

노인환자의 자살 충동과 가족지지, 및 영성의 관계

최 길 순

동강대학 응급구조과

박 대 성

광주보건대학 응급구조과

(요약) 우리나라 자살률을 살펴볼 때 60대 이상 노인계층의 비율은 최근 매우 빠르게 증가하고 있는데, 이는 다른 사망원인들보다도 훨씬 더 주요한 원인으로 부각되고 있다. 이와 같은 노인들의 자살을 예방하기 위해서는 그들이 지닐 수 있는 자살 충동 그리고 그와 같은 충동을 완화시켜주는 변인을 확인할 필요가 있다. 본고는 기존의 연구들에서 밝혀진 사회적 지지나 영성의 자살 충동에 관한 완충적인 효과를 노인 외래환자를 대상으로 확인하려는 것이었다. 표집의 수가 충분하지도 않고 또한 학력이나 연령에서 성차가 있었던 표집이었지만, 그 완충적인 효과가 확인되었는데 흥미롭게도 성차가 나타났다. 즉, 남성은 가족지지가 자살 충동을 완충시키는 변인으로 드러났는데, 가족지지가 자살 충동의 변량의 11% 정도밖에 설명하지 못했다. 그 반면, 여성의 자살 충동을 설명하는 요인은 영성과 가족지지였는데, 그 중 영성이 자살 충동을 설명해주는 변량의 폭은 거의 55% 정도나 되었다

[Key words: 가족지지, 영성, 자살 충동]

이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 500-714 광주광역시 북구 동문로 160번지 동강대학 응급구조과 최길순 교수 앞으로 하길 바라며, 교신저자의 e-mail 주소는 cgs7771@naver.com이다.

서론

자살(suicide)이란 어떠한 수단이나 방법을 택해서 의도적으로 목숨을 끊는 행위를 의미하며, 이는 대다수 문화권에서 사망을 초래하는 주요한 원인이 되고 있다. 그 예로 우리나라의 자살률을 부분적으로 살펴보면, 1996년에는 인구 10만 명당 자살률이 12.9명으로 사망 원인들 중에서 8위(13.0%)에 해당되었으며 또 2007년에는 24.8명으로 그 순위가 4위(24.8%)로 상승하여 자살률이 다른 사망원인들에 비해 빠르게 증가하고 있는 실정이다 (통계청, 2007). 우리나라의 자살률을 연령대별로 살펴보면, 10만 명당 20대가 13.8명, 30대가 16.8명, 40대가 24.9명, 50대가 33.6명, 60대가 47.7명, 70대가 78.5명, 80대가 117.3명 등으로 자연사를 제외한 외부요인에 의한 사망원인들 중에서 60대와 70대의 경우 자살로 인한 사망이 1위를 차지하고 있고 또 80대의 경우 낙상 사고에 이어 2위를 차지하고 있다 (한국자살예방협회, 2006). 또 미국의 통계를 보면, 노인들의 경우 다른 연령층보다 자살을 시도하는 비율은 낮지만 실제로 자살이 이루어지는 비율은 더 높은 편이다. 또 남성 노인들의 자살률은 여성보다 거의 5배 정도나 된다 (Centers for Disease Control and Prevention, 2006).

자살을 예방하기 위해서는 그 위험인자(risk factor)들을 찾아내서 해결해주어야 하는데, 그와 같은 방법들 중의 하나는 개인이 어느 정도의 자살 의도나 충동을 지니고 있는지를 평가하는 일이다. 소위 특정한 개인이 지니고 있는 자살 의도(suicidal ideation, 자살 충동)가 어느 정도인가 또는 자살 의도가 어떠한 요인들과 관련이 있는가를 찾아내는 것인데, 자살 의도란 실제로 자살을 시도하지 않더라도 자살을 구체적으로 계획하거나 생각하는 것을 의미하는 의학적 용어이다. 물론 자살 의도를 지녔다고 해서 모두가 자살을 시도하는 것은 아니지만, 자살의도를 지닌 일부는 실제로 시도한다. 그러므로 자살 예방을 위해서 자살 의도를 지니고 있는지 등을 철저하게 평가할 필요가 있다 (Gliatto & Rai, 1999).

앞에서 우리나라의 통계자료를 소개했지만, 서구에서도 노인계층에

서의 자살률은 다른 연령층의 비율보다 더 높은 편이다. 그런 맥락에서 노인환자의 보살핌에는 자살에 관한 위험요인을 감소시켜주는 것이 매우 중요한데, 자살과 관련된 대다수 문헌에서 우울증상을 자살에 관한 가장 위험한 요인으로 소개하고 있다. 또 우울증상과 자살 의도의 관련성이 매우 높다고 하더라도 이러한 연관성에는 폐질환을 비롯하여 통증이 심하게 수반되는 여러 가지 신체적 질환들이 큰 역할을 하고 있다 (장미희, 2006; Alexopoulos, 등, 1999; Bruce 등, 2004; Gliatto & Rai, 1999). 그렇다면 병원을 방문한 노인환자들이 혹시라도 자살 의도를 지니고 있는지 또 그러한 의도가 어느 정도인지를 찾아내는 것이 자살 예방을 위해서 매우 중요한 일이라고 할 수 있다. 실제로 자살을 했던 노인들의 절대다수가 자살을 시도하기 전에 병원을 방문한 적이 있었던 사람들이었다. 곧 의사를 비롯한 건강문제 전문가들은 의료기관을 찾은 노인들의 자살 가능성을 정신과적으로 함께 파악해 볼 필요가 있는 것이다 (Gliatto & Rai, 1999; Goodwin, Kroenke, Hoven, & Spitzer, 2003).

자살 의도가 우울증상하고도 관련성이 높은 편이지만, 이는 역시 사회적 지지가 낮은 것과도 관련성이 높은 편이다. 사회적 지지는 특히 가족이나 친구와의 원만한 상호작용과 관련된 것이므로 사회적 지지가 낮은 노인을 상대로 자살예방에 관한 적절한 개입으로 지지를 높여주어야 한다 (Alexopoulos 등, 1999; Gliatto & Rai, 1999;). 또한 영성(spirituality or spiritual well-being)은 죽음이 절박한 말기 암 환자 등에서 절망감으로부터 보호하는 중요한 역할을 해주고 있으며 (McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003), 낮은 교육수준도 자살의도와 깊은 관련이 있다 (Goodwin 등, 2003). 이와 같은 사실들은 자살 의도를 지닌 사람에게 영성은 완충적인 기능을 할 수 있으며, 또한 교육수준에 따라서 자살방지 개입 등의 필요성 등이 달라져야함을 시사한다.

자살 충동은 논리적으로나 경험적으로 자살 시도나 행위에 선행하는 것이므로 자살충동의 영향요인, 즉 자살에 관한 위험요인을 정확하게 평가하고 이해하는 것은 실제로 자살 행위로 이행될 위험을 인지하거나 예방하는데 중요한 단서가 됨과 동시에 자살 관련 개입전략에 매우 중요한 요소가 된다 (서화정, 2005). 이에 본고는 노인들의 자살

의도가 영성이나 사회적 지지 등과 어느 정도 관련이 있는지 등을 살펴보고자 했으며, 그 관련성은 우울증상과 깊은 관련이 있는 신체적 질환을 겪고 있는 외래환자들을 대상으로 살펴보았다.

방 법

조사대상자 및 조사절차

본 연구의 조사대상자는 전라남도 남부지역에 위치한 한 종합병원을 내원한 65세 이상의 외래환자 128명(남성 71명, 여성 57명)이었다. 그들은 모두 의사소통이 가능하여 면담에 응할 수 있었으며, 연구 목적을 이해하고 참여에 동의한 자들이었으며, 또 임의표집으로 선정된 집단이었다. 남성들의 절대 다수(약 84.5%, $n = 60$)가 75세 미만이었으며, 또 여성들도 $\frac{2}{3}$ 이상($n = 43$)이 75세 미만이었다. 한편 조사대상자의 교육수준은 매우 낮은 편이었는데, 여성들의 대부분(약 89.5%, $n = 51$)이 학교를 다니지 못했거나 초등학교 졸업 이하였던 반면, 남성들의 경우 약 47.8%($n = 34$)은 중학교 이상을 졸업한 자들이었다.

자료수집 방법은 병원 내에 미리 마련한 면담을 위한 장소에서 개별적으로 조사대상자에게 질문지를 작성하도록 요청했으며, 질문지를 읽는데 불편함을 느끼는 조사대상자에게는 한 문항씩 본 연구자가 질문지를 읽어주면서 응답 내용을 표기하였다. 연구의 목적 및 질문지 작성 과정의 설명 등을 포함하여 면담에 소요된 시간은 평균 30분 정도이었으며, 면담 시기는 2006년 가을이었다.

조사도구

본 연구에서는 조사대상자의 인구통계학적 정보(성별, 연령, 교육수준, 건강상태 등)를 묻는 질문 이외에도 다음과 같은 세 가지 도구가 이용되었다.

자살 충동 측정도구. 자살충동 측정은 Beck 등(1979)이 개발했던

“Scale of Suicide Ideation (SSI)”을 박광배와 신민섭(1990)이 자기보고형 질문지로 변형한 도구를 사용하였다. 이 도구는 모두 19개 문항으로 구성되어 있었지만, 그들 중에서 자살 충동의 고저와 무관한 2개 문항(만약 자살을 하게 될 때 그 이유가 무엇이겠는가를 묻는 문항, 자살 의도를 타인에게 노출할지의 여부를 묻는 문항)을 제외한 17문항만이 본 연구에 사용되었다. 각 문항에 대한 반응형태는 3점 척도(1-3)이었으며, 총점의 점수가 높을수록 자살충동이 더 높은 것임을 의미한다. 총점의 범위는 17-51점이며, 본 연구에서 도구의 내적 일치도 계수 α 는 .928($n = 128$)이었다.

가족지지 측정도구. 가족지지 측정은 Cobb(1976)이 개발한 도구를 강현숙(1984)이 우리나라 실정에 맞게 수정·보완한 도구를 사용하였다. 이는 모두 10문항으로 구성되었으며, 부정형 문항은 의미의 일관성을 위해 다시 부호화하였다. 각 문항에 대한 반응형태는 “항상 그렇다(= 5)”로부터 “전혀 그렇지 않다(= 1)”까지의 Likert식 5점 척도이었으며, 총점의 범위는 10-50점으로 그 점수가 높을수록 가족지지의 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 내적 일치도 계수 α 는 .941($n = 128$)이었다.

영적안녕 측정도구. 영적안녕의 측정은 Paloutzian과 Ellison(1982)이 개발한 영적안녕 척도를 오복자(1997)가 번역한 것을 사용했다. 그 도구는 삶의 의미와 목적에 초점을 둔 실존적 영적안녕과 절대자인 신과의 관계에서 안녕감을 갖는 종교적 영적안녕을 평가하는 것이었는데, 본 연구에서는 문항들을 노인의 이해 수준에 맞게 수정·보완한 상태에서 사용하였다. 또 그 도구는 모두 20개의 문항으로 구성되어 있었고, 반응 형태는 Likert식 4점 척도[“전혀 그렇지 않다”(1)에서 “매우 그렇다”(4)까지임]이었다. 그렇지만 부정어로 구성된 2개 문항(삶을 즐거워하지 않음, 장애가 안정되어 있지 않다고 느낌)은 문항분석의 결과 item-total correlation이 매우 낮아서 제외시켰다. 곧 분석에 이용된 문항은 18문항이었으며, 총점의 범위는 18-72점으로 그 점수가 높을수록 영적안녕 정도가 높은 것임을 의미한다. 본 연구에서 도구의 내적 일

치도 계수 α 는 .887($n = 128$)이었다.

결과 및 논의

노인 환자들의 자살 충동에 관한 점수를 비롯하여 가족지지 및 영성의 점수는 〈표 1〉에 제시하였다. 표에 제시된 바처럼 영성 점수에서는 성차가 없었지만, 자살 충동 및 가족지지에서 성차를 보였다. 자살 충동은 남성보다 여성이 더 높은 편이었고, 가족지지는 여성보다 남성이 더 많이 받고 있는 것으로 드러났다. 이와 같은 성차는 자살 충동을 설명할 수 있는 변인에서도 성차가 나타날 수 있음을 암시하고 있다. 이를 확인하기 위해서 회귀분석을 시도했다.

회귀분석은 먼저 전체 조사대상자를 대상으로 실시했으며, 이어서 자료를 남녀로 구분한 상태로 시도하였다. 우선 전체 조사대상자를 상대로 시도한 회귀분석은 종속변인으로는 자살 충동 그리고 설명 또는 예언 (predictor)변인으로는 성별, 연령, 교육수준, 가족지지, 그리고 영성 점수를 토대로 실시하였다. 설명 변인들 중에서 성별은 dummy variable로 처리하였으며, 교육수준의 경우 5개 범주의 서열변인이었음에도 불구하고 범주간의 간격을 동일하다고 가정하여 간격변인처럼 처리하였다. 또한 선택한 회귀분석 방법은 단계적 회귀분석(stepwise regression)이었으며, 공차(tolerance)로 확인한 예언 변인들의 공선성(collinearity) 문제는 심각하지 않은 상태였다.

분석 결과는 〈표 2〉에 소개했는데, 5개의 설명 변인들 중에서 3개가 의미 있는 것으로 드러났다. 우선 자살 충동에 대한 영성의 설명력은 무려 32%나 되었으며, 이어서 가족지지의 설명력은 8.1%, 그리고 학력의 설명력은 1.9%로 드러났다. 그러나 연령과 성별은 자살 충동을 설명하는 변인이 되지 못했다. 종속 측정치인 자살 충동에서 성차가 나타났지만, 회귀분석에서 성별이 설명 변인이 되지 못했음은 자료를 남녀로 구분할 때 서로 다른 결과가 나올 것임을 시사해주었다. 그 결과 매우 흥미로운 결과가 나타났다.

남성노인 환자의 경우 오직 가족지지만이 자살 충동에 대한 설명 변인으로 드러났고, 또 그 설명력도 11% 정도에 불과했다. 그러나 여

〈표 1〉 자살 충동, 가족지지, 및 영성의 점수

변인	전체 (<i>n</i> = 128)	남성 (<i>n</i> = 71)	여성 (<i>n</i> = 57)	<i>F</i> _{1,126}
자살 충동	24.02 (7.29)	22.45 (6.18)	25.98 (8.11)	7.81**
가족 지지	37.84 (9.14)	40.92 (6.74)	34.00 (10.27)	20.94***
영성	46.62 (7.34)	46.51 (5.58)	46.75 (9.11)	< 1

〈표 2〉 자살충동에 대한 회귀분석 결과

집단	단계	predictor	β	<i>t</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>
전체 (<i>n</i> =128)	1	영성	-.565	-7.69***	.320	59.17***
	2	영성	-.379	-4.58***	.401	41.77***
		지지	-.340	-4.11***		
	3	영성	-.372	-4.54***	.419	29.84***
		지지	-.288	-3.35**		
		학력	-.148	-1.99*		
남성 (<i>n</i> =71)	1	지지	-.331	-2.91***	.110	8.51**
여성 (<i>n</i> =57)	1	영성	-.744	-8.26***	.546	68.23***
	2	영성	-.588	-5.16***	.573	38.61***
		지지	-.243	-2.13*		

주. 회귀분석 모형의 적합도를 살펴본 *F*검증의 자유도는 전체 집단에서는 1단계 1,126, 2단계 2,125, 3단계 3,124이었으며, 남성 집단에서는 1,69, 그리고 여성 집단에서는 1단계 1,55 및 2단계 2,54이었음.

* *p* < .05 ** *p* < .01 *** *p* < .001

성노인 환자의 경우 영성과 가족지지이 설명변인으로 드러났는데, 영성의 설명력은 무려 54.4%이었고 또 가족지지의 설명력은 3.3% 정도이

었다. 전체를 대상으로 시도했던 분석에서는 학력이 의미 있는 변인이었지만, 남녀로 구분한 경우에는 그렇지 않았다. 그와 같은 이유는 아마도 남녀의 교육수준 차이에 있었던 것 같다.

곧 노인환자들의 자살을 예방하기 위해서는 가족들의 지지 및 영성을 유지 또는 높여주는 것이 매우 중요하며, 영성은 특히 여성에게 절대적인 필수 조건이라고 할 수 있다. 이와 같은 결론에도 불구하고 본 연구의 결과를 일반화시키는데 대한 몇 가지 제한점이 있다. 그 대표적인 것이 바로 사례 수가 너무 적었다는 점이다. 지역을 도시까지 확대하여 더 많은 조사구대상자를 상대로 연구했다라면 결과의 일반화 가능성이 높아졌을 것이다. 다음으로 연구에 이용된 변인을 건강과 관련된 것들까지 계량화시킨 상태에서 병원을 방문하지 않는 건강한 노인들까지 포함시켰더라면 건강 문제에 관한 설명력도 찾아낼 수 있었을 것이다.

참 고 문 헌

- 강현숙 (1985). *재활강화교육이 편마비 환자의 자가 간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구*. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 박광배 · 신민섭 (1990). 고등학생의 대학입시목표와 자살생각. *한국임상심리학회*, 9, 20-32.
- 서화정 (2005). *노인자살예방을 위한 사회사업 개입전략: 노인자살의 영향요인분석을 중심으로*. 부산대학교 대학원 박사학위논문.
- 오복자 (1997). 암환자의 영적안녕과 삶의 질과의 관계 연구. *성인간호학회*, 9 (2), 189-198.
- 장미희 (2006). *노인의 우울과 자살 사고에 관한 구조모형*. 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 통계청 (2007). *사망원인 통계연보*. 서울: 통계청
- 한국자살예방협회 (2006). *사망 및 사망원인통계*.
- Alexopoulos, G. S., Bruce, M., Hull, J., Sirey, J., & Kakuma, T. (1999). Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1048- 1053.

- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intension: The scale for suicidal ideation, *Journal of Consulting and Clinic Psychology*, 47, 343-352.
- Bruce M. L, Thomas R., Have, T., Reynolds, C. et al. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1081-1091.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006). <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/default.htm> 참조.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosometic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Gliatto, M., F., & Rai, A. K. (1999). Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation. *American Family Physician*, 59, 1500-1513.
- Goodwin, R. D., Kroenke, K., Hoven, C., & Spitzer, R. (2003). Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 65, 501-505.
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, 362, 1603-1607.
- Paloutzian R. F., & Ellison, C. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In L. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A source book of current theory, research and therapy* (pp. 224-236). New York: John Wiley & Sons.

**Relations between Suicidal Ideation, Family Support,
and Spirituality for the Elderly Patients**

Gil Soon Choi

Dept. of Emergency Medical Technology
Dongkang College
Gwangju, Korea 500-714

Dae Sung Park

Dept of Emergency Medical Technology
Gwangju Health College
Gwangju, Korea 506-701

The suicide rates rose from 12.9 per 100,000 persons in 1996 to 24.8 in 2007. The suicide rate for the elderly has been rising more rapidly when compared to those of the other age groups. In order to prevent suicidal behavior for the elderly patients, it is necessary to find out and/or any risk or buffering factor that is related suicidal ideation. This study was to delineate a buffering effect of family support and spirituality on suicidal ideation for the elderly outpatients. Even though the sample size was not good enough and there were gender differences in educational level and age from the current sample, the buffering effects were confirmed. That is, the only buffering factor of family support was confirmed for the male patients and it occupied about 11% of explained variance for the suicidal ideation. In addition, there were two buffering factors of spirituality and family support for the female patients. Interestingly, in the female sample, the ratio of variance explained for the spirituality was almost 55% and that of family support about 3%.

(논문접수일: 2009년 9월 18일)

(수정논문접수일: 2009년 10월 23일)

(논문게재승인일: 2009년 11월 29일)