

도시·농촌별 독거노인의 자살생각과 관련요인

남호진¹⁾, 이석구²⁾

충남대학교 보건대학원 보건학과¹⁾, 충남대학교 의과대학 예방의학교실²⁾

Suicidal Ideation of Elderly Living Alone in Urban and Rural Areas, its Related Factors

Ho-Jin Nam¹⁾, Sok-Goo Lee²⁾

Department of Public Health, Graduate School of Chungnam National University¹⁾

*Department of Preventive Medicine, College of Medicine,
Chungnam National University²⁾*

= Abstract =

Objectives: This study used data of urban and rural elderly living alone to compare the general characteristics of the elderly who have had suicidal ideation, and to investigate the suicidal ideation of urban-rural elderly with varying degrees of emotional support status, health status, and health behavior.

Methods and materials: The research participants included 2,750 elderly aged 65 or above, of which 1,487 were from dong unit and 1,263 were from eup-myeon units according to the raw data of 2011 Survey on Elderly Status. All collected data were analyzed using cross tabulation of SPSSWIN(ver 21.0) program and multivariate logistic regression.

Results: The results were as follows. First, the factors that influenced the suicidal ideation of urban and rural elderly living alone included degree of depression, experience of abuse, and nutritional management status. Second, the suicidal ideation of urban elderly living alone was affected by the emotional support of their children who live apart and their grandchildren. Third, the suicidal ideation of rural elderly living alone was affected by the emotional support of their kin (including siblings).

Key words: Aged, Older people living alone, Suicidal ideation

* Received June 5, 2017; Revised September 19, 2017; Accepted September 25, 2017.

* Corresponding author: 이석구, 대전광역시 중구 문화로 266 충남대학교 의과대학 예방의학교실

Sok-Goo Lee, Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chungnam National University 266 Munhwa-ro, Joong-gu, Daejeon 301-846, Korea

Tel: +82-42-580-8264, Fax: +82-42-586-8875, E-mail: sgoolee@cnu.ac.kr

* 본 논문은 2015년도 충남대학교 보건대학원 석사학위논문을 기초로 작성한 것임.

서론

한국은 이미 2000년에 65세 이상 고령인구 비율이 전체 인구의 7%를 넘어 고령화 사회에 진입하였다. 2017년에는 동 비율이 13.8%로 증가하였으며, 2026년에는 동 비율이 20%를 넘어 초고령화사회에 진입할 전망이다[1]. 또한, 고령화사회에서 초고령사회로 도달하는 년 수가 한국은 26년이 소요될 것으로 추정되는데, 이는 일본의 35년, 프랑스의 154년, 영국의 99년, 미국의 90년과 비교할 때 고령사회 진입속도가 선진국에 비해 매우 빠른 것으로 나타났다[2]. 또한, 65세 이상 1인가구 수가 2000년에 약 54만 명에서 2013년에 약 125만 명으로 13년 동안 약 70만 명이 증가하였다[1].

노인 인구의 증가와 함께 지난 20년간 노인 자살 사망률이 지속적으로 증가하고 있다. 65세 이상 노인 자살 사망률은 1992년 10만 명당 16.7명에서 2012년 69.8명으로 4배 이상 증가했으며, OECD 국가 중 노인자살률 1위를 차지하였다[1]. 하지만, 사회적으로 노인자살을 은폐하려는 경향과[3], 인구의 고령화를 고려한다면 자살 사망률이 더 증가할 가능성이 있다고 할 수 있다[4]. 이처럼 급격한 노인 인구의 증가는 현대사회의 다양한 노인 문제들을 야기시키고 있다. 이 중 노인자살과 관련된 문제는 우리사회의 적절한 대처가 미흡하여 매년 꾸준한 증가를 보이고 있다[5].

자살생각이 포함된 자살개념은 포괄적이어서 자살생각→자살시도→자살행위에 이르는 연속적인 개념(spectrum)으로 정의할 수 있다[6]. 즉, 자살행위는 자살시도를 경험한 사람들에게 많이 발생하고, 자살시도는 자살생각을 많이 경험한 사람들에게 발생한다[7,8]. 따라서 자살생각이 반드시 자살시도로 이어지는 것은 아니지만 자살시도의 중요한 예측지표가 될 수 있어 자살연구에 있어서 자살생각을 탐색하는 것은 매우 중요하다[9].

노인자살 요인에 대한 국내 선행 연구들을 살펴보면 일반노인과 독거노인을 대상으로 한 연구는 다양하게 이루어 졌지만[4,5,10-15], 농촌지역은 도시지역과 달리 고령으로 인한 신체적 질

병에도 불구하고 적절히 돌봐줄 사람이 없는 경우가 많으며, 의료기관이 멀리 떨어져 있어 치료를 받지 못하는 경우가 많으며, 거주지역이 분산되어 있을 뿐 아니라 교통수단이 불편하여 문제가 가중되고 있다. 또한, 우리나라 도시와 농촌은 인구사회학적 환경 및 건강 상태에서 차이가 있으므로[16], 도시·농촌별 독거노인을 각각의 대상으로 한 연구가 필요하다.

따라서, 본 연구는 자살생각을 한 도시 독거노인과 농촌 독거노인의 일반적 특성을 각각 알아보고, 도시 독거노인과 농촌 독거노인 각각의 자살생각에 어떤 요인들이 영향을 미치는지를 살펴보고자 하였다.

연구 방법

1. 조사대상

본 연구는 “2011년도 노인실태조사”자료를 이용하여 연구하였다. “2011년도 노인실태조사”는 2011년 8월 31일~2011년 11월 30일 기간 중 현장조사로 진행되었고, 총 11,542명에 대한 조사가 완료되었다. 이 중 65세 이상은 10,674명이었다. 본 연구의 대상은 65세 이상 독거노인으로 동부 1,487명과 읍·면부 1,263명인 2,750명의 자료를 이용하여 연구하였다(Figure 1).

2. 연구에 사용한 변수

1) 일반적 특성

일반적 특성으로는 성별, 연령, 교육수준, 가구연소득을 이용하였다. 연령은 65-69세, 70-74세, 75-79세, 80-84세, 85세 이상으로, 교육수준은 무학(글자모름), 무학(글자해독), 초등학교 졸업, 중·고등학교 졸업, 전문대학교 이상 졸업으로 구분하였다. 조사에서는 가구 연 총소득을 총 5분위로 분류하였으나, 본 연구에서는 3분위, 4분위, 5분위를 3분위 이상으로 정의하여 사용하였다. 따라서 1분위는 763만원 이하, 2분위는 764만원~1,193만원, 3분위 이상은 1,194만원 이상으로 구분하였다.

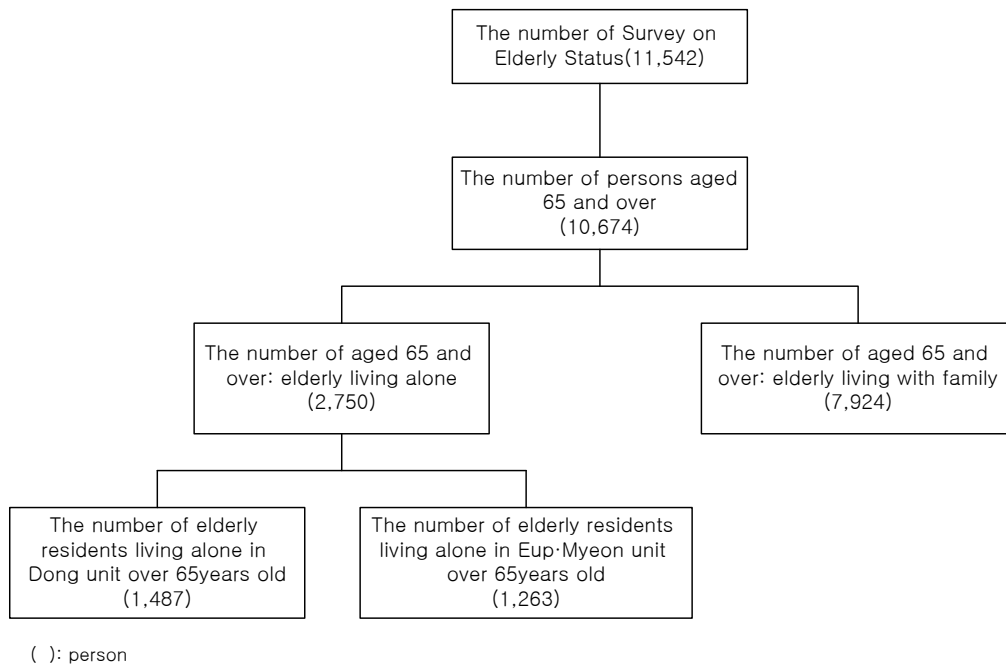


Figure 1. Selection process of the study subjects

2) 정서적 지지상태

정서적 지지상태는 비동거 자녀, 손자·손녀와의 왕래 및 연락 빈도, 친인척(형제, 자매 포함)간의 왕래 및 연락 빈도, 친구와의 왕래 및 연락 빈도, 독거기간을 이용하였다. 노인들의 삶의 질을 높이는 데 자녀들의 정서적 지지가 큰 영향을 미치고[17], 정서적 지지는 주로 구성원들 사이의 왕래나 전화, 휴대폰 문자, 이메일, 편지 등으로 구성된다[18]. ‘따로 살고 있는 자녀 중 지난 1년간 얼마나 자주 만났(연락을 주고 받았)습니까?’에 대한 응답의 내용을 각각 ‘왕래(연락)를 거의 하지 않는다’(0점), ‘일년에 한두 번 정도 만난(연락한)다’(1점), ‘3개월에 한두 번 정도 만난(연락한)다’(2점), ‘한 달에 한두 번 정도 만난(연락한)다’(3점), ‘일주일에 한번 정도 만난(연락한)다’(4점) ‘일주일에 두세 번 정도 만난(연락한)다’(5점), ‘거의 매일 만난(연락한)다’(6점) 으로 점수화 하였다. 이에 따라 정서적 지지상태를 나타내는 지수는 두 문항의 응답에 주어진 값을 합쳐서 얻었는데, 0점(정서적 지지가 없다)부터 12점(정서적 지지가 많다)의 연속변수로 측정하였고[19], 0점에서 4점은

‘정서적 지지가 없는 편이다’, 5점에서 8점은 ‘정서적 지지가 그저 그렇다’, 9점에서 12점은 ‘정서적 지지가 많은 편이다’로 범주화 하였다.

독거노인의 독거기간이 길수록 가족, 친구와의 정서적지지 상태는 음의 관계가 될 것이라고 사료되어 독거기간을 사용하였다. 독거기간은 노인실태조사에서 독거노인의 ‘독거시작 년·월’을 조사하였으나, ‘독거시작 일’은 조사하지 않아 ‘독거시작 일’은 15일을 임의로 모두 할당하였다. 그리하여 ‘독거시작 년·월·일’과 2011년도 노인실태조사의 조사기준일인 2011년 8월 31일의 차이를 개월로 환산하여 연속 변수화 하였다.

3) 건강상태

건강상태는 주관적 건강상태, 우울증, 일상생활 수행 능력 제한 여부, 학대 경험, 만성질병의 수, 주간 음주량, 영양관리 상태를 이용하였다.

주관적 건강상태는 ‘귀하의 평소 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?’에 대한 응답을 조사에서는 ‘매우 건강하다’, ‘건강한 편이다’, ‘그저 그렇다’, ‘건강이 나쁜 편이다’, ‘건강이 매우 나쁘다’로 구분하였으나,

본 연구에서는 ‘매우 건강하다’와 ‘건강한 편이다’를 ‘건강한 편이다’로 정의하고, ‘그저 그렇다’, ‘건강이 나쁜 편이다’, ‘건강이 매우 나쁘다’를 ‘건강이 나쁜 편이다’로 정의하여 이분화 하였다.

우울증은 한국판 SGDS (Short form of Geriatric Depression Scale) 척도를 사용하였는데, SGDS는 Sheikh와 Yesavage가 기존의 GDS에 대한 진단적 타당도 연구를 바탕으로 해서 GDS의 문항중에서 우울증상과 상관관계가 가장 높은 문항을 15문항 선택해서 축소 제작하였는데 GDS와 SGDS가 상당히 높은 상관관계가 있음을 보고하였다($r=0.84, p<0.001$). 이 척도의 가장 적절한 절단점은 6~7점으로 추정되었다[19,20]. 이에 본 연구에서는 0~7점을 정상 집단으로 정의하였고, 8~15점을 우울 집단으로 정의하여 이분화 하였다.

일상생활 수행 능력 제한 여부는 ADL·IADL을 각각 7문항과 10문항으로 질문하여 ‘완전 자립’은 제한이 없으므로 정의하였고, ‘부분 도움’이나 ‘완전 도움’은 제한이 있으므로 정의하여 이분화 하였다.

학대 경험은 ‘지난 1년간 타인으로부터 신체적인 고통을 당한 경험이 있습니까?(신체적 학대)’와 ‘지난 1년간 타인의 말과 행동이 내 감정을 상하게 만든 적이 있습니까?(정신적 학대)’의 질문에 하나라도 ‘예’라고 대답한 경우와 둘 다 ‘예’라고 대답하면 학대를 경험한 적이 있다고 정의하였고, 둘 다 ‘아니오’라고 답하면 학대를 경험한 적이 없다고 정의하여 이분화 하였다.

만성질환의 수는 의사진단을 받은 질병을 기준으로 응답자가 갖고 있는 총 만성질환의 수를 조사하여 연속 변수화 하였다.

주간 음주량은 ‘귀하는 지난 1년간 술을 얼마나 자주 마셨습니까?’에 대한 대답으로 ‘최근 1년간 전혀 마시지 않았다(0점)’부터 ‘매일(7점)’으로 점수화 하여 ‘술을 한 번 마실 때 평균 몇 잔정도 마십니까?’에 대한 대답으로 평균 잔 수를 곱하여서 ‘0’은 무음주, ‘0.1에서 7.0’은 적정음주, ‘7.1 이상’은 과음주로 분류하였다.

영양관리 상태는 6개월간 영양관리 상태를 질문하는 7문항으로 점수가 높을수록 영양관리 상태가 나쁨을 뜻하였고, 이는 연속 변수화 하였다.

4) 자살생각

자살생각은 ‘귀하께서는 만 60세 이후 자살을 생각해 본 적이 있으십니까?’ 질문을 사용하여 ‘예’, ‘아니오’로 구분하여 이분화 하였다.

3. 자료처리 및 분석

수집된 자료는 SPSSWIN(ver 21.0) 프로그램을 이용하여 분석하였다. 연구대상자의 일반적 특성과 자살생각의 유무는 교차분석을 실시하였다. 또한 정서적 지지상태, 건강상태, 건강행태가 자살생각에 영향을 미치는 요인은 독립변수 간의 영향요인을 보정하기 위해 다변량 로지스틱 회귀분석(multiple logistic regression)을 실시하여 교차비(odds ratio, OR)와 교차비의 95%신뢰구간을 구하였다. 모든 통계학적 유의수준은 $p<0.05$ 를 유의한 것으로 판단하였다.

연구결과

1. 독거노인의 일반적 특성별 자살생각

독거노인 중 자살생각을 한 적이 있었던 도시 독거노인은 15.5%, 농촌 독거노인은 13.1%로 도시 독거노인이 자살생각을 더 많이 하였다. 성별로는 도시의 경우 남자는 21.1%, 여자는 14.4%로 남자가 여자보다 자살생각을 더 많이 하였고, 농촌 독거노인도 마찬가지로 자살생각을 한 적이 있었던 남자는 17.0%, 여자는 12.6%로 남자가 여자보다 자살생각을 더 많이 하였다. 연령별로는 도시의 경우 65-69세가 18.9%, 75-79세가 17.6%, 70-74세가 14.4%, 80-84세가 13.2%, 85세 이상은 8.9% 순으로 자살생각을 적게 하였고, 농촌의 경우 85세 이상은 15.6%, 80-84세가 13.6%, 75-79세가 13.5%, 70-74세가 12.3%, 65-69세가 11%순으로 자살생각을 적게 하였다. 교육 수준별로는 도시가 전문대학교 이상 졸업이 28.2%, 중·고등학교 졸업이 16.1%, 무학(글자해독)이 15.3%, 초등학교 졸업이 14.8%, 무학(글자모름)이 14.5%순으로 자살생각을 적게 하였고, 농촌은 전문대학교 이상 졸업이 42.9%, 중·고등학교 졸업이 15.3%, 무학(글자모름)이 14.2%, 무학(글자해독)이 12.2%, 초등학교 졸업이 11.6%

순으로 자살생각을 적게 하였다. 가구 연 총소득 수준별로 도시의 경우 저소득층인 1분위(763만원 이하)가 17.8%, 3분위 이상(1,194만원 이상)은 11.7%, 2분위(764~1,193만원)가 11.3%순으로 자살생각을 적게 하였고, 농촌은 1분위(763만원 이하)가 14.8%, 2분위(764~1,193만원)가 9.8%, 3분위 이상(1,194만원 이상)은 8.3%순으로 자살생각을 적게 하였다(Table 1).

2. 독거노인의 정서적 지지상태와 자살생각

도시 독거노인은 비동거 자녀, 손자·손녀간의 정서적 지지가 없는 집단이 많은 집단보다 자살

생각의 위험도가 4.516배 높게 나타났으며($p<0.001$), 농촌 독거노인은 친인척간의 정서적 지지가 없는 집단이 많은 집단보다 자살생각의 위험도가 2.315배 높게 나타났다($p=0.014$). 도시 독거노인은 친구간의 정서적 지지가 없는 집단이 많은 집단보다 자살생각의 위험도가 2.273배 높았고($p<0.001$), 농촌 독거노인도 친구간의 정서적 지지가 없는 집단이 많은 집단보다 자살생각의 위험도가 2.322배 높았다($p=0.020$). 도시 독거노인은 독거기간이 1개월 증가함에 따라 자살생각의 위험도가 1.002배 증가하였으며, 통계적으로 유의하였다($p=0.002$) (Table 2).

Table 1. The proportion of suicide ideation of the elderly living alone according to the general characteristics between urban and rural area Unit : Person(%)

Variables	Urban		p-value	Rural		p-value
	N	Suicide ideation(%)*		N	Suicide ideation(%)*	
Sex						
Male	227	48 (21.1)	0.01	159	27 (17.0)	0.16
Female	1,260	182 (14.4)		1,104	139 (12.6)	
Age						
65 ~ 69	238	45 (18.9)	0.07	146	16 (11.0)	0.81
70 ~ 74	418	60 (14.4)		325	40 (12.3)	
75 ~ 79	449	79 (17.6)		392	53 (13.5)	
80 ~ 84	281	37 (13.2)		265	36 (13.6)	
85 +	101	9 (8.9)		135	21 (15.6)	
Education level						
Lack of schooling (Illiteracy)	256	37 (14.5)	0.26	448	64 (14.3)	0.13
Lack of schooling (Literacy)	471	72 (15.3)		443	54 (12.2)	
Elementary	473	70 (14.8)		293	34 (11.6)	
Middle-High	248	40 (16.1)		72	11 (15.3)	
College more	39	11 (28.2)		7	3 (42.9)	
Household annual income						
1 st percentile	945	168 (17.8)	0.01	884	131 (14.8)	0.03
2 nd percentile	311	35 (11.3)		246	24 (9.8)	
3 rd percentile above	231	27 (11.7)		133	11 (8.3)	
Total	1,487	230 (15.5)		1,263	166 (13.1)	

* The proportion of number of suicide ideation among number of each items of variables

Table 2. The relationship of emotional support and suicidal ideation of elderly living alone

Variables	Urban		Rural	
	Unadjusted OR	95% CI	Unadjusted OR	95% CI
Emotional support from children and grandchildren				
Have enough emotional support	1.000	-	1.000	-
Have regular emotional support	1.215	(0.834, 1.770)	0.852	(0.572, 1.270)
Have less emotional support	4.516*	(2.882, 7.077)	1.622	(0.909, 2.897)
Emotional support from family and relatives				
Have enough emotional support	1.000	-	1.000	-
Have regular emotional support	0.869	(0.414, 1.822)	0.902	(0.417, 1.952)
Have less emotional support	1.569	(0.795, 3.096)	2.315*	(1.182, 4.531)
Emotional support from friend				
Have enough emotional support	1.000	-	1.000	-
Have regular emotional support	0.984	(0.719, 1.346)	1.382	(0.978, 1.954)
Have less emotional support	2.273**	(1.485, 3.478)	2.322*	(1.144, 4.714)
Period of the elderly living alone	1.002*	(1.001, 1.003)	1.000	(0.999, 1.002)

* p<0.05, ** p<0.001

3. 독거노인의 건강상태와 자살생각

도시 독거노인은 주관적 건강상태가 나쁜 집단이 건강한 집단보다 자살생각의 위험도가 2.161배 높았으며, 통계적으로 유의하였다(p<0.001). 도시 독거노인은 우울 집단이 정상 집단보다 자살생각의 위험도가 6.311배 높았으며, 농촌 독거노인의 경우도 마찬가지로 우울 집단이 정상 집단보다 자살생각의 위험도가 4.515배 높았다(p<0.001). 도시 독거노인은 일상생활 수행 능력의 제한이 있는 집단이 제한이 없는 집단보다 자살생각의 위험도가 1.834배 높았으며(p<0.001), 농촌 독거노인의 경우도 마찬가지로 일상생활 수행 능력의 제한이 있는 집단이 제한이 없는 집단보다 자살생각의 위험도가 1.637배 높았다(p=0.011). 도시 독거노인은 학대를 경험한 적이 있는 집단이 경험한 적이 없는 집단보다 자살생각의 위험도가 3.881배 높았으며, 농촌 독거노인의 경우도 마찬가지로 학대를 경험한 적이 있는 집단이 경험한 적이 없는 집단보다 자살생각의 위험도가 5.836배 높았다(p<0.001). 도시 독거노인은 만성질환의 수가 1개 증가함에 따라 자살생각의 위험도가 1.147배 증가하였으며(p<0.001), 농촌 독거노인의 경우도 마찬가지로 만성질환의 수가 1개 증가함에 따라 자살생각의 위험도가

1.099배 증가하였다(p=0.037). 도시 독거노인의 주간 음주량은 과음주 집단이 무음주 집단보다 자살생각의 위험도가 1.110배 높았으며, 농촌 독거노인도 마찬가지로 과음주 집단이 무음주 집단보다 자살생각의 위험도가 1.261배 높게 나타났으나, 통계적으로 유의하지 않았다. 도시 독거노인은 영양관리 상태가 1점이 나빠질수록 자살생각의 위험도가 1.637배 증가하였으며, 농촌 독거노인의 경우도 마찬가지로 영양관리 상태가 1점이 나빠질수록 자살생각의 위험도가 1.640배 증가하였으며, 통계적으로 유의하였다(p<0.001)(Table 3).

4. 독거노인의 자살생각 관련요인

도시 독거노인의 우울정도는 정상 집단보다 우울 집단에서 자살생각의 위험도가 3.963배 높았으며(p<0.001), 농촌 독거노인도 정상 집단보다 우울 집단에서 자살생각의 위험도가 3.276배 높았다(p<0.001). 학대 경험도 도시 독거노인은 경험이 없는 집단보다 학대 경험이 있는 집단에서 자살생각의 위험도가 3.287배 높았으며(p<0.001), 농촌 독거노인도 학대 경험이 없는 집단보다 학대 경험이 있는 집단에서 자살생각의 위험도가 4.356배 높았다(p<0.001).

Table 3. The relationship of health status and suicidal ideation of elderly living alone

Variables	Urban		Rural	
	Unadjusted OR	95% CI	Unadjusted OR	95% CI
Perceived health status				
Healthy status	1.000	-	1.000	-
Bad healthy status	2.161**	(1.495, 3.124)	1.482	(0.990, 2.220)
Depression				
Normal	1.000	-	1.000	-
Depression	6.311**	(4.537, 8.778)	4.515**	(3.158, 6.457)
ADL·IADL				
Unlimited	1.000	-	1.000	-
Limited	1.834*	(1.292, 2.605)	1.637*	(1.119, 2.395)
Abuse				
Non-abuse	1.000	-	1.000	-
Experienced Abuse	3.881**	(2.661, 5.660)	5.836**	(3.790, 8.985)
Number of chronic disease	1.147**	(1.071, 1.229)	1.099*	(1.006, 1.200)
Quantity of alcohol average in a week				
Non-alcohol drinker	1.000	-	1.000	-
Normal alcohol drinker	0.973	(0.657, 1.442)	0.793	(0.510, 1.235)
Binge alcohol drinker	1.110	(0.623, 1.978)	1.261	(0.714, 2.226)
Deteriorated nutrition status	1.637**	(1.468, 1.826)	1.640**	(1.438, 1.870)

* p<0.05, ** p<0.001

또한, 도시 독거노인과 농촌 독거노인 둘 다 영양 관리 상태가 나쁠수록 자살생각의 위험도가 각각 1.222배, 1.280배 높았으며, 통계적으로 유의하였다(p=0.005)(p=0.003). 도시 독거노인은 비동거자녀, 손자·손녀의 정서적 지지 요인이 영향을 주었는데, 정서적 지지가 많을수록 자살생각의 위험도가 0.903 배 낮아졌으며, 통계적으로 유의하였다(p=0.006). 반면, 농촌 독거노인은 친인척(형제·자매 포함)의 정서적 지지가 많을수록 자살생각의 위험도가 0.927배 낮아졌으며, 통계적으로 유의하였다(p=0.034) (Table 4).

고 찰

한국은 노인 인구의 증가와 함께 지난 20년간 노인 자살 사망률이 지속적으로 증가하고 있다. 급격한 인구 증가는 현대사회의 다양한 노인 문제들을 야기 시키고 있으며, 노인자살과 관련된 문제는 매년 꾸준한 증가를 보이고 있다.

본 연구에서 자살생각을 한 도시 독거노인의 일반적 특성은 여자보다 남자에서, 가구 연 총소득이 높은 집단보다 낮은 집단에서 유의하게 높았다. 독거노인을 대상으로 연구한 선행 연구에서는 남자보다 여자에서 자살생각이 높게 나와 [12,14,15], 본 연구와는 상반된 결과를 보였다. 이는 연구대상자 중 남성의 수가 여성의 수보다 현저하게 작아서 나타난 현상인 것으로 사료된다.

자살생각을 한 도시 독거노인은 비동거 자녀, 손자·손녀간의 정서적 지지가 적을수록 자살생각이 유의하게 높았으며, 이는 가족 간의 강한 유대관계가 있는 한국의 특성을 볼 때 노인이 되어서도 이러한 지지체계가 지속되어야 하나 가족 간의 구조가 빠르게 변화하고 있고, 노인들이 인식하는 가족구조와 현실적인 가족 구조간의 차이가 발생하고 있다. 결국 핵가족화 등으로 인한 가족 결속도의 감소는 독거노인을 더 고독하게 하고 독거노인들은 무관심 속에 방치된 채 자살이라는 극단적인 방법을 생각하게 된다[21].

Table 4. Suicide ideation of the elderly living alone and related factors

Variables	Urban			Rural		
	Unadjusted OR	Adjusted OR	95% CI	Unadjusted OR	Adjusted OR	95% CI
Emotional support from children and grandchildren	-	0.903*	(0.840, 0.971)	-	1.022	(0.936, 1.117)
Emotional support from family and relatives	-	0.991	(0.927, 1.060)	-	0.927*	(0.864, 0.994)
Emotional support from friend	-	1.025	(0.968, 1.086)	-	0.982	(0.912, 1.057)
A solitary period	1.002*	1.000	(0.999, 1.002)	1.000	1.000	(0.998, 1.001)
Perceived health status						
Healthy status	1.000	1.000	-	1.000	1.000	-
Bad healthy status	2.161**	1.192	(0.743, 1.913)	1.482	0.863	(0.515, 1.446)
Depression						
Normal	1.000	1.000	-	1.000	1.000	-
Depression	6.311**	3.963**	(2.659, 5.906)	4.515**	3.276**	(2.125, 5.051)
ADL·IADL						
Unlimited	1.000	1.000	-	1.000	1.000	-
Limited	1.834*	1.394	(0.900, 2.159)	1.637*	0.900	(0.562, 1.440)
Abuse						
Non-abuse	1.000	1.000	-	1.000	1.000	-
Experienced Abuse	3.881**	3.287**	(2.089, 5.172)	5.836**	4.356**	(2.659, 7.135)
Number of chronic disease	1.147**	1.024	(0.935, 1.121)	1.099*	1.018	(0.909, 1.140)
Quantity of alcohol average in a week						
Non-alcohol drinker	1.000	1.000	-	1.000	1.000	-
Normal alcohol drinker	0.973	1.229	(0.780, 1.935)	0.793	0.984	(0.607, 1.595)
Binge alcohol drinker	1.110	1.234	(0.589, 2.583)	1.261	1.724	(0.889, 3.346)
Deteriorated nutrition status	1.637**	1.222*	(1.061, 1.407)	1.640**	1.280*	(1.091, 1.502)

* p<0.05, ** p<0.001

반면에, 농촌 독거노인은 친인척(형제·자매 포함)간의 정서적 지지가 많을수록 자살생각이 유의하게 낮았다. 농촌노인의 경우 도시지역보다 자녀와 별거하는 비율이 높고 이에 따라 자녀의 부양기능이 낮다는 점을 감안할 때[22], 농촌 독거노인은 비독거 자녀, 손자·손녀간의 정서적 지지보다 친인척간의 정서적 지지가 많을수록 자살생각이 낮아질 것으로 사료된다.

도시와 농촌 독거노인의 자살생각은 학대 경험이 없는 집단 보다 경험이 있는 집단에서, 우울정도가 정상인 집단보다 우울 집단에서, 영양상태가 악화될수록 유의하게 높았다. 이는 노인층이 비 노인층보다 심신이 더 쇠약하여 우울과 영양상태가 악화될수록 더 많은 자살생각을 하는 것으로 보인다. 그 중에서 독거노인은 비독거노인보다 혼자

있는 시간이 더 많기 때문에 정서적 교감을 할 상대가 없어 자살생각을 더 많이 하는 것으로 사료된다. 선행연구에서도 독거노인의 경우 취약한 건강상태, 심한 우울 증상, 낮은 자아 존중감, 약한 지역사회 통합 등이 노인의 자살생각에 영향을 미친다고 보고되고 있고[4,23], 학대 경험은 자살생각에 직접적으로 영향을 미친다고 보고되고 있고[5,24,25], 독거노인과 일반노인에서 우울증과 자살생각이 양의 상관관계를 보여주고 있다[4,12,15,24,26]고 보고되고 있고, 우울은 자살생각이나 자살행동으로 나타나게 된다[27]고 보고되고 있어 본 연구와 유사한 결과를 보여주고 있다. 영양상태의 악화가 도시와 농촌 독거노인의 자살생각에 유의하게 높은 결과를 보여주고 있다. 이는 선행연구에서 노인의 우울은 영양결핍의 높은

위험도, 영양상태가 좋지 않은 것과 매우 밀접한 관계가 있는 것으로 파악되었다[28,29]. 특히 노인의 영양상태는 노년기 건강관리에 필수적이나 노화에 따라 식욕부진, 활동량 감소, 치아 결손, 정신적 장애 등으로 식사량이 감소되기 쉽고, 소화 및 흡수 기능 저하와 각종 질병에 의한 영양소의 체내 이용률이 감소되어 영양결핍의 위험도가 높게 되며, 동시에 영양상태가 신체적 질환의 발병과 회복, 식욕부진, 우울과 같은 정신적 상태에 영향을 미치게 된다[30]라고 보고되고 있어 본 연구와 비슷하였다.

끝으로, 본 연구는 횡단적 연구방법을 사용하였기 때문에 변수들 간의 인과관계를 규명하는데 제약이 있고, 영양관리상태 지표는 객관적인 지표가 아닌 주관적인 지표를 사용하였기에 지표의 정확성이 다소 떨어질 가능성이 있다.

하지만 본 연구는 “2011년도 노인실태조사”의 2차 자료를 활용함으로써 전국 독거노인을 대상으로 연구를 하였다는 것과 앞서 연구되었던 논문들과는 다르게 연구대상자인 독거노인을 도시와 농촌으로 분리하여 연구함으로써 도시·농촌별 독거노인의 자살생각과 관련요인을 분석하였다는 것에 의의가 있다.

REFERENCES

1. Korea National Statistical Office. Korean Statistical Information Service Statistical Database : Health, Cause of Death [cited 2014 september 10]. Available from : URL:http://kosis.kr/
2. National Institute of Population and Social Security Research. Population Statistics [cited 2014 september 12]. Available from : URL:http://www.ipss.go.jp/
3. Kim KH, Kim JS, Lee BS, Lee EK, Ahn YM, Choi MH. A Study about the factors affecting the suicidal thought in Korean elders. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;19(4):391-399 (Korean)
4. Kim HS. A Study on epistemology of Korean elder's suicidal thought. *J Korean Gerontol Soc* 2002;22(1):159-172 (Korean)
5. Song YD, Son JA, Park SM. An analysis of eco-systematic factors influencing suicidal ideation of the elderly who are living alone. *J Korean Gerontol Soc* 2010;30(2):643-660 (Korean)
6. Harwood D, Jacoby R. Suicidal behaviour among the elderly, in the international handbook of suicide and attempted suicide. England, John Wiley & Sons, 2000, pp.275-291
7. Lester D. A depression paradox theory of suicide. *Personality and individual differences* 1989;10(10):1103-1104
8. Bonner RL, Rich AR. Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1987;17(1):50-63
9. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of general psychiatry* 1996;53(4):339-48
10. Eom 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. *Korean Journal of Social Welfare* 2007;59(2):355-379 (Korean)
11. Jung MH. A study on the influence of elderly's health factors to suicidal ideation - focused on the mediating effects of coping behaviors. *Korea Care Management Research* 2014;11(3): 47-76 (Korean)
12. Han SS, Kang SW, Yoo WK, Phee YG. A study of the determinants of suicidal ideation among the elderly in Korea. *Health Soc Aff Rev* 2009;29(1):192-212 (Korean)
13. Han HK, Lee YR. A study on factors impacting on the mental health level of the elderly people

- living alone. *J Korean Gerontol Soc* 2009;29(3): 805-822 (Korean)
14. Ko JU, Kim SB. A study of influence factors on the suicidal tendency of elderly living alone. *Health and Social Science* 2011;30(2):29-48 (Korean)
 15. Rim CS, Jang GS, Jeong MS. A study on influential factors for the suicide ideation of the elderly living alone. *Journal of Social Science Research* 2013;22(0):192-223 (Korean)
 16. Kang HW, Park KM. Comparison of correlates of depression in late-life between urban and rural areas. *J Korean Gerontol Soc* 2012;32(1): 129-143 (Korean)
 17. Chen X, Silverstein M. Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents in China. *Research on aging* 2000;22(1):43-65
 18. Cheong KW. Family ties between aging parents and adult children living in separate households: Social support from a social exchange perspective. *Korea J Population Stud* 2001;24(1):123-148 (Korean)
 19. Yesavage JA, Sheikh JI. Geriatric depression scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clinical gerontologist* 1986;5(1-2):165-173
 20. Cho MJ, Bae JN, Suh GH, Hahm BJ, Kim JK, Lee DW, et al. Validation of geriatric depression scale, Korean version (GDS) in the assessment of DSM-III-R major depression. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association* 1999;38(1):48-63 (Korean)
 21. Song MS, Kim NC. Study on suicidal ideation and associated factors in rural elderly. *Journal of Korean Public Health Nursing* 2014;28(1): 127-137 (Korean)
 22. Sohn SY. A comparative study on the quality of life of the elderly and its' affecting factors between rural and urban areas. *J Korean Gerontol Soc* 2006;26(3):601-615 (Korean)
 23. Bae JY. Case study about elderly suicide. *Journal of Korean Association of Welfare for the Aged* 2004;23(0):65-82 (Korean)
 24. Bae JH. Factors affecting suicide ideation of the elderly. *Journal of Welfare for the Aged* 2009;44(0):49-70 (Korean)
 25. Seo IK, Ko MS. Effects of the elderly's abuse experiences on their suicidal ideation & mediation effects of stress, depression and social supports. *Health Soc Welf Rev* 2011;31(1):127-157 (Korean)
 26. Sohn JN. A study on factors influencing the suicidal ideation in elderly people who live alone or live with family. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2012;21(2):118-126 (Korean)
 27. Coren S, Hewitt PL. Sex differences in elderly suicide rates: Some predictive factors. *Aging & Mental Health* 1999;3(2):112-118
 28. Jung YM, Kim JH. Comparison of cognitive levels, nutritional status, depression in the elderly according to living situations. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2004;34(3): 495-503 (Korean)
 29. Park YH, Suh EE. The risk of malnutrition, depression, and the perceived health status of older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2007;37(6):941-948 (Korean)
 30. Furman EF. Undernutrition in older adults across the continuum of care: nutritional assessment, barriers, and interventions. *Journal of Gerontological Nursing* 2006;32(1):22-27