



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

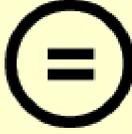
다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



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

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

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

[Disclaimer](#)

碩士學位論文

고령사회 노인 우울증과 자살과의
상관관계에 대한 연구

- 요양시설 입소노인을 중심으로 -

指導教授 徐 丙 鎭

東國大學校 佛教大學院

佛教社會福祉學科

박 회 목

2011

碩士學位論文

고령사회 노인 우울증과 자살과의
상관관계에 대한 연구

- 요양시설 입소노인을 중심으로 -

박 횡 목

指導教授 徐 丙 鎭

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

2011년 6월 일

박횡목의 석사학위 논문을 인준함

2011년 6월 일

위원장 _____인

위 원 _____인

위 원 _____인

東國大學校 佛教大學院

목 차

I. 서론	1
1. 연구의 목적	1
2. 연구의 방법 및 범위	4
II. 이론적 배경	6
1. 노년기와 노화	6
1) 노년기의 의미	6
2) 노화의 의미	7
2. 노인 우울증과 노인자살	8
1) 노인 우울증	8
2) 노인 자살	12
3. 불교 노인복지 실천이념	14
1) 불교에서의 노인관	14
2) 불교 노인복지 실천이념의 경전적 근거	15
4. 노인우울 유발요인에 관한 선행연구 분석 및 시사점	17
III. 노인복지정책의 현황과 문제점	26
1. 우리나라 노인복지 현황과 문제점	26
1) 우리나라 노인복지 현황	26
2) 우리나라 노인복지의 문제점	34
2. 불교 노인복지 현황과 문제점	40
1) 불교 노인복지 현황	40
2) 불교 노인복지 문제점	42

IV. 연구방법 및 분석	45
1. 연구방법	45
1) 조사대상 및 자료수집 방법	45
2) 조사도구	45
2. 연구결과 분석	48
1) 연구대상자의 일반적 특성	48
2) 결과	49
3) 결과 분석	52
V. 노인 우울과 자살생각 해소 방안	56
1. 노인 개인적 측면	56
1) 노년기에 대한 이해	56
2) 노인 우울증에 대한 정신적 치료	57
2. 불교적 측면	68
1) 불교 노인복지의 실천방안	68
2) 자원활용 및 전달체계	73
3. 노인 정책적 측면	76
1) 우리나라 노인자살예방대책	76
2) 노인복지의 전망	82
2) 노인복지의 발전과제	84
VI. 결론	87
참고 문헌	90
설문지	96
ABSTRACT	100

<표 목차>

<표-1> 노인자살 추이	13
<표-2> 노인의 성별(gender) 자살률	14
<표-3> 시설보호사업의 종류	29
<표-4> 불교계 사회복지시설 유형별 모집단 현황(2009)	41
<표-5> 연구 대상자의 일반적 특징	49
<표-6> 통계량의 빈도분석	50
<표-7> 선형회귀분석의 R제곱값	50
<표-8> 변수의 표준화된 회귀계수와 유의미성	51
<표-9> 우울평균의 표준화된 회귀계수와 유의미성	51
<표-10> 불교사회복지의 실천형태	73
<표-11> 생애주기별 서비스 범주별 자살예방전략	77
<표-12> 노인자살예방정책 수립방안으로서의 최소기준:기능부문 ...	78
<표-13> 노인자살예방정책 수립방안으로서의 최소기준:조직부문 ...	80

I. 서론

1. 연구의 목적

2010년 전체 인구 중 65세 이상 인구가 차지하는 비중은 11.0%이며, 한국의 고령화는 매우 빠른 속도로 진전되고 있어 2018년에는 노인인구 비율이 14.3%로 고령사회에 진입할 예정이다. 65세 이상 노인이 가구주인 ‘노인 가구’의 비중은 2010년 17.4%에서 2030년에는 10가구 중 3가구 수준으로 증가할 것으로 전망하고, 2010년 노년부양비는 15.0%으로 생산가능인구(15~64세) 6.6명이 노인 1명을 부양하는 수준이나, 저출산이 지속될 경우 2020년에는 생산가능인구 5명이 1명을, 2040년에는 2명이 1명을 부양해야 할 것으로 예측된다. 이에 따라 국민연금, 노인의료비 등의 사회적 지출도 증가하는데, 2009년 65세 이상 인구 중 국민연금 등의 공적연금을 받는 수급자는 27.6%로 2005년 16.1%에 비해 11.5% 상승하였으며, 2009년 건강보험에서 65세 이상 노인에게 지급된 의료비는 12조391억 원으로 전체 의료비의 30.5%를 차지하는 등 빠른 속도로 증가하고 있다.¹⁾

1) 통계청. 2010 고령자 통계. 2010.9.

노인인구의 증가, 즉 고령화가 문제가 되는 것은 세계 최단기의 고령화 진행속도가 아니라 그로 인한 파장이다. 생산인구의 감소로 인한 성장 약화라는 경제적인 측면, 노인부양비용 증가로 인한 사회복지비용 증가의 사회적 측면, 노인부양 외에 자신의 노후대비를 해야 하는 이중부담의 개인적 측면 등이다.²⁾ 이러한 노인문제가 사회문제화 되고 있어 그에 대한 대책이 절실히 필요한 실정이다.

노인문제 가운데 최근 노인성 우울증 환자의 증가와 노년층 자살률이 심각한 실정이다. 국민건강보험공단 자료에 따르면 65세 이상 노인 우울증 환자가 2004년 8만9천 명에서 2009년 14만8천 명으로 5년간 1.7배 늘었는데 남성이 4만4천 명, 여성이 10만4천 명으로 남성보다 여성이 2배 가량 많은 것으로 집계됐다.

또한 인구 10만 명당 자살자는 20대 이상이 약 17명인 데 반해 60대 이상은 약 54명으로 가장 높은 것으로 나타났으며, 노인 자살의 가장 큰 원인을 전문가들은 노년기 우울증으로 꼽는다. 국민건강보험공단 일산병원 정신과 이병욱 교수는 “노인성 우울증의 원인은 사회적 요인과 관련이 많다. 신체적 질병과 기능 상실, 사별과 같은 생활속 사건, 사회적 지지체계의 부재, 재정적 어려움 등과 관련 있다”고 말했다.³⁾ 즉 노년기 우울증은 몸이 쇠약해지면서 병으로 인한 고통, 배우자 죽음으로 인한 고독감과 외로움, 심리적 불안감, 사회적 능력 감소로 인한 소외감 등이 원인이 되는 것이다.

일반적으로 변경 가능한 자살의 위험요인 중에 우울증(憂鬱症)이 자살에 가장 크게 기여하는 변인으로 보고 있으며, 노인자살에서도

2) 서병진, 초고령사회를 대비한 불교 터미널케어 활성화 방안 연구, 2010, p.319.

3) 2011년 4월 29일, 헬스조선.

마찬가지라고 알려져 있다(Raue, et al., 2001; Lange, 2003; Lebret et al., 2006). 개인 내적 요인 중에 우울증(憂鬱症) 이외에 노인자살의 위험요인으로 연구되고 있는 변인들은 많지 않지만, 또 다른 자살확률이 높은 예측요인으로는 무망감(hopelessness)이 있다. 무망감은 우울증(憂鬱症)과 자살생각의 관계를 매개하고 자살행동과 밀접한 상관을 가진 요인으로 알려져 있다(O'Connor et al., 2000; Beck et al., 1993).

선행 연구처럼 노인대상으로도 우울증(憂鬱症)으로 인한 노인자살의 확률(確率)이 높은 예측요인으로 작용할 수 있는지를 파악해 볼 필요가 있다. 이는 단일 요인으로 노인자살을 예측할 때 나타나는 부정확성을 낮출 수 있으며, 자살시도자나 고 위험 노인들을 위한 실천적 개입에서도 중요한 사정요인이 될 수 있을 것이다. 이러한 현실을 감안해 노인(老人) 우울증(憂鬱症)에 대한 인식의 범위를 넓히기 위해 노인(老人) 우울증(憂鬱症)의 개념(概念), 원인(原因), 증상, 치료, 자기진단, 사례, 해결방안을 살펴볼 필요가 있는데, 이는 노인자살의 근본원인(原因)을 파악하는 아주 중요한 매개체 역할을 할 수 있기 때문이다.

따라서 본 연구는 현재 노인요양시설에 입소한 65세 이상의 노인들을 대상으로 우울증(憂鬱症)과 자살의 상관관계를 분석하고, 연구 결과를 토대로 인구의 고령화와 더불어 급증하는 노인 자살을 개인적 차원에서 사회적 범위로 확대하여 제도적·종교적 - 불교 - 차원에서 예방 내지 원조할 수 있는 방안에 대해 검토해 보고자 하였다.

2. 연구의 방법 및 범위

노인자살과 상관이 높은 자살생각과 우울(憂鬱) 및 무망감이 사회경제적, 인구(人口)통계학적 요인들과는 어떤 관계에 있는지를 파악하여 고위험자를 예측하는 데 기여하고자 한다. 이러한 자살관련 요인들에 사회적인 차원의 사회적 지지와 개인 내적 차원의 자아통제감이 어떤 작용을 하는지를 살펴보고자 한다.

지금까지 국내 연구에서 노인의 우울(憂鬱)과 자살생각의 관계에 관한 연구는 미미하게 있었으나(김형수, 2002; 박봉길·전석균, 2006), 우울증(憂鬱症)과 노인자살의 관계를 검토하는 연구는 제시되고 있지 않다. 또한 사회적 지지와 노인 자살생각의 관계에 관한 연구들은 소수 있지만(박순천, 2005; 이민숙, 2005), 노인자살에서 사회적 지지의 구체적 작용기전을 확인하기 위하여 우울증(憂鬱症)의 조절효과를 파악한 연구는 아직까지 없다. 노인 자살관련변인에서 자아(自我) 통제감의 강조는 자살을 개인의 책임으로 간주한다는 비판을 받을 수도 있지만, 사회적 지지와의 동시 비교는 정책적(政策的)·실천적 우선순위와 자살예방 전략수립에 기여하게 될 것이다.

따라서 본 연구의 목적은 노인자살관련 변인인 자살(自殺)생각, 우울증(憂鬱症)의 일반적 특성과 관계를 파악하고 보호요인으로 가정된 사회적(社會的) 지지와 자아통제감이 어떤 효과를 보이는지를 파악하는 것이다.

이를 위한 연구문제는 다음과 같다.

첫째, 인구사회학적 배경에 따라 노인 자살관련요인들(자살생각, 우울증)은 차이가 있는가?

둘째, 우울증(憂鬱症)이 자살생각에 미치는 효과가 사회적(社會的)

지지와 자아통제감에 따라 다를 것인가?

셋째, 우울증(憂鬱症), 사회적(社會的) 지지, 자아통제감은 인구사회학적 변수(變數)들을 통제한 상황에서도 자살생각에 독립적인 영향력을 미치는가?

II. 이론적 배경

1. 노년기와 노화

1) 노년기의 의미

노년기(old age)는 인간의 발달단계 중 마지막 단계로서 연령으로 명시하면 60, 65세 이후의 연령이라 볼 수 있다. 이는 다시 아직 건강하고 자주적인 활동이 가능한 노년기 전기(60~75세)와 신체적으로 더욱 약화되어 일상생활에서 타인에게 의존적이 되기 쉬운 노년기 후기(75세 이후)로 구분한다.⁴⁾

즉 노년기 전기는 장년기 동안에 차지했던 사회적으로 중요한 역할과 지위로부터 물러나는 사회적 역할의 축소와 그에 따른 자부심의 저하를 경험하는 시기라고 볼 수 있다. 현대사회는 젊음에 가치를 부여하기 때문에 노인들은 이러한 현상을 고통스러운 상실로 받아들이게 된다. 또한 신체적 능력의 점진적 쇠퇴도 사회적 역할의 축소에 좌절감과 사기 저하를 촉진하는 요소로 작용해 결국 노인 스스로 쓸모없고 무능한 자로 받아들여 노년기의 적응과 사회적 관계, 역할 수

4) 이인정 외, 인간행동과 사회환경, 1995, p.119.

행을 어렵게 만든다.

노년기 후기는 노화에 따른 신체적 약화에 적응하는 것이 가장 중요하다. 기능 손상과 만성 질환에 대한 위협이 급격히 증가하기 때문에 노인과 그 가족에게 장기적인 의료비, 간병 등의 부담이 커지기 때문에 이에 대한 정책적 지원이 요구된다.

2)노화의 의미

노화는 “시간이 흐름에 따라 유기체의 세포, 조직, 기관조직 또는 유기체 전체에 일어나는 점진적인 변화”(Beaver)라고 일반적으로 정의할 수 있다. 즉 인간이 출생하여 죽음에 이르는 과정의 전반적인 변화를 말한다. 노화는 인간의 정상적인 성장과 발달과정 전체의 한 부분이며 적어도 세 가지 면, 즉 생물학적 노화, 심리적 노화, 사회적 노화의 과정을 포함하는 넓은 의미로 이해된다(Birren, 1959).

노화는 인간에게 유해한 과정이고 노화가 진행될수록 죽음에 이를 가능성이 높아진다. 질병은 죽음과 밀접한 관련이 있기 때문에 노화의 결과를 질병과 죽음으로 간주하는 경향이 있다. 그러나 정상적인 노화는 그 자체만으로 질병을 유발시키지 않는다. 노화가 진행되면서 각종 질병의 발병가능성이 높아지는 것은 병리적 노화로서, 신체적 기능이 저하된 상태에서 특정 위험인자들이 개입되면 정상적 노화가 병리적 노화과정으로 변환되어 질병이 발병할 가능성이 높아진다.⁵⁾

생물학적 노화는 신체의 기관과 체계의 구조 및 기능이 시간의 경과에 따라 변화하는 것을 의미하며, 심리적 노화는 축적된 경험에 의한 행동, 감각, 지각기능, 자아에 대한 인식 등이 시간의 변화에 따라 변화하는 것을 말하며, 사회적 노화는 생활주기를 통하여 일어나는

5) 서병진, New Guide 노인복지론, 2008, p.22.

규범, 기대, 사회적 지위 및 역할의 변화 등을 의미한다.⁶⁾

이러한 세 가지 측면의 노화는 개인에 따라서 뿐만 아니라 개인 내에 있어서도 각각 다르게 일어나므로 개인 간 또는 개인 내에서의 차이가 있게 된다.

2. 노인 우울증과 노인 자살

1) 노인 우울증

(1) 노인성 우울증

우울증 또는 우울병이란 ‘우울한 기분에 빠져 의욕을 상실한 채 무능감·고립감·죄책감·자살충동 등에 사로잡히는 일종의 정신질환을 말하며, 울증 또는 울병이라고도 한다.⁷⁾

우울증은 다수의 연구에서 정신건강을 평가하는 기준 중 가장 유용한 지표로 제시되고 있다(Newman, Struyk, 1990). 세계보건기구와 하버드대 연구에 의하면 2020년에 전 세계적으로 우울증이 사망 원인 중 2위로 전망되며, 한국보건사회연구원(1997)의 연구결과에서는 정신건강상태를 측정할 수 있는 대표적인 지표라고 입증하였다.⁸⁾

노인층 우울증의 단서로는 지속적인 불안 혹은 공허감, 수면장애, 식욕과 체중 감소, 흥미로운 활동에 대한 관심의 상실, 초조함과 짜증남, 만성적인 아픔과 소화장애 등과 같은 육체적 증상의 지속, 집중과

6) 서병진, 전계서 pp.27-34.

7) 네이버 백과사전 검색.

8) 임금선, 노인의 우울과 자살생각에 대한 노인생명존중프로그램의 중재 효과, 박사학위논문, 대구한의대학교 대학원, 2010, p.20.

기억력 및 결정의 어려움, 피곤함, 죄책감, 절망감 혹은 무가치감, 죽음 혹은 자살에 관한 생각 등이 있다. 언제든지 상실을 경험하게 되면 우울해지는 경향이 있다. 건강, 체면, 원하는 것을 가질 수 없다는 것을 알게 되는 것, 소중한 무엇이나 대상을 잃은 것 등의 상실의 경험은 통제할 수 있는 힘을 상실하게 되고, 통제권을 상실할 때 견기 더 어려운 것이 되고 우울증으로 이어질 수 있다. 노인의 우울증은 무기력감(helplessness)과 절망감(hopelessness)을 특징으로 한다.⁹⁾

(2) 노인성 우울증의 실태

전체 우울장애의 유병률은 10.99%(여자 13.46%, 남자 7.59%)이었다. 주요 우울장애의 유병률은 7.50%(남자 4.42%, 여자 9.78%), 기분부전장애의 유병률은 2.02%(남자 1.37%, 여자 2.46%) 그리고 달리 특정되지 않는 우울장애의 유병률이 1.49%(남자 1.85%, 여자 1.28%)이었다. 남녀 모두에서 70대에 우울장애의 유병률이 가장 높았고 80대가 되면 유병률이 오히려 낮아졌다. 뇌졸중을 앓고 있거나 앓은 적이 있는 노인의 우울장애의 유병률이 26.0%(남자 23.8%, 여자 28.6%)로 통계적으로 유의하게 높았고($p=0.0004$), 문맹자의 우울장애의 유병률이 12.7%(남자 10.4%, 여자 13.6%)로 통계적으로 유의하게 높았고($p=0.0004$), 사회적 지지정도가 낮은 노인의 우울장애의 유병률도 22.8%(남자 24.4%, 여자 22.1%)로 통계적으로 유의하게 높았다($p=0.01$). 가난한 노인의 우울장애의 유병률이 18.5%(남자 16.4%, 여자 19.6%)로 통계적으로 유의하게 높았다($p=0.001$).¹⁰⁾

9) Osgood, Suicide In Later Life, New York, 1992.

10) 대한임상노인의학회. 임상노인의학. 2004

(3) 노인성(老人星) 우울증(憂鬱症)의 진단

노인에서의 주요 우울장애의 진단은 ICD-10이나 DSM-IV의 우울장애 진단기준을 따른다. ICD-10에서의 우울증 삽화가 단독으로 발병하였느냐 아니면 반복적으로 발병하였느냐에 따라 우울증 삽화(depressive episode)와 반복성 우울장애(recurrent depressive disorder)로 구분하였다. ICD-10에서 우울증 삽화의 진단기준에는 단일 삽화로서 최소한 2주 이상이라는 시간 기준이 있다. 이 우울증 삽화에는 우울 반응의 단발성 삽화(single episode of depressive reaction), 정신병적 증상이 없는 주요 우울증(major depression without psychotic feature), 심인성 혹은 반응성 우울증(psychogenic or reactive depression) 등이 포함된다.¹¹⁾

우울 삽화의 진단기준에는 ①우울한 기분, ②흥미나 즐거움의 상실, ③피로감의 증대와 활동성 저하를 초래하는 기력 저하의 3가지 ‘전형적인 증상’과 ①집중력과 주의력 감소, ②자존심과 자신감의 감소, ③죄의식과 쓸모없다는 느낌, ④미래를 황량하고 비관적으로 바라봄, ⑤자해나 자살 행위 혹은 생각, ⑥수면장애, ⑦식욕 감퇴 등의 7가지 ‘기타 증상’이 있다.

우울증 삽화는 우울 증상의 심각도에 따라 경도, 중등도, 중증으로 구분하였다. 경도 우울증 삽화는 전형적인 증상 3가지 중 최소한 2가지와 7가지 기타 증상들 중 최소한 2가지가 더 있어야 하며, 일상적인 업무나 사회생활을 계속해 나가는데 어려움이 있지만 완전히 와해되어서는 안 된다. 중등도 우울증 삽화는 전형적인 증상 3가지 중 최소한 2가지와 7가지 기타 증상들 중 최소한 3가지가 더 있어야 하며, 일상적인 업무나 사회생활을 계속해 나가는데 상당히 어려움이 있는

11) 김도관. 건강매거진 2000년 4월호. 2000

경우이다. 중증 우울증 삽화는 신체적 증후군이 항상 있다는 전제하에, 전형적인 증상 3가지 모두 있어야 하고 7가지 기타 증상들 중 최소한 4가지가 더 있어야 하며, 일상적인 업무나 사회생활을 계속해 나가기 곤란하다. 단 우울기간이 최소 2주이어야 하지만, 특히 중증이고 갑작스러운 발병일 때는 2주 이하의 기간이라도 진단 가능하다.

반복성 우울장애는 경도, 중등도 및 중증의 우울증 삽화에 명시돼 바와 같은 우울증 삽화가 반복되는 것을 특징으로 한다. 최소한 두 번의 삽화가 적어도 2주간 지속되어야 하며, 삽화 사이에 뚜렷한 기분 장애 없이 최소한 여러 달의 간격이 있어야 한다. 그러나 조증 기준을 충족시키는 독립된 삽화가 있다면 양극성 정동장애로 진단해야 한다. 반복성 우울장애는 우울 반응, 심인성 우울증, 반응성 우울증, 계절성 정동장애의 반복성 삽화와 내인성 우울증, 주요우울증, 조울정신병, 심인성 또는 반응성 우울 정신병, 정신병적 우울증, 활력 우울증의 반복성 삽화를 포함한다. 반복성 우울장애는 경도, 중등도 및 중증으로 분류되며, 각각은 현재의 우울증 삽화가 경도, 중등도 및 중증 중 어디에 속하느냐에 달려 있다. 반복성 우울장애, 현재 관해 상태는 과거에 반복성 우울장애의 기준을 충족시켰으나, 현재는 우울증삽화의 기준을 만족시키지 못하는 경우이다.

DSM-IV에서의 반복성 주요 우울장애는 심한 정도, 정신병적 양상의 유무, 관해 정도, 만성 여부, 긴장증 양상 유무, 멜랑콜리아 양상 유무, 비전형적 양상의 유무, 산후 발병 여부, 장기 경과에 따른 완전 회복 유무, 계절성 여부에 따라 세분된다. 또한 독립된 삽화들이라고 간주하려면 ICD-10에서는 뚜렷한 기분장애 없이 최소 여러 달의 관해 기간을 가진 경우라고 한 반면, DSM-IV에서는 주요 우울증 삽화의 진단 기준에 충족되지 않는 기간이 적어도 2개월간 지속되어야 한

다고 명시하고 있다는 점에서 다르다.

DSM-IV에 수록된 주요 우울장애, 기분저하 장애, 비정형 우울증 등의 달리 분류되지 않는 우울장애들은 노인에게도 해당이 된다. 그 밖에 애도, 우울기분을 수반한 적응장애, 기질성 기부장애 등에서도 우울 증상이 나타난다.

2)노인(老人) 자살(自殺)

현대사회는 개인의 삶과 개인의 욕구충족문제가 크게 대두됨에 따라 스스로의 삶과 영위가 최우선과제로 떠오르고 있다. 물질만능, 황금만능주의로 말미암아 출산율 저하현상을 낳게 되고, 과학과 인구의 발달은 인간의 수명을 연장시키며 노인의 비율이 늘어나 고령화 사회가 되어 가고 있다. 저출산과 노인인구의 증가는 사회적 불균형을 초래하며 노인자살 또한 해마다 급증하는 전망이라 대책마련이 시급한 실정이 되었다. 인생의 갖가지 질고를 경험한 노년기에 왜? 어떠한 욕구 부족으로 자살이라는 극단적 방법을 택하는 것일까? 그 아픔의 동기와 해결책을 찾아보고자 한다.

(1)노인자살의 현황

노인들이 스스로 자신의 목숨을 끊고 있다. 1999년 이후 지난 4년 7개월간 노인 자살자수는 12,557명에 달한다. 전체 자살자수 중, 노인이 차지하는 비율은 1999년 19.43%, 2000년 19.75%, 2001년 24.59%, 2002년 24.47%, 2003년 7월 현재 28.94%로 노인자살자가 차지하는 비중이 늘어나고 있고 1999년과 2003년 7월을 비교했을 때 무려 9.51%나 증가하였다.¹²⁾

12) 통계청, 사망원인통계, 2010

또한, 노인자살률(10만 명당 노인자살자 수)은 전체인구 자살률보다 2배 이상 높았다. <표-1 노인자살 추이를 보면, 2009년 인구 10만 명당 전체인구 자살률이 31.0명인데 반해 노인 자살률은 78.8명으로 2배 이상 높은 것으로 나타났다. 노인들은 경제적 불안정, 조기퇴직, 건강 악화, 가족부양체계의 약화, 정서적 고립이라는 상황 속에서 자신의 목숨을 끊는 극단적인 상황에까지 내몰리고 있는 것이다.

<표-1> 노인자살 추이

(단위: 명, %, 10만 명당)

구분	총 계	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
전체 자살자수		12,011	10,653	12,174	12,858	15,413
노인 자살자수		3,394	3,197	3,541	3,561	4,071
전체인구 자살률	-	24.7	21.8	24.8	26.0	31.0
노인 자살률	-	80.3	72.0	75.2	71.7	78.8

(출처: 통계청, 사망원인통계, 2010)

* 이 자료에서 노인은 65세 이상 인구를 의미함.

◎전체인구자살률 : 전체인구 100,000명당 자살자 수 = 전체자살자수/5세 이상인구수*100,000

◎노인자살률 : 노인인구 100,000명당 자살자 수 = 노인자살자수/노인전체인구*100,000

또한 남성 노인은 여성노인보다 2배나 높은 자살위험에 노출되어 있는 것으로 나타났다. <표-2> 노인의 성별 자살률을 보면 지난 2005부터 2009년까지 5년간 스스로 목숨을 끊은 남성노인의 수는 11,017명을 차지한다. 즉, 매년 2,203명, 매일 6명씩 남성노인들이 스스로 목숨을 끊고 있는 것이다.

2005년 2,126명, 2006년 1,951명이던 남성노인 자살자 수는 2007년에는 2,205명, 2008년 2,231명, 2009년 2,504명으로 5년 사이에 남성노

인의 자살자 수가 378명이나 증가하였다.

이처럼 지속적인 높은 수치의 증가는 우리나라 남성 노인들이 처한 상황이 자살이라는 극단적인 선택을 할 수 밖에 없을 정도로 더욱 절박해가고 있음을 보여준다.

<표-2> 노인의 성별(gender) 자살률

(단위: 명)

구 분	연평균	총계	2005	2006년	2007년	2008년	2009년
노인 자살자수	3,552	17,764	3,394	3,197	3,541	3,561	4,071
남 성	2,203	11,017	2,126	1,951	2,205	2,231	2,504
여 성	1,349	6,747	1,268	1,246	1,336	1,330	1,567

(출처 : 통계청, 사망원인통계, 2010)

3. 불교 노인복지 실천이념

1) 불교에서의 노인관

불교에서는 노인을 생노병사의 한 과정에 있는 중생으로 보고, 노인에게 공경과 공양을 다해 보은을 할 것을 강조하였으며, 노인에게는 바르게 늙는 법과 밥그릇 숫자가 아닌 지혜의 나이를 생각하여 오욕의 향락을 추구하는 탐욕을 버리고 청정한 행을 실천할 것을 강조하였다.

이러한 부모에 대해서는 초기경전과 대승경전을 막론하고 효를

설명하고 있으며, 오늘날 자신의 생명을 있게 하여 주고 양육하여 준 부모의 은혜에 대한 감사와 보은의 실천적 행위가 효라고 가르치고 있다.¹³⁾

우리나라에서 가족부양의 기본이 되는 개념은 ‘효’인데, 자녀를 양육하고 가족과 사회를 위해 기여한 노인들의 여생을 책임지는 것은 자녀나 가족은 물론 국가·사회의 당연한 의무이다. 효는 부모를 위한 봉사와 공경의 의미로 효의 사회화를 통한 노인복지 정책의 제도적인 보장에 앞서 윤리적인 측면에서도 효사상의 재인식이 필요한 시점이라 하지 않을 수 없다.

그러나 현대사회에서는 과거 전통적 효의 개념에 입각한 가치관이 그대로 생활원리로 적용될 수는 없으며, 우리의 문화와 가치를 수용하고 현 시대에 맞는 효의 개념이 생활원리로 도입되어야 할 상황에 있다.¹⁴⁾ 따라서 현재 한국인들이 개념화하여 실천하고 있는 한국에서의 기본적 효의 개념을 살펴보면 부모를 존경하는 것, 부모를 위해서 육체적 및 재정적으로 희생하는 것, 부모에 대한 책임을 수행하는 것, 부모의 은혜에 보답하는 것, 부모를 중심으로 가족을 화합하는 것, 부모에게 동정심을 갖는 것, 노부모를 극진히 보호·부양하는 것, 부모를 위해서 어렵고도 비상한 일을 수행하는 것으로 이러한 이념의 구현을 통해 부모를 보호하고 부양하려는 것이다.¹⁵⁾

2) 불교 노인복지 실천이념의 경전적 근거

불교에서 인간관계의 윤리를 체계적으로 다루고 있는 불설선생자

13) 서병진, New Guide 불교사회복지론, 2010, p.283.

14) 김태현, 노년학, 1995.

15) 성규탁, 새 시대의 효, 1995.

경, 장아함경의 선생경, 중아함경의 선생경, 불설시가라월육방예경 등에 보면, 불타께서 장자의 아들인 선생에게 육방에 대한 예배의 뜻을 설한 것으로, 그 가운데 동방은 친자 즉 부모와 자식의 관계를 말한 것이다. 자식이 부모를 섬기고 부모가 자식을 기르는데 상호신뢰로써 자신의 역할을 자발적으로 행하도록 한 것으로 세속적인 도의생활, 사회적인 실천규범을 교시한 것이다.¹⁶⁾

부모는 자식을 가르치고 보살필 의무를 지니고 있을 뿐만 아니라 자식이 사회인으로서 올바르게 살아갈 수 있도록 하라고 가르치고 있다.¹⁷⁾ 그러나 불타께서 부모와 자식의 관계를 의무와 복종 관계로 파악한 것이 아니라, 서로간의 사랑과 믿음으로써 자발적으로 자신의 역할을 다하는 관계로 상호교호적인 관계로 보았음을 알 수 있다. 이외에도 가족 구성원들의 역할수행으로 원만한 가정을 이룰 수 있으며, 나아가서 평화로운 사회를 유지할 수 있음을 인간관계의 윤리를 통해 체계적으로 명시하고 있다.

사단법인 연꽃마을이 실시한 「효 인식 및 실천에 관한 조사분석」에 의하면¹⁸⁾ 효에 대한 지속적 교육이 필요하다는 응답이 94.7%였으며, 효는 부모와 자녀세대가 공동으로 노력으로 실천해 나가야 한다고 응답이 75.9%로 나타났다. 또한 효의 계승을 위한 핵심 주체는 가정(69.3%)이어야 한다고 하여 가정의 기능 및 역할이 매우 중요하게 나타났으며, 효 정신과 실천방법에 있어 전통적인 효에는 변화가 필요하다는 응답이 84.7%로 현대 사회에 맞는 효의 재조명이 절실히 요구되어지고 있다는 것을 알 수 있다.

16) 중앙승가대 사회복지연구소. 불교의 노인복지사상 일고찰. 1994.

17) 김월운. 장아함경 권11. 2006.

18) 사단법인 연꽃마을. 효 인식 및 실천에 관한 조사분석. 2003.

상기한 바와 같이 우리나라에서 가족부양의 기본적이고 전통적인 가치관인 효의 개념을 노인문제의 예방을 위한 정책에 반영하고, 불교는 현대사회에 적용할 수 있는 새로운 효의 개념을 재정립하여 그에 따른 활성화 방안을 적극 개발해야 할 것이다.

4. 노인우울 유발요인에 관한 선행연구 분석 및 시사점

노년기 우울에 관한 선행연구들을 종합해 보면, 노인의 우울에 미치는 요인은 인구사회학적 특성, 경제적 요인, 신체적 건강 요인, 여가 활동 요인, 사회적 지지요인으로 나뉜다.

이에 다음에서는 노년기 우울 유발요인에 관한 선행연구의 결과들을 각 요인별로 살펴보고자 한다.

첫째, 노인의 인구사회학적 특성이 우울에 미치는 영향을 살펴본 결과, 연령과 교육수준이 우울에 의미 있는 영향을 미치는 것으로 나타났다. 많은 연구에서 교육 수준이 낮은 집단일수록 우울이 높은 것으로 나타났다. 아울러 연령이 많을수록 더 우울한 것으로 나타나 연령이 증가할수록 우울수준이 높아짐을 알 수 있다.¹⁹⁾ 결혼 상태에 따라서는 사별한 경우나 배우자가 없는 노인이 더 우울한 것으로 나타나 사별과 같은 관계의 상실은 우울의 주요 유발요인임을 알 수 있으며 우울의 위험이 높았다. 특히, 혼자 살고 있는 독거노인의 우울이 다른 노인에 비해 심각하다고 보고하였다.(최영순, 2005)

19) 허준수·유수현. 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 2002

성별에 따라서는 여성 노인이 더 우울한 것으로 나타났으며, 여성 노인이 남성 노인에 비해 신체기능 관련 우울이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 여성 노인이 남성 노인에 비해 신체 증상이 많고 그로 인한 우울의 위험이 높음을 의미한다. 이렇듯 여성 노인의 우울이 높은 것은 가정에서의 역할, 신체적 질환의 경험, 결혼 문제와 관련된 불만족의 느낌과 여성 호르몬의 역할과 연관이 있다는 보고가 있다.

경제활동 참여 여부에 따라서는 직업이 없는 노인이 더 우울한 것으로 나타났으며, 이는 생활비를 본인이 해결하지 못하는 노인에게서 우울이 높다는 결과와 관련이 있다. 이러한 결과를 고려할 때, 노인의 일자리 창출은 복지요인만이 아닌 보건의 문제와도 밀접함을 보여주며, 자신의 능력으로 생활의 유지가 가능함은 스스로에게 자긍심을 갖게 해주고 그에 따라 우울에서도 자유로워짐을 알 수 있다.(최영순, 2005)

둘째, 경제적 요인이다. 빈곤 노인과 일반 노인들을 비교한 연구에 의하면 빈곤 노인이 일반 노인들에 비해 우울이 매우 심각할 만큼 노인의 우울에 경제적인 요소는 매우 중요하다. 경제적 수준이 낮은 노인들이 더 우울한 것으로 보고되어 노인의 경제적 요인은 우울에 강력한 영향을 주는 요인으로 확인되었다.

특히 주관적 경제수준과 월수입은 우울에 영향을 주는 주요 변수로 확인되었다. 주관적으로 경험하는 경제적인 어려움은 특히 우울에 많은 영향을 미친다고 볼 수 있으며, 국내 많은 연구에서도 경제적으로 어려움이 있다고 느낄수록 노인은 더 우울한 것으로 나타났다. 또한 자택에 사는 경우가 우울이 가장 낮았고 임대주택에 사는 경우에 우

울이 가장 높았다.²⁰⁾

셋째, 신체적 건강요인이 우울에 미치는 영향을 살펴보면, 노인이 현재 앓고 있는 만성질환이 많을수록 우울 증상이 높은 것으로 보고되고 있다. 실제로 우울증을 가진 노인 중 고혈압, 신경통, 당뇨병, 위 십이지장 궤양 등의 신체질환을 가진 사람이 많다고 보고하였으며, 김미혜 등(2000)의 연구에서도 노인의 만성질환의 수가 우울에 많은 영향을 주고 있는 것으로 나타났다. 또한 만성질환이 있는 노인들이 더 우울한 것으로 나타나, 만성질환이 빈곤 노인의 우울에 미치는 영향을 조사할 필요가 있다. 만성질환뿐 아니라 주관적 건강도 우울에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다.²¹⁾

노인 자신이 신체적 건강이 좋다고 인지할수록 타인을 돕거나 지지하는 정도가 높았으며, 이러한 노인의 경우 우울증이 적었다고 보고하였다. 또한 노인의 건강상태는 우울에 직접적인 영향을 주는 요인이며, 주관적 건강, 생활사건, 자존감, 의사소통 중에 주관적 건강과 자존감이 한국 노인의 우울증을 예측하는 유의한 변수로 나타났다.²²⁾

최영순(2005)의 연구에서도 노인이 지각하는 건강상태가 우울의 19.4%를 설명하는 가장 중요한 요인으로 확인되었으며, 주관적 건강이 우울의 19.4%를 설명하는 것으로 나타났다. 또한 신체적 건강상태가 좋지 못할수록 우울이 높은 것으로 나타났으며, 건강한 노인과 질병이 있는 노인 모두 자신이 느끼는 건강이 좋지 못하다고 느낄 때

20) 허준수·유수현, 전제서.

21) 김미혜 외, “제가노인의 우울증 예방을 위한 정신건강 생활실천 프로그램 개발 연구”. 2000.

22) 박봉길·전석균. “노인의 자살생각에 영향을 미치는 우울증을 매개로 한 관련 요인 연구”. 2006.

더 우울한 것으로 나타났다.²³⁾ 한국 노인의 우울 관련 변인에 대한 메타분석결과, 노인 스스로 평가하는 자신에 대한 건강은 노인의 우울에 중요한 영향을 미치는 요인으로 나타났다.²⁴⁾

저소득 노인은 노화에 따른 신체적인 의존에 대한 두려움을 죽지 못해 사는 것으로 표현하며 우울해하는 것으로 나타났다. 실제로 만성질환이 있는 노인들은 운동제한과 경증장애의 비율이 만성질환이 없는 노인에 비해 높은 양상을 보이는 것으로 나타난 것은 노인에게 기능장애가 흔히 나타날 수 있음을 보여주고 있는 것이다. 입원한 노인을 대상으로 조사한 결과 기본적인 일상생활의 독립성이 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다(이금재, 2003). 노인의 신체적 건강지표로 사용될 수 있는 일상생활 수행능력은 우울 정도와 관련이 많은 것으로 나타났는데, 일상생활 수행능력이 낮을수록 더 우울한 것으로 나타났다(이수애, 이경미, 2002).

신체적 건강상태, 정신적 건강상태, ADL, LADL 등이 우울에 영향을 미치는 정도를 조사한 결과 기능적 능력인 ADL이 우울에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타나 ADL이 건강지표로 노인의 우울 정도에 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 그러나 노인의 우울 정도와 일상생활 수행능력은 상관이 없었다는 보고도 있어 이에 대한 심층 연구가 더 필요할 것이다. 노인이 건강한 생활을 영위하고 사회적으로 잘 적응하기 위해서는 도구적 일상생활 수행능력은 기본이 된다는 것이며, 아울러 도구적 일상생활 수행능력이 높을수록 우울수준이 낮은 것으로 나타났다.

23) 김미혜 외, 상계서.

24) 김동배·손의성, 한국노인의 우울 관련변인에 관한 메타분석, 2005.

또한 입원한 노인을 대상으로 조사한 결과 도구적 일상생활의 독립성이 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났으며, 연령이 높을수록 도구적 일상생활 수행능력의 독립성이 감소하며, 영양상태가 좋지 않을수록, 인지기능이 낮을수록 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다(이금재, 2003).

넷째, 여가활동 요인이다. 우울과 여가활동에 관한 연구는 국내에서 그리 활발하게 이루어지지 못하고 있는 실정이며, 우울과 생활 만족도와 상당히 관련이 있음을 고려할 때 여가활동과 생활 만족도에 관한 연구도 문헌 고찰에 큰 의미가 있을 것으로 보인다.²⁵⁾

이인수(2001)는 노인의 여가활동은 인간으로서 평등하고 당당하며 가치 있는 삶과 성장을 추구할 권리와 노인의 우울을 해결하는 수단으로 의료보장의 한 영역이 될 수 있다고 제시하여 그 의미가 더욱 커질 것으로 보인다. 소득보장 제도나 사회보장 제도가 미흡한 우리나라의 경우는 경제적인 요인이 여가활동을 제한하는 가장 큰 요인으로 나타나 빈곤층 노인의 여가활동에 대한 관심이 필요하다.

김도환(2001)에 의하면 여가 활동 참여수준이 높은 노인집단이 여가활동이 낮은 노인 집단에 비해 우울 경향성이 낮고 생활 만족도가 높게 나타났다.²⁶⁾ 허준수와 유수현(2002)의 연구에서도 노인의 여가활동이 많을수록 우울이 낮은 것으로 나타났다. 여가활동의 긍정적인 영향은 노인의 삶의 만족도에 미치는 영향에서도 알 수 있는데, 건강상태, 총자산, 가족관계 만족도, 자존감, 내외통제성, 여가활동 참여도와 만족도가 노인의 생활만족에 영향을 주는 요인으로 확인되었으며

25) 허준수·유수현. 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 2002.

26) 김도환. 노인이 지각한 가족지지, 자아존중감 및 우울과의 관계연구. 2001

이 중에서도 여가활동 만족도와 여가활동 참여도는 노인의 건강상태와 함께 노인의 생활만족에 영향을 미치는 가장 영향력 있는 변수로 나타났다.

다른 연구에서도 노인의 여가활동 만족도는 삶의 만족도에 영향을 주는 것으로 나타나 노인의 여가활동 만족도는 노후의 안녕감을 보장할 수 있는 중요한 변인임을 알 수 있다. 여가활동에 대한 만족도는 여가 태도와 비슷한 개념으로 보았을 때, 소일 활동을 제외한 가정지향 활동, 자기개발 활동, 사교 및 종교 활동의 경우 긍정적인 여가태도를 가질수록 여가활동 참여를 많이 하는 것으로 나타나며, 여가에 대한 긍정적인 태도는 여가활동을 지속하게 만들며 결국 노인의 우울에 부정적인 영향을 미치는 것으로 보인다.²⁷⁾

노년기의 다양한 여가활동의 참여로 여가활동으로부터의 만족감을 느끼고, 이러한 만족감은 여가활동을 지속, 발전시킬 수 있으며, 계속적인 사회적 상호작용을 유도하여 노인의 우울을 감소시킬 수 있을 것으로 보인다.

다섯째, 사회적 지지요인으로 한국의 노인들은 배우자와 자녀로 구성되는 가족 중심적인 사회적 관계망을 갖고 있으나 가족 중심적 지원망과 외부에 광범위하게 친척이나 친구 등을 중심으로 하는 지원망이 형성되고 있다. 노인의 동거형태는 심리적 변수에 비해 우울과 낮은 상관성이 있었다.²⁸⁾

경로당과 보건소를 방문한 노인을 대상으로 한 연구 결과 우울증이 있는 경우가 확대가족은 57.1%, 핵가족이나 혼자 거주하는 노인에게는 26.5%로 통계적으로 차이가 나타났으며, 또 다른 연구에서는 확대

27) 허준수·유수현. 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 2002.

28) 김동배·손의성. 한국노인의 우울 관련변인에 관한 메타분석. 2005.

가족에 거주하는 노인이 핵가족에 거주하는 노인과 독거노인보다 우울증이 더 높은 것으로 보고됐다.

김병하와 남철현(1999)은 60세 이상의 유배우자 노인들은 가족으로부터 대우받지 못하고 있다고 느끼는 경우에 더 우울하게 느끼고 있다고 보고하였다. 실제로 가족지지가 낮을수록 노인은 더 우울한 것으로 나타났다.²⁹⁾

노인의 가족기능은 한국 노인의 우울에 영향을 주는 주요변수로 확인되었다. 우울증이 있는 노인들의 경우 자녀들과의 문제(걱정이나 갈등)를 갖고 있는 경우가 18.4%나 되었으며 이는 한국의 가족 중심적인 사회구조에서 서구 문명의 유입과 경제발전으로 개인 중심적인 사회구조로 급격하게 변화되는 세대 간의 갈등의 결과로 보는 견해도 있다.³⁰⁾

가족지지는 우울 외에도 노인의 삶의 질이나 외로움에도 영향을 주는 것으로 나타났는데, 가족지지가 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타나 가족지지가 노인의 삶의 질에 중요한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다(이금재, 2003).

노인들은 가족기능이 낮을수록 외로움을 더 많이 느끼고 있는 것으로 나타났으며, 가족관계에서 고립되는 경우보다는 배우자나 자녀와 관계를 맺는 쪽이 노인 삶의 만족에 긍정적 영향을 주었으며 자녀와의 유대관계가 좋을수록 생활 만족도가 높은 것으로 나타났다.

또한 노인의 주관적 안녕감에 영향을 미치는 주요 변수로 개인의 자존감은 다른 부정적 변수를 매개로 하여 안녕감에 영향을 주는 것으로 확인되어, 노인의 가족기능은 우울, 생활만족, 안녕감 등의 심리적인 측면에 많은 영향을 주고 있음을 알 수 있다(공수자 외, 2004).

29) 김도환. 노인이 지각한 가족지지, 자아존중감 및 우울과의 관계연구. 2001.

30) 김동배·손의성. 전계서.

사회적 지지는 건강뿐만 아니라 신체적 질병에 대응하고 있는 사람들에게 스트레스의 부정적인 영향을 완화시키는 가장 강력한 주요 요인으로 심리적 적응을 증가시키고 우울증으로의 전이를 방지하거나 우울의 정도를 낮추는 효과를 갖는다(김미혜 외, 2000; 이민숙, 2005).

노인의 사회적 지지는 성별, 나이, 교육수준, 결혼 여부, 동거형태, 주관적 경제상태, 경제적 만족도, 여가활동 참여, 사별 경험 등의 변수 중에 우울에 영향을 주는 가장 강력한 변수로 확인되었다.³¹⁾

또한 김동배와 손의성(2005) 메타 분석 결과에서도 노인의 사회적 지지는 우울 정도와 관련하여 중간 정도의 상관관계를 갖는 주요 변수로 확인되었다. 사회적 지지가 높을수록 노인의 우울은 낮았으며, 사회적 지지를 받는 수준이 높다고 보고한 사람들이 그렇지 않은 사람들보다 우울점수가 낮은 것으로 나타났다. 한편 다른 연구에서는 저소득 독거 여성노인은 삶이 한스럽고 힘이 드나 동향끼리 챙겨 주며 견뎌 내고 있는 것으로 나타났다.³²⁾

우울에 영향을 주는 사회적 요소로 지각된 사회적 지지, 사회적 연계망 및 사회적 접촉이 조사되었는데 사회적 지지 중에 공적 지지망의 크기는 우울에 유의한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났으나 사적 지지망의 크기는 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다. 노인의 사회적 지지망의 크기, 사회적 지지에 대한 만족감은 노인의 우울 정도와 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 사회적 지지에 대한 지지망의 크기보다는 노인의 만족정도가 노인의 외로움에 영향을 주

31) 이민숙. 노인의 우울과 자살에 대한 사회적 지지의 영향. 2005.

32) 김미혜 외, 재가노인의 우울증 예방을 위한 정신건강 생활실천 프로그램 개발 연구. 2000.

는 것으로 밝혀졌다. 사회적 지지와 노인의 자살 생각은 부적인 상관 관계를 나타냈고, 사회적 지지가 약하다고 느끼는 노인이 자살 생각을 하는 것으로 나타났다. 사회적 지지가 없다고 느끼는 노인이 심각한 우울에 빠지게 되는 것을 증명하였다.

우울은 자살 생각과 정적인 상관관계이고, 우울 정도가 심한 노인일수록 자살 생각을 많이 한다는 것으로 확인되었으며, 사회적 지지는 노인 자살에 대하여 우울을 매개로 간접적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

또한 저소득 노인을 대상으로 한 연구에 의하면 사회적 지지에서 정서적 지원보다는 도구적 지원이 부정적일수록 우울이 높아지는 것으로 나타났다. 그러나 저소득층 노인의 비공식적인 사회적 지지망의 크기는 일반 노인에 비해 2배 정도 작은 것으로 나타나 복지서비스와 관련된 공식적인 사회적 지지망을 넓혀야 할 것이다.³³⁾

33)이민숙. 노인의 우울과 자살에 대한 사회적 지지의 영향. 2005.

Ⅲ. 노인복지정책의 현황과 문제점

1. 우리나라 노인복지 현황과 문제점

1) 우리나라 노인복지 현황

1989년에 노인복지법이 전면 개정되면서 노인복지서비스 프로그램이 법적으로 규정되어 상당히 다양화, 체계화되기 시작하였으며, 그 이후 여러 번의 개정을 통하여 다양한 서비스 프로그램이 마련되게 되었다. 이러한 노인복지서비스는 대개 소득보장제도, 의료보장제도, 재가복지사업, 시설보호사업, 경로우대제도 등으로 나누어 볼 수 있다.³⁴⁾³⁵⁾

(1) 소득보장제도

ㄱ. 노령수당 및 경로연금 지급

경제적으로 어려움을 겪고 있는 노인들에게 직접적이고 실질적인

34) 정경배외. 1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사. 1998

35) 김미숙. 고령화 사회의 사회보장정책. 1998

소득보장혜택을 부여함으로써 노후생활 안정을 위해 지급하고 있으며, 노령수당의 경우 97년부터는 70세 이상 노인에서 65세 이상 생활보호대상노인으로 확대하고 지급액도 월 3~5만원에서 3.5~5만원으로 확대하였다. 그리고 경로연금도 노령수당과 마찬가지로 노후생활 안정을 위해 98년 7월부터 실시하기 시작한 제도이다.

ㄴ. 노인취업알선센터

근로능력이 있는 노인에게 능력에 알맞은 직종을 선택하여 취업할 수 있도록 취업상담과 취업알선을 제공하고, 노인인력을 필요로 하는 해당지역의 기업체 또는 사회단체와 노인을 연결시켜 주는 역할을 한다.

ㄷ. 노인공동작업장

노인들이 여가를 선용하고 용돈도 마련할 수 있도록 하기 위해 설치하는 작업장으로, 노인들에게 알맞은 일거리를 제공하여 일정한 소득이 보장될 수 있도록 하는 노인 소득보충사업으로 실시되는 프로그램이다.

(2) 의료보장제도

ㄱ. 노인건강진단

노인질환을 조기에 발견하고 건강지도와 보건교육을 실시하여 노인의 건강증진을 도모하고자 국공립병원 또는 보건소에서 노인들에게 무료로 건강진단을 실시하는 사업이다. 1983년부터 65세 이상의 저소득 노인을 중심으로 실시하는 사업이다.

ㄴ. 치매전문요양시설의 운영

최근 치매질환 노인의 급증으로 가정이나 일반 노인요양시설에서 보호하기 어려운 중증의 65세 이상 생활보호대상 치매노인환자를 대상으로 하고 있다.

ㄷ. 방문간호사업

노인복지법에 규정되어 있지는 않으나 노인복지서비스에 있어서 핵심적인 의료보장제도라 할 수 있으며, 이것은 노인의 가정을 간호사가 직접 방문하여 질병을 진료하거나 간호서비스를 제공하는 것을 말한다.

(3) 재가복지사업

노인을 위한 재가복지 사업은 심신기능의 장애나 퇴행성 만성질환 등으로 일상생활능력이 부족한 노인을 대상으로 그들의 가정에서 식사준비, 세탁, 집안청소, 간병, 수송 등과 같은 필요한 각종 서비스를 제공하거나 가족의 수발 부담을 덜어주기 위하여 그들에게 일정기간 시설보호를 제공하는 것이다.³⁶⁾

재가복지사업은 다음과 같다.

①가정봉사원 파견사업 : 훈련받은 가정봉사원이 정신적·신체적 이유로 혼자서 일상생활을 영위하기가 곤란한 노인의 가정을 방문하여 가사서비스, 대인서비스, 정서 서비스, 간병서비스, 사회서비스 등의 각종 생활 편의를 제공하는 사업으로 현재 52개소가 갖추고 있다.

②주간보호사업 : 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인이나, 만성 퇴행성 질병으로 가족이 보호할 수 없

36) 임종관. 재가복지 서비스의 실태 및 개선방안에 관한 연구. 2002

는 노인을 대상으로 낮동안 시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하는 사업으로 부양가족의 신체적, 정신적 부담을 경감시키기 위한 것이다. 현재 30개소가 갖추어져 있다.

③**단기보호사업** : 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인을 단기간(2~3일 또는 10~15) 입소시켜 보호하고 필요한 각종 서비스를 제공하는 사업으로 현재 15개소가 갖추어져 있다.

④**기타** : 무료사업(65세 이상 노인을 대상), 실비사업(65세 이상 저소득 가구 노인 대상), 유료사업(60세 이상 일반 노인을 대상)

(4) 시설보호사업

노인을 위한 시설보호사업은 심신의 장애가 있는 자 중에 거택에서 생활을 영위하기가 힘든 경우에 그들을 시설에 입소시켜 본인이 거기에 주거함으로써 건전한 생활을 계속해서 보장받도록 하는 사업이다.³⁷⁾ 시설보호사업은 다음 <표-3>과 같다.

<표-3> 시설보호사업의 종류

노인 주거 복지 시설	양로시설	노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설로 현재 87개소가 갖추어져 있다.
	실비 양로시설	노인을 입소시켜 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 편의를 제공하는 시설이다. 입소대상자는 65세 이상의 노인으로 보건복지부장관이 정하는 일정 소득 이하의 자로서 일상생활에 지장이 없는 저소득 노인으로 한하고 있다. 현재 3개소가 갖추어져 있다.
	유료 양로시설	노인을 입소시켜 급식, 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영하

37) 성인혜. 우리나라 노인주거시설의 실태와 개선방안에 관한 연구. 2005

		는 시설이다. 입소대상자는 65세 이상의 노인으로서 일상생활에 지장이 없는 자이다. 현재 12개소가 갖추어져 있다.
	실비노인 복지주택	보건복지부장관이 정하는 일정소득이하의 노인에게 일정한 비용으로 분양 또는 임대하여 주거의 편의 생활지도상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이다.
	유료노인 복지주택	노인에게 유료로 분양 또는 임대하여 주거의 편의, 생활지도, 상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이다.
노인 의료 복지 시설	노인요양 시설	노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식,요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이다. 입소대상자는 무의무탁 한 저소득 자로서 신체 및 정신상에 현저한 결함이 있어 항상 보호를 필요로 하는 노인이다. 현재 50개소가 갖추어져 있다.
	실비노인 요양시설	노인을 입소시켜 저렴한 요금으로 급식,요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이다. 입소대상자는 65세 이상의 노인으로서 보건복지부장관이 규정하는 일정소득 이하의 자로 노인성 질환 등으로 요양을 필요로 하는 노인이다. 현재 12개소가 갖추어져 있다.
	유료노인 요양시설	노인을 입소시켜 급식,요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영하는 시설이다. 입소대상자는 65세 이상의 노인으로서 노인성 질환 등에 의해서 장기치료 또는 요양이 필요한 노인이다. 현재 3개소가 갖추어져 있다.
	노인전문 요양시설	치매, 중풍 등 중증의 질환노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식,요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설이다. 입소대상자는 치매질환을 가진 65세 이상 생활보호 대상자로서 그 질환정도가 중증으로 가정이나 일반 노인요양시설에서 보호하기 어렵다고 판단되는 자이다. 현재 4개소가 갖추어져 있다.
	유료노인 전문요양 시설	치매, 중풍 등 중증 질환 노인을 입소시켜 급식,요양 기타일상생활에 필요한 편의를 제공하고, 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영하는 시설이다.
	노인전문 병원	보건복지부령이 정하는 시설 및 인력을 갖추고 주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설이다.
노인여가시설	노인들이 사회활동에 대한 참여욕구를 충족시키고 건강과 교양을 증진하며 오락욕구를 충족시키고 나아가 여가를 보람 있게 보낼 수 있도록 하기 위한 시설이다. 그 종류로는 경로당(현재 30401개소), 노인교실(현재 444개소), 노인학교, 노인 휴양소,	

(5) 경로 우대제도

노인을 대상으로 경로효친의 전통적 미덕을 살리고 노인복지를 증진시키기 위한 것으로 노인들에게 공공과 민영의 일상생활 편의시설 이용 시에 할인혜택을 제공하는 것이다.

경로 우대제도에는 65세 이상의 노인에게 철도, 항공기와 선박 운임의 할인, 교통수당의 지급 및 수도권 전철, 도시철도, 고궁, 능원, 국,공립 박물관과 공원의 무료 이용 등이 있다.

이 외에 어버이날과 노인의 날(10월 2일) 및 경로의 달(10월)에는 온 국민에게 노인에 대한 사회적 관심과 경로의식을 높여 도덕성 확립은 물론 경로효친의 가치관을 확립하고자 각 시도 및 시군, 구 등 기관별로 경로 행사가 이루어진다.

(6) 노인학대 예방사업

노인학대예방사업은 학대받는 노인을 위한 전문적인 상담과 서비스 제공을 통한 노인의 권익 증진과 학대행위자 등에 대한 교육·홍보를 통하여 노인 학대에 대한 인식을 개선하며, 노인학대예방사업을 통해 학대 없는 가정과 사회를 조성하는 데 의의가 있다.³⁸⁾

38) 노인학대예방센터 업무수행 지침. 보건복지부. 2004. 9.

(7) 노인복지서비스 전달체계 현황

ㄱ. 중앙행정조직

중앙정부의 노인복지행정은 주무부인 보건복지부를 위시하여 노동부, 교육인적자원부, 국방부, 환경부, 행정자치부, 국가보훈처 등에서 관여하고 있다. 보건복지부의 조직체계에서 노인복지업무와 관련된 부서는 사회복지정책실과 연금 보험 국이다. 그리고 노인복지를 전문적으로 담당하는 부서는 사회복지정책실 내에 있는 노인복지과다. 노인복지과가 수행하는 주요 행정 기능은 다음과 같다.

첫째, 노인복지행정의 종합 계획 수립 및 조정이다. 둘째, 건전가족 제도의 유지, 발전 관련 업무이다. 셋째, 노인복지행정 일반 업무와 노인의 소득보장 및 취업기회 확충 업무이다. 마지막으로 노인공경 및 노후 여가환경과 주거환경 조성이다.³⁹⁾⁴⁰⁾

ㄴ. 지방행정 조직

지방자치단체의 노인복지행정은 광역자치단체와 기초 자치단체 및 그 하부 기관은 읍, 면, 동에서 담당하고 있다. 지방행정조직은 행정자치부와 직접적인 관련이 있다. 광역자치단체의 노인복지행정은 주로 가정복지국 소속의 가정복지과에서 수행되고 있으나 지방법인 시, 도의 조례나 규칙에 따라 업무가 분담되므로 지방자치단체별로 약간의 차이가 있다. 기초자치단체의 경우는 인구나 규모 등에 따라 노인복지 업무를 관장하는 부서의 명칭 등에 차이가 있다. 일반적으로 가정복지과에서 노인복지 업무를 수행하고 있다. 읍, 면, 동은 클라이언트를 접하는 최 일선 기관으로 사회복지 직 공무원이 사회복지에 관한

39) 최순남. 현대노인복지론. 1997

40) 최순남. 현대노인복지론. 1995

상담, 지도업무를 담당하고 있다.

ㄷ. 민간 노인복지조직

역사적으로 사회복지활동은 공적부문과 민간부문의 합작으로 수행되어 왔다. 공공부문의 사회복지 역할이 강조되는 현대에 있어서도 공공부문을 보완하거나 직접 수행하는 민간 사회복지 행정조직들의 활동이 요청되고 있다. 민간 노인복지조직의 기본전제는 헌법 제 34조, 즉 국가에 의한 국민의 생존권 보장에 있으므로 일정한 범위 안에서 정부의 지도와 감독을 받지 않을 수 없다. 민간 노인복지조직은 부분적으로 국가의 책임 부분을 위탁받아서 노인 복지증진을 위하여 운영된다고 볼 수 있다. 일반적으로 민간 노인행정조직의 운영주체는 사회복지법인, 재단법인, 사회법인, 특수법인, 사회단체 등이다.

ㄹ. 노인복지 전문 인력 현황

노인복지인력은 노인복지서비스를 효과적이고 효율적으로 제공하기 위하여 노인복지제도 전반에 걸쳐 활동하고 있는 다양한 종류의 전문인력을 총칭한다. 우리나라에서 노인복지 분야만을 위한 독립된 자격제도는 아직 마련되어 있지 않으며 사회복지 사업법에 규정된 사회복지사 자격제도가 보편적으로 통용되고 있다. 그러나 노인복지의 전문성을 확보하기 위한 자격의 하나로 “케어(care)복지사”라는 자격제도를 생각해 볼 수 있다. 우리나라는 아직 케어복지사에 대한 자격제도가 마련되지 않고 있지만 일본은 1987년에 “사회복지사 및 간호복지사법”이 제정되었고 이 법에 의해서 간호복지사(care worker)라는 노인복지 전문직이 국가 자격으로 제도화되었다.

이 법에 따르면 간호복지사는 신체 또는 정신상의 장애로 인해 일

상생활을 하는 데 지장이 잇는 자에게 입욕, 식사 등의 개호를 하며 개호에 관한 지도를 하는 전문직임을 천명하고 있다.

현재 우리나라 노인복지법에서는 노인복지를 담당하기 위하여 시, 군, 구 에 노인복지 전문 인력으로 노인복지상담원을 두게 되어 있으나 점차 사회복지 직 공무원이 노인상담업무를 담당하는 추세로 가고 있어 법에서 정하고 있는 별도의 노인복지상담원 제도는 빛을 잃어 가고 있다. 민간 노인복지기관의 전문 인력으로 노인복지회관의 예를 들면 관장, 부장, 선임 사회복지사, 사회복지사가 해당되며, 노인복지 시설의 경우는 시설장, 총무, 생활지도원, 생활보조원, 상담지도원 등을 노인복지 전문 인력으로 볼 수 있다.

㉑. 노인복지재정 현황

노인복지재정은 노인복지행정조직인 중앙정부, 지방자치단체, 민간복지기관이 노인복지 증진을 위하여 필요한 재원을 동원하고 배분하여 효율적으로 사용하고 관리하는 과정을 의미한다. 우리나라의 경우 사회복지재원은 중앙정부 및 지방자치단체에 의한 공적 부담금, 기부금, 모금, 이용자 부담금, 수익사업을 통한 이익금, 기타의 민간자금을 총칭한다. 사회복지의 국가책임이라는 측면에서 대부분의 노인복지재정은 공적부문에서 충당되는 경우가 많고 민간복지기관은 선의의 관리자라는 입장에서 현장에서 실천복지를 행하고 있는 실정이다.

2) 우리나라 노인복지의 문제점

(1) 재정의 형평성 약화

노인복지와 관련된 재정은 크게 공공재정과 민간재정으로 나누고

있는데 공공재정은 중앙부처로부터 지원되는 것과 지방자치단체에서 지원하는 것으로 나누어진다. 노인복지 재정 중 일반적으로 공공 영역은 세금을 재원으로 하는 경우가 많고 민간 영역은 다양한 형태의 민간재원을 동원한다. 오늘날에는 공공과 민간의 재원들이 상호 혼합되어 있고 이러한 재원들이 합해져서 시설이나 기관이 운영되고 있다. 공공재정은 중앙 및 지방정부에 의한 공공부담금 또는 보조금을 말하며 민간재정은 정부기관 이외에서 지원되는 재정으로서 대통령령으로 정한 이용자 부담금, 법인의 부담금, 노인복지시설에 입소한 노인이 사망한 경우에 남긴 유류품, 지역사회회 기부금, 기타 민간자금의 투자 등을 들 수 있다.⁴¹⁾

정부예산에서 사회보장 예산이 차지하는 비율이 상대적으로 낮고 특히 노인복지의 공공부문 예산은 다른 예산과 비교하면 매우 적다. 1995년 사회보장예산이 국민총생산에서 차지하는 비율은 0.9%이며 노인복지가 사회보장예산에서 차지하는 비율은 2.1% 정도이다. 그런데 노인복지예산이 사회복지서비스에서 차지하는 비율은 1986년도에 5.2%에 불과했으나 1990년에는 32.5%가 되어 부로가 4년 사이에 6배 이상으로 증가했는데 그 이유는 노인교통비 지원이 지방비 부담으로 이관됨에 따라 노인복지예산이 사회복지서비스에서 차지하는 비율이 22%로 줄어들었다.

노인복지예산은 노령수당과 시설노인복지에 편중되어 있다. 1998년에는 이 두 영역이 각각 71.6%와 17.5%로 89.1%를 차지하고 있다. 따라서 우리나라의 노인복지는 생활보호대상 노인과 입소시설 노인만을 위한 예산편성처럼 보인다. 이것은 아직도 우리나라가 좁은 의미

41) 김영모. 한국인의 복지의식과 사회복지정책의 발달. 1993

로서의 사회복지 개념에 의한 구빈적 차원의 노인복지 정책을 전개하고 있음을 시사해 주는 것이다. 노인복지예산은 구빈적 차원의 일부 노인에 한정시키지 않고 일반노인들의 삶의 질과 보람을 위한 정책을 편성되도록 전환되어야 할 것이다.⁴²⁾

(2) 노인복지시설의 미흡

현재 우리나라의 노인보호시설 중 보편적인 것은 양로원이라고 할 수 있다. 양로원을 제외하고는 노인을 수용 보호하거나 의료재활을 위한 기관이나 시설 등은 영세한 상태다. 다만 이용시설로서 노인 회관, 노인학교, 노인정 등이 있으나 이것은 여가를 활용하기 위한 시설이지 직접적으로 노인의 생활보호를 위한 시설은 아니다. 즉 국가로부터 일정한 보조금이나 지원을 받는 것도 아닌 단순히 민간의 자율적인 여가활용 장소에 부로가한 것이다. 이러한 시설의 상태에서 시설보호 서비스의 문제점을 든다면 다음의 사항을 지적할 수 있다.

첫째, 시설의 수가 종류별로 절대적으로 부족하다는 점이다.

둘째, 시설보호 서비스가 단순한 생활보호의 수준에 머무르고 있다는 것이다.

셋째, 노인복지시설에 대한 고정관념 때문에 보호 시설의 발전에 큰 장애가 되고 있다는 것이다.

넷째, 시설의 자체 재정능력이 상당히 미흡하다.

다섯째, 시설 종사자의 수가 절대적으로 부족하고 시설 종사자 중의 유자격 전문가의 수가 적다.

여섯째, 혼합수용의 문제가 심각하다는 것이 가장 두드러진 문제점

42) 김기식. 사회복지운동의 의의와 과제에 관한 연구. 1996.

이다.

(3) 여가활용 프로그램의 부족

노인들의 사회활동 참여욕구를 충족시키고 여가를 보람 있게 하기 위해 경로당, 노인교실 등의 여가시설을 설치·운영하는 것이 중요할 뿐만 아니라 여가를 보람 있고 재미있게 보낼 수 있는 적절한 프로그램을 개발하는 것도 중요하다. 정부는 대표적인 여가시설인 경로당의 운영을 활성화하기 위해 건전하고 다양한 여가프로그램을 개발·보급하고, 건강·복지상담, 취업안내, 의료보험, 연금 등 각종 유용한 정보를 적극적으로 제공하는 방안을 강구해야만 한다. 또한 일반노인들에게 건강, 교양, 오락, 문화 등 다양한 복지서비스를 종합적으로 제공할 수 있는 “노인종합복지타운”을 설치하여 운영하여야 할 것이다.

(4) 의료서비스 전달체계의 미비

재가 노인에 대한 의료보장서비스는 의료보호와 의료보험제도에 의해 충분히 이루어져야 하는데 이는 사실상 매우 어려운 일이다. 따라서 기본적인 의료서비스는 이 두 가지 제도에 의하여 보장되어야 하겠지만 노인이 되면 누구나 질병에 걸려 있거나 심신기능이 저하하게 되는 데에서 오는 건강 취약성을 스스로 갖게 마련이다. 따라서 질병에 걸려 누워서 보내는 노인과 질병에는 걸리지 않았지만 항시 관찰로가 예방을 필요로 하는 노이에 대한 우리나라 의료서비스 전달체계에 대해서 살펴볼 필요가 있다.⁴³⁾

첫째, 재가노인 기능회복 훈련이다. 이것은 노인 전문수용 치료

43) 김수영. 노인과 지역사회보호. 2001.

기관에서 수용 노인들을 치료하면서 인력과 시설을 이용하여 인근의 거동불능 노인이나 이미 치료받고 나간 재가 노인들에게 재활훈련을 실시하는 것을 말한다. 우리나라는 양로원에 치료 및 기능회복 시설이 없고 다만 노인을 수용하여 기초적인 생활을 할 수 있게 하고 있을 뿐이다, 대부분의 선진국의 경우 양로원은 곧 병원을 겸하고 있다. 원래 노인은 질환을 갖기 쉬우므로 마땅히 노인을 수용하는 시설에는 노인 전용의 치료 및 훈련시설이 있어야 한다.

둘째, 가정건강보호이다. 건강이 나쁘거나 질병을 갖고 있는 노인들 중 요보호 노인을 선정하여 그들의 가정을 방문하여 치료뿐 아니라 건강에 관한 교육, 처방 등을 지도하는 것은 매우 바람직한 일이다. 가정건강보호는 질환을 가진 노인뿐 아니라 가족건강환경에 관한 상담, 지도, 안내서비스도 행한다. 이와 같이 가정건강보호는 보조적인 간호보호를 제공하고 병원 밖에서 다양한 의료서비스를 행한 우리나라에서는 이러한 가정 건강서비스가 좀처럼 찾아볼 수 없다.

셋째, 양로병원이다. 양로병원은 노인을 수용, 보호하되 생계기능보다는 치료기능에 중점을 두는 시설프로그램이다. 노인요양원과 차이점은 요양원은 주로 장기치료를 요하는 경중의 노인들을 위한 요양시설인데 비하여 요양병원은 치료 중심의 병원기능을 수행한다는 점에서 차이가 있다. 우리나라를 1970년대 “새마을 경로병원” 이라는 이름으로 노인수용치료병원이 운영되었으나 80년대에 중단된 바 있다. 노인들은 단기간에 치료가 용이하지 않은 중증의 질환을 갖고 있는 경우가 많은데 이들을 전문병원에 수용, 치료하는 것은 매우 바람직한 일이다.

넷째, 노인전문병원이다. 노인전문병원은 노인병을 전문으로 치료하는 병원이다. 종합병원 내에 각 전문 진료과목의 하나로 노인병 전문과목을 설치하는 경우도 있고 아예 노인병만을 치료하는 전문병원을 포함하여 노인전문병원으로 분류할 수 있다. 양로병원이 수용기능과 치료기능을 함께 갖춘 치료시설이라면 노인전문병원은 치료기능이 주된 기능이다. 따라서 수용하는 경우도 있고 통원치료를 하는 경우도 있다. 노인인구의 증가와 노인병환자의 증가 그리고 노인병 치료의 특수성을 감안하여 노인전문병원의 필요성은 앞으로 크게 증대해야 할 것이다.

우리나라에서는 노인병원이 아직 없고 일반병원에서 노인병 진료과목을 두어 진료하고 있을 뿐이다. 그런데 종합병원을 선호하는 우리나라에서는 전 국민 의료보험실시로 종합병원병상을 얻기란 그리 쉬운 일이 아니다. 이러한 상태에서 더구나 입원기간이 긴 노인들이 병상을 모두 차지해서 일반 환자들의 병실 난을 가중시키는 문제가 발생할 수도 있다는 것이다. 이러한 경우를 대비해서라도 노인들을 별도로 노인병원에서 집중 진료하고 기타 노인양로원이나 양로병원에서 장기치료를 할 수 있도록 하는 노인의료진료체계가 갖추어져야 할 것으로 생각된다.

2. 불교 노인복지 현황과 문제점

1) 불교 노인복지 현황

사회복지를 국가에서 전부 감당할 수 없기 때문에 민간복지의 중요한 역할을 담당하고 있는 종교계의 적극적인 참여가 요청되고 있는데, 현재 민간부문의 사회복지 참여현황을 살펴보면 종교계의 참여도가 기업이나 여타의 민간단체에 비해 높게 나타나고 있으며, 사회복지시설의 대부분이 종교단체에 의해 설립되어 운영되고 있다.

노인복지분야에서 종교계의 역할은 매우 중요한데, 사랑과 자비의 정신을 바탕으로 한 헌신성과 더불어 복지사업에 필요한 시설과 조직은 물론이고 재정과 인력을 충당할 수 있는 자원동원 능력이 있고, 전국적으로 각 지역에 산재해 있는 특성 때문에 체계적이고 전문화된 복지서비스를 제공한다면 지역사회 노인들의 복지를 위해 많은 기여를 할 수 있다. 44)

먼저 가톨릭의 경우 한국천주교회 통계(2009)에 의하면 사회복지시설은 1,264개이고, (사)한국종교계사회복지협의회(2009. 12. 기준)가 기독교의 3종단(예수교장로회, 한국기독교장로회, 기독교감로회)에 대해 1,97개를, 원불교는 190개로 파악하고 있다.45)

기독교에서는 교회 차원에서 노인복지분야의 사회봉사활동을 활발하게 전개하고 있는데 특히 노인복지의 참여는 가장 효과적인 선교활동의 하나로 보고 있다. 대한예수교장로회(통합) 총회는46) 「노인복지

44) 권경임. 고령화 문제에 대한 한국불교계의 접근방안. 2005

45) 사회복지법인 대한불교조계종 사회복지재단, 불교사회복지연구 제10호, 2011, p.15.

46) 김동배. 한국사회의 노인문제 해결을 위한 교회의 역할과 과제. 2004

선교지침서」를 발표하였는데 노인문제가 교회의 중요한 사명임을 밝힌 것으로, 고령화 사회에서 교회가 노인복지선교를 보다 적극적으로 실천하기 위한 방침을 정하고 있다. 또한 미국의 장로회교단은 1980년대 초부터 장로회 노인국을 설립하여 노인관련사업을 총괄하고 있고, 노인선교국을 설립하여 노인계층의 선교와 복지를 위한 사업과 프로그램을 실시하고 있다.

따라서 불교계에서도 신도의 많은 비중을 차지하고 있는 노인층을 위해 종단이나 교구차원에서 노인국을 설치하여 노인복지사업을 추진하기 위한 계획을 세우고 프로그램을 실시하는 방안을 적극 검토해야 할 것이다.

불교계에서 설립한 노인복지시설을 보면,⁴⁷⁾ 1952년 부산 정화양로원을 시작으로 현재까지 불교계 시설로 계속 운영되고 있는 곳은 약 20여 개소 정도에 불과하다. 2009년 현재 불교사회복지시설 958개 가운데 노인복지시설은 385개로 나타났다.⁴⁸⁾

< 표-4 > 불교계 사회복지시설 유형별 모집단 현황(2009)

(단위 : 개소)

지역 사회 복지	노인 복지	아동 복지	장애인 복지	청소년 복지	여성/ 가족 복지	부랑인 및 노숙인 복지	결혼 이민자/ 외국인노 동자	정신 보건	기타	총계
67	385	300	87	47	11	12	27	8	14	958

자료 : 불교사회복지연구 제10호, p.16. 재구성

불교계 각 종단별 사회복지사업 현황을 보면 아동복지(어린이집 포

47) 김응철. 불교복지사업이 걸어온 100년. 2009.

48) 사회복지법인 대한불교조계종 사회복지재단, 전계서, p.15.

함)를 제외하고는 노인복지가 시설 중에서 가장 많은 비중을 차지하고 있으며 역점사업으로 추진되고 있거나 예정인 것으로 나타나고 있다.⁴⁹⁾

천태종(天台宗)은 천태종사회복지재단(1999)을 설립하여 사회복지사업을 하고 있는데, 구미장애인종합복지관, 춘천노인복지회관, 강원도 노인학대예방센터, 춘천 시니어클럽, 자비손 주간보호센터와 서초어린이집 등(2개소)과 성남종합사회복지관을 위탁운영하고 있으며, 불우아동결연(송덕재활원), 단양장학회 등을 운영하고 있다. 그리고 전국 최대 규모의 호스피스 자원봉사단을 창립하고, 미아찾기 운동본부를 발족하고 활발하게 활동하고 있으며, 앞으로 노인복지를 위한 실버타운을 조성할 계획이다. 또한 호스피스 자원봉사단을 조직하여 사찰이나 병원 등에서 시범활동을 펼치고 있으며, 호스피스 자원봉사자 양성을 위한 교재발간과 간병인 교육도 실시하고 있다.

각 종단별 사회복지시설 운영현황을 살펴보면 조계종이 766개로 전체의 80%를 차지하며, 진각종 42개, 태고종 14개, 천태종 12개 등의 순으로 나타났다⁵⁰⁾.

2) 불교 노인복지 문제점

① 불교사회복지의 현황을 살펴보면 대상자나 지역분포에서 특정 부분에 편중되는 양상을 보이고 있다. 이러한 현상을 개선하기 위해서 불교계는 종단차원에서 사회복지에 대한 비전이 제시되어야 하고, 고령사회를 대비하여 노인복지에 관심을 갖고 구체적인 실천계획을 마련해야 한다.

49) 권경임. 현대 불교사회복지론. 2009.

50) 사회복지법인 대한불교조계종 사회복지재단, 전게서, p.21.

② 불교노인복지 활동을 체계화시키기 위해서는 인적 물적 자원의 동원방안과 이에 따른 지원 및 전달체계가 구축되어야 하며, 종단차원의 불교노인복지 연구기관이 설립되어야 한다.

③ 전문적인 불교노인복지서비스가 시행되도록 특성화와 더불어 보편화가 이루어져야 하고, 시설위탁만이 아니라 사찰을 지역사회 노인복지시설로 활용할 수 있는 방안이 모색되어야 한다.

④ 복지시설은 비약적으로 늘고 있으나 사회복지전문가에 대한 수급과 관리가 원활하게 이루어지지 않고 있는 실정으로, 이들을 연계할 수 있는 시스템이 마련되어야 한다. 현재 불교계 사회복지시설 종사자 수는 2,700여 명 정도이나 사회복지사를 배출할 수 있는 대학은 동국대, 중앙승가대, 금강대, 위덕대 등 4개에 불과한 실정이며, 1년간 배출되는 사회복지사도 100명 정도에도 미치지 못하고 있어서 사회복지사의 수급과 관리문제가 불교사회복지의 발전을 지연시키는 요소가 되고 있다.⁵¹⁾

⑤ 최근 노인과 장애인복지에 대한 비중이 높아지면서 현장에서는 일반사회복지사보다 전문사회복지사를 원하는 경향이 있는데 불교계 종립학교에서도 전문사회복지사의 양성을 위한 학과 개설이 필요하다. 또한 노인요양보호제도와 관련해 각 종단에서는 요양원이나 치매센터 건립 계획을 세우고 시행중에 있으나, 케어복지와 관련해 전문인력을 확보하기 위한 계획은 수립되어 있지 않은 실정으로 케어복지사나 전문간병인 양성을 위한 대책마련이 시급한 실정이다.

51) 방해성. 불교사상에 입각한 장애인 복지 현실과 과제. 2001

⑥ 불교사회복지의 정책을 강화하고 자체적인 시설을 설립하여 운영하는 것이 바람직하다. 현재 불교사회복지는 사회복지시설의 위탁에 치중하고 있는데, 이것은 많은 투자를 하지 않고도 사회복지시설을 운영할 수 있다는 장점이 있지만 불교사회복지의 특성을 살리고 운영의 자율성을 확보하는 데에는 한계가 있다. 따라서 불교노인복지사업을 제대로 펼치기 위해서는 위탁운영보다는 자체적인 예산투입으로 시설을 설립해 운영하는 것이 바람직하다.

⑦ 노인복지의 이용시설보다 생활시설을 늘리고 노인복지서비스 프로그램을 다양화해야 한다.

IV. 연구방법 및 분석

1. 연구 방법

1) 조사대상 및 자료수집 방법

본 연구의 표집대상은 경기도 안양시, 안산시, 군포시에 거주하는 65세 이상의 남녀 노인으로 노인요양시설을 이용하는 100명이었다.(본 조사는 2011년 1월 15일부터 4월 30일까지이다.

2) 조사도구

본 연구의 측정도구는 다음과 같다.

(1) 종속변인

* 자살 충동

자살 충동 자가진단 척도는 현재 가장 많이 사용되고 있는 자가 문답식 척도를 이용하였다. 자살에 대한 심각성을 측정하는 도구로

Beck의 Scale for Suicidal Ideation (SSI: Beck, Kovacs & Weissman, 1979)를 사용하였다. SSI는 자살시도 전에 자살에 대한 생각의 심각성과 행동을 측정할 때 가장 널리 쓰이는 척도로 Beck, Kovacs와 Weissman(1979)이 개발하였다. 현재 자신이 지닌 의식적인 자살의도와 정도를 수량화시킨 척도로 총 19개의 문항 중 15개의 문항을 선택하여 구성하였다.

Likert식 4점 척도로 ‘매우 그렇지 않다’ 1점, ‘대체로 그렇지 않다’ 2점, ‘대체로 그렇다’ 3점, ‘매우 그렇다’ 4점을 배정하였다. 위와 같이 현재 자신이 지닌 의식적인 자살의도와 정도를 수량화시킨 척도로 15 문항이 4점(1,2,3,4)척도로 구성되어 있다. 총점범위는 15점에서 60점으로 점수가 높을수록 자살충동이 높다고 할 수 있다.

자살 충동의 신뢰도는 아래 다음과 같다.

신뢰도 분석

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.8647	13

spss로 측정해 본 결과 위와 같이 자살 측정도구가 .8647으로 0.7이 넘었으므로 신뢰할 수 있다.

(2) 독립 변인

* 우울 수치

본 연구에서는 우울증 측정 도구를 Zung의 자기평가 우울 척도와 Beck이 개발한 우울증 자가진단 척도, 총 41개의 문항 중 15개의 문

항을 선택하여 구성하였다. 이 척도는 우울의 세 가지 측면 ①파급의 효과, ②생리적인 부수현상, ③심리적인 부수현상을 조사하기 위해 고안되었다. Likert식 4점 척도로 ‘매우 그렇지 않다’ 1점, ‘대체로 그렇지 않다’ 2점, ‘대체로 그렇다’ 3점, ‘매우 그렇다’ 4점을 배정하였고, 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것으로 간주 되었다. 우울 수치 신뢰도는 아래 다음과 같다.

신뢰도 분석

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.8436	15

spss로 측정해 본 결과 위와 같이 우울증 측정도구가 .8436으로 0.7이 넘으므로 신뢰할 수 있다.

3) 자료 분석방법

본 연구의 연구가설을 검증하기 위하여 노인을 대상으로 수집된 자료는 SPSS 12.0 통계 소프트웨어에 의하여 분석되었다. 빈도분석 및 기술 분석을 실시하였고 다음과 같은 단계의 분석을 실시하였다.

첫째, 조사대상자의 일반적 특성을 알아보기 위하여 빈도분석을 실시하였으며, 자료의 전반적 특성을 알아보았다.

둘째, 주요 변수의 특성을 파악하기 위해 기술 분석을 사용하였다.

셋째, 우울이 노인 자살 충동에 영향을 미치는가를 알아보기 위하여 회귀분석을 실시하였다.

넷째, 본 연구를 위한 설문지 내용 중 우울증자가진단 4,5,7,8,12,13

번과 자살진단 5번을 역문항으로 적용하였다.

4) 조사의 제한점

① 본 연구의 조사대상을 안산시, 안양시, 군포시 종합복지관과 노인복지관 이용노인으로 선정하였기 때문에 우리나라 전체노인의 우울과 자살에 대한 연구로 일반화 할 수 없는 한계를 지닌다.

② 본 연구는 횡단조사로 이루어졌기 때문에 우울이 노인 자살에 미치는 장기적인 영향을 확인할 수 없었다.

③ 우울에 대한 견해가 학자들마다 다르고 노인 자살의 학의 유형의 분류도 다르다. 본 연구에 적합하다고 사료되는 것만을 추출하여 구성하였으므로 본 연구에서 노인자살에 대한 우울의 영향에 대한 설명력은 한계를 가진다.

2. 연구 결과 분석

1) 연구대상자의 일반적 특성

첫째, 성별의 경우 ‘여자’ 65명, ‘남자’ 35명으로 여자가 남자의 약 2배 정도 되었다.

둘째, 결혼 상태의 경우 ‘기혼’ 31명, ‘기타’ 69명으로 나타났다.

셋째, 종교의 경우 ‘종교 있음’ 87명, ‘종교 없음’ 13명으로 대부분이 종교를 가지고 있었다.

넷째, 학력의 경우 ‘무학’ 22명, ‘초졸’ 43명, ‘중졸’ 22명, ‘고졸’ 9명,

‘대졸 이상’ 4명으로 ‘초졸’이 절반가까이를 차지하였다.

다섯째, 건강상태의 경우 ‘양호’ 31명, ‘약간 불편’ 19명, ‘보통’ 14명, ‘매우 불편’ 36명으로 다른 인구학적 특성에 비해 비교적 고른 분포를 나타내었다.

< 표-5 > 연구 대상자의 일반적 특징

인구학적 특성	구 분	비 율
성 별	여자	65명
	남자	35명
결혼 상태	기혼	31명
	기타	69명
종 교	종교 있음	87명
	종교 없음	13명
학 력	무학	22명
	초졸	43명
	중졸	22명
	고졸	9명
	대졸 이상	4명
건강 상태	양호	31명
	약간 불편	19명
	보통	14명
	매우 불편	36명

2) 결과

(1) 주요변수의 기술적 통계

우선 안산시 노인복지관, 안양시 노인복지관, 군포시 종합사회복지관의 노인 100명을 대상으로 조사한 설문지의 평균은 위의 표와 같다. 평균값은 1~4로 분류한 결과 우울 평균은 2.3127 자살 평균은 1.6515로 나왔다.

< 표-6 > 통계량의 빈도분석

		우울 평균	자살 평균
N	인원	100	100
	결원	0	0
	평균	2.3127	1.6515

< 표-7 > 선형회귀분석의 R제곱값

모형	R 제곱	수정된 R 제곱	추정값의 표준오차
1	.391	.385	.40149

(선형회귀분석으로 자살평균의 모형요약, 종속변수- 자살평균)

본 연구의 선형회귀분석 결과 R제곱값이 .391로 양의 상관관계를 갖는다고 볼 수 있어 그래프로 나타낸다면 직선보다는 원형에 가까운 약간 퍼진 상태의 우상향의 분포도를 갖는다고 할 수 있다.

(2)우울(憂鬱)이 노인의 자살(自殺)충동에 미치는 영향

본 연구의 가설 (노인이 우울할수록 자살충동을 많이 느낄 것이다.)을 spss의 결과로 분석해 본다면 다음과 같다.

ㄱ. 독립변수 : 우울정도

ㄴ. 종속변수 : 자살충동

ㄷ. 통제변수 : 성별(여=1, 남=0),

결혼상태(기혼=1, 기타=0),

종교(종교 있음=1, 종교 없음=0),

학력(무학=1, 초졸=2, 중졸=3, 고졸=4, 대졸이상=5)

건강상태(양호=1, 약간불편=2, 보통=3, 매우불편=4)

< 표-8 > 변수의 표준화된 회귀계수와 유의미성

모형	비표준화 계수		표준화 계수	t	유의 확률
	B	표준오차	베타		
1 (상수)	.473	.263		1.795	.076
우울평균	.417	.102	.451	4.095	.000
성별	.108	.089	.102	1.218	.226
결혼상태	3.989E-02	.045	.076	.891	.375
종교	-2.95E-02	.040	-.059	-.730	.467
학력	-6.51E-02	.043	-.132	-1.515	.133
건강상태	7.892E-02	.048	.195	1.650	.102

<표-8>과 같이 본 연구에서 제시한 통제변수에 따른 유의 확률을 살펴보면 성별 .226, 결혼상태 .375, 종교 .467, 학력 .133, 건강상태 .102로 0.05보다 크므로 영가설을 채택해야 한다.

* 영가설 : 위의 독립변수와(성별, 결혼상태, 종교, 학력, 건강상태) 자살 충동을 느끼는 것은 상관이 없다.

< 표-9 > 우울평균의 표준화된 회귀계수와 유의미성

모형	비표준화 계수		표준화 계수	t	유의 확률
	B	표준 오차	베타		
1 (상수)	.312	.173		1.801	.075
우울평균	.579	.073	.626	7.940	.000

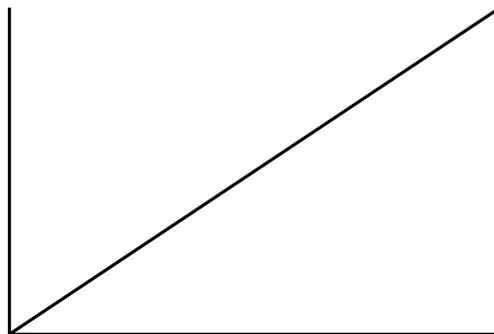
(종속변수가 자살평균임)

노인 우울과 자살충동의 관계를 알아보기 위해 회귀분석을 실시한 결과는 <표-9>와 같다. 우울평균의 유의 확률이 $t = .000$ 으로 .05보다 작으므로 노인우울과 자살충동의 관계는 유의미한 것으로 나타났으며, 표준화된 계수의 베타 값이 0.626으로 양의 기울기를 갖는 것으로 나타났다. 그러므로 노인 우울 정도가 높을수록 자살 충동을 많이 느끼는 경우가 많은 것으로 나타났다. 그러므로 본 연구의 가설 즉, ‘노인이 우울할수록 자살충동을 많이 느낄 것이다’는 맞는 가설이다.

본 연구 결과를 그래프로 그리면 아래와 같다.

(X : 우울증 Y : 자살충동)

Y축 = 자살충동의 정도



X축 = 우울증의 정도

3)결과 분석

(1) 노인이 지각하는 우울, 자살 생각정도

노인 우울증은 젊은이와는 다르게 매우 비전형적으로 나타나며, 예

를 들면 알콜중독, 각종 만성통증, 건강 염려증, 가성치매 같은 증상으로 표출되기도 한다. 통증은 노인 우울 증상의 대표적인 특징 중의 하나이다. 노인들은 퇴직 및 소득원의 감소로 인해 경제적 어려움을 겪고 있거나 노화와 건강약화에 따른 신체적·정신적 능력 장애와 만성질환에 시달리고 있다. 또한 사회적 역할의 상실로 인한 고독감, 배우자나 친지들의 사별로 인한 상실감 등 복합적인 어려움을 가지고 있다. 노인들은 이러한 상황에서 고독감과 상실감을 완화할 수 있는 가족의 지원체계와 사회적 지원체계가 결여되었을 때 이들 문제들에 적절하게 대처하지 못하고 절망감, 무력감에 빠져 있다가 결국 스스로 목숨을 끊게 된다는 것이다.

(2) 우울이 노인 자살 충동에 미치는 영향

노인의 우울정도는 자살생각에 통계 측정 시 가장 중요한 관계인 정적인 상관관계를 가지고 있으며 노인 자살생각에 영향을 미치고 있다. 우울증을 심하게 앓고 있는 노인일수록 자살충동을 많이 한다는 것이 증명되었고, 우울을 통제할 경우 자살생각이 줄어드는 것으로 나타났다. 우울을 통제하는 방법에는 국가적인 측면보다는 개인적인 측면에서, 그 중에서도 종교적인 측면이 효과적인 것으로 나타났다.

특히 불교에서는 삶 전체를 불성과 하나가 되게 하는 것이 바로 대표적인 수행 방법이라고 말하는데, 이것을 한마디로 압축하면 비교하고 분별하는 생각을 놓으면 된다는 것이다. 구체적인 방법으로는 집중, 관찰, 회향 세 가지 요소를 가지고 있으며, 이것을 넘지 않는 것이 좋다고 한다. 첫 번째로 집중은 경계를 내려놓고, 마음을 하나로 모아 일념집중을 만드는 것이고, 두 번째로 관찰은 생각을 알아차리고 관찰하기, 마지막으로 회향은 모든 공덕과 수행의 결과를 내려놓고, 불

성 또는 우주 온 중생에게 돌리는 것이라고 말할 수 있다.

(3) 연구의 함의

ㄱ. 이론적 함의

① 노인들이 지각하고 있는 우울. 자살생각의 정도를 분석한 결과 우울은 매우 중요한 영향을 끼치고 노인 자살생각에도 영향을 미치는 것으로 분석되고 있다.

② 노인 우울과 노인 자살 생각과의 관계에서 노인우울은 노인 자살생각에 부정적인 영향을 미치는 것으로 규명되었는데 특히 우울은 노인의 자살생각에 영향을 주는 변수이고 우울증 노인은 자살생각을 하게 되는 것으로 규명되었다

③ 우울과 노인 자살생각과의 관계에서 매개변수로 확인된 우울은 노인 자살생각에 가장 중요한 영향을 미친다는 것이 증명되었다

ㄴ. 실천적 함의

① 우울이 노인 자살생각에 있어 우울증이 높을수록 노인 자살생각이 높아지고 낮을수록 노인 자살생각이 낮아진다. (노인 우울증에 대한 프로그램 제공 필요)

② 우울은 노인 자살생각에 가장 큰 영향을 미치므로 노인 자살위험이 예상되는 대상을 선정해서 노인 자살요인들을 노인 자살 위험집단으로 예측할 수 있다.

③ 우울정도가 높은 노인일수록 자살생각을 많이 하는 것으로 규명되었다.

ㄷ. 정책적 함의

인생의 황혼기에 일자리를 잃고, 사회적 지위마저 잃어버렸기에 노인들은 심한 무위와 고독감을 느끼게 된다. 그런 노인들을 위한 다양한 프로그램 개발이 필요하다.

V. 노인 우울과 자살생각 해소 방안

1. 노인 개인적 측면

1) 노년기에 대한 이해

노화는 신체적 심리적 사회적으로 총체적인 변화가 일어나고, 누구든지 피해갈 수 없는 자연스러운 인생의 한 과정이다. 따라서 노인은 그러한 현상을 긍정적으로 수용하고 적절하게 대처하는 심리적원 자원을 스스로 만들어야 하는데, 그러기 위해서는 다음과 같은 노력이 필요하다.

첫째, 인생의 마무리를 잘하는 것이다. 인생의 정리와 회고로 젊은 날의 삶의 관계로부터 상처를 치료하며 사는 것이다.

둘째, 노년에 찾아오는 신체적인 불편함을 불평하기보다 이를 자연스런 현상으로 받아들이고 불편을 극복하거나 해소하기 위해 적극적인 행동을 취하는 것이다. 문명의 이기를 통해 신체적 노화를 대비 보완하고, 주변 환경을 잘 정리 단순화 하며, 규칙적인 운동과 소식을 통해 몸과 마음을 건강하게 하는 것이다.

셋째, 다른 사람과 잘 어울리는 것이다. 자신의 마음을 털어 놓을 대상을 만드는 그것으로 행복해 질 수 있다.

넷째, 자신의 건강이나 취향에 맞는 적합한 역할을 찾는 길이다.

다섯째, 노인들의 경제적 심리적 신체적 어려움을 해결할 수 있도록 가정과 사회가 배려함이 필요하다.

우리 모두는 늙고 노화하고 있다. 다만 그것을 어떻게 느끼는가의 차이가 다를 뿐이다. 행복한 노년기는 가정과 사회적 지지체계도 중요하지만 노인 자신의 적극적인 노력이 우선 선행될 때 배가 될 것이다.

2) 노인우울증에 대한 정신적 치료

정신과적 치료의 접근 방법은 크게 신체적 치료와 심리·사회적 치료로 나누어 볼 수 있겠다. 신체적 치료는 약물 치료가 주가 되고 전기충격치료 등 기타 여러 방법이 포함되며 심리·사회적 치료는 정신치료, 환경치료 등으로 나눈다. 심리·사회적 치료를 다시 세분하여 개인 정신치료, 집단 정신치료, 가족치료, 사회적지지 치료 등으로 나눌 수 있다.

Chaisson-Stewart(1985)는 정신 치료가 노인들에게 좋은 치료효과를 갖기 위해서는 ①수용적이고 비낙인화 될 때, ②구조화되어 있고, ③치료 기간이 정해져 있을 때, ④목표가 정해져 있을 때, ⑤대중에게 알려주기 적당해야 하고, ⑥비전문가(간호보조원, 자원봉사자 등)도 쉽게 가르칠 수 있을 때라고 하였다. 단기적 time-limited 정신치료는 어떤 부류의 노인 외래환자에게는 상당히 도움이 된다.

치료 기간을 정한다는 것은 다음과 같은 특성을 갖는다. 즉 ①노인 환자들의 남은 삶의 유한성을 고려하고 있으며, 현재의 스트레스도 과거에 자신이 해결할 수 있었던 것처럼 해결할 수 있다는 기대를 가지게 하며, ②언제까지 계속될지 모르는 치료에 의존해야 된다는 공포심을 줄여 주고, ③치료의 끝이 있다는 것과 경제적인 부담이 줄어 든다는 점이다.

(1)역동적 정신 치료

일반적으로 노인에 있어서 통찰적 또는 지지적 정신 치료는 그 지시나 치료 과정, 기법 등이 성인과 별로 다르지 않다. 치료자가 어떤 환자들을 주로 치료하느냐에 따라 치료 방법의 적용은 달라질 수 있다. 정신적으로 또한 신체적으로 심하게 장애를 갖고 있는 환자를 자주 대하게 되면 아무래도 정신 치료가 필요하다고 하더라도 지지적으로 될 것이며, 경한 우울 장애나 우울 기분을 동반한 적응장애 또는 dysthymic disorder의 경우는 통찰 정신 치료를 권하게 되는 경우가 많다.

ㄱ. 통찰 정신 치료

20세기 초반기에 많은 노인 환자들은 정신 치료와 정신과 의사에 대해 부정적이고 상동적이라는 생각을 갖게 되었기 때문에 치료적인 관계를 갖는 것을 꺼리게 되었다. 치료 첫 시간에 치료자는 환자의 치료에 대한 부정적 반응과 저항에 대해 적극적으로 해결하려고 노력한다. 만약 치료 초반에 환자나 보호자가 생각하기에 얻은 것이 없다고(어려움에 처한 자신에 대한 공감적 이해, 치료 성공에 대한 희망) 생각하면 치료는 갑자기 끝나게 된다. 노인 우울증 환자와 논의되

어야 할 문제들로는 노화와 관련된 여러 가지 상실과 스트레스에 직면하여 어떻게 적응해야 하며 자신의 권위와 자기 평가를 어떻게 유지하느냐 하는 것과, 늙는다는 스트레스에 의해 일깨워진 이전의 정신 내면적 갈등과 대인관계의 갈등을 해결하는 것, 그리고 자신의 인생과 그 의미를 돌이켜 생각해 보는 일 등이다.

치료자와 환자는 수십 년의 나이 차이가 있을 수 있지만 환자는 치료자를 부모, 형제, 배우자 또는 자녀와 연관시키기도 한다. 절망과 낙담에 빠져 있는 자신에 대해 치료자가 희망과 능력으로 여겨지면 이상화된 전이가 일어난다. 어떤 경우는 반대로 자신의 절망감과 희망이 없기 때문에 치료자와 치료 자체를 깎아 내리기도 한다. 이런 상황에서 환자의 부정적인 이유를 밝혀주고 희망적인 태도를 격려해줄 때, 치료에 대한 허무주의를 없애 줄 수 있다. 또 치료자가 환자로부터 부정적인 반응을 경험하는데, 이는 치료자의 능력에 대한 위협, 환자의 나이가 너무 많음 등에 대한 역전적 반응 때문이다.

노인 우울증 환자를 치료할 때 유용한 방법은 환자가 상실을 어떻게 경험하였으며 그 의미가 무엇인지를 공감하면서 의사 소통을 하는 것, 상실에 대한 애도가 어떻게 처리되었는지를 검토하고 환자가 과거로부터 회복하고 만족을 가질 수 있는 새로운 인간관계와 활동을 찾고 자긍심을 높일 수 있도록 부드럽게 격려하는 것, 부정적인 전이 반응을 알게 해주는 것, 인생의 의미에 대하여 새로운 통찰과 이해를 하고 대인관계를 더 잘 할 수 있게 도와주는 것 등이다.

ㄴ. 지지적 정신 치료

인지 기능의 장애가 있거나 입원 중인 우울증 환자인 경우, 필요한 도움말을 준다든지, 비교적 건강한 방어기제를 사용하도록 도와주거

나, 지지적이고 보살핌을 주는 환경을 마련해 주거나, 가족 또는 직접 보살피 주는 사람에게 필요한 도움을 주는 일 등의 지지적 정신 치료가 필요하다. 항우울제 약물 사용에 대한 순응도 긍정적인 치료 관계가 있어야 더 효과적이다. Goldfarb와 Turner는 입원 중이고 병약한 노인 환자에게는 치료자가 좋은 부모의 이미지를 갖도록 하는 것이 필요하다고 하였다. 가능하면 치료자는 환자의 요구를 들어주고 환자가 원하는 대로 치료자가 따라 준다는 느낌을 갖도록 해준다.

(2)인지 치료

인지치료는 우울증 치료를 위한 효과적이고 구조화된 치료 기법 중의 하나이다. 인지치료의 이론에 의하면 우울증은 세 가지 중요한 인지 형태에 따라 환자는 자기 자신과 주위 환경을 비합리적이고 왜곡된 관점에서 보게 된다고 한다. 사고 내용은 상실, 박탈 등으로 노인 우울증 환자의 경우와 유사하다. 잘못되어 있는 사고의 세 가지 인지 형태는,

- ①자신을 부정적으로 본다.
- ②자신의 여러 가지 경험을 부정적으로 본다.
- ③미래를 부정적으로 본다는 것이다.

사람들은 대개 나이가 들어가면서 노화를 부정적으로 본다. 많은 경우 우울증 환자에게는 불안과 우울 증상에 선행하여, 늙는 것은 열등한 것이라는 생각과 부정적 사고가 연결되어 있다. 인지치료 환자들의 단기치료는 부정적인 인지 왜곡을 해석, 설명하고, 실제적 정보 제공을 통하여 우울증 환자의 상동적이고, 자기 패배적인 생각과 비기능적인 태도를 교정해 주는 것이다. 치료 목적은 긍정적 인식과 사

고형태의 통합을 증진시켜서 우울 증상을 감소시키는데 있다. 환자는 자신의 부정적 사고 체계를 다음의 5단계에 의해 바꾸는 방법을 배운다.

①부정적 사고를 스스로 살피는 방법을 배운다.

②부정적 사고와 우울 증상간의 연관성을 인식한다

③특정 자동 사고에 따르거나 또는 거부하는 증거를 살핀다.

④부정적 인식을 지속시키고 있는 비 기능적 신념을 파악하고 바꾸는 방법을 배운다.

⑤우울증에 대처하는 더욱 현실에 바탕을 둔 적응 대책을 개발한다.

인지치료를 노인 우울증 환자에게 사용하기 적합하도록 수정된 방법이 Gallagher와 Thompson (1982)에 의해 제시되었는데 그 내용을 보면,

①**환자를 치료 과정에 적응시킴** : 치료에 대한 기대를 유발하고 이 치료를 통해 할 수 있는 것과 할 수 없는 것, 치료가 성공적이기 위해서는 적극적인 참여가 필수 조건이라는 것을 설명한다. 환자의 학습 능력은 이해를 도울 수 있는 물건을 사용하거나 노인들이 공감할 수 있는 실례를 들어 설명하면 더욱 증가된다. 또 배운 인지치료 기법을 치료시간 외에 밖에서 사용하도록 적극 격려, 권장한다.

②**학습 능력을 증진시킴** : 치료 과정에서 중요한 요소 한가지는 치료자의 이해와 인내이다. 대개의 노인 우울증 환자들은 주어진 숙제를 하거나 새로운 사고 방법을 시도하는 것을 망설이고 주저하기

때문이다. 치료제안에 대한 환자의 망설임을 충분히 공감하며 이해하는 것이 필요하다.

③서서히 치료를 종결할 것 : 치료자는 치료 과정을 통해 환자가 무엇을 배웠는지를 검토하고, 치료 종결 후 다가올 문제들을 예견할 수 있을 때, 새로 배운 인지기술을 계속해서 사용하도록 격려해 준다. 또 필요할 때에는 언제든지 창피해 하거나 당황하지 말고 다시 와서 상의할 수 있다는 것을 알려 주면서 치료를 종결한다.

인지치료는 우울증 환자에게 유일하게 사용하는 방법은 아니고 다른 지지치료, 행동치료, 가족치료, 약물치료와 병행하기도 한다. 맨 먼저 제시한 Beck은 인지치료는 단극성 비정신병적 우울증에 가장 효과가 크다고 하였다.

(3) 행동 치료

노인 우울증 환자 중에서도 인지 기능상의 문제, 경제적 이유, 시간상의 이유 등 여러 가지 이유로 인지치료나 정신 역동적 정신치료를 받지 못하는 환자들에게 도움이 되는 치료 방법이다. 행동 치료는 환자의 과거에 대한 통찰보다는 현재의 문제되는 행동에 초점을 맞추고 있다. 우울증 치료에 있어서 행동치료의 장점은 다음과 같다.

①단기적이다 : 환자의 과거를 파고드는 시간 소모가 많은 작업보다는 현재 행동변화에 초점을 맞춘다. 현재 행동에 초점을 맞춘다는 사실은 과거의 좋았던 시절과 비교하여 현재를 좋지 않게 보고 있는 노인 우울증 환자에게 도움이 된다.

②노년기에 흔한 스트레스와 불안을 치료하는 데 효과적이다.

③치료자의 역할이 적극적이고, 방향을 제시하고 있고, 구조화되어 있으며, 목표가 뚜렷하다.

④변화의 주체는 노인 자신이며 자신이 어느 정도 어려움을 극복할 수 있음을 강조한다. 이런 강조를 통해 다소의 희망 감을 갖게 되고 무원감이 감소된다. 환자들은 자기조절과 자기통제방법을 배움으로써 주위 환경을 조절할 수 있다는 자신감을 갖게 된다.

노인환자들에게 행동치료는 다음의 요소를 고려하고 시작하여야 한다.

①치료자는 기분 상태와 행동 간의 상관관계를 보여 주어야 한다 : 치료자는 환자의 활동뿐만 아니라 동반되는 기분의 변화도 평가하고 기록하도록 도와준다. 기록활동을 통하여 치료자는 우울증 환자의 행동형태에 대한 통찰을 갖게 된다. 그 다음에 활동 계획이 시작된다. 한 주일간의 활동 계획 중에 즐겁고 흥미 있는 활동을 어디에 배치할까를 결정하게 하고 매일 하루에 한두 개씩의 즐거운 활동이 포함되도록 한다.

②즐거운 활동을 증가시키고 불쾌한 활동의 효과를 감소시키는데 도움이 되는 새로운 기술을 발달시킨다. 처음에는 저항이 있기 마련이지만 상당히 심한 우울증 환자도 즐거움을 느낄 수 있는 활동끼리를 찾을 수 있다. 이런 즐거움을 가질 수 있는 활동을 찾으면 환자가 이런 활동에 참여할 수 있도록 돕는다.

③이 치료 과정에서 제일 중요한 부분으로 강화, 격려, 새로운 기술에 대한 칭찬이다. 강화는 긍정적 행동을 유지함에 있어서 필수적이다.

④환자가 더욱 스스로 만족할 수 있도록 돕는다. 환자가 약간의 성공을 경험하면 치료자는 환자가 계속 변화와 활동을 따라갈 수 있도록 격려한다. 자신감과 통제 능력이 증가함에 따라 환자는 활동을 정확히 선택할 수 있고 흥미를 가지므로 활동 범위가 커지고 사회적 참여가 가능해 진다.

⑤새로 습득한 기술을 사회에서 실제로 시도한다. 이 과정이 치료 과정 중에서 제일 어려운 부분으로 대부분 노인 환자의 경우, 계속 잘 응용하도록 하기 위해서 그리고 자신감을 잘 유지하도록 하기 위하여 주기적인 평가 시간을 가져야 한다. 이 방법이 모든 환자에게 적합한 것은 아니지만, 큰 장점은 환자가 즉시 다양한 활동과 사회적 접촉에 참여할 수 있고 이런 참여를 통하여 빨리 성취감을 가질 수 있다는 점이다.

(4)집단 치료

이 방법을 통해 사회성 향상과 태도변화, 개인적 발달, 학습, 행동 변화, 정서적 안정, 문제 해결 등을 기대할 수 있다. Yalom은 집단의 치료적 변화에 필요한 12가지 치료적 요소들을 제시하였다. 그 중 5가지가 노인에게 적용할 만하다.

①**정보의 나눔** : 집단의 구성원들은 치료자나 다른 구성원들로부터 약물, 사회적 서비스, 오락 활동, 직업 서비스, 기타 도움말에 대한 정보를 얻는다.

②**재사회화와 재동기화** : 노인환자는 외로움과 격리로 고통을 받는다. 집단에 참여함으로써 환자들은 다른 사람들과 의미 있는 관계를 이루는 것을 배우며 이를 통해 격리감이 줄어든다. 집단은 오랜 시간 동안 녹슬었던 사회적 기술을 다시 발달시키게 한다. 다른 노인

들이 문제 해결을 위하여 노력하는 것을 보면서 변화의 가능성을 서서히 깨닫게 된다.

③**자기 평가의 강화** : 집단을 통하여 어려움을 느끼는 개인적인 문제들은 자신만의 문제가 아니며 다른 사람들도 비슷한 어려움을 갖고 있다는 것을 알게 된다.

④**감정의 정확** : 격리된 노인들은 자기 연민, 죄책감, 실패 감을 느낀다. 집단환경은 그런 감정을 당황이나 두려움 없이 표현할 수 있도록 격려한다.

⑤**실존적인 관심에 대한 표현** : 죽음에 대한 불안, 존재의미파악 등 노년기의 상실에 대한 의문의 해결이다. 회상은 상실에 대한 애도, 우울 증상, 절망감, 자기비하 등의 문제를 정리하는 좋은 도구이다.

(5)가족 치료

가족은 중요한 치료적 요소이다. 노인환자의 치료에는 환자 본인뿐만 아니라 가족 전체를 치료에 포함해야 한다. 그 이유는 가족은 노인에게 있어서 가장 중요한 사회적 집단이기 때문이다. 그러므로 가족에 대한 평가작업은 치료에 필수적이다.

Jarvik과 Small(1988)은 노인과의 관계를 좋게 하기 위한 6단계의 자기평가 항목을 제시하였는데, ①기분을 관찰하고, ②반응의 강도를 살피고, ③건설적 방법을 계획하고, ④상황을 재평가하며, ⑤이야기 내용을 잘 듣고 설명해 주고, ⑥타협점을 계획한다는 것이며 가족 치료자는 이 과정에서 촉진자로서의 역할을 담당한다.

(6)우울증 환자에 대한 가족의 대처

우울증 환자를 정상인인 다른 가족들이 완전히 이해하기란 어렵다.

우울증 환자에게 있어 가장 중요한 것은 되도록 빨리 적절한 치료를 받는 것이다.

①우울증이 있는 어르신께서는 자신의 질병 자체에 대해서도 절망적인 생각을 갖고 있으므로, 치료에 적극적으로 임할 수 있도록 권유하고, 약을 잘 먹도록 도와주는 것이 가족의 가장 중요한 임무라고 할 수 있다.

②노인환자에게 진정으로 공감하고 이해하며, 격려하는 것이 가족의 중요한 임무이다.

③노인환자가 병 전에 즐겼던 취미 등에 다시 몰두할 수 있도록 도와주고, 환자가 갖는 어려움에 대해 충분히 이야기를 들어주며, 증상에 대하여 비난하거나 다그쳐서는 안 된다.

④여유로운 마음을 가지고 환자를 대하는 것이 매우 중요하다.

3) 사회활동프로그램의 참여

노인복지관의 사회활동프로그램에 참여함으로써 우울증의 자각적 증상이 있거나 사회관계 및 사회활동이 위축된 노인의 경우에 활동개선과 적극적 사회참여로 우울증 예방의 효과를 기대할 수 있다.

노인이 사회활동프로그램에 참여하여 자신의 몸 관리와 집안일부터 이웃 방문, 종교 활동, 야외운동, 자원봉사나 돈을 벌 수 있는 생산 활동 참여 등 자신의 생존과 독립적 기능을 유지할 수 있는 모든 행위를 말한다. 노년기 사회활동의 형태를 명확히 구분하기는 어렵고 서로 중복되는 측면이 많으나, 노인들이 사회활동을 하는 양태를 쉽게 파악하기 위하여 구분하여 본다면 대략 다음과 같은 4가지 유형으로 분류하여 제시하였다.⁵²⁾

52) 윤종률. 제6회 고령사회포럼. 2005.

첫째, 대인접촉의 사회활동인데, 대인관계 강화의 가장 기본적이고 중요한 형태는 가족, 친척, 이웃, 친구 등과의 잦은 접촉이다. 전화연락, 직접방문, 동반외출 등이 모두 중요한 접촉창구가 될 수 있다. 대인접촉활동을 보다 확장해 나가면 종교단체나 기타 사회조직, 학습모임, 자원봉사 단체에 참여할 수도 있다.

둘째, 생산 활동으로 물건이나 서비스를 창출해 내는 생산적 활동을 의미하며, 노인의 취업활동이나 자원봉사활동, 집안일이나 어린이 돌보기, 간병역할 등이 모두 여기에 해당될 수 있다.

셋째, 교육 및 지적 활동으로서 노인이라고 하더라도 새로운 기술이나 지식을 습득하는 것은 세상에 대한 열린 눈을 유지하여 자기인식력을 높이고 인지기능을 향상시키는 데 도움이 된다. 독서모임이나 신문읽기, 컴퓨터 배우기 등이 모두 이에 해당된다.

넷째, 순수한 여가활동으로 노인 각자의 취향에 맞게 스스로 선택하여 참여하는 활동이며 긍정적인 사회활동의 중요한 부분을 차지하고, 노인의 새로운 역할을 만들어 내는 좋은 방법이다. 시니어 클럽 같은 동호회에 가입하여 활동하거나 여행하기, 영화나 음악 감상, 정원이나 텃밭을 가꾸는 일, 요리하기, 컴퓨터 배우기, 각종 운동 등 거의 모든 취미활동이 여기에 해당될 수 있다.⁵³⁾

이상의 프로그램은 기존에 우울증을 가지고 있는 환자이거나 지역 사회 대상 노인을 대상으로 한 프로그램이 아닌 노인전문병원 등의

53) 박경혜·이윤환. 노인의 사회활동이 신체기능에 미치는 영향. 2006.

곳에 있는 대상자를 한 프로그램으로 지역사회 복지관이나 경로당의 다수의 노인에게는 부적합 하다고 볼 수 있겠다. 김동배 외(2008)가 연구한 바에 의하면 노인복지관 이용 노인의 35%가 우울증을 가지고 있으며 이들은 일상생활 기능 저하를 가지고 있지만, 우울증상이 일상생활의 모든 부분에 영향을 미치는 것이 아니라 인지적 항목과 관련이 높은 부분에서만 기능 저하를 갖고 있으면 신체적 부분에서는 그 수행능력이 보존되었다고 한다.⁵⁴⁾

지금까지의 우울증 치료는 예방보다는 치료를 우선으로 실시하면서 약물요법과 상담치료를 실시하였다. 상담치료는 전문 상담 교육을 받은 상담가들이 미술, 음악, 회상 요법 등의 다양한 분야를 접목해 각 분야에 치료를 붙여 미술치료, 음악치료 등으로 나누어 볼 수 있다.

2. 불교적 측면

1) 불교 노인복지의 실천방안

(1) 노인복지시설 운영의 다양화

우리나라는 빠른 고령화와 더불어 노인 자살률의 증가로 대책이 시급한 실정이다. 이에 생명존중을 강조하는 불교는 노인요양시설과 노인복지관의 운영 이외에 노인정신건강 측면의 개입이 시급하다고 할

54) 김동배 외. 노인복지관을 이용하는 노인의 우울증상 유무에 따른 일상생활 수행 능력과 인지기능 비교. 2008.

수 있겠다. 2009년 기준 불교노인복지시설이 385개소에 이르는데 이 시설별로 노인 우울증에 대한 전문상담센터나 자살예방센터를 설치하는 방안을 검토해야 한다. 복지관 실무자를 교육시켜 지역 내 우울노인을 발굴하고, 노인상담전문가와 연계하여 자살예방활동은 물론 불교적 노인자살예방체계를 정립하여 노인정신건강의 긍정적 측면인 심리적 안녕감을 증진시키는 데 당면문제로 삼아야 할 것이다.

(2) 시설복지와 재가복지 서비스의 연계

불교적 노인자살예방체계를 정립하면 시설에서 운영하는 모델을 재가노인들을 위한 복지서비스에 적용하는 방안이 모색되어야 한다. 재가노인복지서비스에는 방문간병과 수발 및 일상지원서비스, 방문목욕서비스, 방문간호, 방문 및 통원재활, 재가요양관리 및 지원, 주간보호(day care), 단기보호(short stay), 복지용구대여 및 구입 지원, 그룹홈(치매나 학대 및 방임노인 공동생활 지원), 케어플랜 작성 지원서비스(케어매니저가 서비스 계획을 작성) 등이 있는데, 이 외에 전문가의 지속적인 연락과 방문을 통해 우울노인에 대한 확인, 조기발견과 의뢰 및 직접 치료할 수 있는 통합적인 서비스가 구축되면, 노인 자살생각을 감소하는 데 효과적일 것이라 사료된다.

(3) 프로그램의 특성화와 보편화

노인요양시설의 서비스와 프로그램의 목적은 모든 사람이 인간다운 삶을 영위하는 것으로부터 출발한다. 인간다운 삶이란 건강하고 문화적인 삶을 영위하는 것으로서 기본적인 의식주의 해결만이 아니라 심리·사회적인 욕구충족, 정신적 만족감을 얻을 수 있도록 서비스를 제공하여야 한다. 따라서 불교는 노인복지시설 운영의 다양화에 따른

프로그램 개발과 효율적인 운영을 위해서는 프로그램의 특성화와 보편화가 잘 조화되어야 한다. 이러한 프로그램의 특성화와 보편화가 잘 조화된 노인자살예방정책을 성공시킨 일본의 경우를 예를 들면 다음과 같다.

노인자살예방을 위해 지역사회 중심으로 우울증 및 자살관리를 하는 프로그램을 실시하고 있다(Oyama, 2006). 먼저 자살률이 높은 농촌 마수노야마치, 나가와마치, 니이가타 지역에서 지역사회 중심으로 자살예방프로그램을 실행하였으며, 전체 노인을 대상으로 8개 문항으로 우울증을 선별하였다.

이와 더불어 자살 및 우울증에 대한 교육을 집중적으로 실시하였으며, 집집마다 우울증 및 자살의 증상을 설명한 브로슈어를 배송하였다. 그리고 우울증이 있는 노인, 자살계획을 알리는 노인, 배우자가 근래에 죽은 노인, 최근 병원에서 퇴원한 노인, 자살 가족력·친구력이 있는 노인을 자살의 고위험군으로 파악하여 집중 관리하였다. 이 노인들의 사회적 고립을 막는 것이 제일 중요하다고 생각하여 노인들이 지속적으로 모이는 그룹시간을 마련하였으며, 공무원들이나 지역주민이 정기적으로 이런 노인들을 방문하였다.

정신과 전문의가 인지치료를 시행하였으며, 일차 진료의에게 우울증에 대한 교육을 실시해 우울증 치료가 제대로 이루어질 수 있도록 하였다. 이런 노력을 통해 자살률이 1/3로 감소하는 효과를 가져왔다. 한편, 가까운 노인을 자살로 잃은 유족들을 보살피는 것도 중요한데, 이는 자살의 3차 예방(tertiary prevention)에 해당된다고 하겠다.

이와 같이 노인에 대한 정확한 이해와 특성, 노인의 기능·인지능

력에 맞는 개인적 접근이 용이한 노인자살예방 프로그램의 운영과 더불어 우리나라 노인 정서나 문화에 맞는 불교적 프로그램을 개발·운영하여야 한다.

(4) 자체적인 시설 확보 및 운영방안

불교노인복지의 운영방식을 살펴보면 교구본사나 단위사찰에서 중단의 사회복지법인을 통해 위탁·운영하는 경우도 있고, 사찰에서 사회복지법인을 만들어 위탁운영하거나 자체 운영하는 경우도 있으며, 사찰과 별개의 사회복지법인을 만들어 법인중심으로 사회복지사업을 펼치는 경우도 있다. 그리고 사회복지법인과 관계없이 사찰에서 자체적으로 지역사회주민을 위한 복지사업이나 프로그램을 운영하는 경우도 있으며, 사찰에서 지원사업의 형태로 자원봉사교육 및 파견사찰사업이나 지역시설의 지원프로그램을 운영하는 경우도 있다.

또한 불교사회복지를 실천하는 중에는 이러한 직접운영과 간접운영의 복합적인 방식으로 운영하는 경우도 다수 있다. 불교계에서 노인복지시설을 자체적으로 운영할 경우 법당을 마련하고, 불교적인 특색을 살린 프로그램을 할 수 있으나 정부의 지원을 받는 위탁시설의 경우 특정종교의 프로그램 시행은 제한을 받게 된다.

위탁시설의 경우 정부나 지방자치단체의 재정지원을 받기 때문에 관리 감독을 받게 되므로 운영에 자율성을 기할 수 없기 때문에 자체적인 시설 확보와 운영방안을 늘려가도록 해야 할 것이다.

(5) 다원적 사회복지공급체계에서의 위상정립

사회복지가 생활보호를 위주로 하던 시기와는 달리 사회복지대상자가 증가하고 그 욕구도 다양화·고도화되어 감에 따라 새로운 차원에

서 사회복지가 이해되어 가고 있으며 사회복지기능이 고도화됨에 따라 사회복지대상자의 프라이버시나 가치관과 관련되는 서비스가 점차 증가하고 있다.

이에 따라 불교의 가치관이나 동양인 특히 한국인의 체질에 맞는 사회복지서비스 프로그램이 개발되고 보급되어야 한다. 현대사회의 사회복지서비스는 공적위주의 사회복지서비스에서부터 다원적 사회복지공급체계로 전환되고 있다. 즉 기업 내의 사회복지, 시장교환에 의한 사회복지, 가족·이웃·자원봉사·비영리단체 등에 의한 사회적 서비스교환 등을 들 수 있다. 이러한 분야에서 불교가 선도적 역할정립을 해야 한다.

(6) 예방과 증진서비스에 있어서의 불교의 역할

예방적 서비스는 요보호자가 되지 않도록 하기 위한 사전적 서비스를 말한다. 예방과 증진서비스의 내용은 ①문제의 조기발견과 조기치료를 위한 정보교환이나 연락망 형성, ②서비스의 원활화나 처우방침결정의 신속화, ③사회참여 활동 촉진, ④삶의 보람을 위한 프로그램 개발(취업, 문화, 오락, 스포츠, 취미, 레크리에이션 등의 활동과 기술습득을 위한 강좌, 작품전시장 개설 등), ⑤그룹조직을 위한 지원(같은 고민이나 고통을 가진 사람들의 모임=고통의 공유화, 사회화 등의 효과가 있음) 등이 있는데 이러한 모든 활동영역이 불자들의 참가를 갈망하고 있는 것이다.

현재 불교사회복지 실천형태를 살펴보면 <표-10>과 같다.

< 표-10 > 불교사회복지의 실천형태55)

운영 방식	직접 운영		간접 운영	
	종단의 복지법인 통한 위탁운영	사찰이 자체 독립법인 운영	자체 사찰이나 시설, 프로그램 설치운영	봉사나 지원 파견 운영
운영 주체	종단의 사회복지 법인, 지원 사찰	사찰 자체 법인 운영 위원회	사찰의 운영위원회	사찰의 운영위원회
프로그램 내용	사회복지 기관· 시설 프로그램	사회복지시설 프로그램	사찰의 신도와 지역 사회를 위한 프로그램	자원봉사 교육파견, 지역시설지원프로그 램
재정지원 의 장·단점	정부의 재정지원으 로 재정부담 없으나, 정부의 관리·감독	정부의 일부 재정지원 있고, 운영의 자율성 있 으나, 재정 부담이 있고 정부의 관리·감독	사찰 자체 자원동원 으로 운영의 자율성 있으나, 대상자의 제한 가능성 있음	재정 부담이 적으나, 복지활동보다 포교에 치중할 가능성이 있음

2) 자원활용 및 전달체계

(1) 불교계 시설의 환경적 특성

불교계는 노인복지시설의 건축형태로서 주거와 치료를 위한 복합적인 구조로 하여 장기 및 만성질환의 노인을 위하여 치료적인 공간이 되도록 해야 하며, 안정적인 주거생활을 위해 가정적인 분위기를 조성하여 노인들이 보다 따뜻하고 안락한 보호를 받을 수 있도록 배려해야 하고, 노인의 고령화로 인한 신체적 심리적 기능저하에 따르는 사고의 가능성을 줄일 수 있도록 계획적인 실내 인테리어와 건축설계가 필요하다.

현재 조계종을 비롯하여 여러 종단에서 불교의 대중화와 지역사회 연대사업의 하나로 노인요양원의 건립을 추진하고 있어 지역사회 공익증진에 일조하고 있다. 불교계에서 노인복지시설을 세울 때 사찰은

55) 권경임, 불교사회복지실천론, 학지사, 2004, p.279.

지역사회와의 접근성을 살리고 자연친화적 환경의 장점을 살려서 생태마을을 조성하는 등의 지역사회와의 상생을 위한 접근방안을 모색하는 것이 바람직하다.

그 일례로 은혜사는 자연친화적인 생태마을 조성의 일환으로 지방자치단체와 연계해 수림장(樹林葬)을 건설할 계획인데, 수림장은 장례를 산골로 치르는 새로운 형태의 장묘 방법으로 묘지와 납골로 인한 국토 잠식과 지역사회 환경을 보호할 수 있는 방안이다. 또한 마곡사는 일반인을 대상으로 한 참선이나 명상수련을 실시하고 있는데, 노인들을 위한 프로그램으로 템플스테이나 명상수련 등을 실시하여 사찰 환경의 특성을 살린 프로그램을 늘려가야 할 것이다.

(2) 인적·물적 자원의 동원과 연계방안

노인복지시설의 경우 유료시설도 있지만 대부분 복지혜택을 적게 받는 저소득층 요양대상자들을 위한 무료시설이나 실비시설인 경우가 많은데, 실비시설은 차상위 계층이나 일반인들의 부담을 덜어주기 위한 시설이다. 이러한 시설은 국가나 지방자치 단체에서 위탁받아 운영하는 경우가 많은데, 정부의 지원금과 법인전입금이나 후원금 등으로 운영비가 충당되고 있다.

이 경우 법인에서 수익사업을 통해 운영비를 충당할 수도 있으나 위험부담이 적은 사업 아이템의 선정이 중요하다. 그리고 유료시설의 경우 정부의 지원금 없이 시설의 입소자가 지불하는 비용을 받아 자체적으로 운영해야 하는데 우리나라는 아직까지 유료시설이 보편화되어 있지 않고 경영상에 어려움이 있으므로 운영의 합리화를 기해야 하며, 우리나라에서는 유료시설의 경우 도시에 인접한 경우는 운영이 비교적 잘되고 있으나 전원형이나 산속에 있는 경우는 실패한 사례가

많은 것이 현실이다.

따라서 시설운영을 위한 인적·물적 자원의 확보방안이 마련되어야 한다. 종단이나 교구본사 차원에서 사회복지기금을 조성하고 각 사찰의 복지사업이나 프로그램을 지원하는 방안과 더불어 각 사찰별로 시설을 운영하거나 지원하기 위한 자원 확보 방안이 수립되어야 한다. 또한 정부나 지방자치단체의 지원에 관한 정보를 잘 활용할 필요가 있다.

(3) 불교노인복지의 전달체계 구축

불교계의 노인복지사업을 효과적으로 수행하고 활성화하기 위해서는 전달체계의 구축이 필요한데 종적인 전달체계로는 종단의 사회복지재단과 교구본사 및 단위사찰의 산하시설 간에 전달체계가 세워져야 하고, 횡적인 전달체계로는 지역사회 노인복지시설로 이루어진 노인복지협의회가 결성되어야 하며, 불교계의 병원이나 시설과 재가복지서비스 간에 노인복지서비스 전달체계도 구축되어야 한다.

또한 지역사회 내 학교나 자치단체와 사찰 간에 산학협력의 네트워크를 구성하고, 이를 통한 협력사업으로 사회복지현장 인턴제 등을 실시하고, 지역사회 병원은 노인전문심리상담가 양성, 재교육의 장으로 활용하는 방안을 모색해 볼 수 있다.

3. 노인 정책적 측면

1) 우리나라 노인자살예방대책

미국은 1958년 로스앤젤레스에 자살예방센터를 설립하는 등 일찍이 국가가 국민의 안전과 생명을 보호하다가 1999년 자살예방을 위한 국가전략(National Strategy for Suicide Prevention)을 세워 체계적인 자살예방 정책을 펴고 있다. 미국뿐만 아니라 일본, 프랑스, 영국 등 선진국에서는 자살문제를 국가적 과제로 삼고 그 대응책 마련에 고심하고 있다. 하지만 경제개발협력기구(OECD) 국가 중 자살을 가장 많이 하는 나라라는 불명예를 얻은 우리나라는 2005년 보건복지가족부가 ‘자살예방 5개년 종합대책’ 세부추진계획을 수립하였고, 2009년부터 제2차 자살예방종합대책을 실시중이지만 아직 효과는 보지 못하고 있는 것으로 나타났다.⁵⁶⁾

이러한 가운데 지난 3월 11일 ‘자살예방 및 생명존중 문화조성을 위한 법률안’이 국회 본회의를 통과하여 2012년 3월부터 본격적인 시행을 앞두고 있어 얼마나 실효를 거둘지 지켜봐야 할 것이다.⁵⁷⁾

한편 보건복지가족부가 2011년 발표한 ‘생명사랑 및 자살예방전략’을 살펴보면 다음과 같다.

아동청소년기, 성인기, 노인기로 구분된 생애주기와 사회환경적 접근, 정신건강증진, 자살위험요인 예방, 자살위험자 조기발견 및 조기개입, 자살시도자의 치료 및 사후관리로 구분된 사업단계별 자살예방전략은 다음 <표-11>과 같다.

56) 아시아투데이, 2011년 6월 19일 검색.

57) 한국보험신문, 2011년 6월 19일 검색.

< 표-11 > 생애주기별 서비스 범주별 자살예방 전략58)

생애 주기	사회환경적 접근 (지역사회 대상)	정신건강증진 (일반인구 대상)	자살위험요인 예방 (정신건강위험 인구 대상)	자살위험자 조기발견 및 조기개입 (자살위험자 대상)	자살시도자 치료 및 사후관리 (자살시도자 대상)
아동 청소년기	<ul style="list-style-type: none"> - 학교교육 정상화 - 학교폭력 감소 - 저소득층 학생의 교육권 보장 	<ul style="list-style-type: none"> - 우울증 위험인자 (학습장애, 왕따, 학교폭력 등) 감소 - 아동청소년 대상 정신건강증진 교육 - 부모대상 정신건강 중요성 홍보/ 올바른 양육방법교육 	<ul style="list-style-type: none"> - 이혼 또는 부모사망, 극빈층, 알코올중독/정신질환자/자살경력 부모 - 아동청소년 등 위험군 대상 우울증 예방 프로그램 제공 	<ul style="list-style-type: none"> - 보건교사, 상담교사, 교사, 학부모에 대한 정신보건교육 - 아동청소년기 우울증 및 자살에 대한 홍보책자 배포 - 위험군에 대한 선별검사 정기 시행 - 정신과 치료상담에 대한 편견감소 홍보 - 인터넷상담 활성화 	<ul style="list-style-type: none"> - 우울증 및 자살시도 아동청소년의 치료연계 및 사례관리 강화 - 저소득층에 대한 정신과 치료비 지원
성인기	<ul style="list-style-type: none"> - 공동체의식 강화 - 경제성장률 제고 및 실업률 감소 - 개인워크아웃 제도 등 신용불량자에 대한 대책 	<ul style="list-style-type: none"> - 일반국민 대상의 정신건강의 중요성 홍보 - 정신보건센터에서 스트레스 관리 프로그램 제공 - 직장 정신보건 사업 (직무스트레스 관리) 시행 	<ul style="list-style-type: none"> - 이혼, 실직, 저소득층, 알코올중독, 정신분열증환자 등 대상 우울증 예방프로그램 제공 	<ul style="list-style-type: none"> - ‘우울증 선별의 날’ 등 국가적인 행사로 우울증에 대한 조기발견 분위기 조성 - 정신보건센터의 조기발견체계 구축 - 자살상담 등 정신건강전화 구축 - 인터넷상담 활성화 - 생명의전화 활성화 - 생명의전화 상담 이후 정신보건센터로의 연계 활성화 - 자살징후에 대한 주민교육홍보 - 정신과 치료상담에 대한 편견감소 홍보 	<ul style="list-style-type: none"> - 정신보건센터 상담전화 및 생명의전화와 119연계 강화 - 우울증 및 자살시도 대상자의 치료연계 및 사례관리 강화 - 저소득층에 대한 정신과 치료비 지원 - 자살시도로 응급실에서 치료받은 자에 대한 정신과치료 강화
노인기	<ul style="list-style-type: none"> - 인터넷 자살 사이트 단속 폐쇄 - 고층건물 및 강다리 관리 강화 - 수면제/독극물 판매의 적절한 규제 - 생명존중문화 조성 - 매스컴의 선정적 자살 보도 억제 - 자살위험도 모니터링체계 구축 		<ul style="list-style-type: none"> - 배우자사망, 독거노인, 만성질환자 대상 우울증예방프로그램 및 사회지지체계 연결사업 		

그리고 기능부문에 있어 예방관리 단계인 보편적 기능, 지속·사후관리 단계인 선택적기능, 위기단계로서 위급개입 단계인 집중적 기능으로 분류하여 운영전략을 <표-12>와 같이 수립하였다.⁵⁹⁾

58) 보건복지가족부, 2011년 정신보건사업안내, p.164.

< 표-12 > 노인자살예방정책 수립방안으로서의 최소기준 : 기능부문

구분		하위지표	내용
보편적기능	예방관리	홍보 및 교육	주민대상 노인자살예방 교육 (학교, 부녀회, 종교단체, 경로당 등) 시도자 및 생존자를 위한 예방교육 지역 전문가를 위한 노인자살예방 전문교육 자살예방을 위한 실천 가이드라인 제공 매스컴 등 대중매체의 자살보도 모니터링 등
		예방시스템 운영	hotline, warm line 상담, 자살예방상담 등 실시 자살시도자 및 생존자 명단 확보 지역 주민단체 및 조직의 gatekeeper, 자살예방 옴부즈 활동 참여
선택적기능	지속관리사후관리	자살위험군, 노인시도자, 생존자 지원	정기적인 가정방문, 경로당 방문 전화상담 / 확인 자살시도 직후의 정서적 지원 제공 자살시도 직후 시도자의 가족 대상 정서적 지원 및 필요정보 제공 집중 모니터링 및 관리 생존자 자조모임 운영 위험군, 시도자, 생존자별 개별화된 서비스 제공
집중적기능	위기	긴급 개입	hotline, 긴급전화상담 실시 경찰, 119 등 지역사회 내 긴급출동시스템 연계
		지속 관리	집중 모니터링 정기적인 가정방문 및 전화상담 119, 경찰, 인근지역 주민 등 공식·비공식적 자원을 통한 노인자살위험군의 자살예방 옴부즈맨 가동
	응급	긴급 개입	hotline, 긴급전화상담 실시 경찰, 119 등 지역사회 내 긴급출동시스템 자살위기상황에서의 자살위기 개입(negotiator) 응급실 등 의료기관 연계 자살시도자 및 생존자 명단 관리
		네트워크	사례발굴(긴급전화상담 등)-긴급출동-응급연계시스템 응급의료기관, 경찰, 119등의 긴급사후관리 위한 공공기관

59) 보건복지가족부, 전계서, pp.177-178.

구분		하위지표	내용
			및 지역사회 자살예방관련 기관 연계시스템 자살시도자 및 생존자에게 즉각적인 개별개입 위한 전문가 연계시스템
평 가	계 획		시·군 노인자살예방 자원 파악 및 적절성 노인자살예방사업 수행결과에 대한 문제점 파악 및 개선방 안 수립의 적절성 노인자살예방사업 목표설정의 합리성 목표달성을 위한 과정 및 목표의 적절성 자체평가 체계 구축여부 및 적절성
	수 행		대상별 개입의 적절성 - 개입대상의 적절성 - 개입방법 적절성 - 개입시기 적절성 등 실무자의 자살에 대한 수용도 및 이해도 기관의 자살사업지원 및 수퍼비전, 교육제공 실시여부
	평 가		정기적인 모니터링, 평가 여부 표준화된 평가도구 확보 여부 클라이언트의 만족도 적절한 사례발견 시스템 운영 사례발견 및 개입사례 양(量) 계획내용의 성취정도 평가 각 기관간 연계와 네트워크 활용정도, 활용 적절성 등

수립한 전략을 직접 수행할 조직은 공공부문과 노인자살예방핵심기
구(민관협의체), 실무단위로 세분하여 다음 <표-13>과 같이 제시하고
있다.⁶⁰⁾

60) 보건복지가족부, 전계서, pp.179-180.

< 표-13 > 노인자살예방정책 수립방안으로서의 최소기준 : 조직부문

구분	하위지표	내용
공공 부문	구 조	<p>각 지역별 노인자살예방 핵심기구 설치 지원</p> <p>노인자살예방 지역자문위원회 구성</p> <p>노인자살예방사업을 위한 정기적인 간담회 혹은 자문회의, 사업 모니터링 등 운영</p> <p>노인자살예방 네트워크 구축</p> <p>긴급전화상담, hotline에서부터 사후관리에 이르는 전달체계 구성도</p> <p>긴급전화, 위기상담 시 발신자 및 신고자 추적확인 시스템</p>
	정 책	<p>노인자살예방사업의 정책적 방향과 목표제시</p> <p>노인자살예방을 위한 장기전략 및 단계별 단기 전략 마련</p> <p>다음 내용을 포괄하는 노인자살예방사업 관련 별도 지침 혹은 매뉴얼 제시</p> <ul style="list-style-type: none"> - 노인자살예방 기본사업내용제시 - 노인자살 위험수위에 따른 사정분류기준 - 자살위험군, 시도자, 생존자 등 대상 유형별 지원방안 기준 - 응급, 위기, 지속관리 등의 적절한 관리 기관 및 대처방법 - 지역 내 노인자살예방관련 자원리스트 등 - 사업평가 기준 혹은 성과 지표 등 <p>노인자살예방 실효성을 위한 전문가들의 행정권한 부여 혹은 행정지원체계 구축</p> <p>관공서, 응급실, 장례식장 등 공공영역 및 자살시도자 / 생존자들의 초기접근 기관에서의 자살예방 위한 정보제공시스템</p>
	예산운영	<p>다음 내용을 포함한 별도의 노인자살예방사업 예산 지원</p> <ul style="list-style-type: none"> - 노인자살예방 전담인력을 위한 인건비 및 4대보험 지원 - 노인자살예방사업 추진을 위한 기초연구 및 조사비용 지원 - 노인자살예방 홍보 및 교육비용 - 다양한 사업운영비 - 가정방문을 비롯한 사례관리비
노인 자살 예방 핵심 기구 (민관 협의체)	구 조	<p>전담인력 최소 2인(전문가, 간사) 확보</p> <p>별도의 사업운영 공간 확보</p> <p>공공, 민간기관과의 정기적인 간담회 등 공식적인 모니터링, 평가회의 등 운영</p>
	사업운영	<p>노인자살예방사업 기획, 운영 위한 조사·연구사업 실시</p> <p>지역 전문가 양성 위한 교육 및 자문 제공</p>

구분	하위지표	내용
		주민 대상 노인자살예방을 위한 교육 및 홍보 정기적인 노인자살예방 간담회, 자문회의, 모니터링 등 운영 노인자살예방사업을 위한 네트워크 구축, 운영 각 기관간 서비스 조정 및 연계 정기적인 사업 평가 실시 정기적인 정책모니터링 및 피드백 등
실무 단위	구 조	별도의 노인자살상담을 위한 공간 확보 노인자살상담 혹은 실무를 전담할 인력확보 기관 내 슈퍼바이저 확보 노인자살예방사업위한 전문자문위원 확보 정기적인 슈퍼비전, 교육, 자문 운영 실시
	사업운영	명확한 표적 집단 확보 자살위험 수준에 따른 개별화된 개입전략 (자살위험군, 시도자, 생존자 등) 정기적인 가정방문, 전화확인 및 상담 자살위험군 및 가족에 대한 자살 교육 및 대처교육 자살위험군, 가족, 시도자, 생존자에 대한 정서적 지원 서비스 자살시도 직후의 시도자 및 생존자 긴급 사후지원 시도자, 생존자를 위한 자조모임 지원 다른 기관과의 의뢰, 협조 기능 등

그러나 이는 2012년 시행을 앞둔 전략이어서 그에 대한 효과는 입증되지 않은 상태이다.

선진국에서 자살을 더 이상 개인의 문제가 아닌 국가적 문제로 삼고 있는 만큼 우리나라 역시 자살문제를 국가적 과제로 삼고 그 대응책 마련에 고심해야 할 것이다. 이것이 진정한 고령사회에서 요구하는 노인복지일 것이다.

자살은 개인적인 행위이지만 결과는 사회적인 현상으로 나타난다. 자살은 가족에게 평생 지울 수 없는 무거운 죄책감과 고통을 안겨주고 주변의 사람들에게는 정신적인 충격과 다른 사람들에게 자살을 유발하게 하는 경향이 있다. 자살은 엄청난 사회경제적인 비용을 부담

하게 하며, 생명존중의 가치관을 흐리게 하고, 삶의 의미와 가치를 혼란하게 만들어 사회통합을 저해하게 하기 때문이다.

2) 노인복지의 전망

(1) 후기 노인인구의 증가에 따른 장기요양보호정책 확립

고령사회에서 가장 크게 주목받는 사회문제는 노인에 대한 부양문제이다. 노년기 후기의 의존생활 기간은 인생의 정상적인 생활주기의 일부가 되고 있으며, 이 기간에 대한 서비스와 이와 관련된 건강보호 비용에 대한 국가적 차원의 대책이 요청되고 있다. 이러한 측면에서 최근 활발히 논의되고 있는 것이 장기요양보호정책이다. 장기요양보호는 의료적 보호, 사회적 보호, 가족수발자지지, 보호 비용 측면에서 정책이 마련되어야 한다.⁶¹⁾

(2) 노인의 노동시장에의 참여 증가와 고령자 창업지원정책의 강화

생활수준의 향상과 의료기술의 발달로 노인의 건강 수준이 높아지고 노인 스스로 경제적으로 자립하고자 하는 의식의 변화로 노인의 취업에 대한 욕구는 점차 증가되고 있다. 고령사회의 문제를 해결하기 위한 대안으로 노인의 노동시장의 참여 확대를 위한 고령자 창업 지원을 들 수 있다.

그동안 직업생활을 통해 축적된 전문성이나 경험을 통해 경제적 효과를 중심으로 운영될 필요가 있으며 창업에 필요한 자금을 지원해주는 정책이 중심이 될 것이다. 또한 기업체에 대한 고령자 의무고용률을 책정하고, 고령자의 신체적 특성에 적합하고 고용효과를 극대화

61) 이가옥 외. 노인복지정책 개발을 위한 연구. 1993

시킬 수 있는 직종을 확대하는 방향으로 이루어져야 한다.

(3) 노인복지와 정보화

정보통신기술은 시간과 공간의 제약을 탈피하여 육체적이고 힘든 일보다는 지식과 기술을 바탕으로 하는 사회운영원리가 작동한다. 이와 같이 시간과 공간의 제약에서 벗어남으로써 노인들은 필요한 사회적 서비스를 필요한 상황에서 보다 빨리 제공받을 수 있으며, 자신의 복지욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공받을 수 있을 것으로 기대 된다. 또한 인터넷을 통한 생활의 축진은 사회적 접촉 약화나 결여로 인한 사회적 고립감이나 소외감의 문제를 해결할 수 있다. 따라서 노인들에 대한 정보화 및 정보사회에 대한 인식 제고와 정보통신기기의 보급 및 활용 촉진 적극적인 정보화 교육을 통한 이용능력의 배양이 매우 절실하다.

(4) 노인에 대한 가족부양기능 강화

노인문제의 대표적인 원인은 노인에 대한 전통적인 가족부양기능의 약화 또는 해체이다. 노인부양에 관한 우리나라의 현재 정책은 가족 우선주의에 입각하고 있다. 한국에서의 노인 부양가족을 위한 정책은 가족구성원 모두를 대상으로 하는 가족정책이라기보다는 대체로 노인만을 강조한 정책으로서의 한계성을 보인다.

또한 대부분의 노인은 아직까지 가족으로부터 부양을 받기를 원하며, 가족의 지지가 강한 노인일수록 정신적·신체적으로 건강하고 삶에 대한 만족도가 높다는 연구결과가 나오고 있다. 따라서 정부는 가족의 노부모 부양 기능을 보완하고 가족해체를 예방할 수 있는 다양한 사회적 서비스를 제공해 줄 필요가 있다.

3) 노인복지의 발전과제

(1) 노인복지서비스의 질적·양적 확충

노인복지시설의 현대화, 다양화, 수적 증대는 불가피하다. 서비스 수준과 비용 부담문제에 따른 다양한 시설보호의 수요가 증가되고 있고 시설보호서비스의 수준은 아직도 초보적이어서 이에 대한 정책적 관심은 계속되어야 할 것이다. 또한 국가나 지방자치단체는 노인복지시설을 종류별로 설치할 수 있도록 노력해야 한다.

노인문제를 정부의 정책만으로 해결하기에는 한계가 있으므로 가족, 지역사회, 국가가 삼위 일체적 배려가 필요하며, 노인과 관련된 모든 의사결정 과정에 있어서 노인들의 견해가 반영될 수 있도록 제도화되어야 하며, 노인 자신은 스스로 배우고 훈련하는 데 노력해야 할 것이다.⁶²⁾

(2) 은퇴시기의 연장에 따른 서비스의 다양화

우리나라의 경우 55~58세 사이의 정년퇴직이 광범위하게 존재하고 있고 국민연금의 혜택은 60세부터 받게 되어 있어 인구노령화가 진전되기 시작하는 가까운 장래에도 개인의 은퇴시점이 크게 연장되지는 않을 것이다. 장기적으로는 각 개인들의 자발적 선택에 의한 은퇴시기의 연장이 이루어져야 할 것이고 이에 따라 정년연령의 연장, 국민연금의 최초 수혜시점의 연장 등의 제도적 변화가 따라야 할 것이다.

또한 60세 이후에도 근로하는 노인들에게는 근로소득세 감세 혜택을 주든지 퇴직 후 연금수급액을 증가시키는 조치를 고려할 필요가 있다.

62) 김미숙. 고령화 사회의 사회보장정책. 1998

(3) 의료서비스의 강화

최근 우리나라는 노인 인구가 빠른 속도로 증가함에 따라 노인 인구의 만성질환 유병률이 급증하고 있다. 그러나 산업화에 가족구조의 변화 등으로 노인의 가족 부양능력이 점차로 약화되고 있어서 노인의 건강문제는 개인적인 문제가 아닌 사회적 문제로 대두되고 있다. 노인의 건강의 악화는 노인들에게 경제적인 문제를 야기하며, 일상생활에서의 의존성을 증가시켜 사회적 역할을 제한하는 등 노인의 질적인 삶을 저하시킨다. 또한 의료보험이나 연금 등 각종 사회보험 재정이 큰 영향을 미치게 되는데, 노인의 경우 의료보험에 대한 기여도는 낮은 반면 만성퇴행성 질환의 유병률이 높아 의료비가 많이 소요되기 때문이다. 선진국에서는 이처럼 상승하는 노인의 의료비로 부담을 줄이고 노인 질환에 대한 다양한 요구에 알맞은 노인 의료시설을 운영하고 의료 서비스를 제공하고 있다.⁶³⁾

노인의료비는 사회보장기능을 확대하여 부담하도록 해야 한다. 그 방안으로는 첫째 노인들에 대해서는 본인 부담률을 낮추고 둘째 노인들을 의료보험에서 분리시켜 국가재정으로 의료비를 부담하고 셋째 보험료와 조세의 복합적인 재정을 강구해야 한다. 또한 이러한 보험재정의 부담을 줄이기 위해서는 노인의료전달체계를 다양화시킬 필요가 있다. 의료적 서비스 이외에 생활기능의 유지 및 회복을 위한 서비스가 제공되어야 하며 가정과 병원, 양로원의 개념이 복합적으로 작용하는 중간시설이 필요하다.

(4) 정상화 이념의 구현

정상화 이념은 원래 장애인복지서비스에 대한 “대등생활의 원칙”에

63) 서병진. 노인복지론. 2007

따른 정책을 나타내는 말이었으나 지금은 노인복지, 아동복지 등 사회복지 전반에 폭넓게 이 이념이 적용되고 있다. 이와 같이 정상화의 원리는 시설생활자의 삶의 질을 향상시키는데 영향을 주는 실천적 개념이다. 따라서 지역사회로부터 격리된 시서보호에서 통합된 시설보호로의 변화를 가져오게 된다.

(5) 한국 노인복지서비스의 과제

첫째, 소득보장제도의 지급대상을 확대하고 지급액을 인상해야 한다.

둘째, 의료보장제도의 수혜대상 노인을 확대하고 방문간호사업을 활성화시켜야 한다.

셋째, 재가복지사업의 실시기관, 시설 및 전문 인력을 확충해야 하며, 다양한 서비스 프로그램을 개발하고 추진해야 한다.

넷째, 시설보호사업의 무료 및 실비의 시설을 확충하고 보호프로그램을 다양화하며 전문 인력을 확충해야 한다.

다섯째, 경로우대제도의 우대대상을 확대하고 수준을 높여야 한다.

앞으로 고령화시대를 맞이하여 노인복지서비스가 노인의 복지증진에 기여하기 위해서는 서비스의 수혜대상을 확대하고, 다양하고 계획적이며 조직적인 프로그램을 제공해야 하며, 선택주의보다는 보편주의적 측면에서 대책을 펴나가도록 하고, 사회복지 전문 인력의 적극적인 활용을 통하여 서비스가 제공되어야 할 것이다. 또한 노인복지서비스는 가족보호와 사회적 보장이라는 두 가지 측면이 동시에 고려되어야 한다. 64)

64) 최순남. 현대노인복지론. 2000.

VI. 결론

최근 연이은 자살문제로 인해 사회적인 충격과 고통을 경험하고 있다. 우리 사회에 자살이 급증하고 있다는 것은 그 만큼 사회가 정신적으로 건강하지 못하고, 살만한 세상이 되지 못하다는 것이다. 비정(非情)과 물신(物神)의 세상에서 힘과 경쟁의 논리가 전면에 나타나고, 상생(相生)의 정신이 사라져 버렸으며, 아무도 나의 이야기에 귀를 기울여주지 않고 도움을 받을 수 있는 창구가 막혔을 때, 소외감과 절망감 속에서 자살을 감행하게 된다.

통계청에 따르면 질병이 아닌 고의적 자해에 의해서 자살에 의한 사망을 좀 더 자세히 들여다보면, 2009년의 자살자는 1만 5,413명으로 1일 평균 42.2명이 사망한 꼴이다. 2008년에 비하면 2,555명이 증가한 것이고, 이를 10만 명당 인구로 환산해보면 31명으로 전년대비 19.3%나 증가한 상태다. 특히 남자가 여자보다 증가율이 좀 더 높게 나타났다. 자살률은 '90년대 초반 이후에 상당히 증가를 하다가 특히 IMF에 해당하는 '98년에 많이 증가를 했고, 그 후에 조금 주춤하다가 2000년 이후에 들어서 다시 상승하고 있는 것으로 보이며, 2009년은 '99년에 비해서 거의 2배 이상 증가한 상태로 나타났다.

연령대별로 보면 전년에 비해서 전반적으로 늘어났는데, 특히 남자

의 10대, 30대, 50대에서 자살률 속도가 상당히 높았다고 나온다. 특히 남자의 자살률은 여자보다 1.8배정도 높고요. 연령대별로 보면 20대는 거의 남자는 비슷한데, 50대, 60대에 가면 오히려 남자가 여자의 3배 정도의 수준을 보이고 있다.

OECD 자살률의 평균을 보면, 11.2명 정도가 되는데, 우리나라는 28.4명으로 언제부터인가 가장 높은 수준을 보여주고 있다.⁶⁵⁾ 특히, 노년층에서의 자살률이 타 연령층에 비하여 매우 높음에도 불구하고, 그동안 간과되어져 왔는데, 그 이유는 청소년에 비해 노인에 대한 차별적 인식이 존재하고, 노인공경 등 전통적 사상에 반하는 노인자살에 대한 논의를 사회적으로 은폐하는 경향이 있으며,⁶⁶⁾ 자살을 노년기와 관계없는 것으로 간주하고,⁶⁷⁾ 노인이기에 죽음에 가까웠다는 자연스러운 예측 때문으로 보여진다.⁶⁸⁾

60세 이상 노인들의 자살률이 높고, 증가속도가 빠른 것은 노인인구의 급증과 더불어 핵가족화 현상, 노인부양의식의 약화,⁶⁹⁾ 노인의 실직 또는 은퇴로 인한 사회적 활동의 축소, 경제력 감소, 만성질환 증가, 이혼 또는 배우자의 상실이나 자녀의 독립을 포함한 가족과의 분리 등의 요인 등이 크게 작용하기 때문으로 보여지며, 노인자살의 주원인으로는 경제적 곤란, 정신질환(우울, 치매 등), 신체질환, 가정불화 원인 등으로 나타났다.⁷⁰⁾

이처럼 노인의 자살이 급증하는 현상에 대한 제도적·환경적 차원에서 적절한 대책을 세우지 않는다면 앞으로 다가올 초고령화 사회에서

65) 통계청. 2009년 사망원인통계결과. 2010.

66) 김형수. 노인자살의 이해와 일차적 예방. 2000.

67) 서화정. 노인자살예방을 위한 사회사업 개입전략. 2005.

68) 김승용. 한국노인 자살률 변동과 사회구조적 요인에 관한 연구. 2004.

69) 김형수. 노인자살의 이해와 일차적 예방. 2000.

70) 배지연. 노인자살에 관한 사례분석. 2004.

는 감당하기 어려운 사회문제가 될 것이다.

끝으로 본 연구 결과에서도 규명된 바와 같이 노인 우울은 노인 자살생각에 부정적인 영향을 미치는 변수로서 우울 정도가 높은 노인일수록 자살생각을 많이 하는 것으로 나타났다. 이를 역으로 생각하면 우울을 감소시키면 자살생각이 감소하여 노인 자살률의 감소효과를 기대해 볼 수 있다고 하겠다.

한편 불교는 종교를 가지고 있는 노인에 비해 종교를 가지고 있지 않은 노인이 우울 정도가 심한 것으로 나타난 연구결과에 주목해야 할 것이다. 인생을 잘 마무리해야 하는 과업을 안고 있는 노인들에게 보다 복된 임종을 맞이할 수 있도록 하는 것이 초고령사회를 대비한 불교 노인복지의 완성일 것이다.

이상의 결과를 종합해보면 노인 스스로 노화를 긍정적으로 수용하고, 가족, 친지는 물론 지역사회에서 사회적 지지체계를 구축하여 노인 우울 및 자살생각에 대한 조기발견 및 예방을 통한 생명안전망 구축과 함께 노인 자살을 더 이상 개인문제가 아닌 국가적 문제로 삼고 대처하는 국가적 차원의 자살예방정책을 전략적으로 펴나가야 할 것이다.

참고문헌

1. 국내문헌

- 곽경필 · 송창진 · 사공정규 · 이광현. "자살 위험요인의 평가와 예측", 동국의학 11: 83-94, 2004.
- 권경임. "현대불교사회복지론", 나눔출판, 2009.
- . "고령화 문제에 대한 한국 불교계의 접근방안, 2005.
- 권선숙 · 정연강 · 권혜진. "영세노인과 일반노인의 우울정도에 관한 비교 연구", 지역사회간호학회지, 13(1), 2002.
- 기백석 · 김소연. "노인 우울증의 임상적 치료 지침", 생물치료정신의학, 9(1), 2003.
- 기백석 · 최인근 · 한진희. "노인 우울증", BioWave, 6(22), 2004.
- 김기식. "사회복지운동의 의의와 과제에 관한 연구", 1996.
- 김도관. "건강매거진", 2000년 4월호, 2000.
- 김도환. "노인이 지각한 가족지지, 자아존중감 및 우울과의 관계연구", 연구논문, 2001.
- 김동배. "한국사회의 노인문제 해결을 위한 교회의 역할과 과제", 2004.
- 김동배 · 손의성. "한국노인의 우울 관련변인에 관한 메타분석", 한국노년학, 25(4), 2005.
- 김미숙. "고령화 사회의 사회보장정책", 1998.
- 김미혜 · 이금룡 · 정순돌 · 이영진. "재가노인의 우울증 예방을 위한 정신건강 생활실천 프로그램 개발 연구", 보건복지부 연구보고서(미간행), 2000.
- 김승용. "한국노인 자살률 변동과 사회구조적 요인에 관한 연구", 2004.
- 김영모. "한국인의 복지 의식과 사회복지정책의 발달", 1993.
- 김응철. "불교복지사업이 걸어온 길 100년", 2009.
- 김주영. "불교의 역사경에 나타난 장애인관 연구", 2009.

- 김태현. “노년학”. 교문사, 2007.
- 김형수. “노인 자살의 이해와 일차적 예방”, 2000.
- _____ “한국노인의 자살생각과 관련 요인 연구”, 한국노년학 22: 159-172, 2002.
- 김혜영. “노인의 자살생각과 관련요인에 관한 연구”, 이화여자대학교 석사학위 청구논문, 2005.
- 대한임상노인의학회. “임상노인의학”, 도서출판 한우리, 2004.
- 박경혜, 이윤환. “노인의 사회활동이 신체기능에 미치는 영향”, 2006.
- 박광준. “붓다의 삶과 사회복지”, 한길사, 2010.
- 박봉길 · 전석균. “노인의 자살생각에 영향을 미치는 우울증을 매개로 한 관련요인 연구”, 정신보건사회사업 22: 58-90, 2006.
- 박순천. “노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”, 이화여자대학교 석사학위 논문, 2005.
- 방해성. “불교사상에 입각한 복지 현실과 과제”, 2001.
- 배강대. “회상을 활용한 지지적 집단상담이 노인의 자아통합감, 무력감, 죽음 불안, 우울 및 자아존중감에 미치는 효과”, 영남대학교 대학원 교육학과 교육학 전공 박사학위논문, 2006.
- 배지연. “노인자살에 관한 사례분석”, 2004.
- 보건복지가족부. “2011년 정신보건사업안내”, 2011.
- 사회복지법인 대한불교조계종사회복지재단. “불교사회복지연구 제10호, 2011.
- 서병진. “New Guide 노인복지론”, 도서출판 솔바람, 2008.
- _____ “New Guide 불교사회복지론”, 도서출판 솔바람, 2010.
- _____ “초고령사회를 대비한 불교 터미널케어 활성화 방안 연구”, 『한국 불교학』 제58집, 한국불교학회, 2010.
- 서화정. “노인자살예방을 위한 사회사업 개입전략”, 2005.
- 성규탁. “새 시대의 효”, 연세대학교출판부, 1995.
- 성인혜. “우리나라 노인주거시설의 실태와 개선방안에 관한 연구”, 2005.
- 손능인. “불교경전에 보이는 장애인관과 일본의 심신장애아 복지시책에 관한

- 일고찰”, 2008.
- 손신영. “농촌 노인과 도시 노인의 삶의 질과 관련요인에 대한 비교 연구”, 한국노년학, 26(3), 2006.
- 신성훈. “인지기능 장애 및 우울 증상이 익산시 노인의 삶의 질에 미치는 영향”, 박사학위 논문, 2004.
- 양광자. “노인에 대한 가족지지와 우울에 관한 연구”, 조선대학교 석사학위논문, 2001.
- 어대용. “노인의 역할상실이 우울에 미치는 영향”, 청주대학교 석사학위논문, 2006.
- 오병훈. “노인 우울증의 진단과 치료”, 대한임상노인의학회 춘계학술대회, 2006.
- 이가옥 외. “노인복지정책 개발을 위한 연구”, 1993.
- 이동출. “불교복지사상 연구”, 2009.
- 이민숙. “노인의 우울과 자살에 대한 사회적 지지의 영향”, 서울여대 석사학위논문, 2005.
- 이민숙. “노인의 우울과 자살에 대한 사회적 지지의 영향”, 서울여자대학교 석사학위논문(미간행), 2005.
- 이승환 · 정영조. “노인우울증”, 『인제의학』 제23권 제2호, 2002.
- 이영자. “단독가구노인의 스트레스와 우울감”, 성신대학교 석사학위논문, 1999.
- 이인정. “남녀노인의 우울, 삶의 만족에 대한 심리사회적 요인들의 영향의 차이에 관한 연구”, 노인복지연구, 36, 2007.
- 이인정 · 최해경 공저. “인간행동과 사회환경”, 나남출판, 1995.
- 이호선. “노인상담”, 학지사, 2005.
- 임금선. “노인의 우울과 자살생각에 대한 노인생명존중프로그램의 중재효과”, 대구한의대학교 대학원 박사학위논문, 2010.
- 임종관. “재가복지 서비스의 실태 및 개선방안에 관한 연구”. 2002.
- 어대용. “노인의 역할상실이 우울에 미치는 영향”, 청주대학교 석사학위논문,

2006.

장지윤. "노인 뇌졸중 환자의 우울증상에 대한 노래심리치료의 효과", 이화여자대학교 교육대학원 음악치료교육전공 석사학위논문, 2005.

윤종률. "제6회 고령사회포럼", 2005

전우택. "우울증과 기독교 신앙", 1991.

정은미. "노인의 우울성향에 영향을 미치는 가족요인에 관한 연구", 인제대학교 석사학위논문, 2004.

정은숙. "노인자살의 위험요인과 보호요인에 관한 연구", 아주대학교 석사학위논문, 2005.

정인파·곽동일·조숙행·이현수. "한국형 노인우울검사 표준화에 대한 예비연구", 신경정신의학, 37(2), 1998.

추수경·유장학·이정렬. "인지행동 프로그램이 인지기능저하 노인의 인지기능, 우울, 일상생활 수행능력에 미치는 효과", 대한간호학회지, 37(7), 2007.

최순남. "현대노인복지론", 2000.

최외선·오미나. "재가노인과 시설노인의 우울 및 K-HTP 반응특성 비교", 미술치료연구, 9(2), 2002.

최영순. "일도시 지역사회 재가 노인의 우울예측 요인", 한국노인복지학회, 2005.

허준수·유수현. "노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구", 정신보건과 사회사업, 13, 2002.

2. 외국문헌

Beck, A. T., R. A. Steer, J. S. Beck, and C. F. Newman. 1993.

- "Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression." *Suicide and Life Threatening Behavior* 23: 139-145.
- Brown, S. L., and A. D. Vinokur. 2003. "The interplay among risk factors for suicide ideation and suicide: The role of depression, poor health, and loved ones' messages of support and criticism." *American Journal of Community Psychology* 32: 131-141.
- Dieserud, G., E. Røysamb, M. T. Braverman, O. S. Dalgard, and Ø. Ekeberg. 2003. "Predicting repetition of suicide attempt: A prospective study of 50 suicide attempters." *Archives of Suicide Research* 7(1): 1-15.
- De Leo, D., M. Dello Buono, and J. Dwyer. 2002. "Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy." *British Journal of Psychiatry* 181: 226-229.
- Heisl, M. J., G. L. Flett, and P. L. Hewitt. 2003. "Social hopelessness and college student suicide ideation." *Archives of Suicide Research* 7(3): 221-234.
- Hobfoll, S. E., A. Jackson, I. Hobfoll, C. A. Pierce, and S. Young. 2002. "The impact of communal-mastery versus self-mastery on emotional outcomes during stressful conditions: A prospective study of native american women." *American Journal of Community Psychology* 30: 853-871.
- Lang, H. R. 2003. "Elder suicide: a selective guide to resources." *Reference Services Review* 31(2): 175-184
- Osgood, *Suicide In Later Life*, New York, 1992.
- Oyama, Goto, Fujita, Shibuya, Sakashita, Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan. *Grisis*, 27(2):58-65, 2006.

3. 언론 및 기고

김홍신 의원실 재구성(2003.3), 경찰청 국정감사 제출자료.

매일경제 (2006.8.14) 가정종합사회복지관 돌봄의 집 어르신 우울증검사결과

메디칼 업저버(2006.09.18). 혈관성 질환, 만발성 우울증 유발 주목.

메디컬투데이(2008.10.18). 노인 우울증, ‘걷기운동’으로 치료.

메디컬투데이(2008.10.06). 국민 100명중 2명 ‘우울증’...청소년·노인 급증

아시아투데이(2011.05.25). OECD는 자살률 떨어지는데... “왜 우리만” 고공행진?

연합뉴스(2005.01.19). 노인입원환자 36%가 우울증 증세!

인터넷 네이버 카페 <사회복지과대학생 모임> 자료 발췌

자살 충동 및 우울증 자가 진단 척도의 출처 : <http://www.qprkorea.co.kr/scenter.index.php>

통계청(2010), 「2009년 사망원인통계결과」,

통계청(2010.9), 2010고령자 통계,

통계청(2010), 사망원인 통계

한국보험신문(2011.06.19), [시론]자살예방은 국가적 과제.

헬스조선(2011. 4. 29). 치매처럼 오는 ‘노인성 우울증’ 예방법.

설문지 <1>

-우울증 척도-

문항내용	전혀			
	그렇지않다 (1점)	가끔그런다 (2점)	자주 그렇다 (3점)	항상그렇다 (4점)
1. 나는 슬프고 기분이 울적하다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 나는 앞날에 희망이 없다고 느껴진다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 내 자신이 무가치한 실패자라 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 나는 다른 사람에 비해 열등하고 뭔가 잘못되어 있다 느낀다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 나는 매사에 나 자신 을 비판하고 자책한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 어떤 일을 판단하고 결정하기가 어렵다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 나는 쉽게 화가 나고 짜증난다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 취미, 가족, 친구에 대한 관심을 잃었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 어떤 일에 내 자신을 억지로 내몰지 않으면 일을 하기가 힘들다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.나의 외모는 추하다고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.식욕이 없다. 또는 지나치게 많이 먹는다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.불면으로 고생하며 잠을 깨운하게 못잔다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 나의 건강에 대한 걱정을 많이 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 인생은 살 가치가 없으며 죽는 게 낫다는 생각을 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

설문지 <2>

-우울증 척도-

①아니다 ②때때로 그렇다 ③자주 그렇다④항상 그렇다

번호	문항	①	②	③	④
1	나는 의욕이 없고, 우울하고 슬프다.				
2	나는 갑자기 울고 싶을 때가 있다.				
3	나는 잠을 잘 못자거나 아침에 일찍 깬다.				
4	나는 체중이 준 것 같다.				
5	나는 변비가 있다.				
6	나는 심장이 평소보다 빨리 뛰거나 두근거린다.				
7	나는 별 이유없이 몸이 나른하고 피곤하다.				
8	나는 안절부절해서 가만히 있을수가 없다.				
9	나는 평소보다 짜증이 많아졌다.				
10	내가 죽어야 남들이 편할 것 같다.				
11	나는 하루 중 아침에 가장 기분이 좋다.				
12	나는 전과 같이 잘 먹는다.				
13	나는 이성과 이야기하고 함께 있기를 좋아한다.				
14	내 정신은 그 전처럼 맑다.				
15	나는 어떤 일이든지 전처럼 쉽게 처리한다.				
16	나의 장래는 희망적이라고 느낀다.				
17	나는 매사에 결단력이 있다고 생각한다.				
18	나는 유익하고 필요한 사람이라고 생각한다.				
19	나는 내 삶이 충만하고 의의가 있다고 느낀다.				
20	나는 전과 같이 즐겁게 일한다.				

설문지 <3>

-자살에 대한 생각-

1. 귀하의 나이는 어떻게 되십니까?

- ① 61-65 ② 66-70 ③ 71-75 ④ 76-80
⑤ 60세 이하 ⑥ 81세 이상

2. 귀하는 평소 자살을 생각한 적이 몇 번 있었습니까?

- ① 한번 도 없음 ② 1-2회 ③ 3-4회 ④ 5-6회 ⑤ 6-7회 ⑥ 7-8회

3. 당신은 요즘 우울하십니까?

- ① 매우 우울하다. ② 조금 우울하다. ③ 보통이다.
④ 별로 우울하지 않다. ⑤ 전혀 우울하지 않다.

4. 언론이나 매체에서 나오는 자살 소식이나 뉴스를 접한 후 당신은 우울 정도는?

- ① 매우 우울 ② 조금 우울 ③ 보통이다. ④ 별로 우울하지 않다.
⑤ 전혀 우울하지 않다.

4. 최근 잇따른 자살에 대한 당신의 생각은?

- ① 이해할 수 없다. ② 이해할 수 있다. ③ 잘 모르겠다.

5. 귀하의 종교는?

- ① 불교 ② 원불교 ③ 천주교 ④ 기독교 ⑤ 기타 ⑥ 종교 없음

6. 자살 충동을 포기한 이유는 무엇입니까?

- ① 삶에 대한 미련 ② 종교적 양심 ③ 가족에 대한 미련

④ 죽음에 대한 두려움 ⑤ 해당 없음

7. 귀하의 건강상태는?

- ① 매우 건강 ② 건강하다. ③ 보통 ④ 건강하지 않다.
⑤ 매우 건강하지 않다.

8. 귀하가 자살 충동 느낀 원인은 무엇입니까?

- ① 질병 관한 고민 ② 경제적 어려움 ③ 가족사이 갈등
④ 고독감과 외로움 ⑤ 해당 없음

9. 연예인 자살로 인해 일반인의 모방 자살에 대한 당신의 생각은?

- ① 늘어날 것이다. ② 줄어들 것이다. ③ 관계없을 것이다.

10. 자살을 하는 사람들 보면 어떤 생각이 듭니까?

- ① 불쌍하다. ② 이상하다. ③ 이해가 안 된다. ④ 상관없다.

11. 자살 충동은 어떤 때 많이 느끼는가?

- ① 가족문제 ② 이성문제 ③ 돈 문제 ④ 기타 -

12. 자살 사이트가 자살 사유와 관련 있다고 생각합니까?

- ① 그렇다. ② 그렇지 않다 ③ 잘 모르겠다.

13. 당신이 실제 자살을 시도하려고 할 때 당신의 주변의 환경 (예 : 가족, 친구, 종교, 다시 살수 없다는 생각 등)이 어떤 영향을 줄 것 같나요?

- ① 주변의 환경 때문에 나는 결코 자살을 시도하지 못할 것이다.
② 주변의 환경에 대해 생각해 보고 자살 시도를 망설일 것이다.
③ 주변의 환경에 대해 크게 개의치 않을 것 같다.

- 설문에 성실히 응답해 주셔서 감사합니다. -

ABSTRACT

A study of Correlation of depression and suicide in elders -Focused on elderly in Skilled nursing Facilities -

Park, haeng mok
Department of Buddhist Social Welfare
Graduate School of Buddhist Studies Dongguk University

This study is aimed to empirically investigate the effects on the senior's ideation of suicide by analyzing the survey results focusing on the seniors aged 65 or older residing in 5 areas in Seoul(the eastern, western, southern, northern and central areas) based on the data sourced from National Police Agency. According to this data, the suicide rate of the Korean seniors is higher than that of the seniors residing in the other OECD member countries as it is emerging as a serious social problem. The result of the analysis indicates that the senile disease and depression were highly related so that they were set as causal variables, In addition, analysis was done on the difference of the seniors' suicide from the other types of suicide in accordance with the population sociology on the effects of senile disease and depression

on suicide accident by frequency analysis, correlation, ANOVA, and multiple regression analysis, and also such two variables were verified on their causation by path analysis, which was executed to find out the path of such variables and then draw their direct and indirect effects on suicide accident. This study indicates that it is valuable and necessary to study more deeply the causes and reasons of suicide behaviors in the viewpoint of real life and social system to prevent the seniors from suicide and build social safety net. Furthermore, the study itself will be valuable and meaningful enough to become a factor that can enhance the seniors' life quality before the aged society.