

# 보건사회연구

## HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

- 권혁진** 상호이질적인 가구들에 대한 빈곤평가의 문제 : SPD(Sequential Poverty Dominance)방법을 중심으로
- 황진영** 사회보호 지출에 대한 경제사회적·정치적 영향 : OECD 국가 간 실증분석
- In-Young Jung** Explaining the Development and Adoption of Social Policy in Korea : The Case of the National Basic Livelihood Security Act
- 엄기욱** 일본 거주 외국인 영주자의 사회복지 수급권에 관한 연구
- 신영전 | 손정인** 미 총족의료의 현황과 관련요인 : 1차, 2차 한국복지패널자료를 이용하여
- 신호성 | 정기혜 | 윤시론 | 이수형** 기후변화와 식중독 발생 예측
- 석재은** 세대별 노후부양관의 차이와 영향 요인
- 한삼성 | 강성욱 | 유왕근 | 피영규** 노인의 자살생각 결정요인에 관한 연구
- 이윤경** 노인장기요양서비스 이용 결정요인 분석 : 다층모형(HLM)을 통한 개인과 지역요인 분석
- 이건직** 장기요양시설의 시장지향성이 성과에 미치는 영향
- 서 평** 강신욱 : 인간의 심리, 야수의 성정(性情), 그리고 경제위기  
강은정 : The Politics of healthy policies

## 노인의 자살생각 결정요인에 관한 연구

**한삼성**  
(대구한의대학교)

**강성욱\***  
(대구한의대학교)

**유왕근**  
(대구한의대학교)

**피영규**  
(대구한의대학교)

---

인구의 고령화와 핵가족화로 가족 내 세대간부양이 감소하고 있으며, 이는 독거노인 증가와 노인자살 등 제반 사회문제를 야기하고 있다. 65세 이상 노인들을 대상으로 자살생각에 미치는 요인을 분석하기 위해 기술 통계적 분석과 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 종속변수는 자살생각(suicidal ideation) 유무이며, 독립변수는 인구학적요인(연령, 성, 교육, 거주지역, 배우자유무, 동거 가족 수), 경제적 요인(소득, 직업), 건강요인(신체적 건강, 정신적 건강, 주관적 건강, 기능적 능력), 건강 행위적 요인(알코올, 흡연, 운동), 의료 이용요인(외래 방문, 병원입원) 등을 포함하였다. 본 연구는 국민건강영양조사 제1기[1998년], 제2기[2001년], 제3기[2005년] 자료를 이용하여 연도별 회귀분석을 실시하였다.

노인인구 중 지난 1년 간 자살생각을 경험한 비율은 2005년 30.5%, 2001년 26.2%, 1998년 33.6%이었다. 다변량 로지스틱 회귀분석 결과 주관적 건강상태가 나쁠수록, 우울증상이 높을수록, 스트레스가 심할수록, 배우자가 없을수록 노인의 자살생각이 높음을 알 수 있었다. 본 연구는 노인의 자살예방을 위해서는 정책당국자는 무엇보다도 노인들의 육체적 건강증진과 우울증 예방 및 스트레스 감소에 정책의 우선순위를 둘 것을 제안한다.

---

**주요용어:** 자살생각, 노인자살, 자살, 우울증, 정신적 건강

---

교신저자 : 강성욱, 대구한의대학교(health@dhu.ac.kr)

■ 투고일: 2009. 5. 6

■ 수정일: 1차: 2009. 5. 25, 2차: 2009. 6. 1

■ 게재확정일: 2009. 6. 5

## I. 서론

한국의 노인인구는 급격한 산업화를 경험한 세대이다. 농경사회는 대가족적인 가족구성형태이므로 노인의 역할이나 비중이 컸지만, 핵가족이 보편화된 산업사회에서는 노인의 역할과 비중이 매우 좁아지고 있다. 2005년 기준 전국 평균 가구원 수는 2.88명으로 1985년 4.09명보다 1.21명 감소하였다(통계청, 2005). 이와 아울러 독거노인 또한 증가하였다. 전체 65세 노인인구 중 독거노인비중이 1985년 6.6%에서 2005년 18.2%로 11.6% 포인트 증가하였다(통계청, 2008). 이러한 핵가족화와 독거노인의 증가는 노인소외 및 상실감 증가와 노인자살의 증가 등 제반 사회문제를 동반하고 있다. 보건복지가족부의 최근 발표된 자료에 따르면 노인 인구 10만 명당 자살률은 1996년 28.6명에서 2006년 72.1명으로 약 2.5배가 증가했다(보건복지가족부, 2008). 이러한 사실은 동 기간 65세 미만 인구의 10만 명당 자살률이 11.7명에서 16.8명으로 증가한 것과 비교할 때 노인자살의 증가율이 매우 높음을 보여준다. 또한 다른 국가와 비교하면, 노인인구 10만 명당 10명대인 미국이나 호주, 32명인 일본보다 월등히 높음을 알 수 있다(OECD, 2004).

최근 한국의 노인자살이 심각한 사회문제가 되고 있지만 이에 대한 체계적인 연구는 아직 미흡한 실정이다. 이처럼 연구가 활발하지 않는 것에는 노인자살에 대한 미시적 자료를 구하기 어렵다는 한계 외에도, 사회적으로 노인자살을 은폐하려는 경향이 있는 것에도 그 원인이 있다(김형수, 2002).

본 연구는 노인의 자살생각에 미치는 요인을 인구·경제적 요인 외에도 노인의 건강상태, 건강행위, 의료이용 등 다양한 관점에서 고찰하였다. 자살행위(suicidal behaviour)의 하나인 자살생각(suicidal ideation)은 자살시도(suicide attempts)나 자살로 인한 죽음과는 구별된다. 하지만 자살생각(suicidal ideation)은 자살로 인한 죽음의 중요한 예측인자라는 점과 인구집단의 정신건강수준을 간접적으로 반영하고, 자살예방을 위한 정책개입 시 중요한 지표가 된다는 점에서 보건학적 중요성이 매우 크다고 할 수 있다(김형수, 2002). 기존 연구들이 소규모 표본을 이용한 횡단면적인 연구(김현순, 2007; 김형수, 2006; 김효창, 2006; 박봉길, 2006; 장미희, 2005)인데 반해, 본 연구는 전국적인 규모의 표본을 이용한 시계열적인 최초연구이다. 앞에서 지적하였듯이, 우리나라 노인자살은 지속적으로 증가하고 있다. 이러한 상황에서 시기별로 자살생각의 연관요인을 살펴봄으로써 노인자살의 억제와 노인 정신건강증진에 기여하고자 한다.

## II. 이론적 고찰 및 기존 연구

노인자살은 심리학적인 시각과 사회학적인 시각으로 접근하고 있다. 전자는 개인이 처한 노년기의 인구·사회적 상황(배우자의 사망, 건강의 상실 등)이 우울과 스트레스를 유발하고, 이러한 정신적 불건강이 자살로 연결된다고 설명하고 있다(Osgood, et al., 1986). 후자는 개인주의 팽배 및 사회의 관계망 약화로 인해 자살이 증가한다는 사회통합이론과 사회적 상호작용의 교환이론을 제시하고 있다(Durkheim, 1951). 예를 들면, 퇴직과 소득저하로 인해 노인은 사회적 관계망이 약화되고, 이러한 관계망 약화는 가족 및 사회적 지지의 약화, 자존감 및 생활만족도 저하를 초래한다. 결국 사회적 관계망 약화가 자살로 이어진다고 설명하고 있다. 사회학적 관점에서 노인자살을 연구한 국내 논문은 다수 존재한다. 노인자살을 노인과 가족 및 사회와의 관계인 사회적지지의 관점에서 행한 연구들(김도환, 2001; 허준수, 2002; 손덕순, 2004)), 그리고 자아 존중감과의 관계에서 분석한 연구(서화정, 2005; 박봉길, 2006) 등이 있다.

심리학적 관점에서 자살을 연구한 논문은 성별, 나이, 정신적 또는 육체적 건강상태 등과 같은 주요 변수와 자살과의 관련성을 보이고 있다. 노인자살은 타 연령층(청소년)에 비해 자살시도의 횟수는 적지만 아주 계획적이며 죽음에 이르는 자살의 치명적인 특징을 나타낸다고 한다(김형수, 2006). 자살생각은 여성노인의 비율이 높지만 실제로 죽음에 이르는 자살은 남성노인에게서 높다고 한다. 이는 남자가 처한 환경적인 영향이 큰 것으로 본다(허준수, 2002; 이해자, 2003). 특히, 노년기는 배우자의 죽음, 직업 및 사회적 지위 상실, 소득의 감소, 건강의 악화 등으로 인해 정신건강학적인 측면이 매우 취약해져 있는 상태이다. 이는 노인으로 하여금 절망과 무기력을 불러오게 되고 결국에는 자살에 이르게 된다(김형수, 2000). 또한 흡연과 음주, 규칙적인 운동 등의 건강 행위적 요인은 노인의 육체적, 정신적 건강을 간접적으로 나타내어 주는 변수가 되어 금연, 절주, 규칙적인 운동을 할수록 자살생각의 비율이 상대적으로 낮게 나타난다. 의료이용의 경우 자살환자의 58%가 자살하기 1개월 전 1차 의료기관에 방문한다는 연구보고와 미국과 일본 등에서는 1차 진료의 교육을 통해 노인자살률이 1/3로 감소하는 결과를 보였다는 연구결과가 보고되었다(최형임, 2006). 이는 의료기관 역시 단순한 질병 치료가 아닌 노인의 정신건강적인 상담이 동반된 진료가 노인자살률을 감소시킬 수 있다는 것을 보여준다.

### Ⅲ. 연구방법 및 자료

본 연구는 1998년부터 3년 주기로 시행되는 전국규모의 건강 및 영양조사인 국민 건강영양조사 자료를 이용하였다. 그 중 제1기(1998년), 제2기(2001년), 제3기(2005년) 국민건강영양조사 대상자 중 65세 이상 노인인구만을 연구대상으로 하였다.

본 연구는 노인자살의 심리학적인 이론과 사회학적인 이론에 근거하여 노인인구의 인구경제적요인, 건강 및 건강관련 요인, 의료이용요인 등과 자살생각과의 연관성을 고찰하는 연구모형을 구축하였다. 본 연구는 먼저 단변량 분석으로서 65세 노인인구 중 “지난 1년간 죽고 싶다는 생각을 한 적”이 있는 군(자살 군)과 그러한 생각을 한 적이 없는 군(비자살군)으로 나누어 두 군 간의 차이를 인구적요인(연령, 성, 교육수준, 거주 지역, 배우자유무, 동거 가족 수), 경제적요인(소득, 직업유무), 건강요인(만성질환유무, 정신건강, 주관적 건강, 기능적 능력), 건강관련행위요인(음주, 흡연, 운동), 의료이용요인(외래방문, 병원입원) 등의 관점에서 고찰하였다. 각 요인별로 이용된 변수에 대한 설명은 <표 1>에 상세히 서술되어있다.

단변량분석에는 두 군 간의 평균값 차이 검정을 위해서는 t-검정을 그 외의 두 군 간의 동질성 검정을 위해서는 카이제곱-검정을 실시하였다. 최종적으로 노인의 자살생각에 미친 영향을 로지스틱회귀분석을 이용하여 아래와 같이 다변량분석을 실시하였다. 3개 연도 조사(1998년, 2001년, 2005년) 각각에 대하여 개별적인 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 로지스틱회귀분석에 이용된 독립변수는 단변량에서 이용된 개별적인 변수를 사용하였다.

자살생각여부 = F (인구적요인, 경제적요인, 건강요인, 건강관련행위요인, 의료이용요인)

### Ⅳ. 연구결과

#### 1. 일반적 특성

조사대상자 중 여성이 약 60%로서 남성보다 높은 비율을 보였다(표 2 참조). 평균 연령의 경우 1998년 71.8세, 2001년 72.2세, 그리고 2005년 72.0세로 큰 변화가 없었다. 교육 수준에 있어서 무학의 비율이 1998년 53.3%에서 2001년 45.4%, 2005년 34.9%로 점점 감소하여 교육수준은 대체적으로 증가하는 경향을 보임을 알 수 있었다. 배우자가 있는 노인인구의 비율은 다소 증가하였지만, 동거 가족 수는 1998년 2.87에서 2001년 2.84명, 2005년 2.40명으로 점점 감소하였다. 조사대상자들의 월 평균 가구소득은 1998년 77.8만원에서 2005년 125.0만원으로

표 1. 변수설명

변수	변수설명
자살생각	"지난 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있습니까?" 라는 질문에서 예, 아니요로 구분
연령	65~69세, 70~74세, 75~79세, 80세 이상으로 구분
성	남성과 여성으로 구분
교육	무학, 초등 졸, 중졸, 고졸, 대졸이상으로 구분
거주지	도시와 농촌으로 구분
배우자	배우자 유무에 따른 구분
동거가족	동거가족 수 1명, 2명, 3명, 4명이상으로 구분
소득	월평균 가구소득 50만원 이하, 51~100만원, 101~150만원, 151~200만원, 201만원 이상으로 구분
직업	직업유무에 따른 구분
고혈압	의사진단 고혈압 여부로 구분
당뇨	의사진단 당뇨 여부로 구분
뇌졸중	의사진단 뇌졸중 여부로 구분
암	의사진단 모든 암 여부로 구분
주관적 건강	주관적 건강을 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨으로 구분
스트레스	"평상시 생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 계십니까?" 라는 질문에서 대단히 많이 느낌, 많이 느낌, 조금느낌, 거의 느끼지 않음으로 구분
우울증	제1기(1998)와 제2기(2001): 전체질환의 한 항목으로 우울증을 표시 제3기(2005): "지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있습니까?" 라는 질문에서 예, 아니요로 구분
ADL	완전 독립(총점 15점 이상)과 부분도움 및 완전의존(총점 1~14점 이하)으로 구분
알코올	제1기(1998)와 제2기(2001): "평소에 술을 드십니까?" 란 질문에 자주 마신다, 가끔 마신다, 거의 안 마신다로 구분 제3기(2005): AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)를 사용하여 정상군(0-11점)과 비정상군(12점 이상)으로 구분
흡연	평생 100개비 이상 흡연한 자 중 현재 흡연을 하는 자를 현재흡연자로 나머지를 비흡연자로 구분
운동	제1기(1998)와 제2기(2001):규칙적인 운동여부로 구분 제3기(2005): 주 운동회수 5회 이상, 1~4회, 전혀하지 않음으로 구분
외래방문	지난 2주간 외래방문 경험유무로 구분
입원	지난 1년간 입원유무로 구분

60.6% 증가하였다. 직업의 유무에 있어서는 직업이 있는 노인인구의 비율이 1998년 36.8%에서 2001년 23.1%로 감소했다가 2005년 30.6%로 다소 증가하였다.

조사대상자들의 신체적 건강상태를 보면 만성질환(당뇨병, 고혈압, 뇌졸중)의 유병률이 점점 증가하고 있음을 알 수 있다. 특히, 고혈압의 경우 유병율이 1998년 19.8%에서 2005년 41.1%로 큰 폭으로 증가하였다. 스트레스를 받는 정도에 있어서 '많이 느낀다.' 또는 '대단히 많이 느낀다.'는 비율이 2005년 31.9%로 나타났다. 우울증의 경우 2005년 조사에서 전체 노

인인구의 22.5%가 우울하다고 응답하였다. 그러나 1998년과 2001년 조사에서 우울증이 각각 0.4%, 1%로 나타났는데, 이는 1998년과 2001년 조사에서는 전체질환의 한 항목으로 우울증을 조사하였기 때문에 별도 항목으로 우울증을 조사한 2005년 조사와의 설문조사방법론상의 차이에 기인한다. 주관적으로 판단한 건강상태의 경우 '나쁘다' 또는 '매우 나쁘다'의 응답률이 점점 높아지고 있음을 알 수 있다. 일상생활동작(ADL)으로 살펴본 기능적 능력의 경우 2005년 조사에서 완전자립은 82.7%, 부분도움 및 완전의존은 17.3%이었다. 음주의 경우 2005년 기준으로 전체 연구대상자 중 8.0%가 AUDIT(Alcohol Use Disorder Identification Test)의 비정상 음주자였으며, 흡연의 경우 연구 대상자 전체의 18.5%가 흡연을 하였다. 조사대상자들 중 조사시점으로부터 지난 2주간 외래를 방문한 비율은 1998년 46.3%에서 2005년 53.4%로 증가하였으며, 지난 1년간 병원입원을 한 비율은 1998년 8.4%에서 2005년 15.8%로 증가하였다.

표 2. 표본의 사회경제적 특성

(단위 :명,%)

구 분	계		
	2005년	2001년	1998년
	1,097(100.0)	978(100.0)	1,044(100.0)
성별			
남	428(39.0)	379(38.8)	411(39.4)
여	669(61.0)	599(61.2)	633(60.6)
연령(세)			
평균(표준편차)	72.0(6.0)	72.2(5.8)	71.8(5.6)
65~69	450(41.0)	397(40.6)	433(41.5)
70~74	330(30.1)	279(28.5)	325(31.1)
75~79	186(17.0)	184(18.8)	177(17.0)
80이상	131(11.9)	118(12.1)	109(10.4)
교육수준			
무학	383(34.9)	444(45.4)	556(53.3)
초등 졸	426(38.8)	288(29.4)	318(30.5)
중졸	105(9.6)	94(9.6)	69(6.6)
고졸	128(11.7)	100(10.2)	69(6.6)
대졸 이상	55(5.0)	52(5.3)	32(3.1)
거주지역			
동	655(59.7)	593(60.6)	422(40.4)
읍/면	442(40.3)	385(39.4)	622(59.6)
배우자			
유	613(55.9)	537(54.9)	555(53.2)
무	484(44.1)	441(45.1)	489(46.8)

구 분	계			
	2005년	2001년	1998년	
	1,097(100.0)	978(100.0)	1,044(100.0)	
동거 가족 수 평균(표준편차)	2.40(1.3)	2.84(1.6)	2.87(1.6)	
1명	241(22.0)	191(19.5)	179(17.1)	
2명	510(46.5)	372(38.0)	394(37.7)	
3명	174(15.9)	137(14.0)	178(17.0)	
4명이상	172(15.7)	278(28.4)	293(28.1)	
월 가구소득(만원) 평균(표준편차)	125.0(146.1)	99.6(99.1)	77.8(90.1)	
무소득	27(2.5)	103(10.5)	59(5.7)	
1~50만원	405(36.9)	349(35.7)	544(52.1)	
51~100만원	297(27.1)	218(22.3)	214(20.5)	
101~150만원	108(9.8)	106(10.8)	91(8.7)	
151~200만원	82(7.5)	100(10.2)	65(6.2)	
201만원 이상	178(16.2)	102(10.4)	71(6.8)	
직업				
유	336(30.6)	226(23.1)	384(36.8)	
무	761(69.4)	752(76.9)	660(63.2)	
신체적 건강				
압	예 아니오	40(3.6) 1,057(96.4)	17(1.7) 961(98.3)	6(0.6) 1,038(99.4)
당뇨병	예 아니오	156(14.2) 941(85.8)	118(12.1) 860(87.9)	92(8.8) 952(91.2)
고혈압	예 아니오	451(41.1) 646(58.9)	294(30.1) 684(69.9)	202(19.3) 842(80.7)
뇌졸중	예 아니오	65(5.9) 1,032(94.1)	49(5.0) 929(95.0)	45(4.3) 999(95.7)
정신적 건강				
스트레스	대단히 많이 느낌 많이 느낌 조금 느낌 거의 느끼지 않음	63(5.7) 287(26.2) 410(37.4) 337(30.7)	77(7.9) 211(21.6) 299(30.6) 391(40.0)	71(6.8) 271(26.0) 310(29.7) 392(37.5)
우울	예 아니오	247(22.5) 850(77.5)	4(0.4) 974(99.6)	10(1.0) 1,034(99.0)
주관적 건강				
매우나쁨	136(12.4)	99(10.1)	104(10.0)	
나쁨	459(41.8)	402(41.1)	350(33.5)	
보통	297(27.1)	296(30.3)	191(18.3)	
좋음	189(17.2)	166(17.0)	368(35.2)	
매우 좋음	16(1.5)	15(1.5)	31(3.0)	

구 분		계		
		2005년	2001년	1998년
		1,097(100.0)	978(100.0)	1,044(100.0)
기능적 능력				
ADL	완전자립	907(82.7)	-	-
	부분도움 및 완전의존	190(17.3)	-	-
LADL	완전자립	724(66.0)	-	-
	부분도움 및 완전의존	373(34.0)	-	-
알코올 중독(AUDIT)				
정상		1,009(92.0)	-	-
비정상		88(8.0)	-	-
알코올 중독				
자주 마신다		-	95(9.7)	147(14.1)
가끔 마신다		-	124(12.7)	135(12.9)
거의 마시지 않는다		-	759(77.6)	762(73.0)
흡연				
흡연군		203(18.5)	233(23.8)	322(30.8)
비흡연군		894(81.5)	745(76.2)	722(69.2)
운동				
주5회 이상		295(26.9)	-	-
주1회~주4회		121(11.0)	-	-
전혀 하지 않음		681(62.1)	-	-
운동				
예		-	219(22.4)	163(15.6)
아니오		-	759(77.6)	881(84.4)
운동				
이용		586(53.4)	442(45.2)	483(46.3)
비이용		511(46.6)	536(54.8)	561(53.7)
병원입원				
입원		173(15.8)	74(7.6)	88(8.4)
비입원		924(84.2)	904(92.4)	956(91.6)

## 2. 일반적 특성과 자살생각: 단변량분석

노인인구 중 자살생각을 경험한 비율은 2005년 30.5%, 2001년 26.2%, 1998년 33.6%이었다(표 3 참조). 성별에 따른 자살생각은 여성노인이 남성노인보다 통계적으로 유의하게 높음을 알 수 있었다. 조사대상자의 연령과 자살생각은 대체적으로 관련이 없는 것으로 나타났다. 교육 수준의 경우 학력이 낮을수록 자살생각이 높음을 알 수 있었다. 도시와 농촌 등 거주 지역에 따른 자살생각은 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 배우자 유무에 따른 자살생

각은 통계적으로 유의미한 차이를 보여 배우자가 없는 노인이 자살생각을 더 많이 경험한 것으로 나타났다. 동거 가족 수의 경우 1998년 조사를 제외하고 동거가족수와 자살생각은 통계적으로 연관성이 있음을 알 수 있었다. 2005년 조사를 제외하고는 월 평균 가구소득과 직업 유무 등 경제적 요인이 자살생각과 관련이 있는 것으로 나타났다.

<표 3>을 통해 건강수준과 자살생각과는 관련이 있음을 알 수 있다. 특히, 스트레스정도와 우울증 등 정신적 건강은 자살생각과 높은 연관성을 보여주었다. 2005년 조사에서 자살생각을 한 집단에서 50.1%가 우울증을 경험한 반면, 비자살집단에서는 10.4%만이 우울증을 경험하였다고 응답하였다. 그리고 여타 건강변수인 주관적 건강상태, 기능적 능력 등에서도 자살생각과 관련성이 있음을 알 수 있었다. 음주와 흡연에 따른 자살생각은 유의미한 차이를 보이지 못하였지만, 규칙적인 운동에 따른 자살생각의 경우 통계적으로 유의미한 차이를 보여 운동을 전혀 하지 않는 경우가 자살생각을 더 많이 경험한 것으로 나타났다. 외래방문 및 병원입원 등 의료이용의 경우 자살생각을 한 집단이 비자살집단에 비해 의료서비스를 더 많이 이용하였음을 보여준다.

표 3. 일반적 특성별 자살생각 여부

(단위 :명,%)

구 분	2005년			2001년			1998년		
	자살생각 여부		p값	자살생각 여부		p값	자살생각 여부		p값
	예 335(30.5)	아니오 762(69.5)		예 256(26.2)	아니오 722(73.8)		예 351(33.6)	아니오 693(66.4)	
성별									
남	103(30.7)	325(42.7)	**	75(29.3)	304(42.1)	**	105(29.9)	306(44.2)	**
여	232(69.3)	437(57.3)	**	181(70.7)	418(57.9)	**	246(70.1)	387(55.8)	**
연령(세)									
평균(s)	72.4(6.3)	71.9(5.9)		72.9(6.4)	71.9(5.6)	*	71.8(5.6)	71.8(5.7)	
65~69	126(37.6)	324(42.5)		97(37.9)	300(41.6)	**	138(39.3)	295(42.6)	
70~74	101(30.1)	229(30.1)		62(24.2)	217(30.1)	**	115(32.8)	210(30.3)	
75~79	66(19.7)	120(15.7)		52(20.3)	132(18.3)	**	61(17.4)	116(16.7)	
80이상	42(12.5)	89(11.7)		45(17.6)	73(10.1)	**	37(10.5)	72(10.4)	
교육수준									
무학	138(41.2)	245(32.2)	*	149(58.2)	295(40.9)	**	214(61.0)	342(49.4)	**
초등 졸	129(38.5)	297(39.0)	*	59(23.0)	229(31.7)	**	103(29.3)	215(31.0)	**
중졸	27(8.1)	78(10.2)	*	22(8.6)	72(10.0)	**	17(4.8)	52(7.5)	**
고졸	31(9.3)	97(12.7)	*	18(7.0)	82(11.4)	**	16(4.6)	53(7.6)	**
대졸이상	10(3.0)	45(5.9)	*	8(3.1)	44(6.1)	**	1(0.3)	31(4.5)	**
거주지역									
동	213(63.6)	442(58.0)		159(62.1)	434(60.1)		129(36.8)	293(42.3)	
읍/면	122(36.4)	320(42.0)		97(37.9)	288(39.9)		222(63.2)	400(57.7)	

구분	2005년			2001년			1998년		
	자살생각 여부		p값	자살생각 여부		p값	자살생각 여부		p값
	예 335(30.5)	아니오 762(69.5)		예 256(26.2)	아니오 722(73.8)		예 351(33.6)	아니오 693(66.4)	
배우자									
유	155(46.3)	458(60.1)	**	113(44.1)	424(58.7)	**	155(44.2)	400(57.7)	*
무	180(53.7)	304(39.9)	**	143(55.9)	298(41.3)	**	196(55.8)	293(42.3)	*
동거 가족 수									
평균(s)	2.38(1.3)	2.41(1.3)		2.90(1.7)	2.82(1.7)	**	2.75(1.6)	2.93(1.6)	
1명	89(26.6)	152(19.9)	*	60(23.4)	131(18.1)	**	71(20.2)	108(15.6)	
2명	134(40.0)	376(49.3)	*	74(28.9)	298(41.3)	**	132(37.6)	262(37.8)	
3명	56(16.7)	118(15.5)	*	45(17.6)	92(12.7)	**	54(15.4)	124(17.9)	
4명이상	56(16.7)	116(15.2)	*	77(30.1)	201(27.8)	**	94(26.8)	199(28.7)	
월 가구소득									
평균(s)	119.2(151.6)	127.5(143.6)		83.6(94.6)	105.3(100.1)	**	62.8(74.1)	85.5(96.3)	**
무소득	10(3.0)	17(2.2)		34(13.3)	69(9.6)	*	25(7.1)	34(4.9)	**
1~50만원	140(41.8)	265(34.8)		109(42.6)	240(33.2)	*	214(61.0)	330(47.6)	**
51~100만원	81(24.2)	216(28.3)		51(19.9)	167(23.1)	*	54(15.4)	160(23.1)	**
101~150만원	31(9.3)	77(10.1)		21(8.2)	85(11.8)	*	20(5.7)	71(10.2)	**
151~200만원	27(8.1)	55(7.2)		20(7.8)	80(11.1)	*	19(5.4)	46(6.6)	**
201만원이상	46(13.7)	132(17.3)		21(8.2)	81(11.2)	*	19(5.4)	52(7.5)	**
직업의 유무									
직업 유	88(26.3)	248(32.5)	*	43(16.8)	183(25.3)	**	112(31.9)	272(39.2)	*
직업 무	247(73.7)	514(67.5)	*	213(83.2)	539(74.7)	**	239(68.1)	421(60.8)	*
신체적 건강									
암	예	15(4.5)	25(3.3)		8(3.1)	9(1.2)	*	1(0.3)	5(0.7)
	아니오	320(95.5)	737(96.7)		248(96.9)	713(98.8)	*	350(99.7)	688(99.3)
당뇨병	예	55(16.4)	101(13.3)		32(12.5)	86(11.9)		34(9.7)	58(8.4)
	아니오	280(83.6)	661(86.7)		224(87.5)	636(88.1)		317(90.3)	635(91.6)
고혈압	예	151(45.1)	300(39.4)		89(34.8)	205(28.4)		70(19.9)	132(19.0)
	아니오	184(54.9)	462(60.6)		167(65.2)	517(71.6)		281(80.1)	561(81.0)
뇌졸중	예	28(8.4)	37(4.9)	*	20(7.8)	29(4.0)	*	29(8.3)	16(2.3)
	아니오	307(91.6)	725(95.1)	*	236(92.2)	693(96.0)	*	322(91.7)	677(97.7)
정신적 건강									
스트레스	매단히 많이 느낌	42(12.5)	21(2.8)	**	47(18.4)	30(4.2)	**	41(11.7)	30(4.3)
	많이 느낌	160(47.8)	127(16.7)	**	92(35.9)	119(16.5)	**	139(39.6)	132(19.0)
	조금 느낌	97(29.0)	313(41.1)	**	69(27.0)	230(31.9)	**	97(27.6)	213(30.7)
	거의 느끼지 않음	36(10.7)	301(39.5)	**	48(18.8)	343(47.5)	**	74(21.1)	318(45.9)
우울	예	168(50.1)	79(10.4)	**	1(0.4)	3(0.4)		8(2.3)	2(0.3)
	아니오	167(49.9)	683(89.6)	**	255(99.6)	719(99.6)		343(97.7)	691(99.7)

구분	2005년			2001년			1998년		
	자살생각 여부		p값	자살생각 여부		p값	자살생각 여부		p값
	예 335(30.5)	아니오 762(69.5)		예 256(26.2)	아니오 722(73.8)		예 351(33.6)	아니오 693(66.4)	
주관적 건강									
매우나쁨	74(22.1)	62(8.1)	**	46(18.0)	53(7.3)	**	63(17.9)	41(5.9)	**
나쁨	164(49.0)	295(38.7)	**	137(53.5)	265(36.7)	**	137(39.0)	213(30.7)	**
보통	59(17.6)	238(31.2)	**	49(19.1)	247(34.2)	**	55(15.7)	136(19.6)	**
좋음	33(9.9)	156(20.5)	**	22(8.6)	144(19.9)	**	90(25.6)	278(40.1)	**
매우 좋음	5(1.5)	11(1.4)	**	2(0.8)	13(1.8)	**	6(1.7)	25(3.6)	**
기능적 능력									
ADL	완전자립	245(73.1)	662(86.9)	**	-	-	-	-	-
	부분도움 및완전의존	90(26.9)	100(13.1)	**	-	-	-	-	-
IADL	완전자립	184(54.9)	540(70.9)	**	-	-	-	-	-
	부분도움 및완전의존	151(45.1)	222(29.1)	**	-	-	-	-	-
음주(AUDIT)									
정상 군	311(92.8)	698(91.6)		-	-	-	-	-	-
비정상 군	24(7.2)	64(8.4)		-	-	-	-	-	-
알코올 의존									
자주 마신다	-	-	-	15(5.9)	80(11.1)		40(11.4)	107(15.4)	
가끔 마신다	-	-	-	31(12.1)	93(12.9)		44(12.5)	91(13.1)	
거의 않마심	-	-	-	210(82.0)	549(76.0)		267(76.1)	495(71.4)	
흡연									
흡연 군	70(20.9)	133(17.5)		62(24.2)	171(23.7)		99(28.2)	223(32.2)	
비 흡연 군	265(79.1)	629(82.5)		194(75.8)	551(76.3)		252(71.8)	470(67.8)	
운동									
주5회 이상	64(19.1)	231(30.3)	**	-	-		-	-	
주1회~주4회	24(7.2)	97(12.7)	**	-	-	-	-	-	-
전혀하지않음	247(73.7)	434(57.0)	**	-	-		-	-	
운동									
예	-	-	-	43(16.8)	176(24.4)	*	40(11.4)	123(17.7)	**
아니오	-	-	-	213(83.2)	546(75.6)	*	311(88.6)	570(82.3)	**
외래방문									
이용	196(58.5)	390(51.2)	*	140(54.7)	302(41.8)	**	183(52.1)	300(43.3)	**
비이용	139(41.5)	372(48.8)	*	116(45.3)	420(58.2)	**	168(47.9)	393(56.7)	**
병원입원									
입원	66(19.7)	107(14.0)	*	31(12.1)	43(6.0)	**	40(11.4)	48(6.9)	*
비 입원	269(80.3)	655(86.0)	*	225(87.9)	679(94.0)	**	311(88.6)	645(93.1)	*

\*: p<0.05, \*\*: p<0.01

### 3. 일반적 특성과 자살생각: 다변량 로지스틱회귀분석

<표 4>에 의하면 남성보다 여성이, 나이가 많을수록, 교육수준이 낮을수록 자살생각을 더 많이 하지만, 대부분의 결과에서 통계적으로는 유의하지 않았다. 다만, 2001년 결과에서 80세 이상 노인이 69세 이하 노인보다 자살생각을 114% 더 많이 하는 것으로 나타났다. 교육의 경우, 1998년 결과에서 대졸이상의 노인이 무학의 노인보다 자살생각을 통계적으로 유의하게 35% 적게 하는 것으로 나타났다.

배우자유무와 자살생각의 경우, 2001년과 1998년 결과에서 배우자가 있는 노인이 배우자가 없는 노인보다 자살생각을 약 40% 적게 하는 것으로 나타났다. 월평균 가구소득이 높을수록 자살생각은 덜 하지만, 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 4>를 통해 단변량분석과 마찬가지로 다변량분석에서도 스트레스와 우울증 등 정신적 건강이 자살생각과 큰 연관성이 있음을 알 수 있다. 스트레스를 거의 느끼지 않는다고 응답한 노인이 스트레스를 대단히 많이 느낀다고 응답한 노인보다 자살생각을 최대 90%(2001년)에서 최소 78%(1998년) 적게 하는 것으로 나타났다. 우울증이 있는 노인이 우울증이 없는 노인에 비해 약 5배(2005년)에서 약 21배(1998년)까지 자살생각을 많이 하는 것을 알 수 있다. 또한 주관적으로 판단한 건강상태가 좋을수록 자살생각을 덜 하는 것을 알 수 있다. 알코올 섭취여부는 자살생각과 관련이 없었지만, 흡연과 운동은 자살생각과 유의한 연관성이 보였다. 흡연을 하는 노인이 하지 않는 노인에 비해 자살생각을 68.9%(2005년) 더 많이 하며 운동을 전혀 하지 않는 노인이 주 5회 이상 운동을 하는 노인에 비해 자살생각을 64.5% 더 많이 하는 것으로 나타났다. 의료이용과 자살생각은 양의 연관성이 있으며, 특히 2001년 결과에서는 병원입원을 한 적이 있는 노인이 입원을 한 적이 없는 노인에 비해 95.8% 더 많이 자살생각을 하였음을 보여주었다.

본 연구의 로지스틱회귀분석에서는 다양한 독립변수를 포함시켰다. 포함된 다양한 독립변수는 회귀모형을 설명력을 높여주지만, 한편으로 변수 간 상관성을 유발함으로써 인해 회귀계수 값 추정에 있어 편의(Bias)를 발생시킨다. 본 연구에서는 이러한 독립변수간의 다중공선성을 진단하기 위해 분산팽창계수(VIF: Variance Inflation Factor)값을 구하였다. 일반적으로 VIF가 10이상이면 다중공선성이 존재한다고 판단한다. 본 연구에서 실시된 3개 로지스틱회귀모델의 VIF 값은 2005년 최소 1.035 최대 2.478, 2001년 최소 1.031 최대 2.214, 1998년 최소 1.035 최대 2.271이었으며, 이에 본 연구에 회귀 변수 간에 다중공선성은 존재하지 않는다고 판단된다.

표 4. 로지스틱 회귀분석

독립변수	Odds ratio(95% 신뢰구간)		
	2005년	2001년	1998년
성별			
남	0.771(0.486-1.222)	1.315(0.811-2.132)	1.188(0.768-1.840)
여	1.000	1.000	1.000
연령			
65~69세	1.000	1.000	1.000
70~74세	1.133(0.762-1.686)	0.721(0.472-1.103)	0.929(0.651-1.325)
75~79세	1.265(0.778-2.056)	0.999(0.615-1.622)	1.037(0.666-1.617)
80세 이상	1.551(0.852-2.824)	2.144**(1.203-3.822)	0.988(0.565-1.727)
교육수준			
무학	1.000	1.000	1.000
초등 졸	0.827(0.561-1.217)	0.729(0.474-1.120)	0.981(0.689-1.395)
중졸	0.868(0.454-1.661)	1.209(0.631-2.315)	0.826(0.419-1.627)
고졸	0.714(0.381-1.336)	1.115(0.559-2.223)	0.679(0.327-1.409)
대졸 이상	0.514(0.193-1.369)	1.246(0.447-3.475)	0.065**(0.008-0.519)
배우자			
유	0.743(0.458-1.206)	0.574*(0.356-0.925)	0.600*(0.395-0.913)
무	1.000	1.000	1.000
동거 가족 수			
1명	1.000	1.000	1.000
2명	0.806 (0.457-1.421)	1.090 (0.621-1.913)	1.551(0.949-2.538)
3명	1.011 (0.519-1.973)	1.858 (0.954-3.621)	1.271(0.732-2.207)
4명 이상	1.168 (0.572-2.385)	1.643 (0.862-3.132)	1.429(0.819-2.494)
월 평균 가구 소득			
무소득	1.000	1.000	1.000
1~50만원	0.677(0.234-1.953)	1.177(0.649-2.135)	1.025(0.545-1.927)
51~100만원	0.630(0.218-1.826)	0.648(0.350-1.202)	0.517(0.259-1.033)
101~150만원	0.715(0.228-2.237)	0.553(0.265-1.155)	0.457(0.200-1.045)
151~200만원	0.784(0.240-2.561)	0.516(0.241-1.106)	0.665(0.281-1.570)
201만원이상	0.697(0.223-2.180)	0.603(0.281-1.291)	0.488(0.201-1.183)
직업			
유	1.090(0.742-1.603)	0.742(0.474-1.162)	0.837(0.592-1.184)
무	1.000	1.000	1.000
신체적 건강(의사진단)			
암			
예	1.249(0.553-2.821)	1.462(0.464-4.605)	0.582(0.060-5.689)
아니오	1.000	1.000	1.000
당뇨병			
예	0.969(0.611-1.537)	1.248(0.755-2.063)	1.099(0.658-1.835)
아니오	1.000	1.000	1.000
고혈압			
예	1.176(0.840-1.646)	1.137(0.782-1.653)	0.769(0.524-1.130)
아니오	1.000	1.000	1.000

독립변수		Odds ratio(95% 신뢰구간)		
		2005년	2001년	1998년
뇌졸중	예	1.379(0.736-2.585)	1.256(0.631-2.501)	3.278**(1.547-6.944)
	아니오	1.000	1.000	1.000
스트레스				
대단히 많이 느낌		1.000	1.000	1.000
많이 느낌		0.883(0.451-1.730)	0.564(0.314-1.013)	0.844(0.469-1.519)
조금 느낌		0.336**(0.171-0.660)	0.236**(0.131-0.427)	0.447**(0.246-0.811)
거의 느끼지 않음		0.128**(0.061-0.271)	0.098**(0.053-0.183)	0.223**(0.122-0.409)
우울				
유		5.186**(3.576-7.522)	0.648(0.063-6.717)	21.076**(2.704-164.288)
무		1.000	1.000	1.000
주관적 건강				
매우 나쁨		1.000	1.000	1.000
나쁨		0.753(0.459-1.236)	0.979(0.584-1.641)	0.712(0.426-1.188)
보통		0.450**(0.256-0.791)	0.464*(0.257-0.839)	0.632(0.353-1.129)
좋음		0.474*(0.248-0.903)	0.442*(0.217-0.901)	0.523*(0.304-0.898)
매우 좋음		0.953(0.270-3.361)	0.949(0.182-4.955)	0.347(0.114-1.061)
ADL(일상생활동작)				
완전 자립		1.000	-	-
부분 도움 및 완전의존		1.257(0.818-1.933)	-	-
AUDIT				
정상 군		1.000	-	-
비정상군		1.193(0.629-2.263)	-	-
알코올 중독				
자주 마신다		-	1.000	1.000
가끔 마신다		-	1.446(0.663-3.155)	1.205(0.672-2.160)
거의 마시지 않는다		-	1.197(0.606-2.363)	0.919(0.568-1.487)
흡연				
유		1.689*(1.091-2.616)	1.266(0.834-1.923)	0.904(0.635-1.287)
무		1.000	1.000	1.000
운동				
주5회 이상		1.000	-	-
주1회~4회		0.907(0.487-1.689)	-	-
전혀 하지 않음		1.645*(1.104-2.452)	-	-
운동				
유		-	0.960(0.603-1.528)	0.789(0.497-1.253)
무		-	1.000	1.000
외래방문				
유		1.262(0.905-1.759)	1.209(0.853-1.715)	1.060(0.784-1.433)
무		1.000	1.000	1.000
병원입원				
유		1.089(0.711-1.668)	1.958*(1.091-3.513)	1.480(0.891-2.458)
무		1.000	1.000	1.000

독립변수	Odds ratio(95% 신뢰구간)		
	2005년	2001년	1998년
표본수	1097	978	1044
LR Chi square	12.728**	6.924**	5.715**
Pseudo R2	0.308	0.209	0.170

\*: p<0.05, \*\*: p<0.01

## V. 토론 및 결론

본 연구의 단변량 분석결과에 따르면 여성노인이 남성노인보다 자살생각을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 그러나 사회·경제적요인과 건강요인 등을 통제한 다변량 분석에서는 남녀 간 자살생각의 차이는 없었다. 조사시점에 상관없이 3개 연도 조사 모두에서 일치된 결과를 보였다. 이러한 결과는 남녀 간의 자살생각의 차이가 고유의 성적차이라기 보다는 남녀가 처한 제반 환경적 요인에 기인한다는 것을 암시한다. 이혜자(2003)의 연구 또한 여성노인이 남성노인보다 적은 교육의 기회, 낮은 취업률, 빠른 퇴직의 특성, 높은 만성질환 유병률 즉, 사회·경제적인 지위와 신체 및 정신건강의 측면에 있어 열악한 상황에 놓여 있어 여성노인이 자살 생각이 더 높다고 지적하였다.

본 연구 결과는 연령과 자살생각과는 대체적으로 연관성이 없는 것을 나타냈다. 국내 선행 연구에서도 연령이 자살생각에 미치는 효과에 대해서는 보고 된 바가 거의 없었고, 다만, 자살생각에 이르는 매개변수의 하나인 우울과 연령과는 연관성이 있음을 보였다(박봉길, 2006; 장미희, 2005; 이혜자, 2003; 허준수, 2002). 반면, 외국 연구결과에 따르면, 대체적으로 75세 이상 노인에게서 더 높은 자살률을 보이고 있지만, 자살생각과 연령과의 연관성을 보이지 않고 있다(Szanto K, et al., 2002; Coren S, et al., 1999). 노인의 자살생각이 주거지역의 차이(도시와 농촌)에 따른 주거환경에 의해 영향을 많이 받을 것으로 예상하였지만, 본 연구에서는 통계적으로 유의미한 결과를 보여주지 못하였다. 기존연구에서 자살생각에 대한 도시 노인과 농촌 노인의 비교 연구는 거의 없으며 다만 주거형태와 우울증과의 관계에 대한 연구결과만이 보고되었다(구성수, 1995).

본 연구에서 배우자가 없는 노인일수록 자살생각이 높게 나타났는데 이는 대부분의 선행 연구와 일치한 결과이다(엄태완, 2007; 박봉길, 2006; 장미희, 2005; 김형수, 2002). 외국의 선행연구도 사별과 이혼 등으로 인한 사회적 고립은 자살생각의 중요한 원인인 반면, 활발한 인간관계와 사회적지지 등은 사회적으로 고립된 노인의 자살생각을 억제하는 요인임을 보여

주었다(Szanto K, et al., 2002; Cattell H, 1998). 본 연구의 단변량분석과 다변량분석 모두에서 배우자유무가 자살생각에 유의한 영향을 미쳤는데, 이는 노인의 정신건강에 육체적 건강상태 등 다른 주요 요인과 마찬가지로 배우자가 주요한 결정요인임을 말해준다. 그러나 본 연구에서 동거가족수와 자살생각과는 연관성이 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 노인의 정신건강에는 단순한 동거보다는 친밀한 인간관계가 더욱 중요하다는 것을 말해준다. 기존 연구에서도 동거가족수와 자살생각과는 유의한 관계를 보이지 못하였다(이은경, 2007; 박순천, 2005).

소득과 자살생각은 단변량분석에서는 연관성을 보였으나, 다변량분석에서는 연관성을 보이지 않았다. 이는 소득과 자살생각과의 연관성을 보고한 기존연구와 다소 상반된 결과였다(김현순, 2007; 엄태완, 2007; 장미희, 2005; 김형수, 2002). 이러한 결과는 월 평균가구 소득이 노인의 경제상태를 정확히 대변하지 못하는 것에 기인한다고 볼 수 있다. 일반적으로 노인인구는 은퇴 이후 일정한 근로소득이 없기 때문에 가구월평균소득 대신 가구 총자산 등이 노인의 경제 상태를 더 잘 보여준다고 하겠다. 만약, 가구 총 자산을 이용하여 경제 상태와 자살생각과의 관계를 보면 본 연구와는 다른 결과가 예상된다.

본 연구는 건강과 자살생각은 연관성이 있음을 보여주었다. 특히, 스트레스와 우울증 등 정신적 질환은 자살생각과 매우 높은 연관성을 보였는데, 이는 기존 연구결과와 일치하였다(김현순, 2007; 김형수, 2006; 김효창, 2006; 박봉길, 2006; 장미희, 2005; 이혜자, 2003; 허준수, 2002; 김형수, 2002; 김도환, 2001). 또한 Szanto 외(2002)의 연구에 따르면, 절망감과 불안감 등은 자살생각에 영향을 미치며 자살자의 약 76%가 우울증 등 정신적 질환이 있다고 하였다. Cattell(1998)의 연구에 따르면, 75세 이상 노인자살자 중 우울증을 앓고 있는 비율이 57%인데 반해, 젊은 연령층(21~34세)에서는 그 비율이 단지 4%였다. 건강관련 행위요인의 측면에서 흡연과 음주는 자살생각과 관련성이 없지만, 운동은 자살생각과 높은 연관성을 보였다. 외국의 연구결과(Szanto K, et al., 2002)에서는 흡연과 음주가 자살생각과는 연관성을 보인다고 하였으나 국내에서는 유사한 결과를 보고한 선행연구가 거의 없다.

의료이용과 자살생각은 단변량분석에서는 유의한 차이를 보였지만, 노인의 건강상태 등을 통제할 경우 다변량분석에서는 유의한 차이가 없었다. 이는 단변량 분석에서 나타난 노인의 자살생각과의 의료이용과의 연관성은 조사대상자의 건강요인 등 다양한 변수 등이 혼란변수로서 작용한 결과로 여겨진다. 즉, 자살군의 건강상태가 비자살군보다 일반적으로 좋지 않으므로 이러한 나쁜 건강상태는 자살생각과 의료이용을 동시에 증가시키고, 이는 자살생각과의 의료이용이 상호 관련성이 높은 것으로 보이게 한다.

자살생각의 결정요인들을 시계열적으로 살펴보면, 자살생각과 관련성이 유의하게 높았던

변수인 정신건강(스트레스, 우울증)과 육체건강(주관적 건강), 배우자 유무 등은 조사시점과는 상관없이 시계열적으로 일치된 결과를 보였다. 그러나 시계열적으로 일정한 경향성은 찾을 수 없었다. 그리고 그 외 자살생각과 관련성을 보이지 않은 변수들도 3개년도 모두에서 비슷한 결과를 보였다. 흡연, 알코올, 운동 등은 조사방법이 일치하지 않아 시계열적인 비교가 용이하지 않았다.

본 연구의 한계는 먼저 가족 및 사회적 지지변수가 연구모델에 충분히 포함되지 못한 점이다. 가족의 지지변수의 경우, 대리변수로 배우자의 유무와 동거가족수를 연구모델에 포함하였지만, 사회적 지지를 나타내는 변수는 본 연구에 포함하지 못하였다. 이러한 이유로 본 연구결과를 사회적 지지를 포함한 사회학적인 관점으로 일반화함에 있어 각별한 주의가 요구된다. 두 번째 한계로는 노인자살요인의 시계열적인 추이를 파악하지 못한 점이다. 본 연구가 세 번의 국민건강영양조사(1998년, 2001년, 2005년) 자료를 분석하였지만, 연구대상자가 매 조사마다 일정하지 않기 때문에 시계열적인 추이를 파악하는데 제한점을 가지고 있다고 하겠다. 또한 주요 변수(우울증변수 등)에 대한 조사방법이 연도별로 상이한 점이 시계열적인 분석을 어렵게 하였다. 보다 신뢰성 있는 시계열적인 분석을 위해서는 동일 연구대상자를 추적하는 코호트연구와 조사방법의 일관성이 필요하다고 하겠다. 네 번째 한계로는 회상오차(recall bias)의 발생가능성이다. 주요변수인 자살생각과 우울증 여부는 연구대상자의 1년간의 기억에 의존하고 있다. 더욱이 연구대상자가 65세 고령자임을 감안할 때 이러한 오차가능성은 더욱 높다고 하겠다. 다섯째 본 연구에서 제시하고 있는 제반 독립변수와 종속변수인 자살생각과의 관계는 원인관계(causal effects)로 해석하기 보다는 상관관계(associations)로 해석해야 한다. 이는 횡단면자료의 한계와 특정 변수가 가지는 잠재적인 내생성(endogeneity)등에 기인한다. 마지막 제한점으로 자살생각과 실제자살과는 완전히 일치하지 않을 수 있다는 점이다. 예를 들면, 자살생각은 일반적으로 여성이 많이 하지만(이혜자, 2003), 실제 자살은 남자가 더 많이 한다는 점(이은경, 2007)이다. 이러한 이유로 우리의 연구결과를 실제 정책으로 연결하는데 있어 신중을 기하여야 할 것이다.

본 연구는 전체 노인인구를 연구대상으로 한 최초의 다년간 연구이다. 기존에는 소규모 표본만을 대상으로 하거나, 일정한 시점을 대상으로 한 단년 연구가 대부분이었다. 또한 본 연구는 연구대상자의 인구·경제적 특성 외에도 건강수준 및 건강관련행태 그리고 의료이용에 대한 변수 등 심리학적 측면에서 고려할 수 있는 다양한 예측변수를 포함하였다.

본 연구는 배우자유무, 육체적 건강수준, 우울증 및 스트레스 정도가 노인의 자살생각에 주요 예측인자임을 보였다. 먼저 배우자를 통한 가족적지지가 노인자살과 밀접한 연관성이 있음을 보였는데, 이는 노인자살을 예방하기 위해서는 무엇보다도 가족을 통한 심리적 지지가

반의 확충이 무엇보다도 중요함을 의미한다. 또한 본 연구는 육체적 건강이 노인자살과 밀접한 연관성이 있음을 보였다. 이는 노인자살을 예방하기 위해서는 노인의 육체적 건강증진에 정책적인 노력이 필요함을 의미한다. 마지막으로 우울증이 자살생각의 가장 큰 예측요인임을 감안할 때, 노인자살을 예방하기 위해서는 우울증 환자의 조기발견과 치료에 정책적 우선과제를 두어야 할 것이다. 예를 들면 우울증 환자를 대상으로 한 자살예방교육 등 고위험군에 대한 선별적인 보건교육이 필요하다.

한삼성은 대구한의대학교 보건대학원에 재학 중이다. 주요관심분야는 노인의 정신보건, 건강증진 등이며 현재 노인자살, 청소년자살 등을 연구 중이다(E-mail: lovesamsung@note.com).

강성욱은 City Univ. of New York에서 경제학 박사학위를 받았으며, 현재 대구한의대 보건학부에서 교수로 재직 중이다. 주요관심분야는 보건경제, 보건정책이며, 현재 민간의료보험, 건강검진 등을 연구하고 있다(E-mail: health@dhu.ac.kr).

유왕근은 서울대학교 보건대학원에서 박사학위를 받았으며, 현재 대구한의대 보건학부에서 교수로 재직 중이다. 주요관심분야는 보건정책 및 보건교육이며, 현재 국민건강보험, 건강증진, 정신보건등을 연구 중이다(E-mail: wkyoo@dhu.ac.kr).

피영규는 가톨릭대학교 의과대학에서 박사학위를 받았으며, 현재 대구한의대 보건학부에서 교수로 재직 중이다. 주요관심분야는 산업보건정책 및 보건교육이며, 현재 석면과 건강, 사업장의 정신건강등을 연구 중이다(E-mail: yphee@dhu.ac.kr).

## 참고문헌

- 구성수(1995). 노인의 우울증에 대한 인구사회학적 특성. **가정의학회지**, 172, pp.575~584
- 김도환(2001). 도시 노인의 가족지지와 정신건강과의 관계연구. **한국노인복지학회, 봄호** (2001), pp.171~193
- 김미혜, 이금룡, 정순돌(2000). 노년기 우울증 원인에 대한 경로분석. **한국노년학**, 20(3), pp.211~226
- 김형수(2000). 노인과 자살. **노인복지연구, 겨울호**(2000), pp.25~45
- 김형수(2002). 한국노인의 자살생각과 관련요인 연구. **한국노년학**, 22(1), pp.159~172
- 김형수(2006). 생애주기별 자살현황과 예방대책. **한국노인복지학회**, 34, pp.271~292
- 김현순, 김병석(2007). 노인의 자살생각에 대한 경로분석. **한국심리학회지**, 19(3), pp.801~818
- 김효창(2006). 노인 자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. **한국심리학회지**, 12(2), pp.1~19
- 박봉길, 전석균(2006). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 우울증을 매개로 한 관련요인 연구. **정신보건과 사회사업**, 22, pp.58~90
- 박지영(2007). 노인자살 생존자의 자살경험에 관한 연구. **정신보건과 사회사업**, 27, pp.295~330
- 보건복지가족부(2008). **질병관리본부 통계자료**. 서울: 보건복지가족부
- 보건복지가족부(2008). **응급실 손상환자 표본심층조사**. 서울: 보건복지가족부
- 서화정(2005). **노인자살 예방을 위한 사회사업 개입전략**. 박사학위논문, 사회복지학과, 부산대학교, 부산.
- 손덕순(2005). 노인 정신건강에 영향을 미치는 생태체계 요인에 관한 연구. **노인복지연구**, 3(1), pp.81~205
- 엄태원(2007). 노인 자살관련 요인: 무망감과 우울증이 자살생각에 미치는 영향에 대한 사회적 지지와 자아통제감의 효과를 중심으로. **한국사회복지학**, 59(2), pp.355~379
- 이은경(2007). 노인 자살에 대한 성차 비교연구. **여성건강**, 8(1), pp.127~144
- 이혜자, 성명옥, 신윤아(2003). 대도시 여성노인의 정신건강과 사회 인구학적 관련변인. **한국노인복지학회**, 22, pp.127~150

- 장미희, 김윤희(2005). 노인의 스트레스, 우울 및 자살생각간의 관계. *정신간호학회지*, 14(1), pp.33~42
- 최형임(2006). 노인의 자살생각에 영향을 주는 변인고찰. *사회복지개발연구*, 12(3), pp.273~298
- 최혜경(2001). 부양형태에 따른 신체취약 노인들의 정신건강. *대한가정학회지*, 39(1), pp.81~90
- 통계청(2005). *인구주택 총 조사*. 대전: 통계청
- 통계청(2008). *장래인구추계*. 대전: 통계청
- 허준수(2002). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *정신보건과 사회사업*, 13, pp.7~35
- Cattell, H. (1998). The healthier nation and the suicidal elderly. *Aging and Mental Health*, 2(4), pp.259~261
- Coren, S., et al. (1999). Sex differences in elderly suicide rates: some predictive factors. *Aging and Mental Health*, 3(2), pp.112~118
- Durkheim, E. (1950). *Suicide: a study in sociology*. New York: Free Press.
- OECD(2004). *OECD Health Data*. France: Paris
- Osgood, N., et al. (1986). *Suicide and the elderly*. Greenwood Press.
- Szanto, K., et al. (2002). Identification of Suicidal Ideation and Prevention of Suicidal Behaviour in the Elderly. *Drugs Aging and Therapy in Practice*, 19(1), pp.11~24

# A Study of the Determinants of Suicidal Ideation among the Elderly in Korea

**Samsung Han**

(Daegu Haany University)

**Wangkeun Yoo**

(Daegu Haany University)

**Sungwook Kang**

(Daegu Haany University)

**Young Gyu Phee**

(Daegu Haany University)

---

This study examined the determinants of suicidal ideation among the elderly in Korea. The subjects were national random samples who were 65 years or older from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey in 1998, 2001, and 2005. Three Logit models were used to examine the determinants of suicidal ideation in terms of demographic characteristics, socioeconomic characteristics, health status, health-related behaviors, and healthcare utilization.

The proportion of the elderly who had suicidal ideation within previous 1 year was 30.5% in 2005, and 26.2% in 2001, and 33.6% in 1998. The elderly who assessed themselves as healthier were less likely to have suicidal ideation than the elderly who did not, and the elderly with a spouse were less likely to have suicidal ideation than the elderly without a spouse. Those who suffered from hypochondria or stress were more likely to have suicidal ideation than their counterparts.

This study suggests that government or policy makers should turn their attention to improving the physical health of the elderly and to preventing hypochondria or stress of the elderly in order to decrease their suicide rate.

---

**Keywords:** Old-age Support, Source of Support, Individual Responsibility, Self-Support



2009년 제29권 1호

## 보건사회연구

HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

---

인쇄일 | 2009년 6월 26일

발행일 | 2009년 6월 30일

발행인 | 김용하

발행처 | 한국보건사회연구원

122-705 서울시 은평구 진흥로 268

전화 | 02-380-8000

홈페이지 | <http://www.kihasa.re.kr>

제작 | 예원기획

# HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

- Kwon, Hyuk-jin** The Problem of Poverty Evaluation of Heterogenous Households Based on SPD (Sequential Poverty Dominance)
- Jinyoung Hwang** SocioEconomic and Political Effects on Social Protection Expenditures : Empirical Evidence from OECD Countries
- In-Young Jung** Explaining the Development and Adoption of Social Policy in Korea: The Case of the National Basic Livelihood Security Act
- Um, Ki-Wook** A Study of Social Welfare Rights for Permanent Resident in Japan
- Sin, Yeong-jeon | Son, Jeong-in** The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Need : Using the 1st and 2nd Korea Welfare Panel Data
- Shin, Hosung | Chung, Kee Hey | Yun, Simon | Lee, Suehyung** Climate Change, Food-borne Disease Prediction, and Future Impact
- Seok, Jae Eun** The Differences and Determinants in the Perception on Old-Age Support across Generations in Korea
- Samsung Han | Sungwook Kang | Wangkeun Yoo | Young Gyu Phee** A Study of the Determinants of Suicidal Ideation among the Elderly in Korea
- YunKyung Lee** Factors of Long Term Care Service Use by the Elderly
- Kyunjick, Lee** The Effect of a Market Orientation on the Performance of the Long-Term Care Facilities