

우울증 위험군 노인의 자살생각과 자살시도에 미치는 영향 요인*

- 충청남도를 중심으로 -

손의성**, 문수경***

본 연구는 OECD 국가 중 가장 높은 자살률을 나타내고 있는 한국사회의 현실 속에서, 충청남도 거주 노인 중 정신건강 및 자살위험에 처해 있는 우울증 위험군에 대한 자살 관련 특성과 자살생각 및 자살시도에 영향을 미치는 요인을 탐색함으로써, 지자체 중 노인자살률이 가장 높은 충청남도의 위기노인을 위한 노인자살 예방대책 마련의 기초자료를 제공하고자 한다. 65세 이상 우울증 위험군 노인 7,310명에 대한 자살생각 및 자살 시도 실태와 영향 요인을 분석한 결과, 전체 응답자 중 자살생각 경험이 있는 경우는 25.1%였으며, 자살 시도 경험이 있는 경우는 4.6%로 나타났다. 그리고 자살생각과 자살시도에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 로지스틱회귀분석을 실시한 결과, 낮은 연령대(74세 이하), 높은 교육수준, 도심지 거주, 낮은 건강수준, 높은 우울수준, 높은 스트레스 수준, 작은 가족관계망과 사회관계망 등의 요인이 자살생각의 위험도를 유의하게 높이는 나타났다. 그리고 낮은 연령대(74세 이하), 도심지 거주, 높은 우울 수준, 높은 스트레스 수준, 낮은 가족관계망, 자살생각 등의 요인이 자살시도의 위험도를 유의하게 높이는 것으로 나타났다.

주제어: 노인자살, 자살생각, 자살시도, 우울증, 자살예방

1. 서론

우리나라는 경제협력개발기구(OECD) 국가들 중 자살률 1위라는 불명예를 안고 있으며, 특히 노인의 자살률이 더욱 높게 나타나 고령화시대를 제대로 대응하지 못하고 있다고 볼 수 있다. 지난 20년간 우리나라의 자살통계를 보면, 1992년 자살률(10만 명 당 자살자수)이 9.1명이던 것이, 2000년에는 14.6명, 그리고 2011년에는 31.7명으로 크게 증가한 것을 볼 수 있다(통계청, 2012). 이는 OECD 국가들의 평균 자살률이 12.78명인 것을 고려할 때 비정상적으로 높은 수치를 나타내고 있다(OECD Health Data 2012). 국내에서는 충청남도가 강원도, 충청북도와 함께 전국 시도에서 가장 높은 자살률을 나타내는 지역으로 보고되고 있다. 2007년부터 2011년까지 5년간 인구 10만 명 당 자살률 변화에

* 본 논문은 2013년도 대전대학교 교내연구비 지원에 의한 것임.

** 제1저자, *** 교신저자.

대한 자치단체별 추이를 살펴보면, 충청남도과 강원도가 1-2위를 다투고 있으며, 지난 3년간(2009-2011) 전국의 평균 자살률은 31.3명인데 반해 충남은 45.1명으로 전국 평균보다 월등히 높은 것으로 나타났다(통계청, 2012).

그런데, 높은 자살률의 중심에는 노인 자살이 자리 잡고 있다. 노년기는 배우자나 친지들과의 사별, 만성질환, 퇴직 및 소득원의 감소 등으로 인해 다른 연령층에 비해 삶의 위기 수준이 높고, 자살생각 및 행위로 이어질 수 있는 가능성이 더 높다고 볼 수 있어서 다른 나라의 경우에서도 자살률은 연령이 증가함에 따라 같이 증가하는 것으로 알려져 왔는데(배재남, 2006), 최근 OECD 주요 10개국 노인 자살 사망자수는 큰 변화를 보이지 않지만, 한국의 노인 자살 사망자수는 2006년을 제외하고 꾸준히 증가하고 있으며(통계청, 2012), 그 증가폭은 아동·청소년 인구와 경제활동가능인구보다 훨씬 크다. 특히, 충청남도의 노인자살은 매우 심각한 수준으로, 2011년 자살통계에서 전국 최고의 노인자살률을 나타내고 있는 충청남도는 60세 이상의 노인층의 자살이 전체 자살자의 48.7%를 차지하여 전체 자살자의 절반에 육박하고 있어 노인자살에 대한 시급한 대책이 요구된다(통계청, 2012). 따라서 노인의 자살률을 낮추는 것은 한국사회와 충청남도의 자살 문제를 대처하는 데 중요한 축이 될 수 있다.

보건복지부에서는 2004년 9월 “자살예방 5개년 계획”을 수립하여 5년 내에 자살률을 18.2명(2003년 대비 20% 감소)까지 낮추는 것을 목표로 하여 생명사랑 및 자살예방 목표 및 전략을 수립하였고, 생명존중문화 조성 등 환경적 접근과 자살위험자 조기발견 및 치료 등을 위한 생애주기 서비스 범주별 자살예방 전략을 세우기도 하였다. 그러나 자살 예방대책 5개년 계획이 시행된 이후에도 자살자는 계속 증가하고 있어 정부의 자살예방 대책에 대한 실효성에 대한 의문이 제기되고 있고 자살예방에 대한 국가 및 사회적 인식 제고가 필요하고 생명의 존엄성에 대한 교육, 자살 위험자 조기발견 및 치료를 위해 국가와 사회의 체계적이고 효과적인 예방대책이 필요하다. 이를 위해서는 노인 자살의 위험요인을 보다 정확히 파악하고 지자체별로 노인의 특성에 맞는 효과적인 자살 예방 전략을 수립할 수 있는 방안을 마련하는 것이 필요하다. 특히, 노인자살에 있어서 우울증이 단일요인으로는 가장 결정적인 위험요인이 된다(Conwell, Caine, & Olson, 1990). 2011년 전국 정신질환실태 역학조사(보건복지부, 2012)에 따르면, 국내 일반 인구에서 주요우울장애의 평생유병률은 6.7%로, 15명 중 1명꼴에 해당된다. 이에 비해 심각한 자살생각을 한 적이 있는 경우에는 전체의 24.9%가 주요우울장애를 경험한 적이 있었다. 자살기도를 한 적이 있는 경우에는 이보다 더 많은 전체의 35.8%가 주요우울장애를 경험한 적이 있는 것으로 나타났다. 그런데, 우울이 자살의 대표적인 예후임에는 이견이 없지만, 많은 연구에서 자살은 단일 요인에서 발생하기 보다는 복합적인 요인에 의해 나타나기 때문에(최형임, 2008). 우울을 비롯한 관련 요인들을 함께 고려할 필요가 있다. 특히, 충청남도는 관내 정신보건센터와 보건소 등에서 우울증 관리를 꾸준히 해오고 있기 때문에 우울증 위험군과 연계된 자살예방이 효율성과 접근성에서 강점을 가질 수 있다.

따라서 본 연구에서는 충청남도의 노인자살예방을 위해 집중관리가 필요한 잠재적 자살위험 요인을 가진 우울증 위험군 노인들의 자살생각과 자살시도와 관련한 영향 요인들을 탐색함으로써 충청남도에

최적화된 노인자살 예방 전략 수립을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 자살생각과 자살시도

자살이란 자살생각(suicidal ideation), 자살시도(attempted suicide), 그리고 자살행동(suicidal behavior)으로 이어지는 일련의 포괄적이고 연속적인 과정에 따라 전개되는 고의적 자해행위(intentional self-harm)로 정의할 수 있다(Harwood & Jacoby, 2008: 275). 자살생각은 자살행위로 이어지는 연속적 과정을 출발점으로 자살에 대해 심각하게 고려하거나 자살을 구체적으로 계획하는 것을 포함하며, 자살시도는 자신의 생명을 해치거나 심각하게 위협하고자 하는 의도를 가지고 자신에게 위해를 가하거나 살해하기 위한 제반 행동이 발생된 것을 의미하며, 실제로 죽음에 이르지 않는 경우를 말한다. 특히 노인의 자살시도율은 비노인 집단의 자살 시도율에 비해 낮은 반면 자살 시도가 실제 자살에 이르는 비율은 높다(Szano, *et. al.*, 2002).

자살생각은 생각만으로 그치는 것이 아니라 실제 자살시도로 이어질 수 있다는 점에서 중요하게 다루어진다(Beck, *et. al.*, 1979). 자살을 원하거나 자살에 대한 상상 혹은 계획을 수립하는 것은 실제 자살시도에 앞서는 과정이므로 자살생각은 자살시도의 중요한 예측지표가 되며, 자살생각이 반드시 자살시도로 이어지게 되는 것은 아니지만 그 가능성이 높다고 볼 수 있다(Kumar & Steer, 1995). 자살 관련 경험적 연구에서, 자살행위는 자살시도를 경험한 사람에게서 많이 발생하고 있으며, 자살시도는 자살생각을 많이 경험한 자들에게서 발생한다는 것을 고려할 때, 자살생각을 많이 할수록 자살 시도의 위험이 증가하는 것으로 볼 수 있다(신민섭, 1992; Bonner & Rich, 1987).

2. 노인자살에 관한 이론적 관점

노인자살은 단일 요인에 의해 설명되기 어려우며 다양한 요인이 복합적으로 작용하여 발생한다고 볼 수 있다. 따라서 노인자살과 관련한 다양한 이론적 관점을 살펴봄으로써 노인자살의 원인을 모색하고자 한다.

첫째는, 생물학적 관점이다. 노인 자살에 대한 원인을 생물학적 혹은 유전적 취약성 요인의 관점에서 설명하고자 하는 시도들이 있다. 이는 자살을 일으킬 수 있는 생리적 특질이 존재하며, 유전적 과정을 통해서도 영향을 미친다고 보는 관점이다. 일반적으로 자살자의 상당수가 정신과적 질환을 갖고 있지만, 정신과적 질환이 자살 위험 인자 중 필요조건일 수 있으나 충분조건을 아니며, 소위 자살의 중간 표현형(intermediary phenotype)으로 불리는 생물학적 위험인자가 자살에 중요한 요인이 될 수

있다는 것이다(이홍식 외, 2007: 112). 스트레스 소인 통합모델(stress diathesis model)에 따르면 자살에 영향을 미칠 수 있는 동일한 수준의 스트레스를 경험하더라도 개인이 보유한 자살 관련 생물학적, 유전적 취약성 특질에 따라 자살행동에 차이가 발생할 수 있다(이미애, 2009; Mann, 2003). 이는 노인의 자살은 개인의 유전적 요인, 가족력, 아동기 경험 및 세로토닌계 활성 감소, 시상하부-뇌하수체-부신축(HPA 축)의 과활성, 노르아드레날린계 과활성과 결핍, 혈중 콜레스테롤 등 신경화학적 유전자에 의해 영향을 받는다는 관점으로, 자살 혹은 자살행동의 유전성과 정신과적 질환의 유전성과 충동 및 공격성 혹은 다른 성격 특성의 유전성이 공존한다면 자살 위험이 크게 증가할 수 있다고 본다(배지연, 2005; 이홍식 외: 113-125 참조; Mann & Stoff, 1997).

둘째는, 심리학적 관점이다. 자살의 원인을 사회학적인 요인에 두고자 하는 접근만으로는 특정한 환경과 사회적 여건 내에서 자살행동의 차이가 다르게 나타나는 것을 충분히 설명하지 못하므로, 개인 내적 요인에 대한 심층적 접근이 필요하다는 전제하에 심리학적 관점에서 자살을 설명하려는 시도가 다양하게 진행되어 왔다. 심리학적 관점에서는 자살을 분노나 공격성의 충동이 외부로 향하지 못하고 자신에게 향하는 자기 말살, 혹은 자기 위해의 형태로 나타난다고 본다(나소정, 2006; 임미영, 2010). 자살의 문제를 심리학적 관점에서 이론적인 접근을 최초로 시도한 프로이트의 경우, 자신에게 향해진 분노가 양가감정의 상실, 즉 사랑하는 사람을 상실함으로써 경험하는 고통과 분노가 자신의 일부로 내재화된 대상에게 강한 공격성으로 표출된 것이 자살이라고 보았다(이홍식 외, 2007: 84; 임미영, 2010). 또 다른 심리학적 접근으로 인지, 정서, 행동의 영역에서 자살에 대한 비합리적이고 역기능적인 요인에 의한 부적응적인 결과로 나타난 것을 자살로 보는 인지행동적 이론이 있다(Ellis & Ratliff, 1986). 인지행동적 관점에서는 자살자는 일반적으로 제한된 스트레스 대처능력, 즉 정서적, 대인관계적, 행동적 스트레스를 개선하거나 견딜 수 있는 능력을 갖고 있지 않다고 본다. 이러한 인지행동적 부적응의 결과로 나타난 병리적 증상의 대표적인 것이 우울증이다. 자살생각 및 자살시도의 가장 보편적인 요인으로 간주되는 심리적 장애인 우울증은 무기력감과 절망감을 특징으로 하고 있는데, 노년기에 흔히 경험되는 배우자 사별, 역할 상실, 빈곤, 건강 약화 등에 대해 적절히 대처하지 못할 때 우울증이 발생하게 되고, 이로 인해 자살의 위험도 높아진다.

셋째는, 사회학적 관점이다. 자살에 대한 사회학적 관점을 처음으로 제공한 학자는 Durkheim이다. 그는 자살의 원인을 개인적 요인보다 사회적 요인에 두고, 자살이란 개인적 현상을 사회적 관계 속에서 해석하였다(김승용, 2004). Durkheim(1987, 임미영, 2010: 10 재인용)은 사회적 통합(integration)과 사회적 조정(regulation)의 두 차원의 정도에 따라 자살 유형이 나타난다고 보았다. McIntosh(1992)는 이와 관련하여 Durkheim의 자살유형 중 아노미적 자살과 이기적 자살은 은퇴와 배우자 상실, 그리고 이동성 감소, 사회적 역할 축소와 사회적 소외로 인해 기인하며, 노인 스스로가 자기를 보호할 수 없다는 판단이 설 때 가족 부담을 줄이기 위해 자살을 시도할 수도 있다고 보았다. 김형수(2002; 2006)는 Durkheim의 이론을 교환이론과 연결하여 노년기 상실로 인한 교환자원이 감소될 때 사회통합 정도에 따라 이기적 자살 수준이 결정되며, 사회적 조정의 약화 정도에 따라 아노미적 자살 수준이 결

정된다고 보았으며, 노년기에 경험되는 각종 상실, 고립, 사회적 접촉의 결여 그리고 지역사회 참여의 부족 등이 노인의 사회적 자살의 중요한 요인이 될 수 있다고 보았다(김형수, 2002). 또한, Durkheim(1987)의 사회통합적 관점은 노인의 자살 문제를 현대화 이론과의 연결을 통해서도 잘 설명할 수 있게 해준다. Cowgill(1974, 김기원, 2010: 17 재인용)은 한 사회가 현대화가 진행될수록 노인의 지위는 점차 하락하고 이로 인해 노인들이 보유한 재산, 전통지식과 경험, 노동력 등의 각종 보유 자원이 평가절하 되면서 노인 문제가 발생한다고 보았다.

넷째는, 생태체계적 관점이다. 이 관점은 자아심리학, 스트레스 이론, 역할이론, 사회체계이론, 생태학 등 다양한 이론을 통합하는 메타이론으로서, 인간과 환경사이의 상호작용을 통한 인간의 행동과 적응 수준을 설명하고자 하며, 인간과 환경을 총체적으로 다룬다(김동배·이희연, 2003). 따라서 개인적 요인만 고려하는 것이 아니라 환경적 요인을 동시에 고려한다. 생태체계적 관점에서 노인자살은 노인을 둘러싼 다양한 수준의 체계와의 상호작용에 의해 영향을 받게 된다는 것이다. 따라서 생태체계적 관점에서 노인자살은 하나의 사건이기라보다는 총체적 삶의 상황이 복합적으로 상호작용하여 나타난 결과로 이해해야 한다(McIntosh, 1995). 따라서 노인자살 문제는 노인의 개인 특성을 비롯하여, 노인의 속한 가족, 집단, 지역사회 등 다양한 체계로부터 받은 영향까지 통합적으로 고려할 필요가 있다. Bronfenbrenner(1989; 한은주·김태현, 2000: 74 재인용)는 생태체계를 미시체계, 중간체계, 외체계, 거시체계, 시간체계 등 다섯 체계로 구분하였으며, 인간의 행동을 개인, 가족, 지역 및 사회 등의 환경과 결부시켜 이들 상호간의 지속적인 상호작용과 역동성을 다룸으로써 전체론적인 관점을 강조하였다.

본 연구에서는 Conwell & Duberstein(2001)이 노인자살에 대한 위험요소로서 유전적인 요인이 다른 연령층에 비해 영향이 크지 않다는 관점과 개입의 여지 등을 고려하여 생물학적 관점보다는 심리적, 사회적 관점을 중심으로 관련 요인을 분석하고자 한다.

3. 노인자살의 영향 요인

1) 일반적 특성 요인

노인의 자살생각 및 자살시도에 대한 일반적 특성 요인에 대한 선행연구 결과들은 매우 다양하게 나타나고 있지만, 일반적으로 성별, 연령, 학력, 종교, 독거 및 사별여부, 건강상태, 경제적 상태, 지역 특성 등이 노인 자살에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다.

성별은 노인자살의 중요한 예측 변인으로 나타나고 있다(김효창·손영미, 2006; 배지연, 2005). 2010년 기준 OECD 국가의 전체 노인 자살률(인구 10만 명 당) 평균은 20.9명이며, 남자는 35.5명, 여자는 10.8명이다. 한국은 전체 노인 자살률 평균은 80.3명이며, 남자는 125명, 여자는 49.4명으로 성별 차이가 현저하게 나타나고 있다(진재현·고혜연, 2013). 선행연구에서 자살생각 수준은 비슷하거나(이묘숙,

2012), 남성노인이 여성노인에 비해 더 많이 하는 것으로 나타났으며(김형수, 2002; 배진희·엄기욱, 2009), 자살시도는 남성노인이 더 많은 것으로 나타났다(김준홍·정영일, 2011), 이는 은퇴로 인한 사회경제적 지위와 역할의 상실을 남성노인이 더 크게 지각하고 있기 때문으로 볼 수 있으며(윤호순, 2010), 성별과 함께 연령도 노인자살 관련 변인의 유의한 영향 요인으로 손꼽힌다(송용석, 2011; 김효창·손영미, 2006). OECD 국가의 전반적인 노인 자살 사망자수는 큰 변화를 보이지 않지만, 한국의 노인 자살 사망자수는 다른 연령대에 비해 매우 높은 비율을 나타낼 뿐 아니라, 2006년을 제외하고 꾸준히 증가하고 있으며, 그 증가폭도 다른 연령층에 비해 더 크게 나타난다(진재현·고혜연, 2013). 노년층과 청장년층 사이의 노인자살률은 차이를 나타내지만, 노인들간의 연령 차이에 따른 자살생각 및 자살시도의 차이가 없다는 결과도 보고되었다(이묘숙 2012; 하정미 외, 2012; 배진희·엄기욱 2009).

또한, 학력 혹은 교육수준은 노인자살의 인구사회적 요인의 하나로 제시되고 있다(이묘숙, 2012; 한삼성 외, 2009). 학력이 높을수록 자살위험 요인을 효과적으로 대처할 수 있을 뿐 아니라 자원보유 수준이 높기 때문이다. 하지만, 국내의 여러 연구에서 학력 혹은 교육수준은 자살생각이나 자살시도에 유의한 차이를 보이지 않는 것으로 나타나기도 했다(김준홍·정영일, 2011; 이은진 외, 2010; 양순미·임춘식, 2009). 그리고, 종교는 자살의 완충 역할 혹은 방어요인으로 작용하는데(김수현·최연희, 2007), 종교를 가진 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 자살생각과 자살시도를 적게 하는 것으로 나타났으며(하정미 외, 2012; 김준홍·정영일, 2011; 양순미·임춘식, 2006), 유의한 차이가 나지 않는 연구 결과도 있다(송영달 외, 2010; 이은진 외, 2010; 전진숙 외, 2005). 한편, 노인자살에 중요한 영향 변수로 언급되는 것은 노인의 건강 관련 요인이다. 노인에 있어서 신체적 건강은 곧 독립적인 생활을 의미하며, 신체적 건강악화, 말기질환, 고통호소, 다양한 질병 등이 노인의 자살률을 증가시키며(Conwell, *et. al.*, 1991), 당뇨, 뇌졸중, 퇴행성 관절염 등의 만성질환 문제가 자살에 영향을 미치게 된다(Szanto, *et. al.*, 2002; Juurlink, *et. al.*, 2004).

노인 자살생각 및 시도에 영향을 미치는 또 다른 특성은 경제적 상태이다. 실업상태에 있어서 소득이 없거나(김형수, 2002), 소득수준이 낮을수록(한삼성 외, 2009), 그리고 사회계층이 최하층에 속할수록(홍성철 외, 2003), 경제상태가 나쁠수록(하정미 외, 2012; 오인근, 2008), 기초생활수급자일수록(이묘숙, 2012) 자살 생각 및 자살률이 높은 것으로 나타났다. 반면, 경제상태에 따른 자살생각 차이가 없다는 연구도 있었다(배진희·엄기욱 2009). 가족특성에 있어서는 독거노인이거나 사별노인일수록 자살생각이나 자살시도가 많은 것으로 나타났다(하정미 외, 2012; 이묘숙, 2012; 김기태 외, 2011; 김준홍·정영일, 2011; 송용석, 2011; 배진희·엄기욱, 2009; 오인근, 2008). 이는 사회통합 요소 중 상실 경험이 노인 자살 관련 요인이 됨을 말해준다. 또한, 노인 거주 특성, 특히 거주하는 지역의 특성은 생태체계적 측면에서 노인의 삶에 다양한 영향을 받을 수 있기 때문에 노인자살의 영향 요인으로 고려될 수 있다. 자살 시도 시 의료적 접근성이 도시 지역이 유리하며, 자살 시도 현장 발견에도 거주 지역의 주거 밀도가 영향을 미치므로 자살 시도자의 원조의 어려움으로 자살 성공률이 높게 된다. 실제 해마다

조사되는 지역별 노인자살 통계에서도 지방이 대도시 지역에 비해 노인자살률이 높게 나타나고 있다. 충남의 경우에서도 천안, 당진과 같은 인구유입이 활발한 도시지역의 자살률은 낮은 반면, 청양, 예산, 태안 등과 같은 농어촌 지역은 상대적으로 자살률이 높게 나타난다(통계청, 2012). 하지만, 지역에 따라 도시와 농어촌 간 자살률의 유의한 차이가 없는 것으로 나타난 연구들도 있다(김준홍·정영일, 2011; 전진숙 외, 2005).

2) 심리적 특성 요인

노인자살의 심리적 특성 요인 중 가장 대표적인 것이 우울이다. 우울은 우울한 감정을 포함하는 상실감과 무력감을 특징으로 하는 정서장애로 인간의 광범위한 심리적 상태를 포함한다(김성일·정용철, 2001). 노년기는 사별, 은퇴, 소득감소, 건강 약화, 사회적 관계 약화 등으로 인해 우울증이 발생할 가능성이 높으며, 노인의 우울증은 무기력감과 절망감을 그 특징으로 하고 있다. 학자들은 노인의 우울 증 치료를 통해 노인자살을 상당히 감소시킬 수 있는 것으로 보고하였으며(Beautrais, 2002), 국내외 대부분의 연구에서 자살생각과 자살시도에 우울이 결정적인 요인으로 작용하는 것으로 보고되고 있고(신진의·백설향, 2013; 김미령, 2010; 배지연 외, 2005; 양순미·임춘식, 2006; 김수현·최연희, 2007, 김현순·김병석, 2007; Conwell, *et. al.*, 1996). 일부 연구에서는 우울이 노인자살 경로의 매개변수로 작용하는 것으로 보고되고 있다(정호영·노승현, 2007; 황미구·김은주, 2008; 박봉길·전석균, 2006).

또한, 노년기 우울과 밀접한 관련성을 갖고 있는 노년기 생활스트레스를 적절히 대응하지 못할 때 자살위험을 높게 된다. 김효창·손영미(2006)는 스트레스-취약성 모델에 근거하여 어떠한 사건이나 스트레스에 대하여 견디는 힘이 적을 때 자살할 가능성이 높아진다고 보고, 따라서 다른 연령층에 비해 취약성을 많이 가진 노인일수록 자살위험이 높아진다고 보았다. 소유섭 외(2012)는 전주시 노인을 대상으로 한 연구에서, 노인의 일상적 스트레스가 자살충동에 영향을 미치며, 일상적 스트레스의 하위 요인인 경제문제, 건강문제, 가족문제, 주거환경 모두 자살충동에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그 외 여러 연구에서 노인의 스트레스가 자살 유발 요인인 것으로 보고되고 있다(서경현 외, 2013; 김현경 외 2010; 서화정, 2005; 김현순·김병석, 2007; 이미애·남기민, 2007; 정호영·노승현, 2007). 한편, 우울과 스트레스 요인과 관련하여 빈번하게 나타나는 또 다른 노인 자살 영향 요인으로 사회적 고립감 혹은 고독감이 제시되고 있으며(Waern, *et. al.*, 2003; Batchelor & Napier, 1953), 또한, 자기노출도 노년기 스트레스를 매개하여 자살생각에 영향을 미치는 것으로 나타났다(서경현 외, 2013).

노인 자살의 사회적 특성 중 일차적인 요인으로 손꼽히는 것이 가족 요인이다. 교환자원이 부족한 노인들에게 가족은 가장 기본적인 중요하고 노년기 대처자원이며, 가족은 개인의 심리사회적 환경에 큰 영향력을 미치는 요인이 된다. 가족지원체계의 결여로 인한 문제해결의 대안으로 자살을 선택하기도 하며 친구, 이웃, 가족과의 통합 등 사회적 연계와 지지의 부족이 노인자살의 위험 요인으로 작용

한다. 가족의 지지는 노인의 자살에 완충효과를 나타낸다(배지연 외, 2005). 그리고 성인자녀와의 부정적 관계로 나타나는 노인 학대는 노인 자살의 유발 요인이 되며(김승용, 2004; 박재황 외, 2001), 부부 혹은 자녀와의 갈등을 겪을 때 자살생각을 많이 하게 된다(박지은·정영, 2005). 따라서 가족의 지지나 가족관계망은 노인 자살의 중요한 예측 요인이 된다(최길순·박대성, 2009; 서희숙·정인숙, 2010; 신진희·백설향, 2013). 또한, 사회적 지지와 그 기반이 되는 사회적 관계망은 노인 자살에 직접적으로 혹은 조절하는 영향 요인이 되며(양남영·문선영, 2012; 김동배·박서영, 2010; 배진희, 2011; 이민숙·김나영, 2007; 이인정, 2011). 사회활동 참여는 노인 자살 예방의 요인이 된다(이묘숙, 2012; 배진희, 2011; 배지연, 2005).

이러한 선행연구 결과들을 살펴볼 때, 노인의 자살은 단일 차원이 아니라 다차원적이며 복합적으로 영향을 미치는 것으로 볼 수 있다. 따라서, 노인 자살에 대한 위험요인의 사정도 인구사회적 요인, 심리적 요인, 사회적 요인 등 포괄적인 차원에서 이루어져야 할 것이다.

III. 연구방법

1. 연구대상 및 표집 방법

본 연구의 조사대상자는 충청남도에 거주하는 65세 이상의 노인으로, 충청남도과 충남광역정신보건센터가 노인 자살예방을 위해 2012년 7월부터 2012년 12월까지 조사교육을 받은 조사원을 통해 6개월간 진행된 우울증 선별검사 및 노인자살 관련 대면 조사에서 수집된 데이터를 활용하여, 이중 우울증 점수가 8점 이상인 우울증 위험군에 해당하는 노인을 분석대상으로 삼았다. 충청남도는 이 조사를 위해 유의표집과 할당편의표집 방법을 사용하였는데, 1차적으로 우울증 위험군 선별을 위해 고연령층을 잠재적 위험군으로 보고 충남 거주 75세 이상 노인 11,631명은 전수조사 대상으로 하고, 나머지 대상자는 충남 시군 인구 통계에 비례하여 65세 이상 노인 총 110,305명을 조사하였다. 원자료 중 본 연구에서 분석대상으로 삼은 8점 이상의 우울증 위험군에 해당하는 대상자는 7,310명으로 충남 전체 표본 노인인구 중 6.63%를 차지하는 것으로 나타났다.

2. 조사내용 및 측정도구

본 연구는 조사대상자의 일반적 특성으로 성별, 연령, 학력, 종교유무, 건강수준, 동거형태, 사별유무, 수급 여부, 거주특성 등이다. 자살생각은 “나는 스스로 목숨을 끊는 것에 대해 생각한 적이 있다”로 질문하였으며, 자살시도는 “나는 스스로 목숨을 끊으려고 시도한 적이 있다”는 질문을 통해 자살시도 여부를 확인하였다. 조사대상자의 우울수준을 진단하기 위해 기백석(1996)이 한국노인을 대상으로

개발한 한국판 노인 우울 척도 단축형(Geriatric Depression Scale Short Form: GDSSF-K) 15문항을 사용하였으며, 원척도와 마찬가지로 ‘예’, ‘아니오’로 응답하게 하였다. 우울증 위험군으로 진단할 수 있는 절단점 기준은 조맹제 외(1999)는 민감도를 90% 이상 유지하는 기준인 8점으로 정하였다. 개발 당시 척도의 Cronbach's α 는 .88이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .921이었다. 스트레스는 이 영자(1999)가 개발한 노인 스트레스 척도(SSFKE)를 사용하였다. 최근의 생활사건을 토대로 가족관계, 경제문제, 건강문제, 주거환경에 관한 생활 스트레스를 측정하는 문항으로 구성되었으며, ‘마음이 별로 상하지 않았다’, ‘마음이 상했다’, ‘마음이 매우 상했다’의 3점 리커트 척도로 측정되었다. 개발 당시 척도의 Cronbach's α 는 .91이었으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 .92이었다. 사회적 관계망은 가족관계망(3문항)과 사회관계망(3문항)으로 구분하였으며, 각각 만남, 도움, 대화와 관련하여 의미 있는 관계를 맺고 있는 가족 혹은 주변 사람들의 인원수에 따라 5점 척도로 응답하게 하였다. 점수가 높을수록 관계망의 크기가 큰 것을 의미한다.

3. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS 19.0 프로그램을 활용해 분석하였는데 일반적 특성, 일반적 특성 및 자살 관련 요인의 실태를 확인하기 위해 기술통계방법을 활용하였고, 자살 관련 요인에 대한 인구학적, 심리사회적 특성 및 인구사회학적 특성에 따른 스트레스와 우울 및 자살생각과 자살시도의 차이를 분석하기 위해 빈도분석, 교차분석, 평균차이검정(t-검정, 분산분석)을 사용하였다. 그리고 자살 생각 및 자살 시도 영향 요인을 분석하기 위해 이분형 다중로지스틱회귀분석을 활용하였다. 분석에 앞서 자료의 다중공선성과 정규성 문제를 점검하기 위해 상관계수와 첨도 및 왜도를 살펴본 결과, 상관계수가 절대값 0.6 이상인 사례가 없는 것으로 나타났으며, 이분변수를 제외하고는 절대값 2 이상의 편포와 첨도를 보이지 않아 공선성과 정규성에 큰 문제는 없는 것으로 나타났다.

IV. 분석 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 전체 대상자 중 74.8%가 여성, 25.2%가 여성이었다. 평균 연령은 76.7세로, 74세 이하가 34.2%, 75세 이상이 65.8%이었다. 학력에서는 초등학교가 32.0%로 가장 높았으며, 무학(글자모름)이 28.4%, 무학(글자해독)이 28.0%, 중학교 이상이 11.5%이었으며, 종교를 가진 대상이 56.1%, 종교를 갖지 않은 대상이 43.9%이었다. 주관적인 건강수준 평가에서는 ‘나쁜 편’이라고 응답한 대상이 62.2%로 가장 많았으며, ‘보통’이라고 응답한 대상이 29.6%, ‘좋은 편’이라고

응답한 대상이 8.2%이었다. 동거형태는 독신이 43.6%로 가장 많았으며, 부부 동거가 31.9%, 자녀 동거가 20.8%, 기타 3.7%의 순으로 나타났다. 사별 유무에서는 사별한 대상자가 53.6%, 미사별한 대상자는 46.4%이었으며, 수급권 여부에서는 일반대상자가 82.9%로 가장 많았으며, 수급권자가 13.9%, 차상위계층이 3.2%이었다. 거주지 특성에서는 농어산촌 거주자가 74.54%로 2/3 정도를 차지하였으며, 도심지 거주자가 25.5%로 나타났다.

<표 1> 일반적 특성

(N=7,310)

구분	빈도(명)	백분율(%)	
성별	여자	5465	74.8
	남자	1843	25.2
연령 (M=76.7세)	74세 이하	2495	34.2
	75세 이상	4809	65.8
학력	무학(글자모름)	2076	28.4
	무학(글자해독)	2048	28.0
	초등학교	2338	32.0
	중학교이상	841	11.5
종교 유무	종교무	3202	43.9
	종교유	4100	56.1
건강수준	나쁜 편임	4543	62.2
	보통임	2162	29.6
	좋은 편임	599	8.2
동거형태	자녀동거	1522	20.8
	독신	3184	43.6
	부부	2329	31.9
	기타	273	3.7
사별 유무	사별무	3394	46.4
	사별유	3916	53.6
수급여부	수급권자	982	13.9
	차상위	224	3.2
	일반	5834	82.9
거주특성	도심지거주	1863	25.5
	농어산촌거주	5447	74.5

2. 일반적 특성에 따른 스트레스, 우울 및 자살생각과 자살시도 차이

응답자의 일반적 특성에 따른 스트레스, 우울 및 자살생각과 자살시도의 차이를 분석한 결과는 <표 2>와 같다. 스트레스 수준은 총점 60점 중 전체 응답자의 평균은 27.74(SD=11.15)이었으며, 우울 수준에서는 총점 30점 중 전체 응답자 평균은 11.17(SD=1.73)이었다. 자살생각 경험이 있는 경우는 전체 응답자의 25.1%였으며, 자살시도 경험이 있는 경우는 전체 응답자의 4.6%이었다.

<표 2> 인구사회학적 특성에 따른 스트레스, 우울 및 자살생각과 자살시도 차이

구분		스트레스		우울		자살생각(명/%)			자살시도		
		M(SD)	t/F	M(SD)	t/F	아니오	예	χ^2	아니오	예	χ^2
성별	여자	27.71(11.19)	-.50	11.17(1.73)	-.01	4097/75.0	1367/25.0	.04	5207/95.3	256/4.7	1.20
	남자	27.86(11.01)		11.17(1.75)		1376/74.7	465/25.3		1767/95.9	75/4.1	
연령 구분	74세 이하	27.79(10.86)	.256	11.22(1.69)	2.23*	1821/73.0	674/27.0	7.78**	2351/94.3	143/5.7	13.26***
	75세 이상	27.72(11.29)		11.14(1.75)		3651/76.0	1155/24.0		4621/96.1	186/3.9	
교육 수준	무학 (글자모름)	28.62(10.45)	15.03***	11.13(1.72)	.87	1651/79.5	425/20.5	53.10***	1984/95.7	90/4.3	.524
	무학 (글자해독)	28.38(10.81)		11.18(1.63)		1523/74.4	524/25.6		1949/95.2	98/4.8	
	초등학교	26.86(11.48)		11.20(1.82)		1735/74.2	602/25.8		2234/95.6	104/4.4	
	중학교이상	26.50(12.30)		11.11(1.79)		562/66.9	278/33.1		803/95.5	38/4.5	
종교 유무	종교무	28.34(10.86)	4.00***	11.21(1.72)	1.74	2388/74.6	812/25.4	.30	3053/95.4	147/4.6	.07
	종교유	27.29(11.33)		11.13(1.75)		3082/75.2	1017/24.8		3916/95.5	183/4.5	
건강 수준	나쁜편임	30.49(10.00)	404.38***	11.33(1.72)	52.35***	3190/70.2	1353/29.8	142.7***	4280/94.3	261/5.7	42.8***
	보통임	23.50(11.52)		10.93(1.75)		1781/82.5	378/17.5		2111/97.7	50/2.3	
	좋은편임	22.38(11.21)		10.80(1.65)		500/83.5	99/16.5		580/96.8	19/3.2	
가구 형태	자녀동거	28.09(10.59)	1.26	10.94(1.80)	10.96***	1134/74.6	387/25.4	14.2**	1451/95.4	70/4.6	2.92
	독신	27.61(11.52)		11.23(1.77)		2441/76.7	743/23.3		3028/95.1	155/4.9	
	부부	27.61(10.94)		11.22(1.65)		1712/73.6	615/26.4		2237/96.0	92/4.0	
	기타	28.57(11.45)		11.22(1.61)		186/68.1	87/31.9		258/94.9	14/5.1	
사별 유무	사별무	27.99(10.87)	1.77	11.15(1.72)	-.56	2499/73.7	893/26.0	5.07*	3233/95.3	161/4.7	.51
	사별유	27.52(11.40)		11.18(1.74)		2974/76.0	941/24.0		3741/95.6	172/4.4	

<표 2> 인구사회학적 특성에 따른 스트레스, 우울 및 자살생각과 자살시도 차이(계속)

구분		스트레스		우울		자살생각(명/%)			자살시도		
		M(SD)	t/F	M(SD)	t/F	아니오	예	χ^2	아니오	예	χ^2
수급여부	수급권자	28.27(11.79)	11.89***	11.34(1.79)	5.12**	719/73.2	263/26.8	6.64*	925/94.2	57/5.8	4.24
	차상위	30.34(9.69)		11.16(1.66)		175/78.1	49/21.9		211/94.6	12/5.4	
	일반	27.18(11.08)		11.14(1.74)		4483/76.9	1348/23.1		5577/95.6	255/4.4	
거주특성	도심지거주	26.55(11.97)	-5.09***	11.07(1.84)	-2.61**	1260/67.7	602/32.3	69.5***	1729/92.8	134/7.2	39.9***
	농어산촌거주	28.15(10.83)		11.20(1.69)		4213/77.4	1232/22.6		5245/96.3	199/3.7	
전체		27.74(11.15)		11.17(1.73)		5473/74.9	1834/25.1		6974/95.4	333/4.6	

<표 2>에서 유의한 차이를 보이는 결과를 중심으로 살펴보면, 스트레스 수준은 무학(글자모름)(M=28.62, SD=10.45)과 무학(글자해독)(M=28.38, SD=10.81)이 초등학교(M=26.86, SD=11.48)와 중학교(M=26.50, SD=12.30)에 비해, 종교를 갖지 않은 응답자(M=28.34, SD=10.86)가 종교를 가진 응답자(M=27.29, SD=11.33)에 비해, 건강 수준이 ‘나쁜 편’인 응답자(M=30.49, SD=10.00)가 ‘보통’(M=23.50, SD=11.52)이거나 ‘좋은 편’(M=22.38, SD=11.21)인 응답자에 비해, 차상위계층(M=30.34, SD=9.69)이 수급권자(M=28.27, SD=11.79)와 일반(M=27.18, SD=11.08)에 비해, 농어산촌 거주자(M=28.15, SD=10.83)가 도심지 거주자(M=26.55, SD=11.97)에 비해 높은 것으로 나타났다. 우울 수준은 74세 이하(M=11.22, SD=1.69)가 75세 이상(M=11.14, SD=1.75)에 비해, 건강 수준이 ‘나쁜 편’인 응답자(M=11.33, SD=1.72)가 ‘보통’(M=10.93, SD=1.75)이거나 ‘좋은 편’(M=10.80, SD=1.65)인 응답자에 비해, 독신(M=11.23, SD=1.77), 부부동거(M=11.22, SD=1.65), 기타(M=11.22, SD=1.61)가 자녀동거(M=10.94, SD=1.80)에 비해, 수급권자(M=11.34, SD=1.79)가 차상위계층(M=11.16, SD=1.66)과 일반(M=11.14, SD=1.74)에 비해, 농어산촌 거주자(M=11.07, SD=1.84)가 도심지 거주자(M=11.20, SD=1.69)에 비해 높은 것으로 나타났다.

자살생각 여부에 있어서는, 성별($\chi^2=.04$)과 종교 유무($\chi^2=.30$)을 제외한 나머지 특성에서 모두 차이가 있었다. 74세 이하(27.0%)가 75세 이상(24.0%)에 비해 자살생각 비율이 높았으며($\chi^2=7.78$), 교육수준에서는 중졸이상(33.1%)이 가장 자살생각을 많이 하며, 그 다음 초등학교(25.8%)와 무학(글자해독)(25.6%)가 무학(글자모름)(20.5%)에 비해 자살생각 비율이 높았고($\chi^2=53.1$), 건강 수준이 ‘나쁜 편’인 응답자(29.8%)가 ‘보통’(17.5%)이거나 ‘좋은 편’(16.5%)인 응답자에 비해 자살생각 비율이 높았으며($\chi^2=142.7$), 가구 형태에서는 자녀동거나 독신 혹은 부부동거가 아닌 시설이나 공동생활가정 및 친척거주 등의 기타 거주(31.9%) 비율이 가장 높았으며, 자녀동거(25.4%)와 부부동거(26.4%)에 비해 독거(23.3%)가 조금 낮게 나타났다($\chi^2=14.2$). 사별 유무에 있어서는 비사별 노인(26.3%)이 사별 노인

(24.0%)에 비해 자살생각 비율이 높았으며($\chi^2=5.07$), 수급 여부에서는 수급권자(26.8%)가 일반(23.1%)과 차상위계층(21.9%)에 비해 높게 나타났다($\chi^2=6.64$). 그리고 거주특성에서는 도심지 거주자(32.3%)가 농어산촌 거주자(22.6%)에 비해 자살생각 비율이 높게 나타났다($\chi^2=69.5$). 자살시도 여부에 있어서는, 연령과 건강수준, 그리고 거주특성에서만 유의한 차이가 나타났다. 74세 이하(5.7%)가 75세 이상(3.9%)에 비해 자살시도 비율이 높았으며($\chi^2=13.26$), 건강 수준이 ‘나쁜 편’인 응답자(5.7%)가 ‘보통’(2.3%)이거나 ‘좋은 편’(3.2%)인 응답자에 비해 자살시도 비율이 높았으며($\chi^2=42.8$), 그리고 거주특성에서는 도심지 거주자(7.2%)가 농어산촌 거주자(3.7%)에 비해 자살생각 비율이 높게 나타났다($\chi^2=39.9$).

3. 우울증 위험군 노인의 자살생각 및 자살시도에 영향을 미치는 요인

우울증 위험군 노인의 자살생각과 자살시도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해, 응답자의 일반적 특성과 심리사회적 특성을 투입하여 다중로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 <표 3>과 같다. 자살생각과 자살시도 유무에 따른 로지스틱 회귀분석 모형계수 테스트에서 카이제곱값이 각각 521.149, 698.053으로 $p < 0.001$ 이며, -2LL값도 충분히 크고, Hosmer & Lemeshow 검정에서도 $p > .05$ 이므로 모형이 적합하다고 볼 수 있다.

<표 19> 자살생각 및 자살시도에 영향을 미치는 요인

영향 요인		자살생각		자살시도		
		B	Exp(B)	B	Exp(B)	
인구 사회적 특성	성별(여자=0)		-.104	.901	-.091	.913
	연령		-.012*	.988	-.033**	.968
	교육수준 (중학교 이상=0)	무학(글자모름)	-.724***	.485	.307	1.360
		무학(글자해독)	-.546***	.579	.340	1.405
		초등학교 졸	-.365***	.694	.225	1.253
	종교유무(종교무=0)		-.053	.949	.006	1.006
	거주특성(도심지=0)		-.514***	.598	-.450***	.638
	건강수준		-.254***	.776	-.109	.897
	수급상태 (일반=0)	수급권자	.016	1.016	-.226	.797
		차상위	-.177	.838	.275	1.316
	가구형태 (부부동거=0)	자녀동거	-.006	.994	.262	1.299
		독거	-.191	.826	.374	1.454
	사별유무(사별무=0)		.130	1.139	-.239	.787

<표 19> 자살생각 및 자살시도에 영향을 미치는 요인(계속)

영향 요인		자살생각		자살시도	
		B	Exp(B)	B	Exp(B)
심리 사회적 특성	우울	.113***	1.119	.125***	1.133
	스트레스	.034***	1.035	.016**	1.017
	가족관계망	-.028***	.972	-.086***	.917
	사회관계망	-.031***	.970	-.007	.993
	자살생각(자살생각무=0)			3.081***	21.781
	상수항	-.690	.502	-3.380***	.034
모델 χ^2		521.149***		698.053***	
-2LL값		6809.069		1811.935	
Hosmer와 Lemeshow		p=.120		p=.140	

※ *p<.05, **p<.01, ***p<.001

먼저, 자살생각 유무에 영향을 미치는 요인으로는, 연령, 교육수준, 거주특성, 건강수준, 우울, 스트레스, 가족관계망, 사회관계망 등이 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 연령에서는 75세 이상이 74세 이하에 비해 자살생각의 승산비를 9.9%(Exp(B)=.901) 낮추는 것으로 나타났으며, 교육수준에서는 중졸 이상에 비해 자살생각의 승산비를 무학(글자모름)이 61.5%(Exp(B)=.485), 무학(글자해독)이 42.1%(Exp(B)=.579), 그리고 초등학교 졸업이 30.6%(Exp(B)=.694) 낮추는 것으로 나타났다. 거주특성에서는 도심지 지역 거주가 농어산촌 지역 거주에 비해 자살생각의 승산비를 40.2%(Exp(B)=.598) 낮추는 것으로 나타났다. 5점 리커트 척도로 측정된 주관적 건강상태 평가에서는, 건강상태가 1점 높아질 때마다 자살생각 승산비를 22.4%(Exp(B)=.776) 낮추는 것으로 나타났다. 또한, 우울점수는 1점 증가할 때마다 자살생각 승산비를 11.9%(Exp(B)=1.119) 높이는 것으로 나타났으며, 스트레스가 1점 증가할 때마다 자살생각 승산비를 3.5%(Exp(B)=1.035) 높이는 것으로 나타났다. 사회적 관계망의 크기에 있어서, 가족관계망 점수가 1점 증가할 때마다 자살생각 가능성을 2.8%(Exp(B)=.972) 낮추는 것으로 나타났으며, 사회관계망 점수가 1점 증가할 때마다 자살생각 가능성을 3.0%(Exp(B)=.970) 낮추는 것으로 나타났다.

한편, 자살시도 유무에 대한 영향 요인 분석 결과에서, 연령, 거주특성, 우울, 스트레스, 가족관계망, 자살생각 등이 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 연령에서는 75세 이상이 74세 이하에 비해 자살시도의 승산비를 3.2%(Exp(B)=.968) 낮추는 것으로 나타났으며, 거주특성에서는 도심지 지역 거주가 농어산촌 지역 거주에 비해 자살시도의 승산비를 36.2%(Exp(B)=.638) 낮추는 것으로 나타났다. 우울점수는 1점 증가할 때마다 자살시도 승산비를 13.3%(Exp(B)=1.133) 높이는 것으로 나타났으며, 스트레스가 1점 증가할 때마다 자살시도 승산비를 1.7%(Exp(B)=1.017) 높이는 것으로 나타났다. 그리고 가족관계망 점수가 1점 증가할 때마다 자살시도 가능성을 8.3%(Exp(B)=.917) 낮추는 것으로 나타났으며, 자살생각 경험은 자살시도 승산비를 2178.1%(Exp(B)=21.781) 높이는 것으로 나타났다. 그리고, 자살생각과 자살시도 모두에 공통적으로 유의한 영향을 미치는 요인으로는 연령, 거주특성, 우울, 스트레스, 가족관계망으로 나타났다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 충청남도 거주 65세 이상 노인 중 정신건강 및 자살위험에 처해 있는 우울증 위험군에 대한 자살 관련 특성과 자살생각 및 자살시도에 영향을 미치는 요인을 탐색함으로써, 지자체 중 노인 자살률이 가장 높은 충청남도의 노인자살 예방대책 마련을 위한 기초자료를 제공하기 위해 실시되었다. 우울증 위험군 7,310명에 대한 자살생각 및 자살시도 실태와 영향 요인을 분석한 결과, 전체 응답자 중 자살생각 경험이 있는 경우는 25.1%였으며, 자살시도 경험이 있는 경우는 4.6%로 나타났다. 자살생각은 74세 이하일수록, 학력이 높을수록, 건강수준이 나쁠수록, 시설이나 공동생활가정 및 친척과 지인과 거주하는 가구형태일수록, 비사별 노인일수록, 수급권자일수록, 도심지 거주자일수록 높게 나타났다. 자살시도는 74세 이하일수록, 건강수준이 나쁠수록, 도심지 거주자일수록 높게 나타났다. 자살생각과 자살시도에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 로지스틱회귀분석을 실시한 결과, 낮은 연령대(74세 이하), 높은 교육수준, 도심지 거주, 낮은 건강수준, 높은 우울수준, 높은 스트레스 수준, 작은 가족관계망과 사회관계망 등의 요인이 자살생각의 위험도를 유의하게 높이는 나타났다. 그리고 낮은 연령대(74세 이하), 도심지 거주, 높은 우울 수준, 높은 스트레스 수준, 낮은 가족관계망, 자살생각 등의 요인이 자살시도의 위험도를 유의하게 높이는 것으로 나타났다.

이러한 결과를 통해 논의될 수 있는 정책적, 실천적 함의는 다음과 같다. 첫째, 생활 속에서 다양하게 경험되는 스트레스와 우울은 노인 자살의 유력한 예측 요인이 되므로 스트레스와 우울 수준을 관리할 수 있는 지역사회 정신보건 관리체계가 수립되어야 할 것이다. 둘째, 자살생각 경험은 자살시도의 위험을 가장 크게 예측하는 요인이 되므로 노인의 자살생각에 대한 주기적인 조사가 간단하게라도 실시함으로써 자살생각 경험자들에 대한 집중관리가 이루어져야 할 것이다. 셋째, 사회적 관계망 중 가족관계망은 자살생각과 자살시도 모두에 유의한 영향을 미치는 요인이 되므로, 노인자살 예방을 위해서는 우선적으로 가족관계 개선에 대한 지원과 노력이 요구된다. 넷째, 그리고 인구사회학적 특성에서는 연령대와 거주특성이 자살생각과 자살시도에 모두 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났는데, 낮은 연령대의 자살생각과 자살시도의 비율이 높은 것은 향후 자살률의 증가의 여지를 보여주는 지표이므로 노인자살에 대한 보다 적극적인 대책 마련이 요구된다고 할 수 있다. 다섯째, 거주특성의 경우, 본 연구의 자살생각과 자살시도 결과와 실제 자살률과 차이가 나타나는 것을 유의할 필요가 있다. 충청남도에서는 인구사회적 변화가 많은 천안시(186명)와 아산시(85명) 등 시(市)의 지역의 자살자수가 가장 많은 반면(2009년 기준), 자살률에서는 태안군(68.5), 금산군(66.6), 청양군(65.0) 등의 순으로 주로 농어산촌 지역이 높게 나타난다(2011년 기준). 도심지 지역의 자살생각과 자살시도가 높게 나타난 것은 도심지 지역이 도시화와 개발로 인해 빠른 사회적 변화를 경험하고 있어서 노인들의 사회적 적응이 어려울 수 있어서 노인들의 자살생각과 시도가 높은 것으로 보여진다. 그런데, 실제 자살률에 있어서는 도심지 지역이 의료기관과의 연계가 용이하므로 자살시도 시 발견의 용이함과 빠른 응급조치로 자살률이 상대적으로 낮게 나타날 수 있는 반면, 농어산촌과 같이 인구밀도와 의료접근성이 낮은 지

역의 경우 자살시도가 사망으로 이어지는 확률이 높기 때문으로 나타나는 결과로 추정될 수 있다. 이러한 현상은 농어산촌 지역에 대한 노인자살 시도자의 신속한 발견과 의료적 조치 체계의 구축이 필요함을 시사한다.

본 연구 결과에 대한 논의에 기초하여 몇 가지 제언하고자 한다. 첫째, 우울증 위험군과 자살생각 경험자에 대한 사례관리 체계가 민관합동으로 수립될 필요가 있으며, 자살시도 경험자에 대한 신속하고 일원화된 위기개입체계가 구축되어야 할 것이다. 즉, 지자체, 보건소, 정신보건센터, 노인보호전문기관, 노인복지관 등의 유기적인 연계체계가 마련되어야 한다. 둘째, 현재의 노인자살예방사업은 노인의 거주지역 특성을 충분히 고려하지 못하고 있는데, 도심지와 농어산촌은 지역 특성상 자살 예방 전략을 달리할 필요가 있다. 예를 들면, 도심지는 지역사회 자원이 풍부하므로 기존 지역사회자원을 개발하는데 주력한다면, 고립 정도가 심한 농어산촌 지역은 아웃리치(outreach) 형식의 자살예방지원체계를 개발할 수 있을 것이다. 셋째, 우울증이나 자살과 같은 문제는 조기 발견이 매우 중요한데 이를 위해서는 1차 의료기관과의 긴밀한 협력체계가 매우 중요하다. 대부분의 자살시도 및 자살 사망 노인들이 어떤 종류의 질환을 앓고 있기 때문에 대부분 병의원 및 한의원, 그리고 약국을 이용한다고 볼 수 있다. 따라서 의료관계기관과의 협조체계를 구축하여 지속적으로 (한)의사나 약사들로부터 자살위험을 가진 주민을 통보할 수 있는 홍보체계와 연락체계가 마련되어야 할 것이다. 넷째, 보다 근본적인 자살예방을 위해서는 지자체별로 심리적 부검을 확대해 나가는 것이 필요하다. 아직 국내에서는 유가족들의 심리적 부검에 대한 부정적 인식과 예산 부족으로 심리적 부검 실시율이 매우 낮은 편이지만, 심리적 부검을 통한 자살 데이터베이스를 구축함으로써 보다 근본적이고 효과적인 지역별, 대상특성별 자살예방대책 및 전략을 수립할 수 있을 것이다. 다섯째, 노인자살의 공통적 요인을 도출할 수는 있지만, 결국 실제적인 예방 대책을 수립하는 것은 각 지자체별로 진행되는 것이 효과적이며, 따라서 충청남도의 경우 각 시군의 자살위험군과 자살예방을 위한 지역사회자원 및 전달체계 등을 고려하여 시군별 맞춤형 노인자살예방 대책이 수립되어야 할 것이다.

본 연구는 노인자살의 가장 보편적인 예측 요인으로 손꼽히는 우울증 위험군을 대상으로 한 연구이므로, 전체 노인에 대한 확률표집이 이루어지지 않아 전체 노인에게 일반화하기에는 한계가 있다. 그리고 자살생각과 자살시도와 실제 자살률과의 인과관계를 명확히 규명할 수 없기 때문에, 자살위험에 대한 연구로 한정되며, 자살생각 및 자살시도와 실제 자살률 간의 관계에 대한 후속 연구가 필요하다고 본다. 또한, 노인의 자살에는 다양한 개인적 혹은 사회적 요인이 함께 작용하게 되는데, 본 연구에서는 개인적 차원의 특성을 주로 고려하였으므로 노인자살 설명력의 제한을 갖고 있기에, 후속 연구를 통해 지역사회의 복지환경적 특성과 개인적 특성 요인을 함께 고려한 다층모형 연구에 기초한 통합적 노인자살예방 대책이 마련되기를 기대한다.

참고문헌

- 기백석. 1996. 한국판 노인 우울 단축형의 표준화 예비연구. *신경정신의학*. 35(2): 298-307.
- 김기원. 2010. 전국 광역시도별 노인자살 차이에 대한 연구. 영남대학교 박사학위논문.
- 김기태, 최승식, 박미진, 박선희, 고수희, 박현숙. 2011. 가족구조와 심리사회적 요인이 노인의 자살생각에 미치는 영향. *노인복지연구*. 52: 205-228.
- 김동배, 박서영. 2010. 노인의 사회관계망 특성과 자살생각 관계: 우울의 매개효과 검증. *한국사회복지조사연구*. 24: 109-129.
- 김동배, 이희연. 2003. 사회복지실천의 생태체계 패러다임과 연구방법론에 대한 고찰. *연세사회복지연구*. 9: 27-58.
- 김미령. 2010. 노인의 자살생각에 미치는 사회적·심리적 영향. *노인복지연구*. 47: 113-136.
- 김성일, 정용철. 2001. 소년 우울성향과 가정환경의 관계. *한국청소년연구*. 12(1): 5-27.
- 김수현, 최연희. 2007. 신체적 건강상태가 노인의 자살생각에 미치는 영향. *한국노년학*. 27(4): 775-788.
- 김승용. 2004. 한국 노인 자살률 변동과 사회구조적 요인에 관한 연구. *사회복지정책*. 19: 181-205.
- 김준홍, 정영일. 2011. 한국인의 자살시도의 위험 요인: 자살관과 사생관을 중심으로. *보건교육건강증진학회지*. 28(2): 109-123.
- 김현경, 고성희, 정승의. 2010. 노인의 자살생각과 위험요인. *한국보건간호학회지*. 24(1): 82-92.
- 김현순, 김병석. 2007. 노인의 자살생각에 대한 경로분석. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*. 19(3): 801-818.
- 김형수. 2002. 한국노인의 자살생각과 관련요인 연구. *한국노년학*. 22(1): 159-172.
- 김형수. 2006. 한국 노인자살의 현황과 과제. *복지동향*. 25: 33-35.
- 김효창, 손영미. 2006. 노인 자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. *한국사회문제심리학회지*. 12(2): 1-19.
- 나소정. 2006. 현대소설에 나타난 심리적 적응행동에 관한 연구. 명지대학교 박사학위논문.
- 박봉길, 전석균. 2006. 노인의 자살생각에 영향을 미치는 우울증을 매개로 한 관련요인 연구. *정신보건과 사회사업*. 22: 58-90.
- 박재황, 노용환, 위대한. 2001. 농어촌과 지방도시에서 노인 자살 기도자에 대한 임상분석. *대한응급학회지*. 12(2): 135-142.
- 박지은, 정영. 2005. 노인의 삶의 만족도와 자살생각에 영향을 미치는 요인. *지역개발연구*. 10(1): 39-59.
- 배재남. 2006. 노인자살 해결책은 있는가? 제12회 고령사회포럼. 한국노인과학학술단체연합회.
- 배지연, 김원형, 윤경아. 2005. 노인의 우울 및 자살생각에 있어서 사회적 지지의 완충효과. *한국노년학*. 25(3): 59-73.

- 배지연. 2005. 노인자살 생각에 관한 인과모형. 대전대학교 박사학위논문.
- 배진희. 2011. 노인 자살에 대한 심리사회적 자원의 완충효과에 관한 연구. 사회연구. 21: 39-67.
- 배진희, 엄기욱. 2009. 노인의 자살 시도에 영향을 미치는 요인. 한국노년학. 29(4): 1472-1444.
- 보건복지부. 2012. 2011년 전국 정신질환실태 역학조사.
- 보건복지부. 2012. 2011년 노인실태조사. 보건복지부 한국보건사회연구원.
- 서경현, 김태민, 손솔, 김혜경. 2013. 노년기 스트레스와 정신건강 및 자살생각 간의 관계에서 자기노출과 하향 사회비교의 역할. 한국심리학회지: 건강. 18(2): 379-399.
- 서화경. 2005. 노인자살예방을 위한 사회사업 개입전략: 노인자살의 영향요인분석을 중심으로. 부산대학교 박사학위논문.
- 서희숙, 정인숙. 2010. 재가노인의 자아존중감과 가족지지 및 자살생각의 관계. 노인간호학회지. 12(1): 1-9.
- 소유섭, 김근식, 김봉남. 2012. 일상적 스트레스가 자살충동에 미치는 영향: 전주시 노인을 중심으로. 한국자치행정학보. 26(1): 285-314.
- 송영달, 손지아, 박순미. 2010. 독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 생태체계적 요인 분석. 한국노년학. 30(2): 643-660.
- 송용석. 2011. 노인의 자살생각에 미치는 요인에 관한 연구. 건양대학교 박사학위논문.
- 신민섭. 1992. 자살 기제에 대한 실증적 연구: 자기도피 척도의 타당화. 연세대학교 박사학위논문.
- 신진의, 백설향. 2013. 노인정을 이용하는 지역사회 노인들의 자살생각에 대한 영향 요인. 농촌의학: 지역보건. 38(2): 71-84.
- 양남영, 문선영. 2012. 노인의 건강상태, 사회적 지지 및 생활만족도가 자살생각에 미치는 영향. 디지털정책연구. 10(11): 515-524.
- 양순미, 임춘식. 2006. 농촌노인들의 자살생각에 미치는 우울의 효과. 노인복지연구. 32: 377-396.
- 오인근. 2008. 노인 자살생각에 대한 경로 분석: 저소득지역의 가구유형별 차이를 중심으로. 연세대학교 사회복지대학원 박사학위논문.
- 윤호순. 2010. 노인자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 충남대학교 석사학위논문.
- 이묘숙. 2012. 노인의 사회참여활동은 사회적 고립과 자살생각 간의 관계를 매개하는가? 정신보건과 사회사업. 40(3): 231-259.
- 이미애, 남기민. 2007. 스트레스 대처방안을 매개로 한 노인의 스트레스와 우울 및 자살생각 간의 관계. 사회복지연구. 34: 307-325.
- 이미애. 2009. 노인의 스트레스가 자살생각에 미치는 영향: 우울의 매개효과와 사회적 지지 및 스트레스 대처방안의 조절효과를 중심으로. 청주대학교 박사학위논문.
- 이민숙, 김나영. 2007. 노인의 사회적 지지와 우울에 관한 연구. 임상사회사업연구. 4(1): 161-176.
- 이영자. 1999. 단독가구 노인의 스트레스와 우울감. 성신여자대학교 박사학위논문.

- 이은진, 배숙경, 엄태영. 2010. 독거노인 자살시도에 대한 우울과 여가활동 참여의 영향에 관한 연구: 서울특별시 노원구를 중심으로. *한국노년학*. 30(2): 615-628.
- 이인정. 2011. 노인의 우울과 자살생각의 관계에 대한 위기사건, 사회적 지지의 조절효과. *보건사회연구*. 31(4): 34-62.
- 이흥식 외. 2007. 자살의 이해와 예방. *한국자살예방협회*편. 서울: 학지사.
- 임미영, 김윤정. 2011. 노인자살시도자들의 자살시도 전 경험. *대한간호학회지*. 41(1): 68-70.
- 임미영. 2010. 노인 자살시도 경험에 관한 연구: Giorgi의 현상학적 방법론을 통하여. *한서대학교 박사학위논문*.
- 전진숙, 이상신, 노종래, 오병훈. 2005. 한국노인의 자살사고에 연관된 사회심리학적 요인. *대한노인정신의학*. 9(2): 132-139.
- 정호영, 노승현. 2007. 노인의 자살생각에 미치는 요인에 관한 연구: 우울과 스트레스 매개효과를 중심으로. *한국노년학회*. 27(4): 789-805.
- 조맹제, 배재남, 서국희, 함봉진, 김장규, 이동우, 강민희. 1999. DSM-III-R 주요우울증에 대한 한국어판 Geriatric Depression Scale(GDS)의 진단적 타당성 연구. *신경정신의학*. 38(1): 48-63.
- 진재현, 고혜연. 2013. OECD 국가와 비교한 한국의 인구집단별 자살률 동향과 정책제언. *보건복지포럼*. 195: 141-154.
- 최길순, 박대성. 2009. 노인환자의 자살충동과 가족지지 및 영성의 관계. *한국 노년학연구*. 18: 51-60.
- 최형임. 2008. 노인의 우울과 자살생각에 관한 구조모형. *사회복지개발연구*. 4(4): 355-375.
- 통계청. 2012. *사망원인통계*.
- 하정미, 송영지, 남희은. 2012. 인식된 짐스러움'과 좌절된 소속감이 노인 자살생각에 미치는 영향. *노인복지연구*. 55: 65-84.
- 한삼성, 강성욱, 유왕근, 괴영규. 2009. 노인의 자살생각 결정요인에 관한 연구. *보건사회연구*. 29(1): 192-212.
- 한은주, 김태현. 2000. 노인학대의 원인에 대한 생태학적 연구. *한국노년학*. 20(2): 71-89.
- 홍성철, 김문두, 이상이. 2003. 사회계층이 자살 사망 위험도에 미치는 영향. *보건과 사회과학*. 14: 249-271.
- 황미구, 김은주. 2008. 노인의 주관적인 삶의 질과 자아존중감이 자살사고에 미치는 영향: 우울을 매개변인으로 하여. *한국노년학*. 28(4): 865-885.
- Batchelor, I. R. C. and Margaret B. Napier. 1953. Attempted Suicide in Old Age. *Br Med J*. 28(2): 1186 - 1190.
- Beautrais, A. L. 2002. A Case Control Study of Suicide and Aattempted Suicide in Older Adults. *Suicide Life-Threaten Behavior*. 32(1): 1-9.
- Beck, A., M. Kovocs, and A. Weissman. 1979. Assessment of Suicide Ideation: The Scale for

- Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47: 343-352.
- Bonner, R. L. and A. R. Rich. 1987. Toward a Predictive Model of Suicidal Ideation and Behaviour: Some Preliminary Data in College Students. *Suicide and Life Threatening Behaviour*. 17: 50-63.
- Bronfenbrenner, U. 1989. Ecological Systems Theory. R. Vasta. ed. *Annals of Child Development*. 6: 187-249. Greenwich, CT: JAI Press.
- Conwell Y., K. Olsen, E. D. Caine, and C. Flannery. 1991. Suicide in Later Life: Psychological Autopsy Findings. *International Psychogeriatrics*. 3: 59 -66.
- Conwell, Y. E. D. Caine, and K. Olson. 1990. Suicide and Cancer in Later Life. *Hospital and Community Psychiatry*. 41(12): 1334-1339.
- Conwell, Y., P. R. Dubestein, C. Cox, J. Herrmann, N. T. Forbes, and E. D. Caine. 1996. Relationships of Age and Axis I Diagnoses in Victims of Completed Suicide: a Psychological Autopsy Study. *American Journal of Psychiatry*. 153: 1001-1008.
- Corwell, Y, and P. R. Duberstein. 2001. Suicide in Elders: The Clinical Science Prevention. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 932: 132-150.
- Cowgill, D. O. 1974. Aging and Modernization: A Revision of the Theory. J. F. Gubrium. ed. *Late Life*. Springfield, IL: Thomas.
- Ellis, T. E. and K. G. Ratliff. 1986. Cognitive Characteristics of Suicidal and Non-suicidal Psychiatric Inpatient. *Cognitive Therapy and Research* 10(6): 625-634.
- Harwood, Daniel and Robin Jacoby. 2008. Suicidal Behavior among the Elderly. Keith Hawton and Kees van Heeringen. eds. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Juurlink, D. N., N. Herrmann, J. P. Szalai, A. Kopp, and D. A. Redelmeier. 2004. Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. *Arch International Medicine*. 164: 1171-1172.
- Kumar, G. and R. Steer. 1995. Psychosocial Correlates of Suicidal Ideation in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 25: 339 - 346.
- Mann, J. J. 2003. Neurobiology of Suicidal Behavior. *Nat Rev Neurosci*. 4: 819-828.
- Mann, J. J. and D. M. Stoff. 1997. A Synthesis of Current Findings Regarding Neurobiological Correlates and Treatment of Suicidal Behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 836: 352-364.
- McIntosh, J. 1992. Epidemiology of Suicide in the Elderly. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 22(1): 15-35.
- McIntosh, J. L. 1995. Suicide Prevention in the Elderly(age 65-99). *Suicide Life Threatening*

Behaviour. 25: 180-92.

Scocco, P. and D. De. Leo. 2002. One-Year Prevalence of Death Thoughts, Suicide Ideation and Behaviors in an Elderly Population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 17(9): 842-846.

Szanto, K., A. Gildengers, B. H. Mulsant, G. Brown, G. S. Alexopoulos, and C. F. Reynolds. 2002. Identification of Suicidal Ideation and Prevention of Suicidal Behavior in the Elderly. *Drugs Aging*. 19: 11-24.

Waern, M., E. Rubenowitz, and K. Wilhelmson. 2003. Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology*. 49: 328 - 334.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/suicides_20758480-table10

孫義聲: 연세대학교에서 박사학위를 취득하고, 현재 배재대학교 복지신학과 교수로 재직중이다. 주요 논문으로는 “한국노인의 성공적 노화 전략으로서의 선택 최적화 보상(SOC) 척도 개발에 관한 연구(2011)”, “결혼이주여성의 문화적응 스트레스 척도개발에 관한 연구(2012)” 등이 있으며, 관심 분야는 노인복지, 기독교사회복지 등이다 (ses63@pcu.ac.kr).

文壽慶: 연세대학교에서 박사학위를 취득하고, 현재 대진대학교 사회복지학과 교수로 재직중이다. 주요 논문으로는 “노인의 근로활동 참여여부가 우울에 미치는 영향: 가족지지의 매개효과 검증(2012)”, “지역사회거주 중풍장애 노인의 성별에 따른 우울 관련요인 분석(2010)” 등이 있으며, 관심 분야는 장애인노인, 노인의 사회참여 등이다 (skmoon@daejin.ac.kr).

투 고 일: 2013년 11월 05일
수 정 일: 2013년 11월 23일
게재확정일: 2013년 11월 25일

**Factors Affecting the Suicide Ideation and Attempted Suicide of the Elderly
at Risk for Depression**

– Focused on Chungcheongnam-do –

Eui Seong Sohn, Soo Kyung Moon

This study examines factors related to suicide ideation and suicide attempt caused by depression for elderly who are living in Chungcheongnam-do, an area with the highest suicide rates in Korea. Based on the result of this study, the way of preventing suicide among elderly is suggested. The participants of this study are elderly suffering from depression and over 65 years old. Among the 7,310 participating respondents, 25.1% experienced suicide ideation and 4.6% attempted suicide. According to the result of logistic regression analysis, elderly under 74 years old living in urban area, with high level of education, low level of physical function, high depression and stress level, and low level of family relationship and social relation were more likely to have suicide ideation. And elderly under 74 years old living in urban area, with high depression and stress level, low level of family relationship and suicide ideation were more likely to attempt suicide.

Key words: suicide of the elderly, suicidal ideation, attempted suicide, depression, Suicide Prevention