

지역사회 기반 재가노인 우울 및 자살예방 프로그램의 효과성 평가

-부산재가노인복지협회 빅.마.마* 사업을 중심으로-

최윤정 · 이미경 · 김은아 · 서은혜**

[요약]

본 연구는 부산재가노인복지협회에서 수행한 지역사회 기반 노인우울 및 자살예방사업 『빅.마.마』사업의 효과를 평가하는데 목적이 있다. 효과성 검증을 위해 실험-통제집단, 사전-사후검사 연구설계를 사용하여 SPSS 24.0을 활용하여 분석하였다. 분석결과 실험집단(234명)과 통제집단(275명)모두에서 우울과 자살사고, 사회적 자본, 자아존중감, 삶의 질에서 통계적으로 유의미한 수준의 변화가 나타났고, 스트레스 감소에도 유의미한 효과가 확인되었다. 이러한 결과에 따라 첫째, 노인정신건강과 관련한 서비스의 확대와 지속적이고 장기적인 개입과 프로그램 개발 요구, 둘째, 재가노인지원서비스 센터 실무자들이 대상자들에 대해 심리·정서적 지원업무를 수행하는 주체로의 가능성 확인, 셋째, 민간 주도의 노인 우울·자살예방사업의 시스템 구축의 의미를 제시하였다.

주제어: 지역사회기반, 노인, 정신건강프로그램, 노인자살예방

* 부산사회복지공동모금회 2016년 기획사업으로 부산재가노인복지협회에서 수행한 독거·저소득 노인 우울 및 자살예방 프로그램 『Big(큰) 마음을 열고 마주하다-빅.마.마』를 뜻한다.

** 최윤정 / 경남정보대학교 사회복지과 부교수 / 제1저자
이미경 / 부산광역시정신건강복지센터 부센터장 / 교신저자
김은아 / 부산동구정신건강복지센터 상임팀장 / 공동저자
서은혜 / 용호종합사회복지관 부관장 / 공동저자

I. 서론

이미 수많은 학자와 연구에서 예견하고 주장되었듯이 우리나라는 전 세계에서 가장 급속한 고령화를 경험하고 있다. 통계청의 장래 인구 추계 자료에서도 2020년 65세 이상 노인 인구 비율이 15.6%를 시작으로 2045년에는 35.6%까지 늘어날 전망이다.¹⁾ 그 중에서도 부산은 가장 먼저 고령화 사회에 진입했고, 독거·저소득 노인의 비율도 빠르게 늘어나고 있다(부산재가노인복지협회, 2017: 16-18).

노인인구의 증가와 함께 한국인의 기대수명 역시 세계 1위²⁾에 올라서게 되면서 노인 인구의 비중 증가는 노년기와 관련된 다양한 어려움을 증가시키며, 노년기와 노인의 삶에 대한 관심이 개인과 가족을 넘어 사회와 국가적인 관심의 대상이 될 수 밖에 없다. 특히 노인의 성공적인 삶을 위하여 신체적인 건강 뿐 아니라 노인의 심리적인 건강에 대한 관심이 증가되고 있다(최혜정, 2006: 119; 권현숙, 2013: 242). 노년기의 두드러진 정신기능의 변화로 우울에 대한 관심은 갈수록 증가하고 있는데(이혜경·이병록, 2011: 202), 노년기에 경험하는 친밀한 지지체계의 상실과 경제적 어려움, 신체적 건강악화 등은 노년기 우울의 가능성을 높이며, 노년기에 경험하는 우울은 다른 연령군 보다 그 증상이 심하고, 삶 자체를 포기하는 자살의 위험성을 높이는 중요한 문제이기도 하다(허준수·유수현, 2002: 8). 특히 노인 우울이 사회적 관심으로 대두된 것은 우울이 자살을 예측하는 단일 요인으로는 가장 결정적이기 때문이다(김형수, 2002: 163). 이와 관련하여 우리나라는 지난 10년간 세계 최고의 노인자살률을 보이고 있다. 세계보건기구에서 세계 172개국 중 신뢰성 높은 60개 국가의 노인자살률을 비교해 본 결과 10만명 당 116.2명으로 한국이 가장 높았다(김은주·육성필, 2017: 174). 또한 자살률은 인구의 정신건강 실태를 나타내는 대리 지표로 이해될 수 있기 때문에(보건복지부, 2013: 8) 노인 정신건강과 관련한 개입은 매우 중요하다.

이에 노인의 정신건강 증진과 우울 및 자살예방을 위한 다양한 정책적·실천적 개입이 요구되어, 다양한 정책들이 추진되어 왔다. 국가적으로는 2004년 12월 보건복지부

1) 2015년 65세 이상 노인인구 비율은 12.8%였다.

2) WHO와 영국 임페리얼칼리지 런던은 OECD 35개 회원국 기대수명을 분석한 논문에서 2030년에 태어나는 한국 여성의 기대수명은 90.82살에 이를 것으로 예측했다. 조사대상국 중 기대수명이 90세를 넘는 집단은 한국 여성이 유일했고, 다른 국가들과의 차이도 현격했다(2017. 2.22 한겨레신문).

정신보건사업을 중심으로 국가자살예방 5개년 기본계획을 수립하여 추진하기 시작하였다. 그러나 보건복지부는 생애주기별 정신건강증진사업 등 자살 예방을 위한 사업들을 추진하고 있으나 이러한 사업들은 병원이나 정신건강증진센터 등과 연계한 우울증 치료 서비스를 제공하는 것을 위주로 운영되고 있어 여전히 효과가 제한적이라 할 수 있다(김은주·육성필, 2017: 174). 노인 우울증은 타 연령층에서의 우울과 달리 비전형적인 증상이 많아 노인들은 이를 우울 증상으로 받아들이지 않음으로 인해, 진단과 치료가 어렵다. 정신건강의학과 치료에 대한 부정적 인식으로 인해 노인 자살 문제를 의료적으로 접근하는 것은 효과적이지 않으므로 일상적으로 활동하는 지역사회에서 우울 관리 및 자살을 예방하는 활동이 중요하다(유재순·김현숙·연현진, 2014: 2883).

경기도는 의료적 접근보다 지역사회통합체계(Community Whole System) 접근방법을 노인자살예방서비스를 처음 시도한 좋은 예라 할 수 있다. 2009년 「경기도 노인자살예방 지원 조례」를 제정하여, 31개 시·군 노인복지기관에 42개의 ‘노인자살예방센터’를 지정하고 사업을 시행하였다. 경기도에서 2009년부터 시작된 노인자살예방사업은 지역사회측면에서 노인자살을 예방하기 위한 노력을 실천하였다는 점에서 큰 의의가 있다고 볼 수 있으며(이현아·이준우, 2016: 650), 실제 연구를 통해 그 성과들이 제시되고 있다(이현아·이준우, 2016; 김은주·육성필, 2017).

그러나 경기도를 제외한 다른 지역에서 지역사회나 지역사회통합체계를 기반으로 노인자살예방서비스를 제공한 경우는 극히 드물다. 최근 국내·외에서 지역사회를 기반으로 한 노인의 우울예방 및 자살예방 프로그램으로 다양한 개입을 실시하여 이와 관련된 성과들이 제시되고 있다(안양희, 2003; Oyama H. et al., 2006; 조계화·김영경, 2008; 김춘경·여인숙, 2009; 김은주·윤가현, 2010; 임금선·김현실, 2012; 유재순·김현숙·연현진, 2014; 박영미·제갈돈·김병규, 2016; 이현아·이준우, 2016; 김은주·육성필, 2017; 전미숙, 2017; Kim., J. P., and J. Yang, 2017). 그러나 이들 연구는 대부분 지역사회 기반에 대한 이론적 근거가 매우 부족한데 그 이유는 지역사회 기반의 의미를 서비스 공급기관 또는 대상자 연계기관 정도로 받아들이고 있으며, 서비스 제공 주체가 일부 기관으로 한정하고 있다. 또한 개입과정에서 다양한 기관이 참여한 경우에도 지역사회 네트워크에 기반을 둔 체계적 개입이라기 보다는 제공되는 서비스의 특성으로 인해 단순히 여러 기관이 포함된 경우가 많았다.

반면 본 연구에서 분석 대상이 되는 빅.마.마 사업의 경우 Jonson(2012)설명하고 있

는 지역사회 기반의 개입 연구 방법을 적용하여 프로그램을 모형을 도출하고, 지역사회 유관기관들의 연계와 협력, 비전문인력의 훈련에 초점을 두었다는 점에서 큰 의미가 있다고 하겠다. 특히 경기도 노인 자살예방 사업이 공공 영역에서 조례 제정을 통해 사업이 진행되고 기관이 설치된 것과 비교해 볼 때 본 사업은 민간이 주체가 되어 수행하고 공공영역과의 협력을 이끌어 내었다는 점에서도 시사점이 있다.

따라서 본 연구는 지역사회에 거주하며 재가노인지원서비스를 이용하고 있는 노인들을 대상으로 지역사회 기반의 우울 및 자살예방 프로그램을 개발하고, 이를 부산지역 15개 재가노인지원서비스센터 이용자를 대상으로 시행하였다. 그리고 이것의 효과성을 검증하기 위하여 사전-사후 통제집단, 실험집단 설계를 활용하였다. 효과성 검증을 위해 활용된 변인은 우울, 자살사고를 비롯하여 노인 우울 및 자살사고에 영향을 미친다고 알려진 지역사회 요인을 포함시켜 지역사회 기반 프로그램 효과를 확인하고자 하였다. 이를 통해 지역사회 기반의 노인 정신건강서비스 프로그램이 노인의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 의미 있는 사업으로 자리 잡고 확대되는데 기여하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 노인의 우울 및 자살에 영향을 미치는 지역사회 요인

노인 우울과 자살에 영향을 미치는 요인은 다양한 학분 분야에서 연구되어 왔으며, 주로 노인의 인구사회학적 요인과 심리사회적 요인으로 설명되어왔다. 인구사회학적으로는 성별, 경제수준, 건강상태, 교육수준, 가족력, 배우자유무, 동거가족, 고용상태 등(조성숙, 2007; 심유연, 2013; 천정현, 2013; 손의성·문수경, 2016; 조추용, 2016)이, 심리사회적으로는 사회적지지(박민자, 2012; 심유연, 2013; 이영경, 2013; 양인옥, 2015; 임정연, 2016; 임연옥 외 2016), 자아존중감(이미애·남기민, 2007; 곽윤복·고성희·김현경, 2013; 장승호, 2015), 스트레스(이미애·남기민, 2007; 이인정, 2011), 사회활동 참여여부(허준수·유수현, 2002; 여인숙·김춘경, 2005; 양순미·임춘식, 2006) 등이 있다. 노인에게 발생하는 우울, 자살 관련 요인은 단일한 요인이 아닌 여러 요인이 복합적으로 작용하여 발생하며, 이는 노인의 삶의 질에 영향을 미친다(윤은경, 2012; 김춘옥, 2014; 김경운·권기창, 2015; 민장배·송진영, 2016).

한편, 우울을 포함한 삶의 다양한 부분에 영향을 미치는 지역사회 요인에 대한 연구 역시 이루어져왔는데 김윤희·조영태(2008)에 따르면 노인이나 빈곤층 등의 취약집단은 거주지역의 환경에 더 민감한 영향을 받는데, 이는 노인이 젊은 층에 비해 사회적 활동과 관계 영역이 거주지역 중심으로 좁혀지기 때문이다. 노인 우울과 지역사회 요인의 관계에 대한 국내의 연구는 주로 사회적 자본(최미영, 2008; 이홍직, 2009)과 사회적 관계망(김혜경, 2016; 이영경·정명희, 2013; 임연옥·윤현숙·황지성, 2016; 임정연, 2016)을 지역사회 특성으로 반영하여 진행되어져 왔으며 이것이 주요 영향요인임을 보고하였다. 그러나 노인의 우울과 자살에 대한 지역사회에 관련된 영향 요인이 밝혀지고 있음에도 불구하고 지역사회 기반의 개입에 대한 논의는 충분하지 않다. 노인의 생활환경과 거주지 중심의 정신건강서비스를 개발하고, 이를 통해 노인의 사회적 자본과 사회적 관계망을 강화함으로써 노인 정신건강 증진에 도움을 주고자 하는 노력이 요구된다.

2. 지역사회 기반 노인 우울 및 자살예방

어떤 문제를 지역사회 기반이라고 설명하고 개입 방법으로 적용하는 것은 선행연구를 통해서 알려진 기존 이론³⁾에 새로운 가설을 더하여 시행하면서 이론과 방법론을 구축해 가는 연구과정이다(Johnson, 2012). 국내·외 여러 연구에서 지역사회를 기반으로 한 노인의 우울예방 및 자살예방 프로그램의 개입 성과들이 제시되고 있다(안양희, 2003; 조계화·김영경, 2008; 김춘경·여인숙, 2009; Oyama H. et al., 2006; 김은주·윤가현, 2010; 임금선·김현실, 2012; 유재순·김현숙·연현진, 2014; 박영미·제갈돈·김병규, 2016; 전미숙, 2017; Kim, J. P., and J. Yang, 2017). 그러나 경기도의 노인자살위기개입 모델에 대한 분석 연구(이현아·이준우, 2016; 김은주·육성필, 2017)를 제외하고 지역사회 기반에 대한 이론적 근거는 매우 부족하다. 그 이유는 첫째, 문제의 원인과 해결방법을 지역사회에서 구하고 있지만 지역사회 기반의 의미를 서비스 공급기관 또는 대상자 연계기관 정도로 받아들이고 있다. 지역사회에 거주하고 있는 노인을 대상으로 개입했다는 점을 지역사회 기반으로 보는 연구까지 있다. 둘째,

3) 본 연구는 존슨의 '기존 이론'을 이론적 접근 또는 선행연구에서 해당 문제에 영향을 미치는 변수를 통해 추론할 수 있는 인과관계로까지 확대된 의미로 해석하고 있다.

연구과정이기도 한 개입과정이 연구자 단독 시행이거나 문제와 관련된 일부 기관(예, 정신건강복지센터와 노인복지관)으로 한정하고 있는 경우가 많다. 셋째, 개입과정에서 다양한 기관이 참여한 경우라 하더라도 지역사회 네트워크에 기반을 둔 체계적 개입이라기보다는 제공되는 서비스의 특성으로 인해 단순히 여러 기관이 포함된 경우가 많다.

프로그램을 통해 특정 대상의 문제를 지역사회 기반에서 다루고 개입한다는 것은 다음 네 가지를 충족해야 한다(Johnson, 2012: 11-16). 첫째, 해당 문제를 둘러싼 지역사회의 여러 이해당사자들(stakeholders)에 의한 확인(problem identification) 단계가 있었는가이다. 이는 문제를 지역사회에서 해결해야 하는 문제로 전환시킨다. 둘째, 해당 문제가 지역사회에서 공식화(problem formulation)되었는가이다. 이 과정은 다양한 이해관계자들의 참여와 협력, 근거에 기반한 논의, 그리고 문제공식화가 그 사회가 추구해야 할 명백한 가치⁴⁾에 관한 것이어야 한다. 셋째, 지역사회에 기반한 문제해결(problem solving)인가이다. 문제해결 주체(stakeholders)와 지역사회의 구성원들이 알고 있는 최선의 방법으로 협력할 수 있도록 해결방법을 구조화하는 것이다. 그리고 지역사회 기반 연구방법이 도입되는 단계이기에 전문가의 개입이 요구된다. 넷째, 지역사회에 기반한 실행(implementation)이다. 이것은 단순히 문제해결을 위한 목적, 목표, 관련 매트릭스에 대한 이해 증진에서 오는 해법(solutions)이 아니라 이론 구축(theory building), 지역사회의 문제해결역량형성(capacity building), 지역사회변화(social change)로 달성되는 것이다.

그래서 본 연구가 배경으로 삼고 있는 기존 이론은 두 가지다. 하나는 Granello와 Granello(2007)의 자살 문제를 개인의 특정한 문제로 보지 않고 사회 환경적 개선을 강조하는 지역사회 통합 접근이다. 또한 지역사회 내 자살 위험요소를 감소시키고, 보호요인을 확대하는 등 건강한 지역사회를 만들기 위해 환경적 개입을 중요시 한다. 동시에 지역사회 내 각 기관들 간에 파트너쉽과 각 기관 서로 간의 역할에 대한 수용능력을 발전시켜 유관기관들 간의 네트워킹을 강화하게 되는데 자살에 영향을 줄 수 있는 환경적 문제에 개입하고 문제를 만들고, 지역주민들이 서로에 대해 잘 알고 관심을 갖도록 돕는 일이 우선시 된다(김은주·육성필, 2017). 다른 하나는 지역공동체 접근

4) 존슨(Johnson, 2012)은 미국에서는 비형평성(inequity), 경제적 불균형(economic disparity)을 개선할 수 있는 형평, 공정, 윤리가 그것이라고 했다.

근에서 나타나는 전문가 영향력이다. 전문가들에 의한 비전문인력 훈련과 지도감독은 정신건강증진에 효과적인 영향력을 발휘한다(Garfield, 1969; 김은주·육성필, 2017: 176 재인용). 이런 검증된 인과관계(기존 이론)는 노인 우울 및 자살예방업무를 맡고 있는 다양한 기관의 실무자를 대상으로 한 전문가의 조직적이고 체계적인 훈련이 해당 문제를 해결할 수 있다는 추론을 가능하게 한다.

3. 노인 우울 및 자살예방 프로그램에 관한 고찰

이미 언급한 바와 같이 우울 또는 자살사고를 감소시키기 위한 프로그램을 개발하고 효과를 검증한 연구는 국내에서도 여러 연구들이 보고되고 있다. 안양희(2003)는 기초생활수급 노인을 대상으로 원예요법, 회상요법, 말벗 나눔 등을 통합적으로 활용한 프로그램을 적용시켜 우울변화에 효과가 있었다고 보고하였으며, 조계화·김영경(2008)의 연구에서 지역사회 네트워크 형성을 바탕으로 한 자살예방프로그램의 효과성을 검증하였으나 참여자가 2개 노인요양시설 입소자라는 한계가 있었다. 김춘경·여인숙(2009) 역시 노인상담에 효과적인 회상기법, 미술치료, 이야기치료, 문학치료 등의 다양한 활동을 통합적으로 활용하여 우울감소와 자살예방 집단프로그램을 개발하고 그 효과를 밝혔다. 또한 유재순 외(2014) 역시 재가 취약계층 여성 노인을 대상으로 한 우울·자살예방 프로그램을 구성하여 실시하고 그 효과성을 밝혔는데 이 프로그램 역시 인지행동치료, 회상요법, 치료레크레이션 등을 활용하여 프로그램이 구성되었다. 박영미·제갈돈·김병규(2016)의 연구는 정신건강증진센터의 자살예방프로그램 참여를 중심으로 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관해 규명하였는데 자살예방프로그램은 긍정심리치료 집단프로그램을 이론적 기반으로 구성되었다. 이 연구에서 프로그램의 참여한 노인들은 참여하지 않은 노인들에 비해 자살생각이 낮은 것으로 확인되었다. 김은주 외(2016)의 연구에서는 독거노인을 대상으로 한 대인관계치료 기반 집단상담을 적용하여 우울과 자살사고 감소에 대한 효과를 검증하였다.

지금까지 살펴본 집단 프로그램 효과성 외에도 동료상담을 포함한 자살예방 게이트키퍼의 활용을 제안한 연구(김은주·윤가현, 2010; 정진영·김동현, 2016)와 초기 치매 노인을 대상으로 지역사회기반의 자살예방 프로그램의 효과를 밝힌 연구도 있었다(Kim and Yang, 2017). 임금선·김현실(2012)은 기존의 연구들이 집단상담 중심인 것에 비해 노인의 개인상담에 초점을 둔 노인생명존중프로그램을 제공하고 그 효과를

확인하였다.

국외 연구에서도 자살예방의 다양한 전략에 대한 효과에 대해 밝혔는데 국내연구 결과와 마찬가지로 게이트키퍼 훈련이 효과적이었다(Cross, W. et al., 2007; Tompkins and Witt, 2009), Oyama 외(2006)는 일본의 지역사회 기반 스크리닝 프로그램 개입으로 자살위험이 감소된 성과를 밝혔고, Fiske와 Arbore(2000)는 전화상담 등의 자살예방서비스 성과로 무망감의 감소를 밝혔다. Wen 외(2011)은 대만 가오슝의 자살예방서비스 성과를 측정하여 주요 성과를 밝혔다. Fountoulakis 외(2011)의 연구에서는 지역사회 개입을 통한 자살예방 프로그램에 대해 살펴보았는데 광범위하게 사용되는 지역사회교육의 효과는 제한적이었고, 장기간 적용되는 다층적 수준에서의 지역사회지지 네트워크의 구축이 자살률 감소에 효과가 있다고 하였다.

국내의 자살예방사업에 관한 구체적인 성과를 제시한 논문은 이현아와 이준우(2016)의 연구와 김은주와 육성필(2017)의 연구가 있다. 이현아와 이준우(2016)의 연구는 경기도 노인자살 위기개입 모델의 성과를 다차원적으로 분석한 질적 연구를 지역사회 기반의 노인 자살 위기개입 모델의 의미를 밝혀내었으며, 김은주와 육성필(2017)은 경기도 노인자살위기개입모델의 효과를 3차에 걸친 조사를 통해 자료를 수집하여 양적으로 분석하여 지역사회 기반의 장기적인 개입의 효과를 확인하였다.

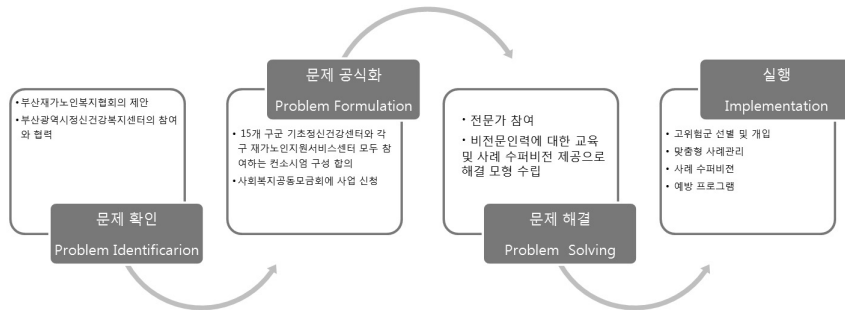
4. 프로그램 모형 도출

1) 지역사회 기반 모형 구성

앞서 언급한 지역사회 기반의 통합시스템을 이론적 배경으로 노인 우울 및 자살예방을 위한 프로그램을 구성하였다. 지역사회 기반의 모형 도출에서 가장 중요하게 판단한 부분은 기관간의 협력과 비전문인력의 훈련과 활용이었다. 이를 통해 프로그램 참여자들의 사회적 관계망과 사회적 자본의 확대를 통한 우울감소 및 자살예방에 효과를 기대하고자 하였다.

첫째, 사업의 추진이 공공영역이 아닌 민간이 주체가 되어야 하는 상황에서 노인 우울 및 자살예방을 위한 사업을 수행하는데 가장 효율적인 지역사회 기관은 정신건강 분야의 전문기관인 정신건강복지센터와 재가 노인들을 지원하는 서비스 기관인 재가 노인지원서비스센터였다. 부산의 경우 이 두 기관간의 연계와 협력이 이루어지고 있는

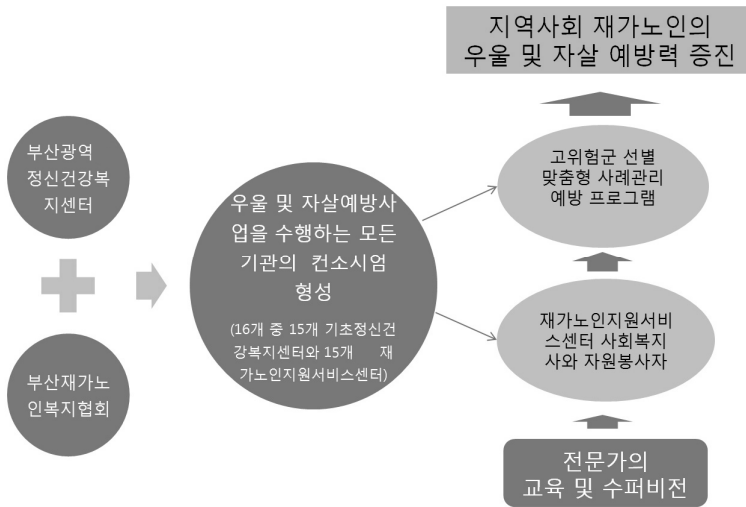
구는 거의 없었으며, 실효성 있는 연계·협력체계가 요구되었다.



〈그림 1〉 지역사회 기반 노인 우울 및 자살예방 프로그램 구상

이를 위해 부산광역시정신건강복지센터와 부산재가노인복지협회가 중추적인 역할을 수행하여 부산의 15개 구·군의 기초정신건강복지센터와 각 구의 재가노인지원서비스센터의 협력을 이끌어낼 수 있도록 하였다. 이 과정에서 사업을 수행하는 모든 기관이 컨소시엄을 맺고 개발된 프로그램을 함께 공유하여 시행할 수 있도록 하였다.

둘째, 비전문인력의 훈련과 관련하여 초점을 둔 부분은 재가노인지원서비스센터의 사업 수행인력인 사회복지사와 이들 센터의 자원봉사자였다. 재가 노인들과 가장 많은 상호작용을 하는 이들 인력에 대한 정신건강 교육 및 사례 슈퍼비전을 통해 노인자살 예방사업을 수행하는데 실제적인 도움을 제공할 수 있었다. 사업 초반에는 수행기관 실무자를 대상으로 정신건강상담 관련 집중교육을 실시하고, 이후 매 월 1회 노인정신건강 관련 개입을 위한 교육을 받을 수 있도록 하였다. 또한 고위험군 사례를 중심으로 슈퍼비전을 실시하여 실무자들의 사례 진행에 도움을 받을 수 있도록 하였다. 또한 생명사랑 힐링멘토라는 이름의 기관별 자원봉사자를 양성하여 1:1로 가정방문을 통한 개별상담, 힐링여행 등을 실시하여 재가 노인들의 사회적지지체계로 기능할 수 있도록 하였다. 이 모든 과정은 프로그램 참여자들의 사회적 관계망과 사회적 자본을 향상시킬 수 있도록 하는 것을 목적으로 하였다.



〈그림 2〉 지역사회 기반 빅.마.마사업의 체계도

2) 노인자살예방 프로그램 서비스 제공 내용

(1) 고위험군 개입 프로그램

① 개별상담

1차 선별 검사 및 2차 심층검사를 통하여 고위험군 대상자를 선정하였고, 이들에게는 개별화된 맞춤형 프로그램으로서 개별상담치료를 실시하였다. 우울과 자살사고를 효과적으로 감소시키기 위해서는 사례관리 프로그램의 제공과 더불어 전문적인 개별 치료와 상담이 이루어져야 한다고 하였는데(김은주·육성필, 2017: 180), 즉, 노인자살 예방을 위한 고위험군 개별상담에서는 직접적인 개입을 통하여 자살위기를 경감시키고 우울을 감소시키기 위한 적극적인 개입이 요구되기 때문에 전문성이 요구된다고 하겠다. 따라서 고위험군 개별상담은 기초정신건강복지센터의 정신건강전문요원들이 직접 수행하였다. 기본적인 개입 매뉴얼을 제공하였으나 정신건강전문가들의 전문적 지식과 기술을 활용하여 맞춤형 개입이 이루어질 수 있도록 하였다.

② 맞춤형 사례관리

고위험군 대상자는 재가노인지원서비스센터 사회복지사와 정신건강복지센터의 정신건강전문요원이 공동으로 사례관리를 제공하여 보다 정확한 욕구사정 및 개입계획을

수립할 수 있도록 하였다. 구체적으로는 약물치료지원 및 심리정서적 지원 등이 이루어졌다.

③ 사례 슈퍼비전 실시

고위험군 개별상담치료 및 맞춤형 사례관리에 대해 연구자들이 15개소 수행기관 실무자에게 슈퍼비전을 실시하였다.

(2) 예방 프로그램

① 집단 프로그램

이 프로그램은 긍정심리치료(이정애, 2011), 인지행동치료(유재순·김현숙·연현진, 2014)를 바탕으로 정신건강 전문가인 연구자들이 회기별 내용을 재구성하여 진행하였다. 정신건강사회복지사 3인이 15개 센터의 프로그램을 모두 시행하였으며, 주 1회씩 7회기에 걸쳐 진행되었다.

② 개별상담 프로그램

이 프로그램은 실무자 역량 교육을 받은 재가노인지원서비스센터 실무자가 직접 수행하였으며, 고위험군 대상에는 포함되지 않지만 개별적인 개입이 필요하다고 판단된 2명에게 총 6회기 개별상담을 실시하였다. 6회기의 개별상담 내용은 회상요법(안양희, 2003; 김춘경·여인숙, 2009 임경민, 2013; 김영란, 2015; 권미화 외, 2016)을 중심으로 구성되었으며, 본 연구자들이 선행연구를 바탕으로 구성하였다.

③ 생명사랑 힐링멘토 양성 및 상담

각 센터별로 자원봉사자 전문화 교육을 통하여 노인의 특성, 우울증과 자살에 대한 이해 등을 통하여 생명사랑 힐링멘토를 양성하고 이들이 고위험군과 주의군 대상자들을 1:1로 방문하여 상담 및 모두 함께 참여하는 힐링여행 프로그램을 실시하여 이들이 재가 노인들의 지역사회 지지체제로 활용할 수 있도록 하였다.

④ 실무자 교육

재가노인지원서비스센터 실무자를 대상으로 정신건강상담 집중교육과 슈퍼비전, 상

담교육이 사업기간 중에 지속적으로 실시되어 프로그램의 질을 향상시킬 수 있는 기회를 확보하였다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 절차

본 연구는 부산지역의 재가노인지원서비스센터를 이용하고 있는 노인들을 대상으로 우울 및 자살예방을 목적으로 구성된 프로그램을 수행하고, 실험-통제집단, 사전-사후 검사 연구설계를 사용하여 그 효과성을 검증하였다. 프로그램 효과 검증을 위한 연구 대상은 아래의 <표 1>에서 볼 수 있듯이 부산지역에 위치한 15개 재가노인지원서비스센터 이용자 중 프로그램에 참여한 실험집단 234명, 프로그램에 참여하지 않은 통제집단 275명을 대상으로 하였다.⁵⁾

프로그램 참여자의 경우 각 수행기관 전체 이용자를 대상으로 1차 선별검사(우울, 자살사고 검사)를 실시 한 후 프로그램 참여에 동의하는 사람 중에서 사례회의를 실시하여 기관 당 20명의 참여자를 확보하였다. 통제집단의 경우 우울 및 자살예방 프로그램 개입 없이 센터에 등록되어 있는 이용자들을 대상으로 구성하여 검증하였다. 프로그램 참여대상자 선정과정이 2016년 3월부터 5월 중에 이루어졌고, 4월에서 6월 사이 2차 조사로서 실험집단과 통제집단에 대한 사전조사가 이루어졌다. 2016년 8월부터 12월까지 치료 및 예방프로그램 개입이 진행되었으며, 2016년 12월에서 2017년 1월 중 사후조사가 이루어졌다.

5) 통제집단 참여자도 재가노인지원서비스센터 서비스 이용자들로 향후 희망할 경우 노인 정신건강 프로그램에 언제든지 참여 가능함에 대해 알려 통제집단 비처치의 윤리적 문제를 보완하고자 하였다.

〈표 1〉 우울 및 자살예방 프로그램 참여 기관 및 기관 별 참여자수

		참여자(실험집단) 수	비참여자(통제집단) 수
1	****재가노인지원서비스센터	13	20
2	**재가노인지원서비스센터	16	20
3	**노인복지센터	14	17
4	**노인복지센터	18	18
5	**노인복지센터	14	14
6	**노인복지센터	14	20
7	****재가노인지원서비스센터	19	20
8	****종합재가노인복지관	13	20
9	***재가노인복지기관	18	17
10	****노인지원서비스센터	17	19
11	**재가노인지원서비스센터	16	20
12	***노인복지관	18	18
13	***재가노인지원서비스센터	14	18
14	**재가노인지원서비스센터	14	21
15	**노인복지센터	16	13
	합계	234	275

2. 조사도구

본 프로그램에서는 참여 대상자들의 변화를 평가하기 위한 우울, 자살사고, 사회적 지지, 사회적자본, 자아존중감, 일상적 스트레스, 삶의 질 척도가 사용되었다.

1) 우울증 평가도구

본 프로그램에서 대상자 선정을 위한 선별도구이자 참여자들의 변화를 평가하기 위한 도구로서 사용된 우울증 척도는 한국판 노인우울척도 단축형(Geriatric Depression Scale-Short Form Korean, GDSSF-K)으로, Sheikh와 Yesavage(1986)에 의해 개발된 단축형 노인우울척도(Geriatric Depression Scale-Short Form:GDS-SF)를 한국 노인에게 맞게 기백석(1996)이 표준화한 것으로 0-15점 사이 분포하며, 5점 이하는 정상집단, 6-9점은 중등도 우울 증상, 10점 이상은 우울증으로 구분한다(정도운 외, 2015: 71). 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .932$ 였다.

2) 자살사고 평가도구

본 프로그램에서 사용된 자살사고 평가도구는 Beck, Kovacs & Weissman의 자살사고척도를 신민섭(1993)이 재구성한 것을 사용하였다. 0-2점 척도로 되어 있으며, 0-8점은 정상, 9-11은 경한 자살사고, 12-14는 중한 자살사고, 15-38은 심한 자살사고에 해당하며, 자살위험군 절단점은 9점이다(정도운 외, 2015: 72). 본 연구에서 신뢰도 값은 Cronbach' α = .934로 매우 높게 나타났다.

3) 사회적지지

본 연구에서 사용된 사회적 지지는 1988년 california 대학의 사회복지학과 교수인 Lubben이 Berkman-Syme Social network index(BSNI)를 수정하여 노인 연령층에 적합하도록 개발한 Lubben social network scales(LSNS)를 이경우 등(2009)이 한국어판으로 개발한 설문지를 사용하였다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach' α = .928이었다.

4) 사회적 자본

사회적 자본은 대다수의 연구자들이 공통적으로 제시하는 사회적 자본의 측정지표인 네트워크, 신뢰, 규범의 세 영역을 구성하여 살펴보았다. 이를 위하여 이미라(2011)의 연구에서 사용된 네트워크, 신뢰, 규범의 척도를 본 연구에서도 활용하였다. 네트워크'는 영국 국가통계청(Office for National Statistic: ONS)에서 개발한 문항 중, '사회적 네트워크 및 사회적 지원'과 관련한 문항을 8문항으로 구성하였고, '신뢰'문항은 박희봉과 김명환(2001), Narayan과 Cassidy(2001)이 제시한 문항들로 구성된 8문항, '규범'은 박희봉과 김명환(2001)이 제시한 문항들 중 10문항으로 구성되었다. 본 연구에서의 신뢰도 값은 네트워크, 신뢰, 규범의 Cronbach' α 값이 각각 .750, .843, .890으로 나타났다.

5) 자아존중감

본 연구에서 자아존중감을 측정하기 위해서 로젠버그 자아존중감척도(RSE)를 사용하였다. 본 연구에서는 Cronbach α 값은 .844로 나타났다.

6) 스트레스

본 연구에서 사용된 스트레스 척도는 노인의 스트레스를 측정하기 위해서 McCubbin, Patterson & Wilson의 FILE(Family Inventory of Life Events and changes)를 기초로 강인(1990)이 개발하여 이영자 등(1999)이 수정 보완한 척도에 김미정(2005)이 상실감 항목 2개를 추가한 척도를 사용하였다(정도운 외, 2015). 본 연구에서 Cronbach' α 값은 .912로 나타났다.

7) 삶의 질

삶의 질 개념은 많은 연구에서 삶에 대한 만족감이나 행복감으로 정의하고 있다. 본 연구에서도 삶의 질을 측정하기 위하여 양옥경(1994)이 개발한 삶의 만족 척도를 사용하였다. 본 연구에서 Cronbach' α 값은 .941로 매우 높게 나타났다.

3. 자료분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS 24.0을 활용하여 분석하였다. 분석방법으로는 첫째, 연구대상자의 일반적인 특성을 파악하기 위한 빈도분석, 기술통계분석을 실시하였다. 둘째, 실험집단과 통제집단의 사전 동질성 검증을 위한 χ^2 검증 및 독립표본 t검증이 실시되었다. 셋째, 프로그램 실시 후 실험집단과 통제집단 간의 차이를 검증하기 위해 대응표본 t 검증이 실시되었다. 마지막으로 실험 집단의 효과를 통제집단과 비교하여 우울, 자살생각의 변화를 검증하기 위해 사전점수를 통제한 상태에서 공변량분석(ANCOVA)을 실시하였다.

IV. 연구 결과

1. 조사대상자의 일반적 특성 및 집단 동질성 검증

실험집단과 통제집단의 인구학적 특성은 다음의 <표 2>와 같다. 실험집단과 통제집단의 인구학적 특성은 유사하며, 성별의 경우만이 집단 간 차이가 있는 것으로 확인되었는데 이것은 통제집단의 경우 실험집단보다 남성의 수가 훨씬 많은 것을 알 수 있다.

이것은 프로그램 참여에 동의하는 비율이 여성 노인이 더 많았기 때문인 것으로 이해된다. 성별을 제외한 모든 항목에서 실험집단과 통제집단이 동질한 것으로 확인되었다.

조사대상자의 특성을 살펴보면 연령대의 경우 76세-80세의 비율이 높았으며, 학력의 경우 실험집단과 통제집단 모두 초등학교 졸업 또는 무학의 비율이 높았다. 경제수준은 국민기초생활수급권자이거나 차상위계층이었다. 이는 재가노인지원서비스센터 이용자의 대다수가 저소득 계층이며, 본 프로그램 역시 저소득과 독거노인을 대상으로 하였기 때문인 것으로 이해된다. 세대유형의 경우도 독거노인 비율이 가장 높았으며, 혼인상태의 경우 사별의 비율이 가장 높았다.

〈표 2〉 조사대상자의 일반적특성

특성		실험집단 (N=234)		통제집단 (N=275)		집단간 차이 검증
성별	남	57	24.7	98	36.3	7.868*
	여	174	75.3	172	63.7	
연령대	65-70세	19	8.2	21	7.7	2.355
	71-75세	43	18.5	37	13.6	
	76-80세	68	29.2	85	31.3	
	81세이상	103	44.2	129	47.4	
학력	무학	72	31.2	93	34.3	3.167
	초등학교	93	40.3	97	35.8	
	중학교	28	12.1	38	14.0	
	고등학교	31	13.4	33	12.2	
	대학교	6	2.6	10	3.7	
	대학원이상	1	.4	0	0	
경제 수준	국민기초	185	79.7	213	78.0	1.833
	생활수급권자					
	차상위	25	10.8	27	9.9	
	일반	20	8.6	32	11.7	
세대 유형	기타	2	.9	1	.4	.790
	부부세대	15	6.5	23	8.4	
	독거	187	80.6	219	79.9	
	기타	30	12.9	32	11.7	
혼인 상태	동거	16	7.0	24	8.9	7.646
	이혼	49	21.3	35	13.0	
	사별	138	60.0	184	68.4	
	별거	23	10.0	23	8.6	
	미혼	4	1.7	3	1.1	

*p<.05

2. 주요변인의 집단 간 동질성 검증

실험집단과 통제집단의 주요 변수들에 대한 동질성 검증 결과는 다음의 <표 3>과 같다. 그러나 본 프로그램의 경우 노인 우울 및 자살예방을 위한 프로그램이 공공의 목적을 가지고 진행되었기 때문에 연구 설계의 엄밀성에 초점을 맞추어 프로그램을 진행할 수는 없었으며, 상대적으로 우울 및 자살사고가 심각한 노인들을 대상으로 프로그램이 진행되었다. 따라서 실험집단과 통제집단의 우울과 자살사고에 있어서는 차이가 확인되었다. 그 외 기존 연구에서 밝혀진 바와 같이 우울과 자살사고와 관련이 있다고 알려진 사회적지지, 사회적자본, 스트레스, 삶의 질 변인 역시 차이가 있는 것으로 확인되어 실험집단과 통제집단이 동일하지는 않았다.

<표 3> 실험집단과 통제집단 주요변수들에 대한 동질성 검증

		N	평균	표준편차	t
우울	실험	233	9.8755	3.44375	25.016***
	통제	275	2.8400	2.89535	
자살사고	실험	233	9.5365	7.14624	17.029***
	통제	275	1.1680	2.47784	
사회적지지	실험	234	12.9145	8.57491	-4.357***
	통제	275	16.2873	8.81155	
사회적자본__신뢰	실험	215	2.8069	.64800	-1.446
	통제	256	2.8989	.71883	
사회적자본__네트워크	실험	215	2.7011	.59047	-4.455***
	통제	256	2.9644	.67681	
사회적자본__규범	실험	216	3.4683	.56877	-1.837
	통제	256	3.5703	.62671	
스트레스	실험	234	2.3428	.74783	5.545***
	통제	273	1.9837	.70880	
삶의질	실험	234	2.6366	.57906	-11.623***
	통제	273	3.2286	.56543	

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

3. 프로그램의 효과성 검증

1) 사전·사후 점수 간 연관성

집단 동질성에 확인되지 않은 우울, 자살사고, 사회적지지, 자아존중감, 스트레스, 삶의 질의 사전·사후 측정변인들 간의 상관분석을 실시한 결과 모든 항목에서 통계적으로 유의미한 수준에서 상관이 있는 것으로 확인되었다. Pearson 상관계수의 절대값은 .154에서 .752사이로 나타났다.

2) 대응표본 t 검증

프로그램의 효과성 검증을 위해 각 변인들에 대해 실험집단과 통제 집단의 대응표본 t 검증을 실시한 결과는 아래의 <표 4>와 같다. 실험집단의 우울($t=6.762, p<.001$)과 자살사고($t=6.280, p<.001$) 모두 통계적으로 유의미한 수준에서 변화가 있었는데, 우울과 자살사고 모두 감소 효과가 있었던 것으로 확인되었다.

일반적으로 개입 프로그램의 효과성을 검증하기 위한 실험설계에서는 실험집단은 통계적으로 유의미한 변화가 나타나야 하지만 통제집단에서는 통계적으로 유의미한 변화가 나타나지 않아야 한다. 본 연구에서는 통제집단에서도 우울과 자살사고에서 통계적으로 유의미한 수준에서 차이가 나타난 것을 알 수 있다. 그러나 이는 실험집단과 정 반대의 결과가 나타났다. 우울의 경우 사전 점수가 2.85점이고, 사후점수가 3.30점으로 우울의 수준이 높아진 것을 확인할 수 있었다. 이는 자살사고도 마찬가지였는데 사전 자살사고의 점수가 1.17점이었던 것에 반해 사후 자살사고의 점수는 1.53점으로 높아진 것을 알 수 있다.

결과적으로 실험집단에서는 우울 및 자살예방 프로그램을 통해 우울과 자살사고의 수준이 낮아졌으나 아무런 개입조치를 취하지 않은 통제집단의 경우는 우울과 자살사고의 수준이 높아졌음을 알 수 있다. 결국 노인의 우울 및 자살사고와 관련하여 적절한 개입이 이루어지지 않으면 노인의 우울과 자살사고의 수준은 높아짐을 확인할 수 있다. 이 결과는 본 연구에서 이루어진 프로그램 개입의 효과성을 증명할 뿐 아니라 향후 노인 정신건강 관련 개입에 있어 큰 시사점을 가진다고 하겠다.

우울과 자살사고를 제외한 기타변인의 경우 실험집단의 경우 삶의 질, 사회적 자본(네트워크), 자아존중감에서 통계적으로 유의미한 수준에서 차이가 나타났으며, 통제집

단의 경우 통계적으로 유의미한 수준에서 차이가 나타난 변인은 확인되지 않았다. 따라서 실험조치로 행해진 우울 및 자살예방 프로그램 개입의 효과성이 있었다고 판단된다.

〈표 4〉 프로그램 효과성 검증

		N	사전		사후		t
			평균	표준편차	평균	표준편차	
우울	실험	232	9.8879	3.44599	8.3233	3.54486	6.762***
	통제	274	2.8504	2.89553	3.3066	3.16010	-2.922**
자살사고	실험	232	9.5431	7.16097	7.2371	6.52135	6.280***
	통제	274	1.1723	2.48137	1.5365	2.98233	-2.318*
사회적지지	실험	234	12.9145	8.57491	12.8462	8.39488	.178
	통제	274	16.3358	8.79084	15.8832	8.22759	1.352
사회적자본__신뢰	실험	215	2.8069	.64800	2.8413	.60565	-.821
	통제	253	2.9082	.71632	2.9178	.65092	-.266
사회적자본__네트워크	실험	215	2.7011	.59047	2.8317	.67545	-3.243**
	통제	253	2.9630	.67738	3.0225	.63671	-2.011
사회적자본__규범	실험	216	3.4683	.56877	3.5118	.53889	-1.238
	통제	254	3.5725	.62816	3.5457	.62221	1.024
스트레스	실험	234	2.3428	.74783	2.2870	.69934	1.667
	통제	272	1.9873	.70758	1.9543	.73269	.953
자아존중감	실험	234	2.2189	.46791	2.3676	.48783	-5.914***
	통제	273	2.7456	.51591	2.7227	.48974	1.757
삶의질	실험	234	2.6366	.57906	2.7847	.57597	-4.863***
	통제	272	3.2294	.56630	3.1805	.54747	.952

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

3) 공변량분석

실험·통제 집단의 동질성이 확보되지 못한 주요변수들에 대하여 사전점수를 통제 한 상태에서 공변량분석을 실시하였고, 그 결과를 다음의 〈표 5〉에 제시하였다. 또한 집단의 효과로 볼 수 있는 총 변화량의 비율을 의미하는 η_p^2 을 함께 제시하였다.

첫째, 우울 척도에서 사전 점수를 통제한 상태에서 실험집단은 통제집단과 유의한 차이($F=5.207$, $p<.05$)를 나타내 빅.마.마 프로그램이 노인 우울 감소에 효과가 있음이 검증되었다. 노인 우울에 대해 $\eta_p^2=.01$ 의 효과크기를 나타내는 것으로 확인되었다. 둘

제, 스트레스의 경우 사전점수를 통제한 상태에서 빅.마.마 프로그램의 효과가 실험 및 통제집단 간에 유의미한 차이($F=5.186$, $p<.05$)가 있는 것으로 확인되었다. 스트레스 감소에 빅.마.마 프로그램의 효과크기는 $\eta_p^2=.01$ 로 우울과 효과의 크기가 유사한 것으로 확인되었다. 그 외 자살사고, 사회적지지, 삶의 질 요인의 경우는 사전 점수를 통제 한 경우 통계적으로 유의미한 차이가 확인되지 않았다.

즉, 공변량 분석결과는 대응표본 t 검증 결과와 달리 사전점수를 통제했을 때 빅.마.마 프로그램이 노인의 우울과 스트레스 감소에 유의미한 효과를 나타낸 반면, 자살사고, 사회적지지, 사회적자본, 삶의 질 요인에서는 유의미한 변화를 이끌어내지 못한 것으로 해석할 수 있다. 이는 빅.마.마 1차년도 사업의 경우 약 4-5개월의 단기적인 기간에 개입이 이루어졌기 때문에 우울, 스트레스와 같은 정서적 특성에는 빠른 효과를 나타내었으나 자살사고, 사회적지지, 사회적자본, 삶의 질과 같은 요인을 변화시키는데 다소 한계가 있었던 것으로 판단된다. 장기간의 개입을 통한 효과 확인이 요구된다.

〈표 5〉 효과 측정 변인별 공변량 분석표

		자승합	df	평균제곱	F	η_p^2
우울	실험집단	39.995	1	39.955	5.207*	.01
	사전우울	1769.513	1	1769.513	230.617	.314
	오차	3859.489	503	7.673		
자살사고	실험집단	18.483	1	18.483	1.222	.002
	사전자살사고	5699.878	1	5699.878	376.754	.428
	오차	7609.850	503	15.129		
사회적지지	실험집단	.305	1	.305	1.109	.002
	사전사회지지	213.132	1	213.132	774.288	.605
	오차	139.007	505	.275		.010
사회적자본 (네트워크)	실험집단	.016	1	.016	.069	.000
	사전사회자본	88.580	1	55.580	370.368	.443
	오차	111.213	465	.239		
스트레스	실험집단	1.315	1	1.315	5.186*	.010
	사전스트레스	133.117	1	133.117	525.026	.511
	오차	127.532	503	.254		
삶의질	실험집단	.001	1	.001	.004	.000
	사전삶의질	72.023	1	72.023	418.830	.454
	오차	86.497	503	.172		

* $p<.05$

V. 결론 및 함의

본 연구는 부산지역에서 시행된 지역사회 기반의 ‘노인 우울·자살예방 프로그램’을 소개하고 효과성을 검증결과를 제시하는 데 그 목적을 두었다. 이를 위하여 실험-통제 집단, 사전-사후검사 연구 설계를 사용하여 그 효과성을 검증한 결과를 다음과 같다.

첫째, 실험집단과 통제집단의 일반적 특성은 성별을 제외하고는 모두 동질한 것으로 확인되었으나 그 외 우울, 자살사고, 사회적지지, 사회적 자본, 스트레스, 삶의 질 등은 집단 간에 유의미한 차이가 있었다. 이는 재가노인지원서비스센터를 이용하는 노인들을 대상으로 실험집단과 통제집단이 이루어졌는데 실험집단의 경우 1차 선별검사에서 우울 및 자살사고가 상대적으로 높은 고위험군을 대상으로 프로그램 개입이 이루어졌기 때문에 불가피한 상황이라고 판단된다.

둘째, 프로그램 효과성 검증을 위해 각 변인들에 대해 대응표본 t검증을 실시한 결과는 다음과 같다. 실험집단의 경우 우울, 자살사고, 자아존중감, 사회적지지(네트워크), 삶의 질 항목에서 모두 통계적으로 유의미한 수준에서 차이가 있었다. 우울과 자살사고가 감소되었고, 자아존중감, 삶의 질 항목에서는 모두 향상 효과가 나타났다. 이는 선행연구의 결과(안양희, 2003; 조계화·김영경, 2008; 김춘경·여인숙, 2009; Oyama H. et al., 2006; 김은주·윤가현, 2010; 임금선·김현실, 2012; 유재순·김현숙·연현진, 2014 등)와도 일치하는 것으로 본 프로그램이 효과가 있었음을 확인할 수 있었다.

반면 통제집단의 경우는 우울과 자살사고 항목에서 통계적으로 유의미한 수준에서 증가하는 효과가 나타났으며, 그 외 기타변인에서는 차이가 확인되지 않았다. 이 결과는 본 연구에서 이루어진 프로그램 개입의 효과성을 증명할 뿐 아니라 향후 노인 정신건강 관련 개입에 있어 큰 시사점을 가진다고 하겠다.

셋째, 사전검사에서 집단 간의 동질성을 확보하지 못했기 때문에 사전점수를 통제된 공변량분석을 실시한 결과 빅.마.마 프로그램이 노인의 우울과 스트레스 감소에 유의미한 효과를 나타낸 반면, 자살사고, 사회적지지, 사회적자본, 삶의 질 요인에서는 유의미한 변화를 이끌어내지 못한 것으로 확인되었다.

본 연구결과를 바탕으로 빅.마.마 프로그램의 유용성과 향후 노인자살예방사업의 방향에 관한 함의를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 본 사업이 지역사회 기반의 노인 정신건강서비스를 개발하고 시행되어졌다는 점에 주목할 필요가 있다. 특히 Jonson(2012)이 설명한 연구과정을 바탕으로 지역사회 기반의 노인 우울 및 자살예방 프로그램의 모형을 도출하고 시행하였다는 점이 가장 큰 의미가 있다고 하겠다. 앞서 논의된 바와 같이 노인의 우울과 자살에 대한 지역사회 기반의 개입이 절대적으로 부족한 상황에서 노인의 일상생활공간을 중심으로 노인의 사회적 관계망과 사회적 자본을 강화하는 개입이 이루어진 것에 큰 의미가 있다. 노인 우울에 영향을 미치는 지역사회 요인이 밝혀지고 그 중요성이 강조되고 있는 만큼 사회복지기관이나 서비스 장면 위주의 개입에서 한 단계 나아가, 지역사회 기반의 개입모델의 개발과 확대가 요구된다.

둘째, 무엇보다 본 연구에서 밝혀진 결과와 같이 지역사회 기반 노인 우울 및 자살 예방 프로그램인 빅.마.마 사업이 노인의 우울과 자살사고를 감소시키고, 사회적지지 및 사회적 자본과 삶의 질을 향상시키는데 도움이 되었음이 확인되었다. 따라서 이러한 노인 정신건강에 관련한 서비스의 확대가 요구된다고 하겠다. 또한 다양한 개입이 이루어진 실험집단 참여자들의 변화는 기대한 바였으나 통제집단 노인들의 부정적인 방향으로의 변화에 주목할 필요가 있다. 즉, 재가 노인의 경우 정신건강과 관련한 어떠한 조치도 받지 못할 경우 우울과 자살사고가 시간이 지남에 따라 심각해지는 것이다. 따라서 우울과 자살사고를 포함하는 노인정신건강과 관련한 지속적인 개입이 요구된다고 하겠다. 일시적인 개입보다는 장기간에 적용되는 다층적 수준에서의 개입이 자살률 감소에 효과가 있었던 선행연구(Fountoulakis et al., 2011)의 결과처럼 장기적인 관점에서의 지속적인 개입이 이루어져야 할 것이다. 특히 사전점수를 통제한 공변량분석의 결과에서는 우울과 스트레스와 같은 정서적 특성에는 효과를 나타낸 반면, 자살 사고, 사회적지지, 삶의 질과 같은 요인에는 효과를 확인할 수 없었다. 이는 빅.마.마 프로그램이 4-5개월의 단기적인 기간에 개입이 이루어졌기 때문에 장기적인 개입을 요구하는 주관적 인식을 변화시키는데는 다소 한계가 있었기 때문인 것으로 판단된다. 노인 정신건강과 관련한 서비스의 확대와 함께 지속적이고 장기적인 개입이 요구된다고 하겠다.

셋째, 노인의 우울감소 및 자살예방과 관련한 다양한 프로그램의 개발이 요구된다고 하겠다. 본 연구에서는 고위험군과 예방프로그램(주의군)으로 나누어 개입이 이루어졌는데 개인상담과 집단상담의 경우 다양한 매뉴얼 개발이 함께 이루어질 수 있었다. 노

인들의 특성을 반영한 다양한 개입 프로그램의 개발이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

넷째, 본 사업은 민간 주도의 노인 우울·자살예방사업의 시스템을 구축했다는 점에서 의미가 있다고 하겠다. 자살예방업무를 전담할 수 있는 기관이 구축되어 사업을 수행하는 것이 가장 바람직한 방향이겠으나 인적·물적 자원이 부족한 지역의 현황에 비추어볼 때 가능한 방향을 모색해볼 수 밖에 없다. 그렇다면 빅.마.마 사업과 같은 형태의 노인 우울·자살예방사업의 모델도 충분히 가능성이 있다고 판단된다. 지역사회의 노인 사례관리를 수행하는 재가노인지원서비스센터와 정신건강복지센터와의 유기적인 연계와 협조는 이 사업의 가장 소득 중의 하나라고 하겠다.⁶⁾

다섯째, 재가노인지원서비스센터의 기능과 역할에 대한 논의가 필요하다고 하겠다. 실무자들이 재가 노인들에 대한 다양한 심리·정서적 지원 업무를 수행하는 주체가 되어야 하지만 이들은 지금까지 정신건강문제를 비롯한 직접적 개입에 대한 경험 거의 없었다(부산재가노인복지협회, 2017: 85-89). 그런 의미에서 빅.마.마 사업은 재가노인지원서비스센터의 정체성을 부여하는데 새로운 가능성을 주었다고 판단된다.

마지막으로 다양한 노인자살예방 프로그램 등의 사업에 대한 실증적 효과를 평가하는 연구가 지속적으로 수행되어 관련 사업과 정책이 효율적으로 추진될 수 있도록 해야 할 것이다.

본 연구는 지역사회 기반의 노인의 우울·자살예방 프로그램을 제시하고, 그 효과성을 검증하였다는 점에서 의의를 가진다. 그러나 1차년도 사업 수행의 결과만을 분석하였기 때문에 추후 조사 과정이 이루어지지 않아 사업의 장기적 효과를 살펴 보는데는 한계가 있다고 하겠다. 이는 2차년도 3차년도 사업을 수행하면서 종단적 분석을 통하여 보완해나갈 필요가 있을 것이다. 또한 공공의 목적에서 실시한 사업의 윤리적인 어려움을 감안하더라도 통제집단과 실험집단의 동질성을 확보하지 못한 한계를 지닌다. 추후 후속연구에서는 이러한 한계에 대한 보완과 함께 사업에 참여한 실무자와 이용자를 대상으로 한 질적인 자료도 함께 분석하여 프로그램의 효과를 다각도로 살펴볼 수 있어야 할 것이다.

6) 다만 이 사업은 부산사회복지공동모금회 지원으로 가능하였다. 지속적인 사업의 유지를 위해서는 어떤 형태로든 예산은 수반되어야 할 것이다.

참고문헌

- 강인. 1990. “중년기 가족스트레스와 가족대처방안에 관한 연구”. 석사학위논문 이화여자대학교 대학원.
- 강호엽 · 이현주. “동기면담프로그램이 자살시도자의 자기효능감과 자살사고에 미치는 효과”. 『정신보건과 사회사업』. 45(1): 116-143.
- 곽윤복, 고성희, 김현경. 2013. “노인의 알코올 사용, 우울 및 자아존중감이 자살생각에 미치는 영향”. 『디지털융복합연구』. 11(9): 221-228.
- 권미화 · 김수경 · 이재신 · 차태현. 2016. “전래동화 플래시에니메이션을 활용한 작업중심의 회상치료가 치매환자의 인지기능과 상호작용 및 문제행동에 미치는 영향”. 『대한작업치료학회』. 24(3): 97-109.
- 권현숙. 2013. “재가노인의 우울억제와 관련된 변인의 메타분석”. 『노인복지연구』61: 241-266.
- 기백석. 1999. “노인 우울증”. 『노인병』. 3(3)
- 김경운 · 권기창. 2015. “영주귀국 사할린동포 노인의 우울과 삶의 질 관계에 관한 연구”. 『한국평화연구학회』. 151-170.
- 김미정. 2005. “노인의 스트레스 대처방법”. 한림대 석사학위논문.
- 김영란. 2015. “회상치료프로그램이 치매노인의 인지기능에 미치는 효과”. 『한국노인의료복지학회』. 7(1): 19-36.
- 김은주 · 윤가현. 2010. “노인자살 예방을 위한 동료상담의 효과”. 『한국노년학연구』. 19: 115-131.
- 김은주 · 육성필. 2017. “노인자살예방을 위한 통합적 위기개입모델 다층효과 연구: 자살생각 · 우울을 중심으로”. 『한국노년학』. 37(1): 173-200.
- 김춘경 · 여인숙. 2009. “노년기 우울감소와 자살예방 집단상담 프로그램 개발과 효과검증”. 『대한가정학회지』. 47(9): 111-124.
- 김춘옥. 2014. “노인의 여가몰입이 삶의 질에 미치는 영향”. 『한국사회복지실천학회』. 6(2): 78-99.
- 김형수. 2002. “한국노인의 자살생각과 관련요인 연구”. 『한국노년학』. 22(1): 159-172.
- 김혜경(2013) “지역사회특성이 저소득층 노인의 우울에 미치는 영향 : 전라북도 저소득층 노인을 대상으로” 전북대학교 석사학위논문.
- 민장배 · 손진영. 2016. “노인의 우울이 삶의 질에 미치는 영향 -영적 안녕감의 매개효과를

- 중심으로-”. 『한국사회복지실천학회』. 51: 303-332.
- 박민자. 2012. “재가노인의 사회적 갈등이 우울과 자살생각에 미치는 영향. 서강대학교” 공
공정책대학원 석사학위논문.
- 박영미 · 제갈돈 · 김병규. 2016. “노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 정신
건강증진센터 자살예방프로그램 참여를 중심으로”. 『한국행정논집』. 28(3): 439-465.
- 보건복지부. 2013. 『OECD가 본 한국의 정신건강정책 과제』. 국제 세미나 자료집.
- 부산재가노인복지협회. 2017. 『2016년도 부산재가노인복지협회 특화사업 사업성과보고서』.
부산: 도서출판 부다가야.
- 손의성, 문수경. 2013. “우울증 위험군 노인의 자살생각과 자살시도에 미치는 영향 요인:
충청남도를 중심으로” 『한국위기관리 논집』. 9(11): 133-153.
- 심유연. 2013. “농촌노인의 우울 및 자살사고에 영향을 미치는 요인들에 관한 연구”. 고려
대학교 석사학위논문.
- 안양희. 2003. “취약계층 노인의 우울예방을 위한 지역사회기반의 통합 프로그램 개발 및
효과검증”. 『지역사회간호학회지』. 14(2): 287-298.
- 양순미, 임춘식. 2006. “농촌노인들의 자살생각에 미치는 우울의 효과”. 『노인복지연구』.
32: 377-396.
- 양인옥. 2015. “자살예방사업에 참여한 독거노인의 우울과 자살사고 변화에 영향을 미치는
사회적 지지요인 연구”. 고려대학 교 박사학위논문.
- 여인숙, 김춘경. 2005. “노년기 죽음불안과 사회적 활동이 우울에 미치는 영향”. 『한국가족
복지학』. 16:75-101.
- 유재순 · 김현숙 · 연현진. 2014. “재가 취약계층 여성 노인을 대상으로 한 우울 · 자살예방
프로그램의 효과”. 『한국산학기술학회 논문지』. 15(5): 2882-2892.
- 윤은경. 2012. “노인의 우울과 삶의 질 관계에서 대처유형의 매개효과”. 『한국임상사회사업
학회』. 9(1): 43-61.
- 이미라. 2011. “자활사업 참여자의 사활거 자본이 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구”. 부
산대학교 박사학위논문.
- 이미애, 남기민. 2007. “스트레스 대처방안을 매개로 한 노인의 스트레스와 우울 및 자살생
각간의 관계”. 『사회복지연구』. 34:307-325.
- 이영경, 정명희. 2013. “노인의 우울과 자살생각에 영향을 미치는 연구: 가족탄력성을 중심
으로”. 『노인복지연구』. 61: 111-134.

- 이영자, 김태현(1999). “단독가구 노인의 스트레스와 우울감-사회적 지지의 완충효과를 중심으로”. 『한국노년학』. 19:79-93.
- 이인정. 2011. “노인의 우울과 자살생각의 관계에 대한 위기사건, 사회적 지지의 조절효과”. 『보건사회연구』. 31(4): 34-62.
- 이정애. 2011. “우울한 노인들을 대상으로 한 집단긍정심리치료 프로그램의 효과”. 고려대학교 대학원 박사학위논문.
- 이흥직. 2009. “노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”. 『사회과학연구』. 5(3):25-42.
- 임연옥 · 윤현숙 · 황지성. 2016. “노인 우울과 자살생각 간의 관계에서 가족관계만족도의 조절효과: 부부관계와 자녀관계만족 도를 중심으로”. 『한국사회복지조사연구』. 50: 1-28.
- 임정연. 2016. “관계유형별 사회적 지지와 갈등이 노인의 우울과 자살사고에 미치는 영향”. 전북대학교 석사학위논문.
- 이현아 · 이준우. 2016. “노인자살 예방서비스 성과의 의미에 관한 사례연구”. 『한국노년학』. 35(3): 649-671.
- 이혜경 · 이병록. 2011. “노인복지관 이용노인의 가족 및 사회적 지지와 일상생활 기능정도가 우울에 미치는 영향-자기수용의 매개효과를 중심으로”. 『한국지역사회복지학』. 38: 201-225.
- 임경민 · 박지혁. 2013. “작업 중심 회상치료가 치매노인의 의사소통 및 상호작용기술에 미치는 영향 : 예비연구”. 『대학작업치료학회』. 21(2): 1-12.
- 임금선 · 김현실. 2012. “노인 우울 및 자살생각과 심리적 안녕감에 대한 노인생명존중프로그램의 효과”. 『노인복지연구』55: 201-222.
- 장승호. 2015. “노인의 우울 및 자살사고에 영향을 미치는 요인들에 관한 연구”. 원광대학교 박사학위논문.
- 전미숙. 2017. “자살예방 통합프로그램이 노인의 우울, 자아존중감 및 자살생각에 미치는 영향”. 대구대학교 대학원 석사학위논문.
- 전용호 · 김춘남. 2016. “재가노인지원서비스의 필요성과 역할 정립에 관한 연구”. 『노인복지연구』. 71(1): 275-304.
- 정도운 · 박재홍 · 서영수 · 김현정. 2015. “부산 지역 노인의 정신건강 기초조사를 위한 평가 모듈 개발”. 부산광역시정신건강증진센터 연구보고서.

- 정진영 · 김동현. 2016. “독거노인 자살예방사업의 효과 평가-서울시 노원구 사례”. 『대한보건연구』. 42(3): 39-52.
- 조계화 · 김영경. 2008. “지역사회 네트워크를 이용한 한국노인의 다차원적 자살예방 프로그램 개발 및 적용”. 『대한간호학회지』38(3): 372-382.
- 조성숙. 2007. “노인우울에 영향을 미치는 요인에 대한 연구”. 아주대학교 석사학위논문.
- 조추용. 2013. “노인의 우울과 사회적 지지가 자살생각에 미치는 영향: 생태체계적 관점 중심으로”. 『한국케어매니지먼트연구』. 9: 1-21.
- 천정현. 2014. “한국 노년기 정신건강 현황 : 연령과 성을 중심으로”. 연세대학교 석사학위 논문.
- 최혜정. 2006. “노인복지시설 이용노인의 우울 및 인지기능 상태에 대한 연구”. 『한국보건간호학회지』. 20(2): 119-129.
- 최미영. 2008. “노인 우울에 미치는 동네효과와 사회자본의 영향에 관한 연구”. 『한국사회복지조사연구』. 18: 25-46.
- 허준수 · 유수현. 2002. “노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”. 『정신보건과 사회사업』13: 7-35.
- Cross, W., M. Matthieu, J. Cerel, and K. L. Knox. 2007. “Proximate outcomes of gatekeeper training for suicide prevention in the workplace”. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 37(6): 659-670.
- Fiske A., and P. Arbore, 2000. “Future directions in late life suicide prevention”. *Omega* 42(1): 37-53.
- Fountoulakis, K. N., S. Xenia, and Z. Rihmer, 2011. “Suicide prevention programs through community intervention”. *Journal of Affective Disorders*. 130: 10-16.
- Granello, D., P. Granello. 2007. “Suicide assessment: Strategies for determining risk, Counselling”. *Psychotherapy, and Health*. 3(1): 42-51.
- Johnson, Michael P.. 2012. “Community-Based Operations Research: Introduction, Theory, and Applications”. Michael P. Johnson(ed.). *Community-Based Operations Research: Decision Modeling for Local Impact and Diverse Populations*. New York: Springer.
- Kim, J. P., and J. Yang. 2017. “Effectiveness of a community-based program for suicide prevention among elders with early-stage dementia: A controlled observational

study". Geriatric Nursing. 38: 97-105.

Oyama, H., Y., Ono, N. Watanabe, E. Tanaka, S. Kudoh, T. Sakashita, S. Sakamoto, K. Neichi, K. Satoh, K. Nakamura and K. Yoshimura. 2006. "Local Community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention". Psychiatry and Clinical Neurosciences. 60: 110-114.

Tompkins, T. L., and J. Witt, 2009. "The short-term effectiveness of a suicide prevention gatekeeper training program in a college setting with residence life advisers". The journal of primary prevention. 30(2): 131-149.

통계청 홈페이지 kostat.go.kr

Abstract

**Effectiveness evaluation of depression and suicide prevention
program based on Community for home elderly**

-Focusing on Busan Association in Community Care for the Elderly
"Big.Ma.Ma" Program-

Choi Younjeong · Lee Mikyung · Kim Eunah · Seo Eunhae*

The purpose of this study was to investigate the effects of "Big.Ma.Ma", a community-based mental health program for the elderly of Busan Association in Community Care for the Elderly. To verify the effectiveness, use the experimental control group and pre - post - test research design, analyzed using SPSS 24.0.

The results of analysis, depression, suicide ideation, social capital, self-esteem and quality of life were difference at the statistically significant level in both of experimental group(234) and control group(275), and showed that this program had significant effects on stress reduction in the elderly.

Based on the effect of this program, finding suggest to expand the elderly mental health services and to develop continuous and long-term interventions and programs. In addition, it is considered that this study gave new possibilities that home support service center practitioners to be perform various psychological and emotional support tasks to elderly. Finally, it is significant meaning in that it has established a system of private-led elderly depression and suicide prevention project.

Key words: Community-based, Mental health program, Elderly, Suicide prevention program

[논문투고일: 2018.03.08, 심사일: 2018.05.16, 심사완료일: 2018.05.24]

* Choi Younjeong / Kyungnam College of Information & Technology
Lee Mikyung/ Busan Regional Mental Health Welfare Center
Kim Eunah / Busan Dong-gu Primary Mental Health Welfare Center
Seo Eunhae / Yongho Community Welfare Center