



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



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

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

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

[Disclaimer](#)



碩士學位論文

치매노인의 우울과 자살의도

濟州大學教 大學院

看護學科

金 種 泌

2012年 2月



치매노인의 우울과 자살의도

指導教授 現美熱

金種泌

이 論文을 看護學 碩士學位 論文으로 提出함

2012年 2月

金種泌의 看護學 碩士學位 論文을 認淮함

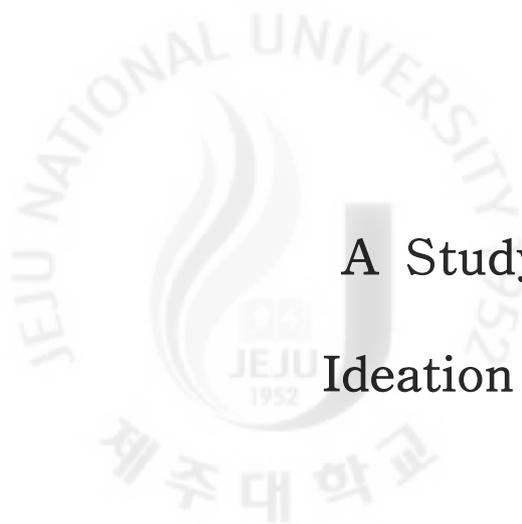
審査委員長 _____ (印)

委 員 _____ (印)

委 員 _____ (印)

濟州大學校 大學院

2012年 2月



A Study on Depression and Suicidal Ideation of the Elderly People with Dementia

Kim, Jong Pil

(Supervised by Prof. Hyun, Mi-Yeul)

A thesis submitted in partial fulfillment of requirement for
the degree of Master of Nursing

February. 2012.

This thesis has been examined and approved

.....

This director, Jeong-Hee Kim, Prof. of Nursing

.....

.....

.....

Department of Nursing
GRADUATE SCHOOL
JEJU NATIONAL UNIVERSITY

목 차

I. 서론	
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	4
3. 용어의 정의	4
II. 연구 방법	
1. 연구 설계	5
2. 연구 대상자	6
3. 연구 도구	6
4. 자료수집 방법 및 절차	8
5. 자료 분석 방법	8
6. 연구 대상자의 윤리적 고려	9
III. 연구 결과	
1. 연구 대상자의 일반적인 특성	9
2. 대상자의 우울과 자살의도 정도	10
3. 대상자의 일반적인 특성에 따른 우울과 자살의도 정도 차이	12
4. 대상자의 우울과 자살의도 정도 간의 관련성	15
5. 치매노인 자살의도 정도에 영향을 미치는 요인	15
IV. 논의	16
V. 결론 및 제언	22
참고문헌	24



부록	30
영문초록	37

표 목 차

<Table 1> Characteristics of the Subjects	11
<Table 2> Depression of the Subjects	12
<Table 3> Suicidal Ideation of the Subjects	12
<Table 4> Differences in Depression & Suicidal Ideation the Subjects' Characteristics	14
<Table 5> Correlations between Suicidal Ideation and Depression	15
<Table 6> Factors Influencing on the Subjects' Suicidal Ideation	16



I. 서론

1. 연구의 필요성

오늘날 의료 기술의 발달과 생활수준의 향상으로 평균수명의 연장과 함께 노인 인구 비율이 급격히 증가하고 있다. 우리나라는 2000년도 노인 인구가 7.1%로 고령화 사회에 접어들었으며, 노인 인구 비율이 2008년 10.3%, 2018년 14.3%로 고령 사회, 2026년 20.8%로 초고령 사회에 도달할 전망이다(통계청, 2008). 노인 인구의 증가와 더불어 노인성 질환의 증가는 고령화 사회에서 대두되는 사회적 인 문제이다. 노인성 질환 중 1위인 노인성 치매는 2008년 65세 이상 노인의 8.58%(45만 명)이며, 80세 이상에서는 그 비율이 약 20~30%로 치매노인이 지속적으로 증가하는 추세이다(보건 복지부, 2008). 또한 2008년 10월 말 기준으로 노인장기요양보험 급여자의 41%를 치매노인이 차지하고 있다. 이러한 추세는 전체 요양보험 재정에 부담을 증가시킬 것으로 추정되며, 사회 전체적으로 체감하는 심리적 경제적 부담도 증가시키고 있다(정진엽, 2009).

치매는 기질적인 정신장애로 의식의 장애 없이 기억력, 집중력, 지남력, 판단력, 지능, 운동 능력, 일상생활수행능력의 장애로 나타나며, 전반적인 인지능력의 저하를 나타내는 임상 증후군으로(홍영규와 강영실, 2009) 특징적인 증상은 일상생활수행능력과 인지기능의 장애이다.

치매노인에게 흔하게 나타나는 정서적인 문제는 불안과 우울이다(김지애, 2009). 우울은 정서장애로 인해 정신과 신체의 이상을 가져오는 상태로(Swanson, 1982; 이용식, 2004) 전체 노인의 21%에서 심한 우울증상이 나타난다(통계청, 2005). 특히 신체적으로 만성질환이 있는 노인에게서 발생 빈도가 높으며(보건복지부, 2008) 한국 노인의 우울 유발 요인은 신체적인 건강 문제, 자녀와의 문제, 경제적인 문제로 나타났다(서화정, 2005).

치매노인에게서 우울은 비슷한 연령층의 일반노인들보다 3~4배 더 높게 나타난다(김성윤, 2004; 류경희, 강연옥, 나덕렬, 이광호와 정진상, 2000; 이경주, 이기령, 양수와 전원희, 2008). 또한 치매의 정도가 심할수록 우울 정도가 높은 것으로 나타났다(지혜련, 2003; 최숙희, 2006). 치매노인의 우울증상은 삶의 질을 감소시키고(김도환과 송예현, 2004), 일상생활수행능력을 저하시키며(김지애, 2009), 노인의 사망률이나 노인 자살과도 관련이 있는 것으로 알려져 있다(Rubio et al., 2001).

조숙희(1999)의 연구에 의하면, 자살 기도자의 80%가 우울 증세가 있고 우울증 환자의 10~15%가 자살 기도를 하는 등 우울이 자살의도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(김혜정, 2006; 박순천, 2005; 배지연, 2005; 서화정, 2005; 최인, 2007; Chiu et al., 2004). 자살의도를 가지고 있는 사람이 실제 자살로 사망할 위험이 47배나 높았던 바(Runesos, Beskow, & Waern, 1996), 오랫동안 지속되는 자살의도는 자살을 계획하는데 있어 위험 요인으로 작용하는 동시에 예고 없이 자살을 시도하게 되는 요인이 될 수 있다(Soloff, Lynch, Kelly, Malone, & Mann, 2000).

초기 치매노인의 경우 자신의 변화에 대한 두려움이나 미래에 대한 불안으로 인하여 감정의 기복이 심하고(하진, 2006), 초기 단계 알츠하이머병 치매에서 자살 위험이 높다고 보고된다(Brian, Carmella, John, & Henry, 2010). 또한 치매는 자신은 물론 가족의 삶도 황폐화시키는 질환으로 가족 갈등 및 저하된 자존감으로 인해 치매노인의 자살과 가족 동반 자살로 생을 마감하는 사례들이 미디어를 통해 종종 보도되고 있다(건강뉴스, 2009; 조선닷컴, 2002; 2004; 2006; 2008; 2009; 한국일보, 2004). 영국의 잉글랜드와 웨일스 지방에서 1996년부터 2004년까지 9년 동안 자살로 사망한 11,512명 중에 치매로 자살한 사람은 118명으로 보고되었으며(Nitin et al., 2009), 대만의 타이베이 정신 병동에 2005년에서 2006년까지 1년 동안 입원한 치매 환자의 11.8%가 자살 시도를 한 것으로 보고되었다(Chiai, Shih, Yang, & Hwang, 2007). 덴마크 정신과 병동에 치매로 입원한 환자의 기록을 11년 동안 조사한 전향적인 연구(Erlangsen, Zarit, & Conwell, 2008)에 의하면 치매진단 직후 3개월 이내에 남자 26%, 여자 14%, 3년 이내에는 남자 38%, 여자 41%가 자살로 사망했다고 한다. 이는 치매 진단을 받고 입원한 환자들에 대한 자살의도를 사정하지 않으면 자살 위험은 그 만큼 높을 수 있음을 시사한다(Erlangse, Zarit, & Conwell, 2008; Haw, Harwood, & Hawton, 2009).

노인 자살의 심리적인 요인은 우울증상과 관련이 깊다(김동배와 박서영, 2010). 특히, 우리나라 노인들은 노후 대책이 마련되어 있지 않은 경우가 많아서 사회적 지지나 가족관계가 원만하지 않을 경우에 문제 해결의 마지막 대안으로 자살을 시도한다고 한다(김형수, 2000). 더군다나 치매노인의 경우 인지기능이 저하되고 일상생활수행능력도 저하되어(지혜련, 2003) 타인의 도움이 필요로 하는 상태이지만 질환의 특성상 돌보는 가족들에게도 많은 부담으로 작용하게 된다(김수영, 김진선과 윤현숙, 2004). 이러한 맥락에서 치매노인의 우울과 자살의도에 대해 주의 깊게 관찰할 필요가 있으나, 치매노인의 자살의도에 관한 연구가 국내외적으로 드물다. 치매노인을 돌보는 가족의 우울(김수영, 김진선과 윤현숙, 2004; 오영희, 2008), 시설 치매노인과 재가 치매노인의 인지기능과 우울의 비교(김치영, 2006; 이현희, 2008), 치매노인의 위축 경험(하진, 2006), 치매노인의 실태 조사(보건복지부, 2008) 등에 관한 연구들은 있지만 직접적으로 치매노인의 우울과 자살의도에 관한 연구는 거의 이루어지지 않았다. 치매노인을 돌보는 주간호자에 의하면 치매노인들은 발병이전에 비하여 화를 더 내거나 완고해졌으며(우종인과 이정희, 2000), 대부분의 경우 치매노인들은 자신의 변화에 대하여 자각하며(Graham, Kunik, Doody, & Snow, 2005), 이로 인해 더 위축되고 우울해진다고 한다(하진, 2006). 따라서 치매노인의 우울과 자살의도 정도에 대해서 확인해 볼 필요가 있다. 치매노인의 우울과 자살의도에 대한 적절한 사정과 간호학적인 중재가 이루어지지 않았을 경우 대상자들에게 돌이킬 수 없는 결과를 초래함과 동시에 이들을 돌보는 간호사와 가족들에게 또 다른 정신적인 고통을 가져올 수 있는 것으로 생각된다.

이에 본 연구는 치매노인의 우울 정도와 이로 인해 야기될 수 있는 자살의도에 대해 파악하고, 치매노인의 우울과 자살의도와 관련성 및 치매노인의 자살의도 정도에 영향을 미치는 요인을 파악하여 치매노인의 우울에 대한 중재와 자살 예방을 위한 효과적인 정신간호 계획 수립을 위한 기초자료를 제공하고자 수행하였다.

2. 연구의 목적

본 연구는 치매노인의 우울과 자살의도 정도와의 관련성과 자살의도에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 하였으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 치매노인의 우울 및 자살의도 정도를 파악한다.

둘째, 치매노인의 일반적인 특성에 따른 우울과 자살의도 정도와의 차이를 파악한다.

셋째, 치매노인의 우울과 자살의도 정도와의 관련성을 파악한다.

넷째, 치매노인 자살의도 정도에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 치매노인

(1) 이론적 정의: 기억장애와 함께 실어증, 실행증, 실인증, 일상생활수행능력의 장애 중 적어도 한 가지 이상을 동반하고 이러한 증상들이 직업 활동, 사회활동에 장애를 초래할 정도로 심각한 노인을 의미한다(American Psychiatric Association, 1994).

(2) 조작적 정의: 본 연구에서는 제주도 내에 거주하는 65세 이상 노인 중 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV-TR (DSM-IV-TR)기준에 의해 치매 진단을 받고 간이정신상태검사(Mini Mental State Examination in the Korean version of CERAD Assessment Packet: MMSE-KC)로 측정된 점수가 15점 이상에서 23점 이하인 자로 장기 치료나 요양보호 목적으로 시설에 입소된 노인, 주간보호센터와 방문요양 서비스를 이용하는 재가노인을 의미한다.

2) 우울

(1) 이론적 정의: 어떤 대상의 상실 또는 비극에 비례하여 정상적으로 나타나는 슬픈 감정 또는 절망 및 낙담된 기분을 특징으로 하는 감정 장애로 현실에 부적절하거나

불균형적으로 나타나는 슬픈 감정, 침울, 의기소침함, 공허, 절망 등을 특징으로 하는 비정상적인 정서 상태를 말한다(노인병학회, 2005).

(2) 조작적 정의: 본 연구에서는 Sheikh와 Yesavage에 의해 1986년에 개발되어 한국 노인의 정서에 맞게 기백석이 1996년에 수정한 한국판 노인 우울 척도 단축형 도구(Geriatric Depression Scale Short Form-Korea: GDSSF-K)로 측정된 점수를 의미한다.

3) 자살의도

(1) 이론적 정의: 자살의도란 실행으로 옮기지는 않았으나 자살의 계획과 생각을 가지고 있는 것을 의미한다(조현진, 1990).

(2) 조작적 정의: 본 연구에서는 Harlow, Newcomb과 Bentler (1986)가 개발한 Suicidal Ideation Scale (SIS)를 김형수(2002)가 변안한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 치매노인의 우울과 자살의도 정도를 파악하고 우울과 자살의도와의 관련성 및 자살의도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상자

본 연구의 대상자는 제주도내 요양시설 49개 중 22개, 재가시설 219개 중 25곳에 등록된 65세 이상 노인장기요양보험 인정자 중에 재가 급여 및 시설 급여를 계약한 자로, 다음의 선정기준에 합당한 자를 대상으로 하였다.

- 1) DSM-IV-TR 기준에 의해 치매 진단을 받고, MMSE-KC를 실시하여 15점 이상 23점 이하에 해당하는 자
- 2) 대상자 및 보호자가 연구에 참여를 동의하고 서면 동의서를 제출한 자
- 3) 정신지체 및 정신증적인 기왕력이 없는 자
- 4) 청력, 시력에 이상이 없고 의사소통이 가능한 자

연구표본 크기는 효과 크기 $d=.15$, 유의수준 $\alpha=.05$, 검정력($1-\beta$)=.80에서 G*power 3.1.2에 의하여 269명으로 결정하였으며(Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009), 중간탈락자 등을 고려하여 300명을 임의 표출하였다. 본 연구에서는 응답 누락 2명을 제외한 298명이었다. 선정된 대상자의 치매유형은 알츠하이머병 203명, 혈관성치매 76명, 알츠하이머병과 혈관성치매를 동시에 가진 10명과 기타 치매유형 9명이었다.

3. 연구 도구

본 연구의 측정 도구는 치매노인의 일반적인 특성, 우울과 자살의도 정도를 묻는 문항으로 구성되었으며, 총 43문항이었다. 구체적인 측정 도구는 다음과 같다.

1) 일반적인 특성

치매노인의 인구학적 특성, 사회경제생활 특성, 질환관련 특성, 일상생활수행능력 총 23문항으로 구성하였다.

첫째, 인구학적 특성으로 성별, 연령, 국문해독 유무, 1년 이내에 가까운 지인이나 배우자 사별 경험 유무, 결혼 상태 등 5문항으로 구성하였다.

둘째, 사회경제생활 특성은 지각된 경제상태, 현재 요양장소, 재가서비스이용형태 등 3문항으로 구성하였다.

셋째, 질환관련 특성은 이환된 질환 수, 치매 요양 기간, 과거 자살시도 경험 등 3문항으로 구성하였다.

넷째, 일상생활수행능력은 Barthel과 Mahoney (1965)가 개발한 Basic Activities of Daily Living 을 박종한(1995)에 의해 번안, 송성례가 수정·보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 식사, 대소변 가리기, 옷 입기, 걷기 등 12문항이며 3점 척도로 측정하였고, 점수 범위는 12점에서 최고 36점이다. 완전 도움은 0점에서 12점, 부분적 도움은 13점에서 24점, 완전 자립은 25점에서 36점으로 점수가 높을수록 일상생활수행능력이 양호함을 의미한다.

2) 우울

우울 측정 도구는 Sheikh와 Yesavage (1986)에 의해 개발되고 한국 노인의 특성에 맞게 기백석이 1996년에 수정, 보완한 한국판 노인 우울 척도 단축형 (GDSSF-K)을 사용하였다. 이 도구는 총 15 문항으로 구성되었고 각 문항에 대한 답은 ‘예’는 1점, ‘아니오’는 0점으로 점수범위는 0~15점이다. 0~4점은 정상, 5~10점 중등도 우울, 11점 이상은 중증 우울 상태를 나타낸다. 부정 문항(2, 7, 8, 11, 12번)은 역환산하며 점수가 높을수록 우울 정도가 심한 것을 의미한다. 기백석의 연구(1996)에서 Cronbach's α =.88이었으며 본 연구에서는 Cronbach's α =.75이었다.

3) 자살의도

자살의도 정도는 Harlow, Newcomb과 Bentler (1986)가 개발한 SIS를 김형수 (2002)가 번안한 도구로 사용하였다. 이 도구는 5문항으로 죽고 싶다는 생각, 자살에 대한 의도, 누군가에게 자살하고 싶다고 말한 경험, 인생이 자살로 끝날 것이라는 생각, 자살 시도 등으로 구성되어 있다. 5점 척도로 ‘전혀 없다’ 0점에서 ‘거의 매일 있다’ 4점으로, 점수범위는 0점에서 최고 20점까지로 점수가 높을수록 자살의

도 정도가 높은 것을 의미한다. 김형수의 연구(2002)에서 Cronbach's $\alpha=.74$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.71$ 이었다.

4. 자료 수집 방법 및 절차

자료 수집 기간은 2011년 2월부터 3월까지이었다. 연구자가 요양시설 및 재가 시설을 방문하여 시설장에게 연구의 목적 및 내용을 설명한 후 연구협조와 허락을 받아, 각 시설장을 통해 치매진단 받은 자를 선별하였다. 이들 중 MMSE-KC 점수 15점 이상 23점 이하에 해당하는 자를 대상으로 연구의 목적 및 내용을 설명한 후 연구 참여에 동의하고 동의서에 서명한 자에게 자료를 수집하였다. 이들을 대상으로 국문 해독을 고려하여 구조화된 설문지로 연구자가 일대일 면접을 통해 설문지를 읽어준 후 해당 문항에 대한 응답을 연구자가 기입하는 방식으로 하였다. 설문지는 300부를 배포하였으며, 응답 누락 2부를 제외한 유효 설문지는 298부이었다. 자료수집에 소요된 시간은 20-30분이었으며, 연구 협조에 대한 보답으로 대상자에게는 미끄럼 방지용 양말을 제공하였다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 통계 처리하였다.

본 연구에서 사용한 분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 연구 대상자의 일반적인 특성, 우울과 자살의도 정도는 빈도, 백분율, 평균, 표준편차 등의 기술 통계를 이용하여 분석하였다.
- 2) 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 우울과 자살의도 정도의 차이를 알아보기 위하여 Chi-square, t-test, ANOVA, Duncan test를 하였다.
- 3) 우울과 자살의도 정도와의 관계는 Pearson's correlation coefficient를 구하

였다.

4) 치매노인의 자살의도 정도에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 단계적 다중회귀분석을 하였다.

5) 본 연구에 사용한 도구의 신뢰도 검사를 위해 Cronbach's alpha를 시행하였다.

6. 연구 대상자의 윤리적 고려

대상자와 보호자에게 연구의 목적과 내용에 대해 충분히 설명을 한 후 연구 참여에 대한 동의를 얻었다. 연구 참여가 자발적이며 연구 대상자나 보호자가 원하지 않을 경우 언제라도 동의 철회가 가능함을 설명하였다. 설문지와 동의서는 분리 철회하여 연구 대상자의 익명성이 보장되도록 하였다. 수집된 자료는 연구 이외의 다른 목적으로 사용하지 않을 것을 약속하였다.

본 연구는 제주대학교 의과대학 기관생명윤리위원회 연구 승인을 받았다(승인 번호: JNUM-2011-003).

Ⅲ. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적인 특성

본 연구의 대상자는 총 298명으로, 여성 240명(80.8%), 남성 57명(19.2%)으로 여성이 남성보다 많았다. 평균 연령은 84.1세(± 7.33)이며 80대가 173명(58.1%)으로 과반수를 차지하였고, 국문해독이 가능한 대상자는 115명(39.8%)이었다. 최근 1년 이내에 가까운 지인 및 배우자 사별경험이 있는 대상자는 23명(7.8%)이었으며,

배우자가 있는 경우는 57명(19.1%)으로 대부분이 배우자가 없는 것으로 나타났다.

지각된 경제상태가 낮다고 응답한 경우가 118명(39.9%), 보통이다 99명(33.4%), 여유 있다고 응답한 경우는 79명(26.7%)이었다. 대상자의 154명(51.7%)이 재가서비스를 이용하고 있었으며, 이들 중 주간보호가 104명(67.5%), 방문요양 혹은 방문간호는 50명(32.5%)으로 나타났다.

이환된 질환이 한 개인 경우 40.6%(121명), 두 개인 경우 26.9%(80명), 세 개 이상인 경우는 10.7%(32명)이었으며, 이환된 질환이 없는 경우는 21.8%(65명)이었다. 대상자 중 29명(9.9%)이 과거 자살시도 경험을 가진 것으로 나타났으며, 치매진단 후 요양 기간은 1년 미만 123명(41.3%), 1년 이상에서 3년 미만 134명(45.0%), 3년 이상 41명(13.7%)이었다.

대상자의 평균 일상생활수행능력은 26.86점(± 5.22)이었으며, 부분적인 도움이 필요한 경우 83명(28.1%), 완전자립이 가능한 경우 212명(71.9%)이었다(Table 1).

2. 대상자의 우울과 자살의도 정도

대상자의 평균 GDSSF-K 점수는 8.64점(± 3.30)이었고, 정상에 해당하는 대상자는 41명(13.8%)이었다. 중등도 우울은 163명(54.7%), 심한 우울은 94명(31.5%)으로 대상자의 86.2%(257명)가 우울을 경험하는 것으로 나타났다(Table 2).

대상자의 자살의도 점수는 평균 5.70점(± 3.70)이었다. 문항별로는 ‘최근에 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있다’는 2.30점(± 1.39)으로 가장 높았다. 그 다음 ‘누군가에게 자살을 하고 싶다는 말을 한 적이 있다’가 1.58점(± 1.29), ‘살아오면서 자살에 대한 생각을 해 본 적이 있다’가 1.40점(± 1.30), ‘내 삶이 자살로 끝날 것이라는 생각을 해본 적이 있다’ 문항이 0.26점(± 0.66) 순이었으며, ‘자살시도를 해 본 적이 있다’ 문항이 0.16점(± 0.46)으로 가장 낮았다(Table 3).

Table 1. Characteristics of the Subjects

			N=208
Characteristics	Categories	n (%) [†]	Mean±SD (Range)
Gender	Male	57 (19.2)	
	Female	240 (80.8)	
Age (years)	<80	62 (20.8)	84.1±7.33
	80~89	173 (58.1)	(65~103)
	≥90	63 (21.1)	
Literacy	Yes	115 (39.8)	
	No	174 (60.2)	
Bereaved (in the past one year)	Yes	23 (7.8)	
	None	273 (92.2)	
Spouse	Yes	57 (19.1)	
	None	241 (80.9)	
Perceived economic status	Low	118 (39.9)	
	Middle	99 (33.4)	
	High	79 (26.7)	
Present location for care	Institution	144 (48.3)	
	Home	154 (51.7)	
Home service pattern	Visiting nursing	50 (32.5)	
	Day care	104 (67.5)	
No. of comorbidities	One	121 (40.6)	1.7±.79
	Two	80 (26.9)	(1~4)
	Over three	32 (10.7)	
	None	65 (21.8)	
History of suicidal attempts	Yes	29 (9.9)	
	None	264 (90.1)	
Duration of dementia (years)	<1	123 (41.3)	2.2±2.26
	1~3	134 (45.0)	(0.5 ~
	≥3	41 (13.7)	10 years)
Activities of daily living	Partial dependence	83 (28.1)	26.86±5.22
	Self-care	212 (71.9)	(13~36)

[†] Excluding missing data

Table 2. Depression of the Subjects

N=298

Level of depression		n (%)	Mean±SD	Range
GDSSF-K	Normal (0-4)	41 (13.8)	2.88±1.12	
	Moderate (5-10)	163 (54.7)	7.99±1.50	0-15
	Severe (11-15)	94 (31.5)	12.28±1.23	
Total		298 (100)	8.64±3.30	0-15

Table 3. Suicidal Ideation of the Subjects

N=298

Suicidal ideation items	Mean±SD	Range
I have ever thought that I want to die in my life.	1.40±1.30	
I have ever thought that I want to die in recent years.	2.30±1.39	
I have told somebody that I want to suicide.	1.58±1.29	0-4
I have thought that my life will end up with suicide.	0.26±0.66	
I have ever attempted suicide.	0.16±0.46	
Total	5.70±3.70	0-20

3. 대상자의 일반적인 특성에 따른 우울과 자살의도 정도의 차이

1) 대상자의 일반적인 특성에 따른 우울 정도의 차이

1년 이내 가까운 지인 및 배우자 사별경험 유무에 따른 우울 정도는 유의한 차이가 있었다($t=-2.02, p=.045$).

지각된 경제상태에 따른 우울 정도는 유의한 차이가 있었다($F=7.08, p=.001$). 지각된 경제상태가 ‘여유 있다’고 응답한 치매 노인들의 우울 점수는 7.51점이었으며, 그렇지 않은 치매 노인들의 우울 점수는 9.06점, 9.13점으로 지각된 경제상태가 높은 치매노인들이 그렇지 않은 치매노인들보다 우울 정도가 낮음을 보여주었다.

일상생활수행능력 정도에 따른 우울 점수는 부분적인 도움이 필요한 경우 9.23점, 완전 자립이 가능한 경우 8.37점이었으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=2.01, p=.045$). 그러나 성별, 연령, 국문해독 여부, 결혼상태, 현재 요양장소, 재가서비스 유형, 이환된 질환 수, 자살시도 경험, 치매진단 후 요양 기간에 따른 우울 정도는 유의한 차이가 없었다(Table 4).

2) 대상자의 일반적인 특성에 따른 자살의도 정도의 차이

현재 요양장소에 따른 자살의도 정도는 유의한 차이가 있었는데($t=-3.61, p<.001$) 요양시설 입소 치매노인(4.92점)에 비해 재가서비스를 이용하는 치매노인(6.44점)들의 자살의도 정도가 더 높게 나타났다.

이환된 질환 수에 따른 자살의도 정도에도 유의한 차이가 있었다($F=4.00, p=.008$). 특히, 이환된 질환이 없거나 이환된 질환 수가 한 두 개인 치매노인들은 4.75점, 5.56점, 6.04점이었고, 이환된 질환 수가 세 개 이상인 치매노인은 7.38점으로 이환된 질환 수가 많을수록 자살의도 정도가 높았다.

자살시도 경험이 없는 치매노인(5.31점)에 비해 경험이 있는 치매노인(9.10점)의 자살의도 정도가 높음을 보여주고 있다($t=5.48, p<.001$).

일상생활수행능력 정도에 따른 자살의도 정도에도 유의한 차이가 있었다($t=2.05, p=.041$). 일상생활수행능력 정도는 부분적인 도움이 필요한 경우가(6.41점), 완전 자립(5.43점)이 가능한 경우에 비해 자살의도 정도가 높았다. 그러나 성별, 연령, 국문해독 유무, 최근 1년 이내에 가까운 지인 및 배우자 사별 경험, 결혼 상태, 지각된 경제상태, 재가서비스 유형, 치매진단 후 요양 기간에 따른 자살의도 정도는 유의한 차이가 없었다(Table 4).

Table 4. Differences in Depression & Suicidal Ideation the Subjects' Characteristics

N=298

Variables	Categories	n (%) [†]	Depression			Suicidal ideation		
			Mean±SD	t/F	p	Mean±SD	t/F	p
Gender	Male	57 (19.2)	8.93±3.23	0.72	.472	5.25±3.58	-1.06	.282
	Female	240 (80.8)	8.58±3.32			5.83±3.73		
Age (years)	<80	62 (20.8)	8.56±3.21	0.13	.881	5.58±4.06	0.11	.892
	80-89	173 (58.1)	8.60±3.48			5.69±3.71		
	≥90	63 (21.1)	8.83±2.88			5.86±3.34		
Literacy	Yes	115 (39.8)	8.40±3.48	0.98	.327	5.23±4.03	1.58	.115
	No	174 (60.2)	8.79±3.15			5.96±3.46		
Bereaved(within the past one year)	Yes	23 (7.8)	7.30±2.93	-2.02	.045	4.83±3.95	-1.20	.233
	None	273 (92.2)	8.74±3.31			5.79±3.69		
Spouse	Yes	57 (19.1)	8.67±3.25	0.07	.948	5.60±4.10	-.23	.816
	None	241 (80.9)	8.63±3.23			5.73±3.61		
Perceived economic status	Low	118 (39.9)	9.13±3.16 ^a	7.08	.001	5.90±3.68	2.34	.098
	Middle	99 (33.4)	9.06±3.14 ^a			6.12±3.80		
	High	79 (26.7)	7.51±3.40 ^b			4.97±3.82		
Present location for care	Institution	144 (48.3)	8.34±3.34	-1.53	.128	4.92±3.68	-3.61	<.001
	Home	154 (51.7)	8.92±3.25			6.44±3.57		
Home service pattern	Visiting nursing	50 (32.5)	9.32±3.18	1.06	.293	7.14±3.20	1.69	.093
	Day care	104 (67.5)	8.73±3.27			6.11±3.71		
No. of comorbidities	One	121 (40.6)	8.73±3.29	1.70	.168	5.56±3.15 ^a	4.00	.008
	Two	80 (26.9)	8.90±3.34			6.04±3.58 ^a		
	Over three	32 (10.7)	9.22±3.33			7.38±4.68 ^b		
	None	65 (21.8)	7.88±3.18			4.75±3.99 ^a		
History of suicidal attempts	Yes	29 (9.9)	9.66±2.99	1.84	.067	9.10±4.08	5.48	<.001
	None	264 (90.1)	8.47±3.32			5.31±3.48		
Duration of dementia (years)	< 1	123 (41.3)	8.82±3.12	0.79	.454	5.33±3.37	1.08	.340
	1~3	134 (45.0)	8.65±3.43			5.96±3.90		
	≥3	41 (13.7)	8.07±3.30			6.02±3.93		
Activities of daily living	Partial dependence	83 (28.1)	9.23±3.22	2.01	.045	6.41±3.90	2.05	.041
	Self-care	212 (71.9)	8.37±3.31			5.43±3.61		

[†] Excluding missing data ^{a,b} Duncan test

4. 우울과 자살의도 정도 간의 관련성

우울과 자살의도 정도는 정 상관관계가 있었다($r=.51, p<.001$).

Table 5. Correlations between Suicidal Ideation and Depression

N=298

Variable	Suicidal Ideation r (p)
Depression	.51 (<.001)

5. 치매노인 자살의도 정도에 영향을 미치는 요인

치매노인의 자살의도 정도에 영향을 미치는 요인들을 알아보기 위하여 일반적인 특성에 따라 자살의도 정도에 차이가 있었던 현재 요양장소, 이환된 질환 수, 자살시도 경험, 일상생활수행능력과 우울 정도를 독립변수로 하고 현재 요양장소, 자살시도 경험은 더미변수로 변환하여 단계적 다중회귀 분석을 실시하였다. 독립변수에 대한 회귀분석 과정에 대한 분석 결과, 오차의 자기상관 검증에서는 Dubin-Watson 통계량이 1.670으로 자기상관이 없는 것으로 나타났고, 다중공선성을 검정한 결과 공차한계(tolerance)가 .983~.832로 나와 모두 1.0이하로 나타났다. 분산팽창인자(variation inflation factor, VIF) 1.196~1.017로 모두 10.0이하로 나타나 다중공선성의 문제도 없는 것으로 나타났다(한상숙과 이상철, 2006). 치매노인의 자살의도 정도에 영향을 미치는 주요 요인은 우울로 나타났으며, 자살시도 경험 유무, 현재 요양장소, 일상생활수행능력과 함께 자살의도 정도를 35.8% 설명하는 것으로 나타났다(Table 6).

Table 6. Factors Influencing on the Subjects' Suicidal Ideation

N=298

Variables	B	S.E	β	t (p)	Cum. R ²	F (p)
Depression	2.843	.252	.505	9.12 (.001)	.252	
History of suicidal attempts	3.033	.309	.245	5.65 (.001)	.309	41.75 (.001)
Present location for care	1.566	.351	.211	4.91 (.001)	.351	
Activities of daily living	-.077	.358	-.108	-2.10 (.036)	.358	

IV. 논의

본 연구는 치매노인의 우울과 자살의도 정도를 파악하고 두 변수의 상관관계를 규명하며 자살의도 정도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 실시하였다.

본 연구에 참가한 치매노인의 평균 우울 점수는 8.64점으로 이들 중에 31.5%가 11-15점에 해당하는 중증 우울 수준이었으며 전체 대상자의 86.2%가 우울을 경험하는 것으로 나타났다. 이는 치매노인의 40~60%에서 우울을 경험하는 것으로 보고한 Greenwald (1995)의 연구와 치매노인 가족들 중 50~85%가 자신들이 돌보는 치매노인들이 우울하다고 보고한 Merriam, Arrosion, Gaston, Way와 Katz (1988)의 연구결과보다 높았다. 국내의 경우 치매노인을 대상으로 한 우울 조사연구에서는 유병률을 밝힌 경우가 드물어 비교가 어렵지만 일반노인을 대상으로, 우울을 경험하는 비율이 71.6%(장미희와 김윤희, 2005), 68.1%(정영희와 김주희, 2004)로 보고한 선행논문들에 비해 본 연구 대상자들의 우울 정도가 더 높은 것으로 나타났다. 노인의 우울 정도는 지역이나 문화적인 차이 등에 따라 다를 수도 있지만(정인파, 곽동일, 조숙행과 이현수, 1991), 치매노인의 경우 질병과정 동안 자신의 변화에 대한 두려움이나 좌절감을 경험하며(하진, 2006), 무엇보다도 자녀들에게 짐이 된다는 부담감(박순천, 2006)이 치매노인의 우울 정도를

더 높이는 것으로 여겨진다.

본 연구와 같은 도구를 사용하여 치매노인의 우울을 측정 한 선행연구들을 보면, 요양시설에 입소한 치매노인 30명을 대상으로 조사한 지혜련(2003)의 연구에서 우울 점수는 8.37점, 시설입소노인을 대상으로 한 김영숙(2005)의 연구에서는 8.40점으로 본 연구결과와 유사하였다. 요양시설에 입소한 일반노인을 대상으로 측정한 우울 점수는 6.57점(박금자, 이지현, 배경의, 강양희와 송후송, 2007), 경로당, 노인복지관을 이용하는 일반노인들의 우울 점수는 7.05점(장미희와 김윤희, 2005)으로 치매노인 대상 연구의 우울 점수보다 낮았다. 또한 치매노인 67명과 정상노인 60명을 대상으로 우울 정도를 측정한 결과, 치매노인이 정상노인보다 더 우울한 것으로 나타났으며(류경희, 2000), 이금재와 이신영(2004)의 연구에서도 지역사회에 거주하는 치매노인, 치매의심노인과 일반노인 간의 우울을 비교한 결과, 치매노인과 치매의심노인이 일반노인보다 더 우울한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 치매노인의 경우 인지기능 및 판단력은 저하되나 정서적인 감정만은 유지되는 것으로 보고하며(하진, 2006) 초기치매노인의 경우 불안, 무기력감, 무가치감 등 내적 갈등으로 더 우울하게 된다(Lazarus, Newton, Cohler, Lesser, & Schweon, 1987)는 보고와 관련이 있을 것으로 생각된다.

치매노인의 자살의도와 관련된 선행연구가 거의 없는 실정이어서(Leo & Evans, 2004; Haw, Harwood, & Hawton, 2009) 치매노인의 자살의도 정도에 대해서는 일반 노인들을 대상으로 한 선행연구들과 비교하여 논의하였다.

본 연구의 치매노인 대상자들의 평균 자살의도 점수는 5.70점이었다. 본 연구와 같은 도구를 사용하여 종묘공원, 파고다공원 등지에 외출한 일반노인을 대상으로 한 연구에서(김혜영, 2006) 평균 4.41점, 사회복지기관을 이용하는 일반노인들에서 자살의도 점수는 평균 3.56점으로 보고한 김동배와 박서영(2010)의 연구결과에 비하여 본 연구 대상자들의 자살의도 정도가 더 높았다. 선행연구들에 따르면, 경도 인지장애가 있는 치매노인이나 치매 진단을 받은 초기에 비교적 자살률이 높고(Keene, Hope, Fairburn, & Jacoby, 2001; Yusake, Ricanat, & Friedland, 2002), 치매노인의 자살위험요인으로 우울, 절망감, 경도인지손상, 병식이 있는 경우라 하였다(Haw, Harwood, & Hawton, 2009). 이런 맥락에서 본 연구

대상자들의 MMSE-KC 점수가 15-23점에 해당하는 경증치매노인인 점을 고려한다면, 자신이 치매에 걸렸다는 절망감 등이 자살의도 정도를 높이는 것으로 여겨진다(김성윤, 2004; 하진, 2006).

본 연구에서 치매노인의 인구학적 특성에 따른 우울 정도는 유의한 차이가 없었다. 일반노인을 대상으로 한 연구에서도 성별, 연령, 국문해독 유무에 따른 우울 정도에 유의한 차이가 없는 것으로 나타나(서지영, 2006; 유영미, 2008) 본 연구와 일치하였다.

1년 이내 가까운 지인 및 배우자 사별경험이 있는 치매노인의 경우가 사별경험이 없는 경우에 비해 우울정도가 낮았다. 일반노인을 대상으로 한 선행연구들에서는 1년 이내 사별경험이 있는 노인이 더 우울한 것으로 나타나(이규은과 염영희, 2010; 장미희와 김윤희, 2006; 이현지와 조계화, 2006), 본 연구와 차이를 보였다. 이는 60세 이상노인에게서 사별은 예상할 수 있는 일이거나 흔하므로 나만이 겪는 어려움이 아니라는 인식(김승연, 2005)과 관련이 있을 것으로 생각되어지나 추후 반복적인 연구로 확인해 볼 필요가 있다.

사회경제생활 특성에 따른 치매노인의 우울 정도는 지각된 경제상태가 낮을수록 우울한 것으로 나타나 선행연구들(김동배와 박서영, 2010; 여연옥, 2010; 이현지와 조계화, 2006; 장미희와 김윤희, 2005)과 일치하는 결과를 보였다. 본 연구 대상자들의 대부분이 80대 이상이고 대상자의 78.2%에서 한 가지 이상의 이환된 질환을 가지고 있다는 특성을 고려한다면, 경제활동으로부터 은퇴하고 신체적인 질환으로 의료비의 지출, 기타 건강 보조식품 구입, 의료보조기구 구입 등의 꾸준한 지출이 요구될 것으로 추정된다. 이러한 사정들로 인해 지각된 경제상태가 낮을수록 우울 정도가 높은 것으로 생각된다.

일상생활수행능력 정도에 따른 치매노인의 우울 정도는 완전 자립하는 경우보다 부분적으로 도움을 받고 있는 경우에 우울 점수가 높게 나타났다. 이는 일상생활수행능력이 감소될수록 우울 정도가 증가한다는 연구결과(김남희, 2007)와 일치한 것이었다. 김지애(2009)와 지혜련(2003)에 따르면, 일상생활수행 중 도움을 필요로 하는 치매노인 중에 1/3정도만이 실제 도움을 받고 있으며, 도움을 필요로 하지만 실제로 도움을 받지 못하는 경우도 16.3%에 달한다. 본 연구의 대

상자들도 부분적인 도움이 필요한 상태로 충분한 도움을 받지 못하거나, 본인 스스로 자신을 돌볼 수 없다는 데서 오는 자괴감 등이 우울 정도를 높이는 것으로 생각되며, 치매노인의 우울을 감소시키기 위해서는 일상생활수행능력을 고려할 필요가 있을 것으로 사료된다.

본 연구에서 치매노인의 자살의도 정도는 현재 요양장소, 이환된 질환 수, 자살시도 경험, 일상생활수행능력에 따라 유의한 차이가 있었다. 그러나 성별, 연령, 배우자 유무, 결혼상태, 치매진단 후 요양 기간, 1년 이내 가까운 지인 및 배우자 사별경험 유무 등에 따른 자살의도 정도는 유의한 차이가 없었다.

재가서비스를 받는 치매노인이 시설 치매노인보다 자살의도 정도가 높았다. 선행연구에 따르면, 사회적인 지지가 낮을수록 자살의도 정도가 높고(서화정, 2005; 김주희, 2007), 사회적인 지지체계의 결핍은 노인의 사회 심리적 측면에서 고립과 우울을 초래한다(성지아, 2008). 즉 시설에 거주하는 치매노인들은 일정한 돌봄을 받는 생활을 하기 때문에 사회적지지 욕구가 충족되고 있다고 추정된다(박영희, 2009). 이러한 결과들로 미루어 볼 때 시설 치매노인들이 사회적인 지지체계 및 기본적인 욕구가 충족되므로 자살의도 정도가 낮게 조사된 것으로 생각된다. 효 사상이 강한 한국사회에서는 자녀가 부모를 시설에 맡기는 것에 죄책감이 있다는 것과 시설에 맡겨진 노인에 대해 안타까운 시선 등이 있으나(김수영, 김진선과 윤현숙, 2004), 바쁜 현대사회를 살아가는 가정에서 치매노인을 돌보는 것은 현실적으로 어려움이 크다(김재민, 신일선과 윤진상, 2001)). 따라서 치매노인을 가정에서 적절하게 돌보는 것이 어렵다면 시설에서 요양하도록 하는 것이 치매노인에게 지지체계를 제공하고 기본적인 욕구충족을 가능하게 할 것으로 생각되어진다. 또한 재가 치매노인들의 자살예방을 위한 가족적, 사회적 지지가 더 필요할 것으로 사료된다.

질환관련 특성에 따른 치매노인의 자살의도 정도는 이환된 질환이 세 가지 이상인 군이 그 이하인 군보다 자살의도 정도가 높았다. 이러한 결과는 노인의 신체적인 건강상태가 좋지 못할수록 자살의도 정도가 높다고 한 연구들과(김형수, 2002; 장미희와 김윤희, 2005; 유명미, 2007; 최인, 2007) 일치하는 결과이었다. 노인의 신체적인 건강상태는 일상생활에 있어 중요하게 작용하며 이러한 건강상의

어려움은 삶의 질을 저하시키며(Conwell, 2003) 결국 자살의도 정도에 영향을 미치는 것으로 생각된다.

자살시도 경험의 유무에 따른 자살의도 정도는 유의한 차이를 나타냈던 바, 이는 노인 자살의 위험 요인 중에 자살시도 경험이 중요 요인으로 보고한 연구결과나(Chiu, et al., 2004; Conwell, et al., 2003), 과거 자살시도 경험이 있었던 노인이 자살 생각을 더 많이 한다는 선행연구(김혜영, 2005; 배지연, 2005)와 일치하는 결과이었다. 제영묘(2004)의 연구결과에 따르면, 자살 시도를 경험했던 사람들은 자살 실패를 또 다른 좌절로 여기며 계속적인 자살 욕구를 가지게 된다. 그러므로 치매노인 간호 실무자들은 치매노인의 자살시도 경험에 대한 간호정보를 세심하게 확인할 필요가 있을 것으로 생각된다.

일상생활수행능력 정도에 따른 치매노인의 자살의도 정도는 완전 자립이 가능한 경우보다 부분적으로 도움을 받고 있는 경우에 자살의도 정도가 높았던 바, 일상생활수행능력의 저하는 우울과 자살의도 정도에서 모두 유의한 차이를 보였다. 따라서 치매노인의 자살 예방을 위해서 일상생활수행능력 정도에 따른 간호사정과 적절한 간호계획을 세워야 할 것으로 생각된다.

본 연구에서 치매노인의 우울과 자살의도 정도 간에 상관관계를 분석한 결과 정 상관관계를 보였다($r=.51, p<.001$). 즉 우울 정도가 높을수록 자살에 대한 의도도 높았다. 이러한 결과는 치매노인의 자살의도 정도는 질병 자체만으로 자살의도를 높게 한다기보다는 치매노인의 우울 경향이 자살의도와 연관이 있다는 선행연구 결과를(박준혁 등, 2007) 지지해주는 것으로 생각된다.

치매노인의 자살의도 정도에 영향을 미치는 주요 요인은 우울 정도로 치매노인의 자살의도 정도를 25.2% 설명하며, 자살시도 경험, 현재 요양장소, 일상생활수행능력과 함께 치매노인의 자살의도 정도를 총 35.8% 설명하는 것으로 나타났다. 일반노인을 대상으로 한 장미희와 김윤희(2005)의 선행연구에서는 자살의도 정도에 영향을 미치는 요인으로 우울이 25.7%를 설명하였으며, 스트레스와 학력과 함께 34.3%를 설명하였다. 본 연구의 결과는 국내 연구에서 자살의도에 우울 변인이 가장 큰 요인으로 확인된 연구결과들을 지지하는 것으로(김혜정, 2006; 박순천, 2005; 배지연, 2005; 최인, 2007; Chiu et al., 2004), 우울 정도가 치매노인

의 자살의도 정도에 영향을 미치는 중요한 변수임을 반영하고 있다.

이상의 결과들을 종합하면 치매노인의 자살의도 정도에 우울 정도와 자살시도 경험, 현재 영양장소, 일상생활수행능력이 영향을 미친다고 볼 수 있다. 특히 우울 정도가 치매노인의 자살의도 정도에 가장 큰 위험요인으로 확인되었다. 따라서 치매노인의 자살을 예방하기 위해서는 우선적으로 치매노인의 우울을 관리하는 것이 필요하다. 또한 자살의도 정도에 유의미한 차이를 나타내는 변수들과 자살의도 정도에 영향을 미치는 요인들을 근거로 치매노인의 자살의도를 조기사정, 진단, 치료할 수 있도록 효율적인 간호중재를 수행해야 하며, 치매노인의 정신건강을 증진시키는 자살예방프로그램 개발이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구는 제주도 내에서 노인장기요양보험 등급을 받고 영양시설과 재가서비스 기관에 등록된 치매노인들 중 MMSE-KC점수 15점 이상 23점 이하인 치매노인을 임의 선정 하였으므로, 선택편중의 가능성이 있어 이 연구 결과를 일반화 하는데 제한점이 있다.

본 연구의 의의는 치매노인의 자살의도 정도와 영향요인을 탐색한 연구라는데 있으며 구체적인 내용은 다음과 같다.

1. 간호이론의 측면에서 치매노인의 우울과 자살의도 정도, 두 변수의 관련성 및 자살 의도에 영향을 미치는 요인을 확인하였다.
2. 간호연구의 측면에서 치매노인의 우울과 자살의도에 대한 기초 자료를 제공하였다.
3. 간호실무 측면에서 노인요양시설, 주간보호센터와 재가서비스의 실무자들이 치매노인의 우울과 자살의도에 관한 상관관계 및 영향요인을 이해하여 정확한 간호사정 및 간호중재를 제공하도록 하는데 도움이 될 것으로 사료된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 치매노인의 우울과 자살의도 정도와의 관련성을 파악하고 자살의도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 실시된 서술적 조사연구이다.

자료수집은 2011년 2월부터 3월까지 제주도 내 만65세 이상 노인장기요양보험 인정자 중 재가급여 및 시설급여를 계약한 자로 MMSE-KC 점수가 15-23점에 해당하는 치매노인 298명을 대상으로 하였으며, 대상자의 일반적인 특성, 우울과 자살의도 정도를 조사하였다. 수집된 자료는 SPSS 18.0 프로그램을 이용하여 연구 대상자의 일반적인 특성, 우울과 자살의도 정도 등은 기술 통계를 이용하여 분석하였고 일반적인 특성에 따른 우울과 자살의도 정도의 차이는 Chi-square, t-test, ANOVA, Duncan test를 이용하여 분석하였고 자살의도 정도에 미치는 영향은 다중회귀분석, 변수들의 신뢰도는 Cronbach's alpha로 산출하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 GDSSF-K 점수는 8.64점으로 대상자의 86.2%가 우울을 경험하며, 중등도 우울 점수에 해당하는 대상자가 54.7%, 중증 우울 수준에 해당하는 대상자가 31.5%이었다. 치매노인의 자살의도 점수는 5.70점이었다.

2. 치매노인의 일반적인 특성에 따른 우울 정도는 1년 이내 가까운 지인 및 배우자 사별경험($t=-2.02, p=.045$), 지각된 경제상태($F=7.08, p=.001$), 일상생활수행능력($t=2.01, p=.045$)에 따라 유의한 차이가 있었다.

3. 치매노인의 일반적인 특성에 따른 자살의도 정도의 차이는 현재 요양장소($t=-3.61, p<.001$), 이환된 질환 수($F=4.00, p=.008$), 자살시도 경험($t=5.48, p<.001$), 일상생활수행능력($t=2.05, p=.041$)에 따라 유의한 차이가 있었다.

4. 우울과 자살의도 정도는 정 상관관계가 있었으며($r=.51, p<.001$), 치매노인의 자살의도 정도에 영향을 미치는 주요 요인은 우울(25.2%)이었고, 자살시도 경험, 현재 요양장소, 일상생활수행능력과 함께 자살의도 정도의 35.8%를 설명하였다.

연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 치매노인의 우울과 자살의도 정도를 파악하기 위한 대규모 연구가 필요하다.
2. 치매노인과 일반 노인의 우울과 자살의도 정도간의 차이를 파악하는 비교 연구가 필요하다.
3. 본 연구에서 치매노인의 자살의도 정도에 영향을 미치는 요인인 우울 정도, 자살시도 경험, 현재 요양장소, 일상생활수행능력을 근거로 치매노인 우울을 관리하는 프로그램개발이 필요하며, 치매노인의 자살예방에 적극적으로 개입하는 것이 필요하다.

참고문헌

- 건강뉴스(2009). 치매노인 옥상에서 투신자살. Retrieved October 12, 2009, from <http://www.coolla.net>
- 기백석 (1996). 한국판 노인우울척도 단축형의 표준화 예비연구. *신경정신의학회지*, 35(2), 298-306.
- 김남희 (2007). *입소노인의 수면의 질, 일상생활수행능력 및 우울과의 관계*. 석사학위논문, 중앙대학교, 서울.
- 김도환, 송예현 (2004). 발 반사 마사지가 노인의 우울, 일상생활수행능력, 삶의 질 및 생리적 지수에 미치는 영향. *한국노인 사회복지학회지*, 19(1), 75-100.
- 김동배, 박서영 (2010). 노인의 사회관계망 특성과 자살생각과의 관계. *한국노인 사회복지학회*, 24(1), 109-129.
- 김성윤 (2004). 치매에서의 우울. *대한치매학회지*, 3(1), 18-23.
- 김수영, 김진선, 윤현숙 (2004). 치매노인을 돌보는 가족 부양자의 우울과 삶의 만족 예측요인. *한국노년학회지*, 24(2), 111-128.
- 김승연 (2005). *배우자 사별이 노인의 우울에 미치는 영향*. 석사학위논문, 고려대학교, 서울.
- 김영숙 (2005). 화상을 적용한 집단미술치료 프로그램이 치매 인지기능과 우울에 미치는 영향. *한국미술치료학회지*, 12(2), 483-500.
- 김재민, 신일선, 윤진상 (2002). 치매환자 부양자의 부양부담 결정인자. *신경정신의학회지*, 6(40), 1106-1113.
- 김주희 (2007). *저소득 재가 노인의 자살 생각에 영향을 미치는 요인*. 석사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 김지애 (2009). *노인요양시설 치매노인의 인지기능, 일상생활수행능력, 불안, 우울에 관한 연구*. 석사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 김치영 (2006). *노인의료복지시설 치매노인의 인지기능과 일상생활수행능력*. 석사학위논문, 중앙대학교, 서울.
- 김형수 (2000). 노인과 자살. *한국노인 복지연구학회지*, 10(1), 24-44.
- 김형수 (2002). 한국노인의 자살생각과 관련요인 연구. *한국노년학회지*, 22(1),

159-172.

- 김혜영 (2006). 노인의 자살생각과 관련요인에 관한 연구. 석사학위논문, 이화여자 대학교, 서울.
- 김혜정 (2006). 일반적인 특성에 따른 서울시 노인의 치매인식도 연구. 석사학위논문, 서강대학교, 서울.
- 노인병학회 (2005). 노인병학회지. 서울: 의학출판사.
- 류경희, 강연옥, 나덕렬, 이광호, 정진상 (2000). 치매환자의 우울 특성. 한국 심리학회지, 19(1), 117-129.
- 박금자, 이지현, 배경이, 강양희, 송후송 (2007). 시설노인의 자아존중감과 우울. 노인간호학회지, 9(1), 51-59.
- 박순천 (2005). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 관련요인에 대한 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 박영희 (2009). 노인장기요양보험의 문제점 및 개선 방향. 석사학위논문, 명지대학교, 서울.
- 배지연 (2005). 노인의 자살생각에 관한 인과모형. 박사학위논문, 대전대학교, 대전.
- 보건복지부(2008). 치매노인 유병률 조사. Retrieved January 20, 2010, from <http://library.mw.go.kr>
- 서지영 (200). 노인자살예방을 위한 자살생각에 미치는 요인에 관한 연구. 석사학위논문, 성신여자대학교, 서울.
- 서화정 (2005). 노인자살예방을 위한 사회사업 개입전략. 박사학위논문, 부산대학교, 부산.
- 성지아 (2007). 재가 노인의 인지기능과 삶의 질에 관한 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 송성례 (2010). 저소득층 노인의 우울 및 인지기능과 일상생활수행능력과의 관련성. 석사학위논문, 전남대학교, 광주.
- 여연옥 (2010). 만성질환노인의 자아존중감, 일상생활수행능력 및 우울에 관한 연구. 석사학위논문, 한양대학교, 서울.
- 오영희 (2008). 노인의 치매실태와 대책. 한국보건사회연구원.
- 우종인, 이정희 (2000). 치매노인의 서비스개발 심포지움. 한국보건사회연구원.

- 유영미 (2007). 노인의 자살에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 석사학위논문, 한양대학교, 서울.
- 이경주, 이기령, 양수, 전원희 (2008). 치매노인의 삶의 질과 관련 요인. *정신간호학회지*, 17(3), 278-280.
- 이규은, 염영희 (2010). 사별 노인의 우울에 영향을 미치는 예측요인. *기본간호학회지*, 17(3), 382-390.
- 이금재, 이신영 (2004). 치매노인, 치매 의심노인, 일반 노인의 우울에 영향을 미치는 요인. *기본간호학회지*, 2(11), 166-176.
- 이용식 (2004). 우울증으로 인한 자살 충동의 인지적 치료에 관한 연구. 석사학위논문, 장로회신학대학교, 서울.
- 이현지, 조계화 (2006). 노인의 죽음 불안과 우울이 자살 생각에 미치는 영향. *한국노년학회지*, 4(26), 717-731.
- 이현희 (2008). 주간보호센터와 노인요양시설을 이용하는 치매노인의 일상생활 수행능력, 인지기능, 우울의 비교연구. 석사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 장미희, 김윤희 (2005). 노인의 스트레스, 우울 및 자살생각간의 관계. *정신간호학회지*, 1(14), 33-42.
- 정영희, 김주희 (2004). 동거유형에 따른 노인의 인지기능, 영양상태, 우울의 비교. *대한간호학회지*, 3(34), 495-503.
- 정인과, 광동일, 조숙행, 이현수 (1998). 한국형 노인우울검사(KGDS) 표준화에 대한 예비조사. *신경정신의학회지*, 2(37), 61-72.
- 정진엽 (2009). 치매진단도구의 표준화. 보건복지부정책보고서.
- 제영묘 (2004). 자살과 정신장애. *생물치료정신의학회지*, 10(1), 3-10.
- 조숙희 (1999). 실직자의 우울, 절망감, 인지적 몰락이 자살 충동 및 자기 파괴적 행동에 미치는 영향. 석사학위논문, 대구효성카톨릭대학교, 대구.
- 조선닷컴 (2002, 2004, 2006, 2008, 2009). 치매노인자살. Retrieved January 20, 2010, from <http://search.chosun.com>
- 조현진 (1990). 우울, 자기비하 및 삶의 의미가 자살관념에 미치는 영향. 석사학위논문, 서울대학교, 서울.
- 지혜련 (2003). 치매간호중재 프로그램이 경증 치매노인의 인지기능, 우울, 일상

- 생활 및 사회적 행동에 미치는 효과. 박사학위논문, 전남대학교, 전주.
- 최숙희 (2006). 부산지역 노인의 치매와 우울과의 관계. 석사학위논문, 부산카톨릭대학교, 부산.
- 최인 (2007). 노년기 자살생각에 영향을 미치는 요인. 석사학위논문, 삼육대학교, 서울.
- 통계청 (2005). 치매관리 Mapping 개발연구. Retrieved February 10, 2010, from <http://kostat.go.kr>
- 통계청 (2008). 고령자통계. Retrieved February 12, 2010, from <http://kostat.go.kr>
- 하진 (2006). 초기치매환자의 위축경험. *노인 간호 학회지*, 8(1), 58-63.
- 한국일보 (2004). 치매노인자살. Retrieved February 15, 2010, from <http://news.hankooki.com>
- 한상숙, 이상철 (2006). *간호. 보건. 통계분석*. 서울: 현문사.
- 홍영규, 강영실 (2009). 음악프로그램이 치매노인의 인지기능과 문제행동에 미치는 효과. *노인간호학회지*, 11(1), 5-15.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barthel, D. W., & Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Brian, D., Carmella, P., John, S., & Henry, B. (2010). Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. *The Alzheimer's Association*, 6(1), 75-85.
- Chia, F. T., Shih, J. T., Yang, C. H., & Hwang, J. P. (2007). Chinese demented inpatients admitted following a suicide attempt: a case series. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(1), 1106-1109.
- Chiu, H. F. K., Lam, L. C. W., Pang, A. H. T., Leung, C. M., & Wong, C. K. (1996). Attempted suicide by chinese elderly in Hong Kong. *General Hospital Psychiatry*, 18(6), 444-447.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Eberly, S., Wadkins, H., & Cain, E. D. (2003). *Suicide in the second half of life: a psychological*

autopsy study. Paper presented at the 11th. International Congress of Psycho-Geriatrics Association, Chicago, 6, 667-676.

Leo, D. D., & Evans, R. (2004). Global trends and suicidal mortality. In D. D. Leo and R. Evans, *International Suicidal Rates and Prevention Strategies*, 15-20. Goettingen: Hogrefe & Huber.

Erlangsen, A., Zarit, S. H., & Conwell, Y. (2008). Hospital-diagnosed dementia and suicide: A longitudinal study using prospective, nationwide register data. *Journal of The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 220.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.

Graham, D. P., Kunik, M. E., Doody, R., & Snow, A. L. (2005). Self-reported awareness of performance in dementia. *Brain Research Cognition Brain research*, 25(1), 144-152.

Greenwald, B. S. (1995). Depression in Alzheimer's disease and related dementias. In B. A. Lawlor (Eds). *Behavioral Complications in Alzheimer's disease*. Washington, DC: American Psychiatric Pres.

Haw, C., Harwood, D., & Hawton, K. (2009). Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *International Psychiatrics*, 21, 440-453.

Harlow, L. L., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1986). Suicide ideation scale. *Journal of clinical psychology*, 42, 5-21.

Keene, J., Hope, T., Fairburn, C., & Jacoby, R. (2001). Death and dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 969-974.

Lazarus, L. W., Newton, J., Cohler, B., Lesser, J., & Schweon, C. (1987). Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 144(1), 41-45.

Merriam, A. E., Aronson, M. K., Gaston, P., Wey, S. L., & Katz, I. (1988).

- The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. *Journal of American Geriatrics Society*, 36, 7-12.
- Nitin, P., Richard, C., Oude, V., Cathryn, R., Harriet, B., Alistair, B., et al. (2009). Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 19(4), 175-180.
- Park, J. H., Lee, S. B., Lee, T. J., Lee, D. Y., Jhoo, J. H., Youn, J. D., et al. (2007). Depression in vascular dementia is quantitatively and qualitatively different in depression in Alzheimer's disease. *Dementia Cognitive Disorder*, 23, 67-73.
- Rubio, A., Vestner, A. L., Stewart, J. M., Forbes, N. T., Conwell, Y., & Cox, C. (2001). Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biological Psychiatry*, 49(2), 137-145.
- Runesos, B. S., Beskow, J., & Waern, M. (1996). The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 35-42.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. Y., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 601-608.
- Swanson, A. R. (1982). *Comprehensive Psychiatric nursing-Depression*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book co.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale(GDS): Recent evidence and development of short version. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, 165-173. In T. L. Brink ed. New York: The Harworth Press.
- Yusake, K., Ricanati, E., & Friedland, R. P. (2002). Suicide and Alzheimer's disease. *The American Journal of Geriatric*, 4, 484.

<부록 1>

연구 참여 동의서

연구제목 : 치매노인의 우울과 자살의도

연구자: 김종필(제주대학교 간호학과 석사과정)

연락처: 010-2951-4494

이메일: kjp4494@hanmail.net

윤리위원회 승인번호: JNUM-2011-003

연구목적:

본 연구는 어르신들의 정신건강과 관련되는 우울과 자살의도에 관한 서술적 조사연구입니다. 어르신의 응답은 정신간호영역에서 어르신들의 정신건강과 관련이 있는 우울과 자살의도에 관해 조사하여 우리나라 어르신들의 정신건강 프로그램 개발과 정신건강증진을 위한 연구 자료를 얻고자 합니다.

연구대상:

치매진단을 받고 노인장기요양보험 등급을 받은 치매노인을 대상으로 이루어집니다.

연구방법:

치매노인의 일반적인 특성, 우울, 자살의도 정도에 관하여 연구자와 조사자가 일대일 면담을 통해 설문조사하는 방식으로 이루어집니다.

연구 참여 이점:

연구 도중에 치매, 우울 관련하여 어르신 및 가족의 상담요구 시 성실히 응 하겠습니다. 연구 참여의 보답으로 미끄럼방지용 양말을 제공할 예정입니다.

연구의 해:

본 연구는 무기명으로 실시됩니다. 응답하신 내용의 비밀은 철저히 보장 됩니다. 어르신께서 원하지 않으시면 언제라도 철회 가능하며 이로 인해 어르신께 불이익은 전혀 없습니다. 설문지와 동의서는 따로 철회하며, 수집된 자료는 연구 이외의 다른 목적으로 사용하지 않을 것을 약속드립니다.

본 연구는 제주대학교 의과대학 기관생명윤리위원회 승인을 받고 수행합니다.

동의 사항

나는 이 연구의 목적과 내용, 절차에 대한 자세한 설명을 듣고 이해하였습니다.

나는 자발적으로 설문조사에 참여할 것이며, 연구에 성실히 임할 것입니다.

나는 연구 참여로 인한 어떠한 불이익도 없을 것이라는 것을 알고 있습니다.

나는 연구 도중 언제든지 참여를 그만 둘 수 있다는 것을 알고 있습니다.

나와 관련된 연구내용은 연구의 목적 안에서만 사용되고, 익명으로 사용되는 것을 알고 있습니다.

이상과 같은 사항에 동의하며, 나는 본 연구에 참여할 것을 동의합니다.

2011년 월 일

참여자: _____ (서명)

보호자 _____ (서명)



<부록 2>

설 문 지

안녕하십니까?

저는 제주대학교 대학원에서 간호학을 전공하고 있는 학생입니다.
본 설문지의 문항은 옳고 그른 정답이 없습니다. 그러므로 평소 생각하시고
느끼시는 사항들에 대해 솔직하게 답변해 주시면 감사하겠습니다.

본 설문은 연구 이외의 다른 목적으로 사용되지 않을 것을 약속드립니다.
한 문항도 빠짐없이 답변해주시면 본인의 연구 활동에 큰 힘이 될 것입니다

감사합니다.

2011년 1월

제주대학교 대학원 석사과정

김종필 드림.

I. 다음은 어르신들의 일반적인 사항에 관한 질문입니다.

※ 해당되는 곳에 “√”표시를 하거나 기입해 주십시오.

1. 어르신들의 성별은?

- ① 남 ② 여

2. 어르신들의 실제 연령은 ?

연령()세 ()년생

3. 어르신들의 결혼 상태는?

- ① 미혼 ② 기혼 ③ 이혼
④ 사별 ⑤ 별거 ⑥ 기타_____

4. 어르신들의 국문해독 여부는?

- ① 글자 모름 ② 글자 읽음

5. 어르신들의 가정의 경제 상태는 어떠하십니까?

- ① 매우 어렵다 ② 조금 어려운 편이다 ③ 보통이다
④ 여유 있다 ⑤ 매우 여유 있다

6. 최근 1년 이내 가족이나 가까운 지인의 사별을 경험한 적이 있습니까?

- ① 있다 ② 없다

7. 현재 어르신들의 신체적 질병이 있다면 해당하는 곳에 모두 표시 하십시오?

- ① 뇌졸중 ② 고혈압 ③ 당뇨병 ④ 관절염 ⑤ 심장병
⑥ 백내장 ⑦ 녹내장 ⑧ 신장질환 ⑨ 천식 ⑩ 악성 종양

8. 어르신께서는 어떤 종류의 치매를 앓고 계십니까?

- ① 알츠하이머병 ② 혈관성치매 ③ 혼재(①과 ②)
④ 기타 (알코올성 치매 및 두부외상 후 치매)

9. 치매 진단 후 요양기간은 얼마나 됩니까? _____년 _____개월

10. 과거 자살 시도 한 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니요

11. 어르신들은 현재 요양 장소는 어디입니까?

- ① 요양원입소시설 ② 재가 서비스기관

12. 재가서비스이용형태는? (재가서비스인 경우만)

- ① 방문요양 ② 방문목욕 ③ 방문간호 ④ 주간보호 ⑤ 단기보호

13. 어르신 의 일상생활수행능력 정도에 대한 내용으로 해당하는 항목에 “√” 표시를 해주십시오.

번호	문항	도움 없이 전혀 할 수 없음	약간의 도움이 필요함	도움 없이 할 수 있음
1	대변 조절을 잘 하십니까?	1	2	3
2	소변 조절을 잘 하십니까?	1	2	3
3	혼자서 용모(세수, 양치질, 머리감기 등)를 단정히 할 수 있습니까?	1	2	3
4	용변 후 혼자서 뒤처리를 할 수 있습니까?	1	2	3
5	혼자서 음식을 드실 수 있습니까?	1	2	3
6	의자나 방바닥으로 혼자서 옮겨 앉을 수 있습니까?	1	2	3
7	혼자서 걸을 수 있습니까?	1	2	3
8	혼자서 옷을 입거나 벗을 수 있습니까?	1	2	3
9	혼자서 계단을 오르내릴 수 있습니까?	1	2	3
10	목욕이나 샤워를 혼자서 할 있습니까?	1	2	3
11	1시간 이상 혼자서 집에 있을 수 있습니까?	1	2	3
12	혼자서 신발을 신을 수 있습니까?	1	2	3

II. 다음은 어르신의 정신건강에 관한 질문입니다.

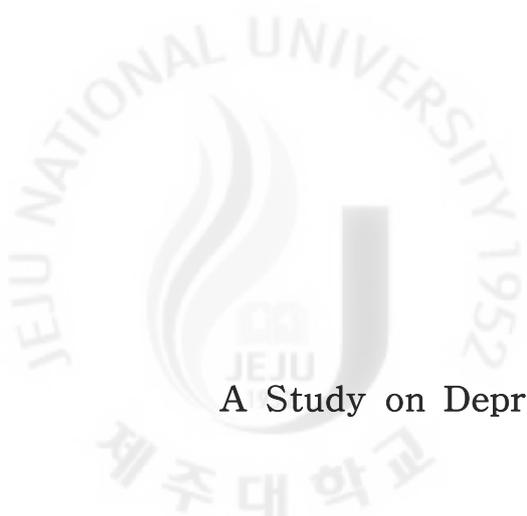
1. 각 항목마다 어르신의 상황과 일치하는 곳에 “√” 표시를 해주십시오.

번호	문항	전혀 없다 (0점)	년 1-2 회 (1점)	월 1-2회 (2점)	주 1-2회 (3점)	거의 매일 있다 (4점)
1	살아오면서 자살에 대한 생각을 해 본 적이 있다.	0	1	2	3	4
2	최근에 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있다.	0	1	2	3	4
3	누군가에게 자살하고 싶다는 말을 한 적이 있다.	0	1	2	3	4
4	내 삶이 자살로 끝날 것이 라는 생각을 해본 적이 있다.	0	1	2	3	4
5	자살 시도를 해 본 적이 있다.	0	1	2	3	4

2. 어르신께서 요즘 느끼시는 마음의 상태 (우울)에 관한 내용으로 해당하는 항목에 “√” 표시를 해주십시오.

번호	문항	예	아니오
1	어르신은 평소 자신의 생활에 만족하십니까?	예	아니오
2*	어르신의 활동과 흥미가 평소보다 많이 저하되었습니까?	예	아니오
3	어르신께서는 앞날에 대해 희망적이십니까?	예	아니오
4	평소 대부분의 시간을 맑은 정신으로 지내십니까?	예	아니오
5	어르신께서는 대부분의 시간이 행복하다고 느끼십니까?	예	아니오
6	지금의 삶이 아름답다고 생각하십니까?	예	아니오
7*	어르신께서는 요즘 낙담하고 우울하십니까?	예	아니오
8*	어르신께서는 자신이 살아온 삶이 가치가 없다고 느끼십니까?	예	아니오
9	어르신께서는 요즘 인생이 흥미롭다고 느끼십니까?	예	아니오
10	어르신께서는 무엇이든지 열심히 하고 싶습니까?	예	아니오
11*	어르신께서는 사소한 일에 자주 마음의 동요를 느끼십니까?	예	아니오
12*	어르신께서는 자주 울고 싶다고 느끼십니까?	예	아니오
13	어르신께서는 아침에 즐겁게 일어나십니까?	예	아니오
14	어르신께서는 결정을 내리는 것이 수월합니까?	예	아니오
15	어르신께서는 마음이 이전처럼 편안하십니까?	예	아니오

*역 환산 문항



Abstract

A Study on Depression and Suicidal Ideation of the Elderly with Dementia

Kim, Jong-Pil

Department of Nursing

Graduate School of Jeju National University

(Supervised by Prof. Hyun, Mi-Yeul)

The purpose of this study was to identify the depression and suicidal ideation of the elderly with dementia and to investigate the correlation between them and factors influencing on suicidal ideation. The subjects were 298 the elderly people with dementia over 65 years under the Long Term Care Insurance whose MMSE-KC score was 15 to 23. Data collection from February to March, 2011. The instruments were the Geriatric Depression Scale Short-form Korea developed by Sheikh & Yesavage (1986) and translated by Kee (1996), and the suicide ideation scale developed by Harlow, et al, (1986) and translated by Kim (2002). Data were analyzed by using frequency, means, Chi-square, t-test, Duncan test, ANOVA, Pearson correlation coefficients, and stepwise multiple regression with SPSS Win 18.0 version.

The results of this study were as follows:

1. The mean score of elderly depression was 8.64. Of the subjects 86.2% experienced depression. Subjects in moderate depression status were 54.7% and in severe depression status was 31.5%.

2. The mean score of suicidal ideation for elderly with dementia was 5.70.
3. In the general characteristics of the elderly with dementia, depression was significantly different by experience of their family' or significant persons' death ($t=-2.02$, $p=.045$), perceived economic status ($F=7.08$, $p=.001$), and activities of daily living ($t=2.01$, $p=.045$).
4. In the general characteristics of the elderly with dementia, suicidal ideation was significantly different by present location for care ($t=-3.61$, $p<.001$), the number of comorbidities ($F=4.00$, $p=.008$), whether or not attempting suicide ($t=5.48$, $p<.001$), and activities of daily living ($t=2.05$, $p=.041$).
5. Correlations were observed between depression and suicidal ideation ($r=.51$, $p<.001$).
6. From the results of this study, four specific factors influencing on the suicidal ideation emerged: depression, suicidal attempt experience, present location for care, and activities of the daily living. These factors explained 35.8% of suicidal ideation. The depression explained 25.2% as a major factor of suicidal ideation.

Based on these findings, the followings might be suggested:

1. Further research will be needed to investigate depression and suicidal ideation level of the elderly with dementia.
2. Comparative study is required to examine suicidal ideation between two elderly groups with and without dementia.
3. It is necessary to develop management program for depression, suicidal attempt experience, present location for care, and activities of the daily living influencing suicidal ideation.

Key words: Dementia, Depression, Suicidal Ideation.