

노인 자살과 우울증 및 영적 간호

오 미 성

청암대학교 간호학과

(요약) 우리나라 사람들이 자살하는 비율은 OECD가입국 중에서 가장 높은데, 특히 노인들의 자살률은 다른 가입국들과의 차이가 더욱 심하다. 노인들 중에서도 나이가 많을수록 그 비율은 가파르게 상승한다. 자살을 한 노인들의 가장 공통적인 정신과적 진단은 우울증이며, 노인들이 우울증을 경험하는 동기는 자살을 하는 동기와 매우 유사하다. 곧 우울증의 치료는 자살 예방의 핵심적인 부분이다. 우울증을 초래하는 요인들은 생물학적, 신체적, 심리적, 사회적 등 다양하지만, 특히 질병이나 장애 등으로 신체기능 상태가 악화되었을 때 삶의 질이 저하되면서 자살을 시도하려는 의도가 강하게 나타난다. 우울증 치료에는 약물요법, 전기충격치료, 및 여러 가지 형태의 심리치료 기법들이 응용되고 있다. 노인환자의 우울증 및 자살예방에 대한 수많은 대처방안들이 존재하지만, 본고에서는 그 중에서 종교성이나 영성에 기반을 둔 영적 간호에 초점을 맞추어 그 효과를 개괄하였다. 그 효과란 삶과 죽음의 의미, 삶의 목적 등을 밝히고 질병이나 일상생활에서 겪는 스트레스에 대해서 대처하고 적응하는 힘을 키워주는 것이다.

[Key words: 노인 자살, 심리치료, 우울증, 영적 간호, 종교성]

이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 540-743 전라남도 순천시 녹색로 1641 청암대학교 간호학과 오미성 교수 앞으로 하시길 바라며, 저자의 e-mail 주소는 oms215@hanmail.net이다.

고령화와 노인자살

최근 우리나라 사람들이 자살하는 비율은 OECD 가맹국들 중에서도 가장 높았다는 보도가 있었다. 2010년도 통계치를 보면, OECD 가맹국들 전체의 경우 인구 10만 명당 11.3명이 자살했지만, 한국인의 경우 31.2명이 자살했다. 또 자살하는 비율이 매년 증가하고 있으며, 그 증가현상은 고령자일수록 더욱 심각한 상황이다 (<표 1> 참조). 결국 우리나라 노인들의 자살률 역시 OECD국가들 중에서도 가장 높게 나타난 실정이다 (통계청, 2011).

이러한 노인자살 현상은 서구에서도 유사하게 나타나고 있다. 미국의 경우도 노인의 자살률이 전집에서의 비율과 비교할 때 두 배 이상인데, 노인들 중에서도 연령이 증가할수록 그 비율이 높아진다. 물론 빈도를 토대로 비교할 때에는 다른 연령층보다 노인층의 빈도가 더 낮지만, 자살자의 비율이 젊은 층에 비해 현저하게 높은 편이다 (Alexopoulos 등, 1999; Miller, Segal, & Coolidge, 2001).

노인들의 자살은 우울증과 관련성이 매우 높다. 실제로 생의 후반기에 와서 가장 빈번하게 경험하는 정서적인 어려움은 우울증이며, 이로 인하여 고령자들의 삶의 질은 급격히 저하된다. 노인 인구 증가와 사회 환경의 복잡한 변화로 인해 20세기 후반 이후 노인들의 우울증이나 자살에 관한 연구들이 폭발적으로 증가하고 있는데, 대다수 연구들은 우울증의 심각성이 자살의 가장 주요한 위험 요인으로 꼽고 있다. 예를 들면, 74세 이상의 노인들의 자살 원인의 80%가 우울증 때문이었다 (Alexopoulos 등, 1999; Blazer, 2003). 또 <표 1>을 보면, 여성 노인들보다 남성 노인들의 자살률이 훨씬 더 높은 편이다. 미국에서도 유사한 보고를 하는데, 우울증상을 보인 비율은 여성 노인에서 높은 반면에 자살률은 남성 노인에게서 더 높게 나타난다 (NAMI, 2011).

물론 우울증과 자살이 필수적으로 연관된 것은 아니지만, 노년기의 자살은 많은 경우 심한 우울증상에 기인하며, 간혹 망상과 같은 다른 정신질환하고도 관련이 높다. 우울증을 견디지 못하여 자살을 시도하는 경우도 있으며, 몸이 많이 아파서 호전될 가능성이 별로 전혀 없다

노인 자살과 우울증 및 영적 간호

<표 1> 연령별 자살률 추이

[단위: (인구 10만 명당) 명]

연령 \ 시기	전체			남성			여성		
	2000	2009	2010	2000	2009	2010	2000	2009	2010
계	13.6	31.0	31.2	18.8	39.9	41.4	8.3	22.1	21.0
10-19세	3.8	6.5	5.2	4.2	6.9	5.3	3.3	6.2	5.0
20-29세	11.1	25.4	24.4	14.1	25.3	26.1	8.0	25.4	22.5
30-39세	15.1	31.4	29.6	20.7	35.6	35.4	9.1	27.0	23.5
40-49세	18.8	32.8	34.1	27.8	45.4	47.6	9.4	19.8	20.0
50-59세	22.1	41.1	40.1	35.6	62.0	60.0	8.9	20.0	20.0
60-69세	25.7	51.8	52.7	40.6	80.8	81.5	13.8	25.8	26.5
70-79세	38.8	79.0	83.5	61.8	123.9	134.8	25.7	49.0	48.5
80세 이상	51.0	127.7	123.3	88.3	213.8	222.7	36.4	92.7	83.1

고 여길 때에도 자살을 시도한다. 자살을 시도하는 일은 노년층보다도 젊은이들에게서 더 흔하지만, 노인들의 자살 시도는 거의 항상 죽고 싶은 의도가 반영된 것들이다 (Kimmel, 1990).

최근 우리나라는 노인자살이 사회문제로 대두하면서 일부 지방자치단체에서는 노인자살예방을 위한 조례를 제정했거나 (예, 서울, 경기) 준비 중이며 (예, 광주), 노인자살예방을 위한 센터를 건립하고 전문가를 배치하여 위기개입을 시도하기 시작했다. 이에 본고에서는 자살의 원인, 자살과 가장 관련이 높은 우울증의 원인, 그리고 자살이나 우울증 예방을 위한 대처방안들에 관해서 논하고자 하며, 아울러 논고의 초점을 대처방안들 중에서도 특히 영적 간호에 맞추고자 한다.

노인자살의 원인과 우울증

노년기 우울증의 심각성

노인성 우울증은 노인인구의 15-20% 정도가 심각한 증상을 보일 정도로 흔하지만, 제대로 찾아내지도 못하거나 치료하지도 못하는 경우가 허다하다. 노년기의 우울증은 절반 이상이 생의 후반기에 처음으로 그 증상을 보이기 시작한다. 노년기에 나타나는 우울증의 비율은 성인기 초·중기의 비율보다 심하게 높은 편은 아니지만, 결과는 훨씬 더 심각한 편이다. 우울증 환자가 노인일 경우 젊은 환자들보다 정서적인 증상은 더 심하지 않지만, 신체적 증상은 더 심할 뿐만 아니라 흥미의 상실도 더 심한 편이다 (Delano-Wood & Abeles, 2005; Gallo & Lebowitz, 1999; Fiske 등, 2009).

노인성 우울증 환자에게서 가장 빈번하게 관찰되는 증상은 관심 결여, 에너지 결여, 절망감, 심리 운동 장애 등으로 다른 질병이 있을 때 이를 더욱 악화시키는 등 복잡하게 만든다. 또 삶의 질을 크게 저하시키는데, 고령일수록 혈관의 위험 요인, 심각한 수준의 인지장애, 뇌구조의 변화 등과의 관련성이 더 높아진다. 치매나 우울증상은 그 질환을 지닌 노인뿐만 아니라 보호자도 심한 우울증상이 생기게 한다 (Delano-Wood & Abeles, 2005; Gallo & Lebowitz, 1999; Gatz & Fiske, 2003; King 등, 2005).

최근 임상전문가들은 여성 노인과 독거노인들의 우울증에 관심을 보이고 있다. 모든 여성 노인이 우울증 위험을 안고 있는 것은 아니지만, 대부분의 연령층에서 남성보다 여성의 우울증 비율이 더 높다. 특히 요양시설에 입소한 노인들의 우울증 비율은 더 높은 편인데, 요양시설에 입소한 노인들의 절대다수가 여성인 점과도 관련된다. 일반적으로 남성 노인의 우울증상은 젊은 시절부터 발생했던 것일 가능성이 크지만, 여성 노인들의 우울증은 고령에 처음 발생하는 경우가 대부분이다. 또 생의 후반기에 독거 상태로 살아가는 경우 우울증에 매우 취약하다. 대만에서의 조사에 의하면, 독거노인의 경우 45%의 남성이 우울증 환자인 반면, 여성은 74%나 되었다 (Gatz & Fiske, 2003; Lin & Wang, 2011).

우울증은 질환의 말기 상태나 생명을 위협하는 질환의 증상을 완화시키려는 노력에 걸림돌이 된다. 그럼에도 불구하고 여러 가지 요인 때문에 말기환자의 간병이나 호스피스 상황에서 우울증을 제대로 찾

노인 자살과 우울증 및 영적 간호

아내지도 못하거나 찾아내더라도 치료하지 않는 채로 지나가버린다. 말기 상태의 노인환자가 심리치료나 항우울제 처치를 수용하지 않기 때문에 그대로 넘어가기도 하지만, 암이나 생명을 위협하는 심각한 질환의 말기환자의 간병에서 우울증의 정확한 평가와 처치가 이루어져야 할 필요가 있다 (King 등, 2005).

노년기 우울증의 원인

많은 연구들이 생의 후반기에 발병한 우울증의 위험 요인들을 생물학적, 신체적, 심리적, 및 사회적 관점으로 설명한다. 먼저 고령의 상태에서 우울증이 발병한 경우보다 젊은 시절부터 앓고 있었던 우울증에서 유전적인 취약성과의 관련성이 더 크다고 본다. 또 연령 증가로 인한 신경생물학적인 변화 때문에 우울증이 발병할 가능성은 높은 편이지만, 간혹 우울증을 겪은 노인들이 장수하지 못하다보니 우울증 비율이 연령 증가에 의해 감소한다는 잘못된 결론이 내려지기도 한다. 역시 뇌 구조의 변화 등과 함께 나타난 우울증도 있는데, 소위 혈관성 우울증(vascular depression)으로 그 일부는 혈관성 치매로 진행된다. 혈관성 우울증의 증상은 심리 운동성 지체 및 무관심, 불쾌감의 결여, 전두엽 기능 장애로 인한 신경심리검사 수행 저하 등이 포함되며, 이 경우 만성적이어서 약물이나 전기충격 치료 등도 잘 통하지 않는다 (Alexopoulos 등, 1997; Blazer, 2003; Gatz & Fiske, 2003).

뇌 구조의 변화 등 신경생물학적 요인과 무관하게 노인성 우울증의 개시와 지속에 대한 가장 일관성 있게 보고된 위험 인자는 신체적 건강 상태와 관련된 것이다. 고령으로 인한 질병이나 기능장애, 통증이 우울증의 직접적인 원인이 된다. 특히 만성적인 통증이나 어떤 질환(예, 암)의 말기 진단을 받을 때 더 직접적이다. 우울증과 신체기능 상태는 서로 관련성이 큰 편인데, 우울증 때문에 신체 기능이 더 악화되거나 신체 기능이 좋지 않아서 우울증이 생길 수도 있다 (Gatz & Fiske, 2003; Schultz 등, 2000).

간혹 우울증이 다른 신체질환과 함께 같이 나타날 때 우울증을 간과하거나 가볍게 넘겨버리기도 하지만 (Gatz & Fiske, 2003), 우울증

은 자살을 시도한 노인들의 가장 공통적인 진단이다. 특히 기능장애를 초래한 만성적인 질환에 의한 우울증은 자살 가능성을 한층 더 높여 준다. 예를 들면, 노인성 황반 변성(macular degeneration)을 지닌 환자가 시각기능을 상실하면서 우울증상이 생겼을 때 무능이 일반화되기도 한다. 단순히 눈으로 볼 수 없는 상태에서 뭐든지 할 수 없다는 태도가 형성될 경우 자살을 더 쉽게 생각해버리게 된다 (Casten, Rovner, & Edmonds, 2002).

신체건강과 우울증의 관계를 사회적 불평등이나 맥락의 차원에서도 해석할 수 있다. 어린 시절 부모를 상실하고 빈곤하게 살았다거나 여성이어서 교육을 제대로 받지 못했거나 등의 불이익 때문에 사회활동이 다른 사람들보다 더 제한되고 소득이 더 낮다보니 신체 및 정신적 건강관리를 제대로 하지 못해 생의 후반기에 우울증 환자로 전락한 경우가 없지 않다. 그들은 젊은 시절부터 자기 발전보다도 자기 비판적인 사고에 사로잡혀 있어서 불면증에 시달리게 되는 등 우울 증상을 악화시키거나 유지시키고 살아왔을 가능성이 높다 (Fiske 등, 2009; Gatz & Fiske, 2003).

우울증 발병을 일상생활에서의 스트레스와 관련시켜 설명할 수도 있다. 그러나 젊은이들의 우울증이 최근에 경험한 스트레스 사건 때문에 발병한 것과 달리 노인들의 우울증은 과거로부터 누적된 스트레스 사건들에다가 질병, 장애, 사별 등이 더해지면서 발병한 경우가 대부분이다. 여기에서 배우자 죽음으로 인한 우울증 증상 경험을 짧게 언급해보면, 고령자보다 중년기에서 그 증상이 더 심하다. 그렇지만 중년기에서는 재혼을 통해서 그 증상이 상당 부분 사라질 수 있지만, 초고령자 부부일 경우 자신의 건강도 약하고 사회적 연결망도 약하므로 재혼의 가능성이 낮아서 우울증이 매우 심하다 (Fiske 등, 2009; Gatz & Fiske, 2003).

사회적 지지는 질환으로 인한 우울증의 완충 역할을 한다. 사별은 지지의 근원을 잃은 것인데, 일반적으로 남성 노인은 부인이 죽으면 정서적 지지의 상실이 큰 편인 반면에 여성 노인은 남편이 죽으면 재정적 위기가 더 커서 우울증상이 생긴다. 그러나 지지의 근원이 존재하더라도 역설적으로 사회적 지지가 너무 강하면 개인의 통제감이나

노인 자살과 우울증 및 영적 간호

자기효능감(self-efficacy)을 약화시켜 오히려 우울증이 커지는 경우가 생긴다 (Gatz & Fiske, 2003). 여하튼 우울증의 동기는 자살의 동기와 매우 유사하므로 노인들의 자살 동기인 상실에 유념해야 한다. 즉 의미 있는 사람과의 사별, 건강의 상실, 직업 상실, 기술의 상실 (예, 운전능력), 기억 상실, 독립성 상실, 거주지의 변화 등은 노인들에게 매우 심한 스트레스를 초래한다 (NAMI, 2011). 그러나 일상생활의 스트레스 중에서 퇴직 자체는 노인들의 우울증의 위험 요인이라고 볼 수 없다. 미래를 준비할 수 있는 상태에서의 직업 상실이 아니라 갑작스러운 직업 상실 또는 소득원 상실이었을 때가 큰 스트레스인 것이다 (Gatz & Fiske, 2003).

우울증이 건강에 미치는 영향

우울증은 저항력을 떨어뜨리는 등 생리학적 변화를 초래하여 다른 질병에 걸릴 가능성을 높게 만든다. 예를 들면, 심혈관 질환에 주요한 원인이 되기도 하는데, 노인성 우울증과 사망률의 관계도 높은 편이다 (Delano-Wood & Abeles, 2005; Schultz 등, 2000). 또 우울증은 자살한 노인들의 가장 공통적인 정신과적 진단이다. 노인성 우울증 환자들 중에서 이전에 자살을 시도했거나 사회적 지지가 약한 자들은 평소에 자살에 대한 생각을 더 많이 하면서 살아가고 있으며, 이전에 자살을 시도했던 노인들은 대부분 우울증상이 심할 뿐만 아니라 수단적 일상 동작수행능력(IADL)의 장애가 심했던 자들이다 (Alexopoulos 등, 1999).

우울증이 건강에 부적인 영향을 미치는 가장 극단적인 경우가 바로 자살이다. 우울증에 의한 자살은 심리적 요인(대응 양식, 성격, 과거 경험), 사회적 요인(역할이나 지위, 및 자신에게 의미 있는 사람의 상실), 신체적 요인(질병, 정서적 반응에 영향을 미치는 생리적 변화, 청각이나 시각, 및 유동성의 상실) 등이 복합적으로 작용한 결과이다 (Kimmel, 1990). 그러나 사람들은 기본적으로 고통으로부터 자유스러워지고 싶고, 도망가고 싶어 한다. 그 참을 수 없을 정도의 고통스러운 상황을 벗어날 길이 없다고 지각하거나 끊이지 않는 고통스러운

삶에 대한 의미나 목적이 보이지 않을 때 자살을 택한다. 노인들도 마찬가지로 참기 어려울 정도의 근심이나 불안, 혼란을 야기하는 심리적 고통 때문에 자살한다. 거절된 느낌, 희망이 없는 느낌, 누구도 도와주지 않을 것 같은 느낌에서 자살을 결정한다. 대인관계 형성이나 유지에서 어려움이 생길 때에도 쉽게 자살을 선택해버린다 (Koenig, 2007; Leenaars 2003).

자살의 요인을 인지적인 측면에서도 설명할 수 있다. 자살과 관련된 공통적인 인지상태는 사고에서의 경직성, 관점(초점)의 협소해진 것(예, cognitive constriction) 등을 들 수 있는데, 건강이 좋지 않은데다가 가족으로부터 거부당하는 등 괴로움이 가중될 때 인지적 협소화가 이루어진다면 자살이 쉽게 시도된다. 노인들이 자살을 암시하는 말을 하거나 간접적으로 표현하는 행동도 자살을 시도할 위험이 높은 것과 관련되는데, 자살을 하려는 사람들은 상당수가 삶에 대한 어떤 상황이나 일을 더 복잡하게 만들어버리고 싶거나 그래서 안 된다는 양가적인 감정이나 태도 등을 지니고 있다 (Leenaars 2003).

우울증 치료와 자살 예방

우울증 치료와 자살 예방

노인들의 자살은 사회적인 관심을 많이 받고 있기 때문에 다양한 방법의 개입이 이루어지고 있으며, 그로 인해서 그 비율을 감소시킬 수 있을 것이다. 그럼에도 불구하고 노년기의 자살 비율은 성인기 초기나 중기보다 더 높은 편이며, 또 우울증상과 더 밀접하게 연관되어 있다 (Fiske 등, 2009). 곧 우울증의 동기와 자살의 동기가 서로 유사한 점을 고려하여 예방의 차원에서 관심을 가져주어야 한다. 어떤 위험에 처한 사람들의 우울증 예방은 그 개인들에게나 가족들 및 주변 사람들 모두에게 중요하며, 다행히 많은 연구들이 노인성 우울증 치료 효과를 보고하고 있다 (Blazer, 2003; Hill 등, 1988; Konnert 등, 2009; NAMI, 2011).

우울증이나 자살 예방의 관심은 특히 요양시설에 입소한 노인들에

게 더 가져야 한다. 입소환자가 아닌 일반 노인들 중에서도 자살 생각을 가진 사람이 의외로 많지만 (Glaesmer & Braehler, 2012), 장기요양시설에 입소한 노인환자들의 우울증이 초래하는 자살과 같은 끔찍한 결과에 대해서 잘 알려져 있다. 집에서 생활하다가 요양시설에 입소하는 것 자체가 우울증 발생이나 자살 의도를 키우는 위험 요인이다. 시설에 입소한 노인들은 신체기능 장애나 복합적인 질환, 우울증 등으로 자살에 대한 생각을 자주 하거나 실제로 자살 행동을 시도하는데, 특히 입소 초기가 문제 발생의 예방에 가장 중요하다. 장기요양시설에 근무하는 직원들도 환자의 우울증으로 인한 문제를 미리 예방할 수 있는 능력 배양의 훈련이나 교육프로그램이 절실히 필요하다 (Hyer 등, 2005; Reiss 등, 2008a, 2008b; Williams 등, 2006).

시설기관이나 조사시기마다 다를 수 있겠지만, 영국의 요양시설에 입소한 노인환자들의 약 32.3%가 우울증 척도에 의하면 환자에 해당되었다. 그들의 우울증 상태는 연령이나 입소 기간, 성별하고는 무관했지만, 신체적인 통증이 심한 경우, 배우자가 없는 노인, 가족과의 관계가 잘 형성되지 못했던 경우, 만성적인 폐질환 등을 앓고 있을 경우와 관련이 매우 높았다 (Huang & Carpenter, 2011). 또 요양시설의 환경도 노인환자에게 위험요인인데, 규모가 너무 커서 환자의 자율성이 심하게 제한되거나 직원들이 너무 자주 교체되어 불안을 초래하는 것 등을 들 수 있다. 요양시설 노인환자들이 자살에 대한 생각을 하더라도 보안이나 안전시설이 잘 갖추어져 있어서 자살행동을 확실하게 보여주기가 어려울 경우 자살에 대한 의도를 간접적으로 표현하는데, 음식물 거부, 치료 거부나 지연, 직원들에게 비협조, 위험이 수반된 불필요한 행동 시도 등 자기파괴행동이 그 예들이다 (Reiss 등, 2008a, 2008b).

시설기관 입소 여부와 상관없이 남성 노인들의 자살 비율이 여성보다 높기 때문에 여성 노인들의 자살 행동은 가려져 버렸지만, 여성은 우울증 비율이 더 높기에 간접적인 자살 행동의 위험이 더 큰 편이다. 보통 남성 노인들의 자살 원인은 상당수가 재정이나 건강 문제이지만, 자살로 죽음을 선택했던 사람들의 상당수가 그 전에 도움을 원했던 것이다. 노인환자들은 신체적인 아픔을 치료하기 위해서 의사

를 쉽게 찾지만, 우울증을 치료하기 위해서는 잘 찾지 않는다. 그럼에도 불구하고 자살을 한 노인들의 최소 20%가 외래환자로 의사를 만난 지 하루, 40%가 1주일, 70%가 1개월이 지나지 않은 상태였다는 점에 의료진들은 경각심을 가져야 한다 (Alexopoulos 등, 1999; Gatz & Fiske, 2003; NAMI, 2011).

노인들의 자살은 젊은 사람들처럼 특정한 신호가 없는 상태에서 이루어지기도 하지만, 대부분은 어떤 경고 신호가 있다. 곧 노인층의 자살 시도는 우발적이라기보다도 계획적으로 이루어지므로 이를 잘 알면 개입이 가능하다. 곧 평소에 자살을 생각하면서 지내는 것은 젊은이들도 자살로 이어지기 때문에 위험하지만, 노인들은 더 위험하다. 의사들은 노인환자의 자살의 징후를 잘 살펴볼 필요가 있는데, 자살 가능성의 지표가 되는 것들은 노인이 자살에 대하여 언급하거나, 장례를 논의하는 등의 죽음에 관련된 이야기에 집착하거나, 희망이나 가치가 없다고 말하거나, 인생을 실패했다고 말하거나, 영적인 문제나 의식에 평소보다 더 초점을 맞추거나, 남에게 짐이 된다는 생각에 사로잡혀 있는 것 등이다. 또 노인이 어떤 문제를 해결하고 떠나려는 행동을 보이는지에 대해서도 유념해야 한다. 예를 들면, 갑자기 행복하고 조용해지는 것, 과거 문제를 눈감아주는 주는 것, 자신이 마음에 둔 어떤 사람을 만나려고 하는 것, 어떤 일을 준비하는 것, 값어치가 있는 소유물을 남에게 주는 것, 복용해야 할 약을 쌓아두는 것 등이다 (Alexopoulos 등, 1999; NAMI, 2011).

노인 자살은 다른 연령층과 달리 오랜 시간 고민하다가 자살을 시도하므로 그 성공률이 높은 편이다. 그렇다면 노인 자살은 자살 시도 전까지 고민하는 동안 적절한 개입이 이루어진다면 다른 연령층에 비해 자살 시도를 막을 수 있는 가능성도 크다. 자살 방지는 여러 가지 방도에서 생각해야 하지만, 자살 가능성이 더 높거나 소외된 계층에 더 관심을 가져야 한다. 배우자나 가족과 단절된 상태로 살아가거나, 도서산간이나 농어촌 등 낙후된 지역에서 살아가거나, 고령이거나, 서양에서는 특히 백인 남성들이거나, 충격을 받았을 때 이를 쉽게 이겨내지 못하는 성격이거나 등의 노인들을 찾아내어 (소위, 자살 예방을 위한 outreach 전략) 자살 의도를 갖지 않도록 해주어야 한다. 보통

노인 자살과 우울증 및 영적 간호

노인들을 위한 정신건강 돌봄 서비스 차원에서 그런 전략을 구사할 수 있지만, 그런 서비스는 자주 재정 문제에 부딪힌다. 그리고 그러한 자살예방에 관한 상담 서비스나 위기개입을 또래 노인들이 할 수 있는 방안도 효과적이다 (김은주·윤가현, 2010; Gatz & Fiske, 2003; Heisel & Duberstein, 2005).

우울증 치료 기법

자살시도나 자살에 대한 생각을 감소시키고 또 노인의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 다양한 개입이 필요하다. 자살의 주된 원인이 우울증이기 때문에 여기에서는 우울증 치료에 초점을 맞추어 설명하고자 한다. 우울증 치료는 먼저 그 원인이 생물학적인가, 심리적인가, 아니면 사회적인가에 따라서 서로 다른 치료기법(예, 개인치료, 집단치료, 가족치료, 약물 치료, 환경 변화, 인지행동치료 등)을 적용할 수 있다 (Blazer, 2003).

다양한 치료기법들 중 어떤 치료기법이 치료 효과 차원에서 가장 높을까? 미국의 경우 'National Institutes of Health'에서 1991년 노인들의 우울증 치료 효과가 높은 순위를 발표할 때 1위는 항우울제 치료 그리고 2위는 전기충격치료였는데, 심리치료는 치료효과를 충분히 보여주지 못했다는 이유로 3위로 평가되었다. 그 뒤 심리치료 효과를 개괄하는 수많은 연구들이 발표되면서 인지행동치료(cognitive-behavioral therapy), 단기역동치료(brief dynamic therapy), 대인관계 심리치료(interpersonal psychotherapy), 회상치료(reminiscence therapy) 등의 심리치료 효과는 나중해야 제대로 인정받게 되었다 (Macklin & Arian, 2005). 그러나 심리치료는 우울증 상태가 너무 심한 경우에는 별로 효과적이지 못하며, 전기충격치료는 노인들에게 잘 이용되지 않으며 또 다른 질환의 여부나 인지 장애 등을 고려하면서 이용해야 한다 (Gatz & Fiske, 2003). 또 노인성 우울증 치료에 광치료(bright light therapy or phototherapy)나 신체 요법(somatic therapy or somatotherapy)도 효과적이었는데, 신체 요법이란 정신적, 정서적, 영적, 신체적 등 마음과 몸의 관련됨을 다루는 총체적인 치료기법이다

(Delano-Wood & Abeles, 2005).

노인성 우울증에 대한 심리치료의 효과로 다음과 같은 예를 들 수 있다. 먼저 대인관계 심리치료(interpersonal psychotherapy)는 정신건강 문제의 발생이나 호전, 인간관계의 중요성 등을 강조한 심리치료기법으로 시간이 충분하지 않을 때 사용할 수 있는 효율적인 치료기법이다. 상실을 경험할 때의 슬픔이나 대인관계에서 역할 갈등, 역할 변화, 또는 어려움을 겪을 때 효과적인 대인관계 상담은 요양시설에 입소 중인 노인환자들의 우울증 치료에도 효과가 있다 (Hinrichsen, 2008). 또한 요양시설에서 우울증상이 있는 노인 환자들에게 인지행동치료 프로그램(예, 기분을 좋게 하는 일들을 늘리고, 부정적으로 인지하는 것들을 감소시키는)은 단기적으로 집단을 대상으로 실시해도 상당히 높은 예방 효과가 나타난다 (Konnert 등, 2009).

한편 회상치료(remembrance therapy)는 생애사(life history)를 이용하여 개인이 생애에 경험했던 모든 일들을 긍정적으로 평가해주면서 정신건강을 향상시켜줄 수 있는 것인데, 이는 특히 노인환자들의 치료에 효과적이었다. 또한 문제해결치료(problem-solving therapy)는 인지행동치료의 일종으로 스트레스를 받았던 경험 때문에 위축된 환자를 대상으로 보다 긍정적이고 낙관적인 접근을 통해서 달라진 현실을 인식하고 대응하도록 하는 방법이다. 이는 교육 등을 토대로 돕는 일인데, 노인 우울증 환자에 효과적이었다 (Arean 등, 1993). 일반적으로 저학력의 노인들이 우울증에 더 취약하므로 노년기에도 배움의 활동을 하게 되면 우울증에 걸리지 않는데 도움이 된다. 역시 인생을 회고하는 방법은 지인의 지지를 받으면서 시도했을 때 그 효과가 더 뛰어나다 (Fiske 등, 2009).

종교성 및 영적 간호

자살예방 및 이를 위한 우울증 치료에는 다양한 기법들이 응용될 수 있다. 그 중에서도 영적 간호나 상담을 토대로 한 개입을 시도하는 사람들도 많지 않을 뿐만 아니라 그 효과를 증명해보이기 쉽지 않다는 약점이 있다. 그렇다고 해서 효과가 없는 것이 아니며, 오히려 환

자를 총체적인 존재로 보고 접근하는 전인적 간호(holistic nursing)에는 영성이 포함되고 있다 (Travelbee, 1971). 이에 본장에서는 영성이나 종교성의 도움을 토대로 한 치료기법을 소개하는데, 먼저 영성(spirituality)이나 종교성(religiosity)의 정의를 한 다음 이들이 우울증이나 자살의 예방 및 치료에 효과적임을 서술하게 될 것이다.

종교성 및 영성

영성 및 종교성은 여러 가지로 정의될 수 있는데, 삶에서의 목적, 믿음, 신앙심, 희망으로부터 절대자의 초월성에 이르기까지 모든 것을 의미한다. 곧 영성이나 종교성의 요소들에 관한 확실성 부족은 환자들의 영적인 요구를 알아차리고, 평가하고, 전문적인 케어를 제공하는데 장벽이 된다 (Richardson, 2012). 그럼에도 불구하고 종교와 영성을 짧게 구분하면, 종교(religion)란 신 또는 신비한 존재에 대한 체계적인 믿음이나 의식, 실천인 반면, 영성은 특정한 종교에 연결시킬 필요 없이 초월적인 경험에 대한 개인적인 추구라고 할 수 있다 (오미성, 2003; Bullock 등, 2012).

많은 사람들이 삶에서 종교를 가장 중요하다고 답하는데, 특히 환자들은 질병이나 장애, 통증으로 인한 스트레스를 어떻게 이겨내느냐에 대한 질문에서 종교적인 믿음이나 실천이 위안과 힘을 주는 근원이라고 주로 답한다. 종교적 믿음은 어려운 인생사에 직면할 때 희망을 얻게 하는 근원이 되는데, 종교는 젊은 사람들보다 노인들에게 더 중요하다. 노인들은 젊은이들에 비하여 죽음에 대한 불안이 더 낮지만, 죽음이나 죽어가는 것에 대한 의미를 더 크게 부여한다. 그 이유는 노인은 삶이나 죽음에 대한 궁극적인 질문에 더 현실적으로 대응하기 때문이다. 낙관성과 같은 긍정적인 심리상태가 신체적인 건강에 지대한 영향을 미치기 때문에 종교성도 노인들의 면역체계 기능을 향상시켜준다 (Cohen & Koenig, 2003; Koenig, 2007).

그렇다면 종교가 있는 사람과 없는 사람은 어떻게 다른가? 종교가 없는 사람은 있는 사람에 비해 우울증상의 차이는 없었지만, 더 충동적이고, 더 공격적인 성향을 보이며, 약물과 같은 물질을 사용한 비율

도 더 높았으며, 가족에 대한 책임감도 더 낮고, 자녀에 대한 관심도 더 낮고, 자살행위가 도덕적으로 어긋난다는 생각을 덜 하며, 자살 시도 또는 자살에 대한 생각도 더 많이 하며, 또 자살을 시도했던 빈척도 더 많았다. 종교가 우울증상이나 절망감, 일상적인 심한 스트레스에 직면했을 때 자살에 대한 생각을 감소시켜주는 기능을 하는데, 종교의 종류나 분파에 따른 차이는 없었다. 또 자살 행동은 공격성이나 충동적 성향, 분노 등과 관련성이 높는데, 종교가 있는 사람들이 적개심이나 공격성, 충동성이 더 낮았다. 역시 종교가 있는 사람들이 가족들의 연대감, 정서적인 지지를 해주는 연대감도 더 높았으며, 가족에 대한 책임감이 클수록 자살에 대한 생각을 실천하는 것과 거리가 멀었다 (Dervic 등, 2004).

질병에 대한 대처와 종교의 관련성을 간단히 언급하면, 환자 입장에서 종교적 실천이 질병에 대한 적응력을 높여준다. 입원 환자들 중에서 근골격계 질환들이 통증의 대처 방법으로 그리고 심장 수술을 하루 앞둔 시점에서 환자들의 대처 방법으로 기도가 첫 번째로 나타났다. 입원 후에도 종교심이 깊은 환자는 그렇지 않은 우울증 환자보다 사회적 지지나 삶의 질, 신체장애 상태와 상관없이 더 빨리 퇴원하는 경향을 보인다. 우울증 환자의 치료에서도 기존의 인지행동치료를 하는 것보다 종교성을 가미한 인지행동치료(예, 비합리적인 사고를 종교적으로도 설명함)를 했을 때 효과가 더 좋은 편이다. 흥미롭게도 그러한 치료는 비종교적 치료가 했을 때 효과가 더 뛰어났는데, 이슬람교도나 불교도에게도 그 종교에 맞는 인지행동치료를 했을 때 신도들에게 매우 효과가 좋았다. 곧 종교는 환자의 대처 능력을 높여주고, 종교를 믿는 환자가 그렇지 않는 환자보다 더 치료효과가 더 좋아 더 일찍 퇴원하는 편이다. 그러므로 종교에 기초한 치료방법이 더 좋은 결과를 얻어낸다면 종교가 우울증을 예방하거나 회복을 촉진시킨다고 할 수 있다 (Koenig, 2007). 이는 다음 절에서 논할 것이다.

영적 간호의 내용

간호학에서 영성의 정의는 길게는 기독교나 유대교의 역사까지 거

슬러 올라가는 것으로부터 현대의 보다 세속적인 것까지 다양하다. 간호사가 제공하는 영적 케어는 초월적인 차원의 개념이어서 간호사들도 이를 말로 표현하는 것이 쉽지 않다. 영성의 모호한 본질 때문에 영성 간호의 정의가 어렵지만, 분명한 사실은 이미 1960년대 후반 이래 간호학 문헌들을 보면, 단순히 간호 업무가 신체적인 고통을 경감시켜주는 신체적인 케어 수준에 머무르지 않고 심리 사회적 및 정서적 그리고 영적인 영역의 관심이 증대되고 있다는 것이다. 사정, 진단, 계획, 수행, 평가 등의 간호 과정에 영적인 케어가 인간을 총체적인 존재로 보아야 한다는 전인적인(holistic) 간호의 자연스러운 일부가 되었다 (오미성, 2003; Ronaldson 등, 2012; Travelbee, 1971).

그래서 간호사를 비롯한 임상전문가는 환자와 종교나 영성에 대해서 편하게 논하는 방법을 배워야 하는데 (Koenig, 2007), 영적 간호의 내용은 환자의 영성을 평가해주는 일, 영적 지도자에게 상담이나 치료를 의뢰하는 일, 환자에게 영적 개념을 가르치는 일, 용서를 격려하는 일, 마음을 차분히 정리하는 명상 교육, 기도하는 법의 교육, 일상생활에서 영적인 상상을 유도하고 가르치는 일, 환자를 위해서 개인적으로 기도해주는 일 등 다양하며, 상담이나 치료는 개인, 집단, 부부, 가족 등 다양하게 구성되어 있다 (Richards & Worthington, 2010). 보통 환자들의 종교적 대처에는 본인이 기도하는 것, 예배에 참석한 신도들의 지지를 받는 것, 목회자의 관심이나 보살핌, 종교적 신념 등이 포함된다. 그러므로 노인 환자의 평가에서 환자의 종교적인 믿음이 어느 정도인지를 물어야 하는데, “신이 당신을 저버렸다는 느낌이 드는가?” 또는 “신께서 당신을 이렇게 만들었다고 생각되어 신에게 분노하는가?”와 같은 추가 질문은 환자의 영성 변화를 알아볼 수 있는 좋은 측정도구가 될 수도 있다 (Bosworth 등, 2003).

최근 암 환자나 호스피스 상황에서 환자들의 영성을 증진시키는 간호중재가 많이 이루어지고 있다. 암 진단을 받으면 환자들은 보통 자신의 죽음을 깊이 생각하게 되고, 자신의 신념 체계에 대한 도전을 자주 한다. 가장 빈번하게 확인된 간호 중재는 종교적인 간호 중재와 의사소통에 관련된 것으로 성직자의 도움을 요청하기, 기도하기, 환자의 감정이나 생각을 그대로 들어주고 공감해주기, 희망을 심어주기 등

이었다. 영성은 개인에게 필수적인 부분으로 건강에 관련된 일상생활의 모든 면에 영향을 주기 때문에 영성은 점점 중요한 부분으로 부각되고 있다. 따라서 간호사들은 암 환자의 치료계획에서 영적 케어를 제공해주는 것이 중요하며, 적어도 그들의 요구를 평가할 수 있고, 그들에게 확신을 줄 수 있어야 한다 (Richardson, 2012; Seller & Haag, 1998).

영적 간호와 자살 예방

자살 예방의 기본은 우울증의 예방이다. 사람들은 힘든 일을 경험할 때 본인의 무가치성을 느끼고, 그러한 느낌 때문에 자살을 시도한다. 그러므로 본인이 가치가 있다고 느끼는 일을 하도록 하는 것이 자살이나 우울증 예방의 지름길인데, 종교 활동에 심취하는 경우도 무가치성의 타파에 도움이 된다 (Fiske 등, 2009). 정신의학자나 심리학자, 다른 건강관련 전문가의 도움을 받고 있는 노인 환자들의 영성이나 종교성과 정신건강의 관련성은 상당히 높은 편이다. 종교생활을 하거나 영성이 높다고 답한 노인들은 그렇지 않다고 답한 노인들보다 혼자 사는 사람 또는 교육수준이나 소득이 더 낮은 노인들의 비율이 더 높았지만, 우울 증상이나 불안이 더 낮고, 심리적 안녕감이나 인지기능이 더 높으며, 자긍심이 더 높고, 더 낙관적이고, 또 위기상황을 긍정적으로 극복할 수 있는 탄력성도 더 뛰어난 편이었다 (Vahia 등, 2010; Van Ness & Larson, 2002).

만성적으로 신체 기능장애가 있는 노인들을 위한 시설 입소자들 중에서도 종교성이 낮을수록 우울증상이 더 높고, 주관적인 건강상태 및 신체기능 상태가 더 좋지 않은 편이었다 (Jang 등, 2006). 종교성이 높다고 답한 노인환자들에게 실제로 힘든 일을 경험할 때 어떻게 대처하는가를 질문했을 때 그들의 1/3은 적극적으로 그리고 2/3은 다소 적극적으로 종교적 대처를 한다고 답했는데 환자를 돌보는 사람들도 종교적 대처를 자주 언급했다. 여기에서 종교적 대처란 종교 활동에 의한 문제 해결이나 스트레스 감소를 뜻하는데, 공적인 종교행사 참석은 노인의 우울증과 별로 연관이 크지 않지만, 혼자 기도하거나

교리공부를 하는 사적인 행위 등은 스트레스 상황 대처에 완충 효과가 뛰어났다. 그러나 종교적인 대처는 남성보다 특히 여성 노인들에게 중요한 기능을 하고 있었다 (최길순 · 박대성, 2009; Koenig, 1998).

물론 영적 간호는 삶의 질이나 여러 가지 정신장애에 적용되어 효과가 있지만, 종교가 다르고, 접근하는 방법이나 내용이 다르기 때문에 실제 영성치료나 상담 효과가 있더라도 이를 검증하여 발표한 논문들은 많지 않다. 학술단체(예, 미국심리학회)에서는 증빙된 기법에 의한 상담이나 치료를 하도록 강조하지만, 대부분의 영적 간호는 그 효과를 질적인 연구로 보고해야 하는 한계에 직면하기도 한다. 실제로 영적 간호에 기존의 인지치료나 합리적 정서치료(rational-emotive therapy)를 가미한 치료효과가 우울증이나 불안 치료에 효과적임을 보여준 연구들이 있다 (Richards & Worthington, 2010).

기독교(신교 및 구교) 신자인 우울증 환자와 비우울증 환자를 10년 동안 추적한 조사에 의하면, 종교가 자기의 삶에서 중요하다고 보고한 자들은 우울 증상 경험 비율이 76%나 낮았다. 미사와 같은 종교 행사 참석이나 신교나 구교에 따른 차이는 없었지만, 종교나 영성의 중요성은 우울증 빈도나 재발 감소에 큰 역할을 하고 있었다. 과거 19세말에는 종교 소속에 따른 차이가 존재했는데, 예를 들면, 구교 신자들이 사회적 통제가 강해서 자살하는 비율이 신교보다 더 낮았다. 그러나 20세기 이후에는 그 차이가 없어졌다. 장기적인 조사를 한 후 연구자는 종교가 없는 사람들이 우울증상 위험이 더 높고, 종교적인 믿음을 가지고 사는 것이 우울증을 감소시켜주고, 또 개인적인 종교 활동 참여(개인적 기도)는 우울증 위험에 별로 관계가 없다는 세 가지 결론을 내렸다 (Blazer, 2012).

Baltimore지역의 종단적 연구에서도 종교 행사에 참여하거나 영적인 지지를 추구하는 것은 우울증이나 불안장애, 자살 생각이나 자살 시도 등과 관련이 매우 깊음을 보고했다. 적어도 1년에 한번이라도 종교 행사에 참석한 사람은 그렇지 않았던 사람보다 자살 시도 비율이 훨씬 낮았기 때문에 종교 행사 참여가 자살시도에 대한 보호적 요인이 된다고 할 수 있다 (Rasic 등, 2011). 곧 종교를 믿는 사람이 환자일 때는 다른 치료방법을 사용하지 않고도 임상전문가와 환자의 관계

를 강하게 하여 종교적으로 우울증을 감소시킬 수 있다. 그러나 종교가 없거나 종교성이 약한 환자와 상대할 때에는 종교나 영성만을 강조하게 되면 죄의식을 느끼게 할 수 있으므로 조심해야 한다. 원래 종교인이었던 환자가 종교 생활을 열심히 하지 못한 것을 힘들어한다면, 자신의 질환을 신의 처벌이라고 믿어 우울증이 더 악화되거나 자살을 더 쉽게 시도해버릴 수도 있다 (Bosworth 등, 2003; Koenig, 2007).

종교는 자살 행동과 관련이 깊은 공격성이나 적개심, 약물사용, 위험 성행동의 수준을 낮추어주는 것과 연관된다. 종교적인 믿음이나 경험 모두가 정신 건강에 좋다고 할 수는 없지만, 종교의 중요성이나 유대감 등의 관점은 자살 행동과 연관되며, 종교와 관련된 사람은 정신 건강 서비스에 대한 다리 역할을 하게 된다. 역시 정신건강서비스에 종사하는 사람이 종교와 관련되는 것도 마찬가지로의 역할을 한다. 종교와 관련된 사람들의 행동은 매사 종교적 담론에 따름을 의미하지는 않지만, 많은 가족들에게 소속의 중요성을 보여주며, 가족이나 종교 관련자들이 정신건강 케어에 문지기 역할을 한다. 노인환자의 자살예방을 위해서 가족의 지지를 비롯한 사회적 지지가 매우 필요하며, 아울러 영성을 유지 또는 향상시키는 것이 필요하다. 특히 원래 종교적인 믿음이 있었다가 상실한 우울증 환자들은 사회적 지지를 얻어야 종교적 믿음을 다시 가지면서 우울증이나 자살을 극복할 수 있다 (최길순·박대성, 2009; Bosworth 등, 2003; Bullock 등, 2012).

참고문헌

- 김은주·윤가현 (2010). 노인자살 예방을 위한 동료상담의 효과. *한국노년학연구*, 19, 115-131.
- 오미성 (2003). *한국인의 영성 체험 연구*. 전남대학교 대학원 박사학위논문.
- 최길순·박대성 (2009). 노인환자의 자살충동과 가족지지, 및 영성의 관계. *한국노년학연구*, 18, 51-60.
- 통계청 (2011). *2010 사망원인통계*.
- Alexopoulos, G., 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.
- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Campbell, S., Silbersweig, D., & Charlson, M. (1997). "Vascular depression" hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 54, 915-922.
- Arean, P. A., Perri, M., Nezu, A., Schein, R., Joseph, T., & Christopher, F. (1993). *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 1003-1010.
- Blazer, D. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A (3), 249-265.
- Blazer, D. (2012). Religion/spirituality and depression: What can we learn from empirical studies? *American Journal of Psychiatry*, 169, 10-12.
- Bosworth, H. B., Park, K., McQuoid, D., Hays, J., & Steffens, D. (2003). The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 905-914.
- Bullock, M., Nadeau, L., & Renaud, J. (2012). Spirituality and religion in youth suicide attempters' trajectories of mental health service utilization: The year before a suicide attempt. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21 (3), 186-193.
- Casten, R., Rovner, B., & Edmonds, S. (2002). The impact of depression in older adults with age-related macular degeneration. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 11, 399-405.
- Cohen, A., & Koenig, H. (2003). Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International*, 28, 215-241.
- Delano-Wood, L., & Abeles, N. (2005). Late-life depression: Detection, risk reduction, and somatic intervention. *Clinical*

-
- Psychology: Science and Practice*, 12 (3), 207-217.
- Dervic, K., Oquendo, M., Grunebaum, M., Ellis, S., Burke, A., & Mann, J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2303-2308.
- Fiske, A., Wetherell, J., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Gallo, J., & Lebowitz, B. (1999). The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: Themes for the new century. *Psychiatric Services*, 50, 1158-1166.
- Gatz, M., & Fiske, A. (2003). Aging women and depression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 3-9.
- Glaesmer, H., & Braehler, E. (2012). The differential roles of trauma, posttraumatic stress disorder, and comorbid depressive disorders on suicidal ideation in the elderly population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73 (8), 1141-1146.
- Heisel, M. J. & Duberstein, P.R. (2005). Suicide prevention in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 242-259.
- Hill, R., Gallagher, D., Thompson, L., & Ishida, T. (1988). Hopelessness as a measure of suicidal intent in the depressed elderly. *Psychology and Aging*, 3, 230-232.
- Hinrichsen, G. (2008). Interpersonal psychotherapy as a treatment for depression in later life. *Professional Psychology: Research and practice*, 39, 306-312.
- Huang, Y., & Carpenter, I. (2011). Identifying elderly depression using the Depression Rating Scale as part of comprehensive standardised care assessment in nursing homes. *Aging & Mental Health*, 15, 1045-1051.
- Hyer, L., Carpenter, B., Bishmann, D., & Wu, H. (2005). Depression in long-term care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (3), 280-299.
- Jang, Y., Bergman, E., Schonfeld, L., & Molinari, V. (2006).

- Depressive symptoms among older residents in assisted living facilities. *International Journal of Aging & Human Development*, 63, 299-315.
- Kimmel, D. (1990). *Adulthood and Aging* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- King, D. A., Heisel, M. J., & Lyness, J. M. (2005). Assessment and psychological treatment of depression in older adults with terminal or life-threatening illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (3), 339-353.
- Koenig, H. G. (1998). Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 213-224.
- Koenig, H. G. (2007). Spirituality and depression: A look at the evidence. *Southern Medical Journal*, 100, 737-739.
- Konnert, C., Dobson, K., & Stelmach, L. (2009). The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging & Mental Health*, 13, 288-299.
- Leenaars, A. (2003). Can a theory of suicide predict all "suicides" in older adults? *Crisis*, 24, 7-16.
- Lin, P., & Wang, H. (2011). Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: An analysis of sex difference. *Aging & Mental Health*, 15, 1038-1044.
- Macklin, R., & Arean, P. (2005). Evidence-Based Psychotherapeutic Interventions for Geriatric Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 805-820.
- Miller, J., Segal, D., & Coolidge, F. (2001). A comparison of suicidal thinking and reasons for living among younger and older adults. *Death Studies*, 25, 357-365.
- NAMI (2011). *Depression in older persons fact sheet*. National Alliance on Mental Illness. (Retrieved from <http://www.nami>

- .org/Template.cfm?Section=By_Illness&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=7515)
- Rasic, D., Robinson, J. A., Bolton, J., Bienvenu, O. J., & Sareen J. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research, 45* (6), 848-854.
- Reiss, N., & Tishler, C. (2008). Suicidality in nursing home residents: Part I. Prevalence, risk factors, methods, assessment, and management. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 264-270. (a)
- Reiss, N., & Tishler, C. (2008). Suicidality in nursing home residents: Part II. Special issues. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 271-275. (b)
- Richardson, P. (2012). Assessment and implementation of spirituality and religiosity in cancer care: Effects on patient outcomes. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 16* (4), E150-155.
- Richards, P., & Worthington, E. (2010). The need for evidence-based, spiritually oriented psychotherapies. *Professional Psychology: Research and Practice, 41* (5), 363-370.
- Ronaldson, S., Hayes, L., Aggar, C., Green, J., & Carey, M. (2012). Spirituality and spiritual caring: Nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 2126-2135.
- Schulz, R., Martire, L., Beach, S., & Scherer, M. (2000). Depression and mortality in the elderly. *Current Directions in Psychological Science, 9*, 204-208.
- Sellers, S. C., & Haag, B. A. (1998). Spiritual nursing interventions. *Journal of Holistic Nursing, 16* (3), 338-354.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia:

F. A. Davis Co.

- Vahia, I., Depp, C., Palmer, B., Fellows, I., Golshan, S., Thompson, W., Allison, M., & Jeste, D. (2011). Correlates of spirituality in older women. *Aging & Mental Health, 15*, 97-102.
- Van Ness, P., & Larson, D. (2002). Religion, senescence, and mental health: The end of life is not the end of hope. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*, 386-297.
- Williams, C., Molinari, V., Bond, J., Smith, M., Hyer, K., & Malphurs, J. (2006). Development of a curriculum for long term care nurses to improve recognition of depression in dementia. *Educational Gerontology, 32*, 647-667.

(논문접수일: 2012년 10월 5일)

(수정논문접수일: 2012년 11월 12일)

(논문게재승인일: 2011년 11월 26일)