

만성 조현병, 우울증, 조울병 환자의 자살사고 관련요인

김미영¹ · 하수정² · 전성숙³

가야대학교 간호학과¹, 경주대학교 간호학과², 부산대학교 간호대학³

Factors related to Suicidal Ideation in Patients with Chronic Schizophrenia, Depressive Disorder, or Bipolar Disorder

Kim, Mi-Young¹ · Ha, Su-Jung² · Jun, Seong-Sook³

¹Department of Nursing, Kaya University, Gimhae

²Department of Nursing, Gyeongju University, Gyeongju

³College of Nursing, Pusan National University, Busan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to determine the factors that affect suicidal ideation in patients with chronic mental illnesses, such as schizophrenia, depressive disorder, and bipolar disorder. **Methods:** The research participants were 160 patients with mental illnesses residing in B City and G Province. They responded to questionnaires about their suicidal ideation, self-esteem, depression, family support, social support, and internalized stigma of mental illness. The collected data were analyzed using t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficients, and STEPWISE multiple regression with the SPSS/WIN 18.0 program. **Results:** History of self-esteem, Depression, Social support, Psychiatric diagnosis of MDD and suicide attempt showed an explanatory power for 64% of suicidal ideation in patients with chronic mental illnesses. **Conclusion:** Specialized health and medical service personnel providing services to patients with chronic mental illnesses must determine the risk factors and protective factors for suicidal ideation associated with each illness, and establish a more individualized and systemized case management system based on customized approach.

Key Words: Suicidal ideation, Schizophrenia, Major depressive disorder, Bipolar disorder

서론

1. 연구의 필요성

자살은 세계 10대 사망 원인 중 하나이며[1], 우리나라는 OECD (Organization for Economic Cooperation Development) 회원국 중 자살률 1위라는 불명예를 안고 있다[2]. 자살은 정신 질환과 밀접한 관련이 있고, 정신질환자 사망률의 주요 원인이며[3], 성인 자살자 중 약 90%와 청소년 자살자 중 약 94%에서

하나 이상의 정신질환이 발견된다[4]. 특히 우리나라는 정신질환 유병률이 높아 자살이 더욱 심각한 사회문제로 대두되어[5], 정신질환자의 자살사고를 예측하여 자살을 예방하는 것은 지역사회나 임상현장에서 매우 중요하다.

정신과에서 만성정신질환으로 대표되는 조현병, 우울증, 조울병과 자살과의 관계를 살펴보면, 조현병 대상자는 약 50%에서 자살시도를 하고, 그 중 10%가 자살로 사망하게 된다[6, 7]. 우울증은 자살의 가장 중요한 위험요인으로[6, 8], 일반인에 비해 우울증으로 인한 자살 사망 위험성이 남성은 3.1배,

주요어: 자살사고, 조현병, 우울증, 조울병

Corresponding author: Ha, Su-Jung

Department of Nursing, Gyeongju University, 188 Tajong-ro, Gyeongju, 38065, Korea.

Tel: +82-54-770-5322, Fax: +82-54-770-5364, E-mail: morning1974@gu.ac.kr

Received: Aug 17, 2015 | Revised: Oct 2, 2015 | Accepted: Dec 6, 2015

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

여성은 9.3배 높다[9]. 조울병은 질병의 초기에 자살시도와 자살로 인한 사망이 많이 발생하고, 평균 3회의 자살시도 후 최종 사망하며, 건강한 사람에 비해 자살로 인한 사망 위험이 약 30배 높다[10]. 이렇듯 만성정신질환자들의 자살사고는 정신질환을 앓고 있지 않은 사람들에 비해 매우 높고 질환별로 차이가 있기 때문에 자살사고를 유발시키는 위험요인이나 보호요인을 규명하는 것이 필요하다.

자살사고와 우울과의 상관성은 우울점수가 높으면 자살사고가 높는데[11], 이것은 우울로 인해 문제해결능력이 감소되어 우울한 정서와 대상자가 가진 문제로부터 벗어나기 위하여 비적응적인 시도로서 자살을 선택하기 때문이다[12]. 자아존중감과 자살사고와의 관계는 자아존중감이 낮은 경우 자살사고가 높게 나타났고[11,13], 사회적 지지는 자살사고를 낮추며, 가족 지지 등의 외부요인들이 정신질환자의 자아존중감을 높이고 우울을 감소시키는 역할을 한다[14]. 그리고 가족 지지가 높을수록 자살사고가 낮는데[13], 이것은 가족 지지에 대한 기대가 높을수록 자살사고, 자살계획 및 자살시도의 확률이 감소한 것과 관련이 있다[15]. 사회적 지지는 높을수록 자살사고의 감소를 보였는데[11,14], 사회적 고립감의 하위요인 중 정서적 고립감이 높을수록 자살사고가 높은 것과 관련이 있다[13]. 정신질환과 내재화된 낙인은 유의한 상관성이 있고[16], 내재화된 낙인은 소외감, 차별 경험, 부정적 고정 관념으로 우울증 대상보다 조현병 대상자에게서 더 높게 나타났다[17].

지금까지 살펴본 바와 같이 선행연구에서는 만성정신질환자의 자살사고 위험요인과 보호요인에 관한 연구들을 규명해 왔다. 특히 자살은 개인의 결정이지만 사회적 환경에서 많은 영향을 받기 때문에 인간이 사회적 존재라는 사실을 간과해서는 안 된다[14]. 그러므로 자살은 만성정신질환자의 일반적 특성, 심리적 요인 이외의 사회적 환경인 내재화된 낙인 및 가족 지지와 사회적 지지를 포함한 다양한 요인들의 복잡한 상호작용의 결과라고 볼 수 있다. 그리고 대다수 만성정신질환자의 경우 집에서만 생활하거나 제한적인 사회관계를 맺고 있으므로 지지요인이 자살사고를 감소시키는 중요한 역할을 하고 있는지 여부를 확인할 필요가 있다.

따라서 본 연구에서는 정신건강증진센터를 이용 중인 만성정신질환자인 조현병, 우울증과 조울병을 비교분석하여, 자살사고와 각각의 집단 간 통계적 차이를 밝혀내고자 한다. 그리고 만성정신질환자의 일반적 특성, 심리적 요인 및 사회적 요인이 자살사고에 어떠한 영향을 미치는지 비교하여 분석함으로써 지역사회 정신건강증진을 위한 자살예방 실무에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 만성정신질환자의 자살사고 관련요인을 파악하는데 있으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 만성정신질환자들의 일반적 특성, 우울, 자아존중감, 내재화된 낙인, 가족 지지, 사회적 지지 및 자살사고를 파악한다.
- 만성정신질환자들의 일반적 특성에 따른 자살사고의 차이를 파악한다.
- 만성정신질환자들의 일반적 특성, 우울, 자아존중감, 내재화된 낙인, 가족 지지, 사회적 지지 및 자살사고와의 관계를 파악한다.
- 만성정신질환자들의 자살사고에 영향을 미치는 관련요인을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 만성정신질환자의 자살사고, 자아존중감, 우울, 내재화된 낙인, 사회적 지지와 가족 지지를 파악하고, 자살사고에 영향을 미치는 관련요인을 규명하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

만성정신질환자란 조현병, 우울증과 조울병 진단을 받고 유병기간이 최소 2년을 경과하여 치료중이며, 장기간 정신질환으로 일상생활 및 사회적·직업적 기능장애가 중간 정도인 사람을 말한다[6]. 본 연구의 대상자는 만성정신질환을 진단 받은 후 지역사회 정신건강증진센터의 사례관리 서비스를 2년 이상 제공받고 있으며 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 참여하기로 동의한 160명이었다. 연구대상자수는 G*Power3.1.4 프로그램을 이용하여 다중회귀분석에 필요한 유의수준 .05, 중간 효과크기 .15, 통계적 검정력 .9, 예측변수 8개로 계산하였을 때 136명이었고, 탈락률 20%를 고려하여 160명으로 하였다.

3. 연구도구

1) 우울

우울은 정서적인 기분 변화에서부터 병적인 상태에 이르는

근심, 침울감, 무력감 및 무가치함을 나타내는 정서적 장애를 의미한다[18]. 본 연구에서는 Beck 등[18]의 Beck Depression Inventory (BDI)를 Han 등[19]이 한국인에 맞게 번안·수정한 도구를 사용하였다. 총 21문항의 자기보고식 4점 Likert 척도로 각 항목의 점수를 모두 합한 것이 한 개인의 우울정도를 나타내며, 점수가 높을수록 높은 우울 수준을 의미한다. Han 등[20]에 의해 보고된 Cronbach's α 는 .91, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .90이었다.

2) 자아존중감

자아존중감은 자신을 하나의 특별한 개체로 이해하여 자아에 대한 긍정적인 혹은 부정적인 태도를 갖는 것과 개인이 자신을 얼마나 가치 있는 것으로 느끼는가에 대한 정도이다[21]. 자아존중감은 Rogenberg [21]가 개발한 Self-esteem Scale (SES)을 Jeon [22]이 번안한 자아존중감 척도를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 긍정적 자아존중감 5문항과 부정적 자아존중감 5문항의 모두 10문항으로 구성된 자기보고식 4점 Likert 척도로, 총 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 의미한다. Jeon [22]의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 .85, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .88이었다.

3) 내재화된 낙인

내재화된 낙인은 정신질환에 대하여 일반인들이 갖고 있는 스티그마화된 신념이 정신질환자에게 내재화된 정도를 반영한 것을 의미한다[16]. 낙인을 측정하기 위하여 본 연구에서는 Ritsher와 Phelan [16]이 개발한 ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Scale)를 Hwang, Lee, Han과 Kwon [17]이 한국인에 맞게 번안 및 표준화한 도구 K-ISMI로 측정한 점수를 사용하였다. 이 도구는 소외 6문항, 고정관념 인정 7문항, 차별경험 5문항, 사회적 위축 6문항, 낙인극복 5문항으로 모두 29개 문항으로 구성된 자기보고식 4점 Likert 척도로 낙인극복 문항은 역산하여 점수를 환산하였으며 점수가 높을수록 내재화된 낙인의 정도가 높음을 의미한다. Hwang 등[17]의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 .91, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .90이었다.

4) 가족 지지

가족 지지는 가족 구성원들 간의 상호작용을 통하여 사랑하고 존중하며 가치감을 갖도록 해주는 것을 의미한다[23]. 가족 지지를 측정하기 위하여 본 연구에서는 Cobb [23]이 개발하고 Kwang [24]이 수정·보완한 도구로 측정한 점수를 사용하

였다. 이 도구는 긍정적 문항 9개, 부정적 문항 2개로 모두 11 문항으로 구성된 자기보고식 5점 Likert 척도로, 부정적 문항은 역산하여 점수가 높을수록 가족 지지가 높은 상태를 의미한다. Kwang [24]의 연구에서 Cronbach's α 는 .91, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .92였다.

5) 사회적 지지

사회적 지지는 자기 자신이 사랑, 돌봄과 존중을 받고, 가치 있다고 여겨지거나, 타인들과의 의사소통 관계망이나 상호작용을 통해 받게 되는 정서적, 존경적, 정보적, 관계적 도움을 받는 것을 의미한다[25]. 사회적 지지를 측정하기 위하여 본 연구에서는 Gregory 등[25]이 개발한 MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)를 Lee [26]가 정신장애인을 대상으로 측정한 도구를 사용하였다. 이 도구는 치료진, 친구, 가족을 제외한 이웃, 신부, 직장 동료 및 애인 등이 포함된 중요한 타인의 4문항으로 구성된 총 12문항의 자기보고식 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 도구 개발당시 Gregory 등[25]의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 .88, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .87이었다.

6) 자살사고

자살사고는 자살하기 위한 바람, 상상 또는 계획으로 자살 시도에 앞서는 과정이고 자살을 하고자 하는 계획이나 생각을 말한다[27]. 자살사고를 측정하기 위하여 본 연구에서는 Beck 등[27]이 개발한 Scale for Suicidal Ideation (SSI)을 Shin, Park, Oh와 Kim [28]이 수정·보완한 도구로 측정한 점수를 사용하였다. 이 도구는 총 19문항의 3점 Likert 척도로, 점수의 범위는 0~38점으로 점수가 높을수록 자살사고의 정도가 높음을 나타낸다. 본 척도로 측정한 점수의 총점이 0~8점이면 정상, 9~11점이면 경도의 자살사고 상태, 12~14점이면 중증도의 자살사고 상태, 15점 이상이면 중도의 자살사고 상태를 의미한다. Shin 등[28]의 연구에서 Cronbach's α 는 .87이었고, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .90이었다.

4. 자료수집

본 연구는 P대학교 생명윤리위원회에서 IRB승인(PNU IRB/2014_04_HR)을 받은 후 시행되었다. 자료수집은 2014년 5월 1일부터 6월 30일까지로 B시와 K도 6곳의 정신건강증진센터에서 사례관리 중인 조현병, 우울증과 조울병 대상자로

하였다. 또한, 전반적 기능 평가(Global Assessment of Functioning, GAF)점수는 시간에 따라 대상자의 기능수준이 변화하는 정도를 파악하기 좋으므로 GAF점수 61점 이상으로 하였다.

자료수집 절차는 본 연구자가 정신건강증진센터를 방문하여 각 기관의 센터장의 협조를 받았다. 정신건강증진센터에서 대상자들이 프로그램 및 모임이 종료되면 본 연구에 대한 목적을 연구자가 직접 대상자에게 설명하고 자발적인 동의를 얻었다. 연구참여에 응답을 원하지 않을 경우 언제든지 참여를 철회할 수 있음을 알린 후 이를 이해하고 자발적으로 서면동의 한 대상자에게 설문지를 수행하게 한 후 연구자가 직접 회수하였다. 설문지 작성 소요시간은 20~30분이었고, 설문에 참여한 대상자에게는 소정의 답례품을 제공하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성과 심리사회적 특성을 알아보기 위하여 빈도분석과 기술통계분석을 실시하였다. 일반적 특성에 따른 대상자의 자살사고의 차이를 비교하기 위하여 평균, 표준편차, one-way ANOVA로 분석한 후 Scheffé 사후 검정을 실시하였다.
- 대상자의 자살사고와 연구변수들과의 상관관계를 알아보기 위하여 Pearson's correlation coefficient를 실시하였다.
- 대상자의 자살사고에 영향을 주는 요인을 파악하기 위해 stepwise multiple regression을 실시하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성 중 성별은 남성 55.0%, 여성 45.0%, 연령은 20~39세가 35.6%, 40세~49세가 29.4%, 60대 이상이 35.0%였다. 학력은 초등학교 10.6%, 중학교 21.3%, 고등학교 45.6%, 대학교 이상이 22.5%로 나타났다. 종교는 있음이 71.9%, 결혼 상태는 미혼이 61.9%, 가족과 함께 거주하는 경우가 76.9%였다. 경제 상태는 100만원 미만이 63.7%, 신체질환은 없는 경우가 63.1%, 첫 발병은 30대 이하가 61.2%, 자살 시도 경험은 없는 경우가 61.2%로 나타났다(Table 1).

Table 1. General Characteristics (N=160)

Characteristics	Categories	n (%)
Gender	Male	88 (55.0)
	Female	72 (45.0)
Age (year)	20~39	57 (35.6)
	40~49	47 (29.4)
	≥ 60	56 (35.0)
Education	Elementary school	17 (10.6)
	Middle school	34 (21.3)
	High school	73 (45.6)
	≥ College	36 (22.5)
Religion	Haven't	45 (28.1)
	Have	115 (71.9)
Marital status	Unmarried	99 (61.9)
	Married	61 (38.1)
Residential status	Living alone	37 (23.1)
	Living with families	123 (76.9)
Monthly income (10,000 won)	< 100	102 (63.7)
	≥ 100	58 (36.3)
Physical illness	No	101 (63.1)
	Yes	59 (36.9)
Age of onset	< 30	98 (61.2)
	≥ 30	62 (38.8)
History of suicidal attempt	No	98 (61.2)
	Yes	62 (38.8)
Psychiatric diagnosis	Schizophrenia	66 (41.2)
	MDD	43 (26.9)
	Bipolar disorder	51 (31.9)

MDD=Major depressive disorder

2. 대상자의 일반적 특성에 따른 자살사고 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 자살사고는 남성이 9.8점, 여성이 9.8점으로 성별에 따른 큰 차이는 없었다. 나이에 따른 자살사고는 40~49세가 10.8점으로 가장 높았고, 20~39세가 9.4점, 60세 이상이 9.3점으로 가장 낮았다. 교육정도에 따른 자살사고는 중학교 졸업이 11.2점으로 가장 높았고, 초등학교 졸업은 10.7점, 고등학교 졸업은 9.7점, 전문대학 이상 졸업은 8.1점으로 학력이 높을수록 자살사고는 감소하는 것으로 나타났다. 종교에 따른 자살사고는 종교가 없는 경우가 13.3점이고 종교가 있는 경우는 8.4점이었다. 결혼 상태에 따른 자살사고는 결혼한 경우가 10.9점으로 미혼보다 높았고, 거주상태에 따른 자살사고는 혼자 사는 경우가 10.1점으로 가족과 함께 거주하는 경우보다 높았다. 경제수준에 따른 자살사고는 100만원 미만이 10.2점으로 100만원 이상 수입이 있는 경우

보다 높았고, 신체질환이 있는 경우의 자살사고는 11.5점으로 신체질환이 없는 경우보다 높았다. 첫 발병에 따른 자살사고는 30세 이상인 경우 11.6점으로 30세 미만보다 높았고, 자살 시도 경험에 따른 자살사고는 자살시도 경험이 있는 경우가 14.9점으로 자살시도 경험이 없는 경우보다 높게 나타났다. 진단에 따른 자살사고는 우울증의 경우 14.9점으로 가장 높았고, 조현병이 8.1점, 조울병이 7.9점으로 정신과 진단명에 따라 자살사고의 차이가 있었다(Table 2).

3. 대상자의 자아존중감, 우울, 가족 지지, 사회적 지지, 내재화된 낙인, 자살사고

만성정신질환자의 자아존중감 평균은 31.9점이었고, 우울은 20.3점, 가족 지지는 36.1점, 사회적 지지는 36.3점, 내재화된 낙인은 67.7점, 자살사고는 9.8점이었다(Table 3).

4. 대상자의 심리사회적 변인 간의 관계

만성정신질환자의 자아존중감, 우울, 가족 지지, 사회적 지지, 내재화된 낙인과의 관계를 분석한 결과 자살사고는 우울

Table 3. Level of Self Esteem, Depression, Family Support, Social Support, Internalized Stigma and Suicidal Ideation (N=160)

Variables	Total M±SD	Min	Max
Self esteem	31,9±7,70	11,0	47,0
Depression	20,3±11,02	0,0	48,0
Family support	36,1±9,27	11,0	55,0
Social support	36,3±9,68	12,0	60,0
Internalized stigma	67,7±12,36	43,0	113,0
Suicidal ideation	9,8±6,80	2,0	30,0

Table 2. Difference of Suicidal by General Characteristics

(N=160)

Characteristics	Categories	Suicidal Ideation M±SD	t or F	p post-hoc
Gender	Male	9.8±6.76	0.00	.978
	Female	9.8±6.90		
Age (year)	20~39	9.4±7.60	0.70	.499
	40~49	10.8±7.00		
	≥ 60	9.3±5.72		
Education	Elementary school	10.7±6.27	1.33	.265
	Middle school	11.2±8.00		
	High school	9.7±6.58		
	≥ College	8.1±6.10		
Religion	Haven't	13.3±8.13	0.09	.770
	Have	8.4±5.67		
Marital status	Unmarried	9.1±6.70	0.13	.717
	Married	10.9±6.86		
Residential status	Living alone	10.1±6.40	0.09	.770
	Living with families	9.7±6.94		
Monthly income (10,000 won)	< 100	10.2±7.12	1.93	.167
	≥ 100	9.1±6.20		
Physical illness	No	8.8±5.73	14.14	< .001
	Yes	11.5±8.08		
Age of onset	< 30	8.7±6.26	3.51	.063
	≥ 30	11.6±7.27		
History of suicidal attempt	No	6.6±4.38	29.75	< .001
	Yes	14.9±6.87		
Psychiatric diagnosis	Schizophrenia ^a	8.1±5.01	19.10	< .001 a < b < c
	MDD ^b	14.9±7.68		
	Bipolar disorder ^c	7.9±5.90		

MDD=Major depressive disorder.

($r=.57, p<.001$)과 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있었고, 자아존중감($r=-.52, p<.001$)과는 통계적으로 유의한 부적 상관관계가 있었다. 내재화된 낙인($r=.44, p<.001$)은 통계적으로 의미 있는 정적 상관관계가 있었고, 사회적 지지($r=-.37, p<.001$)와 가족 지지($r=-.32, p<.001$)는 통계적으로 의미 있는 부적 상관관계가 있었다(Table 4).

5. 대상자의 자살사고 관련요인

만성정신질환자들의 자살사고에 영향을 미치는 관련 요인 변수를 분석하기 위해 단일변량분석에서 유의한 관련성이 있어 차이가 있는 변수인 정신과 진단명, 신체질환 유무 및 자살 시도 경험, 자존중감, 우울, 가족 지지, 사회적 지지, 내재화된 낙인을 독립변수로 하여 단계적 다중회귀분석을 실시하였다. 독립변수 중에서 정신과적 진단명(조현병=0, 조울병=0), 신체질환(무=0), 자살시도경험(무=0)은 더미변수로 처리하여 분석하였다. 독립변수간의 상관계수는 $-.32\sim.57$ 로 .80 이상인 변수가 없어 예측변수들이 독립적임이 확인되었다. 다중공선성의 문제를 확인한 결과, Dubin-Watson을 이용하여 오차의 자기상관을 검정한 결과 1.899로 자기상관성이 없었으며, 공차한계(tolerance)는 $.507\sim.761$ 로 0.1 이상이었고 분산팽창

인자(Variance Inflation Factor, VIF)가 1.313~1.973로 10보다 크지 않아 모든 변수에는 다중공선성의 문제가 없는 것으로 나타났다.

단계적 다중회귀분석 결과, 만성정신질환자들의 자살사고에 영향을 미치는 관련요인은 자살시도경험, 자아존중감, 우울, 사회적 지지, 정신과적 진단명이 통계적으로 유의한 예측 변수로 나타났고($F=31.77, p<.001$), 자살사고에 대한 이들의 설명력은 64.0%였다. 즉 자살시도 경험이 있는 경우($\beta=.45, p<.001$), 자아존중감이 낮은 경우($\beta=-.25, p<.001$), 우울이 높은 경우($\beta=.24, p<.001$), 사회적 지지가 낮은 경우($\beta=-.17, p=.008$), 정신과적 진단명 중에서 우울증인 경우($\beta=-.14, p=.019$) 자살사고가 높은 것으로 나타났다(Table 5).

논 의

본 연구는 만성정신질환자를 대상으로 자살사고 관련요인을 조사하고 자살사고에 미치는 영향요인을 파악하였다. 연구 결과, 만성정신질환자는 자살시도 경험, 자아존중감, 우울, 사회적 지지, 정신과적 진단명인 우울증이 64.0%의 설명력을 보였다. 본 연구에서 나타난 주요한 결과들을 중심으로 다음과 같이 논의하고자 한다.

우울이란 일상생활에서의 정서적 장애를 의미하며 가장 흔한 정신과적 문제이다[8]. 본 연구대상자들은 정기적인 정신과 외래 치료와 정신건강증진센터의 사례관리를 제공받고 있었으나, BDI 평균점수는 20.28점으로 중등도의 우울상태였다. 우울과 자살사고의 상관성을 조사한 결과 우울이 높을수록 자살사고 수준이 높았으며, 심리적 특성도 설명력이 다른 변수에 비해 상대적으로 높았다. 또한 정신과 진단명 중 우울증이 자살사고 관련요인으로 통계적으로도 유의한 결과를 보였는데 이는 자살시도경험이 있는 지역사회주민의 자살사고 예측요인을 보고한 Lee와 Kim의 연구결과[11]와 일치하며, 자살

Table 4. Correlations among Variables (N=160)

Variables	Suicidal ideation
	r (p)
Self esteem	-.52 (< .001)
Depression	.57 (< .001)
Familial support	-.32 (< .001)
Social support	-.37 (< .001)
Internalized stigma	.44 (< .001)

Table 5. Influencing Factors on Suicidal Ideation

(N=160)

Variables	B	SE	β	t	p
History of suicidal attempt*	4.55	0.60	.45	7.60	< .001
Self esteem	-0.22	0.05	-.25	-4.18	< .001
Depression	0.15	0.03	.24	4.10	< .001
Social support	-0.12	0.04	-.17	-2.67	.008
Psychiatric diagnosis of MDD	-2.19	0.92	-.14	-2.38	.019
Adj. $R^2=.64, F=31.77, p<.001$					

*Dummy variables (History of suicidal attempt: No=0/ Psychiatric diagnosis of MDD=0); MDD=Major depressive disorder.

로 사망한 자의 60.0%는 우울증을 동반한다는 연구결과[4,8]와도 일치하였다. 따라서 우울증을 진단받은 사례관리 대상자들은 자신의 우울감과 자살사고를 직접적으로 표현하는 경우가 드물기 때문에 지속적인 우울 정도와 자살에 대한 간접적인 신호를 모니터링할 수 있는 사례관리 체계를 구축할 필요가 있는 것으로 보인다.

낮은 자아존중감은 자신의 미래 모습에 대해 절망하고 위기 상황에 대처하는 능력이 취약하게 되므로 자살시도의 강한 예측인자이다[15]. 본 연구에서는 자아존중감 점수와 자살사고는 역상관관계를 나타내어 정신장애인을 대상으로 한 Seo 등[13]의 연구결과와 일치하였다. 자아존중감의 평균점수는 우울증 대상자 27.7점, 조울병 대상자 33.07점, 조현병 대상자 33.6점으로 지역사회에 거주하는 정신장애인의 자아존중감 점수가 평균 31.5점이라고 한 연구[13]와 우울증 대상자를 제외하면 본 연구와 비슷한 것으로 나타났다. 자아존중감은 사회적 상호작용에서 자신들에 대한 부정적인 모습을 지각하여 관계를 통해 자아를 수용하는 것이다[15]. 그러나 우울증 대상자는 절망감과 무가치함에 사로 잡혀[6], 삶에 대한 비판과 미래에 대한 불안을 증가시켜 고립되어 사회적 상호작용이 어려울 수 있다. 또한, 일반인들이 가지고 있는 정신질환에 대한 인식은 정신질환자에게 학습되어 사회관계 속에서 위축되고 소외감을 경험[19]하는 등의 심리적인 불편감으로 자아존중감이 감소하고 이차적인 우울을 유발시킬 수 있다. 그러므로 정신보건전문가는 대상자가 정신질환에 대한 정확한 인식과 자기 이해를 바탕으로 자기긍정을 도모할 수 있도록 도움을 주어야 한다. 그러기 위해서는 자아존중감을 증진시킬 수 있는 기존의 각종 중재 프로그램을 이용하여 개인 또는 집단으로 접근할 수 있어야 한다. 만약에 대상자에게 적합한 중재 프로그램이 없거나 부족하다면 프로그램 개발과 효과검증을 통해 지역사회에 거주하고 있는 만성정신질환자의 자아존중감을 증진시킬 수 있어야 한다. 그리고 정신보건전문가들이 쉽게 중재 프로그램을 습득할 수 있도록 국가나 지방자치단체에서 지원하는 다양한 교육의 기회가 정신보건전문가들에게 주어져야 할 것이다.

가족 지지와 사회적 지지는 자살사고의 보호요인으로 가족 간의 통합이 이루어지고 사회적 지지망이 형성된다면 자살을 충분히 예방할 수 있다[14]. 본 연구에서는 사회적 지지가 자살사고의 예측변수로 나타났다. 이것은 만성정신질환자를 대상으로 한 연구에서 자살사고의 예측인자가 사회적 지지라고 한 연구와 일치하였다[11]. 같은 정신질환으로 치료받고 있는 대상자, 친구, 전문가 및 성직자 등의 지지는 만성정신질환자

들에게 심리적인 안정감을 제공하기 때문에[24], 사회적 관계 내의 지지가 부족할수록 자살사고가 증가할 수 있음을 시사하는 부분이다. 또한 사회관계망 내에 있는 사람들의 정신질환에 대한 부정적인 인식은 대상자들의 정신건강에 부정적인 영향을 주고[14], 사회적 낙인[19]은 자신에 대한 부정적인 인식을 가지게 되므로 자살의 가능성을 높게 된다. 따라서 만성정신질환자의 부정적 자기인식을 감소시키면서 긍정적 측면을 증가시킬 필요성이 있다. 지금까지는 정신보건전문가들이 사회적 관계망을 구축해주는 역할을 하면서 자살을 예방했지만 부족한 국가재원을 활용하는 데는 한계가 있다. 따라서 만성정신질환자들이 보다 주도적으로 자신의 대인관계망을 형성하고 가족과의 관계를 개선하면서 좋은 지지망을 확장해 나아갈 수 있는 방안모색과 이를 뒷받침해 줄 수 있는 역량강화 프로그램 개발이 필요하다.

자살시도 경험은 만성정신질환자의 자살사고의 예측요인으로 밝혀졌다. Seo 등[13]과 Lee 등[11]의 연구에서 자살시도 경험이 없는 집단보다 자살시도 경험이 있는 집단에서 자살사고가 더 높게 나타났고 이는 본 연구의 결과와도 일맥상통하였다. Chun 등[14]은 우울이 높고 자살시도 경험이 있는 집단에서 자살사고가 가장 높았고, 우울이 낮은 경우라 해도 자살시도를 경험한 집단은 자살시도 경험을 하지 않은 집단에 비해 더욱 높은 자살사고를 보였는데 이것은 본 연구와 일치하였다. 따라서 정신보건전문가들은 자살시도 경험이 있는 대상자를 분류하여 자살시도 경험이 없는 정신질환자보다 집중 관리가 필요하고 이를 위한 체계 마련이 필요하다.

내재화된 낙인은 만성정신질환자 자살사고와 상관성은 있었으나 위계적 회귀분석을 실시한 결과 자살사고에 영향을 미치지 못했다. Michelle 등은 심각한 정신질환자는 내재화된 낙인을 경험한다고 하였는데[29] 이는 정신과 질환별로 세분화하지 않고 조현병, 우울증과 조울병을 하나의 정신질환으로 범주화하여 조사한 결과이다. 따라서 각 질환별로 내재화된 낙인을 경험하는 정도가 어느 정도인지 알 수 없지만 이것이 정신질환자의 삶에 영향을 주고 자살사고에 영향을 미친다[3]. 그러나 본 연구에서는 내재화된 낙인이 자살사고의 직접적인 영향요인으로 규명되지 못하였으므로 추후연구가 필요할 것으로 보인다.

이 연구는 만성정신질환자의 자살사고와 관련된 다양한 변수들 중에서 일부변수에만 초점을 두어 연구를 진행하였기 때문에 다양한 변수에 대한 연구가 실시되지 못한 한계점을 지니고 있다. 그러나 이러한 한계점에도 불구하고 정신과에서 대표적인 만성정신질환인 조현병, 우울증, 조울병 대상자의 자살사

고의 차이가 있다는 것을 확인할 수 있었다. 이에 지역사회 정신보건영역에서 질환별 특성에 맞는 다차원적인 자살예방 사례관리 시스템을 개발하기 위한 노력을 기울일 필요가 있다.

결론

본 연구는 지역사회의 정신건강증진센터의 사례관리 서비스를 제공받고 있는 만성정신질환자의 자살사고를 확인하고, 자살사고 관련요인을 파악하기 위하여 수행되었다. 연구결과 자살시도 경험, 자이존증감, 우울, 사회적 지지, 정신과적 진단명 중 우울증이 만성정신질환자의 자살사고 관련요인으로 밝혀졌다. 이것은 지역사회에서 만성정신질환자를 관리하는 정신보건전문가들이 우울증 대상자의 자살사고 위험요인과 보호요인을 파악하여 보다 개별화되고 체계화된 사례관리를 실시할 수 있도록 기초자료를 제공한 데 의의가 있다. 그리고 복지국가를 지향하는 우리나라에서 만성정신질환자인 조현병, 우울증과 조울병 대상자의 자살예방을 위한 사례관리 시스템 개발 및 구축과 그 효과성에 대한 후속연구를 통하여 자살률 세계 2위라는 불명예에서 탈피할 필요성이 있다.

REFERENCES

- Berrolote JM, Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *Am J Med Genet C; Semin Med Genet*. 2005;133(C):8-12.
<http://dx.doi.org/10.1002/ajmg.c.30041>
- Statistics Korea. 2012 Death statistics. 2014[cited 2014 June, 5]. Available form:
http://kosis.kr/nsportalStats/nsportalStats_0102Body.jsp?menuId=6&NUM=247
- Jae YM. Suicide and psychiatric disorder. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry*. 2004;10(1):3-10.
- Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine* 2003;33:395-405.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Han KS, Park YH, Im HS, Ju GY, Bae MH, Kang HC. Hope, depression and suicidal ideation in chronic mental illness patients. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;19(2):205-11.
- Min SK. *Modern psychiatry*. Ilchokak, Seoul; 2010.
- Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: Nested case-control study. *Br J Psychiatry*. 1997;171:355-9.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.187.1.9>
- Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: swedish cohort study with long term follow-up. *Br Med J*. 2008;337:1-6. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a2205>
- Kalmar S, Szanto K, Rihmer Z, Mazumdar S, Harrison K, Mann JJ. Antidepressant prescription and suicide rates: effect of age and gender. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2008;38(4):363-74.
<http://dx.doi.org/10.1521/suli.2008.38.4.363>
- Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicide in bipolar disorder: Risk and management. *CNS Spectrums*. 2006;11(6):465-71.
- Lee MY, Kim YS. Factors influencing suicidal ideation in people with mental disorder. *Korean J Health Serv Manag*. 2014;8(2):209-20.
- Cannon B, Mulroy R, Otto MW. Dysfunctional attitudes and poor problem solving skill predict hopelessness in Major depression. *J Affective Disorder*. 1999;55:45-9.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00123-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00123-2)
- Seo SY, Kim HS, Kim YT. Factors influencing suicidal ideation in people with mental disorder. *J Acad Comm Health Nurs*. 2013;24(2):245-54.
- Chun SK, Park BG, Lee HB. A study of risk factors related to mentally illness persons' suicidal ideation. *Ment Health Soc Work* 2. 2007;6(8):348-76.
- Lee MA, Kim SH, Park JH, Sim EJ. Factors of suicidal ideation and behavior: social relationships and family. *Korea J Popul Stud*. 2010;33(2):61-84.
- Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 2004;129:257-65.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
- Hwang TY, Lee WK, Han ES, Kwon EJ. A study on the reliability and validity of the korean version of internalized stigma of mental illness scale (K-ISMI). *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 2006;45(5):418-26.
- Wang AG, Mortensen G. Core features of attempted suicide: a long-term follow-up after suicide attempts in a low-suicide-incidence population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(2):103-7.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-005-0980-4>
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
- Han HM, Yeom TJ, Shin YW, Kim GH, Yun DG, Jeong KJ. The standardization study of beck depression inventory. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 1986;25(3):487-500.
- Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965. 326 p.
- Jeon BJ. Self-esteem: a test of it's measurability. *Yonsei Non-*

- chong. 1974;11:107-29.
23. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Med.* 1976;38:300-14.
24. Kwang WK. A study relationship life satisfaction according to the family support and family function the mentally handicapped perceives [master's thesis]. [Seoul]: Ewha Womans University; 2002. 81 p.
25. Gregory DZ, Nancy WD, Sara GZ, Gordon KF. The multidimensional scale of perceived social support. *J Personality Assess.* 1988;52:30-42.
http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
26. Lee KJ. A study on the factors affecting on the duration of job maintenance for people with psychiatric disabilities. *Disability & Employment.* 2003;13(4):21-50.
27. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicide intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47:343-52.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
28. Shin MS, Park KB, Oh KJ, Kim ZS. A study of suicidal ideation among high school students: the structural relation among depression, hopelessness, and suicidal ideation. *Korean J Clin Psychol.* 1990;9(1):1-19.
29. Michelle LW, Philip TY, Stephen MS, David R, Paul HL. Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Original Research.* 1999;55(1):45-9.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00123-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00123-2)