

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2018;57(3):252-260
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

부천시 노인 인구의 자살에 대한 허용적 태도와 자살 인식에 관한 연구

순천향대학교 의과대학 부천병원 정신건강의학교실

이도은 · 이소영 · 이지원 · 김신겸 · 정한용

A Study on Variables Influencing Acceptability and Perception Towards Suicide among the Elderly in the City of Bucheon

Doeun Lee, MD, Soyoung Irene Lee, MD, PhD, Jeewon Lee, MD, PhD, Shin-Gyeom Kim, MD, PhD, and Han-yong Jung, MD, PhD

Department of Psychiatry, Bucheon Hospital, College of Medicine, Soonchunhyang University, Bucheon, Korea

Objectives The aim of this study was to investigate the variables influencing acceptability and perception towards suicide among the elderly in Bucheon city, South Korea.

Methods A total of 1099 elderly over 65 years old participated in this study. The subjects completed a self-questionnaire including their demographic characteristics, psychiatric characteristics, factor 1 and 4 of the Attitudes Towards Suicide-20, and Geriatric Depression Scale Short Form Korea Version. One-way analysis of variance was performed to identify the variables associated with the acceptability and perception towards suicide.

Results As result of this study, the demographic characteristics (older age, lower education level, lower economic state, bereavement, divorce or separated marital status, and life without spouse) and psychiatric characteristics (psychiatric past history, treatment history, and suicidal attempt history) were found to be associated with a more acceptable attitude toward suicide. In addition, a lower education level, no psychiatric history, and no psychiatric treatment history influenced the lack of perception to suicide.

Conclusion For public services to prevent suicide of the elderly population who lack spontaneity and accessibility to suicidal evaluations, it would be important to focus on the variables identified in this study for enhancing the effectiveness of the services.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2018;57(3):252-260

KEY WORDS Suicide · Acceptability · Aged.

Received May 29, 2018
Revised July 24, 2018
Accepted July 26, 2018

Address for correspondence

Soyoung Irene Lee, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Bucheon Hospital, College of Medicine,
Soonchunhyang University,
170 Jomaru-ro, Wonmi-gu,
Bucheon 14584, Korea
Tel +82-32-621-5241
Fax +82-32-621-5018
E-mail irenelee@schmc.ac.kr

서 론

자살은 많은 Organization for Economic Co-operation and Development(이하 OECD) 국가에서 주된 사망 요인 중 하나이며, 2014년 한 해에 전 세계에서 15만 명 이상이 자살로 목숨을 잃었다. OECD 국가 간 자살률을 비교했을 때, 2016년의 경우 OECD 국가의 평균 자살률이 1만 명당 12.0명에 비해 한국은 24.6명으로 가장 높은 수준으로, 자살률이 가장 낮은 터키보다 무려 11배가 높은 수치로 나타났다. OECD 국가의 연령별 자살률을 살펴보면 노인 연령대의 자살률이 젊은 연령대보다 전반적으로 높는데, 이러한 현상은 한국에서도 마찬가지로 나타났다. 노인 연령대의 자살률이 청년들보다

더 높게 나타났고, 특히 노인 인구의 연령대가 높아질수록 자살률의 증가폭이 더 커졌다.¹⁾

우리나라는 급속한 노령화로 인하여 2017년 현재 전체 인구 중 65세 이상 인구가 13.8%를 차지하고 있으며, 현재와 같은 인구 변화 추이를 감안했을 때 2060년에는 노인 인구가 41.0%까지 늘어날 것으로 전망되고 있다.²⁾ 우리나라에서는 자살 예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률(자살 예방법)에 따라 복지부 장관이 5년마다 자살 예방지침대책을 수립하도록 규정하며 중앙자살 예방지센터 등의 자살 예방지를 위한 기구를 운영하여 자살률을 낮추기 위한 시행을 하고 있다. 그러나 이는 일반 인구를 대상으로 한 계획으로 노인을 위해 특화된 예방대책이 별도로 특정되어 있지는 않

다. 이와 같은 현실을 고려했을 때, 전체 자살 예방 정책 중에 특별히 노인 인구를 위한 별도의 새로운 접근법이 필요한 시점이다.

노인기는 중장년기를 거치며 그동안 살아온 인생을 정리하며 자신의 경험을 통해 자아통합을 추구하고 원숙과 지혜의 경지에 이르러 죽음을 준비하는 시기이다. 특히 노인은 가까운 이의 사별을 빈번히 경험하게 되면서 죽음을 더욱 가까이 느끼고 죽음의 질에 대해 생각하게 되는데, 많은 노인들이 아름다운 죽음을 맞이하기를 바라는 것과 반대로 스스로 목숨을 끊는 자살률이 높은 것이 불행한 현실이다.³⁾ 노인 자살률이 이와 같이 심각한 수준임에도 불구하고 노인 연령층을 대상으로 한 자살 관련 연구는 부족한 실정이다.

자살에 대한 연구가 자살을 이미 실행한 인구를 대상으로 실시하는 것이 어렵기 때문에 과거의 연구들에서는 자살 행동을 대신하여 자살 생각에 관해 주로 연구하였다.⁴⁾ 본 연구에서 자살에 대한 태도를 연구하고자 하는 이유는 자살 생각과 자살 태도와의 관계를 살펴봤을 때, 자살에 대해 더 허용적인 태도를 보일수록 자살 생각이 많아질 수 있다는 이전 연구 결과들에 근거하고 있다.^{5,6)} 여기서 '태도'란 한 개인의 감정, 행동 또는 인지로 표현되는 각 개체의 평가로,⁷⁾ '자살에 대한 허용적 태도'는 자살이 개인적인 권리이고 삶의 문제에 대한 답이 될 수 있으며 불가피한 상황에서 정당화될 수 있다고 평가하는 시각을 말한다.⁸⁾ 이전 연구에서 자살에 대해 허용적인 태도를 갖는 것이 자살에 강력한 위험 요인으로 작용한다는 것이 밝혀졌다. 또한 자살에 대해 허용적인 태도를 갖는 집단에서 그렇지 않은 집단에 비해 자살 계획을 하기가 더 쉽고, 실제 자살률이 더 높은 것으로 나타났다.⁹⁾ 기존 국내 및 국외 연구는 노인 인구에서 젊은 성인과 비교하여 자살을 더욱 허용하고 정상적인 행동으로 생각한다고 보고한 바 있으며,^{10,11)} 이에 노인 인구를 위한 효과적인 자살 예방 정책을 개발하기 위해 본 연구에서는 노인 연령층에서 자살에 대한 태도를 조사하고 이에 미치는 변인들을 분석하고자 하였다.

자살 태도에 대한 이해는 개개인의 자살 사고 및 위험에 대한 집중적 관리에 있어 우선적으로 중요하다. 그렇지만, 우리는 자살을 개인 내적인 문제로만 인식할 것이 아니라, 자살에 대한 인식에 관한 탐구를 통해 사회적 안전망을 확립할 필요가 있다. 실제로 우리나라에서는 자살을 비정상적인 행위로 치부하고 자살이 빈번하게 발생하는 집단이 따로 있다는 차별적인 인식을 가지며 유족마저 자살에 대해 숨기려는 태도를 가지는 등 자살 생각을 가지는 그 자체만으로도 낙인을 찍는 경향이 있다. 이러한 인식은 자살에 관해 생각하는 것을 자신이 유약하거나 부족한 사람으로 간주하게 하

고, 결과적으로 이러한 문제를 혼자서 수용하고 해결해야 하는 문제로 여기고 외부에 도움을 요청하는 것을 어렵게 만든다.¹²⁾ 지금까지의 자살 예방 정책들은 대부분 개인적인 차원에서의 치료 및 감시 체계에 대한 것으로 진행되어 왔고, 대상자를 둘러싼 자살에 대한 인식에 관해서는 상대적으로 관심을 덜 두었다. 특히, 자살에 대한 인식에 영향을 끼치는 변인들을 조사하여 효과적 소통 방안을 알아내고자 하는 노력들은 미흡한 것이 현실이다.¹³⁾

요약하면, 본 연구는 자살을 개인적 귀책으로만 치부하는 사회적 인식을 개선하고 자살에 취약한 노인 인구를 위한 맞춤형 자살 예방 대책 마련하기 위해 자살 위험도가 높은 노인 인구를 대상으로 자살에 대한 태도 및 인식을 알아보고 관련된 변인들을 파악하고자 한다. 연구의 결과는 노인들의 자살에 대한 태도 및 인식 개선을 위한 기초 자료로 활용될 것이며 지역사회에서 자살 예방 프로그램을 수립하는데 기여할 것으로 기대된다.

방 법

대 상

본 연구는 2017년 10월부터 2017년 12월까지 부천시 내 노인 관련 시설 및 공공기관(보건소, 노인정)을 방문한 만 65세 이상의 노인 인구 총 1099명을 대상으로 실시하였다. 조사담당자들이 대상자들과 대면 면접을 통해 연구의 목적, 조사 내용과 방법 그리고 개인정보 수집에 대한 동의를 얻은 후 조사를 실시하였다. 기본적으로 대상자가 읽고 쓰는 것이 가능한 경우에는 자가설문지를 작성하였으나 대상자가 읽고 쓰는 것에 불편함이 있는 경우에는 1:1 대면 설문 후 조사담당자가 답을 기록하였다. 조사담당자들은 정신건강 관련학과에 재학 중인 대학생과 정신보건 관련 조사에 참여한 경험이 있는 인원들로 선발하였고 조사 시작 전 2회에 걸쳐 설문조사 전반에 관한 집단교육을 받았다. 본 조사는 순천향대학교 부천병원 임상연구심의위원회의 승인을 거친 후 실시하였다(2017-09-004).

평가 도구

노인 인구의 자살에 대한 태도 및 인식을 파악하기 위해 구조화된 설문지를 고안하였다. 설문지는 1) 인구사회학적 특성, 2) 정신건강의학적 특성, 3) 자살에 대한 태도 및 인식, 4) 우울 정도를 평가하기 위한 설문 문항으로 구성하였다.

인구사회학적 특성 질문에는 조사대상자의 나이, 성별, 학력, 가족의 경제 상태, 결혼 상태, 직업 등의 항목들이 포함되었고, 정신건강의학적 특성 질문에는 정신질환 과거력, 정

신과 치료력, 자살 시도력의 문항들이 포함되었다.

한국판 자살태도 설문지(Attitudes Towards Suicide-20, ATTS-20)

자살에 대한 태도 및 인식을 측정하는 도구는 Renberg와 Jacobsson¹⁴⁾이 자살에 대한 일반적인 태도를 평가하기 위해 개발한 것을 2013년 보건복지부에서 한국 실정에 맞게 변안한 한국판 자살태도 설문지(Attitudes Towards Suicide-20, 이하 ATTS-20)를 사용하였다. 설문지는 1점(매우 동의함)에서 5점(매우 동의하지 않음)까지 5점 Likert 척도로 되어 있고, 다음 네 개의 하위 요인으로 분류된다. 요인 1은 자살에 대한 수용성 및 예측 불가능성(문항 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 15), 요인 2는 자살 예방에 대한 태도(문항 10, 11, 12, 13), 요인 3은 자살에 대한 동기 및 결정 과정(문항 16, 17, 18, 20) 그리고 요인 4는 자살에 대한 인식 부족(문항 7, 8, 14, 19)에 해당된다. 본 연구에서는 자살에 대해 허용적인 태도와 인식에 대해서 탐구하기 위해 요인 1과 요인 4를 이용하였다. 요인 1은 총 8문항으로 총점 범위는 8점에서 40점이며, 총점이 낮을수록 자살에 대해 더욱 허용적인 태도를 갖는 것을 의미한다. 여기에는 ‘사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다’, ‘자살만이 유일한 합리적 해결책인 상황이 있다’, ‘누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다’ 등의 자살에 대한 허용성을 묻는 문항들로 구성되어 있다. 요인 4는 총 4문항으로 총점 범위는 4점에서 20점이며 총점이 낮을수록 자살에 대한 인식이 부족한 것을 의미한다. 여기에는 ‘자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다’, ‘대부분의 자살시도는 충동적인 행동이다’ 등 자살에 대한 인식을 묻는 문항들로 구성되어 있다.

한국판 노인우울척도 단축형(Geriatric Depression Scale Short Form Korea Version, GDSSF-K)

조사대상자의 우울의 정도를 평가하는 조사도구는 Yesavage 등¹⁵⁾이 개발하고 Sheikh와 Yesavage¹⁶⁾가 단순화한 형태로 개발한 노인우울척도 단축형(Geriatric Depression Scale Short Form)을 Kee¹⁷⁾가 변안한 GDSSF-K 설문지를 사용하였다. 이 설문지는 총 15문항으로 이루어져 있으며, 응답은 ‘예’ 또는 ‘아니오’의 양분 척도로 되어 있다.

통계 분석

인구사회학적 특성, 정신건강의학적 특성에 따른 자살에 대한 허용적인 태도 및 인식 부족 요인들의 총점과 표준편차를 기술하였다. 각 변수에서 범주별로 자살에 대한 허용적인 태도 및 인식 부족에서 통계적으로 유의한 차이가 있는

지 확인하기 위하여 일원배치 분산분석(one-way analysis of variance)을 실시하였다. 유의한 차이를 보이는 변수에 대하여 사후검정을 실시하기 위하여 등분산성을 가정한 일원배치 분산분석을 적용한 경우에는 본페로니 검정(Bonferroni)을 사용하였다. 통계분석은 SPSS(statistics version 20.0, IBM Corp., Armonk, NY, USA)를 이용하였다.

결 과

인구사회학적 특성(표 1)

조사대상자는 여성(63.1%)이 남성(35.5%)보다 많았고, 평

Table 1. Demographic characteristics of the subjects (n=1099)

Variables	Mean or n (%)
Sex	
Male	390 (35.5)
Female	694 (63.1)
Age (years)	74.8 (6.1)*
65-69	242 (22.0)
70-74	311 (28.3)
75-79	292 (26.6)
Over 80	254 (23.1)
Education (years)	
Under 9	431 (39.2)
9 to 11	249 (22.7)
Over 11	419 (38.1)
Economic status	
High	19 (1.7)
Medium	574 (52.2)
Low	506 (46.1)
Marital status	
Single	17 (1.5)
Married or cohabited	599 (54.5)
Divorced or separated	80 (7.3)
Bereavement	403 (36.7)
Housemate	
Alone	396 (36.0)
Family w/ spouse	526 (47.9)
Family w/o spouse	177 (16.1)
Occupation	
Unemployed	994 (90.4)
Employed	105 (9.6)
Religions	
No religions	297 (27.0)
Protestant	365 (33.2)
Buddhism	214 (19.5)
Catholic	205 (18.7)
ETC	18 (1.6)

* : Standard deviation. w : With, w/o : Without

균 나이는 74.80세(standard deviation=6.14)였다. 학력은 초등학교 졸업 이하로 응답한 사람(39.2%)과 고등학교 졸업 이상으로 응답한 사람(38.1%)의 분포가 비슷하였다. 동거 중인 가족의 경제적 수준은 '중'(52.2%)과 '하'(46.1%)인 경우가 대다수를 차지했다. 조사대상자 중 기혼 및 동거(54.5%)가 절반 이상이었으며, 동거 상태는 배우자를 포함한 다른 가족들과 거주하는 경우(47.9%)가 가장 많았다. 조사대상자 중 무직이 994명(90.4%)으로 대다수를 차지하였다.

정신건강의학적 특성(표 2)

정신건강의학과적 과거력에 대해 '없다'라고 응답한 경우(88.7%)가 대다수였고 정신건강의학과 치료력에 대한 질문에 대해 '약물을 복용한 적 없음'으로 응답한 경우(90.3%)로 대상자의 대부분을 차지했다. 그리고 42명(3.8%)이 과거 자살 시도 경험이 있었다고 답하였다. GDSSF-K 점수 합계가 5점 이상으로 우울증으로 선별된 대상자는 326명으로 조사대상자의 29.7%에 해당되었다.

인구사회학적 특성과 정신건강의학적 특성에 따른 자살에 대한 허용적인 태도 및 인식의 차이(표 3, 4)

ATTS-20의 요인 1(자살에 대한 수용적 태도 및 예측 불가능성)은 누군가의 자살에 대한 결정에는 간섭하지 않는 편이 낫고 자살을 막을 수 없다고 생각하는 허용적인 태도를 의미한다. 연구 결과, 요인 1은 노인층 내에서도 연령에 따라 차이가 나타났는데($F=10.513, p<0.001$), 75세 이상 80세 미만 집단과 80세 이상 집단은 65세 이상 70세 미만 집단과 비교했을 때 각각 더 낮은 점수를 나타냈다. 뿐만 아니라 상대적으로 고연령층인 75세 이상 80세 미만 집단과 80세 이

상 집단은 70세 이상 75세 미만 집단과 비교했을 때도 유의하게 각각 더 낮은 점수를 나타냈다. 교육 수준에 따라 초졸 이하 집단 그리고 중졸 집단에서 고졸 이상 집단에 비해 각각 유의하게 더 낮은 점수를 나타내었다($F=30.435, p<0.001$). 경제 수준을 '하'로 응답한 집단에서 '중'으로 응답한 집단에 비해 유의하게 더 낮은 점수를 나타내었고($F=8.341, p<0.001$), 이혼 및 별거 집단과 사별 집단에서 기혼 및 동거 집단에 비하여 각각 유의하게 더 낮은 점수를 나타내었다($F=9.408, p<0.001$). 또한 동거 형태에 따라 독거 집단과 배우자 이외의 가족과 함께 거주하는 집단에서 배우자를 포함한 다른 가족과 거주하는 집단에 비해 각각 유의하게 더 낮은 점수를 나타내었다($F=6.518, p=0.002$). 종교에 따라 무교라고 대답한 집단에서 기독교를 믿는 집단에 비하여 유의하게 더 낮은 점수를 나타내었다($F=3.333, p=0.010$).

정신건강의학과적 특성에 따라서도 ATTS-20 요인 1의 점수에 차이가 있었는데, 정신건강의학과적 과거력이 있는 집단에서 과거력이 없는 집단에 비해 유의하게 더 낮은 점수를 나타내었고($F=13.487, p<0.001$), 현재 정신건강의학과 치료를 받고 있는 집단에서 과거에 치료를 한 집단과 치료력이 없는 집단에 비해 각각 유의하게 더 낮은 점수를 나타내었다($F=20.571, p<0.001$). 자살 시도 과거력에 따라서도 요인 1의 점수차가 나타났는데($F=21.136, p<0.001$), 여러 번 자살 시도를 했던 집단이 한 번 자살 시도를 했던 집단과 자살 시도력이 없는 집단에 비해 각각 유의하게 낮은 점수를 나타냈다. GDSSF-K 점수로 우울로 선별된 집단에서 그렇지 않은 집단에 비해 ATTS 요인 1의 점수가 유의하게 낮게 나타났는데($F=145.332, p<0.001$).

ATTS-20의 요인 4(자살에 대한 인식 부족)는 자살을 하려는 사람의 원인에 대해 잘 알지 못하는 태도를 의미하며 점수가 낮을수록 자살에 대한 인식 부족과 연관된다. 연구 결과, 요인 4 점수가 교육 수준에 따라 다르게 나타났는데($F=4.718, p=0.031$), 초졸 이하의 집단과 중졸의 집단이 고졸 이상의 집단에 비해 각각 유의하게 더 낮은 점수를 나타내었다. 요인 4는 정신건강의학과적 특성에 따라서도 차이가 있었는데, 정신건강의학과적 과거력이 없는 집단에서 과거력이 있는 집단에 비해 유의하게 더 낮은 점수를 나타내었고($F=11.990, p=0.001$), 정신건강의학과 치료력이 없는 집단에서 과거에 치료를 받은 집단에 비하여 유의하게 낮은 점수를 나타내었다($F=4.062, p=0.017$).

토론

본 연구는 노인 인구에서 다른 연령대와 비교했을 때 자살에 대해 더욱 허용적인 태도를 보인다는 부천시 일반 인구

Table 2. Psychiatric characteristics of the subjects (n=1099)

Variables	n (%)
Psychiatric history	
Never	975 (88.7)
Past	124 (11.3)
Psychiatric treatment history	
Never	992 (90.3)
Past	51 (4.6)
Now	55 (5.0)
Suicidal attempt	
Never	1054 (95.9)
Once	25 (2.3)
More than one time	17 (1.5)
GDSSF-K	
None	773 (70.3)
Depression (≥ 5)	326 (29.7)

GDSSF-K : Geriatric Depression Scale Short Form Korean Version

를 대상으로 수행하였던 이전 연구¹³⁾ 결과를 토대로 계획한 것이다. 즉, 이 연구는 부천시 노인 인구에서 인구사회학적 변인과 정신건강의학과 관련 요인에 따른 자살에 대한 태도와 인식의 차이를 탐색하고 이를 통해 지역 중심 노인 인구의 자살 예방 계획을 세우는 데 기초가 될 자료를 마련하고자 하였다. 자살에 대해 허용적인 태도를 갖게 되면, 자살 행동을 정상으로 여기게 되고, 이는 나아가 자살 생각의 위험성을 높이는 결과로 이어질 수 있다.¹⁸⁾ 따라서 본 연구에서는 기존에

알려진 자살의 위험요인과 더불어 자살에 대한 허용적인 태도를 조사하는 것을 중심으로 하였다.

가장 주목할만한 결과는 노인 연령층 내에서도 연령에 따른 자살에 대한 태도에 차이가 있었다는 점이다. 즉, 조사대상자의 연령대가 증가함에 따라 ATTS-20 요인 1의 총합 점수가 낮아지는 결과를 나타냈는데, 이는 노인 인구에서 나이가 들수록 자살에 대해 더욱 허용적인 태도를 갖게 된다는 것을 의미한다. 이러한 결과는 연령의 증가가 자살 생각에

Table 3. Factor 1 and 4 of Attitudes Towards Suicide according to demographic variables

Variables	Factor 1			Factor 4		
	Mean±SD	F (p-value)	Post-hoc comparison	Mean±SD	F (p-value)	Post-hoc comparison
Sex		0.949 (0.280)			1.496 (0.222)	
Male	26.11±0.29			8.90±1.30		
Female	26.44±0.20			8.69±0.11		
Age (years)		10.513 (<0.001)	1-3**, 1-4***, 2-3**, 2-4***		0.859 (0.462)	
65-69 (1)	27.36±5.06			8.60±2.70		
70-74 (2)	27.08±5.34			8.79±2.88		
75-79 (3)	25.66±5.80			8.96±2.65		
Over 80 (4)	25.19±4.98			8.71±2.57		
Education (years)		30.435 (<0.001)	1-3***, 2-3***		4.718 (0.009)	1-3**
Under 9 (1)	25.26±5.23			8.51±2.63		
9 to 11 (2)	25.54±5.12			8.72±2.78		
Over 11 (3)	27.90±5.36			9.08±2.73		
Economic status		8.341 (<0.001)	2-3***		0.755 (0.470)	
High (1)	28.00±4.96			9.32±2.52		
Medium (2)	26.87±5.51			8.71±2.81		
Low (3)	25.61±5.20			8.85±2.61		
Marital status		9.408 (<0.001)	2-3**, 2-4***		0.941 (0.420)	
Single (1)	26.29±4.47			8.12±2.83		
Married or cohabited (2)	27.08±5.29			8.82±2.69		
Divorced or separated (3)	24.68±6.10			9.09±2.95		
Bereavement (4)	25.54±5.28			8.67±2.69		
Housemate		6.518 (0.002)	1-2**, 2-3*		1.028 (0.358)	
Alone (1)	25.75±5.46			8.91±2.84		
Family w/ spouse (2)	26.94±5.36			8.74±2.66		
Family w/o spouse (3)	25.81±5.22			8.58±2.56		
Occupation		1.704 (0.192)			0.010 (0.919)	
Unemployed	26.26±5.41			8.77±2.71		
Employed	26.98±5.26			8.80±2.79		
Religions		3.333 (0.010)	1-2*		2.272 (0.060)	
No religions (1)	25.75±5.76			9.08±2.89		
Protestant (2)	27.03±4.81			8.56±2.54		
Buddhism (3)	25.79±5.85			8.55±2.82		
Catholic (4)	26.34±5.22			8.90±2.55		
ETC (5)	27.89±5.40			9.44±3.20		

F and p-value were calculated by one-way ANOVA (assuming equal variance). Posthoc comparison was conducted by Bonferroni test when using one-way ANOVA. * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001. ANOVA : One-way analysis of variance, Factor 1 : Permissiveness and unpredictability, Factor 4 : Lack of comprehension of suicide, SD : Standard deviation, w : With, w/o : Without

Table 4. Factor 1 and 4 of Attitudes Towards Suicide according to psychiatric variables

Variables	Factor 1			Factor 4		
	Mean±SD	F (p-value)	Post-hoc comparison	Mean±SD	F (p-value)	Post-hoc comparison
Psychiatric history		13.487 (<0.001)			11.990 (0.001)	
Never	26.54±5.30			8.67±2.65		
Past	24.66±5.87			9.56±3.03		
Psychiatric treatment history		20.571 (<0.001)	1-3***, 2-3*		4.062 (0.017)	1-2*
Never (1)	26.63±5.22			8.71±2.66		
Past (2)	24.90±6.97			9.80±3.25		
Now (3)	22.15±5.04			8.95±2.90		
Suicidal attempt		21.136 (<0.001)	1-2*, 1-3***, 2-3**		1.368 (0.255)	
Never (1)	26.51±5.30			8.74±2.69		
Once (2)	23.64±6.42			9.32±3.20		
More than one time (3)	18.76±2.84			9.59±3.16		
GDSSE-K		145.332 (<0.001)			2.554 (0.110)	
None	27.53±4.97			8.69±2.70		
Depression	23.49±5.31			8.98±2.73		

F and p-value were calculated by one-way ANOVA (assuming equal variance). Posthoc comparison was conducted by Bonferroni test when using one-way ANOVA. * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001. ANOVA : One-way analysis of variance, Factor 1 : Permissiveness and unpredictability, Factor 4 : Lack of comprehension of suicide, GDSSE-K : Geriatric Depression Scale Short Form Korean Version, SD : Standard deviation

유의미한 영향을 미치고 연령이 높을수록 자살 생각이 증가한다는 선행 연구들과 연관이 있다.¹⁹⁻²¹⁾ 이전 연구에서 저자들은 노인기에는 신체적 상실, 경제적 상실, 가족 응집력의 저하 등을 흔히 겪게 되고, 이는 스트레스와 우울을 야기할 수 있으며, 자살에 대한 허용적 태도를 갖게 만들어 결국 자살 생각에 이르게 한다고 제시한 바 있다.²²⁾ 따라서 노인기 자살 예방 사업을 수행할 때 자살에 대한 이러한 연령별 차이를 고려하여 보다 높은 연령층에서의 자살에 대한 허용적인 태도의 수정에 초점을 둔 자살 예방 사업을 구상하고 제공해야 할 것을 시사하고 있다.

반면, 본 연구에서 성별에 따른 자살에 대한 태도는 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 같은 지역에서 일반 인구를 대상으로 수행한 이전 연구¹³⁾의 남성이 여성에 비해 자살에 대해 더욱 허용적인 태도를 가진다는 연구 결과와는 상이하다. 그러나 한국, 일본, 미국 국가 간 비교 연구에서 한국은 일본 및 미국과는 달리 성별에 따른 자살에 대한 허용성에 차이가 없다고 보고된 바도 있었다.²³⁾ 성별에 따라 자살에 대한 허용적 태도가 이와 같이 상이한 것에 대해서는 연구 대상과 방법을 고려하여 보다 많은 대상을 통해 확인할 필요가 있다.

연구 결과, 교육 수준에 따라 자살에 대한 태도와 인식에 차이가 있었는데, 초등학교 졸업 이하의 저학력 집단에서 자살에 대해 인식이 부족한 것으로 나타났다. 이는 일반 인구를 대상으로 실시한 이전 연구¹³⁾에서 낮은 교육 수준이 자살에

대해 적절하지 못한 정보를 갖게 하고 이로 인해 부적절한 태도를 가진다는 보고와 연관되는 결과이다. 이와는 달리 낮은 교육 수준 자체가 자살 태도에 영향을 미친다고 보기보다는 교육 수준과 경제 수준이 밀접한 관계를 가지며 고등교육을 받은 이들이 보다 나은 직업과 소득을 보장받으며 더 나은 삶을 영위할 수 있기 때문에 이러한 결과가 나타난다고 해석하는 시각도 있다.²⁴⁾

경제 상태가 낮은 집단에서 자살에 대해 보다 허용적인 태도를 나타내었는데, 이는 일반 인구에 대한 이전 연구¹³⁾와도 맥락을 같이 하고 있다. 다른 연구에서 노인의 경우 주관적으로 가난하다고 느끼는 것이 자살 생각 형성에 직접적인 영향을 미치기보다 부정적 생활 사건이 가중되었을 때 자살 생각을 갖게 된다고 하였다.²⁵⁾ 또 다른 연구에서는 주관적 경제 상태가 우울 및 스트레스를 야기하여 결과적으로 자살 생각에 영향을 미치게 되는 간접효과가 있다고 하였다.²²⁾ 이 연구에서 경제 상태가 양호할수록 우울 정도가 낮아지고 이에 자살 생각이 줄어든다고 보고하였다. 이는 상기 교육 수준에 대한 고찰과도 연관되어 예상할 수 있는 결과로, 노인 자살 예방 사업을 수행할 때 경제 상태, 즉 당장의 삶의 질과 연관되는 부분에 대한 접근의 중요성을 시사하고 있기도 하다. 즉, 노인 인구에서의 자살 예방 정책 수립 시 심리적 및 정신건강의학적 개입은 물론, 경제적인 개입을 통한 삶의 질 개선을 포괄하는 정책이 요구된다.

본 연구에서는 이혼 및 별거 중인 집단과 사별을 한 집단

각각에서 기혼 및 동거 중인 집단보다 자살에 대해 더욱 허용적인 태도를 나타내었다. 이는 이혼한 집단에서 결혼한 집단보다 자살에 대해 더욱 허용적인 태도를 나타내었다는 선행 연구와 일치하는 결과이다.¹³⁾ 기존 연구에서 사별과 이혼 등으로 인한 사회적 고립이 자살 생각과 관련된 위험 요인으로 작용하고, 반대로 결혼은 예방 요인으로 작용한다고 보고하였다.²⁶⁻²⁸⁾

본 연구 결과, 동거인의 존재 여부에 따라 자살에 대한 허용적 태도가 다르게 나타난다는 것을 알 수 있었다. 연구에서 독거 또는 배우자 이외의 가족과 동거하는 집단에서 배우자와 동거하는 집단보다 자살에 대해 더욱 허용적인 태도를 나타내었는데, 이는 동거 가족 수와 상관없이 배우자와의 동거 여부가 자살에 대한 허용적 태도에 유의한 영향을 미치는 것으로 볼 수 있는 결과이다. 이전 연구에서도 노인에서 단순한 동거보다는 친밀한 인간관계가 자살 생각에 더 중요하게 작용한다고 제시한 바 있다.²⁸⁾ 실제로 배우자는 위기를 극복할 수 있는 일차적 지지체계이며, 배우자를 통해 심리적 또는 물질적 도움을 받게 된다.²⁴⁾ 이러한 현상은 상기 결혼 상태 변인과도 연결하여 이해될 수 있으며, 노인 인구에서 사회적 고립 또는 인간관계의 친밀도의 중요성을 강조하고, 나아가 노인 자살 예방 사업의 구성에 시사점을 제공하고 있다.

종교 여부에 따라 자살에 대한 허용적 태도가 차이가 있었는데, 무교 집단에서 기독교 집단에 비해 자살에 대해 보다 허용적인 태도를 나타냈다. 이는 자살을 허용하지 않는 종교 신념과 관련되었다고 볼 수 있겠으나,²⁹⁾ 보다 포괄적인 연구를 통해 재확인 후 논의되어야 할 것이다.

본 연구에서 정신건강의학과 과거력이 있거나 치료를 받고 있는 집단에서 자살에 대해 보다 허용적인 태도를 나타내었는데, 이는 노인 인구에서의 자살률이 정신질환과 밀접한 관련이 있다 보고한 연구와 연관된다.³⁰⁾ 한편, 정신건강의학과 과거력과 치료력이 없는 집단에서 정신건강의학과 과거력 및 치료력이 있는 집단에 비해 자살에 대한 인식이 부족한 것으로 나타났다. 일반적으로 정신질환의 원인과 치료법에 대한 이해가 높을수록 정신질환자에 대한 부정적인 편견과 차별이 낮아진다. 이전 연구에서 정신질환을 가진 사람들은 치료 과정에서 질병에 대한 책임이 스스로에게 있는 것이 아니고 치료를 통해 나아질 수 있다는 교육을 받으면서 자기 낙인이 줄어든다고 보고하였다.³¹⁾ 이에 반해, 대다수의 국민들이 자살을 '질병'이 아닌 '허약한 성격 구조' 때문으로 인식하고, 가족이 자살하면 부끄러움을 느끼거나 '삶의 실패자'로 낙인을 찍는 등 자살에 대해 정보가 부족하여 올바른 인식을 가지고 있지 않다.³²⁾ 본 결과와 이에 대한 해석은 지역의

자살 예방지센터와 정신건강 전문가들이 노인은 물론 일반인들에게 자살에 대한 올바른 정보를 제공하는 인식개선 사업이 자살 예방 사업에 있어 비중 있게 포함되어야 한다는 점을 뒷받침하고 있다.

또한, 본 연구에서 자살을 여러 번 시도한 경우가 자살에 대해 더욱 허용적인 태도를 갖는 것으로 나타났다. 선행 연구에서도 자살 시도 경험이 있는 경우에서 자살에 대해 더욱 허용적인 태도를 보인다고 확인한 바 있다.^{26,33)} 또한, 한 연구에서는 과거 자살시도 경험이 없는 사람들과 비교하여 자살 시도 과거력을 가진 사람들은 전문적인 도움을 더 적게 구하고 오명을 더 많이 경험한다 생각하며 자살에 대해 더욱 받아들이는 자세를 가지는 경향이 있다고 하였다.³⁴⁾ 이는 이미 자살 시도를 했던 대상자에 초점을 맞춘 집중적인 사례 관리의 필요성을 다시 한번 강조하는 결과이다.

본 연구에서 조사대상자의 29.7%가 우울한 것으로 나타났는데, 이들 집단에서 자살에 대해 보다 허용적인 태도를 나타내었다. 이 결과는 우울한 집단에서 우울하지 않은 집단에 비해 자살에 대해 보다 허용적인 태도를 갖고, 어려운 상황을 회피하기 위한 수단으로 자살을 생각한다는 선행연구와 그 맥을 함께 하고 있다.³⁵⁾ 또한, 여러 선행연구들에서 우울을 자살의 위험요인으로 확인한 바 있다.^{6,19,21,30,36)} 학교나 직장 등에서 우울이나 자살의 위험에 대해 정기적으로 점검을 받거나 가족이나 동료로부터의 피드백을 받는데 보다 용이한 젊은 층에 비해 노인 연령층에서는 그렇지 않은 경향이 있다. 노인 인구를 대상으로 한 우울증에 대한 선별을 동원 가능한 다각적인 통로를 통해 적극적으로 실시할 필요가 있다.

위 연구 결과들을 해석하는 데 있어 다음과 같은 주의점과 제한점이 있다. 우선 본 연구는 자살에 대한 태도에 한정해서 조사했다는 점을 주목해야 한다. 물론, 앞서 언급한대로 자살에 대한 허용적인 태도와 자살 생각이 밀접하게 관련성을 가지면서 영향을 미칠 수 있겠으나, 본 연구는 기본적으로 자살에 대한 태도, 생각과 행동의 관련성을 직접적으로 알아보는 설계를 가지고 있지는 않다. 그리고 본 연구는 대상 모집에 있어 표본추출에 의하지 않아 일반 인구를 대표하지 못하여 이를 전국 규모의 노인 인구에게 일반화하기에는 제한이 있다. 조사대상자로 여성이 더 많았으며, 조사 장소를 노인 시설이나 공공기관으로 한정하였기에 인구군의 분포가 균일하지 않다. 그리고 부천시에 거주하는 노인 인구만을 분석하였다는 한계가 있으며, 해당 지역의 인구학적 특성이 영향을 끼쳤을 가능성도 있으므로 향후 보다 대규모의 표본 집단을 대상으로 국내 노인 인구에 대한 연구가 필요하다고 사료된다. 추후 연구에서는 신체 질환과 자살에 대한 허용적인 태도와의 연관성에 대한 조사도 포함되어야 할 것이다.

그럼에도 불구하고, 본 연구는 노인기 자살에 대한 허용적인 태도 및 인식에 관한 위험 요인을 밝힘으로써 예방적 차원에서 고위험군을 우선적으로 하여 자살에 대한 허용적인 태도의 수정 및 인식 개선이 중요하다는 근거를 제시하고 있다. 본 연구 결과를 전체 노인 인구의 결과로 일반화를 하는 것에는 신중해야 하겠으나, 자살에 대한 허용적인 태도에 영향을 끼치는 요인을 탐구하고 인식의 차이를 알아낸 점에서 그 의미가 있다. 이러한 결과는 추후 노인 인구의 자살을 관리하기 위한 부천시 지역의 자살 예방지사업에 있어서의 기초 자료로 활용할 수 있을 것이다.

결 론

부천시 노인 인구의 자살에 대한 허용적 태도 및 인식 부족에 영향을 끼치는 요인을 요약하면, 사회인구학적 변인으로는 상대적으로 더 높은 연령대, 낮은 교육 수준, 낮은 경제 상태, 이혼, 별거, 사별과 같은 결혼 상태와 배우자가 없는 거주 형태가 해당되었고, 정신건강의학과 과거력, 치료력 및 자살 시도력이 해당되었다. 현재 정신건강복지센터를 통해 자살 예방에 대한 활동이 다양하게 실시되고 있으나, 사업의 대부분은 도움을 요청하는 사람들을 대상으로 진행되고 있다는 점에 주목해야 한다. 자발성이나 접근성이 부족한 노인 연령층을 위한 자살 예방 사업을 수행할 시에는 본 연구에서 확인된 고위험군들을 대상으로 집중적이고 효과적인 사업 구상이 필요할 것으로 생각된다.

중심 단어 : 자살 · 허용성 · 노인.

Acknowledgments

본 연구는 2017년 경기도 부천시 정신건강복지센터에서 수행한 지역조사자료를 활용하였음.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Organization for Economic Co-operation and Development. Society at a Glance 2016: OECD Social Indicators. Organization for Economic Co-operation and Development;2017.
- 2) Statistics Korea. 2017 Elderly person statistics. Statistics Korea;2017.
- 3) Min SG, editor. Modern Psychiatry. Seoul: Ilzogak;2015. p.163-164.
- 4) Koo CY, Kim JS, Yu JO. A study on factors influencing elders' suicidal ideation: focused on comparison of gender differences. J Korean Acad Community Health Nurs 2014;25:24-32.
- 5) Yoon GS. The influence of attitude toward suicide on suicidal ideation and behavior of Korean college students [dissertation]. Jeonju: Jeonju University;2016.
- 6) Kim SW, Kim SY, Kim JM, Suh TW, Shin IS, Kim SJ, et al. A survey on attitudes toward suicide and suicidal behavior in Korea. J Korean Soc Biol Ther Psychiatry 2008;14:43-48.
- 7) Kodaka M, Postuvan V, Inagaki M, Yamada M. A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide. Int J Soc Psychiatry 2010;57:338-361.
- 8) Joe S, Romer D, Jamieson PE. Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults. Suicide Life Threat Behav 2007;37:165-178.
- 9) Lee SJ, Moon SM, Lee JM, Yon KJ. The moderating effects of permissive attitude toward suicide and experience of suicide loss on the relationship between depression and suicidality. Korean J Counseling. 2015;16:23-43.
- 10) Segal DL, Mincic MS, Coolidge FL, O'Riley A. Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. Death Stud 2004;28:671-678.
- 11) Kim YG, Lee SY, Kim HJ, Lee AR, Mun KS, Kim SG, et al. Variables affecting to attitudes towards suicide among general adult population in the city of Bucheon. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2016;55:376-385.
- 12) Lee HN, An ST. Korean society's perception toward suicide: "Us" and "Them" represented in a TV documentary. Health Soc Welfare Rev 2015;35:309-343.
- 13) An ST, Lee HN. Perception and attitudes toward suicide: acceptance of negative emotions and suicide literacy. Korean J Soc Welfare Res 2017;52:95-117.
- 14) Renberg ES, Jacobsson L. Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. Suicide Life Threat Behav 2003;33:52-64.
- 15) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1982-1983;17:37-49.
- 16) Sheikh JJ, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986;5: 165-173.
- 17) Kee BS. A preliminary study for the standardization of Geriatric Depression Scale Short Form-Korea Version. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1996;35:298-307.
- 18) McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Perry JJ. Risk of suicide ideation associated with problem-solving ability and attitudes toward suicidal behavior in university students. Crisis 2003;24:160-167.
- 19) Lee HK, Kim MS, Choi SS, Choi MK. Eco-systematic analysis on the factors related to the Korean elderly suicide ideation. Health Soc Welfare Rev 2014;34:430-451.
- 20) Park JY, Han KW, Jeong H, Jeong HG, Kim TH, Yoon IY, et al. Suicidal behaviors in elderly Koreans: one-month-point prevalence and factors related to suicidality. J Affect Disord 2013;150:77-83.
- 21) Chan HL, Liu CY, Chau YL, Chang CM. Prevalence and association of suicide ideation among Taiwanese elderly--a population-based cross-sectional study. Chang Gung Med J 2011;34:197-204.
- 22) Jung HY, Roh SH. A study on factors influencing elderly suicidal ideation: focused on the mediating effects of depression and stress on suicidal ideation. J Korea Gerontol Soc 2007;27:789-805.
- 23) Park HK, Kim BR, Lee SS, Ha KS, Baek CJ, Shin MS, et al. A comparative study of permissive attitudes toward suicide: an analysis of cross-national survey in South Korea, Japan, and the United States. Korean J Biol Psychiatry 2016;23:157-165.
- 24) Oh JK, Cho YT, Kim CY. Socio-demographic characteristics of suicides in South Korea. Health Soc Sci 2005;18:191-210.
- 25) Park YS, Lee EH. A study on the recognition path analysis of suicidal ideation of male elderly. KCGR 2013;17:297-322.
- 26) Kim SW, Bae KY, Kim JM, Kim SY, Yoo JA, Yang SJ, et al. Psychosocial correlates of attempted suicide and attitudes toward suicide. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2010;49:367-373.
- 27) Kim H, Lee A, Lee SI, Kim Y, Jung HY, Kim SG. Risk factors for suicidal ideation in the elderly. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54: 468-474.

- 28) Han SS, Yoo WK, Kang SW, Phee YG. A study of the determinants of suicidal ideation among the elderly in Korea. *Health Soc Welfare Rev* 2009;29:192-212.
- 29) Han SJ. The society that urges suicide, and bio-ethics in christianity. *Humanities Rev* 2010;18:201-238.
- 30) Cattell H. Suicide in the elderly. *Adv Psychiatr Treat* 2000;6:102-108.
- 31) An ST, Lee HN. Media guidelines for suicide prevention: content analysis of news stories on depression according to health belief model. *Health Soc Welfare Rev* 2016;36:529-564.
- 32) Korea Association for Suicide Prevention, National Attitude Survey on Life Respect. Gallup Korea;2012.
- 33) Galynker I, Yaseen ZS, Briggs J, Hayashi F. Attitudes of acceptability and lack of condemnation toward suicide may be predictive of post-discharge suicide attempts. *BMC Psychiatry* 2015;15:87.
- 34) Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country. *J Affect Disord* 2015;178:5-11.
- 35) Jeon HJ, Park JH, Shim EJ. Permissive attitude toward suicide and future intent in individuals with and without depression: results from a nationwide survey in Korea. *J Nerv Ment Dis* 2013;201:286-291.
- 36) Choi CS, Han SY. A study on risk factors of elderly suicide in Korea. *Crisisonomy* 2016;12:67-85.