

자살생각을 가진 성인의 도움추구에 영향을 미치는 요인

Factors Associated with Help-seeking among Adults with Suicidal Ideation

고정애
한림대학교 사회복지학과

Jungyai Ko(koko@hallym.ac.kr)

요약

본 연구는 국민건강영양조사 자료를 활용하여 자살생각이 있는 우리나라 성인의 도움추구에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 지난 2주간 자살생각을 경험한 만 19세 이상 성인을 조사대상으로 하였으며 이들이 우울증상과 관련하여 상담이나 도움을 요청하였는지의 여부에 영향을 미치는 선행요인, 욕구요인, 가능요인들을 알아보는 이항 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석결과 기혼자, 가구소득이 낮은 사람, 그리고 예전에 우울증 진단을 받은 적이 없는 사람은 도움추구를 할 가능성이 낮은 것으로 나타났다. 성별, 나이, 교육수준, PHQ-9 총점, 거주지, 건강보험은 통계적으로 유의미한 결과를 나타내지 않았다. 이를 바탕으로 도움추구 증진을 통한 자살예방을 위해서 저소득계층, 예전에 관련 의료체계를 이용한 경험이 없는 사람들, 비공식적 도움을 선호하는 사람들에게 대한 의료 및 상담 체계 접근성 향상이 필요함을 제안한다.

■ **중심어** : | 자살 | 자살생각 | 도움추구행동 | 상담 |

Abstract

This study analyzed the data from Korea National Health and Nutrition Examination Survey to examine factors associated with help-seeking among Korean adults with suicidal ideation. The results from binary logistic regression analysis showed that being currently married, low family income, and absence of diagnosed clinical depression were negatively associated with seeking help. Gender, age, education, the PHQ total score, and health insurance did not significantly change the probability of seeking help. The future suicide help-seeking intervention should focus on those who are less likely to seek help.

■ **keyword** : | Suicide | Suicidal Ideation | Help-seeking Behavior | Counseling |

1. 서론

우리나라의 인구 10만 명당 평균 자살률은 경제협력 개발기구(OECD) 국가의 평균인 12명의 두 배가 넘는 25.8명이며 다른 나라들의 자살률 증감 추이와는 다르게 경제위기 이후에도 꾸준히 증가하고 있다[1]. 우리나라의 자살률이 다른 나라에 비해 현저히 그리고 지속적

으로 높다는 점은 자살률을 낮추기 위한 노력이 개개인의 자살위험에 초점을 둔 고위험군 중심의 자살예방에 그치지 않고 공중 보건적 관점에서 사회, 문화의 전반적인 위험 요인에 대한 대응으로 확대해야 할 필요성을 제시하고 있다. 즉, 국민 전체의 자살률이 높은 상황에서 효과적인 자살 예방을 위해서는 우울증, 약물남용 등과 같은 자살 위험요인을 가진 사람들 (sick

individuals)을 가려내고 개입하는 것만으로는 한계가 있다. 국민을 위험 자체가 높은 인구(sick population)로 보고 그 위험을 낮추려는 예방의 전략이 필요하며 그것은 인구 자체의 생활양식이나 행동의 규범 등을 변화시키는 노력을 포함해야 한다[2].

자살과 관련한 위험성을 높이는 우리 국민의 행동의 규범이나 특징 중 하나는 정신건강상의 어려움과 문제에 관하여 도움을 요청하고 필요한 상담 및 치료를 받지 않는 것이다. 자살로 인한 죽음에 이른 56명의 성인을 대상으로 한 심리부검 연구의 결과에 따르면 56의 조사대상자 중 도움요청의 접촉시도가 있으나 요청이 없었던 사람이 33명으로 가장 많았으며 접촉이 없었던 사람이 21명 이었고 도움요청을 한사람은 한 명에 불과했다[3]. 또한 우리나라의 우울증 치료율은 다른 나라에 비해 매우 낮다. 최근의 자료에 따르면 우리나라의 항우울제 소비량은 28개 조사국 가운데 칠레에 이어 두 번째로 낮았으며 다른 나라 평균의 3분 1수준에 그쳤다[4]. 보건복지부가 2006년 자료를 통해 밝힌 기본장애 집단의 정신보건 서비스 이용률은 정신과 전문의, 기타 정신건강 전문가 및 정신과 전문의 이외의 의사를 모두 포함할 때 33%에 그쳤다[5]. 노인자살 위험요인에 대한 선행 연구에서도 미충족된 의료서비스의 욕구가 자살위험요인으로 나타났다[6].

자살 위험을 가진 사람들의 낮은 정신건강 서비스 이용률은 이들이 도움요청에 대한 필요성을 느끼지 못하거나 또는 그 필요성을 느낀 후에도 회피하고 있다는 것을 보여준다. 선행연구에서는 상담에 대한 회피현상이 일반적인 상담뿐만이 아니라 자살 등의 위기 상황에서도 흔하게 나타나는 현상이라고 지적하면서 우리나라의 체면과 상호관계성을 중요시하는 집단주의 문화가 이에 영향을 미친다고 지적하였다[7]. 실제로 다양한 민족이 다양한 문화적 관습을 유지하며 사는 미국에서는 아시아문화가 정신건강상의 도움추구에 미치는 부정적인 영향을 시사하는 경험적 연구들이 이루어 졌다[8][9]. 즉, 미국 내 아시아인들의 정신건강 서비스에 대한 사회적 낙인, 체면을 중시하는 문화, 스스로 문제를 해결하려는 태도 등이 아시아인들이 정신건강 도움추구에 있어서 가지는 취약함과 관련이 있다는 것이다.

또한 정신건강 도움요청의 회피현상과 함께 도움요청을 위한 문제의식과 의도가 있더라도 비용문제 등으로 인하여 좌절되는 경우가 있음이 경험적으로 뒷받침되고 있다[10][11].

이러한 도움추구행동의 부재가 자살행동과 관련한 중요한 위험요소임에도 불구하고 자살생각을 가진 사람들의 도움추구행동에 대한 국내 연구는 찾기 어렵다. 반면 자살생각과 행동에 이르는 중요한 위험요인인 우울증에 대하여서는 도움추구의 회피나 부재와 관련한 연구들이 이루어져서 여러 인구사회학적으로, 정신질환이나 도움추구행동과 관련된 스티그마, 도움추구를 위한 자원의 부족 등이 이에 영향을 미치는 것을 밝혔다[9][12][13]. 그러나 이러한 우울증 등의 정신건강 서비스와 관련한 연구들이 자살과 관련된 도움추구와 반드시 맥을 같이 한다고 할 수는 없다. 일반적으로 우울증이나 정신건강 문제 등으로 인한 도움추구의 회피에 작용하는 다양한 요인들이 자살생각과 관련된 도움추구에도 영향을 미칠 가능성이 있다. 그러나 자살위험을 가진 성인들이 모두 우울증을 가지고 있는 것은 아니며 또한 자살생각 여부가 우울증을 가진 사람들의 도움추구 행위에 영향을 미칠 수도 있다.

이처럼 정신건강과 관련된 전문적 도움추구가 부족한 우리나라에서 도움추구의 촉진을 통한 자살예방의 노력에 대한 중요성은 더욱 증가한다. 이러한 노력에는 자살행동에 이르는 중요한 위험요인인 자살생각을 가지고도 도움추구를 하지 않는 현상에 영향을 미치는 요인을 살펴보는 것이 첫걸음이 될 것이다. 즉, 도움추구의 회피나 실패요인을 살펴보아야 도움추구 증진의 노력이 특히 어떤 곳에 집중되어야 하는지 알 수 있다. 정신건강문제의 서비스 이용 부족에 대한 연구가 정신건강문제의 조기 발견과 치료를 위한 다양한 전략을 도출하는데 적용되어 온 바와 같이[14], 균형 있는 자살 예방 전략의 형성을 위해서는 자살생각을 가진 사람의 도움추구 경향에 대한 연구가 필요하다. 따라서 본 연구에서는 국민건강영양조사의 자료를 이용하여 자살생각을 가진 성인들이 상담 등의 도움을 요청하지 않은데 영향을 미치는 요인들을 살펴보고자 한다.

II. 이론적 배경 및 선행연구

1. 앤더슨의 의료서비스 이용모델

본 연구는 자살생각과 관련한 도움추구 행동에 대한 선행연구가 아직 우리나라에서 활발히 이루어지지 않은 상황을 고려하여 의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 폭넓게 고려할 수 있는 앤더슨의 의료서비스 이용모델을 채택하였다[15]. 앤더슨의 의료서비스 이용모델에 따르면 의료서비스의 이용은 이용자의 선행요인, 가능요인, 욕구요인에 의하여 결정된다. 선행요인은 나이와 성별과 같은 인구학적 요인들과 교육, 직업, 인종 등으로 측정되는 사회적 위치 등을 포함하며, 가능요인은 수입, 의료보험, 정규적인 의료서비스 자원 등 의료서비스 이용을 위해 요구되는 개인 및 가족, 지역사회단위의 자원이다. 마지막으로 욕구요인은 주관적으로 인식된 욕구(perceived needs)와 객관적으로 평가된 욕구(evaluated need)로 이루어져 있다. 다음 장에서는 이러한 앤더슨의 의료서비스 이용모델을 바탕으로 자살생각을 가진 성인의 도움추구에 대한 해외의 선행 연구와 정신건강 도움추구에 대한 국내 선행 연구를 분석하였다.

2. 앤더슨 모델에 따른 선행연구 분석

2.1 선행요인과 자살생각관련 도움추구

일반적으로 남자는 여자에 비해 정신건강서비스를 이용할 확률이 적다[16]. 이러한 전문적 도움추구에서의 성별의 차이는 자살생각의 도움추구에도 적용되는데 도움추구의 과정 중에서도 특히 문제인식의 과정과 연관이 되어 있는 것으로 보인다[8][17]. 즉, 똑같이 자살생각을 가졌더라도 남자가 여자에 비해 이것이 도움요청이 필요한 상황이라고 인식할 확률이 적다는 것이다. 우리나라의 지역사회에 거주하는 성인을 대상으로 한 연구에서도 여성이 남성에 비해 우울증 증상을 호소할 확률이 많은 것으로 나타났으며 우울증에 대한 식별력도 남성이 여성보다 낮은 것으로 나타났다[11][14]. 또 다른 선행 연구에서는 선행, 접근, 욕구 요인에 따른 정신건강 서비스 이용을 예측하였는데 선행 요인만으로 정신건강서비스 이용을 예측하였을 때는 성별이 유

의미한 요인이 아니었지만 다른 요인들을 통제하고 보았을 때 여성이 남성에 비해 정신건강 서비스를 이용할 가능성이 높아지는 것으로 나타났다[18]. 반면 자살생각을 가진 사람들의 정신건강서비스 이용에서의 성별 차이는 국내 선행 연구에서 밝혀진 바가 없다.

다음으로 나이와 자살생각 관련 도움추구의 관계를 외국의 연구를 통해 살펴보면 그 결과는 일관된 양상을 보이고 있지는 않다. 선행연구를 살펴보면 만 25세 이하의 초기 성년기에는 전문적인 도움추구를 할 가능성이 후기 성년기나 노년기보다 적은 것으로 나타난다[12][19]. 그러나 다른 연구들에서는 나이가 자살생각을 가진 성인들의 도움추구행동 여부에 유의미한 결과가 없는 것으로 나타나기도 하였다[8][12][17]. 이러한 차이는 후자의 연구들이 도움추구의 범위를 보다 넓게 설정한 결과로 이해될 수 있다. 즉 도움추구의 범위를 전문 정신건강서비스 외의 다른 일반 의료서비스와 종교 지도자로부터의 비전문적인 상담서비스를 포함하여 넓게 설정한 경우에는 나이와 도움추구행동 사이에 유의미한 관련성이 없었다.

결혼여부가 자살위험을 가진 사람의 도움추구에 미치는 영향과 관련하여도 그 결과는 혼합된 양상을 보인다. 각각 미국과 호주의 성인들을 조사대상으로 한 선행연구를 보면 결혼상태 및 동거여부는 자살생각을 가진 성인의 도움추구행동과 유의미한 연관성이 없었다[12][17]. 그러나 World Mental Health Survey에 포함된 여러 나라의 통합 자료를 통해 자살생각을 가진 성인의 의료서비스 이용을 살펴 본 연구에 따르면 한 번도 결혼하지 않고 미혼인 상태인 성인들은 결혼한 성인들보다 도움추구를 할 확률이 낮게 나타났다. 이는 도움추구의 범위 설정 및 국가나 문화에 따라 결혼여부가 도움추구에 미치는 영향이 다를 수 있다는 점을 시사한다[13].

교육수준과 도움추구의 관계 또한 도움추구의 범위에 따라 또는 조사대상이 속한 나라에 따라 혼합된 결과를 보인다. 국내 연구에서는 나이가 많고 학력이 높을수록 우울증과 관련한 전문적인 도움추구에 더 적극적인 것으로 나타났으며 이는 정신질환에 대한 이환율이 높아지기 때문인 것으로 해석되었다[11]. 위에서 언

급한 World Mental Health Survey의 연구에서도 교육 수준이 높아질수록 도움을 요청할 확률이 높아졌다 [13]. 반면 자살생각을 가진 미국의 성인 중 대학 졸업 이상의 교육수준을 가진 사람들은 정규적으로 정신건강 서비스를 이용할 확률이 고등학교 졸업자보다 적은 것으로 나타났다[12]. 전자의 연구에서는 도움추구의 범위를 협소하게, 후자의 연구에서는 그 범위를 넓게 설정한 것이 이와 같은 혼합된 결과에 영향을 미친 것으로 보인다.

2.2 욕구요인과 자살생각관련 도움추구

선행연구에서는 우울증, 불안, 충동성, 알콜이나 약물 중독 등의 다양한 요인이 자살생각을 가진 성인의 도움 추구 행동에 영향을 미치는 욕구요인으로 연구되었다 [12][13][20]. 이러한 욕구요인들이 도움추구에 나타나는 영향의 유의미성 여부는 혼합된 결과를 보이지만 가장 일관적인 결과를 보이는 욕구요인은 우울증이다. 즉, 주요 우울증을 경험한 사람은 그렇지 않은 사람보다, 그리고 우울감이 높을수록 도움 추구를 할 확률은 증가한다. 객관적인 욕구는 주요 우울증 등과 같이 전문가에 의해서 내려지는 공식적인 진단을, 주관적인 욕구는 본인이 스스로 느끼는 우울감의 정도와 같은 주관적인 판단을 포함하는데[15] 선행연구에서는 특히 객관적 욕구, 즉 기분장애 또는 불안장애의 진단여부가 자살생각이 있는 성인의 도움추구에 영향을 주는 것으로 나타났다[13][19]. 국내 선행 연구에서 우울증의 정도가 심각하면 전문적 도움추구에 대한 태도가 오히려 소극적인 것으로 나타났는데[11], 이는 우울증 증상으로 동기와 에너지가 저하되고 이로 인해 스스로 도움을 추구할 가능성도 저하될 수 있다는 것을 보여준다.

2.3 가능요인과 자살생각관련 도움추구

가능요인에 대한 선행연구에서는 소득수준과 의료보험의 가입여부가 도움추구에 영향을 미친다고 밝혀졌다[13]. 앞서 언급한 여러 나라의 통합자료를 이용한 자살생각이 있는 성인에 대한 선행연구에서는 소득이 증가함에 따라 의료 및 비의료 전문가로부터 서비스나 도움을 받을 확률이 증가하였다[13][19]. 또한 자살생각이

있는 미국 성인을 대상으로 한 연구에서는 의료보험에 가입되어 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 전문 정신건강 의료서비스를 이용할 확률이 1.49배 높았다[19].

국내 선행 연구를 보면 여성의 경우 경제적 형편이 좋을 때 우울증과 관련하여 정신과적 도움을 추구할 가능성이 커지는 것으로 나타났다[11]. 또한 현재 정신건강상의 문제로 상담을 받고 있는 성인들을 대상으로 한 질적 연구에 따르면 상담비용에 대한 부담이 상담요청 결정 과정에 중요한 요인으로 작용하고 있다[10]. 비용 문제가 도움요청에 장애가 되는 현상은 빈곤노인과 그렇지 않은 노인들이 우울과 관련된 도움요청의 자원에 대한 선호도가 달랐다는 연구에서도 나타났다[21]. 빈곤노인은 음주, 흡연, 약물 사용을, 그렇지 않은 노인들은 좀 더 인적, 물적 자원을 필요로 하는 종교생활, 상담받기 등을 선호하였다는 것이다[21]. 이는 위기상황에서 경제적 상황이 상담과 같은 도움요청의 방법 대신 건강하지 않은 방법으로 심리적 고통을 해결하려고 하는 경향에 영향을 미친다는 것을 보여준다.

선행연구에는 포함되지 않았지만 앤더슨의 의료서비스 이용모델에서 의료 서비스 이용을 용이하게 또는 어렵게 만드는 요인으로 여겨지는 요인이 의료서비스에 대한 접근성 (Access to care)이다[15]. 특히 우리나라는 거주지가 도시 지역인지 아닌지에 따라 인근에 의료서비스를 제공하는 기관의 존재 여부에 따른 객관적인 접근성 및 그리고 한정된 교통수단과 지리적 고립으로 인한 주관적인 접근성이 달라질 수 있다고 판단된다.

3. 선행연구의 한계점과 현 연구

자살생각을 가진 성인의 도움추구에 대해서 연구한 선행 연구들을 종합하면 도움추구의 범위를 어떻게 설정하느냐에 따라 결과가 달라지는 것을 볼 수 있다. 어떤 연구들에서는 정신의료서비스의 범위를 의사, 상담사, 정신건강 사회복지사에 의한 정신건강전문 의료서 4-5비스로 한정하는가 하면[12][17] 다른 연구들에서는 역술가나 종교계 지도자와 같은 비전문가에 의한 상담을 도움추구에 포함시키기도 한다[8][13]. 또한 정신건강의 문제와 약물남용의 높은 동시 발생 가능성으로 인하여 두 목적의 치료를 함께 포함하는 경우가 많다

[8][12][13][17][19]. 그러나 비전문가에 의한 상담이나 약물남용 치료에서와 정신건강 전문 치료에서 자살생각이 동일한 비중으로 다루지고 있다고 볼 수는 없다. 현 연구에서는 도움추구의 범위를 자살 생각을 가진 성인들이 자살생각 또는 우울 증상의 치료 목적으로 받는 상담과 도움요청으로 한정함으로써 자살생각과 도움추구행위의 관련성을 높이고자 한다.

또한 서비스 이용이 사회문화적 특성을 반영하는 점을 고려하면[22] 대부분 미국, 호주 등의 해외에서 이루어진 자살관련 도움요청에 대한 선행연구들이 우리나라에 가지는 함의는 제한된다고 볼 수 있다. 국내에서도 우울증이나 정신건강 서비스 이용과 관련한 요인들을 밝히는 연구들이 비교적 활발하게 진행되었으나 우울과 관련된 도움추구의 경향이 자살생각을 가진 사람들의 도움추구와 일치한다고 볼 수는 없다. 특히 자살생각은 자기노출에 대한 회피현상을 더욱 심화시킬 수 있다. 전문적 도움추구는 자기노출을 전제로 하는데 이러한 자기노출로 자신의 부정적인 감정을 드러내는 것이 본인뿐만 아니라 듣는 사람도 당황시킬 수 있다는 심리적 고통과 부담을 수반한다[23]. 이러한 자기노출에 대한 회피 현상으로 인해 자살생각을 가진 사람들의 도움추구가 우울증만을 가진 사람의 도움추구보다 더 복잡하게 하거나 다르게 나타날 수 있다.

우리나라의 도움추구관련 문헌에서 가능요인이 많이 다루지고 있는데 공통적으로 소득이 낮은 경우 정신건강상의 문제가 있어도 도움요청을 할 확률이 감소한다는 점을 보여주고 있다[10][11][21]. 이렇게 소득수준이 일반정신건강 도움추구와 마찬가지로 자살관련 도움추구 행동에도 영향을 미치는지에 대한 연구가 필요하다. 서비스 이용은 가능요인이 영향을 미치는 정도에 따라 가능요인이 많은 영향을 미치는 불공평 접근(inequitable access)과 가능요인의 영향이 제한된 공평 접근(equitable access)으로 구분된다[15]. 예를 들어 응급치료와 같이 생명에 직결되는 의료서비스는 공평접근의 성격을 지녀 이용자의 소득이나 보험 가입 여부 등이 미치는 영향이 제한적인 반면, 치과치료와 같은 경우는 소득에 의해 제한받을 수 있는 불공평 접근의 성격을 가질 가능성이 크다고 보는 것이다. 도움요청행

위와 관련한 연구들에서 소득이 유의미한 영향을 미친다는 연구결과들은 정신건강 서비스이용이 불공평 접근의 성격이 있음을 보여준다. 따라서 자살이 공중보건의 문제로 주목을 받고 도움추구의 촉진을 통한 자살예방이 시급한 상황에서 자살위험을 가진 사람들의 도움요청도 일반 정신건강 서비스 이용과 맥을 같이하여 불공평 접근의 성격을 가지고 있는지 살펴볼 필요가 있다. 이러한 배경 하에 본 연구에는 앤더슨의 의료서비스 이용모델에 의거하여 자살생각을 가진 우리나라 성인의 도움추구에 영향을 미친 요인들을 살펴보고자 한다.

III. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 보건복지부가 시행한 국민건강영양조사 중 2014년 건강 설문조사 자료를 이용하여 실시하였다. 국민건강영양조사는 조사구, 가구의 2단계 층화집락표본설계 방법으로 추출되었다(보건복지부, 2015). 2014년도에는 3,156가구에서 7,550명이 전체 설문에 응답하였으며 이중 PHQ-9(Patient Health Questionnaire)의 자살관련 질문(“나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들”)을 이용하여 지난 2주간 자살생각을 경험했다고 응답한(“여러 날 동안” 또는 “일주일이상” 또는 “거의 매일 경험”) 399 명의 만 19세 이상 성인이 조사 대상으로 추출되었다.

2. 조사도구

2.1 선행요인

선행요인에는 성별, 나이, 결혼상태, 교육수준이 포함되었다. 나이는 원 자료의 만 나이를 사용하여 19세부터 39세, 40에서 64세, 65세 이상의 세 범주로 구분하여 코딩하였다. 결혼상태는 원 자료의 결혼여부와 결혼상태(동거여부)를 묻는 두 개의 변수를 이용하여 한 개의 변수로 코딩하였으며 결혼(또한 배우자와 현재 동거중), 별거 또는 사별이나 이혼, 그리고 미혼의 세 범주로 구분하였다. 교육수준은 초졸 이하, 중졸 또는 고졸,

대졸이상의 세 범주로 구분되었다.

2.2 욕구요인

욕구요인은 앤더슨의 의료서비스 이용 모델에 따라 객관적 욕구와 주관적 욕구로 구분하였다. 이 두 개념을 구분해서 측정하기 위해 두 가지의 변수가 사용되었는데 먼저 PHQ-9 총점이 조사대상자가 주관적으로 느끼는 지난 2주간의 우울감 정도의 지표로서 사용되었다(주관적 욕구). PHQ-9은 지난 2주 동안 응답자가 경험한 아홉 가지의 우울증상의 경험여부와 그 빈도를 측정하고 있다. 응답자는 각각의 증상에 대해 ‘전혀 아니다’(0), ‘여러 날 동안’(1), ‘일주일 이상’(2), ‘거의 매일’(3)로 응답하였으며 9문항에 대한 답변의 합인 PHQ-9의 총점으로 주관적 우울의 정도를 측정하였다. 따라서 총점의 가능점수는 0- 27이며 점수가 높을수록 주관적 우울의 정도가 높아진다. 현 표본에서의 신뢰도(Cronbach's α)는 0.722로 나타났다. 또 다른 욕구요인으로서 전문가에 의한 우울증 진단여부(객관적 욕구)를 측정하기 위해 의사에게 우울증 진단을 받았던 적이 있는지의 여부를 측정도구로 사용하였다.

2.3 가능요인

가구소득, 건강보험, 거주지가 가능요인으로 포함되었다. 월평균 가구소득은 월평균 가구균등화소득(월가구소득/ $\sqrt{\text{가구원수}}$)에 의하여 하, 중하, 중상, 상의 네 범주로 나뉘어 측정되었다. 건강보험종류는 지역의료보험과 사업장 가입자를 포함하여 ‘의료보험’(1)으로 의료급여 1종과 2종을 묶어서 ‘의료급여’(2)로 코딩하였다. 또한 응답자의 의료 및 상담 서비스에 대한 지역적 접근성을 측정하기 위하여 응답자가 동 지역에 사는지 또는 읍면 지역에 사는지가 포함되었다.

2.4 도움추구행동

종속변수인 도움추구행동과 관련하여서는 PHQ-9에서 측정한 우울 및 자살 생각 등의 증상들과 관련하여 “이러한 문제 때문에 방문, 전화, 인터넷을 통해 상담 또는 치료와 같은 도움을 청하신 적이 있습니까?”라는 질문에 그렇다고 응답한 대상자는 도움을 요청을

한 것으로 보았으며(1) 그렇지 않다고 응답한 경우는 “도움요청 하지 않음”으로 코딩하였다(2). 도움요청의 회피요인에 대한 분석을 위해 각 요인별 도움요청을 하지 않을 확률에 대한 분석을 실시하였다.

3. 자료분석방법

국민건강영양조사 홈페이지를 통하여 다운로드 받은 원자료를 SPSS 23 소프트웨어를 사용하여 분석하였다. 우선 연구대상자의 특성파악과 데이터 심사를 위하여 빈도분석, 기술통계분석 등을 실시하였다. 빈도분석을 통한 변수별 결측값 비율 확인 결과 결혼상태, 교육수준, 가구소득은 0.3%의 결측값을 포함하였고 건강보험 2.8%, 주관적 우울의 정도를 측정하는 PHQ-9의 총점은 3.3%의 결측값을 포함하였다. 결측값 처리방식에 대한 국민건강영양조사 복합표본 분석지침에 따라[24] 표별 삭제 및 사용자 결측값의 유효처리 방식으로 분석을 실시하였다. 모든 독립변수들의 VIF(variance inflation factor) 값은 2.0 이하로(1.043 - 1.90) 다중공선성 가능성은 배제되었다. 마지막으로 복합표본의 특징을 고려하고 표본의 대표성을 확보하기 위하여 가중치(층, 집락, 표본)를 적용한 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 특성 및 도움추구 비율

주요 범주 변수를 통해 살펴본 조사대상자들의 특성은 [표 1]과 같다. 연구대상자 중에는 남성보다 여성이 많았으며(65.7%; 가중치 적용된 비율이며 이하 동일), 나이 대는 초기 성인기, 중년기, 노년기가 비교적 균등하게 분포하였다(각각 33.8%, 36.7%, 5%). 결혼 상태를 보면 절반정도(50.7%)가 결혼한 상태였으며 다음으로 별거나 사별 또는 이혼 상태가 27.1%, 미혼이 22.3% 이었다. 교육수준은 중학교 졸업 또는 고등학교 졸업이 47.4%로 가장 많았으며 초등학교 졸업 이하가 36.3%로 뒤를 이었고 대졸이상은 16.3%이었다. 연구 대상자의 대부분인 83%가 동지역에 거주하고 있었고 읍면 지역 거주자는 17%이었다. 가구소득이 가장 낮은 범주인

‘하’에 속하는 대상자가 36.6%로 가장 많았으며 중하가 26.2%로 뒤를 이었고 중상과 상이 각각 18.3%, 18.9%로 비슷한 비율로 분포하였다. 현 연구 대상자의 대부분인 87.5%가 의료보험 가입자였으며 12.5%만이 의료보호 수급자이었다. 유일한 연속변수인 PHQ-9 총점의 평균은 10.22($SD=5.61$)이었고 왜도 0.84 첨도 0.34로 정상분포의 범위 내에 분포하였다. 연구 대상자중 우울증상과 관련하여 상담이나 치료 등의 도움을 요청한 비율은 18.7%이었다.

표 1. 조사대상자들의 특성(N=399)

		N	가중치 미적용%	가중치 적용%
성별	남	108	27.1	34.3
	여	1	72.9	65.7
나이	19-39	79	19.8	33.8
	40-64	145	36.3	36.7
	65세 이상	175	43.9	.5
결혼 상태	결혼	211	52.9	50.7
	별거, 사별, 이혼	135	33.8	27.1
	미혼	52	13.0	22.3
교육 수준	초졸이하	187	46.9	36.3
	중졸, 고졸	153	38.3	47.4
	대졸이상	58	14.5	16.3
우울증 진단	진단받지 않음	330	82.7	80.1
	진단받음	69	17.3	19.9
거주지	동	307	76.9	83.0
	읍면	92	23.1	17.0
가구 소득	하	178	44.6	36.6
	중하	98	24.6	26.2
	중상	69	17.3	18.3
	상	53	13.3	18.9
건강 보험	의료보험	338	84.7	87.5
	의료보호	50	12.5	12.5
도움 요청	도움요청함	57	14.6	18.7
	요청하지 않음	342	85.7	81.3

2. 로지스틱 회귀분석의 결과

[표 2]는 자살생각을 가진 사람 중 도움추구 여부에 영향을 미치는 요인을 분석한 이항 로지스틱 회귀분석의 결과이다. 각 요인별 도움추구를 하지 않은 확률의 비율을 OR(Odds Ratio) 값과 CI(Confidence Interval)으로 나타내었다. 유사 R² 값에 따르면 현 연구의 모델은 전체 종속변수 변량의 56%를 설명하고 있다 (Nagelkerke R²=0.561).

선행요인 중에서는 결혼상태만이 도움추구 여부에 있어서 통계적으로 유의미한 차이를 나타내었다. 즉, 다

른 예측변인들의 값이 동일하다고 가정했을 때, 자살생각을 가진 성인 중 결혼을 하고 현재 배우자와 동거중인 사람들은 미혼자들에 비해 도움추구를 하지 않을 확률이 4.497배 높았다($p < 0.05$). 현 연구대상에서 성별, 나이, 교육수준의 차이는 통계적으로 유의미한 결과를 나타내지 않았다.

욕구요인의 변수 중에서는 객관적 욕구인 의사의 우울증 진단여부가 통계적으로 유의미했다. 즉 자살생각을 가진 성인 중 우울증 진단을 받지 않은 사람은 우울증 진단을 받은 적이 있는 사람보다 도움추구를 하지 않을 확률이 38.564배 높았다($p < 0.001$). 그러나 주관적 우울감의 척도인 PHQ-9 총점에 따른 차이는 통계적으로 유의미한 결과를 나타내지 않았다.

표 2. 로지스틱회귀분석 결과

구분			OR	95% CI
선행 요인	성별	남	0.489	0.189-1.265
		여	1	
	나이	19-39	0.773	0.177-3.376
		40-64	0.665	0.236-1.878
		65세 이상	1	
	결혼 상태	결혼	4.697*	1.369-16.109
		별거, 사별, 이혼	2.687	0.583-12.375
		미혼	1	
	교육 수준	초졸이하	0.6	0.062-1.423
		중졸 또는 고졸	0.357	0.102-1.249
대졸이상		1		
우울증 진단 여부	진단받지 않음	38.564***	14.496-102.587	
	진단받음	1		
	PHQ-9 총점	0.943	0.871-1.022	
가능 요인	거주지	동	2.937	0.884-9.762
		읍면	1	
	가구 소득	하	21.859***	5.467-87.398
		중하	5.642***	1.671-19.054
		중상	1.972	0.568-6.840
		상	1	
	건강 보험	의료보험	1.373	0.351-5.373
의료보호		1	12.5	

종속변수: 도움추구행동 (방문, 전화, 인터넷을 통해 상담 또는 치료와 같은 도움을 청하신 적이 없음)
* $p < 0.05$, *** $p < 0.001$

가능 요인 중에서는 가구별 소득이 도움추구에 통계적으로 유의미한 영향을 가지고 있는 것으로 나타났다. 가구별 소득이 ‘하’ 범주에 속하는 자살생각을 가진 성

인은 가구별 소득이 '상' 범주에 속하는 사람보다 도움 추구를 하지 않을 확률이 21.859배 높았으며 가구별 소득이 '중하' 범주에 속하는 사람은 5.642배 높았다 ($p<0.001$). 가구별 소득이 중상에 속하는 사람과 상에 속하는 사람의 차이는 유의미하지 않았다(0.568-6.840). 마지막으로, 거주지역과 건강보험의 유형의 차이는 도움추구에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 않았다.

V. 논의

본 연구의 결과에 의하면 자살생각을 가진 성인들의 도움추구행동은 가능요인인 가구소득에 의하여 촉진되거나 지체될 수 있는 불공평한 접근(inequitable access)의 성격을 지닌 것으로 나타났다. 앤더슨은 생명과 직결되는 치료와 같은 경우는 소득 등의 가능요인에 영향을 받을 가능성이 낮고 그렇지 않은 경우는 가능요인에 영향을 받는 후자에 속할 가능성이 높다고 보았다[15]. 그러나 이처럼 자살생각을 가진 사람들의 도움추구가 가구 소득에 의해 크게 영향을 받는다는 점은 자살생각이 자살행동 및 자살로 인한 죽음에 이르게 하는 중요한 위험요소라는 점에서 이러한 예상을 벗어난다. 즉 자살 행동의 위험을 가진 성인들의 도움추구는 생명과 관련된다는 점에서 응급서비스의 성격이 있다고 볼 수 있는데 낮은 가구소득에 의해 회피되어 지거나 실패할 가능성이 큰 불공평 접근의 성격을 가지고 있다는 것이다. 이러한 우려는 특히 자살예방대책의 수립과 실행에 있어서 정책 대상 간의 소득의 차이를 고려해야 한다는 점을 시사하고 있다.

일반적으로 볼 때, 사회 경제적 취약성은 건강이나 정신건강에 부정적인 미친다[21][25-27]. 국내의 선행 연구들은 경제력과 자살률의 관계를 미시적 또는 거시적 관점에서 지적하며 이를 뒷받침해 왔다. 특히 중년기 남성의 경우 경제력이 영향이 커서 소득이 낮을수록 자살생각이 높다[28]. 또한 1995년 인구 십만 명 당 12.7명이었던 자살률은 1997년 외환위기를 거치면서 1998년에 21.7명으로 급증하였고 그 후 잠시 소강상태를 보이다가 2007-2008년 금융위기를 거치면서 다시 증가하

였다[29]. 이렇게 경제적 어려움이 자살률 증가에 영향을 미친다는 선행연구의 결과들은 자살생각을 가진 성인들의 낮은 소득수준이 도움요청의 회피요인으로 작용했다는 본 연구의 결과와 함께 고려할 때 경제적 어려움이 도움요청의 감소를 매개로 하여 자살률에 영향을 미칠 수 있음을 시사하고 있다.

또한 현 연구의 결과에 의하면 배우자가 있는 사람은 미혼인 사람들보다 도움을 추구할 확률이 낮았다. 선행 연구에서 결혼상태가 도움추구 여부에 미치는 영향이 도움추구의 범위가 어떻게 정의되느냐에 따라서 달라졌다[12][13][17]. 본 연구에서 도움추구는 "...방문, 전화, 인터넷을 통해 상담 또는 치료와 같은 도움을 요청함"으로 정의되었고 따라서 가족, 친구에게의 비공식적인 도움요청은 포함되지 않는다. 따라서 기혼자가 미혼자보다 공식적인 도움추구를 할 확률이 적다는 결과는 배우자로부터의 비공식적인 도움을 추구했기 때문일 수 있다. 선행연구에 따르면 자살생각을 가진 성인들은 공식적인 치료보다 비공식적인 도움을 더 선호했는데, 이 연구에 따르면 연구대상의 20%만이 의료 전문가로부터 도움을 요청했고 40%가 친구와 가족으로부터의 비공식적인 도움을 선호했다[20]. 국내의 선행연구를 보면 우리나라 사람들은 정신적인 문제에 대한 전문적 도움 추구를 꺼려서 혼자 해결하거나 가족, 친구에서 도움을 청하고, 정신보건 전문가를 찾는 경우는 일반인의 2-6% 내외로 나타났다[5][14][30].

이렇게 결혼여부가 공식적인 도움 요청의 회피요인으로 작용할 수 있다는 점은 상담 및 의학적 개입을 통하여 자살생각의 위험을 낮추는 전문적·공식적인 도움 요청의 촉진을 위한 가족이나 주변사람들의 역할의 중요성을 시사하고 있다. 일반적으로 가족의 도움과 같은 사회적 지지는 개인의 정신건강에 긍정적 방향으로 작용하지만, 사회적 지지와 도움요청행위의 관계와 관련해서는 이견이 있다. 사회적 지지가 도움요청을 촉진시킨다는 주장이 있는 반면 비공식적 도움을 제공하기 위해 개입하게 되면서 전문가에 대한 도움요청행위를 지연 또는 저해할 수 있는 주장도 있다[18][22]. 따라서 도움요청의 촉진을 위해서는 비공식적 도움요청이 전문적 도움요청으로 이어질 수 있도록 하는 노력이 필요하

다. 예를 들어 공중 보건적 관점에 의거한 캠페인과 Gate keeper training과 같은 교육 등을 통해 정신건강 의료 서비스 이용에 대한 부정적 인식을 개선하고 상담 서비스에의 접근성을 향상시키는 방안 등이 필요하다.

마지막으로 자살생각을 가진 성인 중 객관적 욕구가 전문가에 의해 진단된 적이 없는 성인들은 진단을 받았던 사람들보다 도움을 추구할 가능성이 낮았다. 즉, 자살 생각을 가지고 있지만 예전에 의사로부터 우울증 진단을 받은 적이 없는 사람들은 우울증 진단을 받은 적이 있는 사람보다 도움추구를 할 가능성이 낮았다. 그러나 주관적으로 느끼는 우울의 정도는 도움추구 여부에 유의미한 영향을 미치지 않았다. 이러한 결과를 자살예방의 관점에 적용하면, 자살 생각이나 우울증을 겪는 이들이 일단 상담이나 의료체계에 들어올 수 있도록 최초의 접근성을 키워야 할 필요성이 있다. 정신건강상의 위기나 문제를 가지고 있는 사람들이 한번 진단을 받은 후에는 도움추구를 할 가능성이 크게 상승하기 때문이다. 또한 우울증 진단을 받은 적이 없어도 우울의 증상으로 생활에 지장이 있는 사람들이 필요한 상담과 의료서비스를 받을 수 있도록 고위험군에 대한 스크리닝을 통한 개입대상의 발견이 함께 이루어져야 한다는 점을 시사한다.

동, 읍면 지역으로 구분한 서비스에 대한 지역적 접근성의 차이는 도움추구 여부에 유의미한 영향을 나타내지 않았다. 그 이유를 고찰해보면 우선 동, 읍면의 구분이 도움제공자에 대한 접근성의 차이를 정확하게 반영하지 않았을 수 있다. 특히 현 연구에서 도움추구는 방문치료나 상담뿐만이 아니라 전화, 인터넷을 통한 도움추구를 모두 포함했기 때문에 이러한 도움 제공 주체에 대한 접근성이 지역적 차이에 의해 영향을 받지 않았을 수 있다. 선행연구에 의하면 우리나라의 읍면 지역에 거주하는 노인의 자살률은 도시지역의 노인보다 지속적으로 높게 나타났다[31]. 따라서 전화와, 인터넷 서비스를 제외한 전문 상담 및 의료서비스에 대한 접근성의 차이가 지역에 따른 자살률의 편차에 영향을 주는 지에 대한 후속연구가 필요할 것으로 보인다.

또한 성별이 도움추구에 미치는 유의미한 영향도 발견되지 않았다. 이러한 결과는 일반 정신건강 서비스

도움추구에 대한 선행연구에서 여성이 도움추구를 할 확률이 높다는 결과와 대조되어[11][18] 자살생각의 존재가 성별과 도움추구 행동의 관계에 조절변인으로 작용할 수 있음을 시사한다. 이를 자살생각이 도움추구의 회피현상을 더욱 심화시킬 수 있다는 진제와 연관시켜서 보면, 자살생각으로 인한 상담 회피현상이 여성에게 더욱 강하게 나타날 수 있음을 보여준다. 즉, 이러한 자살생각으로 인한 회피현상이 일반 정신건강 서비스 도움추구에서의 성별의 차이를 상쇄시키는 결과를 가져올 수 있다는 것이다. 마찬가지로 자살생각이 심한 사람이 치료나 도움을 거절하거나 부정하는 현상인[32] “도움부정 현상”(help-negation)이 성별에 따라 다르게 나타날 수도 있다. 따라서 자살생각으로 인한 상담회피 현상이나 도움부정 현상이 여성에게 더 강하게 영향을 미치는지에 대해서도 후속연구가 필요한 것으로 보인다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 선행연구들과는 달리 조사대상을 자살생각을 가진 성인으로 한정함으로써 자살생각을 가진 사람들의 도움추구에 미치는 영향이 무엇인지 밝히고자 하였다. 연구결과에 따르면, 조사대상의 단 20% 이내가 우울증을 진단받은 적이 있다고 답해 우울증과 관련된 연구가 반드시 자살생각을 가진 사람들에게 적용된다고 가정하지 말아야 할 필요성을 보여주었다. 로지스틱 회귀분석의 결과에 의하면 낮은 가구소득과 같이 일반 정신건강과 자살관련 도움추구에 일관되게 영향을 미치는 요인도 있었지만 성별과 같은 요인은 일반정신건강 도움추구에서와는 달리 유의미한 결과를 나타내지 않아 자살생각이 도움추구행동의 양상을 변화시킬 수 있음을 나타냈다.

결론적으로 가족의 소득이 낮은 자, 기혼자, 자살생각을 가졌지만 우울증 진단을 받은 적이 없는 사람이 도움요청회피의 위험요소라는 본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언 한다. 첫째, 도움추구의 향상을 통한 자살예방을 위하여 저소득층의 의료 및 상담 서비스에 대한 접근성 향상이 우선적으로 필요하다. 둘째, 비

공식적 도움요청이 전문적 도움요청으로 이어질 수 있도록 자살 및 정신건강상의 문제와 도움요청에 대한 일반인 대상의 교육과 의식개선 등의 노력이 이루어져야 한다. 셋째, 정신건강의 문제와 관련하여 의료체계를 이용한 경험이 없는 사람들의 도움추구를 향상을 위하여 고위험군에 대한 스크리닝 등을 통한 개입대상의 발견이 함께 이루어져야 한다.

마지막으로 연구자들은 낮은 소득이 도움요청행위의 회피요인으로 작용하는 이유에 대해서 연구할 것을 제안한다. 이러한 소득의 영향은 앞서 지적한 바와 같이 상담비용으로 인한 접근성 제한으로 인한 것으로 보인다. 그러나 도움요청의 필요가 바로 문제인식이나 도움요청의 의도로 이어지는 것은 아니다. 현 연구에서는 이차자료 분석의 한계로 인하여 도움요청 여부만을 종속변수로 연구한 제한점이 있기 때문에 저소득층이 도움요청의 의도를 가지고도 접근성 제한 때문에 그 의도가 좌절된 것인지 확신할 수 없다. 따라서 추후 연구에서는 도움요청의 필요성을 인식하고 도움요청을 해야겠다고 결정하는 의사결정의 과정도 고려하여 도움요청의 과정이 보다 폭넓게 연구되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- [1] 통계청, 2015년 사망원인통계, 통계청, 2016.
- [2] G. Rose, "Sick Individuals and Sick Population," *International J. of Epidemiology*, Vol.3, No.3, pp.427-432, 2001.
- [3] 서종환, 이창환, 김경일, 김성혜, "한국 자살사망자 특징: 사례-대조 심리적 부검 연구," *한국심리학회지*, 제31권, 제2호, pp.323-344, 2012.
- [4] <http://www.m-i.kr/news/articleView.html?idxno=197841>
- [5] 보건복지부, *정신질환실태 역학조사*, 보건복지부, 2006.
- [6] 이현경, 김미선, 최승순, 최만규, "생태체계적 관점에서 본 우리나라 노인의 자살 생각 유발변인," *보건사회연구*, 제4호, 제3권, pp.430-451, 2014.
- [7] 정진철, 양난미, "낙인과 자존감, 전문적 도움추구 태도 간의 관계," *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 제22권, 제3호, pp.631-652, 2010.
- [8] J. P. Chu, K. Hsieh, D. A. Tokars, and D. A. "Help-seeking Tendencies in Asian Americans with Suicidal Ideation and Attempts," *Asian American J. of Psychology*, Vol.2, No.1, pp.25-38, 2011.
- [9] Y. Jang, G. Kim, L. Hansen, and D. A. Chiriboga, "Attitudes of Older Korean Americans toward Mental Health Services," *J. of the American Geriatrics Society*, Vol.55, No.4, pp.616-620, 2007.
- [10] 오현수, 김진숙, "내담자의 상담요청 결정과정에 관한 질적 연구," *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 제24권, 제4호, pp.781-805, 2012.
- [11] 조현주, 임현우, 조선진, 방명희, "성인 남녀의 우울감 특징과 전문적 도움추구에서의 차이," *한국심리학회지:여성*, 제13권, 제3호, pp.3-7, 2008.
- [12] R. Brook, R. Klap, D. Liao, and K. B. Wells, "Mental Health Care for Adults with Suicide Ideation," *General Hospital Psychiatry*, Vol.28, No.4, pp.271-277, 2006.
- [13] R. Bruffaerts, K. Demyttenaere, I. Hwang, W. T. Chiu, N. Sampson, R. C. Kessler, and M. K. Nock, "Treatment of Suicidal People around the World," *The British J. of Psychiatry*, Vol.199, No.1, pp.64-70, 2011.
- [14] 이선혜, 서진환, "우리나라 성인의 우울증상 식별력과 해결방법에 대한 신념," *정신보건과 사회사업*, 제32권, 제8호, pp.41-77, 2009.
- [15] R. M. Andersen, "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?," *J. of Health and Social Behavior*, Vol.36, No.1, pp.1-10, 1995.
- [16] F. Judd, A. Komiti, and H. Jackson, "How Does Being Female Assist Help-seeking for Mental Health Problems?," *Australasian*

- Psychiatry, Vol.42, No.1, pp.24-29, 2008.
- [17] A. Milner and D. De Leo, "Who Seeks Treatment Where? Suicidal Behavior and Health Care: Evidence from a Community Survey," J. of Nervous and Mental Disease, Vol.198, No.6, pp.412-419, 2010.
- [18] 이선훈, "한국인의 정신건강 도움요청행위에 영향을 미치는 요인," 정신보건과 사회사업, 제27호, 제12권, pp.122-151, 2007.
- [19] B. K. Ahmedani, B. Perron, M. Ilgen, A. Abdon, M. Vaughn, and M. Epperson, "Suicide Thoughts and Attempts and Psychiatric Treatment Utilization: Informing Prevention Strategies," Psychiatric Services, Vol.63, No.2, pp.186-189, 2012.
- [20] G. Encrenaz, V. KovessMasfety, F. Gilbert, C. Galera, E. Lagarde, B. Mishara, and A. Messiah, "Lifetime Risk of Suicidal Behavior and Communication to a Health Professional about Suicidal Ideation: Results from a Large Survey of the French Adult Population," Crisis: The J. of Crisis Intervention and Suicide Prevention, Vol.33, No.3, pp.127-136, 2012.
- [21] 이선훈, 고정은, "노인이 선호하는 우울증상 해결방식: 소득집단 간 비교," 노인복지연구, 제47권, pp.213-238, 2010.
- [22] L. R. Snowden and A. Yamada, "Cultural Difference in Access to Care," Annual Review of Clinical Psychology, Vol.1, pp.143-166, 2005.
- [23] 신연희, 안연희, "전문적 도움 추구 행동에서 접근근요인과 회피요인의 상대적 중요성 고찰," 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 제17권, 제1호, pp.177-195, 2005.
- [24] 보건복지부, 국민건강영양조사 원시자료 분석지침서, 보건복지부, 2014.
- [25] 김윤희, 조영태, "지역특성이 취약집단 건강에 미치는 영향 분석," 한국인구학, 제31권, 제1호, pp.1-26, 2008.
- [26] 최정민, 김신열, "노인이 인지한 소득불평등과 자살생각 간 관계-경제적 스트레스의 매개효과를 중심으로," 한국콘텐츠학회논문지, 제14권, 제11호, pp.743-758, 2014.
- [27] 김형수, 권이경, "한국 노인자살률과 사회·경제적 요인의 관련성-1990년~2010년 변화 추이를 중심으로," 한국콘텐츠학회논문지, 제13권, 제6호, pp.236-245, 2013.
- [28] 엄현주, 전해정, "중년기 남녀의 자살생각 예측요인," 정신보건과 사회사업, 제42권, 제2호, pp.35-62, 2014.
- [29] 최윤정, 박지연, "생활고와 복지증진이 한국의 자살률에 미치는 영향 연구," 사회복지정책, 제41권, 제3호, pp.155-182, 2014.
- [30] 김동배, 안인경, "한국인의 적극적 정신건강 욕구와 해결방법에 대한 일반인과 전문가 간 인식 차이 연구," 정신보건과 사회사업, 제25권, 제6호, pp.5-40, 2007.
- [31] 김형수, 김신향, "우리나라 노인자살률의 지역적 편차와 요인에 관한 연구-16개 광역시·도를 중심으로," 한국콘텐츠학회논문지, 제14권, 제22호, pp.215-224, 2014.
- [32] D. C. Clark and J. B. Fawcett, *Suicide: Guidelines for Assessment, Management, and Treatment*, Oxford University Press, 1992.

저 자 소 개

고 정 애(Jungyai Ko)

정희원



- 2010년 5월 : Case Western Reserve University(사회복지석사)
- 2015년 5월 : University of Maryland Baltimore(사회복지박사)

• 2016년 3월 ~ 현재 : 한림대학교 사회복지학부 조교수
 <관심분야> : 정신보건사회복지, 자살예방, 도움요청