보건복지부 연구용역사업 보고서

2018 자살 실태조사

2018 National Survey on Suicide

SNU MEDICINE
Seoul National University College of Medicine
서울대학교 의과대학

보건복지부 연구용역사업 보고서

2018 자살 실태조사

2018 National Survey on Suicide

안용민 (책임 연구자, 1세부 책임 연구자)

위대한 (2세부 책임 연구자)

박형근, 김정현 (총괄 연구원)

한창수, 백종우, 권세원, 허영혜 (연구원)

SNU MEDICINE

Seoul National University College of Medicine

서울대학교 의과대학

제 출 문

보건복지부 장관 귀하

이 보고서를 “2018 자살 실태조사” 연구과제의 최종 보고서로 제출합니다.

2019. 6. 27.

서울대학교 의과대학
교수 안용민

각 세부별 책임연구자 (이하 연구원 각 세부별 표기)

1세부 책임 연구자 서울대학교 정신과학교실 안용민

2세부 책임 연구자 원광대학교 응급의학과 위대한

이 보고서는 보건복지부의 연구기금에 의해 수행된 것이며, 이 보고서에 수록된 내용은 연구자 개인의 의견이며 보건복지부의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

제 1세부 과제: 자살에 대한 국민태도조사

주관 연구 기관명 : 서울대학교 의과대학

연구 책임자 : 안용민 (서울대학교 의과대학 정신과학교실)
연구원 : 박형근 (서울아산병원)
김정현 (서울대학교병원)
홍민석 (서울대학교병원)
신다운 (서울대학교병원)

제 2세부 과제: 의료기관 방문 자살 시도자 실태조사

원광대학교
WONKWANG UNIVERSITY

주관 연구 기관명 : 원광대학교 의과대학

연구 책임자 : 위대한 (원광대학교 산본병원 응급의학과)
연구원 : (원주기독병원) 김민혁
(서울대병원) 홍기정
(서울대병원) 김종환
(보라매병원) 송경준
(서울대병원) 유종희
(중앙자살예방센터) 김유리

Contents 목차

제 1장. 서론 - 연구의 배경 및 목적, 각 세부 주제 구성의 근거 ■

1. 연구 배경 ····· 2
2. 연구의 각 세부 주제 구성의 근거 ····· 4
2.1. 자살 위험 단계에 따른 대책의 차별성 ····· 4
2.2. 2018년도 보건복지부의 개입전략 ····· 4
2.3. 자살 예방 대책 근거 마련을 위한 자살실태조사 필요성 ····· 5
2.4. 자살의 단계별 조사 방안 및 본 연구과제의 세부 구성 ····· 5
3. 세부별 연구의 주제 ····· 7
3.1. 제 1세부: 자살에 대한 국민태도 조사 ····· 7
3.2. 제 2세부: 의료기관 방문 자살 시도자 실태 조사 ····· 9
4. 기초 문헌 조사 ····· 11
4.1. 제 1세부: 자살에 대한 태도 조사 ····· 11
4.2. 제 2세부: 의료기관 방문 자살 시도자 실태 조사 ····· 13
5. 연구의 필요성 및 목적 ····· 17
5.1. 제 1세부 과제의 목적 ····· 18
5.2. 제 2세부 과제의 목적 ····· 18

제 2장. 연구 내용 및 결과 ■

제 1세부 과제: 자살에 대한 국민태도조사 ····· 20

I. 연구 내용과 방법 ■

1. 모집단 및 표본추출틀 ····· 21
1.1. 조사대상 ····· 21
1.2. 모집단 현황 : 2017년 인구주택총조사 결과 분석 ····· 22
2. 층화 ····· 23
3. 표본크기 결정 및 표본배분 ····· 26
3.1. 표본크기 및 목표오차 ····· 26
3.2. 표본배분 ····· 27
4. 표본추출 및 표본대체 ····· 30
5. 가중치 산정 ····· 30
5.1. 가중치 산정 개요 ····· 30

5.2. 조사구 조사에 대한 가중치 작성 ····· 31
6. 추정 및 추정량의 분산 ····· 35
6.1. 추정량 ····· 35
6.2. 추정량의 분산 ····· 35
7. 실태조사 도구 및 문항 선정 ····· 36
7.1. 대상자 생활 관련 ····· 36
7.2. Attitudes Towards Suicide (이하 ATTS) ····· 36
7.3. 미디어 관련 ····· 37
7.4. 자살 생각 관련 ····· 37
7.5. 기타 ····· 37
7.6. 기본 인구학적 정보 ····· 37
8. 조사 면담자 교육 ····· 37
8.1. 조사의 실제 ····· 37
9. 자료의 수집과 관리 ····· 39
10. 통계 분석 ····· 40

II. 연구 결과 ■
1. 응답자의 인구학적 정보 ····· 41
2. 대상자 생활 관련 ····· 43
3. 주변인의 자살 및 자살노출 영향 ····· 46
4. 자살에 대한 태도(ATTS, Attitudes towards suicide) ····· 55
5. 미디어 관련 ····· 92
6. 과거 자살생각 관련 ····· 98
7. 자살예방 자원에 대한 인식 ····· 105
8. 국가 차원의 자살예방 프로젝트에 대한 인식 ····· 109
추가1. ATTS 문항 추가 분석 ····· 111
추가2. 2013년도와 2018년도의 차이비교 ····· 117

제 2세부 과제: 의료기관 방문 자살 시도자 실태조사 ····· 130

I. 연구내용 및 방법 ■
1. 자살실태조사 도구개발 ····· 131
2. 자살실태조사 ····· 132
2.1. 조사 지역 및 연구 기관선정 ····· 132
2.2. 조사기관 ····· 133
2.3. 조사 대상 및 방법 ····· 134
2.4. 조사 내용 ····· 134
2.5. 책임연구기관/조사의료기관 연구책임자 합동회의를 통한 자료의 질 관리 ····· 136
2.6. 자료의 분석과 정책 제언 ····· 136

2.7. 참여 연구진 ····· 137

II. 연구결과 ■
1. 인구학적 평가 ····· 138
1.1. 자살 시도자 연구 기관 별 지역별 분포 ····· 138
1.2. 자살시도자 연령별 분포 ····· 140
1.3. 자살시도자의 성별 연령 평균 ····· 141
1.4. 자살시도자 지역별 연령분포 ····· 141
1.5. 도시, 농촌에 따른 연령별 자살시도자 분포 ····· 143
1.6. 자살시도자의 거주형태 분포 ····· 143
1.7. 자살시도자의 결혼상태 분포 ····· 146
1.8. 자살시도자의 학력 분포 ····· 147
1.9. 자살시도자의 종교 분포 ····· 148
1.10. 자살시도자의 의료급여 분포 ····· 149
1.11. 자살시도자의 월 가구 수입 분포 ····· 149
2. 응급실 내원정보 ····· 151
2.1. 자살 시도자의 응급실 내원 경로 ····· 151
2.2. 자살시도자의 응급실 내원 시 의식상태 ····· 152
3. 의학적 병력 평가 ····· 153
3.1. 자살시도자 신체 질환 ····· 153
3.2. 자살시도자 정신건강의학과 치료 여부 ····· 156
4. 자해/자살 시도 과거력 ····· 159
4.1. 자살시도자 자해 시도력 ····· 159
4.2. 자살시도자의 자살 시도력 ····· 161
4.3. 자살시도자의 과거 자살시도 후 처치 방법 ····· 162
4.4. 자살시도 과거력 유무에 따른 인구학적 차이 ····· 164
5. 현재 자살시도 상황 평가 ····· 165
5.1. 자살시도자의 자살시도 장소 ····· 165
5.2. 자살시도자의 주관적인 자살시도 원인 ····· 166
5.3. 평가자 판단에 따른 자살시도 원인 ····· 168
5.4. 외부요인의 영향 ····· 172
5.5. 자살시도자 자살시도 방법 ····· 172
5.6. 자살예방 서비스 이용 경험 ····· 176
6. 자살평가 (C-SSRS) ····· 178
6.1. 자살사고의 심각도 ····· 178
6.2. 자살사고의 강도 ····· 178
6.3. 자살 행동 부척도 ····· 182
6.4. 자살시도의 실제적 치명성 ····· 183
7. 자살의도척도 (SIS) ····· 184
7.1. 유서 작성 여부 ····· 185

7.2. 자살 의도 공개 ····· 186
7.3. 자살 시도의 목적 ····· 186
7.4. 삶에 대한 양가감정 ····· 187
7.5. 자살 시도에 대한 사전 계획의 정도 ····· 188
7.6. 낮은 치명도를 가진 자살수단과 높은 치명도를 가진 자살수단의 비교 ····· 188
8. 정신과적 평가 및 조치 ····· 190
8.1. 정신과적 치료 필요 ····· 190
8.2. 응급실 퇴원 후 계획 ····· 190
9. 응급진료 결과 ····· 193
9.1. 응급실 진료결과 ····· 193
9.2. 응급실 퇴원시 최종 진단 ····· 194
9.3. 의료비 지원 ····· 194

제 3장. 연구의 결론 및 제언 ■

I. 연구의 결론 및 의의 ■

1. 연구의 의의 ····· 197
2. 연구결과 요약 및 토의 ····· 199
2.1 제 1세부 - 자살에 대한 국민태도 조사 ····· 199
2.2 제 2세부 - 의료기관 방문 자살 시도자 실태조사 ····· 208
3. 연구의 한계점 ····· 212

II. 정책적 제안 ■

1. 연구 결과를 통한 정책적 제안 ····· 214
1.1. 자살에 대한 인식제고를 위한 대국민 홍보 및 게이트 키퍼 양성교육 ····· 214
1.2. 자살과 관련된 영상물의 제작 가이드라인 및 심의 규정 강화 ····· 214
1.3. 정신질환 및 전문가 상담에 대한 인식 제고를 위한 홍보 ····· 215
1.4. 자살예방 프로젝트의 개인정보보호 적용 예외 ····· 216
1.5. 응급실 기반 국가 자살시도자 감시 체계 모형의 제안 ····· 216
1.6. 응급실 기반 국가 자살시도자 감시 체계와 기존 행정자원의 연계 ····· 217
2. 향후 연구에 대한 제언 ····· 219
2.1. 표본 수의 확대 필요성 ····· 219
2.2. 한국의 사회문화적 조건에 맞는 요인의 분석 ····· 219
2.3. 추가적 문항의 필요성 ····· 219
2.4. 안정적인 향후 자살시도자 조사를 위한 방안. ····· 220

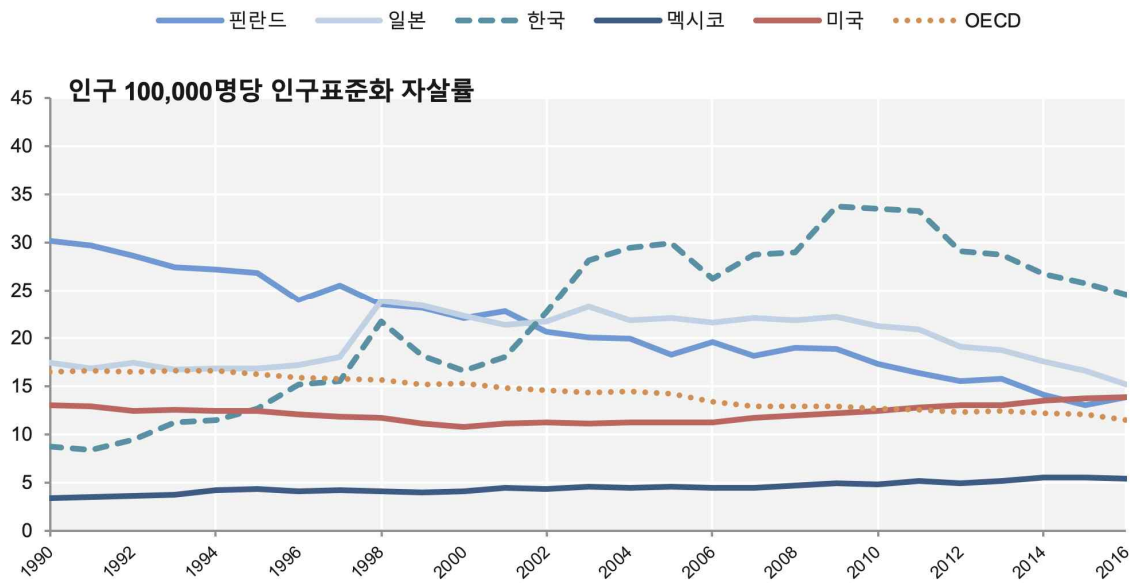
참고문헌 ■ ····· 221
부록 ■ ····· 226

제 1장. 서론

- 연구의 배경 및 목적, 각 세부 주제 구성의 근거

1. 연구 배경

자살이란 당사자가 자유의사(自由意思)에 의하여 자신의 목숨을 끊는 행위를 통칭하는 말로서, 한국의 경우도 전환기의 경제발전단계에서 그 위험성이 경고된 이래 자살은 2000년대 이후부터 가파르게 증가하여 현재에는 세계적으로도 심각한 수준에 직면해 있다. 한국에서의 자살은 2003년 이후 OECD 국가 중 15년째 자살률 1위를 기록하는 등 심각한 사회적 문제로 널리 알려져 왔다. 2018년 통계청 발표에 따른 2017년의 자살현황에 따르면 한 해 동안의 자살자는 12,463명으로, 인구 10만 명당 자살사망률은 24.3명으로 여전히 높은 수준이며, 2017년 연령별 3대 사망원인 중 자살은 10~39세에서 1위, 40~59세에서 2위를 보이는 바, 아직 국내의 자살은 심각한 사회적 문제 중 하나이다.



<그림 1> OECD 국가들의 자살률 추이 (https://stats.oecd.org)

또한 2018년 1월 보건복지부 보도 자료에 따르면 자살로 인한 사회경제적 손실이 2012년 기준 6.5조원이다. 또한 매년 7만 명의 자살유가족이 발생하며, 자살유가족에서의 자살 위험은 일반인구 대비 8.3배로 높아져 있다고 발표되었다. 이러한 큰 사회경제적 손실과 2차 손실이 발생하는 자살에 대하여 과거에는 이를 자살자 또는 자살자가 속한 가족공동체의 개인적 문제로만 여겼던 탓 에 외부에 알리는 것 자체가 수치이자 불명예라는 인식이 지배적이었고, 그 결과 정확한 실태나 대응방안을 모색하는 것은 전무했다. 하지만 최근에는 자살은 단순히 불행한 개인 한 명의 죽음을 지칭하는 것이 아니라 회피

할 수 있는 다양한 사회환경적 요인에 의해 극단적으로 선택되는 자발적이면서 인위적인 생명의 단절을 의미하기 때문에 국가와 사회공동체의 적극적인 개입이 필요하다는 의견을 바탕으로 2004년에 1차, 2009년에 2차, 2016년 3차 자살예방대책 5개년 계획이 수립되었다.

우리나라 자살률은 2006년 지하철 스크린 도어 설치, 2011년 맹독성 농약에 대한 생산 금지 및 2012년 유통금지 등의 정책에 힘입어 2011년을 정점으로 찍고 감소세로 전환되었다. 2017년의 한 해 자살 사망자수 12,463명, 인구 10만 명당 자살사망률은 24.3명으로 전년도인 2016년 자살 사망자 수 13,092명과 인구 10만 명당 자살사망률 25.6명에 비해 각각 -4.8%, −5.0% 감소된 수치를 보이고 있다(통계청 사망원인통계, 2017년). 이는 이전 년도에 비해 1.3명 감소한 수치이지만, 아직까진 한국의 자살률 수치는 다른 국가들과 비교했을 때 월등히 높은 수준이다. 이러한 감소하는 추세에 대해서는 향후 지속적 관찰이 필요할 것으로 생각된다.

2011년에는 자살예방 및 생명존중문화 조성에 관한 법률(이하 자살예방법)이 통과되면서 법적 근거를 가지고 2012년 중앙자살예방센터가 신설되기도 하는 등 자살예방과 관련된 국가적인 책임을 구체화하면서 보다 체계적인 정책실행을 위한 기초가 마련될 수 있는 발판을 마련하였다. 이와 같은 배경에서 2013년 자살률 증가의 요인에 대하여 뚜렷한 정책적 기반이 될 수 있는 기본적인 자살실태조사가 처음으로 시행되었고 전국민을 대상으로 한 최초의 조사라는 점에서 큰 의의가 있었다.

2016년 3차 자살예방대책 계획으로는 보건복지부의 직접사업으로는 자살예방관련 연구개발 사업, 생명존중 문화조성사업, 자살예방 교육 및 전문인력 양성, 사이버 상담 및 자살유해정보 모니터링, 민관협력 자살예방사업, 응급실기반 자살시도자 지원사업, 중앙자살예방센터 운영 등이 계획되었으나, 이는 자살 예방을 위한 다양한 사업 중 일부부분이며, 타 행정부서와의 협업의 부족, 예산의 부족 등이 한계로 받고 있다.

이러한 한계를 개선하기 위하며 매 5개년마다 자살실태조사를 시행하고 있으며, 2018년도 자살실태조사를 착수하게 되었다.

2. 연구의 각 세부 주제 구성의 근거

2.1. 자살 위험 단계에 따른 대책의 차별성

예방 전략	정의	예시
1차 예방	모든 국민을 대상으로 하는 예방	지역주민을 대상으로 한 웃음치료 교육 자살예방 강연 등
2차 예방	향후 자살 위험이 높아지는 것으로 알려진 특정 집단을 대상으로 하는 예방	성폭력 피해자 치료 연계 프로그램 실직자 지원 프로그램 등
3차 예방	자살 위험 징후를 보이는 특정한 사람들을 대상으로 하는 예방	자살시도자 프로그램 자살 유가족 프로그램 등

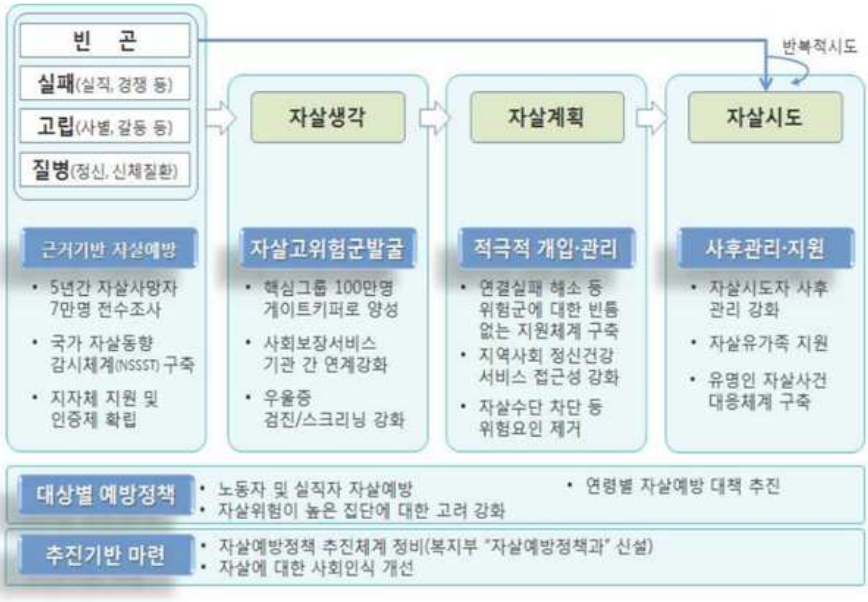
<표 1> 예방 전략의 정의와 예시

모든 질병의 예방방법과 마찬가지로 자살도 단계별로 예방법을 나누어 볼 수 있다. 1차적으로 모든 국민을 대상으로 대책을 마련함으로서 자살 위험의 인구를 줄이는 대책이 있겠다. 2차적으로 자살의 위험성이 높은 것으로 알려진 특정 인구 집단을 대상으로 한 예방으로서 자살로 이환되는 인구를 줄임으로서 예방해볼 수 있다. 마지막 3차적 예방으로 자살의 위험을 보이는 집단을 대상으로 예방함으로서 자살을 시도하는 인구를 줄이는 프로그램 등을 구상해볼 수 있다.

이렇게 자살의 단계별로 대책을 다르게 적용함으로서 더욱 효율적으로 자살을 예방할 수 있으며, 또한 위험의 정도 이외에 자살 위험의 원인과 시급성에 따라 어떤 예방 활동을 하는지 차이를 둘 수 있다.

2.2. 2018년도 보건복지부의 개입전략

실제 위의 위험 단계에 따라 보건복지부에서 2018년 개입 전략을 수립하였다. 더욱 구체적으로는 과학적 기반에 근거한 전략적 접근을 추진하고, 자살 고위험군 발굴을 위한 전 사회적 네트워크를 구축하며, 적극적 개입 및 관리를 통한 자살 위험을 제거하고, 사후 관리 강화를 통하여 자살확산을 예방하고, 자살의 대상자별 예방 방법을 개별화하여 적용하는 전략을 수립하였다.



<그림 2> 자살원인과 진행과정에 따른 개입 전략 (자살예방 국가 행동계획, 2018)

2.3. 자살 예방 대책 근거 마련을 위한 자살실태조사 필요성

위의 전략들이 현실적으로 접목되기 위하여 과학적 근거의 마련은 필수적이다. 이러한 과학적 근거의 중심에는 실태 조사와 자살원인의 분석, 그리고 자살자의 심리적 부검 등을 통한 자살에 대한 현실적, 심층적 분석이 있어야 한다. 또한 자살이라는 사건은 빈번히 발생하는 사건이 아니기 때문에 대규모 집단을 대상으로 해야 한다. 그리고 자살이라는 사건이 가지는 사회문화적 측면과 자살의 1차적 예방을 구체화시키는 기반으로 일반 국민을 대상으로 한 자살에 대한 태도를 확인하는 것이 필요하겠다.

따라서 본 조사에서는 일반 국민을 대상으로 자살에 대한 태도를 확인해보고자 하였고, 고위험군인 자살시도자들 중 응급실에 내원한 집단을 대상으로 면밀하고 심층적인 관찰을 가능하도록 하였다. 일반 국민을 대상으로 한 자살 태도 조사는 자살의 1차 예방사업과 2차 예방사업의, 응급실에 방문한 자살시도자에 대한 연구는 3차 예방 사업을 진행함에 있어 중요한 과학적 근거가 되겠다.

2.4. 자살의 단계별 조사 방안 및 본 연구과제의 세부 구성

본 연구는 총 2개의 세부 과제로 구성될 예정이며, 각 세부과제의 구성의 근거는 다음과 같다.

첫 번째로 자살에 대한 태도는 일반 인구를 대상으로 조사를 실시하여 태도를 파악하였다. 이를 위하여 17개 시도에서 표본추출을 통하여 만 19세 이상부터 만 75세 이하의 1,500명을 대상자로 선정하였고 우리 국민을 대표하는 결과로 일반화할 수 있다는 장점

이 있다. 두 번째로 자살의 종적 단계에 따른 자살의 분석을 위해 자살 시도자가 그 대상이었고 응급실을 방문한 자살시도자 자료를 통하여 여러 변인들과의 통계적인 분석을 시행하였다. 전국의 38개 응급의료기관에서 자살 시도를 통해 응급실에 방문한 환자들을 정신건강의학과 의사 등에 의해 심층 면담을 실시하였고 자살 시도의 원인 및 영향을 주는 변인들을 밝혀내었다. 이러한 다차원적 연구를 통해 자살과 사회, 경제학적 요인 그리고 정신질환과의 관련성 및 의료기관의 이용등과의 관련성 등을 통합적으로 파악하였다.

3. 세부별 연구의 주제

3.1. 제 1세부: 자살에 대한 국민태도 조사

자살에 대한 태도가 자살 발생을 예측한다는 근거들이 쌓이면서 자살에 대한 태도를 조사하는 것은 중요하게 되었다. 자살을 시도한 적이 있는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 자살에 대해서 좀 더 수용적이라는 관련성이 제기되었다. (Domino & Limbacher, 1985) 청소년에서 자살에서 대해 허용적일수록 자살 사고가 높았으며, (Stein et al., 1998) 자살 위험 요소와 양의 상관관계를 갖는다고 보고하였다. (Arnautovska, 2010) 2013년 자살실태조사 자료를 바탕으로 한 우리나라의 연구에서도 자살 사고가 있는 집단과 아닌 집단에서 자살에 대한 태도의 차이를 확인하였다. (이상욱, 2019) 이상의 연구를 종합해보면 자살에 대한 태도는 자살에 대한 접근성에 큰 영향을 미치는 것이라고 볼 수 있다.

따라서 이러한 자살에 대한 태도를 측정하기 위한 조사도구들이 개발되었다. 하지만 태도라는 것은 한 개인의 감정, 행동, 인지의 모든 것이 복합되는 표현단위(Myers, 1993)이기 때문에 그 개발에는 어려움이 있었다. 1980년 Domino에 의해 처음으로 개발된 Suicide Opinion Questionnaire (SOQ)는 포괄적이고 심층적인 척도이지만 100개라는 너무 많은 문항 때문에 실행가능성(feasibility)이 떨어지며, “자살률은 백인보다 흑인에서 더 많다.”와 같이 우리나라의 문화적 맥락과 맞지 않는 질문들이 다수 포함되어 있다. Diekstra & Kerkhof은 1989년 Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT)를 개발하였지만 이 또한 133 항목이라는 방대한 분량으로 일반인 대상으로 측정하기에 한계를 지니고 있다. 2003년 Renberg 등에 의해 개발된 Attitudes toward Suicide (ATTS)는 이전의 조사도구에 비해서 본 조사에 사용된 37개를 포함한 총 61개 항목이라는 비교적 적은 항목을 가지고 있으며 최근 연구에서 인구집단을 대상으로 자살에 대한 태도와 태도를 측정하는데 가장 많이 사용되고 있다.

2013년 제1차 자살실태조사에서 이루어진 자살에 대한 태도 조사에서 우리나라 일반인들은 ‘불치병으로 자살 생각’하는 것에 과반 이상이 이해한다고 대답했으며, ‘자살을 말하지 말아야 한다’라는 주제로 여기는 태도가 47.4%에서 나타났다. ‘자살을 하는 사람은 대개 정신 질환을 갖고 있다.’에 동의하는 태도도 43.6%를 보였다. 이러한 결과들은 추후 자살 예방 정책을 수립하는데 도움이 되었으며, 2013년에서의 변화를 확인함으로써 구체적이고 효율적인 자살 예방 정책을 수립하는 근거가 되겠다.

3.1.1. 일반국민의 자살에 대한 태도 조사의 필요성

자살은 사회 문화적 맥락 속에서 발생한다. 직업, 성별, 최근의 스트레스 사건, 그리고 정신과적 질병만으로 개인 혹은 집단 내의 자살을 모두 설명할 수 없다. 따라서 자살을 이해하고 예방하기 위해서는 자살에 대한 개인 및 집단의 규범에 대한 평가(normative evaluation)가 반드시 필요하다. (Renberg et al., 2013)

자살 시도는 대부분 자살 사고를 가지고 있는 개인에게서 일어나고 자살 사고-강한 자살 사고-자살 시도로 자살의 단계를 구분할 수 있다는 '3단계 이론'이 최근 제시되었다. (Klonsky & May, 2015) 즉, 자살 사고가 형성되고 자살 계획으로 발전하며 이것이 자살 시도로 이어지는 각각의 위험요인이 따로 있을 것이며 그 단계 별로 예방을 위한 접근법을 달리해볼 수 있을 것이다. 따라서 자살사고 및 자살계획을 가진 일반국민들이 그렇지 않은 인구에 비해 어떤 자살에 대한 태도를 지니고 있는지를 조사하는 것은 자살의 1차 예방과 2차 예방의 측면에서 예방적 정책과 사업을 구체적, 체계적으로 펼칠 수 있는 밑거름이 될 것이다.

특히 향후 자살 예방정책을 수립할 때 개인정보보호와 상충될 수 있는 논의점에 대한 국민들의 태도는 중요한 근거자료가 된다. 또한 국민들이 어떤 자살 예방자원에 대해 얼마나 인식을 하고 있는지를 아는 것도 향후 홍보나 교육 측면에서 도움이 될 수 있을 것이다. 마지막으로 자살 관련 영상물이나 문화 콘텐츠를 심의하는 정책에서도 국민들이 이에 대해 어떤 태도를 가지고 있느냐가 중요한 정책 수립의 기본 자료일 것이다. 본 연구에서는 2013년에는 이뤄지지 않은 상기 질문들을 추가해서 향후 정책 수립에 도움을 주고자 한다.

3.1.2. 자살에 대한 국민태도 조사의 목적

본 연구는 2013년에 이루어진 최초의 조사 이후 처음으로 다시 시행된 대단위 자살인식조사이다. 최초의 조사를 기준(reference)으로 하여 종적인 변화를 측정함으로써 향후 자살예방을 위한 대국민 홍보, 정책의 방향을 설정하고, 자살에 대한 태도와 자살 관련 지표들의 연관성을 보는 연구로의 확장의 기반이 될 것이다.

따라서 본 연구는 다음과 같은 목적을 이루고자 한다.

○ 자살예방법에 기반한 5년 단위의 전 국민 자살에 대한 태도 조사
○ 일반인구집단에서 자살에 대한 태도의 변화를 조사하여 지난 5년간 자살 예방 프로그램, 대국민 교육을 분석 및 향후 자살예방을 위한 정책 방향 설정의 근거 제공.
○ 자살에 대한 태도와 자살 관련 지표들의 연관성을 보는 연구로의 확장.

3.2. 제 2세부: 의료기관 방문 자살 시도자 실태 조사

자살시도는 자살사고, 자살계획 및 자해 등에 비해 실제 자살 사망과 가장 근접한 행동으로 기존 연구들에서 자살시도 경험이 자살로 사망할 위험을 통계학적으로 잘 예측하는 요소로 알려져있다. (Owens 등, 2002; Cavanagh 등, 2003; James 등 2012) 자살시도를 예방하는 것이야말로 자살의 바로 전 단계를 예방하는 행위로, 결과적으로는 자살을 예방할 수 있는 방법이라고 볼 수 있을 것이다.

자살이라는 것은 인생의 마지막 행동이기 때문에 자살 당사자를 통한 자살 원인을 규명하는 것은 불가능한 일이다. 유서를 남긴 희생자만 조사하는 경우, 자살자의 약 1/3은 유서가 없기 때문에 유서를 남긴 사망자가 전체 자살자를 대표한다고 보기 어렵다. 최근에는 심리학적 부검 등의 간접적인 형태의 접근이 시도 되고 있으나 확실하고 직접적인 정보를 얻는 방법은 아니다. 또한 자살은 매우 드물게 나타나는 것으로 통계적인 의미를 가진 위험 요인들을 규명하려면 대규모 집단을 대상으로 어떤 사람이 자살을 하는지를 관찰해야 한다. 하지만 비용과 시간의 문제와 함께 자연적으로 일어날 때까지 개입 없이 관찰해야 하는 등의 윤리적 문제도 있어 실제 연구는 불가능하다고 할 수 있겠다.

자살시도는 자살의 직전에 나타나는 행위로 자살사고, 자살계획 및 자해 등의 다른 자살 행동에 비하여 실제 자살과 가장 근접한 행동으로 볼 수 있다. 자살예방에 대한 외국의 많은 연구들에서 과거 자살시도 경험이 다른 알려진 위험요인들에 비해 추후 자살로 사망할 위험을 통계학적으로 잘 예측하는 것으로 보고하고 있다. (Owens 등, 2002; Cavanagh 등, 2003; James 등 2012) 이에 지속적으로 자살시도의 원인 및 유발 인자에 대한 자료를 축적한다면 예방적 효과가 클 것이다.

2012년에 발표된 2011 정신질환실태 역학조사에 의하면 만 18세 이상 74세 이하 일반 성인의 15.6%가 평생에 한번 이상 심각하게 자살 사고를 경험하였으며, 3.3%가 자살계획, 3.2%가 자살 시도의 경험이 있는 것으로 보고되었다. 또한 최근 1년간 자살을 시도한 것으로 추정되는 사람이 전국에 약 10만 8천여 명으로 추산 되었다. (2011 정신질환 실태조사, 2012) 이러한 자살시도자를 조사하여 자살시도의 원인과 위험요인 및 보호요인에 대해서 조사하는 것은 향후 자살시도 및 자살을 예방하기 위한 대책 마련의 중요한 근거를 마련하는 일일 것이다.

2012년 자살실태조사 예비조사에서는 조사대상 표본의료기관의 대표성 문제, 정보제공 및 응답 신뢰도의 한계점 및 단면적 조사의 제한점으로 자살시도에서 사망으로의 이행단계에 관련된 요인을 파악하지 못하였다.

2013년 자살실태조사에서는 자살시도자 사망여부 및 의료서비스 이용 관련 자료를 각각 통계청 및 건강보험공단을 통해 확보하여 자살시도 및 사망과 관련된 다차원적인 요인을 조사하고, 의료서비스 이용과 자살사망 예방과의 관련성을 분석하였다.

자살 기사와 관련해 언론매체의 자구적인 노력이 필요함을 강조 하였으며, 국가 자살 예방정책적인 차원에서 고위험군이 정신건강복지센터 및 자살예방센터에 대한 접근성을 용이하게 할 수 있도록 다양한 통로를 통하여 홍보해야 할 근거를 제시하였다. 자살이나 우울증에 대한 잘못된 인식에 대해 적극적으로 편견해소 및 올바른 정보 제공을 위한 홍보 활동 확대가 필요함을 강조하였다.

2018년도 자살실태조사에서는 현재 전국적으로 시행하고 있는 생명사랑위기대응센터의 자료원을 기반으로 하여 자살실태조사 체계를 구축하고 본 자료원을 활용하여 효율적이고 심층적인 자살실태조사 기반을 구축하고자 한다. 또한 본 연구진은 생명사랑위기대응센터 운영위원회 및 관련 사업 참여 경험을 보유하고 있으며 향후 관련된 정책도 제안해볼 것이다.

4. 기초 문헌 조사

4.1. 제 1세부: 자살에 대한 태도 조사

4.1.1. 태도 측정 도구

본 연구에서 사용한 자살에 대한 태도 측정 도구는 스웨덴에서 개발된 Attitude toward suicide (ATTS)이다. 1986년 SOQ를 기반으로 최초로 첫 번째 버전이 완성되었고 이를 2003년 Renberg과 Jacobsson가 대대적으로 개편하여 현재 버전이 되었다. 본 연구에선 2016년도 Renberg가 61개 항목으로 수정한 버전을 사용하였다. (주변인에 관한 문항 3개, 자살에 대한 태도 관련 문항 40개, 자신에 대한 문항 28) 이중 자살에 대한 태도 관련 문항 40개 중에서 점수화 방식이 다른 3개의 문항을 제외하면 37개 문항으로 되어있으며 5-Likert syle(1~5점)로 점수화되어있다. 다른 조사 도구에 비해서 문항이 적은 관계로 일반 인구를 대상으로 간편하게 조사할 수 있다는 장점이 있으며 유럽을 비롯하여 아시아에서 자살에 대한 태도를 조사하는데 일반적으로 사용되고 있다. 본 연구에는 상기 37개 문항을 2013년 박종익 등이 한글로 번역한 버전을 사용하였다.

Renberg는 본 측정 도구를 이용해 스웨덴 일반인에게 우편으로 조사하여 탐색적 요인분석을 통해 37개 항목 중 34개 항목을 아래와 같이 10개의 요인으로 분류해냈다. (Renberg & Jacobsson, 2003)

① 허용도(permissiveness)
② 불가해성(incomprehensibility)
③ 인식부족(noncommunication)
④ 예방가능(preventability)
⑤ 금기적 태도(tabooing)
⑥ 보편화 경향(normal-common)
⑦ 자살결정과정(suicidal process)
⑧ 자살동기유추(relation-caused)
⑨ 자살예방 준비성(preparedness to prevent)
⑩ 합리적 선택(resignation)

각 요인들은 적게는 2개 많게는 6개의 문항들을 포함하고 있으며 서로 상이한 질적 의미

를 지니고 있다. 본 연구에서 상기 요인들을 이용해 2013년과 2018년의 자살에 대한 태도 추이를 분석할 것이다.

4.1.2 자살에 대한 태도 조사의 연구 동향

○ 이란 쿠르드족 1000명을 대상으로 자살에 대한 태도를 조사 (Mofidi et al., 2008)

- 저학력층에서 자살에 대해서 좀 더 수용적
- 여성, 저연령층이 좀 더 자살을 예방가능하다고 인식

○ 슬로베니아 청소년 423명을 대상으로 자살에 대한 태도를 조사 (Arnautovska & Grad. 2010)

- 여자 청소년들이 남자보다 자살에 대해 더 허용적 태도
- 허용적 태도의 정도와 자살 위험 요소가 양의 연관성을 보임

○ 일본 사회복지사 842명을 대상으로 자살에 대한 태도를 조사 (Kodaka et al., 2013)

- 자살 사고가 있었던 사람에게서 자살을 '권리'라고 인식하는 정도가 높음
- 자살에 대한 태도를 다룬 적이 없는 기존의 자살 예방 훈련을 받은 적이 있더라도 자살에 대한 허용적인 태도를 변화시키지 못 함.

○ 노르웨이, 스웨덴, 러시아에서 자살에 대한 태도를 조사하여 자살 행동과 관련성 연구 (Renberg et al., 2008)

- 구조방정식을 통해 분석한 태도와 자살 행동과의 연관성 모델이 나라마다 상이함
- 자살에 대한 태도가 자살에 미치는 영향이 사회문화적 요인에 매개됨을 시사

○ 국내 정신건강의학과 전공의를 대상으로 자살에 대한 태도를 조사 (이경린 등, 2015)

- 전공의들은 대체적으로 자살에 대해서 허용적이지 않으며 덜 금기적으로 여김
- 연차가 높을수록 자살을 예방 가능한 것으로 보지만 전체적으로 그 정도는 낮음

○ 국내 청소년을 대상으로 자살에 대한 태도를 조사 (이경은, 2016)

- 자살에 대한 태도 중 자살의 과거력, 자살의 이해도, 사회적 지지의 측면이 우울증상의 정도와 유의한 상관관계
- 국내 청소년을 대상으로 ATTS의 구성 타당도는 높은 편

○ 2013년 국내 자살실태조사 자료를 바탕으로 자살 사고의 유무에 따른 자살에 대한

태도를 비교 (박종익 등, 2019)

- 자살 시도를 한 적이 있는 사람에서 자살에 대해 허용적인 태도가 높음
- 자살 시도가 자살에 대한 태도를 변화시킴을 시사하며 자살에 대한 태도가 자살 예방 프로그램에 반드시 포함되어야 함을 주지

상기 연구결과를 종합해보면 자살에 대한 태도는 자살 사고 및 자살 관련 행동과 밀접한 연관성을 지니고 있다. 또한 이러한 연관성의 작용 방식과 연관 정도는 사회문화적인 영향을 강하게 받고, 같은 국가 안에서 성별, 인구, 나이에 따라 조금씩 다른 것을 볼 수 있다. 마지막으로 자살에 대한 태도를 직접적으로 다루지 않은 기존의 자살 예방 프로그램이나 교육 프로그램은 자살에 대한 태도를 바꾸지 못 함을 알 수 있다. 따라서 국내에서 자살에 대한 태도가 각 인구집단 별로 어떤 특성을 띠고 이것이 자살 사고나 자살 관련 행동의 과거력과 관련성을 조사하는 것은 대국민 교육이나 예방 프로그램을 수립하는데 밀접한 연관을 지니고 있을 것이다.

4.2. 제 2세부: 의료기관 방문 자살 시도자 실태 조사

4.2.1. 응급실 내원 자살시도자에 대한 연구들

1998년 응급실을 방문한 자살시도자에 관한 연구가 3편이 보고 되었다. 단국대학교병원에서 시행된 후향적 차트리뷰 연구에 의하면 1998년 한 해 동안 총 173명의 자살시도자가 응급실에 방문한 것으로 나타났으며, 자살시도의 동기로는 부부갈등 및 가정불화가 가장 많았다. 반면 정신질환이 자살시도의 동기로 추정된 사람은 6.1%로 보고되었다. (김승열 등) 원광대학교병원에서 시행된 후향적 연구에 의하면 1998년 한 해 동안 총 490명의 자살시도로 추정되는 환자가 응급실에 방문하였으며, 이중 자살시도의 동기로는 가족 간의 갈등(43.8%)이 가장 많았고, 반면 정신적 문제는 3.3%로 보고되었다. (박재황 등) 조선대학교에서 시행된 연구의 경우 상기 두 연구와 달리 설문지를 이용한 전향적인 조사 연구였으며, 응급실을 방문한 자살시도자 총 60명을 대상으로 하였다. 이 연구에서도 가정불화(41.7%)가 가장 흔한 자살시도의 동기로 조사 되었다. (최동철 등, 2000)

이후 2003년 12월부터 2006년 5월까지 고려대학교 안산병원, 순천향대학교 천안병원, 전남대학교병원의 응급실에 자살시도 내원 환자를 대상으로 한 다기관 연구가 진행 되었다. 이 역시 구조화된 설문지를 이용한 전향적인 조사연구였다. 자살시도자의 DSM-IV 진단으로는 주요우울장애가 69.3%로 가장 많았으며, 정신분열병이 11.2%, 양극성장애가

4.3%로 주요정신질환이 84.8%였으며 반면 스트레스에 의한 적응장애가 2.1%, 정신과적 진단을 붙일 수 없는 경우가 0.7%였다. 자살시도의 동기에 대해서는 조사되지 않았다. (허지원 등, 2007)

이러한 기존 연구들은 몇몇 주요한 한계점을 지닌다. 첫째로는 1개 병원 혹은 3개 병원 응급실을 방문한 자살시도자는 전국의 자살시도자를 대표할 수 없다. 연구 결과에서 자살시도의 동기에 대한 분류기준이 서로 상이하여 일관성이 결여되어 있고, 연령별, 성별, 거주지별(농촌 혹은 도시)로 자살시도의 동기나 방법을 비교하기가 어렵다는 한계가 있었다.

<표 2> 자살 동기 분류

연구	병원	자살시도 동기 분류
김승열 등	단국대병원	부부관계 / 가족갈등 / 신병비관 / 인간관계 / 경제문제 / 정신병 / 기타
박재황 등	원광대병원	이성문제 / 신체적 결함 / 정신적 문제 / 가족간의 문제 / 직장 또는 학교 문제 / 경제적 문제 / 기타
최동철 등	조선대병원	가족간의 갈등 및 사별 / 질환 (정신질환, 신체질환, 만성적 통증 포함) / 경제 문제 / 이성문제 / 기타

이러한 배경을 바탕으로 2010년 3월 1일부터 2011년 2월 28일까지 한국자살예방협회를 중심으로 전국의 8개 병원 연합 응급실 방문 자살시도자 실태조사가 실시되었다. 서울대학교병원 등이 참여하여 수도권과 경기도, 충청권, 호남권, 영남권, 강원권 등 전국 대부분의 지역이 포함 되었으며, 이를 통하여 이전 연구의 한계였던 표본선정의 편파를 줄이는 방향으로 설계되었다. 연구자들이 고안한 구조화된 질문지를 이용하여 정신과 전공의 혹은 전문의가 조사를 했다. 자살시도의 직접적 동기로는 스트레스가 59.1%로 가장 높았으며 정신과적 증상이 33.3%로 그 뒤를 따랐다. 스트레스 중에는 대인관계의 스트레스가 63.9%로 가장 높았으며, 연령, 성별에 따라 스트레스 소항목의 분포에서 차이를 보였다. 61세 이상의 노인의 경우 대인관계 스트레스(22.5%) 보다 신체적 질환에 의한 스트레스(28.4%)가 더욱 주된 자살의 직접적 동기로 밝혀졌다. 스트레스가 자살시도의 직접적 동기로 평가된 사람 중에서도 43.9%가 임상적인 우울증 소견을 보였다. 스트레스에 의한 적응장애로 임상적 진단이 내려진 군은 34.6%에 그쳤다. 정신과적 증상은 우울이 83.7%로 가장 높았다. 스트레스가 자살시도의 직접적인 원인이었던 군과 비교할 때 정신과적 증상이 자살시도의 직접적 동기였던 환자에서 보다 진정성이 높고 치명적인 자살방법을 택하였다. 자살시도 방법 중 목맴 등의 질식의 방법이 치사율이 높은 것으로 나

타났다. (하규섭 등, 2011) 이 연구의 한계 점으로는 객관화된 도구의 사용이 없어 평가자의 주관적인 판단이 중요했던 점을 들 수 있겠다. 따라서 이 연구의 결과만을 바탕으로 한국인의 자살시도 특성에 대해서 섣불리 단정짓기는 어려웠다.

4.2.2. 2012년 자살 실태조사 예비조사

2012년 7월 6일부터 11월 25일까지 2013 자살실태조사를 앞서 전국 7개 병원 응급실을 내원한 자살시도자 총 502명을 분석하는 예비조사가 이루어졌다.

정신과적 병력을 가지고 있는 사람은 전체 응답자의 51.8%였으며, 이중 우울증이 가장 높아 전체 응답자 중 31.2%가 우울증의 과거력이 있는 것으로 조사되었다. 정신과 치료를 받고 있음에도 불구하고 자살 시도로 이어지는 경우가 상당수임을 간접적으로 보여주고 있었다. 자살시도의 원인으로는 스트레스가 전체 복수응답 중 75.2%로 가장 높았으며, 정신과적 증상으로 응답한 경우가 15.2%로 그 뒤를 이었다. 스트레스 중에서는 대인관계로부터 오는 스트레스가 43.8%로 가장 많은 응답이었으며, 이중 67.9%는 가족 내에서의 스트레스를 자살시도의 원인으로 응답하였다. 자살시도자 스스로 자살시도의 원인으로 뽑는 이유 중 가장 흔한 것은 공통적으로 대인관계에서 오는 스트레스였다.

응급실을 방문한 자살시도자들이 가장 흔히 선택한 자살 시도 방법은 약물 음독(47.2%) 이었으며, 농약 음독(15.4%)이 뒤를 이었다. 전체 대상자의 83.5%에서 죽음의 의도가 있으며 방해되거나 중단되지 않은 실제적인 자살시도로 판명되었으나, 의학적 손상은 경증 이하가 많았다. 이는 경미한 손상을 일으킨 자살시도라 해도 평가자가 보기에는 분명한 자살의도가 있었음을 의미한다. 따라서 손상이 비록 경미하더라도 자살시도에 대한 사후관리가 동일하게 필요함을 시사하고 있다.

대상자의 반 수 이상에서 응급실 진료 후 귀가 조치되었다. 그러나 의사의 진료 소견에 반하여 귀가하는 경우가 79.4%로 매우 높았다. 즉, 자살시도의 대부분이 명백한 자살의도가 있었다는 점에서 입원이나 지속적인 추적관찰이 필요하다고 의료진이 판단했음에도 불구하고 거부할 경우에는 그 이상의 조치를 취할 수가 없었다는 것을 의미한다. 응급실 진료 이후에 정신건강의학과 외래 치료를 권고 받은 대상자 중 70.1%(외래치료기준)에서는 긍정적인 반응을 보였으나 나머지 29.9%(외래치료기준)는 거부하였다.

4.2.3. 2013 자살실태조사

2010년과 2012년의 예비 조사의 결과를 바탕으로 연구 대상을 전국적으로 확대하여 17개 연구 기관을 포함 하여 한국 자살 시도자의 특성에 대한 연구로 대상군의 대표성을 확보하였다. 2013 자살실태조사에서는 기존의 연구들에서 포함되기 어려웠던 제주도를 포함하여 울산 등을 포함하고 전국 8개도 및 광역시를 포함시켜 자살 시도자의 전국적인

분포 및 차이를 비교할 수 있었다. 따라서 한국 내에서도 자살 시도의 지역적 차이를 분석하는 데에 중요한 자료로 쓰일 수 있을 것으로 보인다. 2013 자살실태조사에서는 지난 두 차례의 연구의 자살 시도자에 대한 평가 내용을 바탕으로 자살 시도자 특성 파악을 위한 심층적 조사를 시도하였다. 먼저 현재 자살 시도 방법과 동기 등에 있어 지역 간, 도농 차이가 큰 것으로 파악되고 있어 이번 면담내용 가운데에 도시와 농촌의 차이를 구분하여 표기하도록 하였다. 또한 자살의 동기에 있어서도 크게 정신과적 증상과 스트레스에 의한 것으로 구분하고, 스트레스 가운데에서 대인관계 및 학업, 직장생활 등으로 구분하여 원인 파악의 세부화를 도모하였다. 또한 연이은 연예인들의 자살 이후 급격한 자살률의 증가를 불러왔던 2008년의 현상과 관련하여 모방자살 등의 영향을 파악하기 위해 인터넷 매체 및 주변 사람, 유명인의 죽음 등에 영향을 받았는지 여부 등을 파악하도록 하였다.

2013 자살실태조사에서는 예비 연구와 더불어 자살 시도자에 대한 평가도구에 대한 표준화를 강화하였다. 자살 시도자의 현재 자살정도 및 위험성 파악을 통해 향후 사망예방을 위해 자살 시도자의 인구학적 정보 외에도 객관화된 척도를 사용하였다. 2012년 연구에서 예비적으로 사용되어 자살 심각도를 파악하는 데에 도움이 되었던 척도인 C-SSRS(Columbia suicide sincerity rate scale)와 SIS(suicide intent scale)를 도입, 정착하였다. 객관적 척도의 사용이 자살 시도자에게서 중요한 이유는 한국인의 정서와도 관련이 있는데, 자신의 증상을 최소화하거나, 자살 시도의 심각성을 최소화 하고, 심지어 자살 시도 자체를 부인하려는 경향이 있기 때문이다. 객관적 척도를 통하여 자살 시도를 파악하게 되면, 주관적 호소 외에도 주변 환경적인 요소들을 고려하여 현재 자살 시도의 심각성을 파악할 수 있게 되어 이후 처치 방법을 결정하는 데에 중요한 근거로 쓰일 수 있다. 다른 면으로 구조화된 면담지의 이용은 향후 응급실 종사자를 비롯하여 자살고위험군을 접하는 인력에 대하여 자살에 대한 평가를 보다 구체적이고 객관적으로 할 수 있는 체계를 만들기 위한 토대로 사용하고자 하였다.

5. 연구의 필요성 및 목적

2011년 2월 제정된 자살예방법 제11조에 의해 국가는 자살실태를 파악하고, 자살예방을 위한 서비스의 욕구와 수요를 파악하기 위해 5년마다 자살실태조사를 시행하는 것으로 되어 있다. 법 제정 이전에는 단일 또는 소수의 기관으로 이루어진 자살에 대한 여러 가지 연구들은 한국의 전체 자살문제의 특성이라고 판단하기에는 대표성이 없었고 자살에 대한 동기의 분류 기준 등이 상이하여 비교가 어려운 점이 있었다. 또한 객관화된 도구의 사용이 없어 평가자의 주관적 판단이 많이 포함되었으며, 단면적 조사라는 한계를 가지고 있었다. 이와 같은 문제를 보완하여 상기 법령에 근거하여 2010년, 2012년 자살실태조사의 예비 조사를 바탕으로 2013년에 처음으로 전국적 단위의 자살 시도자에 대한 자살실태조사가 실시되었고 그 연구결과가 2014년도에 발표되었다. 2013년 자살실태조사는 다양한 정보의 통합적 이용을 통해 다차원적 상호적 요인을 파악함은 물론이거니와 자살에 대한 인식에서 자살시도에 대한 과정의 일반인 조사, 자살시도자에 대한 의료기관 조사를 동반한 다각적 통합적 정보 체계를 구축할 수 있었고, 자살사망자에 대한 다각적 통합적 정보 분석을 통한 요인 도출을 시도할 수 있었다.

2013년 최초의 전국적 단위의 자살에 대한 조사 이후 두 번째로 시행되는 자살실태조사로서 이전 연구에 참여한 연구기관 및 연구진들의 참여와 일반 인구에 대한 자살의 인식도의 변화를 알아보고, 단발성으로 이루어졌던 자살시도자에 대한 연구를 반복한다는 점에서 의미가 있겠다. 이러한 면에서 이번 연구에서는 상기의 각 분야에 대해 가장 최선의 연구 환경과 기존의 연구 실적이 있는 연구팀들과 연합하여 서로 긴밀한 정보 교환을 통해 통합, 보완적인 자살 실태 조사를 시행하고자 하였다. 또한 반복되는 연구를 통하여 국민의 자살 태도의 시간적 변화를 분석해볼 수 있으며, 이를 토대로 자살예방대책의 효과와 영향력을 확인할 수 있다.

따라서 본 연구는 국가 단위의 대표성을 띤 자살 실태조사의 성격을 띠는 조사로서 이전 연구의 연장선임과 동시에 기존 연구의 보완점을 극복하여 자살의 복합성을 지속적으로 파악하는 연구로서 다음과 같은 목적을 이루고자 한다.

○ 2013년 시행된 자살실태조사의 한계점을 보완, 극복하여 자살에 대한 다각적이고 통합적 이해를 제공하며, 전국적으로 대규모의 샘플을 통해 한국 자살문제의 특성을 밝히는 데에 대표성을 띠고, 자살에 대한 인식과 자살 위험군의 특성의 종적 변화를 확인할 수 있는 자료로서 향후 자살대책의 과학적 근거가 될 것이다.

5.1. 제 1세부 과제의 목적

○ 2013년 시행한 자살실태조사 이후 두 번째로 시행하는 자살에 대한 태도 조사로 전 국민을 대상으로 자살에 대한 인식도, 허용도를 조사하여 자살에 대한 태도가 자살에 미치는 영향을 파악하고, 이후 자살의 보편적인 예방의 근거를 제공함.

○ 2013년과 2018년에 조사된 자료를 비교하며, 이와 함께 자살에 대한 미디어, 영상물 등에 대한 국민들의 인식, 자살 관련 정책의 개인정보보호 범위, 그리고 자살 예방자원에 대한 인식도 수준을 추가로 조사하여 향후 자살 예방 정책 및 대국민 교육에 활용할 수 있는 좀 더 광범위한 근거를 마련함.

○ 마련된 자료를 바탕으로 향후 제3차 자살실태조사에서 보완해야 할 점 및 향후 연구의 방향성을 제시함.

5.2. 제 2세부 과제의 목적

○ 전국 단위의 자살시도자 실태조사로 자살시도자들의 일반적 특징, 관련 위험요인 및 보호요인을 파악하여 자살시도자와 자살 사이의 중개요인 및 위험요인을 파악함으로서 자살 시도자에 대한 통합적 중재 방법을 마련함.

○ 응급실을 방문한 자살 시도자를 대상으로 한 의료기관 조사자료와 통합적 정보의 연계를 통해 사회 인구학적, 의학적 특징을 조사하여 자살 시도의 유발요인 및 예방 방안을 파악함.

○ 자살 시도자에 대한 표준화된 도구를 개발하여 자살시도자를 대상으로 하는 면담 도구를 표준화시키고 자살 시도 이후 정신건강복지센터 등의 연계 시스템의 표준화에 대한 정책적 근거를 제공함.

제 2장. 연구 내용 및 결과 - 각 세부별

제 1세부 과제: 자살에 대한 국민태도조사

I. 연구 내용과 방법

1. 모집단 및 표본추출틀

1.1. 조사대상

「자살태도조사」의 개념상 규정된 목표모집단(target population)은 조사시점 현재 대한민국에 거주하는 모든 가구 내 만 19세부터 75세 이하의 성인이다. 조사모집단(survey population)은 조사의 현실적인 측면을 고려하여 인구주택총조사 상의 섬, 기숙시설, 특수사회시설, 관광호텔 및 외국인 조사구를 제외한 아파트 조사구 및 일반조사구 내 가구에 거주하는 만 19세부터 75세 이하의 성인이다.

표본설계에서 사용한 표본추출틀(sampling frame)은 2016년 인구주택총조사 결과[1]의 전체 조사구 중 섬, 기숙시설, 특수사회시설, 관광호텔 및 외국인 조사구를 제외한 아파트 조사구와 일반조사구 리스트이다.

추출된 표본조사구에서 조사대상으로 하는 '가구'는 통계청의 가구 정의에 따라 "1인 또는 2인 이상이 모여 취사, 취침 등 생계를 같이 하는 생활 단위"로 규정하고, '집단가구'를 제외한 '일반가구'를 조사대상으로 하였다. 「자살태도조사」의 조사대상은 다음과 같이 정의된 일반가구 중 만 19세부터 만 75세 이하의 성인이 거주하고 있는 가구이다.

① 가족으로 이루어진 가구
① 가족과 5인 이하의 남남이 함께 사는 가구
② 가족이 아닌 5인 이하의 남남이 함께 사는 가구

「자살태도조사」의 조사대상에 제외되는 집단가구는 다음과 같은 유형이 있다.

① 가족이 아닌 6인 이상 가구
② 집단시설 가구 (기숙사, 양로원, 보육원 등 사회시설)
③ 외국인가구 (외국인만으로 구성된 가구)

참고로 한국인과 외국인이 함께 사는 가구(다문화가정 등)는 '일반가구'에 해당되며, 다가구 주택의 경우는 하나의 주택에 여러 가구가 거주하지만 독립가구를 이루고 있기

1) 표본추출 과정에서 활용할 수 있는 최신의 표본추출틀 정보는 2016년 기준 인구주택총조사 조사구 리스트이다.

때문에 별도의 가구로 간주하였다.

1.2. 모집단 현황 : 2017년 인구주택총조사 결과 분석

이 조사를 위한 표본설계를 위한 조사모집단 분석에서는 2017년 인구주택총조사 결과를 활용하였다. <표 1>은 2017년 인구주택총조사 결과를 정리한 것으로 조사모집단 현황이다. 전체 모집단 내 일반가구는 19,673,875호이고, 조사구(2016년 인구주택총조사 기준[2])는 324,806개이다. 지역별 현황을 보면 경기도와 서울시는 각각 전체 조사구의 21.6%와 20.3%를 차지하고, 가구 수의 23.4%와 19.4%를 차지하고 있다. 전반적으로 행정구역별 조사구 수와 가구 수의 구성비는 유사하다. 19~75세 인구 현황을 보면 경기도와 서울시는 각각 전체의 24.9%와 19.7%를 차지하고 있다.

<표 1> 모집단 현황 (2017년 인구주택총조사 결과)

시도	조사구 수 (2016년)	열%	가구 수	열%	19-75세 인구	열%
전국	324,806	100.0%	19,673,875	100.0%	39,754,187	100.0%
서울	65,785	20.3%	3,813,260	19.4%	7,841,026	19.7%
부산	23,619	7.3%	1,354,401	6.9%	2,708,362	6.8%
대구	14,909	4.6%	948,030	4.8%	1,904,315	4.8%
인천	17,291	5.3%	1,080,285	5.5%	2,283,098	5.7%
광주	8,751	2.7%	575,732	2.9%	1,138,725	2.9%
대전	9,395	2.9%	597,736	3.0%	1,177,683	3.0%
울산	7,411	2.3%	428,720	2.2%	898,224	2.3%
세종	1,330	0.4%	104,325	0.5%	198,885	0.5%
경기	70,315	21.6%	4,602,950	23.4%	9,885,867	24.9%
강원	10,967	3.4%	620,729	3.2%	1,157,297	2.9%
충북	10,707	3.3%	629,073	3.2%	1,225,957	3.1%
충남	13,402	4.1%	834,986	4.2%	1,620,145	4.1%
전북	12,222	3.8%	728,871	3.7%	1,361,249	3.4%
전남	12,066	3.7%	733,757	3.7%	1,313,316	3.3%
경북	20,074	6.2%	1,087,807	5.5%	2,028,594	5.1%
경남	22,583	7.0%	1,292,998	6.6%	2,535,440	6.4%
제주	3,979	1.2%	240,215	1.2%	476,004	1.2%

2) 본 조사를 위한 표본설계 시점에서 2017년 기준 인구주택총조사 결과를 활용할 수 있었지만, 표본추출을 위한 조사구 최신 정보는 2016년 기준 인구주택총조사 조사구 리스트 정보이다.

<표 2>는 2017년 인구주택총조사 결과 중 인구와 가구 부문 분석결과를 정리한 것으로 동·읍·면별 가구당 평균 만 19～75세 인구 현황이다. 19～75세 인구의 81.8%가 동 지역에 거주하고, 18.2%는 읍 또는 면 지역에 거주하고 있다. 가구당 평균 19세～75세 인구 현황을 보면 동 지역에서는 가구당 2.05명, 읍 지역은 1.99명, 면 지역은 1.83명이다.

<표 2> 동·읍·면별 인구 및 가구 현황

지역	19세-75세 인구		총 가구 수		가구당 평균
	인구	열%	가구	열%	19세-75세 성인
동 지역	32,526,592	81.8%	15,881,216	80.7%	2.05
읍 지역	3,576,252	9.0%	1,798,810	9.1%	1.99
면 지역	3,651,343	9.2%	1,993,849	10.1%	1.83
전체	39,754,187	100.0%	19,673,875	100.0%	2.02

자료: 2017년 인구주택총조사 결과

2. 층화

「자살태도조사」 표본설계에서는 7개 특별·광역시와 9개 도 지역으로 1차로 층화하고, 9개 도 지역에 대해서는 동부와 읍·면부로 세부 층화하였다. 이 조사의 1차추출단위는 인구주택총조사의 조사구이고, 2차추출단위는 가구와 가구 내 19～75세 성인이다. 1차추출단위인 인구주택총조사의 조사구는 지리적으로 인접한 대개 60～70여 가구로 구성되어 있는데, 층화는 1차추출단위인 조사구의 특성 정보를 바탕으로 이루어지게 된다.
서울시와 경기도의 경우는 전체 인구 규모와 지역적 차이를 고려하여 각각 4개 권역(북서, 북동, 남서, 남동)과 3개 권역(북부, 중부, 남부)으로 세부 층화하였다. <표 3>과 <표 4>는 각각 서울시와 경기도의 권역별 구분 현황이다.

<표 3> 서울시 권역별 해당 구 현황

권역	해당 지역
북서부	은평구, 서대문구, 마포구, 용산구, 종로구, 중구
북동부	노원구, 성북구, 중랑구, 도봉구, 강북구, 동대문구, 성동구, 광진구
남서부	강서구, 양천구, 금천구, 영등포구, 구로구, 관악구, 동작구
남동부	서초구, 강남구, 송파구, 강동구

<표 4> 경기도 권역별 해당 시군 현황

권역	해당 지역
북부	하남시, 가평군, 여주시, 남양주시, 양평군, 파주시, 연천군, 포천시, 동두천시, 양주시
중부	부천시, 고양시, 성남시, 광주시, 김포시, 광명시, 의왕시, 안양시, 과천시, 구리시, 군포시, 시흥시, 의정부시
남부	수원시, 오산시, 용인시, 이천시, 안성시, 안산시, 평택시, 화성시

「자살태도조사」를 위한 표본설계에서 인구주택총조사 조사구를 대상으로 하는 층화는 행정구역에 따라 구성한 33개 1차 층을 구성하였다. 이후 서울, 광역시(세종시 포함) 및 11개 도 지역(동) 층에 대해서는 아파트 조사구와 일반 조사구로 나누어 세부 층화하였고, 도 지역(읍·면)에서 세부 층화는 따로 없었다.

<표 5>는 표본설계의 층화 방법을 정리한 것이다. 결과적으로 인구주택총조사의 조사구 대상의 표본설계 상의 전체 층의 수는 55개이다. <표 6>은 각각 층별 조사구 수 현황을 정리한 것이다.

<표 5> 층화 방법

구분	지역	1차 층화	2차 층화	층 수
인구주택총조사 조사구	서울, 6대 광역시 및 세종시	서울(4개 권역), 광역시(11)	아파트, 일반조사구	22
	도 지역	11개 지역(동부)	아파트, 일반조사구	22
		11개 도 지역(읍.면부)	-	11

<표 6> 세부 층별 모집단 조사구 현황

행정구역	동 지역		읍면 지역	합계
	아파트 조사구	일반조사구		
전 국	135,114	131,915	61,853	328,882
서울-북서	4,222	7,720	0	11,942
서울-북동	8,047	11,445	0	19,492
서울-남서	8,225	12,956	0	21,181
서울-남동	7,139	6,561	0	13,700
부산	12,243	11,062	0	23,305
대구	7,376	7,880	0	15,256
인천	9,089	8,457	0	17,546
광주	5,407	3,483	0	8,890
대전	4,726	4,792	0	9,518
울산	4,163	3,298	0	7,461
세종	844	511	0	1,355
경기-북부	2,945	1,366	6,031	10,342
경기-중부	17,726	15,380	1,594	34,700
경기_남부	11,525	10,412	4,995	26,932
강원	3,251	2,617	5,115	10,983
충북	3,278	2,772	4,829	10,879
충남	3,266	2,655	7,758	13,679
전북	4,647	3,441	4,129	12,217
전남	3,054	1,901	7,284	12,239
경북	4,977	4,901	10,446	20,324
경남	7,617	6,462	8,616	22,695
제주	1,347	1,843	1,056	4,246

자료: 2017년 인구주택총조사 결과

3. 표본크기 결정 및 표본배분

3.1. 표본크기 및 목표오차

「자살태도조사」에서 조사하고자 하는 표본크기는 약 1,500명이다. 본 연구에서는 전국에서 150개 표본 조사구를 추출하고, 각 표본 조사구로부터 10가구의 표본 가구를 조사하여 표본 가구 내 만 19~75세 성인 중 한 명을 조사하는 것을 원칙으로 하였다.

<표 7>은 2013년 「자살에 대한 국민태도 조사」 자료를 분석한 결과로 주요 조사변수에 대한 추정값, 모비율 추정에 대한 95% 신뢰수준 오차 한계, 설계효과(design effect) 현황이다. 주요 조사항목 추정에 대한 설계효과의 평균은 1.40, 중위수는 1.48이다. 따라서 본 조사에서 모비율 추정 대상 조사항목의 95% 신뢰수준의 최대 허용오차 한계는 약 3.1%P 수준으로 예상된다.

<표 7> 주요 조사변수에 대한 설계효과(design effect) 현황

조사항목	분석 결과		
	비율 추정값	95% 오차의 한계	설계효과
현재까지 자살계획 비율[3]	5.3%	1.16%	1.04
현재까지 자살시도 비율[4]	2.4%	0.84%	1.19
행복도	61.9%	3.09%	1.58
신체 건강	66.0%	3.11%	1.69
정신 건강	74.8%	2.67%	1.48
평균	-	-	1.40
중위수	-	-	1.48

참고로 인구주택총조사 조사구를 1차추출단위로 하는 통계청 사회조사에서 집락내상관계수(intra-cluster correlation coefficient)는 대개 0.03-0.05 사이의 값을 나타내고 있다. 따라서 이 조사에 대한 설계효과(design effect)[5]는 1.27-1.45 사이의 값을 갖게 될 것으로 예상되며, 이 값을 기초로 계산된 모비율 추정에 대한 95% 신뢰수준의 최대 허용오차 한계는 약 3.1%P이다.

3) '예'라고 응답한 비율
4) '예'라고 응답한 비율
5) $\mathrm{def}f = 1+(\overline{m}-1)\hat{\rho},\ \overline{m}=10,\ \hat{\rho}=0.03,\ 0.04,\ 0.05$

3.2. 표본배분

「자살태도조사」 표본설계의 중요한 목표 중 하나는 통계공표 단위별 자살태도 관련 실태에 대하여 일정 수준 이상의 정확도(precision)를 갖는 통계를 생산하는 데 있다. 이 조사의 주요 통계공표 단위는 전국의 연령대와 성별 구분이다.

각 시도별 표본 조사구의 배분은 층별 가구 수에 비례배분법, 제곱비례배분법, 우선할당비례배분법 등을 비교하여 결정하였다. 각 표본배분법에 대한 층별 표본배분은 다음 식에 따라 이루어졌다.

○ 비례배분법: $n_h = n \times \frac{N_h}{\sum_{k=1}^{H} N_k}$, 단, N_h는 층 h의 모집단 가구 수

○ 제곱근 비례배분법: $n_h = n \times \frac{\sqrt{N_h}}{\sum_{k=1}^{H} \sqrt{N_k}}$, 단, N_h는 층 h의 모집단 가구 수

○ 우선할당 비례배분법: 각 층에 n'(20 가구) 조사구를 우선 배분한 후, 남은 표본크기($n - n' \times H$)는 층별 가구 수에 비례하여 배분함

표본설계에 사용된 최종 배분법은 각 시도별 가구 수에 대한 비례배분법을 적용한 후 이를 조정하여 최종방안으로 하였다. 이 조사는 전국 단위의 성별 및 연령대별 구분에서 통계작성을 목적으로 하며, 이에 따라 각 시도의 표본배분은 가구 수(2017년 인구주택총조사 결과) 기준의 비례배분법을 적용하는 것이 바람직하다. 다만, 세종시와 제주도의 경우는 추정량의 분산 계산을 위해서 일부 조사구를 추가하여 조정하였다. 각 시도에서 세부 층별 표본배분은 조사구 수에 비례하는 비례배분법을 적용하였으며, 배분결과는 <표 8>과 같다.

<표 8> 각 시도별 표본배분 결과

시도	모집단 현황		표본배분 방법(모집단 가구 수 기준)			
	가구 수	열%	비례배분	제곱근비례	우선할당 후 비례배분	**최종배분**
서울	3,813,260	19.4%	29	18	24	**27**
부산	1,354,401	6.9%	10	10	10	**10**
대구	948,030	4.8%	7	9	8	**7**
인천	1,080,285	5.5%	8	9	8	**8**
광주	575,732	2.9%	4	7	5	**4**
대전	597,736	3.0%	5	7	6	**5**
울산	428,720	2.2%	3	6	5	**4**
세종	104,325	0.5%	1	3	3	**3**
경기	4,602,950	23.4%	35	20	29	**32**
강원	620,729	3.2%	5	7	6	**5**
충북	629,073	3.2%	5	7	6	**5**
충남	834,986	4.2%	6	8	7	**6**
전북	728,871	3.7%	6	8	6	**6**
전남	733,757	3.7%	6	8	6	**6**
경북	1,087,807	5.5%	8	9	8	**8**
경남	1,292,998	6.6%	10	10	10	**10**
제주	240,215	1.2%	2	4	3	**4**
합계	19,673,875	100.0%	150	150	150	**150**

<표 9> 세부 층별 표본 조사구 현황

행정구역	동 지역		읍면 지역	합계
	아파트 조사구	일반조사구		
전 국	61	62	27	150
서울-북서	2	3	0	5
서울-북동	3	5	0	8
서울-남서	3	5	0	8
서울-남동	3	3	0	6
부산	5	5	0	10
대구	3	4	0	7
인천	4	4	0	8
광주	2	2	0	4
대전	2	3	0	5
울산	2	2	0	4
세종	2	1	0	3
경기-북부	2	1	3	6
경기-중부	7	6	1	14
경기_남부	5	5	2	12
강원	2	1	2	5
충북	2	1	2	5
충남	2	1	3	6
전북	2	2	2	6
전남	2	1	3	6
경북	2	2	4	8
경남	3	3	4	10
제주	1	2	1	4

4. 표본추출 및 표본대체

이 조사를 위한 표본설계에서 1차추출단위는 조사구이고, 2차추출단위는 가구이다. 1차 추출단위인 표본 조사구는 조사구 내 가구 수에 비례하는 확률비례계통추출법(Probability Proportional to Size Systematic Sampling)에 의해 추출하였다. 55개의 각 층에서 조사구를 행정구역 번호에 따라 정렬한 후 확률비례계통추출법을 적용하여 추출함으로써 해당 층을 지리적으로 대표할 수 있도록 하였다. 일반적으로 계통추출법을 적용할 때는 추출단위를 분류지표에 따라 정렬한 후 추출하게 되면 모집단을 잘 대표할 수 있어 효과적이다.

표본으로 추출된 조사구에서는 10가구를 계통추출하여 조사하는 것을 원칙으로 하였다. 표본조사 대상가구 선정 방법은 표본조사구의 요도와 가구명부에서 10가구를 계통추출법으로 선정하고 순서대로 방문하여 적격 조사대상 가구를 조사하였다.

추출된 표본조사구가 조사시점 차이로 인하여 표본조사구 전체가 유고(재건축, 재개발, 기타사유 등)로 인하여 조사가 불가능하거나 특성이 변경(예: 주택에서 상가지역으로 개발된 경우)되었을 경우에는 표본추출 당시 분류지표가 동일한 지역의 조사구로 대체하였다.

표본 가구와의 접촉을 위한 방문 횟수는 최대 4회로 하며, 요일/시간대를 달리하여 방문하도록 하였다. 또한 면접원은 매회 방문할 때 <가구방문기록표> 양식에 준해 해당 가구와의 접촉 상황을 기록하였다. 4회 방문시에도 조사대상가구/조사대상자와의 면접이 이루어지지 않을 경우에는 사유를 기록하고, 가구명부를 기준으로 정해진 접촉 순서에 따라 인접한 대체조사 가구를 선정하여 다시 접촉/방문을 시도하였다.

5. 가중치 산정

5.1. 가중치 산정 개요

통계조사에서 가중치 부여는 표본추출에 따른 추출률의 차이와 응답률 및 모집단에 대한 정보 등을 이용하여 모집단의 구조와 표본 구조를 맞춤으로써 추정의 정확도를 높이는 것을 목적으로 한다. 추정단계에서 가중치를 이용하면 모집단에 대한 특성치인 모수에 대한 비편향 추정량(unbiased estimator)을 얻을 수 있다. 만약 통계분석 과정에서 가

중치를 무시하고 분석한 추정치는 심각한 편향(bias)이 발생할 수 있다. 표본의 크기가 큰 대규모 조사에서 문제가 되는 것은 추정량의 편향이기 때문에 추정과정에서 반드시 가중치를 이용해야 한다.

일반적으로 표본조사의 가중치는 ㉠ 설계가중치 산정, ㉡ 무응답에 대한 조정, ㉢ 가구원 수 조정, ㉣ 모집단 정보를 이용한 조정 등의 세 가지 과정을 통해서 산정된다. 가중치 조정단계에서 이용하는 모집단 정보는 2017년 기준의 「인구주택총조사」 결과이다. 표본설계에서는 각 시·도 구분과 도 지역 내의 동 및 읍·면 구분을 이용한 세부 층화를 통해서 전체 55개 층을 구성하였다. 표본추출은 층화2단추출법을 적용하였는데, 1차추출단위는 조사구이고, 2차추출단위는 가구 및 만 19～75세 성인이다. 각 층에서 배정된 표본 조사구 수만큼을 조사구 내의 가구 수에 비례하는 확률비례계통추출법에 따라 추출하였다.

본 연구에서 설계가중치는 표본추출 과정에서 층화2단확률비례계통추출법을 적용함에 따라 나타나는 조사구 내의 가구별 추출확률의 차이를 반영할 수 있도록 산정한다.
가중치 작성 과정에서 사용될 기호들을 정리하면 다음과 같다.

- L : 층의 수
- N_h : 층 h의 모집단 조사구 수
- n_h : 층 h의 표본 조사구 수
- S_{hi} : 층 h의 i번째 조사구에 대한 크기의 측도(해당 조사구의 총 가구 수)
- $S_h = \sum_{i=1}^{N_h} S_h$: 층 h에서 크기의 측도에 대한 총합
- M_{hi} : 층 h의 i번째 조사구 내 가구 수(조사완료+조사미완+조사미착수)
- m_{hi} : 층 h의 i번째 조사구 내 조사착수 가구 수(응답+거절)
- r_{hi} : 층 h의 i번째 표본조사구 내 조사완료 가구 수(응답)

5.2. 조사구 조사에 대한 가중치 작성

5.2.1. 설계가중치

이 조사의 설계가중치는 각 표본조사구에 대한 표본추출률의 역수와 표본조사구에서 가구조사 착수율의 역수를 곱하여 다음과 같이 산출한다.

$$\text{설계가중치} = \frac{S_h}{n_h\, S_{hi}} \times \frac{M_{hi}}{m_{hi}}$$

원칙적으로 각 표본 조사구에서는 10가구씩을 표본으로 조사하였기 때문에 $m_{hi}=10$이다. $S_{hi} \approx M_{hi}$를 가정할 수 있는 경우(표본추출틀 상의 조사구 내 가구 수와 실제 가구 수에 차이가 작은 경우) 각 층에서 설계가중치는 해당 층 내에서 일정한 값이 되어 설계가중치$=\frac{S_h}{n_h \times 10}$으로 표현할 수 있다. 이때 각 지역 내 층에서 표본 가구들은 모두 동일한 설계가중치를 갖게 된다.

실제 조사과정에서는 표본추출틀의 조사구 내 가구 수와 실제 가구 수에 차이가 있어 각 층 내에서 설계가중치는 동일하지는 않지만 비슷한 값을 갖게 된다.

5.2.2. 무응답 조정

해당 지역 내 세부 층에서 조사 가구에 대한 설계가중치는 원칙적으로 같다. 본 조사에서 무응답 조정은 표본 조사구 단위로 진행되었다. 무응답 조정계수는 다음 식에 따라 구한다.

$$\text{무응답 조정계수} = \frac{m_{hi}}{r_{hi}}$$

5.2.3. 가구 내 추출확률 보정

표본으로 추출된 표본가구에서 만 19~75세 성인 중 한 명을 조사하는 것을 원칙으로 하였다. 따라서 가구 내 조사적격자 수에 따라 추출확률에 차이가 발생하게 되며, 이를 보정하기 위한 것이다. 가구 내 추출확률은 각 표본 가구에서 전체 적격조사대상자 수의 역수로 계산된다. 가구원 수 조정계수는 가구 내 추출확률의 역수로 계산된다.

$$\text{가구 추출확률} = \frac{1}{\text{해당 표본 가구의 만 19~75세 가구원 수}}$$

5.2.4. 「인구주택총조사」 결과를 이용한 조정

모집단 정보를 이용한 가중치 조정은 모집단에 대한 정보를 이용하여 모집단의 구조와 표본 구조를 유사하게 맞춤으로써 추정의 정확도를 높이는 것을 목적으로 한다. 가중치 작성 단계에서 사용한 모집단에 대한 정보는 2017년 기준의 「인구주택총조사」 결과이다.

본 연구에서는 「인구주택총조사」 결과에 대해서 레이킹 비 접근법(Raking Ratio Method)을 적용하여 가중치를 조정하였다. 본 연구에서 사용한 모집단에 대한 정보는

2017년 기준의 인구주택총조사 결과 중 시·도별(17)×성별(2) 구분과 연령대(5)×성별(2) 구분에 대한 만 19～75세 인구 현황이다. <표 10>과 <표 11>은 각각 모집단 정보를 이용한 조정 단계에 사용된 2017년 인구주택총조사의 시·도별(17)×성별(2) 구분과 연령대(5)×성별(2) 구분에 대한 만 19～75세 성인 수 현황이다. 최종 가중치는 다음 식에 따라 산정되었다.

최종 가중치=설계가중치×무응답 조정×가구원 수 조정×모집단 정보 조정

<표 10> 시도 및 성별 만 19세～75세 인구 현황

행정구역	남자	여자	합계
전 국	20,171,545	19,582,642	39,754,187
서울	3,834,795	4,006,231	7,841,026
부산	1,343,300	1,365,062	2,708,362
대구	952,971	951,344	1,904,315
인천	1,161,739	1,121,359	2,283,098
광주	570,912	567,813	1,138,725
대전	595,395	582,288	1,177,683
울산	471,528	426,696	898,224
세종	101,520	97,365	198,885
경기	5,057,537	4,828,330	9,885,867
강원	598,177	559,120	1,157,297
충북	636,435	589,522	1,225,957
충남	852,426	767,719	1,620,145
전북	695,599	665,650	1,361,249
전남	682,688	630,628	1,313,316
경북	1,052,379	976,215	2,028,594
경남	1,319,178	1,216,262	2,535,440
제주	244,966	231,038	476,004

<표 11> 연령대 및 성별 만 19세～75세 인구 현황

연령대	남자	여자	합계
전 체	20,171,545	19,582,642	39,754,187
19-29세	4,022,004	3,544,942	7,566,946
30-39세	3,905,071	3,613,383	7,518,454
40-49세	4,356,370	4,213,635	8,570,005
50-59세	4,203,139	4,177,644	8,380,783
60-75세	3,684,961	4,033,038	7,717,999

4.2.5. 극단 가중치 조정

일반적으로 가중치의 과도한 변동은 추정량의 분산을 크게 만들어 추정의 정확도를 떨어뜨릴 수 있다. 몇 개의 과도하게 큰 가중치를 갖는 조사값이 잘 설계되고 수행된 통계조사에서 얻어지는 조사의 정확성을 낮추게 하는 경우도 발생할 수 있다. 실제 가중치 작성 과정에서는 지나치게 큰 가중치를 표본설계가 끝난 후 사후적으로 제한하거나 조정하는 방법이 사용되고 있다. 대표적인 방법으로는 다음 두 가지로 구분할 수 있다.

첫째, 가중치 작성 과정에서 무응답 조정, 모집단 정보를 이용한 조정 등과 같은 가중치 작성 단계별로 지나치게 큰 조정값이 나오는 것을 막기 위하여 지나치게 큰 가중치의 경우에는 절단(trimming)하거나 제한을 두는 방안이다.

둘째, 가중치 작성의 전체 과정을 마친 후에 과도하게 큰 가중치를 찾아서 절단(trimming)하고, 절단으로 인하여 부족해진 가중치를 보충하는 과정을 거치는 방안이다. 「자살태도조사」의 특이 가중치 조정은 두 번째 방안을 사용되었는데, 전체 응답자의 가중치 분포를 고려하여 상·하위 1%씩을 특이 가중치로 간주하여 조정하였다.

가중치 절단 (weighting trimming)의 궁극적인 목적은 가중치 절단으로 인한 추정량의 편향(bias)의 증가를 보상하기에 충분한 추정량의 분산 감소를 통해서 추정량의 평균제곱오차(Mean Squared Error: MSE)를 줄이는 것이다.

6. 추정 및 추정량의 분산

6.1. 추정량

「자살태도조사」에서 주요 추정대상은 모평균이나 모비율이다. 모비율 추정 및 추정량의 분산은 모평균 추정방법과 동일하다. 다만, 모비율 추정의 경우 조사변수 값이 어떤 특성을 갖고 있는가에 따라 1 또는 0의 값을 갖는다는 점이 차이이다. 본 조사에서 각종 모평균 추정을 위해서 사용된 가중치를 이용한 추정량은 다음과 같이 정의된다.

$$\bar{y}=\frac{\sum_{h=1}^{L}\sum_{i=1}^{n_h}\sum_{j=1}^{m_{hi}}w_{hij}y_{hij}}{\sum_{h=1}^{L}\sum_{i=1}^{n_h}\sum_{j=1}^{m_{hi}}w_{hij}}=\frac{\sum_{h=1}^{L}\sum_{i=1}^{n_h}\sum_{j=1}^{m_{hi}}w_{hij}y_{hij}}{w_{...}}$$

여기서, w_{hij}는 각 응답자에 부여된 가중치이고, y_{hij}는 각 응답결과로 모비율 추정의 경우는 특정 속성을 갖고 있는 경우는 1, 아니면 0의 값을 갖는다. L은 층의 수, n_h는 층 h에서의 1차 표본추출단위인 표본 조사구의 수, m_{hi}는 층 h내 i번째 표본 조사구의 응답자 수이다. $w_{...}=\sum_{h=1}^{L}\sum_{i=1}^{n_h}\sum_{j=1}^{m_{hi}}w_{hij}$은 전체 응답자에 대한 가중치의 합계이다.

6.2. 추정량의 분산

앞서 제시한 모평균 추정량에 대해서 층화와 2단 집락추출 등의 표본설계를 반영한 추정분산은 다음과 같이 계산된다.

$$var(\bar{y})=\sum_{h=1}^{L}\frac{n_h(1-f_h)}{n_h-1}\sum_{i=1}^{n_h}(e_{hi.}-\bar{e}_{h..})^2$$

여기서, L은 층의 수, n_h는 층 h에서의 1차추출단위(PSU)인 조사구 수, m_{hi}는 층 h내 i번째 표본조사구의 응답자 수, $f_h=n_h/N_h$, $e_{hi.}=\left(\sum_{j=1}^{m_{hi}}w_{hij}(y_{hij}-\bar{y})\right)/w_{...}$, $\bar{e}_{h..}=\left(\sum_{i=1}^{n_h}e_{hi.}\right)/n_h$이다. 만약 층 내의 표본조사구 수가 1개인 경우는 추정량의 분산을 계산할 때 해당 시도 내의 유사 층과 통합하여 산정한다.

모평균 및 모비율 추정에 대한 표준오차(standard error), 상대표준오차(relative standard error), 95% 신뢰수준 오차의 한계는 다음과 같다.

$$s.e(\bar{y}) = \sqrt{var(\bar{y})},$$

$$rse(\bar{y}) = \frac{s.e(\bar{y})}{\bar{y}} \times 100(\%),$$

$$\text{오차의 한계} = 1.96 \times \sqrt{var(\bar{y})}$$

7. 실태조사 도구 및 문항 선정

7.1. 대상자 생활 관련

주관적인 행복감, 신체적 건강 상태, 정신적 건강 상태를 평가한다.

7.2. Attitudes Towards Suicide (이하 ATTS)

ATTS는 Renberg와 Jacobsson(2003)이 스웨덴에서 두 개의 대규모 전집을 통해 개발한 자살태도를 측정하는 질문지이다. ATTS는 자살태도 분야의 전문지식과 더불어 부분적으로는 Suicide Opinion Questionnarie (SOQ)와 Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT)에 기반하여 구성되었다. 초기에는 20문항 버전으로 개발되었으나 최근에는 37문항 버전이 널리 사용되고 있다.

본 연구에서는 2013년 자살실태조사 연구자가 우리말로 번역한 ATTS를 동일하게 사용하였다. 본래 ATTS 중 자살에 대한 태도와 관련된 문항은 모두 40개로 이루어져 있으며 크게 세 부분으로 구성되는데 첫 번째는 가족이나 지인의 자살 관련 행동에 대한 평가를 포함하고, 다음 부분에서는 37문항으로 자살태도를 측정한다. 세 번째는 응답자 개인에 대한 3개의 질문을 포함하지만 본 연구에서는 마지막 부분을 제외하였다. 원척도의 문항 형식은 Likert 5점 척도로 '매우 동의하지 않음'의 1점에서 '매우 동의함' 5점까지로 점수화된다.

이전 연구와 마찬가지로 Renberg와 Jacobsson(2003)의 분류에 따라 10개의 상위차원으로 ATTS 문항을 나누었으나 본 연구에서는 원저자의 자문을 받아 총 32개의 문항을 분석에 사용하였고 가장 최근 버전(2016)의 점수화 방식대로 4번과 6번은 역으로 점수화하여 합산하였다.

7.3. 미디어 관련

자살 관련 보도에 대한 관심 및 견해 4문항 및 영화, 다큐멘터리, 1인방송, UCC 등의 영상물에 관련된 2문항을 추가하였다.

7.4. 자살 생각 관련

응답자의 자살 관련 행동 경험 및 이유, 이러한 문제로 전문가의 상담을 받은 적이 있었는지를 평가한다.

7.5. 기타

응답자가 자살 관련 정책에서 개인정보보호의 범위에 대한 태도와 자살 예방자원(119, 생명의 전화, 정신건강증진센터 등)에 대한 인식도 수준을 추가하였다.

7.6. 기본 인구학적 정보

나이, 성별, 지역, 혼인상태, 동거인, 학력, 종교, 직업, 가정 총수입 등이 포함된다.

8. 조사 면담자 교육

조사를 진행할 면접원을 대상으로 교육 시간을 가졌으며, 구조화된 설문지에 대하여 구체적인 설명을 하였다. 질문 방법과 기록 방법에 대하여 문항별로 상세히 설명을 하였으며, 이해되지 않는 부분에 대해서는 질문을 받고 답변을 하였다.

대상자를 모집하는 전체 기간 동안 면담 내용에 대해서는 실무자들에게 의문점이 생길 때마다 실시간으로 문의할 수 있도록 하여, 답변에 대한 신뢰성을 높이고자 하였다.

8.1. 조사의 실제

8.1.1. 준비

○ 조사를 나가기에 앞서 조사에 필요한 것을 확인하며, 용모 및 복장을 단정히 하고 아래와 같이 준비물을 챙기도록 하였다.

- 공문 및 신분증

- 가구 명부 및 요도
- 조사가구 접촉일지
- 조사 설문지 및 지침서
- 답례품
- 필기도구(흑색볼펜, 붉은색 볼펜, 여분의 필기도구)

8.1.2. 조사구 내 표본가구 방문

◯ 조사에 대한 준비 후에 배정받은 조사구 내 표본가구를 직접 방문하여 조사대상자에게 접촉을 시도하였다.

8.1.3. 면접의 시도

조사 대상자와의 예비접촉이 이루어진 후에는 본 조사를 하게 되며, 조사가 이루어지려면, 응답자가 설문에 응하겠다는 동의가 있어야 하므로 응답자의 동의를 구하기 위해서는 아래와 같은 매뉴얼에 따라 행동하였다.

○ 면접원의 소개

먼저 「자살에 대한 국민태도조사」를 위해 파견된 누구라는 것과 방문한 목적이 무엇인지를 뚜렷하게 밝혀야 한다. 신분증의 제시는 면접원과 설문조사에 대한 응답자의 의심을 없앨 수 있으므로 신분증을 왼쪽 가슴에 달고 방문하도록 한다. 면접원의 신분을 확인하기를 원하는 응답자가 있을 경우 한국리서치의 조사책임자를 알려주어 응답자가 직접 면접원의 신분을 확인할 수 있도록 한다.

면접원은 조사대상자가 설문에 응할 것인지를 물어보고, 조사대상자가 동의할 경우에만 조사에 착수한다. 조사대상자가 재방문해 줄 것을 요구할 경우에는 설문지의 표지에 약속시간을 기재하고, 약속시간에 맞추어서 재방문한다.

○ 조사대상자의 질문에 대한 면접원의 대답

설문을 시작하기 전이나 설문조사 중에 조사대상자가 면접원이나 조사의 내용들에 관하여 물어보는 경우가 있다. 이때는 대답을 간단명료하게 해주어야 하고, 너무 긴 설명을 하지 않는다. 조사대상자가 보다 구체적인 대답을 원할 때에는 담당자 전화번호를 알려주도록 한다.

8.1.4. 면접의 실시

○ 조사대상자가 조사에 응하기로 승낙을 하면 면접원은 설문의 내용을 질문지 순서대로

묻게 된다. 조사의 도중에 일어날 수 있는 문제점(예를 들면, 설문 내용이 어렵다거나, 애매함, 복잡함 등)에 대해서는 책임을 연구진에 둔다.

8.1.5. 면접의 종료

○ 면접원은 조사가 끝난 후 응답자에게 좋은 인상을 남겨주는 것이 매우 중요하다. 조사에 협조해 주어서 고맙다는 말을 반드시 하고, 또한 사례품을 건네줄 때에는 선물을 준다는 인상이 들지 않도록 한다. 조사가 끝나면 면접원은 그 자리에서 설문지를 검토하여 미완성 문항이 있을 경우 다시 면접을 하여 조사를 완결시킨다.

8.1.6. 관리자에게 보고

○ 조사원은 면접조사의 완료 및 면접조사 중에 일어난 모든 문제점을 접촉일지에 작성한 뒤 관리자에게 제출한다.

8.1.7. 확인(프로빙)

○ 응답자들은 때때로 질문의 초점을 놓치는 수가 있다. 그래서 어떤 대답을 하기는 하지만, 우리가 한 질문에 대한 대답이 아닐 수 있다. 이런 경우 확인을 하는데, 응답자에게 편견을 주거나 응답을 유도하는 식으로 해서는 안 된다. 아울러 확인할 때는 응답자의 응답이 잘못되었기 때문에 확인한다는 인상을 주어서는 안 된다.

○ “모르겠다”는 응답이 나오면 적어도 한 번 이상은 항상 확인해보아야 한다. 그러나 응답자가 다시 모르겠다고 대답하면 응답을 강요하지 말아야 한다. 최종적으로 응답으로서 “모르겠다”를 기록할 때에는 항상 조사표 내의 정확한 지점에 “모르겠다”를 기록하여 누락과 구분해야 한다.

9. 자료의 수집과 관리

2018년 11월 21일부터 2018년 12월 17일까지 전국 1,500명을 조사하고 검토하여 자료를 수집하였다. 한국리서치에 의뢰하여 조사를 진행하였고 원칙적으로 대면 면접을 이용하여 설문지를 작성하도록 권하고, 그 내용을 수집하였다.

○ 조사문의

조사문의와 관련해서는 한국리서치에서 교육을 받은 조사원에게 본 조사에 관한 목적과 의의에 대한 전반적인 설명과 일반 대상자의 조사문의에 대한 응대 및 관련조사원에

게 표준화된 조사수행지침을 교육하고 관리하는 체계를 구축하여 조사수행 및 문항지침에 관한 질의 내용을 처리하였다.

○ 자료검증 및 질 관리

조사 진행의 신뢰성을 위하여 슈퍼바이저가 완료된 설문지의 누락 및 에러를 100% 검증하고 면접원별 완료 부수의 30%에 대한 전화 검증을 실시하였다. 만약 허위기재 및 조작이 발견되는 경우에는 해당 면접원이 조사한 설문지 전부를 폐기하고 재조사를 실시하였다. 또한 마지막으로 전산처리 절차에 따른 데이터 클리닝에 의한 자료 검증으로 데이터의 정확성과 신뢰성을 확보하였다.

10. 통계 분석

통계 분석은 SPSS 25.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)를 사용하였다. 대상군에 대한 기본적인 특성을 파악하기 위해서 일차적으로 기술적인 분석이 사용되었다. 연속변인의 경우 정규성을 만족하는 경우에는 t-test, ANOVA, GLM 정규성을 만족하지 않는 경우에는 Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test를 사용하였으며 사후검정도 Scheffe 대신 Dunn 방식을 적용하였으며, 범주형 변수의 경우 Chi-square test를 이용하여 분석하였다.

II. 연구 결과

1. 응답자의 인구학적 정보

<표 12> 응답자의 인구학적 정보

구분		사례수(명)	비율(%)
전체		**(1,500)**	**100.0**
성별	남자	(761)	50.7
	여자	(739)	49.3
연령	19-29세	(286)	19.0
	30~39세	(284)	18.9
	40~49세	(323)	21.6
	50~59세	(316)	21.1
	60~75세	(291)	19.4
최종 학력	중학교 졸업 이하	(176)	11.8
	고등학교 졸업	(637)	42.5
	대학교 졸업 이상	(686)	45.7
혼인상태	미혼	(389)	25.9
	기혼	(1,011)	67.4
	이혼/사별	(100)	6.7
종교	종교 있음	(622)	41.4
	종교 없음(무교)	(878)	58.6
직업	관리/전문/사무직	(375)	25.0
	농림어업/서비스/판매직	(468)	31.2
	기능/생산/노무직	(195)	13.0
	학생/주부/무직/기타	(462)	30.8
가구 구성	1세대 가구	(421)	28.0
	2세대 가구	(1,046)	69.7
	3세대 이상 가구	(33)	2.2
월 평균 가구 소득	200만원 미만	(197)	13.1
	200~400만원 미만	(623)	41.5
	400~600만원 미만	(532)	35.5
	600만원 이상	(149)	9.9

<계속>

구분		사례수(명)	비율(%)
지역	서울	(296)	19.7
	부산	(102)	6.8
	대구	(72)	4.8
	인천	(86)	5.7
	광주	(43)	2.9
	대전	(44)	3.0
	울산	(34)	2.3
	세종	(8)	0.5
	경기	(373)	24.9
	강원	(44)	2.9
	충북	(46)	3.1
	충남	(61)	4.1
	전북	(51)	3.4
	전남	(50)	3.3
	경북	(77)	5.1
	경남	(96)	6.4
	제주	(18)	1.2
도시/농촌	도시	(1,252)	83.5
	농촌	(248)	16.5
과거 자살생각 유무	없다	(1,222)	81.5
	있다	(278)	18.5
자살 계획 유무	없다	(1,436)	95.7
	있다	(64)	4.3
과거 자살시도 유무	없다	(1,477)	98.4
	있다	(23)	1.6
행복도	행복	(969)	64.6
	보통	(483)	32.2
	불행	(48)	3.2
신체 건강	좋음	(1,045)	69.7
	보통	(356)	23.7
	나쁨	(99)	6.6
정신 건강	좋음	(1,188)	79.2
	보통	(284)	19.0
	나쁨	(27)	1.8
개인정보 사용 예외 인정	인정	(1,186)	79.1
	불인정	(314)	20.9

2. 대상자 생활 관련

(1) 현재의 행복감

“귀하께서는 현재 본인이 얼마나 행복하다고 생각하십니까?”

현재의 행복 수준에 대해 ‘매우 행복하다’ 또는 ‘약간 행복하다’라고 응답한 비율은 전체의 64.6%이다. 응답자 특성별로는 연령이 낮을수록, 최종 학력이 높을수록, △미혼(69.1%)에서 현재 본인이 행복하다는 응답 비율이 높은 경향이 있다. 자살을 생각한 적이 있었던 응답자의 경우, 현재 행복 수준의 응답 비율은 43.2%로 상대적으로 낮게 나타났다.

<표 13> 현재의 행복감

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 행복하다	② 약간 행복하다	①+② 행복	③ 보통이다	④ 약간 불행하다	⑤ 매우 불행하다	④+⑤ 불행	계
2013년	(1,500)	22.4	39.5	61.9	34.2	2.9	1.0	3.9	100.0
2018년	**(1,500)**	**13.6**	**51.0**	**64.6**	**32.2**	**3.0**	**0.2**	**3.2**	**100.0**
성별									
남자	(761)	13.3	50.2	63.5	33.2	3.2	0.1	3.3	100.0
여자	(739)	13.9	51.8	65.7	31.2	2.7	0.4	3.1	100.0
연령									
19-29세	(286)	21.2	53.7	74.9	23.5	1.6	0.0	1.6	100.0
30~39세	(284)	16.7	57.6	74.3	23.5	1.9	0.3	2.2	100.0
40~49세	(323)	12.2	50.0	62.2	35.6	2.0	0.2	2.2	100.0
50~59세	(316)	10.9	50.5	61.5	33.5	5.0	0.0	5.0	100.0
60~75세	(291)	7.8	43.4	51.2	44.0	4.2	0.7	4.8	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	8.8	38.2	47.0	47.0	5.9	0.0	5.9	100.0
고등학교 졸업	(637)	11.7	48.0	59.7	36.2	3.8	0.3	4.1	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	16.7	57.0	73.7	24.6	1.4	0.2	1.7	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	16.9	52.2	69.1	29.1	1.7	0.0	1.7	100.0
기혼	(1,011)	12.6	52.3	64.9	32.2	2.6	0.3	2.9	100.0
이혼/사별	(100)	11.7	32.5	44.2	44.0	11.0	0.9	11.9	100.0
종교									
종교 있음	(622)	15.1	49.4	64.5	31.9	3.4	0.1	3.6	100.0
종교 없음(무교)	(878)	12.6	52.1	64.7	32.4	2.6	0.3	3.0	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	13.3	51.7	65.0	32.0	2.8	0.3	3.1	100.0
농촌	(248)	15.2	47.5	62.7	33.3	3.9	0.1	3.9	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	14.3	55.2	69.5	29.2	1.3	0.0	1.3	100.0
있다	(278)	10.6	32.6	43.2	45.3	10.3	1.3	11.6	100.0

(2) 신체 건강 상태

“귀하께서는 본인의 신체 건강 상태가 어떠하다고 생각하십니까?”

본인의 신체 건강 상태에 대해 ‘매우 좋다’ 또는 ‘좋은 편이다’라고 응답한 비율은 전체의 69.7%이다. 응답자 특성별로는 연령이 낮을수록 신체 건강 상태가 좋다는 응답 비율이 높은 경향이 있으며, △남성(74.3%)에서 상대적으로 높다.

학력이 높을수록, 기혼자보다는 △미혼인 경우(80.4%) 긍정적으로 응답한 비율이 높았다. 자살을 생각한 적이 있는 응답자의 경우 현재 주관적인 신체건강수준은 낮게 나타났다.

<표 14> 신체 건강 상태

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 좋다	② 좋은 편이다	①+② 좋음	③ 보통이다	④ 나쁜 편이다	⑤ 매우 나쁘다	④+⑤ 나쁨	계
2013년	(1,500)	22.5	43.5	66.0	23.8	8.9	1.3	10.2	100.0
2018년	**(1,500)**	**14.3**	**55.3**	**69.7**	**23.7**	**5.9**	**0.7**	**6.6**	**100.0**
성별									
남자	(761)	16.8	57.4	74.3	20.5	4.6	0.6	5.3	100.0
여자	(739)	11.7	53.2	64.9	27.1	7.1	0.8	8.0	100.0
연령									
19-29세	(286)	25.9	57.6	83.5	13.8	2.7	0.0	2.7	100.0
30~39세	(284)	19.3	61.5	80.8	18.5	0.7	0.0	0.7	100.0
40~49세	(323)	12.9	57.2	70.1	26.0	3.5	0.4	3.9	100.0
50~59세	(316)	8.6	56.7	65.3	28.5	5.5	0.7	6.2	100.0
60~75세	(291)	5.9	43.6	49.5	30.9	16.9	2.7	19.7	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	7.9	37.2	45.1	24.9	25.4	4.6	30.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	11.4	56.0	67.4	27.9	4.5	0.1	4.6	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	18.7	59.4	78.0	19.5	2.1	0.3	2.4	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	21.2	59.2	80.4	16.8	2.5	0.3	2.8	100.0
기혼	(1,011)	12.6	55.2	67.7	26.5	5.3	0.5	5.8	100.0
이혼/사별	(100)	5.0	42.4	47.4	22.7	24.5	5.4	29.9	100.0
종교									
종교 있음	(622)	13.4	52.8	66.2	25.7	6.8	1.2	8.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	15.0	57.1	72.1	22.3	5.2	0.4	5.6	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	15.7	57.9	73.6	21.9	3.9	0.7	4.5	100.0
있다	(278)	8.2	44.1	52.4	31.9	14.7	1.1	15.7	100.0

(3) 정신 건강 상태

“귀하께서는 본인의 정신 건강 상태가 어떠하다고 생각하십니까?”

본인의 정신 건강 상태에 대해 ‘매우 좋다’ 또는 ‘좋은 편이다’라고 응답한 비율은 전체의 79.2%이다. 응답자 특성별로는 연령이 낮을수록 최종학력이 높을수록 정신 건강 상태가 좋다는 응답 비율이 높은 경향이 있다. 자살을 생각한 적이 없는 응답자의 경우 정신 건강이 좋다고 응답한 비율 82.9%로 자살을 생각한 적인 있는 응답자(63.1%)보다 상대적으로 더 높았다.

<표 15> 정신 건강 상태

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 좋다	② 좋은 편이다	①+② 좋음	③ 보통이다	④ 나쁜 편이다	⑤ 매우 나쁘다	④+⑤ 나쁨	계
2013년	(1,500)	28.1	46.7	74.8	20.7	4.2	0.3	4.5	100.0
2018년	**(1,500)**	**18.3**	**61.0**	**79.2**	**19.0**	**1.7**	**0.1**	**1.8**	**100.0**
성별									
남자	(761)	19.3	61.0	80.3	18.5	1.1	0.1	1.2	100.0
여자	(739)	17.2	60.9	78.1	19.4	2.3	0.1	2.5	100.0
연령									
19-29세	(286)	23.1	61.6	84.7	13.8	1.5	0.0	1.5	100.0
30~39세	(284)	21.5	61.0	82.5	17.0	0.5	0.0	0.5	100.0
40~49세	(323)	18.3	61.8	80.1	18.5	1.4	0.0	1.4	100.0
50~59세	(316)	14.7	63.2	78.0	19.1	2.6	0.3	2.9	100.0
60~75세	(291)	14.2	56.9	71.1	26.1	2.4	0.3	2.7	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	13.8	55.0	68.9	25.7	5.4	0.0	5.4	100.0
고등학교 졸업	(637)	17.0	60.7	77.6	20.8	1.4	0.1	1.6	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	20.6	62.7	83.4	15.5	1.0	0.1	1.2	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	20.3	61.3	81.6	16.2	2.2	0.0	2.2	100.0
기혼	(1,011)	18.3	61.1	79.4	19.3	1.2	0.1	1.3	100.0
이혼/사별	(100)	9.8	58.1	67.9	25.9	5.3	0.9	6.2	100.0
종교									
종교 있음	(622)	20.2	58.2	78.4	19.9	1.4	0.3	1.7	100.0
종교 없음(무교)	(878)	16.9	62.9	79.8	18.3	1.9	0.0	1.9	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	18.0	61.9	79.9	18.2	1.8	0.1	1.9	100.0
농촌	(248)	19.6	56.2	75.7	22.7	1.1	0.4	1.5	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	19.8	63.1	82.9	16.4	0.7	0.0	0.7	100.0
있다	(278)	11.5	51.6	63.1	30.3	5.9	0.7	6.6	100.0

3. 주변인의 자살 및 자살노출 영향

(1) 가족 및 비가족의 자살 관련 행동 유무 : 종합

가족(아버지/어머니, 형제/자매, 자녀, 파트너) 중 '자살한 사람'이 있다고 응답한 비율은 0.7%이며, 비가족(친척, 친구/학교 동기. 회사 동료/학교 선후배, 기타)의 경우는 9.2%이다. 또한 가족 중 '자살을 시도한 사람'이 있다고 응답한 비율은 0.6%, 비가족의 경우는 2.1%이다. '자살을 생각했거나 계획했다고 여겨지는 사람'이 있다는 응답 비율은 가족과 비가족이 각각 0.7% 및 2.0%이며, '현재 자살을 생각하고 있다고 여겨지는 사람'이 있다는 응답 비율은 가족과 비가족이 각각 0.2% 및 0.8%이다.

<표 16> 가족 및 비가족의 자살 관련 행동 유무

(n=1,500, 단위 : %)

구분	가족/비가족	있다	없다	계
자살한 사람	가족	0.7	99.3	100.0
	비가족	9.2	90.8	100.0
자살 시도한 사람	가족	0.6	99.4	100.0
	비가족	2.1	97.9	100.0
자살생각 혹은 계획했던 사람	가족	0.7	99.3	100.0
	비가족	2.0	98.0	100.0
현재 자살을 생각하는 사람	가족	0.2	99.8	100.0
	비가족	0.8	99.2	100.0

(2) 가족 및 비가족의 자살 관련 행동 유무 : 유형별 분류

1) 주변인 중 자살한 사람 존재 유무 - 가족

가족 중 자살한 사람이 있다는 응답 비율은 △50~59세(1.1%)에서 상대적으로 높다.

<표 17> 주변인 중 자살한 사람 존재 유무 - 가족

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	있다	없다	계
2013년	(1,500)	0.7	99.3	100.0
2018년	**(1,500)**	**0.7**	**99.3**	**100.0**
성별				
남자	(761)	0.8	99.2	100.0
여자	(739)	0.6	99.4	100.0
연령				
19-29세	(286)	0.0	100.0	100.0
30~39세	(284)	0.4	99.6	100.0
40~49세	(323)	0.9	99.1	100.0
50~59세	(316)	1.1	98.9	100.0
60~75세	(291)	0.9	99.1	100.0
최종 학력				
중학교 졸업 이하	(176)	1.8	98.2	100.0
고등학교 졸업	(637)	0.8	99.2	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	0.3	99.7	100.0
혼인상태				
미혼	(389)	0.3	99.7	100.0
기혼	(1,011)	0.9	99.1	100.0
이혼/사별	(100)	0.0	100.0	100.0
종교				
종교 있음	(622)	0.8	99.2	100.0
종교 없음(무교)	(878)	0.6	99.4	100.0
도시/농촌				
도시	(1,252)	0.5	99.5	100.0
농촌	(248)	1.5	98.5	100.0
과거 자살생각 유무				
없다	(1,222)	0.5	99.5	100.0
있다	(278)	1.6	98.4	100.0

2) 주변인 중 자살한 사람 존재 유무 - 비가족

비가족 중 자살한 사람이 있다는 응답 비율은 △19~29세(7.1%)를 제외한 나머지 연령대에서 9.0% 이상이다.

<표 18> 주변인 중 자살한 사람 존재 유무 - 비가족

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	있다	없다	계
2013년	(1,500)	9.5	90.5	100.0
2018년	**(1,500)**	**9.2**	**90.8**	**100.0**
성별				
남자	(761)	9.4	90.6	100.0
여자	(739)	8.9	91.1	100.0
연령				
19-29세	(286)	7.1	92.9	100.0
30~39세	(284)	9.8	90.2	100.0
40~49세	(323)	9.7	90.3	100.0
50~59세	(316)	9.2	90.8	100.0
60~75세	(291)	9.9	90.1	100.0
최종 학력				
중학교 졸업 이하	(176)	13.3	86.7	100.0
고등학교 졸업	(637)	9.0	91.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	8.2	91.8	100.0
혼인상태				
미혼	(389)	7.6	92.4	100.0
기혼	(1,011)	9.6	90.4	100.0
이혼/사별	(100)	10.4	89.6	100.0
종교				
종교 있음	(622)	10.8	89.2	100.0
종교 없음(무교)	(878)	8.0	92.0	100.0
도시/농촌				
도시	(1,252)	9.1	90.9	100.0
농촌	(248)	9.7	90.3	100.0
과거 자살생각 유무				
없다	(1,222)	6.9	93.1	100.0
있다	(278)	18.9	81.1	100.0

3) 주변인 중 자살 시도한 사람 존재 유무 - 가족

가족 중 자살을 시도한 사람이 있다는 응답 비율은 △40~49세(1.0%)에서 상대적으로 높다.

<표 19> 주변인 중 자살 시도한 사람 존재 유무 - 가족

(단위 : %)

Base=자살한 사람이 없는 경우	사례수 (명)	있다	없다	계
2013년	(1,500)	0.4	99.6	100.0
2018년	**(1,500)**	**0.6**	**99.4**	**100.0**
성별				
남자	(761)	0.4	99.6	100.0
여자	(739)	0.8	99.2	100.0
연령				
19-29세	(286)	0.8	99.2	100.0
30~39세	(284)	0.0	100.0	100.0
40~49세	(323)	1.0	99.0	100.0
50~59세	(316)	0.6	99.4	100.0
60~75세	(291)	0.4	99.6	100.0
최종 학력				
중학교 졸업 이하	(176)	0.6	99.4	100.0
고등학교 졸업	(637)	0.5	99.5	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	0.6	99.4	100.0
혼인상태				
미혼	(389)	0.6	99.4	100.0
기혼	(1,011)	0.4	99.6	100.0
이혼/사별	(100)	2.0	98.0	100.0
종교				
종교 있음	(622)	0.8	99.2	100.0
종교 없음(무교)	(878)	0.4	99.6	100.0
도시/농촌				
도시	(1,252)	0.4	99.6	100.0
농촌	(248)	1.4	98.6	100.0
과거 자살생각 유무				
없다	(1,222)	0.1	99.9	100.0
있다	(278)	2.4	97.6	100.0

4) 주변인 중 자살 시도한 사람 존재 유무 - 비가족

비가족 중 자살을 시도한 사람이 있다는 응답 비율은 △여성(2.5%)에서 상대적으로 높고, 대체적으로 연령이 낮을수록 높은 경향이 있다.

<표 20> 주변인 중 자살 시도한 사람 존재 유무 - 비가족

(단위 : %)

Base=자살한 사람이 없는 경우	사례수 (명)	있다	없다	계
2013년	(1,500)	1.5	98.5	100.0
2018년	**(1,500)**	**2.1**	**97.9**	**100.0**
성별				
남자	(761)	1.7	98.3	100.0
여자	(739)	2.5	97.5	100.0
연령				
19-29세	(286)	3.1	96.9	100.0
30~39세	(284)	2.6	97.4	100.0
40~49세	(323)	1.9	98.1	100.0
50~59세	(316)	1.5	98.5	100.0
60~75세	(291)	1.6	98.4	100.0
최종 학력				
중학교 졸업 이하	(176)	0.9	99.1	100.0
고등학교 졸업	(637)	2.1	97.9	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	2.4	97.6	100.0
혼인상태				
미혼	(389)	2.7	97.3	100.0
기혼	(1,011)	1.9	98.1	100.0
이혼/사별	(100)	1.6	98.4	100.0
종교				
종교 있음	(622)	2.3	97.7	100.0
종교 없음(무교)	(878)	2.0	98.0	100.0
도시/농촌				
도시	(1,252)	2.2	97.8	100.0
농촌	(248)	1.4	98.6	100.0
과거 자살생각 유무				
없다	(1,222)	1.6	98.4	100.0
있다	(278)	4.3	95.7	100.0

5) 주변인 중 과거 자살생각 혹은 계획했던 사람 존재 유무 - 가족

가족 중 자살을 생각했거나 계획했다고 여겨지는 사람이 있다는 응답 비율은 △여성(1.0%), △40~49세(1.7%)에서 상대적으로 높다.

<표 21> 주변인 중 과거 자살생각 혹은 계획했던 사람 존재 유무 - 가족

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	있다	없다	계
2013년	(1,500)	1.6	98.4	100.0
2018년	**(1,500)**	**0.7**	**99.3**	**100.0**
성별				
남자	(761)	0.3	99.7	100.0
여자	(739)	1.0	99.0	100.0
연령				
19-29세	(286)	0.7	99.3	100.0
30~39세	(284)	0.4	99.6	100.0
40~49세	(323)	1.7	98.3	100.0
50~59세	(316)	0.5	99.5	100.0
60~75세	(291)	0.0	100.0	100.0
최종 학력				
중학교 졸업 이하	(176)	0.3	99.7	100.0
고등학교 졸업	(637)	0.5	99.5	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	0.9	99.1	100.0
혼인상태				
미혼	(389)	1.1	98.9	100.0
기혼	(1,011)	0.4	99.6	100.0
이혼/사별	(100)	1.5	98.5	100.0
종교				
종교 있음	(622)	0.7	99.3	100.0
종교 없음(무교)	(878)	0.6	99.4	100.0
도시/농촌				
도시	(1,252)	0.6	99.4	100.0
농촌	(248)	0.9	99.1	100.0
과거 자살생각 유무				
없다	(1,222)	0.2	99.8	100.0
있다	(278)	2.7	97.3	100.0

6) 주변인 중 과거 자살생각 혹은 계획했던 사람 존재 유무 - 비가족

비가족 중 자살을 생각했거나 계획했다고 여겨지는 사람이 있다는 응답 비율은 △19~29세(3.5%)에서 상대적으로 높다.

<표 22> 주변인 중 과거 자살생각 혹은 계획했던 사람 존재 유무 - 비가족

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	있다	없다	계
2013년	(1,500)	4.8	95.2	100.0
2018년	**(1,500)**	**2.0**	**98.0**	**100.0**
성별				
남자	(761)	2.1	97.9	100.0
여자	(739)	1.8	98.2	100.0
연령				
19-29세	(286)	3.5	96.5	100.0
30~39세	(284)	2.3	97.7	100.0
40~49세	(323)	1.2	98.8	100.0
50~59세	(316)	1.4	98.6	100.0
60~75세	(291)	1.6	98.4	100.0
최종 학력				
중학교 졸업 이하	(176)	2.7	97.3	100.0
고등학교 졸업	(637)	1.5	98.5	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	2.2	97.8	100.0
혼인상태				
미혼	(389)	3.1	96.9	100.0
기혼	(1,011)	1.5	98.5	100.0
이혼/사별	(100)	1.9	98.1	100.0
종교				
종교 있음	(622)	1.8	98.2	100.0
종교 없음(무교)	(878)	2.1	97.9	100.0
도시/농촌				
도시	(1,252)	2.2	97.8	100.0
농촌	(248)	1.0	99.0	100.0
과거 자살생각 유무				
없다	(1,222)	1.4	98.6	100.0
있다	(278)	4.7	95.3	100.0

7) 주변인 중 현재 자살사고하는 사람 존재 유무 - 가족

가족 중 현재 자살을 생각하고 있다고 여겨지는 사람이 있다는 응답 비율은 △여성(0.3%)에서 상대적으로 높다.

<표 23> 주변인 중 현재 자살사고하는 사람 존재 유무 - 가족

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	있다	없다	계
2013년	(1,500)	0.6	99.4	100.0
2018년	**(1,500)**	**0.2**	**99.8**	**100.0**
성별				
남자	(761)	0.0	100.0	100.0
여자	(739)	0.3	99.7	100.0
연령				
19-29세	(286)	0.3	99.7	100.0
30~39세	(284)	0.3	99.7	100.0
40~49세	(323)	0.0	100.0	100.0
50~59세	(316)	0.2	99.8	100.0
60~75세	(291)	0.0	100.0	100.0
최종 학력				
중학교 졸업 이하	(176)	0.3	99.7	100.0
고등학교 졸업	(637)	0.1	99.9	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	0.1	99.9	100.0
혼인상태				
미혼	(389)	0.2	99.8	100.0
기혼	(1,011)	0.1	99.9	100.0
이혼/사별	(100)	0.0	100.0	100.0
종교				
종교 있음	(622)	0.2	99.8	100.0
종교 없음(무교)	(878)	0.1	99.9	100.0
도시/농촌				
도시	(1,252)	0.1	99.9	100.0
농촌	(248)	0.4	99.6	100.0
과거 자살생각 유무				
없다	(1,222)	0.1	99.9	100.0
있다	(278)	0.5	99.5	100.0

8) 주변인 중 현재 자살사고하는 사람 존재 유무 - 비가족

비가족 중 현재 자살을 생각하고 있다고 여겨지는 사람이 있다는 응답 비율은 △여성(1.0%), △60~75세(1.3%)에서 상대적으로 높다.

<표 24> 주변인 중 현재 자살사고하는 사람 존재 유무 - 비가족

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	있다	없다	계
2013년	(1,500)	1.2	98.8	100.0
2018년	**(1,500)**	**0.8**	**99.2**	**100.0**
성별				
남자	(761)	0.7	99.3	100.0
여자	(739)	1.0	99.0	100.0
연령				
19-29세	(286)	1.1	98.9	100.0
30~39세	(284)	0.8	99.2	100.0
40~49세	(323)	0.0	100.0	100.0
50~59세	(316)	0.8	99.2	100.0
60~75세	(291)	1.3	98.7	100.0
최종 학력				
중학교 졸업 이하	(176)	2.2	97.8	100.0
고등학교 졸업	(637)	0.5	99.5	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	0.8	99.2	100.0
혼인상태				
미혼	(389)	1.0	99.0	100.0
기혼	(1,011)	0.6	99.4	100.0
이혼/사별	(100)	1.9	98.1	100.0
종교				
종교 있음	(622)	1.0	99.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	0.7	99.3	100.0
도시/농촌				
도시	(1,252)	0.8	99.2	100.0
농촌	(248)	0.6	99.4	100.0
과거 자살생각 유무				
없다	(1,222)	0.4	99.6	100.0
있다	(278)	2.5	97.5	100.0

4. 자살에 대한 태도(ATTS, Attitudes towards suicide)

(1) 자살에 대한 태도 1번 항목
“자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다“

ATTS 1번 항목(자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 52.9%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 26.3%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(54.7%), △60~75세(54.8%)에서 상대적으로 높다.

<표 25> 자살에 대한 태도 - 자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	11.7	45.5	57.2	25.3	14.5	2.8	17.4	0.2	100.0
2018년	**(1,500)**	**9.8**	**43.1**	**52.9**	**20.8**	**21.9**	**4.4**	**26.3**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	10.3	44.4	54.7	20.2	21.1	4.0	25.1	0.0	100.0
여자	(739)	9.3	41.8	51.1	21.4	22.6	4.9	27.5	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	10.0	41.5	51.5	25.7	19.7	3.1	22.8	0.0	100.0
30~39세	(284)	10.4	41.6	52.0	22.6	22.1	3.3	25.4	0.0	100.0
40~49세	(323)	10.5	43.8	54.4	18.0	21.8	5.8	27.6	0.0	100.0
50~59세	(316)	9.9	41.9	51.8	17.7	24.6	5.8	30.4	0.0	100.0
60~75세	(291)	8.1	46.7	54.8	20.5	20.8	3.9	24.7	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	8.8	46.2	55.0	19.1	21.6	4.3	25.9	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	10.3	44.4	54.7	19.8	20.9	4.7	25.6	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	9.6	41.1	50.8	22.1	22.8	4.3	27.1	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	10.8	41.1	51.9	25.3	19.2	3.6	22.8	0.0	100.0
기혼	(1,011)	9.7	44.3	54.0	19.4	22.2	4.5	26.7	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	7.4	39.0	46.3	17.2	29.2	7.3	36.5	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	8.4	45.9	54.3	20.7	20.1	4.8	24.9	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	10.8	41.1	51.9	20.8	23.1	4.2	27.3	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	10.0	43.6	53.6	20.6	21.5	4.2	25.7	0.0	100.0
농촌	(248)	9.0	40.4	49.4	21.4	23.7	5.5	29.2	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	9.7	44.9	54.6	20.6	20.8	4.0	24.8	0.0	100.0
있다	(278)	10.4	35.3	45.6	21.5	26.7	6.2	32.9	0.0	100.0

(2) 자살에 대한 태도 2번 항목
“자살은 절대로 정당화될 수 없다“

ATTS 2번 항목(자살은 절대로 정당화될 수 없다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 75.7%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 10.1%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △60~75세(81.4%)에서 상대적으로 높다.

<표 26> 자살에 대한 태도 – 자살은 절대로 정당화될 수 없다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	35.3	38.6	73.9	15.2	8.7	2.2	10.9	100.0
2018년	**(1,500)**	**29.3**	**46.4**	**75.7**	**14.2**	**8.7**	**1.3**	**10.1**	**100.0**
성별									
남자	(761)	30.0	45.6	75.6	14.4	8.9	1.1	10.0	100.0
여자	(739)	28.6	47.3	75.9	14.0	8.5	1.6	10.1	100.0
연령									
19-29세	(286)	24.2	45.3	69.5	18.8	10.9	0.9	11.8	100.0
30~39세	(284)	26.3	46.9	73.2	14.7	10.5	1.6	12.1	100.0
40~49세	(323)	30.8	46.3	77.1	12.6	8.8	1.4	10.3	100.0
50~59세	(316)	28.0	49.0	77.0	14.0	8.4	0.7	9.0	100.0
60~75세	(291)	36.9	44.5	81.4	11.4	5.3	2.0	7.3	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	35.2	48.4	83.5	9.7	3.9	2.8	6.7	100.0
고등학교 졸업	(637)	30.0	43.5	73.5	16.5	8.8	1.2	10.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	27.1	48.7	75.8	13.3	9.9	1.1	11.0	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	24.5	44.3	68.8	18.5	11.8	0.9	12.7	100.0
기혼	(1,011)	31.1	47.0	78.1	12.7	7.6	1.5	9.2	100.0
이혼/사별	(100)	29.8	48.7	78.5	12.7	8.1	0.7	8.8	100.0
종교									
종교 있음	(622)	34.6	44.0	78.6	13.3	6.5	1.6	8.1	100.0
종교 없음(무교)	(878)	25.5	48.2	73.7	14.9	10.3	1.1	11.5	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	30.0	45.7	75.7	14.0	9.0	1.3	10.3	100.0
농촌	(248)	25.6	50.0	75.7	15.5	7.4	1.5	8.9	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	30.7	47.9	78.5	13.1	7.4	1.0	8.4	100.0
있다	(278)	23.3	40.2	63.4	19.2	14.6	2.8	17.4	100.0

(3) 자살에 대한 태도 3번 항목

“자살하는 것은 가족들에게 가장 나쁜 짓을 하는 것이다“

ATTS 3번 항목(자살하는 것은 가족들에게 가장 나쁜 짓을 하는 것이다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 87.8%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 3.5%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(88.8%), △50~59세(90.4%)에서 상대적으로 높다.

<표 27> 자살에 대한 태도 - 자살하는 것은 가족들에게 가장 나쁜 짓을 하는 것이다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	56.4	33.3	89.7	6.4	3.2	0.6	3.8	0.2	100.0
2018년	**(1,500)**	**45.6**	**42.2**	**87.8**	**8.7**	**3.0**	**0.6**	**3.5**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	45.8	43.0	88.8	7.4	3.5	0.3	3.8	0.0	100.0
여자	(739)	45.5	41.3	86.8	9.9	2.5	0.8	3.3	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	40.5	43.4	83.9	11.1	4.8	0.2	5.0	0.0	100.0
30~39세	(284)	40.6	47.3	87.9	8.0	3.5	0.7	4.2	0.0	100.0
40~49세	(323)	46.6	40.1	86.7	9.7	2.6	1.1	3.6	0.0	100.0
50~59세	(316)	46.5	43.9	90.4	5.9	3.0	0.7	3.7	0.0	100.0
60~75세	(291)	53.5	36.6	90.0	8.8	1.2	0.0	1.2	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	60.3	34.5	94.8	4.1	0.4	0.8	1.2	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	44.4	42.4	86.9	9.1	3.6	0.4	4.0	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	43.0	43.9	86.9	9.4	3.1	0.6	3.7	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	40.0	44.4	84.5	10.3	4.9	0.3	5.2	0.0	100.0
기혼	(1,011)	47.0	41.7	88.8	8.1	2.4	0.7	3.1	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	53.0	37.9	91.0	7.8	1.2	0.0	1.2	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	50.0	39.8	89.8	7.3	2.8	0.2	2.9	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	42.5	43.9	86.4	9.6	3.1	0.8	4.0	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	45.0	43.0	87.9	8.4	3.2	0.4	3.6	0.0	100.0
농촌	(248)	49.0	38.1	87.1	9.7	1.9	1.3	3.1	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	46.2	41.8	88.0	9.1	2.6	0.3	2.9	0.0	100.0
있다	(278)	43.2	43.7	86.9	6.8	4.7	1.6	6.3	0.0	100.0

(4) 자살에 대한 태도 4번 항목
“대부분의 자살 시도는 충동적인 행동이다“

ATTS 4번 항목(대부분의 자살 시도는 충동적인 행동이다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 58.6%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 22.1%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △여성(60.2%), △60~75세(64.6%)에서 상대적으로 높다.

<표 28> 자살에 대한 태도 - 대부분의 자살 시도는 충동적인 행동이다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	24.4	46.1	70.4	12.7	15.4	1.4	16.8	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**15.7**	**43.0**	**58.6**	**19.3**	**19.1**	**2.9**	**22.1**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	15.9	41.2	57.1	20.5	19.4	2.9	22.4	0.0	100.0
여자	(739)	15.4	44.8	60.2	18.0	18.8	2.9	21.8	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	16.1	42.2	58.4	20.6	17.7	3.3	21.1	0.0	100.0
30~39세	(284)	16.3	38.1	54.5	21.1	19.6	4.9	24.4	0.0	100.0
40~49세	(323)	16.8	38.5	55.3	20.7	21.8	2.3	24.1	0.0	100.0
50~59세	(316)	14.5	46.1	60.6	18.9	18.4	2.1	20.5	0.0	100.0
60~75세	(291)	14.7	49.9	64.6	15.2	17.9	2.3	20.2	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	15.2	53.5	68.6	11.3	19.1	0.9	20.1	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	15.1	44.4	59.5	19.3	18.2	3.0	21.2	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	16.3	38.9	55.2	21.3	20.0	3.4	23.4	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	14.8	43.8	58.6	22.0	15.7	3.7	19.4	0.0	100.0
기혼	(1,011)	16.1	41.8	57.9	18.9	20.3	2.9	23.2	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	14.5	51.6	66.1	13.1	20.8	0.0	20.8	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	18.7	44.7	63.4	15.5	18.2	2.8	21.0	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	13.5	41.7	55.3	22.0	19.8	3.0	22.8	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	13.9	42.1	55.9	20.4	20.3	3.4	23.7	0.0	100.0
농촌	(248)	24.7	47.5	72.3	13.9	13.2	0.6	13.8	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	16.3	42.4	58.6	20.5	18.6	2.3	20.9	0.0	100.0
있다	(278)	13.1	45.7	58.8	14.1	21.3	5.8	27.1	0.0	100.0

(5) 자살에 대한 태도 5번 항목
“자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다“

ATTS 5번 항목(자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 24.3%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 52.2%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △여성(25.1%), △60~75세(30.7%)에서 상대적으로 높다.

<표 29> 자살에 대한 태도 - 자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	3.4	16.0	19.3	20.2	41.5	19.0	60.4	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**3.5**	**20.8**	**24.3**	**23.5**	**41.0**	**11.2**	**52.2**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	3.9	19.6	23.5	24.4	41.3	10.7	52.1	0.0	100.0
여자	(739)	3.1	22.0	25.1	22.6	40.6	11.8	52.3	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	2.5	18.0	20.5	23.6	45.0	10.9	55.9	0.0	100.0
30~39세	(284)	3.2	17.0	20.2	26.5	40.8	12.5	53.4	0.0	100.0
40~49세	(323)	2.9	23.5	26.3	22.9	38.8	12.0	50.8	0.0	100.0
50~59세	(316)	3.7	19.6	23.3	23.5	41.7	11.5	53.2	0.0	100.0
60~75세	(291)	5.3	25.3	30.7	21.4	38.7	9.2	47.9	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	5.5	21.0	26.5	23.0	38.9	11.6	50.5	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	4.2	23.4	27.5	22.7	40.1	9.6	49.7	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	2.4	18.3	20.7	24.4	42.3	12.6	54.9	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	2.7	17.2	19.9	27.5	42.5	10.0	52.6	0.0	100.0
기혼	(1,011)	3.9	21.2	25.2	22.8	40.5	11.5	52.0	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	2.2	29.8	32.0	15.3	39.8	12.8	52.6	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	4.7	22.5	27.2	20.8	38.9	13.2	52.0	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	2.7	19.5	22.2	25.5	42.4	9.9	52.3	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	3.1	20.1	23.3	24.5	41.3	10.9	52.2	0.0	100.0
농촌	(248)	5.5	23.9	29.4	18.5	39.1	13.1	52.1	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	3.6	20.1	23.6	24.0	41.1	11.2	52.3	0.0	100.0
있다	(278)	3.3	23.7	27.0	21.3	40.2	11.5	51.7	0.0	100.0

(6) 자살에 대한 태도 6번 항목

“누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다“

ATTS 6번 항목(누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 31.3%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 46.3%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △여성(33.2%), △60~75세(37.2%)에서 상대적으로 높다.

<표 30> 자살에 대한 태도 - 누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 막을 수 없다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	5.0	20.6	25.6	19.9	45.9	8.6	54.5	100.0
2018년	**(1,500)**	**3.9**	**27.4**	**31.3**	**22.4**	**39.8**	**6.5**	**46.3**	**100.0**
성별									
남자	(761)	4.1	25.4	29.5	22.3	41.8	6.4	48.2	100.0
여자	(739)	3.7	29.5	33.2	22.5	37.7	6.6	44.3	100.0
연령									
19-29세	(286)	2.1	22.8	24.9	24.0	40.4	10.6	51.0	100.0
30~39세	(284)	4.6	25.0	29.5	22.6	41.7	6.2	47.8	100.0
40~49세	(323)	4.5	27.9	32.4	21.2	39.7	6.8	46.4	100.0
50~59세	(316)	4.5	27.7	32.2	24.8	37.9	5.2	43.1	100.0
60~75세	(291)	3.9	33.3	37.2	19.3	39.4	4.0	43.5	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	3.7	32.6	36.3	21.2	38.2	4.3	42.5	100.0
고등학교 졸업	(637)	4.0	29.3	33.4	21.6	37.7	7.4	45.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	3.9	24.3	28.2	23.4	42.1	6.3	48.4	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	3.1	22.8	26.0	22.8	42.0	9.3	51.3	100.0
기혼	(1,011)	4.3	27.9	32.2	22.8	39.4	5.6	45.0	100.0
이혼/사별	(100)	3.0	40.3	43.3	17.0	34.7	5.0	39.7	100.0
종교									
종교 있음	(622)	5.3	28.4	33.6	21.8	38.2	6.4	44.6	100.0
종교 없음(무교)	(878)	3.0	26.7	29.7	22.8	40.9	6.7	47.5	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	3.9	27.3	31.2	22.3	40.4	6.0	46.5	100.0
농촌	(248)	3.9	27.9	31.9	22.7	36.4	9.0	45.4	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	3.9	26.6	30.4	23.3	39.3	7.0	46.3	100.0
있다	(278)	4.2	31.0	35.2	18.5	41.7	4.5	46.2	100.0

(7) 자살에 대한 태도 7번 항목

“누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다“

ATTS 7번 항목(누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 29.3%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 40.4%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △여성(29.9%), △60~75세(31.4%)에서 상대적으로 높다.

<표 31> 자살에 대한 태도 - 누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	1.7	18.0	19.8	31.3	36.0	13.0	49.0	100.0
2018년	**(1,500)**	**3.3**	**26.0**	**29.3**	**30.3**	**33.0**	**7.4**	**40.4**	**100.0**
성별									
남자	(761)	3.2	25.6	28.7	29.6	33.9	7.7	41.6	100.0
여자	(739)	3.5	26.4	29.9	30.9	32.0	7.2	39.2	100.0
연령									
19-29세	(286)	4.1	26.1	30.2	32.3	29.6	7.9	37.5	100.0
30~39세	(284)	2.0	25.6	27.6	32.6	33.6	6.2	39.8	100.0
40~49세	(323)	2.4	24.5	26.9	30.5	33.1	9.4	42.6	100.0
50~59세	(316)	3.6	27.0	30.7	28.2	33.6	7.4	41.1	100.0
60~75세	(291)	4.7	26.7	31.4	27.9	34.7	6.0	40.8	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	2.5	28.1	30.6	21.9	41.1	6.4	47.4	100.0
고등학교 졸업	(637)	3.4	25.8	29.2	29.2	33.7	8.0	41.6	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	3.5	25.6	29.1	33.4	30.3	7.2	37.5	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	3.6	25.3	28.9	33.8	27.6	9.8	37.3	100.0
기혼	(1,011)	3.3	26.6	29.9	29.6	33.7	6.8	40.5	100.0
이혼/사별	(100)	3.0	22.4	25.4	22.9	46.4	5.3	51.7	100.0
종교									
종교 있음	(622)	3.9	24.0	27.9	32.6	32.5	7.0	39.6	100.0
종교 없음(무교)	(878)	2.9	27.4	30.3	28.6	33.3	7.8	41.0	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	3.2	26.9	30.1	31.2	31.9	6.8	38.7	100.0
농촌	(248)	4.0	21.2	25.2	25.4	38.5	10.9	49.3	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	3.8	25.4	29.2	30.2	33.3	7.2	40.6	100.0
있다	(278)	1.2	28.6	29.8	30.4	31.4	8.3	39.7	100.0

(8) 자살에 대한 태도 8번 항목
“자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다“

ATTS 8번 항목(자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 47.0%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 32.6%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △60~75세(50.9%)에서 상대적으로 높다.

<표 32> 자살에 대한 태도 - 자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	7.9	35.6	43.6	20.4	29.9	6.0	35.9	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**8.3**	**38.7**	**47.0**	**20.4**	**28.4**	**4.3**	**32.6**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	6.7	40.2	46.9	20.2	28.8	4.1	32.9	0.0	100.0
여자	(739)	10.0	37.0	47.0	20.5	27.9	4.5	32.4	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	6.7	38.8	45.5	20.6	28.1	5.7	33.9	0.0	100.0
30~39세	(284)	8.5	35.9	44.4	19.2	30.6	5.8	36.4	0.0	100.0
40~49세	(323)	8.5	36.5	45.1	23.9	26.1	4.9	31.0	0.0	100.0
50~59세	(316)	8.4	40.4	48.9	19.3	29.7	2.1	31.8	0.0	100.0
60~75세	(291)	9.4	41.6	50.9	18.5	27.5	3.0	30.5	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	9.4	38.5	47.9	21.7	28.0	2.4	30.4	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	8.9	40.0	48.9	18.8	27.7	4.6	32.3	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	7.4	37.5	44.9	21.5	29.1	4.5	33.6	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	6.2	36.8	43.0	23.0	29.0	5.0	34.1	0.0	100.0
기혼	(1,011)	9.0	39.2	48.2	20.1	28.1	3.6	31.7	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	9.4	40.1	49.5	13.8	28.3	8.3	36.6	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	8.2	40.5	48.7	18.2	28.9	4.2	33.1	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	8.4	37.4	45.7	21.9	28.0	4.3	32.3	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	8.0	38.5	46.5	21.0	28.5	4.0	32.5	0.0	100.0
농촌	(248)	10.0	39.4	49.4	17.3	27.5	5.8	33.3	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	8.2	40.1	48.3	21.4	26.9	3.5	30.4	0.0	100.0
있다	(278)	8.8	32.4	41.2	16.1	35.0	7.7	42.7	0.0	100.0

(9) 자살에 대한 태도 9번 항목

“누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다“

ATTS 9번 항목(누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 75.7%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 8.3%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(76.1%), △40~49세(77.2%)에서 상대적으로 높다.

<표 33> 자살에 대한 태도 - 누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	27.9	49.8	77.6	12.9	7.6	1.5	9.1	0.3	100.0
2018년	**(1,500)**	**19.3**	**56.4**	**75.7**	**16.0**	**7.4**	**0.8**	**8.3**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	19.9	56.2	76.1	15.1	7.9	0.8	8.8	0.0	100.0
여자	(739)	18.8	56.6	75.4	16.9	6.9	0.9	7.8	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	16.3	54.7	71.0	18.2	9.5	1.3	10.8	0.0	100.0
30~39세	(284)	21.3	55.5	76.8	15.4	6.8	1.0	7.8	0.0	100.0
40~49세	(323)	18.8	58.4	77.2	16.3	5.9	0.6	6.5	0.0	100.0
50~59세	(316)	18.9	57.6	76.5	13.9	8.9	0.7	9.7	0.0	100.0
60~75세	(291)	21.5	55.4	76.9	16.4	6.1	0.6	6.7	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	25.5	53.6	79.1	13.1	6.4	1.5	7.8	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	17.4	58.0	75.4	17.7	6.4	0.5	6.9	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	19.6	55.6	75.2	15.1	8.7	1.0	9.7	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	18.8	53.5	72.4	19.3	7.9	0.4	8.3	0.0	100.0
기혼	(1,011)	19.4	58.2	77.5	14.6	6.9	0.9	7.8	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	20.9	49.8	70.8	16.8	10.6	1.8	12.4	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	22.6	55.5	78.1	14.6	6.3	1.0	7.3	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	17.0	57.1	74.1	16.9	8.2	0.8	9.0	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	19.2	57.0	76.1	15.6	7.4	0.9	8.3	0.0	100.0
농촌	(248)	20.2	53.6	73.8	17.8	7.7	0.7	8.3	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	18.7	58.4	77.1	15.2	7.0	0.7	7.7	0.0	100.0
있다	(278)	22.0	47.9	69.9	19.5	9.1	1.5	10.7	0.0	100.0

(10) 자살에 대한 태도 10번 항목
"누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다"

ATTS 10번 항목(누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다)에 대해 '매우 동의함' 또는 '동의함'이라고 응답한 비율은 전체의 49.5%인 반면, '매우 동의하지 않음' 또는 '동의하지 않음'의 경우는 24.1%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △여성(50.7%), △60~75세(52.4%)에서 상대적으로 높다.

<표 34> 자살에 대한 태도 - 누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/ 무응답	계
2013년	(1,500)	7.6	35.2	42.8	26.4	27.3	3.5	30.8	0.0	100.0
2018년	**(1,500)**	**9.1**	**40.5**	**49.5**	**26.4**	**21.3**	**2.7**	**24.1**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	9.5	38.9	48.4	26.7	22.1	2.9	25.0	0.0	100.0
여자	(739)	8.6	42.1	50.7	26.2	20.6	2.5	23.1	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	9.8	37.4	47.3	26.8	22.9	2.9	25.9	0.0	100.0
30~39세	(284)	9.0	40.0	49.0	23.8	24.6	2.5	27.1	0.0	100.0
40~49세	(323)	8.9	43.3	52.2	28.1	18.0	1.7	19.7	0.0	100.0
50~59세	(316)	6.9	39.7	46.6	26.1	23.7	3.5	27.3	0.0	100.0
60~75세	(291)	11.0	41.4	52.4	26.8	17.7	3.1	20.7	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	9.5	43.5	53.0	23.8	20.2	3.0	23.2	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	10.1	39.3	49.3	27.3	20.5	2.9	23.4	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	8.0	40.8	48.8	26.3	22.4	2.5	24.9	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	8.9	37.8	46.8	28.8	22.0	2.5	24.5	0.0	100.0
기혼	(1,011)	9.2	41.7	50.9	25.7	20.7	2.7	23.4	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	8.3	37.9	46.2	24.9	25.1	3.8	28.9	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	9.1	40.8	49.9	25.7	21.8	2.7	24.5	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	9.0	40.3	49.3	26.9	21.0	2.8	23.8	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	10.0	40.7	50.7	26.8	19.9	2.7	22.5	0.0	100.0
농촌	(248)	4.3	39.2	43.5	24.7	28.8	3.0	31.8	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	8.4	40.5	49.0	26.1	22.3	2.6	24.9	0.0	100.0
있다	(278)	11.8	40.1	51.9	27.6	17.0	3.5	20.5	0.0	100.0

(11) 자살에 대한 태도 11번 항목

“만약 당신이 자살에 대하여 질문한다면 누군가의 마음에 자살사고를 유발할 위험이 있다“

ATTS 11번 항목(만약 당신이 자살에 대하여 질문한다면 누군가의 마음에 자살사고를 유발할 위험이 있다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 33.4%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 36.4%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(34.5%), △60~75세(37.9%)에서 상대적으로 높다.

<표 35> 자살에 대한 태도 - 만약 당신이 자살에 대하여 질문한다면 누군가의 마음에 자살사고를 유발할 위험이 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	2.5	22.9	25.4	35.2	34.5	4.9	39.4	100.0
2018년	**(1,500)**	**3.8**	**29.6**	**33.4**	**30.2**	**30.2**	**6.2**	**36.4**	**100.0**
성별									
남자	(761)	4.4	30.1	34.5	30.0	30.2	5.3	35.5	100.0
여자	(739)	3.3	29.0	32.3	30.4	30.1	7.2	37.3	100.0
연령									
19-29세	(286)	4.7	27.5	32.2	32.5	27.8	7.6	35.4	100.0
30~39세	(284)	4.7	25.8	30.5	30.1	33.0	6.4	39.4	100.0
40~49세	(323)	3.2	30.6	33.9	31.5	27.9	6.7	34.6	100.0
50~59세	(316)	2.8	29.7	32.5	29.1	32.3	6.1	38.4	100.0
60~75세	(291)	4.1	33.9	37.9	27.8	29.9	4.4	34.3	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	2.7	33.9	36.5	20.4	37.0	6.0	43.1	100.0
고등학교 졸업	(637)	2.8	31.1	33.9	30.4	29.4	6.3	35.7	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	5.1	27.0	32.1	32.5	29.1	6.3	35.4	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	3.9	30.1	34.1	32.7	26.4	6.8	33.2	100.0
기혼	(1,011)	3.7	30.2	33.9	29.5	30.6	6.0	36.6	100.0
이혼/사별	(100)	5.3	20.6	25.9	27.3	40.4	6.4	46.8	100.0
종교									
종교 있음	(622)	3.9	30.2	34.1	26.7	31.9	7.3	39.2	100.0
종교 없음(무교)	(878)	3.8	29.1	32.9	32.7	28.9	5.5	34.4	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	4.0	30.0	34.0	30.2	29.9	5.9	35.8	100.0
농촌	(248)	3.1	27.5	30.5	30.1	31.6	7.7	39.4	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	4.0	30.0	34.0	30.4	29.7	5.9	35.6	100.0
있다	(278)	3.0	27.7	30.7	29.4	32.3	7.6	39.9	100.0

(12) 자살에 대한 태도 12번 항목

“자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살을 하는 경우는 드물다“

ATTS 12번 항목(자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살을 하는 경우는 드물다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 45.5%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 20.0%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(46.9%), △30~39세(47.5%)에서 상대적으로 높다.

<표 36> 자살에 대한 태도 - 자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살을 하는 경우는 드물다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	6.6	41.1	47.7	30.9	19.9	1.5	21.4	100.0
2018년	**(1,500)**	**6.3**	**39.2**	**45.5**	**34.5**	**18.6**	**1.4**	**20.0**	**100.0**
성별									
남자	(761)	7.1	39.7	46.9	34.8	17.1	1.2	18.3	100.0
여자	(739)	5.4	38.7	44.1	34.1	20.2	1.6	21.8	100.0
연령									
19-29세	(286)	5.8	38.2	44.0	38.8	16.4	0.8	17.1	100.0
30~39세	(284)	9.7	37.8	47.5	33.0	17.0	2.5	19.5	100.0
40~49세	(323)	5.4	40.8	46.2	32.7	20.0	1.1	21.1	100.0
50~59세	(316)	4.7	38.6	43.3	34.1	21.3	1.3	22.6	100.0
60~75세	(291)	6.1	40.6	46.7	33.9	18.0	1.4	19.4	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	7.4	40.0	47.4	31.4	20.1	1.0	21.2	100.0
고등학교 졸업	(637)	5.6	39.7	45.3	33.9	19.1	1.8	20.8	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	6.6	38.6	45.2	35.8	17.9	1.1	19.0	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	5.9	38.8	44.7	38.5	15.9	1.0	16.9	100.0
기혼	(1,011)	5.9	40.3	46.2	32.9	19.3	1.6	20.9	100.0
이혼/사별	(100)	11.3	30.3	41.6	34.9	22.6	0.9	23.5	100.0
종교									
종교 있음	(622)	6.6	38.2	44.8	35.0	19.3	1.0	20.3	100.0
종교 없음(무교)	(878)	6.1	40.0	46.0	34.1	18.2	1.7	19.9	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	6.5	39.8	46.4	34.2	18.0	1.4	19.4	100.0
농촌	(248)	5.0	36.1	41.1	35.6	21.8	1.4	23.3	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	6.8	39.4	46.2	34.1	18.3	1.3	19.7	100.0
있다	(278)	3.9	38.3	42.2	36.1	20.0	1.6	21.7	100.0

(13) 자살에 대한 태도 13번 항목
“자살은 말하지 않아야 하는 주제이다“

ATTS 13번 항목(자살은 말하지 않아야 하는 주제이다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 48.5%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 30.6%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(50.1%), △60~75세(59.5%)에서 상대적으로 높다.

<표 37> 자살에 대한 태도 - 자살은 말하지 않아야 하는 주제이다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	13.1	33.0	46.1	19.4	29.2	5.1	34.3	0.2	100.0
2018년	**(1,500)**	**11.7**	**36.8**	**48.5**	**20.9**	**26.7**	**3.9**	**30.6**	**-**	**100.0**
성별										
남자	(761)	12.9	37.2	50.1	21.1	25.3	3.6	28.8	0.0	100.0
여자	(739)	10.6	36.3	46.9	20.7	28.2	4.2	32.4	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	12.4	32.1	44.5	21.7	27.5	6.3	33.8	0.0	100.0
30~39세	(284)	10.3	34.8	45.1	17.2	32.5	5.2	37.7	0.0	100.0
40~49세	(323)	9.1	33.6	42.7	25.0	27.3	5.0	32.3	0.0	100.0
50~59세	(316)	12.2	38.8	50.9	21.6	26.2	1.3	27.5	0.0	100.0
60~75세	(291)	14.9	44.6	59.5	18.4	20.2	1.9	22.1	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	16.6	49.5	66.1	12.7	19.0	2.1	21.1	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	11.6	39.2	50.7	21.7	24.1	3.4	27.5	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	10.6	31.2	41.9	22.2	31.1	4.8	35.9	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	12.0	32.7	44.7	21.5	28.1	5.7	33.8	0.0	100.0
기혼	(1,011)	11.4	36.9	48.3	21.5	26.8	3.4	30.2	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	13.6	51.0	64.6	12.7	20.5	2.2	22.7	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	12.8	36.0	48.8	20.9	25.2	5.1	30.3	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	10.9	37.3	48.3	20.9	27.8	3.0	30.8	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	10.4	36.9	47.3	20.7	27.9	4.1	32.0	0.0	100.0
농촌	(248)	18.6	35.9	54.4	21.9	20.9	2.8	23.7	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	12.2	37.9	50.1	21.0	25.8	3.1	28.9	0.0	100.0
있다	(278)	9.9	31.7	41.6	20.5	30.7	7.3	37.9	0.0	100.0

(14) 자살에 대한 태도 14번 항목
“외로움은 나에게 자살하는 이유가 될 수 있다“

ATTS 14번 항목(외로움은 나에게 자살하는 이유가 될 수 있다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 48.1%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 31.3%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △여성(48.9%), △60~75세(53.1%)에서 상대적으로 높다.

<표 38> 자살에 대한 태도 - 외로움은 나에게 자살하는 이유가 될 수 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	6.6	41.3	47.9	17.1	25.3	9.8	35.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**8.0**	**40.1**	**48.1**	**20.5**	**23.5**	**7.9**	**31.3**	**100.0**
성별									
남자	(761)	8.1	39.4	47.4	18.4	26.1	8.1	34.2	100.0
여자	(739)	7.9	40.9	48.9	22.8	20.7	7.6	28.4	100.0
연령									
19-29세	(286)	7.9	36.8	44.7	24.7	19.6	11.0	30.6	100.0
30~39세	(284)	7.8	40.1	47.9	21.4	20.9	9.8	30.7	100.0
40~49세	(323)	7.3	41.2	48.4	20.0	23.8	7.8	31.6	100.0
50~59세	(316)	8.0	38.5	46.5	20.0	27.9	5.5	33.5	100.0
60~75세	(291)	9.1	44.0	53.1	16.9	24.5	5.5	30.0	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	11.4	41.0	52.4	14.8	27.0	5.8	32.8	100.0
고등학교 졸업	(637)	7.3	42.2	49.6	19.5	24.0	7.0	30.9	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	7.8	37.9	45.7	23.0	22.1	9.2	31.3	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	7.0	38.1	45.1	23.6	21.6	9.8	31.4	100.0
기혼	(1,011)	8.4	40.3	48.6	19.8	24.4	7.2	31.6	100.0
이혼/사별	(100)	8.3	46.5	54.8	16.5	21.4	7.2	28.7	100.0
종교									
종교 있음	(622)	8.3	43.2	51.5	16.7	22.3	9.5	31.8	100.0
종교 없음(무교)	(878)	7.8	37.9	45.7	23.3	24.3	6.7	31.0	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	8.4	41.3	49.7	20.1	22.7	7.5	30.2	100.0
농촌	(248)	6.0	34.4	40.4	22.8	27.2	9.7	36.9	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	7.7	38.8	46.5	21.6	23.5	8.4	31.9	100.0
있다	(278)	9.3	45.9	55.2	15.9	23.3	5.6	28.9	100.0

(15) 자살에 대한 태도 15번 항목
"거의 모든 사람들은 자살에 대하여 한 두 번 생각을 한 적이 있다"

ATTS 15번 항목(거의 모든 사람들은 자살에 대하여 한 두 번 생각을 한 적이 있다)에 대해 '매우 동의함' 또는 '동의함'이라고 응답한 비율은 전체의 43.3%인 반면, '매우 동의하지 않음' 또는 '동의하지 않음'의 경우는 27.2%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(43.6%), △19~29세(48.0%)에서 상대적으로 높다.

<표 39> 자살에 대한 태도 - 거의 모든 사람들은 자살에 대하여 한 두 번 생각을 한 적이 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	5.9	41.7	47.6	27.0	21.3	4.1	25.4	100.0
2018년	**(1,500)**	**4.9**	**38.4**	**43.3**	**29.4**	**22.2**	**5.0**	**27.2**	**100.0**
성별									
남자	(761)	5.6	38.0	43.6	30.1	20.9	5.4	26.3	100.0
여자	(739)	4.2	38.9	43.1	28.7	23.5	4.6	28.2	100.0
연령									
19-29세	(286)	5.8	42.2	48.0	29.6	19.2	3.2	22.4	100.0
30~39세	(284)	5.1	38.1	43.2	32.6	20.2	4.0	24.2	100.0
40~49세	(323)	6.2	40.9	47.1	27.6	20.5	4.8	25.3	100.0
50~59세	(316)	3.9	35.5	39.4	29.4	24.5	6.7	31.2	100.0
60~75세	(291)	3.6	35.4	39.0	28.3	26.5	6.3	32.7	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	4.8	36.0	40.8	21.6	30.1	7.4	37.5	100.0
고등학교 졸업	(637)	5.3	38.2	43.5	30.3	20.6	5.6	26.2	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	4.6	39.3	43.9	30.6	21.6	3.9	25.5	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	6.8	43.2	50.0	29.7	16.5	3.8	20.4	100.0
기혼	(1,011)	4.0	37.0	41.0	29.7	23.9	5.3	29.3	100.0
이혼/사별	(100)	6.7	34.2	41.0	25.7	26.5	6.8	33.3	100.0
종교									
종교 있음	(622)	5.5	35.5	40.9	26.3	27.0	5.7	32.7	100.0
종교 없음(무교)	(878)	4.5	40.5	45.0	31.6	18.8	4.6	23.3	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	4.9	39.5	44.5	29.1	21.6	4.8	26.4	100.0
농촌	(248)	4.9	32.8	37.7	31.1	25.0	6.2	31.2	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	3.3	36.3	39.7	31.7	23.2	5.5	28.6	100.0
있다	(278)	11.9	47.6	59.5	19.5	17.9	3.0	21.0	100.0

(16) 자살에 대한 태도 16번 항목
“자살만이 유일한 합리적 해결책인 상황이 있다“

ATTS 16번 항목(자살만이 유일한 합리적 해결책인 상황이 있다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 24.5%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 53.6%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(24.9%), △19~29세(29.0%)에서 상대적으로 높다.

<표 40> 자살에 대한 태도 - 자살만이 유일한 합리적 해결책인 상황이 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	2.0	14.9	17.0	19.1	41.1	22.8	63.9	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**3.1**	**21.4**	**24.5**	**21.9**	**39.2**	**14.4**	**53.6**	**-**	**100.0**
성별										
남자	(761)	3.1	21.7	24.9	22.6	39.3	13.2	52.5	0.0	100.0
여자	(739)	3.0	21.1	24.1	21.2	39.1	15.6	54.7	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	5.4	23.6	29.0	21.2	36.5	13.3	49.7	0.0	100.0
30~39세	(284)	3.3	22.6	25.9	18.8	38.0	17.3	55.3	0.0	100.0
40~49세	(323)	2.1	22.4	24.5	23.7	35.5	16.4	51.8	0.0	100.0
50~59세	(316)	2.7	15.9	18.6	23.5	45.0	13.0	58.0	0.0	100.0
60~75세	(291)	2.0	23.1	25.1	22.0	41.0	11.8	52.8	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	1.3	19.2	20.4	21.8	44.6	13.2	57.7	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	2.3	20.6	22.9	23.2	41.7	12.2	53.9	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	4.2	22.8	27.0	20.8	35.5	16.7	52.2	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	4.1	21.7	25.8	22.9	36.4	14.9	51.3	0.0	100.0
기혼	(1,011)	2.9	21.5	24.4	21.3	40.4	13.9	54.3	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	1.0	19.8	20.8	24.5	37.7	17.0	54.7	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	3.2	21.4	24.6	19.2	38.6	17.6	56.2	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	3.0	21.5	24.4	23.8	39.6	12.1	51.7	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	3.4	21.6	24.9	22.4	38.5	14.2	52.7	0.0	100.0
농촌	(248)	1.4	20.8	22.2	19.6	42.8	15.4	58.2	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	3.1	20.3	23.4	21.0	40.7	14.9	55.6	0.0	100.0
있다	(278)	2.9	26.2	29.1	26.2	32.5	12.1	44.6	0.0	100.0

(17) 자살에 대한 태도 17번 항목
“나는 실제로 자살할 생각이 없더라도 자살할 것이라고 말할 수 있다“

ATTS 17번 항목(나는 실제로 자살할 생각이 없더라도 자살할 것이라고 말할 수 있다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 27.3%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 48.0%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △60~75세(28.7%)에서 상대적으로 높다.

<표 41> 자살에 대한 태도 - 나는 실제로 자살할 생각이 없더라도 자살할 것이라고 말할 수 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	2.6	24.8	27.3	20.0	34.9	17.7	52.6	100.0
2018년	**(1,500)**	**1.7**	**25.5**	**27.3**	**24.7**	**38.5**	**9.5**	**48.0**	**100.0**
성별									
남자	(761)	1.9	25.6	27.4	24.3	40.4	7.8	48.3	100.0
여자	(739)	1.6	25.5	27.1	25.2	36.5	11.2	47.7	100.0
연령									
19-29세	(286)	2.3	26.2	28.4	28.3	35.4	8.0	43.3	100.0
30~39세	(284)	3.3	22.9	26.2	26.5	38.3	9.0	47.3	100.0
40~49세	(323)	0.3	24.9	25.2	24.0	39.1	11.7	50.8	100.0
50~59세	(316)	2.1	25.8	28.0	24.0	37.8	10.2	48.0	100.0
60~75세	(291)	0.8	27.9	28.7	21.0	41.9	8.3	50.3	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	0.9	25.5	26.4	20.2	43.5	9.9	53.3	100.0
고등학교 졸업	(637)	1.4	26.0	27.3	23.9	40.5	8.3	48.8	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	2.3	25.1	27.4	26.6	35.4	10.5	45.9	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	2.5	26.9	29.4	28.0	34.8	7.9	42.6	100.0
기혼	(1,011)	1.4	25.3	26.8	24.4	39.0	9.8	48.9	100.0
이혼/사별	(100)	1.8	22.4	24.1	15.5	47.7	12.7	60.3	100.0
종교									
종교 있음	(622)	1.7	24.2	25.9	23.6	38.3	12.2	50.5	100.0
종교 없음(무교)	(878)	1.7	26.5	28.2	25.5	38.7	7.6	46.3	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	2.0	25.6	27.6	24.8	39.0	8.6	47.7	100.0
농촌	(248)	0.4	25.4	25.8	24.4	35.9	13.9	49.8	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	1.9	25.6	27.5	24.3	38.6	9.6	48.3	100.0
있다	(278)	1.1	25.3	26.4	26.6	38.0	9.0	47.0	100.0

(18) 자살에 대한 태도 18번 항목
“자살은 때때로 관련된 사람들에게 구제책이 될 수 있다“

ATTS 18번 항목(자살은 때때로 관련된 사람들에게 구제책이 될 수 있다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 25.0%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 46.4%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(25.5%), △19~29세(28.4%)에서 상대적으로 높다.

<표 42> 자살에 대한 태도 - 자살은 때때로 관련된 사람들에게 구제책이 될 수 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	2.2	18.8	21.0	25.4	38.0	15.6	53.6	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**2.7**	**22.3**	**25.0**	**28.6**	**35.2**	**11.2**	**46.4**	**-**	**100.0**
성별										
남자	(761)	3.0	22.5	25.5	29.2	34.2	11.1	45.3	0.0	100.0
여자	(739)	2.5	22.1	24.5	28.0	36.2	11.3	47.5	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	4.8	23.6	28.4	29.1	31.6	10.9	42.5	0.0	100.0
30~39세	(284)	2.6	25.1	27.7	28.2	32.4	11.7	44.0	0.0	100.0
40~49세	(323)	2.5	20.1	22.6	30.9	33.8	12.6	46.5	0.0	100.0
50~59세	(316)	2.1	20.0	22.1	27.6	38.3	12.0	50.3	0.0	100.0
60~75세	(291)	1.7	23.4	25.0	27.1	39.4	8.5	47.9	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	1.1	22.5	23.6	21.1	45.9	9.4	55.3	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	2.2	21.2	23.5	31.2	34.4	10.9	45.3	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	3.6	23.3	26.8	28.1	33.1	11.9	45.0	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	4.4	24.4	28.7	29.8	30.9	10.5	41.5	0.0	100.0
기혼	(1,011)	2.2	21.9	24.1	28.1	36.7	11.1	47.8	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	1.7	18.2	19.9	29.3	35.9	15.0	50.9	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	2.5	20.5	23.1	27.1	36.3	13.5	49.8	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	2.8	23.6	26.4	29.7	34.4	9.5	43.9	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	3.1	22.8	26.0	29.3	34.3	10.4	44.7	0.0	100.0
농촌	(248)	0.6	19.8	20.4	24.9	39.7	15.0	54.7	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	1.6	22.0	23.6	29.1	36.0	11.2	47.3	0.0	100.0
있다	(278)	7.4	23.9	31.3	26.3	31.3	11.1	42.4	0.0	100.0

(19) 자살에 대한 태도 19번 항목

“젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다“

ATTS 19번 항목(젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 64.9%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 19.1%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(65.2%), △50~59세(69.0%)에서 상대적으로 높다.

<표 43> 자살에 대한 태도 - 젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/ 무응답	계
2013년	(1,500)	25.4	40.8	66.2	18.6	13.5	1.6	15.1	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**19.8**	**45.1**	**64.9**	**15.9**	**15.9**	**3.2**	**19.1**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	18.6	46.6	65.2	16.7	14.9	3.2	18.1	0.0	100.0
여자	(739)	21.0	43.7	64.7	15.2	17.0	3.2	20.1	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	15.2	43.5	58.7	20.3	16.4	4.6	21.0	0.0	100.0
30~39세	(284)	20.8	39.5	60.3	18.2	18.8	2.7	21.5	0.0	100.0
40~49세	(323)	21.7	46.5	68.2	17.2	12.5	2.1	14.6	0.0	100.0
50~59세	(316)	19.2	49.8	69.0	13.4	14.4	3.1	17.5	0.0	100.0
60~75세	(291)	21.9	45.6	67.5	10.8	18.2	3.5	21.7	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	25.5	45.1	70.6	6.9	19.2	3.3	22.5	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	20.3	45.0	65.3	16.0	15.2	3.5	18.7	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	17.9	45.3	63.1	18.2	15.7	2.9	18.6	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	16.3	41.3	57.6	20.7	17.6	4.1	21.7	0.0	100.0
기혼	(1,011)	20.5	46.7	67.2	14.7	15.5	2.7	18.2	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	26.5	44.4	70.9	10.4	13.9	4.9	18.8	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	22.3	42.3	64.5	16.2	15.9	3.4	19.3	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	18.1	47.2	65.2	15.7	16.0	3.0	19.0	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	19.9	44.9	64.8	15.4	16.3	3.6	19.8	0.0	100.0
농촌	(248)	19.2	46.4	65.6	18.7	14.3	1.3	15.7	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	19.8	46.0	65.8	16.8	15.1	2.3	17.4	0.0	100.0
있다	(278)	19.7	41.3	61.0	12.1	19.8	7.1	26.9	0.0	100.0

(20) 자살에 대한 태도 20번 항목
“만약 내가 심한 불치병에 걸린다면 자살을 고려할 것이다“

ATTS 20번 항목(만약 내가 심한 불치병에 걸린다면 자살을 고려할 것이다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 31.8%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 38.3%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(33.8%), △50~59세(33.9%)에서 상대적으로 높다.

<표 44> 자살에 대한 태도 - 만약 내가 심한 불치병에 걸린다면 자살을 고려할 것이다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	4.7	28.1	32.8	30.3	24.5	12.4	36.9	100.0
2018년	**(1,500)**	**4.5**	**27.3**	**31.8**	**29.9**	**29.0**	**9.3**	**38.3**	**100.0**
성별									
남자	(761)	5.2	28.6	33.8	31.0	25.8	9.4	35.1	100.0
여자	(739)	3.7	26.0	29.7	28.7	32.3	9.3	41.5	100.0
연령									
19-29세	(286)	7.0	26.6	33.6	28.2	29.1	9.1	38.2	100.0
30~39세	(284)	4.6	25.2	29.8	35.5	24.4	10.3	34.7	100.0
40~49세	(323)	2.3	27.2	29.5	33.9	27.2	9.3	36.5	100.0
50~59세	(316)	3.7	30.2	33.9	27.6	30.4	8.2	38.5	100.0
60~75세	(291)	5.1	27.2	32.3	24.1	33.9	9.7	43.6	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	4.8	29.4	34.2	25.3	31.7	8.7	40.5	100.0
고등학교 졸업	(637)	5.0	27.1	32.1	28.8	30.2	8.9	39.1	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	3.9	27.0	30.9	32.1	27.2	9.8	37.0	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	5.6	27.6	33.2	30.8	27.5	8.4	36.0	100.0
기혼	(1,011)	3.9	26.9	30.9	30.1	30.0	9.0	39.0	100.0
이혼/사별	(100)	5.6	30.2	35.8	24.1	24.6	15.5	40.1	100.0
종교									
종교 있음	(622)	3.1	26.9	30.0	27.7	30.8	11.4	42.3	100.0
종교 없음(무교)	(878)	5.4	27.7	33.1	31.4	27.7	7.8	35.5	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	5.0	26.5	31.4	31.3	28.2	9.0	37.3	100.0
농촌	(248)	1.9	31.8	33.7	22.8	32.8	10.6	43.5	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	3.7	25.9	29.6	31.7	28.8	10.0	38.7	100.0
있다	(278)	8.0	33.5	41.5	22.0	30.1	6.4	36.5	100.0

(21) 자살에 대한 태도 21번 항목
“자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다“

ATTS 21번 항목(자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 37.1%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 31.8%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(37.5%), △30~39세(39.6%)에서 상대적으로 높다.

<표 45> 자살에 대한 태도 - 자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	3.5	30.0	33.5	28.0	34.8	3.6	38.4	100.0
2018년	**(1,500)**	**4.7**	**32.4**	**37.1**	**31.1**	**28.3**	**3.5**	**31.8**	**100.0**
성별									
남자	(761)	4.2	33.3	37.5	30.3	29.3	3.0	32.2	100.0
여자	(739)	5.2	31.5	36.7	31.9	27.3	4.1	31.4	100.0
연령									
19-29세	(286)	4.1	33.7	37.8	32.1	23.8	6.4	30.1	100.0
30~39세	(284)	6.0	33.5	39.6	29.9	27.0	3.5	30.6	100.0
40~49세	(323)	4.3	28.7	33.0	31.9	32.6	2.6	35.2	100.0
50~59세	(316)	4.8	32.7	37.5	34.5	24.4	3.7	28.1	100.0
60~75세	(291)	4.4	33.8	38.2	26.7	33.4	1.6	35.1	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	5.1	35.8	40.9	23.9	34.8	0.4	35.2	100.0
고등학교 졸업	(637)	4.9	32.8	37.7	30.8	27.6	3.8	31.5	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	4.4	31.2	35.6	33.1	27.2	4.0	31.3	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	4.3	33.5	37.9	31.7	25.7	4.7	30.4	100.0
기혼	(1,011)	5.0	32.6	37.6	30.7	28.8	2.9	31.7	100.0
이혼/사별	(100)	3.5	25.7	29.2	32.6	33.4	4.8	38.2	100.0
종교									
종교 있음	(622)	5.9	32.7	38.6	29.7	27.0	4.6	31.7	100.0
종교 없음(무교)	(878)	3.8	32.2	36.0	32.1	29.2	2.7	31.9	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	4.9	32.7	37.6	31.5	28.0	2.9	30.9	100.0
농촌	(248)	4.0	30.6	34.6	28.9	29.9	6.6	36.4	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	4.9	32.6	37.5	31.7	27.7	3.1	30.8	100.0
있다	(278)	4.1	31.4	35.5	28.2	31.0	5.3	36.3	100.0

(22) 자살에 대한 태도 22번 항목
“자살은 아무런 경고 없이 발생한다“

ATTS 22번 항목(자살은 아무런 경고 없이 발생한다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 42.9%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 37.1%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △여성(43.2%), △60~75세(45.8%)에서 상대적으로 높다.

<표 46> 자살에 대한 태도 - 자살은 아무런 경고 없이 발생한다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	10.4	37.0	47.3	19.4	29.4	3.8	33.2	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**7.4**	**35.5**	**42.9**	**20.0**	**33.1**	**4.1**	**37.1**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	6.2	36.5	42.7	20.5	32.3	4.5	36.8	0.0	100.0
여자	(739)	8.7	34.5	43.2	19.4	33.9	3.6	37.4	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	7.4	35.7	43.0	20.6	30.2	6.1	36.3	0.0	100.0
30~39세	(284)	7.9	31.8	39.6	20.6	35.6	4.2	39.8	0.0	100.0
40~49세	(323)	9.2	34.2	43.3	17.0	35.9	3.8	39.7	0.0	100.0
50~59세	(316)	8.1	34.6	42.7	19.5	35.0	2.8	37.8	0.0	100.0
60~75세	(291)	4.3	41.5	45.8	22.4	28.2	3.6	31.8	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	3.1	44.5	47.5	21.4	28.0	3.0	31.1	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	8.8	34.6	43.4	21.1	31.1	4.4	35.5	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	7.3	34.0	41.3	18.5	36.2	4.0	40.2	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	5.6	35.8	41.4	22.3	30.8	5.6	36.3	0.0	100.0
기혼	(1,011)	8.1	35.2	43.3	18.7	34.7	3.3	38.1	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	7.5	37.7	45.3	23.9	25.3	5.6	30.9	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	7.7	35.3	43.0	18.5	33.9	4.7	38.5	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	7.2	35.6	42.9	21.0	32.5	3.6	36.1	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	7.4	34.4	41.8	20.4	33.8	3.9	37.7	0.0	100.0
농촌	(248)	7.3	41.1	48.3	17.6	29.2	4.9	34.1	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	7.3	35.4	42.7	20.0	33.5	3.8	37.3	0.0	100.0
있다	(278)	7.8	35.9	43.7	19.9	31.1	5.4	36.5	0.0	100.0

(23) 자살에 대한 태도 23번 항목
“대부분의 사람들은 자살에 관한 이야기를 꺼린다“

ATTS 23번 항목(대부분의 사람들은 자살에 관한 이야기를 꺼린다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 65.8%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 12.6%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(67.3%), △50~59세(69.1%)에서 상대적으로 높다.

<표 47> 자살에 대한 태도 - 대부분의 사람들은 자살에 관한 이야기를 꺼린다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	12.1	47.3	59.4	22.1	16.9	1.6	18.4	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**14.4**	**51.4**	**65.8**	**21.6**	**11.7**	**1.0**	**12.6**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	13.5	53.8	67.3	20.9	10.9	0.9	11.8	0.0	100.0
여자	(739)	15.3	48.9	64.2	22.4	12.4	1.0	13.4	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	11.5	49.9	61.4	25.6	11.0	2.0	13.0	0.0	100.0
30~39세	(284)	15.2	51.3	66.5	19.0	14.1	0.4	14.5	0.0	100.0
40~49세	(323)	15.1	49.1	64.1	24.4	10.3	1.2	11.5	0.0	100.0
50~59세	(316)	15.6	53.5	69.1	19.3	10.9	0.7	11.6	0.0	100.0
60~75세	(291)	14.3	53.2	67.5	19.6	12.3	0.5	12.9	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	13.1	51.8	64.9	18.6	16.0	0.4	16.4	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	15.1	51.9	67.0	21.5	10.2	1.3	11.5	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	14.0	50.8	64.9	22.4	11.9	0.8	12.7	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	11.4	51.4	62.8	24.7	11.1	1.3	12.4	0.0	100.0
기혼	(1,011)	15.7	50.9	66.5	21.0	11.6	0.9	12.5	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	13.1	56.5	69.6	15.6	14.7	0.0	14.7	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	14.1	52.9	67.1	22.3	9.5	1.1	10.6	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	14.6	50.3	64.9	21.1	13.2	0.9	14.1	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	14.6	51.8	66.4	21.3	11.3	1.0	12.3	0.0	100.0
농촌	(248)	13.5	49.4	62.9	22.8	13.3	1.0	14.3	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	14.6	51.4	65.9	21.7	11.4	1.0	12.4	0.0	100.0
있다	(278)	13.6	51.5	65.1	21.3	12.9	0.7	13.6	0.0	100.0

(24) 자살에 대한 태도 24번 항목
"누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 간섭하지 말아야 한다"

ATTS 24번 항목(누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다)에 대해 '매우 동의함' 또는 '동의함'이라고 응답한 비율은 전체의 15.1%인 반면, '매우 동의하지 않음' 또는 '동의하지 않음'의 경우는 62.3%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △여성(15.5%), △60~75세(18.2%)에서 상대적으로 높다.

<표 48> 자살에 대한 태도 - 누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	1.5	10.4	11.9	15.9	50.9	21.3	72.3	100.0
2018년	**(1,500)**	**1.9**	**13.2**	**15.1**	**22.6**	**45.6**	**16.8**	**62.3**	**100.0**
성별									
남자	(761)	1.7	13.0	14.7	23.1	45.8	16.4	62.2	100.0
여자	(739)	2.2	13.4	15.5	22.1	45.3	17.1	62.4	100.0
연령									
19-29세	(286)	1.2	11.7	12.9	25.4	45.2	16.5	61.7	100.0
30~39세	(284)	1.8	13.5	15.3	24.5	44.6	15.6	60.2	100.0
40~49세	(323)	2.0	12.0	14.0	21.3	46.8	17.9	64.7	100.0
50~59세	(316)	3.1	12.1	15.2	20.5	47.7	16.5	64.3	100.0
60~75세	(291)	1.5	16.7	18.2	21.6	43.1	17.1	60.3	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	1.4	13.0	14.4	19.1	52.4	14.1	66.5	100.0
고등학교 졸업	(637)	2.4	16.1	18.5	21.1	44.1	16.3	60.4	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	1.6	10.5	12.1	24.8	45.1	17.9	63.0	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	1.3	14.4	15.7	24.4	44.3	15.7	60.0	100.0
기혼	(1,011)	2.3	12.9	15.2	21.9	45.8	17.1	62.9	100.0
이혼/사별	(100)	0.7	11.1	11.9	22.4	48.3	17.5	65.8	100.0
종교									
종교 있음	(622)	2.1	13.0	15.1	22.6	44.6	17.8	62.3	100.0
종교 없음(무교)	(878)	1.8	13.3	15.1	22.6	46.3	16.0	62.3	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	1.8	13.9	15.7	23.8	44.8	15.8	60.6	100.0
농촌	(248)	2.6	9.5	12.1	16.6	49.5	21.7	71.2	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	2.0	13.2	15.2	23.3	44.4	17.1	61.5	100.0
있다	(278)	1.7	13.0	14.7	19.3	50.6	15.4	65.9	100.0

(25) 자살에 대한 태도 25번 항목
“사람들을 자살로 내모는 것은 주로 외로움이다“

ATTS 25번 항목(사람들을 자살로 내모는 것은 주로 외로움이다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 55.4%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 20.3%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △30~39세(60.5%)에서 상대적으로 높다.

<표 49> 자살에 대한 태도 - 사람들을 자살로 내모는 것은 주로 외로움이다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	9.2	50.3	59.5	18.6	18.5	3.4	22.0	100.0
2018년	**(1,500)**	**9.9**	**45.5**	**55.4**	**24.3**	**18.4**	**1.8**	**20.3**	**100.0**
성별									
남자	(761)	11.1	44.5	55.5	22.1	20.4	2.0	22.4	100.0
여자	(739)	8.7	46.6	55.4	26.6	16.4	1.6	18.1	100.0
연령									
19-29세	(286)	10.4	40.5	50.9	28.4	19.4	1.3	20.6	100.0
30~39세	(284)	9.2	51.3	60.5	20.6	16.7	2.1	18.8	100.0
40~49세	(323)	10.3	45.0	55.4	25.1	16.6	2.9	19.6	100.0
50~59세	(316)	9.2	43.9	53.0	26.8	18.6	1.6	20.2	100.0
60~75세	(291)	10.5	47.1	57.7	20.3	20.9	1.1	22.1	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	15.8	48.3	64.1	14.4	20.4	1.2	21.6	100.0
고등학교 졸업	(637)	9.0	42.5	51.4	27.0	19.7	1.9	21.6	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	9.3	47.7	56.9	24.4	16.8	1.9	18.7	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	9.5	42.9	52.4	27.1	19.4	1.1	20.5	100.0
기혼	(1,011)	10.0	46.4	56.4	23.8	18.0	1.9	19.9	100.0
이혼/사별	(100)	10.8	47.2	58.0	18.8	18.8	4.4	23.3	100.0
종교									
종교 있음	(622)	11.6	44.9	56.5	24.7	16.5	2.3	18.8	100.0
종교 없음(무교)	(878)	8.8	45.9	54.7	24.0	19.8	1.5	21.3	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	10.0	46.6	56.6	24.4	17.5	1.5	19.0	100.0
농촌	(248)	9.7	40.0	49.7	23.9	22.9	3.6	26.4	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	9.1	45.5	54.6	25.7	17.8	1.9	19.7	100.0
있다	(278)	13.5	45.7	59.2	18.0	21.3	1.5	22.8	100.0

(26) 자살에 대한 태도 26번 항목
“자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다“

ATTS 26번 항목(자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 71.7%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 9.7%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △19~29세(74.5%)에서 상대적으로 높다.

<표 50> 자살에 대한 태도 - 자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	12.8	59.3	72.1	16.2	10.2	1.5	11.7	100.0
2018년	**(1,500)**	**14.4**	**57.3**	**71.7**	**18.5**	**8.6**	**1.1**	**9.7**	**100.0**
성별									
남자	(761)	13.3	58.5	71.8	17.8	9.4	1.1	10.5	100.0
여자	(739)	15.6	56.2	71.7	19.4	7.8	1.1	8.9	100.0
연령									
19-29세	(286)	16.8	57.7	74.5	16.3	8.1	1.1	9.2	100.0
30~39세	(284)	14.8	54.8	69.7	20.8	7.8	1.7	9.5	100.0
40~49세	(323)	16.3	57.5	73.8	16.6	8.4	1.2	9.5	100.0
50~59세	(316)	11.4	60.5	71.9	18.8	8.3	1.0	9.3	100.0
60~75세	(291)	12.9	55.7	68.6	20.4	10.4	0.6	11.0	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	13.0	53.3	66.3	20.5	12.4	0.8	13.3	100.0
고등학교 졸업	(637)	13.2	58.4	71.6	18.4	8.9	1.0	9.9	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	15.9	57.3	73.3	18.2	7.3	1.3	8.6	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	15.0	56.3	71.3	18.3	8.7	1.7	10.4	100.0
기혼	(1,011)	14.0	57.7	71.7	18.6	8.6	1.0	9.7	100.0
이혼/사별	(100)	16.4	57.4	73.8	18.8	7.5	0.0	7.5	100.0
종교									
종교 있음	(622)	15.5	57.9	73.4	16.7	8.3	1.6	9.9	100.0
종교 없음(무교)	(878)	13.6	56.9	70.6	19.9	8.8	0.8	9.6	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	14.5	57.6	72.2	18.4	8.6	0.9	9.5	100.0
농촌	(248)	13.8	55.9	69.7	19.5	8.8	2.0	10.8	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	14.6	56.6	71.2	19.4	8.2	1.1	9.4	100.0
있다	(278)	13.9	60.3	74.1	14.7	10.1	1.1	11.2	100.0

(27) 자살에 대한 태도 27번 항목

“사람들이 어떻게 자신의 생명을 스스로 끊을 수 있는지 나는 대체로 이해가 가지 않는다“

ATTS 27번 항목(사람들이 어떻게 자신의 생명을 스스로 끊을 수 있는지 나는 대체로 이해가 가지 않는다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 59.0%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 18.7%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △여성(60.9%), △50~59세(61.7%)에서 상대적으로 높다.

<표 51> 자살에 대한 태도 - 사람들이 어떻게 자신의 생명을 스스로 끊을 수 있는지 나는 대체로 이해가 가지 않는다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	17.2	41.2	58.4	20.6	19.0	2.0	21.0	100.0
2018년	**(1,500)**	**12.2**	**46.8**	**59.0**	**22.3**	**16.8**	**2.0**	**18.7**	**100.0**
성별									
남자	(761)	11.0	46.2	57.1	23.3	17.8	1.8	19.6	100.0
여자	(739)	13.4	47.5	60.9	21.3	15.7	2.1	17.8	100.0
연령									
19-29세	(286)	11.3	44.9	56.2	24.4	16.7	2.7	19.4	100.0
30~39세	(284)	16.0	44.9	60.9	22.7	14.6	1.8	16.4	100.0
40~49세	(323)	10.2	47.9	58.1	23.0	17.9	1.1	19.0	100.0
50~59세	(316)	13.6	48.1	61.7	19.3	15.7	3.2	19.0	100.0
60~75세	(291)	10.1	48.0	58.1	22.2	18.8	0.9	19.8	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	11.3	50.7	62.0	18.1	19.1	0.8	19.9	100.0
고등학교 졸업	(637)	11.3	46.7	58.0	23.0	16.2	2.7	19.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	13.2	45.9	59.2	22.7	16.6	1.5	18.2	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	11.0	44.5	55.5	25.3	16.9	2.3	19.2	100.0
기혼	(1,011)	12.9	47.8	60.7	21.6	15.8	1.9	17.6	100.0
이혼/사별	(100)	8.8	46.4	55.2	17.2	26.1	1.5	27.6	100.0
종교									
종교 있음	(622)	15.1	46.9	62.0	21.6	14.3	2.2	16.5	100.0
종교 없음(무교)	(878)	10.1	46.8	56.9	22.8	18.5	1.8	20.3	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	12.6	46.9	59.5	22.2	16.4	1.9	18.3	100.0
농촌	(248)	10.0	46.3	56.3	22.9	18.7	2.1	20.8	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	12.6	49.0	61.7	21.9	15.4	1.0	16.5	100.0
있다	(278)	10.2	37.1	47.3	24.0	22.6	6.1	28.7	100.0

(28) 자살에 대한 태도 28번 항목

“누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 무슨 일이 진행되고 있는지를 알지 못한다“

ATTS 28번 항목(누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 무슨 일이 진행되고 있는지를 알지 못한다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 61.5%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 14.6%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △19~29세(65.7%)에서 상대적으로 높다.

<표 52> 자살에 대한 태도 - 누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 무슨 일이 진행되고 있는지를 알지 못한다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	9.8	57.4	67.2	20.1	11.5	1.3	12.8	100.0
2018년	**(1,500)**	**9.2**	**52.2**	**61.5**	**23.9**	**13.9**	**0.7**	**14.6**	**100.0**
성별									
남자	(761)	9.2	52.4	61.6	22.9	14.8	0.7	15.5	100.0
여자	(739)	9.2	52.0	61.3	25.1	13.1	0.6	13.7	100.0
연령									
19-29세	(286)	7.1	58.6	65.7	26.3	8.0	0.0	8.0	100.0
30~39세	(284)	10.6	53.0	63.6	22.0	14.1	0.3	14.4	100.0
40~49세	(323)	9.2	46.7	55.9	25.7	17.9	0.6	18.4	100.0
50~59세	(316)	8.8	51.3	60.1	21.2	17.4	1.4	18.7	100.0
60~75세	(291)	10.5	52.5	63.0	24.5	11.4	1.1	12.5	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	10.3	58.0	68.3	19.0	12.3	0.4	12.8	100.0
고등학교 졸업	(637)	8.7	52.1	60.8	24.6	13.7	0.9	14.6	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	9.5	50.8	60.3	24.6	14.6	0.5	15.1	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	6.7	57.8	64.5	26.0	9.5	0.0	9.5	100.0
기혼	(1,011)	10.0	49.5	59.4	23.5	16.2	0.9	17.1	100.0
이혼/사별	(100)	11.2	58.8	69.9	20.7	8.4	0.9	9.3	100.0
종교									
종교 있음	(622)	8.3	53.6	62.0	23.3	14.0	0.7	14.7	100.0
종교 없음(무교)	(878)	9.8	51.2	61.1	24.4	13.9	0.6	14.5	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	9.8	51.8	61.6	23.4	14.3	0.7	15.0	100.0
농촌	(248)	6.3	54.6	60.9	26.6	12.1	0.4	12.5	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	8.4	51.8	60.2	25.1	14.2	0.5	14.7	100.0
있다	(278)	12.9	54.3	67.1	18.8	12.6	1.4	14.0	100.0

(29) 자살에 대한 태도 29번 항목

“심한 불치병으로 괴로워하는 사람이 죽고 싶다고 표현한다면 그렇게 하도록 도움을 받아야 한다“

ATTS 29번 항목(심한 불치병으로 괴로워하는 사람이 죽고 싶다고 표현한다면 그렇게 하도록 도움을 받아야 한다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 40.4%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 32.6%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(40.7%), △30~39세(46.7%)에서 상대적으로 높다.

<표 53> 자살에 대한 태도 - 심한 불치병으로 괴로워하는 사람이 죽고 싶다고 표현한다면 그렇게 하도록 도움을 받아야 한다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	6.8	26.2	32.9	25.2	29.6	12.2	41.8	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**7.6**	**32.9**	**40.4**	**27.0**	**26.2**	**6.4**	**32.6**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	7.5	33.2	40.7	28.3	26.1	4.9	31.0	0.0	100.0
여자	(739)	7.6	32.6	40.2	25.7	26.3	7.9	34.1	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	6.6	33.5	40.1	30.2	26.0	3.7	29.7	0.0	100.0
30~39세	(284)	9.2	37.6	46.7	26.3	21.2	5.8	27.0	0.0	100.0
40~49세	(323)	5.5	27.7	33.2	31.6	28.1	7.0	35.1	0.0	100.0
50~59세	(316)	8.5	32.3	40.8	23.4	26.7	9.0	35.7	0.0	100.0
60~75세	(291)	8.1	34.0	42.1	23.4	28.6	5.9	34.5	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	10.2	33.5	43.7	18.1	32.3	5.9	38.2	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	6.2	34.2	40.4	28.7	23.7	7.2	30.9	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	8.1	31.5	39.6	27.8	26.9	5.7	32.6	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	7.4	32.5	39.8	30.6	25.4	4.2	29.6	0.0	100.0
기혼	(1,011)	7.4	33.1	40.5	26.3	26.2	7.0	33.2	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	9.6	32.3	42.0	20.5	29.6	7.9	37.6	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	8.0	32.8	40.8	24.1	27.1	8.0	35.1	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	7.3	32.9	40.2	29.1	25.5	5.2	30.7	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	7.4	34.5	42.0	27.2	24.6	6.2	30.8	0.0	100.0
농촌	(248)	8.1	24.4	32.5	25.9	34.5	7.1	41.6	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	7.0	32.5	39.5	27.1	26.6	6.8	33.4	0.0	100.0
있다	(278)	10.1	34.4	44.5	26.8	24.3	4.3	28.7	0.0	100.0

(30) 자살에 대한 태도 30번 항목
“나는 자살위기에 처한 사람과 접촉을 해서 도와줄 준비가 되어 있다“

ATTS 30번 항목(나는 자살위기에 처한 사람과 접촉을 해서 도와줄 준비가 되어 있다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 40.5%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 22.9%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △30~39세(44.7%)에서 상대적으로 높다.

<표 54> 자살에 대한 태도 - 나는 자살위기에 처한 사람과 접촉을 해서 도와줄 준비가 되어 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	5.9	40.2	46.1	34.8	15.8	3.2	19.0	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**5.8**	**34.6**	**40.5**	**36.6**	**20.2**	**2.8**	**22.9**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	6.5	34.1	40.6	36.5	20.8	2.2	23.0	0.0	100.0
여자	(739)	5.2	35.2	40.4	36.7	19.5	3.4	22.9	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	4.3	34.6	38.9	39.1	20.2	1.8	22.0	0.0	100.0
30~39세	(284)	5.9	38.8	44.7	34.7	18.5	2.0	20.6	0.0	100.0
40~49세	(323)	5.9	34.7	40.5	37.4	17.6	4.4	22.0	0.0	100.0
50~59세	(316)	7.8	31.2	39.0	38.0	20.1	2.9	23.0	0.0	100.0
60~75세	(291)	5.0	34.5	39.5	33.5	24.5	2.5	27.0	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	8.0	34.5	42.5	31.7	22.7	3.1	25.8	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	5.2	32.9	38.1	37.0	22.2	2.7	24.9	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	5.8	36.3	42.1	37.5	17.6	2.7	20.4	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	4.5	34.0	38.6	39.9	18.9	2.6	21.5	0.0	100.0
기혼	(1,011)	6.0	35.1	41.1	35.8	20.5	2.6	23.1	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	9.1	32.6	41.6	32.1	21.4	4.9	26.3	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	6.1	37.7	43.8	34.6	18.7	2.9	21.6	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	5.7	32.5	38.1	38.0	21.2	2.7	23.9	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	5.2	35.0	40.2	36.5	20.6	2.8	23.3	0.0	100.0
농촌	(248)	9.2	32.6	41.9	37.2	18.2	2.7	20.9	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	6.2	35.4	41.6	37.8	18.4	2.1	20.6	0.0	100.0
있다	(278)	4.2	31.4	35.6	31.1	27.8	5.5	33.3	0.0	100.0

(31) 자살에 대한 태도 31번 항목
“누구든지 자살할 수 있다“

ATTS 31번 항목(누구든지 자살할 수 있다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 44.2%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 31.3%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(45.3%), △19~29세(48.7%)에서 상대적으로 높다.

<표 55> 자살에 대한 태도 - 누구든지 자살할 수 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	8.4	45.0	53.4	19.0	21.4	6.2	27.5	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**6.7**	**37.5**	**44.2**	**24.5**	**24.2**	**7.1**	**31.3**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	7.7	37.6	45.3	24.6	22.9	7.2	30.0	0.0	100.0
여자	(739)	5.5	37.5	43.0	24.3	25.6	7.1	32.7	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	9.0	39.7	48.7	24.1	20.6	6.6	27.2	0.0	100.0
30~39세	(284)	6.5	34.8	41.4	29.2	21.5	7.9	29.4	0.0	100.0
40~49세	(323)	6.6	39.2	45.8	24.6	24.1	5.5	29.7	0.0	100.0
50~59세	(316)	5.4	39.4	44.8	22.9	26.7	5.6	32.3	0.0	100.0
60~75세	(291)	5.9	34.2	40.1	21.9	27.7	10.2	38.0	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	9.8	33.2	43.0	20.3	27.7	9.0	36.7	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	6.4	38.0	44.4	24.7	24.1	6.8	30.9	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	6.1	38.2	44.3	25.4	23.4	7.0	30.4	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	9.6	37.7	47.2	26.1	19.8	6.8	26.6	0.0	100.0
기혼	(1,011)	5.5	37.9	43.4	24.1	25.4	7.2	32.6	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	7.2	33.5	40.7	22.2	29.4	7.7	37.1	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	6.4	36.8	43.2	25.1	23.0	8.7	31.7	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	6.8	38.0	44.9	24.1	25.0	6.0	31.0	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	6.5	37.4	43.9	25.4	23.4	7.3	30.7	0.0	100.0
농촌	(248)	7.6	38.1	45.7	19.9	28.1	6.3	34.4	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	6.1	36.5	42.7	24.8	24.9	7.6	32.5	0.0	100.0
있다	(278)	8.9	41.9	50.9	23.0	21.2	5.0	26.2	0.0	100.0

(32) 자살에 대한 태도 32번 항목

“나는 심한 불치병으로 괴로워하는 사람들이 자살하는 것을 이해할 수 있다.“

ATTS 32번 항목(나는 심한 불치병으로 괴로워하는 사람들이 자살하는 것을 이해할 수 있다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 47.8%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 22.7%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(48.5%), △19~29세(50.4%)에서 상대적으로 높다.

<표 56> 자살에 대한 태도 - 나는 심한 불치병으로 괴로워하는 사람들이 자살하는 것을 이해할 수 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	6.4	49.6	56.0	24.4	16.2	3.2	19.4	0.2	100.0
2018년	**(1,500)**	**6.6**	**41.3**	**47.8**	**29.5**	**19.7**	**2.9**	**22.7**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	6.0	42.5	48.5	30.4	18.3	2.9	21.1	0.0	100.0
여자	(739)	7.1	40.1	47.2	28.5	21.2	3.0	24.3	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	7.2	43.2	50.4	30.3	16.7	2.6	19.3	0.0	100.0
30~39세	(284)	7.9	36.4	44.3	31.9	21.1	2.7	23.8	0.0	100.0
40~49세	(323)	5.8	43.9	49.7	27.2	20.5	2.6	23.1	0.0	100.0
50~59세	(316)	5.6	43.2	48.7	29.5	18.7	3.1	21.8	0.0	100.0
60~75세	(291)	6.5	39.2	45.8	28.8	21.8	3.6	25.4	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	4.9	41.9	46.9	25.8	23.9	3.4	27.4	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	6.8	41.9	48.8	30.8	17.6	2.8	20.5	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	6.7	40.5	47.3	29.2	20.6	2.9	23.5	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	6.9	42.6	49.5	30.3	17.6	2.6	20.2	0.0	100.0
기혼	(1,011)	6.7	40.0	46.6	29.8	20.5	3.0	23.6	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	4.3	49.5	53.8	22.9	19.8	3.4	23.3	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	7.0	42.6	49.6	27.9	19.0	3.5	22.5	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	6.3	40.4	46.6	30.6	20.2	2.5	22.8	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	6.9	42.1	49.0	29.8	19.0	2.2	21.2	0.0	100.0
농촌	(248)	4.8	37.0	41.8	27.9	23.5	6.8	30.2	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	5.1	39.4	44.6	30.9	21.6	3.0	24.6	0.0	100.0
있다	(278)	12.8	49.4	62.2	23.4	11.7	2.7	14.4	0.0	100.0

(33) 자살에 대한 태도 33번 항목
“자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살을 하는 것은 아니다.“

ATTS 33번 항목(자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살을 하는 것은 아니다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 68.0%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 9.3%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(70.3%), △40~49세(71.0%)에서 상대적으로 높다.

<표 57> 자살에 대한 태도 - 자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살을 하는 것은 아니다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	11.9	61.5	73.5	18.2	7.0	1.3	8.3	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**12.7**	**55.3**	**68.0**	**22.7**	**8.5**	**0.8**	**9.3**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	15.2	55.1	70.3	20.9	7.9	0.9	8.8	0.0	100.0
여자	(739)	10.1	55.5	65.6	24.6	9.1	0.8	9.9	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	13.0	57.0	70.0	24.6	5.0	0.3	5.4	0.0	100.0
30~39세	(284)	12.4	52.9	65.3	24.7	9.6	0.4	10.0	0.0	100.0
40~49세	(323)	11.6	59.3	71.0	20.8	7.5	0.8	8.3	0.0	100.0
50~59세	(316)	12.7	54.9	67.6	21.7	9.0	1.7	10.7	0.0	100.0
60~75세	(291)	13.8	51.7	65.5	22.3	11.3	0.9	12.2	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	14.4	50.6	65.0	21.9	12.6	0.5	13.1	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	13.4	55.1	68.4	22.7	7.5	1.4	8.9	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	11.6	56.7	68.3	23.0	8.3	0.4	8.7	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	12.3	55.7	68.0	25.5	6.2	0.3	6.5	0.0	100.0
기혼	(1,011)	12.4	55.1	67.6	22.2	9.2	1.0	10.2	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	16.5	54.8	71.3	17.8	9.3	1.6	10.9	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	12.7	55.8	68.5	22.8	7.9	0.9	8.7	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	12.7	54.9	67.5	22.7	8.9	0.8	9.7	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	12.6	54.7	67.2	23.3	8.7	0.8	9.4	0.0	100.0
농촌	(248)	13.4	58.2	71.5	19.8	7.4	1.3	8.7	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	12.1	54.5	66.6	23.5	8.9	1.0	9.9	0.0	100.0
있다	(278)	15.2	58.6	73.8	19.3	6.5	0.4	6.9	0.0	100.0

(34) 자살에 대한 태도 34번 항목
“사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다.“

ATTS 34번 항목(사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 22.9%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 54.1%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △여성(23.4%), △19~29세(26.1%)에서 상대적으로 높다.

<표 58> 자살에 대한 태도 - 사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	2.2	16.1	18.3	19.4	37.4	24.8	62.2	0.1	100.0
2018년	**(1,500)**	**2.8**	**20.1**	**22.9**	**23.0**	**37.5**	**16.6**	**54.1**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	2.6	19.7	22.3	23.7	38.4	15.6	53.9	0.0	100.0
여자	(739)	3.0	20.4	23.4	22.3	36.6	17.7	54.3	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	4.9	21.2	26.1	27.0	36.0	10.9	47.0	0.0	100.0
30~39세	(284)	4.2	17.5	21.7	26.0	34.7	17.6	52.3	0.0	100.0
40~49세	(323)	1.0	18.5	19.5	23.8	39.4	17.2	56.6	0.0	100.0
50~59세	(316)	2.4	19.6	21.9	17.0	42.5	18.5	61.0	0.0	100.0
60~75세	(291)	1.8	23.7	25.5	21.9	34.0	18.6	52.6	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	0.8	19.2	20.0	20.0	34.9	25.1	60.0	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	3.4	20.9	24.3	22.0	37.6	16.1	53.7	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	2.7	19.5	22.2	24.8	38.0	15.0	53.0	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	4.9	20.0	24.8	27.7	35.8	11.7	47.4	0.0	100.0
기혼	(1,011)	2.1	19.6	21.7	21.8	38.6	17.9	56.5	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	1.9	24.8	26.7	17.8	32.7	22.8	55.4	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	2.5	18.8	21.3	20.3	38.2	20.2	58.4	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	3.0	20.9	24.0	24.9	36.9	14.2	51.1	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	2.9	20.6	23.5	23.8	36.4	16.3	52.7	0.0	100.0
농촌	(248)	2.4	17.2	19.6	19.0	42.8	18.6	61.4	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	2.1	19.7	21.8	22.7	38.9	16.6	55.5	0.0	100.0
있다	(278)	5.7	21.8	27.5	24.6	31.1	16.8	47.9	0.0	100.0

(35) 자살에 대한 태도 35번 항목
“대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다.“

ATTS 35번 항목(대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 34.2%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 37.9%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △여성(36.6%), △60~75세(37.3%)에서 상대적으로 높다.

<표 59> 자살에 대한 태도 - 대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	2.3	20.4	22.7	28.7	37.5	11.1	48.6	100.0
2018년	**(1,500)**	**2.5**	**31.7**	**34.2**	**27.9**	**30.6**	**7.3**	**37.9**	**100.0**
성별									
남자	(761)	2.5	29.4	31.9	29.8	31.5	6.9	38.3	100.0
여자	(739)	2.6	34.1	36.6	25.9	29.7	7.8	37.4	100.0
연령									
19-29세	(286)	2.3	30.5	32.8	31.4	28.2	7.6	35.9	100.0
30~39세	(284)	0.8	33.5	34.3	26.7	28.4	10.6	39.0	100.0
40~49세	(323)	3.6	31.2	34.9	27.1	31.1	6.9	38.0	100.0
50~59세	(316)	2.8	29.3	32.0	28.8	32.5	6.6	39.2	100.0
60~75세	(291)	2.9	34.3	37.3	25.5	32.3	4.9	37.2	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	2.9	29.0	32.0	24.3	36.7	7.0	43.7	100.0
고등학교 졸업	(637)	2.2	29.9	32.1	28.4	32.5	7.0	39.5	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	2.7	34.1	36.7	28.3	27.2	7.7	34.9	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	2.1	30.9	33.0	29.9	29.1	7.9	37.0	100.0
기혼	(1,011)	2.7	32.7	35.4	26.7	30.7	7.3	37.9	100.0
이혼/사별	(100)	2.0	25.1	27.1	31.9	35.7	5.3	40.9	100.0
종교									
종교 있음	(622)	2.6	32.5	35.1	27.5	29.4	8.0	37.4	100.0
종교 없음(무교)	(878)	2.4	31.2	33.6	28.2	31.5	6.8	38.2	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	2.7	32.6	35.3	27.7	29.9	7.2	37.0	100.0
농촌	(248)	1.8	27.0	28.8	29.0	34.2	8.0	42.2	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	2.5	31.0	33.5	29.4	30.5	6.7	37.1	100.0
있다	(278)	2.5	35.0	37.5	21.3	31.2	10.1	41.3	100.0

(36) 자살에 대한 태도 36번 항목

“만약 내가 심한 불치병으로 괴로워진다면 자살을 할 수 있게 도움을 얻고 싶을 것이다.“

ATTS 36번 항목(만약 내가 심한 불치병으로 괴로워진다면 자살을 할 수 있게 도움을 얻고 싶을 것이다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 37.6%인 반면, 비동의의 경우는 28.3%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △남성(39.5%)에서 상대적으로 높고, 연령대가 높을수록 높은 경향이 있다.

<표 60> 자살에 대한 태도 - 만약 내가 심한 불치병으로 괴로워진다면 자살을 할 수 있게 도움을 얻고 싶을 것이다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	모름/무응답	계
2013년	(1,500)	4.4	29.8	34.2	31.9	25.2	8.4	33.7	0.2	100.0
2018년	**(1,500)**	**4.0**	**33.5**	**37.6**	**34.1**	**23.2**	**5.1**	**28.3**	**0.0**	**100.0**
성별										
남자	(761)	4.2	35.2	39.5	33.3	23.1	4.1	27.2	0.0	100.0
여자	(739)	3.8	31.8	35.6	34.9	23.3	6.1	29.5	0.0	100.0
연령										
19-29세	(286)	3.5	29.9	33.5	39.0	23.0	4.6	27.6	0.0	100.0
30~39세	(284)	6.3	28.9	35.1	32.0	24.5	8.4	32.9	0.0	100.0
40~49세	(323)	4.3	31.4	35.7	36.9	20.9	6.5	27.4	0.0	100.0
50~59세	(316)	3.2	38.4	41.6	30.3	24.6	3.5	28.1	0.0	100.0
60~75세	(291)	3.0	38.7	41.8	32.3	23.2	2.7	25.9	0.0	100.0
최종 학력										
중학교 졸업 이하	(176)	4.2	33.6	37.7	31.4	26.5	4.4	30.9	0.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	2.8	37.6	40.4	32.0	23.6	4.1	27.7	0.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	5.2	29.8	35.0	36.7	22.0	6.3	28.3	0.0	100.0
혼인상태										
미혼	(389)	4.4	30.5	34.9	39.7	20.0	5.4	25.4	0.0	100.0
기혼	(1,011)	4.0	34.4	38.4	32.3	24.2	5.1	29.4	0.0	100.0
이혼/사별	(100)	2.7	37.2	39.9	30.6	25.3	4.2	29.5	0.0	100.0
종교										
종교 있음	(622)	4.4	35.9	40.3	31.2	22.2	6.3	28.5	0.0	100.0
종교 없음(무교)	(878)	3.8	31.9	35.6	36.1	23.9	4.3	28.2	0.0	100.0
도시/농촌										
도시	(1,252)	3.8	34.4	38.1	34.4	23.0	4.4	27.4	0.0	100.0
농촌	(248)	5.4	29.4	34.8	32.2	24.4	8.6	33.0	0.0	100.0
과거 자살생각 유무										
없다	(1,222)	3.7	32.7	36.4	35.3	23.2	5.2	28.4	0.0	100.0
있다	(278)	5.5	37.4	42.9	28.9	23.4	4.7	28.1	0.0	100.0

(37) 자살에 대한 태도 37번 항목
“자살은 예방될 수 있다.“

ATTS 37번 항목(자살은 예방될 수 있다)에 대해 ‘매우 동의함’ 또는 ‘동의함’이라고 응답한 비율은 전체의 74.6%인 반면, ‘매우 동의하지 않음’ 또는 ‘동의하지 않음’의 경우는 4.0%이다. 응답자 특성별로 해당 의견에 동의한다는 비율은 △19~29세(75.7%)에서 상대적으로 높다.

<표 61> 자살에 대한 태도 - 자살은 예방될 수 있다

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 동의함	② 동의함	①+② 동의	③ 잘 모르겠음	④ 동의하지 않음	⑤ 매우 동의하지 않음	④+⑤ 비동의	계
2013년	(1,500)	27.8	51.7	79.4	14.7	4.7	1.2	5.9	100.0
2018년	**(1,500)**	**18.5**	**56.1**	**74.6**	**21.4**	**3.5**	**0.5**	**4.0**	**100.0**
성별									
남자	(761)	17.3	57.1	74.4	21.0	4.0	0.6	4.6	100.0
여자	(739)	19.8	55.0	74.8	21.8	3.0	0.3	3.4	100.0
연령									
19-29세	(286)	19.3	56.3	75.7	21.0	2.7	0.6	3.3	100.0
30~39세	(284)	18.0	56.3	74.3	21.1	4.0	0.6	4.6	100.0
40~49세	(323)	20.6	53.0	73.6	23.0	3.2	0.3	3.4	100.0
50~59세	(316)	17.9	56.5	74.4	22.2	3.3	0.1	3.5	100.0
60~75세	(291)	16.6	58.7	75.3	19.4	4.5	0.8	5.3	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	20.0	55.0	75.0	17.0	7.6	0.4	8.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	16.6	57.1	73.7	21.8	4.0	0.5	4.5	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	19.9	55.4	75.4	22.1	2.0	0.5	2.5	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	19.6	55.8	75.4	22.0	1.9	0.7	2.6	100.0
기혼	(1,011)	18.4	56.3	74.7	21.1	3.8	0.4	4.2	100.0
이혼/사별	(100)	15.2	55.3	70.6	22.0	6.7	0.7	7.4	100.0
종교									
종교 있음	(622)	19.7	57.8	77.5	18.1	3.9	0.4	4.4	100.0
종교 없음(무교)	(878)	17.7	54.9	72.5	23.7	3.2	0.5	3.7	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	18.2	55.7	73.9	22.0	3.7	0.5	4.2	100.0
농촌	(248)	20.2	58.2	78.4	18.4	2.6	0.6	3.2	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	17.5	56.9	74.3	22.2	3.0	0.5	3.5	100.0
있다	(278)	23.2	52.7	75.9	18.0	5.7	0.4	6.1	100.0

5. 미디어 관련

(1) 자살 기사에 대한 관심 유무

“귀하께서는 자살 사건을 보도하는 기사를 관심 있게 보는 편입니까?”

자살 사건을 보도하는 기사를 관심 있게 본다는 응답 비율은 전체의 40.9%이며, 아니라는 비율은 59.1%이다. 응답자 특성별로 자살 사건 보도 기사를 관심 있게 본다는 응답 비율은 △여성(44.6%), △30~39세(44.5%)에서 상대적으로 높다.

<표 62> 자살 기사에 대한 관심 유무

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	예	아니오	계
2013년	(1500)	45.3	54.7	100.0
2018년	**(1,500)**	**40.9**	**59.1**	**100.0**
성별				
남자	(761)	37.3	62.7	100.0
여자	(739)	44.6	55.4	100.0
연령				
19-29세	(286)	39.3	60.7	100.0
30~39세	(284)	44.5	55.5	100.0
40~49세	(323)	37.2	62.8	100.0
50~59세	(316)	42.2	57.8	100.0
60~75세	(291)	41.6	58.4	100.0
최종 학력				
중학교 졸업 이하	(176)	38.8	61.2	100.0
고등학교 졸업	(637)	43.7	56.3	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	38.8	61.2	100.0
혼인상태				
미혼	(389)	40.9	59.1	100.0
기혼	(1,011)	40.7	59.3	100.0
이혼/사별	(100)	43.2	56.8	100.0
종교				
종교 있음	(622)	41.9	58.1	100.0
종교 없음(무교)	(878)	40.2	59.8	100.0
도시/농촌				
도시	(1,252)	41.6	58.4	100.0
농촌	(248)	37.5	62.5	100.0
과거 자살생각 유무				
없다	(1,222)	38.8	61.2	100.0
있다	(278)	50.2	49.8	100.0

(2) 자살 기사에 대한 관심 이유

“그 이유는 무엇입니까? 해당하는 것을 모두 골라 주시기 바랍니다.”

자살 사건을 보도하는 기사를 관심 있게 본다는 응답자를 대상으로 관심의 이유를 모두 응답하게 한 결과 ‘자살 이유가 궁금해서’의 비율이 68.4%로 가장 높았으며. 그 다음으로 ‘자살한 사람이 누군지 궁금해서’(26.1%), ‘헤드라인이 자극적이라서’(24.6%) 등의 순이었다.

<표 63> 자살 기사에 대한 관심 이유(복수응답)

(단위 : %)

Base=자살 기사를 관심 있게 보는 경우	사례수 (명)	자살 이유가 궁금해서	자살한 사람이 누군지 궁금해서	헤드라인이 자극적이라서	자살 장소가 궁금해서	자살 방법이 궁금해서	자살에 대한 관심이 많아서	기타
2013년	(680)	71.3	21.2	21.6	1.3	3.7	2.4	3.6
2018년	**(613)**	**68.4**	**26.1**	**24.6**	**6.4**	**5.5**	**1.4**	**1.5**
성별								
남자	(284)	68.5	25.3	28.9	6.9	5.0	1.3	1.5
여자	(330)	68.2	26.8	20.9	6.0	5.9	1.5	1.5
연령								
19-29세	(112)	62.9	29.2	29.0	8.7	4.4	3.9	3.0
30~39세	(126)	57.6	20.1	30.7	4.4	5.3	1.0	0.8
40~49세	(120)	79.1	25.1	24.0	7.5	6.2	0.0	0.0
50~59세	(134)	72.3	26.5	17.9	8.5	5.4	1.1	3.0
60~75세	(121)	69.6	29.9	22.1	3.3	6.2	1.2	0.6
최종 학력								
중학교 졸업 이하	(68)	72.8	21.8	13.8	3.7	10.3	1.2	3.6
고등학교 졸업	(279)	70.4	26.9	24.2	7.9	5.6	1.6	1.0
대학교 졸업 이상	(266)	65.1	26.3	27.8	5.7	4.1	1.2	1.4
혼인상태								
미혼	(159)	58.6	25.2	30.0	7.2	4.8	2.8	2.1
기혼	(411)	71.6	25.7	23.0	6.7	5.6	0.6	1.4
이혼/사별	(43)	73.2	33.1	20.0	1.3	7.6	3.6	0.0
종교								
종교 있음	(261)	68.3	24.5	23.5	6.7	5.7	1.6	1.4
종교 없음(무교)	(353)	68.4	27.2	25.4	6.2	5.3	1.3	1.5
도시/농촌								
도시	(520)	68.9	26.0	25.4	6.8	4.6	1.2	1.7
농촌	(93)	65.4	26.3	20.1	4.4	10.3	2.3	0.0
과거 자살생각 유무								
없다	(474)	69.0	25.2	25.1	6.3	5.6	1.3	1.1
있다	(140)	66.3	29.0	22.8	7.0	5.1	1.9	2.7

(3) 자살 기사의 자살 시도 조장 경향

“귀하께서는 자살 사건을 보도하는 기사가 자살을 생각하고 있는 사람의 자살 시도를 부추기는 경향이 있다고 생각하십니까?”

자살 사건을 보도하는 기사가 자살을 생각하고 있는 사람의 자살 시도를 부추기는 경향이 있다고 생각하느냐는 질문에 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘그런 편이다’라고 응답한 비율은 전체의 65.1%이다. 응답자 특성별로는 △40~49세(69.8%)에서 그렇다는 응답 비율이 상대적으로 높다.

<표 64> 자살 기사의 자살 시도 조장 경향

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 그렇다	② 그런 편이다	①+② 그렇다	③ 그렇지 않은 편이다	④ 전혀 그렇지 않다	③+④ 그렇지 않다	⑧ 잘 모르겠다	계
2013년	(1,500)	7.2	56.4	63.5	16.0	7.1	23.1	13.4	100.0
2018년	**(1,500)**	**9.0**	**56.1**	**65.1**	**25.4**	**5.6**	**31.1**	**3.9**	**100.0**
성별									
남자	(761)	8.7	57.2	65.9	25.5	5.6	31.1	3.0	100.0
여자	(739)	9.2	55.0	64.2	25.3	5.6	31.0	4.8	100.0
연령									
19-29세	(286)	7.8	47.8	55.6	31.7	7.1	38.8	5.6	100.0
30~39세	(284)	7.2	57.6	64.8	24.9	6.2	31.1	4.1	100.0
40~49세	(323)	9.4	60.4	69.8	24.0	4.2	28.2	2.0	100.0
50~59세	(316)	9.9	58.8	68.7	22.8	5.8	28.6	2.7	100.0
60~75세	(291)	10.4	55.1	65.5	24.1	5.0	29.1	5.4	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	9.8	54.6	64.4	25.3	5.0	30.3	5.3	100.0
고등학교 졸업	(637)	10.1	55.1	65.2	24.7	5.9	30.6	4.2	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	7.7	57.4	65.1	26.1	5.5	31.7	3.2	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	6.7	52.7	59.4	28.2	6.5	34.8	5.8	100.0
기혼	(1,011)	9.9	58.0	67.8	24.4	5.0	29.3	2.9	100.0
이혼/사별	(100)	8.5	50.7	59.2	25.3	8.8	34.1	6.7	100.0
종교									
종교 있음	(622)	8.9	57.2	66.0	24.1	5.8	29.9	4.1	100.0
종교 없음(무교)	(878)	9.0	55.3	64.4	26.4	5.5	31.9	3.8	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	8.8	57.7	66.4	24.9	5.0	29.9	3.7	100.0
농촌	(248)	10.0	48.3	58.3	28.2	8.8	37.0	4.7	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	8.7	56.1	64.8	25.9	5.5	31.4	3.8	100.0
있다	(278)	10.1	56.1	66.2	23.5	6.1	29.6	4.2	100.0

(4) 자살 기사 보도에 대한 의견

“귀하께서는 자살 사건에 대한 기사가 보도되는 것을 어떻게 생각하십니까?”

자살 사건에 대한 기사가 보도되는 것에 대한 의견으로 ‘매우 부정적으로 생각한다’ 또는 ‘부정적으로 생각한다’라고 응답한 비율은 전체의 78.5%이다. 응답자 특성별로는 △남성(80.0%), △40~49세(84.2%)에서 부정적이라는 응답 비율이 상대적으로 높다.

<표 65> 자살 기사 보도에 대한 의견

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 긍정적으로 생각한다	② 긍정적으로 생각하는 편이다	①+② 긍정적	③ 부정적으로 생각하는 편이다	④ 매우 부정적으로 생각한다	③+④ 부정적	⑧ 잘 모르겠다	계
2013년	(1,500)	0.9	11.6	12.5	52.3	13.8	66.1	21.3	100.0
2018년	**(1,500)**	**0.8**	**10.1**	**10.9**	**55.3**	**23.1**	**78.5**	**10.6**	**100.0**
성별									
남자	(761)	0.7	8.6	9.3	56.8	23.1	80.0	10.8	100.0
여자	(739)	0.9	11.7	12.6	53.8	23.1	76.9	10.5	100.0
연령									
19-29세	(286)	1.1	13.0	14.1	53.5	15.9	69.4	16.5	100.0
30~39세	(284)	0.5	11.2	11.7	55.3	21.8	77.1	11.2	100.0
40~49세	(323)	0.4	7.1	7.5	58.7	25.5	84.2	8.3	100.0
50~59세	(316)	0.7	10.9	11.6	55.5	24.8	80.4	8.0	100.0
60~75세	(291)	1.4	8.6	10.1	53.2	27.1	80.2	9.7	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	0.9	9.9	10.8	54.6	24.1	78.8	10.5	100.0
고등학교 졸업	(637)	0.9	10.1	11.0	54.0	23.3	77.3	11.7	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	0.7	10.1	10.9	56.8	22.7	79.4	9.7	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	1.0	12.1	13.1	53.2	17.8	70.9	16.0	100.0
기혼	(1,011)	0.7	9.1	9.8	56.5	25.1	81.6	8.5	100.0
이혼/사별	(100)	0.8	12.4	13.2	51.8	24.1	75.9	10.9	100.0
종교									
종교 있음	(622)	0.6	11.6	12.2	54.1	23.3	77.5	10.4	100.0
종교 없음(무교)	(878)	1.0	9.0	10.0	56.2	23.0	79.2	10.8	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	0.8	10.2	11.1	55.1	23.6	78.7	10.2	100.0
농촌	(248)	0.7	9.5	10.2	56.3	20.8	77.1	12.7	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	0.7	8.9	9.5	55.4	24.6	80.0	10.5	100.0
있다	(278)	1.4	15.6	17.0	55.1	16.7	71.8	11.2	100.0

(5) 자살 영상물의 자살 시도 조장 경향

“귀하께서는 드라마, 영화, 다큐멘터리, 1인 방송, UCC 등 영상물에서 직접적인 자살 장면이나 자살을 암시하는 장면이 자살을 생각하고 있는 사람의 자살 시도를 부추기는 경향이 있다고 생각하십니까?”

직접적인 자살 장면이나 자살을 암시하는 장면이 포함된 영상물이 자살을 생각하고 있는 사람의 자살 시도를 부추기는 경향이 있다고 생각하느냐는 질문에 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘그런 편이다’라고 응답한 비율은 전체의 72.2%이다. 응답자 특성별로는 △50~59세와 40~49세(각각 77.2%, 76.8%)에서 그렇다는 응답 비율이 상대적으로 높다.

<표 66> 자살 영상물의 자살 시도 조장 경향

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	① 매우 그렇다	② 그런 편이다	①+② 그렇다	③ 그렇지 않은 편이다	④ 전혀 그렇지 않다	③+④ 그렇지 않다	⑧ 잘 모르겠다	계
▣ 전체 ▣	**(1,500)**	**14.7**	**57.6**	**72.2**	**19.8**	**4.2**	**24.0**	**3.8**	**100.0**
성별									
남자	(761)	14.5	56.9	71.4	19.9	5.5	25.3	3.3	100.0
여자	(739)	14.8	58.3	73.1	19.6	2.9	22.5	4.3	100.0
연령									
19-29세	(286)	13.2	48.3	61.5	28.4	5.0	33.4	5.2	100.0
30~39세	(284)	13.2	56.7	69.9	23.8	4.3	28.1	2.0	100.0
40~49세	(323)	17.5	59.3	76.8	16.0	3.9	20.0	3.2	100.0
50~59세	(316)	15.2	62.0	77.2	16.2	2.4	18.5	4.3	100.0
60~75세	(291)	13.8	60.8	74.6	15.3	5.7	21.0	4.3	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	15.8	56.1	71.9	17.3	3.9	21.1	7.0	100.0
고등학교 졸업	(637)	15.0	54.9	69.9	19.1	6.1	25.3	4.8	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	14.1	60.4	74.5	20.9	2.5	23.5	2.0	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	13.6	49.4	63.0	26.0	5.7	31.7	5.3	100.0
기혼	(1,011)	15.2	60.3	75.4	18.0	3.4	21.4	3.2	100.0
이혼/사별	(100)	13.4	62.3	75.8	13.5	6.7	20.2	4.0	100.0
종교									
종교 있음	(622)	14.8	58.5	73.3	19.3	4.2	23.5	3.2	100.0
종교 없음(무교)	(878)	14.6	56.9	71.5	20.1	4.2	24.3	4.2	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	14.7	58.5	73.2	19.8	3.3	23.1	3.7	100.0
농촌	(248)	14.5	53.1	67.6	19.4	8.9	28.3	4.1	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	14.2	57.4	71.7	20.0	4.6	24.6	3.7	100.0
있다	(278)	16.5	58.3	74.7	18.7	2.5	21.1	4.1	100.0

(6) 자살 영상물에 대한 의견

“귀하께서는 드라마, 영화, 다큐멘터리, 1인 방송, UCC 등의 영상물에서 직접적인 자살 장면이나 자살을 암시하는 장면이 표현되는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?”

영상물에서 직접적인 자살 장면이나 자살을 암시하는 장면이 표현되는 것에 대한 의견으로 ‘매우 부정적으로 생각한다’ 또는 ‘부정적으로 생각한다’라고 응답한 비율은 전체의 86.1%이다. 응답자 특성별로는 △30~39세(88.2%)에서 부정적이라는 응답 비율이 상대적으로 높다.

<표 67> 자살 영상물에 대한 의견

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	① 매우 긍정적으로 생각한다	② 긍정적으로 생각하는 편이다	①+② 긍정적	③ 부정적으로 생각하는 편이다	④ 매우 부정적으로 생각한다	③+④ 부정적	⑧ 잘 모르겠다	계
▣ 전체 ▣	(1,500)	0.5	5.2	5.7	55.3	30.8	86.1	8.2	100.0
성별									
남자	(761)	0.9	4.5	5.4	55.0	30.6	85.6	9.0	100.0
여자	(739)	0.1	6.0	6.1	55.6	31.0	86.5	7.4	100.0
연령									
19-29세	(286)	0.4	7.4	7.8	55.4	25.6	81.0	11.2	100.0
30~39세	(284)	0.4	4.8	5.2	58.3	29.9	88.2	6.6	100.0
40~49세	(323)	0.7	4.6	5.3	55.9	31.4	87.3	7.4	100.0
50~59세	(316)	0.3	3.7	4.1	55.8	31.7	87.5	8.4	100.0
60~75세	(291)	0.6	5.9	6.5	50.9	35.1	86.1	7.5	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(176)	0.5	5.5	6.0	54.3	33.8	88.1	5.9	100.0
고등학교 졸업	(637)	0.5	5.8	6.3	53.4	29.3	82.8	11.0	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	0.5	4.6	5.1	57.3	31.4	88.6	6.2	100.0
혼인상태									
미혼	(389)	0.6	5.8	6.4	56.8	25.9	82.7	10.9	100.0
기혼	(1,011)	0.4	4.9	5.3	55.0	32.6	87.7	7.0	100.0
이혼/사별	(100)	1.1	6.4	7.5	51.6	31.2	82.8	9.7	100.0
종교									
종교 있음	(622)	0.3	4.6	4.9	55.6	31.6	87.2	7.8	100.0
종교 없음(무교)	(878)	0.6	5.7	6.3	55.1	30.2	85.3	8.5	100.0
도시/농촌									
도시	(1,252)	0.3	5.2	5.5	56.1	30.7	86.7	7.7	100.0
농촌	(248)	1.3	5.3	6.6	51.4	31.4	82.7	10.6	100.0
과거 자살생각 유무									
없다	(1,222)	0.5	5.0	5.5	55.5	31.0	86.5	8.0	100.0
있다	(278)	0.4	6.4	6.8	54.2	29.8	84.0	9.2	100.0

6. 과거 자살생각 관련

(1) 과거 자살생각 유무 및 시기

“귀하께서는 지금까지 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 한 번이라도 있습니까?”

죽고 싶다는 생각을 해본 적이 한 번이라도 ‘있다’고 응답한 비율은 전체의 18.5%이며, ‘없다’는 비율은 81.5%이다. 특히 최근 1년 이내에 자살을 생각한 적이 있다는 응답 비율은 3.0%인데, △여성(3.3%), △30~39세(3.8%)에서 상대적으로 높다.

<표 68> 과거 자살생각 유무 및 시기

(단위 : %)

Base=전체	사례수 (명)	생각해 본 적이 없다	생각한 적이 있으며, 최근 1년 이내이다	생각한 적이 있으며, 1년 이상 경과되었다	계
2013년	(1,500)	77.2	5.2	17.6	100.0
2018년	**(1,500)**	**81.5**	**3.0**	**15.5**	**100.0**
성별					
남자	(761)	82.4	2.7	14.9	100.0
여자	(739)	80.5	3.3	16.2	100.0
연령					
19-29세	(286)	81.8	3.6	14.6	100.0
30~39세	(284)	83.7	3.8	12.5	100.0
40~49세	(323)	82.7	2.2	15.2	100.0
50~59세	(316)	80.0	2.8	17.2	100.0
60~75세	(291)	79.2	2.7	18.1	100.0
최종 학력					
중학교 졸업 이하	(176)	76.4	5.1	18.5	100.0
고등학교 졸업	(637)	79.8	2.0	18.1	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	84.3	3.3	12.4	100.0
혼인상태					
미혼	(389)	80.7	4.0	15.3	100.0
기혼	(1,011)	83.8	2.2	14.1	100.0
이혼/사별	(100)	61.4	7.1	31.5	100.0
종교					
종교 있음	(622)	78.8	3.5	17.7	100.0
종교 없음(무교)	(878)	83.4	2.6	14.0	100.0
도시/농촌					
도시	(1,252)	81.1	3.4	15.5	100.0
농촌	(248)	83.4	1.1	15.6	100.0
과거 자살생각 유무					
없다	(1,222)	100.0	0.0	0.0	100.0
있다	(278)	0.0	16.1	83.9	100.0

(2) 과거 자살사고의 주된 이유

“죽고 싶다고 생각한 가장 큰 이유는 무엇입니까?”

죽고 싶다고 생각한 적이 있다는 응답자를 대상으로 주된 이유를 질문한 결과 ‘경제적인 문제’라는 응답의 비율이 34.9%로 가장 높았으며. 그 다음으로 ‘가정생활 문제’(26.5%), ‘성적, 시험, 진로 문제’(11.2%) 등의 순이었다.

<표 69> 과거 자살사고의 주된 이유

(단위 : %)

Base=자살을 생각한 적이 있는 경우	사례수 (명)	경제적인 문제	가정생활 문제	성적, 시험, 진로 문제	직장 또는 업무상 문제	남녀 문제	육체적 질병 문제	정신과적 문제	사별 문제	알코올 등 중독 문제	학대 또는 폭력 문제	기타	계
2013년	(342)	28.5	29.6	9.5	6.6	5.8	7.1	4.1	1.3	0.7	0.4	6.3	100.0
2018년	**(278)**	**34.9**	**26.5**	**11.2**	**7.2**	**5.7**	**5.4**	**4.1**	**2.0**	**0.8**	**0.4**	**1.8**	**100.0**
성별													
남자	(134)	39.0	25.3	10.2	9.0	2.4	6.4	4.3	1.7	0.9	0.0	0.9	100.0
여자	(144)	31.0	27.6	12.2	5.5	8.8	4.4	3.8	2.3	0.8	0.8	2.6	100.0
연령													
19-29세	(52)	16.2	20.0	29.9	6.8	24.4	0.0	2.4	0.0	0.0	0.0	0.3	100.0
30~39세	(46)	23.0	22.2	26.8	16.0	4.6	1.5	4.8	0.0	1.0	0.0	0.0	100.0
40~49세	(56)	32.7	35.8	4.1	6.6	2.0	5.0	8.3	1.2	0.0	0.0	4.2	100.0
50~59세	(63)	52.4	26.0	1.5	5.6	0.0	6.0	3.2	2.9	1.1	0.0	1.4	100.0
60~75세	(61)	43.8	27.3	0.0	3.0	0.0	12.6	1.9	5.1	1.9	1.8	2.6	100.0
최종 학력													
중학교 졸업 이하	(42)	41.8	20.0	0.0	2.2	0.0	12.4	5.2	9.9	2.8	2.7	3.0	100.0
고등학교 졸업	(129)	42.0	31.1	7.1	6.9	4.0	6.2	2.4	0.0	0.0	0.0	0.3	100.0
대학교 졸업 이상	(108)	23.7	23.5	20.5	9.5	10.0	1.6	5.7	1.3	1.1	0.0	3.1	100.0
혼인상태													
미혼	(75)	20.5	14.9	28.6	8.0	21.3	1.0	4.7	0.0	0.9	0.0	0.2	100.0
기혼	(164)	40.1	32.1	5.9	8.0	0.0	6.8	3.6	0.0	1.0	0.0	2.5	100.0
이혼/사별	(39)	40.5	25.3	0.0	2.4	0.0	7.8	4.8	14.4	0.0	2.9	2.0	100.0
종교													
종교 있음	(132)	39.2	27.0	12.2	4.0	1.9	7.1	4.2	1.2	0.0	0.8	2.4	100.0
종교 없음(무교)	(146)	31.0	26.0	10.3	10.1	9.2	3.8	3.9	2.8	1.6	0.0	1.3	100.0
도시/농촌													
도시	(237)	34.2	25.5	11.9	7.1	6.7	5.1	4.0	2.0	1.0	0.5	1.9	100.0
농촌	(41)	38.6	32.1	7.6	7.6	0.0	6.9	4.4	1.8	0.0	0.0	1.1	100.0

(3) 과거 자살사고로 인한 전문가 상담 경험

“이러한 문제 때문에 전문가의 상담을 받아 본 적이 있습니까?”

죽고 싶다고 생각한 적이 있다는 응답자 중 의료기관이나 전문상담기관, 보건소 등에서 전문가의 상담을 받아 본 적이 있느냐는 질문에 ‘예’라고 응답한 비율은 4.8%이다. 응답자 특성별로는 △여성(7.7%), △19~29세(10.2%)에서 전문가 상담 경험이 있다는 비율이 상대적으로 높다.

<표 70> 과거 자살사고로 인한 전문가 상담 경험

(단위 : %)

Base=자살을 생각한 적이 있는 경우	사례수 (명)	예	아니오	계
2013년	(342)	11.2	88.8	100.0
2018년	**(278)**	**4.8**	**95.2**	**100.0**
성별				
남자	(134)	1.6	98.4	100.0
여자	(144)	7.7	92.3	100.0
연령				
19-29세	(52)	10.2	89.8	100.0
30~39세	(46)	6.5	93.5	100.0
40~49세	(56)	1.7	98.3	100.0
50~59세	(63)	2.4	97.6	100.0
60~75세	(61)	4.0	96.0	100.0
최종 학력				
중학교 졸업 이하	(42)	5.8	94.2	100.0
고등학교 졸업	(129)	4.9	95.1	100.0
대학교 졸업 이상	(108)	4.3	95.7	100.0
혼인상태				
미혼	(75)	8.8	91.2	100.0
기혼	(164)	2.5	97.5	100.0
이혼/사별	(39)	6.6	93.4	100.0
종교				
종교 있음	(132)	5.7	94.3	100.0
종교 없음(무교)	(146)	3.9	96.1	100.0
도시/농촌				
도시	(237)	4.8	95.2	100.0
농촌	(41)	4.4	95.6	100.0

(4) 전문가 상담을 받지 않은 주된 이유

“전문가 상담을 받지 않은 가장 큰 이유는 무엇입니까?”

전문가 상담을 받지 않았다는 응답자를 대상으로 주된 이유를 질문한 결과 ‘시간이 지나면 괜찮아질 것 같아서’라는 응답의 비율이 40.3%로 가장 높았으며. 그 다음으로 ‘상담으로 해결되지 않을 것 같아서’(30.3%), ‘주변 시선 때문에’(15.3%) 등의 순이었다.

<표 71> 전문가 상담을 받지 않은 주된 이유

(단위 : %)

Base=전문가 상담을 받지 않은 경우	사례수 (명)	시간이 지나면 괜찮아질 것 같아서	상담으로 해결되지 않을 것 같아서	주변 시선 때문에	경제적 문제 때문에	상담을 받을 만한 기관이나 전문가를 몰라서	불이익이 있을 것 같아서	기타	계
2013년	(304)	46.2	20.5	8.7	4.7	11.5	1.6	6.7	100.0
2018년	**(265)**	**40.3**	**30.3**	**15.3**	**7.5**	**2.5**	**2.3**	**1.8**	**100.0**
성별									
남자	(132)	35.6	35.9	15.5	6.0	2.8	2.9	1.3	100.0
여자	(133)	45.0	24.7	15.2	9.0	2.2	1.7	2.2	100.0
연령									
19-29세	(47)	38.6	35.0	17.7	2.1	0.0	5.0	1.6	100.0
30~39세	(43)	54.2	22.5	16.0	6.1	1.1	0.0	0.0	100.0
40~49세	(55)	41.7	32.7	12.3	3.3	4.7	0.0	5.3	100.0
50~59세	(62)	36.6	33.4	13.0	13.4	0.0	1.9	1.6	100.0
60~75세	(58)	33.9	26.6	18.3	10.7	6.2	4.4	0.0	100.0
최종 학력									
중학교 졸업 이하	(39)	48.7	25.1	10.9	9.9	5.4	0.0	0.0	100.0
고등학교 졸업	(122)	35.8	31.7	17.7	8.6	3.3	2.1	0.6	100.0
대학교 졸업 이상	(103)	42.4	30.5	14.1	5.3	0.5	3.4	3.8	100.0
혼인상태									
미혼	(68)	45.9	31.2	13.1	5.3	1.1	3.4	0.0	100.0
기혼	(160)	40.6	28.2	15.9	6.8	3.2	2.3	2.9	100.0
이혼/사별	(36)	28.5	38.0	16.8	14.6	2.1	0.0	0.0	100.0
종교									
종교 있음	(124)	43.6	25.1	15.0	7.6	3.5	3.0	2.2	100.0
종교 없음(무교)	(140)	37.4	34.8	15.7	7.4	1.7	1.7	1.4	100.0
도시/농촌									
도시	(225)	40.4	30.2	15.8	8.1	1.1	2.7	1.7	100.0
농촌	(39)	39.7	31.0	12.6	3.9	10.8	0.0	2.0	100.0

(5) 문제가 재발할 경우 전문가 상담 의향

“이러한 문제가 다시 발생한다면 추후 전문가의 상담을 받으실 의향이 있습니까?”

전문가 상담을 받지 않았다는 응답자 중 문제가 재발한다면 추후 전문가의 상담을 받을 의향이 있느냐는 질문에 ‘예’라고 응답한 비율은 32.9%이다. 응답자 특성별로는 △30~39세(46.7%)에서 문제 재발 시 전문가 상담 의향이 있다는 비율이 상대적으로 높다.

<표 72> 문제가 재발할 경우 전문가 상담 의향

(단위 : %)

Base=전문가 상담을 받지 않은 경우	사례수 (명)	예	아니오	계
2013년	(304)	39.0	61.0	100.0
2018년	**(265)**	**32.9**	**67.1**	**100.0**
성별				
남자	(132)	31.2	68.8	100.0
여자	(133)	34.5	65.5	100.0
연령				
19-29세	(47)	33.4	66.6	100.0
30~39세	(43)	46.7	53.3	100.0
40~49세	(55)	35.0	65.0	100.0
50~59세	(62)	20.5	79.5	100.0
60~75세	(58)	33.3	66.7	100.0
최종 학력				
중학교 졸업 이하	(39)	35.0	65.0	100.0
고등학교 졸업	(122)	26.5	73.5	100.0
대학교 졸업 이상	(103)	39.6	60.4	100.0
혼인상태				
미혼	(68)	35.5	64.5	100.0
기혼	(160)	30.8	69.2	100.0
이혼/사별	(36)	37.2	62.8	100.0
종교				
종교 있음	(124)	34.8	65.2	100.0
종교 없음(무교)	(140)	31.2	68.8	100.0
도시/농촌				
도시	(225)	32.5	67.5	100.0
농촌	(39)	35.0	65.0	100.0

(6) 자살 계획 유무 및 시기

“귀하께서는 지금까지 자살을 구체적으로 생각하거나 계획해 본 적이 한 번이라도 있습니까?”

죽고 싶다고 생각한 적이 있다는 응답자 중 자살을 구체적으로 생각하거나 계획해 본 적이 한 번이라도 ‘있다’고 응답한 비율은 전체의 23.2%이며, ‘없다’는 비율은 76.8%이다. 특히 최근 1년 이내에 자살을 계획한 적이 있다는 응답 비율은 2.8%인데, △여성(4.4%), △19~29세(4.7%)에서 상대적으로 높다.

<표 73> 자살 계획 유무 및 시기

(단위 : %)

Base=자살을 생각한 적이 있는 경우	사례수 (명)	없다	생각한 적이 있으며, 최근 1년 이내이다	생각한 적이 있으며, 1년 이상 경과되었다	계
2013년	(342)	76.5	5.9	17.5	100.0
2018년	**(278)**	**76.8**	**2.8**	**20.4**	**100.0**
성별					
남자	(134)	75.3	1.0	23.7	100.0
여자	(144)	78.3	4.4	17.3	100.0
연령					
19-29세	(52)	75.2	4.7	20.1	100.0
30~39세	(46)	76.9	2.8	20.3	100.0
40~49세	(56)	74.5	3.8	21.7	100.0
50~59세	(63)	76.1	2.9	20.9	100.0
60~75세	(61)	81.1	0.0	18.9	100.0
최종 학력					
중학교 졸업 이하	(42)	77.7	2.7	19.6	100.0
고등학교 졸업	(129)	73.7	2.8	23.6	100.0
대학교 졸업 이상	(108)	80.2	2.8	16.9	100.0
혼인상태					
미혼	(75)	74.5	5.0	20.5	100.0
기혼	(164)	83.1	1.0	15.9	100.0
이혼/사별	(39)	54.9	6.0	39.1	100.0
종교					
종교 있음	(132)	71.8	3.4	24.8	100.0
종교 없음(무교)	(146)	81.3	2.2	16.5	100.0
도시/농촌					
도시	(237)	76.1	3.2	20.7	100.0
농촌	(41)	81.2	0.4	18.4	100.0

(7) 자살 시도 유무 및 시기

“귀하께서는 지금까지 실제로 자살을 시도해 본 적이 한 번이라도 있습니까?”

자살을 계획한 적이 있다는 응답자 중 실제로 자살을 시도해 본 적이 한 번이라도 ‘있다’고 응답한 비율은 전체의 36.1%이며, ‘없다’는 비율은 63.9%이다. 특히 최근 1년 이내에 자살을 시도한 적이 있다는 응답 비율은 3.8%인데, △여성(7.8%), △19~29세(18.9%)에서만 최근 1년 내 자살 시도 경험이 있는 것으로 확인되었다.

<표 74> 자살 시도 유무 및 시기

(단위 : %)

Base=자살을 계획한 적이 있는 경우	사례수 (명)	없다	시도한 적이 있으며, 최근 1년 이내이다	시도한 적이 있으며, 1년 이상 경과되었다	계
2013년	(80)	55.4	9.0	35.6	100.0
2018년	**(64)**	**63.9**	**3.8**	**32.3**	**100.0**
성별					
남자	(33)	65.2	0.0	34.8	100.0
여자	(31)	62.6	7.8	29.6	100.0
연령					
19-29세	(13)	42.0	18.9	39.1	100.0
30~39세	(11)	73.7	0.0	26.3	100.0
40~49세	(14)	75.1	0.0	24.9	100.0
50~59세	(15)	55.8	0.0	44.2	100.0
60~75세	(11)	76.1	0.0	23.9	100.0
최종 학력					
중학교 졸업 이하	(9)	57.5	0.0	42.5	100.0
고등학교 졸업	(34)	60.0	4.4	35.6	100.0
대학교 졸업 이상	(21)	72.9	4.5	22.6	100.0
혼인상태					
미혼	(19)	52.4	12.8	34.8	100.0
기혼	(28)	75.2	0.0	24.8	100.0
이혼/사별	(17)	58.5	0.0	41.5	100.0
종교					
종교 있음	(37)	69.3	0.0	30.7	100.0
종교 없음(무교)	(27)	56.5	9.0	34.6	100.0
도시/농촌					
도시	(57)	65.6	4.3	30.1	100.0
농촌	(8)	51.3	0.0	48.7	100.0

7. 자살예방 자원에 대한 인식

(1) 자살 예방을 위해 전화로 도움을 받을 수 있는 기관 인지 유무

“과거 자살사고나 계획이 생길 경우 다음 기관들에 전화로 도움을 받을 수 있다는 사실을 알고 계십니까? 알고 계셨던 기관을 모두 선택해 주시기 바랍니다.”

과거 자살사고나 계획이 생길 경우 전화로 도움을 받을 수 있다는 사실을 알고 있었던 기관을 모두 응답하게 한 결과 ‘119’의 비율이 65.7%로 가장 높았으며. 그 다음으로 ‘자살예방상담전화’(33.2%), ‘생명의 전화’(30.8%) 등의 순이었다.

<표 75> 자살 예방을 위해 전화로 도움을 받을 수 있는 기관 인지 유무(복수 응답)

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	119	자살예방상담전화(1577-0199)	생명의 전화(1588-9191)	보건복지콜센터(129)	정신건강복지센터/자살예방센터	기타
▣ 전체 ▣	(1,500)	65.7	33.2	30.8	18.7	10.0	9.9
성별							
남자	(761)	65.8	34.0	31.3	19.1	9.9	8.5
여자	(739)	65.7	32.4	30.2	18.3	10.0	11.3
연령							
19-29세	(286)	64.5	42.6	33.6	18.9	11.1	6.6
30~39세	(284)	59.9	39.6	33.0	19.0	11.4	8.3
40~49세	(323)	64.8	32.2	30.3	16.9	11.6	9.8
50~59세	(316)	68.4	29.5	33.2	20.9	10.2	12.3
60~75세	(291)	70.9	23.1	23.7	17.8	5.4	12.2
최종 학력							
중학교 졸업 이하	(176)	73.7	12.7	12.7	12.0	3.8	14.7
고등학교 졸업	(637)	65.8	32.1	29.6	19.1	9.4	11.5
대학교 졸업 이상	(686)	63.7	39.5	36.5	20.1	12.1	7.2
혼인상태							
미혼	(389)	64.5	41.3	31.8	16.9	10.0	6.5
기혼	(1,011)	65.5	31.9	31.8	19.5	10.1	10.5
이혼/사별	(100)	73.2	15.6	16.4	17.7	8.6	17.5
종교							
종교 있음	(622)	63.8	32.8	29.7	16.6	11.1	11.1
종교 없음(무교)	(878)	67.1	33.5	31.5	20.2	9.2	9.1
도시/농촌							
도시	(1,252)	64.8	33.8	31.6	18.0	9.3	9.6
농촌	(248)	70.3	30.1	26.7	22.6	13.3	11.4
과거 자살생각 유무							
없다	(1,222)	66.6	33.7	31.1	19.2	9.8	9.7
있다	(278)	61.8	31.1	29.5	16.8	10.6	10.9

(2) 자살 예방을 위해 가장 먼저 전화로 도움을 요청할 기관

“귀하께서는 본인이나 주변 사람에게 과거 자살사고나 계획이 생길 경우, 필요하다면 어떤 기관에 가장 먼저 전화하시거나 전화를 권유하실 생각이십니까”

본인이나 주변 사람에게 과거 자살사고나 계획이 생길 경우 가장 먼저 전화하거나 전화를 권유할 기관으로는 ‘119’의 응답 비율이 전체의 42.2%로 가장 높았으며, 그 다음으로 ‘자살예방상담전화’(29.6%), ‘생명의 전화’(14.4%) 등의 순이었다.

<표 76> 자살 예방을 위해 가장 먼저 전화로 도움을 요청할 기관

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	119	자살예방상담전화(1577-0199)	생명의 전화(1588-9191)	보건복지콜센터(129)	정신건강복지센터/자살예방센터	기타	계
▣ 전체 ▣	(1,500)	42.2	29.6	14.4	7.1	5.7	1.0	100.0
성별								
남자	(761)	42.1	31.5	13.7	6.6	5.4	0.8	100.0
여자	(739)	42.3	27.6	15.2	7.6	6.1	1.2	100.0
연령								
19-29세	(286)	35.3	38.6	12.1	7.3	5.9	0.8	100.0
30~39세	(284)	33.6	31.1	19.0	8.7	7.3	0.3	100.0
40~49세	(323)	43.1	27.8	15.1	5.4	7.7	0.9	100.0
50~59세	(316)	43.2	28.2	14.5	6.7	5.9	1.5	100.0
60~75세	(291)	55.1	22.7	11.6	7.7	1.6	1.2	100.0
최종 학력								
중학교 졸업 이하	(176)	65.0	15.4	9.7	5.9	2.8	1.1	100.0
고등학교 졸업	(637)	43.7	29.4	13.2	6.6	5.6	1.5	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	34.9	33.4	16.8	7.9	6.6	0.5	100.0
혼인상태								
미혼	(389)	35.5	37.7	13.7	6.9	5.6	0.7	100.0
기혼	(1,011)	43.4	27.6	15.6	7.1	5.6	0.7	100.0
이혼/사별	(100)	55.7	18.4	5.6	8.3	7.3	4.7	100.0
종교								
종교 있음	(622)	41.4	30.2	13.9	6.8	6.3	1.4	100.0
종교 없음(무교)	(878)	42.7	29.1	14.8	7.3	5.3	0.7	100.0
도시/농촌								
도시	(1,252)	39.0	31.2	15.1	7.5	6.1	1.0	100.0
농촌	(248)	58.0	21.2	11.0	4.9	3.9	0.9	100.0
과거 자살생각 유무								
없다	(1,222)	43.3	30.1	14.1	6.7	5.1	0.8	100.0
있다	(278)	37.4	27.3	16.0	9.0	8.5	1.8	100.0

(3) 자살 예방을 위해 방문을 통해 도움을 받을 수 있는 기관 인지 유무

“과거 자살사고나 계획이 생길 경우 방문을 통해 다음 기관들에 도움을 받을 수 있다는 사실을 알고 계십니까? 알고 계셨던 기관을 모두 선택해 주시기 바랍니다.”

과거 자살사고나 계획이 생길 경우 방문을 통해 도움을 받을 수 있다는 사실을 알고 있었던 기관을 모두 응답하게 한 결과 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’의 비율이 50.0%로 가장 높았으며. 그 다음으로 ‘정신건강의학과 병·의원’(36.3%), ‘보건소’(34.8%) 등의 순이었다.

<표 77> 자살 예방을 위해 방문을 통해 도움을 받을 수 있는 기관 인지 유무(복수 응답)

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	정신건강복지센터/자살예방센터	정신건강의학과 병·의원	보건소	정신건강복지센터/자살예방센터 이외의 전문상담센터	정신건강의학과 이외의 병·의원	기타
▣ 전체 ▣	(1,500)	50.0	36.3	34.8	23.2	6.4	8.1
성별							
남자	(761)	50.4	34.8	35.4	23.2	6.4	7.5
여자	(739)	49.5	37.8	34.2	23.3	6.3	8.6
연령							
19-29세	(286)	56.0	39.4	36.1	20.3	6.8	6.4
30~39세	(284)	53.0	38.6	30.1	26.0	7.1	7.2
40~49세	(323)	51.2	35.0	33.2	25.3	6.2	9.2
50~59세	(316)	50.6	35.6	34.5	22.5	6.3	7.9
60~75세	(291)	39.0	33.1	40.5	21.9	5.5	9.4
최종 학력							
중학교 졸업 이하	(176)	29.6	36.3	32.2	12.7	2.5	14.7
고등학교 졸업	(637)	49.4	37.6	34.6	24.7	6.6	8.6
대학교 졸업 이상	(686)	55.7	35.0	35.7	24.6	7.1	5.9
혼인상태							
미혼	(389)	53.5	40.3	33.8	22.6	7.0	8.5
기혼	(1,011)	50.6	34.0	35.7	23.8	6.6	7.4
이혼/사별	(100)	30.1	43.6	30.2	19.7	1.5	13.6
종교							
종교 있음	(622)	46.9	34.5	32.4	23.8	5.2	10.1
종교 없음(무교)	(878)	52.2	37.5	36.5	22.9	7.2	6.7
도시/농촌							
도시	(1,252)	50.8	38.1	34.1	22.3	6.8	7.9
농촌	(248)	45.8	27.1	38.6	27.9	4.3	9.0
과거 자살생각 유무							
없다	(1,222)	51.8	35.3	37.0	24.5	6.3	7.6
있다	(278)	42.0	40.6	25.3	17.6	6.7	10.2

(4) 자살 예방을 위해 가장 먼저 방문을 통해 도움을 요청할 기관

“귀하께서는 본인이나 주변 사람에게 과거 자살사고나 계획이 생길 경우, 필요하다면 어떤 기관에 가장 먼저 방문하시거나 방문을 권유하실 생각이십니까”

본인이나 주변 사람에게 과거 자살사고나 계획이 생길 경우 가장 먼저 방문하거나 방문을 권유할 기관으로는 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’의 응답 비율이 전체의 45.1%로 가장 높았으며, 그 다음으로 ‘정신건강의학과 병·의원’(22.5%), ‘보건소’(16.5%) 등의 순이었다.

<표 78> 자살 예방을 위해 가장 먼저 방문을 통해 도움을 요청할 기관

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	정신건강복지센터/자살예방센터	정신건강의학과 병·의원	보건소	정신건강복지센터/자살예방센터 이외의 전문상담센터	정신건강의학과 이외의 병·의원	기타	계
▣ 전체 ▣	(1,500)	45.1	22.5	16.5	13.3	1.1	1.3	100.0
성별								
남자	(761)	46.0	22.5	17.4	12.1	1.2	0.9	100.0
여자	(739)	44.3	22.6	15.6	14.6	1.1	1.8	100.0
연령								
19-29세	(286)	48.6	24.3	13.7	12.2	0.8	0.4	100.0
30~39세	(284)	47.8	24.4	12.0	14.3	0.4	1.1	100.0
40~49세	(323)	45.9	19.9	15.0	15.8	2.1	1.3	100.0
50~59세	(316)	50.0	21.0	15.9	10.0	1.7	1.5	100.0
60~75세	(291)	33.1	23.7	26.2	14.3	0.5	2.3	100.0
최종 학력								
중학교 졸업 이하	(176)	28.0	26.7	27.6	13.7	0.4	3.7	100.0
고등학교 졸업	(637)	45.4	22.0	16.4	14.0	0.8	1.3	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	49.3	21.9	13.8	12.6	1.7	0.7	100.0
혼인상태								
미혼	(389)	47.6	25.9	12.1	12.4	0.8	1.1	100.0
기혼	(1,011)	45.9	20.1	18.3	13.3	1.4	1.0	100.0
이혼/사별	(100)	28.0	33.9	15.6	17.7	0.0	4.8	100.0
종교								
종교 있음	(622)	43.0	22.1	17.3	14.4	1.3	1.9	100.0
종교 없음(무교)	(878)	46.7	22.8	16.0	12.6	1.0	0.9	100.0
도시/농촌								
도시	(1,252)	46.2	24.5	14.6	12.7	1.2	0.9	100.0
농촌	(248)	39.8	12.8	26.1	16.7	1.0	3.6	100.0
과거 자살생각 유무								
없다	(1,222)	45.7	21.3	17.7	12.9	1.1	1.2	100.0
있다	(278)	42.6	27.9	11.2	15.4	1.2	1.7	100.0

8. 국가 차원의 자살예방 프로젝트에 대한 인식

(1) 자살 예방을 위한 개인정보보호 동의 예외 인정에 대한 의견

“귀하께서는 자살 시도자를 보호하기 위한 경우라면 우리나라도 개인 동의를 받지 않고 자살예방 관리를 할 수 있다고 생각하십니까?”

자살 시도자를 보호하기 위한 경우라면 우리나라도 개인 동의를 받지 않고 자살예방 관리를 할 수 있는지에 대한 의견으로 예외를 인정(자살시도 1회, 2회, 3회 이상)해야 한다고 응답한 비율은 전체의 79.1%이며, 어떠한 경우라도 예외를 인정하지 않는다는 비율은 20.9%이다. 응답자 특성별로는 연령이 높을수록 예외 불인정 응답 비율이 높은 경향이 있다.

<표 79> 자살 예방을 위한 개인정보보호 동의 예외 인정에 대한 의견

(단위 : %)

Base=전체	사례수(명)	자살 시도 1회부터 예외인정	자살 시도 2회 이상부터 예외인정	자살 시도 3회 이상부터 예외인정	어떤 경우라도 예외 불인정	계
▣ 전체 ▣	(1,500)	54.9	19.1	5.0	20.9	100.0
성별						
남자	(761)	54.4	18.6	4.7	22.4	100.0
여자	(739)	55.5	19.8	5.3	19.4	100.0
연령						
19-29세	(286)	54.4	21.1	5.7	18.7	100.0
30~39세	(284)	52.9	19.6	6.7	20.8	100.0
40~49세	(323)	53.7	20.1	5.3	20.9	100.0
50~59세	(316)	57.7	16.9	3.6	21.7	100.0
60~75세	(291)	55.9	18.0	3.7	22.5	100.0
최종 학력						
중학교 졸업 이하	(176)	56.9	14.6	3.0	25.5	100.0
고등학교 졸업	(637)	55.6	19.1	4.1	21.2	100.0
대학교 졸업 이상	(686)	53.8	20.4	6.3	19.5	100.0
혼인상태						
미혼	(389)	53.4	20.5	6.4	19.7	100.0
기혼	(1,011)	54.6	19.7	4.7	21.0	100.0
이혼/사별	(100)	64.3	8.7	2.0	25.0	100.0
종교						
종교 있음	(622)	53.4	19.3	5.1	22.2	100.0
종교 없음(무교)	(878)	56.0	19.1	4.9	20.1	100.0
도시/농촌						
도시	(1,252)	53.7	21.1	5.8	19.5	100.0
농촌	(248)	61.3	9.3	1.0	28.3	100.0
과거 자살생각 유무						
없다	(1,222)	53.9	20.2	5.0	20.9	100.0
있다	(278)	59.5	14.7	4.8	20.9	100.0

(2) 개인정보보호 동의 예외 적용 시 국가의 적정 자살예방 관리 영역

“개인의 동의를 받지 않고 시행할 수 있는 국가 차원의 자살예방 관리 영역은 어디까지가 적정하다고 생각하십니까?”

자살 예방을 위한 개인정보보호 예외 적용을 인정한다는 응답자를 대상으로 적정한 국가의 자살예방 관리 영역은 어디까지인지를 질문한 결과 ‘자살시도자나 자살유가족의 정보를 자살예방기관에 연계·제공’이 전체의 45.0%였다. ‘자살시도자 본인에 대한 정신과 진료(일회성, 2회 이상)’는 비율은 42.9%이며, 대상을 확대하여 ‘보호자에 대한 정신과 진료(일회성, 2회 이상)’로까지 관리하는 것이 적정하다는 응답 비율은 12.2%이다.

<표 80> 개인정보보호 동의 예외 적용 시 국가의 적정 자살예방 관리 영역

(단위 : %)

Base=예외 인정하는 경우	사례수 (명)	자살시도자나 자살유가족의 정보를 자살예방기관에 연계·제공	자살시도자 본인에 대한 정신과 진료(일회성)	자살시도자 본인에 대한 정신과 진료 (2회 이상)	자살시도자 본인 및 보호자에 대한 정신과 진료(일회성)	자살시도자 본인 및 보호자에 대한 정신과 진료 (2회 이상)	계
▣ 전체 ▣	(1,186)	**45.0**	**22.6**	**20.3**	**3.1**	**9.1**	**100.0**
성별							
남자	(591)	43.0	23.9	22.0	3.1	8.0	100.0
여자	(595)	46.9	21.3	18.5	3.1	10.1	100.0
연령							
19-29세	(232)	43.4	23.2	18.4	4.7	10.3	100.0
30~39세	(225)	43.1	24.5	19.6	2.9	10.0	100.0
40~49세	(256)	45.9	20.6	22.7	3.1	7.6	100.0
50~59세	(248)	44.5	24.4	20.1	1.5	9.5	100.0
60~75세	(226)	47.7	20.3	20.2	3.5	8.2	100.0
최종 학력							
중학교 졸업 이하	(131)	50.0	16.9	21.2	3.3	8.5	100.0
고등학교 졸업	(502)	45.0	21.7	21.3	2.3	9.7	100.0
대학교 졸업 이상	(552)	43.7	24.7	19.1	3.8	8.7	100.0
혼인상태							
미혼	(312)	43.3	24.0	18.7	3.8	10.2	100.0
기혼	(799)	44.7	23.0	21.0	2.8	8.5	100.0
이혼/사별	(75)	54.2	12.8	18.7	3.3	11.1	100.0
종교							
종교 있음	(484)	45.2	21.0	20.6	3.2	10.0	100.0
종교 없음(무교)	(702)	44.8	23.7	20.0	3.0	8.4	100.0
도시/농촌							
도시	(1,008)	44.5	23.3	20.4	2.9	8.9	100.0
농촌	(178)	47.4	18.4	19.5	4.4	10.2	100.0
과거 자살생각 유무							
없다	(966)	44.9	23.4	20.4	3.4	7.9	100.0
있다	(220)	45.2	19.2	19.7	1.8	14.1	100.0

추가1. ATTS 문항 추가 분석

자살에 대한 태도 관련 37개 항목을 Renberg와 Jacobsson(2003)이 분류한 '자살에 대한 수용적 태도', '자살에 대한 거부적 태도', '자살에 대한 인식 부족', '자살에 대한 예방 인식', '자살에 대한 금기적 태도', '자살의 보편화 경향', '자살에 대한 결정과정', '자살 동기에 대한 유추', '자살예방의 준비성', '합리적 선택'의 10개 상위 차원으로 분류하였고 가능하다면 모든 문항을 분석에 사용하기 위하여 ATTS의 원저자인 Ellinor Salander Renberg에게 자문을 구하였다. 저자의 의견에 따라 총 37개 항목 중 32개 항목을 분석에 사용하였고 가장 최근 버전의 ATTS(2016)의 기준에 따라 각 문항의 점수를 합산하였다.

10개의 상위 차원으로 분류된 각 요인을 성별과 연령, 학력, 혼인상태, 종교유무, 자살 생각 유무, 도시와 농촌, 행복감, 신체건강, 정신건강이라는 인구사회학적 특성에 따른 차이를 검정하였고 차원 분류 기준은 아래와 같다.

<표 81> ATTS-37 차원별 분류

차원	항목
자살에 대한 수용적 태도	5) 자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다. 20) 만약 내가 심한 불치병에 걸린다면 자살을 고려할 것이다. 26) 자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다. 32) 나는 심한 불치병으로 괴로워하는 사람들이 자살하는 것을 이해할 수 있다. 34) 사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다. 36) 만약 내가 심한 불치병으로 괴로워진다면 자살을 할 수 있게 도움을 얻고 싶을 것이다.
자살에 대한 거부적 태도	2) 자살은 절대로 정당화될 수 없다. 3) 자살하는 것은 가족들에게 가장 나쁜 짓을 하는 것이다. 19) 젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다. 27) 사람들이 어떻게 자신의 생명을 스스로 끊을 수 있는지 나는 대체로 이해가 가지 않는다.
자살에 대한 인식 부족	12) 자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살을 하는 경우는 드물다. 22) 자살은 아무런 경고 없이 발생한다. 23) 대부분의 사람들은 자살에 관한 이야기를 꺼린다. 28) 누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 무슨 일이 진행되고 있는지를 알지 못한다. 33) 자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살을 하는 것은 아니다.

자살에 대한 예방인식	1) 자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다. 6) 누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다.^ 37) 자살은 예방될 수 있다.
자살에 대한 금기적 태도	11) 만약 당신이 자살에 대하여 질문한다면 누군가의 마음에 자살사고를 유발할 위험이 있다. 13) 자살은 말하지 않아야 하는 주제이다. 24) 누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다.
자살의 보편화 경향	15) 거의 모든 사람들은 자살에 대하여 한 두 번 생각을 한 적이 있다. 17) 나는 실제로 자살할 생각이 없더라도 자살할 것이라고 말할 수 있다. 31) 누구든지 자살할 수 있다.
자살에 대한 결정과정	4) 대부분의 자살 시도는 충동적인 행동이다.^ 10) 누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다. 21) 자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다.
자살 동기에 대한 유추	7) 누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다. 35) 대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다.
자살예방의 준비성	9) 누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다. 30) 나는 자살위기에 처한 사람과 접촉을 해서 도와줄 준비가 되어 있다.
합리적 선택	16) 자살만이 유일한 합리적 해결책인 상황이 있다. 18) 자살은 때때로 관련된 사람들에게 구제책이 될 수 있다.

'자살에 대한 수용적 태도'는 불치병으로 고통받는 상황에서 자신이나 타인의 자살을 용인하는 태도 혹은 자살에 대한 허용적인 인식 및 태도와 연관되며, 비율로 따지면 일반 인구의 약 39.3%가 평균 3점 이상의 응답을 하여 수용적 태도를 보였다. 성별과 연령에 따른 차이는 없었으며 도시에 살수록, 과거 자살생각이 있을수록 자살에 대한 수용적 태도를 보였다.

'자살에 대한 거부적 태도'는 자살은 이해하기 어렵다는 인식 및 태도와 연관되며, 일반 인구의 약 71.8%가 거부적 태도에 속하는 문항에 동의하는 경향의 답변을 주었다. 성별에 따른 차이는 없었으며 19-29세 연령에서 40세 이상의 연령보다 거부적 태도가 적었다. 중졸 이하의 학력, 미혼, 종교 없음, 과거 자살생각 있었던 군에서 자살에 대한 거부적 태도가 비교적 적었다.

※ ^ ATTS는 매우 동의함(5점)-동의함(4점)-보통(3점)-동의하지않음(2점)-매우 동의하지 않음(1)의 배점이나 해당문항은 역순으로 계산하였다.

‘자살에 대한 인식 부족’은 자살하려는 사람들이 사전에 자살에 대해 이야기를 하지 않는다는 생각 및 자살에 대해 말하는 것이 실제 자살과는 관련이 적다는 인식 및 태도와 연관되며, 일반 인구의 약 46.6%가 인식 부족에 동의하는 응답을 하였다. 성별과 연령별로 유의미한 차이를 보이지는 않았다.

‘자살에 대한 예방인식’은 자살은 예방할 수 있다는 인식 및 태도와 연관되며, 일반 인구의 약 57.9%가 자살 예방에 긍정적으로 답한 응답을 하였다. 성별과 연령별로 유의미한 차이를 보이지는 않았고, 이혼/사별이거나 불행하다고 응답한 군에서 예방인식의 점수가 낮은 경향을 보였다.

‘자살에 대한 금기적 태도’는 자살에 대한 이야기는 하지 않는 편이 낫고 다른 사람의 자살 결정에는 간섭하지 않는 편이 낫다는 인식 및 태도와 연관되며, 일반 인구의 약 32.3%가 자살에 대한 금기적 태도를 가진 것으로 나타났다. 연령에 따라서는 60~75세가 19~29세, 30~39세에 비해 점수가 높았으며, 대졸 이상, 과거 자살생각이 있던 군에서의 점수는 낮았다.

<표 82> 2018년 ATTS 차원 1~5 차이 검정

구분	자살에 대한 수용적 태도 M(SD)	자살에 대한 거부적 태도 M(SD)	자살에 대한 인식 부족 M(SD)	자살에 대한 예방인식 M(SD)	자살에 대한 금기적 태도 M(SD)
▣ 전체 ▣	3.02(0.54)	3.84(0.62)	3.45(0.50)	3.46(0.63)	2.85(0.66)
성별					
남자	3.04(0.54)	3.84(0.61)	3.47(0.48)	3.48(0.62)	2.88(0.64)
여자	3.00(0.55)	3.84(0.64)	3.43(0.52)	3.45(0.64)	2.82(0.67)
t	1.258	−0.021	1.443	0.935	1.780
연령					
19−29세(1)	3.07(0.52)	3.72(0.71)	3.47(0.47)	3.55(0.64)	2.82(0.68)
30~39세(2)	3.00(0.57)	3.81(0.65)	3.44(0.50)	3.47(0.63)	2.79(0.68)
40~49세(3)	3.00(0.56)	3.88(0.59)	3.45(0.49)	3.46(0.66)	2.80(0.65)
50~59세(4)	3.01(0.53)	3.88(0.59)	3.43(0.54)	3.42(0.61)	2.85(0.62)
60~75세(5)	3.03(0.53)	3.91(0.58)	3.47(0.49)	3.42(0.60)	2.96(0.64)
F or χ^2	0.731	4.155**	0.439	1.942	3.347*
Post hoc		1<3*,4*,5**			2*,3*<5
최종 학력					
중학교 졸업 이하(1)	2.98(0.54)	3.97(0.60)	3.49(0.46)	3.44(0.64)	2.93(0.60)
고등학교 졸업(2)	3.04(0.54)	3.83(0.63)	3.46(0.51)	3.45(0.63)	2.88(0.65)
대학교 졸업 이상(3)	3.01(0.54)	3.81(0.62)	3.44(0.50)	3.48(0.62)	2.79(0.68)
F or χ^2	1.383	4.819**	0.911	0.613	4.996(a)**
Post hoc		2*, 3**<1			3<1,2*
혼인상태					
미혼(1)	3.07(0.54)	3.72(0.71)	3.46(0.47)	3.53(0.64)	2.85(0.67)
기혼(2)	3.00(0.54)	3.88(0.59)	3.44(0.50)	3.45(0.62)	2.85(0.66)

이혼/사별(3)	3.03(0.62)	3.88(0.57)	3.50(0.56)	3.30(0.66)	2.85(0.65)
F or χ^2	2.039	9.051(a)**	0.698(a)	6.008**	0.007
Post hoc		1<2***,3*		3<1**,3<2*	
종교					
종교 있음	3.00(0.58)	3.92(0.60)	3.46(0.50)	3.46(0.64)	2.84(0.67)
종교 없음(무교)	3.03(0.52)	3.79(0.63)	3.45(0.50)	3.46(0.62)	2.86(0.65)
t	−1.445(a)	3.825***	0.303	−0.251	−0.506
도시/농촌					
도시	3.03(0.54)	3.84(0.63)	3.45(0.51)	3.46(0.63)	2.85(0.66)
농촌	2.95(0.57)	3.84(0.61)	3.45(0.48)	3.45(0.64)	2.85(0.65)
t	2.564*	0.140	0.043	0.29	0.039
과거 자살생각 유무					
없다	2.99(0.54)	3.89(0.59)	3.45(0.50)	3.47(0.62)	2.88(0.65)
있다	3.13(0.56)	3.65(0.73)	3.48(0.48)	3.40(0.67)	2.74(0.66)
t	−3.815***	5.11(a)***	−0.858	1.692	3.249**
행복도					
행복(1)	3.01(0.56)	3.86(0.61)	3.44(0.52)	3.49(0.63)	2.84(0.66)
보통(2)	3.01(0.51)	3.83(0.64)	3.47(0.47)	3.43(0.62)	2.86(0.66)
불행(3)	3.19(0.48)	3.65(0.68)	3.60(0.44)	3.14(0.59)	2.88(0.54)
F or χ^2	2.618	2.757	2.753(a)(b)	8.071***	0.121
Post hoc				3<1***,2**	
신체 건강					
좋음(1)	3.02(0.54)	3.85(0.61)	3.43(0.52)	3.47(0.63)	2.84(0.65)
보통(2)	3.02(0.55)	3.82(0.63)	3.50(0.47)	3.47(0.63)	2.86(0.68)
나쁨(3)	3.00(0.60)	3.87(0.68)	3.52(0.41)	3.40(0.64)	2.90(0.61)
F or χ^2	0.131	0.378	4.278(a)**	0.562	0.437
Post hoc			1<2*		
정신 건강					
좋음(1)	3.02(0.54)	3.86(0.61)	3.44(0.51)	3.48(0.63)	2.84(0.65)
보통(2)	3.04(0.56)	3.77(0.67)	3.52(0.46)	3.41(0.63)	2.91(0.68)
나쁨(3)	2.94(0.60)	3.81(0.72)	3.46(0.43)	3.30(0.56)	2.81(0.54)
F or χ^2	0.527	2.783	3.453*	2.391	1.567
Post hoc			1<2*		

※ * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

※ (a) Levene의 검정 결과 등분산성 가정을 충족하지 않는 경우로, 차이 검정 시 자료의 성격에 따라 Mann-Whitney Test를 적용하거나 일원배치 분산분석(one-way ANOVA) 대신 크루스칼 왈리스 검정(Kruskal-Wallis test)를 시행하고 사후검정도 Scheffe 대신 Dunn 방식을 적용하였다. (b) One-way ANOVA는 유의한 결과가 나타났으나 사후분석에서는 유의한 결과가 나타나지 않은 경우.

'자살의 보편화 경향'은 과거 자살생각 및 자살이 보편적이라는 인식 및 태도와 연관되며, 일반 인구의 약 36.2%가 자살의 보편화 경향에 동의하는 태도를 가진 것으로 보인다. 성별에 따른 차이는 없었고 19-29세에서 60세 이상에 비해 보편화 하는 경향이 높았다. 그 외에 미혼, 종교 없음, 과거 자살생각 있음 군에서 점수가 높았다.

'자살에 대한 결정과정'은 자살이 충동적이라기보다는 시간을 두고 발생한다는 인식 및 태도와 연관되며, 일반인의 약 36.2%가 이 태도에 동의하는 경향의 답변을 하였다. 성별과 연령별로 유의미한 차이를 보이지는 않았으며, 종교가 없을수록, 농촌에 살수록, 과거

자살사고가 없을수록 점수가 높은 경향을 보였다.

‘자살 동기에 대한 유추’는 자살 시도가 대부분 대인관계 갈등에 기인한다는 인식 및 태도와 연관되며, 일반 인구의 약 31.8%가 이 문항들에 동의하는 경향의 답변을 하였다. 성별과 연령별로 유의미한 차이를 보이지는 않았으며, 도시에서 살수록 점수가 높은 경향을 보였다.

‘자살예방의 준비성’은 자살을 막기 위해 노력해야 하며 직접적으로 도움을 줄 준비가 되어 있다는 인식 및 태도와 연관되며, 일반 인구의 약 58%가 태도에 동의하는 태도를 보이는 것으로 나타났다. 연령별로 유의미한 차이를 보이지는 않았으나 남성에서 점수가 조금 높았다. 과거 자살생각이 있는 군에서는 이 점수가 낮았다.

‘합리적 선택’은 자살을 받아들여야 할 상황이 있을 수 있다는 인식 및 태도와 연관되며, 일반인의 약 25%가 이 태도에 긍정적인 경향의 답변을 보였다. 성별과 연령별로 유의미한 차이를 보이지는 않았고, 종교가 없는 군, 도시에 사는 군, 과거 자살생각이 있는 군에서 자살이 합리적 선택일 수 있다는 태도를 많이 보였다.

<표 83> 2018년 ATTS 차원 6~10 차이 검정

구분	자살의 보편화 경향 M(SD)	자살에 대한 결정과정 M(SD)	자살 동기에 대한 유추 M(SD)	자살예방의 준비성 M(SD)	합리적 선택 M(SD)
▣ 전체 ▣	2.99(0.70)	3.10(0.60)	2.87(0.81)	3.53(0.68)	2.61(0.89)
성별					
남자	3.02(0.70)	3.09(0.61)	2.85(0.80)	3.54(0.70)	2.64(0.89)
여자	2.95(0.71)	3.10(0.59)	2.88(0.82)	3.52(0.67)	2.58(0.90)
t	1.823	−0.242	−0.614	0.624*	1.127
연령					
19−29세(1)	3.09(0.71)	3.08(0.63)	2.87(0.80)	3.46(0.69)	2.71(0.94)
30~39세(2)	3.03(0.73)	3.09(0.61)	2.84(0.79)	3.58(0.68)	2.63(0.94)
40~49세(3)	3.00(0.69)	3.05(0.58)	2.85(0.83)	3.56(0.68)	2.58(0.90)
50~59세(4)	2.95(0.69)	3.16(0.60)	2.86(0.82)	3.52(0.69)	2.52(0.86)
60~75세(5)	2.89(0.69)	3.09(0.57)	2.90(0.82)	3.54(0.68)	2.63(0.83)
F or χ^2	3.282*	1.556	0.253	1.113	1.797(a)
Post hoc	5<1**				
최종 학력					
중학교 졸업 이하(1)	2.88(0.71)	3.14(0.55)	2.81(0.83)	3.59(0.73)	2.52(0.77)
고등학교 졸업(2)	2.99(0.69)	3.11(0.62)	2.85(0.80)	3.50(0.65)	2.62(0.88)
대학교 졸업 이상(3)	3.01(0.70)	3.07(0.59)	2.90(0.81)	3.54(0.70)	2.63(0.94)
F or χ^2	2.861	1.008	1.210	1.350(a)	1.263(a)
Post hoc					
혼인상태					

미혼(1)	3.12(0.71)	3.09(0.59)	2.86(0.81)	3.50(0.69)	2.69(0.94)
기혼(2)	2.95(0.69)	3.10(0.60)	2.88(0.81)	3.55(0.67)	2.59(0.88)
이혼/사별(3)	2.87(0.73)	3.10(0.63)	2.76(0.79)	3.48(0.76)	2.50(0.87)
F or χ^2	8.689***	0.019	1.007	0.994	2.350
Post hoc	2***,3**<1				
종교					
종교 있음	2.93(0.74)	3.14(0.62)	2.87(0.81)	3.59(0.67)	2.55(0.93)
종교 없음(무교)	3.02(0.67)	3.06(0.58)	2.87(0.82)	3.49(0.69)	2.65(0.86)
t	−2.449(a)*	−2.384*	0.016	1.975	−2.193(a)*
도시/농촌					
도시	3.00(0.70)	3.07(0.61)	2.89(0.81)	3.53(0.68)	2.64(0.90)
농촌	2.92(0.72)	3.22(0.55)	2.75(0.83)	3.56(0.70)	2.48(0.84)
t	1.631	5.824(a)***	2.693**	−0.713	2.750(a)**
과거 자살생각 유무					
없다	2.95(0.70)	3.11(0.58)	2.87(0.81)	3.56(0.67)	2.58(0.88)
있다	3.16(0.68)	3.01(0.67)	2.83(0.83)	3.40(0.74)	2.75(0.94)
t	−4.595**	−2.276(a)*	0.78	3.342(a)**	−2.860**
행복도					
행복(1)	2.97(0.70)	3.10(0.62)	2.87(0.81)	3.57(0.68)	2.60(0.92)
보통(2)	3.00(0.70)	3.09(0.56)	2.85(0.81)	3.48(0.69)	2.61(0.84)
불행(3)	3.19(0.70)	3.04(0.57)	2.97(0.81)	3.35(0.55)	2.83(0.83)
F or χ^2	2.346	0.251(a)	0.560	4.303(b)*	1.499(a)
Post hoc					
신체 건강					
좋음(1)	3.01(0.70)	3.08(0.61)	2.87(0.80)	3.54(0.69)	2.61(0.90)
보통(2)	2.94(0.70)	3.12(0.58)	2.87(0.84)	3.52(0.66)	2.60(0.89)
나쁨(3)	2.89(0.72)	3.12(0.56)	2.85(0.79)	3.51(0.73)	2.59(0.83)
F or χ^2	2.630	0.767	0.046	0.171	0.058
Post hoc					
정신 건강					
좋음(1)	2.97(0.70)	3.10(0.61)	2.84(0.80)	3.54(0.70)	2.59(0.90)
보통(2)	3.06(0.72)	3.09(0.56)	2.96(0.85)	3.51(0.62)	2.72(0.86)
나쁨(3)	2.93(0.78)	3.14(0.51)	2.83(0.93)	3.34(0.64)	2.33(0.76)
F or χ^2	1.883	0.119	2.227	1.434	4.065*
Post hoc					3<2*

※ * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

※ (a) Levene의 검정 결과 등분산성 가정을 충족하지 않는 경우. (b) One-way ANOVA는 유의한 결과가 나타났으나 사후분석에서는 유의한 결과가 나타나지 않은 경우.

추가2. 2013년도와 2018년도의 차이비교

“자살에 대한 수용적 태도” – 불치병으로 고통받는 상황에서 자신이나 타인의 자살을 용인하는 태도 혹은 자살에 대한 허용적인 인식 및 태도

2013년과 2018년에 공통적으로 성별, 연령에 따른 차이는 없었으며 과거 자살생각 유무에 따른 차이($p<.001$)가 있었고 과거 자살사고를 했던 군에서 ‘자살에 대한 수용적 태도’가 높았다. 2013년에 보였던 종교 유무의 차이, 행복도에 따른 차이, 신체건강에 따른 차이, 정신건강에 따른 차이는 2018년에 나타나지 않았다. 2013년에는 주관적 행복도가 보통인 경우와 불행인 군에서 ‘자살에 대한 수용적 태도’가 높았으나 2018년에는 행복한 경우와 보통인 경우의 차이가 사라지면서 주관적 행복도에 따른 차이가 발생하지 않았다. 신체건강, 정신건강 역시 좋은 경우와 보통인 경우, 나쁜 경우에 따른 차이가 사라지면서 유의미한 차이가 발생하지 않았다. 반면 도시/농촌에 따른 차이($p<.05$)가 새롭게 나타났으며 농촌보다 도시에서 ‘자살에 대한 수용적 태도’가 높았다.

2013년에 비해 2018년은 남성에게서 자살에 대한 수용적 태도의 평균 점수가 상승하였고 19-29세($p<.05$)와 60-75세($p<.05$) 연령에서, 고등학교 졸업의 학력($p<.01$), 대학교 졸업 이상($p<.05$), 종교가 있는 군($p.<05$), 도시($p<.001$), 과거 자살사고가 없는 군($p<.001$), 주관적 행복도가 높은 군($p<.001$), 주관적 신체건강이 좋은 군($p<.001$), 주관적 정신건강이 좋은 군($p<.001$)에서도 각각 차이를 보였다. 반면 주관적 정신건강이 나쁘다고 응답한 군에서는 자살에 대한 수용적 태도의 평균 점수가 감소($p<.01$)하였다. 전체 점수에서 소폭 상승하였다. ($p<.01$)

“자살에 대한 거부적 태도” – 자살은 이해하기 어렵다는 인식 및 태도

2013년과 2018년에 공통적으로 자살생각 유무에 따른 차이($p<.001$)를 보였고 자살생각이 없는 군에서 ‘자살에 대한 거부적 태도’가 높았다. 2013년과 2018년 모두 연령이 증가할수록 ‘자살에 대한 거부적 태도’가 상승한다는 공통점이 있었으나 2013년에는 있었던 19-29세와 30-39세 사이의 차이가 2018년에는 발생하지 않았다. 2013년에 2018년 모두 미혼인 경우와 기혼, 이혼/사별인 경우의 차이가 있다는 점은 공통적이나 그 차이가 2018년에는 감소하였다. 반면, 종교가 있는 군에서 ‘자살에 대한 거부적 태도’가 높다는 점은 공통적이나 2018년에는 그 차이가 더 많아졌다. 2013년에 보였던 도시/농촌, 행복도, 신체 건강, 정신 건강에 따른 차이는 각 군의 점수가 전반적으로 하락하면서 2018년에는 차이를 보이지 않았다.

2013년에 비해 2018년에 남성($p<.001$), 여성($p<01$), 40-49세($p<.05$), 50-59세($p<.05$), 60-75세($p<.01$)의 연령에서, 고졸인 경우($p<.01$), 대졸인 경우($p<.05$)인 학

력에서, 미혼인 경우(p<.001), 기혼인 경우(p<.05), 주관적 행복도가 높은 군(p<.001), 주관적 신체건강이 좋은 군(p<.001), 주관적 정신건강이 좋은 군(p<.001)에서 자살에 대한 거부적 태도'의 평균 점수가 감소하였다. 전체 점수 또한 감소하였다. (p<.001)

<표 84> ATTS 차원 1~2의 2013년-2018년 비교

구분	자살에 대한 수용적 태도 M(SD)			자살에 대한 거부적 태도 M(SD)		
	2013	2018	p값	2013	2018	p값
▣ 전체 ▣	2.96(0.58)	3.02(0.54)	**	3.94(0.68)	3.84(0.62)	a***
성별						
남자	2.94(0.61)	3.04(0.54)	a**	3.97(0.67)	3.84(0.61)	a***
여자	2.97(0.56)	3.00(0.55)		3.92(0.68)	3.84(0.64)	a**
t	−0.808	1.258		1.291	−0.021	
연령						
19−29세(1)	2.94(0.58)	3.07(0.52)	*	3.74(0.69)	3.72(0.71)	
30~39세(2)	2.96(0.58)	3.00(0.57)		3.92(0.69)	3.81(0.65)	
40~49세(3)	2.94(0.58)	3.00(0.56)		3.97(0.61)	3.88(0.59)	*
50~59세(4)	3.01(0.61)	3.01(0.53)		3.99(0.69)	3.88(0.59)	a*
60~75세(5)	2.93(0.57)	3.03(0.53)	*	4.06(0.67)	3.91(0.58)	**
F	0.750	0.731		8.736***	4.155**	
Post hoc				1<2*,3**,4, 5***	1<3*,4*,5**	
최종 학력						
중학교 졸업 이하(1)	3.00(0.57)	2.98(0.54)		3.98(0.71)	3.97(0.60)	
고등학교 졸업(2)	2.95(0.60)	3.04(0.54)	a**	3.96(0.67)	3.83(0.63)	**
대학교 졸업 이상(3)	2.94(0.56)	3.01(0.54)	*	3.91(0.67)	3.81(0.62)	a*
F or χ^2	1.186	1.383		1.507	4.819**	
Post hoc					2*, 3**<1	
혼인상태						
미혼(1)	2.95(0.59)	3.07(0.54)	**	3.76(0.68)	3.72(0.71)	a***
기혼(2)	2.96(0.58)	3.00(0.54)	a	3.98(0.67)	3.88(0.59)	*
이혼/사별(3)	2.93(0.57)	3.03(0.62)		4.05(0.66)	3.88(0.57)	
F or χ^2	0.183	2.039		15.026***	9.051(a)**	
Post hoc				1<2,3***	1<2***,3*	
종교						
종교 있음	2.92(0.58)	3.00(0.58)	*	4.00(0.66)	3.92(0.60)	*
종교 없음(무교)	2.99(0.58)	3.03(0.52)		3.89(0.69)	3.79(0.63)	a**
t	−2.327*	−1.445(a)		0.111**	3.825***	
도시/농촌						
도시	2.95(0.59)	3.03(0.54)	a***	3.92(0.69)	3.84(0.63)	a**
농촌	3.00(0.53)	2.95(0.57)		4.03(0.62)	3.84(0.61)	***
t	−1.514(a)	2.564*		−2.608(a)**	0.140	
과거 자살생각 유무						
없다	2.89(0.57)	2.99(0.54)	***	3.98(0.68)	3.89(0.59)	a***
있다	3.19(0.58)	3.13(0.56)		3.80(0.66)	3.65(0.73)	**
t	−8.393***	−3.815***		4.374***	5.11(a)***	
행복도						
행복(1)	2.89(0.58)	3.01(0.56)	***	4.02(0.66)	3.86(0.61)	a***
보통(2)	3.03(0.56)	3.01(0.51)		3.83(0.68)	3.83(0.64)	

불행(3)	3.33(0.64)	3.19(0.48)		3.79(0.68)	3.65(0.68)	
F or χ^2	22.013***	2.618		15.344***	2.757	
Post hoc	1<2,3***,2<3***			2***,3*<1		
신체 건강						
좋음(1)	2.91(0.58)	3.02(0.54)	***	3.98(0.68)	3.85(0.61)	a***
보통(2)	3.03(0.57)	3.02(0.55)		3.85(0.67)	3.82(0.63)	
나쁨(3)	3.07(0.60)	3.00(0.60)		3.96(0.67)	3.87(0.68)	
F or χ^2	9.450***	0.131		4.796**	0.378	
Post hoc	1<2,3**			2<1***		
정신 건강						
좋음(1)	2.91(0.57)	3.02(0.54)	a***	4.01(0.65)	3.86(0.61)	a***
보통(2)	3.07(0.57)	3.04(0.56)		3.76(0.71)	3.77(0.67)	
나쁨(3)	3.29(0.61)	2.94(0.60)	**	3.69(0.70)	3.81(0.72)	
F or χ^2	20.355***	0.527		22.311***	2.783	
Post hoc	1<2,3***,2<3**			2***,3**<1		

※ * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

※ (a) Levene의 검정 결과 등분산성 가정을 충족하지 않는 경우. (b) One-way ANOVA는 유의한 결과가 나타났으나 사후분석에서는 유의한 결과가 나타나지 않은 경우.

"자살에 대한 인식 부족" - 자살하려는 사람들이 사전에 자살에 대해 이야기를 하지 않는다는 생각 및 자살에 대해 말하는 것이 실제 자살과는 관련이 적다는 인식 및 태도

2013년에 보였던 연령, 혼인상태, 종교, 도시/농촌, 과거 자살생각 유무에 따른 차이는 기존 높은 점수를 보이는 군에서의 점수가 하락하며 2018년에 보이지 않았다. 신체 건강에 따른 차이는 2018년에도 나타났으나 2013년에는 신체 건강이 나쁘다고 응답한 군에서 보통(p<.01)과 좋음 군(p<.05)에 비해 '자살에 대한 인식 부족'에서 높은 점수를 보인 반면, 2018년에는 보통 군(p<.05)이 좋음 군보다 높은 점수를 보였다. 정신건강에 따른 차이에서도 2013년에는 나쁨 군이 보통 군(p<.05)보다 높은 점수를 보인 반면, 2018년에는 보통 군이 좋음 군(p<.05)보다 높은 점수를 보이는 것으로 나타났다.

2013년에 비해 2018년은 '자살에 대한 인식 부족'의 점수가 낮은 경향을 보였다. 특히 여성(p<.01), 40-49세(p<.001), 기혼(p<.05), 종교 있음(p<.01), 농촌(p<.01), 과거 자살생각 없음(p<.01), 주관적 행복도가 행복하다고 응답한 군(p<.01), 신체 건강이 좋다고 응답한 군(p<.01), 정신 건강이 좋다고 응답한 군(p<.001), 보통 군(p<.05)에서 더 낮아졌다. 자살에 대한 인식 부족 점수가 유의미하게 높아지는 군은 나타나지 않았다. 전체 점수 또한 낮아지는 경향을 보였다. (p<.01)

“자살에 대한 예방인식” – 자살은 예방할 수 있다는 인식 및 태도

2013년은 혼인상태에 따른 차이가 나타나지 않았으나 2018년에는 이혼/사별보다 미혼(p<.01) 및 기혼 군(p<.05)에서 ‘자살에 대한 예방인식’ 점수가 높았다. 주관적 행복도에 있어서도 2013년에는 차이가 없었으나 2018년에는 주관적인 행복도가 불행하다는 군보다 행복하다는 군(p<.001), 보통인 군(p<.01)에서 ‘자살에 대한 예방인식’ 점수가 각각 더 높았다. 2013년에 나타난 연령, 최종 학력, 도시/농촌, 과거 자살생각 유무, 신체건강에 따른 차이는 2018년에는 전반적인 점수가 낮아지면서 군간의 유의미한 차이도 사라지는 양상이었다.

2013년에 비해 2018년에는 대부분의 비교에서 ‘자살에 대한 예방인식’의 점수가 낮은 결과를 보였는데 이는 남녀에 상관없이(p<.001), 종교의 유무에 상관없이(p<.001), 과거 자살생각 유무에 상관없이(p<.001), 혼인상태에 관계없이 나타났다. 연령별로는 40-49세를 제외한 모든 연령인 19-29세(p<.01), 30-39세(p<.001), 50-75세(p<.01)에서, 학력에 따라서는 고등학교 졸업(p<.001), 대학교 졸업 이상(p<.001)에서, 혼인상태에 따라서는 각각 미혼(p<.01), 기혼(p<0.001), 이혼/사별(p<.01) 모두 ‘자살에 대한 예방인식’이 낮아짐을 보였다. 2013년과 2018년 모두 도시가 농촌보다 ‘자살에 대한 예방인식’에 대한 점수가 높은 경향은 공통적이었으나 2018년에는 도시에서 점수가 낮아지면서(p<.001) 도시와 농촌간의 유의미한 차이는 사라졌다. 2013년보다 2018년에는 주관적 행복에 따라서는 각각 행복군(p<.001), 보통군(p<.001), 불행군(p<.01)에서, 주관적 신체건강에 따라서는 각각 좋음(p<.001), 보통(p<.001)에서, 주관적 정신건강에 따라서는 각각 좋음(p<.001), 보통(p<.001), 나쁨(p<.05)에서 점수가 낮아지는 결과가 나타났다. 전체 점수 또한 낮아지는 방향이었다. (p<.001)

<표 85> ATTS 차원 3~4의 2013년-2018년 비교

구분	자살에 대한 인식부족 M(SD)			자살에 대한 예방인식 M(SD)		
	2013	2018	p값	2013	2018	p값
▣ 전체 ▣	3.50(0.50)	3.45(0.50)	**	3.61(0.66)	3.46(0.63)	***
성별						
남자	3.49(0.52)	3.47(0.48)		3.64(0.67)	3.48(0.62)	***
여자	3.51(0.49)	3.43(0.52)	**	3.59(0.64)	3.45(0.64)	***
t	−1.010	1.443		1.480	0.935	
연령						
19−29세(1)	3.41(0.46)	3.47(0.47)		3.70(0.67)	3.55(0.64)	**
30~39세(2)	3.50(0.45)	3.44(0.50)		3.66(0.65)	3.47(0.63)	***
40~49세(3)	3.51(0.48)	3.45(0.49)	***	3.67(0.64)	3.46(0.66)	
50~59세(4)	3.51(0.56)	3.43(0.54)		3.56(0.64)	3.42(0.61)	**
60~75세(5)	3.56(0.53)	3.47(0.49)		3.49(0.66)	3.42(0.60)	**
F	3.007(a)*	0.439		5.468***	1.942	

Post hoc	1<5**			5<1,2,3**		
최종 학력						
중학교 졸업 이하(1)	3.53(0.53)	3.49(0.46)		3.42(0.66)	3.44(0.64)	
고등학교 졸업(2)	3.51(0.52)	3.46(0.51)		3.62(0.65)	3.45(0.63)	***
대학교 졸업 이상(3)	3.48(0.46)	3.44(0.50)		3.72(0.63)	3.48(0.62)	***
F or χ^2	1.285	0.911		22.571***	0.613	
Post hoc				1<2,3***,2<3*		
혼인상태						
미혼(1)	3.45(0.48)	3.46(0.47)		3.68(0.70)	3.53(0.64)	**
기혼(2)	3.50(0.50)	3.44(0.50)	*	3.61(0.64)	3.45(0.62)	***
이혼/사별(3)	3.64(0.52)	3.50(0.56)		3.53(0.63)	3.30(0.66)	**
F or χ^2	6.276**	0.698(a)		2.495	6.008**	
Post hoc	1,2<3**				3<1**,3<2*	
종교						
종교 있음	3.54(0.52)	3.46(0.50)	**	3.62(0.65)	3.46(0.64)	***
종교 없음(무교)	3.47(0.48)	3.45(0.50)		3.61(0.66)	3.46(0.62)	***
t	2.570*	0.303		0.479	−0.251	
도시/농촌						
도시	3.48(0.49)	3.45(0.51)		3.65(0.66)	3.46(0.63)	***
농촌	3.59(0.53)	3.45(0.48)	**	3.49(0.62)	3.45(0.64)	
t	−3.277**	0.043		3.697***	0.29	
과거 자살생각 유무						
없다	3.48(0.50)	3.45(0.50)		3.60(0.66)	3.47(0.62)	***
있다	3.58(0.50)	3.48(0.48)	**	3.69(0.62)	3.40(0.67)	***
t	−3.340**	−0.858		−2.200*	1.692	
행복도						
행복(1)	3.50(0.49)	3.44(0.52)	**	3.64(0.66)	3.49(0.63)	***
보통(2)	3.50(0.51)	3.47(0.47)		3.60(0.65)	3.43(0.62)	***
불행(3)	3.56(0.58)	3.60(0.44)		3.48(0.66)	3.14(0.59)	**
F or χ^2	0.398	2.753(a)(b)		1.820	8.071***	
Post hoc					3<1***,2**	
신체 건강						
좋음(1)	3.50(0.49)	3.43(0.52)	**	3.62(0.68)	3.47(0.63)	a***
보통(2)	3.46(0.50)	3.50(0.47)		3.65(0.62)	3.47(0.63)	***
나쁨(3)	3.62(0.57)	3.52(0.41)	a	3.50(0.58)	3.40(0.64)	
F or χ^2	5.850**	4.278(a)**		3.351(a)*	0.562	
Post hoc	1<3*,2<3**	1<2*		3<1,2*		
정신 건강						
좋음(1)	3.51(0.50)	3.44(0.51)	***	3.62(0.68)	3.48(0.63)	***
보통(2)	3.44(0.50)	3.52(0.46)	*	3.62(0.60)	3.41(0.63)	***
나쁨(3)	4.62(0.57)	3.46(0.43)		3.58(0.59)	3.30(0.56)	*
F or χ^2	4.081*	3.453*		0.101(a)	2.391	
Post hoc	2<3*	1<2*				

※ * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

※ (a) Levene의 검정 결과 등분산성 가정을 충족하지 않는 경우. (b) One-way ANOVA는 유의한 결과가 나타났으나 사후분석에서는 유의한 결과가 나타나지 않은 경우.

“자살에 대한 금기적 태도” – 자살에 대한 이야기는 하지 않는 편이 낫고 다른 사람의 자살 결정에는 간섭하지 않는 편이 낫다는 인식 및 태도

2013년은 남성의 점수가 여성보다 높은($p<.05$) 성별에 따른 차이가 있었으나 2018년에는 사라졌으며 2013년은 농촌에서 ‘자살에 대한 금기적 태도’가 도시보다 높았으나($p<.001$) 2018년은 그 차이가 보이지 않았다. 또한 2013년과 2018년 모두 60-75세가 제일 높은 점수를 보였으며 2013년에는 19-29세와 유의미한 차이($p<.01$)가, 2018년에는 30-49세와의 유의미한 차이($p<.05$)가 나타났다. 2013년, 2018년 모두 공통적으로 학력이 높을수록 ‘자살에 대한 금기적 태도’가 감소하는 경향을 보였으나 대졸 이상의 학력과 다른 두 군과의 차이는 다소 감소하는 차이가 있었다. 또한 2013년에 있던 고졸과 중졸이하에서 더 낮은 점수를 보였던 결과는 나타나지 않았다. 2018년에는 새로이 과거 자살사고가 없는 군에서 ‘자살에 대한 금기적 태도’가 더 높게 나타나는($p<.05$) 결과를 보였다.

2013년에 비해 2018년은 ‘자살에 대한 금기적 태도’가 상승하는 경향을 보였다. 성별에 따라서는 각각 남성($p<.05$), 여성($p<.01$), 연령에 따라서는 19-29세($p<.05$)에서만, 학력에 따라서는 고졸($p<.05$), 대졸이상($p<.001$)에서 점수가 높아졌다. 혼인상태, 종교유무에 관계없이 ‘자살에 대한 금기적 태도’가 증가하였고 미혼($p<.01$), 기혼($p<.01$), 이혼/사별($p<.01$), 종교 있음($p<.05$), 종교 없음($p<.01$)의 군에서 각각 상승하였다. 또한, 주관적 행복도에 따라서는 행복하다고 응답한 군($p<.001$), 주관적 신체 건강이 좋은 군($p<.01$), 주관적 정신 건강이 좋은 군($p<.001$), 보통인 군($p<.01$)에서 각각 ‘자살에 대한 금기적 태도’의 점수가 상승하였다. 전체 점수는 높아졌다. ($p<.001$)

“자살의 보편화 경향” – 자살생각 및 자살이 보편적이라는 인식 및 태도

2013년에는 나타나지 않았던 연령에 따른 차이, 혼인상태에 따른 차이, 종교유무에 따른 차이가 2018년에 새로 관찰되었으며, 연령별로는 19-29세에서 60-75세보다 높은 점수를 보였다($p<.01$). 미혼인 경우 기혼($p<.001$), 이혼/사별($p<.01$)보다 높은 점수를 보였고 종교가 없는 군이 종교가 있는 군($p<.05$)보다 점수가 높았다. 반대로 2013년에는 도시/농촌, 행복도, 신체 건강, 정신 건강에 따른 차이가 나타났으나 2018년에는 이 항목에서 유의미한 차이가 없었다. 과거 자살을 생각해본 적이 있는 군에서 ‘자살의 보편화 경향’이 높은 결과는 2013년($p<.001$)과 2018년($p<.01$)에서 공통적으로 나타났다.

2013년에 비해 2018년에는 여성($p<.01$), 중졸 이하의 학력($p<.01$), 혼인상태가 기혼($p<.05$), 이혼/사별($p<.05$), 종교 있는 군($p<.01$), 지역이 농촌($p<.001$), 과거 자살생각 있는 군($p<.001$), 주관적 행복도가 보통인 군($p<.01$), 주관적 신체 건강이 보통인 군($p<.001$), 나쁨인 군($p<.01$), 주관적 정신 건강이 보통인 군($p<.01$), 나쁨인 군

(p<.01)에서 각각 '자살에 대한 보편화 경향' 점수가 낮아지는 결과를 보였다. 점수가 유의미하게 높아진 항목은 없었으며 전체 점수 또한 유의미하게 낮아졌다. (p<.01)

<표 86> ATTS 차원 5~6의 2013년-2018년 비교

구분	자살에 대한 금기적 태도 M(SD) 2013	2018	p값	자살에 대한 보편화 경향 M(SD) 2013	2018	p값
▣ 전체 ▣	2.76(0.64)	2.85(0.66)	a***	3.04(0.72)	2.99(0.70)	*
성별						
남자	2.80(0.62)	2.88(0.64)	*	3.01(0.74)	3.02(0.70)	
여자	2.73(0.65)	2.82(0.67)	a**	3.07(0.71)	2.95(0.71)	**
t	2.208*	1.780		−1.444	1.823	
연령						
19−29세(1)	2.68(0.67)	2.82(0.68)	*	3.07(0.70)	3.09(0.71)	
30~39세(2)	2.71(0.60)	2.79(0.68)	a	3.03(0.71)	3.03(0.73)	
40~49세(3)	2.71(0.62)	2.80(0.65)		3.08(0.69)	3.00(0.69)	
50~59세(4)	2.83(0.65)	2.85(0.62)		3.06(0.78)	2.95(0.69)	
60~75세(5)	2.87(0.63)	2.96(0.64)		2.97(0.73)	2.89(0.69)	
F	5.234***	3.347*		1.200	3.282*	
Post hoc	1<5**	2*,3*<5			5<1**	
최종 학력						
중학교 졸업 이하(1)	2.91(0.63)	2.93(0.60)		3.06(0.72)	2.88(0.71)	**
고등학교 졸업(2)	2.79(0.64)	2.88(0.65)	*	3.07(0.73)	2.99(0.69)	
대학교 졸업 이상(3)	2.64(0.61)	2.79(0.68)	a***	3.00(0.71)	3.01(0.70)	
F or χ^2	20.351***	4.996(a)**		1.729	2.861	
Post hoc	3<1,2***,2<1*	3<1,2*				
혼인상태						
미혼(1)	2.69(0.67)	2.85(0.67)	**	3.07(0.71)	3.12(0.71)	
기혼(2)	2.78(0.62)	2.85(0.66)	a**	3.03(0.72)	2.95(0.69)	*
이혼/사별(3)	2.82(0.67)	2.85(0.65)	**	3.09(0.77)	2.87(0.73)	*
F or χ^2	2.839	0.007		0.793	8.689***	
Post hoc					2***,3**<1	
종교						
종교 있음	2.76(0.64)	2.84(0.67)	a*	3.04(0.75)	2.93(0.74)	**
종교 없음(무교)	2.77(0.63)	2.86(0.65)	**	3.04(0.69)	3.02(0.67)	
t	−0.323	−0.506		−0.014(a)	−2.449(a)*	
도시/농촌						
도시	2.71(0.62)	2.85(0.66)	a***	3.01(0.72)	3.00(0.70)	
농촌	2.99(0.65)	2.85(0.65)	*	3.17(0.73)	2.92(0.72)	***
t	−6.393***	0.039		−3.486**	1.631	
과거 자살생각 유무						
없다	2.77(0.61)	2.88(0.65)	a***	2.94(0.71)	2.95(0.70)	
있다	2.72(0.70)	2.74(0.66)		3.38(0.65)	3.16(0.68)	***
t	1.405(a)	3.249**		−10.623(a)***	−4.595**	
행복도						
행복(1)	2.74(0.64)	2.84(0.66)	a***	2.96(0.72)	2.97(0.70)	
보통(2)	2.79(0.62)	2.86(0.66)		3.14(0.69)	3.00(0.70)	**

불행(3)	2.79(0.60)	2.88(0.54)		3.38(0.79)	3.19(0.70)	
F or χ^2	1.049	0.121		15.917***	2.346	
Post hoc				1<2,3***,2<3*		
신체 건강						
좋음(1)	2.75(0.62)	2.84(0.65)	a**	2.98(0.72)	3.01(0.70)	
보통(2)	2.77(0.66)	2.86(0.68)		3.13(0.64)	2.94(0.70)	a***
나쁨(3)	2.78(0.65)	2.90(0.61)		3.22(0.83)	2.89(0.72)	**
F or χ^2	0.216	0.437		11.106(a)***	2.630	
Post hoc				1<2.3**		
정신 건강						
좋음(1)	2.76(0.62)	2.84(0.65)	a***	2.97(0.73)	2.97(0.70)	
보통(2)	2.77(0.66)	2.91(0.68)	*	3.21(0.66)	3.06(0.72)	**
나쁨(3)	2.83(0.66)	2.81(0.54)		3.47(0.67)	2.93(0.78)	**
F or χ^2	0.424	1.567		26.824***	1.883	
Post hoc				2,3***<1,2*<3		

※ * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

※ (a) Levene의 검정 결과 등분산성 가정을 충족하지 않는 경우. (b) One-way ANOVA는 유의한 결과가 나타났으나 사후분석에서는 유의한 결과가 나타나지 않은 경우.

"자살에 대한 결정과정" – 자살이 충동적이라기보다는 시간을 두고 발생한다는 인식 및 태도

2013년과 2018년 모두 성별, 연령, 최종 학력, 혼인 상태에 따른 차이는 없었으며, 둘 다 도시보다는 농촌지역에서 '자살에 대한 결정과정'이 높았다(p<.01). 2013년에는 과거에 자살에 대한 생각을 했던 군에서 더 높은 점수를 보이는 것(p<.05)이 2018년에는 자살에 대한 생각을 해본 적이 없는 군이 오히려 더 높게 나타났다. 다만 2013년보다 2018년에는 도시와 농촌간의 '자살에 대한 결정과정'에 대한 차이가 더 크게 벌어졌고(p<.01, p<.001) 과거 자살에 대한 생각 유무에 대해서는 그 차이가 감소하였다(p<.01, p<.05). 2013년에는 주관적 신체 건강이 좋음 군에서 보통(p<.05)이나 나쁨(p<.05)보다 점수가 낮았으나 2018년에서는 점수의 유의미한 차이가 없었다. 2013년에 정신 건강이 좋음 군이 보통(p<.01)보다 낮은 점수를 보인 차이도 2018년에는 사라졌다. 2013년에는 종교의 유무에 따른 차이가 없었으나 2018년에는 종교가 있는 군에서 없는 군(p<.05)보다 '자살에 대한 결정과정'에 대한 점수가 높았다.

2013년에 비해 2018년은 대부분의 군에서 '자살에 대한 결정과정'에 대한 점수가 상승하는 결과가 나타났다. 성별(p<.001), 연령(p<.001), 학력(p<.001), 혼인상태(p<.001), 종교 유무(p<.001), 도시/농촌(p<.001)에 따른 구분 내 모든 항목에서 자살에 대한 결정과정 점수가 높아졌다. 과거 자살생각 없는 군(p<.001), 있는 군(p<.01), 행복한 군(p<.001), 행복도 보통인 군(p<.001), 신체 건강 좋음(p<.001), 나쁨(p<.05), 정신 건강 좋음(p<.001), 보통(p<.001)에서도 마찬가지로 점수가 높아졌으며, 유의미하게 점수

가 낮아진 항목은 없었으며 전체 점수는 높아지는 방향이었다. (p<.001)

“자살 동기에 대한 유추’ – 자살 시도가 대부분 대인관계 갈등에 기인한다는 인식 및 태도

2013년과 2018년 모두에서 공통적으로 성별, 연령에 따른 차이는 없었다. 2013년에는 중졸 이하 학력이 대졸이상인 군보다 ‘자살 동기에 대한 유추’의 점수가 높았고(p<.05) 과거 자살을 생각해본 적이 있는 군(p<.01)에서도 ‘자살 동기에 대한 유추’가 높게 나타났다. 그러나 2018년에는 반대의 경향을 보였으며 각 군간의 유의미한 차이는 보이지 않았다. 주관적 정신 건강 보통이라고 생각하는 군이 좋다고 생각하는 군보다 ‘자살 동기에 대한 유추’가 높았으나 2018년에는 그러한 차이가 나타나지 않았다. 2013년에는 농촌에서 ‘자살 동기에 대한 유추’ 점수가 높은 편이었으나(p<.001) 2018년은 반대로 도시에서 더 높게 나타났다(p<.01). 2013년과 2018년 모두에서 혼인상태, 행복도, 신체 건강에 따른 차이는 없었다.

2013년에 비해 2018년에는 모든 성별(p<.001), 19-49세(p<.001), 50-75세(p<.01)의 연령에서, 고졸 이상(p<.001)의 학력에서, 미혼(p<.001), 기혼(p<.001)에 따라서, 종교가 있는 군(p<.001)에서, 도시(p<.001)지역에서, 과거 자살에 대한 생각을 한 적인 없는 군(p<.001)에서, 주관적 행복도에서 행복하다고 응답한 군(p<.001), 보통인 군(p<.001), 주관적 신체 건강이 좋다고 응답한 군(p<.001)에서, 보통인 군(p<.01), 나쁘다고 응답한 군(p<.05), 주관적 정신 건강이 좋다고 응답한 군(p<.001), 보통인 군(p<.01)에서 각각 ‘자살 동기에 대한 유추 점수’가 높은 결과가 나타났다. 유의미하게 점수가 낮아진 항목은 없었으며 전체 점수는 높아졌다. (p<.001)

<표 87> ATTS 차원 7~8의 2013년-2018년 비교

구분	자살에 대한 결정과정 M(SD) 2013	2018	p값	자살동기에 대한 유추 M(SD) 2013	2018	p값
▣ 전체 ▣	2.79(0.61)	3.10(0.60)	***	2.62(0.80)	2.87(0.81)	***
성별						
남자	2.77(0.61)	3.09(0.61)	***	2.61(0.79)	2.85(0.80)	***
여자	2.81(0.61)	3.10(0.59)	***	2.63(0.81)	2.88(0.82)	***
t	−1.306	−0.242		−0.597	−0.614	
연령						
19−29세(1)	2.80(0.60)	3.08(0.63)	***	2.61(0.71)	2.87(0.80)	a***
30~39세(2)	2.74(0.58)	3.09(0.61)	***	2.53(0.80)	2.84(0.79)	***
40~49세(3)	2.79(0.62)	3.05(0.58)	***	2.63(0.80)	2.85(0.83)	***
50~59세(4)	2.83(0.64)	3.16(0.60)	***	2.67(0.87)	2.86(0.82)	**
60~75세(5)	2.81(0.61)	3.09(0.57)	***	2.68(0.82)	2.90(0.82)	**
F	0.989	1.556		1.754(a)	0.253	

Post hoc						
최종 학력						
중학교 졸업 이하(1)	2.85(0.59)	3.14(0.55)	***	2.72(0.83)	2.81(0.83)	
고등학교 졸업(2)	2.80(0.63)	3.11(0.62)	***	2.62(0.81)	2.85(0.80)	***
대학교 졸업 이상(3)	2.76(0.61)	3.07(0.59)	***	2.57(0.77)	2.90(0.81)	***
F or χ^2	2.329	1.008		3.250(a)*	1.210	
Post hoc				3<1*		
혼인상태						
미혼(1)	2.83(0.60)	3.09(0.59)	***	2.62(0.73)	2.86(0.81)	a***
기혼(2)	2.78(0.61)	3.10(0.60)	***	2.61(0.81)	2.88(0.81)	***
이혼/사별(3)	2.80(0.62)	3.10(0.63)	***	2.76(0.92)	2.76(0.79)	
F or χ^2	0.586	0.019		1.950(a)	1.007	
Post hoc						
종교						
종교 있음	2.79(0.63)	3.14(0.62)	***	2.64(0.82)	2.87(0.81)	***
종교 없음(무교)	2.80(0.60)	3.06(0.58)	***	2.60(0.78)	2.87(0.82)	
t	−0.222	−2.384*		0.926	0.016	
도시/농촌						
도시	2.77(0.62)	3.07(0.61)	***	2.58(0.79)	2.89(0.81)	***
농촌	2.88(0.55)	3.22(0.55)	***	2.79(0.82)	2.75(0.83)	
t	−2.777**	5.824(a)***		−4.130***	2.693**	
과거 자살생각 유무						
없다	2.77(0.61)	3.11(0.58)	***	2.59(0.79)	2.87(0.81)	***
있다	2.88(0.62)	3.01(0.67)	**	2.74(0.84)	2.83(0.83)	
t	−2.832**	−2.276(a)*		−3.131**	0.78	
행복도						
행복(1)	2.77(0.61)	3.10(0.62)	***	2.61(0.80)	2.87(0.81)	***
보통(2)	2.81(0.62)	3.09(0.56)	a***	2.61(0.81)	2.85(0.81)	***
불행(3)	2.93(0.55)	3.04(0.57)		2.87(0.75)	2.97(0.81)	
F or χ^2	2.113	0.251(a)		2.683	0.560	
Post hoc						
신체 건강						
좋음(1)	2.75(0.61)	3.08(0.61)	***	2.59(0.81)	2.87(0.80)	***
보통(2)	2.84(0.61)	3.12(0.58)		2.70(0.77)	2.87(0.84)	a**
나쁨(3)	2.91(0.59)	3.12(0.56)	**	2.62(0.82)	2.85(0.79)	*
F or χ^2	5.941**	0.767		2.335	0.046	
Post hoc	1<2,3*					
정신 건강						
좋음(1)	2.76(0.60)	3.10(0.61)	***	2.59(0.81)	2.84(0.80)	***
보통(2)	2.88(0.64)	3.09(0.56)	a***	2.74(0.75)	2.96(0.85)	**
나쁨(3)	2.92(0.56)	3.14(0.51)		2.68(0.89)	2.83(0.93)	
F or χ^2	6.550**	0.119		4.646*	2.227	
Post hoc	1<2**			1<2**		

※ * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

※ (a) Levene의 검정 결과 등분산성 가정을 충족하지 않는 경우. (b) One-way ANOVA는 유의한 결과가 나타났으나 사후분석에서는 유의한 결과가 나타나지 않은 경우.

"자살예방의 준비성" – 자살을 막기 위해 노력해야 하며 직접적으로 도움을 줄 준비가 되어 있다는 인식 및 태도

2013년에 보이지 않았던 성별에 따른 차이가 2018년에 새로이 나타났으며 남성이 여성($p<.05$)보다 점수가 유의미하게 높았다. 2013년은 연령군에서 19-29세가 40-49세($p<.01$), 50-59세($p<.05$)보다 점수가 각각 낮았고, 최종 학력, 도시/농촌 지역, 정신건강에 따른 차이를 보였으나 2018년에는 이 차이가 없어졌다. 2013년과 2018년에 모두 혼인상태, 신체 건강, 정신 건강에 따른 차이는 없었다. 2013년에는 과거 자살에 대한 생각을 해 본 군에서 점수가 높았으나($p<.05$), 2018년에는 반대로 과거 자살에 대한 생각을 해 본 적이 없는 군($p<.01$)에서 높았다.

2013년에 비해 2018년에는 대부분 '자살예방의 준비성'이 낮아지는 변화가 보였다. 성별에 따라서는 남성($p<.001$), 여성($p<.05$), 연령별로는 40-75세($p<.05$), 최종 학력에 따라서는 고졸($p<.001$), 대졸 이상($p<.01$), 혼인상태에 따라서는 기혼($p<.001$), 이혼/사별($p<.05$), 종교 있음($p<.01$), 종교 없음($p<.001$), 도시($p<.01$), 농촌($p<.01$), 과거에 자살에 대한 생각을 해본적인 없는 군($p<.05$), 있는 군($p<.001$), 주관적 행복도에서 행복하다는 군($p<.01$), 보통인 군($p<.05$), 주관적 신체 건강이 좋은 군($p<.01$), 보통 및 나쁨인 군($p<.05$), 주관적 정신 건강이 좋은 군($p<.001$)에서 자살예방의 준비성의 점수가 낮았다. 유의미하게 점수가 높아진 항목은 없었고 전체 점수도 낮아졌다. ($p<.001$)

"합리적 선택" - 자살을 받아들여야 할 상황이 있을 수 있다는 인식 및 태도

2013년과 2018년은 공통적으로 성별, 연령, 혼인상태에 따른 차이는 나타나지 않았다. 2013년에는 최종 학력에 있어서 중졸 이하가 고졸($p<.05$), 대졸 이상($p<.01$)보다 점수가 유의미하게 높았지만 2018년에는 차이가 없었다. 2013년에는 종교 유무에 따른 차이는 없었으나 2018년에는 종교가 없는 군이 있는 군($p<.05$)보다 점수가 높았다. 2013년($p<.001$)과 2018년($p<.01$) 모두에서 과거 자살에 대한 생각을 해본 적이 있는 군이 없는 군보다 점수가 높았으며, 농촌이 도시($p<.001$)보다 점수가 높았던 2013년에 비해 2018년에는 도시가 농촌($p<.01$)보다 점수가 높아져 역전이 발생하였다. 주관적 행복도와 주관적 신체 건강에서 2013년에는 행복도가 보통이라고 응답한 군($p<.001$) 불행하다고 생각하는 군($p<.01$)에서 행복하다고 생각하는 군보다 더 '합리적 선택'의 점수가 높았고, 주관적 신체건강 항목에서도 비슷한 경향을 보였으나 2018년에는 주관적 행복도, 주관적 신체건강 항목의 차이가 사라졌다. 주관적 정신 건강에 있어서는 2013년의 경우 좋음군이 보통군($p<.01$) 및 나쁨군($p<.001$)보다 점수가 높은 차이가 확인되었다면, 2018년의 경우 보통 군이 나쁨($p<.05$)보다 '합리적 선택'에 대한 점수가 높았다.

2013년에 비해 2018년에는 19-29세($p<.001$), 30-49세($p<.01$), 고등학교 졸업 이상($p<.001$), 미혼 및 기혼($p<.001$), 종교 있음($p<.01$), 종교 없음($p<.001$), 도시

(p<.001), 과거 자살에 대한 생각을 해본 적이 없다(p<.001), 있다(p<.01), 주관적 행복도에서 행복하다고 생각하는 군(p<.001), 주관적 신체 건강에서 좋다고 생각하는 군(p<.001), 주관적 정신 건강이 좋다고 생각하는 군(p<.001), 보통인 군(p<.05)에서 합리적 선택 요인의 점수가 높아졌다. 농촌(p<.05)과 정신 건강 나쁨(p<.05)에서는 점수가 낮아지는 모습을 보였다. 전체적인 점수는 높아지는 경향이었다. (p<.001)

<표 88> ATTS 차원 9~10의 2013년-2018년 비교

구분	자살예방의 준비성 M(SD) 2013	2018		합리적 선택 M(SD) 2013	2018	
▣ 전체 ▣	3.64(0.73)	3.53(0.68)	*** a	2.43(0.89)	2.61(0.89)	***
성별						
남자	3.71(0.75)	3.54(0.70)	a***	2.43(0.91)	2.64(0.89)	***
여자	3.59(0.70)	3.52(0.67)	*	2.43(0.88)	2.58(0.90)	**
t	3.168	0.624		−0.029	1.127	
연령						
19−29세(1)	3.51(0.72)	3.46(0.69)		2.42(0.81)	2.71(0.94)	a***
30~39세(2)	3.62(0.77)	3.58(0.68)		2.38(0.90)	2.63(0.94)	**
40~49세(3)	3.73(0.71)	3.56(0.68)	**	2.36(0.89)	2.58(0.90)	**
50~59세(4)	3.70(0.70)	3.52(0.69)	**	2.48(0.91)	2.52(0.86)	
60~75세(5)	3.64(0.72)	3.54(0.68)	**	2.52(0.92)	2.63(0.83)	
F	3.678(a)**	1.113		1.836	1.797(a)	
Post hoc	1<3**,4*					
최종 학력						
중학교 졸업 이하(1)	3.56(0.73)	3.59(0.73)		2.58(0.89)	2.52(0.77)	
고등학교 졸업(2)	3.68(0.72)	3.50(0.65)	a***	2.42(0.88)	2.62(0.88)	***
대학교 졸업 이상(3)	3.66(0.73)	3.54(0.70)	**	2.36(0.90)	2.63(0.94)	a***
F or χ^2	3.106*	1.350(a)		6.425**	1.263(a)	
Post hoc	1<2*			3<1**,2<1*		
혼인상태						
미혼(1)	3.56(0.77)	3.50(0.69)	a	2.41(0.84)	2.69(0.94)	a***
기혼(2)	3.66(0.72)	3.55(0.67)	a***	2.42(0.90)	2.59(0.88)	***
이혼/사별(3)	3.71(0.66)	3.48(0.76)	*	2.60(0.94)	2.50(0.87)	
F or χ^2	2.821	0.994		2.449	2.350	
Post hoc						
종교						
종교 있음	3.67(0.72)	3.59(0.67)	a**	2.40(0.90)	2.55(0.93)	**
종교 없음(무교)	3.62(0.73)	3.49(0.69)	***	2.46(0.88)	2.65(0.86)	***
t	1.532	1.975		−1.269	−2.193(a)*	
도시/농촌						
도시	3.62(0.73)	3.53(0.68)	a**	2.38(0.87)	2.64(0.90)	a***
농촌	3.76(0.70)	3.56(0.70)	**	2.64(0.94)	2.48(0.84)	a*
t	−2.958**	−0.713		4.628***	2.750(a)**	
과거 자살생각 유무						
없다	3.62(0.73)	3.56(0.67)	a*	2.39(0.88)	2.58(0.88)	***
있다	3.73(0.74)	3.40(0.74)	***	2.59(0.91)	2.75(0.94)	*
t	−2.413*	3.342(a)**		−3.727***	−2.860**	

행복도						
행복(1)	3.68(0.72)	3.57(0.68)	a**	2.34(0.88)	2.60(0.92)	a***
보통(2)	3.59(0.68)	3.48(0.69)	*	2.56(0.87)	2.61(0.84)	
불행(3)	3.60(1.06)	3.35(0.55)	a	2.81(0.96)	2.83(0.83)	
F or χ^2	2.472(a)	4.303(b)*		15.690***	1.499(a)	
Post hoc				1<2***,3**		
신체 건강						
좋음(1)	3.64(0.70)	3.54(0.69)	a**	2.35(0.87)	2.61(0.90)	a***
보통(2)	3.62(0.74)	3.52(0.66)	*	2.57(0.89)	2.60(0.89)	
나쁨(3)	3.71(0.82)	3.51(0.73)	*	2.64(0.94)	2.59(0.83)	
F or χ^2	0.788	0.171		13.116***	0.058	
Post hoc				1<2,3**		
정신 건강						
좋음(1)	3.67(0.71)	3.54(0.70)	a***	2.37(0.89)	2.59(0.90)	***
보통(2)	3.54(0.71)	3.51(0.62)		2.58(0.87)	2.72(0.86)	*
나쁨(3)	3.70(0.92)	3.34(0.64)		2.82(0.92)	2.33(0.76)	*
F or χ^2	4.155(a)*	1.434		13.393***	4.065*	
Post hoc	2<1*			2**,3***<1	3<2*	

※ * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

※ (a) Levene의 검정 결과 등분산성 가정을 충족하지 않는 경우. (b) One-way ANOVA는 유의한 결과가 나타났으나 사후분석에서는 유의한 결과가 나타나지 않은 경우.

제 2세부 과제: 의료기관 방문 자살 시도자 실태조사

I. 연구내용 및 방법

1. 자살실태조사 도구개발

○ 한국자살예방협회, 중앙자살예방센터에 의해 각각 실시된 2010, 2012년의 '응급실을 방문한 자살시도자' 연구, 2013년 자살시도자 조사에서 사용된 증례 기록지의 조사 변수, 조사 방법, 조사자 특성 등을 고찰함.

○ 생명 사랑 위기대응센터 초기평가 기록하는지와 추적 조사 기록지의 조사 변수, 조사 방법, 조사자 특성을 고찰.

○ 선행 연구에서 사용된 조사지와 생명 사랑 위기대응센터 자료원의 조사 변수를 비교 분석하여 생명 사랑 위기대응센터 기반 자살 실태조사 도구를 개발.

○ 개발된 도구를 이용하여 1주일간 시범적 조사 시행 후 추가 보완.

<표 1> 자살실태조사 일반 및 고유 질문 항목

일반 조사항목	자살 시도 고유 항목
○ 개인 및 사회-환경-경제요인 - 성별·나이 등 조사 대상자의 일반적 특성 - 직업, 경제적 수준에 대한 정보 - 사회-환경-경제적 스트레스 정보 - 가족 관련 정보	○ 자살 시도 특징 - 자살 방법 및 의학적 치명도 - 자살사고와의 관계 - 자살계획 구체성 및 시간 관계 - 음주, 기타 약물 관련 여부
○ 신체 건강 - 현재 및 과거 신체 질환 기왕력 - 1년간 신체질환 관련 질병부담(의료기관 이용 등)	○ 자살 관련 외부 요인 - 자살 관련 보도 영향 - 인터넷 자살사이트 경험 실태 - 자살 예방서비스 요구도
○ 정신건강 - 지난 5년간 정신건강 이상 병력 - 자살 당시 정신질환 치료 여부 - 자살 시도 기왕력 및 자살 시도 특징	○ 자살 관련 평가 척도 - 콜롬비아 대학 자살 심각성 평가 척도 (Colombia Suicide Severity Rating Scale: C-SSRS) - 자살의도검사 (Suicide Intent Scale: SIS)
○ 자살 관련 항목 - 자살사고(현재 및 지난 1년, 일생) 및 관련된 원인(원인 1, 2, 3) - 자살계획 (지난 1년간, 구체적인 계획 수립 여부) 및 구체적 내용 (방법, 시기) - 자살 시도 여부, 횟수 및 방법, 관련 원인(동기), 신체적 상해 정도 및 정신보건의료서비스 이용 여부	

2. 자살실태조사

2.1. 조사 지역 및 연구 기관선정

○ 전국 생명 사랑 위기대응센터 참여 병원을 대상으로 하여 조사 대상 병원 선정
○ 만 18세 이상의 성인 1,500명
○ 기본 변수는 현재 생명 사랑 위기대응센터 자료원에 구축된 변수로 하여 개인정보를 비식별화한 후에 중앙자살예방센터의 협조를 통해서 구축함.
○ 생명 사랑 위기대응센터 자료원 변수 외 추가 변수의 필요 여부에 대한 전문가 자문회의와 1주일 시범 조사 결과를 바탕으로 자살 실태조사 방법을 최종적으로 결정함.
○ 생명 사랑 위기대응센터에 부재한 추가 변수의 활용이 필요한 경우는 2013년 자살실태조사의 광역시, 도 구분에 근거한 8개의 Primary Sampling Unit(PSU) 분류를 활용하여 추가 참여 병원을 신청받고 인구수 비례에 따라 8개 PSU의 연구대상자 수 설정함.
○ 각 8개 PSU 마다 이전 연구 실적을 통한 연구 수행 능력 및 모니터링 능력을 갖춘 연구 책임기관을 선정.
○ 인구 규모에 따라 각 PSU 당 지역을 대표할 수 있는 응급의료기관 Secondary Sampling Unit(SSU) 17개 기관선정.
○ 해당 응급의료기관은 향후 국가보건정책 수립을 위한 연구에 협업할 수 있는 대상기관으로 한함.

<표 2> 자살 실태조사 Primary Sampling Unit 분류 및 설정

PSU	SSU	총인구 (명)	지역별 인구비 (%)		추산 표본 크기
전국	전국	48,219,172	100%	100%	2000
서울	서울	9,708,483	20.1	20.1	400
경기	경기	11,270,358	23.4	23.4	470
인천	인천	2,637,652	5.5	5.5	100
경상	부산	3,403,135	7.1	26.3	200
	울산	1,081,985	2.2		130
	경남	3,153,866	6.5		
	경북	2,583,097	5.4		200
	대구	2,444,085	5.1		
전라	광주	1,469,293	3	10.2	100

PSU	SSU	총인구 (명)	지역별 인구비 (%)		추산 표본 크기
	전남	1,718,516	3.6		100
	전북	1,754,551	3.6		
충청	충북	1,503,958	3.1		100
	충남	2,010,150	4.2	10.4	
	대전	1,495,453	3.1		100
강원	강원	1,456,207	3	3.1	70
제주	제주	528,383	1.1	1.1	30

2.2. 조사기관

○ 기본 변수 조사 대상기관: 전국 생명 사랑 위기대응센터 참여 병원

○ 추가 변수 조사 대상기관: 2013년 자살 실태조사 참여 병원 (참여 병원이 사업 참여 거부 시 PSU 내의 동급 병원으로 교체

<표 3> 자살실태조사 연구 참여 병원 및 표본 수

PSU	책임기관	SSU	표본 수	표본수비율(%)	
서울	서울대학교병원	서울대학교병원	140	20	7
		삼성서울병원	130		6.5
		보라매병원	130		6.5
인천	가천의대 길병원	가천의대 길병원	100	5	
경기	분당서울대학교병원	분당서울대학교병원	170	23.5	8.5
		아주대학교병원	100		5
		한림대 성심병원	100		5
		가톨릭의대 의정부성모병원	100		5
강원	강원대학교병원	강원대학교병원	70	3.5	
충청	을지의과대학교	을지의과대학교	100	10	5
		건국대학교 충주병원	100		5
전라	전남대학교병원	전남대학교병원	100	10	5
		원광대학교 의과대학병원	100		5
경상	경북대학교병원	경북대학교병원	200	26.5	10
		경상대학교병원	130		6.5
		부산대학교병원	200		10
제주	제주대학교병원	제주대학교병원	30	1.5	
전국			2,000	100	

2.3. 조사 대상 및 방법

○ 해당 의료기관 응급실을 방문한 18세 이상 자살시도자
○ 생명 사랑 위기대응센터 수집 자료원 활용
○ 추가 변수 필요 시 해당 기관의 정신과 전공의 혹은 전문의에 의한 정신과적 면담, 개발된 자살시도자 표준 조사 도구 이용

2.4. 조사 내용

○ 면담 조사지의 구성 원칙은 기존 자료의 흐름과 추세를 연속적으로 파악하고, 자살 예방전략의 수립과 개정을 위해 요구되는 새로운 자료를 생산하는 것
○ 2013년도 자살시도자 실태조사에 사용한 조사항목과 검사 도구들을 그대로 사용하면서, 수집이 필요한 새로운 자료를 생산하기 위한 항목을 연구진의 회의를 통해 선정
○ 2013년 대비 새로 추가된 조사항목은 총 5문항으로 내원 시 동반 손상 진단명과 활력 징후, 자해시도력, 가스를 이용한 방법의 세부분류, 자살 예방서비스 이용 경험, 의료비 지원 이용 경험.

<표 4> 자살실태조사 질문 항목 및 내용

항목분류	조사 내용
인구학적 평가	직업, 거주형태, 가족력
응급실 내원정보	내원 경로, 내원수단
의학적 병력평가	신체 질환, 정신질환 과거력
자해/자살시도력	자해시도력, 자해시도 나이, 자살시도시 음주 여부, 자살 시도 후 처치, 응급진료결과, 응급실 퇴원 후 조치결과
현재 자살 시도 상황평가	자살 시도 시간, 외부 요인의 영향, 자살 시도 방법, 자살 예방서비스 이용 경험
자살 심각도 평가	콜롬비아 대학 자살 심각성 평가 척도 (Colombia Suicide Severity Rating Scale: C-SSRS)
자살 의도 평가	자살의도검사 (Suicide Intent Scale: SIS)
정신과적 평가 및 조치	정신과적 진단, 정신과적 치료 필요성, 자살 예방서비스 요구도, 응급실 퇴원 후 계획
응급진료결과	응급진료결과, 응급실 처치, 응급실 퇴원결과

2.4.1. 콜롬비아 대학 자살 심각성 평가 척도 (Colombia Suicide Severity Rating Scale: C-SSRS)

○ 자살사고 및 자살 시도력에 객관적인 정의나 측정 도구가 필요하다는 배경 하에 만들어진 도구

○ C-SSRS는 크게 4가지 부분으로 나눌 수 있다. 처음 두 개의 항목은 자살 생각에 관한 항목이며, 나중 두 개 항목은 자살 행동에 관한 항목

○ 첫 번째 항목은 자살 생각의 심각도 항목으로 5점 순서 척도로 되어 있음(1점: 죽고 싶은 소망, 2점: 비특이성 적극적 자살 생각, 3점: 계획을 포함한 자살 생각, 4점: 실행 의도를 포함한 자살 생각, 5점: 구체적인 계획과 의도가 있는 자살 생각)

○ 두 번째 항목은 자살 생각의 강도에 관한 부분으로, 이는 다시 자살 생각의 빈도, 지속시간, 통제 가능성, 저지요인, 자살 생각의 이유 등 5가지 세부 항목으로 나뉘며 각 항목은 5점 순서 척도로 구성됨

○ 세 번째 항목은 자살 행동에 관한 항목으로 5개의 명목 척도로 구성되어 있음(자해 행동, 실제적 시도, 방해된 시도, 중단된 시도, 준비행위나 행동)

○ 네 번째 항목은 자살 행동의 치명성에 관한 척도로 0점에서 5점까지 6개 점수의 순서 척도로 되어 있으며, 만약 실제적 치명성이 0점인 경우 다시 잠재적 치명성에 대해서 3점 척도로 평가하도록 구성되어 있음.

2.4.2. 자살의도검사 (Suicide Intent Scale: SIS)

○ 자살의도검사(이하 SIS)는 자살의 의도를 측정하는 여러 가지 도구 중 최근 30년 동안 가장 많이 쓰였으며 지역사회나 병원 내 임상적인 환경에서 하는 연구에 널리 사용되었음.

○ 면담자가 객관성을 가지고 평가하는 척도 9개와 응답자가 응답한 주관적 내용 그대로를 기술하는 6개 척도로 나뉨.

○ 각 척도는 1~3점까지 3점 순서 척도로 구성되어 있으며, 대상자가 자살을 준비하는 정도, 유서, 자살 의도 공개, 충동성 여부 등 여러 가지 자살 의도를 볼 수 있는 항목들에 대하여 객관화된 기준을 제시하여 척도화함.

2.5. 책임연구기관/조사의료기관 연구책임자 합동회의를 통한 자료의 질 관리

○ 생명 사랑 위기대응센터 자료원 활용과 관련하여 보건복지부, 중앙자살예방센터, 사업운영위원회, 연구진이 참여하는 합동회의를 연구 기간 중 2회 개최
○ 추가 변수 수집 시 책임연구기관의 훈련 요원이 각 병원의 평가자를 대상으로 자살시도자 표준 조사 도구 시행에 대한 훈련 프로그램 시행
○ 조사 코디네이터의 정기적 모니터링으로 누락 점검 및 자료의 질을 관리함.

2.6. 자료의 분석과 정책 제언

○ 자살실태조사 도구 및 자료 분석 등을 위해 전문가(정신의학, 심리학, 사회복지학, 사회조사통계 등)로 구성된 자문위원회 운영
○ 연구결과물에 대한 평가 및 분석을 위한 전문가 자문회의 등의 운영을 통한 의견수렴
○ 생명 사랑 위기대응센터 자료원의 국가지정통계로의 지정을 통해 정책통계로서의 품질 유지를 위한 방안 제안

2.6.1. 자살시도자 사망 정보의 통합적 분석

○ 2012~2017년까지 보건복지부가 시행한 생명 사랑 위기대응센터 자료 확보
○ 생명 사랑 위기대응센터와 연계할 수 있는 보건복지 관련 자료원 현황 조사 및 관련 법제도 고찰
○ 연구 기간에 가용 자료원에 대해서 생명 사랑 위기대응센터와 해당 자료원의 Merge 시행 후 자살 관련 지표 개발 산출

2.6.2. 국가 자살등록체계(National Suicide Registry) 구축 토대 마련

○ 기확보된 생명 사랑 위기대응센터 자료를 기반으로 통합적인 등록체계를 구축하여 향후 자살실태조사의 기반을 마련하고자 함.
○ 생명 사랑 위기대응센터 초기평가 기록지, 추적 조사 기록지의 변수 이용
○ 새로운 응급실 기반 자살시도자 사후관리 사업 대상자의 상시적인 추가
○ 매년 등록자의 건강보험공단, 건강보험심사평가원 자료, 정신질환에 의한 의료기관 이용 내역의 업데이트

○ 매년 등록자의 사망 여부에 대한 통계청 자료 업데이트
○ 등록체계 구축으로 자살 시도 이후 자살사망에 이르는 경로 및 시기를 파악하고, 위험요인을 규명하여, 자살 고위험군의 조기 발견 및 조기 개입에 대한 대응방안의 지속적인 연구 및 정책개발이 가능함.
○ 자살사망자 관리체계와의 통합 등 포괄적인 자살 관련 요인 관리를 위한 확장.

2.7. 참여 연구진

제 2세부 연구에는 책임연구자 위대한(원광대학교 산본병원 응급의학과)을 비롯하여 서울시립 보라매병원 응급의학과 송경준, 서울대병원 응급의학과 홍기정, 분당서울대병원 응급의학과 정주, 제주대병원 응급의학과 고서영, 고려대학교 안산병원 응급의학과 문성우, 서울대병원 응급의학과 김태한, 서울대병원 응급의학과 김종환, 원주세브란스기독병원 정신건강의학과 김민혁, 서울의료원 정신건강의학과 이해우, 가천길병원 정신건강의학과 나경세, 일산백병원 정신건강의학과 박은진, 서울대병원 응급의료연구실 유종희, 중앙자살예방센터 응급실지원팀 김유리가 참여하였다. 그 외에 참여연구기관의 (부)센터장이 제 2세부 연구에 도움을 주었다.

II. 연구결과

○ 2018년 자살실태조사의 조사 기간은 2018년 10월 1일부터 2019년 4월 1일까지였으며, 응급실 방문 자살 시도자에 관한 조사의 최종 취합된 조사 건수는 1864건임

○ 시도 분류는 조사가 원활히 진행되지 않은 지역이 있어 17개 시도 단위가 아닌 6개의 광역 단위로 구분함. (서울, 경기/인천, 강원/제주, 충청/대전, 전라/광주, 경상/부산/울산)

○ 최종 취합된 조사 건수 중 중복 및 나이 기준, 조사 기간이 맞지 않는 건수 제외 1550건을 분석에 활용함.

○ 동질적인 자살 시도자군의 모집에 초점을 두었으며, 응급실 내원 당시 사망 상태로 도착한 자살시도자 및 면담 거부자는 제외함.

1. 인구학적 평가

1.1. 자살 시도자 연구 기관 별 지역별 분포

○ 2013년에는 17개 병원을 선정하여 자살실태 조사가 이루어졌으며, 2018년에는 총 38개의 병원을 대상으로 조사를 실시함.

○ 지역별로 인구에 비례한 최대한의 균형을 맞추도록 함.

○ 서울에는 강동성심병원, 경희대학교병원, 국립중앙의료원, 서울대학교병원, 서울의료원, 서울특별시 보라매 병원, 이화여자대학교 부속 목동병원, 인제대학교 상계백병원, 중앙대학교병원이 포함됨

○ 경기/인천에는 가천대학교 길병원, 가톨릭대학교 의정부 성모병원, 고려대학교 안산병원, 분당서울대학교 병원, 순천향대학교 부천병원, 인제대학교 일산백병원, 인하대 병원, 한양대학교 구리병원이 포함됨.

○ 강원/제주에는 강원대학교 병원, 연세대학교 원주 세브란스 기독병원, 제주대학교병원, 제주한라병원, 한림대학교 춘천성심병원이 포함됨.

○ 충청/대전에는 순천향대학교 천안병원, 충남대학교 병원, 충북대학교 병원이 포함됨

○ 전남/광주에는 목포 중앙병원, 원광대학교 병원, 전남대학교 병원, 전북대학교 병원, 조선대학교병원이 포함됨.

○ 경상/부산/울산에는 경상대학교병원, 대구가톨릭대학교 병원, 부산대학교 병원, 안동병원, 영남대학교병원, 울산대학교 병원, 인제대학교 부산 백병원, 인제대학교 해운대 백병원, 창원경상대학교 병원이 포함됨.

<표 5> 자살시도자 연구 기관별 분포

총인원		인원(명)	(%)
		1550	100
서울	소계	296	19.1
	강동성심병원	3	0.2
	경희대학교병원	31	2.0
	국립중앙의료원	5	0.3
	서울대학교병원	29	1.9
	서울의료원	23	1.5
	서울특별시 보라매병원	124	8.0
	이화여자대학교 의과대학 부속 목동병원	68	4.4
	인제대학교 상계백병원	12	0.8
	중앙대학교병원	1	0.1
경기/인천	소계	401	25.9
	가천대 길병원	17	1.1
	가톨릭대학교 의정부성모병원	141	9.1
	고려대학교 안산병원	72	4.7
	분당서울대학교병원	24	1.6
	순천향대학교 부천병원	31	2.0
	인제대학교 일산백병원	14	0.9
	인하대병원	79	5.1
	한양대학교 구리병원	23	1.5
강원/제주	소계	104	6.7
	강원대학교병원	63	4.1
	연세대학교 원주세브란스기독병원	31	2.0
	제주대학교병원	4	0.3
	제주한라병원	3	0.2
	한림대학교 춘천성심병원	3	0.2
충청/대전	소계	126	8.1
	순천향대학교 천안병원	61	3.9
	충남대학교병원	37	2.4
	충북대학교병원	28	1.8
전라/광주	소계	235	15.2
	목포중앙병원	1	0.1
	원광대학교병원	27	1.7
	전남대학교병원	107	6.9
	전북대학교병원	50	3.2
	조선대학교병원	50	3.2
경상/부산/울산	소계	388	25.0
	경상대학교병원	5	0.3
	대구가톨릭대학교병원	22	1.4
	부산대학교병원	189	12.2
	안동병원	47	3.0
	영남대학교병원	30	1.9
	울산대학교병원	5	0.3
	인제대학교 부산백병원	85	5.5
	인제대학교 해운대백병원	2	0.1
	창원경상대학교병원	3	0.2

○ 자살시도자의 성별, 연령분포는 총 1550명 중 여자의 비율이 56.1%로 높으며, 나이는 20대의 비율이 28.1%로 가장 높게 나타남.

○ 충청/대전이 70대가 12.7%, 80세 이상이 4.0%로 다른 지역에 비해 상대적으로 높게 나타남.

<표 6> 자살시도자의 지역별 성별 및 연령분포

	인원(명)	지역					
		서울	경기/인천	강원/제주	충청/대전	전라/광주	경상/부산/울산
		%	%	%	%	%	%
전체	1550	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
성별							
남자	657	33.5	35.9	45.2	46.8	53.2	47.2
여자	893	66.6	64.1	54.8	53.2	46.8	52.8
연령							
19-29	435	34.5	28.2	37.5	24.6	24.7	23.7
30-39	246	14.9	15.5	17.3	12.7	20.9	14.7
40-49	279	20.3	19.7	14.4	21.4	13.6	17.0
50-59	280	12.2	21.2	20.2	14.3	20.4	18.6
60-69	146	8.8	6.7	7.7	10.3	8.5	13.4
70-79	100	5.7	5.7	1.9	12.7	5.5	7.5
80-	64	3.7	3.0	1.0	4.0	6.4	5.2

1.2. 자살시도자 성별 분포

○ 자살시도자의 성별 분포는 전체 1550명 중 남성이 657명(42.4%), 여성이 893명(57.6%)으로 여성이 236명(15.2%) 더 많았으며, 연령대로는 20대가 435명(28.1%)으로 가장 많은 비중을 차지했으며, 80대 이상이 64명(4.1%)로 가장 적은 비중을 차지함.

<표 7> 자살시도자 성별 분포

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
20대	138	21.0	297	33.3	435	28.1
30대	97	14.8	149	16.7	246	15.9
40대	114	17.4	165	18.5	279	18.0
50대	135	20.6	145	16.2	280	18.1
60대	77	11.7	69	7.7	146	9.4
70대	66	10.1	34	3.8	100	6.5
80대 이상	30	4.6	34	3.8	64	4.1
합계	657	100.0	893	100.0	1550	100.0

1.3. 자살시도자의 성별 연령 평균

○ 자살시도자의 성별 연령 평균은 남성에서 47.7세, 여성에서 41.7세로 남성이 6세 더 많음.

<표 8> 자살시도자의 성별 연령 평균

	인원(명)	(%)	연령평균	표준편차
남성	657	42.4	47.7	18.2
여성	893	57.6	41.7	17.7
합계	1550	100.0	44.2	18.1

1.4. 자살시도자 지역별 연령분포

○ 자살시도자의 전체 지역 연령 평균은 44.2세 이며, 지역별로는 경상/부산/울산이 48세로 가장 높았고, 조사 기관으로는 창원 경상대학교 병원이 60.3세로 가장 높았다.

<표 9> 자살시도자 조사기관별 연령분포

전체		연령 평균	표준편차
		44.2	18.1
서울	전체	43.1	19.0
	강동성심병원	49.7	12.2
	경희대학교병원	43.1	17.5
	국립중앙의료원	43.2	23.3
	서울대학교병원	40.7	19.6
	서울의료원	47.6	15.1
	서울특별시 보라매병원	42.3	19.0
	이화여자대학교 의과대학 부속 목동병원	41.1	17.9
	인제대학교 상계백병원	31.5	13.9
	중앙대학교병원	68.0	0.0
경기/인천	전체	44.1	17.7
	가천대 길병원	49.5	19.0
	가톨릭대학교 의정부성모병원	45.9	17.8
	고려대학교 안산병원	39.9	13.5
	분당서울대학교병원	36.0	12.9
	순천향대학교 부천병원	48.7	18.6
	인제대학교 일산백병원	34.8	17.2
	인하대병원	42.2	17.5
	한양대학교 구리병원	44.0	15.0
강원/제주	전체	43.5	16.3
	강원대학교병원	40.9	16.7
	연세대학교 원주세브란스기독병원	37.6	15.7
	제주대학교병원	34.5	7.9
	제주한라병원	23.7	2.3
	한림대학교 춘천성심병원	26.0	4.4
충청/대전	전체	46.7	21.1
	순천향대학교 천안병원	51.7	20.0
	충남대학교병원	42.6	20.0
	충북대학교병원	42.1	16.4
전라/광주	전체	44.4	19.6
	목포중앙병원	49.0	0.0
	원광대학교병원	44.1	19.0
	전남대학교병원	43.6	18.4
	전북대학교병원	43.0	18.8
	조선대학교병원	50.2	18.0
경상/부산/울산	전체	48.0	21.2
	경상대학교병원	36.0	19.3
	대구가톨릭대학교병원	53.0	20.0
	부산대학교병원	47.6	17.2
	안동병원	53.6	18.6
	영남대학교병원	45.6	21.0
	울산대학교병원	39.0	11.4
	인제대학교 부산백병원	41.2	17.4
	인제대학교 해운대백병원	42.5	24.8
	창원경상대학교병원	60.3	29.8

1.5. 도시, 농촌에 따른 연령별 자살시도자 분포

○ 도시와 농촌의 연령대별 분포를 살펴보면 도시에서는 20대가 31.1% 로 가장 높았고, 그 다음으로 40대가 18.7% 50대가 17.2%로 나타났으며, 80세 이상이 3.1%로 가장 낮게 나타남.

○ 농촌에서는 50대가 22.9%로 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 40대가 16.3%, 30대가 13.7%로 나타났으며, 도시와 마찬가지로 80세 이상이 9.7%로 가장 낮게 나타나긴 하였으나 도시에 비해 그 비중은 높은 것으로 나타남.

<표 10> 자살시도자 도시/농촌에 따른 연령별 분포

	도시		농촌	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
19-29세	395	31.1	27	11.9
30-39세	205	16.1	31	13.7
40-49세	238	18.7	37	16.3
50-59세	219	17.2	52	22.9
60-69세	106	8.3	31	13.7
70-79세	69	5.4	27	11.9
80세이상	40	3.1	22	9.7
총합	1272	100.0	227	100.0

1.6. 자살시도자의 거주형태 분포

○ 자살시도자의 거주형태는 가족과 함께 거주하는 형태가 68.0%로 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 혼자 거주하는 형태가 25.8%로 두 번째로 많은 형태로 나타남.

○ 혼자 거주하는 사람의 경우 남성이 31.1%, 여성이 21.9%로 남성이 여성보다 9.2%P 더 높게 나타남.

○ 결측값은 전체 17이며, 남성 11, 여성 6임.

<표 11> 자살시도자 거주형태 분포

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
가족과 거주	405	62.7	637	71.8	1042	68.0
가족이외의 사람과 동거	21	3.3	46	5.2	67	4.4
기숙사 등 단체 시설	19	2.9	10	1.1	29	1.9
혼자 거주	201	31.1	194	21.9	395	25.8
합계	657	100.0	887	100.0	1533	100.0

○ 자살 시도자의 연령별 거주 형태 분포는 모든 연령에서 가족과 거주가 가장 높게 나타났으며, 혼자 거주하는 비율은 80세 이상에서 40.6%로 가장 높게 나타났다.

○ 결측값은 5임.

<표 12> 자살시도자 연령별 거주형태 분포

	19-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-69세	70-79세	80세-
	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)
가족과 거주	262	172	214	189	103	67	35
가족이외의 사람과 동거	35	10	13	5	1	3	0
기숙사 등 단체 시설	16	2	2	3	1	3	2
혼자 거주	117	60	46	82	39	25	26
합계	435	246	279	280	146	100	64

○ 자살 시도자의 지역별 거주형태는 가족과 거주하는 비율이 강원/제주 가 70.2% 로 가장 높았으며, 그 다음으로 전라/광주 가 69.8%, 경기/인천이 68.5%로 나타났으며, 전국적으로 60% 후반으로 고르게 나타남.

○ 혼자 거주하는 비율은 경상/부산/울산이 27.6%로 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 서울이 26.4%, 충청/대전이 26.2% 순서로 나타남.

○ 결측값은 17임.

<표 13> 자살시도자 지역별 거주 형태 분포

	가족과 거주	가족이외의 사람과 동거	기숙사 등 단체 시설	혼자 거주	합계
	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)
서울	195	12	6	78	291
경기/인천	275	16	11	98	400
강원/제주	73	5	1	24	103
충청/대전	81	6	1	33	121
전라/광주	164	10	4	55	233
경상/부산/울산	254	18	6	107	385
합계	1042	67	29	395	1533

○ 혼자 거주하는 이들의 지역별 평균 연령을 비교해 보았을 때 전국 평균은 45.2세 이며, 경상/부산/울산이 48세로 가장 높았으며, 서울이 43.1세로 가장 낮았음.

○ 2013년 자살실태조사 전국 평균 연령 43세에 비해 3.2세 증가하였으며, 서울 지역은 39.8세에서 3.3세가량 증가한 것으로 나타났다. 전국적으로도 2013년에 비해 혼자 거주하는 자살시도자의 평균연령이 증가 하였으며, 특히 서울 지역의 혼자 거주하는 이들의 평균연령이 올라간 것으로 볼 수 있음.

<표 14> 자살시도자 지역별 혼자 거주하는 인원의 평균연령

지역	평균 연령	표준편차	혼자 거주 인원
서울	43.1	19.0	78
경기/인천	44.1	17.7	98
강원/제주	43.5	16.3	24
충청/대전	46.7	21.1	33
전라/광주	44.4	19.6	55
경상/부산/울산	48.0	21.2	107
전체	45.2	19.4	395

1.7. 자살시도자의 결혼상태 분포

○ 자살시도자의 결혼 상태 분포는 배우자가 있는 경우가 42.3%로 가장 높게 나타났으며, 이 중 93.2%는 혼인신고를 한 것으로 나타났음

○ 미혼의 경우 39.2 %로 두 번째로 높았으며, 그 다음은 이혼으로 12.9% 임.

○ 2013 자살실태조사의 미혼 비율이 34.7%인 것에 비해 4.5% 증가 하였으며, 이혼 역시 9.1%로 3.8% 증가함.

○ 결측값은 전체 3이며, 배우자가 있을 때 혼인신고를 물어보는 질문에는 결측값이 70임.

<표 15> 자살시도자 결혼 상태 분포

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
미혼	252	38.5	355	39.8	607	39.2
배우자 있음	276	42.1	378	42.4	654	42.3
혼인신고 함	236	96.3	308	90.9	544	93.2
혼인신고 안함	9	3.7	31	9.1	40	6.8
사별	24	3.7	62	7.0	86	5.6
이혼	103	15.7	97	10.9	200	12.9
합계	655	100.0	892	100.0	1547	100.0

1.8. 자살시도자의 학력 분포

○ 자살 시도자의 학력 분포는 전체적으로 고등학교 졸업이 48.7%로 가장 높았으며, 그 다음으로 대학교 이상이 25.6%로 높게 나타남.

○ 고등학교까지 남성이 여성보다 교육을 더 받는 것으로 나타났으며, 대학교 이상에서는 여성이 상대적으로 더 교육을 받는 것으로 나타남.

○ 결측값은 전체 61명임

<표 16> 자살시도자 학력 분포

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
안 받았음	23	3.7	31	3.6	54	3.6
초등학교	81	12.9	86	10.0	167	11.2
중학교	76	12.1	86	10.0	162	10.9
고등학교	312	49.6	413	48.0	725	48.7
대학교 이상	137	21.8	244	28.4	381	25.6
합계	629	100.0	860	100.0	1489	100.0

○ 자살시도자의 지역별 학력 분포를 보면 대학교 이상이 강원/제주가 29.1%로 가장 높게 나타났으며, 서울이 33.2%, 경상/부산/울산 이 26.1% 순서로 나타난 걸 볼 수 있으며, 2013년과 달리 지역적인 차이가 많이 사라진 것을 볼 수 있음.

○ 그러나 충청/대전, 전라/광주의 경우 교육을 안 받거나 초등학교까지만 교육을 받은 경우가 다른 지역에 비해 상대적으로 높아 아직은 농촌지역에 교육이 덜 보급 된 것을 알 수 있음.

○ 결측값은 61명임

<표 17> 자살시도자 지역별 학력 분포

	안 받았음	초등학교	중학교	고등학교	대학교이상	계
	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)
서울	8	17	25	113	81	244

경기/인천	15	36	39	218	90	398
강원/제주	3	8	10	52	30	103
충청/대전	6	24	15	54	22	121
전라/광주	11	31	32	104	57	235
경상/부산/울산	11	51	41	184	101	388
합계	54	167	162	725	381	1489

1.9. 자살시도자의 종교 분포

○ 자살시도자의 종교 분포는 전체적으로 종교 없음이 68.4%로 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 개신교가 13.2%, 불교가 8.9% 순으로 높게 나타났음.

○ 남성과 여성 모두 종교 없음이 68%로 가장 높게 나타났으며, 개신교가 각각 12.5%, 13.7%로 높게 나타났음.

○ 이 결과를 2005년 일반인의 종교인구 통계와 비교하여 분석하면 일반인 중 종교를 믿지 않는 비율이 약 46.5%로, 직접적인 비교를 할 수 없으나 종교를 믿지 않는 군에서 상대적으로 자살시도율이 높을 수 있음을 나타내는 자료라고 할 수 있음.

○ 결측값은 89임.

<표 18> 자살시도자 종교 분포

	남성		**여성**		**전체**	
	인원(명)	**(%)**	**인원(명)**	**(%)**	**인원(명)**	**(%)**
개신교(기독교)	77	12.5	116	13.7	193	13.2
천주교(가톨릭)	34	5.5	29	3.4	63	4.3
불교	50	8.1	80	9.5	130	8.9
기타종교	35	5.7	41	4.9	76	5.2
종교없음	421	68.2	578	68.5	999	68.4
합계	617	100.0	844	100.0	1461	100.0

1.10. 자살시도자의 의료급여 분포

○ 자살시도자의 지역별 의료급여 분포는 전체적으로 대부분이 건강보험의 소지자로 83.9%의 자살시도자가 건강보험이었으며, 지역별로 큰 차이를 보이지는 않음.

○ 의료 급여 1종이 강원에서 14.6%, 충청/대전에서 12.8%를 보이지만 통계적으로 의미를 찾기는 어려울 것으로 보임.

<표 19> 자살시도자 지역별 의료 급여 분포

	건강보험	차상위	의료급여 2종	의료급여 1종	기타	계
	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)	인원(명)
서울	243	2	14	31	2	292
경기/인천	349	0	16	33	1	399
강원/제주	80	2	5	15	1	103
충청/대전	102	1	5	16	1	125
전라/광주	189	3	15	27	1	235
경상/부산/울산	320	1	8	43	3	375
전체	1283	9	63	165	9	1529

1.11. 자살시도자의 월 가구 수입 분포

○ 자살 시도자의 월 가구 수입 분포는 일부 지역에서는 조사가 제한적으로 이루어져 지역간의 절대 비교는 제한적일 것으로 보임.

○ 전국 평균은 204만원이며, 최소 0원에서 2000만원까지 분포하며, 0원이라고 답한 사람이 전체 7.6%임.

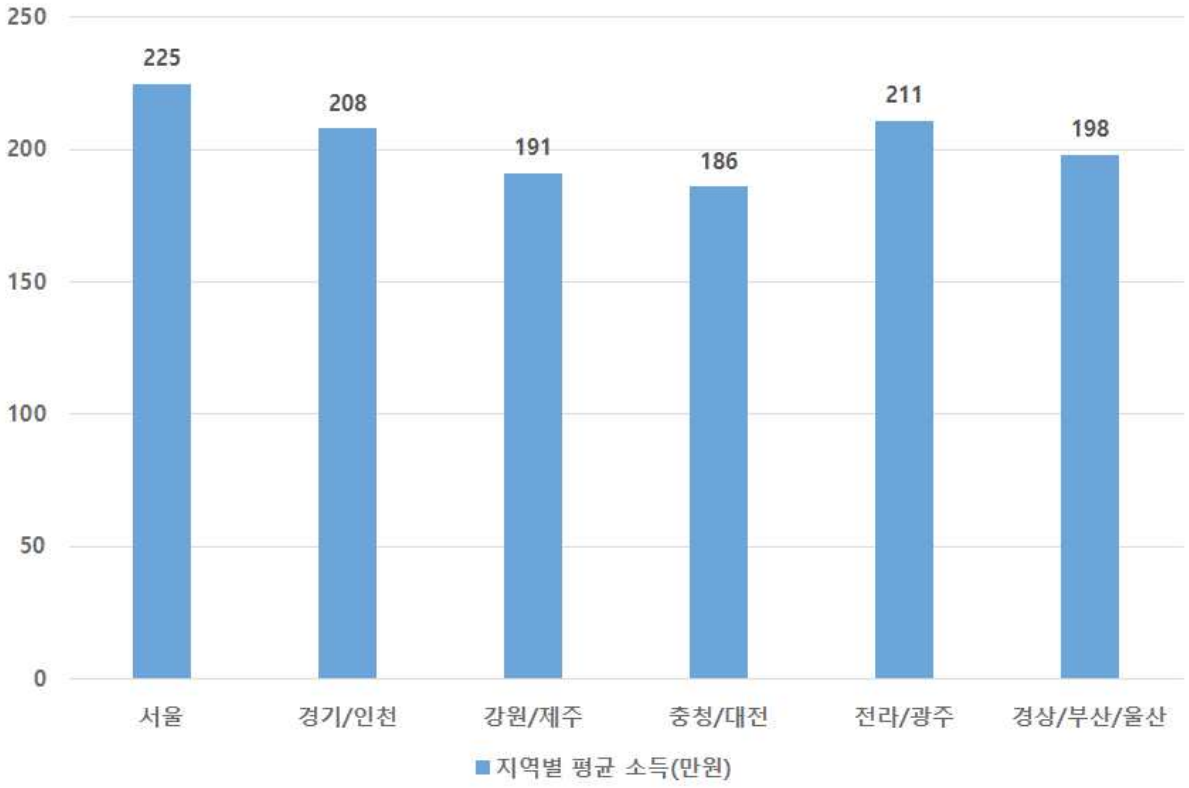
○ 지역별로는 서울이 225만원으로 가장 높았으며, 충청/대전이 186만원으로 가장 낮음.

○ 결측값음 222명임.

<표 20> 자살시도자의 지역별 평균 소득

	인원	평균소득(만원)	표준편차
서울	139	225.3	187.1
경기/인천	387	207.9	134.4
강원/제주	103	191.3	149.5
충청/대전	107	186.1	142.3
전라/광주	214	211.5	164.5
경상/부산/울산	378	197.9	132.5
전체	1328	204.4	147.2

<그림1> 자살시도자 지역별 평균 소득



2. 응급실 내원정보

2.1. 자살 시도자의 응급실 내원 경로

○ 자살시도자의 응급실 내원 방법은 직접 내원 한 경우가 전체 86.1%로 가장 많았으며, 외부에서 전원 되어 온 경우가 13.6% 두번째로 높았다.

○ 결측값은 전체 21임

<표 21> 자살시도자 응급실 내원 경로

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
직접내원	538	82.9	779	88.5	1317	86.1
외부에서 전원	110	16.9	98	11.1	208	13.6
외래에서 의뢰	1	0.2	1	0.1	2	0.1
기타	0	0.0	2	0.2	2	0.1

○ 지역별 내원 수단은 4개 지역에서 70% 이상 119 구급차를 많이 이용하며, 전라/광주만 45.1%로 119 구급차를 이용함. 이는 지역적 특성 및 119 구급대의 보급률의 차이로 보임.

○ 강원/제주, 충청/대전, 전라/광주, 경상/부산/울산이 전원 등의 이유로 병원 구급차와 기타 구급차를 이용하는 비율이 서울, 경기/인천에 비해 상대적으로 더 높음.

○ 결측값은 8임

<표 22> 자살시도자 지역별 응급실 내원 경로

	전체	119 구급차	병원 구급차	기타 구급차	경찰차 등 공공 차량	항공 이송	기타 자동차	도보	기타
	인원 (명)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
서울	292	72.9	1.0	0.7	1.4	0.0	15.1	4.8	4.1
경기/인천	399	74.4	1.8	6.5	0.8	0.0	15.5	0.5	0.5
강원/제주	104	58.7	8.7	4.8	2.9	0.0	21.2	3.8	0.0
충청/대전	124	76.6	5.6	6.5	0.0	0.0	9.7	1.6	0.0
전라/광주	235	45.1	24.3	11.1	1.3	0.0	17.0	0.9	0.4
경상/부산/울산	388	75.5	3.4	9.5	0.8	0.8	8.2	1.0	0.8
합계	1542	69.1	6.2	6.7	1.0	0.2	13.7	1.8	1.2

2.2. 자살시도자의 응급실 내원 시 의식상태

○ 자살시도자의 응급실 내원 시 의식 상태는 alert(눈을 뜨고 있고, 정확한 대답)한 비율은 20대에서 74.8% 로 가장 높았으며, unresponsiveness(통증에도 반응이 없음)의 경우70대에서 6.1% 80대 이상에서 4.7%로 다른 연령에 비해 상대적으로 높게 나타남.

○ 평균 연령은 alert 의 경우 41.3세이며, painful response(통증에 반응함)의 경우 51.9세, unresponsiveness의 경우 50.2로 상대적으로 높게 나타남

○ 결측값은 25명임

<표 23> 자살시도자 응급실 내원시 의식 상태

	Alert	Verbal response	Painful response	Unresponsiveness	전체	
	(%)	(%)	(%)	(%)	인원(명)	(%)
19-29세	74.8	16.3	7.2	1.6	429	100
29-39세	62.9	21.6	12.7	2.9	245	100
39-49세	63.7	20.5	14.3	1.5	273	100
49-59세	53.8	22.3	23.1	0.7	273	100
59-69세	47.6	28.7	20.3	3.5	143	100
69-79세	46.9	18.4	28.6	6.1	98	100
80세이상	46.9	25.0	23.4	4.7	64	100
총합	61.6	20.7	15.5	2.2	1525	100
평균연령	41.3	46.5	51.9	50.2	45.2	

3. 의학적 병력 평가

3.1. 자살시도자 신체 질환

○ 자살시도자의 신체질환이 없는 경우가 55.8%로 가장 높았으며, 기타 질환이 16.1%, 고혈압이 9.9% 당뇨가 6.3% 순서임.

○ 연령대 별로는 70세 이상에서 고혈압, 기타, 당뇨의 순으로 신체질환이 있는 비율이 더 높음. 중복답변을 허용하여 질문을 하였기에 총 1802개의 답변이 수집되었으며, 편의상 1802명으로 명명함.

<표 24> 자살시도자 신체질환 분포 (중복)

	인원 (명)	신체 병력 없음	고혈 압	당뇨	암	뇌졸 중	파킨 슨병	심장 병	폐질 환	간질 환	신장 질환	심한 시력 청력 손실	기타
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
All	1,802	55.8	9.9	6.3	3.1	1.4	0.6	2.3	1.3	1.7	0.7	0.8	16.1
성별													
남자	810	48.0	11.9	7.9	2.5	2.6	0.6	3.0	1.5	1.9	1.4	1.2	17.7
여자	992	62.1	8.3	4.9	3.6	0.5	0.6	1.8	1.1	1.6	0.2	0.4	14.8
연령													
19-29	441	87.5	0.7	0.9	0.5	0.2	0.0	0.0	0.5	0.9	0.2	0.2	8.4
30-39	252	79.0	2.0	0.4	0.8	0.4	0.0	2.0	0.8	1.6	0.0	0.4	12.7
40-49	313	60.4	7.3	5.8	3.2	0.6	0.0	1.9	1.3	2.6	1.0	1.0	15.0
50-59	336	42.9	12.2	9.2	2.4	3.0	0.6	2.4	1.8	3.0	0.6	0.6	21.4
60-69	190	28.9	17.9	14.2	8.9	2.1	0.0	3.7	1.1	1.6	0.5	1.6	19.5
70-79	161	11.8	26.1	11.2	6.2	3.1	3.7	6.2	1.9	1.2	1.9	1.2	25.5
80-	109	11.9	27.5	12.8	6.4	2.8	2.8	5.5	3.7	0.0	2.8	1.8	22.0
지역													
서울	332	59.9	6.0	4.8	1.2	0.9	0.3	2.4	0.6	2.1	0.9	2.1	18.7
경기/ 인천	464	58.8	9.5	5.8	2.8	1.7	0.6	1.3	1.7	0.9	0.6	0.4	15.7
강원/ 제주	125	51.2	9.6	8.0	1.6	0.8	0.0	1.6	1.6	6.4	0.0	0.8	18.4
충청/ 대전	150	45.3	13.3	9.3	6.7	1.3	0.7	3.3	1.3	1.3	0.7	0.0	16.7
전라/ 광주	283	49.5	13.1	6.7	2.5	2.1	0.7	2.8	1.8	1.1	1.8	0.0	18.0
경상/ 부산/ 울산	448	58.3	10.0	6.0	4.5	1.3	0.9	2.9	0.9	1.6	0.2	0.9	12.5

○ 신체 질환이 있는 경우 주관적 고통 정도는 심한경우가 남성에서 23.9%로 여성의 16.6% 보다 상대적으로 높음.

○ 연령별로 신체질환의 통증 정도를 보면 차이가 더 분명하게 났는데, 20대의 경우 심함이 7.0%인 반면 70대와 80세 이상의 경우 36.5% 와 32.0%로 20대에 비해 신체질환에 의한 통증을 더 심하게 느끼는 것으로 나타남.

<표 25> 자살시도자 성별 및 연령별 기저 질환의 통증정도 분포

	없음		경도		중등도		심함		계	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
성별										
남성	34	13.1	89	34.4	74	28.6	62	23.9	259	100
여성	26	10.0	113	43.6	77	29.7	43	16.6	259	100
연령										
19-29세	2	4.7	21	48.8	17	39.5	3	7.0	43	100
30-39세	4	9.1	22	50.0	10	22.7	8	18.2	44	100
40-49세	13	15.1	37	43.0	24	27.9	12	14.0	86	100
50-59세	16	12.0	57	42.9	34	25.6	26	19.5	133	100
60-69세	13	14.8	32	36.4	30	34.1	13	14.8	88	100
70-79세	6	8.1	17	23.0	24	32.4	27	36.5	74	100
80세이상	6	12.0	16	32.0	12	24.0	16	32.0	50	100
총합	60	11.6	202	39.0	151	29.2	105	20.3	518	100

3.2. 자살시도자 정신건강의학과 치료 여부

○ 자살시도자의 기존의 정신건강의학과 진료를 봤던 과거력 여부를 보면 전체적으로 74.5%의 자살시도자들이 정신건강의학과를 방문하였던 과거력이 있음.

○ 성별로 보면 남성의 66.4%가 정신과를 방문한 적이 있으며, 여성의 79.5%가 정신건강의학과를 방문한 적이 있어 여성이 남성보다 상대적으로 더 정신건강의학과를 방문하는 것을 알 수 있음.

○ 연령별로 보면 20대의 81.1%가 정신건강의학과를 방문한 적이 있는 반면, 70대가 56.9%, 80대 이상이 51.2%로 상대적으로 적었음. 이는 실제로 70대 이상의 고령에서 정신건강의학과에 접근성이 제한되어 진단 및 치료를 받지 못했기 때문으로 판단되어 고령의 환자들에 대한 접근성을 높이는 것이 필요하다고 판단됨.

○ 지역별로는 강원/제주가 정신건강의학과를 방문한 적이 있는 경우가 91.0%로 가장 높았으며, 경상/부산/울산이 72.8%로 가장 낮음.

○ 정신건강의학과를 방문했던 기왕력보다 중요한 것은 현재 치료 여부인데 전체의 57.0%로 2013년의 30.1%에 비해 현저히 증가한 수치임.

○ 치료를 중단한 경우는 전체의 17.3%이며, 치료 종결은 0.2%로 나타남.

○ 지역별로 보면 치료 중인 사람은 강원/제주가 73.0%로 가장 높았으며, 그 다음이 서울 58.8%, 경상/부산/울산이 58.2%로 나타남.

○ 결측값은 361임

<표 26> 자살시도자 정신건강의학과 치료 여부

	인원(명)	정신건강의학과 치료여부 (%)			
		치료안함	치료중	치료중단	치료종결
전체	1189	25.5	57.0	17.3	0.2
성별					
남자	456	33.6	46.5	19.7	0.2
여자	733	20.5	63.6	15.8	0.1
연령					
19-29	370	18.9	62.7	18.4	0.0
30-39	198	23.7	59.6	15.7	1.0
40-49	219	27.9	55.3	16.9	0.0
50-59	197	26.4	54.3	19.3	0.0

60-69	99	25.3	54.5	20.2	0.0
70-79	65	43.1	38.5	18.5	0.0
80-	41	48.8	51.2	0.0	0.0
지역					
서울	296	26.5	58.8	14.7	0.0
경기/인천	401	24.3	53.0	22.3	0.3
강원/제주	104	9.0	73.0	16.9	1.1
충청/대전	126	29.9	51.5	18.6	0.0
전라/광주	235	29.3	54.0	16.7	0.0
경상/부산/울산	388	27.2	58.2	14.6	0.0

○ 정신건강의학과 치료를 받은 적이 있는 자살시도자 중 현재 약물을 복용 중인지 여부를 보면 여성이 79.3%, 남성이 69.4%로 나타남.

○ 연령별로는 80세 이상이 100%로 약물 복용 지시에 잘 따르는 것으로 보이나 21명으로 비교적 적은 숫자가 포함되어 통계적 의미를 찾기는 어려워 보임

○ 약물 복용 여부는 전체 연령에서 평균 75.9%로 비교적 고른 분포를 보이며, 60대에서 68.5%로 비교적 약물 복용 지시를 잘 따르지 않는 것으로 나타남.

○ 결측값은 정신경강의학과 치료중인 사람 중 5임.

<표 27> 정신건강의학과 치료를 받은 적이 있는 자살 시도자 중 약물 복용여부

	인원(명)	약물 복용		
		현재 복용중	복용중단	기왕력 없음
전체	886	75.9	22.6	1.5
성별				
남자	301	69.4	28.6	2.0
여자	580	79.3	19.5	1.2
연령				
19-29	300	76.7	21.7	1.7
30-39	150	77.3	22.0	0.7
40-49	156	76.9	21.8	1.3

50-59	144	72.9	24.3	2.8
60-69	73	68.5	31.5	0.0
70-79	37	73.0	24.3	2.7
80-	21	100.0	0.0	0.0
지역				
서울	200	80.5	19.0	0.5
경기/인천	222	69.8	27.9	2.3
강원/제주	80	80.0	18.8	1.3
충청/대전	68	76.5	17.7	5.9
전라/광주	121	74.4	24.8	0.8
경상/부산/울산	190	77.4	22.1	0.5

○ 자살시도자가 정신건강의학과에 입원한 적이 있는지 물어보는 질문에는 전체 21.3%의 자살시도자가 입원한 적이 있다고 답변하였으며, 78.7% 가 입원한 적이 없다고 답변함.

○ 결측값은 414명임.

<표 28> 자살시도자 정신건강의학과 입원 여부

	입원한 적 있음		**입원한 적 없음**		**전체**	
	인원(명)	**(%)**	**인원(명)**	**(%)**	**인원(명)**	**(%)**
남성	102	23.8	327	76.2	429	100
여성	140	19.8	567	80.2	707	100
총합	242	21.3	894	78.7	1136	100

4. 자해/자살 시도 과거력

4.1. 자살시도자 자해 시도력

○ 자살시도자의 자해시도력의 전체적인 분포를 보면 자해를 시도한 적이 있는 경우가 20.3%로 이고, 여성에서 24.4%, 남성에서 14.8%로 여성이 자해를 시도 한 이후 자살까지도 시도할 확률이 높은 것을 알 수 있음.

○ 계절적으로는 겨울의 비중이 38.9%로 높은 편이며, 연령별로는 20대에서 자해를 시도한 적이 있는 사람의 비중이 42.5%로 높은 것으로 나타남.

○ 지역별로는 서울이 30.7%로 높은 편이며, 경상/부산/울산이 10.8%로 가장 낮게 나타남.

○ 자해시도력이 있다고 답하고, 계절을 물어 봤을 때 결측값은 94임.

<표 29> 자살시도자 과거 자해 시도력 (자해시도력이 있다고 답한 경우 계절을 질문함)

	인원(명)	자해시도력						
		없음	평가불가	있음				
				소계	봄	여름	가을	겨울
		%	%	%	%	%	%	%
전체	1550	77.7	2.0	20.3	16.3	18.6	26.2	38.9
성별								
남자	657	84.2	1.1	14.8	12.5	23.4	23.4	40.6
여자	893	72.9	2.7	24.4	17.8	16.6	27.4	38.2
연령								
19-29	435	53.6	3.9	42.5	14.9	18.4	24.1	42.6
30-39	246	76.4	2.0	21.5	15.6	18.8	31.3	34.4
40-49	279	82.1	1.8	16.1	32.0	8.0	36.0	24.0
50-59	280	92.5	0.7	6.8	14.3	21.4	28.6	35.7
60-69	146	95.2	0.0	4.8	0.0	50.0	0.0	50.0
70-79	100	96.0	1.0	3.0	0.0	50.0	50.0	0.0
80-	64	93.8	1.6	4.7	0.0	0.0	0.0	100.0

지역								
서울	296	67.2	2.0	30.7	21.9	18.8	15.6	43.8
경기/인천	401	74.6	1.8	23.7	14.3	18.6	32.9	34.3
강원/제주	104	69.2	13.5	17.3	5.9	11.8	11.8	70.6
충청/대전	126	72.2	0.0	27.8	10.0	15.0	40.0	35.0
전라/광주	235	84.3	1.3	14.5	21.1	21.1	36.8	21.1
경상/부산/울산	388	88.9	0.3	10.8	16.1	22.6	25.8	35.5

○ 자살 시도자의 자해 시도 횟수는 결측값이 1268명으로 통계적 정확도는 떨어지나, 1회 이상 한 비율이 남성은 95.7%, 여성은 97.7%로 나타남.

<표 30> 자살시도자의 자해시도 횟수

	남성		여성		전체	
	인원(명)	**(%)**	**인원(명)**	**(%)**	**인원(명)**	**(%)**
없음	4	4.3	4	2.1	8	2.8
1회	43	46.7	75	39.5	118	41.8
2-4회	35	38.0	64	33.7	99	35.1
5회 이상	10	10.9	47	24.7	57	20.2
총합	92	100.0	190	100.0	282	100.0

4.2. 자살시도자의 자살 시도력

○ 자살시도자의 자살시도력의 전체적인 분포를 보면 자살시도를 하여 응급실을 방문한 사람의 36.5%가 과거에 자살을 시도했던 것으로 나타났으며, 2013년의 자살실태조사의 28.6%에 비해 7.9% 증가한 수치임.

○ 성별로 보면 여성이 38.4%, 남성이 33.9%로 , 2013년 자살실태조사의 여성 31.7%, 남성 24.2%보다 전체적으로 증가한 수치임.

○ 계절별로는 겨울이 40.3%로 가장 높았으며, 연령별로는 20대가 49.9%로 조사 대상

자살 시도자 중 20대의 경우는 약 절반 정도가 자살시도력이 있는 것으로 나타남.

○ 지역별로는 충청/대전이 51.6%로 가장 높았으며, 그 다음으로 강원/제주가 47.1%, 서울이 40.9% 순으로 나타남.

○ 전체 결측값은 1이며, 자살시도력이 있다고 답한 사람 중 계절을 알 수 없는 경우가 330임

<표 31> 자살시도자의 과거 자살시도력 (자살시도력이 있다고 답한 경우 계절을 질문함)

	인원(명)	자살시도력						
		없음	평가불가	있음				
				소계	봄	여름	가을	겨울
		%	%	%	%	%	%	%
전체	1549	62.5	1.0	36.5	18.5	17.0	24.2	40.3
성별								
남자	656	65.0	0.9	33.9	14.9	19.5	25.3	40.2
여자	893	60.6	1.0	38.4	20.8	15.4	23.5	40.3
연령								
19-29	434	48.7	1.2	49.9	13.3	9.9	29.8	47.3
30-39	246	61.4	0.4	38.2	27.8	8.3	16.7	47.2
40-49	279	59.9	0.7	39.4	23.1	21.2	28.9	26.9
50-59	280	70.7	1.4	27.9	21.4	21.4	21.4	35.7
60-69	146	78.1	0.7	21.2	5.9	58.8	11.8	23.5
70-79	100	76.0	0.0	24.0	11.1	11.1	11.1	66.7
80-	64	78.1	3.1	18.8	66.7	0.0	0.0	33.3
지역								
서울	295	57.8	1.0	40.9	19.6	17.7	21.6	41.2
경기/인천	401	62.1	0.8	37.2	21.5	21.5	23.1	33.9
강원/제주	104	48.1	4.8	47.1	8.6	14.3	22.9	54.3
충청/대전	126	47.6	0.8	51.6	27.6	10.3	31.0	31.0
전라/광주	235	69.8	0.4	29.8	6.3	0.0	56.3	37.5
경상/부산/울산	388	70.6	0.5	28.9	20.0	22.5	12.5	45.0

○ 자살시도 횟수별 분포를 보면 결측값이 998로 역시 통계적 정확도는 떨어지는 편이나, 본 질문에 대답한 조사 대상자 중 1회 이상 자살시도를 했던 사람은 98.6%로 나타남.

<표 32> 자살시도자의 자살시도 횟수

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
없음	4	1.8	4	1.2	8	1.4
1회	128	58.7	158	47.3	286	51.8
2-4회	62	28.4	135	40.4	197	35.7
5회 이상	24	11.0	37	11.1	61	11.1
총합	218	100.0	334	100.0	552	100.0

4.3. 자살시도자의 과거 자살시도 후 처치 방법

○ 자살시도자가 과거 자살 시도 후 처치 방법은 응급실을 방문한 경우가 64.9%로 가장 많았으며, 그 외의 의료기관을 방문한 경우가 9.4%로 나타남.

○ 결측값은 935명임.

<표 33> 자살시도자의 과거 자살시도 후 처치

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
의료기관 방문하지 않음	66	28.0	92	24.3	158	25.7
응급실 방문	152	64.4	247	65.2	399	64.9
정신과 외래 방문	18	7.6	40	10.6	58	9.4
총합	236	100.0	379	100.0	615	100.0

○ 응급실을 방문 하였을 때 진료 결과를 보면 귀가가 66%로 가장 많음.

○ 결측값이 1127임.

<표 34> 자살시도자 과거 자살 시도 후 결과

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
귀가	95	59.7	184	69.7	279	66.0
전원	3	1.9	10	3.8	13	3.1
입원	61	38.4	70	26.5	131	31.0
기타	0	0.0	0	0.0	0	0.0
총합	159	100.0	264	100.0	423	100.0

○ 응급실 퇴원 후 지역사회 정신건강복지센터로의 연계여부는 권유받은 적 없음이 39.9%로 가장 많았으며, 그 다음으로 권유받았으나 등록하지 않은 비율은 33.7%, 등록한 비율은 26.4%임.

○ 결측값은 1194임

<표 35> 응급실 퇴원 후 지역사회 정신보건 센터 권유 여부

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
등록	40	29.9	54	24.3	94	26.4
등록하지 않음	48	35.8	72	32.4	120	33.7
권유받은 적 없음	46	34.3	96	43.2	142	39.9
총합	134	100.0	222	100.0	356	100.0

4.4. 자살시도 과거력 유무에 따른 인구학적 차이

○ 자살시도력이 있는 사람들과 첫 자살 시도자들 간의 차이에서 주의 깊게 보아야 할 것은 정신 질환력의 유무인데, 자살시도력이 있는 사람에서 정신질환의 과거력이 79.5%였던 것에 비해 첫 자살 시도자들의 경우 정신질환의 과거력이 43.9%에 그치고 있음.

○ 이에 대한 가능한 설명은 첫 자살 시도 이전에는 정신과적 질환에 대한 처치를 받지 못하다가, 자살 시도 이후에야 정신과적 치료를 시작하게 되는 것이 아닌가 추측을 하게 됨. 자살시도 이전에 정신과적 질환의 조기 발견이 중요하게 생각되는 결과로 사료됨.

○ 자살시도 과거력이 있는 경우 미혼이 49.1%로 과거력이 없는 사람보다 16%P 높게 나타났으며, 가족력이 있는 비율도 13.3%로 과거력이 없는 사람의 5.4%에 비해 높게 나타남. (결측값 결혼 상태 : 과거력 있음 0 · 과거력 없음 3, 도시/농촌 : 14 · 35, 거주형태 : 6 · 11, 자살가족력 : 3 · 6, 신체질환 : 2 · 3, 정신과 과거력 : 13 ·27)

<표 36> 자살시도 과거력 유무에 따른 인구학적 차이

		과거력 있음		과거력 없음	
		인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
결혼상태	미혼	278	49.1	320	33.2
	배우자있음	177	31.3	475	49.2
	사별	21	3.7	62	6.4
	이혼	90	15.9	108	11.2
도시/농촌	도시	498	90.2	760	81.5
	농촌	54	9.8	173	18.5
거주형태	가족과거주	352	62.9	684	71.5
	가족이외동거/단체	42	7.5	53	5.5
	혼자거주	166	29.6	220	23.0
자살가족력	가족력있음	75	13.3	52	5.4
	가족력없음	488	86.7	910	94.6
신체질환	신체질환있음	188	33.3	344	35.7
	신체질환없음	376	66.7	621	64.3
정신과 과거력	있음	450	81.4	425	45.2
	없음	103	18.6	516	54.8
월수입	평균	191.14		214.22	

5. 현재 자살시도 상황 평가

5.1. 자살시도자의 자살시도 장소

○ 자살시도자의 자살시도 장소의 분포를 보면 전체적으로 주택 내가 86.4%로 가장 높았으며, 그 다음으로 차안이 4.6%, 상업서비스시설이 4.0%로 순서임.

○ 성별로 보면 여성의 경우 주택 내가 92.2%로 매우 높았으며, 그 다음으로 상업서비스시설이었으나 남성의 경우 주택 내가 79.3%, 차 안이 9.3%로 여성과 차이를 보임.

○ 연령별로 보면 70대 이상이 주택 내에서 자살시도를 하는 비율이 93%로 고령으로 갈수록 주택 내에서 자살을 시도하는 비율이 높은 것을 알 수 있으며, 30대와 40대의 경우 차 안이 8.5%, 9.0%로 30대와 40대 남자가 차 안에서 자살시도를 하는 비율이 10% 가까이 된다는 것을 알 수 있음.

○ 결측값은 8임.

<표 37> 자살시도자의 자살시도 장소

	계	주택 내	의료 기관	차 안	사회 복지 시설	공공 시설	도로	상업 서비 스시 설	산업 장	농장	기타
	인원(명)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
성별											
남성	655	79.5	0.6	9.3	0.3	1.8	2.0	4.4	1.1	0.2	0.8
여성	887	92.2	0.6	1.1	0.0	0.9	0.3	3.7	0.0	0.2	0.9
연령											
19-29세	434	85.7	0.7	2.3	0.0	2.1	1.2	7.4	0.0	0.0	0.7
30-39세	246	82.9	1.2	8.5	0.0	0.8	0.4	3.3	1.2	0.0	1.6
40-49세	275	83.3	0.4	9.1	0.0	1.8	0.7	2.5	0.7	0.4	1.1
50-59세	273	90.1	0.0	3.3	0.0	1.1	1.5	3.6	0.4	0.7	0.7
60-69세	146	89.7	0.7	2.1	0.7	0.7	2.7	2.1	0.7	0.0	0.7
70-79세	100	93.0	1.0	3.0	1.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0
80세이상	64	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
총합	1,542	86.8	0.6	4.6	0.1	1.3	1.0	4.0	0.5	0.2	0.8

5.2. 자살시도자의 주관적인 자살시도 원인

○ 자살시도 원인은 중복응답을 허용하여 파악하였으며 특징적인 소견으로 우울, 불안 등의 정신과적 원인이 35.1%로 가장 높게 나타나고 있으며, 이는 여성에서 37.2%, 남성에서 32.4%로 여성에서 좀 더 큰 원인으로 지목됨

○ 두번째로 대인관계 문제가 30.3%로 높았으며, 여성에서 33.1%, 남성에서 26.4%로 역시 여성에서 더 비중있는 원인으로 분석됨. 이는 한국 사회의 큰 특징으로 대인관계 문제가 자살시도의 원인으로 높은 비율을 차치하는 특징적인 결과임.

○ 남성에게는 상대적으로 취업/승진, 급격한 금전 손실, 신체적 질병 등이 여성에 비해 자살시도의 원인으로 더 많이 작용하는 것으로 보임.

<표 38> 자살시도자의 주관적 자살시도 원인(중복)

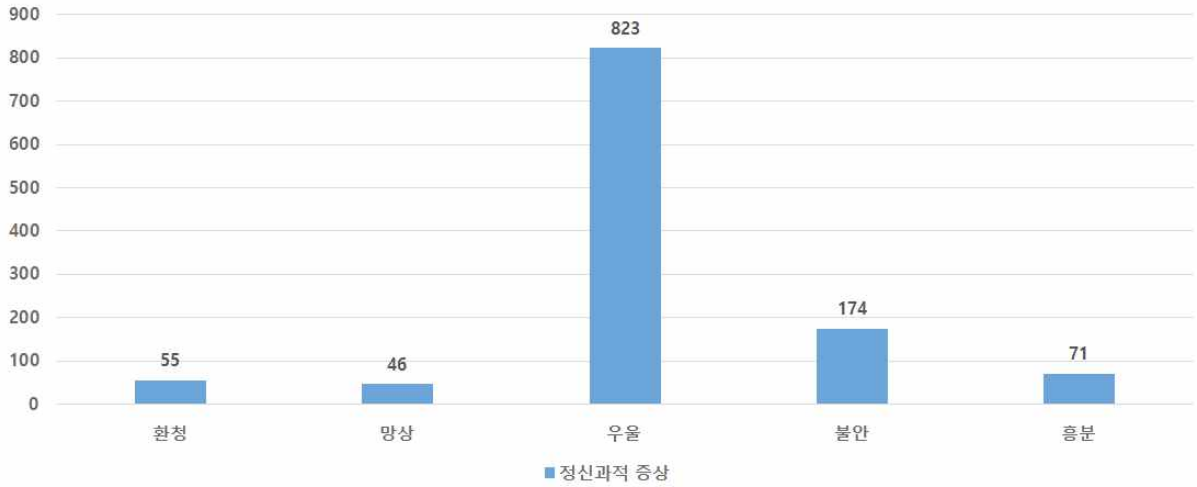
	남성		여성		계	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
정신과적 증상	372	32.4	579	37.2	951	35.1
대인관계 문제	303	26.4	516	33.1	819	30.3
학업, 성적, 입시 등	15	1.3	37	2.4	52	1.9
취업,승진 등 직장관련	80	7.0	67	4.3	147	5.4
급격한 금전 손실	129	11.2	97	6.2	226	8.4
만성적 빈곤	47	4.1	42	2.7	89	3.3
외로움/고독	87	7.6	96	6.2	183	6.8
신체적 질병	106	9.2	84	5.4	190	7.0
폭행(성폭행, 물리적 폭행)	7	0.6	22	1.4	29	1.1
기타	0	0.0	1	0.1	1	0.0
미상	3	0.3	16	1.0	19	0.7
합계	1149	100.0	1557	100.0	2706	100.0

○ 자살시도 원인의 정신과적 문제는 환청, 망상, 우울, 불안, 흥분 등으로 나누어 분석하였으며, 우울 70.4%, 불안 14.9%, 흥분 6.1% 순서임.

<표 39> 주관적인 자살시도 원인 정신과적 증상(중복)

정신과적 증상	인원(명)	(%)
환청	55	4.7
망상	46	3.9
우울	823	70.4
불안	174	14.9
흥분	71	6.1
합계	1169	100.0

<그림 2> 주관적인 자살시도 원인 정신과적 증상



○ 자살시도 원인의 대인관계 문제는 가족 47.3%, 연인/배우자 42.2%, 친구 6.2% 순서임.

○ 절반에 해당하는 47.3%의 사람들이 가족 간의 문제를 원인으로 꼽았으며, 이는 한국 문화의 독특한 특성과 연관 되어 파악할 수 있을 것으로 사료됨.

<표 40> 주관적인 자살시도 원인 대인관계문제(중복)

대인관계 문제	인원(명)	(%)
가족	409	47.3
연인, 배우자	365	42.2
친구	54	6.2
회사 내 소외	31	3.6
학교 내 왕따	5	0.6
기타	1	0.1
합계	865	100.0

5.3. 평가자 판단에 따른 자살시도 원인

○ 평가자 판단에 따른 자살시도 원인은 한 가지만 선택하도록 하였으며, 주관적인 자살시도의 원인이 35.1%가 정신과적 원인이라고 답한 반면, 평가자에 의해서는 47.5%가 정신과적 원인이라고 답한 것으로 나타남.

○ 대인관계가 원인이라고 답한 비율은 주관적으로는 30.3%, 평가자에 의해서는 28.1%로 나타남.

○ 이 결과에 대해 정신과적 증상을 부인하는 많은 자살 시도자들이 실제로는 정신과적 증상을 갖고 있을 가능성 및 평가자는 단수 응답만 가능했기 때문도 기여했을 것으로 보임.

○ 지역적으로 경상/부산/울산이 정신과적 증상을 원인으로 보는 비율이 62.3%로 가장 높고, 강원/제주가 대인관계 문제를 원인으로 보는 비율이 38.6%로 가장 높음.

○ 결측값은 152임

<표 41> 평가자 판단에 따른 자살시도 원인

	인원 (명)	자살시도 원인									
		정신과적 증상	대인관계 문제	학업/성적/입시	취업/승진	급격한 금전 손실	만성적 빈곤	외로움/고독	신체질병	폭행	기타
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
All	1398	47.5	28.1	1.0	2.2	6.7	1.1	2.2	5.7	0.6	4.9
성별											
남자	601	44.9	24.8	1.0	3.2	8.8	1.7	3.0	6.8	0.2	5.7
여자	797	49.4	30.6	1.0	1.4	5.1	0.6	1.6	4.9	0.9	4.4
연령											
19-29	381	56.7	28.6	2.1	2.1	3.2	0.3	1.1	0.5	1.3	4.2
30-39	222	42.8	36.9	0.9	4.1	7.2	1.4	1.4	1.8	0.0	3.6
40-49	253	48.2	26.9	0.8	1.6	11.9	1.6	0.4	2.8	0.4	5.5
50-59	259	44.8	27.4	0.4	1.9	9.7	1.5	4.3	4.3	0.0	5.8
60-69	136	47.8	28.7	0.0	2.2	6.6	0.7	2.2	6.6	0.7	4.4
70-79	87	41.4	13.8	1.2	0.0	1.2	2.3	4.6	31.0	0.0	4.6
80-	60	23.3	20.0	0.0	1.7	1.7	0.0	8.3	33.3	1.7	10.0
지역											
서울	230	46.1	25.7	1.3	2.6	4.8	0.9	1.7	6.1	1.3	9.6
경기/인천	360	43.1	33.1	0.8	2.8	9.2	0.3	2.2	5.8	0.3	2.5
강원/제주	101	35.6	38.6	2.0	3.0	4.0	4.0	4.0	3.0	2.0	4.0
충청/대전	106	38.7	29.3	0.9	0.9	8.5	0.9	5.7	6.6	0.0	8.5
전라/광주	230	41.3	29.6	0.0	2.2	8.7	1.7	0.9	8.3	0.9	6.5
경상/부산/울산	371	62.3	20.8	1.4	1.4	4.6	0.8	1.9	4.3	0.0	2.7

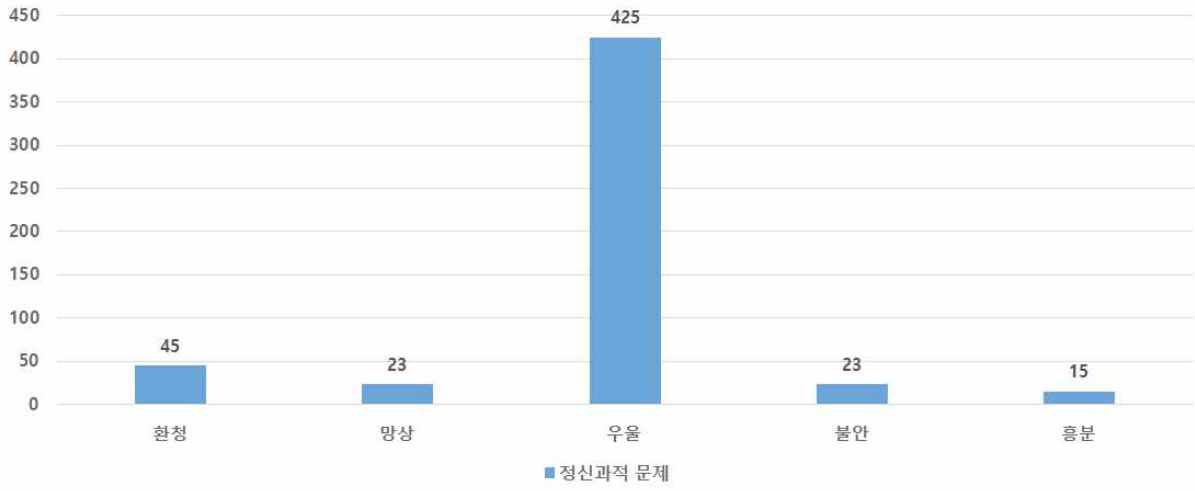
○ 자살시도 원인 중 정신과적 문제에 대해 질문했을 때, 주관적으로는 우울감이 70.4%인데 비해 평가자에 의해서는 우울감이 80%로 나타나, 주관적으로 우울하지 않다고 느끼는 자살시도자도 평가자에 의해서는 우울증상이 있는 것으로 보는 경향이 더 큰 것으로 나타남.

○ 평가자 판단에 따른 자살시도 원인 중 정신과적 증상이 664명 이며, 이중 결측값 133명을 제외한 531명이 분석에 활용됨.

<표 42> 평가자 판단에 따른 자살시도 원인 정신과적 증상

정신과적 증상	인원(명)	(%)
환청	45	8.5
망상	23	4.3
우울	425	80.0
불안	23	4.3
흥분	15	2.8
합계	531	100.0

<그림 3> 평가자 판단에 따른 자살시도 원인 정신과적 증상



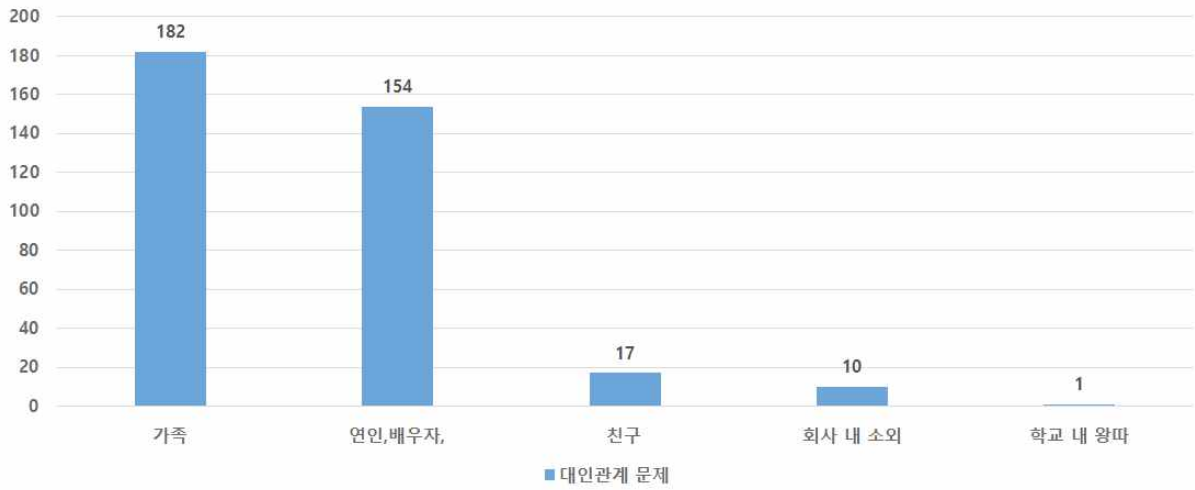
○ 자살시도 원인 중 대인관계 문제는 주관적으로 가족이 47.3%, 평가자에 의해서는 가족이 50%, 연인/배우자 원인이 주관적으로 42.2%, 평가자에 의해 42.3 %로 나타나 패턴이 크게 다르지 않음을 확인함.

○ 평가자 판단에 따른 자살시도 원인 중 대인관계 문제가 393명 이며, 이중 결측값 29명을 제외한 364명이 분석에 활용됨.

<표 43> 평가자 판단에 따른 자살시도 원인 대인관계 문제

대인관계 문제	인원(명)	(%)
가족	182	50.0
연인,배우자,	154	42.3
친구	17	4.7
회사 내 소외	10	2.7
학교 내 왕따	1	0.3
합계	364	100.0

<그림 4> 평가자 판단에 따른 자살시도 원인 대인관계 문제



5.4. 외부요인의 영향

○ 자살시도에 외부요인이 얼마나 영향을 끼쳤는지 물어보는 항목에는 복수 답변을 하도록 하였으며, 응답한 숫자가 134명으로 통계적인 유의성을 찾기는 어려우나, 남성과 여성 모두 언론 보도에 영향을 받는 경우가 가장 많은 것으로 나타남.

○ 자살시도에 영향을 미친 인터넷 사이트를 구체적으로 언급한 답변 중에는 네이버가 4명, 네이버 지식인이 2명, 보배드림이 2명, 다음카페가 2명이 있었으며, 트위터가 1명이 있음.

<표 44> 외부요인의 영향

	남성	여성	전체
	인원(명)	인원(명)	인원(명)
인터넷 사이트	8	15	23
주변 사람의 죽음	5	22	27
유명인의 죽음	2	6	8
언론보도	33	43	76
전체	48	86	134

5.5. 자살시도자 자살시도 방법

○ 자살시도방법의 분포는 전체적으로 약물 음독이 56.3%로 가장 높았으며, 다음으로 날카로운 물질에 의한 손상이 15.0%, 가스가 10.3%의 순서로 나타남. 2013년 자살실태조사에서 농약이 12.2%인 것에 비해 2018년에는 8.8%로 줄어든 것이 특징적임. 그라목손을 전면 금지한 이후로 농약 음독에 의한 자살시도가 줄어든 효과 볼 수 있음.

○ 성별에 따르면 남성에서는 음독 45.5%, 가스 16.4%, 날카로운 물질 13.9% 순서이며, 여성에서는 음독 64.2%, 날카로운 물질 15.8%, 농약 6.2%로 순서로 나타남

○ 음독의 비율은 여성이 남성보다 상대적으로 더 높고, 가스의 비율은 남성이 여성보다 상대적으로 더 높게 나타남. 이상의 자살시도 방법의 차이는 이후 치명도에 차이를

줄 수 있을 것으로 예측 해 볼 수 있음.

○ 연령별로는 전체적으로 음독이 가장 많으며, 고령에서는 농약의 비중이 청년층에 비해 상대적으로 더 높고, 날카로운 물질에 의한 시도는 더 낮은 것을 확인할 수 있음.

○ 가스의 경우 30대와 40대에서 각각 17.0%, 12.3%로 다른 연령대에 비해 상대적으로 더 높음.

○ 지역별로는 농약에 의한 자살시도가 충청/대전, 전라/광주, 경상/부산/울산이 서울, 경기/인천에 비해 상대적으로 더 높게 나타남.

○ 서울 지역의 경우 교상이 9.3%로 타 지역에 비해 상대적으로 높게 나타남.

○ 결측값은 39임

<표 45> 자살시도자 자살시도 방법

	인원 (명)	자살시도 방법												
		음독	농약	교상	날카로운 물질	둔탁한 물질	투신	투신 미수	뛰어들거나 앞에 서있음	가스	익사	권총	확인되지 않는 방법의 자해	기타
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
전체	1511	56.3	9.1	3.8	15.0	0.1	2.1	0.7	0.1	10.3	0.3	0.1	0.1	2.1
성별														
남자	642	45.5	12.9	4.5	13.9	0.2	2.0	0.9	0.3	16.4	0.5	0.2	0.2	2.7
여자	869	64.2	6.2	3.2	15.8	0.1	2.1	0.6	0.0	5.8	0.2	0.0	0.1	1.7
연령														
19-29	426	56.3	0.9	4.5	22.8	0.2	3.5	0.5	0.2	9.4	0.5	0.0	0.2	0.9
30-39	241	52.7	3.7	5.4	17.0	0.0	0.4	1.2	0.0	17.0	0.8	0.0	0.0	1.7
40-49	276	54.7	6.5	5.1	14.5	0.4	2.5	1.5	0.4	12.3	0.4	0.0	0.4	1.5
50-59	271	57.2	15.5	2.2	11.4	0.0	2.2	0.4	0.0	9.6	0.0	0.0	0.0	1.5
60-69	137	59.1	21.2	2.9	5.8	0.0	0.0	0.7	0.0	7.3	0.0	0.0	0.0	2.9
70-79	97	65.0	18.6	1.0	5.2	0.0	2.1	0.0	0.0	4.1	0.0	1.0	0.0	3.1
80-	63	52.4	27.0	0.0	6.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3
지역														
서울	292	58.6	2.1	9.3	17.1	0.0	1.0	1.0	0.3	3.4	0.0	0.0	0.0	6.2

경기/인천	394	57.1	4.1	2.8	17.8	0.3	0.5	0.5	0.0	14.7	0.8	0.3	0.0	1.3
강원/제주	104	62.5	3.9	2.9	18.3	0.0	1.9	0.0	0.0	10.6	0.0	0.0	0.0	0.0
충청/대전	122	55.7	23.0	3.3	13.1	0.8	2.5	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.8	0.0
전라/광주	233	48.1	18.0	2.6	13.3	0.0	3.4	1.3	0.4	10.7	0.0	0.0	0.4	1.7
경상/부산/울산	369	56.6	11.1	1.6	10.8	0.0	3.5	0.8	0.0	13.6	0.5	0.0	0.0	1.4

○ 자살시도 방법의 도농의 분포를 보면, 농촌의 경우 농약이 37.0%로 도시의 4.3%에 비해 매우 높게 나타남.

○ 날카로운 물질에 의한 자상이 도시에서 15.7%, 농촌에서 10.5%로 도시에서 칼 등을 이용한 자살시도를 더 하는 것을 알 수 있으며, 가스의 경우도 도시 11.1%, 농촌 6.4%로 근래에 있었던 자살시도 등을 모방하여 차에서 연탄 등을 피우고 자살시도를 하는 경우가 도시에서 더 많은 것으로 해석할 수 있음.

○ 투신이나 투신 미수의 경우도 도시에서 각각 28명, 10명으로 농촌이 2명 0명인 것에 비해 많은 편인데 이는 도시의 고층건물과 높은 다리 등이 많은 점이 원인으로 생각될 수 있음.

○ 결측값은 86임.

<표 46> 자살시도 방법의 도시/농촌에 따른 차이

	도시		농촌	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
음독	732	58.8	89	40.6
농약	53	4.3	81	37.0
교상	52	4.2	4	1.8
날카로운 물질	196	15.7	23	10.5
둔탁한 물질	2	0.2	0	0.0
투신	28	2.2	2	0.9
투신미수	10	0.8	0	0.0
뛰어들거나 앞에 서 있음	2	0.2	0	0.0
가스	138	11.1	14	6.4
익사	4	0.3	1	0.5
권총	1	0.1	0	0.0
확인 안 된 방법	2	0.2	0	0.0
기타	25	2.0	5	2.3
전체	1245	100.0	219	100.0

○ 자살시도 시 음주 여부에 따른 차이는 전체적으로 음주 상태에서 자살시도를 하는 비율이 52.6%로 비음주 47.4%보다 약간 높음.

○ 성별로는 남성이 58.0%, 여성이 48.7%로 남성이 음주 상태에서 더 자살시도를 많이 하였으며, 연령별로는 50대가 63.7%로 가장 높으며, 이후 음주 상태에서의 자살시도가 차지하는 비율이 낮아지는 것으로 나타남.

○ 결측값은 10임.

<표 47> 자살시도 시 음주여부

	인원(명)	자살 시도시 음주여부	
		음주	비음주
		%	%
전체	1540	52.6	47.4
성별			
남자	652	58.0	42.0
여자	887	48.7	51.4
연령			
19-29	433	48.5	51.5
30-39	246	58.5	41.5
40-49	277	59.2	40.8
50-59	278	63.7	36.3
60-69	143	50.4	49.7
70-79	99	31.3	68.7
80-	64	18.8	81.3
지역			
서울	291	46.1	54.0
경기/인천	399	54.1	45.9
강원/제주	104	56.7	43.3
충청/대전	125	53.6	46.4
전라/광주	234	57.3	42.7
경상/부산/울산	387	51.7	48.3

5.6. 자살예방 서비스 이용 경험

○ 자살예방서비스 이용경험은 복수 답변을 하였으며, 가장 많이 이용한 시설로는 정신건강의학과 병의원이 41.9%로 가장 높으며, 119가 18.3%, 정신건강의학과 이외 병의원이 12.4% 보건소 또는 정신건강복지센터/자살예방센터 9% 순서로 높음.

○ 위 4개의 시설을 제외하고는 90% 이상의 답변이 이용한 적 없음을 선택하였으며, 기타에서 구체적으로 이용한 서비스를 언급한 경우는 해바라기 센터가 2명, 다문화가족지원센터가 1명으로 나타남.

○ 복수의 응답을 허용하여 답변 하였으며, 자살예방서비스를 이용한 경우는 총 1699임.

<표 48> 자살시도자 이용한 자살예방서비스 (복수)

	이용한 적 있음		이용하려고 시도한 적이 있음		이용한 적 없음	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
보건복지콜센터	18	1.2	11	0.7	1508	97.3
자살예방상담전화	48	3.1	24	1.5	1469	94.8
생명의 전화	20	1.3	9	0.6	1510	97.4
119	284	18.3	7	0.5	1244	80.3
병원 응급실 사후관리	125	8.1	14	0.9	1397	90.1
보건소 또는 정신건강복지센터 /자살예방센터	139	9.0	25	1.6	1376	88.8
동주민센터/읍사무소/면사무소	132	8.5	8	0.5	1398	90.2
종합사회복지관, 노인복지관, 청소년센터	20	1.3	8	0.5	1509	97.4
정신건강의학과 병의원	649	41.9	14	0.9	877	56.6
정신건강의학과 이외 병의원	192	12.4	7	0.5	1339	86.4
전문상담센터	48	3.1	9	0.6	1481	95.5
기타	24	1.5	4	0.3	1133	73.1

<표 49> 자살시도자가 이용한 자살 예방서비스 종류(이용한 경우만)

	인원 (명)	이용한 자살예방서비스 종류											
		보건복지콜센터	자살예방상담전화	생명의전화	119	병원응급실 사후관리	보건소 등	동주민센터 등	종합사회복지관	정신과	정신과외 병원	전문상담센터	기타
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
전체	1699	1.1	2.8	1.2	16.7	7.4	8.2	7.8	1.2	38.2	11.3	2.8	1.4
성별													
남자	587	1.2	2.9	1.5	18.6	6.6	9.2	7.8	0.7	35.4	13.1	2.0	0.9
여자	1112	1.0	2.8	1.0	15.7	7.7	7.6	7.7	1.4	39.7	10.3	3.2	1.7
연령													
19-29	585	2.1	3.9	0.9	13.3	10.1	8.4	5.6	1.4	39.1	7.4	6.0	1.9
30-39	317	0.6	3.2	1.3	20.8	7.3	8.8	7.3	0.9	36.0	11.7	1.6	0.6
40-49	312	0.0	2.9	1.9	17.3	7.1	7.4	9.9	0.6	38.5	11.9	0.6	1.6
50-59	273	0.7	1.1	1.1	18.7	4.8	8.1	10.6	1.1	37.0	14.3	1.1	1.5
60-69	132	1.5	2.3	1.5	15.9	3.0	6.8	8.3	1.5	43.2	15.9	1.5	0.0
70-79	42	0.0	0.0	0.0	11.9	9.5	9.5	4.8	0.0	40.5	16.7	2.4	4.8
80-	37	0.0	0.0	0.0	24.3	0.0	10.8	8.1	5.4	29.7	21.6	0.0	0.0
지역													
서울	342	0.9	1.2	1.8	9.9	7.9	8.5	2.9	1.2	47.4	10.5	5.6	2.3
경기/인천	454	0.2	1.3	0.7	18.5	4.6	6.8	16.7	1.3	30.2	18.1	0.9	0.7
강원/제주	203	4.4	7.9	2.0	18.7	11.8	13.3	3.9	2.0	31.0	2.5	1.0	1.5
충청/대전	147	0.7	1.4	2.0	19.7	8.8	9.5	8.2	0.0	27.9	15.6	3.4	2.7
전라/광주	188	0.5	4.8	0.5	18.1	6.9	8.5	2.7	2.7	43.1	5.9	4.3	2.1
경상/부산/울산	364	0.8	3.0	0.8	17.9	7.4	6.0	5.8	0.3	45.1	9.6	2.7	0.5

6. 자살평가 (C-SSRS)

○ 본 자살시도자에 대한 평가에서는 자살 시도의 심각도를 평가하기 위해 현재 가장 객관적인 척도로 여겨지고 있는 콜롬비아 자살 심각도 평가 척도(C-SSRS: Columbia Suicide Severity Rating Scale) 및 자살 의도 척도(SIS, Suicide Intent Scale)를 평가함.

○ CSSRS는 일관적인 자살심각도 평가를 위해 콜롬비아 대학, 펜실베니아 대학, 피츠버그 대학 연구진들에 의해 개발된 척도로 자살사고와 행동의 심각도를 통하여 자살 심각도를 파악할 수 있음.

○ 실제 자살시도를 생각과 행동을 중심으로 4가지 범주로 정의하여 자살 의도가 없는 자해 행동과 구분 할 수 있으며, 자살시도의 넓은 스펙트럼을 정량화할 수 있는 척도임.

6.1. 자살사고의 심각도

○ 실태조사 CSSRS 의 문항 중 선별 문항을 통해 자살사고의 심각도를 평가할 수 있는데, 서수 척도 5점으로 자살생각의 유형을 그 강도에 따라 경도에서 강한 쪽으로 분석해 볼 수 있음.

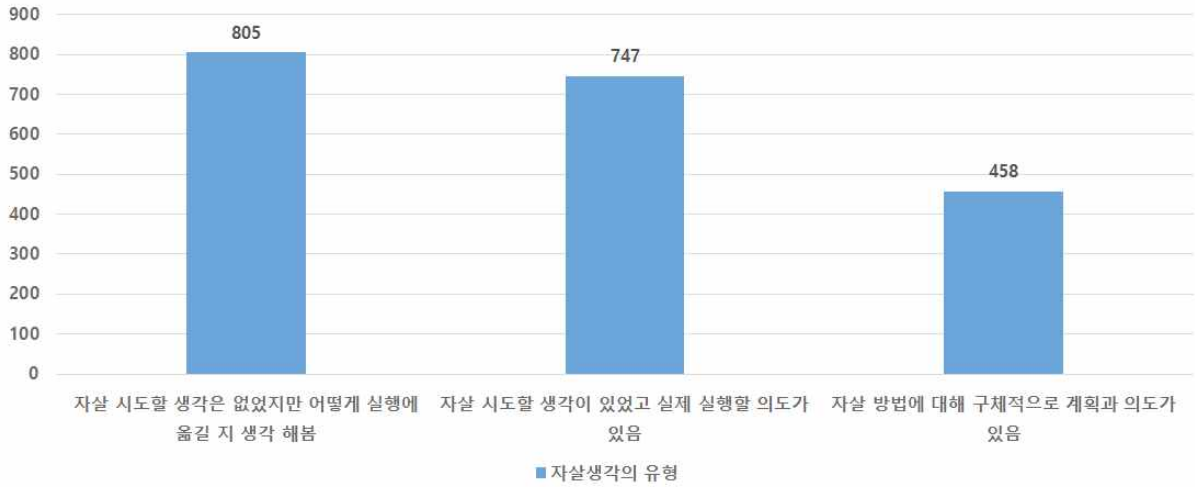
○ 1 (죽고 싶은 소망), 2 (비특이적 적극적 자살생각), 3 (실행 의도 없이 생각하는 적극적 자살 생각), 4 (구체적 계획 없이, 어느 정도 실행의도가 있는 적극적 자살 생각), 5 (구체적 계획과 의도가 있는 적극적 자살 생각)

○ 2번에서 “예”에 해당되는 경우 3,4,5 항목을 질문하게 되며 그 답변 비율은 실행 의도는 없었지만 실행에 옮길지 생각해 본 적 있었다는 사람이 805명, 자살에 대한 생각은 있었으나 구체적 계획은 없었다는 자살 시도자가 747명, 구체적 계획도 있었고, 의도도 있었던 적극적인 자살생각을 가지고 있는 경우가 458명으로 나타남.

6.2. 자살사고의 강도

○ 자살사고의 강도는 5가지 항목으로 평가되는데, 각각의 5점의 서수 척도로 평가됨. 5가지 항목은 자살사고의 빈도, 지속시간, 통제 가능성, 저지요인, 자살생각의 이유 임.

<그림 5> 자살생각의 유형



○ 자살 생각의 빈도를 보면 자살생각이 시작된 뒤 자살에 대한 생각이 일주일에 2-5번 났던 사람이 30.9%로 가장 많았으며, 일주일에 한번 미만이 20.7%, 거의 매일이 20.4% 순서임.

○ 결측값은 218임.

<표 50> 자살 사고의 빈도

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
일주일에 한 번 미만	95	17.4	181	23.0	276	20.7
일주일에 한 번 미만	85	15.6	109	13.9	194	14.6
일주일에 2 ~5 번	177	32.5	234	29.7	411	30.9
거의 매일	123	22.6	149	18.9	272	20.4
매일 여러 번	65	11.9	114	14.5	179	13.4
합계	545	100.0	787	100.0	1332	100.0

○ 자살 생각의 지속시간의 경우 1시간 미만이 33.2%로 가장 많았으며, 1-4시간 26.2%, 순간적 19.2% 순서임.

○ 결측값은 214임.

<표 51> 자살생각의 지속시간

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
순간적	105	19.2	19.3	17.0	257	19.2
1시간 미만	172	31.4	34.3	30.3	443	33.2
1 ~4시간	147	26.9	25.7	22.7	350	26.2
4~8시간	81	14.8	12.0	10.6	176	13.2
8시간 이상	42	7.7	8.6	7.6	110	8.2
합계	547	100.0	789	100.0	1336	100.0

○ 자살생각의 통제 가능성의 경우 통제가 약간 힘듦이 37.7%로 가장 높았으며, 통제가 많이 힘듦이 33.2%, 통제가 힘들지 않음이 10.3% 순서임.

○ 위의 결과와 함께 보면, 자살 생각의 횟수나 지속시간 보다, 일단 생각이 발생한 이후에 통제가 어려웠을 가능성이 컸다는 사실을 보여줌.

○ 결측값은 215임.

<표 52> 자살생각의 통제 가능성

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
통제 쉽다	24	4.4	39	5.0	63	4.7
통제 힘들지 않음	65	11.9	72	9.1	137	10.3
통제 약간 힘듦	196	35.8	307	39.0	503	37.7
통제가 많이 힘듦	186	33.9	257	32.7	443	33.2
통제 불가	51	9.3	67	8.5	118	8.8
통제 노력안함	26	4.7	45	5.7	71	5.3
합계	548	100.0	787	100.0	1335	100.0

○ 자살생각의 저지요인의 경우 저지요인이 있는 것 같음이 34.2%로 가장 많았고, 저지요인이 확실치 않음이 28.5%, 저지요인이 없는 것 같음이 21.3% 순서로 나타남.

○ 현재 조사에서의 자살 시도자가 결국 시도하였으나 실패한 사람들이었다는 것을 감안하였을 때 이러한 저지요인과 치명도와의 관련성은 높을 것으로 사료되며, 사회적지지 등의 저지 요인에 대한 분석이 필요할 것으로 보임.

○ 결측값은 212임

<표 53> 자살생각의 저지요인

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
저지요인 있음	30	5.5	82	10.4	112	8.4
저지요인 있는 것 같음	169	30.8	288	36.5	457	34.2
저지요인 확실치 않음	150	27.4	231	29.2	381	28.5
저지요인 없는 것 같음	151	27.6	134	17.0	285	21.3
저지요인 없음	26	4.7	29	3.7	55	4.1
해당 없다	22	4.0	26	3.3	48	3.6
합계	548	100.0	790	100.0	1338	100.0

○ 자살생각의 이유로는 대체적으로 고통을 끝내기 위함이 37.0%로 가장 많았으며, 관심/복수 반, 고통을 끝냄 반이 27.0%, 전적으로 고통을 끝내기 위함이 26.5%로 나타남.

○ 약 90.5%의 자살시도자가 진지한 정도로 고통을 끝내기 위해 자살을 생각했던 것으로 나타나 자살 생각의 진지도는 상당히 높음을 알 수 있음.

○ 결측값은 208임.

<표 54> 자살생각의 이유

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
전적으로 관심/복수/반응	9	1.6	22	2.8	31	2.3
주로 관심/복수/반응	24	4.4	46	5.8	70	5.2
관심/복수 반, 고통 끝냄 반	129	23.4	234	29.6	363	27.0
대체적으로 고통 끝냄	219	39.7	277	35.0	496	37.0
전적으로 고통 끝냄	158	28.7	197	24.9	355	26.5
해당 없음	12	2.2	15	1.9	27	2.0
합계	551	100.0	791	100.0	1342	100.0

6.3. 자살 행동 부척도

○ 자살 행동에 대한 명목척도로 실제적 시도, 방해된 시도, 중단된 시도, 준비행위나 행동, 자해행동 등으로 자살 행동을 나누어 평가함.

○ 자살시도자의 자살행동에 대한 평가 분포는 자살시도자의 행동이 실제적 자살시도였다는 평가가 92.4%로 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 자살 행동이 2.5%, 방해된 시도가 2.3%에 그쳐, 대부분의 자살시도자의 자살 행동이 실제적 행위였음을 알 수 있음.

<표 55> 자살행동 평가

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
실제적 시도	602	91.6	830	92.9	1432	92.4
방해된 시도	14	2.1	21	2.4	35	2.3
중단된 시도	10	1.5	8	0.9	18	1.2
준비행위나 행동	15	2.3	11	1.2	26	1.7
자살 행동	16	2.4	23	2.6	39	2.5
합계	657	100.0	893	100.0	1550	100.0

6.4. 자살시도의 실제적 치명성

○ 자살시도의 치명성은 실제적 치명성이 있는 경우 6점의 서수척도로 평가되었고, 실제 치명적이지는 않았으나 잠재적 치명성이 있는 경우 3점의 서수 척도로 측정함.

○ 자살행동이 실제적 시도 인 1432명을 대상으로 실제적 치명성을 질문 하였으며, 실제적 치명성이 경미 할 경우 잠재적 치명성에 관해 질문함.

○ 그 중 실제적 치명성에 대한 결과를 보면 보통의 신체적 손상이 41.6%로 가장 높았으며, 경미한 신체적 손상이 25.6%, 어느 정도 심각한 신체적 손상이 19.9%로 순서로 나타남.

○ 위의 결과들을 비교하였을 때 자살시도의 치명성과 자살 생각의 진지성의 차이가 있어 이둘 사이의 관련성에 대한 추후 분석이 필요할 것으로 사료됨

<표 56> 자살시도의 실제적 치명성

	인원(명)	(%)
신체적 손상이 없거나 매우 경미한 신체적 손상	113	7.9
경미한 신체적 손상	366	25.6
보통의 신체적 손상	596	41.6
어느 정도 심각한 신체적 손상	285	19.9
심각한 신체적 손상	70	4.9
사망	2	0.1
합계	1432	100.0

7. 자살의도척도 (SIS)

- 자살시도자 중 면담이 가능했었던 자살 시도자를 대상으로 자살의도척도를 조사 함.
- 자살의도척도는 1974년 벡 (Beck)에 의해 자살 의도에 대한 척도로 개발되어 사용되기 시작하여 15개의 항목을 3점의 서수 척도로 평가함.
- 자살의도의 정도를 자살 시도의 준비 여부 및 자살에 대한 조심의 여부, 자살 사고에 대해 주변에 알렸는지 여부, 자살 계획 등으로 자살 사고의 의도 정도를 측정함.
- 자살 시도의 준비 여부(Preparation): 죽음을 예견할 수 있는 행동, 자살 시도에 대한 준비 정도, 자살 기록(유서), 사전 계획의 정도 등의 항목을 합산하여 준비 정도에 대한 정도를 파악할 수 있다 (각 0~2점, 4개 항목, 합 0~8점)
- 자살 시도의 예방책(Precaution): 자살 시도시 고립여부(누군가 곁에 있었는가), 개입시간, 개입에 대한 조심 등의 4개 항목으로 구성 (각 0~2점, 4개 항목, 합 0~8점)
- 자살 시도에 대한 연락(Communication): 자살 시도 후 도움을 구하는 행동, 자살 의도 공개 등의 2항목으로 구성 (각 0~2점, 2항목, 합 0~4점)
- 자살의 계획(Planning): 자살 시도를 미리 계획 했는지의 정도를 총 8개 항목의 합으로 평가 (각 0~2점, 8항목, 합 0~16점)
- 성별간 자살의도 척도 항목의 차이를 보면 남성이 여성보다 미리 준비하는 정도가 더 커 자살 의도가 준비 항목에서 더 큰 결과를 보여줌.
- 자살 시도에 대해 실패하지 않도록 미리 계획을 세우는 항목에 대해서도 남성이 여성보다 준비가 큰 것으로 보아 자살의 의도가 큰 결과를 나타내고 있음
- 자살 시도 후에 이를 주변에 알리거나, 자살 의도를 주변에 알리는 정도는 남녀간의 큰 차이가 없음을 알 수 있음.
- 자살에 대해 미리 계획하는 정도는 남성이 여성보다 유의미하게 높은 결과를 보여줌.
- 이상의 결과를 통합하였을 남성이 여성보다 자살 의도에서 자살 시도에 대한 연락 부분을 뺀 나머지 항목 전부에서 높은 결과를 나타내, 의도가 더 높은 정도로 자살 시도를 하는 결과를 보여줌.

<표 57> 자살의도 검사 항목별 성별 분포

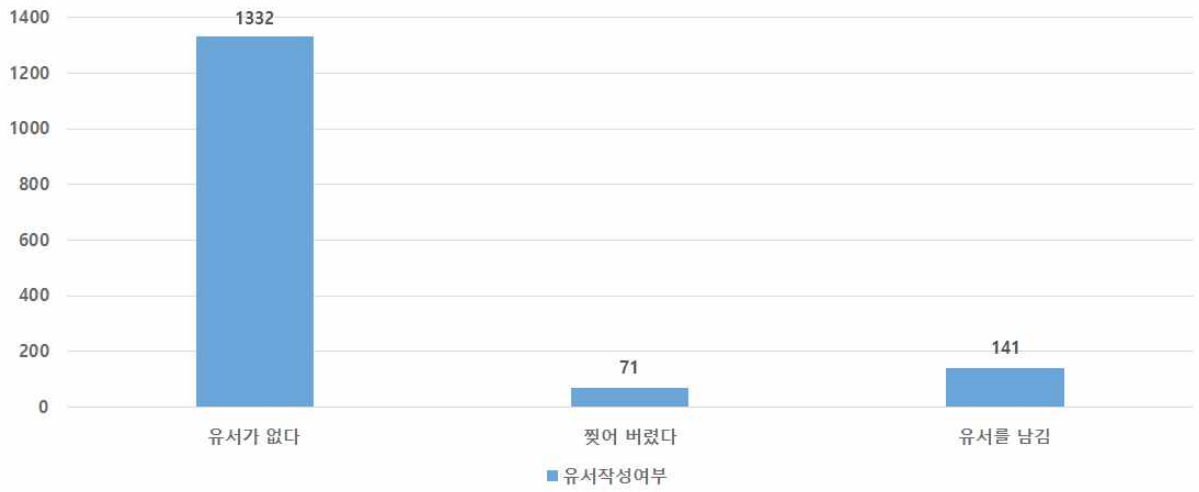
	남성		여성		유의확률
자살 의도 척도의 항목	평균점수	SD	평균점수	SD	P
준비여부(5+6+7+15)	5.85	2.04	5.51	1.89	0.001
예방책(1+2+3)	5.73	1.64	5.39	1.53	<.0001
연락(4+8)	3.65	1.05	3.73	1.11	0.1683
계획(9+10+11+12+13+14)	12.65	3.23	11.96	3.16	<.0001

7.1. 유서 작성 여부

○ 자살 의도 검사 중 유서 작성 여부에 대해 물었을 때 유서가 없다는 비율이 86.3%로 가장 높았으며, 유서를 남긴 경우가 9.1%, 찢어 버린 경우가 4.6%에 그쳐 대부분의 자살 시도자는 유서를 남기지 않는 것으로 나타남.

○ 결측값은 6임

<그림 6> 유서 작성 여부



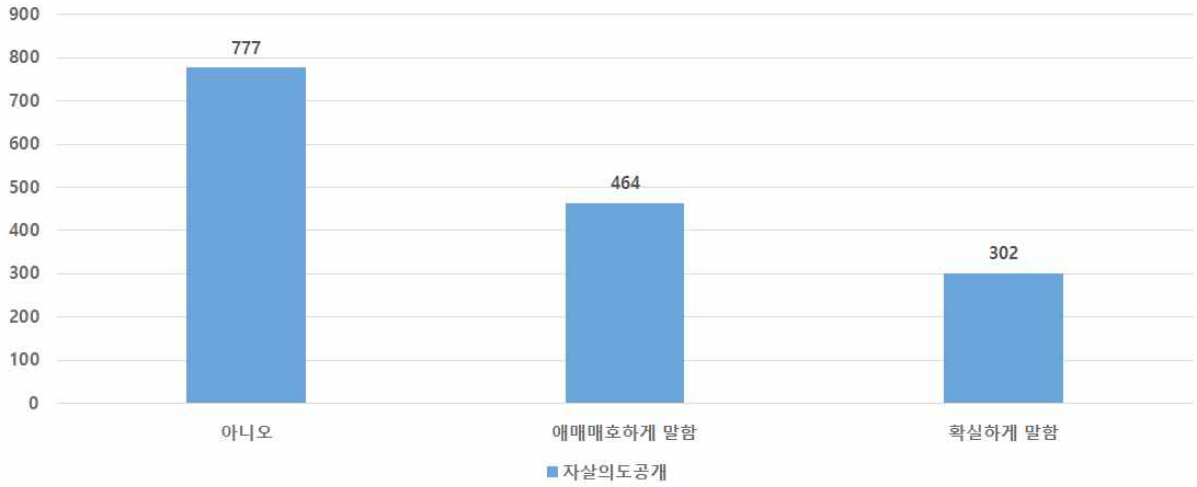
7.2. 자살 의도 공개

○ 자살 시도 전 자살 의도 공개 여부에 대해서는 50.4%가 아니오라고 답하였으며, 30.1%가 애매모호하게 말하고, 19.6%가 확실하게 말한 것으로 나타남.

○ 이 결과를 보면 약 50%의 자살시도자는 애매모호하게라도 주변에 자살의도를 공개하는 것으로 나타남.

○ 결측값은 7임.

<그림 7> 자살의도 공개 여부

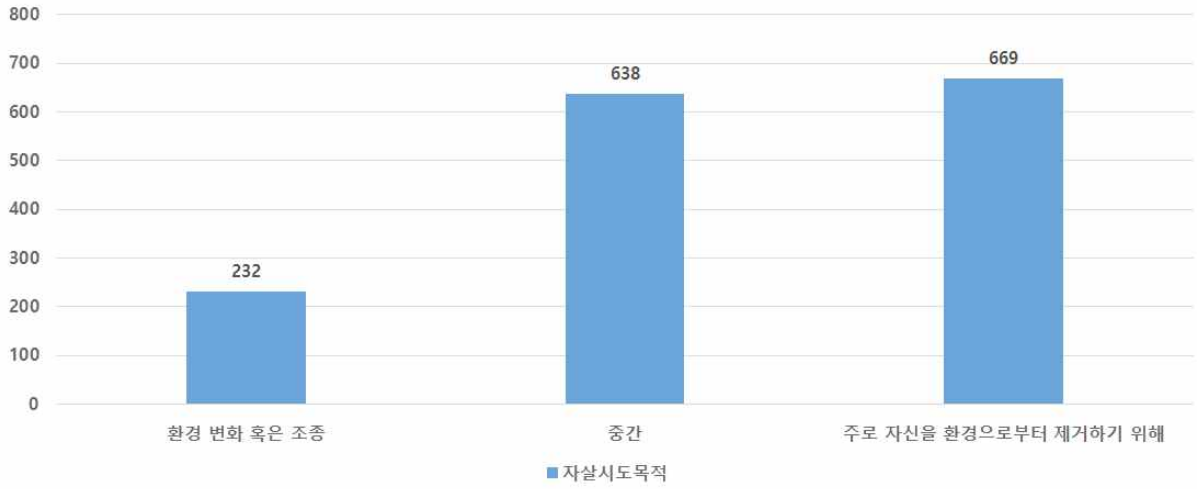


7.3. 자살 시도의 목적

○ 자살 시도의 목적으로 자신을 환경으로부터 제거하기 위한 것이었던 자살 시도자가 43.5%, 환경을 변화할 목적이나 조정할 목적으로 시도한 사람이 15.1%, 이 둘의 중간이 41.5%로 나타나, 반드시 스스로를 제거하기 위함이 아닌 무언가 알리기 위한 위험 경고로 자살 시도를 하는 경우가 50% 이상이 되는 것으로 보여, 이들에 대한 주의와 관리가 필요할 것으로 보임.

○ 결측값은 11임

<그림 8> 자살시도의 목적

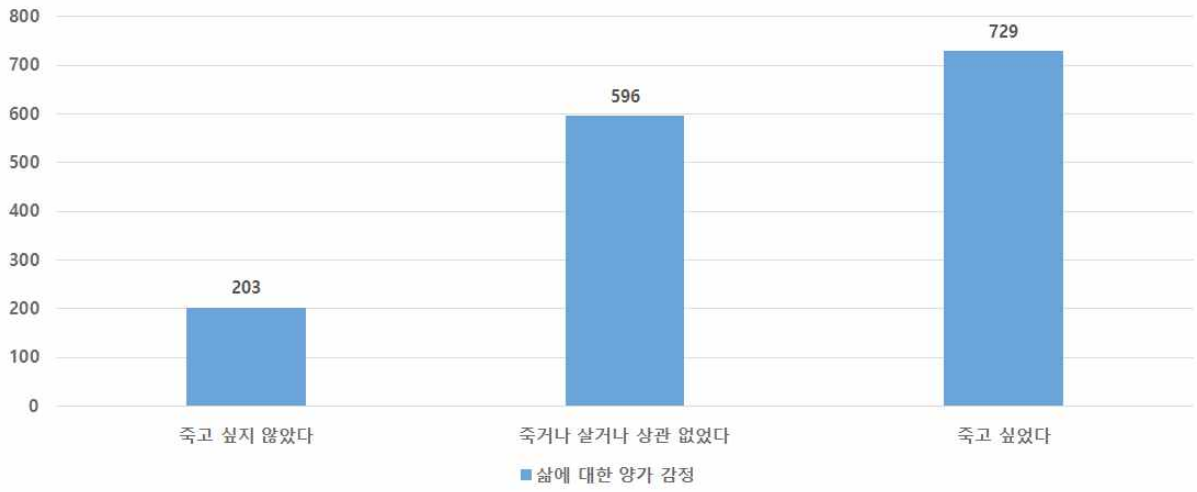


7.4. 삶에 대한 양가감정

○ 삶과 죽음에 대한 감정에서 죽고 싶었다고 대답한 사람이 47.7%, 죽고 싶지 않았던 사람이 13.3%, 죽거나 살거나 상관없다고 생각했던 사람이 39.0%로 나타나 자살 시도가 반드시 강한 죽고 싶다는 생각에 의해서가 아닌 상태에서도 일어날 수 있다는 결과를 보여 이들에 대한 세심한 관리가 필요할 것으로 보임.

○ 결측값은 22임

<그림 9> 자살 시도 시 삶에 대한 양가 감정



7.5. 자살 시도에 대한 사전 계획의 정도

○ 자살시도에 대한 사전 계획의 정도를 분석하였을 때 계획 없이 충동적으로 행했다는 자살 시도자가 54.5%였고, 세 시간 이상 생각한 비율이 25.2%, 세 시간 이내로 생각한 비율이 20.3% 순서로 나타남. 비교적 충동적으로 자살시도를 하는 사람들이 많다는 결과를 보여줌.

○ 결측값은 22임.

<그림 10> 자살시도 시 사전계획의 정도

7.6. 낮은 치명도를 가진 자살수단과 높은 치명도를 가진 자살수단의 비교

○ 기존 문헌을 참고하여 낮은 치명도를 가진 자살수단(약물 과량복용, 스스로 베기)과 높은 치명도를 가진 자살수단(농약, 목맴, 추락, 차에 뛰어들기, 가스, 익수)을 선택한 자살시도자들에서 70세 이상의 분포, 남성의 분포, 기존 정신과 병력, SIS 점수합계가 25점 이상인 경우, 자해/자살시도력의 횟수가 0 또는 1인 사람의 분포를 각각 확인함.

○ 자살 시도자 중에 높은 치명도를 가진 자살수단을 선택한 사람들은 낮은 치명도를 가진 사람들에 비해 상대적으로 고령, 남성인 것으로 나타남.

○ 특이할 만한 점은 높은 치명도를 가진 자살수단을 선택한 사람들이 낮은 치명도를 가진 사람들에 비해 기존 정신과 병력이 없거나, 자해/자살시도력이 없거나 적다는 것임.

○ 이는 기존에 정신건강의학과를 다녔거나 자해/자살을 시도한 적이 없는 고령의 남성이 치명적인 자살수단을 선택할 확률이 높다는 의미로 볼 수 있음.

<표 58> 자살수단의 치명도 별 특징

	낮은 치명도를 가진 자살수단 총 1076명		높은 치명도를 가진 자살수단 총 387명	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
70세 이상	105	9.8	43	11.1
남성	381	35.4	236	60.8
기존 정신과 병력 없음	356	33.1	229	59.0
SIS 점수 합계 25점 이상	1041	96.7	375	96.6
자해시도력 0또는 1회	954	88.7	367	94.6
자살시도력 0또는 1회	869	80.8	349	90.0

8. 정신과적 평가 및 조치

8.1. 정신과적 치료 필요

○ 자살시도자에 대해 정신과적 치료가 필요하다고 판단되는 경우가 전체의 98.7%인 1486명이었으며, 치료의 종류는 복수 답변으로 세 가지 종류로 질문 함.

○ 위기개입, 정신과적 장기 치료, 신체 문제에 대한 장기 치료였으며, 위기 개입과 정신과적 치료가 각각 47.1%, 47.8%로 대다수를 차지함.

○ 결측값은 44명임.

<표 59> 정신과적 치료 필요 여부(복수)

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
정신과적 치료 필요함	624	98.6	862	98.7	1486	98.7
정신과적 치료 필요 없음	9	1.4	11	1.3	20	1.3
합계	633	100	873	100	1506	100
치료가 필요한 경우 종류	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
1.위기개입	497	46.1	712	47.8	1209	47.1

2.정신과적 장기적 치료	510	47.3	718	48.2	1228	47.8
3.신체문제에 대한 장기적 치료	72	6.7	60	4.0	132	5.1
합계	1079	100	1490	100	2569	100

8.2. 응급실 퇴원 후 계획

○ 응급실 퇴원 후 정신건강의학과 외래 추적관찰을 권유했을 때 동의한 사람은 70.3%였으며, 거부한 사람은 24.2%로 나타남. 2013 자살실태조사에서 동의 한 사람이 48.3%, 거부한 사람이 35.3%에 비해 더 많은 사람이 정신건강의학과 외래 추적관찰을 동의한 것으로, 이는 정신건강의학과에 대한 거부감이 많이 줄어든 것으로 볼 수 있음.

○ 성별로는 여성이 74.2%로 남성 64.8%에 비해 상대적으로 수용을 더 하는 것으로 보임.

○ 결측값은 77명임.

<표 60> 응급실 퇴원 후 정신건강의학과 외래 추적관찰

	남성		**여성**		**전체**	
	인원(명)	**(%)**	**인원(명)**	**(%)**	**인원(명)**	**(%)**
동의	397	64.8	638	74.2	1035	70.3
거부	169	27.6	187	21.7	356	24.2
입원	47	7.7	35	4.1	82	5.6
합계	613	100.0	860	100.0	1473	100.0

○ 정신건강 의학과 외래 추적관찰을 거부한 사람 중 외래 추적관찰을 거부한 사유로는 정신과 문제를 부인한 경우가 52.3%로 가장 높으며, 치료로 도움을 받을 수 없다고 생각하는 경우가 28.2%, 정신과에 대한 편견이 6.7% 순서로 나타남.

○ 기타 거부 사유로는 기존에 다니던 병원이나 연고지로 가거나, 요양병원으로 입원 하면서 더 이상의 치료를 포기하거나, 자의퇴원 하는 경우가 있었음.

○ 이후에 이들에 대한 관리 대책을 세울 때 각각 다른 이유에 대한 차별화된 전략을 마

련해야 할 것에 대한 시사점을 주는 결과임.

○ 결측값은 207임.

<표 61> 정신건강의학과 외래 추적관찰을 거부 한 이유

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
정신과 문제 부인	36	54.5	42	50.6	78	52.3
치료로 도움을 받을 수 없다고 생각	18	27.3	24	28.9	42	28.2
정신과에 대한 편견	2	3.0	8	9.6	10	6.7
경제적 문제	7	10.6	2	2.4	9	6.0
기타	3	4.5	7	8.4	10	6.7
합계	66	100.0	83	100.0	149	100.0

○ 퇴원 후 지역 정신건강복지센터 방문을 권유하였을 때 수용함이 54.0%로 가장 높으며, 그 다음으로 수용하지 않음이 38.0%, 권유하지 않음이 8.1%로 나타남.

○ 2013년 자살실태 조사에서 권유하지 않은 비율이 41.8%인 것에 비교하면 임상의들에 대한 지역 정신건강복지센터 홍보의 효과를 확인하였음.

○ 결측값은 262임.

<표 62> 퇴원 후 지역 정신보건 센터 방문 권유 여부

	남성		여성		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
수용	289	54.9	406	53.3	695	54.0
수용하지 않음	200	38.0	289	37.9	489	38.0
권유하지 않음	37	7.0	67	8.8	104	8.1
합계	526	100.0	762	100.0	1288	100.0

9. 응급진료 결과

9.1. 응급실 진료결과

○ 자살시도자의 응급실 진료 결과는 입원이 50.0%로 가장 많았으며, 귀가가 43.9%, 전원이 5.2% 순서로 나타남.

○ 2013 자살실태조사에서 귀가 49.9%, 입원 35.8%, 전원 7.8%와 비교하여 입원이 더 많아진 것을 알 수 있음.

○ 성별로는 남성이 55.0%, 여성이 46.4%로 남성이 입원을 상대적으로 더 많이 하며, 이는 남성의 자살시도가 좀 더 치명적이었을 수 있다는 것으로 해석할 수 있음.

○ 연령대별로는 고령으로 갈수록 입원을 더 많이 하는 경향을 보이며, 이는 고령에서의 자살시도가 더 치명적일 수 있으며, 전원 또한 80대 이상에서 9.4%로 상급의료기관의 처치를 필요로 하는 것으로 보임.

○ 결측값은 63임.

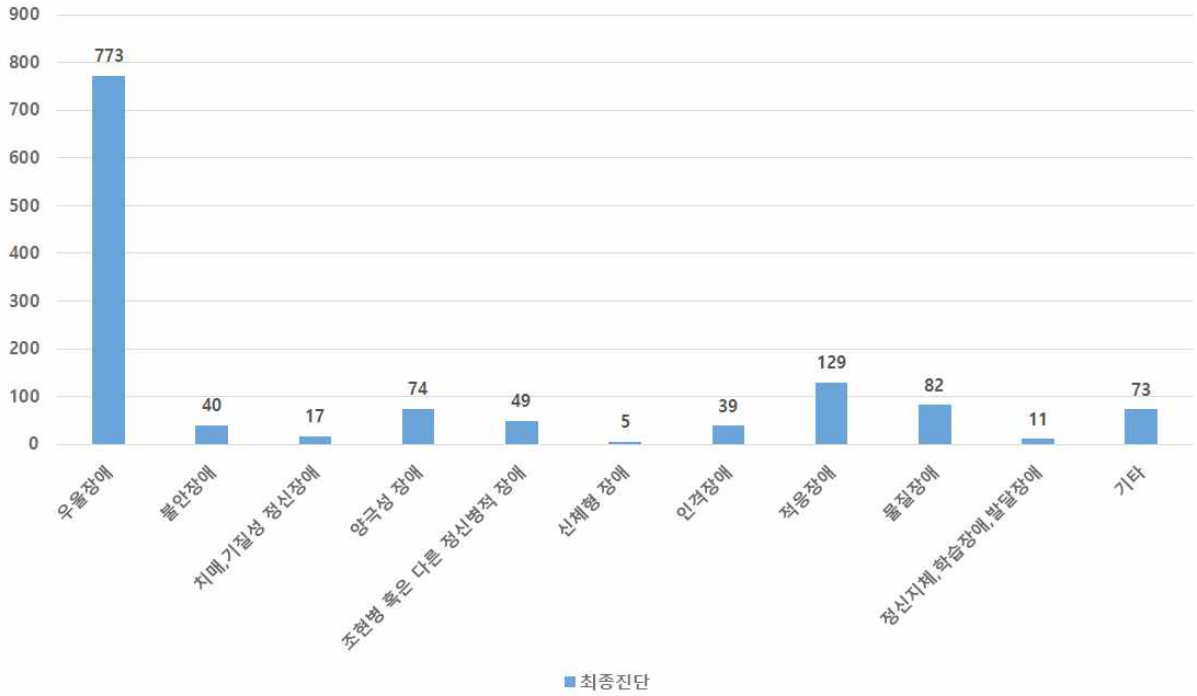
<표 63> 자살시도자의 응급실 진료 결과

	귀가		전원		입원		사망		기타		전체	
	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)	인원(명)	(%)
성별												
남성	236	38.1	37	6.0	341	55.0	5	0.8	1	0.2	620	100
여성	417	48.1	41	4.7	402	46.4	6	0.7	1	0.1	867	100
연령												
19-29세	239	56.1	5.4	5.3	160	37.6	3	0.7	1	0.2	426	100
30-39세	110	45.8	2.9	2.8	120	50.0	3	1.3	0	0.0	240	100
40-49세	125	44.8	4.7	4.7	126	45.2	2	0.7	0	0.0	279	100
50-59세	102	38.8	3.8	3.6	149	56.7	1	0.4	1	0.4	263	100
60-69세	45	31.9	7.1	6.8	85	60.3	1	0.7	0	0.0	141	100
70-79세	18	19.6	9.8	9.0	64	69.6	1	1.1	0	0.0	92	100
80세이상	14	23.7	10.2	9.4	39	66.1	0	0.0	0	0.0	59	100
총합	653	43.9	5.2	5.0	743	50.0	11	0.7	2	0.1	1487	100

9.2. 응급실 퇴원시 최종 진단

○ 응급실에서 퇴실하여 입원, 전원, 퇴원 시 등록 된 정신과적 진단명으로는 복수 답변하여, 우울장애가 57.1%, 적응장애가 9.5%, 양극성 장애가 5.5% 순으로 나타남.

<그림 11> 자살시도자의 응급실 퇴원 시 정신과적 진단명



9.3. 의료비 지원

○ 의료비를 지원받은 경우는 전체의 5.5% , 받지 않은 경우가 94.5%임.

○ 의료비를 지원 받은 경우 그 금액은 50만원 미만이 49.4%로 가장 많았으며, 50-100만원 사이가 28.6%%로 나타남.

○ 의료비 지원에 관한 결측값은 58명이며, 의료비를 지원 받은 경우는 77명, 이중 결측값은 5명임.

<표 64> 자살시도자 의료비 지원 여부

	인원(명)	의료비지원		의료비 지원 금액(만원)(지원 받는 경우)			
		받음	받지 않음	50 미만	50-100	100-150	150 이상
		%	%	%	%	%	%
전체	1492	5.5	94.5	49.4	28.6	19.5	2.6
성별							
남자	625	6.1	93.9	44.7	26.3	23.7	5.3
여자	867	5.1	94.9	53.8	30.8	15.4	0.0
연령							
19-29	427	2.8	97.2	80.0	0.0	20.0	0.0
30-39	240	5.4	94.6	41.7	33.3	16.7	8.3
40-49	264	8.0	92.0	57.9	26.3	15.8	0.0
50-59	267	7.9	92.1	38.1	42.9	14.3	4.8
60-69	141	5.0	95.0	42.9	42.9	14.3	0.0
70-79	95	4.2	95.8	50.0	25.0	25.0	0.0
80-	58	6.9	93.1	25.0	0.0	75.0	0.0
지역							
서울	293	2.4	97.6	57.1	42.9	0.0	0.0
경기/인천	399	5.0	95.0	35.0	20.0	40.0	5.0
강원/제주	104	8.7	91.3	75.0	12.5	0.0	12.5
충청/대전	122	14.8	85.2	55.6	44.4	0.0	0.0
전라/광주	234	4.3	95.7	55.6	33.3	11.1	0.0
경상/부산/울산	340	5.3	94.7	40.0	20.0	40.0	0.0

○ 의료비를 지원 받은 경우 의료비 지원 출처는 생명보험 사회공헌 재단이 73%로 가장 많았으며, 기타가 14.6%, 보건복지부가 8.5% 순서로 나타남.

○ 기타로는 중앙자살예방센터, 건강복지센터, 해바라기센터 등이 있음.

○ 결측값은 1임.

<표 65> 의료비 지원 출처

	인원(명)	(%)
보건복지부	**7**	**8.5**
생명보험사회공헌재단	60	73.3
기타	12	14.6
받지않음	2	2.4
전체	82	100.0

제 3장. 연구의 결론 및 제언

I. 연구의 결론 및 의의

1. 연구의 의의

본 연구는 2013년 2월 발효된 자살예방법 제 11조에 근거하여 5년마다 실시하여야 하는 자살실태조사로 최초의 조사 이후 두 번째로 시행된 연구라는 점에 큰 의의가 있다. 또한, 2013년 시행한 첫 자살실태조사의 한계점을 보완하고 참여 기관을 늘려 확장시켰고 기존 연구 결과와 비교할 수 있는 객관적인 결과를 수집하여 5년 동안의 변화를 파악할 수 있다는 점에서 지금까지의 자살 관련 프로그램과 정책들이 어떤 효과와 한계를 가졌는지 좀 더 인과성있게 추론해볼 수 있겠으며, 향후 정책 설정에 좀 더 명확한 근거를 제시할 수 있겠다.

□ 제 1세부 국민의 자살에 대한 태도 조사에서는

자살실태조사의 제 1세부 과제로서 자살 고위험군이 아닌 일반 국민이 자살에 대해 어떤 태도를 가지고 있는지 알아보기 위한 목적으로 조사가 진행되었다.

이를 위하여 제1차 조사에서 제외되었던 제주도와 세종시를 포함한 17개 시도에서 표본추출을 통하여 만 19세 이상부터 만 75세 이하의 1,500명을 대상자로 선정하였다. 그 결과 제1차 조사보다 우리나라의 국민을 좀 더 대표하는 결과로 일반화할 수 있게 되었다. 또한 설문에 자살에 대한 태도를 포함하여 자살에 영화, 드라마 등 미디어가 끼치는 영향, 자살 예방 자원에 대한 인식도, 자살 관련 정책의 개인정보보호 범위에 대한 태도를 추가로 조사하였다. 이들 지표들의 관계를 탐색해봄으로써 자살에 대한 일반적 예방 및 선택적 예방 사업을 진행하는데 질 좋은 근거 자료를 산출해낼 수 있으며, 좀 더 효과적인 자살 예방 프로그램을 설계할 수 있게 도움이 될 것이다. 덧붙여 2013년 조사자료와의 비교를 통해 지난 5년간 시행되었던 정책들이 대국민 자살에 대한 태도에 어떤 영향을 미쳤는지를 종적으로 분석해보는 것도 향후 정밀하고 효율적인 정책 수립에 도움이 될 수 있을 것이다.

본 조사는 전 국민의 의견을 반영할 수 있는 표본설계와 널리 이용되고 구성 타당도가 비교적 입증된 조사 도구인 ATTS를 사용하였다. 이를 통해 객관적이고 일반적인 자료를 확보할 조건을 갖추었다고 볼 수 있다. 미디어 및 대중문화의 영역에서의 자살을 다루는 것에 대한 것을 포함해 2013년 자료보다 확장된 부분은 추후 다양한 영역에서 본 조사를 응용할 수 있는 기본 바탕이 될 것이다.

□ 제 2세부 의료기관 방문 자살시도자 실태조사에서는

응급실을 방문한 자살시도자를 대상으로 조사를 하였으며, 2013년 17개 연구기관에서 2018년 38개 연구기관으로 확장하여 조사를 진행하였다.

이번 연구에서는 기존의 연구들에서 포함되기 어려웠던 제주도, 울산 등을 포함하고 전국 6개 권역의 자살 시도자의 전국적인 분포 및 차이를 비교할 수 있었다. 본 연구에서는 지난 2013 자살실태조사 연구의 자살 시도자에 대한 평가 내용을 바탕으로 자살 시도자 특성 파악을 위한 심층적 조사를 시도하였다. 기존 2013년 자살실태조사 에서도 현재 자살 시도 방법과 동기 등에 있어 지역간 도농 차이가 큰 것으로 파악되고 있어 이번 면담내용 가운데에도 도시와 농촌의 차이를 구분하여 표기하도록 하였다. 또한 자살의 동기에 있어서도 크게 정신과적 증상과 스트레스에 의한 것으로 구분하고, 스트레스 가운데에서 대인관계 및 학업, 직장생활 등으로 구분하여 원인 파악의 세부화를 도모하였다. 또한 연이은 연예인들의 자살 이후 급격한 자살률의 증가를 불러왔던 2008년의 현상과 관련하여 모방자살 등의 영향을 파악하기 위해 인터넷 매체 및 주변 사람, 유명인의 죽음 등에 영향을 받았는지 여부 등을 파악하도록 하였다.

자해시도의 과거력을 조사하면서 횟수 및 계절적 특성을 파악하기 위해 질문을 추가하였으며, 이는 추후 연구에서 자해 시도와 자살과의 관련성을 분석하고 자살조기예방을 위한 자료로 활용할 수 있겠다. 또한 자살예방서비스가 실제 자살시도자에게 얼마나 이용되고 있는지 현황 및 실태파악, 서비스 개선 및 정책 수립을 위해 자살예방서비스 이용경험에 관한 질문을 추가하였다. 자살 시도자의 현재 자살정도 및 위험성 파악을 통해 향후 자살 예방을 위해 자살시도자의 인구학적 정보 외에도 객관화된 척도를 사용하였다. 그리고 2012년 및 2013년 연구에서 예비적으로 사용되어 자살 심각도를 파악하는 데에 도움이 되었던 척도인 C-SSRS(Columbia suicide sincerity rate scale)와 SIS(suicide intent scale)를 이번 연구에서도 사용하였다. 본 연구에서는 자살시도자가 의료비지원을 받는지 여부와 의료비 지원 출처를 확인함으로서 향후 자살 시도자 의료비 지원을 위한 기초자료로 활용될 것으로 예상된다.

2013년 17개에서 2018년 38개로 늘어난 연구 기관은 향후 지속적인 협력 관계를 지속 할 예정이며, 현재 단발성으로 이루어진 자살 시도자에 대한 연구를 지속할 것이다. 이는 전국 단위의 자살 시도자 코호트를 구축하여 향후 자살 예방정책에 있어 자살 시도자의 예후에 대한 근거도 제공할 수 있을 것으로 보인다. 더 나아가 향후 국가 단위의 자살 및 기타 정신질환과 관련된 연구에서 본 협력관계를 지속해 나갈 수 있을 것으로 기대할 수 있다.

2. 연구결과 요약 및 토의

2.1 제 1세부 - 자살에 대한 국민태도 조사

1) 인구학적 정보

본 연구는 지역별, 성별, 연령별 인구비례를 고려한 확률비례계통추출법으로 조사구를 층화시켜 150조사구, 조사구당 10가구, 1가구당 1명씩 총 1500명을 조사하였다. 조사시에는 대상자의 기본적인 인구학적 정보와 함께, 현재의 행복감, 신체-정신 건강상태, 주변의 자살 경험, 자신의 자살 사고, 자살 시도력, 자살 관련 미디어에 대한 태도, 전문가 상담에 대한 태도 등을 포함하였다. 특히 2013년의 조사에 더하여 자살 영상물에 대한 태도, 자살관련 정책의 개인정보보호에 대한 태도, 자살 예방 자원 인식 정도에 대한 문항들을 추가하였다.

2013년과 2018년의 표본의 인구학적 정보를 비교했을 때 성별, 연령, 혼인 여부에 따른 차이는 없었다. 2018년도에는 학력에서 대졸 이상이, ($p<.001$) 2013년도에는 종교 여부에서 종교 있음이 ($p<.001$) 더 많았다.

주관적 행복도와 스스로의 신체건강 및 정신건강을 묻는 문항에선 대상자 중에 행복하다(64.6%), 신체건강이 좋다(66.0%), 정신건강이 좋다(74.8%)고 대답한 수가 과반을 넘었다. 특히 정신건강에 있어서는 3/4에 가까운 대상자가 좋다고 대답하였다. 반면 불행하다(3.2%), 신체건강이 나쁘다(6.6%), 정신건강이 나쁘다(1.8%)고 대답한 수는 비교적 소수에 속했고, 이들 중 신체건강이 나쁘다고 한 군이 제일 많았다. 2013년에 비해서 행복도의 차이는 관찰되지 않았으며, 신체건강과 ($p<.01$) 정신건강에서 ($p<.01$) 나쁨 군은 유의미하게 감소하였다.

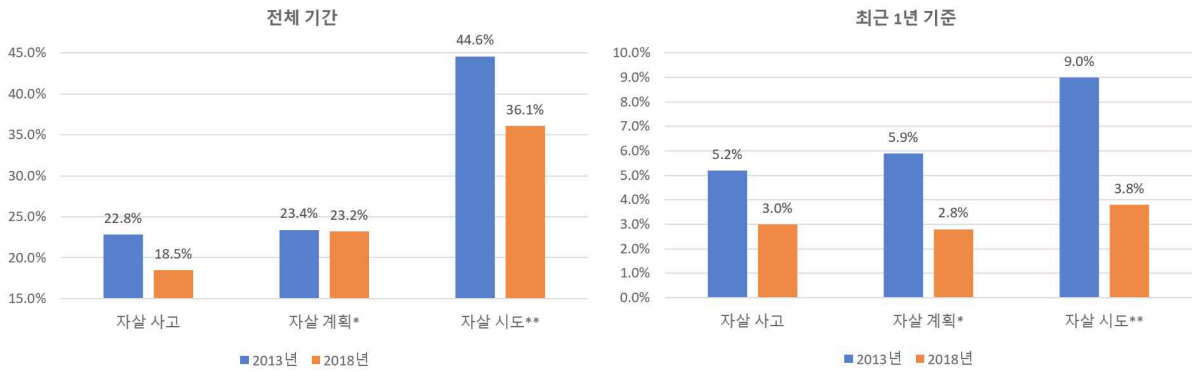
2) 주변 혹은 자신의 자살 관련 경험

주변에 자살한 사람은 비가족 9.2%, 가족 0.7%에서 있었고 대략 10% 내외의 정도로 추정이 된다. 반면 시도자는 비가족 2.1%, 가족 0.6%, 계획자는 비가족 2.0%, 가족 0.7%로 비교적 낮은 수준이었다. 현재 자살을 생각하는 사람은 비가족에서 0.8%, 가족에서 0.2%의 사람이 인지를 하고 있었다. 이렇듯 자살로 사망한 사람에 비해서 자살을 계획하거나 시도한 사람을 인지하는 비율은 많이 낮았다. 이는 자살 사고 및 자살 시도에 대해서 타인에게 노출(disclosure)하는 비율은 높지 않다는 것을 의미한다.

자살 생각을 해본 적이 있는 사람은 18.5%로, 최근 1년 이내에는 3.0%가 있다고 대답

하였다. 이는 2013년의 22.8%, 1년 이내 5.2%에 비해서 상당히 줄어든 수치이다. 자살 생각의 이유로는 경제적 문제, 가정의 문제, 진로 및 학업이 뒤를 이었다. 경제적 문제가 자살 사고의 이유라고 대답한 비율이 2013년의 28.5%에 비해 34.9%로 증가하는 등 외부적 원인에 대한 응답이 증가하였다. 이렇게 외부적 원인에 의한 지표가 늘었음은 분모에 해당하는 자살 사고가 있는 사람의 수가 2013년에 비해 2018년에 감소했다는 점을 고려해서 해석에 주의를 요하겠다. 자살 사고가 있는 사람 중에서 자살 계획을 한 적이 있는 사람은 23.2%로 2013년과 비슷한 정도였지만 최근 1년 이내를 기준으로 할 때 2013년의 5.9%에 비해서 2.8%로 크게 줄었다. 자살계획을 한 적이 있는 사람 중 자살 시도를 한 사람은 2013년 44.6%에서 2018년 36.1%로 줄었다. 최근 1년 이내 자살 시도를 한 사람 또한 9.0%에서 3.8%로 큰 폭으로 줄었다. 이러한 비중은 최근 감소하는 국내 자살률을 반영하는 지표라고 볼 수 있겠으며, 지난 5년간 시행한 정책들이 가시적인 성과를 내는 것으로 볼 수 있겠다.

<그림 1> 2013년과 2018년 자살 사고, 자살 계획, 자살 시도 비교



* 분모: 자살 사고가 있는 사람, ** 분모: 자살 계획이 있는 사람

자살 사고가 있는 사람 중 전문가 상담을 받은 경험은 2013년 11.2%에서 2018년 4.8%로 오히려 줄었다. 전문가 상담을 받지 않은 이유로 2013년에는 주변 전문가나 기관을 모른다는 답변이 11.5%에 해당하였으나, 2018년에는 2.5%로 큰 폭으로 줄었다. 2018년 조사에서 전문가 상담을 받지 않은 가장 큰 이유로 시간이 지나면 괜찮아질 것 같아서가 40.3%를 차지했으며, 상담으로 해결되지 않을 것 같아서는 2013년 20.5%에서 2018년 30.3%로 거의 10%P가량 상승하였다. 추후 상담 의향이 있다는 응답도 32.8%로 2013년의 39.0%에 비해 줄어들었다. 비록 자살 사고, 자살 관련 행동 지표들은 개선되었고 주변 전문가나 기관을 2013년보다 좀 더 잘 인지하고 있으나, 주변 시선의 부담이나 정신과 치료에 대한 낙인이 여전하여 전문가 상담에는 소극적인 태도를 보이는 것으로 보인다. 향후 자살 관련 정책에서도 전문가 상담 및 정신과 치료에 대한 인식과 태도

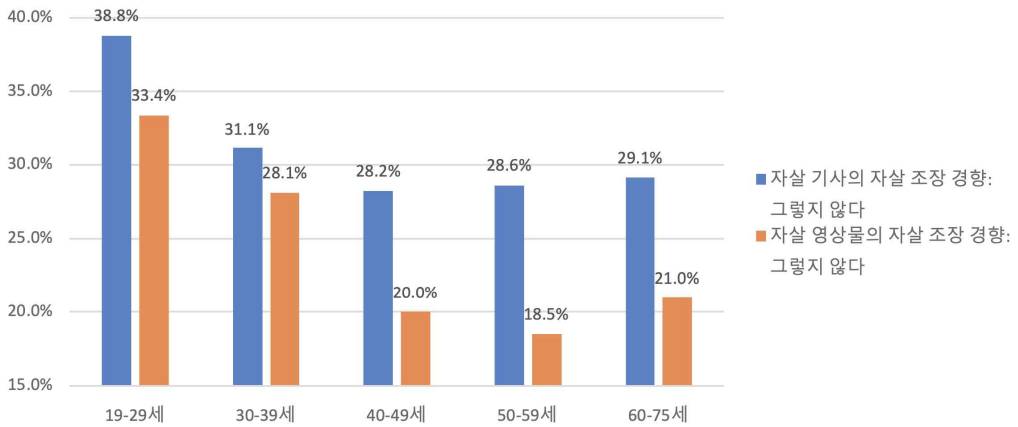
를 개선하는 데에도 주안점을 두어야겠다.

3) 자살 관련 미디어에 대한 태도

자살 관련 미디어에 대한 태도 부분에서 자살 관련 기사를 관심 있게 보는 사람은 40.9%로 2013년의 45.3%에 비해서 줄었다. 이 중 과거 자살생각이 있는 사람들은 50.2%가 기사를 관심있게 본다고 하여 그 외 인구의 38.8%보다 높은 비율을 보였다. 자살 기사가 자살을 조장하는가 묻는 문항에서 잘 모르겠다는 문항은 2013년의 13.4%에서 2018년에는 3.9%로 줄었고, 그렇지 않는다는 답변은 2013년의 23.1%에서 31.1%로 늘었다. 자살 기사 보도되는 것에 대해서는 78.5%가 부정적으로 생각하여 2013년의 66.1%보다 늘어난 것을 볼 수 있었다. 드라마, 영화, 다큐멘터리, UCC 등에서 자살 관련 영상물에 대한 질문에선 72.2%의 사람들이 자살 시도를 조장한다고 보아 그렇지 않다는 24.0%의 응답보다 크게 나타났으며, 이러한 매체에서 자살을 암시하는 장면이 포함되는 것에 긍정적인 의견은 5.7%로 부정적이라고 답변한 86.1%에 비해 크게 낮았다.

즉, 자살 관련 기사나 영상물에 대한 국민들의 태도는 부정적인 태도가 우세하며 2013년에 비해서 부정적으로 보는 의견이 증가하고 있다. 이런 자살 관련 미디어에 대한 태도는 성별에 따른 차이는 크지 않았으나 연령이 39세 이하인 층에서 자살 시도를 조장하지 않는다는 태도가 높았다. 따라서 자살 관련 미디어의 심의가 강화될 필요는 있지만 연령이 낮은 층에서 심리적 저항감이 있을 수 있으며, 관련 정책을 추진할 때 이들을 설득할 수 있는 충분한 근거가 제시될 수 있어야겠다. 최근 자살을 다룬 한 Netflix 드라마 『13 Reasons Why』(국내제목: 루머의 루머의 루머)가 방영된 3개월 뒤 미국 청소년의 자살률이 가파르게 상승했다는 보고 (Niederkrotenthaler, 2019) 등의 비교적 이들 연령층에 익숙한 컨텐츠와 관련된 근거를 교육에 활용하면 자살 미디어가 가진 파급력을 좀 더 효과적으로 전달할 수 있을 것이다.

<그림 2> 연령별 자살 미디어의 자살 조장 경향에서 "그렇지 않다"고 대답한 비율



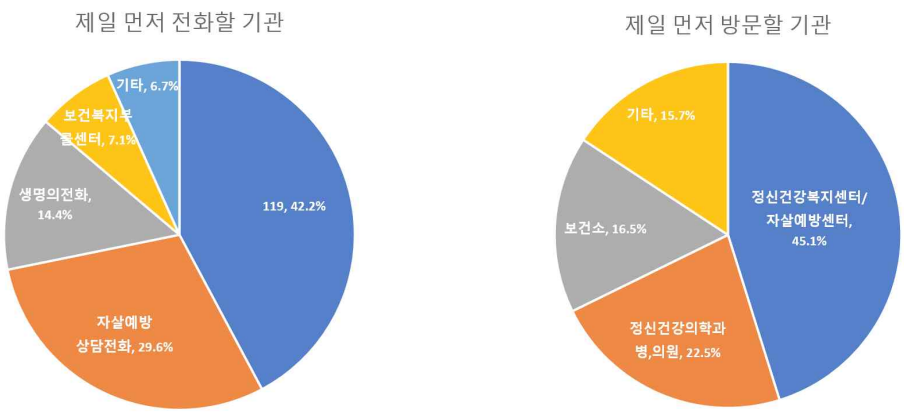
4) 자살예방 자원에 대한 인식

대상자들의 절반 이상인 65.7%는 119를 통해 전화로 자살사고나 계획이 생긴 경우 도움을 받을 수 있다고 대답하였다. 그 뒤로 자살예방상담전화(33.2%), 생명의 전화(30.5%)가 뒤를 이었다. 보건복지부 콜센터(18.7%), 정신건강복지센터/자살예방센터(10.0%)는 비교적 적은 비율의 대상자들만이 인지하고 있었다. 실제 본인이나 주변에서 자살 관련 사고가 발생할 경우 전화로 도움을 요청할 기관도 119가 42.2%로 가장 높았다. 19-29세 연령, 미혼 집단에서만 119보다 자살예방상담전화로 도움을 요청할 것이라고 답한 비율이 높았다.

방문을 통해 도움을 받을 수 있는 기관으로는 정신건강복지센터/자살예방센터가 50.0%로 가장 높게 인지되는 기관이었다. 정신건강의학과 병의원은 36.3%로 그 다음을 이었다. 실제 본인이나 주변에서 자살 관련 사고가 발생할 경우 방문할 기관 또한 정신건강복지센터/자살예방센터가 45.1%로 가장 많았고, 정신건강의학과 병의원이 22.5%로 뒤를 이었다. 중졸 이하의 학력과 농촌에서는 정신건강의학과 병의원보다 보건소를 방문하겠다고 답변한 비율이 더 높았다.

자살 관련 도움을 요청할 때 119와 정신건강복지센터/자살예방센터가 일반 국민들이 가장 많이 인지하고 실제 도움을 요청할 수 있는 기관이라고 볼 수 있겠다. 그러하기에 자살 관련 문제가 발생했을 때 이들 기관의 역할이 중요할 것으로 보인다. 119 응대자와 구급대원에게 자살과 관련된 교육이 시행되어야 할 것이며, 자살과 관련된 부서가 신설되는 것도 도움이 될 것이다. 무엇보다 자살 전문대응기관에 효과적으로 연계하는 시스템이 구축되어야 할 것이다. 정신건강복지센터/자살예방센터에서도 자살 위험의 중증도를 평가할 수 있는 인력을 배치하고, 중증도가 높을 시 이를 정신건강의학과 병의원에 연계하는 시스템을 구축하는 것도 필요하겠다. 농촌의 보건지소에서도 게이트키퍼 교육을 강화하고 필요시 전문 기관에 연계하는 네트워크 구축이 도움이 될 것이다.

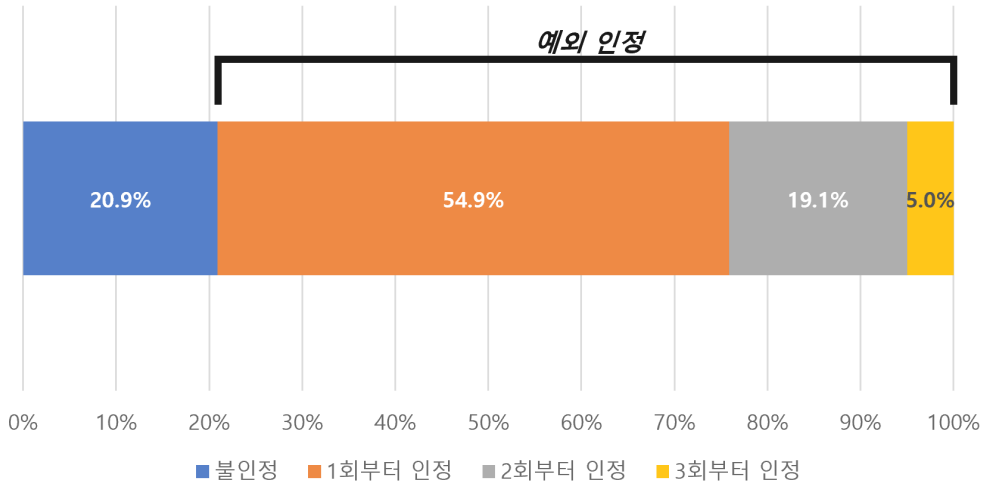
<그림 3> 자살 예방을 위해 제일 먼저 전화/방문할 기관



5) 자살예방 프로젝트의 개인정보보호 동의 예외 인정에 대한 의견

자살예방 프로젝트에 대해서는 대상자의 79.1%가 자살시도를 하면 개인정보보호에 대한 법률의 예외를 인정해야 한다고 여겼다. 54.9%는 단 1번의 자살시도만 하더라도 바로 예외를 인정해야 한다고 생각하여 과반이 넘는 수가 자살예방 프로젝트를 진행할 때 개인정보보호 동의 예외를 폭넓게 인정하는 의견을 보였다. 예외를 적용할 시에 국가의 적정한 관리 영역은 어디까지인가를 보았을 때 45.0%는 자살시도자에 대한 정보를 자살예방기관에 제공하는 것이 적정하다고 보았다. 한편, 42.9%는 시도자 본인에 대한 정신과 진료를 받아야 한다고 하였으며, 12.2%는 시도자 본인 및 보호자까지 진료가 필요하다고 답변하였다. 개인정보보호 동의 예외 인정에 대해서 부정적인 의견이 높은 층은 중졸 이하(25.5%), 농촌 거주(28.3%)에 해당하는 인구들이었고, 부정적인 의견이 30%를 넘긴 분류 집단은 없었다. 따라서 국민들은 자살 예방을 위한 개인정보보호 동의 예외에 대해서 비교적 폭넓게 인정하는 의견을 지녔으나 농촌 지역과 저학력층에서 다소간의 정책적 반감이 있을 수 있음을 고려해야겠다.

<그림 4> 자살 시도 후 개인정보보호 예외 인정 기준에 대한 의견



6) ATTS 문항에 대한 분석 결과

ATTS의 자살의 태도 관련 37개 항목을 Renberg & Jacobsson(2003)이 분류한 10가지 요인 차원으로 분류하였다. 원저자인 Ellinor Renberg에게 가능하면 많은 문항을 분석에서 이용하기 위해 자문을 구하였고, 저자의 의견에 따라 32개 항목을 분석에 사용하여 각 요인에 속해있는 문항의 점수를 합산하였다. 10개의 요인을 성별, 연령, 학력, 혼인상태, 종교유무, 자살 생각 유무, 도시와 농촌, 행복감, 신체건강, 정신건강이라는 인구사회학적 특성에 따라 차이를 검정하였다.

○ 자살을 용인하고 허용하는 태도인 ‘자살에 대한 수용적 태도’에 속한 항목에서 일반 인구의 약 2/5인 약 39.3%가 평균적으로 동의한다고 응답하였다. 과거 자살사고가 있었던 경우가 유의미하게 더욱 수용적인 태도를 보였다.

○ 자살은 이해하기 어렵다는 태도인 ‘자살에 대한 거부적 태도’는 약 71.5%가 동의한다는 답변을 하였다. 연령별로 19~29세보다 40세 이상이 거부적인 태도가 높았으며, 학력이 낮을수록, 과거 자살 생각이 없을수록 높았다.

○ 자살하려는 사람이 사전에 자살에 대해서 이야기하지 않거나, 자살에 대해 이야기하는 것이 실제 자살과 관련이 적다는 태도인 ‘자살에 대한 인식 부족’은 약 46.6%에서 동의한다는 답변이 높았다.

○ 자살은 예방할 수 있다는 인식 및 태도인 ‘자살에 대한 예방인식’에서 일반 인구의 약 57.9%가 긍정적으로 응답하였다. 이혼/사별한 사람, 행복도가 낮은 집단에서 긍정적으로 응답한 정도가 낮았다.

○ 자살에 대한 이야기는 하지 않는 편이 낫고, 다른 사람의 자살 결정에는 간섭하지 않는 것이 낫다는 태도인 ‘자살에 대한 금기적 태도’는 약 32.3%에서 금기시한다는 응답을 하였다. 연령이 60~75세이거나, 과거 자살생각이 없던 집단에서 더욱 금기시하는 태도가 보였다.

○ 자살생각 및 자살이 보편적이라는 ‘자살의 보편화 경향’ 요인에서는 약 36.2%가 동의하는 응답을 하였다. 미혼, 19-29세, 과거 자살생각이 있던 군에서 더욱 보편적이라는 태도를 가졌다.

○ 자살이 시간을 두고 발생한다는 ‘자살에 대한 결정과정’ 태도는 약 36.2%에서 동의한다는 답변을 보였다. 종교가 있고, 농촌에 거주하고, 과거 자살생각이 없는 군에서 더욱 점수가 높았다.

○ 자살이 대인관계 갈등에서 기인한다는 ‘자살 동기에 대한 유추’ 태도는 약 31.8%가 동의한다는 답변을 보였다. 농촌보다 도시에 사는 인구집단에서 대인관계 갈등에서 자살 동기가 나타난다는 태도를 보였다.

○ 자살을 막기 위해 노력해야 하며 직접적으로 도움을 줄 수 있다는 태도인 ‘자살예방의 준비성’에서는 약 58%가 동의한다고 답변하였다. 남성, 과거 자살생각이 없던 군, 행복도가 높은 군에서 이 요인의 점수가 높았다.

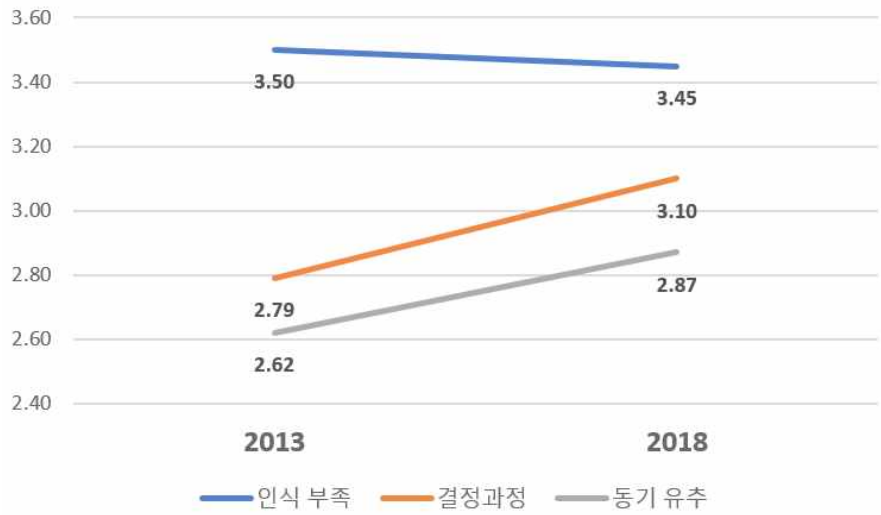
○ 자살을 받아들여야 할 상황이 있다는 태도인 ‘합리적 선택’에 속한 항목에선 평균적으로 25%가 동의한다는 답변을 하였다. 종교가 없고, 도시에 살고, 과거 자살생각이 있던 군에서 자살이 합리적 선택일 수 있다는 태도를 보였다.

7) ATTS 문항 분석의 2013년과 비교 결과

2013년 최초의 조사 이후 2018년에 다시 시행한 ATTS 결과는 표본추출 방법과 조사의 방법론이 거의 유사하여 비교성이 있다고 할 수 있다. 따라서 본 2018년도 조사의 결과를 2013년과 종적 비교를 하여 좀 더 세부적인 분석을 시행해보았다.

'자살에 대한 인식부족' 요인의 점수는 2013년에 비해 2018년에는 줄어들었다. 연령, 혼인상태, 종교, 도시/농촌, 자살생각 유무에 따른 차이가 2013년에 있었으나 2018년에는 세부분류에서 점수가 높았던 군의 점수가 감소하며 그 차이가 없어졌다. '자살에 대한 결정 과정' 점수는 거의 모든 집단에서 2013년에 비해 상승하였고, '자살 동기에 대한 유추' 점수도 성별, 연령을 따지지 않고 그 점수가 상승하였다. 이는 우리 사회에서 자살사고와 자살 관련 행동에 대한 인식이 2013년에 비해 상대적으로 높아졌음을 의미한다. 지난 5년간의 자살 정책과 게이트 키퍼 교육 등의 효과로 일반 국민의 자살에 대한 지식이 상승했고 이런 것들이 상기 요인들의 점수 변화를 유도하였을 것으로 추정된다. 이러한 자살에 대한 인식 변화는 2013년에 비해 2017년 자살사망률이 감소한 것과 본 조사의 앞선 결과인 자살사고, 자살계획 및 자살시도의 비율 감소에 영향을 주었을 수 있다. 한편, '자살에 대한 인식 부족' 태도에서의 점수가 남성과 50세 이상의 연령층에서는 유의미한 감소를 보이지 않았는데 이는 최근까지도 중장년층 남성의 자살률이 높은 수준으로 유지되는 것과 연관이 있을 것으로 추측할 수 있다. 따라서 향후 중장년층 남성을 대상으로 한 자살에 대한 더욱 효과적인 인식 교육이 추후 더욱 필요하겠다.

<그림 5> 자살에 대한 인식 관련 태도의 점수 변화

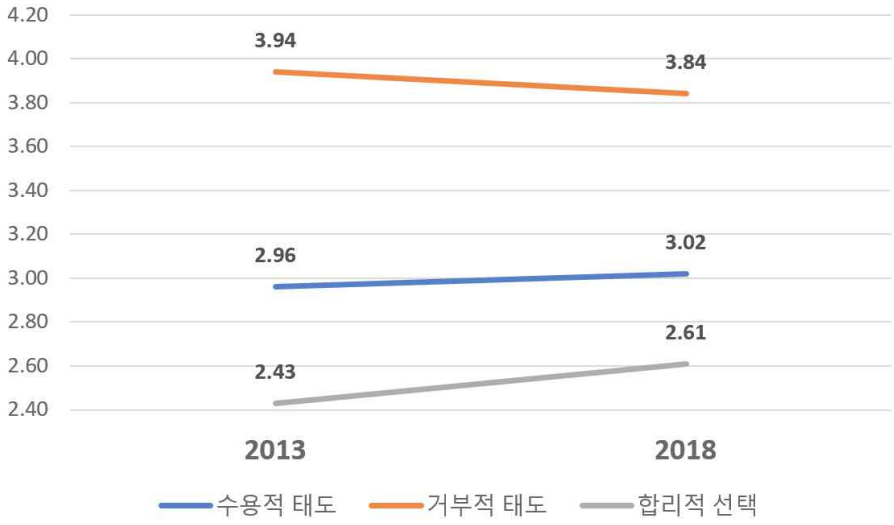


* 인식 부족: 자살하려는 사람들이 사전에 자살에 대해 이야기를 하지 않는다는 생각 및 자살에 대해 말하는 것이 실제 자살과 괄년이 적다는 태도. 결정과정: 자살은 충동적이라기보다는 시간을 두고 발생한다는 인식 및 태도. 동기 유추: 자살 시도가 대인관계 갈등에서 흔히 기인한다는 인식 및 태도.

‘자살에 대한 수용적 태도’는 전반적으로 2013년에 비해 상승했다. 2013년에는 종교, 행복도, 신체-정신 건강에 따른 차이가 있었으나 2018년에는 종교 있음, 행복한 군, 신체-정신 건강 좋음 군에서 수용적 태도가 상승하면서 그 차이가 사라졌다. 반면 ‘자살에 대한 거부적 태도’는 그 점수가 감소하였다. 하지만 연령이 높은 층에서 거부적 태도의 점수가 줄었으나 여전히 다른 연령층에 비해선 상대적으로 높았다. 행복도, 신체-정신 건강에 따른 차이는 2018년엔 사라졌으나, 자살생각이 있는 군에서 수용적 태도가 높고, 거부적 태도가 낮은 경향은 2013년과 2018년이 동일했다. ‘합리적 선택’의 태도는 전반적으로 상승하였고 49세 이하의 연령층, 고졸 이상의 학력, 도시 거주 및 행복하고 신체-정신건강이 좋음 군에서 두드러졌다.

상기 결과를 종합하면 자살에 대한 ‘허용적 태도’가 우리 사회에서 2013년에 비해 증가하였고 세부 집단별로의 차이가 점차 줄어드는 추세임을 알 수 있다. 이는 사회적 분위기가 개인의 자율성을 존중하면서 자살 또한 권리일 수도 있다는 인식이 높아졌다고도 볼 수 있겠다. 다른 시선으로는, 자살이 합리적 선택일 수 있겠다는 태도가 상승한 까닭에는 2018년 2월 시행된 존엄사 법(‘환자의 연명의료 결정에 관한 법률’)의 영향도 배제할 수 없다. 일본에서의 보고(Kodaka et al., 2013)에 따르면 사회복지사 집단에서 일반적인 자살예방 훈련을 받은 군과 아닌 군에서의 자살에 대한 허용적 태도가 차이가 없었다. 이는 향후 자살예방 프로그램은 자살에 대한 허용적 태도를 이전보다 충분히 다뤄야 함을 시사한다. 또한 자살사고가 있는 군에서 허용적 태도가 많이 나타났으므로, 이들 집단에 대한 선택적 예방 프로그램에도 허용적 태도에 대한 내용이 충분히 들어가야겠다.

<그림 6> 자살의 '허용적 태도'와 관련된 태도의 점수 변화

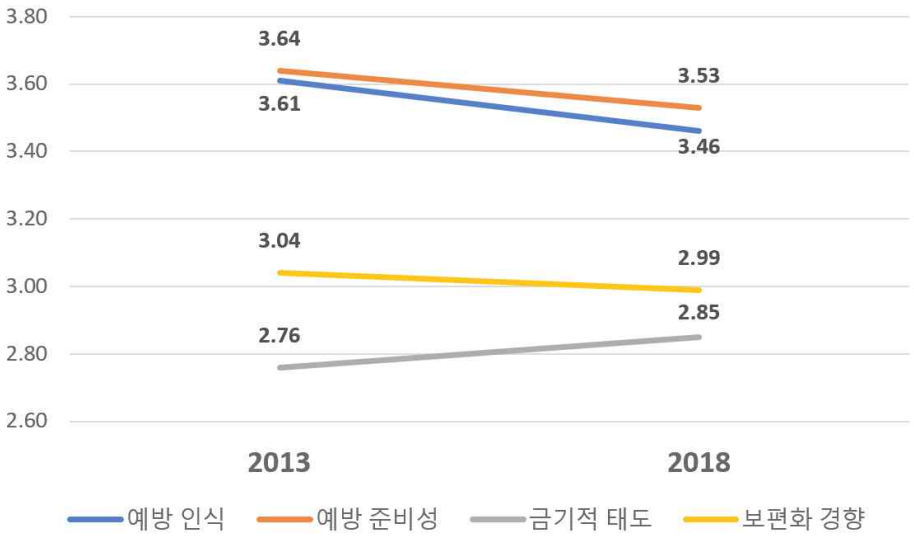


* 수용적 태도: 고통 받는 상황에서 자신이나 타인의 자살을 용인하거나 자살에 대한 허용적인 인식 및 태도, 거부적 태도: 자살은 이해하기 어렵다는 인식 및 태도, 합리적 선택: 자살을 받아들여야 할 상황이 있을 수 있다는 인식 및 태도

‘자살에 대한 예방인식’ 점수는 2013년에 비해 전반적으로 줄어들었다. 2013년에는 연령이 높을수록, 학력이 낮을수록 점수가 낮은 경향을 보였으나 2018년에는 그 차이가 사라졌다. ‘자살예방의 준비성’ 점수 또한 전반적으로 줄어들었다. 2013년에는 높은 연령, 농촌, 자살생각 있음 군에서 이 점수가 높았으나 큰 폭으로 줄어들어서 2018년에는 오히려 자살생각이 없는 군에서 이 점수가 높은 것으로 역전되었다. ‘자살에 대한 금기적 태도’ 점수는 일부 집단에서 약간 높아졌으며, ‘자살에 대한 보편화 경향’은 낮아진 것으로 나타났다.

상기 태도 요인의 변화를 종합하면, 자살이 쉽게 예방될 수 없고 자살을 막기 위한 노력이 어려운 것이라는 태도가 증가하였으며, 일부에서 자살 사고 및 자살이 그렇게 흔하지 않고 자살에 대해서 공개하지 않는 편이 낫다는 태도가 늘고 있다고 볼 수 있다. 앞서 말했듯이 자살에 대한 일반 국민들의 지식은 증가하였으나 실제 자신이나 주변에서 자살과 관련된 위기 상황이 닥쳤을 때 대처에 대한 인지도 및 효능감은 오히려 줄어드는 것을 볼 수 있다. 또한 여기에는 정신건강의학과 치료에 대한 낙인을 우려하는 인식도 영향을 미쳤을 것이다.

<그림 7> 자살의 예방과 대처에 대한 태도의 점수 변화



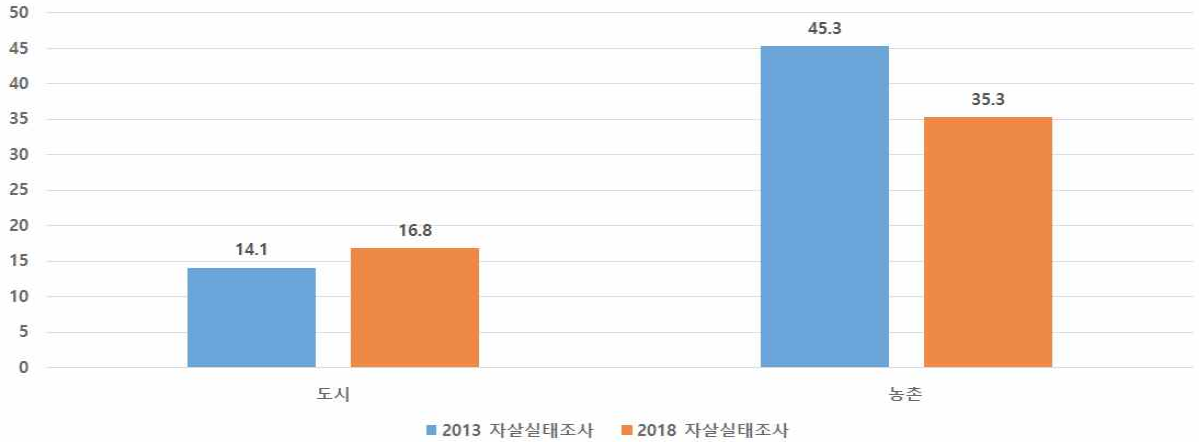
* 예방 인식: 자살은 예방할 수 있다는 인식 및 태도, 예방 준비성: 자살을 막기 위해 노력해야 하며 직접적으로 도움을 줄 준비가 되어 있다는 인식 및 태도, 금기적 태도: 자살에 대한 이야기는 하지 않는 편이 낫고 다른 사람의 자살 결정에는 간섭하지 않는 편이 낫다는 인식 및 태도, 보편화 경향: 자살생각 및 자살이 보편적이라는 인식 및 태도.

2.2 제 2세부 - 의료기관 방문 자살 시도자 실태조사

1) 자살시도자의 인구학적 분포

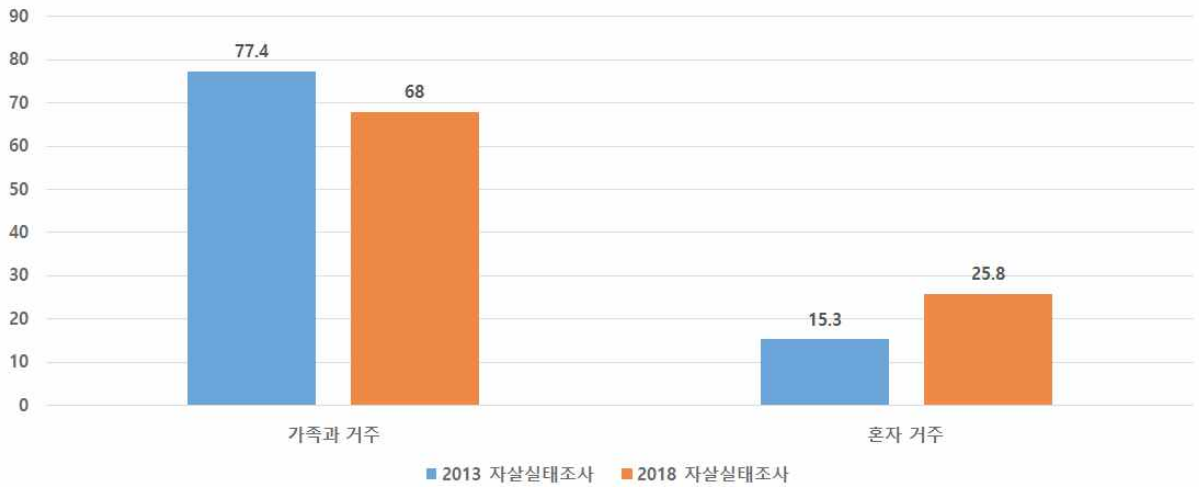
자살 시도자의 연령분포는 도/농에 따라 차이가 뚜렷하여 도시에서는 60대 이상의 비율이 16.8%이나, 농촌의 자살 시도자에서는 35.3%로 농촌에서 고령자의 비율이 훨씬 높았다. 2013 자살실태조사와 비교 하였을 때는 도시 14.1%, 농촌 45.3%로 그 차이는 줄어들어 보인다.

<그림 8> 연도별 60대 이상 자살시도자 도시/농촌 비율



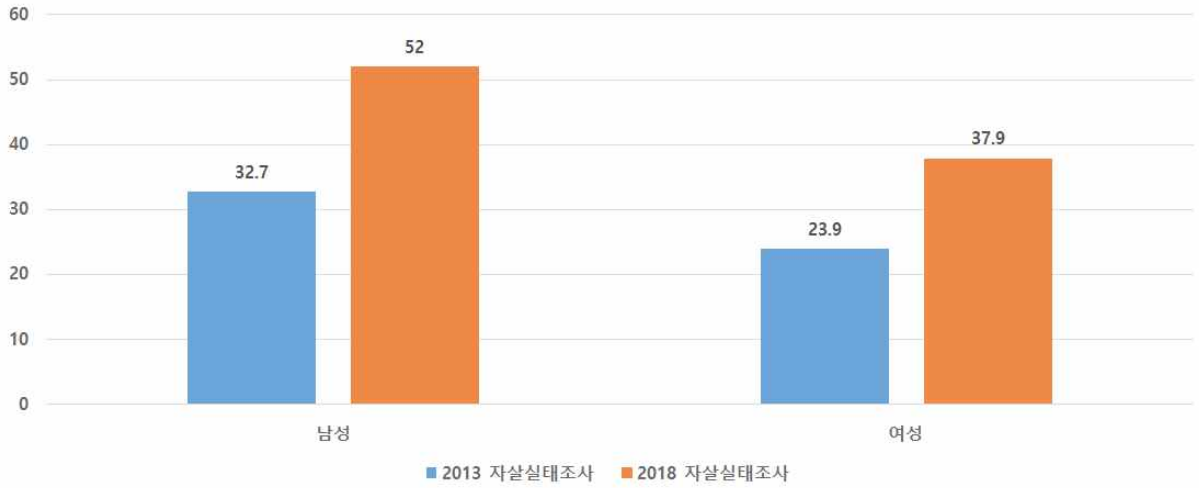
거주 형태에서는 가족과 거주하는 비율이 68%, 혼자 거주하는 경우가 25.8%로 2013년 자살실태조사의 가족과 거주하는 비율 77.4%, 혼자 거주하는 비율 15.3%와 비교하여 혼자 거주하는 비율이 10.3%P 상승하였다. 연령대별로는 혼자 거주하는 비율이 40대가 16.5%로 가장 적고, 그 외의 연령대에서 25% 전후로 나타났다. 2013 자살실태조사에서 30, 40대가 혼자 거주하는 비율이 약간 높았던 것에 비하면, 혼자 거주하는 비율이 전 연령대에 고르게 분포된 것을 알 수 있다.

<그림 9> 연도별 거주형태 비율



신체 질환의 여부는 남성의 52%, 여성의 37.9%가 신체 질환을 갖고 있었으며, 2013 자살실태조사에서 남성 32.7%, 여성 23.9%에 비해 10%P 이상씩 높아진 결과이다. 고령으로 갈수록 신체 질환을 갖고 있는 비율이 증가하며, 50대를 시점으로 증가하고, 신체 질환으로 인한 고통의 정도는 70대 이상에서 중등도 및 심한 고통을 겪고 있는 비율이 증가하였다.

<그림 10> 연도별 신체질환을 가진 비율



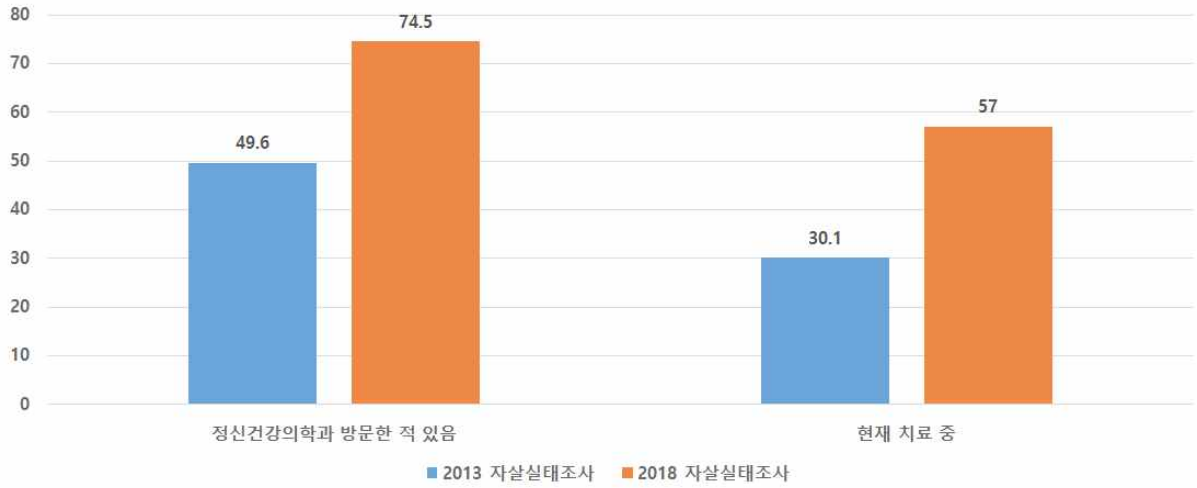
2) 자살시도의 이유

자살 시도자의 주관적인 자살 시도의 이유로는 우울감, 불안감 등의 정신과적 증상으로 인함이 전체의 35.1% 해당하였으나, 이에 못지않게 대인관계로 인한 스트레스로 인한 자살 시도도 30.3%로 나타났다. 우리나라의 자살 시도자들에게서 대인관계 스트레스도 우울감 등의 정신 증상만큼 중요한 이유임을 알 수 있다. 대인관계 중에서는 가족 및 배우자, 연인 간의 문제가 전체 대인 관계의 89.5%를 차지하였다.

3) 자살시도 이전에 정신건강의학과 방문 여부

약 3/4에 해당하는 74.5%의 자살 시도자가 이전에 정신건강의학과에 방문한 적이 있는 것으로 나타났으며, 2013년의 49.6%에 비해 24.9%P 증가한 수치이다. 1/4 가량은 정신건강의학과에 방문한 적이 없이 자살 시도를 한 것으로 나타났으며, 그 수치는 2013년에 비해 나아진 것으로 보인다. 정신과 방문 이후에 현재 치료 중인 사람은 57%로 2013년 30.1%에 비해 26.9%%P 증가한 수치이다. 이 부문은 2013년 자살실태조사 이후의 정책들이 자살 예방에 효과가 있었던 것으로 보인다.

<그림 11> 연도별 자살시도 이전 정신건강의학과 방문 및 치료 여부



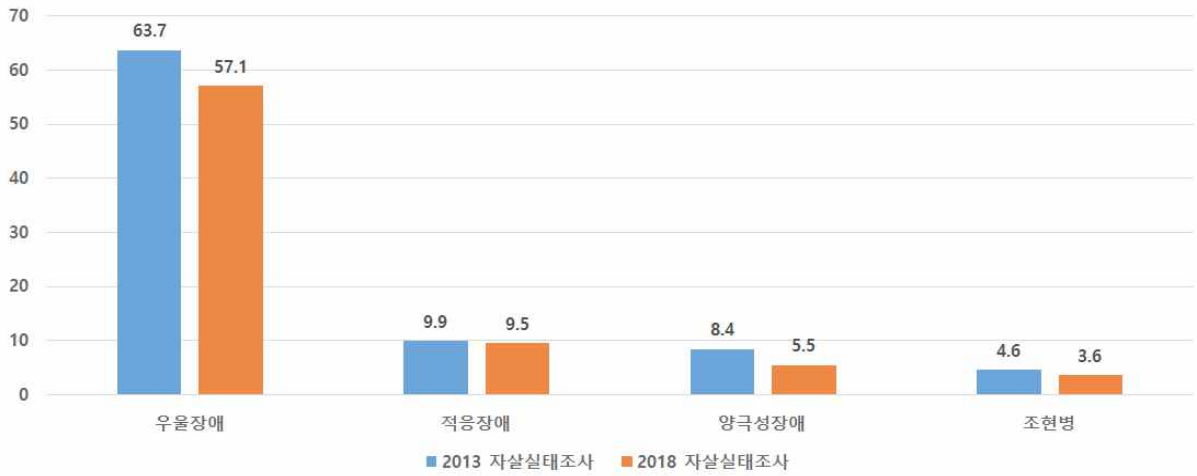
4) 높은 치명도를 가진 자살수단을 선택할 확률

높은 치명도를 가진 자살수단에는 농약, 목맴, 투신, 차에 뛰어들기, 가스, 익수가 들어간다. 70세 이상 고령 및 남성, 자해 및 자살시도력이 없거나 1회, 기존에 정신과적 병력이 없는 사람이 자살시도를 이유로 응급실에 내원 할 경우 높은 치명도를 가진 자살수단을 선택할 확률이 높았다.

5) 응급실 퇴실 시 최종 진단

응급실 퇴실 시 진료를 본 정신건강의학과 최종 진단으로는 우울장애가 57.1%, 적응장애가 9.5%, 양극성장애가 5.5%, 조현병이 3.6%로 나타났다. 2013 자살실태조사와 비교하면 아래와 같다.

<그림 12> 연도별 응급실 퇴실 시 최종 진단

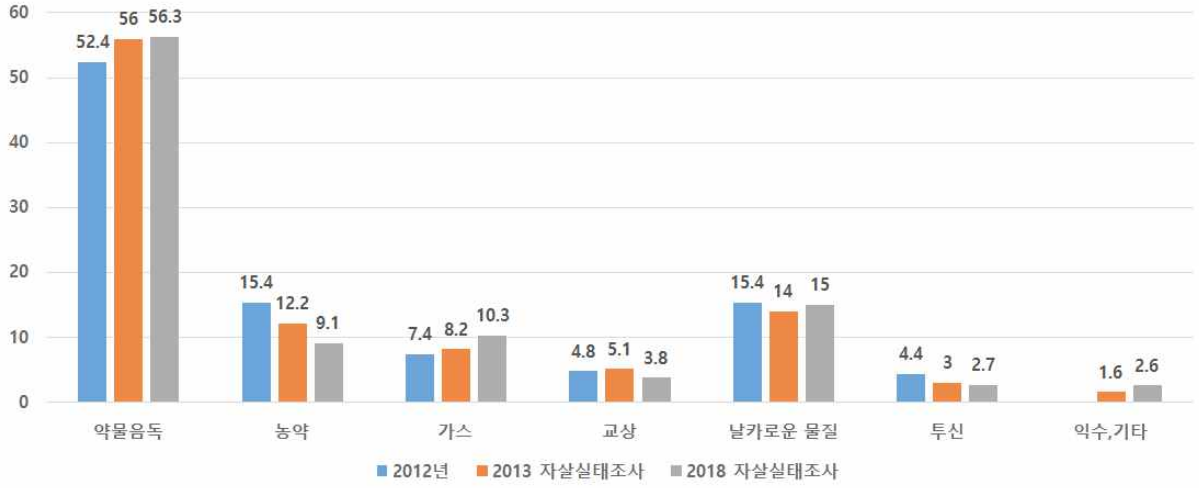


6) 자살시도의 방법

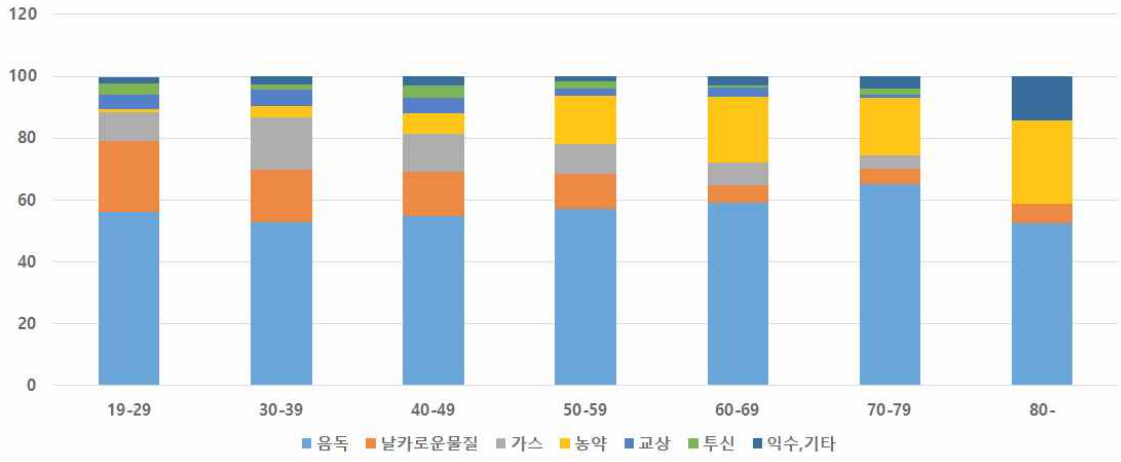
자살 시도자의 약 56.3%가 약물 음독, 9.1%가 농약 음독으로 자살 시도를 하였다. 농약 음독으로 인 한 자살 시도는 2012년 15.4%에 비해 그라목손을 전면 금지한 2013년에 12.2%로 다소 줄어들었으며, 2018년에 9.1%까지 줄어들었다. 연탄가스 등의 가스음독이 2012년 7.4%, 2013년 8.2%였으며, 2018년 10.3%로 다소 늘어나는 양상이었다.

연령별로는 음독의 비중은 전 연령대에서 약 52%로 비슷한 수준이며, 20대에서 날카로운 물질(칼 등)에 의한 시도가 22.8%, 30대와 40대에서 가스에 의한 시도가 평균 15%, 50대 이상에서 농약에 의한 시도가 평균 18%로 상대적으로 높은 비중을 차지한다

<그림 13> 연도별 자살시도 방법

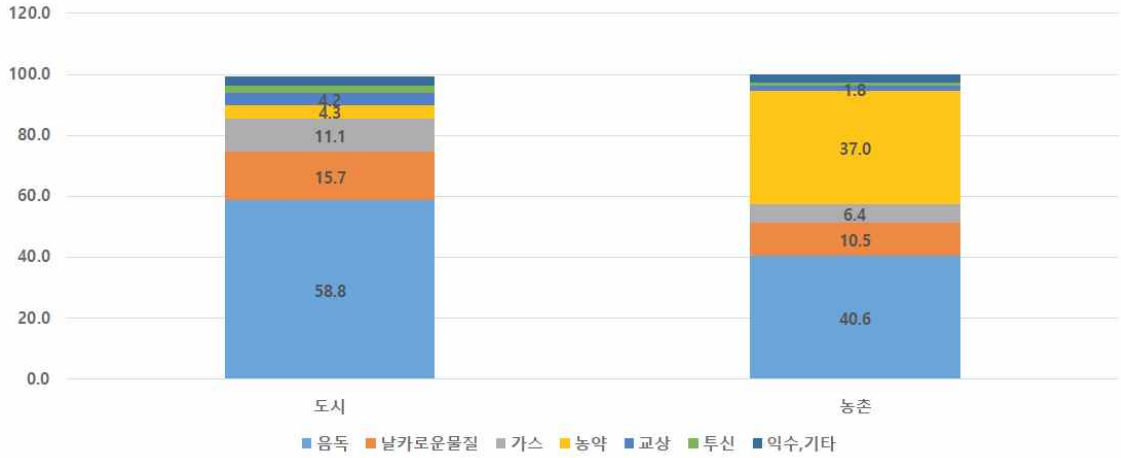


<그림 14> 연령별 자살시도 방법



도시와 농촌에 따른 차이를 보면 농약의 경우 도시는 4.3%인 반면, 농촌은 37%로 농촌이 33.7%P 높은 반면, 가스의 경우 도시 11.1%, 농촌 6.4%로 상대적으로 농촌이 낮은 비율을 보인다. 도시는 음독과 날카로운 물질에 의한 시도가 농촌에 비해 상대적으로 높은 비율을 보인다.

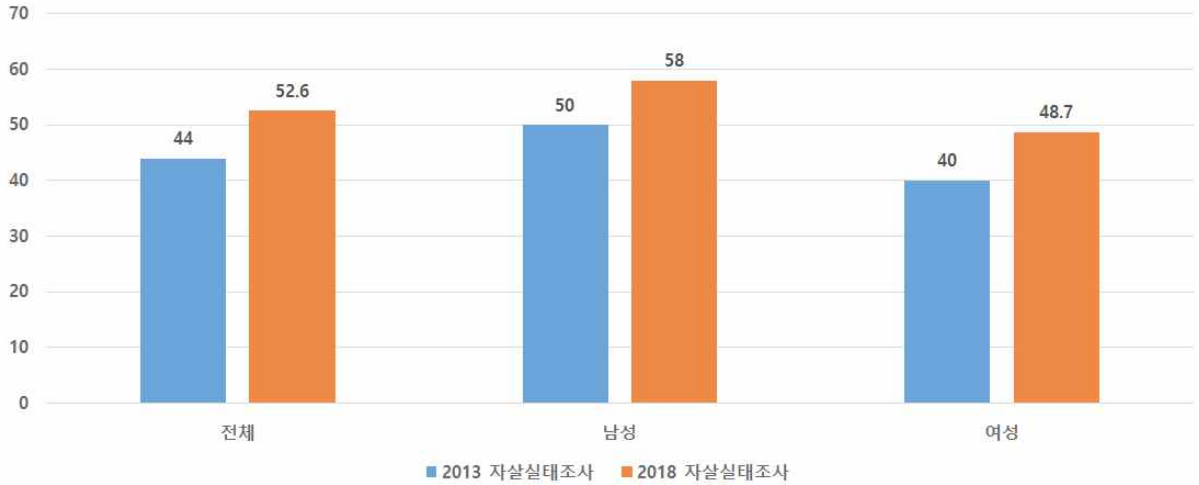
<그림 15> 도시, 농촌별 자살시도 방법



7) 자살시도자의 음주 상태

자살시도시 52.6%의 사람이 음주 상태로 자살을 시도하였으며, 2013년 44%에 비해 8.6%P 상승한 수치였다. 성별로도 남성이 약 58%, 여성의 48.7%가량이 음주상태로 자살 시도를 한 것으로 드러나 남녀 모두에게서 자살 시도시 음주 상태였던 시도자가 많았음을 알 수 있다.

<그림 16> 연도별 자살시도시 음주 상태의 분포



3. 연구의 한계점

이번 2018년도 자살실태조사 연구는 2013년도의 자살실태조사를 바탕으로 한 대규모, 전국적 조사라는 점에서 큰 의의가 있다. 하지만 그럼에도 일부의 한계점은 있는데 내용은 다음과 같다.

□ 제 1세부에 의해 이루어진 국민 태도 조사의 한계점으로는

자살에 대한 국민 태도조사를 명확히 하기 위해 목표오차 3.1% 범위 내에서 표본조사를 진행하였다. 하지만 표본수의 비등산성을 만족하지 않는 경우가 있었고 이는 지역에 따른 특성 및 연령에 따른 차이를 명확히 확인할 수 없다는 의미를 가지고 있다. 특히 올해 기준 국내 75세 이상 노인이 전체 노인의 43%를 차지하는데 본 조사에서는 70대 이상의 인구수가 57명으로 전체의 4% 미만이며 인구 현황에 맞춰 가중치를 조정해도 약 5.6%에 불과해 별도의 해석을 하지 못한 점은 아쉬운 부분이다. 또한 가구를 중심으로 한 대면면접 조사가 이루어졌기 때문에 만 19세 미만의 청소년의 경우 자살에 대한 태도를 확인할 수 없었다. 전년도와 비교시 2017년도 15세 미만 청소년 자살률은 가파르게 증가(인구 10만명당 0.5명, 전년도 대비 △66.7%)하고 있기 때문에 아쉬운 부분이다.

<표 1> 자살에 대한 국민태도 조사 표본의 연령분류

연령재분류					
		빈도	퍼센트	유효퍼센트	누적퍼센트
유효	19-29세	286	19.0	19.1	19.1
	30대	284	18.9	19.0	38.2
	40대	323	21.6	21.7	59.9
	50대	316	21.1	21.2	81.1
	60대	225	15.0	15.1	96.2
	70~75세	57	3.8	3.8	100.0
	전체	1491	99.4	100.0	
결측	시스템	9	.6		
전체		1500	100.0		

따라서 향후 자살에 대한 국민 태도조사를 위해서 70대 이상의 고령층의 수를 더 확대하여 반영하고 청소년을 포함하는 조사를 추가 설계하여 진행하는 것이 필요할 것으로 보인다.

또한 국내에서 2000년대 이후 다문화 가정이 일반화되어가고 등록 외국인의 숫자도

연도가 지날수록 늘고 있다. (통계청, 2018) 더 이상 한국이 단일인종, 단일민족 국가라고 할 수 없는 사회로 변모해가는 과정에서 조사 대상에 외국인이 포함되어야 할 것이며, 세부 분류에서는 인종/민족(race/ethnicity)이 추가되어야 하겠다. 이렇듯 다양한 인구 특성을 제대로 반영하기 위해서는 향후 자살실태조사에서는 표본의 수가 현재의 1500명보다 확대되어야 할 것으로 보인다.

□ 제 2세부 의료기관 방문 자살시도자 실태조사에서의 한계점은

본 연구에서는 우선 자살시도자 정보의 통합적 분석이 제한되었다는 점이 한계로 지적될 수 있겠다. 2014년부터 2017년까지 보건복지부 생명 사랑 위기대응센터 자료를 확보하여 국민건강보험공단, 국가 응급환자 진료망 자료원을 연계하여 자살 관련 지표를 산출하려 하였으나, 자료원 확보 및 개인정보 보호 관련 법률적 제한으로 해당 작업은 진행하지 못하였다.

또한 연구조사에 동의한 자살시도자만을 분석할 수 있어 동의하지 않은 자살시도자에 대한 분석의 제한이 있었다. 자살에 성공(사망)한 자살시도자는 연구에서 제외되었다는 점도 한계일 수 있겠고, 자살시도 후 병원을 방문하지 않은 자살시도자 또한 조사에서 누락되었다.

지역별로 불균등한 조사 건수도 한계로 지적될 수 있겠는데 기존 연구 계획 단계에서는 전국을 17개 시도 단위로 분류 후 각 시도별 2개 이상씩의 병원을 배정하여, 총 40여 개의 병원을 대상으로 1500명에 대한 조사를 진행하려 하였으나, 조사건수의 부족으로 인하여 6개 지역으로 구분 후 지역별 분석을 진행하였다. 이에 지역적인 특성 및 광역시와 도의 차이 등에 대한 분석을 시행하는데 제한점이 있었다. 또한 연구 참여 병원이 대부분 도시에 있어 일반 인구를 충분히 대표하지 못하였다.

2013년 자살실태조사에서는 전국 병원의 정신건강의학과 전공의를 사례관리자로 등록하여 조사를 시행하여 정신건강의학과 적인 질문에 대한 조사품질의 관리가 원활하였으나 2018년 자살실태조사에서는 각 병원의 다양한 직종의 의료진 및 생명사랑 위기 대응센터 직원을 사례관리자로 등록하여 정신건강의학과적인 자료 수집 및 분석에 제한점이 있었다.

마지막으로 2013년 자살실태조사에서는 10대를 포함시켜 조사를 진행하였으나, 2018년 자살실태조사에서는 답변의 정확성을 향상시키기 위해 19세 이상 성인을 대상으로 연구를 진행하여, 10대 자살시도자들에 대한 연구가 제한되었다.

II. 정책적 제안

1. 연구 결과를 통한 정책적 제안

1.1. 자살에 대한 인식 제고를 위한 대국민 홍보 및 게이트 키퍼 양성교육

2013년의 조사 결과와 비교했을 때 2018년에는 최근 1년 이내의 자살사고, 자살계획, 자살시도의 비율이 크게 줄어들었다. 또한 국민들의 자살에 대한 인식 및 지식이 증진되었고, 응급실에 내원한 자살시도자 중 정신건강의학과 치료를 받고 있는 비율이 늘었다. 이는 2019 자살예방백서에서 최근까지 자살 관련 지표들이 개선되고 있는 바와도 맞닿아있다고 볼 수 있다. 즉, 게이트 키퍼 교육과 공익 광고(“자살 사망 전 신호를 보낸다.”) 등의 지난 5년간의 정책들이 국민들의 자살에 대한 인식도를 높였다고 볼 수 있겠다. 따라서 이러한 정책을 지속하고 강화하는 것이 필요하다. 특히 50대 이상과 남성 같은 아직 자살에 대한 인식도의 변화가 뚜렷하지 않은 집단을 대상으로 이 정책들을 더욱 강화하는 방향이 효과가 있을 수 있겠다.

또한 차후에 지속되는 자살 예방을 위한 대국민 홍보와 게이트 키퍼 양성교육에는 반드시 자살에 대한 ‘허용적 태도’를 다루는 내용이 강화되어야 할 것이다. 제 1세부의 조사에서 2013년에 비해 2018년에는 수용적 태도가 늘고, 거부적 태도가 줄었으며, 자살이 합리적 선택일 수 있다는 태도가 늘어난 것을 확인할 수 있었다. 이러한 자살에 대한 허용적 태도는 단순히 반복된 홍보나 교육을 통해서 쉽게 개선되지 않는다. (Kodaka et al., 2013) 따라서 자살이 자신과 주변에 미칠 수 있는 파급력, 존엄사와 자살이 어떻게 다른지 등 자살에 대해 허용적 태도와 연관될 수 있는 주제들에 대해서 더욱 적극적으로 다루는 것이 필요하겠다.

1.2. 자살과 관련된 영상물의 제작 가이드라인 및 심의 규정 강화

제 1세부의 조사에서 2018년도에는 추가적으로 자살과 관련된 영상물(영화, 드라마, UCC, 인터넷 방송 등)과 관련된 국민들의 의견을 조사하였다. 국민들은 미디어의 자살 관련 보도에 2013년보다 더욱 부정적인 의견(78.5%)을 내비쳤고, 자살과 관련된 영상물의 자살 조장 효과에 대해서 우려하고 부정적인 태도(86.1%)를 가지고 있었다. 실제로 보건복지부와 중앙자살예방센터에는 미디어 가이드라인 준비중에 있고, 이런 미디어 가이드라인에 단순히 선언적인 내용을 넘어서 구체적으로 지켜야 할 내용을 담아 미디어 제작과 유통 과정에서 관련직종의 사람들이 컨텐츠 제작을 하는데 참고할 수 있도록 하

는 방향이 옳을 것이다.

미디어 심의규정에도 자살과 관련된 내용과 관련하여 심의를 까다롭게 만드는 방향도 고려해볼 수 있을 것이다. 그러나 39세 이하의 연령층에는 자살 관련 영상물이 자살을 조장하지 않는다고 생각하는 비율이 비교적 높은 편이었다. 따라서 충분한 의견 수렴 및 대국민 홍보가 뒷받침 되지 않은 상태에서 심의 규정을 강화하는 것은 저항을 일으킬 소지가 있다. 본문에도 언급하였던 바와 같이, 젊은 층에서 인기를 끈 드라마가 실제적으로 미국 청소년의 자살률을 상승시켰다는 연구 결과(Niederkrotenthaler, 2019)와 같이 젊은 층에게 익숙하고 와닿는 컨텐츠가 자살과 관련한 어떤 영향력을 끼치는가에 대한 근거들을 연구하여 수집하여 대국민 홍보에 사용하는 방법이 도움이 될 수 있겠다.

1.3. 정신질환 및 전문가 상담에 대한 인식 제고를 위한 홍보

제 1세부의 조사에서 국민들의 자살에 대한 인식도는 향상된 것으로 나타났으나, 2013보다 더욱 '상담으로 해결되지 않을 것 같아서' 전문가 상담을 피하고 '자살에 대한 금기적 태도' 점수가 상승하는 모습이 보였다. 향후 전문가 상담을 받을 것이라고 응답한 비율도 2013년의 39.0%에서 2018년에는 32.9%로 감소하였다. 이는 정신질환 및 정신건강의학과 치료에 대해서 아직 낙인으로 생각하는 태도가 상당히 남아있음을 시사한다. 또한 국민들이 전문가 상담을 받지 않는 가장 큰 이유로 2013년과 2018년 모두 '시간이 지나면 괜찮을 것 같아서'가 조사되었는데, 이는 정신질환과 전문가 상담에 대한 잘못된 인식이 개선되고 있지 않다는 것을 의미하고 있다.

결국 자살에 대한 인식 향상과 정신질환에 대한 인식의 향상이 별도의 것이 아니라는 것을 보여주고 있다. 따라서 향후 적극적인 정신질환 및 정신건강의학과 치료에 대한 올바른 정보 제공을 위해 관련된 홍보 활동이 지속 및 확대되어야 할 것이다. 또한 단순히 센터를 알리는 것을 넘어서 구체적으로 센터나 정신건강의학과 병의원에서 어떤 도움을 받을 수 있는지를 국민들이 인지할 수 있도록 해야한다. 따라서 실제로 도움을 받은 사례나 상담의 성과 등을 홍보의 내용에 포함하는 것도 바람직하겠다.

국민들이 가장 많이 인지하고, 필요시 전화/방문을 통해 요청을 할 기관으로 119와 정신건강복지센터/자살예방센터를 꼽았다. 즉, 자살과 관련하여 도움이 필요한 상황에서 상기 두 기관이 전문가 상담의 관문 역할을 가장 많이 할 가능성이 높다. 따라서 이들 기관의 전달체계를 정비하고, 자살예방 상담 인력을 양성 및 보충하는 등의 자살과 관련된 역량을 키우는 투자를 하는 것이 효율적인 방안이 될 것이다. 특히 정신건강복지센터/자살예방센터나 정신건강의학과 병의원이 적은 농촌 지역의 보건지소에도 자살예방 상담 및 위기개입을 할 수 있는 인력을 배치하는 것도 고려해볼 수 있겠다.

1.4. 자살예방 프로젝트의 개인정보보호 적용 예외

제 1세부의 조사에서는 2018년에 새로이 자살예방 프로젝트 진행에서 개인정보보호의 예외를 적용하는 방안에 대한 의견을 조사하였다. 이 결과 대상자의 4/5에 가까운 79.1%가 자살시도를 한 뒤 개인정보보호의 예외를 인정하여 자살예방기관 및 정신건강의학과 병의원에 개인정보를 연계하는 것에 찬성하였다. 단 1차례의 자살시도 후에도 개인정보보호의 예외를 인정하는 것이 적정하다고 본 의견도 54.9%에 이를 정도로 높은 비율의 국민들이 예외 적용에 찬성하고 있었다.

하지만 개인정보보호라는 것에 대한 의견이 첨예하게 갈리는 것을 고려했을 때 정책적 접근은 보다 신중하게 이뤄지는 것이 좋을 것으로 보인다. 79.1%가 자살시도자에 대해 개인정보보호의 예외를 적용하는 것이 옳다고 보았지만, 이들 중 상당수에 해당하는 45%는 정신건강의학과 병의원에 정보를 연계하는 것보다는 자살예방기관에 연계하는 수준이 적정하다고 보았다. 또한 농촌과 중졸 이하의 학력 집단에서 개인정보보호의 예외를 적용하는 것에 반대하는 의견이 좀 더 높았는데, 이런 집단 간의 의견이 불균질성을 고려하면 정책 수립에 있어서 섬세한 접근이 필요할 것으로 보인다. 특히 개인정보가 연계되는 기관의 정보 보안을 강화하는 등의 보완책이 함께 시행되어야 할 것이다.

1.5. 응급실 기반 국가 자살시도자 감시 체계 모형의 제안

우리나라의 경우, 보건복지부 중앙응급의료센터가 국가응급환자진료정보망을 운영하여 응급실을 방문한 전체 환자를 대상으로 하여 응급실 진료 과정에 대한 정보를 수집하고 있다. 또한 보건복지부 중앙자살예방센터 주도로 생명사랑 위기대응센터를 지정하고, 해당 병원을 방문한 자살시도자에 대해서 사례관리자를 통한 심층 면접을 통해서 초기평가 기록지, 추적 조사 기록지를 작성하고, 해당 내용을 데이터베이스화하고 있다. 게다가 국민건강보험, 통계청, 심사평가원 등의 자료는 생명 사랑 위기대응센터, 응급의료기관뿐만 아니라 국내 의료서비스를 이용한 전 수 혹은 전체 사망자에 대한 기초 정보를 수집하고 있다. 즉, 국가 차원이 자살시도자의 의료서비스 이용에 대해서 자료를 수집할 수 있는 기본 인프라를 구축하고 있다. 하지만, 자료원 간의 연계 체계 구축 및 관련 지표 산출의 제약이 있어서 국가 차원의 자살시도자의 역학적 특성 파악에 제약이 있다.

이번 제 2세부 연구 과정의 자살 실태조사도 일회성의 단기간 설문조사 형태로 진행되어 조사 기간, 조사 대상 동의율, 참여 병원의 대형병원 편중, 지역, 성연령 표준화 제약 등 대표성에 제한이 있었다. 따라서, 향후 국가 차원의 정확한 자살 실태 파악과 효과적인 중재, 예방 수단의 개발 및 효과 평가를 위해서 국가 차원의 자살 등록체계 개발 및 이를 바탕으로 한 주기적인 자살 실태조사 수행이 필요하다.

따라서 응급실 기반 국가 자살시도자 감시 체계(Emergency Department based

Nationwide Suicide Registry, ED-NSR)의 개발 및 운영을 통해서 국가 차원의 상시적인 자살 실태조사의 모니터링과 예방 수단의 개발 및 검증이 가능할 것이다.

이를 위해서는 전국의 450개 응급의료기관을 생명 사랑 위기대응센터 비지정 기관의 기본형 감시 체계와 생명 사랑 위기대응센터 지정 기관의 심층형 감시 체계로 구분하여 운영하는 것을 생각해볼 수 있다. 기본형 감시 체계 운영기관을 포함한 전국의 응급실을 통해서 기본적인 자살시도자 발생 규모 및 인구학적 특성 등에 대한 기본적인 모니터링을 수행한다. 생명 사랑 위기대응센터 운영기관을 통한 심층 조사 감시 체계에서는 심층 조사 면접을 통해서 자료원을 구축할 수 있다.

<표 2> 응급실 기반 국가 자살시도자 감시 모형 분류

	기본 조사 감시 체계	심층 조사 감시 체계
참여 기관 수	전국 권역 응급의료센터, 지역 응급의료센터, 지역 응급의료기관	생명 사랑 위기대응센터 지정 병원
조사 범위	성별, 나이, 자살 시도 여부, 응급실 진료결과	자살 위험 인자, 자살 위험도 척도, 자살 시도 방법, 자살 시도 과거력 등 심층 정보 면접조사 퇴원 후 추적 조사
인력	응급의료센터 근무자 - 추가 인력 지원 없음	응급의학과, 정신건강의학과, 사례 관리자 등 생명 사랑 위기대응센터 참여 인력
산출 지표	전국 자살시도자 발생 규모 - 시도별, 나이별, 성별, 시간대별 발생 분포 자살시도자 사망률	심층 조사 지표 중재 수단 개발 및 효과 평가 가능
비고	국가응급환자진료정보망 내 변수 추가하여 통합 운영 고려	생명 사랑 위기대응센터 비지정 기관 중 지역별 분포, 지원 여부 등에 따라 운영기관 추가 지정 고려

1.6. 응급실 기반 국가 자살시도자 감시 체계와 기존 행정자원의 연계

응급실 기반 국가 자살시도자 감시 체계의 운영을 위해서는 기본 감시 체계, 심층 감시 체계의 운영뿐만 아니라 기존 보건의료자원과 이 연계가 필요하다. 국가응급환자진료정보망, 건강보험공단 자료 등의 연계 활용을 통해서 자살 재시도율, 응급실 외 의료서비스 이용 현황 등의 주요 정보를 파악할 수 있다. 이를 위해서는 자료 간의 연계를 위해

서 개인정보 보호 등에 대한 법률적 검토 및 제도적 지원이 필요하다.

기존의 개인정보 보호 관련 법률의 유권 해석 및 필요 시 법 개정을 통해서 국가 차원에서 해당 자료원을 주민등록번호 등 개인 인식 수단을 이용해볼 수 있다. 이를 통해서 환자 의료서비스 이용 단위로 연결한 후에 개인정보를 삭제하여 지역 단위 등 익명화된 단위에서 지표를 산출 활용할 수 있도록 한다면 충분히 효과적일 것으로 기대된다.

2. 향후 연구에 대한 제언

2.1. 표본 수의 확대 필요성

제 1세부 연구에서 현재의 표본 수인 1500명은 2013년과 2018년의 조사를 비교하는 데에는 대부분의 영역에 있어서 적정한 수준이었다. 하지만 향후 2023년 이후의 연구가 추가되면 추이를 살펴보는 데 '다중비교의 문제'가 발생할 수 있으며 이로 인해 통계력이 약화되는 문제가 발생할 수 있다. 앞서 연구의 한계로 언급하였던 표본의 정규성을 올리고, 다민족, 다인종 지표를 추가하면서 동시에 이러한 '다중비교의 문제'로 인해 통계력 약화를 보완하기 위해서는 표본 수의 확대가 향후에 필요할 것으로 보인다.

2.2. 한국의 사회문화적 조건에 맞는 요인의 분석

제 1세부 조사에서 사용되었던 자살에 대한 태도의 측정도구인 Attitudes Toward Suicide(ATTS)의 저자인 Ellenor Renberg (2008)의 논문에 의하면 노르웨이, 스웨덴, 러시아라는 서로 인접한 국가들 사이에서도 자살에 대한 태도와 자살 관련 지표들의 연관성이 다른 매개 모델을 통해서 이어진다고 보고하였다. 실제 조사 결과를 해석하기 전 ATTS의 원저자와 의견을 주고받았을 때에도 Renberg는 한국의 사회문화적 상황에 맞는 별도의 요인 분석을 시행할 것을 권유하였다. 이에 따라 향후의 자살에 대한 태도 연구에서는 이에 따라 한국의 사회문화적 상황을 반영하는 탐색적 요인 분석을 수행하여야 할 것이다. 또한 앞으로의 자살실태조사에 포함된 자살에 대한 태도 조사를 분석할 때에는 이렇게 분석된 세부차원에 맞추어 결과가 해석되어야 할 것이다. 한국의 사회문화적 상황에 따른 요인 분석에 맞춰 해석된 결과는 본 조사의 설명력을 높이고 더욱 적합한 정책 수립의 근거로 기능할 것이다.

2.3. 추가적 문항의 필요성

본 자살에 대한 국민태도 조사의 결과로서 주목될 점 중에 하나는 2018년에 자살에 대한 태도에서 정신질환 및 전문가 상담에 대한 거부감이 2013년도에 비해 상승하였다는 점이다. 즉, 정신질환 및 이의 치료에 대한 부정적 인식이 여전히 문제가 되고 있다는 점이다. 향후의 자살실태조사에서는 이러한 인식에 대해서 좀 더 직접적으로 조사할 수 있는 문항을 포함해야 할 것이다. 정신질환에 대해서, 정신건강의학과 치료에 대해서, 치료를 위한 약물을 복용하는 것에 대한 국민들의 태도와 인식을 조사함으로써 이루어질

수 있을 것이다.

또한 현재 정신건강의학과 치료를 받고있는지, 받고 있다면 치료 약제를 복용 중인지에 대한 정보가 보완된다면 이 역시 좀 더 광범위한 분석에 밑거름이 될 것이다. 정신건강의학과 치료를 받고 있는 사람과 아닌 사람간의 자살에 대한 태도의 차이를 분석함으로써 정신건강의학과 치료가 자살에 대한 태도에 미치는 영향 및 그 역에 대해서 알아볼 수 있을 것이다.

2.4. 안정적인 향후 자살시도자 조사를 위한 방안.

자살실태조사는 국가승인통계로 법률적 근거에 따라서 5년마다 국가의 자살 실태를 조사하는 매우 중요한 조사 운영 및 통계자료 산출 과정이다. 하지만 5년마다 일회성의 단기간 조사로서 안정적인 조사 인력 수급, 1년간의 지속적인 조사 운영 등에 제약이 있었다.

2018년 제 2세부의 조사 과정에서도 전국의 생명 사랑 위기대응센터가 참여하여 1,500건 이상의 조사를 완료하였으나 조사 기간이 1년 이내 기간으로 전체 계절을 포함하지 못하고, 지역별 성연령 표준화 등을 기반으로 한 사전 표본 추출 등을 진행할 수 없어서 통계 결과의 엄밀성에 제한이 있었다. 자살시도자의 특성상 설문조사 대상의 동의율이 낮고, 정확한 면접조사 결과를 얻는 데에는 제한이 있으나 향후 안정적인 조사를 위한 체계를 다음 5차년도 조사를 위해서는 구축해야 하겠다.

이를 위해서 응급실 기반 국가 자살시도자 감시 체계의 구축을 기반으로 하여 다음과 같이 2단계의 자살 실태조사 운영을 제안할 수 있다.

첫째, 전국 응급의료기관 대상의 기본 조사 감시 자료를 이용하여 기본적인 발생 통계에 대해서는 상시로 자료를 수집하고 이를 법률적 근거에 따라서 5년마다 발표한다. 해당 자료에 대해서는 연도별 질 관리 프로세스를 통해서 자료의 안정성은 유지하되, 법률적 근거에 따라서 공표는 5년마다 수행한다.

둘째, 매 5년마다 1년 365일 동안 심층 조사 감시 체계 자료를 통해서 국가 실태조사를 수행함. 생명 사랑 위기대응센터 운영기관에 이를 의무화하고, 조사 과정에 실제 참여하는 해당 기관의 응급의학과, 정신건강의학과 의료진과 사례 관리자에 대한 실질적인 보상을 위한 재원을 마련한다. 통계청 국가 승인 통계에 들어가는 변수에 대해서는 생명사랑 위기대응센터의 초기평가 기록지와 데이터베이스에 변수화하여 포함한다.

셋째, 자살 재시도율, 자살 재시도에 의한 사망 등 주요 결과 지표 평가를 위해서 심층조사 감시 참여 병원부터 생명 사랑 위기대응센터 - 국가응급환자진료정보망 - 국민건강보험공단 자료를 연결하는 데이터베이스를 구축한다.

참고문헌

강은정 2013. 자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사. 국회예산정책처. 국회.

국립자살예방센터. *홈페이지 자살통계* [Online]. Available: http://spckorea-stat.or.kr [Accessed].

김성완, 배경열, 김재민, 김선영, 유준안, 양수진, 신일선, 박지현, 김세현 & 윤진상 2010. 자살시도 위험요인 및 자살에 대한 태도 연구. *대한신경정신의학회지,* 49, 367-373.

김용기, 이소영, 김혜진, 이아름, 문경선, 김신겸 & 정한용 2016. 부천시 일반 성인 인구의 자살에 대한 태도에 영향을 미치는 변인. *대한신경정신의학회,* 55(4), 376-385.

박수빈, 최재원, 이기경 & 홍진표 2013. Suicide mortality and risk factors in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care in Korea: 1989-2006. *Psychiatry Res,* 208, 145-50.

박종익, 김성완, 남윤영, 문은수, 유제춘, 이수정, 임미래, 장재승, 주진형, 차보석, 최정석, 고정아, 이상욱 & 주종현 2012. 2012 자살실태조사. 중앙자살예방센터 보건복지부.

박종익 & 김영주 2014. 한국판 자살 태도 설문지(ATTS-20)의 요인구조. *정신보건과 사회사업,* 42(1), 91-113.

보건복지부 & 관계부처합동 2018. 보도자료: 국민의 생명이 최우선입니다. *정부, 자살 문제 해결을 위한 행동계획 마련 추진.*

서울특별시 2013. 서울시 자살예방 종합계획: 마음이음 1080 프로젝트. 서울시 보건의료정책과.

서울특별시 보라매병원 2012. 응급실 기반 자살 시도자 지원 사업 계획. 보건복지부.

안용민, 박종익, 지선하, 김경일, 김보라, 이상욱, 정금지 & 서종한 2014. 2013 자살실태조사. 서울대학교 의과대학. 보건복지부.

원시연 2011. 자살예방대책의 문제점과 개선과제. 국회입법조사처. 국회.

이경린, 이강욱, 황준원, 한상우 & 대한신경정신의학회 2015. 우리나라 정신건강의학과 전공의의 자살에 대한 지식, 태도 및 경험에 대한 고찰: 횡단연구. *대한신경정신의학회지,* 54(4), 444-458.

이경은. 2016. *청소년에서 한국형자살태도측정도구(Attitudes Towards Suicide: ATTS)의 신뢰도와 타당도.* 중앙대학교.

이덕인 & 박현도 2013. 자살사건의 실증적 분석과 자살예방정책을 위한 제언. 부산광역시 사례를 중심으로. *법학연구,* 43(1), 1-38.
이미경 2012. 자살의 원인과 현황, 자살 예방 노력. *사목정보,* 5(4), 83-86.
이상영 2015. 우리나라 자살예방 대책의 문제점과 개선방안. *보건복지포럼*, 34-49.
이상욱, 전민아 & 박종익2019. A Comparison of Attitudes Toward Suicide Among Individuals With and Without Suicidal Thoughts and Suicide Attempts in South Korea. *Crisis,* 40(1), 27-35.
이홍식 2008. *자살의 이해와 예방*, 학지사.
중앙자살예방센터 2014. 2014년 중앙자살예방센터 연간보고서. 보건복지부.
중앙자살예방센터 2015. 자살 관련 데이터의 활용.
중앙자살예방센터 2019. 2019 자살예방백서. 보건복지부.
지남주, 홍연표 & 이원영 2016. Comprehensive psychometric examination of the attitudes towards suicide (ATTS) in South Korea. *Int J Ment Health Syst,* 10, 2.
최재원, 박수빈, 이기경 & 홍진표 2012. Suicide mortality of suicide attempt patients discharged from emergency room, nonsuicidal psychiatric patients discharged from emergency room, admitted suicide attempt patients, and admitted nonsuicidal psychiatric patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 42, 235-43.
통계청 2018a. 2017년 다문화 인구동태 통계. 통계청.
통계청 2018b. 2017년 사망원인통계. 통계청.
하규섭 2011. 응급실을 내원한 자살기도자의 자살기도 원인 및 유발요인에 관한 연구. 한국자살예방협회.
홍진전, 노명선, 김규한, 이정렬, 이동수, 윤세창 & 함봉진 2009. Early trauma and lifetime suicidal behavior in a nationwide sample of Korean medical students. *J Affect Disord,* 119, 210-4.
ARNAUTOVSKA, U. & GRAD, O. 2010. Attitudes Toward Suicide in the Adolescent Population. *Crisis,* 31(1), 22-29.
CAVANAGH, J., OWENS, D. & JOHNSTONE, E. 1999. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology,* 34, 645-50.
CDC. 2012. *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*

[Online]. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Available: http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html [Accessed].

DIEKSTRA, R. & KERKHOF, A. 1988. Attitude toward suicide: Development of a Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT). *In Current Issues of Suicidology*, 462-476.

DOMINO, G., MACGREGOR, J. & HANNAH, M. 1988. Collegiate attitudes toward suicide: New Zealand and United States. *Journal of Death and Dying,* 19(4), 351-64.

DOMINO, G., MOORE, D., WESTLAKE, L. & GIBSON, L. 1982. Attitudes toward suicide: A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology,*36(2), 257-62.

DOMINO, G. & TAKAHASHI, Y. 1991. Attitudes toward suicide in Japanese and American medical students. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 21(4), 345-59.

EDDLESTON, M., SHERIFF, M. H. & HAWTON, K. 1998. Deliberate self harm in Sri Lanka: an overlooked tragedy in the developing world. *Bmj,* 317, 133-5.

FLEISCHMANN, A., BERTOLOTE, J. M., WASSERMAN, D., DE LEO, D., BOLHARI, J., BOTEGA, N. J., DE SILVA, D., PHILLIPS, M., VIJAYAKUMAR, L., VARNIK, A., SCHLEBUSCH, L. & THANH, H. T. 2008. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ,* 86, 703-9.

HIRAYASU, Y.,KAWANISHI, C., YONEMOTO, N., ISHIZUKA, N., OKUBO, Y., SAKAI, A., KISHIMOTO, T., MIYAOKA, H., OTSUKA, K., KAMIJO, Y., MATSUOKA, Y. & ARUGA, T. 2009. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health,* 9, 364.

HOUSE, A., OWENS, D. & LESLEY, P. 1999. Deliberate self harm. *Quality in Health Care,* 8, 137-143.

KINCHIN, I. & DORAN, C. 2018. The Cost of Youth Suicide in Austrailia. *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 18.

KLONSKY, E. & MAY, A. 2015. The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal*

of Cognitive Psychotherapy, 8(2), 114-129.

KLONSKY, E., MAY, A. & SAFFER, B. 2016. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol,* 12, 307-30.

KODAKA, M., INAGAKI, M., POSTUVAN, V. & YAMADA, M. 2013a. Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide. *International Journal of Social Psychiatry,* 59(5), 452-459.

KODAKA, M., INAGAKI, M. & YAMADA, M. 2013b. Factors Associated With Attitudes Toward Suicide. *Crisis,* 34(6), 420-427.

KODAKA, M., POSTUVAN, V., INAGAKI, M. & YAMADA, M. 2010. A Systematic Review of Scales that Measure Attitudes toward Suicide. *International Journal of Social Psychiatry,* 57(4), 338-361.

LIMBACHER, M. & DOMINO, G. 1985. Attitudes toward suicide among attempters, contemplators, and nonattempters. *Omega,* 16, 319-28.

MANN, J. J., APTER, A., BERTOLOTE, J., BEAUTRAIS, A., CURRIER, D., HAAS, A., HEGERL, U., LONNQVIST, J., MALONE, K., MARUSIC, A., MEHLUM, L., PATTON, G., PHILLIPS, M., RUTZ, W., RIHMER, Z., SCHMIDTKE, A., SHAFFER, D., SILVERMAN, M., TAKAHASHI, Y., VARNIK, A., WASSERMAN, D., YIP, P. & HENDIN, H. 2005. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama,* 294, 2064-74.

MCAULIFFE, C., CORCORAN, P., KEELEY, H. & PERRY, I. 2003. Risk of Suicide Ideation Associated with Problem-Solving Ability and Attitudes toward Suicidal Behaviour in University Students. *Crisis,* 24, 160-67.

MOFIDI, N., GHAZINOUR, M., RENBERG, E. & RICHTER, J. 2008. Attitudes towards suicide among Kurdish people in Iran. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology,* 43, 291-298.

MORGAN, H. G., JONES, E. M. & OWEN, J. H. 1993. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry,* 163, 111-2.

MOTTO, J. A. & BOSTROM, A. G. 2001. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv,* 52, 828-33.

MYERS, D. 1993. *Behavior and Attitudes. In Social Psychology,* New York, McGraw-Hill.

NIEDERKROTENTHALER, T., STACK, S., TILL, B., SINYOR, M., PIRKIS, J.,

GARCIA, D., ROCKETT, I. R. H. & TRAN, U. S. 2019. Association of Increased Youth Suicides in the United States With the Release of 13 Reasons Why. *JAMA Psychiatry*.

OECD. 2017. *Health at a Glance 2017: OECD Indicator* [Online]. Available: www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm [Accessed].

RENBERG, E. 2016. Attitudes toward Suicide, ver. 2016. Umea, Sweden: UMEÅ UNIVERSITY.

RENBERG, E., HJELMELAND, H. & KOPOSOV, R. 2008. Building Models for the Relationship Between Attitudes Toward Suicide and Suicidal Behavior: Based on Data from General Population Surveys in Sweden, Norway, and Russia. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 38(6), 661-675.

RENBERG, E. & JACOBSSON, L. 2003. Development of a Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) and Its Application in a Swedish Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 33(1), 52-64.

ROBINS, E., MURPHY, G., WILKINSON, R., GASSNER, S. & KAYES, J. 1959. Some Clinical Considerations in the Prevention of Suicide on a Study of 134 Successful Suicides. *American Journal of Public Health*, 49.

ROTHERAM-BORUS, M. J., PIACENTINI, J., CANTWELL, C., BELIN, T. R. & SONG, J. 2000. The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. *J Consult Clin Psychol,* 68, 1081-93.

STEIN, D., BROM, D., ELIZUR, A. & WITZTUM, E. 1998. The association between attitudes toward suicide and suicidal ideation in adolescents. *Acta Psychiatr Scand,* 97, 195-201.

WASSERMAN, D. & WASSERMAN, C. 2009. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. A global perspective,* New York, Oxford University Press.

YIP, S. 2008. *Suicide in Asia: Causes and Prevention,* Hong Kong, H.K. University Press.

부록

ID				

1. 자살에 대한 국민인식조사

안녕하십니까?

본 조사는 국민의 자살에 관한 인식도를 확인하기 위한 목적으로 진행되는 조사로 약 20분 정도 소요될 예정입니다. 본 조사는 귀하의 동의가 있을 경우에만 진행되며, 진행 중간에 참여를 원치 않으시면 중단을 하실 수 있습니다.

응답해 주신 정보는 자살예방 정책수립 및 정책지원 프로그램 개발 등의 근거자료 활용의 목적으로만 사용될 것이며, 본 조사의 설문 내용 및 개인 신상은 통계법 제33조에 의해 비밀이 보장됨을 알려드립니다.

바쁘시더라도 시간을 내 주시어 국가 자살예방 사업의 활성화를 위하여 도움을 주시기 바랍니다.
감사합니다.

- 조사주관기관 : 보건복지부
- 조사수행기관 : (주)한국리서치

2018.

조사기준기간	2018년	조사구 유형	□1) 표본 □2) 대체	가구유형	□1) 원가구 □2) 대체가구

조사구 번호				조사구 거처번호			가구번호		

면접원 성명	

대상자 생활 관련

문1. 귀하께서는 현재 본인이 얼마나 행복하다고 생각하십니까?

① 매우 행복하다
② 약간 행복하다
③ 보통이다
④ 약간 불행하다
⑤ 매우 불행하다

문2. 귀하께서는 본인의 신체 건강 상태가 어떠하다고 생각하십니까?

① 매우 좋다
② 좋은 편이다
③ 보통이다
④ 나쁜 편이다
⑤ 매우 나쁘다

문3. 귀하께서는 본인의 정신 건강 상태가 어떠하다고 생각하십니까?

① 매우 좋다
② 좋은 편이다
③ 보통이다
④ 나쁜 편이다
⑤ 매우 나쁘다

주변인의 자살 및 자살노출의 영향

※ 다음은 귀하께서 경험한 주변 사람들의 자살 문제에 대한 질문입니다. 해당하는 항목에 표시해 주십시오.

문4. 귀하의 주변인 중 '자살한 사람'이 있습니까?

구분	1) 자살한 사람이 있습니까?			2) 만약 자살한 사람이 있다면, 그 시기는 언제입니까?	
	아니오	네	해당없음	자살시기	해당없음
아버지/어머니	①	②		① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	
형제/자매	①	②	⑨	① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	⑨
자녀	①	②	⑨	① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	⑨
파트너(배우자, 애인)	①	②	⑨	① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	⑨
친척	①	②		① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	
친구/학교동기	①	②		① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	
회사동료/학교선후배	①	②		① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	
기타(_____)	①	②		① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	

문5. 귀하의 주변인 중 '자살을 시도한 사람'이 있습니까?

구분	1) 자살을 시도한 사람이 있습니까?			2) 만약 자살을 시도한 사람이 있다면, 그 시기는 언제입니까?	
	아니오	네	해당없음	자살시기	해당없음
아버지/어머니	①	②		① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	
형제/자매	①	②	⑨	① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	⑨
자녀	①	②	⑨	① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	⑨
파트너(배우자, 애인)	①	②	⑨	① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	⑨
친척	①	②		① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	
친구/학교동기	①	②		① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	
회사동료/학교선후배	①	②		① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	
기타(_____)	①	②		① 1년 미만 ② 1년 이상~3년 미만 ③ 3년 이상~5년 미만 ④ 5년 이상~10년 미만 ⑤ 10년 이상~20년 미만 ⑥ 20년 이상	

문6. 귀하의 주변인 중 '자살을 생각했거나 계획했다고 생각되는 사람'이 있습니까?

구분	아니오	네	모름	해당없음
아버지/어머니	①	②	⑧	
형제/자매	①	②	⑧	⑨
자녀	①	②	⑧	⑨
파트너(배우자, 애인)	①	②	⑧	⑨
친척	①	②	⑧	
친구/학교동기	①	②	⑧	
회사동료/학교선후배	①	②	⑧	
기타(_____)	①	②	⑧	

문7. 귀하의 주변인 중 '현재 자살을 생각하고 있다고 생각되는 사람'이 있습니까?

구분	아니오	네	모름	해당없음
아버지/어머니	①	②	⑧	
형제/자매	①	②	⑧	⑨
자녀	①	②	⑧	⑨
파트너(배우자, 애인)	①	②	⑧	⑨
친척	①	②	⑧	
친구/학교동기	①	②	⑧	
회사동료/학교선후배	①	②	⑧	
기타(_____)	①	②	⑧	

자살에 대한 태도(ATTS, Attitudes towards suicide) 문항

문8. 다음은 자살에 대한 귀하의 의견을 묻는 질문입니다.
귀하의 의견과 가장 일치하는 항목을 골라 주시기 바랍니다. 옳고 그른 답은 없습니다.

질문내용	매우 동의함	동의함	잘 모르겠음	동의하지 않음	매우 동의하지 않음
1) 자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다.	①	②	③	④	⑤
2) 자살은 절대로 정당화될 수 없다.	①	②	③	④	⑤
3) 자살하는 것은 가족들에게 가장 나쁜 짓을 하는 것이다.	①	②	③	④	⑤
4) 대부분의 자살 시도는 충동적인 행동이다.	①	②	③	④	⑤
5) 자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다.	①	②	③	④	⑤
6) 누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다.	①	②	③	④	⑤
7) 누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다.	①	②	③	④	⑤
8) 자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다.	①	②	③	④	⑤
9) 누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다.	①	②	③	④	⑤
10) 누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다.	①	②	③	④	⑤
11) 만약 당신이 자살에 대하여 질문한다면 누군가의 마음에 자살사고를 유발할 위험이 있다.	①	②	③	④	⑤
12) 자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살을 하는 경우는 드물다.	①	②	③	④	⑤
13) 자살은 말하지 않아야 하는 주제이다.	①	②	③	④	⑤
14) 외로움은 나에게 자살하는 이유가 될 수 있다.	①	②	③	④	⑤
15) 거의 모든 사람들은 자살에 대하여 한 두 번 생각을 한 적이 있다.	①	②	③	④	⑤
16) 자살만이 유일한 합리적 해결책인 상황이 있다.	①	②	③	④	⑤
17) 나는 실제로 자살할 생각이 없더라도 자살할 것이라고 말할 수 있다.	①	②	③	④	⑤
18) 자살은 때때로 관련된 사람들에게 구제책이 될 수 있다.	①	②	③	④	⑤

질문내용	매우 동의함	동의함	잘 모르겠음	동의하지 않음	매우 동의하지 않음
19) 젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다.	①	②	③	④	⑤
20) 만약 내가 심한 불치병에 걸린다면 자살을 고려할 것이다.	①	②	③	④	⑤
21) 자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다.	①	②	③	④	⑤
22) 자살은 아무런 경고 없이 발생한다.	①	②	③	④	⑤
23) 대부분의 사람들은 자살에 관한 이야기를 꺼린다.	①	②	③	④	⑤
24) 누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다.	①	②	③	④	⑤
25) 사람들을 자살로 내모는 것은 주로 외로움이다.	①	②	③	④	⑤
26) 자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다.	①	②	③	④	⑤
27) 사람들이 어떻게 자신의 생명을 스스로 끊을 수 있는지 나는 대체로 이해가 가지 않는다.	①	②	③	④	⑤
28) 누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 무슨 일이 진행되고 있는지를 알지 못한다.	①	②	③	④	⑤
29) 심한 불치병으로 괴로워하는 사람이 죽고 싶다고 표현한다면 그렇게 하도록 도움을 받아야 한다.	①	②	③	④	⑤
30) 나는 자살위기에 처한 사람과 접촉을 해서 도와줄 준비가 되어 있다.	①	②	③	④	⑤
31) 누구든지 자살할 수 있다.	①	②	③	④	⑤
32) 나는 심한 불치병으로 괴로워하는 사람들이 자살하는 것을 이해할 수 있다.	①	②	③	④	⑤
33) 자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살을 하는 것은 아니다.	①	②	③	④	⑤
34) 사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다.	①	②	③	④	⑤
35) 대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다.	①	②	③	④	⑤
36) 만약 내가 심한 불치병으로 괴로워진다면 자살을 할 수 있게 도움을 얻고 싶을 것이다.	①	②	③	④	⑤
37) 자살은 예방될 수 있다.	①	②	③	④	⑤

미디어 관련

문9. 귀하께서는 자살 사건을 보도하는 기사를 관심 있게 보는 편입니까?

① 예 -> 문9-1
② 아니오 -> 문10

문9-1. 그 이유는 무엇입니까? 해당하는 것을 모두 골라 주시기 바랍니다.

① 자살 방법이 궁금해서
② 자살 이유가 궁금해서
③ 자살 장소가 궁금해서
④ 자살한 사람이 누군지 궁금해서
⑤ 헤드라인이 자극적이라서
⑥ 자살에 대한 관심이 많아서
⑦ 기타( )

문10. 귀하께서는 자살 사건을 보도하는 기사가 자살을 생각하고 있는 사람의 자살 시도를 부추기는 경향이 있다고 생각하십니까?

① 매우 그렇다
② 그런 편이다
③ 그렇지 않은 편이다
④ 전혀 그렇지 않다
⑧ 잘 모르겠다

문11. 귀하께서는 자살 사건에 대한 기사가 보도되는 것을 어떻게 생각하십니까?

① 매우 긍정적으로 생각한다
② 긍정적으로 생각하는 편이다
③ 부정적으로 생각하는 편이다
④ 매우 부정적으로 생각한다
⑧ 잘 모르겠다

문12. 귀하께서는 드라마, 영화, 다큐멘터리, 1인 방송, UCC 등 영상물에서 직접적인 자살 장면이나 자살을 암시하는 장면이 자살을 생각하고 있는 사람의 자살 시도를 부추기는 경향이 있다고 생각하십니까?

① 매우 그렇다
② 그런 편이다
③ 그렇지 않은 편이다
④ 전혀 그렇지 않다
⑧ 잘 모르겠다

문13. 귀하께서는 드라마, 영화, 다큐멘터리, 1인 방송, UCC 등의 영상물에서 직접적인 자살 장면이나 자살을 암시하는 장면이 표현되는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

① 매우 긍정적으로 생각한다
② 긍정적으로 생각하는 편이다
③ 부정적으로 생각하는 편이다
④ 매우 부정적으로 생각한다
⑧ 잘 모르겠다

자살 생각 관련

문14. 귀하께서는 지금까지 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 한 번이라도 있습니까? (있다면) 가장 마지막으로 그런 생각을 한 것은 언제입니까?

① 생각해 본 적이 없다 -> 문16
② 생각한 적이 있으며, 최근 1년 이내이다 -> 문14-1
③ 생각한 적이 있으며, 1년 이상 경과되었다 -> 문14-1

문14-1. 죽고 싶다고 생각한 가장 큰 이유는 무엇입니까?

① 가정생활 문제(예: 고부간의 갈등, 부부 문제 등)
② 경제적인 문제(예: 빈곤으로 인한 생활의 어려움 등)
③ 남녀(애인) 문제(예: 연인과의 헤어짐 등)
④ 사별 문제 (예: 배우자의 죽음)
⑤ 육체적 질병 문제 (예: 만성질환 등)
⑥ 정신과적 문제 (예: 정신질환 등)
⑦ 직장 또는 업무상 문제 (예: 업무과중, 직장 상사와의 문제 등)
⑧ 학대 또는 폭력 문제 (예: 폭력으로 인한 문제 등)
⑨ 알코올 등 중독 문제 (예: 음주, 도박, 마약 등의 문제)
⑩ 성적, 시험, 진로 문제 (예: 학업 문제, 생활의 어려움은 없는 취업 문제 등)
⑪ 기타(_____)

문14-2. 이러한 문제 때문에 전문가의 상담(의료기관, 전문상담기관, 보건소 등)을 받아 본 적이 있습니까?

① 예 -> 문15
② 아니오 -> 문14-3

문14-3. 전문가 상담을 받지 않은 가장 큰 이유는 무엇입니까?

① 주변 시선 때문에 (예: 가족이나 친구 등)
② 상담으로 해결되지 않을 것 같아서
③ 경제적 문제 때문에 (예: 치료비용 등)
④ 시간이 지나면 괜찮아질 것 같아서
⑤ 불이익이 있을 것 같아서 (예: 취업 및 보험가입 등)
⑥ 상담을 받을 만한 기관이나 전문가를 몰라서
⑦ 기타(_____)

문14-4. 이러한 문제가 다시 발생한다면 추후 전문가의 상담을 받으실 의향이 있습니까?

① 예
② 아니오

문15. 귀하께서는 지금까지 자살을 구체적으로 생각하거나 계획해 본 적이 한 번이라도 있습니까?

(있다면) 가장 마지막으로 그런 생각을 한 적은 언제입니까?

① 생각해 본 적이 없다 -> 문16

② 생각한 적이 있으며, 최근 1년 이내이다 -> 문15-1

③ 생각한 적이 있으며, 1년 이상 경과되었다 -> 문15-1

문15-1. 귀하께서는 지금까지 실제로 자살을 시도해 본 적이 한 번이라도 있습니까?

(있다면) 가장 마지막으로 그런 시도를 한 적은 언제입니까?

① 시도해 본 적이 없다

② 시도한 적이 있으며, 최근 1년 이내이다

③ 시도한 적이 있으며, 1년 이상 경과되었다

자살예방 자원에 대한 인식

문16. 자살 생각이나 계획이 생길 경우 다음 기관들에 전화로 도움을 받을 수 있다는 사실을 알고 계십니까? 알고 계셨던 기관을 모두 선택해 주시기 바랍니다.

① 보건복지콜센터 (129)
② 자살예방상담전화 (1577-0199)
③ 생명의 전화 (1588-9191)
④ 119
⑤ 정신건강복지센터/자살예방센터
⑥ 기타(_____)

문17. 귀하께서는 본인이나 주변 사람에게 자살생각이나 계획이 생길 경우, 필요하다면 어떤 기관에 가장 먼저 전화하시거나 전화를 권유하실 생각이십니까?

① 보건복지콜센터 (129)
② 자살예방상담전화 (1577-0199)
③ 생명의 전화 (1588-9191)
④ 119
⑤ 정신건강복지센터/자살예방센터
⑥ 기타(_____)

문18. 자살생각이나 계획이 생길 경우 방문을 통해 다음 기관들에 도움을 받을 수 있다는 사실을 알고 계십니까? 알고 계셨던 기관을 모두 선택해 주시기 바랍니다.

① 보건소
② 정신건강복지센터/자살예방센터
③ 정신건강복지센터/자살예방센터 이외의 전문상담센터
④ 정신건강의학과 병·의원
⑤ 정신건강의학과 이외의 병·의원
⑥ 기타(_____)

문19. 귀하께서는 본인이나 주변 사람에게 자살생각이나 계획이 생길 경우, 필요하다면 어떤 기관을 가장 먼저 방문하시거나 방문을 권유하실 생각이십니까?

① 보건소
② 정신건강복지센터/자살예방센터
③ 정신건강복지센터/자살예방센터 이외의 전문상담센터
④ 정신건강의학과 병·의원
⑤ 정신건강의학과 이외의 병·의원
⑥ 기타(_____)

국가 차원의 자살예방프로젝트에 대한 인식

문20. 현재 우리나라에서는 개인 동의 없이 국가 차원의 자살예방 관리를 시행하지 않고 있으나, 자살 시도자 등의 생명권 보호를 위해 개인 동의의 예외를 인정할 필요가 있다는 주장이 있습니다.
귀하께서는 자살 시도자를 보호하기 위한 경우라면 우리나라도 개인 동의를 받지 않고 자살예방 관리를 할 수 있다고 생각하십니까?
(*개인정보보호법 15조 제1항 5호 사유 : 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우)

① 자살 시도 1회부터 예외인정 -> 문20-1
② 자살 시도 2회 이상부터 예외인정 -> 문20-1
③ 자살 시도 3회 이상부터 예외인정 -> 문20-1
④ 어떤 경우라도 예외 불인정 -> 문21

문20-1. 개인의 동의를 받지 않고 시행할 수 있는 국가 차원의 자살예방 관리 영역은 어디까지가 적정하다고 생각하십니까?

① 자살시도자나 자살유가족의 정보를 자살예방기관(자살예방센터 등)에 연계·제공
② 자살시도자 본인에 대한 정신과 진료(일회성)
③ 자살시도자 본인에 대한 정신과 진료(2회 이상)
④ 자살시도자 본인 및 보호자에 대한 정신과 진료(일회성)
⑤ 자살시도자 본인 및 보호자에 대한 정신과 진료(2회 이상)

기본 인구학적 정보

문21. 귀하께서 현재 거주하고 계신 지역은 어디입니까?

① 서울 ② 부산 ③ 대구 ④ 인천 ⑤ 광주 ⑥ 대전
⑦ 울산 ⑧ 세종 ⑨ 경기 ⑩ 강원 ⑪ 충북 ⑫ 충남
⑬ 전북 ⑭ 전남 ⑮ 경북 ⑯ 경남 ⑰ 제주

문22. 귀하의 성별은 무엇입니까?

① 남성
② 여성

문23. 현재 귀하의 만 나이는 어떻게 되십니까?

만 (_____)세

문24. 귀하의 혼인상태는 어떠합니까?

① 미혼
② 배우자 있음
③ 사별
④ 이혼

문25. 귀하께서는 정규 교육을 어디까지 받았습니까?

ⓞ 안 받았음 -> 문26
① 초등학교 -> 문25-1
② 중학교 -> 문25-1
③ 고등학교 -> 문25-1
④ 대학(4년제 미만) -> 문25-1
⑤ 대학교(4년제 이상) -> 문25-1
⑥ 대학원 석사 과정 -> 문25-1
⑦ 대학원 박사 과정 -> 문25-1

문25-1. 해당 교육 과정의 이수 여부는 다음 중 무엇입니까?

① 졸업
② 재학
③ 수료
④ 휴학
⑤ 중퇴

문26. 귀하의 종교는 무엇입니까?

① 개신교(기독교)
② 천주교(가톨릭)
③ 불교
④ 기타 종교
⑤ 종교 없음(무교)

문27. 귀하의 직업은 다음 중 무엇입니까?

① 관리자
② 전문가 및 관련 종사자
③ 사무 종사자
④ 서비스 종사자
⑤ 판매 종사자
⑥ 농립어업 숙련 종사자
⑦ 기능원 및 관련 기능 종사자
⑧ 장치·기계 조작 및 조립 종사자
⑨ 단순노무종사자
⑩ 군인
⑪ 주부
⑫ 학생
⑬ 무직/퇴직
⑭ 기타(_____)

문28. 귀댁의 가구 구성은 다음 중 어디에 해당합니까?

1 세대	① 1인 가구	② 부부(응답자+배우자)	③ 부부+미혼 형제자매
	④ 응답자+미혼 형제자매	⑤ 부부+기타 친인척	⑥ 응답자+기타 친인척
	⑦ 기타: 상기를 제외한 모든 1세대 가구		

2 세대	⑧ 부부+미혼자녀	⑨ 편부+미혼자녀	⑩ 편모+미혼자녀
	⑪ 부부+양친	⑫ 부부+편부/편모	⑬ 부부+자녀+부부의 형제 또는 자매
	⑭ 조부모+미혼 손자녀	⑮ 편조부/편조모+미혼 손자녀	⑯ 기타: 상기를 제외한 모든 2세대 가구

3 세대	⑰ 부부+미혼자녀+양친	⑱ 부부+미혼자녀+편부/편모	⑲ 기타: 상기를 제외한 모든 3세대 이상 가구

문29. 귀댁의 월 평균 가구 소득은 어느 정도입니까?

귀하를 비롯한 모든 가구원의 소득을 합하여 응답해 주십시오.

※ 근로 및 사업 소득, 자산 소득, 공적·사전이전소득, 사회보험수혜금 등이 모두 포함됩니다.

① 100만원 미만
② 100~200만원 미만
③ 200~300만원 미만
④ 300~400만원 미만
⑤ 400~500만원 미만
⑥ 500~600만원 미만
⑦ 600~700만원 미만
⑧ 700~1,000만원 미만
⑨ 1,000~1,500만원 미만
⑩ 1,500만원 이상

♣ 설문에 응답해 주셔서 감사합니다.

[부록2] 응급실 내원 자살시도자 대상 면담지

[Protocol]

2018 자살시도자실태조사

조사기관 및 조사자의 일반적인 사항

1. 연 구 자 : _____
2. 병원ID : _____ (병원 고유 ID를 작성합니다.)
3. 일련번호 : _____ (중앙자살예방센터에서 생성된 번호를 작성합니다.)
4. 이름 한글 이니셜 :
5. 내원 일자 : 2018년 _____ (오전/오후) _____ 시 _____ 분
6. 평가 일자 : 2018년 _____ (오전/오후) _____ 시 _____ 분

A. 인구학적 평가

A - 1 성 별	①남 ②여	
A - 2 나 이	_____ 년 생 (만 _____ 세)	
A - 3 결혼 상태	①미혼 ②배우자 있음(혼인신고: ①하였다 ②하지 않았다) ③사별 ④이혼	
A - 4 최종학력	①안 받았음 ②초등학교 ③중학교 ④고등학교 ⑤대졸(4년제 미만) ⑥대졸(4년제 이상) ⑦대학원 석사 과정 ⑧대학원 박사과정	
	①졸업 ②재학(현재 재학중인 경우 학년 ①1학년 ②2학년 ③3학년 ④4학년 ⑤5학년 ⑥6학년) ③수료 ④휴학 ⑤중퇴	
A - 5 직 업 (각 항목에 대 해 체크 필요)	① 관리자 ② 전문가 및 관련 종사자 ③ 사무 종사자 ④ 서비스 종사자 ⑤ 판매종사자 ⑥ 농업어업 숙련 종사자 ⑦ 기능원 및 관련 기능 종사자	⑧ 장치기계 조작 및 조립 종사자 ⑨ 단순노무 종사자 ⑩ 군인 ⑪ 주부 ⑫ 학생 ⑬ 무직/퇴직 ⑭ 기타 _____
A - 6 종 교	①개신교(기독교) ②천주교(가톨릭) ③불교 ④기타 종교 ⑤종교 없음(무교)	
A - 7 의료보장	①건강보험 ②차상위 ③의료급여 2종 ④의료급여 1종 ⑤기타__	
A - 8 월 평 균 가구수입	월 _____ 만원	
A - 9 거주형태	①가족과 거주 ②가족이외의 사람과 동거 ③기숙사 등 단체 시설 ④혼자 거주 (돌봐주는 사람 ①유 ②무)	
	①도시 ②농어촌 (주소:_____ 마지막 행정단위 시, 군, 구까지만 명시)	
A - 10 가 족 력 (중복체크 가 능)	가족 중 ①자살 시도자가 없음 ②자살 시도한 사람이 있음. (있다면 ①자살로 사망한 사람이 있음 ②사망한 사람이 없음) (있다면 관계가 ①부 ②모 ③형제·자매 ④자녀 ⑤조부,조모 ⑥외조부,외조모 ⑦직계 이외의 친척	
	- 가족 중 정신건강의학과 치료를 받은 사람이 ①있음 ②없음	

B. 응급실 내원정보

<table>
<tr><td>B - 1
주 정 보
제 공 자</td><td>①본인 ②가족, 친지, 친구 ③경찰 및 구급요원 ④기타 _____</td></tr>
<tr><td>B - 2
내 원 경 로</td><td>①직접 내원 ②외부에서 전원 ③외래에서 의뢰
④기타 _____ ⑤미상</td></tr>
<tr><td>B - 3
내 원 수 단</td><td>①119 구급차 ②병원 구급차 ③기타 구급차
④경찰차 등 공공차량 ⑤항공이송 ⑥기타 자동차
⑦도보 ⑧기타_____ ⑨미상</td></tr>
<tr><td>B - 4
내원시 반응</td><td>① A (Alert) ② V (Verbal response)
③ P (Painful response) ④ U (Unresponsive)</td></tr>
<tr><td>B - 5
내원시 동반
손상진단명
(ICD 10, S,T
c o d e)</td><td><table><tr><td>진단명</td><td>ICD-10 S,T code</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td>B - 6
활 력 징 후</td><td>①SBP ②DBP ③HR ④RR ⑤BT</td></tr>
</table>

C. 의학적 병력평가

<table>
<tr><td rowspan="2">C - 1
신 체 질 환
(중복체크 가능)</td><td>①신체병력 없음
②고혈압 ③당뇨 ④암 (종류 ____) ⑤뇌졸중 ⑥파킨슨병 ⑦심장병
⑧폐질환 ⑨간질환 ⑩신장질환 ⑪심한 시력, 청력 소실 ⑫기타_____</td></tr>
<tr><td>현재 신체적 질환이 있다면 그로 인한 주관적 고통 정도 (질환이 있는 경우만)
①없음 ②경도 ③중등도 ④심함</td></tr>
<tr><td>C - 2
정 신 질 환
과 거 력
(중복체크 가능)</td><td>①없음 (아래 두 항목 체크할 필요 없음. D 항목으로)
②우울장애 ③불안장애 ④치매, 기질성 정신 장애 ⑤양극성장애
⑥조현병 혹은 다른 정신병적 장애 ⑦신체형장애 ⑧인격장애
⑨적응장애 ⑩물질장애 ⑪정신지체, 학습장애, 발달장애
⑫기타_____ ⑬미상</td></tr>
</table>

C - 3 정신과 치료 여부	①치료안함 ②치료중 ③치료중단 ④치료종결
	①현재 약물 복용중 ②약물 복용 중단 ③약물 복용 기왕력 없음
C - 4 정신과 입원 여부	①입원한적 있음 (가장 최근 퇴원일자 : 년 월 일) ②입원안함

D. 자해/자살시도 과거력 *# 가장 치명적 자살 시도를 기준으로 합니다.*

D - 1 자해시도력	①없음 ②있음 (____ 회) ③알 수 없음/평가 불가	
D - 2 자해시도 연령	첫 자해시도 : _____ 년도 ___ 월 (봄, 여름, 가을, 겨울) 최근 자해시도 : _____ 년도 ___ 월 (봄, 여름, 가을, 겨울)	
D - 3 자살시도력	①없음 ②있음 (____ 회) ③알 수 없음/평가 불가	
D - 4 자살시도연령	첫 자살시도 : _____ 년도 ___ 월 (봄, 여름, 가을, 겨울) 최근 자살시도 : _____ 년도 ___ 월 (봄, 여름, 가을, 겨울)	
D - 5 과거 자살시도 방법 (중복체크 가능)	①음독 (①해열 진통제 ②수면제 ③신경안정제 ④항경련제 ⑤항우울제 ⑥유기성 용매 ⑦모름) ②농약 ③교상(목맴, 질식) ④날카로운물질(칼) ⑤둔탁한 물질 ⑥투신 ⑦투신 미수 ⑧뛰어들거나 앞에 서 있음 (①자동차 ②기차) ⑨가스(①번개탄 ②연탄 ③기타) ⑩익사(익수) ⑪권총 ⑫확인되지 않는 방법의 자해 ⑬기타 _____	
D - 6 자살시도 시 음주 여부	①음주 ②비음주	
D - 7 자살기도 후 처치	①의료기관 방문하지 않음 ②응급실 방문 (아래항목 작성) ③정신과 외래방문	
D - 8 응급진료 결과 (응급실 방문한 경우)	①귀가	①증상 호전 ②말기질환으로 귀가 ③가망 없는 퇴원 ④자의 퇴원 ⑤외래방문 후 귀가 ⑥기타

	②전원	①병실부족 ②중환자실부족 ③응급수술처치불가 ④상급병원으로 전원 ⑤1,2차 의료기관으로 전원 ⑥장기시설로 전원 ⑦환자사정으로 전원 ⑧기타
	③입원	①일반병실로 입원 (정신과병동 비정신과병동) ②중환자실로 입원 ③수술실로 간 후 병실로 입원 ④수술실로 간 후 중환자실로 입원 ⑤기타
	④사망	①내원시 사망(DOA) ②DNR로 사망 ③CPR 후 사망 ④기타
	⑤기타 ⑥미상 및 미입력	
D - 9 응급실 퇴원후 조 치 결 과	① 정신과 외래진료 : (예약이후) ①방문 ②방문하지 않음 ② 정신과 치료거부 : ①정신과 문제 부인 ②치료로 도움을 받을 수 없다고 생각 ③정신과에 대한 편견 ④경제적 문제 ③지역사회 정신보건센터 의뢰 : ①등록 ②등록하지 않음 ③권유받은 적 없음	

E. 현재 자살시도 상황 평가

E - 1 자살시도 시간	2018년 ____ 월 ____ 일 ____ 시 ____ 분		
E - 2 자살시도 인식	①부정 ②인정 ③면담 불가		
E - 3 자살시도 장소	①주택내 ②의료기관 ③차 안 ④사회복지시설(양로원,고아원) ⑤공공시설(학교,운동장) ⑥도로 ⑦상업서비스시설(상점, 호텔) ⑧산업장 ⑨농장(논밭, 축사) ⑩기타		
	***시도자 가 생각하는 주된요인을 골라 체크(중복체크**	**시 도**	**평가자판단**

	가능) ***일차원인 은 평가자 판단에 가장 주된 요인(한가지만체크)**	**자기술**	**일차원인**
E - 4 자살동기 (중복체크 가능)	①정신과적 증상 (해당한다면 아래 5가지 중 선택) ①환청 ②망상 ③우울 ④불안 ⑤흥분 ②대인관계 문제 (해당한다면 아래에서 선택) ①가족 ②연인, 배우자 ③친구 ④회사내 소외 ⑤학교내 왕따 ③학업, 성적, 입시 등 학교 관련 ④취업, 승진 등 직장 관련 (지위 상실) ⑤급격한 금전 손실 ⑥만성적 빈곤 ⑦외로움/고독 ⑧신체적 질병 (병명 _____) ⑨폭행 (성폭행, 물리적 폭행) ⑩기타 _____		
E - 5 외부 요인의 영향 (해당하는 내용 모두 표시)	①인터넷 자살관련 사이트의 영향을 받음 (사이트 이름_____) ②주변 사람의 죽음의 영향 (관계_____) ③유명인의 죽음의 영향 (이름 _____) ④언론보도의 영향을 받음 ⇒'예'일 경우 ①자살 방법에 영향을 받았다. ②자살 시도에 영향을 줬다. ⇒'예'일 경우 ①매우 영향을 미쳤다 ②조금 영향을 미쳤다 ③거의 영향을 미치지 않았다		
E - 6 자살시도 방법	①음독 (①해열 진통제 ②수면제 ③신경안정제 ④항경련제 ⑤항우울제 ⑥유기성 용매 ⑦모름) ②농약 ③교상(목맴, 질식) ④날카로운물질(칼) ⑤둔탁한 물질 ⑥투신 ⑦투신 미수 ⑧뛰어들거나 앞에 서 있음(자동차, 기차) ⑨가스(①번개탄 ②연탄 ③기타) ⑩익사(익수) ⑪권총 ⑫확인되지 않는 방법의 자해 ⑬기타 _____ 방법을 택한 이유 ①TV 나 신문을 보고 ②주변 사람의 시도 방법 ③스스로 결정 ④인터넷 검색을 해서		

E - 7 자살 시도 시 음주 여부	①음주 ②비음주
E - 8 동반 자살 여부	①유 (관계 : _____) ②무

E – 9 자살예방서비스 이용 경험	이용한 적 있음	이용하려고 시도한 적이 있음	이용한 적 없음
① 보건복지콜센터 (129)			
② 자살예방상담전화 (1577-0199)			
③ 생명의 전화 (1588-9191)			
④ 119			
⑤ 병원 응급실 사후관리			
⑥ 보건소 또는 정신건강복지센터/자살예방센터			
⑦ 동주민센터/읍사무소/면사무소			
⑧ 종합사회복지관, 노인복지관, 청소년센터			
⑨ 정신건강의학과 병·의원			
⑩ 정신건강의학과 이외 병·의원			
⑪ 전문상담센터			
⑫ 기타(_____)			

F. 자살 평가 (CSSRS)

1) 자살생각 (현재 자살시도를 기준으로 평가)		
선별문항		
선별문항 1, 2 를 질문하십시오. **모두 부정인 경우, 3)자살행동" 섹션**으로 이동하십시오.	예	아니오
1. 죽고 싶은 소망 Q. 이번 자살을 시도하기 전에 죽고 싶다거나 잠든 뒤 깨어나지 않았으면 좋겠다고 바란 적이 있습니까?	①	②

- 이번 자살시도 전에 죽고 싶거나, 더 이상 살고 싶지 않은 소망, 또는 잠든 뒤에 깨어나지 않았으면 좋겠다는 생각을 가지고 있었다.		
2. 비특이성 적극적 자살생각 Q. 이번 자살을 시도하기 전에 실제로 자살에 대해 생각해본 적이 있습니까? - 자살방법과 관련된 수단, 의도, 또는 계획에 대한 생각없이 목숨을 끊고(자살)싶다는 일반적인 비특이성 생각 (예) 자살에 관해 생각해 보았다.	①	②
선별문항 1,2의 대답이 모두 '아니오'인 경우 '3) 자살행동'으로 넘어 가십시오. **선별문항 2 의** 대답이 '**예'인 경우**, 아래 **3,4,5 항목 을 질문**하십시오. **선별문항 1만 '예'이고 2가 아니오'인 경우 2) 자살생각의 심각성"으로 넘어 가십시오.**	①	②
자살생각의 유형		
3. 실행 의도가 없이 어떤 방법(계획이 아닌)들을 생각하는 적극적 자살 생각 Q. 자살 시도할 생각은 없었지만 어떻게 실행에 옮길 지 생각해본 적이 있습니까? - 자살에 대한 생각을 시인하며 평가기간 동안 적어도 한 가지 이상의 방법에 대해 생각했다. 그러나 시간, 장소 또는 방법을 상세하게 궁리하는 구체적인 계획과는 다르다. - 자살방법을 생각했으나 구체적인 계획은 없는 경우 (예) 약물을 과다복용 하는 것을 생각해 보았지만 언제, 어디서 또는 어떻게 실제로 감행할 지에 관한 구체적인 계획을 결코 세우지는 않았으며, 절대로 그렇게 하지는 않을 것이다.	①	②
4. 구체적인 계획 없이, 어느 정도 실행의도가 있는 적극적 자살생각 Q. 자살 시도할 생각이 있었고 실제 실행할 의도가 있었습니까? - 자살에 대한 적극적인 자살생각과 "생각은 하고 있지만 절대로 그런 생각을 실행에 옮기지는 않을 것"이라는 경우와 반대로 그런 생각을 실행에 옮길	①	②

의도가 어느 정도 있다고 말한다.		
5. 구체적인 계획과 의도가 있는 적극적 자살 생각 Q. 자살방법에 대해 구체적으로 계획한 적이 있습니까? 그 계획을 이번 자살시도에 실행할 의도가 있었습니까? - 자세한 계획의 전부 또는 일부를 궁리한 자살에 대한 생각과 피험자는 실행에 옮길 의도가 어느 정도 있다.	①	②

2) 자살생각의 심각도 (intensity)

1. 시 작 : Q. 자살생각이 언제부터 시작 되었습니까?

( )년 ( )월 ( )일

잘 기억이 나지 않는다면 아래 중 하나를 적어주세요 :

( )주 전부터 / ( ) 개월 전부터

2. 빈 도 : Q. 자살생각이 시작된 뒤 이런 생각을 몇 번이나 하셨습니까?

①일주일에 한 번 미만 ②일주일에 한 번 ③일주일에 2~5 번

④매일 또는 거의 매일 ⑤매일 여러 번

3. 지속 시간 : Q. 자살생각이 나면 얼마나 오래 지속됩니까?

①순간적 – 몇 초 또는 몇 분 ②1 시간 미만 / 잠시 동안 ③1~4 시간 / 한참 동안

④4~8 시간 / 하루 중 대부분 ⑤8 시간 이상 / 끊임없이 또는 지속적

4. 통제 가능성 : Q. 자살생각이 나면 쉽게 통제할 수 있습니까?

①생각을 통제하기가 쉽다 ②생각을 통제하기가 거의 힘들지 않다

③생각을 통제하기가 약간 힘들다 ④생각을 통제하기가 많이 힘들다

⑤생각을 통제할 수 없다 ⑥생각을 통제하려고 노력하지 않는다

5. 저지 요인 : Q. 죽고 싶은 마음이나 생각이 실행되지 않도록 막은 사람이나 무언가가 있습니까? (예: 가족, 종교, 죽음의 고통)

①자살 시도를 막은 저지 요인이 확실히 있다 ②저지 요인이 있는 것 같다

③저지 요인이 있는지 확실치 않다 ④저지 요인이 없는 것 같다

⑤저지 요인이 분명히 없다 ⑥해당 없다

6. 자살 생각의 이유

Q. 죽고 싶거나 자살하고 싶다는 생각을 하게 된 이유는 무엇입니까? (두 가지 모두 해당 가능)

- 고통이나 힘든 감정을 끝내려는 목적이 있었습니까?

(다시 말하면 이런 고통이나 감정으로는 계속 살아갈 수 없을 것 같은 느낌)

- 다른 사람으로부터 관심이나 복수 등을 얻어내려는 목적이 있었습니까?

①전적으로 다른 사람으로부터 관심이나 복수 또는 반응을 얻어내려는 것이었다.
②주로 다른 사람으로부터 관심이나 복수 또는 반응을 얻어내려는 것이었다.
③다른 사람으로부터 관심이나 복수 또는 반응을 얻어내려는 것과 고통을 끝내려는 것이 절반씩이었다.
④대체적으로 고통을 끝내려는 것이었다
(그런 고통이나 감정으로는 계속 살아갈 수 없었다).
⑤전적으로 고통을 끝내려는 것이었다
(그런 고통이나 감정으로는 계속 살아갈 수 없었다).
⑥해당 없다.

3) 자살 행동 (이번 응급실에 내원한 주된 이유에 관해서만 질문합니다.)

* 3) ① 항목이 "예"인 경우에만 4) 자살의 치명도를 체크해 주세요

①	**실제적 시도:** - 실행의 결과로서, 적어도 어느 정도 죽기를 바라는 마음으로 실행한 잠재적 자해행위나 행동은 부분적으로 자신을 죽고자 하는 시도로 간주된다. 의도는 반드시 100%가 아니어도 무방하다. 실행과 관련하여 죽으려는 의도/욕구가 **조금이라도** 있으면 "실제적 시도"로 간주될 수 있다. **- 어떤 상해나 위해가 있어야 하는 것은 아니며,** 상해나 위해의 잠재성만 있으면 된다. 총을 입에 넣고 방아쇠를 당겼지만, 총이 고장 나서 상해를 입지 않았다면 이는 시도로 간주된다. **[추론적 의도]** - 개인이 죽으려는 의도/소망을 부인하더라도 행동이나 상황으로부터 임상적으로 추론할 수 있다. (예) 사고가 아닌 것이 분명하여 자살 이외에 다른 의도를 추론할 수 없는 매우 치명적인 행위 (즉, 머리에 총을 대고 쏘거나 높은 층의

	창에서 뛰어 내리기). - 죽으려는 의도를 부인해도 이번 시도가 치명적일 수 있다고 생각했다면 의도를 추론할 수 있다.
②	**방해된 시도:** - (외부 상황에 의해) 잠재적 자해행위의 시작이 방해를 받은 (그렇지 않았다면 실제로 시도가 이 루어졌을) 경우. (예) 약물 과용: 손에 약을 쥐고 있으나 복용이 저지된 경우. 일단 약을 복용하면 방해된 시도가 아니라 시도로 간주한다. (예) 뛰어내리기: 뛰어내리려고 자세를 취했으나 잡혀서 끌어내리는 경우. (예) 목 매달기: 목에 올가미를 걸었지만 아직 매달지는 않았으며, 그러한 행위가 저지된 경우. **Q. 목숨을 끊기 위해 무엇인가를 시작했지만 실제로 실행하기 전에 누군가에 의해 또는 무슨 일로 중단되었습니까?**
③	**중단된 시도:** - 자살 시도를 실행에 옮기기 시작했으나 어떤 자기 파괴적 행동을 실제로 하기 전에 스스로 중단한 경우. 사례는 방해된 시도와 유사하지만, 누군가에 의해 또는 무슨 일로 중단된 것이 아니라 스스로 중단한 것이 다르다. **Q. 목숨을 끊으려고 무슨 일을 시작했지만 실제로 행하기 전에 스스로 중단하였습니까?**
④	**준비행위나 행동:** - 곧 자살을 시도하기 위한 행위 또는 준비. 여기에는 구체적인 수단을 강구하거나(즉, 약물 구매나 총기 구입) 자살을 통한 죽음을 준비하는 (즉, 물건을 나눠 주거나 자살 메모를 하는 것) 등 말이나 생각을 넘어서는 어떤 것이 포함 될 수 있다.

	Q. 자살을 시도하거나 자살을 준비하기 위한 행동(즉, 약물 수집, 총기구입, 소중한 물건 나눠주기, 자살 메모 적기)을 취한 것입니까?
⑤	**자해 행동:** **자살할 의도가 전혀 없이 순전히 다른 이유로 자해행동을 한 것입니까?** (예. 스트레스를 풀기 위해, 기분 전환을 위해, 동정심을 얻으려고, 또는 상황을 바꾸기 위해서)

4) 자살의 치명도 (이번 자살행동이 실제 자살시도인 경우에만 답변 하십시오)

1. 실제적 치명성 / 의학적 손상

①신체적 손상이 없거나 매우 경미한 신체적 손상 (즉, 찰과상) *⇒ 이 경우만 4) 2. 작성*

②경미한 신체적 손상 (즉, 어눌한 말투, 1 도 화상, 가벼운 출혈, 접질림)

③보통의 신체적 손상; 의학적인 주의 필요
(즉, 의식은 있으나 혼미한 상태 — 어느 정도 반응 보임, 2도 화상, 주요 혈관의 출혈)

④어느 정도 심각한 신체적 손상; 입원 및 경우에 따라서 집중적인 치료 요구
(즉, 반사 능력이 손상되지 않은 혼수상태, 신체 20% 미만의 3도 화상, 출혈이 심하나 회복 가능, 심각한 골절)

⑤심각한 신체적 손상; 입원과 함께 집중적인 치료 요구
(즉, 반사 능력이 손상된 혼수상태, 신체 20% 이상의 3도 화상, 생명 징후가 불안정한 과다 출혈, 필수 부위의 심각한 손상)

⑥사망

2. 잠재적 치명성: 실제적 치명성이 "신체적 손상이 없거나 매우 경미한 신체적 손상" 경우에만 답변

- 의학적 손상을 입지 않은 실제적 시도에 따른 잠재적 치명성을 평가

(실제 의학적 손상은 없으나 잠재적으로 매우 심각한 치명성을 지닌 시도)

예 1. 입에 총을 넣고 방아쇠를 당겼으나 총이 격발되지 않아 의학적 손상을 입지 않은 경우

예 2. 다가오는 기차 앞에 철로에 누웠으나 치이기 전에 끌려난 경우

①상해를 초래할 가능성이 없는 행동

②상해를 초래할 가능성은 있으나 사망으로 이어질 가능성이 없는 행동

③의학적 치료에도 불구하고 사망으로 이어질 가능성이 있는 행동

G. 자살 의도 검사 (Suicide Intent Scale, SIS)

※ 다음은 자살 시도를 할 당시의 상황을 알아보기 위한 질문들입니다.

1. 고립

환자가 자신을 해하려고 한 순간에 누군가 곁에 있었나요?

(예를 들어, 같은 방에 있었거나, 전화 통화를 하고 있던 경우)

①	0점	누군가 있었다.
②	1점	누군가 근처에 있거나, 대화 중이었다. (전화 등)
③	2점	아무도 없거나, 대화 중이지 않았다.

2. 개입시간

자살 시도를 한 그 순간에, 누군가가 금방 올 거라고 생각하고 있었나요? 아니면 누군가 환자를

금방 발견 할 수 있는 상황이었나요? 또는 누군가 환자를 발견하기 까지는 시간이 오래 걸릴 것이라고 생각했나요?

①	0점	자살 시도에 대한 개입이 가능하도록 시간 계산을 했다.
②	1점	자살 시도에 대한 개입이 쉽지 않도록 시간 계산을 했다.
③	2점	자살 시도에 대한 개입이 거의 불가능 하도록 시간 계산을 했다.

3. 발견 또는 개입에 대한 조심

환자는 다른 사람이 환자를 발견하는 것을 방지하기 위한 행동을 했나요?

(예를 들어, 전화를 끊어놓는 일이나, 문에 메모를 남기는 일)

①	0점	아니오.
②	1점	소극적인 방법, 즉 타인을 피하기는 했지만 타인의 개입을 막기 위한 행동은 하지 않았다. (예를 들어 문을 잠그지 않은 채 방에 혼자 있는 경우)
③	2점	적극적인 방법 (예를 들어 문을 잠그고 방에 혼자 있는 경우)

4. 자살시도 동안 또는 직후에 도움을 구하는 행동

자살 시도를 한 그 시점에, 다른 사람에게 연락을 해서 방금 한 일에 대해 말을 했나요?

①	0점	자살 시도와 관련하여 도울 수 있는 사람에게 연락을 취했다.
②	1점	사람에게 연락을 취하기는 했으나, 특별히 도울 수 있는 사람은 아니었다.
③	2점	아무에게도 연락을 취하지 않았다.

5. 죽음을 예견할 수 있는 마지막 행동을 시도함

자살 시도를 결정한 후에, 어떤 행동들을 했나요?

(예를 들어, 청구된 지로들을 정리하고, 유서를 쓰고, 주위 사람들에게 작별인사를 하는 일)

①	0점	아무 행동도 하지 않았다.
②	1점	죽음을 준비하는 행동들을 하거나, 하려고 생각했다.
③	2점	정확한 계획들을 세웠다(예를 들어, 유언을 만들거나 바꾸는 일, 주위 사람들 에게 선물을 주는 일, 보험을 확인하는 일)

6. 자살시도에 대한 준비 정도

자살 시도를 오랜 동안 준비하고 있었나요? 자살 시도를 위한 준비를 하였나요?

(예를 들어, 알약을 모으는 일)

①	0점	아무런 준비도 하지 않았다.
②	1점	약간의 준비를 했다.
③	2점	많은 준비를 하고, 세밀한 계획을 세웠다.

7. 자살 기록 (유서)

①	0점	유서가 없다.
②	1점	썼지만 찢어버렸거나, 쓰고 싶은 생각을 하였다.
③	2점	유서를 남김

8. 시도를 하기 전 자살 의도 공개

자살 시도를 할 생각이 있다는 것을 주위 이웃이나 친구, 가족들에게 직접적으로나 간접적으로

말하였습니까?

①	0점	아니오
②	1점	애매모호하게 말했다.
③	2점	확실하게 말했다

9. 시도의 목적

환자는 죽음으로써 무엇을 얻고 싶었습니까?

①	0점	주로 환경을 변화시키거나 조종하기 위해.
②	1점	"0"과 "2"의 혼합.
③	2점	주로자신을 환경으로부터 제거하기 위해.

[10-15] 자기보고 (자살시도자의 응답을 기준으로 작성)

10. 치명성(fatality)에 대한 예상

자살 시도 후에 환자가 죽을 수 있는 가능성은 얼마나 된다고 생각하고 있었습니까?

①	0점	아마 죽지는 않을 것이라고 생각하였거나, 그 문제에 대해 고민하지 않았다.
②	1점	죽을 수도 있을 것이라고 생각하였으나, 쉽게 죽을 거라고는 생각하지 않았다.
③	2점	확실히 죽을 수 있을 것이라고 생각하였다.

11. 자살 수단의 치사성 (lethality) 에 대한 구상

①	0점	치사적일 것이라고 생각한 것보다 치사성이 덜한 시도를 하였거나, 자살 방법에 대해 생각하지 않았다
②	1점	치사적이라고 확신하지 못하였거나, 치사적일 수도 있다고 생각하였다.
③	2점	치사적일 것으로 예상한 정도와 비슷하거나 더 심하게 치사적이었다.

12. 자살 시도의 심각한 정도

①	0점	이 행동이 삶을 끝낼 정도로 심각한 것이라고 생각하지 않았다.
②	1점	이 행동이 삶을 끝낼 정도로 심각할 것인지에 대해 확신하지는 못하였다.
③	2점	삶을 끝낼 정도로 심각한 것으로 생각하였다.

13. 삶에 대한 양가감정

삶과 죽음에 대한 환자의 감정은 어떠하였습니까? 죽기보다는 살기를 더 열망하였습니까? 아니면 죽든지 살든지 상관없다고 생각하였습니까?

①	0점	죽고 싶지 않았다.
②	1점	죽거나 살거나 상관없다고 생각했다.
③	2점	죽고 싶었다.

14. 회복 가능성 (reversibility) 에 대한 기대

①	0점	의학적인 처치를 받으면 죽지 않을 것이라고 생각하였다.
②	1점	의학적인 처치에 의해 살아날 수 있을지 확신하지는 못했다.
③	2점	의학적인 처치를 한다고 해도 살아나지 못할 것이라고 확신함.

15. 사전 계획의 정도

①	0점	없었음-충동적이었다.
②	1점	자살시도 전 세 시간이 안되게 자살을 생각하였다.
③	2점	자살시도 전 세 시간 넘게 자살을 생각하였다.

 # 여기서부터는 면담 이후 평가자 선생님들의 임상 정리 및 이후 결과에 대한 내용입니다.

H. 정신과적 평가 및 조치 (전적으로 임상가의 평가에 의함)

H - 1 정신과적 진단	①. _____ ②. _____ ③. _____	
H - 2 정신과적 치료필요	**①정신과적 치료가 필요한 상태로 판단됨** (복수체크 가능) ①위기 개입 (1개월 이내) ②정신과적 장기적 치료 ③신체문제에 대한 장기적 치료 **②정신과적 치료가 필요하지 않아 보임**	
H - 3 자살예방 서비스 요구도 (복수체크가능)	①정신과 치료 ②사례관리 ③사회복지 또는 경제적 지원 ④요구 없음	
H - 4	①정신과 외래F/U	①동의 ②거부 ③입원

응 급 실 퇴 원 후 계 획	②정신과 F/U 거부 사유	①정신과 문제 부인 ②치료로 도움을 받을 수 없다고 생각 ③정신과에 대한 편견 ④경제적 문제 ⑤기타 _____
	③지역사회 정신보건센터 권유	①수용 ②수용하지 않음 ③권유하지 않음

I. 응급진료 결과

I - 1 응 급 진 료 결 과	①귀가	①증상 호전 ②말기질환으로 귀가 ③가망 없는 퇴원 ④자의 퇴원 ⑤외래방문 후 귀가 ⑥기타
	②전원	①병실부족 ②중환자실부족 ③응급수술처치불가 ④상급병원으로 전원 ⑤1,2차 의료기관으로 전원 ⑥장기시설로 전원 ⑦환자사정으로 전원 ⑧기타
	③입원	①일반병실로 입원 (①정신과병동 ②비정신과병동) ②중환자실로 입원 ③수술실로 간 후 병실로 입원 ④수술실로 간 후 중환자실로 입원 ⑤기타
	④사망	①내원시 사망(DOA) ②DNR로 사망 ③CPR 후 사망 ④기타
	⑤기타	⑥미상 및 미입력

I - 2 응급실 처치	①주사제 시행하지 않음 ②주사제 시행 (①항정신병제 ②항불안제)	
	①약물 처방하지 않음 ②약물 처방함 (①항우울제 ②항불안제 ③항정신병제 ④기존 약물재처방)	
I - 3 응급실 퇴원 결과 (중복체크 가능)	퇴원 일자: 2018년 ____월 ____일 퇴원과 _____ 퇴실 시 최종진단명 정신과 진단 외 진단_____ ①우울장애 ②불안장애 ③치매, 기질성 정신 장애 ④양극성장애 ⑤조현병 혹은 다른 정신병적 장애 ⑥신체형장애 ⑦인격장애 ⑧적응장애 ⑨물질장애 ⑩정신지체, 학습장애, 발달장애 ⑪기타_____ ⑫미상	
I - 4 의료비 지원	의료비 지원여부	① 예 ②아니요
	의료비 지원출처	① 보건복지부 ②생명보험사회공헌재단 ③기타_____ ④ 받지 않음
	의료비 지원 총액 (원)	₩_____