

지역사회 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인

박금숙, 김영희, 이경완, 유영수*, 정헌영*

원광보건대학교 간호학과, 원광대학교 한의과대학*

Factors Affecting on Suicidal Ideation in Community Dwelling Elders

Keum-Sook Park, Young-Hee Kim, Kyoung-Wan Lee, Yeoung-Su Lyu*, Heon-Young Jeong*

Department of Nursing, Wonkwang Health Science University, *Department of Korean Medicine, Wonkwang University

Received: February 26, 2015

Revised: March 10, 2015

Accepted: March 12, 2015

Objectives: This study was conducted to analyze the hwa-byung, self-perceived health, life-stress, social support, depression, and factors affecting on suicidal ideation in community dwelling elders.

Methods: This study was a cross-sectional descriptive study. The subjects were 165 elderly in I city. The data was collected from November 21st to December 5th of 2014 by using structured questionnaire. T-test, Pearson's correlation coefficients, and stepwise multiple regression were performed by SPSS/PC 17.0.

Results: There were more females than males in hwa-byung ($t = -3.068, p = .003$). In the visit parent, more than once a month was a significantly higher in social support ($t = 3.333, p = .001$). Hwa-byung ($t = -2.577, p = .011$), life-stress ($t = -3.800, p = .001$), depression ($t = -2.776, p = .006$), and suicidal ideation ($t = -4.316, p < .001$) were shown to be high in the elders with lower level of living. Subjects with health insurance had high self-perceived health ($t = -3.800, p = .001$) and low hwa-byung ($t = -4.102, p < .001$), life-stress ($t = -4.482, p < .001$), depression ($t = -5.296, p < .001$), and suicidal ideation ($t = -2.152, p = .036$), according to the type of insurance. In the correlation, sleeping hours ($r = -.180, p = .020$), self-perceived health ($r = -.364, p < .001$), and suicidal ideation had negative correlation; hwa-byung ($r = .404, p < .001$), life-stress ($r = .300, p < .001$), social support ($r = -.310, p < .001$), depression ($r = .423, p < .001$) and suicidal ideation had positive correlation. Factors affecting the suicidal ideation in community dwelling elders were depression ($\beta = .42, p < .001$), hwa-byung ($\beta = .23, p = .004$), social support ($\beta = -.18, p = .012$), and level of living ($\beta = .24, p = .001$).

Discussion: For the prevention of elderly suicide, it is necessary to care for psychosocial status and solve economic difficulties through social support.

Key Words: Depression, Hwa-byung, Social support, Suicidal ideation.

Correspondence to

Heon-Young Jeong
Department of Korean Medicine,
Wonkwang University, 514
Iksan-daero, Iksan, Korea.
Tel: +82-63-840-1304
Fax: +82-63-840-1319
E-mail: pks8760@wu.ac.kr

Acknowledgement

This study was supported by grant of the Won-Kwang Health Science University in 2014.

I. 서론

1. 연구의 필요성

자살은 자살생각(suicidal ideation), 자살시도(attempted suicide), 자살행동(completed suicide)으로 연결되는 연속적인 개념으로 정의할 수 있다¹⁾. 자살생각은 생활속에서 자살에 대해 심각하게 고려해 본 것을 의미하며, 자살시도는 자신을 해할 목적을 가지고 자신에게 상처를 입히는 행위로서 다만 죽음이 발생하지 않은 경우를 뜻하며, 자살행동은 자살을 통해 죽음에 이르게 되는 것을 의미한다²⁾. 자살생각이 실제로 자살행동으로까지 이어지지 않는다는 주장도 있으나, 실제로 자살생각을 갖지 않은 사람들에 비해 자살로 인한 사망의 위험이 높은 것으로 나타났으며, 자살의 연속 선상에 있는 것으로 나타났다³⁻⁵⁾. 또한 자살생각이 높은 집단의 자살시도 가능성이, 자살생각이 낮은 집단보다 높은 것으로 밝혀진 선행연구도 있다⁶⁾.

우리나라 노인인구는 2012년 11.8%로 고령화 사회에 도달했고, 2018년 14%로 고령사회에 도달하며, 2030년 24.3%까지 도달하여 세계에서 가장 빠른 속도로 초고령 사회로 진입할 전망이다. 이렇듯 세계에서 유래를 찾을 수 없을 정도로 빠른 속도로 노인인구가 증가하면서, 사망원인을 공식 집계한 이후로 노인의 자살률도 가파르게 증가하고 있으며, 2013년 한 해 동안 우리나라 60세 이상 노인의 자살은 인구 10만명당 67.4명으로 세계 최고 수준이며, 특히 75세 이상 자살 사망률은 OECD 평균보다 약 8.3배에 달하여, 우리나라 노인인구의 자살문제는 사회적으로 심각한 수준이다^{7,8)}.

자살 외에도 고독사, 배우자 타살 등 노인들이 죽음에 대해 아무런 준비없이 인생의 마지막 단계를 불안과 고통속에서 마감하고 있어 이에 대한 대책 마련이 시급하다.

노년기에 성취해야 할 발달과업은 자아통합이며, 이는 지금까지 살아온 인생을 정리하고 죽음의 질에 관하여 생각하는 시기이다. 그럼에도 불구하고 자살을 시도하는 노인이 많은 현실은 노인인구가 직면한 문제의 심각성과 노인의 삶의 질이 열악하다는 것을 시사한다고 볼 수 있다⁹⁾. 이는 산업화가 가져온 사회적인 문제로서 전통적인 가족형태의 파괴, 이로 인한 가족부양체계의 약화, 경제적 어려움, 정서적 고립 등의 문제를 생각해 볼 수 있다.

노인자살의 위험요인으로는 첫째, 인구사회학적 요인, 둘째, 가족관련, 지역사회, 경제적 수준 등의 환경적 요인, 셋

째, 우울증, 스트레스의 개인 심리적 요인 등이며, 이러한 문제와 함께 가족지지나 사회적지지 등의 결여가 노인 자살이라는 결과로 나타날 수 있다^{10,11)}.

대부분의 노인들은 죽음을 두려워하고 금기시하여 말하기조차 꺼리며, 인생을 정리하고 죽음을 준비해야 한다는 의식이 부족하다¹²⁾. 또한 이러한 맥락에서 노인자살에 대한 논의 역시 전통사상에 반하기 때문에 금기시되어 온 경향 등으로 노인자살에 대한 체계적인 관심이 부족하다고 할 수 있으며, 한편으로는 노인에 대한 관심의 부족으로 인해 나타난 현상으로도 볼 수 있겠다.

인간의 존엄성을 지키면서 삶을 마감하는, 사랑한 사람들 곁에 둘러싸여 평소의 모습 그대로 죽음을 맞이하는, 그리고 남아 있는 가족에게 긍정적인 죽음의 의미를 남겨주는 노인의 죽음을 생각하면, 현재 우리사회가 안고 있는 매우 큰 문제인 노인자살에 대한 연구는 매우 시급하고 필요하다고 생각된다. 따라서 본 연구에서는 노인 자살생각에 영향을 미치는 요인들을 검토해 봄으로써, 향후 지역사회 노인의 자살률을 감소시키기 위한 대책을 마련하는데 도움이 되 고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 지역사회 노인의 화병, 주관적 건강상태, 스트레스, 사회적지지, 우울 및 자살생각의 관계를 확인하고 자살생각에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 화병, 주관적 건강상태, 스트레스, 사회적지지, 우울 및 자살생각의 수준을 확인한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 자살생각의 차이를 파악한다.
- 3) 대상자의 자살생각과 화병, 주관적 건강상태, 스트레스, 사회적지지, 우울의 상관관계를 파악한다.
- 4) 대상자의 자살생각 영향요인을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 지역사회 노인의 주관적 건강상태, 스트레스, 사회적지지, 화병과 자살생각의 관계를 확인하고 자살생각에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상자

본 연구의 대상자는 1시 소재 거주하는 65세 이상의 남녀 재가노인으로 자신의 의사를 정확히 표현하고 의사소통이 가능한 자이며 시설에 입소해 있거나 병원에 입원중인 자는 제외하였다. 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 서면으로 동의한 자이다. 연구의 대상자 수를 결정하기 위하여 G*Power 3.1 프로그램을 이용한 연구대상자 수는 회귀분석을 시행하기 위해 유의수준 .05, 검정력 0.8, 효과크기가 medium, 예측인자의 수는 10개로 했을 때 118명으로 제시되어, 본 연구대상자 수는 필요한 표본수를 충족하였다. 응답 누락 등을 고려하여 172명에게 설문조사를 실시하였으며 불성실한 자료 7부를 제외하여 최종 165명이 연구 분석 대상자로 선정되었다.

3. 연구도구

1) 화병

김종우 · 권정혜 · 이민수 · 박동건(2004) 등의 화병면담 검사(Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule, HBDIS)와 민성길(2006)의 '화병 진단을 위한 구조적 면담도구'의 화병증상 문항들을 정준용이 화병의 핵심증상, 신체적 증상, 정신적 증상 진단 문항을 6점 척도화 하고, 고통지수를 11점 스케일 방식으로 변형한 자기보고식 질문지를 사용하였다¹³⁻¹⁵⁾. 도구 개발당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.82$ 이었고, 본 연구에서 화병 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.937$ 이었다.

2) 주관적 건강상태

건강상태를 스스로 인식하는 주관적 건강평가는 Speake, Cowart & Pellet (1989)가 개발한 건강지각도구를 황미혜(2000)가 번역한 도구로 현재의 전반적인 건강상태와 3년 전과 비교한 건강상태, 같은 연령대와 비교한 자신의 건강 인지 정도가 어떠한가에 대한 3문항으로 구성되어 있으며, 5점 척도로 아주 나쁜 편(1점), 나쁜 편(2점), 보통(3점), 좋은 편(4점), 아주 좋은 편(5점)으로 측정하여 분석하였으며, 15점 만점으로 점수가 높을수록 주관적 건강평가가 좋은 것을 의미한다¹⁶⁾. 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.85$ 였으며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.865$ 이었다.

3) 생활스트레스

생활스트레스에 대한 척도는 윤현희(1994)의 노인의 스트레스 척도를 참고로 하여 이신숙과 이경주(2002)가 제작한 것을 사용하였다¹⁷⁾. 이 척도는 노인의 일상적 스트레스에 대한 경험빈도와 스트레스 지각척도는 총 21문항으로 구성되어 있으며 '전혀 그렇지 않다'를 1점으로 하여 '자주 있다'가 4점으로 하는 Likert scale로 구성되고, 최대점수 84점이며 점수가 높을수록 스트레스가 높은 것을 의미한다. 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.84$ 이었으며, 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.837$ 이었다.

4) 사회적지지

사회적지지는 MSPSS (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support)를 수정 · 보완하여 서인균 · 고민석(2011)이 사용한 척도를 사용하였다¹⁸⁾. MSPSS는 지각된 사회적 지지를 측정하기 위한 것으로 Gregory et. al이 고안한 12문항으로 구성되어 있다. 이 척도는 가족, 친구, 의미 있는 타인으로부터 지각된 사회적 지지를 측정하기 위해 설계된 도구이다. 점수는 '전혀 그렇지 않다'를 1점으로 '매우 그렇다'를 5점으로 하는 Likert scale로 구성되고, 최저 12점에서 최고 60점까지 분포할 수 있으며 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 서인균 · 고민석(2011)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.915$ 이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.906$ 이었다.

5) 우울

대상자의 우울 정도는 Yesavage 등(1983)이 개발한 30 문항의 자가 보고형 노인 우울척도(Geriatric Depression Scale)의 단축형 노인우울척도(Short Form Geriatric Depression Scale)를 Choe, Kim, Chae, Jeon 과 You (2004)가 번역한 도구를 사용하였다^{19,20)}. 15문항의 단축형 이행변수(1=예, 0=아니오)이며, 도구개발당시 Cronbach's alpha는 .84이었고 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.832$ 이었다. 점수가 높을수록 우울수준이 높은 것을 의미한다.

6) 자살생각

Harlow와 그의 동료들(1986)이 완성한 한국형 Suicide

Ideation Scale을 번역한 김형수(2002)의 도구를 사용하였다²¹⁾. Harlow의 측정도구에서는 5점 척도로 구성되어 있는 자기보고식 검사이나 김형수(2002)의 연구에서 활용되었던 것처럼 '전혀 없다'(1점), '한두 번 있다'(2점), '가끔 있다'(3점), '자주 있다'(4점)로 구성되어 4점 척도로 측정하였으며, 점수가 높을수록 자살생각의 의향이 높음을 의미한다²²⁾. 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.80$ 이었으며, 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.795$ 이었다.

4. 자료수집

자료수집은 2014년 11월에 W대학교 생명윤리심의위원회 승인(WKIRB-201411-SB-063)을 받아 2014년 11월 21일부터 12월 5일까지 시행되었다. 연구자가 연구보조원 6명에게 동시에 조사방법을 훈련시켰으며, 보조원 훈련시간을 통해 설문지 각 문항에 대한 이해를 시켰다. 경로당과 노인정의 대표를 만나 연구의 목적과 취지를 설명하고 협조를 받기로 한 후 설문조사가 수행되었으며, 연구대상자에게 연구의 배경과 목적, 연구의 부작용 또는 위험요소, 연구참여에 따른 혜택과 불이익, 비밀보장에 대하여 설명을 하였다. 설문지는 설문을 시행하는 목적과 원하지 않을 경우 설문지를 작성하지 않아도 되는 내용, 대상자의 비밀보장, 연구 이외의 목적으로는 사용하지 않겠다는 내용을 포함하였다. 설문지는 자가보고식으로 대상자가 직접 작성하였으나, 시력이 어려움이 있거나 글자 해독에 도움이 필요한 대상자는 연구자보조원이 하나씩 읽어주고 응답을 받아 기록하였다. 설문지를 작성하는데 20~30분 정도가 소요되었고, 설문지 작성을 마친 후 대상자에게 설문응답에 대한 보상으로 생활용품을 선물로 제공하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 17.0 프로그램을 이용하여 통계처리하였다.

1) 대상자의 개인적 특성과 각 변수에 대해 빈도, 백분율, 평균, 표준편차의 서술적 통계분석을 이용하였다

2) 개인적 특성에 따른 화병정도, 건강상태, 스트레스, 사회적지지, 우울, 자살생각은 t-test로 분석하였다

3) 대상자의 수면시간, 화병, 주관적 건강상태, 생활스트레스, 사회적지지, 자살, 우울, 약가지 상관관계를 알아보기 위해 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다.

4) 자살생각에 영향을 미치는 주요변수를 확인하기 위해 Stepwise multiple regression analysis를 사용하였으며, 회귀모형의 적절성을 판단하기 위하여 다중공선성 여부를 확인하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

일반적 특성에 대한 결과는 다음과 같다(Table 1). 성별은 여성 81.8%, 나이는 75세 이상 65.5%, 교육정도는 초등학교 졸업 이하가 81.2%이었다. 배우자는 없는 대상자가 78.8%, 자녀의 방문을 한달에 한번 이상 받는 대상자가 69.1%, 생활수준이 불만족인 경우가 55.8% 이었으며, 의료보험형태는 의료급여 69.1%, 독거 대상자가 65.5%, 운동은 안하는 대상자 68.5%, 대상자의 수면시간은 평균 5.77 (± 1.58), 약가지는 평균 2.24 (± 1.18) 이었다.

2. 일반적 특성에 따른 화병, 주관적 건강상태, 스트레스, 사회적지지, 우울, 자살생각의 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 화병, 주관적 건강상태, 스트레스, 사회적지지, 우울, 자살생각의 정도에 대한 차이 분석 결과는 다음과 같다(Table 2). 성별에 따른 차이에서 여성이 남성에 비해 화병 정도가 유의하게 높았다($t=-3.068$, $p=.003$). 자녀의 방문에 따른 차이는 1개월에 한번이상 부모를 방문하는 경우 1개월에 한번 이하 방문하는 경우보다 사회적지지 정도가 유의하게 높게 나타났다($t=3.333$, $p=.001$). 생활수준에 따른 차이에서 생활수준이 불만족인 경우 화병 정도가 유의하게 높았고($t=-2.577$, $p=.011$), 주관적 건강상태도 유의하게 낮았으며($t=2.068$, $p=.040$), 스트레스도 유의하게 높았다($t=-3.800$, $p=.001$). 생활수준이 불만족인 경우, 우울($t=-2.776$, $p=.006$)과, 자살생각의 정도가 유의하게 높았다($t=-4.316$, $p<.001$). 또한 보험형태에 따른 차이에서는 건강보험 대상자가 유의하게 주관적 건강상태가 높았고($t=-3.800$, $p=.001$), 자살생각은 낮았다($t=-2.152$, $p=.036$). 건강상태에 따른 차이에서는 건강상태가 정상이라고 대답한 경우 화병 정도가 유의하게 낮았고($t=-4.102$, $p<.001$), 주관적 건강상태가 유의하게 높았고($t=8.810$, $p<.001$), 스트레스 정도가 유의하게 낮았고($t=-4.482$, $p<.001$), 사회적지지가 유의하게 높았으며

Table 1. Distribution of Subjects by General Characteristics (N=165)

Characteristics	Categories	N	%	M±SD
Gender	Male	30	18.2	
	Female	135	81.8	
Age	60~74	57	34.5	
	75≤	108	65.5	
Education	≤Elementary school	134	81.2	
	Middle school≤	31	18.8	
Spouse	have not	130	78.8	
	have	35	21.2	
Visit parents	1 time a month≤	114	69.1	
	≤1 time a month	51	30.9	
Level of living	Dissatisfaction	92	55.8	
	Satisfaction	73	44.2	
Type of insurance	Health insurance	51	30.9	
	Medical care Assistance Act	114	69.1	
Cohabitation	Alone	108	65.5	
	With family	57	34.5	
Exercise	Yes	52	31.5	
	No	113	68.5	
Sleeping hours				5.88 (1.58)
Medications				2.24 (1.18)

($t=2.469$, $p=.015$), 우울정도($t=-5.296$, $p<.001$)와, 자살 생각이 유의하게 낮았다($t=-3.465$, $p=.001$). 운동에 따른 차이에서는 운동을 한다고 대답한 경우, 화병 정도가 유의하게 낮았고($t=3.349$, $p=.001$), 주관적 건강상태가 유의하게 높았고($t=-3.927$, $p<.001$), 스트레스 정도가 유의하게 낮았고($t=3.522$, $p=.001$), 사회적지지가 유의하게 높았으며($t=-2.522$, $p=.013$), 우울정도($t=5.219$, $p<.001$)와, 자살생각이 유의하게 낮았다($t=3.295$, $p=.001$).

3. 대상자의 화병, 주관적 건강상태, 스트레스, 사회적지지, 우울 및 자살생각의 상관관계

수면시간, 화병, 주관적 건강상태, 생활스트레스, 사회적지지, 자살, 우울, 약가지에 대한 상관관계 분석 결과는 다음과 같다(Table 3). 자살생각과 수면시간($r=-.180$, $p=.020$), 주관적건강상태($r=-.364$, $p<.001$)는 음의 관련성이, 자살생각과 화병($r=.404$, $p<.001$), 생활스트레스($r=.300$, $p<.001$), 사회적지지($r=-.310$, $p<.001$), 우울($r=.423$, $p<.001$)과는 양의 관련성이 있는 것으로 나타났다. 또한 복용하는 약가지가 많을수록 화병($r=.234$, $p=.002$), 스트레스($r=.193$, $p=.013$) 우울($r=.191$, $p=.014$)의 수준이 높은, 양의 관련성이 있으며, 약가지가 적을수록 주관적 건강상태

($r=-.422$, $p<.001$)가 높은 음의 관련성이 있었다.

4. 대상자의 자살생각 영향요인

본 연구에서 독립변수들 간의 다중공선성 문제를 확인한 결과, 공차한계의 범위가 0.684~0.896으로 0.1이상이었 고, 분산팽창인자(VIF)는 1.067~1.463으로 기준인 10을 넘지 않아 다중공선성의 문제는 없었다. 또한 잔차분석을 한 결과 Durbin Watson 검정결과는 1.872로 2에 가까워 모형의 오차항 간에 자기상관성이 없는 것으로 나타났으며, 회귀모형의 적합도는 $p<.001$ 에서 유의하였다.

대상자의 자살생각에 영향을 미치는 요인에는 우울($\beta=.42$, $p<.001$), 화병($\beta=.23$, $p=.004$), 사회적 지지($\beta=-.18$, $p=.012$)가 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 개인적 특성에서는 경제수준($\beta=.24$, $p=.001$)이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 우울, 화병, 사회적지지, 경제수준의 변수들이 자살생각을 설명하는 정도는 28.4%이었다(Table 4).

IV. 고찰

본 연구는 지역사회 노인의 화병, 주관적 건강상태, 스트레스, 사회적지지, 우울 및 자살생각의 관계를 확인하고 자

44 Factors Affecting on Suicidal Ideation in Community Dwelling Elders

Table 2. Hwa-byung, Self-perceived Health, Life-stress, Social Support, Depression, and Suicidal Ideation on Personal Characteristics (N=165)

Characteristics	Categories	Hwa-byung		Self-perceived health		Life-stress		Social support		Depression		Suicidal ideation	
		M±SD	t (p)	M±SD	t (p)	M±SD	t (p)	M±SD	t (p)	M±SD	t (p)	M±SD	t (p)
Gender	Male	1.96 (.79)	-3.068 (.003)	2.56 (.70)	1.537 (.126)	1.80 (.45)	-1.607 (.110)	2.70 (.94)	-.732 (.465)	1.44 (.26)	-.881 (.380)	1.25 (.52)	-.115 (.908)
	Female	2.62 (1.12)		2.31 (.80)		1.94 (.45)		2.85 (1.05)		1.49 (.26)		1.26 (.47)	
Age	60~74	2.44 (1.07)	-.516 (.607)	2.39 (.79)	.337 (.736)	1.90 (.47)	-.373 (.710)	2.80 (1.14)	-.236 (.814)	1.45 (.26)	-1.11 (.268)	1.26 (.44)	.007 (.994)
	75≤	2.53 (1.11)		2.34 (.78)		1.93 (.45)		2.84 (.97)		1.50 (.26)		1.26 (.50)	
Education	≤Elementary school	2.54 (1.08)	.928 (.335)	2.33 (.76)	-1.082 (.281)	1.95 (.47)	1.848 (.066)	2.81 (1.00)	-.491 (.624)	1.49 (.26)	1.448 (.149)	1.25 (.47)	-.447 (.655)
	Middle school≤	2.33 (1.14)		2.49 (.87)		1.78 (.38)		2.91 (1.61)		1.42 (.27)		1.29 (.50)	
Spouse	have not	2.57 (1.12)	1.590 (.114)	2.33 (.78)	-.765 (.445)	1.95 (.47)	1.867 (.064)	2.78 (1.03)	-.987 (.325)	1.49 (.26)	.880 (.380)	1.27 (.51)	.539 (.591)
	have	2.24 (.99)		2.45 (.79)		1.79 (.39)		2.98 (1.02)		1.45 (.28)		1.22 (.35)	
Visit parents	1 time a month≤	2.41 (1.05)	-1.630 (.105)	2.39 (.81)	.767 (.444)	1.88 (.46)	-1.479 (.141)	3.00 (.98)	3.333 (.001)	1.46 (.26)	-1.866 (.064)	1.22 (.48)	-1.259 (.210)
	≤1 time a month	2.71 (1.18)		2.29 (.71)		2.00 (.45)		2.44 (1.02)		1.54 (.26)		1.33 (.46)	
Level of living	Dissatisfaction	2.69 (1.12)	-2.577 (.011)	2.25 (.80)	2.068 (.040)	2.03 (.47)	-3.800 ($<.001$)	2.69 (1.08)	1.872 (.063)	1.53 (.26)	-2.776 (.006)	1.39 (.58)	-4.316 ($<.001$)
	Satisfaction	2.26 (1.02)		2.50 (.75)		1.77 (.39)		2.99 (.93)		1.41 (.25)		1.08 (.19)	
Type of insurance	Health insurance	2.22 (1.01)	-1.784 (.081)	2.62 (.77)	2.222 (.031)	1.79 (.43)	-1.911 (.062)	3.04 (1.00)	-.231 (.818)	1.43 (.26)	-1.684 (.099)	1.10 (.24)	-2.152 (.036)
	Medical care Assistance Act	2.77 (1.15)		2.13 (.82)		2.06 (.58)		3.10 (1.07)		1.54 (.23)		1.38 (.60)	
Cohabitation	Alone	2.52 (1.06)	.255 (.799)	2.35 (.76)	-.198 (.843)	1.91 (.45)	-.275 (.783)	2.78 (1.00)	-.787 (.433)	1.48 (.26)	-.067 (.947)	1.25 (.51)	-.144 (.885)
	With family	2.47 (1.16)		2.37 (.83)		1.93 (.48)		2.91 (1.08)		1.48 (.26)		1.26 (.41)	
Health status	Above normal	2.03 (.88)	-4.102 ($<.001$)	2.98 (.59)	8.810 ($<.001$)	1.70 (.38)	-4.482 ($<.001$)	3.09 (.96)	2.469 (.015)	1.34 (.22)	-5.296 ($<.001$)	1.08 (.20)	-3.465 (.001)
	Subnormal	2.74 (1.12)		2.04 (.68)		2.03 (.45)		2.69 (1.03)		1.55 (.25)		1.35 (.54)	
Exercise	Yes	2.31 (1.03)	3.349 (.001)	2.51 (.72)	-3.927 ($<.001$)	1.84 (.40)	3.522 (.001)	2.96 (1.02)	-2.522 (.013)	1.41 (.25)	5.219 ($<.001$)	1.18 (.38)	3.295 (.001)
	No	2.91 (1.12)		2.02 (.81)		2.10 (.53)		2.53 (1.00)		1.62 (.23)		1.43 (.61)	

M±SD: Mean±Standard Deviation.

살생각에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 하였으며, 분석 결과를 토대로 다음과 같이 논의하고자 한다. 본 연구의 전체적인 결과를 먼저 살펴보면 다음과 같다. 개인적 특성에 따른 종속변수별 차이는 성별에서 여성이 남성보다 화병수준이 높았고, 자녀의 부모방문은 1개월에 1회 이상 방문하는 경우에 사회적지지 정도가 높은 것으로 나타났다. 생활

수준(경제상태)이 낮은 대상자가 화병, 생활스트레스, 우울, 자살생각의 정도가 높았으며, 보험형태에서 건강보험 대상자가 주관적 건강상태가 높았고, 우울과 자살생각의 정도는 낮았다. 건강상태가 보통 이상이라고 생각하는 대상자와 운동을 하고 있다고 대답하는 대상자의 주관적 건강상태와 사회적 지지는 높았고 화병, 스트레스, 우울, 자살생각의 정도

Table 3. Correlation Among Variables (N=165)

	Sleeping hours r (p)	Hwa- byung r (p)	Self-perceived health r (p)	Life- stress r (p)	Social support r (p)	Suicidal ideation r (p)	Depression r (p)	Medications r (p)
Sleeping hours								
Hwa-byung	-.344** ($<.001$)							
Self-perceived health	.188* (.016)	-.381** ($<.001$)						
Life-stress	-.275** ($<.001$)	.555** ($<.001$)	-.309** ($<.001$)					
Social support	.072 (.356)	-.161* (.039)	.152 (.052)	-.148 (.058)				
Suicidal ideation	-.180* (.020)	.404** ($<.001$)	-.364** ($<.001$)	.300** ($<.001$)	-.310** ($<.001$)			
Depression	-.178* (.022)	.503** ($<.001$)	-.442** ($<.001$)	.561** ($<.001$)	-.312** ($<.001$)	.423** ($<.001$)		
Medications	-.092 (.240)	.234* (.002)	-.422** ($<.001$)	.193* (.013)	-.053 (.498)	.050 (.527)	.191* (.014)	

Table 4. Factors Affecting Suicidal Ideation (N=165)

	B	SE	β	R ²	Adj..R ²	t	p	F (p)
Depression	.777	.130	.423	.179	.174	5.962	($<.001$)	17.279 ($<.001$)
Level of living	.231	.067	.241	.235	.225	3.430	(.001)	Durbin-Watson
Hwa-byung	.100	.034	.229	.273	.260	2.927	(.004)	=1.872
Social support	-.083	.032	-.178	.302	.284	-2.550	(.012)	

는 낮았다. 또한 상관관계 분석에서 자살생각과 수면시간, 주관적 건강상태는 음의 관련성이, 화병, 생활스트레스, 사회적지지, 우울과는 양의 관련성이 있는 것으로 나타났다.

본 연구결과에서 여성이 남성에게 비해 화병수준이 높았다. 화병은 중년 이후의 여성에게 많거나, 여성의 화병 경험이 남성보다 높다는 선행연구 결과와 유사하였다^{14,23}. 특히 본 연구의 대상자들이 경제수준과 학력이 낮은 노인이라는 점을 고려해 볼 때, 여성 대상자의 화병수준이 더욱 높았을 것으로 사료된다. 또한 본 연구에서 건강상태와 사회적지지가 낮은 대상자일수록 화병수준이 높았고, 생활스트레스, 자살생각, 우울정도가 높은 대상자와 복용하는 약의 가짓수가 많을수록 화병수준이 높은 상관관계가 있었다.

본 연구에서 자녀의 부모 방문과 관련해서 1개월에 한번 이상 부모를 방문하는 경우가, 1개월에 한번 이하 방문하는 경우보다 사회적지지 정도가 높게 나타났다. 사회적 지지는 의미있는 관계를 지속시켜 줌으로써 고립을 막아주며, 따라서 노년기에 친근한 관계를 가진 사람은 심리적으로 훨씬 건강하다는 것인데 본 연구의 상관관계 분석에서, 사회적

지지가 낮을수록 화병정도가 높았으며, 자살생각과 우울정도가 높아 사회적 지지와 심리적 건강의 관계가 밀접하다는 것을 확인할 수 있었다^{24,25}. 또한 자녀와의 상호작용이 항상 긍정적이지는 않다는 연구결과와는 일부 일치하지 않았다. 생활수준이 불만족스러운 대상자는 화병, 스트레스, 우울, 자살생각의 정도가 높아 경제적 스트레스가 우울, 불안, 적대감 등의 정신건강에 부정적 영향을 미친다는²⁶ 연구와 일부 일치하였고, 스트레스, 우울과 자살생각에 정적인 관계가 있다는 선행연구, 스트레스가 자살생각 또는 시도의 선행요인이라는 선행연구와 일부 일치하였다^{27,28}. 또한 노인의 스트레스가 자살생각에 직접적인 영향을 미치지 않는다는 연구와는 일치하지 않았다²⁹. 생활수준이 불만족스러운 것은 일종의 스트레스이며, 이러한 스트레스가 화병이나 우울, 자살생각에 영향을 주는 것으로 사료된다.

본 연구에서 의료보험형태에 따른 분석 결과, 건강보험 가입자가 의료보호 대상자에 비해 주관적 건강상태가 좋았고, 우울과 자살생각 점수도 낮았다. 의료보험 형태에서 건강보험 가입자는 의료보호 대상자보다 경제적 수준이 높은

것을 의미하며, 자녀 등 자신과 밀접한 관계에 있는 사회적 지지를 받을 수 있는 관계망에 있는 지지자가 있다는 것을 증명하는 것이어서, 대상자의 주관적 건강상태, 우울, 자살생각에 긍정적 영향을 주는 것으로 사료된다. 건강상태가 보통 이상이라고 대답한 대상자와 운동을 하고 있다고 대답한 대상자는 본 연구의 모든 종속변수에서 긍정적인 결과를 보여서 화병, 스트레스, 우울, 자살생각 등의 변수에서 낮은 점수를 보였고, 주관적 건강상태, 사회적 지지에서는 높은 점수를 보였다. 이러한 결과는 노인들의 신체활동 유무와 정서·정신건강을 연구한 선행연구에서 운동이 노인들의 정신건강뿐만 아니라 심리적 안정에도 긍정적인 영향을 미치는 스트레스 감소 효과가 있다는 결과와 부분적으로 일치하였다³⁰⁾. 노인은 건강상태가 허락이 되어야 운동을 할 수 있는 것으로 생각되고, 운동을 하는 것이 건강을 지키는 데 도움이 될 수 있어서, 건강상태와 운동은 매우 밀접한 관계가 있을 것으로 사료되며, 이러한 이유로, 이 두 가지 항목은 노인의 화병, 스트레스, 우울, 자살생각, 주관적 건강상태, 사회적지지 등 모든 종속변수에 영향을 주는 것으로 사료된다.

단계적 회귀분석에서 대상자의 자살생각에 영향을 미치는 변수는 우울($\beta=.42$), 화병($\beta=.23$), 사회적 지지($\beta=-.18$)이었다. 본 연구의 상관관계에서도 사회적지지가 낮은 경우, 우울과 화병이 높았던 결과와 일치하며, 우울증은 화병과 유사성이 많은 질환이라는 선행연구, 또한 화병이 우울과 밀접한 관련이 있다는 선행연구와 일부 일치하였다^{31,32)}. 자살노인의 대다수가 우울증을 경험한 경우가 많았고, 정신병적 우울을 가진 노인은 자살이나 자해를 시도하는 경우가 높았다는 선행연구³³⁾, 노년기 우울증은 다른 연령층에 비해 예후가 나쁜 편이며, 심리적 반응의 한 형태로 자살의 위험을 높게 한다는 연구결과와도 일부 일치하였다³⁴⁾. 개인적 특성에서는 경제수준($\beta=.24$)이 자살생각에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 경제적 어려움이 자살생각을 높인다는 선행연구의 결과와 일부 일치하였다³⁵⁾. 국가 전체적으로 볼 때 국민총생산(GDP)은 높아지고 있는데, 노인자살생각에 영향을 주는 개인적 특성 요인이 경제수준이며, 이러한 문제가 자살생각에 영향을 주는 주요 요인인 것은 사회적 문제라고 사료된다. 결론적으로 자살생각에 영향을 주는 요인은 개인적 특성에서는 경제수준, 종속변수에서는 우울, 화병, 사회적지지 이었으며, 이러한 결론을 바탕으로, 노인자살을 예방하기 위해서는 사회적 지지를 통한

정신심리적 안정과 경제적 어려움을 해결할 수 있도록 다양한 사회적 도움이 절실하게 필요한 것으로 사료된다.

본 연구에서는 지역사회 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인을 분석하였으며, 대상자가 여성노인에 편중되었고, 일 지역의 노인을 대상으로 선정함으로써 연구결과를 일반화하기에는 제한점이 있다.

V. 결론

본 연구는 지역사회 노인의 주관적 건강상태, 스트레스, 사회적지지, 화병 및 자살생각의 관계를 확인하고 자살생각에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구결과, 성별에서 여성이 남성보다 화병수준이 높았고, 자녀의 부모방문은 1개월에 1회 이상 방문하는 경우에 사회적지지 정도가 높은 것으로 나타났다. 생활수준(경제상태)이 낮은 대상자가 화병, 생활스트레스, 우울, 자살생각의 정도가 높았으며, 보험형태에서 건강보험 대상자가 주관적 건강상태가 높았고, 우울과 자살생각의 정도는 낮았다. 건강상태가 보통 이상이라고 생각하는 대상자와 운동을 하고 있다고 대답하는 대상자의 주관적 건강상태와 사회적 지지는 높았고 화병, 스트레스, 우울, 자살생각의 정도는 낮았다. 또한 상관관계 분석에서 자살생각과 수면시간, 주관적 건강상태는 음의 관련성이, 화병, 생활스트레스, 사회적지지, 우울과는 양의 관련성이 있는 것으로 나타났다. 또한 대상자의 자살생각에 영향을 미치는 요인에는 우울($\beta=.42$), 화병($\beta=.23$), 사회적 지지($\beta=-.18$)가 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 개인적 특성에서는 경제수준($\beta=.24$)이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 우울, 화병, 사회적지지, 경제수준의 변수들이 자살생각을 설명하는 정도는 28.4%이었다. 결론적으로 지역사회 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인의 개인적 특성은 경제수준 이었고, 종속변수는 우울, 화병, 사회적지지 이었다. 본 연구는 지역사회 노인을 대상으로 한 연구이며 이에 따라 다음과 같이 제언한다.

첫째, 본 연구의 대상자는 일 지역의 노인을 대상으로 조사한 결과이며, 대상자를 확대하여 반복 연구가 필요하다.

둘째, 본 연구를 기초로 노인의 화병과, 우울을 완화시키기 위한 프로그램의 마련이 필요하다.

셋째, 노인인구의 경제적 어려움을 해결할 수 있는 사회적 지지가 모색되어야 한다.

REFERENCES

1. Henry O, Ai-Vym C, Conal C, Bria, AL. Recent developments: Suicide in older people. *British Medical Journal*. 2004;329(16):895-9.
2. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. *Journal of the American Medical Association*. 1975;234:1146-9.
3. Shin MS, Park KB, Oh KJ, Kim JS. The structural relation among depression, hopeless, and suicidal ideation = a study of suicidal ideation among high school students. *The Korean Journal of neuropsychiatry Association*. 2007;9(1):1-19.
4. Khang YH, Kim HR, Cho SJ. Relationships of Suicidal Ideation with Cause-Specific Mortality in a Longitudinal Study of South Koreans. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2010;40(5):465-75.
5. Lim KS, Kim HS. Effect of Life Respect Programs for the Elderly on Depression, Suicidal Ideation and Psychological Well-being of elderly. *Journal of Welfare for the Aged*. 2012;55:201-22.
6. Um TW. Elderly suicide and it's related factors : Focused on the role of social support and mastery in the effects of hopelessness and depression on suicidal ideation. *Journal of the Korea Gerontology*. 2007;57(2):355-79.
7. Korean National Statistical Office. The aged population statistics. 2013;Retrieved. January 07, 2015, from <http://kosis.kr/wnsearch/totalSearch.jsp>. 2015.
8. Korean National Statistical Office. The aged population statistics. 2012;Retrieved. January 15, 2013, from <http://kosis.kr/wnsearch/totalSearch.jsp>. 2013.
9. Lim CS, Kim GH, Kim HB, Kim HS, Kim HK. Social services for the aged. 2008. Kyounggi: Hakhyunsa.
10. Yi JJ. Study on developing elderly suicide prediction model and prevention strategy. Korea human resource development institute for health & welfare. 2006;1-77.
11. Kim HS. A study on epistemology of korean elder's suicidal thought. *Journal of the Korea Gerontology*. 2002;22(1):159-72.
12. Hyun EM. A study on development of the death education program for the elderly. *Journal of the Korean association of family relations*. 2005;10(2):31-56.
13. Kim JW, Kwon JH, Lee MW, Park DG. Development of Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule (HBDIS) and Its Validity Test. *Korean Journal of Health Psychology*. 2004;9(2):321-31.
14. Min SK, Kim KH (1998). symptoms of Hwabyung. *The Korean Journal of neuropsychiatry Association*. 1998; 37(6):1138-45.
15. Jung JY. The effects of MAUM meditation on Hwa-byung symptoms, Mental health condition, self esteem and anger-stress coping methods. Graduate school of Myoungji Univ. 2006.
16. Speake D,L.,Cowart M.E.,& Pellet K. Health perception and life styles of the elderly. *Research in Nursing & Health*. 1989;12:93-100.
17. Lee SS, Lee KJ. The stress, social support and psychological Well-being of the elderly. *Journal of the Korea Gerontology*. 2002;22(1):1-20.
18. Seo IK, Ko MS. Effects of the elderly's abuse experience on their suicidal ideation & mediation effects of stress, depression and social supports. *Health and social welfare review*. 2011;31(1):127-57.
19. Yesavage JA, Brink TL, Lum O, Virginia H, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of psychiatry research*. 1983;17(1):37-49.
20. Choe MA, Kim JI, Chae YR, Jeon MY, You CH. Levels of Physical Activity and Relationship of Factors Related to Physical Activity in Korean Elderly. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2004;6(1):99-106.
21. Harlow, Newcomb & Bentler. *Suicide Ideation Scale*. 1986.
22. Lee C, Lee CH. A comparative study on Illness-concept of Hwa-byung between the Hwa-byung experienced group and the inexperienced group. *The ulsan university Medicine of journal*. 1995;4(2):45-54.
23. Park YS, Chae SO (2002). The experience of family breakdown of Hwabyung patient. *Korean society of adult nursing*. 2007;19(3):705-15.
24. Dean, A. Brody & Wood, P. "Effects of Social support from various sources on Depression in elderly persons". *Journal of Health and social Behavior*. 1990;31(June):148-61.
25. Newman, B. M. & Newman, P. R. 1993. *Development through life : A Psychosocial approach* 5th ed., Chicago : The Dorsey press. 1993;629-31.
26. Yoo HJ, Hwang SH, Hong JP, Kim HS, Lee C, Han OS. The influence of IMF-related Economic stress upon Mental stress. *The Korean Journal of neuropsychiatry Association*. 2001;39(1):65-77.
27. Kim HS, Kim BS. Verification of the structural relationship model of suicidal ideation to its related variables. *Korean Journal of counseling and psychology*. 2008;20(2):201-19.
28. Han SS, Kang SW, You WK, Pe YK. A study of the determinants of suicidal ideation among the elderly in korea. *Health and social welfare review*. 2009;29(1):192-212.
29. Seo IK, Cho HC. Mediation effects of depression in the relationship between stress and suicidal ideation of the elderly : A comparative study on people who live alone and those who live with family. *Journal of welfare for the aged*. 2013;6:135-63.
30. You KU, Won YB. The corrlation between physical activity, negative emotion, economic level and mental health condition of elderly people *Korean Journal of sport psychology*. 2010;21(4):197-205.
31. Kang HW, Jang HH, Kang IS, Moon HC, Hwang YJ, Lyu

- YS. A study on the Oriental-medical understanding of depression. *Journal of oriental neuropsychiatry*. 2011; 12(2):1-15.
32. Choi WC, Kim NH, Choi SW, Jung IC. Preliminary study on the usefulness of psychological scale measurements in depression symptoms. *Journal of oriental neuropsychiatry*. 2013;24(3):363-71.
33. Hur JS, Yoo SH. Determinants of depression among elderly persons. *Mental Health Social Work*. 2002;13:7-35.
34. Kim SY, Jang YE, Seo HJ. The influence of marital satisfaction on the suicidal ideation of the elderly: Focusing on mediating effect of depression. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 2011;31:305-19.
35. Jung HY, Roh SH. A study on factors influencing elderly suicidal ideation: focused on the mediating effects of depression and stress on suicidal ideation. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 2007;27(4):789-805.