한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2009. Vol. 14, No. 2, 345 - 362

한국 노인의 생존 및 사망집단의 판별에 기여하는 심리사회적 요인들†

박 군 석‡
한림대학교 고령사회연구소

한국 사회가 고령사회로 급속하게 진행되고 있는 시점에서 한국 노인들의 생존 및 사망에 영향을 주는 심리사회적 요인들을 찾아내고자 하였다. 서울과 춘천에 거주하는 65세 이상의 202명이 본 연구의 대상이었다. 그 결과, 17개 질병 각각의 경험 상태는 생존집단과 사망집단간 평균의 차이가 없었다. 따라서 자존욕구의 충족, 정적정서 등 14개 사회심리 요인들을 중심으로 두 집단을 판별한 결과 67.9%의 정확분류율을 보였다. 한편 생존집단과 사망집단의 주관안녕과 신체건강을 각각 설명해보고자 13개 요인들을 단계별로 중다회귀 분석을 실시한 결과, 생존집단의 주관안녕은 경제상태, 부적정서, 자존욕구의 충족이란 3개 요인이 유의하게 설명하였고(70.9%), 사망집단의 경우에는 과거질병 요인이 추가되어 전체적으로 60.8%를 설명하였다. 생존집단의 신체건강 지각에는 과거질병과 경제상태 요인 외에 운동행동 요인만이 유의하게 설명하고 있었으며(44.7%), 사망집단의 경우에는 과거질병, 경제상태 및 부적정서 요인이 유의하게 설명하였다(45.6%). 끝으로 본 연구의 결과를 논의하고 장래 연구를 위한 시사점도 제안하였다.

주요어 : 한국 노인, 생존, 사망, 판별분석, 심리사회적 요인

† 본 연구는 2007년 학술진흥재단의 학문후속세대지원사업(과제번호: KRF-2007-358-H00006)의 일환으로 수행되었음.
‡ 교신저자(Corresponding author): 박군석, (200-702) 강원도 춘천시 옥천동 1 한림대학교 고령사회연구소, Tel: 033-248-3097, E-mail: cavinpks@naver.com

www.kci.go.kr

유엔의 경제사회국이 2005년 2월 24일에 발표한 '세계 인구전망 2004'에 따르면 한국은 현재 연령의 중앙치가 35.1세이지만 빠른 고령화로 인하여 2050년에는 53.9세에 이르러 세계에서 가장 노인이 많은 국가가 된다고 예측하였다. 현재 일본은 연령의 중앙치가 42.9세로 최고령 국가지만 2050년에 52.9세로 한국보다 고령화 수준이 낮아진다는 전망들이 나온 바가 있다(동아일보, 2005. 2. 28).

이처럼 한국 사회에서도 고령화가 급속하게 진행되면서 노인과 관련한 다양한 주제들이 중요한 사회적 관심사로 등장하였다. 이러한 시대적 흐름에서 인구의 고령화에 관한 건강 및 사회심리학의 역할과 기여가 중요한 과제로 부각되고 있다. 이러한 사실을 뒷받침하는 이유로 노인들의 주관안녕에 대한 일련의 고전적 연구들을 살펴보면 사회구조 변인들(예; 연령, 성별, 수입 등)의 영향력이 상대적으로 크지 않음을 들 수 있다(Diener, 1994).

특히 많은 학자들이 세계적인 고령화 추세에 걸맞는 다양한 주제들 및 다학제적인 연구 결과들을 내놓고 있다. 특히 '성공노화(successful aging)'에 대한 개념, 기준 및 조건 등에 대하여 이해하고자 하는 큰 연구 흐름이 있다.

한편 2007년 기준으로 우리나라 전체 사망자 수를 살펴보면 총 244,874명으로 하루 평균 671명이 사망하는 것으로 나타났다. 이를 인구 100,000명당 사망자수로 환산한 사망률을 연령대별로 살펴보면 40대 431.8명, 50대 946.8명, 60대 2,250.0, 70대 6,573.1명 및 80대 20,113.2명으로 60대 들어서 그 비율이 급증함을 볼 수 있다. 특히 총 사망자 가운데 65세 이상이 차지하는 비중은 68.6%이며, 이러한 총 사망자 대비 고령자들의 비중은 10년 전에 비해 11.5%가 증가하였다(통계청, 2008).

앞서의 객관적 사실들에 근거하여 성공노화와 함께 고려해야할 주제가 죽음이다. 이러한 시대변화에 따른 사회적 특징 변화들은 자연히 고령자들의 성공노화 달성과 더불어 노인들의 생존과 장수 및 사망에 미치는 심리학적 원인 탐색에도 심층적이고 다각적으로 접근할 필요가 있음을 시사해 주고 있다.

이하에서는 성공노화에 대한 기존 연구 흐름에 대한 개요와 노인의 죽음 또는 죽음 과정에 관련된 요인 및 해당 연구 결과들을 살펴보기로 한다.

한국 노인의 성공노화에 기여하는 요인들

흔히 성공노화를 이루고 있음을 평가하는 지표로서 가장 중요한 요소로 지적되는 요인들은 정신건강과 신체건강을 포함하여 자녀를 포함한 가정의 안정, 사회활동 수준 및 경제적 요인들이다(이주일, 박군석, 유경, 김영범, 장숙랑, 윤현숙, 유희정, 김동현, 2008). 더 세부적으로 김미혜, 신경림, 강미선 및 강인(2004)은 성공노화라고 평가되기 위해선 9가지 속성에서 긍정적이어야 함을 제시하기도 하였다. 즉, '부부복', '자식복', '친구복', '여가생활복', '거처복', '재산복', '건강복', '마음복', '죽음복' 등이다.

박군석, 한덕웅, 이주일(2004)은 선행연구들을 토대로 최소한 신체건강 및 주관안녕이 성공노화의 기본적 요소로 판단하였다. 따라서 이 두 요인들에 각각 영향을 미친다고 가정할 수 있는 12개 사회심리 요인들 가운데 한국 노인의 신체건강과 주관안녕을 유의하게 예측하는 변인들을 알아냈다. 이 연구에서는 심리 외적 변인으로 과거질병과 경제상태의 효과를 통계적으로 제외하고, 추가로 기여하는

www.kci.go.kr

사회심리 요인들을 알아냈다. 그 결과, 사회지원이나 종교신앙 요인을 제외한 나머지 사회심리 요인들(예; 결혼만족, 자녀만족, 자녀기대, 자존욕구의 충족 및 부적정서 등)이 신체건강과 주관안녕에 유의한 효과를 미치고 있음을 확인하였다.

또한, 박군석, 한덕웅, 이주일(2006)은 본인이 주관적으로 판단하는 신체건강 지각과 주관안녕 수준이 모두 높은 소위 '성공노화' 노인들과 두 요인의 수준이 모두 낮은 '비성공 노화' 노인들을 구분해 내는데 있어서도 해당 사회심리 요인들이 유의하게 기여하고 있음을 확인하였다. 그 요인들은 종교신앙 요인을 제외한 11개 요인이었는데, 성공노인들은 비성공노인들에 비하여 경제상태, 결혼만족, 자녀만족, 사회지원, 자존욕구의 충족, 운동행동, 음주행동 및 정적정서의 경험 수준이 높으며, 과거질병의 경험, 자녀에 대한 기대와 부적정서 경험 수준은 낮았다. 박군석 등(2006)은 성공노화 노인들에 영향을 미치는 해당 요인들에 근거하여 비성공 노화 노인들과 평균간 비교 분석과 더불어 판별분석을 실시하여 99.3%라는 정확분류율도 제시하였다.

앞서 제시한 연구들에서 밝혀진 영향 요인들 가운데, 최근 박영신과 김의철(2009)은 경제적 측면에서 월평균 수입이란 경제상태의 증가가 행복에 의미있는 영향을 미치지만, 돈이 없어도 행복을 설명하는 모형에 큰 영향을 미치지 않는다는 결과를 제시하였다. 이는 경제적 요인의 효과가 제한적일 수 있으며, 다른 요인들과 상호작용 효과를 갖고 있는 요인임을 의미한다.

개인요인 가운데 정적정서의 경험 자체는 일시적으로 경험된 후 사라질지라도 그러한 정서상태 동안 증가된 개인적 자원은 오랫동안 지속되어서 다음 상황에서 정적정서를 유발하는 자산이 된다(구재선, 이아롱, 서은국, 2009). 이러한 정서적 자원은 지속적 유지 또는 확장 과정을 거쳐 이후의 삶에 긍정적 영향을 미치게 될 것이다. 이는 Fredrickson(2005)의 '정적정서의 확장 및 축적이론(broaden and build theory of positive emotion)'과 유사한 맥락에서 해석될 수 있다.

사회관계 측면에서 주당 전화 횟수나 만남 횟수를 포함하는 사회적 지지 획득의 수준은 행복과 높은 정적 상관이 있으며(이주일, 정지원, 이정미, 2006), 대인 관계의 부재, 단절 및 갈등은 불행과 관련이 높았다(구재선, 김의철, 2006).

이상에서 언급한 연구 결과들과 삶의 질(QOL)을 결정 짓는 요인들은 건강 영역만이 아니라 개인적이고 사회적인 다양한 요인들과 밀접하게 연결되어 있다는 Lawton(2001)의 주장에 근거하여 성공노화와 관련이 깊은 요인들은 과거 질병의 경험 여부를 포함한 '건강' 요인, 주관적인 경제수준 지각 등을 포함한 '경제' 요인, 자존심 욕구의 충족, 정서경험(정적, 부적) 등을 포함한 '개인' 요인 및 결혼만족이나, 자녀만족 그리고 사회지원 등을 포함한 '사회관계' 요인 등이 주요 구성요인들 임을 알 수 있다.

성공노화와 죽음

노화와 죽음은 한 개인에게 선택적으로 다가오는 성질의 것이 아니다. 그러나 성공노화와 '웰다잉(well-dying)[1]'은 주관적인 요인들의 작용 범위

1) 현재까지 웰다잉(well-dying)에 대하여 학문적으로 연구자들 간에 합의된 용어가 없다고 판단되어, 발음상 표기를 그대로 사용하였다. 추후 적절한 용어가 제시되면 해당 용어를 사용하겠다.

www.kci.go.kr

가 상대적으로 크므로, 건강 및 사회심리학의 풍부한 연구 성과가 가능한 영역이다.

지난 동안 죽음에 대한 연구들은 Feifel(1959), Glaser, & Strauss(1965), Kastenbaum(1966), 및 Weisman(1974) 등의 선구적 연구들에 힘입은 바가 크다(Lawton, 2001에서 재인용). 그러나 Feifel(1959) 등의 연구에서는 주로 죽음의 공포나 사회구조적 특징 들에 근거한 접근이 이루어진 반면 심리학적 특징들에 기초한 접근은 이루어지지 않았다. 사실 기존의 국내 심리학 연구들 가운데에서도 노인들을 대상으로한 죽음 관련 연구는 생존하고 있는 노인들 만을 대상으로 죽음 불안과 심리적 안녕감의 관계(서석희, 박애선, 2007), 죽음에 대한 인식(노현정, 조은영, 전경숙, 정태연, 2006), 죽음공포, 죽음불안과 생활만족의 관계(최영임, 장휘숙, 2007) 및 삶과 죽음의 태도(김태련, 1988) 등에 관한 연구에 불과하다.

Field와 Cassel(1997)은 환자, 가족 및 보호자가 스트레스와 고통으로부터 벗어나는 것, 환자와 가족의 바램대로 이루어지는 것, 그리고 임상적, 문화적 및 윤리적 측면의 기준에 일치하게 맞이하는 것이 바람직한 죽음(good death)이라는 정의를 하였다(Hooyman, & Kiyak, 2005에서 재인용). 이러한 사망의 기준이나 과정에 대한 접근과 달리, 사망자의 특성에 대하여 보다 객관적이고 적극적인 결과를 제시한 Lawton, Moss, & Glicksman(1990)은 65세 이상의 사망자 200명에 대하여 사망전 1년 이내의 특징들에 대한 조사 결과를 제시하였다. 조사 대상은 사망자들의 사망진단서에 서명한 사람들이었다. 그 결과, 사망 1개월 전 특징들 가운데 고통 감소를 보고한 비율이 42%, 명료한 의식 유지 73%, 사회적 삶의 질 영역에서 긍정적 수준 유지 67%, 우울 감소 62%, 희망 증가 74%, 관심 증가 57% 등 다양한 특징들에서 짝진 생존집단들에 비하여 비교적 양호한 수준을 유지하였음을 알 수 있었다. 이 외에 Lynn, Teno, Phillips, Wu, Desbiens, Harrold, Claessens, Wenger, Kreling, & Connors(1997)과 Seale, & Cartwright(1994)의 연구들도 사망자들의 사망 직후 1-2개월 사이에 지인들을 대상으로 사망자의 생전 특징에 대한 평가 결과를 제시하였지만, 모두 사망자 자신의 평가가 아닌 타인의 회고 조사라는 한계를 지니고 있다.

사실 성공노화를 이루었다고 평가받기 위해선 일정한 정도의 생존 또는 장수가 선행되어야 함은 당연하다. 최소한의 장수가 선행된 이후에 웰다잉 소위 '잘 죽는 것'의 의미에 대하여 논의가 가능하다.

따라서 본 연구에서는 전반적인 한국 노인들의 주관안녕과 신체건강을 예측하는데 유효하였던 요인들(박군석 등, 2004), 한국 노인들을 대상으로 1년이란 종단적 시간 차이를 두고 이루어진 종단연구(박군석, 한덕웅, 최훈석, 2005), 성공노화 여부를 예측하는 사용된 심리사회적 요인들(박군석 등, 2006) 및 은퇴노인들과 재직중인 노인들의 주관안녕과 신체건강 비교(박군석, 2009) 등 대상을 달리하고 싯점을 달리하더라도 유의한 영향력을 가지고 있는 요인들 가운데 단순한 생존과 사망 집단의 예측에서도 유의한 영향력을 발휘하는 요인이 무엇인지 알아 볼 필요가 있다. 이러한 결과를 통하여 생존과 죽음을 넘어 웰다잉 또는 잘 죽는 것에 대한 심리학적 정의 구축에 실증적 자료 및 토대를 제공할 수 있을 것이다.

www.kci.go.kr

본 연구의 목적

이전의 수많은 연구들이 다양한 장면에서의 주관안녕(subjective well-being)에 대하여 집중적인 노력을 기울여 왔다. 그러나 크게 학문적 주목을 받지도 못했을 뿐만 아니라, 실증적 연구에서도 쉽지 않은 주제가 사망을 넘어 웰다잉(well-dying) 분야이다. 얼마나 사느냐보다 어떻게 살았는지에 초점을 맞춘 의미로 해석할 수 있는 웰다잉은 흔히 해당 개념에 대한 이념적 접근으로 그칠 수 밖에 없었다. 즉, 삶을 어떻게 살았는지, 어떤 사람으로 평가되는지, 생전에 행복하였는지, 건강하였는지, 여유가 있었는지에 따라 행복하고, 평온한 죽음을 맞이하게 된다는 것이다. 그러나 본 연구에서는 웰다잉에 대한 철학적, 이념적, 논리적 접근보다 실증 자료를 활용한 비교 결과를 제시함으로서 생존과 사망이라는 두 집단간 차이와 판별에 영향을 미치는 요인들을 확인하고자 한다.

본 연구에서는 기존에 밝혀진 성공노화에 영향을 미치는 다학제적 요인들이 한국 노인들의 생존과 사망을 예측하는데 있어서 어느 정도의 영향력을 갖고 있는지 알아보고자 한다. 사실 인간의 생존과 사망을 가르는 데에는 수많은 요인들이 작용하게 된다. 직접적 요인으로는 질병을 포함한 건강상의 문제일 것이다. 그러나 생존과 사망을 가르는 기준으로서 건강이나 질병의 문제로만 접근하기엔 너무 단순하다. 달리 보면 질병들 가운데에서도 치명적 수준에 따라 그 효과가 다를 것이다. 따라서 신체적 건강 상태가 주요한 요인으로 작용은 하겠지만 간접적으로 미칠 수 있는 요인들은 많으므로 기존 연구에서 다루어진 17개 각 질병들의 경험과 14개 사회심리 요인들 가운데 어느 요인이 노인의 생존과 사망을 예측하는데 있어서 유효한지를 확인해볼 필요가 있다.

요약하면, 본 연구에서는 과거에 의사로부터 질병의 유병 판정을 받았거나 치료를 받은 경험, 현재의 경제상태, 운동이나 음주행동 등과 아울러 박군석 등(2004, 2005, 2005a, 2005b, 2006)의 연구에서 신체건강과 주관안녕을 예측하는데 중요하다고 밝혀진 사회심리적 예언변인들이 1차 조사 시점 이후 2년 이내에 '사망한 노인 집단(이하 '사망집단'으로 약칭)'과 비교해서 사망집단과 주요 기준들에서 동일한 인구통계적 특성을 지니고 있는 '생존하고 있는 노인 집단(이하 '생존집단'으로 약칭)'들을 어느 정도 타당하게 변별하고, 어떤 요인들이 판별에 기여하는지 그리고 생존과 사망집단의 판별에 기여한 요인들이 성공노화의 구성요인들을 어떻게 설명하고 있는지에 대하여 실증자료로써 알아보고자 한다.

방 법

참여자

2003년 2월과 3월 사이에 서울과 춘천에 거주하는 45세 이상 성인 및 노인을 대상으로 1차 조사를 실시하였다. 그 결과 서울에서 1,009명 그리고 춘천에서 1,520명 등 총 2,529명의 자료가 수집되었다. 이들을 대상으로 2년이 지난 2005년 2월과 3월 사이에 재조사를 실시하는 과정에서 가족이나 이웃들로부터 확인된 사망자 총 110명이 확인되었다. 이 가운데 확인된 사망 원인이 교통사고인 2명을 제외하였고, 연령대가 65세 미만인 7명이 추가로 제외되어 최종 101명의 자료[2)]가 본 연

www.kci.go.kr

구의 분석에 사용되었다. 사망집단의 특성 가운데 성별은 남자 57명(56.4%), 여자 44명(43.6%)이었으며, 거주 지역별 구분은 서울 25명(24.8%), 춘천 76명(75.2%)이었다. 배우자와 동거 여부에 관한 특징은 동거 56명(55.4%), 비동거 45명(44.6%)이었으며 연령대는 65세에서 91세 사이에 분포하였다. 연령대를 세부적으로 살펴보면 60대가 23명(22.8%), 70대가 52명(51.5%), 80대가 25명(24.7%), 90대가 1명(1.0%)으로, 본 표집에서는 70대에 이르러 큰 폭으로 증가함을 보여주고 있다.

한편 생존집단은 2,529명의 표집에서 사망자 110명과 입원, 장기출타, 이사 등 2005년도 조사에 참여하지 못한 410명 등 520명을 제외한 2,009명 가운데, 본 연구에서 사용된 사망집단의 주요 인구통계적 특성들과 다르지 않도록 짝진-집단을 구성하였다. 즉, ①성별, ②거주지역, ③배우자와의 동거 또는 사별여부, ④연령(최소 65세 이상인 60대, 70대, 80대 이상)에 근거하여 두 집단 간에 인구통계적인 차이가 없도록 4개 특징을 기준으로 한 24개 범주를 구성한 후, 필요한 생존집단 대상자를 각 범주별로 무작위 선발하였다. 그 결과는 다음 표 1과 같다.

측정도구

본 연구는 심리학자와 아울러 사회복지, 건강의료 및 사회학 분야의 공동 연구자들이 참여하는 과제의 일환으로 수행되었다. 이 때문에 몇 변인들을 측정하는 척도들은 심리학 이외의 타 분야에서 제작한 문항들을 포함시켜 조사 이후에 신뢰도와 타당도를 분석하였다. 보다 자세한 분석결과 및 사용 도구의 내용에 대해서는 박군석, 한덕웅과 이주일(2004)에 제시되어 있다. 본 연구에서는 결과 이해를 위해 필요한 부분을 중심으로

표 1. 생존 및 사망집단의 인구통계적 특성 평균(표준편차) 및 차이검증

구분	집단	*N*	*M* (*SD*)	*F*
성별 (남=1, 여=2)	생존	101	1.44 (.49)	.00
	사망	101	1.44 (.49)	
	계	202	1.44 (.49)	
거주지역 (서울=1, 춘천=2)	생존	101	1.75 (.43)	.00
	사망	101	1.75 (.43)	
	계	202	1.75 (.43)	
배우자동거여부 (동거=1, 비동거=4)	생존	101	2.34 (1.49)	.00
	사망	101	2.34 (1.49)	
	계	202	2.34 (1.48)	
연령	생존	101	74.69 (6.08)	.61
	사망	101	75.37 (6.19)	
	계	202	75.03 (6.13)	

주) + $p<.10$ * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$ 이하동일.

2) 본 연구에 사용된 자료는 연구자가 소속되어 있는 한림대 고령사회연구소가 한국학술진흥재단으로부터 지원을 받아 확보한 자료 가운데 일부임을 밝힌다.

www.kci.go.kr

요약 제시하기로 한다.

과거질병. 과거에 병원이나 의원에서 의사로부터 17개 질병(예; 관절염 등)으로 진단을 받거나 치료받은 경험이 있는지를 물어서 측정하였다. 각 질병의 완치, 치료중 및 미치료 상태인 노인들은 1, 과거에 질병 경험이 없는 노인들은 0으로 재코딩하였다. 따라서 이 요인의 값이 높을수록 여러 가지 유형의 질병을 경험한 전체 수준이 높음을 의미한다.

표 2. 과거질병별 경험자 빈도 및 백분률

과거질병 명	60대 이상 인구(2081명)
고혈압	781(37.5%)
관절염	591(28.4%)
요통,신경통	476(22.9%)
기타	414(19.9%)
백내장,녹내장	369(17.7%)
골절	330(15.9%)
위궤양, 십이지장궤양	313(15.0%)
당뇨병	292(14.0%)
심장병	286(13.7%)
골다공증	269(12.9%)
천식, 만성기관지염	180(8.6%)
뇌졸증	135(6.5%)
우울증	120(5.8%)
암	91(4.4%)
간경변,간염	81(3.9%)
전립선비대증	70(3.4%)
파킨슨병	14(0.7%)

경제상태. 경제상태는 7개 문항으로 측정했다. ①가구 총소득을 11점 척도(1=50만원 이하, 11=500만원이상)로 물었으며, ②현재의 경제상태(1=매우 어렵다, 5=매우 여유가 있다), ③한국사회에서 가정의 경제 계층(1=상층, 5=하층) 및 ④가옥 이외의 본인 명의 재산 유무를 물었다. 추가로 ⑤월 평균 저축액, ⑥용돈 및 ⑦근로 소득에 대한 응답도 얻었다. 각 문항의 요인 부하량은 최소 .447, 최고 .806이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .725이었다. 이 요인을 구성하는데 포함된 문항들의 반응 값의 범위가 달라 각 문항을 표준화하여 사용하였다. 이 척도의 값이 높을 수록 경제상태의 수준이 양호함을 의미한다.

결혼만족. 현재 배우자와 함께 살고 있는 노인들을 대상으로 측정하였다. ①배우자로서 남편/아내에게 얼마나 만족하십니까?, ②배우자와의 관계에 얼마나 만족하십니까?, ③결혼생활에 얼마나 만족하십니까?의 세 문항에 대해서 5점 척도(1=매우 불만족하다, 5=매우 만족한다)로 평정하여 측정하였는데, 각 문항의 요인 부하량은 최소 .826, 최고 .935이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .920이었다.

자녀만족. 현재 자녀를 두고 있는 노인들을 대상으로 측정하였다. ①아들/딸에게 얼마나 만족하십니까?와 ②자녀들과의 관계가 얼마나 만족스러우십니까?의 두 문항에 대해서 5점 척도(1=매우 불만족하다, 5=매우 만족한다)로 평정하여 측정하였다. 각 문항의 요인 부하량은 모두 .879이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .870이었다.

자녀기대. 현재 자녀를 두고 있는 노인들을 대상으로 측정하였다. ①자녀는 부모에 대한 책임감을 지녀야 한다, ②부모가 건강하지 못할 때, 자녀는 부모를 돌봐야한다, ③자녀는 부모에게 경제적 도움을 주어야 한다, ④자녀가 성장 후 부모 가까

www.kci.go.kr

이 산다면, 자녀는 일주일에 한번은 부모를 방문해야 한다 및 ⑤먼 곳에 사는 자녀는 일주일에 한번은 편지/전화해야 한다의 다섯 문항에 대해서 5점 척도(1=전혀 그렇지 않다, 5=매우 그렇다)로 평정하여 측정하였다. 각 문항의 요인 부하량은 최소 .568, 최고 .673이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .754이었다.

사회지원. 주변 사람들과 사회관계에서 경험하는 공감과 지원의 수준을 측정하고자 ①나는 내 기쁨과 슬픔을 나눌 친구가 있다, ②나는 내 문제를 친구들과 상의할 수 있다, ③무엇인가 잘못되었을 때 친구에게 의지할 수 있다, ④내 감정을 헤아려 주는 사람이 있다, ⑤내 가족은 내 의사결정을 기꺼이 돕는다 및 ⑥나는 내 문제를 가족과 상의할 수 있다의 6개 문항에 대해서 5점 척도(1=전혀 아니다, 5=매우 그렇다)로 측정하였다. 각 문항의 요인 부하량은 최소 .480, 최고 .810이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .795이었다.

자존욕구의 충족. Maslow의 욕구위계설을 토대로 노인들의 욕구들 중 사회관계와 자기성장으로 인한 자존심 욕구의 충족 수준을 평가하였다. ①친구나 친척의 인정, ②사회적인 지위(인정), ③자기 자신의 인정, ④삶에 대한 성취감, ⑤가족 내에서의 권위 및 ⑥할 일을 가지는 것 등 6개 항목의 충족 수준을 5점 척도(1=전혀 충족되지 않는다, 5=매우 충족된다)로 측정하였다. 각 문항의 요인 부하량은 최소 .419, 최고 .712이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .774이었다.

종교신앙. 노인들이 현재 지니고 있는 종교나 영적 생활에 대한 생각과 활동을 알아보았다. ①내 인생에서 종교적 삶이 그 중심이다, ②나는 내 종교의 믿음에 따라 인생을 살고자 노력한다, ③사색하고 기도하는 것이 중요하다, ④나는 자주 신의 존재를 느낀다, ⑤내 인생에서 종교가 전부는 아니다, ⑥나는 종교 관련 서적들을 즐겨 읽는 편이다, ⑦나는 일상생활에서 종교에 얽매이지 않는다 및 ⑧사람이 착하면 됐지 무슨 종교를 믿는냐는 중요치 않다의 8개 문항(3개 문항은 역으로 채점)에 대하여 5점 척도(1=전혀 아니다, 5=매우 그렇다)로 측정하였다. 그러므로 높은 점수일수록 종교신앙에 대하여 긍정적 신념과 활동이 높음을 의미한다. 각 문항의 요인 부하량은 최소 622, 최고 .894이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .914이었다.

음주행동. 건강에 영향을 미치는 행동으로 노인의 음주행동을 알아보고자 5개 문항으로 알아보았다. ①현재 음주 여부, ②최근 맥주 한두잔 이상 마신 경험의 여부를 묻는 2개 문항, ③최근의 음주빈도(1=월 1회, 4=매일), ④술 종류 및 ⑤음주량(0-99) 등이었다. 각 문항의 요인 부하량은 최소 .728, 최고 .962이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .724이었다. 이 요인을 구성하는데 포함된 문항들의 반응 값의 범위가 달라 각 문항을 표준화하여 사용하였다.

운동행동. 건강을 위하여 평소에 운동에 참여하고 있는 수준을 알아보고자 2개 문항으로 측정하였다. ①건강을 위하여 평소에 운동을 하는지에 대한 여부와 ②그 운동의 빈도(1=한달에 1-3번, 4=거의 매일)에 응답토록 하였다. 각 문항의 요인 부하

www.kci.go.kr

량은 최소 .990, 최고 .990이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .660이었다. 운동행동 척도에서 얻은 점수의 범위는 -.70부터 1.53에 이르는데 점수가 클수록 운동을 많이 하고 있음을 의미한다. 이 요인을 구성하는데 포함된 문항들의 반응 값의 범위가 달라 각 문항을 표준화하여 사용하였다.

정적정서. 노인들이 정적정서를 경험하는 정도를 측정하기 위해서 PANAS(Watson, Clark & Tellegen, 1988)를 번역하여 사용하였으며, 각 정서들 가운데 요인구조와 신뢰도가 좋은 용어들만을 가려내어 사용하였다. ①흥미롭다, ②열정적이다, ③자랑스럽다, ④활발하다, ⑤강하다라는 5가지 정적정서를 얼마나 자주 경험하는지 5점 척도(1=거의 느끼지 않는다, 5=매우 자주 느낀다)로 평정하게 하였다. 그러므로 높은 점수는 높은 정적정서 경험 수준을 나타낸다. 각 문항의 요인 부하량은 최소 .479, 최고 .666이었으며, 신뢰도 계수(Chronbach's α)는 .736이었다.

부적정서. 노인들이 부적정서를 경험하는 정도를 측정하기 위해서 PANAS(Watson, Clark & Tellegen, 1988)를 번역하여 정서들 가운데 요인구조와 신뢰도가 좋은 용어들만을 가려내어 사용하였다. ①불안하다, ②두렵다, ③괴롭다, ④마음이 상한다, ⑤겁이 난다, ⑥짜증난다, ⑦적대감이 든다, ⑧죄책감이 든다, ⑨부끄럽다, 및 ⑩신경과민이다의 10가지의 부적정서를 얼마나 자주 경험하는지 5점 척도(1=거의 느끼지 않는다, 5=매우 자주 느낀다)로 평정하게 하였다. 그러므로 높은 점수는 높은 부적정서 경험 수준을 나타낸다. 각 문항의 요인 부하량은 최소 .498, 최고 .768이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .876이었다.

주관안녕. 연구에서는 노인의 심리적 안녕을 측정하기 위하여 Lawton(1975)이 개발된 Philadelphia Geriatric Center Morale Scale(이하 PGCMS으로 지칭)을 사용하였다. PGCMS는 노인의 심리적 안녕을 측정하기위해 널리 사용되는 척도이다. 총 17개 항목으로 불안, 노화에 대한 태도 및 고독감-불만족의 세 개 하위 영역을 측정하도록 구성되었다. 본 연구에서는 요인타당도와 신뢰도를 고려하여 주관안녕이라고 명명한 8개 문항만을 사용하였다. ①대개 나는 사는 것이 힘들다, ②나는 슬퍼할 일들이 많다, ③현재의 내 인생에 만족한다, ④외롭다는 생각이 든다, ⑤나는 때때로 인생이 살만한 가치가 없는 것이라고 생각한다, ⑥나는 지금 젊었을 때만큼 행복하다, ⑦올해는 사소한 일들로 괴로움이 많았다 및 ⑧나이가 들어갈수록 점점 쓸모없는 사람이 된다에 대하여 5점 척도(1=전혀 아니다, 5=매우 그렇다)로 측정하였다. 점수가 높을수록 심리적 안녕상태가 높음을 의미한다(부정적 형태로 묻는 6개 문항은 역으로 채점). 각 문항의 요인 부하량은 최소 .557, 최고 .742이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .857이었다.

신체건강. 신체 건강을 주관적으로 측정하는 3개 항목을 사용하였다. ①현재 본인의 건강에 대한 지각을 묻는 문항(1=매우 건강하다, 5=매우 건강하지 못하다), ②비슷한 나이의 다른 노인들과 비교하여 자신의 건강 지각(.797)을 묻는 문항(1=더 건강하다, 3=덜 건강하다) 그리고 ③노인 자신이 상상할 수 있는 최고의 상태를 100으로 상상할 수 있는

www.kci.go.kr

최저의 상태를 0으로 표시한 100점 수치척도 눈금에 오늘의 건강상태를 평가하도록 하였다. 점수가 높을수록 신체건강 상태가 긍정적임을 의미한다 (부정적 형태로 묻는 2개 문항은 역으로 채점) 각 문항의 요인 부하량은 최소 .673, 최고 .851이었으며, 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .737이었다. 이 요인을 구성하는데 포함된 문항들의 반응 값의 범위가 달라 각 문항을 표준화하여 사용하였다.

결 과

생존집단과 사망집단간 17개 질병 경험의 평균 비교

생존과 사망집단별로 과거에 의사로부터 17개 유형의 질병 판정을 받았거나 치료를 받은 경험의 유무에 관한 평균 및 차이검증 결과를 표 3에 제시하였다. 그 결과 질병들의 경험 수준에서는 생존집단과 사망집단간 평균 차이는 없었다.

한국 사회에서 사망의 직접적 원인들 가운데 가장 많은 요인이 암(27.9%)이나 순환기 계통의 질환(23.5%)의 순이지만(통계청, 2008), 본 연구에서 생존집단과 사망집단간 17개 주요 질병들의 경험에서 통계적 차이가 보이지 않음은 65세 이상의 고령들로 구성된 본 연구 참여자들의 특성에 기인하는 것으로 판단된다. 다만, 암의 경우 사망집단이 생존집단의 평균보다 두 배이며(*ns.*), 순환기 계통의 질환 가운데 하나인 심장질환에서 사망집단이 생존집단보다 통계적으로 더 높은 경향을 보였다($p<.10$).

표 3. 생존 및 사망집단의 17개 질병 경험 평균(표준편차) 및 차이검증

질병명	생존	사망	계	*F*
	M (*SD*)	*M* (*SD*)	*M* (*SD*)	
관절염	.28 (.44)	.31 (.46)	.29 (.45)	.23
고혈압	.44 (.49)	.38 (.48)	.41 (.49)	.79
뇌졸증	.08 (.27)	.06 (.24)	.07 (.25)	.24
당뇨	.15 (.35)	.16 (.37)	.16 (.36)	.06
심장질환	.09 (.28)	.17 (.37)	.13 (.33)	2.84^{+}
간염	.02 (.14)	.02 (.14)	.02 (.14)	.00
위궤양	.11 (.31)	.14 (.35)	.13 (.33)	.37
천식	.09 (.29)	.06 (.23)	.08 (.26)	.71
골절	.17 (.37)	.12 (.32)	.15 (.35)	.89
백내장	.20 (.40)	.18 (.38)	.19 (.39)	.08
암	.05 (.21)	.10 (.30)	.07 (.26)	1.74
우울증	.01 (.10)	.04 (.19)	.03 (.15)	1.84
파킨슨병	.01 (.10)	.01 (.10)	.01 (.10)	.00
요통	.22 (.41)	.18 (.38)	.20 (.40)	.49
골다공증	.10 (.30)	.09 (.29)	.10 (.29)	.05
전립선비대증	.04 (.19)	.02 (.14)	.03 (.17)	.66
기타	.18 (.38)	.19 (.39)	.19 (.39)	.01

www.kci.go.kr

생존집단과 사망집단간 14개 심리사회적 요인의 평균비교, 상관 및 판별

박군석 등(2004) 등에서 선행연구들을 토대로 신체건강 및 주관안녕에 각각 영향을 미친다고 가정한 14개 요인들이 생존이나 사망 여부를 판별해주는데 기여하는지를 알아보고자 하였다.

먼저, 표 4에 생존집단과 사망집단별로 각 요인의 평균 및 차이검증 결과를 제시하였다. 그 결과 자존욕구의 충족, 운동행동, 정적정서 및 신체건강 수준에서 생존집단이 사망집단에 비하여 평균이 더 높았다.

한편, 본 연구에서 사용한 14개 요인들간의 상호상관을 각 집단별로 산출하였다. 생존집단과 사망집단의 상호상관 결과가 제시되어있는 표 5와 표 6의 내용 가운데 두 집단간 차이가 큰 특징만을 중심으로 제시하면 다음과 같다: 과거질병의 경험 수준에서 생존집단은 그 수준이 높을수록 사회지원, 자존욕구의 충족, 음주행동, 주관안녕 및 신체건강 지각 수준이 낮았지만 부적정서의 경험 수준은 높았다. 그러나 사망집단의 경우에서는 생존집단의 경우에서와 달리 신체건강 수준에서만 부적상관을 이루고 있을 뿐이다. 결혼만족 수준에서 생존집단은 그 수준이 높을수록 사회지원과 자존욕구의 충족 수준 또한 높았지만, 사망집단의 경우에서는 보이질 않았다. 사회지원 요인의 경우, 생존집단은 그 수준이 높을수록 부적정서 경험 수준이 낮고, 신체건강 수준이 높았지만, 사망집단의 경우에서는 보이질 않았다. 음주행동의 경우, 생존집단은 정적정서와 주관안녕의 수준이 높을수록 음주행동 수준도 높았다. 그러나 사망집단의 경우 부적정서를 경험하지 않을수록, 신체건강 지각 수준이 높을수록 음주행동 수준이 높았다. 운동행동의 경우, 사망집단은 그 수준이

표 4. 생존 및 사망집단의 14개 요인 평균(표준편차) 및 차이검증

구분	생존	사망	계	*F*
	M (*SD*)	*M* (*SD*)	*M* (*SD*)	
과거질병	2.13 (1.77)	2.12 (1.53)	2.12 (1.65)	.00
경제상태z	-.09 (.52)	-.16 (.48)	-.13 (.50)	1.02
결혼만족	3.74 (.61)	3.78 (.98)	3.76 (.81)	.09
자녀만족	3.67 (.81)	3.82 (.66)	3.74 (.74)	1.85
자녀기대	3.96 (.62)	4.03 (.67)	3.99 (.64)	.64
사회지원	3.12 (.75)	3.04 (.76)	3.08 (.76)	.64
자존욕구	3.31 (.59)	3.11 (.62)	3.21 (.61)	5.82*
종교신앙	2.61 (1.04)	2.46 (.95)	2.54 (1.00)	1.07
음주행동z	.15 (.88)	.014 (.75)	.08 (.82)	1.49
운동행동z	-.00 (1.00)	-.27 (.85)	-.13 (.94)	4.37*
정적정서	2.62 (.92)	2.19 (.84)	2.40 (.90)	11.71***
부적정서	2.12 (.76)	2.25 (.89)	2.18 (.83)	1.22
주관안녕	2.87 (.81)	2.70 (.83)	2.78 (.82)	2.06
신체건강z	-.06 (.79)	-.41 (.88)	-.23 (.85)	8.46**

주) z 표시된 경제상태, 음주행동, 운동행동 및 신체건강은 z점수를 사용한 결과임(이하생략)

www.kci.go.kr

높을수록 정적정서나 주관안녕 수준이 높았지만, 생존집단에서는 보이질 않았다.

표 7에는 14개 요인들이 생존과 사망 여부 요인과 어떤 상관을 보이는지 그 결과를 제시하였다. 그 결과, 자존욕구의 충족, 운동행동, 정적정서 및 신체건강 지각 요인과 상관이 있을 뿐 다른 요인들과의 상관은 보이질 않았다.

한편 생존집단과 사망집단간 평균의 차이를 보이는 요인들을 포함한 14개 요인들을 사용하여 생존과 사망집단을 판별해주는 판별율을 알아본 결과, 표 9에서 볼 수 있다시피 생존자를 생존자로 정확하게 분류하는 비율은 66.1%, 사망자를 사망자로 분류하는 비율은 69.6%로 전체적인 정확 분류율은 67.9%로 나타났다.

표 5. 생존집단의 14개 요인간 상호상관

구 분	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 과거질병	1												
2 경제상태z	-.11	1											
3 결혼만족	-.06	.19	1										
4 자녀만족	-.09	.29**	.16	1									
5 자녀기대	-.09	-.05	.16	.25*	1								
6 사회지원	-.24*	.41**	.28*	.33**	.13	1							
7 자존욕구	-.25*	.42**	.37**	.25*	.05	.44**	1						
8 종교신앙	-.01	.05	.14	-.01	.04	.06	-.01	1					
9 음주행동z	-.23*	.21*	.20	-.07	-.13	.24*	.28**	-.17	1				
10운동행동z	-.15	.20*	-.02	-.08	-.02	-.00	.09	.24*	.14	1			
11긍정정서	-.08	.22*	.39**	.01	.08	.14	.37**	.22*	.20*	.09	1		
12부적정서	.22*	-.26**	.06	-.13	-.04	-.34**	-.24*	.06	-.18	-.01	.10	1	
13주관안녕	-.29**	.42**	.23	.22*	-.04	.43**	.69**	.08	.24*	.15	.37**	-.50**	1
14신체건강z	-.35**	.37**	.07	.09	-.07	.27**	.44**	.04	.19	.27**	.27**	-.22*	.49**

표 6. 사망집단의 14개 요인간 상호상관

구 분	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 과거질병	1												
2 경제상태z	.13	1											
3 결혼만족	-.05	.25	1										
4 자녀만족	.03	.41**	.19	1									
5 자녀기대	-.07	-.10	.05	.15	1								
6 사회지원	.15	.39**	-.01	.40**	.10	1							
7 자존욕구	-.19	.41**	.22	.47**	-.09	.51**	1						
8 종교신앙	.15	.08	.07	-.06	-.06	.08	.13	1					
9 음주행동z	-.13	.27**	.19	.14	-.01	.20*	.09	-.35**	1				
10운동행동z	.08	.24*	-.00	.14	-.11	.21*	.13	.33**	.07	1			
11긍정정서	-.01	.20*	.29*	.18	-.06	.28**	.39**	.21*	.10	.20*	1		
12부적정서	.06	-.23*	-.04	-.23*	.06	-.17	-.30**	.14	-.25*	-.00	-.11	1	
13주관안녕	-.04	.44**	.17	.41**	-.05	.24*	.54**	.04	.16	.20*	.42**	-.53**	1
14신체건강z	-.25**	.29**	.13	.13	-.09	.14	.42**	.07	.27**	.23*	.29**	-.42**	.39**

www.kci.go.kr

표 7. 생존 및 사망 여부와 14개 요인간 상호상관

구 분	생존(1) 및 사망(2) 여부
과거질병	-.00
경제상태z	-.07
결혼만족	.03
자녀만족	.09
자녀기대	.06
사회지원	-.06
자존욕구	-.17*
종교신앙	-.07
음주행동z	-.09
운동행동z	-.15*
정적정서	-.24**
부적정서	.08
주관안녕	-.10
신체건강z	-.20**

표 8. 생존 및 사망집단의 14개 요인별 판별함수 및 행렬

구분	표준화정준 판별함수	구조행렬
과거질병	.12	-.08
경제상태z	-.11	.33
결혼만족	-.26	-.04
자녀만족	-.38	-.18
자녀기대	-.03	-.10
사회지원	.29	.46
자존욕구	.37	.62
종교신앙	.00	.20
음주행동z	.25	.35
운동행동z	.17	.42
정적정서	.35	.66
부적정서	-.12	-.23
주관안녕	.07	.52
신체건강z	.22	.57

표 9. 14개 요인으로 생존 및 사망집단을 판별분석한 정확분류율

구분		예측집단		전체
		생존	사망	
빈도(%)	생존	**37(66.1)**	19(33.9)	56(100)
	사망	17(30.4)	**39(69.6)**	56(100)

정확분류율 : 67.9%

www.kci.go.kr

생존 및 사망집단의 주관안녕과 신체건강

표 10에는 13개 중다예측 요인들을 사용하여 생존집단과 사망집단의 주관안녕과 신체건강을 어떤 요인들이 유의하게 설명하고, 그 설명변량이 어느 수준에 이르는지 알아보고자 단계별 중다회귀 분석을 실시하였다. 본 연구에서는 박군석 등(2004)의 연구에서와 같이 과거질병의 수와 경제상태를 1단계로 투입하여 그 효과들을 통계적으로 제거한 후에도 나머지 예측변인들의 영향을 알아보고자 2단계에 그 외의 요인들을 분석에 투입하였다. 표 10에서 보는 바와 같이 생존집단의 주관안녕은 경제상태 이외에 부적정서와 자존욕구의 충족 요인이 51.2%를 설명해 주고 있다. 신체건강은 경제상태 이외에 운동행동 요인이 26.5%를 설명해 주고 있다. 한편 사망집단의 주관안녕은 과거질병과 경제상태 이외에 부적정서와 자존욕구의 충족 요인이 25.4%를 설명해 주고 있다. 신체건강은 과거질병과 경제상태 이외에 부적정서 요인이 20.6%를 설명해 주고 있다.

논 의

본 연구에서는 한국 노인들 가운데 사망한 사람들의 집단과 유사한 인구 통계적 특징을 갖추고 있는 짝진 생존집단 간에서 17개 각 질병의 경험 유무 및 14개 사회심리 요인들의 수준을 비교해 보았다. 아울러 이 변인들을 사용하여 생존집단과 사망집단을 판별하는 정확분류율을 알아보았다. 그 결과 생존집단과 사망집단 간에서 과거질병 경험 수에서는 차이를 보이지 않았으나, 자존욕구의 충족 수준, 운동행동, 정적정서 및 신체건강 지각

표 10. 생존 및 사망집단의 주관안녕과 신체건강을 설명하는 요인들의 단계별 중다회귀계수와 변량

단계	준거	생존집단						사망집단					
		주관안녕			신체건강			주관안녕			신체건강		
		B	*β*	*Sr*	*B*	*β*	*Sr*	*B*	*β*	*Sr*	*B*	*β*	*Sr*
1	과거질병	-.12	-.20	.07	-.15	-.26*	.08	-.16	-.25*	.08	-.26	-.34**	.10
	경제상태z	.67	.38**	.22	.58	.32*	.23	1.09	.62***	.20	1.01	.48***	.26
		R^2=.197**			R^2=.182**			R^2=.353***			R^2=.250***		
2	결혼만족	-.06	-.05	.13	-.15	-.11	.19	-.05	-.06	.09	-.04	-.04	.13
	자녀만족	-.02	-.01	.12	-.03	-.03	.16	.24	.18	.16	.19	.12	.23
	자녀기대	.02	.01	.14	-.29	-.20	.19	.24	.21+	.13	-.07	-.05	.19
	사회지원	-.09	-.07	.13	.13	.10	.19	-.18	-.16	.14	-.06	-.04	.20
	자존욕구	.93	.62***	.17	.29	.19	.31	.49	.35*	.23	.32	.20	.33
	종교신앙	-.06	-.08	.07	-.07	-.09	.10	-.04	-.05	.11	.13	.12	.15
	음주행동z	-.01	-.02	.09	-.14	-.15	.13	-.14	-.13	.14	.17	.13	.19
	운동행동z	-.02	-.02	.08	.25	.30*	.11	.18	.19	.12	.10	.09	.17
	정적정서	.16	.18	.10	.24	.27	.14	.15	.15	.12	.10	.09	.18
	부적정서	-.40	-.36***	.11	-.15	-.13	.18	-.24	-.25*	.11	-.41	-.36***	.15
	주관안녕				.12	.11	.22				.01	.01	.22
	신체건강z	.06	.06	.11				.01	.01	.11			
		R^2=.709***			R^2=.447**			R^2=.608***			R^2=.456**		
		ΔR^2=.512***			ΔR^2=.265+			ΔR^2=.254*			ΔR^2=.206		

www.kci.go.kr

등에서는 생존집단의 지각 수준이 더 높았다. 이 요인들을 포함하여 본 연구에서 사용한 요인들로 두 집단을 판별한 결과, 약 68%의 수준을 나타냈다. 이는 지속적인 연구의 진행을 통하여 현재 56명을 너머 각 조건별로 충분한 인원수가 확보되는 시점에 이르거나, 다각적인 추가 요인의 확인을 통한다면 두 집단의 판별함수가 더 높아질 충분한 가능성을 엿보이는 결과라 할 수 있다.

특히 암을 포함하여 과거에 경험한 질환들 측면에서는 두 집단간 차이가 없었으며, 심리사회적 요인들만으로 67.9%의 정확분류율을 보였다. 이는 사망의 직접적 원인일 수 있는 의학적 요인 이외의 심리사회적 요인들만으로도 생존과 사망집단을 일정 수준에서 예측해 볼 수 있다는 흥미로운 결과이다. 특히 자존욕구의 충족, 운동행동, 정적 정서 및 신체건강 요인이 생존 및 사망집단을 판별하는데 주요 역할을 담당하고 있었다. 여기에서 과거에 경험한 질병의 수가 두 집단 차이가 없음은 본 연구의 대상자들이 65세 이상의 고령자들이기에 기본적으로 경험하였거나 이환중인 질병의 수에서 통계적 수준에 이르는 차이를 보이지 않았을 수 있다. 경제상태 요인은 박영신과 김의철(2009)의 연구 결과에서와 같이 경제상태 요인만으로 영향을 미치기보다 이 요인의 수준을 토대로 다른 요인들의 상호작용에 따른 장기적 효과가 발휘되어 진다고 보여진다. 유의한 효과가 있는 앞의 네 가지 요인들 가운데 생존 및 사망집단의 주관안녕과 신체건강 요인들을 각각 설명하는데 있어서 자존욕구의 충족과 운동행동만이 영향력을 발휘하고 있었다. 주관안녕과 신체건강을 설명하는 다른 요인들로는 과거질병과 경제상태 요인 이외의 심리학 요인들로서는 부적정서 요인의 영향력이 상대적으로 컸다. 특히 사망집단의 경우엔 주관안녕과 신체건강을 설명하는데 공통으로 작용한 심리학 요인이 부적정서 요인이다.

부적정서 요인이 노인들의 주관안녕과 신체건강에 큰 영향을 미치는 경향은 이전 연구들(박군석 등, 2004, 2005, 2005a, 2005b, 2006; 박군석, 2009)과 일치한다. 다만 생존과 사망집단을 판별하는데에는 유의하지 못하고 오히려 정적정서의 효과가 컸다. 그 이유는 부적정서들은 해당 정서와 관련된 특정 방식의 행동(예; 도망, 공격 등)을 함으로써 순간적 사고와 활동 목록이 좁아지는 기능을 하지만, 정적정서는 해당 정서와 관련된 다양한 사고와 행동목록을 확장시켜(구재선, 이아롱, 구재선, 2009), 장기적인(본 연구의 경우 최소한 2년 이내) 영향력을 발휘하였기 때문으로 보인다.

본 연구의 특징을 살펴보면 다음과 같다: 본 연구는 2003년부터 종단 연구를 목적으로 주기적으로 조사가 실시되어지는 일련의 연구 선상에 있다. 즉, 1차년도 자료에 근거하여 13개 요인들로 주관안녕과 신체건강을 예측한데 이어 연령대별 비교, 1년 후의 주관안녕과 신체건강에 대한 종단 예측 및 성공노년의 특징 비교 결과들을 이미 제시한 바 있으며, 이어서 한국 노인의 생존과 사망을 예측하는 다양한 요인들을 탐색하기 위한 기초 결과를 제시하는 데에 그 의미가 있다.

또한 이전의 국내 심리학 연구들 가운데 실제 사망한 노인들을 대상으로한 죽음 관련 연구가 없고, 또한 임종을 앞둔 노인들을 대상으로하는 연구도 쉽지 않으므로, 본 연구는 실제 사망한 노인들의 생전 자료와 생존해 있는 노인들의 동 시점의 실증자료를 통하여 직접 비교해보고 분석해 본 것만으로도 큰 의미가 있다.

www.kci.go.kr

마지막으로, 조사 인터뷰에 본인이 직접 응답할 수 있었던 시기로부터 최대 2년 이내에 사망한 사람들을 대상으로 조사되어 일반적인 사망 이후 지인들의 회고에 따른 조사 결과와 다르다는 점도 본 연구의 주요 특징 가운데 하나이다.

본 연구에서 다룬 요인들만이 노인들의 생존과 사망을 예측하고 판별하는데 작용하는 모든 요인은 아니다. 예를 들어 생태학적 요인(이주일 등, 2008)도 있을 수 있다. 이주일 등(2008)은 성공노화 집단과 비성공 노화 집단간 생태학적 요인들의 수준 차이를 알아본 결과, 해당 지역 집단에 거주하는 전체 인구수를 포함하여 인구밀도, 자동차 등록대수, 병의원의 수 등도 주요한 예언 지표로 작용하고 있음을 제시하고 있다. 따라서 한국 노인의 생존과 사망을 좀 더 높은 수준에서 판별하기 위해서는 방대한 요인들의 고려가 필요하다. 다만 본 연구에서는 건강 및 사회심리적 측면에서 다루어질 수 있는 측면들을 주로 다룬 데 있다.

또한 본 연구 대상자들 가운데 사망자들의 사망 경위(예; 병사, 사고사, 자연사 등)에 대하여 알 수 없었다. 이는 의학적 요인으로 과거질병의 수에서 통계적 차이가 유의하지 않은 근거를 찾아볼 수 있는 주요 측면 가운데 하나이다. 즉, 주요 질병(예; 암, 심장병, 뇌졸중, 고혈압 등)의 치명적 수준과 그 부작용에 따른 사망률이 다를 수 있음에도 단순한 경험 유무로만 구분한데 따른 결과 해석의 한계가 있을 수 있다. 따라서 과거질병 요인이 생사여부와 상관관계가 유의하지 않음과 무관하지 않을 것이다.

차후 다양한 학제적 결정요인들이 성공노년에 기여하는 경로를 밝히고 나아가 죽음에 이르는 과정까지 종합적인 모델 계발로 이어져야 할 필요가 있다. 더불어 죽음에 대한 사회적 및 문화비교 연구가 지속적으로 이뤄질 필요가 있다.

참 고 문 헌

구재선, 김의철 (2006). 한국인의 행복 경험에 대한 토착문화심리학적 접근. 한국심리학회지: 사회문제, 12(2), 77-100.

구재선, 이아롱, 서은국 (2009). 행복의 사회적 기능: 행복한 사람은 인기가 있나?. 한국심리학회지: 사회문제, 15(1), 29-47.

김미혜, 신경림, 강미선, 강인 (2004). 한국노인의 성공적 노후에 대한 경험. 한국노년학, 24(2), 79-95.

김태련 (1988). 노인의 삶과 죽음에 에 대한 태도: 미국 나성 교포 노인을 중심으로 한국심리학회지: 발달, 1(1), 30-47.

노현정, 조은영, 전경숙, 정태연 (2006). 한국 노인의 죽음에 대한 인식. 한국발달심리학회 학술발표회, 294-295.

동아일보 (2005. 2. 28). 한국, 2050년 세계 최고령 국가. 1면.

박군석 (2009). 은퇴 노인의 주관안녕과 신체건강에 영향을 미치는 요인들: 은퇴전 직종에 따른 종단연구. 한국심리학회지: 사회문제, 15(2), 291-318.

박군석, 한덕웅, 이주일 (2004). 한국 노인의 신체건강과 주관안녕에 영향을 미치는 요인들. 한국심리학회지 : 건강, 9(2), 441-470.

박군석, 한덕웅, 이주일 (2005a). 건강하고 행복한 노인들의 사회심리적 특징들. 한국건강심리학회 제1차 학술대회 및 워크샵, 156-173.

박군석, 한덕웅, 이주일 (2005b). 한국 노인의 생과 사에 기여하는 요인들. 한국건강심리학회 2005년 제4차 학술대회 논문집, 11-18.

박군석, 한덕웅, 최훈석 (2005). A longitudinal study on

www.kci.go.kr

the determenants of physical health and subjective well-being among elders in Korea. *The 2nd Asian Congress of Health Psychology*.

박군석, 한덕웅, 이주일 (2006). 한국 사회에서 건강하고 행복한 성공노화 노인들의 사회심리적 특징. 한국심리학회지 : 건강, 11(3), 457-475.

박영신, 김의철 (2009). 심리적, 관계적, 경제적 자원: 한국인의 행복에 어떠한 영향을 미치는가?. 한국심리학회지: 사회문제, 15(1), 95-132.

서석희, 박애선 (2007). 현실요법 집단상담 프로그램이 노인의 죽음불안과 삶의 의미와 심리적 안녕감에 미치는 효과. 한국심리학회지 : 상담 및 심리치료, 19(1), 107-130.

이주일, 정지원, 이정미 (2006). 미국거주 한인노인과 국내노인간 행복감의 차이 및 행복감에 영향을 주는 요인의 비교. 한국심리학회지: 사회문제, 12(5), 169-203.

이주일, 박군석, 유경, 김영범, 장숙랑, 윤현숙, 유희정, 김동현 (2008). 성공적인 한국 노인의 삶 : 다학제간 심층 인터뷰 사례. 서울 : 박학사.

최영임, 장휘숙 (2007). 대학생과 노인의 죽음공포와 죽음불안 및 생활만족의 관계. 한국심리학회 연차학술발표대회, 74-75.

통계청 (2008). 2007년 사망원인통계결과.

Diener, E. (1994). Assesing subjective well-being. *Social Indicators Research, 31*. 103-157.

Feifel, H. (Ed.) (1959). *The meaning of death*. New York. MacGraw-Hill.

Field, M. J., & Cassel, C. K. (1997). *Approaching death: Improving care at the end of life*. Washington, DC: National Academy Press.

Fredrickson, B. L. (2005). The role of positive emotions n positive psychology. *American Psychologist, 56*, 218-226.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of dying*. Chicago IL: Aldine.

Hooyman, N. R., Kiyak, H. A. (2005). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*. Boston: Pearson Education.

Kastenbaum, R. (1966). Death as a research problem in social gerontology. *The Gerontologist, 7*, 67-69.

Lawton, M. P. (1987). *Lawton's PGC morale scale*. Polisher Research Institute Philadelphia Geriatric Center.

Lawton, M. P. (2001). Quality of life and the end of life. In Birren, J. E., & Warner Schaie, K. (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (pp. 592-616). San Diego: Academic Press.

Lawton, M. P., Moss, M., & Glicksman, A. (1990). The quality of last year of life in older persons. *Milbank Quarterly, 68*, 1-28.

Lynn, J., Teno, J. M., Phillips, R. S., Wu, A. W., Desbiens, N., Harrold, J., Claessens, M. T., Wenger, N., Kreling, B., & Connors, A. F. (1997). Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. *Annals of Internal Medicine, 126*, 97-106.

Seale, C., & Cartwright, A. (1994). *The year before death*. Aldershot, UK: Avebury.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect : The PANAS scale. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070.

Weisman, A. D. (1974). *The realization of death*. New York: Jason Aronson.

원고접수일: 2008년 8월 20일
수정논문접수일: 2009년 5월 29일
게재결정일: 2009년 6월 15일

www.kci.go.kr

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2009. Vol. 14, No. 2, 345 - 362

Psycho-social predictors of existence or death in Korean elderly

Kun-Seok Park
Hallym University Institute of Aging

The purpose of the current study was to examine the factors affecting the death and the existence of elders in Korea in the stream of the rapid change into the aging society. The results indicated that not different about the experience of 17 diseases discriminated between the group of the death and of the existence. When 14 factors, such as, fulfillment of social and self-esteem need, positive emotional experience and etc., the correct classification rate increased upto 67.9%. To explain the subjective well-being and physical health for both the death and the existence groups, hierarchical regression analysis for 13 factors was implemented. Economic status, negative emotional experience, and fulfillment of social and self-esteem need significantly explained the subjective well-being (70.9%) for the existence group, and past illness was added (60.8%) for the death group. The perception of the physical health for the existence group was explained by only economic status and marital satisfaction (44.7%), whereas illness, economic status, and negative emotional experience had the explanation variance (45.4%) for the death group. The results were discussed, and the suggestions for further study were also proposed.

Keywords: Korean elderly, existence, death, dicriminant analysis, psycho-social factors.

www.kci.go.kr