

Keyes의 완전정신건강모형을 통해 본 노인의 정신건강과 자살행동의 관계*

노 상 선

조 용 래†

한림대학교 심리학과

본 연구는 Keyes가 제안한 완전정신건강모형에 기초하여 노인의 정신건강과 자살행동의 관계를 살펴보기 위해 수행되었다. 이를 위해, 정신적 웰빙, 즉 긍정적 정신건강이 다른 관련 변인들의 영향을 넘어서서 노인들의 자살행동을 예측하는 데 있어 고유하게 기여하는지, 그리고 정신적 웰빙에 기초한 정신건강 3범주와, 정신적 웰빙과 우울증 유무의 조합에 기초한 정신건강 5범주에 따라 자살행동의 차이를 보이는지를 검증하였다. 65세 이상의 노인 2,034명으로부터 수집된 자료에 대해 위계적 중다회귀분석을 적용한 결과, 정신적 웰빙은 학력, 가구 형태, 빈곤, 신체질환, 그리고 우울증상의 영향을 통제했을 때에도 자살행동에 유의미하게 기여하는 것으로 밝혀졌다. 아울러, 학력, 빈곤, 신체질환, 우울증상은 다른 모든 예측변인들의 효과를 통제하였을 때에도 자살행동에 유의미하게 기여하였으며, 그 중에서도 우울증상이 가장 크게 기여하는 것으로 나타났다. 성별을 나누어 분석하였을 때는, 남자의 경우 다른 모든 예측변인들이 자살행동에 미치는 효과를 통제하자 빈곤과 우울증상만이 자살행동을 의미 있게 예측한 반면, 여자의 경우 정신적 웰빙, 신체질환과 우울증상이 자살행동을 의미 있게 예측하는 것으로 나타났다. 다음으로, 정신적 웰빙에 기초한 정신건강 3범주 간의 비교 결과, 쇠약집단은 보통 및 번영집단에 비해, 그리고 보통집단은 번영집단에 비해 자살행동에 더 취약한 것으로 밝혀졌다. 정신적 웰빙과 우울증을 기준으로 분류된 정신건강 5범주 간의 비교 결과, 쇠약과 우울증 복합집단이 자살행동에 가장 취약하였으며, 완전정신건강집단이 가장 덜 취약한 것으로 밝혀졌다. 결론적으로, 이 결과들은 정신적 웰빙이 우리나라 노인들의 자살행동을 줄이는 일종의 보호요인으로 작용할 수 있음을 시사하며, 그들의 자살행동을 설명하는 데 있어 완전정신건강모형의 적용가능성을 지지한다.

주요어 : 노인 자살, 정신건강, 우울, 보호요인, 완전정신건강모형

* 이 논문은 2012년 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임
(NRF-2012S1A6A3A01033504).

† 교신저자(Corresponding Author) : 조용래 / 한림대학교 심리학과 / 강원도 춘천시 한림대학길 1

Fax : 033-256-3424 / E-mail : yrcho@hallym.ac.kr

세계보건기구(World Health Organization, 2014, p.12)는 2014년에 자살예방을 공중보건과 공공정책의 우선 의제로 만들고 자살이 합법적인 공중보건 문제라는 인식을 고취시키기 위해 'Preventing suicide: A global imperative'라는 보고서를 내놓았다. 이 보고서에 따르면 2012년 한 해에 세계적으로 약 804,000명이 자살로 목숨을 잃었으며, 연령별로 볼 때 거의 모든 지역에서 70세 이상 노인의 자살률이 가장 높은 것으로 나타났다. 수년간 경제협력개발기구 가입국 중 가장 높은 자살률을 보이고 있는 우리나라의 경우에도 연령별 자살률 분포에서 65세 이상 노인의 자살률이 인구 10만 명당 64.2명으로 가장 높다(통계청, 2014). 특히 남성의 자살률이 102.3명으로 여성의 37.3명보다 2.7배 높은 것으로 나타났다.

우리나라는 총인구에서 고령자가 차지하는 비중이 12.7%로, 1970년 3.1%에서 지속적으로 증가하고 있으며 2024년에는 19.0%, 2034년에는 27.6%로 계속 늘어날 전망이다(통계청, 2014). 이렇듯 노인 인구의 비율이 급속도로 증가하고 있는 가운데 노인 자살이 심각한 사회문제로 부각되고 있다.

노년기는 은퇴에 따르는 사회적 관계 범위의 축소와 경제적인 불안정, 친구나 배우자의 죽음과 같은 상실 경험, 자연적인 노화나 만성질환 등으로 인한 건강의 약화와 같이 적응을 필요로 하는 큰 변화를 경험할 가능성이 다른 연령에 비해 훨씬 높다. 따라서 노인 자살을 이해하고 적절한 예방대책을 수립하기 위해서는, 준비하지 못한 상태에서 맞은 급속한 고령사회화로 인한 노인복지의 미비, 전통적인 가족관계의 해체와 심각한 수준의 노인빈곤 문제 등 사회경제적 요인들(김동현, 2013)과 함께 다양한 정신적, 신체적 요인들을

파악할 필요가 있다. 노인 자살에 대한 대부분의 연구들이 노년기의 정신적, 신체적 및 사회적인 측면을 포괄적으로 다루고 있는 이유가 여기 있다. 본 연구는 이 중 정신적 요인에 초점을 맞추고 있는데, 본격적으로 Keyes의 완전정신건강모형을 적용하여 노인의 정신건강과 자살행동의 관계를 살펴보기 전에 지금까지 밝혀진 노인 자살의 위험요인과 보호요인에 대해 간략하게 살펴보면 다음과 같다.

노인 자살에 영향을 주는 요인들 중 위험요인의 역할을 다룬 연구들은 많이 보고되었다(김선영, 정미영, 김정나, 2014; 김형수, 2002; 김효창, 손영미, 2006; 안준희, 전미애, 2009; Batterham & Christensen, 2012; Ciulla et al., 2014; Conwell, Duberstein, & Caine, 2002; Holm & Severinsson, 2015). 다른 연령대의 자살과 마찬가지로 우울증이나 우울증상은 노인의 자살 행동과 강력한 연관성이 있는 것으로 나타났다. Conwell 등(2002)은 노년기 자살 위험률 증가와 가장 강력하게 관련된 요인이 우울증상이며, 신체질환과 기능적 손상이 노인의 자살과 관련이 있다 하더라도 상당수의 신체적 건강 요인이 우울증과 같은 기분장애에 의해 매개될 수 있음을 제안하였다. 또한 이들이 살펴본 세 개의 사례 통제 연구에서 독거노인 자살자와 독거노인 생존자를 유의미하게 구별하는 사회적 요인으로 경제적 문제, 대인관계 문제, 가정불화가 있었는데, 우울증을 포함하여 다른 요인이 분석에 포함될 경우 가정불화만 유의한 것으로 남았다고 밝혔다. 또한, 경찰서에 접수된 자살 사건 중 60세 이상에 해당하는 23건을 분석한 김효창과 손영미(2006)의 연구에서 자살자가 가졌던 취약성으로 정신건강문제, 신체건강문제, 가족관계문제, 경제적 문제 순으로 보고한 사례수가 많았는데,

정신건강문제 중에서도 우울증을 보고한 사례가 가장 많았다. Batterham과 Christensen (2012)의 종단적 연구에서는 이전의 자살경향성, 불안증상, 신경증 성향, 반추와 함께 우울증상이 4년 후의 자살생각과 자살행동의 가장 강력한 예측변인으로 나타났다.

한편, Holm과 Severinsson(2015)은 2004년에서 2014년 사이에 출판된 노인 자살 관련 연구 12편을 체계적으로 검토하여 심리사회적 위험요인을 4가지로 범주화하였다. 첫째는 자신이 타인에게 짐이 된다고 지각하는 것이었는데 이는 우울증과 무망감을 증가시키는 것으로 나타났다. 둘째는 상실, 낮은 사회적 지지, 사회적 관계망의 축소와 같은 빈약한 사회적 통합 수준이었으며, 셋째는 신체질환과 노령으로 인한 부담이었다. 넷째는 종교활동의 부정적인 측면으로, 종교활동의 빈도가 높을수록 자살생각을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 특히 매일 종교의식을 행하는 것이 높은 자살생각과 더 큰 상관성이 있는 것으로 밝혀졌다.

보호요인은 자살행동을 직접 낮추거나 또는 기존에 알려진 위험요인의 영향을 완충할 가능성이 크기 때문에 노인들의 자살현상을 심도 있게 이해하려면 반드시 고려할 필요가 있다. 하지만 문헌 검토 결과, 노인 자살에 영향을 주는 위험요인에 대한 연구에 비해 보호요인을 다룬 연구는 그리 많지 않았다. 밝혀진 보호요인으로는 경제력과 사회적 지지(정은숙, 2005), 가족연대감(Purcell et al., 2012), 소속감, 사회적 품위의 유지, 관계에 대한 만족감, 그리고 사회적 지지를 받을 수 있는 기회를 높이는 것으로 보이는 종교활동의 긍정적인 측면(Holm & Severinsson, 2015) 등이 있다. 이러한 보호요인들은 대체로 사회경제적인 측면과 관련되어 있다. 더욱이 다른 연령에서 자살의

보호요인이 될 수 있을 것으로 시사된 바 있는 웰빙(Bates & Bowles, 2011)이 노인을 대상으로는 연구된 바가 없는 것으로 알고 있다. 따라서 본 연구에서는 정신적 웰빙을 노인 자살의 보호요인으로 상정하고, Keyes(2002, 2003)가 제안한 완전정신건강모형을 통해 노인의 정신건강과 자살행동의 관계를 살펴보고자 한다.

지금까지의 노인 자살 연구에서 정신건강의 개념은 주로 우울증과 같은 정신장애의 유무나 우울증상의 수준과 같은 정신병리 증상의 정도로 다루어졌다. 이는 ‘정신장애가 없는 상태’를 의미하는 정신건강의 고전적 정의에 근거를 둔 것으로 볼 수 있다. 하지만, 이미 세계보건기구(World Health Organization, 2005)는 정신건강을 “개인이 자신의 잠재능력을 발휘하고, 일상적인 생활 스트레스에 대처할 수 있으며, 생산적으로 일할 수 있고, 그가 속한 공동체에 기여할 수 있는 웰빙 상태”로 정신장애의 유무를 넘어 포괄적으로 정의하고 있다.

Keyes(2002, 2003, 2005)는 정신장애와 정신적 웰빙(mental well-being)을 함께 고려하여 완전정신건강모형을 제안하였다. 여기서 ‘완전’이라 함은 정신장애가 없을 뿐 아니라 정신적 웰빙을 경험하고 있는 상태를 말한다. 이러한 완전정신건강모형은 정신건강의 현대적 정의에 잘 부합한다.

Keyes는 정신적 웰빙을 정신장애처럼 특정한 증상들로 이루어진 증후군으로 간주하고 이를 통해 정신건강을 진단하는 방안을 제시하였다. 정신장애의 진단 및 통계편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM)에서 주요 우울장애를 진단할 때 정서적인 영역과 기능적인 영역을 함께 고

려하는 것처럼 정신적 웰빙 또한 정서적 측면 뿐 아니라 심리사회적인 기능을 함께 고려하기 위해, 하위 요인으로 자신의 삶에 대한 느낌을 평가하는 정서적 웰빙(emotional well-being), 사적인 영역에서의 기능을 평가하는 심리적 웰빙(psychological well-being), 그리고 공적이고 사회적인 영역에서의 기능을 평가하는 사회적 웰빙(social well-being)을 포함하고 있다. 그리고 이들 각 영역에서의 증상들 중 몇 개가 높게 혹은 낮게 평가되는가에 따라 정신적 웰빙이 번영(flourishing), 보통 정신건강(moderately mentally healthy), 쇠약(languishing)의 3가지 범주로 구분된다(그림 1). 좀 더 구체적으로, 정신적 웰빙 척도 단축형(Mental Health Continuum Short Form: MHC-SF)을 사용했을 때 번영은 정서적 웰빙의 3가지 증상 중에서 하나 이상을 각각 높게(‘거의 매일’ 또는 ‘매일’) 평가하는 동시에 심리적 및 사회적 웰빙의 11가지 증상 중에서 6가지 이상을 각각 높게 평가하는 상태를, 쇠약은 정서적 웰빙의 3가지 증상 중에서 하나 이상을 각각 낮게(‘전혀 없음’ 또는 ‘한 번 혹은 두 번’) 평가하는 동시에 11가지 ‘심리사회적 웰빙’ 증상 중에서 6가지 이상을 각각 낮게 평가하는 상태를 말하며,

보통은 번영 혹은 쇠약 상태에 있지 않은 상태를 말한다.

정신적 웰빙과 정신장애가 서로 다른 차원 인지, 동일한 차원의 양극단인지를 확인적 요인분석을 통해 검토한 결과, 둘은 상호 관련이 있지만($r = -.43$, 임영진, 고영건, 신희천, 조용래, 2012; $r = -.53$, Keyes, 2005) 별개의 차원을 구성하는 것으로 밝혀졌으며, 다양한 연구에서 유사한 결과가 도출되었다(Keyes, 2006; Keyes et al., 2008; Westerhof & Keyes, 2010). 즉 정신장애와 정신적 웰빙이 중간정도의 부적 상관을 보이지만, 정신장애가 없는 상태를 곧 정신적 웰빙 상태로 볼 수는 없는 것이다.

이를 바탕으로 Keyes(2002, 2005)는 정신적 웰빙에 대한 범주적 진단과 정신장애에 대한 진단을 통합한 정신건강에 대한 5가지 범주적 진단을 제안하였는데, 이를 요약하면 그림 1 및 표 1과 같다.

완전정신건강모형이 노인 자살을 이해하는데 적합한지를 알아보기 위해 본 연구에서 노인 자살의 보호요인으로 상정한 정신적 웰빙을 고려한 연구들을 살펴보자. 먼저 대학생들을 대상으로 한 연구(Keyes et al., 2012)에서 우울증과 불안장애, 자살행동, 학업 수행의 손상

		정신적 웰빙 진단			①-⑤ 완전정신건강 5범주
		쇠약	보통	번영	
우울증	유	①쇠약과 우울	②단순 우울		
	무	③단순 쇠약	④보통	⑤완전	
		1.쇠약	2.보통	3.번영	

1-3: 정신건강 3범주

그림 1. 정신적 웰빙을 고려한 정신건강 3범주와 완전정신건강 5범주

표 1. 완전정신건강모형에 기초한 정신건강의 범주적 진단과 주요 특징(임영진, 고영건, 신희천, 조용래, 2010)

범주적 진단	주요 특징
완전(complete mental health)	정신장애가 없으면서 번영 상태인 사람
보통(moderate mental health)	정신장애가 없으면서 보통 상태인 사람
단순 쇠약(pure languishing)	정신장애가 없으면서 쇠약 상태인 사람
단순 장애(pure mental illness)	정신장애가 있으면서 번영 혹은 보통 상태인 사람
쇠약 · 장애 복합(mental disorder and languishing)	정신장애가 있으면서 쇠약 상태인 사람

측면에서 임계치 이상을 받아 선별되는 학생들의 수가 정신적 웰빙이 번영 상태로 분류된 학생 집단에서 가장 낮았으며, 쇠약 상태로 분류된 학생 집단에서 가장 높은 것으로 나타났다. 다음으로, 중년 성인들을 대상으로 한 연구(Keyes, 2005)에서 정신장애가 없고 정신적 웰빙이 번영 상태인 완전정신건강에 해당하는 집단에서 일상의 활동 제약과 결근 일수가 가장 적었으며 심리사회적 기능이 가장 건강한 것으로 나타났다. 한편, 18세에서 87세의 성인을 대상으로 한 연구(Westerhof & Keyes, 2010)에서, 70세까지 연령이 증가할수록 정신장애를 덜 경험함에도 불구하고, 심리적 웰빙은 낮은 것으로 나타나 정신장애와 정신적 웰빙이 동일 선상의 양극단이 아니며, 정신건강을 평가할 때 정신장애와 정신적 웰빙을 함께 평가하는 것이 타당함을 시사하였다. 한국형 MHC-SF를 우리나라 성인 1,000명(19세-80세)에게 실시한 연구(Lim, Ko, Shin, & Cho, 2013)에서는 완전정신건강 집단이 여타 집단들에 비해 탄력성, 목표설정, 친밀감 등 심리사회적 자원의 측정치들에서 가장 높은 점수를 보였으며, 정신질환과 쇠약 복합집단은 다른 집단들에 비해 심리사회적 자원이 가장 적은 것으로 밝혀졌다.

선행연구들의 결과를 종합적으로 고려할

때, 완전정신건강모형이 노인의 정신건강을 적절하게 평가하고 정신건강이 자살행동에 미치는 영향을 이해하는 데 뿐 아니라 정신건강을 증진하기 위한 방안들을 다각적으로 수립하는 데 유용하게 적용될 수 있을 것으로 사료된다. 하지만, 아직 이 모형을 노인 자살에 적용한 연구는 없는 것으로 알고 있다. 따라서 본 연구에서는 다음과 같은 두 가지 연구 문제에 초점을 두고 Keyes의 완전정신건강모형에 기초하여 노인의 정신건강이 그들의 자살행동에 미치는 영향을 검토하고자 하였다. 첫째, 선행 연구들(Keyes, 2002, 2005)에 기초하여, 완전정신건강모형을 구성하는 한 축인 정신적 웰빙이 노인의 자살행동을 예측하는 데 있어 유의미하게 기여할 것이라는 가설 1을 수립하고 이를 검증하고자 하였다. 가설 1을 좀 더 엄격하게 검증하기 위하여, 선행 연구들에서 노인 자살과 관련 있거나 관련 있을 것으로 추측되는 학력, 가구형태, 빈곤, 신체 질환, 그리고 우울증상이 자살행동에 미치는 영향을 통제하고자 하였다. 둘째, 완전정신건강모형에 입각한 정신건강 범주별로 자살행동에 뚜렷한 차이를 보이는지를 검증하고자 하였다. 이 모형과 관련된 선행 연구들(Keyes, 2002, 2005; Lim et al., 2013)에 기초할 때, 정신건강상태를 3범주로 나눌 경우 쇠약집단이

보통집단 및 변영집단에 비해 자살행동수준이 더 높을 것이라는 가설 2가 수립될 수 있다. 또한 정신건강상태를 5범주로 나눌 경우 우울증과 최악 복합집단은 모든 집단들 중에서 자살행동의 고위험군의 비율이 가장 높고, 완전집단은 자살행동의 고위험군의 비율이 가장 낮으며, 단순 최악집단은 보통집단에 비해 자살행동수준이 더 높을 것이라는 가설 3이 수립될 수 있다.

방 법

참가자 및 자료수집 절차

강원도 춘천시에 거주하는 65세 이상의 노인 중 인지장애가 없어 자신의 의사를 표명할 수 있으며 본 연구의 목적을 듣고 자발적인 참여를 서면 동의한 노인 2,034명(남자 842명, 여자 1,192명)을 대상으로 2014년 3월부터 5월 사이에 조사가 이뤄졌다. 표본의 대표성을 확보하기 위해, 지역별(읍면동)로 최소 표본이 30명 이상 될 수 있도록 계층비례분법으로 표집하였다.

훈련을 받은 전문리서치 회사의 조사원이 직접 방문하여 참가자에게 질문을 읽어주고 참가자의 응답 내용을 기록하였다. 모든 참가자에게 참가에 대한 답례품을 제공하였으며, 한국어판 단축형 역학연구센터 우울 척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CESD-10)에서 10점 이상 또는 자살행동 질문지(Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised: SBQ-R)에서 7점 이상을 기록한 참가자에게는 춘천시내 관련기관과 본인들이 받을 수 있는 서비스에 대해 안내하였으며, 해당 기관과의 연결을

원하는 경우 담당자와 연결해 주었다. 이 연구는 연구자들이 소속되어 있는 대학교 산하의 연구윤리위원회의 승인을 받아 진행되었다.

측정도구

자살행동 질문지(Suicidal Behaviors

Questionnaire-Revised: SBQ-R)

SBQ-R은 자살의 위험성을 평가하기 위해 Osman 등(2001)이 개발한 총 4개 문항의 자기 보고형 질문지이다. 평생 자살을 생각하거나 시도한 경험(문항1. 자살을 하려고 생각해보거나 시도해본 적이 있습니까?), 지난 일 년 동안의 자살생각 빈도(문항2. 지난 일 년 동안 얼마나 자주 자살을 하려고 생각해 보았습니까?), 자살시도 위험(문항3. 자살을 하려고 했거나 할지도 모른다는 말을 다른 사람에게 한 적이 있습니까?), 미래의 자살시도 가능성(문항4. '미래에 자살을 시도할 가능성이 얼마나 있다고 생각합니까?')을 평가한다. 각 문항별로 보기가 제시되고 보기 내용의 심각도에 따라 점수가 부여되며, 합산한 점수(3-18점)가 높을수록 응답자의 자살 위험성이 높은 것으로 해석할 수 있다. 일반 성인의 자살 위험성이 높은 개인을 선별하기 위한 최적의 절단점은 7점(민감도 93%, 특이도 95%), 성인 입원환자를 위한 절단점은 8점(민감도 80%, 특이도 91%)으로 제안되었다(Osman et al., 2001). 본 연구에서는 임상심리학 전공 교수 2명이 우리나라 말로 번역하고 이견이 있을 경우 상호 협의를 거쳐서 최종 합의에 이른 한국판 SBQ-R을 사용하였다. 본 연구에서 수집된 자료로 산출한 이 척도의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .81이었다.

단축형 정신적 웰빙 척도(Mental Health Continuum-Short Form: MHC-SF)

MHC-SF는 정신적 웰빙을 측정하도록 Keyes 등(2008)이 개발한 총 14개 문항의 자기보고형 질문지로, 임영진 등(2012)이 우리말로 번역하여 타당화 했다. 행복감, 삶에 대한 흥미, 만족감을 통해 자신의 삶에 대한 긍정적인 느낌을 평가하는 정서적 웰빙(문항 1-3번), 사회적 공헌, 사회적 통합, 사회적 실현, 사회적 수용 및 사회적 일치를 통해 자신이 속한 사회와 그 사회의 구성원으로서 개인 자신의 기능을 평가하는 사회적 웰빙(문항 4-8번), 자기 수용, 환경적 숙달감, 긍정적 대인관계, 개인적 성장, 자율성과 삶의 목적의식을 통해 사적인 영역에서의 자신의 기능을 평가하는 심리적 웰빙(문항 9-14번)으로 구성되어 있으며, 각 문항의 내용이 자신의 삶에 해당하는 정도를 6점(0-5점) Likert 척도 상에 평정하도록 되어 있다. 총점(0-70점)이 높을수록 응답자의 정신적 웰빙 수준이 높은 것으로 해석할 수 있다. 본 연구에서 수집한 자료로 산출한 이 척도의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .94이었다.

단축형 역학연구센터 우울 척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CESD-10)

역학연구센터 우울 척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D)는 미국 국립정신보건원(National Institute of Mental Health)이 우울증의 지역사회 역학조사를 위해 개발한 총 20개 문항의 자기보고형 질문지로서 4점(0-3점) Likert 척도에 평정하도록 되어 있다(Radloff, 1977; Weissman et al., 1986: 조맹제, 김계희, 1993에서 재인용). 원판 CES-D를 조맹제와 김계희(1993)가 우리말로 번역하여 타당

화 했다. CESD-10은 Kohut, Berkman, Evans와 Cornoni-Huntley(1993; 신서연, 2011에서 재인용)가 문항수를 10문항으로 줄이고 응답범위를 2점(0-1점)으로 간소화한 CES-D의 단축형을 신서연(2011)이 문항은 그대로 유지한 채 응답범위만 4점(0-3점)으로 바꾸어서 타당화한 것이다. 총점(0-30점)이 높을수록 응답자의 우울수준이 높은 것으로 해석할 수 있으며, 우울증 선별을 위한 최적의 절단점은 10점(민감도 97.87%, 특이도 97.02%)으로 제안되었다(신서연, 2011). 본 연구에서 수집된 자료로 산출한 이 척도의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .87이었다.

기타 변인의 측정도구

학력은 수학 연수, 가구형태는 독거여부, 빈곤은 국민기초생활보장 수급여부로 측정하였다. 신체질환은 통증정도를 주관적 고통 지수(Subjective Units of Disturbance Scale, 0점: 전혀 통증을 느끼지 않는다, 10점: 극심한 통증을 느낀다)로 평가하였다.

자료 분석

분석을 위해 IBM SPSS Statistics 21을 사용하였다. 자살행동, 정신적 웰빙, 우울증상, 그리고 그 밖의 측정변인들 간의 Pearson 상관계수를 구하였다. 다음으로, 자살행동에 대한 정신적 웰빙의 고유효과를 검증하기 위해 자살행동을 종속변인으로, 그리고 자살행동과 관련 있는 변인들 중 학력, 가구형태(독거여부; 0점: 아니오, 1점: 예), 빈곤(국민기초생활보장 수급여부; 0점: 아니오, 1점: 예), 신체질환을 예측변인의 첫 번째 단계에, 우울증상을 두 번째 단계에, 그리고 정신적 웰빙을 세 번째 단계

에 투입한 다음에 위계적 중다회귀분석을 수행하였으며, 이를 참가자 전체, 남자 및 여자를 대상으로 3회 실시하였다. 끝으로, 정신건강 범주별로 자살행동에 차이가 나는지 살펴보기 위해, 정신건강을 3범주(쇠약, 보통, 번영)와 5범주(쇠약과 우울, 단순 우울, 단순 쇠약, 보통, 완전)로 각각 나누어 일원 변량분석과 χ^2 검증을 실시하였다. χ^2 검증에서 영가설이 기각되었을 때 사후분석은 자살행동 고위험군을 대상으로 Goodman의 χ^2 검증을 위한 대비분석(성태제, 2010)을 사용하였다.

결 과

자살행동, 학력, 가구형태, 빈곤, 신체질환, 우울증상과 정신적 웰빙의 평균, 표준편차와 각 변인들 간의 상관관계

각 변인들의 평균과 표준편차, 그리고 변인

들 간의 Pearson 상관계수를 표 2에 제시하였다. 가구형태와 빈곤은 빈도분석을 하였는데, 독거노인이 전체의 30%(602명)를 차지하였으며, 국민기초생활보장 수급자는 전체의 7%(141명)를 차지하였다.

표 2에서 보듯이, 자살행동은 학력, 가구형태, 빈곤, 신체질환, 정신적 웰빙, 우울증상 모두와 유의미한 상관을 보였으며, 그 중에서도 우울증상과의 상관이 가장 높았다. 정신적 웰빙 수준이 높을수록, 그리고 학력이 높을수록, 자살행동 수준은 낮았다. 아울러, 우울증상과 정신적 웰빙 간에 중간정도의 유의미한 부적 상관을 보였다.

자살행동에 대한 정신적 웰빙의 고유 효과 검증

자살행동에 대한 정신적 웰빙의 고유 효과를 검증하기 위해, 전체 노인의 자살행동을 종속변인으로, 자살행동과 관련이 있는 것으로 밝혀진 변인들 중 학력, 가구형태, 빈곤,

표 2. 각 측정변인들 간의 상관계수 및 각 측정변인들의 평균과 표준편차(N=2,034)

변인	자살행동	학력	가구형태	빈곤	신체질환	우울증상	정신적 웰빙
자살행동	-						
학력	-.05*	-					
가구형태	.11**	-.23**	-				
빈곤	.16**	-.12**	.26**	-			
신체질환	.23**	-.32**	.17**	.16**	-		
우울증상	.42**	-.21**	.22**	.25**	.40**	-	
정신적 웰빙	-.24**	.29**	-.12**	-.13**	-.21**	-.50**	-
평균	3.82	6.45			4.32	4.44	32.89
표준편차	1.96	4.83			2.92	4.69	13.00

* $p < .05$. ** $p < .01$.

표 3. 전체 노인의 자살행동에 대한 우울증상과 정신적 웰빙의 고유효과를 검증하기 위한 위계적 중다회귀분석 결과 요약($N=2,034$)

변인	β	t	R^2 (조정된 R^2)	ΔR^2	F
1단계			.073(.071)	.073	39.956***
학력	.04	1.85			
가구형태	.05	2.09*			
빈곤	.12	5.25***			
신체질환	.22	9.63***			
2단계			.188(.186)	.115	286.527***
학력	.06	2.97**			
가구형태	.01	.27			
빈곤	.06	2.69**			
신체질환	.09	4.02***			
우울증상	.38	16.93***			
3단계			.190(.188)	.003	6.347*
학력	.08	3.47**			
가구형태	.01	.34			
빈곤	.06	2.71**			
신체질환	.09	4.15***			
우울증상	.35	13.95***			
정신적 웰빙	-.06	-2.52*			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

신체질환을 1단계 예측변인으로, 우울증상을 2단계 예측변인으로, 그리고 정신적 웰빙을 3단계 예측변인으로 투입한 위계적 중다회귀분석을 하였으며, 그 결과를 표 3에 제시하였다. 위계적 중다회귀분석 결과, 모든 예측변인들은 자살행동의 총 변량 중 19%를 설명하였다. 정신적 웰빙은 다른 예측변인들의 영향을 통계적으로 통제한 후에도 자살행동에 유의미하게 기여하는 것으로 나타났다, $\beta = -.06$, $p < .05$, $\Delta R^2 = .003$.

우울증상은 자살행동에 대해 정신적 웰빙을 제외한 다른 예측변인들의 영향을 통제한 다음에도 여전히 유의미한 효과를 보였고, $\beta = .35$, $p < .001$, $\Delta R^2 = .115$, 정신적 웰빙을 포함한 다른 모든 예측변인들의 영향을 통제한 후에도 여전히 유의미한 효과를 보였을 뿐만 아니라, 예측변인들 중 자살행동을 예측하는데 가장 크게 기여하는 것으로 나타났다, $\beta = .35$, $p < .001$. 학력($\beta = .08$, $p < .01$), 빈곤($\beta = .06$, $p < .01$), 신체질환($\beta = .09$, $p < .01$),

.001) 모두 정신적 웰빙을 포함한 다른 모든 예측변인들의 영향을 통제한 후에도 자살행동에 대한 효과가 여전히 유의미하였다. 하지만, 학력, 빈곤, 신체질환의 영향을 통제하였을 때에는 유의미하였던 가구형태의 자살행동에 대한 효과가 우울증상이 예측변인에 포함되면서 유의미하지 않게 되었고, 정신적 웰빙을 포함한 모든 변인들을 통제하였을 때에도 여전히 유의하지 않은 것으로 나타났다($\beta = .01, p >$

.05).

동일한 분석을 성별로 나누어 실시한 결과를 표 4와 표 5에 제시하였다. 남자 노인의 경우 모든 예측변인들은 자살행동의 총 변량 중 23%를 설명하였다. 정신적 웰빙은 다른 예측변인들의 영향을 통제하였을 때 자살행동에 대한 효과가 유의미하지 않았다, $\beta = -.04, p > .05, \Delta R^2 = .001$. 정신적 웰빙을 포함한 다른 모든 예측변인들의 영향을 통제한 후에는

표 4. 남자 노인의 자살행동에 대한 우울증상과 정신적 웰빙의 고유효과를 검증하기 위한 위계적 종다회귀분석 결과 요약($N=842$)

변인	표준화 계수 β	t	R^2 (조정된 R^2)	ΔR^2	F
1단계			.096(.091)	.096	22.154***
학력	-.00	-.03			
가구형태	.12	3.48**			
빈곤	.16	4.59***			
신체질환	.18	5.39***			
2단계			.223(.219)	.128	137.337***
학력	.04	1.18			
가구형태	.05	1.58			
빈곤	.08	2.38*			
신체질환	.05	1.34			
우울증상	.41	11.72***			
3단계			.225(.219)	.001	1.401
학력	.05	1.45			
가구형태	.05	1.55			
빈곤	.08	2.43*			
신체질환	.05	1.40			
우울증상	.39	9.88***			
정신적 웰빙	-.04	-1.18			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

표 5. 여자 노인의 자살행동에 대한 우울증상과 정신적 웰빙의 고유효과를 검증하기 위한 위계적 중다회귀분석 결과 요약($N=1,192$)

변인	표준화 계수 β	t	R^2 (조정된 R^2)	ΔR^2	F
1단계			.082(.079)	.082	26.522***
학력	.00	.10			
가구형태	.04	1.39			
빈곤	.08	2.74**			
신체질환	.25	8.68***			
2단계			.179(.176)	.097	140.018***
학력	.02	.67			
가구형태	.01	.30			
빈곤	.03	1.23			
신체질환	.14	4.74***			
우울증상	.34	11.83***			
3단계			.182(.178)	.003	4.555*
학력	.03	1.04			
가구형태	.01	.38			
빈곤	.03	1.21			
신체질환	.14	4.84***			
우울증상	.31	9.64***			
정신적 웰빙	-.07	-2.13*			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

빈곤($\beta = .08$, $p < .05$)과 우울증상($\beta = .39$, $p < .001$) 두 변인만이 유의미한 효과를 보였고, 우울증상이 자살행동을 예측하는 데 가장 크게 기여하는 것으로 나타났다.

여자 노인의 경우 모든 예측변인들은 자살행동의 총 변량 중 18%를 설명하였다. 정신적 웰빙은 다른 모든 예측변인들의 영향을 통계적으로 통제한 후에도 자살행동에 유의미하게 기여하는 것으로 나타났다, $\beta = -.07$, $p <$

.05, $\Delta R^2 = .003$. 정신적 웰빙을 포함한 다른 모든 예측변인들의 영향을 통제한 후에는 신체질환($\beta = .14$, $p < .001$)과 우울증상($\beta = .31$, $p < .001$) 두 변인만이 유의미한 효과를 보였고, 우울증상이 자살행동을 예측하는 데 가장 크게 기여하는 것으로 나타났다.

정신건강 범주에 따른 자살행동 비교

정신건강 범주별로 자살행동에 차이가 나는지 살펴보기 위해 그림 1과 같이 정신적 웰빙과 우울증(우울증 선별 절단점: 10점)을 두 축으로 하여 정신건강을 3범주(쇠약, 보통, 변영)와 5범주(쇠약과 우울증 복합, 단순 우울증, 단순 쇠약, 보통, 완전)로 나눈 후에 각각 일원 변량분석과 χ^2 검증을 실시하였다. 먼저, 정신건강 3범주로 나누어 실시한 빈도분석과 일원 변량분석 결과를 그림 2에 제시하였다. 일원 변량분석 결과, 정신건강 3범주 간 자살

행동에 유의미한 차이를 보였다, $F_{(2, 2174)} = 62.26, p < .001, R^2 = .054$. 이에 사후검증을 실시한 결과, 쇠약집단은 보통집단 및 변영집단 둘 다에 비해, 그리고 보통집단은 변영집단에 비해 자살행동수준이 유의미하게 더 높았다. 다음으로, χ^2 검증을 한 결과, 정신건강 범주와 자살행동 간 유의미한 관련성이 있는 것으로 나타났다, $\chi^2(2) = 83.58, p < .001$. 이에 자살행동 고위험군을 대상으로 사후검증을 실시한 결과, Sheffé 기각값 $S = \pm 2.45$, 유의미수준 .05에서 쇠약집단이 보통집단($Z = 5.97$) 및 변영집단($Z = 8.46$) 둘 다에 비해, 그

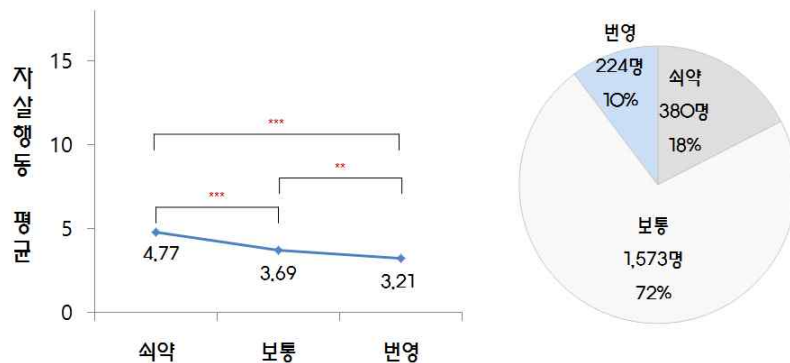


그림 2. 정신건강 3범주 간 자살행동 평균비교(좌)와 정신건강 3범주의 빈도(우)
** $p < .01$, *** $p < .001$

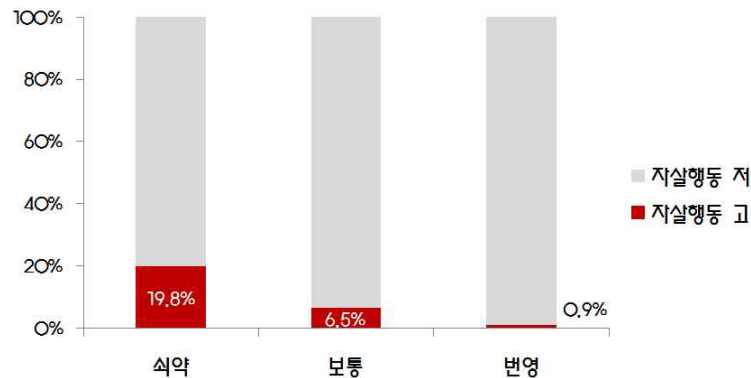


그림 3. 정신건강 3범주별 자살행동 고위험군의 비율

리고 보통집단이 변영집단($Z = 6.10$)에 비해 각각 자살행동 고위험군의 비율이 유의미하게 더 높았다. 정신건강 3범주별 자살행동 고위험군의 비율을 그림 3에 제시하였다.

정신건강 5범주로 나누어 실시한 빈도분석과 일원 변량분석 결과를 그림 4에 제시하였다. 일원 변량분석 결과, 정신건강 5범주 간 자살행동에 유의미한 차이를 보였다, $F_{(4, 2172)} = 94.04$, $p < .001$, $R^2 = 0.148$. 이에 사후검증을 실시한 결과, 예상했던 방향으로, 다른 모든 집단들에 비해 쇠약과 우울증 복합집단이 자살행동수준이 유의미하게 가장 높았으며, 완전집단이 가장 낮았다. 단순 우울증집단은 단순 쇠약집단, 보통집단 및 완전집단에 비해,

그리고 단순 쇠약집단은 보통집단 및 완전집단에 비해 자살행동수준이 유의미하게 더 높았다. 하지만, 보통집단과 완전집단 간의 차이는 유의미하지 않았다. 다음으로, χ^2 검증을 한 결과, 정신건강 범주와 자살행동 간 유의미한 관련성이 있는 것으로 나타났다, $\chi^2 = 238.91$, $df = 4$, $p < .001$. 이에 자살행동 고위험군을 대상으로 사후검증을 실시한 결과, Sheffé 기각값 $S = \pm 3.08$, 유의미수준 .05에서 쇠약과 우울증 복합집단은 단순 쇠약집단($Z = 5.51$), 보통집단($Z = 7.41$) 및 완전집단($Z = 8.16$)에 비해, 단순 우울증집단은 단순 쇠약집단($Z = 3.69$), 보통집단($Z = 5.82$), 완전집단($Z = 6.72$)에 비해, 단순 쇠약집단은 완전집단(Z

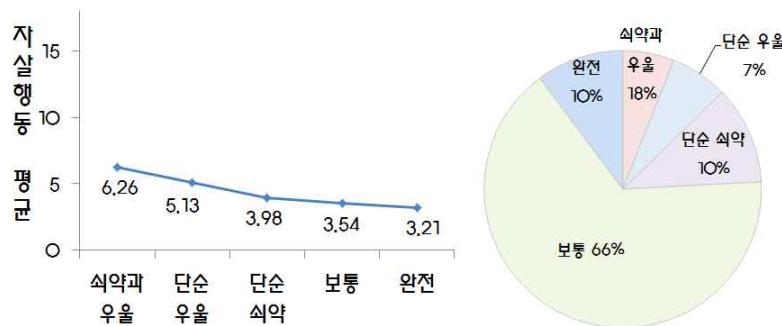


그림 4. 정신건강 5범주 간 자살행동 평균비교(좌)와 정신건강 5범주의 빈도(우)

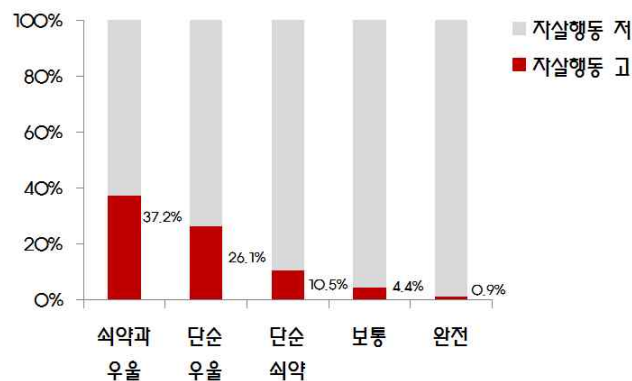


그림 5. 정신건강 5범주별 자살행동 고위험군의 비율

= 4.49)에 비해, 그리고 보통집단은 완전집단 ($Z = 3.98$)에 비해 각각 자살행동 고위험군의 비율이 유의미하게 더 높았다. 하지만, 쇠약과 우울증 복합집단과 단순 우울증집단 간에, 단순 쇠약집단과 보통집단 간에 자살행동 고위험군의 비율은 유의미한 차이를 보이지 않았다. 정신건강 5범주별 자살행동 고위험군의 비율을 그림 5에 제시하였다.

논 의

본 연구에서는 노인 자살에 대한 이해의 폭을 넓히고자 Keyes가 제안한 완전정신건강모형을 도입하여 노인의 정신건강과 자살행동의 관계를 살펴보았다. 먼저 정신적 웰빙이 노인의 자살행동에 대한 고유한 요인으로 작용하는지를 검토하였다. 이를 위하여, 선행 연구들 (Keyes, 2002, 2005)에 기초하여 정신적 웰빙이 노인의 자살행동을 예측하는 데 있어 유의미하게 기여할 것이라는 가설 1을 수립하고 이를 검증하였다. 분석 결과, 자살행동과 관련이 있는 다른 변인들, 즉 학력, 가구형태, 빈곤, 신체질환 및 우울증상의 영향을 통제했을 때에도 정신적 웰빙은 자살행동에 유의미하게 기여하였다. 이는 가설 1을 지지하며, 비록 큰 비중은 아니지만 정신적 웰빙이 자살행동에 고유하게 부적인 영향을 미친다는 점을 나타낸다. 다시 말해, 정신적 웰빙이 노인들의 자살행동수준을 완화시키는 일종의 보호요인으로 작용할 가능성과 노인들의 자살예방대책을 수립할 때 그들의 정신적 웰빙 수준을 고려할 필요가 있음을 시사한다.

아울러, 학력, 빈곤, 신체질환, 우울증상은 각각 정신적 웰빙을 포함한 다른 모든 예측변

인들의 효과를 통제하였을 때에도 자살행동에 유의미하게 기여하였으며, 그 중에서도 우울증상이 가장 크게 기여하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 우울증을 자살의 위험요인으로 지목한 선행 연구들(예: Conwell et al., 2002)의 결과와 대체로 일치하는 것으로 생각된다.

성별을 나누어 분석하였을 때는 자살행동을 유의미하게 예측하는 변인들이 전체를 대상으로 분석했을 때와 그 결과가 상이하였다. 남자 노인의 경우 다른 모든 예측변인들이 자살행동에 미치는 효과를 통제하자 정신적 웰빙은 유의미한 예측변인이 아니었으며, 빈곤과 우울증상만이 자살행동을 의미 있게 예측하였다. 반면, 여자 노인의 경우 다른 모든 예측변인들이 자살행동에 미치는 효과를 통제한 후에도 정신적 웰빙이 자살행동에 유의미하게 기여하였다. 또한, 여자 노인의 신체질환과 우울증상이 그들의 자살행동을 의미 있게 예측하는 것으로 밝혀졌다.

전체적으로 노인 자살의 위험요인으로 관심을 받아 온 가구형태는 우울증상과 정신적 웰빙이 통제변인으로 추가될 경우 자살행동을 의미 있게 설명하지 못하는 것으로 나타났다. 이는 남자 노인의 경우 독거노인이 동거노인에 비해 자살생각의 비율이 유의하게 높고(김영주, 2009), 부부노인에 비해 독거노인이 자살생각을 2.2배 더 많이 경험한다는 선행 연구의 결과(한삼성, 강성욱, 정성화, 2012)와 대비할 때 주목할 만한 결과이다. 향후 후속 연구들이 뒷받침되어야겠지만, 본 연구의 결과로 보아, 독거노인이라고 해서 모두 자살행동을 보이는 것은 아니며 그런 노인들 중에서도 우울증상이 높거나 정신적 웰빙의 수준이 낮을 경우 자살행동의 가능성이 높아질 가능성이 있다고 하겠다. 또한 가구형태가 노인의

자살행동에 직접 영향을 주기 보다는 가족 연대감과 상호작용하여 노인의 자살행동에 영향을 미친다는 결과를 함께 고려할 때(Purcell et al., 2012), 향후 가구형태와 노인의 자살행동 간의 관계에서 제 3의 변인의 역할에 관해 좀 더 구체적으로 연구할 필요가 있다고 하겠다.

다음으로, 완전정신건강모형에 입각한 정신건강 5범주별로 자살행동에 뚜렷한 차이를 보이는지를 검증하고자 하였다. 정신건강상태를 3범주로 나눌 경우, 가설 2와 일치되게, 쇠약 집단은 보통집단 및 번영집단 각각에 비해, 그리고 보통집단은 번영집단에 비해 자살행동 수준이 유의미하게 더 높았다. 이러한 결과는 정신건강 3범주에 따라 주요우울증삽화의 위험도(Keyes, 2002)와, 주요우울증삽화, 공황장애 및 다른 정신장애의 유병률(Keyes, 2005; Lim et al., 2013)이 유의미하게 상이하다는 선행 연구의 결과들과 일관되며, 정신건강 3범주에 따라 예측된 방향으로의 상이한 양상이 노인의 자살행동에도 그대로 나타난다는 점을 시사한다.

아울러, 정신건강상태를 5범주로 나눌 경우, 중속측정치를 자살행동수준으로 하든지 자살행동 고위험군의 비율로 하든지 둘 다 똑같이, 다른 모든 집단들에 비해 쇠약과 우울증 복합 집단이 자살에 가장 취약했으며, 완전집단이 자살에 가장 덜 취약한 것으로 밝혀졌다. 뿐만 아니라, 단순 우울증집단은 단순 쇠약집단, 보통집단 및 완전집단 각각에 비해, 그리고 단순 쇠약집단은 완전집단에 비해 자살에 더 취약한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 가설 3을 지지하며, 정신건강 5범주에 따라 심리사회적 기능수준(Keyes, 2002, 2005) 및 심리사회적 자원의 수준(Keyes, 2005; Lim et al., 2013)이 유의미하게 상이하다는 선행 연구결과들과 일

맥상통한다. 또한 정신건강 5범주에 따른 상이한 양상이 노인의 자살행동에도 동일하게 나타난다는 점을 시사한다.

정신건강 5범주에 따른 자살행동의 차이에 관한 결과들 중 또 한 가지 눈에 띄는 것은 단순 우울증집단이 단순 쇠약집단에 비해 자살행동의 수준과 자살행동 고위험군의 비율이 더 높다는 결과이다. 이 결과를 우리나라 노인을 포함하여 다수의 성인 대상 연구(Lim et al., 2013)에서 단순 정신장애집단이 단순 쇠약집단에 비해 심리사회적 자원(탄력성, 목표형성 및 친밀감)을 더 많이 가졌다는 결과와 대조해서 살펴볼 필요가 있다. 이 선행 연구결과와 함께 고려할 때, 본 연구의 결과는 우울증을 포함한 어떤 종류의 정신장애를 갖고 있는 집단이든 단순 쇠약집단에 비해 심리사회적 자원을 더 많이 갖고 있기는 하지만, 단순 우울증집단의 경우 단순 쇠약집단에 비해 자살에 더 취약하다는 점을 시사한다.

본 연구의 제한점과 이를 보완할 수 있는 앞으로의 연구방향은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 모든 변인을 동시에 측정된 횡단연구로서 변인들 간의 인과관계에 대해 단정할 수 없다. 이를 보완하기 위해 현재의 정신건강이 향후 노인의 자살행동에 영향을 미치는지를 종단연구를 통해 살펴볼 필요가 있다. 아울러, 정신건강에 초점을 맞춘 개입을 활용한 무선화된 통제연구를 통해 정신건강의 증진이 자살행동을 낮추는 데 실제로 기여하는지 살펴본다면 더 확실한 결론을 얻을 수 있을 것으로 보인다.

둘째, 연구의 표본이 한 지방에 거주하는 노인들로만 이루어졌기 때문에 본 연구에서 나온 결과를 다른 지역의 노인 및 우리나라 전체 노인들에게 일반화하는 데에는 한계가

있다. 특히, 우리나라의 경우 시군구별 연령 표준화 자살률로 볼 때, 강원·충청 등 일부 농촌의 자살률이 대도시보다 5배까지 높기 때문에(신기섭, 2014) 자살률이 다른 양상으로 나타난 지역들(예: 강원 고성: 55.1명; 경기 과천: 11.1명)을 대상으로 한 조사연구를 실시하고 이 결과들을 종합적으로 분석해 볼 필요가 있을 것이다.

셋째, 본 연구에서 자살 위험성을 측정하기 위해 Osman 등(2001)이 개발한 SBQ-R을 사용하였고, 자살행동 고위험군을 선별하기 위한 절단점으로 7점을 사용하였다. 하지만 이 점수는 우리나라 노인이 아닌 외국 젊은 성인들을 대상으로 도출한 점수이며, 또한 임상집단의 경우 8점으로 제시되고 있어, 본 연구의 자료에 절단점 7점을 일괄적으로 적용하기 위한 근거가 다소 미흡한 측면이 있다. 따라서 향후, SBQ-R의 국내 표준화 연구를 통해서 연령별 절단점이 제시되거나 다양한 연령대에 동일 점수를 적용할 수 있는 근거가 마련된다면 더 정확한 결론을 도출하는 데 도움이 될 것으로 보인다. 이에 더해, 정신건강 5범주를 나눌 때 우울증의 유무를 선별하기 위해 사용한 CESD-10이 자기보고형 질문지이고 절단점 또한 만 64세 이하 성인들을 대상으로 타당화된 점수(신서연, 2011)를 적용하여, 노인 우울증 진단의 정확성을 확정할 수 없는 한계가 있다. 따라서 더 정확한 진단 확정을 위해서는 전문가에 의한 임상적 면접 등 추가적인 평가 자료를 함께 활용할 필요가 있다.

넷째, 본 연구는 생존한 노인들을 대상으로 정신건강과 자살행동의 관계를 살펴본 연구로, 본 연구의 결과를 자살자의 자살에 적용하기에는 무리가 있다. 향후, 장기 추적 연구나 심리부검과 같은 방법을 사용한다면 실제 자살

과 정신건강의 관계를 더 명확하게 살펴볼 수 있을 것이다.

이러한 제한점들에도 불구하고, 본 연구는 노인 자살을 이해하는 데 있어 몇 가지 의의를 지닌다고 하겠다. 첫째, 본 연구는 정신건강을 정신장애의 유무에 국한하지 않고 긍정적인 정신건강의 측면인 정신적 웰빙을 포함하여 포괄적으로 정의한 완전정신건강모형을 처음으로 노인 자살 연구에 적용하였다. 그리하여, 기존에 알려진 변인들 외에, 정신적 웰빙을 노인의 자살을 예측하는 고유변인으로 새롭게 밝혔다. 아울러, 자살의 위험요인으로 주목받아온 우울증이 없는 단순 쇠약집단(10.5%)의 자살행동 고위험군의 비율이 완전집단(0.9%)에 비해 유의미하게 높게 나타나, 정신장애가 없어도 정신적 웰빙의 수준이 낮다면 자살행동 위험성이 증가할 수 있음을 시사하였다. 또한 임영진 등(2012)의 연구에서 실시한 MHC-SF 결과를 다른 나라들의 결과(Keyes, 2005; Keyes et al., 2008; Westerhof & Keyes, 2010)와 비교했을 때, 정신건강 3범주 중 번영 범주에 속하는 사람들의 비율이 네덜란드(35%), 남아프리카 공화국(20%), 미국(18%)에 비해 자살률이 높은 우리나라 사람들의 경우 매우 낮은 수준인 8%에 불과하였다. 이와 함께, 본 연구에 참여한 노인들 중 번영에 속한 비율이 10%라는 점을 고려하면, 향후 자살 예방을 위한 심리학적 개입의 초점을 단순히 정신장애에 맞추는 것에서 벗어나 정신적 웰빙의 증진으로까지 확장하는 것이 필요함을 알 수 있다.

둘째, 다수의 연구에서 노인 자살의 위험요인으로 지목되어온 독거가 우울증상과 정신적 웰빙이 추가될 경우 자살행동을 유의미하게 설명하지 못하는 것으로 나타났다. 이는 독거

가 자살생각과 관련이 있다는 선행 연구들(김영주, 2009; 한삼성 등, 2012)이 있다고 하더라도, 독거라는 가구형태 자체를 자살생각의 위험요인으로 특정하는 것에는 무리가 있음을 나타낸다. 실제로 한삼성 등(2012)의 연구에서 사회경제적 및 건강관련 변인의 영향력을 통제하였을 때 이를 통제하기 전보다 가구형태의 영향력이 낮아진 것으로 나타났다. 가치관의 변화와 함께 1인 가구가 점점 증가하고 있는데, 이는 독거노인의 증가로 이어질 것이다. 이러한 실정에서 본 연구의 결과는 독거노인의 자살을 예방하기 위해 정신건강의 증진이 중요함을 시사한다고 볼 수 있다.

셋째, 본 연구는 성별에 따라 자살행동과 관련 있는 변인에 차이가 있음을 밝혔다. 공통적인 위험요인인 우울증상을 제외하면 남자 노인에게는 빈곤이 위험요인이 될 수 있으며, 여자 노인에게는 신체질환이 위험요인, 정신적 웰빙이 보호요인이 될 수 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과들은 노인을 위한 자살예방대책을 수립할 때 남자 노인의 경우 우울증상과 빈곤에, 그리고 여자 노인의 경우 우울증상, 신체질환 및 정신적 웰빙에 특히 초점을 맞춘 차별적인 개입을 적용하는 것이 더 효과적일 가능성을 시사한다.

종합해 보면, 본 연구는 노인 자살을 설명하는 데에 있어 완전정신건강모형의 적용가능성을 지지한다는 점, 더 구체적으로 현재 우리나라에서 심각한 사회문제로 부각되고 있는 노인 자살을 이해하고 예방하기 위한 심리학적 모형을 구축하는 데 필요한 기초 자료를 제공한다는 점에서 그 의의가 크다고 하겠다.

마지막으로, 현재 실시되고 있는 노인 자살 예방대책과 본 연구 결과를 활용할 수 있는 방안에 대해 간략히 살펴보자. 현재 노인 자

살 예방대책은 독거노인, 우울증이 있는 노인과 같이 자살 고위험군을 선별하고 이들을 지속적으로 관리하는 형태와, 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성을 낮추는 형태가 주를 이루고 있다(보건복지부, 2015). 실제로 농촌의 농약안전관리는 노인의 자살을 막는데 기여한 바가 크다. 하지만, 방법과 수단에 대한 접근의 어려움으로 자살하지 않은 이들이 자살위험에서 벗어났다고 단정하기 어려우며, 전체 노인 자살률 또한 여전히 높은 수준으로 유지되고 있는 바, 좀 더 다양한 각도에서의 접근이 필요해 보인다.

본 연구 결과에 기초하여, 지역 정신건강증진센터와 노인사회복지기관을 연결하여 보건복지 통합 서비스를 제공할 때, 정신적 웰빙에 대한 평가를 함께 하여 단순 쇠약이나 보통 상태에 있는 사람들의 정서적, 심리적 및 사회적 웰빙을 높일 수 있는 개입을 하는 것이 한 방법이 될 것이다. 아울러, 이러한 서비스를 제공할 때 성별을 고려하여 개입의 지점을 달리 하는 것이 효과적일 수 있겠다.

참고문헌

- 김동현 (2013). 강원도의 사회·문화·경제적 특성에 따른 자살의 특징과 예방사업의 방향. 강원도 자살예방 정책토론회 “자살 없는 강원도를 위하여!”, 6월 25일. 강원도: 강원대학교병원 암·노인보건센터.
- 김선영, 정미영, 김경나 (2014). 한국 성인의 연령계층별 자살생각 관련 요인: 국민건강영양조사 제5기 3차(2012) 자료를 이용하여. 보건교육·건강증진학회지, 31(2), 1-14.

- 김영주 (2009). 남녀별 독거노인과 동거노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각 비교. *기본간호학회지*, 16(3), 333-344.
- 김형수 (2002). 한국노인의 자살생각과 관련요인 연구. *한국노년학*, 22(1), 159-172.
- 김효창, 손영미 (2006). 노인 자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. *한국심리학회지: 사회문제*, 12(2), 1-19.
- 보건복지부 (2015). 2015년 정신건강사업 안내. 서울: 보건복지부.
- 성태제 (2010). 현대 기초통계학의 이해와 적용 〈개정5판〉. 파주: 교육문화사.
- 신기섭 (2014, 10, 21). 한국 자살률, 도-농 격차 최대 5배. *한겨레*. <http://www.hani.co.kr> 에서 2015, 1, 31 인출.
- 신서연 (2011). 한국어판 단축형 the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)들의 타당성 연구. *서울대학교 대학원 석사학위 논문*.
- 안준희, 전미애 (2009). 노인의 자살 생각에 영향을 미치는 선행요인에 관한 연구: 스트레스 소질 모델(Stress-diathesis Model)을 중심으로. *한국노년학*, 29(2), 489-511.
- 임영진, 고영건, 신희천, 조용래 (2010). 한국인의 정신건강. 2010 *한국심리학회 연차학술대회 논문집*, 233-257.
- 임영진, 고영건, 신희천, 조용래 (2012). 정신적 웰빙 척도(MHC-SF)의 한국어판 타당화 연구. *한국심리학회지: 일반*, 31(2), 369-386.
- 정은숙 (2005). 노인자살의 위험요인과 보호요인에 관한 연구. *아주대학교 교육대학원 석사학위논문*.
- 조맹제, 김계희 (1993). 주요우울증환자 예비평가에서 the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)진단적 타당성 연구. *신경정신의학*, 32(3), 381-399.
- 통계청 (2014). 2014 고령자통계. <http://kostat.go.kr>에서 2015, 1, 23 인출
- 한삼성, 강성욱, 정성화 (2012). 독거노인과 부노인의 우울감 및 자살생각 경험. *보건 의료산업학회지*, 6(3), 29-38.
- Bates, M. J., & Bowles, S. V. (2011). *Review of well-being in the context of suicide prevention and resilience*. Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury Silver Spring MD.
- Batterham, P. J., & Christensen, H. (2012). Longitudinal risk profiling for suicidal thoughts and behaviours in a community cohort using decision trees. *Journal of Affective Disorders*, 142(1), 306-314.
- Ciulla, L., Nogueira, E. L., da Silva Filho, I. G., Tres, G. L., Engroff, P., Ciulla, V., & Neto, A. C. (2014). Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. *Journal of Affective Disorders*, 152, 513-516.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193-204.
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2015). Mapping psychosocial risk and protective factors in suicidal older persons-A systematic review. *Open Journal of Nursing*, 5(3), 260-275.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In: C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive*

- psychology and the life well-lived* (pp. 293 - 312). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing?. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(3), 395.
- Keyes, C. L. M., Eisenberg, D., Perry, G. S., Dube, S. R., Kroenke, K., & Dhingra, S. S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health, 60*(2), 126-133.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum - short form (MHC-SF) in setswana speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*(3), 181-192.
- Lim, Y. J., Ko, Y. G., Shin, H. C., & Cho, Y. (2013). Prevalence and correlates of complete mental health in the South Korean adult population. *Mental Well-Being* (pp. 91-109). Netherlands: Springer.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment, 8*(4), 443-454.
- Purcell, B., Heisel, M. J., Speice, J., Franus, N., Conwell, Y., & Duberstein, P. R. (2012). Family connectedness moderates the association between living alone and suicide ideation in a clinical sample of adults 50 years and older. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(8), 717-723.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110-119.
- World Health Organization (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, and practice*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva, Switzerland: Author.

원고접수일 : 2015. 03. 13.

수정원고접수일 : 2015. 10. 10.

게재결정일 : 2015. 11. 18.

The Relationship of Mental Health to Suicidal Behavior in the Elderly Based on the Complete Mental Health Model

Sangsun Noh

Yongrae Cho

Department of Psychology, Hallym University

The current study was conducted to examine the applicability of the complete mental health model proposed by Keyes for explaining the relationship between mental health and suicidal behavior in the elderly. We examined the unique contribution of mental well-being to the prediction of suicidal behavior and the differences of categorical mental health diagnoses in terms of suicidal behavior. A total of 2,034 elderly people aged 65 years and over participated in this study. Hierarchical multiple regression analyses showed that mental well-being was a significant predictor of suicidal behavior after controlling for education, living arrangement, poverty, physical illness, and depressive symptoms. In addition, education, poverty, physical illness, and depression each contributed significantly to suicidal behavior after controlling for all other relevant predictors, and depression was the strongest predictor of suicidal behavior. While poverty and depression were significant predictors of suicidal behavior in men, mental well-being, physical illness, and depression were significant predictors of suicidal behavior in women. Next, comparisons of three categorical mental health diagnoses based on mental well-being indicated that the languishing group was more vulnerable to suicidal behavior than the moderately mentally healthy group, who in turn was more vulnerable to suicidal behavior than the flourishing group. Comparisons of five categorical mental health diagnoses based on the combination of mental well-being and depression indicated that the languishing and depression group was the most vulnerable to suicidal behavior and the complete mental health group was the least vulnerable to suicidal behavior of all groups. In conclusion, these results suggest that mental well-being may act as a protective factor for alleviating suicidal behavior, and provide support for the applicability of the complete mental health model for explaining the relationship between mental health and suicidal behavior in the elderly.

Key words : elderly suicide, mental health, depression, protective factor, complete mental health model