

거주지역별 노인의 자살생각과 관련요인 - 도시와 농촌의 비교 -

문 영 희* · 임 미 영**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

2011년 한 해 우리나라의 자살자 수는 15,906명, 자살 사망률은 인구 10만명 당 31.7명으로 2000년 이후 지속적으로 증가하였으며, OECD 국가 중 자살률이 가장 높은 나라로 알려져 있다(Ministry of Health and Welfare, 2013). 자살은 2011년 우리나라 사망원인 중 암, 뇌혈관질환, 심장질환에 이어 4번째로 중요한 사망원인으로 자리 잡고 있다. 특히 자살률은 연령대가 높아질수록 높아지고 있으며, 인구 10만 명 당 자살자 수는 60대 52.7명, 70대 83.5명, 80세 이상 123.3명으로(Hong & Choi, 2011), 젊은 세대에 비해 훨씬 높은 것으로 나타났다.

자살은 자살행위, 자살시도, 자살생각 등의 개념을 포함하며, 자살률은 대개 그 나라 국민의 정신건강정도를 나타내는 지표로서 중요하다(Choi, Lee, Jung, & Kwon, 2011). 노인의 자살은 오랜 기간 계획을 하고 가장 치명적인 방법을 사용하므로(Szanto et al., 2002), 노인의 자살시도나 생각들이 사망으로 이어질

확률이 다른 연령층에 비해 매우 높아서(Rhee & Kim, 2011), 청년은 자살시도 7명당 1명이 사망하는데 비해, 노인은 2명당 1명이 자살시도의 결과로 사망하는 것으로 나타났다(Chung, Kim, Chung, & Sohn, 2007).

자살생각은 '자살을 행하는 것에 대한 생각이나 사고'로서 자살을 행하는 것과 자살을 생각하는 것은 다르지만, 자살을 생각하는 것이 자살을 행하게 되는 첫 단계이며 위험요인이 된다(Choi, Lee, & Kim, 2011). 즉 자살생각, 자살기도, 자살실행에 이르는 연속적인 선상에서 볼 때 자살생각과 관련된 요인들을 조사하는 것은 바로 자살행위로의 위험을 이해하거나 예방하는데 유용한 정보를 제공할 수 있다(Kim, Ko, & Chung, 2010). 또한 자살생각은 60세 이상의 연령군에서 다른 연령군과 비교하였을 때 높은 것으로 나타났다(Hong & Choi, 2011).

자살생각에 대한 위험인자로 가장 많이 알려진 요인은 우울증이라 보고되고 있으며(Choi et al., 2011; Kim et al., 2010; Rhee & Kim, 2011; Sohn, 2012), 그 다음으로 만성질환 수, 주관적 건강상태, 직업상태, 음주여부, 월 가구소득, 가구형태, 성별 등

* 군산간호대학교 조교수

** 서일대학교 부교수(교신저자 E-mail: imlydia@seoil.ac.kr)

투고일: 2013년 9월 16일 심사회의일: 2013년 10월 1일 게재확정일: 2013년 12월 26일

• Address reprint requests to: Im, Mee-Young

Department of Nursing, Seoil University

28 Yongmasan-ro 90-gil, Jungnang-gu, Seoul, 131-702

Tel: 82-10-7220-0253 Fax: 82-2-490-7225 E-mail: imlydia@seoil.ac.kr

이 자살생각에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다 (Choi et al., 2011; Han, Kang, Yoo, & Phee, 2009; Kim et al., 2010).

그런데 노인은 동일한 집단이긴 하나 도시와 농촌은 사회, 경제, 문화, 교육 등에서 점점 격차가 심화되고 있어(Choi, Yu, & Bang, 2013), 이질적인 집단이기도 하다. 도·농별 노인인구에서 도시지역에 거주하는 노인인구의 비율이 7.2%, 농촌지역의 비율이 18.6%로 농촌지역에서의 고령화 현상이 현저한 것으로 나타났으며, 노령화지수의 지역별 분포 또한 도시지역보다 농촌지역이 3배 이상 더 높은 것으로 나타났다(Ministry of Health and Welfare, 2013). 농촌지역은 도시지역에 비해 의료접근성이 떨어지며, 예방적 보건 의료 서비스 및 건강생활을 위한 관련시설의 접근성이 불리한 환경으로(Yi, Shoe, Kim, & Kim, 2007), 삶의 질이 낮은 상태로 남은 여생을 보내게 된다고 보고되고 있다(Choi, 2004; Kim, 2004). 따라서 개인적 특성과 환경적 특성이 다른 도시와 농촌 노인들은 자살생각의 수준도 다르고 영향을 미치는 요인들도 서로 다를 수 있으므로 거주 지역에 따른 특성을 고려한 연구가 시행될 필요가 있다. 지금까지의 거주지역별 자살생각에 대한 연구는 주로 농촌지역이나 도시지역 중 한 곳에 한정하여 시행되었거나(Choi, Choi, & Kim, 2008; Choi & Kim, 2008; Yi & Lee, 2009), 시도별 자살률 보고가 이루어졌다(Hong & Choi, 2011).

이에 본 연구에서는 국가 수준의 건강관련 통계생산을 위하여 시행되고 있는 국민건강영양조사 자료를 이용하여, 우리나라 노인들의 거주지역을 동지역에 거주하는 경우에는 도시지역으로, 읍·면에 거주하는 경우에는 농촌지역으로 구분하여 거주지역에 따른 자살생각 빈도와 자살생각을 예측하는 요인들을 규명하고자 시행하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 거주지역별 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인들을 파악하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 거주 지역별로 대상자의 인구사회학적 특성을 파악

한다.

- 2) 거주 지역별로 대상자의 건강관련 특성을 파악한다.
- 3) 거주 지역별로 대상자의 인구사회학적 특성 및 건강관련 특성에 따른 자살생각 차이를 파악한다.
- 4) 거주 지역별로 대상자의 자살생각 관련요인을 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 거주 지역별 노인들의 자살생각과 관련요인을 조사하기 위한 이차자료 분석연구이다.

2. 자료원 및 연구대상

본 연구는 보건복지부와 질병관리본부에서 수행한 “제5기 2차년도 국민건강영양조사 원시자료(Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2011)”를 이용한 이차자료 분석연구이다. 원시자료 사용은 해당기관에 공식적으로 자료 요청하여 승인을 받은 후 사용하였다(자료승인일-2013년 1월 7일)(KNHANES V-2 data, 2011).

국민건강영양조사는 국민의 건강수준, 건강관련 의식 및 행태, 식품 및 영양섭취 실태에 대한 국가 및 시도 단위의 대표성과 신뢰성을 갖춘 통계를 산출하기 위한 것으로 건강설문조사, 영양조사, 검진조사로 구성되어 있다.

제5기 표본조사구는 주민등록인구자료의 통반리목록에서 추출한 일반주택조사구와 아파트시세자료의 아파트단지목록에서 추출한 아파트조사구로 구성하였다. 표본조사구는 먼저 시도별로 1차 층화하고, 일반지역은 성별, 연령대별로 인구비율기준 26개 층으로, 아파트 지역은 단지별 평당가격·평균평수 등 기준 24개 층으로 2차 층화한 후 추출하였다. 추출된 표본조사구 내에서는 계통추출방법으로 조사구당 20개의 최종 조사대상 가구를 추출하였다. 건강설문조사와 검진조사는 이동검진센터에서 실시하였으며 영양조사는 대상가구를 직접 방문하여 실시하였다. 제5기 2차년도 조사는 조사대상자 10,589명, 건강설문조사, 검진조사, 영양

조사 중 1개 이상 참여자는 8,518명으로 전체 조사참여율은 80.4%였다(KNHANES V-2 data, 2011). 본 연구대상자인 65세 이상 노인은 1,464명이었다.

3. 연구 변수

본 연구에서는 국민건강영양조사에서 조사된 인구사회학적 특성, 건강관련 특성 및 자살생각 문항이 연구 변수로 조사되었다.

1) 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성은 성별, 연령, 거주 지역, 교육 수준, 동거가족, 가구평균소득, 경제활동상태를 포함하였다. 거주 지역은 동지역에 거주하는 경우에는 도시지역으로, 읍·면에 거주하는 경우에는 농촌지역으로 구분하였다. 교육수준은 졸업여부를 기준으로 수료·중퇴·재학·휴학인 경우에는 이전 학력, 졸업인 경우에는 해당 학력으로 분류하여 초졸 이하, 중졸, 고졸, 대졸 이상으로 구분하였다. 동거가족은 동거인 없이 혼자 거주하는 경우에는 독거, 다른 동거인이 있는 경우에는 비독거로 구분하였다. 가구평균소득은 가구소득을 가구원수로 보정한 월평균가구균등화 소득으로 소득수준을 분류하여, 성별·5세 단위 연령 그룹별로 소득 사분위를 계산한 후, 하위 25%이하 까지를 1사분위로 하고 그다음 단위 25%씩을 2사분위, 3사분위, 4사분위로 분류하였다. 경제활동상태는 “최근 일주일 동안 수입을 목적으로 1시간 이상 일을 하거나, 18시간 이상 무급 가족 종사자로 일하신 적이 있습니까?”라는 질문에 예인 경우 경제활동을 하는 것으로, 아니오인 경우 경제활동을 하지 않는 것으로 구분하였다.

2) 건강관련 특성

건강관련 특성은 외병여부, 주관적 건강상태, 일상활동제한, 흡연, 음주, 우울, 스트레스 여부를 포함하였다. 외병여부는 최근 1달 동안 질병이나 손상으로 거의 하루 종일 누워서 보내야 했던 날이 있는 경우와 아닌 경우로 구분하였다. 주관적 건강상태는 ‘매우 좋음’ 1점, ‘ 좋음’ 2점, ‘보통’ 3점, ‘나쁨’ 4점, ‘매우 나쁨’ 5점까지 5단계로 측정되었다. 본 연구에서는 ‘매우 좋음’과 ‘ 좋음’을 ‘좋다’로, ‘보통’을 ‘보통이다’로, ‘나쁨’과

‘매우 나쁨’을 ‘나쁘다’로 구분하였으며 점수가 낮을수록 주관적 건강상태가 좋음을 의미한다. 일상활동제한은 현재 건강상의 문제나 신체 또는 정신적 장애로 일상생활 및 사회생활에 제한을 받고 있는지 묻는 질문에, 아니오로 응답한 문항을 사용하였다. 현재흡연상태는 흡연량과 상관없이 흡연여부를 질문하여 현재 피우는 경우는 ‘현재 흡연’, 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않는 경우는 ‘과거 흡연’, 전혀 피우지 않는 경우는 ‘비흡연’으로 구분하였다. 음주상태는 AUDIT를 이용하여 측정하였다. AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test)는 알코올 의존도 측정을 위한 도구로서 WHO에서 개발되었으며 총 10문항으로 이루어져 있다. 위험음주 3문항, 의존음주 3문항, 유해음주 4문항의 하위요인으로 구성된다(Babor, De la Fuente, Saunders, & Grant, 1989). 각 문항마다 0-4점 사이의 라이커트형 척도로 이루어져 있으며 점수가 높을수록 알코올 의존도가 높음을 의미한다. 우울은 지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는지의 여부를 ‘예’ 혹은 ‘아니오’로 응답하게 하였다. 스트레스 정도는 평상시 생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 있는지 조사하였는데 ‘대단히 많이 느낀다’와 ‘많이 느끼는 편이다’는 ‘높다’로, ‘조금 느끼는 편이다’는 ‘낮다’로, ‘거의 느끼지 않는다’는 ‘없다’로 구분하였다.

3) 자살 생각

자살 생각은 대상자에게 지난 1년간 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는지 질문하고, ‘예’ 혹은 ‘아니오’로 응답하게 하였다.

4. 자료 분석 방법

본 연구의 자료분석은 SPSS WIN 18.0 통계분석 프로그램을 사용하였으며, 통계학적 유의수준은 .05를 기준으로 하였다. 국민건강영양조사 표본설계는 확률표본이며 복합표본설계 방법을 사용하였으므로, 국민건강영양조사 표본이 모집단을 대표할 수 있도록 편향이 없는 추정결과를 얻기 위해서 층화변수, 집락변수, 가중치변수를 고려한 각 단위별 가중치를 적용하여 분석하였다. 대상자의 인구사회학적 특성, 건강관련 특성,

자살 생각을 파악하기 위해 빈도, 백분율, 평균, 표준편차 등의 기술통계를 실시하였다. 거주 지역별로 주요 변수별 자살 생각의 차이를 비교하기 위해 Rao-scott χ^2 -test를 실시하였다. 거주 지역별로 노인의 자살생각 영향요인을 분석하기 위해서 단변량 분석에서 유의한 변수를 대상으로 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였으며 오즈비와 95% 신뢰구간으로 통계적 유의성을 검정하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 인구사회학적 특성 및 건강관련 특성

도시지역 거주노인은 여자가 58.3%였고, 농촌지역 거주노인은 여자가 56.3%로 나타났다. 도시지역 거주노인의 평균연령은 72.87세였고, 농촌지역 거주노인의 평균 연령은 73.62세였다. 교육수준은 도시지역 거주노인 중 초등학교 이하가 60.8%였고, 농촌지역 거주노인도 초등학교 이하가 79.7%로 나타났다. 도시지역 거주노인의 경우 비독거노인이 82.0%였고, 농촌지역

Table 1. Sociodemographics and Health related Characteristics of Subjects N=1,464

Characteristics	Categories	Urban	Rural
		n (%)	n (%)
Total		977 (66.7)	487 (33.3)
Gender	Male	407 (41.7)	213 (43.7)
	Female	570 (58.3)	274 (56.3)
Age	65~69	333 (34.1)	144 (29.6)
	70~74	322 (33.0)	169 (34.7)
	75~79	206 (21.1)	107 (22.0)
	≥80	116 (11.8)	67 (13.7)
	Average age	72.87±5.71	73.62±5.84
Education	≤Elementary school	593 (60.8)	388 (79.7)
	Middle school	132 (13.5)	36 (7.4)
	High school	177 (18.1)	47 (9.7)
	≥College	74 (7.6)	16 (3.3)
Living	Alone	176 (18.0)	103 (21.1)
	With others	801 (82.0)	384 (78.9)
Household income	1 interquartile	471 (48.3)	293 (60.8)
	2 interquartile	242 (24.8)	115 (23.9)
	3 interquartile	143 (14.7)	44 (9.1)
	4 interquartile	110 (11.2)	30 (6.2)
Occupation	Yes	257 (26.3)	269 (55.2)
	No	719 (73.7)	218 (44.8)
Lying in a sick bed	No	864 (88.5)	419 (86.2)
	Yes	112 (11.4)	67 (13.8)
Perceived health	Good	272 (27.8)	110 (22.6)
	Fair	403 (41.2)	192 (39.4)
	Poor	302 (31.0)	185 (38.0)
Daily activity	No limit	758 (77.7)	353 (72.5)
	Limit	218 (22.3)	134 (27.5)
Current smoking status	Current	115 (11.8)	85 (17.5)
	Ever	289 (29.6)	131 (26.9)
	Never	573 (58.6)	271 (55.6)
Alcohol intake	AUDIT score	3.97±5.31	4.38±5.99
Depression	No	827 (84.6)	414 (85.0)
	Yes	150 (15.4)	73 (15.0)
Stress	None	293 (30.0)	156 (32.0)
	Low	466 (47.7)	223 (45.8)
	High	218 (22.3)	108 (22.2)

거주노인은 비독거노인이 78.9%로 나타났다. 가구평균소득은 도시지역 거주노인 중 48.3%가 '하'라고 응답하였고, 농촌지역 거주노인 중 60.8%가 '하'라고 응답하였다. 도시지역 거주노인 중 26.3%가 경제활동을 한다고 응답하였고, 농촌지역 거주노인 중 55.2%가 경제활동을 한다고 응답하였다.

대상자의 정신적, 신체적 건강특성을 포함하는 건강 관련 특성은 다음과 같다.

도시지역 거주노인의 11.4%, 농촌지역 거주노인의 13.8%가 최근 한달 동안 질병이나 손상으로 거의 하루 종일 누워보내야 했던 날이 있었다고 응답하였으며, 주관적 건강상태는 도시지역 거주노인에서는 41.2%가 '좋다'로, 농촌지역 거주노인의 경우 39.4%가 '좋다'로 응답하였다. 도시지역 거주노인의 77.7%, 농촌지역 거주노인의 72.5%에서 일상활동에 제한이 없다고 응답하였다. 도시지역 거주노인의 11.8%와 농촌지역 거주노인의 17.5%가 현재 흡연자로 나타났으며, AUDIT점수는 도시지역 거주노인 3.97(±5.31), 농촌지역 거주노인이 4.38(±5.99)로 나타났다. 도시지역 거주노인의 15.4%와 농촌지역 거주노인의 15.0%에서 지난 1년간 연속적으로 2주 이상 우울을 경험한 적이 있다고 응답하였다. 도시지역 거주노인의 30.0%는 스트레스가 없다고 응답하였으나, 47.7%가 낮은 수준의 스트레스를 경험하고 있었고 22.3%가 높은 수준의 스트레스를 경험하고 있다고 응답하였다. 농촌지역 거주노인의 경우 32.0%는 스트레스가 없다고 응답하였으나, 45.8%가 낮은 수준의 스트레스를, 22.2%가 높은 수준의 스트레스를 경험하고 있다고 응답하였다 (Table 1).

2. 거주지역별 노인의 인구사회학적 특성 및 건강관련 특성에 따른 자살생각의 차이

대상자의 22.4%가 지난 1년간 자살생각을 한 적이 있다고 응답하였고, 도시지역 거주 노인은 21.1%, 농

촌지역 거주노인은 23.6%가 자살생각을 한 적이 있다고 응답하였으나 이러한 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(Table 2). 도시지역 거주노인 중 21.1%가 지난 1년 동안 자살 생각을 한 적이 있는 것으로 나타났으며, 78.9%는 지난 1년간 자살 생각을 한 적이 없다고 응답하였다. 도시지역 거주노인의 자살 생각은 성별($\chi^2=15.586, p<.001$), 연령($\chi^2=10.583, p=.014$), 교육수준($\chi^2=27.705, p<.001$), 동거가족 여부($\chi^2=11.882, p=.001$), 가구평균 소득($\chi^2=11.154, p<.001$), 와병 여부($\chi^2=45.883, p<.001$), 지각된 건강상태($\chi^2=51.998, p<.001$), 일상활동 제한($\chi^2=39.263, p<.001$), 흡연여부($\chi^2=6.592, p=.037$), 우울($\chi^2=161.281, p<.001$), 스트레스($\chi^2=107.756, p<.001$)에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다.

자살생각과 관련하여 농촌지역 거주노인 중 23.6%가 지난 1년 동안 자살 생각을 한 적이 있는 것으로 나타났으며, 76.4%는 지난 1년간 자살 생각을 한 적이 없다고 응답하였다. 농촌지역 거주노인의 자살 생각은 성별($\chi^2=6.996, p=.008$), 가구평균 소득($\chi^2=14.527, p=.002$), 직업유무($\chi^2=7.219, p=.007$), 와병 여부($\chi^2=22.524, p<.001$), 지각된 건강상태($\chi^2=28.570, p<.001$), 일상활동 제한($\chi^2=36.701, p<.001$), 우울($\chi^2=101.830, p<.001$), 스트레스($\chi^2=63.733, p<.001$)에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 3).

3. 도시지역 거주노인의 자살 생각 관련 위험요인

도시지역 거주노인의 자살생각과 관련된 영향요인을 파악하기 위해 Rao-scott χ^2 -test에서 통계적으로 유의하였던 성별, 연령, 교육수준, 동거가족 여부, 가구평균 소득, 와병 여부, 지각된 건강상태, 일상활동 제한, 흡연여부, 우울, 스트레스 변수들을 중심으로 단변량 및 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는

Table 2. Differences in Suicidal Ideation according to Residence Area N=1,464

Characteristics	Categories	Yes		No		χ^2 (p)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Residence area	Urban	206 (21.1)	771 (78.9)			1.275 (.284)
	Rural	115 (23.6)	372 (76.4)			
Total		321 (22.4)	1143 (77.6)			

Table 3. Differences in Suicidal Ideation according to Sociodemographics and Health related Characteristics of Subjects
N=1,464

Characteristics Categories		Urban		χ^2 (p)	Rural		χ^2 (p)
		Yes n (%)	No n (%)		Yes n (%)	No n (%)	
Total		206 (21.1)	771 (78.9)		115 (23.6)	372 (76.4)	
Gender	Male	61 (15.0)	346 (85.0)	15.586 ($<.001$)	38 (17.8)	175 (82.2)	6.996 (.008)
	Female	145 (25.4)	425 (74.6)		77 (28.1)	197 (71.9)	
Age	65~69	59 (17.7)	274 (82.3)	10.583 (.014)	27 (18.8)	117 (81.3)	4.522 (.210)
	70-74	61 (18.9)	261 (81.1)		39 (23.1)	130 (76.9)	
	75-79	51 (24.8)	155 (75.2)		28 (26.2)	79 (73.8)	
	≥80	35 (30.2)	81 (69.8)		21 (31.3)	46 (68.7)	
Education	≤Elementary school	154 (26.0)	439 (74.0)	27.705 ($<.001$)	98 (25.3)	290 (74.7)	6.492 (.090)
	Middle school	26 (19.7)	106 (80.3)		6 (16.7)	30 (83.3)	
	High school	16 (9.0)	161 (91.0)		11 (23.4)	36 (76.6)	
	≥College	9 (12.2)	65 (87.8)		0 (0.0)	16 (100.0)	
Living	Alone	54 (30.7)	122 (69.3)	11.882 (.001)	27 (26.2)	76 (73.8)	.489 (.484)
	With others	152 (19.0)	649 (81.0)		88 (22.9)	296 (77.1)	
Household income	1 interquartile	120 (25.5)	351 (74.5)	11.154 ($<.001$)	83 (28.3)	210 (71.7)	14.527 (.002)
	2 interquartile	39 (16.1)	203 (83.9)		20 (17.4)	95 (82.6)	
	3 interquartile	25 (17.5)	118 (82.5)		7 (15.9)	37 (84.1)	
	4 interquartile	19 (17.3)	91 (82.7)		1 (3.3)	29 (96.7)	
Occupation	Yes	47 (18.3)	210 (81.7)	1.551 (.213)	51 (19.0)	218 (81.0)	7.219 (.007)
	No	158 (22.0)	561 (78.0)		64 (29.4)	154 (70.6)	
Lying in a sick bed	No	154 (17.8)	710 (82.2)	45.883 ($<.001$)	84 (20.0)	336 (80.0)	22.524 ($<.001$)
	Yes	62 (54.9)	51 (45.1)		31 (46.3)	36 (53.7)	
Perceived health	Good	37 (13.6)	235 (86.4)	51.998 ($<.001$)	17 (15.5)	93 (84.5)	28.570 ($<.001$)
	Fair	63 (15.6)	340 (84.4)		30 (15.6)	162 (84.4)	
	Poor	106 (35.1)	196 (64.9)		68 (36.8)	117 (63.2)	
Daily activity	No limit	127 (16.7)	632 (83.3)	39.263 ($<.001$)	58 (16.4)	295 (83.6)	36.701 ($<.001$)
	Limit	79 (36.2)	139 (63.8)		57 (42.5)	77 (57.5)	
Current smoking status	Current	27 (23.5)	88 (76.5)	6.592 (.037)	21 (24.7)	64 (75.3)	3.725 (.155)
	Former	46 (15.9)	243 (84.1)		23 (17.6)	108 (82.4)	
	Never	133 (23.2)	440 (76.8)		71 (26.2)	200 (73.8)	
Alcohol intake	AUDIT score	3.64±5.86	4.05±5.16	-.820 (.413)	3.26±4.81	4.69±6.26	-1.733 (.077)
Depression	No	116 (14.0)	711 (86.0)	161.281 ($<.001$)	64 (15.5)	350 (84.5)	101.830 ($<.001$)
	Yes	90 (60.0)	60 (40.0)		51 (69.9)	22 (30.1)	
Stress	None	23 (7.8)	270 (92.2)	107.756 ($<.001$)	18 (11.5)	138 (88.5)	63.733 ($<.001$)
	Low	85 (18.2)	381 (81.8)		41 (18.4)	182 (81.6)	
	High	98 (45.0)	120 (55.0)		56 (51.9)	52 (48.1)	

Table 4와 같다. 다변량 분석에서 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인은 연령, 교육수준, 외병 여부, 흡연여부, 우울, 스트레스로 나타났다.

이를 구체적으로 살펴보면, 자살생각은 연령이 1세 증가할 때 1.046배 증가하였고, 교육수준에서는 초등학교 졸업이하인 경우에 비해 고졸인 경우 자살생각이 63.8% 낮았다. 최근 한 달 동안 질병이나 손상으로

거의 하루 종일 누워보내야 했던 날이 있었던 경우 자살생각이 2.069배 증가하였고, 현재 흡연자의 경우 비흡연자에 비해 자살생각이 2.137배 증가하였다. 우울하다고 응답한 노인은 그렇지 않은 노인에 비해 자살생각을 5.519배나 더 하였고, 스트레스가 없다고 응답한 노인에 비해 낮은 수준의 스트레스를 인지하는 노인은 3.044배, 높은 수준의 스트레스를 인지하는 노인

Table 4. Odds Ratio of Risk Factors of Suicidal Ideation in Urban

N=977

Characteristics	Categories	Unadjusted OR	95% CI	p	Adjusted OR	95% CI	p
Gender	Male	1			1		
	Female	1.935	1.390-2.695	<.001	1.479	0.755-2.897	.253
Age		1.043	1.015-1.071	.003	1.046	1.009-1.083	.013
Education	≤Elementary school	1			1		
	Middle school	0.699	0.439-1.115	.133	0.789	0.447-1.389	.411
	High school	0.283	0.164-0.489	<.001	0.362	0.188-0.695	.002
	≥College	0.395	0.192-0.812	.011	0.747	0.318-1.757	.504
Living	Alone	1			1		
	With others	1.890	1.311-2.725	.001	1.455	0.901-2.351	.125
Household income	4 interquartile	1			1		
	3 interquartile	0.611	0.357-1.044	.071	0.973	0.452-2.094	.943
	2 interquartile	0.620	0.384-1.000	.050	0.842	0.419-1.690	.628
	1 interquartile	0.562	0.377-0.839	.005	0.893	0.468-1.704	.732
Occupation	Yes	1			1		
	No	1.258	0.876-1.808	.214	1.048	0.664-1.654	.842
Lying in a sick bed	No	1			1		
	Yes	3.855	2.556-5.812	<.001	2.069	1.202-3.560	.009
Perceived health	Good	1			1		
	Fair	1.177	0.759-1.825	.467	1.187	0.712-1.978	.512
	Poor	3.435	2.258-5.225	<.001	1.238	0.703-2.180	.459
Daily activity	No limit	1			1		
	Limit	2.851	2.037-3.989	<.001	1.155	0.708-1.884	.565
Current smoking status	Never	1			1		
	Ever	0.626	0.433-0.907	.013	1.873	0.966-3.631	.063
	Current	1.015	0.633-1.629	.951	2.137	1.006-4.539	.048
Depression	No	1			1		
	Yes	9.194	6.281-13.459	<.001	5.519	3.537-8.611	<.001
Stress	None	1			1		
	Low	2.619	1.610-4.259	<.001	3.044	1.744-5.313	<.001
	High	9.587	5.801-15.845	<.001	7.221	3.964-13.151	<.001

은 7.221배 자살 생각을 더 하는 것으로 나타났다.

4. 농촌지역 거주노인의 자살 생각 관련 위험요인

농촌지역 거주노인의 자살생각과 관련된 영향요인을 파악하기 위해 Rao-scott χ^2 -test에서 통계적으로 유의하였던 성별, 가구평균 소득, 외병 여부, 지각된 건강상태, 일상활동 제한, 경제활동여부, 우울, 스트레스 변수들을 중심으로 단변량 및 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 Table 5와 같다. 다변량 분석에서 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인은 가구평균 소득, 일상활동제한, 우울, 스트레스로 나타났다.

이를 구체적으로 살펴보면, 자살생각은 가구평균 소

득이 높은 경우에 비해 매우 낮은 경우 10.120배 증가하였고, 일상활동에 제한이 없는 경우에 비해 있는 경우 2.323배 증가하였다. 우울하다고 응답한 노인은 그렇지 않은 노인에 비해 자살 생각을 8.302배나 더 하였고, 스트레스가 없다고 응답한 노인에 비해 높은 수준의 스트레스를 인지하는 노인은 4.250배 자살 생각을 더 하는 것으로 나타났다.

IV. 논 의

본 연구는 국가수준에서 실시된 국민건강영양조사 자료를 이용하여 도시지역 거주 노인과 농촌지역 거주 노인의 자살생각 빈도 및 자살생각에 영향을 미치는

Table 5. Odds Ratio of Risk Factors of Suicidal Ideation in Rural

N=487

Characteristics	Categories	Unadjusted OR	95% CI	p	Adjusted OR	95% CI	p
Gender	Male	1			1		
	Female	1.800	1.161-2.791	.009	1.494	0.846-2.638	.167
Household income	4 interquartile	1			1		
	3 interquartile	5.486	0.638-47.145	.121	6.704	0.646-69.546	.111
	2 interquartile	6.105	0.785-47.471	.084	7.220	0.782-66.638	.081
	1 interquartile	11.462	1.536-85.510	.017	10.120	1.156-88.638	.037
Lying in a sick bed	No	1			1		
	Yes	3.486	2.038-5.964	<.001	1.469	0.715-3.019	.296
Perceived health	Good	1			1		
	Fair	1.013	0.530-1.935	.969	0.994	0.457-2.161	.987
	Poor	3.179	1.750-5.777	<.001	1.705	0.796-3.651	.170
Daily activity	No limit	1			1		
	Limit	3.765	2.417-5.866	<.001	2.323	1.251-4.311	.008
Occupation	Yes	1			1		
	No	1.776	1.165-2.709	.008	1.066	0.612-1.856	.822
Depression	No	1			1		
	Yes	12.678	7.195-22.339	<.001	8.302	4.320-15.955	<.001
Stress	None	1			1		
	Low	1.727	0.951-3.137	.073	1.554	0.787-3.067	.204
	High	8.256	4.444-15.340	<.001	4.250	2.031-8.897	<.001

요인을 파악하였다.

연구결과 노인대상자의 22.4%, 도시지역 거주노인의 21.1%, 농촌지역 거주노인의 23.6%가 지난 1년간 자살생각을 한 적이 있는 것으로 나타났는데, 이는 2005년에 실시된 국민건강영양조사 자료를 기반으로 한 Kim 등(2010)의 연구에서 우리나라 노인의 자살생각 빈도가 30.5%였던 것과 비교하면 낮은 수치라 할 수 있다. 그러나 2007년부터 2008년까지 제4차 국민건강영양조사를 통하여 25세에서 64세까지의 성인을 대상으로 한 연구(Chin, Lee, & So, 2011)에서는 남성의 10.8%, 여성의 19%가 자살생각을 한 것으로 나타나 성인에서 보다 노인에서 자살생각이 더 높은 것을 알 수 있다. 따라서 우리나라 노인들을 대상으로 자살생각이 자살시도로 이어지지 않도록 예방하기 위한 다양한 중재가 시급하다 하겠다. 또한 본 연구에서는 통계적으로 유의한 차이는 아니었지만 도시지역 거주노인에 비해 농촌지역 거주노인의 자살생각이 더 높게 나타났다. 이러한 결과는 시군구 단위로 개설된 보건복지 인프라 수준이 노인자살률과 깊은 상관관계를 가진다고 보고한 Yoon과 Choi (2012)의 연구결과를 지지하는 것이다. Yoon과 Choi (2012)는 의료

자원에 대한 서비스 접근성이 떨어질수록 자살위험이 증가하고, 이러한 열악한 환경에서는 사소한 개인적 위기도 자살충동이라는 위험으로 직결된다고 지적하고 있다. 또한 노인들은 청소년 자살과 달리 계획적이고 사회적 요인의 영향을 많이 받는다는 점에서 상대적으로 취약한 농촌지역 거주노인들을 위한 사회안전망 등의 인프라 구축이 시급하며, 정신보건센터, 복지관, 보건지소, 보건진료소의 사례관리를 통해 노인들에 대한 지속적인 사회적 지지 및 자원 접근성을 더욱 강화하기 위한 전략이 필요하다.

본 연구에서 도시지역과 농촌지역 모두 우울과 스트레스가 노인의 자살생각과 관련이 있는 것으로 나타났는데, 우울은 노인의 자살생각에 영향을 미치는 가장 강력한 위험요인이라는 선행연구들(Choi et al., 2011; Choi et al., 2008; Kim et al., 2010; Rhee & Kim, 2011; Sohn, 2012)의 결과와 일치하는 것이다. 노인은 노화나 질병, 또한 경제적 어려움, 사회적 고립, 기능쇠퇴 등 여러 가지 신체적, 심리 사회적 요소들로 우울의 취약성이 증가하며(Alexopoulos, 2005), 자살생각이란 자살과정의 중요한 첫 단계이며 자살 계획과 시도에 선행되는 것으로서, 노인자살을 예방하기

위해서는 무엇보다 자살의 위협에 노출되어 있는 고위험집단을 파악하는 일이 우선되어야 하며 우울증세가 보이는 노인을 발견하면 지역사회내에 있는 정신보건센터와 연계하여 적절한 간호증제를 받을 수 있도록 유도해야 할 것이다. 또한 노인의 우울을 관리하기 위해 취미활동이나 사회적 모임에 참여할 수 있도록 주변인들의 격려와 지지가 필요하며, 신체적인 기능 유지와 질병 예방 및 치료를 위한 노력이 요구된다.

우울과 함께 스트레스가 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인임이 밝혀졌는데 이 역시 여러 선행연구들(Choi et al., 2008; Choi et al., 2011; Kim et al., 2010; Kim & Kim, 2012)의 결과와 일치하는 것이다. 노년기에는 신체적 질환, 가족, 경제력 등 생활사건의 문제들이 스트레스로 작용하며 많은 스트레스는 노년기의 안녕수준과 자아실현에 영향을 주는 다양한 변수로 작용하는 것으로 밝혀졌으며(Kim & Kim, 2012), 스트레스가 누적되면 심리적으로 신경이 예민해져서 걱정과 불안, 초조, 긴장 등의 현상으로 신경쇠약과 우울, 의욕상실 등의 징후가 나타나고 정서상태의 불안정과 비탄 및 증오감을 갖게 되며, 극도의 경우에는 자살에 이르기기도 한다(Choi et al., 2008). 따라서 노인들이 경험하는 스트레스 요인을 정확하게 파악하고 그 요인별로 개별화된 스트레스 감소방안과 대응방안을 교육·훈련하는 등의 중재가 증가하는 노인의 자살을 예방할 수 있을 것으로 사료된다.

그 외에도 도시지역 거주노인들의 자살생각과 관련 있는 요인들로는 연령(증가할수록), 교육수준(낮을수록), 외병여부(외병이 있을수록), 흡연으로 나타났다. 노인의 연령과 자살생각의 관계는 선행연구들에서 상반되는 결과를 보이고 있다. 한국 성인여성들을 대상으로 우울증과 자살생각에 대해 분석한 Choi 등(2011)의 연구에서는 연령이 증가할수록 자살생각이 증가하였으며, Ladwig 등(2008)의 연구에서도 연령이 높을수록 자살생각이 높은 것으로 보고하여 본 연구결과와 일치하였다. 그러나 Kim 등(2010)의 연구에서는 연령이 유의하지 않은 요인으로 보고되었다. 본 연구에서 교육수준이 고졸인 경우보다 초졸 이하인 경우가 자살생각이 더 높은 것으로 나타났는데, 이는 교육수준이 낮을수록 자살생각이 높다는 여러 선행연구들의 결과와 일치하는 것이다(Choi et al., 2008; Kang,

2005; Kim et al., 2010). 교육수준이 낮으면 낮은 지위에 속하는 직업에 종사하는 경우가 많고, 경제적으로 하층에 속할 가능성이 많을 것이다. 따라서 이러한 취약계층 노인의 자살예방에 더 많은 관심을 기울여야 할 것이다. 또한 외병여부 즉, 최근 한 달 동안 질병이나 손상으로 거의 하루 종일 누워보내야 했던 날이 있었던 경우 자살생각이 높게 나타났는데, 공공의료기관 이용환자를 중심으로 한 연구(Wang, Hwang, Jung, Han, & Kang, 2013)에서 질병이 있는 대상자가 자살위험성이 더 높다고 보고한 결과와 일치하며, Choi 등(2011)의 지적과 같이 건강한 사람에 비해 아픈 사람이 자살생각의 위험이 더 높다는 의미로 받아들여질 수 있을 것으로 사료된다. 본 연구에서 흡연경험이 전혀 없는 노인에 비해 현재 흡연하는 노인의 자살생각이 높은 것으로 나타나, 선행연구들(Choi et al., 2011; Fairweather, Anstey, Rodger, Jorm, & Christensen, 2007; Kim et al., 2010)의 결과를 지지하였다. 따라서 자살예방 프로그램 내용에 금연교육을 포함하는 것이 필요할 것으로 사료된다.

또한 농촌지역 거주노인들의 자살생각과 관련있는 요인들로는 우울, 스트레스 이외에 가구평균 소득(낮을수록), 일상활동제한으로 나타나 도시지역 거주노인들의 자살생각 관련요인과 다름을 알 수 있다. 가구평균 소득이 높은 경우에 비해 매우 낮은 경우 자살생각이 10배 정도 증가하였다는 본 연구결과는 성인여성을 대상으로 한 Choi 등(2011)의 연구, 도시 재가노인을 대상으로 한 Choi 등(2008)의 연구결과와 일치하는 것이다. 그러나 Kim 등(2010)의 연구에서는 노인의 경제수준과 자살생각 간의 관련성이 없는 것으로 나타나 본 연구결과와 차이가 있었다. 경제적 요인에 의해 발생하는 자살을 예방하기 위해서는 저소득층에 대한 재정지원과 정신건강서비스 지원노력을 강구하고 정신과 진료비를 지원하는 등 개인별 세심한 관심과 지원이 필요하다. 일상활동에 제한이 있는 경우 자살생각이 높게 나타났는데, 이는 신체적 기능, 즉 일상생활 수행능력과 수단적 일상생활 수행능력이 양호할수록 자살생각 정도가 낮다는 Jung과 Rho(2007)의 연구 결과를 지지하는 것이다. Awata 등(2005)의 연구(Kim et al., 2010에 인용됨)에서는 수단적 일상생활 수행능력의 문제는 노인들이 지역사회에서 독립적으로

살아가는데 어려움이 있음을 반영하며, 이러한 고립감, 무력감 및 독립성의 상실이 우울 여부에 관계없이 지역사회에 거주하는 노인들에게 중요한 심리적 문제가 될 수 있다고 지적한 바 있다. 본 연구에서는 대상자의 자기기입식 조사방식에 의해 일상활동의 제한정도를 조사하였는데, 객관적인 측정방법을 이용하여 자살생각과의 관계를 확인해 볼 필요가 있을 것으로 사료된다. 또한 방문간호사들이나 정신보건전문요원 등의 사례관리자들은 일상활동에 제한이 있는 노인들의 자살 위험성을 주의깊게 관찰하고 위험환경에 대한 안전점검과 관리를 해야 한다.

한편, 본 연구에서 노인의 성별은 자살생각에 유의한 영향을 미치지 않았는데, 선행연구들에서는 서로 상반되는 결과를 보였다. 65세 이상의 재가노인들 대상으로 분석한 Choi (2008)의 연구에서는 남성노인에 비해 여성노인이 자살에 대한 생각이 다소 강한 것으로 나타난 반면, 반대로 남성 노인이 여성 노인에 비해 자살생각이 높게 나타난 선행연구들(Bae, Kim, & Yoon, 2005; Choi & Kim, 2008; Kim et al., 2010)도 있었다. 또한 동거가족 여부도 노인의 자살생각에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타나, 배우자가 있는 노인들이 배우자가 없는 노인들에 비해 자살생각이 낮은 선행연구들(Choi & Kim, 2008; Kim et al., 2010)의 결과와 차이를 보였다. 본 연구에서는 동거가족을 배우자로 제한하지 않고 배우자를 포함하여 다른 동거가족이 있는지의 여부로 분석하였으나, 선행연구들에서는 결혼상태 즉 배우자 유무로 분석하였다. 따라서 추후연구에서는 동거가족을 배우자로 국한하여 그 영향을 분석할 필요가 있다.

본 연구는 면접방법이나 자기기입식 조사방식에 따라 수집된 국민건강 영양조사라는 2차 자료를 분석한 연구로서, 시계열 분석이 아닌 단면연구로 인하여 인과 관계를 도출하기 어려운 점과 자살생각이 곧바로 자살로 이어지는 것은 아니라는 한계가 있으나, 다단계 층화표집에 의한 전국 규모의 대표성과 신뢰성이 있는 자료로 연구결과의 일반화 가능성이 높은 장점이 있다. 본 연구에서는 노인의 자살생각 관련요인을 거주 지역별로 분석하였는데, 도시지역 거주노인과 농촌지역 거주노인 간에 차이가 있었다. 자살생각 관련요인 중 우울과 스트레스는 두 지역 모두에서 공통적인 요인이었

으나, 도시지역에서는 연령, 교육수준, 외병여부, 흡연여부가 농촌지역에서는 가구평균소득과 일상활동제한이 관련요인으로 밝혀졌다. 본 연구를 통해 노인들의 자살생각에 영향을 주는 요인이 거주지역에 따라 차이가 있음을 확인한 것은 의미가 있었으며, 앞으로 노인들의 자살예방을 위한 프로그램을 계획 시 본 연구에서 규명된 도시와 농촌의 지역별 차이를 고려하여야 할 것이다. 65세 이상 모든 노인들을 대상으로 정신건강증진 프로그램도 시행되어야 하겠지만, 특히 도시지역에서는 고연령, 교육수준이 낮은 노인들, 농촌지역에서는 저소득층, 일상활동에 제한이 있는 노인들 고위험 집단으로 하여 보건소, 노인복지관 등 노인들이 많이 활용하거나 노인들이 쉽게 접근할 수 있는 기관들의 전문인력에 대한 자살예방교육을 실시하고 우울증 및 자살위험노인 조기발견 등의 역할을 수행할 수 있도록 하며, 노인들에 대한 사회적 지원네트워크를 확대하고 자원 접근성을 더욱 강화해 나간다면 노인의 자살예방에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

V. 결 론

본 연구는 거주 지역에 따른 노인의 자살생각 빈도 및 자살생각에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 2011년도에 실시한 제5기 2차년도 국민건강영양조사 원시자료를 이용한 이차자료 분석연구이다. 연구결과 도시지역 거주노인의 21.1%가 지난 1년간 자살생각을 한 적이 있는 것으로 나타났으며, 우울과 스트레스, 연령, 교육수준, 외병여부, 흡연여부가 관련요인으로 규명되었다. 또한 농촌지역 거주노인의 23.6%가 지난 1년간 자살생각을 한 적이 있는 것으로 나타났으며, 우울, 스트레스, 가구평균소득과 일상활동제한이 관련요인으로 규명되었다.

이러한 결과로 볼 때, 노인들의 높은 자살생각이 자살로 이어지지 않도록 자살예방을 위한 중재가 시급함을 확인할 수 있었고, 거주 지역별로 자살생각에 영향을 미치는 요인에 차이가 있으므로 노인들을 위한 자살예방 프로그램을 계획 시 이러한 지역별 차이를 고려하여 노인들에게 더 효율적이고 개별적인 중재가 제공되어야 할 것으로 사료된다. 또한 본 연구에서 자살생각 관련요인으로 확인된 요인들에 대해서 좀 더 객

관적인 측정방법과 조사도구를 이용한 후속연구를 통해 노인들의 자살생각 빈도와 관련요인들의 관계를 지속적으로 확인할 필요가 있다.

References

- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365, 1961-1970.
- Babor, T. F., De la Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1989). *AUDIT-the alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care*. World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva.
- Bae, J. Y., Kim, W. H., & Yoon, K. (2005). Depression, suicidal thoughts and the buffering effect of social support among the elderly. *Journal of Gerontology*, 25(3), 59-73.
- Chin, Y. R., Lee, H. Y., & So, E. S. (2011). Suicidal ideation and associated factors by sex in Korean adults: A population-based cross-sectional survey. *International Journal of Public Health*, 56(4), 429-439.
- Choi, S. H., Choi, Y. H., & Kim, H. S. (2008). Suicidal ideation and associated factors of the elderly in urban areas. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 19(1), 5-12.
- Choi, H. A., Lee, D. S., & Kim, Y. J. (2011). Analysis on depression and suicidal ideation of Korean female adults - by using Korea National Health and Nutrition Examination Survey(KNHANES IV). *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 13(2B), 709-720.
- Choi, H. I. (2008). *A study on factors affecting elderly suicidal ideation*. Unpublished doctoral dissertation, Daegu University, Kyungbuk.
- Choi, H. J., Lee, J. H., Jung, H. K., & Kwon, S. B. (2011). Types of attitude toward suicide in high school students: A Q-methodology approach. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 25(2), 276-288.
- Choi, J. H., Yu, M., & Bang, K. S. (2013). A study on suicidal ideation of high school students in urban and rural area-focused on developmental assets and violence. *Journal of Korean Academy of Fundamental Nursing*, 20(1), 37-45. <http://dx.doi.org/10.7739/jkafn.2013.20.1.37>
- Choi, Y. H. (2004). Health-promoting behavior and quality of life of solitary elderly in rural area. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 21(2), 87-100.
- Choi, Y. H., & Kim, S. H. (2008). Suicide ideation and related factors according to depression in older adults. *Journal of Gerontology*, 28(2), 345-355.
- Chung, O. H., Kim, D. B., Chung, S. H., & Sohn, H. H. (2007). *Social welfare with the aged*. Seoul: Hakjisa publisher.
- Fairweather, A. K., Anstey, K. J., Rodger, B., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2007). Age and gender differences among Australian suicide ideators: Prevalence and correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2), 130-136.
- Han, S. S., Kang, S. W., Yoo, W. K., & Phee, Y. G. (2009). A Study of the determinants of suicidal ideation among the elderly in Korea. *Health and Social Welfare Review*, 29(1), 192-212.
- Hong, J. P., & Choi, S. H. (2011). *Annual report of suicide status in Korean(2011)*. Seoul: Korean Association for Suicide Prevention.
- Jung, H. Y., & Roh, S. H. (2007). Focused on the mediating effects of depression and stress on suicidal ideation - a study on factors influencing elderly suicidal ideation. *Journal of Gerontology*, 27(4), 789-805.

- Kang, E. J. (2005). Factors related to suicidal ideation by age group. *Health and Welfare Policy Forum*, 107, 81-86.
- Kim, H. Y., & Kim, A. L. (2012). A correlational study on the self efficacy, daily living stress, health related behavior and ego integrity. *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 14(6B), 3061-3073.
- Kim, H. K., Ko, S. H., & Chung, S. H. (2010). Suicidal ideation and risk factors among the elderly in Korea. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 24(1), 82-92.
- Kim, S. K. (2004). A study for raising the quality of the rural old aged men's lives. *Journal of Welfare for the Aged*, 23, 179-202.
- Korea Centers for Disease Control and Prevention (2011). *The Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey(KNHANES V-2)*.
- Ladwig, K., Klupsch, D., Ruf, E., Meisinger, C., Baumert, J. Erazo, N., & Wichmann, H. (2008). Sex-and age-related increase in prevalence rates of death wishes and suicidal ideation in the community: Results from the KORA-F3 Augsburg Study with 3154 men and women, 35 to 84 years of age. *Psychiatry Research*, 161(2), 248-252.
- Ministry of Health and Welfare (2013). *2013 Elderly health and welfare business guide*. Retrieved June 15, 2013, from http://library.mw.go.kr/Users/bogun/K/Go/PdfViewer.aspx?mastid=75012&pdf_url=K0037547.pdf
- Rhee, Y. S., & Kim, J. H. (2011). Effect of abuse on suicidal ideation among the older adults: Focused on the mediating effect of depression and self esteem. *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 13(4B), 2015-2026.
- Sohn, J. N. (2012). A study on factors influencing the suicidal ideation in elderly people who live alone or live with family. *Journal of the Korean Academy of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 21(2), 118-126.
- Szanto, K., Gildengers, A., Mulsant, B. H., Brown, G., Alexopoulos, G. S., & Reynolds, C. F. I. (2002). Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behavior in the elderly. *Drugs and Aging*, 19(1), 11-24.
- Wang, M. S., Hwang, S. S., Jung, H. C., Han, S. J., & Kang, K. A. (2013). Effect of suicidal risk, meaning in life on age-dependent life respect in patients at public hospital. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 27(1), 113-128. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2013.27.1.113>
- Yi, E. S., & Lee, S. J. (2009). Stress, depression, suicidal thoughts, and the buffering effects of physical leisure activities among the elderly in rural area. *Korean Society for the Sociology of Sport*, 22(2), 34-54.
- Yi, S. M., Shoe, C. J., Kim, M. J., & Kim, S. H. (2007). Effect of health calisthenics program of body composition, blood pressure and serum lipid living in the rural elderly woman. *Journal of Human Movement Science*, 45(6), 514-554.
- Yoon, M. S., & Choi, M. M. (2012). Effects of welfare and mental health resources on the suicide in community - focused on social welfare infra and mental health infra. *Journal of community welfare*, 40, 213-238.

Suicidal Ideation and Associated Factors of the Elderly According to Residence Area - Focusing on the Comparisons between Urban and Rural Areas -

Mun, Young-Hee (Assistant Professor, Kunsan College of Nursing)

Im, Mee Young (Associate Professor, Department of Nursing, Seoil University)

Purpose: This study was conducted in order to investigate the incidence and associated factors of suicidal ideation among the elderly according to residence area. **Methods:** This cross-sectional study used secondary data from the 2011 Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V-2). A representative sample of 1,464 men and women aged 65 and over was selected. Rao-scott χ^2 -test, multiple logistic regression models based on sampling scheme of the data were used. **Results:** Of the 1,464 respondents, 22.4% had experienced suicidal ideation during the past year. Higher incidence of suicidal ideation was observed in rural seniors (23.7%) than in urban seniors (21.1%). The incidence of suicidal ideation showed correlation with age, education level, depression, stress, lying in a sick bed, and current smoking status among elderly living in urban areas. However, among elderly living in rural areas, the incidence of suicidal ideation showed correlation with household income, depression, stress, and daily activity. **Conclusion:** Based on the results, nurses should manage effective and individualized nursing interventions for elders in planning suicide prevention programs with consideration for residence areas, because there were differences in the factors affecting suicidal ideation among elders according to residence area.

Key words : Elderly, Suicidal ideation, Residence area, KNHANES