



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2017년 2월
석사학위논문

노인에서 가족응집력 및
사회적 지지와
자살생각과의 관련성

조선대학교 보건대학원

보건학과

강미혜

노인에서 가족응집력 및
사회적 지지와
자살생각과의 관련성

The Relevance of Family Cohesion & Social
Support on Suicidal Ideation in the Elderly

2017년 2월

조선대학교 보건대학원

보건학과

강미혜

노인에서 가족응집력 및
사회적 지지와
자살생각과의 관련성

지도교수 박 종

이 논문을 보건학 석사학위신청 논문으로 제출함

2016년 10월

조선대학교 보건대학원

보 건 학 과

강 미 혜

강미혜의 석사학위논문을 인준함

위원장 조선대학교 교수 류 소 연 (인)

위 원 조선대학교 교수 한 미 아 (인)

위 원 조선대학교 교수 박 종 (인)

2016년 11월

조선대학교 보건대학원

목 차

표 목 차	iii
ABSTRACT	iv
I. 서론	1
II. 연구방법	3
A. 연구대상 및 자료수집방법	3
B. 이용변수	4
1. 독립변수	4
2. 종속변수	6
C. 자료분석	7
III. 연구결과	8
A. 대상자의 특성분포	8
1. 일반적 특성	8
2. 건강 특성	10
3. 정신건강 특성	12
4. 가족응집력, 사회적 지지	14

B. 대상자의 특성과 자살생각과의 관련성	15
1. 일반적 특성과 자살생각과의 관련성	15
2. 건강 특성과 자살생각과의 관련성	16
3. 정신건강 특성과 자살생각과의 관련성	18
4. 가족응집력, 사회적 지지와 자살생각과의 관련성	19
C. 자살생각의 관련요인	20
IV. 고찰	22
V. 요약 및 결론	26
참고문헌	27

표 목 차

Table 1. General characteristics of the subjects	9
Table 2. Health behaviors characteristics of the subjects	11
Table 3. Mental-health characteristics of the subjects	13
Table 4. The level of Family cohesion and Social support	14
Table 5. Suicidal Ideation by General characteristics	15
Table 6. Suicidal Ideation by Health behaviors characteristics	17
Table 7. Suicidal Ideation by Mental-health characteristics	18
Table 8. Suicidal Ideation by Family cohesion and Social support ..	19
Table 9. Multiple Logistic Regression Analysis for Relating Factors of Suicidal Ideation	21

ABSTRACT

The Relevance of Family Cohesion & Social Support on Suicidal Ideation in the Elderly

Kang, Mi Hye

Advisor : Prof. Park, Joung M.D., Ph.D

Department of Public Health,

Graduate School of Health Science,

Chosun University

Objectives : The purpose of this study was to investigate the effects of general characteristics, health characteristics, mental health characteristics, suicidal ideation, family cohesion and social support on suicidal ideation among the elderly over 65 years of age who participated in the Gwangju Metropolitan City Mental Health Survey in 2014.

Methods : Men 240, women 312, a total of 552 people were subject to a final frequency analysis using the SPSS statistical program, t-test, chi-square test and multiple logistic regression analysis was used and statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results : In the main variables related to suicidal ideation, social support is the average 37.56 ± 9.78 , the average family cohesion was 64.18 ± 12.26 , analyzed that 8.3% of the subjects with suicidal ideation. Finally, multiple logistic regression analysis showed that the higher the score of social support, the lower the suicidal ideation(OR=0.927, 95% Confidence interval 0.873~0.983). The severity of depression(OR=7.657, 95% Confidence interval 1.829~32.055) and the severity of depression(OR=8.119, 95% Confidence interval 2.355~27.985) were significantly related to suicidal ideation. Sleep time was significantly related to 6-7 hours, compared to less than 5 hours(OR=0.281, 95% Confidence interval 0.101~0.779). There was a significant relationship between suicidal ideation and a group with little social activity difficulty compare to the other group(OR=0.207, 95% Confidence interval 0.044~0.967). But family cohesion was not significantly associated with suicidal ideation(OR=0.972, 95% Confidence interval 0.934~1.012).

Conclusions : Social support was significantly related to the suicidal ideation of the elderly, and stress, depression, sleeping time, difficulty in social activities, etc. Therefore, in order to decrease the suicidal ideation of elderly people, it is necessary to seek ways to strengthen social support and to encourage active social activities, and to reduce depression and stress.

Key words : Family cohesion; Social support; Suicidal Ideation

I. 서론

최근 급격한 노인의 자살률 증가는 심각한 사회적인 문제가 되고 있다. 우리나라 65세 이상 노인 자살률은 55.5명으로 OECD 평균 3배에 해당하며, OECD 회원국 중 가장 높은 수준을 기록하고 있다. 급속한 고령화 및 지나친 핵가족화로 노인 자살률이 증가하여 연령별로는 우리나라 인구 10만 명당 60대 37.5명, 70대 57.6명, 80세 이상 78.6명의 자살률을 보여서 나이가 많아질수록 자살률이 증가하였다(통계청, 2014). 노인의 자살은 공동체의 붕괴라는 측면에서 심각성을 더해 가고 있으며, 급속한 인구의 고령화와 더불어 더욱 심화될 것으로 예상된다. 자살과 자살시도는 개인의 생명 상실, 신체적 손상, 의료적 비용, 고통과 슬픔뿐만 아니라 가족과 지역사회 해체의 위기를 초래하고 있어(김형수, 2006), 이를 예방하기 위한 대책 마련이 시급하다.

노인 자살의 위험요인에는 우울, 경제적 요인, 신체적 질병 등 여러 가지 원인이 다양하게 복합되어 있다. 선행연구에서도 만성질환의 유무(이묘숙, 2012)와, 우울증은 자살에 이르는 촉매제 역할을 하고(권오균 외, 2013), 빈곤과 경제적 어려움은 자살생각에 유의한 관련이 있었다(손의성 외, 2013).

가족은 사회의 기본 단위이며, 가족도 다른 집단과 마찬가지로 가족성원의 긴밀한 관계 혹은 응집력에 따라 집단의 효율적인 기능과 활동 역량이 결정된다고 할 수 있다. 특히 노년기에는 전반적으로 사회적 관계망이 축소되기 때문에 비공식적 관계망의 지지는 매우 중요하다. 비공식적 관계망 중에서도 현재 노인계층이 유일한 삶의 안식처로 규정해 왔던 가족은 노년기의 가장 중요한 사회적 지지망이며(권중돈, 2010), 가족은 노인의 정신건강에 매우 중요한 역할을 한다. 선행연구에 의하면 가족응집력은 대학생의 자살생각을 자살시도로 이행되지 않도록 하는 요인이었으며(최윤정, 2012), 가족의 응집력 및 가족의 지지는 청소년의 자존감을 향상시켜 존재의 가치를 인정받고, 긍정적인 심리를 재생하므로 자살을 예방할 수 있다고 하였다(Morano & Cisler & Lemerond, 1993). 가족응집력은 가족 구성원들 서로에 대한 정서적 유대와 가족 성원이 가족체계 내에서 경험하는 개인적 자율성의 정도로서,

가족 구성원간의 상호의존적 관계를 설명하는 개념으로(Olson and Portner, 1983) 청소년뿐만 아니라 노인의 자살생각에 영향을 미칠 것으로 예상된다.

사회적 지지는 개인이 대인관계에서 얻을 수 있는 긍정적인 자원으로써 서로의 관심, 이해, 위로 등을 실질적으로 교환하는 것으로(이인정, 2011) 자신이 사랑과 존중을 받고 있다고 느끼게 해준다. 사회적 지지이론에 의하면, 친밀하고 유연한 대인관계 등의 사회적 인적자원이 있는 경우 스트레스 충격을 완화시키고(Cohen & pressman, 2004; 이민숙, 2005), 최근 연구에 의하면, 사회적 지지는 자살을 생각하는 개인에게 자살 시도라는 극단적인 행위를 해체 시킴으로서 자살행위를 막을 수 있는 효과가 있는 것으로 나타났다.(kleiman & Riskkind, 2013). 노인의 경우 배우자 사망이나 경제적 능력의 상실 등으로 사회적 관계망이 축소되면 존재감이 위축되고, 자살로 연관될 가능성이 높으며(문동규, 2012), 다양한 사회활동 참여를 하는 노인일수록 부정적인 생각이 줄어들기 때문에(김기태 외, 2011), 사회적 지지 강화는 자살을 막을 수 있는 중요한 방법이 될 것으로 생각된다. 또한 흡연과 음주, 규칙적인 운동 등의 건강 행위적 요인은 노인의 육체적, 정신적 건강을 간접적으로 나타내 주는 변수가 되어 노인의 자살생각에 영향을 미칠 것으로 생각된다.

이와 같이 노인 자살과 관련하여 개인적 요인, 신체질환, 사회 심리적 요인에 근거한 선행연구는 많이 있으나 노인의 자살에 주요한 영향을 미칠 것으로 판단되는 가족응집력과 사회적 지지를 이용하여 노인 자살과의 관련성을 규명한 선행연구는 아직까지 미미한 실정이다. 이에 본 연구자는 65세 이상 노인을 대상으로 일반적 특성, 건강 특성, 정신건강 특성과 자살생각과의 관련성을 파악해보고, 이들 요인의 영향을 통제된 상태에서 가족응집력과 사회적 지지가 노인의 자살생각에 미치는 영향을 규명해 보고자 연구를 수행하였다.

II 연구 방법

A. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구는 2014년 광주시민 정신건강조사 자료를 이용하였다. 광주시민 정신건강조사는 광주광역시의 정신보건 사업계획 수립 및 평가를 위한 지역 정신건강 통계를 생산하여 근거 중심의 보건사업 수행의 기반을 마련하고 광주시의 정신보건 사업 관련지표를 생산하기 위하여 2012년도에 1차 광주시민 마음건강조사 결과를 바탕으로 2년을 주기로 조사된 자료이다. 지역사회 건강조사에서는 광주시에 소재하는 주택(가구)을 최종 추출단위로 정하고, 조사 진행의 편의를 위해서 통·반/리 각 표본지점별로 가구를 추출하였는데 본 조사에서는 표본지점별로 3가구를 배정하고, 만 19세 이상 모든 주민을 조사하였다. 광주시의 5개 구별로 600명을 조사하여 총 3,001명을 조사하였고, 조사 대상자 중 65세 이상 552명을 연구 대상으로 하였다. 조사기간은 2014년 11월 12일부터 12월 24일까지 약 50일 동안 표준화된 설문지를 이용하여 268문항에 대해 숙련된 조사원에 의해 조사되었으며, 설문조사는 전문교육을 받은 17명의 조사원에 의해 조사원과 조사 대상자간 1:1 직접면접조사 방식으로 이루어졌다. 조사 전 응답자의 개인별 참여 동의를 구하였고, 설문조사에 앞서 「조선대학교병원 기관생명윤리위원회」에 IRB 승인을 신청하여 연구 허가 승인을 받은 후 진행하였다. (IRB File No. 2014-08-09), (광주시민 정신건강조사, 2014).

B. 이용변수

1. 독립변수

1) 일반적 특성

일반적 특성은 성별, 연령, 종교, 월 소득, 교육수준, 배우자 유무, 주거 형태, 의료보험에 대한 자료를 포함하였다. 성별은 “남자, 여자” 분류하였고, 연령은 65-69세, 70-74세, 75-79세, 80세 이상으로 재분류하였다. 종교는 “없음, 기타, 불교, 기독교/천주교”로 재분류하였고, 월 소득은 “100만원 미만, 100-200만원 미만, 200만원 이상”으로 재분류하였다. 교육수준은 “초졸, 중졸, 고졸, 전문대졸 이상”으로 재분류하였으며, 결혼 상태는 “배우자 유, 무”로 재분류하였다. 주거형태는 “자가, 기타(전세, 월세)”, 의료보험은 “건강보험, 의료급여”으로 재분류하였다.

2) 건강 특성

건강 특성은 문제음주 수준, 규칙적인 운동, 흡연, 식사횟수, 수면, 사회활동에 대한 자료를 이용하였다. 문제음주 수준은 한국형 알코올 사용 장애 간이선별검사척도(AUDIT-K)를 사용하여 총 10문항 점수의 총합을 이용하여 “7점 이하는 정상, 8점 이상은 문제음주”로 재분류하였다. 규칙적인 운동은 “유, 무”로 분류하였고, 흡연력은 “비흡연, 과거흡연, 현재흡연”으로 분류하였다. 식사 횟수는 “1-2회, 3회 이상”으로 수면시간은 “5시간 이하, 6-7시간, 8시간 이상”으로 분류하였다.

3) 사회활동

지난 한달 동안, 신체 건강상의 문제 또는 마음이 불편하거나 정서적 문제로 가족, 이웃, 친구 혹은 동료와 함께 하는 일상적인 사회활동에 얼마나 지장이 있었는지를 알아보기 위해 “전혀 없음, 약간, 보통, 많음”으로 분류하였다.

4) 스트레스

스트레스는 한국어판 스트레스 도구인 BESPI-K(Brief Encounter Psychosocial Instrument-Korean)를 사용하였으며, 5문항 5점 Likert 척도로 구성되어 있고, 스트레스 정도에 따라 ‘전혀 없다’는 1점, ‘간혹’은 2점, ‘종종’은 3점, ‘거의 언제나’ 4점, ‘항상’은 5점으로, 가능점수는 최저 5점에서 최고 25점까지 분포할 수 있으며, 점수가 높을수록 스트레스를 더 많이 느낀 것을 의미한다. 김현순(2008)의 연구에서의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha = .814$ 이었고, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha = .904$ 였다.

5) 우울

우울은 미국정신보건연구원(National Institute of Mental Health, NIMH)에 의해 1971년에 개발된 CES-D(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)를 Cho와 Kim(1993)이 한국인의 특성에 맞게 수정 보완하여 적용한 한국판 우울측정도구(한국판 CES-D)로 측정하였다. 이 도구는 지난 1주일 동안 경험했던 우울증상의 빈도에 따라 우울증상을 측정하는 총 20문항의 4점 척도로 구성되어 있다. 가능한 CES-D 점수범위는 0점에서 60점이며, 각 항목은 ‘1주일에 거의 없음’ 0점, ‘1~2일’ 1점, ‘1주일에 3~4일’ 2점, ‘1주일에 5~7일’ 3점으로, 부정문항 3개는 역 환산 처리하여 점수가 높을수록 우울 정도가 심함을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha = .828$ 이었다.

6) 가족응집력

일반적으로 가족응집력은 가족이 하나로 뭉치거나 모이는 힘을 지칭하고, 가족성원들이 서로에 대해 갖고 있는 정서적 유대감으로 정의된다. 이러한 개념을 측정하기 위해 본 연구는 Portner 와 Bell(1978)에 의해 개발되고 Olsen(1985)이 수정 보완한 FACES-III(Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale)를 기본으로 하여 국내 현실에 맞게 김윤희(1989)가 수정 보완한 척도를 사용하여 조사항목에 대한 신뢰도와 타당도를 제고하였다. 본 연구에서는 조사대상자의 가족응집력을 측정하기 위해 19문항의 척도를

‘전혀 그렇지 않다’ 1점으로 하고 ‘항상 그렇다’를 5점 리커트 척도로 구성되고, 가능 점수는 최저 19점에서 최고 95점까지 분포할 수 있으며, 점수가 높을수록 가족응집력이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=.920$ 이었다.

7) 사회적 지지

사회적 지지를 측정하기 위해 MSPSS(Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support)를 수정·보완하여 사용하였다. MSPSS는 지각된 사회적 지지를 측정하기 위한 것으로 Gregory et al.(1988)이 고안하고, 신중섭·이영분(2004)이 번역한 12문항으로 구성되어 있다. 이 척도는 세 가지 원천, 즉 가족, 친구, 의미 있는 타인으로부터 지각된 사회적 지지를 측정하기 위해 설계된 도구이다. 본 연구에서는 조사대상자의 사회적 지지를 측정하기 위해 가족(4문항), 친구(4문항), 의미 있는 타인(4문항)의 세 가지 하위 요인으로 수정·보완하여 구성하였다. 이 척도의 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’를 1점으로 하고 ‘매우 그렇다’를 5점으로 하는 리커트 척도로 구성되고, 가능 점수는 최저 12점에서 최고 60점까지 분포할 수 있으며, 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 길귀숙(2003)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=.877$ 이었으며, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=.911$ 이었다.

2. 종속변수: 자살생각

Beck의 자살생각 척도(SSI, scale for suicidal ideation)는 자살과 관련된 생각과 행동을 측정하는 척도로 자기보고식으로 이루어져 있다. 총 19문항에 대해 증상에 따라 각각 0점, 1점, 2점으로 계산한다. 점수는 0점에서 38점 사이로 분포하고, 본 연구에서는 8점 이하는 자살생각이 없는 군, 9점 이상은 자살생각이 있는 군으로 재분류하였으며, 신뢰도는 Cronbach’s $\alpha=.909$ 이었다.

C. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS WIN 23.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 건강 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 제시하였다. 가족응집력, 사회적 지지, 다른 관련요인과 자살생각과의 관련성은 t-검정, 카이제곱을 이용하여 분석하였다. 자살생각에 미치는 영향요인을 확인하기 위해 다중로지스틱회귀분석을 수행하였으며, 통계적 유의성은 $p < 0.05$ 로 하였다.

Ⅲ. 연구 결과

A. 대상자의 특성 분포

1. 일반적 특성

성별은 남자 43.5%, 여자가 56.5%이었다. 연령분포는 65-69세가 32.6%, 70-74세 32.2%, 75-79세 18.1%, 80세 이상 17.0% 순이었다. 종교는 기독교와 천주교가 40.4%, 무교 35.0%, 불교 22.1%, 기타 2.4% 순이었다. 월 소득은 100만원 미만 66.8%, 100-200만원 미만 11.1%, 200만원 이상 8.9%이었다. 교육수준은 초졸 51.6%, 중졸 19.4%, 고졸 16.8%, 전문대졸 이상이 12.1%이었다. 배우자 유무는 있음이 70.1%, 없음이 29.9%이었다. 주거형태는 자가 87.0%, 기타(전세, 월세)가 13.0%이었다. 의료보험은 건강보험 94.4%, 의료급여가 5.4%로 나타났다(Table 1).

Table 1. General characteristics of the subjects

Characteristics	Categories	n(%)
Sex	Male	240(43.5)
	Female	312(56.5)
Age (years)	65-69	180(32.6)
	70-74	178(32.2)
	75-79	100(18.1)
	≥80	94(17.0)
Religion	No	193(35.0)
	Etc	13(2.4)
	Buddhist	122(22.1)
	Christian+Catholic	223(40.4)
Income	<100	369(66.8)
	≤100<200	61(11.1)
	≥200	49(8.9)
Education Level	Elementary school	285(51.6)
	Middle school	107(19.4)
	High school	93(16.8)
	≥College	67(12.1)
Spouse	Yes	387(70.1)
	No	165(29.9)
Housing Types	Own house	480(87.0)
	Etc(lease/Monthly rent)	72(13.0)
Health Care	Health insurance	521(94.4)
	Medical care	30(5.4)

2. 건강 특성

문제음주 수준에서 정상이 83.2%, 문제음주가 10.1%이었다. 규칙적으로 운동을 하는 경우는 61.6%, 안하는 경우 37.7%, 흡연에서는 비흡연이 70.8%, 과거흡연이 19.4%, 현재 흡연은 9.6%이었다. 식사횟수는 3회 이상이 88.2%, 1-2회가 11.8%이었다. 수면은 6-7시간이 54.0%, 8시간 이상은 25.7%, 5시간 이하는 20.1%로 순으로 나타났다. 사회활동의 어려운 정도는 전혀 없는 군이 67.8%, 약간 16.8%, 많음 8.2%, 보통 7.1% 순으로 나타났다. (Table 2).

Table 2. Health behaviors characteristics of the subjects

Characteristics	Categories	n(%)
Drinking	Normal	459(83.2)
	Problem drinking	56(10.1)
Regular Exercise	Yes	340(61.6)
	No	208(37.7)
Smoking	Non-smoker	391(70.8)
	Ex-smoker	107(19.4)
	Current smoker	53(9.6)
Frequency of Meal	1-2	65(11.8)
	≥3	487(88.2)
Sleeping Time (hour)	≤5	111(20.1)
	6-7	298(54.0)
	≥8	142(25.7)
Difficulty of Social activity	None	374(67.8)
	Mild	93(16.8)
	Moderate	39(7.1)
	Severe	45(8.2)

3. 정신건강 특성

스트레스 수준에서는 저 스트레스가 65.2%, 고 스트레스 19.4%, 중등도 스트레스가 15.4%이었으며, 스트레스 평균은 1.59 ± 0.75 점으로 나타났다. 우울수준에 있어 정상이 79.9%, 경증 7.1%, 중증 5.4%, 중등도가 4.0%이었으며, 우울 평균은 11.26 ± 6.82 점으로 나타났다. 자살생각 유무에 대해 자살생각이 있는 군이 8.3%, 없는 군이 91.7%로 분석 되었다(Table 3).

Table 3. Mental-health characteristics of the subjects

Characteristics	Categories	n(%)
Level of Stress	Low	360(65.2)
	Medium	85(15.4)
	High	107(19.4)
	Mean±SD	1.59±0.75 Range(1-5)
Level of Depression	Normal	441(79.9)
	Mild	39(7.1)
	Moderate	22(4.0)
	Severe	30(5.4)
	Mean±SD	11.26±6.82 Range(0-50)
Suicidal Ideation	No	483(91.7)
	Yes	44(8.3)

4. 가족응집력, 사회적 지지

65세 이상 노인의 자살생각과 관련하여 독립변수인 가족응집력 평균은 64.18 ± 12.26 으로 나타났으며, 사회적 지지 평균은 37.56 ± 9.78 이었다(Table 4).

Table 4. The level of Family Cohesion and Social Support

Variables	Mean ± SD
Family Cohesion	64.18 ± 12.26
Social Support	37.56 ± 9.78

B. 대상자의 특성과 자살생각과의 관련성

1. 일반적 특성과 자살생각과의 관련성

일반적 특성인 성별, 연령, 종교, 월 소득, 교육수준, 배우자 유무, 주거형태, 의료보장 종류와 자살생각은 통계적으로 유의한 관련이 없었다(Table 5).

Table 5. Suicidal Ideation by General Characteristics

Variables	Categories	Suicidal Ideation		p-value
		No	Yes	
Sex	Male	215(93.1)	16(6.9)	.297
	Female	268(90.5)	28(9.5)	
Age (years)	65-69	159(91.4)	15(8.6)	.298
	70-74	152(88.9)	19(11.1)	
	75-79	91(94.8)	5(5.2)	
	≥80	81(94.2)	5(5.8)	
Religion	No	171(91.0)	17(9.0)	.333
	Etc	10(83.3)	2(16.7)	
	Buddhist	101(89.4)	12(10.6)	
	Christian+Catholic	201(93.9)	13(6.1)	
Income	<100	327(91.3)	31(8.7)	.918
	≤100<200	53(93.0)	4(7.0)	
	≥200	43(91.5)	4(8.5)	
Education level	Elementary school	249(92.2)	21(7.8)	.544
	Middle school	97(93.3)	7(6.7)	
	High school	80(87.9)	11(12.1)	
	≥College	57(91.9)	5(8.1)	
Spouse	Yes	336(91.6)	31(8.4)	1.000
	No	147(91.9)	13(8.1)	
Housing Types	Own house	420(92.3)	35(7.7)	.171
	Etc(Lease/Monthly rent)	63(87.5)	9(12.5)	
Health Care	Health insurance	458(92.2)	39(7.8)	0.76
	Medical care	24(82.8)	5(17.2)	

Data were expressed as number(%).

2. 건강 특성과 자살생각과의 관련성

건강 특성 중 식사횟수는 1-2회 먹는 군이 21.3%로 많았고, 3회 이상 먹는 군이 6.7%로 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$). 수면시간과 자살생각과의 관련성은 5시간 이하가 19.0%로 자살생각이 가장 많은 것으로 나타났고, 8시간 이상이 6.6%, 6-7시간이 5.3%로 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$). 사회활동의 어려운 정도와 자살생각과의 관련성은 어려움이 많은 군이 22.7%, 보통 16.2%, 약간 있는 군이 6.0%, 전혀 없는 군이 6.4%로 사회활동의 어려움이 많을수록 자살생각이 높은 것으로 유의한 차이를 보였다($p = 0.001$). 그러나 음주, 규칙적인 운동, 흡연과 자살생각과의 관련성은 유의한 차이가 없었다 (Table 6).

Table 6. Suicidal Ideation by Health behaviors characteristics

Variables	Categories	Suicidal Ideation		p-value
		No	Yes	
Drinking	Normal	398(91.1)	39(8.9)	.710
	Problem drinking	50(92.6)	4(7.4)	
Regular	Yes	302(93.5)	21(6.5)	.069
Exercise	No	178(89.0)	22(11.0)	
Smoking	Non-smoker	341(91.7)	31(8.3)	.911
	Ex-smoker	95(92.2)	8(7.8)	
	Current smoker	46(90.2)	5(9.8)	
Frequency of Meal	1-2	48(78.7)	13(21.3)	<.001
	≥3	435(93.3)	31(6.7)	
Sleeping Time (hour)	≤5	85(81.0)	20(19.0)	<.001
	6-7	269(94.7)	15(5.3)	
	≥8	128(93.4)	9(6.6)	
Difficulty of Social activity	None	338(93.6)	23(6.4)	.001
	Mild	79(94.0)	5(6.0)	
	Moderate	31(83.8)	6(16.2)	
	Severe	34(77.3)	10(22.7)	

Data were expressed as number(%).

3. 정신건강 특성과 자살생각과의 관련성

정신건강 특성 중 고 스트레스 군의 자살생각은 23.8%, 중등도 스트레스 군이 10.8%, 저 스트레스군은 3.2%로 스트레스 수준이 높을수록 자살생각이 유의하게 높았다($p < 0.001$). 우울과 자살생각과의 관련성은 중증이 46.7%, 중등도 35.0%, 경증 10.8%, 정상 4.0%로 우울수준이 높을수록 자살생각이 높아 유의한 차이를 보였다. ($p < 0.001$), (Table7).

Table 7. Suicidal Ideation by Mental-health characteristics

Variables	Categories	Suicidal Ideation		p-value
		No	Yes	
Level of Stress	Low	332(96.8)	11(3.2)	<.001
	Medium	74(89.2)	9(10.8)	
	High	77(76.2)	24(23.8)	
Level of Depression	Normal	403(96.0)	17(4.0)	<.001
	Mild	33(89.2)	4(10.8)	
	Moderate	13(65.0)	7(35.0)	
	Severe	16(53.3)	14(46.7)	

Data were expressed as number(%).

4. 가족응집력, 사회적 지지와 자살생각과의 관련성

65세 이상 노인의 자살생각이 없는 군의 가족응집력 평균은 65.12 ± 11.63 이었고, 자살생각이 있는 군의 가족응집력 평균은 53.43 ± 14.74 으로 통계적으로 유의하였다($P < .001$). 사회적 지지에 있어서 자살생각이 없는 군의 평균은 38.00 ± 9.68 이었고, 자살생각이 있는 군의 평균은 30.59 ± 8.61 으로 통계적으로 유의하였다. ($P < .001$), (Table8).

Table 8. Suicidal Ideation by Family Cohesion and Social Support

Variables	Suicidal Ideation		p-value
	No	Yes	
Family Cohesion	65.12 ± 11.63	53.43 ± 14.74	$< .001$
Social Support	38.00 ± 9.68	30.59 ± 8.61	$< .001$

Data were expressed as number(Mean \pm SD).

C. 자살생각의 관련요인

일반적 특성, 건강 특성, 정신건강 특성 변수와 자살생각 여부와의 관련성을 알아보기 위하여 다중로지스틱회귀분석을 실시한 결과 유의한 관련을 보인 변수로는 사회활동의 어려움, 수면시간, 스트레스, 우울, 사회적 지지이었다. 사회적 지지와 자살생각과의 교차 비는 0.927(95% CI 0.873~0.983)로 사회적 지지가 높을수록 자살생각은 유의하게 감소하였다. 우울수준이 중등도인 경우 정상에 비해 교차비가 7.657(95% CI 1.829~32.055), 중증 우울인 경우 교차비가 8.119(95% CI 2.355~27.985)으로 우울수준이 높을수록 자살생각이 높은 것으로 나타났다. 중등도 스트레스인 경우 낮은 스트레스 수준에 비해 교차비가 4.629(95% CI 1.401~15.292)로 유의하였다. 수면시간은 5시간 이하에 비해 6-7시간의 교차비가 0.281(95% CI 0.101~0.779)이었다. 사회활동의 어려운 정도에 따라서는 정상에 비해 약간 있는 경우 교차비가 0.207(95% CI 0.044~0.967)로 유의하였다. 가족응집력은 자살생각과 유의한 관련이 없었다 (Table 9).

Table 9. Multiple Logistic Regression Analysis for Relating Factors of Suicidal Ideation

Variables	Categories	β	p-value	O.R(95% C. I)*
Age		-.064	0.87	.938 (.871~1.009)
Sex(/Male)	Female	.192	.679	1.211 (.489~3.001)
Regular Exercise (/No)	Yes	-.114	.813	.892 (.346~2.298)
Frequency of Meal(/1-2)	≥ 3	.092	.862	1.097 (.386~3.113)
Difficulty of Social activity (/None)	Mild	-1.574	.045	.207 (.044~.967)
	Moderate	.145	.842	1.156 (.278~4.817)
	Severe	.166	.803	1.181 (.320~4.356)
Sleeping Time (/≤5 hour)	6-7	-1.270	.015	.281 (.101~.779)
	≥ 8	-.590	.300	.554 (.182~1.691)
Stress (/Low)	Medium	1.532	.012	4.629 (1.401~15.292)
	High	.996	.136	2.707 (.731~10.027)
Depression (/Normal)	Mild	.884	.212	2.421 (.605~9.693)
	Moderate	2.036	.005	7.657 (1.829~32.055)
	Severe	2.094	.001	8.119 (2.355~27.985)
Family Cohesion		-.028	.164	.972 (.934~1.012)
Social Support		-.076	.012	.927 (.873~.983)

* O.R(95% C. I): Adjusted Odds Ratio(95% Confidence Interval)

IV. 고찰

본 연구는 2014년 광주광역시 정신건강조사 2차 자료를 이용하여 65세 이상 노인의 일반적 특성, 건강 특성, 정신건강 특성과 자살생각과의 관련성 및 가족응집력, 사회적 지지가 자살생각에 미치는 영향을 파악하기 위해 수행하였다.

본 연구에서는 사회적 지지 점수가 증가할 때 자살생각이 유의하게 감소하였다. 이러한 결과는 경제적 상실감, 고독감 등의 사회적 지지의 결핍이 궁극적으로 자살생각과 유의한 관련이 있으며, 노인들은 사회적 관계망 축소, 은퇴와 경제적 어려움 등으로 인해 상실감과 우울감을 느낄 가능성이 크고, 이러한 요인에 대한 대처가 적절하지 못할 경우 무기력과 절망감 속에서 극단적으로는 자살을 생각하게 된다고 하는 연구 결과와 일치하였다(양옥경 외, 2011). 또한, 사회적 결핍은 자살생각의 중요한 원인인 반면, 활발한 인간관계와 사회적 지지 강화 등은 노인의 자살생각을 억제하는 보호요인임을 보여준 연구 결과와도 일치하였다(Szanto K, et al., 2002). 이러한 결과는 사회적 지지가 노인들이 당면하는 삶의 전환기에 느끼게 되는 사회적 외로움, 정신적으로 고독한 상황에서 스트레스를 감소시키는 작용을 하기 때문으로 생각된다(김미령, 2005). 따라서 노인들의 자살생각을 줄이기 위해서는 사회적 관계망 속에 포함되어 있는 가까운 사람들과 의미 있는 교류를 지속적으로 유지하는 것이 중요하다고 할 것이다.

가족응집력은 노인의 자살을 완충할 수 있는 요인으로 가족성원들이 서로에 대해 가지고 있는 정서적 유대감을 말한다. 본 연구에서 단순분석으로 가족응집력은 자살생각과 유의한 관련이 있었다. 이는 가족응집력이 낮으면 자살충동을 더 느끼는 것으로 나타난 선행연구와 일치하였다(Conwell et al, 2002). 최근 한국 노인을 대상으로 한 연구(정호영 외, 2007)에서도 가족응집력은 노인의 자살충동과 상관이 있는 것으로 나타나 가족의 결속력은 노인의 자살생각에 보호요인으로 작용하는 것을 확인할 수 있었다. 그러나 본 연구에서 가족응집력은 모든 독립변수를 동시에 투입하여 회귀 분석한 결과 자살

생각과 통계적으로 유의미한 관련이 없었다. 가족응집력이 자살생각에 부적 상관관계를 보이는 것은 확실하지만 가족응집력이 사회적 지지보다 더 강한 변수로 나타난 선행연구(최인 외, 2009)와는 상반된 결과를 나타냈다. 이는 지나친 핵가족화에 따른 가족구조의 변화 및 가족기능의 약화 등 시대적인 흐름이 반영되었을 것으로 조심스럽게 예측해 본다. 그러나 가족응집력은 여전히 자살생각을 완화시키는 중요한 변인으로 생각하는 연구자들이 많으며(김옥수 외, 2003), 가족의 기능과 역할을 대체할 수 있는 사회적 관계망 형성이 중요하다고 하겠다.

정신건강 특성 중 스트레스, 우울은 자살생각과 유의한 관련이 있었다. 스트레스 점수가 높을수록, 우울 수준이 높을수록 자살생각이 높은 것으로 나타났다. 스트레스와 우울증 등 정신적 질환은 자살생각과 매우 높은 연관성을 보였는데, 이는 기존 연구결과와 일치하였다(김현순, 2007). 이는 우울, 스트레스, 고독감과 같은 정신적 건강 변인이 자살생각을 예측하는 가장 주요한 요인으로 지적되는 선행연구들과 일치하는 결과이다(김춘경 외, 2009). 또한 외국 선행연구에 따르면, 절망감과 불안감 등은 자살생각에 영향을 미치며 자살자의 약 76%가 우울증 등 정신적 질환이 있다고 하였고(Szanto, 2002), 75세 이상 노인 자살자 중 우울증을 앓고 있는 비율이 57%인데 반해, 젊은 연령층(21-34세)에서는 그 비율이 단지 4%였다(Cattell, 1998). 미국의 경우 자살을 시도한 노인의 50-80%가 스트레스, 우울, 고독감 등 정신건강상의 문제를 지니고 있으며, 특히 우울증이 심각하다고 응답한 대상자의 경우 우울증이 없다고 응답한 대상자에 비해 자살을 실행할 확률이 23배나 높게 나타난 바 있다(Ross, Bernstein, Trent, Henderson & Paganini-Hill, 1990). 정신적 건강 측면에서도 우울, 스트레스 수준이 높으면 자살생각이 많다는 연구들을 확인할 수 있었다(Kawamoto, Yoshida, Oka & Kodama, 2005).

건강 특성 중 식사횟수, 수면시간, 사회활동의 어려움은 자살생각과 유의한 관련이 있었으나 문제음주, 규칙적인 운동, 흡연은 자살생각과 유의한 관련이 없는 것으로 나타났다. 사회활동의 어려운 정도와 자살생각과의 관련성은 사회활동을 하는데 어려움이 많을수록 자살생각이 높은 것으로 나타났다. 노인들은 은퇴로 초래된 역할 상실을 대체할 수 있는 사회적인 활동이 필요하고,

원활한 사회활동은 노인들의 건강한 삶의 만족도를 높일 수 있어 자살생각을 감소시킨다(김원배, 2009)는 연구와도 일치하였다. 따라서 사회적 활동 정도가 높을수록 심리적 만족감이 높아지므로(이근홍, 2001), 노인의 자살생각을 감소시키기 위해서는 사회활동을 하는데 있어서의 문제점을 개선하는 방안을 고려하는 것도 중요할 것으로 판단한다. 외국의 연구결과(Szanto K, et al. 2002)에서는 흡연과 음주가 자살생각과 연관성을 보인다고 하였으나 국내에서는 유사한 결과를 보고한 선행연구가 거의 없으며 본 연구에서도 유의한 관련이 없었다.

본 연구의 단순분석 결과에 따르면 여성노인이 남성노인보다 자살생각을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 그러나 로지스트회귀분석에서는 성별, 연령, 종교, 월 소득, 교육수준, 배우자 유무, 주거형태, 의료보험 등 일반적 특성은 자살생각과 유의한 관련이 없었다. 국내 선행연구에서도 연령이 자살생각에 미치는 효과에 대해서는 보고된 바가 거의 없었고, 반면, 외국 연구결과에 따르면, 대체적으로 75세 이상 노인에게서 더 높은 자살률을 보이고 있지만, 자살생각과 연령과의 연관성을 보이지 않고 있었다(Szanto K, et al. 2002; Coren S, et al. 1999). 통계청 자료(2014)에 의하면 연령이 많아질수록 자살률이 높은 것으로 보고되었으나 본 연구 결과에서는 70-74세 연령 군에서 자살생각이 많은 것으로 나타나 유의미한 차이가 있었다. 이는 자살생각이 반드시 자살로 귀결되지 않는다는 것을 시사한다고 볼 수 있다. 본 연구에서 배우자가 없는 노인일수록 자살생각이 높게 나타났는데 이는 대부분의 선행연구와 일치한 결과였다(엄태완, 2007). 소득과 자살생각은 통계적으로 유의한 관련이 없었으며, 이는 소득과 자살생각과의 연관성을 보고한 기존연구와 다소 상반된 결과이었다(엄태완, 2007).

본 연구의 결과를 해석하는 데는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 광주광역시 지역의 지역사회 노인을 대상으로 분석하였으므로 연구결과를 일반화하는데 한계가 있다는 점이다. 그러므로 향후에는 노인 정신건강에 관련된 전국 노인을 대상으로 확률적 표집에 근거한 연구가 필요하다고 생각된다. 둘째, 65세 이상 고령자임을 감안할 때 정확한 정보에 대한 오차가능성이 있을 수 있다. 하지만 설문조사는 전문교육을 받은 17명의 조사원에 의해 조사원과 조

사 대상자간 1:1 직접면접조사 방식으로 이루어졌으므로 268문항을 충분히 이해하고 응답하였을 것으로 판단되어 결과의 왜곡에 큰 영향을 미치지 않았을 것으로 생각한다.

본 연구는 이러한 제한점에도 불구하고 시설에 입소되어 있는 특정 노인이나 독거노인만을 대상으로 하는 편중된 연구가 아니라 주택(가구)을 최종추출단위로 하여 일반노인을 대상으로 이루어진 점에서 의미가 있고, 또한 노인을 대상으로 사회적 지지가 자살생각과 유의한 관련이 있음을 밝혔다는데 그 중요한 의의가 있다 하겠다. 따라서 노인에 있어서 사회적 지지를 강화할 수 있는 자살예방 게이트키퍼 프로그램 등 구체적인 정신건강증진 전략을 세우는데 유용한 정보가 되리라 생각한다.

V. 요약 및 결론

본 연구는 2014년 광주광역시 정신건강조사에 참여한 65세 이상 노인의 가족응집력, 사회적 지지가 자살생각에 미치는 영향을 파악하고자 수행하였다. 남성 240명, 여성 312명, 총 552명을 최종대상자로 하였으며 SPSS 통계 프로그램을 이용하여 빈도분석, t-검정, 카이제곱검정 그리고 다중로지스틱 회귀분석을 사용하였고, 통계적 유의성은 $p < 0.05$ 로 하였다.

자살생각과 관련하여 주요변수인 사회적 지지 평균은 37.56 ± 9.78 , 가족응집력 평균은 64.18 ± 12.26 이었고, 대상자의 8.3%가 자살생각이 있는 것으로 분석되었다. 최종적으로 다중로지스틱회귀분석 결과 사회적 지지는 점수가 높을수록 자살생각이 유의하게 감소하였다(OR=0.927, 95% CI: 0.873~0.983). 우울수준이 중등도인 경우(OR=7.657, 95% CI: 1.829~32.055), 중증인 경우(OR=8.119, 95% CI: 2.355~27.985)가 정상에 비해 자살생각과 유의한 관련이 있었다. 스트레스 수준은 저 스트레스보다 중등도 스트레스(OR=4.629, 95% CI: 1.401~15.292), 수면시간은 6-7시간이, 5시간 이하에 비해 유의한 관련이 있었다(OR=0.281, 95% CI: 0.101~0.779). 사회활동의 어려움이 약간 있는 경우가 없는 군에 비해 자살생각과 유의한 관련이 있었다(OR=0.207, 95% CI: 0.044~0.967). 가족응집력은 자살생각과 유의한 관련이 없었다(OR=0.972, 95% CI: 0.934~1.012).

결론적으로 노인의 자살생각에는 사회적 지지가 중요하게 관련되어 있었고, 스트레스, 우울, 수면시간, 사회적 활동의 어려움 등도 관련이 있었다. 따라서 노인의 자살생각을 감소시키기 위해서는 사회적 지지를 강화할 수 있는 방안의 모색과 적극적인 사회활동을 권장하는 분위기의 조성 등이 필요하고 우울, 스트레스 등을 감소시키기 위한 노력이 필요할 것으로 생각된다.

VI. 참고문헌

- 김기태, 최송식, 박미진, 박선희, 고수희, 박현숙(2011), 가족구조와 심리사회적 요인이 노인의 자살생각에 미치는 영향, 노인복지연구, 52, pp.201-118.
- 김미령(2005). 사회적 지지의 개념과 효과에 관한 이론 및 방법론적 고찰, 임상 사회사업연구, 2, PP.99-121.
- 김옥수, 백성희(2003), 노인의 외로움과 사회적지지, 가족기능간의 관계 연구, 대한간호학회지, 33, pp.425-432.
- 김원배. (2009). 한국노인의 생활만족도 결정요인에 관한 연구: 활동이론과 지원이론을 중심으로. 한국사회복지정책학회, 36(3), PP.449-470.
- 김춘경, 여인숙. (2009). 노년기 우울감소와 자살예방 집단상담 프로그램 개발과 효과검증. 대한가정학회지, 47(9), pp.111-124.
- 김현순, 김병석(2007). 노인의 자살생각에 대한 경로분석. 한국심리학회지, 19(3), pp.801-818.
- 김현순(2008). 스트레스, 절망, 우울과 자살생각간의 구조적 관계: 노인과 청소년의 차이 비교 연구. 박사학위논문, 교육학과, 단국대학교, 경기
- 김형수(2006). 생애주기별 자살현황과 예방대책. 한국노인복지학회, 34, pp.271-292.
- 길귀숙(2003). 노인 만성질환자의 삶의 질에 관한 연구. 박사학위논문, 사회복지학과, 숭실대학교, 서울.
- 권오균, 허준수(2013). 저소득 독거노인의 자살생각 인과모형에 관한 연구: 자아존중감, 우울감, 절망감의 매개효과를 중심으로, 정신보건과 사회사업, 41(4), pp.65-93.
- 권중돈(2010). <노인복지론>, 학지사
- 문동규(2012). 노인의 자살생각과 관련된 유발변인의 메타회귀분석, 노인복지연구, 55, pp.133-158.
- 손의성, 문수경(2013), 우울증 위험군 노인의 자살생각과 자살시도에 미치는 영향 요인: 충청남도를 중심으로, 한국위기관리논집, 9(11), pp.118-126.
- 이근홍(2001). 노인의 사회참여와 자원봉사, 노인복지연구, 12, pp.7-24.

- 이민숙(2005). 노인의 우울과 자살에 대한 사회적 지지의 영향, 임상사회사업 연구, 2(3), pp. 191-211.
- 이묘숙(2012). 노인의 사회참여활동은 사회적 고립과 자살생각 간의 관계를 매개하는가?, 정신보건과 사회사업, 4(3), pp.231-259.
- 이인정(2011). 노인의 우울과 자살생각의 관계에 대한 위기사건, 사회적지지의 조절효과. 보건사회연구, 31(4), pp.34-62.
- 엄태완(2007). 노인 자살관련 요인: 무망감과 우울증이 자살생각에 미치는 영향에 대한 사회적 지지와 자아통제감의 효과를 중심으로. 한국사회복지학, 59(2), pp.355-379.
- 양옥경, 주소희. (2011). 독거노인 자살사고에 영향을 미치는 요인에 관한 탐색적 연구. 정신보건과 사회사업, 37(4), pp.321-347.
- 정호영, 노승현(2007). 노인 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 우울과 스트레스의 매개효과를 중심으로, 한국노년학, 27(4), pp.789-805.
- 최인, 김영숙, 서경현(2009). 노인의 자살충동에 영향을 미치는 심리사회적 요인. 보건과 사회과학, 25, pp.33-56.
- 최윤정(2012). 대학생의 스트레스와 자살생각과의 관계에 작용하는 보호요인의 조절효과, 한국청소년연구, 23(3), pp.77-104.
- 통계청(2013). 인구 및 사망원인통계
- 통계청(2014). 인구 및 사망원인통계
- Cattell, H.(1998). The healthier nation and th Suicidal elderly. Aging and Mental Health, 2(4), pp.259-261
- Cohen, S., & Pressman, S.(2004). The Stress-buffering Hypothesis. In N. Anderson(ed), Encyclopedia of Health and Behavior. pp.780-782. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R & Caine, E. D.(2002). Risk factors for suicide in later life. Biological Psychiatry, 52, pp.193-204.
- Kawamoto, R, Yoshida, O., Oka, Y., & Kodama, A.(2005). Influence of liviing alone om emotional well-being in community-dwelling elderly persons. Geriatrics and Gerontology International, 5, pp.152-158.

- Kleiman, E. M. & Riskind, J. H.(2013). Utilized Social Support and Self-esteem Mediate the Relationship between Perceived Social Support and Suicide Ideation: A Test of a Multiple Mediator Model. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 34, pp.42-49.
- Morano, C., Cisler, R. A., & Lemerond, J. (1993). Risk Factors for Adolescence Suicidal Behavior: Loss, Insufficient Family Support and Hopelessness. *Adolescence* 28(112), pp.831-851
- Olson, D. H., & Portner, J., & Lavee, Y.(1983). "Family adaptability and cohesion evaluation scales III." In D. H. Olson, H. I. McCubbin, H. Barnes, A Larsen, M Musen, University of Minnesota.
- Ross, R. K., Bernstein, L., Trent, L., Henderson, B. E., & Paganini-Hill, A. (1990). A prospective study of risk factors for traumatic deaths in a retirement community. *Preventive Medicine*, 19(3), pp.323-334.
- Szanto, K., et al. (2002). Identification of Suicidal Ideation and Prevention of Suicidal Behaviour in the Elderly. *Drugs Aging and Therapy in Practice*, 19(1), pp.11-24