

1. 서울시자살예방을 위한 블루터치 핫라인¹⁾ 실태에 관한 연구

Analysis of hotline services for suicide prevention in Seoul Suicide Prevention Center

김지은, 이구상, 조유선, 정미영, 정혜영, 최민정, 이명수

J.E. Kim, G.S. Lee, Y.S. Jo, M.Y. Jung, H.Y. Jung, M.J. Choi, M.S. Lee

초 록

- **연구목적:** 블루터치 핫라인 상담의 현황 및 특성을 살펴보고, 이를 토대로 상담 서비스에 대한 보다 발전적인 방안을 제시하고자 하였다.
- **연구방법:** 2005년 1월 10일부터 2010년 2월 11일까지 약 5년 1개월 간 서울시 정신보건 정보시스템(SMHIS)에 기록된 상담 총 51,755건 중에서 전화 및 인터넷으로 상담이 이루어진 기록 50,000건을 분석하였다.
- **연구결과:** 여성이 55.7%였고, 20대가 31.4%를 차지하였다. 65.9%가 전화 상담 서비스를 이용하였으며, 문제 영역에서는 정신건강문제가 59.3%, 정신건강영역에서는 우울증과 자살이 38.0%로 나타났다. 남성은 상대적으로 전화 상담을 선호한 반면 여성은 인터넷 상담하는 것으로 나타났으며, 연령대가 낮을수록 인터넷 상담률이 상대적으로 높은 것으로 나타났다.
- **결론:** 대상자 특성에 따라 상담 유형의 차이를 보였다. 이를 토대로 대상자 특성에 따른 홍보와 적절한 개입전략이 마련되어야 할 것으로 보인다.
- **주요용어:** 자살, 우울증, 핫라인상담

Abstract

- **Objective:** The purpose of this study was to analyse the service usage profiles of hotline counseling services of Seoul Suicide Prevention Center.
- **Methods:** We finally analysed 50,000 contacts among 51,755 done by telephone or online counseling for 5 years(from January 2005 to February 2010) using Seoul Mental Health Information System(SMHIS).
- **Results:** Females were 55.7% and twenties were most common(31.4%). 65.9% of service contacts was done by telephone. 59.3% of total contacts dealt with the issue of mental health and among them depression and suicide issues were most common(38.0%). Men tended to prefer telephone counseling and women did online counseling. The younger age group used online counseling services more comparing elderly group.
- **Conclusion:** There were some differences of service usage according to user's characteristics. Based on this, it is necessary to develop strategies for public marketing and appropriate intervention focused on each service user group.
- **Keyword:** suicide, depression, hotline

1) 블루터치 핫라인(blutouch hotline)의 운영 형태는 다음과 같다. 평일 주간에는 서울시자살예방센터 소속 정신보건전문요원이 상담 및 위기관리 서비스를 제공하며, 야간 및 휴무에는 서울시자살예방센터, 서울시소아청소년정신보건센터, 연구지원팀, 정신건강증진팀, 정신질환통합지원팀, 중독관리팀, 행정조정실 소속 정신보건전문요원이 공동으로 상담 및 위기관리 서비스를 제공하고 있다.

I. 서론

전 세계적으로 약 45억 명 정도가 정신건강의 문제로 위기상황에 직면해 있다(WHO, 2010). 이러한 위기상황에서 사람들은 중요한 삶의 목표에서 좌절을 경험하거나 삶의 주기와 스트레스에 대처하는 방식에서 심각한 붕괴에 직면하게 된다(Brammer, 1985). 특히, 각종 외상이나 스트레스, 가족 및 대인관계 갈등, 정신건강의 문제 등으로 인한 위기상황에서 적절하게 대처하거나 적응을 하지 못하게 되면 충동적으로 자살을 선택하기도 한다(한국자살예방협회 등, 2009).

우리나라도 정신적 고통으로 어려움을 겪고 있는 사람들이 지속적으로 증가하고 있고(보건복지부, 2006), 최근 몇 년간 증가추세를 보이는 자살률은 OECD 국가 중 1위라는 불명예를 얻게 되는 등 문제가 매우 심각하다(통계청, 2010). 그러나 이러한 문제를 더욱 악화시키고 있는 것은 정신적으로 고통을 받고 있는 사람들이 적극적으로 문제해결의 의지를 보이지 않는 것인데 사회적 편견 등으로 서비스를 받지 않거나, 효과적인 서비스가 있음에도 서비스 자체를 인식하지 못하는 데 있다. 보건복지부 발표에 따르면 의료서비스를 받고 있는 정신질환자는 약 11.4% 정도에 불과하며(보건복지부, 2006), 지역사회 정신보건 서비스에 대한 우리나라 국민의 인식도가 매우 낮다(중앙정신보건사업지원단, 2009). 결국 정신적 어려움과 자살이라는 심각한 위기상황에 있는 사람들에게 어떠한 서비스가 가장 효과적인지 점검하는 것이 가장 중요한 과제로 남게 된다.

선진국의 경우 위기상황에 처해있는 사람들을 위해 다양한 방안이 시도되었는데, 특히 1950년대부터 전화 상담 서비스를 통해 자살과 정신적 고통을 감소시키고, 미래를 위한 계획들을 세우는데 도움을 제공할 뿐만 아니라 생활 속에서 활용 가능한 정보를 제공하고 있다(Idaho State University, 2010).

서울시도 위기상황에 직면한 사람들을 위한 서비스의 필요성을 인식하고 2005년부터 위기관리팀을 운영하였으며, 특히 전화와 인터넷을 활용한 '블루터치 핫라인(blutouch hotline)'을 통해 정신질환 및 자살예방으로 고통 받고 있는 사람들에게 24시간 365일 서비스를 제공하였다. 2009년에는 사회적으로 자살의 문제가 심각해짐에 따라 위기관리팀을 자살예방센터로 격상하여 자살예방을 위한 상담 및 위기관리 서비스를 강화하고 있다(서울시자살예방센터, 2009).

선진국과 우리나라에서 활용되고 있는 전화와 인

터넷을 통한 상담 서비스는 이미 일상생활에서 겪는 스트레스를 감소시켜주며, 응급상황에 처한 대상자에게 응급개입이나 정보를 제공해주고, 무기력감이거나 우울감, 불안감 등 다양한 정신과적 문제를 가지고 있는 사람들의 증상을 완화시키고, 미래에 대한 희망과 자신감을 제공하는 것뿐만 아니라 자살에 대한 생각을 감소시켜 주는 등 많은 국가에서 널리 활용되는 수단으로 자리매김하고 있다(Kalafat et al., 2007; Mishara et al., 2007, Krysinska & De Leo, 2007). 그런 의미에서 볼 때 '블루터치 핫라인(blutouch hotline)'도 이와 같은 맥락에서 정신질환 및 자살 예방을 위한 중요한 서비스임에는 분명하다.

최근 들어 과학기술의 발전으로 인해 자살예방 계획과 프로그램도 다양한 변화와 성장을 거듭하고 있다. 그러나 지금까지의 자살예방프로그램에 대한 면밀한 분석이나 검증이 이루어지지 못하고, 빠르게 성장하는 과학기술에 의존하여 새로운 방안에 대한 탐구만을 지속하였다. 국내에도 정신건강 및 자살예방을 위한 상담에 대한 연구가 거의 이루어지지 않고 있으며, 외국의 경우에도 전화상담을 제외하고 인터넷 위기개입 등 활발한 연구가 진행되지 않고 있다(Krysinska & De Leo, 2007). 따라서 지속적인 발전을 위해서는 현재의 전화 및 인터넷 상담 서비스에 대한 보다 정확한 평가가 필요하며, 이를 토대로 보다 발전된 방안이 마련되어야 할 것이다.

이에 따라 본 연구는 블루터치 핫라인(blutouch hotline)'의 특성을 살펴보고, 이를 토대로 정신건강 및 자살예방을 위한 상담서비스의 발전적인 방안을 제시하고자하였다.

II. 이론적 배경

1. 자살예방과 전화상담

1906년 National Save-a-Life League에 의해 자살예방을 위한 전화상담 서비스가 최초로 설치·운영되었고(Bloom, 1984), 영국의 Chad varah 목사는 자살 문제의 심각성을 인식하고 Samaritans를 창립한 후 자살예방 핫라인을 운영하면서 영국의 자살률 감소에 기여하기도 하였다(이광자, 2009). 이후 전화 상담이 자살예방을 위한 주요 수단으로 자리 잡게 되면서(Varah, 2001), 미국, 캐나다, 뉴질랜드, 일본, 중국 등 많은 국가와 도시에서 자살예방을 위한 간단하고 실용적인 위기개입 접근법으로 널리 사용되고 있다(이광자, 2009; Jianlin, 1995). 이

처럼 전화 상담이 전 세계적으로 활성화되고 있다는 것은 위기 상황에 있는 사람의 문제 해결을 위해 전화가 유용한 수단이라는 것을 반증해주고 있는 것이기도 하다(Haywood & Leuthe, 1980; Waters & Finn, 1995).

자살 위기 개입의 수단으로써 전화상담은 도움을 원하는 사람이 먼저 전화를 걸어 도움을 줄 있는 사람과 대화를 나누면서 상담이 시작되는데, 위기 상황에 있는 사람이 전화를 걸면 수 초 내에 상담자와 즉시 연결이 가능하다는 점에 있어서 편의성과 즉시성이라는 장점을 가지고 있다(이광자, 2009). 또 다른 큰 장점은 익명성인데, 전화를 건 대상자는 자신의 이름은 물론 기타 신원에 관련된 정보를 밝히지 않고 누구나 상담할 수 있으며, 죄의식, 당황, 수치심을 극복하지 않고도 감정을 이야기하고 나눌 수 있다는 것이다(한인영 외, 2001).

자살 예방에 있어서의 전화 상담의 효과성에 대한 연구도 진행되었는데, Gould 등(2007)과 Kalafat 등(2007)은 상담전화를 요청한 사람들의 자살 위험성 등을 평가하고, 3주 후 모니터링 했을 때, 부정적인 생각이나 감정 그리고 자살에 대한 생각이 감소한다는 결과를 얻기도 하였다.

상담 전화를 하는 사람들은 대부분 주변관계에 대한 불만족을 많이 표현하는데, 이러한 문제를 해결하기 위해 친밀함을 증진시키거나 대처 기술들의 정보를 제공하는 것이 전화상담에 있어서 매우 중요한 역할이라 볼 수 있다(Barber et al., 2004). 이를 좀 더 세분화하여 살펴보면, 예방단계에서는 고위험군에게 지지적인 서비스를 제공하고(Krysinska & De Leo, 2007), 개입단계에서는 자살 위기상황에 있는 개인의 위기개입과 의뢰, 친구와 친척들에게 지지와 의뢰방법에 대한 정보를 제공할 뿐 아니라(Mishara et al., 2005), 저위험군에게는 간단한 정신치료 서비스를 제공하며(Rhee et al., 2005), 사후 관리 단계에서는 자살시도자들에 대한 정신치료의 효과성과 치료 순응도를 증가시키도록 해야 한다(Evans et al, 1999, 2000).

2. 자살예방과 인터넷상담

사람들은 최근 인터넷을 이용하여 정보를 찾는다(Christensen et al., 2002). 건강과 관련된 정보도 예외는 아니어서 인터넷을 통해 얻은 정보로만으로도 필요한 욕구를 어느 정도 해소하게 되었는데(Farrell & McKinnon, 2003). 이처럼 인터넷은 사람들이 쉽게 정보를 획득 할 수 있도록 만들어준 매우 유용한 매체라고해도 과언이 아니다.

인터넷 상담은 약 40년 전부터 시작되었는데, 처음 20년 동안은 치료와 교육 정보를 무료로 제공하는 것으로 시작하였고, 인터넷이 서비스가 상용화된 이후 본격적으로 발전하였다. 1980년대에는 한국에서도 인터넷이 연결되어 통신서비스가 시작되었는데, 이시기부터는 사람들은 컴퓨터를 통해 심리평가에서 치료까지 받을 수 있게 되었다(임은미, 2006). 정신건강 웹사이트로 추정되는 서비스는 코넬대학교에서 1986년부터 시작하였다. 1990년대에는 인터넷 수요가 급증하였고, 외국에서도 인터넷으로 정신건강 서비스를 제공하는 사이트가 많아졌는데 정신건강에 대한 질문에 대하여 비용을 받고 조언을 해주는 형식이었다. 1995년에는 인터넷 채팅서비스를 최초로 제공하기도 하였다(Ainsworth, 2002).

인터넷은 즉시성과 동시성이라는 면에서 전화상담과 유사하다고 볼 수도 있겠으나, 전화보다는 개인 정보를 오픈하는 속도가 더 빠르며, 이로 인해 자살 위기상황에서 도움을 제공할 수 있는 가능성이 높다(ISMHO, 2001). 특히 기존 상담매체가 가지고 있는 시간과 공간이라는 한계에서 벗어나 쉽게 언제 어디서든 서비스에 접근할 수 있어 효율적이며, 피상담자가 적극적이고 능동적으로 상담에 참여할 수 있도록 유도할 수 있다(하헌진, 1999).

최근에는 인터넷상담에 대한 효과성 연구도 활발하게 진행되고 있는데, 인터넷 상담은 내담자로 하여금 신분노출에 대한 불안감에서 해방시켜 주어 자신을 노출시키는 데 편안함을 느끼게 하며(Maheu & Gordon, 2000; Ritterband et al., 2003), 대면 상담보다 온라인으로 응답을 할 때 자신에 대한 정보를 더욱 정확하게 제공한다. 특히 정보의 내용이 보다 개인적이고 민감한 것일수록 이러한 경향은 강하다(Richman et al., 1999). 또한 대면 상담 시 자신의 힘든 상황을 기억해내서 말로 표현하는 것보다는 글로 그 순간의 느낌을 포착해서 감정을 표현하는 것이 더욱 용이하며, 편리한 접근성을 바탕으로 초기 절망 상태의 사람들과 순간적이고 갑작스러운 자살위험에 처해진 사람들이 즉각적이고 신속하게 문제를 어느 정도 경감시킬 수 있도록 도울 수 있다(Christensen & Griffiths, 2000; Murphy & Mitchell, 1998).

인터넷은 생활 뿐 아니라 사고방식과 생활문화에도 긍정적인 영향을 미치고 있는데(임은미, 2006), 이러한 영향은 현재의 인터넷 상담을 더욱더 발전될 가능성이 있다는 것을 보여주는 것이기도 하다. 인터넷에서 정신건강 정보와 의사소통을 더욱 발전시키기 위해 1997년 정신건강을 위한 온라인국제협회

(International Society for Mental Health Online, ISMHO)가 창립되기도 하였으며, 이메일과 결합한 논스톱 핫라인 서비스를 제공하고, 온라인 위기서비스인 상담을 통해 고위험 상황에 있거나 자살 위기에 있는 사람들에게 지지적인 대화와 적절한 자원연계 서비스를 제공하는 등 다양한 시도가 지속되고 있다. 이러한 노력은 자살예방 활동에 있어서 인터넷 상담이 매우 중요한 매체로 활용 될 수 있다는 희망에서 현실이 되어가는 중요한 과정일 것이다.

III. 연구방법

2005년 1월 10일부터 2010년 2월 11일까지 약 5년 1개월 간 서울시 정신보건 정보시스템(SMHIS)에 기록된 상담 총 51,755건 중에서 전화 및 인터넷으로 상담이 이루어진 기록 50,000건을 추출하였다.

서울시 정신보건 정보시스템(SMHIS)에서 추출한 데이터는 크게 일반적인 특성, 상담 관련 특성으로 구분하였다. 일반적인 특성은 성별, 연령이며, 상담 관련 특성에 있어서는 상담유형, 정보제공자, 상담력, 문제영역, 정신건강영역으로 나누었다.

자료분석을 위하여 SPSS(Statistical Package for Social Science) 11.0 통계 프로그램을 이용하였다. 수집된 자료의 구체적인 통계처리방법은 다음과 같다.

첫째, 일반적 특성과 상담 관련 특성을 살펴보기 위해 빈도 분석을 실시하였다. 둘째, 상담 유형에 따른 상담 관련 특성과 일반적 특성을 살펴보기 위해 교차분석을 실시하였으며, 부가적으로 일반적 특성을 통제했을 때의 상담 유형에서의 상담 관련 특성을 살펴보기 위해 교차분석을 실시하였다.

연구의 제한점은 첫째로 본 연구에서는 전화 및 인터넷의 특성으로 발생될 수 있는 정보의 신뢰성 등을 충분히 고려하는데 한계가 있다. 둘째로는 피상담자의 특성상 발생될 수 있는 위기상황으로 인한 사고나 인지의 장애를 사전에 충분히 고려하는데 한계가 있다.

IV. 연구결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

성별에서는 여성이 55.7%이고, 남성이 43.9%로 여성의 이용률이 높은 것으로 나타났으며, 연령대에

서는 20대가 31.4%로 가장 높은 이용률을 보이는 것으로 나타났다(표1).

표 1. 조사 대상자의 일반적 특성

구분		빈도	백분율
성별	남성	21,940	43.9
	여성	27,829	55.7
	무응답	231	0.5
연령대	10대이하	5,807	11.6
	20대	15,706	31.4
	30대	12,034	24.1
	40대	7,556	15.1
	50대	3,714	7.4
	60대 이상	1,434	2.9
	무응답	3,749	7.5

2. 조사대상자의 상담 관련 특성

상담유형에 있어서는 전화가 65.9%로 나타났으며, 정보제공자는 본인이 74.9%로 절대 다수를 차지하는 것으로 나타났다. 상담력에서는 최초상담이 58.3%로 나타났는데 재상담의 경우도 41.2%로 나타나 재상담의 비율도 비교적 높은 것을 볼 수 있었다.

문제영역에서는 정신건강문제가 59.3%로 과반수 이상을 차지하는 것으로 나타났으며, 자살 관련 상담도 25.5%를 차지하였다. 정신건강영역에서는 우울증과 자살이 38.0%로 가장 많은 비율을 차지하는 것으로 나타났다(표2).

표 2. 조사대상자의 상담 관련 특성

구분		빈도	백분율
상담유형	전화	32,983	65.9
	인터넷	17,062	34.1
정보제공	본인	37,449	74.9
	가족	5,780	11.6
	친구 및 이웃	3,468	6.9
	기관종사자	2,555	5.1
	기타	738	1.5
	무응답	10	0.0
상담력	최초상담	29,135	58.3
	재상담	20,613	41.2
	무응답	252	0.5
문제영역	정신건강	29,653	59.3
	자살	12,749	25.5
	기타	7,545	15.1
	무응답	53	0.1
정신건강영역	정신분열병	9,541	19.1
	우울증 및 자살	19,012	38.0
	조울증	1,518	3.0
	중독	3,420	6.8
	불안장애	1,366	2.7
	기타	3,191	6.4
	구분어려움	11,942	23.9
	무응답	10	0.0

3. 상담유형에서의 일반적 특성 비교

상담유형에 따른 성별과 연령대의 특성 비교에서 모두 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났는데(p<0.001), 성별의 경우 남성은 여성에 비해 상대적으로 전화를 많이 이용하였으나 여성의 경우 남성에 비해 인터넷의 이용률이 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

연령대에 있어서는 연령대가 낮을수록 인터넷 상담률이 상대적으로 높은 반면, 연령대가 높을수록 전화 상담률이 증가하는 것을 볼 수 있었다(표3).

성별을 통제한 후 연령대에 따른 상담유형의 특성 비교에서는 남녀 모두 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났는데(p<0.001), 남녀 모두 연령 낮을수록 인터넷 상담을 선호하는 것을 알 수 있었다.

표 3. 상담 유형에 따른 일반적 특성

구분		상담유형		X ²
		전화	인터넷	
성별	남성	16,616 (33.4%)	5,324 (10.7%)	1639.255***
	여성	16,259 (32.7%)	11,570 (23.2%)	
연령대	10대이하	1,490 (3.2%)	4,317 (9.3%)	12469.778***
	20대	7,351 (15.9%)	8,355 (18.1%)	
	30대	9,417 (20.4%)	2,617 (5.7%)	
	40대	7,159 (15.5%)	397 (0.9%)	
	50대	3,588 (7.8%)	126 (0.3%)	
	60대이상	1,384 (3.0%)	50 (0.1%)	

*** p<0.001

4. 상담유형에서의 상담관련 특성 비교

상담유형에 따른 정보 제공자의 특성 비교에서 통계적으로 유의한 차이를 보였는데(p<0.001), 본인의 경우는 인터넷이나 전화를 통한 상담 이용률에 있어서 큰 차이를 보이지 않았으나 가족이나 친구/이웃, 기관종사자 등의 경우 전화를 통한 상담 이용률이 인터넷을 통한 상담 이용률보다 매우 높은 비율을 보이고 있었다.

상담유형에 따른 상담력의 특성 비교에서 통계적으로 유의한 차이를 보였는데(p<0.001), 최초상담의 경우는 인터넷이나 전화를 통한 상담 이용률에 있어서 큰 차이를 보이지 않았으나 재상담의 경우 전화를 통한 상담 이용률이 인터넷을 통한 상담 이용률 보다 매우 높은 비율을 보이고 있었다.

상담유형에 따른 문제영역의 특성 비교에서 통계적으로 유의한 차이를 보였는데(p<0.001), 정신건강

관련 상담의 경우 다른 문제 관련 상담에 비해 전화 상담 이용률이 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

상담유형에 따른 정신건강 영역의 특성 비교에서 통계적으로 유의한 차이를 보였는데(p<0.001), 우울/자살 관련 상담의 경우 다른 정신건강 관련 상담에 비해 인터넷을 이용한 상담률이 상대적으로 높은 것으로 나타났다(표4).

표 4. 상담유형에 따른 상담 관련 특성

구분	상담유형		X ²	
	전화	인터넷		
정보 제공자	본인	21,215 (42.4%)	16,234 (32.5%)	5737.667***
	가족	5,210 (10.4%)	570 (1.1%)	
	친구/이웃	3,309 (6.6%)	159 (0.3%)	
	기관종사자	2,539 (5.1%)	16 (0.0%)	
	기타	661 (1.3%)	77 (0.2%)	
상담력	최초상담	15,199 (30.4%)	13,936 (27.9%)	5907.393***
	재상담	17,587 (35.2%)	3,026 (6.1%)	
	기타	145 (0.3%)	96 (0.2%)	
문제 영역	정신건강	19,739 (39.5%)	9,914 (19.8%)	355.786***
	자살	7,661 (15.3%)	5,088 (10.2%)	
	기타	5,491 (11.0%)	2,054 (4.1%)	
정신건강 영역	정신분열병	8,389 (16.8%)	1,152 (2.3%)	5126.717***
	우울/자살	11,131 (22.3%)	7,881 (15.8%)	
	조울병	1,229 (2.5%)	289 (0.6%)	
	중독	3,212 (6.4%)	208 (0.4%)	
	불안장애	921 (1.8%)	445 (0.9%)	
	기타	2,012 (4.0%)	1,179 (2.4%)	
	구분어려움	6,038 (12.1%)	5,904 (11.8%)	

*** p<0.001

5. 일반적 특성에 따른 상담유형에서의 상담관련 특성 비교

일반적 특성을 통제한 후 상담유형에서의 상담력과 문제영역에서는 모두 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났으나, 정신건강영역에서는 연령대의 60대 이상을 제외하고, 나머지 영역에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(표5).

표 5. 일반적 특성에 따른 상담 유형에서의 상담관련 특성

구분		X ²	
상담력	성별	남성	1799.978***
		여성	3694.886***
	연령대	10대이하	522.024***
		20대	1827.888***
		30대	1074.702***
		40대	332.556***
		50대	83.942***
60대이상	21.021***		
문제 영역	성별	남성	124.218***
		여성	184.807***
	연령대	10대이하	65.204***
		20대	117.572***
		30대	38.924***
		40대	13.328**
		50대	6.609*
60대이상	10.274**		
정신건강영역	성별	남성	2225.741***
		여성	2210.744***
	연령대	10대이하	479.368***
		20대	717.673***
		30대	657.197***
		40대	255.799***
		50대	20.415**
60대이상	3.275		

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

V. 고찰

본 연구는 5년 1개월 간 이루어진 5만 건 블루터치 핫라인 상담의 현황 및 특성을 살펴보고, 이를 토대로 상담 서비스의 보다 발전적인 방안을 제시하고자 실시하였다.

그 결과 성별에 있어서는 여성의 상담서비스 이용률이 높았는데, 이는 외국의 많은 연구와 일치하는 결과를 얻은 것이다(Miller et al., 1984; Mishara & Diagle, 2000). 현재 여성의 자살 사망률에 비해 남성의 자살 사망률이 높은 현실에 비추어 볼 때 남성의 핫라인 서비스 이용 활성화를 위한 방안이 무엇보다 시급하다.

연령에 있어서 젊은 층의 핫라인 서비스 이용률은 매우 높은 반면 연구 결과에서 살펴볼 수 있듯이 노년층(60대 이상)의 핫라인 서비스 이용률이 전체 대상자의 약 2.9% 수준에 머물러 있다. 현재 우리나라의 노인 자살의 심각성을 볼 때, 노년층이 적극적으로 핫라인을 이용할 수 있는 대책이 무엇보다 중요하다.

서비스 유형에 있어서는 상대적으로 여성이 인터넷을 선호하는 반면, 남성은 전화를 선호하는데, 이러한 성향은 젊은 연령일수록 더욱 뚜렷하게 나타났다.

성별을 통제한 후 상담 유형에 따른 상담 관련

특성 비교에서 상담력의 경우 남성의 재상담 비율이 높았으나 여성의 경우에는 인터넷 상담이 높았는데, 이는 남성의 경우 전화 상담을 선호하고 여성의 경우 인터넷 상담을 선호하기 때문인 것으로 나타났고, 문제영역에서는 남녀 모두 인터넷 상담 보다 전화 상담을 선호하는 것으로 나타났다. 또한 정신건강영역에서는 대부분의 정신질환에서 전화상담의 비율이 높은 것으로 나타났다.

연령대를 통제한 후 상담유형 따른 상담관련 특성 비교에서 상담력의 경우 젊은 연령층의 경우 최초 상담률이 높은 반면 60대 이상을 제외하고 연령이 높을수록 재상담률이 높은 것으로 나타났고, 젊은 연령층의 경우 인터넷 상담을 통한 정신건강/정신질환상담을 상대적으로 선호하는 반면 연령이 많을수록 전화 상담을 선호하는 것으로 높은 것으로 나타났다. 또한 정신건강영역에서는 대부분의 정신질환에서 전화 상담의 비율이 높은 것으로 나타났다.

VI. 결론

위의 고찰을 토대로 블루터치 핫라인의 향후 발전 방안을 제안해 보고자 한다.

첫째로 성별 및 연령대에 따른 상담 유형의 차이는 블루터치 핫라인의 활성화에 있어서 매우 중요한 기준이 될 수 있는데, 성별 및 연령대에 따른 적절한 광고 및 홍보 등을 통해 서비스 대상층을 확대할 수 있는 근거를 마련하게 되었다.

둘째로 노년층의 경우 자발적인 서비스 요청이 타 연령대에 비해 현저히 낮았는데, 이를 위해 유관 기관과의 긴밀한 협조와 노인 자살 위험군의 조기 발견을 위한 체계 마련이 무엇보다 시급하다. 특히 노년층을 대상으로 서비스를 제공하고 있는 종사자를 위한 게이트 키퍼 교육 등을 실시하여 기관을 통한 노인 자살 의(시)도자를 조기에 발견하고 전문적인 서비스를 제공할 수 있도록 하는 시스템과 네트워크의 강화가 무엇보다 필요하다.

셋째로는 블루터치 핫라인의 서비스를 보다 많은 서울시민이 이용하기 위해서는 지속적이고 확대된 홍보가 무엇보다 중요한데, 이를 위한 광고비 등의 충분한 예산 지원이 무엇보다 중요하다.

마지막으로는 블루터치 핫라인 상담 서비스의 이용자가 매우 급격하게 증가하는 추세인 상황에서 보다 양질의 서비스를 제공하기 위한 지속적인 노력이 필요할 것으로 보인다.

VII. 참고문헌

- 보건복지부, 서울대학교 의과대학(2006). 정신질환실태 역학조사.
- 이광자(2009). 자살예방을 위한 전화상담 방법. 의료커뮤니케이션 제 4권 2호.
- 임은미(2006). 사이버상담 이론과 실제. 학지사.
- 중앙정신보건사업지원단, 보건복지부(2009). 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.
- 통계청(2010). 2009년 사망원인 통계 결과.
- 하현진(1999). 내담자 호소 유형에 대한 상담자의 상담전략에서 보이는 언어반응 연구: 전화 상담과 PC통신상담의 비교를 통하여. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 홍양익(2009). 자살행동의 이해와 개입원칙. 지역사회 정신보건전문가를 위한 자살예방 교육, 한국자살예방협회, 생명보험사회공헌재단, 보건복지가족부.
- 한인영, 김연미, 장수미, 최정숙, 박형권, 이소래(2001). 위기개입. 나눔의집.
- Bloom, B. L.(1984). Community mental health: a general introduction(2nd ed.). Brooks/Cole.
- Brammer, L. M.(1985). The helping relationship: process and skills(3rd ed.). Prentice Hall.
- Brian Mishara, Marc Daigle(2000). Helplines and crisis intervention services: Challenges for the future. In D. Lester(Ed.), Suicide prevention: Resources for the millenium(pp.153-169). Brunner-Routledge.
- Chad Varah(2001). The Samaritans: Befriending the suicidal. In E. S. Shneidman(Ed.), Comprehending suicide: Landmarks in 20th-century suicidology (pp.167-177). American Psychological Association.
- Christensen H & Griffiths K(2000). The Internet and mental health literacy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 975-979.
- Christensen H, Griffiths K, Evans K(2002). e-Mental health in Australia: Implication of the Internet and related technologies for policy. Centre for mental health research, The Australian Nation University.
- Evans, M. O., Morgan, G., & Hayward, A.(2000). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patient:How the study groups used the telephone and usual health-care services. *Journal of mental health*, 9, 155-164.
- Evans, M. O., Morgan, G., & Hayward, A., & Gunnell, D. J.(1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patient: Effect on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 175, 23-27.
- Farrell, S.P. & McKinnon, C.R.(2003). Technology and rural mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(1);20-26.
- Haywood, C., Leuthe, J.(1980). Crisis intervention in the 1980s: From networking to social influence. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association.
- Idaho State University, Institute of Rural Health(2010). Idaho Suicide Prevention Hotline: Analysis of Options for Decision Making.
- International Society for Mental Health Online, ISMHO(2001). Myths & Realities of Online Clinical Work : Observations on the phenomena of online behavior, experience and therapeutic relationships. A 3rd-Year Report from ISMHO's Clinical Case Study Group.
- J.G. Barber, E.K. Blackman, C. Talbot, J. Saebel(2004). The themes expressed in suicide calls to a telephone help line. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 39(2):121-5.
- Ji Jianlin(1995). Hotline for Mental Health in Shanghai, China. *Crisis*, 16(3);116-120.
- Judith Waters & Eric Finn(1995). Handling client crisis effectively on the telephone. In A. R. Roberts(Ed.), Crisis intervention and time limited cognitive treatment(pp.251-289). Sage.
- Kalafat J, Gould MS, Munfakh JL, Kleinman M.(2007). An evaluation of crisis hotline outcomes. Part1: Nonsuicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening behaviour*, 37(3):322-37.
- Karolina E. Krysinska & Diego de Leo(2007). Telecommunication and suicide prevention: Hopes and challenges for the new century. *OMEGA*, Vol. 55(3) 237-253.
- King, E. & Frost, N.(2005). The New Forest Suicide Prevention Initiative. *Crisis*, 2005;26(1):25-33.
- Lawrence J. Murphy, Dan L. Mitchell(1998). When writing helps to heal: E-mail as therapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 26(1), 21-32.
- Lee M. Ritterband, Linda A. Gonder-Frederick, Daniel J. Cox, Allan D. Clifton, Rebecca W. West, Stephen M. Borowitz(2003). Internet interventions: In review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(5):527-534.
- Lester, D.(2005). Suicide by jumping from bridges. Perceptual and Motor Skills. 100(3Pt1):628.
- Madelyn S. Gould, John Kalafat, Jimmie Lou HarrisMunfakh, Marjorie Kleinman, (2007). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes Part 2: Suicidal Callers, the American Association of Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3):338-52.

- Marlene M. Maheu & Barry L. Gordon(2000). Counseling and therapy on the Internet. *Professional Psychology: Research and Practice*, vol 31, No 5, 484–489.
- Martba Ainsworth(2002). My life as an E–Patient. In Robert C. Hsiung (2002). *e–Therapy: Case studies, guiding principles, and the clinical potential of the internet*. W. W. Norton & Company.
- Miller, H. L., Coombs, D. W., Leeper, J. D., & Barton, S. N. (1984). An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. *American Journal of Public Health*, 74, 340–343.
- Mishara BL, Chagnon F, Diagle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I, Bardon C, Campbell KJ, Berman A(2007). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short–term outcomes in telephone crisis intervention? Result from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1–800–SUICIDE network. *Suicide and Life–Threatening behaviour*, 37(3):308–21.
- Mishara BL, Houle J, Lavoie B(2005). Comparison of effects of four suicide prevention programs for family and friends of high–risk suicidal men who do not seek help themselves. *Suicide and Life–Threatening Behaviour*. 35(3):329–42.
- Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self SM(2005). Efficacy of a brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. *Suicide and Life–Threatening Behaviour*. 35(3):317–28.
- Wendy L. Richman, Sara Kiesler, Suzanne Weisband, Fritz Drasgow(1999). A meta–analytic study of social desirability distortion in computer administered questionnaires, traditional questionnaires, and interviews. *Journal of Applied Psychology*. 84(5):754–775.
- World Health Organization(2010). *Mental Health: strengthening our response*.
- Zoltán Rihmer, Zsuzsa Kántor, Annamária Rihmer, Krisztina Seregi(2004). Suicide prevention strategies– a brief review. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. 6(4):195–9.