

노인 자살예방을 위한 기독교 상담 복지적 접근

* 남희은 · **강연정

(*고신대 사회복지학부 · ** 고신대 기독교교육과)

I. 들어가며

II. 노인과 노인자살

1. 노인과 노인문제

2. 노인자살 실태 및 주요특성

III. 노인자살예방을 위한 기독교 상담 복지적 접근

1. 기독교 상담복지적 1차적 예방

2. 기독교 상담복지적 2차적 예방

IV. 맺으며

I. 들어가며

사람은 누구나 오래살고 싶어 한다. 무병장수는 인간의 오랜 꿈이기도 하다. 삶이 힘들어 때로는 죽음의 저편을 선택하는 사람이 있을지라도 무병장수를 향한 인간의 노력은 계속되어 왔다. 그러나 역설적으로 지금 고령화 사회는 세계적인 현상으로 문제화 되고 있다.

우리 시대의 노인은 부모님을 봉양하며 살았던 마지막 세대이자 봉양 받지 못하는 첫 세대인 샌드위치 노인이다. 1)통크족(TONK: Two Only No Kids), 2)우피족(Woopies: Well of older people), 독거노인, 3)메트리스형 패밀리(Matrix Family), 고령화 쇼크, 고령화 지진, 4) 9988234 등 노인과 관련된 이 시대의 은빛 자화상이다.

- 1) 기혼자녀들과 함께 살지 않고 노인부부끼리 독립적으로 생활하는 노인세대로 전통적인 조부모의 역할을 거부하고 자신들만의 인생을 즐기는 노인
- 2) 경제적으로 여유있는 나이든 세대로 자녀들에게 신세지지 않고 과거 자신들의 경제력으로 풍족한 노후생활을 하는 노인
- 3) 매트릭스 형태의 가족은 30대, 40대는 어린 자녀들과 동거하다가 50대 후반, 60대의 고령전기 연령층은 자신의 자녀들과는 별거하고, 80대, 90대의 노부모 간병의 필요성으로 홀로 사는 아버지 또는 어머니와 동거하는 유형

현대사회가 풍요로워지고 발달하는 만큼 전 생애에 걸쳐 다양한 사회적 문제가 발생하고 있다. 의학과 과학기술, 생명연장의 꿈이 실현되고 있는 고령화시대를 살아가는 우리에게 아이러니하게도 노인자살은 또 다른 노인문제의 한 부분이기도 하다.

자살은 최근 10년 동안 노인연령뿐만 아니라 전 연령에 걸쳐 급격히 증가하고 있다. 우리나라 연령 표준화 자살률은 2004년 인구 10만 명 당 24.2명으로 OECD회원국 사이에서 2004년부터 2005년에 걸쳐 2년 연속 1위를 차지하였고, 더욱이 노인의 자살은 10만 명 당 약 6.7명에 나타나고 있어(통계청, 2006), 노인인구 증가와 더불어 지난 몇 년간 노인자살자와 자살률은 지속적으로 증가하고 있다. 이러한 지속적인 증가는 OECD 30개 회원국 중에서도 가장 큰 것으로 나타났으며, 그 결과 우리나라 노인 자살률 또한 회원국 중 가장 높은 것으로 보고되고 있고, 아시아 국가와 비교해도 65세 이상 한국노인의 자살률은 국제사회에서 자살이 많은 것으로 알려진 일본의 두 배 이상으로 나타나고 있다(중앙일보, 2005. 5). 결국 OECD 최고 자살률의 원인은 노인들이 차지하고 있는 것으로 보고 있다. 하지만, 이처럼 노인자살이 매우 심각한 사회문제임에도 불구하고 노인자살이 왜 발생하는가에 대한 연구는 매우 부족한 실정이며 이에 대한 국내연구는 극소수에 불과하여 문제의 심각성에 대한 인식 부족과 함께 논의조차 활발히 진행되지 못하고 있는 실정이다(김미진, 2008).

노인인구의 급증하는 가운데 한국교회는 시대적으로 중요한 위치에 있고 교회 자체적으로 갖고 있는 상징성에 의해 그 중요한 역할을 요구받고 있다. 교회는 미래의 초고령사회를 대비한 수준 높은 도덕과 신앙으로 이러한 문제를 다루고 해결하는 것에 있어 긍정적인 영향력을 미칠 수 있다(이기양, 2003). 노인의 자살문제는 더 이상 철학적인 문제가 아니라 우리 사회의 큰 사회문제로 이를 위해 기독교적 차원에서 교회가 앞서서 문제해결을 위한 적극적인 방안을 모색해야 할 것이다.

종교적 신앙을 가진 사람이 갖지 않은 사람보다 죽음의 공포를 적게 가지고 있으며, 신앙심이 깊은 사람들 중에는 죽음을 평온하게 맞이한 사람이 많다. 종교가 있는 사람은 죽음을 긍정적으로 받아들이는데, 이는 종교를 통하여 신에게 의지하고 죽음을 편안히 받아들일 수 있기 때문이다(정경수, 2006 재인용). 신앙을 갖고 신앙심이 높을수록, 전 가족이 신자이고 자신의 구원에 대한 확신이 크고 매주일 예배에 참여하는 노인일수록 죽음에 긍정적으로 수용하는 태도를 보인다(윤여정, 2000)는 연구결과도 기독교적인 관점에서 노인의 죽음에 대한 준비와 적응적인 대안마련을 위한 노력이 필요함을 시사한다.

노인들의 소망 중의 한 가지는 다른 사람들에게 피해를 주지 않으면서 건강한 노년기를 보내다가 좋은 죽음을 맞이하는 것이다. 현대사회는 웰빙의 시대를 넘어 웰다잉의 시대에 접어들었다. 본 연구에서는 기독교적 관점에서 노인 자살 예방을 위하여 상담복지적 차원의 서비스

4) 나이가 들어 99세까지 팔팔하게 살다가 이삼일만 아프다가 죽는 것이 행복한 삶이라는 뜻

와 방안을 모색하기 위하여 노인과 노인자살, 노인자살의 실태와 자살에 대한 기독교적인 관점, 노인자살예방의 대안을 1차적, 2차적 예방차원으로 살펴보았다

II. 노인과 노인자살

1. 노인과 노인문제

한국은 세계에서 가장 빨리 늙어가고 있다. 우리나라는 2005년 총인구 대비 65세 이상 고령자의 비율이 9.1%, 노령화 지수 47.4%로 세계에서 유례를 찾아 볼 수 없는 빠른 속도로 고령화사회에 진입하였다. 2019년이면 65세 이상 노인이 전체인구의 14%를 차지하는 ‘고령사회’로 진입할 것으로 예측된다. 한국은 고령화사회에서 고령사회로 진입하는데 20년이 채 걸리지 않는 고령화속도 세계 1위 국가다. 프랑스가 115년, 미국이 61년 그리고 일본이 24년 걸렸다. 2030년이면 전체 인구 5명중 1명이 65세 이상 노인이 되며, 생산 가능인구(15~65세) 2.8명이 노인 1명을 부양해야하는 것이다. 한국 사회의 고령화 단계는 아직은 선진국에 비해 낮은 편이나, 급격한 고령화 속도와 저출산으로 인해 사회적 차원에서 위기로 인식되고 있다.

이 시대 노인들이 겪는 어려움은 건강, 경제적 어려움, 외로움과 소외감, 소일거리, 직업 없음, 여가, 고독, 우울, 역할상실, 성, 황혼이혼, 자살 등으로 여러 가지 복합적인 인과관계를 가진 문제들이다. 크게 네 가지 측면으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 건강문제로 노인들은 한 두 군데 이상은 만성질환으로 고통 받으며, 치료비 부담, 신체적 부자유로 일상생활 수행의 제한, 수발과 간병 등의 어려움이 있다. 노인질병은 장기적이고 만성적일 뿐만 아니라 합병증의 증세도 빈번하게 발생해 많은 의료비가 필요하다. 노인의 건강은 심신의 노화로 약화되는 것이 일반적이지만 적절한 의료 혜택을 받으면 노화의 속도를 지연시켜 보다 행복한 노년을 보낼 수 있기에 노인건강문제는 가장 중요하게 다루어야 할 부분이다.

둘째, 경제적인 어려움으로 노인들의 대부분은 절대적 또는 상대적 빈곤이라는 문제점을 내포하고 있다. 대부분의 노인들은 자신의 노후대비는 미흡하고 주로 자녀들의 교육, 결혼 등으로 많은 비용을 투자하였다. 노년기에 이르면서 노인들은 퇴직으로 인하여 정기적인 수입원이 단절되고, 연금, 퇴직금, 저축, 재산수익 등으로 살아간다. 하지만 노령연금제도가 아

5) UN의 기준으로 전체 인구 중 65세 이상 고령인구비율이 7-14% 미만은 고령화 사회(aging society), 14%-20%미만은 고령사회(aged society), 20% 이상은 초령화 사회(super-aged society)라 함

직도 성숙되지 못한 우리나라의 경우 퇴직 후의 수입 상태는 열악하다. 젊은이들은 풍요로운 사회를 누리며 살아가는데, 그 젊은이들을 낳아 키우느라 고생한 노인들은 상대적으로 빈곤한 경우가 많다.

셋째, 역할상실과 여가의 문제로 사회의 급속한 변화 속에서 세대교체가 이루어지고, 직업 및 사회적 역할도 상실하게 되었다. 핵가족화로 인한 가족문화의 변화는 노인들의 가부장적 역할의 상실과 노인의 지위와 권위도 저하되고, 은퇴노인들 중 많은 노인들이 노년기에 적절한 역할과 규범을 확립하지 못하고 있다. 역할 상실 및 여가문제는 평균 수명의 연장으로 길어진 노년기를 성공적으로 보내기 위해 적극적으로 대처해야 할 부분이다.

넷째, 심리적인 어려움으로 소외감, 고독, 무료함 등이 있다. 이는 사회 및 가족 내에서 역할상실, 은퇴, 노인단독세대의 증가, 인간관계의 단절 및 고립, 배우자 및 가까운 지인의 죽음 등의 상실감이 심리적인 어려움을 가중시킨다. 이렇듯 노인문제는 역할의 상실이 고독과 상실감으로 이어지고, 마음의 병은 신체적 건강의 문제로 직결되며, 건강은 경제적 문제로 이어지는 순환적, 인과적 문제가 된다.

이렇듯 노인은 사회문제로 인식되며, 복잡적이고 다양한 생활상의 문제가 혼재하고 있다. 그렇다면 기독교적인 관점에서의 노인은 어떻게 바라볼 수 있을 것인가? 한국교회도 노인의 목회에 더 많은 관심을 가지고 노인의 인과적이고 복합적인 문제에 적극적으로 개입해야 할 것이다.

노인에 관한 신학적인 접근은 인간론적, 구원론적, 교회론적, 선교론적 접근으로 살펴보면 다음과 같다(권영규, 2008).

첫째, 인간론적 접근으로 노년에 대한 긍정이다. 노인목회는 노년에 대한 긍정에서 시작되어야 한다. 성경은 사람이 하나님의 형상대로 지음 받았다(창1:27)고 말한다. 거룩하신 하나님이 인간으로 성육신하셨다(요1:14)말한다. 그러기에 모든 인간은 존귀한 존재인데, 노인이라고 예외가 아니다.

노년은 단지 죽음을 기다리고 있는 세대가 아니다. 노년은 시간이 저절로 흘러가기를 밟고 있는 세대도 아니다. 노년도 하나님께서 허락하신 아름답고 존귀한 삶을 살아가는 때이다. 출생에서 노년까지 우리의 전 생애는 똑같이 중요하고 나름대로 의미가 있기에, 이 생애를 하나님의 창조섭리를 따라 긍정적이고 적극적으로 살도록 도와야 한다.

둘째, 구원론적인 접근으로 구원의 대상으로서의 노인이다. 하나님께서 세상을 사랑하여 독생자를 주어 구원에 이르게 하셨다(3:16). 이 세상에 있는 모든 인간은 누구든지 예수 그리스도를 믿으면 하나님의 자녀가 되며, 구원에 이르게 된다. 그러나 누구든지 예수 그리스도를 믿지 아니하면 결코 구원에 이를 수 없게 된다(행16:31).

노인은 다른 계층의 사람들보다 일반적으로 이 땅에서 살아갈 수 있는 기간이 짧다고 할 수 있다. 이들에게 구원의 복음을 전하여 구원에 이르게 하고, 바른 믿음의 삶을 살다가 천국에 갈 수 있도록 해야 한다.

셋째, 교회론적 접근으로 섬김과 돌봄의 대상으로서의 노인이다. 네 부모를 공경하라(출 20:12, 신5:16)는 제5계명은 결코 사춘기나 반항하는 미성년 자녀들을 부모의 권위 아래 두려는 계명이 아니다. 오히려 이 계명은 늙은 부모를 모시는 성인 자녀들을 겨냥한 것이다. 성경 문화권에서 부모를 공경한다는 말은 노년의 부모를 특히 물질적으로 돌보아드린다는 의미이다.

교회는 예수께서 이 땅 위에서 하시던 사역을 계속하기 위해 세워졌다. 예수께서 천국 복음을 선포하셨기에 교회도 복음을 선포한다. 전도와 선교의 사역이다. 예수께서 회당에서 가르치셨기에 교회는 교육과 양육의 사명도 가진다. 뿐만 아니라 예수께서는 “백성 중에 모든 병과 모든 약한 것”을 고치셨다(마4:23). 그래서 교회도 돌봄과 봉사의 사역을 해야만 한다.

더 나아가 예수께서는 “이 지극히 작은 자 하나에게 한 것이 곧 내게 한 것이니라.”(마 25:40) 하시며, 섬김의 대상을 구체적으로 제시하셨는데, 주린 자, 목마른 자, 나그네 된 자, 헐벗은 자, 병든 자, 옥에 갇힌 자의 목록에 이제는 노인이 추가되어야 할 시대이다. 그러기에 노인목회는 섬김과 돌봄이라는 교회의 본질적 사명을 다하는 일이다.

넷째, 선교론적 접근으로 사명자로서의 노인이다.

성경은 노인도 하나님의 소명을 받아 쓰임을 받을 수 있는 존재로 말하고 있다(창12:1, 출 3:10). 아브라함은 75세에 부름을 받았으며, 모세는 80세에 부름을 받아 쓰임을 받았다. 성경에서 노인을 의미하는 ‘자켄’(장로)은 연령이 높고 생의 경험이 풍부한 지도자를 일컫는 말이다. 장로는 가족과 공동체 내에서 일어나는 시시비비를 가려주고, 충고와 권면을 통하여 올바른 삶을 살도록 하는 지도력을 발휘하였다(신21:2-6, 삿4:2등). 성경에서의 노인은 아무 할 일 없이 버려진 이가 아니다. 노년이라도 할 일과 사명을 가진 하나님 백성의 존경받는 일원이다.

이제 우리는 노인을 문제로만 바라볼 것이 아니라 긍정적인 시각으로 노인에 대한 긍정적 발상의 전환, 생산적인 고령, 건전한 노인문화 조성, 우리 시대의 은빛 자화상을 새로 그려 나가야 할 것이다.

첫째, 우리나라의 사회인구구조의 고령화 추세는 선진국형 발정과정으로 바라보아야 한다. 후진국형 사회에서는 평균수명도 낮음과 동시에 고령인구 증가추세는 나타나지 않는다. 우리나라는 지난 30-40여년 간의 급격한 경제성장과 함께 국민소득과 생활수준향상, 의료기술의 발달 및 보건위생개선 등으로 고령화 사회가 되었다. 또한 이 시대의 노인은 경이적인 발전으로 세계 속의 대한민국을 만든 주역이다. 노인을 부양부담의 짐이나 의존적인 존재가 아니

라 자립적인 존재로 파악하며, 자부심을 가지고 발전적인 미래를 물려줄 책임있는 어른으로 국가발전의 중요한 인적자원으로 인식해야 한다. 교회는 노인의 공로를 인정하고 보살펴야 하는 노인에서 중요한 역할과 존재감을 가지는 노인의 역할을 부여할 사명과 비전을 만들어주어야 할 것이다.

둘째, 노인에 대한 세계적인 추세는 활기찬 노년(Active Aging) 생산적 노년(Productive Aging) 성공적 노년(Successful Again), 건강한 노년(Healthy Aging)등으로 적극적이고 긍정적인 노인 상을 강조하고 있다. 활기찬 노년이란 노인들을 보다 적극적으로 사회에 참여하게 하고 건강유지를 위한 노인개인의 노력과 사회정책적 환경을 만들어 안전한 생활을 유지시킬 수 있도록 하는 노년기 삶의 최적 환경을 조성하는 것이다. 노인 스스로 적극적 노년을 살아갈 수 있는 의지를 토대로 고령친화적 환경과 노인이 자원으로 사회에 이바지 할 수 있으며 생이 다할 때 까지 건강한 삶을 유지하도록 만들어야 한다. 교회는 상실된 역할에 대처하기 위해 존재감을 가지게 할 수 있는 여러 가지 역할의 부여와 노인취업 및 자원 봉사활동을 활성화, 교회차원에서 여가문제에 효과적으로 대응하기 위해서 평생교육차원의 노인교육, 오락 및 취미활동 등의 새로운 교회의 노인문화를 창출해 나가는 작업이 필요하다. 늙어가는 사회에 젊어져야하는 노인 교육과 문화조성이 필요하다.

셋째, 고령사회를 축복으로 받아들이자. 누구나 나이가 들고 노인이 된다. 그래서 아무도 노인문제로부터 자유로울 수 없다. 노인이 된다는 것은 특별한 축복이다. 노인됨의 축복을 알아야 진정한 노인의 행복을 누릴 수 있다. 늙어감을 안타까워하고 좌절할 것이 아니라 받아들이고 생을 관조하면 남은 삶을 여유있게 살 수 있다. 축복을 감사하면 베풀며 살 수 있다.

노인은 다 환자가 아니다. 젊은 층에도 환자가 있듯이 노인층에도 환자가 있을 뿐이다. 사람들은, 국가는 결코 똑같이 늙어가지 않는다. 준비하기 나름이다. 인간이 자기 생의 주도적 역할을 하는데 있어서는 연령과 성별을 초월한다. 기독교적인 믿음 안에서 남자노인, 여자노인, 건강한 노인, 건강하지 못한 노인, 경제적 여유 있거나, 없거나, 어떤 노인이라도 행복하게 살아갈 수 있는 여건을 마련해야 한다.

또한 죽음과 가장 가까운 대상인 노인들이 죽음에 대해서도 종교와 깊이 관련지어 생각하며, 영생의 확신과 기독교적인 믿음 안에서 죽음을 긍정적으로 받아들일 수 있도록 남은 생애 기쁨과 감사와 활력 속에서 생활할 수 있도록 돕는 교회의 사명을 강조할 수 있다.

2. 노인자살 실태 및 주요특성

1) 자살에 대한 기독교적 관점

자살은 아동 후기부터 노년기에 걸쳐 보일 수 있는 자기파괴적 행위이며, 자발적이고 의도적으로 자신의 생명을 끊는 행위를 의미한다(서화정, 2005). 또한 스스로 자신의 목숨을 끊으려고 시도하거나 그러한 경향을 갖고 있는 사람들에게 적용되고 있다(이민숙, 2005). 자살 행동은 매우 복합적인 원인으로 인해 나타나는 최종 결과로, 개인은 다양하고 복합적인 원인에 의해 극단적인 방법인 자살을 선택하게 된다.

자살의 개념은 학자들마다 다양하게 제시되고 있으나, 자살(suicide)이라는 말은 라틴어의 'sui'(자기 자신)와 'caedo'(죽이다)라는 두 개 단어의 합성어로부터 그 어원을 찾을 수 있으며(Yost, 1952; 조두영, 1985 재인용), 따라서 자살은 자기 자신을 죽이는 행위라 볼 수 있다.

기독교적 관점에서 죽음은 어떻게 설명할 수 있을까?

죽음이라는 것은 하나님의 인류 창조 질서의 마지막 단계이고, 죽음 후의 세계라고 하는 것은 새로운 창조이다. 그러므로 죽음도 하나님의 경륜 속에서 이루어지는 하나의 성장(growth)이요, 은총의 사건이다. 보베(Bovet)가 말했듯이 “죽음이란 그저 마지막이 아니라 새로운 시작이다. 저 편에 이미 잠들어 있는 자들에게 뿐만 아니라 여기 지상에 남아 있는 자들에게도 그렇다.”(대한예수교장로회 총회교육부, 1995).

자살은 구원받을 수 있을까?(박혜근, 2005)에 대한 부분을 고민해보자.

죽음은 사람이 자의로 선택할 수 있는 자유의 영역에 있는 것이 아님을 먼저 지적해야만 한다. 신학적으로 보면 아퀴나스의 입장에서와 같이 자살은 인간본성에 반하는 것이다. 만일 자살이 인간의 권리의 실현이라고 말하면서 자살을 선택의 문제로 간주한다면 이는 실로 저급한 인간이해라 할 수 있다. 왜냐면 죽음을 인간성의 본질적 속성으로 간주한다는 것은 인간의 처음부터 영생하는 존재로 지어졌다고 생각하지 않기 때문이다. 그러나 인단의 죽음에 대한 이러한 이해는 안타깝게도 대부분의 현대인들이 공유하고 있는 오늘날 시대적 재앙이다. 죽음의 당위성에 대한 설득이 현대적 문화와 사고방식에 의해 철저히 제한 받고 있어서 사람의 존엄성은 단지 법적 권한의 동등함으로만 인정될 뿐이다.

죽음은 아담이 하나님의 말씀에 불순종한 죄의 결과였고 따라서 하나님께서 선하게 창조하신 세계에는 영원히 비본내적인 것이다. 죽음은 하나님의 정하신 언약을 어긴 것으로부터 기이한 직접적인 결과였으며 따라서 어떤 경우에도 죽음이 인간에게 자연스러운 것이 될 수 없으며 또한 결코 영혼의 해방일 수도 없고 인간에게는 최후에는 심판 받아 반드시 멸망되

어야할 원수가 바로 죽음인 것이다. 죽음이 인간의 본성에 본질적으로 반하는 것이라면 그것을 적극적으로 추구하는 것은 인간성의 파탄이자 동시에 인간이 지닌 신적 존엄성에 대한 부정이라 아니할 수 없다.

자살이 과연 그리스도의 구주되심에 대한 부정, 즉 배교를 함축하는가 하는 질문에 대해서 많은 경우에 자살은 사실상 그리스도를 부정한다고 해야 할 것 같다. 물론 정신착란이나 질병 등의 이유로 자살하는 경우가 있음을 인정한다. 자살에는 종교가 당치 않은 것, 전혀 의미 없었다는 사실은 자살의 정신적 바탕에 무신론적이 배교적 결의를 드러내는 하나의 증거가 될 것이다.

성경에서의 자살을 말하자면 자살의 의지를 갖는 것은 신자의 경우에는 믿음을 저버린 것과 거의 동일하다고 보여진다. 신약에 예수님의 제자 가운데 하나였던 가롯 유다의 자살을 두고 그리스도를 은 삼십 개에 팔아 넘긴 큰 죄에 대한 참회하는 주장하는 것은 사실은 왜곡하는 말이다. 그의 자살은 그의 저주받은 생과 그의 사악함이 회개하지 못했을 때 맞이하게 된 필연적인 귀결이라고 보는 것이 정당할 것이다. 그의 자살은 회개하지 않는 완고한 마음과 타락한 심령의 증거이다. 우선 성경적이 바른 회개는 용서와 자비를 베푸시는 하나님에 대한 믿음으로 나아가야 한다. 과거의 악행에 대한 탄식과 후회만을 회개라고 하지 않는다. 성경에서 믿음과 회개는 같은 것이며 신학적으로는 불가분리의 관계에 있다고 가르치고 있다. 참된 믿음은 회개하는 믿음이어야 하고 회개도 그리스도안에서 용서하시는 하나님의 사랑 안에서 “생명 얻는 회개” (행 11:18) 이어야 하는 것이다. 가롯 유다의 자살은 회개의 증거로 볼 수 없음은 분명하다. 그의 죽음에 관한 성경의 기록을 보며, 유다는 “제 곳”으로 갔다고 명시하였는데 (행1:25) 제 곳이라는 뜻은 이미 18절에 “이 사람이 불의의 값으로 받을 사고 후에 몸이 곤두박질하여 배가 터져 창자가 다 흘러나온지라”고 그의 비참한 최후에 대해 생생한 묘사를 하고 있는 것과 연관해서 생각한다면 자신이 받아야 할 심판을 받았다고 이해하는 것이 타당할 것이다.

성경의 자살에 관한 기록에는 자살한 사람의 운명에 대한 최종적이고 명시적인 선언은 어디에도 없다. 그러나 성경에 등장하는 자살자의 경우를 보자면, 이들이 하나님과의 관계에서 종교적이고 인격적이 파산을 먼저 겪었다는 것을 증명하는 것은 어렵지 않다. 그런 총체적인 탈선과 회개하지 않는 심령의 끝이 자살로 나타났음을 강하게 암시하고 있는 것이다. 성경이 자살을 다루는 방식은 자살자들의 운명에 관해서는 죽음의 모양이나 최후의 상태를 이들의 영원한 운명을 논하는 근거로 삼지 않고 도리어 종교적 윤리적 과점에서 돌이키지 못한 삶의 종결이 자 심판적 선고로 간주하고 있는 것이다. 즉 자살은 믿음의 상실과 동시적이라는 점은 성경의 가르침에서 자명하다.

2) 노인자살의 실태

자살은 최근 10년 동안 노인연령뿐 아니라 전 연령에 걸쳐 급격한 자살증가율을 보이고 있다. 경제협력개발기구(OECD, 2004)에 의하면 <표 1>과 같이 우리나라의 자살률은 인구 10만 명 당 25.2명으로 30개 회원국 중 가장 높게 나타났다.

통계청 자살통계를 통해 2002년부터 2005년까지 지난 3년간 노인자살현황을 살펴보면 다음과 같다. 지난 3년간 자살한 65세 이상 총 노인의 수는 4만 3천 133명이었으며 전체 자살자 중 노인이 차지하는 비율을 살펴보면 2002년 23.45%, 2003년 25.25%, 2004년 27.67%, 2005년 28.23%로 계속 증가 하고 있다. <표 2>와 같이 노인자살률은 전체인구 자살률보다 약 3배 이상 높으며 2003년 기준으로 볼 때 전체 인구 자살률 즉, 10만 명 당 자살자 비율은 23.3%이었는데 반해 노인 10만 명 당 자살자 비율은 69.55%로 3배 이상 높았다. 그 중에서도 남녀 노인의 자살률을 살펴보면, 남성노인의 자살률이 높게 증가하고 있는데 매년 1,716명으로 매일 4.7씩 남성노인들이 스스로 목숨을 끊고 있다. 노인의 성별 자살률을 살펴보면 <표 3>에서 보는 바와 같이, 2002년 1,154명, 2003년 1,660명, 2004년 1,918명, 2005년 2,130명으로 2년 사이(2002~2004)에 남성노인의 자살수가 764명이나 증가하였다. 이러한 통계결과를 보아 노인층 자살률이 높은 것을 알 수 있으며, 노인층의 사회적 환경이 열악하여 우리 사회가 점점 노인을 자살로 몰고 가고 있음을 여실히 보여주고 있다. 또한 이처럼 심각한 노인자살을 방지하기 위해서는 무엇보다 노인자살의 독특한 특징을 파악하고, 그에 맞는 적절한 대응이 취해져야 할 것이다.

<표 1> OECD 회원국의 자살률 비교

(단위: 인구 10만 명 당)

국가	연도	전체	자살	국가	연도	전체	자살
한국	2005	627.7	24.7	폴란드	2003	842.5	13.6
	2004	646.3	24.2	헝가리	2003	982.3	22.6
	2003	678.9	23.3	미국	2002	666.7	10.2
	2002	711.6	18.7	스웨덴	2002	566.2	11.4
네덜란드	2004	598.2	7.9	스위스	2002	514.9	16.3
독일	2004	592.6	10.3	슬로바키아	2002	915.6	11.9
룩셈부르크	2004	578.0	12.5	아일랜드	2002	690.8	11.1
오스트리아	2004	582.4	14.5	영국	2002	644.7	6.3
체코	2004	806.0	13.0	이태리	2002	541.4	5.6
핀란드	2004	598.8	18.4	캐나다	2002	558.1	10.6
그리스	2003	632.5	2.9	프랑스	2002	565.0	15.1
노르웨이	2003	576.8	10.5	호주	2002	524.9	11.1
스페인	2003	565.9	6.7	덴마크	2001	713.0	11.3
아이슬란드	2003	515.5	8.7	뉴질랜드	2000	598.7	12.0
일본	2003	448.1	20.3	벨기에	1997	684.2	18.4
포르투갈	2003	686.8	8.7	멕시코	1995	927.7	3.8

* 자료: 통계청, 「사망원인통계」 2006

<표 2> 노인자살추이

(단위: 명, %, 10만 명 당)

구분	총계	2002년	2003년	2004년	2005년
전체 자살자수	43,133	8,631	10,932	11,523	12,047
노인 자살자수	11,373	2,023	2,760	3,189	3,401
전체자살 중 노인자살 비율	26.37%	23.44%	25.25%	27.67%	28.23%
전체인구 자살률	22.73	18.7	23.3	24.2	24.7
노인 자살률	69.4	53.63	69.55	76.52	77.89

* 자료: 통계청, 「사망원인통계」 2006

** 이 자료에서 노인은 65세 이상 인구를 의미한다.

노인자살비율 : 65세 이상 노인자살자수/전체 자살자수*100

전체인구자살률: 전체인구 100,000명당 자살자수=전체자살자수/총인구수*100,000

노인자살률: 노인인구 100,00명당 자살자수=노인자살자수/노인전체인구*100,000

<표 3> 노인의 성별 자살률

(단위: 명, %)

구분	연평균	2002년	2003년	2004년	2005년
노인 자살자수	28.43	2,023	2,760	3,189	3,401
남성	1,716 (60.36%)	1,154 (57.04%)	1,660 (60.14%)	1,918 (60.14%)	2,130 (62.63%)
여성	1,127 (39.64%)	869 (42.96%)	1,100 (39.86%)	1,271 (39.86%)	1,271 (37.37%)

* 자료: 통계청, 「사망원인통계」 2006

**연평균은 2002년~2005년 자살의 평균치를 의미한다.

3) 노인자살의 주요특성

노인자살은 청소년이나 성인자살과는 구별되는 독특한 특성을 갖는 것으로 알려져 왔다. 모든 연령층에서 다 그러하겠지만 특히 노년층은 현저하게 사회적, 생리적, 건강, 그리고 정신적 영역의 요인들이 서로 연관되어 있으며, 또한 많은 기능들이 쇠퇴하고 있는 노년층은 자살위험을 높일 수 있는 중요한 위험요소를 가지고 있다고 보아야 할 것이다.

즉, 청소년의 자살생각 혹은 자살행위가 충동적으로 단일요인에 의해 발생하는 경우가 많은데 비해 노인들의 자살생각은 주로 여러 요인들의 복합적인 과정을 통해서 발생한다. 기존 연구들에서 노인자살의 특징에 영향을 미치는 것으로 드러난 요인들은 다음과 같다. 먼저,

성별에 따라 노인의 자살에 차이가 있는 것으로 드러났다. 자살자의 남. 여비는 약2~3:1로 나타나 어느 문화권에서나 압도적으로 남성의 비율이 많고, 대조적으로 자살미수자의 성비는 여성이 남성보다 2~3배 높다는 설명을 가능하게 한다. 반면에 여성에게 자살충동과 자살시도는 많지만 실제 자살사망자는 남성이 높다는 대부분의 국가통계와 일치하는 것으로 보인다(Cutler et al, 2000), 즉 성별에 따른 자살행동, 자살시도의 차이가 존재함을 확인할 수 있는데 이는 성별에 따라 자살생각에 영향을 미치는 요인 사이에도 차이가 있을 수 있음을 의미한다. 또한 박경애(1996)는 전체인구에서 남자가 여자보다 자살률이 높으며, 노인층의 경우는 보다 현저하게 그 차이가 존재한다고 보고하고 있다.

둘째, 같은 노인이라 하더라도 연령대에 따른 자살률의 차이가 있다. 65세 이상에서 75세 미만의 전기고령노인보다는 75세 이상 후기노령노인에게서 자살률은 2배 이상 높게 나타난다(McIntosh, 1995). 즉 연령에 따라서 자살생각에 있어서도 차이가 있음을 유추해 볼 수 있다. 또한, 우리나라 노인의 자살률은 모든 노인인구 집단에서 증가추세로 나타났으며, 2000년에 자살률이 가장 높은 집단은 85세 이상 남성노인집단으로 나타나고 있어 고령노인의 자살의 심각성을 말해주고 있다(배지연, 2004).

셋째, 교육수준도 노인의 자살특징에 영향을 미치는 것으로 드러났다. 교육수준이 낮을수록 자살생각이 높게 나타나며(김형수, 2002), 이는 교육수준이 낮을수록 그만큼 낮은 지위에 속하는 직업에 종사하는 경우가 많고 또한 경제적으로 하층에 속할 가능성이 많은 것과 연결된다. 기존의 연구들을 통해 낮은 지위에 속하는 직업에서 종사할수록, 경제적으로 하층에 속할수록 자살률이 높은 것으로 보고되고 있다(Maris, 1981).

넷째, 경제적 수준과 관련해서 대부분의 연구에서는 경제적 어려움에 처하거나 비고용 상태인 노인들의 자살률이 높다(김형수, 2000). 노년기의 퇴직이나 은퇴가 원하지 않는 상태에서 갑작스럽게 일어나는 경우 변화된 새로운 생활에 적응할 수 없거나 대처할 융통성이 부족한 노인에게서는 위험요인으로 작용할 수 있으며(중앙일보, 1984), McIntosh(1995)의 보고에 의하면 노인들 가운데 현재 퇴직중이거나 일하지 않는 노인일수록 자살률이 높다는 연구결과와 일치하고 있다.

다섯째, 혼인상태에 있어서 노년기에 필연적으로 일어나는 사별은 자살을 유도하는 심각한 위험요인으로 추정된다. 배우자와 갑작스럽게 사별이 일어났을 때, 특히 남자노인이 사별을 당했을 때, 위험도가 매우 높은 것으로 보고되는 바, 사별 후 6개월 이내에 자살위험도가 가장 높다고 할 수 있다(McIntosh, 1995). 이는 노인자살자 중 이혼 또는 사별에 의해 혼자 사는 남자노인들이 큰 비중을 차지한다는 보고들이 많으며, 여자 노인자살자 중에서 50%정도가 혼자 사는 노인이었다.

Farberow등(1992)은 배우자가 자살한 71명의 생존자들과 배우자를 잃지 않은 123명의

사람들을 대상으로 비교 조사한 결과, 우울정도나 정신건강측면에서 현격한 차이를 보이고 있는 것으로 나타나 결혼상태가 자살에 영향을 미칠 수 있다고 했다.

여섯째, 주거환경에 관련하여서는 도시에 사는 노인, 독거노인, 고립된 노인, 최근에 주거를 이동한 노인 등의 자살률이 높은 것으로 나타나고 있으며(McIntosh, 1995), 지리적으로 사회적으로 그리고 정서적으로 고립되어 사회적 관계망이 축소된 노인일수록 자살에 이르게 될 가능성이 높다. 영국과 일본에서는 노인자살의 50%가 독거노인에게서 나타나는데, 일본에서는 독거노인의 자살문제 예방대책의 일환으로 독거노인이나 노부부들의 자살을 방지하기 위해, 노인들이 외부와 부담 없이 연락할 수 있도록 전화료를 대납해주는 등의 프로그램을 실시하고 있다.

일곱째, 정신질환과 관련하여 우울증, 알콜 중독, 외로움, 절망감, 체념, 낮은 자아존중감, 삶의 만족감 등이 노인자살과 관련되어 있으며, 특히 우울증은 노인의 자살을 이해하는데 중요한 변인으로 자리 잡고 있다. 자살시도자의 사후 조사결과 거의 모든 노인 시도자가 정신건강의 문제를 가지고 있었으며, 우울증이 가장 많은 것으로 드러났으며, 미국의 경우 자살을 시도하는 노인의 50%에서 80%가 우울증상이 있다고 보고 있다(김형수, 2002).

여덟째, 신체적 건강에 관련하여 대부분의 노인들은 노화로 인한 질병을 가지고 있지만 수입절감에 따른 경제적인 어려움으로 적절한 치료나 건강보호를 받지 못하고 있으며, 신체적 건강의 악화가 노인의 자살위험을 증가시키는 요인으로 확인되었다(김형수, 2000). 그 외에 말기질환, 고통호소, 다양한 질병 등에서 노인의 자살률이 높은 것으로 나타나고 있다(Patricia, 2003).

이상에서 살펴본 것처럼 노인자살에 특징을 살펴보면, 성별, 연령, 교육수준, 경제적 수준, 혼인상태, 주거환경, 정신건강, 신체적 건강 등에 영향을 받는 것으로 드러났다. 이외에도 가족 및 사회 환경과 관련하여 자살의 위험률에 차이가 있는 것으로 나타나고 있다.

우리나라의 효사상과 풍요로운 현대사회도 극단적인 선택을 하는 노인의 자살을 막기에는 한계가 있다. 수세기 동안 교회는 개인적인 위기에 있어 조력자가 되어 왔으며, 교회의 목회자의 보호와 상담은 교인들의 정신건강과 영적성장에 크게 기여를 해왔다. 특히 목회자는 지속적인 관계와 사회적 관계망, 가족들과의 긴밀한 접촉가능, 특별한 위기에 개입 가능한 신뢰감이 위기개입에 큰 역할을 해왔다.

기독교적 관점에서 자살이라는 극단적인 방법을 택하기 전에 위기에 처한 사람들을 하나님과의 관계 안에서 영위되는 삶의 본질적인 의미를 재발견하도록 도와주며, 하나님의 변하지 않는 사랑을 힘든 현실 속에 있는 사람들에게 도움이 될 수 있다는 것을 알리고 예방적인 차원에서 방안을 모색하는 것은 무엇보다도 즉각적이고 긴급하며 중요한 일이라 할 수 있다.

III. 노인자살예방을 위한 기독교 상담복지적 접근

노인들 자살을 위한 예방 전략을 분류하는 기준은 학자에 따라 다양하지만, 이 연구에서는 미국 Maltzberger(1991)와 호주 그리피스 대학의 Diego De Leo와 이탈리아 파두아대학의 Palo Scocco교수가 1차 예방, 2차 예방 그리고 3차 예방으로 분류한 기준에 근거하고자 한다.

1차적 자살예방은 자살의도의 전개 자체를 사전에 억제하는 조치를 뜻하며(자살을 유도하는 개인적 동기 및 사회적 조건을 원천적으로 봉쇄하려 하는 것이고) 건강한 사람들을 대상으로 건강을 돕고 발병의 원인을 제거하거나 고치는 강화 요인으로 자살을 피하게 하는 것이다.

2차적 자살예방은 일단 자살을 고려하기 시작한 자들을 확인한 후 자살과정에 대입하여 중단시키기 위해 취해지는 조치로 자살 위기에 대한 개입이라 할 수 있다.

3 차적 자살예방은 만성적인 자살위험에 처해있는 극소수의 사람(자살시도의 경험이 있는 자)들을 대상으로 자살로 인한 손상과 자살확률을 경감하기 조치로 생존자를 위한 사후개입을 의미한다.

3 차적 예방은 예방이 아니라 일종의 사후개입이므로 이 글에서는 논외로 하고, 노인 자살의 1 차적 자살예방과 2 차적 자살예방을 중심으로 살펴보고자 한다. 2 차적 예방은 노후 각종 상실로 인한 우울증세가 자살을 초래한다는 우울증상 모델에 기초한 위기개입(자살방지) 서비스이고, 1 차적 예방은 노후 각종 상실은 노인의 사회통합을 약화시켜 결국 자살을 유발한다는 사회통합이론에 기초한 노인복지정책 프로그램과 관련이 있다.

노인자살의 1차적 예방의 차원에서 우선적으로, 노인들의 경제적 안정의도모, 건강보호체계의 강화, 사회적 지지망의 구축 등을 통하여 노인의 생활사건을 개선하여 그들이 속한 가족이나 지역사회로의 통합을 촉진하고 급격하게 변화하는 생활에 안정감을 유지하는데 주력할 필요가 있다. 이미 일부 국가에서는 실제로 자살예방의 일환으로서 극빈층 노인의 수를 줄이거나 은퇴시기를 늦추고 병원 이용을 용이하게 하고, 대인관계를 조장하거나 여가선용시설의 이용을 장려하고 또 일반노인을 대상으로 정신건강을 증진하는 방안 등이 제안되고 있다(De Leo & Scocco,2000). 이러한 접근은 일반노인에게 사회적인 삶의 질을 높여 자살의도전개를 사전에 예방하는 첩경이 될 것이다.

미국사회에서 2차적 자살예방의 대표적인 전략중의 하나가 지역사회에 기초한 자살예방 전략으로서 (Adamek & Kaplan, 1996), 위기 상담모델에 기초한 접근방법이다. 1960년대에 이르러 지역사회에 기반 한 자살예방 접근이 시도되었다. 지역마다 자살예방센터들이 설립되어 위기 시에 도움을 요청한 노인들을 중심으로 개입하여 자살예방을 도모하였다. 그러나 실

질적인 효과를 발휘하지 못한 것으로 판명되었다. 그 이유의 첫 번째 요인은 거의 모든 노인 자살자들이 자살예방센터에 전화 또는 도움을 요청하지 않았다는 점이다. 전체 자살관련 전화상담 건수 중 노인상담은 1~2%정도만 차지할 정도였다. (McIntosh et al, 1994). 두 번째 요인은 자살위험성이 높은 노인들을 파악하고 평가하며 또 처치할 효과적이고 혁신적인 프로그램이 존재하지 않았다는 점이다. 이는 노인인구를 중점적인 대상으로 하는 자살예방기관이 극히 부족하다는 것과 관련이 있다. (Mercer, 1989). 그리고 자살예방센터 종사자의 상당수가 노인자살에 대한 훈련을 받지 않았거나 노인자살에 대한 지식이 결여되어 있다는 점도 지역사회에 기초한 예방효과를 거두지 못하는 요인으로 작용하였다(Adamek & Kaplan, 1996). 하지만 점차 노인들을 주 대상으로 하는 성공적인 프로그램이 개발되고 있다. 노인전용 전화상담서비스(Life Crisis Service: Link-Plus), 노인전용 자살예방센터(Elderly Suicide Prevention Center), 그리고 Tele-Help/Tele-Check 서비스, 게이트키퍼(Gatekeeper) 프로그램, 교육프로그램의 개발 등을 그 예로 들 수 있다.

우리나라의 경우 보건복지부(2004)는 자살을 예방하고 자살로 인한 사망을 감소시키기 위해 종교계·언론계 및 의료계의 저명인사들과 함께 「범국민생명존중운동본부」를 결성(2004.3월)하고 자살예방관련 민간단체를 설립(2004.4월)하였으며, 언론계·법조계 및 학계 등을 중심으로 데스크 포스팀을 구성하여 「자살예방전문가가 권고하는 언론의 자살 보도기준」을 발표(2004.7월)한 바 있다. 또한 자살사고(事故)를 2010년까지 현재보다 20% 이상 줄이는 것을 골자로 한 「자살예방대책 5개년계획」을 수립하여 생애주기별 정신건강증진 사업 등 자살 예방을 위한 각 홍보 및 사업추진 체계⁶⁾를 구성하고 있다. 이러한 노력은 지방자치단체에서도 주목하여 서울시(2005)의 경우 「서울시 안전도시 만들기」의 사업의 일환으로 자살 예방 프로그램을 계획, 추진하고 있다.

그러나 이러한 제도적 노력들은 실행에 앞서 몇몇 한계를 드러내고 있다.

서울시 자살 예방 사업(2005)의 자살 위험군 조사사업의 경우 노인인구가 조사 대상에서 제외되어 현재 자살 증가율 세계 1위인 우리나라 노인자살의 잠재적 대상군 파악을 위한 정보 수집, 즉 자살 예방 사업의 기초단계인 사례발견에서부터 차단되는 오류를 범하고 있다.

6) 『자살예방대책 5개년계획』은 2003년도 자살로 인한 사망자 10,932명에서 2010년까지는 1998년 수준인 8,500여명 수준으로 감소시켜 나간다는 계획이며 생명을 존중하는 범국민운동과 자살 위험자 조기발견 및 치료, 생애주기별(아동·청소년기, 성인기, 노인기) 정신건강증진사업에 대한 추진체계를 단계별로 구축하고, 종교계·언론계·의료계 등 민간부문과 공공부문의 역할분담을 통한 협력체계를 마련하여 다음의 10가지 사업을 국민건강증진기금을 이용하여 집중적으로 추진한다는 계획이다.

- 대국민 계몽·홍보사업(2) : ①범국민생명존중문화 조성사업, ②매스컴의 자살보도 권고기준 보급
- 자살위험자 등 조기발견, 치료 및 사후관리(6) : ①아동·청소년 정신건강증진 및 자살예방사업, ②건강증진 및 우울증 예방사업, ③전화 및 인터넷을 통한 자살예방체계 구축사업, ④자살위험자 조기발견 및 치료사업, ⑤자살시도자 치료 및 사후관리 사업, ⑥자살감시체계 구축사업
- 업무수행자 등 교육훈련사업(1)
- 자살예방에 관한 조사연구지원 사업(1)

보건복지부의 ‘생애주기별 서비스 범주별 자살 예방 대책’의 일환인 노인자살예방사업(2004)7)에서는 우울증과 같은 자살행위의 원인으로 분류되는 노인 정신질환자에게 치료서비스를 제공하는 의료적 접근 위주로 구성되어 있어 자살예방을 위한 통합적인 접근이 미약한 상태이다. 이러한 접근은 치료를 위한 개입으로는 효과적일 수 있으나 자살을 결정하는 노인들의 복잡한 심리·사회적 특성을 간과함으로써 실질적으로 지역사회 수준에서의 예방적 접근의 근거 마련에는 어려움을 초래할 수도 있다.

이렇게 노인의 특성을 충분히 반영하지 못해 우려되는 대안적 기능의 한계는 제도의 실행 계획에서도 드러나고 있다. 보건복지부는 노인자살 조기 발견 및 개입을 위해 인터넷, 전화 상담을 사례 발견 및 조기 개입 방안으로 권장하고 자살사례에 접근하는 일차서비스로 계획하고 있다. 그러나 다양한 정보 및 의사소통 매체를 기술적으로 다루기 어렵고 외부 도움 요청에 수동적인 노인의 심리 특성을 감안할 때 이러한 전달체계가 현실적으로 효과적인 노인 자살 예방 및 조기발견 기능을 하리라 기대하기는 어렵다.

이러한 현실 속에서 보완적 차원에서 기독교 상담복지적인 접근의 대안을 모색해 보았다. 이는 완전해소차원이 아닌 국가와 사회가 해결하지 못하는 죽음에 관한 미해결과제에 대한 영적인 보완이라 할 수 있을 것이다.

노인자살의 사회적 요인과 이론적 모델 그리고 예방대책과의 연계성에 관한 개략적인 도식을 인용하여 기독교상담복지적 예방 전략의 모형을 다음과 같이 제시하고자 한다.

7) ‘생애주기별 서비스 범주별 자살 예방 대책’에서는 아동·청소년기, 성인기, 노인기로 생애주기를 구분하여 자살 예방 서비스를 제시하고 있는데 그 내용은 다음과 같다.

첫째, 정신건강 위험 노인인구에 대한 자살 위험 요인 예방사업으로는 배우자사망, 독거노인, 만성질환자 대상 우울증예방프로그램 및 사회지지체계 연결사업을,

둘째, 자살위험 노인 인구에 대한 자살 위험자 조기발견 및 조기개입서비스로는 ‘우울증 선별의 날’등 국가적인 행사로 우울증에 대한 조기발견 분위기 조성, 정신보건센터의 조기발견체계 구축, 자살예방상담 등 정신건강 전화 구축, 인터넷상담 및 생명의 전화 활성화, 생명의 전화 상담이후 정신보건센터로의 연계 활성화, 자살징후에 대한 주민교육홍보, 정신과 치료상담에 대한 편견감소 홍보 등을 제시하고 있다.

마지막으로 자살시도자를 대상으로 한 치료 및 사후관리 사업으로는 정신보건센터 상담전화 및 생명의 전화와 119연계 강화, 우울증 및 자살시도 대상자의 치료연계 및 사례관리 강화, 저소득층에 대한 정신과 치료비 지원, 자살시도로 응급실에서 치료받은 자에 대한 정신과 치료 강화가 포함되었다.

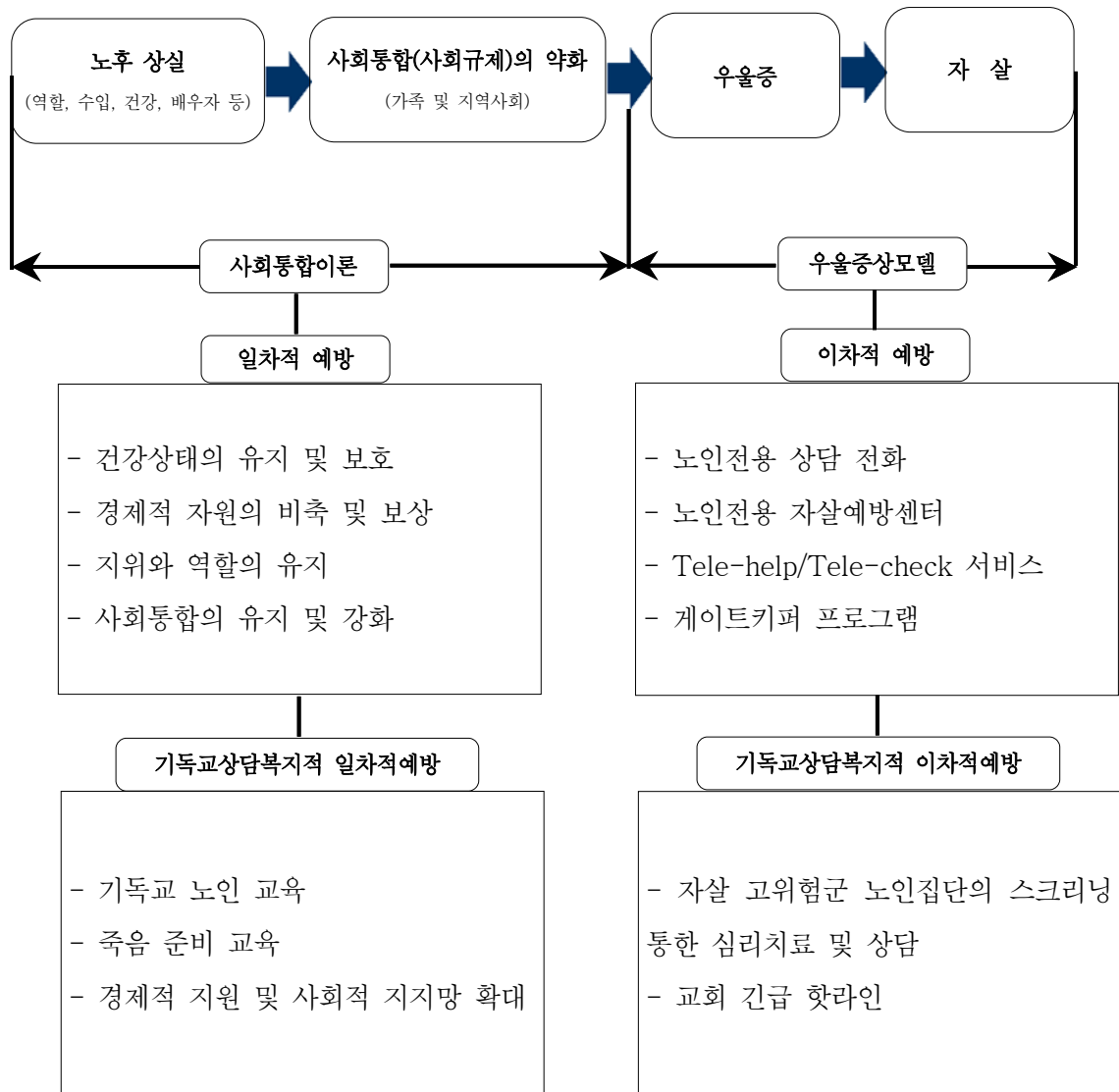


그림 1. 자살요인과 이론적 모델 및 예방대책과의 관련성

김형수(2002)의 모델을 인용하여 기독교 상담복지적 접근으로 재구성하였음

1. 기독교 상담복지적 1차적 예방

기독교상담복지적인 1차적 예방은 자살이라는 극단적인 선택을 하기 전에 노인생활전반적인 차원의 보호가 될 것이다.

노인 생활전반에 대한 기독교 노인 교육을 통하여 신체적, 정신적, 사회적, 영적 안녕을 추구할 수 있을 것이다. 구체적으로 죽음준비교육을 통하여 죽음에 대한 긍정적인 이미지를 가지게 하고 준비할 수 있도록 하는 교육과 경제적 지원 및 사회적 지지망의 확대차원에서

살펴볼 수 있다.

1) 기독교 노인 교육

1차적 예방은 건강한 사람들을 대상으로 건강을 돕고 발병의 원인을 제거하거나 강화하여 자살을 피하게 하는 것이다. 이는 기독교 노인교육을 위한 다양한 아이টে을 활용함으로써 가능할 것이다.

이러한 다양한 기독교 복지상담적 노인교육의 필요성은 한국노인의 우울증환자의 급증과 높은 노인자살률을 예방하기 위함이다. 한국교회의 노인성도들이 종교적 신앙 때문에 자살을 택하는 비율이 낮다고 하더라도 실제 자살과 마찬가지로 삶을 포기하고 깊은 절망 속에서 남은 나날을 살아가거나 우울증과 같은 질병으로 고통을 받을 수 있다. 기독교 노인교육은 노인 스스로 노년기에 존재감을 가지고 자신의 인생을 주도적으로 살아가도록 격려할 수 있으며 자원이나 능력이 부족한 노인은 교회를 통한 자원을 활용할 수 있도록 도움이 될 것이다.

기독교 노인교육을 위한 적용의 예는 다음과 같다.

노인을 위한 일반교육 내용	노인을 위한 신앙교육 내용
적응을 위한 교육(건강관리, 여가와 취미, 사회적 역할, 노인심리, 노후 경제, 가족) 생존을 위한 교육(교육상식, 취업, 복지제도) 사회참여(봉사 기술, 훈련, 노인의 권리) 의미교육(인생, 죽음의 의미, 종교의 삶) 노인에 대한 지식(생애발달, 노년기의 특징, 신체적 사회적 심리적 변화, 발달과제, 노년기 질병) 고령화 사회(고령화 사회의 특징, 고령화 사회의 문제, 대비) 노화준비(노인역할, 노인상, 인생설계) 노인과 더불어 살기(노인과의 삶의 의미, 관계, 대화, 사례탐구, 생활 실습) 역사적 증언, 회상, 경험담 전통적 예절, 윤리, 예법, 한복 입기 등 전통적 기술과 민속(전통놀이, 전통예술, 전통음식, 명절풍속) 전문분야 주제들(작업 경험 등 전문분야에 관련된 지식과 기술들) 지역사회 봉사(아동, 청소년, 성인, 노인대상봉사/ 지역사회 봉사활동)	신앙과 건강한 생활 신앙과 여가생활 신앙과 가정생활 신앙과 교회생활 신앙과 은퇴 이후의 삶 신앙과 경제생활 신앙과 일하는 삶 신앙과 봉사하는 삶 신앙과 인생관 신앙과 죽음, 영생의 소망 성격적 노인상 성격적 노화이해 노년기 변화와 발달과제 이해 고령화 사회의 교회의 역할 평생교육과 노인 신앙 교육 신앙인의 생애 설계 노년과의 신앙적 대화술 개발 신앙 노인들의 사례 연구 사랑의 신앙 공동체 훈련 역사교육과 신앙계승 전통적 가치관 윤리와 신앙 전통예술과 기독교 문화 민속과 신앙 공동체 행사 달란트 나누기(직업) 교회 봉사활동 실습 지역사회 봉사활동 실습

신앙에 기초한 건강한 생활을 위하여 여가, 가정, 교회, 은퇴 이후의 삶, 경제생활, 일과 봉사 등의 교육과 신앙과 인생관, 죽음, 영생의 소망, 성격적인 노인상, 노화, 노년기 변화와 발달과제 이해, 고령화 사회의 교회의 역할과 효과적인 인간관계를 위한 신앙적 대화술, 공동체훈련, 전통예술과 기독교 문화, 민속과 신앙 공동체 행사, 교회와 지역사회의 봉사등으로 신앙을 바탕으로 한 노년기의 의미있는 생활영위를 위한 교육이 여기 해당할 것이다.

2) 죽음준비교육

노인자살예방을 위해 어떤 죽음을 맞이할 것인지, 노인들에게 행복한 죽음은 어떤지 죽음을 받아들일 수 있도록 죽음준비 교육을 실시해야 한다. 교회 안에서 노인의 죽음 준비교육을 위해 교회내의 풍성한 자원을 활용하여 노인의 영적욕구를 충족시켜주어야 한다. 죽음과 가까운 노인은 어느 때보다 영적인 것에 관심을 갖고 있으며, 노인들에게 예배와 말씀과 찬송과 기도를 통하여 신앙이 견고해지도록 돕고 노년기의 불안감과 과거에 대한 회한, 무기력

에 빠진 노인들에게 위로와 영생의 확신을 주고 성경적 죽음관을 가지고 신앙 안에서 적극적으로 죽음을 준비하도록 도와야 한다.

죽음 준비교육은 그 목적에 따라 다음과 같은 여러 가지 방법이 활용될 수 있다. 첫째, 이야기 방법(telling), 둘째, 보이는 방법(showing)으로 시청각 자료 등을 활용한 방법, 셋째, 사상과 의견 교환 방법(exchanging) 즉, 토의, 심포지엄, 배심(패널토의), 공청회, 퀴즈, 역할 연극(role play) 등의 방법, 그룹 활동 및 계획의 방법인 드라마, 프로젝트 등이 있다. 그리고 다섯째, 예배의 방법이 있다.

교회에서 할 수 있는 죽음 준비교육의 세부 내용은 다음과 같다(정경수, 2006).

첫째, 노년기에 대한 포괄적 이해가 필요하다. 한국 인구의 구조이해, 현대화 현상이 노인에게 미치는 현상, 노인에 대한 편견이나 오해의 극복방법 등 노화 관련이론에 대한 교육이 필요하다.

둘째, 죽음의 형태와 과정, 죽음에 대한 노인들의 태도와 여기에 영향을 미치는 요인 등 죽음에 관한 소개가 필요하다.

셋째, 노년기에 자신의 삶을 돌아보고 자신의 발달과업을 통합할 수 있는 자아 통합 교육이 필요하다. 자신의 일생을 회고하는 시간을 통해 자신이 이룬 업적에 대한 보람과 기쁨을 누리게 하고, 못다 이룬 것들에 대한 아쉬움이 남아있는 것이 무엇인지 이를 통해 남아있는 삶에 대한 시간표를 작성하도록 한다.

넷째, 죽어가는 자의 심리단계 및 슬픔과 애도의 단계를 이해하고 극복하도록 교육한다. 남아있는 자들에 대한 슬픔을 극복하는 과정과 특히 배우자 사별 시 극복하는 방법 등에 대한 교육이 필요하고 이를 위한 사회적지지 집단을 탐색하도록 한다.

다섯째, 노인 각자의 고유한 삶과 인격의 표현이 담긴 적극적이고 개성적인 죽음을 준비하도록 한다.

여섯째, 죽음과 그에 관련된 윤리적 문제에 대한 잘못된 이해를 바로 잡도록 한다. 설교와 비디오시청을 통해서 잘못된 이해들을 바로잡는다.

일곱째, 죽음에 관련하여 노인들이 가지고 있는 심리적인 괴로움을 덜어준다.

여덟째, 신앙 안에서 죽음의 공포에서 벗어나 부활의 소망을 가지고 살도록 돕는다.

아홉째, 삶과 죽음에 대한 가치관을 정립하여 시간의 중요성을 재인식하도록 도와주어 노년기를 좀더 풍성하고 의미 있게 살 수 있도록 돕는다.

죽음 준비교육은 언젠가 어디서든 맞이해야 할 죽음에 대한 대비교육으로서 임종을 맞이하는 노인들로 하여금 자신의 죽음을 두렵고 갑작스럽게 자신의 죽음임에도 죽음의 주체가 아닌 주변인으로서 의미 없이 끝나칠 수도 있는 그러한 죽음을 방지할 수 있으리라 여겨진

다. 특히 기독교 정신을 통한 죽음 준비 교육은 유한한 삶에 의미를 부여하고 무엇보다 일회적으로 삶이 허무하게 끝나버림으로 말미암은 죽음의 공포를 교회 공동체와 신앙을 통해 준비와 소망으로 새롭게 받아들이도록 도움으로서, 노인들의 죽음 전의 삶과 죽음 후의 삶이 모두 의미 있고 가치 있으며 받아들일 수 있는 충분한 이유와 준비를 하도록 도울 수 있다고 본다.

3) 경제적 지원 및 사회적 지지망 확대

거시적 안목으로 기독교 노인복지는 노인이 신체적, 심리적, 사회적, 영적으로 인간다운 생활을 영위하면서 가족 및 지역사회, 교회에 적응하고 통합되도록 필요한 자원을 제공하고 노인의 위기문제와 문제를 예방하고 해결해주는 조직적인 활동이라 할 수 있다(권중돈, 2003). 기독교 노인복지는 어려움에 처한 노인들에게 도움과 돌봄의 손길을 내밀고 하나님의 구원의 은총을 실천하는 행동 영역이며, 교회의 노인에 대한 사회적 책임이자 노인에 대한 선교활동이다(최광현, 2005).

민간차원의 교회가 경제적 지원을 하기에는 현실적으로 한계가 있다. 많은 부분 자원의 동원과 연계가 이루어지고 있지만 이를 전적으로 교회의 역할이라고 하기에는 지속성과 안정성에 큰 문제가 있다고 할 수 있을 것이다. 하지만 교회 내 사회적 지지망의 확대는 경제적 지원 뿐 아니라 심리적이거나, 사회적 지지에서 큰 부분을 감당할 수 있을 것이다.

노인의 자살률은 은퇴한 경우, 또는 사회적 지지망 네트워크 및 지역사회활동 참여가 부족할수록 높고, 한국사회에서 노인이 은퇴한 후 재고용 또는 정년 연장 등의 방법으로 기존 고용체계 내에 계속 머무를 수 있는 것은 어려운 현실이다. 교회차원의 노인일자리 창출방안을 모색해보는 것도 좋을 것이다. 국가적 차원의 노인일자리를 위한 다양한 대안들이 마련되고 있는바, 교회인적자원을 통한 일자리 창출, 건강한 노인이 건강에 어려움을 겪는 노인을 케어하는 노-노케어, 교회 내 자원봉사, 노인의 경륜이 포함된 지식을 손자세대에 물려줄 수 있는 세대간 프로그램으로서의 활용 등으로 경제적 창출의 효과와 노인 스스로의 존재감을 가질 수 있게 하는 사회적 지지망 개발이 될 것으로 판단된다.

2. 기독교 상담복지적 2차적 예방

노인들은 전통적으로 공개적으로 심리적 어려움에 대해 도움을 요청하지 않는 경향이 있으며 결과적으로 단지 극소수의 노인만이 위기센터와 다른 정신보건기관과 접촉한다(De Leo

et al., 1997). 게다가 현재 우리사회에서 생명의 전화와 정신보건센터 등이 자살예방 관련 기관으로서의 서비스를 일정 부분 제공하고 있으나 자살위험성이 높거나 이미 자살을 고려하기 시작한 노인들을 표적대상으로 하는 대응 프로그램은 거의 없는 실정이다. 그러므로 기존의 서비스를 활용하지 않는 자살위험이 높은 노인들이 쉽게 접근할 수 있도록 노인전용 자살예방센터와 응급전화 상담창구를 개설하여 이를 중심으로 혁신적 프로그램이 우리사회에서도 개발될 필요가 있다.

따라서 외국에서 성공적으로 운영되고 있는 구체적인 자살예방 프로그램들, 즉 지역사회 Gatekeeper 훈련프로그램, 자살인지 및 예방 교육, 자살위험 노인 집단의 Screening 프로그램, Tele-Help/Tele-Check, 당면문제와 스트레스 대응 프로그램 등을 우리 사회 노인자살의 예방대책으로 적용 평가해 볼 필요가 있다(김형수, 2002). 아울러 이러한 프로그램들을 효과적으로 운영하기 위해서는 자살 행동에 영향을 미치는 요소들을 조기에 발견하고 개입할 수 있는 전문인력(예: 의사, 사회복지사 등)의 개발과 그들을 위한 교육과 훈련이 요망된다.

기독교적 차원에서 특히 노인의 가까이 신뢰감이 있는 목회자들은 그들의 어려움과 고통을 쉽게 고백할 수 있으며, 지역사회와 민간의 차원에서 가장 가까워서 접하기 유리한 부분이 있다. 이러한 시스템의 마련과 동시에 적극적인 홍보로 교회차원에서 빠른 시간 내에 연계할 시스템의 조성이 필요하다.

기독교상담복지적 2차적 예방은 자살고위험군 노인집단의 스크리닝(노인우울증, 황혼이혼, 빈곤문제 등의 심리적 문제)과 심리치료 및 상담과 즉각적이며 즉기개입을 위한 교회의 긴급 핫라인을 설치하는 방안을 생각해볼 수 있다.

1) 자살고위험군 노인의 스크리닝 통한 심리치료 및 상담

2차적 예방은 자살 위기에 대한 개입으로 이미 병든 사람을 초기에 돕기 위한 것이다. 자살하고 싶은 느낌 감지하고, 노인 자살 기도자들 돌보는 것과, 전화 상담 서비스, 지역사회 지지 프로그램과 정신건강서비스 이용 및 교육, 우울증의 치료, 신체적 질병으로 인한 심리적 정신적 문제 치료를 위한 상담이 절실하다.

보건복지부와 국민건강보험공단은 국민들의 건강관리를 예방관리로 전환하고 "맞춤형 건강검진"으로 생애전환기별 관련 건강검진 프로그램에서 만 66세 이상의 노인은 5종 암검진과 노인성 질환과 안질환, 골밀도, 치매검사를 무료로 할 수 있다. 하지만 노인자살과 밀접한 관련이 있는 우울증은 빠져 있어 건강검진 항목에 우울증을 항목으로 포함시키되, 중증 우울증 노인에 대한 사후 관리로 우울증에 대한 원인 분석을 통하여 지역사회 사회복지연결망으로 다양한 지원프로그램을 강화해야 한다. 또한 자살의 시도나 자해 등으로 의료서비스를 이용한 경우, 정신보건 간호사나 사회사업가의 상담이 매우 효과적이지만, 현재 의료기관

에서 이러한 상담으로의 연계가 활발하지 않은 점도 있으며, 상담에 대한 인식도 약하며, 의사 이외의 의료 인력에 대한 상담연계도 활발하지 않다. 더불어, 자살이나 자해 등은 건강보험 급여 항목에 포함되지 않아 보호자들이 밝히기를 꺼려하는 경우도 있다고 추정된다. 그러므로, 자살이나 자해 등으로 응급실을 이용하는 환자들에 대한 다양한 상담프로그램을 개발하고 활성화시키는 방안의 마련이 필요하다.

사회적인 기본 자살 상담에 대한 시스템의 마련이 기본되며, 교회에서 초기발견하게 되고, 자살고위험군의 노인집단 스크리닝을 통한 대상자들을 적극적으로 예방하고 지역사회 전문기관으로 연계가 되어야 할 것이다.

노인 상담을 효율적으로 수행하기 위해서는 교회와 지역사회내의 노인상담시스템이 잘 발달되어 있어야 한다. 이와 같이 현대사회에서 노인상담의 중요성은 날로 부각되고 있으며, 노인인구의 표현되지 못하는 다양한 욕구를 찾아내고 그 자체로 서비스와 예방을 위한 상담은 다른 어떤 연령보다 중요한 역할을 하게 될 것이다.

노인상담을 통하여 자기치유능력을 촉진하고 우울과 무기력한 자신에서 자신의 과거와 현재 미래를 건강하게 조망할 수 있도록 상담이 되어야 한다.

2) 교회 긴급 핫라인설치

본 고에서 지속적으로 강조되고 있는바, 교회의 목회자는 성도들의 고통과 어려움을 가까이서 먼저 알수 있는 신뢰감 있는 영적 대상자이다. 이에 위기에 해당하는 노인뿐 아니라 가족도 먼저 연락을 취할 수 있는 곳이기도 하다. 이러한 측면에서 교회의 긴급 핫라인 설치의 즉각적이고 즉시의 위기에 대한 개입이 가능한 대안이 될 것이다.

긴급핫라인으로 교회는 지역 내 자살 예방센터와 의료단체와의 긴밀한 협조체계를 구축해 나가도록 한다. 이 때 노인자살은 육체적 질환과 밀접하게 관련되어 있다는 점을 염두 해 둘 필요가 있다. 노인집단이 질환에 걸릴 경향성이 높기 때문에 죽음을 선택하기 전에 병의원을 방문할 가능성도 그 만큼 높다. 따라서 자살예방센터를 통하여 의사들을 대상으로 우울증과 자살의 잠재요인을 지닌 노인환자의 진단과 치료에 관한 교육프로그램이 개발 시행되어야 할 것이다. 동시에 교육을 이수한 의사들은 자살예방의 Gatekeeper 로서 발견된 자살위험의 사례를 관련 기관에 즉각적으로 의뢰할 수 있는 공조체제가 상시적으로 유지되어야 할 것이다.

IV. 맺으며

우리사회에서 노인 자살이 타 연령층에 비하여 절대적인 그리고 상대적인 측면에서 보다 만연되어 있음에도 불구하고 여전히 대다수의 전문가와 행정가들의 청소년 자살의 연구와 예방에 집중적인 관심과 초점을 맞추는 경향이 있다. 노인자살은 청소년의 경우와 다르게 생활고, 신병, 역할상실, 사회적 관계망의 축소 등 그들이 당면한 복합적인 생활문제로 기인한다.

“네게 달라는 사람에게는 주고, 네게 꾸려고 하는 사람을 물리치지 말아라. 너희는 sp 이 옷을 사랑하여라(레 19: 18).” “ 인자는 섬김을 받으러 온 것이 아니라 섬기려 왔으며, 많은 사람을 위하여 자기목숨을 대속물로 내주러 왔다(막 10:45).” 이 같은 성경구절에서 반영하는 기독교신앙의 핵심인 ‘섬김을 통한 구원’은 그리스도의 본질이며 하나님 자신의 본질이다(최광현, 2005 재인용). 섬김은 교회의 사명이며 교회의 핵심이다. 이러한 맥락에서 일반 노인과 자살위험 노인층에 대한 섬김과 돌봄을 제공하고 기독교 신앙에 기초하는 노인복지가 요구된다.

기독교상담복지적 차원에서 노인자살예방을 위한 1차적인 예방은 기독교 신앙에 근거한 노인교육, 죽음준비교육, 교회자원을 통한 경제적, 사회적 지지망의 확대와 2차적 예방으로 자살고위험군 노인집단의 심리적인 스크리닝을 통한 심리치료 및 상담과 교회의 긴급 핫라인 설치로 즉각적이고 즉시 지역사회 관련 기관과의 연계로 위기개입이 가능한 대안으로 살펴 보았다.

본 고를 마무리하며 더욱 실질적이고 구체적인 프로그램이 개발되어야 할 것과 다양한 교회상황을 고려한 대안마련 등의 한계가 있음을 느낀다. 차후의 관련 연구가 지속적으로 이루어지며, 다양한 예방프로그램 개발을 통하여 보완이 되어야 할 것으로 사료된다.

이 모든 전략에 앞서 가장 중요한 것은 사람의 생명에 대한 존중일 것이다. 사회의 인식이 자살은 개인의 권리로 인식한다면 자살을 예방하는 정책은 힘을 가질 수 없다. 더불어 노인 에 대한 사회의 시선, 노인들 스스로 인식하는 노인의 삶이 긍정적이어야 모든 예방 정책들이 의미를 가질 수 있을 것이다.

참고문헌

- 권영규(2008). 노인목회, 어떻게 접근해야 하나. 특집 : 노인들이 물려온다! p19~20, 71
- 권중돈(2003). 교회사회사업 편람. 인간과 복지.
- 김미진(2008). “노인 자살충동에 영향을 미치는 심리사회적 요인에 관한 연구”. 사회복지학 석사 학위논문. p17~22
- 김형수(2000). “노인과 자살”. 노인복지연구 10호. p25~45
- 김형수(2002). “미국 노인자살과 예방대책의 연구 및 시사점”, 『사회보장연구』, 18(1):163-182
- 대한예수교장로회 총회교육부(1995). 한국교회와 노인목회. 노인교육목회시리즈 1. “죽음과 임종을 위한 목회적 관심” 한국장로교출판사.
- 박경애(1996). “성과 자살”. 가족과 문화. 창간호. p149~171
- 박혜근(2005). “자살한 사람도 구원을 받는가?”, 칼빈논단, Vol 2005. 칼빈대학교.
- 배지연(2004). “노인자살에 관한 사례분석 : 신문기사를 중심으로”. 노인복지연구. 제23권
- 서화정(2005). 노인자살예방을 위한 사회사업 개입전략. 부산대학교 대학원 석사학위 논문.
- 윤여정(2000). “한국노인의 긍정적 죽음수용에 관한 연구” 석사논문, 한림대학교 사회복지대학원.
- 이기양(2003). “노인목회를 위한 한국노인의 위기상황 이해” 개혁신학 웨스트민스터 신학대학원대학교 논문집 제 14권 (웨스트민스터 출판부, 2003), 263-264.
- 이민숙(2005). 노인의 우울과 자살에 대한 사회적 지지의 영향. 서울여자대학교 석사학위 논문.
- 전우택, 남운영, 박진영, 어유경, 이홍식(2004). “자살 예방 정책 개발 연구 : 외국의 국가 자살 예방 전략과 국내 활동 분석을 중심으로”. 2004년도 보건복지부 연구용역보고서. p11
- 정경수(2006). “노인의 죽음준비교육을 위한 목회 상담학적 고찰”, 웨스트민스터 신학대학원대학교 상담학과 미간행 석사학위 논문, p46~47
- 정경수(2006). 노인의 죽음준비 교육을 위한 목회상담학적 고찰, 웨스트민스터 신학대학원대학교 상담학과 미간행 석사학위 논문.
- 조두영(1985). 자살에 대한 소고 임상행동과학. 일조각
- 최광현(2005). “노인상담과 기독교복지: 고령화 속에서의 한국교회의 위기와 대응”, 한국기독교상담학회지, p284~286
- 한국보건복지인력개발원(2006). “노인자살 예측모형 개발 및 예방대책 연구”. 국립서울병원,

- Adamek & Kaplan 1996. "Managing Elder Suicide: A Profile of American and Canadian Crisis Prevention Centers". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol 26(2).
- De Leo, D. and P. Scocco(2000). "Treatment and Prevention of Suicidal Behavior in the Elderly". in *The International Handbook of suicide and Attempted Suicide*, edited by K. Hawton e tal. John Wiley & Sons.
- De Leo, D. et al.(1997), "A Century of Suicide in Italy: A Comparison between the Old and the Young." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 27; pp.239-249.
- J. L. 1995. "Suicide Prevention in the Elderly". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 25 (1), Spring.
- Maris, R. W(1981). *Pathways to suicide*, Johns Hopkins University Press.
- Mercer, S. 1989. *Elder Suicide: A National Survey of Prevention and Intervention Programs*, Washington, 268.
- Patricia, A. H(2003). "Evidence-based protocol: Elderly Suicide-secondary prevention". *Journal of Gerontological Nursing*. 29(JUN). p11~15