

발 간 등 록 번 호
11-1352000-000150-01

정책보고서 2010-87

의료인을 통한 자살예방체계 구축방안 연구
A Study on the Development of a Suicide Prevention System
in Medical Practice

정진욱 이수형 천재영 김지은 백종우 서동우 강은정

보 건 복 지 부
한국보건사회연구원

제 출 문

보건복지부장관 귀하

이 보고서를 “의료인을 통한 자살예방체계 구축방안 연구” 과제의 최종보고서로 제출합니다.

2010. 12.

주관연구기관명: 한국보건사회연구원

연구책임자: 정진욱

연구원: 이수형

연구원: 천재영

연구원: 김지은

연구원: 백종우

연구원: 서동우

연구원: 강은정

요 약.....	1
제1장 서론.....	13
제1절 연구 배경 및 필요성.....	13
제2절 연구 목적.....	16
제3절 연구내용 및 방법.....	16
제2장 국내 자살예방활동 현황.....	21
제1절 우리나라 자살률 추이와 원인.....	21
제2절 우리나라 자살예방지원 현황.....	33
제3장 의료기관 이용자의 자살요인 실태 분석.....	47
제1절 분석내용 및 목적.....	47
제2절 분석대상 및 방법.....	48
제3절 조사 분석 결과.....	50
제4장 의료인을 통한 자살예방사업 효과성 분석 및 해외사례.....	71
제1절 자살예방 전략의 개관.....	71
제2절 의료인을 통한 자살예방사업의 효과성 분석.....	75
제3절 주요 국가의 자살예방정책.....	88
제5장 자살증후 스크리닝 도구 개발.....	117
제1절 자살 관련 스크리닝 도구에 대한 문헌고찰.....	117
제2절 국내 적용가능 자살 스크리닝 도구 개발.....	137
제3절 환자 대상 설문조사를 통한 도구의 타당성과 효과 분석.....	146
제6장 자살증후자 발견 및 연계지침 개발.....	161
제1절 자살 증후자 발견 및 의료인 연계 서비스 현황.....	161

제2절 자살 고위험군의 의료인 연계지침의 개발	173
제3절 의료인을 통한 자살 고위험군 발견 및 연계지침	187
제7장 의료인 자살예방 교육지침 개발	193
제1절 의료인을 위한 자살예방 교육지침 개발 방향	193
제2절 의료 기관에서의 자살예방 가이드라인	197
제3절 의료 기관에서의 자살예방교육 가이드라인(의료인 교육 책자용)	198
제8장 결론 및 정책제언	209
제1절 결론	209
제2절 정책제언	212
참고문헌	217
부록	229
부록 1-1. 일반용 설문지	231
부록 1-2. 정신과용 설문지	236
부록 2. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence(March 2009)	241
부록 3. 자살증후 스크리닝 도구	244
부록 4. 자살증후 스크리닝 도구 개발을 위한 전문가 의견조사 질문지	265
부록 5. 스크리닝 프로그램을 실행하기 전의 주요 결정사항 및 해결해야 할 과업	272
부록 6. 연계가능 기관	273
부록 7. 의료인을 위한 우울증 지침 소개	279

〈표 1-1〉 제2차 자살예방 종합대책 10대 과제 및 중점 추진 목표	14
〈표 2-1〉 자살자 수 및 자살률 추이 (1999-2009)	21
〈표 2-2〉 연도별 사망원인 순위 (2000-2009)	24
〈표 2-3〉 자살동기별 자살사망자 추이 (2004-2008)	25
〈표 2-4〉 자살동기별 자살 사망률 (2009)	25
〈표 2-5〉 국제손상외인분류에 따른 자살이유별 자살자 수 (2004-2006)	27
〈표 2-6〉 노인의 자살 충동 이유	28
〈표 2-7〉 2004년 자살노인의 질병별 입원서비스 이용 입원 + 외래	29
〈표 2-8〉 연령별 · 연도별 자살사망자 수	30
〈표 2-9〉 자살자의 내부적 비용의 구분과 정의	31
〈표 2-10〉 연도별 의료 기관에서 확인된 자살자의 의료기관 의료비	31
〈표 2-11〉 가족의 자살경험 전후 의료이용의 변화	32
〈표 2-12〉 가족의 자살사건 경험 전 · 후 가족 일인당 건강보험 진료비 변화	32
〈표 2-13〉 자살예방대책 5개년 계획 세부 사업	33
〈표 2-14〉 자살예방 주요내용(정부 관계부처 회의자료, 2007)	34
〈표 2-15〉 자살예방협회 정부 예산지원 내역	35
〈표 2-16〉 「자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 법률안」 통과 시 소요 예산 · 36	
〈표 2-17〉 국가 자살예방정책 전략 비교	36
〈표 2-18〉 국가 자살예방 전략과 시행전후 평균자살률과 자살의 추세	37
〈표 2-19〉 자살예방기관의 서비스 내용	40
〈표 2-20〉 자살예방 활동 기관 현황	41
〈표 2-21〉 기관유형별 서비스 실적 현황(2005-2008)	42
〈표 2-22〉 기관유형별 자살예방사업 예산 현황	42
〈표 2-23〉 기관유형별 자살예방사업 담당인력 현황	43
〈표 2-24〉 자살예방 서비스 제공시 어려움	43
〈표 3-1〉 의료기관 이용자의 일반적 특성	49

〈표 3-2〉 연령별 스트레스 정도 비교	51
〈표 3-3〉 성별에 따른 스트레스 원인 비교	51
〈표 3-4〉 연령대별 스트레스 원인	52
〈표 3-5〉 스트레스 원인별 우울 수준 비교	53
〈표 3-6〉 정신과 이용자의 병명	53
〈표 3-7〉 정신과 치료를 받게 된 경로	54
〈표 3-8〉 일반과 및 정신과 이용자의 스트레스 정도 비교	54
〈표 3-9〉 일반과 및 정신과 이용자의 우울 수준 비교	55
〈표 3-10〉 스트레스 정도에 따른 우울 수준 차이 검정	56
〈표 3-11〉 스트레스 정도별 우울증 의심대상자의 비율	57
〈표 3-12〉 정신적 문제로 의료인에게 도움을 요청한 경험 유무	57
〈표 3-13〉 정신적 문제로 도움을 요청한 의료인의 진료과	58
〈표 3-14〉 정신적 문제 발생 시 의료인에게 도움을 요청하지 않은 이유	58
〈표 3-15〉 정신과 문제 발생 시 일반과 의사에게 도움 요청한 경험	59
〈표 3-16〉 정신과 문제 발생 시 도움을 요청한 일반과 의료인의 진료과	59
〈표 3-17〉 일반과 의사에게 도움을 요청하지 않은 이유	60
〈표 3-18〉 일반과 진료 중 담당 의료인으로부터 정신과 진료를 권유 받은 경험 ...	60
〈표 3-19〉 정신과 상담 및 진료를 권유한 일반과 의료인의 진료과	61
〈표 3-20〉 자살 사고, 자살 계획, 자살 시도 경험 유무	62
〈표 3-21〉 자살 사고 . 계획 . 시도에 따른 우울 수준 차이 검정	63
〈표 3-22〉 자살사고 . 계획 . 시도 유무와 우울증 의심대상자의 비율	64
〈표 3-23〉 일반과 이용자의 자살 시도 원인	64
〈표 3-24〉 자살 시도 후 의료기관 방문 경험 및 정신과 진료를 권유 받은 경험 유무 ..	65
〈표 3-25〉 자살 시도 후 방문한 진료과	65
〈표 3-26〉 스트레스 . 자살예방 프로그램 참여 의사	66
〈표 3-27〉 선호하는 자살예방 프로그램 참여 기관	66
〈표 3-28〉 자살예방 프로그램에 참여하고 싶지 않은 이유	67
〈표 4-1〉 자살예방사업 개입 후 총 자살 감소율 현황	76

〈표 4-2〉 문헌고찰 포함 기준	78
〈표 4-3〉 체계적 문헌고찰 결과	83
〈표 4-4〉 연령별 자살자 현황	89
〈표 4-5〉 2009년도 직업별 자살자 현황	90
〈표 4-6〉 LIFE 기본골격(framework) 상에서의 자살예방 활동	103
〈표 5-1〉 Beck의 SSI 항목	121
〈표 5-2〉 신민섭(1993)의 한국판 SSI 연구결과	122
〈표 5-3〉 Assessment of Depression	132
〈표 5-4〉 우울 상태 체크리스트 및 평가척도	132
〈표 5-5〉 도구의 신뢰성 평가 결과	141
〈표 5-6〉 도구의 정확성 평가 결과	142
〈표 5-7〉 1번 도구에 대한 전반적인 평가 결과	143
〈표 5-8〉 도구의 현장 활용 적절성 평가 결과	144
〈표 5-9〉 자살 스크리닝 업무 담당자	145
〈표 5-10〉 일반과 이용자들의 우울 증상 경험	148
〈표 5-11〉 일반과 이용자들의 자살생각 및 계획	148
〈표 5-12〉 일반과 이용자들의 자살위험 스크리닝 결과	149
〈표 5-13〉 일반과 이용자들의 스트레스와 자살위험	149
〈표 5-14〉 일반과 이용자들의 우울수준과 자살위험	150
〈표 5-15〉 일반과 이용자들의 우울수준과 자살위험	150
〈표 5-16〉 일반과 이용자들의 자살생각과 자살위험	151
〈표 5-17〉 일반과 이용자들의 자살계획과 자살위험	151
〈표 5-18〉 일반과 이용자들의 자살시도 경험과 자살위험	152
〈표 5-19〉 정신과 이용자들의 우울 증상 경험	153
〈표 5-20〉 정신과 이용자들의 자살생각 및 계획	153
〈표 5-21〉 정신과 이용자들의 자살위험 스크리닝 결과	153
〈표 5-22〉 정신과 이용자들의 병명과 자살위험	154

〈표 5-23〉 정신과 이용자들의 스트레스와 자살위험	155
〈표 5-24〉 정신과 이용자들의 우울수준과 자살위험	155
〈표 5-25〉 정신과 이용자들의 우울수준과 자살위험	156
〈표 5-26〉 정신과 이용자들의 자살생각과 자살위험	156
〈표 5-27〉 정신과 이용자들의 자살계획과 자살위험	157
〈표 5-28〉 정신과 이용자들의 자살시도 경험과 자살위험	157
〈표 6-1〉 이차적 위험 요인	164
〈표 6-2〉 환자 건강 질문지 (The 9-item Patient Health Questionnaire : PHQ-9) 180	
〈표 6-3〉 PHQ-9을 이용한 고위험군 선별 및 연계	180
〈표 6-5〉 자살 위험의 확인, 사정, 대처 방법	182
〈표 7-1〉 의료인을 위한 자살예방교육 지침 내용	194
〈표 7-2〉 자살자수 및 자살률 추이(1999-2009)	199
〈표 7-3〉 2005년도 연령별 주요사망원인 비교	200

그림 목차

[그림 2-1] OECD 국가 자살률 비교	22
[그림 2-2] OECD 국가 자살률 추이 (2000-2008)	22
[그림 2-3] 연령별 자살률 추이(1990-2009)	23
[그림 2-4] 서울시 광역 정신보건센터 위기관리서비스 체계도	39
[그림 4-1] 일반적인 체계적 문헌고찰 절차	77
[그림 4-2] 자살사망률 추이	88
[그림 4-3] 2008년도 주요사인별 구성 비율	90
[그림 4-4] 호주의 인구 10만 명당 연도별 자살률 추이 : 1980년~2006년	100
[그림 4-5] 호주의 인구 10명당 성별 자살률 추이 : 1989년~2008년	101
[그림 4-6] 호주의 인구 10만 명당 성, 연령별 자살률, 2008년	102

[그림 4-7] 영국의 인구 10만 명당 연도별 자살률 추이 : 1996년~2007년	108
[그림 4-8] 영국의 성별 자살률 추이 : 1991년~2008년	108
[그림 4-9] 영국의 인구 10만 명당 연령 표준화 자살률 추이 : 1992년~2008년 ..	109
[그림 5-1] 자살위험 스크리닝 결과 분류기준	147
[그림 6-1] stepped care model	165
[그림 6-2] 우울치료계획 가이드라인	166
[그림 6-3] 우울 스크리닝 도구 - “Are you depressed?”	167
[그림 6-4] Primary care guidelines for depression in adults ·	168
[그림 6-5] 노인 우울 척도 - 자살 사고 선별 항목	181
[그림 6-6] 응급대응척도	183
[그림 6-7] Suicide risk continuum and indicates responses ·	184
[그림 7-1] 의료 기관에서의 자살예방 가이드라인(포스터용 또는 책자 삽입용) ·	197
[그림 7-2] 연령별 자살률 추이(1990-2009)	199
[그림 7-3] 정상적 우울감과 병적 우울증의 차이	201

요약

I. 연구 필요성 및 목적

1. 연구 필요성

- ☐ 통계청에서 발표한 자료에 의하면 2009년도 자살자 수는 15,413명으로 1년 전에 비해 2,555명이 증가하였고 인구 10만 명당 자살 사망자 수는 31로 1년 전의 통계에 비해 19.3%가 증가하였음.
- ☐ OECD 회원국 사이에서 2003년 이후 최고 수준을 지속적으로 유지하고 있고 세계 최고 수준의 자살률 증가는 가족과 사회 및 국민의 고통을 증가시키고, 국가경쟁력과 국가발전을 저해하고 있는 실정임.
- ☐ 자살의 원인은 다양하지만 의학적으로는 정신과적 질환 특히, 우울증과 같은 기분장애 알코올 중독 또는 정신분열증과 관련이 많은 것으로 알려져 있음.
- ☐ 자살은 위험군의 관리와 우울증 등 원인질환에 대한 적절한 치료로 충분히 예방 가능함.
- ☐ 자살자는 자살하기 수주 전에 의료인을 만나는 것으로 나타났고 특히 노인들의 경우 70~76%가 자살 1달 전 이내에 의사를 만나는 것으로 조사되었음.
- ☐ 일차의료서비스를 받은 환자의 2%~3%가 방문 전 1달 이내에 자살 생각을 한 것으로 조사되었으며 이것은 의료인들이 우울증 및 자살에 관한 교육을 받고 적절하게 대처할 때 다수의 자살을 예방할 수 있는 가능성이 있음을 나타내는 것임.

2. 연구목적

자살의 원인은 다양하지만 의학적으로는 정신과적 질환 특히, 우울증과 같은 기분 장애, 알코올 중독 또는 정신분열증과 관련이 많은 것으로 알려져 있고 자살자는 자살하기 수주 전에 의료인을 만나는 것으로 나타나 의료인들이 자살에 관한 교육을 받고 적절하게 대처할 때 다수의 자살을 예방할 수 있는 가능성이 있음. 따라서 본 연구의 목적은 의사, 간호사 등 의료인들을 통한 자살을 예방할 수 있는 체계를 구축하여 자살을 예방하고자 함. 세부적인 목적은 다음과 같음.

- 첫째, 자살 전 의료이용 패턴 분석
- 둘째, 의료인을 통한 자살예방사업의 해외사례 및 효과성 분석
- 셋째, 자살증후 스크리닝 도구 개발
- 넷째, 자살증후자 대처 및 연계 지침 개발
- 다섯째, 의료인 교육 지침 개발
- 여섯째, 의료인을 통한 자살예방을 위한 제도 보안 대책 제시

II. 연구 내용 및 방법

□ 자살 전 의료이용 패턴 분석

- 조사목적: 의료인과 접촉빈도가 높은 외래환자를 중심으로 의료서비스 이용 경험과 자살관련 요인의 관련성 분석
- 분석 대상: 서울시 소재 대학병원 1개(신경과, 내과, 가정의학과, 정신과), 정신과전문병원 2개(김포, 안동), 보건소 1개(서울) 기관에서 외래 진료중인 환자를 대상으로 일반과 이용자 243명, 정신과 이용자 94명을 대상으로 조사
- 조사기간: 2010년 11월 8일 ~ 12일
- 분석내용: 일반과 이용자의 정신건강수준 및 의료이용 현황, 정신과 이용자의 정신건강수준 및 의료이용 현황, 의료기관 이용자의 자살요인 분석 및

현황

□ 의료인을 통한 자살예방사업의 효과성에 대한 해외사례 분석

○ 목적: 의료인을 통한 자살예방사업의 해외사례들을 체계적으로 고찰하고자 함.

- 자살예방전략 개관, 주요국가(일본, 호주, 영국)의 자살예방정책 및 의료인을 통한 자살예방사업

○ 내용: 학술 DB들을 통하여 관련 문헌들을 검색하고 의료인을 통한 자살예방사업의 효과성을 체계적으로 분석(Systematic Review)함

□ 의료인들을 위한 자살증후 스크리닝 도구의 개발

○ 문헌고찰 및 전문가 조사를 통하여 의료인들을 통한 자살증후 스크리닝 도구 검토

- 이 중 우리나라 실정에 적용 가능한 자살증후 스크리닝 도구 개발.

- 주로 1차 의료기관의 의사가 사용할 수 있는 도구 개발에 집중.

- 2개의 스크리닝도구 선별 후 전문가 조사를 통해 최종 스크리닝도구 선택.

○ 전문가 조사(포커스그룹):

- 조사기간 및 대상: 2010년 11월 1~11월 9일간 7명의 의료인을 대상으로 조사

- 조사내용: 도구의 정확성, 도구의 신뢰성, 도구의 현장 적합도, 도구의 현장 활용 가능성, 도구를 시행하는 사람의 전문성 등

□ 자살 증후자 대처 및 연계 지침 개발

○ 국내외 문헌 및 지침을 검토하고 의료인을 대상으로 한 질적 조사를 시행하여 지침의 초안을 완성한 후 전문가자문회의를 거쳐 국내실정에 맞는 의료인 대상 지침을 개발.

○ 스크리닝 도구와 자살증후자 대처 및 연계 지침의 현실 적용 가능성을 검토하기 위해 실제 병원현장에 적용

- 서울시 소재 대학병원 1개(신경과, 내과, 가정의학과, 정신과), 정신과정문 병원 2개(김포, 안동), 보건소 1개(서울) 기관에서 외래로 진료중인 환자를 대상(일반과 이용자 243명, 정신과 이용자 94명 대상)으로 개발한 스크리닝 도구 적용.

□ 자살예방을 위한 의료인 교육 지침 개발

- 실제 적용할 수 있는 자살예방 의료인 교육 지침에는 다음과 같은 내용 포함.
 - 자살의 질병부담
 - 자살의 원인
 - 자살 위험자의 확인 방법 (스크리닝 도구 포함)
 - 자살 위험 환자들에 대한 대처 및 치료 연계 방법

III. 연구결과

□ 의료기관 이용자의 자살요인 분석 결과

- 일반과 이용자 243명, 정신과 이용자 94명, 총 337명을 대상으로 자살과 관련된 행위와 자살로 인한 의료기관 이용경험, 자살예방프로그램 참여 의향 등에 대한 결과를 진료과별로 비교분석하였음.
- 자살사고, 자살 계획, 자살 시도 경험 유무
 - 실제로 자살을 시도해본 경험이 있는가에 대한 질문에서는 일반과 외래 환자의 7.4%가 경험이 있다고 응답하였고, 정신과 외래 환자는 27.2%가 실제로 자살을 시도해본 경험이 있다고 응답하였음.

〈표 1〉 자살 사고, 자살 계획, 자살 시도 경험 유무

구 분		일반과		정신과 ⁴⁾	
자살사고 ¹⁾	유	56	(23.0)	48	(51.6)
	무	187	(77.0)	45	(48.4)
	전체	243	(100.0)	93	(100.0)
자살계획 ²⁾	유	32	(13.2)	30	(32.3)
	무	211	(86.8)	63	(67.7)
	전체	243	(100.0)	93	(100.0)
자살시도 ³⁾	유	18	(7.4)	25	(27.2)
	무	225	(92.6)	67	(72.8)
	전체	243	(100.0)	93	(100.0)

주: 1) 지난 1년간 죽고 싶다는 생각을 해본 경험이 있는가?

2) 지금까지 살면서 구체적으로 자살계획을 세워본 경험이 있는가?

3) 지금까지 살면서 실제로 자살시도를 해 본 경험이 있는가?

4) 정신과는 무응답 1명을 제외한 후 자살사고·자살계획·자살시도 경험유무를 분석하였음.

○ 환자의 자살관련 태도 및 행동에 따른 우울 수준

- 자살을 시도한 경험이 있는 일반과 환자의 우울 수준은 12.71(6.743)이었으며, 정신과 외래 환자의 우울 수준은 20.86(6.409)으로 나타나 역시 정신과 외래 환자의 우울 수준이 더 높음을 알 수 있음

5

〈표 2〉 자살 사고·계획·시도에 따른 우울 수준¹⁾ 차이 검정

	진료과	유무	명(%) ²⁾	우울평균(SD)	T
자살사고 (n=319)	일반과	유	55 (23.7)	11.42 (6.790)	5.509*
		무	177 (76.3)	6.49 (5.460)	
	정신과	유	43 (49.4)	20.44 (5.909)	5.560
		무	44 (50.6)	13.70 (6.443)	
자살계획 (n=319)	일반과	유	31 (13.4)	10.65 (6.839)	2.953
		무	201 (86.6)	7.19 (5.930)	
	정신과	유	28 (32.2)	22.36 (5.173)	5.988
		무	59 (67.8)	14.03 (6.427)	
자살시도 (n=318)	일반과	유	17 (7.3)	12.71 (6.743)	3.235
		무	215 (92.7)	7.26 (5.944)	
	정신과	유	22 (25.6)	20.86 (6.409)	3.277
		무	64 (74.4)	15.33 (6.972)	

* p<0.1

주: 1) 조사 대상자의 우울 수준은 CESD(Center for Epidemiological Studies-Depression Scale)-11을 사용하여 측정함.

2) 이 결과는 일반과 외래환자 243명, 정신과 외래환자 94명 중 무응답을 제외한 후 분석한 결과임.

○ 자살사고 및 자살계획, 자살시도에 따라 우울증 의심 대상자의 비율

요약

- 자살시도 항목에서는 일반과 외래 환자집단에서 총 7(41.2%)이 우울증 의심 대상자로 분류되었으며, 정신과는 19명(86.4%)이 우울증 의심 대상자로 분류되어 자살사고 및 자살계획과 마찬가지로 자살시도에서도 정신과 외래 환자군에서 더 많은 우울증 의심 대상자가 발견되는 것으로 분석되었음.

〈표 3〉 자살사고·계획·시도 유무와 우울증 의심대상자¹⁾의 비율²⁾

(단위: 명, %)

구분	일반과			정신과		
	16점 이하	16점 이상	전체	16점 이하	16점 이상	전체
자살 사고 유	39 (70.9)	16 (29.1)	55 (1000)	8 (18.6)	35 (81.4)	43 (1000)
자살 사고 무	159 (89.8)	18 (10.2)	177 (1000)	27 (61.4)	17 (38.6)	44 (1000)
자살 계획 유	21 (67.7)	10 (32.3)	31 (1000)	3 (10.7)	25 (89.3)	28 (1000)
자살 계획 무	177 (88.1)	24 (11.9)	201 (1000)	32 (54.2)	27 (45.8)	59 (1000)
자살 시도 유	10 (58.8)	7 (41.2)	17 (1000)	3 (13.6)	19 (86.4)	22 (1000)
자살 시도 무	188 (87.4)	27 (12.6)	215 (1000)	31 (48.4)	33 (51.6)	64 (1000)

주: 1) 이 결과는 일반과 외래환자 243명, 정신과 외래환자 94명 중 무응답을 제외한 후 분석한 결과임.

2) 조사 대상자의 우울 수준은 CESD(Center for Epidemiological Studies-Depression Scale)-11을 사용하여 측정함.

○ 일반과 이용자의 자살 시도 원인

- 조사대상자 총243명 중 자살시도의 경험이 있는 일반과 외래 환자 18명을 대상으로 자살을 시도하게 된 원인을 조사한 결과, 가족 갈등 때문이라고 응답한 비율이 38.9%로 가장 높게 나타났으며 그밖에도 경제적 어려움 28.7%, 현재 질환 및 생활환경 문제 11.1% 등으로 조사되었음

〈표 4〉 일반과 이용자의 자살 시도 원인

(단위: 명, %)

스트레스 원인	남	여	전체
경제적 어려움	3 (42.9)	2 (18.2)	5 (28.7)
현재 질환	2 (28.6)	-	2 (11.1)
가족 갈등	-	7 (63.6)	7 (38.9)
직장 생활	-	-	-
생활환경 문제	1 (14.3)	1 (9.1)	2 (11.1)
취업 문제	-	-	-
가족의 건강 문제	-	-	-
친구 및 대인관계 문제	-	-	-
기타	1 (14.3)	1 (9.1)	2 (11.1)
계	7 (100.0)	11 (100.0)	18 (100.0)

- 자살 시도 후 의료기관 방문 경험 및 정신과 진료를 권유 받은 경험유무
 - 자살시도로 인해 신체적·정신적 손상을 입고 의료 기관을 방문한 경험이 있느냐는 문항에 8명(44.43%)이 ‘경험이 있다’고 응답하였고 또한 의료 기관 방문 당시, 담당 의료인으로부터 자살과 관련된 정신과 상담을 권유 받은 경험에 있느냐는 질문에 대해서는 8명 중 1명만이 ‘그렇다’고 응답하고 있어 의료기관 내 자살시도자에 대한 지원 및 사후관리가 제대로 이루어지고 있지 않음을 알 수 있음

〈표 5〉 자살 시도 후 의료기관 방문 경험 및 정신과 진료를 권유 받은 경험 유무

(단위: 명, %)			
구분	유	무	계
의료기관 방문 경험	8 (44.43)	10 (55.6)	18 (100.0)
정신과 진료 권유받은 경험	1 (12.5)	7 (87.5)	8 (100.0)

- 자살 시도 후 방문한 진료과
 - 신체적·정신적 손상으로 의료 기관을 방문한 일반과 외래 환자 8명 중 50.0%가 내과를 찾았으며, 25.0%는 응급실, 12.5%는 외과 및 정신과를 찾아 진료를 받은 것으로 조사되었음.

〈표 6〉 자살 시도 후 방문한 진료과

(단위: 명, %)					
구분	내과	외과	정신과	응급실	계
자살시도 후 방문한 진료과	4 (50.0)	1 (12.5)	1 (12.5)	2 (25.0)	8 (100.0)

- 스트레스·자살예방 프로그램 참여 의사
 - 평소 이용하는 의료기관의 의료인으로부터 자살예방 프로그램을 소개해 받는다면 참여할 의사가 있느냐는 질문을 실시한 결과 31.2%가 참여할 의사가 있다고 응답하였고 68.8%가 의사가 없다고 응답하였음

〈표 7〉 스트레스·자살예방 프로그램 참여 의사

구 분	(단위: 명, %)		
	정신과	일반과	전체
참여의사 있음	40 (42.6)	65 (26.7)	105 (31.2)
참여 의사 없음	54 (57.4)	178 (73.3)	232 (68.8)
계	94 (100.0)	243 (100.0)	337 (100.0)

○자살예방 프로그램 참여 기관

- 스트레스 및 자살예방 프로그램에 참여할 의사가 있는 경우 진료 중인 병원의 의사가 소개하는 병원 내 프로그램에 참여하고 싶다는 응답이 일반과와 정신과 모두 가장 많았음.

〈표 8〉 선호하는 자살예방 프로그램 참여 기관

선호 기관	(단위: 명, %)	
	정신과	일반과
진료중인 병원의 의사가 소개한 병원내 프로그램	27 (69.2)	42 (64.6)
진료중인 병원의 의사가 소개한 다른 의료기관 프로그램	-	1 (1.5)
진료중인 병원의 의사가 소개한 사회복지기관	-	11 (16.9)
진료중인 병원의 의사가 소개한 정신보건센터	10 (25.6)	5 (7.7)
자살예방센터 등 공공기관	2 (5.1)	6 (9.2)
계	39 (100.0)	65 (100.0)

□ 의료인을 통한 자살예방사업 효과성 분석

- 체계적 분석(Systematic Review)방법을 이용하여 의료인을 통한 자살예방사업 중 “스크리닝 도구를 이용한 자살예방프로그램 또는 1차 의료인을 위한 자살예방교육”의 효과성을 분석하였음.
- 1단계: <표 9>와 같은 기준으로 문헌을 조사함. 이 때 주제어로는 suicide & prevention, primary care, screening, monitoring, education으로 국외 논문으로 서신, 사설, 비체계적 문헌고찰 자료는 검색에서 제외하였음. 논문 발표 기간은 1985년부터 2010년 현재까지로 하였으며 문헌검색은 2010년 6월 5일 ~ 7월 5일까지 하였음.

〈표 9〉 문헌고찰 포함 기준

요소	포함	제외
DB	Pubmed	나머지
언어	영어	나머지
연구 설계	무작위임상실험, 횡단면 연구, 코호트 연구, case-control study, 체계적 문헌고찰, 메타분석	서신, 사설, 비체계적 문헌고찰
연구표본	screening: primary care treatment: primary or specialty care	screening: community settings and psychiatric settings treatment

○ 2단계: 두 명의 독립적인 검토자의 제목 및 초록 검토

- 여기서 한 명이라도 포함할 것을 주장할 때 평가를 위해 전체 논문을 확보함.

○ 3단계: 한 명의 검토자가 먼저 내적 타당성 및 외적 타당성에 대해 검토하고 다른 검토자가 다시 한 번 그 결과를 검토함. 이 때 타당성 검토의 기준은 Oxford Quality Score(2009)를 이용함.

○ 1차 검색에서 검색된 문헌 18,292개 중 중복 검색된 문헌은 배제하고 문헌고찰 포함기준에 포함된 논문을 추린 후 두 명의 독립적인 검토자에 의해 체계적 분석에 사용할 논문 설정. 최종적으로 총 15개 논문이 선정되었음.

○ 체계적 분석 결과 일차 의료인을 통한 자살예방프로그램(스크리닝 도구를 이용한 자살예방프로그램 또는 1차 의료인을 위한 자살예방교육)은 실질적으로 효과가 있는 것으로 나타났음.

□ 자살증후 스크리닝 도구 개발

○ 문헌고찰을 통하여 국내 적용 가능한 자살증후 스크리닝 도구를 개발 전문가의 의견을 수립하여 2개의 스크리닝 도구 선정

- 1) Screening for Depression and Thoughts Suicide

- 2) Risk of Suicide Questionnaire(RSQ)

○ 최종 스크리닝 도구 선정을 위하여 전문가(포커스 그룹) 조사를 실시 1)번 도구를 선정하였음

이름 : _____ 생년월일 : _____년 _____월 _____일

집 전화번호 : _____ ☐ 환자가 응답을 거부하였음

지난 몇 주간, 당신은 슬프거나 절망하신 적이 있습니까?

☐ 전혀 없었음

☐ 가끔 있었음

☐ 자주 있었음

☐ 대부분의 시간 동안 그랬음

지난 몇 주간, 당신은 자신을 해칠 생각이나 계획을 한 적 있었습니까?

☐ 예

☐ 아니오

☐ 의료인을 통한 자살 고위험군 발견 및 연계지침

○ 의료인을 통한 자살 고위험군 발견 및 연계지침 확립

- 자살예방에서 의료인의 역할
- 자살예방을 위하여 의료인이 할 수 있는 일
- 자살 고위험군의 조기발견 방법
- 환자가 자살에 대해 치료를 거절한 경우
- 자살 위험성에 따른 연계

☐ 의료인을 위한 자살예방교육 지침 개발

○ 의료인을 위한 자살예방교육 지침 내용

<표 10> 의료인을 위한 자살예방교육 지침 내용

주요 교육지침 내용	구체적 지침 내용
자살예방교육 지침의 중요성과 의의	<ul style="list-style-type: none"> - 세계적으로 가장 높은 자살률, 자살증가율을 보이는 우리나라 자살문제의 심각성 - 자살 예방을 위한 Gatekeeper로서의 의료인의 역할 중요성 - 해외 의료인 대상 자살예방교육의 효과 사례
우리나라 자살사망의 위험요인 및 자살방법에 대한 정보	<ul style="list-style-type: none"> - 성별, 연령별, 직업별, 결혼상태 등 인구학적 특성에 따른 자살률, 신체질환의 종류나 중증도별 자살위험 통계 등 자살위험요인에 대한 정보 - 우리나라 자살사망 및 자살시도의 방법, 시간 등에 대한 정보 - 자살에 대한 오해와 잘못된 정보
자살위험자 조기발견 방법	<ul style="list-style-type: none"> - 우울증 등 자살고위험군의 증상 설명 - 자살증후 스크리닝 도구에 대한 설명과 활용법 - 자살 징후
자살증후자 대처방법	<ul style="list-style-type: none"> - 자살위험자에 대한 의료인의 대처방법 - 자살위험자에 대한 가족/친지/친구들의 대처방법 - 자살위험 극복을 위한 환자의 노력
자살증후자 연계 및 의뢰방법	<ul style="list-style-type: none"> - 자살위험자를 전문적인 치료기관에 의뢰 시 필요한 가이드라인 - 정신과 치료에 대한 오해 - 자살위험 환자에 대한 전문적인 치료를 위한 지역사회 내 활용자원 - 자살위험 환자 및 보호자를 위한 24시간 Hot-line에 대한 정보

○ 자살예방교육 대상의 범위 및 대상별 전략 수립

- 의사, 간호사, 사회복지사, 간호조무사, 의료보조인력(간호조무사 등)

11

요약

IV. 정책제언

1. 자살 요인 실태에 근거한 예방대책 연구
2. 자살예방대책에 관한 국민 의식도 조사 연구
3. 정신과 이외의 의료기관의 의료인을 위한 우울증 조기발견 및 대응 체계 마련
4. 의료 기관에서 자살 예방 연계체계 구축 및 자살 예방프로그램 개발
5. 자살시도자에 대한 사후관리체계
6. 자살 예방 활동 관련 민간단체와의 연대 강화
7. 자살대책 강화를 위한 기금 조성

제1장 서론

제1절 연구 배경 및 필요성

최근 우리나라에서는 자살에 대한 보도가 거의 매일 이어지고 있다. 연예인, 대기업임원, 고위공직자 등 사회적 인지도가 높은 사람들의 자살이 보도되고 있고, 사회적으로 소외된 계층에서는 그 보다 훨씬 광범위하게 자살이 발생하고 있다.

통계청에서 발표한 자료에 의하면 2009년도 자살자 수는 15,413명으로 1년 전에 비해 2,555명이 증가하였고 인구 10만 명당 자살 사망자 수는 31로 1년 전의 통계에 비해 19.3%가 증가하였다. OECD 회원국 사이에서 2003년 이후 최고 수준을 지속적으로 유지하고 있다. 세계 최고 수준의 자살률 증가는 가족과 사회 및 국민의 고통을 증가시키고, 국가경쟁력과 국가발전을 저해하고 있는 실정이다(보건복지부, 2008).

자살행위에 영향을 미칠 수 있는 위험 요인은 생물학적 요인에서부터 사회, 심리적 요인에 이르기까지 매우 다양하며, 최근에는 스트레스 취약성 모형이 제안되었다.

예를 들어 신경전달 물질의 불균형과 유전적 요인(Roy, 1994), 정신적 장애(Brent, Goldstein 등, 1988), 낮은 자기 효능감과 문제해결 능력(Cole, 1989), 성적 학대 또는 신체적 학대(Horberman & Garfinkel, 1988), 약물남용 폭력적인 헤비메탈 음악, 이혼과 같은 가족 기능의 붕괴(Blau & Gullotta, 1996)등을 들 수 있다. 특히 청소년 자살시도자들의 경우, 약물과 알코올 남용, 과거의 자살 시도 경험, 우울과 같은 정신적 장애, 가족의 자살력 등이 중요한 위험 요인으로 지적되었다(Brent 등, 1988). 이처럼 자살행위에 생물학적, 유전적, 가정적, 심리적, 사회 환경

적 여러 요인이 복합적으로 상호작용하여 영향을 미치는 것으로 알 수 있다.

자살을 감소시키기 위해서는 체계적이고 종합적인 정책수립을 필요로 하는데 우리나라는 2004년 12월 제1차 국가자살예방 5개년계획에 이어 2008년 12월 제2차 자살예방종합대책 수립, 최종적인 목표로 2013년 자살사망율을 인구10만 명당 20명 이하로 감소시키기 위한 포괄적인 대책을 제시하였다. 10대 과제 및 중점추진목표는 <표 1-1>과 같다.

<표 1-1> 제2차 자살예방 종합대책 10대 과제 및 중점 추진 목표

10대 과제	중점 추진목표
1. 자살에 대한 국민의 인식을 개선한다.	우울증이 치료 가능한 질환으로 인식하는 국민의 비율이 2007년도 대비 30% 이상 향상시킨다.
	자살이 사회적 노력을 통해 예방 가능한 문제임을 인식하는 국민의 비율을 2007년도 대비 30% 이상 향상시킨다.
2. 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량을 강화한다.	국민 스트레스 지수 중 스트레스를 대단히 많이 느끼는 비율을 2007년도 대비 10% 이상 감소시킨다.
3. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성을 감소시킨다.	농약으로 인한 자살사망자 수를 2007년도 대비 20% 이상 감소시킨다.
4. 자살에 대한 대중매체의 책임을 강화한다.	자살에 대한 언론보도기준 준수 비율을 60% 이상으로 향상시킨다.
5. 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스를 강화한다.	정신질환자 및 알코올 중독자의 지역사회 등록관리율을 20% 이상으로 향상시킨다.
	우울증의 수진율을 40%로 향상시킨다.
	자살시도자 및 유가족 관리 프로그램을 확산시킨다.
6. 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계를 강화한다.	정신보건전문요원의 자살예방 교육 이수율을 100%로 한다.
	경찰과 소방대원의 자살예방교육 수료율을 높인다.
7. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반을 조성한다.	‘자살예방법’을 제정한다.
8. 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축을 적정화한다.	24시간 자살예방 및 위기개입 체계가 12개 이상의 시도에서 구축되도록 한다.
	지역정신보건센터 설치율이 85%로 향상된다.
	알코올상담센터 설치율이 20%로 향상된다.
9. 자살예방을 위한 연구·감시체계를 구축한다.	국가정신건강연구원에 자살예방센터를 설치한다.
	국가통합 자살 DB 구축을 완료한다.
10. 근거에 기반을 둔 자살예방정책을 개발한다.	통합적 자살예방 시범사업을 시행하고 평가한다.

개인적 정신보건분야와 사회 환경적 접근을 통해 능동적이고 사전 예방적 차원의

대책으로 구성하였다는 점, 자살예방의 거버넌스 및 법, 제도 등 체계 확립을 추구한다는 점, 시민사회와의 협력을 강조한다는 점에서 기본 추진방향의 진보가 있었다고 평가되고 있다.

지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계 강화는 제6대 과제로 선정되어 있고, 정신보건전문요원과 경찰 및 소방대원에 대한 자살예방교육을 강화하는 내용이 포함되어 있다. 이들은 자살 시도자 등 고위험 자살군에 대한 응급조치를 취할 수 있다는 점에서 3차 예방 전략이라고 할 수 있다. 그러나 자살의 1차 예방과 2차 예방을 위해서는 보다 다양한 지역사회 자원을 활용할 필요가 있으며 현재는 이 부분에 대한 정책 대안이 부족하다.

자살에 대한 개념정의는 학자마다 다양하게 제시될 수 있지만 일반적으로 자살이라는 용어는 자발적이고 의도적으로 자신의 생명을 끊는 행위를 의미하며 또한 자신의 생명을 끊으려고 시도하는 경향을 갖고 있는 사람들에게 적용되고 있다(남민, 1995). 자살을 의미하는 용어인 'suicide'라는 영어는 자기를 의미하는 'sui'와 죽인다는 caedo(kill)가 합쳐진 라틴어가 그 어원이다. 이 역시 자살이란 개인의 자유의사에 의해서 고의적으로 자기 자신의 생명을 끊는 일체의 행위를 가리킨다. 이러한 의미로 보면 자살은 순전히 개인적인 문제라고 생각하기 쉽다. 하지만 자살에는 사회적인 요인이 커다란 영향력을 행사한다. 따라서 자살은 개인적인 요소와 사회적인 요소가 복합적으로 상호작용을 함으로써 발생한다. 자살의 개념은 자살행위, 자살시도, 자살생각 등을 포함한다(김창진, 2007)

자살의 원인은 다양하지만 의학적으로는 정신과적 질환 특히, 우울증과 같은 기분장애 알코올 중독 또는 정신분열증과 관련이 많은 것으로 알려져 있다. 따라서 자살은 위험군의 관리와 우울증 등 원인질환에 대한 적절한 치료로 충분히 예방가능하다.

자살자는 자살하기 수주 전에 의료인을 만나는 것으로 나타났고(Luoma, Martin, Pearson, 2002), 특히 노인들의 경우 70~76%가 자살 1달 이내에 의사를 만나는 것으로 조사되었다(Miller, 1978). 또한 미국의 경우 일차의료서비스를 받은 환자의 2~3%가 방문 전 1달 이내에 자살 생각을 한 것으로 조사되었으며(Olfson 등, 1996), 이것은 의료인들이 우울증 및 자살에 관한 교육을 받고 적절하게 대처할 때

다수의 자살을 예방할 수 있는 가능성이 있음을 나타내는 것이다.

현재 우울증은 잘 발견되지 않고 있으며 따라서 치료도 적절하게 이루어지고 있지 못하고 있으나 우울증은 정신적인 문제로서 의료인들은 이러한 문제를 가장 잘 이해하고 발견할 수 있는 지역사회 자원이라고 할 수 있다.

제2절 연구 목적

자살의 원인은 다양하지만 의학적으로는 정신과적 질환 특히, 우울증과 같은 기분 장애, 알코올 중독 또는 정신분열증과 관련이 많은 것으로 알려져 있고 자살자는 자살하기 수주 전에 의료인을 만나는 것으로 나타나 의료인들이 자살에 관한 교육을 받고 적절하게 대처할 때 다수의 자살을 예방할 수 있는 가능성이 있다. 따라서 본 연구의 목적은 의사, 간호사 등 의료인들을 통한 자살을 예방할 수 있는 체계를 구축하여 자살을 예방하고자 한다. 세부적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 자살 전 의료이용 패턴 분석

둘째, 의료인을 통한 자살예방사업의 해외사례 및 효과성 분석

셋째, 자살증후 스크리닝 도구 개발

넷째, 자살증후자 대처 및 연계 지침 개발

다섯째, 의료인 교육 지침 개발

여섯째, 의료인을 통한 자살예방을 위한 제도 보안 대책 제시

제3절 연구내용 및 방법

1. 자살 전 의료이용 패턴 분석

자살자가 자살 전에 어떤 의료 기관을 방문하였는지 파악함으로써 적절한 정책 대상(기관, 진료과)을 찾기 위해 2007년 통계청 사망원인통계조사 자료와 심평원 청구 자료를 이용하여 자살 전 의료이용 패턴을 분석하고자 하였으나 자료접근의 제한

으로 자료 분석 불가하여 그 대안으로 문헌고찰과 설문조사 실시하였다.

조사목적은 의료인과 접촉빈도가 높은 외래환자를 중심으로 의료서비스 이용경험과 자살관련 요인의 관련성을 분석하는 것이다. 분석대상으로는 서울시 소재 대학병원 1개(신경과, 내과, 가정의학과, 정신과), 정신과전문병원 2개(김포, 안동), 보건소 1개(서울) 기관에서 외래 진료중인 환자를 대상으로 일반과 이용자 243명, 정신과 이용자 94명을 대상으로 조사하였다.

분석내용은 일반과 이용자의 정신건강수준 및 의료이용 현황, 정신과 이용자의 정신건강수준 및 의료이용 현황, 의료기관 이용자의 자살요인 분석 및 현황 등이다.

2. 의료인을 통한 자살예방사업의 효과성에 대한 해외사례 분석

의료인을 통한 자살예방사업의 해외사례들을 체계적으로 고찰하고자 하였으며 자살예방전략 개관, 주요국가(일본, 호주, 영국)의 자살예방정책 및 의료인을 통한 자살예방사업과 학술 DB들을 통하여 관련 문헌들을 검색하고 의료인을 통한 자살예방사업의 효과성을 체계적으로 분석(Systematic Review)하였으며, 효과성은 다음 3가지 차원으로 검토되었다.

첫째, 의료인의 스크리닝이 자살 위험을 발견할 수 있는가?

둘째, 자살 위험이 발견된 자를 연계하여 치료하는 것이 자살 시도 혹은 자살을 감소시키는가?

셋째, 자살 치료가 중간 수준의 결과 (intermediate outcomes: 우울 증상, 무력감 등)를 향상시키는가?

3. 의료인들을 위한 자살증후 스크리닝 도구의 개발

의료인들을 위한 자살증후 스크리닝 도구는 어떤 의료기관(예, 의원, 병원, 종합병원)에서 누가 (의사, 간호사) 사용할 것인가에 따라 달라질 수 있을 것이므로 이에 대한 검토, 문헌고찰 및 전문가 조사를 통하여 의료인들을 통한 자살증후 스크리닝 도구를 검토하여 이 중 우리나라 실정에 적용 가능한 자살증후 스크리닝 도구 개발로 주로 1차 의료기관의 의사가 사용할 수 있는 도구 개발에 집중하여 2개의 스

리닝 도구 선별 후 전문가 조사를 통해 최종 스크리닝 도구 선택하였다.

전문가 조사(포커스 그룹)는 7명의 의료인을 대상으로 2010년 11월 1부터 11월 9일까지 실시하였으며 조사내용은 도구의 정확성, 도구의 신뢰성, 도구의 현장 적합도, 도구의 현장 활용 가능성, 도구를 시행하는 사람의 전문성으로 구성되어 있다.

4. 자살 증후자 대처 및 연계 지침 개발

의료인을 대상으로 자살 고위험군을 조기발견하고 적절히 연계할 수 있는 지침 개발을 목적으로 국내외 문헌 및 지침을 검토하고 의료인을 대상으로 한 질적 조사를 시행하여 지침의 초안을 완성한 후 전문가자문회의를 거쳐 국내실정에 맞는 의료인 대상 지침을 개발하였다.

스크리닝 도구와 자살증후자 대처 및 연계 지침의 현실 적용 가능성을 검토하기 위해 서울시 소재 대학병원 1개(신경과, 내과, 가정의학과, 정신과), 정신과정문병원 2개(김포, 안동), 보건소 1개(서울) 기관에서 외래로 진료중인 환자를 대상(일반과 이용자 243명, 정신과 이용자 94명 대상)으로 개발한 스크리닝 도구 적용하였다.

5. 자살예방을 위한 의료인 교육 지침 개발

실제 적용할 수 있는 자살예방 의료인 교육 지침에는 다음과 같은 내용이 포함되어야 한다.

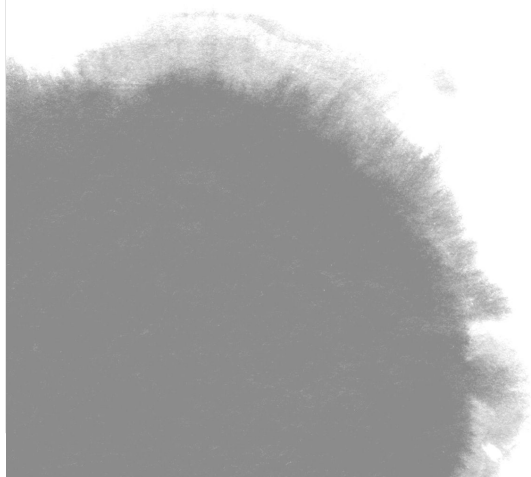
- 자살의 질병부담
- 자살의 원인
- 자살 위험자의 확인 방법 (스크리닝 도구 포함)
- 자살 위험 환자들에 대한 대처 및 치료 연계 방법

6. 의료인을 통한 자살예방체계 구축을 위한 정책 과제 도출

1단계: 문헌고찰과 전문가 자문으로 초안 작성

2단계: 공청회 실시

국내 자살예방활동 현황



제2장 국내 자살예방활동 현황

제1절 우리나라 자살률 추이와 원인

1. 우리나라 자살률 추이

우리나라의 자살률은 1990년대 초반부터 꾸준히 증가하여, 1998년을 기점으로 감소하다가 2000년 이후 다시 증가하는 추세를 보이고 있다. 2009년에는 총 15,413 명이 자살로 사망하였으며, 이는 1999년 대비 107.5%, 전년대비 19.9%가 증가한 수치로 남성은 전년대비 1,676명(19.7%), 여성은 897명(18.5%)이 증가하였다. 지난 20년간 자살률 추이를 살펴보면, 1996년부터 자살률이 높아지기 시작하여 1998년 IMF 사태 이후에는 19.9명으로 이전 시기보다 두 배나 많은 사람들이 자살로 사망한 것으로 나타났다(통계청, 2010).

〈표 2-1〉 자살자 수 및 자살률 추이 (1999-2009)

연 도	자 살 자 수			자 살 률			1일평균 사망자수
	남녀전체	남 자	여 자	남녀전체	남 자	여 자	
1989	3,133	2,195	938	7.4	10.3	4.4	8.6
1999	7,056	4,953	2,103	15.0	20.9	9.0	19.3
2008	12,858	8,260	4,598	26.0	33.4	18.7	35.1
2009	15,413	9,936	5,477	31.0	39.9	22.1	42.2
증감률							
08년 대비	19.9	20.3	19.1	19.3	19.7	18.5	
99년 대비	118.4	100.6	160.4	107.5	91.0	146.8	

자료: 통계청, 2010.

2010년 OECD 발표에 따르면 우리나라 자살률은 인구 10만 명당 21.5명으로

OECD 국가 중에서 가장 높은 수준이며 OECD 국가의 평균인 11.2명과 비교해 보아도 크게 웃도는 수준인 것을 확인할 수 있다. [그림 2-1] 은 2000년부터 2008년까지 OECD 국가의 자살률 변화를 비교한 것이다. 대부분의 국가에서 자살자 수가 감소하고 있지만 우리나라와 일본, 뉴질랜드, 미국만이 2000년 대비 증가하고 있는 것을 알 수 있다. 특히 우리나라는 2008년 21.5명으로 2000년 대비 7.4명이 증가하고 있어 전체 자살률뿐만이 아니라 자살 증가율에서도 1위를 기록하고 있다.

[그림 2-1] OECD 국가 자살률 비교

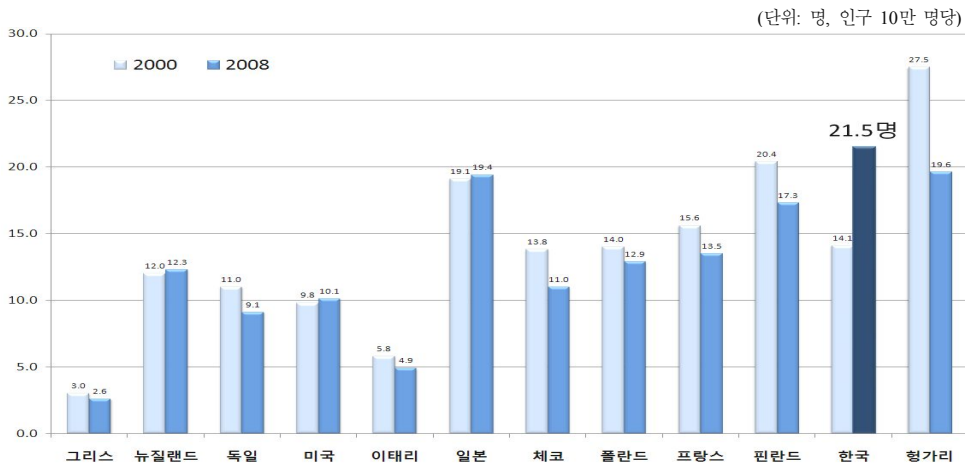


자료: OECD(2010) OECD Health Data 2010: Statistics and Indicators for 34 Countries.

OECD 평균은 자료 이용이 가능한 33개 국가의 가장 최근자료를 이용하여 계산함.

한국 2009년: OECD 표준인구로 자체 계산한 결과임.

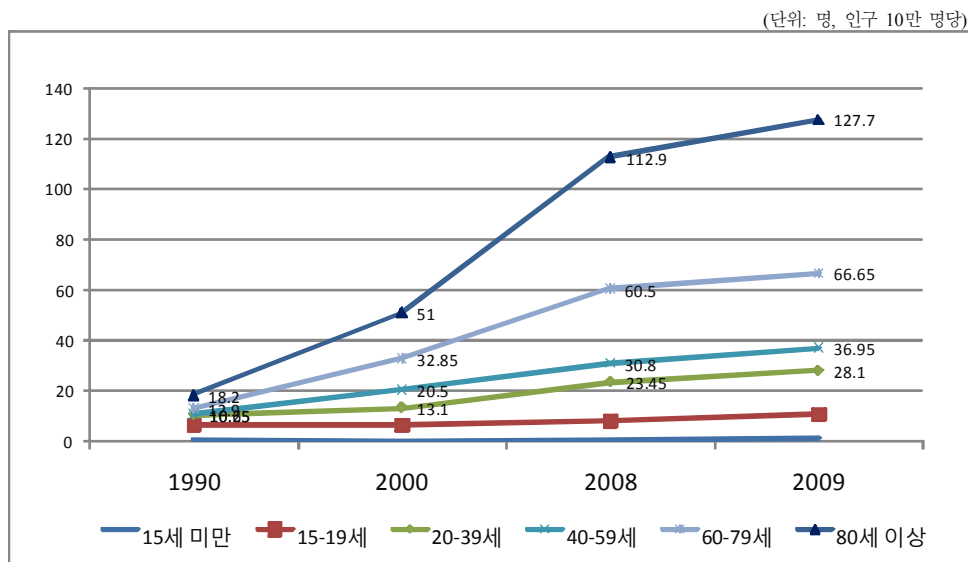
[그림 2-2] OECD 국가 자살률 추이 (2000-2008)



자료: OECD(2010) OECD Health Data 2010.

연령 변화에 따른 자살률 추이를 살펴보면, 15세 미만 인구의 자살사망률은 거의 변화가 없고, 20대 이후 청장년층부터 60세까지는 완만하게 증가하고 있는 형태를 보인다. 특히 60세 이후부터의 자살률은 급격하게 증가하고 있는데 고연령층에서 그 증가폭이 더욱 크게 나타나, 80대 이상에서 가장 높은 수치를 기록하고 있다. 20·30대의 자살사망률을 살펴보면 1990년 인구 10만 명당 10.05명에서 2009년에는 28.1명으로 증가하였고, 40·50대는 1990년에 12.9명에서 2009년 36.95명으로 증가하였다. 60·70대의 자살사망률은 1990년에 18.2명이었으나 2009년에는 66.5명까지 증가하여 다른 연령층에 비해 증가폭이 큰 것으로 나타났다. 남성의 경우 1990년 10.5명, 2000년 18.8명, 2009년에는 39.9명이 자살에 의하여 사망한 것으로 나타나 10년 간격으로 약 2배씩 증가하였으며 여성은 1990년에 4.7명에서 2009년 22.1명까지 증가하여 20년 사이에 약 5배가량 증가한 것으로 나타났다.

[그림 2-3] 연령별 자살률 추이(1990-2009)



자료: 통계청, 2010.

자살에 의한 사망은 사망원인에서도 높은 순위를 기록하고 있는데, 1992년 10위에 머물렀던 자살사망률이 꾸준히 상승하여 2009년에는 4위로 급격히 순위가 높아졌다. 2009년 사망원인 1위는 악성신생물(140.5명)로 조사되었으며 뇌혈관(52.5명)

2위, 심장 질환(45.0명) 3위, 자살(31.0명) 4위 등의 순으로 나타나고 있어 지난 10년 간 자살에 의한 사망자의 증가폭이 큰 것을 확인할 수 있다.

우리나라의 자살 문제가 갖고 있는 가장 큰 문제점 중 하나는 전 연령층에서 높은 사망원인으로 나타나고 있다는 점이다. 연령별로 사망원인을 살펴보면 10대는 2위, 20대는 1위, 30대 1위, 40대 2위로 10대에서 40대까지 사망원인 2위 안에 분포되어 있을 정도로 높으며, 이후 연령대에도 비교적 높아 50대 4위, 60대 5위, 70대 이상 노인은 7위를 차지하고 있다(한국자살예방협회, 2009).

〈표 2-2〉 연도별 사망원인 순위 (2000-2009)

(단위: 인구 10만 명당)

순위	2000년	2000년	2006년	2009년
1	악성신생물 (121.4)	악성신생물 (131.1)	악성신생물 (134.0)	악성신생물 (140.5)
2	뇌혈관 (73.1)	뇌혈관 (75.3)	뇌혈관 (61.3)	뇌혈관 (52.0)
3	심장 질환 (38.2)	심장 질환 (35.3)	심장 질환 (41.1)	심장 질환 (45.0)
4	운수사고 (25.3)	당뇨병 (25.0)	당뇨병 (23.7)	자살 (31.0)
5	간 질환 (22.8)	자살 (22.6)	자살 (21.8)	당뇨병 (19.6)
6	당뇨병 (22.6)	간 질환 (20.5)	운수사고 (15.9)	운수사고 (14.4)
7	만성하기도 (16.7)	만성하기도 (19.1)	간 질환 (15.5)	만성하기도 (13.9)
8	자살 (13.6)	운수사고 (19.0)	만성하기도 (14.4)	간 질환 (13.8)
9	고혈압성 (8.9)	고혈압성 (10.6)	고혈압성 (9.4)	폐렴 (12.7)
10	폐렴 (8.1)	추락사고 (7.3)	폐렴 (9.3)	고혈압성 (9.6)

자료: 통계청, 2010.

2. 우리나라 자살발생의 원인

가. 자살발생 원인의 일반적 현황

2008년 경찰청 분류에 따른 자살동기별 자살사망자를 살펴보면 염세·비관 > 병고 > 정신이상 순이었으며, 2004년 이후 절대수치는 감소한 반면 정신이상, 빈곤, 낙망, 가정불화, 사업실패 등이 원인이 되어 사망한 자살자 수는 증가한 것을 알 수 있다. 이는 지속되는 경기침체와 유명인 모방 자살 등과 같은 사회·경제적 요인과 높은 관련성을 가지고 있는데 한국자살예방협회(2010. 9)가 조사한 ‘생명존중과 자

살예방에 관한 여론조사'에 따르면 전국 16개 광역시도에 거주하는 만 15세 이상의 남녀 1000명 중 87%가 연예인 등 유명인의 자살이 일반인의 자살에 영향을 미친다고 응답하고 있다.

〈표 2-3〉 자살동기별 자살사망자 추이 (2004-2008)

(단위 : 명)

구분	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년
계	13,293	14,011	12,968	13,407	12,270
정신이상	810	923	848	935	1,119
병고	3,114	2,808	3,061	2,947	2,185
염세, 비관	5,968	6,390	5,967	6,619	4,115
빈곤	722	659	501	406	480
낙망	214	466	331	666	855
치정, 실연, 부정	1,010	1,414	1,264	891	332
가정불화	980	882	643	648	786
사업실패	475	469	353	295	453
기타					1,945

자료: 백은자, 노인자살 예방정책의 과제와 전망, 2009.

경찰청은 2009년 이후부터 자살원인을 국제손상외인분류체계에 따라 분류하고 있으며, 육체적 질병(28.3%), 사별문제(21.9%), 경제생활문제(16.2%), 남녀문제(7.1%), 정신적 문제(6.6%), 학대 및 폭력 문제(4.9) 등을 자살원인으로 제시하고 있다.

〈표 2-4〉 자살동기별 자살 사망률 (2009)

(단위: 명, %)

계	정신적 문제	육체적 질병 문제	가정 문제	경제 생활 문제	남녀 문제	사별 문제	직장 업무상 문제	학대 폭력 문제	기타	미상
14,579 (100)	960 (6.6)	4,123 (28.3)	1,823 (12.5)	2,357 (16.2)	1,040 (7.1)	3,190 (21.9)	28 (0.2)	712 (4.9)	172 (1.2)	165 (1.1)

자료: 백은자, 노인자살 예방정책의 과제와 전망, 2009.

〈표 2-5〉는 2004년부터 2006년까지 경찰청 변사사건자료에서 국제손상외인분

류 대분류 기준에 따라 자살로 기록된 31,771건을 분석한 결과로서, 육체적 질병이 25.3%로 가장 많았고, 정신적·정신과적 문제가 14.9%, 가정문제가 9.5%, 경제생활문제가 8.9%, 남녀문제가 3.8%, 직장 또는 업무상의 문제가 3.8%, 사별문제가 0.8%, 학대 또는 폭력문제가 0.0%, 기타가 21.7%인 것으로 나타났다. 이를 소분류 기준에 따라 구체적으로 살펴보면 암, 당뇨 등 육체적 질병이 23.8%로 가장 많았고, 산후 우울증을 제외한 기타 우울증이 8.8%, 배우자와의 갈등 5.7%, 부채 4.9%, 기타 정신적·정신과적 문제 4.7%, 빈곤 3.4%, 남녀 교제와 관련된 갈등 3.0%인 것으로 나타났다.

특히 육체적 질병은 여러 자살동기 중에서도 가장 높은 비율을 차지하고 있는 자살 원인으로 밝혀지고 있는데, 〈표 2-5〉에서는 육체적 질병으로 인한 자살자가 7,557명, HIV/AIDS로 인한 자살자가 4명, 원치 않는 임신 5명, 기타 487명으로 나타나고 있어 신체적·정신적 질환이 자살의 주요 원인이 되고 있음을 알 수 있다.

〈표 2-5〉 국제손상외인분류에 따른 자살이유별 자살자 수 (2004-2006)

대분류	소분류	남 (명, %)		여 (명, %)		전체	
가정문제	배우자와 갈등	1211	(5.6)	581	(5.7)	1796	(5.7)
	부모와 갈등	65	(0.3)	45	(0.4)	113	(0.4)
	자녀와 갈등	58	(0.3)	56	(0.6)	114	(0.4)
	기타가족과 갈등	72	(0.3)	35	(0.3)	107	(0.3)
	기타	577	(2.7)	305	(3.0)	885	(2.8)
	소계	1983	(9.2)	1022	(10.1)	3015	(9.5)
남녀문제	교제와 관련된 갈등	556	(2.6)	384	(3.8)	943	(3.0)
	실연	148	(0.7)	73	(0.7)	221	(0.7)
	결혼과 관련된 갈등	7	(0.0)	7	(0.1)	14	(0.0)
	기타	20	(0.1)	5	(0.0)	25	(0.1)
	소계	731	(3.4)	469	(4.6)	1203	(3.8)
육체적	HIV/AIDS	4	(0.0)			4	(0.0)
질병문제	원치 않는 임신			5	(0.0)	5	(0.0)
	육체적 질병	4878	(22.7)	2664	(26.4)	7557	(23.8)
	기타	328	(1.5)	158	(1.6)	487	(1.5)
	소계	5210	(24.3)	2827	(28.0)	8053	(25.3)
정신적 정신과적 문제	알코올중독 및 약물의존	386	(1.8)	44	(0.4)	433	(1.4)
	산후우울증			15	(0.1)	15	(0.0)
	기타우울증	1256	(5.9)	1516	(15.0)	2780	(8.8)
	기타	868	(4.0)	634	(6.3)	1509	(4.7)
	소계	2510	(11.7)	2209	(21.9)	4737	(14.9)
경제생활 문제	빈곤	858	(4.0)	211	(2.1)	1072	(3.4)
	부채	1227	(5.7)	308	(3.0)	1541	(4.9)
	기타	163	(0.8)	53	(0.5)	218	(0.7)
	소계	2248	(10.5)	572	(5.7)	2831	(8.9)
직장 또는 업무상의 문제	직장 내 또는 업무상 갈등	35	(0.2)	11	(0.1)	46	(0.1)
	사업실패	748	(3.5)	61	(0.6)	811	(2.6)
	실직	114	(0.5)	8	(0.1)	122	(0.4)
	미취업	82	(0.4)	16	(0.2)	98	(0.3)
	기타	94	(0.4)	26	(0.3)	120	(0.4)
	소계	1073	(5.0)	122	(1.2)	1197	(3.8)
사별문제	가족연인친구의 사망	135	(0.6)	80	(0.8)	215	(0.7)
	가족연인친구의 자살	16	(0.1)	19	(0.2)	35	(0.1)
	소계	151	(0.7)	99	(1.0)	250	(0.8)
학대 또는 폭력문제	성적학대	1	(0.0)	3	(0.0)	4	(0.0)
	육체적 학대			1	(0.0)	1	(0.0)
	방치						
	기타	2	(0.0)			2	(0.0)
	소계	3	(0.0)	4	(0.0)	7	(0.0)
기타	종교문제	4	(0.0)	1	(0.0)	5	(0.0)
	문화문제			1	(0.0)	1	(0.0)
	학교문제	49	(0.2)	43	(0.4)	93	(0.3)
	법률적 상황	83	(0.4)	8	(0.1)	91	(0.3)
	친구문제	2	(0.0)	7	(0.1)	9	(0.0)
	기타	4848	(22.6)	1722	(17.0)	6705	(21.1)
	소계	4984	(23.2)	1782	(17.0)	6704	(21.7)
미상	미상	2557	(11.9)	1002	(9.9)	3574	(11.2)
계		21452	(100.0)	10108	(100.0)	31771	(100.0)

자료: 국내 자살원인 실태조사 및 자살예방체계 구축에 관한 연구, 건강증진사업지원단, 2008.

나. 노인자살의 원인과 자살 전 의료이용 특성

우리나라는 65세 이상 노인의 자살사망률이 매우 높은 편이며 그 증가폭도 매년 급격히 상승하는 형태를 띠고 있다. 통계청(2010) 조사에 따르면 65세 이상 노인의 7.6%가 자살 충동을 느꼈으며, 충동을 느끼는 원인으로는 질환 및 장애(40.8%), 경제적 어려움(29.3%), 외로움 및 고독(14.2), 가정불화(10.4), 이성문제(0.8%) 등이 조사되었다.

〈표 2-6〉 노인의 자살 충동 이유

(단위: %)

자살에 대한 충동 이유	전체	65세 이상 남성	65세 이상 여성
경제적 어려움	29.3	30.4	28.5
이성문제(실연 등)	0.8	1.3	0.5
질환 및 장애	40.8	41.9	40.2
직장 문제	0.5	1.2	0.1
외로움 및 고독	14.2	15.1	13.6
가정불화	10.4	7.2	12.5
성적, 진학문제	-	-	-
친구와의 불화, 따돌림	-	-	-
기타	4.0	2.9	4.6
계	100.0	100.0	100.0

자료: 통계청, 2010.

노인의 주된 자살충동 원인이 질환 및 장애인 것으로 밝혀진 것처럼 노인에게 건강문제는 다른 어떤 사건보다도 중요한 문제가 된다. 따라서 다른 연령층에 비해 질병으로 인한 의료이용률이 높고, 의료인과 접촉하는 횟수도 빈번할 수밖에 없다. <표 2-7>은 자살로 사망한 노인이 사망하기 전, 1년 동안 이용한 입원서비스 내용을 분석한 것으로 비의약품 물질 중독으로 인한 의료이용률(7.5%)이 가장 높았고 그밖에도 뇌경색증(4.3%), 백내장 및 수정체의 기타 장애(3.8%), 당뇨 및 폐렴(각 2.2%) 등이 조사되었다.

〈표 2-7〉 2004년 자살노인의 질병별 입원서비스 이용 입원 + 외래

질병명	세부 질병명	이용 건수	환자수	이용률	간접 표준화 유병비	p-값	95%CI
신생물	위의악성신생물	109	40	1.4	3.6	0.000	2.61-4.85
	기관,기관지및폐의악성신생물	78	31	1.1	2.8	0.000	1.96-3.97
내분비질환	당뇨병	97	63	2.2	3.0	0.000	2.35-3.85
정신장애	기분(정동성)장애	77	45	1.6	16.3	0.000	12.13-21.84
눈 질환	백내장및수정체의기타장애	133	106	3.8	1.2	0.114	0.96-1.41
순환기계질환	본태성(원발성)고혈압	50	37	1.3	2.8	0.000	2.03-3.87
	기타허혈성심장질환	48	31	1.1	1.5	0.026	1.05-2.12
	뇌경색증	165	121	4.3	3.0	0.000	2.48-3.54
호흡기계질환	폐렴	74	61	2.2	2.3	0.000	1.80-2.98
	기관지염, 폐기종	53	39	1.4	2.2	0.000	1.63-3.06
	기타호흡기계질환	41	30	1.1	2.9	0.000	2.05-4.20
소화기계질환	위및십이지장궤양	43	36	1.3	3.9	0.000	2.81-5.41
근골격계질환	기타배병증	64	51	1.8	2.5	0.000	1.93-3.34
분류외질환	기타달리분류되지않은증상,징후	31	27	1.0	3.0	0.000	2.09-4.45
손상및중독	목,흉곽또는골반의골절	77	53	1.9	2.2	0.000	1.66-2.85
	다발성신체부위의기타손상	54	41	1.5	6.2	0.000	4.58-8.46
	약물및생물학적물질에의한중독	35	34	1.2	41.6	0.000	29.52-58.56
	주로비의약품물질의중독작용	228	211	7.5	88.1	0.000	76.59-101.35

자료: 이지전 외, 노인자살 예측모형 개발 및 예방대책 연구, 2006.

3. 자살률 증가에 따른 사회경제적 손실

〈표 2-8〉에 따르면 2009년 한해 자살에 의한 사망자가 15,413명으로 전 연령층에서 자살자 수가 증가하고 있는 것을 알 수 있다. 특히 가장 활발한 경제활동인구인 4·50대와 경제적 잠재력이 높은 2·30대의 자살률이 지속적으로 증가하고 있는 것에 접은 사회적으로 큰 문제가 아닐 수 없다. 자살은 인간 생명의 존엄성을 해칠 뿐만 아니라 사회경제적인 측면에서도 미래 노동인구의 상실을 초래하는 등 사회전반에 부정적인 영향을 미치는 심각한 문제이기 때문이다.

〈표 2-8〉 연령별·연도별 자살사망자 수

(단위: 인구 10만 명당)

연령	1990			2000			2008			2009		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
15세-19세	6.3	8.4	3.9	6.3	7.0	5.6	8.0	8.7	7.2	10.7	11.5	9.8
20 - 29세	10.4	8.4	3.9	11.1	7.0	5.6	22.3	8.7	7.2	24.8	11.5	9.8
30 - 39세	10.1	13.3	7.4	15.1	14.0	8.0	24.6	21.9	22.6	31.4	24.9	24.9
40 - 49세	10.2	13.9	6.1	18.8	20.7	9.2	28.4	28.0	21.1	32.9	35.5	27.1
50 - 59세	11.1	15.0	5.2	22.2	28.0	9.3	33.2	38.1	18.4	41.0	45.4	19.8
60 - 69세	12.8	17.5	5.1	25.7	35.9	9.0	47.4	51.2	15.2	52.0	61.9	20.1
전체	7.6	10.5	4.7	13.6	18.8	8.3	26.0	33.4	18.7	31.0	39.9	22.1

자료: 통계청, 2010.

국립서울병원(2005)이 자살의 경제적 비용을 자살에 의한 내부적 비용(internal casts)과 자살자 가족에 의한 외부적 비용(external costs)으로 구분하고 이를 다시 직접 비용(direct costs)과 간접비용(indirect costs)으로 구분하여 추계한 결과에 따르면 자살자의 내부적 비용 중 직접비용은 자살로 인하여 발생한 의료비용, 응급이송비, 장례비, 수사비용 등이 포함되며, 간접비용은 조기사망비용으로서 사망이 발생하지 않았을 경우 그 생명이 일생동안 벌어들일 수 있는 장래기대소득의 현재 가치 등이 포함된다. 또한 자살이라는 행위에 직접 참여하지 않더라도 인적 또는 물적 대상에 미치는 피해가 발생할 수 있는데 직접의료비용에는 가족 중 일 구성원이 자살로 사망한 이후 남은 가족이 가족 구성원의 자살로 인하여 발생한 질환을 치료하기 위해 소요된 의료비용과, 의료비용 이외의 비용 및 교통비, 외래방문에 소요된 교통비, 보호자 비용이 포함되며, 간접비용에는 자살자 가족의 가족 구성원 중 한 사람의 자살로 인하여 추가 발생한 질병을 치료하기 위하여 환자가 입원할 경우 손실된 작업일수, 외래 방문 시 손실된 작업시간, 조기사망에 따른 경제적 비용이 포함된다. 기타 비용으로는 무형 비용과 이전지출(transfer payments)에 따른 후생손실의 비용이 있는데, 무형비용은 시장에서 거래되거나 화폐단위로 측정되기 어려운 형태의 비용으로 자살자에 대한 보도로 인하여 우울증에 걸려 있던 사람들이 모방 자살을 기도하는 경우 등이 포함된다. 또한 자살로 인해 발생하는 이전지출(transfer payments)에 따른 후생손실의 비용에는 조세, 의료보험, 사회보장, 연금 등이 있다.

〈표 2-9〉 자살자의 내부적 비용의 구분과 정의

구분		비용의 종류		개념적 정의
내부 적 비용	직접 비용	직접 의료비용	진료비	자살로 인하여 사망 전까지 요양기관에서 발생한 진료비
		직접비 의료비용	응급이송비 장례비용 수사 비용	자살로 인하여 요양기관까지 응급 후송 시 발생한 후송비 자살로 인하여 발생한 장례비 자살로 인하여 발생한 수사비
	간접비용		조기사망비용	자살로 인한 조기사망의 경제적 비용
외부 적 비용	직접 비용	직접 의료비용	자살자 가족의 외래진료비	자살 전에 비하여 자살 후 추가로 소요된 외래진료비
			자살자 가족의 입원진료비	자살 전에 비하여 자살 후 추가로 소요된 입원진료비
		직접 비의료 비용	자살자 가족의 외래진료 교통 비	자살자 가족의 질환의 치료를 위해 내원 시 소요된 교통비
			자살자 가족의 보호자 비용	자살자 가족의 질환의 치료를 위해 입원 시 소요된 보호자의 경제적 비용
	간접비용		자살자 가족의 작업손실비용 자살자 가족의 조기 사망비용	자살자 가족의 질환의 치료를 위해 입원, 내원 시 작업손실에 따른 비용 자살자 가족의 질환에 따른 조기사망의 경 제적 비용

자료: 정상혁, 우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구, 2005.

국립서울병원(2005)이 조사한 자살자 4,575명에 대한 직접의료비용 추계에 의하면 2002-2003년 동안 자살자의 평균 7.4%가 응급실을 이용하였으며, 일인당 진료비는 평균 253.864원이었던 것으로 산출되었다. <표 2-10>은 2002-2004년 동안 의료 기관에서 확인된 자살자의 직접의료비용을 추계한 것으로 자살자 수가 증가할수록 직접 의료비용도 급격히 증가하고 있음을 알 수 있다.

〈표 2-10〉 연도별 의료 기관에서 확인된 자살자의 의료기관 의료비

연도	2002	2003	2004
자살자	1,992명	2,583명	11,523명
의료 기관에서 확인된 자살자	158명 (7.9%)	178명 (6.9%)	853명* (7.4%**)
일인당 평균 진료비	270,319원	237,410원	253,864원***
직접 의료비용	42,710,340원	42,258,930원	216,470,341원

자료: 정상혁, 우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구, 2005.

*: 2002년과 2003년의 평균을 이용하여 2004년 자살자중 응급으로 의료 기관을 이용하였을 것으로 추정되는 인원 산출함.

**: 의료 기관에서 확인된 자살자 비율의 2002년과 2003년의 평균임.

***: 2002년과 2003년의 일인당 의료비의 평균임(원단위에서 반올림함).

자살자 4,575명의 가족 9,149명을 대상으로 조사한 자살가족의 질병 변화와 의료이용비 변화 분석에서도 가족 구성원의 자살 경험 후 ‘의료이용 경험이 전혀 없었던 가족구성원’이 7,810명에서 가족 구성원의 자살을 경험한 이후에는 3,736명으로 약 절반가량 감소한 것으로 나타났다.

또한 일반 질환과 정신과 질환으로 인한 의료이용은 각 4배와 4.6배 증가한 것으로 나타나 가족 구성원의 자살이 남은 가족들의 정신적·신체적 건강에 얼마나 심각한 악영향을 미치는지 알 수 있다.

〈표 2-11〉 가족의 자살경험 전후 의료이용의 변화

(단위: 명, %)

구분	가족의 자살경험		증가의 크기*(배)
	전(n=9,149)	후(n=9,149)	
의료이용 없음	7,810 (85.37)	3,736 (40.84)	0.7
일반질환	1,305 (14.26)	5,258 (57.47)	4.0
정신과적 질환	34 (0.37)	155 (1.69)	4.6

자료: 정상혁, 우리나라 자살의 사회경제적 비용부담에 관한 연구, 2005.

증가의 크기=자살경험 후의 의료이용자 비율/자살경험 전의 의료이용자 비율.

<표 2-12>는 가족 구성원의 자살을 1년 이내로 경험한 자살자 가족 9,149명의 의료 이용에 대한 건강보험 진료비의 변화이다. 자살 전에 비해 자살 후에 2.82배나 증가한 것으로 나타나는데 일반 질환은 3.22배, 정신과 질환은 4.36배 증가한 것으로 나타나 정신과적 질환의 비용 증가가 더 높은 것을 확인할 수 있다.

〈표 2-12〉 가족의 자살사건 경험 전·후 가족 일인당 건강보험 진료비 변화

(단위: 원)

구분	가족의 자살경험		증가의 크기 (배)
	전(n=9,149)	후(n=9,149)	
전체	71,263.26	227,623.54	2.82
외래	59,585.99	197,417.14	3.31
입원	11,677.28	30,206.39	2.59
일반질환	67,381.84	210,719.31	3.22
외래	56,866.53	187,214.74	3.29
입원	10,515.32	23,504.58	2.24
정신과적 질환	3,881.42	16,904.22	4.36
외래	2,719.46	10,202.41	3.75
입원	1,161.96	6,701.81	5.77

자료: 정상혁, 우리나라 자살의 사회경제적 비용부담에 관한 연구, 국립서울병원, 2005.

제2절 우리나라 자살예방지원 현황

가. 우리나라 자살예방정책

보건복지부는 최근 10년 간 자살률이 급속히 증가하자 지난 2004년 자살예방대책 5개년 계획(2006-2010)을 발표하고 자살예방 5개년 기본계획(2004) 및 세부추진계획(2005)을 수립하여 자살예방사업을 추진하였다. 목표달성을 위하여 생명존중 문화 조성 등 환경적 접근과 자살위험자 조기발견 및 치료 등 대상자적 접근을 포괄하는 추진체계 구축, 생애주기와 사업단계별 추진체계 구축, 공공부문과 민간부문의 역할분담과 구축을 통한 추진전략을 원칙으로 제시하고, 아동청소년기, 성인기, 노인기로 구분된 생애주기와 사회 환경적 접근, 정신건강증진, 자살위험요인 예방, 자살위험자 조기발견 및 개입, 사후관리로 구분된 단계별 자살예방대책을 수립하였다.

〈표 2-13〉 자살예방대책 5개년 계획 세부 사업

세부 사업	목 표
생명존중 문화조성	생명을 경시하는 제도적, 문화적 요소를 추방하고 생명을 존중하는 사회문화환경을 조성하기 위하여 범국민적인 사회운동추진
매스컴의 자살보도 권고지침 개발	매스컴의 선정적인 자살보도를 억제하기 위하여 자살보도 권고기준을 개발하여 보급함.
아동청소년 정신건강증진	학교폭력, 왕따, 학습장애, 음주 및 환각물질 흡입 등 아동청소년 중 우울증과 자살위험도를 조기에 발견하여 적절한 치료 및 상담을 제공함.
정신건강증진 및 우울증 예방	일반국민의 스트레스 관리능력을 높이고, 위험요인인 우울증을 예방, 조기발견 및 조기 치료하여 자살을 예방함.
전화 및 인터넷 예방체계 구축	전화 및 인터넷 상담체계 구축을 통해 자살을 예방하고, 자살위험자를 조기 발견하여 지속적 관리를 유도함
자살 위험자 조기발견 및 치료	자살위험요인을 갖고 있는 자살 위험자를 조기 발견하여 필요한 정신보건의료 서비스를 받도록 함으로써 자살을 직접적으로 예방
자살 시도자 치료 및 사후관리	자살고위험군에게 적극적인 치료와 사례관리를 제공하여 자살을 예방함.
자살 감시체계 구축	자살 발생현황을 모니터링하고, 고위험군을 파악하며, 자살예방사업의 기획 및 평가에 활용하고자 함
교육훈련	자살 위험자 조기발견을 위한 의료기관, 학교 등의 인력과 정신보건센터 등 자살위험자 상담인력에 대한 교육훈련 실시
자살예방에 대한 연구지원	자살관련 통계의 생산, 자살예방정책 및 프로그램 개발, 자살원인모델 규명연구 등을 지원하여 자살예방사업의 학문적, 통계적 토대 구축

자료: 보건복지부, 자살예방대책 5개년 계획, 2005.

2008년에 수립된 제 2차 자살예방 종합대책은 자살예방대책 5개년 사업을 평가하고 지금까지 실시된 추진전략과 방법의 한계점을 보완·발전시켜 범정부적 종합대책을 수립한다는 취지하에 수립되었다. “자살 위험 없는 안전한 공동체 구현”의 비전 아래 2013년까지 자살사망률을 인구 10만 명당 20명으로 감소시키는 것을 최종목표를 설정하고 있다. 세부 추진 전략은 사전 예방적·능동적 접근과 지속가능한 정책을 통해 자살률을 감소시키고 개인의 정신보건분야와 사회 환경적 접근에 대한 예방적 접근의 중요성을 강조하며 자살예방에 대한 거버넌스, 법제도 등 체계 확립을 구체화하고 사회단체, 종교계, 언론계 등 시민사회와 정부가 협력 등의 내용이 포함되어 있다.

〈표 2-14〉 자살예방 주요내용(정부 관계부처 회의자료, 2007)

구 분	내 용
생명존중 문화 조성	<ul style="list-style-type: none"> ● 생명존중 및 자살예방 공익광고 제작·반영 ● 세계자살예방의 날 행사 개최 ● 생명존중 국민수칙 등 홍보물 제작 배포 등
언론의 자살보도 권고지침 보급 및 모니터링	<ul style="list-style-type: none"> ● 자살보도 권고기준 송부 및 협조요청 ● 생명경시내용 모니터 및 시정권고 등
청소년 정신건강 및 자살예방	<ul style="list-style-type: none"> ● 청소년 정신보건사업 수행기관 확충 ● 청소년 자살예방 매뉴얼 개발 및 보급 등
노인 정신건강증진 및 자살예방	<ul style="list-style-type: none"> ● 노인자살예방 원인 및 대책에 관한 연구 ● 정신건강서비스 전달체계 구축
우울증 및 자살위험자 조기발견 상담 체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> ● 우울증 조기발견 프로그램 운영 ● 정신건강주간 행사 홍보 지원 등 ● 정신의료기관 우울증 무료 상담 ● 자살위험자 및 우울증 환자 조기발견
자살시도자 치료 및 사후관리	<ul style="list-style-type: none"> ● 자살시도자에 대한 건보 적용 등

자료: 국내 자살원인 실태조사 및 자살예방체계 구축에 관한 연구, 건강증진사업지원단, 2008.

그러나 제 2차 자살예방종합대책 역시 기반연구 부족과 범정부적 대책을 뒷받침하기 위한 법적 근거가 갖추어지지 않고 있다. 일본이 지난 2006년 6월에 「자살대책기본법(2006. 6 15)」를 통과시킨 것에 반해 우리나라는 「자살예방 및 생명존중 문화조성을 위한 법률(2008. 9)」, 「자살예방법(2009. 3)」, 「자살예방대책법(2010. 11)」이 발의되었지만 현재까지도 계류 중에 있다.

현재 자살예방을 위하여 활동하고 있는 단체는 전국적으로 소수에 불과하며, 그나마 중앙정부의 지원을 받는 단체는 한국자살예방협회 뿐이며, 나머지 극소수의 단체

가 지방정부의 사회단체보조금을 받아 단체를 운영하고 있는 실정이다. <표 2-15>는 현재 자살예방협회에 대한 정부예산 지원내역으로 최근 3년간 연간 약 5억 원의 비용이 지원된 것으로 나타나고 있다.

<표 2-15> 자살예방협회 정부 예산지원 내역

사 업 내 용		(단위 : 천원)			
		2005	2006	2007	2008
사이버 자살상담 서비스	시스템 재구축 등	60,694	68,824	52,550	56,340
	사이버 상담실 운영				
	전문가 워크숍	-	8,130	7,500	4,460
매스미디어 및 유해사이트 모니터링		17,200	29,817	22,700	39,200
생명존중 정신건강 문화조성	자살예방을 위한 대토론회	-	3,500	4,650	5,700
	홍보매체제작 및 보급	14,000	30,900	33,000	12,100
	자살 및 생명존중문화실태조사	14,980	13,689	11,400	12,200
	청소년생명사랑 지킴이	-	15,140	29,700	30,070
공익광고 제작 및 송출		88,879	330,000	338,500	300,000
자살예방교육 및 대중 강연		4,247	-	4,930	4,930
국내자살원인·실태조사 및 통계품질 개선(연구용역 공모)		-	-	-	(100,000)
총 계		200,000	500,000	500,000	465,000 (100,000)

자료: 보건복지부, 2009.

이렇게 제한된 예산으로는 단계적이고 체계적인 정책을 수립하고 실행해 나가는 것에 어려움이 따를 수밖에 없다. <표 2-16>은 「자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 법률」에서 자살예방대책예산으로 추계하고 있는 예산의 산출 결과로서 이 결과에 따르면 현행 지역정신보건센터의 토대 위에서 광역자살위기 대응팀을 강화하고, 상담 및 치료비용 등을 지원하는 방식을 가정하되, 현행 인건비 및 유사 사업비 등의 수준을 반영하여 비용을 산출한 것으로 제정안 시행으로 인한 예상 소요액은 2009년 73억 원을 비롯하여 5년간 944억 원이다.

〈표 2-16〉 「자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 법률안」 통과 시 소요 예산

(단위 : 백만 원)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	합계
자살실태조사	300	-	-	300	-	600
광역 자살위기 대응팀 설치	4,000	8,392	12,066	12,380	12,689	49,527
상담 및 치료	2,600	5,312	8,176	11,344	14,850	42,282
선별검사 도구 개발·보급	100	100	100	100	100	500
민간단체 등 지원	300	300	300	300	300	1,500
합계	7,300	14,104	20,642	24,424	27,939	94,409

자료: 임두성 외, 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 특별법안, 2008.

<표 2-17>은 UN과 WHO에서 자살예방 정책지침으로 제시하고 있는 가이드라인으로 아래에 제시된 국가는 이 가이드라인에 따라 자살예방 전략을 수립·추진하고 있다. 12개 전략을 살펴보면 자살과 직접적으로 관련이 있는 치명적 수단에 대한 접근성 감소 및 자살시도자 평가관리에 대한 내용도 있고, 간접적으로 자살에 영향을 미칠 수 있는 신체적 질병대책, 직업과 실업대책 등의 대책에 대한 내용도 함께 구성되어 있다.

〈표 2-17〉 국가 자살예방정책 전략 비교

구성 요소	핀란드	뉴질랜드	노르웨이	호주	영국	미국
정신질환의 탐지와 치료대책	+	+	+	+	+	+
치명적 수단에 접근성 감소대책	+	+	+	+	+	+
미디어와 대중교육	+	+	+	+	+	+
학교자살예방 프로그램	+	+	+	+	+	+
정신건강서비스의 접근도 향상	+	+	+	+	+	+
훈련대책	+	+	+	+	+	+
사후예방프로그램	+	+	+	+	+	+
신체적 질병대책	+	-	-	-	-	-
자살시도자의 평가 및 관리	+	+	-	+	+	+
위기개입체계	+	-	+	+	+	-
직업과 실업대책	+	+	+	-	+	-

자료: 하상훈, 한국의 자살예방 대책에 대한 제안, 2006.

주: +는 시행 중을 의미하며, -는 미시행을 의미함.

<표 2-18>에서는 각 국가가 자살 예방 정책을 시행하기 전과 후의 평균자살률과 자살의 추세를 표로 제시한 것이다. 핀란드의 경우 1992년도에 시행하여 5년 뒤의

자살률이 여자 11.8%→11.36%로 남자 47.08%→43.56%로 감소하였고 노르웨이는 여자 7.74%→6.42%로 남자 22.44%→18.12%로 자살률이 감소한 것으로 나타났다. 선진 외국에서는 대부분 자살예방 전략의 계획과 개발을 전담할 기구를 만들어 운영하고 있으며 자살예방을 위해 다양한 수준에서 개인과 지역사회의 개입이 전개되고 있고 민간과 정부 등 각종 관련 기관들의 공동참여가 이루어지고 있다(보건복지부, 2008)

〈표 2-18〉 국가 자살예방 전략과 시행전후 평균자살률과 자살의 추세

구분		5년 전 평균 자살률	5년 후 평균 자살률	평균 자살률 차이 (t-value & p)	5년 전 기율기	5년 후 기율기	기율기 차이 (t-value & p)	예상되는 영향
핀란드 1992 시행	여	11.80	11.36	.76(.117) (=)	.09	-.07	3.67(.011) (↓)	긍정적
	남	47.08	43.56	.13(.066) (=)	1.17	-1.85	11.46(<.001) (↓)	긍정적
노르웨이 1994 시행	여	7.74	6.42	3.35(.010) (↓)	-.41	-.02	-.72(<.001) (↑)	부정적
	남	22.44	18.12	7.14(<.001) (↓)	-.60	-.03	-3.81(.009) (↑)	부정적
호주 1995 시행	여	5.04	5.35	1.12(.296) (=)	-.21	.07	-7.09(<.001) (↑)	부정적
	남	20.35	21.42	-1.35(.214) (=)	-.16	.54	-.98(.365) (=)	중립적
스웨덴 1995 시행	여	9.71	8.24	3.70(.006) (↓)	-.38	-.32	-2.44(.051) (=)	중립적
	남	22.79	20.16	3.78(.005) (↓)	-.76	-.34	-3.81(.009) (↑)	부정적

자료: 제 2차 자살예방종합대책, 보건복지부, 2008.

나. 우리나라 자살예방사업 현황

국내에서 활동하고 있는 주요 자살예방기관은 한국자살예방협회, 서울광역센터 위기관리팀, 수원시 자살예방센터, 생명의 전화, 지역정신보건센터 등이 있으며, 각 기관은 설립배경 및 성격에 따라 특성화 된 사업을 진행하고 있다.

1974년에 우리나라에 도입이 생명의 전화는 전화 상담을 통한 상담부터 현장출동 및 임시보호 등 적극적인 형태의 자살예방활동까지 자원봉사자를 활용한 사업을 수행하고 있다. 특히 ‘생명사랑 밤길걷기 캠페인’은 미국의 비영리 자살예방단체인

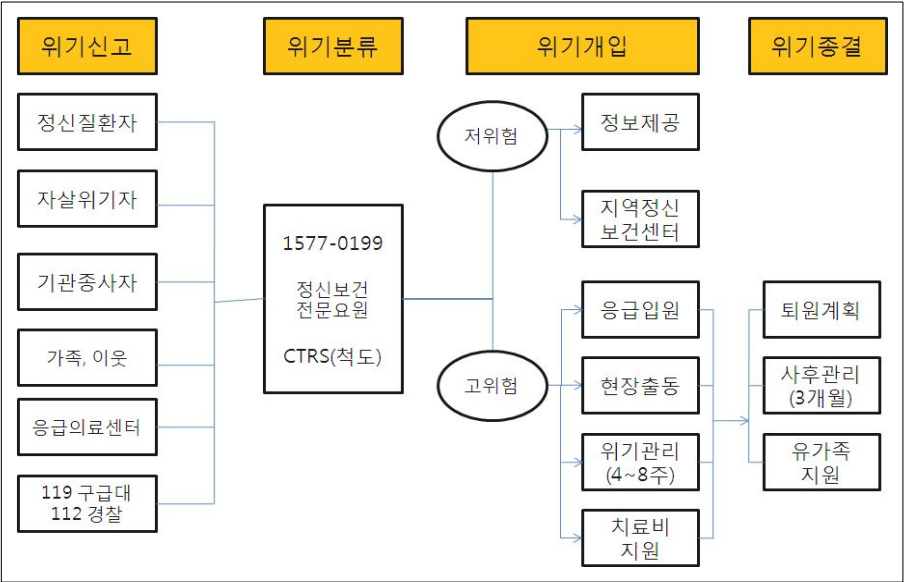
American Foundation for Suicide(AFS)에서 주최하는 “The Out of the Darkness Overnight”¹⁾을 벤치마킹하여 운영하는 행사로서 서울을 중심으로 전국의 몇몇 자치도시에서 벌어지는 가장 큰 자살예방행사이다. 2002년에는 수원시가 WHO로부터 63번째 세계 안전 도시로 공인 받고 수원시자살예방센터에서 24시간 전화 상담을 개시하였으며 현재는 직접적인 개입형태의 사업들보다는 전화 상담과 청소년 자살예방캠페인 등 지역사회와 자살예방인식개선사업과 청소년과 노인의 자살예방프로그램 개발 등에서 독창적인 사업을 수행하고 있다. 2003년 후반에 자살예방협회가 설립되었고 2004년에 보건복지부의 승인을 받아 우리나라를 대표하는 자살기관으로서 세계자살예방의 날 기념식 및 생명사랑대상 시상식 개최 및 국제 자살예방 학술대회, 자살예방 관련서적 출판 등 점차적으로 활동의 폭을 넓히고 있다. 2005년에는 광역형 정신보건센터가 서울시에 최초로 설치되었는데 ‘정신질환 및 자살위기 관리팀’구성 및 ‘1577-0199 우울증 및 자살위기상담전화’를 24시간 운영하면서 현장출동 서비스를 제공하기 시작하였다. 특히 서울시광역정신보건센터(현 서울시자살예방센터)의 자살위기관리사업은 보건복지부 등 국가의 자살예방사업의 벤치마킹되어 광역형 정신보건센터가 확산되는데 기여하였다. 서울시자살예방센터는 연간 15,000건의 핫라인 상담을 실시하고 있고 24개구의 지역정신보건센터와 유기적인 자살위기관리체계를 공유하여 사회안전망으로서의 기능을 수행하고 있다. 서울시광역정신보건센터가 개설된 이후 2008년에 경기도광역정신보건센터와 인천시광역정신보건센터가 설립되었으며, 보건복지부에서는 향후 전국의 16개 도시에 광역형 정신보건센터를 설치하겠다고 밝히고 있어 광역형 정신보건센터를 중심으로 정신보건센터의 자살예방 및 위기관리사업이 추진될 것으로 예상된다. 2009년도 들어서 우리나라의 자살문제의 핵심 고리가 노인자살예방에 있다는 공통된 인식아래 ‘노인 종합상담센터(경기도)’, ‘서울시노인자살예방센터(서대문구)’를 설치하여 독거노인 등 자살 고위험군에 대한 방문 및 모니터링 서비스를 운영하고 있다(전준희, 2010).

[그림 2-4] 는 서울시 광역 정신보건센터 위기관리서비스 체계도로서 위기발생과 위기개입서비스가 제공되고 종결된 이후에는 사후 이를 연계하고 관리할 수 있는

1) 일반시민 및 자살 유가족들과 다양한 문제로 자살을 생각하는 많은 사람들이 과거와 현재의 아픔을 극복하기 위해 20마일을 함께 걸으면서 삶의 소중함을 생각하는 행사로 우리나라에서는 현재까지 3회째 운영되고 있다.

지속적인 서비스 인프라가 부재하고 있음을 알 수 있다.

[그림 2-4] 서울시 광역 정신보건센터 위기관리서비스 체계도



자료: 전준희, 자살예방을 위한 지역사회 실천방안, 2010.

우리나라의 자살예방사업은 크게 예방사업(Prevention)과 개입사업(Intervention), 사후관리사업(Postvention)으로 구분하여 설명할 수 있다. 예방사업은 캠페인, 홍보물 제작 보급과 같은 인식개선 사업과 전문가 양성, 청소년 교육 등의 교육사업, 법률 제정 및 제도 개선 등의 정책개발사업, 지역연계 사업 등이 포함된다. 특히 정책 개발사업은 한국자살예방협회가 적극적으로 참여하고 있으며, 경찰, 119 구급대 네트워크 구축 등의 활동은 지역 내 네트워크 관리가 용이한 광역형 정신보건센터를 중심으로 구축되어 있다. 개입사업은 현장출동, 위기관리, 장기 사례관리, 보호실 운영 등의 직접 서비스 사업과 24시간 전화상담 및 사이버 상담인 핫라인 사업으로 구성되어 있다. 그러나 직접서비스의 응급출동과 위기관리 사업의 경우 광역형 정신보건센터와 생명의 전화 일부지역에서만 이루어지고 있으며, 위기관리 이후 사례관리 서비스는 실제로 이루어지는 기관이 없는 것으로 나타났다. 사후관리사업은 자살 유가족(survivor)에 대한 서비스가 중심이며, 기타사업은 학술대회, 세미나, 프로그램 연구, 실태조사, 출판 등의 사업이 수행되고 있다(전준희, 2010).

〈표 2-19〉 자살예방기관의 서비스 내용

영역	사업명	세부내용	생명의 전화	자살 예방협회	광역형 센터	수원자살예방 센터
예 방	홍보 (인식개선)	캠페인/행사	○	○	○	○
		홍보매체제작보급	○	○	○	○
	교육	전문가양성교육	○	○	○	○
		청소년교육	○	○	○	○
		일반시민교육	○	○	○	○
	정책개발	법률 제정 및 개정		○		
		제도 개선		○		
	지역연계	유관기관 네트워크	○		○	○
공권력 연계				○		
개 입	직접 서비스	현장출동	○		○	
		위기관리			○	
		장기 사례관리				
		보호실(shelter) 운영				
	핫라인	24시간 전화상담	○		○	
		사이버 상담	○	○	○	○
사후 관리	직접 서비스	사후사례관리				
		유가족 모임	○	○	○	
기타	기타	학술대회/세미나	○	○	○	○
		프로그램연구	○	○	○	○
		실태조사		○	○	
		도서자료출판보급	○	○		

자료: 전준희, 자살예방을 위한 지역사회 실천방안, 2010.

3. 우리나라 자살예방 인프라의 구성

자살예방사업을 위한 자원에는 서비스제공 기관, 자원, 서비스 제공 인력, 전달체계 등이 포함되는데, 이러한 자원이 어떻게 구성되고 얼마나 확보되느냐에 따라 사업의 성패는 달라질 수 있다. 따라서 자살예방정책이 성공적으로 수행되고, 각 사업의 목표의 효과적 달성을 위해서는 무엇보다도 이를 뒷받침해줄 수 있는 자원이 뒷받침되어야 한다. 더불어 현재 가용자원을 정확하게 파악하고 부족한 영역을 보충·지원하는 것도 중요한 부분이 될 것이다.

한국자살예방협회(2009)는 전국의 자살예방서비스 제공기관을 대상으로 자살예방사업의 일반현황, 서비스 활동 실적, 자살예방자원 및 서비스 내용, 자살예방사업 태도 등을 조사하였는데 이 조사에 따르면 458개의 조사기관 중 78개(17.0%)가 실제

자살예방 서비스를 시행한다고 보고하고 있으며 서비스를 시행하지 않는 기관은 380개(83.0%)로 서비스를 시행하지 않은 기관이 서비스를 시행한 기관보다 많은 것으로 나타났다.

〈표 2-20〉 자살예방 활동 기관 현황

구분	전체기관 수 N(%)	활동기관 N(%)	미활동기관 N(%)
사회복지관	236 (51.5)	14 (3.1)	222 (48.5)
노인복지관	79 (17.2)	15 (3.3)	64 (14.0)
노인보호전문기관	10 (2.2)	5 (1.1)	5 (1.1)
아동보호전문기관	11 (2.4)	0 (0.0)	11 (2.4)
청소년상담지원센터	61 (13.3)	7 (1.5)	54 (11.8)
정신보건센터	50 (10.9)	34 (7.4)	16 (3.5)
국공립정신병원	6 (1.3)	1 (0.2)	3 (0.7)
기타상담기관	5 (1.1)	2 (0.4)	3 (0.7)
합계	458 (100.0)	78 (17.0)	380 (83.0)

자료: 자살예방자원 및 서비스 실태 조사, 한국자살예방협회, 2009의 재구성.

<표 2-21>는 자살관련 서비스 유형에 따른 서비스 제공 실적 현황을 서비스 기관별·내용별로 정리한 것이다. 서비스 유형별로는 고위험자 발견 및 조치에 대한 실적이 가장 많았으며, 서비스 제공기관별로는 정신보건센터에서 높은 실적을 보이고 있다. 2005년 대비 2008년의 기관별 서비스 실적 현황을 살펴보면, 국공립정신병원을 제외한 모든 기관에서 실적이 좋아진 것을 알 수 있는데 이는 지속적으로 증가하고 있는 자살률 및 2004년 이후 추진되고 있는 자살예방대책 등 적극적인 자살예방활동 등으로 인해 과거 드러나지 않았던 자살고위험자들을 발견해 낸 결과로 판단된다. 특히 노인복지관의 자살고위험자 발견 및 조치 실적을 보면 2005년에 0건이었던 것이 2008년에 1,104건으로 급격히 증가한 것을 확인할 수 있는데 이를 통해서도 최근 노인자살문제의 심각성을 엿볼 수 있다. 또한 자살예방활동에서 주도적인 역할을 담당해야 할 주체인 국공립정신병원이 단 한 건의 실적도 내지 못했다는 것은 현재 의료 기관을 통한 자살고위험자 및 시도자에 대한 예방활동이 원활히 이루어지고 있지 않음을 반영하는 결과이다.

〈표 2-21〉 기관유형별 서비스 실적 현황(2005-2008)

구분	사회복지관		노인복지관		청소년 상담지원센터		정신보건센터		국공립정신병원		기타상담기관	
	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008
고위험자 발견 및 조치	2	15	0	1,104	11	503	375	1,751	0	0	604	787
자살시도자 발견 및 조치	0	2	0	1	4	139	5	50	0	0	372	1,470
자살시도자 상담 및 치료	0	4	0	1	6	197	7	466	0	0	372	1,470
출동 서비스	0	0	0	2	7	228	35	178	0	0	102	159

자료: 한국자살예방협회, 자살예방자원 및 서비스 실태 조사, 2009의 재구성.

자살예방사업 예산 현황을 살펴보면, 5백만 원 미만이 54.8%로 제일 많았으며 5백만 원~1천만 원 미만이 26.0%, 1천만 원~3천만 원 미만은 9.6% 순으로 나타나, 대부분의 기관이 500만 원 이하의 열악한 재정 상황 속에서 자살사업을 수행하고 있었다. 정신보건센터의 경우 한 해 자살예방사업비가 500만원 미만인 기관이 70%에 이르고 있어 자살관련 사업 실적은 가장 많으면서도 재정적 여건은 가장 열악한 것을 알 수 있다. 실제 500만원 미만의 금액으로 수행할 수 있는 자살예방사업의 수도 극히 제한적일 뿐 아니라 서비스의 질도 저하될 수밖에 없는 점을 고려한다면 재정적 지원의 확충이 시급히 이루어져야 할 것이다.

〈표 2-22〉 기관유형별 자살예방사업 예산 현황

구분	계	5백만 원 미만	5백만 원~천만 원 미만	천만 원~ 3천만 원 미만	3천만 원~ 5천만 원 미만	5천만 원~ 1억 미만	1억 이상
사회복지관	14	5	7	1	1	0	0
노인복지관	15	5	8	1	1	0	0
노인보호전문기관	4	3	0	1	0	0	0
아동보호전문기관	0	0	0	0	0	0	0
청소년상담지원센터	5	4	0	1	0	0	0
정신보건센터	33	23	4	3	1	1	1
국공립정신병원	0	0	0	0	0	0	0
기타상담기관	2	0	0	0	0	1	1

자료: 한국자살예방협회, 자살예방자원 및 서비스 실태 조사, 2009.

자살예방사업을 실시하는 기관들의 자살예방사업 담당 인력을 분석한 결과에 따르면 총 240명이 자살예방사업을 담당하고 있으며 정신보건전문요원이 93명, 사회

복지사가 70명으로 가장 많은 수를 차지하고 있었다. 기관 유형별로는 청소년상담지원센터에서 자살예방사업 담당인력이 6.9명으로 가장 많이 배정되어 있는 것을 알 수 있으며, 기관 당 평균 인력은 3.2명으로 나타났다.

〈표 2-23〉 기관유형별 자살예방사업 담당인력 현황

구분	정신보건전문요원			간호	사회 복지	임상 심리	상담사	기타	기관당 평균인력 M(SD)
	간호	사회 복지	임상 심리						
사회복지관	0	0	0	0	14	0	1	0	1.1(0.3)
노인복지관	0	1	0	1	15	0	0	0	1.1(0.4)
노인보호전문기관	1	0	0	0	11	0	0	0	2.4(2.3)
아동보호전문기관	0	0	0	0	0	0	0	0	0(0.0)
청소년상담지원센터	0	0	0	0	2	17	29	0	6.9(12.5)
정신보건센터	45	42	3	11	24	4	2	0	4.2(3.0)
국립정신병원	0	0	0	6	0	0	0	0	6(0.0)
기타상담기관	0	1	0	0	4	0	1	2	4.0(2.8)
전체	46	44	3	18	70	21	33	2	3.2(4.5)

자료: 한국자살예방협회, 자살예방자원 및 서비스 실태 조사, 2009.

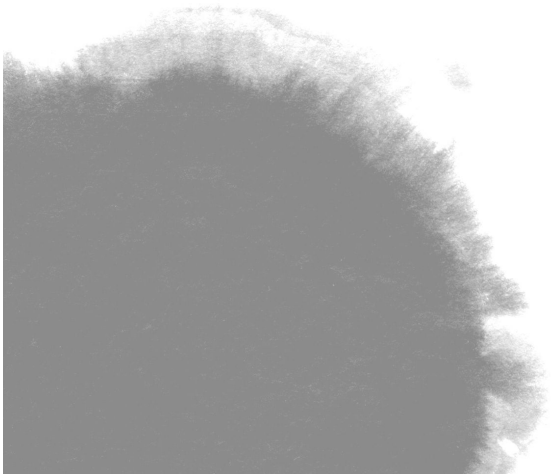
자살예방 서비스 제공시 어려운 점은 담당인력부족으로 인한 곤란이 21.8%로 가장 높았으며, 예산부족이 20.9%, 자살고위험자 참여부족 20.3%, 프로그램 및 서비스 부족 18.0%, 자살예방 지식부족 18.0%의 순으로 조사되었다.

〈표 2-24〉 자살예방 서비스 제공시 어려움

구분	계	자살예방 지식부족	자살고위험 자참여부족	프로그램/ 서비스부족	예산부족	담당인력 부족
전체	239(100.0)	43(18.0)	51(20.3)	43.(18.0)	50(20.9)	33(21.8)

자료: 한국자살예방협회, 자살예방자원 및 서비스 실태 조사, 2009.

의료기관 이용자의 자살요인 실태 분석



제3장 의료기관 이용자의 자살요인 실태 분석

제1절 분석내용 및 목적

이 장은 의료인²⁾과 접촉 빈도가 높은 외래 환자의 자살행위 및 의료인에 대한 도움요청 행태를 구체적으로 조사 분석함으로써 의료인을 통한 자살예방체계 구축의 기초 자료를 제공하는 것을 목적으로 한다. 실태분석은 일반과 및 정신과를 이용하고 있는 의료서비스 이용자를 중심으로 스트레스의 정도, 우울 수준, 자살사고·계획·시도의 경험 여부, 의료인에게 자살관련 상담을 권유받거나 요청한 경험이 있는지에 대한 여부, 자살예방 프로그램 참여 여부 등의 5가지 영역을 파악하는 것으로 구성되어 있다. 각 영역에 대한 구체적인 내용을 살펴보면, 첫째, 스트레스 영역에서는 일반과 및 정신과 이용자가 평소 느끼고 있는 스트레스의 정도를 ‘조금 느낌’, ‘보통’, ‘많이 느낌’의 정도로 구분하여 조사하였으며, 연령대별 스트레스의 정도, 스트레스의 원인 등이 주요 내용이다. 둘째, 조사 대상자의 우울 수준 측정은 CESD(Center for Epidemiological Studies-Depression Scale)-11³⁾을 활용하였으며 총점이 16점 이상이 되면 임상적으로 우울증이 의심되는 것으로 해석하였고(한국복지패널, 2010), 이 분석에서는 스트레스 정도에 따른 우울 수준과 스트레스원인별 우울 수준, 우울증 의심대상자의 비율 등을 분석하였다. 셋째, 자살관련 영역에서는 진료과별 자살사고·계획·시도 경험의 유무, 자살행태에 따른 우울 수준 비교

2) 의료 기관에 종사하고 있는 의사·간호사 등의 치료자를 지칭함.

3) CESD-11은 지난 1주일간의 우울정도를 ‘극히 드물다(0점), 가끔 있었다(1점), 종종 있었다(2점), 대부분 그랬다(3점)’로 측정하고 있으며 점수가 높을수록 우울 수준이 높음을 의미한다. 11개 문항은 ‘식욕이 없음, 비교적 잘 지냈다, 상당히 우울, 모든 일이 힘들게 느껴짐, 잠을 설침, 외로움, 불안 없이 생활, 사람들이 차갑게 대하는 것 같은 느낌, 마음이 슬펐다, 사람들이 나를 싫어하는 것 같은 느낌, 뭐 해 나갈 엄두가 나지 않음’의 내용으로 구성되어 있으며, ‘비교적 잘 지냈다, 불안 없이 생활’ 문항은 역코딩함.

및 우울증 의심 대상자의 비율 등을 분석하였다. 넷째, 의료인에 대한 도움요청행위에서는 정신적 문제가 발생할 경우 의료인에게 도움을 요청하거나 권유 받은 경험의 유무 및 도움을 요청하지 않은 이유에 대해 구체적으로 조사하였다. 마지막으로 자살예방 프로그램 영역에서는 자살예방프로그램에 대한 참여 의사 및 참여시 선호하는 서비스 기관 및 이유에 대해 심층 분석하였다.

제2절 분석대상 및 방법

1. 분석대상

서울시 소재 대학병원 1개(신경과, 내과, 가정의학과, 정신과), 정신과전문병원 1개, 보건소 1개와 경북지역 소재 정신과 전문병원 1개 총 4개 기관에서 외래로 진료 중인 환자를 대상으로 파견된 조사원들이 설문조사를 실시하였다. 일반과 이용자는 243명으로 신경과 17명, 내과 150명, 가정의학과 47명기타 28명이며, 정신과 이용자 94명이다.

<표 3-1>을 보면 일반과·정신과 모두 여성이 각 54.3%로 남성(일반과·정신과 각 45.7%)보다 더 많은 것으로 조사되었다. 연령은 일반과의 경우 60대 이상이 55.5%로 절반 이상을 차지하였고, 정신과는 40대가 24.5%로 가장 높은 비율이었다. 학력은 일반과와 정신과 모두 고등학교 졸업이 가장 많았으며(일반과 32.5%, 정신과 42.6%), 동거인 유무에서는 일반과와 정신과 모두 동거인이 있는 경우(일반과 82.4%, 정신과 81.9%)가 동거인이 없는 경우(일반과 17.6%, 정신과 14.9%)보다 많았다. 혼인상태를 살펴보면 일반과는 기혼자가 66.3%로 가장 높았고 사별 14.8%, 미혼 11.5%, 별거 및 이혼 7.4%의 순이었고 정신과는 미혼이 37.2%로 가장 높았으며 기혼 36.2%, 사별 13.8%, 별거 및 이혼 12.8%의 순이었다. 이는 정신과 외래 환자의 병명⁴⁾ 중 높은 비율을 보이고 있는 정신분열증의 특성과 관련이 있는데 정신분열증이 결혼적령기 이전인 10·20대 초반을 기점으로 발병하는 질병

4) 이 조사에서 정신과 외래 환자의 병명은 기분장애가 40.4%, 정신분열증이 37.2%, 기타 12.8%, 스트레스 8.5%, 알코올 4.3%, 모름 2.1%의 순으로 나타나고 있음.

인 만큼 질병의 특성으로 인해 미혼자의 빈도가 높아진 것으로 분석된다. 이러한 정신분열증의 특성은 직업에서도 유사한 형태로 나타나고 있는데, 일반과 이용자는 55.5%가 60대 이상의 고연령층임에도 불구하고 무직자가 30.3%에 그치는데 반해 정신과 이용자는 60대 이상이 21.3%에 불과하지만 무직자가 전체 40.9%에 이르고 있다. 즉 이른 나이의 발병으로 직업을 가지고 취업상태를 유지하기가 어려운 정신분열증의 특성이 반영된 결과로 해석할 수 있다.

〈표 3-1〉 의료기관 이용자의 일반적 특성

구분	항목	일반과		정신과	
		빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)
성별	남	111	(45.7)	43	(45.7)
	여	132	(54.3)	51	(54.3)
연령	10-19세	1	(0.4)	3	(3.2)
	20-29세	14	(5.8)	11	(11.7)
	30-39세	28	(11.5)	18	(19.1)
	40-49세	23	(9.5)	23	(24.5)
	50-59세	41	(16.9)	19	(20.2)
	60-69세	70	(28.8)	8	(8.5)
	70세 이상	65	(26.7)	12	(12.8)
학력	무학	19	(7.8)	4	(4.3)
	초등학교	49	(20.2)	11	(11.7)
	중학교	36	(14.8)	15	(16.0)
	고등학교	79	(32.5)	40	(42.6)
	대학교 이상	59	(24.3)	24	(25.5)
혼인상태	미혼	28	(11.5)	35	(37.2)
	기혼	161	(66.3)	34	(36.2)
	별거 및 이혼	18	(7.4)	12	(12.8)
	사별	36	(14.8)	13	(13.8)
동거인 유무	유	197	(82.4)	77	(81.9)
	무	42	(17.6)	14	(14.9)
직업	전문직	37	(15.2)	6	(6.5)
	사무직	11	(4.5)	6	(6.5)
	생산직	11	(4.5)	6	(6.5)
	주부	60	(24.7)	25	(26.9)
	무직	73	(30.3)	38	(40.9)
	기타	51	(21.0)	12	(12.9)
종교	불교	66	(27.2)	10	(10.6)
	기독교	68	(28.0)	22	(23.4)
	가톨릭	33	(13.6)	8	(8.5)
	없음	75	(30.9)	54	(57.4)
	기타	1	(0.4)	0	(0.0)

2. 분석방법

가. 조사 기간

2010년 11월 8일부터 12일까지 4개의 의료 기관에 조사원들을 파견하여 설문지를 배포하고 회수하였다.

나. 분석 방법

SPSS 12.0 통계 프로그램을 사용하여, 빈도분석, 교차분석, 평균 비교 등을 시행하여 심층 분석하였다.

제3절 조사 분석 결과

1. 의료기관 이용자의 정신건강수준 및 의료이용 현황

가. 일반과 이용자의 정신건강수준 및 의료이용 현황

일반과 이용자 242명을 대상으로 평소 느끼는 스트레스의 정도를 질문한 결과, 보통이라는 응답이 110명(45.5%)으로 가장 많았으며, 조금 받는다는 응답이 83명(34.3%), 많이 받는다고 응답한 경우가 49(20.2%)명으로 나타났다. 스트레스의 정도를 연령별로 비교해보면 50대를 제외한 전 연령층에서 스트레스의 정도가 보통이라고 응답한 비율이 가장 높은 것으로 조사되었다. 50대의 경우 보통 20명(48.8%) > 많이 받음 12명(29.3%) > 조금 받음 9명(22.0%)의 순이었으며, 나머지 모든 연령층은 보통 > 조금 받음 > 많이 받음의 순이었다.

〈표 3-2〉 연령별 스트레스 정도 비교

(단위: 명, %)

스트레스 정도	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대 이상	전체
조금 받음	-	4(28.6)	8(28.6)	6(26.1)	9(22.0)	31(44.3)	25(38.5)	83(34.3)
보통	1(100.0)	8(57.1)	14(50.0)	12(52.2)	20(48.8)	23(32.9)	32(49.2)	110(45.5)
많이 받음	-	2(14.3)	6(21.4)	5(21.7)	12(29.3)	16(22.9)	8(12.3)	49(20.2)
계	1(100.0)	14(100.0)	28(100.0)	23(100.0)	41(100.0)	70(100.0)	65(100.0)	242(100.0)

일반과 이용자의 스트레스 원인을 성별로 비교한 결과 남성은 직장 생활에서 스트레스를 받는다는 응답자가 24명(30.6%)으로 가장 많았고 현재 앓고 있는 질환 21명(18.9%), 경제적 어려움 20명(18.0%), 가족갈등 16명(14.4%) 순으로 나타났다. 여성은 가족갈등이 43명(32.6%)로 가장 많았으며, 현재질환이 28명(21.2%), 직장생활이 21명(15.9%), 경제적 어려움이 12명(11.4%) 등으로 나타나 성별에 따른 스트레스 원인이 차이가 나타나고 있었다. 특히 남녀 모두에게서 현재 앓고 있는 질환이 스트레스 원인이 된다고 응답한 비율이 높게 나타나고 있어 질환이 스트레스의 주요 원인이 되고 있음을 확인할 수 있다.

〈표 3-3〉 성별에 따른 스트레스 원인 비교

(단위: 명, %)

스트레스 원인	남		여		전체	
	빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)
경제적 어려움	20	(18.0)	15	(11.4)	35	(14.5)
현재 질환	21	(18.9)	28	(21.2)	49	(20.2)
가족 갈등	16	(14.4)	43	(32.6)	59	(24.4)
직장 생활	34	(30.6)	21	(15.9)	55	(22.7)
생활환경 문제	3	(2.7)	2	(1.5)	5	(2.1)
취업 문제	1	(0.9)	4	(3.0)	5	(2.1)
가족의 건강 문제	8	(7.2)	8	(6.1)	16	(6.6)
친구 및 대인관계 문제	3	(2.7)	4	(3.0)	7	(2.9)
기타	5	(4.5)	6	(4.5)	11	(4.5)
계	111	(100.0)	131	(100.0)	242	(100.0)

연령대별 스트레스 원인을 살펴보면, 20대는 직장생활 9명(64.3%), 현재 질환 2명(14.3%)이었으며, 30대는 직장생활 12명(42.9%), 현재 질환, 가족갈등, 취업 문제가 각 4명(14.3%)으로 나타났다. 40대 역시 직장생활로 인한 스트레스가 10명

(43.5%)으로 가장 많았으며, 가족갈등 5명(21.7%), 현재 질환 및 경제적 어려움 이
각 3명(13.0%)였고, 50대는 직장생활 11명(26.8%), 현재 질환 및 경제적 어려움
각 9명(22.0%), 가족갈등 6명(14.6%)의 순으로 조사되었다. 60대 및 70대 이상은
가족갈등 > 현재 질환 > 경제적 어려움 > 가족의 건강문제 순으로 나타나고 있어,
다른 연령층에 비해 현재 질환 및 가족 건강 문제로부터 받는 스트레스의 정도가
더 많음을 할 수 있다.

〈표 3-4〉 연령대별 스트레스 원인

(단위: 명, %)

스트레스	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대 이상	전체
경제적 어려움	-	-	2(7.1)	3(13.0)	9(22.0)	11(15.9)	10(15.4)	35(14.5)
현재 질환	-	2(14.3)	4(14.3)	3(13.0)	9(22.0)	12(17.4)	18(27.7)	48(19.9)
가족 갈등	-	-	4(14.3)	5(21.7)	6(14.6)	24(34.8)	20(30.8)	59(24.5)
직장 생활	-	9(64.3)	12(42.9)	10(43.5)	11(26.8)	9(13.0)	4(6.2)	55(22.8)
생활환경 문제	-	-	-	-	2(4.9)	2(2.9)	1(1.5)	5(2.1)
취업 문제	-	1(7.1)	4(14.3)	-	-	-	-	5(2.1)
가족 건강 문제	-	-	-	2(8.7)	2(4.9)	5(7.2)	7(10.8)	16(6.6)
친구·대인관계 문제	-	-	2(7.1)	-	1(2.4)	4(5.8)	3(4.6)	11(4.6)
기타	1(100.0)	2(14.3)	-	-	1(2.4)	2(2.9)	2(3.1)	7(2.9)
계	1(100.0)	14(100.0)	28(100.0)	23(100.0)	41(100.0)	69(100.0)	65(100.0)	241(100.0)

<표 3-5>는 스트레스 원인별 우울 수준 정도를 비교한 결과로서 경제적 어려움
이 스트레스의 원인이 된다고 응답한 집단에서 가장 높은 우울 수준(9.00)을 보이고
있으며, 현재 질환(8.98), 가족갈등(8.81), 직장생활(6.41) 등의 순으로 나타나고 있
다. 특히 남성의 경우 스트레스의 원인이 현재 질환이라고 응답한 집단(18.3%)에서
가장 높은 우울 수준(9.26)이 나타났으며, 여성은 경제적 어려움이라고 응답한 집단
(10.73)에서 우울 수준(10.73)이 가장 높았다. 또한 남성보다는 여성이 전체적으로
더 높은 우울 수준을 보이고 있었다(남성: 6.35, 여성: 8.72).

〈표 3-5〉 스트레스 원인별 우울 수준 비교

스트레스 이유	남			여			전체		
	우울평균	명	(%)	우울평균	명	(%)	우울평균	명	(%)
경제적 어려움	7.56	18	(17.3)	10.73	15	(11.7)	9.00	33	(14.2)
현재 질환	9.26	19	(18.3)	8.78	27	(21.1)	8.98	46	(19.8)
가족갈등	3.88	16	(15.4)	10.69	42	(32.8)	8.81	58	(25.0)
직장생활	6.84	31	(29.8)	5.75	20	(15.6)	6.41	51	(22.0)
생활환경주거문제	4.67	3	(2.9)	4.00	2	(1.6)	4.40	5	(2.2)
취업문제	3.00	1	(1.0)	6.25	4	(3.1)	5.60	5	(2.2)
가족의 건강문제	4.50	8	(7.7)	8.13	8	(6.3)	6.31	16	(6.9)
친구 및 대인관계	4.33	5	(2.9)	3.00	6	(3.1)	3.57	11	(4.7)
기타	1.60	3	(4.8)	7.33	4	(4.7)	4.73	7	(3.0)
계	6.35	104	(100.0)	8.72	128	(100.0)	7.66	232	(100.0)

나. 정신과 이용자의 정신건강수준 및 의료이용 현황

정신과 이용자 94명의 진단명을 분석한 결과 38명(40.4%)은 기분장애, 30명(31.9%)은 정신분열증, 8명(8.5%)은 스트레스, 4명은 알코올(4.3%) 등으로 치료를 받고 있었다. 남성은 정신분열증이 37.2%로 가장 높았으며 기분장애 27.9%, 알코올 9.3%의 순이었고, 여성은 기분장애가 51.0%로 가장 높았으며, 정신분열증이 31.9%, 스트레스가 8.5%로 나타났다.

〈표 3-6〉 정신과 이용자의 병명

병명	(단위: 명, %)						
	기분장애	스트레스	알코올	정신분열증	모름	기타	계
남	12(27.9)	1(2.3)	4(9.3)	16(37.2)	1(2.3)	9(20.9)	43(100.0)
여	26(51.0)	7(13.7)	0(0.0)	14(27.5)	1(2.0)	3(5.9)	51(100.0)
전체	38(40.4)	8(8.5)	4(4.3)	30(31.9)	2(2.1)	12(12.8)	94(100.0)

정신과에서 진료를 받게 된 경로에 대한 질문에서는 부모 및 형제의 권유가 50명(53.2%)으로 가장 많았고 스스로 판단하여 진료 21명(22.3%), 다른 질환으로 치료 받던 중 담당 의사의 권유로 17명(18.1), 사회복지사 및 주변인의 권유 5명(5.3)의 순으로 나타났다. 연령별 분석에서도 60대를 제외한 전 연령층에서 ‘부모 및 형제의 권유’로 정신과 치료를 받게 된 빈도가 가장 높게 나타나고 있으며, 이는 가족이 정

신과 상담 및 치료에 매우 중요한 역할을 담당하고 있음을 보여주는 결과이다.

〈표 3-7〉 정신과 치료를 받게 된 경로

(단위: 명, %)

치료받게 된 경로	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대 이상	전체
다른 질환으로 치료받던 중 담당 의사의 권유로	-	3(27.3)	2(11.1)	-	5(26.3)	4(50.0)	3(25.0)	17(18.1)
부모 및 형제의 권유	2(66.7)	7(63.6)	8(44.4)	17(73.9)	9(47.4)	2(25.0)	5(41.7)	50(53.2)
친구 및 지인의 권유	-	-	1(5.6)	-	-	-	-	1(1.1)
사회복지사 및 주변인의 권유	-	-	2(11.1)	1(4.3)	-	-	2(16.7)	5(5.3)
스스로 판단하여	1(33.3)	1(9.1)	5(27.8)	5(21.7)	5(26.3)	2(25.0)	2(16.7)	21(22.3)
계	3(100.0)	11(100.0)	18(100.0)	23(100.0)	19(100.0)	8(100.0)	12(100.0)	94(100.0)

2. 의료기관 이용자의 스트레스 및 우울 수준 비교

의료기관 외래 환자가 평소에 느끼는 스트레스 정도 및 우울 수준을 일반과와 정신과로 구분하여 비교 분석하였다.

〈표 3-8〉은 일반과 및 정신과 외래 환자가 평소에 느끼는 스트레스 정도를 비교한 것으로서 일반과는 스트레스의 정도가 보통(45.7%) > 조금 받음(34.2%) > 많이 받음(20.2%)로 나타난 반면, 정신과는 스트레스의 정도가 보통(45.2%) > 많이 받음(43.0%) > 조금 받음(11.8%)의 순으로 나타나 진료과별 스트레스 정도에 차이가 있는 것을 확인할 수 있다. 즉 일반과 환자에 비해 정신과 환자가 평소 느끼는 스트레스의 정도가 더 클 수 있음을 추측해 볼 수 있다.

〈표 3-8〉 일반과 및 정신과 이용자의 스트레스 정도 비교

(단위: 명)

구분	조금 받음	보통	많이 받음	계
정신과	11 (11.8)	42 (45.2)	40 (43.0)	93 (100.0)
일반과	83 (34.2)	110 (45.7)	49 (20.2)	243 (100.0)

주: 이 문항의 응답자에 한함.

의료기관 외래 환자의 우울 수준을 진료과별로 측정한 결과 일반과는 우울수준이

7.66, 정신과는 16.71로 나타나 정신과 외래 환자의 우울 수준이 2배 이상 높게 나타났다. 특히 16점 이상의 우울 수준은 임상학적으로 우울증을 의심할 수 있는 판단 기준이 되기 때문에 정신과 외래 환자의 우울에 보다 많은 관심을 가져야 할 것으로 판단된다.

〈표 3-9〉 일반과 및 정신과 이용자의 우울 수준 비교

구분	빈도(%)	우울평균(SD)
일반과	232 (95.5)	7.66 (6.157)
정신과	87 (92.6)	16.71 (7.180)

주: 이 문항의 응답자에 한함.

<표 3-10>은 스트레스 정도에 따른 집단별 우울 수준을 진료과별로 구분하여 분석한 결과이다. 일반과와 정신과 외래 환자 모두 스트레스 정도가 ‘조금 받음’ → ‘보통’ → ‘많이 받음’으로 갈수록 우울 수준이 높아지고 있다. 일반과의 경우 스트레스 수준이 조금 받음(33.6%)일 때 우울 수준이 3.19로 가장 낮았으며, 보통(46.6%)일 때 7.98로서 조금 받는 집단의 3.19 보다 약 2배가량 증가한 것을 알 수 있다. 또한 많이 받음(19.8%)일 때 우울 수준이 14.46으로 보통일 때의 7.98 보다 약 2배가량 증가한 것을 알 수 있다. 정신과의 경우 스트레스 수준이 조금 받음(11.6%)일 때 우울 수준이 7.10으로 가장 낮았으며, 보통(47.7%)일 때 15.98, 많이 받음(19.8%)일 때 20.14로 스트레스의 정도가 커질수록 우울 수준이 높아지고 있다. 특히 일반과와 정신과 환자의 스트레스 정도가 동일한 수준이더라도 일반과 외래환자보다 정신과 외래 환자에서 더 높은 우울 수준이 나타나고 있는데 스트레스를 조금 받는 집단인 경우 일반과 환자의 우울 수준은 3.19인 반면 정신과 환자의 우울 수준은 7.10으로 2배 이상 높았고, 스트레스 정도가 보통인 집단에서도 일반과 환자의 우울 수준은 7.98인 것에 반해 정신과 환자의 우울 수준은 15.98로 역시 2배 이상 높게 나타났다. 스트레스 정도가 많이 받음 집단에서도 일반과 환자의 우울 수준은 14.46이고, 정신과는 20.14로 나타나 정신과 외래 환자의 우울 수준이 더 높음을 알 수 있다. 일반과와 정신과 외래 환자 모두 스트레스 정도에 따라 구분된 집단 간 차이가 유의미하게 존재하는 것으로 검정되었으며 스트레스를 많이 받는 집단에서 가장 높은 우울 수준을 보이고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-10〉 스트레스 정도에 따른 우울 수준 차이 검정

진료과	스트레스 정도	명(%)	우울평균(SD)		p
일반과 (n=232)	조금 받음	78 (33.6)	3.19 (2.861)	a	83.508***
	보통	108 (46.6)	7.98 (4.832)	b	
	많이 받음	46 (19.8)	14.46 (6.558)	c	
정신과 (n=86)	조금 받음	10 (11.6)	7.10 (6.506)	a	18.557***
	보통	41 (47.7)	15.98 (6.130)	b	
	많이 받음	35 (40.7)	20.14 (5.822)	b	

*** p<.001

우울 수준 측정을 위해 사용된 CESD-11은 총 33점 중 16점 이상인 경우 임상적으로 우울증을 의심할 수 있는 수준이라고 분석한다. 아래의 <표 3-11>은 CESD-11의 분석 기준에 근거하여 진료과별로 스트레스 정도에 따라 우울증 의심 환자의 비율이 어떠한 차이를 보이고 있는지를 제시한 것이다. 일반과의 경우 스트레스 정도가 큰 집단일수록 우울증 의심 환자의 수가 더 많아지는 것으로 나타났는데 이를 구체적으로 살펴보면 스트레스를 조금 받는 집단에서 우울증 의심 환자 수는 0명(0.0%)이었고 스트레스가 보통이라고 응답한 집단은 9명(8.3%), 많이 받는다고 응답한 집단에서는 25명(54.3%)으로 분석되었다. 정신과 외래 환자의 경우는 스트레스를 조금 받는다는 집단에서 1명(10.0%), 보통이라고 응답한 집단에서 23명(51.6%), 많이 받는다고 응답한 집단에서 27명(77.1%)이 발견되었다. 스트레스의 정도가 동일한 수준인 경우를 살펴보면 일반과 외래 환자보다 정신과 외래 환자에서 더 많은 우울증 의심 환자가 발견되고 있다. 스트레스를 조금 받는 집단에서 우울증 의심 환자의 비율은 일반과 0%, 정신과 10%이고, 보통인 집단에서는 일반과 8.3%, 정신과 56.1%까지 높아진다. 스트레스를 많이 받는 집단에서는 일반과 14.7%, 정신과 77.1%로 정신과에서 약 5배 이상 높은 비율을 보이는 것으로 분석되었다. 일반과의 경우 임상적으로 우울증을 의심할 수 있는 16점 이상의 응답자가 전체 응답자의 14.7%(34명)를 차지하고 있고 정신과는 전체 응답자의 59.3%(51명)로 나타나 정신과 외래 환자가 우울증으로 인한 정신적 어려움을 경험하고 있을 가능성이 더 높을 수 있다.

〈표 3-11〉 스트레스 정도별 우울증 의심대상자의 비율

		(단위: 명, %)			
구분		조금 받음	보통	많이 받음	전체
일반과	16점 이하	78 (100.0)	99 (91.7)	21 (45.7)	198 (85.3)
	16점 이상	0 (0.0)	9 (8.3)	25 (54.3)	34 (14.7)
	계	78 (100.0)	108 (100.0)	46 (100.0)	232 (100.0)
정신과	16점 이하	9 (90.0)	18 (43.9)	8 (22.9)	35 (59.3)
	16점 이상	1 (10.0)	23 (56.1)	27 (77.1)	51 (40.7)
	계	10 (100.0)	41 (100.0)	35 (100.0)	86 (100.0)

3 의료인에 대한 도움요청 행태 분석

의료서비스 이용과 관련하여 의료인에게 도움을 요청하거나 정신과 진료를 권유 받은 경험 등에 대한 질문을 실시하였고, 이에 대한 결과를 일반과 및 정신과를 중심으로 분석하였다.

가. 일반과 이용자의 의료인에 대한 도움요청 행태 분석

일반과 외래 환자 223명을 대상으로 우울, 불안, 불면증 등의 정신적 문제로 의료인에게 상담을 요청한 경험이 있는지를 질문한 결과 95명(14.8%)이 경험이 있다고 응답하였으며, 187명(77.0%)이 경험이 없다고 응답하였다. 일반과 외래 환자의 경우 34명(14.7%)이 16점 이상의 우울증 의심대상자로 조사되었고, 실제 의료인에게 정신적 문제로 인한 도움을 요청한 경험이 있다고 응답한 경우가 38명(17.0%)으로 나타나 정신적 문제로 의료인에게 도움을 요청하는 비율이 매우 높은 것을 알 수 있다. 남성은 12.6%, 여성은 18.8%가 의료인에게 도움을 요청한 경험이 있다고 응답하여 남성보다 여성이 의료인에게 도움을 요청하는 비율이 더 높은 것으로 조사되었다.

〈표 3-12〉 정신적 문제로 의료인에게 도움을 요청한 경험 유무

(단위: 명, %)			
구분	유	무	계
남	12 (12.6)	83 (87.4)	95 (100.0)
여	26 (20.3)	102 (79.7)	128 (100.0)
전체	38 (17.0)	187 (83.0)	223 (100.0)

우울, 불안, 불면증 등의 정신적 문제가 발생하였을 때 의료인에게 도움을 요청한 경험이 있다고 응답한 일반과 외래 환자 38명 중 15명(39.5%)이 정신과 의료인에게 도움을 요청한 것으로 조사되어 가장 높은 비율을 보였다. 그밖에도 내과 10명(26.3%), 가정의학과 및 신경과 각 5명(각 13.2%), 외과 1명(2.6%) 등으로 응답하여 일반과 외래 환자가 도움을 요청하는 의료인의 진료과목의 특성이 부분적으로 나타나고 있다.

〈표 3-13〉 정신적 문제로 도움을 요청한 의료인의 진료과

(단위: 명, %)							
구분	내과	외과	신경과	가정의학과	정신과	기타	계
남	3(25.0)	-	-	2(16.7)	6(50.0)	1(8.3)	12(100.0)
여	7(26.9)	1(3.8)	5(19.2)	3(11.5)	9(34.6)	1(3.8)	26(100.0)
전체	10(26.3)	1(2.6)	5(13.2)	5(13.2)	15(39.5)	2(5.3)	38(100.0)

정신과적 문제가 발생하였더라도 의료인에게 상담이나 도움을 요청하지 않은 이유를 분석한 결과 남녀 모두 ‘병원에서 치료 받을 정도가 아니라고 생각해서’의 응답이 각 29명(26.1%), 41명(31.3%)으로 가장 높게 나타났다. 그밖에도 정신과 질환이 아니라고 생각해서 47명(26.0%), 별로 큰 도움이 될 것 같지 않아서 20명(11.0%)등의 이유도 조사되었으며 기타 이유로는 ‘내성적인 성격’, ‘도움을 요청할 기회가 없어서’, ‘차일피일 미루다가’ 등의 응답이 있었다.

〈표 3-14〉 정신적 문제 발생 시 의료인에게 도움을 요청하지 않은 이유

(단위: 명, %)			
도움을 요청하지 않은 이유	남	여	전체
별로 큰 도움이 될 것 같지 않아서	9 (8.1)	11 (8.3)	20 (11.0)
정신적 문제에 대한 편견	5 (4.5)	4 (3.0)	9 (5.0)
병원에서 치료 받을 정도는 아니라서	29 (26.1)	41 (31.1)	70 (38.7)
경제적 부담	3 (2.7)	2 (1.5)	5 (2.8)
정신과 질환이 아니라고 생각해서	19 (17.1)	28 (21.2)	47 (26.0)
기타	13 (11.7)	17 (12.9)	30 (16.6)
계	111 (100.0)	132 (100.0)	181 (100.0)

나. 정신과 이용자의 의료인에 대한 도움요청 행태 분석

정신과 외래 환자 93명을 대상으로 실시한 ‘정신적인 문제가 발생했을 때 정신과 의료인 이외의 일반과 의료인에게 도움을 요청한 경험이 있느냐’는 질문에 전체 24명(25.8%)이 경험이 있다고 응답하였으며, 69명(74.2%)은 경험이 없다고 응답하였다. 성별로는 남성은 13명(31.0%), 여성은 11명(21.6%)이 요청한 경험이 있다고 응답한 것으로 나타났다.

〈표 3-15〉 정신과 문제 발생 시 일반과 의사에게 도움 요청한 경험

(단위: 명, %)				
구분	유		무	
남	13	(31.0)	29	(69.0)
여	11	(21.6)	40	(78.4)
전체	24	(25.8)	69	(74.2)

정신적 문제가 발생하였을 때 일반과 의료인에게 도움을 요청한 경험이 있다고 응답한 정신과 외래 환자 8명(33.3%)이 신경과 의료인에게 도움을 요청하였다고 응답하여 가장 높은 비율을 나타내었고, 내과 6명(25.5%), 가정의학과 1명(4.2%) 등으로 조사되었다. 남성의 경우 외과 1명(7.7%), 가정의학과 1명(7.7%) 등으로 응답하였고, 여성은 이비인후과 1명(9.1%), 피부과 1명(9.1%) 등으로 응답하여 성별에 따른 의료서비스 이용 형태와 의료인에 대한 도움요청 행태 간에 밀접한 관련이 있을 수 있음을 시사하고 있다.

〈표 3-16〉 정신과 문제 발생 시 도움을 요청한 일반과 의료인의 진료과

(단위: 명, %)								
구분	내과	외과	신경과	가정의학과	이비인후과	피부과	기타	계
남	2(15.4)	1(7.7)	5(38.5)	1(7.7)	-	-	4(30.8)	13(100.0)
여	4(36.4)	-	3(27.3)	-	1(9.1)	1(9.1)	2(18.2)	11(100.0)
전체	6(25.0)	1(4.2)	8(33.3)	1(4.2)	1(4.2)	1(4.2)	6(25.0)	24(100.0)

정신과 외래 환자는 일반과 의료인에게 도움을 요청하지 않은 이유로 내 병을 이해하지 못할 것 같아서라고 응답한 수가 35명(53.8%)으로 가장 많았으며 이는 일

반과 의료인이 정신과적 질환을 이해하거나 전문적인 도움을 제공하는 것에 한계가 있을 것이라고 판단하고 이에 도움을 요청하지 않는 것이라고 추측할 수 있다. 그밖에도 병이 아니라고 생각해서 9명(13.8%), 정신과에 대한 편견 8명(12.3%), 사생활이 노출되는 것이 싫어서 5명(7.7%) 등의 응답이 조사되었다.

〈표 3-17〉 일반과 의사에게 도움을 요청하지 않은 이유

도움을 요청하지 않은 이유	(단위: 명, %)		
	남	여	전체
내 병을 이해하지 못할 것 같아서	13 (50.0)	22 (56.4)	35 (53.8)
정신과에 대한 편견	6 (23.1)	2 (5.1)	8 (12.3)
사생활이 노출되는 것이 싫어서	1 (3.8)	4 (10.3)	5 (7.7)
자존심이 상해서	-	1 (2.6)	1 (1.5)
병이 아니라고 생각해서	3 (11.5)	6 (15.4)	9 (13.8)
심각한 문제가 아니라고 생각해서	1 (3.8)	2 (5.1)	3 (4.6)
기타	2 (7.7)	2 (5.1)	4 (6.2)
계	26 (100.0)	39 (100.0)	65 (100.0)

정신과 외래 환자를 대상으로 실시한 ‘정신과 이외의 다른 질환으로 진료 및 치료를 받던 중 담당 의료인으로부터 정신과 진료 및 상담을 권유 받은 경험이 있는냐’는 질문에서는 전체 응답자의 31명(33.3%)이 경험이 있다고 응답하였으며, 62명(66.7%)은 그러한 경험이 없다고 응답하였다.

특히 정신과 상담을 권유받고 실제로 상담을 받았느냐에 대한 질문에서는 권유를 받은 응답자의 31명 전원이 진료 권유를 수락하고 실제로 정신과 진료를 받은 것으로 조사되어 의료인에게 보이는 치료 순응도가 매우 높음을 알 수 있다.

〈표 3-18〉 일반과 진료 중 담당 의료인으로부터 정신과 진료를 권유 받은 경험

구분	(단위: 명, %)		
	유	무	전체
진료를 권유받은 경험	31 (33.3)	62 (66.7)	93 (100.0)
진료 권유를 수락한 경험	31 (100.0)	-	31 (100.0)

정신과 외래 환자에게 정신과 진료 및 상담을 권유한 일반과 의료인의 진료과를 살펴보면, 내과 11건(35.5%), 신경과 9건(29.0%)의 빈도를 보이고 있다.

〈표 3-19〉 정신과 상담 및 진료를 권유한 일반과 의료인의 진료과

(단위: 명, %)							
구분	내과	외과	신경과	가정의학과	이비인후과	기타	계
남	3(21.4)	1(7.1)	5(35.7)	1(7.1)	-	4(28.6)	14(100.0)
여	8(47.1)	-	4(23.5)	-	1(5.9)	4(23.5)	17(100.0)
전체	11(35.5)	1(3.2)	9(29.0)	1(3.2)	1(3.2)	8(25.8)	31(100.0)

4. 의료기관 이용자의 자살요인 분석 및 현황

일반과 이용자 243명, 정신과 이용자 94명, 총 337명을 대상으로 자살과 관련된 행위와 자살로 인한 의료기관 이용경험, 자살예방프로그램 참여 의향 등에 대한 결과를 진료과별로 비교분석하였다.

〈표 3-20〉에 제시된 자살사고 항목은 지난 1년간 죽고 싶다는 생각을 해본 경험이 있는가에 대한 문항이고, 자살계획은 지금까지 살면서 구체적으로 자살계획을 세워본 경험이 있는가에 대한 문항이며, 자살시도는 지금까지 살면서 실제로 자살시도를 해 본 경험이 있는지에 대한 문항이다. 자살사고 경험에 대한 결과를 살펴보면 일반과 외래 환자는 자살사고 경험이 23.0%에 그치는 반면 정신과 외래 환자는 51.6%로 절반을 넘고 있다. 자살계획에서는 일반과 외래 환자의 경우 13.2%가 구체적으로 자살계획을 세워본 경험이 있다고 응답하였고 정신과 외래 환자는 절반에 가까운 48.4%가 자살계획을 세워본 경험이 있는 것으로 응답하였다. 마지막으로 실제로 자살을 시도해본 경험이 있는가에 대한 질문에서는 일반과 외래 환자의 7.4%가 경험이 있다고 응답하였고, 정신과 외래 환자는 27.2%가 실제로 자살을 시도해본 경험이 있다고 응답하여 진료과별 자살과 관련된 행위에 큰 차이가 있음을 알 수 있다. 즉 일반과에 비해 정신과 외래 환자의 자살사고, 자살계획, 자살시도가 모두 더 높은 비율로 나타나고 있으며 이를 근거로 일반과 외래 환자에 비해 정신과 외래 환자의 자살 위험이 더 크다고 판단할 수 있다.

〈표 3-20〉 자살 사고, 자살 계획, 자살 시도 경험 유무

(단위: 명, %)

구 분		일반과		정신과 ⁴⁾	
자살사고 ¹⁾	유	56	(23.0)	48	(51.6)
	무	187	(77.0)	45	(48.4)
	전체	243	(100.0)	93	(100.0)
자살계획 ²⁾	유	32	(13.2)	30	(32.3)
	무	211	(86.8)	63	(67.7)
	전체	243	(100.0)	93	(100.0)
자살시도 ³⁾	유	18	(7.4)	25	(27.2)
	무	225	(92.6)	67	(72.8)
	전체	243	(100.0)	93	(100.0)

주: 1) 지난 1년간 죽고 싶다는 생각을 해본 경험이 있는가?

2) 지금까지 살면서 구체적으로 자살계획을 세워본 경험이 있는가?

3) 지금까지 살면서 실제로 자살시도를 해 본 경험이 있는가?

4) 정신과는 무응답 1명을 제외한 후 자살사고·자살계획·자살시도 경험유무를 분석하였음.

일반과 외래 환자와 정신과 외래 환자의 자살관련 태도 및 행동에 따른 우울 수준을 <표 3-21>에서 제시하였다. 우선, 일반과와 정신과 모두 자살사고, 자살계획, 자살시도를 경험한 집단이 경험하지 않은 집단보다 우울 수준이 더 높게 나타나고 있다. 이를 구체적으로 살펴보면, 죽고 싶다는 생각을 해본 경험이 있는 일반과 외래 환자의 우울 수준은 11.42(6.790)였고, 정신과 외래 환자의 우울 수준은 20.44(5.909)로 나타나고 있어, 자살사고에 있어서 정신과 환자의 우울 수준이 더 높은 것으로 확인된다. 또한 실제 자살계획을 세워본 경험이 있는 일반과 환자의 우울 수준이 10.65(6.839)로 나타난 반면 정신과 외래 환자의 우울 수준은 22.36(5.173)으로 나타나 자살계획 경험에 따른 차이 검정에서도 정신과 환자의 우울 수준이 유의미하게 높은 것을 알 수 있다. 마지막으로 자살을 시도한 경험이 있는 일반과 환자의 우울 수준은 12.71(6.743)이었으며, 정신과 외래 환자의 우울 수준은 20.86(6.409)으로 나타나 역시 정신과 외래 환자의 우울 수준이 더 높음을 알 수 있다. 따라서 정신과 외래 환자의 우울 수준이 일반과 외래 환자 보다 더 높고 자살사고 및 자살계획, 자살시도를 경험한 외래 환자가 그렇지 않은 환자보다 더 높은 우울 수준을 보이고 있는 것으로 검정되었다.

아울러 자살사고 및 자살계획, 자살시도에 따라 우울 수준의 정도가 일정한 방향으로 감소하거나 증가하지 않는 것을 확인할 수 있는데, 이는 자살사고 및 자살계획,

자살시도의 형태 차이가 우울과 관련성을 가지기 보다는 실제 자살과 관련된 경험 유무에 따른 차이가 우울과 더 큰 관련성이 있는 것으로 분석할 수 있다.

〈표 3-21〉 자살 사고·계획·시도에 따른 우울 수준 차이 검정

	진료과	유무	명(%)	우울평균(SD)	T
자살사고 (n=319)	일반과	유	55 (23.7)	11.42 (6.790)	5.509*
		무	177 (76.3)	6.49 (5.460)	
	정신과	유	43 (49.4)	20.44 (5.909)	5.560
		무	44 (50.6)	13.70 (6.443)	
자살계획 (n=319)	일반과	유	31 (13.4)	10.65 (6.839)	2.953
		무	201 (86.6)	7.19 (5.930)	
	정신과	유	28 (32.2)	22.36 (5.173)	5.988
		무	59 (67.8)	14.03 (6.427)	
자살시도 (n=318)	일반과	유	17 (7.3)	12.71 (6.743)	3.235
		무	215 (92.7)	7.26 (5.944)	
	정신과	유	22 (25.6)	20.86 (6.409)	3.277
		무	64 (74.4)	15.33 (6.972)	

* p<.1
 주: 이 문항의 응답자에 한함.

자살사고 및 자살계획, 자살시도에 따라 우울증 의심 대상자의 비율이 어떠한 차이를 보이는지 <표 3-22>에 제시하였다. 죽고 싶다는 생각을 해본 경험이 있는 일반과 외래 환자의 경우 총 16명(29.1%)이 우울증 의심 대상자로 분류되었고 정신과 외래 환자는 총 35명(81.4%)이 우울증 의심 대상자로 분류되어 정신과 외래 환자군에서 우울증 의심 대상자가 더 많이 존재하는 것으로 나타났다. 자살계획과 관련한 항목에서는 일반과 외래 환자군에서 발견된 우울증 의심 대상자의 수가 총 10명(32.3%)인 반면 정신과에서는 총 25명(89.3%)이 우울증 의심대상자로 분류되어 일반과에 비해 상대적으로 높은 비율을 보였다. 자살시도 항목에서는 일반과 외래 환자집단에서 총 7(41.2%)이 우울증 의심 대상자로 분류되었으며, 정신과는 19명(86.4%)이 우울증 의심 대상자로 분류되어 자살사고 및 자살계획과 마찬가지로 자살시도에서도 정신과 외래 환자군에서 더 많은 우울증 의심 대상자가 발견되는 것으로 분석되었다.

〈표 3-22〉 자살사고·계획·시도 유무와 우울증 의심대상자의 비율

(단위: 명, %)

구분	일반과			정신과		
	16점 이하	16점 이상	전체	16점 이하	16점 이상	전체
자살 유	39 (70.9)	16 (29.1)	55 (100)	8 (18.6)	35 (81.4)	43 (100)
사고 무	159 (89.8)	18 (10.2)	177 (100)	27 (61.4)	17 (38.6)	44 (100)
자살 유	21 (67.7)	10 (32.3)	31 (100)	3 (10.7)	25 (89.3)	28 (100)
계획 무	177 (88.1)	24 (11.9)	201 (100)	32 (54.2)	27 (45.8)	59 (100)
자살 유	10 (58.8)	7 (41.2)	17 (100)	3 (13.6)	19 (86.4)	22 (100)
시도 무	188 (87.4)	27 (12.6)	215 (100)	31 (48.4)	33 (51.6)	64 (100)

주: 이 결과는 일반과 외래환자 243명, 정신과 외래환자 94명 중 무응답을 제외한 후 분석한 결과임.

자살시도의 경험이 있는 일반과 외래 환자 18명을 대상으로 자살을 시도하게 된 원인을 조사한 결과, 가족 갈등 때문이라고 응답한 비율이 38.9%로 가장 높게 나타났다. 그밖에도 경제적 어려움 28.7%, 현재 질환 및 생활환경 문제 11.1% 등으로 조사되었다. 남성의 경우 경제적 어려움 (42.9%)이 자살시도의 원인이 된다고 응답한 비율이 가장 높았으며, 여성은 가족 갈등(63.6%)이라는 응답이 가장 많았다. 이러한 결과는 성별에 따라 자살을 시도하는 원인이 서로 다를 수 있음을 보여주는 것으로 남성은 경제적인 어려움으로, 여성은 가족 갈등으로 인해 자살이라는 극단적인 선택을 한 것을 알 수 있다. 특히 가족 갈등이 자살시도 원인과 스트레스 원인 모두에서 주된 요인으로 나타나고 있는데 이는 가족이 일차 지지집단으로서 개인의 정신건강에 매우 중요한 부분임을 나타내는 결과로 해석된다.

〈표 3-23〉 일반과 이용자의 자살 시도 원인

(단위: 명, %)

스트레스 원인	남	여	전체
경제적 어려움	3 (42.9)	2 (18.2)	5 (28.7)
현재 질환	2 (28.6)	-	2 (11.1)
가족 갈등	-	7 (63.6)	7 (38.9)
직장 생활	-	-	-
생활환경 문제	1 (14.3)	1 (9.1)	2 (11.1)
취업 문제	-	-	-
가족의 건강 문제	-	-	-
친구 및 대인관계 문제	-	-	-
기타	1 (14.3)	1 (9.1)	2 (11.1)
계	7 (100.0)	11 (100.0)	18 (100.0)

자살시도 경험이 있는 일반과 외래 환자 18명을 대상으로 자살시도로 인해 신체적·정신적 손상을 입고 의료 기관을 방문한 경험이 있느냐는 문항에 8명(44.43%)이 ‘경험이 있다’고 응답하였다. 또한 의료기관 방문 당시, 담당 의료인으로부터 자살과 관련된 정신과 상담을 권유 받은 경험에 있느냐는 질문에 대해서는 8명 중 1명만이 ‘그렇다’고 응답하고 있어 의료기관 내 자살시도자에 대한 지원 및 사후관리가 제대로 이루어지고 있지 않음을 알 수 있다.

특히 자살 시도로 의료 기관을 방문할 당시, 담당 의료인으로부터 정신과 상담을 권유 받은 경험이 있다고 응답한 1인은 실제로 의료인의 권유를 받아들이고 정신과 진료를 받은 것으로 조사되어, 의료인을 통한 자살예방체계 구축의 가능성을 보여주고 있다.

〈표 3-24〉 자살 시도 후 의료기관 방문 경험 및 정신과 진료를 권유 받은 경험 유무

(단위: 명, %)			
구분	유	무	계
의료기관 방문 경험	8 (44.43)	10 (55.6)	18 (100.0)
정신과 진료 권유받은 경험	1 (12.50)	7 (87.5)	8 (100.0)

자살 시도 후 신체적·정신적 손상으로 의료 기관을 방문한 일반과 외래 환자 8명 중 50.0%가 내과를 찾았으며, 25.0%는 응급실, 12.5%는 외과 및 정신과를 찾아 진료를 받은 것으로 조사되었다.

〈표 3-25〉 자살 시도 후 방문한 진료과

(단위: 명, %)					
구분	내과	외과	정신과	응급실	계
	4 (50.0)	1 (12.5)	1 (12.5)	2 (25.0)	8 (100.0)

전체 진료과 환자 337명을 대상으로 평소 이용하는 의료기관의 의료인으로부터 자살예방 프로그램을 소개해 받는다면 참여할 의사가 있느냐는 질문을 실시한 결과 31.2%가 참여할 의사가 있다고 응답하였고, 68.8%가 의사가 없다고 응답하였다. 정신과 외래 환자는 42.6%가 참여할 의사가 있었으며, 일반과 외래 환자는 26.5%가 참여할 의사가 있는 것으로 나타나 정신과 이용자가 스트레스 및 자살예방 프로

그램에 보다 긍정적이고 적극적인 태도를 가지고 있음을 알 수 있다.

〈표 3-26〉 스트레스·자살예방 프로그램 참여 의사

구 분	(단위: 명, %)		
	정신과	일반과	전체
참여의사 있음	40 (42.6)	65 (26.7)	105 (31.2)
참여 의사 없음	54 (57.4)	178 (73.3)	232 (68.8)
계	94 (100.0)	243 (100.0)	337 (100.0)

스트레스 및 자살예방 프로그램에 참여할 의사가 있는 경우 진료 중인 병원의 의사가 소개하는 병원 내 프로그램에 참여하고 싶다는 응답이 일반과와 정신과 모두에서 가장 많았으며(일반과 64.6%, 정신과 69.2%), 일반과는 진료중인 병원의 의사가 소개한 사회복지관 11명(16.9%), 자살예방센터 등 공공기관 6명(9.2%), 진료중인 병원의 의사가 소개한 정신보건센터 5명(7.7%) 순으로 나타났다. 정신과는 진료중인 병원의 의사가 소개한 정신보건센터 10명(25.6%), 자살예방센터 등 공공기관 2명(5.1%)의 순서였다.

〈표 3-27〉 선호하는 자살예방 프로그램 참여 기관

선호 기관	(단위: 명, %)	
	정신과	일반과
진료중인 병원의 의사가 소개한 병원 내 프로그램	27 (69.2)	42 (64.6)
진료중인 병원의 의사가 소개한 다른 의료기관 프로그램	-	1 (1.5)
진료중인 병원의 의사가 소개한 사회복지기관	-	11 (16.9)
진료중인 병원의 의사가 소개한 정신보건센터	10 (25.6)	5 (7.7)
자살예방센터 등 공공기관	2 (5.1)	6 (9.2)
계	39 (100.0)	65 (100.0)

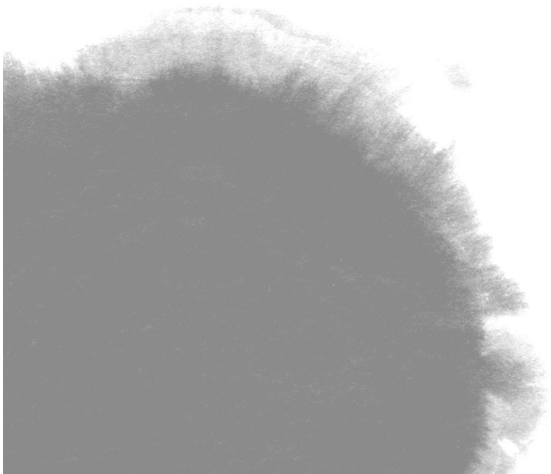
자살예방 프로그램에 참여하고 싶지 않은 이유로 일반과는 별로 도움이 안 될 것 같아서 72명(40.4%)으로 가장 많았으며, 자살예방 프로그램에 대한 편견 28명(15.7%), 사생활이 노출되는 것이 싫어서 16명(9.0%), 자존심이 상해서 9명(5.1%), 의사나 상담 전문가를 믿을 수 없어서 5명(2.8%) 순이었다. 정신과도 별로 도움이 안 될 것 같아서가 13명(24.1%)으로 가장 많았고 사생활이 노출되는 것이 싫어서 3명(5.6%), 자살예방 프로그램에 대한 편견 및 자존심이 상해서가 각 1명(1.9%)의 순으로 나타났다. 정신과와 일반과 모두 자살예방 프로그램이 별로 도움이 될 것 같

지 않아서 참여하고 싶지 않다는 응답이 가장 많았는데, 이를 통해 자살예방 프로그램의 효과성 및 필요성에 대한 적극적인 홍보와 대책이 시급히 마련되어야 할 것으로 사료된다.

〈표 3-28〉 자살예방 프로그램에 참여하고 싶지 않은 이유

이 유	(단위: 명, %)	
	정신과	일반과
자살예방 프로그램에 대한 편견	1 (1.9)	28 (15.7)
별로 도움이 안 될 것 같아서	13 (24.1)	72 (40.4)
의사나 상담 전문가를 믿을 수 없어서	-	5 (2.8)
자존심이 상해서	1 (1.9)	9 (5.1)
사생활이 노출되는 것이 싫어서	3 (5.6)	16 (9.0)
기타	36 (66.7)	48 (27.0)
계	54 (100.0)	179 (100.0)

의료인을 통한 자살예방사업 효과성 분석 및 해외사례



제4장 의료인을 통한 자살예방사업 효과성 분석 및 해외사례

제1 절 자살예방 전략의 개관

일반적으로 사용되는 자살예방사업으로는 자살예방교육과 스크리닝 도구를 이용한 자살예방사업, 약물 및 정신상담 치료, 자살시도 후 사후관리, 자살도구의 사전적 접근 억제, 자살관련 보도 통제, 기타 사업 등이 있다. 자살예방사업 내용 및 그 효과성에 대해 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

1. 자살예방교육(Awareness and education)

자살예방교육은 일반적으로 일반인(General Public), 1차 의료인(Primary Care Physicians), 그리고 게이트키퍼(Gatekeepers)를 대상으로 한 자살예방교육이 있다. 일반인을 대상으로 한 자살예방교육의 목적은 일반인에게 자살의 위험요인 및 자살의 원인을 이해시킴으로써 자살을 예방하는 것이다. 또한 정신질환자와 자살자에 대한 낙인(stigmatization)을 줄이고 자살은 개인의 문제가 아닌 사회적 문제임을 알려 사회적 차원에서 문제를 해결하는 것이다.

대부분의 자살자들은 자살 1달 전에 1차 의료기관을 방문한다(Anderson et al, 2000; Luoma et al, 2002). 또한 자살자의 90% 이상이 정신질환을 가지고 있으며(Bent et al, 1994; Shaffer et al, 1996) 노인의 경우 최고 90%까지 우울증을 경험한다(Shah and De Leo, 1998). 따라서 1차 의료인을 통해 자살 가능성이 있는 자를 사전에 스크리닝(screening)하고 정신질환자에게 적절한 치료를 하여 자살률을

낮출 수 있다. 이러한 맥락에서 1차 의료인에게 의료기관에 방문한자 중 자살 가능성이 있는 사람들을 선별하는 방법을 교육시키는 것은 중요하다.

학교, 교도소, 군대, 청소년 보호시설, 사회복지시설 등에 종사하는 인력, 또는 성직자, 약사, 요양보호사(geriatric caregivers) 등은 잠재적 자살가능성이 높은 취약 집단과 접촉할 수 있는 기회가 많다. 게이트키퍼를 위한 자살예방교육사업(Gatekeeper education)은 이러한 사람들에게 자살행동의 위험성이 있는 대상자를 선별하고 자살 가능성이 높은 자를 적절한 예방시설로 후송하는 방법 등을 교육하는 것이다. 게이트키퍼를 위한 자살예방교육사업은 정신보건사업과 결합하여 자살예방의 효과를 극대화하며, 자살자의 사회적 지지 및 문제해결 능력을 향상시킨다.

2. 자살예방 스크리닝(Screening)

스크리닝은 우울 또는 약물중독과 같은 자살위험 요인을 파악하여 자살 가능성이 있는 자를 선별하고 이들을 치료하는 사업으로 주로 학교, 대학, 1차 의료 기관에서 사용된다. 스크리닝 도구는 사전적 도구로써 자살을 예방한다는 점에서 효과가 크다.

3. 약물 및 정신상담 치료(Treatment Interventions)

우울증은 일반적으로 6~8주의 약물치료로 70% 이상의 호전을 보이는 치료 가능한 질환이다. WHO(2004)는 자살예방의 가장 효과적인 수단으로 우울증의 약물치료를 제시한 바 있다. 그러나 적어도 자살자의 90%는 정신질환을 경험하며 자살자의 80% 이상이 사망 전까지 치료를 받지 못한 것으로 알려져 있다(Lonnqvist et al, 1995; Henriksson et al, 2001). 심지어 자살 시도 후에도 우울증 치료가 제대로 이루어지고 있지 않다고 한다(Oquendo et al, 2002).

일반적으로 특정 정신질환에 있어서 몇몇 치료(제)는 자살행동을 감소시키는 것으로 알려져 있다. 가령, 조울증(bipolar disorder)과 심한 우울증에서는 lithium의 장기치료가(Thies-Flechtner et al, 1996), 정신분열증에서는 clozapine과 olanzapine 치료가 자살행동(자살, 자살시도, 자살생각)을 낮추는 것으로 알려져 있으며(Glick et

al, 2004) SSRIs로 알려진 항우울제 또한 자살률을 낮추는 것으로 알려져 있다 (Isacsson, 2000; Olfson et al, 2003; Ludwig and Marcotte, 2005).

치료의 경우에는 인지행동치료(cognitive behavioural therapy: CBT), 대인관계 정신치료(interpersonal behavioural therapy; IPT), 변증법적해동치료(dialectical behavioural therapy; DBT) 등의 치료법이 자살행동을 감소시키는 것으로 알려져 있다(Beautrais et al, 2007). 따라서 정신질환자의 적절한 치료를 통하여 자살을 예방할 수 있다. 이에 많은 나라들이 우울증 환자를 포함한 정신질환자의 치료를 자살 예방사업으로 채택하고 있다.

4. 자살시도 후 사후관리(Follow-up Care After Suicide Attempts)

우울증을 포함한 정신질환은 만성적이며 재발가능성이 높는데다 치료 순응도가 낮다(Mann et al, 2005). 또한 자살시도자의 자살 재시도 가능성도 높다. 자살시도 후 사후관리는 자살경험이 있는 자 또는 치료를 받고 있는 정신질환자가 치료를 지속적으로 받을 수 있도록 도와주는 사업이며 자살시도자가 사회에 잘 적응할 수 있도록 지지해 주는 사업이다. 실제 사후관리자가 개입했을 때 정신질환자의 치료효과는 높고(Vergouwe et al, 2003) 자살 재발가능성은 낮은 것으로 알려져 있다. 따라서 많은 나라에서 자살시도 후 사후관리를 자살예방사업의 중요한 영역으로 여기고 있다.

노르웨이에서의 자살시도 후 사후관리는 자살시도자들이 병원에서 퇴원한 후에도 네트워크 간 연계(Chain of care)를 통해 지속적으로 치료를 받을 수 있도록 운영되고 있다. 이외 사후관리 차원에서 위급한 상황에서 언제든지 정신과치료를 받을 수 있도록 하는 'Green Card'를 제공하는 나라들도 있다.

5. 자살도구의 사전적 접근 억제(Means Restriction)

자살은 자살도구의 접근을 어렵게 함으로써 예방가능하다. 일반적으로 사용되는 자살도구로는 총기, 살충제, 가정 내 가스, 자동차 배기가스, 진통제 등이 있다.

미국 및 캐나다는 충기사용을 제한하는 법률을 통과시킴으로써, 호주는 진정제(Barbiturates) 구매를 어렵게 하거나 포장형태를 바꿈으로써, 스위스와 영국은 가정 내 맹독성 가스를 천연 가스로 대체함으로써 자살도구의 접근을 어렵게 하고 있다. 러시아와 아일랜드와 같이 알코올 섭취가 높은 나라에서는 알코올 섭취를 제한함으로써 자살을 예방하고 있다.

6. 자살관련 보도 통제(Media)

TV, 인터넷과 같은 대중매체는 자살을 조장할 수도, 자살을 예방할 수도 있기 때문에 대중매체를 통해 자살예방사업을 하는 것은 중요하다. 실제 1987년 오스트리아에서의 대중매체를 이용한 지하철 자살예방 캠페인은 지하철 자살률을 80%까지 감소시킨다고 한다(Etzersdorfer and Sonneck, 1998).

자살관련 보도 통제는 저널리스트나 방송관련 종사자에게 자살예방교육을 함으로써, 자살관련 뉴스나 방송을 할 때 지침을 제공함으로써 가능하다. 또한 인터넷에서의 자살사이트 운영 금지를 통해서도 가능하다. 미국은 미국-에너지 공영 정책 센터(The American and Annenberg Public Policy Center)와 질병관리센터(the Centers for Disease Control and Prevention)에서 자살관련 보도 및 방송 관련 지침서를 작성·배포하여 자살을 예방하고 있다. 우리나라에서도 인터넷상에서의 자살사이트 운영 금지 및 자살관련 보도를 통제함으로써 자살을 예방하고 있다.

7. 기타사업

기타 자살예방사업으로는 자살자의 가족 및 친구들의 정신적 안정 지지사업과 학교를 기반으로 한 자아존중사업(School-based competency promoting and skill enhancing programmes), 위기관리센터 및 위기상담 운영사업(Crisis centers and crisis counselling) 등이 있다.

자살자의 가족 및 친구들의 정신적 안정 지지사업은 봉사활동이나, 자원봉사자에 의한 집단 상담치료, 정신과 의사에 의한 집단 우울증 치료 및 심리치료를 통해 진

행되며 학교를 기반으로 한 자이존중사업은 청소년을 대상으로 자이존중교육과 문제 대처/해결능력 향상교육을 통해 진행된다.

위기관리센터 및 위기상담 운영사업은 전화 상담을 통해 자살을 생각하는 사람들의 자살충동을 억제시키며 이들에게 필요한 사업을 적절히 연계시켜줌으로써 자살을 예방한다.

제2절 의료인을 통한 자살예방사업의 효과성 분석

1. 의료인을 통한 자살예방사업의 효과성

Rutz et al(1989), Takahshi et al(1998), Rihmer et al(2001)에 의하면 1차 의료인에 의한 자살예방교육사업은 실제 자살률을 낮추며 영국에서의 1차 의료인을 통한 자살예방교육사업(Hannaford et al, 1996), 호주에서의 자살예방교육사업(Naismith et al, 2001), 미국에서의 자살예방교육사업(Pignone et al, 2002) 모두 우울증 환자를 선별하고 이들에게 적절한 치료를 제공함에 있어 효과가 있는 것으로 나타났다.

체계적 문헌고찰(Systematic Review)을 통해 자살예방사업의 효과성을 분석한 Mann et al(2005)의 연구에서는 의료인을 대상으로 한 자살예방교육사업과 치명적 자살도구의 사전적 접근 억제사업이 자살예방사업 중 가장 효과적인 사업으로 보고하고 있다(<표 4-1> 참고). 뉴질랜드의 포괄적 자살예방사업의 효과성을 분석한 Beautrais et al(2007) 연구에서도 의료인을 대상으로 한 자살예방교육사업, 자살도구 사전적 접근 억제사업, 문지기 교육사업(Gatekeeper education) 등이 효과적인 자살예방사업으로 나타나 자살예방사업 중 의료인을 통한 자살예방사업이 효과가 크음을 보여준다.

〈표 4-1〉 자살예방사업 개입 후 총 자살 감소율 현황

예방사업	연간 자살 감소율(%)
교육	
- 일반인	-
- 일차의료인	22-73
- 미국 공군	40
노르웨이 군인을 대상으로 한 예방사업	33
항우울제 처방건수 증가*	3.2
네트 간의 연결(Chain of care)†	-
치명적 자살도구의 접근성 억제 사업	
- 총	1.5-9.5
- 가정 내 가스	1-33
- 진정제(Barbiturates)	23
- 자동차 배기가스	-
- 진통제(Analgesics)	-
자살관련 보도 통제(media blackouts) 사업	-

자료: Mann et al(2005)

주: * 1987-1999년 항우울증 처방률 414% 증가

† 자살시도자의 치료 및 자살 재발을 방지하기 위해 병원과 사후관리팀이 연계하여 자살시도자의 재활을 도와 주는 자살예방사업

2. 의료인을 통한 자살예방사업의 체계적 문헌고찰(Systematic Review)

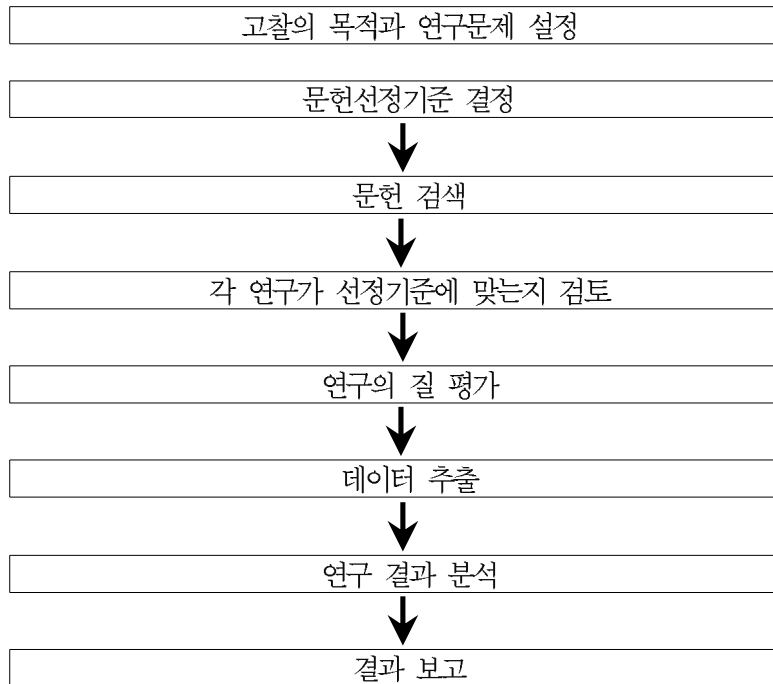
가. 체계적 문헌고찰

기존 문헌고찰의 경우 방대한 문헌의 양과 상반된 연구결과의 혼재로 자료 선택의 편의(bias), 근거가 취약한 연구결과 이용 문제 등으로 문헌고찰상의 신뢰성 문제가 제기되곤 했다.

체계적 문헌고찰이란 근거중심연구(evidence-based practice)의 방법론적 패러다임의 핵심으로 연구 주제에 적합한 정보를 추출하고 개별 연구결과를 통합하여 포괄적이고 신뢰성 있는 정보를 제공하는 방법이다.

체계적 문헌고찰의 일반적인 절차는 1) 고찰의 목적과 연구문제를 설정하고 2) 문헌 선정기준을 결정하고 3) 문헌을 검색한 후 4) 각 연구가 선정기준에 맞는지 검토하고 5) 연구의 질을 평가하며 6) 자료를 추출한 후 7) 추출한 자료를 바탕으로 연구결과를 분석하는 것이다. 이를 도식화하면 <그림 4-1>과 같다.

[그림 4-1] 일반적인 체계적 문헌고찰 절차



본 장에서는 일반적인 체계적 분석 절차에 의해 의료인을 통한 자살예방사업의 효과성을 고찰하였다.

연구 목적은 의료인을 통한 자살예방사업 중 “스크리닝 도구 또는 1차 의료인 자살예방교육”의 효과성 고찰이며 문헌선정기준은 <표 4-2>와 같다. 즉, 문헌선정기준은 국외 논문으로 서신, 사설, 비체계적 문헌고찰 자료는 검색에서 제외하였고 1차 의료 세팅에서의 스크리닝 도구 또는 1차 의료인 자살예방교육의 효과성에 국한하여 문헌을 검색하였다. 문헌검색은 2010년 6월 5일부터 7월 5일까지 하였으며 대표적인 검색엔진인 Pubmed⁵⁾를 이용하여 검색하였다. 논문 발표 기간은 1985년부터 2010년 현재까지로 하였으며 이때 주제어는 suicide & prevention, primary care, screening, monitoring, education로 하였다.

문헌검색 결과 총 18,292편의 논문이 검색되었다. 검색된 문헌 18,292편 중 중복

5) Pubmed는 미국 국립의학도서관(NLM:national Library of Medicine)내의 NCBI(National Center of Biotechnology Information)가 Web을 통하여 생명과학 및 의학 분야 논문을 자유롭게 볼 수 있도록 만든 무료검색엔진이다.

된 문헌은 제외하였고 두 명의 독립적인 검토자가 제목 및 초록을 검토하여 연구 목적에 부합한 논문을 선정하였다. 이 때 두 명의 검토자 모두 합의를 한 논문만을 본 연구에 포함시켰다.

〈표 4-2〉 문헌고찰 포함 기준

요소	포함	제외
DB	Pubmed	나머지
언어	영어	나머지
연구 설계	무작위임상실험, 횡단면 연구, 코호트 연구, case-control study, 체계적 문헌고찰, 메타분석	서신, 사설, 비체계적 문헌고찰
연구표본	screening: primary care treatment: primary or specialty care	screening: community settings and psychiatric settings treatment

검토자에 의해 선별된 논문(근거)의 질 평가는 Oxford Quality Score(2009)를 이용하여 실시하였다. Oxford Centre에서 제시한 근거 수준은 총 10개 수준으로 구분되어 있는데 이 중 1A에 해당하는 무작위임상실험(Randomized Controlled Trial: RCT) 설계 연구가 가장 높은 수준의 근거인 반면 5에 해당하는 bench research(또는 명확한 평가기준 없이 전문가 의견으로 구성된 연구)는 가장 낮은 수준의 근거이다(자세한 근거 수준은 <부록 2> 참고). 질 평가는 한명의 검토자가 먼저 내적 타당성 및 외적 타당성을 검토하고 다른 검토자가 다시 한 번 그 결과를 검토하는 식으로 진행하였다.

평가 결과 총 15개 논문이 선정되었고 분석 대상 15개 논문 중 1B(개별 무작위 임상실험; Individual RCT)에 해당하는 논문은 2편, 2A(코호트 연구를 기반으로 한 체계적 문헌고찰, SR of Cohort Studies)에 해당하는 논문은 4편, 2B(개별 코호트 연구; Individual cohort study)에 해당하는 논문은 7편이었고 4(사례연구; case-series)에 해당하는 논문도 2편이었다(<표 4-3> 참고). 4에 해당하는 2편의 논문은 비록 자료의 질적 수준이 낮으나 연구결과의 시사점이 크다는 점과 최근 연구라는 점에서 본 체계적 문헌고찰에 포함하였다.

나. 체계적 문헌고찰 결과

1) 문헌고찰

체계적 문헌고찰 절차에 의해 선별된 15개 논문 중 스크리닝 도구의 효과성을 본 논문은 6편, 의료인을 대상으로 한 교육의 효과성을 본 연구는 8편, 스크리닝 도구와 의료인을 대상으로 한 교육의 효과성을 동시에 본 논문은 1편이었으며 문헌고찰 결과는 <표 4-3>과 같다.

1차 의료인에 의한 스크리닝 도구의 효과성에 대한 문헌고찰 결과 65세 이상 남성 노인에게 있어 일부 효과가 없었다는 논문[4]를 제외하고는 모든 연구에서 스크리닝 도구가 자살을 예방하는데 있어 효과가 있는 것으로 나타났다. 실제 뉴욕 South Beach Psychiatric Center에 등록된 정신질환자 일부를 무작위 추출한 후 6개월간 월 1회 스크리닝 한 결과 자살위험(자살시도)이 증가하지 않았다고 한다. 이 연구[2]는 스크리닝 시행여부만으로도 자살가능성을 억제시킬 수 있음을 보여준다.

1차 의료 기관을 내원한 환자를 대상으로 스크리닝 도구를 적용한 경우에도 같은 결과를 보였다. 2개의 간략한 질문문항으로 구성된 스크리닝 도구를 의료차트에 삽입하여 진료 시 환자에게 적용하게끔 하여 자살예방 스크리닝 도구의 효과성을 확인한 Wintersteen(2010)의 연구결과 스크리닝 도구 적용 후 자살위험에 대한 문의는 219%증가하였고 스크리닝을 적용하지 않았을 때 보다 평균 4.5배 정도의 자살위험자를 발견할 수 있었다고 한다(A클리닉, OR: 4.99, B클리닉, OR: 4.38, C클리닉, OR: 3.42). 또한 정신과 외래 연계율은 293% 증가하였다고 한다.

같은 맥락에서 1차 의료현장에서 자살위험 스크리닝 도구의 효과를 체계적 문헌고찰을 통해 살펴본 Gaynes et al(2004)[7]의 연구와, 우울 스크리닝 도구에 효과성을 체계적 문헌고찰을 통해 살펴본 Pignone et al(2002)[10]의 연구 모두에서 스크리닝 도구는 자살예방에 있어 효과가 있는 것으로 나타났다. 특히 Pignone et al(2002)[10] 연구에서는 비록 스크리닝 도구의 효과성에 대한 의견이 혼재되어 있으나 메타분석결과 스크리닝 도구는 ‘우울이 지속될 위험’을 13% 감소시키는 것으로 보고하고 있다.

65세 이상 노인을 대상으로 스크리닝 도구의 효과성을 적용한 연구[3, 4, 6]에서도 스크리닝 도구의 효과성이 입증되었다. Oyama et al(2008)[3]의 연구에서는 스크리닝 도구 적용 후 정신과 의사의 추후관리를 받은 경우(자살고위험군) 남자의 자살률은 0.30(0.13~0.68)~0.33(0.14~0.80), 여자의 자살률은 0.33(0.19~0.58)~0.33(0.19~0.60) 낮아졌으며 스크리닝 후 일반의의 추후관리를 받은 경우(자살저위험군) 남자의 자살률은 0.73(0.45~1.18)~0.74(0.45~1.23), 여자의 자살률은 0.36(0.21~0.60)~0.39(0.22~0.66) 낮아져 스크리닝 도구가 효과적임을 보여주고 있다. 그러나 이 경우 스크리닝 도구의 단독 효과가 아닌 전문의 또는 일반의의 추후관리 효과가 동시에 적용되었음을 고려해야 한다.

스크리닝 단계를 2단계로 구분하여 자살위험군을 선별한 후, 이들을 추후관리 한 후 자살률의 변화를 살펴본 Oyama et al(2006)[4]의 연구결과 자살예방 중재 후 여성의 자살 위험률은 70%감소(Incidence Rate Ratio=0.30[CI:0.14-0.67] 한 것으로 나타났다. 이 연구는 자살 스크리닝 적용을 2단계로 구분한 후(1 단계 자가기입식 우울 척도(SDS: Zung's Self-Rating depression Scale)를 이용하여 자살위험군을 선별한 후(간호사에 의해 선별) 사회복지사에 의해 추후관리(예: 예방교육)를 받는 경우, 2 단계 SDS 양성자에 한하여 정신과 의사가 RDC(Research Diagnostic Criteria)를 이용하여 자살 고위험자를 선별한 후 이들에게 적절한 치료를 제공하는 경우) 다양한 인력을 활용하여 자살예방사업을 실시하였다는 점에서 기존 연구와 차별성이 있다.

스크리닝 도구의 효과성과는 달리 1차 의료인을 위한 자살예방교육의 효과성에 대한 의견은 아직까지 상반된다. 실제 의료인을 위한 자살예방교육이 자살을 예방하는데 있어 효과가 없다는 연구[5, 9, 11, 12, 13]가 있는 반면 효과가 있다는 연구[8, 14, 15]도 있다. 브라질에서 1차 의료인을 대상으로 우울예방교육을 실시한 Valentini et al(2004)[5]의 연구에서는 자살예방교육효과는 실제 없는 것으로 나타났다. 또한 우울에 대한 의사의 지식도, 우울 환자 발견 증가도 없는 것으로 나타났다.

또 다른 연구로 우울에 대한 교육적, 조직적 중재에 대한 체계적 문헌고찰 결과[9] 의료인을 대상으로 한 간략한 교육적 전략 및 가이드라인 시행 등은 효과가 없는 것으로 나타났다. 오히려 교육보다는 의료인에 대한 교육, 간호사의 역할 증진

그리고 1차 진료와 2차 진료의 통합적인 치료가 우울예방에 있어 효과가 있는 것으로 나타났다.

109명의 1차 의료인에게 3개월간의 우울예방교육⁶⁾을 실시한 후 예방교육의 효과를 살펴본 Lin et al(2001)[11] 연구결과에서도 교육 1년 후 새로운 우울증 진단, 항우울제의 새로운 처방, 약물치료의 적절성의 정도에서 교육을 받지 않은 집단과 비교하여 유의한 차이를 보이지 않아 해당 교육이 효과가 없는 것으로 나타났다.

같은 맥락에서 1차 의료인을 대상으로 우울예방 교육을 실시한 후 의료인의 태도와 우울증상 발견 변화율을 살펴본 Thompson et al(2000)[12] 연구결과에서도 우울환자 관리에 대한 의사의 태도는 변화하였으나(의료인의 80%가 우울 환자 관리에 대한 태도를 바꿀 것이라 응답하였음) 교육에 의한 의사들의 우울 증상 발견은 유의하게 증가하지 않았으며 교육 6주 및 6개월 후 우울 환자의 결과가 유의하게 향상되지 않아 의료인을 통한 우울예방교육이 효과적이지 않음을 보여주고 있다.

자살 또는 우울예방교육사업이 효과가 없었다는 연구결과와 달리 65세 이상 노인을 대상으로 교육, 스크리닝 및 장기 사후관리 후 자살률의 변화를 살펴본 Oyama et al(2004)[8]의 연구결과에서는 10년 뒤 남자 자살률은 73%, 여자 자살률은 76% 감소함을 보여주고 있다. 그러나 이 연구는 의료인을 통한 교육프로그램에 대한 단독 연구이기보다는 교육과 스크리닝, 사후관리가 통합적으로 이루어졌을 때의 자살률 감소로 교육단독의 효과로는 볼 수 없는 점이 한계이다.

Oyama et al(2004)[8] 연구 외 우울 또는 자살예방프로그램의 효과적임을 입증하는 연구로는 Hannaford et al(1996)[14] 연구와 Rutz et al(1989)[15]의 연구가 있다. 이 중 1차 의료팀 구성원 모두에게 우울의 인식 및 관리에 대한 교육(우울증에 관한 핸드북, 우울 환자 사정을 위한 aide-memoire, HAD(Hospital Anxiety and Depression) scales등으로 구성된 교육 패키지임)을 실시 한 후 우울의 변화정도를 살펴본 Hannaford et al(1996)[14] 연구결과 우울 미진단자 비율이 개입 전

6) 2명의 정신과 의사와 1명의 의사가 2시간동안 교육하는 프로그램으로 2시간 교육 중 마지막 30분은 역할극으로 구성되며 교육 이후 정신과 의사와 1~3회 면담 또는 전화 상담을 하게끔 되어 있는 교육프로그램이다. 교육내용은 1) DSM-IV를 사용한 우울 증상 발견 방법, 2) 신속하게 전문의에게 후송해야 하는 경우의 기준, 3) 약물치료가 필요한 경우와 주의점, 4) 항우울제 약물치료의 알고리즘, 5) 환자의 약물순응도 향상, 6) 환자 활성화에 대한 간이 전략의 시범, 7) 환자 반응과 진행을 사정하기 위한 정기적 추후관리의 중요성이다.

24.1%에서 개입 후 17.1%로 감소하였고 불안 미진단자도 4.5% 감소하여 의료인을 통한 우울예방교육이 효과가 있음을 보여준다. Rutz et al(1989)[15]의 연구에서도 모든 일반의를 대상으로 우울 예방과 치료에 관한 교육 프로그램을 적용한 결과 스웨덴 Gotland 지역 자살률은 인구 10만명당 1983년 25.0명에서, 1984년 14.3명, 1985년 7.1명으로 감소하여 1차 의료인을 통한 우울예방교육이 효과가 있음을 보여준다.

2) 결론

자살예방을 위한 스크리닝 도구, 특히 1차 의료 환경에서 의료인을 통한 자살 또는 우울예방 스크리닝 도구의 효과성은 일관적으로 효과가 있는 것으로 나타났다. 반면, 의료인을 위한 우울 또는 자살예방교육의 효과는 연구에 따라 상반된 결과를 보여 아직까지 그 효과성에 대해 논란이 있음을 보여 준다.

이러한 논란에도 불구하고 본 연구의 체계적 문헌고찰 결과 의료인을 통한 자살 예방교육은 스크리닝 도구, 환자의 사후관리와 연계되었을 때[3, 8] 그 효과가 크며 더 나아가 간호사의 역할 증진, 1차 진료와 2차 진료의 통합적 연계치료[9]에 의해 그 효과가 배가 될 수 있음을 알 수 있었다. 따라서 의료인을 통한 자살(또는 우울) 예방교육은 스크리닝 도구 적용 또는 1차·2차 의료와의 연계 등과 함께 고려되어야 할 것으로 생각된다.

출처	연구유형	수준	인구집단	예방 전략	연구방법	연구결과
						-전문의로의 후송 감소한 1 정신약물학적 처치에 대한
Bruce et al, 2004[6]	RCT	1B	미국, 일차의료 노인환자	일차의료에서의 우울 발견 및 치료	-일차의료 현장에서 노인 우울 을 치료하기 위한 임상적 알 고리즘에 대한 의사 지식 향 상 & 우울 care management	-치료군에서 자살 사고율이 소 -4개월 후 치료군 자살 사고 감소, 대조군 3.0%p 감소 -자살사고 감소가 빠름 (8개 이가 가장 큼. 70.7% vs 4
Gaynes et al, 2004[7]	Systematic review	2A	일차의료 환자	일차의료에서의 우울 스크리닝	-스크리닝 프로그램의 효과성 에 관한 연구는 1개 포함 (Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care, 62개 문항 중 자살 관련 3문항, 의사진 료 전 간호사가 질문, 차트에 기록)	자살 시도 계획자의 발견 -“자살생각”문항: 100% 만 특이도, 5.9% 양성예측도 -“죽고 싶다는 생각” 문항: 도, 93% 특이도, 14% 양 -“자살할 것 같은 느낌” 문 도, 98% 특이도, 30% 양
Oyama et al, 2004[8]	Cohort study(quasi-e xperimental)	2B	일본, 일차의료 노인 환자	일차의료 의사 교육	-1990년부터 실시 -자살 위험, 우울에 관한 교육 워크숍에 노인들 초청 (우울의 증상, 치료, 정신과 서비스 이 용에 관한 정보 제공) -1단계 스크리닝: Self-rating Depression Scale 일본판 적 용 (자가기입 혹은 면접) -2단계 스크리닝: SDS 양성 확인자에게 공중보건 간호사가 정신건강 사정 실시, 필요시	-10년 뒤 장기적 효과 존재 여자 76% 자살 사망률 감

출처	연구유형	수준	인구집단	예방 전략	연구방법	연구결과
					정신과의사 진단 -2단계 양성 확인자는 정신과 의사에게 보내질 지 혹은 4개월 뒤 간호사 면접을 다시 할 지 결정 -최종 결정은 최초 만남 이후 2개월에 내림	
Gilbody et al, 2003[9]	Systematic review	2A	일차의료 환자	일차의료에서의 우울 발견 및 치료	-36개 연구 포함	-효과적 전략: 협동적 치료, 의사의 처방 정보 제공 및 환자 양한 프로그램 내에서의 지침 간호사 사례관리, 협동적 치료 관리사업, 집중적 질 향상 -비효과적 전략: 지침 및 고
Pignone et al, 2002[10]	Systematic review	2A	일차의료 환자	일차의료에서의 우울 스크리닝	-진단, 치료, 결과 측면에서 스크리닝의 효과 연구 체계적 고찰 -메타분석	-우울 지속될 위험을 13%
Lin et al, 2001[11]	Cohort study	2B	미국, 일차의료 의사	일차의료 의사 교육	-2명의 정신과의사와 1명의 일반의가 2시간 교육 실시 -교육내용: 1)DSM-IV를 사용한 우울 증상 발견 방법, 2)신속하게 전문의에게 후송해야 하는 경우의 기준, 3)약물치료가 필요한 경우와 주의점, 4)항우울제 약물치료의 알고리즘, 5)환자의 약물순응도 향상, 6)환자 활성화(? , activation)	-교육 1년 뒤 비교 의사집단 우울 진단 혹은 약물치료에 있어 차이가 없었음.

출처	연구유형	수준	인구집단	예방 전략	연구방법	연구결과
					에 대한 간이 전략의 시범, 7) 환자 반응과 진행을 사정하기 위한 정기적 추후관리의 중요성 -2시간 중 마지막 30분은 역할극 -교육 이후 정신과의사와 1~3회 면담/전화상담	
Thompson et al, 2000[12]	RCT	1B	영국, 일차의료 환자	일차의료에서의 우울 발견 및 치료	-진료팀 교육 -교육의 질에 대해 참여자와 전문가 평가자로부터 평가 -HAD (hospital anxiety and depression) scale로 우울 발견	-80%가 우울 환자 관리에 바뀔 것이라고 함 -교육에 의한 의사들의 우울이 유의하게 증가하지는 않음 -교육 6주 및 6개월 후 우울도가 유의하게 향상되지는 않음
Kelly, 1998[13]	Cohort study(quasi-experimental)	2B	아일랜드, 일차의료 의사	일차의료 의사 교육	-우울에 관한 세미나 개최 (2시간 반 세미나에는 강의와 사례관리 vignette 포함)	-우울에 관한 지식 향상, 그 외에는 효과 없음
Hannaford et al, 1996[14]	Cohort study	2B	영국, 일차의료 의사	일차의료 의사의 교육	-일차의료팀 구성원 모두에 의한 우울의 인식 및 관리에 대한 교육 패키지 "Take Care" (우울증에 관한 핸드북, 우울 환자 사정을 위한 aide-memoire, HAD scales, 리플렛, 비디오, 포스터, 지역별 정신보건간호사 자문 위원 연계 등), 1993년 시작	-우울 미진단자 비율이 개입에서 개입 후 17.1%로 감소 -단자도 4.5%p 감소

출처	연구유형	수준	인구집단	예방 전략	연구방법	연구결과
Rutz et al, 1989[15]	Cohort study	2B	스위스, 일차의료 의사	일차의료 의사 교육	-1893-1894 스웨덴에서는 모 든 일반의를 대상으로 우울 예방과 치료에 관한 교육 프 로그램 도입	-Gotland 지역 자살률 감소 '84 14.3, '85 7.1 -우울 상담이 자살 위험을 낮춤

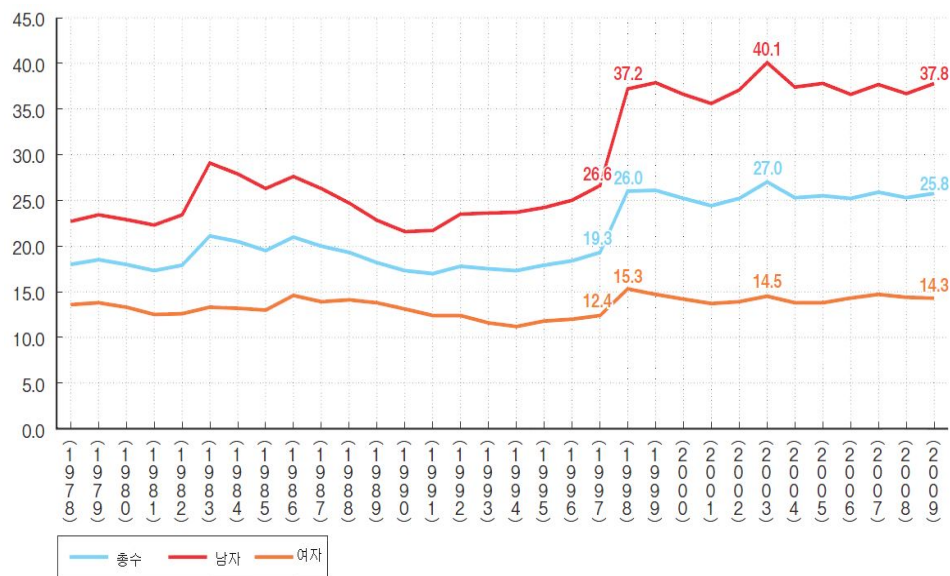
자료: Oxford Centre for Evidence Based Medicine(2009)

주: levels of evidence : 1B, individual RCTs; 2A, systematic review of cohort studies; 2B, individual cohort study, low-quality RCT;
4, case series, poor-quality cohort and case-control studies.

* 우울측정도구, CDS(community-based depression screening)

1) 자살사망을 추이

[그림 4-2] 자살사망률 추이



자료: 경찰청 「자살통계」로부터 내각부 작성 2009.

2) 연령별 자살자 현황

<표 4-4>에 제시되어 있는 연령별 자살자 현황을 보면 10대의 자살자수가 전년대비 46명, -7.5%로 감소하였는데 성별로는 남자보다는 여자의 자살자 수가 더 많이 감소하였다. 그러나 40대에서는 전년대비 291명, 5.9%로 가장 많이 증가하였고 다음으로 60대가 3.9%로 증가하였다. 성별로는 40대에서는 여자가 남자보다 더 많이 증가하였고 60대에서는 여자보다 남자가 더 많이 증가하였다.

〈표 4-4〉 연령별 자살자 현황

(단위: 명)

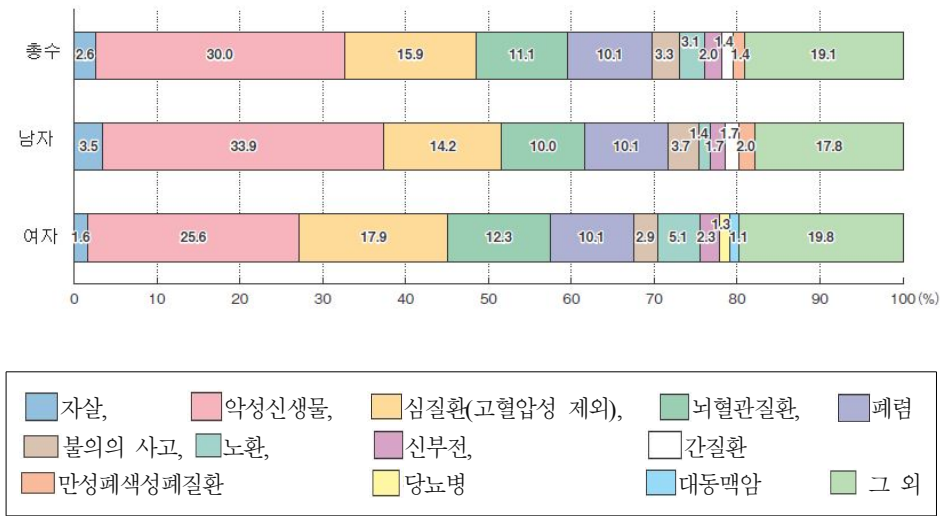
구분		2008년			2009년		
		합계	남자	여자	합계	남자	여자
합계		32,249	22,831	9,418	32,845	23,472	9,373
연령	- 19세	611	381	230	565	358	207
	20세 - 29세	3,438	2,373	1,065	3,470	2,420	1,050
	30세 - 39세	4,850	3,396	1,454	4,794	3,459	1,335
	40세 - 49세	4,970	3,852	1,118	5,261	4,020	1,241
	50세 - 59세	6,363	4,986	1,377	6,491	5,107	1,384
	60세 - 69세	5,735	4,096	1,639	5,958	4,290	1,668
	70세 - 79세	3,697	2,315	1,382	3,671	2,311	1,360
	80세 -	2,361	1,228	1,133	2,405	1,300	1,105
	미상	224	204	20	230	207	23

3) 연령별 자살자 현황

2008년도 주요 사인의 구성 비율을 보면 악성신생물이 30.0%, 심질환이 15.0%로 뇌혈관질환이 11.1%이었고 폐렴이 10.1%, 불의의 사고가 3.3%, 노환이 3.1%로 이었으며 다음으로 자살이 2.6%로 7위를 차지하였다. .

성별로는 남자의 자살이 3.5%로 6위, 여자의 자살이 1.6%로 8위를 차지하였다.

[그림 4-3] 2008년도 주요사인별 구성 비율



4) 직업별 자살자 현황

<표 4-5>에 제시되어 있는 직업별 자살자 현황을 보면 무직자가 18,722명 (57.0%)으로 자살자수의 반수 이상을 차지하고 있으며 피고용자·근무자가 9,159명 (27.9), 자영업·가족종사자가 3,202명(9.7%), 학생이 945(2.9)로 순으로 나타났다.

〈표 4-5〉 2009년도 직업별 자살자 현황

구분	총수	자영업· 가족종사자	피고용자· 근무자	무직		미상
				학생	무직자	
계	32,45	3,202	9,159	945	18,722	817
구성비	100.0%	9.7%	27.9%	2.9%	57.0	2.5%
남자	23,472	2,874	7,749	676	11,455	718
여자	9,373	328	1,410	269	7,267	99

나. 일본의 자살예방전략 수립의 배경

일본의 자살자 수는 1998년에 갑자기 8,000여 명이 증가하여 3만 명을 넘었으며, 2003년 현재 인구 10만 명당 20명 이상으로 구미 선진국과 비교할 때 세계 최고의

자살률 수준을 유지하고 있다. 세대별로 보자면, 아동의 자살이나 20대와 30대를 중심으로 한 ‘인터넷 자살’이 문제가 되고 있으며, 중년의 세대에서는 특히 남성의 자살이 자살 급증의 주원인으로 지목받고 있다. 또한 고령의 세대에 있어서는 이전부터 자살사망률이 높았으며, 특히 고령화, 핵가족화가 진행됨에 따라 건강문제가 더해져 ‘노인에 대한 노인의 개호’ 및 간병 스트레스 등이 풀어야 할 과제로 다가왔다.

그동안 이러한 정황에 대처하기 위하여 일본 정부 차원에서도 노동후생성을 중심으로 조사연구의 추진, 상담체제의 정비, 자살방지를 위한 프로그램의 개발 등 자살 예방대책을 수립하고 추진하여 왔으나 자살자 수는 좀처럼 감소하는 양상을 보이지 않았다. 결국 일본 정부는 2006년 10월에 범정부 차원의 자살종합대책을 추진하게 되었고, 자살의 방지를 피함과 동시에 자살자의 친족 등에 대한 지원책의 충실함을 기하기 위하여 자살대책기본법을 제정하여 시행하게 되었다. 그리고 이 자살대책기본법에 근거하여 정부가 추진해야 할 자살대책의 지침으로써 자살예방대책대강령을 공포하였다.

다. 일본의 자살예방전략

1) 자살대책의 기본인식

(1) 자살은 궁지에 몰린 결과로서의 죽음

자살은 개인의 자유의사나 선택의 결과가 아닌, 여러 가지 근심과 스트레스로 인하여 심리적으로 ‘궁지에 내몰린 결과로서의 죽음’이라고 할 수 있다.

(2) 자살은 예방 가능

심리적으로 고통을 유발하는 여러 요인에 대한, 적절한 우리 사회의 적절한 지역사회에 적합한 자살 예방체계 구축한 개입에 의해서 또한 자살에 이르기 전(前) 단계에 오는 우울병 등의 정신질환에 대한 적절한 치료에 의해서, 많은 수의 자살을 예방할 수 있다고 할 수 있다.

(3) 자살을 생각하는 사람은 괴로움을 숨기고 있으면서도 신호를 보냄

자살을 기도한 사람의 가족이나 직장 동료 등 주위 사람들은, 자살을 예고하는 신호를 감지하는 경우가 많으며, 이러한 국민 한 사람 한 사람의 의식을 자살예방으로 연결해 가는 것이 또 하나의 과제라고 할 수 있다.

2) 자살방지대책의 기본 방침

(1) 사회적인 요인까지 고려하여 종합적으로 대처

자살은 실업, 도산, 다중채무, 장기간노동 등, 사회적 요인을 포함한 다양한 요인과 당사자의 성격 및 성향, 가족 상황, 인생 및 생사관 등이 복잡하게 관계되어 있다. 이러한 이유에서, 자살 예방을 위해서는 사회적 요인에 대한 대응과 함께, 정신건강 문제에 있어서는 개인에 대한 대응과 사회에 대한 대응, 이렇게 양쪽에서 종합적으로 대처하는 것이 필요하다. 요약하면, 사회적 요인에 대한 대처, 우울병의 조기 발견 및 조기치료, 매스미디어의 자발적인 대처에의 기대 등이 필요하다.

(2) 국민 개개인이 자살 예방의 주역이 될 수 있도록 대처

심리적인 문제를 안고서 자살을 생각하는 사람의 경우 전문가와 상담하거나, 정신과 의료를 받는 일이 적지만, 어떠한 식으로든 신호를 보이는 경우가 많다는 점에서, 국민 전체가 주위에 있을 수 있는 자살을 생각하고 있는 사람의 신호를 의식하고 정신과의 등의 전문가와 연계하여 지도를 받으며 그 사람을 지켜볼 수 있도록 하는 것이 중요하다 할 수 있다. 일상에서의 심경의 변화를 알아차릴 수 있는 주위의 가족, 동료의 역할이 큰 것이다. 국민 개개인이 자살예방의 주역이 될 수 있도록, 홍보 활동, 교육활동 등에 힘을 필요가 있다.

(3) 사전예방 및 위기대응 그리고 자살미수자, 유족 등에 대한 사후대응

자살대책은 ①사전예방 : 심신의 건강의 유지 증진에 대한 대책, 자살과 정신질환에 대한 올바른 지식 보급 및 계발 등 자살 위험성이 낮은 단계에서 예방을 도모하고 ②자살발생시 위기대응 : 지금 일어나고 있는 자살 위험에 개입하여 자살을 막

으며, ③사후대응 : 불행히 자살이나 자살미수가 발생한 경우, 가족이나 직장의 동료 등 타인에게 미칠 수 있는 영향을 최소화하여, 또 다른 자살을 막는 것과 같이 단계 별로 효과적인 시책을 강구할 필요가 있다.

(4) 자살을 생각하는 사람을 관계자가 연계하여 포괄적으로 지원

자살은 건강문제, 경제·생활문제, 인간관계 문제 외에, 지역·직장의 양상의 변화 등, 여러 가지 요인과 당사자 본인의 성격 및 성향, 가족상황, 생사관(生死觀) 등이 복잡하게 관계되어 있어, 자살을 생각하는 사람을 지원하고 자살을 막기 위해서 정신 보건적 시점만이 아닌, 사회·경제적인 시점을 포함한 포괄적인 대처가 중요하다고 할 수 있다. 또한, 이러한 포괄적인 대처를 실시하기 위해서 여러 분야의 인 재와 조직이 밀접하게 연계할 필요가 있다. 그리고 이러한 연계를 확보하기 위해서, 국가적 차원에서만이 아닌, 지역적 차원에서, 또 민간단체를 비롯한 다양한 분야의 관계기관 및 단체 간 네트워크를 확립하는 것이 중요하다.

(5) 자살의 실태해명 추진 및 그 성과에 기초한 시책 전개

자살방지대책을 추진함에 있어서 우선, 어떠한 문제가, 어느 정도로 심각한지를 파악한 후, 자살의 실태에 따라 과학적 근거에 기초하여 실시할 필요가 있다. 따라서 이제까지의 조사연구의 성과 및 세계보건기관, 외국의 지견을 토대로, 효과가 있을 것으로 보이는 시책부터 시행에 들어가는 것으로 하고, 이에 병행하여, 실태해명을 위한 조사연구를 진행할 필요가 있다.

(6) 중·장기적 시점에서 계속적으로 추진하기

자살방지대책 시행에 있어 사회적으로 배경이 되는 제도·관행의 재검토 지역사회에 적합한 자살 예방체계 구축 및 상담 지원체제의 정비·및 충실을 꾀함과 동시에, 국민전체에 대한 계발활동을 통하여 올바른 지식을 보급하고, 자살 및 정신질환에 대한 편견을 줄여나가며, 이에 병행하여 정신과의료전체의 개선을 도모해 나갈 필요가 있으나, 즉각적인 효과를 발휘하기는 어렵다 할 수 있다. 외국의 예를 보아도, 자살예방에 즉효성 있는 시책은 없으며, 중장기적인 시점에서 계속적으

로 실시할 필요가 있다.

3) 세대별 자살대책의 방향

(1) 청소년 (30세 미만)

청소년의 정신건강의 유지·"증진 및 양호한 인격형성에의 지원을 수행하는 것이 적절한 자살예방으로 이어진다는 점에서, 아동 학생 및 교직원에 대한 아동 학생의 자살예방에 도움이 되는 교육이나 지식보급·"계발의 실시와 학교에서의 자살 및 자살미수가 발생한 경우의 아동 학생 등의 심리케어를 실시할 필요가 있다.

(2) 중고년 (30세~64세)

심리적, 사회적 스트레스에 대응하기 위한 정신건강가꾸기와 함께 스트레스의 원인이 되는 장기간노동, 실업 등의 사회적 요인에 대한 대처가 중요하다고 할 수 있다. 또한, 스트레스에 의한 우울병이 많은 점에서, 우울병의 조기발견, 조기치료가 중요시된다.

(3) 고령자 (65세 이상)

고령자는, 신체적인 기능저하에 따라 의료 기관을 찾는 기회가 많으므로, 주치의나 단골의사 등의 우울증 질환 진단 기술의 향상, 건강검사 등을 활용한 우울병의 조기발견, 조기치료와 함께 고령자를 위한 삶의 목표, 보람 만들기 대책이 중요하다. 또한 재택 간호자에 대한 지원 충실화도 중요하다 할 수 있다.

4) 자살을 예방하기 위한 당면 중점시책

자살대책기본법 9가지의 기본적 시책에 따라, 아래의 중점시책에 맞추어 지방자치단체에서도 지역의 실정에 맞는 시책을 설정할 필요가 있다.

(1) 자살의 실태를 규명

자살자 및 유족의 프라이버시를 배려하면서, 사회적 요인을 포함한 자살의 실태를 파악하기 위한 조사연구와 함께 자살대책에 관한 정보의 제공을 추진한다. 세부 시책은 아래와 같다.

- 실태규명을 위한 조사의 실시
- 자살예방을 위한 정보제공체제의 충실화
- 자살미수자, 유족 등의 실태 및 지원방법에 대한 조사 추진
- 아동학생의 자살예방에 대한 조사의 추진
- 우울병 등의 정신질환의 병태(病態)해명 및 진단·치료기술의 개발
- 기존자료의 이용 및 활용의 촉진

(2) 국민 개개인의 인식과 관심을 촉구

자신의 주위에 있을 수 있는 자살을 생각하는 이의 존재를 인식하고, 전문가에게 이끌도록 하면서, 계속 지켜보도록 하는 자살대책에 있어서, 국민 개개인의 역할 등에 관한 국민의 이해 촉진을 꾀하기 위해서, 교육활동, 홍보활동 등을 통하여 계발사업을 전개한다. 세부 시책은 아래와 같다.

- 자살예방주간의 설정과 계발사업의 실시
- 아동학생의 자살예방에 힘을 싣는 교육의 실시
- 생애주기별 우울병에 대한 보급계발의 추진

(3) 조기대응에 있어 중심적 역할을 해낼 인재 양성하기

자살의 위험성이 높은 사람의 조기발견, 조기대응을 도모하기 위해, 자살의 위험을 예고하는 ‘신호’를 알아차리고, 적절한 대응을 도모할 수 있도록 ‘게이트키퍼 (Gate-Keeper)’의 역할을 맡을 인재 등을 양성한다. 세부 시책은 아래와 같다.

- 주치의 등에 의한 우울병을 비롯한 정신질환의 진단·치료기술의 향상
- 교직원에 대한 보급계발 등의 실시
- 지역보건 스텝과 산업보건스텝의 자질 향상
- 개호지원전문원 등에 대한 연수의 실시
- 민생위원, 아동위원 등에 대한 연수 실시

- 지역 리더 양성 연수의 충실화
- 사회적 요인에 관련한 상담원의 자질 향상
- 자살자 유가족에 대응하는 공적기관의 직원 자질 향상
- 교육훈련을 위한 자료의 개발 등
- 자살대책종사자에 대한 심리케어 추진

(4) 정신건강을 증진하기

자살의 원인이 되는 여러 스트레스에 대하여, 스트레스요인의 경감, 스트레스에 대한 적절한 대응 등, 정신건강의 유지, 증진을 위한 직장, 지역, 학교에 있어서의 체제정비를 추진한다. 세부 시책은 아래와 같다.

- 직장에 있어서의 정신건강대책의 추진
- 지역에 있어서의 정신건강증진 체제의 정비
- 학교에서 정신건강증진 체제의 정비

(5) 적절한 정신과의를 받을 수 있도록 하기

우울병 환자 등, 자살위험이 높은 사람의 조기발견에 힘쓰고, 확실하게 정신과의료로 이어질 수 있도록 함과 동시에 이들이 적절한 정신과의료를 받을 수 있도록 정신과의료체제를 충실히 한다. 세부 시책은 아래와 같다.

- 정신보건전문요원 양성 및 정신과의료체제의 내실화
- 우울병의 수진율 향상
- 주치의 등의 우울병과 같은 정신질환 진단, 치료기술의 향상
- 어린이의 정신 진료체제의 정비 추진
- 우울병 스크리닝(Screening)의 실시
- 만성질환자 등에 대한 지원

(6) 범사회적 대처에 의한 자살예방

사회적 요인을 포함하는 여러 요인에 의한 자살의 위험성이 높아져 있는 사람에 대해서, 사회적 지원으로서의 손을 내밀어, 자살을 방지한다. 세부 시책은 아래와 같

다.

- 지역적인 상담체제의 내실화
- 다중채무문제를 위한 상담창구의 정비와 Safety Net 용자의 내실화
- 실업자 등에 대한 상담창구의 내실·충실화 등
- 경영자에 대한 상담사업의 실시 등
- 법적문제 해결을 위한 정보제공의 내실·충실화
- 위험한 장소, 약품 등의 규제 등
- 인터넷 상의 자살예고사안 등에 대한 대응
- 보호자를 위한 지원의 내실화
- 따돌림(이지메)에 고통 받는 어린이의 자살 예방
- 보도기관에 대한 세계보건기관의 가이드라인 소개활동

(7) 자살미수자의 차후 자살기도 예방

자살미수자의 자살 재시도를 막기 위해서, 입원 중 및 퇴원후의 심리적인 케어, 자살의 원인이 된 사회적 요인에 대한 대응을 지원한다. 세부 시책은 아래와 같다.

- 구급의료시설에서의 정신과의사에 의한 진료체제 등의 보완
- 가족 등 가까이에 있는 사람의 지킴이 역할을 지원

(8) 자살자의 유족과 지인의 고통 덜어주기

자살 및 자살미수 발생 직후에 유족 및 남겨진 이들에게 오는 심리적 영향을 완화하기 위한 케어를 실시하고, 유족을 위한 자원 봉사 그룹 등의 지역적인 활동을 지원한다. 세부 시책은 아래와 같다.

- 자살자의 유족을 위한 자원봉사 그룹의 운영지원
- 학교, 직장에서의 사후대응의 촉진
- 유족들을 위한 팸플릿의 작성·배부의 촉진
- 자살자에 의해 남겨진 아동에 대한 관리 내실화

(9) 민간단체와의 연계 강화하기

자살대책을 추진하는 데 있어서, 민간단체의 활동은 빠질 수 없다 할 수 있다. 종교인과 유족 등의 지원자들이 자발적으로 참가하고 있는 민간단체의 상담활동 등의 대응이 실제로 많은 자살위기에 놓여있는 사람을 원조 하고 있다. 국가 및 지역차원의 자살대책에 있어서, 이러한 민간단체의 활동을 명확하게 자리매김함으로써 민간단체의 활동을 지원하도록 한다. 세부 시책은 아래와 같다.

- 민간단체의 인재육성에 대한 지원
- 지역 차원의 연계체제 확립
- 민간단체의 전화상담사업에 대한 지원
- 민간단체의 산구적.시행(試行)적인 대응을 지원

5) 자살대책의 수치목표

2016년까지 2005년의 자살사망률의 20% 이상을 감소시키는 것을 목표로 삼는다. 또한, 자살대책의 목적은 한 사람이라도 더 많이 ‘자살을 생각하는 사람’을 구하는 것이며, 가능하다면 조기에 목표를 달성할 수 있도록 노력하는 것이다. 목표가 달성되는 경우 자살종합대책대강령 자체에 대한 평가 기간에 구애받지 않고, 수치목표를 다시 검토할 것이다.

6) 추진체제

(1) 국가적인 차원의 추진체제

본 대강령에 기초한 시책을 종합적이고 효과적으로 추진하기 위해서, 자살 종합대책회의를 중심으로, 내각관방장관 (자살대책을 담당하는 내각부 특명담당대신이 임명되는 경우에는 당해 내각부특명 담당대신으로 한다. 이하동문)의 리더십 하에, 관계행정기관 상호간의 긴밀한 연계, 협력을 도모하고, 시책들 상호간의 충분한 조정을 실시한다. 또한, 동 회의의 사무국인 내각부 차원에서, 관계부처가 수행하는 대책을 지원, 촉진하는 동시에 관계자에 의한 협의의 장을 통하여 지방공공단체 및 자살방지 등에 관련된 활동을 하는 민간단체와도 연계함으로써, 종합적인 자살대책을 실

시해 나간다. 이에 더하여, 남녀공통으로 계획에 참여하여 고령사회, 저출산 사회, 청소년육성, 장애인에 대한 시책 등을, 관련 있는 분야와의 연계도 유의하면서 추진한다.

(2) 지역적 차원의 연계 및 협력의 확보

자살대책은, 가정이나 학교, 직장, 지역 등 사회전반에 깊이 관계되어있으므로, 종합적인 자살대책을 추진하기 위해서 지역의 다양한 관계자 간 연계 및 협력을 확보하고, 지역의 특성에 맞춘 실효성 높은 시책을 추진하는 것이 중요하다.

이를 위해서, 각 행정단위 및 정부령(令)으로 지정한 시(市)에, 다양한 분야의 관계 기관·단체에 의해서 구성되는 자살대책연락협의회 등의 ‘자살대책 검토의 장’ 설치와, 동 협의회로 말미암은 자살대책의 기획 등이 원활히 이루어지도록 적극적으로 임해야 하며, 정보 제공 등의 적절한 지원이 이루어져야한다.

(3) 시책의 평가 및 관리

자살종합대책회의에 의해서 본 대강령에 근거한 시책의 실시상황, 목표의 달성상황 등을 파악하고, 그 효과 등을 평가함과 동시에, 이들을 고려한, 시책의 검토와 개선에도 힘쓰도록 한다. 이를 위해서, 내각관방장관 휘하에 본 대강령에 근거한 시책의 실시상황을 평가하고, 이 결과를 고려한 시책의 재구성 및 개선 등을 검토함에 있어 민간 저명인 및 학자의 의견을 반영시키는 장치를 만들어, 종합적인 자살대책의 추진으로 연결한다.

(4) <자살종합대책대강령>에 대한 재검토 및 평가

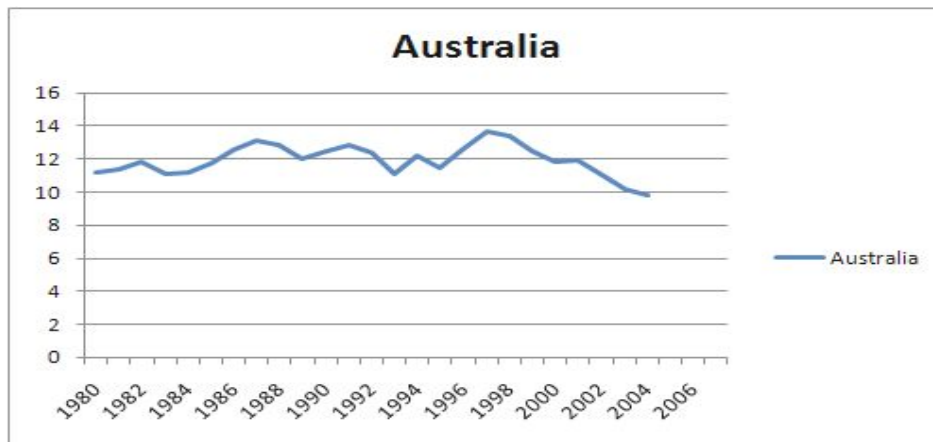
본 대강령을 정부가 추진해야 할 자살대책의 지침으로써의 성격으로 삼고 사회경제정세의 변화, 자살을 둘러싼 제(諸)상황의 변화, 본 대강에 근거한 시책의 추진상황 및 목표달성 상황 등을 고려하여 크게 5년을 기준으로 검토 및 평가를 실시한다.

2. 호주의 사례

가. 호주의 자살 현황

호주는 OECD국가 중 자살률이 상대적으로 낮은 나라이다. 실제 OECD 평균 자살률 11.2명(인구 10만 명당) 보다 낮은 7.5명(인구 10만 명당)의 자살률을 보이며 1985년 이후 증감을 계속하다 1997년 이후 감소추세를 보이는 나라이다.

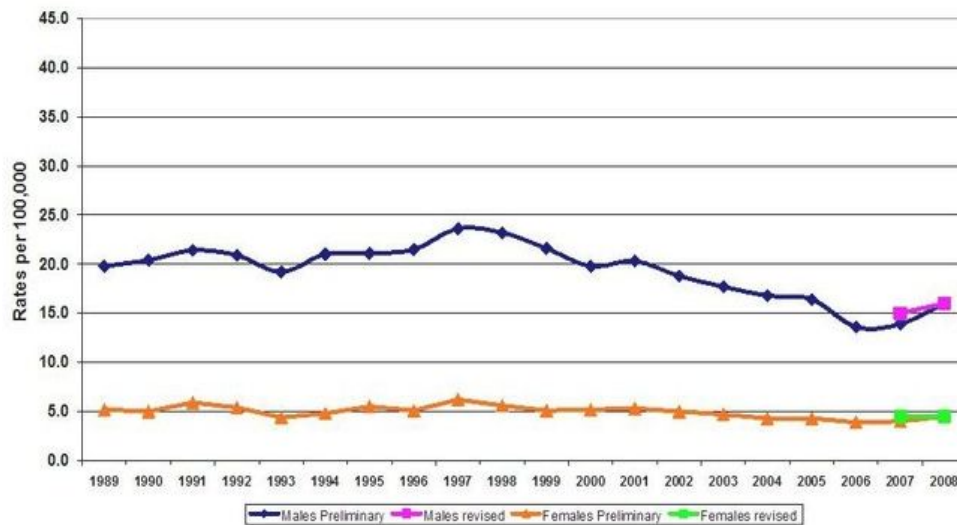
[그림 4-4] 호주의 인구 10만 명당 연도별 자살률 추이 : 1980년~2006년



자료: OECD Health data, 2009

[그림 4-5] 는 호주의 인구 10만 명당 성별 자살률 추이를 보여주는 그래프이다. 남자의 자살률은 여자의 자살률 보다 훨씬 높았으며 여자의 자살률은 인구 10만 명당 5명 선을 유지하는 반면 남자의 자살률은 1989년 인구 10만 명당 20명에서 2006년 14명으로 낮아지는 추세를 보이고 있다. 그러나 남자의 자살률은 2007년을 기점으로 다시 증가하는 추세를 보이고 있다.

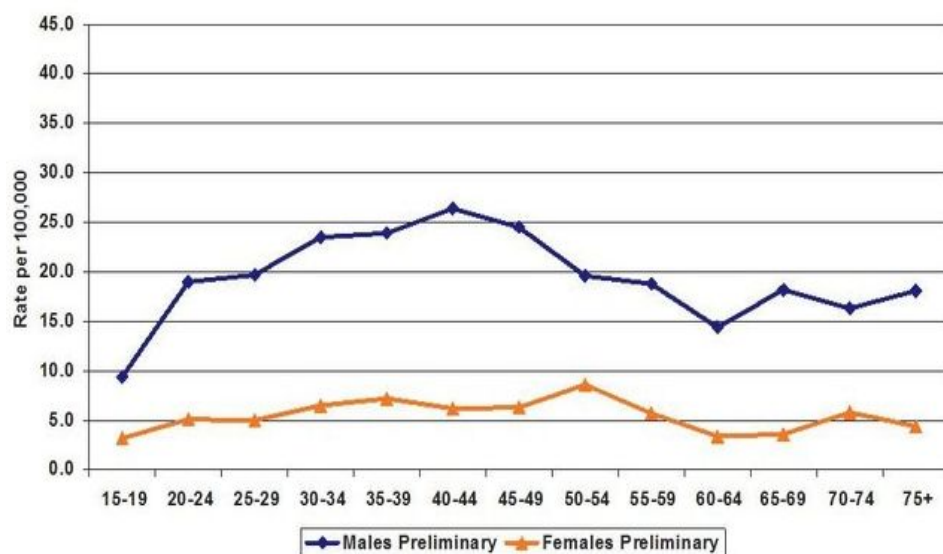
[그림 4-5] 호주의 인구 10명당 성별 자살률 추이 : 1989년~2008년



자료: Source: Developed from 2010 ABS catalogue 3303.0

[그림 4-6] 은 2008년 인구 10만명당 성, 연령별 자살률을 보여주는 그래프이다. 모든 연령집단에서 남자의 자살률이 여자의 자살률보다 높았으며 연령별 자살률 변화폭 또한 남성이 여성보다 컸다. 연령대를 구분하여 살펴보면 남성의 경우 15세-44세 집단에서 자살률은 급격히 증가하다 45세-64세 집단에서 급격히 감소하는 추세를 보였으며 65세 이상 집단에서 다시 증가하는 추세를 보였다. 그러나 65세 이상 자살률의 증가추세는 15세-45세 집단의 자살률 증가추세에 비해 낮았다. 여성의 경우 남성과 달리 45세-54세 집단에서 자살률이 증가하는 경향을 보였으나 전체적인 연령별 자살 경향은 남성과 유사하였다.

[그림 4-6] 호주의 인구 10만 명당 성, 연령별 자살률, 2008년



자료: Source: Developed from 2010 ABS catalogue 3303.0

나. 호주의 자살예방정책

호주는 최초로 국가적 차원에서 자살예방정책을 펼친 나라 중 하나이다.

호주 정부는 1992년 국가건강 및 의학연구위원회(National Health and Medical Research Council)를 통해 모든 연령집단의 포괄적 자살예방 대책의 기초를 마련하기 위해 노력하였고, 1995년 청소년 자살예방을 위한 국가전략(National Youth Suicide Prevention Strategy)을 제시하였다. 실제 연방정부는 1995~1996년 청소년 자살예방사업 예산으로 1천 8백만 달러를 투자하였고 이후 해당 예산은 꾸준히 증가하였다(Australian Government, 2008). 이러한 국가의 자살예방전략은 2000년에 지방거주자, 노인, 약물중독자, 지방 지역사회, 정신질환자, 토착민 등 고위험집단을 포함한 모든 연령집단으로 확대되었고 포괄적인 국가 자살예방정책(National Suicide Prevention Strategy, NSPS)하에 the Living Is For Everyone(LIFE) 사업이 시행되었다(이소정 외, 2009). 이후 2006-2007년 LIFE 사업들을 재정비하여 새롭게 자살예방사업(the LIEF Framework 2007)을 시행하고 있다.

2006~2007년 새롭게 정비된 LIFE(2007)의 특징은 첫째, 개인의 건강, 안녕을

중심으로 취약계층 및 사람들의 다양한 반응 및 대처반응을 고려하였다는 점과 둘째, 새롭게 정비된 LIFE 가이드라인은 모든 언어로 제작되었기 때문에 누구나 손쉽게 볼 수 있다는 점이다. 셋째, 연계되는 시스템 하에서 서로 지지해 줄 수 있는 지역사회안전망(Community-based Safety Nets)에 기반을 두었다는 점과 넷째, 뜻밖의 부정적 사건(adverse events)에 직면하게 되면 사람들은 각기 다른 반응을 보인다는 점. 즉, 항상 동일한 위험신호를 보이는 것이 아니라 때론 위험신호가 보이지 않을 수도 있으며 즉각적인 전문적 치료가 필요함을 고려했다는 점이다.

이러한 특징은 결국 국가차원에서의 자살예방정책이 실효성을 거두기 위해서 지역사회를 기반으로 각 영역 간 체계적 연계체계 구축이 필요하며 자살증후자들의 반응이 확실적이지 않다는 점을 고려하여 대상자에 맞는 적절한 대처가 필요함을 시사해 주고 있다.

<표 4-6>은 LIFE 기본골격상의 자살예방활동을 대상별로 정리한 것이다. <표 4-6>에 의하면 집중그룹별(대상별)로 자살예방 전략(활동)이 다르며 관련자 또한 다를 수 있다. 그러나 기본적으로 국가 자살예방사업은 지역사회와 1차 의료환경을 기반으로 하고 있으며 영역 간 유기적인 연계하에 운영되고 있음을 알 수 있다.

<표 4-6> LIFE 기본골격(framework) 상에서의 자살예방 활동

구분	집중그룹 (Target Groups)	결과	관련자
예방	보편적 중재 (Universal Intervention)	모든 사람에게 적용 -자살수단 접근 제한 -자살예방 미디어 홍보 -자살예방과 관련한 지역사회 교육 제공 -가족, 학교, 지역사회 간 지지 강화	-개인, 가족, 소비자, 치료기관, 다문화기관, 지역사회(local councils), 스포츠 또는 레크리에이션 클럽, 사업장, 대중매체, 교육기관, 정신건강, 자살예방 정보 및 교육 제공자, 서비스 클럽 및 pubs
	선택적 중재 (Selective Intervention)	잠재적 집단 및 지역 -자조(self-help), 사회적 지지를 증진시킬 수 있는 환경, 역량, 강화	-개인, 가족, 소비자, 치료기관, 다문화기관, 지역사회(local councils), 스포츠 또는 레크리에이션 클럽, 사업장, 대중매체, 교육기관, 1차 의료기관(Division of GP), 서비스 클럽 및 pubs
중재	지시적 중재 (Indicated Intervention)	자살 고위험자 -초기 위험 증후(sign)를 인지하고 이러한 증후 및 이로 인한 문제를 해결할	-개인, 가족, 소비자, 치료기관, 다문화기관, 지역사회(local councils), 1차

			수 있는 행동 강화, 역량 강화	의료인(GPs), 경찰, 노인학자, 재활치료사, 응급의료인, 전문의, 스포츠 및 레크리에이션 클럽, 사업장, 교육기관, 서비스 클럽 및 pubs
	증상 확인 (Symptom Identification)	고위험에 노출된 자 및 취약계층에 속한 자	-고위험 증후, 부정적 건강영향을 인지하고 -지지와 치료 제공	-1차 의료인, help line, 경찰, 노인 학자, 재활치료사, 응급의료인, 전문의, 교사, 약사, 사업장내 가족, 친구, 문지기(gatekeepers)
	초기 치료 (Early Treatment)	초기 치료 및 지지가 필요하다고 판단될 경우	-최초의 전문적 치료 제공 -집중적, 통합적 지지 및 치료 제공 -모니터링 및 더 많은 정보 및 치료의 접근성 보장	-1차 의료인, 심리학자, 정신건강전문요(mental health professionals), 원주민 건강도우미(Aboriginal Health Workers), 응급실, 경찰, 노인 학자, 응급의료인, 전문의, 지역사회 건강서비스센터, help lines, 위기관리팀, 학교 상담사
	표준치료 (Standard Treatment)	전문적 치료가 필요할 경우	-자살행동을 치료하기 위한 통합적이고 전문적인 치료 제공	-정신과 의사, 심리학자, 1차 의료인, 정신건강전문요, 원주민 건강도우미
사후 관리	장기치료 및 지지 (Longer-term treatment and support)	긍정적인 미래를 준비하는 경우	-건강의 부정적 영향을 감소하고 회복을 도모하기 위해 지속적이며 통합적인 치료 제공	-정신과 의사, 심리학자, 1차 의료인, 정신건강전문요, 가족, 사업장, 지역사회조직 및 클럽, 재활서비스, 원주민건강도우미, help lines
	지속적 치료 및 지지 (Ongoing care and support)	본연의 삶으로 되돌아오는 경우	-자조할 수 있는 환경, 적응, 대처기술(coping skill), 역량, 회복력 강화	-1차 의료인, 정신건강전문요, 원주민건강도우미, 지역사회서비스제공자, 가족, 지역사회조직, 사업장, 클럽

자료: A framework of prevention of suicide in Australia, Department of health and Ageing, Australian Government, 2008

연령, 사회문화적 배경과 상관없이 전 국민을 대상으로 한 자살예방사업인 LIFE 사업은 총 6개의 행동영역(Action Areas)으로 구성되어 있으며 6개의 자살예방 행동영역은 다음과 같다.

1. 자살과 자살예방에 대한 이해와 근거 확보

- 자살 또는 자살예방에 관한 질적인 근거 확보는 효과적인 자살예방정책 및 실행에 있어 근본적인 근거가 됨.
- 자살의 유병률과 자살 원인에 대한 이해 향상
- 가장 효과적인 자살중재방법에 대한 이해력 향상
- 특정 집단에게 어떤 서비스와 중재방법이 필요한지 결정
- 제공된 중재와 서비스에 대한 평가
- 자살 및 자살예방과 관련하여 지역사회에게 신뢰할 수 있는 정보 제공

2. 개인의 회복력(Resilience) 및 자립 능력(capacity for self-help) 증진

- 적절한 지지를 제공함으로써 개인의 자립 능력 및 긍정적인 인식 향상

3. 지역사회 역량, 회복력(resilience), 자살예방가능 강화

- 개인, 가족, 지역사회에 대한 인식을 향상시키는 것과 자살과 자살예방에 대해 이해하는 것은 자살예방에 있어 지역사회 역량을 증진시킴.

4. 지역사회를 기반으로 한 자살예방사업과 정부차원에서의 자살예방사업과의 협력 구축

- 효과적인 자살예방은 지역사회, 조직, 정부와의 협력 하에 이루어짐.

5. 고위험 개인을 위한 자살예방사업 구축 및 제공

6. 자살예방사업의 기준 및 질 향상

- 자살예방정책의 잘된 점과 잘 안된 점이 환류(feedback)되어야 자살예방사업의 질적 수준을 향상시킬 수 있음.

행동영역 1,6은 자살예방사업의 기초자료가 되는 활동이며, 영역 2는 개인 역량 강화를 위한 활동, 영역 3,4는 지역사회 역량강화를 위한 활동, 그리고 영역 5는 자살 고위험군에 대한 활동에 초점을 둔 활동으로 구성되어 있다. 또한 LIFE은 자살 예방을 위해 다음의 6가지 주요 예방프로그램을 운영한다.

- 의료인을 대상으로 한 자살예방교육사업
- 문지기 자살예방교육사업(Gatekeeper training programs)
- 자살도구 접근성 차단
- 자살시도자에 대한 치료(약물요법, 심리요법, 사후관리)
- 자살예방을 위한 지역사회 역량 강화사업(위기센터 및 위기상담사업, 1차 의료기관 및 학교에서의 우울증, 자살위험자 스크리닝 사업, 자살시도 후 사후관리, 자살자 가족, 친구 지지사업 등)
- 자살관련 보도 통제

이러한 국가적 차원의 자살예방대책 외에 호주는 지역별 자살예방정책을 시행하고 있다. 호주는 6개의 주(State)와 2개의 자치구(Territory)로 이루어져 있으며 각 지역별로 자살예방정책을 조직적으로 수립하여 능동적으로 자살예방사업을 수행하고 있다.

다. 호주의 의료인을 통한 자살예방사업

호주의 의료인을 통한 자살예방사업으로는 의료인을 대상으로 한 자살예방교육사업, 자살시도자 또는 정신질환자에 대한 치료(약물요법, 심리요법 등)사업, 1차 의료기관에서의 우울증, 자살위험자 스크리닝 사업 등이 있다.

호주는 국가적 차원에서 우울을 예방하고 관리하는 나라 중 하나이다. 호주는 국가적 차원에서 Beyondblue란 이름하에 지역사회와 1차 의료현장을 중심으로 우울 예방 및 치료사업을 실시하고 있다.

Beyondblue사업의 일환으로 호주는 2002년 1차 의료인을 위한 우울관리 지침(Beyondblue guide to the management of depression in primary care)을 작성·배포하였으며 현재 1차 의료현장에서 가이드라인이 사용되고 있다. 1차 의료인을 위한 우울관리 지침은 우울 증상별로 우울을 진단하고 이를 치료하고 관리하는(assessment, treatment, general management) 방법들을 소개하고 있는데 특히 우울의 종류(우울, 걱정, 조울증, 산후 우울증)에 따라 중재하는 방법을 구체적으로 제

공하고 있다.

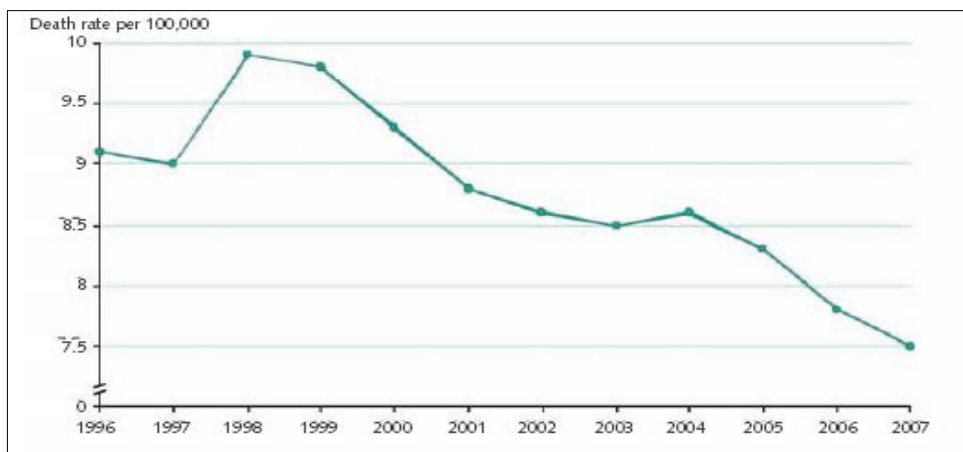
1차 의료인을 위한 우울관리 지침에는 우울을 진단하고 이를 치료하는 방법 외 자살위험이 있는 사람들을 선별하는 가이드라인을 포함하고 있다. 자살위험자 선별 도구(가이드라인)는 3단계로 구성되어 있으며 첫 번째 단계에서는 우울정도를 측정하고 두 번째 단계에서는 개인의 신상정보를 파악하며 세 번째 단계에서는 자살위험정도를 파악한다. 자살위험이 있다고 판단되며 해당 환자는 적극적인 상담과 치료를 받을 수 있다. 이외 호주는 공식적인 우울예방사업 홈페이지(http://www.beyondblue.org.au/index.aspx?link_id=4.77)를 통하여 최근 업데이트된 지침과 우울에 대한 임상적 정보, 우울환자 대처방법 등 우울에 관한 전반적인 정보를 제공하고 있다.

3. 영국의 사례

가. 영국의 자살 현황

[그림 4-7] 은 1996년부터 2007년까지 영국의 인구 10만명당 자살률을 성별로 보여주는 그래프이다. 비록 1998년에 잠시 자살률이 증가하였으나 영국은 지속적으로 자살률이 낮은 국가 가운데 하나이다. 실제 영국은 OECD 평균 자살률 11.2명(인구 10만명당) 보다 낮은 5.8명(인구 10만명당)의 자살률을 보이는 자살률이 매우 낮은 국가이다.

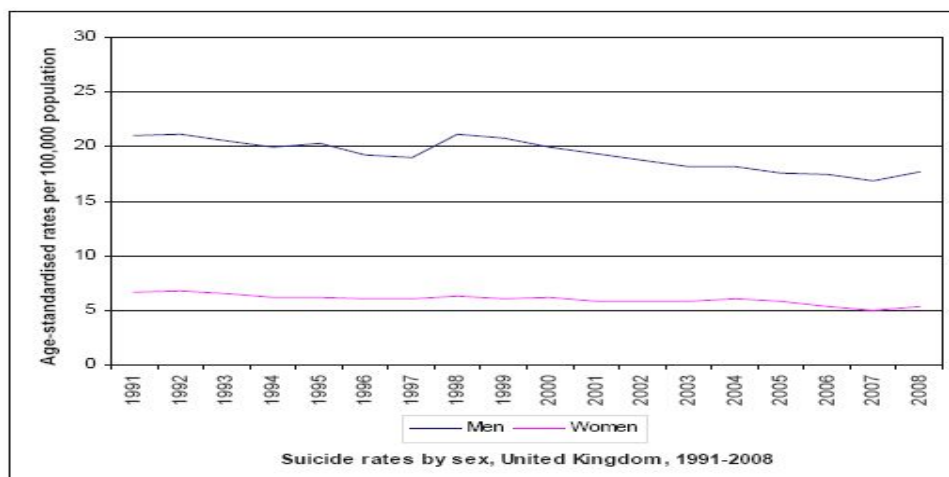
[그림 4-7] 영국의 인구 10만 명당 연도별 자살률 추이 : 1996년~2007년



자료: National suicide prevention strategy for England, Annual report on progress 2008

[그림 4-8] 는 1991년부터 2008년까지 인구 10만명당 자살률을 성별로 보여주는 그래프이다. 영국의 경우 남자의 자살률이 여자의 자살률보다 훨씬 높으며 여자의 자살률은 1991년 이래 인구 10만명당 5명 선을 유지하고 있는 반면 남자의 자살률은 1998년 이후 조금씩 감소하고 있는 추세를 보이고 있다.

[그림 4-8] 영국의 성별 자살률 추이 : 1991년~2008년

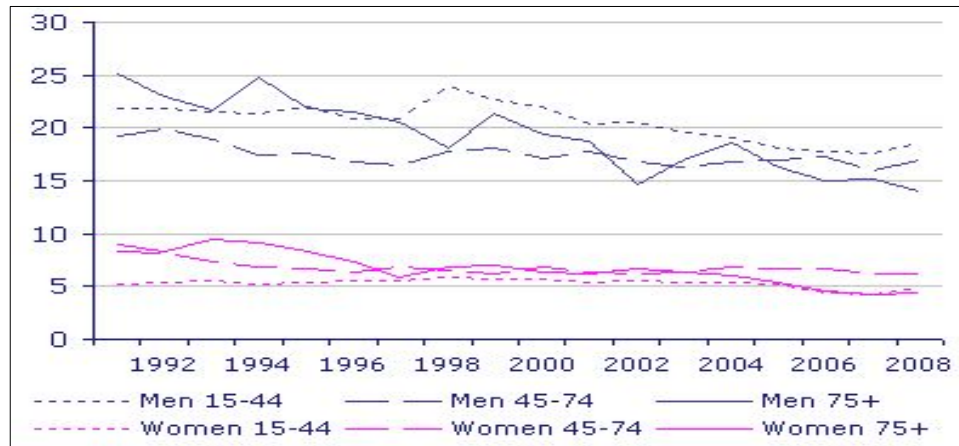


자료: Office for National Statistics, 2010

[그림 4-9] 은 1991년부터 2008년까지 성별, 연령별 자살사망률을 나타낸 것이

다. 최근까지 모든 집단에서 자살률이 낮아지고 있는 것을 알 수 있다. 남자의 자살률이 여성의 자살률에 비해 모든 연령에서 높았고 감소 추세 또한 45세-74세 연령대를 제외하면 여성 연령집단에 비해 남성 집단이 빠름을 알 수 있다. 특히 75세 이상 남자 집단에서의 자살률은 1991년 인구 10만명당 25명에서 2008년 인구 10만명당 14명으로 다른 연령대에 비해 급격히 감소 추세를 보이고 있다.

[그림 4-9] 영국의 인구 10만 명당 연령 표준화 자살률 추이 : 1992년~2008년



자료: Office for National Statistics, National Statistics website release, 28 Jan 2010

나. 영국의 자살예방정책

영국은 상대적으로 자살률이 낮은 국가이지만 국가적 차원에서 자살예방사업을 모범적으로 시행하는 나라이다.

영국의 자살예방사업은 1992년 영국의 보건 대책의 초안인 'The Health of the Nation'에서 2000년까지 전체 자살률을 15% 감소시키는 것을 명시함으로써 처음으로 국가적인 자살예방 관심이 공식화되었다(이지전 외, 2006). 이는 세계보건기구의 만인의 건강 2000(Health for all by the year 2000) 전략을 국가 차원에서 처음으로 도입한 것이기도 하다. Health of the Nation에서는 정책과정 측면이 아닌 실질적인 건강 향상, 즉 결과 측면의 목표 설정, NHS(National Health Service)만이 아닌 국민들의 전략, 5개 우선순위 영역의 설정이 포함되어 있다. 이 중 정신질환 영역의 세 가지 목표는 첫째, 정신질환자들의 건강 및 사회 기능 향상, 둘째, 1990년 현재

인구 10만 명당 자살률 11명을 2000년까지 최소한 15% 감소, 셋째, 심각한 정신 질환자들의 평생자살률을 2000년까지 최소한 33% 감소이다.

이러한 노력으로 자살률은 지속적으로 감소하였지만 영국은 여기서 멈추지 않고 2002년 'Saving Lives: Our Healthier Nation'이라는 국가적 차원의 자살예방 정책을 수립하였다. 'Saving Lives: Our Healthier Nation'은 2010년까지 자살로 인한 사망을 20% 감소시킨다는 목표 하에 구체적인 행동전략을 제시하는데 이 전략은 수년간에 걸쳐 여러 이해관계자들의 논의를 통해 합의된 것이라는데 의의가 있다.

영국의 자살예방정책 목표는 6개의 영역으로 구분되어 있다. 즉, 1) 고위험집단의 위험감소, 2) 국민의 정신적 안녕 증진, 3) 자살수단의 접근성과 치명도의 감소, 4) 대중매체의 자살행동 관련 보도 개선, 5) 자살 및 자살예방 관련 연구 증진, 6) 자살 감소를 위한 Saving Lives: Our Health Nation 목표의 진행에 대한 감시 개선으로 국가 주도하에 포괄적인 사업을 운영하고 있다. 특히 2010년까지 자살로 인한 사망을 20% 감소시킨다는 구체적인 목표 하에 건강 및 사회서비스기관(Health and Social Care Agencies), 정부부서(Government departments), 자발적 민간부문 기관(voluntary and private sector organization) 등과 협력하여 다양한 측면에서 자살예방사업을 추진하고 있는데 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

1) 고위험집단의 위험을 감소시킨다.

여기서 고위험집단은 최근 정신보건서비스를 받는 사람, 자해 경험이 있는 사람, 젊은 남성, 죄수, 고위험 노동자를 말하며 이를 위해 임상적 위험 관리(risk management)를 향상시키기 위해 지역 정신보건서비스 기관들로 하여금 '12 Points to a Safer Service'를 실행할 수 있도록 지원하고, 치명적이지 않은 의도적 자해를 모니터링 하기 위한 국가 수준의 협력체를 조직하며, 젊은 남성의 정신건강 증진을 위한 사전연구를 실시하고 평가하기로 하였다. 특히 정신보건서비스를 받은 사람들을 대상으로 시행하는 '12 Points to a Safer Service'에는 의료인(staff)의 교육, 즉 각적인 치료, 집중적 치료, 입원치료, 환자 가족들에 대한 교육 및 치료, 사후관리 내용 등이 포함되어 있으며 국가정신보건협회(NIMHE: National Institute for

Mental Health in England)의 지원 하에 체계적으로 이루어지고 있다. 이외 자해 경험이 있는 고위험 군을 대상으로 한 응급실, 입원병동, 아동·청소년 병동에서의 서비스 지침 가이드라인(Guidelines on the management of Deliberate Self-harm)을 제공하고 있다.

2) 보다 광범위한 인구집단의 정신적 안녕을 증진시킨다.

보다 광범위한 인구집단의 정신적 건강을 증진시키기 위해 사회적 배제 집단, 아시아 여성을 포함한 소수인종, 약물 또는 알코올 중독자, 18세 미만 아동 및 청소년, 임신부와 출산여성, 노인의 정신건강을 증진시키고자 하며 이를 위한 실행계획에는 정신건강의 문제를 갖고 있는 사람들에게 영향을 미칠 수 있는 실업, 주거 등의 문제들을 다룰 수 있는 정부 간 네트워크를 구성하고, 자살예방사업을 약물중독을 다루는 정부의 정신건강기준(National Institute for Mental Health in England)의 활동과 밀접하게 연계하는 것을 포함하고 있다.

3) 자살수단의 접근성과 치명도를 감소시킨다.

세부 목표는 교사, 음독, 자동차 배기가스로 인한 질식사, 철로로의 투신, 고층에서의 투신, 총기로 인한 자살을 줄이는 것이며 자살이 원인이 되는 도구의 접근을 차단하는 것이다. 이를 위해 NIMHE는 항우울제와 진통제를 보다 안전하게 처방할 수 있는 방안을 수립하고, 지역사회가 철로, 다리 등 자살이 빈번한 지역(suicide hotspot)을 찾아서 안전성을 높이도록 지원하고 있다.

4) 언론매체의 자살보도를 개선한다.

이를 위해 'mind out for mental health' 캠페인의 일환으로 언론실행계획을 시행하고 있다. 이 언론실행계획에는 언론 대학 학생들과 함께 개최하는 워크숍, 정신 건강 분야의 지도자들과 언론인들이 함께 여는 라운드 테이블 혹은 토론회에서 자살

을 다루는 법, 일선 기자들로 하여금 책임 있는 자살보도를 토론할 수 있는 연속적인 로드 쇼, 다양한 언론 분야 학술지에서 자살 보도에 관한 논문을 게재하는 것 등을 포함하고 있다.

5) 자살과 자살 예방에 관한 연구를 지원한다.

이를 위한 실행계획에는 국가협력체로 하여금 자살예방 전략을 위한 연구를 감독하게 하고, NIMHE 웹사이트 등을 통해 현재 알려져 있는 자살예방사업들을 공개하는 것을 포함한다.

6) 본 전략의 목표 달성 정도를 효과적으로 모니터링 한다.

이를 위해 전문가들과 이해관계자들로 구성된 새로운 전략 집단을 구성하고, 이들로 하여금 성별, 연령별, 정신질환 여부별, 자살수단별, 사회계층별 자살률을 정기적으로 모니터링 하도록 한다. 이와 동시에 National Mental Health 부(department)에서는 영국의 자살예방정책의 현황을 파악하기 위해 매년 연간 보고서를 발간한다.

영국은 연방정부가 계획한 정책이 지역사회의 실정에 맞는 자살예방사업을 통해 수행되는 것을 추구하기 때문에 자살예방정책 사업 또한 지역사회의 정신보건서비스를 중심으로 활발히 이루어지고 있다. 이는 고위험 집단에 대한 이차적 자살예방으로서의 정신보건서비스가 아닌, 일차적 자살예방으로서 지역사회의 정신보건서비스 강화를 통해 자살을 예방하고자 하는 것으로 볼 수 있다(이소정 외, 2009).

다. 영국의 의료인을 통한 자살예방사업

영국 또한 의료인을 통한 자살예방사업으로는 의료인을 대상으로 한 자살예방교육사업, 자살시도자 또는 정신질환자에 대한 치료(약물요법, 심리용법 등)사업 등이 있다.

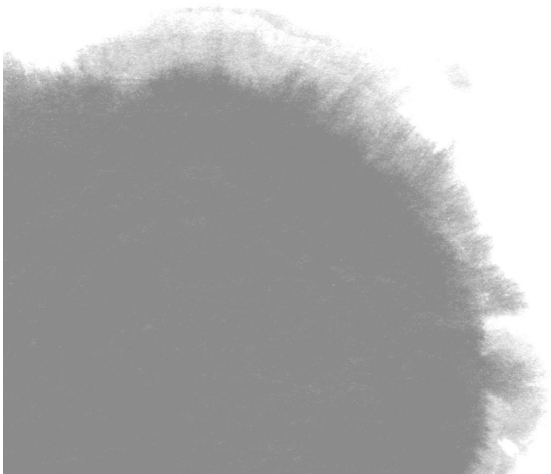
영국은 1차 진료의가 모든 질환의 초기진단과 치료를 담당하므로 우울증과 자살에 대해서도 의뢰가 필요할 경우에만 정신과 치료가 제공되고 있다. 따라서 1차 의료인을 대상으로 한 우울증의 조기발견과 치료에 대한 지침 개발이 활발하게 진행되고 있다.

2004년 영국의 the National Collaboration Centre for Mental Health에서는 우울예방을 위한 NICE(National Institute for Clinical Excellence) 임상지침을 제시하였다(National Collaborating Cetnre for Mental Health. 2004). 본 임상지침에서는 1차 의료 및 2차 의료에서 우울증의 선별, 치료 방법들에 대해 근거 중심으로 단계별 치료 모형(steped care model)을 소개하고 있으며 18세 성인 외 아동과 청소년을 대상으로 한 우울증 선별, 치료 방법들에 대한 근거 중심의 지침과 만성질환자를 대상으로 한 지침도 제공하고 있다.

영국은 1차 의료기관에서는 지침에 따라 우울 의심환자를 선별함으로써 낮은 자살률을 유지하고 있으며 구체적인 1차 의료인에 의한 단계별 치료모형은 [그림 6-1] 과 같다.

이외 영국의 Nottingham city에서는 NHS의 지원으로 1차 의료인의 대상으로 하는 진단, 치료, 연계에 대해 정리한 지침을 2008년에 제작배포하고 있으며 1차 진료의는 해당 지침에 따라 내원환자 중 우울증 환자를 선별하여 치료·관리하고 있다. Nottingham city 사용되는 구체적인 우울증 선별 지침은 [그림 6-4] 와 같다.

자살증후 스크리닝 도구 개발



제5장 자살증후 스크리닝 도구 개발

제1 절 자살 관련 스크리닝 도구에 대한 문헌고찰

1. 자살 스크리닝 도구

Horowitz 등(2009)에 따르면 자살예방을 위해 스크리닝 도구를 사용하기 위해서는 간결하고 정확한 도구를 개발하는 것이 무엇보다 중요하다. 효과적인 스크리닝 도구란 간단하고, 하기 쉽고, 대상자가 받아들일 수 있을 만큼의 민감도를 가지고 있는 것이라야 한다. 하지만 아무리 효과적인 스크리닝 방법이 있다고 하더라도 이는 간이적인 평가 도구일 뿐이며, 스크리닝만으로 대상자의 상태를 정확히 진단할 수는 없다. 따라서 스크리닝 이후에 더 심층적인 검사가 수반되어야 한다(Jekel 등, 2001). 또한 스크리닝 도구를 현장에서 실제로 활용하는 것이 중요하며, 추후의 정확한 검사뿐 아니라 대상자가 필요로 하는 정신보건서비스로의 상담 및 전문적인 진료와의 연계가 이루어져야만 한다.

1차의료기관의 의료진들은 환자들과 긴밀한 관계를 장기적으로 유지하고 있다는 점에서 자살 스크리닝에 있어서의 최적의 포인트가 될 수 있다. 그러나 이러한 자살 스크리닝 도구 이용 자체가 현실적으로 어렵다는 연구결과들도 있다. Gaynes 등(2004)은 1차의료기관에서의 자살 스크리닝이 자살로 인한 사망률을 감소시켰는지를 체계적으로 고찰하였는데, 이 연구에 따르면 자살위험연구는 매우 복잡하여 잘 디자인된 연구과제 자체가 부족하기 때문에 1차의료기관 의료인들의 자살위험 평가 및 관리를 위한 가이드에 대한 근거 자체가 제한적이었다. 1996년 판 ‘The Guide to Clinical Preventive Services’에서 The US Preventive Services Task

Force(USPSTF)는 1차의료기관의 의료진들이 자살위험을 탐지할 수 있도록 하는 일반적인 스크리닝에 대해 고찰한 결과, 현재로서는 의료현장에서 사용하도록 자살 스크리닝 도구를 추천해 줄만한 혹은 이를 사용하지 않는 것이 좋다고 주장할 만한 충분한 근거조차 없다고 밝힌 바 있다.

Gaynes 등(2004)은 임상적으로 유용한 스크리닝 방법을 찾는 데에 다음과 같은 어려움이 있다고 말한다. 우선 1차의료기관에서 진료를 받는 사람들 중의 자살시도자 수가 매우 적기 때문에 어떠한 연구를 통해 정확한 자살위험 스크리닝 전략을 찾는 것이 매우 어렵다. 예를 들어 자살위험군을 파악해내는데 적절한 효과를 가진 스크리닝 도구가 있다고 하면, 이 도구를 10명의 자살환자가 속해 있는 10,000명의 인구집단에 적용시켜봤을 때-물론 자살환자가 10명이라는 것은 자살시도자는 10명 이상임을 뜻함- 자살스크리닝 도구의 적용 결과, 10,000명 중 8명은 실제 자살고위험군인 것으로(true positive), 2명은 실제로는 자살위험이 있는데 스크리닝 결과에서는 위험이 없는 것으로(false negative), 2,997명은 실제로는 자살위험이 없는데 스크리닝 결과 위험이 있는 것으로(false positive) 나타난다는 것이다. 이러한 높은 false positive는 연구 자체 뿐 아니라, 자살 스크리닝 도구가 실제 임상 현장에서 시행될 경우 시간과 비용 상의 상당한 부담을 가져올 것임을 알 수 있다.

□ 1차의료현장에서의 The Symptom Driven Diagnostic System(SDDS)

The Symptom Driven Diagnostic System(이하 SDDS)는 원래 1차의료현장에서 정신의학적 질환을 확인하는데 도움을 주기 위해 만들어진 62개 항목의 자기보고식 도구이다. 간이 형태의 스크리닝 도구를 개발하기 위한 본 연구에서는 SDDS-PC버전을 리뷰하였다.

SDDS-PC는 자살위험을 평가하는 다음의 세 가지 항목 중 하나라도 “예”라고 응답하는 경우 자살위험이 있는 것으로 평가한다.

1. 당신은 지난 한달 간 자살을 생각한 적이 있습니까?
(feeling suicidal)
2. 당신은 지난 한달 간 죽었으면 좋겠다고 생각한 적이 있습니까?
(wished you were dead)
3. 당신은 지난 한달 간 죽음에 대해 생각한 적이 있습니까?
(thoughts of death)

Olfson 등(1996)은 1차의료기관의 내원환자들(General Primary Care Population)을 위한 자살 스크리닝(n=2,749) 도구로 자기보고식의 SDDS-PC를 시행하였다. 전체 조사대상 3개 기관 2,749명 중 1개 기관 1,001명의 대상자들을 대상으로 자기보고식 SDDS-PC검사를 시행한 후, 의료기관에 방문하기 직전에 간호사에 의해 자살 생각, 계획, 시도경험여부 등을 면접 조사하였다. 연구 결과 간호사에 의한 임상적 평가 결과와 SDDS-PC의 평가 결과를 통해 자기보고식 SDDS-PC의 자살위험 스크리닝 결과가 실제 자살 시도 계획과 밀접한 연관이 있음을 밝혀내었다.

□ 2가지 표준화된 스크리닝 질문들(2 Standardized Screening Questions)

Wintersteen(2010) 등은 1차의료기관의 소아과에서 자살위험 스크리닝을 위한 간이 도구가 청소년들의 자살율을 낮추는지를 알아보기 위한 연구에서 의사들이 사용하는 의료기록부(medical chart) 안에 정신사회적 면담 부분에 두 가지의 표준화된 자살 스크리닝 질문을 도입하였다. 세 기관을 대상으로 실시된 본 연구에서 12세~17.9세의 모든 청소년들은 자동적으로 전문가와의 면담 과정에서 다음과 같은 표준화된 스크리닝 질문들에 답하게 되었다.

이 도구는 크게 두 가지의 핵심 질문과 여섯 가지의 추가 질문으로 구성되어 있는데, 의료진은 우선 본 자살 스크리닝 질문을 하였는지(asked), 아닌지(not asked)를 먼저 표시한 후, 두 가지 핵심 질문에 대해 ‘예’, ‘아니오’로 응답을 체크하였다. 또한 두 가지 질문 중 하나라도 ‘예’라고 응답한 대상자에게는 다음의 여섯 가지 추가 질문을 하도록 하였다.

1. 핵심 질문(2)

- 1) 당신은 살면서 한 번이라도 인생이 살 가치가 없다고 느낀 적이 있습니까?
(Have you ever felt that life is not worth living?)
- 2) 당신은 살면서 한 번이라도 자살하고 싶다고 생각한 적이 있습니까?
(Have you ever felt like you wanted to kill yourself?)

2. 추가 질문(6)

- 1) 당신은 살면서 한 번이라도 자살을 계획하거나 준비한 적이 있습니까?
(lifetime suicide planning and preparation)
- 2) 당신은 살면서 한 번이라도 자살을 시도한 적이 있습니까?
(lifetime suicide attempts)
- 3) 당신은 지난 한 주간 죽음에 대해 생각한 적이 있습니까?
(past week experiences of thoughts of morbid ideation)
- 4) 당신은 지난 한 주간 자살에 대해 생각한 적이 있습니까?
(past week experiences of thoughts of suicidal ideation)
- 5) 당신은 지난 한 주간 자살 계획이나 준비에 대해 생각한 적이 있습니까?
(past week experiences of thoughts of suicide planning and preparation)
- 6) 당신은 지난 한 주간 자살을 시도하는 것에 대해 생각한 적이 있습니까?
(past week experiences of thoughts of suicide attempt)

이 연구에서 개발한 자살 스크리닝 도구는 기존의 의료기록부에 질문 문항 형태로 도입되었기 때문에, 실제 의료 현장에서 의료인들이 자살 스크리닝을 하게 되는 비율이 작년의 같은 시기 대비 219% 증가하였다. 또한 이는 건강행동 상담가 등의 전문 담당인력 없이도 가능한 결과라는 점에서 주목할 만하다.

□ Beck의 자살생각척도(The Scale for Suicide Ideation: SSI)

자살생각을 스크리닝하는 도구로 가장 널리 사용되고 있는 Beck의 자살생각척도

(이하 SSI)는 조사 당일의 자살에 대한 환자의 태도, 행동, 계획을 알아보는 도구이다. 19가지 항목으로 구성된 이 도구는 원래 임상면접을 통해 임상가가 평정하는 척도였으나, 이후 우리나라 등에서는 자기보고식 질문지로 변형된 도구(신민섭 등, 1990)로 훈련된 조사자를 통해 면접조사를 실시하는 것으로 변형되었다.

〈표 5-1〉 Beck의 SSI 항목

항목	자살생각에 미치는 영향력
1. Wish to live	2
2. Wish to die	6
3. Reasons for living or dying	3
4. Active suicidal desire	9
5. Passive suicidal desire	13
6. Duration of ideation	1
7. Frequency of ideation	5
8. Attitudes toward ideation	7
9. Control over action	11
10. Deterrents to attempt	10
11. Reason for attempt	12
12. Specificity of planning	14
13. Availability and opportunity	16
14. Capability	4
15. Expectancy and anticipation	8
16. Actual preparation	15
17. Suicide note	18
18. Final act	17
19. Deception or concealment	19

응답문항을 각각 0점, 1점, 2점으로 채점하여 각 문항 점수를 합산하여 총점을 구하는 방식으로 결과를 산출하며, 점수는 0점~38점까지 범위를 나타낼 수 있다. 이 도구는 기입에 총 10분 정도가 소요된다.

이 도구는 자살시도 전에 자살에 대한 심각성을 측정하는 것으로 자살에 대한 생각이 반드시 자살시도를 이끌지는 않지만 검사결과는 이후에 보일 자살행동의 중요한 예언지표가 될 수 있고, 자살위험에 대한 임상가의 평가와 높은 상관성이 있음이 보고되었다(Beck 등, 1979).

한편 SSI는 정신의학적 치료를 받는 외래 환자들 중 성인을 대상으로 하는 연구에서 predictive validity가 보고된 자살위험 도구 중 하나로, Beck 등(1979)의 연구 결과 고위험군에 속하는 환자들(총점>2)은 저위험군 환자들보다 자살할 확률이 7

배 높은 것으로 나타났다.

SSI는 다양한 의료 현장에서 사용되고 있으나, 1차의료현장에서 사용될 때의 민감도와 특이도가 평가되지는 않았다.

한편 같은 대상 집단에 대해 predictive validity가 보고된 관련 도구로는 The Scale for Suicidal Ideation-Worst(SSI-W)이 있다. 이 스크리닝 방법에 따르면 고위험군이 저위험군보다 자살할 확률이 14배 높은 것으로 나타났다(Brown, 2000).

신민섭(1993)의 한국판 연구에서 고등학생 집단의 평균점수는 9.38점(표준편차 7.35), 대학생 집단의 평균점수는 7.17점(표준편차 7.42), 성인 집단의 평균점수는 3.97점(표준편차 5.64)으로 나타났으며, 이 결과를 토대로 다음과 같이 평가할 수 있을 것이다.

〈표 5-2〉 신민섭(1993)의 한국판 SSI 연구결과

구분	고등학생	대학생	성인
연령집단에 비해 자살생각을 많이 함	16점-19점	14점-17점	9점-11점
연령집단에 비해 자살생각을 상당히 많이 함	20점-23점	18점-21점	12점-14점
연령집단에 비해 자살생각을 매우 많이 함	24점 이상	22점 이상	15점 이상

주 1) 신민섭 등(1990)에 의하면 자살에 대한 생각과 이러한 생각을 실제 행동으로 옮기는 것은 커다란 차이가 있으므로, 자살생각과 자살시도간의 인과적 관계를 평가하기는 어렵다. 스크리닝 결과 해석에 주의가 필요하다.

주 2) 이 중 다음의 2문항 ‘자살하고 싶은 충동을 통제할 수 있다.’와 ‘실제로 자살시도를 하는 것에 대한 방해가 있다’은 역문항으로 구성되어 청소년들에게 조사 시 혼돈을 가져왔으며, 상당수의 청소년들이 역문항인 것을 감지하지 못하고 문항을 체크함으로 인해 다소 신뢰도가 떨어지는 것을 알 수 있었다.

□ Reynolds의 자살생각설문(Suicide Ideation Questionnaire:SIQ)

여기에서는 신민섭이 번안한 한국어판을 토대로 도구를 살펴보고자 한다. 본 도구는 총 30문항으로 구성된 자기보고식 검사이다. 대상자들은 각 문항에 대해 다음의 보기를 선택한 후 각 문항의 점수들을 합산하여 총점을 계산한다.

- ‘전혀 생각한 적 없다’(1 점)
- ‘전에 그런 생각을 한 적이 있지만, 지난달에는 한 적이 없다’(2점)
- ‘한 달에 한번’(3점)
- ‘한 달에 2-3번’(4점)
- ‘일주일에 1번’(5점)

○ ‘일주일에 2-3번’(6점)

○ ‘거의 매일’(7점)

점수의 범위는 0점~180점으로 신민섭의 한국판 연구에서 고등학생 집단을 대상으로 했을 때 평균점수는 32.69점 (표준편차 29.40)이었으며, 이러한 결과를 토대로 고등학생 집단의 자살생각 정도를 잠정적으로 다음과 같이 평가해 볼 수 있을 것이다.

○ 62점~76점 : 또래집단에 비해 자살에 관한 생각을 많이 함
(평균 1달에 1번 이상)

○ 77점~90점 : 또래집단에 비해 자살에 관한 생각을 상당히 많이 함
(평균 1달에 2-3번)

○ 91점 이상 : 또래집단에 비해 자살에 관한 생각을 매우 많이 함
(평균 1달에 3번 이상)

청소년을 대상으로 한 Suicide Ideation Questionnaire-Junior (SIQ-JR) (Reynolds, 1987)도 널리 사용되고 있다.

□ 우울과 자살생각 스크리닝 도구(Screening for Depression and Thoughts of Suicide)

미국 내에서도 전반적인 자살률이 높은 편인 Alaska의 The North Sound 지역의 정신보건사회복지사들은 자살 예방 및 관리, 치료를 위한 체계 구축 과정 중에 간이 형태의 자살 스크리닝 도구인 “Screening for Depression and Thoughts of Suicide”를 개발하였다.

한 장짜리 종이 설문지인 이 스크리닝 도구는 그 지역 내의 모든 환자들의 의료 기록부의 한 부분이 되었다. 이 도구는 사용하기 편하고, 소요시간이 30초 정도로 매우 짧아 의료현장에서 사용되기에 적합한 것으로 평가되고 있다. 또한 스크리닝 이후의 진단, 치료로의 연계 방안을 매우 자세하게 제공하고 있다.

□ Patient Health Questionnaire(PHQ)

모든 과정에 있어서 지속성이 가장 중요한 실제 의료현장에서 비교적 자세한 자살스크리닝 도구를 사용하는 것은 매우 어려운 일이다. 때문에 Spitzer 등(1994)은 임상 과정 중에서도 손쉽게 사용할 수 있도록 The Primary Care Evaluation of Mental Disorders(PRIME-MD)를 일종의 대안적 형태인 자기보고식 PRIME-MD Patient Health Questionnaire(PHQ)를 개발하였다.

PRIME-MD의 실효성을 검증하기 위한 연구에서 Spitzer 등(1999)은 8개 1차의료기관의 3,000명의 환자들을 대상으로 타당성과 신뢰성을 검증하였다.

□ Paykel의 자살생각 및 시도 설문(Paykel's Questionnaire about suicidal thoughts and attempts)

Paykel의 자살생각 및 시도 설문은 기본적으로는 다음의 5가지 질문으로 구성되어 있다.

1. 당신은 살면서 한 번이라도 인생이 살 가치가 없다고 느낀 적이 있습니까?
(Have you ever felt that life was not worth living?)
2. 당신은 살면서 한 번이라도 죽었으면 좋겠다고 생각한 적이 있습니까? 예를 들어, 잠에 들었다가 다시는 깨지 않았으면 좋겠다고 생각한 적이 있습니까?
(Have you ever wished you were dead; for instance, that you could go to sleep and not wake up?)
3. 실제로 행동에 옮기지는 않았더라도, 당신은 살면서 한 번이라도 자살을 생각해 본 적이 있습니까?
(Have you ever thought of taking your life, even if you would not really do it?)
4. 당신은 살면서 한번이라도 자살을 심각하게 고려해 본 적이 있습니까? 혹은 어떻게 자살할 것인지 계획을 세워본 적이 있습니까?

(Have you ever reached the point where you seriously considered taking your life, or perhaps made plans how you would go about doing it?)

5. 당신은 살면서 한번이라도 자살을 시도한 적이 있습니까?

(Have you ever made an attempt to take your life?)

대상자들은 1~3번 질문에 대해서는 ‘often’, ‘sometimes’, ‘hardly ever’, ‘never’ 중 하나에, 4번 질문에 대해서는 ‘never’, ‘once’, ‘2-3 times’, ‘4-5 times’, ‘6-9 times’, ‘at least 10 times’ 중 하나에, 5번 질문에 대해서는 ‘never’, ‘once’, ‘twice’, ‘3 times or more’로 응답한다. 5 문항 모두 ‘never’에 응답한 경우만 (0) 점으로 처리, 나머지는 모두 (1)점으로 처리한다.

또한 4, 5번 질문에 대해서 긍정적으로 답변한 경우에는 다음과 같은 추가 질문이 주어진다.

○ To what extent do you think the following factors influenced you to consider taking your life?

- personal problems
- family problems
- social problems
- problems connected with the medical profession
- other problems.

대상자들은 추가 질문의 각 항목에 대해 ‘not at all’, ‘a little’, ‘somewhat’, ‘quite a bit’, ‘very much’로 응답하게 된다.

Paykel의 자살생각 및 시도 설문은 질문 수가 적어 내용이 제한적이지만, 시행하기 쉽고, 매우 짧은 시간 내에 완수할 수 있다는 장점이 있다.

한편 위급한 환자들이 종종 처음으로 방문하게 되는 의료기관의 포인트인 응급실이나 급성의료기관에서도 단시간 내에 자살위험을 평가할 수 있는 도구가 필요하다. 이러한 기반에서의 스크리닝은 시간이 가장 중요한 변수가 되는데, Goldston(2003), Pena 등(2006), Jobes(2006)에 따르면 The Risk of Suicide Questionnaire(RSQ) (2001), Columbia SuicideScreen(2004), Beck Scale for Suicidal Ideation(1991), Suicidal Ideation Questionnaire(1988), The Adolescent and Child Urgent Threat Evaluation(ACUTE)(2006)이 이에 적합하다.

□ 자살위험 설문지(Risk of Suicide Questionnaire:RSQ)

응급실에서 치료 우선순위를 정하기 위한 부상자 분류 담당 간호사들이 정신보건 서비스가 필요한 환자들을 더 빨리 분류할 수 있도록 하기위해 2001년에 개발된 도구인 자살위험 설문지(Risk of Suicide Questionnaire:RSQ)는 다음과 같은 4개 항목으로 구성되어 있다.

1. 당신은 이 응급실에 자살을 시도해서 방문하였습니까?
(Are you here because you tried to hurt yourself?)
2. 지난 한 주간 당신은 어떤 식으로든 자살을 생각한 적이 있습니까?
(In the past week, have you had any suicidal thoughts?)
3. 당신은 살면서 한 번이라도 자살을 시도한 적이 있습니까?
(Have you ever attempted suicide in the past?)
4. 지난 3주간 당신에게 매우 스트레스를 주는 일이 있었습니까?
(Has something very stressful happened in the past 3 weeks?)

위의 네 가지 항목에 대해 하나라도 “예”라고 응답하면 자살 위험군으로 분류된다. 소요시간은 평균 2분 이내로, 성인과 청소년 모두에게 적용될 수 있다.

이 도구는 suicidal clinical practice guideline(Garcia 등, 2005)에 따라 만들어진 것으로, 타당성과 신뢰성이 높은 것으로 밝혀져 있다(Folse 등, 2009). 현재 영어와 스페인어 버전이 개발되어 사용되고 있다.

Horowitz 등(2001)에 따르면 어린이와 청소년을 대상으로 자살위험을 평가하는 도구들이 불필요할 만큼 많이 존재함에도 불구하고 일반적인 1차의료기관(general primary care clinic)의 어린이와 청소년을 대상으로 자살위험을 평가하기 위한 스크리닝 도구들 중 적절한 것을 발견하기 어렵다. 이런 상황에서 RSQ는 특히 청소년들을 대상으로 자살위험을 평가하기에 유용한 도구이다. 144명의 청소년들을 대상으로 응급실 간호사를 통한 RSQ를 시행한 경험적 연구 결과 RSQ는 98%의 민감도, 37%의 특이도, 55%의 PPV, 97%의 NPV를 보이는 것으로 나타난 바 있다.

□ Columbia Suicide Screening(CSS)

Columbia University의 Teenscreen Program에서 자살예방의 일환으로 자살 스크리닝 프로그램을 시행하였다. 이 프로그램에서 사용된 도구들은 민감도가 높고 false positive가 낮는데 비해, 조사 대상이 뚜렷하게 정해지지 않은 일반적인 스크리닝 도구이기 때문에 가지는 단점들이 있다. 보통 다음의 2가지 도구를 사용한다.

○ Pediatric Symptom Checklist(PSC)(Jellinek, 1986)

11~18세 청소년들을 대상으로 하는 자기보고식 PSC-Y 버전이 주로 사용되며, 평가 및 점수 계산까지 총 5분 정도 소요된다. PSC-Y는 간호사, 의료진, 의사, 의료보조원, 보건행정직 등의 사람들에 의해 실시되고 점수가 매겨질 수 있는데, The American Academy of Pediatrics는 정신보건 스크리닝을 적어도 1년에 한 번씩은 시행하도록 권고하고 있다.

대상자들은 각 문항에 대해 다음의 보기를 선택한 후 각 문항의 점수들을 합산하여 총점을 계산하게 된다.

- “Never” (0점), “Sometimes” (1점), “Often” (2점)
- 무응답은 0점으로 처리함(4개 이상의 항목이 무응답일 경우 유효하지 않은 설문지)

점수의 범위는 0점~70점이고, 다음의 세 가지 경우 중 하나에 해당할 때 위험군으로 판단한다.

- 총점 ≥ 30 점
- 최근의 자살 생각에 대한 문항(Q36)에 “예”라고 응답한 경우
- 자살 시도 경험유무에 대한 문항(Q37)에 “예”라고 응답한 경우

○ The Patient Health Questionnaire (PHQ-9 Modified)

12~18세 청소년 환자들을 대상으로 하도록 수정된 PHQ-9 Modified 버전은 평가 및 점수 계산까지 총 5분 정도 소요되는 간이 형태의 스크리닝 도구이다. PHQ-9 Modified는 간호사, 의료기술자, 의사, 의료보조원, 보건행정직 등의 사람들에게 의해 실시되고 점수가 매겨질 수 있으며, The American Academy of Pediatrics와 The U.S. Preventive Services Task Force에서는 이와 같은 우울 및 자살과 관련된 스크리닝을 적어도 1년에 한 번씩은 시행하도록 권고하고 있다.

대상자들은 각 문항에 대해 다음의 보기를 선택한 후 각 문항의 점수들을 합산하여 총점을 계산한다.

- “Not at all” (0점)
 - “Several days” (1점)
 - “More than half the days” (2점)
 - “Nearly every day” (3점)
- 이때 총점이 11점 이상인 경우 자살위험군으로 판단하게 된다.

□ AFRAID

Fallucco 등(2010)은 표준적인 환자들을 대상으로 하는 자살위험평가(SRA) 훈련 모듈이 소아과 레지던트들의 자살위험평가를 높일 수 있는지는 확인하기 위한 연구에서 자살위험평가 도구로 AFRAID(Affective/anxiety disorder, Family conflict, Revolver, Attempt history, Impulsive aggression, Drugs/alcohol)을 개발하였다. 연구 결과 청소년 자살위험에 대한 강의만 들었던 의사들보다는 평가에 대한 훈련 교육을 함께 받은 의사들의 평가 능력이 향상된 것을 확인할 수 있었다.

한편 노인의 자살은 다른 연령층보다 높고, 그 원인이 매우 복합적인 경우가 많다. 선행연구들에서 설명하는 노인의 자살 원인은 정신건강 상의 위험 특성으로 배우자가 사망한 경우, 홀로 사는 경우, 그리고 만성질환 보유 등이 있었다. 뚜렷한 우울증이나 정신병리학적인 현상보다는 노인의 일상적인 삶에 영향을 미치는 다양한 요인들을 자살의 원인으로 주장하고 있는 것이다(이지전 등, 2006).

또한 선행연구들에 따르면 노인들의 우울증에 일차의료가 개입한 경우 효과적이었던 결과도 있다. 현재 우리나라의 일차의료의 기능은 매우 약하다고 할 수 있으나, 정신보건과 관련되어 정신보건센터와 보건소 등이 주요한 기능을 할 수 있을 것으로 생각된다. 따라서 가용한 국내 의료서비스 자원과 함께 노인의 우울증 및 자살 스크리닝을 위한 도구 개발 및 연계 지침 제도 도입이 필요하다고 하겠다.

□ The Depression and Suicide Screen (DSS)

Fujisawa 등(2005)이 개발한 우울과 자살생각을 스크리닝하기 위한 간이 도구인 DSS는 The Self-rating Depression Scale(SDS)(Zung, 1965)와 the Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)(Zifmond 등, 1983)로부터 유의미한 항목들을 뽑아 개발한 도구이다. 5가지 항목에 대해 자기보고식으로 우울과 자살 위험을 평가하는 이 도구는 평균적으로 2-3분 정도가 소요된다.

문항을 개발하기 위한 연구에서 일본 북부의 Aomori 현의 65세 이상 지역주민들(N=353, 63.8% female)을 대상으로 The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) version 2.1(WHO, 1996)을 기준으로 SDS 중 유의미한 항목인 10, 12, 17, 18, 20번 항목을 채택하였다. 이를 토대로 DSS를 구성하였으며, SDS는 4점 척도로 응답하도록 되어 있으나, DSS에서는 “예”, “아니오”로만 응답하도록 하였다.

타당성 연구 역시 일본 북부의 Aomori 현의 65세 이상 지역주민들(N=382, 61.8% female)을 대상으로 이루어졌다. Geriatric Depression Scale, short-form (GDS-S)(Yesavage, 1996)에서 자살생각을 묻는 2개 항목 중 하나라도 “예”라고 응답한 사람들을 위험군으로 정의하고 그들의 DSS 점수와 상관성을 살펴봄으로

써 DSS의 타당도를 연구하였는데, 그 결과 ‘자살위험군’과 DSS 점수 간에는 유의미한 상관관계가 있는 것으로 나타났다($P < 0.001$). 민감도는 69.8%, 특이도는 69.3%, PPV는 0.317, NPV는 0.926이었다.

□ The Geriatric Suicide Ideation Scale(GSIS)

Heisel 등(2006)은 노인 자살에 대한 문헌 고찰, 전문가 자문 등을 통해 총 31개 항목의 설문지를 구성하였다. 이는 의료진에 의해 실시되는 스크리닝 도구로, 31개 항목을 노인을 대상으로 시행하기 때문에 소요시간이 비교적 길다. 그러나 상황에 따라 자살생각으로 구성된 subscale 10개 항목만을 시행할 수도 있다.

2. 우울 스크리닝 도구

자살은 우울과 깊은 연관이 있기 때문에 우울 스크리닝 도구들이 자살위험을 스크리닝하는 도구로 사용될 수 있다. 자살 생각과 자살 행위가 우울증의 진단 준거에 포함된 사실(American Association, 1987)을 보면 쉽게 알 수 있듯이 우울증은 자살 행위와 가장 밀접히 연관된 심리 장애이다(Fremouw, 1990). 일시적인 증상으로서의 우울감이 아니라 우울증으로 진단을 받은 환자들의 약 30%가 자살을 했다는 Klerman(1987)의 조사 연구 결과는 단일 요인으로는 우울증이 자살을 이끄는 가장 중요한 위험 요인(risk factor)임을 나타내주고 있다. 우울증의 여러 증상보다는 미래에 대한 부정적이고 비관적인 생각인 절망(Hopelessness)이 자살과 가장 관련이 있는 것으로 보고되었으며(Beck, 1967; White, 1989; Brent 등, 1986), 이러한 Beck의 인지적 이론은 성인 우울증 환자를 대상으로 한 선행 연구들에서 일관성 있게 지지되었다(Cole, 1988; Emery et al., 1981; Minkoff et al., 1973; Petrie et al., 1983; Weissman et al., 1979; Wetzel et al., 1980).

신민섭 등(1991)의 연구 결과 역시 우울증이 자살 생각을 예측하는 데 가장 중요한 요인이며, 자살 생각을 많이 할수록 자살 시도의 위험이 증가되는 것으로 나타났다. 또한 자살 생각과 충동성이 상호작용하여 자살 시도를 더욱 활성화시킬 가능성

이 시사되었다.

□ 해밀톤 우울 평가척도(Hamilton rating scale for depression)

이 도구는 Max Hamilton(1960)이 개발한 임상적 타인평가척도⁷⁾로 대부분의 우울에 대한 임상적 연구에서 사용되고 있다. 이 도구는 21개 또는 24개 질문으로 구성되어 있는데, 조사자가 0~4점 또는 0~2점 척도로 환자가 특정증상을 얼마나 뚜렷하게 보이는지를 평가하게 된다. 세부적으로는 죄책감(conscience), 다양한 종류의 수면장애(sleep disorder), 심기증(hypochondria) 또는 자살생각(suicide ideation)에 대한 질문들이 포함되어 있다. 응답자들이 기입한 각 문항에 대한 답에 점수를 매겨 합산한 총점을 이용해 평가하는 것으로 판단기준은 다음과 같다.

- 15~18점: 경도~중경도 우울
- 25점 이상: 중도 우울

7) Beck의 우울 설문지 한국어 제2판의 신뢰도 및 타당도에 대한 성형모 등(2008)의 연구에서는 임상가 평가척도(clinician-rating scale)가 자기 평가형 척도(self-rating scale)에 비해 다음과 같은 장·단점을 가진다고 설명하였다. 임상가 평가척도는 우울증상과 그 심각함의 정도에 대해 보다 객관적이고 정확한 평가가 가능한 장점이 있는 반면, 전문적으로 훈련을 받은 평가자가 실시해야 하므로 시간과 비용이 소요된다는 단점이 있다.

〈표 5-3〉 Assessment of Depression

No.	점수의 범위	증상	점수																		
1	0-4	Depressed mood	<table><tr><th colspan="2">Grading</th></tr><tr><td>0</td><td>Absent</td></tr><tr><td>1</td><td>Mild or trivial</td></tr><tr><td>2</td><td rowspan="2">moderate</td></tr><tr><td>3</td></tr><tr><td>4</td><td>Severe</td></tr><tr><td>0</td><td>Absent</td></tr><tr><td>1</td><td>Slight or doubtful</td></tr><tr><td>2</td><td>Clearly present</td></tr></table>		Grading		0	Absent	1	Mild or trivial	2	moderate	3	4	Severe	0	Absent	1	Slight or doubtful	2	Clearly present
Grading																					
0	Absent																				
1	Mild or trivial																				
2	moderate																				
3																					
4	Severe																				
0	Absent																				
1	Slight or doubtful																				
2	Clearly present																				
2	0-4	Guilt																			
3	0-4	Suicide																			
4	0-2	Insomnia, initial																			
5	0-2	Insomnia, middle																			
6	0-2	Insomnia, delayed																			
7	0-4	Work and interests																			
8	0-4	Retardation																			
9	0-2	Agitation																			
10	0-4	Anxiety, psychic																			
11	0-4	Anxiety, somatic																			
12	0-2	Somatic symptoms, gastrointestinal																			
13	0-2	Somatic symptoms, general																			
14	0-2	Genital symptoms																			
15	0-4	Hypochondriasis																			
16	0-2	Loss of insight																			
17	0-2	Loss of weight																			
18	0-2	Diurnal variation-M																			
		-E																			
19	0-4	Depersonalization, etc																			
20	0-4	Paranoid symptoms																			
21	0-2	Obsessional symptoms																			

〈표 5-4〉 우울 상태 체크리스트 및 평가척도

No.	점수의 범위	증상
1	0-4	Depressed Mood Gloomy attitude, pessimism about the future Feeling of sadness Tendency to weep Soddness, etc.....1 Occasional weeping.....2 Frequent Weeping.....3 Extreme symptoms.....4
2	0-4	Guilt Self-reproach, feels he has let people down Ideas of guilt Present illness is a punishment Delusions of guilt Hallucinations of guilt
3	0-4	Suicide Feels life is not worth living Wishes he were dead Suicidal ideas Attempts at suicide
4	0-2	Insomnia, initial

		Difficulty in falling asleep
5	0-2	Insomnia, middle Patient restless and disturbed during the night Waking during the night
6	0-2	Insomnia, delayed Waking in early hours of the morning and unable to fall asleep again
7	0-4	Work and interests Feelings of indecision and vacillation Loss of interest in hobbies Decreased social activities Productivity decreased Unable to work Stopped working because of present illness only.....4 (Absence from work after treatment or recovery may rate a lower score.)
8	0-4	Retardation Slowness of thought, speech, and activity Apathy Stupor Slight retardation at interview.....1 Obvious retardation at interview...2 Interview difficult.....3 Complete stupor.....4
9	0-2	Agitation Restlessness associated with anxiety
10	0-4	Anxiety, psychic Tension and irritability Worrying about minor matters Apprehensive attitude Fears
11	0	Anxiety, somatic Gastrointestinal, wind, indigestion Cardiovascular, palpitations, headaches Respiratory, genito-urinary, etc.
12	0-2	Somatic symptoms, gastrointestinal Loss of appetite Heavy feelings in abdomen Constipation
13	0-2	Somatic symptoms, general Heaviness in limbs, back, or head Diffuse backache Loss of energy and fatiguability
14	0-2	Genital symptoms Loss of libido Menstrual disturbances
15	0-4	Hypochondriasis Self-absorption(bodily) Preoccupation with health Querulous attitude

		Hypochondriacal delusions
16	0-2	Loss of weight
17	2-0	Loss of insight Loss of insight.....2 Partial or doubtful loss...1 No loss.....0 (Insight must be interpreted in terms of patient's understanding and background)
18	0-2	Diurnal variation Symptoms worse in morning or evening Note which it is
19	0-4	Depersonalization and Derealization(Specify) Feelings of unreality Nihilistic ideas
20	0-4	Paranoid symptoms(Not with a depressive quality) Suspicious Ideas of reference Delusions of reference and persecution Hallucinations, persecutory
21	0-2	Obsessional symptoms Obsessive thoughts and compulsions against which the patient struggles

□ 몽고메리-아스버그 우울 평가척도(Montgomery-Asberg depression rating scale: MARDS)

이 도구는 해밀톤의 우울 평가척도보다 신체적 증상들에 대한 항목들이 더 적게 포함되어 있어서, 항우울 치료를 받는 대상자들의 약물로 인한 부작용이나 신체적 질환에 수반되는 부작용에 대해 덜 민감하게 측정하는 것으로 알려져 있다(Tamaklo 등, 1992).

MARDS의 원판은 임상가들에 의해 측정되는 도구이지만 소요시간이 길다는 문제점 때문에 자기보고식의 짧은 버전의 MARDS-S가 개발되었는데, 이때 슬픔에 대한 문항 등 응답자가 본인의 상태를 평가하기 어려운 문항들은 MARDS-S에서 제외되었다.

□ Beck Depression Inventory(BDI)

본 연구에서는 이영호 등(1991)이 번안한 한국어판을 리뷰하였다. 이 도구는 우울증의 인지적, 정서적, 동기적, 신체적 증상 영역을 포함하는 총 21문항으로 구성된 자기보고식 검사이다. 어린이의 경우 Child Depression Inventory(CDI)를 사용한다.

대상자들은 각 문항에 대한 자신의 현재 상태를 4개 문장 중 하나에 표시하는데, 이는 증상의 정도를 Likert 척도가 아니라 증상의 정도를 표현하는 구체적인 진술문에 응답케 함으로써 응답자들이 자신의 심리상태를 수량화하는 데서 겪는 혼란을 줄일 수 있다는 장점이 있다. 응답 결과는 각 문항 점수를 0점, 1점, 3점으로 채점한 후, 합산하여 총점을 구한다. 점수의 범위는 0점~63점으로 총점에 따라 다음과 같이 현 상태를 나누어 볼 수 있다.

- 0~9점 : 우울하지 않은 상태
- 10~15점 : 가벼운 우울 상태
- 16~23점 : 중한 우울 상태
- 24~63점 : 심한 우울 상태

Shaffer 등(2004)에 따르면 16점 이상은 우울 가능성이 있는 상태, 21점 이상은

임상적 우울증으로 추정할 수 있다고 하였다(Kendall 등, 1987)

한국의 경험적 연구(이영호 외, 1991)에서는 우울환자 집단의 평균점수가 23.46점 (표준편차 8.43), 일반인 집단의 평균점수가 8.43점 (표준편차 5.39)으로 나타난 바 있다.

□ The Geriatric Depression Scale(GDS)

현재 30개 문항으로 구성된 원본과 15개 문항으로 구성된 간이 버전(GDS-SF)이 모두 사용되고 있으며, 대상자들은 각 문항에 대해 참/거짓으로 응답하게 된다.

3. 기타 자살관련 스크리닝 도구

자살에 영향을 끼치는 요인으로 우울감과 더불어 고려해야 할 요인은 무망감이다. Beck, Steer, Kovas와 Garrison(1985)은 우울감과 더불어 무망감이 자살에 중요한 요인으로 생각된다고 하였다. 그러나 그 후에는 우울감보다 무망감이 자살과 더 관련이 깊은 변인이라고 주장하였다(Beck, Brown, & Steer, 1989).

무망감 외에도 자살에 영향을 끼치는 개인적, 사회적 요인들이 매우 다양하게 존재하고 있으며, 이는 여러 가지 도구를 통해 측정해 볼 수 있다.

□ Beck, 절망감 척도 (Beck Hopelessness Scale : BHS)

이 도구는 미래에 대한 부정적이고 비관적인 생각을 측정하기 위한 것으로 총 20 문항으로 이루어진 자기보고식 검사지이다. 대상자들은 각 문항에 대해 ‘예/아니오’로 응답하며, 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 문항에 ‘아니오’로 응답한 경우, 그리고 나머지 문항에 ‘예’라고 응답한 경우만 1점으로 값을 매긴다. 각 문항의 점수를 합산하여 총점을 구하게 되는데, 점수의 범위는 0점~20점으로 나타날 수 있다. Beck은 10점을 자살 위험 지표로 제시한 바 있다.

신민섭(1993)의 연구에서 고등학생 집단의 평균점수는 5.53점(표준편차 5.03), 대학생 집단의 평균점수는 4.19점(표준편차 4.21), 성인 집단의 평균점수는 3.06점(표

준편차 3.60)으로 나타났으며, 우울증 환자 집단의 평균점수는 8.97점(표준편차 5.42)으로 나타났다.

제2절 국내 적용가능 자살 스크리닝 도구 개발

1. 국내 적용가능 자살 스크리닝 도구안

앞 절에서는 의료인들을 위한 자살위험 스크리닝 도구를 개발하기 위해 국내외 의료기관에서 주로 사용되는 스크리닝 도구들을 찾아보았다. 관련 문헌고찰 결과 자살 위험을 발견할 수 있는 스크리닝 도구의 내용은 다음과 같은 두 가지 축으로 구성될 수 있다.

첫째, 자살 위험 요인의 체크리스트는 의료인들이 질문을 하지 않고서도 자살 위험이 높은지를 판단할 수 있는 근거 자료가 된다. 체크리스트에는 주로 다음과 같은 내용들이 포함된다.

- 정신질환 (우울, 알코올 중독, 정신분열증, 인격장애, 불안 장애) 경험
- 만성질환 (간질, 척추 및 뇌 손상, 암, 에이즈, 신장질환, 기타 극심한 고통이 따르는 질병 등) 경험
- 사회경제적 특성 (노인, 이혼/별거/사별, 실업자, 독거인, 최근의 신상의 변화 등)
- 과거 자살 시도 경험

둘째, 자살 생각을 확인할 수 있는 질문들은 다음과 같이 구성될 수 있다.

우선 질문의 강도 면에서 ‘불행감 혹은 무력감, 절망감, 무기력, 삶의 부담, 살아갈 가치가 없음, 자살 할 것 같은 심정’과 같이 점진적으로 구성될 수 있다.

또한 자살 생각이 확인되었다고 판단되었을 때 필요한, 보다 구체적인 질문들로 ‘삶을 끝낼 구체적인 계획이 있는가, 어떻게 시도하려고 하는가, 자살 도구를 갖고 있는가, 언제 할 것인지 생각해 보았는가 등’을 시도할 수 있다.

아울러 스크리닝 도구는 어떤 셋팅(예, 의원, 병원, 종합병원)에서 누가 (의사, 간호사) 사용할 것인가에 따라 달라질 수 있으므로 이에 대한 검토가 필요하다. 본 연

구에서는 주로 1차의료기관의 의사가 사용할 수 있는 도구를 개발하는 데 집중하였으나, 도구 자체의 내용에 따라 간결하게 구성된 응급실 의료진이 사용할 수 있는 도구, 모든 의료 기관에서 사용하도록 만들어진 도구 등 다양한 종류의 스크리닝 도구의 내용을 함께 검토하였다.

다양한 문헌 고찰 결과 본 연구에서는 다음과 같은 두 가지의 스크리닝 도구가 국내 1차의료기관에서 활용될 수 있을 것으로 예상하였다.

첫째, Screening for Depression and Thoughts of Suicide는 미국 내에서도 전반적인 자살률이 높은 편인 Alaska의 The North Sound 지역 정신보건사회복지사들이 개발한 도구로, 간결한 스크리닝 질문과 잘 짜여진 연계방침이 특징이다.

이름 : _____	생년월일 : ____년 ____월 ____일
집 전화번호 : _____	<input type="checkbox"/> 환자가 응답을 거부하였음
1. 지난 몇 주간, 당신은 슬프거나 절망하신 적이 있습니까?	
<input type="checkbox"/> 전혀 없었음	<input type="checkbox"/> 가끔 있었음
<input type="checkbox"/> 자주 있었음	<input type="checkbox"/> 대부분의 시간 동안 그랬음
2. 지난 몇 주간, 당신은 자신을 해칠 생각이나 계획을 한 적 있었습니까?	
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오

둘째, Risk of Suicide Questionnaire(RSQ)는 2001년 응급실에서 (치료 우선순위를 정하기 위한) 부상자 분류 담당 간호사들이 정신보건서비스가 필요한 환자들을 더 빨리 분류할 수 있도록 개발한 것으로, 원래는 다음과 같은 4개 항목으로 구성되어 있다.

- | |
|---|
| 1. Are you here because you tried to hurt yourself?
2. In the past week, have you had any suicidal thoughts?
3. Have you ever attempted suicide in the past?
4. Has something very stressful happened in the past 3 weeks? |
|---|

그러나 본 연구는 응급실이 아닌 1차의료기관 전반에서 주로 사용될 수 있는 스크리닝 도구를 개발하는 것을 목적으로 하고 있었기 때문에, 연구진의 논의와 전문가 의견 수렴을 통해 다음의 세 문항으로 줄이고, 내용의 흐름을 고려하여 질문 순서를 재배치하였다.

이름 : _____	의사 : _____
환자등록번호 : _____	진료날짜 : ____년 ____월 ____일
<input type="checkbox"/> 환자가 응답을 거부하였음	
(1) 지난 3주간 당신에게 매우 스트레스를 주는 일이 있었습니까?	
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
(2) 지난 한 주간 당신은 자살을 생각한 적이 있습니까?	
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
(3) 당신은 지금까지 살면서 한 번이라도 자살을 시도한 적이 있습니까?	
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오

2. 전문가 그룹 의견조사

가. 조사 개요

개발된 두 가지 스크리닝 도구 안을 토대로 실제로 이 도구를 사용할 것으로 기대되는 의료진을 중심으로 하여 전문가 의견조사를 실시하였다. 2010년 11월 1일~11월 9일의 동안 이메일을 통해 실시된 이 조사에는 총 7명의 의료인이 참여하였다. 전문가 의견조사 질문지는 연구진이 제시한 스크리닝 도구 두 가지 중 하나를 선택하고, 그에 대한 의견 및 도구의 수정, 보완점을 제시하도록 구성되었다(부록 1 참고). 주요 질문내용은 다음과 같다.

- 두 가지 스크리닝 도구 중 1차의료기관에 도입하기에 더 적합한 것 선택
- 선택한 자살 스크리닝 도구의 신뢰성
- 선택한 자살 스크리닝 도구의 정확성
- 선택한 자살 스크리닝 도구의 의료현장 활용가능성
- 선택한 자살 스크리닝 도구 도입 시 담당자
- 우리나라 자살 예방 및 자살사망률 감소를 위한 기타 의견

조사에 응한 대상자들은 모두 전공의로 정신과 4인, 신경과 2인, 가정의학과 1인으로 구성되었으며, 연령은 평균 41.3세, 근무경력은 평균 13.1년이었다. 또한 42.9%가 2차의료기관에서, 57.1%가 3차의료기관에서 근무하고 있었다.

나. 자살 스크리닝 도구에 대한 인식

- 국내 도입 자살 스크리닝 도구의 선택

질문지를 통한 조사 결과 전문가 7명 중 5명이 1번 도구인 Screening for Depression and Thoughts of Suicide를 선택하였다. 전문가들이 하나의 도구를 선택한 이유와 선택한 도구의 특성에 대한 자세한 응답을 분석한 결과는 다음과 같다.

5명의 전문가는 1번 도구를 선택한 이유에 대해 다음과 같이 응답하였다.

- 질문이 간단하고 직관적이다
- 질문이 이해하기 쉽고 정확하다
- 우울증과의 연관성이 포함된다
- 한국인 정서를 고려할 때 직접적인 자살 사고에 대한 질문은 오히려 강한 부정성을 야기할 수 있으므로 완곡한 질문을 통해 보다 솔직한 심정을 반영할 수 있을 것 같다

1번 도구를 선택하지 않은 2명의 전문가는 1번 도구를 선택하지 않은 이유에 대해 다음과 같이 응답하였다.

- 첫 번째 문항에 대해 답변하기가 모호할 것이라 생각된다
- 1번 도구 역시 우수하지만 상대적으로 2번 도구가 더 적합할 것으로 판단된다

□ 선택한 도구의 신뢰성

7명의 전문가들은 “본인이 선택한 자살위험 스크리닝 도구를 일반적인 의료인이 시행한다면 비교적 일관성 있는 결과가 나올 것이라고 생각하십니까?”라는 질문에 대해 다음과 같이 응답하였다.

〈표 5-5〉 도구의 신뢰성 평가 결과

항목	신뢰할 수 있다	신뢰할 수 없다
1번 도구 선택	80.0	20.0
2번 도구 선택	100.0	0.0
전체	85.7	14.3

1번 도구를 선택한 5명의 전문가들은 80%가 신뢰성이 있다고 응답하였으며, 그렇게 생각하는 이유는 다음과 같았다.

- 질문은 적고 짧지만 선별하고자 하는 질문내용이 명확하다
- 질문이 간단명료하다
- 직접적인 질문은 상대방에 따라 반응 차이가 크지만 본 도구와 같은 우회형의 비교적 완곡한 질문은 의료인과 비의료인 사이에 별다른 응답 차이가 없을 것으로 생각된다

반면 일관성 있는 결과를 얻을 수 없을 것이라고 응답한 한 전문가는 그 이유를 “도구 자체는 괜찮다고 생각한다 문제는 실제 임상현장에서 쓰일 때 제도적 보완이 없다면 실제로 사용될 것인지 의문이 든다”고 설명해, 도구 자체의 문제보다는 실제 임상현장에 적용할 수 있을지의 문제가 먼저 고려되어야 한다고 지적하였다.

한편 2번 도구를 선택한 2명의 전문가들은 도구의 신뢰성을 묻는 이 문항에 대해 모두 그렇다고 응답하였으며, 그 이유를 “질문이 간단명료함”으로 설명하였다.

이러한 응답을 통해 미루어 볼 때 본 조사에 사용된 두 가지의 스크리닝 도구는 모두 간단명료하고도 정확한 질문 구성을 통해 일관성, 신뢰성 있는 결과를 얻을 수 있을 것으로 기대할 수 있겠다.

□ 선택한 도구의 정확성

7명의 전문가들은 “본인이 선택한 자살위험 스크리닝 도구의 형식이나 내용이 실제로 자살위험이 있는 사람들을 선별해 내기에 적절하다고 생각하십니까?”라는 질문에 대해 다음과 같이 응답하였다.

〈표 5-6〉 도구의 정확성 평가 결과

항목	정확하다	정확하지 않다
1번 도구 선택	60.0	40.0
2번 도구 선택	100.0	0.0
전체	71.4	28.6

1번 도구를 선택한 5명의 전문가들은 60%가 정확하다고 응답하였다. 그렇게 생각하는 이유는 다음과 같았다.

- 문항의 내용이 직접적 특히 2번 문항이라 스크리닝에는 적절하다
- 도구를 사용함으로써 의료진의 관심을 표현할 수 있다

반면 정확하게 선별할 수 없을 것이라고 응답한 40%의 전문가들은 그 이유를 다음과 같이 설명하였다.

- 자살 자체는 의외로 예측하기 힘들다

또한 이를 수정, 보완하기 위한 구체적 의견으로는 “위험충만 집중관리하기 위한 *secondary prevention* 개념을 통해서 자살예방이 가능할지 의문이다. 그래도 1번 문항에서 우울증세를 물어보는 것이 도움이 될 것이라고 생각한다. 최근 사회적인 고립을 막는 것이 자살예방에 중요하다는 연구가 많이 발표되었는데 이를 평가하는 문항이 있다면 더 도움이 될 것이라 생각한다”는 응답이 제시되었다.

한편 2번 도구를 선택한 2명의 전문가들은 도구의 정확성을 묻는 이 문항에 대해 모두 그렇다고 응답하였으며, 그 이유를 다음과 같이 설명하였다.

- 3번 문항 답변의 예의 빈도를 분석하여 개개인을 선별할 수 있을 것으로 기대된다
- 직접적인 자살 충동에 대한 질문으로 측정이 가능하다

이러한 응답을 통해 미루어 볼 때 1번 도구를 현장에 적용하게 된다면 직접적인 자살 충동에 대해서는 2번 문항을 통해 알아볼 수 있을 것이나, 실제 자살시도 경험

을 묻는 문항이 없어 이에 대한 고려가 필요할 것으로 생각된다. 또한 환자들에게 보다 믿음을 주는 의료진들이 우울이나 자살과 관련한 문제에 관심을 보이고, 보다 일상적인 대화 형태로 스크리닝 도구를 실시한다면 보다 정확성 있는 결과를 얻을 수 있을 것으로 기대할 수 있겠다. 그러나 자살 자체가 예측하기 어려운 면이 있다는 것은 연구자 뿐 아니라 신체적, 정신적 상태가 불안한 환자들을 대하는 의료인들이 항상 염두에 두어야 할 것이다.

한편 자살 스크리닝 도구를 통한 고위험군 집중 관리식 자살예방 접근방법에 대해 의문을 제기한 한 전문가의 의견에 따라, 이러한 한계를 극복하기 위해 사회적 고립, 지지, 네트워크 부족 등 개인들의 사회적 자원에 대해서 파악할 수 있는 문항을 추가하는 것도 하나의 방법이 될 수 있을 것이다.

□ 선택한 도구에 대한 전반적인 평가

우선 1번 도구를 선택한 5명의 전문가들의 도구에 대한 전반적인 평가 결과는 다음과 같았다.

〈표 5-7〉 1번 도구에 대한 전반적인 평가 결과

항목	매우 좋다	약간 좋다	보통이다	약간 부족하다	매우 부족하다
도구의 정확성	40.0	20.0	20.0	20.0	0.0
도구의 신뢰성	40.0	60.0	0.0	0.0	0.0
도구의 현장 적합도	60.0	20.0	20.0	0.0	0.0
도구의 현장 활용가능성	40.0	60.0	0.0	0.0	0.0
도구를 시행하는 사람의 전문성	0.0	60.0	40.0	0.0	0.0

대부분의 전문가들은 도구의 신뢰성이나 현장적합도, 현장 활용가능성 및 도구를 시행하는 사람의 전문성에 대해서는 보통 이상의 평가를 내렸지만, 도구의 정확성에 대해서는 약간 부족하다는 평가도 있었기에 이에 대한 도구의 수정, 보완이 요구된다.

한편 2번 도구를 선택한 2명의 전문가들은 도구에 대해 전반적으로 좋다고 평가하였다.

다. 자살 스크리닝 도구 국내 도입에 대한 의견

☐ 선택한 도구의 현장 활용 적절성

7명의 전문가들은 “본인이 선택한 자살위험 스크리닝 도구의 형식이나 내용이 실제 의료현장에서 사용하기에 적절하다고 생각하십니까?”라는 질문에 대해 다음과 같이 응답하였다.

〈표 5-8〉 도구의 현장 활용 적절성 평가 결과

항목	적절하다	적절하지 않다
1번 도구 선택	60.0	40.0
2번 도구 선택	100.0	0.0
전체	71.4	28.6

1번 도구를 선택한 5명의 전문가들은 3명만이 실제 의료현장에 도입하기에 적절하다고 응답하였으며, 나머지 2명은 그렇지 않다고 응답하였다.

1번 도구가 실제 현장에서 사용하기에 적절하다고 응답한 3명의 전문가들은 그 이유를 다음과 같이 설명하였다.

- 핵심질문을 통해 우울증환자를 선별해 관리할 수 있다
- 간편하다
- 현재 상태에 대한 질문들로 이루어져 있다

1번 도구가 실제 현장에서 사용하기에 적절하지 않다고 응답한 2명의 전문가들은 그 이유를 다음과 같이 설명하였다.

- 질문 내용은 좋지만 ‘지난 몇 주간’이라고만 되어있어 응답하기에 약간 모호하다. 기간을 좀 더 명확하게 언급하였으면 좋겠다
- 주민등록번호나 이름 등을 기입하게 되면 비밀유지에 민감한 환자들의 심리상 정직한 대답을 할 가능성이 감소한다 따라서 병록번호만 설문지 위에 기입하면 될 것이다

또한 스크리닝 도구의 의료현장 도입 적절성에 대해서는 다음과 같은 추가 의견

들이 제시되었다.

○ 스크리닝 도구는 추가 평가가 필요한 사람을 선별해 내기 위한 것으로 실제 임상에서 널리 활용되기 위해서는 도구의 간편성 및 예측성과 함께 일상적인 대화 형태여야 보다 실용적일 수 있다

○ 추가적인 질문과 대처방법은 의료인을 위한 지침에서 다루어져야 한다

한편 2번 도구를 선택한 2명의 전문가들은 모두 이 도구가 실제 의료현장에서 사용되기에 적절하다고 응답하였으며, 그 이유는 “간편하여 사용이 용이하고 판단기준이 명확하다”고 설명하였다.

□ 선택한 도구를 활용하게 될 스크리닝 담당자 선정

7명의 전문가들은 “실제 의료현장에서 본인이 선택한 자살위험 스크리닝 도구를 사용하게 된다면 누가 스크리닝 업무를 담당해야 한다고 생각하십니까?”라는 질문에 대해 다음과 같이 응답하였다.

〈표 5-9〉 자살 스크리닝 업무 담당자

항목	의사	간호사	정신보건사회복지사	기타
1번 도구 선택	40.0	20.0	40.0	0.0
2번 도구 선택	50.0	0.0	0.0	50.0
전체	42.9	14.3	28.6	14.3

의사가 자살 스크리닝 도구를 시행해야 한다는 응답이 42.9%로 가장 많았으며, 그 다음이 정신보건사회복지사 28.6%, 간호사 및 기타가 14.3%였다. 기타 의견으로는 “간호사의 안내로 자기기압”, “의사, 간호사, 복지사를 포함한 모든 가능 인력”이 제시되었다.

라. 국내 도입 자살 스크리닝 도구

본 연구에서는 전문가 의견조사 결과에 따라, Screening for Depression and Thoughts of Suicide을 자살증후 스크리닝 도구로 선택하였다.

이 도구는 질문이 간단하고, 직관적이며, 이해하기 쉽고, 정확하다는 장점이 있는 도구로, 자살생각 뿐 아니라 우울증과의 연관성이 포함되어 있으며, 완곡한 질문을 통해 한국인의 보다 솔직한 심정을 반영할 수 있을 것으로 예상된다.

총 7명의 전문가 중 4명의 정신과 전문의들이 모두 이 도구를 국내에 도입하기에 더 적절한 것으로 선택하였다는 점에서 이 도구에 대해 더욱 신뢰할 수 있을 것으로 기대된다.

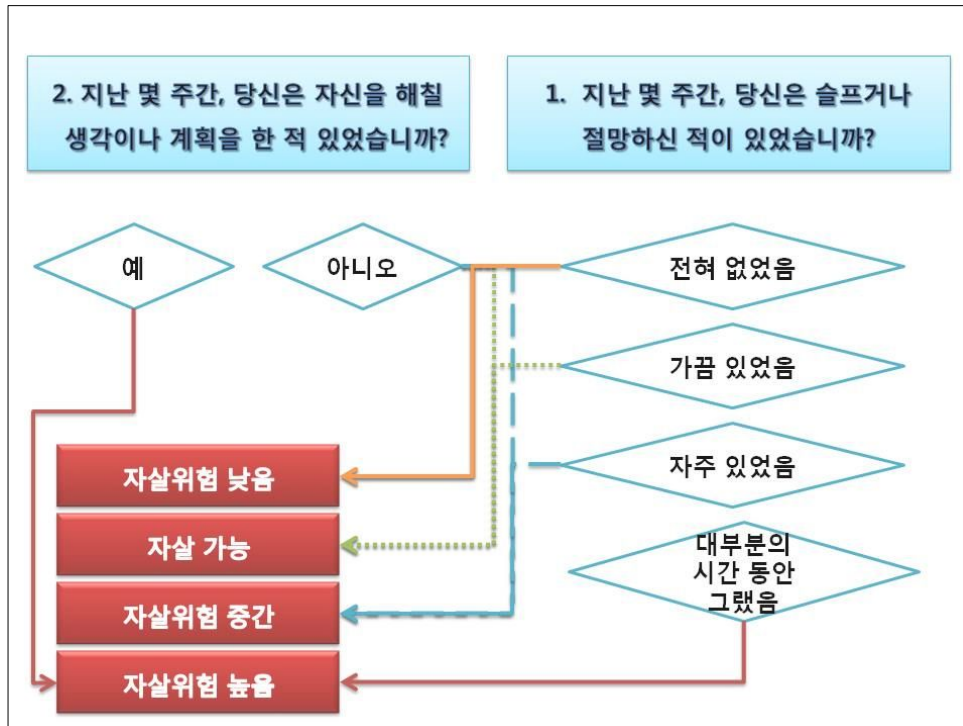
그러나 이 도구를 선택하지 않은 2명의 전문가가 선택하지 않은 이유로 제시한 “첫 번째 문항에 대해 답변하기가 모호할 것이라 생각된다”는 의견이나, 현장도입의 적절성에 대해 의문을 제기한 전문가들의 수정, 보완을 위한 의견으로 제시된 “질문 내용은 좋지만 ‘지난 몇 주간’이라고만 되어있어 응답하기에 약간 모호하다 기간을 좀 더 명확하게 언급하였으면 좋겠다”, 혹은 “주민등록번호나 이름 등을 기입하게 되면 비밀유지에 민감한 환자들의 심리 상 정직한 대답을 할 가능성이 감소한다 따라서 병록번호만 설문지 위에 기입하면 될 것이다”라는 기타 의견들을 적극 반영하여 그 결과를 실제 의료현장에 도입해야 할 것이다.

제3절 환자 대상 설문조사를 통한 도구의 타당성과 효과 분석

본 연구에서는 원래 스크리닝 도구의 판정기준 및 연계 행동지침 기준에 따라 다음과 같이 환자들의 자살위험을 분류하였다.

자살 생각이나 계획을 묻는 2번 문항에 대해 “아니오”라고 응답한 대상자들 중, 1번 문항에 대해 “전혀 없음”이라고 응답한 경우 자살위험이 낮은 집단으로, “가끔 느꼈음”이라고 응답한 경우 자살가능 집단으로, “자주 느꼈음”이라고 응답한 경우 자살위험 중간 집단으로 분류하였으며, 2번 문항에 대한 대답과 상관없이 1번 문항에 대해 “대부분의 시간 동안 느꼈음”이라고 응답한 경우와 1번 문항에 대한 대답과 상관없이 2번 문항에 대해 “예”라고 응답한 대상자들의 경우 자살위험이 높은 집단으로 분류하였다.

[그림 5-1] 자살위험 스크리닝 결과 분류기준



모든 측정치는 해당 대상자 수와 퍼센트로 표시하였다. 대상자들이 자가보고한 스트레스, 우울, 자살생각, 자살계획, 자살시도경험과 도구를 이용해 측정한 자살위험 정도 간의 관계는 chi-square test나 t test로 분석하였다. 조사 결과에 대한 통계분석은 SPSS for Windows를 이용하였으며, p값이 0.05 미만일 때 통계적으로 유의한 것으로 판정하였다.

1. 일반과 이용자 대상

본 연구에서 사용한 자살위험 스크리닝 도구 시행 결과 정신과를 제외한 일반과를 방문한 대상자 243명 중, 스크리닝 도구 시행을 거부한 11명을 제외한 232명이 분석 대상으로 포함되었다.

일반과를 방문한 대상자들은 첫 번째 스크리닝 질문인 “지난 몇 주간, 당신은 슬픔이나 절망감을 느낀 적이 있었습니까?” 라는 질문에 대해 55.2%가 “전혀 없었음”,

36.2%가 “가끔 있었음”이라고 응답하였으며 5.6%가 “자주 있었음”, 3.0%가 “대부분의 시간동안 그랬음”이라고 응답하여, 대부분의 대상자들이 우울 증상을 보이지 않는 것으로 나타났다.

〈표 5-10〉 일반과 이용자들의 우울 증상 경험

구분	N	%
전혀 없음	128	55.2
가끔	84	36.2
자주	13	5.6
대부분	7	3.0
계	232	100.0

또한 대상자들은 “지난 몇 주간, 당신은 자신을 해치고 싶다고 생각하거나, 계획을 한 적이 있었습니까?” 라는 두 번째 스크리닝 질문에 대해 96.1%가 “아니오”, 3.9%인 9명만이 “예”라고 응답하였다. 이는 일반 의료이용자들을 대상으로 한 자살 스크리닝 연구 과정에서 흔히 발생하는 현상(Gaynes 등, 2004)으로, 정신적 문제 때문에 내원한 것이 아닌 일반 환자들 사이에서 자살위험이 있는 사람의 수는 매우 적기 때문에 스크리닝 결과 고위험군으로 걸러지는 사람들의 수 역시 매우 적은 것이다.

〈표 5-11〉 일반과 이용자들의 자살생각 및 계획

구분	N	%
예	9	3.9
아니오	223	96.1
계	232	100.0

본 연구에서 개발한 자살 스크리닝 도구 시행 결과, 일반과에 내원한 대상자들 중 55.2%가 자살위험이 낮은 집단으로 나타났으며, 자살 가능 집단이 33.6%, 중간 정도의 위험을 가진 집단이 4.7%, 높은 자살 위험을 가진 집단이 6.5%로 나타났다.

〈표 5-12〉 일반과 이용자들의 자살위험 스크리닝 결과

자살위험	N	%
낮음	128	55.2
가능	78	33.6
중간	11	4.7
높음	15	6.5
계	232	100.0

일반과에 내원한 대상자들이 직접 보고한 스트레스 정도와 자살위험 스크리닝 결과를 함께 살펴 본 결과, 자살위험이 낮은 집단의 경우 스트레스를 많이 받는 사람들이 8.6%, 자살 가능 집단은 64.7%, 중간위험집단은 33.3%, 고위험집단은 53.3%로 나타났다. chi-square test 결과 스크리닝 도구를 통해 판정한 자살위험과 대상자들이 자가 보고한 스트레스 정도 간에 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타나, 자살가능군과 자살고위험군에서 스트레스를 많이 받는다고 한 사람들이 많은 경향이 있었다.

〈표 5-13〉 일반과 이용자들의 스트레스와 자살위험

자살위험					(단위: 명 (%))
	조금 받음	보통	많이 받음	계	X ²
낮음	64 (50.0)	53 (41.4)	11 (8.6)	128 (100.0)	46.98***
가능	16 (20.5)	6 (35.3)	11 (64.7)	78 (100.0)	
중간	0 (0.0)	5 (55.6)	3 (33.3)	11 (100.0)	
높음	1 (6.7)	6 (40.0)	8 (53.3)	15 (100.0)	
계	81 (34.9)	105 (45.3)	46 (19.8)	232 (100.0)	

주: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

자살위험정도에 따른 우울 수준을 분석한 결과 저위험군의 평균점수는 4.69점, 자살가능군 9.83점, 중간위험군 15.40점, 고위험군 15.29점 순으로 나타났으며, 이는 통계적으로 유의한 수준이었다. 우울 수준에 있어서도 자살가능군과 자살고위험군의 점수가 높게 나타났으나, 이는 모두 병적인 우울증 의심 수준인 16점을 넘지 않는 수준이었다.

〈표 5-14〉 일반과 이용자들의 우울수준과 자살위험

(단위: 평균 (표준편차))		
자살위험	우울점수	F
낮음	4.69 (4.00)	37.63***
가능	9.83 (5.77)	
중간	15.40 (5.72)	
높음	15.29 (7.95)	
계	7.56 (6.15)	

주: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

또한 저위험군과 자살가능군에서는 우울증이 의심되는 16점 이상이 각각 3명 (2.4%), 14명(18.7)에 그쳤으나, 중위험군과 고위험군에서는 각각 6명(60.0%), 9명 (64.3%)로 나타나 중위험군 및 고위험군에 우울증상이 심각한 사람들이 더 많은 것으로 나타났다. 일반적으로 자살위험을 스크리닝하는 데 있어 우울증상이 중요한 요인으로 여겨지고 있다는 것을 생각해 볼 때, 스크리닝 결과와 우울증상이 통계적 유의성을 보인다는 점에서 본 스크리닝 도구의 효과를 기대해 볼 수 있겠다.

〈표 5-15〉 일반과 이용자들의 우울수준과 자살위험

(단위: 명 (%))				
자살위험	우울증 의심	안정적	계	X ²
낮음	3 (2.4)	121 (97.6)	124 (100.0)	60.86***
가능	14 (18.7)	61 (81.3)	75 (100.0)	
중간	6 (60.0)	4 (40.0)	4 (100.0)	
높음	9 (64.3)	5 (35.7)	5 (100.0)	
계	32 (14.3)	191 (85.7)	223 (100.0)	

주: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

일반과에 내원한 대상자들이 직접 보고한 자살생각과 자살위험 스크리닝 결과를 함께 살펴 본 결과, 저위험군의 경우 14.1%, 가능군은 28.2%, 중위험군은 54.5%, 고위험군은 46.7%가 자살생각을 한 적이 있는 것으로 나타났으며, 이는 통계적으로 유의한 수준이었다. 앞에서 스크리닝 도구를 통해 자살 생각을 물었을 때는 3.9%의 대상자들만이 생각한 적이 있다고 응답하였으나, 설문지를 통해 자살생각을 한 적이 있는지 물었을 때는 전체의 22.8%가 그런 적이 있었다고 응답하여, 큰 차이를 보이고 있다. 이는 대상자가 사전 준비 없이 자살이라는 대답하기 어려운 질문을 받았을 때, 실제보다 과소 보고를 할 수 있다고도 볼 수 있으나, 본 연구에서는 스크리닝

도구에서는 단지 “몇 주간”의 생각을 물었고, 설문지에서는 “지난 1년간”의 생각을 물었기 때문에 나타난 결과일 수 있다고 해석하였다.

〈표 5-16〉 일반과 이용자들의 자살생각과 자살위험

				(단위: 명 (%))
자살위험	예	아니오	계	X ²
낮음	18 (14.1)	110 (85.9)	128 (100.0)	17.97***
가능	22 (28.2)	56 (71.8)	78 (100.0)	
중간	6 (54.5)	5 (45.5)	11 (100.0)	
높음	7 (46.7)	8 (53.3)	15 (100.0)	
계	53 (22.8)	179 (77.2)	232 (100.0)	

주: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

내과, 신경과, 가정의학과 등 일반과에 내원한 대상자들이 직접 보고한 자살계획 경험과 자살위험 스크리닝 결과를 함께 살펴 본 결과, 저위험군의 경우 9.4%, 가능군은 16.7%, 중위험군은 18.2%, 고위험군은 26.7%가 자살계획을 한 적이 있는 것으로 나타났다. 이는 통계적으로 유의한 결과는 아니었지만 고위험군일수록 자살계획을 더 많이 하는 경향이 뚜렷하게 나타나는 것을 확인할 수 있었다.

〈표 5-17〉 일반과 이용자들의 자살계획과 자살위험

				(단위: 명 (%))
자살위험	예	아니오	계	X ²
낮음	12 (9.4)	116 (90.6)	128 (100.0)	5.01
가능	13 (16.7)	65 (83.3)	78 (100.0)	
중간	2 (18.2)	9 (81.8)	11 (100.0)	
높음	4 (26.7)	11 (73.3)	15 (100.0)	
계	31 (13.4)	201 (86.6)	232 (100.0)	

주: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

일반과에 내원한 대상자들이 직접 보고한 자살시도 경험과 자살위험 스크리닝 결과를 함께 살펴 본 결과, 저위험군의 경우 3.9%, 가능군은 9.0%, 중위험군은 9.1%, 고위험군은 20.0%가 자살시도를 한 적이 있는 것으로 나타났다. 스크리닝 결과 통계적으로 유의하지는 않았지만 걸러진 자살 위험 정도와 자살시도 경험 간에 뚜렷한 경향의 차이를 확인할 수 있었다.

〈표 5-18〉 일반과 이용자들의 자살시도 경험과 자살위험

(단위: 명 (%))				
자살위험	예	아니오	계	χ^2
낮음	5 (3.9)	123 (96.1)	128 (100.0)	6.40
가능	7 (9.0)	71 (91.0)	78 (100.0)	
중간	1 (9.1)	10 (90.9)	11 (100.0)	
높음	3 (20.0)	12 (80.0)	15 (100.0)	
계	16 (6.9)	216 (93.1)	232 (100.0)	

주: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

내과, 신경과, 가정의학과 등의 일반과에 내원한 환자들을 대상으로 자살위험 스크리닝을 실시한 결과, 대상자들이 평소에 받는 스트레스 정도나 우울 증상, 자살 생각에 있어서는 일반 대상자들로부터 중간 이상의 자살위험군을 구분해 낼 수 있었으며, 이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

한편 실제로 구체적인 자살을 계획하거나 자살시도를 한 경험에 있어서는 저위험군, 가능군, 중위험군, 고위험군 간의 뚜렷한 차이가 나타나는 경향을 보였지만, 이는 통계적으로 유의하지는 않은 것으로 나타났다.

이상과 같은 결과를 통해 본 연구에서 개발한 스크리닝 도구를 사용한다면 일상 생활에서의 경미한 스트레스나 우울증상, 자살생각 등을 경험하고 있는 중등도 이상의 위험군을 걸러내는 데 도움이 될 것으로 기대해 볼 수 있었으며, 통계적으로 유의하지는 않았으나 응답비율에 집중해 본다면 실제 자살계획이나 자살경험이 있는 자살 고위험군들의 경향을 파악하는 데 도움이 될 것으로 생각된다.

2. 정신과 이용자 대상

본 연구에서 사용한 자살위험 스크리닝 도구 시행 결과 정신과를 방문한 대상자 총 94명 중, 스크리닝 도구 시행을 거부한 1명을 제외한 93명이 분석 대상으로 포함되었다.

정신과를 방문한 대상자들은 “지난 몇 주간, 당신은 슬픔이나 절망감을 느낀 적이 있습니까?” 라는 질문에 대해 17.2%가 “전혀 없음”, 44.1%가 “가끔 느꼈음”이라고 응답하였으며 29.0%가 “자주 느꼈음”, 9.7%가 “대부분의 시간동안 느꼈음”이라고 응답하여, 일반과 내원환자들에 비해 많은 대상자들이 우울 증상을 보이는 것

으로 나타났다.

〈표 5-19〉 정신과 이용자들의 우울 증상 경험

구분	N	%
전혀 없음	16	17.2
가끔	41	44.1
자주	27	29.0
대부분	9	9.7
계	93	100.0

정신과를 방문한 대상자들은 “지난 몇 주간, 당신은 자신을 해치고 싶다고 생각 하거나, 계획을 한 적이 있었습니까?” 라는 질문에 대해 62.4%가 “아니오”, 37.6% 인 35명이 “예”라고 응답하였다. 이는 일반 의료이용자들에 비해 정신과 이용자들이 훨씬 더 자살생각 및 계획을 많이 하는 것임을 나타낸다.

〈표 5-20〉 정신과 이용자들의 자살생각 및 계획

구분	N	%
예	35	37.6
아니오	58	62.4
계	93	100.0

본 연구에서 개발한 자살 스크리닝 도구 시행 결과, 정신과에 내원한 대상자들 중 11.8%가 자살위험이 낮은 집단으로 나타났으며, 자살 가능 집단이 37.6%, 중간 정도의 위험을 가진 집단이 12.9%, 높은 자살 위험을 가진 집단이 37.6%로 나타났다. 일반과 내원환자들의 스크리닝 결과와 비교해 볼 때, 중위험군과 고위험군의 비율이 상당히 높은 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-21〉 정신과 이용자들의 자살위험 스크리닝 결과

자살위험	N	%
낮음	11	11.8
가능	35	37.6
중간	12	12.9
높음	35	37.6
계	93	100.0

전반적으로 정신과에 내원한 대상자들 중 기분장애(우울증), 정신분열증 환자들의 비중이 높았던 본 조사에서 스크리닝을 실시한 결과에 따라 정신과 환자들의 병명을 살펴보았다. 그 결과 고위험군에서 특히 기분장애(우울증)을 앓고 있는 환자들의 비중이 60.0%로 가장 높은 것을 알 수 있었으며, 그 뒤로 정신분열증이 22.9%, 기타 8.6%, 스트레스 관련 신경증, 신체형 장애가 5.7%, 알코올 및 기타 중독 장애가 3.2%, 정확한 질환명을 모르는 대상자가 2.2%로 나타났다. 또한 스크리닝 결과 나타난 자살위험과 대상자들의 정신과 질환 간에는 유의한 상관관계가 있는 것으로 분석되었다. 의도적 자살의 대부분이 우울증 때문에 시도된다는 점을 생각해 보았을 때, 본 분석의 결과는 스크리닝 도구의 신뢰성을 높이는 것이라 하겠다.

〈표 5-22〉 정신과 이용자들의 병명과 자살위험

						(단위: 명 (%))
구분	낮음	가능	중간	높음	계	χ^2
기분장애(우울증)	3 (27.3)	11 (31.4)	3 (25.0)	21 (60.0)	38 (40.9)	31.73**
스트레스 관련 신경증, 신체형 장애	2 (18.2)	3 (8.6)	1 (8.3)	2 (5.7)	8 (8.6)	
알코올 및 기타중독 장애	0 (0.0)	2 (5.7)	0 (0.0)	1 (2.9)	3 (3.2)	
정신분열증	2 (18.2)	16 (45.7)	4 (33.3)	8 (22.9)	30 (32.3)	
모름	2 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.2)	
기타	2 (18.2)	3 (8.6)	4 (33.3)	3 (8.6)	12 (12.9)	
계	11(100.0)	35(100.0)	12(100.0)	35(100.0)	93(100.0)	

주: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

정신과에 내원한 대상자들이 직접 보고한 스트레스 정도와 자살위험 스크리닝 결과를 함께 살펴 본 결과, 저위험군의 경우 스트레스를 많이 받는 사람들이 27.3%, 자살가능군은 22.9%, 중위험군은 58.3%, 고위험군은 61.8%로 나타났으며 이는 통계적으로 유의한 결과였다. 정신과 이용자들은 일반과 이용자들에 비해 스트레스를 많이 받고 있다고 응답한 비율이 더 높았으며, 일반과 이용자들과 마찬가지로 고위험군으로 갈수록 스트레스를 많이 받는다고 응답한 대상자가 많아지는 것을 확인할 수 있었다.

〈표 5-23〉 정신과 이용자들의 스트레스와 자살위험

(단위: 명 (%))

자살위험	조금 받음	보통	많이 받음	계	χ^2
낮음	2 (18.2)	6 (54.5)	3 (27.3)	11 (100.0)	14.16*
가능	5 (16.3)	22 (62.9)	8 (22.9)	35 (100.0)	
중간	2 (16.7)	3 (25.0)	7 (58.3)	12 (100.0)	
높음	2 (5.9)	11 (32.4)	21 (61.8)	34 (100.0)	
계	11 (12.0)	42 (45.7)	39 (42.4)	92 (100.0)	

주: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

자살위험정도에 따른 우울 수준을 분석한 결과 전체 평균점수가 16.71점으로 일반과 내원환자들의 6.62점보다 훨씬 높은 것으로 나타났다. 특히 중위험군, 고위험군의 평균점수가 병적인 우울증을 의심할 수 있는 16점 이상이라는 것은 본 스크리닝 도구가 자살위험 스크리닝 뿐 아니라, 우울증 스크리닝 도구로도 사용될 수 있음을 보여준다고 하겠다. 대상자들 개인의 우울총점에 대한 위험군별 평균점수를 비교해 본 결과, 저위험군 9.33점, 가능군 14.11점, 중위험군 20.33점, 고위험군 20.39점 순으로 나타났으며, 이는 통계적으로 유의한 결과였다.

〈표 5-24〉 정신과 이용자들의 우울수준과 자살위험

(단위: 평균 (표준편차))

자살위험	우울점수	F
낮음	9.33 (4.27)	11.51***
가능	14.11 (5.51)	
중간	20.33 (4.64)	
높음	20.39 (7.57)	
계	16.71 (7.18)	

주: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

또한 저위험군에서는 우울증이 의심되는 16점 이상이 1명으로 나타나 11.1%에 그쳤으나, 자살가능군과 중위험군, 그리고 고위험군에서는 각각 15명(42.9%), 10명(83.3%), 26명(83.9%)로 나타나 거의 절반 정도의 대상자들이 질환으로서의 우울증이 의심되는 수준의 우울 증상을 보이고 있었다. 일반적으로 자살위험을 스크리닝하는 데 있어 우울증상이 중요한 요인으로 여겨지고 있다는 점에서, 스크리닝 결과와 우울증상이 통계적 유의성을 보인다는 데에서 본 스크리닝 도구의 효과를 기대해 볼 수 있겠다.

〈표 5-25〉 정신과 이용자들의 우울수준과 자살위험

				(단위: 명 (%))
자살위험	우울증 의심	안정적	계	χ^2
낮음	1 (11.1)	8 (88.9)	9 (100.0)	23.29***
가능	15 (42.9)	20 (57.1)	35 (100.0)	
중간	10 (83.3)	2 (16.7)	12 (100.0)	
높음	26 (83.9)	5 (16.1)	31 (100.0)	
계	52 (59.8)	35 (40.2)	87 (100.0)	

주: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

정신과에 내원한 대상자들이 직접 보고한 자살생각과 자살위험 스크리닝 결과를 함께 살펴 본 결과, 저위험군의 경우 18.2%, 가능군은 22.9%, 중위험군은 58.3%, 고위험군은 88.2%가 자살생각을 한 적이 있는 것으로 나타났으며 이는 통계적으로 유의한 결과였다. 특히 자살 고위험군에서는 대부분의 응답자들이 자살을 생각한 적이 있다고 응답하여 집중 관리의 필요성이 있다고 하겠다.

〈표 5-26〉 정신과 이용자들의 자살생각과 자살위험

				(단위: 명 (%))
자살위험	예	아니오	계	χ^2
낮음	2 (18.2)	9 (81.8)	11 (100.0)	34.96***
가능	8 (22.9)	27 (77.1)	35 (100.0)	
중간	7 (58.3)	5 (41.7)	12 (100.0)	
높음	30 (88.2)	4 (11.8)	34 (100.0)	
계	47 (51.1)	45 (48.9)	92 (100.0)	

주: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

정신과에 내원한 대상자들이 직접 보고한 자살계획 경험과 자살위험 스크리닝 결과를 함께 살펴 본 결과, 저위험군과 가능군의 경우 각각 1명씩, 중위험군은 6명 (50.0%), 고위험군은 22명(64.7%)이 자살계획을 한 적이 있는 것으로 나타나, 고위험군일수록 자살계획을 더 많이 하는 경향을 보였다. 이러한 자살위험군별 자살계획에 있어서의 뚜렷한 차이는 통계적으로도 유의한 결과로, 본 연구에서 개발된 스크리닝 도구가 실제 자살을 행하기 전에 이루어지는 계획 단계를 경험해 본 적이 있는 위험군들을 걸러내는 데 유용한 도구가 될 것이라는 점을 시사한다.

〈표 5-27〉 정신과 이용자들의 자살계획과 자살위험

(단위: 명 (%))				
자살위험	예	아니오	계	χ^2
낮음	1 (9.1)	10 (90.9)	11 (100.0)	34.46***
가능	1 (2.9)	34 (97.1)	35 (100.0)	
중간	6 (50.0)	6 (50.0)	12 (100.0)	
높음	22 (64.7)	12 (35.3)	34 (100.0)	
계	30 (32.6)	62 (67.4)	92 (100.0)	

주: * $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

정신과에 내원한 대상자들이 직접 보고한 자살시도 경험과 자살위험 스크리닝 결과를 함께 살펴 본 결과, 저위험군의 경우 18.2%, 가능군은 5.9%, 중위험군은 25.0%, 고위험군은 52.9%가 자살시도를 한 적이 있는 것으로 나타났으며 이는 통계적으로 유의한 결과였다. 자살위험을 측정할 때 가장 신뢰성 있는 척도로 과거의 자살시도경험을 설명하는 많은 선행연구들에 비추어 볼 때 본 연구에서 사용한 스크리닝 도구는 정신과 내원환자들을 대상으로 과거자살시도 경험이 있는 사람들을 스크리닝하기에 적합한 것으로 나타났다.

〈표 5-28〉 정신과 이용자들의 자살시도 경험과 자살위험

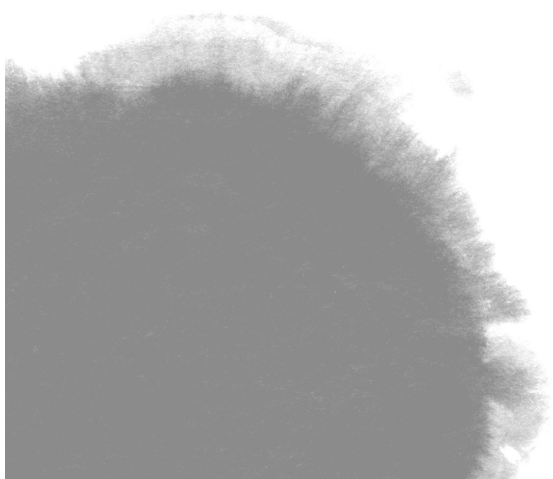
(단위: 명 (%))				
자살위험	예	아니오	계	χ^2
낮음	2 (18.2)	9 (81.8)	11 (100.0)	19.54***
가능	2 (5.9)	32 (94.1)	34 (100.0)	
중간	3 (25.0)	9 (75.0)	12 (100.0)	
높음	18 (52.9)	16 (47.1)	34 (100.0)	
계	25 (27.5)	66 (72.5)	91 (100.0)	

주: * $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

정신과에 내원한 환자들을 대상으로 자살위험 스크리닝을 실시한 결과, 일반과 환자들에 비해 중·고위험군이 매우 많이 발견되었으며, 자가기입식 설문지 스투레스, 우울증상, 자살생각이나 계획, 시도경험 등에 있어서 매우 높은 위험을 보였다.

특히 정신과 이용자들을 대상으로 한 조사, 분석 결과 자살 스크리닝 결과 나타난 자살 위험과 자가기입을 통한 설문조사 내용이 모두 통계적으로 유의한 관계를 보이고 있어, 정신과 내원환자들을 대상으로 본 스크리닝 도구를 시행할 때 보다 효과적으로 활용될 수 있다는 점을 시사한다.

자살증후자 발견 및 연계지침 개발



제6장 자살증후자 발견 및 연계지침 개발

제1 절 자살 증후자 발견 및 의료인 연계 서비스 현황

자살예방에 대한 의료인의 역할은 각 나라의 의료시스템에 영향을 받는다. 대표적으로 영국과 같이 NHS 시스템 하에서 일차진료의가 모든 질환의 초기진단과 치료를 담당하므로 우울증과 자살에 대해서도 의뢰가 필요한 경우에만 정신과 치료가 제공되고 있다. 따라서 일차의료인을 대상으로 한 우울증의 조기발견과 치료에 대한 지침 개발이 활발하게 진행되어 왔다. 그러나 전문의 비율이 높고 접근성에 있어 제약이 없는 국내 의료 환경에서 적용가능성은 제한적일 수 있을 것이다. 본문에서는 기존까지 제시되어온 프로그램과 효과를 검토하였다. 국내동향은 본문의 2장과 중복되어 2장에 함께 제시하였다.

1. 자살사망자의 의료서비스 이용

덴마크의 Funen 지역에서 1991년 4월 1일부터 1995년 12월 31일까지 자살한 472명에 대한 Danish Psychiatric Central Register, the National Patient Register, the National Health Insurance, 그리고 Odense Pharmacoepidemiologic Database를 통해 의료 이용에 대한 분석을 따르면(U.A Andersen 등. 2000.), 사망하기 1달 전에 66%에서 일반의에게 진료를 받았고, 13%와 7%에서 각각 정신 병원 그리고 일반 병원에서 퇴원한 상태였다. 가장 두드러진 특징은 자살 이전의 가까운 시기에 있어서 자살자들이 의료인과의 접촉이 높은 것이라 할 수 있을 것이다.

이후 발표된 논문에서도, 40여개의 연구들을 종합하였을 때 자살로 사망하는 경우에 시도로부터 한 달 이내에 평균적으로 45%에서 일차 의료인과 접촉을 하는 것으로 나타났다(Jason B.Luoma 등. 2002.). 이러한 점에 착안하여 현재 우울증의 선별 및 치료에 대한 효과를 증진시키는 방법으로 일차 진료의를 대상으로 하는 교육의 중요성이 강조되고 있다.

2. 일차의료에서 우울증 치료 및 의뢰시스템

세계보건기구 자살예방가이드라인에 따르면 가장 효과적인 자살예방수단은 항우울제의 처방, 학교 등 지역사회기반의 자살예방프로그램, 자살수단에 대한 접근성의 강화이다. 헝가리에서의 항우울제와 자살 예방에 대한 Rihmer Z. 등(1997)의 논문에서 따르면, 1992년도까지 세계적으로 높았던 Hungary의 자살률이 1984년의 100000명 당 45.9명에서 1998년에는 100000명 당 32.1명으로 30% 이상 감소하였다. 이는 1996년도까지 1989년도에 비해 6배 이상의 비고용 증가와 25% 이상의 알코올리즘 증가에도 불구하고, 정신과 외래 환자의 증가, 정신과 의사의 증가, 응급 전화 서비스의 증가 및 우울증과 자살에 대한 광범위한 교육을 통한 항우울제 처방율의 증가(선택적 세로토닌 재흡수 차단제의 경우 1984년의 2.6DDD/1000명/일에 비해 1998년에는 12.0으로 증가함.)를 통해 이루어진 결과로 제시하였다. 따라서 사회적인 자살 위험 요인의 증가에도 불구하고 항우울제 처방율의 상승이 자살률을 낮출 수 있는 기여 요인으로 제시되고 있다. (Sandor Kalmar. 2001.)

일차의료에서의 항우울제 처방은 영국 등에서 흔히 이루어지고 있으나 적정성에 대해서는 몇 가지 논란이 있다. 미국에서 1988년부터 1998년도까지의 항우울제 처방율의 상승에도 불구하고 자살률은 9%만 감소하였는데, 이에 대한 Maria A. Oquendo 등의 연구(Maria A. Oquendo 등. 2002)에 따르면 뉴욕과 피츠버그의 대학병원에 입원하였던 136명의 환자에서 퇴원 이후 각각 3개월, 1년, 2년 뒤의 추적 기간에 있어서 주요우울장애를 겪을 경우에 자살 시도의 위험도가 7.23배가량 증가함에도 불구하고 모든 연구 대상자에서 추적 기간 동안의 항우울제 치료 용량은 적정하지 않은 것으로 나타났다. 또한 본 연구에서는 자살 시도의 기왕력이 자살 시

도의 고위험 요인임에도 불구하고, 기왕력이 있는 자와 없는 자 사이에서 항우울제 용량의 유의한 차이가 나타나지 않는 것으로 나타났다.

이전의 Svante Henriksson 등의 연구(Svante Henriksson 등. 2001)에 따르면 스웨덴의 Jämtland county에서 1985년부터 1995년도까지 118명의 대조군에 비교하여 59명의 자살군에서 사망자부검연구를 통해 복용한 약물을 파악하였을 때 2배 가량 처방을 많이 받지만 12%의 환자에서만 항우울제가 처방되었음을 확인하였다. 본 연구를 통해 많은 자살들이 여전히 잘못 진단되거나, 적절하게 치료받고 있지 못함을 알 수 있다.

따라서 항우울제가 자살 행동에 미치는 영향에 대한 실험 대조군 연구가 더 필요할 것으로 보이지만, 많은 우울증 환자들이 적절한 항우울제 치료를 받고 있지 못하는 점을 고려할 때, 의료인을 대상으로 하는 우울증 및 자살의 치료에 대한 지침과 교육과 함께 자살 사고가 있는 환자의 경우 우울증 사례관리 그리고 정신 보건 전문가에게로의 적절한 의뢰시스템의 확립이 중요시 되고 있다. (Herbert C.Schulberg 등. 2004.).

이러한 의뢰시스템에 대해서는 1990년대 초반부터 여러 가이드라인에서 제시되어 왔다. 자살을 시도하기 이전에 많은 환자들이 일차 의료인을 방문한다는 점에 착안하여 1993년도에 미국의 the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)에서는 일차 의료 환경에서 우울증을 치료할 수 있도록 임상 가이드라인이 제작된 바 있다. 하지만, 고위험 환자들에 대한 중재 방안을 다루고 있지 않았기에 Gregory K.Brown,등은 2001년 논문을 통해 추가적으로 방안을 제시하였다 (Gregory K.Brown 등. 2001.).본 논문에서는 고위험 환자 분류의 기준을 제시(아래 <표 6-1> 참조)하고, 고위험 환자를 발견하였을 경우, 정신과 의사에게로 의뢰할 것을 권유하였다.

〈표 6-1〉 이차적 위험 요인

Indicator	Lower risk	Higher risk
Suicide ideation	SSI-C total score=0 or BDI-FS Item 7=0	SSI-C Item 4=1 or BDI-FS Item 7=1 or SCID MDE Item 9 (ideation)
Depression	HRSD<9	HRSD>15 or moderate to severe depressive episode
Hopelessness	BHS<9	BHS>8
Reasons for living	many	no reasons for living could be identified by the patient, or SSI-C Item 12=2
Access to lethal method	none	immediate(e.g. owns a gun) or SSI-C Item 13=2
Impulse control	within normal limits	poor(e.g. outbursts of anger)
Treatment compliance	within normal limits	poor(e.g. refuses treatment)
Previous suicide attempts	none	one or more previous attempts
Social support	supportive neighbors or family live in area	poor social support(e.g. no known neighbors or friends identified by patient as supportive)
Alcohol or drug abuse	none	any substance abuse or dependence diagnosis
Psychosis or mania	none	any diagnosis involving psychosis or mania
Resent life events	none	severe stressful life event(e.g. MD says no further treatments for medical condition, death of loved one, financially bankrupt)

주: BDI-FS, Beck Depression Inventory - Fast Screen for Medical Patients; BHS, Beck Hopelessness Scale; HRSD, Hamilton Psychiatric Rating Scale; SSI-C, Scale for Suicide Ideation-Current

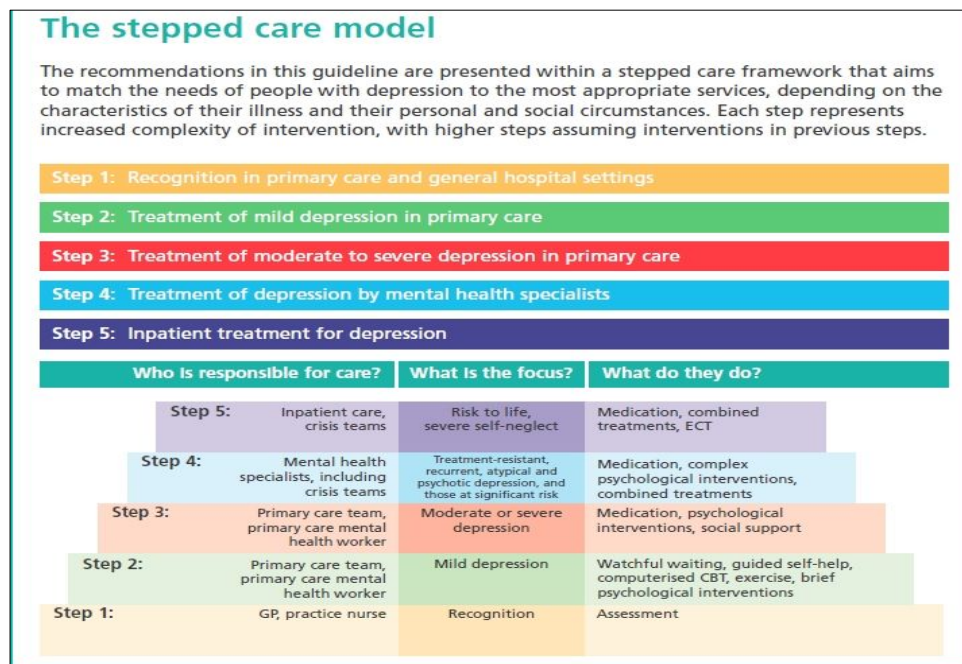
의뢰 받은 정신과 의사는 입원 치료, 집중적인 외래 치료, 약물 변경, 정신 치료 등을 고려하는데 특히 다음의 경우에 있어 입원을 고려할 것을 제시하였다.

- (a) 정신병적 증상이 있을 경우
- (b) 상당한 물질 남용, 심각한 절망감 혹은 자살 사고를 시행하기 위한 강한 욕구가 있을 경우
- (c) 환자가 효과적인 외래 치료를 받기에는 충분한 사회적 지지를 받고 있지 못한 경우
- (d) 동반된 일반 의학적 상태가 외래 치료를 안전하게 받지 못하는 이유가 되는 경우
- (e) 환자가 외래 치료를 받을 능력이 안 되는 경우
- (f) 환자가 안전에 대한 계약을 거부하는 경우

(g) 환자가 확실한 계획이 있고 자살을 시도할 방법이 있는 경우

다른 사례로, 2004년 영국의 the National Collaborating Centre for Mental Health에서는 NICE(National Institute for Clinical Excellence) 가이드-라인을 제시하였다(National Collaborating Centre for Mental Health.2004.).본 가이드-라인에서는 일차 의료 및 이차 의료에서 우울증의 선별, 치료 방법들에 대해 근거 중심으로 stepped care model을 소개하기도 하였다([그림 6-1] 참조).

[그림 6-1] stepped care model



이후 뉴질랜드에서도 뉴질랜드의 일반 인구의 6%에서 우울증을 앓고 있는 점에 착안하여 The National Depression Initiative(NDI)에서는 2006년도에 경도에서 중등도 우울증에 대한 일차 의료인이 사용할 수 있는 가이드-라인을 제시하였다(New Zealand guidelines group. 2006.)²⁰.본 가이드-라인에서는 ICD-10 진단 기준의 증상들 및 기타 사항을 고려하여 치료 계획을 세울 수 있도록 지시하고 있는데, 이러한 일차 의료에서의 가이드-라인에 ‘의뢰’가 포함되어 있음을 알 수 있다(아래 [그림 6-2] 참조).

[그림 6-2] 우울치료계획 가이드라인

Guide to treatment planning for depression	
Treatment plan	Factors in the history and presentation
General advice and watchful waiting	<ul style="list-style-type: none"> • ≤4 ICD-10 symptoms • no past personal or family history of depression • social support available • symptoms intermittent, or <2 weeks duration • no suicidal thoughts • little associated disability
More active treatment* in primary care	<ul style="list-style-type: none"> • ≥5 ICD-10 symptoms • past personal or family history of depression • low social support • suicidal thoughts • associated social disability
Referral to a secondary mental health care team	<ul style="list-style-type: none"> • poor or incomplete response to two interventions • recurrent episode within 1 year of last one • person or relatives request referral • self-neglect
Urgent referral to a secondary mental health care team	<ul style="list-style-type: none"> • actively suicidal • psychotic symptoms • severe agitation accompanying severe (≥10 ICD-10) symptoms • severe self-neglect
<p>* This may involve consulting with a specialist mental health team by phone if there are any questions about the person's safety and/or management.</p>	

호주의 가정의학회에서도 우울증에 대한 ‘임상실제에서의 심리치료(Psychological treatments in general practice)’를 주제로 5회에 걸친 교육 자료를 만들었다. 2003년 발표된 마지막 자료에서는 우울증 선별에 있어서 일반인들이 인식하기 쉽도록 제시(아래 [그림 6-3] 참조)하고, 환자 교육 및 치료에 있어서도 그 방법을 제시하였다(Grant Blashki 등. 2003.).

[그림 6-3] 우울 스크리닝 도구 - “Are you depressed?”

For more than two weeks have you:

1. Felt sad, down or miserable most of the time? ☐ **YES** ☐ **NO**

2. Lost interest or pleasure in most of your usual activities? ☐ **YES** ☐ **NO**

If you answered 'Yes' to either of these questions, complete the symptom checklist below.

BEHAVIOURS

☐ Stopped going out

☐ Not getting things done at work

☐ Withdrawn from close family and friends

☐ Relying on alcohol and sedatives

☐ Stopped doing things you enjoy

☐ Unable to concentrate

THOUGHTS

☐ 'I'm a failure'

☐ 'It's all my fault'

☐ 'Nothing good ever happens to me'

☐ 'I'm worthless'

☐ 'Life is not worth living'

FEELINGS

☐ Overwhelmed

☐ Unhappy, depressed

☐ Irritable

☐ Frustrated

☐ No confidence

☐ Guilty

☐ Indecisive

☐ Disappointed

☐ Miserable

☐ Sad

PHYSICAL

☐ Tired all the time

☐ Headaches and muscle pains

☐ Churning gut

☐ Can't sleep

☐ Poor appetite/weight loss

If you answered 'Yes' to question 1 and/or 2, and ticked 3 or more of the above symptoms, you probably have a depressive illness.

Figure 1. Are you depressed?¹⁸

또한, 일반의를 특정한 정신과적 치료를 할 수 있는 정신 보건 전문가들에게 의뢰할 수 있는 핵심 역할로 여겨 ‘의뢰’에 대해 그 중요성을 강조하였다. 본 교육 자료에서는 다음의 경우 진료 의뢰를 하도록 권장하였다.

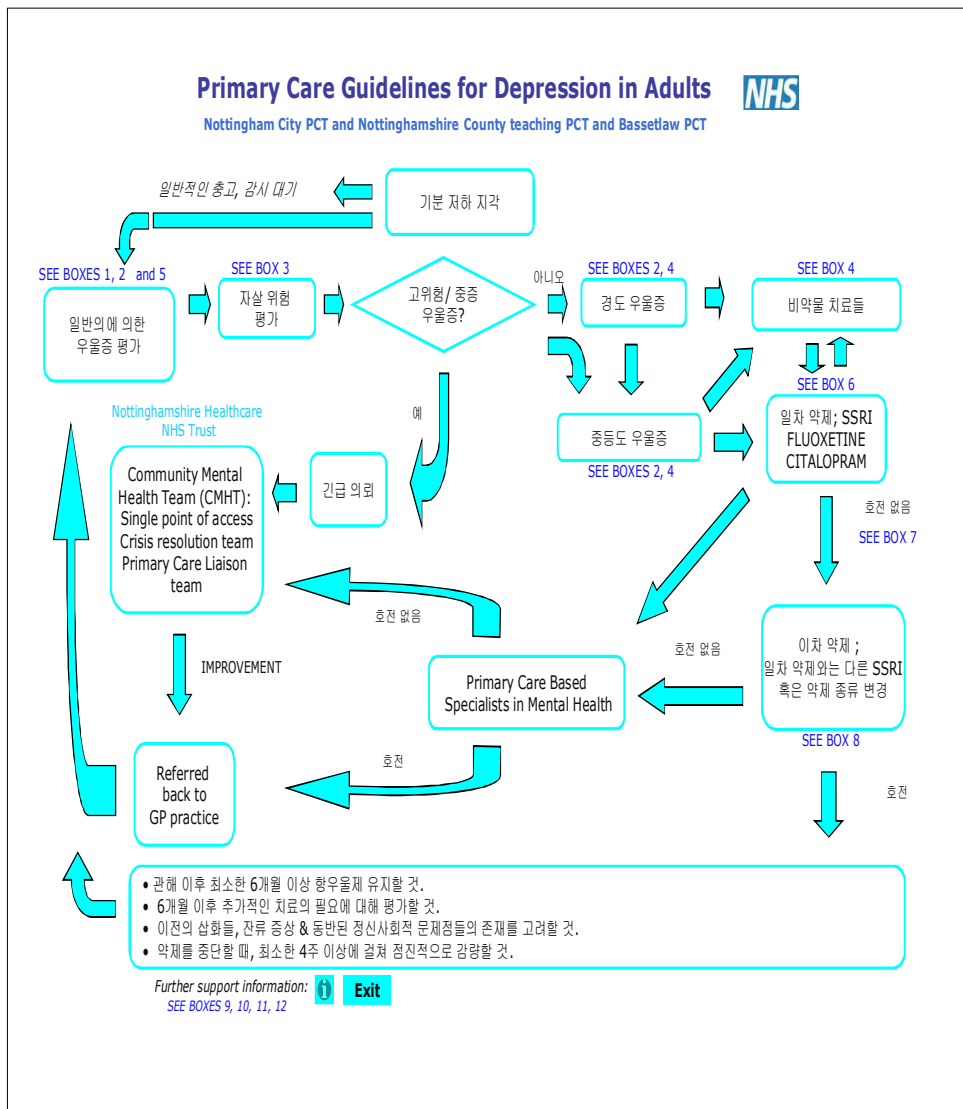
- (a) 멜랑콜리아를 동반한 심각한 우울증
- (b) 정신병적 우울증
- (c) 자살의 위험이 있는 우울증
- (d) 비정형적 우울증
- (e) 치료에 부분 반응 혹은 반응이 없는 경우
- (f) 약물에 대한 예상되지 않았던 반응
- (g) 양극성 장애(혹은 양극성 장애의 가족력)인 경우
- (h) 정신과적 혹은 의학적으로 동반된 질환들이 있는 경우

(i) 우울증에 다양한 기여 요인들이 있는 경우

(j) 일반의의 능력 수준 이상의 특정한 치료들이 요구되는 경우

영국 Nottingham city에서는 NHS(National Health Services)의 지원으로 일차 의료인을 대상으로 하는 진단, 치료, 연계에 대해 정리한 지침을 2008년에 제작하였다. 이는 다음 [그림 6-4] 와 같은 일차진료의가 단계에 따라 시행할 수 있는 구체적인 지침이다.

[그림 6-4] Primary care guidelines for depression in adults



우울증의 인식

BOX 1

질문: "지난 달 동안, 당신은 기분이 처지거나 우울하거나 혹은 절망적인 느낌으로 인해 종종 신경 쓰였던 적이 있습니까?"

"지난 달 동안, 무언가를 할 때 즐거움이나 흥미가 가지 않아 종종 신경 쓰였던 적이 있습니까?"

주요 증상:

- ❖ 지속적인 슬픔 혹은 처진 기분; 그리고/혹은
- ❖ 흥미나 쾌감의 상실
- ❖ 피로 또는 에너지 상실

상기 증상들 중 최소한 한 가지 이상은 2주 이상 거의 매일 지속되어야 우울증이라 할 수 있다. 고통 자체에서는 신체적 상태와 차이를 배제하기 위해 세심하게 보아야 한다. 알코올 사용력, 물질 사용 그리고 복음중인 악물에 대해 물어보는 것을 잊지 말 것.

우울증의 심한 정도

BOX 2

주요 증상이(box 1참조) 있다면, 다음의 7가지 연관된 증상들에 대해 질문하세요. (use PHQ9 questionnaire):

- ❖ 수면 방해
- ❖ 집중력의 저하 혹은 우유부단
- ❖ 낮은 자신감
- ❖ 식욕의 감소 또는 증가
- ❖ 자살 사고 혹은 행동
- ❖ 초조 혹은 지체
- ❖ 죄책감 또는 자기 비하

ICD-10 정의

증상들은 거의 매일 한 달 혹은 그 이상 존재하여야 한다.

- ❖ 경도 우울증 = 4 가지 증상들
- ❖ 중등도 우울증 = 5 가지 혹은 6 가지 증상들
- ❖ 중증 우울증 = 7 가지 혹은 그 이상 ± 정신병적 증상들

관리

- ◆ 4세 혹은 이하의 증상들, 과거력 혹은 가족력 없음, 좋은 사회적 지지 체계, 자살 경향 없음, 사회적 장애 없음 = 일반병인 충고, 자조 그리고 감시 대기
- ◆ 5세 혹은 그 이상의 증상들, 우울증의 과거력 혹은 가족력, 낮은 사회적 지지 체계, 자살 사고, 연관된 사회적 장애 = 일차 진료에서의 적극적인 치료
- ◆ 2차적 중재에도 자조하거나 부족한 반응, 이전 심화로부터 1년 이내의 재발된 삽화, 환자 혹은 친척들이 의뢰를 요구하는 경우, 자기 무시, 양극성 장애의 가족력, 고장된 기본 삽화의 과거력, 주산기의 우울증 = 정신 보건 전문가에게 의뢰할 것. (일차 진료 내에서도 가능함. - 주산기 우울증의 경우 permanent psychiatric services 의 의뢰하세요)
- ◆ 혈할만한 자살 사고와 계획들, 정신장애 증상들, 중증의 초조, 중증의 자기 무시 = 이차 진료로 긴급 의뢰할 것.

자살 위험도 평가

BOX 3

자살 사고와 의도에 대해 질문을 하는 것이

자살의 위험도를 증가시키지 않는다.

다음과 같은 질문들을 해야 한다:

- ❖ 당신의 미래가 보이는가?
- ❖ 당신 스스로를 해치는 생각을 한 적이 있는가?
- ❖ 그렇다면, 당신은 특정한 계획을 세운 적이 있는가?(계획이 더 세세할 수록, 위험도는 더 높아진다.)
- ❖ 어떠한 것들이 당신이 행하는 것을 지지했는가?
- ❖ 어떠한 것들이 당신이 대항하는 것을 쉽게 해주는가?

자살 의도가 있거나 이전의 시도가 있었던 경우 다음의 요인들은 자살의
고위험을 가리킨다.:

- ❖ 의학적으로 심각한 의도적인 자해
 - ❖ 발견되는 것에 대한 초치가 취해진 경우
 - ❖ 이전에 의도적인 자해가 있었던 경우
 - ❖ 우울증과 정신병들
 - ❖ 물질 오용
 - ❖ 동반 질환
 - ❖ 충동적이고 공격적인 인성 성향
 - ❖ 외롭고 사회적 망이 없는 경우
- 현자가 말하는 것을 듣는 것에 관심 있어 하는 임상가가 자살 위험도를 평가하는 데 최고의 도구 중 하나이다.

비약물적 치료들

BOX 4

경도 유출증

다른 증세에도 우울증이 지속되는 경우, 혹은 정신 사회학²⁾·의학³⁾ 문제들이 연관된 경우, 혹은 중증에서 중증 우울증의 과거력이 있는 환자가 경도 우울증을 겪는 경우가 아니라면 경도 우울증의 초기 치료로 항우울제가 추천되지 않는다. primary care-based mental health specialist에게 의뢰하는 것을 고려한다.

경도 우울증 환자에게, health care professionals 비약물적 치료들을 고려해야 한다.

- ▶ 감시 대기, 2 주 후 재평가
- ▶ 수면 위생/불안 관리
- ▶ 구조화된 운동 프로그램/ 건강한 식사/ 금주
- ▶ 아내 받는 자조 (e.g. 책들, 전단지, 인터넷 등)
- ▶ NICE에 추천되는 대로 컴퓨터 CBT 프로그램들도 고려할 수 있다. -유효성은 다양하고 오래지 않더라도 있음

중도유출

primary care-based mental health specialist에게 의뢰하는 것을 고려한다.

중등도 우울증에서, 앞에 거론된 정신과적 중재가 시행되기 이전에 모든 환자들에게 통상적으로 항우울제 투약을 한다.

어린이와 젊은 사람들

BOX 5

경도 우울증: 어린이와 젊은 사람들에게 있어서 항우울제가 초기의 치료로 되어서는 안된다.
중등도 우울증: 중등도에서 고도 우울증의 어린이와 젊은 사람들에서 특정한 정신과적 치료가 일차적으로 시행되어야 한다.
Children and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)를 통한 어린이와 젊은 사람들을 제외하고서는 항우울제 치료가 시행되어서는 안 된다..

일차 항우울제

BOX 6

과거에 어떠한 약제가 효과적이었는지 고려하라

시작 용량의 generic SSRI 제제가 1차 치료제로 시행: FLUOXETINE 20mg 혹은 CITALOPRAM 20mg (elderly/infirm CITALOPRAM 10mg). 치료를 시작할 때 환자에게 잠재적인 부작용과 중단시의 위험/금단 부작용에 대해 알린다. 효과적인 용량이 최소한 6개월 이상 유지되어야 한다고 충고한다. 허혈성 심질환 환자에게는 Sertraline을 고려한다.

4주 동안 적거나 반응이 없는 경우 초기 약제의 용량을 2~4주 동안 증량한다. 그런 이후, 다른 SSRI나 다른 class의 약제를 고려하여 용량을 조절한다. 이래도 반응에 실패한다면, 순응도를 평가하고, 진단을 재고하고, 알코올 남용을 배제하거나 의뢰를 고려한다. 부작용들과 적응 기기에 대해서는 BNF4.3을 보라.

SSRI 약제의 중단은 미리 계획되어야 하며 중단 효과들을 최소화하기 위해 4~6주만에 점차 점진적으로 이루어져야 한다; SSRI를 고용량으로 쓰는 경우 더 긴 기간이 필요함. 항우울제를 중단하기 위해 환자와의 토론 이후 적절한 시기에 대한 통의를 얻는다. 일부 환자들에게서는 겨울의 중간이나 크리스마스를 피하는 게 도움이 되기도 한다.

일차 항우울제로 교체하기 이전에 고려하라.

BOX 7

부분적인 반응이 있다면 성인에서는 6주, 노인에게서는 12주까지 기다려본다. 반응이 없다면 약물이 필요한 용량으로 주기적으로 복용되고 있는지 확인한다.
4주가 경과해도 반응이 없다면 BNF에서 권장하는 효과적인 용량 범위까지 증량한다.
추가적인 2~4주간(노인에서 4~6주) 반응이 없을 경우 교체한다. 배설기가 필요함을 숙지한다.

BOX 8

일차 항우울제

다른 SSRI 제제로 교체 (e.g. CITALOPRAM 혹은 FLUOXETINE) 혹은 약제 class를 교체한다. 특별한 순서 없이:

MIRTAZAPINE (NaSSA) - 진정 효과와 체중 증가를 일으킬 수 있다.
REBOXETINE (NRI) - 노인에서 추천되지 않는다.
삼환계 항우울제 (TCA) - e.g. LOFEPRAMINE (과량에서 독성이 적음). 모든 TCA 제제를 낮은 용량에서 시작하고 만약 견딜 수 있다면 치료적 용량까지 증량한다. (e.g. LOFEPRAMINE 140-210mg/day).
심혈관계 질환을 앓는 환자들에게서 ECG를 시행한다. DOSULEPIN은 심독성이 강하기 때문에 피하도록 한다.
VENLAFAXINE (SNRI) 일반적 용량 범위 75-225mg/day (Green).
심각한 심실성 부정맥의 고위험 환자와 조절되지 않는 고혈압 환자에게는 금기이다. 확인된 심장 질환이 있는 환자들에게서는 조심스럽게 사용하라.
혈압을 시작 시점, 4주째, 8주째, 그리고 매 6개월마다 확인하라. (>225mg/일 이상 사용하는 환자들에게는 매 4개월마다). 그리고 지속적인 혈압 상승의 증거가 있다면, 감량하든지, 항우울제를 교체하든지, 혹은 항고혈압제를 시작하라.
MOCCLOBEMIDE (RIMA).

항우울제를 교체할 때

- 세로토닌계 항우울제를 처방할 때 항우울제들과 세로토닌 신드롬 사이의 차이에 대해서 주의한다(e.g. SSRI, CLOMIPRAMINE, VENLAFAXINE, LITHIUM, RIMA/MAOI). 혼동, 섬망, 떨림, 발한, 혈압 변동, 그리고 경련을 특징으로 한다.
- Citalopram 혹은 Sertraline에서 다른 SSRI 제제로 교체할 때는 일차 SSRI 제제를 끊고 일차 SSRI를 초기 용량의 절반 용량에서 시작하고 괜찮다면 1주일 이후 증량한다. Fluoxetine에서 약제 교체를 할 경우 긴 반감기 때문에 일차 SSRI를 시작하기까지 4~7일 간의 배설기가 필요함을 알아야 한다.
- 항우울제의 교체에 대해 다른 정보가 필요할 경우 Maudsley Prescribing Guidelines를 참고하거나 Mental Health Trust pharmacist와 상의하라.

GP가 시행하지 않아야 할 중재 방법

다음의 중재 방법들은 정신 보건 전문가 없이 GP 단독으로 시행되어서는 안된다. :
단기간에 교차하여 tapering 하는 경우를 제외하고 항우울제를 병합하는 경우. 어떠한 종류의 항우울제일지라도 BNF 제한치의 최고수치를 넘겨서 증량하는 경우.
DOSULEPIN (Amber 2).
LITHIUM 병합 (Amber 1/2 - 지역 프로토콜/지침에 문의한다).
MAOI e.g. PHENELZINE (Amber 2).
"고용량" VENLAFAXINE 매일 300-375mg (Amber 1 - 지역 프로토콜/지침에 문의한다.)
St John's Wort는 판매를 목적으로 처방되거나 충고되어서는 안된다.

이상의 지침으로 볼 때 일차진료의에게 우울증 발견과 치료를 의무화하고 있는 국가에서도 적절한 연계시스템의 필요성은 확립되고 있다고 볼 수 있다.

3. 의료인 대상 교육의 효용성 연구

기존의 예방적 중재로 알려진 방법들(일반대중교육 및 인식개선, 정신질환의 치료, 치명적 자살수단의 접근 제한, 언론보도 모니터링 등)에 대한 1966년부터 2005년 6월까지의 연구들을 검토하였을 때, 우울증 발견과 치료 및 의료인 대상 교육과 치명적인 자살수단의 접근을 제한하는 방법이 자살률을 유의하게 낮추는 것으로 나타났다. 기타 중재 방법들인 공공 교육이나 미디어를 통한 교육 등은 추가적인 연구가 필요하다고 제시하였다.(John Mann 등. 2005).

우울증 교육을 통해 자살률을 감소시킬 수 있다는 주장에 대한 근거는 스웨덴의 Gotland 지역에서 1983년부터 1984년 경 소개되었던 교육 프로그램의 효과를 통해서도 찾을 수 있을 것이다. 1983~1984년에 the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression(PTD Committee)은 스웨덴의 Gotland 에서 일반의를 대상으로 기분 장애의 진단 및 치료에 대한 교육 프로그램을 진행하였다. 1982년에서 1984년까지의 자살률은 스웨덴의 전체 자살율과 유의한 차이가 없었지만, 2년간의 교육 프로그램이 시행 후로 스웨덴 전체의 자살률에 비해 유의한 감소를 보였다(W. Rutz, L 등. 1989.). 또한 교육 프로그램에 대해 2001년도에 W. Rutz가 결과를 재평가한 자료를 볼 때, 2년간의 Gotland 교육 프로그램 이후로 자살률이 60% 가량으로 감소하였다고 보고하였다. (W. Rutz, 2001.)

또 다른 우울증 관련 교육에 대하여 Philip C Hannaford, Chris Thomson 등은 1993년 일반의, 정신과 의사, 간호사, 건강 서비스 종사자들에게 우울증에 대한 인식과 관리에 대한 교육을 제공하는 ‘Take Care’ 프로그램의 효용성에 대해 소개하였다(Philip C Hannaford 등. 1996.). 이를 통해 우울증의 미발견 사례(missed depressive illness)의 비율이 24.1%에서 17.1%로 감소한 결과를 보였다.

반면, 의료인 대상 우울증교육프로그램의 효과가 제한적이라는 연구결과도 보고되고 있다. Elizabeth H.B.Lin 등의 연구에 따르면 109명의 일차 의료인에게 3개월 간의 교육 기간(교육 내용 ; small group interactive discussion, expert demonstrations, role-play, academic detailing of pharmacotherapy, criteria for urgent psychiatric referrals, case review with psychiatric consultants)을 거쳤을 때, 1년 뒤의 새로운 우울증 진단, 항우울제의 새로운 처방, 약물 치료의 적정성에 있어서 교육받지 않은 의료인과 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(Elizabeth H.B.Lin, Gregory E.Simon 등. 2001.). 저자들은 의료인을 대상으로 하는 교육 자체가 필요치 않은 것은 아니며 다만 교육만으로 충분한 전략은 아니라고 제시하였다.

같은 맥락에서, Anton C.M. 등은 문헌 검색을 통해, 교육적 중재는 순응도와 우울제의 결과에 있어서 명확한 장점을 나타내지 못했다고 보고하였다. 반면에, 일차 의료에서 정신 보건 전문가와 간호사 같은 다양한 의료인이 활발한 역할을 하며 총

체적인 접근을 하는 협력적 모델의 경우에는 치료의 급성기와 유지기의 순응도에 유의한 개선을 나타냈으며, 항우울제 처방의 적절한 용량도 개선된다고 하였다.(Anton C.M. 등. 2003.)

노년기 우울증에 대해 협력적 관리의 효용성에 대해 밝힌 논문에 따르면(Jürgen Unützer 등. 2006.), 협력적 치료 프로그램인 the Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment(IMPACT)를 적용한 군과 통상적인 치료를 제공한 군에 있어서 연구 시작 시점에서는 자살 사고가 각각 15.3%와 13.3%로 통계적으로 유의한 차이가 나지 않았으나, 1년이 경과한 시점에서는 각각 9.8%와 15.5%로 유의한 감소가 나타났다. 따라서 노년기 환자에서 자살 사고와 잠재적인 자살 위험에 대해 일차의료에 기반을 둔 협력 프로그램(Primary care-based collaborative care programs)이 효과적인 전략이 될 것으로 평가할 수 있을 것이다.

일본의 나가와시에서도 노년기(65세 이상) 자살 감소를 위해 협력 프로그램의 일환으로 간호사 중심의 지역 사회 기반 프로그램(SUPPRESS)을 개발하여 1999년부터 2004년까지 그 효용성에 대해 평가하였다(Hirofumi Oyama 등. 2006). 프로그램은 Public Health Nurses(PHN)에 의해 실행되었으며 우울증 선별과 연 3~4차례로 이루어지는 정신건강 교육프로그램, 사회, 여가 활동, 운동 등의 참여를 통한 그룹 활동 프로그램으로 이루어져 있다. 연구결과 노년기 여성에서는 위험도가 74% 감소하는 것으로 나타났으나, 남성에서는 유의한 결과를 얻지 못하였다. 하지만, 이는 프로그램 시행군에 있어서 남녀비의 차이(남성 16명, 여성 90명) 및 자살 사고에 남성이 더 취약한 점 등에 기인하는 것으로 볼 수 있을 것이다.

C Thompson 등의 연구에서 영국 햄프셔에서 일차 의료인을 대상으로 교육을 시행한 군과 시행하지 않은 군에서 21409명의 환자들을 병원불안우울척도(the Hospital anxiety and depression)를 통해 우울 증상에 대한 민감도를 측정하였다(C Thompson 등. 2000.). 6주 후, 6개월 후 평가된 연구 결과에서 교육적 중재를 받은 군(민감도 ; 39%)과 교육을 받지 않은 군(민감도; 36%)에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 못했다(odds ratio 1.2[95% CI 0.88-1.61]). 저자들은 in-practice program이 우울증을 치료하는 데 최선의 방법처럼 보이지만, 우울증의

인식과 회복에 개선을 가져오지는 않는다고 밝혔다.

Gilbody S 등은 가이드-라인을 포함하는 중재 방법들에 대한 메타분석으로 일차 의료 환경에서 조직적인 그리고 교육적인 중재의 효과에 대해 평가하기 위해 36개 연구 결과들을 분석하였다(Simon Gilbody 등. 2003). 간단한 가이드-라인의 시행, 교육적인 전략 등은 일반적으로 효과적이지가 않았고, 의료인에 대한 교육, 간호사의 역할 증진 그리고 일차 진료와 이차 진료(Consultation-liaison)의 통합적인 대처가 효과적인 것으로 보고하였다. 단, 가이드-라인의 시행에 있어서는 협력적 모델과 간호프로그램 등을 포함하는 다면적 중재의 일부로 시행될 경우 효과가 있을 것으로 평가되고 있다. 따라서 우울증에의 가이드-라인보다는 좀 더 세분화되고 통합적인 시스템과 지침의 필요성이 대두되고 있다고 할 수 있을 것이다.

4. 소결

자살고위험군의 조기발견에 있어 의료인의 역할의 중요성에 대해서는 여러 연구에서 일치하는 결과를 보이고 있다. 일차 진료에서의 우울증 치료에 대해서는 비용 효과적이나 적정성에 대해서는 아직까지 논란이 있는 현실이다. 일차진료의를 대상으로 한 교육은 교육 자체만으로는 효과가 제한적이며 교육과 함께 일차의료인, 간호사 등 다양한 분야의 의료인의 역할과 함께 정신과 진료와 같은 정신보건 전문가와의 통합적인 연계가 중요시 되고 있다.

제2절 자살 고위험군의 의료인 연계지침의 개발

1. 자살의 고위험군의 일반적 특징

세계보건기구(WHO)는 “자살 행위로 인하여 죽음을 초래는 경우로 죽음의 의도와 동기를 인식하면서 자신에게 손상을 입히는 행위”라고 자살을 정의한다(WHO report, 2004). 미국의 자살예방에 관한 정신건강센터 특별위원회는 자살 행동을 자살 사고(suicidal ideation), 자살 시도(attempted suicide), 자살(completed suicide)

로 구분하였다. 자해와의 구분이 중요한 문제로 제기되고 있으며 자살시도는 죽으려는 의도가 분명한 경우이고 자해는 죽음에 대한 의도가 분명하지 않은 경우의 자기 손상 행위로 분류하고 있다.

자살의 원인과 현상은 매우 복잡하고 다면적이어서 이해가 어려운 경우가 많으며, 어떻게 문제를 해결할 것인가에 대해서도 논란이 많다. 일반적으로 자살의 위험 요인들은 자살 경향(사고, 의도, 계획), 자살 시도의 과거력, 절망감, 정신질환, 최근의 상실 혹은 위기, 부정적 경향과 엄격, 알코올 중독 혹은 남용, 연장자, 남성, 독신, 혼자 거주, 게이/양성애자, 정신 증상들, 충동성 혹은 폭력적이고 공격적 행동, 자살의 가족력, 실업 등이 언급된다. 자살의 보호 요인들로는 여성, 결혼, 아이, 임신, 지지적 대인관계, 긍정적인 대처 능력, 종교 활동, 삶의 만족 등이 있다.

앞장에 전술한 것처럼 최근 노인 자살자 수와 자살률이 지속적으로 증가하고 있다. 노인의 자살은 다른 연령층과 구별되는 특징을 갖는다. 그 특징은 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째, 노인의 자살은 다른 연령대의 자살보다 더욱 치명적인 방법이 많으며 신체는 상대적으로 약해서 자살 성공률이 높다. 다른 연령층과 비교해서 노인층의 자살은 자살시도와 자살행동의 비율이 낮다. 전체적으로 자살시도와 자살행동의 비율은 8:1에서 20:1까지로 보고되고 있는 반면, 노인층에서는 2.09:1로 보고되고 있다. 다른 연령층의 자살은 대부분 충동적 행위의 결과로서 ‘도와달라는 간절한 요청’을 담고 있는 반면, 노인의 자살은 일정기간 심사숙고하여 결정한 것이기 쉽다. 둘째, 청소년 자살이 학업성취에 대한 압박이나 실연, 부모나 선생님과의 불화 등 단일요인에 의해서 주로 발생하는 데 비해서, 노인 자살은 다양한 복합요인들이 작용하여 발생한다. 일반적으로 노인 자살과 관련된 요인으로서 퇴직, 건강약화, 만성질환, 신체적·정신적 장애, 사회적 관계망의 축소, 배우자 상실, 경제적 불안정, 가족 불화, 우울증상 등을 들 수 있다. 노인 자살은 이러한 요인들 중 어느 하나에 의해서 발생하기보다는 여러 가지 요인이 복합적으로 작용하여 일어난다. 셋째, 남성노인의 자살률은 여성보다 높다. 일반적으로 자살 생각과 자살시도는 여성이 남성보다 그 빈도가 높다. 그러나 자살행동은 남성이 여성보다 그 발생빈도가 높은데, 노인의 경우에는 현저하게 높게 나타난다. 넷째, 노인연령층 중에서도 연령이 높을수록 자살률이 높다(김현순, 2007).

노인의 자살은 여러 가지 복합적인 원인들에 의해서 일어나는 현상이지만, 외국 연구들에 의하면(Harwood and Jacoby, 2000; Waern 등, 2002) 노인의 심각한 자살 행동의 상당수가 주요우울증과 연관된다고 한다. 이것은 노인의 자살 예방에서 우울증의 발견·치료·관리와 우울증에 영향을 주는 신체 건강, 생애 사건·사회 및 가족 요인들의 개입이 매우 의미가 있다는 것을 시사 하는 결과이다.

노인은 자살수행을 시도하기 이전에 자살계획을 다른 사람에게 알리는 경우도 적고, 좀 더 치밀하게 자살을 계획하는 경향이 있으며, 어려움에 처하거나 위기상황에 처하더라도 상담기관 및 복지기관, 정신보건센터, 의료기관 등에서 실시하고 있는 다양한 상담 통로를 이용하는 경우가 매우 드물다.

이는 자살의 위험성을 가지고 있는 노인이 자살시도를 하기 전 가능한 이른 시기에 발견하고 개입하는 것이 자살의 수행을 막거나 치명적인 손상으로 진행되는 것을 막을 수 있는 중요한 대책임을 알 수 있다.

따라서 이러한 노인의 경향성을 고려하여 자살 생각을 단서로 자살에 이를 수 있는 취약성을 가진 노인을 확인하고 발견하는 적극적인 선별과 연계가 필요하다.

1차 진료의와 지역사회 정신보건 서비스 및 정신과 병의원과의 협력관계가 잘 이루어지면 우울증 발견 증대, 정신보건서비스 이용증가, 우울 삽화의 치료, 자살 사고 감소, 노인 사망률 감소로 이어지게 된다(Bruce ML 등, 2004).

자살의 고위험군 노인을 선별하고 평가하기 위한 일반적인 방법들을 나열하면 다음과 같다(오강섭 등, 2009).

○ 선별의 원칙

- 노인 자살의 위험요인을 알고 있어야 한다.
- 가능한 표준화된 위험도 평가 스케일을 사용한다.
- 개인에 따라 각기 다른 접근을 적용해야 한다.
- 자살시도가 임박했음을 암시하는 징후를 파악한다.

○ 선별 시 유의할 점

- 노인에서의 자살은 계획적인 경우가 많기 때문에 보다 직접적으로 질문할

필요가 있다.

- 최근에 병원이나 의사를 찾은 경우는 보다 적극적으로 질문을 한다.
- 만약 자살의 위험이 높은 정신과적 병력이 있다면 정신과 의사 등 정신보건 전문가에게 자문을 구해야 한다.

○ 자살사고를 평가한다.

- 자살의도 평가

- ① 자살할 가능성이 있을 경우 우회적으로 질문하지 않고 자살의도를 직접적으로 질문한다.
- ② 조심스럽고 진지하며 적절한 말로 질문한다.
(자살하고 싶나요? → 힘들겠네요 죽고 싶은 생각이 들 수도 있겠습니다.)

- 자살방법 평가

- ① 어떤 방법을 사용해서 자살하려고 하는지를 질문한다.
- ② 방법의 심각도를 평가한다 (위험한 방법을 생각 할수록 위험하다).
- ③ 구체적인 방법을 물어본다 (구체적인 방법을 계획 할수록 위험하다).
- ④ 방법에 대한 환자의 기대를 평가한다 (덜 위험한 방법이라도 환자가 치명적이라고 생각했다면 위험도는 크다.)

- 자살준비 평가

- ① 생각한 자살 방법을 시도하기 위해서 준비를 하고 있는지 혹은 했는지 여부
- ② 수면제수집, 노끈준비, 옥상에 올라가 보는 등

- 과거의 자살시도 평가

- ① 과거 자살시도 병력: 본인뿐만 아니라 보호자를 통해서 정확히 평가한다.
- ② 과거 자살시도의 빈도: 자해를 포함한 시행한 횟수를 기록한다.
- ③ 과거 자살시도의 방법: 구체적인 방법 및 방법의 심각성을 기록한다.

○ 노인 우울증의 평가

- 다른 연령군에서와 같이 노인에서도 우울증은 자살의 가장 중요한 위험요인이다. 따라서 자살을 평가할 때 반드시 우울증을 평가하는 것이 중요하다.

- 노인 우울증에서 아래와 같은 항목들을 평가한다.

- ① 적어도 2주 이상 지속되는 우울기분
- ② 일상적인 활동에서의 흥미 혹은 즐거움의 상실
- ③ 활력은 줄고 피로는 증가
- ④ 자신감 혹은 자존심의 상실
- ⑤ 부적절하면서 과도한 죄책감
- ⑥ 반복적인 죽음에 대한 생각. 자살 사고 혹은 행동
- ⑦ 생각하거나 집중하는 능력이 감소
- ⑧ 정신운동 활동의 변화
- ⑨ 수면장애
- ⑩ 체중의 변화를 수반하는 식욕의 변화

이상의 방법 외에 자살 경향성 평가에 다음 항목이 사용될 수 있다 (Fiedorowicz JG 등, 2010).

- 당신은 희망을 잃었는가?
- 당신의 문제들로부터 피하고 싶었던 적이 있는가?
- 당신은 삶이 살만한 가치가 없다고 생각했던 적이 있는가?
- 당신은 당신 스스로를 해치려는 생각을 가졌던 적이 있는가?
- 당신은 당신 스스로를 죽이려는 생각을 가졌던 적이 있는가? 있다면 어떻게 할 것인가?
- 당신은 이러한 생각들을 시행할 어떠한 의도라도 있는가?
- 어떠한 점들이 당신으로부터 이러한 생각들의 시행을 막았는가?
- 당신은 총이나 혹은 스스로를 죽일 수 있는 다른 방법들에 대한 접근을 한 적이 있는가?

2. 선별검사 도구

자살 위험이 있는 노인은 정신보건의료기관을 방문하기 보다는 1차 의료 기관에서 치료를 받는 특징이 있다. 이는 노인은 정신 건강 서비스를 이용하는 것이 상대적으로 비용이 많이 들고, 정동 증상은 경미하고 신체 증상 호소가 많으며, 다양한 동반 질환과 여러 약물 복용으로 인해 이것이 우울증의 신체 증상 표현인지 알기가 어렵기 때문이다. 노인은 우울증이나 자살사고를 남에게 이야기 하지 않으려는 경향이 있다는 것도 문제이다(Heithoff K, 1995). 따라서 1차 의료인이 자살 위험을 잘 평가하고 개입할 수 있으면 자살 관련 유병률이나 치사율이 나아질 수가 있다. 하지만 자살 위험이 있는 노인들은 자신의 어려움이나 자살 사고를 표현하지 않는 경향이 있으며, 1차 의료인들도 민감한 주제인 자살에 대하여 질문하기를 어려워하며, 환자를 정신과로 의뢰했을 경우 생길 수 있는 낙인을 우려하는 경향이 존재한다(Duberstein PR 등, 1999). 1차 의료인들은 자살 위험이 있는 환자들을 위한 위기 관리팀이나 정신보건기관들을 알지 못하거나 친숙하지 못할 경우 더 자살 질문을 꺼려하는 경향이 있다. 그러므로 1차 의료인들이 쉽고 간편하게 사용할 수 있는 통상적인 선별 검사 도구의 확립이 중요하며, 이것들을 사용하고 익숙해지면서 1차 의료인들이 자살 문제 논의를 손쉽게 할 수 있게 된다면 자살 위험 발견도 늘어날 것이다.

일차 의료기관을 방문하는 자살 위험 노인을 대상으로 한 선별도구 연구는 매우 적다. The Geriatric Suicide Ideation Scale(GSIS)가 대표적인 도구이지만 31항목으로 구성되어 있어서 집중력이 저하되어 있는 우울증이나 자살 위험자이거나, 참을성이 약한 저학력/무학력 노인에게 사용하기가 현실적으로 어렵다. 일반적으로 연구에 사용된 척도들은 자살 위험평가 도구를 사용하기보다는 우울증 선별 도구를 사용한 것이 많았다. 이는 우울증을 발견하는 동시에 자살 위험도 선별해서 비용과 시간 절감을 얻기 위했기 때문이다.

지금까지 외국 문헌에 사용된 일차 의료에서 노인의 자살 위험 평가를 위해 사용된 도구들을 나열하면 다음과 같다(Marnin J 등, 2010)

가. The Hopkins Symptoms Checklist

이 선별도구는 “지난 한 달 동안, 당신의 삶을 마감하고 싶은 생각으로 인해 얼마나 많이 괴로웠습니까?”라는 단일 질문으로 구성되어 있고, 답변은 "아주 조금"부터 "굉장히 많이"까지 중에서 고르게 되어 있다.

이 도구는 간단하게 사용할 수 있는 장점이 있지만 민감도, 특이도, 양성 예측도, 음성 예측도에 대한 검증이 이루어지지 않았다. 그리고 자살 사고로 인해 괴로움을 크게 느끼지 않는 경우 유용성이 떨어지는 특징이 있다.

나. The 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

일차 의료에서 우울증 선별에 많이 사용하는 도구로서, 항목 내용은 DSM-IV의 주요 우울증 진단 기준을 반영하고 있다. 상대적으로 간략하게 구성되어 있으며 표준화된 점수 체계가 있는 장점이 있다.

〈표 6-2〉 환자 건강 질문지(The 9-item Patient Health Questionnaire : PHQ-9)

지난 2 주 동안 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

구분	전혀 아니다	여러 날 동안	일주일 이상	거의 매일
1 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음	0	1	2	3
2 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감	0	1	2	3
3 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠	0	1	2	3
4 피곤감, 기력이 저하됨	0	1	2	3
5 식욕 저하 혹은 과식	0	1	2	3
6 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나, 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌	0	1	2	3
7 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움	0	1	2	3
8 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림. 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절하지 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	0	1	2	3
9 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 면에서건 당신 스스로에게 상처를 주는 생각들	0	1	2	3

(총 점 =)

한 개 증상이라도 1점 이상으로 체크를 하셨다면 해당 증상 때문에 직장이나 집안일을 하거나 주변 사람들과의 관계에서 얼마나 어려움을 겪으셨습니까?

전혀 없었다	조금 어려웠다	많이 어려웠다	아주 어려웠다

PHQ-9 총점이 5점 이상인 경우에는 우울장애를 의심하며, 10점 이상인 경우는 주요 우울장애를 의심하여 추가 검사를 시행하는 것을 권유합니다. 외국의 경우는 10-14점을 중등도, 15-19점을 중증, 20점 이상을 가장 심각한 중증으로 분류하기도 합니다 (〈표 6-3〉 참조).

〈표 6-3〉 PHQ-9을 이용한 고위험군 선별 및 연계

PHQ-9 Score	Depression Severity	Proposed Treatment Actions
1 to 4	None	None
5 to 9	Mild	Watchful waiting; repeat PHQ-9 at follow-up

10 to 14	Moderate	Treatment plan, considering counseling, follow-up and/or pharmacotherapy
15 to 19	Moderately Severe	Immediate initiation of pharmacotherapy and/or psychotherapy
20 to 27	Severe	Immediate initiation of pharmacotherapy and, if severe impairment or poor response to therapy, expedited referral to a mental health specialist for psychotherapy and/or collaborative management

다. The Geriatric Depression Scale (GDS) & GDS - Suicide Ideation Screening Items

[그림 6-5] 노인 우울 척도 - 자살 사고 선별 항목

Geriatric Depression Scale- 자살 사고 선별 항목	
GDS Item No.	Item
3	자신이 헛되이 살고 있다고 느끼십니까?
7	평소에 기분은 상쾌한 편이십니까?
11	현재 살아 있다는 것이 즐겁게 생각되십니까?
12	지금의 내 자신이 아무 쓸모 없는 사람이라고 느끼십니까?
14	지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까?

노인 우울증 선별도구로 the Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) 나 PHQ-9 같은 다른 우울증 선별도구와 달리 우울증의 신체 증상을 평가하는 항목이 없다. 노인들은 신체 증상 호소가 흔하기 때문에 이 도구를 사용하면 우울증 유병률이 부풀려 나오는 적다. GDS는 예/아니오로 답하게 되어 있어서 채점이 용이하며, 30개 항목의 포맷과 15개와 5개 항목의 단축형 포맷 사용이 가능하다. GDS는 자살 사고의 존재 유무를 직접적으로 평가하는 항목은 없지만, GDS 총점과 5개 항목의 선별항목을 동시에 사용할 경우 노인 자살 사고의 위험성을 자세히 평가할 수 있다. [그림 6-5]에 30개 항목 중 5개 항목을 제시하였다.

5개의 선별항목은 hopelessness(절망), worthlessness(무가치), emptiness(공허감), an absence of happiness(행복결핍), and lack of perception that it is “wonderful to be alive”(“행복한 삶”에 대한 지각 결핍)의 내용이며 모두 이론적, 경험적으로 자살 사고와 연관이 된 변수들이다[표3]. 노인 환자들이 GDS 4점 이상 (남자 5점, 여자 3점) 이면서/또는 GDS-SI 1점 이상이면 자살 위험의 대상군이 될 수 있다. 5개 선별항목은 자살 위험을 평가에서 GDS 15개 항목을 사용한 것과 동등한 민감도와 특이도를 가지며 성별에 따른 응답 차이가 적은 특징이 있으므로, 시간이 부족한 의료인들은 선별항목을 선호해서 사용할 가능성이 있다.

라. 자살 위험의 확인, 사정, 대처 방법(WHO, 2004)

〈표 6-5〉 자살 위험의 확인, 사정, 대처 방법

자살위험	증상	사정	대처
0	안정	-	-
1	정서 불안정	자살 생각에 대한 질문	공감하며 듣기
2	죽음에 대한 막연한 생각	자살 생각에 대한 질문	공감하며 듣기
3	막연한 자살에 대한 생각	의도 사정 (계획, 방법)	가능성 탐색, 지지자 확인
4	자살 생각 & 정신질환 무	의도 사정 (계획, 방법)	가능성 탐색, 지지자 확인
5	자살 생각 & 정신질환 유 혹은 심각한 생애 스트레스 사건	의도 사정 (계획, 방법), 약속	정신과 의사에게로 연계
6	자살 생각 & 정신질환 혹은 심각한 생애 스트레스 사건 혹은 흥분 & 이전의 자살 시도	환자 곁에 머물 (자살 수단에 접근하지 못하도록)	입원

마. 위기분류척도(Crisis triage rating scale)

RATING A : 위험성(Dangerousness)		
1	자살 및 타해 사고를 표현하거나 관련된 환청이 있음. 현 병력기간 중에 자살 시도가 있음. 예측불가능하게 폭력적이거나 충동적임	
2	자살 사고를 표현하나 자살행동은 주변 환경이나 스트레스에 영향을 받고 있음. 폭력적, 충동적 행동의 기왕력이 있으나 현재는 뚜렷하지 않음	
3	자·타해 사고가 부분적으로 있으나 양가적인. 또는 자살 GESTURE를 취한 적이 있음. 충동조절능력은 확실하지 않음	
4	자·타해 사고가 부분적으로 있거나 기왕력 상 부분적으로 있었음. 행동조절은 가능함	
5	자·타해 사고나 행동의 과거력 및 위험이 없음	

RATING B : 지지 체계(Support system)		
1	가족, 친구 또는 다른 형태의 지지가능한 사람이 없음. 관련기관에서도 필요한 서비스를 즉각 제공할 수 없는 상태임	
2	약간의 지지가 가능할 수 있으나 그 효과는 제한적임	
3	지지체계가 충분히 가능한 상태이나 제대로 기능을 하기 위해서는 어려움이 있음 (잠재적 지지체계)	
4	관심이 있는 가족, 친구가 있으나 지지 능력과 의지는 다소 불명확함	
5	관심이 있는 가족, 친구 등이 있으며 능력과 의지도 있음	
RATING C: 협조 능력(Ability to cooperate)		
1	협조가 불가능하거나 거부적임	
2	약간의 관심을 보이거나 개입에 대한 노력을 약간 이해하는 정도임	
3	개입을 수동적으로나마 받아들임	
4	도움을 원하나 양가적이거나 동기가 강하지 않음	
5	적극적으로 지역사회 치료를 원하고 협조하려고 함	

1980년대 영국에서 개발된 척도로 위험성(Dangerousness), 지지체계(Support System), 협조능력(Ability to cooperate)의 3개의 변인으로 구성되어 있으며, 이들 각 변인마다의 점수는 5점으로써 총 15점 만점으로 활용한다. 점수가 낮을수록 응급성이 높은 것으로 판단하며 이는 각 변인마다 동일하게 적용된다. 점수는 10점을 경계점수로 활용해서 10점미만의 응급성은 입원을 고려하고 10점 이상의 응급성은 외래치료의 기준으로 삼는다. 서울시자살예방센터와 인천광역시정신보건센터에서 전화 상담을 통해 대상자의 입원 필요성을 평가하는데 사용되어지고 있다. CTRS의 세부점수에 따른 대응 방법은 응급대응척도를 따르면 된다(그림 6-6).

[그림 6-6] 응급대응척도

응급대응척도(Urgency of Response Scale)		
A	3-9	극도의 위기상황
		즉각적인 서비스가 필요함. 입원조치가 필요함. (예 : 약물 과다복용, 농성, 절박한 폭력상황)
B	10	고위험 상황
		2시간 이내 접촉 필요함. 입원이 가능할 수 있음. (예 : 폭력적, 반복적이진 않으나 급성적이고 심한 스트레스) *9, 10점인 경우는 좀더 면밀한 임상적 평가가 필요함. 다양한 개입 가능.
C	11	중간정도의 위기상황
D	12-13	12시간 이내의 접촉이 필요(예 : 혼란스러운 행동 disturbed behavior)
		낮은 위험성
E	14-15	48시간 이내의 개입 필요
		위기상황이 아님
F		2주 이내에 개입 가능
G		대기 상황
		개입이 종료되었음(여러 category에서 G 로 이동할 수 있음.)

바 Suicidal risk continuum and indicated responses (Bryan CJ, Rudd MD. 2006)

[그림 6-7] Suicide risk continuum and indicates responses

Suicide risk continuum and indicated responses		
위험 정도	기술	Indicated response
Nonexistent	인식 가능한 자살 사고 없음	진행 중인 치료 유지
Mild	제한된 빈도, 강도, 그리고 기간의 자살 사고; 인식 가능한 계획 없음, 의도 없음, 약간의 불쾌감/증상들, 양호한 자기 조절, 위험 요인 거의 없음, 인식 가능한 보호 요인들	위험도의 변화를 관찰하기 위해 표출된 자살 사고를 평가
Moderate	제한된 강도와 기간의 잦은 자살 사고; 일부 구체적인 계획들, 의도 없음, 양호한 자기 조절, 제한된 불쾌감/증상들, 몇몇 위험 요인 존재, 인식 가능한 보호 요인들	입원 필요성에 대한 반복적인 평가. 외래 방문의 빈도와 기간의 증가. 가족들의 적극적인 참여. 치료 계획의 목적의 잦은 재평가. 환자를 위한 24시간 이용 가능한 응급 혹은 위기 서비스. 자살 위험에 대한 잦은 재평가, 위험을 감소 혹은 증가 시키는 특정한 변화들에 주목할 것. 만약 증상들이 악화되거나 지속된다면 약물을 고려할 것. 관찰을 위해 전화 접촉을 이용. 지시자에게 가족들로부터의 잦은 정보 제공. 권고된다면 전문적인 상담
Severe	잦고, 강렬하고 오래 지속되는 자살 사고; 특정한 계획들, 주관적인 의도는 없으나 몇몇 의도의 객관적인 표지들(e.g., 치명적인 방법의 선택, 가능한/ 접근 가능한 방법, 몇몇 제한된 죽음을 준비하는 행동), 자기 조절 결여의 증거, 심각한 불쾌감/증상들, 다양한 위험 요인이 있고 보호 요인이 거의 없음	입원에 대한 즉각적인 평가(상황에 따라 자의 혹은 타의로)
extreme	잦고, 강렬하고 오래 지속되는 자살 사고; 특정한 계획들, 객관적이고 주관적인 의도, 자기 조절 결여, 심각한 불쾌감/증상들, 위험 요인은 많고 보호 요인은 전혀 없음.	

3. 효율적인 연계 지침의 방향

자살위험은 적절한 자기보고식 평가지와 자살 생각을 확인할 수 있는 의료진의 추가질문을 이용하면 짧은 시간 내에 평가할 수 있다. 자기보고식 평가지에는 정신 질환(우울, 알코올 중독, 정신분열증, 인격 장애, 불안 장애), 만성질환 (간질, 척추

및 뇌 손상, 암, 에이즈, 신장질환, 기타 극심한 고통이 따르는 질병 등), 사회경제적 특성 (노인, 이혼/별거/사별, 실업자, 독거인, 최근의 신상의 변화 등), 과거 자살시도가 포함될 수 있다. 자살 생각을 확인할 수 있는 질문들로는 불행감 혹은 무력감, 절망감, 무기력, 삶의 부담, 살아갈 가치가 없음, 자살 할 것 같은 심정을 우선 물어 본다. 이후 자살 생각이 확인되었을 때는 삶을 끝낼 구체적인 계획이 있는가, 어떻게 시도하려고 하는가, 자살 도구를 갖고 있는가, 언제 할 것인지 생각해 보았는가 등을 물어본다. 이때 위험이 높아 전문적 평가가 요구될 시엔 모바일위기개입 서비스나 지역응급실 등을 이용할 수 있다.

선별검사는 본 연구에서 검토된 Screening for Depression and Thoughts of Suicide를 사용할 것이다. 선별검사에서 고위험군으로 나온 경우, 1차 의료인들이 대상자의 자살 위험을 자세하게 평가할 수 있는 추가적 질문에 익숙하게 느낄 수 있게 해 주는 것이 중요하다. 이때는 환자의 근황, 사회 지지체계, 일상 활동들, 수면, 식욕, 다른 신체 문제들을 자연스럽게 질문하면서 최근 기분 증상, 알코올의 남용, 처방 약물, 무기력감, 인생에 대한 피곤함, 죽고 싶은 소망, 자살 사고, 자살 계획의 존재 등을 물어봐야 한다(Grek A. 2007).

자살 위험이 있는 노인들은 우울증 치료를 권유하는 것이 좋으며, 임상적 주의와 지지를 제공해야 한다. 담당 의료진들은 자살 위험 노인에게 그들이 절망감과 무력감을 느껴서 자살 시도 위험이 있을 때 사용할 수 있는 전화 상담 번호나 위기관리 및 응급 서비스들을 제공해서 세부적이며 전문적인 지원을 받을 수 있게 해주어야 한다. 그러기 위해서는 1차 의료인들이 자신의 지역 사회 내에 있는 위기관리 및 정신보건 자원들에 익숙해져야 하며 치료 가이드라인도 활용할 수 있어야 한다.

일선 의료현장에서 자살증후자가 발견될 수 있는 경로는 다양하다. 의료기관 규모로는 일반의원, 종합병원, 대학병원, 요양시설로, 의료기관 형태로는 외래, 입원실, 응급실 등으로 분류할 수 있다. 이에 따른 차이점에 대한 검토와 고민이 필요하지만 선행 연구 자료는 거의 없는 실정이다. 국내에서는 응급의학과와 정신과 수련병원을 상대로 연세대학교 의과대학 응급의학교실과 서울시 광역정신보건센터에서 시행한 공동연구가 있다. 이에 의하면, 자살 시도자에 대한 진료 체계가 제대로 갖추어지지 않았고, 대부분(94%)이 자살 시도자의 위험성 평가 및 개입 지침서가 마련되어 있

지 않은 문제점이 드러났다. 또 자살 시도자와 면담이 가능한 병원이 30%로 시설적인 한계점과 함께, 자살 시도자 사후관리 관리 프로그램이나 정신보건센터와의 연계도 미흡하게 나타났다(조준호 등, 2008). 의료 인력과 시설 면에서 가장 상황이 나은 수련병원을 상대로 한 조사였고, 자살증후자가 아닌 자살시도자를 대상으로 했음에도 불구하고 이 연구의 결과는 우리나라의 자살 예방 인프라는 아직까지 불충분한 현실이다. 또한 자살시도자중 20%는 타과에 입원하고 18.9%는 정신과 입원 또는 정신과 외래치료를 받았으나 자살시도자에 대한 서울정신보건센터의 사후관리에 대해 불과 6.4%만이 동의하였고 87.9%가 동의하지 않았다. 동의하지 않은 이유는 부담스럽다는 응답과 문제가 해결될 것 같지 않다는 응답이 주를 이루었다. 문제를 드러내기를 꺼리는 대상자에게 신뢰관계가 형성될 기회가 없었던 지역사회정신보건센터로의 의뢰는 별다른 도움이 되지 않을 수 있다. 따라서 병원 내에서 자살시도자에 대한 위기개입이 이루어지고 이후에 지역사회로 연계하는 시스템의 마련이 필요한 시점이다. 이러한 병원 내 사례관리시스템에 대한 시범사업 등을 통해 효과성을 검증하는 과정이 필요할 것이다

의료인 대상 지침은 간단명료해서 최소한의 시간과 노력을 들일 수 있어야 하며, 체계적 교육이 필요하다. 그러나 교육만으로 효과를 기대하기 어려우므로 지역사회 정신보건서비스와 정신과 병의원과의 네트워크의 형성이 중요하며 의료인이 도움을 요청할 경우 윈스톱으로 서비스 제공이 가능한 체계의 마련이 중요하다.

시행 초기에는 우선적으로 고위험군이 많고 효능이 높은 노인 우울증으로 대상을 우선으로 진행해야 할 것이다. 지침이 일선에서 널리 알려지고 사용될 수 있도록 홍보 웹사이트 개발, 의료인용 및 일반인용 안내책자 배부, 시설 내 포스터 부착, 대중매체 홍보 등을 활성화해야 한다. 그리고 연계의 대상인 정신과 의사, 정신보건센터, 광역정신보건센터 등의 정신보건주체들을 상대로 한 교육과 홍보가 뒤따라야 할 것이다. 의료인과 정신보건전문가, 지역사회정신보건센터를 연계할 수 있는 병원 내 지원시스템의 마련을 위한 시범사업이 필요하다.

제3절 의료인을 통한 자살 고위험군 발견 및 연계지침

1. 지침작성의 원칙

1. 국내 의료 환경에서 적절히 사용될 수 있는 단순하고 구체적인 지침이어야 함.
2. 지침의 현실화를 위해서는 법적 제도적 지원이 필요하나 본 지침에서 다룰 대상은 아님.
3. 본 지침은 임상현장에서 자살예방을 위한 권고안이며 시행할 의무나 법적 책임과는 관련이 없음.

2. 의료인을 통한 자살 고위험군 발견 및 연계지침

1. 자살예방에서 의료인의 역할은 중요합니다.

우리나라는 2009년 기준으로 15413명이 자살로 사망하여 전체 사망원인 중 자살이 4위일 정도로 자살률이 높은 국가입니다. 자살은 20-30대 사망원인의 1위이며 10만 명당 자살률은 65세 이상 노인에서 가장 높습니다. 실제 자살의 대부분은 우울증과 같은 정신질환이 원인이 되며 적절한 치료만 이루어진다면 대부분의 자살은 예방 가능합니다.

신체적 질환으로 인한 고통은 자살의 주요한 원인중의 하나이며 자살시도 1개월 이내에 70%의 사람이 병의원을 방문하기 때문에 의료인은 자살을 예방하는데 주요한 위치에 있습니다. 호주의 경우에는 1차 의료인에게 자살 고위험군 홍보 프로그램을 시행한 결과 자살 위험자 발견이 130% 증가되었다고 합니다. 소중한 생명을 지키는 또 하나의 일에 여러분의 관심과 참여를 부탁드립니다.

2. 자살예방을 위하여 의료인이 할 수 있는 일

- 1) 자살예방에 대한 교육을 이수합니다.
- 2) 자살의 위험요인을 이해합니다.

- 3) 진료대기실 등에 자살예방에 대한 안내문을 비치합니다
- 4) 자살의 위험을 평가하는 간단한 질문이나 척도를 사용하여 고위험군을 조기 발견합니다
- 5) 자살고위험군에게 정신과 의사 등 정신보건전문가에게 자문을 구합니다.
- 6) 고위험군에게 자살예방을 위해 치료를 연계합니다. 입원이 가능한 근처의 정신과 병원의 연락처를 미리 확보해두고 365일 24시간 이용 가능한 보건복지부 정신건강상담전화 1577-0199를 통해 도움을 받을 수 있습니다

3. 다음과 같은 분들을 유의해서 보아주십시오(자살 고위험군의 특징)

- 자살시도의 기왕력
- 주요우울증 또는 알코올 의존 등의 정신질환
- 만성적인 신체질환자(특히 60세 이상의 노인)
- 사별, 이혼 등으로 인한 취약한 지지집단

4. 자살 고위험군을 조기에 발견하는 방법

- 1) 자살에 대한 직접적인 질문이 필요합니다. 아래와 같은 질문을 사용하는 것을 권고 드립니다.
 - 지난 몇 주간, 당신은 슬프거나 절망하신 적이 있습니까?

<input type="checkbox"/> 전혀 없었음	<input type="checkbox"/> 가끔 있었음
<input type="checkbox"/> 자주 있었음	<input type="checkbox"/> 대부분의 시간 동안 그랬음
 - 지난 몇 주간, 당신은 자신을 해칠 생각이나 계획을 한 적 있었습니까?

<input type="checkbox"/> 예	
<input type="checkbox"/> 아니요	
- 2) 만일 우울증이 의심되거나 자살사고가 있다면 위험성에 따라 다음과 같이 연계가 필요합니다. 자살사고가 있다면 정신질환의 다른 증상이 있는지 자살에 대한 구체적 계획을 가지고 있는지 최근에 자살을 시도한 적이 있는 지 추가

적인 질문이 필요합니다.

자살 위험	환자의 반응	평가	대 처
낮음	안정	-	-
가능	우울증 의심(가끔 슬프거나 절망) 되나 자살사고와 계획 없음	기타 우울증 증상 질문	공감하며 듣기 필요시 치료 및 상담 권유
중간	우울증 위험(자주 슬프고 절망) 있으나 자살사고와 계획 없음	기타 우울증 증상 질문 자살 의도에 대한 재질문	정신과 상담 권유 관련기관 전화번호/정보 제공
높음	우울증 고위험(대부분의 시간 동안 슬프고 절망) 또는 자살사고와 계획 있음.	과거 자해 및 자살시도력 질문 손목 등 자해 흔적 평가 자살위험의 긴박성 평가	적극적인 정신과 치료 권유 및 환자 혼자 내버려 두지 않도록 보호자에게 위험성 설명 정신과 진료의뢰서 제공 관련기관 전화번호/정보 제공

주: 지난 몇 주간, 당신은 슬프거나 절망하신 적이 있는지에 대한 질문에서 ‘전혀 없었음’은 ‘낮음’으로, ‘가끔 있었음’은 ‘가능’으로, ‘자주 있었음’은 ‘중간’으로, ‘대부분 시간 동안 그러했음’과 ‘당신은 자신을 해칠 생각이나 계획을 한 적이 있었습니까?’에서 예라고 대답한 경우에 ‘높음’으로 분류함.

3) 자살에 대한 질문이 자살을 유도하지 않습니다. 오히려 의료인의 자살에 대한 관심은 자살예방에 매우 효과적입니다. 실제 자살시도자의 10명중 8명은 자살 의도에 대한 경고를 말로 표현합니다. 그런 표현이 있었는지 보호자를 통해 확인해볼 필요가 있습니다. 많은 사람들이 바라는 것은 죽음 자체가 아니라 그들이 겪고 있는 심한 고통이 끝나기를 바란다는 것을 기억하십시오

4) 환자가 자살사고를 드러내기를 꺼리는 경우 다음과 같은 단서를 눈여겨볼 필요가 있습니다

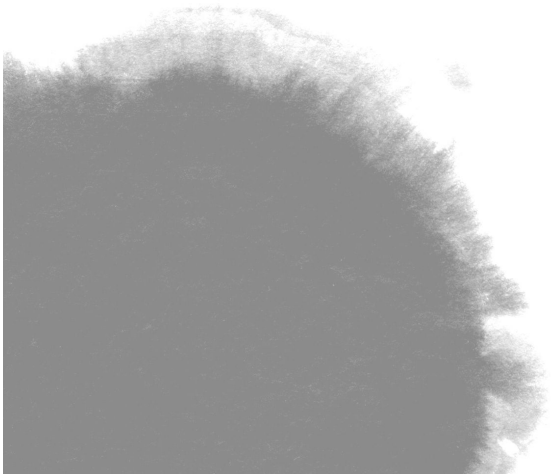
- 자살사고에 대한 표현
- 자해 흔적(손목 등에 자상)
- 알코올과 약물의 사용의 증가
- 우울증과 관련된 증상(불면, 불안, 슬픔, 의욕저하, 대인관계를 꺼림, 감정의 기복, 집중력 저하, 의학적으로 설명되지 않는 신체증상)
- 의학적 치료에 대한 순응도의 저하(치료에 대한 동기 및 의욕의 저하, 부정적인 사고, 지나친 걱정)
- 일상생활능력의 저하(업무생산성의 저하, 학업성적의 저하)

5. 환자가 자살에 대해 다루는 것을 거절하는 경우

- 1) 불필요한 논쟁을 피하십시오
- 2) 현재 겪고 있는 어려움에 대하여 전문가적인 도움이 필요하다는 점을 설명해 주십시오
- 3) 우울증이 잘 치료될 수 있다는 사실과 도움을 받을 수 있는 기관을 소개해 주십시오
- 4) 자살위험이 있다고 판단된다면 보호자에게 알려주십시오

6. 필요하다면 언제든 전문적인 도움을 청하십시오. 다음과 같은 기관의 도움을 받을 수 있습니다(자살예방기관 리스트- 부록 참조)

의료인 자살예방 교육지침 개발



제7장 의료인 자살예방 교육지침 개발

제1 절 의료인을 위한 자살예방 교육지침 개발 방향

1. 의료인을 위한 자살예방교육 지침 개발의 원칙

의료인을 위한 자살예방교육 지침은 대체로 의료인의 종류와 기관의 종류 또는 이용 환자(또는 내담자 및 입소자)의 특성에 따라 세분화된 지침이 개발되어야 한다. 또한 자살예방교육 지침의 활용단계 및 수준에 따라 별도의 지침이 개발되어야 한다.

첫째, 의료인의 종류는 의사, 간호사, 간호조무사 또는 요양보호사, 관련인력별로 교육 지침의 내용과 수준이 다양화되어야 한다. 즉, 의사가 활용하는 지침의 경우 자살위험도의 평가, 우울증의 진단, 현재의 질병치료와 우울증 및 자살위험도와의 관계, 자살 및 우울증 문제에 도움을 받을 수 있는 주요 지역사회자원현황 등을 중심으로 작성되어야 하며, 간호사는 간호과정에서 흔히 접하는 자살의 위험징후, 자살위험자 및 우울증 환자에 대한 구체적 대처법 등이 강조되어야 한다. 간호조무사나 요양보호사와 같은 진료보조인력이 활용하는 교육 지침의 경우는 보다 평이한 내용으로 구성되고, 자살위험징후에 대한 내용이 주로 포함되어야 한다.

둘째, 기관의 종류는 종합병원과 일반 병의원, 사회복지시설, 노인요양시설, 아동청소년 시설, 교정시설, 교육기관 별로 자살위험과 관련된 환자(또는 내담자 및 입소자)의 특성이 다양하며, 이들의 자살위험도, 자살충동 및 자살시도 원인 등이 다양하다. 또한 이들의 특성에 따라 자살위험증상이 다양하고, 대처방법도 다를 수 있으며, 자살위험 및 우울증 문제에 대한 도움을 받을 수 있는 연계기관도 다를 수 있다(예

를 들어 자살충동을 느끼는 일반 상담전화는 129, 1577-0199, 생명의 전화 등이 있으나 청소년의 경우 1388이 보다 청소년 친화적인 상담이 가능).

셋째, 의료인을 대상으로 별도의 시간을 내어 자살예방교육을 실시하는 경우는 현실적으로 매우 어렵다. 그러나 가능한 경우 교육시간의 정도에 따라 교육범위와 수준이 다양한 지침이 있어야 한다. 그러나 대부분의 의료인에게는 책자, 동영상, 팸플릿, 브로슈어 수준의 집약된 교육(연계) 지침이 개발되어 제공되는 것이 현실적으로 가능한 대안이 될 것이다.

2. 의료인을 위한 자살예방교육 지침에 포함되어야 할 내용

위에서 언급된 바와 같이 의료인의 종류와 기관 및 환자 특성, 교육 지침 활용단계 및 수준에 따라 다양한 내용이 필요하나, 일반적인 교육 지침에 포함되어야 할 내용은 다음과 같다(표 7-1).

〈표 7-1〉 의료인을 위한 자살예방교육 지침 내용

주요 교육지침 내용	구체적 지침 내용
자살예방교육 지침의 중요성과 의의	<ul style="list-style-type: none"> - 세계적으로 가장 높은 자살률, 자살증가율을 보이는 우리나라 자살문제의 심각성 - 자살 예방을 위한 Gatekeeper로서의 의료인의 역할 중요성 - 해외 의료인 대상 자살예방교육의 효과 사례
우리나라 자살사망의 위험요인 및 자살방법에 대한 정보	<ul style="list-style-type: none"> - 성별, 연령별, 직업별, 결혼상태 등 인구학적 특성에 따른 자살률, 신체질환의 종류나 중증도별 자살위험 통계 등 자살위험요인에 대한 정보 - 우리나라 자살사망 및 자살시도의 방법, 시간 등에 대한 정보 - 자살에 대한 오해와 잘못된 정보
자살위험자 조기발견 방법	<ul style="list-style-type: none"> - 우울증 등 자살고위험군의 증상 설명 - 자살증후 스크리닝 도구에 대한 설명과 활용법 - 자살 징후
자살증후자 대처방법	<ul style="list-style-type: none"> - 자살위험자에 대한 의료인의 대처방법 - 자살위험자에 대한 가족/친지/친구들의 대처방법 - 자살위험 극복을 위한 환자의 노력
자살증후자 연계 및 의뢰방법	<ul style="list-style-type: none"> - 자살위험자를 전문적인 치료기관에 의뢰 시 필요한 가이드라인 - 정신과 치료에 대한 오해 - 자살위험 환자에 대한 전문적인 치료를 위한 지역사회 내 활용자원 - 자살위험 환자 및 보호자를 위한 24시간 Hot-line에 대한 정보

3. 자살예방교육 대상의 범위 및 대상별 전략

의료인 중 의사, 간호사가 자살예방교육의 주요 대상이 되는 것이 적절하다. 그러나 자살예방교육 지침은 사회복지시설, 노인요양시설 내에 근무하는 간호조무사나 사회복지사, 요양보호사 등에게도 활용될 수 있다.

가. 의사

전문의 과정을 수료한 후 자살예방교육을 실시하기는 현실적으로 어려우므로, 의과대학 또는 전공의 수련과정에 포함시킬 수 있도록 하는 것이 최선이다. 따라서 전공의 수련과정에서 자살문제에 대한 교육이 실시되는 것이 바람직하다. 특히 자살위험 환자 비율이 높은 내과, 재활의학과, 신경과, 신경외과, 가정의학과, 응급의학과, 산부인과 등의 전공의는 주요 교육대상자로 하여야 한다. 또한 기존에 배출된 전문의들에게도 전문 학회의 협조 하에 평생교육 프로그램의 일환으로 교육을 제공하도록 권장하고, 모든 진료실에 교육지침을 배포하는 것이 필요하다.

자살예방교육 지침의 양이 많을 경우 의사들의 숙지나 활용도가 현저히 떨어질 가능성이 높아 요약된 ‘자살예방 Tip’을 진료실내 홍보물로 게시하거나 진료실에 비치 책자(예, 장애등급 판정기준 책자)의 뒷면 등에 포함도록 하는 것이 적절하다.

나. 간호사

간호협회 및 각종 전문 간호사 협회와 협조 하에 간호대학 교육과정, 보수교육, 전문 간호사 수련 시 자살예방 관련내용이 포함되도록 한다. 또한 각 의료기관이 자체적으로 실시하는 간호사 교육 과정에도 자살예방에 관한 내용이 포함되도록 권고한다.

정신과 병동, 암병동, 호스피스, 신경과, 내과, 재활의학과, 응급실, 중환자실, 산부인과 등 자살위험 환자의 비율이 높은 병동의 간호사들은 자살 중후 스크리닝 도구를 비치하고, 도구 활용법을 숙지하며, 입원/외래 환자뿐 아니라 환자 보호자들의 자살위험에 대해서도 관심을 갖도록 권고한다.

다. 사회복지사

사회복지 관련학과 교육과정과 정신보건사회복지, 노인복지, 청소년복지, 장애인복지 등의 세부 전공 사회복지사 수련과정에서 자살예방에 대한 교육을 받도록 권고한다. 사회복지기관, 의료기관, 노인(복지)기관, 청소년기관 등의 대상자 특성에 맞는 자살증후 스크리닝 도구를 비치하고, 도구 활용법을 숙지하도록 한다.

라. 간호조무사, 요양보호사 등 의료보조인력

간호조무사, 요양보호사 등의 의료보조인력도 대상자의 특성상 자살위험이 높은 환자 및 대상자를 접촉할 기회가 높으므로, 이들의 교육과정에 자살예방에 대한 내용이 포함될 수 있도록 하고, 자살위험 발견 시 의사, 간호사, 사회복지사 등에게 보고할 수 있도록 한다.

마. 기타 관련인력

자살예방교육 지침과 연계지침은 학교나 교정기관, 청소년시설 등에서도 활용될 수 있다. 그러나 각 시설과 대상의 특성에 따라 별도의 내용이 포함되는 것이 활용도를 높이는데 도움이 될 것으로 보인다.

제2절 의료 기관에서의 자살예방 가이드라인

[그림 7-1] 의료 기관에서의 자살예방 가이드라인(포스터용 또는 책자 삽입용)

의료 기관에서의 자살예방 가이드라인

1. 의료 기관에서의 자살예방의 필요성

- ☐ 우리나라 국민의 자살률은 OECD 국가 중 가장 높습니다.
- ☐ 자살사망자의 상당수가 자살 전에 신체증상을 호소하면서 의료 기관을 방문합니다.
- ☐ 우울증이 있는 경우 신체질환 치료에 비순응적이 됩니다.
- ☐ 따라서, 자살위험 발견과 대처는 환자의 생명과 건강유지에 필수적 진료과정입니다.

2. 자살위험 발견을 위해 다음의 선별검사 질문을 해주시기 바랍니다.

- 지난 몇 주간, 당신은 슬프거나 절망하신 적이 있습니까?

☐ 전혀 없었음
☐ 가끔 있었음

☐ 자주 있었음
☐ 대부분의 시간 동안 그랬음
- 지난 몇 주간, 당신은 자신을 해칠 생각이나 계획을 한 적 있었습니까?

☐ 예
☐ 아니오

3. 선별검사 반응에 따른 대처 요령

자살위험	환자의 반응	추가 질문 및 평가	대 처
낮음	안정	-	-
가능	우울증 의심(가끔 슬프거나 절망) 자살사고/계획 없음	기타 우울증 증상* 질문	공감하며 듣기 필요시 치료/상담 권유
중간	우울증 위험(자주 슬프고 절망) 자살사고/계획 없음	기타 우울증 증상* 질문 자살 의도에 대한 재질문	정신과 상담 권유 관련기관 전화번호/정보 제공
높음	우울증 고위험(대부분 슬프고 절망) 또는 자살사고/계획 있음.	과거 자해/자살시도력 질문 손목 등 자해 흔적 평가 자살위험의 긴박성 평가	적극적인 정신과 치료 권유 보호자에게 위험성 설명(환자 혼자 내버려 두지 않도록 권유) 정신과 진료의뢰서 발부 관련기관 정보제공

* 기타 증상 : 불면, 불안, 의욕/집중력 저하, 대인관계 기피, 의학적으로 설명되지 않는 신체증상

4. 도움 받을 수 있는 기관

- ☐ 전국 정신보건센터(1577-0199)
- ☐ 한국자살예방협회 사이버상담(www.suicideprevention.or.kr)
- ☐ 생명의 전화(1588-9191)
- ☐ 청소년 상담전화(1388)

제3절 의료 기관에서의 자살예방교육 가이드라인(의료인 교육 책자용)

[교육목표]

1. 우리나라 자살문제의 심각성에 대한 인지를 통해 의료인이 자살예방에 참여해야 하는 당위성을 이해한다.
2. 우울증의 증상과 자살의 위험요인 및 징후를 이해한다.
3. 자살위험 선별검사 결과에 따른 대처요령을 숙지한다.
4. 자살위험 환자가 도움 받을 수 있는 연계 기관 정보를 숙지한다.

[교육책자 내용 예시]

1. 의료 기관에서의 자살예방 중요성

□ 의료 기관에서의 자살예방의 필요성

- v 우리나라 국민의 자살률은 OECD 국가 중 가장 높음
- v 자살사망자의 상당수가 자살 전에 신체증상을 호소하면서 의료 기관을 방문함.
- v 우울증이 있는 경우 신체질환 치료에 비순응적임.
- v 따라서, 자살위험 발견과 대처는 환자의 생명과 건강유지에 필수적 진료과정임.

□ 우리나라 자살률 추이

- 우리나라의 자살률은 1990년대 초반부터 꾸준히 증가하여, 1998년을 기점으로 감소하다가 2000년 이후 다시 증가하는 추세를 보임.
- 2009년에는 총 15,413명이 자살로 사망하였으며, 이는 1999년 대비 107.5%, 전년대비 19.9%가 증가한 수치로 남성은 전년대비 1,676명(19.7%), 여성은 897명(18.5%)이 증가.
- 지난 20년간 자살률 변화를 살펴보면, 1996년부터 자살률이 높아지기 시작하여 1998년 IMF 사태 이후에는 19.9명으로 이전 시기보다 두 배나 많은 사람들이 자살로 사망한 것으로 나타남.

〈표 7-2〉 자살자수 및 자살률 추이(1999-2009)

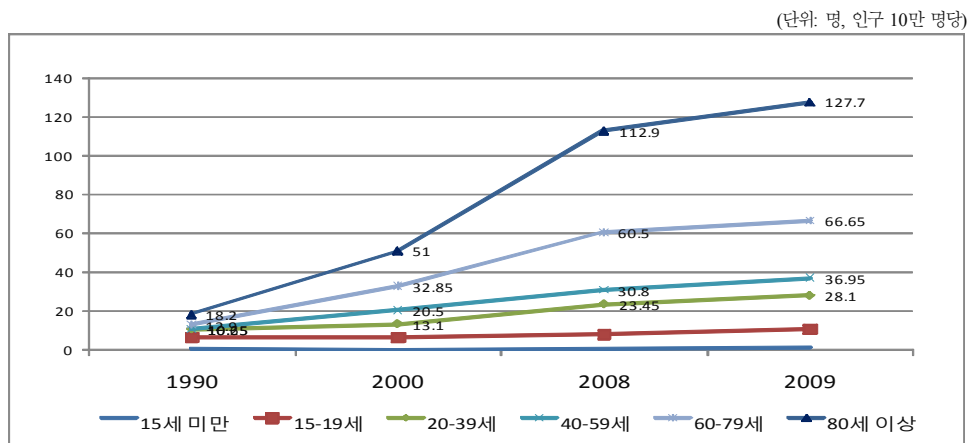
(단위: 명, 인구 10만 명당, 명, %)

연 도	자 살 자 수			자 살 률			1인당 사망자수
	남녀전체	남 자	여 자	남녀전체	남 자	여 자	
1989	3,133	2,195	938	7.4	10.3	4.4	8.6
1999	7,056	4,953	2,103	15.0	20.9	9.0	19.3
2008	12,858	8,260	4,598	26.0	33.4	18.7	35.1
2009	15,413	9,936	5,477	31.0	39.9	22.1	42.2
증 감 률	08년 대비	19.9	20.3	19.1	19.3	19.7	18.5
	99년 대비	118.4	100.6	160.4	107.5	91.0	146.8

자료: 통계청, 2010

- 연령 변화에 따른 자살률은 10대 청소년기의 자살사망률은 안정적인 반면 20대 이후 청장년층부터 60세까지 완만하게 증가하는 형태를 보임. 특히 60세 이후부터 자살률은 급격하게 증가하고 있으며, 고연령에서 그 증가폭이 더욱 크고 80대 이상에서 가장 높은 수치를 나타냄.

[그림 7-2] 연령별 자살률 추이(1990-2009)



- OECD 국가의 평균 자살률은 11.2명으로 우리나라의 평균 자살률 31.0명 (통계청, 2010)과 비교해 보아도 크게 웃도는 수준임.

□ 연령별 주요사망원인

〈표 7-3〉 2005년도 연령별 주요사망원인 비교

순위	전체	<10	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
1	악성종양 (137.5)	운수사고 (3.7)	운수사고 (5.4)	의도적 자해 (자살) (21.0)	의도적 자해 (자살) (22.4)	악성종양 (64.0)	악성종양 (179.8)	악성종양 (461.7)	악성종양 (81.5)	악성종양 (1483.3)
2	뇌혈관 질환 (59.6)	악성종양 (3.6)	의도적 자해 (자살) (4.6)	운수사고 (10.4)	악성종양 (18.7)	의도적 자해 (자살) (26.3)	뇌혈관 질환 (36.8)	뇌혈관 질환 (129.3)	뇌혈관 질환 (482.5)	뇌혈관 질환 (1405.5)
3	심장질환 (43.7)	선천성 기형 (1.3)	악성종양 (3.6)	악성종양 (5.0)	운수사고 (9.3)	간질환 (22.2)	간질환 (35.0)	심장질환 (90.0)	심장질환 (291.7)	심장질환 (1088.2)
4	의도적 자해 (자살) (24.8)	익사 (1.1)	익사 (0.9)	심장질환 (2.0)	심장질환 (5.0)	운수사고 (14.9)	심장질환 (33.4)	당뇨 (65.4)	당뇨 (189.2)	만성 하기도 질환 (492.5)
5	당뇨 (22.9)	추락 (1.0)	심장질환 (0.7)	익사 (1.2)	뇌혈관 질환 (3.8)	심장질환 (14.7)	의도적 자해 (자살) (31.1)	의도적 자해 (자살) (47.7)	만성 하기도 질환 (124.8)	고혈압성 질환 (402.7)

□ 신체질환 환자의 자살

- 신체질환으로 인한 고통은 자살의 주요한 원인중의 하나
- 자살시도 1개월 이내에 70%의 사람이 병의원을 방문하기 때문에 의료인은 자살을 예방하는데 중요한 위치에 있음.
- 호주의 경우에는 1차 의료인에게 자살 고위험군 홍보 프로그램을 시행한 결과 자살 위험자 발견이 130% 증가.

2. 우울증의 증상과 자살위험 요인 및 징후

□ 우울증 주요 증상

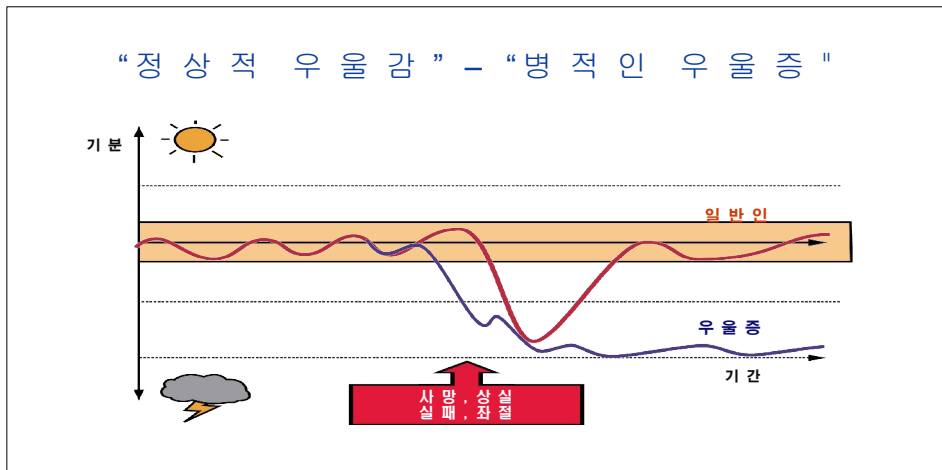
- 지속적인 슬픔 혹은 처진 기분 그리고/혹은
- 흥미나 쾌감의 상실
- 피로 또는 에너지 상실
 - 상기 증상들 중 최소한 한 가지 이상은 2주 이상 거의 매일 지속
- 수면 방해

- 집중력의 저하 혹은 우유부단
- 낮은 자신감
- 식욕의 감소 또는 증가
- 자살 사고 혹은 행동
- 초조 혹은 지체
- 죄책감 또는 자기 비하

□ 정상적(일반인) 우울감과 병적인 우울증 차이

- 일반인이 겪는 정상적 우울감은 사망, 상실, 실패, 좌절 등의 스트레스 이후 1-2주 정도 지속되나 병적인 우울감은 1달 이상 지속되는 경우가 흔함.

[그림 7-3] 정상적 우울감과 병적 우울증의 차이



□ 자살 위험의 징후

① 언어적 징후

- 주변 사람들에게 직접적 또는 간접적으로 죽고 싶다는 표현을 자주한다.
- 죽은 후의 세계를 동경하는 말을 한다.
- 자살한 이후 발견되었을 때 자신의 모습에 대해 관심을 가진다.
- 감정과 관련한 신체적 불편함을 호소한다.

- 죽음에 대한 관심을 표명하거나 혹은 농담으로 자살에 대한 이야기를 하거나 계획을 세운다.
- 심한 절망감이나 무기력감을 호소한다.
- 사소한 일에도 과도한 책임감과 죄의식을 표현한다.
- 주의 집중력의 어려움이나 우유부단함을 호소한다.
- “내가 없어지는 것이 훨씬 낫다”, “나는 아무짝에도 쓸모없어.”라는 등의 자기 비하적 표현을 자주 한다.

② 행동적 표현

- 일상 활동에서 흥미와 즐거움을 상실하고 활기가 없어진다.
- 외모관리에 지나치게 무관심해진다.
- 행동이 지체되어 매우 느리고 둔하거나 반대로 매우 초조하고 안절부절 못한다.
- 식욕감퇴와 체중 감소가 심해지거나 반대로 지나친 식욕증가와 체중증가가 있다.
- 대인관계가 잘 안되고 고립되고 일상적인 대화조차도 회피하게 된다.
- 중요한 소유물을 남에게 주거나 주변을 정리한다.
- 몰래 약을 사 모으거나 위험한 물건을 감추어 둔다.
- 오랫동안 불안정하고 침울하던 사람이 또렷한 이유 없이 갑자기 평화스럽게 보이거나 즐거워지는 등 태도가 변한다.
- 자신이 죽고 난 다음에 일어날 일들에 대해 준비한다.
- 태도가 위축되고 스스로 자신을 주변으로부터 고립시킨다.
- 알코올 또는 약물의 사용량이 늘어난다.
- 학업성적 또는 업무성실성이 떨어진다.
- 수면에 변화가 생긴다(불면증이 있던 사람은 갑자기 숙면을 취하는가하면, 숙면을 취하던 사람은 불면증이 나타난다).
- 감정 기복이 심해지며 극도의 불안 혹은 공격적 성향을 보인다.
- 이유를 알 수 없는 두통, 빈혈, 메스꺼움 등을 호소한다.

- 질병에 대한 과장된 공포를 갖는다.
- 자주 울음을 터트린다.

③ 상황

- 심한 생활상의 스트레스
- 만성질환, 장애유발 질환과 예후가 좋지 않은 질환을 앓고 있는 경우
- 경제적 빈곤으로 인해 열악한 생활환경
- 가까운 가족이나 사랑하는 사람과 이별로 인한 상실감
- 오랫동안 사회적 고립 상태

□ 자살에 대한 오해와 진실

- 자살 생각이나 계획이 있는 사람들은 자신의 생각을 다른 사람들에게 말하지 않으며, 자살은 어떤 경고 없이 일어다고 생각합니다. 그러나 자살 시도자 10명중 8명은 자살의도에 대한 경고를 보낸다고 합니다. 때때로 이러한 경고들은 인식하기가 힘들지만 이 신호들이 무슨 뜻이며 어떻게 나타나는지 이해한다면, 그의 자살의도를 알 수 있습니다.
- 자살에 대해 이야기하는 사람은 자살을 하지 않을 것이라고 생각합니다. 관심을 얻으려고 자살에 대한 이야기를 한다고 오해하는 경우가 많은데 이것은 많은 사람들이 가지고 있는 편견입니다. 이러한 사람들 중 10%정도가 실제로 자살을 합니다. 자살에 대한 이야기를 할 때는 문제를 축소하지 마시고 있는 그대로 받아들여야 합니다. 관심을 기울이지 않는다면 비극적인 결과가 발생할 수 있습니다.
- 자살에 대해 말하는 사람은 단지 주의를 끌고 싶기 때문이라고 생각합니다. 그러나 아무리 사소한 일이라도 자살에 관해 이야기하거나 관심을 끄는 행동은 도움을 바라는 외침이므로 경청하고 반응해야 합니다.
- 자살하는 사람들은 죽음에 대해 항상 몰두하고 있다고 생각합니다. 만일 죽음에 몰두해있는 사람들이라면 어떤 의도도 전달하지 않았겠지만 대부분의 자살자들은 자살에 대한 신호를 보냅니다. 사실 아무런 경고 신호도 없이 죽음에

몰두해 있는 사람들은 매우 적습니다. 절대 다수의 사람들은 죽기를 원하는 것이 아니라 그들은 자신이 겪고 있는 심한 정서적인 고통이 끝나기를 바라는 것입니다.

- 자살이라는 단어를 이야기하면 ‘자살에 대한 생각이 머리에 떠오르게’ 될까봐 ‘자살을 부추기게 될까봐’ 자살에 대해 내중고 이야기하기 어렵다고 생각합니다. 그러나 직접적으로 “자살에 대해 어떻게 느끼는가? 자살을 생각해 본 적이 있는가?”라고 묻는 것이 오히려 자살 위험을 줄일 수 있습니다. 자살 충동에 대해 표현하도록 기회를 주고 긴장감을 해소할 수 있도록 해야 합니다.
- 자살하는 사람들은 모두 정신적으로 문제가 있다고 생각하는데 자살자의 대다수는 정신병을 가졌다고 진단내릴 수 없는 경우입니다. 자살생각과 행동들은 그들이 대처할 수 없다고 느끼는 삶의 스트레스와 상실감의 결과일 수 있습니다.
- 특별한 유형의 사람들만이 자살을 기도하거나 자살을 하거나 혹은 자살생각을 한다고 생각하지만 실제로 자살은 어떤 사회 계층, 종교집단, 연령, 혹은 사회 수준에서 누구에게나 일어날 수 있다.
- 급한 자살 위기는 지나갔고 증상이 나아졌기 때문에 자살 위험이 없다고 생각해버리는 경우가 있습니다. 그러나 한 연구에서 자살 시도나 우울증으로 병원에 입원했다가 퇴원한 뒤 90일안에 자살하는 경우가 80%이상일 정도로 많다고 보고되고 있습니다. 상태가 호전되었다고 해서 자살 위험이 완전히 없어졌다고 생각해서는 안 되며, 지속적인 관심과 관찰이 필요합니다.
- 심한 우울 증상을 보이는 사람은 자살할 힘이 없다고 생각하는데 자살자들 대부분은 자살행동 전에 우울 증상을 보입니다. 심한 우울증을 앓고 있는 사람은 대체로 우울증상이 나아지기 시작할 때 자살행동이 많이 일어납니다.

3. 자살위험 발견을 위한 선별검사 및 대처

□ 자살위험 선별검사

- 지난 몇 주간, 당신은 슬프거나 절망하신 적이 있습니까?

- ☐ 전혀 없었음 ☐ 가끔 있었음
☐ 자주 있었음 ☐ 대부분의 시간 동안 그랬음

- 지난 몇 주간, 당신은 자신을 해칠 생각이나 계획을 한 적 있었습니까?

- ☐ 예 ☐ 아니오

□ 선별검사 반응에 따른 대처 요령

자살 위험	환자의 반응	평가	대 처
낮음	안정	-	-
가능	우울증 의심(가끔 슬프거나 절망) 자살사고/계획 없음	기타 우울증 증상* 질문	공감하며 듣기 필요시 치료/상담 권유
중간	우울증 위험(자주 슬프고 절망) 자살사고/계획 없음	기타 우울증 증상* 질문 자살 의도에 대한 재질문	정신과 상담 권유 관련기관 전화번호/정보 제공
높음	우울증 고위험(대부분 슬프고 절망) 또는 자살사고/계획 있음.	과거 자해/자살시도력 질문 손목 등 자해 흔적 평가 자살위험의 긴박성 평가	적극적인 정신과 치료 권유 보호자에게 위험성 설명(환자 혼자 내버려 두지 않도록 권유) 정신과 진료의뢰서 발부 관련기관 정보제공

* 기타 증상 : 불면, 불안, 의욕/집중력 저하, 대인관계 기피, 의학적으로 설명되지 않는 신체증상

□ 자살위기자 돕기

1) 자살하려고 하는 사람들을 돕는 방법

- 주의 깊게 자살의 증후를 살핍니다.
- 관심을 보이며, 도움이 되도록 합니다.
- 자살에 대해 어떻게 생각하는지 질문합니다. 질문은 직접적인 형태로, 자살에 대해 자유스럽고 공개적으로 묻습니다.
- 감정을 표현하게하고 그 감정을 수용합니다.
- 자살에 대해 도덕적으로 논쟁하지 않아야 합니다.
- 그들이 갖고 있는 것에 감사하라고 하지 않습니다.

- 억지로 무언가를 하도록 다그치거나 과중한 부담을 주는 질문을 하지 않는다.
- 결정적인 묘수를 제공하고 조언하지 않습니다.
- “왜”냐고 묻지 않도록 합니다. 이런 질문은 심리상태를 방어적으로 만듭니다.
- 그들의 감정을 동정하지 말고, 공감하도록 합니다. 쇼크를 받은 듯이 행동하지 않습니다. 이런 태도는 거리감을 만듭니다.
- 비밀보장을 약속하지 않습니다. 가족이나 도와줄 사람을 찾아 알려야 합니다.
- 대안이 가능할 것이라는 희망을 주지만 그럴 듯한 확신을 주지 않아야 합니다.
- 정신과 의사나 자살예방 전문기관에 도움을 청합니다.
- 당신이 바쁘다는 느낌을 주지 않는다.
- 베푸는 듯 한 느낌을 주지 않는다.

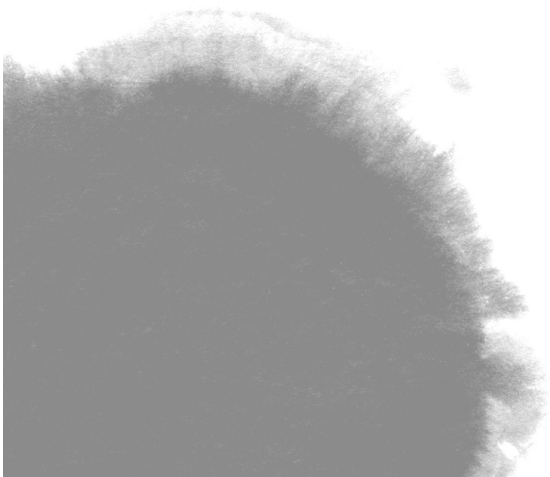
2) 자살을 생각하는 사람이 도움 받기를 거부할 때

자살을 생각하는 사람은 감정상태가 매우 혼란스럽기 때문에 말과 행동을 다르게 합니다. 강요당한다는 느낌 없이 존중하면서 부드럽게 ‘전문가의 도움을 받는 것’에 대해 이야기한다면 당장 받아들이지는 않더라도 아마 그 말에 대해서 곰곰이 생각해 볼 것입니다.

4. 도움 받을 수 있는 기관

- ☐ 전국 정신보건센터(1577-0199)
- ☐ 한국자살예방협회 사이버상담(www.suicideprevention.or.kr)
- ☐ 생명의 전화(1588-9191)
- ☐ 청소년 상담전화(1388)

결론 및 정책제언



제8장 결론 및 정책제언

제1 절 결론

자살의 원인은 다양하지만 의학적으로는 정신과적 질환 특히, 우울증과 같은 기분 장애 알코올 중독 또는 정신분열증과 관련이 많은 것으로 알려져 있고 자살은 위험군의 관리와 우울증 등 원인질환에 대한 적절한 치료로 충분히 예방가능하다.

자살자는 자살하기 수주 전에 의료인을 만나는 것으로 나타났고 특히 노인들의 경우 70~76%가 자살 1달 전 이내에 의사를 만나는 것으로 조사되었고 일차의료서비스를 받은 환자의 2%~3%가 방문 전 1달 이내에 자살 생각을 한 것으로 조사되었다 이것은 의료인들이 우울증 및 자살에 관한 교육을 받고 적절하게 대처할 때 다수의 자살을 예방할 수 있는 가능성이 있음을 나타내는 것이다. 따라서 본 연구의 목적은 의사, 간호사 등 의료인들을 통한 자살을 예방할 수 있는 체계를 구축하여 자살을 예방하고자 한다.

의료인들을 통한 자살을 예방할 수 있는 체계를 구축하기 위하여 의료기관 이용자의 의료이용 패턴을 분석하고 의료인을 통한 자살예방사업의 효과성 분석과 자살 증후 스크리닝 도구 개발 및 자살증후자 대처 및 연계 지침 개발 및 의료인 교육지침을 개발하였다.

의료기관 이용자의 자살요인분석을 위하여 일반과 이용자 243명, 정신과 이용자 94명, 총 337명을 대상으로 자살과 관련된 행위와 자살로 인한 의료기관 이용경험, 자살예방프로그램 참여 의향 등에 대한 결과를 진료과별로 비교분석하였다.

그 결과 실제로 자살을 시도해본 경험이 있는가에 대한 질문에서는 일반과 외래

환자의 7.4%가 경험이 있다고 응답하였고, 정신과 외래 환자는 27.2%가 실제로 자살을 시도해본 경험이 있다고 응답하였고 자살을 시도한 경험이 있는 일반과 환자의 우울 수준은 12.71점이었으며, 정신과 외래 환자의 우울 수준은 20.86점으로 나타나 역시 정신과 외래 환자의 우울 수준이 더 높음을 알 수 있다. 또한 자살사고 및 자살계획, 자살시도에 따라 우울증 의심 대상자의 비율을 보면 자살시도 항목에서는 일반과 외래 환자집단에서 총 7명(41.2%)이 우울증 의심 대상자로 분류되었으며, 정신과는 19명(86.4%)이 우울증 의심 대상자로 분류되어 자살사고 및 자살계획과 마찬가지로 자살시도에서도 정신과 외래 환자군에서 더 많은 우울증 의심 대상자가 나타났다.

자살시도의 경험이 있는 일반과 외래 환자 18명을 대상으로 자살을 시도하게 된 원인을 조사한 결과, 가족 갈등 때문이라고 응답한 비율이 38.9%로 가장 높게 나타났다. 그밖에도 경제적 어려움 28.7%, 현재 질환 및 생활환경 문제 11.1% 등으로 조사되었으며 자살시도로 인해 신체적·정신적 손상을 입고 의료 기관을 방문한 경험이 있느냐는 문항에 8명(44.43%)이 ‘경험이 있다’고 응답하였고 또한 의료기관 방문 당시, 담당 의료인으로부터 자살과 관련된 정신과 상담을 권유 받은 경험에 있느냐는 질문에 대해서는 8명 중 1명만이 ‘그렇다’고 응답하고 있어 의료기관 내 자살시도자에 대한 지원 및 사후관리가 제대로 이루어지고 있지 않음을 알 수 있다.

스트레스·자살예방 프로그램 참여 의사에서는 평소 이용하는 의료기관의 의료인으로부터 자살예방 프로그램을 소개해 받는다면 참여할 의사가 있느냐는 질문을 실시한 결과 31.0%가 참여할 의사가 있다고 응답하였고, 69.0%가 의사가 없다고 응답하였고 스트레스 및 자살예방 프로그램에 참여할 의사가 있는 경우 진료 중인 병원의 의사가 소개하는 병원 내 프로그램에 참여하고 싶다는 응답이 일반과와 정신과 모두에서 가장 많았다.

의료인을 통한 자살예방사업 효과성 분석에서는 검색된 문헌 5,087개 중 중복 검색된 문헌은 배제하고 문헌고찰 포함기준에 포함된 논문을 추린 후 두 명의 독립적인 검토자에 의해 체계적 분석에 사용할 논문 설정. 최종적으로 총 16개 논문이 선정되었고 체계적 분석 결과 일차 의료인을 통한 자살예방프로그램(스크리닝 도구를 이용한 자살예방프로그램, 1차 의료인 자살예방교육)은 실질적으로 효과가 있는 것

으로 나타났다.

자살증후 스크리닝 도구 개발은 문헌고찰을 통하여 국내 적용 가능한 자살증후 스크리닝 도구를 개발 전문가의 의견을 수렴하여 2개의 스크리닝 도구 1) Screening for Depression and Thoughts Suicide, 2) Risk of Suicide Questionnaire(RSQ)를 선정하였고 최종 스크리닝 도구 선정을 위하여 전문가(포커스 그룹) 조사를 실시 1)번 도구를 선정하였다.

의료인을 통한 자살 고위험군 발견 및 연계지침은 자살예방에서 의료인의 역할, 자살예방을 위하여 의료인이 할 수 있는 일, 자살 고위험군의 조기발견 방법, 환자가 자살에 대해 치료를 거절한 경우, 자살 위험성에 따른 연계로 구성하였으며 의료인을 위한 자살예방교육 지침 내용은 자살예방교육 지침의 중요성과 의의, 우리나라 자살사망의 위험요인 및 자살예방법에 대한 정보, 자살위험자 조기발견 방법, 자살 증후 연계 및 의뢰방법으로 구성하였다 또한 의사, 간호사, 사회복지사, 간호조무사, 의료보조인력(간호조무사 등) 자살예방교육 대상의 범위 및 대상별 전략을 수립하였다.

본 연구의 제한점으로는 자살 전의 의료이용 패턴분석에서 심사평가원의 청구 자료를 이용하여 자살 전 의료이용 패턴을 분석하고자 하였으나 자료접근의 제한으로 자료 분석이 불가능하여 기존의 문헌고찰과 의료서비스 이용경험과 자살관련 요인의 관련성을 분석하였고 설문조사는 병원에 내원한 외래환자를 대학병원과 정신과전문병원, 보건소 1개소씩 실시하여 분석결과 해석에는 한계성이 있어 향후 좀 더 많은 의료 기관을 대상으로 실시할 필요가 있다.

그리고 의료인을 통한 자살예방체계를 구축하는데 있어서는 의료인의 참여 동기 부여 문제 해결과 교육인력의 확보 및 교육 자료의 지속적 개발 및 보완이 필요하며 환자들의 정신과 서비스에 대한 수용성 문제와 진료시간 증가에 따른 진료비 인상 요구 가능성을 고려하여야 한 것이다.

제2절 정책제언

1. 자살 요인 실태에 근거한 예방대책 연구

자살 문제를 규명하고 이에 대한 적절한 대책을 마련하기 위해서는 개인의 특성은 물론 우리 사회의 어떠한 사회적 조건에 놓인 사람들이 스스로 목숨을 끊는지, 최근의 자살 변동을 설명할 수 있는 사회적 조건의 변동은 무엇인지 사회적·경제적 요인 등을 분석하여 현장에서 사용하기 쉬운 자살대책 매뉴얼을 등을 작성하여야 한다.

2. 자살예방대책에 관한 국민 의식도 조사 연구

행정기관이 자살예방대책을 추진하기 위하여 우울, 자살 등 국민의 정신건강 상태 파악과 행정기관 및 그 외 민간기관 등이 행하고 있는 정신건강관리와 자살예방대책에 관한 의식 등을 파악하며 자살문제 전문가 의견 등도 수렴하여야 한다.

3. 정신과 이외의 의료기관의 의료인을 위한 우울증 조기발견 및 대응 체계 마련

정신과를 제외한 일반 의료기관의 의사, 간호사 등이 일상 진료에 있어 우울 상태, 우울증에 관한 개념을 염두에 두고 진료를 하면 우울증을 초기에 진단하고 적절한 치료를 받도록 할 수 있어 자살예방에 있어 중요하다 그러므로 일반 의료 기관에서 의료인들이 우울증을 초기에 발견하고 대응할 수 있는 관련 지침 개발이 필요하다.

4. 의료 기관에서 자살 예방 연계체계 구축 및 자살 예방프로그램 개발

의료 기관에서의 자살 예방 연계체계를 구축하기 위해서는 의료인의 자발적 참여를 유도하고 교유인력의 확보와 교육 자료의 지속적 개발 및 보완이 필요하면 환자들의 정신과 서비스에 대한 수용성문제와 진료시간 증가에 따른 진료비 인상 요구

등의 문제를 해결하여야 한다 또한 환자가 병원에서 자살예방 프로그램에 참여할 수 있도록 병원에서 운영할 수 있는 자살 예방프로그램을 개발·보급할 필요가 있다.

5. 자살시도자에 대한 사후관리체계

자살 미수로 응급실로 후송된 자에 대하여 재발 방지를 위한 정신과와 응급의료 체계를 정비하고 자살미수자 케어를 위한 자살 미수자 사후관리에 관한 지침 등을 마련하여야 한다.

6. 자살 예방 활동 관련 민간단체와의 연대 강화

자살예방 대책을 추진하기 위해서는 민간단체의 활동이 중요하다. 종교, 유족, 그 외 지원자 등이 자발적으로 참여하고 있는 민간단체의 상담활동 등의 많은 자살위기에 있는 사람을 원조하고 있다. 따라서 민간단체의 활동을 활성화하고 지원할 필요가 있다.

7. 자살대책 강화를 위한 기금 조성

자살을 예방하기 위한 상담체제 정비 및 인재육성과 지방자치단체의 대책 및 민간단체의 활동 등의 지원과 자살예방대책에 관한 연구 사업을 지원할 자살대책 강화 기금의 조성이 필요하다.

참 고 문 헌

- 김현순, 『스트레스, 절망, 우울과 자살생각간의 구조적 관계』, 단국대 상담심리전공 박사학위논문, 2007, 16-17
- 남윤영. 우리나라 자살의 경향과 특징. 한국자살예방협회 춘계심포지움. 2005.
- 배주미 등, 자살위기청소년상담개입프로그램개발, 한국청소년상담원. 2009
- 백은자(2009). 노인자살예방정책의 과제와 전망, 제2회 「노인자살예방대책 토론회」.
- 보건복지부(2005). 자살예방대책 5개년 계획, 보건복지부.
- 보건복지부(2008). 제 2차 자살예방종합대책(2009-2013), 보건복지부.
- 서동우. 생명과 사회정의 : 한국사회와 자살. 사회정의시민연대 심포지움. 2006.
- 서동우. 우리나라 국민의 생명존중 및 자살에 대한 태도조사. 한국자살예방협회 춘계심포지움. 2005.
- 성형모, 김정범, 박영남, 배대석, 이선희, 안현의, “한국어판 벡 우울 설문지 2판의 신뢰도 및 타당도 연구”, 생물치료정신의학 2008; 14(2):201-212.
- 신민섭, 박광배, 오경자, 김중술(1990). 고등학생의 자살성향에 관한 연구. 한국심리학회지: 임상, 9권 1호, 1-19.
- 신민섭, 박광배, 오경자, “우울증과 충동성이 청소년들의 자살 행위에 미치는 영향”, 한국심리학회지: 임상 1991;10(1):286-297.
- 신민섭, “자살기제에 대한 실증적인 연구: 자기도피 척도의 타당화”, 연세대학교 박사학위 논문, 1993.
- 오강섭 등, 자살 예방 사업 및 서비스 실태조사, 한국자살예방협회, 2009.
- 유자웅 등, 청소년 및 노인 자살 실태분석과 예방대책, 치안정책연구소, 2009

- 이명수 등 자살 고위험군 등에 대한 대상별사례관리 표준모델 개발, 용인정신병원
건강증진사업지원단, 2009
- 이소정 외, 노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색, 한국보건사회연
구원, 2009(발간예정).
- 이영호, 송종용, “BDI, SDS, MMPI-D척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구”, 한
국심리학회지: 임상 1991;10(1):98-113.
- 이지전, 이상욱, 신혜령, 고수경, 박경수 등(2006). 노인자살 예측모형 개발 및 예방
대책 연구. 한국보건복지인력개발원, 국립서울병원, 국립정신보건교육·연구센
터.
- 임두성, 윤두환, 윤석용, 정해걸, 이인기, 김소남, 안상수, 이정현, 손숙미, 김무성
(2008). 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 특별법안. 국회예산정책처.
- 임정수, 홍진호, 김주한, 함봉진, 김재광, 남윤영 외(2008). 국내 자살원인 실태조사
및 자살 예방체계 구축에 관한 연구, [가천의과학대학교](#) ;건강증진사업지원단.
- 전준희(2010). 자살예방을 위한 지역사회 실천방안, 제 7회 계명사회복지포럼.
- 정상혁(2005). 우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구, 국립서울병원
- 조준호 등, 자살 시도자에 대한 진료체계 및 응급의학과 - 정신과 의료진의 인식 비
교, 대한응급의학회지. 제 19 권 제 5 호 2008.
- 통계청. 우리나라 사망원인 통계. 1998-2008.
- 통계청(2010). 2009 사망원인통계결과. 통계청.
- 하상훈(2006). 한국의 자살예방 대책에 대한 제안.
- 한국자살예방협회(2009). 자살예방 자원 및 서비스 실태 조사, 한국자살예방협회.
- American Psychiatric Association, "Diagnostic and statistical manual of
mental disorders(3rd ed., revised)", Washington, DC:Auther, 1987
- Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health
care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers
for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general
practitioners and practicing specialists and drug prescriptions. Acta
Psychiatr Scand. 2000;102:126-134.

- Anton C.M. Vergouwen, Abraham Bakker, Wayne J.Katon et al. Improving adherence to antidepressants: A systematic review of interventions. J Clin Psychiatry 2003;64:1415-1420
- Australian Government, A framework for prevention of suicide in Australia, 2008
- Barbara L. Niles, DeAnna L. Mori, Jennifer F. Lambert et al. Depression in Primary Care: Comorbid Disorders and Related Problems. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, Vol. 12, No. 1, March 2005) DOI: 10.1007/s10880-005-0914-z
- Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, Collings C, Doughty C, Ellis P et al, The New Zealand Medical Journal. NZMJ 2007;120(1251):1-13
- Beck AT, 「Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects」, New York:Hoebner Medical Devision, Harper&Row, 1967.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, & Trexler L, "The measurement of pessimism:the hopelessness scale", Journal of Consulting and Clinical Psychology 1974;42:861-865.
- Beck, A. T., Kovac, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 343-352
- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, & Garrison, B, "Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation", American Journal of Psychology 1985; 142: 559-563.
- Beck AT, Brown G, & Steer RA, "Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatient by clinical ratings of hopelessness", Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989;57: 309-310.
- Beck A, Steer R, "Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation", San Antonio, Texas: Psychological Corportion; 1991.
- Beck AT, 「Beck Depression Inventory」, San Antonio, TX: Harcourt Brace

- and Company, 1996
- Brent DA, Kalas RM, Edelbrock C et al., "Psychopathology and its relationship to suicidal ideation in childhood and adolescence", *Journal of American Academy of Child Psychiatry* 1986;25:666-673.
- Brent DA, Johnson BA, Perper J, et al. Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:1080-1086.
- Broadhead WE, Leon AC, Weissman MM, et al. Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. *Arch Fam Med*. 1995;4:211-219.
- Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:371-377.
- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004 Mar 3;291(9):1081-91.
- Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol*;62: 185-200, 2006.
- Clark, D.C. & Fawcett, J. (1992). Review of empirical risk factors for evaluation of suicidal patient. In B. Bongar (ed.), *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment* (pp. 16 - 0). New York: Oxford University Press.
- Cole DA, "Hopelessness, social desirability, depression, & parasuicide in two college samples", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988;56:131-136.
- Conwell, Y., Olsen, K., Caine, E.D., & Flannery, D. (1991). Suicide in late

- life: Psychological autopsy findings. *International Psychogeriatrics*, 3, 59-6.
- Copelan RI, Messer MA, Ashley DJ, "Adolescent violence screening in the ED", *AM J Emerg Med* 2006;24:582-594.
- Depression: management of depression in primary and secondary care
Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health.
2004.
- Depression information for primary health practitioners Published by New Zealand guidelines group. 2006.
- Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Lyness JM, Cox C, Caine ED. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999;7:289 -6.
- Elizabeth H.B.Lin, Gregory E.Simon, David J.Katzelnick et Does physician education on depression management improve treatment in primary care? *J GEN INTERN MED* 2001;16:614-619
- Emery GD, Steer RA, & Beck AT, "Depression, hopelessness and suicidal intent amoong heroin addicts", *International Journal of Addiction* 1981;16:425-429.
- Etztersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: the Viennese experience 1980-1996. *Arch Suicide Res.* 1998;4:67-74.
- Fallucco EM, Hanson MD, Glowinski AL, "Teaching Pediatric Residents to Assess Adolescent Suicide Risk With a Standardized Patient Module", *PEDIATRICS* 2010;125(5):953-959.
- Fiedorowicz JG, Weldon K, Bergus G. Determining suicide risk. *J. Fam Pract.* 2010 May;59(5):256-60.
- Folse VN, Hahn RL. Suicide risk screening in an emergency department: engaging staff nurses in continued testing of a brief instrument. *Clin*

- Nurs Res. 2009 May 1; Epub ahead of print.
- Fremouw WJ, De Perczel M, & Ellis TE, "Suicide risk assessment and response guidelines", New York:Pergamon Press, 1990.
- Fountoulakis,K.N., et al., Suicide prevention programs through community intervention, J. Affect. Disord. 2010.
- FUJISAWA D, TANAKA E, SAKAMOTO S, NEICHI K, NAKAGAWA A, ONO Y, "The development of a brief screening instrument for depression and suicidal ideation for elderly: the Depression and Suicide Screen", Psychiatry and Clinical Neurosciences 2005;59:634 -38.
- Garcia RR, Agraz FP, Guirado MS, et al. Evaluation of suicide risk in children: psychometric properties of the Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ). Actas Esp Psiquiatr 2005;33:292 --297.
- Gaynes BN, West SL, Ford C, Frame P, Klein J, & Lohr KN, "Screening for Suicide Risk: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force", U.S.
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA. 2003 Jun 18;289(23):3145-51.
- Goldston DB, Measuring suicidal behavior and risk in children and adolescents, Washington DC: American Psychological Association; 2003.
- Grant Blashki, Ian B Hickie, Lyn Littlefield et al.Referral of patients with depression to specialist psychological care from general practice. Australian Family Physician Vol.32, No.12, December 2003 998-1002
- Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000. Journal of Clinical Psychiatry 2003;64(12):1465-1475.
- Gregory K.Brown, Martha L.Bruce, Jane L.Pearson et al.High-risk

- management guidelines for elderly suicidal patients in primary care settings. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:593-601
- Grek A. Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. *Can J Psychiatry* 2007;52(6 Suppl1):47S - 7S.
- Han C , et al. Validation of the Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) Korean version in the Elderly Population: the AGE study. *Comprehensive Psychiatry* 2008;49:218-223.
- Hannaford PC, Thompson C, Simpson M. Evaluation of an educational programme to improve the recognition of psychological illness by general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1996 Jun;46(407):333-7.
- Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM et al. Current methods of the US Preventive Services Task Force; a review of the process. *Am J Prev Med* 2001;20(3S):21-35.
- Harwood D, Jacoby R. . Suicide behaviour among the elderly. 2000
- Hawton, K van Heeringen (eds). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 275—91). New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Heisel MJ, Flett GL, "The Development and Initial Validation of the Geriatric Suicide Ideation Scale", *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2006;14(9):742-751.
- Heithoff K. Does the ECA underestimate the prevalence of late-life depression? *J Am Geriatr Soc* 1995;43(1):2 - .
- Henriksson S, Boethius G, Isacson G. Suicides are seldom prescribed antidepressants: Findings from a prospective prescription database in Jamtland country, Sweden, 1985-95. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:301-306.
- Herbert C.Schulberg, Martha L.Bruce, Pamela W.Lee et al. Preventing suicide in primary care patients : the primary care physician's role. *General*

hospital psychiatry 26(2004) 337-345

Hirofumi Oyama, Yutaka Ono, Naoki Watanabe et al. Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. Psychiatry and clinical neurosciences (2006), 60, 110-114

Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. Pediatrics 2001;107:1133 --1137.

Jason B.Luoma, Catherine E.Martin et al. Contact with mental health and primary care providers before suicide : a review of evidence, Am J Psychiatry 2002;159:909-916

Jekel, JF.; Katz, DL.; Elmore, JG. Epidemiology, biostatistics, and preventive medicine. 2nd. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2001.

Jellinek MS, Murphy JM, Burns BJ. Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. J Pediatr 1986;109:371 --378.

Jobes DA, Managing suicidal risk: a collaborative approach, New York: Guilford Press; 2006.

Jürgen Unützer, Lingqi Tang, Sabine Oishi et al.Reducing suicidal ideation in depressed older primary care physicians.J Am Geriatr Soc 54:1550-1556,2006

Kelly C. The effects of depression awareness seminars on general practitioners knowledge of depressive illness. Ulster Med J. 1998 May;67(1):33-5.

Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, & Ingram RE, "Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory", Cognit Ther Res 1987;11:289 --299.

Klerman G, "Clinical epidemiology of Suicide", Journal of Clinical Psychiatry 1987;48:33-38.Horowitz LM, Ballard ED, & Pao M, "Suicide screening

- in schools, primary care and emergency departments", *Curr Opin Pediatr*, 21(5), 2009, pp.620-627.
- Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ*. 2003 Dec 13;327(7428):1376.
- Korenke KM et al. The PHQ -9 A new depression diagnostic and severity measure. PHQ-9 Scores and Proposed Treatment Actions. *PsychiatricAnnals*.2003;32:9
- Kroenke KM 등. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *JournalofGeneralInternalMedicine*16:606 - 613,2001
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Lang M, Uttaro T, Caine E, Carpinello S, Felton C. Implementing routine suicide risk screening for psychiatric outpatients with serious mental disorders: II. Quantitative results. *Arch Suicide Res*. 2009;13(2):169-77.
- Lin EH, Simon GE, Katzelnick DJ, Pearson SD. Does physician education on depression management improve treatment in primary care? *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):614-9.
- Lonnqvist JK, Henriksson MM, Isometsa ET et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1995;49(supple 1):S111-S116.
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159:909-16.
- Mann J. Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al, Suicide Prevention Strategies A systematic Review. *JAMA* 2005;294(16):2064-2074.

- Maria A.Oquendo, Masoud Kamali, Steven P.Ellis et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression : A prospective study, *Am J Psychiatry* 2002;159:1746-1751
- Marnin J. Heisel, PhD, Paul R. Duberstein, PhD, Jeffrey M. Lyness, MD, and Mitchell D. Feldman, MD, MPhil. Screening for Suicide Ideation among Older Primary Care Patients. *J Am Board Fam Med* 2010;23:260-269.
- McNamee JE, Offord DR. Prevention of suicide. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, Canadian guide to clinical preventive health care. Canada (Ottawa): CCG, 1994. p. 456-67.
- Miller M. Geriatric suicide: The Arizona study. *Gerontol* 1978;18:488-495.
- Minkoff K, Bergman E, Beck AT, & Beck R, "Hopelessness, depression, and attempted suicide", *American Journal of Psychiatry*, 1973;130:455-459.
- Montgomery, S.A., Åsberg, M., 1979. A new depression scale Rogers, designed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatry* 134, 382 --389.
- Naismith SL, Hickie IB, Scott EM, Davenport TA. Effects of mental health training and clinical audit on general practitioners' management of common mental disorders. *Med J Aust*. 2001;175(suppl):S42-S47.
- New Zealand Government, New Zealand Suicide Prevention Action Plan 2008-2012, 2008
- Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Farber L. Suicidal ideation in primary care. *J Gen Intern Med*. 1996;11:447- 453.
- Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1746-1751.
- Oyama H, Fujita M, Goto M, Shibuya H, Sakashita T. Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among

- Japanese elders. *Gerontologist*. 2006 Dec;46(6):821-6.
- Oyama H, Koida J, Sakashita T, Kudo K. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Ment Health J*. 2004 Jun;40(3):249-63.
- Oyama H, Sakashita T, Ono Y, Goto M, Fujita M, Koida J. Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: a meta-analysis of the evidence from Japan, *Community Ment Health J*. 2008 Oct;44(5):311-20. Epub 2008 Mar 25.
- Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population. *Br J Psychiatry* 1974 ; 124 : 460-9.
- Pena JB, Caine ED, "Screening as an approach for adolescent suicide prevention", *Suicide Life Threat Behav* 2006;36:614-637.
- Petrie K, Chamberlain K, "Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behavior", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51:485-487.
- Philip C.Hannaford, Chris Thompson et al. Evaluation of an educational programme to improve the recognition of psychological illness by general practitioners. *British journal of general practice*,1996,46,333-337
- Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002 May 21;136(10):765-76.
- Reynolds WM, 「Suicidal Ideation Questionnaire-Junior」, Odessa, FL: Psychological Assessment Resource, 1987.
- Reynolds WM, 「Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual」, Odessa, FL: Psychological Assessment Resource, 1988.
- Rihmer Z. Az antidepresszívumok forgalomnövekedésének hatása a magyarországi szuicid halálozásra 1982 és 1995 között. *Psychiatria*

Hungarica,1997; 12, 276 -278

Rutz W, Knorring L et al. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners, Acta Psychiatr Scand 1989;80:151-154

Rutz W, Von Knorring L, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. Acta Psychiatr Scand. 1989;80:151-154.

Sandor Kalmar. Antidepressants and suicide prevention in Hungary Acta Psychiatr Scand 2001;103:238-239

Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al, Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry. 1996;53:339-348.

Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP, Garfinkel R, & Greenward S, "The Columbia SuicideScreen: Validity and Reliability of a Screen for Youth Suicide and Depression", J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY 2004;43(1):71-79.

Shah A, De Leo T. Suicide and the elderly. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 1998;2:3-17.

Simon Gilbody, Paula Whitty et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA 2003;389(23):3145-3151

Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. JAMA. 1994;272:1749-1756.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB et al., PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study Validation and Utility of a Self-report Version of, JAMA. 1999;282(18):1737-1744

Svante Henriksson, Goran Boethius et al. Suicides are seldom prescribed antidepressants : findings from a prospective prescription database in

Jamtland county, Sweden, 1985-95, *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:301-306

The Clinical Practice Guidelines for Depression in Adults in the Primary Care Setting, Carefirst, 2010.

Thompson C, Kinmonth L, Stevens L et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomized controlled trial. *Lancet* 2000;355:185-91

Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AA, Mello MF, Ramos CP. An educational training program for physicians for diagnosis and treatment of depression. *Rev Saude Publica*. 2004 Aug;38(4):522-8. Epub 2004 Aug 9.

Vergouwen AC, Bakker A, Katon WJ, Verheij TJ, Koerselman F. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:1415-1420.

Waern M, Runeson BS, Allebeck P, et al. 2002. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *American Journal of Psychiatry* 159: 450-5.

Weissman AM, Beck AT, & Kovacs, "Drug abuse, hopelessness, and suicidal behavior", *International Journal of the Addiction* 1979;14:451-464.

Wetzel RD, Margulies T, Davis R, & Karum E, "Hopelessness, depression and suicidal ideation", *Journal of Clinical Psychiatry* 1980;41:159-160.

White JL, 「The troubled adolescent」, New York:Pergamon Press, 1989. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI). World Health Organization, Geneva, 1996.

Wintersteen MB, "Standardized Screening for Suicidal Adolescents in Primary Care", *Pediatrics* 2010;125(5):938-944.

Wolfgang Rutz. Preventing suicide and premature death by education and

treatment Journal of Affective disorders 62(2001)123-129

World Health Organization. Preventing suicide: a resource for general physicians. World Health Organization, Geneva. 2000.

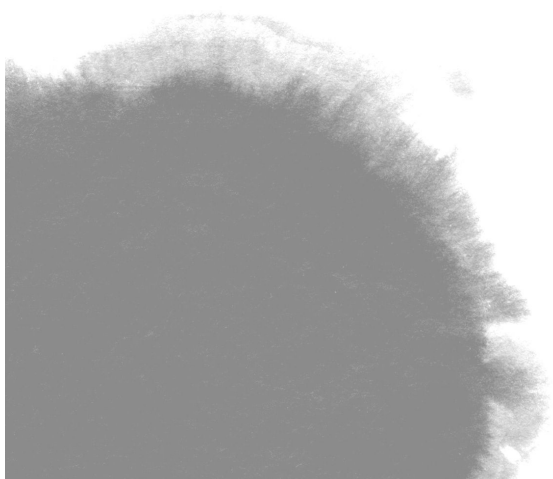
Yasavage JA, Brink TL, Rose TL et al., "Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report", J Psychiatr Res 1983;17:37-49.

Yesavage, JA. Geriatric depression scale. Psychopharmacol. Bull. 1988;24: 709 - 11.; Muraoka Y, Ikuji S, Ibara K. Physical - sychological - social background of depressive elderly among local residents. Jpn J. Geriatr. Psychiatry 1996;7: 397 - 07 (in Japanese).

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr. Scand. 1983;67: 361 - H370.; Kitamura T. Hospital anxiety depression scale. Arch. Psychiatr. Diagn. Clin. Eval. 1993;4: 371 - 72 (in Japanese).

Zung WWK. A self-rating depression scale. Arch. Gen. Psychiatry 1965;12: 63 - 0.

부록





부록

부록 1-1. 일반용 설문지

일련번호		

설문지 A

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 보건복지부의 용역과제로 『정신건강증진을 위한 연구』를 수행하고 있습니다. 본 조사는 국민정신건강수준 제고를 위한 기초자료로 활용될 것입니다.

귀하께서 작성해주신 의견은 소중한 자료가 될 것이며 연구목적 이외의 다른 용도로는 사용되지 않습니다.

여러분의 적극적인 협조를 부탁드립니다.

본 설문조사 작성 및 통계적 활용에 동의합니다.

서명



보건복지부
MINISTRY OF HEALTH & WELFARE



1. 귀하가 현재 방문하신 진료과는 어디입니까?

① 내과 ② 신경과 ③ 가정의학과 ④ 정신과 ⑤ 기타()

2. 귀하는 평소 어느 정도의 스트레스를 받고 있습니까?

① 조금 받음 ② 보통 ③ 많이 받음

3. 귀하가 스트레스를 받는 가장 큰 이유는 무엇입니까? 한 가지만 √해 주십시오.

① 경제적 어려움 ② 현재 앓고 있는 질환
③ 가족갈등 ④ 직장생활(업무 및 대인관계)
⑤ 생활환경문제(주거 등) ⑥ 취업문제(진로)
⑦ 가족의 건강문제 ⑧ 기타()

4. 아래의 각 사항들을 읽으시고 지난 1주일을 기준으로 귀하에게 해당하는 곳에 √하여 주십시오

문항		① 극히 드물다	② 가끔 있었다	③ 종종 있었다	④ 대부분 그랬다
1	식욕이 없음				
2	비교적 잘 지냈다				
3	상당히 우울했다				
4	모든 일이 힘들게 느껴짐				
5	잠을 설쳤다				
6	외로움을 느꼈다				
7	불만 없이 생활했다				
8	사람들이 차갑게 대하는 것 같다				
9	마음이 슬펐다				
10	사람들이 나를 싫어하는 것 같다				
11	무엇을 할 엄두가 나지 않는다				

5. 귀하는 우울, 불안, 불면증 등의 정신적 문제로 의사나 간호사에게 상담을 요청하신 적이 있습니까?

① 예 ② 아니오 → (5-2번으로 가세요)

5-1. 귀하가 우울, 불안, 불면증 등의 정신적 문제로 상담을 요청한 의사나 간호사의 진료과는 무엇이었습니까?

① 내과 ② 외과 ③ 신경과 ④ 가정의학과
⑤ 이비인후과 ⑥ 비뇨기과 ⑦ 피부과 ⑧ 산부인과
⑨ 정신과 ⑩ 기타()

5-2. 귀하가 우울, 불안, 불면증 등의 정신적 문제로 의사나 간호사에게 상담을 요청하

지않는 이유는 무엇입니까?

- ① 별로 큰 도움이 될 것 같지 않아서
- ② 정신적 문제에 대한 편견
- ③ 병원에서 치료를 받을 정도는 아니라고 생각하기 때문에
- ④ 경제적으로 부담스러워서
- ⑤ 정신과 질환이 아니라고 생각하기 때문에
- ⑥ 기타(_____)

6. 귀하는 지난 1년간 죽고 싶다는 생각을 해 본 적 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오

7. 귀하는 지금까지 살면서 자살계획을 구체적으로 세워 본 적이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오

8. 귀하는 지금까지 살면서 실제로 자살시도를 해 본적 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오 → (10번으로 가세요)

8-1. 귀하가 자살을 시도한 시기는 언제입니까??

- ① 1개월 미만 ② 1-3개월 미만 ③ 3-6개월 미만 ④ 6개월-1년 미만
- ⑤ 1-2년 ⑥ 기타(_____)

8-2. 귀하가 자살을 시도한 가장 큰 이유는 무엇입니까? 한 가지만 √해 주십시오.

- ① 경제적 어려움
- ② 현재 앓고 있는 질환
- ③ 가족갈등
- ④ 직장생활(업무 및 대인관계)
- ⑤ 생활환경문제(주거 등)
- ⑥ 취업문제(진로)
- ⑦ 가족의 건강문제
- ⑧ 기타(_____)

9. 귀하는 자살로 인한 정신적·신체적 외상으로 인해 의료기관을 방문하신 적이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오 → (10번으로 가세요)

- ① 진료중인 병원의 의사가 소개한 병원내 프로그램
- ② 진료중인 병원의 의사가 소개한 다른 의료기관의 프로그램
- ③ 진료중인 병원의 의사가 소개한 사회복지기관

- ④ 진료중인 병원의 의사사 소개한 정신보건센터
- ⑤ 자살예방센터 등 공공기관

11-2. 귀하가 자살예방프로그램에 참여하고 싶지 않는 이유는 무엇입니까?

- ① 자살예방프로그램에 대한 편견
- ② 프로그램 참여가 별로 도움이 안 될 것 같아서
- ③ 의사나 상담전문가를 믿을 수가 없어서
- ④ 자존심이 상해서
- ⑤ 사생활이 노출되는 것이 싫어서
- ⑥ 기타(_____)

12. 귀하의 연령, 성, 동거인 유무를 체크해 주십시오.

만 나이	세	성별	남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/>	동거인	유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/>
------	---	----	---	-----	---

13. 귀하의 결혼 상태는 어떻습니까?

- ① 미혼
- ② 기혼
- ③ 별거 · 이혼
- ④ 사별
- ⑤ 기타(_____)

14. 귀하의 종교는 무엇입니까?

- ① 불교
- ② 기독교
- ③ 가톨릭
- ④ 없음
- ⑤ 기타(_____)

15. 귀하의 직업에 관한 사항입니다. 해당 번호에 √하여 주십시오.

- ① 전문직
- ② 사무직
- ③ 생산직
- ④ 주부
- ⑤ 무직
- ⑥ 기타(_____)

16. 귀하의 학력에 관한 사항입니다. 해당 번호에 √하여 주십시오.

- ① 무학
- ② 초등학교졸업
- ③ 중학교졸업
- ④ 고등학교졸업
- ⑤ 대학교 이상

☺ 설문에 응해주셔서 감사합니다.

일련번호		



보건복지부
MINISTRY OF HEALTH & WELFARE



1. 귀하의 병명은 무엇입니까?

- ① 기분장애(우울증) ② 스트레스 관련 신경증, 신체형 장애
③ 알코올 및 기타중독 장애 ④ 정신분열증
⑤ 모름 ⑥ 기타()

2. 귀하가 정신과 치료를 받은 기간은 얼마나 됩니까?

- ① 1개월 미만 ② 1-3개월 미만 ③ 3-6개월 미만 ④ 6개월-1년 미만
⑤ 1-2년 ⑥ 기타()

3. 귀하는 어떠한 경로를 통하여 정신과 진료를 받게 되었습니까?

- ① 다른 질환으로 진료를 받던 중 의사(간호사)의 권유로
② 부모님 및 형제자매의 권유로
③ 친구 및 지인의 권유로
④ 사회복지사 및 주변인의 권유로
⑤ 스스로 판단하여
⑥ 기타()

4. 귀하는 1번과 같은 정신과적인 문제가 발생하였을 때 다른 진료과 의사나 간호사에게 상담 및 도움을 요청하신 경험이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오 → (4-2번으로 가세요.)

4-1. 도움을 요청한 의사나 간호사의 진료과는 무엇이었습니까?

- ① 내과 ② 외과 ③ 신경과 ④ 가정의학과
⑤ 이비인후과 ⑥ 비뇨기과 ⑦ 피부과 ⑧ 산부인과
⑨ 기타()

4-2. 의사나 간호사에게 도움을 요청하지 않는 이유는 무엇입니까?

- ① 내 병을 이해하지 못할 것 같아서
② 의사나 간호사를 믿을 수 없어서
③ 정신과에 대한 편견
④ 자존심이 상해서
⑤ 사생활이 노출되는 것이 싫어서
⑥ 기타()

5. 귀하는 정신과 진료를 받기 전에 다른 진료과 의사나 간호사로부터 정신과 진료 및 상담을 권유받은 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오 → (6번으로 가세요.)

5-1. 당시 귀하는 의사나 간호사의 권유를 받아들이고 실제로 진료 및 상담을 받았습니
니까?

- ① 예 ② 아니오 ➔ (5-3번으로 가세요.)

5-2. 당시 귀하에게 정신과 진료 및 상담을 권유한 의사나 간호사의 진료과는 무엇이었습니까?

- ① 내과 ② 외과 ③ 신경과 ④ 가정의학과
⑤ 이비인후과 ⑥ 비뇨기과 ⑦ 피부과 ⑧ 산부인과
⑨ 기타()

5-3. 당시 귀하께서 의사나 간호사의 권유를 받아들이지 않고 정신과 상담을 받지 않은 이유는 무엇입니까?

- ① 별로 큰 도움이 될 것 같지 않아서
- ② 의사나 간호사를 믿을 수 없어서
- ③ 정신과 상담에 대한 편견
- ④ 자존심이 상해서
- ⑤ 사생활이 노출되는 것이 싫어서
- ⑥ 기타()

6. 귀하는 최근 1개월 동안 정신과 질환 이외에 다른 질환으로 진료 및 치료를 받은 경험
이 있습니까? 해당 진료과에 모두 ☒하여 주십시오.

- ① 내과 ② 외과 ③ 신경과 ④ 가정의학과
⑤ 이비인후과 ⑥ 비뇨기과 ⑦ 피부과 ⑧ 산부인과
⑨ 기타()

7. 귀하는 최근 6개월 동안 정신과 질환 이외에 다른 질환으로 진료 및 치료를 받은 경험
이 있습니까? 해당 진료과에 모두 ☒하여 주십시오.

- ① 내과 ② 외과 ③ 신경과 ④ 가정의학과
⑤ 이비인후과 ⑥ 비뇨기과 ⑦ 피부과 ⑧ 산부인과
⑨ 기타()

8. 귀하는 평소 어느 정도의 스트레스를 느끼고 있습니까?

- ① 조금 받음 ② 보통 ③ 많이 받음

- ① 진료중인 병원의 의사가 소개한 병원내 프로그램
- ② 진료중인 병원의 의사가 소개한 다른 의료기관의 프로그램
- ③ 진료중인 병원의 의사가 소개한 사회복지기관
- ④ 진료중인 병원의 의사가 소개한 정신보건센터
- ⑤ 자살예방센터 등 공공기관

13-2. 귀하가 자살예방프로그램에 참여하고 싶지 않는 이유는 무엇입니까?

- ① 자살예방프로그램에 대한 편견
- ② 프로그램 참여가 별로 도움이 안 될 것 같아서
- ③ 의사나 상담전문가를 만날 수가 없어서
- ④ 자존심이 상해서
- ⑤ 사생활이 노출되는 것이 싫어서
- ⑥ 기타()

14. 귀하의 연령, 성, 동거인 유무를 체크해 주십시오.

만 나이	세	성별	남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/>	동거인	유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/>
------	---	----	---	-----	---

15. 귀하의 결혼 상태는 어떻습니까?

- ① 미혼
- ② 기혼
- ③ 별거 · 이혼
- ④ 사별
- ⑤ 기타()

16. 귀하의 종교는 무엇입니까?

- ① 불교
- ② 기독교
- ③ 가톨릭
- ④ 없음
- ⑤ 기타()

17. 귀하의 직업에 관한 사항입니다. 해당 번호에 √하여 주십시오.

- ① 전문직
- ② 사무직
- ③ 생산직
- ④ 주부
- ⑤ 무직
- ⑥ 기타()

18. 귀하의 학력에 관한 사항입니다. 해당 번호에 √하여 주십시오.

- ① 무학
- ② 초등학교졸업
- ③ 중학교졸업
- ④ 고등학교졸업
- ⑤ 대학교 이상

☺ 설문에 응해주셔서 감사합니다.

부록 2. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence(March 2009)

Level	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis/symptom prevalence study	Economic and decision analyses
1a	SR (with homogeneity*) of RCTs	SR (with homogeneity*) of inception cohort studies; CDR† validated in different populations	SR (with homogeneity*) of Level 1 diagnostic studies; CDR† with 1b studies from different clinical centres	SR (with homogeneity*) of prospective cohort studies	SR (with homogeneity*) of Level 1 economic studies
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval‡)	Individual inception cohort study with > 80% follow-up; CDR† validated in a single population	Validating** cohort study with good† † † reference standards; or CDR† tested within one clinical centre	Prospective cohort study with good follow-up****	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses
1c	All or none§	All or none case-series	Absolute SpPins and SnNouts† †	All or none case-series	Absolute better-value or worse-value analyses † † † †
2a	SR (with homogeneity*) of cohort studies	SR (with homogeneity*) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs	SR (with homogeneity*) of Level >2 diagnostic studies	SR (with homogeneity*) of 2b and better studies	SR (with homogeneity*) of Level >2 economic studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)	Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR† or validated on split-sample§§§ only	Exploratory** cohort study with good† † † reference standards; CDR† after derivation, or validated only on split-sample§§§ or databases	Retrospective cohort study, or poor follow-up	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses

2c	"Outcomes" Research; Ecological studies	"Outcomes" Research		Ecological studies	Audit or outcomes research
3a	SR (with homogeneity*) of case-control studies		SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies
3b	Individual Case-Control Study		Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards	Non-consecutive cohort study, or very limited population	Analysis based on limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses incorporating clinically sensible variations.
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies§§)	Case-series (and poor quality prognostic cohort studies***)	Case-control study, poor or non-independent reference standard	Case-series or superseded reference standards	Analysis with no sensitivity analysis
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on economic theory or "first principles"

출처: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>

*	By homogeneity we mean a systematic review that is free of worrisome variations (heterogeneity) in the directions and degrees of results between individual studies. Not all systematic reviews with statistically significant heterogeneity need be worrisome, and not all worrisome heterogeneity need be statistically significant. As noted above, studies displaying worrisome heterogeneity should be tagged with a "-" at the end of their designated level.
†	Clinical Decision Rule. (These are algorithms or scoring systems that lead to a prognostic estimation or a diagnostic category.)
‡	See note above for advice on how to understand, rate and use trials or other studies with wide confidence intervals.
§	Met when all patients died before the Rx became available, but some now survive on it; or when some patients died before the Rx became available, but none now die on it.
§§	By poor quality cohort study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both exposed and non-exposed individuals and/or failed to identify or

	appropriately control known confounders and/or failed to carry out a sufficiently long and complete follow-up of patients. By poor quality case-control study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both cases and controls and/or failed to identify or appropriately control known confounders.
§§§	Split-sample validation is achieved by collecting all the information in a single tranche, then artificially dividing this into "derivation" and "validation" samples.
††	An "Absolute SpPin" is a diagnostic finding whose Specificity is so high that a Positive result rules-in the diagnosis. An "Absolute SnNout" is a diagnostic finding whose Sensitivity is so high that a Negative result rules-out the diagnosis.
‡‡	Good, better, bad and worse refer to the comparisons between treatments in terms of their clinical risks and benefits.
†††	Good reference standards are independent of the test, and applied blindly or objectively to all patients. Poor reference standards are haphazardly applied, but still independent of the test. Use of a non-independent reference standard (where the 'test' is included in the 'reference', or where the 'testing' affects the 'reference') implies a level 4 study.
††† †	Better-value treatments are clearly as good but cheaper, or better at the same or reduced cost. Worse-value treatments are as good and more expensive, or worse and the equally or more expensive.
**	Validating studies test the quality of a specific diagnostic test, based on prior evidence. An exploratory study collects information and trawls the data (e.g. using a regression analysis) to find which factors are 'significant'.
***	By poor quality prognostic cohort study we mean one in which sampling was biased in favour of patients who already had the target outcome, or the measurement of outcomes was accomplished in <80% of study patients, or outcomes were determined in an unblinded, non-objective way, or there was no correction for confounding factors.
****	Good follow-up in a differential diagnosis study is >80%, with adequate time for alternative diagnoses to emerge (for example 1-6 months acute, 1 - 5 years chronic)

부록 3. 자살중후 스크리닝 도구

1. Beck의 자살생각척도(The Scale for Suicide Ideation: SSI)

이름 : _____ 연 령 : _____세
 성별 : 남 / 녀 작성일 : _____년 _____월 _____일

이 질문지는 여러분이 일상생활에서 경험할 수 있는 내용들로 구성되어 있습니다. 다음의 각 문항들을 자세히 읽어보시고, 당신이 일상생활에서 느끼고 있는 바를 가장 잘 나타내 주는 번호를 기입해 주십시오.

1. 살고 싶은 소망은? ()
 - 0) 보통 혹은 많이 있다.
 - 1) 약간 있다.
 - 2) 전혀 없다.
2. 죽고 싶은 소망은? ()
 - 0) 전혀 없다.
 - 1) 약간 있다.
 - 2) 보통 혹은 많이 있다.
3. 살고 싶은 이유, 혹은 죽고 싶은 이유는? ()
 - 0) 사는 것이 죽는 것보다 낫기 때문에.
 - 1) 사는 것이나 죽는 것이나 마찬가지다.
 - 2) 죽는 것이 사는 것보다 낫기 때문에.
4. 실제로 자살 시도를 하려는 욕구가 있는가? ()
 - 0) 전혀 없다.
 - 1) 약간 있다.
 - 2) 보통 혹은 많이 있다.
5. 별로 적극적이지는 않고 수동적인 자살 욕구가 생길 때는? ()
 - 0) 생명을 건지기 위해 필요한 조치를 미리 할 것이다.
 - 1) 삶과 죽음을 운명에 맡기겠다.
 - 2) 살기 위한 노력을 하지 않겠다.
6. 자살하고 싶은 생각이나 소망이 얼마나 오랫동안 지속되는가? ()
 - 0) 잠깐 그런 생각이 들다가 곧 사라진다.

- 1) 한동안 그런 생각이 계속된다.
 - 2) 계속, 거의 항상 그런 생각이 지속된다.
7. 얼마나 자주 자살하고 싶은 생각이 드나? ()
- 0) 거의 그런 생각이 들지 않는다.
 - 1) 거의 그런 생각이 든다.
 - 2) 그런 생각이 계속 지속된다.
8. 자살 생각이나 소망에 대한 당신의 태도는? ()
- 0) 절대로 받아들이지 않는다.
 - 1) 양가적이나 크게 개의치 않는다.
 - 2) 그런 생각을 받아들인다.
9. 자살하고 싶은 충동을 통제할 수 있는가? ()
- 0) 충분히 통제할 수 있다.
 - 1) 통제할 수 있을지 확신 할 수 없다.
 - 2) 전혀 통제할 수 없을 것 같다.
10. 실제로 자살 시도를 하는 것에 대한 방해물이 있다면? ()
- (예 : 가족, 종교, 다시 살 수 없다는 생각 등)
- 0) 방해물 때문에 자살 시도를 하지 않을 것이다.
 - 1) 방해물 때문에 조금은 마음이 쓰인다.
 - 2) 방해물에 개의치 않는다.
11. 자살에 대해 깊게 생각해 본 이유는? ()
- 0a) 자살에 대해 생각해 본 적이 없다.
 - 0b) 주변사람들을 조종하기 위해서, 관심을 끌거나 보복하기 위해서
 - 1) 주변 사람들의 관심을 끌고 보복하거나, 현실 도피의 방법으로
 - 2) 현실 도피적인 문제 해결 방법으로
12. 자살에 대해 깊게 생각했을 때 구체적인 방법까지 계획했는가? ()
- 0) 자살에 대해 생각해 본 적이 없다.
 - 1) 자살 생각을 했으나 구체적인 방법까지는 생각하지 않았다.
 - 2) 구체적인 방법을 자세하고 치밀하게 생각해 놓았다.
13. 자살 방법을 깊게 생각했다면 그것이 얼마나 현실적으로 실현 가능하며, 또한 시도할 기회가 있다고 생각하나? ()
- 0) 방법도 현실적으로 실현 가능하지 않고 기회도 없을 것이다.
 - 1) 방법이 시간과 노력이 필요하며, 기회가 쉽게 오지 않을 것이다.
 - 2a) 생각한 방법이 현실적으로 실현 가능하며, 기회도 있을 것이다.
 - 2b) 앞으로 기회나 방법이 생길 것 같다.

14. 실제로 자살을 할 수 있는 능력이 있다고 생각하나? ()
- 0) 용기가 없고 너무 약하고 두렵고 능력이 없어서 자살을 할 수 없다.
 - 1) 자살할 용기와 능력이 있는지 확신할 수 없다.
 - 2) 자살할 용기와 자신이 있다.
15. 정말로 자살시도를 할 것이라고 확신하나? ()
- 0) 전혀 그렇지 않다.
 - 1) 잘 모르겠다.
 - 2) 그렇다
16. 자살에 대한 생각을 실행하기 위해 실제로 준비한 것이 있나? ()
- 0) 없다.
 - 1) 부분적으로 했다. (예: 약을 사 모으기 시작함)
 - 2) 완전하게 준비했다. (예: 약을 사 모았다)
17. 자살하려는 글(유서)을 쓴 적이 있는가? ()
- 0) 없다.
 - 1) 쓰기 시작했으나 다 쓰지 못했다. 단지 쓰려고 생각했다.
 - 2) 다 써 놓았다.
18. 죽음을 예상하고 마지막으로 한 일은? (예: 보험 유언 등) ()
- 0) 없다.
 - 1) 생각만 해 보았거나 약간의 정리를 했다.
 - 2) 확실한 계획을 세웠거나 다 정리를 해놓았다.
19. 자살에 대한 생각을 다른 사람들에게 이야기한 적은 있습니까? 혹은 속이거나 숨겼습니까? ()
- 0a) 자살에 대해 생각해 본 적이 없다.
 - 0b) 다른 사람에게 터놓고 이야기하였다.
 - 1) 드러내는 것을 주저하다가 숨겼다.
 - 2) 그런 생각을 속이고 숨겼다.

2. Reynolds의 자살생각설문(Suicide Ideation Questionnaire:SIQ)

이름 : _____

연령 : _____세

성별 : 남 / 녀

작성일 : 년 월 일

(0:전혀없다. 1:지난달은 없다. 2:1달에 1번.


3:1달에 2-3번. 4: 1주일에 1번. 5:1주일에 2-3번. 6:거의 매일)

1. 내가 살아있지 않는 편이 차라리 나은 것이라고 생각했다.
0 1 2 3 4 5 6
2. 자살을 할까 생각했다.
0 1 2 3 4 5 6
3. 어떻게 자살할 것인가에 대해 생각해 봤다.
0 1 2 3 4 5 6
4. 언제 자살할 것인가에 대해 생각해 봤다.
0 1 2 3 4 5 6
5. 사람이 죽어가는 것에 대해 생각해 봤다.
0 1 2 3 4 5 6
6. 죽음에 대해서 생각했다.
0 1 2 3 4 5 6
7. 자살할 때 유서에 무엇이라고 쓸 것인가에 대해서 생각했다.
0 1 2 3 4 5 6
8. 내가 원하는 것을 유언장으로 만들어 둘 생각을 했다.
0 1 2 3 4 5 6
9. 사람들에게 내가 자살하려 한다는 것을 말할까 생각했다.
0 1 2 3 4 5 6
10. 내가 없으면 주위 사람들이 더 행복할 것이라고 생각했다.
0 1 2 3 4 5 6
11. 만일 내가 자살한다면 사람들이 어떻게 느낄까 생각했다.
0 1 2 3 4 5 6
12. 살아있지 않기를 바랐다.
0 1 2 3 4 5 6
13. 모든 것을 끝장내 버리는게 얼마나 쉬울까 생각했다.
0 1 2 3 4 5 6
14. 내가 죽어버리면 모든 문제가 해결될 것이라고 생각했다.
0 1 2 3 4 5 6
15. 내가 죽는다면 다른 사람들이 더 편해질 것이라고 생각했다.
0 1 2 3 4 5 6
16. 자살할 수 있는 용기가 있었으면 좋겠다.
0 1 2 3 4 5 6
17. 나는 애초에 태어나지 않았으면 좋았을 것이다.
0 1 2 3 4 5 6
18. 기회가 있다면 자살할 것이라고 생각했다.

- 0 1 2 3 4 5 6
19. 사람들이 자살하는 방법에 대해 생각했다.
- 0 1 2 3 4 5 6
20. 자살 생각을 했지만 실제 행동으로 옮기지는 않을 것이다.
- 0 1 2 3 4 5 6
21. 큰 사고를 당하는 것에 대해 생각했다.
- 0 1 2 3 4 5 6
22. 인생을 살 가치가 없다고 생각했다.
- 0 1 2 3 4 5 6
23. 내 인생은 너무 형편없이 엉망이어서 더 이상 살아갈 이유가 없다고 생각했다.
- 0 1 2 3 4 5 6
24. 내 존재를 알리는 유일한 방법이 자살하는 것이라고 생각했다.
- 0 1 2 3 4 5 6
25. 내가 자살하고 나면 사람들은 내게 무관심했던 것을 후회하게 될 것이라고 생각했다.
- 0 1 2 3 4 5 6
26. 내가 죽거나 살거나 아무도 관심을 가지지 않을 것이라고 생각했다.
- 0 1 2 3 4 5 6
27. 정말로 자살할 의도는 아니지만 자해하는 것을 생각했다.
- 0 1 2 3 4 5 6
28. 내가 자살할 수 있는 용기가 있을까를 생각했다.
- 0 1 2 3 4 5 6
29. 상황이 더 좋아지지 않으면 자살하겠다고 생각했다.
- 0 1 2 3 4 5 6
30. 자살할 권리가 있었으면 좋겠다.
- 0 1 2 3 4 5 6

평가자 기록란 : 총점 _____ 평가 _____

3. 우울과 자살생각 스크리닝 도구(Screening for Depression and Thoughts of Suicide)



Norton Sound Health Corporation
P.O. Box 966
Nome, AK 99762

Screening for Depression and Thoughts of Suicide

Fax all positive screens to NSHC Behavioral Health Services: 443-5915.
Put original in patient's chart.

Name of Patient: _____
 DOB: _____
 Home Phone: _____ ☐ Patient Refused Screen

Please ask all patients over the age of 7, the following questions...

1. Over the last couple of weeks, have you felt sad none of the time, some of the time, much of the time, all of the time?

(If some of the time, provide "Patient Education: Depression" from CHAM (pages 706-707) verbally and/or in writing. If much of the time or all of the time, Go NOW to CHAM (page 705) to gather more information. Report NOW to BHS (443-3344) and fax this form to BHS (443-5915).

2. Over the last couple of weeks, have you had any thoughts or plans of wanting to hurt yourself?

(If YES, Go NOW to "Information for CHA/P: Suicide Risk and Prevention" in CHAM (page 697) to gather more information. Report NOW to BHS (443-3344) and fax this form to BHS (443-5915). Keep patient in the clinic if possible until BHS staff talks to him or her.

Referral Made to BHS? By Phone: Yes/No By Fax: Yes/No
 Gave out Patient Education? Yes/No
 Gave out NSHC toll-free number? Yes/No
 Is there a prior history of suicide attempts? Yes/No/Unknown
 Number of attempts if yes: _____
 Other comments: _____

Health Aide/Mid-level's Name: _____ Date: _____
 Village: _____ Clinic Phone Number: _____

****Note to Health Aide and Mid-level: It is not always easy talking to patients about depression and suicide. A preface to the screening questions (for an adult) might be, "as you probably know, we have a lot of depression and suicide in our region. I'd like to ask you a couple of questions about how you've been feeling lately..." When talking with a child, a suggestion might be to say, "Sometimes we feel sad about something and don't really want to tell our mom or dad. But mom and dad love you and want to know if you feel sad..."

4. Patient Health Questionnaire(PHQ)

Brief Patient Health Questionnaire				
This questionnaire is an important part of providing you with the best health care possible. Your answers will help in understanding problems that you may have.				
Name _____	Age _____	Sex: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Today's Date _____	
1. Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?				
	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
a. Little interest or pleasure in doing things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Feeling down, depressed, or hopeless	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Feeling tired or having little energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poor appetite or overeating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Questions about anxiety.				
a. In the last 4 weeks, have you had an anxiety attack—suddenly feeling fear or panic?		NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/>	
If you checked "NO", go to question #3.				
b. Has this ever happened before?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Do some of these attacks come suddenly out of the blue — that is, in situations where you don't expect to be nervous or uncomfortable?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Do these attacks bother you a lot or are you worried about having another attack?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. During your last bad anxiety attack, did you have symptoms like shortness of breath, sweating, your heart racing or pounding, dizziness or faintness, tingling or numbness, or nausea or upset stomach?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. If you checked off any problems on this questionnaire so far, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?				
Not difficult at all <input type="checkbox"/>	Somewhat difficult <input type="checkbox"/>	Very difficult <input type="checkbox"/>	Extremely difficult <input type="checkbox"/>	

5. Pediatric Symptom Checklist(PSC)(Jellinek, 1986)

Name	Date	ID	
Please mark under the heading that best fits you or circle Yes or No	Never 0	Sometimes 1	Often 2
1. Complain of aches or pains			
2. Spend more time alone			
3. Tire easily, little energy			
4. Fidgety, unable to sit still			
5. Have trouble with teacher			
6. Less interested in school			
7. Act as if driven by motor			
8. Daydream too much			
9. Distract easily			
10. Are afraid of new situations			
11. Feel sad, unhappy			
12. Are irritable, angry			
13. Feel hopeless			
14. Have trouble concentrating			
15. Less interested in friends			
16. Fight with other children			
17. Absent from school			
18. School grades dropping			
19. Down on yourself			
20. Visit doctor with doctor finding nothing wrong			
21. Have trouble sleeping			
22. Worry a lot			
23. Want to be with parent more than before			
24. Feel that you are bad			
25. Take unnecessary risks			
26. Get hurt frequently			
27. Seem to be having less fun			
28. Act younger than children your age			
29. Do not listen to rules			
30. Do not show feelings			
31. Do not understand other people's feelings			
32. Tease others			
33. Blame others for your troubles			
34. Take things that do not belong to you			
35. Refuse to share			
36. During the past three months, have you thought of killing yourself?	Yes	No	
37. Have you ever tried to kill yourself?	Yes	No	

FOR OFFICE USE ONLY

TS _____

Cutoff Scores for Interpretation:

$I^a \geq 5$

$E^b \geq 7$

$A^c \geq 7$

Q36 or Q37 = Y TS ≥ 30

Plan for follow-up

☐ Annual Screening

☐ Return visit w/pcp

☐ Referred to counselor

☐ Parent declined

☐ Already in treatment

☐ Referred to other professional

자료: www.teenscreen.org

주: a) Internalizing Problems (예-우울, 불안), b) Attention Problems (예-ADHD), c) Externalizing Problems (예-행동 장애, 반항성 장애)

6. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9 Modified)

Name _____ Clinician _____

Medical Record or ID Number _____ Date _____

Instructions: How often have you been bothered by each of the following symptoms during the past two weeks? For each symptom put an "X" in the box beneath the answer that best describes how you have been feeling.

	(0) Not At All	(1) Several Days	(2) More Than Half the Days	(3) Nearly Every Day
1. Feeling down, depressed, irritable, or hopeless?				
2. Little interest or pleasure in doing things?				
3. Trouble falling asleep, staying asleep, or sleeping too much?				
4. Poor appetite, weight loss, or overeating?				
5. Feeling tired, or having little energy?				
6. Feeling bad about yourself —or feeling that you are a failure, or that you have let yourself or your family down?				
7. Trouble concentrating on things like school work, reading, or watching TV?				
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite being so fidgety or restless that you were moving around a lot more than usual?				
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way?				

10. In the past year have you felt depressed or sad most days, even if you felt okay sometimes? ☐ Yes ☐ No

11. If you are experiencing any of the problems on this form, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home or get along with other people?
☐ Not difficult at all ☐ Somewhat difficult ☐ Very difficult ☐ Extremely difficult

12. Has there been a time in the past month when you have had serious thoughts about ending your life? ☐ Yes ☐ No

13. Have you ever, in your whole life, tried to kill yourself or made a suicide attempt? ☐ Yes ☐ No

FOR OFFICE USE ONLY Score _____

Q12 and Q13 = Y or TS ≥ 11

7. AFRAID

Name _____ Clinician _____
 Medical Record or ID Number _____ Date _____

청소년 자살위험요인(AFRAID)	스크리닝 질문	관리 방안
Affective/anxiety disorder	- How are you feeling? - Have you lost interest in things you used to enjoy doing? If low mood or interest, ask about other depression symptoms. - Do you worry often?	+/- Psychotherapy +/- SSRI
Family conflict	- How are things at home? - Can you talk with your parent?	+/- Family-based intervention +/- Psychotherapy
Revolver	- Is there a gun in the house? - Is it locked? Loaded?	Remove, lock, unload
Attempt history	- Have you ever tried to kill yourself?	+/- Psychotherapy
Impulsive aggression	- Do you get into physical fights at home/school/elsewhere?	+/- Family-based intervention +/- Psychopharmacological intervention
Drugs/alcohol	- Do you (or your friends) use?	Counseling +/- Substance abuse treatment

253

부록

8. The Depression and Suicide Screen (DSS)

이름 : _____ 연령 : _____ 세
 성별 : 남 / 녀 작성일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일

	Yes	No
1. Is your life pretty full?	()	()
2. Do you still enjoy doing the things you used to do?	()	()
3. Do you think it is too much trouble to do the things you used to do?	()	()
4. Do you feel that you are a useful person who is needed by others?	()	()
5. Do you feel tired without any specific reason?	()	()

9. The Geriatric Suicide Ideation Scale(GSIS)

Name _____		Clinician _____				
Medical Record or ID Number _____		Date _____				
		(1) Strongly disagree	(2) disagree	(3) Neutral	(4) agree	(5) Strongly agree
1. Life extremely valuable to me						
2. Life so hard I want to escape						
3. Drift off to sleep and never wake up						
4. I want to end my life						
5. Feel needed in this world						
6. Feel like constant burden to my family						
7. I wish I would pass away in my sleep						
8. No sense carrying on with empty existence						
9. My life is meaningful						
10. Life turned out poorly						
11. If things get worse, I will end my life						
12. Thinking specific ways of killing yourself						
13. Accept life with its ups and downs						
14. I frequently feel useless						
16. Feels like I am wasting away						
17. Seriously considered suicide in the past						
18. I find joy and beauty in life						
19. I generally feel pretty worthless						
20. Wishing my life were over soon						
21. Family will be better off when I am dead						
22. Have something to live for						
23. Cannot help myself or others						
24. Wish for pill to sleep and never wake up						
25. Might end it all if I could muster the energy						
27. My life still has dignity						
28. Health really going downhill						
29. Nothing left for me in this world						
31. I believe that others need me						

10. 몽고메리-아스버그 우울 평가척도(Montgomery-Asberg depression rating scale: MARDS)

The purpose of this questionnaire is to provide a detailed picture of your present mental status. You should try to assess how you have been feeling during the past 3 days. The questionnaire consists of a series of items where scales and statements of possible conditions are provided to help you indicate your condition. The statements express various degrees of distress from none at all (0) to maximum (3). On the scale for each item encircle the figure which you think best indicates your condition during the past 3 days. Don't spend too long thinking about your answers, but try to get through the questionnaire fairly quickly.

This is an EXAMPLE of how the items are set out.

Try answering this item first, and ask for help if anything seems at all unclear.

Staying power	
Here you should try to assess your staying power, and whether you feel you tire easier than usual.	

0	My staying power is about normal
0.5	
1	I tire more easily than usual, but I am able to complete whatever I have begun
1.5	
2	My staying power is much reduced, so I often have to stop what I am doing and take a break or move on to something else
2.5	
3	I am barely able to start anything, because of extreme fatigue

1. Mood	
Here you should try to indicate your mood, whether you have felt sad or gloomy. Try to recall how you have felt during the past 3 days, whether your mood has been changeable or much the same all the time. In particular, try to recall whether you have felt more cheerful if something good happened.	

0	I can be either cheerful or sad, depending on the circumstances
0.5	
1	I feel a bit low for the most part, though sometimes it eases up a little
1.5	
2	I feel thoroughly low and gloomy. Even things that normally cheer me up give me no pleasure
2.5	

3	I feel so utterly low and miserable, that I can imagine nothing worse
---	---

2. Feelings of unease	
Here you should indicate to what extent you have had feelings of inner tension, uneasiness, anxiety, or vague fear, during the past 3 days. Pay particular attention to how intense any such feelings have been, whether they have come and gone or persisted almost all the time.	

0	I feel calm for the most part
0.5	
1	I sometimes have unpleasant feelings of unease
1.5	
2	I am constantly plagued by feelings of uneasiness that can be very strong, and which I must make an effort to overcome
2.5	
3	I have dreadful, persistent or unbearable feelings of anxiety

3. Sleep	
Here you should indicate how well you sleep, how long you sleep, and how good your sleep has been for the past three nights. Your assessment should reflect how you have actually slept, regardless of whether you have used sleeping pills. If you have slept more than usual, you should mark the scale at zero (0).	

0	I have no sleeping problems, and get as much sleep as I need. I have no difficulty in falling asleep
0.5	
1	I have some sleeping problems. Sometimes it is hard to get off to sleep, or I sleep more lightly or restlessly than usual
1.5	
2	I sleep at least 2 h a night less than usual. I wake often during the night, even if nothing has disturbed me
2.5	
3	I sleep very badly, no more than 2.3 h a night

4. Appetite	
Here you should indicate how your appetite has been, and try to recall whether it has differed in any way from normal. If your appetite has been better than usual, you should mark the scale at zero (0).	

0	My appetite has been much the same as usual
0.5	
1	My appetite has been poorer than usual
1.5	
2	I have had almost no appetite at all. Food seems tasteless and I have to make myself eat
2.5	
3	I haven't felt like eating at all. I need persuading if I am to get anything down

5. Ability to concentrate	
Here you should try to indicate your ability to collect your thoughts, to concentrate on what you are doing. Try to recall how well you have been able to cope with tasks requiring different degrees of concentration . for instance, compare your ability to read a more complex text and an easy passage in the newspaper, or to pay attention to the TV.	
0	I have no difficulty in concentrating
0.5	
1	Occasionally I find it hard to concentrate on things that I would usually find interesting (e.g., reading, or watching TV)
1.5	
2	I find it particularly hard to concentrate on things that usually require no effort (e.g., reading, or talking with other people)
2.5	
3	I am quite unable to concentrate on anything at all
6. Initiative	
Here you should try to assess your ability to get things done. This item concerns how hard or how easy it is for you to get started on things you think should be done, and to what extent you feel you must overcome inner resistance (inertia) in order to get started on anything.	
0	I have no difficulties starting new tasks
0.5	
1	When I have to get on with something, I find it more difficult than usual
1.5	
2	It requires great effort for me to get started on simple tasks that I normally perform more or less without thinking
2.5	
3	I can not get started with the simplest everyday tasks
7. Emotional involvement	
Here you should assess your interest in your surroundings, in other people, and in activities that normally give you pleasure.	
0	I am interested and involved in my surroundings, and this gives me pleasure
0.5	
1	I feel less strongly about things that normally arouse my interest; it is harder than usual to be cheerful, or to be angry when there is cause
1.5	
2	I feel no interest in my surroundings, not even for friends and acquaintances
2.5	
3	I no longer have any feelings. I feel painfully indifferent, even toward those closest to me
8. Pessimism	
Here you should consider how you view your future, and how you feel about yourself. Consider to what extent you may feel self-critical, whether you are plagued with guilty feelings, and	

whether you have been worrying more than usual . for example, about your finances or your health.

0	I view the future with confidence. On the whole I am quite satisfied with life
0.5	
1	Sometimes I am self-critical and think I am less worthy than others
1.5	
2	I brood over my failures and feel inferior or worthless, even if others may not agree
2.5	
3	Everything seems black to me, and I can see no glimmering of hope. I feel I am thoroughly useless, and that there is no chance of forgiveness for the awful things I have done

9. Zest for life

This item concerns your appetite for life, and whether you have felt listless and weary of life. Have you had thoughts of suicide, and if so to what extent do you consider it a realistic escape?

0	My appetite for life is normal
0.5	
1	Life doesn't seem particularly meaningful, though I don't wish I were dead
1.5	
2	I often think it would be better to be dead, and though I don't really want to commit suicide it does seem a possible solution
2.5	
3	I am quite convinced that my only solution is to die, and I give a lot of thought to the best way to take my own life

11. Beck Depression Inventory(BDI)

이름 : _____ 성별 : 남 / 녀	연 령 : _____세 작성일 : _____년 _____월 _____일
--------------------------	--

이 질문지는 여러분이 일상생활에서 경험할 수 있는 내용들로 구성되어 있습니다. 다음의 각 문항들을 자세히 읽어보시고, 당신이 일상생활에서 느끼고 있는 바를 가장 잘 나타내 주는 번호를 기입해 주십시오.

1. 나는 슬프지 않다.
 - 0) 나는 슬프다.
 - 1) 나는 항상 슬프고 기운을 낼 수 없다.
 - 2) 나는 너무나 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다.
2. 나는 앞날에 대해서 별로 낙심하지 않는다.
 - 0) 나는 앞날에 대해서 용기가 나지 않는다.
 - 1) 나는 앞날에 대해 기대할 것이 아무 것도 없다고 느낀다.
 - 2) 나의 앞날은 아주 절망적이고 나아질 가망이 없다고 느낀다.
3. 나는 실패자라고 느끼지 않는다.
 - 0) 나는 보통사람들보다 더 많이 실패한 것 같다.
 - 1) 내가 살아온 과거를 뒤돌아보면 실패투성이인 것 같다.
 - 2) 나는 인간으로 완전한 실패자라고 느낀다.
4. 나는 전과 다름없이 일상생활 속에서 만족을 느끼고 있다.
 - 0) 나는 전과 같이 일상생활이 즐겁지 않다.
 - 1) 나는 더 이상 어떤 것에서도 만족을 얻지 못한다.
 - 2) 나는 매사가 다 불만스럽고 지겹다.
5. 나는 특별히 죄책감을 느끼지 않는다.
 - 0) 나는 종종 죄책감을 느낀다.
 - 1) 나는 자주 죄책감을 느낀다.
 - 2) 나는 항상 죄책감을 느낀다.
6. 나는 내가 벌을 받고 있다고 느끼지 않는다.
 - 0) 나는 내가 벌을 받을지도 모른다고 느낀다.
 - 1) 나는 내가 앞으로 벌을 받을 거라고 생각한다.
 - 2) 나는 지금 벌을 받고 있다고 느낀다.
7. 나는 내자신에 대해 실망하지 않는다.
 - 0) 나는 내자신에 대해 실망하고 있다.
 - 1) 나는 내자신이 싫다.

- 2) 나는 내자신을 증오하고 있다.
8. 나는 내가 다른 사람보다 못하다고 느끼지 않는다.
 0) 나는 나의 약점이나 실수에 대하여 내자신을 비판하는 편이다.
 1) 나는 나의 잘못에 대해 항상 내자신을 질책한다.
 2) 나는 주변에서 일어나는 잘못된 모든 일에 대하여 내자신을 질책한다.
9. 나는 자살할 생각같은 것은 하지 않는다.
 0) 나는 행동에 옮기지는 않지만 자살할 생각을 갖고 있다.
 1) 나는 자살하고 싶다.
 2) 나는 기회만 있으면 자살하겠다.
10. 나는 전보다 더 자주 울지 않는다.
 0) 나는 요즘 전보다 자주 운다.
 1) 나는 요즘 항상 운다.
 2) 나는 너무 울어 이제는 울고 싶어도 눈물이 안 나온다.
11. 나는 전보다 더 자주 화를 내지는 않는다.
 0) 나는 전보다 더 신경질적이고 짜증스럽다.
 1) 나는 요즘 항상 짜증스럽다.
 2) 전에는 짜증스럽던 일인데도 이젠 짜증조차 나지 않는다.
12. 나는 전처럼 다른사람에 대한 관심을 가지고 있다.
 0) 나는 전보다 다른사람에 대한 관심이 줄었다.
 1) 나는 다른사람에 대해 거의 관심이 없어졌다.
 2) 나는 다른사람에 대해 전혀 관심이 없어졌다.
13. 나는 전처럼 어떤일을 결정하는 데에 어려움이 없다.
 0) 나는 전에 비해 결정을 잘 내리지 못하고 뒤로 미룬다.
 1) 나는 전보다 어떤일을 결정하기가 상당히 어렵다.
 2) 나는 더이상 어떤결정을 내릴 수가 없다.
14. 나는 전보다 내 모습(외모)이 추해졌다고 느끼지 않는다.
 0) 나는 내가 나이들고 매력없게 보일까봐 걱정한다.
 1) 이젠 남에게 매력을 주지 못할 만큼 내모습이 변했다.
 2) 나는 내가 못 생겼다고 생각한다.
15. 나는 전과 다름없이 일을 잘 할 수 있다.
 0) 어떤 일을 시작하려면 전보다 더 힘이 든다.
 1) 어떤 일을 하기가 무척 힘들다.
 2) 나는 아무런 일도 할 수가 없다.
16. 나는 전처럼 잘 잔다.
 0) 나는 전처럼 잘 자지 못한다.
 1) 나는 전보다 한두시간 일찍 잠을 깨며 다시 잠들기가 어렵다.

<p>2) 나는 전보다 몇 시간 일찍 잠을 깨며 다시 잠들 수가 없다.</p> <p>17. 나는 전보다 더 피곤을 느끼지는 않는다.</p> <p>0) 나는 전보다 더 쉽게 피곤을 느낀다.</p> <p>1) 나는 거의 모든일을 할 때마다 피곤을 느낀다.</p> <p>2) 나는 너무 피곤해서 아무 일도 할 수 없다.</p> <p>18. 내 식욕은 전보다 나빠지지 않았다.</p> <p>0) 내 식욕은 전처럼 좋지 않다.</p> <p>1) 내 식욕은 요즘 매우 좋지 않다.</p> <p>2) 요즘은 전혀 식욕이 없다.</p> <p>19. 나는 요즘 몸무게가 줄지 않았다.</p> <p>0) 나는 전보다 몸무게가 조금 줄었다.</p> <p>1) 나는 전보다 몸무게가 많이 줄었다.</p> <p>2) 나는 몸무게가 너무 많이 줄어 건강에 위협을 느낄 정도다.</p> <p>20. 나는 전보다 건강에 대해 더 신경 쓰지는 않는다.</p> <p>0) 나는 두통, 소화불량, 변비 등으로 건강에 신경이 쓰인다.</p> <p>1) 나는 건강에 신경이 많이 쓰여 다른 일을 하는데 어려움이 있다.</p> <p>2) 나는 다른 일을 할 수 없을 정도로 건강에 대해 걱정이 심하다.</p> <p>21. 나는 요즘도 성(性)에 대한 관심에 변화가 없다고 생각한다.</p> <p>0) 나는 전보다 성(性)에 대한 관심이 적어졌다.</p> <p>1) 나는 요즘 성(性)에 대한 관심이 현저하게 줄었다.</p> <p>2) 나는 성(性)에 대한 흥미를 완전히 잃어 버렸다.</p>	<p>261</p> <p>부록</p>
--	----------------------

12. The Geriatric Depression Scale(GDS)

The Geriatric Depression Scale(GDS)		
Name_____ Clinician_____		
Medical Record or ID Number_____ Date_____		
1. Are you basically satisfied with your life?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
2. Have you dropped many of your activities and interests?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
3. Do you feel that your life is empty?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
4. Do you often get bored?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
5. Are you hopeful about the future?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
6. Are you bothered by thoughts you can't get out of your head?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
7. Are you in good spirits most of the time?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
8. Are you afraid that something bad is going to happen to you?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
9. Do you feel happy most of the time?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
10. Do you often feel helpless?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
11. Do you often get restless and fidgety?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
12. Do you prefer to stay at home rather than go out and do new things?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
13. Do you frequently worry about the future?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
14. Do you feel you have more problems with memory than most?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
15. Do you think it is wonderful to be alive now?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
16. Do you often feel downhearted and blue?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
17. Do you feel pretty worthless the way you are now?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
18. Do you worry a lot about the past?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
19. Do you find life very exciting?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
20. Is it hard for you to get started on new projects?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
21. Do you feel full of energy?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
22. Do you feel that your situation is hopeless?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
23. Do you think that most people are better off than you are?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
24. Do you frequently get upset over little things?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
25. Do you frequently feel like crying?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
26. Do you have trouble concentrating?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
27. Do you enjoy getting up in the morning?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
28. Do you prefer to avoid social gatherings?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False

29. Is it easy for you to make decisions?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False
30. Is your mind as clear as it used to be?	<input type="checkbox"/> True	<input type="checkbox"/> False

The Geriatric Depression Screening Scale(GDS-SF)

Name _____ Clinician _____

Medical Record or ID Number _____ Date _____

- | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Are you basically satisfied with your life? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 2. Have you dropped many of your activities and interests? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 3. Do you feel that your life is empty? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 4. Do you often get bored? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 5. Are you in good spirits most of the time? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 6. Are you afraid that something bad is going to happen to you? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 7. Do you feel happy most of the time? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 8. Do you often feel helpless? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 9. Do you prefer to stay at home rather than go out and do new things? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 10. Do you feel you have more problems with memory than most? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 11. Do you think it is wonderful to be alive now? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 12. Do you feel pretty worthless the way you are now? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 13. Do you feel full of energy? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 14. Do you feel that your situation is hopeless? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |
| 15. Do you think that most people are better off than you are? | <input type="checkbox"/> True | <input type="checkbox"/> False |

13. Beck, 절망감 척도 (Beck Hopelessness Scale : BHS)

이름 : _____
 성별 : 남 / 여

연 령 : _____ 세
 작성일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일

이 질문지는 여러분이 일상생활에서 경험할 수 있는 내용들로 구성되어 있습니다.
 다음의 문항을 자세히 읽어보고, 당신이 일상생활에서 느끼고 있는 바를 가장 잘
 나타내 주는 문항은 '예'에, 그렇지 않은 문항은 '아니오'에 0표해 주십시오.

- | | 예 | 아니오 |
|---|-------|-------|
| *1. 나는 내 미래에 대해서 희망적이고 의욕적이다. | () | () |
| 2. 내 생활을 더 좋아지게 할 수 없으므로 포기하는 것이 나을 것 같다. | () | () |
| *3. 일이 잘 안 될 때에는 항상 이러지는 않을 것이라고 생각하면 도움이 된다. | () | () |
| 4. 나는 내가 10년후에 어떻게 되어있을지 상상할 수 없다. | () | () |
| *5. 내가 가장 원하는 것을 성취할 수 있는 충분한 시간이 있다. | () | () |
| *6. 장래에 나는 내게 가장 중요한 일에서 성공할 수 있을 것이다. | () | () |
| 7. 나의 미래는 어두울 것 같다. | () | () |
| *8. 나는 내 인생에서 보통사람보다 좋은 것을 더 많이 얻을 수 있을 것이다. | () | () |
| 9. 나는 마음이 편치 않으며 미래에도 아마 그럴 것이다. | () | () |
| *10. 나에게 있어서는 과거의 경험이 장래를 위한 좋은 준비가 되었다. | () | () |
| 11. 앞으로 나에게 일어날 모든 일들은 좋은 일보다 나쁜 일이다. | () | () |
| 12. 나는 내가 정말로 원하는 것을 가질 수 있다고 기대하지 않는다. | () | () |
| *13. 나는 미래가 지금보다 더 행복할 것이라고 생각한다. | () | () |
| 14. 내가 원하는 대로 일이 잘 풀리지 않을 것이다. | () | () |
| *15. 나는 미래에 대해 큰 신념을 가지고 있다. | () | () |
| 16. 내가 원하는 것을 가질 수 없으므로 무엇을 원하는 것은 바보 같은 일이다. | () | () |
| 17. 나는 장래에 진정한 만족감을 느끼지 못할 것 같다. | () | () |
| 18. 나에게 미래는 막연하고 불확실하게 보인다. | () | () |
| 19. 나는 미래에 나쁜 일보다는 좋은 일이 더 많이 있을 것이라고 기대한다. | () | () |
| 20. 내가 원하는 것을 얻기 위해 노력하는 것은 아마 소용이 없는 일이다. 왜냐하면 나
는 아마도 그것을 갖지 못할 테니까. | () | () |

*: 아니오=1점

평가자 기록란 : 총점 _____ 평가 _____

부록 4. 자살중후 스크리닝 도구 개발을 위한 전문가 의견조사 질문지

『자살위험 스크리닝 도구에 대한 전문가 의견조사』 (2010.11.01-11.09)

안녕하십니까?

본 조사표는 근본적인 자살 예방을 위해서 다양한 지역사회 자원을 활용할 목적으로 한국보건사회연구원에서는 의사, 간호사 등 의료인들을 통한 자살예방체계를 구축할 수 있는 방안을 마련하고자 본 연구를 수행하고 있습니다.

전문가 조사의 목적은 의료인들을 통한 자살위험 스크리닝하는 도구를 개발하기 위해, 문헌고찰과 연구진들의 검토에 의해 선택된 2가지 스크리닝 도구를 의료현장을 잘 아는 전문가들에게 제시하여, 실제 현장 도입이 가능할 것으로 보이는 도구를 하나 선택하고, 적정 도입 방향 및 세부적인 도구 내용 등에 대한 전문가 의견을 수렴하기 위한 것입니다.

바쁘시더라도 잠시만 시간을 내주시면 저희 연구에 귀중한 자료가 될 것입니다.

감사합니다.

2010. 11

※ 다음의 두 가지 자살위험 스크리닝 도구를 살펴보고, 어떤 것이 국내 의료현장 (주로 1차의료기관)에 도입하기에 더 적합한지 결정하여 뒤의 설문지를 작성해 주시기 바랍니다.

1. Screening for Depression and Thoughts of Suicide

미국 내에서도 전반적인 자살률이 높은 편인 Alaska의 The North Sound 지역의 정신보건사회복지사들은 자살 예방 및 관리, 치료를 위한 체계 구축 과정 중에 간이 형태의 자살 스크리닝 도구인 “Screening for Depression and Thoughts of Suicide”를 개발하였다.

한 장짜리 종이 설문지인 이 스크리닝 도구는 그 지역 내의 모든 환자들의 의료 기록부의 한 부분이 되었다. 이 도구는 사용하기 편하고, 소요시간이 30초 정도로 매우 짧아 의료현장에서 사용되기에 적합한 것으로 평가되고 있다. 또한 스크리닝 이후의 진단, 치료로의 연계 방안을 매우 자세하게 제공하고 있다.


이름 : _____ 생년월일 : ____년 ____월 ____일
 집 전화번호 : _____ ☐ 환자가 응답을 거부하였음

1. 지난 몇 주간, 당신은 슬픔이나 절망감을 느낀 적이 있습니까?
☐ 전혀 없음 ☐ 가끔 느꼈음
☐ 자주 느꼈음 ☐ 대부분의 시간 동안 느꼈음
2. 지난 몇 주간, 당신은 자신을 해치고 싶다고 생각하거나, 계획을 한 적이 있었습니까?
☐ 예 ☐ 아니오

<판단기준>

‘전혀 없음’, ‘아니오’라고 응답하는 경우를 제외한 나머지 환자들을 단계별로 구분하여 현장에서 정신보건교육을 실시하거나, 타 정신보건의료서비스로 연계 조치함

<스크리닝 도구 원본>



Norton Sound Health Corporation
P.O. Box 966
Nome, AK 99762

Screening for Depression and Thoughts of Suicide

Fax all positive screens to NSHC Behavioral Health Services: 443-5915.
Put original in patient's chart.

Name of Patient: _____
 DOB: _____
 Home Phone: _____ ☐ Patient Refused Screen

Please ask all patients over the age of 7, the following questions...

1. Over the last couple of weeks, have you felt sad none of the time, some of the time, much of the time, all of the time?

(If some of the time, provide "Patient Education: Depression" from CHAM (pages 706-707) verbally and/or in writing. If much of the time or all of the time, Go NOW to CHAM (page 705) to gather more information. Report NOW to BHS (443-3344) and fax this form to BHS (443-5915).

2. Over the last couple of weeks, have you had any thoughts or plans of wanting to hurt yourself?

(If YES, Go NOW to "Information for CHA/P: Suicide Risk and Prevention" in CHAM (page 697) to gather more information. Report NOW to BHS (443-3344) and fax this form to BHS (443-5915). Keep patient in the clinic if possible until BHS staff talks to him or her.

Referral Made to BHS? By Phone: Yes/No By Fax: Yes/No
 Gave out Patient Education? Yes/No
 Gave out NSHC toll-free number? Yes/No
 Is there a prior history of suicide attempts? Yes/No/Unknown
 Number of attempts if yes: _____
 Other comments: _____

Health Aide/Mid-level's Name: _____ Date: _____
 Village: _____ Clinic Phone Number: _____

***Note to Health Aide and Mid-level: It is not always easy talking to patients about depression and suicide. A preface to the screening questions (for an adult) might be, "as you probably know, we have a lot of depression and suicide in our region. I'd like to ask you a couple of questions about how you've been feeling lately..." When talking with a child, a suggestion might be to say, "Sometimes we feel sad about something and don't really want to tell our mom or dad. But mom and dad love you and want to know if you feel sad..."

2. Risk of Suicide Questionnaire(RSQ)

자살위험 설문지(Risk of Suicide Questionnaire:RSQ)는 2001년 응급실에서 (치료 우선순위를 정하기 위한) 부상자 분류 담당 간호사들이 정신보건서비스가 필요한 환자들을 더 빨리 분류할 수 있도록 개발된 도구이다. 소요시간은 평균 2분 이내로 성인과 청소년 모두에게 적용될 수 있다. 이 도구는 suicidal clinical practice

<판단기준>

4가지 항목 중 하나라도 ‘예’라고 응답하는 경우 위험군으로 분류

<스크리닝 도구 원본>

Name_____	Clinician_____
Medical Record or ID Number_____	Date_____
	<div>asked</div> <div>() ()</div>
	<div>not asked</div> <div>() ()</div>
1. Are you here because you tried to hurt yourself?	() ()
2. In the past week, have you had any suicidal thoughts?	() ()
3. Have you ever attempted suicide in the past?	() ()
4. Has something very stressful happened in the past 3 weeks?	() ()

1. 귀하께서는 위의 두 가지 자살위험 스크리닝 도구 중, 주로 1차의료기관에 도입하기에 어떤 것이 더 적합하다고 생각하십니까?

- ① 첫 번째 Screening for Depression and Thoughts of Suicide
 ② 두 번째 Risk of Suicide Questionnaire(RSQ)

2. 위의 두 가지 스크리닝 도구에 대해 각각 그것을 선택한, 혹은 선택하지 않은 이유를 각 항목별로 기술해 주십시오.

()번 도구를 선택한 이유	
()번 도구를 선택하지 않은 이유	

3. 본인이 선택한 자살위험 스크리닝 도구를 일반적인 의료인이 시행한다면 비교적 일관

성 있는 결과가 나올 것이라고 생각하십니까?

① 예

② 아니오

➔ 1) 그렇게 생각하시는 이유는 무엇입니까?

→ 2) ‘아니오’라고 응답한 경우, 어떻게 수정 또는 보완하여야 할지 구체적인 의견을 기술해 주십시오.

4. 귀하께서 위에서 선택한 자살위험 스크리닝 도구의 형식이나 내용이 실제로 자살위험이 있는 사람들을 선별해 내기에 적절하다고 생각하십니까?

① 예

② 아니오

➔ 1) 그렇게 생각하시는 이유는 무엇입니까?

→ 2) ‘아니오’라고 응답한 경우, 어떻게 수정 또는 보완하여야 할지 구체적인 의견을 기술해 주십시오.

5. 귀하께서 위에서 선택한 자살위험 스크리닝 도구의 형식이나 내용이 실제 의료현장에
서 사용하기에 적절하다고 생각하십니까?

① 예

② 아니오

➔ 1) 그렇게 생각하시는 이유는 무엇입니까?

→ 2) ‘아니오’라고 응답한 경우, 어떻게 수정 또는 보완하여야 할지 구체적인 의견을 기술해 주십시오.

6. 귀하께서 선택하신 자살위험 스크리닝 도구가 다음과 같은 각각의 기준에 따르면 어느 정도 수준인지를 체크해 주십시오.

부록 5. 스크리닝 프로그램을 실행하기 전의 주요 결정사항 및 해결해야 할 과업

주요 결정사항	과업 및 사례
인구집단 및 장소	<p>스크리닝의 대상이 되는 인구집단과 스크리닝을 수행하게 될 가장 효과적인 장소를 정의할 것: 인구집단의 자살위험 요인들의 유병률이 자살 스크리닝 프로그램을 실시해야 할 만큼 높은가? 스크리닝 프로그램을 기존의 임상체계와 예방체계에 통합할 수 있는가? 스크리닝 프로그램이 대상 인구집단의 지역사회 혹은 문화적 가치와 일관성을 갖는가? 지역사회가 염려하는 것은 무엇인가? 지역사회 염려를 어떻게 적절하게 반영할 것인가? 스크리닝 프로그램은 직원 혹은 조직의 가치 또는 우선순위와 일관성을 갖는가? 기관의 직원과 지도자들의 염려는 무엇인가? 조직 차원의 염려를 어떻게 적절하게 반영할 것인가?</p>
스크리닝 도구	<p>스크리닝 도구를 선택할 것: 스크리닝 대상 인구집단에 이 도구를 시험했는가? 절단점 및 스크리닝을 위한 위험요인 등 스크리닝 결과 양성의 기준은 무엇인가? 이 도구의 민감성, 특이성, 양성예측도는 무엇인가? 대략 몇 명이 양성으로 파악될 것인가? 스크리닝 대상 인구집단에서 위양성률과 위음성률은 각각 얼마가 될 것인가? 이 비율은 수용할 만한가?</p>
인력 및 연계체계	<p>‘신속대응팀’과 광범위한 연계체계를 구성할 것: 스크리닝이 이루어질 장소는 스크리닝, 사정, 연계를 위한 역량과 자원과 필요한 연계를 갖고 있는가? 없다면, 스크리닝이 이루어지기 전에 필요한 자원들을 동원할 수 있는가? 스크리닝, 사정, 연계를 위한 프로토콜과 절차는 무엇이 될 것인가? 스크리닝 프로그램의 총 비용은 얼마가 될 것인가? 다른 대안들의 비용은 얼마인가? 스크리닝 프로그램의 운영, 예상되는 양성 판정자 수의 사정, 적절한 시간 내의 연계를 위해 대략 어떤 유형의 직원 몇 명이 상주해야 하는가? 데스크 직원은 충분한가? 기존의 직원들이 스크리닝, 사정, 연계를 위해 필요한 기술과 시간을 가지고 있는가? 서비스가 필요한 모든 대상자들을 위해 충분히 광범위한 연계 체계가 있는가? 스크리닝 이후 발견된 상태에 대한 효과적인 치료가 존재하는가?</p>
질 보장	<p>적절한 질 보장의 제공: 프로토콜 준수 여부를 알 수 있도록 어떻게 모니터링 할 것인가? 적절한 스크리닝과 사정을 받을 것인가? 위기에 처한 대상자를 즉각 추후관리 할 것인가?</p>
법적 윤리적 문제	<p>중요한 법적, 윤리적 문제를 다룰 것: 전부는 아니더라도 거의 대부분의 중요한 법적, 윤리적 문제들이 고려되었는가? 스크리닝의 위험, 편익, 한계에 관하여 대상자 및 보호자에게 충분한 정보동의가 주어졌는가? 스크리닝과 관련해서 발생할 수 있는 잠재적인 윤리적, 법적 문제들에 관하여 지역사회, 직원, 법적 관계자들로부터 충분한 의견을 반영하였는가?</p>

출처: Peña JB, Caine ED. Screening as an Approach for Adolescent Suicide Prevention. Rochester, NY.

부록 6. 연계가능 기관

1. 자살예방 상담기관

대상	기관명	홈페이지	전화번호
전연령	보건복지콜센터		129
	한국자살예방협회 사이버상담실	www.counselling.or.kr	
	생명의 전화	www.lifeline.or.kr	1588-9191
	서울시자살예방센터	www.sucide.blutouch.net	1577-0199
	수원시자살예방센터	www.csp.or.kr	1577-0199
	경기도정신보건센터	www.mindsave.org	1577-0199
	부산시자살예방센터(부산생명의전화)	www.bslifeline.or.kr	1588-9191
노인	천안시자살예방센터(정신보건센터)	www.cancenter.or.kr	1577-0199
	한마음 한몸운동본부 자살예방센터	www.obos.or.kr	1599-3079
	중앙노인보호전문기관	www.noinboho.or.kr	1577-1389
	서대문노인자살예방센터	www.i-snsp.or.kr	3633-119
청소년	성남시노인자살예방센터	www.bdspe.or.kr	031)785-9200
	성북구노인자살예방센터		9169-119
	한국청소년상담원	www.kyci.or.kr	1388
	경기도청소년상담지원센터	www.hi1318.or.kr	031)248-1318

2. 정신보건센터

시·도	시 설 명	주 소	전화번호
서울 (25)	서울시정신보건센터	강남구 논현동 206 일양빌딩 별관 5,6층	02-3444-9934
	소아청소년정신보건센터	강남구 논현동 206 일양빌딩 별관 7층	02-2231-2188
	강남구정신보건센터	일원1동 666-7 형일빌딩 3층	02-2226-0344
	강동구정신보건센터	성내동 541-2 강동구보건소 2층	02-471-3223
	강북구정신보건센터	삼각산동 1353-8 강북 구민건강관리센터 3층	02-985-0222
	강서구정신보건센터	염창동 275-12 강서구 보건소 지하1층	02-2600-5926~9
	광진구정신보건센터	자양1동 777 광진구보건소 3층	02-450-1895
	구로구정신보건센터	구로5동 112-41 5층	02-861-2284
	노원구정신보건센터	상계6동 701-1 노원구보건소 4층	02-950-3756
	도봉구정신보건센터	쌍문2동 565 도봉구보건소 1층	02-900-5783
	동작구정신보건센터	사당3동 324-14 유창빌딩 2층	02-820-1454
	마포구정신보건센터	성산로 567 성산1동 주민센터3층	02-3272-4937~9

시·도	시 설 명	주 소	전화번호
	서대문구정신보건센터	연희3동165-2 서대문구보건소 지하1층	02-337-3165
	서초구정신보건센터	우면동 68-1 바우피 복지문화회관 2층	02-529-1581
	성북구정신보건센터	하월곡동 46-1 성북구보건소6층	02-969-9700
	송파구정신보건센터	거여동 289-5 2층	02-421-5871
	영등포구정신보건센터	당산동3가 385-1 영등포구보건소 지하 1층	02-2670-4793
	은평구정신보건센터	은평구청길 8 (녹번동 84)	02-353-2801~3
	종로구정신보건센터	종로구 명륜1가동 5-14	02-745-0199
	중구정신보건센터	신당3동 349-234 중구시설관리공단 3층	02-2236-6606
	중랑구정신보건센터	신내동 662 보건소내 105호	02-490-3805
	성동구정신보건센터	성동구 금호동1가 580 (보건분소 3층)	02-2298-1080
	관악구정신보건센터	관악구 청룡동 1571-4	02-878-0145-6
	동대문구정신보건센터	동대문구 답십리1동 478-17	02-2127-5384
	양천구정신보건센터	양천구 목동서로 341 보건소내 지하 1층	02-2061-8881~3
	금천구정신보건센터	금천구 시흥동 1020 금천구청내 지하 1층	02-2627-2650,54
부 산 (8)	금정구정신보건센터	금정구 중앙로 3055 금정구청별관5층	051-518-8700
	부산광역시정신보건센터	서구 동대신동3가 13-83	051-242-2575
	진구 정신보건센터	부산진구 범천1동 849-10	051-638-2662
	북구정신보건센터	북구 덕천동 390-8 흥산빌딩 5층	051-334-3200
	연제구정신보건센터	연제구 거제동 중앙로 2173 2층	051-861-1914
	남구정신보건센터	남구 대연1동 1753-16 왕비빌딩 3층	051-626-4660~1
	동래구정신보건센터	동래구 온천3동 1413-6 화엄아시아드센터301	051-507-7306
	사상구정신보건센터	사상구 감전동 380-1	051-314-4101
대 구 (8)	서구정신보건센터	서구 비산2,3동 42-107 (2층)	053-564-2595
	수성구정신보건센터	수성구 중동 335-2 보건소별관1층	053-756-5860
	남구정신보건센터	남구 대명5동 64-1 3층	053-628-5863
	북구정신보건센터	북구 침산3동 517-4 2층 (보건소내)	053-353-3631
	달서구정신보건센터	달서구 월성1동 366 월성교육관내	053-637-7851~2
	중구정신보건센터	중구 남산2동 580-25 성누가빌딩 3층	053-256-2900
	동구정신보건센터	동구 검사동 1005-8 동구보건소4층	053-983-8340,2
	달성군정신보건센터	달성군 화원읍 천내리 454-5 2층	053-643-0199
인 천 (8)	중구 정신보건센터	인천시 중구 전동 2-1 (보건소내)	032-760-6098
	서구정신보건센터	인천시 서구 심곡동 246-1(보건소내)	032-560-5006

275

부
록

시·도	시 설 명	주 소	전화번호
	연수구정신보건센터	인천시 연수구 함박피길 13호 연수구보건소2층 (보건소내)	032-810-7844
	부평구정신보건센터	부평구 부평동 373-11 나스카빌딩 4,5층	032-330-5602,3
	남구정신보건센터	남구 미추홀길 924 한동수신경정신과 3층	032-421-4047
	남동구정신보건센터	남동구 만수동 908-27	032-465-6412
	계양구정신보건센터	계양구 장기동 76-1 보건지소	032-547-7087
	강화정신보건센터	강화군 강화읍 남산리 324-1 보건소	032-930-4077~8
광 주 (5)	동구 정신보건센터	동구 서석동 31 (보건소내)	062-233-0468
	남구정신보건센터	남구 백운2동 203-2 동아일보 사옥내 1층	062-625-8236
	서구정신보건센터	서구 885-11 (보건지소내)	062-350-4193
	북구정신보건센터	북구 중흥1동 658-12	062-514-0072
	광산구정신보건센터	광산구 소촌동 521-32 청송회관 3층	062-941-8567
대 전 (3)	대덕구정신보건센터	대덕구 석봉동 318-1 (보건소 별관 2층)	042-931-1671~2
	서구 정신보건센터	서구 만년동340 (보건소내)	042-488-9742
	유성구정신보건센터	유성구 장대동 282-15(보건소 2층)	042-825-3527
울 산 (3)	남구 정신보건센터	남구 삼산동 1538-4 (보건소내)	052-227-1116
	동구정신보건센터	동구 화정동 222-10 동구보건소내 3층	052-233-1040
	울주군정신보건센터	울주군 삼남면 교동리 1580-1(2층)	052-262-1148
경 기 (35)	연천군정신보건센터	연천군 전곡읍 은대리 577-36 (보건의료원내)	031-832-8106
	수원시정신보건센터	수원시 팔달구 매산로3가 43-1 2층	031-247-0888
	안산시정신보건센터	안산시 단원구 고잔동 515 (보건소내)	031-411-7573
	용인시정신보건센터	용인시 기흥구 구갈동 595-2 강남대프라자 505호	031-286-0949
	광주시정신보건센터	광주시 경안동 115 (보건소내)	031-762-8728
	의정부시정신보건센터	의정부시 의정부2동 516 (보건소내)	031-828-4567
	남양주시정신보건센터	남양주시 금곡동 185-10 (보건소내)	031-590-2827
	평택시정신보건센터	평택시 비전동 850 평택보건소 구관2층	031-658-9818
	김포시정신보건센터	김포시 사우동 869 (보건소내)	031-998-4005 (980-5511)
	동두천시정신보건센터	동두천시 생연동 714-9 보건소2층	031-863-3632
	안양시정신보건센터	안양시 만안구 안양6동 (보건소내)	031-469-2989
	과천시정신보건센터	과천시 중앙동 1-3 (보건소내)	02-504-4440 (2150-3800)

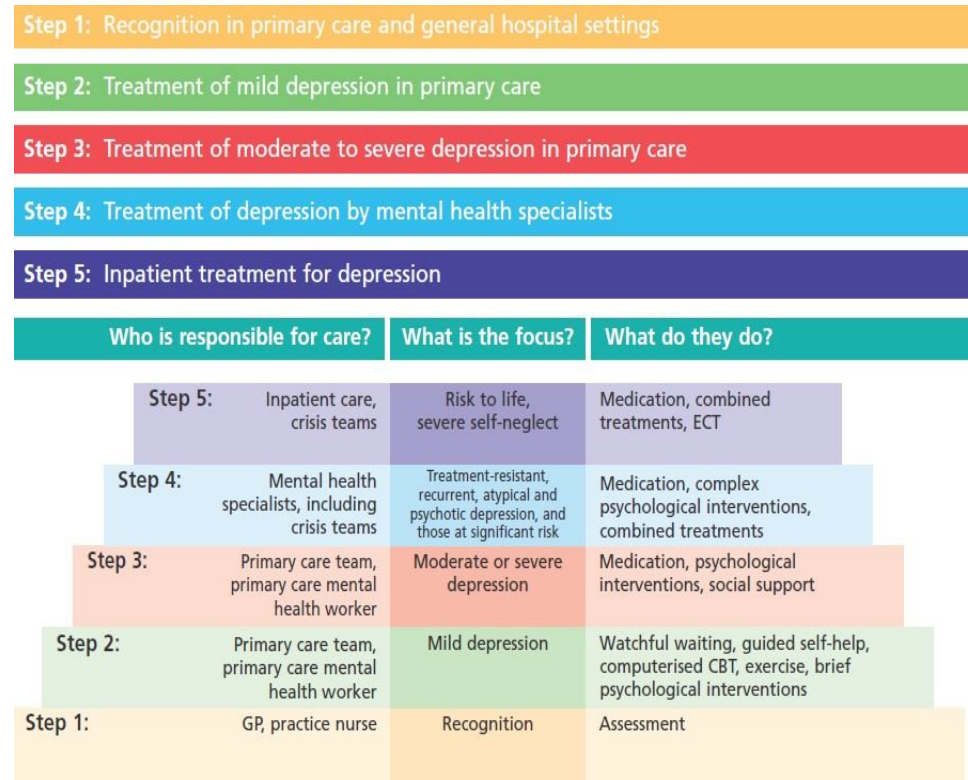
시·도	시 설 명	주 소	전화번호
	부천시정신보건센터	부천시 원미구 중2동 1119 (보건소내)	032-654-4024~8
	고양시정신보건센터	고양시 덕양구 주교동 603 (보건소 내)	031-968-2333
	의왕시정신보건센터	의왕시 고천동 108 (보건소 내)	031-458-0682
	하남시정신보건센터	하남시 신장2동 520 (보건소 내)	031-790-6558
	오산시정신보건센터	오산시 오산동 915	031-374-8680 (370-3114)
	성남시정신보건센터	성남시 수정구 청백리길 10 (태평2동3309) B1	031-754-3220
	화성시정신보건센터	화성시 향남읍 달안리 84-1, 2층	031-369-2892
	구리시정신보건센터	구리시 인창동 674-3 (보건소 내)	031-550-8642
	군포정신보건센터	군포시 부곡동 산 770-1 (노인전문보건센터내)	031-461-1771 (5464)
	여주군정신보건센터	여주군 여주읍 상리 358-3 (보건소 내)	031-886-3435
	시흥시정신보건센터	대야동 484-3 2층 (보건소내)	031-310-5811~2
	이천시정신보건센터	이천시 증포동 49-16 신세기타운 B동 2층	031-637-2330~1
	수원시 아동청소년 정신건강센터	수원시 팔달구 화서1동 134-3	031-242-5737
	수원시 노인정신건강 장안센터	장안구 조원동 888 장안구보건소 2층	031-228-5737
	수원시(영통구) 정신보건센터	영통구 영통동 37 영통구보건소3층	031-273-7511
	성남시(중원구) 정신보건센터	중원구 상대원1동 269-10	031-729-3930
	광명시정신보건센터	광명시 하안동 230	02-897-7787
	양평군정신보건센터	양평군 양평읍 양근리 533-1	031-770-3526 (3502)
	파주시정신보건센터	파주시 조리읍 봉일천리 188-6	031-942-2117
	가평군정신보건센터	가평군 가평읍 읍내리 624-1	031-581-8881
	포천시정신보건센터	포천시 신읍동 한내로 192 보건소내	031-532-1655
	양주시정신보건센터	양주시 남방동 1-1	031-840-7320
	안성시정신보건센터	도기동 67-21	031-678-5368
강원 (5)	춘천시정신보건센터	춘천시 효자2동 161-1	033-244-7574
	원주정신보건센터	강원 원주시 일산동 211 건강문화센터4층	033-746-0199
	강릉정신보건센터	강릉시 옥천동220-4	033-651-9668
	동해시정신보건센터	동해시 천곡동 1044-5	033-533-0197

시·도	시 설 명	주 소	전화번호
	홍천군정신보건센터	홍천군 회망4길 350	033-435-7482
충북 (7)	청원군정신보건센터	청주시 상당구 율량동 724 1층	043-212-1556
	제천시정신보건센터	제천시 청전동 110 보건복지센터3층	043-646-3074~5
	충주시정신보건센터	충북 충주시 교현동 618-5 2층	043-855-4006
	보은군정신보건센터	보은군 보은읍 교사리 91-3	043-544-6991 (543-2825)
	진천군정신보건센터	진천군 진천읍 벽암리 570-1	043-539-4038
	음성군정신보건센터	음성군 음성읍 읍내리 566-9	043-872-1883
	단양군정신보건센터	단양군 단양읍 별곡리 311	043-420-3784
충남 (10)	아산시정신보건센터	충남 아산시 모종동 574-1 (보건소 내)	041-537-3452
	천안시정신보건센터	천안시 성정2동 684-1 (구보건소)	041-578-9709~10
	공주정신보건센터	충청남도 공주시 주미동 산27-1	041-852-1094~5
	논산정신보건센터	논산시 계백2로 22 시외버스터미널 3층	041-730-3834~5
	금산군정신보건센터	금산군 금산읍 중도리 204-8	041-750-4304
	홍성군정신보건센터	홍성군 홍성읍 옥암리 62-3	041-630-9046
	예산군정신보건센터	예산군 예산읍 예산리 23-1	041-339-8053
	태안군정신보건센터	태안군 태안읍 남문1리 702-6 동남빌딩 201호	041-672-2637~8
	당진군정신보건센터	당진군 당진읍 채운리 1040	041-350-4070
	서천군정신보건센터	서천군 군사리 799번지	041-953-4000
전 북 (6)	군산시정신보건센터	군산시 대야면 지경리 786	063-451-0363
	전주시정신보건센터	전주시 덕진구 진북동 416-12 (보건소 내)	063-273-6996
	익산시정신보건센터	익산시 무왕1로 147 (보건소 내)	063-841-4235
	김제시정신보건센터	전북 김제시 요촌동 423-2 (보건소 내)	063-540-1350
	정읍시정신보건센터	전북 정읍시 수성동 958-2	063-535-2101
	고창군정신보건센터	고창군 고창읍 읍계리 101번지	063-560-3837
전 남 (9)	영광군정신보건센터	영광읍 남천리 326	061-350-5666
	나주시정신보건센터	나주시 이창동 740-1 (보건소 내)	061-333-6200 (339-2110)
	광양시정신보건센터	광양시 광양읍 칠성리 70	061-797-4018
	목포시정신보건센터	목포시 산정동 1676 (보건소 내)	061-270-0199
	순천시정신보건센터	순천시 장평로(풍덕동) 17	061-749-4018
	장흥군정신보건센터	장흥군 장흥읍 건산리 752-1 (보건소 내)	061-860-0597

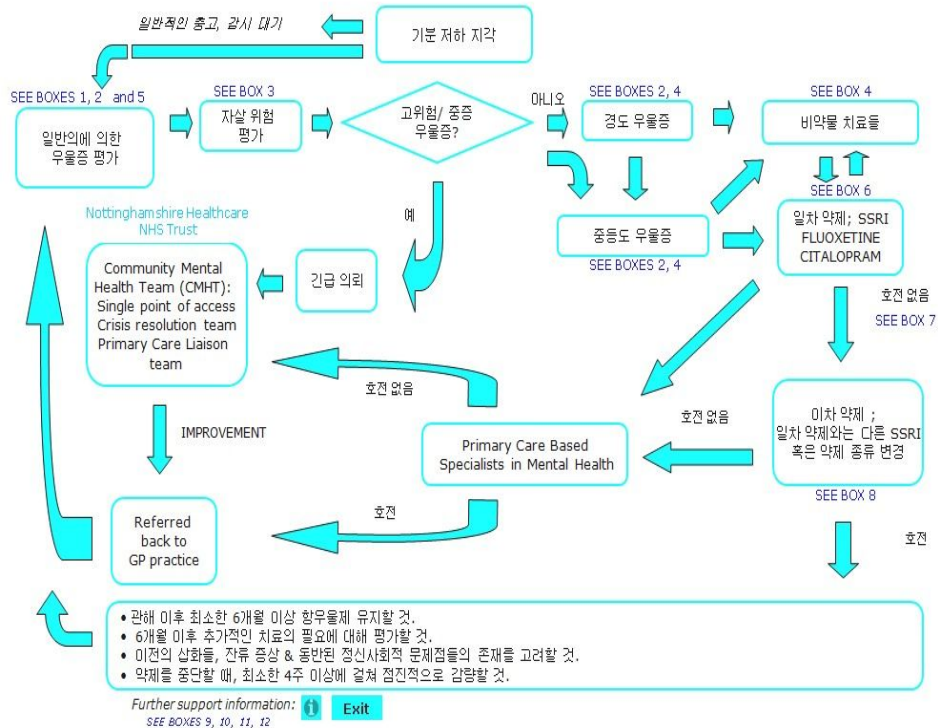
시·도	시 설 명	주 소	전화번호
	여수시정신보건센터	여수시 학동 174	061-690-7568
	고흥군정신보건센터	고흥군 고흥읍 등암리 1258-21	061-830-5793 5561~4
	완도군정신보건센터	완도군 완도읍 죽청리 483-8	061-550-6742
경 북 (8)	포항북구정신보건센터	포항시 북구 덕수동 35-1번지 덕수빌딩 2층	054-241-1275~6
	구미시정신보건센터	구미시 지산동 853-12	054-456-8360
	김천시정신보건센터	김천시 시청2길(보건지소 내)	054-433-4005 (4000)
	경주시정신보건센터	경주시 동천동 733-486 2층	054-777-1577
	안동시정신보건센터	안동시 남부동 246-4 남부빌딩 2층	054-842-9933
	경산시정신보건센터	경산시 중방동 708-5 (보건소 내)	053-816-7190,9
	포항남구정신보건센터	인덕동 161-1(남구 제철로 90)	054-284-0907 (270-4004)
	칠곡군정신보건센터	칠곡군 석전2리 262-1	054-973-2023 (4000)
	창원시정신보건센터	창원시 신월동 96-2 (보건소 내)	055-287-1223
경 남 (11)	통영시정신보건센터	통영시 무전동 401-1 통영시 (보건소 내)	055-650-6153 (648-7887)
	마산시정신보건센터	마산시 해운동 60-1 (보건소 내)	055-220-5600
	김해시정신보건센터	김해시 외동 1261-3 (보건소 내)	055-329-6328
	진주시정신보건센터	경남 진주시 남정동 3-18	055-749-4954
	거제시정신보건센터	거제시 신현읍 양정리 981	055-639-3856
	양산시정신보건센터	경남 양산시 남부동 393-1	055-367-2255
	합천군정신보건센터	합천읍 합천리 524-1 종합사회복지관 2층	055-930-3685
	진해시정신보건센터	진해시 풍호동 1 (늘봄부페 2층)	055-548-4563
	사천시정신보건센터	사천시 용현면 송지리 228-1	055-831-3577
	하동군정신보건센터	하동군 하동읍 읍내리 149-1	055-880-6670
	제주시정신보건센터	제주시 도남동 567-1 (보건소 내)	064-750-4217 (4100)
제 주 (2)	서귀포정신보건센터	서귀포시 서홍동 447-3 (홍중 1로)	064-733-1560 (760-6832)

부록 7. 의료인을 위한 우울증 지침 소개

1. NICE Guideline 'Depression : management of depression in primary and secondary care' (december 2004, developed by the national collaborating centre for mental health, UK)



2. Primary Care Guidelines for Depression in Adults (University of Nottingham)



1. 우울증의 인식

□ 질문

- "지난 달 동안, 당신은 기분이 처지거나 우울하거나 혹은 절망적인 느낌으로 인해 종종 신경 쓰였던 적이 있습니까?"
- "지난 달 동안, 무언가를 할 때 즐거움이나 흥미가 가지 않아 종종 신경 쓰였던 적이 있습니까?"

□ 주요 증상

- 지속적인 슬픔 혹은 처진 기분 그리고/혹은
- 흥미나 쾌감의 상실

○ 피로 또는 에너지 상실

상기 증상들 중 최소한 한 가지 이상은 2주 이상 거의 매일 지속되어야 우울증이라 할 수 있다. 고령자에서는 신체적 상태와 치매를 배제하기 위해 세심하게 보아야 한다. 알코올 사용력, 물질 사용 그리고 복용중인 약물에 대해 물어보는 것을 잊지 말 것.

2. 우울증의 심한 정도

주요 증상이(1번 참조) 있다면, 다음의 7가지 연관된 증상들에 대해 질문하세요 (use PHQ9 questionnaire):

- 수면 방해
- 집중력의 저하 혹은 우유부단
- 낮은 자신감
- 식욕의 감소 또는 증가
- 자살 사고 혹은 행동
- 초조 혹은 지체
- 죄책감 또는 자기 비하

□ ICD-10 정의

증상들은 거의 매일 한 달 혹은 그 이상 존재하여야 한다.

- 경도 우울증= 4 가지 증상들
- 중등도 우울증= 5가지 혹은 6가지 증상들
- 중증 우울증 = 7가지 혹은 그 이상+ 정신병적 증상들 관리
- 4개 혹은 이하의 증상들, 과거력 , 좋은 사회적 지지 체계, 자살 경향 없음, 사회적 장애 없음= 일반적인 충고, 자조 그리고 감시 대기
- 5개 혹은 그 이상의 증상들, 우울증의 과거력 , 낮은 사회적 지지 체계, 자살 사고, 연관된 사회적 장애 = 일차 진료에서의 적극적인 치료
- 2가지 중재에도 저조하거나 부족한 반응, 이전 삽화로부터 1년 이내의 재발된

- 삽화, 환자 혹은 친척들이 의뢰를 요구하는 경우, 자기 무시, 양극성, 고양된 기분 삽화의 과거력, 주산기의 = 정신 보건 전문가들에게 의뢰할 것(일차 진료 내에서도 가능함:- 주산기 perinatal psychiatric services로 의뢰하세요
- 활발한 자살 사고와 계획들, 정신병적 증상들, 중증의 초조, 중증의 자기 무시 = 이차 진료로 긴급 의뢰할 것

3. 자살 위험도 평가

- 자살 사고와 의도에 대해 질문을 하는 것이 자살의 위험도를 증가시키지 않는다. 다음과 같은 질문들을 해야 한다:
 - 당신의 미래가 보이는가?
 - 당신 스스로를 해치는 생각을 한 적이 있는가?
 - 그렇다면, 당신은 특정한 계획을 세운 적이 있는가?(계획이 더 세세할수록, 위험도는 더 높아진다.)
 - 어떠한 것들이 당신이 행하는 것을 저지했는가?
 - 어떠한 것들이 당신이 대항하는 것을 쉽게 해주는가?
- 자살 의도가 있거나 이전의 시도가 있었던 경우 다음의 요인들은 자살의 고위험을 가리킨다 :
 - 의학적으로 심각한 의도적인 자해
 - 발견되는 것에 대한 조치가 취해진 경우
 - 이전에 의도적인 자해가 있었던 경우
 - 우울증과 정신병들
 - 물질 오용
 - 동반 질환
 - 충동적이고 공격적인 인경 성향
 - 외롭고 사회적 망이 없는 경우

환자가 말하는 것을 듣는 것에 관심 있어 하는 임상가가 자살 위험도를 평가하는데 최고의 도구 중 하나이다.

4. 비약물적 치료들

□ 경도 우울증

다른 중재들에도 우울증이 지속되는 경우, 혹은 정신 사회적& 의학적 문제들이 연관된 경우, 혹은 중등도에서 과거력이 . primary care-based mental health specialist에게 의뢰하는 것을 고려한다.

경도 우울증 환자에게, health care professionals 비약물적 치료들을 고려해야 한다.

- 감시 대기, 2주 후 재평가
- 수면 위생/불안 관리
- 구조화된 운동 프로그램/ 건강한 식사/ 금주
- 안내 받는 자조 (e.g. 책들, 전단들, 인터넷 등)
- NICE에 추천되는 데로 컴퓨터 CBT 프로그램들도 고려할 수 있다.-유효성은 다양하고 오로지 영어로만 있음.

□ 중등도 우울증

primary care-based mental health specialist에게 의뢰하는 것을 고려한다.

중등도 우울증에서, 앞에 거론된 정신과적 중재가 시행되기 이전에 모든 환자들에게 통상적으로 항우울제 투약을 한다

5. 어린이와 젊은 사람들

□ 경도 우울증: 어린이와 젊은 사람들에게 있어서 항우울제가 초기의 치료가 되어서는 안된다.

□ 중등도 우울증: 중등도에서 Children and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)를 통한 어린이와 젊은 사람들을 제외하고서는 항우울제 치료가 시행되어서는 안 된다.

6. 일차 항우울제

과거에 어떠한 약제가 효과적이었는지 고려하라.

시작 용량의 generic SSRI 제제가 1차 치료제로 시행: FLUOXETINE 20mg 혹은 CITALOPRAM 20mg (elderly/infirm CITALOPRAM 10mg). 치료를 시작할 때 환자에게 잠재적인 부작용과 중단시의 위험/금단 부작용에 대해 알린다. 효과적인 용량이 최소한 6개월 이상 유지되어야 한다고 충고한다. 허혈성 심질환 Sertraline을 고려한다.

4주 동안 적거나 반응이 없는 경우 초기 약제의 용량을 2~4주 동안 증량한다. 그런 이후, 다른 SSRI나 다른 class의 약제를 고려하여 용량을 조절한다. 이래도 반응에 실패한다면, 순응도를, 진단을 재고하고, 알코올 남용을 배제하거나 의뢰를 고려한다. 부작용들과 적응 금기에 대해서는 BNF4.3을 보라.

SSRI 약제의 중단은 미리 계획되어야 하며 중단 효과들을 최소화하기 위해 4~6주간에 걸쳐 점진적으로 이루어져야 한다 SSRI를 고용량으로. 항우울제를 중단하기 위해 환자와의 토론 이후 적절한 시기에 대한 동의를 얻는다. 일부 환자에게는 겨울의 중간이나 크리스마스 기간은 피하는게 도움이 되기도 한다.

7. 이차 항우울제로 교체하기 이전에 고려하라.

부분적인 반응이 있다면 성인에서는 6주, 노인에게서는 12주까지 기다려본다. 반응이 없다면 약물이 필요한 용량으로 주기적으로 복약되고 있는지 확인한다.

4주가 경과해도 반응이 없다면 BNF에서 권장하는 효과적인 용량 범위까지 증량한다.

추가적인 2~4주간(노인에서 4~6주) 반응이 없을 경우 교체한다. 배설기가 필요함

을 숙지한다.

8. 이차 항우울제

□ 다른 SSRI제제로 교체 (e.g. CITALOPRAM 혹은 FLUOXETINE) 혹은 약제 class를 교체한다. 특별한 순서 없이

- MIRTAZAPINE (NaSSA) - 진정 효과와 체중 증가를 일으킬 수 있다.
- REBOXETINE (NRI) - 노인에서 추천되지 않는다.
- 삼환계 항우울제 (TCA) - e.g. LOFEPRAMINE (과량에서 독성이 적음). 모든 TCA 제제를 낮은 용량에서 시작하고 만약 견딜 수 있다면 치료적 용량까지 증량한다.(e.g. LOFEPRAMINE 140-210mg/day).
- 심혈관계 질환을 앓는 환자에게서 ECG를 시행한다. DOSULEPIN은 심독성이 강하기 때문에 피하도록 한다.
- VENLAFAXINE (SNRI) 일반적인 용량 범위 75-225mg/day (Green).
- 심각한 심실성 고위험 . 확인된 심장 질환이 있는 환자들에게서는 조심스럽게 사용하라. 혈압을 시작 시점, 4주째, 8주째, 그리고 매 6개월마다 확인하라(>225mg/일 이상 사용하는 환자들에게는 매 4개월마다). 그리고 지속적인 혈압 상승의 증거가 있다면, 감량하든지, 항우울제를 교체하든지, 혹은 항고혈압제를 시작하라.
- MOCLOBEMIDE (RIMA).

□ 항우울제를 교체할 때

- 세로토닌계 세로토닌 (e.g. SSRI, CLOMIPRAMINE, VENLAFAXINE, LITHIUM, RIMA/MAOI). 혼동, 섬망, 떨림, 발한, 혈압 변동, 그리고 경련을 특징으로 한다.
- Citalopram 혹은 Sertraline에서 다른 SSRI 제제로 교체할 때는 일차 SSRI 제제를 끊고 이차 SSRI를 초기 용량의 절반 용량에서 시작하고 괜찮다면 1주일 이후 증량한다. Fluoxetine에서 약제 교체를 할 경우 긴 반감기 때문에

이차 SSRI를 시작하기까지 4~7일 간의 배설기가 필요함을 알아야 한다.

- 항우울제의 교체에 대해 다른 정보가 필요할 경우 Maudsley Prescribing Guidelines를 참고하거나 Mental Health Trust pharmacist와 상의하라.

□ GP가 시행하지 않아야 할 중재 방법

다음의 중재 방법들은 정신 보건 전문가 없이 GP 단독으로 시행되어서는 안 된다:

- 단기간에 교차하여 tapering 하는 경우를 제외하고 항우울제를 병합하는 경우.
- 어떠한 종류의 항우울제일지라도 BNF 제한치의 최고수치를 넘겨서 증량하는 경우.
 - DOSULEPIN (Amber 2).
 - LITHIUM 병합 (Amber 1/2 - 지역 프로토콜/지침에 문의한다).
 - MAOI e.g. PHENELZINE (Amber 2).
 - "고용량" VENLAFAXINE 매일 300-375mg (Amber 1 - 지역 프로토콜/지침에 문의한다.)
 - St John's Wort 는 판매를 목적으로 처방되거나 충고되어서는 안된다.

9~13은 <http://www.nottm-vts.org.uk> 참조

3. The New Zealand Guidelines Group의 Depression information for primary health practitioners

우울증에 대한 소개, 우울증의 위험 인자, 진단 이슈, 치료 옵션, 우울증의 관리, 특수 개입 방법들이 명시되어 있다. 그 중에서 우울증의 치료 계획에 대한 가이드는 아래와 같다.

1차 의료인은 언제든지 임상적 판단과 환자의 선택에 의해서 정신과 진료를 의뢰할 수 있다. 이때는 환자의 동의가 반드시 선행되어야 한다. 특히 우선적으로 정신과에 의뢰가 추천되는 상황은 아래와 같이 정리된다.(The Clinical Practice Guidelines for Depression in Adults in the Primary Care Setting, 2010)

- 자해와 타해 위험이 명백한 경우
- 양극성 장애가 의심되는 경우
- 정신 증상이 존재하는 경우
- 치료 저항적 우울증인 경우
- 임신과 산욕기 기간 동안의 우울증인 경우
- 소아 우울증인 경우
- 정신 질환이나 물질 장애와 동반된 우울증인 경우
- 식이장애와 동반된 우울증인 경우
- 치매와 동반된 우울증인 경우
- 심각하거나 만성적인 내과 질환에 동반된 우울증인 경우

미국에서 1993년 1차 의료에서 우울증 유병율이 높다는 조사가 the U.S. Public Health Service Agency for Health Care Policy and Research 주도로 시행된 이후, 십 년이 넘는 시간 동안 1차 의료에서 우울증을 잘 선별해서 항우울제를 투여하면 문제가 해결될 것이라는 가정이 있어왔다. 하지만 현재는 이것은 지나치게 단순한 해법이었고 잘못된 방법이라는 것이 밝혀지고 있다. 그 이유는 항우울제 처방 하나만으로는 우울증에 동반된 신체 건강 문제, 정신 건강 문제, 우울증에 영향을 주는 건강하지 못한 생활방식을 해결하지 못하기 때문이다. 실제로 1차 의료를 찾는 우울증 환자들은 불안 장애, 외상 후 스트레스 장애, 알코올 의존 같은 다양하고 복잡한 정신 질환을 동반하고 있다. 또한 흡연, 음주, 신체 활동 부족, 잘못된 식습관, 불규칙한 취침 시간, 안전벨트와 햇빛가리개를 착용하지 않는 습관 같은 생활방식의 문제도 가지고 있다. 성기능 장애와 만성 통증이 있는 경우 그렇지 않은 것보다 우울증상을 자주 경험하게 된다. 따라서 1차 의료에서 우울증 치료는 multidisciplinary team에 의한 접근이 추천되고 있다(Barbara L. Niles, 2005). 약물 치료 위주의 우울증 해결보다는 다양한 정신보건 전문가와의 연계가 필요할 것이다.