



자살예방을 위한 교육적 접근

임 세 원^{1,2} · 오 강 섭^{1,2*} | ¹성균관대학교 의과대학 강북삼성병원 정신과, ²한국자살예방협회 교육위원회

Suicide prevention by education

Se-Won Lim, MD^{1,2} · Kang-Seob Oh, MD^{1,2*}

¹Department of Psychiatry, Kangbuk Samsung Hospital, Sungkyunkwan University School of Medicine, ²Educational Committee, Korean Association of Suicide Prevention, Seoul, Korea

*Corresponding author: Kang-Seob Oh, E-mail: ks2485@empal.com

Received January 18, 2012 · Accepted February 5, 2012

The best and only solution for suicide is prevention. Suicidal behavior can be divided into 3 phases: suicidal ideation, suicidal planning, and suicide attempt. To prevent suicide more effectively, it is better to intervene at an earlier phase of suicidal behavior before suicide attempts occur. It is essential to educate the public, gatekeepers, and mental health professionals about suicide prevention. The authors suggest that the role of the public and the gatekeepers-identifying signs of suicide earlier and referring to professionals-is very important because suicidal behavior is common in Korea. Although many public institutions or private organizations that are working for suicide prevention in Korea have made an effort to educate the public and the gatekeepers, the outcome has not yet been satisfactory due to a lack of structured programs for education. There are several kinds of well-made educational programs for gatekeepers. However, most of these programs were developed in foreign countries which have social and cultural backgrounds different from Korea. It is essential to develop a structured, systemized educational program that reflects the cultural and social characteristics of Korean society for the public and the gatekeepers.

Keywords: Suicide; Prevention; Education; Korea

서 론

한 국사회에서 자살이 심각한 문제임은 너무나도 잘 알려진 사실로 국가적 차원에서도 2011년 자살예방법을 공포하였으며[1] 학계는 물론 종교계를 비롯한 많은 기관과 단체들이 우리사회의 자살률을 조금이라도 낮추기 위해 많

은 노력을 기울이고 있다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 우리나라의 자살률은 계속 높아만 지고 있다. 2010년 통계청 자료는 우리나라의 자살이 인구 10만 명당 31명으로 전년도 대비 19.3%가 상승하였음을 보고하고 있고, 이는 경제협력개발기구(Organization for Economic Co-operation Development, OECD)가입국가 중 1위에 해당된다는 것도

본 논문 내용의 일부는 2010년 12월 17일 한국보건의료연구원 주최의 '우울증, 자살 그리고 한국사회 round-table conference'에서 발표된 것임.

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

더 이상 새롭지 않은 소식이다[2,3]. 일반적으로 1건의 자살 당 20건의 자살기도가 있다는 세계보건기구의 자료[4]에 따라서 2010년 통계청 자료에서 보고된 자살자 15,000여 명을 근거로 계산해보면 최근 1년 동안 우리나라에서는 어림잡아도 30만여 건의 자살기도가 있었다고 추정할 수 있다. 이는 매우 큰 숫자이지만 과소 추정되었을 가능성이 높으며 실제 자살기도는 이보다 더 많을 것으로 예상된다. 그 이유는 통계청 자료는 통계법 및 호적법에 의하여 국민이 제출한 사망 신고서를 근거로 작성되나 자살이라는 단어자체를 입에 올리기 부담스러워하는 우리나라의 사회통념상 가족구성원이 자살을 했다고 하더라도 이를 자살로 국가기관에 신고하는 것을 꺼리게 될 가능성이 있기 때문이다. 그리고 자살로 신고할 경우 가족 구성원은 경찰로부터 고인이 실제 자살한 것인지 여부에 대한 조사를 받게 되는데 이러한 과정을 우리 문화에서는 죽은 사람을 한번 더 죽이는 것이라며 유가족이 원하지 않는 경우도 있으며 이는 자발적인 자살신고가 실제로 다 낮을 수 있는 또 다른 이유가 될 수 있다.

자살은 그 특성상 예방이 유일한 대책이다. 일반적으로 자살행동은 자살에 대해 고민하는 자살사고, 자살의 방법과 시기 등에 대해 구체적으로 생각하는 자살계획, 그리고 죽음에 이를 목적으로 자신의 생명에 치명적일 수 있는 행동을 실제 수행하는 자살기도의 3가지 단계를 거쳐서 일어난다고 볼 수 있다[5]. 따라서 자살의 예방방법 또한 세부적으로는 자살의 각 단계에 따라 주로 자살사고 단계의 사람을 보호하기 위한 사전예방과 자살계획 및 자살기도 상황에서 필요한 위기개입, 그리고 자살기도 후 생존한 사람들이 또 다른 자살기도를 하지 않고 자신의 생활을 유지 및 회복하도록 돕기 위한 사후대응의 3단계로 구분할 수 있다. 자살행동의 각 단계별로 자살예방을 위한 적절한 대응을 통해 귀중한 생명을 보호하려면 적절한 교육이 필수적이다. 그러나 모든 사람에게 전문적이고 충분한 교육을 할 수는 없으므로 교육대상자의 역할과 수준에 맞추어 각기 다른 교육이 필요하다. 자살 예방 교육을 교육대상자에 따라 분류하면 먼저 가장 광범위한 교육대상자인 일반인구집단을 대상으로 한 교육을 들 수 있다. 교육주체와 기관에 따라 세부적인 내용에는 차이가 있으나 대개 일반인을 대상으로 한 자살예방 교육은 자살문

제의 심각성을 알리는 것과 자살생각이 들 때 스스로 전문적 도움을 찾을 수 있거나 주변에서 자살생각을 가진 가족, 친구, 이웃이 있을 때 전문가의 도움을 받도록 권유할 수 있게 하는 것을 주된 내용으로 한다. 다음으로는 전문가교육이 있다. 자살예방 전문가는 자살기도자를 직접 상담하고, 위험요인을 제거하며, 원인이 되는 정신과적 문제가 있을 경우 치료까지 할 수 있는 전문가들로서 정신과의사, 정신보건센터 전문요원 등이 이에 해당하는 대표적 전문인력이다. 마지막으로 게이트키퍼(gatekeeper) 교육이 있다. 게이트키퍼는 미국 보건복지부 국가자살예방 전략보고서의 정의에 의하면 지역사회구성원으로서 그들의 일상생활에서 다른 많은 사람들을 대면하게 되는 사람으로 누군가 자살을 생각하고 있는 증후가 있을 경우 이를 발견하고 적절한 전문적 서비스를 받도록 연결해줄 수 있는 훈련을 받은 사람이다[6]. 다시 말하면 게이트키퍼는 자신의 생업을 가지고 있으면서 자신이 속한 집단에서 자살예방에 있어서 일반인과 전문가의 중간 정도에 해당하는 역할을 수행할 수 있는 사람들로 학교의 교사, 종교기관의 성직자, 병원의 의사 및 간호사, 직장의 관리 혹은 감독자, 군대의 부사관 등을 예로 들 수 있다.

자살행동의 단계별, 교육대상자의 역할별로 자살예방 교육을 체계적으로 수행하기 위해 현재까지 여러 가지 교육프로그램 혹은 교재들이 개발되어 있다. 본 고에서는 주요한 자살예방 교육들의 특징을 살펴보고 자살예방 교육을 통해 실제로 한국사회에서 자살률을 낮추기 위해서는 어떠한 노력이 필요한지에 대해 논해보고자 한다.

세계보건기구 SUPRE

SUPRE는 영문으로 자살예방인 suicide prevention의 앞부분(SU+PRE)을 조합한 말로 1999년 세계보건기구에 의해 시작된 자살예방을 위한 범세계적 계획이다[7]. SUPRE는 전세계적으로 자살문제가 점점 더 심각해지고 있지만 자살을 주요한 문제로 인식하지 못하거나 자살에 대한 논의를 하는 것 자체를 여러 나라와 많은 문화권에서 금기시하고 있다는 것을 자살예방을 위해 극복되어야 할 중요한 장애물로

보고 자살예방을 위해선 의료와 보건계는 물론 국가 및 공공기관을 포함한 사회의 여러 분야가 다방면, 다학제적으로 힘을 합쳐야 함을 강조하면서 구체적 목적으로 자살행동으로 인한 사망률을 낮추고 자살을 둘러싼 금기를 극복하는 것을 제시하고 있다[4]. SUPRE는 체계적인 교육프로그램을 제공하는 것은 아니지만 자살예방을 위해 공조하여야 할 다양한 전문집단 별로 매우 상세하고 포괄적인 정보와 실질적 도움이 되는 위험평가 및 행동방법에 대한 폭넓은 교육자료를 무상으로 제공하고 있다. 현재 일반의를 대상으로 한 자료[8], 자살에 대한 보도를 하는 언론종사자를 대상으로 한 자료[9], 학교의 교사 및 교직원을 위한 자료[10], 교도소의 교도관을 위한 자료[11], 경찰관, 소방관 등을 위한 자료[12], 자살기도 후 생존한 사람들을 돕기 위한 자료[13], 상담 혹은 카운슬러를 위한 자료[7] 등 자살예방에 관여하는 각각의 전문집단을 위한 자료뿐 아니라 국가 혹은 지역사회가 자살의 중요한 위험요인인 농약을 안전하게 관리하기 위한 방법에 대한 실질적 자료[14,15]까지 이미 배포되고 있다.

SUPRE에서 제공되는 자료들은 전반적인 질적 수준이 우수하며 특히 전문집단 별로 실제 자살예방 및 위기개입 업무를 시행할 때 경험하게 되는 현장에서의 문제를 구체적으로 다루고 있다는 커다란 장점을 가지고 있다. 예를 들어 정신과 의사가 아닌 일반의를 대상으로 한 자료는 자살과 정신질환과의 관계, 자살행동의 위험성을 확인하기 위한 방법, 정신건강전문가에게 의뢰하기 위한 절차와 적절한 시기 등에 대한 내용을 다루고 있으며[8], 경찰관과 소방관을 위한 자료의 경우 자살과 정신질환에 대한 기본지식의 제공과 함께 동의입원절차, 위험상황에서 환자를 보호하기 위한 방법, 경찰과 의료기관간의 연계 등을 주요 내용으로 하고 있다[12]. 그러나 SUPRE의 자료들은 현재까지 공식적인 한국어 번역은 이루어지지 않았으며 영문으로만 사용 가능하다는 것이 한계점이며 또한 의료전달체계, 정신보건법을 비롯한 법률 및 사회체계 상 우리나라가 가지고 있는 특성이 반영되지 않아 이를 국내상황에 그대로 적용하는 것은 현실적인 어려움이 있을 수 있다. 향후 SUPRE의 장점을 이어 받으면서도 국내상황을 적절하게 반영하고 직종별로 특화된 한국형 교육프로그램을 개발하는 것이 필요할 것이다.

QPR

QPR은 질문(question), 설득(persuade), 의뢰(refer)의 약자로 게이트키퍼들이 자살의 위험신호나 행동을 보이는 사람을 조기에 인식하고 도울 수 있도록 교육시켜주는 프로그램으로 1995년 Paul Quinnet이 개발하였다[16]. QPR의 Q는 자살을 기도하려는 사람은 언어, 행동 혹은 상황적 단서나 위험신호를 보이므로[17] 이를 조기에 인식하여 자살에 대해 질문하고 의사소통하는 것을 주된 내용으로 한다. QPR의 P에서는 자살을 심각하게 생각하고 있거나 기도하려는 사람이 자신의 생명을 구할 수 있는 행동을 하도록 설득하는 것이 과제가 된다. 마지막 단계인 QPR의 R은 자살하려는 사람을 보다 전문적인 도움이나 치료를 받을 수 있는 신뢰할만한 전문가에게 의뢰 및 연계해주는 것이다. QPR은 이러한 자살예방과 위기개입을 위한 주요내용을 효과적으로 교육하기 위한 자체의 교과과정과 교육프로그램을 제공하고 있으며 우리나라에서도 QPR자살예방연구소를 통해 교육 받을 수 있다.

Applied Suicide Intervention Skills Training과 SafeTALK

Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)과 SafeTALK는 캐나다의 켈거리에 본사를 두고 있는 리빙웍스 교육(LivingWorks Education Inc.)이 제공하는 자살예방 교육프로그램이다. 리빙웍스 교육은 교육대상자 및 교육시간에 따라 몇 개의 교육프로그램을 제공하고 있는데 이들 중 가장 중요하고 대표적인 것이 ASIST이며 SafeTALK의 경우는 ASIST의 중요내용을 보다 짧은 시간 동안 보다 많은 피교육자에게 전달하기 위한 축약된 교육이므로 여기에서는 ASIST를 중심으로 살펴보겠다. ASIST는 14시간의 게이트키퍼 훈련 워크샵을 통해 참가자들이 자살위험에 처한 사람에게 연결하고, 이해하고, 도울 수 있도록 가르치는 교육프로그램으로 1983년 캐나다의 켈거리에서 “자살개입 워크샵(Suicide Intervention Workshop)”이란 명칭으로 시작되어 지속적인 수정과 발전을 통해 현재의 형태를 가지

게 되었다[12]. 각각의 종류는 다르지만 대부분의 게이트키퍼 혹은 교육모형은 자살위험을 발견, 개입, 의뢰하는 3단계 과정을 가지고 있으나 ASIST는 전문적 정신건강서비스로의 직접 의뢰를 반드시 요구하지는 않는 자체의 자살개입모형(suicide intervention model)을 가지고 있다는 점에서 다른 게이트키퍼 프로그램과 가장 큰 차이를 보인다[18]. 즉, ASIST는 의뢰가 최상의 해결방법은 아닐 수도 있다는 인식하에 자살개입모형을 통해 게이트키퍼와 자살위험에 처한 사람간의 상호작용과, 그러한 상호작용을 통해 자살위험에 처한 사람이 자신의 안전을 확보할 수 있는 다양한 지역사회 자원과 다시 연결될 수 있도록 하는데 초점을 맞추게 된다. 이러한 ASIST의 관점은 “자살을 시도하는 대부분의 사람들은 도움을 받을 수 있는 지역사회 통로가 붕괴되어 있는 상태이므로 또 다른(연결되지 않는) 인위적인 통로로 대체하려고 시도하기 보다는 자신이 도움을 받을 수 있는 통로로 돌아가야 한다”는 게이트키퍼에 대한 Snyder [19]의 견해를 따른 것이라고 한다[18].

따라서 ASIST에서는 게이트키퍼가 자살위험의 발견과 의뢰 이상의 역할을 수행할 수 있도록 하기 위해 교육시간, 교육환경, 교육인원, 강사의 자격 등에 대해 매우 구체적이며 엄격히 구조화된 지침을 제공하고 있다. 우리나라에서도 지난 2011년 5월 한국자살예방협회가 리빙웍스 교육으로부터 전문강사들을 초빙하여 ASIST교육을 실시하였고 이를 통해 양성된 한국인 강사들이 현재 ASIST교육을 실시하고 있다.

국내 기관별 교육프로그램

우리나라에서는 자살예방을 위해 많은 기관 및 사회단체가 열성적인 활동과 헌신적인 노력을 하고 있으며 다양한 형태의 자살예방교육을 수행 중이다. 그러나 이러한 노고에도 불구하고 우리나라의 자살예방 교육프로그램은 표준이 되거나 널리 사용되는 것이 아직은 없으며 기관 및 단체별로 상황 및 필요에 따라 강의내용을 구성하고 강사를 섭외하여 교육을 진행하는 것이 일반적인 모습이다. 교육주체에 따라 구체적인 교육내용은 조금씩 차이가 있지만 대표적인 자살예방 교육단체인 한국자살예방협회에서 시행했던 교육내용

을 살펴보면 대개 서두에서 자살통계를 비롯하여 자살에 대한 기본정보를 제공하고, 본문으로 자살의 원인, 자살위험의 평가방법 및 자살행동의 단계별 개입 방법 등을 알려 주었다. 그러나 기관별로 시행되는 교육의 경우 강사의 역량에 따라 교육효과의 편차가 크게 나타났고, 교육을 통해 전달하고자 하는 핵심내용 혹은 교육의 목표가 분명하지 않거나, 피교육자에게 교육동기를 충분히 유발하지 못하여 주입식 교육이 수동적으로 이뤄진다는 점들이 문제가 되는 경우가 많았다. 또한 피교육자가 자살예방 교육에 대해 기대하는 요구수 수준은 피교육집단별로 상당한 차이를 보이거나 제공되는 교육은 집단별 특성을 반영하지 못하며 정신건강 전문가집단에게는 전문성이 부족하고, 일반인에게는 지나치게 학술적인 경우도 있어 피교육자의 교육동기나 욕구를 적절히 만족시켜주기가 쉽지 않았다. 이는 우리나라에서 자살문제가 1990년대 중반 국제통화기금 경제위기를 겪으면서 본격화되기 시작하여 이후 2000년대에 접어들면서 급격하게 증가함에 따라 이에 대처할 수 있는 자살예방 전문가를 충분히 확보할 수 있는 시간적 여유가 없는 상황[1]에서 자살예방이라는 당면과제를 수행할 수 밖에 없었던 어쩔 수 없는 한계에서 비롯된 것이긴 하다. 하지만 자살예방법이 본격적으로 시행되는 2012년부터라도 기존 자살예방 교육의 문제점과 한계를 돌아보고 이를 극복할 수 있으며, 외국 자살예방 교육프로그램의 장점을 흡수하되 한국상황을 적절하게 반영한, 국내 상황에 적합한 한국형 자살예방 교육프로그램을 개발하여 이를 광범위한 국민대중에게 널리 보급하는 것이 필요할 것이다.

한국형 자살예방교육프로그램의 필요성

자살은 예방이 유일한 대책이며, 자살예방을 위해선 자살행동의 각 단계별로 조금씩 차이가 있는 구체적인 개입방법을 교육하여야 한다는 것은 분명한 사실이다. 또한 이러한 교육은 일반인, 게이트키퍼, 자살예방 전문가 등 교육대상자의 특성에 따라 교육내용과 구성이 맞추어져야 한다. 그렇다면 우리나라의 자살률을 실질적으로 낮추려면 가장 우선적으로 필요한 자살예방 교육은 누구를 대상으로 한 어떠한

교육이어야 하는가라는 질문을 가지게 된다. 물론 모든 자살예방 교육은 우선순위를 정하는 것이 의미가 없을 정도로 모두 중요하며 각각의 고유한 필요성을 가지고 있다. 그러나 지금까지 상승하기만 해왔던 우리사회의 자살률 그래프를 꺾어 내리기 위해 당장 시급한 것은 일반인과 게이트키퍼 교육이다. 자발적으로 보고된 통계에 근거하더라도 OECD 국가 중 세계1위에 해당할 정도로 자살문제가 심각하며 한국사회의 문화적 특성상 통계에 잡히지 않는 자살자가 상당수 존재할 가능성과 자살자의 20배에 달하는 자살기도가 있음[4]을 고려한다면 자살관련행동은 한국에서는 이미 너무나도 광범위한 사회현상이어서 고도의 전문성을 요하는 제한된 숫자의 전문가 교육만으로는 실제 자살률을 낮추기는 쉽지 않을 것으로 보인다. 따라서 가능한 많은 숫자의 일반인구를 대상으로 자살문제의 심각성을 교육하고 주변에서 자살위험이 있는 사람을 조기에 인식하여 도울 수 있도록 하는 일반인 대상의 게이트키퍼 양성 교육이 국가 자살관리의 핵심내용이라고 말할 수 있다.

게이트키퍼 교육은 본고에서 살펴보았던 대로 해외에서는 여러 가지 프로그램이 이미 개발되어 있으며 국내에서도 QPR, ASIST교육을 받을 수 있다. 그러나 지적재산권의 보호를 받고 있는 민간영역의 이러한 교육프로그램들은 광범위한 국민대중에게 충분한 보급을 하기에는 교육비용과 시간을 비롯하여 여러 가지 여건이 여의치 않을 수 있다. 이에 반해 세계보건기구가 무상배포하고 있는 SUPRE의 경우 공공의 영역에 존재하지만 영문으로만 접근가능하고 교재만 있을 뿐 이를 전달하기 위한 구체적인 프로그램의 형태를 갖추고 있지 않은 등의 문제점을 가지고 있다. 고려해야 할 또 다른 점은 본고에서 살펴보았던 QPR, ASIST, SUPRE는 모두 외국에서 개발된 교육프로그램 혹은 교재들이라는 것이다.

우리나라는 의료전달 및 사회복지체계, 자살에 대한 사회 및 문화적 인식 등에서 외국과 다른 고유한 특징을 가지고 있다. 예를 들어 ASIST의 경우 광대한 영토에 비해 인구는 적으며, 일반의의 의뢰를 통해 정신과 전문의의 진료를 받는 의료전달체계를 가진 캐나다를 사회문화적 배경으로 개발된 것이다. 그러나 우리나라는 누구나 정신의료기관을 자유로이 선택하여 진료를 받을 수 있으며, 전국민이 건강보험에 가

입되어 있어 의료비 부담도 미국에 비하면 상대적으로 저렴한 비용으로 높은 수준의 전문적 정신건강서비스를 제공할 수 있다. 또한 우리나라에는 비록 아직까지는 국민들에게 널리 알려져 있거나, 지역 사회 내에서 체계적인 연계와 의뢰를 하고 있지는 못하지만, 국가와 지방자치단체가 설립한 정신보건센터를 비롯하여 자살예방을 위해 일하는 여러 기관과 단체가 이미 곳곳에서 활동 중이다. 즉, 자살예방을 위한 자원의 부족이 문제라기 보다는 현재 우리나라에 있는 자살예방을 위한 자원들의 역할과 기능을 국민대중에게 널리 알리고 자살위험이 있는 사람을 가능한 초기단계에서 인식하여 자살예방을 위한 자원과 연계되도록 하는 것이 필요하다.

이러한 점을 종합해 본다면 우리나라에 맞는 한국형 자살예방 프로그램은 다음의 요건들을 갖추는 것이 필요하다. 먼저 자살에 대한 한국과 한국인의 특성을 반영하여야 한다. 한국인이 가지고 있는 자살에 대한 태도는 어떠한 특징이 있는지를 조사하고, 그러한 특징들 중 자살의 위험요소가 되는 부분과 자살로부터의 보호요소가 되는 부분을 추출하여 위험요소를 줄이고 보호요소를 강화하는 내용을 가져야 한다. 또한 누구나 쉽게 전문적인 정신건강 의학상담을 받을 수 있는 우리나라 의료전달체계의 장점을 적극 활용할 수 있게 하고, 자살예방을 위해 설립된 여러 가지 사회적 자원들의 이용을 증진하고 자원들간의 연계를 높일 수 있는 것이어야 한다. 두 번째는 자살예방 전문가보다는 일반인을 대상으로 한 게이트키퍼 양성 교육에 중점을 두어야 한다. 자살위험신호를 인식하고 적절하게 전문가에게 의뢰할 수 있는 게이트키퍼가 많아질수록 자살행동의 초기단계인 자살생각의 단계에서 개입이 이뤄질 수 있는 가능성을 높게 된다. 실질적으로 자살기도가 일어나기 전에 예방을 위한 적절한 개입을 하는 것은 자살로 인한 사망률을 낮추는 가장 현실적이고 확실한 방법이 될 수 있을 것이다. 이를 위해서는 복잡하고 전문적인 내용보다 구체적이고 실제 적용이 가능한 쉬운 내용으로 교육내용이 작성되어야 하며, 교육을 원하는 대한민국 국민 누구나 최소한의 비용만으로 교육을 받을 수 있도록 교육프로그램은 민간업체가 아닌 공공의 영역에 있어야 할 것이다. 세 번째는 교육자체가 표준화되어야 한다. 강사의 개인적 역량에 따라 교육효과가 달라져서는 안되

며 공통적인 교재로 교육이 이루어지되 피교육자로부터의 피드백에 따라 정기적인 업데이트가 반드시 보장되어야 한다. 마지막으로 태도와 행동의 변화를 만들 수 있는 교육이어야 한다. 자살이 우리사회가 함께 해결해야 할 공동의 문제임을 인식하고 우리사회의 구성원들이 서로를 자살로부터 보호하려고 노력하는 태도를 가지게 된다면 자살률은 줄어들기 시작할 것이다. 즉, 자살예방 교육은 주입식 교육으로 끝나는 것이 아니라 자신과 주변사람들의 자살위험신호를 감지하고 그들을 자살로부터 보호하고자 하는 행동과 태도의 변화를 만들 수 있는 동기유발형 교육이어야 한다.

결 론

자살은 우리사회 구성원 모두가 관심을 가져야 하는 심각한 문제이지만 효과적인 교육을 통해 예방할 수 있다. 자살예방교육은 피교육자의 특성 및 역할에 따라 일반대중, 게이트키퍼, 자살예방전문가용 교육으로 나눌 수 있다. 모든 자살예방교육이 중요하지만 자살률이 매우 높은 우리나라의 경우, 제한된 숫자의 전문가교육보다는 자신이 속한 집단 혹은 지역사회에서 스스로의 생업을 가지고 있는 일반인이지만 주변에서 자살위험이 있는 사람을 조기에 발견하고 자살예방전문가에게 의뢰하는 역할을 수행하는 게이트키퍼(gatekeeper)양성교육이 실질적으로 자살률을 낮추는데 가장 기여할 수 있을 것으로 보인다. 현재 우리나라에서는 여러 기관과 단체에서 다양한 형태의 자살예방교육을 실시하고 있지만 실질적인 교육효과가 미흡한 편이며, 해외에서 개발된 교육프로그램들의 경우는 우리나라의 고유한 사회적, 문화적 특성을 반영하지 못하고 있다는 문제점이 있었다. 앞으로 외국프로그램의 장점을 수용하면서도 우리나라의 특성과 요구를 적절하게 반영한 한국형 자살예방교육프로그램이 개발되어 널리 보급되기를 기대해본다.

자살은 우리사회 구성원 모두가 관심을 가져야 하는 심각한 문제이지만 효과적인 교육을 통해 예방할 수 있다. 자살예방교육은 피교육자의 특성 및 역할에 따라 일반대중, 게이트키퍼, 자살예방전문가용 교육으로 나눌 수 있다. 모든 자살예방교육이 중요하지만 자살률이 매우 높은 우리나라의

경우, 제한된 숫자의 전문가교육보다는 자신이 속한 집단 혹은 지역사회에서 스스로의 생업을 가지고 있는 일반인이지만 주변에서 자살위험이 있는 사람을 조기에 발견하고 자살예방전문가에게 의뢰하는 역할을 수행하는 게이트키퍼(gatekeeper)양성교육이 실질적으로 자살률을 낮추는데 가장 기여할 수 있을 것으로 보인다. 현재 우리나라에서는 여러 기관과 단체에서 다양한 형태의 자살예방교육을 실시하고 있지만 실질적인 교육효과가 미흡한 편이며, 해외에서 개발된 교육프로그램들의 경우는 우리나라의 고유한 사회적, 문화적 특성을 반영하지 못하고 있다는 문제점이 있었다. 앞으로 외국프로그램의 장점을 수용하면서도 우리나라의 특성과 요구를 적절하게 반영한 한국형 자살예방교육프로그램이 개발되어 널리 보급되기를 기대해본다.

핵심용어: 자살; 예방; 교육; 한국

REFERENCES

1. Ha K. Can a Suicide Prevention Law decrease the suicide rate in Korea? J Korean Med Assoc 2011;54:792-794.
2. Korea National Statistical Office. Death statistics in 2009. Daejeon: Korea National Statistical Office; 2010.
3. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2009: statistics and indicators for 30 countries. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2009.
4. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). Geneva: World Health Organization; 2009.
5. Lee S, Tsang A, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Zhang MY, Shen YC, Kessler RC. The epidemiology of depression in metropolitan China. Psychol Med 2009;39:735-747.
6. U.S. Department of Health and Human Services. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 2001.
7. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for counsellors. Geneva: World Health Organization; 2006.
8. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for general physicians. Geneva: World Health Organization; 2000.
9. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva: World Health Organization; 2000.
10. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for

teachers and other school staff. Geneva: World Health Organization; 2000.

11. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for prison officers. Geneva: World Health Organization; 2000.
12. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for police, firefighters, and other first line responders. Geneva: World Health Organization; 2009.
13. World Health Organization. Preventing suicide: how to start a survivors' group. Geneva: World Health Organization; 2000.
14. World Health Organization. Safer access to pesticides: community interventions. Geneva: World Health Organization; 2006.
15. World Health Organization. Prevention of suicidal behaviors: feasibility demonstration projects on community interventions for safer access to pesticides. Geneva: World Health Organization; 2008.
16. Quinnett P. QPR gatekeeper training for suicide prevention: the model, rationale and theory [Internet]. Spokane: QPR Institute; 2007 [cited 2012 Jan 5]. Available from: <http://www.qprinstitute.com/pdfs/QPR%20Theory%20Paper.pdf>.
17. Shneidman ES. The suicidal mind. New York: Oxford University Press; 1996.
18. Rodgers P. Review of the applied suicide intervention skills training program (ASIST): rationale, evaluation results, and directions for future research [Internet]. Calgary: LivingWorks Education Inc.; 2010 [cited 2012 Jan 5]. Available from: https://www.livingworks.net/userfiles/file/ASIST_review2010.pdf.
19. Snyder JA. The use of gatekeepers in crisis management. Bull Suicidol 1971;8:39-44.



Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 최근 우리나라에서 심각한 사회 문제인 자살에 대한 접근과 관련하여 자살예방교육의 중요성에 대하여 기술하고 있다. 저자가 서술하고 있는 것처럼 국외에서는 체계적인 교육프로그램이 개발되고 발전해온 것에 비하여 국내에는 한 국민의 사회문화적 특성을 반영한 표준화된 자살예방교육 프로그램이 현재까지 개발되지 않은 것이 사실이다. 저자가 한국형 자살예방교육 프로그램을 위한 제언에서 종합적으로 정리, 제언하는 부분에 주목하여야 하겠으며, 본 논문의 고찰을 통하여 향후 개발될 자살예방교육프로그램의 방향성이 설정될 수 있기를 기대한다.

[정리·편집위원회]