노인의 주관적 계층인식과 자살생각과의 관련성

박선희¹, 제갈정², 김광기²

¹서울시 중구보건소, ²인제대학교 보건대학원

The Relationship between Perceived Social Class and Suicidal Ideation in Korean Elderly

Sun Hee Park¹, Jung JeKarl², Kwang Kee Kim²

¹Jung-gu Health Center, Seoul Metropolitan Government, Seoul; ²Graduate School of Public Health, Inje University, Busan, Korea

Objectives: This is to explore the relationship between perceived social class and experience of suicidal ideation among the elderly and to provide policy implications in terms of health promotion and prevention of a suicide committed by the elderly. **Methods:** As a secondary data analyses a sample of the elderly aged 65 and older ($n=2,209$) was drawn from the panel of Korea Medical Care Utilization collected in year of 2012. Multivariate logistic regressions were employed to explore an association of perceived social class and suicidal ideation with held socio-demographic covariates constant with using SPSS 22.0. **Results:** Of the respondent 8.8% of them reported to have experienced at least once suicidal ideation in previous year and to perceived themselves as members of lower social class groups (Mean = 3.62 out of 10 score). Multivariate logistic regression showed that perceived social class was associated with experience of suicidal ideation. Those among the lowest social group were 2.19 times as high as those among the highest likely to have experience of a suicidal ideation during a year under study. Significant covariates being associated with experience of suicidal ideation included gender, abilities to perform physical activities, and the number of chronic diseases they have. **Conclusions:** With psychological and physical health factors, perceived social class should be taken into consideration in making an effort to prevent a suicide committed by an elderly.

Key words: Elders, Perceived social class, Suicidal ideation, Korean medical care utilization panel

서론

연구의 필요성 및 배경

우리나라의 만 65세 이상 노인 인구비율은 2015년 현재 인구 10명 중 1명꼴이다. 노인인구 비율은 매년 증가하는 추세이며, 2026년에는 20.8%에 달할 것으로 예측되고 있다. 우리나라는 이미 2000년에 고령화 사회¹⁾에 진입하였으며, 현재 추세로 볼 때 선진국이 경험한 속도에

비해 더 빠른 속도로 초고령사회 초고령사회²⁾로 진입할 것으로 예측되고 있다[1].

고령화 사회로 진입하면서 여러 가지 사회경제적 문제들이 나타나고 있고, 이는 우리사회 전반의 부담으로 다가올 수 있다. 노인인구의 급격한 증가는 노인문제의 양적 증가 및 질적 심화를 가져오고 있는데[2], 그 중에서도 경제적 문제는 매우 심각하여 우리나라 노인빈곤율은 경제협력개발기구(Organization for Economic Co-operation and

¹⁾고령화사회: 총인구 중에 65세 이상의 인구가 총인구를 차지하는 비율이 7% 이상인 사회(UN, 2000)

²⁾초고령사회: 65세 이상 인구가 총인구를 차지하는 비율이 20% 이상을 차지하는 사회(UN, 2000)

Corresponding author: Jung JeKarl
75 Bokji-ro, Busanjin-gu, Busan 47392, Korea
E-mail: ablajung@naver.com

Received: June 15, 2017 Revised: August 16, 2017 Accepted: August 18, 2017

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

How to cite this article:

Park SH, JeKarl J, Kim KK. The relationship between perceived social class and suicidal ideation in Korean elderly. J Health Info Stat 2017;42(3):250-258. Doi: <https://doi.org/10.21032/jhis.2017.42.3.250>

© It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permit unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2017 Journal of Health Informatics and Statistics

Development, OECD) 회원국 중 1위이다[3]. 이와 함께 노인들의 역할 상실과 고독, 빈곤, 소외감으로 인한 스트레스, 우울 및 자살 등도 보고된 바 있으며[4], 이러한 사회심리적 요인들과 연관된 노인자살률 역시 OECD 회원국 중 1위[5]를 차지하고 있다. 우리나라에서 자살은 사회적 이슈가 될 정도로 심각한 문제인데, 인구 4명 중 1명이 자살생각을 느낀 적이 있을[6] 정도이다. 이 중에서도 노인의 자살문제에 대한 연구들에서는 노인 자살 문제는 일반성인들의 자살과 차이가 있다고 밝히고 있으며, 노인 자살을 예방하기 위해서는 이 문제에 대한 이해와 함께 자살을 시도하기 전에 일어나는 자살생각에 주목해야 할 필요성을 제기하고 있다[7].

노인의 자살생각에는 성, 연령, 교육수준, 소득, 경제활동 여부가 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다. 여성노인이 남성노인에 비해 자살생각률이 높았으며[8], 학력이 낮을수록 자살생각위험도가 높았다[9]. 또한 노인의 자살생각에 소득과 경제활동 유무가 영향을 미치는지를 확인한 연구에서는 소득이 적고 경제활동을 하지 않는 경우가 자살생각 위험도가 높은 것으로 나타났다[9]. 이러한 결과는 노인이 은퇴라는 사건과 함께 경제활동에서 소외되게 되며 이는 경제적 불안정을 겪게 될 가능성이 생긴다는 것을 의미한다. 경제활동 여부와 경제적 불안정은 그 동안 가지고 있던 주관적 계층인식에서의 변화를 느끼게 될 가능성이 높아질 수 있으며 이러한 변화는 심리적 좌절과 스트레스의 원인이 되고 자살로 이어질 수 있다[10,11].

사회경제적 지위가 낮을수록 건강수준이 낮다는 명제는 다수의 건강불평등 연구를 통해 입증되어 왔다[12-14]. 하지만 객관적인 지표가 나타내는 사회경제적 지위와 개인이 사회 위계 속에서 스스로 인식하는 주관적인 위치가 항상 같은 것은 아니다. 자신의 계층에 대한 인식은 사회계층구조와 주체의 행위와의 핵심적인 연결고리라는 점에서 의의가 있다[15]. 계층이라는 의미는 '경제체계 속에서 등급으로 나뉘어서 주관적으로 두드러진 행위를 공유하는 사회적 집단'이다[16]. 대체로 주관적 계층 인식에 대한 연구들은 사회경제학적 관점에서 주로 연구되었다. 즉 소득, 교육, 직업을 계층인식 결정요인으로 보고, 이들의 동태적 상호관계를 파악하려는 연구가 주를 이루고 있다[17-19]. 주관적 계층인식은 스스로의 위치를 사회 위계 속에서 인지하는 것으로, 개인의 태도를 변화시키고 행동에도 영향을 미친다[14]는 점에서 단순한 인식 이상의 의미를 가진다고 볼 수 있다. 주관적 계층인식은 사회 구조 속에서 스스로 자신의 위치를 판단하고 스스로 속한다고 느끼는 계급이 공유하는 태도, 행동으로 이어지는데, 이는 건강행동과도 연결될 수 있다는 점에서 중요하다[14]. 또한 주관적 계층인식과 관련된 연구들은 주로 인구사회학적 요인과의 관련성을 살피고 있는데 성별, 교육수준, 직업, 소득이 주관적 건강상태와 유의하게 관련이 있으며[15], 성별, 직업유무, 직업형태, 본인 학력, 주관적 건강상태 등이

주관적 계층인식과 관련이 있는 것[20]으로 밝혀지고 있다. 그러나 기존의 연구들에서는 대체로 주관적 계층인식이 건강관련 요소와 밀접하게 연관되어 있는 것[14]으로 드러나는데 그치고 있으며 노인을 대상으로 한 주관적 계층인식 관련 연구는 미흡하다고 할 수 있다.

이에 본 연구에서는 노인의 주관적 계층인식이 자살생각에 영향을 미치는지를 확인함으로써 증가하고 있는 우리나라의 노인 자살 예방을 위한 정책 개발의 기초자료를 제공하고 나아가 노인 건강 증진에 이바지하고자 하였다.

연구목적

본 연구의 일반적 목적은 우리나라 노인이 스스로 인식하고 있는 주관적 계층인식이 자살생각에 영향을 미치는지를 확인하여 노인 자살 예방 정책 개발의 기초자료로 제공하는 것이다. 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자들의 인구사회학적 특성, 건강관련 특성, 주관적 계층인식을 파악한다.

둘째, 연구대상자들의 자살생각 여부를 파악한다.

셋째, 연구대상자들의 주관적 계층인식과 자살생각과의 관련성을 분석한다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 우리나라 노인의 주관적 계층인식이 자살생각에 미치는 영향요인을 파악하기 위한 단면 연구이며 2차 자료 분석으로 설계되었다. 분석에 사용된 원자료는 2012년 한국보건사회연구원에서 시행한 한국의료패널 자료이다.

연구의 목적을 달성하기 위해 노인의 자살생각을 종속변수로 하고 주관적 계층인식을 독립변수로 설정하였다. 이 때 노인들의 인구사회학적 변수와 건강관련 변수들이 이 두 변수 간의 관계에 어떻게 영향을 미치는지를 확인하고자 통제 변수로 설정하였다. 건강관련 변수에는 신체활동 수행능력과 일상생활 수행능력, 현재 보유하고 있는 만성 질환 수, 그리고 정신건강으로서의 우울감을 포함하였다.

연구자료 및 대상

본 연구에서 사용한 자료는 2012년 한국의료패널 자료이다. 본 연구에서 밝히고자 한 주요대상인 65세 이상 노인을 대상으로 자살 및 주관적 계층인식 등의 문항이 모두 포함된 2012년 자료를 활용하였다. 한국의료패널조사에서의 표본추출은 표본조사구(집락)를 추출하고 표본조사 내 표본가구를 확률비례 층화집락추출하는 방법을 사용하였

다[21]. 본 연구에서 사용한 2012년 조사 자료는 389개 조사구, 약 6,000 가구를 대상으로 2012년 2월 24일부터 7월 31일까지 실시된 것이다.

본 연구의 대상은 65세 이상 노인이다. 조사대상자 중 조사 시점인 2012년 현재 만 65세 이상인 노인은 2,910명이었다. 이들 중 자살생각 여부에 대한 질문에 응답하지 않은 701명을 제외하고 2,209명을 최종 분석에 포함하였다.

측정도구

종속변수: 자살생각 여부

본 연구에서 종속변수는 자살생각 여부로 '최근 1년간 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는가'라는 질문으로 측정하였으며, 답변은 '있다'와 '없다'로 구분하였다.

독립변수: 주관적 계층인식

독립변수인 주관적 계층인식은 1부터 10까지 10개의 단층으로 된 사다리 모양의 MacArthur scale을 제시하면서 '사다리 그림이 한국 사회를 나타낸다고 가정하고, 맨 위쪽에는 가장 잘 사는 사람들이 위치하고 맨 아래쪽에는 가장 못 사는 사람들이 위치한다. 이 사다리 중 본인은 어디에 위치한다고 생각하는가'라는 질문에 대해 10개 단층 중 하나를 선택하도록 하여 측정하였다[22]. 10개의 단층의 맨 아래쪽은 1, 맨 위쪽은 10으로 구성되어 10으로 갈수록 주관적 계층인식이 높은 것으로 볼 수 있다.

통제변수

인구사회학적 변수

인구사회학적 변수는 선행연구에서 자살생각 여부와 유의한 관련이 있는 것으로 나타난 연령, 교육수준, 소득과 혼인상태를 포함하였다. 연령은 65-69세, 70-74세, 75-79세, 80세 이상의 4범주로 분류하였다. 교육수준은 미취학, 무학부터 초등학교, 중학교, 고등학교, 대학교 이상까지 5분류로 나누어 분석하였다. 가구 소득의 경우에는 없는 경우와 1,000만 원 미만, 1,000-2,000만 원, 2,000-3,000만 원, 3,000만 원 이상의 5개 그룹으로 분류하였다. 혼인상태는 배우자가 있는 경우와 별거, 이혼, 사별 등으로 배우자가 없는 경우로 구분하였다.

건강관련 변수

건강관련 변수는 일상생활 수행능력, 신체활동 수행능력, 연구대상이자 보유한 만성질환 수를 포함하였다. 일상생활 수행능력은 식사준비, 빨래하기, 근거리 외출, 교통수단(버스나 전철) 이용, 물건사기, 금전관리, 약 먹기, 전화하기의 8개 문항으로 구성되어 있다. 이 문항들은 일반적으로 도구적 일상생활 수행능력(Instrumental-ADL)으로 불리

는 문항 중 일부에 해당하며 이는 신체적 일상생활능력보다 복잡하고 어려운 수준의 기능이다. 질문에 대한 응답은 4점 척도로 구성되어 있으며 '혼자 할 수 있다' 4점, '어렵지만 혼자 할 수 있다' 3점, '도움이 필요하다' 2점, '전혀 할 수 없다' 1점이다. 본 연구에서는 8개 항목의 점수를 합하여 혼자 할 수 있는 수준(4점)인 경우에는 '상', 어렵지만 혼자 할 수 있는 수준(3점 이상-4점 미만)은 '중', 도움이 필요하거나 전혀 할 수 없는 경우(1점-3점 미만)는 '하'로 구분하였다.

신체활동 수행능력은 옷 입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 침상에서 일어나기, 화장실 사용, 대소변 조절, 집안일의 8문항으로 구성되어 있으며 일반적으로 신체적 일상생활능력(Physical-ADL)에 해당되는 문항으로 이루어져 있다. 신체활동 수행능력도 일상생활 수행능력과 같이 4점 척도로 구성되어 있으며 8개 항목의 점수를 합하여 혼자 할 수 있는 수준(4점)인 경우에는 '상', 어렵지만 혼자 할 수 있는 수준(3점 이상-4점 미만)은 '중', 도움이 필요하거나 전혀 할 수 없는 경우(1점-3점 미만)는 '하'로 구분하여 분석에 활용하였다.

만성질환 수는 연구대상자가 보유한 만성질환 수로, 각 만성질환별로 질환 유무를 파악한 것을 통합하여 질환이 있다고 응답한 개수로 파악한 것이다.

정신건강과 관련하여 자살과 관련이 높은 우울감은 최근 1년간 2주 이상 연속으로 일상생활에 지장이 있을 정도로 많이 슬펐거나 불행하다고 느낀 경험이 있는지를 질문하여 이에 대해 '예', '아니오'로 응답하도록 하였다.

분석방법

본 연구는 노인의 주관적 계층인식이 자살생각에 미치는 영향을 확인하는 것이 목적으로 이를 위해 종속변수인 자살생각 변수의 특성을 고려하여 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

로지스틱 회귀분석에 앞서 본 연구 대상의 특성과 각 변수들의 분포를 확인하기 위해 빈도분석과 기술통계분석을 통해 빈도와 백분율, 평균값을 구하였다. 그리고 종속변수인 자살생각과 독립변수 및 통제변수들과의 관련성을 확인하기 위해 이변량분석을 실시하여 Chi-square 검증을 하였다. 노인의 주관적 계층인식이 자살생각에 미치는 영향관계를 확인하기 위한 로지스틱회귀분석은 위계적 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 1단계에서 주관적 계층인식만을 투입하여 자살생각에 얼마나 영향을 미치는지를 확인하고, 2단계에서 통제변수인 인구사회학적 특성을, 3단계에서는 건강관련 특성을 추가 투입하여 분석함으로써 주관적 계층인식이 자살생각에 미치는 영향의 정도가 어떻게 변화하는지를 확인하였다.

분석을 위한 통계패키지는 SPSS 22.0 프로그램(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 사용하였다.

연구 결과

연구 대상자 특성

인구사회학적 특성 및 건강관련 특성

연구 대상자의 인구사회학적 특성을 비롯한 건강관련 특성은 Table 1과 같다. 전체 연구 대상자 2,209명 중 남자 964명(43.6%), 여자 1,245명(56.4%)으로 여자노인이 남자노인보다 더 많았다. 연령분포는 70세-74세 노인이 33.3%로 가장 많았고 65-69세 32.1%, 75-79세가 22.5%, 80세 이상이 12.1%의 순이었다. 교육수준은 초등학교 졸업이 45.0%로 가장 많았으며 고등학교 17.4%, 중학교 16.2%, 무학 13.5%, 대학교 이상 7.9%의 순이었다. 현재의 혼인상태는 배우자가 있는 노인이 69.8%, 별거·이혼·사별·실종으로 배우자가 없는 경우가 30.2%이었다. 가구소득이 없는 경우가 34.9%로 1/3을 차지하고 있었으며 소득이 있으나 1,000만 원 미만인 경우가 22.0%, 1,000-2,000만 원 미만이 17.1%로 분포되어 있었다. 연평균소득은 1,370만 원이었다.

옷 입기·세수하기·목욕하기와 같은 일상생활에서의 신체활동이 어느 정도 잘 이루어지는지 측정한 신체활동 수행능력은 평균 3.92점이고, '상'에 해당되는 비율이 81.2%로 혼자서 신체활동을 수행하는 데 무리가 없는 것으로 확인되었다. 식사하기·빨래하기 등의 일상생활을 어느 정도 할 수 있는지를 8개 항목으로 파악한 일상생활 수행능력은 평균 3.81점이며, '상'에 해당되는 경우가 69.0%로 연구대상 노인의 일상생활 수행능력은 비교적 좋았으나 '중' 25.5%, '하' 5.5%로 신체활동 수행능력에 비해 상대적으로 떨어지는 것을 알 수 있었다.

만성질환 보유수는 각 만성질환별로 질환 유무를 파악한 후 질환이 있다고 응답한 수를 합한 것으로 평균 1.89개의 만성질환을 보유하고 있는 것으로 확인되었다. 만성질환이 1개 이하인 경우가 59.3%, 2-3개인 경우가 16.4%, 4-5개 12.7%이었으며, 6개 이상인 경우도 11.6%이었다. 정신건강의 지표로 측정한 우울감에 대해서는 지난 2주간 우울감을 느꼈다고 응답한 노인은 9.1%이었다.

주관적 계층인식과 자살생각 여부

본 연구의 독립변수와 종속변수인 주관적 계층인식과 자살생각 여부를 확인한 결과 Table 1에 나타난 바와 같았다. 연구대상 노인의 주관적 계층인식을 10단계로 나누었을 때 가장 낮은 단계인 1에 해당된다고 생각하는 노인이 8.0%이며 가장 높은 단계인 10에 해당된다고 생각하는 노인은 1명이 있었다. 대부분의 연구대상자인 68.2%가 3-5단계에 해당된다고 생각하는 것으로 확인되었다. 주관적 계층인식 평균은 3.62점이었다.

자살을 생각해 보았는지에 대해서는 응답자의 8.8%가 생각해 본 적이 있다고 하였으며, 대부분인 91.2%는 자살을 생각해 본 적이 없었다

고 응답하였다.

Table 1. General characteristics of respondents (n=2,209)

Variables	Category	n	%
Gender	Male	964	43.6
	Female	1,245	56.4
Age (y)	65-69	709	32.1
	70-74	736	33.3
	75-79	496	22.5
	≥ 80	268	12.1
Educational status	No education	299	13.5
	Primary school	994	45.0
	Middle school	357	16.2
	High school	385	17.4
	Over than college	174	7.9
Living with spouse partner	Yes	1,542	69.8
	No	667	30.2
Yearly Household income (1,000 won)	No income	770	34.9
	< 10,000	486	22.0
	10,000-20,000	377	17.1
	20,000-30,000	206	9.3
	≥ 30,000	370	16.7
	Mean ± SD	13,700.13 ± 1885.07	
Ability to perform physical activities ¹⁾	Higher	1,727	81.2
	Middle	359	16.9
	Lower	40	1.9
	Mean ± SD	3.92 ± 0.27	
Activities to make a daily living ¹⁾	Higher	1,466	69.0
	Middle	544	25.5
	Lower	116	5.5
	Mean ± SD	3.81 ± 0.41	
No. of chronic diseases with them	≤ 1	1,311	59.3
	2-3	362	16.4
	4-5	280	12.7
	≥ 6	257	11.6
	Mean ± SD	1.89 ± 2.59	
Having any of depressive symptoms ¹⁾	Yes	190	9.1
	No	1,887	90.9
Perceived social class on a scale	1	176	8.0
	2	333	15.1
	3	585	26.5
	4	464	21.0
	5	458	20.7
	6	466	6.0
	7	35	1.6
	8	22	1.0
	9-10	3	0.1
	Mean ± SD	3.62 ± 1.49	
Experience of suicidal ideation	Yes	194	8.8
	No	2,015	91.2

SD, standard deviation.

¹⁾Missing cases excluded.

Table 2. Percent distribution of experience of suicidal ideation by general characteristics (n=2,209)

Variables	Category	Ever thought suicide	Never thought suicide	χ^2/t
Gender	Male	10.0	90.0	$\chi^2=4.93^*$
	Female	7.3	92.7	
Age (y)	65-69	9.2	90.8	$\chi^2=2.05$
	70-74	8.3	91.7	
	75-79	9.9	90.1	
	≥ 80	7.1	92.9	
Educational status	No education	10.7	89.3	$\chi^2=5.19$
	Primary school	9.7	90.3	
	Middle school	7.3	92.7	
	High school	7.3	92.7	
	Over than college	6.9	93.1	
Living with spouse/partner	Yes	8.1	91.9	$\chi^2=2.91$
	No	10.3	89.7	
Yearly household income (1,000 won)	None	9.4	90.6	$\chi^2=3.80$
	< 10,000	9.9	90.1	
	10,000-20,000	6.9	93.1	
	20,000-30,000	6.8	93.2	
	≥ 30,000	9.2	90.8	
Ability to perform physical activities ¹⁾	High	6.9	93.1	$\chi^2=35.68^{***}$
	Middle	16.2	83.8	
	Low	17.5	82.5	
	Mean ± SD	3.83 ± 0.39	3.92 ± 0.25	
Activities to make a daily living ¹⁾	High	6.8	93.2	$\chi^2=22.25^{***}$
	Middle	12.3	87.7	
	Low	15.5	84.5	
	Mean ± SD	3.67 ± 0.52	3.82 ± 0.40	
No. of chronic diseases with them	≤ 1	7.3	92.7	$\chi^2=11.72^{**}$
	2-3	9.4	90.6	
	4-5	11.4	88.6	
	≥ 6	12.8	87.2	
	Mean ± SD	2.57 ± 3.03	1.83 ± 2.54	
Having any of depressive symptoms ¹⁾	Yes	10	90.0	$\chi^2=0.43$
	No	8.6	91.4	
Perceived social class	Higher (6-10)	4.7	95.3	$\chi^2=29.40^{***}$
	Middle (4-5)	5.7	94.3	
	Lower (1-3)	12.1	87.9	
	Mean ± SD	3.03 ± 1.37	3.67 ± 1.49	

SD, standard deviation.

¹⁾Missing cases excluded.* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

연구대상자 특성에 따른 자살생각 여부

연구대상자의 특성에 따른 자살생각 여부를 분석한 결과는 Table 2와 같았다. 인구사회학적 특성 중 성별, 건강관련 특성 중 만성질환 수, 일상생활 수행능력, 신체활동 수행능력이 자살생각과 $p < 0.05$ 수준에서 유의미한 관련성을 가지고 있는 것으로 확인되었다.

성별로는 남자노인(10.0%)이 여자노인(7.3%)에 비해 자살을 생각한 비율이 더 높았으며($p < 0.05$) 신체활동 수행능력이나 일상생활 수행능력이 떨어질수록 자살생각을 더 많이 하는 것을 알 수 있었다. 특히 신체활동 수행능력과 일상생활 수행능력이 ‘하’인 경우 자살생각 비율이 6.9%, 6.8%로 차이가 없었으나 일상생활 수행 능력이 ‘중’과 ‘하’인 경우의 자살생각률이 각각 12.3%, 15.5%인 반면 신체활동 수행능력이 ‘중’인 경우는 16.2%, ‘하’인 경우 17.5%로 신체활동 수행능력이 낮은 경우의 자살생각 비율이 더 높음을 알 수 있었다. 또한 만성질환 수가 많을수록 자살생각 비율이 더 높았다. 이러한 결과로 노인의 자살은 인구사회학적 특성보다는 건강관련 요인들이 보다 밀접하게 관련되어 있음을 보여준다.

통계적으로 유의미하지는 않지만($p > 0.05$) 교육수준이 낮을수록 자살생각 비율이 더 높은 양상을 보이고, 배우자가 있는 경우보다는 없는 경우에 자살생각을 더 많이 하는 경향을 보이고 있었다. 연령이나 소득에 따라서는 일관된 경향성을 보이지는 않지만 대체로 연령이 높을수록 자살생각 비율이 낮고, 소득이 1,000만 원 이하이거나 3,000만 원 이상으로 높은 경우 자살생각 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 또한 우울감과 관련하여서는 우울감을 경험한 경우 자살생각을 한 비율(10.0%)이 그렇게 않은 경우(8.6%)보다 약간 높았으나 통계적으로 유의미하지는 않았다($p > 0.05$).

주관적 계층인식과 자살생각과의 관련성 분석

주관적 계층인식에 따른 자살생각 여부를 분석한 결과 Table 2에서 볼 수 있는 바와 같이 $p < 0.001$ 수준에서 통계적으로 유의하였다. 주관적 계층인식 점수가 6이상으로 높은 경우 자살을 생각한 비율이 4.7%이었으나 중간단계(4-5)인 경우에는 5.7%, 주관적 계층점수가 3 이하인 경우에는 12.1%로 주관적 계층인식이 낮을수록 자살생각을 하는 노인이 더 많음을 알 수 있었다. 이는 주관적 계층인식 점수의 평균값에 대한 t 검증결과에서도 자살생각을 한 경험이 있는 노인의 주관적 계층인식 점수가 3.30으로 더 낮아서 주관적 계층인식과 자살생각 여부에 관련이 있음을 알 수 있다.

이러한 분석 결과를 바탕으로 노인의 자살생각에 주관적 계층인식이 어느 정도 영향을 미치는지를 파악해보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였으며, 그 결과는 Table 3과 같았다. 본 연구의 목적인 주관적 계층인식이 자살생각에 얼마나 영향을 미치는지를 먼저 확인한 후 통제변수인 인구사회학적 특성과 건강관련 특성에 대한 변수들을 통제하고도 주관적 계층인식이 자살생각에 여전히 영향을 미치는지를 확인하기 위해 단계적으로 변수를 투입하는 방법을 사용하였다. 즉 Model 1에서는 주관적 계층인식만을 투입하여 분석하고, 다음단계에서 인구사회학적 특성인 성, 연령, 교육수준, 혼인상태, 가구소득을 추

Table 3. Multivariate logistic regression analysis predicting to have a suicidal ideation

Variables	Category	Model 1	Model 1	Model 2
		OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Perceived social class	High	1	1	1
	Middle	1.31 (0.61-2.81)	1.32 (0.61-2.87)	1.16 (0.53-2.53)
	Low	2.77** (1.38-5.78)	2.72** (1.28-5.80)	2.20* (1.02-4.72)
Gender	Male		1	1
	Female		1.21 (0.82-1.78)	1.18 (0.80-1.75)
Age (y)	65-69		1.50 (0.83-1.78)	2.01* (1.13-3.89)
	70-74		1.34 (0.76-2.39)	1.71 (0.95-3.01)
	75-79		1.51 (0.84-2.69)	1.75* (0.97-3.16)
	≥ 80		1	1
Educational status	No education		1	1
	Primary school		1.00 (0.62-1.60)	1.05 (0.64-1.70)
	Middle school		0.80 (0.43-1.49)	0.83 (0.44-1.57)
	High school		0.91 (0.49-1.72)	0.95 (0.49-1.83)
	Over than college		0.43 (0.43-2.16)	0.99 (0.43-2.28)
Living with spouse/partner	Yes		1	1
	No		1.05 (0.72-1.54)	1.02 (0.69-1.50)
Yearly household income (1,000 won)	None		1	1
	< 10,000		0.92 (0.61-1.40)	1.02 (0.66-1.57)
	10,000-20,000		0.73 (0.43-1.23)	0.71 (0.42-1.21)
	20,000-30,000		0.97 (0.52-1.81)	1.04 (0.55-1.96)
	≥ 30,000		1.07 (0.66-1.73)	1.10 (0.68-1.79)
Ability to perform physical activities	High			1
	Middle			2.20** (1.34-3.68)
	Low			2.49 (0.79-7.84)
Activities to make a daily living	High			1
	Middle			1.34 (0.84-2.15)
	Low			1.28 (0.55-2.96)
No. of chronic disease with them	≤ 1			1
	2-3			1.48 (0.04-2.33)
	4-5			1.71* (1.08-2.72)
	≥ 6			1.87** (1.89-2.95)
Having any of depressive symptoms	Yes			1
	No			0.88 (0.52-1.49)

SD, standard deviation; OR, odds ratio; CI, confidence interval.

Use only complete data except missing cases.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

가적으로 투입하여 분석하고 마지막 Model 3에서는 건강관련 변수인 신체활동 수행능력과 일상생활 수행능력, 만성질환 수, 우울감을 투입하였다.

Model 1에서 살펴볼 수 있는 바와 같이 자신의 계층이 '상'이라고 인식하고 있는 노인을 기준으로 할 때 '하'라고 인식하는 노인이 자살을 생각할 가능성이 2.2배 높았다(95% CI: 1.38-5.78). 자신의 계층을 중간 정도라고 인식하는 경우에는 자살생각이 1.31배 정도 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 계층인식이 중간정도인 경우는 상위계층과 자살을 생각하는 정도에서 차이가 별로 없지만 계층이 낮다고 인

식하는 경우 자살생각에 대한 생각이 유의하게 늘어나는 것을 보여주는 결과이다.

인구학적 특성을 추가한 Model 2에서는 자신의 계층을 '하'라고 인식하는 노인들의 자살 생각에 대한 오즈비(odds ratio)가 2.77에서 2.72로 약간 낮아지는 것을 확인할 수 있었다(95% CI: 1.28-5.80). 그러나 인구사회학적 특성들 중 자살생각에 유의미한 영향을 미치는 변수는 찾아볼 수 없었다.

건강관련 변수를 추가 투입한 Model 3에서 주관적 계층인식이 자살생각에 미치는 영향은 Model 2에서보다 더 줄어들어서 주관적 계층인

식이 '하'인 경우 오즈비가 2.20 (95% CI: 1.02-4.72)이었으며, 통계적으로 유의하지는 않지만 '중'인 경우에는 1.16 (95% CI: 0.53-2.53)으로 기준인 '상'과 거의 차이가 없어졌다. 이는 건강관련 변수 중 신체활동 수행능력과 만성질환 개수가 자살생각에 유의한 영향을 미치면서 나타난 결과로 보여진다. 신체활동 수행능력이 '상'인 노인에 비해 '중'인 경우 자살생각이 2.2배 높았으며(95% CI: 1.34-3.68), 통계적으로 유의하지는 않지만 '하'인 노인의 자살생각은 2.49배 높았다(95% CI: 0.79-7.84). 또한 현재 가지고 있는 만성질환이 1개인 노인을 기준으로 볼 때 만성질환이 4-5개인 경우 자살생각을 할 가능성이 1.71배 높았으며(95% CI: 1.08-2.72), 6개 이상인 경우에는 7.87배 높았다(95% CI: 1.89-2.95). 결국 주관적 계층인식 외의 건강상태가 노인의 자살생각에 유의한 영향을 미치고 있고, 이는 주관적 계층이 자살생각에 미치는 영향의 정도가 줄어든 것으로 나타난 것으로 유추해볼 수 있을 것이다.

고 찰

본 연구는 2012년 한국의료패널조사 자료를 이용하여 우리나라 만 65세 이상 노인의 주관적 계층 인식이 자살생각에 영향을 미치는지를 분석해 보고자 하였다. 주관적 계층 인식은 10단계로 이루어진 사다리 모양의 MacArthur scale로 측정하였다. MacArthur scale은 이해하기 쉬운 시각적 표현으로 자신의 사회경제적 상태(Social Economic Status, SES)를 선택하는 방식의 지표이다. 10점으로 표시되는 가장 위층의 단계는 가장 높은 수준의 경제력, 학력, 유망한 직업을 가진 계층을 의미하며, 1점으로 표시되는 맨 아래층은 그 반대의 경우로 가장 낮은 수준의 계층을 의미한다. 따라서 조사대상자는 자신의 위치를 사다리의 단층 중 하나를 선택하여 자신의 주관적 계층 인식을 표현할 수 있다 [22]. 주관적 계층 인식은 사회구조 속에서 스스로의 위치를 인지하는 것으로, 개인의 태도를 변화시키고 행동에도 영향을 미친다[14]는 점에서 단순한 자신의 계층에 대한 인식 이상의 의미를 가진다고 볼 수 있다. 본 연구대상자들의 주관적 계층인식은 평균 3.62점으로 낮은 편이다. 이는 연구대상이 65세 이상 노인이고, 이들의 교육수준이나 소득이 낮은 편이라는 점에 기인한다고 할 수 있다. 특히 가구 소득이 없다고 응답한 비율이 34.9%나 된다는 점이 이렇게 주관적 계층인식 점수가 낮게 나타난 것으로 예측된다.

연구대상 노인들의 8.8%가 자살을 생각해 본 적이 있는 것으로 응답하였다. 인구사회학적 특성 중에서는 성만 유의한 관계를 보였으며, 건강관련 특성인 신체활동 수행능력, 일상생활 수행능력, 만성질환 수는 자살생각과 유의한 관련이 있었다. 이는 노인의 경우 건강이 자살과 같은 정신질환에 더 많은 영향을 미치고 있음을 보여주는 결과이다. 연령과 자살과의 관련성에 대해서는 75세 이상 노인이 74세 이하인

노인에 비해 자살생각이 낮은 것으로 밝혀진 바 있어[5] 본 연구결과에서 연령이 높아질수록 자살생각을 할 가능성이 많아진다는 것과 유사한 결과이다. 19세 이상 성인 중 자살을 생각해본 사람의 분포에서 60세 이상 연령층이 29.0%를 차지한다는 보고[23]를 보아도 연령이 높은 집단에서 자살생각을 더 많이 하는 것으로 예측할 수 있다. 또한 여자 노인이 남자노인보다 자살을 생각한 비율이 더 높다는 결과는 다른 선행연구의 결과와도 일치하였다[6,9,24]. 이는 노인만이 아니라 성인 전체를 대상으로 하는 연구에서도 같은 양상을 보였다[23]. 혼인상태와 자살생각과의 관계에 있어서는 이혼한 경우 가족의 불안정성 증대 및 결속력 약화와 해체로 이어져 자살과의 관계에서 정적인 관계를 가지는 것[6]으로 보고되고 있는데, 본 연구에서도 별거, 이혼, 사별, 실종 등 배우자가 없는 경우에 배우자가 있는 노인에 비해 자살생각 비율이 더 높은 것으로 나타났다.

건강관련 특성 중 신체활동 수행능력이 좋을수록 자살생각 비율이 낮은 것으로 나타난 본 연구결과는 규칙적인 운동이 자살과 유의한 연관성이 있다는 선행연구[25]와 일맥상통하는 것이어서 규칙적인 신체활동을 권장하는 것이 자살예방을 위한 방안이 될 수 있을 것으로 보인다. 또한 노인의 일상생활 수행능력이 낮을수록 자살생각을 할 가능성이 증가하는 것으로 나타나 기존 연구결과[5]와 일치된 결과를 보여주었다. 현대사회에서 만성질환은 건강뿐만 아니라 사회의 다양한 부분에 영향을 미치는데, 노인의 자살에서도 예외가 아니어서 현재 가지고 있는 만성질환의 수가 많을수록 자살생각을 할 가능성이 더 높아지는 것을 확인할 수 있었다. 이러한 연구 결과는 기존 연구에서도 같은 결과를 보였는데[6], 이는 만성질환을 관리하지 못하면 삶에 대한 만족도가 떨어지면서 자살을 생각하게 될 가능성이 높아지는 것으로 예측된다.

본 연구에서 주관적 계층인식은 자살생각에 중요하게 영향을 미치고 있는 것으로 확인되었다. 즉, 주관적 계층 인식이 낮을수록 자살을 생각할 가능성이 높아지고 있었다. 특히 주관적 계층인식이 높은 집단의 자살생각 비율이 4.7% ($p < 0.05$), 중간인 집단이 5.7%인데 비해 주관적 계층인식이 낮은 집단에서의 자살생각 비율은 12.1%로 상대적으로 매우 높음을 알 수 있다. 사회적으로 낮은 계층 인식은 스트레스를 유발하고, 이 스트레스는 자살을 야기하는 중요한 정신건강 문제 중 하나[11]라고 보았을 때, 결국 계층인식이 자살과 관련성이 있음을 유추해 볼 수 있다. 특히 노인의 주관적 계층인식의 평균이 3.62점으로 낮은 점을 고려해 볼 때 노인 자살에 주관적 계층인식이 중요한 영향요인임을 알 수 있다. 이러한 결과는 노인의 주관적 계층인식이 스트레스와 주관적 건강인식의 이중매개경로를 거쳐 자살충동에 영향을 미치나 주관적 계층인식이 자살충동에 직접적인 효과를 나타내지 않았다는 Nam et al. [11]의 연구와는 차이를 보이는데, 이는 본 연구에서는

매개효과를 고려하지 않았기 때문으로 보인다.

우리나라의 심각한 사회문제인 자살은 전 연령층을 관통하고 있는 문제이지만 특히 노인의 자살문제는 고령화 사회로 변화하는 상황에서 매우 중요한 보건문제로 대두되고 있다. 자살생각이 바로 자살로 이어지는 것은 아니지만 자살을 생각하는 사람이 늘어나면 그만큼 자살을 시도할 가능성도 높아질 수 있다는 점에서 관심을 가져야 하는 문제이며 자살의 원인에 대한 적극적 규명과 함께 예방책이 필요할 것이다[6].

로지스틱회귀분석 결과 주관적 계층인식이 '하'라고 응답한 노인들이 '상'이라고 응답한 노인에 비해 자살을 생각할 가능성이 2.77배 더 높았다(95% CI: 1.38-5.78). 이는 교차분석결과 '하'인 경우 자살을 생각한 비율이 12.1%로 '상'의 4.7%에 비해 거의 3배 가까이 되는 것과 일관된 결과이다. 그러나 자신의 계층을 중간정도라고 인식하고 있는 경우에는 '상'인 경우와 차이가 별로 없었는데, 이러한 결과는 가구소득이 중간인 경우(1,000-3,000만 원)에 소득이 없거나 이보다 높은 경우에 비해 자살을 생각한 비율이 낮은 것과 관련이 있을 것으로 보인다. 즉, 계층에 대한 주관적 인식이 결국은 소득수준과 연계될 수밖에 없기 때문으로 보여진다.

노인의 주관적 계층인식과 자살의 관련성은 인구사회학적 특성을 보정하였을 때에는 영향을 정도가 줄어들기는 하지만 그 크기가 커지 않았으나 건강관련 변수들을 추가하여 보정하였을 때에는 자살에 미치는 영향의 정도가 조금 더 줄어들었다. 이러한 결과는 인구사회학적 특성보다는 건강관련 특성이 노인의 자살생각에 영향을 미치고 있고, 이에 따라 주관적 계층인식의 영향 정도가 약간 줄어드는 양상을 보이는 것으로 해석할 수 있을 것이다. 이는 위에서 살펴본 대로 신체활동 수행능력이나 일상생활 수행능력, 현재 가지고 있는 만성질환의 수 등의 건강과 관련된 변수들이 노인의 자살과 관련이 있음을 다시 한번 보여주는 결과이다.

인구사회학적 특성들 중 연령만 노인들의 자살생각에 영향을 미치고 있었으며, 건강관련 특성 중 일상생활 수행능력과 우울감은 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이변량분석에서 일상생활 수행능력이 자살생각과 유의한 관련이 있었던 것을 고려해 보면 일상생활 수행능력이 자살생각에 영향을 미치지 않는다기 보다는 다른 변수들과의 상호작용에 따라 유의하게 나타나지 않은 것으로 보여진다.

노인의 경우 자녀 등 가족과의 동거여부가 자살에 영향을 미칠 수 있으나, 본 연구대상의 대다수가 다른 가족과 동거하는 상태인 것으로 파악되어 분석에 포함하지 않았다. 또한 선행연구에서 도시와 농어촌 간의 자살생각 비교 결과 농어촌에 비해 도시가 자살생각이 더 높은 것으로 밝혀진 바 있으나[6] 본 연구의 자료가 가지는 한계로 분석에 포함되지 않았다. 본 연구에서는 2012년 1개년도의 자료만으로 분석함

으로써 노인의 주관적 계층인식이 자살생각에 미치는 인과적 관계를 분석하지 못하였다는 한계를 가지고 있다. 의료패널자료가 종단자료이라는 점을 고려하여 추후 종단분석을 통해 인과관계를 밝히는 것이 필요할 것이다.

본 연구는 노인의 자살문제를 주관적 계층인식이라는 요인으로 규명해 보고자 하였다는 점에서 의의가 있다. 노인의 자살을 예방하기 위해서는 노인의 개인적, 심리적 요인과 객관적인 사회경제적 요인뿐만 아니라 주관적 계층인식이 중요하게 영향을 미친다는 점을 고려하여 주관적 계층인식에 대한 사회적 맥락을 고려하는 노력이 요구된다.

결론

본 연구는 노인의 주관적 계층인식이 자살생각에 미치는 영향요인을 파악하기 위하여 2011년 한국의료패널자료를 활용하여 만 65세 이상 2,209명을 대상으로 2차자료분석을 실시하였다. 분석결과 주관적 계층인식이 낮을수록 자살생각을 경험할 가능성이 유의하게 높았다. 이러한 결과는 인구사회학적 특성과 건강관련 특성들을 통제하여도 여전히 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 특히 만성질환 수가 많을수록, 일상생활 수행능력이 떨어질수록, 주관적 계층인식이 낮을수록 자살생각을 경험할 확률이 유의하게 높았다. 2012년 한국의료패널자료를 활용하여 노인의 계층인식과 노인의 자살충동의 관계를 스트레스와 주관적 건강인식이라는 매개변수를 고려한 연구[11]처럼 노인의 자살에는 보다 복잡한 매개경로가 있을 가능성이 있으므로 이러한 논의를 발전시킬 수 있는 추가 연구가 요구되며, 종단적 분석을 통해 주관적 계층인식과 자살의 인과관계를 분석하는 연구도 이루어져야 할 것이다.

노인의 주관적 계층인식과 자살생각과의 관련성을 파악한 본 연구는 노인의 자살문제를 개인의 문제가 아니라 사회적 계층인식이라는 사회구조적 맥락에서 살펴보았다는 점에 의의가 있다고 할 것이다. 따라서 노인의 자살생각 문제를 예방하기 위한 정책 및 교육 프로그램을 개발할 때에는 노인의 개인적, 심리적 요인 외에도 계층의식과 같은 사회적 맥락을 고려하여야 할 것이다.

REFERENCES

1. Kim KK, Kim DH, Kim WB, Kim JS, Kim JH, Moon CJ, et al. Modern social problems. Seoul: Paranmaum; 2010, p. 69-70 (Korean).
2. Lee SJ. A study on service linkage as the solution for overlapping problem of the aged: focused on income, abuse, depression, suicide problems. J Korean Gerontol Soc 2015;35(2):355-373 (Korean).

3. Kim BS. International comparison of elderly poverty and income replacement rate of pension. *Monthly Labor Review* 2015;3:100-102 (Korean).
4. Park JS, Park YK, Jeong SH, Lee CS, Kim H. Influence of resilience and depression on suicidal ideation in elderly. *J Korean Gerontol Soc* 2014;34(2):247-258 (Korean).
5. Kang WS, Moon JW, Park JS. The relationship among abuse, self-esteem, ADL, psychosocial factors and depression in the elderly. *J Health Soc Sci* 2011;29:153-183 (Korean).
6. Park H, Kim S, Kang E, Byun S, Bang J. A study on the analysis of the status of type of cause suicidal impulse. *J Korean Assoc Crisis Emerg Manag* 2011;3(2):75-91 (Korean).
7. Kang NM, Chung HH. The structural relationships among depression, hopelessness and suicidal ideation in the elderly. *Korean J Human Develop* 2014;21(2):37-54 (Korean).
8. 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(1):24-32 (Korean).
9. Sohn SY. A study on factors affecting the elderly suicidal ideation in Korea. *Korean J Health Service Manag* 2014;8(2):149-160 (Korean).
10. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol Rev* 1990;97(1):90-113.
11. Nam SI, Yi HJ, Kim SJ, Kim BK. The effect of subjective socioeconomic status on suicidal ideation in older Koreans. *Health Social Welfare Review* 2016;36(2):121-150 (Korean).
12. Marmot MG, Rose G, Shopley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health* 1978;32(4):244-249.
13. Townsend P, Davidson N. Inequalities in health (the Black Report). Harmondsworth, Middlesex, England: Penguin Books; 1982.
14. Yang DW. The effects of subjective social status on health-risk behaviors and self-rated health [dissertation]. The Graduate School of Public Health Seoul National University; Korea, 2014.
15. Seo KM. A study on factors affecting subjective class consciousness-focusing on income, education level, occupation, income satisfaction, life Satisfaction. Korean sociological association. Korean Sociological Association Sociology Conference 2009;6:911-921 (Korean).
16. Wright EO. If class is the answer, what is the question? Approaches to class analysis. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2005.
17. Hodge R, Treiman D. Class identification in the United States. *American J Soc* 1968;73(5):535-547.
18. Jackman M, Jackman R. An interpretation of the relation between objective and subjective social status. *American Soc Rev* 1973;38(5):569-582.
19. Kluegel JR, Singleton R Jr, Starnes CE. Subjective class identification: a multiple indicator approach. *Am Socio Rev* 1977;42(4):599-611.
20. Maeng C. A study on influences of socio-economic factors to class identification of the elderly [dissertation]. Hansei University; Korea, 2013.
21. Korea Institute for Health and Social Affairs. Korea health panel. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2015.
22. University of California San Francisco (UCSF). Research Network on SES & Health. Available at <http://www.macses.ucsf.edu/default.php> [accessed on].
23. Lee SM, JeKarl J, Kim KK. Association between suicide attempts and alcohol use. *J Korean Alcohol Sci* 2015;16(1):17-28 (Korean).
24. Lee HK, Chang GC. The relations of health-related quality of life, mental health, and suicidal ideation among Korean elderly. *Korean Public Health Res* 2012;38(1):69-79 (Korean).
25. Park JS, Lee JC, Kim GH, Moon JW. A study on the relating factors affecting the suicide instinct of the elderly aged 65 or older. *J Health Soc Sci* 2009;26:115-136 (Korean).