

기독교 노인⁶⁹⁾의 삶의 질 연구: 장애변수를 중심으로

백은령 (충신대학교 교수), 전동일(한국장애인개발원 선임연구원)

I. 서론

인구 고령화에 따라 교회 내의 노인 인구 비율도 점차 증가될 것으로 전망된다. 초고령화를 향해 가고 있는 사회 속에서 노인기의 삶에 대한 사회·정책적, 학문적 관심은 점차 확대되고 있다. 노인에 대한 학술적 관심은 기독교와 교회 관련 연구에서도 두드러지게 나타나고 있는데⁷⁰⁾ 이와 같은 연구들은 노인 일반을 대상으로 한 접근이 대부분으로 빈곤, 질환, 독거, 장애 등 특수한 상황과 욕구로 인해 개별적이고도 집중적인 지원을 필요로 하는 취약계층 노인에 대한 고려는 거의 이루어지지 못하고 있는 실정이다.

노인기 자체가 경제활동의 중단과 사회적 관계 축소, 질병 등으로 인해 이전 시기에 비해 상대적으로 많은 어려움을 갖게 되는 시기인 것은 분명하지만 노인들의 학력수준의 향상, 공·사적 연금 수령 등으로 인해 사회·경제적인 지위가 과거에 비해서는 높아지고 있다는 점에 비추어볼 때 교회 속에서 노인인구를 단일 집단으로 간주하고 획일적으로 접근하기 보다는 다차원적인 스펙트럼에서 접근할 필요가 있다. 특별히 노인인구 가운데서도 취약한 노인에 대한 교회의 섬김은 우선적으로 고려되어야 할 영역이다. 이는 지극히 작은 자에게 하지 아니한 것은 곧 내게 하지 아니한 것 같다고 하신 말씀⁷¹⁾에서 알 수 있듯이 교회의 사명이자 역할이라 할 수 있다. 하나님을 경외하고 이웃을 섬기는 것은 성경의 중심 사상으로 예수님께서도 공생애를 통해 소외되고 차별받는 이들을 존중하고 복음을 전하셨던 것처럼 구원받은 그리스도인의 공동체인 교회는 약한 자들을 위한 섬김의 실천을 행해야 한다. 특히 노인인구 전체에 대한 보편적인 섬김과 함께 소외계층 노인에 대한 집중적인 지원과 배려는 교회의 선교, 구제, 복지활동에 있어서 우선적인 고려점이 되어야 하는데 사회적 안전망이 아직까지 충분하기 못한 우리 사회구조 속에서 교회공동체가 보완적인 안전망의 역할을 감당해야 하는 것이 교회의 중요한 사명이기 때문이다⁷²⁾.

노인인구중 대표적인 취약집단은 장애인⁷³⁾이라 할 수 있다. 이들은 장애로 인한 사회, 경제

69) 자신의 종교가 기독교라고 응답한 노인을 지칭한다.

70) 한국교육학술정보원(KERIS) 학술연구정보서비스(RISS)사이트의 상세 검색 창에서 제목을 노인+기독교로 검색한 결과 2000년 이후 발표된 석, 박사 학위논문은 40편, 국내학술지 논문은 19편, 노인+교회로 검색한 결과 석, 박사 학위논문은 279편 국내학술지 논문은 55편이 검색되었다.

71) 마 25: 40

72) 김기원(1998: 21-23)에 따르면 교회는 선교, 친교, 예배, 교육, 봉사 5대 사명을 가지고 있다고 하였다.

73) 장애인이란 생애초기에 장애를 갖게 된 상태에서 노령화된 장애인과 노령화 과정에서 장애를 갖게 된 노인성 장애인을 포괄하는 개념이다. 2011년 장애인실태조사 결과(보건복지부, 2012)에 따르면 장애발생은 후천적 원인에 의한 것이 90.5%로 이중 질환은 55.1%, 사고는 35.4%로 나타났다. 여기서 질환은 주로 노인성 질환으로 추정할 수 있는데 이를 뒷받침할 수 있는 근거로는 연령별 장애인 분포에서 65세 이상 인구가 38.8%로 2008년 36.1%에 비해 2.7% 포인트 증가하였다(* 2010년 기준 전체인구 중 65세 이상 인구 11.0%, 535.7만명). 우리 사회가 점차 고령화 사회로 접어들어 따라 장애인도 지속적인 증가 경향을 보일 것으로 전망된다.

적 차별에 더하여 노인으로서의 어려움이 부가되어 이중, 삼중의 곤란에 처해있을 가능성이 높은 인구집단이기 때문이다. 장애인노인은 이와 같이 장애로 인한 어려움과 노인으로서의 어려움을 동시에 경험하는 취약한 계층임에도 장애인복지와 노인복지 분야 모두에서 주요한 정책적 관심의 대상으로 간주되지 못하고 있는 대표적인 집단 중 하나라 할 수 있다(김성희, 고선정, 2004).

전술한 바와 같이 고령화 사회 속에서 노인기의 삶에 대한 관심이 높아지면서 점차 장기화되는 노인기의 삶의 질을 어떻게 하면 높일 수 있을 것인가에 대한 관심이 확대되고 있으나 아직까지 기독교인들의 생활 실태와 삶의 질에 대한 연구는 매우 미미한 수준이라 할 수 있다. 특히 기독교 노인들의 삶의 질이 노인인구 전체의 삶의 질과 어떠한 차이가 있는지를 살펴본 연구는 거의 없었다. 노인기의 삶은 개인뿐만 아니라 사회적으로 매우 중요한 의미를 갖는다. 또한 교회와 기독교공동체가 노인들을 위한 다양한 섬김을 실천하려고 할 때 지향점은 노인의 삶의 질 향상이 주요한 지표가 될 수 있다. 따라서 기독교인들의 생활실태를 파악해보고 삶의 질의 수준은 어떠한지? 교회 내에 절대 다수를 차지하는 노령화단계에서 누가 경험하게 될지 알 수 없는 장애유무에 따라 삶의 질에 영향을 미치는 요인들의 양상은 어떻게 나타나는지를 규명해봄으로써 교회와 기독교공동체가 기독교인들의 삶의 질을 신장시키기 위해 어떠한 노력을 해야 하며 특히 장애인노인과 비장애 노인에 따라 어떠한 부분에 중점을 두고 지원해야 하는지를 검토해보고자 하였다. 이러한 연구목적 달성을 위한 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1. 기독교노인의 삶의 질 수준은 어떠한가.

연구문제 2. 장애유무에 따라 기독교노인들의 건강, 가족관계, 사회참여 수준은 어떠한가.

연구문제 3. 기독교노인들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 장애유무에 따라 차이가 있는가.

II. 이론적 배경

1. 기독교노인의 삶의 질

삶의 질이란 매우 광범위한 개념이지만 개인의 특성, 객관적인 생활조건, 여러 생활영역에 대한 주관적 인지에 영향을 받는다는 점에는 대략적으로 동의가 이루어진듯하다. 일반적으로 삶의 질은 생활만족도, 안녕감, 복지감, 주관적 삶의 질과 유사하게 사용되고 있는데 이는 삶의 질의 주체인 개인이 자신의 삶에 대해 느끼고 경험하는 주관적 측면에서 접근하기 때문일 것이다. Diener(2000)도 자신의 삶에 대한 인지적, 정서적 평가가 삶의 질이라고 하였으며 Shumaker 등(1990)도 삶의 질을 삶에 대한 개개인들의 전반적인 만족감과 안녕감으로 간주하였다.

기독교노인의 삶의 질 내지는 생활만족도와 관련된 연구는 그리 많지 않은 편인데 허기한(2010)이 질적연구방법을 활용하여 기독교 노인들이 사회참여 속에서 어떤 삶의 변화과정을 경험하는가를 살펴본 연구와 김영목(2005)이 기독교노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인이 무엇인지를 탐색한 연구정도이다. 이에 노인의 삶의 질 연구로 대상의 폭을 넓혀서 검토한 결과 국내 노인의 삶의 질 관련 연구는 대략 세 가지 정도로 분류할 수 있다. 첫째, 일반 노인의 삶의 질 관련 요인을 규명하는 연구 둘째, 노인의 인구사회학적 특성 즉 연령, 성별, 동거형태에 따른 삶의 질 영향요인의 차이를 밝히는 연구(김미령, 2012; 이인정, 2009) 셋째, 고혈압, 뇌졸중이나

당뇨, 치매 등 노인성 질환을 겪고 있는 노인들(양정빈, 2009; 장선주, 2010)이나 취약계층 노인(박금화, 2010)의 삶의 질에 대한 연구 등이다.

전술한 바와 같이 장애인노인은 장애와 노화의 이중고로 인해 삶의 질이 낮아지는 대표적인 집단이지만(백은령·노승현, 2012) 장애를 가지고 있는 기독교노인에 대한 연구는 거의 진행된바가 없는데 백은령(2004)이 장·노년 여성장애 기독교인의 특성을 분석하고 이를 토대로 기독교사회복지 실천방안을 모색하는 정도에서 그치고 있다. 더욱이 장애가 있는 노인과 그렇지 않은 노인의 삶의 질을 비교한 연구는 거의 이루어진바가 없고 질병이나 이로 인한 후유장애 등의 취약성을 가지고 있는 노인들의 삶의 질과 관련된 연구가 일부 이루어진바 있다. 양정빈(2009)은 뇌졸중 생존 노인들의 질병관련 요인, 심리사회적 요인, 환경요인이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을 검증하였고 장애인노인과 관련된 연구로는 김형수와 김용섭(2011)이 노인집단과 장애인 집단의 삶의 질을 비교하여 유사점과 차이점을 밝히고자 시도하였다. 한편 김수봉과 고재욱(2011)은 장애인노인의 생활만족도를 비교하기 위하여 대도시, 중소도시, 농촌지역으로 구분하여 영향요인을 분석하였다.

2. 기독교 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

전술한 바와 같이 기독교노인 내지는 기독교 장애인노인의 삶의 질에 관한 연구가 매우 미흡하기 때문에 노인들의 삶의 질 관련 연구로 대상을 넓혀 검토한 결과와 본 연구를 위해 분석할 노인실태조사(2008)의 원자료 검토 결과를 토대로 기독교 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 개인 특성, 건강요인, 가족관계요인, 사회참여 요인으로 설정하였다.

개인특성으로 성별에 따라 노인의 삶의 질 정도에 차이가 없다는 연구결과(김태현 외, 1999)와 성별에 따라 영향요인이 상이하게 나타난다는 상반되는 보고가 있다(송미영, 2011). 연령이 높아질수록 변화에 대한 열망이 높지 않기 때문에 삶의 질이 향상된다는 연구결과(Celine, Normand, Raymond, 1998)가 있는가 하면 연령과 생활만족도는 부적 상관관계를 나타낸다는 주장도 있다(편성범·김세주, 1994). 교육수준의 경우 교육 연수가 길수록 삶의 질이 높다는 보고가 일관되게 이루어지고 있다(권중돈·조주연, 2000; 김미령, 2004). 배우자 유무는 노인들의 삶의 질에 중요한 요인인 것으로 알려져 있지만 비장애인노인과 장애인노인의 생활만족도 영향요인을 비교한 전동일과 양숙미(2012)의 연구에서 둘 모두에게 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 소득수준이 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타난(강이주, 2008) 반면 일정 수준 이상의 경제적 수준은 노인들의 삶에 유의한 영향을 미치지 않는다는 보고도 있다(김태현 외, 1999).

건강요인으로 평소 건강상태와 만성 질병여부에 따른 신체적 건강수준은 삶의 질에 있어 중요한 요인인 것으로 알려져 있다(권오균, 2008). 또한 정신적인 건강이나 심리적인 상태는 삶의 질과 유의미한 상관관계가 있는 것으로 보고되고 있다(남상권·심옥수, 2011).

가족관계요인으로 동거가족이 있을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다(박금화·최연희, 2010). 또한 형제자매, 친인척, 자녀와의 관계의 교류 횟수가 생활만족도에 유의미한 영향을 미치는 요인인 것으로 보고되기도 하였다(이중섭, 2010).

사회참여요인으로 노인기의 사회활동은 삶의 질을 높여주는 것으로 알려져 있으나 윤순덕(2004)은 활동의 양을 나타내는 활동의 갯수는 심리적 복지에 연관이 없는 것으로 보고한바 있으나 한혜원(2000)은 활동적인 여가활동에 참여하는 노인일수록 삶의 질 수준이 높은 것으로 보

고한바 있다.

III. 연구방법

1. 분석자료

기독교 노인의 삶의 질에 대한 분석을 위해 사용한 자료는 “2008년도 노인실태조사”(박명화 외, 2009)의 원자료이다. 이 자료는 목표모집단을 2008년 6월 30일 기준 전국 16개 시도의 일반 주거시설에 거주하는 만60세 이상의 노인을 대상으로 하였다. 15,146명의 노인이 조사되었으며 이 중 기독교인은 2,905명이었다. 기독교인 중 장애가 있는 노인은 377명, 장애가 없는 노인은 2,528명이었다.

〈표 1〉 표본의 특성

(단위: 명, %)

항목	구분	전체노인 [15,146]		기독교인					
				소계 [2,905]		장애 [377]		비장애 [2,528]	
		빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
성별	여성	8,962	59.2	1,997	68.7	224	59.4	1,773	70.1
	남성	6,184	40.8	908	31.3	153	40.6	755	29.9
	계	15,146	100.0	2,905	100.0	377	100.0	2,528	100.0
학력	무학	4,755	31.4	857	29.5	107	28.4	750	29.7
	초졸	5,908	39.0	1,066	36.7	144	38.2	922	36.5
	중졸	1,977	13.1	362	12.5	47	12.5	315	12.5
	고졸	1,669	11.0	359	12.4	54	14.3	305	12.1
	초대졸	160	1.1	46	1.6	5	1.3	41	1.6
	대졸	606	4.0	185	6.4	17	4.5	168	6.6
	대학원졸	71	0.5	30	1.0	3	0.8	27	1.1
	계	15,146	100.0	2,905	100.0	377	100.0	2,528	100.0
결혼 상태	무배우자	5,766	38.1	1,243	42.8	153	40.6	1,090	43.1
	유배우자	9,380	61.9	1,662	57.2	224	59.4	1,438	56.9
	계	15,146	100.0	2,905	100.0	377	100.0	2,528	100.0
평소 건강 상태 ¹⁾	매우 건강하지 않음	1,975	13.1	433	14.9	136	36.6	297	11.8
	건강하지 않은 편	7,053	46.7	1,337	46.2	174	46.8	1,163	46.1
	보통	2,259	14.9	419	14.5	27	7.3	392	15.5
	건강한 편	3,512	23.2	643	22.2	32	8.6	611	24.2
	매우 건강	313	2.1	65	2.2	3	0.8	62	2.5
	계	15,112	100.0	2,897	100.0	372	100.0	2,525	100.0

구분	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
나이(반)	70.9	7.0	71.3	7.1	71.3	6.8	71.2	7.1
가구연간소득(백만원)	17.0	19.7	17.4	21.1	14.7	15.6	17.8	21.8

주1) 계의 사례 불일치는 결측치로 인한 것임. 각 집단별 최대 사례수는 집단 밑에 []안의 값임.

결측 사례수: 전체노인 34, 소계 8, 장애 5, 비장애 3

2. 연구모형

삶의 질에 영향을 미치는 변수로 개인 특성, 건강, 가족관계, 사회참여 요인을 설정하였다.

노년기의 삶의 질에 영향을 미치는 변수 중에 신체적, 정신적 건강은 매우 강력한 요인일 수 있다. 왜냐하면 일상적인 통증과 같은 만성질환은 집중도를 떨어뜨리고 일상생활에서 즐거움을 찾는데 지장을 주는 원인이 될 수 있기 때문이다. 또한 우울감이 심한 노인은 대인관계를 멀리하고 활동영역을 줄임으로서 삶의 의미를 반추해 보고 자신의 가치에 대해 회의하는 시각을 갖게 될 가능성이 높기 때문이다. 본 연구에서는 신체적, 정신적 건강 변수로 평소 건강상태(주관적 건강상태), 의사가 진단한 만성질환 수, 우울감을 사용하였다.

또 다른 요인으로 가족 관계는 친구, 이웃을 포함한 자녀, 부모, 손자녀, 친인척과의 왕래빈도를 통해 살펴보았다. 이는 사회참여와의 관계를 살펴볼 수 있는데, 현대사회에서 약화된 가족 기능에 대한 보완자로서의 사회활동과의 관계를 살펴보기 위해서이다. 두 가지 의미가 있는데, 현대사회는 핵가족화함에 따라 자녀와 독립세대를 구성하는 노인 집단의 규모가 커지고 있다는 점에서 또한 노인들의 가족 중심적 생활양식에서 종교단체 참여가 갖는 의미를 간접적으로 확인하려는 목적이 있다.

사회참여 변수는 노년기의 대인관계의 지표로 이해될 수 있다. 노년기의 고민이나 동료의식, 문제에 대한 해결, 정보교환, 정서적 지지는 대인관계를 통해 이루어질 수 있다. 노년기의 종교단체 활동⁷⁴⁾이 갖는 순기능은 노인에게 정서적 안정감을 줄 수 있으며, 가족관계의 정서교류의 부족함을 보완해 줄 수 있는 장점이 있을 수 있다.

구분변수 (비교집단)	중속변수	독립변수			
		개인특성	건강	가족관계 (왕래빈도)	사회참여 (참여정도)
• 장애유무	• 삶의 질	• 성별 • 나이 • 학력 • 결혼상태 • 가구소득	• 평소 건강상태 • 만성질환수 • 우울감	• 비동거 자녀 • 비동거 부모 • 비동거 손자녀 • 형제·자매·친인척 • 가까운 친구·이웃	• 친목단체 • 종교단체 • 문화활동단체 • 스포츠레저단체 • 시민·사회단체 • 이익·정치단체 • 봉사단체

74) 원자료의 변수명이 종교단체 참여정도로 되어 있다. 여기서는 기독교노인의 종교단체 활동이므로 교회활동을 의미한다.

					• 학습단체
--	--	--	--	--	--------

〈그림 1〉 연구모형

3. 용어정의

연구모형에 따라 본 분석에 사용한 변수를 살펴보면 〈표 2〉와 같다.

삶의 질은 원자료에서 제공하는 척도에 대한 평균 점수를 사용하였다. 원보고서(박명화 외, 2009)에서는 삶의 질 척도는 LSI(Life Satisfaction Index), GQOL(Geriatric Quality of Life Scale), 최성재(1998), 노유자(1988)를 참고로 작성하였다고 밝히고 있다(이하 박명화 외 척도).

독립변수로는 개인특성, 건강, 가족관계, 사회참여 요인을 설정하였으며 개인특성에는 성별, 나이, 학력, 결혼상태, 가구소득 변수를 사용하였다. 건강은 주관적 건강상태, 의사가 진단한 만성질환수, 우울감 변수를 사용하였다. 우울감 변수는 한국판 노인 우울증 척도 축약형(Geriatric Depression Scale: SGDS-K) 척도를 사용하였는데 이 척도는 우울총점이 8점 이상인 경우 ‘우울한 상태’로 평가한다.

〈표 2〉 연구모형

구분	변수	내용		
종속변수	삶의 질	박명화 외(2009), 25문항의 평균, 1~5점		
구분변수	장애	장애유무, 장애판정 기준		
독립변수	개인 특성	성별	성별	
		나이	(양력기준)	
		학력		
		결혼상태	무배우자(0), 유배우자(1)	
		가구소득	(백만원) 연간소득	
		건강	평소 건강상태	매우건강하지 않음(0), 건강하지 않은 편(1), 보통(2), 건강한 편(3), 매우건강(4)
	만성질환수		(질병기간 3개월 이상, 의사진단 기준)	
	우울감		SGDS-K, 15문 합	
	가족 관계	비동거 자녀와의 왕래빈도	(지난 1년간) 왕래할 사람 없음(0), 왕래 거의하지 않음(1), 1년에 1,2번(2), 3개월에 1,2번(3), 1달에 1,2번(4), 1주일에 1번(5), 1주일에 2,3번(6), 거의 매일(7) 점수가 높을수록 왕래빈도가 많음을 의미	
		비동거 부모와의 왕래빈도		
		비동거 손자녀 왕래빈도		
		형제·자매·친인척과의 왕래빈도		
		가까운 친구·이웃 왕래빈도		
	사회 참여	친목단체 참여정도		참여안함(0), 1년에 1,2번(1), 3개월에 1,2번(2), 1달에 1,2번(3), 1주일에 1,2번(4), 매일(5) 점수가 높을수록 사회참여가 많다는 것을 의미
		종교단체 참여정도		
		문화활동단체 참여정도		
		스포츠레저단체 참여정도		
시민·사회단체 참여정도				
이익·정치단체 참여정도				
봉사단체 참여정도				
학습단체 참여정도				

4. 분석방법

삶의 질 수준과 개인특성, 건강, 가족관계, 사회참여의 수준을 살펴보기 위해 빈도분석과 기술적 통계량을 이용하여 살펴보았다. 전체노인, 기독교인, 기독교인 중 장애가 있는 노인과 장애가 없는 노인 등 4개 집단으로 구분 비교함으로써 장애가 있는 기독교인의 특성을 다른 집단과의 비교를 통해서 상대적인 위치를 파악하고자 하였다.

또한 기독교인들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 다중회귀분석을 활용하였다. 또한 이러한 영향 요인이 장애유무에 따라 차이가 있는지를 검증하기 위해 Chow 검증을 사용한다. 이 검증은 시계열 자료의 시간변화에 따른 구조적 변화(structural change)의 발생 여부를 판단하는데 사용되기도 하지만, 설명변수의 계수가 같다는 영가설을 검증하는데도 사용된다(이혜자·전동일, 2011). 이를 수식으로 나타내면 (식1)과 같다. 차우 검증(Chow test)은 Stata 10.0에서 수행하였으며, 빈도분석과 회귀분석은 SPSS 18.0에서 수행하였다.

$$Chow = \frac{\frac{S_c - (S_A + S_B)}{k}}{\frac{(S_A + S_B)}{n_A + n_B - 2k}} \sim F(k, n_A + n_B - 2k) \quad (\text{수식 17})$$

k : 독립변수의 개수(상수항 포함)

S_A : A 회귀모형의 잔차제곱합

n_A : A 표본 크기

S_c : 전체자료의 잔차제곱합(SSE)

S_B : B 회귀모형의 잔차제곱합

n_B : B 표본 크기

IV. 분석결과

1. 삶의 질과 주요 변수의 수준

1) 삶의 질

삶의 질 수준을 집단 간 비교하였다. 삶의 질의 수준이 큰 차이를 나타내지 않았다. 노인 집단의 삶의 질의 평균은 3.4인 반면 기독교 노인은 3.5로 다소 높았다. 기독교인 집단 내에서 장애가 있는 기독교인은 3.3으로 장애가 없는 기독교인(3.5)에 비해 0.2점 낮은 수준이었다.

〈표 3〉 삶의 질 수준

구분	전체노인 [15,146]		기독교인						비교 (범위)
			소계 [2,905]		장애 [377]		비장애 [2,528]		
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
삶의 질	3.4	0.5	3.5	0.5	3.3	0.5	3.5	0.5	1.0~4.9

2) 건강

전체노인의 건강 수준은 1.5점으로 나타나 다소 건강하지 않은 수준이었으며, 기독교인들도 1.5점으로 유사한 수준이었다. 그러나 장애가 있는 기독교인의 건강 수준은 전체 노인집단의 평균 보다 0.6점이 낮은 0.9점에 머물러 주관적 건강상태에 대한 평가가 양호하지 않은 것으로 인식하고 있었다. 또한 의사가 진단한 3개월 이상된 만성질환수는 1인당 평균 1.9개를 가진 것으로 나타났으며, 기독교인도 이와 유사한 수준인 2.0개의 만성질환에 시달리고 있는 것으로 나타났다. 이 중 장애가 있는 기독교인은 이 보다 다소 많은 2.5개의 만성질환을 가진 것으로 나타나 신체적 건강상태가 상대적으로 양호하지 못하다고 볼 수 있다. 정신적 건강상태로 볼 수 있는 우울한 상태에 있는 노인은 29.5%를 차지하고 있었으며, 기독교인은 이 보다 다소 낮은 28.4%로 나타났다. 그러나 기독교인의 경우는 42.4%가 우울한 상태여서 정신적 건강상태도 양호하지 못하였다.

〈표 4〉 건강 수준

구분	전체노인 [15,146]		기독교인						비고 (범위)
			소계 [2,905]		장애 [377]		비장애 [2,528]		
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
평소 건강상태	1.5	1.0	1.5	1.1	0.9	0.9	1.6	1.1	0~4
만성질환수	1.9	1.5	2.0	1.6	2.5	1.6	1.9	1.6	0~11
우울감	5.2	4.6	5.0	4.6	6.7	4.9	4.8	4.4	0~15
※우울 비율	29.5%		28.4%		42.4%		26.4%		주1)

주1) SGDS-K 척도는 8점~15점 사이의 값을 가지면 우울한 상태로 평가함.

3) 가족관계

친구나 이웃을 포함하여 가족관계를 살펴보기 위해 왕래 빈도를 관계의 빈도로 해석하여 살펴본 결과는 〈표 5〉와 같다. 혈연관계는 존재하지 않을 수도 있기 때문에 먼저 왕래할 사람이 없는 사람의 비율을 살펴보았다. 다음으로 왕래할 사람이 없는 사람을 제외하고 관계의 강도, 즉 왕래의 빈도의 수준을 7점 척도를 분석하였다.

먼저 무관계율을 살펴보았다. 전반적으로 왕래하는 사람이 없는 비율이 노인 전체와 비슷하였으나, 기독교인은 비동거 자녀의, 손자녀, 형제·자매 및 친인척, 친구·이웃에 대한 왕래할 사람이 없는 비율이 0.4%p~0.9%p 높았다. 또한 장애가 있는 기독교인의 경우에는 상대적으로 관계가 단절된 비율이 높았다. 특히 기독교인은 33.7%가 친구·이웃이 없었는데 이는 장애가 없는 기독교인에 비해 8.7%p 많은 수치이다.

또한, 왕래의 빈도를 나타내는 관계강도를 살펴보면, 노인전체와 기독교인의 수준은 비슷하였

다. 기독교인 내에서 장애가 있는 노인과 없는 노인 간의 관계의 수준은 유사한 수준이었다.

〈표 5〉 무관계율과 관계 강도

(단위: %, 점)

구분	무관계율(왕래할 사람이 없는 비율)				관계강도(왕래할 사람이 없는 경우 제외)			
	노인 전체	기독교인			노인 전체	기독교인		
		소계	장애	비장애		소계	장애	비장애
비동거 자녀	4.2	4.8	5.9	4.6	4.5	4.4	4.5	4.4
비동거 부모	94.9	94.9	95.5	94.8	3.5	3.4	3.4	3.4
비동거 손자녀	7.7	8.5	8.8	8.4	3.1	3.1	3.0	3.1
형제자매 및 친인척	10.7	11.1	13.0	10.8	2.8	2.7	2.5	2.7
가까운 친구·이웃	25.2	26.1	33.7	25.0	5.7	5.6	5.6	5.6

주1) 관계강도: 왕래 거의하지 않음(1), 1년에 1,2번(2), 3개월에 1,2번(3), 1달에 1,2번(4), 1주일에 1번(5), 1주일에 2,3번(6), 거의 매일(7)

4) 사회참여

기존의 논의들은 사회참여가 높을수록 삶의 질이 높다고 알려져 있지만 사람들에게 주어진 절대 시간이 동일하기 때문에 모든 단체에 대해 참여 빈도가 높을 수는 없다. 이에 사람의 선호라는 질적인 측면을 일정부분이라도 파악하기 위해 어느 단체에 더 많이 참여하고 있는지를 살펴보고자 하였다.

먼저 사회참여율을 살펴본 결과, 기독교인의 참여율은 전체노인에 비해 상대적으로 종교단체의 참여율이 매우 높고(86.9%), 문화활동단체, 봉사단체, 학습단체의 참여율이 다소 높았다. 반면 친목단체, 스포츠레저단체, 시민·사회단체에 대한 참여율이 상대적으로 낮았다, 본인의 종교가 기독교라고 밝힌 기독교인 가운데 약 13.1%는 종교활동을 하지 않는 것으로 나타났다. 기독교인 중 장애가 있는 노인은 장애가 없는 노인에 비해 스포츠레저단체와 학습단체에 대한 참여를 제외하고 참여율이 낮았다. 장애가 있는 기독교인은 장애가 없는 기독교인에 비해 종교단체 참여율이 다소 낮았다.

다음으로 참여강도를 살펴보았다. 참여강도는 참여빈도를 의미하는데, 0점은 단체 활동을 하지 않고 있어 참여하지 않음을, 1점은 1년에 1~2번 참여를, 2점은 분기에 1~2번 참여를, 3점은 1달에 1~2번 참여를, 4점은 1주일에 1~2번 참여를, 5점은 매일 참여함을 의미한다. 기독교인은 상대적으로 종교단체, 문화활동단체, 봉사단체, 학습단체의 참여강도가 강하였다. 장애가 있는 기독교인은 장애가 없는 노인에 비해 학습단체를 제외하고 전반적으로 참여강도가 약한 것으로 나타났다.

이상의 결과는 다음과 같이 요약할 수 있다. 장애가 있는 기독교인의 사회참여 패턴은 노인전체보다는 장애가 없는 기독교인 집단과 더 유사한 것으로 나타났다. 종교단체참여율과 강도는 노인전체에 비해 기독교인이 더 높았고 장애노인보다는 비장애노인이 더 높게 나타났다. 노인전체

와 비장애 기독교인과 비교할 때 사회참여율과 강도가 상대적으로 낮았지만 학습단체의 경우는 약간 높은 것으로 나타났다.

〈표 6〉 사회참여율과 참여 강도

(단위: %, 점)

구분	참여율				참여강도			
	노인 전체	기독교인			노인 전체	기독교인		
		소계	장애	비장애		소계	장애	비장애
친목단체	58.0	49.7	41.1	51.0	1.98	1.68	1.43	1.72
종교단체	44.3	86.9	81.4	87.7	1.35	3.55	3.30	3.59
문화활동단체	.8	1.1	.5	1.2	.03	.04	.02	.04
스포츠레저단체	3.3	3.1	3.2	3.1	.11	.11	.11	.11
시민·사회단체	1.6	1.4	1.3	1.4	.05	.04	.04	.04
이익·정치단체	.3	.3	.3	.3	.01	.01	.00	.01
봉사단체	2.9	4.1	2.7	4.4	.08	.13	.08	.13
학습단체	5.9	7.6	8.5	7.5	.21	.28	.29	.27

주1) 참여강도: 참여안함(0), 1년에 1,2번(1), 3개월에 1,2번(2), 1달에 1,2번(3), 1주일에 1,2번(4), 매일(5)

주2) 사례수: 노인전체 15,146명, 기독교인 2,905명, 장애 377명, 비장애 2,528명

2. 기독교인의 장애유무별 삶의 질에 미치는 요인 차이

기독교인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 회귀분석을 하였다.

독립변수군으로 개인특성, 건강, 가족관계, 사회참여 요인을 투입하였으며 가족관계는 가족구성원간의 왕래빈도를 대리변수(proxy variable)로 사용하였다. 즉, 왕래빈도가 높을수록 가족관계의 질이 높고, 노인기의 문제로 알려진 고독감, 소외감 등 심리적 안정 상태가 높을 것으로 예상할 수 있다. 또한 사회참여는 단체의 성격에 따른 참여정도 변수를 사회참여 변수에 대한 대리변수(proxy variable)로 사용하였다. 사회참여가 높다는 것은 다양한 모임을 통해 대인 교류가 많다는 것을 의미한다.

60세 이상 전체 노인은 종교를 가지고 있는 전체 노인 집단과의 비교를 위해 설정되었으며, 본 연구의 주된 관심사인 기독교 장애인인 기독교 비장애인과 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 차이가 있는지, 차이가 있다면 어떠한 변수에서 차이가 있는지를 분석하고 함의를 도출하는데 목적이 있다.

노인의 삶의 질 차이를 분석하기 위해 크게 두 개의 집단을 설정하여 비교 분석하였다. 첫 번째 비교 집단은 전체노인집단과 기독교인 집단이다. 두 번째 비교 집단은 기독교인 중에서 장애가 있는 집단과 장애가 없는 집단이다. 집단 간 영향요인을 비교 분석하면서 기독교인 집단의 특성을 명확히 하고자 하였다.

먼저, 전체노인집단과 기독교인집단간의 비교하였다. 두 집단에는 장애인이 모두 포함되어 있

다. 만 60세 이상 전체노인집단의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 투입 변수 중 ‘비동거 부모와의 왕래빈도’를 제외하고 모두 영향을 미치는 것으로 나타났다. 반면 기독교노인은 성, 비동거 부모와의 왕래빈도, 친목단체, 문화활동단체, 스포츠레저단체, 시민사회단체, 이익정치단체, 봉사단체의 참여정도는 삶의 질에 무관한 것으로 나타났다.

기독교노인 중에서 장애가 있는 집단과 없는 노인의 삶의 질 영향 요인을 비교해 보면, 장애기독교노인은 학력, 결혼상태, 가구소득, 건강상태, 우울, 친구이웃과의 왕래, 친척과의 왕래, 비동거자녀와의 왕래는 영향을 미치는 것으로 나타났고, 사회참여 중에서는 시민사회단체의 참여정도만이 삶의 질에 영향이 있는 것으로 나타났다. 즉, 장애노인은 우울 수준이 낮을수록, 건강상태가 양호할수록, 가구소득이 높을수록, 비동거자녀와의 왕래가 많을수록, 친척과의 왕래가 많을수록, 학력 수준이 높을수록, 친구이웃 왕래가 많을수록, 배우자가 없는 경우 보다 있는 경우에 삶의 질의 수준이 높았다.

반면, 장애가 없는 기독교노인의 경우, 삶의 질은 우울 수준이 낮을수록, 건강상태가 양호할수록, 가구소득이 높을수록, 친구이웃 왕래가 많을수록, 학력이 높을수록, 배우자가 있는 경우에, 나이가 많을수록, 비동거자녀와의 왕래가 많을수록, 친척과의 왕래가 많을수록, 종교단체에 참여가 잦을수록, 비동거 손자녀와의 왕래가 많을수록, 학습단체의 참여도가 높을수록, 만성질환수가 많을수록 삶의 질의 수준이 높은 것으로 나타났다.

〈표 7〉 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인(전체노인/기독교노인, 장애기독교노인/비장애기독교노인)

구분		전체노인 (60세 이상)	기독교노인		
			전체	장애유	장애무
개인 특성	성별	-.025 ***	-.020	-.019	-.023
	나이	.061 ***	.081 ***	.062	.082 ***
	노인개인 교육연수	.086 ***	.094 ***	.101 *	.097 ***
	노인개인 결혼상태	.092 ***	.088 ***	.094 *	.089 ***
	가구 연간소득 총액	.129 ***	.146 ***	.191 ***	.143 ***
건강	평소 건강상태	.226 ***	.220 ***	.207 ***	.222 ***
	만성질환수	.038 ***	.032 *	-.008	.040 *
	우울총점	-.388 ***	-.388 ***	-.356 ***	-.389 ***
가족 관계	비동거 자녀와의 왕래빈도	.087 ***	.091 ***	.138 **	.080 ***
	비동거 부모와의 왕래빈도	.004	.003	-.047	.012
	비동거 손자녀 왕래빈도	.046 ***	.037 *	.014	.042 *
	형제·자매·친인척과의 왕래빈도	.080 ***	.080 ***	.135 ***	.071 ***
	가까운 친구·이웃 왕래빈도	.108 ***	.097 ***	.098 *	.099 ***
사회 참여	친목단체 참여정도	.041 ***	.023	.033	.020
	종교단체 참여정도	.054 ***	.053 ***	.046	.054 ***
	문화활동단체 참여정도	.013 *	.000	-.013	.003
	스포츠레저단체 참여정도	.026 ***	.011	.017	.005
	시민·사회단체 참여정도	.018 **	.022	.075 *	.014
	이익·정치단체 참여정도	.012 *	.023	.075	.024
	봉사단체 참여정도	.020 ***	.016	.023	.014
	학습단체 참여정도	.036 ***	.040 **	.056	.040 **

R ²	.532	.533	.575	.524
adj. R ²	.531	.530	.548	.520
F	790.577 ***	151.217 ***	21.294 ***	127.31 ***

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

장애가 없는 기독교노인의 장애가 있는 기독교노인과 비슷한 요인 구조를 가지고 있는 부분도 있고 차이가 있는 삶의 질 영향 요인도 있었다. 장애가 있는 노인에는 영향을 미치지 않지만, 장애가 없는 노인에 영향을 미치지 않은 요인에는 시민사회단체 참여정도인 것으로 나타났다. 장애 기독교노인에게 있어서는 사회참여는 유일하게 시민사회단체 활동에서만 유의한 영향이 있었다(장애가 없는 기독교노인에게에는 종교단체와 학습단체가 유의한 영향을 미치는 활동).

또한, 장애 기독교노인에 영향을 미치지 않지만, 비장애 기독교노인에 영향을 미치는 변수는 나이, 만성질환수, 비동거 손자녀 왕래빈도, 종교단체 참여정도, 학습단체 참여정도로 나타났다.

영향의 정도는 상위 순위의 변수는 대체로 우울, 건강, 가구소득이었다. 다음으로 가까운 친구와 이웃과의 왕래가 많을수록 삶의 질의 수준이 높았으나, 장애가 있는 기독교노인 집단은 비동거 자녀나 친척과의 왕래가 삶의 질을 높이는 요인이었다.

이러한 영향요인의 차이는 장애노인의 특수성에서 해석될 수 있다. 장애가 있다고 하더라도 건강할 수 있다. 그러나 장애노인이 우울 수준이 비장애노인에 비해 현저하게 높은 비율을 차지하고 있는 것에 주목할 필요가 있다. 모든 집단에서 삶의 질을 가장 잘 설명해 주는 변수는 우울과 관련이 있다(전체노인의 $\beta = -.388$).

장애가 있는 노인은 장애로 인해 이동이 원활하지 않을 수 있고, 이는 관계를 형성하는데 만남의 빈도가 줄어 가족관계나 사회참여가 줄어들 수 있다. 다만 장애인에게 있어 종교단체와 달리 시민사회단체 참여가 삶의 질에 영향을 미치고 있는데 이는 장애인단체 활동으로 추정된다.

V. 결론

본 연구는 기독교노인의 삶의 질의 수준과 영향요인을 장애가 있는 집단과 장애가 없는 집단으로 구분하여 비교함으로써 장애노인에 대한 기독교사회복지적 함의를 도출하는데 목적이 있다. 이를 위해 “2008년도 전국 노인실태조사”(박명화 외, 2009)의 원자료를 이용하여 만60세 이상의 노인과 이 중 기독교노인, 그리고, 기독교노인 장애 유무별로 구분하여 비교 분석하였다.

이러한 연구목적에 달성하기 위해 설정된 연구문제별 분석결과를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 기독교노인의 삶의 질 수준은 전체노인과 유사한 수준이었다. 전체 노인의 삶의 질 평균은 3.4인 반면 기독교 노인은 3.5로 비슷한 수준이었고 장애가 있는 기독교노인은 3.3으로 장애가 없는 기독교노인(3.5)에 비해 0.2점 낮았다.

둘째, 장애유무에 따른 기독교노인의 건강, 가족관계, 사회참여 수준을 기술통계량을 이용하여 분석하였다. 주관적 건강상태, 만성질환수, 우울감이 기독교노인, 전체노인에 비해 양호하지 못하였다. 특히 장애 기독교노인은 우울 판정을 받은 집단이 42.4%를 차지하고 있는 반면, 비장애 기독교노인은 26.4%로 정신 건강의 어려움이 매우 큰 것으로 나타났다. 가족관계에 있어서는 유사한 관계 강도를 나타내었으나, 왕래할 수 있는 사람을 나타내는 무관계율의 비율은 장애 기독교노인의 비율

이 다소 높았다. 그러나 친구, 이웃과의 단절율은 33.7%로 비장애 기독교인의 25.0%에 비해 8.7%p 많은 수치를 나타내었다. 사회참여에 있어서도 장애 기독교인이 참여율과 참여강도가 비장애 기독교집단에 비해 다소 낮은 것으로 나타났다. 다만 스포츠레저단체, 학습단체에 있어서는 약간 높은 수준이었다. 장애 기독교인의 종교단체 참여율은 81.4%, 비장애 기독교인의 종교단체 참여율은 87.7%로 노인전체 집단에 비해 2배 가까이 높은 참여율을 나타내었다.

셋째, 장애유무에 따른 생활만족에 영향을 미치는 요인의 차이를 살펴보았다. 장애인인은 우울 수준이 낮을수록, 건강상태가 양호할수록, 가구소득이 높을수록, 비동거자녀와의 왕래가 많을수록, 친척과의 왕래가 많을수록, 학력수준이 높을수록, 친구이웃 왕래가 많을수록, 배우자가 없는 경우 보다 있는 경우에 삶의 질의 수준이 높았다. 장애 기독교인에 영향을 미치지 않지만, 비장애 기독교인에 영향을 미치지 않은 요인에는 시민사회단체 참여였다. 반면, 비장애기독교인에게는 종교단체와 학습단체가 유의한 영향을 미치는 활동이었다.

또한, 장애가 있는 기독교인에 영향을 미치지 않지만, 장애가 없는 기독교인에 영향을 미치는 변수는 나이, 만성질환수, 비동거 손자녀 왕래빈도, 종교단체 참여정도, 학습단체 참여정도로 나타났다. 영향의 정도는 상위 순위의 변수는 대체로 우울, 건강, 가구소득이었다. 다음으로 가까운 친구와 이웃과의 왕래가 많을수록 삶의 질의 수준이 높았으나, 장애가 있는 기독교인 집단은 비동거 자녀나 친척과의 왕래가 삶의 질을 높이는 요인이었다.

이러한 결과를 통해 함의를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 장애 기독교인 중 우울 상태에 있는 집단이 42.4%로 장애가 없는 노인 26.4%에 비해 현저히 높은 수치를 차지하였다. 장애 기독교인의 종교단체 참여율은 81.4%로 노인전체 집단에 비해 2배 가까이 높다는 점에 비추어 볼 때 교회의 장애인에 대한 관심과 배려가 좀 더 필요한 연구결과라고 보여 진다. 교회내의 노인사업안에서 장애를 가지고 있는 노인들의 우울감을 예방 내지는 감소시킬 수 있는 콘텐츠를 포함시킬 필요가 있다. 또한 경제적인 어려움으로 인해 병원치료를 받기 어려운 경우 기독교정신과 의사들의 모임이나 전문상담자들을 통해 지원할 수 있는 다각적인 방안을 모색할 필요가 있다. 지역사회정신건강센터 등 전문기관과 연계를 통해 적절한 지원을 받을 수 있도록 교회가 매개자의 역할을 담당해야 한다. 다른 한편으로 교회 내에 정신건강 문제를 다룰 수 있는 전문인력을 양성하는 방안도 모색해볼 수 있겠다.

둘째, 장애 기독교인의 이웃, 친구관계에 있어서 관계의 강도는 유사하지만 관계단절율은 33.7%나 차지하였다. 이러한 결과는 장애인에 있어서 교회나 기독교 공동체가 가까운 친구나 이웃의 역할을 제대로 하지 못하고 있음을 보여주고 있다. 교회 중심의 노인학교, 노인프로그램 운영도 필요하지만 거동이 불편한 장애인들에 대해서는 가정방문을 통한 지원방안을 모색할 필요가 있다. 또한 장애인과 같이 취약한 구성원들에게 실제적인 도움을 줄 수 있는 소그룹이나 지원그룹의 운영을 활성화할 필요가 있다.

셋째, 장애인들의 삶의 질을 높이기 위해서는 경제적 지원의 필요성이 제기된다. 교회 내에서 노인학교와 같이 일반노인층을 겨냥한 보편적인 프로그램 운영도 확대할 필요가 있지만 빈곤한 장애인과 같이 소외계층에 대한 경제적, 심리·사회적 지원방안 모색이 필요하다.

넷째, 비동거자녀와 친척과의 왕래가 많을수록 삶의 질이 높음을 통해 볼 때 교회가 노인들에 대한 공경과 배려에 대한 인식 개선을 위한 교육을 다각적으로 시킬 필요가 있다. 교회 내에서도 장애인에 대한 장애와 연령에 의한 이중차별을 받지 않을 수 있도록 설교, 교육 등을 통해 교인들의

인식 개선을 이끌어내고 이러한 부분이 가족관계에도 영향을 미칠 수 있도록 해야 할 것이다. 다섯째, 교회가 노인들을 위한 프로그램을 할 때 우울 수준이 낮거나 건강상태가 양호하지 않은 경우, 저소득, 자녀와 친척 왕래, 친구이웃 왕래가 적은 경우, 저학력, 배우자가 없는 노인들을 고위험층으로 설정하여 이들에 대한 특별한 관심과 배려가 필요하다.

참고문헌

- 강이주 (2008). “노인의 삶의 질 관련요인 분석.” 『한국가정관리학회지』. 26(5). 1-14.
- 권오균 (2008). “노인의 삶의 질 결정요인에 관한 연구.” 『노인복지연구』. 39. 7-32.
- 권중돈·조주연 (2000). “노년기의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인.” 『한국노년학』. 20(3). 61-76.
- 김기원 (1998). 『기독교사회복지론』. 대학출판사.
- 김미령(2008). “여성노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 성공적 노화의 구성요소.” 『한국노년학』. 28(1). 33-48.
- 김미령 (2012). “연령과 성별에 따른 노인의 삶의 질 영향요인 차이분석.” 『한국노년학』. 32(1), 145-161.
- 김영목 (2005). “기독교노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구.” 석사학위논문. 연세대학교.
- 김태현·김동배·김미혜·이영진·김애순(1999). “노년기 삶의 질 향상에 관한 연구.” 『한국노년학』. 18(1). 61-81.
- 남상권·심옥수 (2011). “만성질환노인의 삶의 질 영향요인 연구: 만성질환유형을 중심으로.” 『노인복지연구』. 53. 239-259.
- 박명화 외 14인 (2009). 『2008년도 노인실태조사: 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』. 보건복지가족부·계명대학교 산학협력단.
- 김성희·고선정 (2004). “장애유형별 장애인 특성에 관한 연구.” 『한국노년학』. 24(3). 171-195.
- 김태일·김수용 (2009). “장애인과 비장애인의 삶의 질 격차 분석.” 제1회 장애인고용패널 학술대회 발표논문.
- 박금화 (2010). “취약계층 도시 노인의 삶의 질과 관련요인.” 박사학위논문, 경북대학교.
- 박금화·최연희 (2010). “취약계층 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인: PRECEDE모형 적용.” 재활간호학회지. 13(1). 32-43.
- 백은령 (2004). “장·노년 여성장애 기독교인의 특성 및 기독교사회복지실천 방안.” 『충신논총』. 31. 337-360.
- 백은령·노승현 (2012). “장애노인 생활만족도 영향요인에 관한 종단적 연구.” 『재활복지』. 16(3), 81-108.
- 보건복지부 (2012). 『2011년 장애인실태조사 결과』
- 양정빈 (2009). “뇌졸중 생존 노인들의 질병관련 요인, 심리사회적 요인, 환경적 요인이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구.” 박사학위논문, 성균관대학교.
- 윤순덕 (2004). “농촌노인의 생산적 활동과 심리적 복지.” 박사학위논문. 서울대학교.
- 이인정 (2009). “초고령 노인의 삶의 만족에 영향을 미치는 심리사회적 요인들에 관한 연구.” 『한국사회복지학』 61(1). 359-382.
- 장선주 (2010). “제2형 당뇨병노인의 건강관련 삶의 질 구조모형.” 박사학위논문. 서울대학교.
- 전동일·양숙미 (2012). “장애노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인: 편성범·김세주(1994). “장애인의 생의 만족도.” 『대한재활의학회지』. 18(3), 532-543.
- 허기한 (2010). “크리스천 노인의 사회참여와 삶의 질 변화과정에 대한 연구.” 『신학과 실천』. 24(2). 313-337.
- Celine, M., Normand, P., Raymond, T., (1998). “Age, gender and quality of life”, Community Mental Health Journal, 34(5), 487-500.
- Diener, Ed (2000). "Subjective Well-being, American Psychologist." 55(1), 34-43.
- Shumaker, S.A., Anderson, R.T., and Czajkowski, S.M. (1990). "Psychological tests and scales". In: B. Spilker (ed.), *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press.