

자살유족의 소비자참여를 통한 집단 서비스 개발 연구

A Study on Development of Batch-Service by Participation of People Bereaved by Suicide

- FGI(Focus Group Interview) 를 중심으로 -

이구상¹, 박재영¹, 조연정¹, 진희정¹, 김수현¹, 이연화¹, 이명수²

G.S. Lee MSW, J.Y. Park MSW, Y.J. Cho MSW, H.J. Jin PRN, S.H. Kim MSW, Y.H. Lee MSW, M.S. Lee MD, MPH

초 록

- **연구목적** : 본 연구는 자살유족 당사자의 참여와 욕구를 토대로 자살유족 집단 서비스의 방향성을 모색하고 적극적으로 반영하기 위한 기초자료로 활용하고자 하였다.
- **연구방법** : 본 연구는 FGI(Focus Group Interview)로 진행하였으며, 2014년 9월 26일 14시부터 18시까지 총 4시간 진행되었다. 참여자는 자살유족 7명과 진행 및 참관, 기록을 위한 서울시자살예방센터 종사자가 7명이었다. 인터뷰 형식은 반개방형으로 진행하였으며, 진행자가 준비한 기본적인 질문을 바탕으로 필요한 질문을 추가로 제시하는 형태로 진행하였다.
- **연구결과** : 자살유족의 심리적 고통은 매우 크기 때문에 이를 극복하기 위해서는 자살유족간의 자조모임이 매우 중요하고 의미 있는 것으로 파악되었다. 이를 보완하기 위해서는 유족의 심리정서 상태 및 유족의 욕구에 따라 모임을 다양화할 필요가 있다는 의견도 있었다. 자살유족 자조모임에서 벗어나 개인의 특성에 따른 소모임의 필요성에 대해 동의하며, 기존의 모임과는 다르게 고인과의 관계, 정서상태, 사별시기 등과 같이 유족의 특성에 따른 모임에 대한 의견도 제시하였다. 또한 회복된 자살유족을 중심으로 타 유족의 심리정서 회복을 돕는 '봉사'라는 의미의 활동이 필요하다는 의견도 있었다.
- **결 론** : 자살유족모임의 다양한 욕구를 파악하기 위한 지속적인 의견교환이 필요하며, 이를 보완하기 위해 소모임을 적극적으로 활용할 필요가 있다. 또한 자살유족의 심리정서 회복을 위해 당사자의 적극적인 참여와 활동에 대한 지원책이 필요할 것으로 판단된다.
- **주요용어** : FGI(Focus Group Interview), 자살유족, 자조모임, 소비자참여

Abstract

- **Objective** : This study is a basic data to actively investigate the direction of batch-service for the people bereaved by suicide based on their participation and desire.
- **Method** : This study had been carried out with 4 hour FGI(Focus Group Interview) from 14:00 to 18:00 on September 26th, 2014. There were 14 people in the interview: 7 people bereaved by suicide, and 7 people from the Seoul Suicide Prevention Center for progress, observation, and recording. It was a semi-open interview; the host asked the participants the basic questions already prepared, but also added other questions in case of need.
- **Result** : People bereaved by suicide suffer terribly; therefore, the self-help group program is very important and significant for them to deal with their psychological distress. It is necessary to diversify the types of group by their emotional and psychological condition and desire. This study agrees to end the self-help group for people bereaved by suicide and create the various small groups by individual peculiarities. It also suggests to establish the various meetings for various characteristics of the bereaved such as relationship with suicide, emotional condition, and time of loss instead of the existing ones. The necessity of 'voluntary service' by the recovered bereaved also comes forward to help the recovery of the unrecovered bereaved.

1 _ 서울시자살예방센터

2 _ 서울시정신건강증진센터

- **Conclusion** : The constant idea exchange is necessary to understand various desire of people bereaved by suicide, and the use of small groups should be encouraged to compensate the defect. Also, the recovery of emotion and mental of the bereaved requires the active participation and the support for programs.
- **Keyword** : FGI(Focus Group Interview), People Bereaved by Suicide, Self-Help Group Program, Consumer Participation

I. 서론

2014년 통계청에서 발표한 '2013년 사망원인통계'에 따르면, 2013년 자살사망자수가 14,427명으로 2012년(14,160명)에 비해 267명이 증가하였다. 특히 20대에서 50대의 자살이 증가함에 따라 자살예방을 위한 보다 근본적인 대책이 필요하다는 요구가 점차 커지고 있는 상태이다. 또한 국제적으로도 그 문제의 심각성이 점차 커지고 있는데, OECD 회원국중 10년 넘게 자살률 1위라는 오명을 벗지 못하고 있는 상황이고, 2014년 세계보건기구에서 발표한 보고서에서도 조사대상국 172개 국가 중 1위는 가이아나, 2위는 북한, 3위는 우리나라로 전 세계적으로도 최상위권에 속하고 있다는 불명예를 기록하고 있어서 문제가 더욱 심각해지고 있는 상황이다.

자살은 한 개인이 세상에 살다가 스스로 죽어서 없어지는 일이라고 간단히 볼 수도 있겠으나, 사람은 스스로 태어나 혼자 살다가 홀로 죽는 그런 존재가 아닌 다양한 사회적 관계 속에서 살 수밖에 없게 되는데, 가족, 친구, 직장동료, 연인 등과의 관계 속에서의 자살은 크나큰 상실감과 고통을 안겨줄 수밖에 없다(한국자살예방협회, 2008). 이처럼 갑작스러운 자살은 삶을 함께 공유하고 있는 지인들에게 매우 큰 상실감과 고통을 제공할 수밖에 없다는 악순환의 고리가 만들어지게 되고, 이는 결국 유족의 자살이라는 극단적인 상황으로 이어지게 된다.

세계보건기구는 1명의 자살로 인해 6~7명이 심리적으로 심각한 외상을 경험하고, 자살의 위험성이 매우 높은 것으로 보고되고 있다. 특히, 유족은 충격, 직면, 조정 단계를 거치며, 다양한 정서적 변화를 경험하게 되는데, 특히 불안, 우울, 죄책감, 외상후 스트레스, 무력감 등의 심리적 고통과 사회 적응의 어려움을 겪게 된다. 자살유족의 심리적 고통의 수준은 매우 심각하여, 미국 정신과 협회는 인간이 경험할 수 있는 가장 비극적인 일종의 하나라고 보았으며, 특히 자살유족은 사회적 낙인감과 가족의 자살을 막지 못했다는 죄책감에 자살유족은 사실 자체를 드러내지 못한다(김가득, 2012).

자살유족의 심리적 외상을 극복하기 위한 다양한 방법이 실시되고 있는데, 서울시자살예방센터는 2008년부터 국내 최초로 자살유족 자조모임인 '자작나무'를 운영하고 있으며, 이후로 생명의 전화, 광역형정신건강증진센터를 중심으로 유족 집단 서비스가 마련되어 진행되고 있다. 또한 2014년 정신건강증진사업 안내에서도 상실로 인한 애도를 중심으로 자조모임과 개별상담 등을 제공하도록 안내하고 있는 상황이다. 그러나 이러한 사업의 방향성이 자살유족의 욕구와 의견이 반영되었다기 보다는 대부분의 유족사업이 외국의 연구에 의해 추진된 사업으로 우리나라의 실정과 자살유족의 의견이 적극적으로 반영되어야 할 필요성이 있다. 특히 서비스에 대한 방향성을 설정하는데 있어서 최근 중요하게 부각되고 있는 당사자 및 소비자의 참여를 통한 방향성 설정은 매우 중요한 이슈이기도 하다. 우리나라의 경우, 서비스 산업에 대한 소비자참여 연구가 실시되고 있으며(최우리, 2010; 천혜정 등, 2014; 윤경구, 2011), 사회복지영역에서도 일부 연구(박조원, 2007)가 진행되었다. 정신건강과 관련해서는 임희영 외(2013)에 의해 정신장애인의 소비자참여에 대한 연구가 실시되기도 하였고, 서미경(2001)에 의해 정신장애인 가족의 치료참여에 대한 연구가 실시되기도 하였다. 자살유족의 소비자참여는 서울시자살예방센터 자문운영위원으로 직접 유족의 참여가 이루어지고 있는 수준이다.

이에 따라 본 연구는 자살유족 당사자의 참여와 욕구를 토대로 자살유족 집단 서비스 방향성을 적극적으로 반영하기 위한 기초자료로 활용하고자 하였다.

II. 이론적 배경

1. 자살유족

자살유족의 사전적 의미는 '스스로 목숨을 끊은 사람의 남겨진 가족뿐만 아니라 한 문화권에서 생물학적인 관계나 결혼, 입양, 기타

관습 등으로 친척의 지위를 얻은 친족 집단의 일부를 호칭'하기도 한다. 유익어로 유가족이라는 용어가 사용되고 있긴 하지만 유가족이란 용어의 경우 일차원적인 원 가족만을 의미하는 것으로만 해석할 수 있기에 '유족'이라는 용어를 사용하고자 한다. 외국에서는 suicide survivors라 부르며 역시 포괄적 개념으로 자살로 사망하는 사람을 잃은 가족, 친구 및 지인을 통합적으로 일컫는다(American Association of Suicidology, 2004).

Mcintosh(1999)는 1명이 자살을 하면 최소한 혈연관계에 있는 6명의 유족이 생긴다고 보았으며, 2014년 통계청 발표에 의하면 2013년 우리나라에서 지난 한 해 동안 자살로 사망한 사람은 14,427명으로 약 86,562명의 유족이 발생함을 추정할 수 있다.

세계보건기구 보고서(Bertoloe 외, 2000)에 의하면 죽음의 형태에 따라 슬픔의 반응이 다르게 나타나며, 자살한 사람의 유족은 자연사로 사망한 유족과는 다른 방식으로 슬퍼한다고 한다. 죽음, 거부, 유기에 대한 책임감을 더 느끼며 사회적 낙인, 수치, 당황 등의 감정으로 고통에 빠지고 유족 스스로를 고립화 시킨다. 또한 유족은 사회적 연결망 구성을 힘들어하며 가족구성원들끼리도 서로 비난하거나 슬픔을 표현하는데 어려움을 갖기도 한다.

Brent(1996)는 자살자의 가족 관계에 따른 질환발생에 대해 연구하였는데 특히 우울증은 대조군과 비교했을 때 7배 이상 높다고 하였다. 국내에서도 정상혁(2005)은 신체질환이나 정신질환에 있어서 유족의 치료가 급증하는 것을 보고하였으며, 홍현숙(2007)의 연구는 자살유족이 자살사건 전후 1년간 요양급여가 3.5배, 신경증적, 스트레스와 연관된 신체형 장애는 자살사건 전에 비하여 2배 증가한 것을 보여주고 있다.

그동안의 유족 관련 연구는 주로 유족이 겪는 죄책감, 우울, 분노, 외상 후 스트레스장애(PTSD)등의 유족 개인의 심리적인 부분에 대한 것이었으나 최근에는 사회 속에서의 부정적인 시선과 낙인에 대한 연구들로 이어져오고 있다.

Cvinar(2005)은 자살유족이 느끼는 낙인에 대한 감정은 자살유족에게만 나타나는 현상이라 하였다. 자살은 다른 죽음에 비해 금기시되는 대화 주제이기 때문에 대화나누기를 꺼리게 되며, 이로 인해 슬픔을 표현할 기회가 줄어들어 결국 치유과정이 지연되는 결과를 낳기도 한다.

그러나 Garvin(1997)의 연구결과에 따르면 자살유족은 가족적이며 수용적인 분위기에서 자신의 감정과 고통에 대해서 표현할 수 있으며, 그 안에서 자아존중감이 향상됨을 설명하고 있다.

이후 자살유족과 관련된 연구들이 국내외에서 다양하게 시도되고 있고, 자살유족의 특성을 반영한 자조모임 형태의 지지도모임이 거론

되기도 하며 그 안에서 성공적인 역할 모델을 발견하기도 한다. 이는 비슷한 경험을 한 자살유족이 모임을 통해 상대방을 더 잘 이해하고 용기를 얻을 수 있으며 공감적 환경과 소속감을 느끼기 때문이다. 또한 모임에 참여함으로써 고인의 사망 후 생긴 문제에 대한 해결과 접근하는 새로운 방법을 터득할 수도 있으며, 슬픔에 대한 표현이 자유롭게 수용될 수 있다.

2. 소비자참여

소비자 주도형 서비스에 대한 관심이 높아지면서 소비자참여는 행정비용의 증가, 계획 및 집행의 지연, 가치 상충과 같은 부정적인 측면에도 불구하고 보다 양질적인 서비스를 개발하고 제공하기 위해서 소비자참여가 필수적이라는 동의아래 지난 2~30여 년 동안 소비자참여와 관련된 다양한 연구들이 이루어져왔다. 그러나 국내 정신보건영역에서의 소비자참여에 대한 연구는 정신장애 영역에 국한되어 있으며, 자살유족의 참여에 대한 연구는 거의 전무한 실정이다.

소비자참여란 주로 경영학에서 쓰이는 용어였으나 최근 마케팅 시장뿐만 아니라 공공서비스 영역 등 다양한 분야에서 사용되고 있으며, 소비자가 단체를 형성하거나 공식회의 및 의사결정과정 등에 직접 참여하여 서비스를 만들어가는 활동들을 일컫는 용어로 사용되고 있다.

세계보건기구(1978)는 소비자란 정책 및 서비스를 기획하고 개발, 관리, 평가하는 단계에 참여할 수 있는 모든 대상이며, 소비자는 위와 같은 과정에 참여할 권리와 의무가 있음을 명명하고 있다. 또한 Lunde(OECD, 1996)는 공공서비스 제공자들이 서베이, 민원처리체계, 자문위원회, 포커스그룹, 공청회 등을 통해 소비자들의 의견을 들을 수 있도록 권고하고 있다.


선행연구들을 살펴보면, 정신보건영역에서 소비자참여란 정신보건서비스의 소비자가 정신보건사업 및 서비스를 기획하고 제공하며 평가하는 등의 전반적인 과정에 의사결정권을 가지고 권한을 행사하는 모든 활동으로 정의할 수 있다.

소비자참여의 수준은 각 나라와 학자마다 구분의 차이는 있으나 비슷한 맥락으로 설명하고 있다. Arnstein(1969)의 시민참여 사다리 모델(Ladder of Citizen Participation)은 시민참여 수준에 대한 기초연구로서 의사결정에 미치는 영향력의 정도에 따라 참여의 수준을 8단계로 구분하고 있다. 즉, 상위로 갈수록 참여의 수준이 높아지는 것으로, Manipulation(조작)-Therapy(치료)-informing(정보제공)-consultation(자문)-Placation(회유)-Partnership(공동협력)-Delegated Power(권한위임)-Citizen Control(시민 통제)로 설명하고 있다.

Charles와 Demaio(1993)는 보건의료 영역의 의사결정 과정에서의 참여는 3가지 수준으로, 의견을 제시하는 협의(consultation) 단계-전문가와 함께 의사결정의 권한과 책임을 가지는 파트너십(partnership)단계-소비자가 자율성과 권한을 가진 의사결정자(dominant)단계로 구분하였다.

국내에서는 임희영 외(2013)가 국내외 소비자참여에 대한 내용을 정리하여 정신보건영역의 소비자참여도 5레벨과 그 내용을 제시하고 있다(표 1).

★ 표 1. 소비자참여 수준과 내용

소비자 참여도	Level	내용	활동
	5 Level 파트너십	소비자와 제공자가 동등한 지위를 갖고 결정권을 행사함(소비자=제공자)	자조집단, 인사참여
	4 Level 연대	소비자참여의 필요성을 인식하여 조직이나 구조를 구성하고 참여를 독려함. 결정권은 제공자에게 있음(소비자(제공자))	패널(토론), 운영위원회, 자조모임
	3 Level 참조	소비자의 욕구에 기반한 사업 및 서비스를 기획하고 전달하기 위해 수행하는 활동에 참여함	설문조사, 인터뷰, 소비자단체
	2 Level 정보제공 및 수렴	적극적으로 소비자에게 정보를 제공하거나 소비자로부터 정보를 수집하여 결과를 수렴하고 전달함	불만/고충처리 체계운영
	1 Level 소극적 정보제공	소비자의 알권리 충족 수준에서 소극적으로 정보를 제공함	리플릿, 소책자, 광고

3. 자살유족의 소비자참여

국외 정신보건영역에서의 소비자참여에 대한 개념은 호주 및 뉴질랜드, 유럽, 북아메리카 등지에서 정신장애인과의 가족을 소비자라고 명명하여 발전되었으나 자살유족에 대한 소비자참여 연구는 미비한 실정이다. 국내 역시 자살유족의 소비자참여에 대한 문헌 및 연구는 거의 전무한 상태이며 현재 정신보건 및 공공서비스 영역에서의 소비자참여에 관한 연구 등은 대부분 정신장애인을 중심으로 연구되고 있다(민소영, 2014).

제공자 관점의 공공서비스(public service) 중 자살유족의 소비자참여에 대한 연구와 정책으로는 세계보건기구 IASP(International Association for Suicide Prevention)의 사후관리 활동이 있다. 그 중 회원국가인 벨기에는 소비자참여 중심의 자살유족 서비스를 제공하기 위해 자살유족들의 권리를 옹호하고, 정부정책 협력 사항에 대해 교육과 프로그램을 제공하며 사회적 활동 및 정책입안자로서 역할을 할 수 있도록 지원하고 있다(Andriessen K, 2004). 캐나다도 위와 유사한 형태로 제공자 관점에서 자살유족의 참여가 이루어지고 있다.

미국은 보다 소비자관점에서 NGO를 중심으로 활발하게 참여활동이 이루어지고 있으며, 대표적인 단체로는 AFSP(American Foundation for suicide prevention)이 있다. 이는 자살유족사업을 중심으로 국가 자살예방정책과 시스템을 발전시키기 위해 활발하게 운영되고 있다.

우리나라에서는 자살유족에게 서비스를 제공하여야 한다는 명문화된 법률적 근거는 2012년 3월 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률이 제정되면서 자살의시도자 및 자살자의 가족 지원에 대한 내용으로 처음 언급되기 시작되었다.

그 외 정신보건법 시행규칙 제 1조의 2에서 지역정신보건사업 계획 수립 시 참여 대상으로 지역주민, 정신보건관련기관, 단체 및 전문가 등을 구체적으로 명시하고 있다.

그럼에도 불구하고 자살예방사업의 비중과 우선순위는 자살고위험군을 중심으로 이루어지고 있기 때문에 자살유족 서비스의 내용이 나 체계들이 부족하고, 광역정신건강증진센터 단위를 중심으로 시스템을 제공하는 수준에 머물고 있다(보건복지부, 2014).

공공서비스 영역에서 자살유족의 소비자참여는 서울시자살예방센터의 전신인 서울시광역정신보건센터에서 2008년 사후관리 서비스의 일환으로 자살유족 자조모임(자작나무)을 국내 최초로 시작하였고, 2013년에는 전문적인 자살유족 서비스를 제공하기 위해 유족팀을 구성하여 소비자참여형 자살유족 서비스체계를 시범운영하고 있다(서울시정신건강증진센터, 2013). 이후 이와 같은 소비자참여형 자살유족 서비스체계는 광역형정신건강증진센터 자살유족사업의 주요 모델로 벤치마킹되고 있다.

III. 연구방법

본 연구는 FGI(Focus Group Interview)를 통해 자살유족을 위한 서비스 방향성을 설정하고자 한다. FGI는 연구 참여자들의 이야기를 통해 구체적인 사례와 평가, 제언 등을 심층적 집약적으로 도출할 수 있어 연구문제와 관련한 타당한 질적 논거를 마련하는데 기여한다(강진숙, 2007).

인터뷰는 2014년 9월 26일 14시부터 18시까지 총 4시간 진행되었으며, 참여자는 자살유족 7명과 진행 및 참관, 기록을 위한 서울시자살예방센터 종사자가 7명이었다. 인터뷰 장소는 서울시자살예방센터 5층 교육실에서 실시하였으며, 참여자는 인터뷰를 시작하기 전 약 10분간에 걸쳐 준비한 자료를 통해 진행과정 및 연구목적 등을 공유하고 녹취할 것에 대해 동의를 받았다.

인터뷰 형식은 반개방형으로 진행하였으며, 진행자가 준비한 기본

적인 질문과 필요시 추가질문을 하였다. 인터뷰 내용은 크게 세 가지 영역으로 구성되었는데, 자살유족 자조모임 ‘자작나무’, 자조모임 이외의 소모임 운영, ‘자살유족 리더양성’ 운영에 대한 욕구와 필요성, 선호 형태, 고려사항의 단계로 구성하였다.

참여자지는 서울시자살예방센터에서 6개월 이상 자살유족 서비스를 받은 대상자 중 인터뷰에 동의한 대상자를 중심으로 선정하였다.

★ 표 2. FGI 참여자의 일반적 특성

참여자	연령	성별	직업	사망자와의 관계	서비스 기간
A	67	여	무직	어머니	22개월
B	60	여	무직	어머니	23개월
C	57	남	자영업	아버지	49개월
D	52	남	자영업	아버지	22개월
E	50	남	무직	남편	8개월
F	60	여	무직	어머니	21개월
G	51	여	무직	부인	16개월

IV. 연구결과

1. 자조모임

서울시자살예방센터는 2008년부터 지금까지 자살유족 자조모임 ‘자작나무’를 월 1회 실시하고 있는데, 자조모임이 자살유족에게 어떠한 의미가 있는지 참여자의 의견을 파악하고자 하였다.

“이러한 일을 당한 사람이 처음에 어떻게 감당할까 하고 정말 그 죽음과 맞닥뜨린 상황에서 공포스런 상황에서 정말 그 양쪽은 심리적인 불안함이 그것들 극복과 나머지 유족들의 삶이 계속 지속되기 위해서는 꼭 필요하다고 생각합니다. 특히 심리적인 측면에서는 스스로는 절대로 안정을 할 수 없어요. 도움을 받고 해서 극복을 해나가는 과정이 꼭 필요하다는 생각을 합니다. ”

“혼자 알아서 할 수 없고 자조모임이라는 게 서울지역에서도 할 수 있고, 국가에서도 할 수가 있고, 지자체에서도, 동네에서도 할 수 있고, 자조모임이 다른 타인의 도움이 필요로 하는 것이기 때문에 혼자서 보다는 타인의 도움이 언제든지 필요할 것이죠. <C>”

자살유족의 심리적 고통은 매우 크기 때문에 이를 극복하기 위해서는 자살유족간의 자조모임이 매우 중요하고 의미 있는 것으로 파악되었다. 집단정신치료가 다양한 집단에게서 치료적으로 효과적이라는 것이 검증된 만큼(이후경, 2013) 자살유족을 위한 자조모임의 필요성이 확인되었다. 그렇다면 자조모임에 있어서 보완해야 할 점은 무엇인가?

“사람마다 막춤 서비스라고 해야 되나. 막춤 그게 치료가 되어야 하는데 이제 이렇게 구분 없이 모아놓는다는 것에 대해서 모임 자체에 의미가 있고 도움을 받을 것은 사람마다 다르다. 그렇게 생각해요. <C>”

“구분을 해야 된다는 거죠..(중략)..이 사람한테 필요 없는 게 이 사람한테 필요하게 필요한 걸 없고 한게 남비를 없애려면 이제 처음 오시는 분들이 별도로 있어야 되고 또 응급환자. 좀 어느 정도 안정이 된 사람 주위에 대해서도 나누고... <D>”

“외롭게 그냥 혼자만 감당했으면 굉장히 힘들었을 것 같은 느낌임. 분명히 그 자리에 있었으면 굉장히 과보호였을 것. 그리고 모임이 어떤 무이 이제 다양하잖아요. 그 다음에 그런 연중행사 같은 것들을 일년 정도 짜 리스트를 만들어서 기만해주시면 어떻게 참여하고 싶은 것들이 있는지... <G>”

현재 서울시자살예방센터에서 운영되는 자살유족 자조모임의 경우, 대상자의 특성이나 심리적 상태, 환경 등에 대한 고려 없이 정기적인 모임이 진행되고 있는데, 유족의 심리정서 상태 및 유족의 욕구에 따라 모임을 구분하고, 자조모임의 일환으로 실시되고 있는 야유회 및 교육에 있어서도 사전에 일정을 공개하여 참석자가 자유롭게 참여를 선택할 수 있는 기회 제공에 대한 욕구가 있는 것으로 파악되었다.

2. 소모임

현재 운영되고 있는 자살유족 자조모임의 경우, 대상자의 특성을 고려하지 않고 있으므로 소모임이 자살유족에게 있어서 어떠한 의미가 있는지 참여자의 의견을 파악하고자 하였다.

“시간이 좀 짧아 보니까 얘기를 듣다가 무슨 이제 해산하잖아요..(중략)..저는 이제 소모임이 필요하다고 생각합니다. 그런데 뭐 등산을 할타면가 동아리같이 등산하면서 얘기 나눌 수 있잖아요. <G>”

“인원수가 많은 때는 추하로나 성향에 따라서 분류가 가능하지만 저희 모임에서는 그렇게 분류할 수 있는 인원은 되지 않아요. 그래서 제마 볼 때는 자조모임이 한 내용이 있는데 그다음에 소모임이 하나정도 생각해볼 수 있는 인원이 있다고 봐요. <A>”

자살유족 자조모임에서 벗어나 개인의 특성에 따른 소모임의 필요성은 공감한 것으로 보였으나, 자조모임의 참여자수가 10명 내외인 상황에서 다양한 소모임을 운영하는 것이 쉽지 않을 것이라는 의견도 있었다.

“어떤 말때든 공간에서 하지 않고 야유회 등산이라든지, 야외에 나가서 굉장히 많이 했어요. 그거를 책을 읽고 야외에 나가서 하고 그러는데 접목해서 할 수 있고... <A>”

“만나서 얘기하는 게 좋아서 좋은 효과는 도구로서 사용하는 거지 근데 이제 그 모임만 놓으면 그 소모임을 모이기만 하면 수다를 떨면서 얘기를 하면서 이게 익숙해졌거든요. 그러니까 굳이 등산하면서 좋겠지만 안 해도 모임만 놓으면 또 굳이 뭐 모임만 만나면 자기들끼리 타들어서 타하니까..(D)”

“선생님들이 어떤, 어떤 소모임이 정해지면 유족에게 낫겠다. 정말 아까도 말씀하셨지만 오래된 사람이 이렇게 전을 인사하신 분들이 정말하고 여기 와서 좀 이렇게 회복이 되신 분들이 있으면 또 저런 아니라 젊은 사람이 있을 것이고 그러니까 그게 정말 여기에서 주회층에서 어떤 그니까 선생님들이 기준을 정해서 그냥 정해 놓는 거 맞다.(C)”

소모임이 운영 된다고 가정했을 때 유족이 바라는 소모임의 형태는 밀폐된 공간보다는 야외나 취미활동을 함께 하는 등 다양한 방식으로 운영되는 것에 대한 의견이 대부분 이었다. 다만 대상자의 특성에 따른 분류에 있어서는 사망자와의 관계, 경과기간, 정서상태, 종교 등 매우 다양한 의견이 제시되기도 하였으나 명확한 입장을 표명하는데 어려움이 있었고, 서울시자살예방센터에서 주도적으로 소모임 형태에 대해 제공해주길 원하는 소극적인 의견도 있었다.

3. 유족리더양성

자살유족 자조모임은 2013년 자살유족 리더양성의 과정으로 12주간 ‘나의인생역사쓰기’를 진행하였는데, 이러한 자살유족이 자살유족을 위한 지원활동을 활성화 하는 것에 대한 의견을 통해 발전된 소비자참여 서비스를 활성화 하고자 하였다.

“자살유족자들이 굳이 리더가 양성이 되어야 하나?(B)”

“개인적으로 출간이 되서 읽고 전국에서 전화를 많이 받았어요..(중략)..살아갈 길이 막막한데 당신은 안 죽고 어떻게 살아났..(중략)..경험을 같이 공유하고 그것 때문에 리더라고 그런 것 같고(C)”

“제가 유족이든 아니든 전향에는 인생을 한번 돌아보고 앞으로 어떻게 살아야 되는지 또 타살과 나서도 내가 다시금 행복해볼 수 있습..(C)”

자살유족은 ‘리더’라는 용어의 비적절성에 대해 인터뷰에서 수차례 표현하였는데, 자살유족 리더는 제공자 차원에서 편의에 의해 만들어진 단어로 생각하고 있는 경향이 강하였으나, 일부에서는 자신이 가지고 있는 경험을 함께 공유함으로써 타 유족에게 문제해결을 위한 도움을 제공할 수 있다는 측면에서의 리더라는 긍정적인 의미로 해석하기도 하였다. 그렇다면, 타 유족에게 도움을 줄 수 있는 방안은 구체적으로 어떻게 마련하는 것이 효과적인가?

“전향에도 가끔 전향하신 분이 있었어요. 만나줄 수 있느냐.. 그런 적도 있었고, 그러니까 그게 그런 플랫폼을 어떻게 만들 것 이냐, 어떻게 구성을 하실 것인가 이러한 부분에 대해서 해주시면 감사하죠. (C)”

“그냥 들어주는 것이 필요한 것 같아요. (C)”

“말로 배우려고 리더는 안 되고 먹잇는 얘기 아무 쓸모없는 거예요. 커피 한잔 먹어줄까.. 어, 전화해서 커피 한잔 먹어줄까 하는 사람이 되어야지.. 말로는 “오늘 무히세요” 그러는데..시간을 내서 커피 한잔 먹여 줄 수 있는 사람이 저는 리더라고 생각합니다. (D)”

자살유족의 ‘리더’라는 의미보다는 ‘봉사’라는 의미의 활동이 필요하고 타 유족이 심리적 고통을 호소할 때 충분히 들어줄 수 있는 역할이 중요하다고 보았으며 특별한 교육을 받지 않더라도 가까이 자신의 시간을 할애하여 함께 해줄 수 있는 대상은 대부분 필요하다는 생각을 갖고 있었다.

V. 결론

본 연구는 FGI를 중심으로 자살유족의 소비자참여를 통한 집단 서비스를 개발하기 위함이다. 연구의 결론은 다음과 같다.

첫 번째, 자살유족에게 유족모임은 필요한 집단 서비스라고 보고하였다. 본인의 경험들에 비추었을 때 가족의 자살로 인한 극심한 심리적 고통을 극복하기 위해서는 자살유족간의 자조모임이 중요하고 의미있는 것으로 파악되었다.

두 번째, 현재의 자조모임 형태에서 더 나아가 유족의 특성을 고려한 세분화 된 소모임의 필요성을 확인할 수 있었다. 다만 소모임 형태에 있어서는 모임의 목적, 고인별, 사별시기, 유족의 정서상태, 종교 등 매우 다양한 의견들이 제시되어 이 연구를 통해 유족욕구에 맞는 적절한 소모임 구성을 규정짓기에는 한계가 있었다.

세 번째, 자살유족을 위해 유족이 유족을 돕는 방법의 일환으로 제시된 자살유족 리더양성에 대해서는 ‘리더’라는 용어에 대한 거부감을 나타내며 제공자 중심의 용어선택이라는 의견을 확인할 수 있었다. 그러나 유족은 리더의 의미에 있어 본인의 경험을 함께 공유하고 도움을 주고자 하는 봉사의 의미로 해석할 때 이에 대한 활동은 매우 중요하다고 보았다.

위의 결론을 토대로 다음과 같이 제안하고자 한다.

효과적인 자살유족 서비스를 위해서 국가적으로는 현재 자살유족 서비스의 제공내용에 있어 자살고위험군의 사례관리중심으로(보건복지부, 2014) 한 접근에서 벗어나 소비자 중심의 욕구파악이 선행되어야 할 것이다. 자살유족의 욕구에 맞는 다양한 서비스가 제공 가능하기 위해서는 자살유족에 대한 국가적 역학 조사 및 이에 뒤따른 제반사항 마련이 필요할 것으로 보인다.

이와 더불어 현재 국내에서 가장 활발히 자살유족 서비스를 제공하고 있는 서울시는 지속적인 관심을 가지고 실질적인 정책을 기반으로 하여 다양하고 구조화된 프로그램과 서비스 체계를 확립하고 그 효과성에 대한 연구를 지속해야 할 것이다.

VI. 참고문헌

- 권순만, 유명순, 오주환, 김수정, 전보영(2012). 보건의로 정책 의사 결정과 시민참여: 건강보험 보장성 시민위원회의 사례. <보건행정학회지>. 22(4):467-296
- 김가득(2011). 자살로 자녀를 잃은 부모의 경험(참적 고통과 화해), 전북대학교 박사학위논문
- 김영숙, 임효연(2010). 주민참여복지 네트워크에 대한 질적 연구(근거이론 방법론). 한국사회복지학, 62(4).
- 민소영(2014). "기관 간 네트워킹과 클라이언트의 서비스 만족도 관계에 대한 다층모형 분석 : 경기도의 지역기반 정신보건서비스 조직을 중심으로". 한국사회복지행정학 16(1): 89-111
- 박조원(2007). 참여적 소비자 시대의 소비자 복지 문화산업 정책. 디지털콘텐츠와 문화정책, 1:103-116.
- 보건복지부(2014). 2014 정신건강사업안내
- 서울시정신건강증진센터(2013). 서울시정신건강증진센터 사업보고서.
- 서미경(2001). 정신장애인 가족의 치료참여에 관한 연구. 한국연구재단
- 서울시광역정신보건센터(2008). 서울시광역정신보건센터 2005년 ~2008년 사업보고서.
- 오수길, 유문중, 이은석(2007). 주민참여 촉진을 위한 민간참여 현황 분석
- 윤경구(2011). 고객 참여 기반 소비자(브랜드 관계형 시장 행동). 경희대학교 박사학위논문.
- 이후경(2013). 집단정신치료. 하나의학사.
- 임희영, 김진형, 김수현, 박정숙, 윤신정(2013). <소비자참여 쉽게 실천하기-세상을 움직이는 힘 '참여'>, 서울시정신건강증진센터
- 임희영, 박정숙, 이명수(2013). 제공자관점 소비자참여지표개발 연구. <정신보건>. 4:47-59
- 정상혁(2005). 우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구
- 천혜정 등(2014). 공유가치창출을 위한 기업의 역할 변화와 소비자 참여. 소비자학 연구. 25(3).
- 최우리(2010). 서비스 산업에서 소비자 참여와 감정적 반응에 관한 연구. 울산대학교 박사학위논문
- 홍현숙(2007). 가족의 자살사망이 유가족의 정신건강에 미치는 영향
- Suicide Fact sheet. Retrieved from <http://www.suicidology.org>.
- Andriessen K.(2004). International Association for Suicide Prevention. (IASP)
- Annual report(2009). American Foundation for suicide prevention (AFSP)
- Arnstein, Sherry R.(1969). A Ladder of Citizen Participation, Journal of the American Planning Association, 35(4):216-224.
- Andriessen K.(2004). How to increase suicide survivor support? Experiences from the national survivor programme in Flanders-Belgium, International Association for Suicide Prevention(IASP).
- Canadian Mental Health Association-Calgary Region(2013). Suicide services bereavement program spectrum of service delivery
- Charles C. DeMaio S.(1993). Lay Participation in health care decision making : a conceptual framework. J Health Polit Policy Law. 18(4):881-904
- Cvinar, J., G.(2005). "Do suicide survivors suffer social stigma: Review of the literature", Perspectives in Psychiatric Care 41(1): 14-21.
- Elberse JE. Pittens CA. de Cock Buning T. Broerse JE.(2012). Patient involvement in a scientific advisory process: setting the research agenda for medical products. Health Policy. 107(23):231-242
- Garvin, C.(1997). Contemporary Group work (3rd ed.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon
- Lunde, TK.(1996). Client Consultation and Participation: Consumers and Public Services. In OECD, Responsive Government, 71-83.
- McIntosh, J. L.(1999). Research on survivors of suicide. In M. Stimmingand M. Stimming (Eds.) Before Their Time: Adult Children's Experiences of Parental Suicide. Philadelphia, PA: Temple University Press. 157-180
- OECD(2001). Citizens as Partners: Information, Consultation and Public Participation Policy-Making. Paris: OECD.
- WHO(1978). Primary Health Care-Report of the international Conference on Primary Health care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- American Association of suicidology (2004). Survivors of