農村醫學·地域保健學會誌 : 第39券 第2號(2014年 6月) DOI: http://dx.doi.org/10.5393/JAMCH.2014.39.2.081
J Agric Med Community Health 2014;39(2):81~93

일부 농촌지역 노인돌보미 대상 독거노인의 자살생각 관련요인

최희영[1),2)], 류소연[3)], 곽광일[1),4)], 최철원[1),5)]
조선대학교 대학원 보건학과[1)], 서남대학교 보건행정학과[2)],
조선대학교 의과대학 예방의학교실[3)], 서남대학교 물리치료학과[4)], 한려대학교 임상병리학과[5)]

The factors associated with suicidal ideation among the elderly living alone received the elderly care service in a rural area

Hee-Young Choi[1),2)], So-Yeon Ryu[3)], Gwang-Il Kwak[1),4)], Cheol-Won Choi[1),5)]
Department of Public Health, The Graduate School of Chosun University[1)]
Department of Health Administration, Seonam University[2)]
Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chosun University[3)]
Department of Physical Therapy, Seonam University[4)]
Department of Clinical Laboratory Science, Hanlyo Uviversity[5)]

= Abstract =

Objectives: The objective of this study was to identify the factors associated with suicidal ideation among the elderly living alone received the elderly care service in a rural area.

Methods: This study was surveyed 206 the elderly living alone who received the elderly care service in G-gun, Jeollanamdo. The collected data were socio-demographic and health-related characteristics, family support and suicidal ideation. The used methods for statistical analysis were used t-test, analysis of variance, Pearson's correlational analysis and the multiple logistic regression analysis.

Results: In univariate analysis, the suicidal ideation of the elderly living alone was statistically significant associated with age, monthly income, sufficiency of sleeping, depression, stress, activities of daily living, instrumental activities of daily living, perceived health status and family support. As a result of multiple regression analysis, the associated factors with suicidal ideation were age, depression, stress and the activities of daily living.

Conclusions: The suicidal ideation of the elderly living alone in the rural area was associated with age, mental health and independency of living. It will be needed the multidisciplinary approaches to prevent the suicidal ideation and attempts of the elderly living alone.

Key words: Activities of Daily Living, Aged, Depression, Stress, Suicidal ideation,

* 접수일(2014년 4월 10일), 수정일(2014년 6월 16일), 게재확정일(2014년 6월 18일)
* Corresponding author: 류소연, 광주광역시 동구 필문대로 309(우: 510-759), 조선대학교 의과대학 예방의학교실
So-Yeon Ryu, Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chosun University, 309 Pilmundae-ro, Dong-gu, Gwangju 501-759, Korea
Tel: 82-62-230-6483, Fax: 82-62-225-8293, E-mail: canrsy@chosun.ac.kr

서 론

노인의 경우 신체적 능력 저하 및 정신적 스트레스 증가는 우울감을 증가시키고, 우울은 자살생각이나 자살행동으로 나타나게 된다[1]. 그러나 노인이 가지고 있는 사회적 고립, 무력감 및 다양한 건강문제들을 노화의 한 과정으로 인식할 뿐 위험요인으로 인식하고 있지 않아 치명적인 결과를 야기할 수 있다[2]. 우리나라 노인 자살률은 OECD 국가 중 가장 높으며, 65세 이상 노인의 2011년 자살 사망률은 인구 십만명당 79.7명으로 2001년 42명보다 37.7명이 증가하였다[3]. 하지만, 사회적으로 노인자살을 은폐하려는 경향이 있고[4], 인구의 고령화를 고려한다면 자살 사망률이 더 증가할 가능성이 있다[5].

노인 자살은 65세 이상의 노인들에게 나타나는 자살생각, 자살시도, 자살행위에 이르기까지의 연속적인 개념으로 이해할 수 있다. 즉, 자살행위는 자살시도를 경험한 사람들에게 많이 발생하고, 자살시도는 자살생각을 많이 경험한 사람들에게 발생한다[6]. 자살생각은 자살시도나 자살행위에 앞서므로 자살생각의 결정요인을 이해한다는 것은 자살시도나 자살행위의 위험을 이해하거나 예방하는데 일조할 수 있고[7], 자살생각에 대한 접근을 통하여 자살시도 및 자살행동을 예측하고 예방하는 것이 가능하다고 제안되고 있다[8].

인구고령화는 도시지역에 비해 농어촌지역이 훨씬 빠르게 진행되고 있고, 독거노인도 증가하고 있다[9]. 우리나라 독거노인의 수는 2006년 830,122명에서 2011년 1,124,099명으로 증가하였고, 65세 이상 고령자가 홀로 사는 독거노인 가구는 2012년 총 가구 구성비의 6.6%를 차지하였다[10]. 이러한 독거노인의 증가현상이 사회적으로 문제가 되는 것은 독거노인은 일반노인에 비해 경제능력의 부족, 사회활동의 감소 및 사회적 지지망 부족 등의 측면에서 상대적으로 취약하기 때문이다[2,11]. 그리고 가족이나 친척의 지지 수준이 낮고 소외감과 고독감으로 살아가기 때문에 스트레스와 우울감이 증가하고, 자살생각의 발생 가능성이 있으며[12], 지리적으로나 사회적으로 그리고 정서적으로 고립된 노인일수록 자살에 이를 가능성이 높고[13] 배우자가 있는 경우에 비하여 배우자가 없는 경우에 우울 및 자살생각이 높다고 보고하고 있다[14].

독거는 노인자살의 가장 강력한 위험요인중 하나이며[15], 자살로 사망한 노인의 50% 가량이 홀로 사는 노인이다[16]. 그러므로 독거노인의 자살위험을 예방하고 관리하기 위해서는 독거노인의 자살에 대한 생각들을 파악할 필요가 있다. 그러나 그동안 독거노인 자살과 관련된 연구들은 대부분 도시지역을 대상으로 이루어졌으며[2,11,13], 농촌지역의 노인에 관한 연구[17]는 있으나 아직 미흡하다.

이에 본 연구는 농촌지역의 독거노인을 대상으로 자살생각을 파악하고 자살생각에 영향을 주는 요인을 규명해 보고자 시행된 것으로, 대상자의 사회 인구학적 특성, 건강관련특성, 가족지지관련요인과 자살생각과의 관련성을 파악하고, 다변량분석 모형을 이용하여 농촌지역 독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인들을 파악하고자 하였다.

대상 및 방법

1. 연구모형

이 연구에서는 농촌지역의 독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인을 구명하기 위하여 독거노인 자살생각에 관련된 모형[18]을 근거로 하여 구성하였다. 사회 인구학적 특성(성별, 연령, 교육수준, 종교, 경제활동, 월 평균 가구소득, 혼인상태, 자녀유무, 자녀방문횟수, 독거기간, 의료보장형태, 흡연여부, 음주여부, 수면여부, 만성질환 수), 건강관련특성(정신적 건강-우울, 스트레스, 신체적 건강-일상생활활동, 일상생활도구활동, 주관적인 건강상태)과 가족지지의 요인들과 자살생각과의 관련성을 분석 하였다(Figure 1).

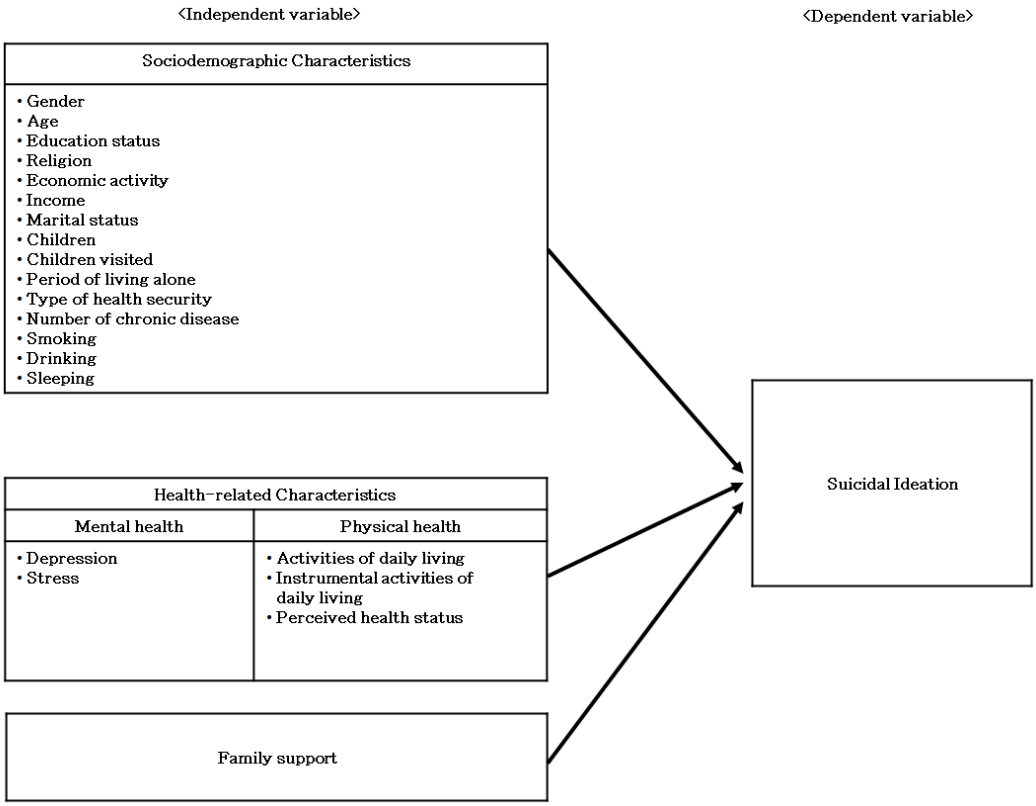

Figure 1. Study Model

2. 연구대상 및 자료수집

이 연구의 모집단은 2013년 조사당시 전라남도 G군에 거주하는 65세 이상의 노인 중 노인돌보미 서비스를 제공받는 독거노인 2,000명으로 정의하였다. 모집단으로부터 표본의 추출은 독거노인 2000명에게 노인돌보미 서비스를 제공하는 22명의 노인 돌보미를 조사원으로 선정하여, 이들이 서비스를 제공하는 독거노인 중 10명씩을 임의 선택하여 220명을 대상으로 조사하였다. 구조화된 설문지를 이용하여 2013년 1월 28일부터 2월 27일까지 수집을 하였다. 자료 수집은 자살이라는 주제의 민감성과 대상자들의 부정확한 응답을 줄이고자 매월 정기적인 가정방문을 통하여 친밀감과 신뢰를 얻고 있는 노인돌보미들을 조사원으로 선정하여, 설문지 조사에 대한 기본이해, 설문 문항에 대한 이해, 독거노인 설문조사 시 유의점들에 대한 사전교육을 실시하였다. 그리고 연구대상 가정을 직접 방문하여 인지기능장애가 없고 의사소통이 가능한 대상자에게 연구의 목적과 취지를 설명하고 조사자가 일대일 개별면담에 의해 수집하였다. 그 중 불완전한 응답을 한 14명을 제외한 총 206명의 자료를 최종 분석 자료로 사용하였다.

3. 주요변수

1) 사회인구학적 특성

사회인구학적 특성은 성별과 연령, 교육수준, 종교, 경제활동, 월평균 가구소득, 혼인상태, 자녀유무, 자녀방문횟수, 독거기간, 의료보장형태, 흡연상태, 음주상태와 만성질환수를 조사하였다. 교육수준은 무학, 초등학교 졸업, 중학교 졸업이상으로 분류하였다. 종교는 무교, 기독교, 천주교, 불교, 기타로 조사하여 종교 있음과 없음으로 재분류 하였다. 경제활동은 '현재 한다', '하지 않는다'로 조사하였다. 월평균 가구소득은 30만원 미만, 30만원-50만원 미만, 50만원 이상으로 구분하였으며, 혼인상태는 사별과 기타로 조사하였고, 자녀의 유무는 '있다', '없다'로 분류하였고, 자녀의 방문 횟수는 주 1회 이상, 월 1회 이상, 6개월에

2회 이상, 1년에 1회 이상, 방문이 없다로 분류하였고, 이중 자녀가 없는 경우는 자녀 방문이 없는 경우로 정의하였다. 독거기간은 1-4년, 5-9년, 10-14년, 15년 이상으로 구분하였고, 의료보장형태는 의료보험과 의료급여로 분류하였다. 흡연상태와 음주상태는 '현재 한다'와 '하지 않는다'로, 수면시간은 '충분하다'와 '충분하지 않다'로, 만성질환은 뇌졸중, 고혈압, 당뇨, 심장질환, 간질환, 위장질환, 백내장, 관절염, 골다공증, 결핵, 암과 만성폐쇄성 폐질환 등 12개 질환에 대해 의사로부터 진단을 받은 질환의 수를 조사하여, 0, 1, 2-3, 4개 이상으로 분류하였다.

2) 건강관련 특성

건강관련특성을 정신적 건강관련 특성과 신체적 건강관련 특성을 조사하였다. 정신적 건강관련 특성으로는 우울과 스트레스, 신체적 건강관련 특성은 일상생활활동(ADL), 일상생활도구활동(IADL)과 주관적 건강상태를 조사하였다.

(1) 우울

우울은 Sheilkh 등[19]이 개발한 GDS(Geriatric Depression Scale) Short Form을 Kee[18]가 우리말로 번안하여 단순화시킨 표준화된 한국판 노인 우울 척도 단축형 도구(Geriatric Depression Scale Short Form Korea Version : GDSSF-K)를 사용하였다. 총 15문항이며, 각 문항은 '전혀 아니다(1점)', '약간 그렇다(2점)', '보통이다(3점)', '많이 그렇다(4점)', '매우 그렇다(5점)'로 측정하며, 각 문항의 점수를 합한 점수가 높을수록 우울정도가 크다는 것을 의미하고, 부정문항인 5문항은 응답내용을 역산하여 계산하였다. 이 조사도구의 신뢰도는 Chronbach's α=.76이었다.

(2) 스트레스

스트레스는 Seo 등[20]이 개발한 노인 스트레스 측정도구(Seo's Elderly Stress Scale : SEES)를 사용하였다. 총 35문항으로 측정하였고 3개의 영역인 가족관계영역 11문항, 신체적인 영역 8문항, 심리·사회·경제적인요인이 16문항이며, 각 문항은 '전혀 없다(0)', '가끔 있다(1)', '자주 있다(2)', '항상있다(3)'로 측정하며, 각 문항의 점수를 합한 점수가 높을수록 스트레스가 크다는 것을 의미한다. 이 조사도구의 신뢰도는 Chronbach's α=.95이었다.

(3) 일상생활활동

일상생활은 Won 등[21]이 개발한 한국형 일상생활활동 측정도구(Korean Activities of Daily Living : K-ADL)를 사용하였다. 총 7문항으로 측정하였고, 옷 입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 이동하기, 화장실 사용과 대소변조절로 구성되어, 각 문항은 '혼자서 할 수 있음(0)', '약간의 도움이 필요(1)', '혼자서 할 수 없음(2)'으로 측정하며, 각 문항의 점수를 합한 점수가 높을수록 도움이 많이 필요하다는 것을 의미한다. 이 조사도구의 신뢰도는 Chronbach's α=.97이었다.

(4) 일상생활도구활동

일상생활도구활동은 Won 등[21]이 개발한 한국형 일상생활도구활동의 측정도구(Korean Instrumental Activities of Daily Living : K-IADL)를 사용하였다. 총 10문항으로 측정하였고, 몸단장, 집안 일, 식사준비, 빨래하기, 근거리 외출, 교통수단 이용, 물건사기(쇼핑), 금전관리, 전화하기와 약 챙겨먹기로 구성되어 각 문항은 '혼자서 할 수 있음(0)', '약간의 도움이 필요(1)', '혼자서 할 수 없음(2)'으로 측정하며, 각 문항의 점수를 합한 점수가 높을수록 도움이 많이 필요하다는 것을 의미한다. 이 조사도구의 신뢰도는 Chronbach's α=.96이었다.

(5) 주관적인 건강상태

주관적인 건강상태는 Lawton 등[22]의 건강자가평가(Health Self-Rating Scale)를 Lim[23]에 의해 번안된 도구를 사용하였다. 총 4문항으로 측정하였고 '매우 좋다(5)', '좋다(4)', '보통이다(3)', '나쁘다(2)', '매우 나쁘다(1)'로 측정하며, 각 문항의 점수를 합한 점수가 높을수록 노인이 생각하는 자신의 건강 상태가 좋다는 것을 의미

한다. 이 조사도구의 신뢰도는 Chronbach's α =.92이었다.

3) 가족지지

가족지지는 Cobb[24]의 이론을 기초로 Kang[25]이 우리나라의 실정에 맞게 수정·보완한 가족지지 측정 도구를 사용하였다. 총 11문항으로 측정하였고 2문항(6번, 7번)은 응답자의 편중을 감소시키기 위해서 부정문항으로 이루어져 있다. 각 문항은 '항상 그렇다(5)', '자주 그렇다(4)', '보통이다(3)', '그렇지 않다(2)', '매우 그렇지 않다(1)'로 측정하며, 각 문항의 점수를 합한 점수가 높을수록 가족에 대한 지지가 높다는 것을 의미하고, 부정문항인 2문항은 응답내용을 역산하여 계산하였다. 이 조사도구의 신뢰도는 Chronbach's α=.92이었다.

4) 자살생각

자살생각은 Beck 등[8]이 개발한 자살생각척도(Scale for sucidal Ideation : SSI)를 Park과 Shin[26]이 번안한 도구를 사용하였다. 총 11문항으로 구성되었고, 각 문항은 '자살생각이 많다(3)', '약간 있다(2)', '자살생각이 없다(1)'로 측정하며, 각 문항의 점수를 합한 점수가 높을수록 노인의 자살생각이 높다는 것을 의미한다. 이 조사도구의 신뢰도는 Chronbach's α=.92이었다.

4. 분석방법

수집된 자료는 자료입력 후 SPSS Ver 18.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 연구대상자의 사회인구학적 특성은 빈도와 백분율, 건강관련 특성, 가족지지와, 자살생각은 평균과 표준편차를 구하였다. 자살과 각 변수들의 관계를 파악하기 위하여 t-검정과 분산분석, 그리고 상관분석을 이용하였다. 연구대상자의 자살생각에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다변량 회귀분석을 시행하였다. 분석에 포함된 독립변수는 단순분석에서 $p<0.1$인 경우를 독립변수 포함 기준으로 제시하였다. 그러나 분석에 포함된 독립변수 간의 다중공선성의 발생 가능성 여부를 알아보기 위하여 독립변수들 간의 관련성 여부를 분석한 결과, 일상생활활동과 일상생활도구활동 간에 상관관계가 매우 높아 다중공선성이 발생할 수 있을 것으로 판단, 최종 분석에는 일상생활활동 만을 포함하였다. 이밖에 수면 충분성과 우울점수, 자녀방문횟수와 가족지지 간의 다중공선성 여부를 파악하여, 수면 충분성을 제외한 우울점수를 독립변수로 다중회귀분석에 포함하였다. 다중회귀분석 시 연령, 월평균가구소득, 자녀의 유무, 자녀의 방문횟수, 의료보장형태 등의 범주형 변수는 가변수로 처리하여 분석하였으며, 각 변수의 기준군은 연령은 65~74세, 월평균 가구소득은 30만원 미만, 자녀는 있다, 자녀방문횟수는 주 1회 이상, 의료보장형태는 의료보험으로 하였다.

결 과

1. 독거노인의 사회 일반적인 특성

연구 대상자의 성별은 여성이 70.9%, 남성 29.1%였다. 연령별로는 75세-84세 이하가 55.3%, 교육수준은 무학이 57.3%였다. 종교는 '있다'가 51.5%, 경제활동은 '하지 않는다'가 70.4%다. 월평균 가구소득은 30만원 미만이 64.1%였으며, 혼인 상태는 사별이 94.7%, 자녀 유무는 '있다'가 95.1%였다. 자녀방문 횟수는 '6개월에 2회 이상'이 41.3%, 독거기간은 15년 이상이 30.1%였다. 의료보장형태는 의료보험이 82.5%고, 만성질환수는 2-3개 이하가 54.9%였으며, 흡연여부는 '한다'가 16.5%, 음주여부는 '한다'가 24.8%, 수면여부는 '충분하게 하지 않는다'가 38.8%이었다(Table 1).

2. 독거노인의 건강관련 특성, 가족지지, 자살생각 정도

연구 대상자의 우울은 평균 46.06±7.57점, 스트레스는 평균 33.44±19.87점, 일상생활활동정도는 평균 2.90±4.49점, 일상생활도구활동정도는 평균 5.1±6.51점, 주관적 건강상태 정도는 평균 10.74±2.86점, 가족지지 정도는 평균 36.92±8.15점, 자살생각 정도는 평균 16.07±5.48점이었다(Table 2).

Table 1. General characteristics of the study subjects

Variable	Categories	N(%)
Gender	Male	60(29.1)
	Female	146(70.9)
Age	65-74	44(21.4)
	75-84	114(55.3)
	≤85	48(23.3)
Education status	Uneducated	118(57.3)
	Elementary school	68(33.0)
	More than middle school	20(9.7)
Religion	Yes	106(51.5)
	No	100(48.5)
Economic activity	Yes	61(29.6)
	No	145(70.4)
Monthly Income(won).	Less than 300,000	132(64.1)
	300,000-500,000	50(24.3)
	More than 500,000	24(11.7)
Marital status	Bereavement	195(94.7)
	Etc	4(1.9)
Children	Have	196(95.1)
	No	10(4.9)
Children visited	At least once a week	16(7.8)
	More than once a month	48(23.3)
	More than 2 times in 6 month	85(41.3)
	More than once a year	44(21.4)
	No visit	13(6.3)
Periods of living alone (yrs).	1-4	51(24.8)
	5-9	59(28.6)
	10-14	34(16.5)
	More than 15	62(30.1)
Type of health security	Medical insurance	170(82.5)
	Medical care	33(16.0)
Number of chronic diseases	0	3(1.5)
	1	56(27.2)
	2~3	113(54.9)
	≤4	34(16.5)
Current smoking	Yes	34(16.5)
	No	172(83.5)
Current drinking	Yes	51(24.8)
	No	155(75.2)
Sufficiency of sleeping	Enough	126(61.2)
	Not enough	80(38.8)
		206(100.0)

Table 2. Descriptive statistics of depression, stress, physical health status, perceived health status, family support and suicidal ideation

Variable	Mean±Standard deviation
Depression	46.06± 7.57
Stress	33.44±19.87
Activities of daily living	2.90± 4.49
Instrumental activities of daily living	5.16± 6.51
Perceived health status	10.74± 2.86
Family support	36.92± 8.15
Suicidal ideation	16.07± 5.48

3. 독거노인의 일반적인 특성과 자살생각과의 차이

연구 대상자의 일반적인 특성과 자살생각을 비교한 결과 연령(p=.003), 월평균 가구소득(p=.049), 수면 여부(p<0.001)에서 자살생각 점수와 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 성별, 교육수준, 종교, 경제활동, 혼인상태, 자녀유무, 자녀방문횟수, 독거기간, 의료보장형태, 만성질환 수, 흡연상태, 음주상태는 자살생각 점수가 유의한 차이가 없었다(Table 3).

4. 독거노인의 건강관련특성과 가족지지 및 자살생각 간의 상관관계

독거노인의 자살생각과 우울(r=.454, p<0.001), 스트레스(r=.402, p<0.001), 일상생활활동(r=.409, p<0.001), 일상생활활동도구(r=.364, p<0.001)는 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있었고, 주관적 건강상태(r=.-318, p<0.001), 가족지지(r=.-331, p<0.001)는 통계적으로 유의한 음의 상관관계가 있었다. 독거노인의 우울이 심하고, 상실경험, 스트레스, 일상생활활동, 일상생활도구활동이 높을수록 자살생각 점수가 증가하였다. 그리고 주관적 건강상태와 가족지지가 낮을수록 자살생각 점수가 증가하였다(Table 4).

5. 독거노인의 자살생각과 관련요인

독거노인의 사회일반적 특성, 건강관련 특성, 가족지지와 자살생각과의 통계적으로 유의했던 요인들의 관련성들을 살펴보기 위해 다중회귀분석 방법을 이용하여 알아본 결과, 일반적 특성 중 연령이 65-74세인 경우에 비해 75-84세 경우(β=-.181, p=.029), 건강관련 특성 중 우울점수가 증가할수록(β=.269, p<0.001), 스트레스 점수가 증가할수록(β=.211, p=.005), 일상생활동작의 경우 타인의 도움이 필요한 경우일수록 (β=.228, p=.003) 자살생각 점수가 통계적으로 유의하게 증가하였다. 월평균 가구소득, 자녀유무, 자녀방문횟수, 의료보장형태, 만성질환 수, 주관적 건강상태, 가족지지 등은 자살생각과 통계적으로 유의한 관련이 없었다. 분석에 포함된 독립변수들에 의한 설명력은 32.4%였다(Table 5).

고 찰

이 연구는 농촌지역에서 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 독거노인에게 안전 확인, 생활교육, 가사지원, 활동 지원 등 맞춤형 복지서비스를 제공하는 것을 목적으로 하는 사업인 노인돌보미 서비스를 받는 독거노인의 자살생각에 영향을 주는 요인을 구명하고자 하였다. 시행 결과, 자살생각과 관련성이 있는 변수는 사회인구학적인 특성의 연령과 건강관련특성인 우울증, 스트레스, 일상생활활동 등이 자살생각과 유의한 관련이 있음을 알 수 있었다.

Table 3. Comparisons of suicidal ideation score daccording to general characteristics

Variable	Categories	Suicidal Ideation	
		MD±SD	p-value
Gender	Male	16.80±5.90	.246
	Female	15.77±5.29	
Age	65-74	16.30±5.53	.003
	75-84	15.28±5.06	
	≤85	17.75±6.07	
Education level	Uneducated	16.03±5.59	.746
	Elementary school	15.90±5.55	
	Middle school	16.95±4.61	
Religion	Yes	15.71±5.60	.325
	No	16.46±5.34	
Economic activity	Yes	15.28±5.58	.185
	No	16.41±5.42	
Monthly income (won).	Less than 300,000	16.75±5.67	.049
	300,000-500,000	15.14±5.27	
	More than 500,000	14.29±4.17	
Marital status	Bereavement	16.07±5.45	.953
	Etc	16.18±6.16	
Children	Have	15.87±5.35	.087
	No	20.00±6.74	
Children visited	At least once a week	16.69±5.97	.074
	More than once a month	15.96±5.45	
	More than 2 times in 6 month	15.09±5.05	
	More than once a year	16.91±5.62	
	No visit	19.31±6.22	
Periods of living alone (yrs).	1-4	15.88±5.49	.947
	5-9	16.10±5.46	
	10-14	16.56±5.73	
	More than 15	15.94±5.47	
Type of health security	Medical insurance	15.66±5.48	.061
	Medical care	18.12±5.18	
Number of chronic diseases	0	14.00±5.19	.644
	1	15.43±5.60	
	2-3	16.29±5.32	
	More than 4	16.59±5.91	
Current smoking	Yes	15.62±6.27	.638
	No	16.16±5.32	
Current drinking	Yes	16.04±5.63	.961
	No	16.08±5.44	
Sufficiency of sleeping	Enough	14.67±4.60	<0.001
	Not enough	18.27±6.02	

Table 4. Correlational coefficients of suicidal ideation with various factors

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7
V2	.155*						
V3	.444**	.352**					
V4	.166*	.299**	.305**				
V5	.266**	.352**	.372**	.789**			
V6	-.343**	-.325**	-.367**	-.461**	-.523**		
V7	-.147*	-.447**	-.404**	-.192**	-.211**	.208**	
V8	.118	.454**	.402**	.409**	.364**	-.318**	-.331**

-V1; Number of chronic disease, V2; Depression, V3; Stress, V4; Activities of daily living, V5; Instrumental activities of daily living, V6; Perceived health status, V7; Family support, V8; Suicidal ideation
- **p<0.01, *p<0.05

Table 5. The significant affecting factors with suicidal ideation

Variable		β	S.E	p-value
Age (years) (/65~74)	75~84	-.181	0.906	0.029
	≥85	-.112	1.126	0.201
Monthly income (won) (/Less than 300,000)	300,000~500,000	-.032	0.829	0.626
	More than 500,000	-.090	1.173	0.194
Children (/Have)	No have	.116	1.907	0.122
Frequency of Children's visiting (/At least once a week)	More than once a month	-.018	1.415	0.871
	More than 2 times in 6 month	.028	1.367	0.823
	More than once a year	.049	1.399	0.642
	No visited	-.014	1.982	0.877
Type of health security (/Medical insurance)	Medical care	.020	0.948	0.762
Number of Chronic disease		-.074	0.540	0.267
Depression		.269	0.051	<0.001
Stress		.211	0.021	0.005
Activities of daily living		.228	0.093	0.003
Perceived health status		-.064	0.142	0.391
Family support		-.055	0.048	0.445

Adjusted R=.324

이 연구에서 연령은 65-74세가 75-84세보다 자살생각과 통계적으로 유의한 관련이 있었으며, 이는 농촌지역 독거노인의 경우, 연령이 낮은 노인들이 연령이 높은 노인들에 비해 자살생각을 많이 하는 것을 의미하였다. 이는 선행연구[27]에서 보고한 연령이 높은 노인일수록 자살생각이 많아진다는 결과와는 다르게 연령이 낮은 독거노인이 자살에 대한 생각이 컸고, 연령은 자살생각에 영향을 미치지 않는다는 연구의 결과[5,13,17]와도 상이하였다. 75세 이상 독거노인보다 65-74세의 독거노인의 경우 독거에 대한 기간과 적응이 짧아 심적인 부담감이 클 것이고, 이로 인해 자살생각을 고연령의 노인들 보다 많이 할 것으로 생각된다. 그러나 이 연구에서 독거기간은 자살생각과 유의한 관련성은 볼 수가 없었다. 또 다른 가능성으로 단면적 연구방법으로 인한 대상자의 선택적 생존을 들 수 있다. 65-74세 독거노인에 비해 75세 이상 독거노인의 경우는 자살생각에 이어 자살시도와 성공으로 이어져, 조사당시 이미 사망이나 시설입원 등의 이유로 조사에서 제외되어, 이로 인해 75세 이상에 비해 65-74세에서 자살생각이 더 높은 것으로 조사되었을 가능성이 높다. 이렇듯 독거노인의 연령과 자살생각과의 관련성에 대한 심층연구가 필요할 것으로 생각된다.

우울과 스트레스는 본 연구에서 우울의 정도가 높을수록 자살생각이 높았고, 스트레스의 정도도 높을수록 자살생각을 많이 하는 것으로 나타났다. 우울은 이전의 다른 연구[5]에서 알 수 있듯이 자살생각에 영향을 미치는 단일변수로써 가장 강력한 위험요인이었으며, 스트레스도 자살생각에 영향을 미치는 중요한 요인이며, 이는 본 연구의 결과와 일치하고 있다. 노인의 우울증은 죽음에 대한 두려움을 포함하는 심리적 반응의 한 형태로 다른 연령층에 비하여 그 예후가 높은 편이며, 자살의 위험을 높게 하여 자살 사망률을 증가시키는 높은 연관성을 지니고 있다[28]. 독거노인의 경우 비독거노인에 비해 우울증상이 높고 자살생각도 높아지고 있다[2]. 양순미와 임춘식의 연구[17]에서는 농촌지역 노인들의 경우 우울증은 가시적인 신체적 질병에 가려져 치료를 받아야 할 병리적인 장애로 인지되지 않은 채 방치되고 있다고 하였다. 이는 정신건강에 대한 중요성과 우울증 및 스트레스에 대한 인식과 정보의 부족 등으로 볼 수 있겠으며, 전문적인 치료를 요하는 정신질환에 대하여 접근할 수 있는 의료시설과 전문 인력 부족 등의 문제도 상당한 영향을 미칠 것이다. 이에 정신보건관련 전문가의 연계를 통하여 농촌지역의 독거노인에 대한 전문적이고 다각화된 접근방법을 통하여 우울증상 및 스트레스를 조기에 선별하고 파악하여 지속적인 관리와 함께 예방해야 할 것으로 사료된다.

일상생활활동은 본 연구에서 자살생각과 유의한 관련이 있었고, 이는 일상생활을 제대로 수행하지 못할수록 자살생각이 증가하는 선행연구[29]와 일치한다. 일상생활활동의 경우는 개인이 일반적인 생활을 하기 위해 필요한 옷 입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 화장실 사용 등의 기본적인 활동을 말한다. 일반적인 노인의 경우에는 일상생활활동이 어려울 경우는 배우자 및 가족의 도움을 받아서 할 수 있다. 하지만, 독거노인의 경우 일상생활활동을 제대로 수행할 수가 없는 경우 노인돌보미 등과 같은 타인의 도움을 받아 수행하기 때문에 독립적으로 일상생활을 수행할 수가 없어 많은 제한과 어려움이 발생할 것이고, 이는 신체적인 건강의 악화와 함께 독거노인의 무력감과 고독감을 더욱 증폭시켜 자살생각에 영향을 미칠 것이다. 이에 지역사회의 끊임없는 관심과 전문적인 프로그램의 도입을 통한 독거노인에 대한 지속적인 관리가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서 만성질환 수가 적을수록 자살생각을 하는 것으로 나타났지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 이는 노인의 만성질환의 수가 많을수록 자살생각을 많이 한다는 연구결과[30]와는 상이한 결과를 보이고, 노인들의 건강상태는 자살생각과 관련이 없다고 보고한 연구결과[4]와 유사하였다. 그리고 울혈성 심질환, 만성폐쇄성폐질환, 경련장애, 요실금, 불안장애, 우울증 등의 특정질환을 가진 노인들의 자살률이 그렇지 않은 노인들에 비하여 높다는 연구결과[31]도 있어 독거노인들에게 만성질환의 수 보다는 만성질환의

중증도에 따른 연구가 추후 필요할 것이다.

본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 연구대상자를 전라남도 G군에서 노인돌봄서비스를 제공받는 독거노인 2,000명 중에서 조사자인 노인돌보미 22명이 각 10명씩 임의편의추출 하여 대상자를 선정하고 조사하였기 때문에 이에 따른 결과를 전체 농촌의 독거노인으로 일반화하는 것은 한계가 있다. 그리고 연구대상자의 사회관계의 관점에 대한 변수들 중 지역사회와의 참여에 변수들을 연구 모델에 포함하지 않아 지역사회행사 참여 등의 사회적 관점이 자살생각에 영향을 미치는지에 대하여 파악하지는 못하였고, 본 연구는 단면연구방법으로 조사되어 자살생각과 관련요인 간의 원인적인 연관성을 설명할 수는 없다. 하지만 이러한 제한점에도 불구하고 지금까지 독거노인에 대한 연구는 대부분이 도시지역을 대상으로 이루어져 왔으며, 도시지역에 비해 열악한 의료 환경에 있는 농촌지역의 독거노인을 대상으로 다루어 본 연구이기에 의의가 있다.

본 연구는 결론적으로 농촌지역 독거노인의 경우 사회일반적인 특성 중에 65-74세의 연령이 고연령에 비해 자살생각이 높고, 건강관련특성에서 정신적인 건강의 정도인 우울과 스트레스가 높고, 신체적인 건강에서 독립적으로 일상생활을 제대로 수행하지 못할수록 자살생각을 많이 하는 요인임을 알 수 있었다. 이에 농촌지역 독거노인의 연령에 대한 구체적이고 단계적인 연구는 물론이며, 정신건강관련 전문가와 지역사회의 연계를 통한 농촌지역의 독거노인에 대한 전문적이고 다각화된 접근방법을 통하여 우울증상 및 스트레스를 조기에 선별하고 파악하여 지속적인 관리와 함께 심층적인 연구가 진행되어야 한다고 사료된다.

요 약

본 연구는 농촌지역 독거노인을 대상으로 자살생각을 파악하고 자살생각에 영향을 주는 요인을 구명하고자 시행하였다. 연구대상자는 전라남도 G군에 거주하는 노인돌봄서비스를 제공받는 독거노인 206명을 대상으로 사회 인구학적 특성, 건강관련 특성, 가족지지와 자살생각과의 영향을 미치는 요인들을 살펴보기 위해 t-검정과 분산분석 그리고 상관분석을 이용하였고, 자살생각에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 그 결과 사회인구학적인 특성에서는 연령이 65-74세가 75-84세(β=-.181, p=.029)보다 자살생각을 많이 하며 유의하였다. 건강관련특성은 신체적 건강관련요인으로 우울(β=.269, p<0.001)과 스트레스의 정도(β=.211, p=.005)가 높을수록 자살생각을 많이 하는 것으로 나타났고 유의하였으며, 신체적 건강관련요인으로 일상생활동작(β=.228, p=.003)이 자살생각과 유의한 관련이 있었다.

참고문헌

1. Coren S, Hewitt PL. Sex difference in elderly suicide rate: some predictive factors. *Aging and Mental Health* 1999;3(2):112-118
2. Sohn JN. A study on factors influencing the suicidal ideation in elderly people who live alone or live with family. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2012;21(2):118-126 (Korean)
3. Korean Statistical Information Service. Annual report on the causes of death statistics. 2012 [cited 2013 Sep 18]. Available form : URL:http://kosis.kr/ups/ups_01List01.jsp?grp_no=&pubcode=YD&type=F
4. Kim KH, Kim JS, Lee BS, Lee EK, Aha 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)
5. Kim HS. A study on epistemology of Korean elder's suicidal thought. *Journal of the Korean Gerontological Society* 2002;22(1):159-172 (Korean)
6. Lester D. A depression Paradox theory of sucide. *Personality and individual differences* 1989;10(10):1103-1104

7. Kim HS, Kim BS. A Comparative Study on Suicidal Ideation in the elderly and the adolescents. *Journal of the Korean Gerontological Society* 2008;28(2):325-343 (Korean)
8. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979;47(2): 343-352
9. Lee SS, Kim SH. A study on the living conditions and social welfare needs of the elderly who lives alone in the farming and fishing communities-focused on the province of Jeollanamdo. *Journal of Korean Regional Development* 2011;11(1):23-60 (Korean)
10. Ministry of Health and Welfare. Statistical yearbook. [serial online] 2012 Nov [cited 2013 Sep 18]. Available form : USL:http:// www.mw.go.kr/front_new/jb/sjb03031vw.jsp rch.jsp
11. Song YD, Son JA, Park SM. An analysis of Eco-systematic factors influencing suicidal ideation of the elderly who are living alone. *Journal of the Korean Gerontological Society* 2010;30(2):643-660 (Korean)
12. Kim YJ. Comparison of health habits, perceived stress, depression and suicidal thinking by gender between elders living alone and those living with others. *J Korean Acad Fundam Nurs* 2009;16(3):333-344 (Korean)
13. Hae JH, UM KW. Factors Affecting Suicide Attempt of the Elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society* 2009;29(4): 1427-1444 (Korean)
14. Jeon GS, Lee HY. Impact of marital status on depression and suicidal ideation among Korean adults: Focused on the difference by age and sex. *Korean Journal of Health Service Management* 2011;5(3):179-190 (Korean)
15. Ahn JH, Chun MA. A study on antecedents of suicidal ideation among korean older adults: A test of the stress-diathesis model. *Journal of the Korean Gerontological Society* 2009;29(2):489-511 (Korean)
16. Draper B. Attempted suicide in old age. *International J geriatric psychiatr* 1996;11(7): 577-587
17. Yang SM, Rim CS. A relative effects of depression on suicide ideation of the rural elderly. *Journal of Welfare for the Aged* 2006;32:377-396 (Korean)
18. Kim OS. A Study of Suicide-Thinking of Solitary Elderly: Focused on Euijeonbu City [disseratation]. Seoul. Kyunghee University. 2009 (Korean)
19. Sheilkh JA, Yesavage JA. 9/Geriatric depression scale(GDS): Recent evidence and development of a shorter violence. *Clinical Gerontologist* 1986;5(1-2):165-173
20. Seo HM, Yu SJ, Hah YS. A study on the verification of the profile of Seo's elderly stress scale(SESS). *J Korean Acad Nurs* 2001;31(1):94-105 (Korean)
21. Won CW, Yang KY, Rho YG, Kim SY, Lee EJ, Yoon JL, Cho KH, Shin HC, Cho BR, Oh JR, Yoon DK, Lee HS, Lee YS. The development of Korean activities of daily living(K-ADL) and Korean instrumental activities of daily living(K-IADL) scale. *Geriatrics* 2002;6(2):107-120 (Korean)
22. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol* 1982;39(5):91-99
23. Lim MY. Determinants of health promoting behavior of college students in korea [dissertation]. Seoul, Yonsei University. 1998 (Korean)
24. Cobb S. Presidential address-1976. Social support as moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976;38(5):300-314

25. Kang HS. Experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities [dissertation]. Seoul, Yonsei University. 1984 (Korean)
26. Park KB, Shin MS. College goal and suicidal ideation among high school students. *Korean Journal of Clinical Psychology* 1990;9(1):20-32 (Korean)
27. Ladwig KH, Klupsch D, Ruf E, Meisinger C, Baumert J, Erazo N, Wichmann HE, KORA Investigators. 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 Res* 2008;161(2):248-252
28. Lee HK, Chang CG. The relations of health-related quality of life, mental health, and suicidal ideation among Korean elderly. *Korean Journal of Public Health* 2012;38(1):69-79 (Korean)
29. Jung HY, Roh SH. A study on factors influencing elderly suicidal ideation: focused on the mediating effects of depression and stress on suicidal ideation. *Journal of the Korean Gerontological Society* 2007;27(4): 789-805 (Korean)
30. Kim HK, Ko SH, Chung SH. Suicidal ideation and risk factors among the elderly in Korea. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing* 2010;24(1):82-92 (Korean)
31. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004;164(11):1179-1184