
지역사회 만성정신질환자의 자살사고에 영향을 미치는 요인*

김정숙¹ · 임정희²

1. 여주대학교 간호학과, 부교수 2. 여주시 정신건강증진센터, 센터장

Factors Influencing Suicidal Ideation in Community-dwelling Patients with Chronic Mental Health Problems*

Jung Sug Kim¹ Jung Hee Lim²

1. Associate Professor, Department of Nursing, Yeo-Ju Institute of Technology
2. Director, Clinical Psychologist, Yeo-Ju Community Mental Health Center

Purpose: The study was performed to identify factors influencing suicidal ideation in patients with chronic mental health problems and who live in the community. **Methods:** Data were collected using questionnaires and participants were 140 people with mental illness living in Y-si, Gyeonggi-do. The study was carried out from May 15 to September 30, 2014. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson Correlation Coefficients, and Logistic Regression with the SPSS/WIN 18.0 statistical program. **Results:** The number of persons who attempted suicide was 47(33.6%) and the number who had suicide ideation was 22(15.7%). The mean score for depression was 6.4 ± 6.45 . The mean score for life satisfaction was 16.5 ± 8.21 . Depression had a significant negative correlation with life satisfaction. Odds ratio of suicide ideation was 1.19. The significant factor influencing suicidal ideation was depression. **Conclusion:** The results of this study can be used in the development and practice of programs to decrease suicide in people with mental illness.

Key words : Mental Health, Suicide, Suicidal Ideation

주요용어 : 만성정신질환자, 정신건강, 자살, 자살사고

* 본 연구는 여주대학교 2014년도 교내연구비 지원으로 수행되었음.

교신저자 김정숙 여주대학교 간호학부 경기도 여주시 세종로 338 E-mail : nursekim@dreamwiz.com

투고일: 2015년 2월 27일 | 심사완료일: 2015년 4월 24일 | 게재확정일: 2015년 6월 15일

서 론

1. 연구의 필요성

자살은 삶에 대한 만족이 극도로 떨어졌을 때 취하는 극단적인 행동으로, 자살률이 높다는 것은 그 만큼 삶에 대한 전반적인 만족이 떨어지거나 우울 증상을 동반하며 문제를 해결할 수 있는 방법을 찾는데 어려움을 겪고 있는 것으로 볼 수 있다(통계청, 2013). 우리나라 자살률은 2000년대 들어 가파르게 증가해 왔으며 2012년 28.1명, 2013년 28.5명으로 OECD 국가 중 자살률이 가장 높은 국가이다. 우울증상과 함께 정신건강 상태를 나타내는 또 다른 지표로 자살사고가 있다. 자살은 한국인의 사망원인 중 4 번째로 높으며 자살 생각률은 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는 사람들의 비율로 2012년에 13.1%로 나타났다(보건복지부·질병관리본부, 2012).

2013년 말 현재 Y시 전체 인구는 109,343명으로 그 중 정신질환 위험인구는 11,121명이며, 추정 정신질환자수는 전체 인구의 1%인 1,093명이다(2013 여주시정신건강증진센터 사업실행보고서, 2014). 그러나 여주시정신건강증진센터에 등록된 정신장애인 수는 현재 186명(추정인구대비 16.5%)이다. 각 센터에서는 정신장애인 발굴 사업 및 조기 개입을 지속하는 동시에, 현재 등록된 정신질환자들의 정신건강을 유지·증진시키는 사례관리 사업을 충실히 하는 것은 질적인 지역사회 정신건강 사업으로 중요하고도 필요한 일이다. 따라서 각 지역사회정신건강센터에서는 등록된 이들

의 정신건강에 대한 기초 조사연구가 필요하며 이들 연구를 바탕으로 차기 사업의 방향성을 제시하는 근거로 삼을 필요성이 있다고 본다.

정신질환과 자살관련 선행연구에서 보면, 정신장애와 자살의 관련성은 매우 높게 보고 있는데, 자살 시도자의 약 95%가 정신과적 장애를 갖고 있고 질환별로는 우울증 80%, 조현병 10%, 치매 또는 섬망 상태가 5%로 나타내며, 이들 중 25%는 알코올문제를 갖고 있고 정신장애 중 우울증 환자의 15%, 조현병 환자의 10%, 만성알코올중독자의 24%, 난폭한 충동적 행동자의 25%가 자살 가능성이 있다(김수지, 2002; 도복늬 등, 2010; 민성길, 2006; 용인정신병원 건강증진사업지원단, 2009)고 하였다. 즉, 일반적으로 정신과 환자의 자살위험은 일반인구의 3-12배에 달한다고 평가되며(민성길, 2006), 거의 모든 정신장애는 자살위험을 증가시키며, 또한 이들 대부분은 치료가 가능할 것이라는 것이 일반적인 견해이다(Hales & Yudofsky, 2003). 정신병원 내에서의 자살은 조현병에서 높고, 정신과 입원환자들의 자살은 입원 첫 주와 3-5주 무렵에 높다. 또한 병동 내 전공의 등 치료진의 인수인계 시기, 병동 내 치료진의 부조화나 병동철학의 변화가 생겼을 때 자살이 많아지는 경향이 있으며 외래 환자의 경우에는 퇴원 직후에 자살이 많다(이정균과 김용식, 2000; 민성길, 2000). 지역사회에서의 정신질환자 자살에 관한 최근 연구로는 2010년 서울시 정신질환자 자살관련 실태에 관한 연구와 2011년 서울시 정신장애인 실태조사 등이 있고 각 지역의 센터별로 지역의 자살실태를

조사 및 분석하여 근거기반 실천에 의한 클라이언트에 대한 접근이나 사업을 계획할 때 과학적 근거로 삼고 있다(이명수, 2011). 그러나 지방자치단체 단위에서 지역사회 거주하는 만성정신질환자를 대상으로 정신건강 및 자살 관련 조사 및 연구는 미진한 상태이다.

이에 재가 만성정신질환자들의 정신건강에 대한 사회적 욕구에 부응할 수 있는 질적으로 향상된 서비스의 개발을 위해 만성정신질환자들의 건강 및 자살관련 특성을 파악하고 정신건강 관련요인들의 관계를 파악하는 연구가 필요하다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 정신건강증진센터에 등록된 만성정신질환자의 자살 사고에 영향을 미치는 요인을 파악하여 궁극적으로 지역사회 만성정신질환자의 자살예방을 위한 중재 및 추후 사례관리 사업 방향 모색의 근거를 마련하기 위함이다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 지역사회 만성정신질환자의 특성, 건강상태 및 자살관련 실태를 조사하고 자살사고에 영향을 미치는 요인을 규명하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 경기도 Y시의 3개 동,

1개 읍, 8개 면에 거주하는 만성정신질환자로 2014년 6월 기준으로 Y시 정신건강증진센터 등록회원 146명 전수가 설문조사에 참여하여 140명이 응답하여 95.9%의 응답률을 보였다. 연구대상자의 거주지는 Y시내 3개 동에 거주하는 회원이 40%로 가장 많은 비중을 차지하였으며, 능서면, 대신면이 각각 12.9%, 가남읍 10%, 북내면 9.3%, 금사면, 점동면, 흥천면이 각각 3.6%, 강천면, 산북면이 각각 2.1% 순으로 나타났으며, 정신건강증진센터 등록 연도는 센터가 개소한 2007년도가 31.4%로 가장 높았으며, 2013년, 2014년도 각각 19.3%의 2008년 10%, 2009년 8.6%, 2010년 6.4%, 2011년 2.9%, 2012년 2.1% 순으로 나타났다. 센터 등록회원의 조건은 정신질환을 갖고 있는 Y시 거주자로 정신질환자 당사자 혹은 가족이 사례관리 서비스에 대한 동의를 한 경우이다.

3. 연구 도구

본 연구의 도구는 구조화된 설문지로 대상자의 특성을 고려하여 센터 사례관리자 7인이 등록된 정신질환자의 가정을 방문하여 대상자가 직접 기록하거나 사례관리자가 대신 기록하도록 하였다. 설문지는 대상자의 일반적 특성 8문항(성별, 연령, 최종학력, 혼인상태, 의료보장형태, 주거형태, 가구유형, 가구주)과 장애 특성 4문항 이었다. 또한 자살사고란 자살을 하고자 하는 계획이나 생각(White, 1989)으로 본 연구에서는 자살사고 수준을 측정하기 위해 매우 낮음 0점에서 매우 심각 10점으로 11점 척도를 사용하였으며

자살관련 특성은 8문항이었다. 그리고 대상자의 삶의 만족도 5문항, 우울 9문항이었다.

1) 삶의 만족도

본 도구는 Diener(1984)에 의해 개발된 것으로, 주관적 안녕감의 인지적 요소인 삶에 대한 만족도를 측정하는 도구로 5개 문항 7점 척도(1=전혀 동의하지 않는다, 7=매우 동의한다)로 구성되어 있으며 총점을 계산하여 7가지 항목으로 나누어서 삶의 만족도를 보고 있다. 만족정도는 5-9점 매우 불만족, 10-14점 불만족, 15-19점 약간 불만족, 20점 중립, 21-25점 약간 만족, 26-30점 만족, 31-35점 매우 만족에 해당된다. Diener 등(1985)에 의한 Cronbach's α 값은 .87이고, 임남연, 이화령, 서은국(2010)의 연구결과 Cronbach's α 값은 .74-.95 사이이고, 본 연구에서는 Cronbach's α 값은 .93 이다.

2) 우울

본 도구는 Spitzer, Kroenke, & Williams(1999)에 의해 개발된 것으로, 이차의료기관에서 우울증 선별 및 진단 시 사용되고 있으며 한창수 등(2008)에 의해 타당도 검사가 되었다. 한창수 등(2008)의 연구에 의하면, 총점 5점 이상이면 우울증으로 볼 수 있다고 보고하였으며, Robert L. Spitzer(2000)는 5-9점은 최소우울증상, 10-14점은 경한우울, 15-19점은 주요우울, 20점 이상은 극심한 우울로 보고 있다. 본 우울도구는 총 9문항으로 구성되었으며 4점 척도로 점수가 높을수록 우울 정도가 심한 것을 의미한다. 한창수 등(2008)의 연구에서

Cronbach's α 값은 .86이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's α 값은 .89이다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집 절차는 먼저 연구목적에 부합되는 지역사회 정신건강증진센터의 센터장 허락과 동의를 받았으며, 연구에 참여한 모든 대상자에게 연구의 목적을 설명한 후, 원하지 않는 경우에는 참여하지 않아도 됨을 알려주고 비밀보장을 약속하여 서면 및 구두동의를 받았다. 자료 수집은 2014년 5월 15일부터 9월 30일 까지 Y시 정신건강증진센터에 등록된 146명 중 입원이나 증상으로 인해 응답이 어려운 6명을 제외한 140명을 대상으로 구조화된 설문지를 이용하였다. 연구자가 7명의 센터 사례관리자에게 만성정신질환자와의 인터뷰 및 관찰을 통해 설문에 기록하는 방법을 3시간 훈련 및 지도하였다.

5. 자료분석

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 통계 프로그램을 활용하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 특성은 빈도와 백분율을 이용하였다.

둘째, 연구 도구의 신뢰도를 검증하기 위해 Cronbach's α 계수를 사용하였다.

셋째, 대상자의 자살사고 수준, 우울과 삶의 만족은 평균과 표준편차를 사용하였다.

넷째, 자살사고에 영향을 미치는 요인들의 설명 정도를 확인하기 위해 Logistic Regression을 사용하였다.

〈표 1〉 대상자의 특성

	변인			변인				
		빈도(명)	비율(%)		빈도(명)	비율(%)		
일 반 적 특 성	성별	남성	54	38.6	의료보장 형태	건강보험	69	49.3
		여성	86	61.4		의료급여 1종	59	42.1
	연령	20-29	8	5.7		의료급여 2종	5	3.6
		30-39	13	9.3		차상위 의료급여	7	5.0
		40-49	41	29.3		주거형태	자가	86
		50-59	35	25.0	전세		14	10.0
	60세 이상	연령	M=53세(SD=14.24)	30.8	월세	18	12.9	
		연령	M=53세(SD=14.24)	30.8	기타	22	15.7	
	교육수준	무학	18	12.9	가구유형	독립거주	48	34.3
		초졸	35	25.0		가족과 거주	88	62.9
중졸		21	15.0	비혈연관계와 거주		2	1.4	
고졸		52	37.1	기타		2	1.4	
전문대졸 이상		14	10.0	가구주		본인	50	35.7
혼인상태	미혼	52	37.1		배우자	27	19.3	
	기혼	40	28.6		자녀/자녀의 배우자	9	6.4	
	이혼/별거/사별	48	34.3		부모	50	35.7	
정 신 과 적 특 성	진단명	조현병	88	62.9	과거 자살시도 경험	예	47	33.6
		분열형정동장애	3	2.1		아니오	93	66.4
		양극성정동장애	10	7.1	과거 자살시도방법 (중복)	흉기(칼)	10	16.9
		반복성우울장애	36	25.7		목땀	2	3.4
		알코올중독	1	0.7		투신(건물, 한강 등)	16	27.1
	기타	2	1.4	약물(수면제 등)		21	35.6	
	발병연령	10-19	12	8.6		독극물(농약, 청산가리 등)	10	16.9
		20-29	47	33.6	자살 시도시 음주 여부	예	9	19.1
		30-39	30	21.4		아니오	33	70.2
		40-49	20	14.3	무응답	5	10.6	
50-59		6	4.3	자살시도 시기	1년 이내	6	12.8	
60-69		15	10.7		1년 이상	41	87.2	
70-79	7	5.0	현재 자살사고 유무	예	22	15.7		
80-89	1	0.7		아니오	118	84.3		
무응답	2	1.4	구체적인 계획유무	예	7	31.8		
최근 5년 동안 입원횟수	0	104		74.3	아니오	14	63.6	
	1	27		19.3	무응답	1	4.5	
	2	1	0.7	구체적인 계획유무	예	7	31.8	
	3	1	0.7		아니오	14	63.6	
무응답	7	5.0	무응답	1	4.5			
입원기간	입원기간	M=35.5(SD=84.92)		지인자살유무	예	23	24.5	
	약물복용여부	복용	130		92.9	아니오	115	82.1
		미복용	7		5.0	무응답	4	2.9
무응답	무응답	3	2.1					

연구결과

1. 대상자의 특성

1) 일반적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성은 표1과 같다. 대상자의 성별은 남성 38.6%, 여성 61.4%로 여성이 높게 나타났으며, 연령은 40대 29.3%, 50대 25%, 70세 이상 17.9% 순으로 나타났으며 평균은 53세이다. 교육수준은 고졸이 37.1%로 높게 나타났으며, 혼인상태는 미혼이 37.1%로 가장 많은 비중을 차지하였다. 의료보장형태는 건강보험 49.3%, 의료보호 1종 42.1%로 나타났다. 주거형태는 자가 61.4%, 가구유형은 가족과 거주가 62.9%로 높은 비중을 차지하였으며, 가구주는 본인 35.7%, 아버지 22.1%, 배우자 19.3% 순으로 나타났다.

2) 정신과적 특성 및 자살관련 특성

대상자의 진단명, 발병연령, 최근 5년간 입원 여부 및 외래치료는 표1과 같다. 조현병이

62.9%로 가장 많은 비중을 차지하였으며, 반복성 우울장애 25.7%, 양극성 정동장애 7.1%로 나타났다. 기타로는 기질적 정신장애, 불안장애가 있었다. 조사대상자의 발병연령은 20대 33.6%, 30대 21.4%, 60대 10.7%로 순이었으며, 평균 37.5세(SD=16.130)로 나타났다. 최근 5년간 정신건강의학과 입원 여부는 경험이 있는 경우가 20.7%, 없는 경우가 74.3%로 나타났다. 입원한 경험이 있는 대상자의 입원 횟수는 1번이 93.1%로 가장 많은 비중을 차지하였으며. 최근 5년간 입원 시 입원기간은 평균 35.5주로 대략 9개월로 나타났으며, 작게는 1주부터 많게는 468주(약 9년)로 나타났다. 약물복용 여부에서도 복용하지 않는 경우가 5.0%로 7명이 있었다.

대상자의 과거 및 현재 자살관련 특성은 표1과 같다. 과거 자살시도를 한 경험이 있는 대상자는 47명(33.6%)으로 자살시도 방법은 ‘약물’ 35.6%, ‘투신’ 27.1%, ‘독극물’과 ‘흉기’가 각각 16.9%로 나타났다. 자살시도 시 음주를 한 경우는 9명(19.1%)이며, 자살시도 시기가 1년 이내인 대상자는 6명(12.8%)으로 나타

〈표 2〉 대상자의 우울정도

우울 정도	조현병	분열형 정동장애	양극성 장애	반복성 우울장애	알코올 중독	기타	계
최소 증상	15(20.0)	1(33.3)	1(11.1)	7(22.6)	0	0	24(19.8)
증상 없음	45(60.0)	1(33.3)	3(33.3)	12(38.7)	1(00)	2(100)	64(52.9)
약간 우울	8(10.7)	1(33.3)	2(22.2)	4(12.9)	0	0	15(12.4)
심한 우울	4(5.3)	0	1(11.1)	7(22.6)	0	0	12(9.9)
매우 심한 우울	3(4.0)	0	2(22.2)	1(3.2)	0	0	6(5.0)
평균(표준편차)				6.4(6.45)			
계	75(100)	3(100)	9(100)	31(100)	1(100)	2(100)	121(100)

〈표 3〉 대상자의 삶의 만족정도

변수	빈도(명)	비율(%)
매우 불만족	27	21.4
불만족	28	22.2
약간 불만족	23	18.3
중립	19	15.1
약간 만족	13	10.3
만족	5	4.0
매우 만족	11	8.7
평균(표준편차)	16.5(8.21)	

났다. 현재 자살생각을 하고 있는 대상자는 22명(15.7%)으로 나타났으며, 구체적인 자살 계획을 가지고 있는 대상자는 7명이며, 가족이나 친척 중에 자살한 사람이 있는 경우는 21명(15%)으로 나타났다.

2. 정신건강

1) 우울정도

대상자의 우울정도를 분석한 결과는 다음과 같다(표2). 조사대상자의 우울정도는 평균 6.4점(SD=6.45)으로 나타났으며, 우울이 주 증상인 양극성 장애와 반복성 우울장애, 알코올 중독 및 기타를 제외한 78명의 우울정도 평균은 5.4점(SD=5.97)으로 나타났다. 대상자 전체 중, 우울 증상이 없는 경우가 52.9%로 가장 많은 비중을 차지하였으며, ‘최소 증상’

〈표 4〉 자살사고의 영향 요인

변인	Odds Ratio	95% Confidence Interval	
성별	남성	1	
	여성	1.20	.275-5.204
연령	M/SD	.977	.929-1.028
교육수준	고졸 이하	1	
	고졸 이상	1.03	.254-4.135
혼인상태	미혼	1	
	기혼(이혼, 별거, 사별 포함)	3.63	.556-23.683
의료보장형태	건강보험	1	
	의료급여	1.14	0.008-153.973
주거형태	자가	1	
	타가(전세 외)	1.07	.291-3.920
동거가족 유무	유	1	
	무	1.829	.422-7.932
우울정도		1.197***	1.085-1.321
삶의 만족		1.006	.923-1.098

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

19.8%, ‘약간 우울’ 12.4% 순으로 나타났다. 조사대상자 중에 ‘심한 우울’과 ‘매우 심한 우울’이 18명(14.9%)으로 나타났다.

2) 삶의 만족 정도

대상자의 삶의 만족도를 분석한 결과는 다음과 같다(표3). 대상자의 삶의 만족은 ‘약간 만족’ 이상은 23%, ‘약간 불만족’은 61.9%로 불만족이 더 많은 것으로 나타났다. 불만족의 경우, ‘불만족’ 22.2%, ‘매우 불만족’ 21.4%, ‘약간 불만족’ 18.3% 순으로 나타났다. 삶의 만족 정도의 평균은 16.5점(SD=8.21)으로 나타났다.

3. 현재 자살사고에 미치는 영향

대상자의 현재 자살사고에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해, 종속변수를 자살사고 유·무로 하였고, 독립변수로는 일반적 특성 7문항, 우울과 삶의 만족도 점수는 총점으로 하여 연속변수로 측정 후 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 그 결과 정신질환자의 우울 점수가 1점 높아질 때마다 자살을 생각할 오즈비(odds ratio)는 1.19배(95% CI : 1.08 - 1.32)로, 즉 우울이 있는 정신질환자는 그렇지 않은 정신질환자에 비해 자살을 생각할 가능성이 1.19배로 높음을 알 수 있었다. 그러나 삶의 만족도 및 일반적 특성은 현재 자살사고에 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다(표4).

본 연구 결과 대상자들의 연령, 교육수준, 혼인상태, 의료보장 형태, 기초생활 수급여부, 주거유형 및 형태, 월평균소득 등은 지역만 다르지 센터에 등록 관리 받는 정신질환자라는 동일한 특성으로 전체적으로 어려운 일반적 특성을 보이고 있는 이명수(2011)의 연구결과와 유사하다. 이로서 정신질환자는 일반인 보다 질병으로 인해 취약한 기본 조건을 가지고 있다는 전제 하에 사업의 계획 및 수행전략을 세워야 함을 보여주고 있다.

본 연구 결과 대상자의 우울정도는 27점 만점에 6.4점으로, 이는 가벼운 우울증 상태로 해석된다. 그리고 대상자 중 조현병과 분열형 정동장애로 진단된 이들의 우울정도는 연구대상자 전체 보다 낮은 5.5점이지만, 우울범주는 역시 가벼운 우울증을 가지고 있는 것으로 나타났다. 이는 같은 도구로 외래 및 입원한 감정장애 환자를 대상으로 한 박승진, 김건우, 홍진표, 최혜라 및 최지혜 (2010)의 연구결과와 안재용, 서은란, 임경희, 신재현 및 김정범 (2013)의 연구결과 나타난 총 우울 점수 15.3-18.57점(중간정도 우울증)보다는 한 단계 낮은 우울정도인 것으로 나타나 지역사회에서 센터를 통해 관리 받고 있는 만성정신질환자들의 우울정도를 가늠 볼 수 있는 중요한 결과라고 본다. 또한 이명수(2011)의 연구에서 정신장애인의 17.6%가 주요 우울증으로 나타났는데 본 연구대상자 가운데 심한 우울과 매우 심한 우울정도를 보인 대상자가 14.9%(18명)로 나타나 비슷한 결과를 보였다. 또한 우울증과 자살은 밀접한 관계가 있으며 정신과 환자 중 자살기도자의 60~80%는 우울증이며, 주요우울증 환자의 약15%가 자살기

논 의

도를 하고, 실패하는 경우에도 그 중 10%는 결국 자살로 자신의 삶을 마감한다(이정균과 김용식, 2000). 본 연구결과 나타난 반복성 우울장애 중 약간 우울 12.9%(4명), 심한우울 22.6%(7명), 매우 심한 우울 3.2%(1명)로 조사된 회원들의 관리에 적극적인 개입이 필요하다고 본다.

연구대상자의 삶의 질 정도를 알아보고자 삶의 만족 정도를 알아본 결과, 35점 만점에 평균은 16.5점(SD=8.212)로 이는 약간 불만족에 해당하는 범주에 속한다. 이는 지역사회 만성정신질환자들의 삶이 자신이 추구하는 삶보다 만족스럽지 못하고, 원하는 것을 얻지 못하고 있으며 지금의 상태에 대한 삶의 만족도가 보통 이하로 낮다는 것을 설명해주고 있다. 이러한 결과는 서울시 장애인 실태조사(이명수, 2011)에서 같은 도구로 측정하여 분석한 결과 본인의 삶을 긍정적으로 생각하는 대상자 21%, 부정적으로 생각하는 대상자 67%로 나타난 것과 비슷한 결과로 만성정신질환자들의 지역사회 삶의 만족도가 매우 저조한 것을 입증하고 있음을 알 수 있다. 또 다른 도구로 정신장애인의 삶의 질을 측정한 변은경과 전성숙(2011)의 연구에서 정신장애인의 삶의 질이 일반인과 비슷한 정도를 나타냈다는 연구결과도 있는데, 이는 삶의 질을 측정하는 도구 및 지역적인 차이일 수도 있으므로 추후 정신장애인과 일반인의 삶의 질의 영역별 차이 정도를 세밀하게 연구해 볼 필요가 있겠다. 본 연구 대상자의 우울정도와 삶의 만족정도 간의 상관관계 계수는 $-0.458(p<.001)$ 로 우울의 정도가 심할수록 삶의 만족도가 유의하게 낮아지는 것으로 나타

났는데 이러한 결과를 바탕으로 지역사회 정신질환자의 우울정도를 낮추고 삶의 만족도를 높이는 지역사회 정신보건 사업의 방향성을 제시해 주는 근거로 삼을 수 있겠다.

자살사고와 자살기도 병력이 자살위험을 증가시킨다는 보고가 있는데(김수지 등, 2002 ; 도복늬 등, 2010 ; 민성길, 2006), 본 연구결과 연구대상자 중에 과거 자살시도를 한 경험이 있는 대상자가 47명(33.6%)으로 이는 매우 높은 수치이다. 자살 경험자의 자살 재시도율이 높을 수 있으므로 자살경험자와 그 가족들을 중심으로 집중적으로 자살관련 예방사업을 계획하고 수행할 필요가 있다고 본다. 자살시도 방법에서 '약물'이 35.6%로 가장 높게 나타났다는데, 이는 농약이 대부분으로 2010년부터 경기도 화성시에서 실시한 농약안전보관함 보급 사업이 이젠 전국적으로 확대 보급되어 농약보관에 대한 홍보 및 관리 교육을 해오고 있는데 농약보관에 대한 사업으로 약물로 인한 자살 시도율이 얼마나 낮아졌는지에 대한 추후 연구가 필요하다. 그리고 현재 자살생각을 하고 있는 대상자는 22명(15.7%)으로 매우 높은 수치로 나타났는데 이들에 대한 구체적인 자살계획 및 이유, 자살계획 수단, 주변인의 자살경험 등을 고려한 빠른 중재가 이루어져야 할 것으로 본다.

정신장애가 자살의 가장 중요한 위험요인이라는 것은 자살심리부검 연구를 통해 알 수 있는데, 자살의 90% 이상에서 하나 이상의 정신장애의 진단범주를 만족시킨다는 일관된 연구결과(Henriksson, et. al, 1993)에서 보여 주듯이 자살과 정신 장애와는 밀접한 관계로 정신장애 환자 사망률의 주요 원인이 되고

있다. 또한 정신질환자의 자살위험은 일반 인구에 비해 3-12배 높기(Sadock, Sadock, Kaplan & Sadock, 2003) 때문에 이들의 자살 예방을 위한 자살관련 교육 및 상담 그리고 밀착된 센터의 사례관리 지원이 무엇보다 필요하다.

결론 및 제언

정신건강증진센터 사업 중 정신질환 관리 사업으로 정신질환자의 지속적인 발굴 및 등록 업무가 진행되고 있으며 특히 현재까지 등록된 만성정신질환자의 사례관리가 무엇보다도 중요한 일이라고 사료 된다. 특히 사례 관리 회원들의 일반적 특성을 고려한 우울감 소 및 삶의 만족도를 높일 수 있는 맞춤형 지원 및 프로그램 개발이 연구되고 수행되어야 할 것이다. 또한 자살예방사업이 전체 시민을 대상으로 진행하는 동시에 자살 위험률이 매우 높은 정신질환자 집단의 자살예방 사업은 각 지방자치단체가 추구하는 자살률 감소 목표에 좋은 방안이 될 것이라고 생각 된다.

정신건강증진센터 및 자살예방센터에서 진행되는 생명사랑 문화 조성을 위한 인프라 구축, 자살예방 환경조성 및 인식개선 그리고 자살고위험군 발견 및 시도자 위기관리 체계 구축 등의 자살예방사업이 지속적으로 실행되고 검증되어야 할 것이다. 이와 관련하여 현재 사례담당자들은 과도한 업무로 인한 피로 및 지침과 야근을 해야 하는 상황이 되므로 이를 개선하기 위한 센터 자체적인 적절한 인원 대비 업무조정이 이루어져야 하며

그에 수반한 인력확보를 위한 센터사업 예산의 안정적인 확보가 절실하다.

참 고 문 헌

- 김수지, 유숙자, 이평숙, 김소야자, 김윤희, 이광자 등 (2002). *지역사회 정신간호학*. 서울: 현문사.
- 도복늬, 강문희, 강은실, 김문영, 김영숙, 김인홍 등 (2010). *지역사회 정신건강간호학*. 서울: 정담미디어.
- 민성길 (2006). *최신정신의학(5판)*, 일조각.
- 보건복지부 (2014). *2014 정신보건사업안내*, 17, 55.
- 보건복지부 (2012). <http://www.mw.go.kr/>
- 박승진, 김건우, 홍진표, 최혜라, 최지혜 (2010). 한글판 우울증 선별도구의 신뢰도와 타당도, *대한불안장애학회지*, 6(2), 119-124.
- 변은경, 전성숙 (2011). 정신보건센터를 이용하는 정신장애인의 삶의 질 관련 요인, *정신간호학회지*, 20(2), 157-166.
- 안재용, 서은란, 임경희, 신재현, 김정범 (2013). 한국어판 우울증 선별도구의 표준화 연구, *생물치료정신의학*, 19(1), 47-56.
- 여주시정신건강증진센터·여주대학교 산학협력

- 단 (2014). 2013 *여주시정신건강증진센터 사업실행보고서*, (주)호박앤컴퍼니.
- 이명수 (2011). *2011서울시 정신장애인 실태 조사*, 서울특별시, 서울시정신보건사업지원단.
- 이정균, 김용식 (2000). *정신의학(4판)*, 일조각.
- 임낭연, 이화령, 서은국 (2010). 한국에서의 Diener의 삶의 만족 척도 사용 연구 개관, *한국심리학회지*, 29(1), 21-47.
- 용인정신병원 건강증진지원사업단 (2009). *자살고위험군 등에 대한 대상별 사례관리 표준 개발*.
- 질병관리본부 (2012). <http://www.cdc.go.kr/>
- 통계청 (2013). <http://www.kosis.nso.go.kr/>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Hales R E., Yudofsky, S C. (2003). *The American psychiatric publishing textbook of clinical psychiatry, 4th ed.* Washington DC : American Psychiatric Press, 1459-1463.
- Han, Changsu, Jo, Sangmee Ahn, Kwak, Ji Hyun, Pae, Chi-Un, Steffens, David, Jo, Inho et al. (2008). Validation of the patient health questionnaire-9 Korean version in the elderly population : the Ansan geriatric study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 218-223,
- Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kouppasalmi KI, et al. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 150(6). 935-940.
- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock's (2003). *Synopsis of psychiatry 9th ed.* Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 915-917.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD : the PHQ primary care study. *The Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-1744.
- White. J. L. (1989). *The troubled adolescent*, New York: Pergamon Press.