
2016년 조사연구 보고서

노인 정신건강 연구

- 노인의 자살시도 경험을 중심으로 -

책임연구: 한규량 한국교통대학교 교수

공동연구: 오정아 충북대학교 외래교수

연구보조: 고은혜

 **SSN** 충청북도사회복지협의회

본 보고서는 충청북도사회복지협의회의 연구용역 의뢰를 받아 수행한 연구의 결과입니다. 보고서의 내용은 연구진의 의견이며, 충청북도사회복지협의회의 공식적인 입장이 아님을 밝혀둡니다.

충청북도사회복지협의회 귀하

본 보고서 『 노인정신건강연구: 노인의 자살시도 경험
을 중심으로 』를 연구용역의 최종보고서로 제출합니
다.

2016. 12. 23

연구책임자 :한규량
(한국교통대학교 교수)
공동연구:오정아
(충북대학교 외래교수)
연구보조: 고은혜

목 차

I. 서론	1
제1절. 연구필요성 및 목적	1
1. 연구필요성	1
2. 연구목적	4
제2절. 연구내용 및 방법	5
1. 연구내용	5
2. 연구방법	6
II. 노인정신건강의 개념 및 노인자살	7
제1절. 노인정신건강	7
1. 노인정신건강의 개념	7
2. 노인정신건강 관련 선행연구	9
제2절. 노인자살	14
1. 노인자살의 개념	14
2. 노인 자살관련 선행연구	20
제3절. 노인자살 현황	25
1. OECD 국가의 노인자살 현황	25
2. 한국의 노인자살 현황	33
3. 충청북도의 노인자살 현황	42

제4절. 소결	47
Ⅲ. 외국의 노인자살 관련 정책	49
제1절. 미국	49
제2절. 영국	56
제3절. 일본	62
제4절. 소결	68
Ⅳ. 노인자살 시도 경험 분석결과	71
제1절. 조사개요	71
1. 조사목적	71
2. 조사내용	71
3. 조사설계	71
4. 조사대상 및 자료처리	73
5. 분석방법	75
6. 연구의 엄격성과 윤리적 고려	75
제2절. 분석결과	77
Ⅴ. 결론 및 함의	95
1. 결론	95
2. 정책적 함의	98
3. 실천적 함의	101

참고문헌 103

표 목 차

〈표 1〉 65세 이상 노인의 시도별 우울증 현황	12
〈표 2〉 OECD국가 연도별 노인인구 자살사망자수	29
〈표 3〉 연령별 자살 사망률 추이	35
〈표 4〉 시도별 65세 이상 노인자살 이유	41
〈표 5〉 미국의 노인자살예방을 위한 국가전략	50
〈표 6〉 제2차 자살 종합대책의 기본방침	64
〈표 7〉 연구참여자 배경	74
〈표 8〉 노인자살 시도 경험 범주	77

그림 목 차

[그림 1] OECD 국가별 자살률	27
[그림 2] 1990-2013년 일부 OECD국가의 자살로 인한 사망률 추이	28
[그림 3] OECD국가 대비 한국의 노인 인구 자살 사망자수 변화추이	30
[그림 4] 70세 이상 노인자살률	31
[그림 5] 전국 65세 이상 노인 자살현황	33
[그림 6] 65세 이상 노인의 원인별 자살사망률	34
[그림 7] 60세, 65세 이상 인구의 자살충동원인(2016)	37
[그림 8] 도시와 농촌의 노인자살률 차이(2008-2012)	39
[그림 9] 지역별 65세 이상 자살사망률(2013-2015)	43
[그림 10] 성별 충청북도 65세 이상 자살사망률(2010-2015) ..	44
[그림 11] 충청북도 군별 자살사망률(2013-2015)	46
[그림 12] 미국의 자살요인과 이론적 모델 및 예방대책과의 관련성	51
[그림 13] 연구절차	72
[그림 14] 조사절차	73

I. 서론

제1절. 연구필요성 및 목적

1. 연구의 필요성

현대사회 의학의 발달로 평균수명이 증가하면서 우리사회는 고령화 사회로 진입하고 있다. 우리사회의 노인인구는 2020년에 전체인구의 약15.7%로 고령사회로 진입할 것으로 추계되고 있고, 2030년에는 전체 인구의 24.3%가 노인인구로 초고령 사회로 진입할 것으로 예측되고 있다(보건복지부, 2012). 이렇듯 평균수명이 증가한 만큼 노년기 건강한 삶에 대한 관심도 높아지고 있다. 특히 신체적 건강과 정신건강은 성공적 노화의 선결조건으로 주목받고 있다.

그러나 우리나라 평균 수명은 2009년 기준으로 78.6세지만, 건강수명은 68.6세에 불과하다(통계청, 2009). 이는 의학이 발달하면서 수명은 연장되었지만, 건강한 삶에 대한 만족도는 상대적으로 낮아지고 있다는 것을 추론하게 한다. 또한 생애주기에서 노년기는 은퇴와 배우자의 사망 그리고 사회적 관계의 단절 및 신체적 능력의 감소 등에 대한 통제력 상실로 인해 무기력감과 과도한 스트레스를 경험하게 된다(Gatz, Kasl-Godley, & Karel, 1996). 이러한 무기력감과 스트레스는 노년기 삶에 대한 절망감으로 이

어지게 되고 노인의 정신건강을 위협하게 된다. 그 중 노인자살은 그 심각성이 지속적으로 증가하고 있는 상황이다.

노인 자살과 관련된 연구들은 노인자살의 원인으로 건강악화와 심리적 문제에 주목하고 있다. 즉, 노년기 질병이나 만성질환 등과 같은 건강악화는 사회적 격리를 가속화시키고 질병으로 인한 치료비 부담은 노인을 경제적 어려움에 처하게 할 뿐만 아니라 이로 인해 심리적 우울증이나 불안 수준이 높아지게 되며 이러한 현상이 장기화 될 경우 심각한 스트레스로 작용하여 자살시도를 할 가능성이 높아진다고 보는 것이다(황미구, 김은주, 2008; 박재규, 2008; 최광현, 2006; 박순천, 2005). 여기에 노년기 배우자와의 사별 혹은 이혼은 우울증이나 불안감을 가중시켜 스스로 자기 통제능력을 상실하게 되고 이는 자살이라는 극단적인 선택을 하게 될 가능성이 높아 배우자와 이별도 노인자살의 예측요인이 되고 있다(박재규, 2008). 이러한 문제들이 복합적으로 작용하여 우리나라의 노인자살률은 OECD국가들 중 매우 높은 위치를 차지하고 있다. 더욱이 심각한 것은 OECD국가의 노인자살률은 점차 감소하고 있는 반면에 우리나라 노인자살률은 증가추이를 보이고 있어 한국사회 노인자살이 매우 심각한 수준에 이르고 있음을 추론하게 한다(OECD, 2015).

이와 같이 노년기 자살이 심각한 수준에 이르고 있지만, 우리사회는 아직까지 노인 자살에 대한 관심이 미약하고 관련 연구나 공식적인 통계도 다른 연구보다 상대적으로 부족한 편이다. 특히 충

충북도 노인의 자살률이 다른 지역보다 상대적으로 높게 나타나고 있음에도 불구하고 이와 관련된 기초통계를 비롯하여 연구가 미흡하다. 이는 우리사회가 자살에 대한 낙인적 인식과 편견이 강하고 노인자살에 대한 논의 자체가 노인공경의 전통적인 사회적 가치와 정서적으로 일치하지 않는다는 인식이 높기 때문으로 이해된다.

더욱이 노인 자살은 개인의 은밀한 생활사건으로 이에 대해 구체적으로 집계하는 것이 어렵기 때문에 다른 연구보다 상대적으로 미흡했을 것으로 본다. 그러나 베이비부머 세대가 은퇴하고 있고, 향후 우리사회의 고령화는 지속적으로 이루어질 것이라고 예측되고 있기 때문에 노인 자살과 관련된 문제는 지속적으로 증가할 것이라는 것이 학계의 의견이다. 이러한 현실에도 불구하고 노인자살을 개인의 문제로 보아 이와 관련된 문제를 분석하려는 시도를 하지 않는다면 충청북도 노인자살은 더욱 심각한 수준에 이르게 될 것이다.

이에 충청북도에 거주하는 노인의 자살시도 경험의 의미를 심도 있게 탐색함으로써 노인자살의 유발요인을 밝혀내고, 그들의 삶과 죽음의 의미를 알아보는 것은 노년기 건강한 삶을 위해 매우 의미 있다고 본다. 뿐만 아니라 이 연구결과는 충청북도 노인의 건강한 삶을 지원할 수 있는 정책과 실천의 기초자료를 제공할 수 있을 것으로 판단된다.

2. 연구목적

고령화 사회로 접어들면서 노인 부양문제와 함께 노인 자살문제가 사회적으로 주목받고 있다. 자살은 자신의 목숨을 스스로 끊는 것을 의미하는 것으로 이러한 자살이 사회적 문제로 주목받는 것은 자살이라는 현상이 다른 사람에게도 영향을 주어 사회적 혼란을 가져올 수 있기 때문이다. 특히 충청북도는 다른 지역보다 노인 자살률이 높은 것으로 보고되고 있지만, 노인 자살의 원인에 대한 논의는 미흡한 실정이다.

이는 노인자살시도 경험이 지극히 개인적인 경험이기 때문에 이러한 문제에 접근하는데 한계가 있어 노인 자살에 대한 원인을 분석하고 개입하는데 한계가 있기 때문이다. 그러나 이러한 제약 때문에 노인 자살에 대해 간과한다면 노년기 자살률은 더욱 증가할 것이고 이러한 사건이 주는 사회적 파장은 매우 심각할 수 있기 때문에 노인 자살에 대한 연구를 수행함으로써 정책마련의 근거기반을 제공할 필요가 있는 것이다.

이에 이 연구는 자살시도 경험이 있는 노인을 대상으로 그 의미를 분석하여 노인 자살의보다 심층적으로 연구하고자하였다. 그리하여 노인 자살을 예방할 수 있는 정책 및 실천적 개입의 기초자료를 제공하고자 하는 것을 목적으로 한다.

제2절 연구방법 및 내용

1. 연구내용

본 연구는 충청북도 노인 자살현황을 분석하고 노인자살시도 경험을 분석함으로써 노인자살 예방을 위한 정책 및 실천적 기초자료를 제공하기 위해 실시되었다. 구체적인 연구내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 노인의 정신건강 및 노인자살과 관련된 전반적인 내용을 분석하는 것이다. 이를 위해 문헌고찰을 통해 정신건강의 의미와 범주를 파악하고 노년기 발현되는 정신건강과 성공적 노화 간 관계성을 살펴보고자 하였다.

둘째, OECD국가와 충청북도의 노인자살 현황을 살펴보는 것이다. 이는 노인자살과 관련하여 충청북도의 현 주소를 명확하게 파악하고 노인 자살의 심각성을 드러냄으로써 이를 예방하기 위한 정책 및 실천적 개입 방안을 찾고자 하였다.

셋째, 외국의 노인자살과 관련된 정책을 살펴보았다. 이를 위해 문헌고찰을 하여 외국의 노인자살과 관련된 정책들이 한국사회, 특히 충청북도 정책에 반영할 수 있는지를 찾고자 하였다.

넷째, 노인자살시도 경험이 있는 노인을 심층면접하여 자살시도 경험의 의미를 분석하였다. 이를 위해 충청북도에 거주하는 노인을 대상으로 심층면접을 하였고, 이를 토대로 의미분석을 하였으

며 그 결과를 본 연구에 담아냄으로써 노년기 자살의 원인과 문제를 밝혀내고자 하였다.

마지막으로 이러한 내용을 토대로 충청북도 노인자살을 예방할 수 있는 정책과 실천적 개입의 함의를 담았다.

2. 연구방법

본 연구목적에 따른 주요 연구방법은 문헌연구와 반구조화된 질 문지 개발을 통해 심층면접을 수행하여 사례분석을 함으로써 노인자살시도의 원인과 그들의 삶의 의미를 파악하고자 하였다.

II. 노인정신건강의 개념 및 노인자살

제1절. 노인 정신건강

1. 노인 정신건강의 개념

미국정신위생위원회에서는 정신건강이란 정신적 질병에 걸려 있지 않은 상태를 비롯하여 만족스러운 인간관계와 그것을 유지해 나갈 수 있는 능력을 갖춘 상태라고 하였다(최형임, 2008). 이러한 관점에서 볼 때, 정신건강은 행복하고 만족하며 원하는 것을 성취하는 것 등의 안녕상태 또는 정서적으로 병적인 증세가 없을 뿐만 아니라 자기능력을 최대한 발휘하면서 환경에 대한 적응력이 있으며 자주적이고 건설적으로 자기의 생활을 처리해 나갈 수 있는 성숙한 인격체를 갖추고 있는 상태로 이해될 수 있다(이영호, 2006).

정신건강에 대한 학자들의 통일된 의견은 없지만, 최근에는 긍정적인 측면에서 자아의 기능이나 환경에의 적응, 개인의 심리적 안녕(psychological well-being)을 중시하고 있다(김윤정, 최혜경, 2000). 이에 학자들의 주장을 토대로 정신건강을 긍정적 측면과 부정적 측면으로 구분하여 설명하면 다음과 같다.

먼저 긍정적인 관점에서 정신건강을 논하는 학자들은 자아존중감이나 생활만족도 그리고 자아통합 등의 개념을 이용하여 정의

를 내리고 있다. 이규태(1997)는 개인의 정신이 건강하다는 기준은 자아존중감과 자기에, 타인과 원만한 인간관계를 유지하는 능력 및 주변 환경에 대한 적응력과 일과 생활에 대한 만족감 및 정서적 안정감을 갖춘 상태를 정신적으로 건강한 상태로 보았다. 즉, 건강한 사람은 타인과 관계에서 신뢰를 기반으로 한 친밀한 관계를 형성하게 되고 이로 인해 일상생활에 대한 만족감이 높으며 정서적으로 안정된 상태를 유지하게 된다고 보는 것이다.

이동식(1994)은 정신건강을 개인의 자아존중감과 함께 설명하였는데, 그에 따르면 정신건강이란 진정한 의미의 자아존중감, 즉 자신이 가장 존귀하다고 자각하는 것이라고 하였다. 한편, 김정순(1988)은 노년기의 정신건강 상태를 심리적 안녕 상태의 측면에서 설명하고 있는데, 그 중 자아통합의 중요성을 지적하고 있다. 이는 정신적으로 건강한 노인은 자아통합감을 이루어 노년기의 변화를 수용하기 때문에 심리적으로 안정된 상태에 놓임으로써 건강하다고 보는 것이다. 반면, Kazdin(1993)은 심리사회적 안녕된 상태 혹은 적응적 기능과 긍정적 대인관계 및 자신감, 사회적 유능감, 스트레스 대처 능력 및 적응 유연성을 포함하여 정신건강을 설명하고 있다.

정신건강을 부정적인 측면에서 다루고 있는 학자들은 심리적 문제가 정신건강과 밀접한 관련이 있다는 것을 지적하고 있다. 즉, 우울이나 고독감, 불안과 같은 심리적 요인들이 노년기 정신건강을 위협하는 부정적 요인이 된다. 특히 우울은 근심이나 침울

감, 무력감 및 무가치감을 나타내는 기분장애로 노인들이 경험하는 가장 흔한 정신건강 문제가 되고 이는 치매와 같은 인지장애보다 더욱 빈번하게 나타난다고 보고 있다(Jenike,1989).

이와 같이 학자들의 견해를 종합해 보면, 정신적으로 건강한 사람은 자아존중감이 높고 폭 넓은 사회적 관계망을 구축하고 있으며 현실생활에 대한 적응력이 높은 사람이라고 볼 수 있다. 이렇듯 정신적으로 건강한 사람은 심리적으로 안녕된 상태를 유지하며 사회적으로 원만한 관계를 형성하기 때문에 우울이나 자살과 같은 위험요인으로부터 자유로울 수 있지만(Keyes, 2002), 상대적으로 정신적으로 건강하지 않은 노인들은 정신장애를 비롯하여 치매, 기분장애, 신경증 등과 같은 경증의 정신적 노화가 나타날 수 있다.

2. 노인 정신건강 관련 선행연구

노인의 정신건강과 관련된 연구들은 공통적으로 경제적 요인과 심리적 요인 그리고 신체적 건강과 가족관계 등이 정신건강에 깊이 관계가 있다고 보고 있다. 특히 경제적 어려움이 노년기 삶의 질에 많은 영향을 미치게 되는데, 개인의 경제상태가 정신건강(송양순, 2001; 송예현, 2001)이나 사회적 활동(허준수, 유수현, 2002)에 영향을 주어 결과적으로 노인의 정신건강에 깊이 관여하게 된다.

노화로 인한 신체적 건강상태를 비롯하여 정신적 기능의 저하와 질병으로 인한 죽음에 대한 위협, 배우자 상실 및 직업역할의 상실 등 인생의 부정적 사건은 노인의 우울이나 불안 등과 같은 정신건강을 위협하는 요인이 된다(이미진, 이가옥, 2005; 서경현, 김영숙, 2003). 노년기 우울증과 같은 정서적 문제는 삶의 불만족을 높이고 사회적 활동으로부터 스스로 고립시키게 되며 침울함과 불안감 그리고 슬픔, 지나친 걱정 및 체중저하 등과 같은 일반적인 증상과 함께 감정이나 생각 행위와 관련된 심리적 문제와 기분 장애 등의 문제를 유발하여 정신건강을 훼손시키게 된다(American Psychiatric Association, 2013).

특히 우울은 슬픈 감정이 매우 심하고 일상생활에 대한 흥미와 관심이 없어, 활동수준이 떨어지고 비관적이며, 자기 비관적인 사고가 팽배하여 자신이 처한 현재와 미래의 상황을 어둡게 판단하는 것으로(Pfeiffer & Davis, 1972) 노년기에 나타나는 대표적인 정신건강 문제이며 노년기에 나타나는 부정적인 생활사건과 스트레스 자극 등이 우울증을 가중시키게 된다(조용래 외, 2008).

이러한 우울증은 여성이 남성보다 더 높고, 연령이 높을수록, 가족의 결속력이 낮을수록, 스트레스가 높을수록, 가족지거나 사회적 지지가 부족할수록 더 높게 나타난다(한국보건사회연구원, 2015; Beekman, Copeland, & Prince, 1999; George, Blazer, Hughes, & Fowler, 1989). 또한 성별과 같은 개인적 요인과, 노인의 스트레스 등 정서적 특성과 관련된 심리적 요인(서순림, 홍

해숙, 2001), 가족 특성과 가족을 포함한 친구 이웃 등 사회적 관계망의 접촉빈도(김현정, 2004; 김원경, 2001) 또는 사회적 지지 특성과 관련된 사회적 요인(이미진, 이가옥, 2005; 서경현, 김영숙, 2003)이 노년기 우울증에 많은 영향을 미치게 된다.

그러나 노년기 우울은 수면장애나 무력감, 운동량 감소, 기억력 상실 등의 증상을 동반하며 일반적인 노인성 질환의 증세와 유사해 다른 질환이나, 정상적인 노화과정의 하나로 오인되는 경우가 많아 간과되는 경우가 있었다(이수애, 이경미, 2002). 이에 기존에는 노년기 우울증에 대해 노화가 진행되면서 누구나 경험하는 현상으로 인식하면서 노년기 우울증에 대한 관심이 낮았지만(Atchley, 1994), 고령화 사회로 진입하면서 우울증을 호소하는 노인들이 증가하면서 우울증이 노년기 건강한 삶을 방해하는 요인으로 주목받고 있다(국민건강보험공단, 2011).

보건복지부(2014)의 노인실태조사에서 노인의 33.1%가 우울 증상을 보인다고 하였고, 전체 우울증 환자 중에서 70대 이상 환자가 전체 22%로 가장 많았고, 50대 21%, 60대는 17.4%를 차지해, 50대 이상 환자가 전체 61%에 이르고 있다는 것은 노인의 우울증을 가벼이 여겨서는 안 될 것을 추론하게 한다(SBS 8시뉴스, 2014.10.26.).

이는 지역에 따라 노인 우울증 현황을 조사한 보건사회연구원(2014)의 결과에서도 드러나는데, 조사 대상자의 약 20%이상이 노인 우울증을 보이는 것으로 나타났다. 그 중 인천광역시에 거주

하는 노인이 우울증을 가장 높게 나타냈고, 그 다음으로 부산광역시, 강원도, 경상북도 순으로 나타났다. 충청북도의 경우 약 27.5%가 노인 우울증을 호소하고 있어 인천광역시나 부산광역시보다 상대적으로 낮게 나타났지만, 다른 지역보다 낮은 비율을 차지하고 있더라도 노년기 발현되는 우울증은 노인의 삶의 질을 위협하는 요인이기 때문에 이에 대한 관심이 필요함을 시사한다.

<표 1> 65세 이상 노인의 시도별 우울증 현황¹⁾

지역	(단위: %, 명)			
	정상	우울증상	계 (명)	평균(점)
전국 ¹⁾	66.9	33.1	100.0 (10,261)	5.4
서울	66.8	33.2	100.0 (1,837)	5.4
부산	63.0	37.0	100.0 (743)	5.9
대구	71.8	28.2	100.0 (472)	4.5
인천	57.9	42.1	100.0 (463)	6.2
광주	78.2	21.8	100.0 (257)	4.0
대전	69.3	30.7	100.0 (251)	4.6
울산	67.1	32.9	100.0 (152)	5.3
경기	64.5	35.5	100.0 (1,983)	5.6
강원	63.6	36.4	100.0 (404)	6.0
충북	72.5	27.5	100.0 (374)	4.9
충남	68.5	31.5	100.0 (569)	4.9
전북	67.0	33.0	100.0 (527)	5.7
전남	77.0	23.0	100.0 (626)	4.5
경북	65.0	35.0	100.0 (768)	5.5
경남	65.3	34.7	100.0 (708)	5.8
제주	69.8	30.2	100.0 (126)	5.3

주: 1) 본인응답자 10,279명 중 무응답자 18명을 제외하고 분석함.

2) 단축형 노인우울척도(SGDS)를 사용하였으며, 0~15점 중에서 8~15점을 우울증상으로 분류함.

1) 출처: 보건사회연구원(2014)

또한 유재순 등(2014)의 연구에서도 우리나라 노인 가운데 우울증 유병률이 13.8%~51.5%로 높게 나타난다고 보고하고 있고, 외국의 경우도 자료수집 장소에 따라 편차가 있지만, 지역사회 거주자의 15%, 외래환자의 20%, 입원환자의 40%, 수용시설거주자의 50%가 우울증상을 보인다고 하여 노인 우울증이 국내외로 높은 수준임을 입증시켜주었다(Park, et al., 2011). 더욱이 이러한 노인의 우울증은 다른 연령층에 비하여 예후가 나쁜 편이며 자살의 위험성을 높게 하여 사망률 증가와도 높은 연관성을 가지고 있다는 점에서 심각성이 있다(Blazer & Koenig, 1996; Waern, Rubenowitz & Wilhelmson, 2003).

제2절. 노인자살

1. 노인자살의 개념

자살은 자살생각, 자살시도, 자살행위로 구분하여 설명된다(Beck et al., 1979). 먼저 자살시도는 자신의 신체에 고의적인 상처를 입히는 행동으로 죽음에 이르지 않지만 신체적 상해를 입히는 것을 말하는 반면, 자살행위는 스스로 실행한 죽음을 의미하는 것으로 생의 종결을 의미하며 자살생각은 자살을 하고자 하는 생각이나 사고를 의미한다(최태산, 1997).

자살생각은 자살행위와 다른 의미를 갖지만, 자살과 관련된 요인으로 자살에 이르는 행위의 전 단계이고(Lester & Lin, 1999) 자살의 연속적인 과정 속에서 출발점이라는 점에서 의미가 있다(김혜영, 2005). 또한 노년기는 생활사건과 환경의 변화로 자살생각을 많이 하고 이러한 생각이 행위로 전환될 가능성이 높아 자살생각과 행위를 분리하여 생각할 수 없다.

특히 노년기 배우자의 사망이나 이혼과 같은 생활사건의 경험은 노인의 자살시도에 많은 영향을 미치게 되는데, 특히 여성보다 남성노인의 자살시도와 자살률에 밀접한 관계가 있다(박지영, 2007). 이러한 생활사건으로 인한 자살에 대해 Baumeister(1990)는 자살에 대하여 개인의 내적 억제력 약화로 설명하면서 '자기 자신으로부터 도피'가 극단적으로 자살의 형태

로 나타난다고 하였다. 이는 현실에 대한 삶을 회피하는 것의 극단적인 행태가 자살로 나타난다고 이해할 수 있다.

또한 Granello와 Granello(2007)는 노인자살의 특성을 개인내적 특성과 환경적 특성으로 구분하여 설명하였다. 즉, 뇌신경 세포에서의 세레토닌 기능감소, 우울 및 알코올중독 등 개인내적 특성이 노인 자살의 촉발요인이 된다고 보고 있고, 환경적 특성으로는 외로움, 누적된 상실, 은퇴, 친구의 죽음, 소득 상실, 지위상실, 자립능력의 상실 등과 같은 생활의 변화가 노인자살을 유도한다고 보았다. 한편 Phillips(2002)는 심리 사회학적 변화에 따라 노인 자살을 인구사회학적 특성과 생활사건을 중심으로 경로모형을 제시하였는데, 인구사회학적 특성 차원에서는 노인의 연령이 높고, 학력이 낮을수록 노년기의 부정적인 생활사건으로 인해 정신 건강에 많은 영향을 받으며 자살생각 및 시도를 하는 경향이 많다고 보았다.

반면, 아시아권에서 오랜 동안 노인자살을 연구해 온 싱가포르의 Chia(2001)는 노인자살의 일차적 촉발요인으로서 성격적 요인과 부정적 생활사건(negative life event)을 들고 있다. Chia(2001)가 제시한 자살을 생각하는 노인들의 특성으로는 스트레스에 취약할수록, 의존적 성향이 강할수록, 완고하고 융통성 없는 성격일수록 자살에 노출되는 경향이 많았는데 이러한 특성을 가진 노인들이 부정적인 생활사건, 즉 퇴직, 경제능력 상실에 따른 빈곤, 배우자 상실과 같이 노인 스스로 통제하기 어려운 상실이나 비자발

적 분리(involuntary disengagement)경험을 함에 따라 고립감, 무력감, 절망감 등으로 대표되는 우울과정을 거쳐 자살생각(suicide ideation) 또는 자살시도(suicide attempt)를 하게 된다고 보았다.

1) 발달심리학적 이론과 노인 자살

Freud는 자살은 인간이 가진 자기파괴적 에너지(thanatos)와 본능, 욕망이 극단적으로 표현된 것을 자살로 보았는데, 이러한 Freud의 이론을 확장하여 Menninger(1938)는 자살사례들을 연구하여 각 자살사례들에서 공통적으로 발견되는 살해욕망, 자살욕망, 죽고자하는 욕망의 복합적인 결과로 나타나는 것이 자살이라고 주장하였다.

반면, Erikson은 인간발달 단계에서 노인들이 자아통합을 이루지 못하면 자신의 인생에 대해 실망을 하게 되고 갱년기를 거쳐 노년기로 접어드는 노화현상과 더불어 죽음에 대한 반응으로 자살을 선택하게 된다고 보았다(최형임, 2008 재인용).

이상의 내용을 종합하여 발달심리학적 관점의 노년기 자살은 개인의 노화에 따른 신체적 심리적 혹은 환경적 변화에 대한 대처능력이 떨어지고 내면의 우울이나 불안 등 심리적 문제들에 대응할 수 있는 방어기제가 미약하며 자신을 통제하지 못할 때 나타나는 행위로 이해될 수 있다.

2) 사회통합이론과 노인자살

노인 자살은 주로 이기적 자살 또는 아노미적 자살로 설명될 수 있다(Durkheim, 1987). 노인들은 은퇴 등으로 인한 역할상실을 경험하며 사회의 유대감이나 결속력의 약화를 경험한다. 이러한 사회적 유대감의 약화는 Durkheim의 사회통합의 약화로 설명할 수 있으며, 사회적 관계의 약화로 인한 소외감이 우울증을 유발시켜 이기적 자살로 이어질 수 있다.

또한 노인세대는 급변하는 시대에서 전통적 가치관과 현대적 가치관의 혼재로 인한 아노미 상태를 경험하며 특히 노년층은 적응능력과 조정능력이 상대적으로 약하다고 볼 수 있는데, 사회통합이론과 관련된 학자들은 이러한 가치관의 혼란 속에서 노인들이 아노미적 자살을 택한다고 본다(Durkheim, 1987).

최근에는 부양의무에 대한 인식변화와 1인가구의 증가 등 현대 생활상의 변화로 사회 내에서 노인들은 역할 상실을 경험하게 되고 이러한 사회규제력의 약화가 아노미적 자살로 이어질 수 있다(김형수, 권이경, 2013). 이러한 이기적(egoistic) 자살은 사회통합정도가 낮은 사회에서 발생하는 자살로 개인이 속한 집단이나 사회의 응집력이나 결속력이 약화되고 사회의 유대감이 낮을 때 또는 개인이 사회적 고립이나 소외감을 느껴 발생하게 된다(Durkheim, 1951; Durkheim, 1987).

3) 생태체계이론 관점과 노인자살

Bronfenbrenner(1979)는 생태체계이론에서 모든 인간은 자신을 둘러싼 환경을 중심으로 한 생태체계에서 끊임없이 상호작용을 하며 발달한다고 보았다. 때문에 인한 행동을 이해하기 위해서는 개인을 비롯하여 가족구조 및 지역사회 및 사회구조적 환경들과 상호작용을 고려되어야 할 필요가 있다. 생태체계이론적 접근은 미시적 접근부터 거시적 접근까지 광범위하게 이루어지게 된다. 먼저 미시적 접근은 개인의 독특한 물리적 및 물질적 특성과 환경 간 상호작용에서 나타날 수 있는 유형을 의미하고, 중간체계는 개인이 적극적으로 참여하는 환경들 간 상호작용을 말하며 외체계는 개인이 적극적인 참여는 하지 않지만 발달과정에서 개인이 속한 환경에서 일어나는 일에 영향을 주거나 영향을 받는 사건이 발생하는 또 하나의 혹은 그 이상의 환경을 말한다(이영서, 조춘범, 최정인, 2016). 마지막으로 거시체계는 하위체계의 형태와 내용에서 나타나는 일관성으로서 하위문화수준이나 문화전반의 수준에 존재하거나 존재할 수 있다(Bronfenbrenner, 1979).

이렇듯 생태체계이론적 관점에서 노인자살을 설명하는 학자들은 개인을 둘러싸고 있는 가족과 환경체계의 변화가 노인 자살과 깊이 관련 있다는 것을 강조하고 있다. 특히 노년기는 경제활동의 은퇴와 배우자를 비롯하여 가까운 사람의 죽음 등은 노인의 고독감을 가중시키게 되고, 이러한 고독감의 증가는 자살생각의 빈도를 높이는 주요 요인이 되며(김형수, 1996), 노인이 되어서 아무

것도 할 수 없다는 무력감을 가중시켜 자살생각의 빈도를 높이는 요인이 된다고 본다(Uncaphe, Gallagher-Thompson, Osgood, & Bongar, 1998).

Holm과 Severinsson(2015)은 2004년에서 2014년 사이에 출판된 노인 자살 관련 12편 논문을 검토한 결과 상실과 낮은 사회적 지지체계 그리고 사회적 관계망의 축소 등 환경체계의 변화가 자살에 이르는 영향요인이 된다고 보았다. 특히 경제력과 사회적 지지(정은숙, 2005), 가족연대감(Purcell et al., 2012), 관계에 대한 만족감, 그리고 사회적지지 체계(Holm & Severinsson, 2015)가 노인의 자살을 예방하는 요인으로 주목받고 있는 것은 생태체계이론적 관점에서 노인을 둘러싼 주변 환경과 관계가 노인 자살에 밀접하게 관련된다는 것을 보여준다.

2. 노인 자살관련 선행연구

앞에서 이미 논한 바와 같이 노인 자살은 개인의 인구학적 특성을 비롯하여 심리적 요인의 영향을 많이 받게 된다. 그 중, 개인의 성별과 학력 그리고 소득수준, 우울과 무력감 그리고 삶에 대한 절망감 등은 노인의 자살에 직간접적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있어 노인자살과 관련하여 보다 심도 있게 살펴볼 필요가 있다.

1) 인구학적 특성

노년기 자살생각은 여성보다 남성에게서 더 높게 나타난다. 특히 개인의 우울이 자살에 직접적인 영향을 주는 것으로 알려져 있다. 구춘영과 김정순, 유정옥(2014)은 남성노인의 경우 우울이 5.90배 자살생각에 영향을 주는 것으로 밝혀져 있고 여성노인의 경우 4.77배로 나타나 성별에 따른 차이가 있는 것을 입증하였다. 이는 강상경(2010)의 연구에서도 알 수 있는데, 남성 노인이 여성노인보다 자살할 확률이 높지만 여성노인은 자살태도의 관련성이 낮아 실제 자살로까지 이어질 확률이 낮다는 주장을 통해서도 확인할 수 있다.

2) 우울

심리적 요인에서 노인자살을 접근하고 있는 연구자들(황미구,

김은주, 2008; 최광현, 2006; 박순천, 2005; 장미희 등, 2003)은 노년기 우울증이 노인자살의 예측요인이 된다고 보면서 개인의 심리적 요인이 노인 자살에 직간접적인 영향을 미친다고 보았다(배진희, 엄기욱, 2009; 송영달 외, 2010; 최연희 외, 2008). 즉, 심리적 관점에서 노인 자살을 설명하는 학자들은 노인자살을 스트레스 대처모형과 함께 설명하고 있는데, 이들은 개인이 지각하는 스트레스의 강도가 높고 이에 대한 대처능력이 미흡할 때 자살과 같은 부적응적인 행위가 나타나게 된다고 가정하면서 노인자살을 개인의 문제해결능력이나 성격 특성이 스트레스와의 상호작용 결과로 보고 있다(이장희 외; 배지연 외, 2005). 또한 자살노인의 대다수가 우울증을 경험하였고, 정신병적 우울을 가진 노인이 자살이나 자해를 시도하는 경우가 높다는 허준수와 유수현(2002)의 주장은 노년기 심리적 문제가 자살시도에 직간접적인 영향을 미친다는 것을 입증하였다.

더욱이 국민건강보험공단(2011)이 발표한 자료에 의하면 우리나라는 노인자살률이 급격히 증가하기 시작한 2004년부터 2009년까지 5년간 노인 우울증 질환자는 1.7배 증가하였고 그 중 75세 이상 노인의 우울증 증가가 높게 나타나 노인 우울증과 자살 간 상관관계가 있음을 확인시켜 주었다. 이는 노년기 우울증이 우리나라 노인들의 정신건강 상태에 대한 위험신호이자 높은 노인 자살률의 위험신호라는 것을 추론하게 한다.

노년기 우울증과 자살 간 관련성을 주장하는 학자들은 미래의

삶에 대한 비관적인 생각이나 우울감의 인지적 증상으로 나타나는 절망감이 자살과 관련이 높다고 보고 있다(Beck, 1967). 뿐만 아니라 노후의 경제력 약화 또는 배우자 등의 상실의 경험이 우울증을 초래하고 이러한 우울증이 장기화 되면서 자살행동으로 이어진다는 것을 강조하면서 우울과 자살 간 관련성을 제기하였다.

3) 무기력감

우울과 함께 개인의 무력감도 노년기 자살을 예측하는 중요한 요인이 되고 있다. 무기력감은 자신이 환경을 조절하지 못하고 환경의 영향으로부터 벗어날 수 없다는 생각에서 비롯된다(Reed, 1983). 노년기 발현되는 무기력감은 노화로 인하여 발생하는 신체의 기능상실과 질병으로 인하여 일상적인 행위를 스스로 하지 못하거나, 자신의 현재 상황이나 미래에 발생할 사건을 스스로 결정할 수 없다고 지각할 때, 그리고 행위의 부정적인 결과에 대한 감정으로부터 시작된다(Lambert & Lambert, 1981). 특히 노인의 무기력감은 현재상황이나 자기 자신, 미래의 결과 그리고 환경에 대한 통제능력의 결여와 지식 부족, 동기 부족을 인식했을 때 일차적으로 발생하게 된다(Smith, 1985). 즉, 자신의 환경에 대한 통제의 결여가 장기화되는 경우, 어떤 사건이 자기의 행위와는 무관하게 이루어진다는 사실을 학습하게 됨으로써 무기력감이 발생하는 것이다(Seligman, 1975; Wilkinson, 1979; Schneider, 1990).

무기력감이 지속될 경우 그 개인은 삶의 의지를 상실하게 되는 부정적 심리상태(김영희, 1993)인 절망감을 갖게 된다(Carey, et al.,1990; Schneider, 1980). Seligman(1975)은 인간의 무능과 절망이 초래하는 죽음에 대해 조사하였는데, 그의 연구에 의하면 배우자, 부모, 기타 사랑하는 사람이 죽고 난 후, 지위를 상실한 후, 극도의 위협이 가해지는 시기에 인간에게 죽음이 발생한다고 보고하고 있다. 그리고 이런 상황에서 죽음을 선택했던 사람들은 모두 무력했던 것으로 밝혀졌다. 노인에게 있어 무기력감을 해결하지 못하고 반복적으로 지속된다면 결국은 자기파괴적인 순환으로 자살을 시도할 가능성이 높기 때문에 이러한 문제를 단순히 노화로 인한 신체화 증상으로 치부해서는 안 될 것이다(Seligman, 1975; Miller, 1983).

4) 절망감

자살에 있어서 인지적 요인으로 절망감이 주장되는 것은 사람들이 미래에 대해서 희망이 없다고 생각하기 때문이라고 이야기한다(Rang & Antoneil,1990; 박병금, 2006에서 재인용). 즉, 노인을 자살생각으로부터 보호하는 요인이 개인의 삶에 대한 희망인 것이다. Beck(1985)은 정신질환 입원환자를 대상으로 한 연구에서 미래에 대한 절망감과 염세주의가 자살이라는 결과를 가져온다는 것을 발견하였으며 자살을 시도한 입원환자를 10년간 추적 조사한 결과 절망감을 나타냈던 환자 91%가 자살하였다고

보고하였다. 또 다른 연구에서는 154명의 자살시도자, 자살위험자를 대상으로 하여 절망감, 우울, 자살위험을 사정한 결과 절망감을 통제하였을 때 우울은 자살의지와 관계가 없었으나, 우울을 통제하였을 때 절망감이 자살의지와 유의한 관계가 있음을 보고하면서 절망감이 우울보다 자살의지와 더 관련이 있다고 보고하였다(Wetzl, 1976).

Kuo(2004)는 지역사회노인을 대상으로 하여 추적 조사한 종단연구를 통해 절망감이 우울보다 자살을 예측하는 강력한 변인으로 절망감을 낮추는 중재전략이 자살예방을 위한 효과적인 방법이 될 것이라고 주장하고 있다. 또한 Ron(2004)은 지역사회노인을 대상으로 한 연구에서 노인의 자살사고와 절망감은 강한 정적 상관관계가 있음을 보고한 바 있다. 이러한 연구들을 종합한 결과, 노년기 발현되는 삶에 대한 절망감은 노인 자살시도 혹은 자살률을 설명하는 중요한 요인임을 입증시켜주고 있다.

제3절. 노인자살 현황

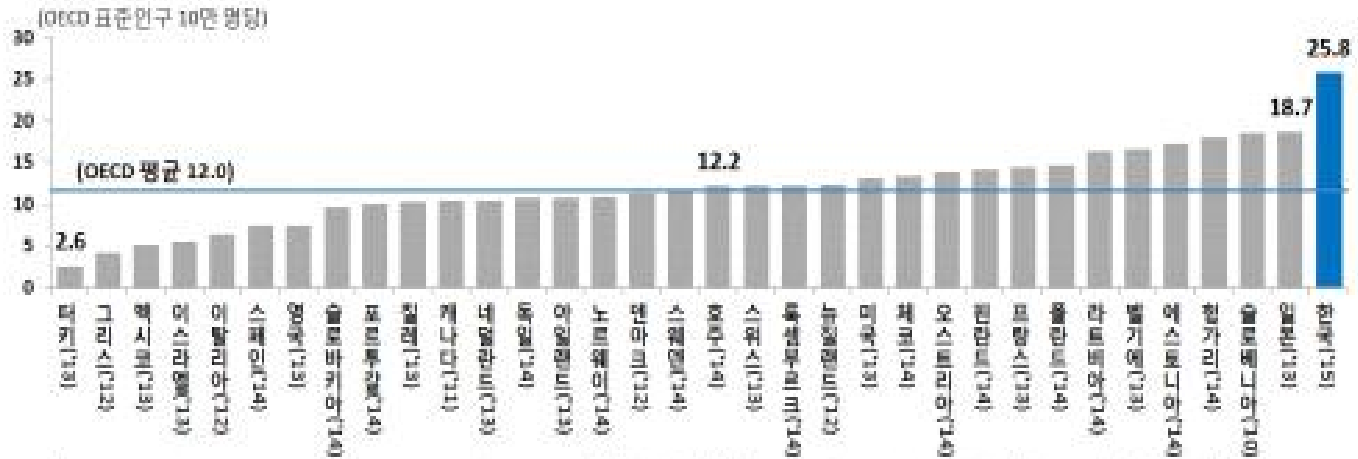
1. OECD국가의 노인자살 현황

세계보건기구(World Health Organization, 2014)는 2014년에 자살예방 공중보건과 공공정책의 우선 의제로 만들고 자살이 합법적인 공중보건 문제라는 인식을 고취시키기 위해 ‘Preventing suicide: A global imperative’라는 보고서를 내놓았다. 이 보고서에 따르면 거의 모든 지역에서 70세 이상 노인의 자살률이 가장 높게 나타났다. 이는 대부분 나라에서 노인의 자살률이 젊은 층보다 증가하고 있다는 것을 의미하고 자살위험도와 자살생각이 연령의 증가와 함께 높아지는 것을 추론하게 한다. (Barrow & Lindon, 1997; 이희완, 유현숙, 2011재인용).

OECD 국가들의 자살시도 혹은 자살하는 사람들의 상당수가 극심한 우울증, 조울증, 조현병 등 정신질환을 앓고 있는 것으로 알려져 있고, 경제적 문제, 알코올 및 약물 남용, 실업, 사회적 고립이 모두 높은 자살률과 관련이 있는 것으로 알려져 있다. 이는 개인이 생활하는 사회 환경적 요인이 자살과 밀접한 관계가 있음을 의미한다.

다음 [그림 1]에 제시된 바와 같이 2015년 기준으로 OECD국가의 사망원인 중 자살이 높은 비율을 차지하고 있어 국가들마다 자살의 심각성을 알 수 있다. 특히 한국이 전체 25.8%로 일본

18.7%보다 높은 자살률을 보이는 것은 우리사회가 노인인구를 포함하여 전 연령에 걸쳐 자살 수준이 심각하다는 것을 알 수 있다. 이는 우리사회가 자살을 시도하는 고위험군 대상자에 대한 관심을 갖고 복지적 개입이 이루어져야함을 시사한다.

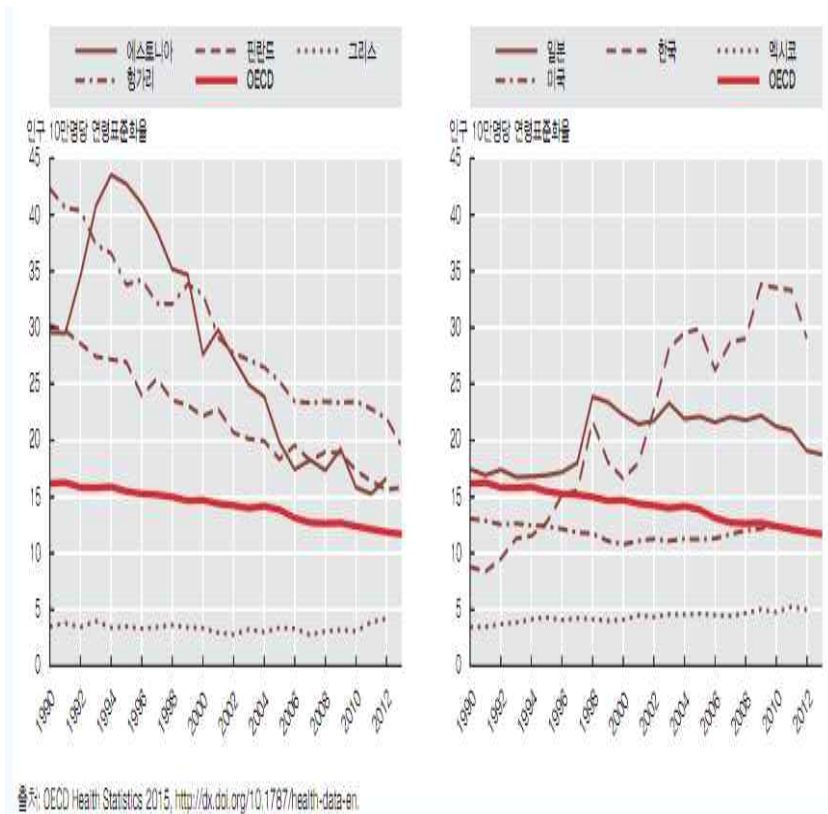


- 자료: OECD/STAT, Health Status Data(2016) 외 추출, 우리나라 자료는 OECD 표준인구로 계산한 수치임.
- OECD 평균은 자료 이용이 가능한 34개 국가의 가장 최근자료를 이용하여 계산

*통계청(2015) 사망원인통계

[그림 1] OECD 국가별 자살률

1990년부터 2013년 까지 OECD국가의 자살로 인한 사망률을 살펴본 결과, 다음 [그림 2]에서 보는 바와 같이 자살로 인한 사망률 추이에서도 한국의 자살률이 OECD국가의 평균은 점차 감소추이를 보이는 반면 우리사회는 시간이 지날수록 증가추이를 보이고 있어 우리사회 자살문제가 매우 심각하다는 것을 일깨워 준다.



[그림 2] 1990년-2013년 일부 OECD국가의 자살로 인한 사망률 추이

그렇다면 OECD국가와 우리사회의 노인인구 자살률은 어떠한가? 2010년 기준으로 OECD국가의 노인인구 자살률을 살펴본 결과 일본이 8,151명으로 가장 높은 자살률을 보였고, 그 다음으로 한국이 4,378명으로 높게 나왔으며 그 다음으로 독일이 3,513명으로 나타났다. 여기에서도 보듯이 한국사회가 전체 자살률과 함께 노인 자살률도 높게 집계되고 있었다.

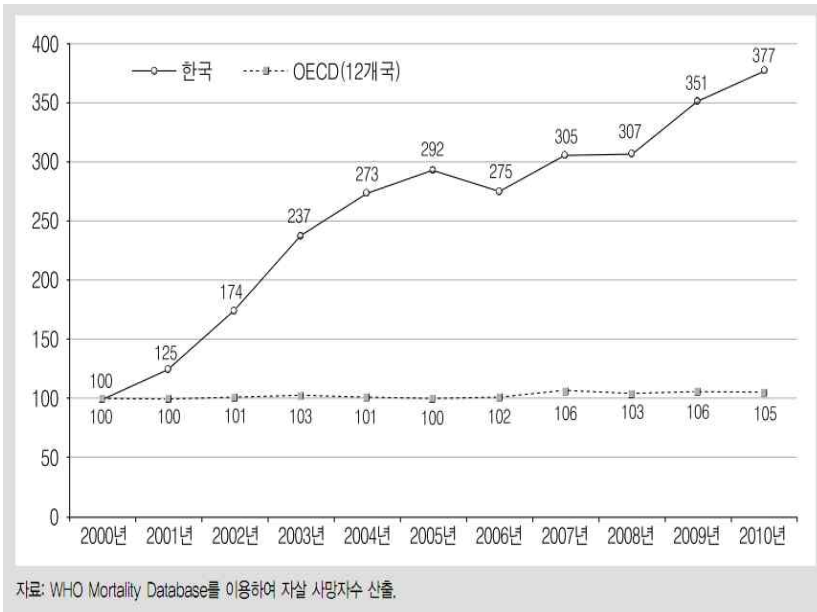
<표 2> OECD 국가 연도별 노인인구 자살사망자수

											(단위: 명)
국가명 ¹⁾	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년 ²⁾
네덜란드	284	271	285	294	245	272	286	242	261	281	277 (2,567)
노르웨이	89	90	88	74	91	71	79	87	74	90	96 (732)
독일	3,318	3,370	3,534	3,532	3,527	3,423	3,434	3,384	3,322	3,359	3,513 (16,873)
멕시코	271	330	302	338	333	337	347	375	362	381	398 (6,413)
스웨덴	323	330	294	277	288	318	307	256	293	286	288 (1,714)
스페인	1,223	1,136	1,181	1,181	1,185	1,182	1,078	1,105	1,095	1,101	994 (7,812)
일본	7,550	7,553	7,475	7,774	7,478	7,424	7,719	8,476	8,155	8,288	8,151 (29,246)
체코	407	374	367	375	337	300	311	303	313	298	312 (1,617)
폴란드	748	746	831	782	804	831	862	814	818	923	895 (5,173)
핀란드	158	162	180	171	179	173	189	175	162	171	161 (926)
한국	1,161	1,448	2,022	2,754	3,170	3,394	3,197	3,541	3,561	4,071	4,378 (5,452)

주: 1) 2000년부터 2010년까지 모든 연도 자료가 사용가능한 OECD 국가만을 제시함.
 2) 괄호 안은 노인 인구수(단위: 천명)
 자료: WHO Mortality Database를 이용하여 자살 사망자수 산출.

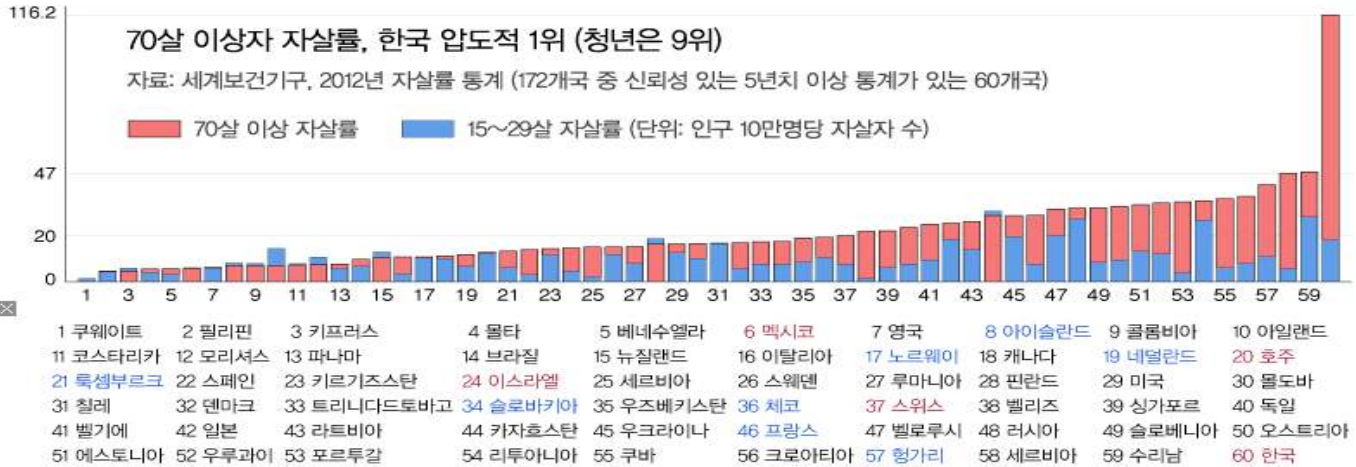
이는 OECD국가의 65세 이상 노인 자살사망자 수를 살펴본 결과에서도 한국사회 노인자살 수준이 매우 높다는 것을 알 수 있다. 다음 [그림 3]에 제시된 바와 같이 우리사회 65세 이상 노인

인구의 자살률이 전체 OECD국가의 평균과 매우 많은 차이가 있는 것을 확인할 수 있다.



[그림 3] OECD국가 대비 한국의 노인 인구 자살 사망자수 변화추이 (2000년-2010년)

다음 [그림 4]는 OECD국가별 70세 이상 노인의 자살률이 다. 여기서도 한국이 다른 국가들보다 70세 이상의 노인자살률이 높은 것을 확인할 수 있다.



© 한겨레 The Hankyoreh <http://plug.hani.co.kr/data>

[그림 4] 70세 이상 노인자살률²⁾

2) 출처: 한겨레(<http://plug.hani.co.kr/data>).

세계보건기구(2014)의 조사에서도 한국의 70세 이상 노인 인구의 자살률이 116.2명으로 OECD 회원국 중에서는 1위를 차지하였고, 연령을 표준화한 자살률에서도 2000년 자살률은 13.8%이었으나, 2012년 28.9%로 증가하였다(WHO, 2014). 또한 노인 자살률은 1990년에서 2010년 사이에 5배 정도 증가했고(OECD, 2014), 인구 10만 명당 기준으로 노인 자살자 수는 2000년에 35.5명에서 2010년에 81.9명으로 46.4명이 증가하였지만(보건복지부, 2012), 2011년부터 79.7명, 2012년에는 69.8명, 2013년에는 64.2명으로 다소 줄어들고 있는 추세이지만 최근의 노인 자살률은 다른 연령대의 자살률에 비해 여전히 높은 수준이다(통계청, 2014). 이는 국가별 자살률을 살펴보았을 때도 한국이 OECD 전체에서도 25.8%로 가장 높은 자살률을 보이고 있다(OECD, 2014). 우리사회 노인 자살이 심각한 수준에 이르고 있다는 것을 추론하게 한다.

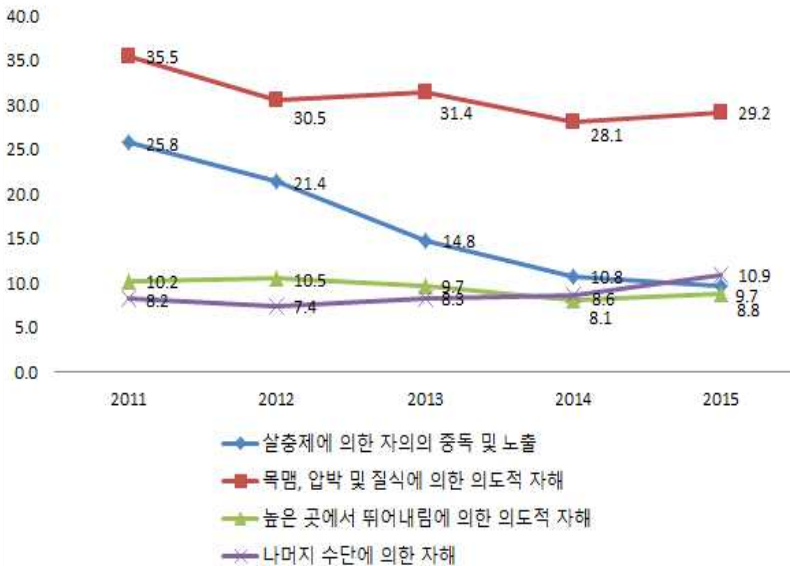
2. 한국의 노인자살 현황

우리사회는 전국 65세 이상 노인의 자살사망률이 2011년 인구 10만 명당 79.7명에서 2014년 55.5명으로 감소추세를 보이다가 2015년 58.6명으로 3.1명 증가한 것으로 나타났다(통계청, 2015). 다음 [그림 4]에 보는 바와 같이 남성 노인은 2011년 자살 사망률 128.6명을 보였다가 2014년 87.9명까지 감소했지만, 2015년 7.3명이 증가한 95.2명의 자살 사망률이 나타났고, 65세 이상 여성 노인은 2011년 46.1명에서 2014년 32.4명, 2015년 32.1명으로 지속적으로 감소하는 것으로 나타나 노인 자살에 있어서 성별에 따른 차이를 확인할 수 있었다.



[그림 5] 전국 65세 이상 노인 자살현황

65세 이상 노인의 자살사망률을 그 원인별로 구분하여 살펴보면, ‘살충제에 의한 자의의 중독 및 노출’로 인한 사망률은 2011년 25.8명에서 2015년 9.7명으로 지속적인 감소 추세를 보였고, ‘나머지 수단에 의한 자해’로의 사망률은 2013년 8.3명 2014년 8.6명에서 2015년 10.9명으로 증가하였다. 또한 자살사망률이 가장 높게 나타난 원인으로는 29.2명의 사망률을 나타낸 ‘목매, 압박 및 질식에 의한 의도적 자해’이며, ‘높은 곳에서 뛰어내림에 의한 의도적 자해’는 2015년 10.9명으로 나타났다.



단위: 인구 10만명당/명

*통계청(2015) 사망원인통계

[그림 6] 65세 이상 노인의 원인별 자살사망률

연령별 사망률을 살펴본 결과, 대부분의 연령대에서 자살사망률이 감소하였으나, 노인 자살사망률은 증가한 것으로 나타났다. 특히 70대의 자살 사망자는 2014년 대비 8.5%, 80대는 6.45%가 증가 하였다(통계청, 2016). 2015년 80세 이상 초고령 노인의 자살률은 10만 명당 83.7명으로 다른 어떤 연령집단보다도 가장 높게 나타났다. 이는 초고령 노인의 자살문제의 심각성을 나타낸다. 특히 남성노인의 자살률이 여성노인보다 높게 나타나 남성노인의 자살 예방을 위한 접근이 필요함을 시사한다.

<표 3> 연령별 자살 사망률 추이

(단위: 인구 10만 명당 :%)

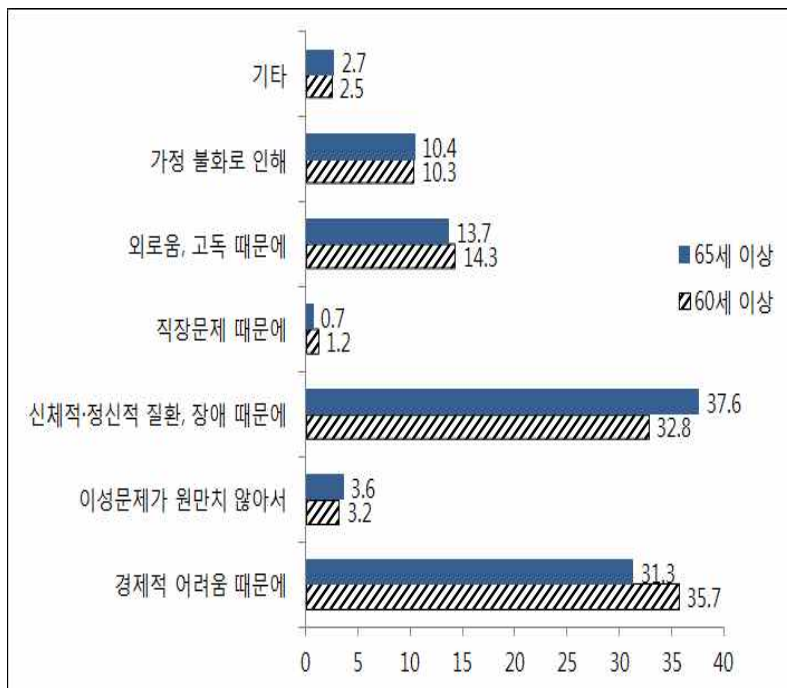
연령 (세)	남녀전체			남			여		
	05'	14'	15'	05'	14'	15'	05'	14'	15'
계	24.7	27.3	26.5	32.9	38.4	37.5	16.4	16.1	15.51
1-9	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-
10-19	4.2	4.5	4.2	4.2	5.5	4.6	4.1	3.4	3.8
20-29	17.7	17.8	16.4	18.0	21.8	20.3	17.3	13.4	12.0
30-39	21.7	27.9	25.1	27.4	36.6	32.0	15.8	18.9	17.9
40-49	28.2	32.4	29.9	40.9	46.6	42.1	15.1	17.7	17.3
50-59	34.5	36.4	34.3	53.4	55.2	53.7	15.7	17.4	14.7
60-69	54.4	37.5	36.9	87.6	59.8	57.5	26.1	16.5	17.4
70-79	80.0	57.6	62.5	135.3	92.3	104.5	46.6	32.1	31.2
80이상	126.7	78.6	83.7	205.3	143.4	159.4	94.3	51.1	50.7

출처: 통계청(2015) 사망원인통계

통계청 사회조사(2016)에서도 자살충동을 느낀 65세 이상 노

인인구 중 자살충동의 큰 원인을 조사하였는데, 그 결과 ‘신체적, 정신적 질환 및 장애 때문에’라는 응답이 37.6%로 가장 높게 나타났다, 그 다음으로는 ‘경제적인 어려움’이 31.3%, ‘외로움, 고독 때문에’가 13.7%로 나타났다. 한편, 60세 이상 64세 이하 인구 중 자살충동을 느낀 사람의 비율을 5.3%이며, 이들의 자살충동 원인은 ‘경제적인 어려움 때문에’가 35.7%로 가장 높았고, ‘신체적, 정신적 질환 및 장애 때문에’가 32.8%, ‘외로움 고독 때문에’가 14.3%로 나타났다.

우리사회가 고령화 사회로 진입하고 있는 현 시점에서 65세 이상에서 신체 및 정신건강으로 인한 자살률이 높다는 것은 이와 관련된 정부의 조직적 개입이 필요하다는 것을 보여준다. 더욱이 경제적 어려움은 60세-64세 연령층과 65세 이상 연령층에서 공통적으로 높게 나타나 노년기 소득수준이 노인 자살 예측의 요인임을 보여준다.



단위: %

출처: 통계청 사회조사(2016)

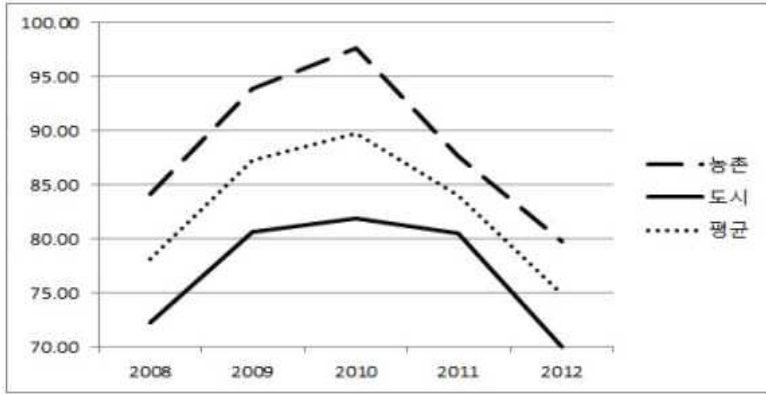
[그림 7] 60세, 65세 이상 인구의 자살충동원인(2016)

이렇듯 건강상의 문제를 비롯하여 경제적 문제가 노인자살의 원인이 된다는 것은 보건사회연구원(2014) 조사에서도 밝혀진 바 있다. 특히 노인 10.9%가 60세 이후 자살을 생각해본 적이 있고, 그 중 12.5%는 실제로 자살을 시도한 경험이 있는 주장은 경제적 어려움을 비롯하여 노년기 건강문제가 노인의 자살시도의 가장 큰 원인임을 다시 한 번 입증시켜 주었다(보건사회연구원,

2014).

이러한 자살 행태는 지역에 따라 다소 차이가 있는 것으로 보고되고 있다. 즉, 동부 지역에 거주하는 노인이 읍·면부에 거주하는 노인보다 경제적 어려움으로 자살생각을 한다는 경우가 높았고, 읍·면부 에서는 건강으로 인해 자살을 생각하는 노인의 수가 많은 것으로 보고되고 있다(보건사회연구원, 2014). 이는 읍면부가 상대적으로 많이 분포되어 있는 농촌지역의 노인들은 자신의 농토를 활용하여 경제적 이익을 확보할 수 있지만, 도시지역의 노인들은 상대적으로 일자리가 없어 경제적 어려움을 더 많이 호소하는 것으로 해석된다.

더욱이 읍·면부 노인의 경우 부부, 자녀, 친구와의 갈등 및 단절이 자살의 이유가 된다는 응답도 높게 나타나(보건사회연구원, 2014), 농촌 독거노인은 노년기의 무료함, 소외감으로 인한 심리적 상실감이 도시보다 자살에 더 큰 영향을 주는 것으로 이해될 수 있다(김태현, 한은주, 2004). 이는 농촌이 도시보다 상대적으로 고령화 속도가 빠르고 직업의 다양성에서도 차이가 있으며 의료시설과 여가문화시설의 접근성의 차이 때문에 도시지역보다 농촌지역의 노인들이 심리적 문제를 더 많이 보이는 것으로 해석된다(통계청, 2015).



	2008	2009	2010	2011	2012
농촌	84.10	93.92	97.65	87.67	79.81
도시	72.25	80.66	81.86	80.46	70.06
평균	78.18	87.29	89.75	84.06	74.93

※ 통계청 사망원인통계에서 연구자 재구성.

[그림 8] 도시와 농촌의 노인자살률 차이(2008-2012)³⁾

또한 연령이 높을수록 배우자 및 가까운 사람들과 이별이 노인 자살의 원인이 되는 것으로 알려졌는데, 80세 이전 연령이 80세 이후의 노인보다 배우자, 자녀, 친구와의 갈등 및 단절이 자살의 원인된다(보건사회연구원, 2014). 즉, 배우자가 없는 경우 외로움이 자살의 원인이 되는데, 다른 한편, 배우자가 있는 경우에는 부부, 자녀, 친구와의 갈등 및 단절이 자살의 원인이 되는 것으로

3) 출처: 최선미(2016). 기초자치단체의 노인자살률 영향요인에 관한 연구: 도-농간의 차이를 중심으로

보고되고 있다(보건사회연구원, 2014).

이에 보건사회연구원(2014)의 노인실태조사에서 노인자살 이유를 분석하였는데, 그 결과 전체 40.3%가 경제적 이유로 자살을 선택하는 것으로 나타났고, 그 다음으로 건강상태가 24.4%, 외로움 13.3% 순으로 나타났다. 특히 충청북도의 경우 경제적 이유로 자살을 생각한다는 의견이 전체 35.3%로 다른 지역과 같이 높게 나타났고 그 다음으로 외로움이 20.6%, 건강 16.6%로 나타나 심리적 외로움이 자살의 원인이 되고 있었다.

충북 지역의 노인 자살생각률은 전체 응답자 10,279명 중 7.3%으로 나타났으며, 그 중 자살 시도율은 18.1%를 보였다. 이는 전국 자살생각률이 10.9%, 자살시도율이 12.5%인 것에 비했을 때, 자살생각률은 평균보다 낮지만, 자살 행동으로 이어지는 자살시도율은 전국 평균보다 높은 수준을 나타내고 있음을 알 수 있다.

이러한 결과는 우리사회 노인들의 노후 준비가 매우 열악한 수준에 이르고 있다는 것을 추론하게 하고 이와 함께 자신의 건강에 대한 관리 수준이 미흡하다는 것을 예측하게 한다. 여기에 사람과의 관계 즉, 사회적 관계망이 축소되면서 인간관계의 단절로 인한 심리적 외로움이 자살시도 및 자살행동에 직간접적인 영향을 미치는 것으로 보여 진다.

<표 4> 시도별 65세 이상 노인자살 이유4)

(단위: %, 명)

지역	자살 생각률 ¹⁾	자살 시도율 ²⁾	자살생각 이유 ³⁾							계 (명)
			건강	경제적 어려움	외로움	사망 (배우자 가족, 친구)	부부자녀 친구갈등 및 단절	배우자 가족 건강	기타	
전국	10.9	12.5	24.4	40.4	13.3	5.4	11.5	4.8	0.2	100.0 (1,121)
서울	13.5	18.3	17.4	43.1	20.8	2.9	10.9	4.9	0.0	100.0 (248)
부산	15.5	16.2	29.6	39.4	6.7	8.8	13.1	2.4	0.0	100.0 (116)
대구	9.0	8.6	29.6	42.1	5.3	6.8	11.2	5.0	0.0	100.0 (42)
인천	12.7	3.4	28.7	42.8	12.6	0.0	9.7	6.3	0.0	100.0 (59)
광주	6.1	16.6	15.1	54.5	8.9	3.8	11.8	5.9	0.0	100.0 (16)
대전	5.5	7.2	39.5	26.5	12.7	7.0	2.4	12.0	0.0	100.0 (14)
울산	10.4	9.1	29.1	49.0	3.0	9.8	4.2	4.8	0.0	100.0 (16)
경기	15.9	9.3	24.7	41.1	10.3	5.7	13.7	4.2	0.4	100.0 (314)
강원	6.0	18.8	19.7	39.7	21.1	1.3	16.3	1.9	0.0	100.0 (24)
충북	7.3	18.1	16.6	35.3	20.6	9.9	14.0	2.4	1.3	100.0 (27)
충남	4.1	3.8	31.8	40.8	8.1	6.1	5.8	6.1	1.3	100.0 (23)
전북	9.4	16.2	28.1	33.1	10.7	1.7	18.9	7.5	0.0	100.0 (50)
전남	6.2	8.2	20.5	27.2	28.7	11.9	3.6	8.1	0.0	100.0 (39)
경북	8.8	12.8	30.2	39.8	17.1	7.1	0.7	5.1	0.0	100.0 (68)
경남	8.2	7.7	24.5	39.2	6.7	8.5	14.6	6.5	0.0	100.0 (58)
제주	6.5	10.2	41.8	34.6	2.2	0.0	16.2	5.2	0.0	100.0 (8)

주: 1) 본인응답자 10,279명을 대상으로 함.
2) 자살생각을 한 응답자 1,124명 중 무응답 3명을 제외하고 분석함.

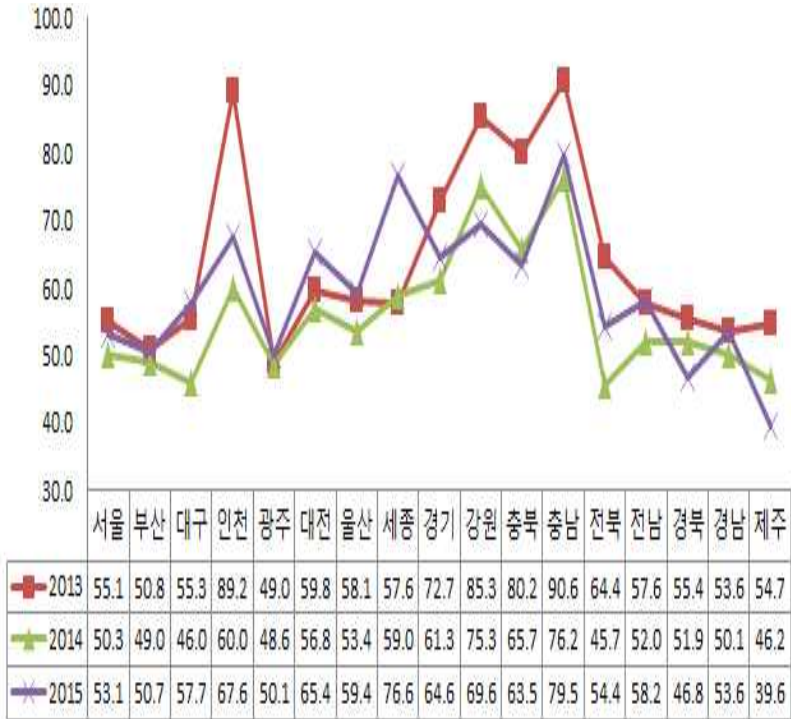
출처: 보건사회연구원(2014)

4) 출처: 보건사회연구원(2014). 2014, 전국노인실태조사.

3. 충청북도의 노인자살 현황

통계청(2015)에서 시행한 전국 65세 이상 자살사망률을 지역별 조사를 살펴보면, 2013년부터 2015년까지 자살 사망률이 가장 높은 지역은 충청남도(2013년: 10만명 당 90.6명, 2014년: 76.2명, 2015년: 79.5명), 세종, 강원, 인천, 경기, 충북 순으로 나타났다.

충청북도의 경우 65세 이상 자살 사망률을 연도별로 살펴보면, 2013년 인구 10만 명 당 80.2명이었던 사망률이 2014년 65.7명, 2015년 63.5명으로 감소하였다. 그렇다고 하여 충청북도 지역의 노인 자살률이 낮다고 볼 수 없다. 이는 해마다 조금씩 감소하고 있지만 감소폭이 크지 않아 충청북도의 노인자살률이 낮다고 안심할 수 없다고 본다. 이는 충청북도는 전국 자살률 6위를 차지하고 있어 노인자살률이 다른 지역보다 낮다고 단정하기 어려운 것이다.



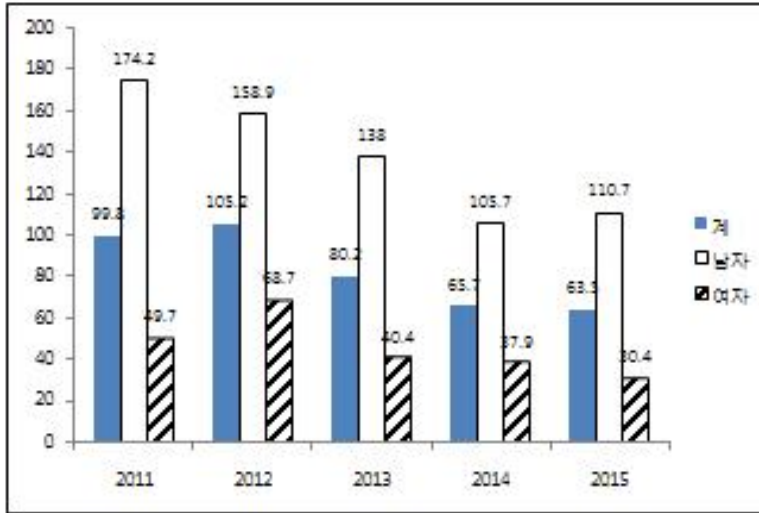
단위: 인구 10만명당/명

출처: 통계청, 사망원인통계

[그림 9] 지역별 65세 이상 자살사망률(2013-2015)

또한 충청북도 지역의 65세 이상 노인 자살사망률은 남성이 여성보다 높게 나타났다. 2015년 남성 노인 자살사망률은 110.7명으로 전년도 2014년 보다 5명 증가하였고, 여성 노인 자살사망률은 2014년 37.9명에서 2015년 30.4명으로 7.5명 감소하였다. 이는 해마다 조금씩 감소하고 있지만, 여전히 남성의 자살률이 높게 나타난다는 것은 여성보다 남성 노인들의 노후가 만족스럽지 못

하고 매우 불안정하다는 것을 추론하게 한다.



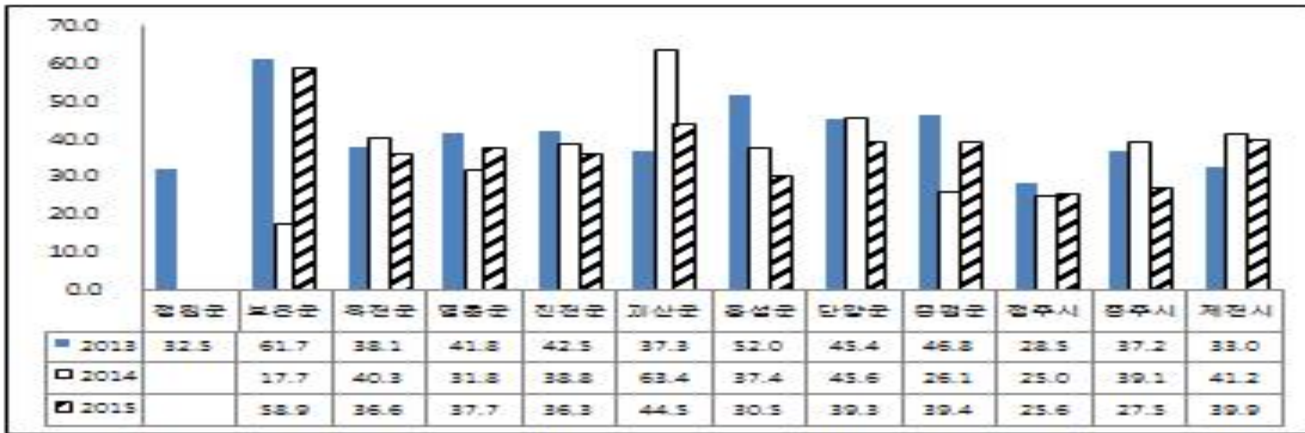
단위: 인구 10만명당/명

출처: 통계청, 사망원인통계

[그림 10] 성별 충청북도 65세 이상 자살사망률(2010-2015)

통계청(2015) 사망통계 조사를 통해 충청북도 지역별 노인 자살률을 살펴본 결과, 2015년 충청북도 지역 중 자살률이 가장 높은 곳은 인구 10만명 당 58.9명의 자살률은 나타낸 보은군이며, 가장 낮은 곳은 25.6명의 자살률을 보인 청주시인 것으로 나타났다. 보은군, 영동군, 진천군, 증평군, 청주시의 경우 2013년에 비해 2014년에는 자살률이 감소하였으나, 2015년에는 다시 높아지는 브이(V)자 모양을 나타냈다. 반면, 옥천군, 충주시는 2013년

에 비해 2014년에 자살률이 높아졌다가 2015년에는 2013년에 비해 더 낮아진 모습을 보였으며, 괴산군, 제천시의 경우는 2013년에 비해 2014년에 자살률이 낮아졌다가 2015년에는 2013년에 비해 더 높아진 모습을 나타냈다.



단위: 인구 10만명당/명

출처: 통계청, 사망원인통계

[그림 11] 충청북도 군별 자살사망률(2013-2015)

제4절. 소결

본 장에서는 정신건강 및 노인자살의 개념과 선행연구를 고찰하고 OECD국가와 한국 그리고 충청북도의 노인자살률을 살펴보았다. 그 결과는 다음과 같다.

첫째, 고령화 사회가 노인들의 삶의 질을 높이는 것만은 아니라는 것을 알 수 있었다. 즉, 의학의 발달로 평균수명이 증가하였지만, 경제적 어려움이나 신체적 건강문제 그리고 우울이나 불안 등 심리적 건강 문제로 노인들은 무기력감과 무망감 그리고 삶의 절망감을 느끼게 되고 이러한 문제들이 장기화 되면서 스스로 삶을 마치려는 시도를 하게 된다는 것이다. 특히 배우자나 가까운 사람들과 이별은 사회적 관계망을 더욱 축소시키게 되고 스스로를 고립시킴으로써 더욱 삶의 외로움을 강하게 느끼게 된다. Erickson은 노년기 자아통합이 노인의 삶의 질을 높인다고 보았지만, 열악한 사회적 관계망과 경제적 어려움 그리고 심리적 문제가 해결되지 않는 한 건강한 노년기를 기대하기 어렵다고 본다. 아울러 노인들의 자살률에 대해 논하고 이를 감소시키기 위한 대안을 마련한다고 해도 이러한 문제가 해결되지 않는 한 노인 자살률 감소는 어려울 수 있다는 추론을 가능하게 한다.

둘째, 우리사회는 OECD국가 중 노인 자살률이 1위로 가장 높았다. 더욱이 우리사회와 같이 노인에 대한 문제의식이 높은 일본보다 우리사회의 노인자살률이 높다는 것은 분명히 우리사회가

노인자살률에 대한 준비가 미흡하다는 것을 의미한다. 그 중 충청 북도는 전국에서 여섯 번째로 나타나 높은 자살률을 보이고 있다. 최근에는 점차 감소추이를 보이고 있지만, 여전히 해마다 자살하는 노인이 존재한다는 것과 남성의 자살률이 여성보다 높다는 것은 노인 자살률에 대한 정책 및 실천적 개입이 매우 필요하다는 것을 의미한다. 특히 자살률의 원인이 지역에 따라 다르게 나타난다는 것은 노인자살에 대한 정책적 방향이 농촌과 도시지역에 따라 상이하게 적용되어야 한다는 것을 보여준다.

우리사회는 정신건강 서비스가 대부분 시설에 집중되어 있고 지역에 따라 그 편차가 크게 나타난다. 최근에는 청주와 청원시가 통합되었지만, 복지서비스에 대한 접근성에 대한 문제는 여전히 해결해야 할 과제이다. 더욱이 기존의 사회복지 서비스가 지역사회에 남아있는 사람에게서는 불충분하거나 비효과적 서비스가 제공되는 등 분절화 되어 있어 다른 국가들에 비해 뒤쳐진 상태이다. 더욱이 정신과 진료를 받는 것에 대한 낙인이 여전히 높기 때문에 노년기 우울과 불안 그리고 무망감 등 심리적 문제에 개입하고 이를 해결하기 위해 정신보건의료 서비스와 연관된 낙인을 제거한 노력도 함께 이루어져야 할 것이다(OECD, 2014).

Ⅲ. 외국의 노인자살 관련 정책

제1절. 미국

미국은 정부차원에서 National Institutes of Health(NIH)와 Centers for Disease Control and Prevention(CDC)를 통해 다수의 협력 개발 연구 지원 사업을 추진해오고 있다. 미국의 자살예방을 위한 국가전략(National Strategies for Suicide Prevention, 2001)에서는 한 가지 위험요인이나 보호요인에 초점을 두기보다 포괄적인 자살예방 프로그램을 시행함으로써 자살률을 감소시키고자 노력하고 있다.

미국은 자살을 예방하기 위해서는 사회 구조적 차원에서 변화가 필요하다는 전제 하에 체계의 하위조직과 구성원들의 노력을 촉구하고 있다. 이에 조직 내 커뮤니티 통합시스템을 구축함으로써 공동체 내의 구성원간 파트너십과 역량강화를 키워 자살을 예방할 수 있는 보호요인을 강화하고 위험요인을 감소시켜 결과적으로 건강한 지역사회 구성을 지향하고 있다(Stansfield, 2005).

미국은 1958년 LA에 자살예방센터를 설립하여 지역주민을 대상으로 자살예방을 위한 공중건강 프로그램을 제공하고 있고, 1966년 연방정부가 NIMH(National Institute of Mental Health) 내에 자살예방연구센터(Suicide Prevention Research)를 설립하였으며, 2001년부터 National Strategy for Suicide Prevention의

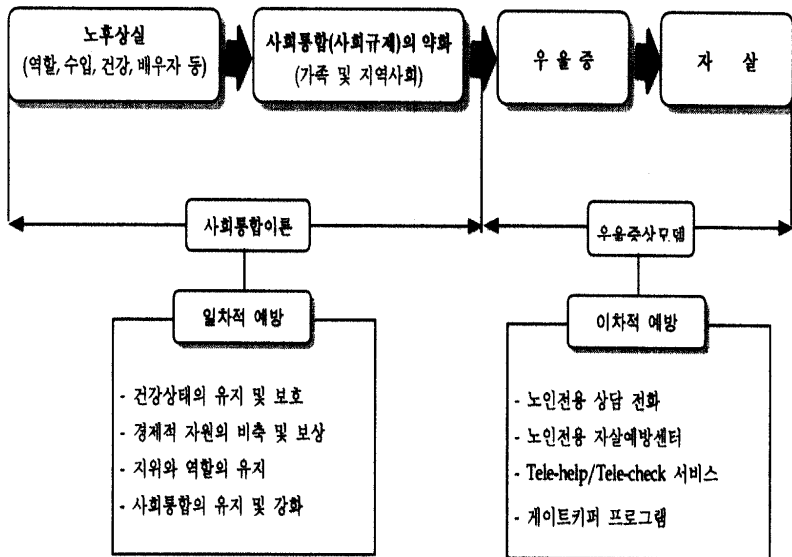
자살예방 전략으로 국가적 차원에서 자살예방사업을 추진하고 있다.

<표 5> 미국의 노인자살예방을 위한 국가전략⁵⁾

-
- 노인자살은 예방 가능한 공공의 정신문제라는 인식 장려
 - 노인자살 예방에 대한 폭넓고 향상된 지원
 - 고령, 정신질환, 약물남용, 자살예방 서비스 이용과 관련된 스티그마 감소를 위한 전략 발전 및 실행
 - 지역사회에 기초한 노인자살예방 프로그램 발전 및 실행
 - 노인에게 치명적인 수단 및 방법에 접근성 차단을 위한 노력 증진
 - 노인에게 효과적인 치료방법, 위험 상황에 대한 사정과 인식을 위한 훈련 프로그램
 - 효과적인 임상과 전문적인 실천 발전 및 향상
 - Long-term care 셋팅과 노인에 대한 1차적인 치료와 평가를 위해 지역사회의 정신건강, 약물남용, 사회서비스의 접근성 향상
 - 언론매체에 노인의 자살행동, 약물남용, 정신질환에 대한 보고 및 기술에 대한 개선
 - 노인자살과 자살예방에 대한 연구 증진과 지지
 - 감시체계의 확대와 개선
 - 노인의 사회관계향상과 고립 감소를 위한 서비스 실행
 - 건강서비스에서 노년학에 대한 접근 강화
-

5) 출처: 보건사회연구원(2009). 노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색.

미국의 노인자살 예방정책은 일차적 정책과 이차적 정책으로 구분하여 살펴볼 수 있다. 이를 사회통합이론과 우울증상 모델을 적용하여 일차적 예방과 이차적 예방을 살펴본 결과는 다음 [그림 9]와 같다. 일차적 예방은 개인의 경제적 문제를 지원하는 연금제도를 들 수 있고, 은퇴이후 사회적 관계망을 확충시켜 줌으로써 사회적 지위와 역할을 유지시켜주는 것을 지원하고 있다. 그러나 여기서는 일차적 지원정책보다 이차적 지원정책에 초점을 두고 살펴보려고 한다.



[그림 12] 미국의 자살요인과 이론적 모델 및 예방대책과의 관련성⁶⁾

6) 출처: 김형수(2002). 미국 노인자살과 예방대책의 연구 및 시사점.

1. 게이트키퍼 프로그램(Gatekeeper)

게이트키퍼는 지역사회 내에서 상대적으로 열악한 환경에 놓인 노인들과 접촉빈도가 높은 사람들을 대상으로 교육과 훈련을 통해 자살가능성이 높거나 자살 위험성이 높은 노인들을 조기에 발견하여 자살예방전문기관에 의뢰함으로써 노인 자살을 예방하기 위한 목적으로 수행되는 프로그램이다. 노인자살과 우울증에 관해 교육과 훈련을 받을 수 있는 게이트키퍼 대상으로는 사회복지관 종사자와 아파트 관리인, 성직자, 보건의료기관 종사자 및 지역에 거주하는 경찰관, 소방관, 약사와 은행원, 등 직업상 지역사회에서 노인과 자주 접촉하게 되는 사람들이다(보건사회연구원, 2009).

게이트키퍼가 의뢰한 노인은 지역의 자살예방기관의 전문가가 방문하여 평가와 사례관리 및 개입에 필요한 정보를 수집하게 된다(김형수, 2002). 이 제도는 노인과 자주 접촉하는 일반인을 게이트키퍼로 활용하여 지역사회에서 노인을 관찰하는 역할을 부여했다는 점과 이러한 게이트키퍼로 인해 자살이나 우울증과 같은 위험요인이 높은 노인을 정신건강센터에서 체계적으로 관리한다는 점에서 매우 의미가 있는 제도라고 볼 수 있다.

2. Tele-Help/Tele-Check(김형수, 2002)

Tele-Help 서비스는 위기에 처한 노인들이 도움을 즉시 요청할 수 있는 경보시스템으로, Tele-Check 서비스는 훈련된 직원에 의하여 일주일에 두 번 정도 전화접촉을 통해 노인들을 위한 정서적 지지와 욕구평가를 위해 활용되어 진다. 이러한 전화서비스는 원래 노인들을 위한 가정원조서비스가 주된 목적이었으나 자살예방서비스로서도 좋은 효과를 발휘하고 있다(김형수, 2002).

3. 노인자살예방센터(Center for suicide prevention-Hot Lines)

노인자살예방센터는 서비스 대상자인 노인이 직접 전화를 걸어 상담을 하거나 상담자들이 직접 아웃리치를 통해 전화 상담을 하게 된다. 이를 통해 지속적인 연계서비스를 제공함으로써 노인 자살을 예방하기 위한 노력을 하고 있다. 이러한 전화상담 서비스는 노인자살과 우울에 대해 사전 교육과 훈련을 받은 직원 및 자원봉사자들에 의해 이루어지고, 365일 24시간 위기전화를 통해 어려운 상황에 처해 있는 노인에게 감정적인 지지를 포함한 위기개입과 정보제공을 목적으로 전화서비스를 제공한다(보건사회연구원, 2009).

예를 들어 샌프란시스코 노인 자살예방센터(Center for Elderly Suicide Prevention & Grief Counseing)에서 시행하는 ‘우정의 전화(Friendship Line) 프로그램’을 살펴볼 수 있다(보건사회연구원, 2009). 이는 24시간 전화 서비스를 통해 노인들에게 정서적인 지지와 의뢰 서비스에 대한 정보를 제공하며, 만약 고위험군 노인이 발견되면 가정방문을 병행하며 여러 가지 자문이나 정신건강 서비스를 적극적으로 제공하는 집중적인 예방 전략으로 전환하고 있다(Fiske and Arbore, 2000).

4. 교육 및 훈련 프로그램

지역사회 내에서 지역주민 및 전문가를 대상으로 노인자살 예방 교육프로그램을 제공함으로써 자살위험이 높은 노인들을 판별할 수 있는 정보와 지역사회 내 활용 가능한 자원에 관한 정보를 제공하고 있다. 이 프로그램은 노인과 그 가족들 그리고 직업적으로 노인에게 서비스를 제공하는 사람들에게 노인성 우울증과 자살행위의 위험을 인식하게 하고 이러한 문제에 대응하는데 필요한 정보와 기술을 제공함으로써 위기상황에 대처능력을 높이는 것을 목적으로 하고 있다.

이러한 교육프로그램은 노인 자살의 위험요인이 되는 인구학적, 상황적 요인들을 숙지 및 분석, 자살을 경고하는 신호 및 단서에 대한 훈련, 의뢰 가능한 지역사회 자원의 존재와 활용에 대해

학습, 다양한 노인자살의 유형에 대한 인식과 전문지식 습득, 자살자 유가족에 대한 배려 및 지지, 노화와 노인에 대한 일반적인 지식을 숙지하는 것을 기본 내용으로 하고 있다(Mcintosh, 1995; De leo & Scocco, 2000).

제2절. 영국

영국은 자살률을 감소시키기 위해 정부차원에서 다차원적 노력을 기울이고 있는데, 건강 및 사회서비스기관(Health and social care agencies), 정부부처(government departments), 자발적 민간부문 기관(voluntary and private sector organizations) 등과 협력하여 다양한 측면에서 자살예방사업을 추진하였다. 특히 지역사회 정신보건서비스를 중심으로 자살예방사업이 활발히 이루어지고 있는데, 이는 고위험 집단에 대한 일차적 자살예방으로서 지역사회의 정신보건서비스 강화를 통해 자살을 예방하고자 하는 것으로 이해될 수 있다.

최근에는 영국의 자살률은 노인보다 젊은 층이 더 높게 나타나고 있지만, 영국정부의 자살예방 정책은 노인 자살의 원인이 되는 정신건강문제에 초점을 두고 있는데, 영국은 노인의 정신건강문제 개선을 위해 통합적인 정신보건서비스의 접근성을 보장하고 의학 적 진단 하에 노인 및 부양자에 대한 지원을 제공하고 있다(보건사회연구원, 2009). 이에 영국의 지역정부들은 정신건강 문제를 지닌 노인에 대한 Older Persons Mental Health Programme을 실시, 지역 내 1차 보호기관의 자살 감사보고서(Suicide Audit in Primary Care Trust Localities) 발간을 통한 감시 강화, 사별자 지지프로그램(Bereavement Pack)의 보급과 활성화 등 다양한 자살예방사업을 운영하고 있다(보건사회연구원, 2009).

1. 지역사회정신건강서비스

영국의 정신보건서비스와 자살예방프로그램은 자살의 주요 원인이 되는 정신건강 문제를 가진 사람에게 자살예방서비스를 제공하고 있다. 지역사회 중심의 자살예방서비스들은 지역사회 내의 자살 고위험집단들의 정신건강이 개선될 수 있도록 통합적인 접근을 시도한다. 자살위험에 노출된 노인들에게 지역사회 정신보건서비스와 자살예방프로그램을 제공함으로써 자살예방을 위한 노력을 하고 있다.

1) GP 서비스⁷⁾

영국에서 대부분의 사람들이 건강보험(NHS)서비스를 이용하게 되는 첫 번째 통로는 GP(General Practitioner)이다. GP는 정신건강 문제를 진단하고, 의료진 또는 상담가 등에게 정신건강 관련 욕구를 사정하도록 의뢰할 수 있다(보건사회 연구원, 2009). 때문에 영국에서는 GP가 지역사회 정신건강 감독자가 되는 것이다.

많은 정신건강문제들이 GP들에 의해 직접 다루어지고 있지만, 전문적인 치료가 필요한 경우 Impatient hospital care나 지역 정신건강 서비스 같은 이차적 정신건강서비스에 의뢰된다. 정신건

7) 출처: 보건사회연구원(2009). 노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색.

강문제를 경험하는 대부분의 사람들이 도움을 청하는 첫 번째 사람이 GP로 정부는 GP가 정신건강문제를 겪는 사람들을 치료하고, 돌보는 핵심적인 역할자로 규정하고 있다.

GP는 정신건강의 어려움을 가지고 있는 지역사회 노인 및 위험대상자와의 상담을 통해 필요한 서비스와 진단에 대해 평가한다. 또한 약물치료, 상담, 인지행동치료(cognitive behaviour therapy) 혹은 지역자조집단 등의 치료법에 대해 조언을 해주는 역할을 한다.

뿐만 아니라 일상적인 생활과 관련하여 정신건강문제를 개선하기 위한 운동과 조언, 휴식 및 다이어트 등에 대해서도 조언을 하며, 지역사회에서 정신보건서비스를 이용하는 대부분의 정신보건서비스 이용자들이 받는 대부분의 서비스를 담당한다. 그러나 GP가 관리하거나 치료하기에 어려울 경우 보다 전문가인 정신과의사, 심리학자, 사회복지사, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사 또는 정신보건사회복지사((community mental health teams, 이하 CMHT)에 의뢰하여 전문적 서비스를 제공받을 수 있도록 한다.

GP와의 면담내용은 비밀이 보장되며, 본인 요청 시에만 가족들에게 상담 및 치료내용에 대한 정보를 제공하도록 하고 있다. 이처럼 긴급한 정신건강문제로 CMHT나 정신전문의 등에 의뢰되었을 때도 GP는 의학적 처방, 정신건강을 위한 지속적인 케어서비스 등 정신보건서비스의 중요한 역할을 담당한다.

2) 지역사회 정신건강팀(Community mental health teams-CMHTs)⁸⁾

심각한 정신건강문제를 가진 경우 GP는 지역사회 정신건강팀(CMHTs)에 서비스를 의뢰하게 된다. CMHTs는 지역사회에서 정신건강문제를 가진 개인을 지원하기 위해 정신과의사, 사회복지사, 심리학자, 지역사회간호사, 작업 요법사, 상담사, 정신건강사, 아웃리치가 등 정신건강 전문가들로 구성되어 있는데, 이렇게 다양한 영역의 전문가로 구성된 CMHTs는 약물치료, 상담 또는 정신건강치료 뿐 아니라 사회관계, 고용, 경제적 상황 등의 일상생활 어려움에 관한 서비스도 통합적으로 제공할 수 있다(보건사회연구원, 2009). 또한 CMHTs는 정신건강문제를 가진 대상자의 주 부양자에게도 서비스를 제공하는데, 이들에게 정신건강 개선을 위한 정보와 조언 및 격려, 교육을 제공하며 경우에 따라 지역사회 자원을 연계해주는 서비스도 지원한다.

CMHTs는 지역에 따라 다소 차이가 있지만, 대부분 사무소나 클리닉센터에서 서비스를 제공하고 있고, 상황에 따라 서비스 이용자의 자택이나 이용자기 있는 장소에서도 서비스를 제공하고 있다. 일단, 서비스가 의뢰되면 서비스 적격판정 절차를 거쳐서 서비스 제공여부와 유형을 결정하게 된다. 이 때 서비스이용자는 자신에게 가장 적합한 서비스 제공자를 CMHTs 중에서 결정할

8) 출처: 보건사회연구원(2009). 노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색.

수 있으며 팀의 각 멤버들과 일대일 미팅을 통해 서비스를 받고, 업무 외 시간에도 전화서비스를 통해 서비스를 제공받을 수 있다.

CMHTs에 의뢰된 사람들은 서비스 이용 시 담당 Keyworker를 배정받는데, 이들 Keyworker는 서비스 이용자가 필요로 하는 서비스와 지원, 치료 등을 확인하고 다양한 기관 및 사람들이 정신 건강문제와 관련하여 어떠한 서비스를 제공받고 있는지를 파악하고 있다. 이들 Keyworker는 GP가 의뢰한 사람이 CMHTs를 통해 어떤 치료와 지원을 받고 있는지 통보하여 GP가 자살위험 대상자 발견부터 서비스가 종료될 때까지 사례관리가 이루어질 수 있도록 돕는다. 이 서비스를 통해 자살위험이 있는 대상자들을 조기에 발견하고 개입함으로써 자살을 예방하고 있다.

3) NHS Direct :전화상담회⁹⁾

NHS Direct는 전화상담 서비스로 정신건강을 위한 지역사회 서비스에 대한 다양한 정보제공, 약물치료, 치료방법, 희망서비스 등에 대한 상담서비스를 제공한다. 이러한 서비스는 다양한 언어로 이용가능하며, NHS Direct 홈페이지를 통해 정신건강과 관련된 정보를 확인할 수도 있다.

이 서비스는 사용자가 익명으로 전화를 하더라도 아웃리치가 가능하도록 전화번호와 주소를 남기는 것을 원칙으로 하고 있지

9) 출처: 보건사회연구원(2009). 노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색.

만, 이용자에 대한 비밀보장의 원칙에 의거하여 서비스 이용자가 위급할 경우에만 이용자의 상황에 대해 다른 사람에게 알리는 것을 원칙으로 하고 있다. 이 서비스는 전문적으로 교육을 받은 전화상담사가 이용자의 문제나 욕구를 확인하고 의학적 조언을 원하거나 필요한 경우 간호를 파견하거나 전화통화를 할 수 있도록 조치를 취한다.

제3절. 일본

1998년에 자살이 급증하면서 일본 정부는 2002년 자살방지대책전문가간담회를 설치하고 자살예방과 관련된 기본사항과 필요대책을 포함한 자살예방제언을 발표하였으나, 정부 차원의 포괄적 자살대책은 발동되지 않았다. 일본사회에서 자살은 사회적 문제가 아닌 개인적 문제라는 인식이 높았기 때문에 정부차원에서 적극적인 개입을 지원하기보다 지역이나 직장에서 우울증을 포함한 정신건강 관련 대책을 장려하는 수준이었다.

그러나 1998년 이후 일본사회 내 자살이 급증하면서 그 원인이 경제적문제와 생활문제 그리고 열악한 노동환경 및 실업 등 사회구조적 문제로 밝혀지면서 자살에 대한 정부차원의 개입의 필요성이 제기되었다. 더욱이 기존의 자살예방 개입이 일본사회 내 자살을 예방하는데 효과가 없었고 자살자 유족에 대한 지원이 절실하다는 주장이 제기되면서 사회문화 및 경제학적 관점 등을 포함한 다각적안 자살예방대책이 필요하다는 주장이 제기되었다. 이에 2006년 6월 자살대책기본법안이 국회에 제출되어 10월에 시행되었고, 2007년 6월 기본법에 명시된 사항을 실현하기 위해 정부가 구체적 국가실천전략으로 제1차 자살종합대책이 발표되었다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

가. 개인적, 사회적 요인을 고려한 종합적 대처

- 나. 자살 예방의 주역으로써 전 국민의 책임 의식 강화
- 다. 전체 과정에 접근: 사전예방, 위기대응, 미수자 및 유족에 대한 사후지원
- 라. 자살예방 관련 관계자와 연계하여 포괄적 지원
- 마. 자살의 실태해명 추진을 바탕으로 근거에 기초한 시책 전개
- 바. 단기적 성과보다 중장기적 시점에서의 자살대책 추진

일본에서 시행된 제1차 자살 종합대책의 우선과제는 자살실태 조사와 자살에 대한 국민의 의식을 계몽시키는 것, 그리고 조기대응의 중심 역할을 하는 인재 즉, 미국의 케이스키퍼와 같은 역할을 할 수 있는 인재를 양성하는 것이다. 이와 함께 건강한 마음공동체 형성을 통해 지역사회 내에서 자살률을 낮추기 위한 노력을 기울이고 있다(이혁구, 2015). 그러나 일본의 자살대책기본법과 자살종합대책 대강을 근거로 정부와 지자체, 민간단체 등에 의한 제도 및 서비스의 증가에도 불구하고, 자살률이 상대적으로 감소하지 않았다는 점과 자살이나 정신질환에 대해 전문가의 도움을 받는 것에 대한 인식이 미흡한 점을 비롯하여 유효성이나 효율성, 우선순위 등에 대한 고려가 부족하여 전국적으로 획일적 대책 실행의 문제점이 지적되고 대책의 중복 및 결핍이 확인된다는 것이 본 제도의 한계점으로 지적되었다(이혁구, 2015).

이러한 논의를 한계를 극복하기 위해 일본정부는 2012년 8월 제1차 자살종합대책 시행 결과를 근거로 제2차 자살종합대책을

수립하였다. 이는 다음 <표 6>에 제시하였다.

<표 6> 제2차 자살 종합대책의 기본방침¹⁰⁾

기본방침	내 용
개인적, 사회적 요인을 고려한 종합적 대처	<ul style="list-style-type: none"> • 사회적 요인에 대한 개입, 우울증 조기 발견 및 치료, 자살 및 정신질환에 대한 의식 개선 및 정보제공, 대중매체의 자주적 대처에 대한 기대
자살 예방의 주역으로써 전 국민의 책임 의식 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 자살을 생각하고 있는 사람이 보내는 신호에 민감하게 반응하여 전문가에게 의뢰하고 필요한 도움을 받을 수 있도록 하는 것이 중요.
단계별, 대상별 대책의 효과적 조합	<ul style="list-style-type: none"> • 사전예방, 위기대응, 자살미수자 및 유족에 대한 사후지원을 포함하여 각 단계마다 효과적 시책의 강구 필요.
자살예방 관련 관계자와 연계하여 포괄적 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 자살예방을 위한 정신보건적, 사회, 경제적 관점을 포함한 포괄적 지원 대책이 중요함.
자살의 실태 해명 추진을 바탕으로 근거에 기초한 시책 전개	<ul style="list-style-type: none"> • 정부, 지자체, 관계기관, 민간단체 등이 가지고 있는 정보를 집약하여 지역별 자살실태 및 실정에 맞는 대책 수행 필요

10) 출처: 이혁구(2015). 질적연구조사를 통한 자살예방모델 개발과 제도개선 방안.

<p>시책의 검증 및 평가를 겸비한 중·장기적 시점으로의 자살대책 추진</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 자살예방 시책의 진행 상황 및 효과성, 효율성을 검증 및 평가하고, 직접 검증하기 어려운 경우 중간 실행 목표 설정.
<p>정책 대상의 연령집단별 대책과 자살 미수자에 대한 대책 추진</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 젊은층과 중장년층 그리고 노년층 각각에 맞는 맞춤형 자살지원 대책을 마련하고 서비스를 지원하고 있음
<p>생활 곤란이나 스트레스 대처 방법 교육에 대한 지원, 교내 자살미수 발생 시 학생들의 심리적 돌봄 지원.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 정부의 역할: 인프라 구축, 관련 기반과 제도의 정비 및 지원, 전 국민 대상으로 한 시책 및 사업 추진 • 지자체의 역할: 해당 지역의 자살실태를 분석한 결과를 근거로 하여 지자체는 정부와의 연계, 협동을 바탕으로 지역 실정에 맞는 실질적 자살대책을 자체적으로 기획하여 실시

1. 지역별 자살예방대책 지원 방안¹¹⁾

일본의 니가타현의 토오카미찌시(구 마즈노야마촌)의 경우 고령자 자살을 예방하기 위해 자살대책반 활동을 수행하고 있다. 토오카미찌시는 니이가타현 남서부에 위치하고 있고 인구는 약 3천

11) 출처: 이혁구(2015). 질적연구조사를 통한 자살예방모델 개발과 제도개선 방안.

명 정도이며 주요 산업은 농업이다. 일본 전체 자살률 평균보다 높은 자살률을 보였던 토오카미찌시는 노인 자살의 심각성을 심각하고 1985년부터 진료소 의사와 당시 니이가타대학 소속 정신과 의사가 자살대책팀을 구성하여 고령자 자살을 예방하기 위한 대책에 착수하였다.

자살대책팀은 시와 인접한 지역의 고령자의 고령자 자살과 우울증 역할조사를 실시하였고, 지역별로 우울증이 의심되는 주민을 발견하기 위한 조사를 수행하였으며, 우울증 고위험자에 대해 의사와 보건사가 방문하여 면접조사를 실시하고 우울증으로 진단되는 경우 진료소 의사와 정신과 의사, 보건사가 우울증 치료, 보건지도, 지원계획에 대해 논의 후 개입하였다. 또한 고령자 자살 예방계몽강연과 건강상담회가 개최되었다. 그 결과 토오카미찌시는 자살대책반 활동 이후 자살률은 감소하였고 이는 일본 내 다른 지역에 영향을 주어 타 지역의 자살대책 실시의 본보기가 되고 있다.

아키타현 유리혼조시(구 유리촌)에서는 고령자 자살에 관한 주민의식조사와 삶의 만족도 조사를 실시하여 고령자를 위한 보건복지 대책을 추진하고 지역주민의 계몽활동을 시행하고 있다(이혁구, 2015). 반면, 아오모리현 로크노헤촌은 마음지킴이 활동을 하고 있는데, 이 활동은 자살위험이 높은 사람들을 발견하고 이에 대응하기 위해 게이트키퍼를 육성하는 사업이다(이혁구, 2015). 병원이나 노인복지시설에 일하는 간호사, 관공서의 보건사를 대

상으로 자살예방과 우울증의 조기발견, 대응에 관한 교육을 실시하고 이러한 교육을 받은 사람이 <마음 지킴이>로 등록 되어 활동하게 된다.

또한 카나가와현 야마토 시에서는 일본 후생성의 자살대체모델지구사업에 응모하여 2007년부터 지역자살대책을 실시하고 있는데, 여기서는 일반시민과 민생아동위원, 간호종사자, 위생노동 담당자 등을 대상으로 스트레스 대처교육인 <내 마음 서포트 강좌>와 게이트키퍼들을 위한 <마음 서포트 강좌>를 개최하고, 자살대책을 위한 연락망 구축과 실무자집단을 구성하여 2009년부터 대책플랜 작성 및 공표하였다(이혁구, 2015).

그 외에도 요코하마시립대학병원에서는 자살미수자에 대한 사례관리를 하고 있는데, 구체적인 내용은 먼저 환자의 이송 직후 가족과 의료기관에서 자살자 관련 정보수집과 환자와 신뢰관계를 형성하고 심리적 위기개입, 그리고 정신과 의사로부터 정신상태의 평가 및 심리교육, 정신과 치료의 도입, 마지막으로 정신과 의사와 사회복지사의 협력으로 심리사회적 평가 실시와 일상생활 복귀를 위한 자원 연계를 수행하고 있다(이혁구, 2015). 그러나 이러한 과정은 반드시 상기 순서대로 이루어지기 보다는 동시에 진행되는 경우가 많다.

제5절. 소결

본 장에서는 외국의 노인자살관련 정책을 살펴보아 한국사회에 적용가능성을 살펴보고자 수행되었다. 그 결과는 다음과 같다.

첫째, 미국과 영국 그리고 일본의 경우 노인자살에 있어서 지역 사회 내 서비스지원을 강화시키고 있었다. 즉, 노인 자살은 한 가지 문제로 유발되기보다 다양한 문제들이 복합적으로 작용하여 자살행위를 유도하기 때문에 사회복지사 한 사람의 판단에서 개입하기보다 전문 의료인을 비롯하여 이웃주민 등이 모두 노인 자살예방을 위해 투입된다. 특히 우리사회는 다른 선진국보다 복지서비스의 접근성이 한계가 있다. 이는 지역사회에서 노인과 자주 접촉하는 사람이 아니고서는 노인의 문제에 대해 민감하게 대응하는데 한계가 있다는 것을 의미한다. 우리나라에서는 2012년 한국자살예방협회가 한국형 자살예방교육 프로그램 ‘보고·듣고·말하기’를 개발하고 활용하였으며, 이후 다양한 게이트키퍼교육의 효과를 확인한 연구가 발표된 바 있다(백종우 등, 2014). 복지서비스의 접근성이 열악한 우리사회에서 독거노인을 위한 맞춤형 사례관리를 위한 대안으로 게이트키퍼를 양성한다면 그 효과는 더 높을 것으로 기대한다. 게이트키퍼의 양성은 지역사회 노인의 기능 상태를 주기적으로 평가할 수 있고, 노인의 욕구중심 서비스 제공을 가능하게 하며 재가서비스와 시설서비스 간 연속성을 유지하면서 보건, 의료, 복지 서비스를 포괄적으로 제공함으로써 효

과적인 사례관리를 운영할 수 있다(June, et al., 2009). 때문에 게이트키퍼 제도를 확대 시행한다면 노인 자살예방의 효과를 거둘 수 있을 것으로 본다.

둘째, 일본의 경우 노인자살대응이라는 측면에서 생각해볼 때 정부대응에서의 소외를 지역사회 복지활동이 커버 하고 있는 부분을 감안하면 2009년부터 실시된 지역자살대책강화기금의 조성은 노인의 지역사회지원에 주요한 역할을 하고 있다(오영란, 2013). 특히 자살대책 관련 예산 중 ‘사회적 대응’으로 지원하는 사업영역에서 야마가타현(山形縣)의 경우, 그 지역의 노인독거가구비율이 높은 점(18.2%)을 활용하여 재가노인 방문상담사업을 실시하고 있는데, 이는 독거노인이나 75세 이상의 노인의 집에 자격을 가진 상담원, 지역의 민생위원, 복지상담원 등 다양한 지역자원들이 방문하여 건강상태파악, 고민상담 등의 서비스를 지원함으로써 고립화를 막고 다른 필요한 서비스로 연계하는 일을 주로 담당하도록 하였다(內閣部, 2012; 오영란 2013 재인용). 이는 우리사회에서도 적용 가능한 정책으로 농촌지역을 비롯하여 복지 사각지대에 놓인 지역에 적극 활용 할 수 있다고 본다.

마지막으로 노인자살을 예방하기 위해서는 이를 위한 자원마련이 우선적으로 이루어져야 된다. 한국은 사회복지지출비가 증가하면서 노인자살률이 증가하고 미국은 사회복지지출비가 증가하면서 노인자살률이 감소하는 정반대의 현상이 나타나고 있다(김형수, 2016). 이는 한국과 미국의 GDP대비 사회복지 지출비의

근본적 차이로 인해 발생하는 것으로 볼 수 있는데, 우리사회의 사회복지지출이 지속적으로 증가하고 있다고 주장하고 있지만, 이는 한국은 한 자리 숫자에 머무르고 있는 반면, 미국은 동 기간 동안 두 자리 숫자로 증가한 점이 노인 자살 예방에 직간접적인 영향요인이 되는 것으로 본다.

IV. 노인자살 시도 경험 분석 결과

제1절 조사개요

1. 조사목적

본 조사는 충청북도 노인자살 현황과 시도 경험을 살펴봄으로써 자살을 예방하기 위한 대안을 밝혀내고자 실시되었다. 특히 자살시도 경험이 있는 노인을 대상으로 사례연구를 수행함으로써 향후 충청북도 노인자살 관련 정책과 실천의 기초자료를 제공하는데 목적을 둔다.

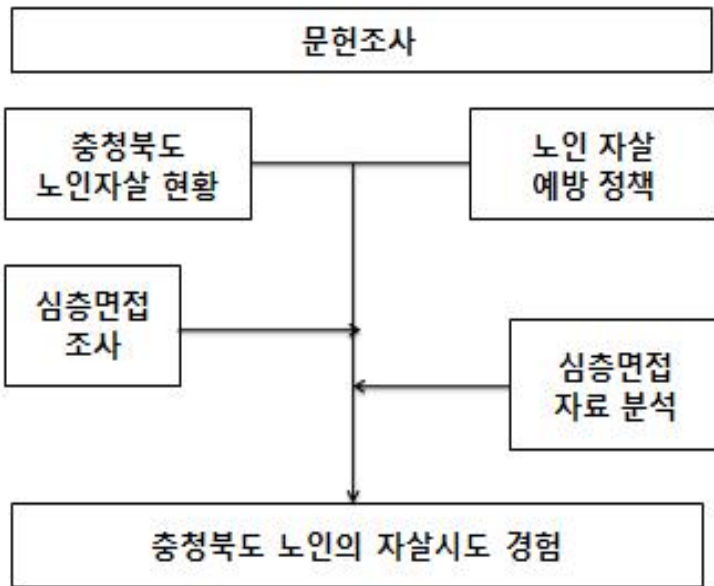
2. 조사내용

본 조사 내용 구성은 관련 선행연구와 문헌검토를 통해 노인정신건강, 특히 노인자살관련 문항을 정리하여 심층면접을 위한 반구조화된 질문지를 작성하여 진행하였다.

3. 조사설계

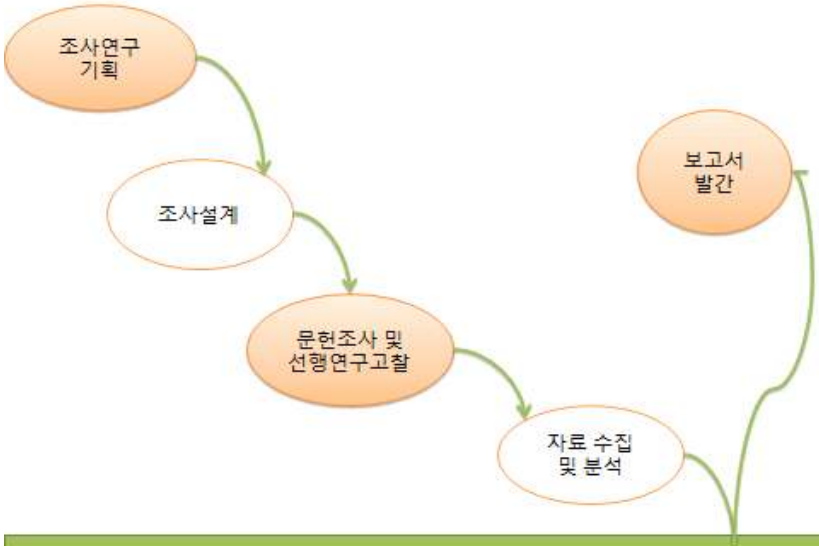
노인 정신건강 중 자살시도 경험을 탐색하기 위해 문헌고찰을 수행한 후 노인자살과 현황을 살펴보았고 문헌고찰을 토대로 심

층면접을 위한 질문지를 구성하였으며, 자살시도 경험이 있는 65세 이상 노인을 대상으로 심층면접을 수행하기 위해 복지관을 비롯하여 관련 기관에 협조요청을 한 결과 인터뷰에 참여하겠다는 의사를 밝힌 대상자 1명을 대상으로 심층면접을 수행하였다. 이와 관련된 절차는 다음 [그림 13]에 제시하였다.



[그림 13] 연구절차

본 연구를 위한 전체 연구조사 절차를 제시하면 다음 [그림 14]과 같다.



[그림 14] 조사절차

4. 조사대상 및 자료처리

노인의 자살시도 경험을 분석을 위한 주된 자료는 연구 참여자와의 심층면접이다. 심층면접은 2016년 11월 연구자가 사례자택을 방문하여 사례자의 거실에서 심층면접이 진행되었다. 심층면접은 150분이 소요되었고 더 이상 질문할 내용을 찾지 못할 때까지 면접이 이루어졌다.

본 연구 참여자는 충북 청주시 00동에 거주하는 80세 남성으로 10년 전 부인과 사별한 후 혼자 생활하고 있었고 슬하에 5남매

를 두었다. 자녀들은 모두 출가하여 첫째 아들은 서울에서 조그만 가게를 운영하고 있고, 둘째 아들은 소방 공무원으로 재직하고 있으며 막내 아들은 참여자의 가업을 이어받아 농업에 종사하였다. 또한 두 딸 중 한 딸은 옥천에 거주하면서 참여자와 한 달에 한 번 정도 왕래를 하고 있었다. 그러나 첫째 딸과 관련된 내용은 언급하지 않았고, 집에 왕래하는 것도 둘째 딸이 주로 하는 것으로 언급하고 있어 첫째 딸과 왕래가 잦지 않음을 추론하게 한다. 이와 관련된 구체적인 내용은 다음 <표 7>에 제시하였다.

<표 7> 연구 참여자 배경

학력	결혼	사별	고향	이주	자녀
초졸	24세 (배우자 :19세)	10년 전 폐암으로 사망	보은	30년	3남 2녀

심층면접을 수행한 후 자료는 모두 전사하였고 전사된 자료를 반복적으로 읽으면서 전체적인 맥락을 파악한 후 사례자의 자살 경험과 관련된 이슈들을 찾고자 하였다. 이 후 원 자료를 분절하였으며 이를 다시 의미단위로 구성하였다. 마지막으로 구성된 의미단위 중 관계가 있거나 유사한 것들을 묶어서 하위범주를 구성하여 범주화 하였다.

5. 분석방법

본 연구는 Yin(2011)이 제시한 단일사례 복합분석단위 설계에 기반을 둔 사례연구방법을 활용하였다. 단일사례 복합분석 단위는 사례가 하나라고 하여 접근할 수 있는 문제나 쟁점이 하나가 아니라는 것을 전제로 한다. 즉, 하나의 사례 안에서 발견하고 접근할 수 있는 문제나 쟁점이 하나만 있는 것이 아니라 다양하고 복합적인 문제들을 포함된다는 것을 전제로 하는 분석방법이다(고미영, 2009).

또한 질적 분석방법 중 하나인 사례연구방법은 잘 알려지지 않은 주제를 탐색하는 수준으로 접근을 시도하거나 민감하고 정서적으로 깊이 있는 주제를 연구할 때 유용한 분석방법이다(유태균 역, 2001). 이에 노인자살 시도 경험과 같이 개인에게 민감하고 정서적으로 깊이 접근해야 하는 문제를 분석하는데 사례연구 분석방법은 매우 유용하다고 본다.

6. 연구의 엄격성과 윤리적 고려

본 연구에서 연구의 엄격성을 확보하기 위해 연구 참여자 세 사람이 분석과 관련하여 논의를 하였고, 노인관련 연구경험이 있는 전문가로부터 자문을 받았다. 그리고 질적연구에서의 윤리적 고려를 위하여 연구 참여자에게 연구목적에 대해 설명하고 동의를

구하였다. 뿐만 아니라 심층면접 내용의 녹음 등에 대한 사항에 대해 설명하고 면접 내용은 연구목적 외에 사용하지 않는다는 약속을 한 후 연구 참여 동의서에 서명을 받았다.

제2절. 분석결과

본 연구는 노인의 자살시도 경험을 토대로 노인자살의 문제를 고찰하고 이를 예방하기 위한 정책 및 실천의 기초자료를 제공하기 위한 목적으로 수행되었다. 이를 위해 사례분석방법을 활용하였고 그 결과는 다음 <표 9>에 제시된 바와 같다.

<표 8> 노인자살 시도 경험 범주

범주	하위범주
결혼 그리고 가난	<ul style="list-style-type: none"> • 꽃다운 나이에 결혼 • 가난 그리고 고생 • 자녀에 대한 미안함
고생 끝에 얻은 병	<ul style="list-style-type: none"> • 자녀들에 대한 고마움 • 폐암 말기 진단
이별	<ul style="list-style-type: none"> • 부인과 사별 • 늦은 후회 • 그리움
자살을 시도함	<ul style="list-style-type: none"> • 건강이상으로 인한 고달픔 • 죽는 것도 마음대로 안됨
면목 없고 서운함	<ul style="list-style-type: none"> • 자녀들에게 면목이 없음 • 서운함 • 허전함
사회적 관계망의 한계	<ul style="list-style-type: none"> • 사회적 관계망의 한계 • 복지관 방문 • 반찬이라도...

행복하지 않은 삶	<ul style="list-style-type: none"> • 행복하지 않은 삶 • 사람이 그리움 • 재혼의 현실적 어려움 • 만남에 대한 기대 없음
우울증	<ul style="list-style-type: none"> • 우울증 • 감정을 다스리려 노력함
온기 없는 집	<ul style="list-style-type: none"> • 온기가 없는 집 • 싸워도 배우자와 함께인 삶이 행복 • 아내에 대한 그리움
가족들 안에서도 혼자	<ul style="list-style-type: none"> • 자포자기 • 자녀와 함께 해도 소외됨
과거 그리고 현재의 삶	<ul style="list-style-type: none"> • 힘을 내어 살아보려고 함 • 마음대로 되지 않는 게 인생 • 그래도 열심히 살았다

1. 결혼 그리고 가난

결혼은 인생의 가장 큰 변화이고 누구나 결혼을 하면 새로운 삶을 꿈꾸게 된다. 사례자는 초등학교 졸업을 하고 줄곧 농업에 종사하다가 같은 마을에 사는 꽃다운 아가씨와 결혼을 하였지만, 결혼 이후에도 지독한 가난으로 심적 고생을 많이 하게 되었고, 이로 인해 자녀들에게 좋은 교육을 제공하지 못했다는 마음의 짐을 가지고 있었다. 더욱이 둘째 아들이 군대에서 모아온 돈으로 가세

를 펼 수 있었고 그로 인해 자식에 대한 고마움과 미안함의 양가 감정을 느끼고 있었다.

꽃다운 나이에 결혼

내가 24살, (아내는)19살. (웃음) 그때야 뭐 예쁘지 다 예뻐. 한참 저기니까.

가난 그리고 고생

이 사람하고는 다른 건 아무것도 안했어. 그냥 우린 농사만 했어 농사만. 고향에서도 그랬고 여기 와서도 그렇고. 그 인제 여기 와서 고생을 많이 했지. 보은에서 애들 오남매를 가르치려니까 뭐 없는 형편에 어떻게.

자녀에 대한 미안함

그래서 애들 교육도 못시켰어~ 그 둘째 놈이 대학교 다니고. 큰 놈은 안한대. 공부는. 그래서 큰 아들은 다른 계통으로 또 그러는데... 뭐 힘을 쓸 수가 있어? 그 바람에 여기 올 때 빗을 지고 왔어. 여기 나올 때. 한 30년 전에. 그러니 이 둘째 놈이 대학교 댕기다 말고 그냥 군대를 들어가서... 그때 이놈이 고생을 많이 했지. 아이 그 때 특전사로 들어가서 돈 하나도 안 쓰고 제대할 때 한 2천만원을 들고 제대했어. 한 삼십년 전에 2천 만원이면 큰 돈이여. 그 지가 고생을 해왔어. 그놈 가지고 조금 어떻게 (땅을 사

셨어요?) 그 때부터는 조금 나아졌지(경제상황이). 뭐 아이고 비빌 언덕이 있어야 비빈다고 아무것도 없으니깐. 진짜 어려웠어 그때는.

2. 고생 끝에 얻은 병

결혼과 가난 그리고 어렵게 만들어진 2천 만 원은 사례자 가정의 한줄기 빛이었고 가난에서 조금은 멀어질 수 있었다. 사례자는 앞 만보며 열심히 살았지만 경제적 여유 없어 자녀들에게 많은 지원을 해주지 못한 것에 대한 미안함은 이 세상 모든 부모가 느끼는 감정이었으리라 생각한다. 그러나 그 환경에서도 부모를 실망시키지 않고 자신들의 삶을 살고 있는 자녀들이 너무나 고맙다고 진술 하였다. 그러나 자녀들을 모두 출가시키고 부부가 둘이 행복한 삶을 꿈꾸던 시기 갑작스럽게 찾아온 배우자의 폐암 선고는 사례자의 삶의 많은 부분을 바꿨다고 하였다.

자녀들에 대한 고마움

그런거는 없어야지. 애들이 뭐 속상하게 하거나 그런건 없어 하나도. 뭐 결혼도 저희가 다 만나서 한기고. 뭐 그럼 어떻게. 데려와서 뭐 어떠냐고 물어보는데, 나쁘다고 해 아님 좋다고 해. 니 맘은 어떻냐. 하고 그래 (결혼)시키고 그런거지 뭐, 다 그렇게 했어. 애들 5남매 다 그렇게 했어 그렇게.

폐암 말기 진단

그래도 그렇게 고생해서 살만 하니깐 (마누라가) 먼저 또 저렇게 가니 뭐. 폐암이 걸려가지고. 작업하다가 아 어째 여기가 뜨끔하다고 하길래. 아이 여기 병원에 한번 가보자고 그랬지. 그니까 다음에 가제, 일하다 걸렸으니깐. 하여튼 진단이 폐암으로 나오잖아. 그러니깐 뭐 어떻게. 아니 말기라.

3. 이별

사례자의 부인은 폐암 말기 선고 6개월 후 세상을 떠나게 되었다. 배우자를 먼저 떠나보낸 사례자는 건강에 이상신호가 오기 전에 미리 건강검진을 하지 않은 것에 대해 많이 후회하고 있었다. 또한 배우자와 사별한지 10여년이 지난 현재 시간이 흐를수록 배우자에 대한 그리움을 더욱 크게 느끼고 있었다.

부인과 사별

손도 못써보고. 치료도 안 된디야. 말기라. 그래서 뭐 꼼짝도 못하고 한 6개월? 뭐 암센터로 병원으로 쫓아다니다가 끝났지 뭐. 10년 됐어 10년. 사별한지가 10년 됐어 10년.

늦은 후회

폐암이라는게 간암도 그러디만은 암이라는 게 다 똑같으대. 표가 안난대요. 그러니깐 미리 진단을 해보고 해야 하는건데, 그게 어떻게 되게... 쯤. 그러니깐 그런 생각을 많이 하지. 그렇지만, 뭐. 생각뿐이지.

그리움

아이고, 소문났지. 사람들한테도. 싸울일이 없어 서로 이해하니깐. 그리고 내 안식구 되는 사람이 키도 크고, 체격이 좋았어. 그러니깐 일하는 것도 뭐 남자같이 하고 그러고 똑같이. 그렇게 했으니까 일도 엄청 했지. (아내 생각)아... 많이 나지.

4. 자살을 시도함

노년기 맞이하는 이별은 개인의 삶에도 많은 영향을 미치게 된다. 배우자와 사별하고 혼자 생활하던 사례자는 담석으로 건강의 이상신호가 나타났다. 담석보다 더 힘들었던 것은 담석수술 후 노화로 인해 회복속도가 늦어지면서 심적 고달픔은 더욱 가중되었다. 특히 몸이 아픈데도 불구하고 누구 하나 돌봐주는 사람이 없다는 생각, 즉 혼자라는 생각에 마음은 더 괴롭고 삶에 대한 의지도 떨어뜨려 자살이라는 극단적인 선택을 하게 된다.

건강이상으로 인한 고달픔

한 3-4개월 되었나? (담석) 수술하고서...(수술)하고서도 회복 되는 기간에 그렇게 아프고 고달프데... 몸이. 그놈의 것이 어찌 그리 피로워...(돌봐주는 사람도 없고)

죽는 것도 마음대로 안됨

그렇지 그러니깐 더 하지. 더혀. 그래 집에 와서 내가 그래서 약을 먹은겨. 아... 그런데 어떻게 그 죽는 것도 마음대로 안되. 아... 참 죽는 것도 마음대로 안 되는 거구나... 그랬지. 고생을 했어 아이고. 그걸 먹고 가서 그걸... 세척을 하는데, 어떻게 또 피로운지. 아... 이렇게 죽는 것도 대단히 힘든 거구나. 그런 생각을 하고.

5. 면목 없고 서운함

자살을 시도했지만 다시 살게 된 사례자는 병원에서 음독한 농약을 세척하는 과정에서 신체적 고통과 함께 아버지로서 자녀들에게 면목 없다는 생각을 갖고 있었다. 그러나 이러한 마음도 잠시, 병원에 입원해 있는 사례자를 뒤로하고 말 없이 집으로 돌아가 버린 자녀에 대한 서운함에 눈물을 흘리고, 몸이 아파도 아프다는 말을 못하는 현실에 대한 허전함을 느끼고 있었다.

자녀들에게 면목이 없음

바로 괜찮어. 그건 바로는 아니지 며칠 지나고야 괜찮아졌지. 차
amna 진짜... 병원에 가서 이 세척하는거에서 부터 아파도 아... 이
게 죽는거이다 하고 각오를 하고 먹은 거니깐. 죽는거구나 죽는
게 이렇게 힘든거구나. 하니깐 그냥 넘어가지대. (허허). 고통 스
러운게 그 고통스러운게 아니여. 야... 참이겨. 내가 아파도 아프
단 소리도 못하고, 내가 그렇게 했으니깐. 애들 보기도 미안하고.
아이고... 내가 아주 그냥... 엄청 나게 미안하지 애들한테가. 째.

서운함

딸이, 옥천에 있는 둘째 딸이 와서 병원에서 한 댕새 있었는데,
아... 그렇게 또 마음이.. 기운이 쏙 빠지고 와가지곤 그렇게 오니
깐 허전해지니깐 더 괴롭대. 댕새 있더니 저도 이제 가야하니깐
간다고도 안하고 갔는데, 어떻게 서운한지 울었어.... (전화)

허전함

간다고 한게 아니라, 갔어. 간다는 소리도 안하고. 어떻게 서운한
지. 기운이 허전해지니깐 그렇게 헛헛해지대 마음이. 아 그러...
큰소리도 못하겠고, 한마디도 못하겠고. 뭐 아파도 아프다는 소
리도 못하겠고. 아주.... 엄청나게 곤욕을 치뤘어. 허허 참.

6. 사회적 관계망의 한계

노년기는 배우자를 비롯하여 가까운 사람들과 이별을 맞이하면서 사회적 관계망이 축소된다. 도시지역은 복지관이나 여가서비스의 접근성이 높지만, 농촌지역은 이러한 부분에 있어 상대적으로 열악하기 때문에 도시지역보다 사회적 관계망이 더 좁기 마련이다. 사정이 이렇다 보니 농촌지역에 거주하는 노인들의 경우 동네에 있는 경로당에서 사람들과 대화를 나누거나 하루를 보내게 된다. 그러나 본 연구의 사례자는 이마저도 여의치 않았던 것으로 진술하였다. 즉, 동네 경로당을 찾아가도 사람들이 나오지 않고 가족들과 집에 머무르는 경우가 많고, 경로당 자체도 남성과 여성이 분리되어 있어 경로당 내에서 식사문제가 해결되지 못하며 이러한 문제로 경로당을 찾는 횟수도 감소하였다.

또한 혼자 있는 시간을 달래려 시내에 있는 복지관을 찾아갔지만, 자신이 원하는 프로그램에 참석할 수 없었고, 일부 프로그램에 참여했지만 사례자의 욕구를 충족시킬 수 없어 지속성을 유지하는 것이 어려웠다. 더욱이 홀로 생활을 하는 탓에 가사일을 스스로 해야하는 부담이 있었다. 물론, 자녀들이 왕래하지만 가끔 방문하는 것으로 식사나 청소 등과 같은 일상적인 문제를 해결하는데 역부족이었다. 이러한 서비스를 받고 싶은 마음이 있지만, 어떻게 신청해야하는지에 대한 정보도 부족하여 이러한 문제를 해결하지 못하고 있었다.

사회적 관계망의 한계

(복지관 가시고 다른 사람들 만나고 그러면) 좀 낫지. 아무래도... 그래서 (경로당)땡기는거지. 가봐도 어떤 때는 모이고, 동네가 조금하니깐. 어떤 때는 그렇고(적고). (여자들은 가서 밥해먹고 그런데 남자들은 그걸 못하니깐) 그런게 있어. 한 대엿명 모일 때도 있고, 어떤 때는 서너명 오고. 그것도 다 나오질 않아. 집에서 안나와 그렇게. 매 나오는 사람만 나오지 안나와.

복지관 방문

(노인종합사회)복지관에 한 번 갔었어... 작년엔가... 가서 뭐 할 게 있어? 그래서 노래라도 배운다고 해서 갔는데, 어찌 가곡하는 데 가 앉아 있으니깐 뭐 재미가 있어? (가요반)신청해야겠어. 그래도 그런데 가서 떠들고 있으면 잔머리(우울한 생각) 안돌아가지.

반찬이라도

누가 반찬이라도 해다 주면 좋겠어. 한 번씩 와서 청소도 하고 반찬만 해도 내가 먹을 수 있는데... 밥은 허는데 반찬은 어찌 힘들어...

7. 행복하지 않은 삶

혼자인 삶이 모두 외롭진 않겠지만, 둘이 함께 생을 보내다가

혼자인 삶을 준비하지 못한 채 홀로 남겨진 사람들은 노년기에 많은 외로움을 느끼기 마련이다. 본 사례자도 갑작스레 배우자와 사별하고 어언 10년의 시간을 보내면서 많은 외로움과 고독감을 경험하고 있었다. 홀로 있는 시간이 늘어가면서 심리적으로 많은 우울감을 경험하고 있었고, 이는 김일식과 신혜숙, 그리고 서호찬(2015)의 주장과 같이 가까운 대인관계 상실과 밀접하게 연관되어 있음을 알게 한다. 이러한 문제에서 벗어나고자 새로운 인연을 찾기도 했지만, 경제적 문제라는 현실에 부딪히면서 이마저도 어렵게 된다. 결국 다른 누군가와 만나서 노년기를 함께 보낸다는 생각은 접게 되고 홀로 생을 살아야 한다는 불안감만 키우고 있었다.

행복하지 않은 삶

그래도 둘이서 살았을 때는 힘든 것도 모르고 되어가는 것도 모르고 그냥 앞만보고 살은겨. 앞에만 잡고 살았는데, 지금은 그런게 다 없어졌어. 재미도 없고, 일도 하기 싫고 그러. 혼자 그런 힘이 있어? 재미로 하는 건데 일도. 아이 재미도 없지. 뭐 아무 재미 없어 그냥. 사는겨 그냥. (사는게) 아무 재미가 없어 그냥.

사람이 그리움

그래 가만히 지금도 있다보면, 그런게 없더니... 그런게 우울증인가봐 그게. 마음이 옛날 고생한 생각하고 그러고 그러면, 마음이

우울해지고 그런게... 그게 우울증 시초인가본데 내가 생각을 해 봤더니. 그럴 때는 얼른 딴 생각을 해도 안돌아서. 그러니깐 첫째는 혼자있으니깐 그게 더 안되 혼자 있으니깐. 누구 대화할 사람이라도 있고 하면, 그런거 생각이 안날테지만, 어쩔 땐 그럴 때가 더러 있더라고. 그래서 정신과 병원에 좀 가보라고 하는걸 아유 안갔어... 가나마나 뭐 뻔하지 뭐.

재혼의 현실적 어려움

한 뭉, 아파트 하나니 뭐니 떠들고 하길래. 그걸 해주면 산다는거. 그래서 선배들한테 경험담을 좀 많이 들어봤어. 그랬더니 해주면 안된대. 그 사람은 안 살 사람이지 살 사람은 그런 말 안한대. 또 몇 사람을 꺾어봐도 돈 내준 사람들은 다 날라갔어. 못 산대. 그래. 그게 안 되는 거더라고. 아 그라고 여자들은 또 애들이 있으면 거기서 그냥 살게 되있어. 애들 밑에서. 그래서 남자만... 힘들어. 그리고 지금 살기가 옛날에는 먹고 살기가 힘들었잖아. 먹는 것도 밥 목에 넘기는 것도 힘들었는데, 그 때는. 옛날에 우리 어릴 적만 해도 저기 거시기 하는 사람도 (중매 결혼?) 많이 있었는데, 지금은 먹고 살기가 걱정 없으니깐 뭐,

만남에 대한 기대 없음

둘이라도 이렇게 이야기하면서 봐야하는 거지. 텔레비 혼자 보면 아무재미도 없어. 그런 것도 이제 내가 할라고 몇 군데 (연락)해

봤어 처음에. 그랬더니 그것도 마음대로 안 되더라고. 이게 뭐. 그냥... 기분 좋게 살려고 그렇게 하는 건데 안 돼. 그게. 아니 소개? 소개해가지고 이제 되겠어? 이제는 다 틀렸지. (침묵) 아 그래가지고 몇 사람한테 얘기를 해보니깐. 돈을 요구를 하더라고 돈을.

8. 우울증

우울한 감정은 모든 인간이 경험할 수 있지만, 이러한 상태가 지속되고 심각한 수준에 이르게 되면 근심, 침울함, 무력감, 자신에 대한 무가치감 등의 문제를 유발하여 노년기 정신건강을 훼손하게 된다. 본 사례자도 배우자와 사별 후 심리적 고독감과 우울감을 느끼고 있었다. 즉, 아내를 생각할수록 너무나 그리움이 사무친 나머지 우울증상을 보이는 것이다. 그럴 때마다 자신의 감정을 다스리려 밖으로 외출을 하거나 다른 생각을 유도하여 스스로를 통제하고 있었다.

우울증

어짜피 뭐 자꾸 (아내를)잊어버리려고 노력을 하지 이제. 생각을 자꾸 전환을 시켜. 어쩔때는 생각이 전환이 안되는 경우도 있어. 그럴 때면 마음이 자꾸 우울해지고. 슬퍼지더라고. 그게 우울증이야. 내가 지금 생각해보니깐 그러. 우울해져. 자꾸 울고 싶고. 그리고 그럴 때면, 이렇게 전환을 시켜도 잘 안 돼.

감정을 다스리려 노력함

그럴 때도 있고, 이제 그냥 돌아다닐 때도 있고. 이렇게 보문성 돌아 다니는거 그게 제일 답이여. 안 그러면 누구랑 대화라도 하면 그런거 없어질 수 있는데, 이거 대화할 사람이 없고 그러니깐 그 방식 밖에 없지 뭐.

9. 온기 없는 집

가족은 인간을 성장시키며 안전하게 보호하는 장(場)이다. 인간은 자신에게 긍정적 에너지를 주고 지지해 주는 가족이 있기 때문에 사회에서 개인의 역량을 다할 수 있는 것이다. 따라서 가정은 따뜻함과 포근함, 그리고 심리적 안정감을 가져다 주는 공간이다. 그러나 10여년의 시간을 홀로 생활한 사례자는 가정에서 훈훈한 온기를 느끼지 못하고 있었고, 다른 사람들이 가정에서 배우자와 함께하는 모습을 매우 부러워하고 있었다. 배우자에 대한 그리움이 커져갈 때면 자신의 배우자와 성격과 외모가 많이 닮은 둘째 딸을 보고 싶어 했고 딸을 통해 마음의 위로를 받고 싶어 했다.

온기가 없는 집

(혼자된 사람이)있어 여기서. 그 사람도 혼자된 사람이고 그래, 나하고 동갑이고 자주 만나. 그런 것도 이따금씩 만나야 만날 때

만 저기 한겨지 뭐. 생활하는데 무슨 보탬이 되? 가정이라는 건 두 내외가 살아야 서로 힘이 되는 거지. 혼자 살면 암만 잘해도 힘이 안되. 보니까 그래. 남자도 그렇고 여자도 그렇고 똑같더만. 남자도 일하고 집에 오면 좀 식구라도 있고 집안에 사람이 있으면 마음이 훈훈해지는데, 마음이. 집에 사람이 아무것도 없다. 그러면 문 열고 들어오면 썰렁해져. 대부분. 그게 거기서부터 그래. 야... 그래서 가정이 1인계구나... 생각이 들어.

싸워도 배우자와 함께인 삶이 행복

아니 다른 사람을 봐도 그래. 암만 싸우고 그래도 같이 있어야 좋데. 다른 사람들도 얘기 들어보면 그래. 암만 싸워도 같이 있어야 좋지. 그러다가 누구 하나 떨어져봐. 아무 힘도 없어. 누가 뭐라고 안 해도 외로워지고. 그렇게 돌아나는겨. 그러니 나는 혼자서도 놀러는 많이 당렸는데, 둘이서 오는 걸 보면 그전엔 안 그랬는데 지금은 자꾸 외로운 생각이 들어. 그래서 덜 가져. 지금은.

아내에 대한 그리움

둘째 딸이 그래. 옥천 사는데 체격도 좋고, 남자 스타일이야. 아 트럭도 끌고 다니고 그래. 자꾸 와져? 지도 바쁘니... 그래도 와서 마음을 시원하게 해줘. 그놈이 와야 농담도 잘하고. (웃음)

10. 가족들 안에서도 혼자

가난의 고통이라는 터널을 지나 이제는 부인과 함께 행복한 노후를 꿈꾸던 사례자는 갑작스런 병으로 부인과 이별한 후 삶이 많이 변하였다. 특히 배우자와 함께 복지관 댄스 프로그램에 참여하고 여행도 다니며 성공적이고 행복한 노후를 꿈꿨지만, 이제는 이러한 모든 일들을 함께 할 수 있는 동반자가 없다는 생각에 삶에 대해 자포자기하고 있었다. 시간이 흐를수록 자녀들과 함께 있어도 배우자가 없는 허전함을 느끼고 있었고, 이러한 감정이 반복되면서 자녀들과 함께 여행가거나 하는 일들도 점차 감소하게 되었다.

자포자기

그렇지. 재미있게 사는 생각도 많이 해보지만, 그게 안 되잖아요. 그러니깐 이제 뭐 되는대로 살아야지 어떻게. 생각이야 많이 하지. 재미나게 살... 아니 저기 마누라 살아있을 때지. 복지관에 스포츠 댄스 이런거 들어서 신청을 해뒀어. 에이 그놈이나 배워서 (아내랑)둘이 놀러 다니려고. 신청을 해놨는데. 그 때 돈을 압튼 했는데. 그 뒤에 (배우자 암판정) 뭐 어쩔 수 있어. 못하겠다고 하니깐 돈도 내주지도 않아.

자녀와 함께 해도 소외됨

그전에는 많이 다니고 그랬는데, 여름방학 때도 같이 가자고 하는

데, 그전엔 많이 다녔어. 근데 지금은 안가 내가. 아이. 마음이 괴로워 이제는. 마누라 식구 있을 때는 재미있더니 지금은 마음이 괴롭기만 하더라고, 이상하더라고. 혼자 있으니깐... 그런 데 가면 더 외로워져 마음이. 마누라가 있으면 괜찮은데.. 재미도 있고 그런데, 지금은 괜히 더 쓸쓸해지고 그래서 안가.

11. 미래의 삶

인간은 누구나 성공적인 노화를 꿈꾼다. 그러나 배우자의 상실, 사회적 관계망의 축소, 자녀들과 낮은 친밀감으로 인한 소외감과 외로움과 고독감은 성공적 노화에 대한 기대감을 떨어뜨리게 된다. 이렇게 품위 있는 노년의 핵심이 모두 결여된 사례자는 메마른 삶을 살게 된다. 그래도 뒤 돌아 봤을 때 열심히 살아왔던 자신의 삶에서 조금이나마 마음의 위로를 찾고 있었다.

힘을 내어 살아보려고 함

거기 가서도 복지관에 한번 갔었어. 작년엔가... 가서 뭐 할게 있어? 그래서 노래라도 배운다고 해서 갔는데, 어찌 가곡하는 데 가 앉아 있으니깐 뭐 재미가 있어? (복지관 노래)신청해야겠어. 그래도 그런데 가서 떠들고 있으면 잔머리 안돌아가지.

마음대로 되지 않는 게 인생

나도 반반이여 반반. 그러니깐 마음대로 안 되는게 인생이여, 가

만히 지나보니까 세월이라는게 흘러가는 물결이랑 똑같어. 아무
흔적도 없고, 내 마음대로 되도 안하고. 이걸 뭐.

그래도 열심히 살았다

아니 나는 젊어서건 돈이 뭔지 알았어. 돈을 좀 벌어야겠다. 그래서
일은 많이 했어 밤에도 하고 담배농사도 하고. 옛날에 담배농
사도 참 한창 했어. 두 내외가 실컷한겨 일을. 내가 담배농사 반
장을 몇 번이나 하고 했었는데, 그래도 뭐 어떻게 되게 애들 교육
을 못 시켰어. 그것도 후회되지 뭐. 미련은 없어 뭐 잘 한거지. 내
하고 싶은 거 했으니까. 내가 뭐 헛돈을 쓰거나 그래서 교육 못시
킨건 아니니까. 나는 그런 나쁜 짓은 하지 않았으니까. 그래도 열심히
살았어...

V. 결론 및 함의

1. 결론

본 연구는 노인 정신건강에 대한 이해를 토대로 노년기 자살시도 경험과 삶에 대해 살펴봄으로써 충청북도 내 노인자살을 예방할 수 있는 정책과 실천적 기초자료를 제공하는 것을 목적으로 수행되었다. 본 연구를 통해 주목할 만한 결과는 다음과 같다.

첫째, 배우자와 함께하는 삶이 노년기 성공적인 삶을 결정하는 것으로 밝혀졌다. 본 연구의 참여자는 ‘고생 끝에 얻은 병’으로 배우자가 사망하면서 홀로 남겨짐에 대한 외로움과 고독감을 많이 느꼈고, 홀로 일상생활을 해야 하는 현실 속에서 자신의 건강을 제대로 챙기지 못해 담석에 걸려 수술하는 사건까지 발생하면서 건강상 문제와 함께 삶의 무망감을 느꼈던 것으로 밝혀졌다. 결국, 신체적 고통을 비판하여 농사를 위해 두었던 농약을 음독하여 자살을 시도하였다. 이는 노인의 자살시도가 개인의 신체적 건강상태와 밀접하게 관계가 있지만, 그 내면으로 들어가 봤을 때, 배우자와 사별 그로 인한 외로움과 고독감이 자살시도의 가장 큰 원인을 추론하게 한다.

둘째, 노년기 사회적 관계망의 축소와 복지서비스의 접근성 문제가 삶을 더욱 노년기 메마른 삶을 살게 하고 있었다. 특히 본 연구의 참여자는 ‘사회적 관계망의 한계’와 ‘행복하지 않은 삶’을 느

끼고 있었다. 특히 지역주민들과 함께 생활하는 것에서도 만족감을 느끼지 못했고, 복지관 서비스를 일부 이용해 봤지만 이러한 서비스가 사례자의 욕구를 충족시키기에는 역부족하였다. 더욱이 자신의 욕구와 부합된 서비스를 받을 수 있는 정보가 취약하여 이와 관련된 서비스를 받지 못하는 것도 삶을 겨울의 마른가지와 같이 느끼는 것으로 보인다. 이는 노인의 자살시도와 같은 문제를 해결하기 위해서는 먼저 복지서비스에 대한 접근성 문제를 해결해야함을 시사한다. 뿐만 아니라 이는 정신보건서비스 및 사회복지 서비스의 혜택을 받지 못하는 사각지대에 놓여있는 노인들이 있다는 것을 의미하고 이에 대한 대안이 마련될 필요가 있다.

셋째, 자살시도 경험이 있는 사례자의 자살 이후 삶은 여전히 홀로 남겨짐으로 인한 '우울감'을 강하게 느끼고 있었고, 이는 자녀들과 함께 있는 순간에도 '혼자'있다는 느낌을 크게 느끼는 것으로 나타났다. 더욱이 '과거 그리고 현재의 삶'에 대한 조망에서 후회 없는 삶을 살았다는 생각과 함께 마음대로 되지 않는 것이 인생이라는 진술에서 앞으로 삶도 그리 행복하지 않을 것이라는 의미진술이 내포되어 있다. 이는 자살시도 경험이 있는 사례자는 자신의 삶에 긍정적 변화보다 부정적 사건들을 더 많이 경험하고 있다는 것을 추론하게 한다. 즉, 자살이라는 행위를 하게 된 이면에는 고독감과 외로움 그리고 신체적 고달픔 등이 복합적으로 작용하여 극단적인 선택을 하게 되었는데, 자살 시도 이후의 삶이 그 전의 삶과 차이가 없기 때문에 미래의 삶에 대해서도 긍정적

조망보다는 부정적 혹은 자포자기식의 생각을 더 많이 하게 되는 것이다. 이는 자살시도 경험이 있는 노인들에 대한 집중 사례관리가 필요함을 시사한다.

2. 정책적 합의

이상의 결과를 토대로 정책적 합의를 제안하면 다음과 같다.

첫째, 노인자살을 예방할 수 있도록 지역사회 기반 노인자살 예방사업을 위한 정책기반을 마련할 필요가 있다. 이를 위해 미국과 같이 우리사회도 자살예방연구센터 설립이 필요하다고 본다. 보건복지부는 광역정신건강증진센터를 통해 자살률 감소를 위한 정책을 시행하고 있는데, 이는 해당지역의 자살률 감소와 생명존중 문화조성을 위하여 연구/기획, 프로그램 개발 및 마케팅, 교육, 네트워킹, 직접서비스의 크게 6개 사업으로 추진하고 있다. 또한 기초정신건강 증진센터에서는 자살예방 및 정신건강 증진 사업을 추진하고 있다. 이 외에도 노인자살을 예방하기 위해 지역사회 기반 노인자살 예방사업을 민관협력 자살예방사업으로 추진하고 있다. 또한 우리사회 노인을 비롯하여 전 연령의 자살을 예방하기 위해 자살에 대한 사회적 인식 개선과 자살위험환경 개선 등 전사회적으로 자살을 예방할 수 있는 환경조성 사업을 추진할 계획을 세우고 있다. 또한 생애주기별 자살예방 대책을 추진하고 자살 고위험군 예방체계 강화 그리고 자살 위기 대응 및 사후관리체계 등과 관련된 맞춤형 자살예방 서비스와 관련된 정책추진을 기획하고 있다. 이와 함께 자살 예방과 관련된 교육을 강화함으로써 이러한 정책들이 실천현장에 적용되어 우리사회 자살을 예방하기 위해 보건·복지·사회·문화 등 통합적 자살예방 사업을 기획하

고 있다. 이러한 정책의 실효성을 위해서는 먼저 예산마련이 우선 되어야 하고, 지역사회 내 자살 고위험군에 놓인 노인들의 사례관리를 할 수 있는 인적자원의 확보도 매우 시급하다. 더욱이 이러한 인력들은 전문가를 비롯하여 노인과 가장 근접하여 쉽게 만날 수 있는 우체부, 지역사회 동·통장 등 지역사회 기반의 정책이 추진될 필요가 있다고 본다. 특히 각 경로당에서 활약하고 있는 9988도우미의 역할을 활용하도록 함이 필요하다. 9988도우미의 자살예방에 대한 역량강화 교육을 받도록 하고 이들이 일선에서 행하는 9988도우미의 역할 중에 자살예방에 대한 인식교육을 포함하도록 유도할 필요가 있다.

둘째, 충청북도 노인자살률을 낮추기 위해서는 충북형 게이트키퍼제도를 도입할 필요가 있다. 충청북도는 동부지역보다 읍·면 지역이 더 많다. 이러한 읍면지역의 경우 농업에 종사하는 사람들이 많고 이러한 농촌지역은 주거지가 밀집되어 있기보다는 서로 분산되어 있다. 때문에 복지서비스에 대한 접근성의 문제가 있어 노인들이 복지서비스를 지원하거나 이와 관련된 정보를 취득하는데 한계가 있을 것으로 본다. 뿐만 아니라 사회복지 전문가들도 인적자원의 한계로 인해 우울이나 불안 및 절망감 등 자살 고위험군 노인들을 조기에 발견하여 사례관리 하는데 어려움이 있을 것으로 본다. 따라서 충청북도 노인의 자살을 예방하고 노인 자살률을 낮추기 위해 노인과 가장 근거리에서 접촉할 수 있는 사람들을 대상으로 하는 게이트키퍼 제도가 도입될 필요가 있다고

본다.

셋째, 충청북도 사회복지협회의 인적자원과 네트워크를 활용하여 노인 자살을 예방할 수 있도록 해야 할 것이다. 사회복지 협의회는 충청북도의 시군협의회와 연계하여 지역 내 노인들의 문제점에 대해 민감하게 대응할 수 있고 지역의 특성과 문제점을 명확하게 파악할 수 있다는 장점이 있다. 이러한 네트워크를 활용하여 충청북도 사회복지협의회와 시군협의회가 중앙정부와 연계한다면 충청북도 지역의 노인 자살률을 감소시킬 수 있을 것으로 기대한다.

마지막으로 이러한 정책들이 원만하게 수행되기 위해서는 충청북도 사회복지 협의회를 컨트롤 타워로 하여 각 시도의 협의회를 지원할 수 있는 네트워크 구조가 보다 명확하게 구축될 필요가 있다. 이를 위해 충청북도 사회복지 협의회는 연구 및 노인자살과 관련된 사례관리 매뉴얼 개발, 그리고 게이트키퍼 양성을 위한 교육 및 훈련 프로그램 개발 등을 지원함으로써 시군협의회가 지역 사회 노인자살을 예방할 수 있는 역할을 수행할 수 있도록 해야 할 것으로 본다.

3. 실천적 함의

본 연구는 충청북도 노인자살을 예방하기 위한 정책 및 실천적 개입을 위한 기초자료를 제공하는 것을 목적으로 수행되었다. 앞에서 제시한 정책을 토대로 충청북도 지역의 노인자살을 예방하기 위한 실천적 함의는 다음과 같다.

첫째, 충청북도 실정에 맞는 맞춤형 사례관리 서비스가 제공될 필요가 있다. 우리나라에서는 2012년 한국자살예방협회가 한국형 자살예방교육 프로그램 ‘보고, 듣고, 말하기’를 개발하고 활용하고 있고 이러한 서비스의 효과성도 입증된 바 있다(백종우 외, 2014; 최윤정 외, 2012). 이러한 제도가 효과적으로 실행되고 노인의 자살을 예방하기 위해 지역사회 노인의 건강상태를 주기적으로 점검하고 재가서비스와 시설 서비스 간의 연속성을 유지하며 보건과 의료, 복지 서비스를 포괄적으로 제공하기 위한 사례관리를 적용할 필요가 있다(June, et al., 2009).

둘째, 자살시도 경험이 있는 노인과 가족들을 포함하여 상담 및 치료 서비스가 제공될 필요가 있다. 자살시도는 당사자뿐만 아니라 가족들에게도 많은 충격을 주게 된다. 때문에 노인뿐만 아니라 가족을 위한 상담 및 치료서비스를 제공해야 할 것으로 본다.

셋째, 노인의 정신건강 관리 서비스에 대해 보건소와 연계하여 체계적인 서비스를 제공할 필요가 있다. 우울이나 불안 그리고 심리적 좌절감 등으로 정신건강에 이상신호가 왔을 때 개입하는 것

보다 이러한 문제가 유발되지 않도록 예방하는 것이 노인의 건강을 위해 더 필요하다고 본다. 따라서 보건소와 연계하여 정신건강 관리 서비스를 제공할 필요가 있다고 본다.

넷째, 현재 수행되고 있는 가가호호 서비스를 확대하여 시행하는 것에 대한 논의를 할 필요가 있다. 이는 지역사회 내 자원봉사자를 활용한 사례관리를 통해 지역사회 인적자원을 활용한 효율적인 서비스 체계가 구성될 수 있으며, 독거노인들에게 지지체계를 강화하고 삶의 만족을 강화할 수 있기 때문이다(최윤정 외, 2012).

마지막으로 이러한 모든 정책과 실천적 서비스들이 체계적으로 수행되기 위해서는 전문 인력의 확보가 매우 중요하다.

참고문헌

- 강상경(2010). 노년기 외래의료서비스 이용 궤적 및 예측요인: 연령 차이를 중심으로. 한국사회복지학, 62(3), 83-108.
- 구춘영, 김정순, 유정옥(2014). 노인의 성별에 따른 자살생각 영향요인. 지역사회간호학회지, 25(1), 24-32.
- 국민건강보험공단(2011). 최근5년간 노인우울증 질환자 1.7배 증가. 국민건강보험공단 보도자료(3월 14일 조간), 서울:국민건강보험공단.
- 김원경(2001). 노년기의 신체적 건강과 우울증에 대한 사회적 지지의 효과. 한국 노년학연구, 10, 55-74.
- 김윤정, 최혜경(2000). 사회적 지지로서의 노인부양. 한국노년학, 20, 209-223.
- 김정순(1988). 노인의 사회적 활동과 자아통합감에 관한 연구. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 김태현, 한은주(2004). 독거노인의 자아존중감, 스트레스, 사회적 지원 경험유무에 따른 심리적 복지감. 한국가족관계학회지, 9(3), 81-106.
- 김현정(2008). 노인 우울증재를 위한 국악치료프로그램 개발. 인문과학연구, 41, 441-463.
- 김형수(1996). 자살관념을 통하여 본 노인분제의 심각성과 그 정책적 대응(1). 국민보건연구소 연구논집, 6(1), 51-60.

- 김형수(2002). 미국 노인자살과 예방대책의 연구 및 시사점. 사회보장연구, 18(1), 163-182.
- 김형수(2016). 한·미 노인자살률의 비교 연구와 정책적 시사점. 14(2), 427-435.
- 김형수, 권이경(2013). 한국 노인자살률과 사회·경제적 요인의 관련성. 한국콘텐츠학회논문지, 13(6), 236-245.
- 김혜영(2006). 노인의 자살생각과 관련요인에 관한 연구. 이화여자대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 박병금(2006). 청소년의 자살생각에 관한 생태체계요인 탐색. 한국사회복지학회 2006 년도 춘계학술대회, 399-403.
- 박순천(2005). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 박재규(2008). 노인자살의 증가와 예방대책. 수원: 경기도가족여성연구원 정책개발실.
- 박지영(2007). 노인자살 생존자의 자살 경험에 관한 연구. 정신보건과 사회사업, 27, 295-330.
- 배지연(2005). 노인의 자살생각에 관한 이론모형. 대전대학교 대학원 박사학위논문.
- 배진희, 엄기욱(2009). 노인의 자살 시도에 영향을 미치는 요인. 한국노년학, 29(4), 1427-1444.
- 백종우, 조선진, 이수정, 옹진영, 박종익(2014). 한국형 표준자살 예방교육프로그램 [보고듣고말하기] 가게이트키퍼의 개입

- 에 미치는 영향. J Korean Neuropsychiatr Assoc, 53(6), 358-363.
- 보건복지부(2012). 독거노인 종합지원대책 참고자료. <http://www.mw.go.kr>(검색일 2016. 12.)
- 보건사회연구원(2014). 전국노인실태조사.
- 서경현, 김영숙(2003). 독거노인에 대한 사회복지원과 정신건강에 관한 탐색. 노인복지연구, 21(단일호), 7-26.
- 서경현, 김영숙(2003). 독거노인의 자아존중감과 우울. 한국심리학회지: 문화 및 사회문제, 9(1), 115-137.
- 서순림, 홍해숙(2001). 노인의 스트레스, 면역세포 변화, 신체적 건강상태 및 우울. 기초간호자연과학회지, 13(1), 11-28.
- 송양순(2001). 재가노인 우울성향에 영향을 미치는 요인분석. 산정논총, (2), 193-226.
- 송영달, 손지아, 박순미(2010). 독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 생태체계적 요인 분석. 한국노년학, 30(2), 643-660.
- 송예현(2001). 노인이 인지하는 가족지지와 정신건강 및 삶의 만족도와와의 관계 연구-D 시 노인종합복지관 이용노인을 대상으로. 정신간호학회지, 10(4), 473-483.
- 오영란(2013). 일본의 노인자살예방정책 고찰: 사회적 배제와 포섭의 관점. 한국사회정책, 20(1), 9-47.
- 유재순, 김현숙, 연현진(2014). 재가 취약계층 여성 노인을 대상

- 으로 한 우울·자살예방 프로그램의 효과. 한국산학기술학회
논문지, 15(5). 2882-2892.
- 이규태(1999). 한국인의 정서구조, 서울: 신원문화사.
- 이동식(1994). 상담의 동양적 접근. 대한상담학회, 서울: 중앙적
성 출판사.
- 이미진, 이가옥(2005). 장기요양보호노인의 수발만족과 노인 우
울증의 상관관계에 관한 연구. 한국노년학, 25, 119-131.
- 이소철, 정경희, 강은정, 강상경, 이수형, 김영아(2009). 노인자
살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색. 보건사회연
구원.
- 이수애, 이경미(2002). 농촌지역 노인의 우울증 결정요인에 관한
연구. 한국노년학, 22(1), 209-226.
- 이영서, 조춘범, 최정인(2016). 사별노인의 생애체계요인이 자살
생각에 미치는 영향과 성별의 조절효과검증. 노인복지학회,
137-161.
- 이영호(2006). 정신건강론. 고양: 공동체.
- 이혁구(2015). 질적 연구 조사를 통한 자살예방모델 개발과 제도
개선 방안. 보건복지부.
- 이희완, 유현숙(2011). 연구논문: 노인자살 예방대책의 현황과
과제. 글로벌사회복지연구, 1(2), 7-28.
- 정은숙(2005). 노인자살의 위험요인과 보호요인에 관한 연구. 아
주대학교 교육대학원 석사학위논문.

- 조용래, 노현진, 최예종, 양상식, 지은혜(2008). 스트레스 관리 프로그램이 지역 사회 거주 노인들의 우울수준, 스트레스 반응, 지각된 건강사에 및 정서조절곤란에 미치는 효과: 예비 연구. 인지행동치료, 8(2), 27-50.
- 최광현(2006). 노인문제 해결을 위한 노인복지상담 연구: 인지행동상담을 통한 노인문제 접근. 대한케어복지학. 1(3), 121-136.
- 최선미(2016). 기초자치단체의 노인자살률 영향요인에 관한 연구:도-농간의 차이를 중심으로.
- 최연희, 김수현(2008). 재가 노인의 우울에 따른 자살생각과 관련요인. 한국노년학, 28(2), 345-355.
- 최태산(1997). 청소년 비행과 자살생각에 영향을 미치는 가족역동의 심리적 변인간의 인과적 분석, 전남대학교 박사학위논문.
- 최형임(2008). 노인 자살생각에 영향을 주는 요인에 관한 연구. 대구대학교 대학원 박사학위논문.
- 통계청(2014). 2014 고령자 통계.
- 통계청(2016). 사회조사.
- 통계청(각년도). 사망원인통계.
- 허준수, 유수현(2002). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 정신보건과 사회사업, 13, 7-29.
- 황미구, 김은주(2008). 노인의 주관적 삶의 질과 자아존중감이

자살사고에 미치는 영향: 우울을 매개변인으로 하여. 한국 노년학, 28(4), 865-885.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Atchley, R. C. (1994). *Dying, death, bereavement and widowhood. Social Forces and Aging*. CA: Wadsworth Publishing Company.

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.

Beekman, A. T., Copeland, J. R., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 307-311.

Blazer, D. G., & Koenig, H. G. (1996). *Mood disorders*. The American Psychiatric Press textbook of geriatric psychiatry(2nd ed.). (pp. 235-263.) Arlington, VA, US:American Psychiatric Association.

- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American psychologist*, 34(10), 844.
- Carey, N., & Jones, S. L. (1990). Do you feel powerless when a patient refuses medication?. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 28(10), 19–25.
- Chia, B. H. (2001). *Age of despair: A study of elderly suicide in singapore*. Times
- De Leo, D., & Scocco, P. (2000). Treatment and prevention of suicidal behaviour in the elderly. The international handbook of suicide and attempted suicide, 555–570.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology* (JA Spaulding & G. Simpson, trans.). Glencoe, IL: Free Press.(Original work published 1897).
- Durkheim, E. (1987). *Le Suicide*. 김충선 옮김(2004). 자살론. 청아출판사.
- Fiske, A., & Arbore, P. (2001). Future directions in late life suicide prevention. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 42(1), 37–53.
- Gatz, M., Kasl-Godley, J. E., & Karel, M. J. (1996). *Aging and mental disorders*.
- George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C., & Fowler, N.

- (1989). Social support and the outcome of major depression. *The British Journal of Psychiatry*, *154*(4), 478–485.
- Granello, D. H., & Granello, P. F. (2007). *Suicide: An essential guide for helping professionals and educators*. Pearson/Allyn & Bacon.
- Holm, A. L., & Severinsson, I. E. (2015). *Mapping psychosocial risk and protective factors in suicidal older persons—a systematic review*.
- Jenike, M. A. (1989). *Geriatric psychiatry and psychopharmacology: a clinical approach*. Year Book Medical Pub.
- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, *48*(2), 127.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207–222.
- Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (1981). Role theory and the concept of powerlessness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, *19*(9), 11–14.
- Lester, D., & Young, L. (1999). External versus internal attributions in suicide and their implications for crisis in-

- tervention and suicide prevention. *Psychological reports*, 85(2), 393–396.
- Lin, N. (2008). Social capital and civic action: A network-based approach. *Department of Sociology*, Duke University, Durham, USA. (김동윤, 오소현 역). 2008. 5. 16. 사회자본. 커뮤니케이션북스.
- Meninger, K. A. (1938). *Man Against Himself*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Miller, J. F.(1983). *Coping with Chronic illness, overcoming Powerlessness, and ed*. Philadelphia: F. A, Davis Company.
- OECD(2013). *Society at a Glance*. OECD.
- OECD(2014). Society at a glance 2014 highlights Korea OECD Social Indicators. <http://www.oecd.org>(검색일: 2014. 9. 18).
- Pfeiffer, E., & Davis, G. C. (1972). Determinants of sexual behavior in middle and old age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 20(4), 151–158.
- 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.
- Range, L. M., & Antonelli, K. B. (1990). A factor analysis of six commonly used instruments associated with suicide using college students. *Journal of Personality Assessment*, 55(3–4), 804–811.
- Reed, P. G. (1983). Implications of the life-span developmental framework for well-being in adulthood and aging. *Advances in Nursing Science*, 6(1), 18–25.
- Schneider, B. (1990). Organizational climate and culture. Pfeiffer.
- Schneider, J. S. (1980). Hopelessness and helplessness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 18(3), 12–21.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Smith, F. B. (1985). Patient power. *AJN The American Journal of Nursing*, 85(11), 1260–1262.
- Stansfield, S. (2005). Structuring information and incentives to improve health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(8), 562–562.

- Uncapher, H., Gallagher–Thompson, D., Osgood, N. J., & Bongar, B. (1998). Hopelessness and suicidal ideation in older adults. *The Gerontologist*, *38*(1), 62–70.
- US Department of Health and Human Services, & US Department of Health and Human Services. (2001). *National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action*.
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, *49*(5), 328–334.
- Wetzel, R. D. (1976). Hopelessness, depression, and suicide intent. *Archives of general psychiatry*, *33*(9), 1069–1073.
- Wilkinson, I. F. (1979). Power and satisfaction in channels of distribution. *Journal of Retailing*, *55*(2), 79–94.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization.

2016 충북사회복지 조사연구

-
- 인 쇄 일 : 2016년 12월 20일
 - 발 행 일 : 2016년 12월 23일
 - 발 행 인 : 심 의 보
 - 발 행 처 : 충청북도사회복지협의회
 - 주 소 : 충북 청주시 흥덕구 공단로 87 충북종합사회복지
센터 3층
 - 전화/팩스 : T. 043)234-0840 F. 043)234-0849
 - 홈페이지 : www.cwin.or.kr
- * 판권소유 : 충청북도사회복지협의회
- * 본 보고서의 내용은 저자의 서면 동의가 없이는 복제나
전제가 불가능함
-

2016. 충북 사회복지 조사 연구 보고서
노인 정신건강 연구
- 노인의 자살 시도 경험을 중심으로 -

www.cwin.or.kr

 **SSN** 충청북도사회복지협의회