



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](#)

2014년 8월
박사학위논문

노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향

-피해노인행동특성과 지역자원이용의 조절효과를 중심으로-

조선대학교 대학원

사회복지학과

심 미 영

노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향

-피해노인 행동특성과 지역자원이용의 조절효과를 중심으로-

The Impacts of the Abused Elder's Damage Experience
on Mental Health

: Focusing on the Moderation Effects of the Elderly's Behavioral
Characteristics and the Use of Community Resources

2014 년 8월 25 일

조선대학교 대학원

사회복지학과

심 미 영

노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향

-피해노인행동특성과 지역자원이용의 조절효과를 중심으로-

지도교수 박희서

이 논문을 사회복지학 박사학위신청 논문으로 제출함











2014 년 4 월

조선대학교 대학원

사회복지학과

심미영

심미영의 사회복지학 박사학위논문을 인준함

위원장 호남대학교 교수  
위 원 호원대학교 교수  
위 원 조선대학교 교수  
위 원 조선대학교 교수  
위 원 조선대학교 교수  

2014년 6월

조선대학교 대학원

목 차

ABSTRACT

제 1 장 서 론	1
제1절 연구목적	1
제2절 연구범위 및 방법	5
제 2 장 이론적 배경	7
제1절 노인학대	7
1. 노인학대의 개념	7
2. 노인학대의 유형	10
3. 노인학대의 주요이론	16
제2절 학대피해경험노인의 정신건강	24
1. 노인 정신건강	25
2. 학대피해경험노인의 정신건강	27
3. 학대피해경험노인의 정신건강 연구동향	30
제3절 학대피해경험노인의 행동특성과 정신건강	33
1. 학대피해경험노인의 행동특성	33
2. 학대피해경험노인의 대처행동과 정신건강	39
3. 학대피해경험노인의 사회활동과 정신건강	42
제4절 학대피해경험노인의 지역자원이용과 정신건강	45

1. 학대피해경험노인의 지역자원이용	45
2. 학대피해경험노인의 사회적지지와 정신건강	50
3. 학대피해경험노인의 상담서비스와 정신건강	52
제 3 장 연구 설계	55
제1절 연구모형의 설정	55
1. 변수의 선정	55
2. 연구모형	56
제2절 가설	56
1. 노인학대피해경험과 정신건강	56
2. 대처행동의 조절효과	57
3. 사회활동의 조절효과	57
4. 사회적지지의 조절효과	57
5. 상담서비스의 조절효과	57
제3절 변수의 조작화 및 측정	58
1. 노인학대피해경험	58
2. 정신건강	58
3. 대처행동	59
4. 사회활동	59
5. 사회적지지	60
6. 상담서비스	60

제 4 장 실증분석	62
제1절 자료수집과 표본의 특성	62
제2절 측정도구의 검증	65
1. 타당도 분석	65
2. 신뢰도 분석	69
제3절 변수의 기술적 통계	70
1. 노인학대피해경험	70
2. 정신건강	82
3. 대처행동	84
4. 사회활동	89
5. 사회적지지	93
6. 상담서비스	99
제4절 연구모형의 검증	103
1. 변수 간 상관관계 분석	103
2. 연구모형 검증	105
제5절 가설검증 및 조절효과분석	106
1. 가설검증결과	106
2. 조절효과분석	108
제 5 장 결론	117
제1절 분석결과의 논의	117

1. 기술적 통계 분석결과	117
2. 가설검증 결과의 논의	124
제2절 연구의 시사점	129
1. 이론적 시사점	129
2. 정책적 시사점	131
3. 실천적 시사점	133
제3절 향후 연구의 방향	135
참고문헌	136
부록: 설문지	152

표 목 차

<표 2-1> 선행연구의 노인학대의 정의	9
<표 2-2> 선행연구의 노인학대 유형 구분	12
<표 2-3> 노인학대의 주요이론	23
<표 2-4> 노인학대 대처행동의 선행연구결과	41
<표 3-1> 설문지 구성	61
<표 4-1> 응답자의 특성	63
<표 4-2> 요인분석결과	66
<표 4-3> 사회적지지와 대처행동의 요인분석결과	68
<표 4-4> 신뢰도분석	69
<표 4-5> 학대피해유형별 빈도분석	71
<표 4-6> 신체적학대의 문항적 빈도분석결과	71
<표 4-7> 정서적학대의 문항적 빈도분석결과	72
<표 4-8> 경제적학대의 문항적 빈도분석결과	73
<표 4-9> 방임피해의 문항적 빈도분석결과	74
<표 4-10> 학대피해전체의 특성별 차이검증	75
<표 4-11> 신체적학대피해의 특성별 차이검증	76
<표 4-12> 정서적학대피해의 특성별 차이검증	78
<표 4-13> 경제적학대피해의 특성별 차이검증	79
<표 4-14> 방임피해의 특성별 차이검증	81
<표 4-15> 정신건강 하위차원의 기술적 통계분석	82
<표 4-16> 정신건강의 특성별 차이검증	83

<표 4-17> 적극적대처의 특성별 차이검증	85
<표 4-18> 소극적대처의 특성별 차이검증	86
<표 4-19> 공격적대처의 특성별 차이검증	88
<표 4-20> 종교활동의 특성별 차이검증	90
<표 4-21> 여가활동의 특성별 차이검증	91
<표 4-22> 사회적지지 전체의 특성별 차이검증	93
<표 4-23> 자연적 원조관계 지지의 특성별 차이검증	95
<표 4-24> 전문적 원조관계 지지의 특성별 차이검증	97
<표 4-25> 상호 원조관계 지지의 특성별 차이검증	98
<표 4-26> 상담만족수준의 특성별 차이검증	100
<표 4-27> 상담이용횟수의 특성별 차이검증	102
<표 4-28> 상관관계분석결과	104
<표 4-29> 연구모형 적합도지수	106
<표 4-30> 가설검증 결과	107
<표 4-31> 대처행동의 조절효과 분석결과	111
<표 4-32> 사회활동의 조절효과 분석결과	112
<표 4-33> 사회적지지의 조절효과 분석결과	115
<표 4-34> 상담서비스의 조절효과 분석결과	116

그림 목 차

<그림 2-1> 생태체계모형	22
<그림 3-1> 연구모형	56

ABSTRACT

The Impacts of the Abused Elder's Damage Experience on Mental Health

: Focusing on the Moderation Effects of the Elderly's Behavioral
Characteristics and the Use of Community Resources

Sim, Mi-Young

Advisor : Prof. Hee-Seo Park, Ph.D.

Department of Social Welfare,

Graduate School of Chosun University

This study analysed behavioral characteristics in elderly who were abused and the moderating effects of using local resources with respect to the causal route, that the elderly's experience of abuse affected their mental health. This study was done in order to obtain theoretical and political suggestions.

For this purpose, this study interviewed elderly who had received counselling for abuse at 24 senior protection centers between November 1 and December 20, 2013 nationwide using a questionnaire.

With the use of a quota and random sampling, the responses from 270 subjects were sampled. This study used SPSS 19.0 for analysis, and the research model and hypotheses was tested with the use of AMOS 19.0. The main results of the testing hypotheses are presented as follows:

First, the greater the experiences of abuse the elders had, the more problems with mental health they had. That is, the more experiences of abuse they had, the more problems with mental health appeared such as depression,

somatization, anxiety and psychosis.

Second, the impact the elderly's experience of abuse had on mental health was different according to responses as a behavioral characteristic of the subjects. Negative responses such as keeping their rage bottled up inside, blaming destiny, not talking, and avoiding facing problems were not desirable for the mental health of the abused elderly.

Third, the impact an elderly person's experience of abuse had on their mental health was worse when they had little religious or leisure activity and to protect their mental health, religious and leisure activities should be encouraged.

Fourth, the impact of experiences of abuse on subject's mental health was different depending on social support. It was discovered that the help of natural support networks and mutual support networks had a positive impact on mental health, but there was no significant difference in the help from professional support networks.

Fifth, high satisfaction levels in counselling services and a high frequency in using counselling services had a positive impact on mental health.

Based on the results above, this study presented the following suggestions:

First, this study has meaning in that it tested protection factors in the mental health of the subjects and attempted the expansion of theoretical knowledge based on mental health in the elderly and the diversification of approaches.

Second, as it was discovered that social support for and leisurely activity of the elderly are important protection factors which had an impact on their mental health, political support to form and build social networks is needed.

Third, political support should be provided to enhance the quality and quantity of counselling services available through the activation of senior counselling institutes. As a result of this study, it was discovered that

counselling services are a protective factor in mental health. Therefore, as the quality of services can be enhanced through political support for counselling centers and at the same time the active use of counselling services should be encouraged, active promotional measures for counselling services provided at the senior protection centers should be developed.

Fourth, institutions for the prevention of abuse should be developed. First of all, to separate abused elderly who are protected at the centers from their abusers for longer times, institutions which permit long-term admission to centers should be improved.

Then, with respect to a right to indemnity in the elderly who have difficulty in their livelihood in a situation where recovery of relationships is difficult, institutional support should be provided.

Finally, institutions that deal with the function of senior protection institutes should be improved. That is, in cases when the abused elderly have to be separated from the abusive situation while they are having difficulty in making decisions themselves due to dementia or psychosis. Institutions with the authority to take charge of their forced admission to the centers after assessing their decision-making ability and the establishment of a prosecution system should be developed.

Fifth, as it is predicted that self-abandonment along with an increase in senior citizens living alone will increase, organized measures on self-abandonment should be developed. Most self-abandoned senior citizens have problems in their mental health such as depression, alcoholism, and psychosis, and if their condition worsens, suicide may occur.

For managing these people individually with such methods, projects like apartment houses under the superintendence of social workers should be considered. Like a project to provide opportunities for senior citizens to get jobs, a system to find and report isolated and weak senior citizens should be

reinforced to eliminate welfare's dark corners.

Sixth, to protect the mental health of the abused elderly, measures included with public health should be developed. As a result of this study, as problems with the mental health of the elderly are getting worse, families with serious conflicts with senior couples or family members are increasing.

However, there have been a few alternatives besides separation from abusers and the elderly's imprisonment in clinics. As it was hard to lead the elderly to treatment services when they showed just delusional disorders without any problem in other cognitive areas, measures in connection with public health should be developed.

Now, practical suggestions are presented as follows:

First, programs to encourage better behavior in abusers should be developed. First of all, if the attitude of abusers is changed, as the chance of reoccurrence of abuse will decrease and the reasons for abuse will be eliminated, counselling and education for abusers is important. Therefore, counselling or education for abusers and educational programs should be prepared.

Second, social institutions dealing with serious abuse by senior spouses should be activated, and perceptions on the punishment of abusers should be reinforced. At shelters for abused senior citizens, more were admitted because of abuse by spouses and physical injury through abuse is becoming more serious. Practical efforts are needed to make people understand that it is a serious criminal offense.

Third, efforts to improve the social awareness of emotional abuse, which occurs the most frequently, are needed. As emotional abuse, which has no prescribed punishment of the abuse types, has had a serious impact on mental health in elderly who are abused, education and promotion programs to improve social awareness of its seriousness should be developed.

Fourth, for a proper reaction to abusive situations, organized educational

programs on reactional behavior should be developed. For this, education using socio-dramas where elders see, hear, feel, and participate themselves will be effective.

제 1 장 서 론

제 1 절 연구목적

노인인구의 증가에 따라 노인학대의 문제는 심각한 사회문제가 되고 있다. 한국의 노인인구는 2013년 10월에 613만 명을 넘어 전체인구의 12.2%를 차지하였고, 2018년에는 14% 이상이 될 예정이며, 노인의 기대수명은 2013년 현재, 여자는 84.7세, 남자는 77.8세(통계청, 2013)로 고령사회 진입이 가속화 되고 있다. 생애주기에서 노년기가 더욱 길어짐에 따라 건강 상실, 경제적 어려움, 역할상실, 사회적 소외문제 등 어려움이 장기화되고 있으며, 가족가치관의 변화, 부양의식의 변화로 인해 가족 안에서조차 소외를 경험하는 등 학대와 방임에 노출되고 있다. 젊은 시절 자녀양육과 교육에만 초점을 맞추어 자신의 노후를 준비하지 못한 한국노인의 삶은 이제 자녀들에게 부양 부담으로 작용되고, 가족 간 새로운 갈등이 야기되어, 이는 노인학대로 발현되고 있다. 또 다른 상황으로는 스스로 헤쳐 나가지 못하는 자녀들이 부모에만 의존하면서 부모에게 무겁고 고통스러운 짐을 얹어주는 안타까운 상황에서 현대노인들은 효도를 바라기 보다는 불효하지 않는 것도 감사하다는 생각으로 바뀌고 있다. 급속하게 고령화된 현 시점에서 노인학대는 이제 개인의 문제라기보다는 심각한 사회문제로 대두되어 대책마련의 시급성이 논의되고 있으나 그 대응책은 미비한 실정이다.

이러한 노인 학대문제를 해결하기 위해 2004년 노인복지법을 개정하여 전국의 광역시·도 16곳에 노인학대예방센터가 일제히 개소되었고, 2008년 1월에는 노인학대예방센터였던 기관의 명칭이 노인보호전문기관으로 바뀌었으며, 현재는 중앙 1개소를 비롯하여 25개(14년 7월에 2개 기관 추가증설예정) 지방노인보호전문기관에서 노인인권보호 및 학대예방사업을 하고 있다. 우리나라는 국민 정서상 ‘학대’라는 용어에 거부감이 심하고, 가족문제가 남들에게 알려지는 것을 꺼리며, 나만 참으면 자녀들에게 누를 끼치지 않을 것이고, 자녀는 변화될 수 있을 것이라는 생

각으로 학대상황에서도 개입을 거부하고 있다. 그럼에도 불구하고 신고 된 학대사례 접수건수는 2005년 2,038명, 2007년 2,312명, 2009년 2,674명, 2011년 3,441명, 2013년 3,520명 등으로 매년 증가추세이다(보건복지부, 2011-2013년). 노인학대사례 신고 건수만으로는 많지 않다고 생각할 수 있지만, 한국보건사회연구원(2009)의 노인 학대실태조사결과에서 노인보호전문기관이나 경찰서에 신고한 비율이 2.5%로 나타났듯이, 신고 된 사례는 병산의 일각으로 표현되고 있으며, 학대내용 측면에서도 심각한 수준으로 나타나고 있다.

노인학대의 발생원인은 여러 가지로 구분하고 있지만, 크게 피해자요인(의존성, 개인의 내·외적문제, 알코올 및 약물 사용 장애, 과거가족부양의무 소홀), 행위자요인(의존성, 개인의 내·외적문제, 알코올 및 약물 사용 장애, 과거 학대받은 경험, 피해자 부양부담), 가족환경요인(피해자-행위자 갈등, 가족구성원간의 갈등, 가족의 경제적 어려움) 등으로 구분되고 있다. 그 중에서 노인학대가 가장 많이 발생하는 원인은 행위자요인(41%)이며, 세부요인 중 가장 많이 차지하는 부분은 피해자와 행위자요인 모두 개인내적문제(자신감 결여, 정서적 욕구불만, 분노, 적대적 행위, 지나친 경계, 고집스럽거나 충동적, 폭력적 성격, 사회적 고립이나 반응의 결핍)로, 34%를 나타내었다. 가족환경요인에서는 피해자-행위자 갈등이 51%로 가장 높게 나타났다(보건복지부, 2009). 이는 가족관계에서의 감정적인 문제가 해결되지 않고 정신건강에 영향을 미치고 있음을 보여주는 것으로 생각해 볼 수 있다.

보건사회연구원(2009)의 ‘노인 학대실태조사’에서는 “학대피해경험노인의 우울이 75.9%, 자신에 대해서 실망과 무력감은 73.7%, 불안한 감정 51.6%, 신체화증후군 56.4% 등 여러 가지 학대 후 증상을 나타낸다”고 발표하였다. 또 노인자살률은 OECD 국가 중 1위로서, 매년 증가추세에 있으며, 2005년-2010년 평균, 65세에서 74세의노인 10만 명당 63.5명이 자살로 사망하였다. 이는 노인정신건강의 심각성을 시사하는 부분이며 사회문제로 이어질 수 있음을 의미하기 때문에 시급한 관심이 촉구되는 부분이라고 볼 수 있다. 이러한 심각성에도 불구하고 선행연구에서 노인 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향을 본 연구는 우울에 대한 연구(정혜란, 2013; 권혜경, 2007; 양경미, 2003; 김재엽·김희수, 2003; 이연호, 2002, 손에스더, 2001; 조애저 외, 1999; 김미경, 1998; Wolf, 1997)가 가장 많았으며, 신체화(김재

엽·김희수, 2003; 이연호, 2002), 자아존중감(김태희, 2007; 최경희, 2005; 손에스더, 2001), 자살생각(서인균, 2009; 권혜경, 2007)등 한두 가지 변수만을 검증하는 단편적인 연구가 많았다. 특히 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향에 있어서 조절효과를 보일 것으로 추론되는 여러 변수들을 종합적으로 연구한 사례는 거의 없었다. 따라서 효율적인 노인복지정책을 수립하기 위해서는 노인학대피해경험에 따른 정신건강 문제에 대해 체계적인 연구가 필요하다는 문제의식이 본 연구의 출발점이 되었다. 노인 학대문제는 개인과 가족의 문제가 아닌 사회문제로 부각되고 있고, 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향에 대한 연구는 중요하게 다루어져야 할 부분이다.

다음, 학대피해경험노인의 정신건강에 문제가 야기되는 과정에서 학대피해경험노인의 행동특성과 지역자원이용수준은 중요한 역할을 할 것으로 추론된다. 대처행동은 학대행위자와의 상호관계를 조정해가는 직접적 요인이 될 수 있으며, 사회활동을 활발하게 하는 경우 많은 정보습득과, 시대의 흐름에 맞는 의식전환이 가능하여 대처행동과의 관련성이 있을 것으로 생각된다. 또 노인의 소외와 고립을 줄이는 방법은 다양한 사회관계망형성이라고 볼 때, 사회적 지지의 수준이 높을수록 피해노인의 상황대처능력은 증가할 것이며, 노인보호전문기관의 상담서비스는 학대문제를 함께 해결해가는 직접적인 사회적지지 자원으로서 사회적 지지와 상담서비스의 관련성을 생각하게 되었다. 이는 지역자원의 이용수준에 따라 학대피해를 조절하여 정신건강문제는 달라질 것으로 추측하며, 이 네 가지 변수들은 서로 관련과 보완성을 가지고 있을 것으로 판단된다. 요컨대, 노인의 학대피해경험이 정신건강문제에 미치는 영향은 학대피해경험노인의 대처행동이나 사회활동과 같은 본인행동특성, 그리고 지역사회의 지지수준이나 상담서비스 등의 지역자원이용수준에 따라 달라질 것으로 판단된다. 따라서 노인 학대피해경험에 따른 노인 정신건강문제의 연구에 있어서 피해노인의 대처행동이나 사회활동과 같은 피해노인행동특성, 그리고 사회적 지지와 상담서비스 활용과 같은 지역자원이용특성을 조절변수로 설정하여 검증해 볼 필요가 있다. 그럼에도 불구하고 이에 대한 연구는 매우 미흡한 실정이다. 따라서 본 연구에서는 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

[연구문제 1] 노인 학대피해경험과 정신건강의 실태는 어느 정도이며, 노인학대피해경험이 노인의 정신건강에 어떤 영향을 미치는가?

[연구문제 2] 노인 학대피해경험에 따른 노인의 정신건강 문제는 학대피해경험노인 본인의 행동특성에 따라 차이가 있는가?

[연구문제 3] 노인 학대피해경험에 따른 노인의 정신건강 문제는 지역자원이용수준에 따라 차이가 있는가?

이 연구는 이상과 같은 연구문제에 대해 경험적 연구를 통해 검증해 봄으로써 정책적 시사점을 도출해 보는 데에 연구목적을 두고 있다. 이러한 연구목적을 자세하게 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 노인보호전문기관을 이용하고 있는 노인의 학대피해경험과 정신건강의 실태를 분석해 보고, 노인학대피해경험이 정신건강에 어떠한 영향을 미치는가를 분석해 보았다. 즉, 노인보호전문기관의 서비스를 이용하고 있는 노인들이 받고 있는 학대수준과 유형, 그리고 정신건강의 수준을 측정해 보고, 학대피해경험이 정신건강에 미치는 정도를 살펴봄으로써 시사점을 도출하였다.

둘째, 노인들의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 학대피해경험노인의 대처행동, 사회활동과 같은 학대피해경험노인의 행동특성에 따라 차이가 있는지를 살펴보았다. 즉, 학대피해경험이 정신건강에 미치는 인과경로에서 학대피해경험노인의 행동특성이 조절효과를 지니고 있는지를 파악해 봄으로써 정신건강 문제를 예방하기 위한 노인본인의 행동특성에 대해서 시사점을 제시해 보았다.

셋째, 노인들의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 지역사회의 사회적 지지와 상담서비스 같은 지역자원이용수준에 따라 차이가 있는지를 살펴보았다. 즉, 학대피해경험이 정신건강에 미치는 인과경로에서 지역자원의 이용수준이 조절효과를 지니고 있는지를 파악해 봄으로써 정신건강의 악화를 예방하기 위한 시사점을 고찰해 보았다.

제 2 절 연구범위 및 방법

1. 연구의 범위

본 연구는 노인학대피해경험이 노인 정신건강에 영향을 미치는 인과경로에서 학대피해경험노인의 행동특성과 지역자원이용수준의 조절효과를 검증해 봄으로써 정책적, 실천적 시사점을 도출하려는데 연구목적을 두고 있다. 이를 위해 본 연구에서는 전국의 노인보호전문기관(노인학대예방센터)을 이용하고 있는 학대피해노인들을 연구대상으로 하였다. 이 연구의 범위는 다음과 같다.

첫째, 노인 학대피해정도를 분석해 보았다. 일반적으로 학대피해노인들의 피해 유형은 신체적, 정서적, 경제적, 방임 등의 유형이 높게 나타나기 때문에 이 연구에서도 학대피해를 이들 유형에 국한하여 측정하였다.

둘째, 학대피해경험노인의 정신건강 수준을 분석하였다. 정신건강은 여러 관점에서 나눌 수 있지만, 본 연구에서는 우울증, 불안, 신체화, 적대감, 강박증, 공포불안, 대인예민성, 편집증, 정신증 등으로 구분하였다.

셋째, 조절변수로서 학대피해경험노인의 행동특성인 대처행동에서는 노인 학대피해상황 시 대처행동인 적극적 대처행동을 활용하느냐, 소극적 대처행동을 활용하느냐, 아니면 공격적 대처행동을 활용하느냐로 구분하여 살펴보았다. 다음으로 학대피해경험노인의 사회활동에 대해서는 종교활동과 여가활동으로 측정 분석하였다.

넷째, 조절변수로서 지역자원이용수준에서 사회적 지지와 노인보호전문기관의 상담서비스를 지역자원으로 포함시켰다. 여기서 사회적 지지는 구조적 특성을 기준으로 가족과 친척, 이웃 등의 자연적 원조관계망에 의한 지지, 공무원이나 사회복지사, 의사, 간호사 등의 전문적 원조관계망에 의한 지지, 노인당에서 만난 지인, 친목모임 등의 상호적 원조관계망에 의한 지지 등으로 나누어 분석해 보았다. 다음으로 상담서비스에 대해서는 노인 학대상담만족수준과 상담이용횟수로 나누어 살펴보았다.

본 연구에서는 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향에서 학대피해경험노인의 행동특성인 대처행동과 사회활동 수준에 따라 차이가 있는지, 그리고 지역자원의 이용수준에 따라 차이가 있는지에 관해 연구가설을 설정하여 검증해 보고 시사점을 도출하였다. 연구모형과 연구가설을 검증하기 위해 전국의 24개 노인보호전문기관에 설문지를 배포하여 각 기관에서 학대사례로 판정되어 상담 받은 60세 이상 학대피해경험노인을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 설문조사는 할당표본추출과 무작위 표본추출방법으로 이루어졌으며, 전국의 상담자가 직접 설문조사를 실시하였기 때문에 공간적으로는 전국의 학대피해노인들을 대상으로 조사하였으며, 보다 정확한 설문조사를 위해 사회복지사인 노인학대전문상담원들이 직접 조사를 시행하였다. 이러한 이 연구의 개요를 정리하면 다음과 같다.

제 1장에서는 본 연구의 목적과 범위 및 연구방법에 대하여 기술하였다.

제 2장에서는 이론적 고찰로서 노인학대의 개념 및 유형, 노인학대의 주요이론, 학대피해경험노인의 정신건강과 연구동향, 그리고 학대피해경험노인의 행동특성과 지역자원이용 등에 관해 살펴보았다.

제 3장에서는 본 연구의 연구모형과 연구가설, 그리고 가설을 검증하기 위한 변수의 조작화 및 측정, 자료수집 및 분석방법을 제시하였다.

제 4장에서는 실증분석 부분으로 표본의 특성을 분석하고, 측정도구를 검증하였으며, 변수들의 기술적 통계를 분석한 다음, 연구모형과 가설을 검증하여 분석결과를 논의하였다.

제 5장은 본 연구의 연구결과를 요약하고, 이론적, 정책적, 실천적 시사점을 도출하며, 향후 연구방향을 모색하였다.

제 2 장 이론적 배경

제 1 절 노인학대

1. 노인학대의 개념

노인학대의 개념은 그 나라의 사회·문화적 요인이나 가치관에 따라서 다양하게 정의되어지고 있으며, 혐의의 개념은 노인에게 직접 상처를 입히거나, 명백한 위협을 가하는 것, 광의의 개념은 노인의 인권보호를 전제하는 것으로 볼 수 있다(권중돈, 2004:3). 노인학대는 현 사회의 노인문제를 가족이나 사회가 적절히 개입하지 못하고 방관하여 나타나는 최악의 결과로 볼 수 있다(권금주, 2007:2). 서구의 노인학대 문제는 1975년 ‘매 맞는 할머니(granny battering)’라는 제목의 논문이 영국의 British Medical Journal에 처음 소개되면서 가족폭력의 한가지로 이슈화되었고(Bennet & Kingston, 1993; 박주영, 2012), 미국의 경우에도 아동학대는 1960년대, 아내학대는 1970년대에 크게 부각되었으나, 노인학대는 1980년대에 들어와서 본격적으로 대두되었으며(전길량·송현애, 1997), 우리나라는 1990년대에 들어서서 조금씩 가정폭력의 일환으로 관심을 갖게 되었다(한은주, 2000).

미 보건복지부 (U.S Department of Health and Human Services) 산하 연방정부 노인국(The Administration on Aging: AOA)의 소속인 국립노인학대센터(National Center on Elder Abuse: NCEA)는 노인학대를 ‘노인에게 신체적, 정신적, 금전적 해 혹은 장애를 일으킬 수 있는 모든 고의적 행동’으로 정의하고 있으며, 미국의 노인법(Older Americans Act, 2006년 개정안)10조 a항 (1)호는 노인학대를 “의도적 폭력, 부당한 억류, 위협 및 신체적 상해나 정신적 고통을 유발하는 지나친 처벌, 혹은 신체적·정신적 해를 방지 하고자 꼭 요구되는 물질 및 적절한 행위의 결핍” 으로 정의 하였다. 캐나다보건부(Health Canada)에서는 노인학대를 “신뢰가 기대되는 관계에서 발생하는 노인에 대한 신체적, 심리적, 재정적 해를 유

말하는 행위”라고 정의하였다. 영국의 노인학대전문기관(Action on Elder Abuse: AEA)에서는 노인학대를 “신뢰가 기대되는 관계에서 발생하는 노인에게 상해나 고통을 일으키는 단일한 혹은 반복적인 행동이나 적절한 행위의 결핍”으로 정의하였으며, 세계보건기구(WHO) 2002년 보고서(World Report on Violence and Health: 126)에서는 노인학대를 “어떤 행위를 가하거나 당연히 해야 할 행위를 하지 않는 것, 의도적이거나 비의도적 행위로서 그 형태가 학대적, 방임적, 착취적인 내용으로 노인에게 불필요한 고통과 상처를 주거나 인간존엄의 박탈감으로 노인의 삶의 질을 심각하게 저해하는 것”으로 규정하였다.

우리나라는 적극적인 개념뿐만 아니라 소극적 부분까지 포괄하여 정의를 내리고 있다. 최근 개정된 노인복지법 제1조의 2, 제4호에서, 노인학대라 함은 “노인에 대하여 신체적·정신적·정서적·성적 폭력 및 경제적 착취 또는 가혹행위를 하거나 유기 또는 방임을 하는 것을 말함”으로 정의되어 있다(보건복지부, 2014). 한동희(1996)의 연구에서는 노인학대를 “배우자, 자녀, 친척들이 의존적인 노인에게 언어적, 신체적, 정서적 혹은 심리적 상처와 인격을 무시하는 행위와 자산의 오용 등 노인 권리의 침해”로 규정하고 있다. 이해영(1995)은 노인학대를 크게는 “신체적 학대, 심리적 학대, 방임(방치), 경제적 착취로 구분하고, 세부적으로는 신체적 폭력이나 상해, 음식 제공 또는 의료조치의 거부, 방치, 감금, 폭언, 모욕, 노인재산의 유용 등을 포함해야 함”을 주장하였다. 전길량과 송현애(1997)는 노인학대와 방임을 ‘홀대’라는 용어로 개념화하였다. 한은주(2000)는 “신체적 학대를 폭력 등에 의한 신체적 고통, 상해, 상처 또는 질병을 가져올 수 있는 행위로, 뺨을 때리는 것에서 살인까지의 행동을 포함하는 것”이라고 주장하였다. 서운(2004)은 “노인 스스로 자신을 돌보지 않거나, 부양자가 의도적, 비의도적으로 노인에게 신체적, 정서적, 성적, 재정적, 손상을 가하거나 부양의무를 소홀히 하는 것”으로 정의하였다. 권중돈(2004)은 학대의 개념을 ‘협의와 광의의 개념’으로 구분하였고, 협의의 개념은 “신체적 학대, 심리적 학대(언어적 학대 포함), 재정적 학대”이며, 광의의 개념은 “협의의 학대에다 방임과 자기방임을 추가적으로 포함”하여 정의하였다. 고보선(2004)은 노인학대를 “부양자가 65세 이상 노인에게 의도적으로 신체적, 정신적, 언어적, 경제적 홀대를 하거나 노인을 방임하는 행위”로 정의하였다. 박미은(2004)

은 노인학대의 개념을 “만 65세 이상의 노인으로서 자녀 및 부양가족(배우자 제외)이 신체적 학대, 심리적 학대, 경제적 학대, 방임 등을 하는 경우”로 정의하였고, 나용선(2005)은 “신체적(성적), 정서적, 언어적, 경제적, 방임의 학대를 고의적이고 반복적으로 행하는 것”으로 정의하였다. 이와 같이 노인학대의 개념은 학자들마다 조금씩 다르게 주장하고 있으나, 정리를 해보면 노인학대는 “노인에게 의도적·비의도적으로 신체적, 언어·정서적, 성적, 경제적 학대와 방임, 자기방임, 유기하는 것을 말한다”고 볼 수 있다.

기존 선행연구 고찰을 통해본 ‘노인학대의 정의’를 요약하면 <표2-1>과 같다.

<표2-1> 노인학대의 정의

구 분	노인학대 (elder abuse) 정의
미국립노인학대센터 (National Center on Elder Abuse: NCEA)	노인에게 신체적, 정신적, 금전적 해 혹은 장애를 일으킬 수 있는 모든 고의적 행동
미국의 노인법(Older Americans Act, 2006년 개정안)	의도적 폭력, 부당한 억류, 위협 및 신체적 상해나 정신적 고통을 유발하는 지나친 처벌, 혹은 신체적·정신적 해를 방지 하고자 꼭 요구되는 물질 및 적절한 행위의 결핍
캐나다 보건부 (Health Canada)	신뢰가 기대되는 관계에서 발생하는 노인에 대한 신체적, 심리적, 재정적 해를 유발하는 행위
영국의 노인학대전문기관 (Action on Elder Abuse: AEA)	신뢰가 기대되는 관계에서 발생하는 노인에게 상해나 고통을 일으키는 단일한 혹은 반복적인 행동이나 적절한 행위의 결핍
세계보건기구(World Health Organization; WHO)	의도적·비의도적 행위를 포함하여 노인에게 불필요한 고통과 상처를 주거나 삶의 질을 떨어뜨리고, 필요한 행위를 하지 않는 것
한국노인복지법 제 1조의 2 제 4호	노인에 대하여 신체적, 정신적·정서적, 성적 폭력 및 경제적 착취 또는 가혹행위를 하거나 유기 또는 방임하는 것을 말한다.
한동희(1996)	의존적인 노인에게 가족구성원인 배우자, 성인자녀 그리고 친척들 사이에서 자행되는 언어적, 신체적, 정서적 혹은 심리적 상해와 인격이 무시되는 행위를 말하며 또한 자산에 대한 오용 등

	으로 노인의 권리가 침해되는 행위
이혜영(1996)	신체적 학대, 심리적 학대, 방임(방치), 경제적 착취로 크게 분류해 볼 수 있으며, 구체적으로는 신체적 폭력이나 상해, 음식 제공과 의료조치 등의 거부, 방치, 감금, 폭언, 모욕, 노인재산의 유용 등을 포함
전길량·송현애(1997)	노인학대와 방임을 포괄적으로 ‘홀대’ 라는 용어로 개념화
한은주(2000)	신체적 학대를 폭력 등에 의한 신체적 고통, 상해, 상처 또는 질병을 초래 할 수 있는 행위로, 뺨을 때리는 것에서 살인에 이르기까지의 행동을 포함
서윤(2004)	노인 스스로 자기를 돌보지 않거나 노인의 부양이나 수발을 담당하는 부양자가 의도적, 비의도적으로 노인에게 신체적, 정서적, 성적, 재정적 손상을 가하거나 부양의무를 소홀히 하는 것
권중돈(2004)	학대의 개념을 협의와 광의의 개념으로 구분하였고, 협의의 개념은 신체적 학대, 심리적 학대(언어적 학대 포함), 재정적 학대이며, 광의의 개념은 협의의 학대에 방임과 자기방임을 추가적으로 포함
고보선(2004)	부양자가 65세 이상 노인에게 의도적으로 신체적, 정신적, 언어적, 경제적 홀대를 하거나 노인을 방임하는 행위
박미은(2004)	노인학대의개념을 만 65세 이상의 노인으로서 자녀 및 부양가족(배우자제외)이 신체적 학대, 심리적 학대, 경제적 학대, 방임 등을 하는 경우
나용선(2005)	신체적(성적), 정서적, 언어적, 경제적, 방임의 학대를 고의적이고 반복적으로 행하는 것으로 정의

자료: 이연호(2001;170), 이경미(2004; 16)를 근거로 선행연구를 추가하여 재구성.

2. 노인학대의 유형

미국의 노인법(America’s senior law)에서는 노인학대개념을 ‘학대’ (abuse), ‘착취’(exploitation), ‘방임’(neglect) 등으로 분류하여 근거 기준을 마련하고 있다. 그 밖의 관련기관이나 단체에 따라서 노인학대 유형분류에 차이가 있지만, 모두 미국 노인법의 학대, 착취, 방임의 분류를 근거로 하고 있다(한동희, 2004).

영국의 Age Concern(1991)은 노인학대를 ①신체적 학대 ②심리적 학대-위협,

비난, 폭언 ③기본권침해-식사, 난방, 의류, 오락의 결여 ④강제적 격리 ⑤성적학대 ⑥약물남용 ⑦금전과 재산의 남용으로 분류하였다(한동희, 2004; 재인용).

일본의 경우 고령자 안전 보호에 관한 조사연구 사업보고서-고령자 학대실태에 관한 조사연구(1996년/ 평성 9년)에서는 학대를 “타인에 의한 것으로서 ①신체적 폭력 ②성적 학대 ③심리적 장애를 주는 학대 ④경제적 학대 ⑤개호 등 일상생활 보호의 태만, 방치, 거부 등을 포함한 방임(neglect)”으로 정의하였다(이연호, 2002; 재인용). 외국학자들의 노인학대분류 유형을 살펴보면 Rathbone McCuan(1980), Pillemer(1985)는 ‘신체적 학대’만 논의를 하였고, Hickey & Douglass(1981)는 노인 학대를 “노인에 대한 부적절한 처우로서, 수동적방임, 능동적방임, 언어적 또는 정서적, 신체적 학대”로 분류하였다. Eastman(1984)는 노인학대를 “가족이 의도적으로 가하는 신체적, 정서적, 경제적 학대로서 우발적인 부상과 구분”하였다.

Sengstock & Hwalek (1986)는 “신체적·심리적 학대와 방임, 물질적 학대, 개인적 권리의 침해, 자기학대와 자기방임” 까지 포함시켰다. Godkin등(1989)은 “신체적 학대, 물질적 학대, 적극적 방임과 소극적방임”으로, Shiferaw(1994)는 노인학대를 ‘학대’, ‘착취’, ‘방임’으로 구분하였으며, 학대는 “고의적으로 신체적 고통, 상처 또는 정신적 고통을 주는 것”을 말하고, 착취는 “무력한 성인의 자원을 타인이 부적절하게 이용하는 것”을 의미하였다.

노인학대 유형구분에 대한 국내연구로 이해영(1995)은 “신체적 학대, 심리적 학대, 경제적 착취 및 방임(방치)”으로 구분하였으며, 이영숙(1997)은 “정서적 학대, 언어적 공격, 신체적 학대”로 구분하였다. 김한곤(1998)은 “언어적·육체적 학대, 경제적 착취, 방치”등으로 구분하였으며, 김미혜·이선희(1998)는 “신체적, 심리적, 재정적 학대, 방임, 자기방임”으로 분류하였고, 조애저 외(1999)의 경우 “신체적, 언어·심리적 학대, 경제적 착취, 방임”으로 구분하였다. 서윤(2000)은 “신체적 학대, 언어적 학대를 포함한 정서적 학대, 성적학대, 재정적 학대, 소극적 방임과 적극적 방임(유기를 포함)을 포함한 방임과 자기방임”으로 정의하였다. 이연호(2002)는 “신체적, 심리적, 재정적 학대, 방임”으로 구분하였으며, 양경미(2003)는 노인학대를 “신체적 학대, 정서적 학대, 언어적 학대, 재정적 학대, 방임”으로 구분하였다. 김창기·박일연(2003)은 “정서적 학대, 신체적 학대, 재정적 학대, 방임(수동적방임, 적

극적방임)”으로 분류하였으며, 김한곤(2003)은 “육체적 학대, 언어적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방치”로 구분하였다. 고보선·유용식(2004)은 “신체적 학대, 정신적 학대, 언어적 학대, 경제적 학대, 방임”으로 논의 하였으며, 권중돈(2004)은 “신체적 학대, 심리적 학대, 재정적 학대, 방임, 자기방임”으로 구분하였고, 박미은(2004)은 “신체적 학대, 심리적 학대, 경제적 학대, 방임”으로 논의 하였다. 김태현·한은주(2000)의 연구에서는 노인학대라는 용어 대신 ‘방임’ 또는 ‘방치(neglect)’나 ‘부적절한 처우(maltreatment)’라는 용어를 사용하였다. 이상과 같이 노인학대 유형에 대한 선행연구에서는 “신체적 학대에서부터 경제적 학대, 방임이나 부적절한 처우, 심리적 학대”, 넓게는 “자기학대, 자기방임”등의 내용까지 포함하고 있다. 보건복지부(2014)의 노인학대예방업무수행지침에서는 노인학대 유형을 ‘신체적, 정신·정서적, 성적, 경제적 착취, 방임, 자기방임, 유기’로 정의하고 있다.

최근에는 노인학대가 ‘학대(abuse)’, ‘방임(neglect)’, ‘유기(abandonment)’, ‘자기방임(self-neglect)’, ‘부당한 처우(maltreatment)’, ‘착취(exploitation)’ 등으로 구분 언급되고 있으나 이런 개념을 포괄할 수 있는 ‘부적절한 처우’라는 용어를 더 선호하고 있다(우국희, 2000).

선행연구의 노인학대 유형 구분을 요약하면 다음 <표2-2>와 같다.

<표2-2> 선행연구의 노인학대 유형구분

구 분	노인학대 유형
Rathbone-McCuan(1980), Pillemer(1985)	신체적 학대
Hickey·Douglass(1981)	수동적방임, 능동적방임, 언어적, 정서적, 신체적 학대
Eastman(1984)	신체적, 정서적, 경제적 학대
Sengstock & Hwalek (1986)	신체적·심리적 학대, 방임, 물질적 학대, 개인적 권리의 침해, 자기학대와 자기방임
Godkin등 (1989)	신체적 학대, 물질적 학대, 적극적 방임과 소극적방임
Shiferaw(1994)	학대, 착취, 방임
이혜영(1996)	신체적 학대, 심리적 학대, 방임(방치), 경제적 착취

이영숙(1997)	정서적 학대, 언어적 공격, 신체적 학대
김미경(1998)	신체적, 심리적, 재정적, 언어적 학대, 방임
김한곤(1998)	언어적·육체적 학대. 정신적 학대, 경제적 착취, 방치
김미혜·이선희(1998)	신체적, 심리적, 재정적 학대, 방임, 자기방임
조애저(1999)	신체적, 언어·심리적 학대, 경제적 착취, 방임
서 윤(2000)	신체적 학대, 언어적 학대를 포함한 정서적 학대, 재정적 학대. 성적학대. 방임, 자기방임
이연호(2002)	신체적, 심리적, 재정적 학대, 방임
양경미(2003)	신체적 학대, 정서적 학대. 언어적 학대, 재정적 학대, 방임
김창기·박일연(2003)	정서적 학대, 신체적 학대, 재정적 학대, 방임(수동적방임, 적극적 방임)
김한곤(2003)	언어적 및 육체적 학대, 정신적 학대, 경제적 착취, 방치
고보선·유용식(2004)	신체적 학대, 정신적 학대, 경제적 학대, 언어적 학대, 방임
권중돈(2004)	신체적 학대, 심리적 학대. 재정적 학대, 방임, 자기방임
박미은(2004)	신체적 학대, 심리적 학대, 경제적 학대, 방임
보건복지부(2013)	신체적 학대, 정신적, 정서적, 성적학대, 경제적 착취, 방임(자기방임포함), 유기

자료: 정은정(1999:24), 손에스터(2002:8-10), 강월숙(2012:26)의 자료를 참고하여 재구성.

이렇게 노인학대 유형에 대한 정의는 국가, 지역, 학자에 따라 내용이 다르지만 간추려보면 신체적, 심리적, 경제적, 방임으로 분류되다가 최근 성적학대와 자기방임, 유기가 포함되었다.

우리나라에서는 노인학대 유형을 발생공간에 따른 분류와 행태적 분류로 나눈다. 행태적 분류로는 신체적 학대, 정신·정서적 학대, 성적학대, 경제적 착취, 방임과 자기 방임, 유기 등으로 구분한다(보건복지부, 2014). 행태적 분류에 따른 학대유형별 개념과 대표적 행위는 다음과 같다.

첫째, 신체적 학대 (physical abuse)는 ‘물리적인 힘 또는 도구를 이용하여 노인에게 신체적, 혹은 정신적 손상, 고통, 장애등을 유발하는 행위’이다. 대표적 행위는 ‘꼬집고, 때리고, 밀치고, 끌고 다니고, 넘어뜨리기 혹은 감금, 거주지 출입통제, 신체구속, 흉기로 위협, 생존유지와 관련된 장치로부터 단절, 부당한 약물복용이나 약물금지행위, 노동 강요’ 등이 있다.

둘째, 언어적·정서적 학대(verbal·emotional abuse)는 ‘비난, 모욕, 위협, 협박 등의 언어 및 비언어적 행위를 통하여 노인에게 정서적으로 고통을 유발시키는 행위’를 말하며 대표적 행위로는 ‘쳐다보지 않고 무시한다. 말을 걸지 않고 대화하지 않는다. 일상생활을 타가구원과 별도로 한다. 친구, 친지들과 만나거나 연락하는 것을 방해 하며 사회활동, 종교활동, 이성교제 등을 방해한다. ‘죽이겠다. 시설로 보낸다. 집에서 나가라’ 등의 위협, 협박을 한다, 고함을 지르거나 욕을 한다. 모욕적인 말 등으로 수치심을 느끼게 한다. 노인과 관련된 결정에서 소외 시킨다. 등이다.

셋째, 성적학대(sexual abuse)는 ‘성적수치심 유발행위나 성폭력(성희롱, 성추행, 강간)등 노인의 의사에 반하여 강제적으로 행하는 모든 성적행위’로서 대표적 행위는 ‘강제적인 성관계 강요 또는 시도. 원치 않는 스킨십 및 신체를 만지는 것. 신체를 빗대어 혐오감을 주는 것. 타인이 보고 있음에도 기저귀 교환 시 성적부위를 노출 하거나 목욕 전 옷을 벗겨 이동시키는 행위’를 의미한다.

넷째, 경제적 학대 (financial abuse)는 ‘노인의 의사에 반(反)하여 노인으로부터 재산 또는 권리를 빼앗는 행위로서 경제적 착취(exploitation), 노인재산에 관한 법률권리위반, 경제적 권리와 관련된 의사결정에서의 통제’ 등을 하는 행위이다. 대표적 행위로는 ‘노인의 허락 없이 임금, 연금, 재산, 주식 등을 가로채거나 임의로 사용한다. 공적 부조(국민기초생활보장수급비 등)급여를 가로채거나 임의로 사용한다. 빌린 돈을 갚지 않거나 귀중한 물건을 돌려주지 않는다. 노동에 대한 대가를 정당하게 지급하지 않는다. 노인의 허락 없이 신용을 도용하여 이익을 취한다. 대리권을 악용한다. 부양을 전제로 재산상속을 약속 또는 증여하였으나 부양의무를 이행하지 않는다. 자신의 돈을 마음대로 사용하지 못하게 한다.’ 등의 행위이다.

다섯째, 방임(neglect)은 ‘부양의무자로서 책임이나 의무를 거부, 불이행 혹은 포기하여 노인의 의식주 및 의료를 적절하게 제공하지 않는 행위(필요한 생활비, 병원비 및 치료, 의식주를 제공하지 않는 행위)’이다. 대표적 행위는 ‘스스로 식사, 배변처리, 청결유지가 어려운 노인을 방치한다. 심각한 질환(치매 등)이 있는 노인을 홀로 거주 하게 한다. 안정된 주거공간을 제공하지 않는다(컨테이너 거주 등). 경제적 능력이 없는 노인에게 경제적 지원을 하지 않는다. 의료적 처치가 필요한

노인에게 의료적 처치를 하지 않는다. 노인의 간병을 소홀히 한다(악취, 욕창, 염증 등 발생)’ 등이다.

여섯째, 자기 방임(self neglect)으로 ‘노인 스스로가 의식주제공, 의료처치 등의 최소한의 자기 보호관련 행위를 의도적으로 포기 또는 비의도적으로 관리하지 않아 심신이 위험한 상황, 사망에 이르게 하는 행위’로서 대표적 행위는 ‘노인이 스스로 의료적 치료행위를 거부한다. 노인 스스로 생존을 위해 필수적인 의, 식, 주 관련 행위를 거부하여 생명이 위협받는다. 노인이 돌봄을 거부하여 생명이 위협받는다. 알코올남용 및 자살 시도’ 등이다.

일곱째, 유기(abandonment)는 ‘보호자 또는 부양의무자가 노인을 버리는 행위’로 대표적 행위는 ‘노인과 연락을 두절하거나 왕래를 하지 않는다. 노인을 시설, 병원에 입소시키고 연락과 왕래를 두절한다. 노인을 낯선 장소에 버린다. 배회 노인에 대해 부양의무자가 부양의무이행을 거부 한다’ 등이 있다.

보건복지부(2013)에 의해 집계된 행태적 분류에 따른 노인학대 유형별 발생률은 정서적 학대가 38.3%로 가장 높았으며, 신체적 학대 24.5%, 방임은 18.6%, 이었으며, 경제적 학대는 9.0%, 자기방임 6.4%, 성적학대와 유기는 모두 1.5%를 나타내었다(노인학대현황보고서). 다음, 발생공간에 따른 분류로는 가정 학대, 시설학대, 기타학대로 구분하는데, 가정 학대는 ‘노인과 동일가구에서 생활하고 있는 노인의 가족 구성원인 배우자, 성인자녀 뿐만 아니라 노인과 동일가구에서 생활하지 않는 부양의무자 또는 기타사람들에 의하여 행해지는 학대’를 일컬으며, 시설학대는 ‘노인에게 비용(무료포함)을 받고 제공하는 요양원 및 양로원등의 시설에서 발생하는 학대로서 시설관련 종사자 등에 의해서 발생하는 학대’를 말하고, 기타학대는 ‘가정 및 시설 외의 공간 및 기타 학대행위자에 의해 발생하는 노인 학대유형’을 말한다.

본 연구에서는 발생공간의 분류에서 가장 높은 발생률을 나타내는 가정 내 학대피해 대상자로 한정하였고, 가정 내 학대의 개념은 ‘가족관계 속에서 노인이 살아온 오랜 세월 동안에 지속되어온 여러 갈등과 그 갈등을 해결하지 못한 소통의 부재가 빚어낸 파국적인 결과’ 라고 정의하며, 학대유형은 가장 많이 발생하는 ‘신체적, 정서적, 경제적, 방임’ 으로 구분하여 살펴보았다.

3. 노인학대의 주요이론

노인학대는 노인이 살아온 긴 세월만큼 많은 관계와 상황 속에서 환경적인 요인과 조합되어 빚어지게 되는 결과일 수 있어 단순한 한 가지 이론으로 설명이 어려울 수 있다. 연구초기에는 노인학대의 특성이나 범위에 관한 연구가 많았으나, 최근에는 노인 학대발생요인을 검증하고 새롭게 해석하려는 시도가 활발하게 이루어지고 있으며, 다각적이며 다양한 접근을 하고 있다. 노인 학대이론을 제시한 여러 학자들에 의하면, Pillemer(1986)는 노인학대 유발요인에 대해서 노인의 의존성과 외적 스트레스, 개인내적 역동성, 교환관계, 세대 간 폭력의 전이, 사회적 고립 등 여러 이론을 제시하였으며, Phillips(1986)는 상황 모델, 상징적 상호작용이론, 사회교환이론 등을, Bahr(1989)는 사회적상황이론, 사회학습이론을, Steinmetz(1988)는 상징적 상호작용이론, 교환이론, 역할이론 등을 주장하였다. 노인 학대이론에 있어 이렇게 다양한 이론들이 언급되는 것은 노인학대가 단일 원인으로 발생하기보다는 복합적이고 역동적으로 발생되기 때문에 어떤 하나의 이론만으로 설명되기 어렵고, 이론끼리 서로 상호보완적이라고 할 수 있다(김선희, 2005).

최근의 노인 학대관련이론은 다차원적이고 복합적인 특성을 고려한 이론들이 주목을 받고 있으며, 권금주(2007), Schiamberg & Garp(2000)등은 생태체계이론으로 시각의 전환을 보이고 있다. 또 피해자요인과 가해자 요인 가족환경요인 등 복합적인 특성을 가지고 있어 한 가지 이론으로 설명되기 어렵다고 보기 때문에 미시, 중간, 외, 거시체계로 구분하여 설명되는 생태체계이론이 가장 바람직하다. 따라서 본 연구에서는 생태체계이론의 관점으로 미시체계(개인체계로 본인의 행동특성인 대처행동, 사회활동의 수준), 중간체계(가족체계로 자녀접촉빈도, 자녀와의 관계수준), 거시체계(사회체계로 사회적 지지수준과 상담서비스만족수준)로 구분 하여 변수를 선정하였으며, 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향에서 개인적, 가족적, 사회적 요인들의 변수가 어떤 작용을 하는지 조절효과를 분석해 보고자 하였다.

1) 사회학습이론 (social learning theory)

Bandura의 사회학습이론은 인간이 타인의 행동을 모방하여 그대로 따라 하게 된다고 주장한다. 어린시절 폭력을 경험하거나 자주 접하게 되면 그 모델을 학습하게 되고, 성인이 되어 문제해결방법에서 폭력이나 공격적 행동을 사용하게 된다고 보는 이론이다(권금주, 2007; 한동희, 1996). Skinner의 행동주의는 직접경험에 의해 학습된다는 내용이지만, 사회학습이론은 직접경험은 물론 대리 학습을 통해서도 행동이 학습된다는 내용이다. Steinmetz(1978)는 아동학대 피해자가 폭력적 성인이 될 확률은 1/2인 반면, 폭력경험 없이 자란 아동은 폭력행위자가 될 확률이 1/400이라고 주장하였다. 많은 학자들이 사회학습이론에 동의를 하지만 노인학대의 경험적 증거로서 입증되지는 않았다(권금주, 2007; 박봉길, 2000). 그러나 가정폭력을 보고 자란 자녀는 노부모와의 관계에서 갈등상황이 되면 폭력으로 표현할 가능성이 높다(Steinmetz,1981; Rathbone-McCuban,1980). 따라서 아동기의 폭력경험이나 잦은 목격은 자녀가 성인이 된 후, 노부모와의 갈등상황이 되면 폭행 가능성이 높아, 폭력의 전이 및 노인 학대발생이론으로 간주되어질 수 있다(송지원, 2001).

이 이론은 노인 학대발생공간에 따른 분류 중 가장 많은 부분을 차지하는 가정 내 학대에서 적극 지지되는 이론으로 볼 수 있다. 노인 학대사례의 가해자는 아동기에 학대를 받았거나 폭력을 보고 자란 경우, 자신도 모르게 학습이 되어 내재된 자신의 감정이나 분노를 노부모에게 투사하기 때문에 노인 학대발생이론으로 적극 지지 될 수 있다.

2) 심리병리학적 이론 (psychopathological theory)

이 이론은 심각한 가해자의 정신병리학적 측면에서 노인학대가 발생된다고 주장한다(Wolf & Pillemer, 1989). 알코올중독, 약물중독, 우울증, 성격장애. 정신장애 등의 문제가 있는 가해자들은 노부모를 부양하게 되었을 때 부양기술과 자원이 부족하여 오히려 노부모에게 의존하는 경우로서, 이는 학대가능성이 내재되어 있다

고 보는 것이다. Kosberg(1988)는 가해자가 무절제하고 충동적인 성격, 알코올 중독, 마약중독, 정서장애, 정신장애의 경우 노인학대가능성이 높아진다고 하였다. 따라서 우울증, 성격장애, 정신장애, 알코올중독이 있는 가해자는 질환이나 중독증상으로 인해 거의 매일(27.2%) 또는 1주일에 한 번 이상(35.3%)(보건복지부 2010~2012년 평균, 노인학대현황보고서) 발생하는 항목에 포함되기 쉬우며, 이는 지속되고 재발 가능성이 아주 높아 가해자의 통계적 수치는 낮더라도 학대 재발 가능성을 높인다고 볼 수 있다. 또 정신질환이나 약물의존, 알코올 의존 등은 거의 대부분 심각한 신체적 폭력이나 기물을 파괴하는 행위 등으로 나타나며, 정신건강증진법의 강화로 인해 가해자의 장기입원에 어려움이 있어 퇴원 후 학대가 재발되는 상황이 반복 되고 있기 때문에 노인 학대발생이론으로 적극 지지될 수 있다.

3) 상황모델 (situational model)

상황적 모델에서 제시한 대표적 학대발생요인은 노인의 의존성과 부양스트레스이다. 여러 연구에서 노인은 노화로 인해 정신적, 신체적 기능이 약화 되어 의존성이 증가하고, 이는 노인 학대발생가능성을 높일 수 있다고 주장한다(Lau & Kosberg, 1979; Rathbone-McCuan, 1980; Hickey & Douglass, 1981; 한동희, 1996; 이성희·한은주, 1998; 권중돈, 2002; 송영민, 2002). 또 부양스트레스가 높은 가족은 낮은 가족보다 학대 발생가능성이 5배나 높았다고 지적하였다(Stainmetz, 1988). 스트레스가 높으면 그것을 힘없는 노인에게 투사하거나 갈등관계를 지속하다가 학대를 한다고 보았다(한동희, 2004). 그러나 노인의 일차적인 상황이 노인학대와 관련성이 있기는 하지만, 상황적인 요인이 꼭 학대의 원인이라는 인과관계가 밝혀진 것은 아니다. 따라서 강도 높은 부양스트레스를 경험하는 부양자 모두가 학대를 하고 있지는 않다는 것이다(권금주, 2007). 노인학대는 상황적인 요인에 앞서 오랜 세월동안 쌓아온 상호작용의 관계가 더 중요하여 부양스트레스가 높더라도 수발자 모두가 학대를 하지는 않는다고 볼 수 있어 상황모델이 학대발생전체를 설명하기에는 한계점이 있다.

4) 상징적 상호작용론 (symbolic interactionism)

상징적 상호작용이론은 학대피해경험노인과 가해자와의 관계상황을 강조 한다. Steinmetz(1988)은 노인 학대연구에서 학대피해경험노인과 가해자 사이의 관계적 상황으로 태도, 행위, 상호작용을 관찰 한 바, 모든 부양자가 똑같은 스트레스를 받지 않으며, 부양수준이 곧 바로 스트레스와 연결 되는 것은 아니라고 주장 하였다. 노인은 노화로 인해 타인과의 상호작용에서 역할기대감에 미치지 못하여 오해와 긴장을 발생시킬 수 있는데, 이는 가해자들의 부적절하고 과다한 역할기대에서 올 수 있다는 것이다. Phillips(1986)는 가족 내에서 노인의 가치가 저하되면, 노인의 과거와 현재 이미지 사이에 괴리가 존재하고 있다고 한다. 상징적 상호작용이론은 이런 학대피해경험노인과 가해자의 관계상황을 어떤 의미로 해석하여 상대방에게 반응하느냐에 따라 노인학대가 발생된다고 보는 것이다. 상징적 상호작용론 또한 노인 학대발생요인의 일부분 설명이 가능하다고 볼 수 있다.

5) 교환이론 (exchange theory)

교환이론은 상호 호혜성의 원리로서 누구든 물질적, 비물질적 호의를 베풀면, 상대 역시 그에 해당하는 보답을 해야 사회적 관계가 지속되어진다는 이론이다. 더 나아가서는 인간은 최소의 투자비용으로 최대의 효과를 원하고, 이익이 없는 때에는 항상 불이익이 적은 행동을 선택하게 된다고 보는 것이다(박재홍, 1991). 따라서 교환이론은 부양관계에서 발휘되는 힘의 역동성에 근거하며, 학대는 상호규범이 깨질 때 나타나게 된 결과로서, 부양자는 부당한 행동을 해도 노인과의 관계에서 손해가 없다고 판단될 때 노인 학대발생가능성이 있다고 해석하는 것이다. 부모가 자녀에게 보상이 가능한 여건에서는 학대가 발생되지 않다가 보상이 끝난 후에는 갈등이 발생하는 부분이 있어, 교환이론은 노인 학대발생기저에서 많은 부분 설명이 가능하며 이론적 시사점이 있다.

6) 사회구조적 모델 (social structural model)

이 모델은 사회구조적 맥락으로 노인문제를 폭넓게 이해하려는 접근이다. 노인들이 직면하는 많은 문제들이 노화의 결과물이기 보다는 노인에 대한 사회의 불공평에 원인이 있다고 보는 것이다. 지역사회에서 노인 역할의 축소는 노인을 사회로부터 고립시키고, 주변화로 몰고 가는 모순이라는 것이다. 즉 고령화 사회의 노인 의존성이 노인학대와 관련이 있기보다는, 노인에 대한 사회정책이나 사회태도가 노인학대에 중요한 영향을 끼친다고 보는 것이다. 보건복지부의 노인 학대실태조사(2009)에서는 ‘노인에 대한 부정적인 인식이 노인 학대발생 원인이다’는 응답이 11%로 나타나 노인 경시나 차별등 사회구조적인 원인이 노인 학대발생에 일부 기여를 하고는 있지만 전체를 설명하기에는 한계가 있다. 또 사회구조적 모델은 시설이나 병원 또는 기타장소에서 발생하는 일부분의 학대를 설명하기 더 적합하고, 가장 많은 발생률을 나타내는 가정 안의 노인학대를 설명하기에는 한계가 있어 노인학대 발생의 여러 측면을 모두 수용하지는 못한다고 볼 수 있다.

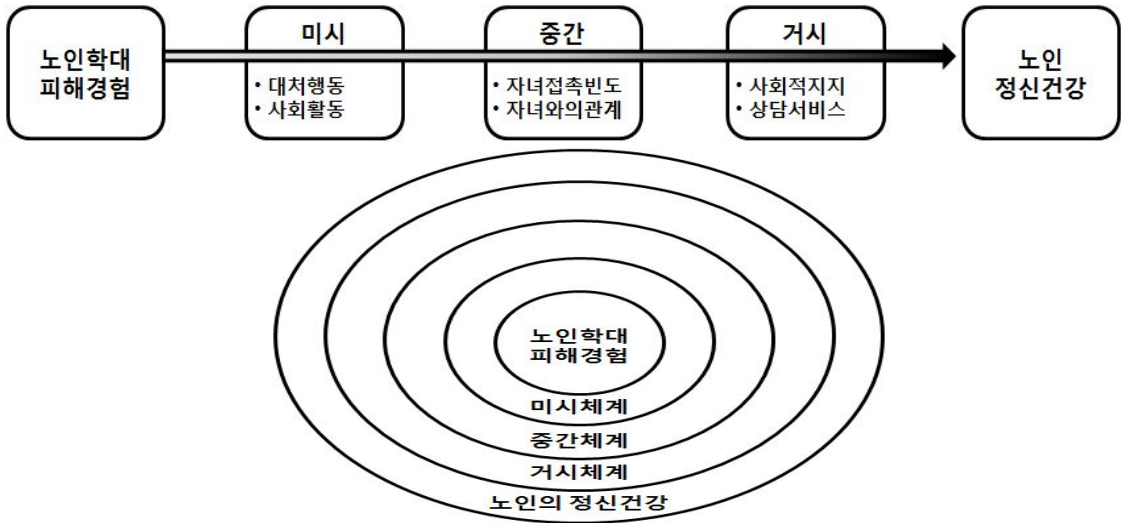
7) 생태체계이론 (ecosystem theory)

생태체계이론은 노인학대의 원인을 여러 관점에서 체계적으로 분석, 통합한 것이다. 이 관점은 노인개인의 특성, 가해자특성, 가족관계의 역동 및 지역사회 여러 특성이 상호작용함으로써 주변 환경이 형성되고 이는 노인학대와 관련이 있다고 보는 것이다. 즉 노인학대는 개인적, 가정적, 사회적 상호작용이 복잡하고 중층적이며, 역동적으로 발생되기 때문에 여러 요소들을 고려하여 설명할 필요가 있다(송인옥, 2008). 개인과 환경간의 관계를 이해해야 하는 생태 체계적 관점은 개인의 대처능력이나 환경의 요구 간에 있어 가장 효과적인 합일점을 찾는 사회복지실천에 부합되는 중요한 관점으로 이해되고 있다(손덕순, 2005). 인간의 행동을 사회 환경과의 상호작용으로 이해하고 있는 생태 체계적 관점에서는 사회사업적 문제를 개인의 병리적 현상보다는, 상호작용의 체계 안에서 일어나는 문제에 적절히 대처

하지 못하고 부 적응적 상태를 일으키는 개념으로 보고 있다(Gitterman & Germain, 2008). 노인학대 또한 학대피해경험노인과 행위자의 원인만을 찾는 접근보다는 학대피해경험노인과 가족관계, 그리고 사회 환경에 대한 총체적 이해가 필요하다.

발달심리 학자인 Bronfenbrenner는 1970년대 후반 인간발달을 생태학적 관점에서 설명하면서 인간과 환경과의 관계를 조직적이며 체계적 관점으로 이해할 수 있도록 하였다. Germain과 Gitterman(1980), Hartman과 Laird등(1983)은 생태체계적인 접근으로 사회복지실천모델을 개발하였고, 그 뒤 Bronfenbrenner의 생태학적 모델과 생활주기모델을 기반으로 생태체계이론에 근거한 노인 학대모델(Kemp,1997; Schianberg & Gans,1999)을 발전시켰다. 이 모델은 가정폭력으로서의 노인학대문제가 개인, 가족관계, 사회적 맥락에서 설명이 가능하다는 점과 노인학대를 사회적 이슈로 개입시킬 수 있는 장점이 있다(송인옥, 2008). Kemp(1997)는 가정폭력(노인학대)의 원인규명을 위하여 Belsky(1993)의 모델을 보다 단순화시켜 미시, 중간, 거시적 수준으로 구분 설명하였다.

우리나라에서도 노인학대 선행연구에서 생태학적 접근을 통한 연구가 차츰 늘어나고 있는데 노인학대와 관련성이 밝혀진 요인은 성별, 교육수준, 연령이 지적되고 있고, 중간체계요인으로는 자녀와의 접촉빈도, 거시체계로는 사회문화적 요인이 노인학대 발생요인으로 나타났다(김선희, 2005; 35-36). 생태체계이론은 인간과 환경과의 관계를 강조하며 상황 속의 인간이라는 관점으로 개인이나 사회 환경에만 접근하기보다 양자 간의 상호작용에 초점을 맞추어 접근하기 때문에 사회복지실천분야에서 가장 영향력 있는 관점이다(김동배·이희연, 2003). 따라서 본 연구에서는 Kemp(1997)의 생태체계학적 관점을 이론적 근간으로 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향에서 개인적, 가족관계적, 사회적 요인들의 변수가 어떤 조절효과를 미치는지 조명을 해 보았다.



<그림 2-1> 생태체계모형

(1) 미시체계(microsystem)

미시체계는 개인적 수준의 변수들(개인적 행동, 성격, 개인적 동기, 정신 병리학 적 측면)(송인욱, 2008)로서, 본 연구에서는 학대피해경험노인의 행동특성이 정신건강에 어떤 영향을 미치는지 경험적인 연구를 위해서 노인개인의 대처행동과 사회활동을 미시수준으로 보았다. 대처행동에는 소극적, 공격적, 적극적 대처행동을, 그리고 사회활동에서는 종교활동과 여가활동을 포함시켰다.

(2) 중간체계(mesosystem)

중간체계에는 가족체계 내에서 기능하는 것(동거 자녀와의 정서적 유대관계, 자녀관계 만족도, 비 동거 자녀와의 결속력)(송인욱, 2008)을 참고로 하여 본 연구에서는, 자녀접촉빈도와 자녀와의관계를 변수로 선정하였다.

(3) 거시체계(macrosystem)

거시수준에는 지역사회 환경에 적응하기 위한 현상(지역사회서비스의 인지 및 이용, 친척, 친구, 이웃들로부터의 정서적·도구적 지원) (송인욱, 2008)등을 참고로 본 연구에서는 사회적 지지와 상담서비스를 사회체계로 보았다.

노인학대 주요이론을 정리하면 <표 2-3>와 같다.

<표 2-3> 노인학대의 주요이론

구 분	노인학대 이론	본 연구자 의견
사회학습 이론	인간은 다른 사람의 행동을 보고 그 행동을 모방하여 행동하기 때문에 어린시절 폭력을 경험하거나 자주 보고 자란 경우 성인이 되었을 때 문제를 풀어나가는 방법에서 과거의 학습된 방법 즉 폭력이나 공격적 행동으로 문제를 해결한다고 보는 이론	적극지지 신체, 정서적, 방입에 적용가능
심리병리학 적 이론	가해자가 알코올중독, 약물중독, 우울증, 성격장애. 정신장애 등의 정서적 장애를 가지고 있는 경우, 가해자의 심리병리학적 측면에서 노인학대가 발생된다고 주장하며, 노부모를 부양하게 되었을 때 부양기술부족과 자원이 부족하여 노부모에게 의존적이 될 수 있고, 이는 학대가능성이 내재되어있다고 보는 이론	적극지지 신체적· 정서적 학대 재 발생에 크게 기여
상황모델	노인의 의존성이 높거나 부양스트레스가 높은 상황에서 노인학대가 발생된다는 이론	일부지지
상징적 상호작용 이론	학대피해경험노인과 가해자와의 관계상황을 강조하는이론으로 가족 내에서 노인의 가치가 저하되면, 노인의 과거와 현재 이미지 사이에 부정적 모순이 존재하며, 가해자들의 부적절하고 과다한 역할기대감으로 노인학대가 발생된다고 보는 이론	일부지지
교환이론	교환이론은 상호호혜성의 원리로서 누구든 물질적, 비물질적 호의를 베풀면, 상대 역시 그에 해당하는 보답을 해야 사회적 관계가 지속되어진다는 이론으로 인간은 최소의 비용으로 최대의 보상을 원하고, 항상 불이익이 적은 행동을 선택하기 때문에 부양자는 자신이 부당하게 행동해도 노인과의 관계에서 잃을 것이 없다고 판단될 때 노인학대가 발생될 수 있다고 보는 이론	적극지지 노인학대의 기저에서 많은 작용함.
사회구조적 모델	노인에 대한 사회의 불공평에 원인이 있다고 보는 이론으로 노인에 대한 사회정책이나 사회태도가 노인학대에 중요한 영향을 끼친다고 보는 이론	시설, 병원, 기타학대에서 더 설명력 있음
생태체계 이론	생태 체계적 관점은 복합적이고 역동적으로 발생하는 노인학대 문제를 개인과 환경, 양자 사이의 관계성에 초점을 두고 개인의 대처능력이나 환경의 요구에서 가장 효과적인 합일점을 찾는 사회복지실천에 부합되는 중요한 관점으로, 가정폭력으로서의 노인 학대문제를 개인, 관계, 사회적 맥락에서 설명할 수 있다는 이론	적극지지 본 논문 적용

제 2 절 학대피해경험노인의 정신건강

1. 노인 정신건강

1) 정신건강의 개념

정신건강이란 정신적으로 건강한 상태의 유지 또는 건강하지 못한 상태의 치료 등 두 가지 측면을 말하며(박입근, 2007), 심리적 안녕과 정신질환 모두를 포함한다고 볼 수 있다. 정신건강은 정신질환의 유·무보다 더 포괄적인 개념으로 사용되며, 긍정적·부정적 개념이 함께 포함된다고 볼 수 있다(손덕순, 2005). 미국정신위생위원회(National Committee for Mental Hygiene)에서는 정신건강을 “정신질환에 걸리지 않는 상태뿐만 아니라 만족스러운 인간관계를 유지하는 개인적, 사회적 능력과 균형 잡힌 통일된 성격발달을 의미 한다”고 정의하고, 설진화(2008:14)는 정신건강이란 “일상생활을 스스로 무리 없이 해결해갈 수 있고, 가정과 사회생활을 원만히 영위할 수 있는 성숙한 정신상태”라고 정의 하였다. 따라서 정신건강은 정신병적인 증세 없이 본인의 능력을 충분히 활용 가능하며, 성숙한 인격을 지닌 상태라고 할 수 있다.

세계보건기구(World Health Organization: WHO)의 보건헌장에서도 “건강이란 질병이나 허약함이 없는 상태를 벗어나, 신체·정신·사회적인 면에서 완전한 건강상태”라고 규정하고 있다. 최근 정신건강의 동향은 정신질환이 없음을 의미하는 것이 아니라 긍정적 개념의 도입이 이루어지고 있으며, 심리학적 이론을 기반으로 한 Ryff(1989)의 심리적 안녕감(psychological well-being)에 관심이 많아지고 있다. 하위영역에는 자율성(autonomy), 환경에 대한 지배력(environmental mastery), 삶의 목적(purpose in life), 자아수용(self acceptance), 긍정적 대인관계(positive relations with other), 그리고 개인의 성장(personal growth)등을 포함한다. 위의 연구들을 종합하여 정신건강의 개념을 다시 정리해 보자면 “정신건강이란 정신질환이 없는 상태로서, 가정과 사회생활을 원만히 영위할 수 있는 정신적으로 성숙

한 상태”라고 볼 수 있다.

2) 노인 정신건강

보건복지부(2011)의 정신질환실태역학조사에 의하면 우리나라 일반인구의 27.6%는 평생에 한번이상 정신질환을 경험하였고, 지난 1년 동안 한 가지 이상의 정신질환에 이환된 적이 있는 비율은 16.0%였다. 그 중 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 정신질환 1년 유병률은 10.5%로 열 명중 한 명은 정신질환을 앓은 적이 있는 것으로 나타났다.

정신건강은 노년기 삶에 있어 필수 불가결한 요인이지만, 노화현상으로 인한 신체적·정신적인 기능저하와 배우자 또는 친구와의 사별문제, 역할상실과 고독의 문제, 경제적 빈곤문제 등으로 인해 소외되고 고립되어 노년기 정신건강에 부정적 요소가 되고 있다.(Qualls, 2002). 노인의 노화 과정을 이해하고 우선적으로 배려하기보다는 경시와 차별로 인해 정신건강 정책의 우선순위에서도 가장 낮은 위치에 있는 실정이다(Hurst and Minter, 2007). 양순미·임춘식(2006)은 “노인우울은 무력감이나 절망감을 갖는 특성”이 있다고 하였으며, 허준수·유수현(2002)의 연구에서는 지역사회 노인의 우울상태중 경도 우울상태 15.5%, 중증도의 우울상태는 15.1%, 심도의 우울증은 8.6%로 나타나 응답자의 39.2%가 경증 이상의 우울상태였다. 노년기의 우울은 신체질환이나 치매 등으로 인식해버리고, 무시되는 경향이 있으며, 진단을 받아도 경제적인 문제, 정신과에 대한 거부감, 우울에 대한 인식부족 등으로 적극적인 치료를 받지 못하는 현실이 우리의 실정이다(이주영, 2007; 88). 우리나라의 노인 자살률이 OECD 국가 중 1위를 차지하고 있음은 노인의 정신건강에 시급한 관심이 촉구되는 부분으로 노인의 우울을 노화 현상으로 보기 보다는 정신건강의 중요성을 새롭게 인식하여 연구와 정책에 반영할 필요성이 제기된다(최홍권, 2010). 현대의 노인에게 정신건강은 신체건강 못지않게 중요한 부분이고, 삶의 질을 결정하며 독립된 생활을 가능하게 하는 주요요인이자 평가기준이 되기도 한다(최홍권, 2010). 노년기에 자주 겪게 되는 상실경험은 노인들에게 긴장

감과 함께, 자신에 대해 부정적인 사고를 갖게 하여 자존감은 낮아지고, 좌절감을 갖게 하는 등 정신건강에 해를 끼칠 수 있다.

노년기의 정신건강을 유지하는 것은 기본적인 자기관리에서 건강유지, 금전관리, 의사소통 등 독립적인 일상생활을 가능하게 하고, 가족이나 사회의 지지체계를 유지하는데 필수 요소가 될 수 있다(McInnis-Dittrech, 2002:201). 노년기의 주요문제는 신체적, 심리적, 사회적 상실로서 어떻게 대처하느냐에 따라 삶의 질이 결정되는 가장 중요한 과제이며(임은희, 2010), 노인의 어려움은 첫째가 건강문제(33.9%)이고, 둘째는 경제적 어려움(30.8%)이며, 셋째는 외로움과 소외감(12.1%), 넷째는 소일거리 없음(8.8%)으로 나타나(통계청, 2010), 노인은 4중고(병고, 빈고, 고독고, 무위고)로 인해 개인적 또는 사회전반의 적응문제에 적절히 대처하지 못하였을 때 우울감을 경험하고, 우울이 심화되면 자살생각을 하게 되어 정신건강에 위협이 되고 있다. 김오복(2007)은 ‘여성노인의 정신건강에 영향을 미치는 요인’을 고찰하였는데 인구사회학적 변인 중 건강상태, 학력, 생활수준, 주거형태, 종교, 한달 수입 등과 자아 존중감, 자기 효능감, 생활만족도가 노인 정신건강에 영향력을 미친다는 것을 증명하였다. 황명자(2001)는 “생활무용프로그램에 참여하는 집단이 참여하지 않은 집단보다 정신건강에 긍정적인 영향을 미쳐 신체화, 우울, 불안, 공포불안, 대인예민성, 강박증, 적대감, 정신증 편집증 등 9개 하위증상이 모두 감소되어 정신건강에 깊은 관련을 보인다”고 하였다. 노인은 노화자체만으로도 의존성, 소외감, 열등감, 무력감등으로 신체적·정신적 장애를 가져올 수 있으며, 위기 상황에 따른 극심한 절망감과 후회는 노인성 정신병을 유발할 수 있다. 특히 노인학대를 받게 되면 충격적인 상황이 되고 자신이 잘못 살았다는 후회와 배반감, 스트레스, 정서혼란, 불안, 공포 등으로 삶의 의미를 잃게 된다.

WHO(World Health Organization; 2012)는 1948년부터 매년 4월7일을 “World Health Day”로 선정하여 지속적으로 세계인의 건강증진을 도모하고 있으며, 특히 2012년에는 「노인 정신건강 폐해의 심각성」을 부각시키고 그 대책을 위한 국제적 관심을 불러일으키고 있지만, 우리나라는 아직까지 관심과 실제적 노력이 미흡한 실정이다. 이현경·손민성·최만규 (2012; 673)의 연구에서는 노인들의 삶의 질이 높을수록 스트레스, 우울, 자살 생각 등을 감소시키고, 정신건강을 증진시키는 효

과가 있었다. 임은희(2010)의 연구에서 정신건강에 영향을 미치는 주요한 요인은 주관적으로 지각하는 건강상태, 자존감, 가족관계, 노인에 대한 사회의 태도, 사회적 지지, 사회활동, 죽음에 대한 태도, 주거생활만족도 등을 거론하였다. 최홍권(2010)의 연구에서는 정신건강의 구성요소로서 자아존중감(Self-Esteem), 대인예민성(Interpersonal Sensitivity), 우울(Depression), 불안(Anxiety)을 측정하였으며 노인정신건강과 삶의 질과의 관계분석결과 자아존중감, 우울, 불안이 유의미한 결과로 나타났다.

2. 학대피해경험노인의 정신건강

노인의 정신건강에 직접적 영향을 미칠 수 있는 노인학대의 문제가 증가하고 있는 현재 상황에서 노인학대피해경험은 강도 높은 스트레스 상황으로 정신건강상의 위기상황이라 할 수 있다. 노인이 되면 스트레스를 주는 삶의 사건들은 증가하는 반면 대처자원이나 능력은 부족하기 때문에 그 영향이 과거보다 점점 더 커진다. 손 에스더(2002)는 “학대를 받고 있다고 스스로 인식하는 노인들은 심각한 스트레스에 노출되어 있다”고 보고하였고, 정신건강은 스트레스와 밀접한 관련이 있어, 상황적으로 스트레스가 많은 상태에서 대처를 잘하지 못하게 되면 정서적인 장애가 올 수 있다. Seligman(1975)은 “동물이 무기력을 학습하면 우울증과 같은 증상을 보인다”고 주장하면서 학습된 무기력은 심한 절망감을 불러일으키고 결과적으로 우울증을 유발한다고 하였다. 인간은 자신이 스스로 환경에 대한 통제가 불가능하다는 반복적인 경험이 지속되면 그 결과로 통제나 상황조절을 위한 노력을 포기하게 된다. 따라서 학대피해경험노인은 학대상황에서 무기력하게 순응하는 태도를 보이기 때문에 학대 지속기간을 늘리는데 일조를 하고 있다고도 볼 수 있다. 학대가 발생되어 신고 된 사례 중 학대지속기간의 통계는 5년 이상이 29.6%, 1년에서 5년 미만은 38.9%(보건복지부, 2010년-2012년 평균, 노인학대현황보고서)로서 68.5%의 학대피해경험노인은 학대상황을 참고 버티거나, 무기력하여 학대상황을 바꾸어볼 의지가 없는 노인이 포함되었다고 볼 수 있다. 그러나 지속적으로 학대

피해경험을 하는 노인들은 학대에 대한 민감성이 약하고, 학대에 대한 인식 또한 낮을 수 있다. 우리나라는 내 가족 이라는 울타리를 신성시 하는 문화적 특수성으로 인해 노인들은 학대로 인한 고통을 숨기고 나만 참으면 된다는 생각으로 상황을 축소시키면서 은폐하는 것을 당연하게 생각한다. 따라서 학대피해 노인의 삶의 질은 일반노인보다 낮으며 특히 여성노인의 경우 슬프고 우울한 감정, 신경이 예민해지고 마음이 불안하여, 수면의 어려움을 경험하거나, 자신을 부정적으로 평가하는 경향이 있다(김재엽 외, 2003:51-65).

최근 미국 텍사스 주 휴스턴에 있는 베일러 의대(Baylor College of Medicine)의 Carmel Bitondo Dyer 박사와 동료들은 노인병과를 찾은 환자들 중 학대나 무시를 당한 환자 47명과 다른 원인으로 내원한 노인 97명의 결과를 비교해 보았는데, 학대나 무시를 받은 45명 중 62%가 우울증이었고, 51%는 치매로 진단 받았음에 반해, 다른 이유로 병원을 찾은 노인환자들은 12%만이 우울증이었으며 치매는 30%로 그 비율이 더 낮았다(손에스터, 2002. 재인용). 이는 학대나 무시를 받을 경우 우울과 치매확률을 높인다고 볼 수 있는 부분이다. 학대피해경험노인은 절망, 고독, 타인과의 고립감을 느끼며(Hwalek, 1987), 분노, 우울, 수치심, 공포, 불안, 학습된 무기력, 죄의식, 외상 후 스트레스 장애, 사회적 부적응, 정신분열에 까지 이를 수 있다(Wolf, 2000). 김신영(2005)의 연구에서는 “정서적 학대수준이 높을수록 생활만족도가 떨어지는 것”으로 나타났으며, 양경미(2003)의 연구에서 “언어적 학대와 방임을 심하게 받을수록 우울이 증가하는 것”으로 나타났다. 박미은(2004)의 연구에서는 “학대피해경험노인은 70% 이상이 정신적 피해를 받았으며, 신체적 피해보다는 정신적·심리적 피해가 더 많았다”고 보고하고 있다. 이와 같이 학대유형 중 언어·정서적 학대가 정신건강상의 문제에 심각한 영향을 미치고 있음이 밝혀졌으며, 보건복지부(2011-2012년평균) 발표에서도 언어·정서적 학대는 학대유형중 가장 높은 발생률로 39.2%를 차지하였다.

Anetzberger(1997)는 학대피해경험 결과로 나타나는 요인들을 신체적, 심리적, 행동적, 사회적 영역으로 구분하였는데, 수면장애, 섭식장애, 두통 등은 신체적 피해로 구분하고, 부인, 공포, 두려움, 불안, 당황, 자기비난, 절망, 해리 등은 심

리적 피해로 구분하였으며, 착각, 분노, 자살충동, 무력감, 대처능력의 감소 등은 행동적 피해로 구분하였고. 사회적 접촉의 감소, 폭력행동, 의존, 철회 등은 사회적 피해 영역으로 구분하였다.

또한, 서인균(2010)의 연구에서 “노화로 인한 여러 기능이 저하되는 노인들은 학대에 대처하기 어려울 뿐만 아니라, 심한 상해를 입기 쉬우며, 정신적 충격은 회복을 어렵게 한다”고 하였다. 학대피해경험노인들은 더 이상 학대에 대처하기 힘든 상황이 된 후에 가족을 떠나서 쉼터입소를 생각하고 있으며, 심각한 두려움이나 불안, 적대감을 갖기도 한다. 학대의 강도가 심해질수록 노인은 감정적 동요와 배신감 등으로 우울한 상태이며, 절망에 빠져 심각한 정신상황을 초래하기도 한다. 또 학대피해경험에서 학대행위자가 배우자인 경우와 자녀일 경우의 내용은 다를 것이다. 남편이 학대행위자일 경우 피해노인은 ‘내 탓’을 하면서 맞대응하고 공격적인 태도를 하기 쉬우며, 분노 수준이 높을 경우 결혼관계를 청산하겠다는 생각을 할 수 있지만, 내가 낳아 기른 자녀로부터 받은 비난이나 폭언, 신체적 학대를 받으면, 내가 온전히 자녀를 잘못 키웠다는 ‘내 탓’을 하게 되고, 잘못 살아온 인생에 대한 후회와 좌절, 절망감으로 인해 우울감에서 헤어나지 못하는 감정적 경험을 한다고 볼 수 있다. 심리학자 에릭슨(1950)은 노년기를 ‘자아통합’ 대 ‘절망’의 시기로 분류하면서 자신의 삶이 가치 있었고, 성공적이었다고 인식할 경우 ‘자아통합’으로 갈 수 있지만, 삶의 결과론적 인식에서 잘못 살았다는 후회만 남게 되면 ‘절망’의 시기로 구분하였다. 노년기에 경험하는 학대는 자신의 삶을 전반적으로 조합하지 못하고, 과거에 대한 후회와 절망을 겪게 되면서 정신건강에 커다란 영향을 미치게 될 수 있다.

이상과 같이 학대피해경험노인들은 여러 정신건강상의 문제를 경험할 수 있음에 따라 본 연구에서 보고자 하는 학대피해경험노인의 정신건강에 미치는 9개 증상별 하위 영역의 의미는 다음과 같다.

첫째, 적대감(hostility)으로, 이것은 공격성, 분노, 격분, 자극과민성, 울분 등의 부정적인 정서 상태로서 사고, 감정 및 행동을 반영하는 것이다.

둘째, 우울증(depression)으로, 이것은 삶에 대한 관심의 철수, 사회적 관심과 활

동저하, 부정적 사고와 불행감, 신체적 약화와 활력감소, 동기의 결여, 인지적 역기능, 절망감으로 자살사고 까지 갈 수 있는 기분이나 감정의 저조 등이 포함된다.

셋째, 강박증(obsessive-compulsive)으로, 이것은 자신이 원하는 얹음에도 계속 되풀이 하게 되는 사고, 행동 및 충동 등의 강박 증상을 말한다.

넷째, 공포불안(phobic anxiety)은 특정한 대상, 장소, 사람이나 혹은 상황에 대해 지속적이고 불합리한 두려움으로 회피 행동을 하게 되는 상태를 평가한다.

다섯째, 불안(anxiety)으로, 초조, 긴장, 신경과민, 두려움이나 불안 등 신체적 증상으로 이루어져 있다.

여섯째, 신체화(somatization)로, 이것은 자율신경계의 영향을 받는 순환기, 소화기, 호흡기 또는 기타 기관의 장애와 두통, 동통등 주관적으로 호소하는 증상들로 구성되어 있다.

일곱째, 대인예민성(interpersonal)으로, 타인과의 관계에서 나타내는 불편감, 부적합감 및 열등감 등을 측정하는 것이다.

여덟째, 편집증(paranoid)으로, 이것은 편집증적 사고를 측정하는 것으로 의심, 적대감, 망상, 투사적 사고 등의 내용이다.

아홉째, 정신증(psychoticism)으로, 이것은 가벼운 대인관계의 문제로부터 정신증에 이르는 비교적 넓은 영역의 증상을 반영한다. 즉 고립, 철수, 분열성적 생활양식 및 환각과 사고전파와 같은 정신분열증의 일급증상이 포함된다.

위의 선행연구를 참고하여 학대를 받는 노인들은 학대로 인해 적대감, 우울증, 강박증, 공포불안, 불안, 신체화, 대인예민성, 편집증, 정신증 등을 유발할 수 있어, 본 연구에서는 학대피해경험노인들이 어떤 증상을 주로 나타내는지 실증적인 규명을 해 보았다.

3. 학대피해경험노인의 정신건강 연구동향

학대피해경험노인의 정신건강에 관한 선행연구에서 학대피해경험노인은 우울, 불안, 무력감, 자아상실, 높은 스트레스와 자살생각을 갖는 등, 정신건강에 영향을

받고 있는 것으로 나타났다. 그 중 우울에 대한 연구(정혜란, 2013; 권혜경, 2007; 양경미, 2003; 김재엽·김희수, 2003; 이연호, 2002, 손에스더, 2001; 조애저 외, 1999; 김미경, 1998; Wolf, 1997)가 가장 많았으며, 신체화(김재엽·김희수, 2003; 이연호, 2002), 자아존중감(김태희, 2007; 최경희, 2005; 손에스더, 2001), 자살생각(서인균, 2009; 권혜경, 2007) 등에 영향을 미쳐, 노인이 학대피해경험 후 심각한 신체적, 심리적 문제를 야기하는 것으로 나타났다. 손 에스더(2002)의 연구에서는 여성노인의 방임, 언어·심리적 학대피해정도가 클수록 정신건강에 부정적인 영향을 미치며, 자아존중감에는 방임이, 우울에는 방임과 언어·심리적 학대가 영향을 미치는 결과를 도출하였다. 즉 자녀 또는 남편인 배우자가 노인에게 부당한 대우를 하는 것만으로도 여성노인의 정신건강에는 좋지 않은 결과를 주는 것임을 알 수 있다.

한국보건사회연구원(1999년)이 전국 6대 대도시 노인종합복지관 이용노인 865명을 조사한 결과, 학대피해 경험 후 8.5%의 노인이 신체적 증상을 보였고, 그 중 두통이 가장 많았으며, 심각한 경우는 팔다리가 부러지는 골절상과 정신과 치료를 받는 경우로 조사되었다. 또 학대피해경험노인 중 76.6%는 정신적 증상을 가지고 있었으며, 평균 1.3 종류이상의 정신증상을 가지고 있으며, 가장 많은 증상은 “자신에 대한 실망, 무력감, 불안, 자아상실을 나타내었고, 우울함으로 죽고 싶다는 생각을 하는 경우가 22.0% ”로 나타나 노인학대피해경험은 심각한 수위임을 제시하였고, 신체적 건강상태가 좋지 않을수록 정신적 증상을 보이는 비율이 높았으며, 심각한 상태에 있었다.

김미경(1998)의 연구에서도 학대유형에 따라 우울 및 불안과의 높은 관련성을 나타냈는데, 그 중 정서적 학대와 관련성이 가장 높았으며, 그다음은 방임, 신체적 학대, 재정적 학대의 순으로 나타났다. 최경희(2005)의 연구에서는 정서적 학대수준이 높을수록 자아존중감이 낮아지는 것으로 나타났으며, 김태희(2007)의 연구에서도 “학대피해경험남성노인은 경험이 없는 남성노인보다 자아존중감이 낮아지는 것”으로 나타났다. 권혜경(2007)의 연구 “노인학대피해경험이 우울과 자살생각에

미치는 영향”에서 연구대상자의 27.7%가 우울하다고 응답했고, 이 중 경증상태는 18.6%, 중증상태가 9.1%로 나타났으며, 1년 동안 1번이라도 자살을 생각해본 경우는 11.3%로 나타나, 노인학대의 하위 영역과 우울과 자살생각 간의 상관관계는 매우 높은 것으로 보고되었다. 이연호(2002)의 “노인학대위험요인과 피해에 관한 연구”에서 학대를 당한 노인 102명의 신체화 증상을 조사한 결과 학대피해경험노인의 91.2%가 수면장애를, 58.8%는 섭식장애를 겪는 것으로 나타났다. 또한 심리적 학대가 높을수록 신체화 증상이 많아지는 것으로 나타나 노인학대피해경험은 노인의 신체화를 유발할 수 있음을 알 수 있다. 김재엽과 김희수(2003)의 연구에서는 “폭력을 경험한 여성노인은 슬프고, 우울, 불안하며, 신경이 예민해져 수면장애를 겪고, 자신을 부정적으로 평가하는 것”으로 나타났다. 또 “폭력피해경험이 심할수록 스트레스 수준이 높으며, 더 우울하고, 더 공격적인 것”으로 나타났다.

국의 연구에서도 노인이 학대피해를 경험하면 보복에 대한 두려움과 자율감 상실이 나타났으며(Patterson, 1993), 학대피해경험노인은 심리적 스트레스가 더 높고, 우울, 외상후증후군, 무망감, 이질감 등 심리적역기능이 조사되었다(Comijs 등, 1999). 또 노인학대는 노인의 사망률에 영향을 미치는 것으로 나타나(Lachs, Williams, O'brien, Pillemer 및 Charlson, 1998), 인간관계에서 수용할 수 없는 심한 스트레스는 사망에 영향을 줄 수 있음을 알 수 있다.

이상과 같이 노인학대가 정신건강에 미치는 영향에 관한 연구는 주로 위험요인과 실태에 관한연구가 주를 이루면서 단편적인 부분을 보는 연구가 많으며, 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 연구에서 조절변수를 보는 연구는 미흡한 실정이다. 이에 본 연구에서는 노인학대의 복잡하고 중층적인 요인을 고려한 생태학적 모델을 근거로 노인 학대피해경험을 개인적 요인, 가족관계적 요인, 사회적 요인을 고려하여 다차원적이고 포괄적인 접근을 시도해 보았다.

제 3 절 학대피해경험노인의 행동특성과 정신건강

1. 학대피해경험노인의 행동특성

노인 학대피해경험은 위기상황으로 스트레스 수준을 높여 정신건강에 큰 영향을 미치지만, 학대상황에서 어떻게 대처하느냐에 따라 학대 상황이 감소할 수 있다. 효과적인 대처행동은 학대 상황이 감소하거나, 학대가 다시 발생되지 않았다는 연구결과(Comijs, Smit, Pot, Boutler & Jonker, 1999)를 볼 때, 학대에 대한 대처행동은 직접적으로 학대피해를 줄이는 방법이 될 수 있다. 고립되고 소외되어있는 학대피해노인이 사회활동을 할 경우 지지자원 확보가 가능하고, 삶에 대한 만족감이 높아질 수 있음에 착안하여, 학대피해노인 본인의 행동특성에 따라 정신건강에 미치는 영향이 다를 것으로 추론하였다. 노인 스스로 학대상황을 노출시키지 않거나 순응할 경우 더욱 잠재화 되고, 장기화될 수 있다. 따라서, 학대행위를 감소시킬 수 있는 방안으로 학대피해경험노인의 대처행동은 중요한 변수가 될 것이라고 판단하였고, 노년기 사회활동에서 가장 쉽게 접할 수 있는 종교활동과 여가활동을 활발하게 할 경우 학대 상황에 대한 대처능력이 증가할 것으로 보여 학대피해경험노인의 행동특성에 대한 조절변수로 대처행동과 사회활동(종교활동, 여가활동)을 설정하였다.

1) 학대대처행동

대처(coping)는 스트레스 상황을 처리하면서, 부정적인 감정상태의 정서를 조절하기 위하여 사용되는 인지적·행동적 전략을 말한다(Comijs et al, 1999). 대처는 개인이 감당하기 어려운 외적, 내적 요구에 대응하기 위한 지속적인 노력으로서 개인의 특성이나 스트레스 종류에 따라 결정되는 경향을 가지고 있다. 대처는 스트레스 원(stressor)을 예방하고, 줄이거나 제거하여 고통을 가장 적게 받고자 하는 의식적·무의식적, 건강한·건강하지 못한 노력 모두를 포함한다(Mathney,

Aycock, PughCurlette, Silva-Cannella, 1986). 대처유형에 대한 구분은 연구자마다 다르나 Lazarus & Folkman(1984)은 문제중심 대처와 정서중심 대처로 구분하였고, 양옥남(1995)은 적극적, 소극적, 공격적 대처로 분류하였다. 적극적 대처는 ‘분위기를 바꾸어 설득 한다’거나, ‘미안한 마음을 갖도록 더 잘해준다’거나, ‘복지관 직원, 종교단체, 상담소 등에 상담’을 하거나, ‘자신의 잘못을 인정하고 말을 하는’ 등의 대처행동으로 학대 상황을 바꾸어 갈 수 있는 합리적인 노력이라고 볼 수 있다. 소극적 대처는 ‘혼자 속으로 삭히거나, 팔자소관으로 돌린다거나, 마주하는 것을 피하는 등’의 태도로써 학대상황에 순응하여 계속 머무를 수 있는 대처행동이다. 공격적 대처행동은 즉시 소리치고 대든다거나, 상대방의 말을 막고 혼자 말을 한다거나, 물건을 던지거나 때리거나, 더 비난하고 잔소리를 하는 것으로 학대상황은 줄일 수 있겠으나 오히려 관계는 악화될 수 있다. 학대대처행동은 스트레스 상황에서 부정적인 정서를 조절하기 위한 인지·행동적 전략이라고 볼 때, 스스로 대처능력을 향상시킬 수 있는 중요한 부분이라고 볼 수 있다(고보선·허준수, 2005).

한국보건사회연구원(2009)은 ‘전국노인학대실태조사’에서 노인 학대를 경험한 노인 대부분은 외부에 도움을 요청하는 경우가 매우 낮으며, 아무런 대응을 하지 않은 경우가 65.7%, 가족이나 이웃에 신세한탄이 27.6%, 가족이나 이웃에 도움요청은 4.0%, 노인보호전문기관이나 경찰서에 신고한 비율은 2.5%라고 조사하였다. 학대 후 대응을 하지 못한 이유는 나의 개인적 일로 생각한 경우가 42.5%, 도움을 요청해도 해결되지 않을 것이라는 생각이 22.1%, 창피하고 부끄러워서 21.7%, 자녀에게 피해가 갈까 봐서 10.6%, 누구에게 도움을 요청할지 몰라서 3.0% 순이었다. 따라서 도움을 요청하는 방법을 모른다가보다는 74.8%가 가정안의 일을 감추고 싶어 하는 부분이 가장 크게 작용을 한다고 볼 수 있다.

서윤(2000)의 “노인학대에 대한 사회복지사의 인지와 목격실태에 관한 연구”에서 조사대상자의 75.2%는 목격한 경험이 있는 것으로 나타났으며, 소극적으로 처리한 경우가 51.5%로서 노인 학대개입에 있어 매우 미온적으로 처리를 하는 것으로 나타났다. 최해경(1993)의 “노인학대에 대한 인식과 원조요청태도에 관한 연구”에서 학대피해경험노인이 원조요청의사를 보인 학대상황은 의료적 방임, 성적 학

대, 심한 재정적 착취 등으로 신체 및 재산에 가해지는 학대에는 민감한 반면, 그 외에는 관대하게 반응하는 태도를 보였다. 그러나 언어적 학대에 대해 적극적 대처를 하면 학대 상황이 감소하거나, 학대가 다시 발생되지 않았다는 연구결과(Comijs, Smit, Pot, Boutler & Jonker, 1999)를 볼 때, 학대에 대한 대처행동은 학대 재발생에 직접 관련이 있음을 알 수 있다.

가정안의 노인학대는 81.6%가 자녀와 배우자, 그리고 친족 사이에서 발생(노인 학대현황보고서, 2010-2012년평균)되기 때문에 사실은 가장 심각한 문제임에도 불구하고 숨겨지고 있으며, 노인들이 학대에 어떻게 대처하는지에 대한 연구 또한 미미하게 보고되고 있으나(양경미, 2003), 학대대처행동은 중요한 부분으로서 정확한 실태파악과 함께 대안모색이 필요한 부분이다. 노인 학대피해경험을 하는 노인들은 대부분 학대상황에서 어떻게 해야 하는지 알지 못하기 때문에 대처행동에 대한 상담이나 교육이 실시되면 보다 피해를 줄일 수 있고 이는 정신건강에도 직접 영향을 미칠 수 있다고 추정해 볼 수 있어 이에 대한 검증이 필요하다.

2) 사회활동

사회활동은 길어진 노년의 유희시간을 보다 보람 있게 활용할 수 있는 대안이며, 노인대학, 봉사활동, 각종 모임이나 단체 활동 등을 하면서 가정 밖에서 보내는 활발한 활동이라고 할 수 있다. Blazer(1991)에 의하면 조직 활동 중에서 가장 많이 선택되는 것은 종교 생활이며, 노인들에게는 종교집단의 도움과 지지가 중요한 자원이 된다고 하였다. 또 노인의 사회활동 중 4가지 하위 영역인 경제활동, 자원봉사활동, 종교활동, 여가활동 중 성공적 노화로 이끄는 가장 영향력 있는 것은 여가활동으로 나타나 여가활동에도 주목할 필요가 있다.(권수진, 2013). 따라서 본 연구에서는 사회활동으로 종교활동과 여가활동을 선택하였고 두 가지 활동은 학대 피해노인의 정신건강에 긍정적 영향을 미칠 것이라는 가정 하에 실증적인 내용을 살펴보았다.

(1) 종교 활동

종교란 믿음의 심층적인 차원으로 자기 내면의 불안문제와 어려움을 신에게 의지함으로써 마음의 안정을 찾을 수 있기 때문에 정신건강에 긍정적 역할을 하고 있다고 볼 수 있다. 종교는 노년기에 겪을 수밖에 없는 상실감, 소외, 고독, 두려움 등에 심리적 위안을 제공하며, 노인이 자발적으로 선택할 수 있는 비공식적 지지기반이 될 수 있다(남기민·박현주, 2010:49, pp. 405~ 428). 또 종교는 노인들에게 정서적, 도구적 지원으로서 삶을 좋은 방향으로 이끌어주고, 마음의 평화와 안녕을 제공하여 어려움을 극복해나갈 수 있는 지지기반을 제공한다(한내창, 2002:44-45). 종교는 사회와 개인을 연결하는 중간자적 역할로 상호작용 기회를 제공하고, 자기 욕구와 현실사이의 불일치에서 오는 갈등을 감소시키며, 삶의 질 향상에 영향을 미친다(문태언, 2013). 노년기에는 여러 가지 상실과 노쇠현상으로 인해 몸과 마음이 심약해지기 때문에 더욱더 심리적 의지처가 필요하고, 살아온 과거를 회상하고 회개하며, 죽음을 준비하게 되면서 더욱더 종교에 의지하게 된다.

Kart(1990)는 종교활동이 노년의 삶을 보다 건강하게 이끌어 주는 역할을 함에 있어서 종교와 노인의 관계를 4가지 가설로 설명하였는데 첫째, 규범적인 종교 생활이 노인건강에 긍정적인 영향을 미친다는 건강행위 가설. 둘째, 소속감과 사회적 지지체계형성으로 노인의 삶의 질을 향상시킨다는 사회통합가설. 셋째는 일상생활에 대한 이해의 틀을 제공하여 스트레스를 감소시킨다는 인지적 일치가설. 넷째는, 신학적 가설로 구분하였다.

김수정(2006)은 종교 활동이 노인들에게 삶의 의미와 희망을 부여하여 결국 삶의 질에 긍정적 영향력을 미친다는 결론으로 인지적 가설을 지지하였다. Levin과 그의 동료(1996)들은 미국흑인대상 연구에서 종교와 조직적 종교성이 생활만족도에 긍정적 영향을 미치며, 55세 이상 노인의 건강과 삶의 만족도를 높인다는 결과를 나타내었다. Idler와 Kasl(1997)도 종교가 현재의 삶에 활력을 부여할 뿐만 아니라, 개인의 문제를 극복할 수 있도록 힘을 제공하기 때문에 종교생활을 하는 노인이 하지 않는 노인 보다 삶의 질 수준이 훨씬 높다고 하였다. 노인과 성인자녀와

의 관계에서 갈등과 기대감의 차이로 올 수 있는 실망을 종교를 통해 승화시킴으로서 가족결속력을 강화시키는 결과를 가져올 수 있다(Wilkinson & Tanner, 1980). 종교는 인간으로서 어떻게 하지 못하는 죽음이나 생사화복을 절대자에게 맡김으로써 마음의 평안을 얻고, 인간이 살면서 받는 내면의 상처를 인정하고 마음의 안식을 얻게 한다(Hart, 2000). 따라서 종교활동은 심리적 위안과 안식을 얻게 하여 보다 편안한 삶으로 이끌기 때문에 노년기 정신건강에 도움이 된다고 볼 수 있다.

우리나라 15세 이상 인구 중에서 60세 이상 노인의 종교참여율은 63.1%로 전체 종교참여인구 평균인 53.9% 보다 9.2%정도(통계청, 2003)를 상회하고 있어 종교활동은 노년기에 보다 쉽게 접하고 있는 사회활동이라고 볼 수 있다. 또 신께서 나에게 주신 현재의 문제나 고통을 수용하고, 내면의 성숙을 추구하면서, 미래에 대한 소망으로 견디어 나가는 능력을 부여받는다. 정리하자면 종교는 강력한 절대자의 지지를 받고 있다는 믿음으로, 스스로 내면에서 힘을 부여받게 되고, 자신감을 얻게 되는 등 치유와 위안의 기능이 있다고 볼 수 있다. 그러나 종교활동과 노인 학대피해 관련성에 대한 연구는 거의 찾아 볼 수 없었다. 본 연구에서는 종교활동을 함으로써 사회적 지지를 얻게 되고, 사회에서 얻어지는 힘은 대처능력에 영향을 미칠 것으로 추측되어 학대피해노인의 정신건강문제와 관련이 있을 것으로 보고 변수설정을 하게 되었다.

(2) 여가활동

노인의 여가 개념은 젊은 세대의 여가와와는 성격이 달라서 노후 생활만족과 삶의 질을 높여주는 만큼 중요한 영역이라고 볼 수 있다. 또 직장생활에서 은퇴를 경험한 노년기는 제 2의 인생이 시작되는 시점으로서 삶을 어떻게 살아가는가에 따라서 성공적이고 의미 있는 출발점이 될 수도 있다. 퇴직 후 노후를 보내는 기간이 20년 이상으로 길어짐에 따라 여가시간에 대한 준비가 필요하다는 목소리가 높아지는 시점에서 노인이 선택적으로 지지배경을 확보할 수 있는 여가활동이 중요하게 자리매김을 하고 있다. Riddick은 ‘연령과 생활만족에 관한연구’에서 65세

이상 노인의 생활만족을 가져다주는 가장 중요한 변수는 ‘여가 활동’이라는 결과를 보고하고, 여가활동이 직접적인 변인이 되고 있다고 하였다. 일반 성인에게 여가란 노동으로부터 피로의 해소 또는 재생산을 위한 휴식으로 인식되지만, 노인은 생활 전체를 여가로 볼 수 있기 때문에 불가피하고 적극적인 개입을 필요로 한다(최성재·장인협, 2006). 노인의 여가활동은 노화과정에서 발생하는 여러 가지 부정적 정서와 감정을 해소시키고, 보다 긍정적인 방향으로 전환시키며, 사회적 역할상실을 보충해준다(지승훈, 2009). Erik & Koen(2009)은 여가활동을 생산적 여가활동과 소비적 여가활동 유형으로 구분하였다. 생산적 여가활동은 능동적이며, 공통의 목적이 있는 활동으로서 건강, 스포츠활동, 취미활동, 학습활동, 종교·사회활동이 포함되며, 소비적 여가활동은 라디오 청취, TV 시청 등 관객의 입장에서 하는 수동적인 활동과 바둑, 장기, 경로당에서의 대화 등 오락과 사교 활동이라고 하였다. Iso-Ahola & Jackson(1994)은 여가활동을 ‘개인적 유형, 집합적 유형’으로 구분하였고 또, ‘활동적 여가와 수동적 여가’로 개념화 하면서 신체를 움직이는 활동적 유형이 생활의 질을 향상시키는데 크게 기여한다고 하였으며, 적절한 여가활동은 심리적 안정감과 신체적 건강을 가져와 행복한 노후생활에 기여한다고 하였다. 실제로 많은 연구들에서 사회복지기관, 노인대학, 사회단체활동에 등록하여 많은 사람들과 더불어 취미 또는 봉사활동을 하는 노인들이 가정에서 가족들 또는 혼자서 취미활동을 하는 노인들보다 생활 만족도가 더 높게 나타났다(김성희, 2008; 이호성, 2005).

노인의 여가란 가정과 사회적 역할을 하면서 갖는 여유 시간을 의미하기도 하지만, 부여된 역할 없이 막연하고 무료한 시간이라는 측면이 더 많은 부분을 차지한다(이동수, 2004). 노년기 여가활동은 노후의 고독감이나 고립감을 해소시킬 수 있을 뿐 아니라 남은 삶에 의미를 부여 받을 수 있다는 점에서 소득보장이나 의료보장 등과 함께 고려될 수 있어야 한다(조상희 2011). 여가생활 참여도가 높은 노인일수록 대인관계는 넓고, 자신감과 생활만족은 높아지게 된다(최인근, 2007). 따라서 노인들이 고독, 역할상실에서 벗어나 사회의 일원으로서 소속감을 느끼고 다양한 활동이 권장되는 정책이나 서비스가 마련되어야 한다(배지연·김원형·윤경아, 2005). 노년기에는 생산 활동에서 벗어나 자유로운 시간이 많은 시기라고 볼 때

여가활동의 양과 질은 노인 삶의 질에 상당한 영향을 미친다. 또 삶의 만족과 관련하여 여가활동은 노인의 신체와 정신건강을 증진시킨다는 점, 삶의 목표를 재설정하고, 삶의 만족과 애착이 높아진다는 점, 사회적 관계망을 유지·확대시킨다는 점, 경제 활동으로 자연스럽게 연결이 가능하다는 점에서 중요하다고 할 수 있다 (김재현, 2013).

이상과 같이 성공적 노화에 영향을 미칠 수 있는 여가활동은 노년기 삶에서 중요한 요인이 되고 있으며, 특히 고령화가 진행되고 있는 시점에서 길어진 여가시간을 효율적이고, 유용하게 보낼 수 있다면 정신건강에도 긍정적인 영향을 미칠 뿐 아니라, 노인의 4중고에서 무위와 고독문제 해결에 도움이 된다고 할 수 있다. 결론적으로 길어진 노년기의 시간을 어떤 방법으로 유용하게 보내느냐에 따라 노인의 정신건강에 상당한 영향을 미칠 수 있다고 본다면, 학대피해노인의 정신건강에 긍정적 요인이 될 것으로 추론되어 실증적인 검증을 해보았다.

2. 학대피해경험노인의 대처행동과 정신건강

학대와 대처행동에서 우리나라 노인들은 소극적 대처(양경미, 2003; 서운, 2000; 조애저 외, 1999; 최해경, 1993)와 공격적 대처(고보선·허준수, 2005; 이영숙, 1997)를 주로 하고 있었으며, 문제해결에 가장 도움이 되는 적극적 대처는 미흡하였고, 학대 유형에 따라 대처행동이 달라지는 것으로 나타났다. 또 노인들은 재학대가 발생되어도 신고할 의향이 없는 것으로 나타나, 학대에 대한 대처는 아주 부족한 것으로 조사되었다.

학대피해경험노인의 대처행동에 관련한 선행연구는 고보선·허준수(2005)의 “노인의 학대대처행동 결정요인에 관한 연구”와 양경미(2003)의 “재가노인의 학대와 대처행동 및 학대결과에 관한 연구”, 유병희(2002)의 “노인 학대예방정책에 관한 연구”, 이연호(2002)의 “노인학대위험요인과 피해에 관한연구”, 서운(2000)의 “노인 학대에 대한 사회복지사의 인지와 목격실태에 관한연구”, 이영숙(1997)의 “고부관계에서 발생한 노인 학대에 관한연구”, 최해경(1993)의 “노인학대에 관한 인식과

원조요청태도에 관한 연구”가 있었다.

노인이 언어적 학대피해 상황에서 적극적 대처를 하면 학대 상황이 감소하거나 학대가 다시 발생하지 않았다는 연구결과(Comijs, Smit, Pot, Boutler & Jonker, 1999)를 볼 때 학대에 대한 노인의 대처행동은 매우 중요하다고 볼 수 있다. 고보선·허준수(2005)의 연구에서는 학대받는 노인이 가해자를 향해 소리치고 대들거나, 말을 막거나, 때리거나 물건을 던지는 등의 공격적 대처는 5점 만점에서 2.92점, 소극적 대처행동 2.68점, 적극적 대처는 2.05점으로 공격적 대처유형이 조금 더 높았으나 대처행동의 모든 유형은 낮은 것으로 나타났다. 이영숙(1997)의 연구에서는 노인이 언어적 학대를 당하면 같은 행위로 맞대응(공격적 대처)하는 것으로 나타났다으며, 결국에는 행위자인 며느리와는 별거하는 상황이 되는 것으로 나타났다. 유병희(2002)의 연구에서는 노인학대에 대해 함께 맞대응은 24.5%(공격적 대처), 무조건 피함 7.4%, 끝까지 참음 62.8%(소극적 대처), 주위도움요청 4.3%(적극적 대처)로 나타나, 94.7%가 적절한 대처는 하지 못하는 것으로 나타났다. 양경미(2003)의 연구에서 우리나라 노인들의 소극적 대처는 5점 만점에서 3.06으로 가장 높게 나왔으며, 적극적 대처는 1.94, 공격적 대처는 1.69로 소극적대처수준이 가장 높은 것으로 연구되어, 고보선·허준수(2005) 연구와는 달랐다. 노인이 언어적 학대를 받을수록 공격적 대처를 많이 하였고, 언어적 학대를 적게 받을수록 적극적 대처를 하였으며, 정서적 학대와 방임이 많을수록, 재정적 학대를 받을수록, 소극적 대처를 하는 연구결과가 나왔다. 언어적 학대는 자존심에 심한 상처를 입히기 때문에 참을 수 없는 분노를 유발하여, 공격적 대처를 하는 것으로 유추할 수 있다.

서 윤(2000)은 노인 학대피해자의 대처반응에 대한 질문을 순위별로 중복응답하게 했더니 1위는 ‘그냥 참는다’로 76.7% 였고, 2위에서는 ‘다른 곳으로 피신한다’가 39.4%로 많았으며, 그 다음은 ‘상대방을 나무라거나 화를 낸다’로 나타나서, 노인들은 학대를 당하고도 주로 참거나 학대 상황을 피하는 것으로 나타나 소극적으로 대처하는 것으로 나타났다. 유병희(2002)의 연구에서는 학대 피해노인 62.8%가 ‘끝까지 참는다’라고 했는데, 참는 가장 주된 이유는 ‘자녀이기 때문에’가 27.1%였고, 다음은 ‘그 순간만 넘기면 되므로’가 18.6%, ‘해결방법이 없어서’가 16.9%, ‘창피하고 자존심 상해서’가 15.3%로 나타났고, 그 밖에 기타 22.0%는 신세를 지고

있어서, 경제력이 없어서, 노인이 잘못된 것이거나, 대응하면 학대가 심해질까봐 등으로 나타났다. 이연호(2002)의 연구에서도 학대피해경험노인 102명을 대상으로 설문을 한 결과에 의하면 학대상황 시 55.9%의 노인은 원조요청 경험이 없으며, 53.9%의 노인은 학대해결노력을 하지 않았고, 「가정폭력법」에 대한 인지를 하지 못한 경우가 62.7%로 나타났으며, 74.8%는 재학대가 발생되더라도 신고할 의향이 없는 것으로 나타나, 학대에 대한 대처는 적절하지 못한 것으로 나타났다. 최혜경(1993)은 60세 이상 여성노인 대상으로 노인 학대발생 시 원조요청태도를 조사해 본 결과 성적학대, 의료적 방임, 심한 재정적 착취에는 원조요청의지를 보인 반면, 정서적 학대나 약한 재정적 착취상황에서는 원조요청의지가 약한 것으로 나타났다.

이상의 연구를 정리하면 노인 학대피해경험 시 대처행동에 관한연구는 많지 않으며, 학대에 대처하는 노인의 자세는 소극적으로 대처하는 경우가 많았고, 적극적 대처는 미미하게 나타났다. 연구자에 따라 공격적 대처와 소극적 대처를 하는 결과가 다르게 나타났지만, 공격적 대처를 하면 관계가 좋지 않게 된다는 결과에 따라 노인학대의 대처행동은 노인정신건강에 영향을 미칠 것으로 추론되었으며, 대처행동에 대한 실증적인 결과에 따른 대안 모색이 필요하다고 보았다. 따라서 본 연구에서는 소극적 대처와 공격적 대처, 적극적 대처로 구분하는 양옥남의 연구를 활용하여 학대피해경험노인을 대상으로 현재 학대에 어떤 대처를 하고 있는지, 대처행동에 따라 정신건강에 차이가 있을 것인지 해당 조절변수로서의 검증을 하였다.

노인학대피해경험에서 대처행동의 선행연구결과는 <표2-4>과 같다.

<표2-4 > 노인학대 대처행동의 선행연구결과

연구자	대처행동 연구결과
최혜경 (1993)	원조요청의지 - 성적 학대, 의료적 방임, 심한 재정적 착취시만 원조요청의지가 있었음.
이영숙 (1997)	언어적 학대 - 공격적

보건사회연구원 (1999)	1:소극적-아무런 대응하지 않음 (65.7%) 2:소극적-가족이나 이웃의 신세한탄 (27.6%) 3:적극적-가족이나 이웃에 도움요청 (4.0%) 4:적극적-노인보호전문기관·경찰에 신고 (2.5%)	대응하지 않은 이유 1: 개인적 일이라 (42.5%) 2: 도움 청해도 해결 안 될까봐 (22.1%) 3: 창피하고 부끄러워 (21.7%) 4: 자녀에게 피해가 갈까봐 (10.6%) 5: 요청할지 몰라서 (3.0%)
서 윤 (2000)	1: 소극적대처 (그냥 참는다. 76.7%, 다른 곳으로 피신한다 39.4%) 2: 공격적대처 (상대를 나무라거나 화를 낸다)	
유병희(2002)	1: 소극적대처 (70.2%)(끝까지 참는다) 2: 공격적대처 (24.5%) 3: 적극적대처 (4.3%)	
이연호(2002)		1: 재학대시 신고의향 없다 (74.8%) 2: 가정폭력법 몰랐다 (62.7%) 3: 원조요청 경험 없다 (55.9%) 4: 해결노력 하지 않았다 (53.9%)
양경미(2003)	1: 소극적대처 (61.2%) 2: 적극적대처 (38.8%) 3: 공격적대처 (33.8%)	
고보선· 허준수 (2005)	1: 공격적대처 (58.4%) 2: 소극적대처 (53.6%) 3: 적극적대처 (41.0%)	

3. 학대피해경험노인의 사회활동과 정신건강

노인들의 다양한 사회활동은 사교의 기회를 제공하고, 어렵거나 급한 상황에서 도움을 받을 수 있는 지지망 역할을 가능하게 한다(신동민,2013). Havighurst(1972)는 노년이 행복해지기 위해서는 지속적인 활동을 유지해 나가야 한다는 활동이론을 제안하였으며, 이는 사회활동정도와 노인의 생활만족도는 관련성이 밀접함을 시사하였고, 노년기의 적극적인 사회활동은 부정적인 생각과 절망감, 무위와 고독을 줄이고, 자존감을 높이는 필요 불가결한 요소라고 볼 수 있다. 학대피해경험노인의 사회활동은 정신건강에 영향을 미칠 것으로 생각되었으나 학대피해경험노인의 사회활동이 정신건강에 미치는 영향을 실제로 검증한 연구는 거의 찾아보기 힘들었다. 그런 의미에서 본 연구는 새로운 연구가 될 것으로 보인다.

1) 학대피해경험노인의 종교활동과 정신건강

사회활동 중 종교 활동에서는 종교 생활을 하는 노인의 우울수준이 낮았다고 보고되었고(김진순 외, 1999; 유향숙, 2012; 문태언, 2013), 종교 활동은 우울에 가장 많은 영향을 미치며, 노후의 신체적·정신적 건강 증진과 생활만족 및 삶의 질에 중요한 요소임이 확인되었다. 종교생활은 주관적 안녕을 강화하고(Ellison,1991), 생활만족도 증진(김종숙, 1987; 맹희재, 1985; 김철진, 2011), 이타성 발달과 죽음불안 해소(김은지, 2006;), 우울증 예방(Koenig, 1988; 조현·박춘화, 1997; 이종범·서혜수·정성덕 1984; 조경란, 2006; 김동표, 2006; 남기민·박현주, 2010), 사망률과 질병이완을 감소시키는 등(Levin, 1996), 노후의 신체 및 정신건강의 유지와 증진에 도움이 된다는 사실을 확인하였다.

미국에서 1996년에 실시된 ‘미국종교’에 대한 전국규모의 갤럽여론조사에 의하면, 종교적 신념이나 종교 활동이 미국노인들에게 중요한 것으로 나타났고, 75%의 노인들은 매우 중요하다고 보고하였다(남유화, 2009:7). 조경란(2006)의 연구에서도 노인들의 종교 활동은 우울의 중요한 변인이 되며, 비조직적인 종교 활동보다 조직적인 종교 활동이 노인우울을 낮추는 결과를 나타내었다. 한내창(2002)은 종교가 정신건강에 직·간접적으로 영향을 미친다고 하였으며, 민재홍(2004)의 연구에서도 기독교신앙과 자아존중감, 정신건강과의 상관관계가 매우 유의미하게 높았으며, 자아존중감을 매개로 정신건강에 영향을 준다고 하였다. Idler EL., Kasl(1997)은 종교를 가지고 있으면 신체활동을 많이 하게 되고, 우울증이 적으며, 삶의 질이 훨씬 높다는 결론을 내놓았다. Koenig(1995)의 연구에서도 종교 활동을 하는 노인이 하지 않는 노인보다 정신건강이 좋은 것으로 나타났다. 이재훈(1996)은 “종교가 정신건강에 미치는 영향”에서 첫째, 자신의 존재의미를 확실하게 이해하게 하여 실존불안을 줄이고 둘째, 무엇을 위한 삶인지 목적을 주며 셋째, 어떻게 살아야 하는지 윤리적인 모범을 제공하며 넷째, 공동체와 나누는 삶으로 고립감해소와 지원체계를 제공함으로써 개인과 사회의 정신건강에 크게 기여를 하고 있다고 하였다. 유향숙(2012)은 노인이 종교 활동에 참여하면 자아 존중감은 향상되고 우울이 감소

된다고 보고 하였다. 김동표(2006)의 연구에서도 종교가 있는 노인보다 없는 노인이 우울상태가 심각하게 파악되었다. 노인들의 종교 활동은 새로운 역할을 갖게 될 수 있고, 꾸준히 담당하던 역할을 유지할 수 있기 때문에 사회적 접촉의 기회를 잃지 않고, 소외감을 줄일 수 있어 정신건강에 긍정적 영향을 미칠 수 있음을 보고하였다(전미애, 1999).

이상의 연구들을 살펴볼 때 종교 활동은 노인의 우울과 자아존중감, 생활만족 및 삶의 질, 죽음불안 등에 유의미한 영향을 미쳐 정신건강에 중요한 부분임을 알 수 있다. 또 종교생활이 노인의 의식세계를 지배할 수 있는 도구로써 정신건강에 중요한 공헌을 하고 있음이 밝혀졌으나, 학대피해경험노인의 종교생활에 대한 선행연구나 어떤 영향을 미치는지에 대한 연구는 찾아보기 어려웠다. 그러나 종교생활은 주변 환경에 합리적으로 대처하게 하는 등 긍정적 의식전환이 가능하여 노인 정신건강을 증진시킬 수 있다는 선행연구결과를 참고하여 종교생활이 학대피해경험노인에게도 합리적인사고와 행동으로 이끌어주는 역할이 가능하다면 정신건강에 영향을 미칠 것이라고 추론되었다. 따라서 종교생활은 학대피해경험노인의 정신건강을 조절할 수 있을 것으로 보여 조절변수로서 검증을 하였다.

2) 학대피해경험노인의 여가활동과 정신건강

여가활동에 관한 선행연구는 그동안 주로 신체적 건강에 초점을 맞춘 연구(김경식, 2004; 장인순, 2006)가 있었고, 정신적 건강관련에 초점을 맞춘 선행연구로는 주로 우울증(신원우, 2011; 고민석·서인균, 2011), 고독감(조상희, 2011; 김양례, 2006) 등을 검토하였으며, 그동안 수행된 많은 실증적 연구에서는 여가활동에 많이 참여하는 노인일수록 신체적·정신적 건강이 높아진다는 것을 확인하였다. 노인의 여가활동은 고독감, 우울감을 극복하게 하고, 정신건강과 관련하여 심리적 안녕감·자아존중감에 상관관계가 있음을 밝혔다. 퇴직 후 시간적 여유가 많아진 노인들이 적극적인 사회활동과 정기적 여가활동을 하게 되면 고독감과, 무료함을 극복할 수 있을 뿐 아니라 생활만족감을 향상시키고 우울감을 줄일 수 있다(허준수·

유수현, 2002). 조상희(2011)는 여가활동을 통해 사회적 지지를 얻고, 소외감이나 역할상실에서 오는 고독감을 해소하며, 사회적관계망을 형성하여 심리적 문제점을 해결해갈 수 있다고 하였으며, 이소정(2010)도 여가활동을 단독으로 즐기는 경우보다 친목이나 단체로 참여하는 경우가 삶의 만족도 수준이 뚜렷하게 높다고 하였다. 윤영옥(2003)은 노인들의 활동프로그램이 노인 정신건강에 긍정적인 결과를 나타내었고, 생활만족도는 의미 있게 증가하였음을 보고하였다. 김선희(2005)는 여가 프로그램에 참여하지 않던 노인이 참여 후 만족도가 반영되어 우울감 해소와 함께 정신건강점수가 높아졌음을 보고하였다. 김경숙·문재우·박재산(2008)은 노후의 삶의 질 유지에 영향을 미치는 우울 및 스트레스 증상을 완화시키고, 정신건강 개선을 위해서는 활발한 여가 활동이 중요하다고 제시하였다.

위의 연구들을 종합해 볼 때 여가활동은 노인의 우울 및 스트레스를 완화하여 정신건강에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있으나 여가활동이 학대피해경험노인의 정신건강에 어떤 영향을 미치는지에 대한 연구는 거의 찾아볼 수 없었다. 기존 연구에서 사회활동은 자신의 부정적 감정을 해소해가는 중간기제 역할들이 가능하기 때문에 정신건강에 보다 좋은 환경이 될 수 있다는 것이 증명되었다면 학대피해경험노인의 정신건강에도 긍정적인 영향을 미치는 조절 변수로서의 역할이 가능할 것으로 보여 변수에 대한 조절효과를 검증해보고자 하였다.

제 4 절 학대피해경험노인의 지역자원이용과 정신건강

1. 학대피해경험노인의 지역자원이용

학대피해경험노인은 대인관계망이 없이 고립되고 소외되어있는 경우 학대상황에서 벗어나기 어려우며, 신체적·정신적·경제적 능력의 저하로 인해 의존적이 될 수밖에 없다고 볼 수 있다. 사회적 지지는 위기상황에서 삶의 힘을 부여하고, 어려움을 이겨내게 하는 보호요인이 될 수 있을 것으로 보이며, 학대피해경험노인에게 직접 도움이 되는 상담서비스 또한 지지자의 역할이 될 수 있어 정신건강에 긍정

적 역할을 할 것으로 추론하였다. 한국보건사회연구원(2009)의 노인학대실태조사에서 노인학대를 경험한 노인은 전반적이고 다양한 측면에서 사회적 연계망이 취약하였다. 한은주(2006)의 연구에서는 “노인 학대예방 및 감소를 위해서는 여성노인들의 적극적인 사회참여를 권장하고, 사회적으로 위축되지 않도록 관계망 형성에 노력해야 한다”고 강조하였으며, 김태원(2010) 역시 “현대 노인들은 고립되고 소외되어 공적인 상담서비스기관에서 1차적 관계망역할이 가능하다”고 하는 결과를 내놓아 학대피해경험노인의 상담서비스기관인 노인보호전문기관에서 사회적 지지망의 역할을 담당한다고 보고 지역자원이용에 사회적 지지와 상담서비스의 변수를 설정하였다.

1) 사회적 지지

사회적 지지는 구조적 측면과 기능적 측면으로 구분될 수 있는데 구조적 측면은 다양한 사회적 관계망 속에서 개인이 참여하는 범위로 어떤 사람과 대인관계를 맺고 있는가를 객관적 관점으로 측정하는 양적인 측면을 말한다(김재희, 2013). 사회적 관계망으로 설명되는 구조적 측면은 사회관계에서 개인과의 유대와 신뢰관계를 지각하는 정도로서 이는 인간의 발달과정에 따라 더욱 확대되고 다양해질 수 있다. 즉 자연적원조관계망은 1차적인 비공식적 관계로서 가족, 친척, 이웃, 친구 등을 대상으로 하며, 전문적원조관계망은 사회복지시설관계자, 공무원, 의사, 간호사 등 필요에 의해 맺어진 전문적관계로 볼 수 있으며, 상호적원조관계망은 경로당, 친목모임, 사회단체 등 개인이 스스로 참여 가능한 사회관계망으로 구분할 수 있다. 사회적 지지는 노인 차별이 우울에 미치는 부정적 영향에 완충효과가 있으며, 우울이 자살생각의 중요한 변인임을 생각할 때 사회적 지지는 자살예방에도 효과가 있을 것임을 시사(배지연외, 2005:60) 하였다. 특히 노인학대는 노인이 당면한 최악의 상황으로 정신건강상의 위기상황이라고 볼 때, 사회적 지지는 노인에게 삶의 힘을 부여하는 큰 자원이 될 수 있다.

사회적 지지는 인간 삶에서의 어려움, 스트레스, 위기, 역경을 극복하게 해주는

대처자원의 한 가지로서 사회복지연구에서는 매우 의미 있는 요인이 되고 있다.(이영선, 2009). 또 사회적 지지는 건강과 안전망의 역할을 돕는 ‘사회적 힘’(social forces)으로 인식되면서 사회과학 및 보건 분야에서 지속적으로 연구되어져 왔다(이원숙, 1995). 즉 사회적지지(social support)는 인간이 사회에서 살아가면서 욕구 충족을 위한 비공식적·공식적 활동과 관계를 가리킨다. 사람들은 다양한 사회관계망 속에서 원조를 주고받는 사회적 지지망(social support network)을 형성하고 있으며, 이는 사회적 상호작용을 가능하게 하는 자원이 되고 있다. Roberts(1994)도 “노인주변의 의미 있는 사람들의 상실은 사회적 지지망의 크기나 유용성을 감소시키고, 질적 내용에도 한계를 갖게 한다”고 하였다. Dean & Lin(1977)은 사회적지지가 변화와 위기의 연속인 인간생활에서 위기에 대처하고 변화에 적응하는 촉진제 역할로서 인간으로 하여금 균형을 이루게 한다고 하였다. Cobb(1976)는 사회적 지지에 대한 설명으로 “개인으로 하여금 보살핌과 사랑 받고 있음을 인식하게 하고, 자신의 존재가치를 느끼며, 상호적인 조직망에 속에 있음을 믿게 하는 정보”라고 정의하였다. 많은 연구에서 사회적 지지는 어려움을 이겨낼 수 있는 보호요인임이 지적되었고, 노인우울의 보호요인으로 사회적 지지나 사회적 관계망이 거론되어왔다(Geroge et al, 1989; Krause & Clark, 1994; Ryff et al, 1995).

노인은 주로 가족 지지망을 중요하게 생각하지만 가족과 멀리 떨어져 사는 노인들은 친구나 이웃으로부터 지지를 받는다(Auslander 외, 1990). 외국의 경우는 가족 외에도 친구, 친척, 이웃, 교회 또는 모임 등이 지지원의 역할을 하고 있지만, 우리나라의 노인은 가족의 지지를 가장 중요시하고 있다. 윤현숙 외(2006)의 연구에서도 배우자와 자녀에 의한 지지가 성공적 노화 여부에 가장 중요한 것으로 나타났다. 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향에서 사회적지지의 조절효과를 보는 논문은 손 에스더(2002d)의 논문이 있었으며, 여성노인 학대피해자가 인식한 지지망 평균은 2개 정도이며, 친구의 지지는 23.2%, 자녀의 지지는 22.8%, 전문가 지지는 17.5%로 나타났다. 한은주(2006)는 노인 학대예방 및 감소를 위해서는 여성 노인들의 적극적인 사회참여를 권장하고, 사회적으로 위축되지 않도록 관계망 형성에 노력해야 한다고 강조하였다. 노년기는 생애주기에서 가장 많은 사회적 지지를 요구하는 시기이며, 사회적 지지는 노인의 부정적 감정을 완화시키고, 긍정적인

감정을 형성시켜주기 때문에 학대피해경험노인의 정신건강을 조절 하는 변인이 될 것이라고 보았다.

2) 상담서비스

상담에서는 상담의 효율성을 높이는 것이 중요한 목표라고 볼 수 있는데, 상담의도가 높으면 자발적인 상담이 가능하기 때문에 상담만족에 영향을 미칠 수 있다. 따라서 상담의도와 기대 그리고 만족도는 상담의 효율성을 나타내는 요인이다(최옥정, 2012). 이은주(2009)의 연구에서는 “상담소의 물리적 환경, 자녀유무, 상담자의 공감적 이해, 상담자의 자기노출 순으로 상담만족도에 영향을 미치는 것”으로 나타나 내담자의 인구 사회학적 요인 보다는 상담과정이 상담만족도에 영향을 준다고 하였다. 노인상담은 ‘상담을 통하여 노인의 경제적, 신체적, 정서적, 사회참여적인 문제들을 해결하기 위해 노인의 욕구와 문제를 파악하여, 거기에 맞는 사회제도적서비스를 제공하는 것’이라고 할 수 있다(김태식, 2007: 40). 노인상담이란 “도움을 필요로 하는 노인이 전문적 훈련을 받은 상담자를 통하여 자신의 개인적, 신체적, 경제적, 가족적 문제를 해결하고 감정이나 사고, 그리고 행동측면의 성장을 도와 효과적인 노후 생활을 영위하도록 돕는 과정”이라고 할 수 있다(김태현, 1985:14). 즉, 상담은 일상적인 대화나 인간관계와는 다르며, 주로 대면상담을 통해 문제해결을 돕는 ‘전문적 조력관계’라고 할 수 있다(이장호·김영경, 2006). 김태식(2007)도 상담은 “노인의 경제적, 신체적, 정서적, 사회참여의 문제를 해결하기 위하여, 노인의 욕구와 문제를 파악하고 이에 따른 사회제도적 대응프로그램을 신속·정확하게 제공하는 것”이라고 정의하였다. 과거 노인들은 가족과 친척, 친구들에 의해 정서적 지지와 지원, 문제해결 및 예방의 기능이 가능하였으나, 현대에 와서 노인들은 고립되고 소외되어 공적인 상담서비스기관에서 1차적 관계망 역할을 해줄 수 있다(김태원, 2010). 현재 우리나라에서 노인상담이 실시되는 곳은 시·군·구에 노인상담원은 두고 있지만 일반직 공무원이 겸직을 하고 있어 행정업무위주로 이루어지고, 지역사회 노인복지관에서는 노인의 다양한 욕구충족을 위한 건강, 여가, 교육복지적 기능을 수행하고 있으며, 전국망을 갖춘 사단법인 노인

의 전화에서 상담서비스와 교육연구, 출판홍보, 대외협력 사업등 노인복지서비스를 진행하고 있다(김태식, 2006).

노인학대상담은 2000년부터 까리따스수녀회 에서 운영하는 방배종합사회복지관을 중심으로 실시되다가, 2001년 사회복지공동모금회의 지원으로 전국에 11개 지부를 갖춘 노인 학대상담센터(1588-9222)가 구축되었으며, 2004년 1월 노인복지법이 개정되면서 국가와 자치단체가 주도하는 노인보호전문기관(노인학대예방센터)이 전국광역시도 16곳에 설치되었다. 2014년 현재, 노인학대상담을 전문적으로 하고 있는 노인보호전문기관은 전국에 25개(중앙노인보호전문기관 1개소 포함)기관이 설치되어 있으며, 「노인복지법」 제39조의 5(노인보호전문기관의 설치)에 의거, 노인인권보호와 학대예방사업을 하고 있다. 사업내용은 하루24시간 신고가 가능하며, 현장조사와 피해자·가해자 및 가족상담 등을 실시하고, 분리보호가 필요한 학대피해경험노인에게는 쉼터를 제공하여 심신회복을 돕는다. 전국에서 신고된 노인학대사례 접수건수는 2005년 2,038명, 2007년 2,312명, 2009년 2,674명, 2011년 3,441명, 2013년 3,520명으로 매년 증가 추세이다. 학대유형은 정서적 학대가 38.3%로 가장 많은 부분을 차지하고 있으며, 다음은 신체적 학대로 23.8%, 방임은 18.7% 순이었다. 학대피해경험노인 중 성별구분은 여성이 70.9%로 남성의 두 배 이상 많았고, 학대피해 여성노인의 연령은 80~84세가 21.3%로 가장 높았으며, 남성노인은 75~79세가 25.0%로 가장 높았다. 피해자의 결혼유형은 사별이 51.0%로 가장 높았으며, 가구형태는 혼자 사는 노인이 33.3%로 가장 높았다. 질병을 하나 이상 가지고 있는 노인은 40.3%였으며 생활수준도 양호하지 못한 경우가 69.1%로 나타났다. 학대행위자는 아들, 배우자, 딸 순이었다(보건복지부, 2012년-2013). 또 2013년 전국노인보호전문기관 노인 학대상담에서 실시되는 서비스지원 내용에 서 상담서비스는 64,991회, 복지서비스는 5,299회, 법률서비스 295회, 의료서비스 1,388회, 보호서비스는 2,847회, 정보제공서비스는 27,031회 등이다. 서비스는 학대 피해경험 노인뿐만 아니라 행위자, 가족모두에게 제공되고 있다. 노인학대상담은 그동안 가정 안에 숨겨져 있었지만 노인학대에 대한 사회의 인식개선으로 조금씩 노출이 이루어지고 있고, 이제는 피해노인 스스로도 상담욕구가 조금씩 증가하는 추세이다. 상담방법구분에서는 전화(70.3%), 방문(24.1%), 내방(3.0)(보건복지부,

2012)의 상담이 이루어지며, 노인들이 건강상황이나 청력이 좋지 않으면 방문상담을 실시한다. 방문상담은 상담원이 대상자를 찾아가는 것이며, 대상자가 기관으로 찾아오는 경우는 내방으로 구분된다. 전화 상담이 많은 이유는 학대피해경험노인 상담 뿐만 아니라 가족 및 서비스 연계를 위한 관련자상담이 모두 포함되어 있다.

2014년은 노인보호전문기관 상담사업 10년이 되는 시점으로 상담을 받은 학대피해경험노인의 상담서비스만족수준이 어느 정도인지, 또 정신건강에 어떤 영향을 미치는지 검증해보는 것도 의미가 있을 것이다. 이제까지 노인상담에 관한 연구는 미미하였고, 학대피해경험노인만을 대상으로 한 경험자 위주의 전국대상 연구는 전무하며, 특히 전국노인보호전문기관의 상담서비스만족수준에 대해 검증하는 연구는 전혀 없었기 때문에 새로운 연구가 될 수 있다.

2. 학대피해경험노인의 사회적 지지와 정신건강

사회적 지지는 정신건강에 중요한 영향을 미치는 요소로서 1970년대 중반이후 관심이 지속되고 있다(박지원, 1985; Krause, 1990;). 사회적 지지는 부정적, 충격적인 사건에서 발생할 수 있는 우울과 분노 등 부정적 감정을 줄이고 완충작용을 할 수 있어 정신건강에 영향을 미치는 요인이다(김재희, 2013). 노인 평균수명의 연장으로 인해 노인 인구수가 증가함에 따라 가족 이외의 사회적 지지정도는 낮아져 노인 정신건강은 더욱 나빠질 것으로 예측된다(박입근, 2007). 사회적 지지는 심리적 측면과 관련되어 가장 많이 연구된 주제이며, 노인 학대피해경험에 의해 발생하는 우울 또는 자살생각 간의 중재 효과를 보이는 것으로 나타났다(서인균, 2010). 학대받는 노인의 사회적 지지수준은 낮았고, 사회적 차별을 한번 이상 경험해 본 것으로 나타나 학대피해노인의 입장에서 학대상황을 노출시켜 도움을 요청하기는 어려울 수 있음을 짐작해볼 수 있다(고보선·허준수, 2005). 사회적 지지는 개인에게 심리적 적응문제와 문제해결능력을 높이고, 높은 사회적 지지는 우울을 감소시킬 뿐 아니라 스트레스와 우울사이의 완충역할을 함으로써 정신건강에 긍정적 영향을 미친다. 특히 가족의 지지는 위기상황에 순조롭게 대처하게 하고, 스트

레스완화와 우울증상을 감소시킬 수 있다(허준수·유수현, 2002). 김동휘 (2007)는 사회적 지지의 형태인 사회적 접촉만족도는 “노인의 신체적 건강을 돕고, 활동수준을 높이며, 우울증에 직·간접적인 효과를 나타내는 매우 중요한 역할을 한다”고 하였으며, 임은희(2010)는 “노인정신 건강에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”에서 사회적 지지는 “스트레스의 부정적인 부분을 완화하여 정신건강에 긍정적인 영향을 주며, 우울감과 기능적 손상을 감소시켜 노인의 정신건강에 영향을 미치는 결과”를 보고하였다.

여성노인의 경우 부정적 스트레스 정도가 높을수록 우울정도가 높았으며, 지역사회의 지지보다 가족지지가 우울을 예방함에 있어 중요하게 나타났다(박미진, 2007). 손 에스더(2001)의 연구에서는 여성노인학대피해가 자아존중감과 우울에 미치는 영향에서 사회적 지지를 조절변수로 검증하였는데 언어·심리적 학대에 친구의 지지가 많을수록 학대의 부정적 영향을 줄이고 정신건강에 긍정적 영향을 미치는 결과를 도출하였다. 신체적 노화현상과 심리적 특성으로 인해 노년기의 극심한 절망감과 후회는 노인성 정신병, 우울 그리고 망상의 증상을 가져온다. 특히 노인학대 등 충격적인 상황이 되면 자신이 잘못 살았다는 후회와 배반감, 스트레스, 정서혼란, 불안, 적대감, 공포 등을 유발하며 우울의 정도가 심해지면 삶의 의미를 잃고 자살까지 생각하게 된다. 이와 같이 신체적, 심리적, 사회적, 정신적으로 어려움을 가지고 있는 노인은 젊은 사람들 보다 오히려 많은 사회적 지지를 필요로 하는 부분이다. 사회적 지지는 노인의 삶의 질을 높여 노인의 성장과 행복에 긍정적 영향을 미친다(Murrell 외, 1992)고 하였으며, Cobb의 연구에서는 “사회적 지지는 예측되지 못한 생활상의 변화에서 올 수 있는 영향을 조절하여 인간으로 하여금 평형을 찾아 신체적, 정신적 건강유지를 돕는다”고 하였다(허립, 2010:19, 재인용).

한국보건사회연구원(2009)의 노인 학대실태조사에서 노인학대를 경험한 노인은 전반적이고 다양한 측면에서 사회적 연계망이 취약하였고, 학대피해경험노인의 경우 가족관계 점수가(50점 만점) 28.8점으로, 비경험자(35.1점)보다 낮은 수준을 보였다. 이연호(2002)는 가족을 포함한 사회적 지지가 부족한 상황에서는 학대기간이 연장되고, 사회적 관계망의 확대는 사회적 고립과 사회적 관계를 회복시켜 학대를 방지, 감소시킨다는 연구결과를 제시하였다. 홍순혜(1999:114)의 연구에서 노인성정

신질환자에 대한 보호가 재가에서 이루어지는 현실에서 공식적, 비공식적 지지망의 확대가 필요하기도 하지만, 사회적 지지의 결핍이나 축소는 노인성정신질환의 발생원인과 관계가 있으며, 신체적 건강과도 긍정적 관계를 가진다고 보고하였다. 현재 우리사회는 노인 경시와 차별, 노인 부양의식의 변화, 가족가치관의 변화 등으로 가족 내 노인의 지위는 약화되었고, 과거의 사회적 지지 배경 또한 감소하였다. 그러나 노년기는 생애주기에서 사회적 지지를 가장 필요로 하는 시기이며, 개인의 정서에 도움이 되고, 대처능력을 증진시키며, 스트레스를 조절함으로써 정신건강에 많은 도움이 된다고 볼 수 있다. 그러나 노인학대피해경험이 정신건강에 영향을 미치는 과정에서 사회적 지지의 조절효과를 보는 연구는 아주 미흡한 실정이다. 학대피해경험노인의 지역자원이용에서 사회적지지는 정신건강에 상당한 조절작용을 할 것으로 추론되어져 그 효과를 검증해 보고자 하였다. 본 연구에서는 사회적 지지척도의 구조적 측면 즉, 자연적 원조관계, 전문적 원조관계, 상호적 원조관계가 정신건강에 어떤 조절을 하는지 실증적인 검토를 하였다.

3. 학대피해경험노인의 상담서비스와 정신건강

상담서비스에 대한 연구는 미미하게 있었지만 학대피해경험노인 대상 상담서비스를 검증하는 연구는 거의 없었다. 문정애(2009)의 “사회복지 상담서비스가 여성 노인학대에 미치는 영향 연구”가 있지만 이 연구 또한 노인학대 상담이 아닌 노인 복지회관의 상담서비스에 대한 부분으로 본 연구와는 성격이 달랐다.

노인상담은 내담자들의 문제해결과 만족스런 노년기를 보내도록 돕는 것이 주목적이다(이호선, 2005). 노인의 우울과 고독감을 변화시키는데 있어 인지·행동적 집단 상담과 지지적 집단 상담을 실시한 결과 두 방법 모두가 노인들의 정신건강 증진에 효과가 있었다고 보고되었다(김문영·정현희 2004). Thorman(1995). 한동희(2004)는 “노인학대상담원은 노인에 대한 다양한 특성을 이해하고, 가족역동을 파악할 수 있어야 하며, 가족관계회복과, 노인의 심신기능회복을 돕기 위한 기술과 인내심을 터득해야 한다고 강조”하였다. 노인상담의 목표에 대해 ‘자아존중감의 증

진, 위기상황의 해결, 상실에 대한 대처, 문제해결능력의 향상, 스트레스의 감소와 대처능력의 재고'라고 하였다. 더군다나 학대피해경험노인은 정신적, 심리적 상처를 경험했기 때문에 따뜻하고 적극적인 지지와 지원이 필요하며, 노인본인이 학대에 대한 올바른 인식과 재발을 막는 대처행동 등을 숙지하여야 한다.

김태원(2010)의 연구에서는 충남서산지역의 남녀 60세 이상노인을 대상으로 노인상담욕구에 관한 조사를 하였는데, 대상자들은 노인상담에 대해 모르거나, 전혀 모르는 비율이 58.5%로 나타났으며, 노인상담의 필요성에 대해서는 52.5%가 필요하거나 매우 필요한 것으로 답하였다. 또 노인상담을 한 번도 경험해보지 않은 경우가 81.0%로 나타났고, 상담경험이 있는 19.0%의 경우에도 상담상대는 성직자, 사회복지사, 공무원 순이었다. 주로 상담한 내용은 질병·건강문제와 경제적 문제였으며, 향후 노인상담의 의향에 대해서는 경험해보고 싶다는 노인이 57.1%로, 하고 싶지 않다는 응답의 18.0%보다 3배 이상 많았다.

상담기관중 지속적인 가정방문상담이 가능한 상담기관은 노인 학대상담을 전문으로 하고 있는 노인보호전문기관과 아동 학대상담을 전문적으로 하고 있는 아동보호전문기관이다. 노인학대와 아동학대가 다른 점은 대상자가 다르다는 점 외에 노인학대 피해자인 노인은 성인이기 때문에 학대상황에서도 노인이 '난 괜찮다' 해 버리면 자기의사결정권이 존중되어 개입이 어려운 경우가 있다. 노인학대로 접수는 되었지만 피해노인 스스로 개입거부를 하는 부분은 아동학대와 다르게 많은 부분을 차지한다. 아동학대는 거의 대부분이 부모 등 부양을 하고 있는 일방이 거부능력이 없는 아동에게 일방적인 학대를 한다고 볼 수 있지만, 노인학대는 가해자만 문제를 가지고 있기 보다는 오랜 세월 속에 다양한 상황과 환경 안에서 피해자의 잘못이 존재할 수 있다는 부분이 아동학대와 또 다른 점이라고 볼 수 있다. 따라서 노인학대는 현재의 피해자가 과거 가해자였던 경우가 존재하며, 과거의 잘못된 행위 또는 자녀 양육의 의무를 전혀 하지 않았던 부분 등 현재 상황이 아닌 과거까지 거슬러 올라가서 상담이 되어야만 정확한 사정이 가능하다. 따라서 피해자는 지원하고 가해자는 처벌하는 기준보다는 가족 모두에게 통합적인 지원으로 재학대 발생을 예방하는 것이 노인 학대상담서비스의 중요한 부분이라고 볼 수 있다. 또 아동학대에 없는 학대유형으로 경제적 학대와 자기방임이 노인 학대유형에

존재 한다는 점이다. 경제적 학대는 경제력을 가지고 있어야 함을 전제로 하기 때문에 아동학대에는 없는 유형이며, 아동은 전적으로 보호를 받는 입장에 있기 때문에 방임은 있지만, 자기방임은 없다는 점이 노인학대와 다른 점이다.

현재 노인복지법에 의거 노인 학대예방을 위한 상담을 전문적으로 하고 있는 노인보호전문기관의 상담서비스에 대한 만족도가 어느 정도인지 연구한 논문은 거의 전무하고, 일반적인 상담기관에 관한 연구만 미미하게 있을 뿐이다. 우리나라의 가정폭력에 대한 개입과 서비스는 그 역사가 짧아 아직은 미흡한 단계이기 때문에 가정폭력상담기관의 양적 성장과 질적 수준을 높이기 위해서는 상담서비스에 관한 연구가 활발히 이루어지고, 서비스 향상을 위한 방안이 모색되어야 한다(김혜동, 2003).

이상에서와 같이 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향에 대한 연구는 매우 미흡한 수준이며, 단편적으로 이루어져 왔음을 알 수 있다. 또한 학대피해가 정신건강에 미치는 영향에 있어서 조절효과를 보일 것으로 추론되는 여러 변수들을 함께 검증하는 연구는 없었다. 따라서 본 연구에서는 학대피해경험노인들의 상담서비스의 만족수준이 어느 정도인지 파악해보고, 학대피해경험노인의 정신건강에 역할을 하고 있는지 실증적 규명과 아울러, 학대피해경험노인의 정신·정서적 어려움을 적극 도울 수 있는 대안을 모색하고자 경험적, 실증적 검증을 해 보았다.

정리하자면 학대피해경험노인 본인의 학대대처행동, 사회활동 등의 피해자관련 변인과 자녀와의관계, 자녀접촉빈도 등의 가족 관련변인. 그리고 사회적 지지, 상담서비스등 사회적 관련변인 등의 생태학적 조절변수 들이 정신건강에 어떤 영향을 미치는지 연구해 보고, 연구결과를 분석하여 노인학대 피해경험에 따른 정신건강문제에서 정책적 방안과 사회복지실천방향을 모색하고자 한다. 이에 본 연구에서는 학대피해경험노인의 정신건강을 보호하기위한 대처행동, 사회활동(종교활동, 여가활동), 자녀접촉빈도, 자녀와의 관계, 사회적 지지, 상담서비스 등의 변수들이 어떤 영향을 미치는지 고찰해 보았다.

제 3 장 연구설계

제 1 절 연구모형의 설정

1. 변수의 선정

본 연구는 학대피해경험이 노인의 정신건강에 어떠한 영향을 미치고, 그 인과경로에 있어서 학대피해경험노인의 행동특성과 지역자원이용특성이 조절변수로서 역할을 하고 있는지에 대해 검증해 봄으로써 정책적 시사점을 도출하려는데 연구목적에 두고 있다. 이를 위해 본 연구에서는 다음과 같은 변수들을 선정하였다.

첫째, 노인학대피해경험을 독립변수로 선정하였다. 이 연구에서 노인학대유형은 일반적으로 가장 빈번하게 발생하는 유형인 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임 등을 의미한다.

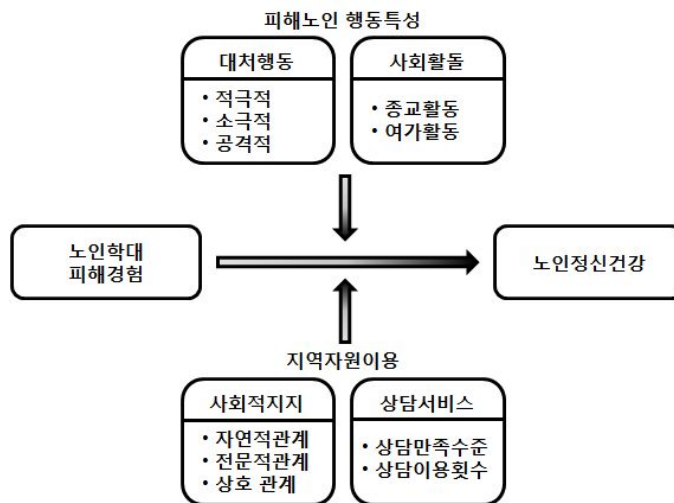
둘째, 학대피해경험노인의 정신건강을 종속변수로 선정하였다. 여기서 노인의 정신건강은 관점에 따라 여러 가지 하위차원으로 나눌 수 있으나, 이 연구에서는 적대감, 우울감, 강박증, 공포불안, 불안, 신체화, 대인예민성, 편집증, 정신증 등을 의미한다.

셋째, 학대피해경험노인의 행동특성을 조절변수로 선정하였다. 여기서 학대피해경험노인의 행동특성으로는 학대피해 시 대처행동과 사회활동을 선정하였다. 먼저 대처행동으로는 적극적대처, 공격적대처, 소극적대처로 나누어 살펴보았고, 사회활동은 종교 활동과 여가 활동으로 구분하여 살펴보았다.

넷째, 지역자원이용수준을 조절변수로 선정하였다. 여기서 지역자원이용으로는 사회적 지지와 상담서비스를 선정하였다. 먼저 사회적 지지는 구조적 특성으로 자연적 원조관계망, 전문적 원조관계망, 상호 원조관계망 등으로 구분하였으며, 상담서비스에 대해서는 노인학대 상담만족수준과 상담이용횟수 등을 선정하였다.

2. 연구모형

이 연구에서는 이상과 같이 선정된 변수들의 인과관계에 대해서 노인학대피해경험이 노인의 정신건강에 영향을 미칠 것으로 가정하였으며, 그러한 인과경로 과정에서 피해당사자의 행동특성인 대처행동 및 사회활동 수준에 따라 차이가 있을 것으로 가정하였으며, 또한 지역자원인 사회적 지지와 상담서비스에 따라 차이가 있을 것으로 가정하였다. 이러한 이 연구의 연구모형을 그림으로 나타내면 다음 <그림 3-1>과 같다.



<그림 3-1> 연구모형

제 2 절 가설

1. 노인학대피해경험과 정신건강

1-1 노인학대피해경험이 많을수록 정신건강 수준은 낮을 것이다.

2. 대처행동의 조절 효과

- 2-1 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 적극적 대처행동에 따라 차이가 있을 것이다.
- 2-2 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 소극적 대처행동에 따라 차이가 있을 것이다.
- 2-3 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 공격적 대처행동에 따라 차이가 있을 것이다.

3. 사회활동의 조절효과

- 3-1 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 종교활동 수준에 따라 차이가 있을 것이다.
- 3-2 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 여가활동 수준에 따라 차이가 있을 것이다.

4. 사회적 지지의 조절효과

- 4-1 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 사회적지지의 자연적원조관계망에 따라 차이가 있을 것이다.
- 4-2 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 사회적지지의 전문적원조관계망에 따라 차이가 있을 것이다.
- 4-3 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 사회적지지의 상호원조관계망에 따라 차이가 있을 것이다.

5. 상담서비스의 조절효과

- 5-1 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 상담만족수준에 따라 차이가 있을 것이다.
- 5-2 노인학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 상담이용횟수에 따라 차이가 있을 것이다.

제 3 절 변수의 조작화 및 측정

1. 노인학대피해경험

노인학대 설문지는 보건복지부(노인 학대예방업무수행지침)에 규정된 학대유형별 세부유형에 따른 문항을 참고로 가장 높게 발생되고 있는 4가지유형 즉, 신체적 학대 7문항, 정신·정서적 학대 7문항, 경제적 학대 8문항, 방임 6문항을 사용하여 설문지를 구성하였다. 설문조사에서 인지능력이 없는 분은 제외 시켰으며, 시설 입소 노인은 제외하고 가정 내 학대피해경험이 있는 60세 이상 학대피해경험노인을 대상으로 선정하였다. 항목측정은 ‘일회성’=1점, ‘1년에 1회이상’=2점, ‘한 달에 1회이상’=3점, ‘1주일에 1회이상’=4점, ‘매일’=5점 등 Likert 5점 척도로 구성하였다.

2. 정신건강

정신건강 측정도구는 간이정신진단검사(Symptom checklist-90-revision)를 평가하기 위하여 Derogatis(1976)가 개발한 측정도구를 선행연구자(원호택, 1978; 김재환, 김광일, 1985; 김재환·김광일·이해리, 1985; 한경숙, 2006)들이 한국노인을 대상으로 사용한 바 있는 검사지를 사용하였다. 이 질문지는 적대감(10, 16, 29, 35, 41, 47번 문항), 우울증(1, 5, 15, 30번 문항), 강박증(9, 11, 22, 28, 34번 문항), 공포불안(3, 13, 26, 38번 문항), 불안(4, 20, 36, 40, 43번 문항), 신체화(2, 6, 12, 18, 25, 31번 문항), 대인예민성(7, 19, 21, 23, 27, 32, 44, 46번문항), 편집증(8, 33, 39, 45번 문항), 정신증(14, 24, 37, 42번 문항) 등의 9개 하위 요인에 전체 47문항으로 구성되었으며, 이중 17번 문항은 비분류이다. 질문지에 대한 답변으로 ‘전혀 없다’=1점, ‘약간 있다’=2점, ‘보통이다’=3점, ‘심하다’=4점, ‘매우 심하다’= 5점 등 Likert 5점 척도로 구성되었다.

3. 대처 행동

대처 행동은 양옥남(1995)이 개발한 노인용 대처 행동 측정 도구를 양경미(2003)의 연구에서 사용한 측정 도구이다. 하위영역으로 적극적 대처 4문항, 소극적 대처 6문항, 공격적 대처 4문항으로 총 14문항이며, Likert 5점 척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 대처 행동을 조절변수로 사용하였으며 ‘전혀 그렇지 않다’=1점, ‘그렇지 않다’=2점, ‘보통이다’=3점, ‘그렇다’=4점, ‘매우 그렇다’=5점으로 값을 주었다. 측정 도구의 구성은 적극적 대처(2, 5, 8, 12번 문항), 공격적 대처(3, 7, 10, 13번 문항), 소극적 대처(1, 4, 6, 9, 11, 14번 문항)의 3개 차원으로 구분되었다.

4. 사회 활동

1) 종교 활동

종교 활동은 박동규(2003)의 종교 활동 측정 도구를 재구성하여 사용하였다. 인생 버팀목의 방안으로, 심리적·정신적 안정감, 사교의 장, 종교 활동의 참여 경험과 만족도가 포함되어 있으며, 본 연구에서는 조절변수로 사용하였다. 항목측정은 Likert 5점 척도로, ‘전혀 그렇지 않다’=1점, ‘그렇지 않다’=2점, ‘보통이다’=3점, ‘그렇다’=4점, ‘매우 그렇다’=5점으로 점수가 높을수록 참여도와 만족도가 높은 것으로 평가 하였다.

2) 여가 활동

여가 생활에 대한 설문지는 Beard Ragheb(1980)가 개발하고, 이종길(1992), 원형중(1994), 진성용(1999), 한혜원(2000), 이상덕(2004), 김재현(2013) 등의 연구에서 사용한 여가 만족 척도(Leisure Satisfaction Scale’ LSS)를 재구성하여 사용하였다. 심

리적 문항 4, 교육적 문항 2, 사회적 문항 1, 신체적 문항 1, 휴식적 문항 1개를 사용했으며 항목측정은 ‘전혀 그렇지 않다’=1점, ‘그렇지 않다’=2점, ‘보통이다’= 3점, ‘그렇다’= 4점, ‘매우 그렇다’= 5점의 5점 Likert 척도를 이용하였다.

5. 사회적지지

사회적 지지의 측정은 이소래(1997)의 척도를 김춘연(2010)이 재구성하여 사용한 척도를 김미경(2013)이 사용하였다. 구조적지지원은 자연적 원조관계망(가족, 친척, 이웃, 친구), 전문적 원조관계망(사회복지관계자, 공무원, 의사, 간호사), 상호원조관계망(경로당, 친목모임, 사회단체)으로 구분하였으며, 항목측정은 Likert 5점 척도로, ‘전혀 그렇지 않다’=1점, ‘그렇지 않다’=2점, ‘보통이다’=3점, ‘그렇다’=4점, ‘매우 그렇다’=5점으로 점수가 높을수록 지지를 많이 받고 있는 것을 의미한다.

6. 상담서비스

Larsen, Attkinson, Hargreaves 및 Nguyen(1979)이 개발한 상담만족수준에 대한 전반적인 만족도를 측정하는 도구로서 내담자만족질문지(CSF;Client Satisfaction Form)를 김정호(1990)가 번안한 것을 재구성하여 사용하였다. 이것은 8가지 문항으로 7점 척도로 구성 되어 있었으나, 본 연구에서는 5점 척도로 수정하여 사용하였다. ‘매우 불만족’=1점, ‘조금 불만족’=2점, ‘보통’=3점, ‘조금 만족’=4점, ‘매우 만족’=5점의 5단계 Likert 척도를 이용하였다.

이상과 같은 이 연구의 변수의 측정내용을 정리하면 <표3-1>과 같다.

<표3-1> 설문지 구성

변수		하위차원	측정문항	척도	
I. 노인학대피해 경험		신체적학대 7 정서적학대 7 경제적학대 8 방임 6	1~28문항	5점 척도	
VII. 정신건강		1. 적대감 2. 우울증 3. 강박증 4. 공포불안 5. 불안 6. 신체화 7. 대인예민성 8. 편집증 9. 정신증	1.(10, 16, 29, 35, 41, 47번 문항) 2.(1, 5, 15, 30번 문항) 3.(9, 11, 22, 28, 34번 문항) 4.(3, 13, 26, 28번 문항) 5.(4, 20, 36, 40, 43번 문항) 6.(2, 6, 12, 18, 25, 31번 문항) 7.(7, 19, 21, 23, 27, 32, 44, 46번 문항) 8.(8, 33, 39, 45번 문항) 9.(14, 24, 37, 42번 문항) *17번은 비분류- 자살생각	5점 척도	
학대피해 경험 노인 행동 특성	II. 대처 행동	공격적대처 4 적극적대처 4 소극적대처 6	(3, 7, 10, 13번 문항) (2, 5, 8, 12번 문항) (1, 3, 6, 9, 11, 14번 문항)	5점 척도	
	사회 활동	III. 종교 활동	종교활동	1~6 문항	5점 척도
		IV. 여가 활동	여가활동	1~9 문항	5점 척도
지역 자원 이용	V. 사회적 지지	자연적원조관계망 전문적원조관계망 상호원조관계망	(1.물질적지지, 2.정서적지지, 3.평가적지지, 4.정보적지지) 모두 적용	5점 척도	
	VI. 상담 서비스	상담만족수준 상담이용횟수	1~8 문항 1문항	5점 척도	

제 4 장 실증분석

제1절 자료수집과 표본특성

본 연구는 2013년 11월 1일에서 12월 20일에 걸쳐 전국의 시·도에 소재 하고 있는 24개 노인보호전문기관에서 상담을 받았고, 60세 이상, 가정 내에서의 학대피해경험노인으로서, 인지능력이 좋아 설문에 참여할 수 있는 노인을 대상으로 설문 조사를 실시하였다. 각 기관에 13매씩 총 312부의 설문지를 보내어 290부를 회수 하였고, 응답이 불성실한 20부를 제외한 270부를 최종분석 자료로 활용하였다. 표본의 추출방법은 할당표본 추출과 무작위표본 추출을 병행하였다. 성별, 연령, 가구형태 등 표본의 특성은 <표 4-1> 과 같다.

먼저, 성별에 있어서는 여자가 200명(74.1%), 남자 69명(25.6%)으로 여성이 남성보다 많음을 나타내고 있다. 연령별로는 70-79세 130명(48.1%)으로 가장 높게 나타났다, 그 다음으로 80-89세 75명(27.8%), 60-69세 54명(20.0%), 60-69세 54명(20%)의 순으로 나타났는데 70-80대가 다수를 차지하고 있음을 알 수 있다. 결혼 여부는 혼인이 243명(90.0%)으로, 미혼 26명(9.6%)보다 많게 나타났는데, 미혼은 설문지에 결혼상태가 유·무로 조사되어 현재 혼자인 경우 무에 체크되었을 가능성이 있었을 것이라고 판단된다.

여가활동별로는 ‘여가활동을 안 한다’가 151명(55.9%)으로 ‘여가활동을 한다’ 118명(43.7%)보다 많게 나타났다. 교육수준으로는 초등학교 100명(37.0%)으로 가장 높게 나타났고, 무학 86명(31.9%), 고졸 36명(13.3%), 중졸 34명(12.6%), 전문대졸 13명(4.8%)의 순으로 나타났다. 경제 상태별로는 ‘보통’ 이 102명(37.8%)으로 가장 높게 나타났지만, ‘매우불만족’ 63명(23.3%), ‘약간불만족’ 은 74명(27.4%)으로 응답자들의 대부분은 경제상태에 대해서 만족하지 않는 상태임을 알 수 있다. 건강상태별로는 ‘비교적 나쁘다’가 107명(39.6%)으로 가장 높게 나타났고, ‘보통이다’ 99명(36.7%), ‘매우 나쁘다’ 와 ‘비교적 좋다’ 가 31명씩(11.5%)으로 나타나 건강상태가

나쁘다고 인식한 경우는 138명(51.1%)로 나타났다. ‘매우 좋다’라고 한 경우는 1명(0.4%)이 있었다.

가구형태별로는 노인 단독가구 93명(34.4%), 자녀동거 74명(27.4%), 부부동거 70명(25.9%), 손 자녀동거 26명(9.6%) 기타 6명(2.2%) 등으로 나타났고, 종교별로는 종교가 없음이 128명(47.4%)으로 가장 높게 나타났으며, 기독교 71명(26.3%), 불교 45명(16.7%), 천주교 18명(6.7%), 기타 7명(2.6%)의 순으로 나타났다. 상담이용횟수별로는 8회 이상 118명(43.7%)이 가장 높게 나타났고, 2-3회 52명(19.3%), 4-5회 38명(14.1%), 6-7회 28명(10.4%), 1회 32명(11.9%)의 순으로 나타났다. 자녀접촉빈도는 ‘1일 1회 정도’ 84명(31.1%), ‘1주 1회 정도’ 60명(22.2%), ‘1월 1회 정도’ 51명(18.9%), ‘연락하지 않음’ 40명(14.8%), ‘1년 1-2회 정도’ 31명(11.5%)의 순으로 나타났다.

마지막으로, 자녀와의 관계는 ‘보통이다’ 78명(28.9%), ‘비교적 나쁘다’ 63명(23.3%), ‘매우 나쁘다’ 54명(20.0%), ‘비교적 좋다’ 46명(17.0%), ‘매우 좋다’ 23명(8.5%)으로 나타났는데 응답자들의 43.3%는 자녀와의 관계가 좋은 편이 아님을 알 수 있다.

<표 4-1> 응답자의 특성

구 분		빈도 (명)	비율 (%)	구 분		빈도 (명)	비율 (%)
성별	남	69	25.6	가구 형태	노인단독	93	34.4
	여	200	74.1		부부동거	70	25.9
	결측값	1	.4		자녀동거	74	27.4
	합계	270	100.0		손자녀동거	26	9.6
연령	60-69세	54	20.0		기타	6	2.2
	70-79세	130	48.1		결측값	1	.4
	80-89세	75	27.8		합계	270	100.0
	90-99세	10	3.7	종교 여부	없음	128	47.4
	결측값	1	.4		기독교	71	26.3
	합계	270	100.0		불교	45	16.7

결혼 상태	기혼	243	90.0		천주교	18	6.7	
	미혼	26	9.6		기타	7	2.6	
	결측값	1	.4		결측값	1	.4	
	합계	270	100.0		합계	270	100.0	
여가 활동	한다	118	43.7	상담 이용 횟수	1회	32	11.9	
	안한다	151	55.9		2-3회	52	19.3	
	결측값	1	.4		4-5회	38	14.1	
	합계	270	100.0		6-7회	28	10.4	
교육 수준	무학	86	31.9		8회 이상	118	43.7	
	초등	100	37.0		결측값	2	.7	
	중졸	34	12.6		합계	270	100.0	
	고졸	36	13.3		자녀 접촉	1일 1회 정도	84	31.1
	전문대졸	13	4.8			1주 1회 정도	60	22.2
	결측값	1	.4			1월 1회 정도	51	18.9
	합계	270	100.0			1년 1-2회 정도	31	11.5
경제 상태	매우불만족	63	23.3		연락하지 않음	40	14.8	
	약간 불만족	74	27.4		결측값	4	1.5	
	보통	102	37.8		합계	270	100.0	
	만족	27	10.0		자녀 관계	매우 나쁘다	54	20.0
	매우 만족	3	1.1			비교적 나쁘다	63	23.3
	결측값	1	.4			보통이다	78	28.9
	합계	270	100.0			비교적 좋다	46	17.0
건강 상태	매우 나쁘다	31	11.5		매우 좋다	23	8.5	
	비교적 나쁘다	107	39.6		결측값	6	2.2	
	보통이다	99	36.7		합계	270	100.0	
	비교적 좋다	31	11.5					
	매우 좋다	1	.4					
	결측값	1	.4					
	합계	270	100.0					

제2절 측정도구의 검증

본 연구에서는 SPSS 19.0 통계프로그램을 이용하여 다음과 같은 통계기법을 사용하여 분석하였다. 첫째, 변수들의 정확성을 검증하기 위해 타당도 분석을 실시하였으며, 분석방법은 요인분석방법을 사용하였다. 둘째, 각 항목들의 신뢰도 측정을 위해 척도들의 내적 일관성을 검증하기 위한 Cronbach α 계수를 이용한 신뢰도 분석을 실시하였다. 각 변수와 항목들에 대해 측정하려고 의도하였던 개념들의 정확성과 대표성을 명확하게 규명하기 위해 요인분석과 신뢰도분석에 대한 결과를 제시하였다.

1. 타당도 분석

본 연구에서는 측정도구의 타당도를 측정하기 위하여 설문조사의 결과를 가지고 요인분석을 실시하였다. 요인분석은 측정지표의 실제 측정결과가 본래 의도된 이론적 개념과 부합하는지를 평가하는 일반적인 분석방법으로써 가장 보편적으로 이용되고 있다. 본 연구에서는 요인분석에 있어 하나의 요인이 하위변수들 중 몇 개의 변수까지 설명할 수 있는지를 나타내는 고유 값(eigen value)이 1이상인 것만을 정리하면 <표 4-2>에서 보는 바와 같다. 고유 값은 요인이 설명해 줄 수 있는 분산의 정도를 의미하는 것으로 고유 값이 1이라는 것은 하나의 요인이 1개 이상의 분산을 설명해 준다는 것을 의미한다. 고유 값이 1보다 적다는 것은 1개의 요인이 변수 1개의 분산도 설명해 줄 수 없다는 것을 의미하므로 요인으로서 의미가 없다고 본다.

본 연구의 요인분석 역시 고유 값과 분산을 동시에 고려하여 요인을 추출하였다. 요인분석은 독립변수와 종속변수 그리고 조절변수를 포함하여 실시하였고, 조절변수 중 하위변수로 구성된 사회적 지지와 대처행동은 별도로 실시하였다. 요인분석결과, 문항들을 데이터 축소(data reduction)하여 5개 요인을 확인하였다. 요인의 회전은 베리맥스 직교회전(varimax rotation)에 의한 요인적재 값을 산출하여

〈표 4-2〉에서 요인적재 값을 표시하였다. 〈표 4-2〉에서 보는 바와 같이 독립변수의 요인으로 확대피해 24개 설문항목, 종속변수인 정신건강은 46개 항목, 조절변수인 여가활동은 9문항이며, 종교활동은 6개 문항, 상담서비스는 8개 항목으로 구성하였다.

KMO(Kaiser-Meyer-Olkin) .881, χ^2 값은 8822.514, df는 1128, 유의확률 0.000으로 나타났다. 각 변수별 측정요인 값은 .4이상으로 나타났으며, 모든 변수에서 타당도가 적합하여, 변수의 정확성은 매우 높은 것으로 판단되었다.

〈표 4-2〉 요인분석결과

	성분				
	1	2	3	4	5
정신10	.737	-.080	.109	.028	.054
정신23	.735	.000	.049	-.065	.126
정신43	.722	-.102	-.019	.086	.040
정신21	.714	.059	.132	-.095	-.007
정신33	.701	.102	.087	-.119	-.142
정신20	.698	-.219	.076	.114	.089
정신40	.697	-.060	.092	.060	.059
정신27	.682	.100	.198	-.162	-.090
정신8	.675	.109	.096	-.095	-.001
정신16	.667	-.157	-.020	.063	-.042
정신46	.663	.129	-.014	-.126	-.031
정신44	.660	-.014	.057	-.182	-.190
정신36	.658	.182	-.012	-.138	-.110
정신38	.655	-.016	.116	-.127	-.088
정신32	.655	.080	.178	-.031	-.120
정신30	.652	-.243	.110	.130	.159
정신41	.647	.068	.008	-.091	-.188
정신5	.642	-.286	.009	.194	.050
정신12	.628	-.230	.019	.066	.179
정신39	.626	.065	.083	-.134	-.073
정신28	.623	.236	.060	.016	-.022
정신42	.622	-.146	.180	.009	-.019
정신45	.621	.092	.076	-.112	-.135
정신35	.614	.126	-.066	-.060	-.164
정신26	.612	-.075	.099	.012	.023
정신9	.611	-.151	.137	.101	.174
정신18	.610	-.021	.110	-.124	-.044
정신34	.608	-.003	-.070	.113	-.027
정신24	.602	-.185	.076	.040	.049
정신11	.601	-.240	.112	.198	.060
정신14	.597	.254	.073	-.107	-.034
정신13	.597	-.040	.036	.010	-.137
정신25	.597	-.213	.049	.099	.193
정신4	.595	-.231	-.073	.058	.113
정신19	.590	-.029	.119	-.223	-.009
정신15	.590	-.310	.036	.173	.061

정신22	.589	.168	-.031	-.071	-.032
정신37	.564	-.306	.063	.067	.113
정신3	.553	-.069	.047	-.046	-.060
정신29	.542	.118	.136	-.169	-.123
정신47	.519	.185	.049	-.194	-.219
정신31	.516	-.186	.100	.063	.092
정신7	.497	.121	.004	-.014	.011
정신6	.469	-.166	.040	.098	.217
정신1	.401	-.281	.196	.051	.138
정신 17	.347	-.097	.041	.051	.030
여가6	-.014	.867	-.015	.119	.147
여가9	-.034	.859	-.016	.158	.120
여가7	-.033	.839	-.031	.088	.167
여가2	-.069	.838	-.027	.038	.174
여기1	-.105	.832	-.036	.051	.199
여가5	-.024	.829	-.053	.102	.248
여가3	-.081	.819	.010	.135	.194
여가4	-.043	.804	-.064	.136	.214
여가8	-.042	.789	-.024	.178	.227
학대 19	-.050	.012	.677	.154	.012
학대20	-.003	-.045	.673	.146	-.040
학대25	.029	-.043	.652	-.003	-.043
학대21	.121	-.014	.643	.077	.055
학대22	.080	.061	.628	.138	-.098
학대 17	-.047	.013	.610	.113	.035
학대 15	.059	-.003	.603	.055	.054
학대 14	.074	.001	.593	-.023	-.041
학대 10	.131	-.012	.566	-.062	.026
학대 18	-.098	-.010	.526	.073	-.120
학대5	.150	.009	.512	-.059	-.043
학대 16	.045	.040	.505	.083	-.038
학대24	.113	-.142	.498	-.115	-.025
학대27	.123	-.203	.495	-.093	.033
학대2	.054	.054	.478	-.246	.057
학대26	.098	-.149	.454	-.086	.096
학대9	.210	-.006	.419	-.115	.085
학대8	.022	.129	.410	-.014	.102
학대6	.082	-.028	.404	-.234	-.106
학대 11	.087	.070	.370	-.010	-.028
학대28	.053	-.144	.351	-.216	-.011
학대7	.018	-.039	.332	-.049	-.174
학대23	.021	-.200	.306	-.092	-.007
학대3	.095	.109	.301	-.271	-.072
상담만족수준1	-.076	.027	-.017	.811	.095
상담만족수준8	.024	-.027	.025	.755	.024
상담만족수준6	-.039	.119	-.079	.734	.008
상담만족수준5	-.039	.150	.048	.706	.021
상담만족수준7	-.020	.169	.001	.689	-.034
상담만족수준4	.012	.060	-.012	.672	-.048
상담만족수준3	.040	.104	-.131	.659	-.137
상담만족수준2	-.051	.164	.009	.598	.076
종교2	-.035	.285	-.070	.007	.875
종교1	-.022	.284	-.060	.001	.850
종교3	-.066	.303	-.023	-.042	.833
종교6	-.046	.233	-.072	.101	.820
종교5	.057	.276	.009	-.025	.783
종교4	-.063	.311	-.025	-.058	.753
전체	17.828	8.209	6.773	5.081	5.073

% 분산	19.170	8.827	7.283	5.463	5.455
% 누적	19.170	27.997	35.280	40.743	46.197

한편 조절변수 중 대처행동과 사회적 지지는 하위변수로 구분하여 조절효과를 측정하였다. 이를 위해 두 변수들에 대한 요인분석을 실시한 결과는 <표 4-3>과 같다. <표 4-3>에서 보는 바와 같이, 사회적 지지는 ‘자연적 원조관계망에 의한 지지’ 4개 문항, ‘전문적 원조관계망에 의한 지지’ 4개 문항, ‘상호원조관계망에 의한 지지’ 4개 문항으로 구성하였고, 대처행동은 ‘적극적 대처’ 4개 문항, ‘소극적 대처’ 6개 문항, ‘공격적 대처’ 4개 문항으로 구성하였다. KMO(Kaiser-Meyer-Olkin) .897, χ^2 값은 4522.517, df는 997, 유의확률 0.000으로 나타났다. 각 변수별 측정요인 값은 대체적으로 .4이상으로 나타났으며, 모든 변수에서 타당도가 적합하여, 변수의 정확성은 매우 높은 것으로 나타났다.

<표4-3> 사회적 지지와 대처행동의 요인분석결과

	성분					
	1	2	3	4	5	6
사회지지10	.913	.084	.150	-.006	.032	-.040
사회지지11	.905	.136	.122	-.001	.110	-.018
사회지지12	.897	.121	.141	-.001	.085	.027
사회지지9	.843	.109	.127	.050	-.017	-.034
사회지지6	.107	.899	.055	-.043	.063	-.055
사회지지7	.069	.882	.021	-.008	.154	.020
사회지지8	.196	.878	-.005	.000	.119	-.055
사회지지5	.090	.833	.091	.024	.004	-.063
사회지지2	.125	-.073	.899	-.004	-.050	.106
사회지지4	.069	.010	.890	.043	.044	.059
사회지지3	.206	.042	.874	.026	.010	.053
사회지지1	.124	.158	.752	-.020	-.115	.020
대처3	-.038	-.105	-.061	.812	-.046	-.032
대처13	-.120	-.031	.072	.773	.071	-.158
대처7	.081	-.133	-.040	.699	.084	-.003
대처10	-.036	.095	.038	.606	.095	.032
대처12	.068	.136	.023	.020	.807	.051
대처5	-.031	.114	-.127	.037	.715	.169
대처2	-.063	.001	-.059	.220	.597	-.022
대처8	.273	.066	.029	-.032	.591	.070
대처9	-.015	.043	.045	-.096	-.091	.764
대처14	.100	.003	.112	.134	.102	.725
대처6	-.114	-.138	.002	.072	.161	.681

대처1	-.029	-.042	.056	-.326	.077	.622
전체	3.455	3.361	3.118	2.770	20157	2.071
% 분산	13.290	12.926	11.993	10.655	8.295	7.966
% 누적	13.290	26.216	38.209	48.864	57.159	65.125

2. 신뢰도 분석

측정도구의 신뢰도란 동일한 대상이나 현상에 대해 같거나 유사한 측정도구를 사용하여 측정을 반복했을 때 동일한 측정값이 나오는 정도를 말하는 것으로 측정 항목의 대표성을 나타낸다. 동일한 개념을 측정하기 위하여 여러 설문항목들을 사용하여 이들 문항에 대해 일관성 있는 응답결과를 보일 경우 측정의 일관성이 높고 설문항목들이 동질적이라고 본다. 본 연구에서 신뢰도 분석방법은 항목간의 평균적인 관계에 근거한 신뢰도 측정방법인 내적 일관성을 고려한 Cronbach α 계수에 의한 신뢰도 측정방법을 사용하였다. Cronbach α 값의 범위는 0에서 1까지의 값을 갖는다. 바람직한 Cronbach α 계수 수준은 일반적으로 $\alpha=0.6$ 이상이면 측정문항의 신뢰도는 문제가 없는 것으로 판단하는데, 신뢰도 분석결과는 <표 4-4>와 같다. 신뢰도 분석결과 <표 4-4> 에서와 같이 노인학대피해경험 11개 항목으로 .756, 정신건강은 14개 항목으로 .856, 적극적대처 4개 항목으로 .739, 소극적대처 4개 항목으로 .759, 공격대처 4개 항목으로 .767, 종교활동 6개 항목으로 .908, 여가활동 9개 항목으로 .883, 자연적 원조관계망 4개 항목으로 .946, 전문적 원조관계망 4개 항목으로 .820, 상호 원조관계망 4개 항목으로 .951, 상담만족수준 8개 항목 .828, 등 1개의 모든 변수에서 Cronbach α 값이 .6이상인 것으로 나타나, 모든 변수의 대표성은 매우 높은 것으로 판단되었다.

<표 4-4> 신뢰도 분석

변수 명	항목 수	Cronbach -Alpha
노인학대피해경험	24	.756
노인정신건강	46	.856
적극적대처	4	.739

소극적대처		.759
공격적대처	4	.767
종교활동	4	.908
여가활동	6	.883
자연적 원조관계망	9	.946
전문적 원조관계망	4	.820
상호 원조관계망	4	.951
상담만족수준	4	.828
	8	

제3절 변수의 기술적 통계

1. 노인학대피해경험

1) 학대피해 전체의 유형별 빈도분석

(1) 학대피해 유형별 빈도분석

노인학대피해경험과 관련하여 학대피해 유형별 특성을 살펴보면, <표 4-5>에서 보는 바와 같이 학대피해의 경험이 없는 경우는 방임이 163명(60.4%)으로 가장 많으며, 정서적학대가 29명(10.7%)으로 가장 적게 나타났다. 반면에 학대피해의 경험이 있는 경우는 정서학대가 241명(60.4%)으로 가장 많으며, 그 다음이 신체적 학대 156명(57.8%), 경제적학대 111명(41.1%), 방임은 107명(39.6%)순으로 나타났다. 전체적인 분석결과로 보았을 때, 노인 학대피해의 경험이 없는 경우보다 학대피해의 경험이 있는 경우가 더 많은 것을 알 수 있다.

<표 4-5> 학대피해 유형별 빈도분석

구 분	신체학대	정서학대	경제학대	방임
학대피해 무	114 (42.2%)	29 (10.7%)	159 (58.9%)	163 (60.4%)
학대피해 유	156 (57.8%)	241 (89.3%)	111 (41.1%)	107 (39.6%)
합 계	270 (100%)	270 (100%)	270 (100%)	270 (100%)

(2) 학대피해경험 세부문항별 빈도분석

① 신체적 학대

노인 학대피해경험의 척도로 사용하기 위해 신체학대에 대한 문항별 빈도분석을 <표4-6>와 같이 실시하였다. <표4-6>에서 보는 바와 같이 신체적 학대 7개 항목 모두에 빠짐없이 체크가 되었으며 신체적 학대유형 중 응답 비율이 가장 높은 문항은 ‘물건을 던지거나 칼 등의 흉기로 위협한다’ (38.1%)가 가장 높은 수치를 나타내었으며, ‘꼬집고 때리거나 이리저리 끌고 다니고 밀어서 넘어뜨린다.’ (33.0 %), ‘제한된 공간에 감금하거나 거주지출입을 통제한다.’(13.3%) 등의 순으로 나타났다. 반면 가장 낮은 수치를 나타낸 문항은 ‘침대 등에 묶거나 신체를 구속하여 움직이지 못하게 한다.’(4.1%)로 나타났다.

<표 4-6> 신체적학대의 문항별 빈도분석결과

문항	빈도수	비율
1. 꼬집고 때리거나 이리저리 끌고 다니고 밀어서 넘어뜨린다.	89	33.0
2. 제한된 공간에 감금하거나 거주지출입을 통제한다.	36	13.3
3. 침대 등에 묶거나 신체를 구속하여 움직이지 못하게 한다.	11	4.1
4. 물건을 던지거나 칼 등의 흉기로 위협한다.	103	38.1
5. 기본 생존유지에 필요한 장치(가스, 난방, 전기, 수	25	9.3

도) 및 물품(밥통, 냉장고),식사, 음료 등으로부터 단절시킨다.		
6. 의사의 처방대로 약을 주지 않거나 처방이 없는 약물을 강제로 먹인다.	13	4.8
7. 원치 않는 일(노동)을 강요한다.	26	9.6

② 정서적 학대

노인학대피해경험의 척도로 사용하기 위해 정서적 학대에 대한 문항별 빈도분석을 실시한 결과는 <표4-7>과 같다. <표4-7>에서 보는 바와 같이 정서적 학대는 학대발생 유형 중 가장 높은 비율로 나타났는데 정서적 학대 7개 항목 모두 빠짐 없이 체크가 되었으며, 정서적 학대유형 중 가장 응답비율이 높았던 문항은 ‘고함을 지르거나 욕을 한다, 모욕적인 말 등으로 수치심을 느끼게 한다.’(67.0%)로 나타났고, ‘쳐다보지 않고 무시한다.’(51.1%), ‘말을 걸지 않고 대화를 하지 않는다’(50.4%)의 순으로 나타나 많은 경우 서로 쳐다보지 않거나 말을 걸지 않는 등 감정적 단절을 경험하고 있는 것으로 보인다. 반면, 낮은 수치를 보인 문항은 ‘일상생활을 타가구원과 별도로 한다.’(21.5%)와 ‘친구, 친지들과 만나거나 연락하는 것을 방해하며 사회활동, 종교활동, 이성교제 등을 방해한다.’(21.9%)로 나타났다.

<표 4-7> 정서적학대의 문항별 빈도분석결과

문항	빈도수	비율
8. 쳐다보지 않고 무시한다.	138	51.1
9. 말을 걸지 않고 대화를 하지 않는다.	136	50.4
10. 일상생활을 타가구원과 별도로 한다.	58	21.5
11. 친구, 친지들과 만나거나 연락하는 것을 방해하며 사회활동, 종교활동, 이성교제 등을 방해한다.	59	21.9
12. ‘죽이겠다’, ‘시설로 보낸다’, ‘집에서 나가라’ 등의 위협·협박을 한다.	108	40.0
13. 고함을 지르거나 욕을 한다. 모욕적인 말 등으로 수치심을 느끼게 한다.	181	67.0
14. 노인과 관련된 결정에서 소외시킨다.	83	30.7

③ 경제적 학대

노인학대피해경험의 척도로 사용하기 위해 경제적 학대에 대한 문항별 빈도분석을 실시한 결과는 <표4-8>과 같다. 경제적 학대 8개 항목 모두 빠짐없이 체크가 되었으며 경제적 학대유형 중 응답 비율이 가장 높은 문항은 ‘노인의 허락 없이 임금, 연금, 재산, 주식 등을 가로채거나 임의로 사용한다.’(19.6%)로 나타났으며, ‘자신의 돈을 마음대로 사용하지 못하게 한다.’(18.1%), ‘빌린 돈을 갚지 않거나 귀중한 물건을 돌려주지 않는다.’(13.3%) 순으로 나타났다. 반면 가장 낮은 수치를 나타낸 문항은 ‘대리권을 악용한다.’(4.8%)로 나타났다.

<표 4-8> 경제적학대의 문항별 빈도분석결과

문항	빈도수	비율
15. 노인의 허락 없이 임금, 연금, 재산, 주식 등을 가로채거나 임의로 사용한다.	53	19.6
16. 공적부조(국민기초생활보장 수급자 생계비) 급여를 가로채거나 임의로 사용한다.	33	12.2
17. 빌린 돈을 갚지 않거나 귀중한 물건을 돌려주지 않는다.	36	13.3
18. 노동에 대한 대가를 정당하게 지급하지 않는다.	14	5.2
19. 노인의 허락 없이 신용을 도용하여 이익을 취한다.	20	7.4
20. 대리권을 악용한다.	13	4.8
21. 부양을 전제로 재산상속을 약속 또는 증여하였으나, 부양의무를 이행하지 않는다.	27	10.0
22. 자신의 돈을 마음대로 사용하지 못하게 한다.	49	18.1

④ 방임 학대

노인학대피해경험의 척도로 사용하기 위해 방임에 대한 문항별 빈도분석을 실시한 결과는 <표4-9>와 같다. <표4-9>에서 보는 바와 같이, 방임 6개 항목 모두 빠짐없이 체크가 되었으며 방임유형 중 응답 비율이 가장 높은 문항은 ‘경제적 능력이 없는 노인에게 경제적 지원을 하지 않는다.’(28.5%)로 나타났으며, ‘의료적 처치

가 필요한 노인에게 의료적 처치를 하지 않는다.’(19.3%), ‘노인의 간병을 소홀히 한다(악취, 욕창, 염증 등 발생).’(10.7%) 순으로 나타났다. 반면 가장 낮은 수치를 나타낸 문항은 ‘심각한 질환(치매 등)이 있는 노인을 홀로 거주하게 한다.’(6.3%)로 나타났다.

<표 4-9> 방임의 문항별 빈도분석결과

문항	빈도수	비율
23. 스스로 식사, 배변처리, 청결유지가 어려운 노인을 방치한다.	21	7.8
24. 심각한 질환(치매 등)이 있는 노인을 홀로 거주하게 한다.	17	6.3
25. 안정된 주거공간을 제공하지 않는다(컨테이너 거주 등).	24	8.9
26. 경제적 능력이 없는 노인에게 경제적 지원을 하지 않는다.	77	28.5
27. 의료적 처치가 필요한 노인에게 의료적 처치를 하지 않는다.	52	19.3
28. 노인의 간병을 소홀히 한다(악취, 욕창, 염증 등 발생).	29	10.7

2) 학대피해 전체의 특성별 차이분석

(1) 학대피해 전체

<표 4-10>은 학대피해 전체를 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 연령은 F값 3.410, p값 .018, 경제상태는 F값 6.314, p값 .000, 자녀관계는 F값 3.476, p값 .009로 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 연령에서는 ‘90-99세’가, 경제상태에서는 ‘매우 만족한다’가, 자녀관계에서는 ‘매우 나쁘다’의 평균값이

높게 나타났다.

<표 4-10> 학대피해 전체의 특성별 차이검증

	구 분	평 균	표준편차	T(F)	P
성 별	남	18.4638	16.93811	.514	.608
	여	17.3300	15.38521		
연 령	60-69세	17.1667	14.88541	3.410	.018*
	70-79세	15.0077	11.20389		
	80-89세	21.7333	20.39034		
	90-99세	23.2000	24.71527		
결 혼	유	17.6173	16.13699	-.011	.991
	무	17.6538	12.10270		
여가활동	한 다	15.8220	12.17159	-1.659	.098
	안한다	19.0265	18.01220		
교육수준	무 학	16.8140	16.94386	.534	.711
	초등 졸	18.8500	16.64203		
	중 졸	18.6471	15.98083		
	고 졸	16.8056	11.73230		
	전문대졸	13.0769	9.47331		
경제상태	매우 불만족	25.2222	23.60320	6.314	.000***
	약간 불만족	16.7973	12.37981		
	보통	14.0294	11.13860		
	만족	14.2593	7.54776		
건강상태	매우 나쁘다	18.8065	16.37156	1.095	.360
	비교적 나쁘다	19.6916	19.76151		
	보통이다	15.7576	10.78178		
	비교적 좋다	15.5806	12.60099		
	매우 좋다	7.0000	0.00000.		
가구형태	노인단독	16.2366	14.22673	.802	.525
	부부동거	16.2714	10.67561		
	자녀동거	19.6757	20.93506		
	손자녀동거	19.4231	16.38822		
	기 타	21.6667	11.70755		
상답이용 횟수	1회	13.4688	13.13941	1.603	.174
	2-3회	19.0577	15.79453		
	4-5회	20.2368	15.10939		
	6-7회	13.0000	9.20145		
	8회 이상	18.3898	17.60877		
종 교	없음	18.5469	17.48874	.499	.736
	기독교	16.9014	13.07359		
	불교	18.0889	17.36352		
	천주교	13.3889	8.49317		
	기타	15.8571	12.10273		
자녀접촉	1일 1회 정도	18.1786	17.83199	.276	.893

빈도	1주 1회 정도	16.6833	14.27038		
	1월 1회 정도	18.3333	14.95549		
	1년 1-2회 정도	15.3871	13.05291		
	연락하지 않음	18.1500	15.07681		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	22.0556	21.04480	3.476	.009**
	비교적 나쁘다	20.0952	18.03018		
	보통이다	14.6538	11.56217		
	비교적 좋다	12.8043	7.34732		
	매우 좋다	19.0870	13.75075		

*: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

(2) 신체적 학대 피해

<표 4-11>은 신체학대를 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 가구형태는 F값 4.752, p값 .001, 자녀관계는 F값 3.410, p값 .010으로 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 가구형태에서는 ‘자녀동거’, 자녀관계에서는 ‘매우 나쁘다’의 평균값이 높게 나타났다.

<표 4-11> 신체적학대 피해의 특성별 차이검증

구분		평균	표준편차	T(F)	P
성별	남	2.3623	4.07276	-1.581	.115
	여	3.2400	3.94209		
연령	60-69세	3.5926	4.74846	1.636	.181
	70-79세	2.4615	3.20647		
	80-89세	3.5067	4.46419		
	90-99세	3.4000	4.55095		
결혼	유	3.0905	4.09697	.951	.342
	무	2.3077	2.70953		
여가활동	한 다	2.8475	3.59873	-.608	.544
	안한다	3.1457	4.27301		
교육수준	무학	2.8605	3.94122	.486	.746
	초등졸	3.3300	3.78475		
	중졸	3.2941	4.96978		
	고졸	2.5278	4.10217		

	전문대졸	2.2308	2.68185		
경제상태	매우 불만족	3.7937	5.43038	1.357	.249
	약간 불만족	2.9324	3.57821		
	보통	2.5098	3.26016		
	만족	3.0370	3.42481		
	매우 만족	5.6667	4.04145		
건강상태	매우 나쁘다	2.6129	4.16875	.484	.747
	비교적 나쁘다	3.3084	4.37059		
	보통이다	3.0101	3.80519		
	비교적 좋다	2.5161	2.96503		
	매우 좋다	.0000	0.0000.		
가구형태	노인단독	1.6774	2.77474	4.752	.001**
	부부동거	3.8000	3.99129		
	자녀동거	3.8649	4.78389		
	손자녀동거	3.6154	4.32737		
	기 타	1.5000	2.34521		
상담이용 횟수	1회	2.8125	4.14602	.453	.770
	2-3회	3.3269	4.05221		
	4-5회	3.3684	3.51384		
	6-7회	2.2143	4.35768		
	8회 이상	3.0339	4.01053		
종 교	없음	3.0156	4.00194	.625	.645
	기독교	2.6901	3.54800		
	불교	3.6667	4.65637		
	천주교	2.3333	3.27198		
	기타	3.8571	5.30498		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	3.7024	4.26468	1.199	.311
	1주 1회 정도	2.8167	3.23902		
	1월 1회 정도	3.1961	4.77920		
	1년 1-2회 정도	2.1290	2.78977		
	연락하지 않음	2.5500	4.08845		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	3.5000	5.15331	3.410	.010**
	비교적 나쁘다	2.4921	3.33541		
	보통이다	2.6410	3.78985		
	비교적 좋다	2.6739	2.75725		
	매우 좋다	5.6957	4.58689		

*: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

(3) 정서학대 피해

<표 4-12>는 정서학대를 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다.

분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 상담이용횟수는 F값 3.724, p값 .006으로 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 상담이용횟수에서는 ‘4-5회’의 평균값이 높게 나타났다.

<표 4-12> 정서적학대 피해의 특성별 차이검증

구 분		평 균	표준편차	T(F)	P
성 별	남	9.2174	7.68281	.129	.898
	여	9.0900	6.87592		
연 령	60-69세	8.6111	6.67413	1.693	.169
	70-79세	8.4154	5.97253		
	80-89세	10.4400	8.46494		
	90-99세	11.2000	10.03106		
결 혼	유	9.1029	7.18482	-.140	.889
	무	9.3077	6.09767		
여가활동	한 다	9.0932	6.38774	-.060	.952
	안한다	9.1457	7.59333		
교육수준	무 학	8.6628	7.04876	.559	.693
	초등 졸	9.4800	7.69426		
	중 졸	10.2941	6.96541		
	고 졸	8.6389	5.84638		
	전문대졸	7.6923	5.97752		
경제상태	매우 불만족	10.6825	9.33745	1.913	.109
	약간 불만족	9.0405	6.49855		
	보통	8.0980	5.74975		
	만족	8.8889	5.72668		
	매우 만족	15.3333	13.50309		
건강상태	매우 나쁘다	8.9032	7.06803	.169	.954
	비교적 나쁘다	9.5234	8.47120		
	보통이다	8.7879	5.56826		
	비교적 좋다	9.0968	6.44130		
	매우 좋다	7.0000	.		
가구 형태	노인단독	8.1613	7.07612	1.003	.406
	부부동거	8.9000	6.47884		
	자녀동거	10.2838	7.79448		
	손자녀동거	9.7692	6.09464		
	기 타	9.5000	8.43208		
상담이용 횟수	1회	7.0625	4.67621	3.724	.006**
	2-3회	10.7885	7.77461		
	4-5회	11.3684	7.65973		
	6-7회	6.1786	4.79238		
	8회 이상	8.9153	7.25079		
종 교	없음	9.4297	7.35456	.534	.711
	기독교	9.0423	7.00905		
	불교	9.3333	6.91507		

	천주교	7.9444	6.35677		
	기타	6.000	6.0000		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	9.8452	7.15490	.734	.569
	1주 1회 정도	8.9333	6.70408		
	1월 1회 정도	9.4706	7.78551		
	1년 1-2회 정도	7.3871	5.16190		
	연락하지 않음	8.9750	7.61405		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	10.4630	8.49798	2.262	.063
	비교적 나쁘다	10.4921	7.84707		
	보통이다	7.7308	6.36074		
	비교적 좋다	7.8696	4.49992		
	매우 좋다	9.5652	6.76774		

*: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

(4) 경제학대 피해

<표 4-13>은 경제학대를 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 연령은 F값 3.949, p값 .009, 경제상태는 F값 3.041, p값 .018로 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 연령에서는 ‘80-89세’가, 경제상태 에서는 ‘매우만족 한다’ 의 평균값이 높게 나타났다.

<표 4-13> 경제적학대 피해의 특성별 차이검증

구 분		평 균	표준편차	T(F)	P
성 별	남	2.7826	4.81074	.233	.816
	여	2.5950	6.05344		
연 령	60-69세	1.8519	3.18847	3.949	.009**
	70-79세	1.8923	3.85643		
	80-89세	4.5467	8.76155		
	90-99세	2.4000	6.23966		
결 혼	유	2.5638	5.56990	-.691	.490
	무	3.3846	7.33254		
여가활동	한 다	2.0847	3.90830	-1.410	.160
	안한다	3.0795	6.83864		
교육수준	무 학	2.6860	6.72180	.529	.714

	초등 졸	2.9300	6.22678		
	중 졸	2.1176	3.72351		
	고 졸	2.9444	4.25572		
	전문대졸	.6923	1.49358		
경제 상태	매우 불만족	4.6825	8.52856	3.041	.018*
	약간 불만족	1.9324	3.61629		
	보통	1.9902	4.75435		
	만족	1.9259	4.44562		
	매우 만족	6.0000	10.39230		
건강 상태	매우 나쁘다	1.7742	2.77740	1.085	.364
	비교적 나쁘다	3.5047	7.67054		
	보통이다	2.0707	3.47954		
	비교적 좋다	2.4516	5.97126		
	매우 좋다	.0000	.		
가구 형태	노인단독	2.7419	6.34498	.626	.644
	부부동거	1.9143	6.36970		
	자녀동거	2.7973	6.68259		
	손자녀동거	3.2692	5.31080		
	기 타	5.0000	8.14862		
상담이용 횟수	1회	2.0938	3.99483	.521	.721
	2-3회	2.6154	4.28474		
	4-5회	1.9737	4.25845		
	6-7회	2.0714	4.40478		
	8회 이상	3.1780	7.25910		
종 교	없음	2.7500	6.04315	.203	.937
	기독교	2.5211	5.60086		
	불교	3.0000	6.29213		
	천주교	1.6667	2.91043		
	기타	2.1429	4.48808		
자녀 접촉 빈도	1일 1회 정도	2.5476	6.16716	.090	.985
	1주 1회 정도	2.8167	4.60100		
	1월 1회 정도	2.6275	5.59986		
	1년 1-2회 정도	2.3226	7.1653		
	연락하지 않음	2.2000	3.47297		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	3.3704	6.38482	1.572	.182
	비교적 나쁘다	3.5556	8.03375		
	보통이다	1.7692	3.16607		
	비교적 좋다	1.6087	2.97006		
	매우 좋다	2.3478	4.58861		

*: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

(5) 방임

<표 4-14>는 방임피해를 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강

상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 성별은 t값 2.511, p값 .013, 경제상태는 F값 12.503, p값 .000, 건강상태는 F값 4.429, p값 .002, 자녀관계는 F값 5.586, p값 .000으로 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 성별에서는 ‘남자’가, 경제상태에서는 ‘전혀 만족스럽지 못하다’가, 건강상태에서는 ‘매우 나쁘다’가, 자녀관계에서는 ‘매우 나쁘다.’의 평균값이 높게 나타났다.

<표 4-14> 방임 피해의 특성별 차이검증

구분		평균	표준편차	T(F)	P
성별	남	4.1014	6.22647	2.511	.013*
	여	2.4050	4.26166		
연령	60-69세	3.1111	5.39974	2.497	.060
	70-79세	2.2385	4.37010		
	80-89세	3.2400	4.98332		
	90-99세	6.2000	6.46013		
결혼	유	2.8601	4.92642	.204	.838
	무	2.6538	4.57771		
여가활동	한 다	1.7966	3.61989	-3.148	.002
	안한다	3.6556	5.55943		
교육수준	무 학	2.6047	4.41995	.155	.960
	초등 졸	3.1100	5.35770		
	중 졸	2.9412	5.31402		
	고 졸	2.6944	4.46459		
	전문대졸	2.4615	4.57558		
경제상태	매우 불만족	6.0635	6.72711	12.503	.000***
	약간 불만족	2.8919	4.37166		
	보통	1.4314	3.23505		
	만족	.4074	1.24836		
	매우 만족	3.667	6.35085		
건강상태	매우 나쁘다	5.5161	7.79688	4.429	.002**
	비교적 나쁘다	3.3551	4.98347		
	보통이다	1.8889	3.13925		
	비교적 좋다	1.5161	4.37318		
	매우 좋다	.0000	.		
가구형태	노인단독	3.6559	5.38213	2.227	.066
	부부동거	1.6571	3.01150		
	자녀동거	2.7297	5.24547		
	손자녀동거	2.7692	5.20237		
	기 타	5.6667	6.53197		
상담이용	1회	1.5000	3.15206	1.180	.320

횟수	2-3회	2.3269	4.40464		
	4-5회	3.5263	6.37027		
	6-7회	2.5357	4.01370		
	8회 이상	3.2627	5.10309		
종 교	없음	3.3516	5.59892	1.088	.363
	기독교	2.6479	4.11998		
	불교	2.0889	4.19319		
	천주교	1.4444	2.72725		
	기타	3.8571	6.12178		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	2.0833	4.43211	2.129	.078
	1주 1회 정도	2.1167	3.95351		
	1월 1회 정도	3.0392	4.57804		
	1년 1-2회 정도	3.5484	5.99910		
	연락하지 않음	4.4250	5.90475		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	4.7222	6.68825	5.586	.000***
	비교적 나쁘다	3.5556	5.24490		
	보통이다	2.5128	4.08908		
	비교적 좋다	.6522	1.40186		
	매우 좋다	1.4783	3.55310		

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ ***: $p < 0.001$

2. 정신건강

1) 정신건강 하위차원 기술적 통계 분석

학대피해노인의 정신건강 정도를 살펴보기 위해 정신건강에 대한 기술적 통계 분석을 실시하였다. 분석결과 <표 4-15>에서 보는 바와 같이 ‘우울증(3.0493)’이 가장 높은 것으로 나타났으며, 이어 ‘신체화(2.7249)’, ‘불안(2.5011)’, ‘정신증(2.4672)’ 등의 순으로 나타났다. 반면 ‘편집증’은 ‘1.9489’로 가장 낮은 평균치를 보였다.

<표 4-15> 정신건강 하위차원별 기술적 통계 분석결과

	N	최소값	최대값	평균	표준편차
적대감	269	1.00	4.00	2.0143	.78564
우울증	269	1.00	5.00	3.0493	.98503
강박증	269	1.00	5.00	2.4416	.82970

공포불안	268	1.00	5.00	2.1744	.91037
불안	269	1.00	5.00	2.5011	.89436
신체화	269	1.00	9.50	2.7249	1.01211
대인예민성	269	1.00	4.75	2.1250	.80786
편집증	269	1.00	5.00	1.9489	.89095
정신증	267	1.00	5.00	2.4672	.85598

2) 정신건강의 특성별 차이검증

<표 4-16>은 정신건강을 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 여가활동은 t값 -3.200, p값 .002, 경제상태는 F값 9.619, p값 .000, 건강상태는 F값 6.850, p값 .001, 자녀관계는 F값 5.581, p값 .000으로 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 여가활동에서는 ‘여가활동을 하는 경우’가, 경제상태 에서는 ‘매우불만족’ 이, 건강상태에서는 ‘매우 나쁘다’가, 자녀관계에서는 ‘매우 나쁘다’가 평균값 이 조금 높게 나타났다.

<표 4-16> 정신건강의 특성별 차이검증

구 분		평 균	표준편차	T(F)	P
성 별	남	2.5890	.91518	-1.420	.157
	여	2.7689	.90509		
연 령	60-69세	2.8214	1.03582	.466	.705
	70-79세	2.7126	.90493		
	80-89세	2.7019	.81436		
	90-99세	2.4786	.99377		
결 혼	유	2.6911	.90112	-1.756	.080
	무	3.0192	.95074		
여가활동	한다	2.8770	.94436	-3.200	.002**
	안한다	2.5254	.85285		
교육수준	무학	2.7558	.86498	2.167	.073
	초등졸	2.7943	.90864		
	중졸	2.4454	.90523		

	고졸	2.5437	.99023		
	전문대졸	3.1758	.81107		
경제상태	매우 불만족	3.2313	.81499	9.619	.000***
	약간 불만족	2.8108	.82629		
	보통	2.4433	.86315		
	만족	2.3889	1.01911		
	매우 만족	2.3810	.28868		
건강상태	매우 나쁘다	2.9272	.83322	6.850	.001**
	비교적 나쁘다	2.7729	.85548		
	보통이다	2.4805	.87724		
	비교적 좋다	2.7051	.93600		
	매우 좋다	0.0000	0.00000		
가구형태	노인단독	.92925	.09636	.639	.635
	부부동거	.91673	.10957		
	자녀동거	.91474	.10634		
	손자녀동거	.83058	.16289		
	기 타	.86593	.35351		
상답이용 횟수	1회	2.9710	.90875	1.829	.124
	2-3회	2.7321	.85080		
	4-5회	2.9154	1.01924		
	6-7회	2.4413	.92112		
	8회 이상	2.6695	.87381		
종 교	없음	2.8147	.93589	1.594	.176
	기독교	2.5744	.86345		
	불교	2.6889	.85037		
	천주교	2.9325	.96439		
	기타	2.2245	.94440		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	2.7100	.93134	1.439	.221
	1주 1회 정도	2.5238	.86893		
	1월 1회 정도	2.7801	.77629		
	1년 1-2회 정도	2.9562	1.00130		
	연락하지 않음	2.8321	.97463		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	3.1270	1.00189	5.581	.000***
	비교적 나쁘다	2.8413	.77987		
	보통이다	2.6621	.86351		
	비교적 좋다	2.4612	.88188		
	매우 좋다	2.3043	.83916		

*: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

3. 대처 행동

1) 적극적대처의 특성별 차이검증

<표 4-17>는 적극적 대처를 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건

강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 연령에서 F값 3.330, p값 .020으로 적극적 대처에 따라 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났는데, '70-79'세에서 평균값이 가장 높게 나타났다.

<표 4-17> 적극적대처의 특성별 차이검증

구 분		평 균	표준편차	T(F)	P
성 별	남	2.1716	.83158	.176	.860
	여	2.1508	.84331		
연 령	60-69세	2.1481	.87516	3.330	.020*
	70-79세	2.2661	.70265		
	80-89세	2.0578	1.00655		
	90-99세	1.4444	.44096		
결 혼	유	2.1701	.84059	.834	.405
	무	2.0256	.82690		
여가활동	한다	2.2621	.79248	1.833	.068
	안한다	2.0733	.86688		
교육수준	무학	2.1434	.83633	.472	.756
	초등졸	2.0909	.85954		
	중졸	2.2020	.67154		
	고졸	2.3056	.89929		
	전문대졸	2.2051	.96742		
경제상태	매우 불만족	2.1799	1.02971	.166	.955
	약간 불만족	2.1233	.72117		
	보통	2.1536	.82544		
	만족	2.2308	.74099		
	매우 만족	1.8889	.69389		
건강상태	매우 나쁘다	2.1090	.78076	.763	.468
	비교적 나쁘다	2.1135	.78853		
	보통이다	2.2371	.79634		
	비교적 좋다	2.0968	.88273		
	매우 좋다	0.0000	0.00000		
가구형태	노인단독	.81773	.08525	.672	.612
	부부동거	.77016	.09205		
	자녀동거	.91041	.10583		
	손자녀동거	.92296	.18459		
	기 타	.71233	.29081		
상담이용 횟수	1회	2.2187	.74106	.418	.796
	2-3회	2.2628	.83061		
	4-5회	2.0965	.81247		
	6-7회	2.1605	.84918		

종 교	8회 이상	2.1026	.88024	1.758	.138
	없음	2.0573	.86044		
	기독교	2.1643	.71314		
	불교	2.4074	.85838		
	천주교	2.2963	.94204		
	기타	1.9048	1.01314		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	2.2771	.92220	.761	.551
	1주 1회 정도	2.1778	.80129		
	1월 1회 정도	2.0850	.69871		
	1년 1-2회 정도	2.0108	.81869		
	연락하지 않음	2.1368	.89742		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	2.1698	.94873	1.187	.317
	비교적 나쁘다	2.0794	.75185		
	보통이다	2.0909	.85265		
	비교적 좋다	2.3913	.82941		
	매우 좋다	2.2319	.76168		

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ ***: $p < 0.001$

2) 소극적대처의 특성별 차이검증

<표 4-18>는 소극적 대처를 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 소극적 대처를 하는 경우는 가구형태에서 F값 2.545, p값 .040으로 ‘손 자녀동거’에서 평균값이 가장 높게 나타났다.

<표 4-18> 소극적대처의 특성별 차이검증

구 분		평 균	표준편차	T(F)	P
성 별	남	2.9412	.85422	-1.772	.077
	여	3.1608	.89147		
연 령	60-69세	3.1713	.92377	.174	.914
	70-79세	3.1047	.85221		
	80-89세	3.0567	.94312		
	90-99세	3.1111	.73006		
결 혼	유	3.1172	.87797	.693	.489
	무	2.9904	.96561		

여가활동	한다	3.0256	.84994	-1.292	.197
	안한다	3.1667	.91072		
교육수준	무학	3.2238	.90670	.777	.541
	초등졸	3.0884	.91146		
	중졸	3.0606	.68759		
	고졸	2.9861	.87820		
	전문대졸	2.8846	1.03388		
경제상태	매우 불만족	3.3730	.95764	2.035	.090
	약간 불만족	3.0205	.76802		
	보통	3.0000	.89277		
	만족	3.1250	.87821		
	매우 만족	2.9167	1.28290		
건강상태	매우 나쁘다	3.1145	.88640	.272	.762
	비교적 나쁘다	3.0977	.85532		
	보통이다	3.0696	.82738		
	비교적 좋다	3.2016	1.00087		
	매우 좋다	0.0000	0.00000		
가구형태	노인단독	.95242	.09930	2.545	.040*
	부부동거	.83114	.09934		
	자녀동거	.77272	.08983		
	손자녀동거	1.01550	.20310		
	기타	.68313	.27889		
상담이용횟수	1회	3.2656	.87974	1.453	.217
	2-3회	3.0625	.90461		
	4-5회	3.3553	.80671		
	6-7회	2.9630	.88172		
	8회 이상	3.0278	.90006		
종교	없음	3.1836	.90519	1.473	.211
	기독교	3.0543	.78809		
	불교	2.9889	.96082		
	천주교	3.2639	.90127		
	기타	2.5000	.75000		
자녀접촉빈도	1일 1회 정도	3.2892	.82499	1.347	.253
	1주 1회 정도	2.9917	.93197		
	1월 1회 정도	3.0196	.67610		
	1년 1-2회 정도	3.1129	1.04650		
	연락하지 않음	3.0192	1.04091		
자녀와의관계	매우 나쁘다	3.1179	1.09808	1.455	.216
	비교적 나쁘다	3.2778	.72695		
	보통이다	3.0812	.87212		
	비교적 좋다	3.0598	.83531		
	매우 좋다	2.7717	.89479		

*: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

3) 공격적대처의 특성별 차이검증

<표 4-19>는 공격적 대처를 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았다.

<표 4-19> 공격적대처의 특성별 차이검증

구 분		평 균	표준편차	T(F)	P
성 별	남	1.9596	.76613	-.829	.408
	여	2.0553	.84017		
연 령	60-69세	2.1343	.77659	1.740	.159
	70-79세	2.0891	.80453		
	80-89세	1.8500	.83928		
	90-99세	2.0833	1.06800		
결 혼	유	2.0228	.82095	-.488	.626
	무	2.1058	.84016		
여가활동	한다	1.9744	.72322	-.993	.322
	안한다	2.0750	.89074		
교육수준	무학	2.0640	.84469	.981	.418
	초등 졸	1.9545	.85369		
	중졸	2.2424	.68603		
	고졸	1.9306	.73341		
	전문대졸	2.1346	.95533		
경제상태	매우 불만족	2.1706	.98561	2.183	.071
	약간 불만족	2.0377	.69431		
	보통	1.9363	.82180		
	만족	2.1635	.65170		
	매우 만족	1.0000	.00000		
건강상태	매우 나쁘다	2.0701	.87739	.999	.370
	비교적 나쁘다	2.0811	.80566		
	보통이다	1.9716	.76280		
	비교적 좋다	2.2016	.79953		
	매우 좋다	0.0000	0.00000		
가구 형태	노인단독	.84389	.08798	.497	.738
	부부동거	.77277	.09236		
	자녀동거	.83038	.09653		
	손자녀동거	.90104	.18021		
	기 타	.68920	.28137		
상담이용 횟수	1회	2.1563	.66524	1.254	.289
	2-3회	1.9471	.77545		

	4-5회	2.1382	.75044		
	6-7회	1.7593	.66680		
	8회 이상	2.0577	.92463		
종 교	없음	2.1133	.92049	1.621	.169
	기독교	2.0145	.75108		
	불교	1.9889	.67200		
	천주교	1.8611	.67640		
	기타	1.3929	.51755		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	2.1476	.88607	2.268	.062
	1주 1회 정도	1.7833	.71228		
	1월 1회 정도	2.1127	.80049		
	1년 1-2회 정도	2.1774	.86167		
	연락하지 않음	1.9551	.79030		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	2.2830	.94314	2.179	.072
	비교적 나쁘다	2.0833	.86253		
	보통이다	1.8669	.72387		
	비교적 좋다	2.0272	.75504		
	매우 좋다	1.9348	.78775		

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ ***: $p < 0.001$

4. 사회활동

1) 종교활동의 특성별 차이검증

<표 4-20>는 종교활동을 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 종교는 F값 104.250, p값 .000으로 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 종교에서는 ‘기독교’의 평균값이 조금 높게 나타났다.

<표 4-20> 종교활동의 특성별 차이검증

구 분		평 균	표준편차	T(F)	P
성 별	남	2.4876	1.19986	-1.720	.087
	여	2.7986	1.29393		
연 령	60-69세	2.6300	1.26719	.381	.767
	70-79세	2.7831	1.21624		
	80-89세	2.6275	1.36015		
	90-99세	2.9167	1.55605		
결 혼	유	2.6797	1.25824	-1.464	.144
	무	3.0870	1.40783		
여가활동	한다	2.9720	1.23541	2.900	.004
	안한다	2.5118	1.27330		
교육수준	무학	2.6199	1.35433	.366	.832
	초등 졸	2.6882	1.30408		
	중졸	2.8229	1.13587		
	고졸	2.8382	1.12553		
	전문대졸	2.9487	1.35295		
경제상태	매우 불만족	2.4617	1.33520	.940	.441
	약간 불만족	2.7333	1.24055		
	보통	2.8579	1.26742		
	만족	2.7200	1.24881		
	매우 만족	3.0000	1.32288		
건강상태	매우 나쁘다	2.6715	1.35007	.471	.625
	비교적 나쁘다	2.7025	1.31127		
	보통이다	2.8315	1.22334		
	비교적 좋다	2.6333	1.24753		
	매우 좋다	0.0000	0.00000		
가구형태	노인단독	1.32975	.14256	.720	.579
	부부동거	1.26159	.15529		
	자녀동거	1.19397	.14271		
	손자녀동거	1.33680	.26736		
	기 타	1.39443	.56928		
상담이용 횟수	1회	2.5054	1.14057	1.675	.156
	2-3회	2.9410	1.39929		
	4-5회	2.3288	1.23883		
	6-7회	2.9383	1.06232		
	8회 이상	2.7364	1.28870		
종 교	없음	1.6174	.69142	104.250	.000***
	기독교	3.7826	.81565		
	불교	3.4444	.86091		
	천주교	3.5648	.96362		
	기타	3.4048	.96637		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	2.6996	1.33708	.697	.595
	1주 1회 정도	2.8113	1.23864		
	1월 1회 정도	2.5510	1.08451		
	1년 1-2회 정도	2.9731	1.28603		
	연락하지 않음	2.5856	1.38478		
자녀와의	매우 나쁘다	2.4771	1.33709	1.023	.396
	비교적 나쁘다	2.6311	1.27589		

관계	보통이다	2.7973	1.24608		
	비교적 좋다	2.8372	1.21198		
	매우 좋다	3.0317	1.24121		

*: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

2) 여가활동

<표 4-21>은 여가활동을 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 여가활동은 t값 12.890, p값 .000, 교육수준은 F값 4.578, p값 .001, 경제상태는 F값 4.107, p값 .003, 건강상태는 F값 4.163, p값 .017, 상담이용횟수는 F값 2.793, p값 .027, 종교는 F값 9.086, p값 .000, 자녀접촉빈도는 F값 3.575, p값 .007, 자녀관계는 F값 5.536, p값 .000으로 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 여가활동에서는 ‘여가활동을 하는 경우’가, 교육수준에서는 ‘고졸’이, 경제 상태에서는 ‘매우만족 한다’가, 건강상태에서는 ‘비교적 좋다’가, 상담이용횟수에서는 ‘2-3회’가, 종교에서는 ‘천주교’가, 자녀접촉빈도에서는 ‘1주 1회 정도’가, 자녀관계에서는 ‘매우 좋다’가 평균값이 높게 나타났다.

<표 4-21> 여가활동의 특성별 차이검증

구 분		평 균	표준편차	T(F)	P
성 별	남	2.6296	1.10379	-.672	.502
	여	2.7368	1.11765		
연 령	60-69세	2.8000	1.12821	2.232	.085
	70-79세	2.8231	1.09050		
	80-89세	2.5185	1.10877		
	90-99세	2.0741	1.14531		
결 혼	유	2.7249	1.10169	.742	.459
	무	2.5404	1.23932		
여가활동	한다	3.4586	.76988	12.890	.000***
	안한다	2.0535	.94015		
교육수준	무학	2.4106	1.00155	4.578	.001**

	초등 졸	2.7246	1.14283		
	중졸	2.8007	1.16495		
	고졸	3.3646	1.04355		
	전문대졸	2.6239	.99953		
경제상태	매우 불만족	2.2739	1.16203	4.107	.003**
	약간 불만족	2.6618	1.00062		
	보통	2.8855	1.04999		
	만족	3.0427	1.12615		
	매우 만족	3.5926	2.24800		
건강상태	매우 나쁘다	2.5185	1.00242	4.163	.017*
	비교적 나쁘다	2.7532	1.08637		
	보통이다	2.9096	1.08335		
	비교적 좋다	2.9892	1.24205		
	매우 좋다	0.0000	0.00000		
가구형태	노인단독	1.16060	.12372	2.264	.063
	부부동거	1.13333	.13846		
	자녀동거	1.01065	.12256		
	손자녀동거	1.07344	.21469		
	기 타	.87277	.39031		
상담이용 횟수	1회	2.6918	.94704	2.793	.027*
	2-3회	3.0370	1.16971		
	4-5회	2.6944	1.25606		
	6-7회	2.9643	1.05238		
	8회 이상	2.4717	1.03788		
종 교	없음	2.2887	1.11360	9.086	.000***
	기독교	3.0100	.99676		
	불교	3.1389	.96690		
	천주교	3.2346	.95952		
	기타	2.7937	1.07426		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	2.4672	1.03744	3.575	.007**
	1주 1회 정도	3.1657	1.04593		
	1월 1회 정도	2.6065	1.01963		
	1년 1-2회 정도	2.6774	1.25457		
	연락하지 않음	2.6944	1.20475		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	2.6688	1.18644	5.536	.000***
	비교적 나쁘다	2.3075	.88762		
	보통이다	2.6347	1.05726		
	비교적 좋다	3.0963	1.08933		
	매우 좋다	3.3430	1.22631		

*: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

5. 사회적지지

1) 사회적지지 전체

<표 4-22>은 사회적 지지를 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 성별은 t 값 -3.008 , p 값 $.003$, 여가활동은 t 값 5.191 , p 값 $.000$, 경제상태는 F 값 5.153 , p 값 $.001$, 건강상태는 F 값 3.736 , p 값 $.025$, 가구형태 F 값 2.717 , p 값 $.030$, 종교는 F 값 6.554 , p 값 $.000$, 자녀접촉빈도는 F 값 4.465 , p 값 $.002$, 자녀관계는 F 값 7.447 , p 값 $.000$ 으로 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 성별에서는 ‘여자’가, 여가활동에서는 ‘여가활동을 하는 경우’가, 경제 상태에서는 ‘만족한다’가, 건강 상태에서는 ‘비교적 좋다’가, 가구형태에서는 ‘부부동거’나 ‘기타’가, 종교에서는 ‘기독교’가, 자녀접촉빈도에서는 ‘1주 1회 정도’가, 자녀관계에서는 ‘비교적 좋다’가 평균값이 높게 나타났다.

<표 4-22> 사회적 지지 전체의 특성별 차이검증

구 분		평 균	표준편차	$T(F)$	P
성 별	남	2.6863	.64294	-3.008	.003**
	여	2.9732	.69073		
연 령	60-69세	2.9784	.80261	.654	.581
	70-79세	2.9192	.67565		
	80-89세	2.8242	.59941		
	90-99세	2.7833	.85002		
결 혼	유	2.8911	.69886	-.652	.515
	무	2.9840	.59722		
여가활동	한다	3.1368	.59838	5.191	.000***
	안한다	2.7156	.70063		
교육수준	무학	2.8647	.72830	.254	.907
	초등 졸	2.8900	.69094		
	중졸	2.9289	.59922		
	고졸	2.9976	.66865		
	전문대졸	2.8718	.76271		
경제상태	매우 불만족	2.6546	.77425	5.153	.001***
	약간 불만족	2.9224	.63515		
	보통	2.9314	.62056		

	만족	3.3272	.65532		
	매우 만족	2.5278	.85120		
건강상태	매우 나쁘다	2.8381	.63982	3.736	.025*
	비교적 나쁘다	2.9433	.63812		
	보통이다	2.9677	.65580		
	비교적 좋다	3.1962	.70761		
	매우 좋다	0.0000	0.00000		
가구형태	노인단독	.66809	.07003	2.717	.030*
	부부동거	.70791	.08461		
	자녀동거	.68705	.07987		
	손자녀동거	.60888	.11941		
	기 타	.75216	.30707		
상담이용 횟수	1회	3.0391	.87144	1.800	.129
	2-3회	3.0327	.58454		
	4-5회	2.6908	.80793		
	6-7회	2.8750	.58729		
	8회 이상	2.8654	.63388		
종 교	없음	2.6858	.70089	6.554	.000***
	기독교	3.1467	.60511		
	불교	3.0611	.61222		
	천주교	2.9722	.68480		
	기타	3.0357	.74669		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	2.9315	.72903	4.465	.002**
	1주 1회 정도	3.0944	.63843		
	1월 1회 정도	2.9395	.60715		
	1년 1-2회 정도	2.8656	.65393		
	연락하지 않음	2.5154	.69529		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	2.7099	.79340	7.447	.000***
	비교적 나쁘다	2.7116	.60683		
	보통이다	2.8697	.61978		
	비교적 좋다	3.2627	.60425		
	매우 좋다	3.2464	.71266		

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ ***: $p < 0.001$

2) 자연적 원조관계망지

<표 4-23>은 자연적 원조관계망에 의한 사회적 지지를 성별, 결혼, 연령, 여가 활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과, 성별로는 t값 -3.173, p값 .002, 여가활동은 t값 2.986, p값 .003, 경제상태는 F값 13.414, p값 .000, 건강상태는 F값 2.492, p값

.044, 가구형태 F값 6.813, p값 .000, 상담이용횟수는 F값 3.557, p값 .008, 종교는 F값 3.066, p값 .017, 자녀접촉빈도는 F값 8.654, p값 .000, 자녀관계는 F값 36.092, p값 .000으로 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 성별에서는 ‘여자’가, 여가 활동에서는 ‘여가활동을 하는 경우’가, 경제 상태에서는 ‘매우만족 한다’가, 건강상태에서는 ‘매우 좋다’가, 가구형태에서는 ‘부부동거’가, 상담이용횟수 에서는 ‘1회’가 ,종교에서는 ‘불교’가, 자녀접촉빈도에서는 ‘1주 1회 정도’가, 자녀관계에서는 ‘매우 좋다’가 평균값이 높게 나타났다.

<표 4-23> 자연적 원조관계 지지의 특성별 차이검증

구 분		평 균	표준편차	T(F)	P
성 별	남	2.3713	1.03438	-3.173	.002**
	여	2.8300	1.02811		
연 령	60-69세	2.9028	1.10468	1.015	.386
	70-79세	2.7173	.96769		
	80-89세	2.5946	1.09849		
	90-99세	2.5250	1.32524		
결 혼	유	2.7252	1.06379	.552	.581
	무	2.6058	.88649		
여가활동	한다	2.9258	1.01396	2.986	.003**
	안한다	2.5467	1.04568		
교육수준	무학	2.7297	1.00602	1.088	.363
	초등 졸	2.5900	1.09032		
	중졸	2.7426	.97601		
	고졸	3.0143	.98134		
	전문대졸	2.6731	1.29255		
경제상태	매우 불만족	2.1008	.94138	13.414	.000***
	약간 불만족	2.6351	.93650		
	보통	2.8873	.95481		
	만족	3.5648	1.08440		
	매우 만족	3.7500	1.08972		
건강상태	매우 나쁘다	2.4516	1.12253	2.492	.044*
	비교적 나쁘다	2.5631	1.06071		
	보통이다	2.8367	.98252		
	비교적 좋다	3.0887	1.02174		
	매우 좋다	3.2500	.		
가구 형태	노인단독	2.3777	1.04204	6.813	.000***
	부부동거	3.1679	.97125		
	자녀동거	2.6216	1.01466		
	손자녀동거	2.9808	.86291		
	기 타	2.5417	1.22899		
상담이용	1회	3.2422	.87640	3.557	.008***

횟수	2-3회	2.8462	1.01479		
	4-5회	2.4539	1.19240		
	6-7회	2.7768	.84530		
	8회 이상	2.5684	1.04975		
종 교	없음	2.5157	1.00926	3.066	.017*
	기독교	2.7676	1.01359		
	불교	3.1167	1.07212		
	천주교	2.8889	1.13508		
	기타	2.7143	1.07460		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	2.8542	1.07841	8.654	.000***
	1주 1회 정도	3.1250	.97804		
	1월 1회 정도	2.6716	.83440		
	1년 1-2회 정도	2.6210	1.05054		
	연락하지 않음	1.9615	.97424		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	2.0896	1.08762	36.092	.000***
	비교적 나쁘다	2.1429	.76558		
	보통이다	2.8109	.84629		
	비교적 좋다	3.5489	.72192		
	매우 좋다	3.8587	.66069		

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ ***: $p < 0.001$

3) 전문적 원조관계망지지

<표 4-24>는 전문적 원조관계망에 의한 사회적 지지를 성별, 결혼, 연령, 여가 활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과, 경제상태와 상담이용횟수에 따라 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 경제상태는 F값 4.331, p값 .002, 상담이용횟수는 F값 2.707, p값 .031로 나타나 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 경제상태에서는 ‘만족한다’ 가, 상담이용횟수에서는 ‘8회 이상인 경우’에 평균값이 높게 나타났다.

<표 4-24> 전문적 원조관계 지지의 특성별 차이검증

구 분	평 균	표준편차	T(F)	P
-----	-----	------	------	---

성 별	남	3.2463	.97783	-1.597	.111
	여	3.4500	.88397		
연 령	60-69세	3.4213	.93771	.183	.908
	70-79세	3.3692	.90659		
	80-89세	3.4088	.91466		
	90-99세	3.5750	.91325		
결 혼	유	3.3791	.92179	-1.052	.294
	무	3.5769	.79928		
여가활동	한다	3.4831	.81893	1.352	.177
	안한다	3.3317	.97515		
교육수준	무학	3.3866	.92883	.303	.876
	초등 졸	3.4225	.96117		
	중졸	3.4412	.75893		
	고졸	3.2643	.90331		
	전문대졸	3.5385	.87110		
경제상태	매우 불만족	3.4637	1.00699	4.331	.002**
	약간 불만족	3.4291	.79867		
	보통	3.3211	.93036		
	만족	3.6667	.65779		
	매우 만족	1.5000	.66144		
건강상태	매우 나쁘다	3.1694	1.32977	.988	.415
	비교적 나쁘다	3.4486	.86721		
	보통이다	3.3571	.85930		
	비교적 좋다	3.5645	.68303		
	매우 좋다	4.0000	.		
가구형태	노인단독	3.3533	.94937	1.137	.340
	부부동거	3.3286	.96735		
	자녀동거	3.3919	.88662		
	손자녀동거	3.7500	.65192		
	기 타	3.4583	.81266		
상담이용 횟수	1회	3.0391	1.07409	2.707	.031*
	2-3회	3.4904	.80282		
	4-5회	3.2566	.99235		
	6-7회	3.1964	.84535		
	8회 이상	3.5363	.86120		
종 교	없음	3.3465	.98049	1.125	.345
	기독교	3.5739	.77735		
	불교	3.3556	.92240		
	천주교	3.1528	.84514		
	기타	3.4643	.90633		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	3.4077	.88135	.159	.959
	1주 1회 정도	3.3833	.90017		
	1월 1회 정도	3.4755	.91276		
	1년 1-2회 정도	3.3790	.93735		
	연락하지 않음	3.3269	1.00517		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	3.5236	.99066	.974	.422
	비교적 나쁘다	3.4881	.81125		
	보통이다	3.3205	.87711		

	비교적 좋다	3.3424	.85205		
	매우 좋다	3.1630	1.15456		

*: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

4) 상호 원조관계망 지지

<표 4-25>은 상호 원조관계망에 의한 사회적 지지를 성별, 결혼, 연령, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀와의관계의에 대한 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과, 여가활동은 F값 6.255, p값 .000, 건강상태에서는 F값 3.250, p값 .013, 종교에서는 F값 10.734, p값 .000, 로 나타나 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 여가활동에서는 ‘여가활동을 하는 경우’가, 건강상태에서는 ‘매우 좋을수록’, 종교에서는 ‘기독교’인 경우에 평균값이 높게 나타났다.

<표 4-25> 상호원조관계망 지지의 특성별 차이검증

구분		평균	표준편차	T(F)	P
성별	남	2.4412	.98033	-1.418	.157
	여	2.6457	1.04210		
연령	60-69세	2.6111	1.13962	.870	.457
	70-79세	2.6712	.94060		
	80-89세	2.4897	1.09722		
	90-99세	2.2500	1.00692		
결혼	유	2.5747	1.00266	-.916	.361
	무	2.7692	1.25484		
여가활동	한다	3.0107	.88595	6.255	.000***
	안한다	2.2683	1.01750		
교육수준	무학	2.4941	1.03795	.523	.719
	초등졸	2.6575	1.08109		
	중졸	2.6029	.95171		
	고졸	2.7143	.92184		
	전문대졸	2.4038	1.09230		
경제상태	매우 불만족	2.3992	1.15185	1.047	.384
	약간 불만족	2.7226	.95612		
	보통	2.5858	.97334		
	만족	2.7500	.96077		

	매우 만족	2.3333	2.30940		
건강상태	매우 나쁘다	2.1210	1.20394	3.250	.013*
	비교적 나쁘다	2.5165	1.02949		
	보통이다	2.7092	.96371		
	비교적 좋다	2.9355	.88263		
	매우 좋다	3.5000	.		
가구형태	노인단독	2.6731	1.02787	1.152	.332
	부부동거	2.6143	1.01678		
	자녀동거	2.4459	1.01299		
	손자녀동거	2.7981	1.01494		
	기 타	2.0833	1.38444		
상담이용 횟수	1회	2.8359	1.05036	1.700	.150
	2-3회	2.7843	1.04046		
	4-5회	2.3618	1.03600		
	6-7회	2.6518	.95825		
	8회 이상	2.4915	1.01228		
종 교	없음	2.2083	.96008	10.734	.000***
	기독교	3.0986	.91854		
	불교	2.7111	1.07655		
	천주교	2.8750	.88388		
	기타	2.9286	.74602		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	2.5327	1.10706	1.308	.268
	1주 1회 정도	2.7750	.99437		
	1월 1회 정도	2.6716	.99936		
	1년 1-2회 정도	2.5968	.89134		
	연락하지 않음	2.3158	1.03761		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	2.5529	1.17086	1.466	.213
	비교적 나쁘다	2.5040	1.05827		
	보통이다	2.4776	.92335		
	비교적 좋다	2.8967	.84751		
	매우 좋다	2.7174	1.26649		

*: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

6. 상담서비스

1) 상담만족수준

<표 4-26>은 상담만족수준을 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과

이다. 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 경제상태는 F값 4.390, p값 .002, 상담이용횟수는 F값 2.911, p값 .022로 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 경제 상태에서는 ‘매우만족한다’가, 상담이용 횟수에서는 ‘8회 이상’의 평균값이 높게 나타났다.

<표 4-26> 상담만족수준의 특성별 차이검증

구 분		평 균	표준편차	T(F)	P
성 별	남	3.8438	.63016	-1.629	.104
	여	3.9855	.61498		
연 령	60-69세	3.9190	.66683	1.127	.338
	70-79세	3.9026	.62080		
	80-89세	4.0600	.59359		
	90-99세	3.8750	.54006		
결 혼	유	3.9518	.61349	.205	.838
	무	3.9250	.70063		
여가활동	한다	4.0130	.58522	1.466	.144
	안한다	3.9007	.64426		
교육수준	무학	3.8794	.66493	1.221	.302
	초등 졸	4.0126	.60226		
	중졸	3.8125	.57096		
	고졸	4.0214	.63701		
	전문대졸	4.0865	.50100		
경제상태	매우 불만족	3.9246	.66771	4.390	.002**
	약간 불만족	3.7956	.59808		
	보통	3.9666	.60490		
	만족	4.3269	.46108		
	매우 만족	4.6250	.17678		
건강상태	매우 나쁘다	3.9171	.52247	.425	.654
	비교적 나쁘다	3.6925	.65220		
	보통이다	3.8943	.66911		
	비교적 좋다	4.0083	.56375		
	매우 좋다	0.0000	0.00000		
가구형태	노인단독	.60836	.06308	.382	.822
	부부동거	.64137	.07778		
	자녀동거	.59052	.06912		
	손자녀동거	.72689	.14255		
	기 타	.56688	.23143		
상담이용 횟수	1회	3.7969	.63242	2.911	.022*
	2-3회	3.8652	.60871		
	4-5회	3.9638	.58983		
	6-7회	3.7361	.54080		
	8회 이상	4.0801	.62618		
종 교	없음	3.9072	.61663	.998	.409

	기독교	3.9014	.59907		
	불교	4.0833	.68502		
	천주교	4.0764	.50755		
	기타	4.0714	.77007		
자녀접촉 빈도	1일 1회 정도	4.0181	.62656	1.285	.276
	1주 1회 정도	3.9397	.64262		
	1월 1회 정도	3.8211	.54958		
	1년 1-2회 정도	4.0766	.62306		
	연락하지 않음	3.8719	.65626		
자녀와의 관계	매우 나쁘다	3.9699	.67596	1.653	.161
	비교적 나쁘다	3.8532	.56820		
	보통이다	3.9744	.55404		
	비교적 좋다	3.8722	.63423		
	매우 좋다	4.2216	.79893		

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ ***: $p < 0.001$

2) 상담이용횟수

<표 4-27>는 상담이용횟수를 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 자녀접촉빈도, 종교, 상담이용횟수, 자녀관계의 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과이다. 분석결과, 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 여가활동과 가구형태, 종교 등에서 집단 간 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 여가활동은 $F값 -3.059$, $p값 0.002$, 가구형태는 $F값 3.143$, $p값 .015$, 종교는 $F값 3.348$, $p값 .011$, 자녀관계는 $F값 2.963$, $p값 .020$, 으로 나타나 집단 간 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 여가활동에서는 ‘하지 않은 경우’가, 가구형태에서는 부부만 동거하는 경우 보다는 ‘자녀와 동거하는 경우’ 등이, 종교에서는 ‘기독교’와 ‘기타 종교’ 등에서, 자녀관계에서는 ‘비교적 나쁘다’가 더 높게 나타났다.

<표 4-27> 상담이용횟수의 특성별 차이검증

구분		평균	표준편차	T(F)	P
성별	남	3.4638	1.49095	-.569	.570
	여	3.5829	1.50148		
연령	60-69세	3.1667	1.59894	2.462	.063
	70-79세	3.5194	1.47426		
	80-89세	3.8133	1.42082		
	90-99세	4.1000	1.44914		
결혼	유	3.5331	1.49998	-.639	.523
	무	3.7308	1.48479		
여가활동	한다	3.2393	1.50659	-3.059	.002**
	안한다	3.7947	1.44830		
교육수준	무학	3.5930	1.49806	.868	.484
	초등졸	3.5400	1.51371		
	중졸	3.3939	1.57994		
	고졸	3.8333	1.36277		
	전문대졸	3.0000	1.52753		
경제상태	매우 불만족	3.9048	1.41095	2.137	.077
	약간 불만족	3.3243	1.45346		
	보통	3.3960	1.54324		
	만족	3.9630	1.50592		
	매우 만족	3.3333	1.52753		
건강상태	매우 나쁘다	3.7419	1.56988	1.069	.372
	비교적 나쁘다	3.6822	1.45108		
	보통이다	3.3367	1.52602		
	비교적 좋다	3.5484	1.47961		
	매우 좋다	5.0000	.		
가구형태	노인 단독	3.6344	1.41256	3.143	.015*
	부부동거	3.0580	1.56133		
	자녀동거	3.8919	1.42932		
	손자녀동거	3.5000	1.60624		
	기타	4.0000	1.26491		
종교	없음	3.6016	1.49719	3.348	.011*
	기독교	3.8000	1.39979		
	불교	3.1778	1.57088		
	천주교	2.7778	1.47750		
	기타	4.5714	.78680		
자녀접촉빈도	1일 1회 정도	3.7262	1.48366	1.406	.232
	1주 1회 정도	3.6610	1.58234		
	1월 1회 정도	3.4314	1.47316		
	1년 1-2회 정도	3.0323	1.35361		
	연락하지 않음	3.4750	1.50192		
자녀와의관계	매우 나쁘다	3.7037	1.48743	2.963	.020*
	비교적 나쁘다	3.8413	1.33448		
	보통이다	3.6154	1.47032		
	비교적 좋다	3.0870	1.65766		
	매우 좋다	2.9091	1.44450		

*: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

제4절 연구모형의 검증

1. 변수 간 상관관계 분석

본 연구의 모형에 따른 주요 변수들인 학대피해경험, 정신건강, 대처행동(적극적 대처, 소극적 대처, 공격적 대처), 사회적지지(자연적 원조관계망, 전문적 원조관계망, 상호적 원조관계망), 여가활동, 종교활동, 상담만족수준, 상담이용횟수 등 12개 변수들 간의 상관관계 분석을 실시하였다. <표 4-28>에서 보는 바와 같이, 학대피해경험은 자연원조관계망지지(-.271**), 상호원조관계망지지(-.133**) 및 상담서비스만족(-.126**)과 유의미한 부(-)의 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 정신건강 문제정도($r=.224$)와는 유의미한 양(+)의 상관관계를 지니고 있는 것으로 나타났다. 따라서 학대피해경험은 사회적지지 중 자연원조관계망지지와 상호원조관계망지지와 부(-)의 관계가 있으며, 상담만족수준과는 정(+)의 관계가 있음을 알 수 있으며, 학대피해경험이 증가함에 따라 정신건강의 문제도 심해짐을 추론해 볼 수 있다.

그리고 적극적 대처는 소극적 대처($r=.129$), 공격적 대처($r=.148$)로 유의미한 상관관계를 지니고 있는 것으로 나타났으며, 자연적원조관계망지지(.166**), 여가활동($r=.256$)이나 종교활동($r=.260$)과도 유의미한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이것은 대체적으로 학대피해경험노인들이 적극적 대처를 하는 경우 한 가지 형태의 대처방식에만 의존하지 않고 다양한 대처행태를 하고 있으며, 자연적원조관계망지지와 관련이 있는 것을 의미하는 것으로 추론된다. 또 공격적 대처와 소극적 대처는 정신건강 문제와 유의미한 양(+)의 상관관계를 지니고 있는 것으로 나타나 대처방식 여하에 따라 정신건강의 문제가 달라짐을 시사해 준다.

자연적원조관계망지지는 상호원조관계망지지(.259**), 여가만족(.328**), 종교활동(.200**), 상담이용횟수(-.173**), 정신건강(-.256**)과 유의미한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이것은 자연적원조관계망지지가 높은 경우에는 상호원조관계망지지와 여가만족, 종교활동 등도 높음을 의미하며, 상담이용횟수와 정신건강문제는 적음을 의미하는 것이다. 전문적원조관계망지지는 상호원조관계망지지(.452**), 상

담만족수준(.243**), 상담이용횟수(.127*)로 나타나 노인보호전문기관의 이용정도가 높으면 상담만족수준 또한 높음을 의미하는 것으로 생각된다. 상호원조관계망지지는 여가만족(.452**), 종교활동(.385**) 등으로 나타나 여가활동이나 종교활동 등을 통한 지지가 높음을 알 수 있다. 여가만족은 종교활동($r=.395^{**}$), 상담만족수준($r=.150^{*}$) 등과 유의미한 상관관계를 지니고 있는 것으로 나타났으며, 상담이용횟수($r=-.139^{*}$), 정신건강 ($r=-.172^{**}$)과 유의미한 부(-)의 상관관계가 있는 것으로 나타나 정신건강 문제의 보호요인이 될 수 있음을 시사해 준다. 상담만족수준은 상담이용횟수(.157*)와 유의미한 양(+)의 상관관계를 보임으로써 상담만족수준과 상담이용횟수는 밀접한 관련이 있음을 알 수 있다.

<표 4-28> 상관관계 분석결과

	학대 경험	적극 대처	공격 대처	소극 대처	자연원 조관계 지지	전문원 조관계 지지	상호원 조관계 지지	여가 만족	종교 활동	상담 만족	상담이 용횟수	정신 건강
학대 피해 경험	1											
적극 대처	.015	1										
공격 대처	.099	.148*	1									
소극 대처	.020	.129*	-.118	1								
자연 원조 관계 지지	-.271**	.166**	-.075	-.067	1							
전문 원조 관계 지지	-.078	-.066	.004	.126*	.094	1						
상호 원조 관계 지지	-.133*	.067	-.026	-.026	.259**	.297**	1					
여가 활동	-.091	.256**	-.055	-.041	.328**	.092	.452**	1				
종교 활동	-.093	.260**	-.053	.008	.200**	.088	.385**	.395**	1			
상담 만족	-.126*	.038	-.070	.063	.116	.243**	-.004	.150*	.121	1		

수준												
상담 이용 횟수	-.028	-.065	-.014	-.084	-.173**	.127*	-.115	-.139*	.029	.157*	1	
정신 건강	.224**	-.063	.309**	.194**	-.256**	-.053	-.087	-.172**	-.060	-.066	-.104	1

* : $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

2. 연구모형 검증

본 연구는 연구모형에 대한 주요 변수들에 대한 관계성 및 영향을 분석하기 위하여 연구모형과 가설검증을 실시하였다. 가설검증에 앞서 제 변수 간의 관계 정도를 알아보기 위하여 먼저 Pearson상관관계분석을 실시하여 검토하였고, 연구모형 검증과 가설에 대한 구성 개념 간의 인과관계를 AMOS 19.0을 통해 검증하였다. 또한, 모형의 전반적인 적합도를 알아보기 위해 카이제곱값(χ^2)을 비롯하여 기초적합지수(GFI), 원소간 평균차이(RMR) 등과 같은 절대적합지수와 표준적합지수(NFI), 증대적합지수(IFI), 비교적합지수(CFI) 등의 증대적합지수, 그리고 조정적합지수(AGFI)의 간명적합지수를 가지고 연구모형의 적합성을 판단하고 고정지수를 가지고 가설의 적합성 여부를 검증하였다. 연구모형에 따른 연구가설을 검증하여 정책적·이론적 측면에서 함의를 제시하기 위한 연구모형의 검증결과로 도출된 전반적인 부합도(overall model fit) 지수를 <표 4-29>과 같이 제시하였다.

<표 4-29> 연구모형 적합도 지수

비 교 기 준		권 장 수 준	적 합 지 수
절대적합지수	· χ^2/df , p값	p > 0.05	2014.327/722, 0.000
	· GFI	0.90이상	0.985
	· RMR	0.05이하	0.045
증대적합지수	· RMSEA	0.08이하	0.071
	· NFI	0.90이상	0.957
	· IFI	0.90이상	0.968
간명적합지수	· CFI	0.90이상	0.967
	· AGFI	0.90이상	0.927
	· CMIN/DF	2이하	2.780

제5절 가설검증 및 조절효과분석

1. 가설검증 결과

노인의 학대피해경험이 많을수록 노인의 정신건강 문제는 증가할 것이라는 <가설 1>을 검증하기 위해 인과모형분석을 실시하였다. 분석결과 <표 4-30>에서 보는 바와 같이 경로계수가 0.076, C.R. 3.263, 유의확률 0.001로 매우 유의미하게 나타나, ‘노인학대피해경험이 많을수록 노인의 정신건강 문제는 증가할 것이다’라는 가설은 채택되었다. 여기서 노인 학대피해경험의 측정모형을 분석한 결과에서는 정서학대가 가장 많은 비중을 차지하고 있고 다음으로 신체학대, 경제학대, 방임순으로 나타났다. 그리고 정신건강의 측정모형에서는 우울증, 신체화, 불안, 정신증, 적대감, 강박증, 공포불안, 대인예민성, 편집증 등 모든 항목들이 정신건강문제를 구성하는 유의미한 항목들로 나타났다. 따라서 노인들에게 ‘고함을 지르거나 욕

을 한다, 모욕적인 말 등으로 수치심을 느끼게 한다’, ‘대화를 하지 않고 무시당하는’ 정서적 학대나 ‘물건을 던지거나 칼등의 흉기로 위협한다’, ‘꼬집고 때리거나 이리저리 끌고 다니고 밀어서 넘어뜨린다’ 등의 신체적 학대, ‘노인의 허락 없이 임금, 연금, 재산, 주식 등을 가로채거나 임의로 사용한다’, ‘자신의 돈을 마음대로 사용하지 못하게 한다’ 등의 경제적 학대를 당하거나, ‘경제적 능력이 없는 노인에게 경제적 지원을 하지 않는다’거나, ‘의료적 처치가 필요한 노인에게 의료적 처치를 하지 않는다’ 등의 방임을 당하면 우울증, 신체화, 불안, 정신증, 적대감, 강박증, 공포불안, 대인예민증, 편집증 등의 정신건강 문제가 심해짐을 알 수 있다.

<표 4-30> 가설검증 결과

	경로계수		S.E.	C.R.	P	채택여부
	비표준화	표준화				
정신건강문제<---학대피해경험	.076	.293	.023	3.263	.001	채택
방 입 <--- 학대피해경험	1.000	.449			**	
경제학대 <--- 학대피해경험	1.704	.650	.301	5.663	***	
정서학대 <--- 학대피해경험	2.295	.711	.400	5.740	***	
신체학대 <--- 학대피해경험	1.043	.574	.192	5.423	***	
정신1 <--- 정신건강문제	1.000	.467				
정신3 <--- 정신건강문제	1.130	.539	.173	6.548	***	
정신4 <--- 정신건강문제	1.297	.603	.186	6.962	***	
정신5 <--- 정신건강문제	1.369	.649	.190	7.220	***	
정신6 <--- 정신건강문제	.965	.457	.163	5.923	***	
정신7 <--- 정신건강문제	.855	.467	.142	6.012	***	
정신8 <--- 정신건강문제	1.255	.653	.173	7.244	***	
정신9 <--- 정신건강문제	1.365	.624	.193	7.083	***	
정신10 <--- 정신건강문제	1.534	.761	.198	7.741	***	
정신11 <--- 정신건강문제	1.340	.626	.189	7.095	***	
정신12 <--- 정신건강문제	1.354	.637	.189	7.157	***	
정신13 <--- 정신건강문제	1.169	.570	.173	6.762	***	
정신14 <--- 정신건강문제	1.061	.593	.154	6.893	***	
정신15 <--- 정신건강문제	1.302	.607	.186	6.985	***	
정신16 <--- 정신건강문제	1.606	.672	.219	7.341	***	
정신17 <--- 정신건강문제	1.307	.347	.268	4.881	***	
정신18 <--- 정신건강문제	1.162	.595	.168	6.914	***	
정신19 <--- 정신건강문제	1.197	.615	.170	7.033	***	
정신20 <--- 정신건강문제	1.476	.718	.195	7.559	***	
정신21 <--- 정신건강문제	1.474	.724	.194	7.587	***	
정신22 <--- 정신건강문제	1.079	.579	.158	6.815	***	
정신23 <--- 정신건강문제	1.483	.727	.195	7.600	***	
정신24 <--- 정신건강문제	1.299	.604	.186	6.972	***	
정신25 <--- 정신건강문제	1.297	.591	.188	6.893	***	
정신26 <--- 정신건강문제	1.325	.581	.194	6.831	***	

정신27 <--- 정신건강문제	1.334	.693	.179	7.445	***
정신28 <--- 정신건강문제	1.193	.593	.173	6.901	***
정신29 <--- 정신건강문제	.968	.557	.145	6.675	***
정신30 <--- 정신건강문제	1.414	.649	.196	7.220	***
정신31 <--- 정신건강문제	1.074	.515	.168	6.380	***
정신32 <--- 정신건강문제	1.321	.662	.181	7.289	***
정신33 <--- 정신건강문제	1.365	.704	.182	7.496	***
정신34 <--- 정신건강문제	1.167	.592	.169	6.899	***
정신35 <--- 정신건강문제	.955	.574	.141	6.785	***
정신36 <--- 정신건강문제	1.119	.645	.155	7.202	***
정신37 <--- 정신건강문제	1.278	.562	.191	6.707	***
정신38 <--- 정신건강문제	1.267	.666	.173	7.312	***
정신39 <--- 정신건강문제	1.246	.634	.175	7.138	***
정신40 <--- 정신건강문제	1.361	.691	.183	7.432	***
정신41 <--- 정신건강문제	1.214	.607	.174	6.988	***
정신42 <--- 정신건강문제	1.391	.651	.192	7.234	***
정신43 <--- 정신건강문제	1.578	.709	.210	7.518	***
정신44 <--- 정신건강문제	1.284	.667	.175	7.318	***
정신45 <--- 정신건강문제	1.261	.634	.177	7.139	***
정신46 <--- 정신건강문제	1.226	.623	.173	7.078	***
정신47 <--- 정신건강문제	.776	.497	.124	6.250	***

* : $p \leq 0.05$, ** : $p \leq 0.01$, *** : $p \leq 0.001$

2. 조절효과분석

1) 조절효과의 분석방법

이 연구에서는 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향에서 조절효과를 지닐 것으로 추론되는 변수로 본인행동특성과 지역자원이용을 선정하였으며 본인행동특성은 학대대처행동과 사회활동을, 지역자원이용과 관련된 변수로는 사회적 지지와 상담서비스를 선정하였다. 즉, 학대피해경험과 정신건강 간의 인과관계에서 이들 조절변수들이 작용하면 인과관계가 조절되는지의 여부를 검증하였다. 조절효과의 분석방법으로는 AMOS 19.0 프로그램에 의한 다중집단분석을 실시하였다.

조절효과 분석을 위해 각 조절변수별로 중앙값을 기준으로 조절변수의 값이 높은 집단과 낮은 집단으로 나누었다. 따라서 조절변수인 대처행동(적극적 대처, 공격적 대처, 소극적 대처), 종교활동, 여가활동, 사회적 지지(자연원조관계망지지, 전

문적원조관계망지지, 상호원조관계망지지), 상담만족수준과 상담이용횟수 등 총 10쌍의 상·하 집단을 구성하였다. 다음으로 조절효과를 보고자 하는 경로를 차례로 선택하여 비교하고자 하는 상·하 집단의 파일을 차례로 불러와 상·하 양 집단의 경로계수가 동일한 것으로 가정하는 등가제약을 가하면서 각 경로에 대한 조절효과를 분석하였다. 등가제약은 $a_1=b_1$ 과 같은 방법으로 제약을 가하였다. 조절변수별로 조절효과를 분석하였으며 결과적으로 총 10개가 분석되었다.

2) 대처행동에 따른 조절효과

이 연구에서는 노인의 학대피해경험에서 대처행동인 적극적 대처, 소극적 대처, 공격적 대처에 따라 노인 정신건강에 미치는 영향은 차이가 있을 것이라고 가정하였다. 이러한 연구가설을 검증하기 위해 대처행동의 하위변수에 따른 조절효과 분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

첫째, ‘학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 적극적 대처에 따라 차이가 있을 것이다’ 라는 가설<2-1>을 검증하기 위해 적극적대처의 수준이 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 조절효과분석을 실시하였다. 분석결과 <표 4-31>에서 보는 바와 같이, 적극적대처의 수준이 낮은 경우에는 경로계수가 .296, C.R 값이 2.281, 유의확률이 $p=.023$ 으로 나타나, 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 유의미한 것으로 나타났다. 그리고 적극적대처의 수준이 높은 경우에도 경로계수가 .284, C.R.값이 2.288, 유의확률이 $p=.022$ 로 나타나 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 유의미한 것으로 나타났다. 조절효과 분석을 위해 적극적대처수준이 낮은 경우와 높은 경우의 두 집단 간 차이 여부를 검증한 결과에서는 $\Delta f^2/df = 0.010$, 조절효과 p 값이 .918로 나타나 두 집단 간의 차이는 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 따라서 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 적극적 대처에 따라 차이가 있을 것이라는 본 연구의 <가설 2-1>은 기각되었다.

둘째, ‘학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 소극적 대처에 따라 차

이가 있을 것이다’ 라는 가설<2-2>를 검증하기 위해 소극적대처의 수준이 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 조절효과분석을 실시하였다. <표 4-31>에서 보는 바와 같이, 소극적대처의 수준이 낮은 경우에는 경로계수가 .271, C.R 값이 2.176, 유의확률이 $p=.271$ 로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 소극적대처의 수준이 높은 경우에는 경로계수가 .301, C.R.값이 2.431, 유의확률이 $p=.015$ 로 나타나 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 조절효과 분석을 위해 소극적대처가 낮은 집단과 높은 집단 간 차이여부를 검증한 결과에서는 $\Delta R^2/df = 2.540$, 조절효과 p 값이 .041로 나타나 두 집단 간의 차이는 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 소극적 대처에 따라 차이가 있을 것이라는 본 연구의 <가설 2-2>는 채택되었다.

셋째, ‘학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 공격적 대처에 따라 차이가 있을 것이다’ 라는 가설<2-3>을 검증하기 위해 공격적대처의 수준이 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 조절효과분석을 실시하였다. <표 4-31>에서 보는 바와 같이, 공격적대처의 수준이 낮은 경우에는 경로계수가 .328, C.R 값이 2.630, 유의확률이 $p=.009$ 로 나타나, 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 유의미한 것으로 나타났고, 공격적대처의 수준이 높은 경우에도 경로계수가 .242, C.R.값이 1.948, 유의확률이 $p=.051$ 로 나타나 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향이 유의미한 것으로 나타났다. 조절효과 분석을 위해 공격적대처수준이 낮은 집단과 높은 집단의 두 집단 간 차이여부를 검증한 결과에서는 $\Delta R^2/df = 0.409$, 조절효과 p 값이 .522로 나타나 두 집단 간의 차이는 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 따라서 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 공격적 대처에 따라 차이가 있을 것이라는 본 연구의 <가설 2-3>은 기각되었다.

<표 4-31> 대처행동의 조절효과 분석결과

인과관계	조절변수	집단	경로계수	C.R.	p	채택 여부	제약모형; 비제약모형 (χ^2/df)	$\Delta\chi^2/df$	조절효과 p값	가설검증
피해경험 → 정신건강	적극적대처	저	.296	2.281	.023	채택	5647.812/2349 ;	.010	.918	기각
		고	.284	2.288	.022	채택	5647.802/2348			
	소극적대처	저	.271	2.176	.271	기각	5808.750/2349 ;	2.540	.041	채택
		고	.301	2.431	.015	채택	5806.210/2348			
	공격적대처	저	.328	2.630	.009	채택	5690.883/2348 ;	.409	.522	기각
		고	.242	1.948	.051	채택	5691.292/2349			

3) 사회활동에 따른 조절효과

이 연구에서는 노인의 학대피해경험이 사회활동인 종교활동과 여가활동에 따라 노인 정신건강에 미치는 영향은 차이가 있을 것이라고 가정하였다. 이러한 연구가설을 검증하기 위해 종교활동과 여가활동에 따른 조절효과 분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

첫째, ‘노인의 학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 종교활동 정도에 따라 차이가 있을 것이다’ 라는 가설<3-1>를 검증하기 위해 종교활동 정도가 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 조절효과분석을 실시하였다. <표 4-32>에서 보는 바와 같이, 종교활동 정도가 낮은 경우에는 경로계수가 .366, C.R값이 2.651, 유의확률이 $p=.008$ 로 유의미하게 나타났으며, 종교활동 만족도가 높은 경우에는 경로계수가 .151, C.R값이 1.289, 유의확률이 $p=.197$ 로 나타나 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 조절효과 분석을 위해 종교활동 정도가 낮은 경우와 높은 경우 두 집단 간 차이여부를 검증한 결과에서는 $\Delta\chi^2/df = 2.575$, 조절효과 p값이 .044로 나타나 두 집단 간의 차이는 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치

는 영향은 종교활동에 따라 차이가 있을 것이라는 본 연구의 <가설 3-1>는 채택되었다.

둘째, ‘노인의 학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 여가활동에 따라 차이가 있을 것이다’ 라는 가설<3-2>을 검증하기 위해 여가활동에 의한 지지가 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 조절효과분석을 실시하였다. 분석결과 <표 4-32>에서 보는 바와 같이, 여가활동 만족이 낮은 경우에는 경로계수가 .371 C.R 값이 2.178, 유의확률이 p=.029로 나타나, 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 유의미한 것으로 나타났다. 반면에 여가활동 만족이 높은 경우에는 경로계수가 .137, C.R.값이 1.183, 유의확률이 p=.198로 나타나 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향이 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 조절효과 분석을 위해 여가활동 만족이 높은 경우와 낮은 경우의 두 집단 간 차이 여부를 검증한 결과에서는 $\Delta f^2/df = 2.142$, 조절효과 p값이 .047로 나타나 두 집단 간에는 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 따라서 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 여가활동에 따라 차이가 있을 것이라는 본 연구의 <가설 3-2>는 채택되었다.

<표 4-32> 사회활동의 조절효과 분석결과

인과관계	조절변수	집단	경로계수	C.R.	p	채택여부	제약모형; 비제약모형 (f^2/df)	$\Delta f^2/df$	조절효과 p값	가설검증
피해경험 → 정신건강	종교활동	저	.366	2.651	.008	채택	5665.366/2349	2.575	.044	채택
		고	.151	1.289	.197	기각	5662.791/2348			
	여가활동	저	.371	2.178	.029	채택	5744.337/2349	2.142	.047	채택
		고	.137	1.183	.198	기각	5742.195/2348			

4) 사회적 지지에 따른 조절효과

이 연구에서는 노인의 학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 사회적 지지의 세부유형인 가족, 친척, 이웃 등 자연적 원조관계망에 의한 지지, 사회복지 시설관계자, 공무원, 의사, 간호사 등의 전문적 원조관계망에 의한 지지, 경로당, 친목모임, 사회단체, 교회 등의 상호원조관계망에 의한 지지에 따라 노인 차이가 있을 것이라고 가정하였다. 이러한 연구가설을 검증하기 위해 사회적 지지의 하위 변수에 따른 조절효과 분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

첫째, ‘노인의 학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 자연적 원조관계망에 의한 지지에 따라 차이가 있을 것이다’ 라는 가설<4-1>을 검증하기 위해 자연적원조관계망에 의한 지지의 조절효과분석을 실시하였다. 조절효과의 분석은 자연적원조관계망 지지가 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 다중집단 비교분석을 통하여 실시하였다. 분석결과 <표 4-33>에서 보는 바와 같이, 자연적 원조관계망이 낮은 경우에는 경로계수가 .321, C.R 값이 2.440, 유의확률이 $p=.025$ 로 나타났다. 따라서 자연적원조관계망이 낮은 경우에는 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 유의미한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 반면에 자연적 원조관계망에 의한 지지가 높은 경우에는 경로계수가 .138, C.R 값이 .080, 유의확률이 $p=.936$ 로 나타났다. 따라서 자연적 원조관계망에 의한 지지가 높은 경우에는 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 유의미한 영향을 미치지 않음을 알 수 있다. 조절효과 분석을 위해 자연적 원조관계망에 의한 지지가 낮은 집단과 높은 집단의 두 집단 간 차이여부를 검증한 결과에서는 $\Delta F^2/df = 2.439$, 조절효과 p 값이 .048로 나타나 두 집단 간의 차이는 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 자연적 원조관계망에 의한 지지에 따라 차이가 있을 것이라는 이 연구의 <가설 4-1>은 채택되었다.

둘째, ‘노인의 학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 전문적 원조관계망에 의한 지지에 따라 차이가 있을 것이다’ 라는 가설<4-2>를 검증하기 위해 전문적 원조관계망에 의한 지지의 조절효과 분석을 실시하였다. 조절효과 분석은 전문원조관계망에 의한 지지가 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 다중집단 비교분석을 통하여 실시하였다. <표 4-33>에서 보는 바와 같이, 전문적 원조관계망에 의

한 지지가 낮은 경우에는 경로계수가 .337, C.R.값이 2.457, 유의확률이 $p=.014$ 로 나타나 유의미한 영향을 미친 것으로 나타났다. 그리고 전문적 원조관계망 지지가 높은 경우에도 경로계수가 .250, C.R 값이 2.133, 유의확률이 $p=.033$ 으로 나타나 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 조절효과 분석을 위해 전문적 원조관계망에 의한 지지가 높은 집단과 낮은 집단 간 차이여부를 검증한 결과에서는 $\Delta r^2/df = .432$, 조절효과 p 값이 .511으로 나타나 두 집단 간의 차이는 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 따라서 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 전문적 원조관계망에 의한 지지에 따라 차이가 있을 것이라는 본 연구의 <가설 4-2>는 기각되었다.

셋째, ‘노인의 학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 상호원조관계망에 의한 지지에 따라 차이가 있을 것이다’ 라는 가설<4-3>을 검증하기 위해 상호원조관계망에 의한 지지의 조절효과 분석을 실시하였다. 조절효과 분석은 상호원조관계망에 의한 지지가 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 다중집단 비교분석을 통하여 실시하였다. 분석결과 <표 4-33>에서 보는 바와 같이 상호원조관계망이 낮은 경우에는 경로계수가 .339, C.R.값이 2.717, 유의확률이 $p=.007$ 로 나타나 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향이 유의미한 것으로 나타났다. 반면에 상호원조관계망에 의한 지지가 높은 경우에는 경로계수가 .203, C.R 값이 1.627, 유의확률이 $p=.104$ 로 나타나, 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 조절효과 분석을 위해 상호원조관계망에 의한 지지가 높은 집단과 낮은 집단 간 차이여부를 검증한 결과에서는 $\Delta r^2/df = 2.589$,조절효과 p 값이 .043으로 나타나 두 집단 간의 차이는 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 상호원조관계망에 의한 지지에 따라 차이가 있을 것이라는 본 연구의 <가설 4-3>은 채택되었다.

<표 4-33> 사회적 지지의 조절효과 분석결과

인과관계	조절변수	집단	경로계수	C.R.	p	채택여부	제약모형: 비제약모형 (χ^2/df)	$\Delta\chi^2/df$	조절효과 p값	가설검증
피해경험	자연적 원조관계망	저	.321	2.240	.025	채택	5638.792/2349	2.439	.048	채택
		고	.138	.080	.936	기각	5636.354/2348			
→	전문적 원조관계망	저	.337	2.457	.014	채택	5762.145/2349	.432	.511	기각
		고	.250	2.133	.033	채택	5761.713/2348			
정신건강	상호 원조관계망	저	.339	2.717	.007	채택	5609.702/2349	2.589	.043	채택
		고	.203	1.627	.104	기각	5607.114/2348			

5) 상담만족수준에 따른 조절효과

이 연구에서는 노인의 학대피해경험이 상담만족수준과 상담이용횟수에 따라 노인 정신건강에 미치는 영향은 차이가 있을 것이라고 가정하였다. 이러한 연구가설을 검증하기 위해 상담만족수준과 이용횟수에 따른 조절효과 분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

첫째, ‘노인의 학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 상담만족수준에 따라 차이가 있을 것이다’ 라는 <가설 5-1>를 검증하기 위해 상담만족수준의 조절효과 분석을 실시하였다. 조절효과 분석은 상담만족수준이 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 다중집단 비교분석을 통하여 실시하였다. 분석결과, <표 4-34>에서 보는 바와 같이 상담만족수준이 낮은 경우에는 경로계수가 .351, C.R.값이 2.415, 유의확률이 $p=.016$ 으로 나타났다. 따라서 상담만족수준이 낮은 경우에는 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 유의미한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 반면에 상담만족수준이 높은 경우에는 경로계수가 .227, C.R 값이 1.946, 유의확률이 $p=.056$ 로 나타났다. 이것은 노인의 상담만족수준이 높은 경우에는 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 유의미하지 않음을 의미한다. 조절효과 분석을 위해 상담만족수준이 높은 경우와 낮은 경우의 두 집단 간 차이여부를 검

증한 결과에서는 $\Delta\chi^2/df = 3.542$, 조절효과 p값이 .049로 나타나 두 집단 간의 차이는 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 상담만족수준에 따라 차이가 있을 것이라는 본 연구의 <가설 5-1>는 채택되었다.

둘째, ‘노인의 학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 상담이용횟수에 따라 차이가 있을 것이다’ 라는 <가설 5>를 검증하기 위해 상담이용횟수에 의한 지지의 조절효과 분석을 실시하였다. 조절효과 분석은 상담이용횟수가 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 다중집단 비교분석을 통하여 실시하였다. 분석결과 <표 4-35>에서 보는 바와 같이 상담이용횟수가 낮은 경우에는 경로계수가 .383, C.R 값이 2.803, 유의확률이 $p=.005$ 으로 나타났다. 따라서 상담이용횟수가 낮은 경우에는 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 유의미한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 반면에 상담이용횟수가 많은 경우에는 경로계수가 .154, C.R.값이 1.367, 유의확률이 $p=.172$ 로 나타났다. 따라서 상담이용횟수가 많은 경우에는 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 유의미한 영향을 미치지 못함을 알 수 있다. 조절효과 분석을 위해 상담이용횟수가 적은 경우와 많은 경우의 집단 간 차이를 검증한 결과에서는 $\Delta\chi^2/df = 2.354$, 조절효과 p값이 .046으로 나타나 두 집단 간의 차이는 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 상담이용횟수에 따라 차이가 있을 것이라는 본 연구의 <가설 5-2>는 채택되었다.

<표 4-34> 상담서비스의 조절효과 분석결과

인과관계	조절변수	집단	경로계수	C.R.	p	채택 여부	제약모델: 비제약모형 (χ^2/df)	$\Delta\chi^2/df$	조절효과 p값	가설검증
피해경험 → 정신건강	상담만족 수준	저	.351	2.415	.016	채택	5682.653/2349	3.242	.049	채택
		고	.227	1.946	.056	기각	5679.411/2348			
	상담이용 횟수	저	.383	2.803	.005	채택	5843.380/2349	2.354	.046	채택
		고	.154	1.367	.172	기각	5841.026/2348			

제 5 장 결론

제1절 분석결과의 논의

1. 기술적 통계 분석결과

1) 학대피해 유형별 빈도분석결과

본 연구의 대상은 전국의 시·도에 소재하고 있는 24개 노인보호전문기관에서 상담을 받은 60세 이상의 학대피해경험노인들이다. 이들 노인들을 대상으로 학대피해 유형별 빈도분석을 실시한 결과는 아래와 같다.

첫째, 본 연구결과 정서학대가 241건(89.3%)로 가장 높게 나타났으며, 그 다음은 신체적 학대 156건(57.8%), 경제적 학대 111건(41.1%), 방임 107건(39.6%) 순으로 나타났다. 이러한 분석결과는 보건복지부에서 발표한 학대 발생유형별 순위(보건복지부, 노인학대현황보고서, 2012)와 비교해 볼 때 부분적으로 일치하게 나타났다. 보건복지부의 보고서에 따르면 정서학대 39.1%, 신체학대 24.7%, 방임 18.1%, 경제학대 10.5%로 나타났는데, 본 연구의 분석결과에서는 정서적 학대와 신체적 학대는 일치하게 나타났으나 방임과 경제적 학대의 순서는 바뀌어 나타났다. 이러한 분석결과는 노인보호전문기관에서 상담을 받은 후 설문에 참여한 노인들의 인구통계학적 조사에서 경제적 상황이 좋게 나타난 것과 연관이 있는 것으로 보인다.

둘째, 문항별 빈도분석결과 신체적 학대에서는 ‘물건을 던지거나 칼등의 흉기로 위협 한다’(38.1%)가 가장 높은 수치를 나타내었으며, ‘꼬집고 때리거나 이리저리 끌고 다니고 밀어서 넘어뜨린다.’(33.0 %), ‘제한된 공간에 감금하거나 거주지출입을 통제한다.’(13.3%) 등의 순으로 나타난 반면에, 가장 낮은 수치를 나타낸 문항은 ‘침대 등에 묶거나 신체를 구속하여 움직이지 못하게 한다.’(4.1%)로 나타났다. 침

대에 묶거나 신체를 구속하는 것은 병원이나 시설에서 보다 발생되기 쉬우며 결박과 관련한 부분으로 가끔 사회적 이슈가 되는 부분이기도 하다.

분석결과 신체적 학대는 심각하게 나타나고 있음을 의미하고, 주로 배우자 또는 자녀인 행위자가 알콜중독, 성격장애, 정신문제가 있거나 폭력성향이 있을 경우에 발생 확률이 높다. 특히 정신건강증진법이 강화되어 최초심사주기가 6개월에서 3개월로 단축되면서 병원에 입원시켰던 학대행위자들이 퇴원을 요구하게 되고 입·퇴원을 반복하면서 학대가 재 발생될 수 있음과 관련이 있을 것으로 보인다.

셋째, 정서적 학대유형 중 가장 응답비율이 높았던 문항은 ‘고함을 지르거나 욕을 한다, 모욕적인 말 등으로 수치심을 느끼게 한다.’(67.0%), 그 다음은 ‘쳐다보지 않고 무시한다.’(51.1%), ‘말을 걸지 않고 대화를 하지 않는다.’(50.4%)의 순으로 나타났다는데, 이는 행위자와 관계적 상황이 아주 좋지 않거나, 서로 외면을 하고 사는 감정적 단절을 경험하고 있는 것으로 볼 수 있다.

넷째, 경제적 학대유형 중 응답비율이 가장 높은 문항은 ‘노인의 허락 없이 임금, 연금, 재산, 주식 등을 가로채거나 임의로 사용한다.’(19.6%)로 나타났으며, ‘자신의 돈을 마음대로 사용하지 못하게 한다.’(18.1%), ‘벌린 돈을 갚지 않거나 귀중한 물건을 돌려주지 않는다.’(13.3%) 등의 순으로 나타났다. 이러한 분석결과는 노인들에게 의존적인 자녀들은 지속적으로 돈을 요구하면서 폭행을 일삼는 경우가 많으며, 국민기초생활보장수급자인 고령 또는 건강이 좋지 않은 노부모를 방치해 놓고, 그 수급금을 학대행위자가 챙겨서 쓰는 경우와 관련이 있을 것으로 보인다. 이러한 경제적 학대는 노인학대 발생기저에 많은 부분 깔려있으면서 다른 유형의 학대를 유발하는 원인제공을 하고 있으며, 노부모에게 금전적인 부분을 요구하면서 폭력을 행사하는 경우가 많이 나타나고 있다.

다섯째, 방임 유형 중 응답비율이 가장 높은 문항은 ‘경제적 능력이 없는 노인에게 경제적 지원을 하지 않는다.’(28.5%)로 나타났으며, ‘의료적 처치가 필요한 노인에게 의료적 처치를 하지 않는다.’(19.3%), ‘노인의 간병을 소홀히 한다(악취, 욕창, 염증 등 발생)’(10.7%) 등의 순으로 나타난 반면에, 가장 낮은 수치를 나타낸 문항은 ‘심각한 질환(치매 등)이 있는 노인을 홀로 거주하게 한다.’(6.3%)로 나타났다. 방임의 대표적 행위로는 경제적 방임과 의료적 방임이 있는데, 이러한 분석결과

노후를 준비하지 못하여 경제력이 없는 부모에게 부양의무자인 자녀들이 기본생계 비 지원을 외면하는 경우와, 의료적 처치가 필요함에도 해드리지 않는 의료적 방임을 의미한다. 이 경우 인간은 최소의 비용으로 최대의 보상을 원하고, 항상 불이익이 적은 행동을 선택하기 때문에 부양자는 자신이 부당하게 행동해도 노인과의 관계에서 잃을 것이 없다고 판단될 때 노인학대가 발생될 수 있다고 보는 교환이론의 관점에서 설명될 수 있을 것으로 보인다.

2) 학대피해의 특성별 차이분석 결과

첫째, 학대피해 전체의 특성별 차이 분석결과, 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 연령은 90-99세가, 경제상태는 ‘매우 만족한다’가, 자녀관계에서는 ‘매우 나쁘다’의 평균값이 높게 나타나 ‘연령이 높을수록’, ‘자녀관계가 나쁠수록’ 학대가 많이 발생되고 있으며, ‘경제 상태에 만족 한다’의 경우는 경제적 학대로서 ‘입금, 연금 등을 가로채거나 임의로 사용하고, 빌린 돈을 갚지 않는’ 등의 경제적 학대피해가 많은 것으로 해석된다.

둘째, 신체적 학대피해의 특성별 차이 분석결과, 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 가구형태에서는 ‘자녀동거’, 자녀관계에서 ‘매우 나쁘다’의 평균값이 높게 나타나 자녀동거의 경우와 자녀관계가 매우 나쁠 때 신체적 학대 발생가능성이 높음을 알 수 있다. 이러한 분석결과는 동거하는 자녀 중 이혼이나 실직 등으로 혼자서 생활이 어려운 자녀들이 노부모가 사는 집으로 들어와 살면서 의존하는 경우에 많이 발생되고 있음을 의미한다고 본다. 학대 행위자는 요구하는 조건이 관철되지 않으면 술을 마시고, 폭행을 하거나 기물을 던지거나, 파손하고, 칼로 위협하는 등 신체적 학대를 하게 되는 경우가 많은 사실과 관련이 있을 것으로 보인다.

셋째, 정서적 학대피해의 특성별 차이 분석결과, 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 상담이용횟수에서는 4-5회의 평균값이 상대적으로 높게 나타났다. 이것은 상담서비스 이용을 4-5회 받은 노인들의 경우에 정

서적 학대피해경험이 가장 많음을 의미하는 것이다. 그러나 노인학대 사례 1건에 대해 평균상담횟수는 19회(보건복지부, 2012)정도가 되기 때문에 4~5회는 크게 의미부여를 할 수 없는 부분이며, 설문 대상자중 노인보호전문기관에서 상담이 진행 중인 노인이 많았던 것으로 해석된다.

넷째, 경제적 학대피해 분석결과, 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 연령에서는 '80-89세'가, 경제 상태에서는 '매우만족 한다'의 평균값이 상대적으로 높게 나타났다. 이것은 경제적 학대피해의 경우 고령에 속하는 '80대'의 경우, 그리고 경제상태 별로는 '만족하는 경우'에 상대적으로 많이 이루어지고 있음을 의미한다. 이러한 분석결과는 80대의 경우 인지능력이 있지만 나이가 많아 경제적인 문제에 있어서 소외되는 등의 학대피해가 발생하고 있는 데서 비롯되는 것으로 보인다. 또한 경제적 학대는 경제력을 가지고 있다는 것을 전제로 한다고 볼 수 있고, 노부모가 고령이 되어 관리가 미흡하거나, 부모 생전에 재산을 많이 차지하고자 하는 자녀가 있을 때 발생가능성이 높다고 해석할 수 있으며, 자녀 간의 재산다툼에 노부모가 희생되는 경우도 간과 할 수 없는 부분이다.

다섯째, 방임피해의 특성별 차이 분석결과, 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 성별에서는 '남자'가, 경제 상태에서는 '전혀 만족스럽지 못하다'가, 건강상태에서는 '매우 나쁘다'가, 자녀관계에서는 '매우 나쁘다'의 평균값이 높게 나타났다. 즉 방임은 남자 노인이 더 많이 받고 있으며, 자녀관계나 건강상태, 경제상황이 나쁜 경우 방임에 영향을 미친다고 볼 수 있다. 이는 의식주 등의 문제를 해결하지 않는 경우의 기본적 방임과 필요한 치료를 해드리지 않는 의료적 방임 등이 이에 해당되는 경우이다. 건강하고 경제력이 있으면 스스로 헤쳐 나갈 수 있기 때문에 방임은 발생되지 않는다는 것과 맥을 같이 하는 부분이다.

3) 정신건강 하위차원별 기술적 통계분석

학대피해노인의 정신건강에 대한 기술적 통계 분석결과, '우울증(3.0493)'이 가장

높은 평균값을 나타내었으며 이어 ‘신체화(2.7249)’, ‘불안(2.5011)’, ‘정신증(2.4672)’ 순으로 나타났다. 반면 ‘편집증’은 1.9489로 가장 낮게 나타났다. 이러한 분석결과는 학대피해경험노인이 대부분 우울하며 신체화 증상으로 이어지기도 하고, 불안하며, 정신증까지 나타날 확률이 높음을 의미하는 것이다. 또한 이러한 분석결과에 대해서는 여러 가지 측면에서 해석해 볼 수 있을 것인데, 먼저 치매진단이 나오지 않는 상황에서 여러 망상증세(의심망상, 부정망상, 피해망상)를 보이는 노인이 늘어나고 있는데 이는 인생을 살면서 겪게 된 위기상황에서 해결되지 못한 감정적 과제가 남아있을 때 정신적으로 취약한 상황이 되면 망상으로 나타나는 것이 아닌가 하는 추정을 해 볼 수 있는 부분이다. 우리나라 노인들은 학대상황에서도 소극적 대처를 가장 많이 하듯이 의사소통방법에서도 익숙하지 않아 그때그때의 감정을 해결해가는 상황을 만들기 어렵고, 또 상담으로 문제해결을 할려는 인식이나 시스템이 부족하다는 사실과 관련이 있을 것으로 보인다. 이와 관련하여 노인 정신건강문제는 점점 심각해질 수 있음을 알 수 있는 부분이다.

4) 정신건강 전체의 특성별 차이분석 결과

정신건강의 특성별 차이 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 여가활동에서는 ‘여가활동을 안하는 경우’가, 경제 상태에서는 ‘전혀 만족스럽지 못하다’가, 건강상태에서는 ‘매우 나쁘다’가, 자녀관계에서는 ‘매우 나쁘다’가 평균값이 상대적으로 높게 나타났다. 이러한 분석결과는 여가활동을 하지 않는 경우에는 정신건강 수준이 상대적으로 더 떨어짐을 의미하는 것으로 여가활동의 필요성을 시사해 주는 것이며, 건강상태나 자녀관계가 나쁜 경우에는 사회활동을 하지 못하고 자녀와의 지지적관계도 부족하여 정신건강의 문제가 더 심각함을 시사하는 것이라 할 수 있다.

5) 조절변수의 특성별 차이분석 결과

본 연구에서 조절변수로 사용한 대처행동(적극적대처, 소극적대처, 공격적대처), 종교활동, 여가활동, 사회적지지(자연적원조관계망, 전문적원조관계망, 상호적원조관계망), 상담서비스 등의 변수를 중심으로 특성별 즉 성별, 연령, 결혼, 여가활동, 교육수준, 경제상태, 건강상태, 가구형태, 종교, 상담이용횟수, 자녀접촉빈도, 자녀와의 관계에 대해 집단 간 유의미한 차이가 있는지의 여부를 검증하기 위하여 차이검증을 하였다.

첫째, 적극적대처의 특성별 차이 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 연령 '70-79세'에서 평균값이 가장 높게 나타나 70대의 노인들이 좀 더 적극적인 대처를 하는 것으로 해석할 수 있다. 적극적 대처 행동에서는 '자신의 잘못을 인정하고 말한다, 미안한 마음을 갖도록 더 잘해 준다, 분위기를 바꾸어 설득한다, 복지관 직원, 종교단체, 상담소 등에 상담한다' 등이다. 이러한 적극적 대처 능력이 있다는 것은 그 만큼 신체적, 정신적으로 건강함과 관련된다는 점에서 70대 노인들의 경우 가장 높게 나타난 것이 아닌가 생각된다.

둘째, 소극적대처의 특성별 차이 분석결과, 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 가구형태의 '손 자녀 동거'에서 평균값이 가장 높게 나타나 손 자녀와 함께 사는 경우 가장 소극적인 대처를 하게 된다고 볼 수 있다. 소극적 대처 행동에서는 '말을 안 한다', '마주하는 것을 피한다', '팔자소관으로 돌린다', '혼자 속으로 삭힌다' 등의 대처행동이다. 손 자녀와 동거를 하는 경우 내 생전에 손 자녀들을 잘 키워야 한다는 양육의무에만 초점이 맞추어져 노인본인은 희생적이 되고, 학대상황은 덮어버리는 경우가 많다. 또 학대상황을 벗어날 수 없다는 판단으로 쉼터입소에도 어려움을 표하면서 소극적으로 대처를 하는 경우가 많은 것과 관련된 것으로 보인다.

셋째, 공격적 대처에 대한 특성별 차이분석 결과 집단 간 유의미한 결과가 나타나지 않았다. 공격적 대처행동이란 '즉시 소리치고 대든다', '더 비난하고 잔소리를 한다', '상대방의 말을 막고 혼자 말한다', '물건을 던지거나 때리기도 한다' 등이다. 이러한 공격적대처가 인구 통계적 특성과는 관련이 없다는 분석결과는 공격적대처의 경우 집단의 특성에 관계없이 발생할 수 있음을 의미하는 것이다.

넷째, 종교 활동에 대한 특성별 차이 분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 종교에서 ‘기독교’의 평균값이 조금 높게 나타나 기독교 신도가 상대적으로 더 많음을 알 수 있다.

다섯째, 여가활동에 대한 특성별 차이분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, ‘여가활동을 하는 경우’가, 교육수준에서는 ‘고졸’이, 경제 상태에서는 ‘매우만족 한다’가, 건강상태에서는 ‘비교적 좋다’가, 상담 이용횟수에서는 ‘2-3회’가, 종교에서는 ‘천주교’가, 자녀접촉빈도에서는 ‘1주 1회 정도’가, 자녀관계에서는 ‘매우 좋다’가 평균값이 높게 나타났다. 여가활동은 경제력, 학력 건강상태 등 전반적인 상황이 좋은 경우 더 활발하게 이루어지고 있음과 관련이 있는 것으로 해석된다.

여섯째, 사회적지지의 자연적 원조 관계에서의 특성별 차이분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 성별에서는 ‘여자’가, 여가활동에서는 ‘여가활동을 하는 경우’가, 경제 상태에서는 ‘매우만족 한다’가, 건강 상태에서는 ‘매우 좋다’가, 가구형태에서는 ‘부부동거’가, 상담이용횟수에서는 ‘1회’가, 종교에서는 ‘기독교’가, 자녀접촉빈도에서는 ‘1주 1회 정도’가, 자녀관계에서는 ‘매우 좋다’가 평균값이 높게 나타났다. 따라서 자연적원조관계망에 의한 지지의 경우 확대피해경험노인들의 전반적인 상황이 좋은 경우에 상대적으로 잘 이루어지고 있음을 알 수 있다.

일곱째, 사회적지지 중 전문적원조관계망에 의한 지지는 특성별 차이분석결과, 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 경제 상태에서 ‘만족 한다’가, 상담이용횟수에서는 ‘이용횟수’가 8회 이상인 경우에 평균값이 높게 나타났다. 이러한 분석결과는 상담이용횟수가 많은 경우에만 도움 받고 있다는 지지에 대한 인식이 가능하다는 사실과 관련이 있을 것으로 보이며, 사회적 지지의 역할이 가능한 상담서비스는 충분한 관계형성으로 장기간의 상담과 아울러 깊이 있는 지지가 필요함을 시사해 주는 것으로 해석된다.

여덟째, 사회적지지의 상호 원조관계에서의 특성별 차이분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 여가활동에서는 ‘여가활동을 하는 경우’가, 건강상태에서는 ‘매우 좋을수록’, 종교에서는 ‘기독교’인 경우에 평

균값이 높게 나타났다. 교회에서 만난 지인들 또한 상호적 원조관계망으로 볼 수 있으며 종교와 여가활동과 건강상태는 사회적 지지와 밀접한 관련성이 있다는 설명이 가능하다.

아홉째, 상담만족수준에 대한 특성별 차이분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 경제상태에서는 ‘매우만족 한다’가, 상담이용횟수에서는 ‘8회 이상’의 평균값이 높게 나타났다. 상담이 지속적으로 이루어지면 상담만족수준이 높아짐을 의미하는 것으로 볼 수 있다.

열째, 상담이용횟수에 대한 특성별 차이분석결과 다른 모든 변수에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 여가활동에서는 ‘하지 않은 경우’가, 가구형태에서는 ‘자녀와 동거하는 경우’가, 종교에서는 ‘기독교와 기타 종교’ 등에서 더 높게 나타났다.

2. 가설검증 결과의 논의

본 연구에서는 전국 시도에 소재하고 있는 노인전문보호기관에서 학대피해상담을 받고 있는 노인들을 대상으로 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 어떠한 영향을 미치며, 그러한 영향이 사회적 지지에 따라 차이가 있는지에 대한 조절효과는 AMOS를 통하여 채택여부를 검증하였다. 본 연구에서의 가설검증에 대한 주요결과는 다음과 같다.

첫째, 이 연구에서는 학대피해경험과 정신건강과의 관계를 분석한 결과, 노인들의 학대피해경험은 정신건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 Anetzberger(1997), 한국보건사회연구원(1999), 정은주(2000), 손에스더(2001), 양경미(2003), 박미은(2004), 김신영(2005), 보건복지부(2012)의 연구결과 등과 일치하는 것으로 노인들의 학대피해경험이 정신건강에 유의미한 영향을 미치고 있음이 확인되었다. 이러한 분석결과, 노인의 학대피해경험이 많을수록 노인의 정신건강은 심해지고 있는 것을 의미하기 때문에, 노인에 대한 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 방임 등은 노인이 갖게 되는 우울증, 신체화, 불안, 정신증, 강박증, 공포

불안, 대인예민성, 적대감, 편집증 등의 노인 정신건강에 영향을 미침을 알 수 있다.

둘째, 노인의 학대피해경험이 대처행동에 따라서 노인 정신건강에 미치는 영향은 차이가 있는 것으로 나타났다. 먼저 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 대처행동의 하위차원인 적극적 대처와 공격적 대처는 조절효과가 없는 것으로 나타났으며, 소극적 대처는 조절효과가 있는 것으로 나타났다. 즉, 소극적대처의 수준이 낮은 경우에는 학대피해가 정신건강에 미치는 영향이 유의미하지 않았으나, 소극적대처수준이 높은 경우에는 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 유의미한 것으로 나타났다. 이것은 ‘혼자 속으로 삭힌다든가, 팔자소관으로 돌린다든가, 말을 안 하거나, 마주하는 것을 피한다’ 등의 소극적인 대처를 할 경우 정신건강의 문제에 바람직하지 않음을 의미하는 것이다. 또 소극적인 대처를 하면 학대상황이 지속될 가능성이 많고, 반복되다가 재 접수로 연결되는 원인이 되고 있다고 볼 수 있다.

셋째, 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 사회적 지지의 정도에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 먼저, 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 사회적 지지의 하위차원인 자연적 원조관계망 즉, 가족, 친척, 이웃, 친구 등에 의한 지지에 따라 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 자연적 원조관계망에 의한 지지가 낮은 경우에는 학대피해경험이 정신건강에 유의미한 영향을 미치지만, 반대로 자연적 원조관계망에 의한 지지가 높은 경우에는 학대피해로 인한 정신건강 문제의 증가는 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 학대피해 노인들에 대한 가족, 친척, 이웃, 친구 등의 지지는 학대피해경험노인들의 정신건강을 보호할 수 있는 유용한 보호요인임을 알 수 있다. 이러한 분석결과는 학대피해 노인들에 대한 자연적 원조관계망에 의한 지지를 제고시키기 위한 가족 관련 정책적 노력이 필요함을 알 수 있다.

노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 사회적 지지의 하위차원인 전문적 원조관계망 즉, 사회복지시설 관계자, 공무원, 의사, 간호사 등에 의한 지지는 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다. 즉, 전문적 원조관계망에 의한 지지가 낮은 경우와 높은 경우 모두 학대피해경험이 정신건강에 유의미한 영향을 미치는 것

으로 나타나, 학대피해 노인들에 대한 사회복지시설 관계자, 공무원, 의사, 간호사 등의 지지는 학대피해경험노인들의 정신건강 보호에는 유의미한 영향을 미치지 못하는 것임을 알 수 있다. 이러한 분석결과는 학대피해 노인들에 대한 전문적 원조 관계망의 지지는 지속성과 관련된 것이 아닌가 생각된다. 즉, 전문적 원조관계망에 의한 지지가 일회성이 아닌 지속적인 사례관리 형식으로 이루어진다면 유의미한 영향을 미칠 수 있지 않을까 판단된다. 또한 본 연구의 표본수가 조절효과 분석을 시도하기에는 부족하다는 사실과 관련이 있을 것으로 추론된다. 즉 이 연구에서는 Amos의 조절효과 분석기법을 활용하였는데, 이 분석기법을 활용하기 위해서는 상대적으로 더 많은 표본이 필요하다고 본다. 따라서 표본수를 늘린다면 노인학대피해경험과 노인의 정신건강 사이의 인과경로에 있어서 전문적원조관계망에 의한 지지의 조절효과는 다르게 나타날 수 있을 것으로 판단된다.

마지막으로 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 사회적 지지의 하위차원인 상호원조관계망 즉, 경로당, 친목모임, 사회단체 등에 의한 지지에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 상호원조관계망에 의한 지지가 낮은 경우에는 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 유의미한 반면에, 반대로 상호원조관계망에 의한 지지가 높은 경우에는 학대피해로 인한 정신건강의 문제는 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 학대피해 노인들에 대한 경로당, 친목모임, 사회단체 등에 의한 지지는 학대피해경험노인들의 정신건강을 보호하는데 유용한 요인임을 알 수 있다. 이러한 분석결과는 경로당, 친목모임, 사회단체 활동 등의 활성화로 학대피해노인들에 대한 사회적 지지를 제고시키기 위한 지역공동체의 개발이 중요함을 의미하는 것이다.

넷째, 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 사회활동인 종교 활동과 여가활동에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 먼저 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 사회활동의 하위차원인 종교 활동에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 종교생활이 노인 정신건강에 긍정적인 영향을 미친다 (Wilkinson & Tanner, 1980; Kart, 1990; 조경란, 2006)는 연구결과와도 일치하는 것으로 나타났는데, 종교 활동의 수준이 낮은 경우에는 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강에 미치는 영향은 유의미한 것으로 나타났지만, 종교활동의 수준이

높은 경우에는 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강문제에 미치는 영향이 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 이것은 종교생활을 통하여 사람들과 교제함으로써, 즐겁고 행복감을 느끼고 심리적, 정신적으로 안정감을 얻을 수 있으므로 학대피해 경험에 따른 노인들의 정신건강의 문제를 해소하는데 도움이 됨을 의미하는 것이다. 따라서 종교 활동은 학대피해경험노인들의 정신건강을 보호하는데 유용한 요인임을 알 수 있다. 그리고 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 사회활동의 하위차원인 여가활동에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 사회단체 활동에 지속적으로 참여하는 등 취미 및 봉사활동을 하는 노인들의 행복감이 높다는(임춘식, 2007; 김선화, 2012; 조상희, 2011; 권수진, 2013) 연구결과 등과 같은 맥락으로 여가활동의 수준이 낮은 경우에는 노인의 학대피해경험이 노인 정신건강에 미치는 영향은 유의미한 것으로 나타났다. 반면에 여가활동의 수준이 높은 경우에는 노인의 학대피해경험이 노인의 정신건강문제에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이것은 여가활동을 통해 스트레스를 해소하고, 다른 사람들과 사회적 교류를 하게 되며, 자부심과 성취감을 느끼고, 다른 새로운 것을 시도해 볼 수 있는 기회를 접함으로써 학대피해경험에 따른 정신건강의 문제를 보호하는데 도움이 됨을 의미한다. 따라서 학대피해경험 노인들의 여가활동은 정신건강을 보호하는데 유용한 요인임을 알 수 있다. 분석결과에서 말해 주는바와 같이 노인 정신건강은 사회문제와 직결되기 때문에 우리 모두가 함께 공존하는 사회를 위해서 종교활동과 여가활동에 대한 필요성을 인지할 수 있도록 적극적으로 교육하고, 장려하는 방안의 모색이 필요하다고 볼 수 있다.

다섯째, 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 상담서비스에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 상담만족수준이 낮은 경우에는 학대피해경험이 정신건강에 유의미한 영향을 미치지만, 반대로 상담만족수준이 높은 경우에는 학대피해가 정신건강의 문제에 미치는 영향은 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 이것은 학대피해경험노인들이 노인보호전문기관의 상담서비스를 통하여 부정적인 감정이 줄어들고 억압된 감정이 해소되어 마음이 더 편해지고, 의료, 법률, 보호, 복지 서비스 등 필요한 서비스를 제공받음으로써 정신건강의 문제에 도움이 되었음을 의미하는 것이다. 따라서 노인보호전문기관의 상담서비스에 대한 학대피해경험노

인들의 상담만족수준은 학대피해경험노인들의 정신건강을 보호하는데 유용한 요인임을 알 수 있다. 이러한 분석결과는, 노인들의 경우 살아가면서 예기치 못하고 맞이하게 된 위기상황에서 여러 가지 감정문제를 풀어내지 못하였을 때 미해결된 감정적 과제들이 정신건강 상황이 더욱 취약한 노년기에 여러 가지 망상증으로 나타날 수 있음을 추정해볼 수 있다. 따라서 본인 스스로 해결하지 못한 여러 가지 문제를 그때그때 풀어나갈 수 있도록 상담기관을 적극 이용하고 도움을 받는다면 노년기 정신건강에 큰 도움이 될 수 있음을 의미한다고 본다. 따라서 60세 이상 노인들은 노인보호전문기관의 상담서비스를 적극적으로 이용할 필요가 있을 것이다. 그러기 위해 노인보호전문기관의 업무 확대와 강화를 통해서 노인 학대문제를 적극 도울 수 있는 기반과 서비스의 체계구축노력이 필요하고, 상담원의 전문성을 높이는 노력이 절실함을 의미한다고 본다.

그리고 노인의 학대피해경험이 정신건강에 미치는 영향은 상담이용횟수에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 상담이용횟수가 낮은 경우에는 학대피해경험이 정신건강에 유의미한 영향을 미치지만, 반대로 상담이용횟수가 높은 경우에는 학대피해가 정신건강 문제의 증가에 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 이것은 학대피해경험노인들이 노인보호전문기관의 상담서비스를 수차례에 걸쳐 지속적으로 이용함으로써 자신의 억눌린 감정을 상담자에게 토로할 수 있고, 가족 간 갈등해결을 위한 강점 관점의 상담이나 임파워먼트를 제공받을 수 있기 때문에 상담서비스를 통하여 자존감을 회복하고 지지체계가 있다는 부분에서 마음이 더 편해진 결과가 아닌가 생각된다. 학대피해 노인들에 대한 노인보호전문기관의 상담서비스에 대한 지속적인 이용은 학대피해경험노인들의 정신건강을 보호하는데 유용한 요인임을 알 수 있다. 따라서 노인보호전문기관의 상담서비스는 위기상황의 문제해결중심에서 벗어나서 보다 깊이 있고 지속적인 상담이 가능해야 하며, 상담기관의 접근성 확보와 아울러, 전문성 있는 상담원의 증원이 절실하다.

제2절 연구의 시사점

1. 이론적 시사점

본 연구의 실증적 분석을 통하여 나타난 분석결과는 이론적으로 많은 시사점을 제공해 주고 있다. 본 연구에서 도출한 이론적 시사점을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 이 연구에서는 학대피해경험과 정신건강과의 관계를 분석한 결과, 노인들의 학대피해경험은 정신건강에 영향을 미치는 것으로 나타나 선행연구들의 관련 주장을 뒷받침하였다는데 그 의의가 있다. 노인학대는 많은 경우 학대행위자가 어려서 폭력상황을 겪었거나 자주 접한 경우 문제를 풀어가는 방식에서 폭력을 사용하게 된다고 보는 사회학습이론의 관점에서 해석될 수 있으며, 행위자가 알코올중독, 약물중독, 우울증, 성격장애, 정신장애 등의 정서적 장애를 가지고 있는 경우 노인학대 발생가능성이 높다는 심리병리학적 이론과도 관련성이 많다. 이런 경우는 학대가 반복되고 지속되어 학대 발생률을 높인다고 볼 수 있다.

둘째, 학대피해경험노인의 행동특성인 대처행동, 종교활동, 여가활동이 학대피해경험과 정신건강과의 관계에서 조절효과를 나타내는지에 대한 검증을 하였다. 검증결과 이들 요인들은 조절효과가 나타났는데 종교활동과 여가활동을 활발하게 하는 경우 긍정적이고 적절하게 대처해가는 능력이 가능하기 때문에 이는 피해노인과 학대행위자와의 관계상황을 강조하는 상징적 상호작용론과 관련이 있으며, 사회활동에 참여하면서 발전된 의식과 관련하여 상호작용의 향상, 의존성과 부양스트레스를 줄일 수 있는 부분으로 해석이 가능하기 때문에 상황이론의 관점에서 설명해 볼 수 있을 것이다. 또 개인과 환경 양자 간의 상호작용에 초점을 두고 있는 생태 체계적 관점에서도 적용이 가능하다고 본다.

셋째, 학대피해경험노인의 지역자원이용특성으로 사회적 지지가 학대피해경험과 정신건강과의 관계에서 조절효과가 있는지를 검증하였다. 검증결과 이들 요인들은 조절효과를 나타내었고, 사회적 지지에서는 자연적원조관계망(가족, 친구, 이웃)과 상호원조관계망(경로당, 친목모임, 사회단체)에서 유의미한 조절효과가 있는 것으

로 도출되었다. 따라서 사회적 지지는 노인과 가장 가까운 가족, 친구, 이웃, 경로당, 친목모임, 사회단체 등에서 지지를 받고 있을 때, 정신건강을 보호하는데 긍정적인 효과가 있음을 확인하였다. 이러한 분석결과는 노인에 대한 차별과 경시 등으로 인해 노인학대가 발생한다는 사회구조적 이론의 관점에서 설명력을 뒷받침해 준다고 볼 수 있으며, 사회복지사가 개인과 가족 또는 사회체계와 상호작용이 가능할 수 있도록 돕는 노력이 필요함을 의미하는 것으로, 개인과 가족, 사회 환경과의 관계성에 초점을 두는 생태체계이론의 관점에서 설명할 수 있을 것으로 보인다.

넷째, 학대피해경험과 노인의 정신건강 사이의 관계에서 상담서비스는 상담만족 수준과 상담이용횟수의 조절효과가 있는 것으로 나타나 상담서비스는 양과 질, 모두 노인의 정신건강을 보호하는 유용한 요인으로서의 역할을 하고 있음이 규명되었다. 이것은 상담서비스의 경우 비밀보장이 되고 누구에게도 말할 수 없는 개인의 감정적 문제 등을 토로하며 지지받을 수 있어 미해결된 감정적과제로 인한 노인들의 신체화, 우울증, 불안, 정신증 등의 정신건강 문제에 도움이 되고 있음을 의미하는 것이다. 이러한 분석결과는 노인에 대한 사회적 차별과 경시 등으로 인해 노인학대가 발생한다는 사회구조적 이론의 관점에서 설명력을 뒷받침해 주고 있다고 볼 수 있으며, 생태 체계적 관점으로 해석이 가능하다.

다섯째, 지금까지 노인 학대피해경험과 노인 정신건강에 관한 연구는 상대적으로 미흡한 편이었고, 연구대상들도 특정지역에 한정되어 이루어져 왔다. 하지만 이 연구에서는 이러한 한계를 보완하기 위하여 연구범위를 확대하여 전국의 학대피해 노인들을 대상으로, 즉 전국의 노인보호전문기관에서 학대사례로 판정되어 상담 받은 60세 이상의 학대피해경험노인을 대상으로 함으로써 연구결과의 외적타당성을 확보 했다는 점에서 그 의의가 있다.

여섯째, 본 연구는 노인 학대피해경험과 노인 정신건강에 관한 관계에 대해서 그동안 상대적으로 잘 다루지 않았던 학대피해경험노인의 행동특성변수인 대처행동, 사회활동 그리고 학대피해경험노인의 지역자원이용변수인 사회적 지지와 상담서비스의 변수들을 조절변수로 포함하여 분석하였다. 분석결과, 학대피해경험에서 대처행동, 종교활동, 여가활동, 사회적 지지, 상담서비스 등은 학대피해노인들의 정

신건강 문제의 보호요인으로서 효과가 있는 것으로 확인되어, 상담원들의 상담과정에 유용한 시사점을 제공해 주고 있다. 이러한 연구결과는 노인 학대피해경험에 따른 노인 정신건강문제의 이론적 지식기반의 확장과 연구접근의 다양화를 시도해 보았다는데 그 의의를 둘 수 있다.

2. 정책적 시사점

본 연구에서는 실증적 분석을 바탕으로 노인들의 학대피해를 예방하고 정신건강의 증진을 위한 다음과 같은 정책적 시사점을 도출하였다.

첫째, 노인 학대예방 및 정신건강 보호를 위해 사회관계망 형성 및 구축을 위한 정책적 지원이 필요하다. 본 연구에서는 노인에 대한 사회적 지지와 여가활동이 노인 정신건강에 영향을 미치는 중요한 보호요인임을 확인함에 따라 여가활동을 하면서 자연스럽게 이어지는 사회관계망 형성이 중요한 부분으로 부각되었다. 이러한 연구결과는 오늘날 우리사회가 노인에 대한 인식의 변화, 부양의식의 변화, 가족가치관의 변화 등으로 인하여 노인의 가족 내 지위의 약화와 노인으로서 누릴 수 있었던 사회적 지지의 배경이 많이 감소되었다는 점에서 중요한 시사점을 제시하고 있다. 따라서 노인 학대예방 및 정신건강 보호를 위한 사회관계망 형성을 위한 다양한 방안에 대한 검토가 필요하다. 가령 경로당 몇 개를 통합하여 동네 노인복지관을 만들어 그곳에서 노인들의 식사와 프로그램을 진행하고, 고령노인에게 는 삶의 기능이 가능하도록 하면 자연스럽게 상호관계망 형성이 가능할 것이며, 사회적 지지와 여가활동이 동시에 이루어질 수 있을 것이다.

둘째, 노인 상담기관의 활성화를 통한 상담서비스의 질과 양을 제고시키기 위한 정책적 지원이 필요하다. 본 연구의 분석결과, 노인학대에 따른 정신건강의 문제는 학대피해경험노인의 상담만족수준과 상담이용횟수에 따라서 차이가 있는 것으로 나타나 상담서비스가 정신건강에 보호요인으로 작용하고 있음을 알 수 있었다. 따라서 상담기관에 대한 정책적 지원을 통하여 상담서비스의 질적 수준을 제고시키고, 동시에 학대피해노인들에 대해 적극적인 상담서비스 이용을 장려할 필요가 있

다. 먼저, 상담서비스의 질적 수준을 제고시키기 위해서는 상담원 전문성 향상을 위한 프로그램 개발이 필요할 것이다. 노인학대는 고소나 처벌 보다는 학대행위자에 대한 교육프로그램실시 또는 피해노인과 가족의 관계회복 또는 치유적 방안이 필요하므로, 가족관계회복을 위한 효율적인 의사소통 또는 대화의 기술, 가족갈등회복을 위한 전략 등과 관련한 상담을 진행할 수 있도록 상담원들에 대한 체계적인 교육을 실시할 필요가 있다. 다음으로 학대피해노인들은 사회에 대한 부정적인 감정과 대인관계의 단절, 스트레스에 대한 대처능력의 저하, 무력감이나 절망감, 그리고 고독 등을 겪게 됨으로써 정신건강에 위협을 받을 수밖에 없으며, 노인인구의 증가와 평균 수명의 연장으로 인해 갈수록 가족 간 갈등이 심화될 수 있어 정신건강에 위협을 받을 수 있다는 점에서, 가족 간 갈등회복을 위한 상담서비스의 이용을 적극 장려하여야 할 것이다. 이를 위해 노인보호전문기관의 상담서비스에 대해 노인들에게 적극적인 홍보대책이 필요하다고 본다.

셋째, 학대피해예방을 위한 제도 개선이 필요하다. 먼저, 쉼터에서 보호를 받은 학대피해노인을 장기적으로 분리할 필요가 있는데, 이를 위해 제도의 개선이 필요하다고 본다. 즉, 학대피해노인이 행위자가 있는 학대상황의 가정으로 다시 돌아갈 수밖에 없는 상황에서는 학대피해의 재발가능성이 높으므로 학대피해노인의 장기시설입소를 위한 수급자 책정이나 장기적 분리방안마련을 위한 제도개선이 필요하다고 본다. 수급자 책정 후 수급비 사용을 목적으로 시설퇴소를 하는 경우와 같은 제도악용을 막기 위해서 시설입소비용 지급으로만 한정하는 수급자 책정항목을 추가로 신설할 필요가 있을 것이다. 다음으로, 노인학대에서는 가족관계의 회복이 중요한 목표라 할 수 있지만, 관계회복이 어려운 상황에서 경제적 지원을 하지 않아 생계에 어려움이 있는 노인들의 구상권 청구에 대한 욕구가 나타나고 있어 제도적 보완이 필요할 것으로 보인다. 학대피해노인들의 구상권 청구에 대해서는 행정절차가 까다로워 담당자들의 기피대상 업무지만, 인지기능이 명확한 노인이 요청할 때 보다 쉽게 처리가 될 수 있도록 법적 제도적 보완이 필요할 것으로 보인다. 마지막으로 노인보호전문기관의 기능과 관련한 제도 개선이 필요하다. 즉, 피해노인이 치매 또는 정신증 등으로 스스로 결정이 어렵지만, 학대상황에서 노인분리가 꼭 필요한 경우에는 의사결정능력평가를 한 후 노인보호전문기관에서 시설입소 등

을 강제로 추진할 수 있는 권한 부여와 더불어 행위자 고발체계를 확립하는 등 강하게 규제할 수 있는 제도 마련이 요청된다.

넷째, 독거노인의 증가와 맞물려 자기방임이 증가할 것으로 예측되므로 자기방임에 대한 체계적인 대책이 필요하다. 자기방임노인은 정신건강상의 문제를 안고 있는 경우가 대부분이며, 우울증, 알코올중독, 정신문제 등을 가지고 있고 심한 경우 자살思考를 가지고 있는 경우가 있으며, 老老 학대(老老 학대원인: 노인배우자 학대, 노인의 자기방임, 고령노인의 행위자인 자녀가 노인)의 증가원인이 되고 있다. 남성노인의 자기방임은 주로 알코올 중독이나 의존인 경우가 많은 부분을 차지하며, 여성노인의 경우에는 우울증 또는 망상 등의 정신문제를 가지고 있는 경우가 대부분이다. 이런 자기방임노인을 사회에서까지 방치하게 되는 문제점을 막고, 대상자별 관리가 가능할 수 있도록 사회복지사가 주재하는 공동생활주택마련 등의 사업을 검토해 보아야 할 것이다. 또한 노인일자리 사업의 일환으로 모니터링단 또는 정기적인 우애 방문단을 결성하여 소외되고 취약한 노인들을 발견·고발할 수 있도록 신고시스템을 강화하여 복지사각지대 해소에 도움이 될 수 있도록 하여야 할 것이다.

다섯째, 학대피해노인의 정신건강 보호를 위해 보건과 연계한 대책이 필요하다. 본 연구 분석결과, 노인의 정신건강의 하위항목에서 정신증 은 우울증, 신체화, 불안 다음으로 높게 나타났는데 노인망상증 즉, 피해망상, 부정망상, 의심망상 등을 갖고 있는 노인이 증가하면서 노인 부부간 또는 가족 간 문제가 심각해지는 가정이 점점 늘고 있다. 그러나 피해자 분리와 행위자 병원입원 외의 대안은 거의 부재한 실정이며, 다른 인지기능에 문제가 없고 단순히 망상만 있을 때, 치료로 연결하기도 어려워 보건과 관련한 대책이 요구된다.

3. 실천적 시사점

첫째, 학대행위자의 행태개선을 위한 프로그램의 개발이 필요하다고 본다. 먼저, 학대행위자의 태도가 변하면 재 학대발생이 감소되는 직접 효과가 있고, 학대원인

이 제거되기 때문에 행위자 상담 및 교육은 중요한 부분이라고 볼 수 있다. 지속적인 행위자 대상의 상담 또는 교육과 함께 행위자 프로그램이 마련되어야 할 것으로 보인다. 또 자녀와의 관계, 자녀접촉빈도와 관련하여 교육은 우리의 인식을 바꾸어 주는 역할을 하므로 노인보호전문기관의 노인 학대예방교육 시 성인자녀와의 관계 관리에 대한 내용을 노인과 일반성인대상교육에 포함하는 것이 실천적 방안으로서 필요하다. 교육내용을 실질적이고 좀 더 확장된 내용으로 보충해 가야 할 것으로 보인다.

둘째, 노인배우자 학대의 심각성에 대한 사회적 인식을 제고시켜 나갈 필요가 있다. 최근 노인배우자 학대의 증가로 학대피해노인전용쉼터에는 자녀에 의한 학대보다 배우자 학대로 입소하는 경우가 더 많아지고 있는데, 배우자 학대는 거의 심각한 신체적 학대 유형을 보이고 있다. 배우자 학대의 피해자는 대부분 여성노인으로 평생을 폭력 상황에서 버티다가 황혼이혼까지 결심하는 경우가 많다. 신체적 학대는 심각한 범죄행위임을 인식시키기 위한 실천현장의 노력이 요구되고, 노인 배우자 폭력행위예방을 위한 사회 계도를 활성화시켜 나가고, 행위자 처벌에 대한 인식을 강화해 나가야 할 것이다.

셋째, 가장 빈번하게 발생하고 있는 정서적 학대에 대한 사회적 인식을 교정하기 위한 노력이 필요하다. 학대유형 중 유일하게 처벌조항이 없는 정서적 학대는 피해노인의 정신건강에 심각한 영향을 미치고 있으므로 정서적 학대의 심각성에 대한 사회적 인식을 개선할 수 있는 교육 및 홍보프로그램의 개발이 필요할 것으로 판단된다. 노인학대 예방사업의 궁극적 목적은 학대를 예방하고 학대 재발생을 최소화하는 것이라 할 수 있으며, 교육과 홍보사업의 목적은 노인학대에 대한 인식개선이 핵심내용이라고 할 수 있다. 따라서 매스미디어를 활용하여 노인학대 인식개선을 도모하는 프로그램의 개발 및 시행이 절실하다고 본다.

넷째, 노인 학대발생시 적절한 대처가 가능하도록 대처행동에 대한 체계적인 교육프로그램의 개발이 필요하다. 이를 위해서는 노인들이 직접 보고, 듣고, 느끼고, 참여할 수 있는 소시오 드라마를 활용한 교육이 직접적인 효과가 있을 것으로 보인다. 이것은 노인일자리 사업의 일환으로 연극 관련 교육을 시킨 후 직접 활동을 하게 한다면 더 효과가 있을 것으로 보인다. 또 적극적 대처행동에 대한 교육을

포함시키고, 상담 장면에서 사회활동이나 지역자원이용에 대한 내용을 포함시킬 필요가 있다.

제 3 절 향후 연구의 방향

지금까지의 이론적·정책적 시사점에도 불구하고 이 연구는 다음과 같은 한계를 지니고 있다. 먼저, 이 연구는 전국 노인보호전문기관에서 상담서비스를 이용하고 있는 노인들을 대상으로 표본을 추출하여 설문조사를 바탕으로 이루어진 연구이다. 노인들의 한글 해독능력을 감안하여 상담원을 통한 설문조사를 실시하였지만 설문문항이 많아 어려움이 있었을 것으로 보이고, 노인들의 인지능력과 집중력을 감안할 때 설문조사 과정에서 오차의 개입 가능성을 완전히 배제할 수는 없다는 점이다. 따라서 연구변수들에 있어 더욱더 정교한 측정도구의 개발이 필요하다고 본다.

둘째, 이 연구는 노인보호전문기관의 상담서비스를 받고 있는 전국의 노인들을 대상으로 표본 추출하여 학대피해경험노인들에 대한 표본의 대표성은 상당부분 확보되었다고 볼 수 있다. 그러나 이 연구에서는 구조방정식모형 분석기법을 활용하여 조절효과를 분석하였다는 점에서 표본의 크기가 부족한 편이다. 표본의 크기는 조절효과의 분석결과에 영향을 미칠 수 있다는 점에서 이 연구의 분석결과는 어느 정도 한계가 있다고 본다. 따라서 향후 연구에서는 표본의 크기를 더 확대하여 분석해 볼 필요가 있다고 보이고, 변수에 대한 설문지의 구성내용을 좀 더 발전시킨다면 더욱더 가치 있는 의미를 도출 할 수 있을 것이라고 생각한다.

참 고 문 헌

I. 국내문헌

1) 단행본

설진화 (2008). “정신건강론” 학현사

이장호 · 김영경(2006). “노인상담 : 경험적 접근” 시그마프레스.

이호선 (2005) “노인상담” 학지사

최성재 · 장인협(2006). “노인복지학” 서울대학교출판부.

2) 학위논문

강월숙(2013). “노인 우울과 자살충동에 미치는 영향 요인” 한세대학교 대학원, 박사학위논문.

강해자(2012). “노인의 스트레스가 성공적 노화에 미치는 영향” 경기대학교 대학원, 박사학위논문.

강혜원(2012). “한국노인의 성공적 노화연구” 강남대학교 사회복지전문대학원, 박사학위논문.

고미영(2010). “고령사회 노인여가정책 모형 개발” 제주대학교 대학원, 박사학위논문.

권오혁(2010). “도시와 농촌지역 노인의 여가활동과 삶의 만족도에 관한 비교연구” 원광대학교 대학원, 박사학위논문.

권금주(2007). “노인학대 과정에 관한 연구” 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문.

권미형(2013). “일 지역사회 노인의 웰빙 예측모형” 한양대학교 대학원, 박사학위논문

권오균(2013). “저소득 독거노인의 자살생각 인과모형에 관한 연구” 숭실대학교 대학원, 박사학위논문.

김미경(1998). “노인학대에 관한 연구 : 청주시를 중심으로” 청주대학교대학원, 석사학위논문

김상욱(2010). “노인의 여가생활만족도 영향요인에 관한 연구” 청주대학교 대학원,

박사학위논문.

- 김석일(2004). “여가스포츠참여자의 신체적자기개념과 심리적 안녕감의 관계” 중앙대학교 대학원, 박사학위논문
- 김선화(2012). “여가활동 참여노인의 여가인지, 여가기술, 여가몰입이 심리적 안녕감에 미치는 영향” 서울기독교대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김안식(2009). “수형자의 종교 활동 및 성향이 정신건강과 수용생활적응에 미치는 영향” 경기대학교 대학원, 박사학위논문
- 김영옥(2009). “태권도 수련 노인의 사회적 지지가 자아존중감, 여가만족 및 정신건강에 미치는 영향” 고려대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김영주(2012). “농촌지역 노인의 죽음태도에 영향을 미치는 요인” 전북대학교 일반대학원, 박사학위논문.
- 김오복(2007). “여성노인의 정신건강에 영향을 미치는 요인” 백석대학교 기독교전문대학원, 박사학위논문.
- 김용진(2012). “도시 노인의 삶의 질 증진을 위한 근린환경요소” 서울대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김윤정(2000). “사회적지지 관점으로 본 가족부양이 노인의 정신건강에 미치는 영향” 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김재현(2013). “노인들의 여가 참여특성에 따른 우울감, 사회적응, 여가만족, 삶의 만족에 관한 연구” 전남대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김재희(2013). “노인복지관의 집행특성과 사회적 지지가 사회통합에 미치는 영향” 호남대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김종숙(1987). “한국노인의 생활만족에 관한 연구” 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김태성(2012). “청소년의 정신건강에 미치는 영향요인에 관한연구” 한세대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김태식(2007). “노인상담 서비스전달체계 인식에 관한 연구” 광운대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김태원(2010). “노인상담욕구에 관한연구” 한서대학교 정보산업대학원, 석사학위논문.
- 김혜동(2003). “가정폭력상담소 내담자의 상담서비스만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구” 한림대학교 사회복지대학원, 석사학위논문.
- 나용선(2005). “노인학대 개입 프로그램개발을 위한 노인학대 가해 및 피해상황관련요인분석” 서울여자대학교대학원, 박사학위논문.
- 노미라(2007). “여가활동 참가 노인들의 재미요인과 몰입경험이 정신건강에 미치는

- 영향” 용인대학교 대학원, 박사학위논문.
- 문정애(2009). “사회복지상담서비스만족이 여성 노인학대에 미치는 영향연구” 한성대학교 대학원, 박사학위논문.
- 문태연(2013). “노인의 종교 활동참여가 자기존중감 및 죽음불안과 삶의 질에 미치는 영향연구” 서울벤처대학원 대학교, 박사학위논문.
- 민재홍(2004). “기독교신앙이 여성노인 정신건강에 미치는 영향” 명지대학교 사회복지대학원, 석사학위논문.
- 박금윤(2008). “유형별 노인학대에 영향을 미치는 요인연구” 백석대학교 기독교전문대학원, 박사학위논문.
- 박봉길(2000). “노인학대인식도 분석을 통한 사회사업 원조전략” 부산대학교 대학원, 박사논문.
- 박정희(2008). “농촌지역 노인의 생활체육 참여와 여가만족 및 주관적 정서의 관계” 안동대학교 대학원, 박사학위논문.
- 박지원(1985). “사회적지지 척도개발을 위한 일 연구” 연세대학교 대학원, 박사학위논문.
- 반필주(2010). “노인의 건강수준에 대한 사회적 지지의 영향과 사회적 지지 관련 요인” 인제대학교 대학원, 박사학위논문.
- 배경란(2012). “조부모의 양육요인에 따른 사회적 지지가 정신건강에 미치는 영향에 관한 연구” 대구한의대학교 대학원, 박사학위논문.
- 서미경(2010). “중·고령여성의 취업 경험에 관한 현상학적 연구” 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문.
- 서인균(2010). “학대피해경험이 노인의 자살생각에 미치는 영향 연구” 원광대학교 일반대학원, 박사학위논문.
- 손덕순(2005). “노인 정신건강에 영향을 미치는 생태체계 요인에 관한 연구” 강남대학교 대학원, 박사학위논문.
- 손에스더(2001). “여성노인학대 경험이 정신건강에 미치는 영향에 관한연구” 연세대학교 대학원, 석사학위논문.
- 송영민(2002). “女性 老人의 依存性과 虐待經驗에 관한 一考察” 고려대학교 대학원, 박사학위논문.
- 송인욱((2008). “주부양자의 노인학대에 영향을 미치는 요인에 관한연구” 대구대학교 대학원, 박사학위논문.
- 신동민(2013). “노인의 영성이 자아통합감에 미치는 영향” 상지대학교 대학원, 박사학위논문
- 심남수(2011). “노인의 여가활동이 정신건강에 미치는 영향” 한영신학대학교 대학

- 원, 박사학위논문.
- 양경미(2003). “재가 노인의 학대와 대처행동 및 학대결과에 관한 연구” 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문
- 양옥남(1995). “노인과 부양자의 스트레스와 대처행동에 관한 연구” 이화대학교대학원, 박사학위논문
- 오현숙(2003). “노인의 특성적 요인이 생활만족도에 미치는 영향에 관한 연구“ 대구대학교대학원, 박사학위논문
- 유병희(2002). “노인학대 예방 정책에 관한 연구” 단국대학교 정책경영 대학원, 석사학위논문
- 유영주(2004). “노인학대에 대한 원인분석 및 정책적 대응방안연구” 세종대학교 대학원, 박사학위논문.
- 이경순(2012). “농촌 노인의 무망감 영향요인 연구” 백석대학교 대학원, 박사학위논문.
- 이동수(2004). “노인의 여가활동참여가 인지된 삶의 질에 미치는 영향” 경상대학교 대학원, 박사학위논문.
- 이묘숙(2012). “노인의 경제상태가 성공적 노화에 미치는 영향” 전북대학교 일반대학원, 박사학위논문.
- 이연호(2002). “노인학대 위험요인과 피해에 관한 연구” 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문.
- 이영선(2009). “암환자 가족의 삶의 질에 관한 연구” 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문.
- 이영숙(2009). “노인의 신앙성숙도가 성공적인 노화에 미치는 영향” 대구한의대학교 대학원, 박사학위논문..
- 이은주(2009) “ 1366을 이용하는 가정폭력피해여성의 상담서비스만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구” 선문대학교 사회복지대학원, 석사논문.
- 이주영(2006). “요양병원 노인환자의 우울측정도구 개발” 고려대학교 대학원, 박사논문.
- 이현우(2011). “양로시설 입소노인의 자아존중감 및 사회적 지지와 정신건강 연구” 한영신학대학교 대학원, 박사학위논문.
- 이희춘(2012). “가출청소년의 부모학대 경험과 우울의 관계” 명지대학교 대학원, 박사학위논문.
- 임점주(2009). “노인여가행태와 자기통제가 생활 만족도에 미치는 영향” 대구한의대학교 대학원, 박사학위논문.
- 장은실(2013). “재가치매노인과 가족조호자의 사회적 지지와 우울과의 상호작용”

- 중앙대학교 대학원, 박사학위논문.
- 정 수(2010). “노인의 여가생활 정도와 정신건강의 상관관계에 관한 연구” 경원대학교 대학원, 박사학위논문.
- 정미경(2010). “노년기 적응유연성에 관한 연구 : 상실경험과 자아통합감을 중심으로” 아주대학교 대학원, 박사학위논문.
- 정연표(2011). “노년기 결혼불안정성에 영향을 미치는 요인에 관한 연구” 강남대학교 사회복지전문대학원, 박사학위논문.
- 정종현(2012). “노인의 성격특성과 사회적 지지가 삶의 만족도에 미치는 영향” 호서대학교 벤처전문대학원, 박사학위논문.
- 정한태(2010). “노인의 여가생활 만족도와 관련 요인” 대구한의대학교 대학원, 박사학위논문.
- 조상희(2011). “노인의 여가활동이 사회적 관계망과 심리적 복지감에 미치는 영향에 관한 연구” 한영신학대학교 대학원, 박사학위논문.
- 지승훈(2009). “노인의 여가활동 만족도와 성공적 노화에 관한 연구” 원광대학교 대학원, 박사학위논문.
- 지승훈(2009). “노인의 여가활동 만족도와 성공적 노화에 관한 연구” 원광대학교 대학원, 박사학위논문.
- 최경희(2005). “노인의 학대피해경험이 자아존중감에 미치는 영향에 관한연구” 경기대학교 대학원, 석사학위논문.
- 최옥정(2012). “상담 의도, 상담 기대 및 상담 만족도에 영향을 주는 제 요인 : Wee 클래스를 중심으로” 대구대학교 교육대학원, 석사학위논문.
- 최인근(2007). “노인의 여가 활동 유형에 따른 생활만족에 관한 연구” 국제신학대학원대학교 대학원, 박사학위논문.
- 최흥권(2010). “노인의 정신건강이 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구” 한성대학교 대학원, 박사학위논문.
- 한동희(1996). “노인학대에 관한 연구” 대구효성카톨릭대학교 대학원, 박사학위논문.
- 한은주(2000). “노인학대에 관한 생태학적연구” 성신여자대학교 대학원, 박사학위논문.
- 한정화(2010). “노년기 삶의 만족도 구조모형” 대구한의대학교 대학원, 박사학위논문.
- 허 립(2010). “위암 생존자의 우울에 관한 연구” 서울대학교 대학원, 석사학위논문.
- 허은실(2010). “노인인권개념 및 학대에 관한 고찰” 한서대학교 대학원, 박사학위논문.
- 홍현방(2001). “성공적인 노화 개념정의를 위한 문헌연구” 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문.

3) 학술지

- 고민석·서인균(2011). “노인의 건강상태가 스트레스와 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과” 대한보건연구, 37(1), pp. 1-14.
- 고보선(2004). “제주노인의 학대피해경험과 정서적 영향에 관한 연구” 노인부양자 관계특성을 중심으로 「한국노년학」 24(3), pp. 249-268.
- 고보선·유용식(2004). “노인학대 유형별 대처전략에 관한 연구” 한국노인복지학회 23, pp. 83-105.
- 고보선·허준수(2005). “노인의 학대 대처행동 결정요인에 관한 연구” 한국노년학 26(1), pp. 125-141.
- 권중돈(2002). “치매가족의 부양부담과 갈등해결을 위한 개입방안” 연세사회복지연구, 8, pp. 222-239.
- _____ (2004). “노인학대에 영향을 미치는 요인” 한국노년학 24(1), pp. 1-19.
- 김경숙·문재우·박재산(2008). “우리나라 노인들의 정신건강에 대한 분석” 보건과 사회과학제 23, pp. 105-132.
- 김경식(2004). “노인의 여가스포츠활동과 무력감, 사회적지지 및 건강증진행위의 관계” 한국스포츠사회학회지, 17(1), pp. 17-31.
- 김동배·김희연(2003). “사회복지실천의 생태체계 패러다임과 연구방법론에 대한 고찰” 연세사회복지연구, 19, pp. 27-58.
- 김문영·정현희(2004). “인지-행동적 집단상담과 지지적 집단상담이 노인의 우울과 고독감에 미치는 효과 비교” 한국심리학회지 상담 및 심리치료, 16(3), pp. 367-382.
- 김미혜·이선희(1998). “노인학대측정도구 개발을 위한 일연구” 사회복지, 136, pp. 87-110.
- 김선희(2005). “여가스포츠 지도자 양성을 위한 교과목 운영방안 고찰 - 댄스스포츠를 중심으로” 한국여가레크리에이션학회지, 28, pp. 241-252.
- 김성희(2008). “양로원 여성노인의 신체적 여가활동이 스트레스, 고독감 및 생활만족에 미치는 영향” 한국체육과학회지, 17(3), pp. 367-374.
- 김수정(2006). “노인의 종교 활동이 삶의 질에 미치는 영향의 경로분석” 한국노인복지학회, 노인복지연구. 33, pp. 29-50.
- 김신영(2005p198). “학대피해경험이 노인생활만족도에 미치는 영향 연구” 노인복지연구, 29, pp. 175-202.
- 김양례(2006). “노인의 여가활동유형과 건강평가 및 고독감의 관계” 한국스포츠사회학회지, 19(2), pp. 237-248.

- 김재엽·김희수(2003). “여성노인의 가정폭력피해실태와 정신건강” 한국23(2) 51-65.
- 김중범(2007). “노인의 여가활동만족이 생활만족에 미치는 영향” 임상사회사업연구. 4(1), pp. 71-99.
- 김진순·손태용·금란·홍금덕(1999). “일 지역의 보건소 및 경로당 이용노인의 우울성향과 관련요인” 한국노년학, 19(3), pp. 141-153.
- 김창기·박일연(2003). “노인의 의존성 및 부양자 행동통제기술이 노인학대에 미치는 영향에 관한 연구” 한국노인복지학회 노인복지연구, 20, pp. 7-28.
- 김철진(2011). “종교생활의 효과가 노인생활 만족도에 미치는 영향” 한국자치 행정 학보, 25(1), pp. 281-301.
- 김태현(1985). “노인상담의 기초적 연구” 한국노년학, 5(1), pp. 14-26.
- 김태현·한은주(1998). “노인학대 측정과 개입을 위한 문헌적 고찰” 한국노년학, 17(1), pp. 51-73.
- 김한곤(1998). “노인학대 인지도와 노인학대 실태에 관한 연구” 한국노년학, 18(1), pp. 184-197.
- _____ (2003). “미국거주 한인노인들의 노인학대 실태” 한국노년학, 23(4), pp. 67-83.
- 김형수(2000). “한국노인자살과 관련된 요인에 관한 연구” 한국사회복지 학회 학술 대회 자료집 2001(3), pp. 589-602.
- 남기민·박현주(2010). “노인의 종교 활동과 사회활동 참여가 삶의 만족도에 미치는 영향” 노인복지연구. 49, pp. 405-428.
- 박미은(2004). “국민기초생활보장 노인과 일반노인의 노인학대관련요인 비교연구” 한국사회복지학 통권 56(2), pp. 93-119.
- _____ (2004). “도시거주 노인의 노인학대에 영향을 미치는 요인에 관한 연구” 한국노인복지학회 노인복지연구, 26, pp. 309-336.
- 박미진(2007). “여성노인의 스트레스와 우울의 관계에서 강점과 사회적지지 의 완충 효과” 한국심리학회지. 12(2), pp. 197-211.
- 박재홍(1991). “한국사회의 노인문제 : 교환론적 관점을 중심으로” 한국사회학, 25(여름호), pp. 1-19.
- 박주영(2012). “노인학대의 작업치료중재에 관한 연구” 고령자·치매작업치료학회 지, 6(1), pp. 39-47.
- 배지연·김원형·윤경아(2005) “노인의 우울 및 자살생각에 있어서 사회적지지의 완충효과” 한국노년학. pp. 59-73.

- 배진희(2009). “노인의 상실, 학대피해경험, 우울이 자살생각에 미치는 영향” 한국 노인복지학회 노인복지연구, 44, pp. 49-70.
- 서 윤(2000). “노인학대에 대한 사회복지사의 인지와 목격실태에 관한 연구” 노인복지연구, 7(봄호), pp. 27-71.
- _____ (2004). “한국노인학대의 현황과 사회복지적 개인실천과제” 보건과 복지Vol, 7. pp. 61-81.
- 신원우(2011). “노인의 신체 및 정신 건강 문제와 생활만족도간의 관계: 자원봉사 활동 참여의 조절효과를 중심으로” 노인복지연구, 54, pp. 135-163.
- 양순미·임춘식(2006). “농촌노인들의 자살생각에 미치는 우울의 효과” 노인복지연구, 32, pp. 377-396.
- 우국희(2000). “노인학대와 사회복지실천” 조흥식의 「사회복지실천분야론」 서울: 학지사, 143-169.
- _____ (2013). “자기방임노인의 자기결정권과 의사결정능력에 대한 탐색적 연구” 비판 사회정책. pp. 45-81.
- 우종하(2005). “학습된 무기력과 우울증에 관한 연구” 교육연구, 19, pp. 15~43.
- 원형중(1994). “여가활동 참여가 수도권 거주 노인의 고독감, 여가만족, 생활만족에 미치는 영향” 한국노년학, 14(2), pp. 90-104.
- 유향숙(2012). “종교 활동참여가 노년기 자아존중감과 우울에 미치는 영향” 한국상담심리치료학회지. 3(1), pp. 31-45.
- 윤명숙(2006). “한국노인의 문제음주현황과 관련요인에 관한연구” 한국 알코올과학회 추계학술대회자료집. 2006(1), pp. 41-72.
- 윤명숙·조혜정(2007). “도시 및 농촌지역노인의 삶의 질, 음주문제 비교연구” 한국 사회복지학회. pp. 514-523.
- 윤명숙·이선영(2008) “한국정신건강정책의 실태 및 문제점과 개선방향” 사회복지정책. 35, pp. 329-354.
- 윤현숙·유희정(2006). “가족관계가 성공적 노화에 미치는 영향” 한국가족복지학, 18, pp. 5-31.
- 이성희·한은주(1998). “부양자의 노인학대 경험과 관련 요인” 한국노년학, 18(3), pp. 123-141.
- 이소정(2010). “신노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의” 한국보건사회연구원 2010-30-19.
- 이영숙(1997). “고부관계에서 발생한 노인학대에 관한 연구”. 대한가정학회지, 1(2) pp. 359-372.
- 이원숙(1995). “성폭력피해자 및 가족을 위한 사회사업적 개입에 관한 연구” 한국

- 사회복지, 2, pp. 321-385.
- 이종범 · 서혜수 · 정성덕(1984). “노인의 우울에 관한 연구” 한국노년학, 4(1), pp. 44-52.
- 이주영(2007:88). “요양병원 노인환자의 우울측정도구 개발” 한국노년학, 27(1), pp. 87-101
- 이해영(1996). “새로운 복지문제로서의 노인학대에 대한 고찰” 노인복지정책연구, 3,
- 이현경 · 손민성 · 최만규(2012) 우리나라 노인의 정신건강 관련요인 분석 : 한국콘텐츠학회논문지, 12(12), pp. 672-682.
- 임은희(2010). “노인정신건강에 영향을 미치는 요인에 관한 연구” 한영논총, 14, pp. 221-240.
- 임춘식(2011). “한국의 노인학대 현황과 과제” 기독교언어문화논집, 14, pp. 139-159.
- 장인순(2006). “일부 지역사회 독거노인의 여가활동유형과 건강상태, 자아존중감, 사회적 지지와의 관계 연구” 한국보건간호학회지. 120(2), pp. 130-140.
- 전길량 · 송현애(1997). “노인학대에 관한 연구 : 기혼성인 남녀의 학대와 방임에 대한 인식 및 경험을 중심으로” 한국가정관리학회지, 15(3), pp. 83-94.
- _____ (1998). “노인학대에 관한 연구Ⅱ” 대한가정학회지, 36(3), pp.145-159
- 전미애(1999). “종교와 노인의 정신 건강과의 관계” 종교와 문화. 5, pp. 83-98.
- 정순돌(2001). “노인의 가족유형과 고독감에 관한 연구” 한국가족복지학, 7, pp. 255-274.
- 조 현 · 박춘화(1997). “노인의 신체기능 , 인지기능 및 우울정도에 관한 연구” 한국보건간호학회지, 11(1), pp. 118-127.
- 조애저 · 김승권 · 김유경(1999). “노부모학대실태에 관한 연구” 보건사회연구원. pp. 1-173.
- 최해경(1993). “노인학대에 관한 인식과 원조요청 태도에 관한 연구” 전주대학 논문집, 22, pp. 273-286.
- _____ (1996). “도시노인의 정신건강에 영향미치는 요인분석” 한국노년학, 16(2), pp 39-52.
- 한내창(2002). “종교성이 정신건강에 미치는 영향에 관한 연구” 한국사회학, 36(3), pp. 157-182.
- 한동희(2004). “노인학대상담원 전문성 제고를 위한 교육과정 개선방안에 관한 연구” 한국복지학, 9(2), pp. 195-211.
- 허준수 · 유수현(2002). “노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구” 정신보건

- 과사회사업, 13, pp. 7-35.
- 홍순혜(1999). “치매 및 우울의심 노인과 정상노인의 사회적 지지망 비교 연구” 한국노년학, 19(2), pp. 113-128.
- 황명자(2001). “노인의 생활무용프로그램 참여가 정신건강에 미치는 영향” 한국여성체육학회지, 15(1), pp. 1217-228.
- 황현미(2011). “피학대 경험이 저소득 독거노인의 정신건강에 미치는 영향에 관한 연구” 사회복지 실천과 연구, 8, pp 71-95.
- 보건복지부(2011). 2011년도 정신질환실태역학조사, 보건복지부 학술연구용역사업 보고서. 서울대학교 의과대학, pp 11. 28.
- 보건복지부(2009, 2010, 2011, 2012, 2013). 노인학대예방업무수행지침.
 _____, 노인학대현황보고서.
- 통계청(2003). 사회조사 종교활동 참여인구.
 _____(2010). “노인인구통계”
 _____(2013). “고령자현황”
- 한국보건사회연구원(1999). “노부모 학대실태에 관한 사례연구” 조애저 외 2인
 _____(2009). “ 전국 노인학대 실태조사” 정경희 외 7인
- 한국재가노인복지협회(2001). “노인학대 예방 및 상담사례”

II. 외국문헌

- Anetzberger, G. J.(1997). Elderly Adult Survivors of Family Violence : Implications for Clinical Practice. *Violence against women, Thousand Oaks, Oct, 3*, 499-514.
- Auslander, G. K. and Litwin, H.(1990). Social Support Networks and Formal Help Seeking. *Journal of Gerontology*. 45(3), 112-119.
- Bahr, Stephen.(1989). *Family Interaction*, New York; Macmillan
- Beard, J. G. & Ragheb, M. G.(1980). Measuring Leisure Satisfaction. *Journal of leisure Research*, 12(1), 20-33.

- Belsky, J.(1993). Etiology of Child Maltreatment. A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434.
- Bennett, G. & Kingston, P.(1993). *Elder Abuse: Concepts, Theories and Interventions*. London: Chapman & Hall.
- Blazer, D. G.(1992). *Later life depression: The importance of interdisciplinary understanding*. Washington, DC: Association for Gerontology in Higher Education.
- Bronfenbrenner, U.(1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cobb, S.(1976). Social support as a Moderator of Life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Comijs, H. C., Smit, J. H., Pot, A. M., Boutler, L. M. & Jonker, C.(1999). Risk Indicators of Elder Mistreatment in the Community. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 9(4), 67-76.
- Dean, A. & Lin, N.(1977). The Stress-buffering Role of Social Support. Problems and Prospects for Systematic Investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165(6), 403-417.
- Eastman, M.(1984). *Old Age Abuse*. London. Age Concern England
- Ellison, C. G.(1991). Religious Involvement and Self-perception among Black Americans. *Social Forces*. 71. 1027-106.
- Erik, V. I. & Koen, V. E.(2009). Leisure and social capital, *Leisure Science*, 31(2), 192-206.
- Erikson, E. H.(1950). *Childhood and Society*. W. W. Norton & Co.
- George, L. K.(1979). The Happiness Syndrome : Methodological and Substantive Issues in the Study of Social-Psychological Well-Being in Adulthood. *The Gerontologist*, 19(2), 210-216.
- Germain, C. B. & Gitterman, A.(1980). *The Life Model of Social Work Practice*. Columbia University Press

-
- (2008). *The Life Model of Social Work Practice: Advances in Theory and Practice*, Columbia University Press.
- Godkin, M. A., Wolf, R. S. & Pillemer, K. A.(1989). A case-comparison analysis of elder abuse and neglect. *International Journal of Aging and Human Development*, 28(3), 207-225.
- Hart, Archibald D.(2000). DARK CLOUDS SILVER LININGS. 『우울증 이렇게 치유할 수 있다』. 정동섭 역. 요단 출판사.
- Hartman & Laird(1983). *Family-Centered Social Work Practice*. New York Free Press.
- Havighurst, R. J.(1973). Social roles, work, leisure and education In C. Eisdorfer et al., (Eds.), *The psychology of adult development and aging*. Washington, DC: American Psychological Association, 598-618.
- Hickey, T. & Douglass, R. L.(1981). Neglect and Abuse of Older Family Members: Professionals' Perspectives and Case Experiences. *The Gerontologist*, 21(2), 171-176.
- Hurst, P. & Minter, J.(2007). Mental health in later life, a neglected area of policy and research allocation: summary or the UK inquiry into Mental Health in Later Life. *Housing, Care and Support* 10: 17-20.
- Hwalek, M. A. & Sengstock, M. C.(1986). Assessing the probability of abuse of the elderly: Toward development of a clinical screening instrument. *Journal of Applied Gerontology*, 5, 153-173.
- Idler, E. L. & Kasl, S. V.(1997). Religion among disabled and nondisabled persons II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 52B(6), 306-316.
- Iso, Ahola, S. E. & Jackson, E.(1994). *Starting, Ceasing, and Replacing Leisure Activities over the Life-Span*. *Journal of Leisure Research* 26.
- Kart, Cary S.(1990). *The realities of aging: An introduction to Gerontology*. Allyn and Bacon.

- Kemp, A.(1998). *Abuse in the family: An introduction*. Brooks/Cole Pub.
- Koenig, H. G.(1988). Religious activity and depression among community-dwelling elderly Persons with cancer: The moderating effect of Race. *The Journal of Gerontology*, 53B(4), S218-S227.
- _____ (1995). Religion and health in later life. in M. A. Kimble, S. H. McFadden, J. W. Ellor, and J. J. Seeber(Eds.). *Aging, spirituality, and Religion: A handbook*. Minneapolis, MN: Fortress Press.
- Kosberg, I.(1998). Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decision. *The Gerontologist*. 28(1), 43-50.
- Krause, N.(1990). Perceived health problems, formal/informal support and life satisfaction among older adults. *Journal of Gerontology*. 45(5), 93-S205.
- Krause, N. & Clark, B.(1994). Clarifying the functions of social support in later life. *Research on Aging*, 16.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A. & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280(5). 428-432.
- Lau, E. & Kosberg, J.(1979). Abuse of the Elderly by Informal Care Providers. *Aging*, 299-300, 10-15.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S.(1984). Stress appraisal and coping. New York : springer.
- Levin, J. S.(1996). How Religion influences morbidity and health: reflections on natural history. *Social science and medicine*, 43. 849-864.
- Levin, J. S. & McFadden, S. H.(1996). Religion in Aging and Health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers. *Journal for the scientific study of religion*, 35(2).
- Mathney, K. A., Aycock, D. W., Pugh, J. L., Curlette, W. L. & Silva-Cannella, K. A.(1986). Stress coping: A qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *Counseling Psychologist*, 14, 499-549.

- McInnis-Dittrich, Kathleen.(2002). *Social Work With Elders : A Biopsychosocial Approach to Assessment and Intervention*. Allyn and Bacon.
- Murrell, S. A., et al(1992). Functional Versus Structural Social Support, Desirable Events, and Positive Affect in Older Adults, *Psychology and Aging*, 7(4), 562-570.
- Pablo, S. & Braun, K. L.(1997). Perceptions of elder abuse and neglect and help-seeking patterns among Filipino and Korean elderly women in Honolulu. *Elder Abuse & Neglect*. 9(2). 63-76.
- Patterson, C.(1993). Secondary Prevention of Elder Abuse. *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada, 922-929.
- Phillips, R.(1986). Theoretical Explanations of Elder Abuse: Competing Hypotheses and Unresolved Issue. *Elder Abuse Conflict in the Family*. Edited by Karl A. Pillemer and Rosalie S. Wolf. Dover, Massachusetts: Auburn House Publishing Company, 197-217.
- Pillemer, K. A.(1985). The dangers of dependency: New findings of domestic violence against the elderly. *Social Problems*, 33(2), 146-158.
- _____(1986). Risk Factors in Elder Abuse: Results from A Case-control Study. From *Elder Abuse Conflict in the Family*. Edited by Karl A. Pillemer and Rosalie S. Wolf. Dover, Massachusetts: Auburn House Publishing Company, 239-265.
- Qualls, S. H.(2002). Defining Mental Health in Later Life. *Generations : Spring* 26(1), 9-13.
- Rathbone-McCuan, E.(1980). Elderly Victims of Family Violence and neglect. *Social Casework*. 61.
- Roberts, B. L.(1994). Physical, Psychological, and Social Resources as Moderators of the Relationship of Stress to Mental Health of the Very Old, *Journal of Gerontology*, 49(1), S35-S43.

- Ryff, C. D.(1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M.(1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 719-727.
- Schiamberg, L. B. & Gans, D.(1999). An ecological Framework for Contextual Risk Factors in Elder Abuse by Adult Children. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(3), 79-103.
- Seligman M. E. P.(1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco : Freeman.
- Shiferaw, B., Mittelmark, M. B., Wofford, J. L., Anderson, R. T., Walls, P. & Rohrer, B.(1994). The investigation and outcome of reported cases of elder abuse: The Forsyth County Aging Study. *The Gerontologist*, 34(1), 123-125.
- Steinmezs, S. K.(1978). The Politics of Aging, Battered Parents. *Society*, 15, 54-55.
- _____ (1981). Elder Abuse. *Aging* (Jan-Feb), 315-16.
- _____ (1988). Elder Abuse by Family caregivers : Progress and Intervention Strategies. *Contenporay Family Therapy*, 10(4), 256-271.
- Thorman, G.(1995). *Counseling Older Persons: A Professional Handbook*. Springfield, Illinois : Charles C. Thomas Publisher.
- Wilkinson M. L & W. C. Tanner(1980). The influence of family size, interaction, and religiosity on family affection in a Mormon sample. *Journal of Marriage and the Family*.
- Wolf, R. S. & Pillemer, K. A.(1989). *Helping elderly victims*. New York: Columbia University Press.
- Wolf, R. S(1997). Elder abuse and neglect: An update. *Research in Clinical Gerontology* 7, 177-182.

_____ (2000). The nature and scope of elder abuse. *Generations* 24(2), 6-12.

WHO(2002), *World Report on Violence and Health*(2002) Chapter 5. Abuse of the elderly, 126.

Ⅲ. 인터넷 사이트

<http://www.ncea.aoa.gov/faq/index.aspx>(15 Questions & Answers about Elder Abuse - NCEA)

http://www.aoa.gov/AOA_programs/OAA/oa_full.asp#_Toc153957627

<http://www.seniors.gc.ca/eng/pie/eaa/elderabuse.shtml#b>

<http://www.elderabuse.org.uk/Mainpages/Abuse/abuse.html>
buse/abuse.html

설문지

안녕하십니까?

바쁘신 중에 시간을 내주셔서 감사합니다.

저는 조선대학교 대학원에서 박사논문을 준비하는 대학원생입니다.

본 설문지는 어르신들의 상황과 의견을 파악하여 어르신들이 보다 더 편안한 노후를 보내실 수 있도록 연구하고자 만들어진 것입니다.

어르신의 답변은 무기명으로 처리되고, 비밀이 보장되며 오직 연구목적으로만 사용될 것임을 약속드립니다.

본 설문조사는 옳고 그른 것이 없습니다. 각 질문사항에 대해서 솔직하게 응답을 해주시는 것이 가장 중요하오니 평소의 생각과 느낌을 그대로 답변해 주시기를 부탁드립니다.

협조해 주심에 다시 감사드리며, 어르신께 건강과 행운이 가득하시길 기원합니다.

2013년 10월

조선대학교 대학원 사회복지학과

연구자: 심미영

I.다음은 타인(아들, 며느리, 딸, 사위, 배우자, 친족, 손자녀, 기타 타인)이 어르신에게 한 행위들이 항목에 있다면 해당 칸에 “√” 표를 해 주십시오.

내 용	일회성	일년 1회 이상	한달 1회 이상	일주일 1회 이상	매일
1. 꼬집고 때리거나 이리저리 끌고 다니고 밀어서 넘어뜨린다.	1	2	3	4	5
2. 제한된 공간에 감금하거나 거주지 출입을 통제한다.	1	2	3	4	5
3. 침대 등에 묶거나 신체를 구속하여 움직이지 못하게 한다.	1	2	3	4	5
4. 물건을 던지거나 칼 등의 흉기로 위협한다.	1	2	3	4	5
5. 기본 생존유지에 필요한 장치(가스, 난방, 전기, 수도) 및 물품(밥통, 냉장고), 식사, 음료 등으로부터 단절시킨다.	1	2	3	4	5
6. 의사의 처방대로 약을 주지 않거나 처방이 없는 약물을 강제로 먹인다.	1	2	3	4	5
7. 원치 않는 일(노동)을 강요한다.	1	2	3	4	5
8. 쳐다보지 않고 무시한다.	1	2	3	4	5
9. 말을 걸지 않고 대화를 하지 않는다.	1	2	3	4	5
10. 일상생활을 타가구원과 별도로 한다.	1	2	3	4	5
11. 친구, 친지들과 만나거나 연락하는 것을 방해하며 사회활동, 종교활동, 이성교제 등을 방해한다.	1	2	3	4	5
12. ‘죽이겠다’, ‘시설로 보낸다’, ‘집에서 나가라’ 등의 위협·협박을 한다.	1	2	3	4	5
13. 고향을 지르거나 욕을 한다. 모욕적인 말 등으로 수치심을 느끼게 한다.	1	2	3	4	5
14. 노인과 관련된 결정에서 소외시킨다.	1	2	3	4	5
15. 노인의 허락 없이 임금, 연금, 재산, 주식 등을 가로채거나 임의로 사용한다.	1	2	3	4	5
16. 공적부조(국민기초생활보장 수급자생계비) 급여를 가로채거나 임의로 사용한다.	1	2	3	4	5
17. 빌린 돈을 갚지 않거나 귀중한 물건을 돌려 주지 않는다.	1	2	3	4	5

내 용	일회성	일년 1회 이상	한달 1회 이상	일주일 1회 이상	매일
18. 노동에 대한 대가를 정당하게 지급하지 않는다.	1	2	3	4	5
19. 노인의 허락 없이 신용을 도용하여 이익을 취한다.	1	2	3	4	5
20. 대리권을 악용한다.	1	2	3	4	5
21. 부양을 전제로 재산 상속을 약속 또는 증여 하였으나, 부양의무를 이행 하지 않는다.	1	2	3	4	5
22. 자신의 돈을 마음대로 사용하지 못하게 한다.	1	2	3	4	5
23. 스스로 식사, 배변처리, 청결유지가 어려운 노인을 방치한다.	1	2	3	4	5
24. 심각한 질환(치매 등)이 있는 노인을 홀로 거주하게 한다.	1	2	3	4	5
25. 안정된 주거공간을 제공하지 않는다. (컨테이너 거주 등)	1	2	3	4	5
26. 경제적 능력이 없는 노인에게 경제적 지원을 하지 않는다.	1	2	3	4	5
27. 의료적 처치가 필요한 노인에게 의료적 처치를 하지 않는다.	1	2	3	4	5
28. 노인의 간병을 소홀히 한다(악취, 욕창, 염증 등 발생).	1	2	3	4	5

II. 다음질문은 귀하가 주 부양자와 심한 갈등이 있을 때 귀하께서 어떻게 대처하시는지 “√” 표를 해주시기 바랍니다.

항 목	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1. 혼자 속으로 삭힌다.	1	2	3	4	5
2. 분위기를 바꾸어 설득한다.	1	2	3	4	5
3. 즉시 소리치고 대든다.	1	2	3	4	5
4. 다른 가족, 친척, 친구, 이웃 등에 하소연 한다.	1	2	3	4	5
5. 미안한마음을 갖도록 더 잘해 준다.	1	2	3	4	5
6. 팔자소관으로 돌린다.	1	2	3	4	5

7. 상대방의 말을 막고 혼자 말한다.	1	2	3	4	5
8. 복지관직원, 종교단체, 상담소 등에 상담한다.	1	2	3	4	5
9. 말을 안 한다.	1	2	3	4	5
10. 물건을 던지거나 때리기도 한다.	1	2	3	4	5
11. 기도, 염불 등 종교적인 마음으로 달랜다.	1	2	3	4	5
12. 자신의 잘못을 인정하고 말한다.	1	2	3	4	5
13. 더 비난하고 잔소리를 한다.	1	2	3	4	5
14. 마주하는 것을 피한다.	1	2	3	4	5

Ⅲ. 다음은 어르신의 종교활동에 관한 사항을 여쭙어 보는 것입니다. 해당되는 곳에 “√” 표를 해주시기 바랍니다.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1. 나의생활에 있어서 종교는 매우 중요한 역할을 한다.	1	2	3	4	5
2. 종교기관(교회, 절, 성당)에 참여는 나에게 심리적·정신적으로 안정감을 준다.	1	2	3	4	5
3. 종교단체에서 하는 활동이 즐겁고 행복하다.	1	2	3	4	5
4. 정기적인 종교모임(주일예배, 정기법회, 미사)에 항상 참여 한다.	1	2	3	4	5
5. 종교모임에서 만난 사람들은 신뢰 할 수 있다.	1	2	3	4	5
6. 나는 현재 종교생활을 하고 있거나 과거에 종교생활을 했었다.	1	2	3	4	5

Ⅳ. 다음은 여가생활만족에 관한 질문입니다. 다음 각 질문에 해당하는 곳에 √표를 해 주십시오

문항	질문내용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다.	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1	내가 하고 있는 여가활동은 매우 흥미롭다.	1	2	3	4	5

2	여가활동은 내 주변에 관련된 지식을 얻게 해준다.	1	2	3	4	5
3	나는 여가활동을 통해서 다른 사람들과 사회적 교류를 유지하게 해준다.	1	2	3	4	5
4	여가활동은 휴식을 취할 수 있게끔 한다.	1	2	3	4	5
5	여가 활동은 신체적으로 보람 있는 것이다.	1	2	3	4	5
6	여가활동은 나에게 자부심을 갖게 한다.	1	2	3	4	5
7	여가활동은 새로운 것을 시도해 볼 수 있는 기회를 제공해 준다.	1	2	3	4	5
8	여가 활동은 스트레스 해소에 도움을 준다.	1	2	3	4	5
9	여가 활동은 나에게 성취감을 갖게 한다.	1	2	3	4	5

V. 귀하가 받고 있는 사회적 지지에 관한 질문입니다. 해당되는 곳에 “√” 표를 해주시기 바랍니다.

1. 자연적원조관계망 (가족, 친척, 이웃)
2. 전문적 원조관계망 (사회복지시설관계자, 공무원, 의사, 간호사)
3. 상호원조관계망 (경로당, 친목모임, 사회단체, 교회)

구분	문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
자연적 원조관계망	1. 내가 필요로 하는 것은 (돈이나 물건) 최선을 다해 마련해준다.	1	2	3	4	5
	2. 나의 일에 관심을 갖고 걱정해 준다.	1	2	3	4	5
	3. 내가 취한행동의 옳고 그름을 공정하게 평가해 준다.	1	2	3	4	5
	4. 나에게 생긴 문제 해결을 위한 정보와 지식을 제공해준다.	1	2	3	4	5

전문적 원조관 계망	1. 내가 필요로 하는 것은(돈이나 물건) 최선을 다해 마련해준다.	1	2	3	4	5
	2. 나의 일에 관심을 갖고 걱정해 준다.	1	2	3	4	5
	3. 내가 취한행동의 옳고 그름을 공정하 게 평가해 준다.	1	2	3	4	5
	4. 나에게 생긴 문제 해결을 위한 정보와 지식을 제공해준다.	1	2	3	4	5
상호적 원조관 계망	1. 내가 필요로 하는 것은 (돈이나 물건) 최선을 다해 마련해준다.	1	2	3	4	5
	2. 나의 일에 관심을 갖고 걱정해 준다.	1	2	3	4	5
	3. 내가 취한행동의 옳고 그름을 공정하 게 평가해 준다.	1	2	3	4	5
	4. 나에게 생긴 문제 해결을 위한 정보와 지식을 제공해준다.	1	2	3	4	5

VI. 다음은 귀하의 받은 상담 소감에 관한 질문입니다. 어떻게 느끼셨는지 회
상하여 보시고 그 정도를 가장 잘 나타낸 것에 “√” 표를 해주십시오.

항 목	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	조금 그렇다	매우 그렇다
1. 상담을 받으신 후 마음이 조금이라도 편해 지셨 습니까?	①	②	③	④	⑤
2. 상담 후 부정적인 감정이 조금이라도 줄어들었 습니까?	①	②	③	④	⑤
3. 상담에서 원하던 도움을 받으셨습니까?	①	②	③	④	⑤
4. 어르신에게 필요한 서비스(의료, 법률, 보호, 복 지) 를 제공 받을 수 있었습니까?	①	②	③	④	⑤
5. 상담에서 한 자기노출(감정표현)이 어르신의 억 압된 감정해소에 도움이 되셨습니까?	①	②	③	④	⑤
6. 상담은 어르신 문제를 보다 효과적으로 다루도 록 해 주었습니까?	①	②	③	④	⑤
7. 상담이 어르신의 정신건강에 도움이 되셨습니까?	①	②	③	④	⑤
8. 다시 상담을 받아야 할 필요가 생긴다면 이곳을 방문하시겠습니까?	①	②	③	④	⑤

VII. 다음은 귀하가 지난 일주일 동안 어떤 감정을 가지셨고 얼마나 괴로워했었는지를 묻는 질문입니다. 각 해당란에 “√” 표를 해주시기 바랍니다.

내 용	전혀 없다	약간 있다	보통 이다	심하다	매우 심하다
1. 외롭다.	1	2	3	4	5
2. 허리가 아프다.	1	2	3	4	5
3. 넓은 장소나 거리에 나가기가 두렵다.	1	2	3	4	5
4. 신경이 예민하고 마음이 불안하다.	1	2	3	4	5
5. 기분이 울적하다.	1	2	3	4	5
6. 근육통 또는 신경통이 있다.	1	2	3	4	5
7. 이성을 대하면 어색하거나 부끄럽다.	1	2	3	4	5
8. 사람들이 나를 욕하는 것 같다.	1	2	3	4	5
9. 자꾸 쓸데없는 생각을 한다.	1	2	3	4	5
10. 사소한 일에도 짜증이 난다.	1	2	3	4	5
11. 마음속이 텅 빈 것 같다.	1	2	3	4	5
12. 몸의 일부가 저리거나 찌릿찌릿하다.	1	2	3	4	5
13. 혼자서 집을 나서기가 두렵다.	1	2	3	4	5
14. 나의 생각을 남이 아는 것 같다.	1	2	3	4	5
15. 걱정이 많다.	1	2	3	4	5
16. 자신도 견잡을 수 없이 울화가 터진다.	1	2	3	4	5
17. 죽음에 대한 생각을 한다.	1	2	3	4	5
18. 목에 무엇이 걸린 것 같다.	1	2	3	4	5
19. 다른 사람들의 행동이 못마땅하다.	1	2	3	4	5
20. 공연히 불안하다.	1	2	3	4	5
21. 다른 사람들이 나를 이해 못하는 것 같다.	1	2	3	4	5
22. 정확하게 하느라고 일을 제때에 해내지 못한다.	1	2	3	4	5
23. 쉽게 기분이 상한다.	1	2	3	4	5
24. 함께 있어도 고독을 느낀다.	1	2	3	4	5

25. 몸의 어느 부위가 힘이 없다.	1	2	3	4	5
26. 겁나는 물건이나 장소 혹은 대상이 있다.	1	2	3	4	5
27. 사람들이 나를 싫어하거나 불친절하다고 느낀다.	1	2	3	4	5
28. 일을 할 때 몇 번씩 해야 마음이 놓인다.	1	2	3	4	5
29. 남을 때리거나 해치고 싶을 때가 있다.	1	2	3	4	5
30. 허무한 느낌이 든다.	1	2	3	4	5
내 용	전혀 없다	약간 있다	보통 이다	심하다	매우 심하다
31. 팔다리가 묵직하다.	1	2	3	4	5
32. 누가 나를 쳐다보거나 나의 이야기를 하면 거북해진다.	1	2	3	4	5
33. 사람들이 나를 감시하거나 나에게 관해서 수근대는 것 같다.	1	2	3	4	5
34. 결단력이 부족하다.	1	2	3	4	5
35. 때려 부수고 싶은 충동을 일으킨다.	1	2	3	4	5
36. 낮익은 것도 생소하거나 비현실적인 것처럼 보인다.	1	2	3	4	5
37. 내 몸 어딘가가 병든 것 같다.	1	2	3	4	5
38. 사람들이 많이 모인 곳에 가면 거북하다.	1	2	3	4	5
39. 내가 잘한 것을 인정받지 못한다.	1	2	3	4	5
40. 긴장이 된다.	1	2	3	4	5
41. 잘 다룬다.	1	2	3	4	5
42. 소외감을 느낀다.	1	2	3	4	5
43. 가슴이 마구 뻥다.	1	2	3	4	5
44. 사람들이 많은 곳에서 먹거나 마시기가 거북하다.	1	2	3	4	5
45. 사람들이 나를 이용하려고 하는 것 같다.	1	2	3	4	5
46. 옆에 누가 있으면 나의 언행에 신경이 쓰인다.	1	2	3	4	5
47. 고향을 지르거나 물건을 내던진다.	1	2	3	4	5

VIII. 다음은 어르신 의 일반사항에 대한 질문입니다. 해당되는 곳에 “√” 표를 하거나 관련 내용을 적어주시기 바랍니다.

1. 성별	__① 남 __② 여	2. 연령	__① 60세~69세 __② 70세~79세 __③ 80세~89세 __④ 90세~99세 __⑤ 100세 이상
3. 결혼상태	__① 유 __② 무	4. 여가활동	__① 한다 __② 안한다
5. 교육수준	__① 무학 __② 초졸 __③ 중졸 __④ 고졸 __⑤ 전문대이상	6. 경제상태	__① 전혀 만족하지 못하다 __② 만족하지 못하다 __③ 그저 그렇다 __④ 만족한다 __⑤ 매우 만족한다
7. 건강상태	__① 매우 나쁘다 __② 비교적 나쁘다 __③ 보통이다 __④ 비교적 좋다 __⑤ 매우 좋다	8. 가구형태	__① 노인단독 __② 부부동거 __③ 자녀동거 __④ 손자녀동거 __⑤ 기타
9. 자녀 접촉빈도	__① 1일 1회 정도 __② 1주 1회 정도 __③ 1월 1회 정도 __④ 1년 1~2회정도 __⑤ 연락하지 않음	10. 종교여부	__① 없음 __② 기독교 __③ 불교 __④ 천주교 __⑤ 기타
11. 기관상담 서비스 이용 횟수	__① 1회 __② 2~3회 이상 __③ 4~5회 이상 __④ 6~7회 이상 __⑤ 8회 이상	12. 경제수단	__① 본인의 수입 __② 자녀의 지원 __③ 남편 수입 __④ 기초노령연금 __⑤ 기타
13. 필요한 도움	__① 가족의 관심 __② 사회적 관심 __③ 경제적 도움 __④ 일자리 __⑤ 기타()	14. 자녀와의 관계	__① 매우 나쁘다 __② 비교적 나쁘다 __③ 보통이다 __④ 비교적 좋다 __⑤ 매우 좋다

*수고 많으셨습니다. 끝까지 질문에 응해주셔서 진심으로 감사드립니다.