동과 인지기능저하 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	인지기능저하자	대상자 수	χ ² 값
여가활동 영역	없음	171(71.5)	68(28.5)	239	26.523***
	1개 영역	329(83.7)	64(16.3)	393	
	2개 영역	277(83.9)	53(16.1)	330	
	3개 이상 영역	82(93.2)	6(6.8)	88	

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

〈표 4-2-9〉 여가활동과 인지기능저하 평균비교

(단위: 점, 명)

구분		평균점수	표준편차	대상자 수	F 값
여가활동 영역	없음	22.39	4.55	239	42.405*** 2개영역, 3개이상영역> 1개영역>없음
	1개 영역	24.52	3.58	393	
	2개 영역	25.55	3.23	330	
	3개 이상 영역	26.34	3.05	88	

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

본 조사에서는 인지기능을 평가하는데 선별검사도구만을 이용하고, 치매에 대한 정밀 진단은 하지 않았으며, 우울증 등 영향을 줄 수 있는 다른 요소 등을 배제하지 않은 점이 제한점으로 남기는 하나, 대전 지역 노인의 약 1/5은 치매에 대한 정밀검사가 필요하다는 시사점을 얻었다. 이는 고령이 인지기능저하와 관련이 있다는 이전의 연구들(Kim KW et al., 2011; 보건복지부b, 2012)과 일치하는 결과로 볼 수 있으며, 좀 더 구체적으로 노인의 주관적인 건강 상태인식, 일상생활 수행능력, 현재 직업의 유무, 사회적 지지망, 여가생활 등이 인지기능에 관련성이 있음을 알 수 있다.

제3절 우울

노인의 정신건강에 있어서 우울증은 치매와 함께 노년기의 주요 문제로 간주된다. 노인들이 가지고 있는 많은 신체적 질환과 사회적, 경제적 어려움 때문에 의료진과 환자들은 노년기 우울증세가 이러한 환경적, 심리적 문제들에 대한 반응으로서 자연적으로 생긴다고 인식하는 경향이 있다(김도훈, 2004).

노인은 주요 우울장애로 진단되는 비율은 높지 않아도 임상적으로 의미 있는 우울증상은 높은 유병률을 보인다(Cho et al., 2011). 우리나라 노인의 높은 우울증상 유병률에 대해 한 연구

(Park et al., 2010)는 한국사회가 지난 수십 년 동안 경험한 사회문화적, 경제적, 정치적 격변에 기인하는 것으로 해석하고 있다.

1. 우울증상

우울증상을 측정하는 GDS-15는 총 15개의 문항으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 우울 증상이 심한 것을 의미한다.

먼저 각 문항에 대한 응답을 살펴보면 ‘자신이 헛되이 살고 있다고 느낀다’, ‘자신에게 불길한 일이 닥칠 것 같아 불안하다’, ‘절망적이라는 느낌이 자주 든다’, ‘바깥에 나가기 싫고 집에만 있고 싶다’, ‘지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느낀다’, ‘지금 자신의 처지가 아무런 희망이 없다고 느낀다’와 같은 부정적인 문항 내용에 응답자 가운데 20% 미만이 ‘그렇다’로 응답하고 있어 노년의 삶에 관한 부정적인 정서는 심각한 정도는 아닌 것으로 나타났다. 그러나 ‘평소 기분이 상쾌하다’, ‘대체로 마음이 즐거운 편이다’, ‘현재 살아있다는 것이 즐겁게 생각된다’, ‘기력이 좋은 편이다’와 같은 긍정적인 문항 내용에 대해서 40% 이상의 노인들이 ‘아니다’라고 응답하고 있는 점을 주목할 필요가 있다.

〈표 4-3-1〉 우울 척도 문항 응답

(단위: %, 명)

내용	그렇다	아니다	계(명)
현재의 생활에 대체적으로 만족	65.5	34.5	100.0(1,500)
요즘 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어짐	36.9	63.1	100.0(1,500)
자신이 헛되이 살고 있다고 느낌	14.9	85.1	100.0(1,500)
생활이 지루하게 느껴질 때가 많음	33.1	66.9	100.0(1,500)
평소에 기분이 상쾌함	55.1	44.9	100.0(1,500)
자신에게 불길한 일이 닥칠 것 같아 불안함	19.2	80.8	100.0(1,499)
대체로 마음이 즐거운 편	57.9	42.1	100.0(1,500)
절망적이라는 느낌이 자주 들	13.9	86.1	100.0(1,500)
바깥에 나가기 싫고 집에만 있고 싶음	16.4	83.6	100.0(1,500)
비슷한 나이의 다른 노인들보다 기억력이 더 나쁘다고 느낌	21.5	78.5	100.0(1,500)
현재 살아 있다는 것이 즐겁게 생각됨	59.4	40.6	100.0(1,499)
지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느낌	13.3	86.7	100.0(1,499)
기력이 좋은 편	48.9	51.1	100.0(1,500)
지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느낌	16.7	83.3	100.0(1,499)
자신이 다른 사람들의 처지보다 더 못하다고 느낌	20.6	79.4	100.0(1,498)

본 연구에서는 GDS-15 측정치의 1-4점을 정상군으로, 5-9점을 경증 우울군, 10점 이상을 중등도 이상의 우울군으로 선별하였다. 이 기준을 적용해 선별한 연구를 보면 Lai(2000), Lai et al. (2005), Mui et al. (2003) 등이 있다.

같은 우울증 척도(GDS-15)를 사용해 분석한 이윤환(2012)의 연구에서는 8-15점에 해당하는 경우를 우울증으로 구분하였는데 이 연구에서 노인의 우울증상 유병률은 29.2%로 나타났다. 65세 이상 노인 6,018명에게 GDS-15를 사용한 다른 전국조사 결과에서는 8-9점을 우울의심군(possible depression)으로, 10점 이상을 우울군(probable depression)으로 구분하였는데 10.1%가 우울의심군, 17.8%가 우울군으로 두 집단을 합친 27.8%가 우울증상이 있는 것으로 나타났다(Park et al., 2012).

〈표 4-3-2〉 조사대상 노인의 우울 증상

구분	빈도(명)	비율(%)
정상(1-4점)	924	61.6
경증 우울(5-9점)	398	26.5
중등도 이상 우울(10점 이상)	178	11.9
전체	1,500	100.0

본 연구에서 노인의 우울증상을 선별한 결과, 조사대상 노인 중 정상이 61.6%(924명), 경증 우울이 26.5%(398명), 중등도 이상 우울이 11.9%(178명)로 나타났다. 동일한 기준을 적용한 박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서는 성남시에 소재한 노인종합복지관, 노인복지센터, 경로당을 이용하는 60세 이상 노인 800명을 조사하였고, 그 결과는 정상이 41.8%, 경증 우울이 39.1%, 중등도 이상 우울이 19.1%로 나타났다.

이상의 결과를 분석해볼 때, 대전 노인의 우울 증상은 성남시 노인에 비해 상대적으로 심각한 수준이 아닌 것으로 볼 수 있으나, 조사대상자 선정방법과 조사 시기 차이 등을 배제하지 않은 결과이므로 해석에 주의가 요구된다.

2. 인구사회학적 특성과 우울증상

대전 지역 노인의 우울 실태를 좀 더 자세히 파악해 보기 위해 인구사회학적 특성과 노인의 우울증상을 분석한 결과를 살펴보면 다음과 같다.

여성노인의 경우 58.8%(520명)가 정상군이었으며, 27.6%(244명)가 경증 우울군, 13.7%(121명)가 중등도 이상 우울군인 반면, 남성노인은 65.7%(404명)가 정상군이었고, 25.0%(154명)가 경증 우울군, 9.3%(57명)가 중등도 이상 우울군으로 파악되어, 여성노인이 남성보다 상대적으로 우울 비율이 높은 것으로 나타났다. 이윤환(2012)의 연구에서도 여성노인과 남성노인의 우울증상 유병률은 각각 33.6%와 23.3%로 여성노인의 유병률이 더 높은 것으로 나타났다. 박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서도 여성노인의 우울 점수가 남성노인과 비교해 유의미하게 높은 것으로 나타났다.

연령대별로는 60대 노인의 70.5%(301명)가 정상군이었고, 70대 노인은 60.7%(449명)가 정상군이었으며, 80대 노인은 52.3%(174명)만 정상군에 속하였고, 경증 우울군은 각각 19.9%(85명), 28.1%(208명), 31.5%(105명)였다. 중등도 이상 우울군은 연령대별로 60대가 9.6%(41명), 70대의 11.2%(83명), 80대의 16.2%(54명)로 연령대가 높을수록 우울 증상군에 속한 노인 비율이 높게 나타났다. 연령대를 보다 세분화한 이윤환(2012)의 연구에서도 연령이 증가할수록 우울증상 유병률이 높아지는 것으로 보고되었다.

교육수준별로는 무학인 경우 51.2%가 정상군이었고, 29.6%가 경증 우울군, 19.2%가 중등도 이상 우울군이었고, 초등학교 졸업인 경우 58.4%가 정상군, 29.8%가 경증 우울군, 11.8%가 중등도 이상 우울군이었으며, 중학교 졸업인 경우 63.9%가 정상군이었고, 27.0%가 경증 우울군, 9.1%가 중등도 이상 우울군이었고, 고등학교 졸업인 경우는 77.4%가 정상군, 17.3%가 경증 우울군, 5.2%가 중등도 이상 우울군이었으며, 전문대학 이상인 경우 74.4%가 정상군이었고, 15.4%가 경증 우울군, 10.3%가 중등도 이상 우울군이었다. 전문대학 이상 노인의 중등도 이상 우울 비율이 고등학교 졸업 노인보다 높은 비율을 보인 것을 제외하고는 교육수준이 낮을수록 우울한 노인 비율이 $p < .001$ 수준에서 유의미하게 높았다. 이윤환(2012)에 의하면 무학(글자모름), 무학(글자해독), 초등학교, 중·고등학교, 전문대학 이상이 각각 48.4%, 38.0%, 27.9%, 21.1%, 9.6%로 교육수준이 낮을수록 우울증상 유병률이 높았다. Park et al. (2012)에서도 저학력 노인의 우울 위험성이 유의미하게 높았다.

〈표 4-3-3〉 인구사회학적 특성과 우울증상 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	경증 우울	중등도 이상 우울	전체	χ^2 값
성별	남자	404(65.7)	154(25.0)	57(9.3)	615(100.0)	9.64**
	여자	520(58.8)	244(27.6)	121(13.7)	885(100.0)	
연령대	60대(65-69)	301(70.5)	85(19.9)	41(9.6)	427(100.0)	28.62***
	70대(70-79)	449(60.7)	208(28.1)	83(11.2)	740(100.0)	
	80대 이상(80+)	174(52.3)	105(31.5)	54(16.2)	333(100.0)	
학력	무학	171(51.2)	99(29.6)	64(19.2)	334(100.0)	60.31***
	초졸	356(58.4)	182(29.8)	72(11.8)	610(100.0)	
	중졸	147(63.9)	62(27.0)	21(9.1)	230(100.0)	
	고졸	192(77.4)	43(17.3)	13(5.2)	248(100.0)	
	전문대학 이상	58(74.4)	12(15.4)	8(10.3)	78(100.0)	
배우자유무	무배우자	390(56.5)	205(29.7)	95(13.8)	690(100.0)	14.10**
	유배우자	534(65.9)	193(23.8)	83(10.2)	810(100.0)	
종교	없음	373(60.3)	168(27.1)	78(12.6)	619(100.0)	0.93
	있음	551(62.5)	230(26.1)	100(11.4)	881(100.0)	
가구형태	독거	221(54.3)	131(32.2)	55(13.5)	407(100.0)	16.20*
	노인부부	378(64.5)	150(25.6)	58(9.9)	586(100.0)	
	자녀동거	304(64.5)	108(22.9)	59(12.5)	471(100.0)	
	기타	21(58.3)	9(25.0)	6(16.7)	36(100.0)	

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

배우자가 있는 노인은 65.9%가 정상군이었고, 23.8%가 경증 우울군, 10.2%가 중등도 이상 우울군이고, 배우자가 없는 노인은 56.5%가 정상군이었으며, 29.7%가 경증 우울군, 13.8%가 중등도 이상 우울군으로 나타났다. 즉, 배우자가 없는 노인의 우울증상 비율이 더 높았는데 배우자 유무와 우울증상은 통계적으로 유의미하였다. 이윤환(2012)에서도 유배우자와 무배우자의 우울 비율이 24.2%와 39.6%로 배우자가 없는 노인의 우울 비율이 훨씬 높았다.

종교가 있는 노인은 62.5%가 정상군이었으며, 경증 우울군과 중등도 이상 우울군은 각각 26.1%와 11.4%였고, 종교가 없는 노인은 60.3%가 정상군이었고, 경증 우울군이 27.1%, 중등도 이상 우울군은 12.6%이다. 종교유무는 우울증상과 유의미한 차이를 갖지 않는 것으로 볼 수 있는데, 박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서도 종교유무에 따른 우울 점수의 차이는 유의미하지 않았다.

가구유형별로는 독거인 경우, 54.3%가 정상군이었고, 32.2%가 경증 우울군, 13.5%가 중등도 이상 우울군이었으며, 부부만 사는 노인은 64.5%가 정상군, 25.6%가 경증 우울군, 9.9%가 중등도

이상 우울군이었으며, 자녀와 동거하는 노인의 경우 64.5%가 정상군이었고, 22.9%가 경증 우울군, 12.5%가 중등도 이상 우울군이었고, 기타에 해당하는 가구의 노인은 58.3%가 정상군이었고, 25.0%가 경증 우울군, 16.7%가 중등도 이상 우울군이었다. 독거 및 기타 가구 노인의 우울증상 비율이 부부가구 및 자녀동거가구 노인의 우울증상 비율보다 높았다.

〈표 4-3-4〉 인구사회학적 특성과 우울증상 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t, F 값
성별	남자	1.44	0.66	615	-3.16** 남성<여성
	여자	1.55	0.72	885	
연령대	60대(65-69)	1.39	0.66	427	12.04*** 60대<70대<80대
	70대(70-79)	1.51	0.69	740	
	80대 이상(80+)	1.64	0.75	333	
학력	무학	1.68	0.78	334	13.66*** 고졸<중졸, 초졸<무학 전문대학이상<무학
	초졸	1.53	0.69	610	
	중졸	1.45	0.66	230	
	고졸	1.28	0.55	248	
	전문대학 이상	1.36	0.66	78	
배우자유무	무배우자	1.57	0.72	690	3.57*** 유<무
	유배우자	1.44	0.67	810	
가구형태	독거	1.59	0.72	407	3.52* 노인부부<독거
	노인부부	1.54	0.67	586	
	자녀동거	1.48	0.71	471	
	기타	1.59	0.77	36	

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

한편, 노인 우울증상에 유의미하게 관련이 있는 요인들, 즉 성별, 연령대, 학력수준, 배우자 유무, 가구형태에 따라 얼마나 의미 있는 차이를 갖는지 좀 더 자세하게 살펴보았다.

여성노인의 우울증상 평균은 1.55점(표준편차 0.72)으로 남성노인의 평균 1.44(표준편차 0.66)보다 높았고, 연령대별로 60대 노인의 우울증상 평균점수는 1.39점(표준편차 0.66)이었고, 70대는 1.51점(표준편차 0.69), 80대에서는 1.64점(표준편차 0.75)으로 나타나 연령대가 높아질수록 우울증상도 높은 것으로 볼 수 있다.

교육수준별로는 무학노인의 경우 1.68점(표준편차 0.78), 초등학교 졸업인 노인은 1.53점(표준편차 0.69), 중학교 졸업 노인은 1.45점(표준편차 0.66), 고등학교 졸업 노인은 1.28점(표준편차 0.55), 전문대학 이상인 노인은 1.36점(표준편차 0.66)이다. 따라서 고등학교 이하의 학력을 가진 노인의 경우 학력이 낮을수록 우울증상이 더 높은 것으로 분석되었다.

한편 배우자가 없는 경우 우울증상 평균점수가 1.57점(표준편차 0.72)으로 배우자가 있는 노인의 경우 평균점수는 1.44점(표준편차 0.67) 보다 높았다. 그리고 독거노인의 우울증상 평균점수도 1.59점(표준편차 0.72)로 노인부부가구의 평균점수 1.54(표준편차 0.67)보다 높은 것으로 나타났다.

결과적으로 남성노인보다 여성노인이, 연령대가 높을수록, 학력수준이 낮을수록, 배우자가 없는 경우, 그리고 독거노인의 경우 우울증상에 부정적인 영향을 미칠 수 있음을 보여주는 결과이다. 이윤환(2012)의 연구에서는 독거노인의 우울 비율이 41.2%, 노인부부 23.7%, 자녀동거 노인 29.8%, 기타 32.2%이었다. 박은영·김성웅·이난영(2009)과 Park et al. (2012)의 연구에서도 독거노인의 우울증상이 유의미하게 높은 것으로 나타났다.

3. 신체건강관련 특성과 우울증상

신체건강 관련 특성과 우울증상을 보면 만성질환이 없는 노인의 정상군 비율이 87.7%로 가장 높았고, 1개 있는 경우가 69.4%, 2개 있는 경우가 60.0%, 3개 있는 경우가 48.7%, 4개 이상 있는 경우는 42.9%만 정상군이였다. 경증 우울군은 각각 11.0%, 23.1%, 28.8%, 32.8%, 35.5%이었고 중등도 이상 우울군은 각각 1.3%, 7.5%, 11.2%, 18.5%, 21.6%로 노인이 만성질환을 많이 앓을수록 우울 비율이 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-3-5〉 신체건강관련 특성과 우울증상 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	경증 우울	중등도 이상 우울	전체	χ ² 값
만성질환 수	없음	200(87.7)	25(11.0)	3(1.3)	228(100.0)	144.25***
	1개	259(69.4)	86(23.1)	28(7.5)	373(100.0)	
	2개	225(60.0)	108(28.8)	42(11.2)	375(100.0)	
	3개	129(48.7)	87(32.8)	49(18.5)	265(100.0)	
	4개 이상	111(42.9)	92(35.5)	56(21.6)	259(100.0)	
주관적 건강상태	매우 나쁨	28(26.7)	36(34.3)	41(39.0)	105(100.0)	283.32***
	나쁜 편	222(43.1)	190(36.9)	103(20.0)	515(100.0)	
	보통	263(68.1)	97(25.1)	26(6.7)	386(100.0)	
	좋은 편 이상	411(83.2)	75(15.2)	8(1.6)	494(100.0)	
ADL	도움 불필요	890(65.1)	346(25.3)	131(9.6)	1,367(100.0)	90.85***
	도움 필요	25(25.3)	37(37.4)	37(37.4)	99(100.0)	
IADL	도움 불필요	838(68.1)	291(23.7)	101(8.2)	1,230(100.0)	144.94***
	도움 필요	86(32.0)	106(39.4)	77(28.6)	269(100.0)	

*** p<.001

주관적 건강상태별로는 건강이 매우 나쁘다고 지각하는 노인 가운데 26.7%만 정상군에 속했고, 건강이 나쁜 편이라고 지각하는 노인 중에서는 43.1%, 보통이 68.1%, 좋은 편 이상은 83.2%가 정상군이였다. 경증 우울군과 중등도 이상 우울군은 각각 34.3%와 39.0%, 36.9%와 20.0%, 25.1%와 6.7%, 15.2%와 1.6%로 나타났는데 건강이 나쁘다고 지각할수록 우울 비율이 높았다. 박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서도 주관적 건강상태가 나쁠수록 우울증상이 유의미하게 높은 것으로 나타났다.

ADL 제약 여부는 다른 사람의 도움을 필요로 하지 않는 ADL 제약이 없는 노인 가운데 65.1%가 정상군에 속했고, 25.3%는 경증 우울군, 9.6%는 중등도 이상 우울군인 반면 ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 25.3%만 정상군이였으며, 37.4%가 경증 우울군, 37.4%가 중등도 이상 우울군이다. ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 그렇지 않은 노인보다 우울 비율이 2.5배 이상 많았다. 이윤환(2012)의 연구에서도 기능상태에 제한이 있는 노인의 우울증상 유병률은 57.4%로 기능제한이 없는 노인의 24.6%보다 2배 이상 유병률이 높았다.

IADL 제약이 없는 노인은 68.1%가 정상군에 속했고, 23.7%는 경증 우울군, 8.2%는 중등도 이상 우울군이였으며, IADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 32.0%만 정상군이고, 39.4%는 경증 우울군, 28.6%는 중등도 이상 우울군으로 나타났다. IADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 그렇지 않은 노인보다 우울 비율이 2배 이상 높았다. 박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서도 ADL과 IADL 점수가 낮을수록 우울증상이 유의미하게 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-3-6〉 신체건강관련 특성과 우울증상 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t, F값
만성질환 수	없음	1.14	0.38	228	37.96*** 없음<1개<3개, 4개이상 없음<2개<3개, 4개이상
	1개	1.38	0.62	373	
	2개	1.51	0.69	375	
	3개	1.69	0.76	265	
	4개 이상	1.79	0.78	259	
주관적 건강상태	매우 나쁨	2.12	0.80	105	110.27*** 좋은편이상<보통< 나쁜편<매우나쁨
	나쁜 편	1.77	0.76	515	
	보통	1.39	0.61	386	
	좋은 편 이상	1.18	0.43	494	
ADL	도움 불필요	1.44	0.66	1,367	-8.35***
	도움 필요	2.12	0.79	99	
IADL	도움 불필요	1.40	0.64	1,230	-0.57***
	도움 필요	1.97	0.78	269	

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

만성질환의 수에 따른 우울증상 평균비교에서도 만성질환이 없는 경우 평균점수는 1.14점(표준편차 0.38)으로 가장 우울증상이 낮고, 다음으로 만성질환을 1~2개 갖고 있는 경우가 낮고, 3~4개 갖고 있는 경우 우울증상의 평균점수가 가장 높은 것으로 조사되었다. 노인이 갖고 있는 건강상태에 대한 주관적 인식 또한 우울증상에 영향을 주는 것으로 밝혀졌는데, 자신의 건강상태를 매우 나쁘다고 인식한 경우 우울증상의 평균점수는 2.12점(표준편차 0.80)으로 가장 높고, 나쁜 편이라고 생각한 경우가 1.77점(표준편차 1.39), 보통이 1.39점(표준편차 0.61), 좋은 편 이상인 경우 1.18점(표준편차 0.43)의 순으로 나타났다.

또한 ADL 기능제약이 있는 경우 우울증상의 평균점수는 2.12점(표준편차 0.79)으로 제약이 없는 노인의 평균점수 1.44점(표준편차 0.66)보다 높게 나타났고, IADL 기능제약의 경우에도 제약이 있는 노인의 평균점수(1.97점)는 제약이 없다고 응답한 노인의 평균점수(1.40점)보다 높은 것으로 조사되었다.

분석결과를 요약하자면, 신체건강과 관련하여 만성질환의 수가 많고 주관적으로 자신의 건강상태를 나쁘게 인식하고 있는 경우, 또한 생활기능에 제약을 가지고 있는 경우 등 건강관련 부정적 지표들이 모두 우울 위험군에 속할 가능성을 높이는 것으로 나타났다. 이는 현대의학의 급속한 발달이 가져다 준 유병장수의 삶, 즉 의학의 진보를 통해 더 오래 살게 하는 것이 반드시 질적으로 더 나은 삶을 보장해 주는 것은 아닐 수 있다는 역설을 보여주는 것일 수 있다.

4. 경제수준과 우울증상

노인의 경제수준과 우울증상을 교차분석한 결과를 살펴보면 가구 월소득이 50만원 이하인 노인 중 48.4%만 정상군이고 경증과 중등도 이상 우울군은 각각 34.4%와 17.2%였다. 51만원~100만원 이하 노인은 60.2%가 정상군, 30.0%가 경증 우울군, 9.8%가 중등도 이상 우울군이었고, 101만원~150만원 이하 노인은 67.9%가 정상군, 경증 우울군과 중등도 이상 우울군은 각각 19.9%와 12.2%였다. 151만원~200만원 이하 노인의 63.1%가 정상군이고, 26.2%가 경증 우울군, 10.8%가 중등도 이상 우울군이고, 201만원 이상 노인은 우울 비율이 가장 적었는데 79.2%가 정상군에 속했으며 경증 우울군이 12.4%, 중등도 이상 우울군은 8.4%이었다. 50만원 이하 노인은 201만원 이상 가구 월소득을 가진 노인보다 우울 비율이 약 2.5배 더 높다. 노인의 연 가구소득을 오분위로 구분해 우울증상 유병률을 비교한 이윤환(2012)에 의하면 제1오분위에

속하는 노인 가운데 47.1%, 제2오분위 35.0%, 제3오분위 24.7%, 제4오분위 21.7%, 제5오분위 17.2%로 연 가구소득이 낮을수록 우울 비율이 높았다.

〈표 4-3-7〉 경제수준과 우울증상 교차분석

(단위 : 명, %)

구분	정상	경증 우울	중등도 이상 우울	전체	χ ² 값
가구월소득	50만원 이하	194(48.4)	138(34.4)	69(17.2)	60.20***
	100만원 이하	245(60.2)	122(30.0)	40(9.8)	
	150만원 이하	106(67.9)	31(19.9)	19(12.2)	
	200만원 이하	82(63.1)	34(26.2)	14(10.8)	
	201만원 이상	141(79.2)	22(12.4)	15(8.4)	
주관적 경제상태	매우 낮음	32(20.6)	66(42.6)	57(36.8)	242.61***
	낮은 편	280(51.6)	184(33.9)	79(14.5)	
	보통	537(75.8)	132(18.6)	39(5.5)	
	높은 편	75(82.4)	13(14.3)	3(3.3)	
직업유무	없음	660(58.2)	317(28.0)	157(13.8)	27.58***
	있음	264(72.1)	81(22.1)	21(5.7)	

*** p<.001

주관적으로 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인 가운데 20.6%만 정상군에 속했고, 경제수준이 낮은 편이라고 지각하는 노인 중에서는 51.6%, 보통이 75.8%, 경제수준이 높은 편으로 지각하는 노인 중 82.4%가 정상군으로 나타났다. 경증 우울군과 중등도 이상 우울군은 각각 42.6%와 36.8%, 33.9%와 14.5%, 18.6%와 5.5%, 14.3%와 3.3%로 나타났는데 경제적으로 어렵다고 지각할수록 우울 비율이 높은 편인 것으로 밝혀졌다.

직업이 없는 노인의 경우 58.2%가 정상군이었으며, 28.0%가 경증 우울군, 13.8%가 중등도 이상 우울군으로 41.8%가 우울한 반면, 직업이 있는 노인은 72.1%가 정상군이었고, 22.1%가 경증 우울군, 5.7%가 중등도 이상 우울군으로 27.9%가 우울하다. 경제활동이 없는 노인이 경제활동을 하는 노인보다 우울 비율이 높았다.

〈표 4-3-8〉 경제수준과 우울증상 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t, F값
가구월소득	50만원 이하	1.69	0.75	401	11.44*** 201만원이상<100만원이하<50만원이하 150만원이하<50만원이하 200만원이하<50만원이하
	100만원 이하	1.50	0.67	407	
	150만원 이하	1.44	0.70	156	
	200만원 이하	1.48	0.68	130	
	201만원 이상	1.29	0.61	178	
주관적 경제상태	매우 낮음	2.16	0.74	155	92.00*** 높은편, 보통<낮은편<매우낮음
	낮은 편	1.63	0.72	543	
	보통	1.30	0.57	708	
	높은 편	1.21	0.48	91	
직업유무	없음	1.57	0.72	1,134	-5.92***
	있음	1.34	0.58	366	

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

노인의 가구 월소득에 따른 우울증상 평균점수는 50만원 이하가 평균점수 1.69점(표준편차 0.75)으로 가장 높고, 다음으로 100만원 이하가 1.50점, 201만원 이상 1.29의 순으로 의미 있는 차이를 보였다. 주관적 경제 상태에 있어서도 스스로 경제상태가 매우 낮다고 생각하는 경우 우울 증상 평균점수는 2.16점(표준편차 0.74)으로 가장 높고, 경제상태가 낮은 편이라고 생각하는 경우가 1.63점, 보통이 1.30점의 순으로 나타났다. 한편 현재 직업이 있는 노인의 우울증상 평균 점수(1.34점)는 직업이 없는 노인(1.57점)보다 높았다.

결과적으로 가구 월소득이 낮고 주관적 경제상태가 나쁘다고 인식하는 경우, 또한 현재 직업 활동을 하지 않는 노인의 경우 우울의 정도가 더 높게 나타난 것을 볼 수 있다. 본 연구결과와 유사하게 박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서도 월수입이 적을수록, 주관적 경제수준이 낮을수록, 일을 하지 않는 노인의 우울점수가 유의미하게 높은 것으로 나타났다. Park et al. (2012)에서도 노인빈곤은 우울 위험성과 관련이 있는 것으로 보고되었다.

5. 우울증상에 따른 사회적 지지망의 차이

우울증상에 따른 대전지역 노인의 사회적 지지망의 차이를 살펴보았을 때 자녀 수의 차이를 제외하고는 비동거 자녀와의 접촉빈도, 형제·자매·친척의 접촉빈도, 친구 및 이웃 수와 접촉빈도의 차이가 모두 유의미한 것으로 나타났다.

〈표 4-3-9〉 우울증상에 따른 사회적 지지망의 평균비교

(단위 : 명, 회)

구분		정상	경증 우울	중등도 이상 우울	전체	F 값
사회적 지지망	자녀 수	3.39(1.48)	3.44(1.57)	3.24(1.65)	3.39(1.53)	1.14
	비동거 자녀 접촉	5.53(1.13)	5.41(1.18)	5.06(1.36)	5.44(1.18)	10.87*** 정상>중등도이상 경증>중등도이상
	형제·자매·친척 접촉	3.92(1.08)	3.71(1.16)	3.67(1.39)	3.84(1.14)	6.18*** 정상>경증, 중등도이상
	친구·이웃 수	10.48(9.64)	7.48(6.69)	5.19(5.48)	9.06(8.74)	37.97*** 정상>경증, 중등도이상 경증>중등도이상
	친구·이웃 접촉	6.74(1.07)	6.66(1.13)	6.26(1.46)	6.66(1.14)	11.97*** 정상>중등도이상 경증>중등도이상

*** p<.001

정상군과 경증 우울군 노인은 중등도 이상 우울군 노인과 비교하였을 때 비동거 자녀와의 접촉 빈도가 더 유의미하게 빈번한 것으로 분석되었다. 박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서도 자녀와의 접촉이 많을수록 우울점수가 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 또한 우울증상이 정상군에 속하는 노인은 형제·자매·친척과의 접촉빈도가 낮고 친구·이웃의 수가 경증 우울군과 중등도 이상의 우울군 노인에 비해 유의미하게 더 많았으며, 정상군과 경증 우울군 노인은 친구·이웃과의 접촉이 중등도 이상 우울군 노인과 비교해 유의미하게 더 빈번한 것으로 나타났다.

이상의 결과를 볼 때, 노인의 사회적 지지망은 우울증상에 영향을 미치는 요인임을 알 수 있으며, 비동거 자녀와 형제·자매·친척, 친구·이웃과의 접촉 빈도와 친구·이웃의 수가 많은 경우에 그렇지 않은 경우에 비해 우울 위험성이 낮은 것으로 해석가능하다.

6. 여가활동 영역 수와 우울증상

여가활동 영역 수와 우울증상의 교차분석 결과 여가활동 영역이 3개 이상인 노인의 정상군 비율이 84.0%로 가장 높았고, 2개 이상인 경우 73.2%, 1개 있는 경우는 58.8%, 여가활동을 특별히 하지 않는 경우는 43.8%만 정상군이였다. 경증 우울군과 중등도 이상 우울군 비율은 여가활동 영역이 많을수록 우울 비율이 낮았는데 각각 13.4%와 2.5%, 20.9%와 5.9%, 29.2%와 12.0%, 33.9%와 22.3%로 나타났다.

〈표 4-3-10〉 여가활동 영역 수와 우울증상 교차분석

(단위 : 명, %)

구분	정상	경증 우울	중등도 이상 우울	전체	χ ² 값
없음	159(43.8)	123(33.9)	81(22.3)	363(100.0)	117.16***
여가활동 영역 수 1개 영역	328(58.8)	163(29.2)	67(12.0)	558(100.0)	
2개 영역	336(73.2)	96(20.9)	27(5.9)	459(100.0)	
3개 이상 영역	100(84.0)	16(13.4)	3(2.5)	119(100.0)	

*** p<.001

여가활동이 전혀 없는 노인은 3개 이상 영역에서 여가활동에 참여하는 노인보다 우울 비율이 3.5배 정도 더 높은 것으로 나타났다. 박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서도 사회활동을 활발하게 할수록 우울점수가 유의미하게 낮은 것으로 나타났다.

〈표 4-3-11〉 여가활동 영역 수와 우울증상 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분	평균	표준편차	대상자 수	t, F값
없음	1.79	0.79	363	41.09*** 3개 이상<2개<1개<없음
여가활동 영역 수 1개 영역	1.53	0.70	558	
2개 영역	1.33	0.58	459	
3개 이상 영역	1.18	0.45	119	

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

여가활동 영역 수에 따른 우울증상 평균비교 분석에서도 여가활동의 영역이 없는 노인보다 여러 가지 활동에 참여하는 노인의 경우 우울증상은 낮은 것으로 확인되었다.

제4절 자살

자살행동은 자살 수행뿐 아니라 자살사고, 자살시도 등을 포함한 자살과 관련된 행동을 의미한다(김용구·이분희·이홍식, 2008). 자살의 연속성을 설명하는 모델(Model of Suicidality)은 무력감과 절망감→삶이 무가치하다는 생각→소극적인 죽음에 대한 바람→자살생각→자살계획→자살시도→완결된 자살이라는 연속성을 제시하고 있다(O'Connell, Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004).

우리나라에서 노인은 자살사고에 있어 가장 높은 비율을 차지하며 완결된 자살도 가장 높은 비율을 차지한다(Kim, Choi, Jun, & Kawachi, 2010). 노인인구의 자살률은 다른 연령층에 비해 훨씬 더 높다(김형수, 2010; 충남대학교병원 공공보건의료사업실, 2013; 통계청, 2006). 노인 자살률은 1990년 14.3명에서 2010년 81.9명으로 사상 최악을 기록했는데 1990년에서 2010년까지 20년간 무려 5.7배나 높아졌다. 다행스럽게도 이 수치는 이후 79.7명(2011년)→69.8명(2012년)→64.2명(2013년)으로 3년째 감소추세로 돌아섰다. 2013년 현재 65세 이상 노인의 자살률이 10만명당 64.2명으로 10년 전이던 2003년(72.3명) 수준 아래로 낮아졌다(통계청, 2014).

자살의 원인은 단순하지 않다. 정신질환뿐 아니라 생물학적, 유전적, 문화적, 심리적 원인들이 복합적으로 작용해 자살 관련 행동을 일으키는 것으로 알려져 있다. 자살과 정신질환은 특히 밀접한 관련이 있는데 우울증을 비롯해 정신질환자가 자살의 고위험군이기 때문이다. Conwell, Duberstein과 Caine(2002)은 서구사회의 노인자살자의 광범위한 심리학적 부검연구와 보건의료 서비스 이용자를 비교분석해 정신질환과 자살의 연관성이 크고, 특히 자살한 노인의 71-95%가 우울증을 앓고 있었다고 보고하였다.

노인 자살의 공통적인 위험요인으로 지금까지 알려진 것들은 인구학적 요인(고령, 남성, 독신, 가족의 사별(특히 남성)), 정신과적 질환(우울증, 알코올 오용, 자살시도 경험, 취약한 자존감), 신체질환, 사회적 요인(고독감, 사회적 소외, 무망감) 등이다(Cattell, 2000; O'Connell et al., 2004). 김효창·손영미(2006)에 따르면 노인자살자 중 52%는 정신질환을, 57%는 신체질환을 동반하였고, 자살시도 경력이 있는 경우가 17%, 자살사고를 이야기한 적이 있는 경우가 52%였다.

대전 지역 노인의 자살행동은 자살생각 및 자살충동을 중심으로 그 실태를 먼저 논의하고, 이를 좀 더 자세히 파악해 보기 위해 인구사회학적 특성 및 기타 주요 요소와 자살생각 및 충동의 빈도를 교차분석한 결과를 살펴보고자 한다. 자살시도 경험이 있는 노인의 수는 8명에 불과한 것으로 조사되어 자살시도 빈도 관련 문항은 분석에서 제외하고자 한다.

1. 자살생각 및 충동 실태

본 조사에서는 심리적·정신적으로 힘든 문제로 인해 우울, 대인기피증, 자살충동 및 자살생각 등을 경험한 적이 있다는 응답자를 대상으로 자살생각 및 자살충동을 파악하였다. 자살생각 및 자살충동에 대한 문항을 구체적으로 살펴보면 최근에 죽고 싶다는 생각, 자살에 대한 생각, 누군가에게 자살하고 싶다고 말한 경험, 인생이 자살로 끝날 것이라는 생각, 자살시도 경험 등 5가지 문항으로 구성되어 있다.

최근에 죽고 싶다는 생각을 한 적이 있는지에 대해 221명의 응답자 가운데 31.7%(70명)는 ‘가끔 있다’고 하였고, ‘한두 번 있다’와 ‘전혀 없다’가 동일하게 29.4%(65명)였으며 9.5%(21명)는 ‘자주 있다’고 응답하였다.

자살에 대한 생각은 16.9%(37명)가 ‘가끔 있다’고 했고, 14.2%(31명)는 ‘한두 번 있다’고 답했으며, 4.6%(10명)는 ‘자주 있다’고 응답해 심리적·정신적 문제로 인해 우울, 대인기피증, 자살충동 및 자살생각 등을 경험한 노인 가운데 1/3 정도는 적어도 한두 번 이상 자살생각을 하는 것으로 나타났다.

누군가에게 자살하고 싶다고 말한 경험과 관련해서는 85.1%(188명)가 ‘전혀 없다’고 하였으나 7.7%(17명)는 ‘가끔 있다’고 하였고, 5.4%(12명)는 ‘한두 번 있다’, 1.8%(4명)는 ‘자주 있다’고 응답하고 있다.

인생이 자살로 끝날 것이라는 생각에 대해서는 10.0%(22명)가 ‘한두 번 있다’, 5.0%(11명)는 ‘가끔 생각한다’고 답했으며, 1.8%(4명)는 ‘자주 생각한다’는 것으로 조사되었다.

국외 연구에서 지역사회 노인의 6% 이하가 자살생각을 가지고 있다는 보고(김수현·최연희, 2008)보다 높은 수치이나 본 조사에서 드러난 자살생각 및 충동 실태는 심리적·정신적으로 힘든 문제로 인해 우울, 대인기피증, 자살충동 및 자살생각 등을 경험한 적이 있다는 응답자를 대상으로 자살충동 및 자살생각을 파악한 결과라는 점을 감안해야 할 것이다.

〈표 4-4-1〉 자살생각 및 자살충동

(단위 : 명, %)

내용	전혀 없다	한두 번 있다	가끔 있다	자주 있다	M(SD)
최근에 죽고 싶다는 생각을 한 적이 있습니까?	65(29.4)	65(29.4)	70(31.7)	21(9.5)	2.21(0.975)
자살하고 싶다는 생각을 해 본적이 있습니까?	141(64.4)	31(14.2)	37(16.9)	10(4.6)	1.62(0.923)
누군가에게 자살하고 싶다는 말을 해본 적이 있습니까?	188(85.1)	12(5.4)	17(7.7)	4(1.8)	1.26(0.677)
내 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각을 해본 적이 있습니까?	183(83.2)	22(10.0)	11(5.0)	4(1.8)	1.25(0.633)
자살하려는 시도를 해 본적이 있습니까?	211(96.3)	8(3.7)	0(0.0)	0(0.0)	1.04(0.188)

자살시도 경험은 3.7%(8명)가 한두 번 경험이 있는 것으로 나타났다. 박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서는 자살시도 경험 노인이 2%였다. 본 연구에서 자살시도자들이 자살을 기도할 때 사용한 방법으로는 수면제, 자해, 투신, 약물 등이었다. 그러나 이는 자살시도 후 생존한 노인을 조사한 것임을 주목해야 한다. 생존한 자살시도자 조사결과에서는 사망할 가능성이 높은 자살 방법이 과소평가될 가능성이 있기 때문이다.

65세 이상 자살사망자의 자살방법은 남성노인의 경우 의사(목매)가 44.9%, 음독 32.6%, 투신 14.9%였으나, 여성노인은 음독 36.3%, 의사 30.5%, 투신 29.0% 등으로 나타났다(통계청, 2006). 김효창·손영미(2006)의 연구에서는 노인 자살자의 자살방법은 의사, 음독, 추락사가 30% 내외로 모두 비슷한 비율로 보고되었다. O'Connell et al. (2004)과 Cattell(2000)은 노인들의 자살행동은 다른 연령집단보다 자살의도가 크고 치명적인 도구를 사용하기 때문에 노인자살을 예방하는 데는 노인들과 자주 접촉하는 보건의료인의 역할이 크고, 자살예방을 위한 개입에 더 많은 시간이 걸린다고 지적하였다.

2. 최근에 죽고 싶다는 생각

1) 인구사회학적 특성과 최근에 죽고 싶다는 생각

심리적·정신적으로 힘든 문제로 인해 우울, 대인기피증, 자살충동 및 자살생각 등을 경험한 적이 있다는 응답자 가운데 여성노인의 경우 29.3%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 '전혀 없다'에 속했고, 30.7%는 '한두 번 있다'고 하였으며, 30.0%는 '가끔 있다'에 속했고, 10.0%는 '자주 있다'고 응답하였고 남성노인은 29.6%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 '전혀 없다'에 속했고, 26.8%는 '한두 번 있다'고 하였으며, 35.2%는 '가끔 있다', 8.5%는 '자주 있다'고 응답했다.

연령대별로는 60대 노인의 28.3%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 '전혀 없다'에 속했고, 70대 노인의 29.6%, 80대 노인 가운데 30.2%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 '전혀 없다'에 응답하였다.

교육수준별로는 무학인 경우 23.0%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 '전혀 없다'에 속했고, 초등학교 졸업 노인은 29.3%, 중학교 졸업 노인은 19.2%, 고등학교 졸업 노인은 37.9%, 전문대학 이상인 노인은 61.5%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 '전혀 없다'에 해당되었다. 최근에 죽고 싶다는 생각이 '자주 있다'는 무학인 노인이 6.6%, 초등학교 졸업 노인 14.1%, 중학교 졸업 노인 3.8%, 고등학교 졸업 노인 6.9%, 전문대학 이상 노인 7.7%로 나타났다.

〈표 4-4-2〉 인구사회학적 특성과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
성별	남자	21 (29.6)	19 (26.8)	25 (35.2)	6 (8.5)	71 (100.0)	0.79
	여자	44 (29.3)	46 (30.7)	45 (30.0)	15 (10.0)	150 (100.0)	
연령대	60대 (65-69)	17 (28.3)	19 (31.7)	17 (28.3)	7 (11.7)	60 (100.0)	1.91
	70대 (70-79)	32 (29.6)	33 (30.6)	35 (32.4)	8 (7.4)	108 (100.0)	
	80대 이상 (80+)	16 (30.2)	13 (24.5)	18 (34.0)	6 (11.3)	53 (100.0)	
학력	무학	14 (23.0)	18 (29.5)	25 (41.0)	4 (6.6)	61 (100.0)	16.55
	초졸	27 (29.3)	26 (28.3)	26 (28.3)	13 (14.1)	92 (100.0)	
	중졸	5 (19.2)	11 (42.3)	9 (34.6)	1 (3.8)	26 (100.0)	
	고졸	11 (37.9)	8 (27.6)	8 (27.6)	2 (6.9)	29 (100.0)	
	전문대학 이상	8 (61.5)	2 (15.4)	2 (15.4)	1 (7.7)	13 (100.0)	
배우자유무	무배우자	35 (29.9)	32 (27.4)	38 (32.5)	12 (10.3)	117 (100.0)	0.58
	유배우자	30 (28.8)	33 (31.7)	32 (30.8)	9 (8.7)	104 (100.0)	
종교	없음	23 (27.4)	25 (29.8)	31 (36.9)	5 (6.0)	84 (100.0)	3.16
	있음	42 (30.7)	40 (29.2)	39 (28.5)	16 (11.7)	137 (100.0)	
가구형태	독거	16 (24.6)	19 (29.2)	21 (32.3)	9 (13.8)	65 (100.0)	3.66
	노인부부	23 (30.3)	21 (27.6)	26 (34.2)	6 (7.9)	76 (100.0)	
	자녀동거	23 (32.4)	23 (32.4)	20 (28.2)	5 (7.0)	71 (100.0)	
	기타	3 (33.3)	2 (22.2)	3 (33.3)	1 (11.1)	9 (100.0)	

배우자가 있는 노인은 28.8%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 ‘전혀 없다’에 속했고, 31.7%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 30.8%는 ‘가끔 있다’에 속했고, 8.7%는 ‘자주 있다’고 응답하였고, 배우자가 없는 노인은 29.9%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 ‘전혀 없다’고 응답했고, 27.4%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 32.5%는 ‘가끔 있다’, 10.3%는 ‘자주 있다’에 해당하는 것으로 나타났다.

종교가 있는 노인은 30.7%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 ‘전혀 없다’에 속했고, 종교가 없는 노인은 27.4%였으며 최근에 죽고 싶다는 생각이 ‘자주 있다’에 대한 응답은 종교가 있는 노인이 11.7%인 반면 종교가 없는 노인은 6.0%로 나타났다.

가구유형별로는 독거노인인 경우 24.6%가, 부부만 사는 노인 30.3%, 자녀와 동거하는 노인 중 32.4%, 기타 가구 해당 노인은 33.3%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 ‘전혀 없다’에 속했다. 최근에 죽고 싶다는 생각이 ‘자주 있다’에 대한 응답은 각각 13.8%, 7.9%, 7.0%, 11.1%로 나타났다.

본 조사에서는 성별, 연령, 학력 수준 등 인구사회학적 요인이 자살생각 빈도와 관련이 유의미하지 않게 나타난 반면, 배우자가 없거나 독거노인의 경우 자살사고(자살생각)와 유의미하게 높게 나타난 연구결과도 있다(강은정, 2005).

2) 신체건강관련 특성과 최근에 죽고 싶다는 생각

신체건강관련 특성과 최근에 죽고 싶다는 생각 빈도를 교차분석한 결과를 살펴보면 만성질환이 4개 이상인 노인의 최근에 죽고 싶다는 생각이 '전혀 없다'에 대한 응답 비율이 20.0%로 가장 낮았고 만성질환이 없는 경우가 44.4%, 1개 있는 경우가 42.1%, 2개 있는 경우가 35.3%, 3개 있는 경우가 23.5%였다. 만성질환이 없는 노인은 최근에 죽고 싶다는 생각이 '자주 있다'에 한 명도 해당되지 않았고 만성질환이 1개 있는 노인은 5.3%, 2개 있는 노인은 7.8%, 3개 있는 노인은 11.8%가 응답해 만성질환이 많을수록 최근에 죽고 싶다는 생각 빈도가 조금 높은 것으로 나타나지만 이는 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 밝혀졌다.

주관적 건강상태별로는 건강이 매우 나쁘다고 지각하는 노인 가운데 17.1%, 건강이 나쁜 편이라고 지각하는 노인 중에서는 25.7%, 보통이 42.1%, 좋은 편 이상은 44.8%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 '전혀 없다'에 해당되었고 최근에 죽고 싶다는 생각이 '자주 있다'는 각각 9.8%, 13.3%, 5.3%, 20.7%, 0.0%로 나타났다.

ADL 제약 여부는 다른 사람의 도움을 필요로 하지 않는 ADL 제약이 없는 노인 가운데 32.2%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 '전혀 없다'에 응답한 반면 ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 10.0%만 해당되었다. 최근에 죽고 싶다는 생각이 '자주 있다'는 ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 20.0%가, ADL 제약이 없는 노인은 8.3%가 해당되었는데 ADL 제약이 있는 노인은 그렇지 않은 노인보다 최근에 죽고 싶다는 생각을 자주 하는 비율이 2.4배 정도이다.

IADL 제약이 없는 노인은 36.7%가 최근에 죽고 싶다는 생각 관련해 '전혀 없다'에 속했고, 25.9%는 '한두 번 있다', 30.6%는 '가끔 있다', 6.8%는 '자주 있다'로 응답하였고, IADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 각각 15.1%, 37.0%, 34.2%, 13.7%이다. IADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 그렇지 않은 노인보다 최근에 죽고 싶다는 생각을 자주 하는 비율이 2배 정도 더 높았다.

〈표 4-4-3〉 신체건강관련 특성과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
만성질환 수	없음	4(44.4)	3(33.3)	2(22.2)	0(0.0)	9(100.0)	12.43
	1개	16(42.1)	10(26.3)	10(26.3)	2(5.3)	38(100.0)	
	2개	18(35.3)	14(27.5)	15(29.4)	4(7.8)	51(100.0)	
	3개	16(23.5)	24(35.3)	20(29.4)	8(11.8)	68(100.0)	
	4개 이상	11(20.0)	14(25.5)	23(41.8)	7(12.7)	55(100.0)	
주관적 건강상태	매우 나쁨	7(17.1)	12(29.3)	18(43.9)	4(9.8)	41(100.0)	16.41
	나쁜 편	29(25.7)	32(28.3)	37(32.7)	15(13.3)	113(100.0)	
	보통	16(42.1)	11(28.9)	9(23.7)	2(5.3)	38(100.0)	
	좋은 편 이상	13(44.8)	10(34.5)	6(20.7)	0(0.0)	29(100.0)	
ADL	도움 불필요	58(32.2)	53(29.4)	54(30.0)	15(8.3)	180(100.0)	8.69*
	도움 필요	3(10.0)	9(30.0)	12(40.0)	6(20.0)	30(100.0)	
IADL	도움 불필요	54(36.7)	38(25.9)	45(30.6)	10(6.8)	147(100.0)	12.55**
	도움 필요	11(15.1)	27(37.0)	25(34.2)	10(13.7)	73(100.0)	

* p<.05 ** p<.01

일상생활에서 활동이나 기능상의 제약을 갖고 있어서 누군가의 도움을 필요로 하는 노인의 경우 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각) 평균비교에서도 유의미한 차이를 보였다. 다시 말해서 ADL제약을 갖고 있는 노인의 자살생각 평균점수는 1.52점(표준편차 0.93)인 반면, 제약이 없는 노인은 1.15점(표준편차 0.52)였다. 또한 IADL제약을 갖고 있는 노인의 자살생각 평균점수(1.40점)도 제약을 갖고 있지 않은 노인의 평균점수(1.13점)에 비해 유의미하게 높게 나타났다.

〈표 4-4-4〉 신체건강관련 특성과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각)의 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t 값
ADL	도움 불필요	1.15	0.52	1,367	-3.856***
	도움 필요	1.52	0.93	99	
IADL	도움 불필요	1.13	0.48	1,230	-5.272***
	도움 필요	1.40	0.80	269	

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

박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서도 주관적 건강상태가 나쁠수록, ADL과 IADL 점수가 높을수록 자살생각 점수가 유의미하게 높은 것으로 나타났다. 강은정(2005)에서도 노인의 자살

사고(자살생각)는 만성질환, 주관적으로 판단된 나쁜 건강 수준과 통계적으로 유의미한 상관관계가 있었다. 2011년 전국노인실태조사에서는 노인들의 자살생각의 이유로 건강(32.6%)과 경제적 어려움(30.8%)이 높은 비율을 차지했다(정경희 외, 2012). 우울증의 원인으로서는 신체건강 문제는 자살을 촉진시키는 흔한 요소이다. 신체적 질병에서 비롯되는 고통이나 장애가 자살생각을 부추길 수 있는데 질병으로 인한 신체적 변화와 투병과정에 대한 걱정, 가족이나 사회에 부담이 될 거라는 고통이 노인이 자살을 생각하는 주요 이유가 되는 것이다.

3) 경제수준과 최근에 죽고 싶다는 생각

노인의 경제수준과 최근의 죽고 싶다는 생각 빈도를 교차분석한 결과를 살펴보면 가구 월소득이 50만원 이하인 노인 중 25.4%, 51만원-100만원 이하 노인의 27.4%, 101만원-150만원 이하 노인의 47.1%, 151만원-200만원 이하 노인의 33.3%, 201만원 이상 노인의 40.0%가 최근에 죽고 싶다는 생각 관련해 ‘전혀 없다’에 속했고 ‘가끔 있다’와 ‘자주 있다’는 50만원 이하인 노인 가운데 43.3%와 7.5%, 51만원-100만원 이하 노인의 29.0%와 14.5%, 101만원-150만원 이하 노인의 11.8%와 5.9%, 151만원-200만원 이하 노인의 22.2%와 11.1%, 201만원 이상 노인의 20.0%와 5.0%였다.

주관적으로 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인 가운데 14.0%가 최근에 죽고 싶다는 생각 관련해 ‘전혀 없다’에 해당되었고, 경제수준이 낮은 편이라고 지각하는 노인 중에서는 26.7%, 보통이 42.9%, 경제수준이 높은 편으로 지각하는 노인 중 66.7%가 ‘전혀 없다’에 응답하였으며 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인의 18.0%가 ‘자주 있다’고 하였고 경제수준을 낮은 편으로 지각하는 노인은 7.9%, 보통으로 지각하는 노인 중 6.3%가 ‘자주 있다’고 응답하였다. 주관적 경제수준이 양호할수록 최근에 죽고 싶다는 생각 관련해 ‘전혀 없다’에 응답한 비율이 높은 편이고 ‘자주 있다’에 응답하는 비율은 낮았다. 박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서도 주관적 경제수준이 낮을수록 자살생각 점수가 유의미하게 높은 것으로 나타났다.

직업이 있는 노인의 경우 38.6%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 ‘전혀 없다’에 속했고, 29.5%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 20.5%는 ‘가끔 있다’에 속했고, 11.4%는 ‘자주 있다’고 응답하였고 직업이 없는 노인은 27.1%가 최근에 죽고 싶다는 생각이 ‘전혀 없다’에 속했고, 29.4%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 34.5%는 ‘가끔 있다’, 9.0%는 ‘자주 있다’고 응답했다.

〈표 4-4-5〉 경제수준과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분	전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ^2 값
가구월소득	50만원 이하	17(25.4)	16(23.9)	29(43.3)	5(7.5)	67(100.0)
	100만원 이하	17(27.4)	18(29.0)	18(29.0)	9(14.5)	62(100.0)
	150만원 이하	8(47.1)	6(35.3)	2(11.8)	1(5.9)	17(100.0)
	200만원 이하	6(33.3)	6(33.3)	4(22.2)	2(11.1)	18(100.0)
	201만원 이상	8(40.0)	7(35.0)	4(20.0)	1(5.0)	20(100.0)
주관적 경제상태	매우 낮음	7(14.0)	15(30.0)	19(38.0)	9(18.0)	50(100.0)
	낮은 편	27(26.7)	29(28.7)	37(36.6)	8(7.9)	101(100.0)
	보통	27(42.9)	20(31.7)	12(19.0)	4(6.3)	63(100.0)
	높은 편	4(66.7)	1(16.7)	1(16.7)	0(0.0)	6(100.0)
직업유무	없음	48(27.1)	52(29.4)	61(34.5)	16(9.0)	177(100.0)
	있음	17(38.6)	13(29.5)	9(20.5)	5(11.4)	44(100.0)

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

노인의 주관적 경제 상태는 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각)의 평균비교에서 차이를 보이는데, 경제상태가 매우 낮다고 인식하는 경우 평균점수는 1.52점(표준오차 0.92)으로 가장 높게 나타났고, 낮은 편은 평균점수 1.23점(표준편차 0.64), 보통은 평균점수가 1.08점(표준편차 0.38)이었다. 경제상태가 높은 편이라고 인식하는 경우의 자살생각 평균점수는 1.03점(표준편차 0.23)으로 가장 낮았다.

〈표 4-4-6〉 경제수준과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각)의 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분	평균	표준편차	대상자 수	F 값
주관적 경제상태	매우 낮음	1.52	155	30.942*** 높은편, 보통< 낮은편<매우낮음
	낮은 편	1.23	543	
	보통	1.08	708	
	높은 편	1.03	91	

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

이상의 내용을 요약해보면, 실제 경제생활과 밀접한 관련이 있는 직업의 유무나 가구의 월소득보다 노인 자신의 주관적 경제상태 인식정도가 최근 자살생각 빈도와 관련이 있는 것으로 해석 가능하다. 빈곤과 건강의 일반적인 관계(강영호 외, 2003; 김창엽, 2013)와 2011년도 노인실태 조사 결과(정경희 외, 2012)를 감안해보면, 빈곤은 직접적인 자살의 원인이라기보다 간접적으로

노후의 빈곤으로 인한 질병의 치료 지연 혹은 미충족과 정서적인 소외와 박탈감 등을 유발하는 기전으로 작용하는 것으로 해석할 수 있다.

4) 최근에 죽고 싶다는 생각 빈도에 따른 사회적 지지망의 차이

최근에 죽고 싶다는 생각 빈도에 따른 사회적 지지망의 차이를 살펴보았을 때 최근에 죽고 싶다는 생각이 ‘전혀 없다’는 노인은 친구·이웃의 수가 10.05명으로 ‘한두 번 있다’는 노인의 5.29명, ‘가끔 있다’는 노인의 5.54명, ‘자주 있다’는 노인의 4.24명 보다 친구·이웃의 수가 유의미하게 많은 것으로 나타났다. 자녀 수, 비동거 자녀와의 접촉, 형제·자매·친척 접촉, 친구 및 이웃 접촉의 차이는 모두 유의미하지 않은 것으로 밝혀졌다.

결과적으로 최근 죽고 싶다는 생각의 빈도는 친구·이웃의 수가 적을수록 더 빈번함을 보여주는 것이다.

〈표 4-4-7〉 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각) 빈도에 따른 사회적 지지의 평균비교

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	F 값
사회적 지지망	자녀 수	3.66(1.73)	3.05(1.50)	3.40(1.83)	3.24(1.61)	3.36(1.69)	1.49
	비동거 자녀 접촉	5.40(1.14)	5.50(1.12)	5.27(1.35)	4.78(1.35)	5.33(1.23)	1.88
	형제·자매·친척 접촉	3.73(1.43)	3.68(1.16)	3.45(1.17)	3.73(1.08)	3.63(1.25)	0.59
	친구·이웃 수	10.05(8.33)	5.29(4.01)	5.54(5.42)	4.24(4.57)	6.67(6.39)	9.84*** 한두번, 가끔, 자주 < 전혀없음
	친구·이웃 접촉	6.54(1.18)	6.38(1.23)	6.40(1.32)	6.25(1.69)	6.42(1.28)	0.32

*** $p < .001$

5) 여가활동 영역 수와 최근에 죽고 싶다는 생각

여가활동 영역 수와 최근에 죽고 싶다는 생각 빈도의 교차분석 결과 여가활동 영역이 3개 이상인 노인의 ‘전혀 없다’ 비율이 50.0%로 가장 높았고, 2개인 경우 45.1%, 1개 있는 경우는 26.5%, 여가활동을 특별히 하지 않는 경우가 20.5%였으며 최근의 죽고 싶다는 생각이 ‘자주 있다’는 여가활동이 3개 이상인 노인은 전무했고, 2개인 노인은 7.8%, 1개인 노인은 12.0%, 참여하고 있는 여가활동 영역이 없는 노인은 9.0%로 나타났다.

〈표 4-4-8〉 여가활동과 자살생각(최근에 죽고 싶다는 생각) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
여가활동 영역 수	없음	16(20.5)	24(30.8)	31(39.7)	7(9.0)	78(100.0)	14.33
	1개 영역	22(26.5)	26(31.3)	25(30.1)	10(12.0)	83(100.0)	
	2개 영역	23(45.1)	14(27.5)	10(19.6)	4(7.8)	51(100.0)	
	3개 이상 영역	4(50.0)	1(12.5)	3(37.5)	0(0.0)	8(100.0)	

3. 자살생각

1) 인구사회학적 특성과 자살생각

여성노인의 경우 64.9%가 자살하고 싶다는 생각 관련해 ‘전혀 없다’에 속했고, 16.2%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 14.9%는 ‘가끔 있다’에 속했고, 4.1%는 ‘자주 있다’고 응답하였고 남성노인은 63.4%가 ‘전혀 없다’에 속했고, 9.9%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 21.1%는 ‘가끔 있다’, 5.6%는 ‘자주 있다’고 응답했다.

연령대별로는 60대 노인의 64.4%가 자살생각 관련 ‘전혀 없다’에 속했고, 70대 노인의 65.4%, 80대 노인 가운데 62.3%가 ‘전혀 없다’고 하였고 ‘자주 있다’는 각각 6.8%, 1.9%, 7.5%였다.

교육수준별로는 무학인 경우 65.0%가 ‘전혀 없다’에 속했고, 초등학교 졸업인 노인은 63.7%, 중학교 졸업 노인은 69.2%, 고등학교 졸업 노인은 55.2%, 전문대학 이상인 노인은 76.9%가 ‘전혀 없다’에 해당되었다. 자살생각 관련 ‘자주 있다’는 무학인 노인이 3.3%, 초등학교 졸업 노인 6.6%, 중학교 졸업 노인 0.0%, 고등학교 졸업 노인 3.4%, 전문대학 이상 노인 7.7%로 나타났다.

배우자가 있는 노인은 63.5%가 자살생각 관련해 ‘전혀 없다’에 속했고, 15.4%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 18.3%는 ‘가끔 있다’에 속했고, 2.9%는 ‘자주 있다’고 응답하였고, 배우자가 없는 노인은 65.2%가 ‘전혀 없다’고 응답했고, 13.0%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 15.7%는 ‘가끔 있다’, 6.1%는 ‘자주 있다’에 해당하는 것으로 나타났다.

〈표 4-4-9〉 인구사회학적 특성과 자살생각(자살관련생각) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ^2 값
성별	남자	45(63.4)	7(9.9)	15(21.1)	4(5.6)	71(100.0)	2.76
	여자	96(64.9)	24(16.2)	22(14.9)	6(4.1)	148(100.0)	
연령대	60대(65-69)	38(64.4)	7(11.9)	10(16.9)	4(6.8)	59(100.0)	6.16
	70대(70-79)	70(65.4)	19(17.8)	16(15.0)	2(1.9)	107(100.0)	
	80대 이상(80+)	33(62.3)	5(9.4)	11(20.8)	4(7.5)	53(100.0)	
학력	무학	39(65.0)	7(11.7)	12(20.0)	2(3.3)	60(100.0)	8.52
	초졸	58(63.7)	11(12.1)	16(17.6)	6(6.6)	91(100.0)	
	중졸	18(69.2)	5(19.2)	3(11.5)	0(0.0)	26(100.0)	
	고졸	16(55.2)	6(20.7)	6(20.7)	1(3.4)	29(100.0)	
	전문대학 이상	10(76.9)	2(15.4)	0(0.0)	1(7.7)	13(100.0)	
배우자유무	무배우자	75(65.2)	15(13.0)	18(15.7)	7(6.1)	115(100.0)	1.69
	유배우자	66(63.5)	16(15.4)	19(18.3)	3(2.9)	104(100.0)	
종교	없음	54(65.9)	10(12.2)	15(18.3)	3(3.7)	82(100.0)	0.79
	있음	87(63.5)	21(15.3)	22(16.1)	7(5.1)	137(100.0)	
가구형태	독거	45(71.4)	7(11.1)	7(11.1)	4(6.3)	63(100.0)	11.00
	노인부부	49(64.5)	11(14.5)	14(18.4)	2(2.6)	76(100.0)	
	자녀동거	39(54.9)	13(18.3)	16(22.5)	3(4.2)	71(100.0)	
	기타	8(88.9)	0(0.0)	0(0.0)	1(11.1)	9(100.0)	

종교가 있는 노인은 63.5%가 자살생각이 ‘전혀 없다’에 속했고, 종교가 없는 노인은 65.9%였으며 ‘자주 있다’에 대한 응답은 종교가 있는 노인이 5.1%인 반면 종교가 없는 노인은 3.7%로 나타났다.

가구유형별로는 독거노인인 경우 71.4%가, 부부만 사는 노인 64.5%, 자녀와 동거하는 노인 중 54.9%, 기타 가구 해당 노인은 88.9%가 자살생각이 ‘전혀 없다’에 속했다. ‘자주 있다’에 대한 응답은 각각 6.3%, 2.6%, 4.2%, 11.1%로 나타났다.

이상의 결과를 요약하자면 노인의 성별, 연령, 배우자유무 등과 같은 인구사회학적 특성은 자살생각 빈도에 의미 있는 영향을 미치지 않는 것으로 해석가능하다.

2) 신체건강관련 특성과 자살생각

신체건강관련 특성과 자살생각 빈도를 교차분석한 결과를 살펴보면 만성질환이 4개 이상인 노인 가운데 자살생각과 관련해 ‘전혀 없다’는 응답 비율이 49.1%로 가장 낮았고 만성질환이 없는 경우가 66.7%, 1개 있는 경우가 81.6%, 2개 있는 경우가 75.5%, 3개 있는 경우 58.8%였다. 만성질환이 없는 노인은 ‘가끔 있다’와 ‘자주 있다’에 응답한 비율이 각각 11.1%와 0.0%, 1개 있는 노인은 10.5%와 0.0%, 만성질환이 2개 있는 노인은 10.2%와 4.1%, 3개 있는 노인은 13.2%와 7.4%, 4개 이상 있는 노인은 32.7%와 5.5%로 나타나 만성질환이 많을수록 자살생각 빈도가 높은 것으로 나타났다.

주관적 건강상태별로는 건강이 매우 나쁘다고 지각하는 노인 가운데 50.0%, 건강이 나쁜 편이라고 지각하는 노인 중에서는 62.8%, 보통이 70.3%, 좋은 편 이상은 82.8%가 자살생각이 ‘전혀 없다’에 해당되었고, ‘가끔 있다’와 ‘자주 있다’에는 각각 25.0%와 5.0%, 18.6%와 6.2%, 13.5%와 0.0%, 3.4%와 3.4%로 나타났다.

ADL 제약 여부는 다른 사람의 도움을 필요로 하지 않는 ADL 제약이 없는 노인 가운데 68.7%가 자살생각이 ‘전혀 없다’에 응답한 반면 ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 34.5%만 해당되었다. 자살생각이 ‘자주 있다’는 ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 13.8%가, ADL 제약이 없는 노인은 3.4%가 응답하였다.

IADL 제약이 없는 노인은 71.9%가 자살생각 관련해 ‘전혀 없다’에 속했고, 13.0%는 ‘한두 번 있다’, 13.0%는 ‘가끔 있다’, 2.1%는 ‘자주 있다’로 나타났고 IADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 각각 50.0%, 16.7%, 25.0%, 8.3%였다.

〈표 4-4-10〉 신체건강관련 특성과 자살생각(자살관련생각) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ^2 값
만성질환 수	없음	6(66.7)	2(22.2)	1(11.1)	0(0.0)	9(100.0)	23.60*
	1개	31(81.6)	3(7.9)	4(10.5)	0(0.0)	38(100.0)	
	2개	37(75.5)	5(10.2)	5(10.2)	2(4.1)	49(100.0)	
	3개	40(58.8)	14(20.6)	9(13.2)	5(7.4)	68(100.0)	
	4개 이상	27(49.1)	7(12.7)	18(32.7)	3(5.5)	55(100.0)	
주관적 건강상태	매우 나쁨	20(50.0)	8(20.0)	10(25.0)	2(5.0)	40(100.0)	12.21
	나쁜 편	71(62.8)	14(12.4)	21(18.6)	7(6.2)	113(100.0)	
	보통	26(70.3)	6(16.2)	5(13.5)	0(0.0)	37(100.0)	
	좋은 편 이상	24(82.8)	3(10.3)	1(3.4)	1(3.4)	29(100.0)	
ADL	도움 불필요	123(68.7)	26(14.5)	24(13.4)	6(3.4)	179(100.0)	17.14**
	도움 필요	10(34.5)	5(17.2)	10(34.5)	4(13.8)	29(100.0)	
IADL	도움 불필요	105(71.9)	19(13.0)	19(13.0)	3(2.1)	146(100.0)	12.72**
	도움 필요	36(50.0)	12(16.7)	18(25.0)	6(8.3)	72(100.0)	

* p<.05 ** p<.001

노인의 만성질환 수는 자살생각(자살관련생각)의 평균비교에서 차이를 보이는데, 만성질환이 4개 이상인 노인의 경우 평균점수는 1.20점(표준오차 0.61)으로 가장 높게 나타났고, 3개는 1.18점(표준오차 0.57), 2개는 1.06점(표준오차 0.33), 1개는 1.03점(표준오차 0.22)이었고, 만성질환이 없는 노인은 평균점수가 1.02점(표준오차 0.16)으로 가장 낮았다.

일상생활에서 활동이나 기능상의 제약을 갖고 있어서 누군가의 도움을 필요로 하는 노인의 경우 자살생각(자살관련생각) 평균비교에서도 유의미한 차이를 보였다. ADL제약을 갖고 있는 노인의 자살생각 평균점수는 1.37점(표준편차 0.83)인 반면, 제약이 없는 노인은 1.07점(표준편차 0.35)이었다. 또한 IADL제약을 갖고 있는 노인의 자살생각 평균점수(1.25점)도 제약을 갖고 있지 않은 노인의 평균점수(1.05점)에 비해 유의미하게 높게 나타났다.

결과적으로 노인이 여러 가지 만성질환을 가지고 있거나 일상생활에 제약을 갖고 있어 타인의 도움을 필요로 하는 경우 자살생각에 영향을 미치는 요인으로 작용할 수 있다는 것을 알 수 있다.

〈표 4-4-11〉 신체건강관련 특성과 자살생각(자살관련생각)의 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t, F 값
만성질환 수	없음	1.02	0.16	228	12.320*** 없음, 1개, 2개 3개, 4개 이상
	1개	1.03	0.22	373	
	2개	1.06	0.33	375	
	3개	1.18	0.57	265	
	4개 이상	1.20	0.61	259	
ADL	도움 불필요	1.07	0.35	1,367	-3.659***
	도움 필요	1.37	0.83	99	
IADL	도움 불필요	1.05	0.31	1230	-4.559***
	도움 필요	1.25	0.67	269	

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

3) 경제수준과 자살생각

노인의 경제수준과 자살생각 빈도를 교차분석한 결과를 살펴보면 가구 월소득이 50만원 이하인 노인 중 65.2%, 51만원-100만원 이하 노인의 67.2%, 101만원-150만원 이하 노인의 76.5%, 151만원-200만원 이하 노인의 72.2%, 201만원 이상 노인의 65.0%가 자살생각 관련해 ‘전혀 없다’ 라고 응답하였다.

한편 ‘가끔 있다’는 50만원 이하인 노인 가운데 18.2%, 51만원-100만원 이하 노인의 11.5%, 101만원-150만원 이하 노인의 5.9%, 151만원-200만원 이하 노인의 11.1%, 201만원 이상 노인의 20.0%였다. ‘자주 있다’ 라고 응답한 경우는 50만원 이하인 노인 가운데 4.5%, 51만원-100만원 이하 노인의 4.9%, 101만원-150만원 이하 노인의 5.9%, 151만원-200만원 이하 노인의 5.6%, 201만원 이상 노인의 0.0%로 조사되었다.

주관적으로 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인 가운데 49.0%가 자살생각 관련해 ‘전혀 없다’에 해당되었고, 경제수준이 낮은 편이라고 지각하는 노인 중에서는 68.0%, 보통이 71.4%, 경제수준이 높은 편으로 지각하는 노인 중 66.7%가 ‘전혀 없다’에 응답하였으며, 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인의 14.3%가 ‘자주 있다’고 하였고 경제수준을 낮은 편으로 지각하는 노인은 2.0%, 보통으로 지각하는 노인 중 1.6%가 ‘자주 있다’에 응답하였다. 이는 경제수준이 낮다고 지각할수록 자살생각 빈도가 높은 것으로 나타나, 주관적 경제수준과 자살생각 빈도는 통계적으로 유의미한 것으로 해석할 수 있다.

직업이 있는 노인의 경우 79.1%가 자살생각이 ‘전혀 없다’에 속했고, 14.0%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 4.7%는 ‘가끔 있다’에 속했고, 2.3%는 ‘자주 있다’고 응답했고, 직업이 없는 노인은 각각 60.8%, 14.2%, 19.9%, 5.1%였다.

〈표 4-4-12〉 경제수준과 자살생각(자살관련생각) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
가구월소득	50만원 이하	43(65.2)	8(12.1)	12(18.2)	3(4.5)	66(100.0)	4.46
	100만원 이하	41(67.2)	10(16.4)	7(11.5)	3(4.9)	61(100.0)	
	150만원 이하	13(76.5)	2(11.8)	1(5.9)	1(5.9)	17(100.0)	
	200만원 이하	13(72.2)	2(11.1)	2(11.1)	1(5.6)	18(100.0)	
	201만원이상	13(65.0)	3(15.0)	4(20.0)	0(0.0)	20(100.0)	
주관적 경제상태	매우 낮음	24(49.0)	8(16.3)	10(20.4)	7(14.3)	49(100.0)	17.85*
	낮은 편	68(68.0)	12(12.0)	18(18.0)	2(2.0)	100(100.0)	
	보통	45(71.4)	10(15.9)	7(11.1)	1(1.6)	63(100.0)	
	높은 편	4(66.7)	1(16.7)	1(16.7)	0(0.0)	6(100.0)	
직업유무	없음	107(60.8)	25(14.2)	35(19.9)	9(5.1)	176(100.0)	7.13
	있음	34(79.1)	6(14.0)	2(4.7)	1(2.3)	43(100.0)	

* p<.05

노인의 주관적 경제 상태는 자살생각(자살관련생각)의 평균비교에서 차이를 보이는데, 경제 상태가 매우 낮다고 인식하는 경우 평균점수는 1.32점(표준오차 0.79)으로 가장 높게 나타났고, 낮은 편은 평균점수 1.10점(표준편차 0.42), 보통은 평균점수가 1.04점(표준편차 0.26)이었다. 경제상태가 높은 편이라고 인식하는 경우의 자살생각 평균점수는 1.03점(표준편차 0.23)으로 가장 낮았다. 최근 자살생각 빈도와 마찬가지로 실제 경제생활과 밀접한 관련이 있는 직업의 유무나 가구의 월소득보다 노인 자신의 주관적 경제상태 인식정도가 자살생각 빈도와 관련이 있는 결과로 볼 수 있다.

〈표 4-4-13〉 경제수준과 자살생각(자살관련생각)의 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	F 값
주관적 경제상태	매우 낮음	1.32	0.79	155	20.833***
	낮은 편	1.10	0.42	543	
	보통	1.04	0.26	708	
	높은 편	1.03	0.23	91	

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

4) 자살생각 빈도에 따른 사회적 지지망의 차이

자살생각 빈도에 따른 노인의 사회적 지지망의 차이를 살펴보았을 때, 비동거 자녀와의 접촉과 친구·이웃 접촉의 차이가 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 자살생각이 ‘한두 번 있다’ 또는 ‘가끔 있다’에 응답한 노인은 ‘자주 있다’는 노인보다 비동거 자녀와 연락하거나 만나는 빈도가 더 많았다. 박은영·김성웅·이난영(2009)의 연구에서도 비동거 자녀와 접촉 빈도가 많을수록 자살생각 점수가 유의미하게 낮은 것으로 나타났다.

자살생각 관련해 ‘가끔 있다’에 응답한 노인은 ‘자주 있다’에 응답한 노인보다 친구·이웃과 연락하거나 만나는 빈도가 유의미하게 더 많은 것으로 나타났다. Duberstein et al. (2004)에 의하면 가족지원 체계와 사회적 지지 체계가 약한 경우, 노인은 자살이라는 극단적인 선택을 할 가능성이 높다. 우리나라에서도 박지영(2007)의 노인자살 생존자의 자살경험에 대한 질적 연구에 의하면 노인은 가족으로부터의 고립, 가족성원간의 지지체계 부족 등에 의해 자살상황에 놓여 있는 것으로 나타났다.

본 연구에서는 자녀 수, 형제·자매·친척 접촉빈도, 친구·이웃 수의 차이보다 비동거 자녀와의 접촉과 친구·이웃 접촉이 자살생각 빈도와 통계적으로 유의미한 것으로 나타나, 비동거 자녀와 친구·이웃과의 접촉빈도가 많을수록 자살생각 위험성을 낮출 수 있음을 보여주는 결과로 해석가능하다.

〈표 4-4-14〉 자살생각(자살관련생각) 빈도에 따른 사회적 지지망의 평균비교

(단위 : 명, 회)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	F 값
사회적 지지망	자녀 수	3.30(1.65)	3.06(1.88)	3.97(1.64)	2.70(1.49)	3.36(1.70)	2.53
	비동거 자녀 접촉	5.29(1.25)	5.60(0.98)	5.54(1.26)	4.22(1.23)	5.32(1.23)	3.34*
	형제·자매·친척 접촉	3.70(1.28)	3.52(0.97)	3.55(1.37)	3.42(1.28)	3.63(1.25)	0.31
	친구·이웃 수	7.45(6.89)	5.74(4.92)	5.70(5.82)	2.80(2.97)	6.70(6.42)	2.44
	친구·이웃 접촉	6.49(1.18)	6.14(1.28)	6.66(1.21)	5.39(2.38)	6.42(1.28)	2.99*

* p<.05

5) 여가활동 영역 수와 자살생각

여가활동 영역 수와 자살생각 빈도의 교차분석 결과 여가활동 영역이 3개 이상인 노인의 ‘전혀 없다’ 비율은 50.0%, 2개인 경우 70.6%, 1개 있는 경우는 66.3%, 여가활동을 특별히 하지 않는 경우가 60.5%였으며, 자살생각이 ‘자주 있다’는 여가활동이 3개 이상인 노인은 전무했고, 2개인 노인은 2.0%, 1개인 노인은 4.8%, 참여하고 있는 여가활동 영역이 없는 노인은 6.6%로 나타났다. 이는 통계적으로 유의미한 결과는 아니다.

〈표 4-4-15〉 여가활동과 자살생각(자살관련생각) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	x2 값
여가활동 영역 수	없음	46(60.5)	13(17.1)	12(15.8)	5(6.6)	76(100.0)	6.43
	1개 영역	55(66.3)	8(9.6)	16(19.3)	4(4.8)	83(100.0)	
	2개 영역	36(70.6)	8(15.7)	6(11.8)	1(2.0)	51(100.0)	
	3개 이상 영역	4(50.0)	2(25.0)	2(25.0)	0(0.0)	8(100.0)	

4. 자살언급

1) 인구사회학적 특성과 자살언급

여성노인의 경우 82.7%가 누군가에게 자살하고 싶다는 말을 한 적이 있는지와 관련해 ‘전혀 없다’에 속했고, 5.3%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 10.0%는 ‘가끔 있다’에 속했고, 2.0%는 ‘자주 있다’고 응답하였고 남성노인은 90.1%가 ‘전혀 없다’에 속했고, 5.6%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 2.8%는 ‘가끔 있다’, 1.4%는 ‘자주 있다’고 응답했다.

연령대별로는 60대 노인의 86.7%가 자살언급이 ‘전혀 없다’에 속했고, 70대 노인의 83.3%, 80대 노인 가운데 86.8%가 ‘전혀 없다’고 하였고 ‘자주 있다’는 각각 1.7%, 1.9%, 1.9%였다.

교육수준별로는 무학인 경우 82.0%가 자살언급이 ‘전혀 없다’에 속했고, 초등학교 졸업인 노인은 83.7%, 중학교 졸업 노인은 96.2%, 고등학교 졸업 노인은 89.7%, 전문대학 이상인 노인은 76.9%가 ‘전혀 없다’에 해당되었다. 자살언급 관련 ‘자주 있다’는 무학인 노인이 1.6%, 초등학교 졸업 노인 2.2%, 중학교 졸업과 전문대학 이상 노인은 0.0%, 고등학교 졸업 노인 3.4%로 나타났다.

배우자가 있는 노인은 86.5%가 자살언급 관련해 ‘전혀 없다’에 속했고, 3.8%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 8.7%는 ‘가끔 있다’에 속했고, 1.0%는 ‘자주 있다’고 응답하였고, 배우자가 없는 노인은 83.8%가 자살언급 관련해 ‘전혀 없다’에 속했고, 6.8%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 6.8%는 ‘가끔 있다’에 속했고, 2.6%는 ‘자주 있다’에 해당하는 것으로 나타났다.

〈표 4-4-16〉 인구사회학적 특성과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
성별	남자	64(90.1)	4(5.6)	2(2.8)	1(1.4)	71(100.0)	3.65
	여자	124(82.7)	8(5.3)	15(10.0)	3(2.0)	150(100.0)	
연령대	60대(65-69)	52(86.7)	2(3.3)	5(8.3)	1(1.7)	60(100.0)	7.95
	70대(70-79)	90(83.3)	10(9.3)	6(5.6)	2(1.9)	108(100.0)	
	80대 이상(80+)	46(86.8)	0(0.0)	6(11.3)	1(1.9)	53(100.0)	
학력	무학	50(82.0)	3(4.9)	7(11.5)	1(1.6)	61(100.0)	15.31
	초졸	77(83.7)	5(5.4)	8(8.7)	2(2.2)	92(100.0)	
	중졸	25(96.2)	1(3.8)	0(0.0)	0(0.0)	26(100.0)	
	고졸	26(89.7)	0(0.0)	2(6.9)	1(3.4)	29(100.0)	
	전문대학 이상	10(76.9)	3(23.1)	0(0.0)	0(0.0)	13(100.0)	
배우자유무	무배우자	98(83.8)	8(6.8)	8(6.8)	3(2.6)	117(100.0)	1.98
	유배우자	90(86.5)	4(3.8)	9(8.7)	1(1.0)	104(100.0)	
종교	없음	74(88.1)	4(4.8)	5(6.0)	1(1.2)	84(100.0)	1.08
	있음	114(83.2)	8(5.8)	12(8.8)	3(2.2)	138(100.0)	
가구형태	독거	58(89.2)	2(3.1)	3(4.6)	2(3.1)	65(100.0)	6.78
	노인부부	66(86.8)	3(3.9)	6(7.9)	1(1.3)	76(100.0)	
	자녀동거	56(78.9)	6(8.5)	8(11.3)	1(1.4)	71(100.0)	
	기타	8(88.9)	1(11.1)	0(0.0)	0(0.0)	9(100.0)	

종교가 있는 노인은 83.2%가 자살언급이 ‘전혀 없다’에 속했고, 종교가 없는 노인은 88.1%였으며 ‘자주 있다’에 대한 응답은 종교가 있는 노인이 2.2%였고 종교가 없는 노인은 1.2%로 나타났다.

가구유형별로는 독거노인인 경우 89.2%가, 부부만 사는 노인 86.8%, 자녀와 동거하는 노인 중 78.9%, 기타 가구 해당 노인은 88.9%가 자살언급이 ‘전혀 없다’에 속했다. ‘자주 있다’에 대한 응답은 각각 3.1%, 1.3%, 1.4%, 0.0%로 나타났다.

이상에서 보는 바와 같이 노인의 성별, 연령대, 학력수준, 배우자유무 등과 같은 인구사회학적 특성과 자살언급 빈도는 통계적으로 모두 유의미하지 않은 것으로 밝혀졌다.

2) 신체건강관련 특성과 자살언급

신체건강관련 특성과 자살언급 빈도를 교차분석한 결과를 살펴보면 만성질환이 4개 이상인 노인의 자살언급이 ‘전혀 없다’에 대한 응답 비율의 74.5%로 가장 낮았고 만성질환이 없는 경우는 100.0%, 1개 있는 경우가 97.4%, 2개 있는 경우가 86.3%, 3개 있는 경우 83.8%였다. 만성질환이 없는 노인은 한 명도 자살 언급 경험이 없었고, 만성질환이 1개 있는 노인은 ‘가끔 있다’가 2.6%, 2개 있는 노인은 ‘가끔 있다’가 7.8%, 3개 있는 노인은 ‘가끔 있다’ 5.9%와 ‘자주 있다’ 2.9%, 4개 이상 만성질환이 있는 노인은 ‘가끔 있다’가 14.5%와 ‘자주 있다’ 3.6%이다. 만성질환이 많을수록 자살 언급 빈도가 높은 것으로 나타나지만 이는 통계적으로 유의미하지 않았다.

한편 주관적 건강상태별로는 건강이 매우 나쁘다고 지각하는 노인 가운데 73.2%, 건강이 나쁜 편이라고 지각하는 노인 중에서는 85.8%, 보통이 89.5%, 좋은 편 이상은 93.1%가 자살언급 관련 ‘전혀 없다’에 해당되었고, ‘가끔 있다’와 ‘자주 있다’에는 각각 9.8%와 0.0%, 8.8%와 3.5%, 5.3%와 0.0%, 3.4%와 0.0%로 나타났다.

ADL 제약 여부는 다른 사람의 도움을 필요로 하지 않는 ADL 제약이 없는 노인 가운데 88.3%가 자살언급이 ‘전혀 없다’에 응답한 반면 ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 66.7%가 해당되었다. 자살언급이 ‘자주 있다’는 ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 6.7%가, ADL 제약이 없는 노인은 1.1%이다.

IADL 제약이 없는 노인은 89.1%가 자살 언급 관련해 ‘전혀 없다’에 속했고, 3.4%는 ‘한두 번 있다’, 6.8%는 ‘가끔 있다’, 0.7%는 ‘자주 있다’로 나타났고, IADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 각각 76.7%, 9.6%, 9.6%, 4.1%이다.

〈표 4-4-17〉 신체건강관련 특성과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
만성질환 수	없음	9(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	9(100.0)	13.90
	1개	37(97.4)	0(0.0)	1(2.6)	0(0.0)	38(100.0)	
	2개	44(86.3)	3(5.9)	4(7.8)	0(0.0)	51(100.0)	
	3개	57(83.8)	5(7.4)	4(5.9)	2(2.9)	68(100.0)	
	4개 이상	41(74.5)	4(7.3)	8(14.5)	2(3.6)	55(100.0)	
주관적 건강상태	매우 나쁨	30(73.2)	7(17.1)	4(9.8)	0(0.0)	41(100.0)	19.45*
	나쁜 편	97(85.8)	2(1.8)	10(8.8)	4(3.5)	113(100.0)	
	보통	34(89.5)	2(5.3)	2(5.3)	0(0.0)	38(100.0)	
	좋은 편 이상	27(93.1)	1(3.4)	1(3.4)	0(0.0)	29(100.0)	
ADL	도움 불필요	159(88.3)	7(3.9)	12(6.7)	2(1.1)	180(100.0)	13.33**
	도움 필요	20(66.7)	5(16.7)	3(10.0)	2(6.7)	30(100.0)	
IADL	도움 불필요	131(89.1)	5(3.4)	10(6.8)	1(0.7)	147(100.0)	7.95*
	도움 필요	56(76.7)	7(9.6)	7(9.6)	3(4.1)	73(100.0)	

* p<.05 ** p<.01

노인의 주관적 건강 상태는 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함)의 평균비교에서 차이를 보이는데, 건강상태가 매우 낮다고 인식하는 경우 평균점수는 1.14점(표준오차 0.45)으로 가장 높게 나타났고, 낮은 편은 평균점수 1.07점(표준편차 0.38), 보통은 평균점수 1.02점(표준편차 0.16)이었다. 건강상태가 높은 편이라고 인식하는 경우의 자살언급 평균점수는 1.01점(표준오차 0.10)으로 가장 낮았다.

일상생활에서 활동이나 기능상의 제약을 갖고 있어서 누군가의 도움을 필요로 하는 노인의 경우 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함) 평균비교에서도 유의미한 차이를 보였다. 다시 말해서 ADL제약을 갖고 있는 노인의 자살생각 평균점수는 1.17점(표준편차 0.57)인 반면, 제약이 없는 노인은 1.03점(표준편차 0.23)이었다. 또한 IADL제약을 갖고 있는 노인의 자살언급 평균점수(1.11점)도 제약을 갖고 있지 않은 노인의 평균점수(1.02점)에 비해 유의미하게 높게 나타났다.

결과적으로 노인의 주관적 건강상태와 일상생활 제약여부는 자살언급과 통계적으로 유의미한 것으로 볼 수 있다.

〈표 4-4-18〉 신체건강관련 특성과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함)의 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t, F 값
주관적 건강상태	매우 나쁨	1.14	0.45	105	10.091*** 좋은 편 이상, 보통< 매우 나쁨, 나쁜 편
	나쁜 편	1.07	0.38	515	
	보통	1.02	0.16	386	
	좋은 편 이상	1.01	0.10	494	
ADL	도움 불필요	1.03	0.23	1,367	-2.501***
	도움 필요	1.17	0.57	99	
IADL	도움 불필요	1.02	0.21	1,230	-3.046***
	도움 필요	1.11	0.47	269	

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

3) 경제수준과 자살언급

노인의 경제수준과 자살언급 빈도를 교차분석한 결과를 살펴보면 가구 월소득이 50만원 이하인 노인 중 85.1%, 51만원~100만원 이하 노인의 83.9%, 101만원~150만원 이하 노인의 100.0%, 151만원~200만원 이하 노인의 83.3%, 201만원 이상 노인의 95.0%가 자살 언급 관련해 '전혀 없다'에 속했고 '가끔 있다'와 '자주 있다'는 50만원 이하인 노인 가운데 9.0%와 1.5%, 51만원~100만원 이하 노인의 4.8%와 3.2%, 101만원~150만원 이하 노인은 0.0%와 0.0%, 151만원

-200만원 이하 노인의 11.1%와 5.6%가 해당되었고, 201만원 이상 노인은 한 명도 없었다.

주관적으로 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인 가운데 70.0%가 자살언급 관련해 ‘전혀 없다’에 해당되었고, 경제수준이 낮은 편이라고 지각하는 노인 중에서는 86.1%, 보통이 93.7%, 경제수준이 높은 편으로 지각하는 노인 중 100.0%가 ‘전혀 없다’에 응답하였으며 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인의 4.0%가 ‘자주 있다’고 하였고 경제수준을 낮은 편으로 지각하는 노인은 2.0%, 보통 혹은 높은 편으로 지각하는 노인은 ‘자주 있다’가 한 명도 없었다.

직업이 없는 노인 가운데 83.1%가 자살언급이 ‘전혀 없다’에 응답한 반면 직업이 있는 노인은 93.2%가 해당되었다. 자살언급이 ‘가끔 있다’와 ‘자주 있다’는 직업이 없는 노인은 각각 9.6%와 1.7%가 해당되었고, 직업이 있는 노인은 0.0%와 2.3%였다.

이상의 내용은 노인의 자살언급은 가구월소득과 직업유무보다는 주관적 경제상태 인식정도가 더 관련성이 있는 것을 보여주는 결과이다.

〈표 4-4-19〉 경제수준과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
가구월소득	50만원 이하	57(85.1)	3(4.5)	6(9.0)	1(1.5)	67(100.0)	9.96
	100만원 이하	52(83.9)	5(8.1)	3(4.8)	2(3.2)	62(100.0)	
	150만원 이하	17(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	17(100.0)	
	200만원 이하	15(83.3)	0(0.0)	2(11.1)	1(5.6)	18(100.0)	
	201만원 이상	19(95.0)	1(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	20(100.0)	
주관적 경제상태	매우 낮음	35(70.0)	8(16.0)	5(10.0)	2(4.0)	50(100.0)	21.09*
	낮은 편	87(86.1)	2(2.0)	10(9.9)	2(2.0)	101(100.0)	
	보통	59(93.7)	2(3.2)	2(3.2)	0(0.0)	63(100.0)	
	높은 편	6(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	6(100.0)	
직업유무	없음	147(83.1)	10(5.6)	17(9.6)	3(1.7)	177(100.0)	4.80
	있음	41(93.2)	2(4.5)	0(0.0)	1(2.3)	44(100.0)	

* p<.05

노인의 주관적 경제 상태는 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함)의 평균비교에서 유의미한 차이를 보이는데, 경제상태가 매우 낮다고 인식하는 경우 평균점수는 1.15점(표준오차 0.52)으로 가장 높게 나타났고, 낮은 편은 평균점수 1.05점(표준편차 0.33), 보통은 평균점수가 1.01점(표준편차 0.12)이었다. 경제상태가 높은 편이라고 인식하는 경우의 자살생각 평균점수는 1.00점(표준편차 0.52)으로 가장 낮았다.

〈표 4-4-20〉 경제수준과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함)의 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t, F 값
주관적 경제상태	매우 낮음	1.15	0.52	155	13.313*** 높은 편, 보통, 낮은 편 매우낮음
	낮은 편	1.05	0.33	543	
	보통	1.01	0.12	708	
	높은 편	1.00	0.00	91	

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

4) 자살언급에 따른 사회적 지지망의 차이

자살언급 빈도에 따른 노인의 사회적 지지망의 차이를 살펴보았을 때 자녀 수, 비동거 자녀와의 접촉, 형제자매·친척 접촉, 친구·이웃 수와 접촉의 차이가 모두 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 밝혀졌다.

〈표 4-4-21〉 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함) 빈도별 사회적 지지의 평균비교

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	F 값
사회적 지지망	자녀 수	3.34(1.67)	3.42(1.78)	3.76(2.08)	2.50(0.58)	3.36(1.69)	0.68
	비동거 자녀 접촉	5.34(1.25)	5.20(1.21)	5.50(1.07)	4.50(0.82)	5.33(1.23)	0.74
	형제자매·친척 접촉	3.66(1.26)	3.18(0.75)	3.47(1.44)	4.50(0.50)	3.63(1.25)	1.08
	친구·이웃 수	6.86(6.63)	5.75(6.20)	5.94(3.86)	3.50(4.51)	6.67(6.39)	0.54
	친구·이웃 접촉	6.44(1.23)	5.91(1.20)	6.82(1.33)	5.00(1.28)	6.42(1.28)	2.44

5) 여가활동 영역 수와 자살언급 빈도

여가활동 영역 수와 자살언급 빈도의 교차분석 결과 여가활동 영역이 3개 이상인 노인의 ‘전혀 없다’ 비율은 87.5%, 2개인 경우 90.2%, 1개 있는 경우는 83.1%, 여가활동을 특별히 하지 않는 경우가 84.6%였으며, 자살언급이 ‘가끔 있다’와 ‘자주 있다’는 여가활동이 3개 이상인 노인은 전무했고, 2개인 노인은 5.9%와 2.0%, 1개인 노인은 9.6%와 2.4%, 참여하고 있는 여가활동 영역이 없는 노인은 6.4%와 1.3%로 나타났다.

〈표 4-4-22〉 여가활동과 자살언급(자살하고 싶다고 누군가에게 말함) 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
여가활동 영역 수	없음	66(84.6)	6(7.7)	5(6.4)	1(1.3)	78(100.0)	4.71
	1개 영역	69(83.1)	4(4.8)	8(9.6)	2(2.4)	83(100.0)	
	2개 영역	46(90.2)	1(2.0)	3(5.9)	1(2.0)	51(100.0)	
	3개 이상 영역	7(87.5)	1(12.5)	0(0.0)	0(0.0)	8(100.0)	

5. 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각

1) 인구사회학적 특성과 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각

여성노인의 경우 84.6%가 내 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각과 관련해 ‘전혀 없다’에 속했고, 9.4%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 3.4%는 ‘가끔 있다’에 속했고, 2.7%는 ‘자주 있다’고 응답하였고, 남성노인은 80.3%가 ‘전혀 없다’에 속했고, 11.3%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 8.5%는 ‘가끔 있다’고 했다.

연령대별로는 60대 노인의 81.7%가 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 ‘전혀 없다’에 속했고, 70대 노인의 83.2%, 80대 노인 가운데 84.9%가 ‘전혀 없다’고 하였고 ‘자주 있다’는 각각 1.7%, 1.9%, 1.9%였다.

교육수준별로는 무학인 경우 85.2%가 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 ‘전혀 없다’에 속했고, 초등학교 졸업인 노인은 80.2%, 중학교 졸업 노인은 92.3%, 고등학교 졸업 노인은 79.3%, 전문대학 이상인 노인은 84.6%가 ‘전혀 없다’에 해당되었다. 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 ‘자주 있다’는 무학인 노인 1.6%, 초등학교 졸업 노인 2.2%, 중학교 졸업 노인 3.8%였으며, 고등학교 졸업과 전문대학 이상 노인은 한 명도 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-4-23〉 인구사회학적 특성과 자살로 끝날 것이라는 생각 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
성별	남자	57(80.3)	8(11.3)	6(8.5)	0(0.0)	71(100.0)	4.68
	여자	126(84.6)	14(9.4)	5(3.4)	4(2.7)	149(100.0)	
연령대	60대(65-69)	49(81.7)	7(11.7)	3(5.0)	1(1.7)	60(100.0)	2.40
	70대(70-79)	89(83.2)	12(11.2)	4(3.7)	2(1.9)	107(100.0)	
	80대 이상(80+)	45(84.9)	3(5.7)	4(7.5)	1(1.9)	53(100.0)	
학력	무학	52(85.2)	5(8.2)	3(4.9)	1(1.6)	61(100.0)	5.69
	초졸	73(80.2)	11(12.1)	5(5.5)	2(2.2)	91(100.0)	
	중졸	24(92.3)	1(3.8)	0(0.0)	1(3.8)	26(100.0)	
	고졸	23(79.3)	4(13.8)	2(6.9)	0(0.0)	29(100.0)	
	전문대학 이상	11(84.6)	1(7.7)	1(7.7)	0(0.0)	13(100.0)	
배우자유무	무배우자	96(82.8)	11(9.5)	6(5.2)	3(2.6)	116(100.0)	0.88
	유배우자	87(83.7)	11(10.6)	5(4.8)	1(1.0)	104(100.0)	
종교	없음	70(84.3)	8(9.6)	5(6.0)	0(0.0)	83(100.0)	2.74
	있음	113(82.5)	14(10.2)	6(4.4)	4(2.9)	137(100.0)	
가구형태	독거	54(84.4)	6(9.4)	2(3.1)	2(3.1)	64(100.0)	4.01
	노인부부	64(84.2)	8(10.5)	3(3.9)	1(1.3)	76(100.0)	
	자녀동거	57(80.3)	8(11.3)	5(7.0)	1(1.4)	71(100.0)	
	기타	8(88.9)	0(0.0)	1(11.1)	0(0.0)	9(100.0)	

배우자가 있는 노인은 83.7%가 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각과 관련해 ‘전혀 없다’에 속했고, 10.6%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 4.8%는 ‘가끔 있다’에 속했고, 1.0%는 ‘자주 있다’고 응답하였고, 배우자가 없는 노인은 82.8%가 자살생각 관련해 ‘전혀 없다’에 속했고, 9.5%는 ‘한두 번 있다’고 하였으며, 5.2%는 ‘가끔 있다’에 속했고, 2.6%는 ‘자주 있다’에 해당하는 것으로 나타났다.

종교가 있는 노인은 82.5%가 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 ‘전혀 없다’에 속했고, 종교가 없는 노인은 84.3%였으며 ‘자주 있다’에 대한 응답은 종교가 있는 노인이 2.9%였고 종교가 없는 노인은 전무한 것으로 나타났다.

가구유형별로는 독거노인인 경우 84.4%가, 부부만 사는 노인 84.2%, 자녀와 동거하는 노인 중 80.3%, 기타 가구 해당 노인은 88.9%가 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 ‘전혀 없다’에 속했다. ‘자주 있다’에 대한 응답은 각각 3.1%, 1.3%, 1.4%, 0.0%로 나타났다.

이상에서 보는 바와 같이 노인의 성별, 연령대, 학력수준, 배우자유무 등과 같은 인구사회학적 특성은 노인 자신의 삶이 자살로 끝날 거라는 생각과 모두 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 밝혀졌다.

2) 신체건강관련 특성과 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각

만성질환이 4개 이상인 노인은 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각 관련해 ‘전혀 없다’는 비율이 78.2%로 가장 낮았고 만성질환이 없는 경우가 88.9%, 1개 있는 경우가 84.2%, 2개 있는 경우가 88.0%, 3개 있는 경우 82.4%였다. 만성질환이 없는 노인과 1개 있는 노인은 ‘자주 있다’에 한 명도 해당되지 않았고, 만성질환이 2개 있는 노인은 2.0%, 3개 있는 노인은 2.9%, 4개 이상 있는 노인은 1.8%로 나타났다.

주관적 건강상태별로는 건강이 매우 나쁘다고 지각하는 노인 가운데 67.5%, 건강이 나쁜 편이라고 지각하는 노인 중에서는 84.1%, 보통이 92.1%, 좋은 편 이상은 89.7%가 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 ‘전혀 없다’에 해당되었고, ‘자주 있다’는 각각 0.0%, 2.7%, 0.0%, 3.4%로 나타났다.

ADL 제약 여부는 다른 사람의 도움을 필요로 하지 않는 ADL 제약이 없는 노인 가운데 87.2%가 ‘전혀 없다’에 응답한 반면 ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 55.2%가 해당되었고, ‘자주 있다’는 ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 6.9%가, ADL 제약이 없는 노인은 1.1%가 응답했다. 이 교차분석 결과는 $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의하였다.

IADL 제약이 없는 노인은 87.8%가 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 ‘전혀 없다’에 속했고, 7.5%는 ‘한두 번 있다’, 3.4%는 ‘가끔 있다’, 1.4%는 ‘자주 있다’로 나타났고 IADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 각각 73.6%, 15.3%, 8.3%, 2.8%였다.

이처럼 일상생활 제약여부, 특히 지극히 기본적인 생활조차 도움을 필요로 하는 ADL제약 노인의 경우 자신의 삶이 자살로 끝날 거라는 생각과 통계적으로 유의미한 것으로 밝혀졌다.

〈표 4-4-24〉 신체건강관련 특성과 자살로 끝날 것이라는 생각 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
만성질환 수	없음	8(88.9)	0(0.0)	1(11.1)	0(0.0)	9(100.0)	5.39
	1개	32(84.2)	4(10.5)	2(5.3)	0(0.0)	38(100.0)	
	2개	44(88.0)	3(6.0)	2(4.0)	1(2.0)	50(100.0)	
	3개	56(82.4)	7(10.3)	3(4.4)	2(2.9)	68(100.0)	
	4개 이상	43(78.2)	8(14.5)	3(5.5)	1(1.8)	55(100.0)	
주관적 건강상태	매우 나쁨	27(67.5)	10(25.0)	3(7.5)	0(0.0)	40(100.0)	16.63
	나쁨 편	95(84.1)	9(8.0)	6(5.3)	3(2.7)	113(100.0)	
	보통	35(92.1)	2(5.3)	1(2.6)	0(0.0)	38(100.0)	
	좋은 편 이상	26(89.7)	1(3.4)	1(3.4)	1(3.4)	29(100.0)	
ADL	도움 불필요	157(87.2)	13(7.2)	8(4.4)	2(1.1)	180(100.0)	21.24***
	도움 필요	16(55.2)	9(31.0)	2(6.9)	2(6.9)	29(100.0)	
IADL	도움 불필요	129(87.8)	11(7.5)	5(3.4)	2(1.4)	147(100.0)	6.96
	도움 필요	53(73.6)	11(15.3)	6(8.3)	2(2.8)	72(100.0)	

*** p<.001

일상생활에서 활동의 제약을 갖고 있어서 누군가의 도움을 필요로 하는 노인의 경우 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각 평균비교에서도 유의미한 차이를 보였다. ADL제약을 갖고 있는 노인의 자살 생각 평균점수는 1.19점(표준편차 0.57)인 반면, 제약이 없는 노인인 1.03점(표준편차 0.21)로 유의미하게 높게 나타났다.

〈표 4-4-25〉 신체건강관련 특성과 자살로 끝날 것이라는 생각의 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t 값
ADL	도움 불필요	1.03	0.21	1,367	-2.911***
	도움 필요	1.19	0.57	99	

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

3) 경제수준과 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각

가구 월소득이 50만원 이하인 노인 중 85.1%, 51만원~100만원 이하 노인의 88.5%, 101만원~150만원 이하 노인의 76.5%, 151만원~200만원 이하 노인의 77.8%, 201만원 이상 노인의 75.0%가 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 '전혀 없다'에 속했다.

'가끔 있다'는 50만원 이하인 노인 가운데 3.0%, 51만원~100만원 이하 노인의 1.6%, 101만원~150만원 이하 노인은 5.9%와, 151만원~200만원 이하 노인의 11.1%, 201만원 이상 노인의

5.0%였다. ‘자주 있다’는 50만원 이하인 노인 가운데 3.0%, 51만원-100만원 이하 노인의 1.6%, 101만원-150만원 이하 노인은 0.0%, 151만원-200만원 이하 노인의 5.6%, 201만원 이상 노인의 0.0%였다.

주관적으로 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인 가운데 65.3%가 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 ‘전혀 없다’에 해당되었고, 경제수준이 낮은 편이라고 지각하는 노인 중에서는 89.1%, 보통이 87.3%, 경제수준이 높은 편으로 지각하는 노인 중 83.3%가 ‘전혀 없다’에 응답하였으며, ‘가끔 있다’는 각각 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인의 10.2%, 경제수준을 낮은 편으로 지각하는 노인은 3.0%, 보통으로 지각하는 노인의 3.2%, 높은 편으로 지각하는 노인은 16.7%였다. ‘자주 있다’는 각각 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인의 8.2%, 경제수준을 낮은 편으로 지각하는 노인은 0.0%, 보통으로 지각하는 노인의 0.0%, 높은 편으로 지각하는 노인은 0.0%였다. 이는 통계적으로 유의미한 결과이다.

직업이 없는 노인 가운데 81.3%가 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 ‘전혀 없다’에 응답한 반면 직업이 있는 노인은 90.9%가 해당되었다. 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 ‘가끔 있다’는 직업이 없는 노인은 6.3%가 해당되었고, 직업이 있는 노인은 전무하였다. 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각이 ‘자주 있다’는 직업이 없는 노인은 2.3%가 해당되었고, 직업이 있는 노인은 전무하였다.

요약하자면, 노인이 자신의 경제수준을 매우 낮다고 인식하는 경우 자신의 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각과 유의미한 관련을 갖는다고 볼 수 있다.

〈표 4-4-26〉 경제수준과 자살로 끝날 것이라는 생각 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
가구월소득	50만원 이하	57(85.1)	6(9.0)	2(3.0)	2(3.0)	67(100.0)	9.68
	100만원 이하	54(88.5)	5(8.2)	1(1.6)	1(1.6)	61(100.0)	
	150만원 이하	13(76.5)	3(17.6)	1(5.9)	0(0.0)	17(100.0)	
	200만원 이상	14(77.8)	1(5.6)	2(11.1)	1(5.6)	18(100.0)	
	201만원 이상	15(75.0)	4(20.0)	1(5.0)	0(0.0)	20(100.0)	
주관적 경제상태	매우 낮음	32(65.3)	8(16.3)	5(10.2)	4(8.2)	49(100.0)	24.83**
	낮은 편	90(89.1)	8(7.9)	3(3.0)	0(0.0)	101(100.0)	
	보통	55(87.3)	6(9.5)	2(3.2)	0(0.0)	63(100.0)	
	높은 편	5(83.3)	0(0.0)	1(1 6.7)	0(0.0)	6(100.0)	
직업유무	없음	143(81.3)	18(10.2)	11(6.3)	4(2.3)	176(100.0)	4.19
	있음	40(90.9)	4(9.1)	0(0.0)	0(0.0)	44(100.0)	

** p<.01

노인의 주관적 경제 상태는 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각의 평균비교에서, 경제상태가 매우 낮다고 인식하는 경우 평균점수는 1.19점(표준오차 0.62)으로 가장 높게 나타났고, 낮은 편은 평균점수 1.03점(표준편차 0.19), 높은 편은 평균점수 1.02(표준오차 0.21)이었다. 경제상태가 보통이라고 인식하는 경우 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각 평균점수가 1.01점(표준편차 0.14)으로 가장 낮았다.

〈표 4-4-27〉 경제수준과 자살로 끝날 것이라는 생각의 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	F 값
주관적 경제상태	매우 낮음	1.19	0.62	155	22.154*** 높은편, 보통, 낮은편< 매우낮음
	낮은 편	1.03	0.19	543	
	보통	1.01	0.14	708	
	높은 편	1.02	0.21	91	

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

4) 자살로 끝날 것이라는 생각 빈도에 따른 사회적 지지망의 차이

삶이 자살로 끝날 것이라는 생각 빈도에 따른 사회적 지지망의 차이를 살펴보았을 때 비동거 자녀와의 접촉이 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 자살생각이 ‘한두 번 있다’에 응답한 노인은 ‘가끔 있다’는 노인보다 비동거 자녀와 연락하거나 만나는 빈도가 유의미하게 더 많았다. 자녀 수, 형제·자매·친척 접촉, 친구·이웃 수와 접촉빈도의 차이는 유의미하지 않은 것으로 밝혀졌다.

〈표 4-4-28〉 자살로 끝날 것이라는 생각 빈도에 따른 사회적 지지의 평균비교

(단위 : 명, 회)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	F 값
사회적 지지망	자녀 수	3.39(1.68)	2.95(1.89)	3.82(1.33)	2.25(1.71)	3.35(1.69)	1.29
	비동거 자녀 접촉	5.32(1.22)	6.00(1.03)	4.50(1.18)	4.50(1.00)	5.32(1.23)	4.08** 가끔<한두번
	형제·자매·친척 접촉	3.60(1.20)	3.81(1.71)	3.83(1.00)	3.00(1.00)	3.63(1.25)	0.50
	친구·이웃 수	6.95(6.54)	4.73(4.81)	5.36(6.04)	9.00(8.21)	6.69(6.40)	1.12
	친구·이웃 접촉	6.46(1.19)	6.28(1.66)	6.39(1.62)	5.75(2.60)	6.43(1.28)	0.69

** p<.01

5) 여가활동 영역 수와 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각

여가활동 영역 수와 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각 빈도의 교차분석 결과 여가활동 영역이 3개 이상인 노인의 ‘전혀 없다’ 비율은 87.5%, 2개인 경우 90.2%, 1개 있는 경우는 84.3%, 여가활동을 특별히 하지 않는 경우가 76.6%였으며, ‘가끔 있다’와 ‘자주 있다’는 여가활동이 3개 이상인 노인은 12.5%와 0.0%, 2개인 노인은 2.0%와 0.0%, 1개인 노인은 4.8%와 3.6%, 참여하고 있는 여가활동 영역이 없는 노인은 6.5%와 1.3%로 나타났다.

〈표 4-4-29〉 여가활동과 자살로 끝날 것이라는 생각 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		전혀 없음	한두 번	가끔	자주	전체	χ ² 값
여가활동 영역 수	없음	59(76.6)	12(15.6)	5(6.5)	1(1.3)	77(100.0)	9.62
	1개 영역	70(84.3)	6(7.2)	4(4.8)	3(3.6)	83(100.0)	
	2개 영역	46(90.2)	4(7.8)	1(2.0)	0(0.0)	51(100.0)	
	3개 이상 영역	7(87.5)	0(0.0)	1(12.5)	0(0.0)	8(100.0)	

본 조사에서는 자살생각 및 충동 중심으로 자살행동을 살펴보았으나 완결된 자살관련 선행연구 결과 및 노인자살 관련 통계에 기초한 논의를 추가로 살펴 볼 필요가 있다.

노인자살의 특징으로, 남성노인이 여성노인보다 자살 가능성이 높다. 전체 인구에서 남자가 여자보다 자살률이 높으나 그 차이가 노인층의 경우는 현저하다(박경애, 1996). 남자노인 자살률은 2011년 128.6명에서 2013년 102.3명으로 2년째 줄었지만 여전히 인구 10만명당 100명이 넘고 있다. 반면 여자노인은 2009년 50.8명에서 2013년 37.3명으로 4년째 감소 추세다. 통계청의 연도별 <사망원인통계>를 재구성했을 때 2001-2011년의 65세 이상 노인의 자살률 성비는 2.2~2.8로 남성노인의 자살률이 2배 이상 더 높은 패턴이었다. Szanto et al. (2001)은 노후에 독신이 되는 것과 같은 특정한 생애 경험이 여성보다는 남성에게 자살의 위험성을 높인다고 지적했다. 즉, 노화과정 중에 나타나는 여러 가지 부정적 현상들은 남성과 여성에 다른 효과를 미치며, 여성 노인들은 그러한 극적인 젠더 차이를 설명할 수 있는 두드러지는 보호효과를 가진다고 추정하였다.

또한 노년층 내에서도 연령이 증가할수록 자살률이 높은 것을 알 수 있다. 노인자살에 대한 연구에서는 경제적 어려움, 비고용 상태의 노인들이 자살률이 높고, 배우자의 부재 혹은 상실로 홀로 된 노인의 자살률이 높았다(김형수, 2000). 고령화와 핵가족화 추세의 강화는 1인 가구 특히 독거노인의 증가를 수반한다.

통계청의 <고령자통계>에 따르면, 2013년 현재 전체 노인인구 613만 8천여명(전체 인구의 12.2%) 가운데 125만 2천여명(노인인구의 20.2%)이 독거노인이며, 독거노인의 수는 2035년에는 343만명(65세 이상 노인의 23.3%)으로 지속적으로 증가할 것으로 추정된다. 독거노인의 교육 수준을 전체 노인과 비교하면 교육수준이 더욱 낮고, 성별로는 여성의 비율이 높아 재정상태가 더욱 불리하고 삶의 질도 대단히 취약할 것으로 예상된다(통계청, 2010). 독거노인의 고독사에서 보다시피 특히 가족과 사회의 돌봄을 받지 못하는 위기상황의 독거노인들(2012년 기준 위기·취약 가구 약 30만명)은 명백한 자살위험군으로, 이들에 대한 보다 적극적인 사회정책적 개입 없이는 노인자살예방의 전망도 밝지 않을 것이다. 주거환경과 관련하여서는 도시노인, 독거노인, 고립된 노인, 최근 주거를 옮긴 노인의 자살률이 높으며 신체적 건강 악화가 자살 위험을 증가시키는 것으로 나타났다(김형수, 2000; Patricia, 2003).

‘장수의 역설’이라고 할 수 있는, 늘어난 수명동안 신체적·정신적 장애, 빈곤, 사회적 역할 상실과 소외감 등 복합적인 삶의 문제들을 밀도 있게 경험하게 되는 노년기(충남대학교병원 공공 보건의료사업실, 2013)를 보내게 된 노인집단의 자살률은 높을 수밖에 없다.

제5절 음주 및 흡연

1. 음주

노인의 정신건강에 있어 음주문제는 간과해서는 안 되는 문제로 포함된다. 노인의 알코올 사용 장애 유병률이 젊은 사람들보다 낮아도(Hasin et al., 2007), 알코올은 젊은 사람에게 미치는 폐해보다 노인에게 훨씬 더 유해한 영향을 미치기 때문이다(Mulinga, 1999). 미국의 경우 지역 사회 거주 65세 이상 노인의 정신질환 유병률을 조사한 결과 알코올 문제가 세 번째로 많은 정신 질환이었으며 노인자살에 영향을 미치는 3대 요인 중 하나로 지목되었다(박지영, 2004 재인용).

1) 음주 실태

조사대상 노인 가운데 평생 동안 술을 마셔본 경험이 있는 노인은 전체의 51.9%(764명)이고, 현재 음주를 하고 있는 노인은 전체의 32.9%(494명)로 나타나, 평생경험에 비해 현재 음주는

19.0%가 감소하였다. 전국조사인 이윤환(2012)의 연구에서 현재 음주율은 전체 노인 가운데 33.8%로 본 조사결과와 비슷하였다.

〈표 4-5-1〉 대전지역 노인의 음주 실태

(단위 : 명, %)

구분	평생경험	현재
음주	764(51.9)	494(32.9)

선행연구를 보면 일부 노인의 경우 젊은 사람보다 더 자주 더 많은 양을 마신다고 보고하는 연구(Eliany et al., 1992; Graham et al., 1996)도 있으나 최근의 여러 연구들은 노년기에 음주 빈도, 음주량, 음주문제 등 전반적으로 음주행동이 감소하는 것으로 보고한다(Moos et al., 2009; Ilomaki et al., 2010; Moore et al., 2011). 노인은 젊은 사람에 비해 술을 덜 마시고 음주로 인한 부정적인 결과도 적으며, 음주빈도 및 평균 음주량 등도 낮은 것으로 보고된다(Gilhooly, 2005). 김경숙 외(2008)의 연구에서도 노인 음주율은 높지 않았는데 술을 많이 마신다고 응답한 노인은 4.4%에 불과하였다. 안준희·장수미(2012)의 종단적 분석에서도 노인의 음주문제는 매년 조금씩 감소하는 것으로 나타났다.

대전 지역 노인의 문제음주를 선별하기 위해 사용한 도구는 AUDIT-K 척도인데 총 10문항으로 구성된 이 척도는 음주빈도와 양, 알코올의존 증상, 음주 관련 문제 등 세 영역을 포함한다. 본 조사에서는 평생 동안 술을 마셔본 경험이 있는 노인들에게 AUDIT-K 척도를 사용해 음주 실태를 파악하였는데 문항 중 음주빈도와 양에 관한 3개 문항의 분석결과를 살펴보면 다음과 같다.

음주빈도는 음주량과 더불어 음주의 심각성에 관한 자세한 사항을 파악할 수 있는 지표다. 〈표 4-5-1〉에 제시되었듯이 지난 1년 동안 음주횟수를 살펴보면 평생 음주 경험이 있는 764명의 노인 가운데 36.0%는 전혀 마시지 않았고, 23.2%는 월 1회 이하, 19.0%는 월 2-4회, 12.8%는 주 2-3회, 9.0%는 주 4회 이상이었다.

노인의 음주 심각성을 보다 자세히 알아보기 위해 한 번에 마시는 음주량을 보면 지난 1년 동안 술을 안 마신 노인 36.0%를 제외하면 27.9%의 노인은 1-2잔을 마셨고, 18.8%는 3-4잔을, 7.6%는 7-9잔을, 6.9%는 5-6잔을, 2.7%는 10잔 이상 술을 마시는 것으로 조사되었다. 이 결과에 의하면 17.2%가 5잔을 초과하는 폭음을 하고 있으며 36.0%는 한 번에 마시는 양이 적어도 3잔 이상인 과다 음주자이다. 성남시의 65세 이상 노인을 대상으로 한 역학조사에서 지난 1년동안 주당 평균 14잔 이상을 음주했을 때 과다 음주자로 정의한 기준(Moore et al., 2003)으로 보았을 때 약 10.8%가 과다 음주자에 해당한다(Kim et al., 2009).

〈표 4-5-2〉 노인의 음주 실태

(단위 : %, 명)

내용	전혀	월1회 이하	월 2-4회	주 2-3회	주4회 이상	계(명)
지난 1년 동안 술 마신 횟수	36.0	23.2	19.0	12.8	9.0	100.0(764)
내용	0-2잔	3-4잔	5-6잔	7-9잔	10잔 이상	계(명)
지난 1년 동안 술 마신 양	63.9	18.8	6.9	7.6	2.7	100.0(764)
내용	전혀	월1회 미만	매달	매주	거의매일	계(명)
지난 1년 동안 소주 1병 또는 맥주 4병 이상 마신 횟수	79.6	9.6	3.0	4.7	3.1	100.0(764)
지난1년 동안 술을 마시게 되면 멈출 수 없다고 느낀 횟수	92.8	4.6	0.9	1.6	0.1	100.0(764)
지난 1년 동안 음주 때문에 해야 할 일을 하지 못한 횟수	94.9	4.5	0.3	0.3	0.1	100.0(764)
지난1년 동안 과음 후 아침에 정신을 차리기 위해 해장술이 필요했던 횟수	93.1	6.4	0.1	0.1	0.3	100.0(764)
지난 1년 동안 음주 후 죄책감이 들거나 후회한 횟수	94.1	4.7	0.9	0.1	0.1	100.0(764)
지난 1년 동안 술 때문에 전날 밤 일이 기억나지 않은 횟수	95.2	3.8	0.5	0.4	0.1	100.0(764)
내용	없었음	예전에는 있었지만 지난 1년 동안 없었음	지난 1년 동안에도 있었음	계(명)		
음주로 인해 다른 사람이 다친 적이 있는지	95.0	4.8	0.1	100.0(764)		
음주에 대해 가족이나 친구, 혹은 의사 등이 걱정하거나 끊으라고 권유한 적이 있는지	78.9	15.3	5.8	100.0(764)		

음주량과 관련해 한 번에 소주 1병 또는 맥주 4병 이상 마시는 빈도는 조사대상 가운데 9.6%(73명)가 월 1회 미만이었고, 매주 이렇게 마시는 노인이 4.7%(36명), 거의 매일 소주 1병 또는 맥주 4병 이상 마시는 노인이 3.1%(24명), 월 1회 이렇게 마시는 노인이 3.0%(23명)로 나타났다. 국외 연구인 Blazer & Wu(2009)의 연구에서는 4,236명의 65세 이상 노인 가운데 남성 13%와 여성 8%가 알코올 사용 위험군(최근 한 달 동안 일회 평균 2잔 이상)이었으며 남성 14%와 여성 3%가 폭음(최근 한 달 동안 일회 평균 5잔 이상)을 하는 것으로 나타났다.

AUDIT-K 점수는 (전혀, 0-2잔, 없었음)=0, (월1회 이하, 3-4잔, 월 1회 미만)=1, (월2-4회, 5-6잔, 매달, 예전에는 있었지만 지난 1년 동안 없었음)=2, (주2-3회, 7-9잔, 매주)=3, (주4회 이상, 10잔 이상, 거의 매일, 지난 1년 동안에도 있었음)=4를 부여하여 10개의 항목을 합산한다. 본 연구에서는 정상 음주군은 AUDIT-K전체 10문항에서 남성은 0-9점, 여성은

0-5점, 위험 음주군은 남성 10-19점, 여성 6-9점, 알코올 사용장애 추정군은 남성 20-40점, 여성 10-40점으로 구분하였다.

이 기준치를 적용했을 때 음주 경험이 있는 764명의 응답자의 최근 1년 동안의 음주 실태는 89.9%(687명)는 정상 음주군으로, 8.6%(66명)는 위험군으로, 1.4%(11명)는 알코올 사용장애로 나타났다.

〈표 4-5-3〉 평생 음주경험 노인의 음주 심각도

(단위 : 명, %)

구분	빈도	비율
정상 음주	687	89.9
위험군	66	8.6
알코올 사용장애	11	1.4
전체	764	100.0

본 조사결과와 타 지역 실태조사 결과를 비교해서 살펴보면 지역에 따라 노인의 음주 심각도는 크게 차이를 보이고 있다. 경기도 성남시에서 1,118명의 65세 이상 노인을 대상으로 한 역학조사에서는 위험 음주군(AUDIT-K 점수 8점 이상으로 DSM-IV 기준 미충족)은 5.74%였고, 알코올 남용과 알코올 의존(DSM-IV 기준)은 각각 2.38%와 3.22%였다(Kim et al., 2009). 경북지역의 65세 이상 지역사회 거주 노인 626명을 대상으로 알코올 사용장애 선별검사(AUDIT-K)에서 12점 이상을 문제음주로, 15점 이상을 알코올 사용장애 기준으로 한 장인순(2008)의 연구에서는 문제 음주 7.5%, 알코올 사용장애가 19.3%로 나타났다. 서울시 중구에 거주하는 60세 이상 노인 238명을 대상으로 알코올 사용장애 선별검사(AUDIT-K)에서 15점 이상을 알코올 사용장애로 정의해 분석한 백용수(2005)의 연구에서는 알코올 사용장애 유병률이 14.7%로 보고되었다. 권현수(2009)에 의하면 AUDIT-K 점수가 20점 이상인 고도 위험군이 성인 중 7.1%인데 비해 60대 이상은 8.4%로 더 높은 비율을 보이는 것으로 나타났다. 유의표집을 한 일부 조사에서는 노인집단의 음주문제가 매우 심각한 수준으로 보고되었는데 전주시의 60세 이상 대상자 중 AUDIT-K 점수 8점 이상의 문제 음주자 비율은 71.0%로 정상 음주군 노인의 비율이 29.0%에 불과하였다(윤명숙, 2006). 이효정(2005)의 남성노인에 관한 연구에서도 조사 대상자 중 75%가 알코올 사용 관련 문제를 겪고 있는 것으로 보고된 바 있다.

국외 연구를 살펴보면 Ondus et al. (2003)은 노인의 알코올 남용 추정치가 지역사회 거주 노인은 4-20%, 입원한 노인에 있어서는 약 25%에 달하는 것으로 보고하고 있다.

2) 인구사회학적 특성과 음주심각성 정도

대전 지역 노인의 음주실태를 좀 더 자세히 파악해 보기 위해 인구사회학적 특성과 음주 심각성 정도의 관련성을 살펴보았다.

여성노인의 경우 97.7%가 정상 음주군이었으며, 1.5%가 위험군, 0.8%가 알코올 사용장애군으로 2.3%만 문제 음주자인 반면 남성노인은 85.9%가 정상 음주군이었고, 12.3%가 위험군, 1.8%가 알코올 사용장애군으로 14.1%가 문제 음주자이다. 남성노인이 여성노인보다 6배 이상 문제 음주자 비율이 높았다. 성별 차이는 다른 연구들(박지영, 1998; 서희숙·송경애·조명숙, 2004; 윤명숙, 2006; 장인순, 2008; 정찬승, 2005)에서도 일관되게 보고된다.

연령대별로는 60대 노인의 89.5%가 정상 음주군이었고, 70대 노인은 89.8%가 정상 음주군이었으며, 80대 노인은 91.3%가 정상 음주군에 속하였고, 위험군과 알코올 사용장애군을 합한 문제 음주자 비율은 60대가 10.5%, 70대 10.2%, 80대 8.7%로 연령이 증가할수록 감소하고 있다. 국민건강영양조사(보건복지부, 2011)에서도 60-69세 문제 음주율이 11%인데 비해 70세 이상은 8.6%로 더 낮았다. 서희숙·송경애·조명숙(2004)에서는 연령이 높을수록 문제음주 노인의 수가 유의미하게 감소하는 경향으로 나타났다.

교육수준별로는 무학인 경우, 91.7%가 정상 음주군이었고, 5.3%가 위험군, 3.0%가 알코올 사용장애군이었고, 초등학교 졸업인 경우 89.9%가 정상 음주군, 8.0%가 위험군, 2.3%가 알코올 사용장애군이었으며, 중학교 졸업인 경우 88.5%가 정상 음주군이었고, 11.5%가 위험군이었으며, 고등학교 졸업인 경우는 87.3%가 정상 음주군, 12.1%가 위험군, 0.6%가 알코올 사용장애군이었고, 전문대학 이상인 경우가 문제음주 비율이 가장 낮았는데 96.7%가 정상 음주군이었고, 3.3%가 위험군이였다.

배우자가 있는 노인은 90.2%가 정상 음주군이었고, 8.6%가 위험군, 1.2%가 알코올 사용장애군으로 9.8%가 문제 음주자였고, 배우자가 없는 노인은 89.4%가 정상 음주군이었으며, 8.8%가 위험군, 1.8%가 알코올 사용장애군으로 10.6%가 문제 음주자로 나타났다. 결혼상태와 음주의 관계에 대해 상이한 결과를 보고한 경우도 볼 수 있는데, 박지영(1998)과 정찬승(2005)의 연구에 의하면 배우자가 있는 경우 문제음주 및 알코올 중독자가 많은 것으로 나타났다.

종교가 있는 노인은 92.2%가 정상 음주군이었으며, 위험군과 알코올 사용장애군을 합쳐 7.8%가 문제 음주자였고, 종교가 없는 노인은 87.7%가 정상 음주군이었고, 위험군과 알코올 사용장애군을 합친 12.3%가 문제 음주자이다.

가구유형별로는 독거인 경우, 87.7%가 정상 음주군이었고, 11.0%가 위험군, 1.2%가 알코올

사용장애군이었고, 노인부부만 사는 가구인 경우 89.6%가 정상 음주군, 9.2%가 위험군, 1.1%가 알코올 사용장애군이었으며, 자녀와 동거하는 가구인 경우 91.5%가 정상 음주군이었고, 6.3%가 위험군, 2.2%가 알코올 사용장애군이었고, 기타에 해당하는 가구가 문제음주 비율이 가장 낮았는데 95.0%가 정상 음주군이었고, 5.0%가 위험군이였다.

본 조사에서는 성별 외에 다른 인구사회학적 특성은 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 분석되었으나 서울시 중구에 거주하는 60세 이상 노인 238명을 대상으로 알코올 사용장애 선별검사(AUDIT-K)에서 15점 이상을 알코올 사용장애로 정의해 분석한 연구에서는 남성, 낮은 연령, 저학력 등이 알코올 사용장애와 통계적으로 유의미한 연관이 있는 것으로 보고된 바 있다(백용수, 2005).

〈표 4-5-4〉 인구사회학적 특성과 음주심각성 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	위험군	알코올 사용장애	전체	χ ² 값
성별	남자	432(85.9)	62(12.3)	9(1.8)	503(100.0)	27.09***
	여자	255(97.7)	4(1.5)	2(0.8)	261(100.0)	
연령대	60대(65-69)	212(89.5)	23(9.7)	2(0.8)	237(100.0)	2.34
	70대(70-79)	359(89.8)	33(8.3)	8(2.0)	400(100.0)	
	80대 이상(80+)	116(91.3)	10(7.9)	1(0.8)	127(100.0)	
학력	무학	122(91.7)	7(5.3)	4(3.0)	133(100.0)	14.78
	초졸	248(89.9)	22(8.0)	6(2.2)	276(100.0)	
	중졸	115(88.5)	15(11.5)	0(0.0)	130(100.0)	
	고졸	144(87.3)	20(12.1)	1(0.6)	165(100.0)	
	전문대학 이상	58(96.7)	2(3.3)	0(0.0)	60(100.0)	
배우자유무	무배우자	245(89.4)	24(8.8)	5(1.8)	274(100.0)	0.46
	유배우자	442(90.2)	42(8.6)	6(1.2)	490(100.0)	
종교	없음	343(87.7)	42(10.7)	6(1.5)	391(100.0)	4.58
	있음	344(92.2)	24(6.4)	5(1.3)	373(100.0)	
가구형태	독거	143(87.7)	18(11.0)	2(1.2)	163(100.0)	4.81
	노인부부	320(89.6)	33(9.2)	4(1.1)	357(100.0)	
	자녀동거	205(91.5)	14(6.3)	5(2.2)	224(100.0)	
	기타	19(95.0)	1(5.0)	0(0.0)	20(100.0)	

*** p<.001

남성노인의 음주심각성정도 평균은 0.15점(표준편차 0.41)으로 여성노인의 평균 0.03점(표준편차 0.21)보다 높게 나타나 여성보다 남성의 음주심각성정도가 크다고 볼 수 있다.

〈표 4-5-5〉 성별 음주심각성 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t 값
성별	남자	0.15	0.41	503	5.680***
	여자	0.03	0.21	261	

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

3) 신체건강관련 특성과 음주심각성 정도

만성질환 혹은 신체적 노화로 인해 건강상태를 좋지 않다고 지각하게 되면 음주빈도와 음주량이 감소되고 문제음주 비율이 낮아질 것으로 가정해 볼 수 있다. 신체건강 관련 특성과 음주 심각성 정도를 교차분석한 결과를 살펴보면 만성질환이 4개 이상인 노인의 정상음주군 비율이 95.4%로 가장 높았고 만성질환이 없는 경우가 91.3%, 1개 있는 경우가 88.1%, 2개 있는 경우가 89.6%, 3개 있는 경우 87.8%가 정상 음주군이였다.

주관적 건강상태별로는 건강이 매우 나쁘다고 지각하는 노인 가운데 94.1%가 정상 음주군에 속했고, 건강이 나쁜 편이라고 지각하는 노인 중에서는 93.5%, 보통이 89.5%, 좋은 편 이상은 87.1%가 정상 음주군으로 건강이 양호할수록 문제음주 비율이 높은 편이나 이러한 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다.

〈표 4-5-6〉 신체건강관련 특성과 음주심각성 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	위험군	알코올 사용장애	전체	χ ² 값
만성질환 수	없음	137(91.3)	13(8.7)	0(0.0)	150(100.0)	8.69
	1개	193(88.1)	22(10.0)	4(1.8)	219(100.0)	
	2개	173(89.6)	15(7.8)	5(2.6)	193(100.0)	
	3개	101(87.8)	12(10.4)	2(1.7)	115(100.0)	
	4개 이상	83(95.4)	4(4.6)	0(0.0)	87(100.0)	
주관적 건강상태	매우 나쁨	32(94.1)	2(5.9)	0(0.0)	34(100.0)	10.34
	나쁜 편	203(93.5)	13(6.0)	1(0.5)	217(100.0)	
	보통	196(89.5)	17(7.8)	6(2.7)	219(100.0)	
	좋은 편 이상	256(87.1)	34(11.6)	4(1.4)	294(100.0)	
ADL	도움 불필요	650(89.7)	64(8.8)	11(1.5)	725(100.0)	1.52
	도움 필요	28(96.6)	1(3.4)	0(0.0)	29(100.0)	
IADL	도움 불필요	603(89.3)	62(9.2)	10(1.5)	675(100.0)	2.30
	도움 필요	84(94.4)	4(4.5)	1(1.1)	89(100.0)	

ADL과 IADL 제약여부는 다른 사람의 도움을 필요로 하지 않는 ADL 제약이 없는 노인 가운데 89.7%가 정상 음주군에 속했고, ADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 96.6%가 정상 음주군이었으며, IADL 제약이 없는 노인은 89.3%가 정상 음주군에 속했고, IADL 제약이 있는 도움을 필요로 하는 노인은 94.4%가 정상 음주군으로 일상생활기능에 어려움이 있는 노인이 그렇지 않은 노인보다 문제 음주자 비율이 낮은 편이었으나 이러한 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다.

노인의 신체건강관련 특성과 음주심각성 정도의 관련성을 살펴보기 위해 교차분석을 실시한 결과 모두 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

노년기에 음주량이 급격하게 줄어드는 이유는 신체적 장애 또는 신체 대사능력의 저하로 인한 결과로 노인의 음주와 건강 요인은 다른 연령층에 비해 밀접하게 연관되는 것으로 가정해볼 수 있으나, 윤명숙(2006)의 연구에서도 만성질환 유무, 주관적 건강상태는 노인의 문제음주에 영향을 미치지 않은 것으로 밝혀졌다. 한편 장인순(2008)의 연구에서는 주관적 건강수준이 나쁘거나 보통이라고 지각하는 노인의 알코올 사용장애 비율이 스스로 건강하다고 지각하는 노인보다 약 3배 정도 높았다.

4) 경제수준 및 경제활동과 음주심각성 정도

노인의 경제수준과 음주심각성 정도를 교차분석한 결과를 살펴보면 가구 월소득이 50만원 이하인 노인 중 89.5%, 51만원-100만원 이하 노인의 88.5%, 101만원-150만원 이하 노인의 85.4%, 151만원-200만원 이하 노인의 93.9%, 201만원 이상 노인의 93.4%가 정상 음주군에 속했다.

주관적으로 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인 가운데 84.7%가 정상 음주군에 속했고, 경제수준이 낮은 편이라고 지각하는 노인 중에서는 89.7%, 보통이 90.9%, 경제수준이 높은 편으로 지각하는 노인 중 91.2%가 정상 음주군으로 주관적 경제수준이 양호할수록 정상음주군 비율이 조금 높은 편이었다. 경제수준과 음주문제의 관련성에 대한 선행연구 결과는 상반된 결과가 보고된다. Moos et al. (2010)에 의하면 지역사회 노인은 경제적 자원이 있으면 알코올 소비가 더 많은 것으로 나타났다. 반면 권현수(2009)에서는 빈곤노인이 비빈곤 노인보다 문제음주 경향이 더 높은 것으로 보고된다.

직업유무와 음주심각성 정도의 교차분석 결과 직업이 있는 노인은 정상 음주군 91.3%, 위험군 7.4%, 알코올 사용장애군 1.4%인데 비해 직업이 없는 노인은 정상군이 96.0%, 위험군이 3.4%, 알코올 사용장애군이 0.5%로 직업을 가진 노인 가운데 문제음주 비율이 유의미하게 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-5-7〉 경제수준 및 경제활동과 음주심각성 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	위험군	알코올 사용장애	전체	χ ² 값
가구월소득	50만원 이하	153(89.5)	17(9.9)	1(0.6)	171(100.0)	7.34
	100만원 이하	193(88.5)	22(10.1)	3(1.4)	218(100.0)	
	150만원 이하	76(85.4)	11(12.4)	2(2.2)	89(100.0)	
	200만원 이하	62(93.9)	3(4.5)	1(1.5)	66(100.0)	
	201만원 이상	85(93.4)	4(4.4)	2(2.2)	91(100.0)	
주관적 경제상태	매우 낮음	61(84.7)	7(9.7)	4(5.6)	72(100.0)	10.34
	낮은 편	235(89.7)	24(9.2)	3(1.1)	262(100.0)	
	보통	338(90.9)	30(8.1)	4(1.1)	372(100.0)	
	높은 편	52(91.2)	5(8.8)	0(0.0)	57(100.0)	
직업유무	없음	1,089(96.0)	39(3.4)	6(0.5)	1,134(100.0)	13.06**
	있음	334(91.3)	27(7.4)	5(1.4)	366(100.0)	

현재 직업이 없는 노인의 음주심각성정도 평균은 0.16점(표준편차 0.42)으로 현재 직업이 있는 노인의 평균 0.09(표준편차 0.33)보다 높게 나타나 현재 직업이 있는 노인보다 없는 노인의 음주심각성정도가 높은 것으로 볼 수 있다. 장인순(2008)의 연구에서도 직업이 있는 노인이 직업이 없는 경우보다 유의미하게 더 많은 알코올 사용 정도를 보였다. 반면 윤명숙(2006)의 연구에서는 직업이 없는 노인의 문제음주가 유의미하게 높은 것으로 보고되었다.

〈표 4-5-8〉 경제수준 및 경제활동과 음주심각성 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t, F 값
직업유무	없음	0.09	0.33	531	2.018***
	있음	0.16	0.42	233	

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

5) 음주심각성 정도에 따른 사회적 지지망의 차이

인지된 사회적 지지가 높을수록 대처기제로서 음주 수준을 낮추어 알코올 소비가 감소되면 문제음주를 하지 않을 것으로 가정해 볼 수 있다. 노년기에 사회적 지지 체계가 축소되면서 정상군에서 문제 음주군으로 변화될 수 있다(Brennan & Moos, 1990).

그러나 음주 심각성 정도에 따른 대전 지역 노인의 사회적 지지망의 차이를 살펴보았을 때 본 연구에서는 자녀 수, 비동거 자녀와의 접촉 빈도, 형제·자매·친척과의 접촉 빈도, 친구 및 이웃 수와 접촉 빈도의 차이가 모두 유의미하지 않은 것으로 밝혀졌다.

〈표 4-5-9〉 음주심각성에 따른 사회적 지지 차이

(단위 : 명, 회)

구분		정상	위험군	알코올 사용장애	전체	F 값
사회적 지지망	자녀 수	3.35(1.47)	3.29(1.30)	3.45(1.70)	3.34(1.46)	0.08
	비동거 자녀 접촉	5.37(1.14)	5.21(1.11)	5.55(1.48)	5.36(1.14)	0.66
	형제·자매·친척 접촉	3.84(1.08)	3.90(0.80)	3.83(1.54)	3.85(1.06)	0.09
	친구·이웃 수	9.50(9.14)	11.41(6.79)	13.45(12.59)	9.72(9.04)	2.30
	친구·이웃 접촉	6.54(1.15)	6.77(0.70)	6.90(0.97)	6.57(1.11)	1.65

6) 여가활동 영역 수와 음주심각성 정도

여가활동과 음주의 관계는 여가활동을 통해 스트레스가 해소된다면 대처기제로서 음주를 감소시킬 수 있을 것이라는 가정이 가능하나 집단 음주문화가 발달한 우리나라 문화 특성을 고려하면 여가활동 후 어울리는 술모임으로 인해 음주가 증가할 것으로도 예상된다.

여가활동 영역 수와 음주심각성 정도의 교차분석 결과 여가활동 영역이 2개인 노인의 정상 음주군 비율이 92.2%로 가장 높았고, 3개 이상인 경우 91.2%, 여가활동을 특별히 하지 않는 경우가 90.9%, 1개 있는 경우는 87.3%가 정상 음주군이었다.

선행연구(서희숙·송경애·조명숙, 2004; 이효정, 2006)에 의하면 문화활동 단체에 참여하거나 사회활동이 있는 노인일수록 친밀감이나 친교, 모임의 분위기를 좋게 하고 싶은 목적으로 술을 마시는 경향이 높은 것으로 나타났다. Graham et al. (1996)의 연구에서도 사회활동 참여로 인한 음주가 노인의 음주량 증가와 관련이 있었다. 이와 상반되게 윤명숙(2006)의 연구에서는 노인의 여가 및 사회활동에 참여하는 정도가 낮을수록 문제음주 경향을 보이는 것으로 보고되었다.

〈표 4-5-10〉 여가활동과 음주심각성 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	위험군	알코올 사용장애	전체	χ^2 값
여가활동 영역 수	없음	150(90.9)	12(7.3)	3(1.8)	165(100.0)	4.80
	1개 영역	262(87.3)	34(11.3)	4(1.3)	300(100.0)	
	2개 영역	212(92.2)	15(6.5)	3(1.3)	230(100.0)	
	3개 이상 영역	62(91.2)	5(7.4)	1(1.5)	68(100.0)	

문화적으로 한국사회는 노인의 음주에 대해 매우 허용적이다(Kim & Baik, 2004). 특히 한국 문화는 남성의 음주에 관해서는 매우 관대해 사회적 모임에는 항상 술이 따르기 때문에 그런 상황에서의 폭음을 있을 수 있는 일로 여긴다(Kim et al., 2009). 현재 대전 지역 노인의 실태를 보면 알코올 문제는 상대적으로 심각하지 않은 편이다. 전반적으로 노년기 건강에 대한 관심이 높아지고, 알코올중독의 위험 및 절주에 대한 홍보 등으로 인해 음주 행태가 개선된 것으로 생각된다. 그러나 위험군과 알코올 사용장애 추정군이 10%라도 예방적 차원에서 노인 음주문제의 심각성을 다루어야 할 것이다.

2. 흡연

조사대상 노인 가운데 평생 동안 흡연 경험은 33.9%(508명)로 나타났다. 현재 흡연은 10.6%(159명)로 나타났으며, 평생경험에 비해 23.3% 감소하고 있다. 현재 대전 지역 노인의 흡연율을 보면 비교적 심각하지 않은 편이다. 전반적으로 노년기 건강에 대한 관심이 높아지고, 금연 운동 등으로 인해 개선된 것으로 추정된다.

〈표 4-5-11〉 대전지역 노인의 흡연 실태

(단위 : 명, %)

구분	평생경험	현재
흡연	508(33.9)	159(10.6)

현재 흡연하고 있는 노인의 하루 평균 흡연량을 물어본 결과는 다음의 〈표 4-5-12〉와 같다. 하루 평균 ‘1-5개피’를 피우는 노인이 각각 16.4%(26명)이었고, 반 갑 미만으로 피우는 노인은

9.4%(15명), 반 갑-한 갑 미만 36.5%(58명), 한 갑 이상은 37.7%(60명)로 나타났다. 이와 같은 결과는 현재 흡연하고 있는 노인 비율이 전체 조사대상 중 10.6%에 불과하지만 흡연 노인 가운데 약 38%는 하루 평균 한 갑 이상 많이 피고 있음을 나타낸다.

〈표 4-5-12〉 조사대상 노인의 1일 흡연량

(단위 : 명, %)

구분	빈도	비율
1-5개피	26	16.4
6개피-반갑 미만	15	9.4
반갑-한갑 미만	58	36.5
한갑 이상	60	37.7
전체	159	100.0

흡연은 만병의 근원으로 불릴 정도로 각종 질환을 유발한다. 노인 흡연은 신체건강과 관련해서 만성질환 증상을 악화시키고, 인지 기능에도 부정적인 영향을 미친다. 노인 흡연은 수십 년간 담배를 피운 생활습관이 굳어져 있어 다른 연령대보다 금연을 유도하기가 훨씬 어렵다는 점이 특징이다. 노인 스스로 담배를 끊을 생각이 전혀 없다고 말하는 경우가 흔하다. 금연정책이 청소년 등 젊은 층에 집중되고 있는데 노인에게 초점을 맞춘 흡연예방 및 금연 개입이 필요하다.

흡연 관련 위험요인 분석은 현재 흡연하고 있는 노인 비율이 10.6%에 불과해 분석결과 제시에서 제외하고자 한다.

제6절 수면장애

1. 수면 문제

수면 문제에 대한 문항은 수면시작의 어려움, 수면유지의 어려움, 수면 약물의 사용, 낮 동안의 기능장애, 수면의 질 등 총 6문항으로 구성하였다.

잠자리에 든 지 30분 이내에 잠들지 못한 적이 있는지에 대해 30.3%는 ‘전혀없음’이라고 하였으나, 18.5%는 ‘주1회 미만’이라고 하였고, 24.1%는 ‘주1-2회’, 27.0%는 ‘주 3회’라고 응답하였다.

자다가 한밤중이나 이른 새벽에 깨는지에 대해 15.1%는 ‘전혀없음’이라고 하였으나, 20.3%는 ‘주1회 미만’이라고 하였고, 26.7%는 ‘주1-2회’, 37.9.%는 ‘주 3회’라고 하였다. 자다가 화장실에 가기 위해 깨는지에 대해 13.7%는 ‘전혀없음’, 23.1%는 ‘주1회 미만’, 26.2%는 ‘주1-2회’, 37.1%는 ‘주 3회’로 나타났다.

잠을 자기 위해 처방을 받거나 약국에서 구입한 약을 먹는지에 대해 86.9%는 ‘전혀없음’이라고 하였다. 5.3%는 ‘주1회 미만’, 2.7%는 ‘주1-2회’, 5.2%는 ‘주3회’ 약을 먹는 것으로 나타났다.

평소와 같이 생활하는데 어려움이 있는지에 대해서는 37.9%는 ‘전혀없음’라고 하였지만, 38.9%는 ‘아주 사소한 어려움’이 있다고 하였고, 18.9%는 ‘어느 정도의 어려움’, 4.3%는 ‘매우 큰 어려움’이 있다고 응답하였다.

전반적인 수면의 질은 15.8%는 ‘매우 좋았다’, 49.9%는 ‘좋은 편이다’라고 하였지만, 30.3%와 4.1%의 노인은 각각 ‘나쁜 편이다’, ‘매우 나빴다’라고 보고하였다.

〈표 4-6-1〉 노인(65세 이상)의 일반특성별 문제수면 증상

(단위 : %, 명)

내용	전혀없음	주1회 미만	주1-2회	주3회	계 (명)
잠자리에 든 지 30분 이내에 잠들지 못함	30.3(455)	18.5(278)	24.1(362)	27.0(405)	100.0(1,500)
자다가 한밤중이나 이른 새벽에 깸	15.1(227)	20.3(305)	26.7(400)	37.9(568)	100.0(1,500)
자다가 화장실에 가기위해 깸	13.7(205)	23.1(346)	26.2(393)	37.1(556)	100.0(1,500)
잠을 자기위해 처방을 받거나 약국에서 구입한 약을 먹음	86.9(1,303)	5.3(79)	2.7(40)	5.2(78)	100.0(1,500)
내용	전혀없음	아주 사소한 어려움	어느 정도의 어려움	매우 큰 어려움	계 (명)
평소와 같이 생활하는데 어려움이 있음	37.9(569)	38.9(583)	18.9(283)	4.3(65)	100.0(1,500)
내용	매우 좋았다	좋은 편이다	나쁜 편이다	매우 나빴다	계 (명)
전반적인 수면의 질	15.8(237)	49.9(748)	30.3(454)	4.1(61)	100.0(1,500)

우리 조사에서 불면증은 잠자리에 든 지 30분 이내에 잠들지 못하는 경우가 주3회 이상이거나 또는 자다가 한밤중이나 이른 새벽에 깨는 경우가 주3회 이상인 경우로 정의하였다. 그 결과, 대전 지역 노인의 불면증의 유병률은 43.1%(646명)로 나타났다. 불면증이 있는 646명의 노인에서 낮 동안의 기능 장애, 전반적인 수면의 질, 수면 약물 사용을 살펴보았다. 불면증이 있는 노인 중 약 40%는 낮 동안 어느 정도 또는 매우 큰 어려움이 있다고 보고하였다. 전반적인 수면의 질은

60% 이상이 나쁜 편 또는 매우 나쁘다고 보고하였다. 그렇지만, 잠을 자기 위해 처방을 받거나 약국에서 구입한 약을 먹는 경우는 20%에 조금 못 미치는 것으로 나타났다.

노인 불면증의 유병률을 조사한 국내의 연구(Kim WH et al., 2013)를 살펴보면, 지역사회 노인의 경우 수면유지 장애는 21.7%, 불면증은 29.2%라고 보고하였다. 또한 도시 노인의 불면증의 유병률을 조사한 연구(윤진상 외, 1999; Yang et al., 1997)에서는 수면유지 장애는 22%, 불면증은 57.7%라고 보고하였다.

〈표 4-6-2〉 불면증이 있는 노인의 낮 동안 기능 장애, 수면의 질, 수면 약물 사용

(단위 : %, 명)

내용	전혀없음	아주 사소한 어려움	어느 정도의 어려움	매우 큰 어려움	계 (명)
평소와 같이 생활하는데 어려움이 있음	21.1(136)	39.3(254)	31.3(202)	8.4(54)	100.0(646)
내용	매우 좋았다	좋은 편이다	나쁜 편이다	매우 나빴다	계 (명)
전반적인 수면의 질	8.7(56)	30.5(197)	52.2(337)	8.7(56)	100.0(646)
내용	전혀없음	주1회 미만	주1-2회	주3회	계 (명)
잠을 자기위해 처방을 받거나 약국에서 구입한 약을 먹음	79.1(511)	6.2(40)	4.8(31)	9.9(64)	100.0(646)

2. 인구사회학적 특성과 불면증 유무

대전 지역 노인의 불면증에 대해 좀 더 자세히 파악해 보기 위해 인구사회학적 특성과 노인의 불면증과의 관련성을 살펴보았다.

여성노인의 경우 정상이 49.3%(436명), 불면증이 50.7%(449명)인 반면, 남성노인은 68.0%(418명)가 정상이었고, 32.0%(197명)가 불면증이 있는 것으로 조사되었다.

연령대별로 수면패턴이 정상으로 나타난 경우는 60대 노인의 63.9%(273명), 70대 노인은 58.1%(430명), 80대 노인은 45.3%(151명)이었다. 불면증이 있는 노인은 60대 노인의 36.1%(154명), 70대 노인은 41.9%(310명), 80대 노인은 54.7%(182명)로 연령대가 높을수록 불면증이 있는 노인 비율이 높게 나타났다.

교육수준별로는 무학인 경우 51.2%(171명)가 정상, 48.8%(163명)가 불면증이 있었고, 초등학교 졸업인 경우 54.3%(331명)가 정상, 45.7%(279명)가 불면증이 있었으며, 중학교 졸업인

경우 61.3%(141명)가 정상이었고, 38.7%(89명)가 불면증이 있었다. 고등학교 졸업인 경우는 65.3%(162명)가 정상이었고, 34.7%(86명)가 불면증이 있었으며, 전문대학 이상인 경우 62.8%(49명)가 정상이었고, 37.2%(29명)가 불면증이 있었다.

〈표 4-6-3〉 인구사회학적 특성과 불면증 유무의 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	불면증	전체	χ ² 값
성별	남자	418(68.0)	197(32.0)	615(100.0)	51.760***
	여자	436(49.3)	449(50.7)	885(100.0)	
연령대	60대(65-69)	273(63.9)	154(36.1)	427(100.0)	27.189***
	70대(70-79)	430(58.1)	310(41.9)	740(100.0)	
	80대 이상(80+)	151(45.3)	182(54.7)	333(100.0)	
학력	무학	171(51.2)	163(48.8)	334(100.0)	16.270**
	초졸	331(54.3)	279(45.7)	610(100.0)	
	중졸	141(61.3)	89(38.7)	230(100.0)	
	고졸	162(65.3)	86(34.7)	248(100.0)	
	전문대학 이상	49(62.8)	29(37.2)	78(100.0)	
배우자유무	무배우자	355(51.4)	335(48.5)	690(100.0)	15.673***
	유배우자	499(61.6)	311(38.4)	810(100.0)	
종교	없음	378(61.1)	241(38.9)	619(100.0)	7.342**
	있음	476(54.0)	405(46.0)	881(100.0)	
가구형태	독거	222(54.5)	185(45.5)	407(100.0)	6.281
	노인부부	357(60.9)	229(39.1)	586(100.0)	
	자녀동거	256(54.4)	215(45.6)	471(100.0)	
	기타	19(52.8)	17(47.2)	36(100.0)	

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

배우자가 있는 노인은 61.6%(499명)가 정상이었고, 38.4%(405명)가 불면증이 있었고, 배우자가 없는 노인은 51.4%(378명)가 정상이었으며, 48.5%(335명)가 불면증이 있는 것으로 나타났다.

종교가 있는 노인은 54.0%(476명)가 정상이었으며, 46.0%(405명)가 불면증이 있었고, 종교가 없는 노인은 61.1%(378명)가 정상, 38.9%(241명)가 불면증이 있는 것으로 나타났다.

가구유형별로는 독거인 경우, 54.5%(222명)가 정상이고 45.5%(185명)가 불면증이, 노인 부부만 사는 가구는 60.9%(357명)가 정상, 39.1%(229명)가 불면증이 있었다. 또한 자녀와 동거하는 노인의 경우 54.4%(256명)가 정상이었고, 45.6%(215명)가 불면증이 있었다.

〈표 4-6-4〉 인구사회학적 특성과 불면증 유무의 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t, F 값
성별	남자	0.32	0.47	615	-7.408***
	여자	0.51	0.50	885	
연령대	60대(65-69)	0.36	0.48	427	13.818*** 60대, 70대<80대
	70대(70-79)	0.42	0.49	740	
	80대 이상(80+)	0.55	0.50	333	
학력	무학	0.49	0.50	334	4.098** 고등학교<무학
	초졸	0.46	0.49	610	
	중졸	0.39	0.48	230	
	고졸	0.35	0.47	248	
	전문대학 이상	0.37	0.48	78	
배우자유무	무배우자	0.49	0.50	690	3.968***
	유배우자	0.38	0.49	810	
종교	없음	0.39	0.49	619	-2.725***
	있음	0.46	0.50	881	

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

여성노인의 불면증 유무의 평균은 0.51점(표준편차 0.47)으로 남성노인의 평균 0.32(표준편차 0.47)보다 높았고, 연령대별로 60대 노인의 불면증유무의 평균점수는 0.36점(표준편차 0.48) 이었고, 70대는 0.42점(표준편차 0.49), 80대에서는 0.55점(표준편차 0.50)으로 나타나 연령대가 높아질수록 불면증 정도가 높은 것으로 볼 수 있다.

교육수준별로는 무학노인의 경우 0.49점(표준편차 0.50), 초등학교 졸업인 노인은 0.46점(표준편차 0.49), 중학교 졸업 노인은 0.39점(표준편차 0.48), 고등학교 졸업 노인은 0.35점(표준편차 0.47), 전문대학 이상인 노인은 0.37점(표준편차 0.48)이다. 따라서 고등학교 이하의 학력을 가진 노인의 경우 학력이 낮을수록 불면증이 있는 것으로 분석되었지만, 고등학교와 무학만 불면증유무에 유의미한 것으로 나타났다.

한편 배우자가 없는 경우 불면증유무의 평균점수가 0.49점(표준편차 0.50)으로 배우자가 있는 노인의 경우 평균점수는 0.38점(표준편차 0.49) 보다 높았다. 그리고 종교가 있는 노인의 불면증 유무의 평균점수도 0.46점(표준편차 0.50)로 종교가 없는 노인의 평균점수 0.39(표준편차 0.49)보다 높은 것으로 나타났다.

이상에서 본 바와 같이 대부분의 인구사회학적 특성이 노인의 불면증과 관련이 있는 것으로 밝혀졌다. 남성노인보다는 여성노인이, 연령이 고령자일수록, 학력수준이 아주 낮을수록, 배우자가 없는 경우, 종교를 가지고 있는 노인의 경우 불면증의 위험이 높은 것으로 분석되었다.

노인 불면증에 영향을 주는 요인을 살펴본 연구(Liu, 2005; Ohayon, 2002; Bonanni, 2010)에서는 여성, 연령이 증가함에 따라 불면증이 증가한다고 하였다. 교육수준에 대해서는 교육수준이 낮을수록 불면증의 유병률이 증가하는 것으로 보고한 연구들(Kales, 1979; Ancoli-Israel, 1999; Kim K, 2000)이 있기는 하지만, 성별, 나이, 경제수준 등의 다른 요소들을 함께 고려하여 해석하는 것이 바람직하다. 배우자가 없거나 독거를 하는 경우는 불면증의 유병률이 높았는데, 노인을 대상으로 한 선행 연구(Fragoso, 2007) 및 일반 인구를 대상으로 한 연구(Kim BS, 2012)와도 일치하는 결과라 할 수 있으며, 혼자 사는 것은 불규칙한 수면 습관을 가질 가능성이 크다는 점을 원인으로 제시하였다.

3. 신체건강관련 특성과 불면증 유무

신체건강관련 특성과 불면증 유무와의 관련성을 볼 때 만성질환이 없는 노인에서 불면증이 없는 정상 비율이 77.6%(177명)로 가장 높았고, 1개 있는 경우가 64.9%(242명), 2개 있는 경우가 56.5%(212명), 3개 있는 경우 46.0%(122명), 4개 이상 있는 경우는 39.0%(101명)만 정상이었다. 노인의 경우 만성질환을 많이 앓을수록 불면증의 유병률이 높은 것으로 나타났다.

주관적 건강상태별로는 건강이 매우 나쁘다고 지각하는 노인 가운데 32.4%(34명)만 불면증이 없는 정상에 속했고, 건강이 나쁜 편이라고 지각하는 노인 중에서는 44.3%(228명), 보통이 65.3%(252명), 좋은 편 이상은 68.8%(340명)가 불면증이 없는 것으로 조사되었다. 즉 자신의 건강이 나쁘다고 지각할수록 불면증의 비율이 높은 편이라 할 수 있다.

ADL 제약 여부는 다른 사람의 도움을 필요로 하지 않는 노인 가운데 41.3%(565명)는 불면증이 없는 것으로 보고되었으며, 도움을 필요로 하는 노인의 경우 불면증은 58.6%(58명)에 이른다. 또한 IADL 제약이 있는 노인의 경우에도 38.9%(478명)는 불면증이 있다고 응답되었다.

이상을 요약하자면, 노인이 앓고 있는 만성질환의 수가 많거나, 주관적 건강상태를 나쁘다고 인식할수록, 일상생활에서 다른 사람의 도움을 필요로 할 정도로 제약을 갖고 있는 경우 불면증에 부정적인 영향을 줄 수 있다고 볼 수 있다.

다른 선행연구(Kim WH, 2013; Foley DJ, 1995; Vas Fragoso, 2007; Kim JM, 2009)들에서는 만성질환의 종류 간에는 차이가 있기는 하지만 신체질환, 건강상태, 주관적인 건강인지와 불면증 간에는 관련이 있음을 일관되게 보고하고 있다. 또한 만성질환은 일상생활수행능력 및 수단적 일상생활수행능력에 영향을 미칠 수 있고, 결과적으로 일상생활수행능력에 도움이 필요한 경우는 불면증의 유병률이 더 높은 것으로 나타났다.

본 조사연구를 통해 대전 지역 노인의 83.5%가 1개 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 나타났는데, 노인의 만성질환에 대한 적절한 개입과 치료가 필요할 것으로 보인다.

〈표 4-6-5〉 신체건강관련 특성과 불면증 유무 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	불면증	전체	χ ² 값
만성질환 수	없음	177(77.6)	51(22.4)	228(100.0)	96.284***
	1개	242(64.9)	131(35.1)	373(100.0)	
	2개	212(56.5)	163(43.5)	375(100.0)	
	3개	122(46.0)	143(54.0)	265(100.0)	
	4개 이상	101(39.0)	158(61.0)	259(100.0)	
주관적 건강상태	매우 나쁨	34(32.4)	71(67.6)	105(100.0)	98.962***
	나쁜 편	228(44.3)	287(55.7)	515(100.0)	
	보통	252(65.3)	134(34.7)	386(100.0)	
	좋은 편 이상	340(68.8)	154(31.2)	494(100.0)	
ADL	도움 불필요	802(58.7)	565(41.3)	1,367(100.0)	11.247**
	도움 필요	41(41.4)	58(58.6)	99(100.0)	
IADL	도움 불필요	752(61.1)	478(38.9)	1,230(100.0)	48.547***
	도움 필요	102(37.9)	167(62.1)	269(100.0)	

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

노인의 만성질환 수는 불면증유무의 평균비교에서 차이를 보이는데, 만성질환이 4개 이상인 노인의 경우 평균점수는 0.61점(표준오차 0.49)으로 가장 높게 나타났고, 3개는 0.54점(표준오차 0.50), 2개는 0.43점(표준오차 0.50), 1개는 0.35점(표준오차 0.48)이었고, 만성질환이 없는 노인은 평균점수가 0.22점(표준오차 0.42)으로 가장 낮았다.

노인의 주관적 건강 상태는 불면증유무의 평균비교에서 차이를 보이는데, 건강상태가 매우 낮다고 인식하는 경우 평균점수는 0.68점(표준오차 0.47)으로 가장 높게 나타났고, 낮은 편은 평균점수 0.56점(표준편차 0.50), 보통은 평균점수 0.35점(표준편차 0.48)이었다. 건강상태가 높은 편이라고 인식하는 경우의 불면증유무 평균점수는 0.31점(표준오차 0.46)으로 가장 낮았다.

일상생활에서 활동이나 기능상의 제약을 갖고 있어서 누군가의 도움을 필요로 하는 노인의 경우 불면증유무 평균비교에서도 유의미한 차이를 보였다. 다시 말해서 ADL제약을 갖고 있는 노인의 불면증유무 평균점수는 0.59점(표준편차 0.50)인 반면, 제약이 없는 노인은 0.41점(표준편차 0.49)이었다. 또한 IADL제약을 갖고 있는 노인의 불면증유무 평균점수(0.62점)도 제약을 갖고 있지 않은 노인의 평균점수(0.39점)에 비해 유의미하게 높게 나타났다.

〈표 4-6-6〉 신체건강관련 특성과 불면증 유무의 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t, F 값
만성질환 수	없음	0.22	0.42	228	25.636*** 없음<1개, 2개< 3개, 4개이상
	1개	0.35	0.48	373	
	2개	0.43	0.50	375	
	3개	0.54	0.50	265	
	4개 이상	0.61	0.49	259	
주관적 건강상태	매우 나쁨	0.68	0.47	106	35.223*** 좋은 편 이상<보통< 매우나쁨, 나쁜편
	나쁜 편	0.56	0.50	515	
	보통	0.35	0.48	386	
	좋은 편 이상	0.31	0.46	494	
ADL	도움 불필요	0.41	0.49	1,367	-3.364
	도움 필요	0.59	0.50	99	
IADL	도움 불필요	0.39	0.49	1,230	-7.079
	도움 필요	0.62	0.49	269	

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

4. 경제수준과 불면증 유무

노인의 가구 월소득이 50만원 이하인 노인 중 불면증이 있다고 응답한 노인은 50.1%(201명)이고, 51만원~100만원 이하 노인의 38.6%(157명), 101만원~150만원 이하 노인은 36.5%(57명)였다. 151만원~200만원 이하 노인은 39.2%(51명), 201만원 이상 노인은 42.1%(75명)이었다.

주관적으로 경제수준이 매우 낮다고 지각하는 노인 가운데 불면증이 있는 경우는 54.2%(84명)이었고, 경제수준이 낮은 편이라고 지각하는 노인 중에서는 43.6%(237명), 경제수준이 보통이라고 지각하는 노인 중 39.8%(282명)이었다. 또한 경제수준이 높다고 인식하는 노인 중 불면증이 있는 경우는 46.2%(42명)이었다.

현재 소득이 있는 직업이 없는 노인 중 불면증이 있다고 응답한 경우는 47.4%(537명), 현재 직업이 있는 노인은 29.8%(109명)에서만 불면증이 있는 것으로 나타나 현재 직업이 있는 노인이 불면증의 비율이 상대적으로 적음을 볼 수 있다.

이는 노인의 경제상태와 주관적 경제상태 인식정도, 현재 직업의 유무가 불면증에 유의미한 영향을 미치는 요인임을 보여주는 결과라 할 수 있다.

〈표 4-6-7〉 경제수준과 불면증 유무 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	불면증	전체	χ^2 값
가구월소득	50만원 이하	201(50.1)	200(49.9)	401(100.0)	14.342**
	100만원 이하	250(61.4)	157(38.6)	407(100.0)	
	150만원 이하	99(63.5)	57(36.5)	156(100.0)	
	200만원 이하	79(60.8)	51(39.2)	130(100.0)	
	201만원 이상	103(57.9)	75(42.1)	178(100.0)	
주관적 경제상태	매우 낮음	71(45.8)	84(54.2)	155(100.0)	11.277*
	낮은 편	306(56.4)	237(43.6)	543(100.0)	
	보통	426(60.2)	282(39.8)	708(100.0)	
	높은 편	49(53.8)	42(46.2)	91(100.0)	
현재직업	없음	597(56.2)	537(47.4)	1,134(100.0)	34.849***
	있음	257(70.2)	109(29.8)	366(100.0)	

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

노인의 가구 월 소득은 불면증유무의 평균비교에서 차이를 보이는데, 가구 월 소득이 50만원 이하인 노인의 평균점수는 0.50(표준오차 0.50)으로 가장 높게 나타났다. 가구 월 소득이 201만원 이상인 노인의 평균점수는 0.42점(표준오차 0.50), 100만원 이하는 평균점수 0.39점(표준오차 0.48), 200만원 이하는 0.39점(표준오차 0.49)이었다. 가구 월소득이 150만원 이하의 노인의 불면증유무 평균점수는 0.37점(표준편차 0.48)으로 가장 높았지만, 불면증 유무의 차이에서 소득은 100만원 이하와 50만원 이하에서만 유의미하게 나타났다.

노인의 주관적 경제 상태는 불면증유무의 평균비교에서 차이를 보이는데, 경제상태가 매우 낮다고 인식하는 경우 평균점수는 54점(표준오차 0.50)으로 가장 높게 나타났고, 높은 편은 평균점수 0.46점(표준편차 0.50), 낮은 편은 평균점수 0.44점(표준편차 0.50), 보통은 평균점수가 0.40점(표준편차 0.49)으로 가장 낮았으나, 보통과 매우 낮다고 인식하는 노인만 불면증유무에 주관적 경제상태가 유의미하게 나타났다.

현재 직업이 없는 노인의 불면증유무의 평균은 0.47점(표준편차 0.50)으로 현재 직업이 있는 노인의 평균 0.30(표준편차 0.46)보다 높게 나타나 현재 직업이 있는 노인보다 없는 노인의 불면증이 높은 것으로 볼 수 있다.

〈표 4-6-8〉 경제수준과 불면증 유무의 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	t, F 값
가구월소득	50만원 이하	0.50	0.50	401	3.612** 100만원 이하< 50만원 이하
	100만원 이하	0.39	0.48	407	
	150만원 이하	0.37	0.48	156	
	200만원 이하	0.39	0.49	130	
	201만원 이상	0.42	0.50	178	
주관적 경제상태	매우 낮음	0.54	0.50	155	3.777* 보통<매우낮음
	낮은 편	0.44	0.50	543	
	보통	0.40	0.49	708	
	높은 편	0.46	0.50	91	
현재직업	없음	0.47	0.50	1,134	-6.241***
	있음	0.30	0.46	366	

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

5. 불면증 유무에 따른 사회적 지지망의 차이

불면증 유무에 따른 대전지역 노인의 사회적 지지망의 차이를 살펴보았을 때 형제·자매·친척 접촉빈도의 차이가 p<.05 수준에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타났는데 불면증이 없는 정상군이 불면증이 있는 노인과 비교해 형제·자매·친척과의 접촉이 유의미하게 더 빈번하였다. 불면증이 있는 노인이 불면증이 없는 정상군에 비해 자녀 수가 더 많고 비동거 자녀와의 접촉 빈도가 더 빈번하였으나 이는 통계적으로 유의미하지 않았다. 또한 불면증이 있는 노인은 정상군에 비해 친구나 이웃의 수가 적고 접촉빈도는 더 많은 것으로 나타났지만, 이 역시 통계적으로 유의미한 결과로 볼 수 없다.

〈표 4-6-9〉 불면증 유무에 따른 사회적 지지의 차이

(단위 : 명, 회)

구분		정상	불면증	전체	F값
사회적 지지망	자녀 수	3.36	3.42	1,500	1.277
	비동거 자녀 접촉	5.43	5.46	1,428	1.962
	형제자매친척 접촉	3.86	3.81	1,380	3.994*
	친구이웃 수	9.44	8.54	1,500	0.033
	친구이웃 접촉	6.60	6.75	1,433	1.021

* p<.05 *** p<.001

6. 여가활동 영역 수와 불면증 유무

노인들이 여가활동을 하지 않는 경우는 48.5%(176명)가 불면증이 있는 것으로 나타났고, 여가활동 영역이 1개 있는 경우는 43.5%(243명), 2개인 경우 38.6%(177명), 3개 이상인 경우는 41.2%(49명)였다. 대체로 노인의 여가활동은 불면증의 위험성을 낮출 수 있다는 해석이 가능하다. 여가활동 영역 수에 따른 불면증 차이를 보기 위한 평균비교에서 여가활동을 1개 영역에서 하고 있는 노인이 전혀 안하고 있는 노인에 비해 불면증의 위험이 다소 줄어들 수 있음을 볼 수 있다.

〈표 4-6-10〉 여가활동과 불면증 유무 교차분석

(단위 : 명, %)

구분		정상	불면증	전체	χ2 값
여가활동 영역 수	없음	187(51.5)	176(48.5)	363(100.0)	8.372*
	1개 영역	315(56.5)	243(43.5)	558(100.0)	
	2개 영역	282(61.4)	177(38.6)	459(100.0)	
	3개 이상 영역	70(58.8)	49(41.2)	119(100.0)	

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

〈표 4-6-11〉 여가활동과 불면증 유무 평균비교

(단위 : 점, 명)

구분		평균	표준편차	대상자 수	F 값
여가활동 영역 수	없음	0.48	0.50	363	2.799* 1개 영역<없음
	1개 영역	0.44	0.50	558	
	2개 영역	0.39	0.49	459	
	3개 이상 영역	0.41	0.49	119	

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

제5장 결론

제1절 연구결과 요약 및 소결

본 연구는 대전광역시 노인의 치매(인지기능저하), 우울, 자살생각 및 시도, 음주 및 흡연, 수면장애 등 정신건강 현황과 실태파악을 목적으로 수행되었다. 이러한 객관적 자료를 토대로 향후 노령사회에 대비하여 노인 정신건강 제고 방안과 예방책 마련을 위한 것이다. 본 연구를 통해 얻은 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, **노인치매**이다. 치매와 관련하여 선별검사에 널리 쓰이고 있는 MMSE-DS를 수행하여 인지기능 저하 여부를 판별한 결과, 조사에 응답한 노인 1,051명 중 18.2%(191명)는 치매의 위험성이 높은 인지기능저하군으로 나타났다. 선별검사 도구만을 이용하였고 우울증 등의 다른 영향을 줄 수 있는 요소를 고려하지 않은 결과이기는 하지만, 대전 지역 노인의 약 1/5은 치매에 대한 정밀검사가 필요하다는 것을 확인할 수 있었다.

둘째, 인지기능 저하가 있는 **치매 위험 관련 요인**으로는 고령, 무학인 경우 인지기능저하가 있는 비율이 의미 있게 높았다. 다른 특성으로는 자신의 건강상태를 나쁘게 지각할수록, 일상생활을 수행하는데 도움을 필요로 하는 노인일수록 인지기능저하 비율이 높게 나타난 반면, 경제상태가 좋다고 인식하거나 직업을 가지고 있는 노인의 인지기능이 상대적으로 높은 것을 볼 수 있다. 한편 여가활동을 포함한 노인의 신체활동이 치매의 위험성을 감소시키는데 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

셋째, **우울증상** 관련해서는 GDS-15로 측정해 1-4점을 정상군으로, 5-9점을 경증 우울군, 10점 이상을 중등도 이상의 우울군으로 선별한 결과 조사대상 노인 중 경증 우울이 26.5%, 중등도 이상 우울이 11.9%로 나타났다. 비교적 낮은 선별기준 점수를 적용한 결과이지만 노인우울이 조기에 진단되지 못하거나 적절한 치료를 하지 않았을 때 개인적으로는 물론 가족과 사회가 짊어져야 하는 부담을 고려할 때 대전 지역의 상당수 노인이 우울증 위험에 처해 있음을 주목할 필요가 있다.

넷째, **노인우울 관련 요인**은 분석 결과 인구사회학적 요인으로는 남성노인보다 여성노인이, 연령대가 높을수록, 교육수준이 낮을수록, 배우자가 없는 경우, 노인부부 가구와 자녀동거 가구

보다 독거 및 기타가구가 우울 위험군에 속할 가능성이 의미 있게 높았다. 기타 주요 특성으로는 만성질환이 많을수록, 주관적인 건강상태를 나쁘게 지각할수록, ADL 및 IADL 도움을 필요로 하는 노인이, 월소득이 낮을수록, 주관적 경제수준을 나쁘게 지각할수록, 경제활동을 하지 않는 경우, 자녀접촉과 형제·자매·친척 접촉이 덜 빈번할수록, 친구·이웃의 수와 접촉이 적고 덜 빈번할수록, 여가활동이 적을수록 우울 위험군에 속한 비율이 의미 있게 높은 것으로 확인되었다.

다섯째, **최근 죽고 싶다는 생각 여부와 자살생각 및 자살시도**에 관련해서이다. 심리적·정신적으로 힘든 문제로 인해 우울, 대인기피증, 자살충동 및 자살생각 등을 경험한 적이 있다는 221명의 응답자를 대상으로 파악한 결과 31.7%가 최근에 죽고 싶다는 생각을 한 적이 ‘가끔 있다’고 하였고, 9.5%는 ‘자주 있다’고 하였다. 자살에 대한 생각은 16.9%가 ‘가끔 있다’, 4.6%는 ‘자주 있다’고 응답하였다. 누군가에게 자살하고 싶다고 말한 경험 관련해서는 7.7%는 ‘가끔 있다’, 1.8%는 ‘자주 있다’고 응답하였고, 인생이 자살로 끝날 것이라는 생각에 대해서는 5.0%는 ‘가끔 생각 한다’고 답했으며, 1.8%는 ‘자주 생각 한다’는 것으로 조사되었다. 실제 자살시도 경험은 3.7%가 경험이 있는 것으로 나타났다. 자살사고 측면에서 비교적 높은 수치로 보이니 이는 본 조사에서 드러난 자살생각 및 충동 실태가 심리적·정신적으로 힘든 문제로 인해 우울, 대인기피증, 자살충동 및 자살생각 등을 경험한 적이 있다는 응답자를 대상으로 자살충동 및 자살생각을 파악한 결과라는 점을 감안해야 한다.

여섯째, **자살생각 관련 위험요인**으로는 일상생활에서 도움을 필요로 하는, 주관적 경제상태가 나쁜, 친구·이웃수가 적은 노인의 경우 **최근에 죽고 싶다는 생각**을 빈번하게 한 것으로 밝혀졌고, 관련되지는 만성질환 수가 많은 경우, 일상생활에서 도움을 필요로 하는 경우, 주관적 경제상태가 나쁜 경우, 비동거 자녀 접촉과 친구·이웃 접촉이 많지 않을수록 **자살생각 빈도**가 잦은 것으로 나타났다. **자살하고 싶다는 언급** 문항에서는 주관적 건강상태를 나쁘게 지각할수록, 도움이 필요한 노인이, 주관적 경제상태를 나쁘게 지각할수록 자살언급을 빈번하게 하였고, **삶이 자살로 끝날 것이라는 생각** 문항에서는 일상생활에서 도움이 필요한 노인이, 주관적 경제상태를 나쁘게 지각할수록, 비동거 자녀접촉이 덜 빈번할수록 **삶이 자살로 끝날 것이라는 생각 빈도**가 빈번한 것으로 나타났다. 본 연구에서는 성별, 연령, 배우자유무, 학력 수준 등과 같은 노인의 인구사회학적 특성은 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다.

일곱째, **음주 및 흡연에 관련**해 조사대상 노인 가운데 평생 동안 술을 마셔본 경험이 있는 노인은 전체의 51.9%이고, 흡연 경험은 33.9%로 나타나 노인의 음주경험이 흡연경험보다 1.5배 이상 많은 것으로 나타났고, 현재 음주는 전체의 32.9%, 흡연은 10.6%로 나타났으며, 평생경험에

비해 음주의 경우 19.0%, 흡연의 경우 23.3% 감소하였다. 음주 경험이 있는 764명의 응답자의 최근 1년 동안의 음주 실태 분석결과 8.6%가 고위험군, 1.4%는 알코올 사용장애로 나타났는데 매우 적은 비율이지만 알코올 중독 수준의 음주 노인이 포함되어 있다. 노인의 음주심각성을 보다 자세히 알아보기 위해 한 번에 마시는 음주량을 조사한 결과 17.2%가 5잔을 초과하여 과도하게 술을 마시고 있고 한 번에 소주 1병 또는 맥주 4병 이상 마시는 빈도는 주 1회가 4.7%, 거의 매일이 3.1%로 나타났다. 잦은 음주횟수와 폭음은 문제음주 혹은 알코올 중독 가능성을 높하게 된다. 하루 평균 흡연량에 있어서는 현재 흡연하고 있는 노인의 비율은 전체 조사대상자 중 10.6%에 불과하지만 흡연 노인 가운데 약 38%는 하루 평균 한 갑 이상 많이 피고 있다.

여덟째, **음주 및 흡연 요인** 관련하여 인구사회학적 요인 가운데 여성노인보다 남성노인, 경제 활동을 하는 노인이 음주 위험군에 속할 가능성이 의미 있게 높은 것으로 밝혀졌다.

아홉째, **수면장애와 관련**해 수면시작의 어려움이 주3회 이상 있는 노인이 27.0%, 수면 유지의 어려움이 주3회 이상 있는 노인이 37.9%였고, 둘 중 하나가 있는 경우를 불면증으로 정의하였을 때 전체 노인의 46.1%가 해당하였다. 이 중 약 40%는 낮 동안 어느 정도 또는 매우 큰 어려움이 있다고 보고하였고, 전반적인 수면의 질은 60% 이상이 나쁜 편 또는 매우 나쁘다고 보고하였다. 그렇지만, 잠을 자기 위해 처방을 받거나 약국에서 구입한 약을 먹는 경우는 20%에 조금 못 미치는 것으로 나타났다.

열째, **수면장애요인** 관련해서는 남성노인보다 여성노인이, 연령대가 높을수록, 교육수준이 낮을수록, 배우자가 없는 경우, 종교가 있는 경우가 불면증이 있을 가능성이 의미 있게 높았다. 또한 만성질환이 많을수록, 주관적인 건강상태를 나쁘게 지각할수록, ADL 및 IADL 도움을 필요로 하는 경우, 현재 직업이 없는 경우 불면증이 있는 비율이 의미 있게 높은 것으로 드러났다. 그리고 불면증이 없는 정상군이 불면증이 있는 집단과 비교해 형제·자매·친척과의 접촉이 유의미하게 더 빈번한 것으로 밝혀졌다.

제2절 정책제언

1. 노인 인지기능저하 관련

대전광역시 노인의 인지기능저하 비율(18.2%)은 전국 노인유병율²¹⁾ 약 10%보다 높은 것으로 나타나 향후 대전 노인 인구고령화와 이에 따른 치매유병인구의 급증과 사회적 비용 증가에 대한 대비책 마련이 필요하다. 노인치매는 병의 심각성 정도, 경제적 수준, 성별, 거주형태 등 각 특성에 따라 치료와 보호의 차원이 다르기 때문에 지역별 치매 노인이나 위험군 해당노인 등 수요자 특성 파악이 무엇보다 우선되어야 한다. 노인 치매의 영향요인이 연령, 학력, 건강상태인식, 일상생활 기능정도, 직업 활동, 여가활동 등임을 감안할 때, 본인의 의지와 사회 여건조성으로 변화시킬 수 있는 가변요인에 대한 사회복지서비스 및 프로그램 개발이 필요할 것으로 예상된다.

지역사회에서 치매노인의 치료와 보호를 담당할 전담인력이 더욱 확보되어야 하며, 치매조기 진단사업의 확대를 통해 사후치료보다 사전예방을 강조하는 정책에 초점을 두어야 할 것이다. 중앙차원에서 요양보호등급의 확대 등 치매노인을 위한 다양한 지원제도를 시행하고 있으나, 치매노인에 대한 사회적 보호체계는 환자의 거주 지역을 중심으로 이루어질 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

2. 우울 및 자살관련

우울은 자살로 이어지는 가장 확실한 위험요인이다. 빈곤과 외로움을 유발시키는 사회적불평등과 가족구조변화 등이 우울증과 자살률 증가에 영향요인으로 나타난다. 본 연구결과에서 자살은 빈곤과 빈약한 사회관계망, 만성질환이나 기능장애 등으로 인해 더 가중될 수 있음을 확인하였다. 따라서 복지사각지대에 노출된 소외계층 노인들을 꼼꼼히 보살피는 사회안전망 구축이 필요하다.

2012년 ‘대전시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례’가 제정되었으나, 노인자살예방 및 위기노인 지원을 위한 체계적인 사회안전망 구축을 위해 별도의 ‘노인자살예방 지원 조례’ 제정이 검토되어야 한다. 대전광역시 지역사회투자사업(소위, 바우처사업)으로 자살고위험군 노인건강 증진서비스가 제공되고 있다. 이 서비스 대상자가 현재 전국가구평균소득 120% 이하 만 65세

21) 우리나라 노인 치매유병율은 2008년 8.4%, 2012년 9.18%(보건복지부b, 2012).

이상 노인으로 되어 있으나, 대상자가 전체 노인으로 확대되어 자살고위험군 노인이라면 누구나 서비스 이용이 가능하도록 해야 한다.

3. 음주 및 흡연 관련

평균수명이 높아지면서 노년기의 건강 및 건강증진 행동에 관심이 많아지고 있다. 전반적으로 모든 연령층에 대한 알코올중독 및 절주에 대한 다양한 교육 및 해독프로그램이 이루어지고 있지만 노인의 알코올 중독에 대한 문제는 중요하게 다루어지지 않고 있다.

노인 음주와 흡연 등 중독문제에 대한 인식결여의 문제 뿐 아니라 다양한 물질 중독에 대한 예방 및 해독을 담당할 대응체계의 미흡함은 지속적으로 보완되어야 할 점이다. 특히 대전광역시에 중독관리통합지원센터는 서구와 동구에만 위치하여 있어 향후 최소한 각 자치구에 한 개 이상의 중독관리통합지원센터가 설치되어야 할 것이다.

다른 연령대와는 다르게 노인의 음주와 흡연은 생활습관으로 굳어져 있어서 더욱 쉽지 않다. 흡연은 다양한 질병을 유발시키는 유해물질로 노인의 신체건강을 위협하는 요인이므로 노인을 대상으로 하는 금연 프로그램 개발이 요구된다. 또한 노인들이 쉽게 접근할 수 있는 지역과 장소에서 수시로 이용할 수 있도록 하는 것이 바람직하다. 예를 들면, 의료 및 복지서비스를 이용하는 노인들을 대상으로 의료 및 복지서비스와 동시에 금주 및 금연을 위한 집단 상담 및 교육프로그램을 제공받을 수 있는 기회를 제공하는 것이 방법이 될 수 있다.

4. 수면장애 관련

본 연구의 결과에서 혼자 사는 노인이 불규칙한 수면 습관을 가지는 경향을 보이고, 건강이나 경제상태가 좋지 않은 노인에게 역시 수면패턴의 문제가 보이는 것으로 나타났다. 더불어 여가 활동이 없는 노인은 여가활동을 한 개 이상이라도 하는 노인에 비해 불면증의 위험이 다소 크다는 것을 볼 수 있었다.

이에 따라, 복지관 및 지역사회에서 노인의 여가활동을 적극적으로 독려하는 것이 매우 중요한데, 이를 위해 노인의 성별, 사회경제적 환경, 건강상태 등에 따라 선택할 수 있도록 흥미롭고 유익한 여가프로그램을 개발하여 많은 노인들이 참여할 수 있도록 기회를 제공하는 것이 필요하다.

다양한 여가프로그램에 참여함으로써 자연스럽게 노인의 정신건강 및 신체건강 증진으로 이어져 노인의 외로움과 고독감 해소에 도움이 될 것이며, 현재 심각한 사회문제로 대두되고 있는 노인 자살과 노인의료비용 증가 등의 문제를 예방하고 감소시킬 수 있는 좋은 대안이 될 것으로 보인다.

5. 제도적 차원

다양한 유형의 인프라 확대와 치료 및 예방을 담당하고 있는 공공·민간 유관기관 간의 유기적 협력관계망 구축을 통해 복지서비스 사각지대의 해소에 노력해야 한다. 우울과 치매에 취약한 노인들은 자살고위험군의 가능성이 높아 각각 단위사업으로 기획하기보다 노인 정신건강사업을 일원화하여 관리하는 시스템 마련이 요구된다. 독거노인에 대한 통합적 욕구사정을 통해(공공 수행) 공공과 민간의 복지서비스제공기관에서 적합한 전담복지코디네이터 지정제도 도입을 검토할 필요가 있다. 모범적인 자살예방정책을 통해 자살률을 낮춘 선진국의 사례를 제도적으로 수용할 필요가 있다. 예를 들면 핀란드의 ‘심리적 부검’²²⁾은 지역사회 질적 사례연구를 수행함으로써, 자살생각 및 자살시도자를 통해 노인자살 원인 및 사회경제적 특성에 대한 요인분석이 필요하다.

노인주거복지 차원에서 볼 때 바람직한 노인주거환경은 첫째, 자신이 살아 온 집과 이웃, 공동체 생활이 가능한 곳, 둘째, 부득이한 경우, ‘노인전용임대아파트’ 같은 맞춤형 고령자 임대주택이다. 따라서 자신에게 익숙한 삶의 환경에서 가능한 여생을 마무리 할 수 있도록 하는 것이 모든 노인의 바람이다. 가능하다면 노인이 자신의 집에서 건강한 노년을 보낼 수 있도록(Aging in home) 사회적 보호체계를 마련하는 것 중요하다.

22) ‘심리적부검’은 자살자 사후 고인의 일기, 기록, 유가족 및 지인 증언을 통해 고인의 삶을 재구성함으로써 자살까지 이르게 된 원인을 밝히는 작업을 말한다(충남대학교병원, 2013).

참 고 문 헌

- 강영호 외(2003). 빈곤과 건강. 한울.
- 강은정(2005). 연령계층별 자살생각과 관련된 요인. *보건복지포럼*, 107, 81-87.
- 국민건강보험공단(2014). 2014년 상반기 건강보험주요통계
- 권현수(2009). 노인 문제음주가 우울, 자아존중감을 매개로 삶의 만족도에 미치는 영향: 빈곤노인 및 비빈곤노인 집단에 대한 잠재평균분석의 적용. *한국노년학*, 29(4), 1521-1538.
- 김도훈(2004). 노인 우울증. *노인정신의학*, 8, 90-95.
- 김수현·최연희(2007). 신체적 건강상태가 노인의 자살생각에 미치는 영향. *한국노년학*, 27(4), 775-788.
- 김용구·이분희·이홍식(2008). 자살의 생물학적 이해. 한국자살예방협회(편)·이홍식 외. 자살의 이해와 예방. pp. 111-128.
- 김정득·윤경아·조중재·주은주·이리나(2014). 2014년 대전시민 복지욕구조사. 대전복지재단 정책연구 2014-2
- 김창엽(2013). 건강할 권리. 후마니타스.
- 김효창·손영미(2006). 노인자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. *한국심리학회지*, 12(2), 1-19.
- 김희수(2011). 노인 금연의 변화단계별 영향요인 : 범이론적 모형을 중심으로. 삼육대학교 보건복지대학원 석사학위논문.
- 남윤영, 전우택(2002). 우울증의 신경생물학적인 최신지견. *생화학뉴스*, 22(2), 169-180.
- 대덕구 정신건강증진센터(2014). <http://www.omind.or.kr/index.html>
- 대전광역시a(2013). 세입세출예산서
- 대전광역시b(2013). 정신건강증진 사업보고서
- 대전광역시a(2014). 대전광역시 2013년 시정백서
- 대전광역시b(2014). 세입세출예산서
- 대전광역시c(2014). 제6기 지역보건의료계획(안)
- 대전광역시 저출산고령사회과(2014). 주용업무통계현황
- 대전광역시정신건강증진센터(2014). www.djpmhc.or.kr
- 대전시노인자살예방센터(2014). <http://woorinoin.or.kr>
- 대한노인정신의학회 (2004). 노인정신의학. 267-280.

- 동구 정신건강증진센터(2014). <http://www.ddmhc.or.kr/>
- 박경애(1996). 성과 자살. *가족과 문화*, 1, 149-171.
- 박은영·김성웅·이난영(2009). 성남시 노인의 우울 및 자살사고에 영향을 미치는 관련 요인에 관한 연구. 성남시 노인자살예방센터.
- 박지영(1998). 알코올중독 노인의 특성에 관한 연구: 정신과 입원환자를 중심으로. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 박지영(2004). 노인정신건강의 특성과 임상적 개입방안: 지역사회를 중심으로. 한국정신보건사회 사업학회 춘계학술대회 자료집.
- 박지영(2007). 노인자살 생존자의 자살경험에 관한 연구-모과 옹두리에서의 비상. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 백용수(2005). 지역사회 거주 노인의 알코올 사용장애와 인지기능, 우울증의 연관에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 보건복지부a(2011). 2011년 정신보건사업안내.
- 보건복지부b(2011). 국민건강영양조사 5기 1차년도 결과 발표회 자료집.
- 보건복지부a(2012). 2011년도 노인실태조사
- 보건복지부b(2012). 2012년 치매 유병률 조사.
- 보건복지부a(2013). 2013년 지역사회건강조사.
- 보건복지부b(2013). 2013년 치매관리사업 지침.
- 보건복지부 보도자료a(2013). 생활 속 치매대응전략(치매 예방 및 치매환자 돌봄체계 강화). 2011년 치매노인실태조사
- 보건복지부 보도자료b(2013). 생활 속 치매대응전략(치매 예방 및 치매환자 돌봄체계 강화). 2012년 한국치매학회 조사결과.
- 보건복지부·서울대학교병원(2013). 65세 이상 한국 노인의 치매유병률 및 치매환자 수 추이.
- 서구 정신건강증진센터(2014). <http://www.emind.or.kr/index.htm>
- 서희숙·송경애·조명숙(2004). 노인의 음주와 삶의 만족도에 관한 연구. *노인간호학회지*, 6(1), 115-124.
- 손교영(2010). 계획된 행위이론에 근거한 흡연노인의 금연의도에 영향을 미치는 요인분석. 계명대학교 대학원. 석사학위논문.
- 손창호(2001). 노인에서의 불면증. *수면정신생리*, 8(1), 5-10.

- 안준희·장수미(2012). 노인의 음주문제 발달궤적의 예측요인: 다수준 성장곡선 모형의 적용. *사회복지연구*, 43(1), 389-411.
- 여성가족부(2010). 2010년 가정폭력 실태조사.
- 여성가족부 외(2014). 2014 위기 이주민가족 지원을 위한 인권교육과정.
- 유성구 정신건강증진센터(2014). <http://www.yesmental.or.kr/index.htm>
- 윤명숙(2006). 한국노인의 문제음주 현황과 관련 요인에 관한 연구. 2006년 한국알코올과학회 추계국제학술대회 자료집.
- 윤진상·신일선·김재민·강순아·하형욱·박인숙·이형영(1999). 도시 및 농촌지역에서 한국 노인의 수면 양상과 수면문제. *수면의학* 1(1), 42-49
- 이건주(2006). 노인에서 고혈압 약제의 선택은? . 대한임상건강증진학회 춘계학술대회.
- 이영현, 이동욱(2004). 간접흡연. *동국의학*, 11(1), 9-14.
- 이재정(2006). 직·간접 흡연과 흡연관련 질병 발생 위험도 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 이윤환(2012). 노인의 건강 및 의료이용실태와 정책과제. *보건복지포럼*, 192, 40-51.
- 이효정(2006). 남성노인의 음주동기와 음주문제의 관계에 관한 연구. 연세대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 자치법규정보시스템(2014). 대전광역시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례.
<http://www.elis.go.kr/>
- 장인순(2008). 재가노인의 알코올 사용장애에 영향을 미치는 요인. *한국보건간호학회지*, 22(2), 165-176.
- 전북알코올상담센터(2004). 전주시 음주실태 조사.
- 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사 심층분석. 한국보건사회연구원.
- 정찬승(2005). 한국노인의 음주 패턴의 특성에 관한 비교 연구. 한림대학교 대학원 석사학위논문.
- 조맹제 등(2008). 치매노인유병률 조사. 보건복지부.
- 주진형 등(2010). 치매사례관리매뉴얼. 보건복지부.
- 중구 정신건강증진센터(2014). <http://www.djunggu.go.kr/html/mental/>
- 중앙정신보건사업지원단(2014). 국가정신보건 5개년 계획. <http://www.nmhc.or.kr>
- 충남대학교병원 공공보건의료사업실(2013). 대전·세종·충남 노인인구의 자살 및 치매 현황조사.
- 통계청(2006). 2005년 사망원인통계. www.nstat.go.kr.
- 통계청(2010). 인구총조사.
- 통계청(2013). 2012년 사망원인통계.

- 홍영수. (2009). 청소년의 생활스트레스가 자살계획에 미치는 영향과 사회적 지원의 완충효과. *임상사회사업연구*, 6(1), 159-181.
- Akbaraly, T. N., Portet, F., Fustinoni, S., Dartigues, J. F., Artero, S., Rouaud, O., ... & Berr, C. (2009). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly results from the Three-City Study. *Neurology*, 73(11), 854-861.
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). International classification of sleep disorders (3rd edn.) American Academy of Sleep Medicine. *Darien, IL*.
- Ancoli-Israel, S., & Roth, T. (1999). Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. *Sleep*, 22, S347-53.
- Anstey, K. J., von Sanden, C., Salim, A., & O'Kearney, R. (2007). Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *American journal of epidemiology*, 166(4), 367-378.
- Bachman, D. L., Wolf, P. A., Linn, R., Knoefel, J. E., CobbS, J., Belanger, A., ... & White, L. R. (1992). Prevalence of dementia and probable senile dementia of the Alzheimer type in the Framingham Study. *Neurology*, 42(1), 115-115.
- Battle, J. (1978). Relationship between self-esteem and depression. *Psychological reports*, 42(3), 745-746.
- Beard, C. M., Kokmen, E., O'brien, P. C., & Kurland, L. T. (1995). The prevalence of dementia is changing over time in Rochester, Minnesota. *Neurology*, 45(1), 75-79.
- Blazer, D., & Wu, L. T. (2009). The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: National Survey on Drug Use and Health. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1162-1169.
- Bonanni, E., Tognoni, G., Maestri, M., Salvati, N., Fabbrini, M., Borghetti, D., ... & Murri, L. (2010). Sleep disturbances in elderly subjects: an epidemiological survey in an Italian district. *Acta Neurologica Scandinavica*, 122(6), 389-397.
- Brennan, P. L., & Moos, R. H. (1990). Life stressors, social resources, and late-life problem drinking. *Psychology and Aging*, 5(4), 491.
- Cattell, H. (2000). Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 102-108.
- Cho, M. J., Lee, J. Y., Kim, B. S., Lee, H. W., & Sohn, J. H. (2011). Prevalence of the major mental disorders among the Korean elderly. *Journal of Korean medical science*, 26(1), 1-10.

- Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological psychiatry*, 52(3), 193–204.
- Devi, G., Ottman, R., Tang, M. X., Marder, K., Stern, Y., & Mayeux, R. (2000). Familial aggregation of Alzheimer disease among whites, African Americans, and Caribbean Hispanics in northern Manhattan. *Archives of neurology*, 57(1), 72–77.
- Dickson Mulinga, J. (1999). Elderly people with alcohol-related problems: where do they go? . *International journal of geriatric psychiatry*, 14(7), 564–566.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (2004). Age differences in the personality characteristics of suicide completers: Preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry*, 57(3), 213–224.
- Durkheim, E. (1897). Suicide: A Study in Sociology (Spaulding JA, Simpson G, trans).
- Eliany, M., Giesbrecht, N., Nelson, M., Wellman, B., & Wortley, S. (1992). *Alcohol and other drug use by Canadians: A national alcohol and other drugs survey technical report*. Ottawa, Canada: Health and Welfare Canada.
- Fillmore, K. M. (1987). Prevalence, incidence and chronicity of drinking patterns and problems among men as a function of age: a longitudinal and cohort analysis. *British Journal of Addiction*, 82(1), 77–83.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., & Simonsick, E. M. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*.
- Gilhooly, M. L. (2005). Reduced drinking with age: Is it normal? . *Addiction Research & Theory*, 13(3), 267–280.
- Graham, K., Clarke, D., Bois, C., Carver, V., Dolinki, L., Smythe, C., & Harrison, S. (1996). Addictive behavior of older adults. *Addictive Behavior*, 21(3), 331–348.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Oguburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 830–842.
- Helmer, C., Damon, D., Letenneur, L., Fabrigoule, C., Barberger-Gateau, P., Lafont, S., ... & Dartigues, J. F. (1999). Marital status and risk of Alzheimer's disease A French population-based cohort study. *Neurology*, 53(9), 1953–1953.

- Holkup, P. A. (2003). Evidence-based protocol elderly suicide--secondary prevention. *Journal of gerontological nursing*, 29(6), 6.
- Ilomäki, J., Korhonen, M. J., Lavikainen, P., Lipton, R., Enlund, H., & Kauhanen, J. (2010). Changes in alcohol consumption and drinking patterns during 11 years of follow-up among ageing men: the FinDrink study. *The European Journal of Public Health*, 20(2), 133-138.
- Irie, F., Fitzpatrick, A. L., Lopez, O. L., Kuller, L. H., Peila, R., Newman, A. B., & Launer, L. J. (2008). Enhanced risk for Alzheimer disease in persons with type 2 diabetes and APOE ε4: The Cardiovascular Health Study Cognition Study. *Archives of neurology*, 65(1), 89-93.
- Jeon, G. S., Jang, S. N., Rhee, S. J., Kawachi, I., & Cho, S. I. (2007). Gender differences in correlates of mental health among elderly Koreans. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(5), S323-S329.
- Kales, J. D., & healey, S. (1979). Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *Am J Psychiatry*, 36(10).
- Kalmijn, S. (1999). Fatty acid intake and the risk of dementia and cognitive decline: a review of clinical and epidemiological studies. *The journal of nutrition, health & aging*, 4(4), 202-207.
- Kim, B. S., Jeon, H. J., Hong, J. P., Bae, J. N., Lee, J. Y., Chang, S. M., ... & Cho, M. J. (2012). DSM-IV psychiatric comorbidity according to symptoms of insomnia: a nationwide sample of Korean adults. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(12), 2019-2033.
- Kim, J. M., Stewart, R., Kim, S. W., Yang, S. J., Shin, I. S., & Yoon, J. S. (2009). Insomnia, depression, and physical disorders in late life: a 2-year longitudinal community study in Koreans. *Sleep*, 32(9), 1221.
- Kim, K., Uchiyama, M., Okawa, M., Liu, X., & Ogihara, R. (2000). An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep*, 23(1), 41-47.
- Kim, K. W., Choi, E., Lee, S. B., Park, J. H., Lee, J. J., Huh, Y., ... & Woo, J. I. (2009). Prevalence and neuropsychiatric comorbidities of alcohol use disorders in an elderly Korean population. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(12), 1420-1428.

- Kim, K. W., Park, J. H., Kim, M. H., Kim, M. D., Kim, B. J., Kim, S. K., ... & Cho, M. J. (2011). A nationwide survey on the prevalence of dementia and mild cognitive impairment in South Korea. *Journal of Alzheimer's Disease*, 23(2), 281-291.
- Kim, M. H., Jung-Choi, K., Jun, H. J., & Kawachi, I. (2010). Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Social science & medicine*, 70(8), 1254-1261.
- Kim, O., & Baik, S. (2004). Alcohol consumption, cigarette smoking, and subjective health in Korean elderly men. *Addictive behaviors*, 29(8), 1595-1603.
- Lai, D. W. (2000). Measuring depression in Canada's elderly Chinese population: use of a community screening instrument. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 45(3), 279-284.
- Lai, D. W., Fung, T. S., & Yuen, C. T. (2005). The factor structure of a Chinese version of the Geriatric Depression Scale. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35(2), 137-148.
- Lopez, O. L., Becker, J. T., Wisniewski, S., Saxton, J., Kaufer, D. I., & DeKosky, S. T. (2002). Cholinesterase inhibitor treatment alters the natural history of Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72(3), 310-314.
- Liu, X., & Liu, L. (2005). Sleep habits and insomnia in a sample of elderly persons in China. *SLEEP-NEW YORK THEN WESTCHESTER-*, 28(12), 1579.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.
- Moore, A. A., Endo, J. O., & Carter, M. K. (2003). Is there a relationship between excessive drinking and functional impairment in older persons? . *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(1), 44-49.
- Moore, A. A., Blow, F. C., Hoffing, M., Welgreen, S., Davis, J. W., Lin, J. C., ... & Barry, K. L. (2011). Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addiction*, 106(1), 111-120.
- Moos, R. H., Schutte, K. K., Brennan, P. L., & Moos, B. S. (2010). Late-life and life history predictors of older adults' high-risk alcohol consumption and drinking problems. *Drug and alcohol dependence*, 108(1), 13-20.
- Mui, A. C., Kang, S. Y., Chen, L. M., & Domanski, M. D. (2003). Reliability of the

- Geriatric Depression Scale for use among elderly Asian immigrants in the USA. *International Psychogeriatrics*, 15(03), 253-271.
- Mulnard, R. A., Cotman, C. W., Kawas, C., van Dyck, C. H., Sano, M., Doody, R., ... & Thal, L. J. (2000). Estrogen replacement therapy for treatment of mild to moderate Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *Jama*, 283(8), 1007-1015.
- NIAAA(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism). (2013). alcohol Use Disorder : A Comparison Between DSM-IV and DSM-5. Retrieved from <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.htm>
- O'Connell, H., Chin, A. V., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: suicide in older people. *BMJ*, 329(7471), 895-899.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews*, 6(2), 97-111.
- Ondus, K. A., Hujer, M. E., Mann, A. E., & Mion, L. C. (1999). Substance abuse and the hospitalized elderly. *Orthopaedic Nursing*, 18(4), 27-36.
- Park, J. H., Kim, K. W., Kim, M. H., Kim, M. D., Kim, B. J., Kim, S. K., ... & Cho, M. J. (2012). A nationwide survey on the prevalence and risk factors of late life depression in South Korea. *Journal of affective disorders*, 138(1), 34-40.
- Park, J. H., Lee, J. J., Lee, S. B., Huh, Y., Choi, E., Youn, J. C., ... & Kim, K. W. (2010). Prevalence of major depressive disorder and minor depressive disorder in an elderly Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *Journal of affective disorders*, 125(1), 234-240.
- Peters, R., Peters, J., Warner, J., Beckett, N., & Bulpitt, C. (2008). Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. *Age and ageing*, 37(5), 505-512.
- Plassman, B. L., Havlik, R. J., Steffens, D. C., Helms, M. J., Newman, T. N., Drosdick, D., ... & Breitner, J. C. S. (2000). Documented head injury in early adulthood and risk of Alzheimer's disease and other dementias. *Neurology*, 55(8), 1158-1166.
- Reynolds, W. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional manual*. Odessa, Florida Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rovio, S., Kåreholt, I., Helkala, E. L., Viitanen, M., Winblad, B., Tuomilehto, J., ... & Kivipelto, M. (2005). Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 4(11), 705-711.

- Sadock, B. J., Kaplan, H. I., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Szanto, K., Prigerson, H. G., & Reynolds III, C. F. (2001). Suicide in the elderly. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 366-376.
- Tatemichi, T. K., Paik, M., Bagiella, E., Desmond, D. W., Stern, Y., Sano, M., ... & Mayeux, R. (1994). Risk of dementia after stroke in a hospitalized cohort Results of a longitudinal study. *Neurology*, 44(10), 1885-1885.
- Thomas, V. S., & Rockwood, K. J. (2001). Alcohol abuse, cognitive impairment, and mortality among older people. *Journal of the American geriatrics Society*, 49(4), 415-420.
- Vaz Fragoso, C. A., & Gill, T. M. (2007). Sleep complaints in community-living older persons: a multifactorial geriatric syndrome. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1853-1866.
- Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., ... & Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 348(25), 2508-2516.
- World Health Organization(2001). *Second-smoke kills. Let's clear the air*. Geneva ; Switzerland. WHO Press
- World Health Organization(2008). *Integrating mental health into primary care*. Geneva: Switzerland. WHO Press.
- World Health Organization(2009). *Pharmacological Treatment of Mental Disorder in Primary Health Care*. Geneva, Swiss.
- Yang, C. K., Yoo, S. Y., Joo, Y. H., & Hahn, H. M. (1997). Sleep habits and sleep disorders among the elderly between 65-84 years who are living in a part of Pusan. *Sleep Medicine and Psychophysiology*, 4(1), 66-76.
- Yeon, B. K., & Ryu, S. G. (2001). Early Detection and Prevention of Elderly Suicide. *Journal of Korean Geriatric Psychiatry*, 5(2), 134-139.
- Youn, J. C., Lee, D. Y., Kim, K. W., & Woo, J. I. (2005). Epidemiology of dementia. *Psychiatr Invest*, 2, 28-39.
- Zhang, M., Katzman, R., Salmon, D., Jin, H., Cai, G., Wang, Z., ... & Liu, W. T. (1990). The prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai, China: impact of age, gender, and education. *Annals of neurology*, 27(4), 428-437.

부 록

<부록 1> 노인 정신건강 관련 자료

- 치매

〈표 1〉 MMSE-DS 정상기준표: 한국남자

연령(만)	학력	M-1.5SD	5 percentile
60~69세	0-3	19.91	20.00
	4-6	23.93	23.60
	7-12	24.36	24.00
	13년 이상	25.54	24.65
70~74세	0-3	20.32	20.00
	4-6	22.60	22.00
	7-12	24.41	24.00
	13년 이상	25.51	25.00
75~79세	0-3	19.47	20.00
	4-6	21.84	20.70
	7-12	24.02	23.45
	13년 이상	24.94	24.30
80~90세	0-3	17.69	15.00
	4-6	21.12	19.10
	7-12	23.74	22.95
	13년 이상	24.12	21.20

〈표 2〉 MMSE-DS 정상규준표: 한국여자

연령(만)	학력	M-1.5SD	5 percentile
60~69세	0-3	18.39	18.00
	4-6	22.04	22.00
	7-12	24.49	24.00
	13년 이상	25.93	25.60
70~74세	0-3	17.5	17.05
	4-6	20.94	21.00
	7-12	24.17	23.00
	13년 이상	25.99	26.00
75~79세	0-3	16.88	17.00
	4-6	20.58	21.00
	7-12	23.78	23.00
	13년 이상	25.84	24.00
80~90세	0-3	15.95	15.00
	4-6	19.63	16.25
	7-12	23.72	23.00
	13년 이상	26.26	26.00

〈표 3〉 치매중증도별 환자 수

(단위 : 명)

구 분	경도인지장애 (전체노인의 24.4%)	치매 중증도 별 환자 수(명)				
		계 (100%)	최경도 (28.8%)	경도 (39.2%)	중등도 (18.5%)	중증 (13.5%)
2011년	1,380,062	503,896	145,122	197,527	93,221	68,026
2012년	1,437,081	533,978	153,786	209,319	98,786	72,087
2013년	1,497,599	565,115	162,753	221,525	104,546	76,291
2014년	1,558,076	596,352	171,749	233,770	110,325	80,508
2015년	1,616,285	627,514	180,724	245,985	116,090	84,714

자료 : 2014 상반기 건강보험주요통계

〈표 4〉 광역시별 치매 노인 건강보험 진료현황(2013년)

(단위 : 명, 천원)

구분		치매		파킨슨병		뇌혈관질환	
		전체	65세 이상	전체	65세 이상	전체	65세 이상
전체	실 인원	331,451	313,892	92,721	76,961	836,519	515,999
	진료비	1,074,231,241	1,042,253,081	288,105,209	255,634,413	1,872,236,968	1,236,065,883
서울	실 인원	54,871	51,786	18,917	15,643	158,195	97,397
	진료비	103,479,897	99,310,894	46,193,368	40,734,943	293,193,973	189,361,464
부산	실 인원	26,695	25,256	7,100	5,889	60,983	36,714
	진료비	154,358,662	150,764,519	32,480,790	29,286,365	176,517,912	117,750,818
대구	실 인원	16,902	15,877	4,752	3,905	44,836	27,643
	진료비	43,530,822	41,910,513	12,440,052	11,018,528	88,701,353	57,158,674
인천	실 인원	14,772	13,980	4,231	3,455	40,789	23,609
	진료비	32,123,223	30,769,079	10,366,327	8,735,249	82,984,255	48,939,388
광주	실 인원	11,276	10,802	2,971	2,491	22,091	13,402
	진료비	58,283,828	56,814,787	8,953,354	7,937,001	47,745,427	31,507,700
대전	실 인원	9,870	9,316	2,956	2,387	24,525	15,316
	진료비	26,416,120	25,363,199	8,579,755	7,562,799	50,763,066	33,280,286
울산	실 인원	6,823	6,458	1,881	1,514	14,670	8,351
	진료비	31,198,643	30,258,821	6,793,715	5,956,685	45,013,109	27,305,601

주 : 1) 건강보험 급여실적(의료급여·비급여 제외), 수진기준

2) 실인원은 약국 전체 제외

3) 자료 : 2014 상반기 건강보험주요통계

〈표 5〉 치매관리법 법률 제11013호

- 제1조 목적
- 제2조 정의
- 제3조 국가의 의무
- 제4조 다른 법률과의 관계
- 제5조 치매극복의 날
- 제6조 치매관리종합계획의 수립 등
- 제7조 국가치매관리위원회
- 제8조 위원회의 구성
- 제9조 위원회의 기능
- 제10조 치매연구사업
- 제11조 치매조기검진사업
- 제12조 치매환자 의료비 지원사업
- 제13조 치매등록통계사업
- 제14조 역학조사
- 제15조 자료제공의 협조 등
- 제16조 중앙치매센터의 지정
- 제17조 치매상담센터의 설치
- 제18조 비용의 지원
- 제19조 비밀누설의 금지
- 제20조 위임과 위탁
- 제21조 벌칙

〈표 6〉 1차 치매종합관리대책의 목표와 추진내용

추진내용	세부 내용
1. 치매 조기발견 및 예방강화	(1) 치매 조기검진 확대 - 지자체의 조기검진사업 의무화 - 보건기관 통합지표 치매 관련 지표반영 - 건강보험 건강검진 등과 연계 (2) 치매 발생 위험요인 관리 (3) 인지건강 프로그램 개발보급 - 인지건강 프로그램 개발 - 인지건강 프로그램 보급
2. 종합적체계적 치매 치료관리	(1) 치매 치료를 위한 바우처 지원 (2) 국가치매등록관리 DB구축관리 - DB구축 - 공공보건정보화사업 연계 (3) 인지재활 프로그램 활성화 - 인지재활 프로그램 개발 - 인지재활 프로그램 보급 (4) 재가서비스 확대 및 다양한 서비스 개발 (5) 치매노인 실종방지 및 찾아주기 사업 강화 - 배회 노인 명찰보급사업 - 실종노인 발생시 대처요령 매뉴얼 제작보급 (6) 치매 시설의 전문화특성화 - 치매 유형별 전문특성화 시설 모델 개발 - 치매 전문화특성화 시설 지원 기준 마련 - 치매 전문화특성화 시설 설립 지원 (7) 치매 예방치료 등에 대한 연구개발 강화
3. 효과적 치매관리를 위한 인프라 구축	(1) (가칭)국가치매사업추진단 설치운영 - 국가치매사업추진단 구성 - 국가치매사업추진단 운영 (2) 중앙-권역별-지역별 단위 치매센터 설치 및 운영 - (가칭)국립치매센터 설치 - (가칭)치매거점센터 지정 - (가칭)치매관리센터로 확대 개편 (3) 효과적 업무추진을 위한 치매 전담부서 설치 (4) 치매 전문인력 양성 (5) 치매 실태조사 등 연구 강화
4. 치매환자 부담 경감 및 부정적 인식 개선	(1) 장기요양보험제도의 대상자 확대 (2) 치매가족 지원사업 강화 (3) 치매 질환의 예방치료관리 가능성 홍보 - 치매의 예방 및 치료가 가능 홍보교육 - 초·중·고등학교의 교과내용에 치매정보 수록 - 애니메이션 홍보 동영상 및 책자 제작배포 - 방송프로그램을 통한 홍보 등 (4) 치매환자에 대한 부정적 사회 분위기 개선 - 홍보 등 - 치매서포터(10만 명) 구성

〈표 7〉 치매검진사업 실적(2007년~2013년)

구분	비용	정밀 및 감별진단 건수	참여 기관 수	
			보건소	병원
2007년	국민건강증진기금 4억 지방비 4억	11,726건	87	60
2008년	국민건강증진기금 4억 지방비 4억	15,752건	118	88
2009년	국민건강증진기금 8억 지방비 8억		191	151
2010년	국민건강증진기금 12억 8천만원 지방비 12억 8천만원	32,000건	-	-
2011년	국민건강증진기금 16억 지방비 16억	40,000건	전국	-
2012년	국민건강증진기금 16억 지방비 16억	40,000건	전국	-
2013년	국민건강증진기금 16억 8천만원 지방비 16억 8천만원	42,000건	전국	-

- 참고자료 〈2013년 치매관리사업 지침〉
- 2007년부터 지방자치단체 보조사업으로 이양.
- 2009년 치매진단검사 비용 인상 55,000원→80,000원 / 정밀 및 감별진단 건수 자료 미상.
- 2010년 이후 참여병원 수 자료 미상.

〈표 8〉 치매사례관리 내용

- ◎ 인지기능(기억력 장애, 지남력 장애, 의사소통장애)
→ 증상완화 복약 안내, 정신과 치료연계, 정서적 지원
- ◎ 정신행동증상(망상/환각, 우울/불안, 초조/공격성/과민, 이상운동 행동)
→ 보호자에 대한 질병교육, 활동프로그램 진행, 치료연계, 조호기술교육
- ◎ 기본일상생활(개인위생관리, 착·탈의, 목욕, 식사, 거동, 배설관리)
→ 환자 교육, 인지프로그램, 조호자에 대한 대화법 및 식이교육
- ◎ 신체건강(시력, 치아, 통증, 근력약화, 균형장애)
→ 진단 및 치료 연계, 치아관리 교육, 통증조절 치료 연계, 근력 증강
- ◎ 생활(낙상, 운동, 사회적 활동)
→ 낙상방지프로그램, 운동프로그램 진행 및 보호자 교육
- ◎ 치료(투약 및 치료, 전반적 건강)
→ 약물치료 지속관리, 환자 및 보호자 질병관리 교육
- ◎ 조호환경(신체적·정신적 조호 환경문제, 가정 내 지원 등)
→ 가족구성원 상담, 계단 및 문턱 환경개선, 가족협력강화를 위한
보호자교육 및 치료비 및 치매한자용품 등 지원

* 의료급여 수급권자는 월 3만원(연간 36만원) 한도 내에서 지원

- 우울

〈표 9〉 노인(65세 이상)의 일반특성별 우울증상

(단위: %, 점, 명)

특성		유병률	우울증상 (평균점수)	계	명
전체		29.2	4.9	100.0	10,540
지역	동부	28.7	4.9	100.0	6,742
	읍·면부	30.1	5.1	100.0	4,157
성	남자	23.3	4.2	100.0	4,547
	여자	33.6	5.5	100.0	5,993
연령	65-69세	19.1	3.8	100.0	3,150
	70-74세	27.7	4.8	100.0	3,228
	75-79세	35.7	5.7	100.0	2,389
	80-84세	39.9	6.2	100.0	1,160
	85세 이상	43.0	6.5	100.0	613
결혼상태	배우자 있음	24.2	4.4	100.0	7,120
	배우자 없음	39.6	6.1	100.0	3,420
가구형태	노인독거	41.2	6.3	100.0	2,086
	노인부부	23.7	4.3	100.0	5,125
	자녀동거	29.8	5.0	100.0	2,843
	기타	32.2	5.6	100.0	487
교육수준	무학(글자모름)	48.4	7.1	100.0	1,143
	무학(글자해독)	38.0	6.1	100.0	2,183
	초등학교	27.9	4.8	100.0	3,743
	중고등학교	21.1	3.9	100.0	2,737
	전문대학 이상	9.6	2.5	100.0	734
현 취업상태	취업중	19.7	3.8	100.0	3,566
	미취업	34.0	5.5	100.0	6,974
연가구소득	제1오분위	47.1	7.0	100.0	2,112
	제2오분위	35.0	5.7	100.0	2,120
	제3오분위	24.7	4.5	100.0	2,100
	제4오분위	21.7	4.1	100.0	2,114
	제5오분위	17.2	3.4	100.0	2,094
기능상태	제한없음	24.6	4.4	100.0	9,325
	제한있음	57.4	8.3	100.0	1,574

자료: 보건복지부a(2012)

- 자살

〈표 10〉〈2차 자살예방종합대책〉의 10대 과제 및 세부과제

10대 과제	세부과제 (28개)
1. 자살에 대한 국민의 인식을 개선한다.	1) 국민정신건강네트(net)개발 2) 생명존중사회마케팅 활성화 3) 생명사랑문화프로그램 확산
2. 자살위험에 대한 개인·사회적 대응역량을 강화한다.	1) 이혼가정상담서비스지원강화 2) 위기청소년사회안전망구축 3) 아동청소년 정신건강관리체계 강화 4) 대학교 자살예방 및 정신건강사업체계 구축 5) 직장인 정신건강증진지원체계 구축 6) 노인학대예방 및 독거노인지원 강화
3. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성을 감소시킨다.	1) 유독성물질 불법유통관리감독 강화 2) 농약관리체계강화 3) 인터넷 자살유해사이트 관리체계 강화 4) 지하철, 교량등에 대한 안전시설 강화
4. 자살에 대한 대중매체의 책임을 강화한다.	1) 미디어관리체계구축
5. 자살고위험군에 대한 정신보건서비스를 강화한다.	1) 지역사회고위험군자살예방프로그램개발보급 2) 특수영역(군, 교정기관) 자살예방활동 강화 3) 정신질환자사례관리시스템강화 4) 알코올중독자 관리체계 구축 및 강화 5) 우울증 조기검진 및 치료관리체계 구축
6. 지역사회 기반의 다양한 자살예방인력에 대한 교육체계를 강화한다.	1) 정신보건전문요원 자살예방교육체계 구축 2) 경찰 및 긴급구조요원 자살예방교육 강화
7. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반을 조성한다.	1) 자살예방법 제정
8. 자살예방 서비스제공을 위한 인프라 구축을 적정화한다.	1) 지역사회상담지원 및 정신건강서비스체계 확대 2) 제3자 통화체계 및 응급출동체계 구축 3) 자살예방 민간단체 지원 및 육성
9. 자살예방을 위한 연구감시체계를 구축한다.	1) 자살예방사업모니터링체계구축 2) 자살관련 통계 및 연구체계 개선
10. 근거에 기반을 둔 자살예방정책을 개발한다.	1) 지역사회기반의 통합적 자살예방시범사업

자료: 보건복지부 자살예방대책추진위원회(2008), 제2차 자살예방종합대책(2009~2013).

〈표 11〉 〈자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률〉 제10516호

- 제1조 목적
- 제2조 기본정책
- 제3조 국민의 권리와 의무
- 제4조 국가 및 지방자치단체의 책무
- 제5조 사업주의 책무
- 제6조 다른 법률과의 관계
- 제7조 자살예방기본계획의 수립
- 제8조 연도별 시행계획의 수립·시행 등
- 제9조 시·도별 시행계획의 조정 등
- 제10조 계획수립의 협조
- 제11조 자살실태조사
- 제12조 자살통계 분석 및 정보관리체계 구축
- 제13조 자살예방센터의 설치
- 제14조 자살위험자 지원 및 정신건강 증진 대책
- 제15조 생명존중문화 조성
- 제16조 자살예방의 날
- 제17조 자살예방 상담·교육
- 제18조 자살예방을 위한 홍보
- 제19조 자살유해정보예방체계의 구축
- 제20조 자살시도자 등에 대한 지원
- 제21조 명예 및 생활의 평온에 대한 배려
- 제22조 전문인력의 양성
- 제23조 민간단체 등의 지원
- 제24조 비밀누설의 금지
- 제25조 벌칙

자료: 국가법령정보센터 www.law.go.kr

〈표 12〉 〈2차 자살예방종합대책〉의 농약관리체계

농약 음독 사고예방을 위한 제도개선 추진

- 어린이 등 오음용 사고 예방을 위한 안전마크 의무화(2008.11 시행령 개정)
- 오남용 방지를 위한 농약의 표시기준 개선 (사용방법, 안전사용기준 등 주요정보를 쉽게 볼 수 있도록 글자 크기 개선)

고독성 농약 판매관리 강화

- 고독성 등 위해우려 농약은 안전성 재평가를 통해 단계적 감축
- 고독성 농약 판매시 시간장치 별도보관, 판매기록 의무화

음독 사고 다발 농약인 파라쿼트에 대한 안전관리 강화

- 연간 출하물량 감축 및 조성분 함량이 낮은 제품으로 확대
- 제조업체에 피킨스병, 농작업자 노출 등 안전성 자료를 토대로 안전성 종합평가 후 재등록 여부 심사(2011년)

농약 음독사고 예방을 위한 다양한 교육, 홍보활동 추진

- 홈페이지를 이용한 농약중독예방 및 농약 안전사용 홍보
- 농산 공작자, 농업인, 농약수판상, 농협 등의 대국민 안전사용 교육 및 홍보 강화

농약 안전보관함 농가보급 추진

- 2009년 시범사업 추진을 통해 효과분석 후 농가보급 추진

자료: 보건복지부 자살예방대책추진위원회(2008), 제2차 자살예방종합대책(2009~2013)

〈표 13〉 광역 및 자치구 정신건강증진센터와 자살예방센터 운영 현황

구분	명칭	관내 정신건강증진센터 (괄호 안에 병기된 센터는 자치구에 추가 설치된 기구임)
서울 (2)	-서울광역정신건강증진센터 -서울광역자살예방센터	광진구, 은평구, 용산구, 영등포구, 양천구, 송파구, 성북구(자살예방센터), 성동구, 서초구, 서대문구, 마포구, 동작구, 동대문구, 도봉구, 노원구(노인자살예방센터), 금천구, 구로구, 관악구, 강서구, 강북구, 강동구, 강남구, 중랑구, 중구, 종로구
부산	-부산광역정신건강증진센터 -부산광역자살예방센터	동구, 중구, 영도구, 진구, 연제구, 해운대구, 사하구, 사상구, 북구, 동래구, 남구, 금정구
대구	-대구광역정신건강증진센터 -대구광역자살예방센터	중구, 수성구, 서구, 북구, 동구, 달성군, 달서구, 남구
인천	-인천광역정신건강증진센터 -인천시광역자살예방센터	중구, 연수구, 서구, 부평구, 동구, 남동구, 남구, 계양구, 강화군
광주 (3)	-광주정신건강트라우마센터 -광주광역자살예방센터 -광주광역정신건강증진센터	서구, 북구, 동구, 남구, 광산구
대전	-대전광역정신건강증진센터	유성구, 서구, 동구, 대덕구, 중구
울산		북구(자살예방센터), 동구, 남구, 울주군
세종	-세종특별자치시정신건강증진센터	세종시
경기	-경기광역정신건강증진센터 -경기광역자살예방센터	화성시(자살예방센터), 하남시, 포천시, 평택시, 파주시, 의왕시, 수원시(노인정신건강센터 1, 2, 아동청소년정신건강센터, 자살예방센터), 이천시, 의정부시, 오산시, 용인시, 연천군, 여주군, 양평군, 양주시, 안양시, 안성시, 안산시(아동청소년정신건강센터, 자살예방센터), 광명시(자살예방센터), 성남시(아동청소년정신건강센터, 분당노인자살예방센터), 부천시, 동두천시, 시흥시(자살예방센터), 남양주시, 김포시, 군포시, 구리시, 광주시, 과천시, 고양시(노인자살예방센터), 가평군(자살예방센터)
강원	-강원광역정신건강증진센터 -강원광역자살예방센터 -도박자살예방센터	황성군, 화천군, 평강군, 태백시, 철원군, 정선군, 인제군, 영월군, 양양군, 양구군, 삼척시, 고성군, 홍천군, 춘천시, 속초시, 원주시, 동해시, 강릉시
충북	-충북광역정신건강증진센터	영동군, 청주시, 옥천군, 충주시, 청원군, 진천군, 제천시, 음성군, 보은군, 단양군, 증평군
충남	-충남광역정신건강증진센터 -충남광역자살예방센터	청양군, 서산시, 부여군, 보령시, 계룡시, 공주시, 홍성군, 태안군, 천안시(자살예방센터), 천안시 동남구, 예산군, 아산시, 서천군, 당진시, 논산시, 금산군
전북	-전북광역정신건강증진센터 -전북광역자살예방센터	완주군, 정읍시, 전주시, 익산시, 남원시, 김제시, 군산시, 고창군
전남		장성군, 함평군, 구례군, 해남군, 장흥군, 완도군, 영광군, 여수시, 순천시, 목포시, 나주시, 광양시, 고흥군
경북		포항 북구, 포항 남구, 칠곡군, 영천시, 안동시, 김천시, 구미시, 경주시, 경산시
경남		합천군, 하동군, 통영시, 진해시, 창원시, 마산 진주시, 양산시, 사천시, 김해시, 거제시, 밀양시
제주		제주시, 서귀포시

자료 : 중앙자살예방센터 전국시설검색, 대전광역시 정신건강서비스기관 현황집(2014).

〈표 14〉 〈국가정신보건5개년계획〉의 목표와 과제

목표	과제 및 전략
1. 중증정신질환자의 부적절재원감소 및 사회 복귀와 참여촉진	과제 1. 정신의료기관의 재원적절성 향상을 위한 기전이 마련되어야 한다. 전략 1. 재원환자에 대한 재원적절성 평가 구조 강화 전략 2. 퇴원 후 지역사회 연계 행위에 대한 수가 지원 제도 도입 전략 3. 외래치료명령제의 효과적 실행을 위한 제도적 지원 과제 2. 정신요양시설의 기능전환을 통해 장기입소 서비스 적정성을 개선해야 한다. 전략 4. 정신요양시설의 장기요양서비스 제공 모형 개발 및 적용 전략 5. 정신요양시설의 사회복귀시설 전환 모형 개발 및 적용 과제 3. 지역사회로 돌아오는 정신질환자를 위한 유입체계가 활성화되어야 한다. 전략 6. 주거서비스 공급의 적정화 전략 7. 퇴원 후 지역사회 복귀 정신질환자에 대한 적극적 사례관리 서비스 모형 개발 전략 8. 서비스 이용에 따른 취약계층 대상 기초생활지원비 지급방식 조정
2. 의료기관에서의 치료와 지역사회기반 서비스 질 관리	과제 4. 중증정신질환자의 사회재활과 독립을 위한 지원서비스가 강화되어야 한다. 전략 9. 정신보건센터의 적극적 사례관리 서비스 강화 전략 10. 정신질환자 대상의 실질적 취업 지원 시스템의 단계별 구축 전략 11. 지역서비스 기관 간 협력적 네트워크 강화 과제 5. 아동청소년 정신질환에 대한 적극적 관리를 통해 성인기 이차 이환을 예방할 수 있도록 한다. 전략 12. 아동기 정서행동발달문제에 대한 적극적 발견, 관리 및 치료연계 체계 구축 과제 6. 정신의료기관의 치료환경 및 치료수준 향상을 위한 기전을 마련해야 한다. 전략 13. 정신의료기관 평가제도 개선 전략 14. 초기치료에 대한 의료급여 수가 적정화
3. 다양한 대상군에 대한 정신질환의 예방과 증진	과제 7. 아동청소년 정신건강증진과 자살예방을 위한 체계가 마련되어야 한다. 전략 15. 발달단계 별 정신건강 검진과 개입체계 구축 전략 16. 지역사회 아동청소년 관련기관 간 서비스 네트워크 강화 전략 17. 아동기 및 청소년기 특화된 정신건강 프로그램 제공 모형 개발 전략 18. 청소년 자살예방을 위한 예방적 학교 환경 조성 및 위기개입 과제 8. 우울증으로 인한 사회생산성 저하를 최소화시킨다. 전략 19. 우울증 치료를 향상을 위한 공공마케팅 강화 전략 20. 직장인 정신건강관리 프로그램 활성화를 위한 지원 확대 전략 21. 자살시도 우울증 환자에 대한 위기사례관리 및 지속사례관리 서비스 강화 과제 9. 노인 정신건강증진과 자살예방을 위한 조기개입체계 및 프로그램 개발이 수행되어야 한다. 전략 22. 취약계층 노인을 위한 특화된 정신건강증진프로그램 개발 전략 23. 지역기반의 노인우울증 관리사업과 치매관리사업의 협력적 네트워크 구성 전략 24. 독거노인 등 취약계층에 대한 치매 및 우울증 검진 사업 확대 전략 25. 노인자살 고위험군에 대한 연속적 지원관리체계 구축 과제 10. 사회취약계층과 특수영역에 대한 정신건강증진체계가 구축되어야 한다. 전략 26. 사회취약계층(북한이탈주민, 결혼이민자, 이주노동자 등)에 대한 정신건강증진체계 구축 전략 27. 사회특수영역(교도소, 군부대 등)에 대한 정신건강증진체계 구축

자료: 서울대학교 건강증진사업지원단(2010). 국가정신보건5개년계획(2011-2015) 수립.

〈표 15〉 〈국가정신보건5개년계획〉의 목표와 과제(계속)

목표	과제 및 전략
4. 한국형 특성에 따른 알코올사용장애 관리체계 구축	과제 11. 한국형 알코올중독 관리 체계가 개발, 정착되어야 한다. 전략 28. 고위험 음주군에 대한 조기 선별 및 조기 개입 체계 구축 전략 29. 알코올 사용 장애에 대한 연속적 관리 지원 체계 강화 과제 12. 알코올사용장애의 사회적 피해감소를 위한 안전망이 구축되어야 한다. 전략 30. 음주 운전 및 음주와 연관된 가정 폭력 사범에 대한 평가 및 치료 의무화 전략 31. 만성적 주취자에 대한 공적 개입 모델 개발 과제 13. 정신질환자의 인권은 보호되어야 하고 지역사회 수용도를 향상시켜야 한다. 전략 32. 정신질환자 권리강화를 위한 인권교육의 질관리 체계 구축 전략 33. 정신질환자 사회적 수용을 위한 공공마케팅 강화 전략 34. 정신질환자의 복지 및 권리 강화를 중심으로 한 정신보건법 개정 과제 14. 정신질환자에 대한 응급개입 체계를 개선해야 한다. 전략 35. 병원 전 단계 응급환자 평가와 이송의 공공성 및 타당성 강화 전략 36. 비자의적 입원환자에 대한 초기 평가 체계 구축
5. 인프라구축과 인적자원관리 및 서비스 접근성	과제 15. 국민정신건강증진 서비스 제공을 위한 적정 인프라가 구축되어야 한다. 전략 37. 정신보건센터의 확대(양적, 질적)를 통한 공적 역할부여 및 기능 강화 전략 38. 사회복귀시설 설치 확대를 통한 지역사회중심 정신보건서비스 인프라 구축 전략 39. 알코올 사용장애 지역사회서비스 제공 구조 강화 과제 16. 적정 서비스 제공을 위한 인적 자원의 개발 전략이 구성되어야 한다. 전략 40. 정신보건전문요원 종장기 인력수급계획 수립 전략 41. 정신보건전문요원 수련교육 및 자격관리를 통한 질관리 체계 구축

자료: 서울대학교 건강증진사업지원단(2010). 국가정신보건5개년계획(2011~2015)수립.

〈표 16〉 대전광역시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례

(제정) 2012-02-24 조례 제 4032호

제1조(목적) 이 조례는 자살예방을 위한 종합적인 정책에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 시민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중 문화를 조성함을 목적으로 한다.

제2조(시장의 책무) 대전광역시장(이하 “시장”이라 한다)은 자살예방 및 생명존중문화 조성에 필요한 정책을 수립·시행하고 이에 수반되는 행정적·재정적 자원방안을 마련하여야 한다.

제3조(교육감의 책무) 대전광역시교육감은 유·초·중·고 학생들이 정신적으로 건강하게 성장할 수 있도록 자살예방 및 생명존중에 관한 사항을 교육과정에 반영하는 등 자살예방을 위한 교육적 노력을 다하여야 한다.

제4조(시민의 권리와 의무) ① 시민은 자살위험에 노출되거나 스스로 노출되었다고 판단될 경우 시장과 자치구청장에게 도움을 요청할 권리가 있다.

② 시민은 대전광역시에서 시행하는 자살예방정책에 적극 협조하여야 하며, 자살을 할 위험성이 높은 사람을 발견한 경우에는 신고 및 구조 등의 신속한 조치를 취하여야 한다.

제5조(자살예방시행계획의 수립 등) ① 시장은 자살예방기본계획에 따른 자살예방시행계획(이하 “시행계획”이라 한다)을 매년 수립·시행하여야 한다.

② 시행계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 자살예방지원계획의 방향과 추진목표
2. 자살예방을 위한 상담·교육 및 홍보
3. 연령별 자살예방 프로그램 개발 및 운영
4. 자살예방을 위한 협력체계 구축
5. 자살예방센터 운영
6. 그 밖에 자살예방 및 생명존중문화 조성에 필요한 사항

제6조(자살실태조사) ① 시장은 제5조의 규정에 따른 효율적인 시행계획을 위하여 5년마다 자살실태조사를 실시하여야 한다.

② 제1항에 따른 자살실태조사를 전문성을 갖춘 관계기관에 의뢰하여 실시할 수 있다.

③ 시장은 자살실태조사의 결과가 시행계획 수립에 반영되도록 적극 노력하여야 한다.

제7조(자살예방센터) ① 시장은 자살예방을 체계적으로 추진하기 위하여 자살예방센터를 설치·운영할 수 있다.

② 자살예방센터는 「정신보건법」 제13조의2에 따른 정신보건센터에 둔다.

제8조(지역사회 협력체계 구축) 시장은 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위해 관련 기관·단체 등과 유기적인 협력체계를 구축한다.

제9조(자살예방 상담·교육 등) ① 시장은 자살예방과 생명존중문화를 조성하기 위하여 시민에 대한 지속적인 상담·교육 및 홍보활동을 하여야 한다.

② 시장은 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제17조에 따른 공공기관 등의 자살예방 상담·교육 및 홍보활동을 위해 필요한 경우 예산의 범위에서 지원할 수 있다.

제10조(자살자의 유가족 등에 대한 지원) 시장은 자살시도자 또는 자살자의 유가족 등에게 심리·상담서비스 등에 필요한 지원을 할 수 있다.

제11조(민간단체 지원 등) 시장은 자살예방사업을 수행하는 민간단체 등에 대하여 예산의 범위에서 사업수행에 필요한 지원을 할 수 있다.

제12조(비밀준수 의무) 이 조례에 따른 자살예방 및 보호 업무관계자·종사자는 그 직무상 알게 된 비밀을 누설하여서는 아니 된다.

부칙 (2012. 02. 24 조례 제4032호)

이 조례는 2012년 3월 31일부터 시행한다.

〈표 17〉 생애주기 및 서비스 범주별 자살예방 전략

생애주기	아동·청소년기	성인기	노인기
사회·환경적 접근 (지역사회 대상)	- 학교교육 정상화 - 학교폭력 감소 - 저소득층 학생의 교육권 보장	- 공동체 의식 강화 - 경제성장을 제고 및 실업을 감소 - 개인워크아웃제도 등 신용불량자에 대한 대책 - 인터넷 자살사이트 단속 폐쇄 - 고층건물 및 강다리 관리강화 - 수면제/독극물 판매의 적절한 규제 - 생명존중문화조성 - 매스컴의 선정적 자살보도 억제 - 자살위험도 모니터링체계 구축	
정신건강증진 (일반인구 대상)	- 우울증 위험인자(학습장애, 왕따, 학교폭력 등) 감소 - 아동·청소년 대상 정신건강증진 교육 - 부모대상 정신건강 중요성 홍보/올바른 양육방법교육	- 일반국민 대상의 정신건강의 중요성 홍보 - 정신보건센터에서 스트레스 관리프로그램 제공 - 직장 정신보건사업(직무스트레스 관리) 시행	
자살위험요인예방 (정신건강위험 인구 대상)	- 이혼 또는 부모사망, 극빈층, 알코올 중독/정신질환자/자살경력 부모 아동·청소년 등 위험군 대상 우울증 예방 프로그램 제공	- 이혼, 실직, 저소득층, 알코올중독, 정신분열증 환자 등 대상 우울증예방 프로그램 제공	- 배우자사망, 독거노인, 만성질환자 대상 우울증에 방프로그램 및 사회지지체계 연결사업
자살위험자 조기발견 및 조기개입 (자살위험자 대상)	- 보건교사, 상담교사, 교사, 학부모에 대한 정신보건교육 - 아동·청소년기 우울증 및 자살에 대한 홍보책자 배포 - 위험군에 대한 정기적 선별검사 시행 - 정신과 치료상담에 대한 편견감소 홍보 - 인터넷상담 활성화	- ‘우울증 선별의 날’ 등 국가적인 행사로 우울증에 대한 조기발견 분위기 조성 - 정신보건센터의 조기발견체계 구축 - 자살상담 등 정신건강전화 구축 - 인터넷상담 활성화 - 생명의 전화 활성화 - 생명의 전화 상담이후 정신보건센터로의 연계 활성화 - 자살징후에 대한 주민교육홍보 - 정신과 치료상담에 대한 편견감소 홍보	
자살시도자 치료 및 사후관리 (자살시도자 대상)	- 우울증 및 자살시도 아동·청소년의 치료 연계 및 사례관리 강화 - 저소득층에 대한 정신과 치료비 지원	- 정신보건센터 상담전화 및 생명의 전화와 119연계 강화 - 우울증 및 자살시도 대상자의 치료연계 및 사례관리 강화 - 저소득층에 대한 정신과 치료비 지원 - 자살시도로 응급실에서 치료받은 자에 대한 정신과 치료 강화	

- 흡연

〈표 18〉 노인(65세 이상)의 일반특성별 흡연상태

(단위 : %, 명)

특성	현재흡연	과거흡연	비흡연	계(명)
전체 ¹⁾	12.6	25.9	61.5	100.0(10,544)
지역				
동부	13.2	26.2	61.5	100.0(7,150)
읍면부	13.2	25.3	61.5	100.0(3,394)
성				
남자	24.7	54.7	20.7	100.0(4,548)
여자	3.4	4.2	92.5	100.0(5,996)
연령				
65-69세	15.3	25.8	58.9	100.0(3,150)
70-74세	12.0	26.1	61.9	100.0(3,228)
75-79세	12.3	25.7	62.0	100.0(2,390)
80-84세	8.7	26.8	64.5	100.0(1,162)
85세 이상	9.6	25.5	65.0	100.0(615)
결혼상태				
배우자 있음	14.7	33.2	52.0	100.0(7,121)
배우자 없음	8.0	10.8	81.2	100.0(3,423)
가구형태				
노인독거	8.9	11.5	79.6	100.0(2,086)
노인부부	14.6	32.1	53.4	100.0(5,125)
자녀동거	11.5	24.9	63.7	100.0(2,847)
기타	13.6	29.4	57.0	100.0(487)
교육수준				
무학(글자모름)	7.7	12.0	80.2	100.0(1,146)
무학(글자해독)	9.3	16.4	74.4	100.0(2,184)
초등학교	1.7	24.3	64.0	100.0(3,743)
중고등학교	17.8	37.3	44.9	100.0(2,737)
전문대학 이상	14.7	42.1	43.2	100.0(734)
현취업상태				
취업중	15.8	30.2	54.0	100.0(3,566)
미취업	10.9	23.8	65.3	100.0(6,978)
연가구소득				
제1오분위	12.8	16.2	70.9	100.0(2,113)
제2오분위	12.4	26.2	61.4	100.0(2,120)
제3오분위	12.3	29.9	57.8	100.0(2,101)
제4오분위	13.5	29.0	57.5	100.0(2,115)
제5오분위	11.6	28.5	59.9	100.0(2,095)
기능상태				
제한 없음	12.9	26.6	60.5	100.0(9,073)
제한 있음	10.3	22.2	67.6	100.0(1,471)
2008년도	13.6	18.8	67.6	100.0(10,798)

1) 본인응답자 10,544명을 대상으로 함. 무응답 없음

자료 : 보건복지부a(2012)

- 수면

〈표 19〉 노인(65세 이상)의 일반특성별 일일 평균 수면시간

(단위 : %, 명, 시간)

특성	6시간 이하	6시간 초과 8시간 이하	8시간 초과	계(명)	평균(시간)
전체 ¹⁾	44.9	45.2	9.9	100.0(10,544)	6.7
지역					
동부	46.4	44.2	9.4	100.0(7,150)	6.7
읍면부	41.9	47.3	10.8	100.0(3,394)	6.8
성					
남자	39.0	48.5	12.5	100.0(4,548)	7.0
여자	49.5	42.7	7.8	100.0(5,996)	6.6
연령					
65-69세	43.1	48.7	8.3	100.0(3,150)	6.8
70-74세	46.3	44.8	8.9	100.0(3,228)	6.7
75-79세	46.3	43.2	10.5	100.0(2,390)	6.7
80-84세	45.4	43.2	11.4	100.0(1,162)	6.8
85세 이상	41.0	41.2	17.9	100.0(615)	7.0
결혼상태					
배우자 있음	42.6	47.2	10.2	100.0(7,121)	6.8
배우자 없음	49.9	41.1	9.0	100.0(3,423)	6.6
가구형태					
노인독거	51.9	40.6	7.6	100.0(2,086)	6.5
노인부부	40.9	48.6	10.5	100.0(5,125)	6.9
자녀동거	46.5	42.8	10.7	100.0(2,847)	6.7
기타	48.8	43.8	7.4	100.0(487)	6.6
교육수준					
무학(글자모름)	46.8	40.3	12.9	100.0(1,146)	6.7
무학(글자해독)	45.3	44.0	10.7	100.0(2,184)	6.7
초등학교	44.7	45.6	9.7	100.0(3,743)	6.7
중고등학교	44.0	46.5	9.5	100.0(2,737)	6.8
전문대학 이상	45.1	50.0	5.0	100.0(734)	6.7
현취업상태					
취업중	42.3	48.9	8.8	100.0(3,566)	6.8
미취업	46.3	43.3	10.4	100.0(6,978)	6.7
연가구조득					
제1오분위	48.2	42.6	9.2	100.0(2,113)	6.6
제2오분위	44.2	45.0	10.8	100.0(2,120)	6.8
제3오분위	43.9	46.4	9.8	100.0(2,101)	6.8
제4오분위	45.1	44.5	10.4	100.0(2,115)	6.8
제5오분위	43.3	47.7	9.0	100.0(2,095)	6.8
기능상태					
제한 없음	45.5	45.8	8.7	100.0(9,073)	6.7
제한 있음	41.2	41.7	17.1	100.0(1,471)	7.0
2008년도	45.7	40.5	13.8	100.0(10,798)	-

1) 본인응답자 10,544명을 대상으로 함. 무응답 없음. / 2) 정상수면은 6~8시간을 의미하며, 비정상 수면은 기타 수면 시간을 의미함.

자료 : 보건복지부a(2012)

〈부록 2〉 대전광역시 노인실태조사표

구	동	조사ID	자료입력ID

대전광역시 노인실태 조사

안녕하십니까?

대전복지재단에서는 노인복지정책 수립에 필요한 기초 자료 수집을 위하여 「2014년도 대전광역시 노인실태조사」를 실시하게 되었습니다. 본 조사는 노인복지정책을 수립하는데 필요한 노인의 생활실태 및 변화를 파악하는 것을 목적으로 하고 있습니다.

본 조사의 응답내용은 통계법 제33조 및 제34조에 의거 통계목적에만 사용되고 그 비밀은 반드시 보장됩니다. 귀하의 소중한 응답은 대전광역시와 5개 자치구의 노인복지정책이 올바르게 수립될 수 있는 귀중한 기초자료로 이용되오니 시간을 내어 협조해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

〈 문의 및 연락처 〉 대전복지재단 정책연구팀 331-8933, 8910

■ 연구수행기관 :  대전복지재단

■ 연구지원기관 :  대전광역시

■ 연구진 : 책임연구원 - 김기수(대전복지재단)

공동연구원 - 오인근(침례신학대학교 사회복지학과 교수), 주은주, 김현진(대전복지재단)

연구보조원 - 전수빈, 조정하(대전복지재단)

조 사 일	2014년 월 일 시	조사원 성명	(인)
가구 주소	구 동 거주년 개월	가구 전화번호	
응답자	☐ 본인응답 ☐ 대리응답(☐ 배우자 ☐ 자녀 ☐ 친인척 ☐ 기타())		
지도원 확인	☐ 완료 ☐ 미완	지도원 성명	(인)

1. 성 별	① 남자 ② 여자	
2. 연 령	만()세	
3. 최종학력	① 무학 ② 초등학교 ③ 중학교 ④ 고등학교 ⑤ 전문대학 ⑥ 대학교 이상	
4. 결혼상태	① 기혼(유배우자) ② 사별 ③ 이혼/별거 ④ 미혼 ⑤ 기타()	
5. 종 교	① 기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 종교 없음 ⑤ 기타()	
6. 등록장애여부	① 있음 ② 없음	
7. 국가보호여부	① 국민기초생활보장수급자 ② 국민기초생활보장수급자는 아니지만 의료급여대상자 ③ 그 외	
8. 주택종류	① 단독주택 ② 아파트 ③ 연립주택, 다세대주택, 다가구주택 ④ 상가주택 ⑤ 오피스텔 ⑥ 기타()	
9. 주택 소유상태	① 자가(본인, 배우자) ② 자녀의 소유 ③ 전세 ④ 보증부 월세(사글세) ⑤ 월세(사글세) ⑥ 무상 ⑦ 기타()	

A. 가족 및 친구관계

A1 귀하는 몇 명의 자녀를 두셨습니까? (*손자녀는 포함하지 않음)

A1_1	생존자녀 수	명	A1_2	동거 자녀 수	명
			A1_3	따로 사는 자녀 수	명

A1_4 (따로 사는 자녀가 있는 경우만) 귀하는 지난 1년간 따로 사는 자녀와 어느 정도 연락하며 만나고 있습니까?

A1_41 연락 횟수		① 거의 매일	② 주 2~3회	③ 주 1회	④ 2주 1회
A1_42 만나는 횟수		⑤ 월 1회	⑥ 3개월에 1회	⑦ 6개월에 1회	⑧ 년 1회
		⑨ 왕래(연락)하지 않음			

A1_5 (생존자녀가 있으신 분만 응답) 지난 1년간 귀하는 자녀와 다음과 같은 도움을 주고받은 경험이 있습니까?

		① 있음	② 없음			① 있음	② 없음
		받음	줌(제공)			받음	줌(제공)
1	손자녀 돌보기			2	생활비 지원		
3	가사지원			4	용돈		
5	개인 또는 집안문제 의논			6	병간호		
7	말벗 또는 이야기 상대						

A2 귀하의 현재 가구형태는 어떻습니까?

- ① 혼자서 사는 가구 ⇨ 혼자 사신 지는 몇 년 되었습니까?
 ② 부부만 사는 가구 ⇨ 부부끼리만 사신 지는 몇 년 되었습니까?
 ③ 자녀와 동거하는 가구 ⇨ 본인을 포함한 총 가구원 수는 몇 명입니까?
 ④ 기타 ⇨ 누구와 동거하시며, 본인을 포함한 총 가구원 수는 몇 명입니까? (동거인:)

년	월
년	월
명	
명	

A2_1 (A2번에서 ①, ②, ④에 응답한 경우) 귀하가 자녀와 동거하지 않는 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 내가 독립생활이 가능할 만큼 경제능력이 있어서 ② 내가 독립생활이 가능할 만큼 건강하므로
 ③ 개인생활 또는 부부생활을 누리기 위해서 ④ 살고 있는 거주지에서 떠나기 싫어서
 ⑤ 자녀에 대한 가사지원 및 손자녀 양육 부담으로 ⑥ 자녀의 결혼으로 인하여
 ⑦ 자녀가 따로 살기를 위해서 ⑧ 자녀가 직장(학업) 관계로 타 지역에 있어서
 ⑨ 자녀의 경제적 형편이 되지 않아서 ⑩ 모두 딸이기 때문에
 ⑪ 자녀가 없어서 ⑫ 기타()

A2_2 (A2번에서 ③에 응답한 경우) 귀하가 자녀와 함께 사는 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 자녀와 같이 사는 것이 당연하기 때문에 ② 혼자 또는 배우자와 사는 것만으로는 외로워서
 ③ 혼자 가사노동을 하기 힘들어서 ④ 본인(배우자)의 질병으로 인한 수발자가 필요해서
 ⑤ 자녀 가사지원 또는 손자녀 양육 때문에 ⑥ 내가 독립적으로 생활할 만큼 경제적 능력이 없어서
 ⑦ 자녀가 독립적으로 생활할만큼 경제적 능력이 없어서 ⑧ 미결혼자녀 ⑨ 기타()

A3 따로 사는 형제자매를 포함하여 귀하의 친인척, 친구, 이웃은 몇 명이고, 지난 1년간 어느 정도 연락하며 만나고 있습니까?

A3_1 형제자매 친인척	명	A3_11 연락 횟수		① 거의 매일	② 주 2-3회	③ 주 1회
		A3_12 만나는 횟수		④ 2주 1회	⑤ 월 1회	⑥ 3개월에 1회
A3_2 친구이웃	명	A3_21 연락 횟수		⑦ 6개월에 1회	⑧ 년 1회	⑨ 옹골(연락)하지 않음
		A3_22 만나는 횟수				

A4 귀하는 노후에 적어도 한명의 자녀와 함께 살아야 한다고 생각하십니까?
① 예 ② 아니오 (☞B11번으로)

A4_1 자녀 중 누가 부모와 살아야 한다고 생각하십니까?

- ① 장남 ② 차남 중 아무나 ③ 장녀 ④ 차녀 중 아무나
⑤ 아들, 딸 상관없이 형편이 되는 자녀 ⑥ 아들, 딸 상관없이 마음이 맞는 자녀

B. 건강 및 보건의료

B-1. 건강 상태

B11 귀하의 평소 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?

- ① 건강이 매우 나쁘다 ② 건강이 나쁜 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 건강한 편이다 ⑤ 매우 건강하다

B12 귀하는 3개월 이상 앓고 있는 만성질환이 있습니까?

- ① 있음 ② 없음 (☞B13번으로)

B12_1 귀하의 만성질환은 무엇입니까? 해당되는 것에 모두 표시해 주십시오.

	예	아니오		예	아니오
1 관절염(류마티즘, 골다공증)	①	②	2 심장질환(협심증, 심근경색)	①	②
3 고혈압	①	②	4 신장질환(만성신부전, 요산증)	①	②
5 당뇨병	①	②	6 암	①	②
7 뇌졸중(중풍, 뇌혈관질환(차대))	①	②	8 디스크	①	②
9 간질환(간염, 간경변)	①	②	10 백내장, 녹내장	①	②
11 위장질환(위염)	①	②	12 천식	①	②
13 고지혈증	①	②	14 기타()	①	②

B12_2 귀하는 만성질환으로 인해 가장 힘든 점이 무엇입니까?

- ① 일상생활 수행 제한 ② 간호와 수발을 받지못함 ③ 경제적 어려움
④ 외로움, 소외감 ⑤ 사회활동 제한 ⑥ 응급상황 발생에 대한 두려움
⑦ 질병으로 인한 통증 ⑧ 기타()

B22 귀하는 건강을 위해 다음 중 어떤 내용을 실천하고 있습니까?

		실천 여부		
1	평소 식사를 규칙적으로 잘 한다	① 그렇다	② 아니다	
2	건강에 좋은 음식을 골라서 먹는 편이다	① 그렇다	② 아니다	
3	영양제, 보약, 건강식품 등을 복용한다	① 그렇다	② 아니다	
4	잠을 충분히 잔다	① 그렇다	② 아니다	
5	규칙적인 운동을 한다	① 그렇다	② 아니다	
6	금연을 한다(담배 안 피움)	① 그렇다	② 아니다	
7	마음을 편히 가진다	① 그렇다	② 아니다	
8	건강 관련 교육에 참여한다	① 그렇다	② 아니다	
9	단주 경험이 있다	① 그렇다	② 아니다	

B23 귀하는 다음 중 어디에 해당되십니까?

- ① 지난 1년 동안 술을 마신 적이 있었다 ② 지난 1년 동안에는 술을 마신 적이 없지만 그 전에는 있었다
 ③ 지금까지 술을 마신 적이 없다 (⇒B25번으로)

B24 (B23번에서 ①, ②에 응답한 경우) 지난 1년 동안 귀하의 음주수준은 어떠했습니까?

1	지난 1년 동안 술을 얼마나 자주 마셨습니까?	① 전혀 마시지 않음 ③ 주 2-3회	① 월 1회 이하 ④ 주 4회 이상				
2	지난 1년 동안 술을 마시면 보통 한 번에 몇 잔 정도 마십니까? (소주, 양주 구분 없이 각각의 술잔으로 계산한다.)	⑥ 0-2잔 ③ 7-9잔	① 3-4잔 ④ 10잔 이상	② 5-6잔			
		전혀 없음	월1회 미만	매달	매주	거의 매일	
3	지난 1년 동안 한 번에 소주 1병 혹은 맥주 4병 이상을 마시는 경우가 얼마나 자주 있습니까?	⑥	①	②	③	④	
4	지난 1년 동안 일단 술을 마시게 되면 도중에 멈출 수 없다고 느낀 경우가 얼마나 자주 있었습니까?	⑥	①	②	③	④	
5	지난 1년 동안 음주 때문에 해야 할 일을 하지 못한 경우가 얼마나 자주 있었습니까?	⑥	①	②	③	④	
6	지난 1년 동안 과음 후 아침에 정신을 차리기 위해 해장술이 필요했던 경우가 얼마나 자주 있었습니까?	⑥	①	②	③	④	
7	지난 1년 동안 음주 후 좌책감이 들거나 후회를 한 경우가 얼마나 자주 있었습니까?	⑥	①	②	③	④	
8	지난 1년 동안 술 때문에 전날 밤 일이 기억나지 않았던 경우가 얼마나 자주 있었습니까?	⑥	①	②	③	④	
9	음주로 인해 자신이나 다른 사람이 다친 적이 있었습니까?	⑤ 없었음 ① 예전에는 있었지만 지난 1년 동안은 없었음 ② 지난 1년 동안에도 있었음					
10	음주에 대해 가족이나 친구, 혹은 의사 등이 걱정하거나 끊으라고 권유한 적이 있습니까?	⑤ 없었음 ① 예전에는 있었지만 지난 1년 동안은 없었음 ② 지난 1년 동안에도 있었음					

B25 귀하께서는 최근 2년간 건강검진을 받으신 적이 있습니까?

- ① 예 (☞ B26번으로) ② 아니오

B25_1 귀하께서 건강검진을 받지 않으신 주된 이유를 하나만 체크해 주십시오.

- ① 건강검진을 받아야 할 필요성을 못 느껴서 ② 건강검진에 대한 정보를 몰라서
 ③ 거동이 불편해서 ④ 시간이 없어서
 ⑤ 돈이 없어서 ⑥ 건강검진 결과가 두려워서
 ⑦ 건강검진 결과를 믿을 수 없어서 ⑧ 과거에 건강검진을 받았는데 별 이상이 없어서
 ⑨ 교통이 불편해서 ⑩ 기타()

B26 지난 한 달 동안 귀하의 수면에 대한 질문입니다.

		전혀 없음	주 1회 미만	주 1-2회	주 3회 이상	
1	잠자리에 든 지 30분 이내에 잠들지 못한 적이 있었습니까?	①	②	③	④	
2	자다가 한밤중이나 이른 새벽에 깬 적이 있었습니까?	①	②	③	④	
3	자다가 화장실에 가기 위해 깬 적이 있었습니까?	①	②	③	④	
4	잠을 자기 위해 처방을 받거나 약국에서 구입한 약을 먹은 적이 있었습니까?	①	②	③	④	
5	평소와 같이 생활을 하는데 어려움이 있었습니까? ① 전혀 없었다 ② 아주 사소한 어려움 ③ 어느 정도의 어려움 ④ 매우 큰 어려움					
6	전반적인 수면의 질은 어떻다고 평가하십니까? ① 매우 좋았다 ② 좋은 편이다 ③ 나쁜 편이다 ④ 매우 나빴다					

B-3. 신체 기능 및 일상생활수행능력

B31 귀하는 아래 제시된 보조기를 사용하고 계십니까? 또한 보조기 착용 후 상태는 어떠하십니까?

	보조기 사용 여부			상 태 (보조기 착용 후 상태)				
	사용함	사용안함		매우 나쁨	나쁜 편	좋은 편	매우 좋음	
1	시력(안경, 렌즈, 돋보기 등)	① ②		① ② ③ ④				
2	청력(보청기 등)	① ②		① ② ③ ④				
3	씹기(틀니 등)	① ②		① ② ③ ④				

B32 귀하는 경제적인 이유로 보조기 구입 및 교환을 하지 못하고 있습니까?

- ① 그렇다 ② 아니다 ③ 해당사항 없음(보조기 필요 없음)

B33 귀하의 일상생활 동작능력은 어느 정도입니까?

자립정도 : ① 도움 없이는 전혀 할 수 없다 ② 부분적인 도움이 필요하다 ③ 도움 없이 혼자 할 수 있다					
1	목욕하기		2	옷 갈아입기	
3	식사하기		4	자리에서 일어났다가 눕기	
5	걷기		6	화장실에 가서 용변 보기	
7	일상생활 용품이나 약 사러 가기		8	전화 걸기	
9	버스나 전철 혼자 타기		10	가벼운 집안 일(청소, 쓰레기 버리기)하기	

B34 귀하께서는 일상생활을 수행하는데 가족 또는 가족 이외의 사람으로부터 도움을 받고 계십니까?

- ① 예 ② 아니오 (⇒B35번으로)

B34_1 누구로부터 도움을 받고 계십니까?

- ① 가족원(동거, 비동거)으로부터 도움을 받음
 ② 외부서비스(장기요양보험서비스, 기타 간병서비스 등)로부터 도움을 받음
 ③ 가족원과 외부서비스를 같이 이용하고 있음

B34_2 도움의 정도는 얼마나 충분하다고 생각하십니까?

- ① 매우 부족하다 ② 부족한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 충분한 편이다 ⑤ 매우 충분하다

B35 귀하께서는 혹시라도 병이 깊어져 혼자서 생활하기 어렵게 된다면 어떻게 하실 생각이십니까?

- ① 어떻게든 혼자서 살 것이다
 ② 자녀나 배우자의 도움을 받으며 집에서 살 것이다
 ③ 요양보호사나 자원봉사자 등의 도움을 받으며 집에서 살 것이다
 ④ 낮에만 이용하는 센터나 시설을 이용하면서 집에서 살 것이다
 ⑤ 노인요양시설에 들어가 살 것이다
 ⑥ 노인전문병원에 입원해서 살 것이다
 ⑦ 기타()

B-4. 정신건강

B41 귀하를 심리적·정신적으로 힘들게 하는 일은 무엇입니까? 가장 고통스럽게 하는 일의 순으로 번호를 기입해 주십시오.

- ① 가정문제 ② 경제문제 ③ 연애·결혼문제 ④ 사별문제
 ⑤ 육체적 질병 ⑥ 학대 또는 폭력 ⑦ 대인관계 형성의 어려움
 ⑧ 고독 및 외로움 ⑨ 기타()

1순위
 2순위

B42 (B41번의 문제로 인하여) 우울, 대인기피증, 자살충동 및 자살생각 등을 경험한 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오 (⇒C11번으로)

우울
 대인기피
 자살

B43 경험한 적이 있다면, 평소 알고 지내는 누군가에게 이야기했거나 도움을 요청해 본 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오 (⇒B45번으로)

우울
 대인기피
 자살

B43_1 이야기했거나 도움을 요청했다면 누구입니까? 가장 요청을 많이 했던 사람을 2명 이내로 기입해 주십시오.

- ① 가족 및 친척(관계 : _____) ② 친구 및 지인
 ③ 기관종사자(기관명: _____ / 직업: _____)
 ④ 개인이 다니는 병원의 의사(예: 동네 내과의원의 의사 등)
 ⑤ 기타(_____)

우	울
대인	가족
자	실

B44

전문적인 상담 및 치료 등 정신건강 서비스를 이용해 본 적이 있거나 현재 이용하고 있습니까?

- ① 예 ② 아니오 (☞B47번으로)

B44_1 이용했거나 이용하고 있는 기관은? 가장 많이 이용하는 기관을 2개 이내로 기입해 주십시오.

- ① 복합 및 노인복합기관명: _____ ② 정신건강증진센터
 ③ 알코올상담센터 ④ 노인의 전화
 ⑤ 상담전문 전화(112, 119, 1577-0199 등) ⑥ 정신과 전문 병의원
 ⑦ 기타(_____)

B44_2 이용했거나 이용하고 있는 서비스는? 가장 많이 이용하는 서비스를 2개 이내로 기입해 주십시오.

- ① 상담 ② 약물치료 ③ 집단 프로그램
 ④ 1:1 멘토링 서비스 ⑤ 기타(_____)

B44_3 기관 및 이용서비스를 알게 된 경로는? 가장 많이 이용된 경로를 2개 이내로 기입해 주십시오.

- ① 의료보건복지 종사자 소개(기관명: _____ / 직업: _____)
 ② 인터넷 검색 ③ 가족 및 친척을 통해(관계 : _____)
 ④ 친구 및 지인을 통해 ⑤ 광고(텔레비전, 신문, 책자 등)
 ⑥ 기타(_____)

B44_4 제공 받았던 서비스가 도움이 되셨습니까?

- ① 전혀 도움이 되지 않음 ② 별로 도움이 되지 않음 ③ 약간 도움이 됨 ④ 매우 도움이 됨

←☞ B44_41번으로 →

←☞ B44_42번으로 →

B44_41 도움이 되지 않았다면, 어떤 점이 불만족스러웠습니까? 2개 이내로 기입해 주십시오. (☞응답 후, B47번으로)

- ① 기관 및 치료진의 권위적인 태도
 ② 부담스러운 치료비 및 이용료
 ③ 정신건강서비스가 심리적 및 정서적 고통 감소에 별로 도움이 되지 않음
 ④ 정신건강서비스가 다른 프로그램과 차별화 되지 않고 전문성이 없음
 ⑤ 서비스 이용 후 오히려 정신건강문제가 더 심각해짐
 ⑥ 기타(_____)

B44_42 도움이 되었다면, 어떤 점이 만족스러웠습니까? 가장 만족스러웠던 것을 2개 이내로 기입해 주십시오.

(☞응답 후, B47번으로)

- ① 심리적·정서적 고통이 줄어들고 안정됨 ② 내 이야기를 편하게 할 수 있는 사람이 생김
 ③ 대인관계 및 활동량 증가 ④ 식사 및 수면상태가 개선됨
 ⑤ 기타(_____)

B45 이야기 한 적도 도움을 요청한 적도 없다면, 그 이유는 무엇입니까? 2개 이내로 기입해 주십시오.

- ① 주변 사람들에게 피해를 준다는 생각 때문에
- ② 이야기할 사람도, 도움을 요청할 사람도 없어서
- ③ 스스로 해결해야 될 일이라는 생각 때문에
- ④ 말하는 것 자체가 수치스럽고 창피해서
- ⑤ 별로 도움이 될 것 같지 않아서
- ⑥ 기타()

B46 이야기 한 적도 도움을 요청한 적도 없다면, 어떻게 대처하였습니까? 2개 이내로 기입해 주십시오.

- ① 스스로 정신건강전문가 및 전문기관에 방문
- ② 혼자 감당하려고 노력
- ③ 약국에서 수면제 및 신경안정제 등 고통을 완화할 수 있는 약을 구입하려고 시도했거나 구입함
- ④ 자살계획을 세웠거나 자살시도를 함
- ⑤ 기타()

최근 1년간 어르신의 생각을 가장 잘 표현하는 것에 응답하여 주십시오.

B47 최근에 죽고 싶다는 생각을 한 적이 있습니까?

- ① 전혀 없다 ② 한두 번 있다 ③ 가끔 있다 ④ 자주 있다

--

B48 자살하고 싶다는 생각을 해 본적이 있습니까?

- ① 전혀 없다 (⇨B49번으로) ② 한두 번 있다 ③ 가끔 있다 ④ 자주 있다

--

B48_1 자살하고 싶은 생각이 있었다면 가장 큰 이유는 무엇입니까?

B49 누군가에게 자살하고 싶다는 말을 해본 적이 있습니까?

- ① 전혀 없다 (⇨B50번으로) ② 한두 번 있다 ③ 가끔 있다 ④ 자주 있다

--

B49_1 말을 해본 적이 있다면 누구에게 이야기했습니까?

- ① 가족 및 친척(관계 : _____) ② 친구 및 지인
- ③ 기관종사자(기관명: _____/직업: _____) ④ 개인이 다니는 병원의 의사

--

B50 내 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각을 해본 적이 있습니까?

- ① 전혀 없다 ② 한두 번 있다 ③ 가끔 있다 ④ 자주 있다

--

B51 자살하려는 시도를 해 본적이 있습니까?

- ① 전혀 없다 (⇨B52번으로) ② 한두 번 있다 ③ 가끔 있다 ④ 자주 있다

--

B51_1 어떤 방법을 통해 시도하였습니까?

B52 살고 싶은 소망이 있었던 적이 있었습니까? □

① 전혀 없다 (☞C11번으로) ② 한두 번 있다 ③ 가끔 있다 ④ 자주 있다

B52_1 살고 싶었던 소망은 무엇입니까? _____

C. 경제상태 및 경제활동

C-1. 경제상태

C11 귀하 가구의 생활수준은 어떠하다고 생각하십니까? □

① 매우 낮다 ② 낮은 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 높은 편이다 ⑤ 매우 높다

C12 귀하 가구의 한 달 평균 수입은 얼마나 됩니까?

① 월 평균 약(_____)만원 ② 잘 모르겠음

가구	월	만원
개인	월	만원

(모든 가구원의 수입으로 이거나 임대료 수입 등 모든 수입원으로부터 들어오는 액수를 포함한 한 달 평균 액수)

C13 가구 유지를 위해 최소한도로 필요한 소득액(수입)은 얼마라고 생각하십니까?

가구	월	만원
개인	월	만원

C14 귀하 가구는 현재 생활비를 어떻게 마련하고 계신지 모두 체크해 주십시오.

	해당 여부		해당 여부
1 근로소득	① 예 ② 아니오	2 사업소득(임대소득 등)	① 예 ② 아니오
3 재산소득	① 예 ② 아니오	4 사적이전소득(자녀용돈 등)	① 예 ② 아니오
5 공적이전소득(국민연금 등)	① 예 ② 아니오	6 기타()	① 예 ② 아니오

C14_1 귀하 가구의 생활비 마련 방법 중 가장 비중이 큰 항목은 무엇입니까?

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

C15 귀하 가구의 작년 한해(2013년) 한 달 평균 소비 지출액을 말씀해 주십시오.

① 월 평균 약(_____)만원 ② 잘 모르겠음

가구	월	만원
개인	월	만원

C16 귀하 가구의 생활비 중 가장 부담이 되는 것은 무엇입니까?

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 식비(주식비와 부식비), 외식비
- ② 보건의료비(병원 및 약국 등에 지출한 진찰비 및 의료비 등 포함, 건강보험료 제외)
- ③ 주거광열비(월세, 주택설비 수선비, 주택관리비, 화재보험료, 수도료, 전기료, 냉난방비, 취사연료비 등)
- ④ 피복신발비(의류, 신발 등의 구입, 수선, 세탁, 대여료 등)
- ⑤ 교통통신비(버스, 택시 등 교통수단 이용료, 자동차 수리비 등, 전화, 인터넷, 휴대폰 사용료 등)
- ⑥ 가구집기 가사용품비(가구, 가정용 기기, 식기, 주방용품, 가사, 서비스료 등)
- ⑦ 교육비(학교 등록금, 학원비 등)
- ⑧ 교양오락비(공연, 경기 등 관람, 운동 강습료, 여행비 등)
- ⑨ 기타소비지출(경조사비 등)

C17 귀하나 배우자께서는 부채를 지고 계십니까? ① 있음 ② 없음 (☞C21번으로)

C17_1 (부채를 지고 계시다면) 부채액이 얼마나 됩니까?

총 부채 금액

십억

일억

천

백

십

일

만원

C-2. 경제활동

C21 귀하는 현재 소득이 있는 일을 하고 계십니까?
① 하고 있다 ② 하고 있지 않다 (☞C21_7번으로)

C21_1 귀하의 직업은 무엇입니까?

- ① 고위임직원 및 관리자 ② 전문가 ③ 기술공 및 준전문가
④ 사무종사자 ⑤ 서비스종사자 ⑥ 판매종사자
⑦ 농업, 임업 및 어업 숙련종사자 ⑧ 기능원 및 관련 기능종사자 ⑨ 장치, 기계조작 및 조립종사자
⑩ 단순노무종사자 ⑪ 군인 ⑫ 기타()

C21_2 귀하의 고용형태는 무엇입니까?

- ① 상용직 ② 임시직 ③ 일용직
④ 고용주 ⑤ 자영업자 ⑥ 유급가족종사자

C21_3 귀하께서 현재 직업에서 일한 기간은 어느 정도 입니까?

년

개월

C21_4 귀하께서 일을 하는 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 생활비를 벌기 위해 ② 용돈이 필요해서 ③ 건강유지를 위해
④ 사회참여 및 관계형성을 위해 ⑤ 시간을 보내기 위해 ⑥ 자기발전을 위해
⑦ 여가활동을 위해 ⑧ 일을 통한 즐거움 ⑨ 기타()

C21_5 귀하는 현재 하시는 일에 어느 정도 만족하십니까?

- ① 전혀 만족하지 않음 ② 만족하지 않는 편 ③ 그저 그렇다 ④ 대체로 만족 ⑤ 매우 만족

C21_6 귀하는 현재 하시는 일을 앞으로도 계속 하실 의향이 있으십니까? (☞응답 후, C22번으로)

- ① 계속 일할 생각임 ② 다른 일로 바꾸고 싶음 ③ 일을 완전히 그만두고 싶음

C21_7 귀하가 현재 일을 하지 않는 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 경제적 여유로 일할 필요가 없어서 ② 더 이상 일하지 않고 개인적인 활동을 하기 위해(취미생활 등)
③ 건강이 좋지 않아서 ④ 집안일(가족수발 등) 때문에
⑤ 자녀들이 반대해서 ⑥ 나이가 많아 받아주는 일자리가 없어서
⑦ 내가 원하는 임금(보수)을 주는 일자리가 없어서 ⑧ 일자리에서 원하는 기술이나 능력이 없어서
⑨ 어디서 일자리를 구해야 하는지 몰라서 ⑩ 기타()

C21_8	귀하는 향후 일을 하고 싶으십니까? ① 예 ② 아니오 (☞C22번으로)	☐
C21_9	귀하께서 향후 일을 하시고자 하는 이유는 무엇입니까? ① 생활비를 벌기 위해 ② 용돈이 필요해서 ③ 건강유지를 위해 ④ 사회참여 및 관계형성을 위해 ⑤ 시간을 보내기 위해 ⑥ 자기발전을 위해 ⑦ 여가활용을 위해 ⑧ 일을 통한 즐거움 ⑨ 기타()	☐
C21_10	귀하께서 희망하는 근로형태는 무엇입니까? ① 전일제 ② 시간제	☐
C21_11	일자리를 구할 때 가장 우선시하는 조건은 무엇입니까? ① 과거취업경험 연관성 ② 급여수준 ③ 근로시간 및 일수 ④ 일의 난이도(근로강도) ⑤ 출퇴근 거리, 비용 등 접근성 ⑥ 계속 근로 가능성 ⑦ 관리감독이 없어야 함 ⑧ 사회적 지위, 명예 ⑨ 동료관계 ⑩ 사회기여 ⑪ 기타()	☐

C22	(구직경험자만 응답) 지난 1년간 주로 어떤 경로로 일자리를 구하려고 하셨습니까? ① 노인종합복지관, 사회복지관 의뢰 ② 동사무소, 구청 등 지방자치단체 의뢰 ③ 대한노인회 노인취업지원센터 의뢰 ④ 한국노인인력개발원 노인일자리사업 의뢰 ⑤ 시니어클럽 의뢰 ⑥ 노동부 고령자지원센터, 고령자안전은행, 중견전문인력고용지원센터 의뢰 ⑦ 사설 직업 안내소 의뢰 ⑧ 개인적 인맥을 통해서 ⑨ 신문, 잡지, 컴퓨터 인터넷 등 검색 ⑩ 기타()	☐
-----	---	--------------------------

C-3. 노인일자리사업

C31	귀하께서는 노인일자리사업에 대해 알고 계십니까? ① 알고 있다 ② 모른다 (☞C34번으로)	☐
C32	귀하께서는 노인일자리사업에 참여하신 경험이 있으십니까? ① 현재 참여하고 있다 ② 참여한 적이 있다 ③ 신청했으나 참여 기회가 없었다 (☞C34번으로) ④ 신청한 적이 없다 (☞C33번으로)	☐

C32_1	귀하께서 참여하신 노인일자리사업은 어떤 유형입니까? ① 공익형(초등학교 급식도우미, 도서관관리지원 등) ② 교육형(숲생태해설자, 예절/서예/한자강사 등) ③ 복지형(노인학대예방, 지역아동센터 연계사업 등) ④ 제조판매형(두부과자, 아파트택배, 세차 등) ⑤ 공동작업형(쇼파백 제작, 콩·고사리 재배 등) ⑥ 인력파견형(시험감독관, 주유원, 가사도우미, 경비 등) ⑦ 시니어인턴십(상점판매원, 대형마트 물류관리 등) ⑧ 고령자친화기업(식품제조, 인력파견회사 등) ⑨ 시니어직능클럽(건강보험심사평가원, 대한직공사 등)	☐
-------	--	--------------------------

C32_2 귀하께서는 처음에 노인일자리사업을 어떻게 알게 되셨습니까?

- ① 이용하고 있던 기관(경로당, 복지관 등) ② 가족, 이웃, 친척, 친구 등 지인 ③ 지역 내 통장, 반장
④ 담당 공무원 ⑤ 관공서 게시판, 리플렛 ⑥ TV, 라디오, 인터넷, 신문 등
⑦ 기타()

C32_3 귀하께서 노인일자리사업에 참여하는 과정에서 느끼는 가장 큰 어려움은 무엇입니까?

- ① 교통문제(이동문제) ② 동료와의 관계
③ 수혜자(수요처)와의 관계 ④ 소속기관과의 관계
⑤ 기술력, 전문성(수행능력) 부족 ⑥ 주변의 이목
⑦ 높은 노동강도 또는 일의 어려움 ⑧ 일의 내용이 흥미 없음
⑨ 기타()

C32_4 귀하는 지금 하고 있는 일자리와 관련해서 개선하였으면 하는 가장 중요한 내용은 무엇입니까?

- ① 참여자의 적성을 충분히 고려한 일자리 배치 ② 물가수준을 고려한 급여수준 상향 조정
③ 급여수준은 유지하되 참여근로시간 확대 ④ 취업관련 정보 및 교육 서비스 개선
⑤ 일자리 참여 종료 후 일반 취업연계 ⑥ 일자리 참여 종료 후 자원봉사 및 사회참여 연계서비스
⑦ 수요처 및 서비스 이용자 발굴 ⑧ 기타()

C32_5 귀하께서는 참여하신 노인일자리사업에 대해 얼마나 만족하십니까? (응답 후, C34번으로)

- ① 전혀 만족하지 않는다 ② 만족하지 않는 편이다 ③ 그저 그렇다
④ 만족하는 편이다 ⑤ 매우 만족한다

C33 귀하께서 노인일자리사업에 참여하지 못하신 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 선정조건에 부합하지 않아서 ② 참여할 필요성을 느끼지 못해서 ③ 참여방법을 몰라서
④ 건강이 좋지 않아서 ⑤ 거리가 너무 멀어서 ⑥ 원하는 일자리가 없어서
⑦ 보수가 너무 적어서 ⑧ 가족들이 원하지 않아서 ⑨ 시간이 없어서
⑩ 기타()

C34 귀하께서는 앞으로(계속) 노인일자리사업에 참여하실 의향이 있으십니까?

- ① 예 ② 아니오 (C34번으로)

C35 귀하께서 향후 희망하시는 노인일자리사업은 어떤 유형입니까?

- ① 공익형(초등학교 급식도우미, 도서관관리지원 등) ② 교육형(숯생태해설자, 예절/서예/한자강사 등)
③ 복지형(노인학대예방, 지역아동센터 연계사업 등) ④ 제조판매형(두부과자, 아파트택배, 세차 등)
⑤ 공동작업형(쇼파백 제작, 콩·고사리 재배 등) ⑥ 인력파견형(시험감독관, 주유원, 기사도우미, 경비 등)
⑦ 시니어인턴십(상점판매원, 대형마트 물류관리 등) ⑧ 고령자친화기업(식품제조, 인력파견회사 등)
⑨ 시니어직능클럽(건강보험심사평가원, 대한저적공사 등)

D. 여가 및 사회생활

D-1. 여가활동

- 귀하께서 참여하는 모임 및 단체 활동은 무엇이며, 어느 정도 참여하십니까?

			참여여부		참여정도					
					주3회 이상	주 1~2회	월 1~2회	분기별 1~2회	연 1~2회	
1	친목단체 또는 사교단체(계모임, 동창회, 중친회 등)	①	②		①	②	③	④	⑤	
2	종교단체(교회, 성당, 절 등)	①	②		①	②	③	④	⑤	
3	문화활동단체(합창단, 연극, 영화 등)	①	②		①	②	③	④	⑤	
4	운동단체(산악회, 조기축구회 등)	①	②		①	②	③	④	⑤	
5	시민사회단체(노인회 등), 정치단체(정당활동 등)	①	②		①	②	③	④	⑤	
6	봉사단체(자원봉사활동 등)	①	②		①	②	③	④	⑤	
7	학습단체(노인대학, 노인교실, 평생교육 등)	①	②		①	②	③	④	⑤	

--	--

- [illegible]

-

- ① 여가시간이 부족해서 ② 여가비용이 부담 되어서 ③ 여가정보가 부족해서
④ 여가시설이 부족해서 ⑤ 여가프로그램이 부족해서 ⑥ 여가문화활동이 익숙하지 않아서
⑦ 건강이 나빠 활동을 할 수 없어서 ⑧ 가족의 이해가 부족해서 ⑨ 기타()

		보유여부			활용정도			
		있음	없음		거의 사용안함	보통	많이 사용	
1	휴대폰	①	②		①	②	③	
2	컴퓨터	①	②		①	②	③	
3	인터넷	①	②		①	②	③	

D-2. 자원봉사

D21 귀하의 자원봉사활동 경험은 어떠합니까?

		자원봉사경험			현재 자원봉사활동 여부		
		있음	없음		하고 있음	하고 있지 않음	
D21_1	만 65세 이전	①	②		D21_3	①	②
D21_2	만 65세 이후	①	②				
					⇐D21_31번으로 ⇐D22번으로		

D21_31 지난 1년 동안 자원봉사활동을 얼마나 자주 하셨습니까?

① 주 4회 이상 ② 주 2~3회 ③ 주 1회 ④ 2주 1회 ⑤ 월 1회 ⑥ 월 1회 미만

D21_32 귀하께서 자원봉사활동을 하는 주된 이유는 무엇입니까?

① 나 자신의 성취와 만족감, 즐거움을 위해 ② 자신이 사회로부터 받은 것을 돌려주기 위해
 ③ 새로운 기술을 배우기 위하여 ④ 새로운 사람을 만나기 위해
 ⑤ 시간을 보내기 위하여 ⑥ 기타()

D21_33 귀하께서는 자원봉사활동에 만족하십니까?

① 매우 불만족한다 ② 불만족한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 만족하는 편이다 ⑤ 매우 만족한다

D21_34 (D21_33번 문항의 ①~③번에 응답한 경우) 귀하께서 자원봉사활동에 만족하지 못하는 이유는 무엇입니까?

① 돈이 들어서 ② 건강에 부담이 되어서 ③ 활동내용이 맘에 들지 않아서
 ④ 대인관계 문제 때문에 ⑤ 기관이 맘에 안 들어서 ⑥ 의의(보람)가 없어서
 ⑦ 시간이 많이 걸려서 ⑧ 기타()

D22 귀하께서는 앞으로(계속) 자원봉사활동을 하실 생각이 있습니까?

① 있다 ② 없다

D23 귀하는 노인의 자원봉사활동의 활성화를 위해 무엇이 가장 필요하다고 생각하십니까?

① 자원봉사활동에 대한 홍보 ② 자원봉사를 할 수 있는 장소 등에 관한 정보 제공
 ③ 다양한 노인 자원봉사활동 프로그램 개발 ④ 노인 자원봉사자 지원 확대
 ⑤ 노인의 능력에 맞는 봉사활동 연계 ⑥ 기타()

D24 귀하는 지난 1년간 기부에 참여하신 적이 있습니까?

① 정기적으로 참여했다 ② 비정기적으로 참여했다 ③ 참여한 적이 없다

D25 귀하는 앞으로(계속) 기부에 참여할 의향이 있습니까?

① 있다 ② 없다

D26 귀하는 자선의 상속이나 증여에 대해 어떠한 생각을 갖고 계십니까?

① 모두 자녀에게 상속하겠다 ② 일부는 자녀에게, 일부는 사회에 기부하겠다
 ③ 모두 사회에 기부하겠다 ④ 상속하지 않고 생전에 모두 써버릴 것이다
 ⑤ 기타()

E. 노인복지서비스 및 노후생활

E1 귀하의 노인복지서비스 인지도, 이용경험은 어떠하십니까?

노인 복지 관련 시설 및 사업(제도)				인지도				이용경험			
※ 해당되는 번호에 ○ 표시를 하고 번호를 기록함				① 잘 모르겠다 ① 조금 안다 ② 잘 안다				① 이용한 적 없다 ② 이용한 적 있다			
1	여가 영역	노인대학/노인학교/노인교실		0	1	2		1	2		
2		노인복지관		0	1	2		1	2		
3		경로당(노인정)		0	1	2		1	2		
4		노인자원봉사활동지원		0	1	2		1	2		
5	소득 및 취업영역	기초노령연금		0	1	2		1	2		
6		노인일자리 관련사업(취업지원센터, 시니어클럽 등)		0	1	2		1	2		
7	요양 및 보호 시설, 기타 건강 관련 영역	노인전문병원		0	1	2		1	2		
8		노인요양시설/양로원		0	1	2		1	2		
9		단기보호시설/주간보호시설		0	1	2		1	2		
10		치매상담센터		0	1	2		1	2		
11		경로 식당/무료 급식		0	1	2		1	2		
12		식사 및 반찬 배달		0	1	2		1	2		
13		가사지원서비스		0	1	2		1	2		
14		보건소 방문 간호서비스		0	1	2		1	2		
15		노인돌봄기본 종합서비스		0	1	2		1	2		
16		노인장기요양보험서비스		0	1	2		1	2		
17	기타()			0	1	2		1	2		

E2 귀하께서는 대전의 노인복지정책 및 서비스에 대해 어느 정도 만족하십니까?
 ① 매우 불만족한다 ② 불만족한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 만족하는 편이다

① 매우 불만족한다 ② 불만족한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 만족하는 편이다 ⑤ 매우 만족한다

E3 다음과 같은 노인복지서비스 중 가장 중요하다고 생각되는 내용은 무엇입니까?

1순위	

2순위

- ① 노후소득보장 ② 노후자기요양 등 수발서비스
- ③ 노후여가생활 지원(경로당, 취미활동 등) ④ 노인전문병원 등 의료서비스 지원
- ⑤ 노후경제활동 기회 제공 ⑥ 노후주거지원(실버주택, 주택개조지원 등)
- ⑦ 노인의 자원봉사 기회 제공 ⑧ 다양한 연령층과 어울릴 수 있는 기회 제공
- ⑨ 기타()

E4	<u>지난 1년 동안</u> 귀하는 노인이라는 이유로 차별을 받은 일이 있습니까? ① 전혀 없다 ② 거의 없다 ③ 가끔 있다
----	---

① 전혀 없다 ② 거의 없다 ③ 가끔 있다 ④ 자주 있다

5

- 귀하께서는 다음에 대해 전반적으로 얼마나 만족하십니까?

		매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족	
1	가족관계의 만족도	①	②	③	④	⑤	
2	친척, 친구, 이웃관계의 만족도	①	②	③	④	⑤	
3	건강상태의 만족도	①	②	③	④	⑤	
4	경제상태의 만족도	①	②	③	④	⑤	
5	주거상태의 만족도	①	②	③	④	⑤	
6	여가활동 및 사회활동의 만족도	①	②	③	④	⑤	
7	전반적 삶의 만족도	①	②	③	④	⑤	

F. 인지능력 검사

F1

지금부터 귀하의 기억력과 집중력을 알아보기 위해 몇 가지 질문을 드리겠습니다. 질문 중 몇 가지는 쉽지만 몇 가지는 어려울 수 있습니다.

	오답	정답	
(1) 올해는 몇 년도 입니까?	0	1	
(2) 지금은 무슨 계절 입니까?	0	1	
(3) 오늘은 며칠 입니까?	0	1	
(4) 오늘은 무슨 요일입니까?	0	1	
(5) 지금은 몇 월 입니까?	0	1	
(6) 우리가 있는 이곳은 무슨 광역시 입니까?	0	1	
(7) 여기는 무슨 구 입니까?	0	1	
(8) 여기는 무슨 동 입니까?	0	1	
(9) 우리는 지금 이 건물의 몇 층에 있습니까?	0	1	
(10) 이 장소의 이름이 무엇입니까?	0	1	
(11) 제가 세 가지 물건의 이름을 말씀 드리겠습니다. 끝까지 다 들으신 다음에 세 가지 물건의 이름을 모두 말씀해 보십시오. 그리고 몇 분 후에는 그 세 가지 물건의 이름들을 다시 물어볼 것이니 들으신 물건의 이름을 잘 기억하고 계십시오. 나무 자동차 모자 이제 귀하께서 방금 들으신 3가지 물건 이름을 모두 말씀해보세요.			
나무	0	1	
자동차	0	1	
모자	0	1	
(12) 100에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1	
거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1	
거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1	
거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1	
거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1	
(13) 조금 전에 제가 기억하라고 말씀드렸던 세 가지 물건의 이름이 무엇인지 말씀하여 주십시오.			
나무	0	1	
자동차	0	1	
모자	0	1	
(14) (실제 시계를 보여주며) 이것을 무엇이라고 합니까?	0	1	
(실제 연필을 보여주며) 이것을 무엇이라고 합니까?	0	1	
(15) 제가 하는 말을 끝까지 듣고 따르세요. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 듣고 따르십시오. 간장공장공공장			
	0	1	
(16) <별지> 지금부터 제가 말씀드리는 대로 해 보십시오. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 들으시고 그대로 해 보십시오. 제가 종이 한 장을 드릴 것입니다. 그러면 그 종이를 오른손으로 받아, 반으로 접은 다음, 무릎 위에 올려놓으십시오.			
오른손으로 받는다.	0	1	
반으로 접는다.	0	1	
무릎 위에 놓는다.	0	1	
(17) “티끌 모아 태산” 은 무슨 뜻입니까?	0	1	
(18) 웃은 왜 빨아서 입습니까?	0	1	
(19) (겹친 오각형 그림을 가리키며) 여기에 오각형이 겹쳐져 있는 그림이 있습니다. 이 그림을 아래 빈 곳에 그대로 그려보십시오.	0	1	

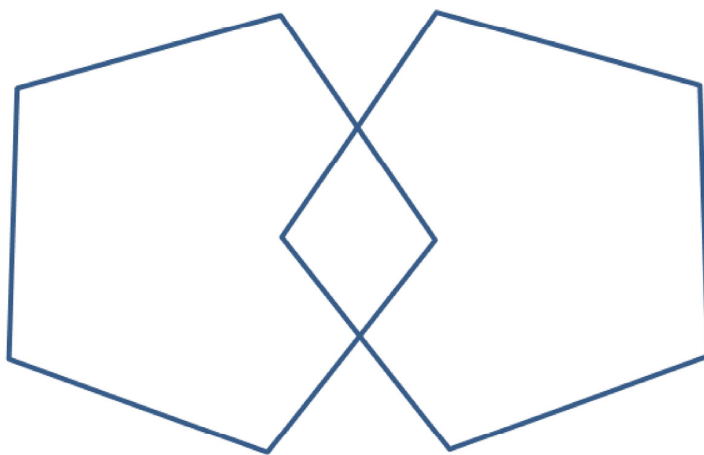
인지능력검사 동의서

_____ 은/는 대전광역시 노인실태조사의 인지능력 검사 결과를 받아보기 원합니다. 이에 따라 결과 통보를 위한 주소 및 전화번호 제공에 동의합니다.

주소: _____

전화번호: _____

2014년 월 일 이름(서명) _____



[대전복지재단 정책연구 2014-5]

대전광역시 노인 정신건강 연구

발 행 일 : 2014년 12월

발 행 인 : 이 정 순

발 행 처 : 대전복지재단

주 소 : 대전광역시 중구 보문로 246 대림빌딩 10층 (우: 301-722)

전 화 : 042-331-8933

팩 스 : 042-331-8924

홈페이지 : <http://www.dwf.kr>

ISBN 978-89-98568-17-7

이 책의 저작권은 재단법인 대전복지재단에 있습니다.
