

## 노인의 주관적 건강 인식과 삶의 질이 우울과 자살 생각에 미치는 영향

오창석\*  
영산대학교 의료경영학과

## The Effects of the Elderly's Subjective Health Perceptions and Quality of Life on Their Depression and Suicide Ideation

Chang-Seok Oh\*  
*Department of Healthcare Management, Youngsan University*

### <Abstract>

The study thus examined and analyzed 1,478 people aged 65 or older in the Korea National Health and Nutrition Examination Survey of 2010 to investigate the effects of differences in the elderly's general characteristics and depression & suicide ideation and in their subjective health perceptions and quality of life on their depression and suicide ideation. As a result, Significant differences in their suicide ideation were also caused by such quality of life variables as ill in bed, exercise capacity, self-management, daily activity, pain and uncomfortableness, and anxiety. The logistic analysis results of depression and suicide ideation according to the degree of subjective health perception show a significant finding that the better health perception they had compared with their very poor subjective health perception, the lower the odds ratio became. In the category of quality of life, only experience of uncomfortableness caused significant results on suicide ideation and depression. The results of the study will be of great use as basic data to intervene in the suicide route of the elderly and take measures to prevent suicide.

---

**Key Words : Depression, Suicide Ideation, Quality of Life, Health Behavior, Subjective Health Perception**

\* 본 연구는 2011년도 영산대학교 학술연구비 지원으로 수행되었음

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

노인의 건강 수명 연장과 행복한 노후를 위한 조건 중 가장 중요한 것 중의 하나는 건강이며, 이러한 건강은 신체적 건강과 정신적 건강을 포함한 포괄적인 의미이다. 과거 전통사회 체계에서는 노인의 경제적 심리적 문제는 가족 내에서 해결 조정되고 사회 밖으로 표출되지 않았다. 노인 개인적 삶을 살펴보면 배우자나 주변인의 죽음으로 인한 고독, 퇴직 후 갑작스럽게 변화하는 지위의 하락과 소득의 감소, 갖가지 질병으로 인한 고통, 살아온 날들에 대한 후회나 죽음에 대한 두려움 등으로 그야말로 노년기는 인생의 생활 주기 중 가장 심한 우울을 경험하게 되는 때이며, 사회적으로 살펴볼 때 현대는 이러한 치매, 노인 자살 등 노인문제가 가정을 떠나 표면화 되고 있는 실정이다.

세계보건기구에 의하면 지난 45년 동안 자살률의 증가가 60%에 이를 정도로 자살 문제가 범세계적인 보건문제로 대두되고 있다. 우리나라의 경우 지난 21년간 자살률이 연평균 5%씩 증가하여 3.4배가 늘어났고, 2008년 인구10만 명당 연령표준화 사망률은 21.5명으로 OECD국가중 1위를 나타냈다 [1]. 통계청에 의하면 2010 자살에 의한 사망자수는 총 15,566명으로 1일 평균 42.6명 자살하여 인구 10만 명당 자살자 수는 31.2명으로 나타났다. 60대 이상 노인 자살자는 2004년 4099명, 2005년 4346명, 2006년 4006명, 2007년 4351명, 2008년 4365명으로 매년 약 4300명의 노인이 자살로 사망하고 있다. 노인 65세 이상 자살률은 10만 명당 71명으로 나타났고 일찍이 고령화 사회로 진입하여 노인문제를 경험했던 미국 (24.1명/10만 명당), 일본(31명/10만 명당), 독일(30.4명/10만 명당)의 자살률을 크게 앞지르고 있으며 그 증가세가 세계에서 유례를 찾아보기 어려울 정도이다[2].

성별에 따른 노인 자살률을 살펴보면, 2010년 기준 남자가 인구 10만 명당 41.4명이 사망하는 것에 비해 여성은 21.0명이 사망하여 남성이 여성에 비해 약 2배 높은 자살률을 나타내고 있다[3]. 우리나라 노인의 80세까지 생존비율이 남성 36.2%, 여성 60.4%로 여성 노인이 남성 노인에 비해 그 숫자가 많음에도 불구하고 남성 노인 자살자의 숫자가 많은 것은 우리나라 남성 노인의 특성과 관련이 있는 것으로 파악된다.

노인의 자살은 다른 인구집단에 비해 원인이 복잡하고 다양하다. 나이, 성, 결혼상태, 기대수명의 연장, 퇴직으로 인한 직업과 역할 상실, 건강약화, 만성질환, 신체적 정신적 장애, 의존성의 증가, 사회적 관계의 축소 및 사회적 격리, 배우자의 상실, 경제적인 불안정, 가족불화, 외로움과 소외감, 절망감, 지역사회 통합의 결여, 지지체계의 부족, 우울, 약물 및 알코올 남용 등의 복합적 요소들이 작용하여 자살을 생각하게 된다[3]. 또한 청소년들의 자살처럼 충동적으로 자살을 시도하거나, 도움을 요청하는 신호로서의 자살시도가 아니라 실제적으로 자살하려고 하는 의지가 높아 오래도록 심사숙고하고 계획적이기 때문에 결과적으로 자살에 의한 사망률이 다른 연령군보다 높게 나타난다[4].

노인 자살에 대한 연구들은 대부분 자살의 원인을 찾는데 중점을 두고 있으며 크게 두 가지 측면에서 접근되고 있다. 그 하나는 노인자살을 노인 치매나 우울의 전형적인 증상적 행동으로 인식하고, 정신질환을 자살의 중요한 원인으로 보는 심리정신의학적 접근이다[5][6]. 또 다른 하나는 노인 자살을 심리변화와 사회적 역할 및 배우자, 건강 등의 상실에서 비롯된 노화과정상 부적응의 결과로 보려는 사회 심리적 측면의 연구들이다[7]. 노인 자살 생각에 영향을 주는 요인에 관한 연구에서 노인의 자살 생각에 직접적인 영향을 주는 유의한 변수는 우울로 확인 되었으며, 다른 독립변수 즉, 개인의 특성과 사회적 지지, 부정적인 경험은

자살 생각에 직접적인 영향을 주지 않고 노인의 우울을 매개하여 자살 생각에 유의미하게 영향을 주는 것으로 확인되었다[8].

한국노년학회는 한국 노인에게서 가장 많은 정신질환은 우울증과 치매라고 밝혔듯이 우울증은 노년기의 대표적 질환이다. 우리나라의 경우, 노인의 우울빈도는 2%에서 진단도구에 따라 60%로 다양하게 나타나며[9] 우울증상을 보이는 노인의 비율은 전체 노인의 15%에 이른다고 보고하고 있다[10]. 한국 노인에서의 우울 요인은 노인의 신체적 건강문제가 가장 중요하며, 그 다음으로 자녀 문제, 경제적 어려움으로 보고되고 있으며 또한 연령, 학력, 결혼상태, 건강상태, 수단적 일상생활(ADL), 여가활동 등이 주원인으로 영향을 미친다고 보고되고 있다[11][12].

선행연구에서 신체적, 정신적 질환은 노인 자살과 밀접한 관계가 있다고 연구되고 있다. 2004-2005년 서울에서 발생한 60세 이상의 노인자살 883명의 실례를 분석한 결과를 보면, 각종 병에 따른 자살이 49.5%에 이르렀다[13].

노인 자살에 대한 근본적 원인을 밝히기 위해 자살 경로를 파악하는 연구가 활발하게 연구되고 있으며, 이러한 경로에서 건강상실과 같은 상실체험과 삶의 질의 불만족과 같은 생활양식은 매우 중요한 원인을 제공한다고 연구되고 있다[7].

이와 같이 노인의 우울과 자살에 관한 보건학적인 중요성을 파악하고 노인 자살에 대한 예방적 대응방안을 살펴보기 위해 노인 우울과 자살 생각에 대한 원인을 삶의 질과 주관적 건강 인식을 중심으로 파악해 보는 일은 반드시 필요하다고 판단된다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 노인의 일반적 특성 및 주관적 건강인식에 따른 우울과 자살 생각의 차이를

알아보고, 삶의 질이 우울 및 자살 생각에 미치는 영향에 대해 파악하기 위함이며 그 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성에 따른 우울 및 자살 생각의 차이를 분석한다.
- 2) 노인의 주관적 건강인식에 따른 우울과 자살 생각의 차이를 분석한다.
- 3) 노인의 주관적 건강인식과 삶의 질이 우울과 자살 생각에 미치는 영향에 대해 분석한다.

## II. 연구방법

### 1. 분석자료 및 대상

연구 자료는 보건복지부와 보건사회연구원이 공동 조사한 2010년 국민건강영양조사 자료를 이용하였다. 국민건강영양조사 제5기 1차년도(2010년도) 조사는 전국 약 3,840가구, 만1세 이상의 가구원 전체를 대상으로 2010년도 1월부터 12월까지 조사 실시하였다. 목표모집단은 우리나라에 거주하고 있는 대한민국 국민으로 양로원, 군대, 교도소 등에 입소한 자와 외국인은 제외하였다. 제5기 표본 조사구는 주민등록인구자료에서 추출한 일반주택 조사구와 아파트단지목록에서 추출한 아파트 조사구로 구성하였다. 표본 조사구는 먼저 시도별(서울, 6대 광역시, 경기, 경상, 강원, 충청, 전라, 제주)로 1차 층화하고, 일반 지역은 성별, 연령별 인구비율 기준 26개 층으로, 아파트 지역은 단지별, 평당 가격, 평균 인구 등 기준 24개 층으로 2차 층화한 후 추출하였다. 추출된 표본 조사구 내에서 계통 추출방법으로 조사구당 20개의 최종 조사대상 가구를 추출하였다. 이중 노인인구 65세 이상의 응답자를 대상으로 최종 분석을 실시하였다.

<표 1> 연구변인에 대한 문항

요인	변수	변수정의
일반적 특성	성별	1: 남성, 2: 여성
	연령	1: 65-69, 2: 70-79, 3: 80이상
	결혼여부	1: 기혼, 2: 미혼, 9: 모름
	결혼상태	1:유배우자(동거) 2:유배우자(별거), 3:사별, 4: 이혼, 8:비해당
	소득 4 분위	1: 하, 2: 중하, 3: 중상, 4: 상
	교육수준	1: 초졸 이하, 2:중졸, 3: 고졸, 4: 대졸 이상
	주택소유여부	1: 아니오, 2: 1채 있음, 3: 2채 이상
	기초생활여부	1: 그렇다, 2: 지금은 아니다, 3: 아니다, 9: 모름
	가구원수	1: 1명, 2: 2명, 3: 3명, 4: 4명, 5: 5명, 6: 6명이상
	주관적 건강인식	1: 매우 좋음, 2: 좋음, 3: 보통, 4: 나쁨, 5: 매우나쁨
삶의 질	와병여부	1: 예, 2: 아니오
	운동능력	1: 걷는데 지장 없음, 2: 다소 지장, 3: 종일 누워 있음
	자기관리	1: 혼자 옷 입음, 2: 다소 지장, 3: 혼자 옷 입지 못함
	일상생활	1: 지장 없음, 2: 다소 지장, 3: 일상생활 못함
	통증불편	1: 통증 없음, 2: 다소 통증, 3: 심한 통증, 불편
건강 행태	불안우울	1: 불안 없음, 2: 다소 불안, 3: 심한 불안
	음주빈도	1: 음주안함, 2: 월 1회 미만, 3: 월 1회 정도, 4: 주 2-4회, 5: 주 2-3회, 6: 주 4회 이상
	신체활동	1: 실천 안함, 2: 주 3회 이상
	걷기 실천	1: 실천 안함, 2: 주 5일 이상
반응 변수	2주 연속 우울	1: 예, 2: 아니오
	자살 생각	1: 예, 2: 아니오

## 2. 측정변수

반응변수는 우울 및 자살 생각으로 측정하였다. 우울 및 자살 생각의 측정은 각각 “지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나, 절망감을 느낀 적이 있습니까? 와 지난 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있습니까?” 에 대한 질문에 예와, 아니오 의 응답이 주어졌다.

주요 관심 변수로는 일반적 특성 요인으로 연령, 결혼여부, 결혼상태, 소득 사 분위(개인), 교육 수준, 기초생활수급 여부, 가구원수 및 주관적 건강 인식(매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨) 등을 구분하였다. 또한 국민건강영양조사표에서는 삶의 질에 대한 변수로 와병여부(예, 아니오), 불편 경험(예, 아니오), 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증불편을 변인으로 정의하였고, 건강행태 변인으로 음주빈도, 신체활동, 걷기실천여부 등을 변수로

정의하였다.

## 3. 분석방법

조사대상중 65세 이상의 노인의 응답 총 1,478 건의 응답을 대상으로 SPSS 19.0을 이용하여 통계 분석을 실시하였다. 응답자중 문항에 대한 시스템 결측과 결측값은 최종 통계 처리에서 삭제하고 분석하였다. 일반적 특성에 따른 우울과 자살 생각에 대한 차이 검증을 위해  $\chi^2$ 검증을 실시하였고, 일반적 특성과 주관적 건강인식이 우울과 자살 생각에 미치는 영향을 파악하기 위해 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로는 여자가 56.1%로 남자가 보다 많이 나타났고, 연령은 70대가 가장 높게 나타났다. 결혼은 유배우자와 동거하고 있는 대상자가 66.1%로 가장 높게 나타났고, 사별이 31.2%로 그 뒤를 나타내고 있다.

<표 2> 일반적 특성 (N=1,478)

구분	분류	빈도 (%)
성별	남	649 (43.9)
	녀	829 (56.1)
연령	65-69	531 (35.9)
	70-79	758 (51.3)
	80이상	189 (12.7)
결혼상태	유배우자(동거)	977 (66.1)
	유배우자(별거)	12 (0.8)
	사별	461 (31.2)
	이혼	23 (1.6)
	비해당 및 모름	5 (0.4)
소득4분위수 (개인)	하	774 (53.3)
	중하	332 (22.8)
	중상	187 (12.9)
	상	160 (11.0)
교육수준	초졸이하	943 (68.5)
	중졸	165 (12.0)
	고졸	177 (12.9)
	대졸이상	91 (6.6)
주택소유여부	없음	300 (20.3)
	1채	1,000 (67.7)
	2채 이상	178 (12.0)
기초생활수급 여부	그렇다	71 (4.8)
	예전에 수급경험	57 (3.9)
	아니다	1,346 (91.3)
	모름	4 (0.3)
가구원수	1명	222 (15.0)
	2명	713 (48.2)
	3명	217 (14.7)
	4명	123 (8.3)
	5명	122 (8.3)
	6명이상	81 (5.5)

소득 4분위수(개인)는 하로 표시한 대상자가 53.3%로 나타났고, 중하, 중상, 상의 순서로 분포하는 것으로 나타났다. 교육수준은 초졸 이하가 가장 높게 나타났고, 고졸이상은 전체의 19.5%로 나타났다. 기초생활수급 여부는 그렇다와 이전 수급경험자를 합해서 8.7%를 나타냈다.

#### 2. 일반적 특성 및 건강행태와 우울 자살 생각에 차이

대상자의 일반적 특성과 우울에 대한 교차분석을 실시한 결과는 <표 3>와 같이 나타났다. <표 3>이 나타나는 바와 같이 성별( $\chi^2=19.491, p<0.001$ ), 연령대( $\chi^2=7.144, p<0.05$ ), 교육수준( $\chi^2=10.702, p<0.05$ ), 주관적 건강상태( $\chi^2=68.411, p<0.001$ ), 소득사분위( $\chi^2=16.851, p<0.05$ ), 가구원수( $\chi^2=4.667, p<0.05$ )에서 우울에 유의한 차이를 나타냈다. 성별에서는 여자가 남자보다 우울이 더 높게 나타났고, 연령에서는 80대 이상에서 우울이 높게 나타났다. 교육수준에서는 초졸 이하와 중졸 이하가 고졸과 대졸군 보다 우울이 높게 나타났으며, 기초 생활 수급자인 대상이 과거 수급자와 비수급자에 비해 우울이 높게 나타났다. 주관적 건강상태에서는 매우 좋음과 좋음에 비해, 나쁨과 매우 나쁨에서 우울이 높게 나타났다. 소득 사분위에서는 하, 중상, 중하, 상의 순서로 우울이 높게 나타났고 가구원수가 1인 거주 대상자가 2인 이상 거주 대상자에 비해 우울 답변이 높게 나타났다.

<표 3> 일반적 특성 및 주관적 건강인식과 우울 교차분석

구분	분류	우울			$\chi^2$	p
		예(%)	아니오(%)	전체(%)		
성별	남자	68(11.1)	545(88.9)	613(100.0)	19.491	.000
	여자	151(19.8)	609(80.2)	760(100.0)		
연령대	60대	74(14.6)	431(85.4)	505(100.0)	7.144	.028
	70대	111(15.3)	613(84.7)	724(100.0)		
	80이상	34(23.6)	110(76.4)	144(100.0)		
교육 수준	초졸이하	164(17.4)	774(82.6)	938(100.0)	10.702	.013
	중졸	29(17.7)	135(82.3)	164(100.0)		
	고졸	17(9.6)	159(90.4)	176(100.0)		
	대졸이상	8(8.8)	83(91.2)	91(100.0)		
기초 생활 수급	그렇다	16(23.5)	52(76.5)	68(100.0)	3.206	.201
	과거수급자	7(13.4)	45(86.6)	52(100.0)		
	아니다	196(15.6)	1,053(84.4)	1,249(100.0)		
결혼 상태	배우자	134(14.3)	799(85.7)	933(100.0)	5.948	.051
	사별	81(19.7)	332(80.3)	413(100.0)		
	이혼	4(18.2)	18(81.8)	22(100.0)		
주관적 건강 인식	매우 좋음	4(6.4)	59(93.6)	63(100.0)	68.411	.000
	좋음	30(8.7)	317(91.3)	347(100.0)		
	보통	58(12.4)	412(87.6)	470(100.0)		
	나쁨	82(22.6)	282(77.4)	364(100.0)		
	매우나쁨	44(35.0)	82(65.0)	126(100.0)		
소득 사분위 (개인)	하	72(21.3)	267(78.7)	339(100.0)	16.851	.001
	중하	54(16.5)	275(83.5)	329(100.0)		
	중상	58(16.8)	288(83.2)	346(100.0)		
	상	33(9.8)	305(90.2)	338(100.0)		
가구 원수	1인거주	45(21.0)	170(79.0)	215(100.0)	4.667	.031
	2인이상	174(15.1)	982(84.9)	1,156(100.0)		

일반적 특성과 자살 생각에 대한 교차 분석을 실시 결과는 다음과 같다.

<표 4>에서 나타나는 바와 같이 성별( $\chi^2=35.808$ ,  $p<0.001$ ), 연령대( $\chi^2=24.209$ ,  $p<0.001$ ), 교육수준( $\chi^2=47.684$ ,  $p<0.001$ ), 기초생활 수급 여부( $\chi^2=21.954$ ,  $p<0.001$ ), 결혼상태( $\chi^2=39.844$ ,  $p<0.001$ ), 주관적 건강상태( $\chi^2=88.833$ ,  $p<0.001$ ),에서 우울에 유의한 차이를 나타냈다. 80대 이상의 나이 그룹이 60대 나이 그룹에 비해 자살 생각이 높게 나타났다. 학력이 낮을수록, 기초생활 수급자가 자살 생각에 대한 답변이 더 높게 나타났다. 결혼은 사별한 경우가 배우자가 있거나, 이혼한 경우보다 자살

생각이 높게 나타났다. 이것은 사별로 인한 상실이 배우자와 이혼의 상태보다 더 심리적 상실감이 큰 것을 의미한다고 볼 수 있다. 주관적 건강인지가 매우 나쁨 경우에 자살 생각에 대한 비율이 가장 높게 나타났다. 또한 소득 사분위( $\chi^2=17.609$ ,  $p<0.05$ ), 가구원수( $\chi^2=21.415$ ,  $p<0.001$ )에서 자살 생각에 유의한 차이를 나타냈다. 소득이 중하 혹은 하의 그룹이 상에 비해 자살 생각이 높은 것으로 나타났다. 가구원수에 있어서도 우울과 마찬가지로 1인 거주 가구에서 2인 거주 가구보다 자살 생각에 대한 분포가 더 높게 나타났다.

<표 4> 일반적 특성 및 주관적 건강인식과 자살 생각 교차분석

구분	분류	자살 생각			$\chi^2$	p
		예(%)	아니오(%)	전체(%)		
성별	남자	94(15.4)	519(84.6)	613(100.0)	35.808	.000
	여자	220(29.0)	539(71.0)	759(100.0)		
연령대	60대	92(18.3)	413(81.7)	505(100.0)	24.209	.000
	70대	168(23.3)	556(76.7)	724(100.0)		
	80이상	54(37.8)	89(62.2)	143(100.0)		
교육 수준	초졸이하	263(28.1)	674(71.9)	937(100.0)	47.684	.000
	중졸	21(12.9)	143(87.1)	164(100.0)		
	고졸	21(12.0)	155(88.0)	176(100.0)		
	대졸이상	7(7.7)	84(92.3)	91(100.0)		
기초 생활 수준	그렇다	30(44.2)	38(55.8)	68(100.0)	21.954	.000
	과거수급자	17(32.7)	35(67.3)	52(100.0)		
	아니다	266(21.4)	982(78.6)	1,248(100.0)		
결혼 상태	배우자	168(18.1)	765(81.9)	933(100.0)	39.844	.000
	사별	138(33.5)	274(66.5)	412(100.0)		
	이혼	7(17.7)	15(82.3)	22(100.0)		
주관적 건강 인식	매우 좋음	4(6.4)	59(93.6)	63(100.0)	88.833	.000
	좋음	55(15.9)	292(84.1)	347(100.0)		
	보통	80(17.1)	389(82.9)	469(100.0)		
	나쁨	113(31.1)	251(68.9)	364(100.0)		
	매우 나쁨	61(48.5)	65(51.5)	126(100.0)		
소득 사분위 (개인)	하	89(26.4)	249(73.6)	338(100.0)	17.609	.001
	중하	90(27.4)	239(72.6)	329(100.0)		
	중상	81(23.5)	265(76.5)	346(100.0)		
	상	51(15.1)	287(84.9)	338(100.0)		
가구 원수	1인거주	75(35.1)	139(64.9)	214(100.0)	21.415	.000
	2인이상	238(20.6)	918(79.4)	1,156(100.0)		

삶의 질 및 건강행태와 우울의 교차분석의 결과는 <표 5>와 같다. 외병여부( $\chi^2=26.855$ ,  $p<0.001$ ), 운동능력( $\chi^2=28.043$ ,  $p<0.001$ ), 자기관리( $\chi^2=56.341$ ,  $p<0.001$ ), 일상활동( $\chi^2=52.280$ ,  $p<0.001$ ), 통증불편( $\chi^2=52.394$ ,  $p<0.001$ ), 불안우울( $\chi^2=118.354$ ,  $p<0.001$ ), 격렬한 신체활동( $\chi^2=4.855$ ,  $p <0.05$ )에서 우울에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 병으로 누워 있을때, 운동능력에서는 중일 누워 있음,

자기관리에서는 혼자 옷 입지 못함에서 우울이 제일 높게 나타났다. 일상생활에서는 생활하지 못함이, 통증/불편에서는 심한 통증과 불편이 있을 때가, 불안에서는 심한 불안의 그룹에서 우울이 제일 높게 나타났다. 다만, 음주 빈도와 걷기 실천 여부에서는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

<표 5> 삶의 질 및 건강행태와 우울 교차 분석

구분	분류	우울			$\chi^2$	p
		예(%)	아니오(%)	전체(%)		
외병 여부	예	46(30.5)	105(69.5)	151(100.0)	26.855	.000
	아니오	172(14.2)	1,047(85.8)	1,219(100.0)		
운동 능력	걷는데 지장없음	99(12.3)	707(87.7)	806(100.0)	28.043	.000
	다소지장	106(20.0)	425(80.0)	531(100.0)		
	종일 누워 있음	13(39.4)	20(60.6)	33(100.0)		
자기 관리	혼자 옷(목욕) 입음	155(13.1)	1,032(86.9)	1,187(100.0)	56.341	.000
	다소 지장	55(33.2)	111(66.8)	166(100.0)		
	혼자 옷(목욕) 입지 못함	8(47.1)	9(52.9)	17(100.0)		
일상 활동	지장 없음	111(11.4)	863(88.6)	974(100.0)	52.280	.000
	다소 지장	88(26.3)	247(73.7)	335(100.0)		
	일상 생활 하지 못함	19(31.2)	42(68.8)	61(100.0)		
통증 불편	통증/불편감 없음	80(10.1)	718(89.9)	798(100.0)	52.394	.000
	다소 통증/불편 있음	103(22.8)	349(77.2)	452(100.0)		
	심한 통증/불편감	35(29.2)	85(70.8)	120(100.0)		
불안	불안하지 않음	131(11.4)	1,022(88.6)	1,153(100.0)	118.354	.000
	다소 불안있음	71(37.8)	117(62.2)	188(100.0)		
	심한 불안	16(55.2)	13(44.8)	29(100.0)		
음주 빈도	음주 안함	43(14.9)	246(85.1)	289(100.0)	3.908	.563
	월1회 미만	26(14.3)	157(85.7)	183(100.0)		
	월1회 정도	13(17.2)	63(82.8)	76(100.0)		
	월2-4회	18(13.9)	112(86.1)	130(100.0)		
	주2-3회	16(12.7)	110(87.3)	126(100.0)		
	주4회 이상	13(9.1)	131(90.9)	144(100.0)		
격렬한 신체활동	실천안함	188(15.3)	1,047(84.7)	1,235(100.0)	4.855	.028
	주3회이상	31(22.5)	107(77.5)	138(100.0)		
걷기실천 여부	실천안함	187(15.4)	1,034(84.6)	1,221(100.0)	3.460	.076
	주5일이상	32(21.2)	119(78.8)	151(100.0)		

삶의 질 및 건강행태와 자살 생각의 교차분석의 결과는 <표 6>과 같다. 외병여부( $\chi^2=41.816$ ,  $p<0.001$ ), 운동능력( $\chi^2=69.006$ ,  $p<0.001$ ), 자기관리( $\chi^2=73.080$ ,  $p<0.001$ ), 일상활동( $\chi^2=79.530$ ,  $p<0.001$ ), 통증불편( $\chi^2=77.583$ ,  $p<0.001$ ), 불안( $\chi^2=77.386$ ,  $p<0.001$ ), 걷기 실천( $\chi^2=10.987$ ,  $p <0.05$ )에서 우울에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

병이 있을 때, 운동능력이 없어 종일 누워 있을 때, 일상생활을 하지 못할 때, 심한 통증과 불편감이 있을 때와 불안할 때 자살 생각 응답이 높은 것으로 나타났다. 우울과 달리 건강행태에서는 걷기 실천을 하지 않을 때가 주 5번 이상 걷기실천을 할 때에 비해 자살 생각이 응답이 더 높게 나타났다.



<표 6> 삶의 질 및 건강행태와 자살 생각의 교차 분석

구분	분류	자살 생각			$\chi^2$	p
		예(%)	아니오(%)	전체(%)		
외병 여부	예	66(43.8)	85(56.2)	151(100.0)	41.816	.000
	아니오	247(20.3)	971(79.7)	1,218(100.0)		
운동 능력	걷는데 지장없음	125(15.6)	681(84.4)	806(100.0)	69.006	.000
	다소지장	170(32.1)	360(67.9)	530(100.0)		
	종일 누워 있음	18(54.6)	15(45.4)	33(100.0)		
자기 관리	혼자 옷(목욕)입음	227(19.2)	959(80.8)	1,186(100.0)	73.080	.000
	다소 지장	75(45.2)	91(54.8)	166(100.0)		
	혼자 옷(목욕)입지 못함	11(64.8)	6(35.2)	17(100.0)		
일상 활동	지장 없음	161(16.6)	812(83.4)	973(100.0)	79.530	.000
	다소 지장	123(36.8)	212(63.2)	335(100.0)		
	일상 생활 하지 못함	29(47.6)	32(52.4)	61(100.0)		
통증 불편	통증/불편감 없음	118(14.9)	679(85.1)	797(100.0)	77.583	.000
	다소 통증/불편 있음	143(31.7)	309(68.3)	452(100.0)		
	심한 통증/불편감	52(43.4)	68(56.6)	120(100.0)		
불안	불안하지 않음	214(18.6)	939(81.4)	1,153(100.0)	77.386	.000
	다소 불안 있음	84(45.0)	103(55.0)	187(100.0)		
	심한 불안	15(51.8)	14(48.2)	29(100.0)		
음주 빈도	음주 안함	67(23.3)	221(76.7)	288(100.0)	7.774	.169
	월1회 미만	38(20.8)	145(79.2)	183(100.0)		
	월1회 정도	23(38.4)	53(61.6)	86(100.0)		
	월2-4회	20(15.4)	110(84.6)	130(100.0)		
	주2-3회	23(18.3)	103(81.7)	126(100.0)		
격렬한 신체 활동	주4회 이상	32(22.3)	112(77.7)	144(100.0)	.008	.929
	실천안함	282(22.9)	952(77.1)	1,234(100.0)		
걷기실천 여부	주3회이상	32(23.2)	106(76.8)	138(100.0)	10.987	.001
	실천안함	206(26.2)	581(73.8)	787(100.0)		
	주5일이상	108(18.6)	474(81.4)	582(100.0)		

### 3. 주관적 건강 인식 및 삶의 질이 우울 및 자살 생각에 미치는 영향

일반적 특성과 건강행태와 우울 및 자살 생각에 대한 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 다음과 같이 나타났다. 남녀 성비에 따른 우울과 자살 생각의 회귀분석 결과는 자살 생각에서 여자에 비해, 남자는 약 0.4배로 확률이 낮게 나타났다. 연령에서는 연령이 낮을수록 우울을 응답한 확률이 낮게 나타났다. 연령별 자살 생각의 로지스틱 회귀분석에서도 연령이 80대에 비해, 70대, 60대로 낮아질수록 자살 생각 확률이 점차 낮게 나타났다. 결혼

에 따른 우울과 자살 생각의 로지스틱 회귀분석에서는 이혼에 비해, 사별과 배우자 존재 여부에 따른 차이를 나타내지 않고 있다. 이는 기존의 전경숙 등의 연구에서 이혼, 별거, 사별등 배우자가 없는 경우가 유배우자에 비해 우울 및 자살생각이 높게 나타났던 기존 연구와 차이를 나타냈다[14]. 소득수준이 낮아질수록 우울과 자살 생각의 확률이 높게 나타났다. 소득수준이 상에 비해 하의 그룹은 우울에서 약 2.54배, 자살 생각에서 약 2.14배로 확률이 높게 나타났다. 주관적 건강 인식에 따른 자살 생각은 매우 나쁨을 기준으로 보통, 좋음, 매우 좋음으로 갈수록 자살 생각의 이 낮게 나타

났다. 자살 생각의 로지스틱 회귀분석에서 주관적 건강 인식이 매우 나쁨을 기준으로 건강 인식의 매우 좋음은 약 0.1배의 낮은 확률이 나타났다. 따라서 본 연구에서 주관적 건강인식에 따른 차이는 노인의 자살 생각에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 음주빈도에 따른 자살 생각의 로지스틱 회귀분석에서는 주 4회 이상의 음주에 비해, 월2-4

회, 월1회 미만, 전혀 마시지 않음이 각각 유의한 차이를 나타내었다. 음주빈도가 낮아질수록 주4회 이상의 음주행태보다 약 0.4배~0.5배로 자살 생각의 확률이 낮은 것으로 예상되어진다. 신체활동 실천율과 걷기실천율의 실천 유무 차이는 우울과 자살 생각에 유의하지 않은 것으로 연구 되었다.

<표 7> 주관적 건강인식과 우울 및 자살 생각에 대한 로지스틱 회귀분석 (OR 95% 신뢰구간)

구분	우울			자살 생각		
	B	p	Exp(B)	B	p	Exp(B)
성별 (기준=여자)						
남자	-0.407	.247	0.666	-0.914	.004	0.401
연령 (기준=80대 이상)						
70대	-0.941	.002	0.390	-0.826	.002	0.438
60대	-0.938	.004	0.391	-1.025	.001	0.359
소득수준(기준=상)						
중상	0.754	.020	2.215	0.674	.014	1.963
중하	0.509	.145	1.664	0.692	.016	1.998
하	0.935	.005	2.547	0.763	.007	2.144
결혼상태 (기준=이혼)						
사별	-1.271	.067	0.281	-0.878	.196	0.415
배우자(동거, 별거 포함)	-0.943	.176	0.389	-1.161	.089	0.313
건강 인식(기준=매우 나쁨)						
나쁨	0.020	.952	1.020	-0.768	.000	0.464
보통	-0.610	.076	0.543	-1.294	.000	0.274
좋음	-1.116	.004	0.328	-1.523	.000	0.218
매우 좋음	-1.236	.067	0.291	-2.231	.000	0.107
음주빈도(기준=주4회이상)						
주2-3회	0.401	.329	1.493	-0.453	.173	0.636
월2-4회	0.385	.357	1.469	-0.864	.016	0.421
월1회	0.572	.204	1.771	-0.072	.843	0.930
월1회 미만	0.248	.541	1.281	-0.724	.028	0.485
마시지 않음	0.266	.462	1.305	-0.630	.027	0.532
흡연여부(기준=비흡연)						
과거 흡연	0.002	.995	1.002	0.294	.329	1.342
가끔 피움	-0.021	.985	0.979	1.560	.063	4.759
흡연	0.100	.790	1.105	0.548	.094	1.729
신체활동 실천율 (기준=실천함)						
실천하지 않음	-0.515	.095	0.597	-0.188	.515	0.829
걷기실천율(기준=실천함)						
실천하지 않음	0.197	.341	1.217	0.179	.317	1.196

<표 8> 삶의 질과 우울 및 자살 생각에 대한 로지스틱 회귀분석 (OR 95% 신뢰구간)

구분	우울			자살 생각		
	B	p	Exp(B)	B	p	Exp(B)
외병여부 (기준= 아니오)						
예	0.208	.369	1.231	0.309	.138	1.363
불편경험(기준 = 아니오)						
예	0.538	.003	1.173	0.642	.000	1.901
통증불편(기준=있음)						
다소있음	0.170	.526	1.185	-0.036	.880	0.965
없음	-0.208	.503	0.813	-0.294	.274	0.745
일상활동(기준=할수없음)						
다소지장	0.093	.796	1.098	-0.117	.716	0.889
지장없음	-.302	.445	0.739	-0.310	.375	0.734
자기관리(기준=할수없음)						
다소지장	-0.365	.517	0.694	-0.542	.332	0.582
지장없음	-0.780	.166	0.459	-0.887	.111	0.412
운동능력(기준=운동불가)						
다소지장	-0.135	.761	0.874	-0.034	.936	0.967
지장없음	0.193	.693	1.213	-0.335	.460	0.715
불안(기준=매우 불안)						
다소 불안	-0.471	.269	0.624	0.199	.639	1.220
불안하지 않음	-1.680	.000	0.186	-0.640	.116	0.527

삶의 질과 우울 및 자살 생각에 대한 로지스틱 회귀분석의 결과는 <표 8>과 같이 나타났다. 불편 경험이 아니오를 기준을 예라고 응답한 응답자가, 우울에서는 약 1.1배, 자살 생각에서는 약 1.9배의 높은 확률을 가질 것으로 나타났다. 불안은 매우 불안할 때를 기준으로 불안하지 않을 때 우울이 약 0.18배로 확률이 낮을 것으로 나타났다. 나머지 외병, 통증, 일상활동, 자기관리, 운동능력에 따른 차이는 우울과 자살 생각에 대해 유의한 차이를 보이지 않았다.

#### IV. 고찰 및 제언

##### 1. 고찰

현대는 급속한 노인인구의 증가와 맞물려 인구 사회, 경제학적 원인에 의한 스트레스의 증가, 노인 우울과 자살 등 노인의 사회적 문제가 동반 증

가되고 있는 실정이다. 또한 현대의 노인은 과거처럼 단순한 생명연장이 아닌, 건강수명의 연장과 행복한 노후에 대해 관심을 기울이고 있다.

노인에게 있어서 신체적 건강은 곧 독립적인 생활을 의미하는 것이다. 노인은 보편적으로 객관적인 건강상의 어려움을 가지고 있다. 건강수준이 삶의 만족도에 미치는 영향에 관한 연구들에서 노인의 건강상태가 좋으면 삶의 만족도가 커지며, 객관적 신체적 건강악화, 말기질환, 고통호소, 다양한 질병은 노인의 자살률을 높이는 것으로 알려졌다. 또한 일반 노인과 질환이 있는 모두에게서 주관적으로 느끼는 건강문제가 있을 때 우울한 것으로 나타나 자신이 인지하는 건강상태에 따라서 자살 생각에 차이를 보이는 것으로 추론할 수 있다 [15][16].

본 연구는 주관적 건강인식의 차이에 따른 우울과 자살 생각의 차이를 알아보고, 주관적 건강인식과 삶의 질이 우울과 자살 생각에 미치는 영향을 파악해 보았다. 연구 결과를 정리해 보면 다음과

같다.

성별에 따른 자살 생각과의 회귀분석 결과, 남자의 경우 여자보다 훨씬 낮은 자살 생각을 나타내고 있다. 이러한 결과는, 기존의 남자 자살자가 여성 자살자보다 높은 비율을 나타내는 실제 현상과는 반대되는 것으로[17] 여성의 경우, 자살 생각은 높으나 이를 실천으로 옮기는 자살 행동이 낮게 나타난다고 볼 수 있다. 연령에 따른 우울과 자살 생각에 대한 결과 양쪽 모두 나이가 높아질수록 우울과 자살 생각이 점차 높아지는 분석 결과를 나타내고 있다. 연령에 따른 자살 생각의 로지스틱 회귀분석에서 연령이 80대에 비해 70대, 60대로 낮아질수록 자살 생각이 확률이 점차 낮게 나타났다. 이것은 기존의 연령이 높아짐에 따라 우울감과 자살 생각이 높아진다는 기존의 김형수[18], 서정화[19] 연구와는 같은 결과를 나타냈다. 배우자 유무에 차이 따른 노인 우울과 자살 생각은 유의하지 않은 로지스틱 결과 분석을 나타냈다. 소득수준 차이에 따른 우울과 자살 생각에서 소득수준이 낮아질수록 우울과 자살 생각 확률이 더 높게 나타났다. 이러한 결과는 지각된 경제상태가 우울과 자살 생각에 간접효과를 가져 온다는 기존의 박지영[20]의 연구와 같은 연구 결과를 나타냈다. 주관적 건강상태 인식 차이에 따라 자살 생각에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 선행 연구였던 박인옥 등[11][12][13]의 연구에서 일반노인과 질환이 있는 노인들 모두 주관적으로 느끼는 건강문제가 있을 때 우울과 자살 생각에 영향을 미친다는 선행연구와 같은 연구 결과를 나타냈다. 건강행태 요인과의 회귀분석 결과, 음주빈도 차이에 따른 우울과 자살 생각의 회귀분석에서는 술을 마시는 횟수가 적을수록 자살 생각 확률이 낮게 나타나는 것으로 나타났다. 다만, 신체활동 실천율, 흡연여부, 걷기 실천율 차이는 우울과 자살 생각에 유의한 결과를 보이지 않았다. 삶의 질 변인 중에서 불편경험의 차이는 우울과 자살 생각

에 영향을 주는 것으로 나타났다. 불편경험이 있는 경우는 아니요 라고 답한 경우에 비해 우울에서는 1.17배, 자살 생각에서는 1.91배의 확률이 나타날 것으로 나타났다.

본 연구 결과에 따라, 보건학적 예방 접근이 필요할 것으로 보인다. 소득 수준에 따른 노인의 그룹을 분류하여 관리하고, 소득 하위 그룹에 대해서는 특별한 상담과 예방적 노력이 필요할 것으로 보인다. 노인들의 음주 빈도를 파악하고, 건강행동의 개선을 통해 자살 생각에 대한 확률을 낮추어 갈 수 있다고 할 수 있다. 또한 통증으로 인해 고통 받는 노인들에게 지역사회가 적절한 의료서비스를 제공해야 하고, 이들에게 적절한 정신건강 보건 교육과 프로그램을 통해 육체적, 정신적, 사회적 건강을 제공할 필요가 있다고 할 수 있다. 이러한 가족과 사회의 지지 및 사회적 연대 그리고 주관적 건강인식 및 삶의 질의 개선을 통해 노인의 우울감과 이로 인한 자살 생각을 점차 낮추어 갈 수 있을 것이다.

## 2. 제언

본 연구는 국가적 법적 조사인 국민건강영양조사 자료를 이용하여 전 국민을 모집단으로 하고 체계적 표본추출을 통하여 대표성과 신뢰성을 가진 장점이 있다. 그러나 조사의 초점이 우울과 자살을 포괄하는 국민건강에 대한 조사이므로 본 연구의 목적인 우울과 자살 생각에 영향을 주는 다른 변수들을 포함하지 않은 점이 본 연구의 한계이다.

본 조사에서 주관적 건강인식은 자살 생각에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 노인 자살을 예방하기 위해 건강인식을 조사하고 건강인식이 좋지 않은 노인들을 대상으로 정신 건강 예방 프로그램을 운영하는 등의 자살예방의 노력이 필요할 것으로 보인다.

노인 자살은 매우 중요한 사회적 문제이다. 본 연구에서 밝히지 못한 다양한 변수와 자살 경로를 파악하여 그 경로에서 중요한 예방적 개입을 함으로 사회적 안전망을 제공하고 그로 인해 노인 자살을 예방할 수 있는 다양한 프로그램과 상담이 필요할 것으로 판단된다. 이를 논의하기 위해 본 연구가 기초자료로 활용될 것을 기대한다.

### 참고문헌

1. OECD(2010), 보건사회연구원, Health Data 2010, pp.36-38.
2. 김희숙(2012), 노인 사회참여가 자살 생각에 미치는 영향 연구; 노인우울을 매개변인으로, 성결대학교 대학원 석사학위 논문, pp.1-2.
3. 통계청(2010), 사망원인통계, <http://kostat.go.kr>
4. Y. Conwell, W.N. Raby, E.D. Caine,(1995), Suicide and Aging, II : The Psychobiological Interface, *Int Psychogeriatry*, 7, pp.165-181.
5. 박재황, 위대한 (2001), 농어촌과 지방도시에서 노인 자살 기도자에 대한 임상분석, *대한응급학회지* Vol.12(2);135-413.
6. 박종순 외(2003), 우리나라 자살률의 추세변동에 관한 연구, *한국역학논지*, Vol.25(2);84-91.
- 7., B.H. Chia(2001), Age of Despair; A Study Of Elderly Suicide In Singapore, *Times Books International*, pp.120-159.
8. D. De Leo, G. Meneghel(2001), The Elderly and Suicide, In London, W.D., & M. Duntz(Eds), *Suicide, Unnecessary Death*, pp. 195-207.
9. 강희숙, 김근조(2000), 일부지역 노인들의 신체적 건강과 우울과의 관련성, *대학보건협회 학술지* Vol.26;452.
10. 기백선(1999), 노인우울증, 제22차 대한노인병학회 추계학술대회 및 총회, pp.61-71.
11. 박인옥(1997), 한국 노인의 우울 요인, 고려대학교 대학원 박사학위논문, pp.42-53.
12. 김주희, 정영미(2002), 독거노인의 건강상태와 삶의 질에 관한 연구, *노인간호학회지*, Vol.4(1);16-26.
13. 김남규(2011), 한국 노인 자살증가 예방대책에 관한 연구, *한양대학교 공공정책대학원 석사학위논문*, p.11.
14. 전경숙, 이효영(2011), 결혼상태가 우울 및 자살 생각에 미치는 영향 -연령별 성별 차이를 중심으로-, *보건의료산업학회*, Vol.5(3);188
15. 최형임(2008), 노인 자살 생각에 영향을 주는 요인에 관한 연구, *정신보건과 사회사업*(13), pp.7-35.
16. 허준수, 유수현(2002), 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, *한국정신보건사회복지학회지*, Vol.13;7-35.
17. H.F. Chiu, S.M. Sandra, A. Chan,(1997), Suicide in Elderly, *Curr Opin Psychiatry*, Vol.14;395-399.
18. 김형수(2000), 노인 자살의 이해와 일차적 예방, *한국인구학*, Vol.23;14-23.
19. 서화정(2005), 노인자살예방을 위한 사회사업 개입전략, 부산대학교 대학원 박사학위 논문, pp. 28-36.
20. 박지영(2005), 노인자살생존자의 자살 경험에 관한 연구: 모과 용두리에서의 비상, 이화 여자대학교 대학원 박사학위논문, pp.148-166.

접수일자 2012년 5월 20일

심사일자 2012년 5월 23일

게재확정일자 2012년 6월 1일