

노인의 계층인식이 자살충동에 미치는 영향과 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개효과

남 석 인

(연세대학교)

김 성 준

(연세대학교)

이 희 정*

(연세대학교)

김 보 경

(연세대학교)

한국에서의 노인 자살은 심각한 사회문제이며, 노인 자살의 대표적인 원인은 경제적 위기와 건강문제이다. 본 연구는 한국 노인의 주관적 계층인식이 자살충동에 미치는 영향을 파악하고, 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개효과를 검증하고자 한다. 2012년 한국의료패널 조사대상자 중 주관적 계층인식, 스트레스, 주관적 건강인식과 자살충동 문항에 응답한 65세 이상의 노인 1916명의 자료를 분석에 활용하였다. 이중매개효과를 검증하기 위하여 SPSS를 위한 매크로 프로세스 2.13을 사용하여 분석하였다. 참여자의 스트레스 수준이 높을수록 주관적 건강인식이 나쁠수록 자살 충동의 가능성이 높아졌다. 주관적 계층인식은 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개 경로를 거쳐 자살 충동에 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 주관적 계층인식이 자살충동에 직접적인 효과는 나타내지 않았다. 본 연구는 연구결과에 기반하여 한국 노인의 자살충동이 갖는 심각성과 이를 줄이기 위한 정책적, 실천적 개입방안을 제시하고자 한다. 연구모형이 제시한 경로의 발생지점으로 분석된 노인의 계층인식과 이중매개의 각 단계별 경로에 위치한 스트레스와 주관적 건강인식에 대한 개입방안을 찾는 것은 궁극적으로 노인의 자살충동에 이르는 부정적 영향을 차단함으로써 가장 심각한 문제를 예방하는 의미를 갖게 된다.

주요용어: 노인자살, 주관적 계층인식, 스트레스, 주관적 건강인식

* 교신저자: 이희정, 연세대학교(yiheejung724@gmail.com)

■ 투고일: 2016.4.30

■ 수정일: 2016.6.17

■ 게재확정일: 2016.6.23

I. 서론

노인 자살은 심각한 사회문제이다. 통계청에서 발표한 「2014년 사망원인통계」에 의하면 연령이 증가할수록 자살 사망률이 현저하게 증가되는 것을 확인할 수 있다. 인구 10만 명당 자살 사망률은 27.3명인데 반하여, 60대는 37.5명, 70대는 57.6명, 80대 이상은 78.6명으로 노인 자살사망률은 전체 인구에 비하여 1.4배에서 2.9배 높은 것을 알 수 있다(통계청, 2015a). 노인, 성인, 청소년의 자살생각을 비교한 국내 연구에서도 노인은 다른 대상자에 비하여 자살생각을 많이 하는 것으로 나타났으며(김윤정, 2011, pp.429-444), 다른 연령에 비하여 높은 노인 자살사망률은 우리나라를 비롯한 세계 대부분의 국가에서도 확인할 수 있다(WHO, 2014, p.11).

노인 자살률에 주목이 필요한 이유는 세계에서 유례를 찾을 수 없을 정도로 빠른 고령화 속도에서도 찾을 수 있다. 국내 고령인구는 2000년에 7%를 넘어선 이후 빠른 속도로 증가하고 있으며, 현재 전체 인구의 13.1%로, 불과 15년 사이에 두 배 가까이 증가하였다(통계청, 2015b). 앞으로 15년 뒤인 2030년에는 국민 4명 중 1명은 노인으로 예상된다(통계청, 2011). 국민 중 노인인구가 차지하는 비율은 지속적으로 증가할 것이며, 늘어나는 노인인구에 비례하여 노인자살자도 가파르게 증가할 것으로 예상된다. 따라서 노인 자살문제를 해결하기 위한 연구는 시급하다고 할 수 있다.

노인 자살은 여러 가지 요인의 상호작용에 의해서 영향을 받는 복잡한 현상이다. 노인의 자살 원인은 한 가지 요인으로 충분히 설명될 수 없으며, 현대의 노인들은 동시에 경제적, 신체적, 정서적 어려움에 직면하고 있다(문동규, 2012, pp.133-157). 다수의 선행연구들에서는 노인 자살의 중요한 예측요인으로 우울과의 연관성을 설명하고 있으나, 뉴질랜드의 노인 자살자 노트를 분석한 질적 연구에 따르면 노인 자살자의 소수만이 우울 증상을 기록하였다고 보고하고 있다(Cheung, Merry, Sundram, 2015, pp.330-340). 기록된 노인 자살의 가장 일반적인 이유로 신체건강상의 문제가 있었으며, 삶의 질 감소, 독립적으로 기능하기 불가능함, 재정 문제로 인한 스트레스 등이 자살의 원인으로 확인되었다(Cheung, Merry, Sundram, 2015, pp.330-340). 노르웨이 노인 자살자 주변인을 대상으로 실시한 심리적 부검연구에서도 유사한 결과를 확인할 수 있다. 자살 전 우울증상이 관찰된 노인은 소수에 불과하였으며, 신체 기능의 저하와 질병 등으로 인한 삶의 부담이 점점 더 커져 견딜 수 없음에 자살을 선택하게 되었다고 보고

하고 있다(Kjølseth, Ekeberg, Steihaug, 2010, pp.209-218).

이처럼 노인 자살의 대표적인 원인으로 경제적인 위기와 건강문제를 꼽을 수 있다(김현순, 김병석, 2007, pp.801-818; 박재산, 이정찬, 김귀현, 문재우, 2009, pp.115-136; 정영숙, 정영주, 2015, pp.227-254). 노인 자살관련 변인들을 메타 분석한 국내연구에 따르면 경제적 위기와 건강문제가 노인의 주요 자살 요인이며(정영숙, 정영주, 2015, pp.227-254), 경제적 스트레스가 자살 생각에 영향을 준다는 연구 결과도 있다(최정민, 김신열, 2014, pp.743-758). 부정적인 건강 평가는 자살 위험을 높이며(남석인, 최권호, 이희정, 2014, pp.231-254; Fujino, Mizoue, Tokui, Yoshimura, 2005, pp.227-237), 노인들의 주관적인 건강상태가 자살 충동으로 이어진다는 연구 결과가 있는데(박재산, 이정찬, 김귀현, 문재우, 2009, pp.115-136), 실제 자살 시도로 응급관리센터를 내원한 노인들의 자살 원인 1위가 신체적 문제(36.5%)였다(이은경, 2006, pp.1-22).

노인의 경제적인 위기를 측정하는데, 전통적으로 사용된 교육, 소득, 직업과 같은 사회경제적인 지위(SES)보다 주관적인 계층인식이 더 효과적이라는 주장이 있다(Demakakos, Nazroo, Breeze, Marmot, 2008, pp.330-340). Alan Walker(2006)에 의하면 사회경제적인 요소가 노년의 어려움과 관련되어 있으나, 이러한 차이는 이미 노년기에 이르기 전에 결정되었다고 주장하고 있다. 계층구조 내에서의 개인의 위치는 개인의 삶의 회상을 통해 이루어진다(Ferraro, Shippee, & Schafer, 2009, pp.413-433). 노인에게 주관적인 계층인식은 삶을 통해 형성된 현재의 해석에 근거하기 때문에 인생 전반에 걸친 성취와 사회경제적인 지위를 전형적으로 보여줄 수 있는 가능성을 지니고 있다(Demakakos, Nazroo, Breeze, Marmot, 2008, pp.330-340). Adler와 그의 동료들이 백인여성을 대상으로 한 연구(2000)에 따르면 주관적인 계층인식은 교육, 소득, 직업 등으로 대표되는 사회경제적 지위(SES)와 비교할 때 좀 더 일관되고 유의미하게 신체적, 심리적 건강과 관련되어 있는 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 대만 노인들을 대상으로 한 연구에서도 확인된 바 있다(Hu, Adler, Goldman, Weinstein, & Seeman, 2005, pp.483-488).

주관적 계층인식은 건강과 관련성이 높은 것으로 알려져 있다(Demakakos, Nazroo, Breeze, Marmot, 2008, pp.330-340; Hu, Adler, Goldman, Weinstein, & Seeman, 2005, pp.483-488; Kraus, Adler, Chen, 2013, pp.138-145). 누적 불평등 이론(Cumulative Inequality Theory)에 따르면 개인이 인식하는 계층인식에는 상대적인 유

리함 혹은 불리함에 대한 자각이 뒤따르는데, 불리함은 계층에서 차지하는 비우호적인 위치라고 정의될 수 있다(Ferraro, Shippee, & Schafer, 2009, pp.413-433). 상대적인 유리함이 누적될 경우 노화에 따른 건강저하가 점진적인 반면 불리함이 누적될 경우 건강저하가 급격한 속도로 이루어질 수 있다(Willson, Shuey, & Elder Jr, 2007, pp.1886-1924). 주관적 계층인식이 낮을수록 주관적으로 인지하는 건강상태가 나쁜 것으로 나타난 국내연구를 비롯하여(최령, 박재용, 황병덕, 2013, pp.85-107), 대만의 노인 연구(Hu, Adler, Goldman, Weinstein, & Seeman, 2005, pp.483-488), 영국 노인을 대상으로 증명한 Demakakos 등의 연구(2005)에서도 주관적 계층인식이 신체건강과 정신건강, 주관적 건강인식에 영향을 미친다고 보고하고 있다. 주관적인 계층인식이 낮은 노인일수록 객관적인 건강상태와 주관적인 건강상태가 나쁜 것으로 확인되었다(Demakakos, Nazroo, Breeze, Marmot, 2008, pp.330-340).

낮은 계층인식은 건강에 부정적인 영향을 줄 뿐만 아니라 직접적으로 스트레스를 증가시킨다(Adler, Epel, Castellazzo, Ickovics, 2000, pp.586-592). 주관적인 계층인식과 스트레스 호르몬인 코티졸의 관계를 분석한 연구에 의하면, 자신의 계층을 낮게 인식한 노인일수록 높은 수준의 코티졸 수치를 나타내었다(Wright, Steptoe, 2005, pp.582-590). 반면에 객관적인 사회경제적 지표인 교육수준이나 재정에 따라서는 코티졸 수치의 차이를 나타내지 않았다. Wright와 Steptoe(2005)는 이러한 결과를 노인의 건강에 있어서 주관적으로 인식하는 사회경제적인 위치가 스트레스로부터 보호한다는 개념과 일치한다고 풀이하고 있다.

낮은 계층인식에 대한 스트레스는 건강상의 문제로 확장될 수 있어 주목이 필요하다. George(2003)에 의하면 하나의 영역에서 발생하는 스트레스는 증폭되어, 원래 발생한 스트레스 영역을 넘어 건강상의 문제로 나타날 수 있다고 주장한다. 스트레스는 객관적인 건강악화의 원인일 뿐만 아니라 주관적인 건강 평가에도 부정적인 영향을 미친다고 알려져 있다(Lundberg, 2006, pp.541-548). 스트레스는 예상되는 상황과 실제 상황의 불균형이 있을 때 발생하는 일종의 경고신호로써, 불쾌감을 야기할 뿐 건강에 위협적으로 작용하지는 않는다. 하지만 지속되는 경우 개인이 주관적으로 경험하는 질환으로 이어질 수 있고, 이후 객관적인 질병이 될 수 있으며, 이를 '알로스타틱 부하(allostatic load)'라고 한다(Ursin, Eriksen, 2004, pp.567-592).

스트레스는 자살을 야기하는 대표적인 정신건강 문제 중 하나이다. 특히 노년기는

스트레스에 대처할 수 있는 능력과 자원은 줄어들지만, 스트레스 사건은 줄어들지 않고 도리어 늘어나는 경향이 있기 때문에 스트레스에 취약할 수밖에 없다(김현순, 김병석, 2007, pp.801-818). Baumeister(1990)는 자살을 자기로부터의 도피라고 주장하고 있는데, 현실과 이상 사이의 괴리로부터 비롯된 좌절과 스트레스가 결국 고통을 끝내기 위한 자살이라는 극단적인 행동으로 발현된다는 것이다.

따라서, 본 연구는 노인의 자살충동에 주관적으로 평가하는 계층인식이 영향을 미치는지 확인하고, 계층인식과 자살충동에 있어 위험요인으로 밝혀진 스트레스와 주관적인 건강평가가 매개하는지 살펴보고자 한다. 이를 통해 노인들의 자살률을 낮추기 위한 정책적, 실천적 함의를 제시하는데 본 연구의 목적이 있다.

II. 이론적 배경

1. 누적 불평등 이론(Cumulative Inequality Theory)

누적 불평등 이론(Cumulative Inequality Theory)은 Merton(1968)에 의해 언급된 마태효과(Matthew effect)를 근간으로 하여 다양한 이론들을 통합한 중간-범위 이론(middle-range theory)으로써, 거시와 미시의 두 가지 수준의 사회문제를 연결하여 분석하려는 시도에서 출발되었다(Ferraro, Shippee, & Schafer, 2009, pp.413-433).

누적 불평등 이론(Cumulative Inequality Theory)에 따르면 불평등은 생애주기에 걸쳐 누적되며, 객관적인 조건보다 불리함에 대한 자각이 중요하다고 주장하고 있다(Ferraro, Shippee, & Schafer, 2009, pp.413-433). 노년기는 인생의 궤적에서 누적된 불평등이 발현되는 시기이므로, 노년기를 이해하기 위해서는 일생에 걸쳐 누적된 경험을 고려하는 것이 필요하다(Bass, 2009, pp.347-374), 노년에 발생하는 어려움이나 위험은 성별, 계층, 직업 등에 따라 차이가 발생하는데 이러한 차이는 생애에 걸쳐 이루어지기 때문에 노년기 이전에 결정된다(Walker, 2006, p.69). 따라서 노인에 있어 객관적인 계층을 증명해줄 수 있는 교육, 소득 등을 측정하는 것보다 일생에 걸쳐 누적된 사회, 경제적인 지위를 보여줄 수 있는 주관적 계층인식이 노인의 인생 전반에 걸쳐 형성된

지위를 전형적으로 보여줄 수 있는 가능성을 지니고 있다(Demakakos, Nazroo, Breeze, Marmot, 2008, pp.330-340).

특히, 노인은 경제적 불안에 노출되어 있기 때문에 경제적인 상황에 대한 측정이 필요하다. 선행연구에서 드러난 바와 같이 경제적인 어려움은 노인의 주요 자살 원인 중 하나이다(정영숙, 정영주, 2015, pp.227-254; 최정민, 김신열, 2014, pp.743-758). 그러나 중·고령자의 노후준비 실태를 조사한 보고서에 의하면 80.4%가 경제적인 노후준비를 하지 않은 것으로 보고하고 있다(국민연금연구원, 2015a). 지속되는 경기침체로 인하여 자산을 보유하고 있는 노인의 경우에도 소유한 자산의 가치가 떨어질 수 있고, 저축액은 소진되기 때문에 노인의 문제는 더욱 심각해질 수 있다(Bass, 2009, pp.347-374).

신분계급에서 차지하는 비우호적인 위치인 불리함은 스트레스 확장 과정을 통하여 건강에 악영향을 미칠 수 있다(Ferraro, Shippee, & Schafer, 2009, pp.413-433; George, 2003, pp.161-188). 노인의 건강상태는 사회 구조 내에서의 개인의 위치에 의해 좌우될 수 있으며(Estes, 1999), 노인에 있어 인생궤적에 대한 평가는 중요한 부분이다(Ferraro, Shippee, & Schafer, 2009, pp.413-433). 노인이 자신의 계층을 불리한 위치에 있다고 생각할수록 스트레스 수준이 높아질 수 있고, 높아진 스트레스는 발생 영역을 넘어 건강에 부정적인 영향을 미칠 가능성을 가지고 있다(Ferraro, Shippee, & Schafer, 2009, pp.413-433; George, 2003, pp.161-188). 다수의 선행연구들에 의해서 주관적 계층인식이 낮을수록, 스트레스 수준이 높을수록 자신의 건강에 대해 부정적으로 인식한다는 결과를 확인할 수 있다(최령, 박재용, 황병덕, 2013, pp.85-107; Demakakos, Nazroo, Breeze, Marmot, 2008, pp.330-340; Hu, Adler, Goldman, Weinstein, & Seeman, 2005, pp.483-488). 한국의 노인은 유럽 3개국에 비하여 현저하게 자신의 건강상태를 부정적으로 인식하는 것으로 나타났으며, 이는 연령이 증가할수록 그 정도가 심화되어 이에 대한 개입이 필요함이 시사되었다(장지연, 부가청, 2007, pp.45-69).

2. 도피이론(Escape Theory of Suicide)

자살을 설명하는 대표적인 이론 중의 하나가 Baumeister(1990)의 도피이론(Escape

theory of suicide)이다. Baumeister(1990)는 자살을 단순히 정신질환의 표출이나 일탈로 치부할 수 있는 것이 아니라 현실과 이상의 괴리, 그로 인한 실패와 좌절 또는 스트레스를 포함한 상황으로 야기된다고 주장한다. 본 연구에서는 노인의 계층인식으로 비롯된 불리함에 대한 자각이 좌절과 스트레스를 거쳐 고통을 끝내기 위한 자살이라는 극단적인 행동으로 발현된다는 Baumeister(1990)의 주장에 따라 연구모형을 설정하였다. 특히, ‘Suicide as escape from self’에서 언급한 바와 같이 자신과 세계로부터 탈출하려는 노력인 자살의 시작은 기준과 기대에 미치지 못하는 사건이라는 점에 주목하여 (Baumeister, 1990, pp.90-113), 노인 일생에 걸쳐 누적된 계층인식이 노인의 자살에 미치는 경로를 분석하고자 한다.

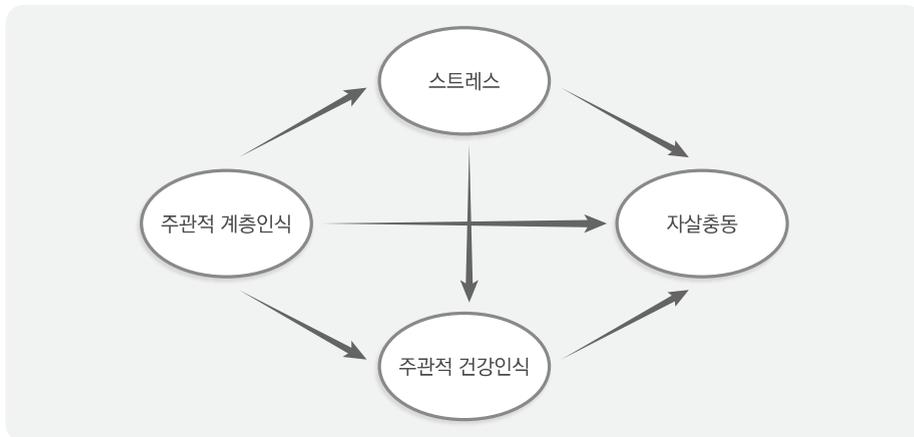
Baumeister(1990)의 도피이론을 바탕으로 한 선행연구를 살펴보면, Tang 등의 연구(2013)에서는 개인의 목표가 실패할 것이라고 예상할 때 자살에 대한 생각이 증가하며, 반대로 개인이 목표를 성공적으로 달성할 것이라고 예상할 때 자살 생각은 감소한다고 보고하고 있다. 하지만 단순히 예상으로 인한 자살 충동의 증가이기보다 실패 혹은 좌절에 의해 유발되는 부정적인 정서와 인지로부터 탈출하는 수단으로 선택되어지는 것이 자살이라는 것이다. 도피이론을 근거로 시행한 국내 독거노인 연구에서도 외부환경과 심리, 정서, 인지의 문제가 복합적으로 상호작용할 때 노인의 스트레스가 증가하고, 증가된 스트레스는 노인 자신에 대해 비판적인 태도를 가지게 함으로 자살에 이를 수 있다고 주장하고 있다(박봉길, 송인석, 2014, pp.51-74).

Ⅲ. 연구방법

1. 연구모형과 연구문제

노인의 주관적 계층인식이 자살충동에 미치는 영향을 파악하고, 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개효과를 검증하기 위하여 설정한 연구모형은 아래의 [그림 1]과 같다.

그림 1. 연구모형



본 연구문제는 아래와 같다.

연구문제 1. 노인의 주관적 계층인식이 낮을수록 자살충동 가능성이 높아질 것이다.

연구문제 2. 노인의 주관적 계층인식이 자살충동에 미치는 영향 관계에서 스트레스가 매개할 것이다.

연구문제 3. 노인의 주관적 계층인식이 자살충동에 영향을 미치는 관계에서 주관적 건강인식이 매개할 것이다.

연구문제 4. 노인의 주관적 계층인식이 자살충동에 영향을 미치는 관계에서 스트레스와 주관적 건강인식이 이중 매개할 것이다.

2. 자료출처 및 자료수집방법

본 연구에서는 2012년도 한국의료패널 기본조사 및 성인가구원대상 부가조사 자료를 분석에 사용하였다. 한국의료패널조사는 정부승인통계조사로서, 국민의 보건의료서비스 이용과 의료비 지출, 그와 관련된 직·간접적인 요인들을 포괄적으로 파악하기 위하여 2008년부터 매년 실시하고 있다. 확률비례 2단계 층화집락 추출방식으로 표본을 추출하여 2008년 7,866가구 24,616명을 대상으로 조사를 시작하였으나, 이탈 가구 발생으로 2012년에는 5,856가구, 17,417명을 대상으로 조사하였다(한국보건사회연구원, 국민건강보험공단, 2015). 본 연구에서는 만 65세 이상의 조사대상자 중 주관적 계층인

식, 스트레스, 주관적 건강인식과 자살충동 문항에 응답한 노인 1916명의 자료를 분석에 활용하였다.

3. 측정도구

가. 주관적 계층인식

사회 내에서 자신의 위치를 10칸의 사다리 중 주관적으로 기술하는 주관적 계층인식(Subjective social status)은 노인의 일생에 걸친 성취와 사회경제적인 지위를 전형적으로 보여줄 수 있는 지표로서, 2000년에 Adler 외 3인에 의하여 개발되었다(Adler, Epel, Castellazzo, Ickovics, 2000, pp.586-592; Wright, Steptoe, 2005, pp.582-590). Adler와 동료들(2000)에 의하면 계층인식으로 측정되는 주관적인 사회적 지위가 객관적인 지표에 비하여 좀 더 일관되고 강력하게 건강관련요인과 심리적인 기능과 관련이 있음을 보고하고 있으며, Ostrove 등(2000), Wright와 Steptoe(2005), Hu 등(2005), Demakakos 등(2008)의 연구 등이 이를 지지하고 있다. 본 조사에서는 10칸(1점~10점)의 사다리를 제시하고, “가장 못 사는 사람의 위치”를 1점으로 설명함으로써 자신의 계층 위치를 응답하도록 측정되었다.

나. 스트레스

스트레스를 측정하기 위해서 본 자료에서는 임지혁 등의(1996)의 동료들에 의하여 한국어로 번안 및 수정보완하고 타당도와 신뢰도 평가를 마친 BEPSI-K를 사용하였다. BEPSI는 임상현장과 연구영역에서 질병과 관련이 있다고 밝혀진 스트레스를 측정하기 위하여 Frank와 Zyzanski(1988)에 의하여 개발되었으며, 역동적인 상호작용으로서의 스트레스를 측정한다. 원척도에서는 개방형 질문 1문항과 폐쇄형질문 5문항으로 구성되었으나, 한국어판인 BEPSI-K에서는 폐쇄형 질문 5문항을 5점 리커트 척도로 응답하도록 수정 보완되었다. 한국의료패널에서는 2011년부터 신설되어 측정되어 지고 있으며, 정신적·신체적 스트레스, 좌절경험, 기본적 요구 충족, 미래에 대한 불안, 과도한 과업에 따른 스트레스의 5문항으로 구성되었다. BEPSI-K는 평균 1.3점미만을 저위험 스트레스

집단, 1.3점에서 2.4점미만을 중간위험 집단, 2.4점 이상의 집단을 고위험 스트레스 집단으로 분류하고 있다. 한국의료패널에서는 점수가 낮을수록 스트레스를 많이 받는 것으로 측정하였으나, 본 연구에서는 BEPSI-K와 동일하게 역 채점하여 점수가 높을수록 스트레스를 많이 받는 것으로 설정하였다. Frank와 Zyzanski의 연구(1988), 임지혁 외의 연구(1996)에서 신뢰도는 Cronbach α 값이 .80이었으며, 본 연구의 Cronbach α 값은 .772 이었다(임지혁, 배종면, 최순식, 김성원, 황환식, 허봉렬, 1996, pp.42-53; Frank, Zyzanski, 1988, pp.533-539).

다. 주관적 건강인식

주관적 건강인식(Self-rated health, SRH)은 건강에 대한 주관적인 평가로써, 가장 널리 쓰이는 건강 측정도구 중에 하나이다. 간단하면서도 뛰어난 사망 예측능력을 가진다는 장점이 있다(Lima-Costa, Steptoe, Cesar, De Oliveira, Proietti, & Marmot, 2012, pp.644-648). 본 조사에서는 “귀하께서는 현재 본인의 건강상태가 어떠하다고 생각하십니까?”라는 질문에 5점 리커트 척도로 매우 좋음 “1”, 좋음 “2”, 보통 “3”, 나쁨 “4”, 매우 나쁨 “5”으로 응답하게 되어 있으나, 본 연구에서는 역 채점하여 점수가 높을수록 주관적으로 인식하는 건강상태가 긍정적인 것으로 변환하였다.

라. 자살충동

자살충동은 많은 학자들에 의하여 자살의 중요한 예측인자로 조사되어 왔다(Nadorff, Fiske, Sperry, Petts, & Gregg, 2013 pp.145-152). 자살충동을 가진 사람 모두가 자살하는 것은 아니지만, 자살자의 상당수가 자살 이전에 죽음에 대한 갈망을 표현하였다고 보고하고 있어 자살에 대한 연구를 수행하는데 있어 충동을 조사하는 것이 중요함을 예상할 수 있다(Kjølseth, Ekeberg, Steihaug, 2010, pp.209-218; Nadorff, Fiske, Sperry, Petts, & Gregg, 2013 pp.145-152). 본 조사에서는 “최근 1년간 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있습니까?”라는 질문에 있음 “1”, 없음 “2”로 응답하게 되어 있으나, 없음을 “0”으로 변환하여 분석하였다.

다. 통제변인

본 연구의 통제변인으로 성별, 연령, 교육수준, 혼인상태, 만성질환 여부, 개인별 연간 근로소득, 의료보장형태를 투입하였다. 성별은 남자는 “0”, 여자는 “1”로 측정하였으며, 연령은 2012년도를 기준으로 출생연도를 만나이로 변환하였다. 교육수준은 무학의 경우 “0”, 초등학교 졸업 “1”, 중학교 졸업 “2”, 고등학교 졸업 “3”, 대학교 이상의 학력은 “4”로 측정되었다. 혼인상태는 본 조사에서는 혼인 중(사실혼 포함), 별거(이혼전제), 사별 또는 실종, 이혼, 결혼한적 없음으로 측정되었으나, 본 연구에서는 현재 배우자가 있다고 응답한 혼인 중(사실혼 포함)을 “1”로, 별거(이혼전제), 사별 또는 실종, 이혼, 결혼한적 없음으로 표시한 경우 “0”으로 설정하였다. 만성질환 여부는 본인이 만성질환이 있다고 응답한 경우 “1”, 없다고 응답한 경우는 “0”으로 측정하였다. 개인별 연간근로소득은 연간 총 소득을 만원단위로 측정하였다. 본 조사에서는 의료보장 관련 사항을 의료급여 수급여부(의료급여 1종, 2종과 의료급여 수급하지 않음)와 의료보장 형태로 측정하였으나, 공개된 한국의료패널 연간데이터에서는 두 개의 문항을 하나의 문항으로 변환하여 제공하고 있다. 제공된 자료에 의하면 공무원 교직원 건강보험, 직장 건강보험, 지역건강보험, 의료급여 1종, 의료급여 2종, 건강보험 가입과 특례자, 국가유공자 특례(건강보험을 가입하지 않음), 미가입(외국국적), 건강보험체납으로 인한 급여정지의 문항으로 구성되어 있으나, 본 연구에서는 건강보험 가입자를 “0”, 의료급여 및 국가유공자를 “1”으로 설정하였으며, 외국국적으로 인하여 건강보험 미가입(1명), 건강보험체납(0명)은 분석에서 제외하였다.

4. 자료분석

본 연구에서는 SPSS 21.0 프로그램을 사용하여 분석하였다. 첫째, 조사대상자의 인구 사회학적인 특성과 자살충동, 주관적 계층인식 및 스트레스, 주관적 건강인식의 현황을 살펴보기 위하여 빈도분석과 기술통계를 실시하였다. 둘째, 주관적 계층인식이 노인의 자살 충동에 미치는 영향을 파악하고, 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개 효과를 검증하기 위하여, Andrew F. Hayes교수에 의하여 개발된 SPSS를 위한 매크로 프로세스 2.13을 사용하여 분석하였다. 매크로 프로세스는 단순 혹은 다중매개 모델의 직, 간접효

과를 추정하기 위하여 최소자승법(OLS) 혹은 최대우도추정법(MLE)과 Newton - Raphson방법 등을 기반으로 한 경로분석에 사용가능하다. 또한 이진(binary)변수를 자동으로 감지하여 로지스틱 회귀분석을 실시한다는 장점이 있으며, 부트스트랩(Bootstrap) 방법을 통하여 매개효과 분석이 가능하다(Hayes, Matthes, 2009, pp.924-936; Hayes, 2015.12.7. 인출).

IV. 연구결과

1. 조사대상자의 인구사회학적 특성

조사대상자의 인구사회학적 특성을 살펴본 결과는 <표 1>과 같다.

표 1. 조사대상자의 인구사회학적 특성

(n=1916)

특성	구분	빈도(명)	백분율(%)	특성	구분	빈도(명)	백분율(%)
성별	남자	847	44.2	혼인상태	배우자 무 (미혼/사별/이혼/별거)	573	29.9
	여자	1,069	55.8		배우자 유 (기혼, 사실혼)	1,343	70.1
연령	65~70세	742	38.7	만성질환 여부	만성질환 없음	143	7.5
	71~75세	551	28.8		만성질환 있음	1,773	92.5
	76~80세	402	21.0	개인별 연간근로 소득	0원	1,322	69.0
	81~85세	156	8.1		1200만원 이하	463	24.2
	86~90세	52	2.7		2400만원 이하	103	5.4
	91세 이상	13	0.7		2400만원 초과	28	1.5
교육 수준	무학	251	13.1	의료보장 형태	건강보험	1,762	92.0
	초등학교	835	43.6		의료급여 및 국가유공자 특례	154	8.0
	중학교	307	16.0				
	고등학교	351	18.3				
	대학교	172	9.0				

성별은 남자 847명(44.2%), 여자 1069명(55.8%)으로 유사한 비율을 보였다. 조사대상자의 연령은 65세~70세가 742명(38.7%)으로 가장 많았고, 평균연령은 71.16세(표준편차 5.91세)였다. 교육수준은 조사대상자의 2명 중 1명(56.7%, 1,086명)은 초등학교 졸업 이하의 학력을 가진 것으로 나타났다. 혼인상태는 현재 배우자가 있는 노인은 70.1%(1343명)로, 미혼, 사별, 이혼, 별거의 이유로 배우자가 없는 노인에 비하여 높은 비율을 차지하였다. 만성질환을 가지고 있는 조사대상자는 1773명(92.5%)으로 조사대상자의 대부분이 1개 이상의 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다. 개인별 연간근로소득은 조사 대상자 중 1322명(69.0%)이 0원으로 연간근로소득이 없는 것으로 나타났고, 1200만 원 이하가 463명(24.2%), 2400만 원 이하가 103명(5.4%), 2400만 원 초과가 28명(1.5%)으로 대다수의 조사대상자가 근로소득이 없거나 낮은 수준의 임금을 받고 있는 것으로 나타났다. 의료보장형태는 의료급여 및 국가유공자 특례자는 154명(8.0%)인 반면에 건강보험 가입자는 1762명(92.0%)으로 확인되었다.

2. 조사대상자의 자살충동 및 주관적 계층인식, 스트레스, 주관적 건강인식 현황

조사대상자의 자살충동 실태를 살펴본 결과는 <표 2>와 같다. 조사대상자 중 5.4%(103명)은 지난 1년간 자살충동이 있었던 것으로 나타났다.

표 2. 조사대상자의 자살충동 실태

(n=1916)		
구분	빈도(명)	백분율(%)
최근 1년간 자살충동 무	1,813	94.6
최근 1년간 자살충동 유	103	5.4

조사대상자의 주관적 계층인식은 <표 3>과 같다. 조사대상자 중 대다수가 사회 내에서 자신의 위치를 10칸의 사다리 중 3,4,5칸(중하)으로 인식하고 있는 것으로 나타났다. 같은 척도를 사용한 Demakakos 등의 연구(2008)에서 나타난 영국 노인의 주관적 계층인식은 남성 노인의 36.0%, 여성 노인의 38.4%만이 자신의 위치를 5칸 이하로 인식한 반면, 본 연구에서는 영국노인의 두 배가 넘는 86.3%의 조사대상자가 자신의 계층을

5칸 이하로 인식하고 있는 것으로 나타났다.

표 3. 조사대상자의 주관적 계층인식 현황

(n=1916)

구분	빈도(명)	백분율(%)	누적 백분율(%)
1	79	4.1	4.1
2	173	9.0	13.2
3	392	20.5	33.6
4	500	26.1	59.7
5	510	26.6	86.3
6	182	9.5	95.8
7	65	3.4	99.2
8	14	0.7	99.9
9	1	0.1	100.0
10	0	0.0	100.0

조사대상자의 스트레스와 주관적 건강인식의 현황을 살펴본 결과는 <표 4>와 같다.

스트레스 척도인 BEPSI-K는 평균 2.4점 이상을 고위험 스트레스 집단으로 분류하고 있는데, 조사대상자 중 14.4%(276명)가 고위험 스트레스 집단에 해당하는 것으로 나타났다. 동일한 척도와 절단점을 적용한 성인남성을 대상으로 한 연구 7.3%, 3차 의료기관을 방문한 성인을 대상으로 한 연구 9.3%와 비교할 때, 본 연구의 조사대상자 중 고위험스트레스 집단에 속하는 응답자가 다른 두 연구에 비하여 많은 것으로 확인되었다(박진수, 이유정, 나연자, 공미희, 김현주, 2013, pp.239-247; Lee, Choi, Jeong, Lee, Kim, Kim, joe, & Jeon, 2013, pp.281-291).

조사대상자의 주관적 건강인식은 대체로 긍정적인 것으로 나타났다. 자신의 건강상태를 “매우 나쁨”, “나쁨”으로 보고한 응답자는 16.1%였으며, “보통”으로 보고한 응답자는 40.1%, “좋음”과 “매우 좋음”이라고 보고한 조사대상자도 43.7%를 차지하였다. 2008년 사회통계조사에서 65세 이상의 응답자가 자신의 건강상태를 “매우 나쁨”, “나쁨”으로 49.9%가 응답한 것과 비교할 때 본 연구 응답자의 주관적 건강인식이 높은 편인 것으로 나타났다(박재산, 이정찬, 김귀현, 문재우, 2009, pp.115-136).

표 4. 조사대상자의 스트레스와 주관적 건강인식 현황

(n=1916)

특성	구분	빈도(명)	백분율(%)
스트레스	저위험 스트레스 집단	715	37.3
	중간위험 스트레스 집단	925	48.2
	고위험 스트레스 집단	276	14.4
주관적 건강인식	매우 나쁨	31	1.6
	나쁨	277	14.5
	보통	769	40.1
	좋음	725	37.8
	매우 좋음	114	5.9

3. 조사대상자의 주관적 계층인식이 자살충동에 미치는 영향과 스트레스와 주관적 건강인식의 매개효과

노인의 주관적 계층인식이 자살충동에 미치는 영향 관계에서 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개효과검증을 위하여 SPSS를 위한 매크로 프로세스 2.13을 사용하여 분석하였다. 매개효과 분석은 부트스트랩(Bootstrap) 방법으로 실시하였다.

노인의 주관적 계층인식이 스트레스에 미치는 영향은 <표 5>와 같다. 분석결과는 인구사회학적 변수를 통제한 상태에서 주관적 계층인식이 스트레스에 유의미한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이는 자신의 계층을 낮게 인식할수록 스트레스 수준이 높아지는 것을 의미하는 것이다. 인구사회학적 변수 중에서 스트레스에 유의미한 영향을 미치는 변수는 없는 것으로 확인되었다.

표 5. 주관적 계층인식이 스트레스에 미치는 영향

(n=1916, bootstrap=5000)

구분		model		
		Coefficient	SE	t
독립변수	주관적 계층인식	-.1911	.0103	-11.5819***
	성별	.0583	.0354	1.6460
	연령	.0050	.0027	1.8207
	교육수준	.0207	.0141	1.4717
통제변수	혼인상태	.0561	.0374	1.4997
	만성질환 여부	-.0234	.0563	-.4155
	개인별 연간근로소득	.0000	.0000	-.7276
	의료보장형태	.0081	.0546	.1486
상수		1.6917	.2380	7.1095***
R=.2655				
R2=.0705				
F(8.1907)=18.0847***				

***: p<.001

노인의 주관적 계층인식과 스트레스가 주관적 건강인식에 미치는 영향은 <표 6>과 같다. 분석결과 인구사회학적인 변수를 통제한 상태에서 주관적 계층인식과 스트레스가 주관적 건강인식에 유의미한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이는 주관적 계층인식이 낮을수록, 스트레스가 높을수록 주관적 건강인식이 나빠지는 것을 의미한다. 통제변수들 중에서는 혼인상태만이 주관적 건강인식에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타나, 배우자가 있는 경우 주관적 건강인식이 높은 것으로 나타났다.

표 6. 주관적 계층인식과 스트레스가 주관적 건강인식에 미치는 영향

(n=1916, bootstrap=5000)

구분		model		
		Coefficient	SE	t
독립변수	주관적 계층인식	.0967	.0138	7.0006***
매개변수	스트레스	-.1644	.0297	-5.5312***
통제변수	성별	-.0270	.0460	-.5865
	연령	-.0037	.0035	-1.0345
	교육수준	-.0138	.0183	-.7561
	혼인상태	.1004	.0486	2.0668*
	만성질환 여부	.0683	.0731	.9345
	개인별 연간근로소득	.0000	.0000	-.9799
	의료보장형태	.0237	.0709	.3341
상수		3.3572	.3130	10.7271***
R=.2425				
R2=.0588				
F(9,1906)=13.2309***				

*: p<.05, ***: p<.001

주관적 계층인식과 스트레스, 주관적 건강인식이 자살충동에 미치는 영향은 <표 7>과 같다. 자살충동이 있는 집단을 없는 집단과 비교했을 때, 스트레스가 높을수록, 주관적 건강인식이 나쁠수록 자살충동이 있을 가능성이 높았으며, 주관적 계층인식과 다른 인구사회학적인 변수들은 자살충동 여부와 관련이 없는 것으로 나타났다.

표 7. 주관적 계층인식과 스트레스, 주관적 건강인식이 자살충동에 미치는 영향

(n=1916, bootstrap=5000)

구분		model		
		Coefficient	SE	Z(Wald Test)
독립변수	주관적 계층인식	-.1464	.0842	-1.7391
매개변수	스트레스	1.3306	.1365	9.7457***
	주관적 건강인식	-.5821	.1278	-4.5541***
통제변수	성별	.0569	.2719	.2093
	연령	.0198	.0206	.9606
	교육수준	.1371	.1050	1.3053
	혼인상태	.1161	.2902	.4000
	만성질환 여부	-.1320	.4029	-.3277
	개인별 연간근로소득	-.0001	.0002	-.6025
	의료보장형태	.1240	.4240	.2924
	상수			
		-4.9811	1.8900	-2.6356**
-2LL=622.1933				
Model LL=180.3604				

** : p<.01, *** : p<.001

주관적 계층인식이 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개를 거쳐 자살충동에 미치는 영향은 <표 8>과 같다. 자살충동이 있는 집단을 없는 집단과 비교했을 때, 주관적 계층인식은 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개를 거쳐 최종적으로 주관적 계층인식이 낮을수록 자살충동이 있을 가능성이 높아지는 것으로 나타났다. <표 7>에서 나타난 바와 같이 스트레스와 주관적 건강인식은 직접적으로 자살충동 가능성에 영향을 미치는 반면, 주관적 계층인식은 직접적으로 자살충동 가능성에 영향을 미치지 않으나 이중매개의 경로를 거쳐 영향을 미치는 것으로 나타났다.

표 8. 주관적 계층인식이 자살충동에 미치는 총 효과 모델

(n=1916, bootstrap=5000)

구분		model		
		Coefficient	SE	Z(Wald Test)
독립변수	주관적 계층인식	-.4763	.0754	-6.3195***
	성별	.1510	.2519	.5995
	연령	.0195	.0190	1.0300
	교육수준	.1532	.0967	1.5840
통제변수	혼인상태	.1112	.2637	.4217
	만성질환 여부	-.1508	.3713	-.4062
	개인별 연간근로소득	-.0002	.0002	-.8043
	의료보장형태	-.0720	.3738	-.1925
상수		-2.7384	1.6549	-1.6548
-2LL=755.8546				
Model LL=46.4991				

***:p<.001

노인의 주관적 계층인식이 자살충동에 미치는 영향 관계에서 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개를 거친 총 효과는 유의미한 것으로 나타났으나, 주관적 계층인식이 자살충동에 미치는 직접적인 효과는 확인되지 않아, 완전 매개되는 것으로 나타났다.

표 9. 주관적 계층인식이 자살충동에 미치는 영향의 총 효과와 직접효과

	Effect	SE	Z	LLCI	ULCI
주관적 계층인식 → 자살충동의 총 효과	-.4763	.0754	-6.3195***	-.6240	-.3286
주관적 계층인식 → 자살충동의 직접효과	-.1464	.0842	-1.7391	-.3115	.0186

***:p<.001

V. 결론 및 제언

본 연구는 노인의 자살충동에 주관적 계층인식이 영향을 미치는 관계에서 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개효과를 분석하고, 이를 토대로 노인의 자살률을 낮추기 위한 함의를 제시하는데 목적이 있다. 이를 위하여 2012년 한국의료패널 기본조사 및 성인가구원대상 부가조사 자료 중 65세 이상 노인 1916명의 자료를 분석하였고, 그 결과는 다음과 같다.

첫째, 노인의 주관적 계층인식이 낮을수록 스트레스 수준이 높아지는 것으로 나타났다. 본 연구의 결과는 노인을 대상으로 주관적 계층인식과 코티졸(스트레스 호르몬) 반응을 살펴본 Wright와 Steptoe(2005)의 연구를 지지하는 것으로, 주관적 계층인식이 스트레스에 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었다.

둘째, 주관적 계층인식의 수준이 높을수록, 스트레스 수준이 낮을수록 노인은 자신의 건강을 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 이것은 주관적 계층인식이 정신건강 뿐만 아니라 신체 건강 평가에도 영향을 미친다는 선행 연구와 일치하는 결과이다(최령, 박재용, 황병덕, 2013, pp.85-107; Demakakos, Nazroo, Breeze, Marmot, 2008, pp.330-340; Hu, Adler, Goldman, Weinstein, & Seeman, 2005, pp.483-488; Kraus, Adler, Chen, 2013, pp.138-145).

셋째, 노인의 주관적 계층인식은 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개 경로를 거쳐 자살충동에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 노인의 스트레스 수준이 높을수록 주관적 건강인식이 나쁠수록 자살 충동의 가능성이 높아지는 반면, 주관적 계층인식은 자살충동에 직접적인 효과를 나타내지 않아 완전매개 되었음을 확인할 수 있다.

연구결과에 기반하여 한국 노인의 자살충동이 갖는 심각성과 이를 줄이기 위한 정책적, 실천적 개입방안을 제시하고자 한다. 연구모형이 제시한 경로의 발생지점으로 분석된 노인의 계층인식과 이중매개의 각 단계별 경로에 위치한 스트레스와 주관적 건강인식에 대한 개입방안을 찾는 것은 궁극적으로 노인의 자살충동에 이르는 부정적 영향을 차단함으로써 가장 심각한 문제를 예방하는 의미를 갖게 된다.

첫째, 노인의 자살충동을 보편적 사회문제로 인식하는 노력이 필요하다. 실행된 자살을 의미하는 자살 사망률 통계에서 노인의 자살은 전체 인구 대비 1.4배에서 2.9배 높은 것으로 나타났으며(통계청, 2015a), OECD 국가 중에서도 한국 노인의 자살 사망률은

12년째 계속 1위를 차지하고 있다(국립정신건강센터, 2016). 자살충동이 자살의 중요 예측요인임을 고려할 때(Nadorff, Fiske, Sperry, Petts, & Gregg, 2013 pp.145-152), 자살충동에 대한 예방 차원의 관리를 진행하는 것은 극단적 선택인 자살을 줄일 수 있는 직접적인 노력이 될 수 있다. 연구결과, 최근 1년 동안 자살충동을 경험한 65세 이상 노인은 5.4%에 이르는 것으로 나타났다. 이것은 20명 중에 1명 이상은 자살하고 싶은 생각을 해 보았다는 것을 의미하며, 자살충동이 극소수의 예외적인 노인에게서 나타나는 것이 아닌, 상당 수준의 보편적 문제로 인식되어야 함을 보여주는 것이다. 자살충동을 줄이고 자살에 대한 예방적 접근을 하기 위해서는 노인복지관과 노인상담기관을 비롯하여 노인 대상 서비스와 프로그램을 진행하는 기관 중심으로 정기적인 자살예방 교육과 체계적인 관리가 필요하다. 서대문노인종합복지관 노인자살예방센터의 자살 고위험 노인 파악과 관리는 이에 대한 발전방향을 보여주고 있다. 복지관을 방문하는 노인뿐만 아니라 독거노인 생활관리사 등을 통하여 자살위험 증후를 보이는 노인을 찾는데 주력하고 있으며, 자살고위험군 노인을 조기에 발견하려는 취지에서 게이트 프로그램을 운영 중이다. 또한 심리검사 실시결과를 토대로 위험 수준이 낮은 노인들은 자원봉사자들이 정기적인 체크를 통해 관리하고 있으며, 고위험군인 경우에는 사회복지사가 사례 관리를 실시하고 있다.

둘째, 노인의 주관적 계층인식을 향상하기 위한 적극적 소득보전 방안으로 노인 일자리 사업의 활성화를 제시한다. 연구결과, 한국 노인은 전체 10분위 중에서 자신의 계층을 하위 5분위 이하라고 생각하는 경우가 전체의 86.3%로 나타났다. 이것은 40% 이하로 나타난 영국의 연구와는 두 배 이상의 큰 차이를 보여주는 것이다(Demakakos, Nazroo, Breeze, & Marmot, 2008, pp.330-340). 이것은 한국 노인의 노년기 소득보장 방안이 상대적으로 부족하다는 것을 의미한다. 영국을 비롯한 북서유럽 국가들이 오랜 시간의 경험을 통해 축적한 연금제도를 갖는데 반하여, 우리나라의 경우는 1988년부터 시작된 국민연금제도가 노후생활을 충족하기에 어려움이 있는 것이 현실이다. 국민연금 수급액이 2014년 12월 기준으로 평균 334,410원이며, 매월 개인 20만원, 부부 32만원이 소득 하위 70%에게 지급되는 기초연금을 수급하는 노인 중에서 국민연금을 동시에 수급하는 경우는 30.2%에 불과한 것으로 나타났다(국민연금연구원, 2015b). 이를 해석하면, 기초연금 수급자 열 명중 일곱 명은 공적 소득보장이 기초연금에 한정되어 있다는 것을 알 수 있다. 다수의 노인이 최저생계 이하의 공적이전소득을 받는다는 것은 이에

대한 현실화 방안이 필요함을 보여주는 것이다. 그러나 정책적 제도변화를 단기에 달성하기는 매우 어려운 것이 현실이므로, 현재의 노인에게 보다 시급히 적용할 수 있는 방안으로 노인 일자리 사업 활성화가 요구된다. 연구결과, 조사대상자의 69.0%가 지난 한 해 동안 근로소득이 전혀 없는 것으로 나타났다. 이것은 노인 일자리 사업의 적극적 확대로 소득 확대 방안을 마련하는 것이 필요함을 보여주는 것이며, 노인 일자리의 전문화와 세분화에서 이에 대한 해결 방안을 찾을 수 있다. 서울강남시니어클럽에서 진행하고 있는 노인일자리 사업은 시험감독 파견사업, 통역 및 번역 사업, 주례 사업, 시니어설문조사원 사업 등으로 노인이 가진 전문적 경험과 경력을 바탕으로 일자리 연계가 이루어지고 있다. 이러한 노인 일자리의 변화는 생계를 위한 경제적 수입 증가와 더불어 노인의 사회적 역할 확대에 따른 주관적인 계층인식 향상에도 긍정적인 영향을 미칠 수 있다.

셋째, 노인의 특성이 반영된 통합적 스트레스 관리 프로그램 도입이 필요하다. 연구결과, 고위험 스트레스 집단으로 분류된 노인은 14.4%로, 성인남성(7.3%) 및 3차 의료기관 방문자(9.3%)보다 더 많은 노인들이 고위험 스트레스로 고통 받는 것으로 나타났다. 본 연구의 스트레스는 정신적, 신체적 스트레스와 좌절경험, 미래에 대한 불안 등으로 측정되었으며, 노화의 특성으로 볼 수 있는 신체, 정신적 기능 저하에 따른 좌절과 불안이 고위험 스트레스 집단에 속하는 노인을 증가시킨 것으로 해석할 수 있다. 이것은 노인의 스트레스를 줄이기 위해서는 노인의 특성이 적극적으로 반영된 통합적 스트레스 관리 프로그램의 도입이 필요함을 보여주는 것이다. 국내 최초의 노인전문 정신보건센터인 수원시 노인정신건강센터가 제공하고 있는 노인 정신건강 증진을 위한 통합관리 시스템과 원스톱 토탈 서비스는 통합적 스트레스 관리 프로그램의 좋은 근거가 될 수 있다. 특히 스트레스와 정신건강에 대한 교육 프로그램의 성격을 갖는 노인정신건강 종합대학은 노인의 질환에 따라 화(火)통(通)한 화병 프로그램, 수면장애 인지행동 프로그램 ‘기지개’, 노인우울증 프로그램 ‘해바라기’, ‘치매안심학교’ 등 맞춤형 프로그램 및 교육을 실시하고 있다.

넷째, 체계적 건강관리 방안을 도입하여 노인의 주관적 건강인식의 향상 방안을 마련하는 것이 필요하다. 연구결과, 주관적 건강인식은 노인의 자살충동에 이르는 연구모형의 경로에서 마지막 매개변수의 역할을 수행하는 것으로 확인되었다. 이것은 누적 불평 등 이론에서 살펴본 바와 같이, 자신의 사회적 지위가 열악하다는 인식이 스트레스의

확장 과정을 거쳐 건강에 부정적 영향을 미친다는 것을 의미하며, 결국 자신의 건강에 대한 부정적 평가는 최종적으로 자살충동에 영향을 미친다는 것이다. 노인의 체계적인 건강관리 방안을 마련하는 것은 노인의 89% 이상이 한 가지 이상의 만성질환으로 고통 받고 있는 현실을 고려할 때(오영희, 2015, pp.29-39), 자살충동의 증가와 자살행동으로 이어지는 절망적 상황을 막을 수 있는 중요한 역할을 수행할 수 있다. 현재 전국 보건소에서 시행중인 방문건강관리사업을 확대하는 것은 이에 대한 구체적 해결방안이 될 수 있다. 방문건강관리사업은 건강위험군과 취약계층을 대상으로 보건소 내 전문인력이 직접 방문하여 생애주기별 건강문제 관리, 만성질환 관리, 합병증 예방, 건강행태 개선 등 맞춤형 건강관리 서비스를 제공하는 것이다. 건강위험요인 및 건강문제가 있고 증상조절이 안 되는 만성질환자나 고위험 허약 노인 등의 경우 집중관리군으로 분류되어 8회 정도(6회~10회)의 관리를 받을 수 있다. 집중관리군은 이후 재평가를 통하여 2~3개월에 1회를 방문하는 정기관리군이나 4~6개월에 1회 방문하는 자기역량지원군으로 분류될 수 있다(보건복지부, 2015).

본 연구는 노인의 계층인식이 자살충동에 이르는 경로를 파악하고자 하는 연구로 횡단연구가 갖는 기본적 한계와 2차 자료 분석이 갖는 제한점을 갖고 있다. 본 연구의 중요 변수로 투입된 스트레스 측정도구가 2011년부터 도입되어 종단연구를 적용하기에는 제한점이 있었다. 추후 현재의 측정도구가 장기간 적용될 경우, 연구모형에 대한 종단적 분석이 가능해질 것이다. 자살충동에 영향을 미치는 변수를 고려함에 있어서도 제한된 변수를 적용한 한계가 있다. 노인의 계층인식이 스트레스와 주관적 건강인식을 거쳐 자살충동에 이르는 이중매개의 경로를 확인한 것은 의미가 있으나, 이외의 다양한 요인들을 고려하는 후속연구가 필요하다. 또한, 본 연구에서는 노인의 자살문제를 자살충동만으로 측정하였으나, 자살행동의 구체적 기준인 자살계획과 자살시도를 포함하여 관련 문항이 보다 포괄적으로 제시될 경우, 심각한 사회문제로 대두되고 있는 노인 자살에 대한 체계적인 분석과 대응방안 마련이 가능해질 것이다.

남석인은 연세대학교에서 사회복지 학·석·박사학위를 받았으며, 현재 연세대학교 사회복지대학원에서 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인복지이며, 현재 만성질환 노인의 부부관계, 노인의 삶의 의미, 의료사회복지사의 역할 등을 연구하고 있다.

(E-mail: namseokin@yonsei.ac.kr)

이희정은 현재 연세대학교 사회복지대학원에서 사회복지학 박사과정 재학 중이다. 주요 관심분야는 건강 및 정신건강이며, 현재 만성질환 노인의 정신건강, 소아암 완치자의 자기옹호, 의료사회복지사의 직무스트레스 등을 연구하고 있다.

(E-mail: yiheejung724@gmail.com)

김보경은 현재 연세대학교 사회복지대학원에서 사회복지학 석사과정 재학 중이다. 주요 관심분야는 의료와 노인복지이며, 현재 신장투석환자의 삶의 질, 의료사회복지사의 직무스트레스 등을 연구하고 있다.

(E-mail: haycome77@naver.com)

김성준은 현재 연세대학교 사회복지대학원에서 사회복지학 석사과정 재학 중이다. 주요 관심분야는 노인복지이며, 현재 의료사회복지사의 직무스트레스, 만성질환 노인과 독거노인의 정신건강 연구에 관심을 가지고 있다.

(E-mail: own.my.present@gmail.com)

참고문헌

- 국민연금연구원. (2015a). 중·고령자의 경제생활 및 노후준비 실태. 서울: 국민연금연구원.
- 국민연금연구원. (2015b). 2014 국민연금 생생통계. 서울: 국민연금연구원.
- 국립정신건강센터. (2016). 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책. 관계부처 합동.
- 김윤정. (2011). 생태체계적 관점에서 본 생애주기별 자살생각의 위험요인과 보호요인. *한국지역사회생활과학회지*, 22(3), pp.429-444.
- 김현순, 김병석. (2007). 노인의 자살생각에 대한 경로분석. *한국심리학회지: 상담 및 심리 치료*, 19(3), pp.801-818.
- 남석인, 최권호, 이희정. (2014). 당뇨병환자의 주관적 건강인식이 자살행동에 미치는 영향과 우울의 매개효과. *사회복지연구*, 45(1), pp.231-254.
- 문동규. (2012). 노인의 자살생각과 관련된 유발변인의 메타회귀분석. *노인복지연구*, 55, pp.133-157.
- 박봉길, 송인석. (2014). 독거노인의 스트레스와 자살생각 간의 관계-자기비판, 고독감의 다중매개효과와 사회적 지지의 조절효과. *한국사회복지학*, 66(2), pp.51-74.
- 박재산, 이정찬, 김귀현, 문재우. (2009). 우리나라 노인의 자살충동에 영향을 주는 관련 요인 연구. *보건과 사회과학*, 26, pp.115-136.
- 박진수, 이유정, 나연자, 공미희, 김현주. (2013). 성인 남성의 우울성향 및 스트레스 정도에 따른 남성호르몬 농도. *스트레스研究*, 21(3), pp.239-247.
- 보건복지부. (2015). 2015년 지역사회통합건강증진사업안내 [방문건강관리]. 세종: 보건복지부.
- 오영희. (2015). 노인의 건강실태와 정책과제. *보건복지포럼*, 223, pp.29-39.
- 이은경. (2006). 응급의료센터에 내원한 노인의 자살에 관한 조사 연구. *여성건강*, 7(2), pp.1-22.
- 임지혁, 배종면, 최순식, 김성원, 황환식, 허봉렬. (1996). 외래용 스트레스량 측정도구로서 한국어판 BESPI 설문서(수정판)의 타당성. *가정의학회지*, 17(1), pp.42-53.
- 장지연, 부가청. (2007). 우리나라 중·노년 인구의 건강상태. *한국인구학*, 30(2), pp.45-69.

- 정영숙, 정영주. (2015). 한국 청소년과 노인의 자살관련 변인들의 고찰: 자살에 대한 스트레스 취약성 모델의 적용. *한국심리학회지: 발달*, 28(3), pp.227-254.
- 최령, 박재용, 황병덕. (2013). 소득계층과 주관적 계층인식에 따른 의료이용. *보건과 사회과학*, 33, pp.85-107.
- 최정민, 김신열. (2014). 노인이 인지한 소득불평등과 자살생각 간 관계. *한국콘텐츠학회논문지*, 14(11), pp.743-758.
- 통계청. (2011). *장래인구추계*. 대전: 통계청.
- 통계청. (2015a). *2014년 사망원인통계*. 대전: 통계청.
- 통계청. (2015b). *2015 고령자통계*. 대전: 통계청.
- 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2015). *2008~2012 한국의료패널 연간데이터 사용안내서*. 세종: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단.
- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health psychology*, 19(6), pp.586-592.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), pp.90-113.
- Bass, S. A. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, M. Silverstein, N. Putney, & D. Gans (Eds.) *Handbook of Theories of Aging, Second Edition* (pp.347-374). New York: Springer Publishing Company.
- Cheung, G., Merry, S., & Sundram, F. (2015). Late-life suicide: Insight on motives and contributors derived from suicide notes. *Journal of affective disorders*, 185, pp.17-23.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Social science & medicine*, 67(2), pp.330-340.
- Estes, C. L. (1999) Critical Gerontology and new political economy of aging. in M. Minkler & C. L. Estes (Eds.), *Critical gerontology: Perspectives from political and moral economy* (pp.17-35). Amityville, NY: Baywood Publishing.

- Ferraro, K. F., Shippee, T. P., & Schafer, M. H. (2009). Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. In V. Bengtson, M. Silverstein, N. Putney, & D. Gans (Eds.) *Handbook of Theories of Aging, Second Edition* (pp.413-433). New York: Springer Publishing Company.
- Frank, S. H., Zyzanski, S. J. (1988). Stress in the clinical setting: the Brief Encounter Psychosocial Instrument. *The Journal of family practice*, 26, pp.533-539.
- Fujino, Y., Mizoue, T., Tokui, N., & Yoshimura, T. (2005). Prospective Cohort Study of Stress, Life Satisfaction, Self Rated Health, Insomnia, and Suicide Death in Japan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(2), pp.227-237.
- George, L. K. (2003). What life-course perspectives offer the study of aging and health. In R. A. Settersten Jr. (Ed.), *Invitation to the life course: Toward new understandings of later life* (pp.161-188). Amityville, NY: Baywood Publishing.
- Hayes, A. F., & Matthes, J. (2009). Computational procedures for probing interactions in OLS and logistic regression: SPSS and SAS implementations. *Behavior research methods*, 41(3), pp.924-936.
- Hayes, A. F. (2015. 12. 7) *The PROCESS macro for SPSS and SAS*.
<http://www.processmacro.org>에서 2015.12.7. 인출.
- Hu, P., Adler, N. E., Goldman, N., Weinstein, M., & Seeman, T. E. (2005). Relationship between subjective social status and measures of health in older Taiwanese persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(3), pp.483-488.
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø., & Steihaug, S. (2010). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics*, 22(02), pp.209-218.
- Kraus, M. W., Adler, N., & Chen, T. W. D. (2013). Is the association of subjective SES and self-rated health confounded by negative mood? An experimental approach. *Health Psychology*, 32(2), pp.138-145.
- Lee, J., Choi, Y. S., Jeong, Y. J., Lee, J., Kim, J. H., & Kim, S. H., et al. (2013). Poor-quality sleep is associated with metabolic syndrome in Korean adults. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 231(4), pp.281-291.

- Lima-Costa, M. F., Steptoe, A., Cesar, C. C., De Oliveira, C., Proietti, F. A., & Marmot, M. (2012). The influence of socioeconomic status on the predictive power of self-rated health for 6-year mortality in English and Brazilian older adults: the ELSA and Bambuí cohort studies. *Annals of epidemiology*, 22(9), pp.644-648.
- Lundberg, U. (2006). Stress, subjective and objective health. *International Journal of Social Welfare*, 15(Suppl. 1), pp.S41-S48.
- Merton, R. K. (1968). The Matthew effect in science. *Science*, 159(3810), pp.56-63.
- Nadorff, M. R., Fiske, A., Sperry, J. A., Petts, R., & Gregg, J. J. (2013). Insomnia symptoms, nightmares, and suicidal ideation in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(2), pp.145-152.
- Ostrove, J. M., Adler, N. E., Kuppermann, M., & Washington, A. E. (2000). Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 19(6), pp.613-618.
- Tang, J., Wu, S., & Miao, D. (2013). Experimental test of escape theory: accessibility to implicit suicidal mind. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), pp.347-355.
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), pp.567-592.
- Walker, A. (2006). Reexamining the Political economy of Aging: Understanding the Structure/Agency Tension. In J. Barrs, D. Dannefer, C. Phillipson & A. Walker (eds.), *Aging globalization and Inequality: The critical gerontology* (p.69). Amityville, NY; Baywood Publishing.
- Willson, A. E., Shuey, K. M., & Elder Jr, G. H. (2007). Cumulative advantage processes as mechanisms of inequality in life course health. *American Journal of Sociology*, 112(6), pp.1886-1924.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Author.

Wright, C. E., & Steptoe, A. (2005). Subjective socioeconomic position, gender and cortisol responses to waking in an elderly population. *Psychoneuroendocrinology*, 30(6), pp.582-590.

The Effect of Subjective Socioeconomic Status on Suicidal Ideation in Older Koreans

Nam, Seok In
(Yonsei University)

Yi, Hee Jung
(Yonsei University)

Kim, Seong Jun
(Yonsei University)

Kim, Bo Kyung
(Yonsei University)

Elderly suicide has become a serious social problem in Korea. This study examined the relationship between subjective socioeconomic status and suicidal ideation in older Koreans. Under this relationship, we investigated the double-mediating effects of stress and self-rated health. The sample, drawn from the Korea Health Panel (KHP) 2012, consisted of a total of 1916 older adults who responded to our questions concerning subjective socioeconomic status, stress, self-rated health level and suicidal ideation. We used a macro for SPSS for analysis of double-mediating effects. Our analysis showed that higher stress level and lower subjective health levels increased the likelihood of suicidal ideation. Subjective socioeconomic status affected suicidal ideation through the double-mediating path of stress and subjective health. However, it did not show a direct effect on suicidal ideation. This study suggests that economic support and stress-coping programs should be provided to reduce suicide in the elderly.

Keywords: Elderly Suicide, Subjective Socioeconomic Status, Stress, Self-rated Health