

노인자살률에 영향을 미치는 요인에 대한 거시적 분석

김기원* · 김한곤**

이 연구의 목적은 노인자살률의 지역적 차이를 기술하고 지역적인 노인자살률의 차이에 영향을 미치는 요인들을 규명하는데 있다. 통계분석을 위하여 2000년부터 2008년까지 16개 광역자치단체의 자살에 대한 자료가 이용되었다. 조이혼율, 1인당 지역생산액, 복지예산비율, 여가시설수, 의료 및 주거복지시설수, 체육시설수 등 여섯 개 독립변수들이 다중회귀분석에 도입되었으며 노인자살률, 여성노인자살률, 남성노인자살률 등이 종속변수로 사용되었다. 본 연구의 결과는 다음과 같다. 노인자살률은 2000년 이후 지속적으로 상승하였으며 노인자살률의 지역적 차이 역시 존재하였다. 다중회귀분석결과에 따르면 체육시설($\beta = -521$), 복지예산비율($\beta = -375$) 그리고 여가시설($\beta = -219$) 등은 노인자살률에 통계적으로 유의미한 부적 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다. 반면, 의료시설수($\beta = 0.550$)와 조이혼율($\beta = 0.336$)은 노인자살률에 통계적으로 유의미한 정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 마지막으로 연구결과를 기초로 하여 노인자살률을 완화시키기 위한 정책적 함의들이 소개되고 논의되었다.

핵심단어: 노인자살, 지역적 차이, 거시적 분석, 다중회귀분석

I. 들어가는 말

1. 연구 배경 및 필요성

우리나라의 65세 이상 노인인구는 2000년 7.0%로 고령화 사회로 진입한 후 지속적으로 증가하여 2010년에는 11%에 도달하였다. 이런 추세가 지속된다면 2018년 14.3%로 고령사회에 진입하게 되며, 2026년에는 초고령사회에 진입할 것으로 예상되고 있다(통계청, 2008). 노인인구의 증가는 노인들의 경제적 어려움과 건강문제 등 다양한 사회 문제를 수반하고 있으며 노인 자살 또한 급증하여 사회적 문제로 대두되고 있다.

* 영남대학교 사회학과 외래교수 | kiwon1009@hanmail.net

** 영남대학교 사회학과 교수(교신저자) | hgkim@yu.ac.kr

자살에 대한 세계적 동향을 살펴보면 2008년 한국의 십만명 당 자살률은 24.3명이며 남자의 경우 35.9명, 여자는 19.5명으로서 세계에서 가장 높은 자살률을 보이고 있으며 헝가리(21.0명)와 일본(19.4명)이 그 뒤를 이어 2위와 3위를 보이고 있다(OECD, 2009). 노인의 자살은 오래 전부터 일어난 사회 현상 중의 하나였지만, 노인의 자살률이 타 연령에 비해 급격히 증가한 것은 최근에 이르러서 나타난 현상이다. 국내 노인자살률은 2000년 인구 10만명 당 35.5명에서 2008년에는 73.6명으로 증가하였다(통계청, 2009).

노인의 자살은 다른 인구집단에 비해 원인이 복잡하고 다양하다. 나이, 성, 결혼상태, 기대수명의 연장, 퇴직으로 인한 역할 상실, 경제적인 불안정, 외로움과 소외감, 지역사회통합 결여 등 복합적인 요인의 작용으로 발생된다(최형임, 2008). 청소년들의 자살처럼 충동적으로 자살을 시도하거나 도움을 요청하는 신호로서의 자살시도가 아닌 실제적으로 자살하려는 의지가 높아 오래도록 심사숙고하고 계획적이기 때문에 결과적으로 자살에 의한 사망률이 다른 연령군보다 높다(Conwell, 1998).

하지만 청소년의 자살이나 장년층의 자살보다 노인의 자살은 상대적으로 간과되어 왔다. 김형수(2000)는 청소년의 자살을 다룬 논문은 다수이지만 노인의 자살을 다룬 논문이 미진한 이유를 다음과 같이 설명하고 있다. 노인자살을 언급하는 것 자체가 노인 공경 등 전통적 사상에 반하는 것이라 여겨 노인자살에 대한 논의를 은폐하려는 경향이 있으며, 노인의 자살률이 그렇게 높지 않다는 생각에 도외시 되었다. 김승용(2004)은 우리나라에서 사망에 대한 통계를 공식 집계한 역사가 길지 못하며, 노인의 자살은 죽음에 가까워졌기에 자연스러운 것이라고 예측한데서 비롯되었다고 한다.

국내 자살률이 높아짐에 따라, 우리나라에서는 2004년 보건복지부 산하 '범국민 생명존중 운동본부'를 설립했으며, 이후 각종 관련 민간단체가 다수 설립된 바 있다. 그 해 7월 범국민 생명 존중 운동 본부는 '자살 예방 전문가가 권고하는 언론의 자살 보도 기준'을 발표하였으며, 자살 예방 대책 5개년 계획을 수립하여 2010년까지 자살률을 2005년 대비 20% 이상 줄이겠다는 것을 목표로 잡은 바 있다.

이와 같은 노력에도 불구하고 그 실효성에 대해서는 의문을 제기하는 의견들이 많은데, 왜냐하면 5개년 계획에 포함된 '노인 자살 예방 사업'에는 우울증이나 치매 등 정신신경학적 의료 접근 위주로 편중되어 있기 때문이다. 최근 자료에 의하면 자살자의 정신 질환 유병률이 31%로서 일반인에 비해 높은 수치를 보이고는 있지만¹⁾ 자살자 중에서 정신 질환을 가지고 있지 않는 사람들이

나 정신 질환 보유 여부가 불투명한 경우가 더 많다. 그러므로 이들의 자살 원인에 대하여 생활 부적응, 경제적 곤란, 건강 문제 등 다양한 자살 동기에 주목할 필요가 있다.

2. 연구목적

노인 자살에 대한 다각적인 방면에서 연구 성과가 이루어지고는 있으나 노인 자살 문제를 연구하는 데 있어서 자살한 노인을 직접적으로 연구하는 데는 한계가 있다. 그러므로 비록 거시적 분석이긴 하지만 국내지역별 노인자살 추세를 살펴보고 노인들의 자살에 영향을 미치는 요인들을 경험적으로 연구하는 것은 매우 의미 있다고 하겠다.

그러므로 본 연구의 목적은 다음과 같다.

첫째, 노인자살률의 지역적 차이를 파악한다.

둘째, 노인자살률의 지역적 차이에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

셋째, 노인자살을 완화 내지 해소하기 위한 정책수립의 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 자살의 개념

자살에 대한 개념 정의는 학자마다 다양하다. 자살의 사전적 정의는 ‘자기 살인’을 뜻한다. 자살은 ‘자기 파괴’라는 의미를 내포하고 있다. 죽음에 대한 일시적인 생각은 보편적인 현상이나, 자살행동 자체는 사회에 대한 공격과 반발이라는 반사회적인 행동과 그것으로부터의 도피라는 비사회적 행동이라는 것이 일반적인 인식이다(장순환, 2002).

뒤르케임(Durkheim)은 희생자 자신이 일어나게 될 결과를 알고 행하는 적극적 혹은 소극적 행위에서 비롯되는 직접적 혹은 간접적 결과로 발생하는 모든 죽음을 자살로 정의한 바 있다. 김형수(2000)는 자신의 생명을 빼앗는 행위일 뿐만 아니라 ‘자기 손으로 죽는 사람’ 또는 ‘자살을 시도하거나 자살할 경향이 있는 경우’까지 적용되고 있다.

1) 연합뉴스(2008년 4월 17일자), “자살자 1/3, 자살 전 1년 이내 정신과 방문”

세계보건기구(W.H.O)는 ‘자살은 고의적으로 자신을 죽이는 행위’로 위험 요인은 우울증, 인격 장애, 알코올 의존, 또는 정신 분열증 등의 정신장애와 신경장애, 암 등의 일부 신체 질병 그리고 HIV감염 등이 포함되어 있다고 설명하고 있다(WHO, 2010).

2. 노인자살의 지역별 차이

유정균(2008b)의 연구에 따르면 지역별로 자살의 수준이 다르게 나타날 수 있다고 하였다. 노인의 자살이 지역별로 다르게 나타나는 것은 지역에 따라 사회경제적 수준의 차이가 있고, 생태환경이 서로 다르게 나타나기 때문이라고 하였다. 김두섭과 이삼식(2004; 유정균, 2008b에서 재인용)은 유사한 사망률 수준이라도 생태환경에 따라 사망원인의 구조가 달라지고, 자살에 의한 표준화사망률은 비도시지역에서 높게 나타나고 있다고 밝히고 있다. 이는 비도시지역이 도시 비역에 비해 비활성화 되어 있고, 상대적으로 소외되어 나타나는 결과라고 하였다. 이처럼 지역에 따라 자살의 수준은 달라질 수 있으며, 이는 거주지역이 갖는 특성에서 기인하는 것으로 볼 수 있다. 지역별 사회경제적 조건은 거주 지역에 따라 차이가 존재하며, 자살은 사회경제적 특성과 거주지역의 영향을 받아 각 지역별로 다르게 나타났다.

자살의 지역별 차이를 연구한 해외연구를 살펴보면, 스택(Stack, 2000)은 도시화 초기에는 자살률이 증가하는 형태를 보이지만 그 후에는 자살률이 감소한다고 하였다. 반면, 심슨과 콘크린(Simpson and Conklin, 1989)의 연구에서는 도시화와 자살간의 관계가 정적으로 밝혀졌다. 그러나 다른 연구에서는 두 변인 간의 관계가 없거나 부적인 관계로 나타나기도 하였다(Kowalski 1987; 유정균 2008a에서 재인용). 따라서 노인자살률의 차이는 도시와 농촌을 기본으로 하여 지역의 특성에 따라 다르게 나타날 수 있다고 하겠다. 또한 이러한 지역별 차이가 시간의 흐름에 따라 어떻게 변화하고 있는지에 대한 분석과 이해 또한 필요하다.

노용환(2006)에 따르면 1990년에서 2004년의 기간 중 우리나라 자살을 분석하였을 때, 전 지역에서 평균적으로 남성이 여성보다 자살률이 높다고 하였으며, 특히 지역별 편차가 심하다는 것을 밝히고 있다. 노용환(2006)은 자신의 연구에서 우리나라 자살률의 지역별 편차가 심하며, 특히 강원도는 남·여 성별 자살률 격차가 제일 클 뿐만 아니라 평균 자살률이 가장 높다는 것을 밝혔다. 또한 그는 자살에 영향을 미칠 것이라 추정되는 변수들의 연도별 지역평균값을

구하여 자살률 추이와 변인과의 패턴을 분석하고자 하였다.

노인자살의 변화추이를 지역적인 환경과 관련하여 분석한 연구에서 유정균(2008a, 2008b)과 김현경·이광자·허정·송은주(2008)는 지역의 이혼률 및 의료시설과 노인자살과의 상관성을 밝히고자 하였으며, 노용환(2006)은 지역의 경제적 환경에 따라 자살이 어떻게 변화하는지를 분석하고 있다.

3. 노인자살에 영향을 미치는 요인

노인자살과 관련된 요인으로는 퇴직(직업역할의 상실), 건강 악화, 만성질환, 신체적·정신적 장애, 사회관계 범위의 축소, 배우자의 상실, 경제적 불안정, 가족불화, 우울증상 등이 있으며, 이러한 요인들은 하나가 아닌 여러 가지가 복합적으로 얽혀 노인자살을 유발한다(박경애, 1999; 이호선·백재간·손홍숙·서경석·박정희, 2006). 이와 같이 노인 자살은 하나의 사건보다 총체적인 삶의 상황이 반영되어 발생하는 것으로 보고 있다(최형임, 2008). 노년층은 현저하게 사회적, 생리적, 건강 그리고 정신적 영역의 요인들이 서로 연관되어 있다(김현경 외, 2008; 최인·김영숙·서경현, 2009).

이런 복합적인 노인 자살의 주요한 요인 가운데 자료획득이 가능한 이혼, 실업, 복지, 의료기기, 장애의 측면에서 선행연구들을 고찰하면 다음과 같다.

1) 이혼

독신, 별거, 이혼, 사별 또는 이혼이 많은 연구에서 자살 수행 또는 시도의 위험요인으로 여기고 있다(유승호·류성곤, 2008; 이민아·김석호·박재현·심은정, 2010). 김형수(2000)는 배우자의 부재 혹은 상실로 홀로 된 노인들이 자살의 위험에 처할 가능성이 높으며 2000~2002년 사이에서 노인자살률의 급격한 증가와 이혼율이 급증한 시기가 일치함을 지적하였고, 통계청(2008)에서는 혼인상태(미혼, 사별, 이혼, 배우자 있음)로 분류하여 자살충동의 여부를 조사한 연구에서 이혼이 51.7%로서 혼인상태에서 자살 충동이 가장 높게 집계 되었다.

유정균(2008a)은 이혼은 가족관계에 있어 사회통합이론의 '통합'의 정도를 파악하는 척도로 사용되며 이혼상태는 통합과 규제가 낮아지게 되고, 특히 노인의 가족해체로 인한 부양의 문제가 노인의 고립감 및 경제적 빈곤을 증대시켜 자살을 높이는 방향으로 작용할 수 있다고 지적하였다.

2) 실업

일반적으로 실업자의 경우 취업자에 비해 자살률이 높은 것으로 알려져 있으며 실업 기간이 길어질수록 자살의 위험성이 높아지는 경향을 보인다. 노인들과 같이 갑작스런 퇴직이나 퇴직 후의 새로운 생활에 적응할 수 없는 경우 변화에 대한 적응능력이 부족한 상황에서 자살의 요인이 발견되는데 이는 직업이 단순히 경제적 수입을 의미할 뿐만 아니라 사회적 접촉과 사회적 위치를 의미하고, 안정성과 지지적 의미도 함께 포함하고 있기 때문이다(유승호·류성곤, 2008). 또한 장순환(2002)은 장년기가 되면 수입이 점진적으로 증가하여 최대의 수준에 달하게 되지만 노령기가 되면 수입은 저하되고, 무수입의 상태로 하락하게 됨에 따라, 의존적인 존재로 몰락하기 때문에 자살률이 높아진다고 보았다. 최형임(2008)은 경제적인 어려움을 겪는 노인일수록 자살에 대한 생각을 자주하며 퇴직이나 은퇴를 원하지 않는 상태에서 갑작스런 은퇴는 새로운 생활에 적응할 수 없거나 이러한 변화에 대처할 융통성이 부족한 노인에게 자살위험요인으로 작용할 수 있다고 보았다.

3) 장애 및 건강상태

김효창과 손영미(2006)는 노인 정신질환이나 신체질환을 가진 경우 자살위험이 높다고 하였다. 노인자살자 중 남성보다는 여성노인이 열악한 정신적·신체적 건강상태에 놓여있음을 보여주며, 연령이 증가할수록 남성노인의 경우 정신질환의 발병률이 높아지며, 여성의 경우 신체적 질환의 발병이 월등히 높아진다고 하였다. 김형수(2000)는 자신의 연구에서 장애로 인하여 독립적 생활의 영위가 힘든 실정이지만, 경제적 여건의 악화로 노인들의 건강관리와 치료는 가계 지출 대상에서 뒷전으로 밀려나 있음을 서술하고 있다.

통계청(2009)의 사회조사보고서에서 연령별 자살충동을 조사한 결과를 보면, 질환·장애가 자살충동으로 이어지는 비중은 30~39세에서는 5% 정도에서 60세 이상은 37.1%, 65세 이상은 40.8%로 연령의 증가에 따라 점점 상승하고 있으며, 노인들의 자살충동에 가장 큰 영향을 미치고 있다.

4) 여가시설

장순환(2002)은 노인의 심리적·사회적 고독은 노인자살의 원인으로 작용하며 사회적 서비스의 강화는 노인자살의 예방적 효과를 지닌다고 보았으며 주거환

경 지원, 사회참여, 여가활동을 위한 전문적인 프로그램을 개발하고 노인복지관, 경로당의 활성화가 필요하다고 보았다. 배지연(2004)은 사회활동참여를 하는 노인일수록 절망감의 인식이 줄어든다고 하며 사회적 지지망의 구축, 대인관계의 증진을 위한 사회참여프로그램의 개발에 정부와 지자체의 노력을 강조하였다.

5) 의료

배재남과 이준영(2008)에 따르면 병원이나 양로원 등 수용기관에 입원해 있는 노인의 경우 일반 노인에 비해 자살률이 높지 않다. 이는 수용기관 자체의 자살을 방지할 수 있는 안전한 시설과, 치료진의 관심 등이 보호 요인으로 작용한다고 보았지만, 치료진의 잦은 교체나 혼잡한 환경이 유지되는 수용기관의 경우는 상대적으로 자살률이 높은 것으로 보고되고 있다.

장순환(2002)은 건강문제가 자살충동을 느끼는 주요한 원인이며, 노령화에 따른 노인의 복합적이고 만성화된 질병에 있어 최소한의 의료보장을 제공할 필요성이 높으며, 김형수(2000)는 노인건강진단체도의 수혜대상과 진단과목을 확대하고 진단결과에 따른 후속조치를 적극 지원하여야 한다고 하였다.

6) 경제적 수준

보건복지부(2008b)에 의하면, 노인들이 겪는 가장 어려운 문제에서 남성의 경우 경제적 어려움이 44.6%를 차지하고 있으며, 여성의 경우는 건강문제의 뒤를 이어 경제적 어려움을 호소하고 있었고, 김형수(2000)는 이런 경제적 문제가 자살생각에 큰 영향을 미치는 요인이라고 하였다. 통계청(2008)의 '사회조사(보건, 가족)결과'에서도 역시 가구의 월평균 소득이 600만원 이상일 경우 16.3%만이 자살충동을 느낀 반면, 100만원에서 200만원 미만의 소득자의 경우 46.4%로 약 3배 정도가 높은 것을 볼 수 있다. 이렇듯 경제변수인 GNP, GDP, 실업률 등은 자살과 강한 상관관계가 있는 것으로 나타났고(Chuang, 2003; 김승용, 2004에서 재인용), 맥콜(McCall, 1991)은 하류계층에 속하는 노인들이 경제적 어려움으로 자살에 처할 가능성이 높다고 보았다.

김승용(2004)은 1985년, 1993년, 1997년, 1998년 그리고 2001년의 경우 경제성장률이 낮을 때, 노인 자살률이 높게 나타났으며, 경제가 어려울 때 노인들의 자살률 또한 높은 것으로 나타났다. 이러한 추세는 남자노인이나 여자노인에게서도 비슷한 양상으로 나타나 남자 노인과 여자 노인 간의 차이는 없는 것으로 알려져 있다.

Ⅲ. 연구방법

1. 자료 및 연구방법

1) 자료

본 연구의 자료는 국내의 노인자살과 노인자살에 영향을 미치는 관련 요인의 이해 및 분석을 위하여, 통계청의 통계자료를 활용하였다.

통계청(2009)의 사망원인 통계를 기초로 하여, 우선적으로 2000년도부터 2008년도까지 9년 간 노인자살의 변화추이를 16개 광역시도별로 살펴보았다. 다중회귀분석에서는 자료 획득의 제한 때문에 2004년도부터 2008년도까지 5년 동안의 노인자살을 16개 광역시도별 자살률과 노인자살의 주요 요인과의 관련성을 규명하였다.

본 연구에서 지역별 노인자살의 주요 요인을 규명하기 위하여 도입한 변수들은 복지예산비율, 노인여가시설 수, 노인주거 및 의료복지시설 수, 체육시설 수, 이혼율, 1인당 GRDP 등 6개이며 자살에 영향을 미친다고 알려진 변수들 가운데 본 연구에서 포함되지 않은 변수는 다음과 같다.

첫째, 노인의 자살과 관련한 요인 중 의료(의료병상 수, 의사 수)는 시도별로 일관성 있는 자료획득이 불가능하여 제외하였다.

둘째, 실업률과 노인자살의 관련성에 관한 연구의 결과들은 상반된 것들이 존재한다. 그러나 16개 지역의 노인자살률에 대한 시계열적 자료의 획득의 어려움 때문에 본 논문에서는 실업률을 경제적 수준의 하위영역으로 포함시켜 실업률과 노인자살의 직접적인 상관성을 분석하기보다 경제적 수준(1인당 GRDP)과 노인자살의 상관성을 분석하고자 한다.

셋째, 노인의 신체적·정신적 장애를 자살률과의 관련성을 분석한 선행연구와 달리 5년 마다 장애 인구를 집계하는 통계청의 자료는 연령별 장애인의 비율을 측정하지 않고 있으며, 3년 마다 측정을 하고 있기에 본 연구에 반영하기에는 노인에 관련된 자료가 미흡하다고 판단되어 제외하였다.

넷째, 노인 이혼율에 대한 지역별 시계열적 자료는 획득이 불가능하여 차선책으로 자료 획득이 가능한 조이혼율 자료를 사용하였다.

2) 연구 가설

이론적 배경과 연구방법에 따라 본 연구에서 검증하고자 하는 가설은 다음과 같다.

- 가설 1. 복지예산비율이 높을수록 노인자살률이 낮을 것이다.
- 가설 2. 노인여가시설이 많을수록 노인자살률이 낮을 것이다.
- 가설 3. 노인 주거 및 의료시설이 많을수록 노인자살률이 낮을 것이다.
- 가설 4. 체육시설이 많을수록 노인자살률이 낮을 것이다.
- 가설 5. 이혼율이 높을수록 노인자살률이 높을 것이다.
- 가설 6. 1인당 GRDP가 높을수록 노인자살률이 낮을 것이다.

2. 변수에 대한 정의

이론연구와 선행연구들을 통해서 도출된 요인들 중 본 연구에서 검증하고자 하는 가설과 관련된 변수에 대한 정의는 다음과 같다.

1) 종속변수

종속변수로 노인자살률이 사용되었다. 2000년부터 2008년까지의 1월 1일부터 12월 31일까지 의사의 사망 신고서 및 시군구 구청에 사망신고서를 제출하여, 통계청에서 자살로 판명되어 등록된 자료이며, 통계청에서는 '사망원인 통계'를 통해 발표하고 있다.

시도별 노인자살률은 국내의 16개 시도와 국외 자살률을 포함하고 있는데 본 연구는 국외의 자살을 제외한 16개 시도만을 대상으로 하였다. 10만명 당 65세 이상 노인자살률은 '시도별 65세 이상 노인 자살 수/65세 이상의 연앙인구 × 100,000'으로 통계청에서 집계한 수치를 활용하였다.

2) 독립변수

(1) 복지예산비율

2004년부터 2008년까지 통계청에서 제공하는 e-지방지표의 16개 시도별 '복지예산비율'을 사용하였으며, 복지예산비율은 일반회계 중에서 복지 예산을 비율을 측정하여 공표한 자료를 활용하였다.

(2) 노인 여가시설

본 연구는 2004년부터 2008년까지 '각 시도별 노인여가시설/65세 이상 노인 인구(각 연도 12월 31일, 주민등록 인구) × 100,000'으로 '10만명 당 노인여가 시설'을 재구성하여 자료로 활용하였다.

(3) 노인 주거 및 의료 시설

본 연구는 2004년부터 2008년까지 '주거 및 의료복지시설을 각 시도별 주거 및 의료복지시설 수/65세 이상 노인인구(각 연도 12월 31일, 주민등록 인구) × 100,000'으로 '10만명 당 노인주거 및 의료복지 시설'을 재구성하여 자료로 활용하였다.

(4) 체육시설 수

체육시설을 시도별 체육시설 수/시도별 인구(각 연도 12월 31일, 주민등록 인구) × 100,000으로 '인구십만명당 체육시설 수'를 공개하고 있으며 본 연구는 이 자료를 활용하였다.

(5) 이혼율

'조이혼율'은 '1년간 총 이혼건수/당해 연도의 연앙인구 × 1,000'으로 측정하고 있다. 2004년부터 2008년까지의 16개 시도별 조이혼율을 활용하였다.

(6) 1인당 GRDP

1인당 GRDP은 '지역내 총생산(당해년 가격)/해당지역 추계인구'로 측정하고 있으며, 2004년부터 2008년까지의 16개 시도별 '1인당 GRDP'를 이용하였다.

3. 통계분석 방법

2004년부터 2008년까지 5년 동안의 통계자료를 사용하여 종속변수(노인 자살률)와 독립변수(시도별로 복지예산비율, 노인여가시설, 노인주거 및 의료복지 시설, 체육시설 수, 조이혼율, 1인당 GRDP)간의 다중회귀분석을 실시하였다.

IV. 노인 자살 변화 추이

1. 연도별 전국 노인자살 변화추이

통계청에서 발간하는 ‘사망원인통계’를 기초로 전국 자살 추세를 파악하고자 했다.

1) 연도별 전국 노인자살 변화추이

<표 1>의 연도별 노인자살 변화추이를 살펴보면 전체 자살자의 추세는 2000년 10만명 당 35.5명에서 2005년 80.3명으로 정점을 이룬 뒤 다소 둔화되었다. 남성 노인의 경우 2003년 113.1명으로 100명 이상의 자살률을 보이기 시작하는데 이는 전체 노인 자살이 2006년부터 크게 둔화되는 것과 달리 남성 노인의 자살은 둔화하지 않은 채 2008년까지 111명 이상의 자살률을 유지하고 있다. 여성의 경우 2000년 23.6명으로 2004년에 51.5명으로 2배 이상의 자살률을 보인 이후 다소 감소하여 2008년 44.7명이 자살하였음을 알 수 있다.

<표 1> 연도별 노인자살 변화 추이

(단위 : 10만명 당)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
전체	35.5	42.0	55.8	72.3	79.0	80.3	72.0	75.2	71.7
남	55.6	66.1	83.7	113.1	122.3	128.6	111.4	117.6	112.0
여	23.6	27.5	38.7	46.8	51.5	49.3	46.3	47.2	44.7

자료 : 통계청, 사망원인통계, 2009

2. 전체 광역시도의 연도별 노인자살 변화추이

먼저 16개 광역시도별 65세 이상 전체 노인인구의 2000년부터 2008년도까지 자살률의 변화추이를 살펴보면 <표 2>와 같다. 2000년의 자살률을 보면 몇 개의 시, 도를 제외한 대부분의 광역자치단체의 인구 10만명 당 자살률이 40명 이하의 수준임을 알 수 있다. 이후 약간의 상승세를 보인 후 2003년~2005년을 기점으로 자살률이 급격히 상승했음을 알 수 있다.

지난 9년 동안 자살률이 가장 높은 지역은 강원도 지역으로 인구 10만명 당 자살률이 최고조(111.8명)에 이르렀던 2003년 이후에도 인구 10만명 당 100명

이상의 노인자살률을 보이고 있다. 이는 대부분의 타 광역시도의 자살률이 최고조에 이른 후 상승과 하락의 변화추이를 보이다 2006년 이후에는 100명 미만으로 떨어진 것에 비해 뚜렷한 차이가 있음을 보여준다.

<표 2> 16개 시도 연도별 전체 노인자살률

(단위: 10만명 당)

시도별	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
서울	25.4	29.0	48.1	60.6	68.8	64.2	54.4	58.4	57.5
부산	40.0	50.5	49.1	64.6	88.1	83.2	67.9	65.6	64.9
대구	30.4	32.0	42.7	61.0	62.0	65.5	61.8	52.0	60.9
인천	59.6	62.0	79.7	103.4	83.6	107.4	78.1	76.0	82.2
광주	22.5	11.4	27.7	41.3	57.6	53.6	38.0	62.8	56.0
대전	50.2	51.3	66.6	84.9	72.6	97.5	81.7	94.7	64.3
울산	36.7	48.4	47.8	110.3	99.1	92.7	62.1	84.6	76.4
경기	44.5	63.2	77.2	96.1	92.8	96.9	84.8	83.0	78.8
강원	50.4	56.2	62.5	111.8	111.7	107.1	102.3	100.5	107.7
충북	34.7	50.2	53.5	74.4	91.3	85.1	94.0	90.6	87.7
충남	39.1	43.1	45.2	65.3	85.8	103.7	88.9	109.5	97.0
전북	27.8	34.2	59.6	66.5	69.3	72.3	66.6	82.5	78.7
전남	16.5	13.5	32.0	40.8	48.9	46.5	42.7	50.5	48.3
경북	38.7	33.9	52.5	63.2	76.7	73.4	74.0	70.0	62.5
경남	38.3	50.1	68.7	73.3	87.1	83.5	90.1	91.8	82.9
제주	18.9	40.5	29.9	46.7	52.0	58.7	43.7	53.1	52.4

자료 : 통계청, 사망원인통계, 2009

전체 노인인구의 높은 자살률을 기록하고 있는 강원도 지역과 달리, 전라남도 지역은 2000년~2008년의 9년 동안 2001년, 2002년, 2006년을 제외한 나머지 6년 동안 지속적으로 65세 이상 노인인구의 자살률이 가장 낮은 것으로 드러났다. 노인인구 자살률의 최저 순위를 타 지역에 내어줬던 3개년(2001, 2002, 2006) 동안에도 광주광역시에 이어 두 번째로 낮은 지역으로 밝혀져 노인인구 자살률이 가장 낮은 지역이라 할 수 있다. 따라서 강원도와 전라남도의 여러 가지 특성을 비교 분석해 본다면 이들 지역의 노인자살률이 상대적으로 높은

이유는 실마리를 부분적으로 제공할 수 있을 것이라 생각된다.

본 연구의 자료로 활용한 9개년 동안 제주도의 자살률은 대부분 최저수준을 기록하였으며 한 번도 65세 이상 노인인구 10만명 당 자살률이 60명을 넘어서지 않았으며 최고 수준은 2005년의 58.7명이었다. 그러나 이러한 제주도 역시 2005년에 최고 수준의 자살률을 보임으로써, 앞서 언급한 바와 같이 전국 대부분의 자살률이 2003년부터 2005년 사이에 최고수준을 기록하였음을 알 수 있다. 따라서 2003년부터 2005년까지 사회적·정책적 환경과 자살과 관련한 사회적 분위기를 파악하고 분석하여 향후 비슷한 환경에서 발생할 수 있는 노인인구 자살률의 상승을 억제할 수 있는 정책적 논의가 필요하다 하겠다.

다음으로 전체 광역시도의 연도별 노인인구 자살률을 남성과 여성으로 구분하여 살펴보고자 한다. 먼저 남성노인의 2000년부터 2008년까지의 자살률을 살펴보면 <표 3>과 같다. 남성노인의 자살률은 전체 노인인구 자살률과는 약간 다른 양상을 보이고 있다. 남성노인의 자살률은 전체 노인자살률을 높이는 대표적인 원인이라고 해도 과언이 아닐 정도로, 2000년도에 이미 전체 16개 광역 시도 중 11개 지역이 인구 10만명 당 50명 이상의 자살률을 보이고 있다. 전체 노인자살률에서도 가장 높은 수치를 보였던 강원도 지역은, 남성노인의 자살률에서도 가장 높은 상태로 유지되는 양상을 보이고 있다. 또한 인천광역시와 강원도 지역의 남성노인자살률은 2001년도에 이미 인구 10만명 당 100명 이상의 자살률에 접어들었음을 나타내고 있다. 2000년도부터 2008년까지 9년 동안 거의 모든 지역의 자살률이 인구 10만명 당 50명 이상으로 유지되는 점은 남성노인의 자살을 완화하기 위한 대책이 필요함을 보여주고 있다. 지역별 남성노인의 자살률에서 또 하나 두드러지는 점은 전반적으로 높은 자살률 속에서도 9개년 중 단 한 번도 인구 10만명 당 자살률이 100명을 넘지 않았다는 사실이며 광주광역시 또한 마찬가지이다.

앞서 전체 노인인구 자살률에서 특이한 점으로 대부분의 지역에서 2003년~2005년 동안 자살률의 급속한 상승과 최고치 기록이 관찰된 것이다. 이는 남성노인인구 자살률에서도 동일하게 관찰되었다. 그러나 해당 년도 이후 전체 노인인구 자살률이 소폭 감소 및 유지되는 양상을 보이는 반면, 남성노인의 자살률은 몇몇 지역에서 해당년도(2003년~2005년)가 지난 이후에도 상당히 높은 수준(10만명 당 100명 이상)이 유지되고 있다는 사실에 보다 관심을 가져야 할 것이다.

<표 3> 16개 시도 연도별 남성 노인인구 자살률

(단위: 10만명 당)

시도별	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
서울	40.0	39.6	69.2	93.2	103.7	99.6	85.1	89.4	79.4
부산	58.3	85.3	90.3	105.4	149.1	138.2	110.8	106.7	114.4
대구	51.5	53.1	62.9	92.9	83.7	115.1	93.2	75.9	95.2
인천	97.2	102.6	125.4	172.1	139.6	183.8	116.2	128.0	125.0
광주	29.9	24.6	39.6	61.7	98.0	89.4	76.0	97.8	97.9
대전	69.6	78.9	93.0	116.9	109.1	149.7	113.5	134.4	104.0
울산	57.2	79.7	80.5	212.4	184.0	150.0	94.0	135.1	124.1
경기	68.2	96.2	106.3	149.2	133.3	149.6	128.0	124.4	119.1
강원	89.7	100.5	89.5	170.4	178.7	167.9	178.0	151.0	176.0
충북	37.4	67.0	84.8	111.2	126.5	140.4	135.8	141.1	133.2
충남	61.4	62.9	65.5	115.0	122.1	163.9	135.2	157.6	146.1
전북	46.0	61.5	93.9	97.2	114.3	122.4	101.8	141.2	126.1
전남	28.3	15.7	48.1	65.4	84.9	77.9	63.0	89.4	83.9
경북	61.4	49.4	83.6	97.2	123.7	118.8	116.1	111.7	94.2
경남	60.2	93.8	106.0	112.4	139.6	127.1	139.1	151.4	144.7
제주	39.8	73.3	40.6	56.3	92.7	91.5	70.2	112.0	96.2

자료 : 통계청, 사망원인통계, 2009

다음으로 16개 시도의 연도별 여성노인 자살률의 변화추이를 살펴보면 <표 4>와 같다. 여성 노인의 자살률은 남성노인의 자살률과 비교했을 때, 상대적으로 낮은 수치를 기록하고 있다. 9개년 동안 여성노인의 자살률은 단 한 번도 인구 10만명 당 100명 이상의 자살률을 기록하지 않았다(최고수준~2007년 충청남도 77.1명). 이와 같이 남성노인과 여성노인의 자살률에서 두드러진 차이를 기록하는 이유에 대해 보다 심도 있는 연구가 필요하다고 하겠다.

16개 지역의 연도별 여성노인의 자살률과 남성노인의 자살률에서 공통적인 요소들은 여성노인의 자살률 또한 남성노인의 자살률과 마찬가지로 강원도 지역의 자살률이 높게 유지되었으며 전라남도 지역과 제주도 지역의 자살률이 낮다는 점이다.

<표 4> 16개 시도 연도별 여성 노인인구 자살률

(단위: 10만명 당)

시도별	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
서울	16.5	22.4	34.5	39.2	45.2	39.6	32.6	35.9	41.3
부산	29.6	30.2	24.5	39.5	49.5	47.6	39.4	37.7	30.6
대구	18.4	19.6	30.6	41.5	48.5	34.2	41.6	36.3	38.1
인천	37.7	38.1	52.5	61.5	49.0	59.7	54.0	42.5	54.3
광주	18.5	4.0	20.9	29.2	33.1	31.6	14.3	40.4	28.5
대전	38.8	34.8	50.6	65.0	49.5	64.0	61.1	68.2	37.4
울산	26.0	31.7	30.1	53.9	50.8	59.3	42.9	53.3	45.8
경기	29.9	42.8	58.9	62.0	66.4	62.2	56.1	55.1	51.3
강원	26.4	28.5	45.3	73.9	67.8	66.8	51.6	66.3	61.2
충북	33.0	39.7	33.6	50.8	68.4	48.9	66.5	57.0	57.2
충남	24.4	30.1	31.8	32.1	61.5	63.3	57.7	77.1	63.8
전북	16.7	17.6	38.5	47.5	41.1	40.7	44.2	44.9	48.2
전남	9.5	12.2	22.4	26.2	27.5	27.6	30.4	26.8	26.5
경북	24.7	24.3	33.1	41.9	47.1	44.6	47.3	43.4	42.2
경남	26.1	25.7	47.6	51.1	56.9	58.2	61.3	56.6	46.1
제주	10.1	26.0	25.0	42.0	31.7	41.7	29.5	20.6	27.4

자료 : 통계청, 사망원인통계, 2009

V. 노인자살률에 영향을 미치는 요인

1. 노인자살률과 변인 간의 다중회귀분석

본 연구에 도입한 가설을 경험적으로 검증하기 위하여 다중회귀분석을 실시한 결과는 <표 5>와 같다.

복지예산 비율($\beta = -0.375$)은 전체노인자살률에 통계적으로 유의미한 부적 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다. 그러므로 '가설 1 복지예산비율이 높을수록 노인자살률이 낮을 것이다' 는 본 연구결과에 의해 지지받는 것으로 밝혀졌다. 이와 같은 결론은 복지예산이 국민기초생활보장, 자활프로그램, 취약계층지원, 의료보

험 및 연금지원, 고용안정, 기타 사회복지 예산으로 활용한다는 점에서 볼 때, 노인에 대한 직접적인 서비스를 제공하는 예산뿐만 아니라 기초생활보장제도, 기초노령연금 등 노인의 소득보장과 직접적인 영향을 보이는 변수로 볼 수 있다. 김형수(2000)는 사회교환이론적 입장에서 노인의 자살에 접근했을 때, 경제적 상실과 일 역할의 상실로 인한 경제적 악화, 가족부양비의 가중을 경감할 수 있는 기본적인 경제적 지원 방안이 필요하다는 점에서 노인자살률을 감소시키는 요인이라는 점을 파악할 수 있다고 하였다. 또한 보건복지부(2008b)에 따르면 노인들이 겪는 가장 어려운 문제로서 남성노인의 경우 '경제적 어려움'이 44.6%로 높게 나온 점은 복지예산비중이 노인자살률을 감소시키는 직접적인 영향으로 볼 수 있다.

여가시설은 전체노인자살률에 통계적으로 유의미한 부적 영향($\beta = -0.219$)을 미치는 것으로 밝혀졌으므로 '가설 2 노인여가시설이 많을수록 노인자살률이 낮을 것이다' 또한 본 연구에서 지지를 받았다.

여가시설은 경로당, 노인회관을 중심으로 구성되어 있으며, 여가시설은 친목도모, 사회참여, 여가활동이 이루어지는 곳으로 볼 수 있다(보건복지부, 2008a). 이는 분리이론에서 접근하였을 때, 노년기에 사회적 교류 및 활동범위의 축소를 통해 노인의 개인적·사회적 분리를 방지하고, 여가의 활용과 더불어 사회적 참여가 가능하게 하는 점에서 노인 자살률을 감소시킨다고 볼 수 있다. 또한 유수현(2005)의 연구에서와 같이 여가시설을 통한 능동적이고 자율적인 시간관리, 구체적인 여가기술의 습득(도예, 가야금, 민요교실), 각종 스포츠 활동(게이트볼, 탁구, 배드민턴), 사회적 참여(자원봉사활동, 동아리활동) 등을 통해 삶의 질의 개선을 도모할 수 있다고 지적한 점은 여가활동과 사회적 참여를 통해 노인의 자살률을 감소시킨다고 볼 수 있을 것이다.

노인 주거 및 의료복지시설은 노인자살률에 통계적으로 유의미한 정적관계($\beta = 0.550$)를 미치는 것으로 밝혀졌는데, '가설 3 노인 주거 및 의료시설이 많을수록 노인 자살률이 낮을 것이다' 와 상반된 결과로 나타났다. 이러한 결과는 많은 지역에 치매, 뇌졸중 등 노인성 만성질환의 노인주거 및 의료복지 시설이 유치, 건설된 것과 관련이 있는 것으로 유추해 볼 수 있다.

체육시설은 노인자살률과 통계적으로 유의미한 부적 영향($\beta = -0.521$)을 미치는 것으로 밝혀졌으며 이는 '가설 4 체육시설이 많을수록 노인자살률이 낮을 것이다'를 지지하고 있다. 이는 단순히 체육시설이 건강증진 활동뿐만 아니라, 김공외(2006)가 지적하였듯이 사기와 생활만족감, 신체적 및 정신적 자신감을 비롯한 사회적 접촉을 통한 대인관계에도 영향을 미친다고 볼 수 있으며, 이와

같은 신체적 정신적 건강의 유지는 자살률 감소에 영향을 미친다고 볼 수 있다.

이혼율은 노인자살률과 통계적으로 유의미한 정적관계($\beta=0.336$)를 보이고 있으며 이는 ‘가설 5 이혼율이 높을수록 노인자살률이 높을 것이다’를 지지하는 것으로 밝혀졌다. 선행연구에서 이혼율은 자살률을 증가시키는 가장 영향력 있는 변수로 규정하고 있으며(Stack 1981; 오진경·조영태·김창엽, 2005; 유정균, 2008a), 김형수(2000)는 사회통합이론 측면에서 보았을 때, 이혼은 사회통합을 저해하고 가족의 붕괴와 사회규범의 연대성이 약화되기 때문에 이혼율이 높으면 자살률이 상승한다고 지적하였다. 이혼과 같은 가정해체는 가정이 제 기능을 하지 못할 때 가족 중 취약한 부분인 노인에게 문제가 쉽게 발생한다고 보았다. 이렇듯 이혼이 가져오는 문제는 단순히 부부나 자녀의 문제만큼이나 노인의 삶에 부정적 영향을 가져옴을 인식할 수 있다.

그리고 1인당 GRDP는 전체 노인자살률과는 통계적으로 유의미한 관계가 없는 것으로 본 연구 결과에서 밝혀졌다. 그러므로 ‘가설 6 1인당 GRDP가 높을수록 노인자살률이 낮을 것이다’는 지지받지 못했다.

노인자살률에 영향을 미치는 변수들 가운데 자살률을 증가시키는 변인으로는 노인 및 의료복지 시설($\beta=0.550$)이 가장 큰 영향을 미치고 있으며, 그 다음으로 조이혼율($\beta=0.336$)순으로 나타났다. 노인자살률을 감소시키는 변인으로는 체육 시설($\beta=-0.521$), 복지예산비율($\beta=-0.219$), 여가시설($\beta=-0.219$) 순으로 나타났다. 한편, 다중회귀분석에서 전체노인자살률은 6개 변수들에 의해 약 42%($R^2=.423$) 설명되는 것으로 밝혀졌다.

<표 5> 노인자살률과 변수간의 다중회귀분석

	B	표준 오차	베타	t
(상수)	111.763	27.872		4.010**
조이혼율	18.466	5.745	.336	3.214**
복지예산 비율	-1.511	.467	-.375	-3.237**
여가시설	-.300	.132	-.219	-2.278*
노인주거, 의료복지시설	.746	.169	.550	4.423**
체육 시설 수	-.708	.180	-.521	-3.938**
1인당 GRDP	.181	.000	.007	.071

주: 1) $(1)R^2=.423$

2) * $p<.05$, ** $p<.01$

VI. 맺는말

1. 요약

본 연구의 전체적인 결과를 간략하게 요약하면 다음과 같다.

노인자살 변화추이를 살펴보면 노인인구의 자살률은 2000년 35.5명에서 2005년 최고 수준인 80.3명을 기록하고 그 후, 조금씩 감소하기 시작하여 2008년 71.7명으로 나타났다. 지역별 노인인구자살률의 변화 추이는 2000년에는 대부분의 광역시도의 노인인구 자살률은 10만명 당 40명 이하이었으나 2003년부터 2005년도에 16개 광역시도 전체에서 노인인구자살률이 급격히 증가하고 본 연구의 분석기간(2000년~2008년) 동안 최고수준을 기록하였다.

남성노인과 여성노인 자살률의 차이는 평균비교에서 볼 수 있듯이 남성노인 자살률(120,386명)은 여성노인 자살률(47,206명)의 거의 3배 높은 차이를 보이고 있다. 남성자살의 경우 제랄드(Gerald 외, 2004)가 언급하였듯이 극단적인 수단(총기, 투신)을 활용하여 '자살성공자'가 많으며, 여성은 보다 덜 치명적인 수단(자해, 약물사용)을 통한 '자살기도자'가 많기 때문에 남성자살률이 높다고 밝힌 바와 같이 우리나라에서도 남성자살률이 높게 나타나고 있다. 그 원인으로 남성은 자신의 문제에 대한 외부의 도움을 덜 요청하며, 은퇴로 인한 경제적·사회적 지위의 하락으로 상실감을 크게 경험하며, 사회적 고립감을 많이 느낀다는 점을 들 수 있다(은기수, 2005; 유정균, 2008a).

다중회귀분석을 통해 본 연구에서 검증한 6가지 변인과 지역별 노인자살률의 관계를 요약하면 다음과 같다. 먼저 조이혼율은 대부분의 지역에서 노인의 자살률과 밀접한 관계를 보였다. 16개시도 중 조이혼율이 낮은 지역에서 노인의 자살률이 낮은 것으로 검증되었으며, 복지예산비율 또한 노인자살률에 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 노인여가시설과 체육시설수 또한 노인자살률에 다소 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 1인당 GRDP, 노인주거 및 의료복지시설 변인과의 연관성은 검증되지 않았다.

2. 결론과 제언

본 연구에서는 노인자살의 지역별 차이에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 하였고, 그에 따라 가설을 검증한 결과는 다음과 같다.

독립변인인 복지예산비율과 노인자살률은 부적관계를 보였다. 이는 가설 1의

내용과 일치하는 것으로 나타났다. 다중회귀분석을 한 결과는 다음과 같다. 여가시설의 경우는 노인자살과 부적관계가 나타났는데 즉 여가시설은 증가할수록 노인자살률 감소에 영향을 줄 수 있으므로 가설 2는 검증되었다.

노인 주거 및 의료복지시설은 노인자살률과 통계적으로 유의미한 정적관계가 있는 것으로 나타났다. 이는 가설 3과는 상반된 결과로 밝혀졌다. 체육시설은 노인자살률에 부적관계를 보여, 가설 4와 일치하는 것으로 나타났다. 체육시설은 노인자살률 감소에 가장 큰 영향을 미치는 변수로 밝혀졌다.

이혼율은 노인자살률에 정적관계를 보여, 가설 5와 일치하는 것으로 나타났다. 조이혼율은 노인자살률과 유의미한 정적관계를 보이고 있다. 가설 6에 의해 도출하고자 한 1인당 GRDP 수준과 노인자살률과는 유의미한 관계를 보이지 않았다. 이러한 결과는 몇몇 선행연구(김형수, 2000; 김승용, 2004)와 상반되는 결과이다. 그러므로 향후연구에서는 노인의 경제적 수준을 면밀히 분석할 필요가 있을 것이다.

위의 사실에 비추어 볼 때, 현재 우리나라의 높은 노인자살률에 비해 그 원인들을 설명하기 위한 노력은 상대적으로 미흡하다고 볼 수 있다. 이러한 현상은 노인자살을 은폐하려는 경향을 지적하고 노인자살이 간과되고 있다고 보고한 김형수(2000)의 주장과 함께 우리나라 사망 통계에 대해 설명한 김승용(2004)의 연구와도 맥락을 같이 한다.

본 연구를 토대로 노인자살을 예방하기 위한 방안을 제안하면 다음과 같다.

현재 국내에서 시행되고 있는 노인장기요양보험제도를 효율적으로 활용한다면 지역적 노인자살의 차이를 상당 부분 극복할 수 있을 것으로 본다. 노인장기요양보험제도는 방문요양, 방문간호를 중심으로 노인성질환을 가진 노인이 보다 쉽게 서비스를 이용할 수 있는 제도이다. 이러한 점에서 방문요양 업무를 수행하고 있는 요양보호사에 대한 자살예방교육, 자살의 위험성과 서비스 대상자의 자살 위험성에 대한 교육이 선행되고 나아가 방문요양수가에 자살예방프로그램을 수가에 추가하여 노인들과 깊은 대화를 통해 속마음을 이끌어 낸다면 “자살” 고위험군에 있는 노인인구에 대한 위기 개입이 가능할 수 있을 것이다.

노인자살률이 높은 광역시도를 중심으로 노인자살 예방센터, 노인전화 상담소 등 위기 개입이 가능한 기관을 우선적으로 신설할 필요가 있다. 이미 설치되어 있는 노인 경로당을 활성화하여 자살예방요원을 겸한 노인상담사 및 여가문화관리사를 파견한다면 노인자살을 줄일 수 있을 것이다.

본 연구에서 노인자살을 16개 시도별로 각 변인 간의 평균비교를 통해 노인자살이 강원도, 충청북도, 충청남도, 경기도, 경상남도 순으로 높게 나타난 것을

확인할 수 있었으며, 이들 지역은 2000년부터 꾸준히 자살률이 상승되고 있었다. 그러므로 우선적으로 자살예방 관련 기관을 설립을 통해 노인의 자살을 예방하는 것이 효과적일 것이며, 기관들의 업무는 자살예방 뿐만 아니라 앞서 언급한 체계적인 유가족 지원까지 이루어질 수 있도록 영역을 확장시켜 나갈 필요가 있다.

노인자살률에 부적관계를 보인 여가시설의 경우 노인에게는 사회적 참여 및 사회적 지지를 가질 수 있는 공간이라고 할 수 있다. 이와 같은 여가시설(노인회관, 경로당, 노인교실, 노인휴양소)의 확대는 곧 노인의 자살이 감소할 수 있는 영향력이 있는 변수임을 고려할 때, 여가시설의 대폭적인 확충이 필요하다. 또한 여가시설의 확충만큼이나 중요한 것은 이미 설치 및 운영되고 있는 여가시설 프로그램의 개선이다. 노인과 관련한 프로그램의 기획 시 비용절약적인 활동에 치중하기 보다는 사회참여나 여가활동이 가능한 다양한 프로그램의 개발이 이루어지도록 유도하고, 운영 전반에 걸친 슈퍼비전의 확립이 필요하다.

본 연구의 결과로 미루어 보면 전체 노인자살률이 높은 지역은 복지예산비율이 상대적으로 낮은 지역이다. 그러므로 현행 복지예산 책정비율을 재검토하여야 하며 노인 복지예산을 증액할 필요가 있다. 또한, 본 연구를 통해 이혼율과 노인자살간의 정적관계를 파악할 수 있었다. 이처럼 가정이 해체되는 현상은 가장 취약한 노인에게서 문제가 나타날 수 있으므로 이혼숙려제도를 통한 이혼율의 감소를 도모할 필요가 있다. 부부상담지원과 같은 상담서비스에 있어서도 노부모를 포함하여 상담서비스를 통해 가족의 정서적 지지 및 긍정적인 가족관계의 향상할 수 있게 관련 서비스의 확대가 필요할 것이다.

노인의 자살을 단순히 개인적 선택이나 노화의 자연스러운 현상으로 간주하기 보다는 다른 연령대와 동일한 가치를 부여해야 한다. 우리 사회는 현재 고령화 사회에 진입했으며, 2018년이면 초고령사회로 진입할 것으로 예상되고 있다. 노인자살을 현재처럼 방치한다면 노인자살률은 급증할 수밖에 없을 것이다. 그러므로 노인의 삶에 대한 재조명과 자살예방을 위한 실질적인 정책과 대안이 검토되어야 할 것이다.

마지막으로 본 연구의 제한점을 언급하면 다음과 같다. 선행연구 고찰을 통하여 파악한 노인의 자살에 영향을 미치는 것으로 알려진 요인들에 관한 자료를 수집하는 과정에서 자료수집의 현실적 어려움으로 인하여 자료의 질이 연구자의 의도에 부합하지 못한 점이 있었다. 그로 인하여 본 연구에서는 부득이 그 요인들을 제외한 요인만을 분석한 점이 아쉽다. 특히, 장애 및 건강상태 등과 같은 요인들이 노인들의 자살충동에 많은 영향을 미치고 있음이 여러 선행

연구를 통해 드러났음에도 불구하고, 그에 대한 시계열적 자료 획득이 불가능하여 분석에서 제외된 점을 들 수 있다. 또한 노인자살에 영향을 미치는 것으로 알려진 경제적 수준을 변수로 도입하는 과정에서 1인당 GRDP를 활용하여 분석하였으나 유의미한 결과가 나타나지 않았다. 이러한 결과는 자료획득의 어려움 때문에 노인 1인당 GRDP가 아닌 전체 인구의 1인당 GRDP를 사용한 것과 관련이 있는 것으로 추정된다. 그러므로 향후 연구에서는 노인자살을 잘 설명할 수 있는 변수들에 더 잘 부합하는 자료를 획득하기 위한 보다 많은 노력을 기울여야 할 것이다.

〈참고문헌〉

- 김공외 (2006) “생활체육 참여 노인들의 생활만족과 여가만족의 상관성에 관한 연구” 《한국체육정책학회지》 4(2): 13~23.
- 김승용 (2004) “한국노인 자살률변동과 사회구조적 요인에 관한 연구” 《사회복지정책》 19: 181~205.
- 김현경·이광자·허정·송은주 (2008) “노인우울 및 자살 관련 국내 연구 동향 분석” 《간호과학》 20(2): 62~69.
- 김형수 (2000) “노인자살의 이해와 일차적 예방” 《한국인구학》 23(2): 167~187.
- 김효창·손영미 (2006) “노인자살의 특성과 자살유형에 관한 연구” 《한국심리학회지》 12(2): 1~19.
- 노용환 (2006) “자살의 경제학적 분석 - 우리나라 시, 도별 패널자료를 이용한 접근 -” 《경제학연구》 54(3): 177~200.
- 박경애 (1999) “한·일 사망원인별 사망력 비교” 《한국인구학》 22(1): 37~63.
- 배지연 (2004) “노인자살에 관한 사례분석: 신문기사 내용을 중심으로” 《노인복지연구》 23: 65~82.
- 배재남·이준영 (2008) 『노인의 자살. 자살의 이해와 예방』 학지사.
- 보건복지부 (2008a) 『노인복지시설 현황』.
- _____ (2008b) 『2008년도 전국노인생활실태 및 복지욕구 조사 보고서』.
- 오진경·조영태·김창엽 (2005) “2000년 우리나라 성인 자살자의 인구사회적 특성” 《보건과 사회과학》 13: 191~210.

- 유수현 (2005) “노인여가시설의 여가프로그램 실태분석” 《여가학연구》 13(2): 19~37.
- 유승호·류성곤 (2008) “자살의 이해와 예방 자살의 정신사회적 위험 요인” 《자살의 이해와 예방》 한국자살예방협회편 학지사.
- 유정균 (2008a) “가족불안정성이 노인자살에 미치는 영향, 1995-2005” 한양대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- _____ (2008b) “노인자살률의 지역별 편차” 《한국인구학》 31(2): 21~44.
- 은기수 (2005) “경제적 양극화와 자살의 상관성: 1997년 외환위기를 전후하여” 《한국인구학》 28(2): 97~129.
- 이민아·김석호·박재현·심은정 (2010) “사회적 관계 내 자살경험과 가족이 자살생각 및 자살행동에 미치는 영향” 《한국인구학》 33(2): 61~84.
- 이호선·백재간·손홍숙·서경석·박정희 (2006) 노인상담론 공동체.
- 장순환 (2002) “노인자살에 관한 연구: 군산지역을 중심으로” 원광대학교 행정대학원 석사학위청구논문.
- 최인·김영숙·서경현 (2009) “노인의 자살충동에 영향을 미치는 심리사회적 요인” 《보건과 사회과학》 25: 33~56.
- 최형임 (2008) “노인의 우울과 자살생각에 관한 구조모형” 《사회복지개발연구》 14(4): 355~375.
- 통계청 (2008) “사망원인(236항목)/성/연령(5세)별 사망자수(1983~2008)” 국내통계포털 국내통계.
- _____ (2009) 『2008년 사망원인 통계 결과』 .
- Conwell, Y (1998) “Management of Suicidal behavior in the Elderly” *Psychiatric Clinic of north America* 20: 667~683.
- Gelald, C. D. and John, M. and N. Ann. and M. Kring (2004) 『이상심리학』 이봉건 역 시그마프레스.
- McCall, P. L (1991) “Adolescent and Elderly White Male Suicide Trends” *Journal of Gerontology* 46: 643~651.
- OECD (2009) Economic, Environmental and Social Statistics Factbook.
- Simpson, M. and George H. Conklin (1989) “Socioeconomic Development, Suicide and Religion : A Test of Durkheim’s Theory of Religion and Suicide” *Social Force* 67(4): 945~964.
- Stack, S (1981) “Divorce and Suicide” *Journal of family Issues* 2: 77~90.
- _____ (2000) “Suicide: A 15-year Review of the Sociological Literature Part

II: Modernization and social Integration Perspectives” *Suicide & Life - Threatening behavior* 30(2): 163~176.

World Health Organisation (2010) Health topic “suicide”
<http://www.who.int/topics/suicide/en/>.

Macro Analysis of Factors Impacting on the Elderly's Suicide Rates in the Republic of Korea

Ki Won Kim · HanGon Kim

The main purposes of this study are to describe regional differentials of the elderly's suicide rate and to explore factors impacting on the regional differentials among the elderly's suicide rate in the Republic of Korea. Suicide data among 16 provinces from 2000 to 2008 were used for the statistical analyses.

Six independent variables, such as crude divorce rate, GRDP per capita, welfare budget proportion, number of leisure facilities, number of medical and housing welfare facilities, and number of sports facilities are introduced for the multiple regression analyses. Elderly suicide rate, female elderly's suicide rate, and male elderly's suicide rate are used for the dependent variables.

The findings of this study are as follows: Elderly's suicide rate has been increased constantly since 2000 and regional differentials of the elderly's suicide have been existed over time. According to the multiple regressions analyses, number of sports facilities($\beta=-.521$), welfare budget proportion, and number of leisure facilities($\beta=-.219$) have shown statistically significant negative relationships with the elderly's suicide rate. On the other hand, number of medical facilities($\beta=0.550$), crude divorce rate($\beta=0.336$) have shown statistically significant positive relationships with the elderly's suicide rate in the Republic of Korea.

Finally, some policy implications for alleviating the elderly's suicide rate are introduced and discussed.

**Key Words : Elderly suicide, Regional differentials, Macro-analysis,
Multiple regression analysis**