

자살시도경험이 있는 조현병 환자의 자살사고 관련요인

김미영¹ · 전성숙²

가야대학교 간호학과¹, 부산대학교 간호대학²

Factors related to Suicidal Ideation in People with Schizophrenia and Suicide Attempts

Kim, Mi Young¹ · Jun, Seong Sook²

¹Department of Nursing, Kaya University, Gimhae

²College of Nursing, Pusan National University, Yangsan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to explore factors which contribute to suicidal ideation in people with schizophrenia who have experienced at least one suicide attempts. **Methods:** The participants for this study were 138 people with schizophrenia who had made attempts at suicide. Data were collected from April 15 to May 7, 2014 using self-report questionnaires which included questions on Suicidal Ideation, Self-Esteem, Depression, Family Support and the Internalized Stigma Inventory. Data were analyzed using t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficients, and hierarchical regression with the SPSS/WIN 18.0 program. **Results:** The average score of suicidal ideation in the patients with schizophrenia who had experienced suicide attempts was 12.2±6.08. Factors which predicted suicidal ideation in these patients included self-esteem, depression and suicide attempts and these factors explained 44.0% of the variance in suicidal ideation. **Conclusion:** The results indicate that development and application of intervention programs, which can help to increase self-esteem levels and decrease depression levels among patients schizophrenia that have experienced suicidal attempts is a first priority.

Key Words: Schizophrenia, Suicidal ideation, Suicide, Attempted

서론

1. 연구의 필요성

조현병은 전세계적으로 1%의 평생유병률을 보이는 질환으로 조현병 환자는 일반인에 비하여 20~25세 가량 기대 수명이 짧다[1]. 조현병 환자들이 일찍 사망하는 것은 일반인에 비

해 신체적 질환으로 인한 사망률이 2~3배 높을 뿐만 아니라, 자살과 같은 사망 위험성도 높기 때문이다[2]. 특히, 조현병의 경우 사망원인에서 자살이 40%에 기여하며[3], 자살을 시도한 경험이 있는 39,658명에 대한 코호트 연구에서도 자살시도 후 1년 이내에 자살을 재시도할 위험성이 가장 높은 질환은 기분 장애와 조현병이었다[4]. 장기적인 관점에서는 자살에 의한 사망이 가장 높게 예측되는 질환이 우울을 동반하는 조현병이었

주요어: 조현병, 자살시도, 자살사고

Corresponding author: Jun, Seong Sook

College of Nursing, Pusan National University, 49 Busandaehak-ro, Mulgeum-eup, Yangsan 626-870, Korea.

Tel: +82-51-510-8358, Fax: +82-51-510-8308, E-mail: jss@pusan.ac.kr

- 이 논문은 부산대학교 자유과제 학술연구비(2년)에 의하여 연구되었음.

- This work was supported by a 2-Year Research Grant of Pusan National University.

Received: Aug 5, 2014 | Revised: Nov 13, 2014 | Accepted: Dec 19, 2014

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.

다[4]. 조현병 환자 중 약 50% 이상이 일생동안에 1회 이상 자살을 시도하며[5], 전체 환자 중 10~13%가 자살로 사망한다[2]. 조현병의 질병 발생 시점이 대부분 청소년기와 초기 성인기임을 고려한다면 일반인에 비해 청소년시기부터 자살 위험이 높으며[5], 질환의 만성적인 경과를 광범위한 연령대에서 자살사고를 높인다[6]. 따라서 자살시도경험이 있는 조현병 환자의 높은 자살의 원인을 파악하고 이에 따른 체계적인 전략을 수립하는 것이 자살예방에 매우 중요하다.

그러나 국내에서는 조현병을 별도로 구분하지 않고 모든 정신장애인을 대상으로 하여 일반적 특성과 심리사회적 요인 구분하여 파악하고 있다[7-11]. 정신장애인의 자살사고를 높이는 일반적 특성으로는 남자인 경우[7], 낮은 학력[8], 직업이 없는 경우[8,9], 미혼인 경우[9]로 나타났다. 심리사회적 요인으로는 우울이 높을수록[10], 자존감이 낮을수록[10,11], 가족지지가 낮을수록[9], 스트레스가 높을수록[11] 자살사고가 높았다. 이들 정신장애에 포함된 정신과 진단명은 조현병, 우울증, 조울병, 분열형 정동장애 및 알코올 중독 등 다양하였다[11, 12]. 우리나라 정신건강증진센터에서는 등록된 회원의 대다수는 조현병으로 진단된 대상자로 이들에게 사례관리 서비스를 우선적으로 제공하고 있다[13]. 그러나 정신건강증진센터의 사례관리는 자살사고를 선별하는 제도는 있지만, 조현병 환자의 자살문제에 더 쉽게 접근할 수 있는 서비스 제공이 이루어지지 않고 있다[14]. 또한, 정신건강증진센터에 근무하는 정신보건간호사는 사례관리를 하면서 조현병 질환의 특성과 관련된 위험상황에 노출이 되는 어려움을 겪는다[13]. 그러므로 지역사회의 정신보건기관은 조현병 환자를 대상으로 자살에 대하여 쉽게 접근할 수 있는 방법을 찾아가는 것은 무엇보다도 중요할 수 있다.

조현병 환자들의 자살 위험 요인은 주로 사회인구학적 요인, 질병 관련 요인 등에 국한되어 있다[2]. 기분장애의 공존[4], 과거 자살 시도의 병력[1], 물질사용장애 등 일반인구와 비슷한 자살 위험요인[15]과 더불어 질병의 발생 연령, 발병 전에 보유한 낮은 기능과 낮은 지능 등 질병과 관련한 요인들[16]을 제시하고 있다. 이러한 임상적 요인은 지역사회에 거주하는 만성화된 조현병 환자의 사례관리에 있어서 자살사고를 예측하고 자살 위험 요인에 대한 의미를 파악하기에는 어려움이 있기에 조현병 환자의 자살경험과 자살사고의 관계에 대해서는 아직 결론을 내리기가 어렵다.

우울은 자살사고를 증가시키는 강력한 정서적 요인으로[10], 우울이 높을수록 자살사고가 더 높은 것으로 보고하고 있어[10] 자살경험이 있는 조현병 환자의 자살사고에 부정적

인 영향을 미치게 한다. 자살시도 후 위기중재 시 우울 감소효과에 유의한 차이가 있었다[17].

자존감은 스트레스에 대한 개인의 대처능력과 관련있는 요인으로 자살사고를 설명하는 중요한 개념으로 받아들여지고 있다[10, 11]. 특히, 자살경험이 있는 정신장애인은 스트레스를 높게 인식하게 되면 자존감이 저하될 수 있고[11], 이러한 결과로 자살시도 경험에 있는 조현병 환자들은 부적응적인 행동인 자살시도로 표출되기도 한다. 정신과 외래 환자를 대상으로 한 연구[10]에서는 자존감이 낮은 정신과 환자에서 자살사고가 유의하게 높게 보고된 바 있다.

가족지지는 만성 정신질환자의 자살사고를 예측하는 변수였으나[9], 지역사회 거주하는 정신장애인의 자살사고에 유의하지 않아[12], 가족지지가 조현병 환자의 자살사고에 미치는 영향에 대한 연구가 필요하다. 또한, 정신건강이 회복되는 과정에서 사회적 편견으로 좌절을 경험할 경우 조현병 환자의 낙인에 의해 자살위험성이 높아질 수 있다[15]. 조현병으로 치료중인 환자의 자살사고에 대한 보고는 매우 부족하며[6], 의료기관에서 치료를 받고 있더라도 자살에 대한 치료를 받고 있지 않은 경우가 자살자의 2/3에 해당한다[6]. 국내에서도 자살시도 경험이 있는 일반 지역주민을 대상으로 조사한 연구에서 정신과 상담이 필요하나 치료받지 않은 경우가 76.4%로 나타났다[18]. 이런 사회적 편견은 자신의 가치를 절하하면서 부정적으로 내면화하는 경향이 있으므로[19], 자살사고의 정도에도 영향을 미칠 것으로 예상된다. 그러나 자살사고에 대해 가족지지 및 내재화된 낙인이 거론되고 있는 것과 달리, 자살경험이 있는 조현병 환자를 대상으로 자살사고를 감소시키고자 하는 경험적 연구는 찾아보기 힘들다.

따라서 본 연구는 자살시도 경험이 있으며 자살을 재시도할 가능성이 있는 조현병 환자를 대상으로 자살사고 관련요인을 파악함으로써 향후 지역사회 정신건강증진센터의 사례관리에 있어서 효과적인 자살예방 서비스의 방향을 찾기 위한 자료로서 의미가 있을 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 자살시도경험이 있는 조현병 환자의 자살사고간의 관련요인을 파악하여 자살사고를 줄이기 위한 중재개발에 기초자료를 제공하는 것이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성에 따른 자살사고의 차이를 파악한다.

- 대상자의 자존감, 우울, 가족지지, 내재화된 낙인, 자살사고에 대한 인식을 파악한다.
- 대상자의 자존감, 우울, 가족지지 및 내재화된 낙인과 자살사고 간의 상관관계를 파악한다.
- 자살시도경험이 있는 조현병 환자의 자살사고 관련 요인을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 자살시도 경험이 있는 조현병 환자를 대상으로 자살사고의 정도와 관련요인을 파악하는 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 B시와 K도의 12개의 정신건강증진센터에서 사례관리 서비스를 받고 있는 자살시도경험이 있는 조현병 환자이며, 전반적 기능 평가(Global Assessment of Functioning, GAF)점수 51점 이상인 자로 본 연구목적에 이해하고 참여하기로 동의한 자를 대상으로 하였다. 이는 GAF점수 50점 이하의 심각한 증상(자살생각, 강박적 사고 등)이 나타나므로 [12], 본 연구 설문지 수행에 어려움을 호소할 수 있다. Seo 등의 선행연구[12]에서도 GAF점수 51~60점 이상인 자를 택하여 자살사고에 대한 연구가 이루어진 바 있다.

다중 회귀분석에서 임의 예측변수 6개로 t-test 예측변수 3개, 유의수준 .05, 효과크기 .15, 검정력 .95로 설정하였을 때, G*Power 3.1 프로그램을 이용한 대상자 수는 119명이었다. 탈락률 18%를 고려하여 140명의 대상자에게 설문지를 배부하였으며, 이 중 불완전한 응답을 한 대상자를 제외하고 138명이 본 연구의 대상자가 되었다.

3. 연구도구

1) 자살사고

자살사고는 자살하기 위한 바람, 상상 또는 계획으로서 자살시도에 앞서는 과정이고 자살을 하고자 하는 계획이나 생각을 말한다[20]. 자살사고를 측정하기 위해서 본 연구에서는 Beck 등[20]이 개발한 Scale for Suicidal Ideation (SSI)을 Shin, Park, Oh와 Kim[21]이 수정·보완한 도구로 측정된 점

수를 사용하였다. 이 도구는 총 19문항의 3점 Likert 척도로, 점수의 범위는 0~38점으로 점수가 높을수록 자살사고의 정도가 높음을 나타낸다. 본 척도로 측정된 점수의 총점이 0~8점이면 정상, 9~11점이면 경도의 자살사고 상태, 12~14점이면 중등도의 자살사고 상태, 15점 이상이면 고도의 자살사고 상태를 의미한다. Shin 등[21]의 연구에서 Cronbach's α 는 .87이었고, 본 연구의 Cronbach's α 는 .90이었다.

2) 자존감

자존감이란 개인이 자신에 대한 가치를 판단하거나 자신에 대한 생각, 감정 및 기대를 포함한다[22]. 자존감을 측정하기 위해서 본 연구에서는 Rogenberg[22]가 개발한 Self-Esteem Scale (SES)을 Jeon[23]이 변안한 자존감 척도를 사용하였다. 이 도구는 긍정 5문항과 부정 5문항의 총 10문항으로 구성된 자기보고식 4점 Likert 척도로서, 부정문항을 역산하여 총 점수가 높을수록 자존감의 정도가 높은 것을 의미한다. 도구 개발 당시[22] Cronbach's α 는 .85, 본 연구의 Cronbach's α 는 .84였다.

3) 우울

우울이란 정서적인 기분 변화에서부터 병적인 상태에 이르는 근심, 침울감, 무력감 및 무가치함을 나타내는 정서적 장애를 의미한다[24]. 본 연구에서는 Beck 등[24]의 Beck Depression Inventory (BDI)를 Han 등[25]이 한국인에 맞게 번안 및 수정한 도구를 사용하였다. 총 21문항의 자기보고식 4점 Likert 척도로 각 항목의 점수를 모두 합한 것이 한 개인의 우울정도를 나타내며, 즉, 총 점수가 높을수록 높은 우울 수준을 의미한다. Han 등[25]에 의해 보고된 Cronbach's α 는 .91, 본 연구의 Cronbach's α 는 .91이었다.

4) 가족지지

가족지지는 대상자에게 의미 있는 가족구성원이 환자를 돌보아 주며 사랑하고, 존중하며 가치감을 갖게 해주고 환자의 의사소통과 상호책임의 조직망 속에 속한다는 것을 믿도록 해주는 것을 의미한다[26]. 본 연구에서는 Cobb[26]이 개발하고 Kwang[27]이 수정·보완한 긍정문항 9개, 부정문항 2개의 총 11문항으로 구성된 자기보고식 5점 Likert 척도로서, 총점수가 높을수록 가족지지가 높은 상태를 의미한다. Kwang[27]의 연구에서 Cronbach's α 는 .91, 본 연구의 Cronbach's α 는 .90이었다.

5) 내재화된 낙인

내재화된 낙인은 정신질환자 개인이 자신의 가치를 절하하거나 스스로의 모습에 부정적인 고정관념을 내면화하는 것이다[19]. 본 연구에서는 Ritsher와 Phelan[19]이 개발한 Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)을 Hwang, Lee, Han과 Kwon[28]이 한국인에 맞게 번안 및 표준화한 도구이다. K-ISMI는 내재화된 낙인에 대하여 소외 6문항, 고정관념 인정 7문항, 차별경험 5문항, 사회적 위축 6문항, 낙인극복 5문항의 총 29개 문항으로 구성된 자기보고식 4점 Likert 척도이다. 각 항목의 점수를 모두 합산하여 점수를 얻게 되며, 낙인극복 5문항은 역문항으로서 역산하여 사용한다. 도구에 의한 점수가 높을수록 정신질환에 대한 부정적인 태도를 내재화한 정도가 높고, 자기 자신에 대한 부정적인 태도가 높은 것으로 해석한다. Hwang 등[28]의 연구에서 Cronbach's α 는 .91, 본 연구의 Cronbach's α 는 .90이었다.

4. 자료수집

본 연구계획은 P대학교 생명윤리위원회에서 IRB승인(PNU IRB/2014_05_HR)을 받은 후 2014년 4월 15일부터 5월 7일까지 시행되었다. 자료수집은 본 연구자가 정신건강증진센터를 방문하여 각 기관의 센터장의 협조 및 사례관리 담당자(또는 정신보건전문요원)에게 연구의 목적을 설명하였다. 이후 사례관리자의 동의를 받은 후에 각각의 정신건강증진센터의 행사(가족교육, 자조모임, 소풍, 등반대회 등)에 참여하기 위해 센터를 방문한 대상자에게 본 연구자가 연구의 목적을 설명하고, 부합되는 대상자를 선별하였다. 연구참여를 원하지 않는 경우 언제든지 철회할 수 있음을 알리고, 연구참여에 동의한 대상에게 밀봉된 설문문과 동의서 및 설문지를 제공하고 귀가한 후에 스스로 작성하도록 하여 우편으로 수거하였다. 설문지 작성시 자살사고 점수가 높으면서 심리적 어려움을 보이는 대상자는 집중적인 사례관리 서비스를 받을 수 있다는 문구를 삽입하였다. 이에 동의한 대상자는 현재 이용하는 정신건강증진센터의 이름을 기록한 후 상담의뢰를 원하는 지 표시할 수 있도록 하여 각각의 정신건강증진센터에 연락을 하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균과 표준편차

로 분석하였다.

- 일반적 특성에 따른 자살사고의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였다.
- 자살사고, 자존감, 우울, 가족지지 및 내재화된 낙인은 평균 및 표준편차로 분석하였다.
- 자살사고와 자존감, 우울, 가족지지와 내재화된 낙인의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 대상자의 자살사고에 대한 영향요인은 hierarchical multiple regression을 이용하여 분석하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 총 138명이며, 남성 55.8%, 여성 44.2%를 차지하였다. 연령은 20대 10.1%, 30대 26.1%, 40대 63.8%였다. 학력은 고등학교 졸업 47.1%, 중학교 졸업 30.4%, 대학교 졸업이 22.5% 순으로 나타났으며, 종교는 있음이 84.1%, 결혼 상태는 미혼이 66.7%, 가족과 함께 거주하는 경우가 81.2%, 경제상태는 100만원 이상이 53.6%, 신체적 질환은 없는 경우가 64.5%, 첫발병은 20대가 52.2%로 나타났다. 자살 시도 방법으로 음독을 선택한 경우가 47.8%, 자살 시도 횟수는 1번 이상이 55.1%로 나타났다.

대상자의 일반적 특성별 자살사고는 가족과 함께 거주하는 경우($t=4.44, p<.001$), 신체질환이 있는 경우($t=-3.85, p<.001$)에서 유의하게 높았다. 또한, 자살시도 경험의 특성으로는 자살시도 2회 이상($t=-2.99, p=.003$)에서 유의한 차이를 보여, 자살시도 횟수가 2회 이상일 때 자살사고의 정도가 높았다(Table 1).

2. 자존감, 우울, 가족지지, 내재화된 낙인, 자살사고 간의 정도 및 상관관계

본 연구대상자가 지각한 자존감, 우울, 가족지지, 내재화된 낙인 및 자살사고는 Table 2와 같다. 자살사고는 12.2점이며, 자존감 32.5점, 우울 17.6점, 가족지지 36.6점, 내재화된 낙인 68.8점으로 나타났다.

자존감, 우울, 가족지지, 내재화된 낙인, 자살사고 간의 상관관계를 분석한 결과, 대상자의 자살사고 정도는 우울($r=.43, p<.001$), 내재화된 낙인($r=.30, p<.001$)과 유의한 정

Table 1. Comparison of Suicidal Ideation Score according to the Subjects' Characteristics

(N=138)

Characteristics	Categories	n (%)	Suicidal ideation		
			M±SD	t or F	p
Gender	Male	77 (55.8)	12.4±5.7	0.35	.724
	Female	61 (44.2)	12.0±6.3		
Age (year)	20~29	14 (10.1)	13.3±6.2	0.37	.628
	30~39	36 (26.1)	12.8±6.8		
	40~49	88 (63.8)	12.6±5.8		
Education	Middle	42 (30.4)	13.9±3.1	1.94	.225
	High	65 (47.1)	12.8±7.1		
	≥ College	31 (22.5)	11.4±8.2		
Religion	Haven't	22 (15.9)	13.9±5.4	1.41	.161
	Have	116 (84.1)	11.9±6.1		
Marital Status	Unmarried	92 (66.7)	12.3±6.5	0.63	.950
	Married	46 (33.3)	12.2±5.3		
Residential status	Living alone	26 (18.8)	9.0±3.4	-4.44	< .001
	Living with families	112(81.2)	13.0±6.3		
Monthly income (10,000 won)	< 100	64 (46.4)	11.5±6.0	-1.25	.215
	≥ 100	74 (53.6)	12.8±6.0		
Physical illness	No	89 (64.5)	10.8±5.4	-3.85	< .001
	Yes	49 (35.5)	14.7±6.4		
Age of onset	< 10	33 (23.9)	12.4±5.8	0.72	.488
	20~29	72 (52.2)	12.7±6.1		
	≥ 30	33 (23.9)	11.2±6.3		
Suicidal method	Wrist cutting	22 (15.9)	11.0±3.4	1.83	.089
	Taking poison	66 (47.8)	12.3±6.3		
	Neck hanged	46 (33.3)	12.9±6.2		
Suicidal attempt	1	62 (44.9)	10.6±4.3	-2.99	.003
	≥ 2	76 (55.1)	13.5±7.0		

적 상관관계를 보여 우울이 높을수록, 내재화된 낙인이 높을수록 자살사고는 높았다. 한편 자존감($r=-.36$, $p<.001$)은 유의한 부적 상관관계를 나타내어 자존감이 낮을수록 자살사고가 높은 것으로 나타났다(Table 3).

3. 대상자의 자살사고 관련요인

단변량분석에서 자살사고와 유의한 차이가 있었던 자살시도 횟수, 신체질환, 가족과 함께 거주에 대해 통제된 후 우울, 자존감 및 내재화된 낙인이 자살사고에 미치는 영향을 파악하기 위하여 위계적 회귀분석을 실시하였다. 우선 회귀분석의 가정을 검정한 결과, 모든 조건을 충족하였다. Durbin-Watson 검정값은 2.224로 각 독립변수 간의 자기상관이 없었으며, 변수에 대한 공차한계는 0.63에서 0.97로 0.1 이상이었고, 분

Table 2. Mean Score of Major Variables in Schizophrenia patients with Suicidal Attempts

(N=138)

Variables	M±SD
Suicidal ideation	12.2±6.08
Self esteem	32.5±6.65
Depression	17.6±11.58
Familial support	36.6±8.53
Internalized stigma	68.8±11.80

산팽창인자(VIF) 값은 1.03~1.58로 10보다 작아 다중공선성의 문제도 없었다. 마지막으로 잔차 분석결과 자살사고에 대한 회귀표준화 잔차의 정규분포 P-P도표에서 선형성이 확인되었고, 산점도도 잔차의 분포가 0을 중심으로 고르게 퍼져 있어 오차항의 정규성과 등분산성이 확인되었다.

통제변수인 자살시도 횟수(1회=0), 신체질환(무=0), 가족과 함께 거주(혼자거주=0)만을 포함한 1단계 위계에서는 자살시도 횟수가 1회보다 2회 이상인 경우에 자살사고 높음을 21.0% 설명하였다($F=13.15, p<.001$). 독립변수들이 포함된 2단계 위계에서는 설명력이 23%로 유의하게 증가하였고($p<.001$), 일반적 특성을 통제한 상태에서 자살사고에 영향을 주는 요인은 우울($\beta=.36, p<.001$), 자존감($\beta=-.27, p<.001$) 순이었으며, 이 변수들은 자살시도 경험이 있는 조현병 환자의 자살사고의 44.0%를 설명하였다(Table 4).

논 의

본 연구대상자의 자살사고 정도는 Shin 등[18]이 제시한 중등도의 자살사고를 보이는 조현병 환자가 대부분이었다. 일반적 특성에서 자살시도 경험이 1회인 경우에 44.9%에서 10.6점으로 경도의 자살사고가 나타난 것에 비해 2회 이상에서 55.1%에서 13.5점으로 중등도의 자살사고를 보였다. 이는 국내

만성정신질환자를 대상으로 한 Han 등[9]의 9.5점에 비해 차이가 있다. 다른 도구를 사용하여 조사한 국내의 선행연구에서도 자살시도 경험이 있는 Han 등[11]의 자살시도 무경험자의 자살사고 2.05점에 비해 유경험자의 자살사고는 2.92점으로 유경험자의 자살사고가 높았다. 또한, Seo 등[12]의 자살시도 경험이 없는 정신장애인의 자살사고는 19.9점에 비해 자살시도 경험이 있는 정신장애인의 자살사고는 39.8점으로 나타났다. 이는 자살시도 경험이 있는 대상자들이 재차 극단적인 생각으로 자살사고에 집착하고, 재자살시도로 이어질 위험성[6, 17]이 높음을 지지하는 것이다. 즉, 청소년기에 첫 발병하는 조현병의 경우 만성적인 경과로 인하여 자살시도를 행할 가능성이 높으며, 자살시도는 자살사고를 높이는 고위험군에 해당한다. 자살사고가 자살행동으로 이어진다는 맥락에서 살펴볼 때 자살시도 횟수는 자살위험성을 사정하는 데 있어 일차적 위험요소를 재차 확인하였다. 자살시도경험을 가진 조현병 환자에 대한 심층적인 분석과 철저한 사후 사례관리가 자살 재시도를 막기 위한 중요한 대응전략임을 알 수 있다. 또한, 정신장애인 자살시도자는 자살 재시도율이 상대적으로 더 높은 것으로 보고되기에[6], 그 특성을 확인하는 연구가 필요하다.

본 연구에서 대상자의 일반적 특성을 통제한 후 위계적 회귀분석을 실시한 결과, 우울, 자존감이 자살사고의 44%를 설명하는 변수로 밝혀졌으며, 이 중 우울이 가장 크게 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 조현병 환자들은 우울이 높을수록 자살사고를 더 높게 평가하였는데, Hawton 등[15]의 메타분석에 의하면 우울이 약 6~8배의 자살위험을 초래한다. 본 연구에서 자살시도경험이 있는 조현병 환자의 BDI 평균 우울

Table 3. Correlations of Depression, Self-esteem, Internalized Stigma, Family Support and Suicidal Ideation in Schizophrenia Patients with Suicidal Attempts (N=138)

Variables	Suicidal ideation
	r (p)
Depression	.43 (<.001)
Self-esteem	-.36 (<.001)
Internalized stigma	.30 (<.001)
Familial support	-.17 (.045)

Table 4. Factors influencing of Suicidal Ideation in Schizophrenia Patients with Suicidal Attempts (N=138)

Variables	Categories	Model 1			Model 2			Tolerance	VIF
		β	t	p	β	t	p		
Control	Residential status [†]	.10	1.32	.188	.09	1.48	.141	.97	1.03
	Physical illness [†]	.09	1.11	.268	.05	0.81	.419	.96	1.05
	Suicidal attempts [†]	.46	6.03	<.001	.46	6.93	<.001	.96	1.04
Independent	Depression				.32	4.11	<.001	.71	1.41
	Self esteem				-.32	-4.44	<.001	.82	1.23
	Internalized stigma				-.05	-0.59	.556	.63	1.58
Adjusted, R ²		.21			.44				
ΔR^2					.23 (<.001)				
F (p)		13.15 (<.001)			18.44 (<.001)				

[†] Dummy variables: Residential status (living alone=0, living with family=1), Physical illness (no=0, yes=1), Suicidal attempts (only one time=0, more than 2 times=1).

점수는 17.6점으로 16점 이상은 정신과 전문의의 임상적 소견을 바탕으로 우울증 진단이 가능한 심한 우울상태를 의미한다. 우울과 자살사고의 상관성을 조사한 결과 우울이 높을수록 자살사고 수준이 높아, 다른 변수에 비해 우울이 자살사고와 가장 관련성이 높은 요인으로 나타났다. 이는 우울을 자살시도경험이 있는 지역주민 자살사고의 제일 중요한 예측요인으로 보고한 Kim 등[17]의 연구결과와 일치하며, 자살시도로 인한 자살자의 60%는 우울증을 동반하였다는 연구결과[29]와 일치한다.

이처럼 우울이 높을수록 조현병 환자들의 높은 자살사고를 경험하는 것을 알 수 있는데, 최근 자살시도 환자를 위한 프로그램을 개발하여 자살시도 환자를 위한 예방의 중요성을 보여주는 연구가 보고되었다. Park[17]은 자살사고-자살의도-자살시도의 일련과정을 거쳐 진행되는 현상으로 보고 자살사고를 파악하여 6회기의 입원 환자 대상의 위기중재 프로그램을 개발하였다. 그 결과, 정신과에 입원한 급성기 조현병을 제외한 대상자들은 인지행동 프로그램이 자살사고와 우울이 감소하였다. 이러한 연구결과는 자살사고에 대한 인지행동의 변화를 통해 자살사고 감소되었음을 보여주는 것으로, 지역사회 거주하는 조현병 환자를 대상으로 자살사고와 우울을 감소와 관련된 자살시도 경험의 특성을 규명하고, 이를 바탕으로 한 전략적 연구를 시도해 볼 필요가 있겠다.

20세 이전에 첫 발병한 정신장애인의 경우 질병 초기에 쉽게 비관함으로써 자살시도를 행할 가능성이 높다[12]. 이런 자살시도 경험을 가진 정신장애인은 우울 증상의 악화를 초래하여 자살사고가 높아지므로[12], 정신보건간호사는 자살사고와 우울에 대한 전문가의 모니터링 및 간호중재를 시행할 필요가 있음을 시사한다. 국외에서도 지역사회에 거주하는 조현병 환자의 자살시도 후 정신 증상관리 이외에 자살사고에 대한 지속적인 관리의 필요성을 언급하였다[4]. 국내에서도 지역사회 정신건강증진센터의 역할특성을 반영하여 체계적인 업무 시스템을 구축하고, 정신보건전문가가 안정적으로 근무할 수 있는 환경 조성이 필요하다. 또한, 자살시도경험이 있는 조현병 환자에게 적합한 우울감소 프로그램을 개발하여 사례관리에서 직접 활용하는 것도 필요할 것이다.

본 연구에서 자살시도 경험이 있는 조현병 환자들은 자존감이 낮을수록 높은 자살사고를 경험하는 것으로 나타났다. 이는 자살경험이 있는 지역주민을 대상으로 한 Kim 등[18]과 정신장애인을 대상으로 한 Seo 등[12]의 연구결과와 일치하였다. 자존감은 자존감이 낮을수록 자신의 미래 모습에 대해 절망하게 되고 위기에 취약하므로[17], 자살사고를 예측할 수 있

는 주요 인자가 된다. 자존감은 사회적 상호작용에서 자신에 대한 부정적인 모습을 지각하여 관계를 통해 자아를 수용한다[10]. 그러나 자살사고가 높은 조현병 환자들은 질병의 특성상 지역사회에 거주하면서 만성적인 경과에 따른 사회적 낙인과 차별을 경험함으로써[30] 미래에 대해 불안해하며 삶을 비관하고[12] 자존감이 더욱 낮아지게 된다. 조현병 환자를 위한 자살예방 중재 프로그램의 개발에 있어 자신에 대한 긍정개념의 강화와 부정개념의 감소를 통하여 자존감을 향상시킴으로써, 자살사고를 감소하도록 도모할 필요가 있다.

본 연구에서는 내재화된 낙인은 예측 변수로 확인되지는 않았지만, 조현병 환자의 사회적 낙인은 자살 가능성을 높인다는 보고가 있다[15]. 사회적 낙인으로 부정적인 자기인식을 강화시키면[6,10] 자살사고가 높아질 수 있다. 본 연구에서 자살시도경험이 있는 조현병 환자의 내재화된 낙인 정도는 평균 68.8점으로, 내재화된 낙인 점수는 낮병동의 정신재활 프로그램을 받는 조현병 환자의 68.4점[30]과 비슷하며, 병원에 입원 치료 중인 조현병 환자의 65.7점[30]에 비해서는 약간 높았다. 선행연구결과와 달리 유의하지 않았으므로 추후 반복연구가 필요할 것으로 보인다.

이상에서 살펴본 바와 같이, 자살시도 경험이 있는 조현병 환자의 높은 자살사고는 자살시도 횟수, 우울, 자존감에 의해 영향을 받음을 알 수 있었다. 따라서, 지역사회 거주하는 자살시도 경험이 있는 조현병 환자를 간호함에 있어서 자살시도 횟수와 우울을 면밀히 사정하고, 자존감 수준 등에 주의하여 자살사고에 대해 보다 능동적으로 확인하는 것이 필요하며, 이러한 요인들을 개선하는 방향으로 사례관리와 중재 프로그램 등을 적용을 위한 방안을 모색할 필요가 있다.

결론

본 연구는 B시와 K도의 총 12개 정신건강증진센터로 부터 자살경험이 있는 조현병 환자 138명에 대한 자살사고와 관련요인을 분석하였다. 이는 자살시도 경험이 있는 조현병 환자의 자살사고를 감소시키기 위한 방안을 마련하기 위한 기초적인 자료를 제공하였다. 자살시도경험이 있는 조현병 환자의 자살사고 관련요인은 자살시도횟수, 우울, 자존감이었으며, 설명력은 44.0%로 나타났다. 본 연구결과를 토대로 자살시도경험이 있는 조현병 환자 중 재시도 가능성과 관련이 높은 2회 이상의 시도자, 자존감이 낮고, 우울이 높은 대상자에 대해서는 자살 재시도 고위험군임을 인지하여 재시도 방지를 위한 치료적 접근과 사례관리가 필요함을 알 수 있다.

또한, 조현병 환자의 자존감 증진과 우울감소를 위한 효과적인 중재 프로그램을 개발하여 활용하여야 한다. 그리고 이러한 대상자는 관리하는 정신보건전문요원들이 이들 역할을 잘 수행할 수 있도록 교육하는 프로그램과 정신건강증진센터의 안정적인 운영체계가 필요하다.

REFERENCES

1. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia "just the facts" what we know in 2008. 2. epidemiology and etiology. *Schizophr Res*. 2008;102(1-3):1-18.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.011>
2. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(10):1123-31.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1123>
3. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):247-53.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247>
4. 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. *BMJ*. 2008;337:a2205.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a2205>
5. Perenyi A, Forlano R. Suicide in schizophrenia. *Neuropsychopharmacol Hungarica*. 2005;7(3):107-17.
6. Sadock BJ, Sadock VA. Suicide: in Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences. 9th ed. Lippincott: Williams & Wilkins Phil; 2003. 916 p.
7. Tarrier N, Barrowclough C, Andrews B, Gregg L. Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia; the influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39(11):927-37. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-004-0828-3>
8. Lee EJ. A study on the effect of social support on mental health disorder's suicidal ideation [master's thesis]. [Seoul]: Catholic University; 2009. 88 p.
9. 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.
10. Bhar S, Ghahramanlou-Holloway M, Brown G, Beck AT. Self-esteem and suicide ideation in psychiatric outpatients. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2008;38(5):511-6.
<http://dx.doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.511>
11. Han IY, Lee EJ, Kim SY. A comparative study of suicide attempters and non-attempters registered in mental health center. *Ment Health & Soc Work*. 2013;41(4):201-26.
12. Seo SY, Kim HS, Kim YT. Factors influencing suicidal ideation in people with mental disorder. *J Acad Community Health Nurs*. 2013;24(2):245-54.
<http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2013.24.2.245>
13. Kim HJ, Nam HK. A study of community psychiatric mental health nurse's activity. *J Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;16(4):489-501.
14. Yoon MS, Chae WS. The process of schizophrenics' overcoming after attempted suicide. *Ment Health & Soc Work*. 2009;33(12):218-56.
15. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factor. *Br J Psychiatry*. 2005;187:9-20. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.187.1.9>
16. Carlborg A, Winnerback K, Jonsson EG, Jokinen J, Nordstrom P. Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2010; 10(7):1153-64.
17. Park JH. Development and evaluation of a crisis intervention program for suicide attempters. *Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;22(4):368-76.
<http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2013.22.4.368>
18. Kim MY, Jun SS, Kim KH. Associated factors of suicidal ideation in community residents with suicidal attempt experiences. *J Acad Community Health Nurs*. 2013;24(2):135-42.
<http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2013.24.2.135>
19. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 2004; 129(3):257-65.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
20. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicide intention: the scale for suicide ideation. *J Consulting Clin Psychol*. 1979;47(2):343-52.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
21. 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.
22. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. England: Princeton University Press. 1965. 347 p.
23. Jeon BJ. Self-esteem: a test of it's measurability. *Yonsei Non-chong*. 1974;11:107-29.
24. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4(6):561-71.
25. Hahn HM, Yum TH, Shin, YW, Kim KH, Yoon DJ, Chung KJ. A standardization study of Beck Depression Inventory in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 1986;25(3):487-500.
26. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Med*. 1976;38:300-14.
27. 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.
28. 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.
29. Greenberg PE, Kessler RC, Bimbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, et al. The economic burden of depression in the united states: how did it change between 1990 and 2000? J Clin Psychiatry. 2003;64(12):1465-75.
30. Kim MY, Jun SS. Factors affecting internalized stigma of patient with schizophrenia. J Acad Psychiatr Ment Health Nurs. 2012;21(2):108-17.
<http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2012.21.2.108>