

지역사회 보건복지자원이 자살률에 미치는 영향 사회복지 및 정신보건 인프라를 중심으로

Effects of Welfare and Mental Health Resources on the Suicide in Community - Focused on social welfare infra and mental health infra

| | |
|--------------------|---|
| 저자 (Authors) | 윤명숙, 최명민 Yoon, Myeong-Sook, Choi, Myung-Min |
| 출처 (Source) | 한국지역사회복지학 40 , 2012.3, 213-238(26 pages) Journal of community welfare 40 , 2012.3, 213-238(26 pages) |
| 발행처 (Publisher) | 한국지역사회복지학회 Korea Association Of Community Welfare Studies |
| URL | http://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?nodeId=NODE02374418 |
| APA Style | 윤명숙, 최명민 (2012). 지역사회 보건복지자원이 자살률에 미치는 영향. 한국지역사회복지학, 40, 213-238 |
| 이용정보 (Accessed) | 송실대학교 203.246.37.*** 2020/05/02 17:01 (KST) |

저작권 안내

DBpia에서 제공되는 모든 저작물의 저작권은 원저작자에게 있으며, 누리미디어는 각 저작물의 내용을 보증하거나 책임을 지지 않습니다. 그리고 DBpia에서 제공되는 저작물은 DBpia와 구독계약을 체결한 기관소속 이용자 혹은 해당 저작물의 개별 구매자가 비영리적으로만 이용할 수 있습니다. 그러므로 이에 위반하여 DBpia에서 제공되는 저작물을 복제, 전송 등의 방법으로 무단 이용하는 경우 관련 법령에 따라 민, 형사상의 책임을 질 수 있습니다.

Copyright Information

Copyright of all literary works provided by DBpia belongs to the copyright holder(s) and Nurimedia does not guarantee contents of the literary work or assume responsibility for the same. In addition, the literary works provided by DBpia may only be used by the users affiliated to the institutions which executed a subscription agreement with DBpia or the individual purchasers of the literary work(s) for non-commercial purposes. Therefore, any person who illegally uses the literary works provided by DBpia by means of reproduction or transmission shall assume civil and criminal responsibility according to applicable laws and regulations.

지역사회 보건복지자원이 자살률에 미치는 영향*

- 사회복지 및 정신보건 인프라를 중심으로 -

윤명숙** · 최명민***

[요약]

본 연구는 최근 우리 사회의 심각한 문제로 대두되고 있는 자살의 사회적, 거시적인 영향 요인으로서 보건복지자원에 초점을 두고 지역사회단위에서 접근해 보고자 하는 목적으로 시도되었다. 이에 따라 전국 229개 시군구 별로, 인구사회학적요인, 사회복지 및 정신보건인프라와 자살률과의 관계를 분석하였다. 그 결과 첫째, 노인인구비율 및 기초생활보장수급자 비율과 자살률은 정적 상관을 갖는 것으로 나타났다. 둘째, 복지인프라의 경우 지역사회복지기관들, 특히 노인복지기관들이 많을수록 자살률이 낮게 나타났다. 셋째, 정신보건인프라의 경우 정신의료기관의 수가 많고, 정신보건센터가 설치된 지역에서 상대적으로 자살률이 낮게 나타났다. 넷째, 자살률에 미치는 변인들을 회귀분석한 결과, 노인인구비율과 정신의료기관 수만이 자살률에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 특히 노인인구비율은 자살을 예측하는 가장 중요한 변인으로 입증되었다. 이러한 연구결과에 기반을 두고 자살예방을 위한 효과적인 지역사회복지의 정책적, 실천적 제언을 제시하였다.

주제어: 자살률, 지역사회, 인구사회학적 요인, 복지인프라, 정신보건인프라

* 본 논문은 2011년 한국자살예방협회의 연구지원에 의하여 수행됨

** 전북대학교 사회복지학과 교수(제1저자)

*** 백석대학교 사회복지학부 부교수, 교신저자(mmchoi@bu.ac.kr)

I. 서론

OECD 국가 중 자살률 1위인 우리사회의 유례없이 높은 자살률과 지속적인 자살 증가 추세는 자살예방을 위한 국가적 노력의 시급성과 중요성을 보여주고 있다. 자살로 인한 사회경제적 비용을 추산한 한 연구에 따르면(정상혁, 2005), 자살로 인한 우리 사회의 사회경제적 비용이 연간 약 3조 856억 원에 달하는 것으로 보고되고 있다.

이에 따라 우리나라에서도 그동안 자살의 원인을 규명해 보려는 연구들이 활발히 진행되어 왔으나, 현재까지 이루어진 연구들은 주로 우울이나 음주와 같은 심리, 질병, 개인적 요인에 초점을 둔 연구들이 많았으며, 상대적으로 거시적인 요인들은 연구가 매우 미흡했다. 그러나 자살은 개인적 차원을 넘어서는 사회적, 구조적 차원의 영향도 받는 만큼, 시야를 보다 확장시켜서 구조적이고 사회적인 거시적 요인들을 심도 깊게 논의할 필요가 있다. 특히 외국에 비해 지역사회의 가족 중심적 전통이 강하고 비공식적인 자원 망에 의존적인 한국 사회에서, 가족주의와 1차적 지지집단의 기능이 급속도로 약화되면서 그 기능을 대체해온 지역사회의 복지 및 정신보건 자원들이 자살률과 어떤 연관성을 갖는지 확인해보는 것은 매우 의미 있는 일이 될 것이다. 이와 더불어 우리나라의 경우, 구조적 요인으로서 인구학적 특성이 자살현상에 미치는 영향도 반드시 고려되어야 한다. 청소년 및 청년층의 사망원인 1위로서 자살¹⁾, 노인인구의 자살률 급증과 성별차이²⁾, 다른 세대와 다른 노인자살의 특성³⁾ 등은 자살에 있어서 인구학적 특성이 중요한 고려사항임을 말해준다.

이와 관련한 일부 외국 연구들에 따르면 소득불평등, 사회경제적 불평등 요인(Rehkopf and Buka, 2006; Burrows and Laflamme, 2010), 이혼율, 빈곤율과 같은 지역 사회 해체지표(Aspinall, 2002; Neumayer, 2003; Fernquist, 2007)가 일관되게 자살의 강한 예측요인임을 밝히고 있다. 그리고 노인인구비율, 정신의료기관, 정신과의사의 수,

- 1) 10대에서 30대의 사망원인 중 1위가 자살이고, 전체 청소년들의 20.2%가 자살을 생각한 적이 있으며, 청소년의 6.7%가 자살을 시도한 적이 있는 것으로 보고되고 있다(여성가족부, 2010)
- 2) 2010년에 70대 남성노인 자살률이 134.8명으로 전년 대비 8.8%, 80세 이상 남성노인 자살률은 222.7명으로 전년대비 4.1% 각각 증가한 것으로 나타났다. 반면에 여성노인은 70대와 80대 이상 자살률이 모두 전년대비 감소한 것으로 나타났다.
- 3) 노인자살의 특성은 다른 연령대의 자살과 달리 비교적 계획적이고, 자살시도 후 사망할 확률이 더 높은 것으로 보고되고 있다(김형수, 2002; 윤명숙 외, 2010).

지역사회 통합 정도 등이 자살률에 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다(Middleton, Whitley, Frankel, and Doring, 2004; Kposowa, 2009). 또한 사회적 요인들로 주거형태, 사회 환경, 사회경제적 지위(서인균·정유선, 2010; 이소정, 2010; 양옥경·주소희, 2011; Johansson, Sundquist, Johansson, Qvist, and Bergman, 1997; Page, Morrell, Taylor, Carter, and Dudley, 2006; Rehkopf and Buka, 2006), 지역사회 지지망(최원기, 2004; 오인근, 2009; Motohashi, Kaneko, Sasake, Yamaji, 2007), 정부의 지원(김상원, 2010), 사회적 지지(김희연 외, 2009; Rowe, Conwell, Schulberg, Martba, and Bruse, 2006) 등이 자살률에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다. 또한 스웨덴의 자살률에 미친 사회 인구학적, 인종적 요인들의 영향력을 연구한 결과(Johansson et al., 1997)에 따르면 미혼, 주거형태(임대아파트거주), 인구밀집도 등이 자살과 관련이 있는 것으로 나타났다.

따라서 본 연구에서는 보건, 복지, 인구 등 거시적 요소들을 함께 고려하여 자살률과의 관계를 검증하고자 하였다. 특히 본 연구에서는 이러한 요인들을 지역사회 단위에서 살펴보고자 하였다. 그동안 국내에서 이뤄진 사회적 요인 중심의 연구들은 개념적 분석(예: 서동우, 2003 외)이나 국가 전체 통계에 의한 분석(예: 정최경희, 2009), 또는 광역시 및 도 단위의 분석이 주를 이루고 있어서⁴⁾, 지역 주민들의 실질적인 일상 생활환경인 ‘지역사회’ 단위의 분석이었다고 보기는 어렵다. 그러나 사회적 자원의 그 기능과 그 영향력을 살펴보기 위해서는 지역주민의 생활공간에 기초한 지역사회 조사가 필요하다는 점에서, 본 연구에서는 행정구역인 시군구 단위의 자료를 분석의 대상으로 설정하였다. 물론 읍면동의 단위라면 보다 직접적인 지역사회의 개념에 부합할 수 있겠으나 우리나라의 경우, 자살과 관련해서는 시군구 단위의 통계자료조차 충분히 확보되지 못한 상황이기 때문에 그보다 하위단위인 읍면동단위의 정밀한 자료는 거의 확보되지 않고 있다.⁵⁾ 또한 교통통신의 발달로 지역사회의 반경이 넓어지고 있고 일상적으로 이용하는 관공서 단위도 시군구의 규모가 많은 만큼, 시군구를 지역사회로 설정하는 데에 무리가 없다고 보았다.

이와 같이 본 연구는 그동안 자살연구에서 간과되어온 거시적인 요인으로서 사회복지와 정신보건 인프라에 초점을 두었다는 점, 자살사고와 같은 자살예측변인이 아니라

4) 대부분의 자살연구 및 보도에서 활용되는 자살통계는 광역시와 도 단위의 자료들이다.

5) 행정구역으로 구분되지 않는 지역사회의 개념도 있을 수 있으나, 이는 통계적 수치로 파악하거나 그 경계를 파악하기 어려운 만큼 본 연구에서는 행정구역 단위를 활용하였다.

이미 발생한 자살률 통계를 활용하여 보다 정확한 실태를 반영하였다는 점, 그리고 표집에 의한 일부 조사나 국가 전체의 데이터가 아니라 전국의 시군구 즉, 지역사회단위의 통계자료를 활용하였다는 점 등에서 기존 자살관련 연구들과 차별화된 연구의 의의를 가진다. 본 연구를 통해 과학적 근거에 기반을 둔 지역사회 자살예방정책의 방향을 제시할 수 있을 것으로 기대한다.

II. 선행연구 고찰

1. 인구사회학적 요인과 자살률

그동안 자살은 주로 의학 분야에서 정신질환 및 신체질환과의 관련성 중심으로 많은 연구들이 이루어져 왔으나, 자살이 인구사회학적 요인과 관련이 있다는 주장도 지속적으로 제기되어 왔다. 여러 선행연구들에서 자살률은 노인인구 비율이나 이혼율과 같은 사회구조적인 요인들과 관련이 깊은 것으로 나타나고 있다(김승용, 2004; 노용환, 2006; Neumayer, 2003; Kopsowa, 2009). 특히 이러한 요인들은 장기적 관찰을 통해서도 입증되고 있는데, 호주의 자살률을 종단적으로 분석한 연구(Page et al., 2006)에서는, 연령, 성, 농촌, 도시 거주 등에 따라 자살률에 다르게 영향을 미치는 것을 보고하였다. 또한 1990년부터 2006년까지 장기간에 걸쳐 OECD 주요국가의 자살률과 우리나라의 자살률을 비교하여 성별, 연령, 혼인상태, 직업, 교육정도 등 종합적인 인구사회학적 변인의 영향력을 조사한 연구(신성원, 2008)에 의하면, 우리나라 전체 연령대에서 남성의 자살사망률이 여성보다 2배 정도 높고, 이혼이나 사별자의 자살자 비중이 점진적으로 증가하고 있으며, 교육수준별로는 고등학교, 초등학교 졸업자의 자살률이 높은 것으로 보고하였다.

일반적으로 자살의 사회적 요인으로 가장 주목을 받는 것은 경제적 요인이다. 특히 그 중에서도 소득 양극화와 사회적 불평등은 자살률과 높은 상관성이 보고되고 있다. 장지연과 신동균(2010)은 소득집단 간 이동성이 단절된 소득 양극화가 자살률과 관련되어 있으므로 소득 양극화 해소를 위한 근본적인 대책이 구상되어야 한다고 주장하였고, 은기수(2005)는 1997년 외환위기 전후를 비교한 결과, 외환위기 전까지는 자살률과 경제지표 사이에 유의미한 상관관계가 없었으나, 1998년 외환위기 이후부터는 확실

한 상관관계가 나타났다고 보고하였다. 즉, 모든 경제상황의 변화가 자살과 관련이 있는 것이 아니라 소득분배 약화와 경제적 양극화가 자살률의 급증과 깊은 관계가 있다는 것이다. Lorant 외(2005)도 유럽 국가들을 대상으로 한 연구에서, 사회적 불평등이 심한 국가일수록 자살률이 더 높게 나타나는 것으로 보고하였다. Page 외(2006)의 연구에 따르면, 20-34세에 해당하는 청년남성들의 경우 사회경제적 지위에 따른 자살률의 변동 폭이 가장 커서, 시간이 지남에 따라 저소득 집단에 속하는 젊은 성인남성들의 자살률이 증가하는 것으로 나타난 바 있다. 또한 Rehkopf와 Buka(2006)의 연구에서도 높은 사회경제적 속성을 가진 지역의 자살률이 빈곤지역의 자살률보다 낮게 보고되었다.

이처럼 경제적 변수가 자살의 주요변인이라는 연구결과들과는 달리, 경제적 요인과 자살 간 관계를 일관되게 설명할 수 없다는 주장도 제기되고 있다. 앞에서 살펴본 바와는 달리, 선진국과 개발도상국의 자살의 차이에 주목한 Girard(1993)의 연구에서는 사회경제적 자본에 따른 GNP가 증가함에 따라 중고령자의 자살률이 유의하게 증가하는 것으로 나타나기도 하였다. 이소정(2010)의 연구에 따르면 국가별 사회경제적 요인과 노인자살의 관계는 일관되게 나타나지 않으며, 특정 원인조건은 어떤 조건과 결합되느냐에 따라 상이한 결과가 나타나기 때문에 노인빈곤율과 자살과의 관계를 단정적으로 말할 수 없다고 한다. 청소년의 경우에도 청소년 자살에 주관적인 경제 상태는 유의미한 변수로 입증되지 않았지만(김혜성·김혜련·박수경, 2007), 또 다른 연구에서는 경제수준이 낮은 경우 자살사고가 더 높게 나타났다(박병금, 2006).

또한 교육이나 직업과 관련한 요인도 자살과 관련성이 높은 것으로 보고하고 있다. 미국의 1979-1989년까지 10년 간 국가 사망률 자료를 중단 분석한 Kposowa(2001)의 연구에서는 실업이 자살과 강한 상관관계를 갖는 것으로 조사되었다. 특히 남성은 실업 초기에 자살에 영향을 미치는 반면, 여성은 시간이 지남에 따라 자살위험이 증가하는 것으로 나타났다. 국내에서는 30-64세 성인의 경우, 학력이 낮은 경우와 육체노동자의 경우 그렇지 않은 사람들보다 일반적인 사망위험이 높은 것으로 나타나기도 하였다(강영호·김혜련, 2006). 그러나 교육, 직업, 소득 중 25세에서 44세 이하 남녀 모두의 자살은 교육수준과 직업계층에 따라 영향을 받지만 그 이후 연령대에서는 유의한 차이가 나타나지 않는 것으로 나타난 연구도 있다(정최강희, 2008).

이렇듯 다양한 인구사회학적 변인들이 자살과 관련이 있는 것으로 보고되고 있으나,

대상이나 지역에 따라서 그 양상은 다르게 나타나는 것으로 볼 수 있겠다.

2. 보건복지인프라와 자살률

본 연구에서 복지인프라는 지역주민이 이용할 수 있는 다양한 사회복지기관의 존재 및 그 수에 초점을 둔 개념으로 사용된다. 그러나 이와 관련된 국내외 연구들은 매우 제한적인 관계로 여기에서는 이러한 복지기관이 수행하는 주요 기능이라고 할 수 있는 사회적 지지와 네트워크, 그리고 그 결과물이라고 할 수 있는 사회적 신뢰와 사회적 안정성 등을 중심으로 선행연구들을 고찰해 보고자 한다.

우선 이와 관련된 해외연구를 중심으로 살펴보면, 11개 유럽 국가들의 사회적 자본과 자살률을 생태학적으로 분석한 연구(Kelly et al. 2009)에서, 사회적자본의 주요구성요소인 지역사회에 대한 사회적 신뢰가 높은 국가일수록 자살률은 낮은 것으로 나타났다. Thorlindsson과 Bernburg(2009)는 지역사회의 구조적 안정성이 지역주민의 신뢰, 안정적인 사회적 관계, 일관성에 영향을 미치기 때문에, 지역사회의 안정성이 낮은 경우 청소년들의 자살률이 증가하는 것으로 보고하였다. 반면, 지역사회모임의 참여, 사회구성원간의 상호작용, 사회적 연계망 구성, 사회적 접촉빈도 등은 정신건강에 유의미한 영향을 미치는 요소로 증명되었다(Pollack and Knesebeck, 2004; Lucey, et al., 2005; Motohashi et al., 2007). 또한 높은 사회적 네트워크 수준은 지역사회 구성원들의 정신건강을 향상시키는 것으로 보고되기도 하였다(Cutright and Fernquist, 2000).

자살의 위험요인인 사회적 고립의 상대적 개념인 사회적 지지는 상실로 인한 우울, 정신적 질환으로 인한 고통, 만성질병, 실업 등 어려움을 경험하는 사람들에게 자살보호요인으로 작용하고 있는 것으로 나타나고 있다(Brown and Vinokur, 2003). 특히 사회적으로 고립되기 쉬운 노인 자살예방에 있어서 사회적 지지와 사회적 네트워크의 중요성은 매우 커서, 실제로 사회적지지 수준이 높은 노인일수록 스트레스와 우울감이 낮고 자살생각도 더 적게 나타났으며(김희연 외, 2009; 서인균·정유선, 2010; Harrison, Dombrowski, Morse, Houck, Schlernitzauer, Raynold, and Szanto, 2010), 사회복지기관을 이용하는 노인들과 이용하지 않는 노인들 사이에 무망감과 자살생각에 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다(오인근, 2009). 또한 지역사회에 대한 신뢰, 친척 및 친구에 대한 신뢰, 중앙 및 지방정부에 대한 신뢰가 깊을수록 노인들의 정신건강이 좋은 것으

로 보고되고 있다(이홍직, 2009).

이와 반대로 가족지원체계가 사회적 지원체계가 취약하면 노인들의 자살률이 높아진다고 한다(Duberstein, Conwell, Conner, Eberly, and Caine, 2004). Liu 외(2006)은 20-59세 사이 성인들의 자살관련 변인들을 살펴본 결과, 무망감, 삶의 의미, 가족이나 친구들로부터 도움을 받지 못하는 점, 낮은 사회적 지지들이 영향을 미치는 것으로 제시하였다. Jarman 외(1992)의 연구에서도 영국의 정신병원입원율과 사회적 고립지수와 사회적 박탈지수사이에 강한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이는 청소년의 경우에도 마찬가지여서, 사회적 지지는 차별경험이 자살생각에 미치는 영향을 조절하며, 지지자가 있는 경우에 지지자가 없는 경우보다 자살생각을 가질 확률이 낮은 것으로 나타났다(송인한·권세원·정은혜, 2011). 즉 ‘사회적 자원과 지지’의 정도는 자살률에 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 문학작품 속 자살을 분석하여 사회적 지지의 결여가 자살로 연결되는 구조를 분석한 연구결과에서도 이러한 관계를 확인할 수 있다(최명민, 2010). 바로 이러한 점 때문에 핀란드나 스웨덴과 같이 국가적으로 자살예방노력을 기울이고 있는 나라들에서는 지역사회 네트워크 및 지지망과 공동체 강화를 주요 자살 예방 전략으로 삼고 있다.⁶⁾

다음으로 본 연구에서 정신보건인프라는 의료와 보건의 개념에서 각각 대표적인 정신과병의원과 지역사회정신보건센터를 포함하는 개념으로서, 이들의 존재여부 및 거리는 곧 접근 및 이용 가능성으로 연결된다. 따라서 이와 관련된 선행 연구들을 살펴보면, 전문적 서비스에 접근하여 서비스를 용이하게 받을 수 있는 접근성 수준이 자살예방을 위한 사회적 자원으로서 중요한 역할을 하는 것으로 나타났다. 미국 카운티(County)들의 1990-1995년 사이 자살률, 사회적 해체, 정신과의사 이용률과 자살률의 관계를 살펴본 연구에서(Kopsowa, 2009), 지역주민들의 정신과의사 접근과 이용가능성은 자살률을 낮추는 것으로 나타났다. 또한 정신과의사 이용가능성은 카운티 수준의 사회해체 효과를 부분적으로 완화시키는 역할을 하는 것으로 나타났다. Shah(2008)는 WHO의 자료를 근거로 192개국의 전문노인정신건강 프로그램 발달에 영향을 미치는 사회경제적 요인과 노인인구비율, 서비스개발 요인들의 영향력을 조사한 결과, 높은

6) 스웨덴의 “건강정책목표 2000” 중 1항은 ‘사회연대의 강화 : 사회 공동체 의식과 연대감의 강화 : 개인에 대한 사회적 환경 지원’ 이고, 핀란드의 “자살예방전략 7가지” 중 3가지에 상호지지, 소외 예방, 더불어 사는 환경조성 등이 포함되어 있다.

GDP, 높은 건강증진 및 정신건강증진 비용지출, 국가정신건강정책과 국가정신건강프로그램의 존재, 지역사회와 일차 보호세팅에서 정신건강보호 서비스의 이용가능성, 정신과 병상, 정신과의사, 정신보건전문 간호사, 심리학자, 사회복지사들의 높은 밀집도가 전문노인정신건강프로그램 발달에 영향을 미치는 요인인 것으로 보고하였다. Pirkola 외(2008)의 연구에 따르면, 지역사회정신보건의 인프라가 다양하게 잘 구축되어 있고 입원치료와 외래치료의 연계 체계가 원활한 지역의 자살률이 입원치료와 시설보호 중심의 지역들에 비해 더 낮다는 조사 결과를 발표하기도 하였다. 자살사망자들이 자살을 시도하기 전에 정신보건 및 보건전문가들을 만나는 경향이 있기 때문에 이들의 영향력이 매우 중요하다고 주장하는 연구들도 있다(Luoma et al., 2002 : Luoma, Martin, and Pearson, 2002; Williams, Latta, and Conversano, 2007).

이처럼 선행연구들을 검토해 본 결과, 지역사회의 다양한 복지 및 정신보건 자원이 자살률 및 자살사고와 관련성이 있는 것으로 나타나고 있으나 국내에서 이와 관련된 연구는 많지 않은 것을 알 수 있다.

III. 연구방법

1. 연구 대상 및 변수

본 연구에서는 자살률과 관련될 수 있는 보건복지 관련 변수들 중 시, 군, 구 단위의 통계수치가 확보될 수 있는 변수를 활용하여 분석을 시행하였다. 따라서 본 연구의 대상은 전국 244개 지자체 중 16개 광역단위의 시도를 제외한 시군구 단위의 229개 지역이다. 종속변수는 2010년도 통계청 연령 표준화 자살률(십만명당)을 사용하였다. 이 변수는 통계청의 사망원인 통계자료 중, 2010년 기초자치단체의 자살에 의한 사망률 자료를 이용하였다. 인구사회학적 변수는 통제변수로서, 노인인구비율, 이혼율, 실업률, 빈곤율, 음주율, 주관적 건강인지율 등을 포함하고자 하였는데, 이들 중 기초 지자체 단위의 통계자료가 있는 변수는 노인인구비율과 이혼율, 빈곤율이었고 나머지 실업률, 음주율, 주관적 건강인지율 등은 광역 단위의 자료밖에 없었기 때문에 노인인구비율과 이혼율, 빈곤율을 중심으로 살펴보았다. 또한 정신보건 인프라로는 정신의료기관 수와 지역사회정신보건센터의 수 및 역사, 그리고 복지인프라 지표로는 각 지자체

별 사회복지기관⁷⁾과 노인복지기관 수⁸⁾를 설정하였다. 이들 중 지역사회복지기관 수와 노인복지기관의 수의 경우에는 지자체 단위의 숫자가 확보되지 않은 관계로, 한국사회복지협의회와 관련 학회의 자료 및 각 지자체별 홈페이지 등을 통한 보완 및 확인 작업을 5차례에 걸쳐 수행하였다. 각 지자체의 관련 변수별 측정방법과 출처는 다음 <표 1>로 제시하였다.

<표 1> 변수의 측정방법 및 자료출처

| 변수 | | 측정방법 | 출처 |
|-------|--------------|-------------------------|----------------------------------|
| 종속 변수 | 자살률 | 인구 십만 명당 자살건수 | 통계청 2010년 사망원인통계 |
| 통계 변수 | 노인인구비율 | 65세 인구/주민등록인구*100 | 통계청 2010년 인구주택총조사 |
| | 이혼율 | 인구 천 명당 이혼율 (조이혼율) | 통계청 2010년 혼인·이혼 통계 |
| | 빈곤율 | 총 인구 중 기초생활수급자가 차지하는 비율 | 통계청 자료를 통한 자체 계산 |
| 독립 변수 | 정신의료기관수 | 총수 | 보건복지부 2010 자료 |
| | 정신보건센터 수와 역사 | 총수 | 정신보건센터현황(2010.2기준),중앙정신보건사업단 보고서 |
| | 지역사회복지기관 수 | 총수 | 보건복지부, 사회복지협회의 및 관련학회,지자체 공시 자료 |
| | 노인복지기관 수 | 총수 | 보건복지부, 사회복지협회의 및 관련학회,지자체 공시 자료 |

2. 분석방법

본 연구의 연구문제를 검증하기 위해서 SPSS 18.0을 활용하여 분석하였다. 자살과 각 연속변수들과의 상관성은 Pearson R 상관관계분석으로 살펴보았고, 자살과 명목변수들과의 관계는 t-test 및 ANOVA를 통해 살펴보았다. 그리고 자살률과 유의미한 상

7) 사회복지기관의 수는 지역사회복지관, 자원봉사센터, 다문화가족지원센터, 사회복지심부름센터, 건강가정지원센터 등 이용기관과 사회복지협의회 등을 포함한 수이다.

8) 노인복지기관은 경로당을 제외한 노인복지관, 노인요양시설, 공동생활가정, 주야간보호시설, 재가노인복지시설, 노인복지센터, 시니어클럽, 상담기관을 포함한 수이다

관을 보인 보건복지 자원들의 영향력을 통합적으로 검증하기 위해서 위계적 회귀분석 방법을 사용하였다.

IV. 분석결과

1. 변수별 개요

본 연구에서 활용된 변수들에 대한 개요는 다음 <표 2>와 같다. 평균 자살률은 37.85명으로 나타났는데, 이는 2010년도 자살률 31.2명보다 높은 수치다. 이러한 불일치는 본 연구의 수치가 전체 값이 아니라 각 지자체별 평균값을 기준으로 한 것이기 때문으로 보인다. 이외에도 평균 노인인구비율도 15.73으로 통계청 발표 10.32보다 높은 수치로 나타났는데, 이 역시 위와 같은 이유로 분석된다.

정신과 병의원 수는 각 시군구별 평균 약 8개로 분석되었고, 지역사회정신보건센터는 전체 229곳 중 설치된 곳은 144곳, 지역사회 사회복지기관들이 있는 곳은 204곳으로서, 아직까지 이러한 보건과 복지 인프라가 구축되지 않은 곳도 상당수 있는 것으로 파악되었다. 특히, 2009년과 2010년 전국에서 자살률이 상대적으로 높은 것으로 보고 되었던 충남, 강원, 충청 지역의 복지 인프라는 다른 지역에 비해 열악하다. 특히 자살률 전국 최고 수준을 기록한 충남 청양, 예산과 태안, 강원 영월과 고성, 충북 괴산 등은 일반 지역주민들이 이용하는 지역사회복지기관들이 전무한 것으로 나타났다. 노인 복지기관의 경우에는 10곳 미만이 110곳(미설치 지자체 2곳)으로 가장 많았는데, 최대 56개가 있는 지자체도 있어서 그 편차가 매우 큰 것으로 나타났다.

<표 2> 변수별 개요

(N=229)

| 변수 | 평균 | 표준편차 | 최소값 | 최대값 | 비고 |
|--------|-------|-------|-------|-------|----|
| 자살률 | 37.85 | 12.81 | 11.70 | 82.40 | - |
| 노인인구비율 | 15.73 | 7.39 | 5.25 | 31.99 | - |
| 빈곤율 | 4.33 | 2.21 | 0.00 | 12.30 | - |
| 이혼율 | .225 | .38 | 1.10 | 3.50 | - |

〈표 2〉 변수별 개요(계속)

(N=229)

| 변수 | 평균 | 표준편차 | 최소값 | 최대값 | 비고 | |
|-------------|-------|-------|------|-------|---|----------------------------|
| 정신의료기관수 | 7.96 | 9.59 | .00 | 76.00 | · 미설치 : 28 · 설치 : 201 | |
| 정신보건센터 | 수 | .81 | 2.33 | .00 | 35.00 | · 미설치 : 84곳 · 설치 : 144곳 |
| | 역사 | 4.41 | 4.81 | .00 | 16.00 | |
| 지역사회 복지기관 수 | 4.05 | 5.01 | .00 | 38.00 | · 미설치 : 25곳 · 설치 : 204곳 | |
| 노인 복지기관 수 | 13.96 | 10.67 | .00 | 56.00 | 미설치 : 2 설치 : 227 · 0-10개 110곳 · 11-20개 68곳 · 21개 이상 50곳 | |

2. 변수들의 상관관계

변수들 간 상관관계를 정리한 〈표 3〉을 살펴보면, 먼저 자살률과 노인인구비율의 상관관계는 매우 높은 것으로 나타났으며($r=.640$), 통계적 유의미성도 높은 것으로 나타났다($P<.01$). 이는 노인인구비율이 높은 지역일수록 자살률도 높다는 것을 보여주는 것이며, 우리나라의 자살현상의 특징으로 노인자살의 비중이 크다는 것을 다시 한 번 확인시켜 주는 것이다. 자살률과 빈곤율(기초생활보장수급자 비율)의 관계를 살펴본 결과 상관관계는 정적으로 나타났으며($r=.470$), 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다($P<.01$). 이러한 결과는 우리나라 빈곤율을 측정하는 대표적인 지표인 기초생활보장수급자의 수가 많은 지역일수록, 자살률이 높은 것을 나타내는 것이다. 자살률과 이혼율의 관계를 살펴본 결과, 이들의 상관관계는 낮았으며($r=.008$) 통계적으로 유의미하지 않았다.⁹⁾

9) 이외에 실업률, 음주율, 건강수준은 시군구 단위의 지자체 자료가 없어서 광역단위의 시도 자료를 분석한 결과, 이들 변수들과 자살률과의 유의미한 상관성이 나타나지 않았다.

〈표 3〉 변수들의 상관관계

| | 자살률 | 노인인구비율 | 빈곤율 | 이혼율 | 정신과 병의원 수 | 정신보건센터 수 | 지역사회복지기관수 | 노인복지기관수 |
|------------|---------|---------|---------|-------|-----------|----------|-----------|---------|
| 자살률 | 1 | | | | | | | |
| 노인인구비율 | .640** | 1 | | | | | | |
| 빈곤율 | .470** | .762** | 1 | | | | | |
| 이혼율 | -.008 | -.321** | -.213** | 1 | | | | |
| 지역사회복지기관 수 | -.234** | -.311** | -.120 | .023 | .434** | .270** | 1 | |
| 노인복지기관수 | -.267** | -.327** | -.210** | .077 | .442** | .377** | .339** | 1 |
| 정신과 병의원 수 | -.440** | -.527** | -.428** | -.045 | 1 | | | |
| 정신보건센터 수 | -.372** | -.524** | -.456** | .143* | .537** | 1 | | |

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

지역사회복지기관 수와 자살률의 관계를 비교해 본 결과 상관은 -.234로서 부적상관을 나타냈다. 즉, 지역사회복지기관이 많은 지역일수록 그 지역의 자살률이 낮아지는 것을 볼 수 있다. 그동안 지역사회복지기관이 전반적으로 자살과 관련된 직접적인 기능을 거의 수행하지 않았던 점을 감안하면, 지역사회복지기관이 상징하는 그 지역의 복지 인프라와 복지역량이 포괄적인 자살예방의 효과가 있다고 해석할 수 있겠다. 또한 노인복지기관 수와 자살률의 관계에서도 -.267의 부적상관관계가 나타났다. 즉 지역사회 내 노인복지관련기관들의 수가 많을수록 자살률은 감소하는 것으로 나타났다.

각 시군구별 정신과 병의원 수와 자살률을 비교해 본 결과, 이들은 비교적 높은 -.440의 부적 상관관계를 갖는 것으로 조사되었다. 즉, 지역사회에 이용가능한 정신과 병의원의 수가 많을수록 자살은 감소한다는 것이다. 정신보건센터의 경우 자살률과 -.372의 부적상관을 갖는 것으로 나타나 정신보건센터가 많을수록 자살률은 낮아지는 것으로 나타났다. 이처럼 정신보건인프라와 자살률의 높은 상관관계는 자살이 정신보건과 매우 밀접한 관계에 있다는 것을 확인시켜 주며, 정신보건인프라 구축과 그에 따

른 기능수행이 자살률 감소에 유의미하게 기여할 수 있음을 보여준다. 단, 이러한 상관관계 분석의 결과는 정신의료기관이나 정신보건센터의 독립적인 기능을 보여준다고 단정 짓기는 어려우며, 이러한 인프라가 구축될 수 있는 재정적 여건, 인구구조, 지역정서 등 지역의 전반적 여건들이 반영된 것으로도 해석할 수 있다.

3. 보건복지 자원에 따른 자살률 비교

복지인프라를 측정할 수 있는 지표는 여러 가지가 있겠지만, 그 지역사회의 일반주민들이 이용할 수 있는 복지기관들의 수가 인프라 구축 정도를 설명할 수 있기 때문에 우선 지역별 사회복지기관 수와 자살률을 비교해 보았다. 지역사회복지 측면에서 이용시설이 없는 시군구가 상당수 있고 지역별로 그 수의 편차가 크지 않기 때문에 일단, 유무로 비교하였는데, 그 결과 <표 4>에서와 같이 지역사회복지관이 있는 지역의 자살률이 지역사회복지관이 없는 지역의 자살률에 비해 현저히 낮게 나타났다. 또한 지역사회복지기관의 수의 차이도 자살률에 유의한 차이를 가져오는 것을 볼 수 있다.

다음으로 복지인프라 중에서 노인복지기관의 수와 자살률의 관련성을 살펴보았다. 우리나라의 자살현상 중 노인자살률이 가장 큰 변수 중의 하나이기 때문에 지역사회의 노인복지기관들의 역할을 확인해 보는 것이 필요하다고 보았기 때문이다. 여기에는 노인복지와 관련된 이용시설, 생활시설 등 모든 복지기관이 포함되었는데 단, 여기서는 모든 형태의 노인복지기관이 하나도 없는 지역은 전국에서 2개 지역 밖에 없으므로 유무로 평균을 비교하는 것은 무의미하다고 보고 그 개수에 따라 3분류하여 비교해 보았다. <표 4>에서 보듯이 노인복지기관이 많은(11개 이상) 지역의 자살률이¹⁰⁾ 노인복지기관이 적은 지역의 자살률보다 유의하게 낮은 것으로 나타났다.

<표 4> 복지자원에 따른 자살률 비교

| 구분 | 기관 수 | N | 평균 | 표준편차 | F |
|------------------|------|-----|--------|--------|---------|
| 지역사회 복지기관의 유무 | 무 | 25 | 43.879 | 15.409 | 2.741** |
| | 유 | 204 | 36.726 | 11.967 | |

10) 0~10개와 11~20개 집단은 Duncan 사후비교에서 유의수준 .05에서 동일 집단으로 구분됨

〈표 4〉 복지자원에 따른 자살률 비교(계속)

| 구분 | 기관 수 | N | 평균 | 표준편차 | F |
|-----------------|---------|-----|--------|--------|----------|
| 지역사회 복지기관의 수 | 0-10개 | 217 | 38.186 | .879 | 3.112* |
| | 11개-20개 | 7 | 30.100 | 1.340 | |
| | 21개 이상 | 5 | 27.260 | 1.209 | |
| 노인복지기관의 수 | 0-10개 | 108 | 40.968 | 13.656 | 8.425*** |
| | 11개-20개 | 68 | 36.402 | 13.237 | |
| | 21개 이상 | 53 | 32.705 | 7.651 | |

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

정신보건센터는 각 시군구별로 설치된 수의 편차가 크지 않기 때문에 이항변수로 처리하여 정신보건센터 유(1)무(0)로만 비교해 보았다. 그 결과 〈표 5〉과 같이 지역사회정신보건센터가 있는 지역은 그렇지 않은 지역보다 자살률이 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 또한 정신의료기관의 경우 정신의료기관이 없는 지역의 자살률이 통계적으로 유의미하게 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 지역사회주민들의 정신건강의 문제가 발생했을 때, 정신의료기관에 대한 접근성과 이용성이 자살률 감소에 기여하는 것으로 해석할 수 있다.

〈표 5〉 정신보건자원에 따른 자살률 비교

| | | N | 평균 | 표준편차 | 자유도 | t |
|---------|---|-----|-------|-------|---------|----------|
| 정신과 병의원 | 무 | 28 | 50.10 | 16.55 | 30.526 | 4.379*** |
| | 유 | 201 | 35.97 | 11.18 | | |
| 정신보건센터 | 무 | 85 | 44.09 | 13.91 | 139.798 | 5.843*** |
| | 유 | 144 | 33.92 | 10.42 | | |

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

5. 보건복지인프라가 자살률에 미치는 영향

회귀분석 시 잔차분석을 통해 Mahalanobis거리를 구하여 정상분포를 많이 벗어난 outlier를 제거하는 data cleaning의 과정을 거쳤으며 최종 분석대상은 229개 지자체가 되었다. 보건복지인프라가 자살률에 미치는 영향을 파악하기 위하여 위계적 회귀분석을 실시하였는데, 그 결과는 〈표 6〉에 제시된 바와 같다.

먼저 모델 I에서는 선행연구에서 자살률에 영향을 미치는 것으로 나타난 노인인구비율을 투입하였다. 분석결과 노인인구비율이($\beta = .238$) 자살률에 유의미한 영향력을 가지는 것으로 나타났으며, 자살률에 대한 설명력은 40.6%로 나타났다. 모델 II에서는 복지인프라인 사회복지기관과 노인복지기관을 투입하였다. 복지변인들은 자살률에 통계적으로 유의미한 영향력이 나타나지 않았으며, 자살률에 대한 설명력은 0.1%의 유의미한 증가를 보였다. 모델 III에서는 보건인프라인 정신의료기관과 정신보건센터가 투입되었다. 분석결과 자살률에 대한 설명력은 41.3%를 보여 전 단계에 비해 0.5%의 유의미한 증가를 보였다. 그리고 정신보건인프라 중에서는 정신의료기관($\beta = .132$)만이 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

<표 6> 보건복지인프라와 자살률의 회귀분석

| | | 자살률 (N=229) | | | | | |
|-------------|-----------|-------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|
| | | 모델 I | | 모델 II | | 모델 III | |
| | | B | β | B | β | B | β |
| 통제 변수 | 노인인구비율 | 1.109 | .640*** | 1.064 | .614*** | .958 | .553*** |
| 복지 인프라 | 지역사회 복지기관 | | | -.058 | -.023 | .021 | .008 |
| | 노인복지기관 | | | -.048 | -.059 | -.019 | -.023 |
| 보건 인프라 | 정신과의료 기관 | | | | | -.176 | -.132* |
| | 정신보건센터 | | | | | -.620 | -.023 |
| 상수 | | 20.251 | | 21.951 | | 24.645 | |
| R2 | | .410 | | .414 | | .426 | |
| Adjusted R2 | | .406 | | .407 | | .413 | |
| F | | 157.771*** | | 53.037*** | | 33.043*** | |

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

전체적으로 분석결과를 요약하면, 노인인구비율이 높은 지역사회일수록 자살률이 높은 것으로 나타났고, 정신과의료기관의 수가 많은 지역사회일수록 자살률이 낮은 것으로 나타났다. 특히 노인인구 비율은 자살률을 예측하는 가장 강력한 예측변인으로 나타났다. 또한 정신과 치료 및 정신의료자원에 대한 서비스 접근성이 떨어질수록 자

살위험이 증가하고 정신과 치료에 대한 접근성이 좋을수록 자살위험이 감소한다고 해석할 수 있겠다. 복지인프라의 경우 상관관계에서는 유의미한 영향력이 나타났으나, 회귀분석에서 그 결과가 유의미하게 나타나지 않은 것은 현재 대다수의 사회복지관련 기관들이 정신건강 및 자살예방 및 개입서비스를 제공하지 않기 때문에, 직접 효과가 나타나지 않은 것으로 해석할 수 있겠다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 거시적인 지표와 자살률과의 관계를 살펴보기 위하여 시군구 단위를 지역사회로 기준하여 자살률을 분석하였고 특히 인구사회, 보건, 복지와 같은 사회구조적 차원의 요인들을 분석하였다는 점에서 기존 자살연구들과 차별화된 특성을 가진다. 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 노인인구비율과 빈곤율이 높을수록 자살률도 높은 것으로 나타났으나, 이혼율은 통계적으로 자살률과 유의미한 관계가 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 노인 인구비율이 자살률과 관계가 있는 것으로 나타난 선행연구들(Neumayer, 2003; Middleton et al., 2004; Kposowa, 2009) 지지하는 것이다. 또한 사회경제적 요인이 자살에 영향을 미치는 것으로 제시한 선행연구들(은기수, 2005; 김종섭, 2010; 장지연·신동균, 2010; Kposowa, 2001, Lorant et al., 2005)과 일관된 결과이다. 이혼율의 경우 자살률과 통계적인 상관성이 없는 것으로 나타난 연구(김상원, 2010)를 지지하는 것이다. 반면에 이혼율이 자살률과 상관관계가 있는 것으로 나타났던 연구들(김승용, 2004; 신성원, 2008) 다른 결과라고 하겠다.

둘째, 자살률과 복지인프라의 관계를 살펴본 결과, 지역사회복지관이 있는 지역의 자살률이 더 낮은 것으로 나타났다. 또한 지역사회에 설치된 지역사회복지관의 수와 자살률과의 상관관계를 살펴본 결과, 지역사회복지관이 많은 지역일수록 그 지역이 자살률이 낮아지는 것으로 나타났다. 노인복지관의 수에 따른 지역별 자살률을 비교한 결과에서도, 노인복지관이 많은 지역의 자살률이 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 지역사회복지관 이용노인들의 상대적으로 낮은 자살률을 나타낸 연구(오인근, 2009), 지역사회에 대한 신뢰도, 중앙 및 지방정부에 대한 신뢰도, 사회적 네트워크 수준, 사회연계망구성 등이 영향을 미치는 것으로 보고한 연구들(이홍직,

2009; Cutright and Fernquist, 2000; Pollack and Knesebeck, 2004; Motohashi et al., 2007), 그리고 2007년 보건 및 생활환경 개선비와 사회보장비 등을 지표로 하여 사회적 지원이 많은 자치단체일수록 자살률이 낮은 것으로 보고한 연구(김상원, 2010)과 맥락을 같이 한다. 이와 같이 우리나라의 자살은 그 지역사회의 복지수준과도 관련성이 있다는 결론을 내릴 수 있다.

셋째, 자살률과 정신보건인프라의 관계를 분석한 결과, 지역사회의 정신과 병의원의 수가 많을수록 자살률이 낮아지는 것으로 나타났다. 정신보건센터의 경우 정신보건센터가 있는 지역과 설치기간이 오래된 지역일수록 자살률이 낮아지는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 정신병원입원율과 사회적 고립, 박탈지수의 강력한 상관관계를 주장한 Jarman 외의 연구(1992), 그리고 정신과의사의 이용가능성, 정신과의사의 접촉성, 정신보건전문인력(정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 정신보건임상심리사)의 밀집도, 국가의 정신건강증진비용 및 정신건강증진비용지출, 국가 정신건강프로그램의 존재 등이 자살률을 낮추는 것으로 보고한 연구(Luoma et al., 2002; Porkola et al., 2008; Shah, 2008; Kopsowa, 2009)결과들을 지지하는 것이다

넷째, 보건복지인프라가 자살률에 미치는 영향을 알아보기 위하여 회귀분석한 결과, 노인인구비율과 정신과 병의원 수만이 유의미한 변수로 나타났다. 특히 노인인구비율은 자살률을 예측할 수 있는 가장 강력한 예측변인으로 나타났다. 이는 한국사회의 높은 자살이 노인자살에 기인하고 있음을 확인시켜 주는 결과이다. 특히, 우리나라의 우리나라 노인 빈곤율은 2010년 45.1%로 OECD 회원국 중 1위로 노인 2명 중 1명이 빈곤의 문제에 직면해 있는데, 이는 OECD 평균 13.3%의 3.4배에 이르는 수치며 일본 22%, 그리스 23%, 미국 24%의 두 배에 달한다. 또한 학대를 받는 노인들도 급증하고 있어서, 보건복지부에 따르면 2005년 연간 2038건이던 노인학대 신고건수는 2010년 3068건으로 2005년 대비 50%이상 증가했고 학대 상담건수는 이보다 훨씬 많은 2005년 1만3836건에서 2010년 4만7988건으로 3.5배나 늘었다고 한다. 결국 전 세계적으로 볼 때, 단순히 노인인구비율이 높다고 해서 자살률이 높은 것은 아니므로,¹¹⁾ 우리나라의 경우 노인인구증가와 더불어 노인인구의 안전망 미비 내지는 노인복지의 결여가 자살률과도 밀접한 관련이 있을 것으로 추정할 수 있다.

11) 2010년 OECD국가의 노인인구비율 순은 일본(1위), 이탈리아(2위), 독일(3위), 그리스(4위) 순이지만, 자살률에서 이탈리아와 그리스는 최하위 순위이고 독일은 하위권이며 일본만 상위권에 속한다.

본 연구결과 나타난 정신의료기관의 수가 가지는 의미는 숫자적 의미라기보다는 심리적, 정신적 고통에 대한 지역사회 정신의료서비스의 접근성으로 해석할 수 있다. 또한 접근성의 개념은 물리적 접근성 뿐 아니라 정보의 접근성과 심리적 접근성까지 포함하는 것으로 볼 수 있다. 정신과적 도움을 필요로 하는 사람이 거주하는 지역에 정신과적 도움을 제공할 자원이 부족하다는 것에는 거리, 정보, 심리적 장벽 모두가 포함되기 때문이다. 결국 이러한 결과는 자살예방을 위해서는 노인인구에 대한 집중적인 관심과 보호 그리고 노인 정신건강 문제에 대한 서비스 접근성 강화 등이 가장 핵심적인 사안이라는 것을 보여준다. 반면에 지역사회정신보건센터나 사회복지기관, 노인복지관 각각은 자살률과 유의미한 관계가 있는 것으로 나타났지만, 다른 변인들과의 관련성 속에서는 그 영향력이 상대적으로 감소한다는 것을 알 수 있으며, 이는 곧 복지기관들이 자살에 대한 접근이 직접적이기보다는 간접적인 관련성을 갖는다는 것을 의미한다고 볼 수 있다.

본 연구결과를 종합하면, 한 지역의 노인인구비율 및 정신보건인프라와 복지인프라가 그 지역의 자살과 밀접한 관련이 있음을 보여주고 있다. 그 중에서도 노인인구비율과 전문적인 정신보건서비스가 자살에서 차지하는 비중이 크다는 점을 알 수 있었고, 복지영역은 상관성이 없는 것은 아니지만 정신보건 서비스에 비해서 상대적으로 그 역할이 활성화되지 않고 있음을 보여주고 있다. 따라서 앞으로 지역사회의 효과적인 자살예방을 위해서 보건과 복지 간 인력 및 인프라의 네트워크 강화를 통해 시너지 효과를 내야 한다는 것을 본 연구가 밝혀냈다는 점에서 의의가 있다.

연구결과에 따른 구체적 제언들을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 본 연구결과 나타난 노인인구의 높은 자살위험성에 주목해야 한다. 노인자살은 선행연구에서 살펴보았듯이, 사회적 지지 및 사회적 자원 이용, 사회경제적 상태 등 사회구조적 요인의 영향력을 많이 받는 것으로 나타나고 있으므로 노인복지관과 보건소 등 노인들이 많이 활용하거나 노인에게 접근할 수 있는 사회서비스기관들을 중심으로 전문 인력들에 대한 자살 관련 교육 및 자살 게이트 키퍼(gate keeper) 역할을 강화하는 방안이 필요하다. 그리고 지역사회복지기관과 노인복지관에서 자살, 고독, 우울, 소외감 등 노인 정신건강의 문제에 적극적으로 개입해야 할 것이다. 또한 노인들은 청소년 자살과 달리 계획적이고, 사회적 요인의 영향을 많이 받는다는 점에서, 노인들에 대한 지속적인 사회적 지지 및 자원 접근성을 더욱 강화하기 위한 포괄적인

전략이 시급히 필요하다.

둘째, 지역사회 복지기관들의 자살예방 기능을 보다 강화할 필요가 있겠다. 현재 지역사회복지 기관들의 지역주민 정신건강 증진을 위한 개입서비스가 거의 없다는 사실은 매우 우려할 만한 현실이다. 자살률 등을 낮추기 위한 지역사회 주민의 정신건강 증진은 곧 지역주민의 안녕감, 삶의 질과 직결되는 주요 요인인 만큼 향후 지역의 적극적인 개입의지가 요구된다. 특히 복지기관을 이용하는 주민들이 우리사회에서 상대적으로 취약한 부분이 많은 점을 감안하면, 복지기관들이 해당 지역사회에서 보다 효과적이고 집중적인 자살예방 기능을 수행할 수 있도록 지역사회복지계획과 서비스 구조에 지역주민의 자살예방기능을 포함시키고 지역주민정신건강 증진을 위한 사업을 삶의 질과 맞물려 진행하는 전면적인 지역사회복지 서비스의 개선이 필요하다.

셋째, 정신의료기관의 수가 자살률에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타난 점은 지역주민들이 느끼는 심리적, 정신적 어려움에 대한 전문적 서비스의 접근 및 이용가능성이 확보되어야 함을 보여준다. 따라서 정신보건서비스 인프라가 부족한 지역에는 아웃리치 서비스와 같은 이동형 서비스를 통해서라도 서비스 접근성이 확보되어야 할 것이다. 또한 이러한 서비스와 관련된 적극적인 정보제공이 필요하며, 동시에 서비스 이용의 장벽이 되는 심리적 요인으로서 정신질환 및 정신보건서비스에 따른 낙인과 편견을 제거하는 노력 역시 반드시 병행되어야 하겠다.

넷째, 보건과 복지의 네트워크 강화가 필요하다. 특히 보건과 복지 인프라의 연계와 협조 체계가 미비한 현실을 감안하면, 자살예방을 하기 위해서는 복지인력의 게이트키퍼 역할 훈련기회 제공, 보건인력의 복지에 대한 지식과 협력 증진, 그리고 보건과 복지 기관 간 연계 강화 등의 노력이 요구된다. 특히, 현재 사회복지관이나 노인복지관 등 사회복지기관들의 자살예방을 포함한 지역주민의 정신건강을 위한 서비스 제공 및 정신건강전문인력의 확보가 매우 취약하다. 또한 보건의료기관에서는 사회복지관련 기관과의 연계가 매우 미흡하고, 지역주민의 복지욕구에 대한 관심은 간과되기 쉬운 구조이다. 그러나 자살이란, 심리사회적 제 요인들이 상호 영향을 미치는 다면적인 측면을 가진다는 점에서, 보건과 복지인프라가 상호 협조적인 관계 속에서 지역주민의 삶의 질을 높이기 위한 다양한 노력을 함께 할 것이 요구된다.

다섯째, 자살예방은 국가적 차원이나 범사회적 노력도 요구되지만 지역주민의 생활환경인 지역사회 중심으로 각 지역의 특수한 상황과 욕구에 따라 진행될 필요가 있다.

이와 관련하여 지방자치단체 차원에서 지역사회의 탄력성(community resilience) 대응 정책의 일환으로 지역중심적인 자살예방정책 계획과 정책현황 모니터링, 평가 기능을 수행할 필요성이 있다고 한 정덕영(2009)의 제안을 참고할 필요가 있다. 즉, 정책적으로 지역사회 복지기관들이 정신의료기관과 통합적으로 연계하여 사례관리를 통한 자살고위험군의 조기별건, 개입을 실시할 필요가 있다.

이러한 제언들이 현실화되기 위해서는 사회복지기관의 자살예방기능을 그 기능조항에 추가하여 이에 대한 인력 및 예산을 지원하고, 사회복지사협회 차원에서 사회복지사들의 자살예방 관련 보수교육 및 훈련을 지원하며, 지역사회복지협의체에 복지 뿐 아니라 정신보건 사회복지사를 포함한 정신보건전문가들을 포함시켜 서로 간 교류와 협조 체계를 구성하여 지역사회의 정신건강 향상방안 등을 적극적으로 고려해 볼 필요가 있다.

마지막으로 본 연구는 다음과 같은 한계를 갖고 있다. 첫째, 시군구 지자체별 자료들을 확보하고 있는 항목들이 상당히 제한적인 관계로 더 다양한 지표들과 자살률과의 관계를 심도 깊게 살펴보기 못했다. 특히 가족주의 전통 및 비공식적 지지 기능이 강한 한국적 특성을 감안하여 비공식적 자원과 자살률과의 관계를 고찰하기 위한 다양한 자료가 미비한 점은 아쉬운 부분이다. 둘째, 복지인프라와 관련된 수치는 여러 자료를 통해 합산한 것이기 때문에 수차례의 확인 작업에도 불구하고 정밀성 면에서 100% 확신하기 어려운 부분이 있다. 따라서 향후 연구에서는 더 정확하고 다양한 사회구조적 지표를 포함하고 지속적으로 보건복지 인프라와 자살률과의 변화 추이를 검토해 가는 노력이 요구된다.

참 고 문 헌

- 강영호·김혜련. 2006. “우리나라의 사회경제적 사망률 불평등: 1998년도 국민건강영양 조사의 사망추적 결과”. 『예방의학회지』 39(2): 115-122.
- 김상원. 2009. “전환기 러시아의 사회변동과 자살”. 『한국공안행정학회보』 18(1): 11-44.
- _____. 2010. “사회적 지원과 일탈 : 지역단위의 사회적 지원이 자살률에 미치는 영향”. 『지방정부연구』 14(3) : 81-95.
- 김승용. 2004. “한국노인 자살률 변동과 사회구조적 요인에 관한 연구”. 『사회복지 정책』 19: 181-205.
- 김중섭. 2010. “경제위기와 자살: 한국과 중남미 3개국의 비교”. 『한국라틴아메리카 학회지』 23(3): 45-65.
- 김희연·신형중. 2009. 『경기도 노인빈곤 특성연구』 경기개발연구원. 정책연구 2009-39.
- 김형수. 2002. “한국 노인의 자살과 관련 요인연구”. 『한국노년학』 242(1): 159-172.
- 김혜성·김혜련·박수경. 2007. “자살행동에 영향을 미치는 요인: 약물문제를 가진 남자 청소년과 약물문제를 가지지 않은 남자 청소년 집단 비교를 통하여”. 『사회복지연구』 34: 273-306.
- 노용환. 2006. “자살의 경제학적 분석- 우리나라 시, 도별 패널자료를 이용한 접근”. 『경제학연구』 54(3): 177-200.
- 보건복지부. 2011. 2010년 전국 가정폭력실태조사.
- 박병금. 2006. “청소년의 자살생각에 관한 생태체계요인 탐색”. 한국사회복지학회 2006년도 춘계학술대회 자료집 : 399-403.
- 박상철·조용범. 1998. 『자살, 예방할 수 있다. 자살위기극복을 위한 안내서』, 학지사.
- 서동우. 2003. “자살사망의 추이와 예방대책”. 『복지동향』 9: 35-39.
- 서인균·정유선. 2010. “노인의 보호요인이 위험요인과 자살생각에 미치는 영향”. 『보건과 사회복지』 12: 97-114.
- 송인한·권세원·정은혜. 2011. “청소년의 차별경험이 자살생각에 미치는 영향 : 사회적 지지의 조절효과를 중심으로”. 『청소년복지연구』 13(2) : 199-223.
- 양옥경·주소희. 2011. “독거노인자살사고에 영향을 미치는 요인에 관한 탐색적 연구”.

- 정신보건과 사회사업』 37: 321-347.
- 엄태완. 2007. “노인 자살관련 요인: 무망감과 우울증이 자살생각에 미치는 영향에 대한 사회적 지지와 자아통제감의 효과를 중심으로”. 『한국사회복지학』 59(2): 355-379.
- 여성가족부. 2010. 2009 전국 청소년 위기상황 실태조사.
- 윤명숙·김성혜·채완순. 2010. “노인의 음주 및 정신건강 특성이 자살생각에 미치는 영향”. 『한국알코올과학회지』 11(1): 27-44.
- 오인근. 2009. “저소득 노인들의 사회적 네트워크와 무망감이 자살생각에 미치는 영향: 사회복지관 서비스이용의 조절효과”. 『노인복지연구』 44: 111-130.
- 은기수. 2005. “경제적 양극화와 자살의 상관성: 1997년 외환위기를 전후하여”. 『한국인구학』 28(2): 97-129.
- 이소정. 2010. “노인자살의 사회경제적 원인 분석”. 『사회보장연구』 26(4) : 1-19.
- 이홍직. 2009. “노인의 정신건강에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 사회자본 특성을 중심으로”. 『사회과학연구』 25(3): 25-42.
- 장지연·신동균. 2010. “소득 양극화와 자살”. 『사회보장연구』 26(2): 1-21.
- 정덕영. 2009. “우리나라 자살 발생 실태분석과 대응전략에 관한 연구: 강원도 지역을 중심으로”. 『한국공안행정학회보』 37: 441-479.
- 정상혁. 2005. “우리나라 자살의 사회경제적 비용부담에 관한 연구”. 국립서울병원
- 정최경희. 2008. 사회경제적 사망 불평등에 대한 사망원인별 기여도.
- _____. 2009. “한국의 사회경제적 사망불평등 실태와 과제”. 『보건복지포럼』 149 : 5-14.
- 질병관리본부. 2010. 제 5차 (2009년) 청소년건강행태 온라인조사통계. 질병관리본부.
- 최명민. 2010. “문학에 투영된 자살의 심리사회적 이해 : <광장>과 <숲속의 방>을 중심으로”. 『상황과 복지』 29 : 163-203.
- 최원기. 2004. “청소년 자살의 사회구조적 원인 연구”. 『사회복지정책』 18: 5-30.
- 통계청. 2011. 2010년 혼인·이혼 통계.
- _____. 2011. 2010년 사망원인 통계.
- _____. 2011. 2010년 인구주택총조사.
- 홍성철·김문두·이상아. 2003. “사회계층이 자살 사망 위험도에 미치는 영향”. 『보건

- 과 사회과학 14: 249-271.
- Aspinall, P. J. 2002. "Suicide among Irish migrants in Britain: A review of the identity and integration hypothesis". *International Journal of Social Psychiatry* 48: 290-304.
- Brown, S. L., and A. D. Vinokur. 2003. "The interplay among risk factors for suicide ideation and suicide: The role of depression, poor health, and loved ones' messages of support and criticism". *American Journal of Community Psychology* 32: 131-141.
- Burrows, S., and L. Laflamme. 2010. "Socioeconomic disparities and attempted suicide: State of knowledge and implications for research and prevention". *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 17(1):23-40.
- Cutright, P., and R. M. Fernquist. 2000. "Effects of social integration, period, region and culture of suicide on male age-specific suicide rates: 20 developed countries, 1955-1989". *Social Science Research* 29: 148-172.
- Duberstein, P. R., Y. Conwell, K. R. Conner, S. Eberly, and E. D. Caine. 2004. "Suicide at 50 years of age and older: Perceived physical illness, family discord, and financial strain". *Psychological Medicine* 34: 137-146.
- Fernquist, R. M. 2007. "How do Durkheimian variables impact variation in national suicide rates when proxies for depression and alcoholism are controlled?" . *Archives of Suicide Research* 11: 361-374.
- Harrison, K. E., A. Y. Dombrowski, J. Q. Morse, P. Houck, M. Schlernitzauer, C. F. Raynold, and K. Szanto. 2010. "Alone ? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders". *International Psychogeriatrics* 22(3): 445-454.
- Jarman, B., S. Hirsch, P. White, and R. Driscoll .1992. "Predicting psychiatric admission rates". *BMJ* 304: 1146-1151.
- Johansson, L. M., J. Sundquist, S. E. Johansson, J. Qvist, and B. Bergman. 1997. "The influence of ethnicity and social and demographic factors on Swedish suicide rates: A four year follow-up study". *Social Psychiatry and Psychiatric*

- Epidemiology 32: 165-170.
- Kelly, B. D., M. Davoren, A. N.Mhaolain, E. G. Breen, and P. Casey. 2009. "Social capital and suicide in 11 European countries: an ecological analysis". *Soc Psychiat Epidemiol* 44: 971-977.
- Kposowa, A. J. 2001. "Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US national longitudinal mortality study". *Psychological Medicine* 31: 127-138.
- Kposowa, A. J. 2009. "Psychiatrist availability, social disintegration, and suicide deaths in U.S. Counties, 1990-1995". *Journal of Community Psychology* 37(1): 73-87.
- Lorant, V., A. E. Kunst, M. Hisman, G. Coata, and J. Mackenbach. 2005. "Socio-economic inequalities in suicide: A European comparative study". *British Journal of Psychiatry* 187:49-54.
- Lucey, S., H. Corcoran, S. Keeley, J. Brophy, E. Arensman, and I. J. Perry. 2005. "Socioeconomic change and suicide a time-series study from the Republic of Ireland". *Crisis* 26: 90-94.
- Luoma, J. B., C. E. Martin, and J. L. Pearson. 2002. "Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence". *American Journal of Psychiatry* 159: 909-916.
- Middleton, N., E. Whitley, S. Frankel, and D. Doring. 2004. "Suicide risk in small areas in England and Wales, 1991-1993". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39: 45-52.
- Motohashi, Y., Y. Kaneko, H. Sasaki, and M. Yamaji. 2007. "A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach". *Suicide Life Threatening Behavior* 37(5): 593-599.
- Neumayer, E. 2003. "Socioeconomic factors and suicide rates at large-unit aggregate levels: A comment". *Urban Studies* 40: 2569-2776.
- Page, A., S. Morrell, R. Taylor, G. Carter, and M. Dudley. 2006. "Divergent trends in suicide by socio-economic status in Australia". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41: 911-917.

- Pirkola, S., R. Sund, E. Sailas, K. Wahlbeck. 2008. "Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis" . *The Lancet* 22: 61848-61867.
- Pollack, C. E., and O. Knesebeck. 2004. "Social capital and mental health among the aged: comparisons between the United States and Germany" . *Health & Place* 10: 383-391.
- Pridemore, W. A., M. B. Chamlin, and J. K. Cochran. 2007. "An interrupted time-series analysis of Durkheim's social deregulation thesis: The case of the Russian Federation" . *Justice Quarterly* 24(2): 271-290.
- Rehkopf, D. H., and S. L. Buka. 2006. "The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: A systematic review" . *Psychological Medicine* 36: 145-157.
- Shah, A. 2008. "Do socio-economic factors, elderly population size and service development factors influence the development of specialist mental health programs for older people?" . *International Psychogeriatrics* 20(6): 1238-1244.
- Thorlindsson, T., and J. G. Bernburg. 2009. "Community structural instability, anomie, imitation and adolescent suicidal behavior" . *Journal of Adolescence* 31: 233-245.
- Williams, M. E., J. Latta, and P. Conversano. 2007. "Eliminating the wait for mental health services" . *Journal of Behavioral Health Services & Research* 35: 107-114.

Abstract

Effects of Welfare and Mental Health Resources on the Suicide in Community

- Focused on social welfare infra and mental health infra -

Yoon, Myeong-Sook* · Choi, Myung-Min**

Suicide research has rarely looked at the community characteristics on suicidal behavior. This study aimed to examine associations between suicide rate and the health & welfare infra. Data were obtained from socio-demographic variables, welfare infra(community welfare resources, elderly welfare resources), mental health infra(community mental health center, psychiatric hospital) and suicide rate were used for analysis. The statistical significance was tested by SPSS 18.0. The findings of the study were as follows: First, community with high proportion of older people(aged 65 years and over), high percentage of welfare recipients had significantly high suicide. Second, community with having community welfare resources and a number of community welfare resources, having the elderly welfare resources showed lower suicide. Third, community with a high percentage of psychiatric hospital, having community mental health center showed lower suicide. Fourth, proportion of older people, percentage of psychiatric hospital were very important variables which affected on suicide in community. Based upon these findings we suggested to develop an effective suicide prevention at the community level. The implications and limitations of these findings were discussed and directions for future studies were also proposed.

key words: suicide, community. socio-demographic factor, welfare infra, mental health infra

[논문투고일: 2011. 12. 31, 논문심사일: 2012. 1. 9, 심사완료일: 2012. 2. 14]

* Professor, Department of Social Welfare, Chonbuk National University

** Associate Professor, Department of Social Welfare, Baekseok University