

노인의 자살생각에 영향을 미치는 생태체계요인 -중증만성질환자 돌봄 노인을 중심으로- Effect of Thought s of Suicide of Elderly that Care for a Chronic Invalid

최신애, 하규수

호서대학교 벤처전문대학원 노인복지학과

Sin-Ae Choi(csa5585@hanmail.net), Kyu-Soo Ha(ksh@hoseo.edu)

요약

본 연구에서는 노인의 자살생각에 영향을 미치는 생태체계요인에 관해서 알아보고 특히 중증 만성 질환자를 돌보는 노인의 자살생각에 영향을 미치는 생태체계요인에 대해서 분석하였다. 생태체계요인은 개인적 체계, 가족적 체계, 사회적 체계를 선정하여 인구사회학적특성과 함께 투입하여 자살생각에 미치는 영향을 살펴보았다. 연구대상은 경기도에 거주하고 있는 55세 이상의 중증 만성질환자를 돌보는 노인 274명을 대상으로 하였다.

자료 분석은 SPSS 18.0 프로그램을 이용하여 빈도분석, 요인분석, 신뢰도분석, t-test 및 분산분석, sheffe test와 위계적회기 분석을 하였고 연구결과는 다음과 같다. 첫째, 개인적 체계가 자살생각에 미치는 영향을 측정하기 위해서 개인적 특성 및 부양부담감을 독립변수로 선정하여 자살생각에 미치는 영향을 분석한 결과 두 변수 모두 유의하였으며, 둘째, 가족적 체계는 가족적 특성과 가족적 지지로서 간병기간이 길수록, 가족의 지지가 적을수록 자살생각에 미치는 영향이 컸다. 셋째, 사회적 체계 면에서는 사회적 지지와 사회활동참여도를 독립변수로 적용한 결과 사회적 지지의 모든 요인이 자살생각에 부(-)적 영향을 주었으나 사회활동 참여도의 영향력은 없는 것으로 분석되었다.

■ 중심어 : | 자살생각 | 생태체계 | 중증만성질환자 돌봄 노인 |

Abstract

In this study, I tried to find out the ecosystem factors which influence suicide thoughts of elderly that care for a chronic invalid. Ecosystem factors are consist of personal system, familial system and social system, tried to analysis ecosystem factors with characteristics of social population that influence suicide thoughts.

For the study, I collected 274 samples from people of 55 year-old care a chronic invalid adults who reside of in Gyeonggi-do. I used factor analysis, reliability analysis, multi-regression, t-test, ANOVA with SPSS 18.0. The results are as follows.

First, suicide thoughts had affected by personal characteristics and the duty of supporting selected independent variable. Second, familial system as familial characteristics and familial support had a strong influence on suicide thoughts by long-term care and deficient familial support. Third, the result of study, social support and participation of social activities apply as independent variable then every factors of social support are negative influence but participation of social activities are not influence.

■ keyword : | Suicide Thoughts | Ecosystem | Elderly that Care for a Chronic Invalid |

I. 서론

최근 우리나라의 노인인구는 빠른 증가속도를 보이며 2018년에는 고령사회, 2026년에는 초 고령사회로 진입할 것으로 전망된다. 평균 수명도 거의 10년 주기로 5세 이상씩 증가하고 있다[1]. 그러나 이러한 노인인구의 증가와 고령화는 결코 축복으로 받아들일 수 없는 것이 현실이다. 곧 기대수명과 평균수명이 늘어나는 고령화 사회에서는 얼마나 오래 사는가 하는 문제보다 어떻게 오래 사는가 하는 문제가 더 중요하다.

최근에 우리나라는 20-50클럽 가입[2]이라는 경이로운 소식을 접하게 되었다. 하지만 상당수 노인에게 있어서는 가정과 사회에서의 역할 변화와 은퇴로 인한 경제적 빈곤, 심리사회적 고립 등은 고통을 수반하는 노후를 초래하게 되었다. 이러한 힘든 노후 문제가 낳은 가장 심각한 사회 문제 중의 하나가 자살을 선택하는 노인이 증가하고 있다는 것이다. 통계청의 '2010년 사망원인통계 결과'를 보면 자살률은 연령이 높아질수록 증가해 인구 10만 명당 20대의 25명에 비해 80세 이상 자살은 124명으로 5배나 높았다[1].

지금까지 노인의 자살 문제에 대해서 많은 연구가 있었지만 대부분 심리, 사회적인 노인의 자살 문제를 다루어 온 것이 사실이다. 자살은 결과로서의 분석도 의미가 있겠지만 자살의 원인을 파악하고 자살에 앞선 자살생각에 미치는 영향을 분석하는 것이 더 중요하다고 본다. 물론 자살생각에 관한 연구들도 진행되었다. 하지만 그 대상을 독거노인[3]이나 저소득 노인[4]에게 초점이 맞추어져 있거나 노인자살예방을 위한 프로그램 개발 및 효과성에 관한 연구[5]등 이었다. 그래서 본 연구에서는 보다 근원적인 문제를 살펴보기 위하여 노인이 처한 생태체계가 자살생각에 어떠한 영향을 미치는가에 초점을 맞추었다. 생태체계는 크게 구분하여 개인적 체계, 가족적 체계와 사회적 체계로 나누는데 본 연구에서는 이를 보다 구체적으로 개인적체계의 독립변수를 개인특성과 부양부담감으로, 가족적 특성은 가족특성과 가족지지로 그리고 사회적 체계는 사회적 지지와 사회활동참여도로 도출하여 이들이 자살생각에 미치는 영향에 대하여 분석하였다. 따라서 본 연구를 통

해서 보다 구체적인 노인의 자살생각을 파악할 수 있으며 자살생각을 미연에 차단 할 수 있겠다. 한편 본 연구에서는 수명 연장과 함께 만성질환자의 수가 빠르게 증가하고 있으며, 문제는 이들을 돌보는 사람 중에 상당한 숫자가 그들의 가족이라는 점에 관심을 두었다. 특히 중증만성질환자를 돌보는 가족은 사회구조적 변화로 노인부부 단독 가족 형태가 증가하면서 배우자의 간병을 주로 상대 배우자가 하는 경우가 전체 가족 중 약 60% 이상인 것에 주목할 필요가 있다[6]. 노인성 만성질환은 주로 뇌졸중, 치매, 파킨슨 질환과 같은 노인에게 흔히 발생하는 병으로서 장기적인 간병이 수반 될 수 밖에 없는 병이며 이로 인해 간병하고 있는 가족들의 고통은 매우 가중 될 수 밖에 없는 현실이다.

대체로 가족이 환자를 돌봄으로서 겪는 경험은 전반적으로 부정적인 것으로 정신적 위기감, 신체적 불편감, 죄책감, 불안감, 사회적 고립감, 우울감, 절망감, 경제적 어려움 등이 있다[7]. 이러한 심각성을 감안할 때 중증 만성질환자를 돌보는 노인의 생태체계가 자살생각에 미치는 영향을 분석하는 것은 매우 의미 있다고 본다.

이에 본 연구에서는 노인 자살 요인에 있어 일반 노인에 비해 상대적으로 더 노출되어 있는 중증 만성질환 환자를 돌보고 있는 노인의 자살생각에 영향을 미치는 변인을 찾고자 한다.

따라서 이러한 중증 만성 질환자를 돌보는 노인의 자살생각에 미치는 영향에 관한 연구문제를 다음과 같이 선정하였다.

첫째, 개인적 특성과 가족적 특성에 따른 중증 만성 질환자 돌봄 노인의 자살생각에 차이가 있는가?

둘째, 개인적 체계인 개인 특성과 부양부담감은 중증 만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에 영향을 미치는가?

셋째, 가족적 체계인 가족의 특성과 가족적 지지는 중증만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에 영향을 미치는가?

넷째, 사회적 체계인 사회적 지지와 사회활동참여도는 중증만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에 영향을 미치는가?

II. 이론적 배경

1. 자살생각

1.1 자살생각의 정의

자살이란 일반적으로 자발적·의도적으로 자신의 생명을 끊는 행위를 의미하며 또한 자신의 생명을 끊으려고 시도하는 혹은 그러한 경향을 갖고 있는 사람들에게 적용되는 것이다[8]. 이러한 자살에 이르게 하는 자살생각(Suicidal ideation)은 ‘자살을 행하는 것에 대한 생각이나 사고’를 의미하며[9], 노인의 자살이란 자살생각, 자살시도, 그리고 자살행동에 이르는 연속적인 개념의 정의라 할 수 있다[10][11].

1.2 중증만성질환자의 돌봄 노인의 자살생각

만성질환은 급성질환과 달리 정상에서 벗어난 어떤 장애로서 영구적이며 돌이킬 수 없는 병리학적 변화로서 증상조절은 가능하나 완치되지 않기에 잦은 입원과 장기간의 돌봄이 요구되며 사실상 가족은 만성질환자의 계속적인 관리를 책임지게 된다[12][13].

이와 같이 중증 만성 질환은 가족 구성원 특히 배우자에게 신체적 돌봄을 위한 다양한 물적 인적 요구를 함으로서 가족구성원의 삶에 영향을 미칠 수 밖에 없다[14]. 또한 가족부양자의 부양에 따른 스트레스는 가족구성원의 역할과 건강상태를 변화시키고 가족생활패턴에 영향을 일으켜 가족관계에 상당한 영향을 미치며 삶의 만족도에 부정적 영향을 미친다[15]. 특히 중증만성질환자의 배우자 노인에게 있어서는 심한 사회부적응 행동의 스트레스가 개인의 능력을 초과하게 되면서 발생하게 되며 나아가 이러한 극심한 스트레스에 대응하는 능력의 심리적 특성인 성격특성, 우울장애, 통제소재(locus of control), 문제해결 기술 등의 부정적인 요인이 스트레스와 상호작용을 하면서 자살생각에 미치게 된다[16].

2. 생태체계

생태체계 이론은 일반체계 이론[17]에 생태학적관점을 결합시킨 것으로 Bronfenbrenner[18]가 인간발달을 분석하고 설명하는 가운데 체계론적 관점을 확대하여

새로운 접근으로 ‘생태학적 체계이론’이라는 용어를 사용했다.

생태체계적 관점에서 노인 자살을 보면 노인의 개인적 특성에만 초점을 두는 것이 아니라 그가 속한 가족, 집단, 지역사회로부터 받는 영향까지 모두 고려할 수 있다. 이렇게 모든 요인들을 고려함으로써 보다 현실적이고 다양한 개입방법과 전략이 도출될 수 있기 때문에 생태체계적 관점은 노인의 자살을 둘러싼 다양한 환경체계들 간의 상호 교류 형태와 공유영역에 대한 분석에 유용할 수 있다[19].

생태체계적 이론은 하나의 환경이 모든 인간에게 동일하게 작용한다고 볼 수 없기 때문에 자살생각과 같은 내적요인을 연구하는데 적합하다.

3. 자살생각에 영향을 미치는 생태체계

따라서 본 연구에서는 이러한 자살생각에 영향을 미치는 요인으로 생태체계를 주요한 변인으로 선정하였으며 이를 다시 구분하여 개인적 체계, 가족적 체계 그리고 사회적체계로 나누었다[20].

3.1 개인적 체계

노인의 자살생각에 영향을 미치는 개인적 체계로 크게 개인적 특성과 부양부담감을 도출하였다.

3.1.1 개인적 특성

노인 자살에 영향을 미치는 개인적 특성은 성과 연령, 학력, 종교 유무, 배우자 유무, 경제상태, 건강상태, 자살시도 유무 및 이별경험 여부를 도출하였다. 개인적 특성의 선행연구를 살펴보면 남성노인이 여성노인보다 자살할 가능성이 높고[21], 같은 노인이라 하더라도 75세 이상의 후기고령노인의 자살률이 2배 이상 높게 나타났다[22]. 일반적으로 종교적 믿음은 자살의 완충작용을 하기도 하였으며[23], 무배우자의 자살생각에 미치는 영향이 높은 것으로 나타났다[24]. 경제 상태와 교육수준이 낮을수록[25] 그리고 건강상태의 저하로 자살생각이 높았다[26].

3.1.2 부양 부담감

‘부양부담’이란 장애가 있는 노인을 돌보는 가족들이

긴장 및 스트레스로 인해 우울, 건강상태 저하, 생활만족도 저하 등을 나타내고, 정서적 상실, 책임감의 증대 등의 악순환 및 생활에 누적되는 스트레스로 인한 정신적 건강문제로 겪게 되는 과중한 신체적, 사회적, 경제적인 부담을 말한다[27].

Zarit[28]는 부양(돌봄) 스트레스에 관한 정의를 노인부양과 관련하여 부양자가 경험하게 되는 정서적 안녕, 신체적 건강, 사회생활, 재정상의 어려움과 불편함의 정도라고 하였다. 특히 중증만성 질환자를 돌보는 노인은 사회적으로 고립되고 다른 가족이나 친구와 지낼 시간이 부족하며 재정적 손실과 신체적 피로에 직면하게 되는 등 여러가지 문제들로 부담이 높을 수 밖에 없다[29].

3.2 가족적 체계

노인의 자살생각에 영향을 미치는 가족적 체계는 크게 가족적 특성과 가족적지지로 구분하였다.

3.2.1 가족적 특성

가족적 특성은 동거가족과 간병하고 있는 환자와의 관계 및 환자의 병명, 간병기간, 도움 정도 등을 도출하였다. 가족적 특성과 관련하여 미혼인 노인, 배우자와 사별하거나 이혼을 한 노인들이 자살생각 경험이 더 많고 자살위험이 높아지며[30], 비슷한 맥락에서 김형수[10]의 연구에서도 가족구성원이 없는 경우 자살생각 경험이 높고 동거가족이 없어 가족지원체계가 결여되어 있을 경우 자살생각에 차이가 있는 것으로 나타났다. 그러나 본 연구에서는 동거가족이외에 환자의 병명, 간병기간, 도움정도를 추가하여 보다 구체적인 가족적 특성에 대하여 분석하였다.

3.2.2 가족적 지지

가족적 체계에 가족적 특성과 함께 가족적 지지를 포함하여 자살생각에 미치는 영향을 분석하였다.

가족적 지지란 가족체계의 상호작용 속에서 발생하는 도움주기, 돌봄, 사랑, 존중, 정보제공 등의 교환이라는 기능을 의미한다[31].

가족은 개인의 정서적, 사회적, 심리적, 그리고 물리

적 환경에 가장 큰 영향력을 지니고 있으며[32], 노인들에게 가장 기본적인 중요한 환경이다. 배지연[19]의 연구에도 가족의 결속력이 낮으면 노인들은 외로움과 우울감에 빠질 가능성이 있다고 보고하고 있다. 노인에 있어 성인자녀는 중요한 사회적 지지체계이며 [33]사회적 관계와 더불어 자녀수는 노인에 있어 안정을 제공하는 역할을 한다고 하였다[34].

가족은 생애 모든 주기를 통하여 삶의 질을 결정하는 가장 기본적인 요소이기 때문에 가족의 응집력이 낮으면 노인이 정신적으로 건강하기 힘들며, 외로움이나 우울감이 증가하고[35] 자살충동을 더 느낄 수 있다[36].

따라서 가족은 노인에게 있어서 자살에 관련된 가장 중요한 지지체제로 볼 수 있다.

3.3 사회적 체계

노인의 자살생각에 영향을 미치는 사회적 체계는 사회적 지지와 사회활동 참여도를 적용하였다.

3.3.1 사회적 지지

사회적 지지는 도구적지지, 사회적지지, 정서적지지 그리고 정보적지지로 구분하여 분석하였다[37].

사회적 지지는 1970년대 관심을 받기 시작한 개념으로 Cobb[31]는 인간으로 하여금 그가 보호받고 있다거나 애정을 받고 있다고 믿게 해주고, 그가 존경받고 있으며 가치 있는 존재라고 느끼게 해 주며, 의사소통의 연결망 속에 있다고 믿게 하는 정보라고 정의하였다.

사회적 지지는 사회적 통합, 사회적 지지망, 사회적 상호작용 등 사회관계의 여러 가지 측면을 의미하는 다차원적인 개념이다. 일반적으로 사회적 지지는 가족, 친구, 이웃 기타 사람 등에 의해 제공이 되는 여러 가지 형태의 도움과 원조를 말하며 개인을 둘러싸고 있는 사회적 관계를 통해 개인의 신체적, 물질적, 정서적 욕구를 충족시키기 위한 모든 행위를 의미한다[38].

사회적 지지는 노인이 겪을 수 있는 사회적 고립감을 해소시켜주며 소속감과 다른 사람의 관심대상이 되고 있음을 느끼게 한다. 또한 노인들은 사회적 지지 자원과 의사소통을 통하여 걱정이나 문제를 다른 사람과 공유함으로써 유익을 얻는다[39].

3.3.2 사회활동 참여도

사회활동 참여도는 노인이 고립되지 않고 타인이나 단체와 교류를 하는 정도를 의미하며 본 연구에서는 노인의 사회활동 참여도를 취미활동모임, 친족 및 종친회 모임, 동창회 등의 친목회 그리고 사회봉사활동으로 도출하였다.

III. 연구방법

1. 연구모형

이론적 배경과 연구문제를 토대로 다음과 같은 연구모형을 설정하였다.

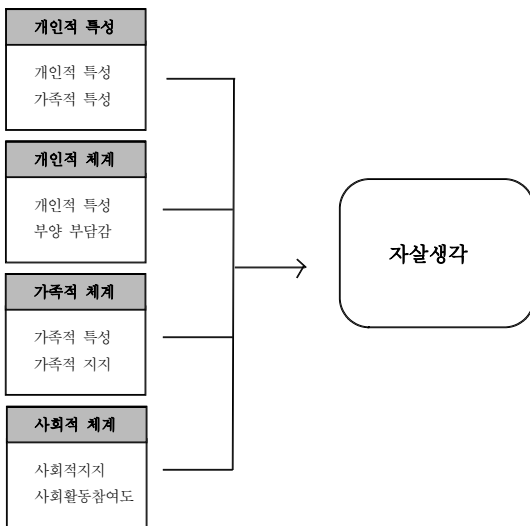


그림 1. 연구 모형

2. 자료 수집 및 분석

연구 대상은 경기도 일대 중증만성질환가족을 돌보는 55세 이상 노년층을 대상으로 하였다. 설문조사는 2012년 1월10일부터 3월10일까지 실시하였으며 수집된 자료 총 300부 중에서 결측값이 있는 26부를 제외한 총 274부를 최종 분석 자료로 사용하였다. 자료의 분석은 SPSS 18.0 프로그램을 이용하여 통계 분석하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 연구대상의 개인적 특성과 가족적 특성은 빈도

분석을 통해 산출하였고, 둘째, 요인분석(factoranalysis)과 신뢰성분석(reliability analysis)을 실시하여 개념변수의 타당성과 신뢰성을 확보하였다. 셋째, 개인적 및 가족적 특성에 따른 자살생각의 차이를 검증하기 위하여 t검증(t-test)과 분산분석(ANOVA, analysis of variance)을 실시하였으며, Scheffé test를 사용하여 사후검증을 하였다. 마지막으로, 개인적 체계와 가족적 체계 및 자살생각 간의 영향관계는 위계적 회귀분석(hierarchical regression analysis)을 통해 검증하였다.

3. 측정도구

자살생각에 영향을 미치는 독립변수를 개인적 특성 2가지 요인, 개인적 체계 2가지 요인, 가족적 체계 2가지 요인 그리고 사회적 체계 2가지로 구성하였고 종속변수는 자살생각으로 하여 모두 70개의 문항으로 구성하였다.

Novak와 Gues[40]의 CBI(Caregiver Burden Inventory)를 기초로 하여 경제적 부담 4문항을 추가한 이재정[6]의 부양부담감 척도를 사용하였고 부양부담감의 하위요인은 시간-의존적 부담, 발달 단계적 부담, 신체적 부담, 정서적 부담, 사회적 부담, 경제적 부담으로 총 24문항으로 구성되어 있다. 부양점수는 각 항목은 5점 Likeert 척도로 채택하였다.

가족지지는 총 8문항으로는 Cobb[31]의 사회적지지에 대한 정의를 기반으로 진은희[41]가 재사용한 척도를 사용하였고 5점 Likeert 척도로 평균 점수가 높을수록 가족지지가 높은 것을 의미한다.

사회적 지지는 황성룡[37]의 사회적지지 분류모형을 기초로 하여 척도를 사용하였으며. 사회적 지지 척도의 하위요인으로는 정서적지지, 정보적지지, 도구적지지, 사회활동지지로 구성되어 총 12개 문항으로 되어있다. 사회적 지지 점수는 '전혀 그렇지 않다'(1점)에서 '항상 그렇다'(5점)까지의 리커트 척도로 평균 점수가 높을수록 사회적 지지가 높은 것을 의미한다.

사회활동 참여는 홍순혜[42]와 Lemon[43]의 척도를 사용하였다. 비공식적인 활동(친척, 친구, 이웃과의 교류) 및 공식적인 활동(종교, 친목단체)에의 참여, 봉사, 노인정, 노인대학에 참가, 그리고 혼자 하는 취미생활의

빈도를 0점(전혀 없다)에서 7점(거의 매일)사이의 점수로 측정하여 점수의 범위는 0점에서 42점으로 점수가 높을수록 사회활동 참여가 높음을 의미한다.

자살생각은 Beck, Kavacs, Weissman[44]의 자살생각에 대한 척도를 최영임[45]이 2개의 하위요인으로 요인 분석한 척도를 사용하여 5점 Likeert 척도로 채택하였다.

VI. 연구 결과

1. 연구대상의 특성

1.1 개인적 특성

연구대상의 개인적 특성은 성과 연령, 학력, 종교 유무, 배우자 유무, 경제상태, 건강상태, 자살시도유무 및 이별경험 여부를 분석하였고, 그 결과는 [표 1]과 같다. 성별에서 남성은 63명(23.0%), 여성은 211명(77.0%)이었고, 연령은 60세 미만이 104명(38.0%), 60-69세가 89명(32.5%), 70세 이상이 81명(29.5%)이었다. 학력에서는 무학이 31명(11.3%), 초등학교 졸업이 71명(25.9%), 중학교 졸업이 100명(36.5%), 고등학교 졸업이 44명(16.1%) 대학교 졸업이상이 28명(10.2%)으로서 초등학교와 중학교 졸업자가 60%이상인 것으로 분석되었다.

종교는 없다가 71명(25.9%), 있다는 203명(74.1%)이었고, 배우자는 없다가 70명(25.5%), 있다가 204명(74.5%)으로 나타나 종교와 배우자가 있는 경우가 그렇지 않은 경우보다 더 많았다. 경제 상태는 162명(59.1%)이 어렵다고 응답하였고, 174명(63.5%)이 건강상태가 나쁘다고 여기고 있어 중증 만성질환자 돌봄 노인들의 경제 및 건강상태는 좋지 않은 경우가 가장 많았다.

경제 및 건강상태는 좋지 않은 경우가 가장 많았다. 이들 중에서 자살시도를 한 적이 없다는 210명(76.6%), 있다는 64명(23.4%)이었으며, 부모나 자녀, 배우자, 친척 및 친구 등의 사망으로 인한 이별 경험은 없다가 105명(38.3%), 있다가 169명(61.7%)인 것으로 나타났다.

표 1. 연구대상의 개인적 특성

(N=274)

구 분	빈도(명)	백분율(%)	
성별	남성	63	23.0
	여성	211	77.0
연령	55-60세 미만	104	38.0
	60-69세	89	32.5
	70세 이상	81	29.5
학력	무학	31	11.3
	초등학교 졸업	71	25.9
	중학교 졸업	100	36.5
	고등학교 졸업	44	16.1
대학교 졸업이상	28	10.2	
종교 유무	없다	71	25.9
	있다	203	74.1
배우자 유무	없다	70	25.5
	있다	204	74.5
경제 상태	어렵다	162	59.1
	보통이다	95	34.7
	좋다	17	6.2
건강 상태	나쁘다	174	63.5
	보통이다	82	29.9
	좋다	18	6.6
자살시도 유무	없다	210	76.6
	있다	64	23.4
이별경험 여부	없다	105	38.3
	있다	169	61.7

1.2 가족적 특성

[표 2]는 동거가족과 간병하고 있는 환자와의 관계 및 환자의 병명, 간병기간, 도움 정도 등의 가족적 특성을 분석한 결과이다. 동거가족에서 배우자는 94명(34.3%), 자녀(손자/손녀 포함)는 53명(19.3%)이었고, 배우자와 자녀(손자/손녀 포함) 모두와 사는 경우는 91명(33.2%)이었으며, 기타는 36명(13.2%)인 것으로 나타났다. 여기서 기타는 부모나 배우자, 자녀 및 손자/손녀 등과의 동거로서 부모, 배우자 및 자녀 모두와 함께 살거나 부모와 자녀(손자/손녀 포함)와 함께 사는 경우 등으로 응답한 것이다.

현재 간병하고 있는 환자의 경우 배우자 159명(58.0%), 자녀 41명(15.0%), 부모 74명(27.0%)으로 배우자가 가장 많았고, 환자의 병명은 뇌졸중 77명(28.1%),

치매 55명(20.1%), 파킨슨 28명(10.2%), 암 21명(7.7%) 등이었으며, 뇌졸중, 치매, 암 등의 복합질환과 기타질환은 93명(33.9%)이었다. 간병 기간은 1~3년 미만인 98명(35.8%), 3~5년 미만인 94명(34.3%)으로 70% 정도가 1~5년 정도 간병을 하고 있었으며, 1년 미만은 26명(9.5%), 5년 이상은 56명(20.4%)이었다. 이들 환자를 많이 도와주는 경우는 145명(52.9%), 전적으로 도우는 경우는 74명(27.0%), 조금만 도우는 경우는 55명(20.1%)인 것으로 분석되었다.

표 2. 연구대상의 가족적 특성 (N=274)

구분	빈도(명)	백분율(%)	
동거가족	배우자	94	34.3
	자녀(손자/손녀 포함)	53	19.3
	배우자와 자녀(손자/손녀 포함)	91	33.2
	기타	36	13.2
환자와의 관계	배우자	159	58.0
	자녀	41	15.0
	부모	74	27.0
환자의 병명	뇌졸중	77	28.1
	치매	55	20.1
	파킨슨	28	10.2
	암	21	7.7
	뇌졸중, 치매, 암 등의 복합질환 및 기타질환	93	33.9
간병 기간	1년 미만	26	9.5
	1-3년 미만	98	35.8
	3-5년 미만	94	34.3
	5년 이상	56	20.4
도움 정도	조금만 도움	55	20.1
	많이 도움	145	52.9
	전적으로 도움	74	27.0

2. 개인적 및 가족적 특성에 따른 자살생각 차이

개인적 및 가족적 특성에 따른 자살생각의 차이를 분석하기 위하여 평균점수를 산출한 후 t-test와 ANOVA를 실시하였다. 개인적 특성의 성별과 종교 유무, 배우자 유무, 자살 시도 유무, 이별경험 여부는 t-test를 실시하였는데, t-test는 모집단이 2개 이하인 경우에 실시하는 통계분석기법으로 T검증에 의한 유의도 값이 0.05보다 작으면 모집단의 평균이 유의한 차이

를 보인다고 할 수 있다. 연령과 학력, 경제상태, 건강상태 및 가족적 특성은 두 개 이상의 특성은 집단들의 평균값을 비교하는데 사용하는 ANOVA를 실시하였으며, 사후다중비교를 위한 방법으로 Scheffé법을 사용하였다.

2.1 개인적 특성에 따른 자살생각 차이

개인적 특성에 따른 자살생각의 차이를 분석한 결과 [표 3]과 같이 종교 유무와 이별경험 여부를 제외한 나머지 요인에서 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다. 연령별로는 F=18.70, p<.001에서 차이가 있었고, 60세 이상(M=1.96)에 비하여 60세 미만(M=3.08)과 60~69세(M=3.25)에서 평균값이 더 높게 나타남으로써 60대와 그 이하의 연령대에서 자살에 대한 생각이 더 많은 것을 알 수 있었다. 학력별로는 F=10.34, p<.001에서 차이가 있었으며, 대학교 졸업 이상(M=1.71)에서 가장 낮은 평균값을 보인 반면 중학교 졸업(M=3.40)에서 가장 높은 평균값을 보여 중학교 졸업의 학력수준을 지닌 노인들이 자살에 대한 생각을 가장 많이 하고 있었다.

배우자 유무의 경우 t=-8.17, p<.001에서 차이를 보였고, 배우자가 없는 노인(M=1.76)에 비해 배우자가 있는 노인(M=3.16)의 자살생각이 더 높았는데, 이는 만성질환을 가진 배우자를 돌보는 경우가 많기 때문에 나타난 결과라고 볼 수 있다.

경제 상태는 F=40.42, p<.001에서 통계적으로 유의미한 차이가 있었으며, 경제적으로 어려운 상태(M=3.32)가 보통인 상태(M=1.77)보다 자살에 대한 생각을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 건강상태는 F=46.44, p<.001에서 차이를 보였고, 건강이 나쁜 경우(M=3.41)가 보통(M=1.68)이거나 좋은 경우(M=2.10)에 비해 자살생각을 더 많이 하고 있었다.

마지막으로 자살 시도 유무에서는 자살을 시도한 적이 없는 경우(M=2.51)보다 있는 경우(M=3.76)가 더 많이 자살을 생각하고 있었는데 첫 번째 자살 시도에서 실패한 경우에 더 큰 자살이 고려된다는 연구[23]와 일치되었다.

이상의 결과에 따라 본 연구의 가설 1-1인 ‘개인적 특성에 따라 중증 만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에 차이가 있을 것이다’는 부분적으로 지지되었다.

표 3. 개인적 특성에 따른 자살생각 차이분석 결과

구분		자살생각		
		M	SD	t/F
성별	남성(n=63)	2.18	1.25	-4.16***
	여성(n=211)	2.99	1.63	
연령	60세 미만(n=104)	3.08 a	1.67	18.70*** a)b
	60-69세(n=89)	3.25 a	1.60	
	70세 이상(n=81)	1.96 b	1.06	
학력	무학(n=31)	2.31 bc	1.32	10.34*** a)b)c
	초등학교 졸업(n=71)	2.95 ab	1.50	
	중학교 졸업(n=100)	3.40 a	1.68	
	고등학교 졸업(n=44)	2.24 bc	1.42	
	대학교 졸업 이상(n=28)	1.71 c	.88	
종교 유무	없다(n=71)	2.62	1.27	-1.31
	있다(n=203)	2.87	1.68	
배우자 유무	없다(n=70)	1.76	1.08	-8.17***
	있다(n=204)	3.16	1.58	
경제상태	어렵다(n=162)	3.32 a	1.63	40.42*** a)b
	보통이다(n=95)	1.77 b	.92	
	좋다(n=17)	2.71 ab	1.17	
건강상태	나쁘다(n=174)	3.41 a	1.54	46.44*** a)b
	보통이다(n=82)	1.68 b	1.01	
	좋다(n=18)	2.10 b	1.03	
자살 시도 유무	없다(n=210)	2.51	1.59	-6.88***
	있다(n=64)	3.76	1.15	
이별경험 여부	없다(n=105)	2.72	1.45	-0.73
	있다(n=169)	2.86	1.67	

*** $p < .001$

2.2 가족적 특성에 따른 자살생각 차이

가족적 특성에 따른 자살생각의 차이를 분석한 결과 [표 4]에서처럼 모든 요인에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 동거가족의 경우 $F=27.70, p<.001$ 에서 차이가 있었고, 자녀와 함께 사는 경우($M=1.72$)보다는 배우자와 동거하는 노인($M=2.47$)과 기타인 경우($M=2.78$)가 자살생각을 더 많이 하고 있었으며, 배우자와 자녀 모두와 함께 사는 노인($M=3.79$)이 자살생각을 가장 많이 하는 것으로 분석되었다. 환자와의 관계는 $F=15.56, p<.001$ 에서 차이를 보였고, 응답자가 돌보는 환자가 자녀인 경우($M=1.79$)에 비해 부모인 경우($M=2.53$)가 자

살생각을 더 많이 하였으며, 배우자인 경우($M=3.19$)의 평균값이 가장 높음으로써 배우자를 돌보는 노인들이 자살생각을 가장 많이 하고 있음을 알 수 있다.

표 4. 가족적 특성에 따른 자살생각 차이분석 결과

구분		자살생각		
		M	SD	t/F
동거가족	배우자(n=94)	2.47 b	1.34	27.70*** a)b)c
	자녀(n=53)	1.72 c	.93	
	배우자와 자녀(n=91)	3.79 a	1.56	
	기타(n=36)	2.78 b	1.64	
환자와의 관계	배우자(n=159)	3.19 a	1.63	15.56*** a)b)c
	자녀(n=41)	1.79 c	1.01	
	부모(n=74)	2.53 b	1.46	
환자의 병명	뇌졸중(n=77)	3.56 a	1.59	20.70*** a)b)c
	치매(n=55)	3.47 a	1.54	
	파킨슨(n=28)	2.85 ab	1.56	
	암(n=21)	1.24 c	.34	
	복합질환 및 기타(n=93)	2.12 bc	1.22	
간병기간	1년 미만(n=26)	1.58 c	1.04	35.05*** a)b)c
	1-3년 미만(n=98)	2.11 bc	1.32	
	3-5년 미만(n=94)	3.87 a	1.43	
	5년 이상(n=56)	2.79 b	1.39	
도움정도	조금만 도움(n=55)	1.60 c	.78	31.69*** a)b)c
	많이 도움(n=145)	3.38 a	1.62	
	전적으로 도움(n=74)	2.57 b	1.40	

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

환자의 병명은 $F=20.70, p<.001$ 에서 차이가 있었고, 암인 집단($M=1.24$)보다는 뇌졸중($M=3.56$)과 치매($M=3.47$)인 집단이 더 많이 자살을 생각하고 있었다. 간병 기간은 $F=35.05, p<.001$ 에서 차이가 있었는데, 간병기간이 1년 미만($M=1.58$)에 비해 5년 이상($M=2.79$)에서 자살을 더 많이 생각하였으며, 3~5년 미만인 집단($M=3.87$)에서 가장 높은 평균값을 보여 간병기간이

길수록 자살생각을 더 많이 하고 있었다. 또한 도움 정도는 $F=31.69, p<.001$ 에서 차이를 보였으며, 도움을 주는 정도가 적은 경우보다 많거나 전적으로 도와주어야 하는 노인들이 자살을 더 많이 생각하는 것으로 나타났다.

이상의 결과에 따라 본 연구의 가설 1-2인 '가족적 특성에 따라 중증 만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에 차이가 있을 것이다'는 지지되었다.

3. 개인적 체계가 자살생각에 미치는 영향

본 연구는 개인적 체계가 자살생각에 미치는 영향을 검증하기 위하여 개인적 특성과 부양부담감을 독립변수로 하고 자살생각을 종속변수로 하는 위계적 회귀분석을 실시하였다. 회귀분석은 독립변수와 종속변수 사이의 영향관계를 조직적으로 분석할 수 있는 통계방법인데, 위계적 회귀분석은 모형별로 변인을 투입해 독립변수의 상대적 효과를 알아보는 방법이다.

본 연구는 1단계 모형에서 개인적 특성 변수를 투입하고, 2단계 모형에서는 개인적 특성과 부양부담감 변수를 동시에 투입함으로써 개인적 특성이 통제된 상태에서 부양부담감 변수의 상대적 효과를 살펴보았으며, 그 결과는 [표 5]와 같다.

1단계에서 투입한 개인적 특성을 포함한 회귀모형의 F 통계값은 24.122로 $p<.001$ 에서 유의하였고, 결정계수 R^2 는 .451로 자살생각에 대한 개인적 특성의 전체 설명력은 45.1%였다. 변수들 간의 다중공선성을 진단한 결과 VIF값이 1.224~1.843으로서 다중공선성 문제는 없는 것으로 나타났으며, 개인적 특성의 성별과 학력, 종교유무를 제외한 연령과 배우자 유무, 경제상태, 건강상태, 자살시도 유무 및 이별경험 여부가 자살생각에 통계적으로 유의미한 영향을 주는 변인이었다. 이중에서도 배우자 유무($t=6.618, p<.001$)와 자살시도 유무($t=5.166, p<.001$), 이별경험 여부($t=3.208, p<.01$)는 자살생각에 정(+)적 영향을 미치고 있었고, 배우자 유무($\beta=.337$), 자살시도 유무($\beta=.267$), 이별경험 여부($\beta=.165$)의 순으로 상대적인 영향력이 큰 것으로 밝혀졌다. 그러나 연령($t=-3.255, p<.01$)과 경제상태($t=-3.324, p<.01$), 건강상태($t=-3.746, p<.001$)는 자살생각에 부(-)적 영향을 주고 있었으며, 건강상태($\beta=-.213$), 경제상태

($\beta=-.194$), 연령($\beta=-.185$)의 순으로 상대적인 영향력이 크게 나타났다. 이 결과는 배우자가 있고 자살을 시도한 적이 있거나 주변 사람들의 죽음으로 인한 이별경험이 많을수록 자살을 더욱 많이 생각하는 반면, 나이가 많고 경제 상태나 건강상태가 좋을수록 자살생각을 더 적게 한다는 것을 의미한다.

2단계에서 개인적 특성과 함께 부양부담감 요인을 투입한 결과 회귀모형의 F 통계 값은 36.275로 $p<.001$ 에서 유의하였고, 결정계수 R^2 가 .678로서 자살생각에 대한 요인의 전체 설명력이 67.8%로 나타나 1단계보다 22.7%($\Delta R^2=.227$) 증가하였다. 변수들 간의 다중공선성을 진단한 결과 VIF값이 1.129~1.970으로서 다중공선성 문제는 없었으며, 개인적 특성 중에서는 연령과 배우자 유무, 경제상태, 건강상태, 자살시도 유무가 자살생각에 통계적으로 유의미한 영향을 주고 있었다. 구체적으로, 배우자 유무($t=6.291, p<.001$), 자살시도 유무($t=4.621, p<.001$)는 자살생각에 정(+)적 영향력을 보였고,

표 5. 개인적 체계가 자살생각에 미치는 영향 분석 결과

독립변인	단계	1단계		2단계	
		β	t	β	t
개인적 특성	성별 ¹⁾	.088	1.592	.022	0.495
	연령	-.185	-3.255**	-.101	-2.182*
	학력	-.098	-1.584	-.070	-1.413
	종교 유무 ²⁾	.070	1.387	.006	0.158
	배우자 유무 ³⁾	.337	6.618***	.253	6.291***
	경제상태	-.194	-3.324**	-.102	-2.382*
	건강상태	-.213	-3.746***	-.110	-2.534*
	자살시도 유무 ⁴⁾	.267	5.166***	.195	4.621***
부양 부담감	이별경험 여부 ⁵⁾	.165	3.208**	.035	0.805
	경제적 부담			.082	2.010*
	정서적 부담			.381	8.629***
	신체적 부담			.143	3.564***
	발달단계적 부담			.118	2.950**
	사회적 부담			.347	9.239***
	시간적 부담			-.046	-1.205
F		24.122***		36.275***	
R ²		.451		.678	
ΔR^2				.227	

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

¹⁾성별(남성=0, 여성=1), ²⁾종교 유무(없다=0, 있다=1), ³⁾배우자 유무(없다=0, 있다=1), ⁴⁾자살시도 유무(없다=0, 있다=1), ⁵⁾이별경험 여부(없다=0, 있다=1)

배우자 유무($\beta=.253$), 자살시도 유무($\beta=.195$)의 순으로 상대적인 영향력이 크게 나타난 반면, 연령($t=-2.182, p<.05$)과 경제상태($t=-2.382, p<.05$), 건강상태($t=-2.534, p<.05$)는 자살생각에 부(-)적 영향을 주고 있었고, 건강상태($\beta=-.110$), 경제상태($\beta=-.102$), 연령($\beta=-.101$)의 순으로 상대적인 영향력이 큰 것으로 분석되었다.

부양부담감에서는 시간적 부담을 제외한 경제적 부담($t=7.533, p<.001$), 정서적 부담($t=7.533, p<.001$), 신체적 부담($t=7.533, p<.001$), 발달 단계적 부담($t=7.533, p<.001$), 사회적 부담($t=7.533, p<.001$)이 자살생각에 정(+)적 영향을 미치고 있었다. 이중에서도 사회적 부담($\beta=.488$)의 상대적 영향력이 가장 컸으며, 그다음으로 정서적 부담($\beta=.374$), 신체적 부담($\beta=.287$), 발달 단계적 부담($\beta=.209$), 경제적 부담($\beta=.287$)의 순으로 영향력이 크게 나타났다. 이는 노인들이 중증 만성질환자를 돌보면서 사회적으로나 정서적으로 부양부담을 느끼고 신체는 물론 발달 단계적, 경제적 부담을 크게 인지할수록 자살을 더 많이 생각하는 것으로 해석할 수 있다 [23][46].

이상에서 분석한 결과에 따라 본 연구의 가설 2-1(개인적 특성은 중증 만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에 영향을 미칠 것이다), 2-2(부양부담감은 중증 만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에 영향을 미칠 것이다)는 부분적으로 지지되었다.

4. 가족적 체계가 자살생각에 미치는 영향

가족적 체계가 자살생각에 미치는 영향을 검증하기 위하여 가족적 특성과 가족적 지지를 독립변수로 하고 자살생각을 종속변수로 하는 위계적 회귀분석을 실시하였고, 그 결과는 [표 6]과 같다.

1단계에서 투입한 가족적 특성을 포함한 회귀모형의 F 통계값은 17.381로 $p<.001$ 에서 유의하였고, 결정계수 R^2 는 .422로 자살생각에 대한 가족적 특성의 전체 설명력은 42.2%였다. 변수들 간의 다중공선성을 진단한 결과 VIF값이 1.082~2.586으로서 다중공선성 문제는 없었으며, 가족적 특성의 동거 가족2와 동거 가족3, 환자와의 관계2, 환자의 병명3, 환자의 병명4 및 간병 기간

이 자살생각에 통계적으로 유의미한 영향을 주는 것으로 분석되었다.

이중에서도 동거 가족2($t=5.313, p<.001$)와 동거 가족3($t=2.306, p<.05$), 간병 기간($t=4.287, p<.001$)은 자살생각에 정(+)적 영향을 미치고 있었고, 동거 가족2($\beta=.305$), 간병 기간($\beta=.209$), 동거 가족3($\beta=.146$)의 순으로 상대적인 영향력이 크게 나타났다. 이에 비해 환자와의 관계2($t=-2.272, p<.05$)와 환자의 병명3($t=-5.335, p<.001$), 환자의 병명4 ($t=-3.553, p<.001$)는 자살생각에 부(-)적 영향을 주고 있었으며, 환자의 병명3($\beta=-.283$), 환자의 병명4($\beta=-.222$), 환자와의 관계2($\beta=-.147$)의 순으로 상대적인 영향력이 크게 나타났다. 이 결과는 자녀나 기타 가족과 함께 살면서 간병 기간이 길수록 자살을 더 많이 생각하는 반면, 환자가 자녀이면서 암 혹은 기타질환을 앓고 있을수록 자살을 더 적게 생각하는 것으로 해석할 수 있다.

2단계에서 가족적 특성과 함께 가족적 지지 요인을 투입한 결과 회귀모형의 F 통계 값은 31.500으로 $p<.001$ 에서 유의하였고, 결정계수 R^2 가 .592로서 자살생각에 대한 요인의 전체 설명력이 59.2%로 나타나 1 단계보다 17.0%($\Delta R^2=.170$) 증가하였다. 변수들 간의 다중공선성을 진단한 결과 VIF값이 1.087~2.603으로서 다중공선성 문제는 없었으며, 가족적 특성의 간병 기간($t=4.367, p<.001$)이 자살생각에 정(+)적 영향을 보여 간병 기간이 길수록 자살에 대한 생각을 더 많이 하고 있었다. 이에 반해 가족적 특성의 환자의 병명3($t=-4.694, p<.001$)과 가족적 지지($t=-10.412, p<.001$)는 자살생각에 부(-)적 영향을 주고 있었고, 가족적 지지($\beta=-.506$), 환자의 병명3($\beta=-.212$)의 순으로 상대적인 영향력이 큰 것으로 분석되었다. 이러한 결과에 의해 환자의 병명이 암이면서 가족의 도움이나 지지가 많을수록 자살에 대한 생각을 더욱 적게 한다는 것을 알 수 있다. 이는 가족과 관련하여 가족 지원체계와 사회적 지원체계와의 결여, 왜곡된 가족의 부양의식으로 인한 자살이 발생할 수 있다는 연구와 일치 되었다 [47][48].

이상에서 분석한 결과에 따라 본 연구의 가설 3-1(가족적 특성은 중증 만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에

영향을 미칠 것이다)은 부분적으로 지지되었고, 3-2(가족적 지지는 중증 만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에 영향을 미칠 것이다)는 지지되었다.

표 6. 가족적 체계가 자살생각에 미치는 영향 분석 결과

독립변인	단계	1단계		2단계	
		β	t	β	t
가족적 특성	동거가족 ¹⁾				
	- 동거가족1	-.037	-0.488	-.090	-1.413
	-동거가족2	.305	5.313***	.102	1.954
	-동거가족3	.146	2.306*	.015	0.269
	환자와의 관계 ²⁾				
	- 환자와의 관계1	-.140	-1.953	-.094	-1.549
	- 환자와의 관계2	-.147	-2.272*	-.095	-1.732
	환자의 병명 ³⁾				
	- 환자의 병명1	-.022	-0.378	-.057	-1.165
	- 환자의 병명2	-.045	-0.833	-.002	-0.038
	- 환자의 병명3	-.283	-5.335***	-.212	-4.694***
	- 환자의 병명4	-.222	-3.553***	-.094	-1.734
	간병기간	.209	4.287***	.180	4.367***
	도움정도	.060	1.181	.033	0.780
가족적 지지			-.506	-10.412***	
F		17.381***		31.500***	
R ²		.422		.592	
ΔR^2				.170	

α .05, *** α .001

¹⁾동거가족(배우자=0), 동거가족1(자녀=1), 동거가족2(배우자와 자녀=1), 동거가족3(기타=1), ²⁾환자와의 관계(배우자=0), 환자와의 관계1(자녀=1), 환자와의 관계2(부모=1), ³⁾환자의 병명(뇌졸중=0), 환자의 병명1(치매=1), 환자의 병명2(파킨슨=1), 환자의 병명3(암=1), 환자의 병명4(복합질환 및 기타=1)

5. 사회적 체계가 자살생각에 미치는 영향

사회적 체계가 자살생각에 미치는 영향을 검증하기 위하여 사회적 지지와 사회활동 참여도를 독립변수로 하고 자살생각을 종속변수로 하는 위계적 회귀분석을 실시하였고, 그 결과는 [표 7]과 같다.

1단계에서 투입한 사회적 지지를 포함한 회귀모형의 F 통계 값은 116.793으로 $p < .001$ 에서 유의하였고, 결정계수 R^2 는 .635로 자살생각에 대한 사회적 지지의 전체 설명력은 63.5%였다. 변수들 간의 다중공선성을 진단한 결과 VIF값이 1.000으로서 다중공선성 문제는 없었으며, 사회적 지지의 모든 요인이 자살생각에 부(-)적 영향을 주는 것으로 분석되었다. 구체적으로 살펴보

면, 도구적 지지는 $t = -11.878$, $p < .001$ 에서, 사회적 지지는 $t = -3.320$, $p < .01$ 에서, 정서적 지지는 $t = -14.296$, $p < .001$ 에서, 정보적 지지는 $t = -10.526$, $p < .001$ 에서 영향을 미치고 있었으며, 이중에서도 정서적 지지($\beta = -.527$)의 상대적 영향력이 가장 크게 나타났다. 이다음으로 도구적 지지($\beta = -.438$), 정보적 지지($\beta = -.388$), 사회적 지지($\beta = -.122$)의 순으로 영향력이 컸으며, 이 결과는 정서적, 도구적, 정보적, 및 사회적 지지가 높을수록 자살에 대한 생각이 더 낮아진다는 것을 의미한다.

2단계에서 사회적 지지와 함께 사회활동 참여도 요인을 투입한 결과 회귀모형의 F 통계값은 93.120으로 $p < .001$ 에서 유의하였고, 결정계수 R^2 가 .635로 자살생각에 대한 요인의 전체 설명력이 63.5%로서 1단계와 동일하게 나타났다. 변수들 간의 다중 공선성을 진단한 결과 VIF값이 1.072~1.528로서 다중공선성 문제는 없었으며, 사회적 지지의 모든 요인이 자살생각에 통계적으로 유의미한 영향을 보인데 반해 사회활동 참여도의 영향력은 없는 것으로 분석되었는데 이는 노인의 삶의 만족도에는 사회활동 참여도 면에서 종교 활동이 더 중요한 영향변인 이라고 한 연구[49]와는 상반된 결과이다. 즉, 도구적 지지는 $t = -11.288$, $p < .001$ 에서, 사회적 지지는 $t = -2.860$, $p < .01$ 에서, 정서적 지지는 $t = -13.721$, $p < .001$ 에서, 정보적 지지는 $t = -9.847$, $p < .001$ 에서 영향을 주고 있었고, 이중에서도 정서적 지지($\beta = -.524$)의 상대적 영향력이 가장 컸다. 이다음으로 도구적 지지($\beta = -.435$), 정보적 지지($\beta = -.385$), 사회적 지지($\beta = -.118$)의 순으로 영향력이 크게 나타났다.

표 7. 사회적 체계가 자살생각에 미치는 영향 분석결과

독립변인	단계	1단계		2단계	
		β	t	β	t
사회적 지지	도구적 지지	-.438	-11.873***	-.435	-11.288***
	사회적 지지	-.122	-3.320**	-.118	-2.860**
	정서적 지지	-.527	-14.296***	-.524	-13.721***
	정보적 지지	-.388	-10.526***	-.385	-9.847***
사회활동 참여도			-.011	-0.244	
F		116.793***		93.120***	
R ²		.635		.635	
ΔR^2				.000	

** α .01, *** α .001

이상에서 분석한 결과에 따라 본 연구의 가설 4-1(사회적 지지는 중증 만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에 영향을 미칠 것이다)은 지지되었고, 4-2(사회활동 참여도는 중증 만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에 영향을 미칠 것이다)는 기각되었다.

V. 결론

본 연구는 중증 만성질환자를 돌보는 노인의 자살생각에 미치는 영향에 관한 연구로 생태체계가 자살생각에 미치는 요인을 분석하였으며 그 결과는 다음과 같다.

첫째, 연구대상의 개인적 특성에 따른 자살생각의 차이에서 연령대에서는 60대가 학력별로는 중학교졸업의 노인, 유 배우자 노인이 자살생각을 많이 하였고 경제적으로는 어려운 상태, 건강이 나쁜 경우, 자살시도유무가 있는 경우가 더 많은 자살생각을 하였다.

둘째, 개인적체계의 자살생각영향은 주로 개인적 특성에서 연령과 배우자 유무, 경제상태, 건강상태, 자살시도 유무가 자살생각에 통계적으로 유의미한 영향이 있었고 부양부담감에서는 시간적 부담을 제외한 경제적 부담, 정서적 부담, 신체적 부담, 발달 단계적 부담, 사회적 부담이 자살생각에 정(+적) 영향이 있었다. 이는 부양 부담감은 노인들이 중증 만성질환자 돌보면서 사회적으로나 정서적 및 경제적 부담을 인지할수록 자살을 더 많이 생각하는 것으로 해석할 수 있다. 따라서 개인적 체계가 노인의 자살생각에 영향을 미칠 것 이라는 가설은 부분적으로 지지되었다.

셋째, 가족적 체계 중 가족적 특성이 자살생각에 미치는 영향은 자녀나 기타 가족과 함께 살면서 간병기간이 길수록 자살을 더 많이 생각 하는 것으로 나타났는데 이는 자녀에게 주는 부양부담감으로 인한 이중적인 고충이 가중된 것으로 예측된다. 반면 환자가 자녀이면서 암, 혹은 기타 질병을 앓고 있을수록 자살을 더 적게 생각하는 것으로 나타났는데 이는 자녀를 보살피야 하는 책임감이 주요 원인으로 판단된다.

가족적 지지 요인은 가족의 도움이나 지지가 많을수록 자살에 대한 생각을 더욱 적게 함으로 가족적 지지

는 중증 만성질환자 돌봄 노인의 자살생각에 영향을 미칠 것 있다는 가설은 지지되었다.

끝으로 사회적 체계는 사회적 지지 면에서는 유의미한 결과가 나왔으나 사회활동참여도의 자살생각에 미치는 영향은 기각되었다.

이상과 같은 본 연구의 결과를 토대로 중증만성질환자를 돌보는 노인의 자살생각을 감소하기 위한 제언은 첫째, 개인적 체계의 향상 방안의 하나로 부양부담감을 줄이기 위한 중증 만성 질환자를 돌보는 노인에 대한 자살예방에 더 많은 관심이 요구된다.

둘째, 가족적 체계의 보완책으로 가족적 지지를 위해서 중증만성질환자를 돌보는 가족을 위한 관심과 지원 대책이 필요하다.

셋째, 사회적 체계의 개선 방안으로 사회적 지지 차원에서 중증만성질환자 돌봄 노인에 대한 지역사회와 연계한 복지지원책이 강구 되어야 한다고 본다.

본 연구 결과의 시사점은

첫째, 가족내의 중증 만성질환자를 돌보고 있는 노인을 대상으로 그들의 자살생각 정도를 파악하고 자살생각에 영향을 미치는 요인들을 분석하였다.

둘째, 이러한 분석을 통하여 많은 부담감을 가지며 살고 있는 노인들의 자살생각을 감소시킬 수 있는 대안의 마련이 가능하다.

셋째, 연구결과를 토대로 중증만성질환자를 돌보는 가족의 자살행동을 예방하고 이들에 대한 임상 프로그램 개발의 기초 자료로 활용이 가능하다.

무엇보다 본 연구의 특성은 우리나라의 중증만성질환자 돌봄 노인의 생태체계가 자살생각에 미치는 영향을 처음으로 다루었다는 점에 의의가 있다.

다만 연구의 대상의 표본 추출은 경기도 지역에 한정되어 있어 본 연구 결과를 중증 만성질환자 가족을 돌보는 전체 노인에게 일반화하는 것에는 한계가 있다. 따라서 후속연구에서는 인터뷰 등을 통한 질적 연구가 필요하며, 지역이나 집단을 전국적으로 확대한 보다 심층적인 분석이 요구된다.

참 고 문 헌

- [1] 통계청, 2010년 사망 및 사망원인 통계결과, 생명표, 2011.
- [2] 조선일보, 5월 28일자, 2012년.
- [3] 이은진, 배숙경, 엄태영, “독거노인의 자살시도에 대한 우울과 여가활동 참여에 대한 영양에 관한 연구”, 한국노년학회, 제30권, 제2호, pp.615-628, 2009.
- [4] 송영달, 손지아, 박순미, “독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 생태체계적 요인분석”, 한국노년학, 제30권, 제2호, pp.643-660, 2010.
- [5] 조계화, “간호사의 함께 있음 프로그램이 만성질환 노인자살 예방에 미치는 효과”, 대한간호학회지, 제37권, 제7호, pp.1027-1038, 2007.
- [6] 이재정, 장기요양보호노인의 시설입소 의향에 영향을 미치는 요인, 경성대학교 대학원, 박사논문, 2010.
- [7] 김소선, 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구, 연세대학교 대학원, 박사논문, 1992.
- [8] 남민, “청소년자살”, 대한의사 협회, 제40권, 제10호, pp1282-1287.
- [9] C. White, “A scale for the attitude and knowledge regarding sexuality in the aged,” Archives of sexual Behavior, Vol.11, pp.491-502, 1982.
- [10] 김형수, “한국 노인의 자살생각과 관련 요인 연구”, 한국노년학, 제22권, 제1호, pp.159-182, 2002.
- [11] 조성상, 병원입원 만성질환노인의 생활스트레스와 자살생각에 관한 대처자원 연구: 스트레스 대처행동과 사회적 지지의 조절효과 검증, 연세대학교 대학원, 박사학위논문, 2009.
- [12] 김성화, 입원한 만성질환자 가족의 부담감과 우울 정도에 관한 연구, 전남대학교 대학원, 석사학위논문, 1994.
- [13] M. T. Smith, J. A. Goodman, N. L. Ramesey, and S. B. Pasternack, “Child and family,” McGraw-will book Co, 1982
- [14] 김귀분, 이경희, “노인성치매 환자의 돌봄경험에 대한 문화기술지”, 대한간호학회, 제28권, 제4호, pp.1047-1059, 2007.
- [15] 신민섭, 자살기제에 대한 실증적 연구, 연세대학교 대학원, 박사학위논문, 1993.
- [16] 이장희, “자살기도자에 대한 사회정신 의학적 연구”, 가정의학회지, 제90권, 제3호, pp.1-16, 2005.
- [17] V. Bertalanffy, General System Theory, New York, Braziller, 1968.
- [18] U. Bronfenbrenner, The Ecology of human development: Experiments by nature and design, 1979.
- [19] 배지연, 노인의 자살생각에 관한 인과모형, 대전대학교 대학원, 박사학위논문, 2005.
- [20] A. Kemp, Abuse in the family: An introduction, Brook/Cole Pub, 1998.
- [21] S. Emad and C. Laura, “Gender in early suicide: analysis of coroners inquest of 200 case of elderly suicide in Cheshire 1989-2001,” In Journal of Geriatric Psychiatry, Vol.18, pp.1082-1087, 2003.
- [22] J. L. McIntosh, “Suicide prevention in elderly(age65-99),” Suicide & Life-Threatening behavior, New York Spring, Vol.25, pp.180, 1995.
- [23] A. H. Patricia, “Evidence-based protocol: Elderly suicide-secondary prevention,” Journal of Gerontological Nursing,” Vol.29, 2003.
- [24] D. Blazer, “Suicide Risk Factors in the Elderly An Epidemiological Study,” Journal of Geriatric Psychiatry, 1991.
- [25] 박순진, 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인, 이화여자대학교 사회복지 대학원, 석사학위논문, 2005.
- [26] J. L. McIntosh, J. F. Santos, R. W. Hubbard, and J. C. Overhoser, “Elderly Suicide Research Theory and Treatment,” Washington, DC: American Psychological Association, 1994.

- [27] 유광수, “노인성 치매 환자를 간호하는 가족의 부담감에 대한 연구”, 한국보건간호, 제15권, 제1호, pp.125-147, 2001.
- [28] S. H. Zarit, “Subjective Burden of Husbands and Wives a Caregivers,” A Longitudinal Study The Gerontologist, Vol.26, pp.260-266, 1986.
- [29] 노성자, *뇌졸중 환자가족의 부담감과 사회복지 욕구*, 대전대학교, 석사학위논문, 2001.
- [30] Szanto, Gildengers, Mulsant, Brown, Alexopoulos, Reynolds, Alexopoulos, Reynolds, 2002; Holkup, Tang, and Titler, 2003.
- [31] S. Cobb, “Social suport as a Moder in Life Stress,” Psychosomatic Medicine, Vol.38, No.5, pp.300-314, 1976.
- [32] 류현수, 이정숙, 김주아, *가족관계와복지*, 동문사, 2007.
- [33] 한경혜 홍진국, “세대간 사회적지원의 교환과 노인의 심리복지”, 가족과문화, 제12권, 제2호, pp.55-80, 2000.
- [34] A. Bowling, Z. Gadbriel, J. Dykes, L. M. Dowding, O. Evans, A. Fleissig, D. Banister, and S. Sutton, “Let’s ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over,” Int Aging Hum Dev56, pp.269-306, 2003.
- [35] 김옥수, 백성희, “노인의 외로움과 사회적 지지, 가족 기능간의 관계 연구”, 대한간호학회지, 제33권, pp.425-432, 2003.
- [36] Y. Conwell, P. R. Duberstein and E. D. Caine, “Risk factors for suicide in later life,” Biological Psychiatry, Vol.52, pp.93-204, 2002.
- [37] 황성용, *재가노인을 위한 복지서비스와 여가 활동 서비스가 사회적지지 및 심리적 복지감에 미치는 영향*, 용인대학교 대학원, 박사학위논문, 2009.
- [38] 장미희, 김윤희, “노인의 스트레스, 우울 및 자살 생각간의 관계”, 정신건강간호학회지, 제14권, 제1호, pp.33-42, 2005.
- [39] 김미령, “전기, 후기 여성노인의 삶의 질 및 영향 요인 비교연구”, 한국사회복지학, 제58권, 제2호, pp.197-222, 2006.
- [40] M. Novak and C. Guest, “Application of Multidimensional caregiver burden inventory,” The Gerontologist, Vol.29, No.6, pp.171-182, 1989.
- [41] 전은희, *노인이 지각한 가족지지가 심리적 안녕감에 미치는 영향: 자아존중감과 우울을 매개로*, 경성대학교 대학원, 석사학위논문, 2008.
- [42] 홍순혜, *활동이론에 따른 한국 노인의 생활만족도에 관한 실증적 연구*, 서울대학교 대학원, 석사논문, 1984.
- [43] B. W. Lemon and V. L. Bengtson, “Peterson, An exploration of the activity theory of aging: activity type and life satisfaction among in-movers to a retirement community,” Journal of Gerontology, Vol.27, No.4, 1972.
- [44] A. T. Beck, M. Kovacs, and Weissman “Assessment of suicidal intention: The scale for Suicidal Ideation,” Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.2, pp.343-352, 1979.
- [45] 최형임, *노인 자살생각에 영향을 주는 요인에 관한 연구*, 대구대학교, 박사학위논문, 2008.
- [46] P. L. Mccall, “Adolescent and elderly white male suicide trends,” Journal of gerontology, Vol.46, pp.643-651, 1991.
- [47] 박지영, *노인자살 생존자의 자살경험에 관한 연구*, 이화여자대학교, 박사학위논문, 2007.
- [48] 김형수, “노인과 자살”, 노인복지연구, 제10권, pp.24-44, 2000.
- [49] 김남희, 최수일, “여성노인의 신체적, 사회적특성이 자아존중감 및 삶의 만족도에 미치는 영향”, 한국콘텐츠학회, 제11권, 제11호, pp.241-252, 2011.

저 자 소 개

최 신 애(Sin-Ae Choi)

정회원



- 2008년 8월 : 백석대학교 상담대학원(교육학석사)
- 2012년 2월 : 호서대학교 벤처전문대학원 박사수료(노인복지)
- 2009년 3월 ~ 현재 : 한일 장신대학교 외래교수

<관심분야> : 노인복지, 평생교육, 상담

하 규 수(Kyu-Soo Ha)

정회원



- 1998년 6월 : 미국 Touro 법과전문대학원 졸업(J.D.)
- 1999년 6월 : 미국 Georgetown 법과전문대학원 졸업(LL.M.)
- 1998년 8월 : 미국 뉴욕주변호사
· 미국 연방변호사

- 2009년 2월 : 한양대학교 경영학과(경영학박사)
- 2002년 3월 ~ 현재 : 호서대학교 벤처전문대학원 벤처경영학과 부교수

<관심분야> : 창업, 벤처, 경영전략, 실버경영