

자살사고를 보이는 암환자에 대한 실제적 접근 및 간호 중재

원자력병원 호스피스실¹, 원자력병원 신경정신과²

권 신 영¹ · 조 성 진²

Abstract

Practical Approach and Nursing Intervention for Cancer Patients with Suicidal Idea

Shin Young Kwon, R.N.¹, Seong Jin Cho, M.D.²

¹Department of Hospice, Korea Cancer Center Hospital

²Department of Neuropsychiatry, Korea Cancer Center Hospital, Seoul, Korea

Cancer is a life crisis which inflicts major psychological and physical trauma upon the victim. Most of the cancer patients suffer from major depression, profound frustration, and impaired social adjustment. Therefore suicidal ideation and suicidal attempt are also becoming a serious threat to cancer patients and their families. Hospice is patient-centered, and accepts the inevitability of 'death' while simultaneously being life-affirming. Even though there is no chance of physical cure, there is much scope for psychosocial and spiritual healing. Most of cancer patients who commit suicide suffer from many mental problems. Hospice specialists must play an important role in evaluating and managing emotional or behavioral problems associated with suicidal ideation and are also expected to serve as informed commentators regarding suicide. It is crucial that hospice specialists define their role and develop clinical skills to intervene in suicidal event effectively. A systematic approach to suicidal cancer patients is essential, and there is need for specific training for all hospice professionals. In this case report, the author introduced knowledge and clinical guidelines for a desirable approach to suicidal cancer patient.

Key Words : Cancer, Depression, Suicide, Hospice, Intervention

서론

인생에서 가장 큰 위기인 암을 겪고 있는 환자들은 극도의 절망과 좌절 속에서 대부분 우울증을 경험하며 특히 재발·전이되거나 진행된 암인 경우에는 그 정도가 더욱 심하다. 말기 환자들이 경험하는 주된 정서반

응에는 우울, 의기소침, 분노, 불안 등이 있으며 이중 우울은 가장 심각한 정서적 문제로 지적되고 있다[1]. 이와 관련하여 위중한 암환자의 자살문제 역시 크게 중요시되고 있다. 그동안 암환자, 특히 말기 환자의 자살에 대한 평가와 대책을 통해 환자와 가족을 위한 올바른 개입과 도움이 이루어져야 했음에도 불구하고 실제에서의 연구는 미흡하였다. 더구나 대부분 말기 암환자를 대상으로 하는 호스피스에서 이 측면에 대한 연구 역시 미미한 실정이었다. 이에 따라 본 보고에서

는 해당 증례를 통해 실제 임상에서 말기 암환자·호스피스 환자의 자살과 관련되는 세부적 제반내용을 취합하여 향후 대책을 수립하고자 하였다.

증례

33세 남자로서 호흡곤란, 복부불편감, 좌하지통증을 주소로 2002년 8월 6일 입원하였다. 환자는 2001년 12월 모 대학병원에서 폐암 진단을 받고 6회의 항암화학요법 시행 후 전신통증과 호흡곤란이 심해져 가족이 치료를 거부하고 퇴원시키려 했으나 본인이 본원에서 치료받기를 원하여 진원되었다.

입원당시 폐암이 간, 종격동, 림프절 뼈에 전이된 상태였고 처음 방문 시 환자는 침대에 앉아있는 상태로 호흡곤란, 우측 상복부 통증, 좌측 무릎통증을 호소하였다. 통증은 숫자통증등급(NRS) 7~8점으로 진통제를 맞으면 잠시 감소된다고 하였다. 호흡곤란과 통증으로 인해 더욱 불안, 우울해 하였으며 거의 식사도 못하는 상태였다.

호흡곤란과 죽음에 대한 공포, 불안이 심해지면서 통증과 수면장애를 더욱 호소하였고 통증이 악화될지 모른다는 두려움이 다시 불안을 가중시켰다. 환자와 가족은 예후에 대해 희망이 없다고 생각하는 반면 이례사 신약에 대한 기대도 갖고 있었다. 영적 소견 상 4년 전에 2년간 교회에 다닌 적이 있었으며 가끔씩 종교의 필요성은 느끼지만 별 도움은 안 되는 것 같다고 하였다.

환자는 4남 1녀 중 막내로 가족의 충분한 지지와 인정을 받지 못하고 성장하면서 고교 시절 가출하여 주방보조일, 노무직 등으로 혼자 생활해왔다. 부모님은 15년 전 일산화탄소 중독으로 같은 날 사망하였고 이후 큰형이 가족을 부양하면서 동생들과 갈등이 많았다. 환자가 암 진단을 받은 후 가족과 다시 연락되었고 큰 형이 주된 간호역할을 하였다.

환자는 가족갈등으로 인한 양가감정과 죄의식을 많

이 가지고 있었고 우울, 절망감, 무가치함, 자살사고 등을 보였다. 군 제대 후 빙초산을 마시고 자살시도한 경험이 있었으며 누나도 유사한 방법으로 자살시도했던 가족력이 있었다. 환자는 자신이 죽을 수 있도록 도와달라고 자주 말로써 자살사고를 표현하였고 구체적인 자살방법까지도 거론하였으며 한편 죽음에 대한 두려움도 드러내었다.

간호사정 후 실질적 접근을 해야 할 문제로 심한 통증, 호흡곤란, 수면장애, 불안, 우울 및 자살사고, 가족갈등, 영적문제 등에 초점을 두었다.

통증조절을 위해 통증부위, 정도, 특징을 사정하고 MS contin 60 mg을 8시간 간격으로 처방 받아 투여했고 진통제에 대해 환자와 보호자에게 교육하는 한편 통증에 대해 충분히 표현하도록 안내했으며 안위를 증진시키기 위해 맛사지, 체위 변경, 이완요법 등을 실시하였다.

호흡곤란에 대해 심호흡을 지지하고 캐놀라를 통해 산소를 유지도록 하며 필요시 거담제와 Ventolin Nebulizer 흡입을 잘 할 수 있도록 격려했다.

우울, 죽음에 대한 공포, 불안, 절망감에 대해서도 이를 표현할 수 있도록 지지하는 한편 환자의 방어기전을 확인하고 자살의 의미를 예견하였다. 자살사고에 대한 간호중재로는 목표설정, 모니터, 관계형성, 직접 간호, 지지와 돌봄, 정보제공, 가족개입 등으로 현실적 도움을 제공하면서 환자와 가족이 삶의 가치를 확인하도록 지지하였다.

가족 갈등에 대해서도 상담하였고 경제적 어려움과 현실적 고통에도 초점을 맞추었다. 경제적 문제와 심리사회적 측면에서 사회복지사가 중재할 수 있도록 했으며 자원봉사자들이 환자를 지지하고 가족에게 휴식 시간을 제공하도록 하였다. 신앙 상담과 영적 돌봄에 있어서도 사목자에게 의뢰하여 죽음에 대한 불안, 우울, 분노, 가족에 대한 원망에 대해서 표현하도록 격려하면서 마음의 안정을 찾는데 도움을 주고자 하였다.

환자는 2주후 통증이 감소된 상태에서 불안, 예후에

대한 절망감, 죽을 것 같은 공포감, 경제적 문제, 가족에게 미안한 마음 등을 표현했으며 가족은 환자간호 참여에 대해 만족해했고 환자 역시 지지를 받는 느낌을 표현했다. 그 후 환자는 한 달이 지나 임종하였다. 호스피스 의뢰를 받은 후 42일간 호스피스 팀이 개입하였다.

고 찰

암환자의 대부분은 충격과 절망감, 우울을 겪는데 처음 진단 시보다 재발, 전이, 진행되었다는 사실을 알게되었을 때 더욱 심각하다[2]. 이러한 우울에 동반되는 자살사고 및 자살시도가 환자 자신은 물론 가족에게도 심각한 영향을 미치고 있다[3]. 죽음과 자살에 관련된 심리적 요구에서 상실감, 공포, 절망감이 큰 비중을 차지한다[4]. 상실감은 인간이 의미 있고 가치 있는 어떤 것을 박탈당하는 것으로 건강악화, 절망, 고립감, 자기존중감과 존엄성의 위협, 사회적 접촉과 관계감소 및 역할변화에서 초래된다. 개인마다 죽음에 대해 특정한 두려움을 가지며 특유의 반응과 대처를 하는데 자살도 이에 포함된다.

오래 전부터 자살의 특징에 관한 연구들이 있었다. 일반적으로 전체 자살의 80%는 우울증, 10%는 정신분열증, 5%는 치매 및 섬망이 차지하고 있으며 나머지는 기타에 속한다[5]. 성별 특징 상 여자에서 자살시도가 4배 많으나 남자가 더 치명적인 수단을 사용하므로 실제 성공률은 남자가 8~10배 많아 전체적으로는 남자가 3배의 자살성공, 사망률을 보인다[6]. 노인자살은 전체의 25%여서 젊은이보다 덜한 반면 성공률이 높으며 특히 75세 이상에서는 젊은이보다 3배 이상 자살에 성공한다[7,8]. 종교 특성 상 카톨릭이 신교나 유대교 및 기타보다 낮으며, 충동적, 난폭한 성향의 사람에서 자살위험성이 높다.

한편, 신체질환과 자살의 연관성도 강조되는데 실제로 신체질환과 자살 사이에 유의한 관계가 있다. 특히

신체질환의 직접 영향 뿐 아니라 이차적 영향(예, 관계단절, 실직)도 자살 여부를 좌우한다. 한편 우울증을 유발하는 약물(혈압약, 스테로이드, 일부 항암제)도 자살을 유도할 수 있다.

특별히 “암과 자살과의 관계”에 대한 연구들이 있다. 1960년대 이전에는 암환자 자살률이 일반인보다 20배 높다는 보고가 있었다. 이후 최근에 이르기까지 전체 암환자의 자살률이 일반인보다 약간 높은 정도이며, 특히 남자 암환자의 위험률이 남자 일반인보다 약간 높은 정도라고 보고되었다[9]. 그러나 암환자의 특정 그룹에서는 여전히 자살위험도가 훨씬 높는데 예를 들어 재발, 전이, 진행, 특정부위 암의 경우이다.

암환자는 진단 순간부터 살 가망이 없다고 여겨 고통의 연속인 외병기를 맞기보다는 죽음을 택한다는 의미의 자살을 시도하기도 한다[10]. 하지만 병전 성격만 무난하면 대체로 자살하지는 않고 시행하더라도 대개 말기에 한다. 직업이나 여가에서 활동성이 중요했던 사람이 그것을 잃게 되었을 때 자살이 많고, 외모변화는 특히 여성에서 자살시도와 관련된다. 전체적으로 실제 자살 암환자의 35%가 우울증, 20%가 섬망, 50%가 적응장애였다. 자살한 남자 암환자의 50%는 암 진단 후 1년 이내에 자살했으며 여자 암환자로 자살한 사람의 70%는 유방암 및 생식기암이었다는 연구도 있다. 특히 암으로 인한 만성 지속 통증도 자살율을 높이는 주요 원인이었다.

그동안의 연구 결과들을 정리하면 암 치유가능성이 적었던 20~30년 전에는 암환자 자살률이 일반인보다 높았지만 치유희망이 높아진 오늘날에는 특정상황을 제외하고는 일반보다 약간 높은 정도로 판단된다. 즉, 암환자에서 자살사고와 원망은 흔하지만 실제 발생률은 일정 정도만 유의하게 높아 전체적으로 일반인보다 1.4~1.9배 정도이다. 그러나 암환자의 70%가 여전히 자살을 고려한다. 결국 일부 암환자만이 자살에 성공하지만 암환자의 자살 위험도는 여전히 높다.

최근 연구결과 “암환자 자살의 위험인자”를 다음과

같이 정리할 수 있다. 첫째, 재발, 전이, 진행 암인 경우이다. 둘째, 통증, 우울증, 섬망이 동반된 경우이다. 셋째, 자율성과 독립성 상실 및 죄책감이 저명한 경우이다. 넷째, 일반적 자살 위험인자들이다.

일반적으로 자살하기 전 자살자들은 절망감, 무기력, 삶과 스트레스 사이의 양가적 갈등, 변화나 개선의 여지가 명백하게 없다는 판단 등을 경험한다[11]. 자살 위험과 관련된 일반적 요소들은 다음과 같다. 즉, 45세 이상 남자, 알코올 의존, 안절부절, 격노, 난폭, 자살 시도 경력, 도움 거절, 심한 우울증, 정신과 입원력, 최근 상실 및 분리, 사회적 지지 부재, 신체건강 상실, 심한 통증, 퇴직, 독신, 과부, 이혼, 건강염려증 등이다 [12].

이중 특히 자살의 신호로 판단될 수 있는 요소들은 다음과 같다. 즉, 자살 시도 경력, 자살 환상, 불안, 초조성 우울, 소진, 체념, 유용한 자살 수단, 자살 효과에 대한 관심, 자살사고 표현, 최근 위기(수술 등), 자살 가족력, 비판과 절망 지속 등이다. 따라서 이러한 위험 신호를 보일 때는 즉각적이고 적극적인 개입과 평가가 이루어져야 한다.

본 증례에서 자살사고를 보인 환자의 자살 위험도는 매우 높다고 판단되었는데 그 근거는 다음과 같다. 즉 과거 자살 시도, 암과 관련된 깊은 절망과 심한 우울증, 자살사고 및 자살의도 지속, 자살의 구체적 방법 고려, 자살의도를 말로 표현, 삶과 죽음에 대한 양가갈등, 무기력, 심한 초조, 죽음에 대한 공포, 성격문제, 가족 갈등과 죄의식, 지지환경 부재, 심한 통증, 불안 동반 호흡곤란, 알코올 의존, 독신 등이었다. 이에 따라 본 호스피스팀에서는 환자의 자살 위험성을 인지한 초기부터 그 심각성에 주의하면서 지속적으로 개입하였다.

일단 자살위험도가 높다고 판단된 환자에 대한 향후 예측 평가에 있어 다음의 내용을 주의해야 한다. 무엇보다 깊은 절망감은 장기적 자살위험의 가장 확실한 인자이다[13]. 자살의도가 있는지에 대해서도 직접

질문해야 하는데, 80%는 자살의도에 대한 사전경고를 하고 50%는 공개적으로 죽고싶다고 표현하기 때문이다. 자살위험을 했던 사람이 조용해지거나 전보다 덜 초조해 보이면 위험신호로 여겨야 한다. 특히 자살계획을 인정할 때는 위급하다[14]. 본 증례에서도 환자의 이러한 양상들에 대해 세부적이고 다각적인 팀접근과 지지를 통해 자살위험도 및 시기를 평가하였고 이에 대한 대책을 세우면서 올바른 개입이 되도록 하였다.

한편, 이미 자살을 시도한 경우에는 다음 항목들을 평가한다. 첫째, 인구학적 특징인데 나이, 결혼 여부 등이다. 둘째, 개인력인데 자살 사고 및 의도, 계획과 치명성, 방법의 유용성, 준비, 자살 시도 경력, 난폭과 충동성 경력 등이다. 셋째는 가족력, 넷째는 최근 의학적 상태, 다섯째는 정신상태, 여섯째는 심리사회적 평가, 그리고 이전 치료 반응 등이다.

자살 미수자를 대함에 있어서도 다음 요령을 지킨다 [15]. 첫째, 자살 기도자의 말을 그대로 믿지는 않는다. 선불리 위로해도 안되고 논쟁에 빠지지 않아야 된다. 소생한 후의 부적절한 환자의 분노를 받아주고 참아야 된다. 아울러 관찰을 철저히 하고 총체적인 평가와 접근을 통해 사례에 올바른 도움이 되도록 해야 된다.

치료진의 실제적인 태도는 다음과 같다[16]. 첫째, 지속적인 지지와 배려를 해야 되는데 즉, 정규 회진, 눈맞춤 유지, 적절한 터치, 환자의 말 경청, 환자의 질문에 관심과 존중 등을 지킨다. 둘째, 재치있게 정직한 것도 중요하므로 환자 상황에 맞추어 잘 대응한다. 셋째, 통증관리가 중요한데 말기 암환자에서 특히 심각한 문제이므로 통증을 충분히 조절한다. 넷째, 불안, 초조, 섬망 등의 위험인자에 대해 정확히 판단하여 빠른 시간 내에 인지기능저하 및 행동문제가 조절되도록 한다. 다섯째, 가족의 감정과 갈등도 다루어 주어야 한다.

호스피스 측면에서도 죽음의 위협에 대한 공포, 우울, 불안, 분노, 자살사고, 절망감에 대해 환자의 감정의 원인을 살피며 함께 있어주고 안심시켜주며 격려한다[17]. 환자의 내적인 힘을 확인하게 돕고 과거에 상

실한 사람들을 회상케 하여 그러한 경험으로부터 배운 것이 무엇인지를 알게 할 수도 있다. 필요하다면 예정된 일들, 경제적인 일, 장례계획, 가족을 위한 준비를 하는데 환자를 도울 수 있다[18].

죽음 및 자살과 관련하여 호스피스 환자의 두려움에는 죽음이 미지라는 점, 외로움, 가족과 친구의 상실, 자기조절능력 상실, 고통과 괴로움, 정체성 상실, 퇴행이 포함된다[19]. 개인은 그들의 인격, 성격, 과거의 경험, 방어기전 등의 영향을 받아 반응하므로 환자가 어떤 종류의 두려움을 가졌는지 정확히 분류, 중재하는 것이 중요하다. 따라서 자살사고 및 시도와 관련하여 환자 개인의 특유한 상황과 인식에 맞추어 접근한다. 본 증례에서도 환자 특유의 개인력과 심리 방어기전 등에 대한 반복 평가를 통해 서서히 환자 중심으로 접근하였다.

가족개입은 특별히 중요하며 그 첫 단계로 가족과의 관계형성 및 동맹이 강조된다. 아울러 가족이 원하는 방향과 도움의 정도만큼 접근하면서 자율감도 존중해주어야 한다. 또한 기존의 가족갈등이 강화될 때 상호 험담과 논쟁보다는 외부 스트레스에 직면하는 것에 초점을 두도록 한다. 결국 보호자와 환자가 느끼는 것을 서로 알도록 하고 그 주제에 관해 이야기하도록 격려하면서 가족 갈등과 문제에 개입한다. 본 증례에서도 이 부분은 특히 중요시되고 강조되었으며 바람직한 방향으로의 진전이 있었다.

가족에 대한 간호중재로는 가족구성원과의 만남을 통하여 가족의 현실인식과 대처행위, 가족의 수용정도를 사정하고 환자와 가족간 대화를 이끌어낸다[20]. 말기 암환자와 가족은 소진되어 관계가 소홀해지거나 양가감정과 죄책감을 가지므로 환자와 가족간 감정을 솔직하게 이야기하도록 하며, 가능한 한 가족이 환자 옆을 떠나지 말고 계속 곁에 있어 안심하도록 정서적 지지를 제공한다[21]. 불안과 우울, 가망 없는 예후에 대해 환자와 가족구성원이 솔직하게 표현하지 못하는 갈등상황에서 환자는 수동적인 입장으로, 가족구성원은

불안함과 초조함, 죄의식으로 부적절하게 대처할 수 있다[22]. 본 증례에서도 이런 양상이 두드러져 고통스러운 기간이 있었으며 가족개입과 관계형성 및 지지를 통해 조금씩 회복해 나갔다.

이때 호스피스 팀원들의 역할은 무엇보다도 중요하며 필요시 사회복지사, 사목자, 자원봉사자의 도움을 받을 수 있도록 정보를 제공한다. 환자에게 있어 가족의 사랑과 지지는 중요하며 가능한 한 가족들이 교대로 간호하도록 하고 무엇보다 환자의 의견을 존중해야 한다.

또한 가족구성원의 예견된 죽음에 관련지어 가족간 역할과 기능변화도 간호중재에 포함되어야 한다. 환자가 죽음의 위협과 관련된 불안이나 두려움을 갖고 우울해질 때 가족구성원 또한 위기상황이며 환자의 불안수준과 함께 가족 구성원의 건강과 정서상태에 대한 문제를 인지하고 효과적으로 대처할 수 있도록 목표를 설정한다. 가족구성원의 영양과 적당한 휴식, 활동의 중요성을 간과하지 않도록 하며 불안, 상실, 영적 문제에 대한 의사소통, 상호지지, 건전한 대응으로 가족역동의 혼란을 최소화하도록 한다[23].

죽음 및 자살문제와 관련하여 영적 측면도 중요하다. 영적 요구로는 과거와 현재의 삶을 돌아보면서 삶의 목적과 의미를 알고자 하는 요구, 과거나 최근의 자신의 잘못을 용서받고 타인의 자신에 대한 잘못을 용서하려는 요구, 남은 기간동안 절대자의 사랑뿐 아니라 대인관계에서도 사랑을 경험하고자 하는 요구, 그리고 치료를 바라는 희망에 대한 요구 등이 있다[24]. 특히 희망에 대한 요구에 있어 희망을 제한할 필요는 없으나 부추기는 것은 의미가 없다고 한다. 치료에 대한 희망보다 환자가 필요할 때 늘 옆에서 도움을 줄 수 있는 정기방문을 하겠다는 것이 호스피스 팀이 줄 수 있는 희망이며 영원한 세계에 대한 소망을 갖게 되면 더없이 좋은 의미 있는 희망이 될 것이다[25]. 본 증례에서도 자살위험과 갈등이 높았던 시기를 거치면서 점차 환자 중심의 영적 지지가 이루어졌고 다른 즉

면들의 접근과 병행되면서 환자의 여러 고통을 줄이는데 기여하였다.

결 론

본 보고에서는 반복적인 자살사고와 높은 자살위험도를 보였던 사례 경험을 토대로 말기 암환자 및 호스피스 환자의 자살과 죽음에 관한 중요 내용을 취합하고 그 대책을 수립하고자 하였다. 본 증례연구 결과 구체적, 실제적 측면에서 다음 내용들이 강조되어야 할 것이다.

첫째, 자살위험도가 높은 암환자의 특정 그룹에 대한 평가와 대책마련에 주의해야 한다. 또한 자살 위험 신호를 보일 때 능동적이고 지속적인 개입과 지지가 이루어져야 한다.

둘째, 환자 고유의 성장배경 및 가족환경과 환자의 특정 심리 및 인식상황에 맞는 개별적 접근과 지지가 이루어져야 한다.

셋째, 암으로 인한 만성 지속 통증이 자살율을 높이는 주요 원인이므로 이에 대한 정확한 평가와 개입 및 적극적인 대책이 마련되어야 한다.

넷째, 섬망 등 인지기능 저하상태와 초조, 흥분 등도 자살관련 위험행동을 유발하므로 이들 증상이 신속하고 적절하게 완화될 수 있도록 각별히 주의한다.

다섯째, 가족개입 및 간호중재가 특별히 중요하다. 과거의 가족갈등은 물론 현재의 고통과 미래에 대하여도 적절한 가족개입과 지지를 통해 현재의 자살관련문제 해결에 도움됨은 물론 추후 갈등해결 및 의사소통의 기회를 제공하도록 한다.

여섯째, 향후 말기 암 환자 및 호스피스 환자의 자살 및 죽음과 관련하여 삶의 질 확보 및 유지 차원에서 체계적이고 포괄적인 연구가 이루어져야 한다.

일곱째, 자살 및 죽음과 관련하여 의료윤리, 철학, 종교, 법 등 관련 분야들과의 통합적인 연구도 이루어져야 한다. 이와 관련하여 안락사, 뇌사 등의 개념들에

대한 검토와 합의도 도출되어야 한다.

결국 말기 암환자 및 호스피스 환자에 대해서도 우울증과 자살에 대한 포괄적 이해와 접근을 통해 조기에 자살위험도를 평가하여 각자의 상황에 따라 적절한 면담, 접근과 개입 및 다각적 측면의 간호중재와 치료가 이루어져야 한다.

향후 자살사고를 보이는 환자들에 대한 경험과 연구들을 통해 자살 관련 특정증상 및 상황을 사정하여 이에 적절히 개입함으로써 말기 암환자들의 임종가 삶의 질이 최대한 유지, 확보되도록 노력하는 한편 환자가 죽음을 위한 적절하고 올바른 개입과 지지에도 적극적으로 힘써야 하겠다.

참 고 문 헌

- 1) 이전마. 호스피스 환자와 가족의 간호요구 조사. 부산대학교. 2000.
- 2) Aitken-Swan J, Easson EC. Reaction of cancer patient on being told their diagnosis. quoted in *Death, dying and the biological revolution*. Veatch, R.M. (eds), New Haven, Yale Press, 1976:236.
- 3) 하혜경. 암환자의 불안과 우울에 관한 연구. *신경정신의학*. 1982;21:665-74.
- 4) 노유자. 호스피스 대상자의 심리간호. *대한간호* 2000;27:41-6.
- 5) Beskow J. Depression and suicide. *Pharmacopsychiatry* 1990;23(1, Suppl):3.
- 6) Tsuang MT, Simpson JC, Flenning JA. Epidemiology of suicide. *Int Rev Psychiatry* 1992;4: 117.
- 7) Kastenbaum R. Death, suicide and the older adult. *Suicide Life Threat Behav* 1992;22:1
- 8) Osgood NJ. Suicide in the elderly: Etiology and assment. *Int Rev Psychiatry* 1992;4:217
- 9) Whitlock FA. Suicide, cancer and depression, *Brit J Psychiat* 1978;132:269-74.
- 10) Holland JF. Psychological aspects of cancer. In: *Cancer medicine*. Holland JF, Frei E, (eds) Philadelphia, Lea & Febiger. 1973:991-1021.
- 11) Beck AT. Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Ann N Y Acad Sci* 1996;487:90-6.

- 12) Chowdhury N, Hicks RC, Keithman N. Evaluation of an aftercare service for parasuicide (attempted suicide) patients. *Soc Psychiatry* 1973; 8:67-81.
- 13) Weishaar Me, Beck AT. Hopelessness and suicide. *Int Rev Psychiatry* 1992;4:177.
- 14) Traskman-Bendz L, Alling C, Orelan L, Regnell G, Vinge E, Ohman R. Prediction of suicidal behavior from biologic tests. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12:21S-26S.
- 15) Morgan AC. Special issues of assessment and treatment of suicide risk in the elderly, in *Suicide*. International Universities Press, 1989;239-56.
- 16) Doyle BB. Crisis management of the suicidal patient. in *Suicide Over the life Cycle*. American Psychiatric Press, 1990;381-423.
- 17) Werzel RD. Hopelessness, depression, and suicide intent. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1069-73.
- 18) Nancy LC, Susan RE. Nursing Boards Review. *Elated-Depressive Behavior*, The American Journal of Nursing Company. Tenth ed. 1997; 151-6.
- 19) 노유자 외. 호스피스와 죽음. 현문사. 1994.
- 20) 한경자 외. 간호중재. 이론과 실무적용. 서울대학교 출판부. 1997.
- 21) 이원희. 말기 암환자의 총체적 고통, 한국호스피스·완화의료학회지 2000;3:60-73.
- 22) 최영희, 이향련, 김혜숙, 박현경. 간호진단과 간호중재. 현문사. 1999.
- 23) 김정희. 말기 암을 가진 노인의 가정호스피스 사례연구. 말기 암환자의 간호 요구 및 중재. 한국호스피스·완화의료학회지 1998;45-6.
- 24) 송미옥. 영적 간호중재가 호스피스 환자의 영적 안녕과 우울에 미치는 효과. 한국 호스피스협회 2003;3.
- 25) 김수지, 오송자, 최화숙. 호스피스. 사랑의 돌봄. 수문사. 1997.