

지역사회 거주 노인의 자살위험 예측요인에 관한 연구

A Study on Predictors of Suicidal Risk among Community-dwelling Older Adults

박 선 욱 윤 숙 례 정 의 남 장 지 혜*

강릉영동대학교 간호학과

Seon-Wook Park Sook-Rye Yoon Eui-Nam Chung Ji-Hye Jang

Department of Nursing, Gangneung Yeongdong University

(초록)

자살률은 대다수 문화권에서 공통적으로 고령일수록 더 높게 나타나는데, 노인들의 자살은 우울증과 밀접한 관계를 보인다. 노인들의 자살 의도나 우울증에 영향을 미치는 요인들은 다양하지만, 가장 보편적인 요인은 건강상태의 지각이나 재정적인 어려움, 또 가족 등 가까운 사람들과의 관계의 질이다. 본 연구는 지역사회에 거주하는 노인들을 대상으로 그 요인들이 자살위험을 실제로 잘 예측해주는지를 살펴보는 것이었다. 기대한 바처럼 주관적 건강지각이 자살위험을 예측해주는 가장 강력한 요인으로 드러났고, 가족과의 관계의 질도 그 뒤를 이었다. 그러나 남성과 여성의 자료를 분리하여 분석한 결과는 다르게 나타났으며, 그 결과들은 사회적 지원의 맥락에서 논의했다.

주제어 : 지역사회 거주 노인, 자살 위험, 사회적 지원, 성차

(Abstract)

The suicide rate among senior populations is much higher than any other age groups in most advanced societies, and depression and risk for elderly suicide is closely related. There are a number of risk factors for depression and/or suicidal ideation in older adults, the most prevalent factors for them would be self-perceived health status, financial difficulty, and quality of relationships with intimate people such as family members. This study was to examine whether the factors would be the potential predictors for suicidal risk with the community dwelling older adults. As expected, the most powerful predictor was the self-perceived health status,

* 교신저자, 강릉영동대학교 장지혜 간호학과 교수 (e-mail: gogh0049@gmail.com).

and the quality of relationships was followed by it. However, there found different findings when data were analysed separately by gender, and the findings were discussed in the context of social support or networks.

Key words : Community-dwelling older adults, Suicidal risk, Social support, Gender differences

I. 서 론

산업사회에서는 자살률이 지속적으로 상승하는 추세를 보이고 있으며, 대다수 문화권에서의 자살률 증가 현상은 연령의 증가와 함께 더 높아지는 특성을 보인다(Lapierre, Erlangsen, Waern, De Leo, Oyama, Scocco et al., 2011; World Health Organization, 2012). 우리나라의 자살률은 최근 10여년 이상 OECD 가입회원 국가들 중에서 가장 높은 실정이며, 그 비율은 근래에도 상승하는 추세이다. 다른 문화권과 유사하게 우리나라도 다른 연령층보다 고령일수록 자살률이 더 높은 편이며, 특히 노인 자살률은 OECD 회원 국가들보다 훨씬 더 높은 수준이다(김은주·윤가현, 2010; 오미성, 2012; Kim, Jung-Choi, Jun, & Kawachi, 2010).

노인 자살 문제는 개인의 생명 상실이나 신체 손상, 의료적 비용, 지인에게 미치는 슬픔과 고통, 지역사회에 미치는 충격 등 엄청난 비용손실을 초래하므로 예방이 최선의 대처방안으로 여겨진다(배진희·엄기욱, 2009). 자살이란 잠정적으로 예방이 가능한 공중보건 문제로 여겨지는데(World Health Organization, 2012), 자살예방의 효율성은 이미 자살 의도(생각)를 가지고 시도하는 행위를 막기 이전에 자살 의도를 갖지 않도록 하거나 또는 그

의도를 낮추어주는 것이다. 소위 자살 위험을 감소시켜주는 것이 예방인데, 그 방안 중 최우선은 위험 요인이나 경고 신호를 알아차리고 여기에 대처하거나 개입하는 일이다. 지난 반세기 동안 이루어진 자살 생각이나 행동에 관련된 노인 자살의 위험요인은 매우 다양하며, 노인의 성별이나 연령, 주거지역, 사회경제적 지위 등에 따라서 차이가 심하다. 그러나 위험요인에 관련된 수 천 편의 연구결과들을 종합적으로 분석한 바에 따르면, 어느 계층에서나 가장 보편적인 자살의 위험 요인은 우울증이라고 할 수 있다(Franklin, Ribeiro, Fox, Bentley, Kleiman, Huang et al., 2017; Turecki & Brent, 2016).

자살의 위험요인이 다양하다는 말을 다르게 표현하면, 우울상태에 빠지게 만드는 위험요인들이 다양하다고 할 수 있다. 곧 우울증과 노인 자살은 밀접한 관계를 지니는데, 그 관계는 일반적으로 두 가지 경로(path)로 표현된다. 하나는 우울증을 초래하는 위험요인들이 자살 의도의 상승에 직접적으로 영향을 미치는 경로이며, 다른 하나는 그 위험요인들이 우울상태를 장기간 지속시키어 자살 의도의 상승에 간접적인 영향을 미치는 경로이다(박봉길, 2014; 배진희·엄기욱, 2009; 신학진, 2011; 안준희·전미애, 2009). 그렇다면 노인들의 자살위험과 우울상태의 관련성도 두 가

지로 설명하는 것이 가능하다. 하나는 우울상태를 언급하지 않더라도 우울상태를 초래하는 요인이 자살위험의 요인이라고 해석하는 것이며, 다른 하나는 자살위험을 언급하지 않고 우울상태에 영향을 미치는 요인만을 설명하더라도 이를 자살위험의 요인으로 이해하는 것이다.

노인들의 우울상태나 자살 의도에 영향을 미치는 수많은 요인들 중에서 가장 보편적인 요인은 건강이나 재정 상태가 좋지 않은 것이며, 건강이나 재정상의 어려운 문제가 없는 노인들의 경우에는 가까운 사람들과의 관계의 질이다. 우선 여러 연구에서 신체적 질환이나 정신적 질환에 시달리거나, 질환으로 인하여 기능장애가 심하거나, 또는 자신의 건강상태를 스스로 좋지 않다고 평가하거나 느끼는 것 등이 우울상태를 설명해주는 강력한 요인이 되고 있다(김은주·윤가현, 2010; 박봉길, 2014; 배진희·엄기욱, 2009; 신학진, 2011; 안준희·전미애, 2009). 또 빈곤한 상태로 살아가거나 홀로 살면서 가까운 사람들로부터 지지를 받지 못하고 살아가는 노인들도 그렇지 않은 노인들보다 우울상태의 수준이나 자살의도가 더 높은데, 특히 나이가 더 많을수록, 배우자나 다른 가족이 없이 홀로 살거나, 또 교육수준이 낮고 낙후된 지역에 거주하는 등 사회경제적 지위가 낮은 자들이 우울증에 더 취약하고 자살의도도 더 높은 편이었다(김은주·윤가현, 2010; 배진희·엄기욱, 2009; 안준희·전미애, 2009; Kim et al., 2010).

곧 건강이나 빈곤 문제를 안고 있더라도 또 혼자 살아가고 있더라도 가족이나 이웃 등으로부터 정서적으로나 물리적으로 지원을 받

을 수 있다는 주관적 지각은 우울증이나 자살 의도에 완충 역할을 해줄 수 있다(Vanderhorst & McLaren, 2005). 노인들에게는 특히 이웃이나 친지보다도 자녀와 같은 가족의 지지가 더 중요한 역할을 하며, 그 지지도 단순히 접촉 빈도보다도 접촉의 질이 더 중요하다. 예를 들면, 자녀와의 접촉 빈도 및 질 그리고 이웃이나 친구와의 접촉 빈도 및 질이 노인의 자살행동 가능성에 어떠한 미치는지를 살펴본 연구에 따르면, 자녀로부터 받는 지지의 질만이 의미가 있는 설명을 해주기도 한다(박준식·김영범, 2015).

이에 본 연구는 건강상의 문제로 시설기관에 입소하지 않은, 지역사회에 거주하는 노인들을 대상으로 건강에 대한 지각이나 경제적 상태, 사회적 지원의 양적 및 질적 요소 등이 자살의도를 설명해주는 위험요인이라고 할 수 있는지를 알아보고자 했다. 앞에서 우울증은 자살의 위험요인이라고 했지만, 이는 경고신호 자체는 아니다. 물론 많은 연구자들이 위험요인으로 받아들이고 있는 요인들이 중요한 경고신호가 될 수 있다고 하지만(Rudd et al., 2006), 그 둘은 구별되어야 한다. 그러나 본고에서는 위험요인과 경고신호를 구분하는 대신에 실증연구를 통해서 밝혀진 자살이나 우울증을 초래하는 요인들이 중복되므로 우울증의 측정은 생략했다. 기존의 연구들에 의하면, 우울증 측정 시에는 여성이 남성보다 더 취약하게 나오는 반면에 자살의도 측정 시에는 남성이 더 취약한 계층으로 드러난다(안준희·전미애, 2009; 이상주·김정순, 2016; Kim et al., 2010). 곧 자살 위험에 초점을 맞춘 본 연구에서는 그와 같은 성차를 고려하고자 한다.

II. 방 법

1. 조사대상자

본 연구에 참여한 대상자는 강원도의 한 도시에 거주하는 64세에서 86세 사이의 남녀 140명(남 67명, 여성 73명)이었다. 그들의 연령은 평균 72.86세($SD = 5.79$)이었으며, 남성들의 연령($M = 74.34$ 세, $SD = 5.82$, $Range = 64-86$)이 여성들의 연령($M = 71.61$ 세, $SD = 5.44$, $Range = 64-85$)보다 약간 더 높은 편이었다($F_{1,138} = 8.87$, $p < .01$). 조사대상자의 40%($n = 56$)는 독거 상태였는데, 독거의 비율은 남성(31.34%, $n = 21$)보다 여성(49.95%, $n = 35$)이 더 높은 편이었다($\chi^2 = 4.01$, $p < .05$). 또 독거 중인 자들 중에서 독거 기간이 20년 이상인 경우는 남성 5명(최고 22년)과 여성 9명(최고 40년)이었다.

조사대상자의 학력은 무학 상태가 22명(남 14, 여 8), 초등학교 졸업 수준이 46명(남 15, 여 31), 중학교 졸업 수준이 28명(남 8 여 20), 고등학교 졸업 수준이 40명(남 28, 여 12), 그리고 대학교 졸업 이상이 12명(남 10, 여 2)으로, 남성의 학력이 여성의 학력보다 더 높은 수준이었다(Mann-Whitney $U = 1582.50$, $p < .001$). 조사대상자의 소득은 월 평균 50만 원 미만이 72명(남 28, 여 44), 50만 원 이상 100만 원 미만이 38명(남 20, 여 18), 100만 원 이상 150만 원 미만이 8명(남 3 여 5), 그리고 150만 원 이상이 20명(남 14, 여 6)으로 남성이 여성보다 더 높은 소득 수준이었다(Mann-Whitney $U = 1912.50$, $p < .05$). 최근 6개월 이내에 조사대상자가 가족이나 가깝게

지내고 있는 친척 또는 친구와 사별한 경험의 비율은 남성이 28.77%($n = 21$) 그리고 여성이 27.40%($n = 20$)으로 성차가 없었다($\chi^2 = .26$, $n.s.$). 조사대상자들의 건강증진행동의 하나로 평소 운동을 하는지에 대한 정보는 1주일 단위로 그 횟수만을 질문했는데, 1주일 동안 운동 횟수는 남성이 평균 2.79회($SD = 2.10$) 또 여성이 평균 2.68회($SD = 2.23$)로 성차가 드러나지 않았다($F < 1$).

2. 조사도구

본 연구에 이용된 조사도구는 자살위험 척도, 사회적 지지척도, 및 조사대상자의 인구통계학적 정보가 수록된 설문지였다. 인구통계학적 정보는 성별, 연령, 학력, 독거기간(단위: 년), 사별 경험여부, 규칙적 운동 수준, 및 월 평균 소득에 관한 질문이었는데, 학력의 경우 무학, 초졸, 중졸, 고졸, 또는 대졸 이상인지를, 사별 경험은 최근 6개월 이내에 가족이나 가까운 친구/친척하고의 사별경험이 있었는지를, 규칙적 운동은 1주일에 몇 차례 운동을 하는지를, 그리고 월 평균 소득 500,000원 미만, 500,000-1,000,000원 사이, 1,000,000-1,500,000원 사이, 또는 1,500,000원 이상에 해당되는지를 답하는 것이었다. 그리고 자살위험 척도 및 사회적 지지척도의 세부적인 내용은 다음과 같았다.

1) 자살위험 척도

연구대상자의 자살위험 수준은 이상주와 김정순(2016)이 개발한 도구를 이용하여 측정했다. 이 도구는 24개 문항으로 구성되었고,

문항에 대한 응답 형태는 ‘예(1점)’와 ‘아니요(0점)’의 2점 척도였다. 전체 문항들 중에서 두 문항(16번, 20번)은 역으로 채점되었으며, 총점의 점수가 높을수록 자살위험의 수준이 더 높은 것으로 해석된다. 또 이상주와 김정순(2016)에서는 24점 만점 중에서 11점 이상을 고위험 상태로 해석했지만, 본 연구에서는 성별을 묻는 문항 1번과 80세 이상인지의 여부를 묻는 문항 2번을 제외하고서 9점 이상을 고위험 상태로 보았다. 본 연구에서 그 두 문항을 제외한 22개 문항의 내적 일치도 계수 α 는 .836($n = 140$)이었다.

2) 사회적지지

사회적 지지는 사회적 관계망에 대한 근원을 세 가지 영역으로 나누어 양과 질로 측정된 것이었다(김미경, 2013; 김춘연, 2010). 그 세 가지 영역은 ① 가족이나 친척 및 이웃, 친구 등의 자연적 원조가 가능한 관계망, ② 사회복지 관련 시설 관련자나 공무원, 의료인 등 전문적 원조가 가능한 관계망, 그리고 ③ 경로당이나 친목모임, 사회단체에서 만나는 지인 등 상호 원조가 가능한 관계망이었다. 양적 측면의 사회적 지지는 그 세 가지 관계망에 포함된 지지제공자의 수를 의미한다. 본고에서는 이들을 각각 자연 원조자 수, 전문 원조자 수, 및 상호 원조자 수로 칭했다. 또 질적 측면의 사회적 지지는 그 세 가지 관계망으로부터 제공받고 있는 원조나 지지가 어느 정도 도움이 되는지를 네 문항(① 내가 필요로 하는 것들을 최선을 다해 마련해준다; ② 내 일에 관심을 갖고 걱정해준다; ③ 나에게 친절하게 대해준다; ④ 나에게 생긴 문제

의 해결을 위해 정보와 지식을 제공해준다)으로 측정한 것이었다. 문항의 응답형태는 1(전혀 그렇지 않다)부터 5(매우 그렇다)까지의 Likert식이었으며, 네 문항의 총점(범위 5-20)이 높을수록 사회적 지지를 더 많이 받고 있음을 의미한다. 본고에서는 이들을 각각 자연 원조 수준, 전문 원조 수준, 및 상호 원조 수준이라고 칭했다. 본 연구에서 나타난 세 영역에 대한 내적 일치도 계수 α 는 자연 원조 수준이 .856($n = 140$), 전문 원조 수준이 .922($n = 140$), 그리고 상호 원조 수준이 .944($n = 140$)이었다.

3. 조사절차

본 연구의 조사대상자는 지역사회 노인 복지관을 이용하는 회원들이었다. 조사대상자의 선정은 여러 노인복지관에 연구와 관련된 협조 요청 공문을 보내어 도움을 줄 수 있다는 곳에서만 이루어졌는데, 모집에 관한 홍보는 복지관 담당자의 도움을 받았다. 조사대상자는 모두 자발적으로 조사 참여를 결정했으며, 조사는 면접과정에 대한 훈련을 마친 보조원들이 복지관을 방문하여 이루어졌다. 보조원은 조사대상자에게 개별적으로 연구의 목적, 조사에 대한 응답 절차, 개인정보 보호 및 익명성 보장 등을 구두로 설명했으며, 설문지 조사 참여는 조사대상자로부터 동의를 받은 후에 이루어졌다. 동의서는 서면으로 받았는데, 동의서 내용도 읽어주면서 서명하는 부분에 표시하도록 했다. 노안이나 문맹 등으로 설문지를 직접 읽고 응답하기가 어려운 분에게는 면접자가 문항을 하나씩 읽어주면서 답

변을 대신 기재하는 형식을 취했다. 연구목적의 설명을 포함하여 설문조사의 종료까지 소요된 시간은 30분을 초과하지 않았으며, 조사가 이루어진 시기는 2016년 가을이었다. 설문조사에 자발적으로 응해준 분들은 160명이었지만, 스스로 설문조사 응답을 기재했던 분들 중에서 12명은 응답지를 제출하지 않았고 또 이를 제출했던 분들 중에서 8명은 답변 중에 무응답이 너무 많았다. 곧 140명의 자료만이 분석에 이용되었다.

III. 결 과

이상주와 김정순(2016)은 자살위험 척도의 점수를 해석할 때 24개 문항에서 11점 이상을 고위험 상태로 보았다. 그러나 전술한 바처럼 본고에서는 척도의 24개 문항 중 성별과 연령을 제외한 22개 문항을 토대로 했을 때 임의적으로 9점 이상을 고위험 상태로 여길 수 있다. 조사대상자들 중 9점 이상의 점수를 보인

비율은 12.9%($n = 18$)이었는데, 참고로 10점 이상 및 11점 이상의 비율은 각각 10.7%($n = 15$) 및 7.9%($n = 11$)이었다.

본고에서는 자살위험을 측정변인(measured variable, 종속변인)으로 설정하고, 이를 예측하는 13개의 변인들을 투입한 회귀분석을 실시하였다. 그 13개의 예측 변인들 중 6개는 사회적 지지에 관련 변인(자연 원조자 수, 전문 원조자 수, 상호 원조자 수, 자연 원조 수준, 전문 원조 수준, 및 상호 원조 수준)이었으며, 나머지 7개는 성별(dummy coding), 최근 사별 경험 여부(dummy coding), 독거 여부(dummy coding), 학력(ordinal variable), 월 평균소득(ordinal variable), 1주 운동 횟수, 그리고 주관적 건강의 지각이었다. 회귀분석의 방법으로는 단계적 회귀분석을 선택했으며, 분석은 조사대상자 전체(Table 1)를 대상으로 실시한 이후 남성(Table 2)과 여성(Table 3)의 자료를 분리시켜 다시 실시하였다.

모델 1에 의하면, 주관적 건강 지각은 자살의도를 의미 있게 예측하고 있으며($\beta = .405$,

<Table 1> 자살위험을 예측하는 회귀분석 결과 (조사대상자 전체: $N = 140$)

Model	predictor	β	adjusted R^2	$F (df)$
1	주관적 건강 지각	.405	.158	27.108*** (1,138)
2	주관적 건강 지각 자연 원조 수준	.355 -.326	.257	25.089*** (1,137)
3	주관적 건강 지각 자연 원조 수준 사별 경험 여부	.324 -.332 .250	.315	22.270*** (1,136)
4	주관적 건강 지각 자연 원조 수준 사별 경험 여부 상호 원조자 수	.271 -.327 .230 -.200	.347	19.455*** (1,135)

<Table 2> 자살위험을 예측하는 회귀분석 결과 (남성 조사대상자: $n = 67$)

Model	predictor	β	adjusted R^2	$F (df)$
1	상호 원조자 수	-.397	.144	12.143** (1,65)
2	상호 원조자 수 사별 경험 여부	-.325 .289	.212	9.884*** (1,64)
3	상호 원조자 수 사별 경험 여부 주관적 건강 지각	-.230 .293 .272	.268	9.056*** (1,63)
4	상호 원조자 수 사별 경험 여부 주관적 건강 지각 자연 원조 수준	-.205 .267 .270 -.245	.318	8.707*** (1,62)
5	상호 원조자 수 사별 경험 여부 주관적 건강 지각 자연 원조 수준 월 평균소득	-.082 .269 .247 -.268 -.265	.364	8.565*** (1,61)
6	사별 경험 여부 주관적 건강 지각 자연 원조 수준 월 평균소득	.284 .265 -.277 -.298	.370	10.684*** (1,62)

<Table 3> 자살위험을 예측하는 회귀분석 결과 (여성 조사대상자: $n = 73$)

Model	predictor	β	adjusted R^2	$F (df)$
1	자연 원조 수준	-.448	.190	17.874*** (1,71)
2	자연 원조 수준 주관적 건강 지각	-.361 .343	.292	15.828*** (1,70)
3	자연 원조 수준 주관적 건강 지각 상호 원조자 수	-.384 .290 -.209	.324	12.522*** (1,69)
4	자연 원조 수준 주관적 건강 지각 상호 원조자 수 사별 경험 여부	-.429 .238 -.229 .224	.364	11.294*** (1,68)

$t = 5.207, p < .001$), 주관적 건강 지각은 자살의도의 변량을 의미 있는 정도로 설명해주고 있다(adjusted $R^2 = .158, F_{1,138} = 27.108, p < .001$). 모델 2에 의하면, 주관적 건강 지각에 자연 원조 수준을 추가했을 때에도 자살의도를 의미 있게 예측해주고 있으며(주관적 건강 지각 $\beta = .355, t = 4.798, p < .001$; 자연 원조 수준 $\beta = -.326, t = -4.410, p < .001$), 역시 두 변인이 자살의도의 변량을 의미 있게 설명해주고 있다(adjusted $R^2 = .257, F_{2,137} = 25.089, p < .001$).

모델 3에 의하면, 모델 2에 사별 경험 여부를 추가했을 때에도 자살의도를 의미 있게 예측하고 있었는데(주관적 건강 지각 $\beta = .324, t = 4.528, p < .001$; 자연 원조 수준 $\beta = -.332, t = -4.670, p < .001$; 사별 경험 여부 $\beta = .250, t = 3.527, p < .001$), 그 세 변인도 자살의도의 변량을 의미 있게 설명해주고 있다(adjusted $R^2 = .315, F_{3,136} = 22.270, p < .001$). 한편 모델 4에서는 주관적 건강 지각, 자연 원조 수준, 사별 경험 여부, 및 상호 원조자 수의 네 변인이 자살의도를 의미 있게 예측하고 있었는데(주관적 건강 지각 $\beta = .271, t = 3.739, p < .001$; 자연 원조 수준 $\beta = -.327, t = -4.712, p < .001$; 사별 경험 여부 $\beta = .230, t = 3.312, p < .01$; 상호 원조자 수 $\beta = -.200, t = -2.777, p < .01$), 그 네 변인도 자살의도의 변량을 의미 있게 예측해주고 있다(adjusted $R^2 = .347, F_{4,135} = 19.455, p < .001$).

모델 1에 의하면, 상호 원조가 수는 자살의도를 의미 있게 예측하고 있으며($\beta = -.397, t = -3.485, p < .01$), 상호 원조자 수는 자살의도의 변량을 의미 있는 정도로 설명해주고 있

다(adjusted $R^2 = .144, F_{1,65} = 12.143, p < .01$). 모델 2에 의하면, 상호 원조자 수에 사별 경험 여부를 추가했을 때에도 자살의도를 의미 있게 예측해주고 있으며(상호 원조자 수 $\beta = -.325, t = -2.885, p < .01$; 사별 경험 여부 $\beta = .289, t = 2.566, p < .05$), 역시 두 변인이 자살의도의 변량을 의미 있게 설명해주고 있다(adjusted $R^2 = .212, F_{2,64} = 9.884, p < .001$).

모델 3에서는 상호 원조자 수, 사별 경험 여부, 및 주관적 건강 지각의 세 변인이 자살의도를 의미 있게 예측하고 있으며(상호 원조자 수 $\beta = -.230, t = -1.990, p < .06$; 사별 경험 여부 $\beta = .293, t = 2.698, p < .01$; 주관적 건강 지각 $\beta = .272, t = 2.427, p < .05$), 역시 세 변인이 자살의도의 변량을 의미 있게 예측해주고 있다(adjusted $R^2 = .268, F_{3,63} = 9.056, p < .001$). 또 모델 4에서는 상호 원조자 수, 사별 경험 여부, 주관적 건강 지각, 및 자연 원조 수준의 네 변인이 자살의도를 의미 있게 예측하고 있으며(상호 원조자 수 $\beta = -.205, t = -1.831, p < .08$; 사별 경험 여부 $\beta = .267, t = 2.529, p < .05$; 주관적 건강 지각 $\beta = .270, t = 2.489, p < .05$; 자연 원조 수준 $\beta = -.245, t = -2.378, p < .05$), 역시 네 변인이 자살의도의 변량을 의미 있게 예측해주고 있다(adjusted $R^2 = .318, F_{4,62} = 8.707, p < .001$).

한편 모델 5에서는 상호 원조자 수, 사별 경험 여부, 주관적 건강 지각, 자연 원조 수준, 및 월 평균소득의 다섯 변인이 자살의도를 의미 있게 예측하고 있으며(상호 원조자 수 $\beta = -.0825, t = -.679, p > .490$; 사별 경험 여부 $\beta = .269, t = 2.644, p < .05$; 주관적 건강 지각 $\beta = .247, t = 2.347, p < .05$; 자연

원조 수준 $\beta = -.268$, $t = -2.680$, $p < .01$; 월 평균소득 $\beta = -.265$, $t = -2.341$, $p < .05$), 역시 그 다섯 변인이 자살의도의 변량을 의미 있게 예측해주고 있다(adjusted $R^2 = .364$, $F_{5,61} = 8.565$, $p < .001$). 그러나 모델 1에서부터 가장 예측력이 높게 나왔던 변인 상호 원조자 수의 예측력은 다른 변인들이 하나씩 투입됨에 따라서 점점 약해져 모델 5에서는 전혀 의미가 없게 드러났다. 이에 모델 6에서는 모델 5까지 추가되었던 ‘상호 원조자 수’를 삭제된 상태에서 분석이 이루어졌다. 즉 모델 6에서는 사별 경험 여부, 주관적 건강 지각, 자연 원조 수준, 및 월 평균소득의 네 변인이 자살의도를 의미 있게 예측하고 있으며(사별 경험 여부 $\beta = .284$, $t = 2.859$, $p < .01$; 주관적 건강 지각 $\beta = .265$, $t = 2.627$, $p < .05$; 자연 원조 수준 $\beta = -.277$, $t = -2.801$, $p < .01$; 월 평균소득 $\beta = -.298$, $t = -2.948$, $p < .01$), 그 네 변인이 자살의도의 변량을 의미 있게 예측해주고 있다(adjusted $R^2 = .370$, $F_{4,62} = 10.684$, $p < .001$).

모델 1에 의하면, 자연 원조 수준은 자살의도를 의미 있게 예측하고 있으며($\beta = -.448$, $t = -4.228$, $p < .001$), 역시 자연 원조 수준은 자살의도의 변량을 의미 있는 정도로 설명해주고 있다(adjusted $R^2 = .190$, $F_{1,71} = 17.874$, $p < .001$). 모델 2에 의하면, 자연 원조 수준과 주관적 건강 지각은 자살의도를 의미 있게 예측해주고 있으며(자연 원조 수준 $\beta = -.361$, $t = -3.523$, $p < .01$; 주관적 건강 지각 $\beta = .343$, $t = 3.348$, $p < .01$), 역시 두 변인이 자살의도의 변량을 의미 있게 설명해주고 있다(adjusted $R^2 = .292$, $F_{2,70} = 15.828$, $p < .001$).

모델 3에 의하면, 자연 원조 수준, 주관적 건강 지각, 및 상호 원조자 수가 자살의도를 의미 있게 예측하고 있으며(자연 원조 수준 $\beta = -.384$, $t = -3.809$, $p < .001$; 주관적 건강 지각 $\beta = .290$, $t = 2.811$, $p < .01$; 상호 원조자 수 $\beta = -.209$, $t = -2.093$, $p < .05$), 역시 세 변인이 자살의도의 변량을 의미 있게 설명해주고 있다(adjusted $R^2 = .324$, $F_{3,69} = 12.522$, $p < .001$). 한편 모델 4에 의하면, 자연 원조 수준, 주관적 건강 지각, 상호 원조자 수, 및 사별 경험 여부가 자살의도를 의미 있게 예측하고 있으며(자연 원조 수준 $\beta = -.429$, $t = -4.303$, $p < .001$; 주관적 건강 지각 $\beta = .238$, $t = 2.317$, $p < .05$; 상호 원조자 수 $\beta = -.229$, $t = -2.349$, $p < .05$; 사별 경험 여부 $\beta = .224$, $t = 2.297$, $p < .05$), 역시 네 변인이 자살의도의 변량을 의미 있게 설명해주고 있다(adjusted $R^2 = .364$, $F_{4,68} = 11.294$, $p < .001$).

IV. 논 의

대다수 문화권에서 고령자들의 자살률은 다른 연령층보다 더 높은 편이다. 여러 연구들은 노인들의 자살과 관련된 다양한 요인들을 찾아냈으며, 자살에 관련된 여러 가지 위험요인들 중에서 가장 보편적인 것이 우울증으로 드러났다. 또 우울증과 관련된 요인의 연구들도 자살위험과 관련된 요인과 중첩됨을 밝혔다(Franklin et al., 2017; World Health Organization, 2012). 그러나 고령자의 우울증이나 자살률에 관한 실증 자료에 의하면, 우울증을 호소하는 비율은 여성에게 높은 반면 자

살률은 남성에게서 더 높게 나타난다(박봉길, 2014; 신학진, 2011; 안준희·전미애, 2009). 이에 본 연구에서는 우울증 대신에 자살위험을 종속변인으로 그 요인들이 자살위험을 어느 정도 예측해주는지를 살펴보았다. 그 결과, 조사대상자의 수는 많지 않았지만, 자살 위험을 설명해주는 요인을 찾아낼 수 있었다. 또 기대한 바처럼 성차가 분명하게 드러났다.

우선 전체 노인을 대상으로 한 결과, 건강 문제가 가장 설명력이 높은 요인으로 드러났다. 그러나 지역사회 거주하고 있었던 고령자 상대 조사였기에 어떤 질환 자체나 질환 상태라기보다도 스스로 건강하지 못하다고 지각하는 수준이었다. 이어서 자연 원조 수준, 즉 가족이나 친지 등으로부터 받은 원조 수준이 만족스러운지를 나타내는 요인이 설명력이 높았으며, 그 다음에는 최근 자신에게 의미가 있는 가까운 자와 사별을 경험했는지의 여부, 그리고 마지막으로 경로당이나 친목모임 등에서 만날 수 있으면서 지원을 받을 수 있는 자들의 수였다.

그러나 자료를 남녀로 구분하여 분석했을 때에는 설명력이 높은 요인들의 순서 등이 달라졌다. 남성 노인들의 경우 다른 요인들보다 상호 원조자 수, 즉 경로당이나 친목모임 등에서 만날 수 있으면서 지원을 받을 수 있는 자들의 수가 자살위험을 가장 잘 예측해주는 요인이었다. 그 다음으로는 최근 의미가 있는 가까운 사람과의 사별 경험 여부가 설명력이 높았으며, 주관적 건강 지각이 그 뒤를 이었다. 또 자연원조의 수준, 즉 가족이나 친지 등으로부터 받을 수 있는 지지의 수준이 그 뒤를 이었다. 그리고 월 평균소득, 즉 재정 문

제도 설명력이 있는 요인으로 드러났는데, 이 요인이 투입되었을 때 가장 설명력이 높았던 상호 원조자 수의 설명력은 의미가 없을 정도로 약해졌다. 다시 말하면, 남성노인들의 경우 사회활동을 통해서 알고 지내는 사람들이 얼마나 많은지가 자살위험의 가장 중요한 요인이었지만, 이는 재정적으로 어려움이 없고 가족이나 친인척하고 별다른 어려움이 없는 자에게만 국한된 요인이라고 설명할 수 있었다. 한편 여성 노인들의 경우 가족이나 친지 등으로부터 받는 원조 수준이 가장 예측력이 높은 요인이었으며, 이어서 주관적으로 지각하는 자신의 건강상태, 경로당이나 친목모임 등에서 만날 수 있으면서 지원을 받을 수 있는 자들의 수, 그리고 최근 가까운 사람과의 사별 경험 여부가 의미가 있는 요인으로 드러났다.

순서는 약간씩 달랐지만, 남녀 노인들에게 공통적으로 부각된 요인들은 주관적 건강 지각과 사회적 지지에 관련된 것들이었다. 후자의 것으로는 가족이나 친지로부터 받는 원조 수준, 경로당이나 친목모임 등에서 만날 수 있는 절친한 사람들의 수, 최근 가까운 자와의 사별경험 여부였다. 기존의 연구들에서는 독거 상태가 주요한 요인으로 드러났지만(박봉길, 2014), 독거 여부에 상관없이 가까운 사람들과 사회적 교류가 가능한지 그리고 그 교류에서 얻을 수 있는 지원 여부가 더 중요함을 보여주었다. 특히 가족이나 친지로부터 받는 지원의 질이 자살예방에서 매우 중요한 사회적 지지원임을 알 수 있었다. 그러나 기존의 연구들과 달리 빈곤 자체는 남성에게만 설명력이 드러난 예측요인으로 드러났는데,

그 이유는 조사대상자 모집과정에서 빈곤한 노인들이 표본에 선정되지 못했기 때문이었을 수도 있다.

전술한 바처럼 대다수 문화권에서 고령자의 자살문제가 다른 연령층보다 더 심각하다. 그럼에도 불구하고 특별히 고령자 자살예방을 위한 노력이 충분하지 못한 편이다. 대부분의 연구들은 자살의 위험요인으로 고립감이나 그로 인한 우울증상에 주목하고 있으며, 자살 예방을 위해서는 취약한 고령자들이 사회적 접촉이나 소통을 증진시키는 방안에 초점을 맞추고 있다(Lapierre et al., 2011). 본 연구의 결과에 의하면, 우리나라의 경우도 사회적 교류나 소통 증진이 자살위험을 낮추는 가장 효율적인 방안임을 시사한다. 본 연구의 조사대상자 중에서 상당수가 배우자와 사별한 상태였지만, 독거 생활 자체가 자살위험으로 드러나는 대신 주변에 지원을 받을 수 있는 사람 여부가 더 중요하게 부각되었다. 곧 지역사회에 거주하는 노인들의 자살예방을 위해서 가족구성원과 소통이 가장 중요하지만, 가족이 없을 경우 연령대가 비슷한 동료들이 상담원으로 역할을 하는, 즉 자살방지 상담 훈련을 받은 게이트키퍼(gatekeeper)들이 자살위험이 높은 노인을 찾아내고 상담해주는 역할이 중요함을 알 수 있다(김은주·윤가현, 2010). 또 질병이나 장애, 통증으로 인한 스트레스가 심한 노인환자들에게는 영성이나 종교성을 이용하여 자살을 예방할 수 있는데(오미성, 2012). 종교 활동을 열심히 하는 것 자체가 소외된 노인의 입장에서 사회적 교류 및 지원체제를 굳건하게 해주는 일이다.

본 연구에서 드러난 결과를 일반화시키기

에는 한계가 없는 것은 아니다. 우선 연구대상자의 수가 충분하지 못했고, 또 건강 문제로 병원이나 시설기관에 입소한 자들은 연구대상자에 포함되지 않았다. 그럼에도 불구하고 이 연구가 시사해주는 바는 매우 분명하다. 노인들이 자살을 생각하는 가장 일반적인 이유는 자신의 건강상태가 좋지 않다고 생각하는 것이지만, 자신의 건강상태에 무관하게 주변에 자신을 지지해주는 사람이 있는지 여부가 자살위험을 예측해주는 더 강력한 요인으로 드러났다는 점이다.

Acknowledgements

저자들은 조사대상자 모집과정에 협조해주신 복지관 관계자들에게 감사를 드리며, 조사대상자들과의 면접과정에 보조원으로 수고해준 간호학과 학생 강륜희, 신동규, 심지현, 및 전보라에게 고마움을 전합니다.

참고문헌

- 김미경 (2013). 저소득노인의 사회적 지지가 자살생각에 미치는 영향에 관한 연구. 한남대학교 행정복지대학원 석사학위논문.
- 김은주·윤가현 (2010). 노인자살 예방을 위한 동료상담의 효과. **한국노년학연구**, 19, 115-131.
- 김춘연 (2010). 사회적 지지가 제한 중국 조선족의 생활만족도에 미치는 영향. 서울시립대학교 대학원 석사학위논문.

- 박봉길 (2014). 독거노인의 상실감과 자살생각의 관계: 무망감과 고립감의 다중매개효과와 영성의 조절효과. **한국노년학**, 34, (4), 799-819.
- 배진희 · 엄기욱 (2009). 노인의 자살 시도에 영향을 미치는 요인. **한국노년학**, 29(4), 1427-1444.
- 신학진 (2011). 노인의 사중고(四重苦)가 우울을 매개로 자살생각에 미치는 영향: 경로당 이용자를 중심으로. **한국노년학**, 31, (3), 653-672.
- 안준희 · 전미애 (2009). A study on antecedents of suicidal ideation among Korean older adults: A test of the stress-diathesis model. **한국노년학**, 29(2), 489-511.
- 오미성 (2012). 노인자살과 우울증 및 영적 간호. **한국노년학연구**, 21, 93-115.
- 이상주 · 김정순 (2016). 한국형 노인자살위험사정도구 개발. **대한간호학회지**, 46(1), 59-68.
- Franklin, J., Ribeiro, J., Fox, K., Bentley, K., Kleiman, E., Huang, X. et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-233.
- Kim, M., Jung-Choi, K., Jun, H., & Kawachi, I. (2010). Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1254-1261.
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P. et al. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32, 88-98.
- Rudd, M., Berman, A., Joiner, T., Nock, M., Silverman, M., Mandrusiak, M. et al. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262.
- Turecki, G., & Brent, D. (2016). Suicide and suicidal behavior. *The Lancet*, 387(10024), 19-25.
- Vanderhorst, R., & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging & Mental Health*, 9(6), 517-525.
- World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. The Author: Geneva, Switzerland.

원고접수일: 2018. 02. 20.

수정원고접수일: 2018. 04. 05.

원고게재승인일: 2018. 04. 19.