

## II 본문

### 1. 일 내핵병원 응급의료센터를 내원한 자살 시도자 연구

#### 가. 연구의 목적

○ 자살통계에서는 자살에 성공한 사람들을 통계에 올리게 되지만 사실은 자살 시도자는 자살 성공자의 10~20배에 이르게 된다. 표면으로 드러나지 않는 문제가 더 크다고 이야기 할 수 있으며 자살을 한 번 시도한 과거력은 자살 재시도의 위험 요인이 되므로 자살 시도자들에 대한 관심을 기울이는 것도 중요하다.

○ 2005년도 한국보건사회연구원에서 시행한 자살에 대한 국민태도 조사를 보면 15~69세 국민의 (1025명 대상) 35.1%가 '자살을 생각한 적이 있다'고 보고하였으며 16.8%는 '지난 1년 중 자살을 생각한 적이 있다'고 보고하였다. 특히 조사대상자의 13%는 '자살을 구체적으로 계획한 적이 있다'고 이야기 하였으며 1.7%는 '지난 1년 중 구체적으로 계획했다'고 보고하였다. 또한 3.7%는 '실제로 자살을 시도한 적이 있다'고 보고하고 있어 자살의 문제는 우리 가까이 있는 문제임을 다시 한 번 확인할 수 있다.

○ 조사 대상자의 18.0%는 '가까운 사람 중에 자살을 시도한 사람이 있다'라고 보고하고 있어 본인만의 문제가 아니라 주위사람들의 자살 또한 심각하게 경험하게 되는 문제의 하나임을 알 수 있고 이로 인해 받게 되는 영향들도 극복할 수 없음을 생각하게 된다. 따라서 자살 성공자들에 대한 연구 못지않게 자살 시도자들에 대한 연구는 매우 중요하다고 판단된다.

○ 자살 방법에 대한 연구를 보면 각 지역에 따라 특정한 자살 방법들의 사용 빈도가 다른 것으로 조사되고 있다. 이는 지역별로 지역 경제의 산업 구조, 유행 구조가 다르기 때문에 자살 방법의 접근성, 이용 가능성 등의

다양한 위험들에 의해 받는 영향이 다른 것으로 생각된다. 따라서 각 지역 단체에서 지역 사회의 자살을 예방하기 위해서는 지역의 인구나 산업 특성, 건축물의 특성 등을 고려해야 한다.

○ 따라서 지역사회 자살 지도자들의 특성에 대한 연구를 통해 지역사회에 적합한 자살 예방 프로그램의 개발에 도움이 될 것이라고 판단되어 아수내병원 응급의료센터를 방문한 자살 지도자들에 대한 연구를 계획하고 진행하였다.

## 나. 연구내용 및 방법

### 1) 연구 대상자

자살 지도로 아수내병원 응급의료센터를 방문하게 된 남녀 환자 98명을 대상으로 하였다. 생명직인 방법을 사용하여 응급실 내원 방식에 민첩이 불가능한 사람들을 제외하였다. 생명에 위험이 없는 생명직이치 않은 신체적 손상을 입어 민첩이 가능하였고 정신과로 연계된 환자들을 대상으로 하였다. 따라서 본 연구의 대상자는 기존의 자살 성공자들을 대상으로 한 연구들의 결과와는 다른 결과들이 보고되리라고 예상된다.

### 2) 연구 기간

2006년 12월부터 2007년 11월까지 총 1년의 기간 동안 아수내 병원 응급실을 방문한 환자들을 대상으로 하였다.

### 3) 연구 방법

정신과를 연계된 사람을 대상으로 정신과 전공의 1인이 직접 내려가 환자를 면담하고 면담의 평가의 내용들을 의무 기록에 적어 놓았다. 1인의 전공의가 환자

를 본 후에는 다른 1인의 심방의에게 환자 면담 내용과 진단 내역에 대하여  
마  
로 평가를 받았고 너 알아보아야 할 내용들을 상의하였다. 이 연구를 위한  
자료들  
은 이상의 방법으로 기록되어 있는 의무기록들을 찾아서 차트 Review의 형  
식으로  
로 진행되었다.

#### 1) 연구 내용

- (1) 인구사회학적 요인 - 나이, 성별, 결혼여부, 교육수준, 직업, 거주  
상황
- (2) 상진과 의사의 면담 기록 - 자체 제작한 구조화된 면담기록지
- (3) 상진과 직 현재력 / 과거력 / 가족력
- (4) 자살기도 요일 및 시간
- (5) 자살 시도로부터 응급실 내원까지의 시간
- (6) 응급실 내원시부터 병원에서 퇴원하기까지의 시간
- (7) 자살 시도 방법 및 장소
- (8) 자살 시도의 의미
- (9) 차후 상진과 치료 연계 여부
- (10) 응급실 내원부터 퇴원시까지의 총 권료비

## 다. 인구의 결과

### 1) 자살 시도자의 성별 분포

표 5. 자살 시도자 성별 분포

	성 별	
	남	여
%	27.8	72.2

※ 98명 중 98명 응답

자살 시도자의 남녀 비율은 남자가 27.8%, 여자가 72.2%로 여자가 약 1배 정도 많은 것으로 나타났다.(표 5, 그림 7) 본 연구는 직업적이지 않은 자살 시도자를 대상으로 한 것이므로 기존의 자살 연구에서 실제 자살 성공률은 남자가 여자보다 1배가 높지만, 자살 시도율은 여자가 남자가 1배 높다는 결과와 유사하게 나타났다.

### 2) 자살 시도자의 연령 분포

표 6. 자살 시도자의 연령별 분포

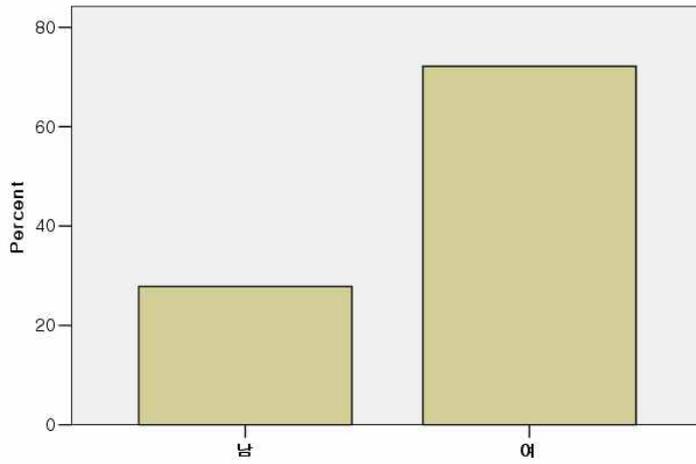


그림 1 자살 시도자의 성별 분포

	연 령						
	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70~79세
%	6.1	26.5	30.6	18.4	10.2	4.1	4.1

※ 98명 중 98명 응답

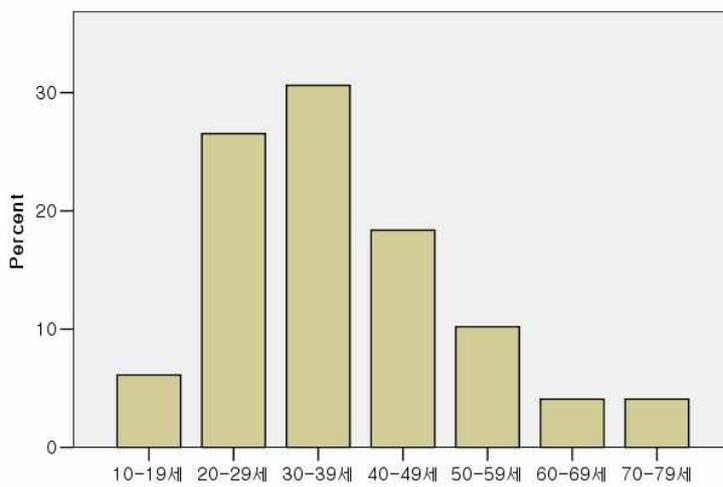


그림 2 자살 시도자들의 연령별 분포

자살시도자들의 연령분포를 보면 10대가 6.1%, 20대가 26.5%, 30대가

30.6%, 40대가 18.1%, 50대가 10.2%, 60대가 1.1%, 70대가 1.1%로 보고되었다.(표 6, 그림 8) 특히 20세~39세까지가 전체 인구의 50% 이상을 차지하고 있는 점을 볼 때 떠는 점이다. 이는 전 세계적으로 20~30세의 자살시도가 증가하고 있는 상황과 일치하는 결과로 생각이 된다. 전체 자살 실행자들에게 대한 연구에서는 노년층의 자살이 많고 남자는 15세, 여자는 55세가 가장 자살이 많은 연령층이지만 본 연구는 자살에 실행한 사람들을 제외한 자살 시도자들을 대상으로 한 연구이기에 차이가 있는 것으로 평가된다.

### 3) 자살 시도자의 동거가족 형태

표 7. 자살 시도자의 동거가족 형태

	동거가족 형태						
	혼자 거주	배우자	부모	형제	친척	동료	자녀
%	10.6	56.1	15.2	1.5	1.5	4.5	10.6

※ 98명 중 66명 응답

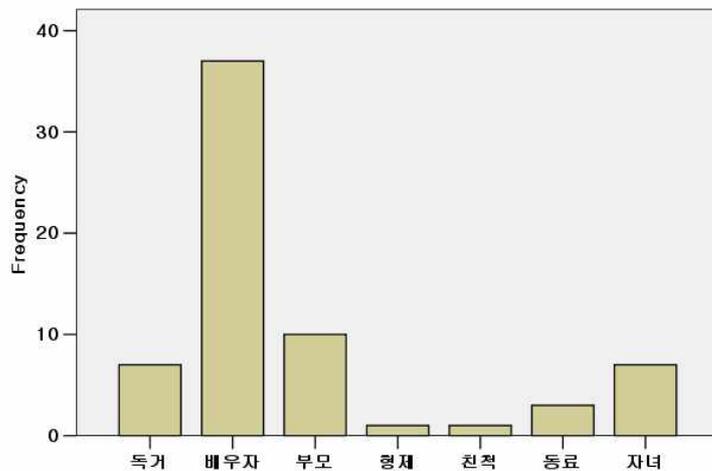


그림 3. 자살 시도자의 동거가족 형태

동거가족 형태에 대한 조사에서는 배우자와 함께 동거하는 결혼한 상태였던 경우가 56.1%였으며 부모와 함께 동거하는 형태가 15.2%, 혼자 거주하는 경우가 10.6%, 자녀와만 거주하는 경우가 10.6%, 동료와 거주하는 경우가

1.5%, 형제와 거주하는 경우가 1.5%, 친각과 거주하는 경우가 1.5%였다. (표 7, 그림 9) 이는 본 연구 참여자들의 연령 분포와 관련이 있는 것으로 생각되며 특별히 유의미한 결과를 찾기는 어려운 것으로 보인다.

### 1) 자살 시도자의 학력 분포

표 8. 자살 시도자의 학력 분포

	학 력				
	초졸 미만	중졸미만	고졸미만	대졸미만	대졸이상
%	7.4	7.4	19.1	39.7	26.5

※ 98명 중 68명 응답

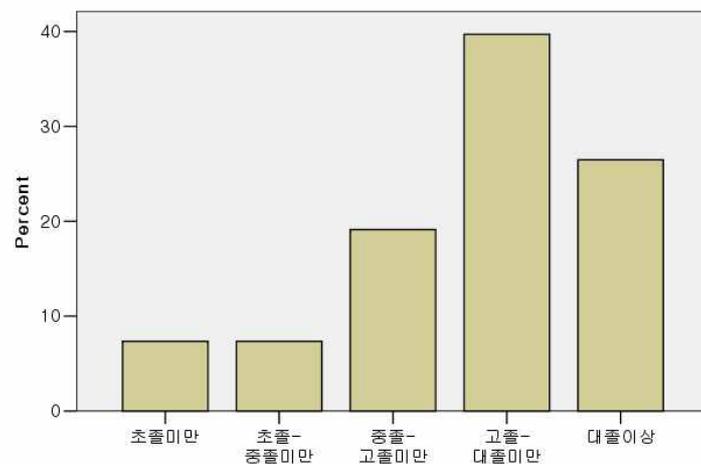


그림 1. 자살시도자의 학력 분포

학력에 대한 조사에서는 고졸~대졸 미만의 학력이 39.7%로 가장 높았고 대졸 이상이 26.5%, 고졸미만이 19.1%, 중졸 미만과 초졸 미만이 7.4%로 응답되었다. (표 8, 그림 10) 이는 2005년 통계청 자료에 나와 있는 우리나라 25세 이상 국민들의 학력 분포와 유의미한 차이 없이 유사한 것으로 나와

본 연구에서는 허리에 자살 시도와의 사이에서는 뚜렷한 인과 관계는 없는 것으로 보여진다.

### 5) 자살 시도자의 병진 성격

표 11. 자살 시도자의 병진 성격

내용	응답	%	내용	응답	%
소심하다	예	49.3	충동적이다	예	28.0
	아니오	50.7		아니오	72.0
친구 전혀 없다	예	6.7	대인관계가 나쁘다	예	32.0
	아니오	93.3		아니오	68.0

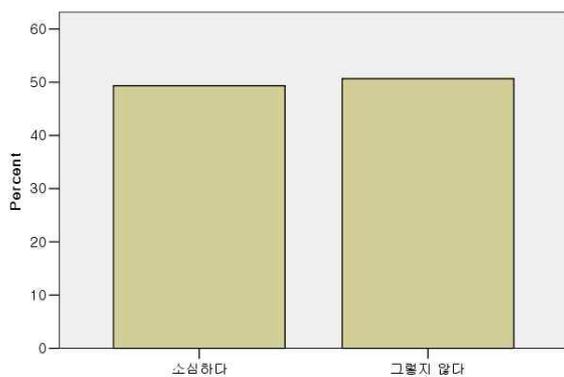


그림 11. 병진성격 - 소심하다

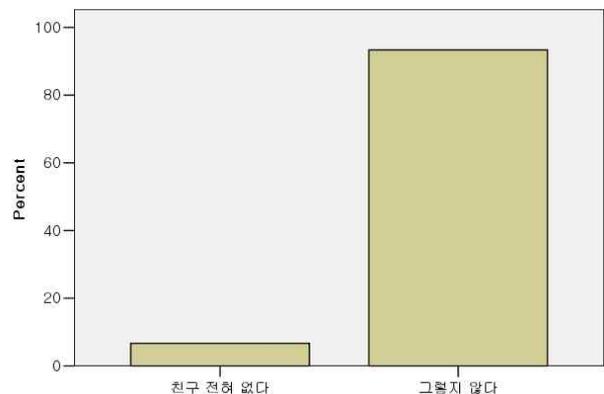


그림 12. 병진 성격 - 친구 없다

자살 시도자들에서의 특징한 성격 정향상은 뚜렷히 보고 된 바는 없다. 본 연구에서는 임상적으로 자살 시도와 인과가 있을 것으로 추정되어지는 몇 가지 성격들에 대하여 살펴보았으나 환자 및 보호자의 주관적인 답변에 의

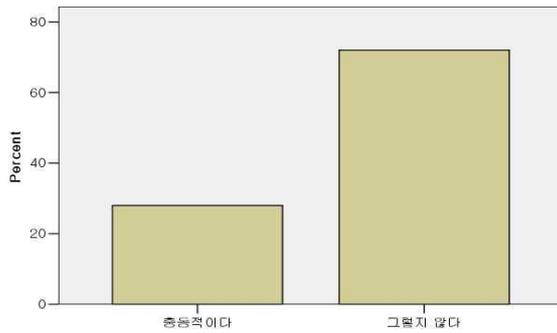


그림 7 병전 성격 - 충동적이다

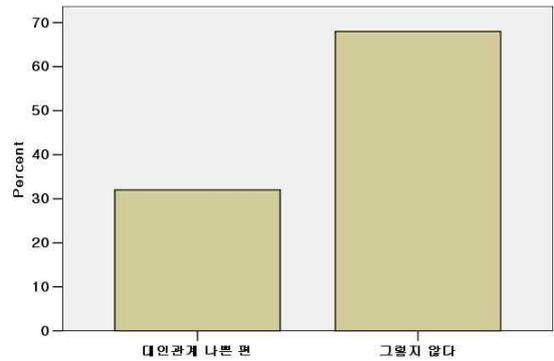


그림 8 병전 성격 - 대인관계 나쁜 편

하면 장기의 특성들이 뚜렷히 지는 않는 것으로 생각된다. (표 9, 그림 11, 12, 13, 14)

#### 6) 자살 시도자의 형제 관계

표 10. 자살 시도자의 형제 관계

	형제 관계			
	말이	막내	중간	외동
%	35.5	24.2	30.6	9.7

※ 98명 중 62명 응답

자살 시도자들의 범범에서 형제관계에서의 장남, 장녀의 위치였던 사람들이 말아지 성장과정에서 말이라는 개념이 자살시도와 관련이 있지 않을까라는 가정 하에 조사를 시행하였다. 말이가 가장 높은 %로 나오기는 하였지만 특별히 유의미한 결과로 보기는 어렵다고 판단된다. (표10, 그림 15)

#### 7) 자살시도 시간 분포

표 11. 자살 시도 시간 분포 (표 11)

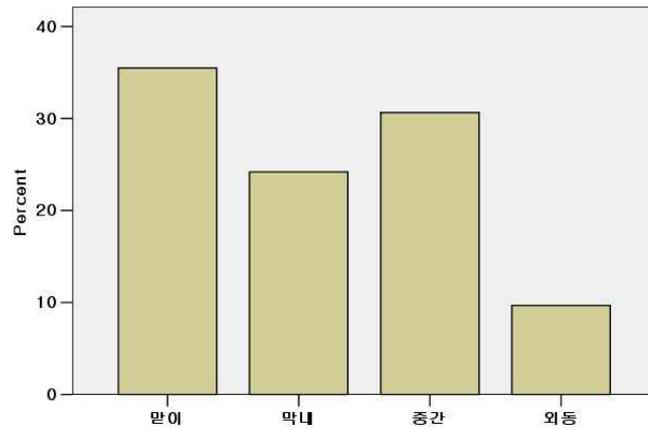


그림 9. 자살 시도자의 형제 관계

	요 일						
	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일	일요일
%	17.0	9.1	10.2	9.1	13.6	14.8	26.1

※ 98명 중 88명 응답

표 12. 자살 시도 시간 분포 (시)

	시 간			
	1시~7시	7시~13시	13시~19시	19시~1시
%	22.6	14.3	33.3	29.8

※ 98명 중 84명 응답

자살 시도 요일에 대한 연구에서는 일요일과 월요일이 상대적으로 많은 자살 기도가 이루어지는 것으로 나왔다. 또한 주석과 설날 같은วันหยุด일에도 자살 기도자들이 다른 평일에 비해 많은 것으로 나타나고 있었다. 자살 기도 시간에서는 오전 시간대(7시~13시)가 가장 많은 것으로 나타났으며 그 외의 시간대에서는 뚜렷이된 차이는 없으나 오후와 저녁시간대에 많은 것으로 나타나 기존의 국내 선행 연구들과 비슷한 것으로 보여진다. (표

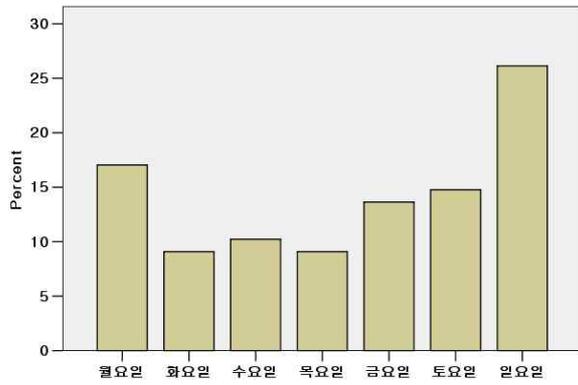


그림 10. 자살 기도 시간 분포 - 요일  
11,12 그림 16, 17)

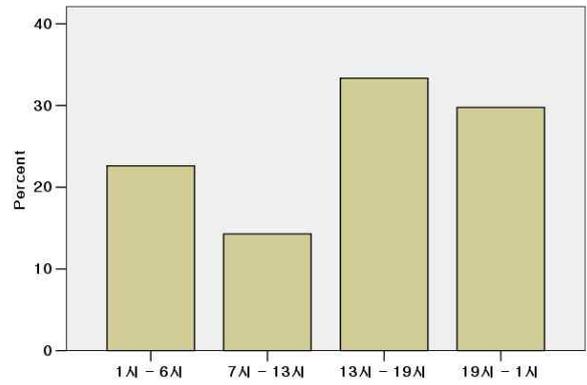


그림 11. 자살 기도 시간 분포 - 시간

### ㉔ 자살시도에서 응급실 도착까지의 시간

표 13. 자살 시도에서 응급실 도착까지 소요 시간

	도착까지 걸린 시간				
	1시간 이내	1~3시간	3~12시간	12~24시간	24시간 이상
%	22.6	32.1	32.1	11.9	1.2

※ 98명 중 84명 응답

자살기도에서 응급실 도착까지 시간

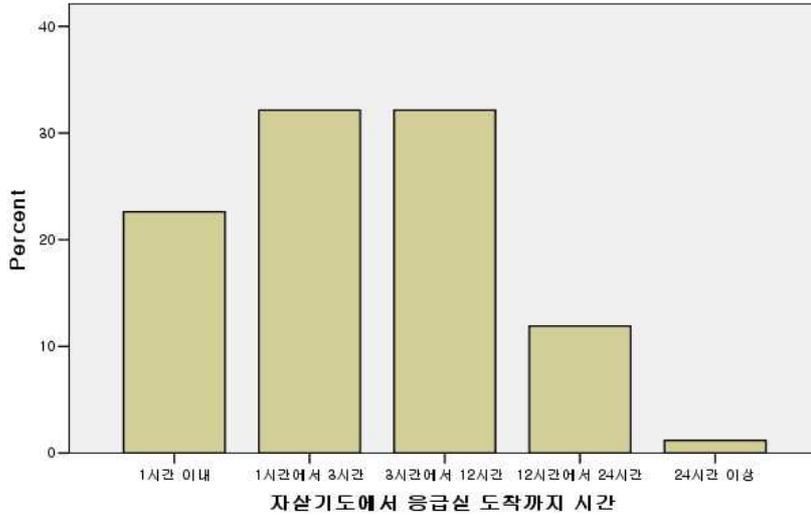


그림 12. 자살 기도에서 응급실 도착까지 소요 시간

자살 시도에서 응급실 도착까지의 시간은 50% 이상이 자살 시도 후 3시간 이내인 것으로 나타나 비교적 빠른 시간 내에 주위사람들에게 발견되어 응급실로 내원하는 것으로 나타났다. (표 13, 그림 18) 다만 약 13%에서는 12시간 이상 지나서야 주위 사람들에게 발견되어 응급실로 내원하였기에 어떤 요소들이 이들을 하여금 늦게 의료적 처치를 받게 하였는지에 대해 알아보는 것이 의미가 있다고 생각된다.

9) 응급실 도착에서 퇴원까지의 기간

표 13. 응급실 도착에서 퇴원까지의 기간

	퇴원까지의 기간					
	6시간 미만	6~24시간	24~48시간	48시간~1주	1주~1달	1달 이상
%	8.5	56.4	11.7	8.5	12.8	2.1

※ 98명 중 94명 응답

응급실 도착에서 전체 퇴원까지의 기간은 50% 이상의 자살 시도자들이 24

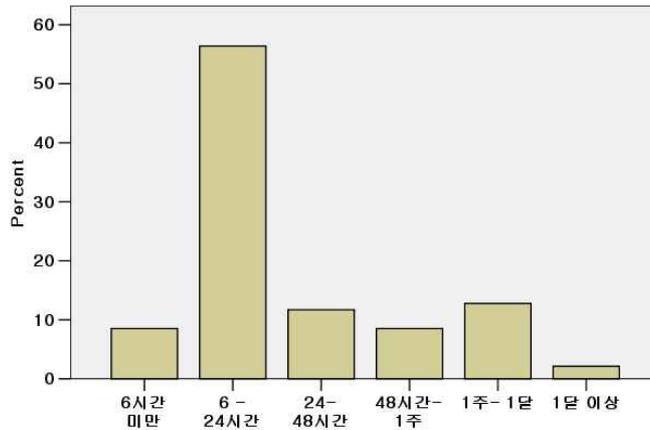


그림 13 응급실 도착에서 퇴원까지의 시간  
 시간 이내에 퇴원을 한 것으로 나타났다. 18시간 이상을 병원에서 있었던 사  
 람들은 입원을 하였던 것이며 전체의 23% 정도를 차지하고 있으며 이들은  
 어떤 요소들과 연관되어 있는지 알아보는 것이 의미가 있다고 생각된다.

#### 10) 자살 시도자의 정신과 과거력

표 15. 자살 시도자의 정신과 과거력

	정신과 과거력					
	없음	정신분열	기분장애	불안장애	물질남용	기타
%	53.3	4.3	38.0	1.1	1.1	2.2

※ 98명 중 92명 응답

정신과적 병력이 있는 환자들은 그렇지 않은 환자들보다 3배~12배까지 자  
 살 위험성이 높다고 한다. 본 연구에 참여한 환자들에서도 기존에 정신과적  
 과거력이 없던 환자가 50% 이상이었으나 기존에 기분장애를 진단받았던 환

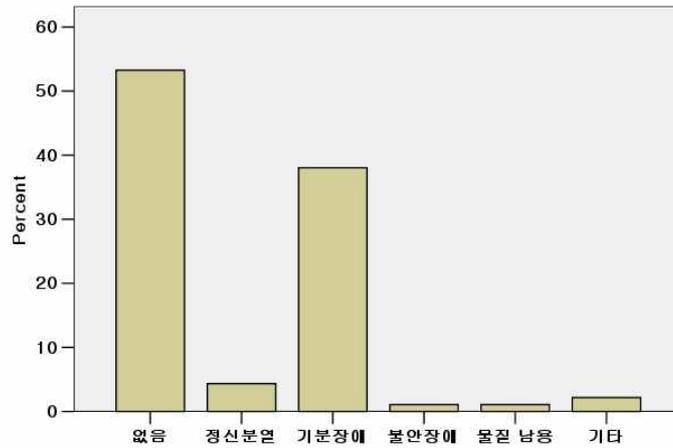


그림 14. 자살 시도자의 정신과 과거력

자살도 32%나 되어 기분 장애 환자들의 높은 자살 위험성에 대한 기존 연구들의 결과와 유사한 것으로 생각된다. (표 15, 그림 20) 기존 연구에 의하면 우울증, 정신분열증, 물질 남용이 자살 위험성이 높으며 특히 권탄을 받지 않았더라도 응급실을 자주 내원하는 사람들도 자살 위험성이 높은 것으로 나타나서 응급실 방문횟수와 자살 위험에 대한 연구도 추후 시행될 수 있을 것으로 판단된다. 또한 기존에 정신과적 과거력이 있지 않더라도 응급실을 자주 내원하는 사람들에 대해서는 자살 위험성을 평가하는 것이 의미 있다고 생각된다.

#### 11) 자살 시도자의 정신과 가족력

표 16. 자살 시도자의 정신과 가족력

	정신과 가족력					
	없음	정신분열	기분장애	불안장애	물질남용	기타
%	87.5	1.3	3.8	0.0	5.0	2.5

\* 98명 중 80명 응답

정신과 가족력은 없는 경우가 87.5%였으며 물질남용 5.0%, 기분 장애 3.8%, 정신분열 1.3%의 순으로 나타났다. (표 16, 그림 21)

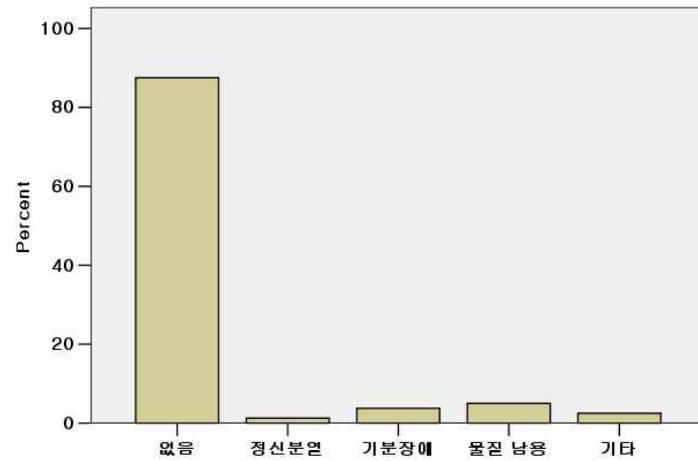


그림 15 자살 시도자의 정신과 가족력

## 12) 자살시도 방법

표 17. 자살 시도 방법

	방 법			
	약물과다복용	목을 램 (hanging)	손목 자상 (cutting)	기타
%	75.8	2.1	14.7	7.4

※ 98명 중 95명 응답

자살 시도 방법에 대해서는 약물 과다 복용이 75.8 % 로 압도적으로 많은 것으로 나타났다. 이는 정신과 약물 과다복용 및 그 외 다른 약물의 과다 복용과 농약 등의 화학물질의 복용까지 포함한 넓은 의미로 범위를 설정한 것도 영향을 주었을 것으로 생각된다. 또한 분 위기는 생명직이치 않은 자살

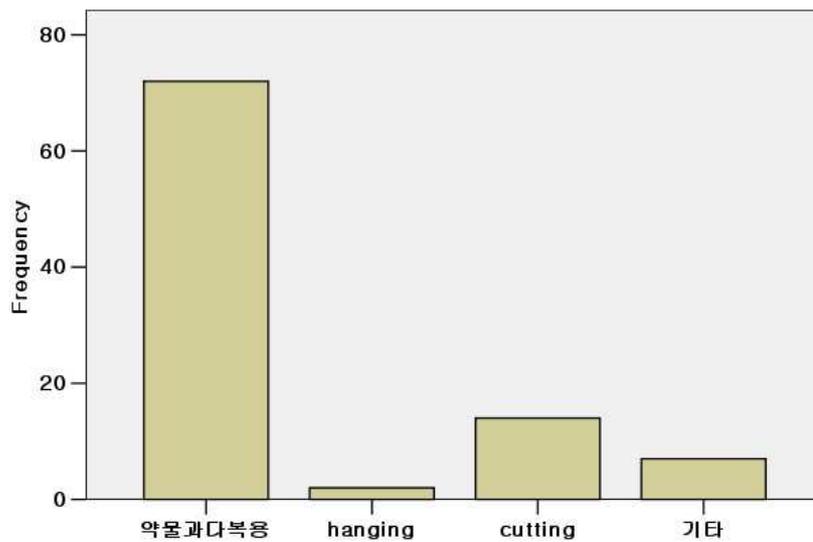


그림 16 자살 기도 방법

자살자살을 대상으로 함으로써 남자 보다 이자들이 1배가량 많이 포함되어 있으며 이에 따라 이자들에게서 흔하게 사용되는 방법인 약물 과다 복용이 가장 높게 나타난 것으로 보인다. 목을 맨(hanging) 이나 투신(fall down) 등의 방법은 매우 적게 보고 되었는데 이는 이러한 위험적인 방법을 사용한 사람들은 길게는 위험적이라 응급실에서 질진기에 연결되지 않기 때문인 것으로 생각된다. (표 17, 그림 22)

### 13) 자살 시도 장소

표 18 자살 시도 장소

	장 소			
	본인의 집	지인의 집	공공장소	기타
%	80.9	4.5	13.5	1.1

\* 98명 중 89명 응답

자살 기도 장소는 본인의 집이 80.9%로 압도적으로 많은 것으로 나타났으며, 이외로 광장이나 도로 등의 공공장소에서 13.5 % 정도의 유의미한 자살 기도율이 나타난 것으로 보이진다. (표 18, 그림 23)

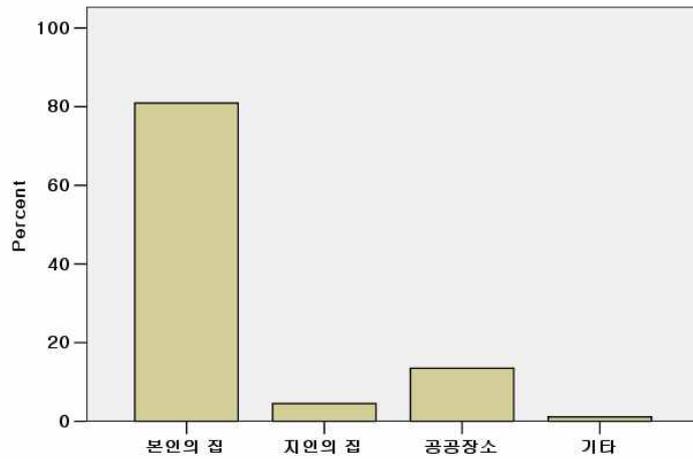


그림 17. 자살 기도 장소

## 11) 정신과적 건강 사항에 대한 반응

### 30-19. 정신과적 건강 사항에 대한 반응

	반응			
	정신과 폐쇄병동 입원	입원 거부 / 외래 치료 받음	입원 거부 / 외래 치료 동의 / 치료 받지 않음	정신과적 치료 거부
%	20.4	21.5	12.9	45.2

\* 98명 중 94명 응답

자살 시도로 정신과에 입원한 사람들에게는 평가와 치료를 위해서 모두 정신과 폐쇄 병동 입원이 권유되었다. 이러한 권유를 받아들이지 못한 정신과나 혹은 다른 병원 정신과 병동에 입원(경제적 이유로 지리한 병원을 찾거나 분

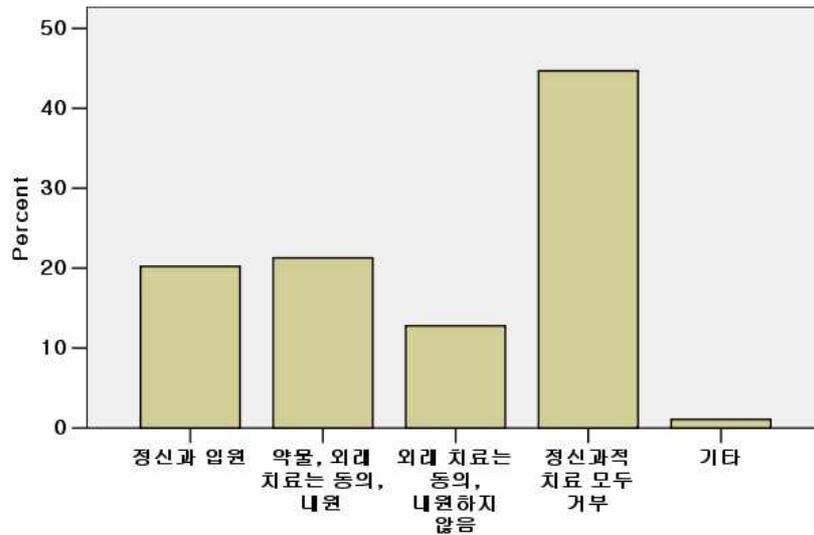


그림 18. 정신과적 결정 사항에 대한 반응

원에 자리가 없어서 다른 병원으로 권원을 하게 되는 경우임)하여 치료 받은 사람들을 20.3%로 나타냈다. 정신과로의 입원을 거부하였지만 약물 및 외래 치료에는 동의하고 심계로 치료에 임했던 사람은 21.5%였으며 입원을 거부하였고 약물 및 외래 치료에는 동의하였지만 심계로는 오지 않은 사람들이 12.9%였다. 정신과적 평가 및 치료를 모두 거부한 사람이 44.8%였다. (표 19, 그림 21) 한 번 자살을 시도한 사람은 다시 자살을 재도할 가능성이 많으며, 현재 정신과적 병력이 있는 사람들 같은 경우에는 불충분한 치료로 인한 경우로 자살 시도하는 사람이 많기 때문에 자살 시도자의 추후 정신과적 평가 및 치료 임계는 필수적인 것으로 판단된다. 현재 50% 이상의 사람들이 치료에 임하지 않고 있는 현실에 영향을 주고 있는 factor들이 어떤 것인지 연구하여 치료에 임해질 수 있는 방안을 마련하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

### 1.5) 자살 시도의 의미

표 20) 자살 시도의 의미

	의 미						
	스트레스 회피	자신에 대한 처벌	회피행동	생명의 단절	상대방 태도의 변화	환청 또는 피해 망상	기타
%	34.9	0.0	7.2	16.9	30.1	9.6	1.2

※ 98명 중 83명 응답

환자들에게 설문지를 통해서 자살시도의 의미에 대해서 물었을 때 결과로 생명을 끊어버리고 싶었다고 응답을 한 경우는 16.9% 였다. 34.9% 의 자살 시도자들을 현실의 스트레스에서 벗어나고 싶은 마음에 충동적으로 행했다고 대답하였으며, 30.1% 의 자살 시도자들을 가족이나 원인과의 갈등이나 탄

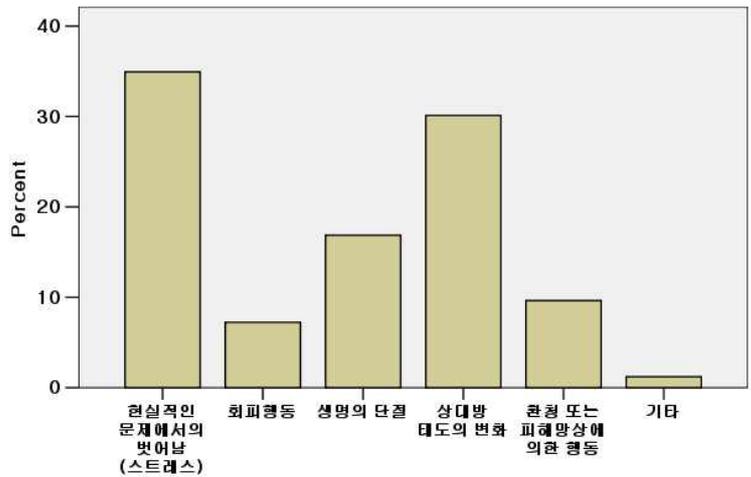


그림 19. 자살 기도의 의미

같은 상황에서 주 망스러운 마음과 상대방의 태도변화를 원하는 마음에서 행동했다고 대답하였다. 환경 또는 피해망상에 의한 행동도 9.6%로 나타났으며, 명확한 스트레스는 없는 상황이지만 회피적인 행동으로 자살시도를 했다는 사람도 7.2%로 나타났다. (표 20, 그림 25) 물론 이 연구가 자명식이 아닌 자살 시도자들을 대상으로 했기에 이런 결과가 나왔으리라 예상되는 부분이 있지만, 이 연구 결과에서 보듯이 자살 행동은 상당부분 비리 평가와 개입이 들어가면 예방될 가능성이 있다.

#### 16) 응답선 내원부터 퇴원까지 총 진료비

표 21. 총 진료비의 최소값과 최대값

(단위 : 원)		
최소값	최대값	평균
49,210	31,268,272	1,473,882

※ 98명 중 96명 응답

#### 표 22. 총 진료비 자료

진 료 비						
	10만원 미만	10~50만원	50~100만원	100~300만원	300~500만원	500만원 이상
%	1.0	46.9	27.1	14.6	6.3	4.2

※ 98명 중 96명 응답

자살 시도자들의 자살 시도로 인하여 발생한 의료비 총액에 대한 조사에서 최소값은 19,210 원, 최대값은 31,268,272원으로 나왔으며 평균 비용은 1,173,882 원으로 나왔다. 10만원~50만원이 46.9 % 였고, 50만원~100만원이 27.1%, 100만원~300만원이 14.6%, 300만원~500만원이 6.3%, 500만원 이상이 4.2% 였다. 본 연구에 참여한 첫 번째이자 많은 자살 시도자들은 한 번의 자살 시도로 상당한 정도의 탄회상 치료비를 발생시킨 것으로 생각되며 자살 시도로 인한 장기적인 치료의 경우와 탄회상으로 직업 유지를 못 함으로 인해 생기는 손실, 주위 사람들에게 미치는 영향을 생각할 때 하급되는 경제적 손실을 더욱 클 것으로 판단된다.

## 17) 자살 시도자의 진단

표 23. 자살 시도자의 진단 분포

진 단					
	주요우울증	양극성장애	정신분열병	적응장애	기타
%	42.1	3.9	6.6	44.7	2.6

※ 98명 중 76명 응답

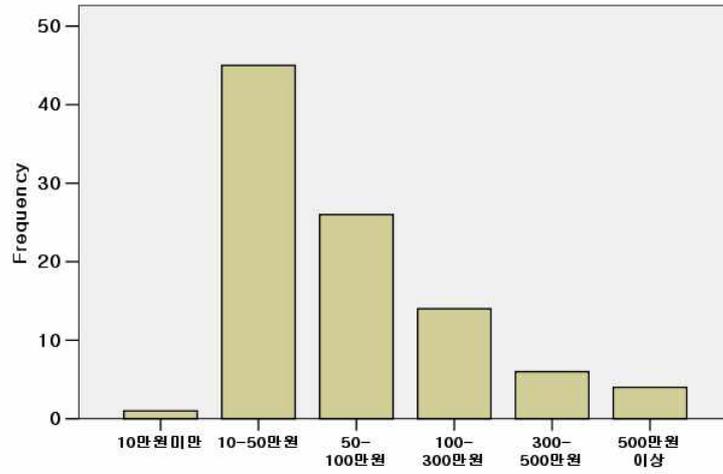


그림 20. 총 진료비 분포

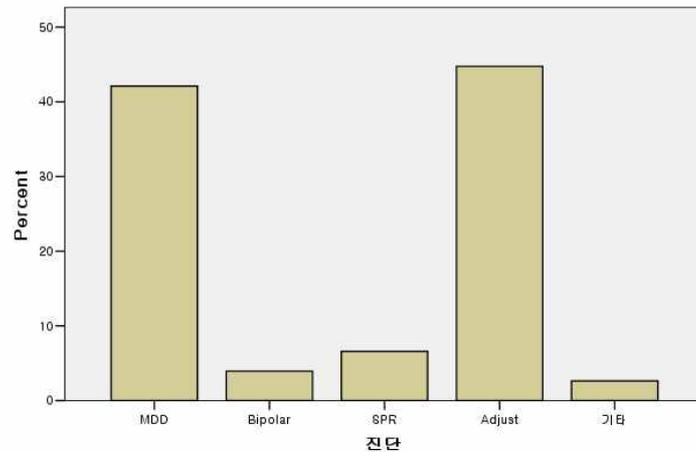


그림 21, 자살 시도자의 진단 분포

응급실에서 평가된 자살 시도자들의 진단은 적응장애가 44.4%로 가장 높게 나타났으며 주요 우울증이 12.1%, 조울증이 3.9%, 정신분열증이 6.6%로 나타났다. 다만 상기의 진단들은 기준에 확진된 진단의 경우와 입원기간 동안 자세한 평가를 받은 경우를 제외하고는 응급실에서 평가된 기준으로 이루어진 것들이 상당부분 있어서 “확진”으로 보기보다는 “의증”으로 보는 것이 합리적이라고 생각된다.

#### 라. 인구의 고찰 및 기대효과

○ 본 인구의 결과는 궁극적으로 향후 지역사회 자살 예방프로그램을 효과적으로 수행하는데 도움이 될 것으로 기대된다.

○ 1년 동안 경기 지역의 일 대학 병원 응급의료센터에 내원한 자살 기도자의 특징을 파악함으로써 실제 자살예방프로그램의 적용 및 지역사회 연계방

범 개념에 도움이 될 것으로 기대된다.

○ 또한 자살 시도자들이 치료로 연계되는 단계 연계되지 않는 단계의 차이점을 확인하여 자살 시도자들에 대한 보다 현실적이고 깊이 있는 이해를 하게 될 것으로 예상되며 이로 인해 보다 현실적인 자살 예방 계획을 세울 수 있을 것으로 기대된다. 특히 자살 시도 방법 등은 각 지역사회의 특성과 크게 연관되는 바, 지역사회 내역병원을 대상으로 한 연구 결과를 바탕으로 그 지역사회에서의 자살 예방 계획을 세우는 데 있어서 큰 도움이 될 수 있을 것으로 기대된다.

## 2. 국내 자살 예방프로그램 현황분석

### 가. 국내 자살예방프로그램의 현황

우리나라는 2005년 한국 자살 예방협회, 한국 기자 협회, 한국 종교계 사회 복지 협의회, 범종교 의료계 인문계, 응급의료기관, 정신보건 과장회 및 당 사

부원을 위원으로 보건복지부 산하 내閣협의회를 구성하고 자살 예방 5년 중  
장 계획을 마련하였다. 이를 위해 보건 복지부(내閣 협의회)에서는 기획, 조  
경, 평가를 담당하고, 경찰청과 119 구급대는 자살 위험장소 관리, 인터넷 자  
살 사이트 단속, 자살 시도자 구조의 역할을 맡았다. 중앙 정신보건 사업 지  
원단에서 자살위험도 모니터링 조사 통계 사업평가도구 개발 및 시행  
을 하였으며 한국 자살 예방협회와 생명의 진화를 민간단체의 도움으로 진  
행하였다. 또한 시도, 교육청, 광역정신보건센터, 보건소, 의료기관이 적극  
적 생이나 자살 사회수면제의 접촉점으로 하여 진행하였다. 다음의 같은 프로  
그램을 진행하고 있다.

### 1) 생명존중 문화 조성

생명을 경시하는 제도적, 사회문화적 요소를 추방하고 생명을 존중하는 사  
회문화환경을 조성하기 위하여 다음의 같은 범국민적인 사회운동 사업을 추  
진하였다.

민간 기관과의 협력 강화를 위하여 2001년 3월 결성된 범 국민생명존중운  
동본부의 운영 활성화를 진행하고 있다. 이러한 이유로 사회 지도층 인사로  
하이급 내송 강연, TV 출연 등 지속적인 생명 존중 강연, 생명존중운동본부  
홈페이지 구성·운영, 생명 존중 취지의 언론 기고, 범국민 생명존중운동본부  
명의로 각 부처, 사회지도층 인사에게 “생명 존중”메시지 작성 송부 등을 하  
고 있다.

### “생명 존중” 메시지 예

국민 여러분! 최근 우리나라 신문과 방송에는 자살 관련 기사가 거의 매일 보도되고 있습니다. 온 가족 이 자살하는 경우도 있어 안타까운 마음 금할 길이 없습니다.
--

자살 뿐 만아니라 아동 학대나 유괴, 성폭력사건과 같이 귀중한 인간 생명과 인격이 손상 받는 안타까운 현실입니다.

국민들에게 호소합니다. 삶을 포기하는 것은 포기하는 사람 뿐 만아니라 가족과 사회에 크나큰 슬픔을 주는 일입니다.

인간의 생명을 포기하는 것은 그 것이 어떠한 이유라 하더라도 있어서는 안 될 일입니다. 우리 모두에게 그 어떤 것도 생명보다 더 귀중한 것은 없습니다.

이웃의 아픔에 눈감지 말아 주십시오. 이웃이 극자단적인 선택을 하지 않도록 따뜻한 관심을 가져 주십시오. 여러분의 관심이 이웃의 가슴에 생명의 씨앗이 될 것입니다.

정부에 촉구합니다.

정부의 모든 정책은 국민의 생명을 존중하고, 인격을 존중하는 데에서 출발하여야 합니다. 그 어느 정책의 목표도 국민의 생명과 인격 존중보다 앞선 것은 없을 것입니다.

따라서 정부는 국민의 생명을 지키고, 인간의 존엄성이 존중되는 사회가 되는 정책이 되기를 촉구합니다. 특히 아동과 장애인, 빈곤자 등 소외계층이 생명을 위협받거나 포기하지 않도록 각별한 노력을 기울여 주기 바랍니다.

존경하는 사회 지도자 여러분!

우리 모두 생명의 가치를 존중하는 사회, 어려운 가운데서도 이웃의 생명과 인격을 존중하며 귀하게 여기는 ‘생명존중 대한민국’을 만들어 갑시다.

또한, 국민의 자살심과 등칭식 사고를 가질 수 있도록 종교(교)단 활동을 강화함으로써 자살과 같은 극단적 행동이 줄어들도록 종교 단체와의 협력 강화하고 있다.

생명존중 및 자살예방 공익광고 제작 및 방영을 실시하고 2005.9.9. 세계 자살예방의 날에 맞추어 세계 자살예방의 날 행사 개최하고, 생명 존중 국민수칙 및 홍보 책자 제작 배포하였다.

#### << 생명 존중 국민 수칙(인) “생명 지키기” 7대 선언>>

1. 생명을 최우선 가치로 존중되어야 한다.
  - 생명을 인간적 가치로서의 가치로 인정받아야 중요시되고, 그 부익으로도 미룰 수 없는 최상의 가치를 지닌 것이라는 것을 강조.
2. 생명에 대한 위협은 어떤 경우에도 허용될 수 없다.
  - 자살 및 타살로 이어지는 원천 위협으로 인간의 생명이 자신의 생명을 불사 다룬다. 생명이 더 어떠한 이유로도 위협되어서는 안 된다는 것을 강조. 자신의 생명과 함께 타인의 생명도 중요함을 강조.
3. 자살을 어떤 이유로도 미화하거나 정당화되어서는 안 된다.
  - 자살을 미화하거나 정당화하는 차폐의서는 자살이 금과 같은 것으로 알려야 한다. 아무런 위급한 상황에서도 자살을 슬픔을 짐작이 될 수 없으며, 그 슬픔의 자살일지라도 자살을 미화하는 것은 제1, 제2의 수단을 찾아 볼 수 있다는 것을 강조.

1. 자살과 타인의 생명을 등가시각의 수단이 될 수 없다.
  - ▶ 자살로 끝나는 해탈의식 없는데, 그러나 일부에서는 자살 또는 자살생명을 통하여 문제를 해결하려는 매우 위험한 생각을 가지고 있는 것이 사실이다. 인간의 생명은 그 자체가 존엄한 것으로서 자살과 같이 자기를 훼손하는 것을 등가시각의 수단이 될 수 없다.
2. 모든 사람은 자살과 타인의 생명을 구할 의무가 있다.
  - ▶ 인간은 자신뿐만 아니라 타인의 생명에도 책임을 가진다는 것은 우리가 위한 모리우 해야 한다는 것을 강조. 어려움에 처하여 고민하던 명목으로 자살을 생각하는 어떤 사람도, 특히 사회로부터 소외 당하고 있는 자살 취약계층에게 자살에 자살을 배우는 사회가 되어야 한다.
6. 자살과 자살에 관한 예방관선에 적극적으로 동참하여야 한다.
  - 자살뿐만 아니라 학교 및 사회 전체가 자살예방에 관심을 가지고 이를 실현하기 위하여 지속적인 모리우 하이어 권리는 계층으로 자살을 예방 가능한 것이므로 사회 전체가 지속적으로 다양한 자살자를 줄일 수 있다는 것을 강조.
7. 정부는 생명 존중 사회 구현을 위한 정책을 최우선적으로 추진해야 한다.
  - ▶ 사회뿐만 아니라 정부도 생명의 존엄성과 자살률이 낮은 국가로 가는 모리우 하이어 각종 정책에서 생명이 존중되는 정책을 우선적으로 검토와 추진.

이외에도, 생명존중 캠페인의 일환으로 부모나 가족의 경제적 파산과, 가정 해체 등으로 소중한 생명을 포기하는 사람들에게 희망과 용기를 주고, 생명존중 정신을 여러 국민들에게 널리 고자 함을 목적으로 생명 존중 마라톤 대회를 시행하였다.

## 2) 언론의 자살 보도 권고 지침 보급 및 모니터링

2001년 보건복지부, 한국자살예방위원회 및 한국기자협회가 공동으로 개발한 '자살 예방 전문가가 권고하는 자살 보도 기준'에 따라 적절한 언론 보도관행이 정착될 수 있도록 지원하고, 자살 사건 기사를 모니터링 하여 개선될 수 있도록 하는 것이 필요하다. 그라바 주인공 자살 등 방송의 생명 경시 내용이 방영되지 않도록 방송기관에 권고하고, 방송을 지속적으로 모니터링 하여 생명 경시 내용이 방영되는 경우 지적을 요청하고 있다.

구체적으로, 언론매체 및 방송사에 자살보도 권고기준 송부 및 위조를 요청하고, 자살 예방 전문가가 권고하는 자살 보도 기준 인식도 조사하며, 자살 사건 기사 모니터링 하여 언론보도 권고기준에 알맞게 개선될 수 있도록 기사

극장 기자에게 권장하고 있다. 또한, 인기 드라마 주인공 자살 등 생명 걸시 내용 모니터 및 자살을 권고함으로써 미디어에 의한 자살의 증가를 예방하고 있다.

### 3) 청소년 정신건강 증진 및 자살 예방

각종 유해 환경과 학습요구 과중으로 인한 스트레스는 증가하나 핵가족화, 이질 경제활동 및 이혼율 증가 등 질서적인 환경은 악화하고 있는 상황에서 학교폭력, 왕따, 학습장애, 음주 및 환경불편 휴먼 등 정신건강 문제는 청소년기 우울증을 통하여 자살사고로 이어질 가능성이 높아지고 있다. 이에 스트레스에 의한 저항력을 높이고 위험 요인이 있는 청소년 중 우울증과 자살 위험도를 조기에 발견하여 적절한 치료 및 상담을 제공하는 것을 목표로 하고 있다.

구체적으로, 청소년 정신보건사업 수행기관을 확충하여 청소년 발달 특성에 적합한 프로그램을 개발·보급하고 있으며, 청소년 자살예방 매뉴얼(청소년 자살의 원인과 특징, 청소년 자살예방 전략, 청소년 자살 위기 상담방법, 청소년 자살 유해 환경 및 대처방법 수록)을 개발하고 이를 학교 또는 청소년 복지 기관에 보급하고 필요시 정신과 개원의 등과 협조하여 강좌도 실시할 수 있도록 협조를 요청하고 있다.

### D 노인 정신건강 증진 및 자살 예방

노인 자살 사망률은 50대 이하 연령층에 미하여 높은 추세이다. 2003년 기준 자살 사망률은 10만 명당 22.8명인데, 60대의 10만 명당 자살사망률은 19명, 70대의 10만 명당 자살 사망률은 67.7명, 80대의 10만 명당 자살 사망률은 111명으로 평균치의 2.25배에 이르는 등 노인의 자살 사고로 인한 사망은 사회적인 문제이다. 특히 남자 노인은 여성 노인에 미하여 같은 연령층에서 3.13배(60대)~2.73배(80대)로 높게 나타나고 있다. 따라서 노인 연령층의 자살 사고 원인을 분석하고 다각적인 대책을 추진함으로써 고령화 사회에 노인개층의 자살사고를 방지하는 것이 중요하다.

이를 위하여, 노인자살예방에 관하여 자살 원인 및 대책에 관한 연구와 노인 정신건강 수준을 조사하고, 노인 자살 예방 인프라 구축을 위하여 노인

자살 예방 전문가 양성 및 교육 훈련, 노인 자살 예방 및 정신건강시메스 전달체계를 구축 (상담, 위기관리, 사후관리)하고 있다. 또한, 노인 자살사고의 심각성을 직시하고 이웃과 동료 노인의 관심을 촉구하는 노인 community 중심으로 홍보를 하며 관련 기관의 협조를 구하는 등, 노인 정신 건강 증진 및 자살예방 프로그램의 홍보를 하고 있다. 노인 정신건강 증진 가이드북 제작 하이 걸로넷, 노인복지관, 직능구 등 관계 기관에 배포하고 있다.

#### 5) 우울증 및 자살 위험자 조기 발견 상담 체계 구축

자살 사고의 80%가 우울증을 기저는 것으로 나타났으므로 우울증 조기 발견, 상담 치료 프로그램을 강화하여 자살 예방 효과를 제고하는 것이 필요하다. 이를 위하여 민간 기관과 협조하여 우울증 무료상담 행사를 개최하여 국민적인 관심을 촉구하여야 하며, 민간단체와 협력하여 가족과 친구에게 전화 걸기행사를 실시하여 이웃의 지지가 필요함을 일러는 것이 중요하다. 또한, 자살 위험자 및 우울증 환자 조기 발견을 위한 지역사회 network 구축이 필요하다.

이를 위하여 정신보건센터(보건소)국립정신병원에서 우울증 조기 발견 프로그램을 운영하고 필요 시 정신과 전문의와 상담을 받을 수 있도록 진행하고 있다. 정신건강 주간에 독거노인, 부모, 실직, 사업실패 등 어려움에 처한 친구에게 전화하여 위로하는 전화를 함으로써 이웃과 함께 실아가는 산회분위기를 조성하고 있다. 전국 구·광역시 및 민간정신병원 과 정신과 의원 등 정신의료기관에서 우울증 조기 발견 및 무료 상담 행사 개최하고 있다. 자살 예방 및 정신 건강 상담 전국공통전화 1577-0199와 연계하고 경찰청(112), 소방방재청(119), 이외에도 통신회사 진화번호 안내에 협조를 요청하여 환자가 자살을 시사하거나 정신적 상담 진화번호를 요구할 때 자살 및 위기 상담전화에 연결해 주거나 안내해 줄 수 있도록 하여, 정신보건센터, 보건소와 지역사회 network를 활용한 자살 위험자 및 우울증 환자 조기 발견체계를 구축하고 있다.

#### 6) 자살 예방 등 정신건강 상담전화 운영

우울증 등 정신질환에 대한 상담과 자살충동을 느끼는 국민이 상담을 받을

수 있도록 2005년 1월 10일 설치하여 운영하고 있는 자살예방 농정신 건강 상담 전화(1577-0199)를 내선화함으로써 자살 위험자를 조기에 발견하여 사고를 예방하고 있다. 위기상황에 처한 경우 응급의료센터, 경찰청, 소방방재청과 협조하여 지원하고 있다.

구체적으로, 자살예방 농정신 건강 상담 전화에 대하여 홍보 스티커 제작 및 배포를 하고 자살예방 관련 홍보에 상담 전화를 동시에 홍보하는 등 홍보를 강화하고 있으며 자살 예방 농정신 건강 상담 전화 상담요원 Workshop 및 우수사례 격려 시상 등을 통해 지속적으로 상담자들이 격려를 받을 수 있도록 하고 있다. 자살 예방 농정신건강 상담 전문 계강 교육을 진행하고 세계보건 기구에서 권고하는 자살예방 지침서 개발을 비롯하여 자살 예방 상담 이후 가장망분 등을 통한 사례관리 서비스를 시행하고 있다.

#### 7) 자살 예방 인터넷 상담 운영

자살은 20대와 30대에서 2위, 10대에서 3위를 차지하는 등 가장 생산적인 연령층에서 매우 높은 사망원인을 차지하여 사회적 비용은 다른 사망 원인보다 상대적으로 높다고 할 수 있다. 청소년, 젊은 연령층이 인터넷 주 사용자 집단이므로 이들의 접근과 사용이 용이한 사이버 자살 예방 상담을 실시하여 젊은 층의 자살예방에 기여하고자 인터넷 상담 체계를 구축하여 운영하며, 상담 전문가 연 구강 운영, 상담 전문가 workshop, 사이버 상담체계를 운영하고 있다.

#### 8) 자살 시도자 치료 및 사후 관리

자살 시도자 등 자살 위험이 매우 높은 대상자에게 적극적 치료와 집중적인 사례관리를 제공하는 것이 중요하다. 이를 위하여 국가 응급의료체계 구축 시 자살시도자의 정신의료 기관 및 정신보건센터 의뢰협조 체계 구축을 지원하며 시도면 응급 정신질환자 후송 기관 및 후송수단을 확보하고 있다. 보건소에서 응급의료기관에서 의뢰된 자살 시도자들에 대한 사례관리 서비스를 제공 및 정신의료기관 치료를 의뢰하고 있으며 응급의료기관을 방문한 자살 시도자들에게 정신과 치료 및 정신보건센터의 이용을 권유하고 있다. 정신의료기관에서는 응급의료기관에서 의뢰받은 자살 시도자에게 정신과

지도를 시행하며 내원 정신질환자의 자살 예방적 지도를 제공하고 있다.

#### 9) 자살 감시체계 구축

자살 관련 현황 및 보건 자료를 지속적 체계적으로 수집, 분석하여 자살 발생현황을 모니터링 하고, 고위험군을 파악하며, 자살 예방사업의 기획 및 평가에 활용하고 있다.

#### 10) 교육 훈련

자살 위험자를 조기에 발견하고 적절한 예방 상담 시미스와 원활한 조처를 취할 수 있는 능력을 증진시키기 위하여 의료기관, 학교 등의 인력과 정신보건 센터 등 자살 위험자 상담 인력에 대한 교육 및 훈련을 실시하고 있다.

정신과 전문의 교육·훈련에 자살 예방 커리큘리를 포함하고 정신의료기관 workshop 에 자살예방 의제를 포함하여 추진하며 중, 고등학교 장남교사 등을 대상으로 하는 자살 위험 청소년 조기발견 교육 자료를 개발하고 보급하고 있다. 각종 교육과정 에 자살예방 사업을 포함시키며, 정신건강 취약계층 관련 기관 종사자들을 대상으로 교육을 시행하였고, 자살예방 전문가 양성 교육을 실시하고 있다.

#### 11) 자살 예방에 대한 연구 지원

자살예방사업의 효과적 수행을 위하여 자살예방정책 및 프로그램 개발, 자살 원인모델 구명연구 등을 지원하여 자살 예방사업의 학문적 토대를 구축하고 있다.

#### 12) 자살 관련 통계의 품질 개선 방안

국가 통계 인프라 강화 추진단의 국가 통계 중장기 발전계획과 목표를 같이 하여 정확하고 신뢰감 있는 통계생산으로 자살예방대책 수립과 평가가 될 수 있도록 하고 현재 이뤄화되어 있는 자살 관련 통계의 품질을 개선하여 정책 방향과 국민정신건강의 지표의 기반이 될 수 있도록 하고 있다.