

# 청소년의 비자살적 자해 상담 및 사례관리의 어려움: 지역사회 요인을 중심으로

정여원<sup>1</sup> · 김인홍<sup>2</sup> · 박영희<sup>3</sup>

동국대학교 의과대학 간호학과 조교수<sup>1</sup>, 동국대학교 의과대학 간호학과 교수<sup>2</sup>, 동국대학교 의과대학 간호학과 부교수<sup>3</sup>

## The Difficulty of Case Management or Counseling for Non-suicidal Self-injury in Adolescents: Focused on the Factors in the Community

Jeong, Yeo Won<sup>1</sup> · Kim, In Hong<sup>2</sup> · Park, Young Hee<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Dongguk University, Gyeongju

<sup>2</sup>Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Dongguk University, Gyeongju

<sup>3</sup>Associate Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Dongguk University, Gyeongju, Korea

**Purpose:** This qualitative study is aimed to explore the factors in the aspect of the community that made it difficult for field experts to conduct counseling and case management. **Methods:** A total of four focus group interviews composed of 15 field experts including nurses were conducted. **Results:** A theme, six categories and 22 sub-categories were derived. As for the theme, it was found that legal, educational, and environmental systems reflecting non-suicidal self-injury of the characteristics in adolescents were insufficient. In the legal aspect, the defect of the parental education legal system, the reality of having to rely on parental consent when supporting adolescents with non-suicidal self-injury; in the educational aspect, the lack of manuals and education for counseling and case management for adolescents with non-suicidal self-injury; in the environmental aspects, the defect of economic burden and support, a lack of information systems for various organizations in the local community, absence of a dedicated support system for adolescent with non-suicidal self-injury and a lack of human and physical resources. **Conclusion:** Based on the results of this study, there needs to be a responsible institution that can comprehensively manage the non-suicidal self-injury of adolescents, and efforts to develop the competence of community nurses.

**Key Words:** Adolescent; Self-Injurious behavior; Case management; Qualitative research

## 서론

### 1. 연구의 필요성

비자살적 자해(non-suicidal self-injury)란 죽으려는 의도 없이 고의적이고 직접적으로 자신의 신체 조직을 훼손하거나 손상시키는 행위로[1,2] 최근 청소년들의 비자살적 자해가 증

가하면서 지역사회의 건강문제로 대두되고 있다[3]. 비자살적 자해 관련 국외 메타연구에서 전세계적으로 청소년의 비자살적 자해 평생 유병률은 17~18%로 나타났으며[4,5], 국내 연구에서는 지역사회 고등학생의 22.8%가 비자살적 자해 경험이 있으며, 이 중 67.1%가 최근 1년 이내 평균 7.13회의 비자살적 자해를 시도한 것으로 나타났다[6]. 실제 청소년상담복지센터에서 자해청소년의 상담건수 또한 2017년 8,352건에 비해

**주요어:** 청소년, 비자살적 자해, 지역사회, 질적연구

**Corresponding author:** Jeong, Yeo Won

Department of Nursing, College of Medicine, Dongguk University, 123 Dongdae-ro, Gyeongju 38066, Korea.

Tel: +82-54-703-7805, Fax: +82-54-770-2616, E-mail: ywjjeong@dongguk.ac.kr

Received: Sep 8, 2020 / Revised: Nov 13, 2020 / Accepted: Jan 4, 2021

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

2018년 27,976건으로 3배 이상 높은 것으로 나타나[7], 청소년들의 비자살적 자해의 심각성과 함께 지역사회에서 이들에 대한 관심과 노력이 필요함을 알 수 있다.

비자살적 자해는 대부분 10대 초기에 시작되며, 남성보다는 여성에게서 높은 비율을 보인다[8,9]. 비자살적 자해를 일으키는 원인으로는 우울, 불안이나 분노, 절망감과 같은 정신심리적 요인, 부모의 부적절한 양육태도, 부정적 가족사건경험이나 낮은 지지, 학업이나 친구관계에서의 스트레스, 섭식장애나 경계성 인격장애와 같은 질환 등 매우 다양한 것으로 보고되고 있다[3,10-13]. 이런 다양한 스트레스나 부정적 심리상태에서 적절한 대안을 찾지 못한 청소년들은 자신의 부정적 감정 해소와 정서 안정[3,6], 자기치별 혹은 사회적 상황이나 갈등 상황 시 대인관계 통제를 위한 동기로서[6] 비자살적 자해를 시행하게 된다. 또한 비자살적 자해 형태로는 날카로운 물건으로 손목이나 허벅지를 긁기, 약물 과다복용, 피부에 상처가 날 정도로 긁거나 머리를 때리는 것으로 나타났다[6,9,14]. 비자살적 자해는 섭식장애나 경계성 인격장애와 같은 질환에 동반되는 행동이기도 하나[3], 청소년들의 경우 특별한 임상적 질환 없이도 비자살적 자해를 시도하는 경향이 높으며[15], 향후 자살의 예측 요인으로써 작용하는 것으로 보고되고 있다[16,17]. 또한 비자살적 자해는 2013년도에 개정된 정신질환 진단 및 통계 매뉴얼(Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5)의 section 3 (emerging measures and models)에 추가연구 필요상태(condition that requires for further study) 범주에 분류되어[18], 자살행동과 비자살적 자해를 구분하고 있으며, 이와 함께 국외에서는 지역사회 비자살적 자해를 시도한 청소년들 대상의 증세 및 치료를 포함한 다양한 측면에서 근거마련을 위한 연구가 활발히 진행되고 있다[11,13,19,20]. 그에 반해 국내에서는 비자살적 자해를 시도한 청소년들의 경험[6,21], 요인탐색[12,14], 상담전략수립[22], 그리고 상담자의 경험에 대한 연구[23] 등이 있었으며 간호학적 측면에서 시도된 연구는 거의 전무하였다. 이와 관련하여 Seong 등[9]은 청소년의 비자살적 자해가 심각하여 치료적 개입이 시급하게 요구되는 것이 현실이나 이에 대한 학문적 관심과 연구수행은 사회적 요구에 미치지 못하는 것으로 언급하였다.

국내 연구에서 살펴보면, 특별한 임상적 질환이 없는 청소년들이 비자살적 자해를 시도하는 경우 지역의 Wee센터, 청소년상담복지센터나 정신건강복지센터, 학교현장에서는 Wee클래스 등 다양한 센터에서 이들의 상담 및 사례관리를 진행하며[22,23], 간호사, 심리상담사, 사회복지사 등 다양한 전문인력들이 현장전문가로서 그 역할을 수행하며 노력하고 있음에

도 청소년의 비자살적 자해 상담건수는 증가하고 있다. 이는 단순히 비자살적 자해를 하나의 놀이로 생각하는 청소년들의 왜곡된 문화나[9,23] 현장전문가들의 역량과 전문성 강화를 위한 교육의 부재[15] 혹은 지역사회 현장에 적용할 근거기반의 상담 프로그램의 부족[22]으로만 보기에는 한계가 있다. 실제 지역사회 청소년 유관기관에 소속된 현장전문가들은 비자살적 자해 청소년의 상담 및 사례관리를 진행하는 과정에서 소진, 상담인력부족, 상담방법 등의 교육부재 등의 어려움을 경험하며, 지역사회 차원에서의 정책이나 제도 등의 개선 또한 필요함을 언급하였다[22-24]. 다시 말해 지역사회라는 테두리 안에서 청소년의 비자살적 자해의 상담 및 사례관리의 성공적인 수행을 위해서는 우선적으로 이를 어렵게 하는 지역사회 요인들을 교육적 측면을 포함한 다양한 측면에서 탐색해 보는 것이 중요하며, 이를 바탕으로 지역사회 기반의 개선방안 마련 시 간호학적 측면에서 접근해 보는 것은 매우 유의미한 작업이 될 수 있다. 이에 본 연구에서는 지역사회에서 간호사를 포함한 현장전문가들이 경험한 비자살적 자해 청소년들의 상담 및 사례관리를 어렵게 했던 요인들을 지역의 다양한 측면에서 탐색하고, 이를 바탕으로 간호학적 측면에서 비자살적 자해를 시도한 청소년의 지역사회 기반 중재방안 마련 및 개선을 위한 기초자료를 제시하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 지역사회의 현장전문가가 경험한 청소년 비자살적 자해 상담 및 사례관리를 어렵게 했던 지역사회 요인을 다양한 측면에서 탐색하는 것이다. 구체적인 연구문제는 ‘지역사회에서 비자살적 자해를 시도한 청소년의 상담 및 사례관리를 어렵게 하는 요인은 무엇인가?’이다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 지역사회에서 청소년 비자살적 자해 상담 및 사례관리를 어렵게 하는 지역사회요인을 다양한 측면에서 탐색하기 위하여 청소년 유관기관에서 근무하는 현장전문가를 대상으로 포커스 그룹 인터뷰를 실시하고, Hsieh와 Shannon [25]이 제시한 전통적인 내용분석방법을 자료분석에 적용한 질적 내용분석연구이다.

## 2. 연구대상

본 연구대상자는 G시의 지역사회 센터에서 청소년 비자살적 자해 상담 및 사례관리에 대한 경험이 충분한 현장 전문가로 최근의 지역사회 현장의 여건과 상황의 다양한 측면을 연구결과에 담아내기 위하여 아래 기준에 부합하는 자를 연구대상자로 선정하였다.

- 지역사회에서 비자살적 자해 청소년의 상담 및 사례관리를 담당하고 있는 청소년상담복지센터, Wee센터, 정신건강복지센터, 드림스타트팀, 혹은 아동보호전문기관에서 근무하는 자
- 연구시점을 기준으로 1년 이내에 청소년 비자살적 자해 상담 및 사례관리를 경험한 자

이와 같은 기준으로 본 연구에 참여한 현장전문가는 간호사, 정신건강사회복지사, 사회복지사, 심리상담사로 총 15명이었다. 여성은 12명, 남성은 3명이었고, 평균연령은 36.73세(범위: 26~54), 청소년 비자살적 자해 사례관리 평균 기간은 4.44년(범위: 1~9)이었다.

## 3. 자료수집

본 연구에서는 지역사회 청소년들의 비자살적 자해 사례관리를 진행하고 있는 청소년상담복지센터, Wee센터, 정신건강복지센터, 드림스타트팀, 아동보호전문기관의 현장전문가로 구성된 5개의 이질적인 집단으로 구성하여 다양한 현장의 목소리를 담으려 노력하였다. 집단 내 최대한 유사성을 확보하기 위해 한 그룹에 3~4명의 현장전문가로 구성된 네 개의 포커스 그룹을 운영하였다. 포커스 그룹 인터뷰 시 연구문제를 명확히 하고 주제에서 벗어나지 않기 위하여 연구자가 직접 구조화된 질문지를 개발하여 사용하였다. 도입질문으로 “지금까지 진행한 상담 및 사례관리를 진행한 청소년들의 비자살적 자해를 시도한 원인은 무엇이었나요?”, 전환질문으로 “최근에 진행했던 청소년들의 비자살적 자해 상담 및 사례관리의 경험에 대해 말씀해주세요.”, “최근에 진행한 비자살적 자해 청소년의 상담 및 사례관리를 하면서 어려웠던 점은 무엇이였습니까?”, “최근에 비자살적 자해 청소년들의 상담 및 사례관리를 어렵게 했던 지역사회 요인은 무엇이었나요?”, 마무리 질문으로 “지금까지 청소년 비자살적 자해 상담 및 사례관리를 어렵게 했던 경험과 지역사회 요인에 대해 이야기했는데요, 혹시 추가로 말씀하고 싶은 것이 있으십니까?” 등이었으며, 면담 흐름에 따라 즉각적 질문 또한 활용하였다. 인터뷰 장소는 연구참여자들의 집

근성과 편안한 참여를 위하여 참여자들의 센터 내 세미나실 혹은 회의실 등을 이용하였다. 본 포커스 그룹 인터뷰는 세 명의 연구자 중 2인이 담당하였다. 주진행자는 대상자에게 구조화된 질문을 하며 전체적인 인터뷰를 이끌면서 참여자들이 말한 중요 내용과 비언어적 행동 등을 현장노트에 메모하였다. 보조진행자는 인터뷰 녹음과 함께 주요 내용과 비언어적 행동 등을 현장 노트에 기록하였으며, 자료분석 시 활용하였다. 인터뷰가 종료된 이후 주진행자와 보조진행자는 인터뷰 시 참여자들과의 상호작용, 현장노트에서의 확인 사항, 다음 인터뷰 시 고려해야 할 점 등을 검토하는 시간을 가졌다. 인터뷰는 그룹별로 약 55분에서 67분 정도의 시간이 소요되었으며, 그룹별 인터뷰 내용이 포화될 때까지 진행하였다. 녹음된 인터뷰 내용은 주진행자 1인과 연구보조원 1명이 직접 필사하였으며, 연구보조원이 필사한 내용은 주진행자가 현장노트의 내용과 인터뷰 녹음을 들으면서 대조, 검토하는 과정을 통해 정확성을 확인하는 작업을 거쳤다.

## 4. 자료분석

수집된 자료는 Hsieh와 Shannon [25]이 제시한 전통적 내용분석의 절차에 따라 분석하였다. 질적 내용분석은 실제 경험에 대한 이해를 바탕으로 연구하고자 하는 현상을 이해하고 지식을 제공하기 위한 것으로 전통적 내용분석은 연구현상에 대한 이론이나 선행연구가 많지 않을 때 사용되는 귀납적 방법이다[25]. 전통적 내용분석을 통해 제공되는 지식은 실제 데이터에 기반하고 참여자들의 고유한 관점에 기초해야 하므로, 이에 본 연구에서는 인터뷰를 통해 나타난 연구참여자들의 청소년 비자살적 자해 사례관리 시 경험한 구체적인 고유의 사실 속에서 공통된 요소를 확인하고 범주화 하여 이들의 경험을 일반화하고자 하였다. 구체적인 분석절차로, 먼저 전체 의미를 파악하기 위하여 연구자가 직접 필사한 자료를 여러 차례 반복해서 읽은 다음, 연구참여자의 경험과 관련된 총 189개의 의미 있는 주요 진술문을 도출하였다. 추출된 진술문에서 사례관리의 어려움으로써 지역사회 요인과 관련된 의미 있는 단위를 선별하여 총 64개의 개방코딩목록을 작성한 다음, 공통적인 속성으로 묶일 수 있는 코드에 새로운 이름을 부여하여 25개의 하위범주와 6개의 범주로 분류하였다. 6개의 범주를 전체적으로 검토하여 1개의 주제가 도출되었다. 도출된 주제, 범주와 관련 내용들은 필사자료의 전체적인 문맥을 고려하면서 다시 확인한 다음, 코드, 하위범주, 범주를 분석하고 통합하여 현상에 관한 기술로 정리하였다. 자료분석의 전체 과정에서 세 명의 연구자들은 비자살적 자해에 대한 편견이나 고정관념 등을 배제하고자

지속적으로 성찰(reflection)하면서 참여자들의 경험을 그대로 나타내려고 노력하였으며, 여러 차례 토론을 통해 분석에 대한 논의와 합의를 진행하였다.

자료분석에 참여한 세 명의 연구자는 종합병원 정신건강의학과 병동에서 간호사로 근무한 경력이 있거나 대학에서 정신간호학 과목을 강의하고 있으며, 자살과 관련된 다수의 연구를 수행한 경험을 가지고 있다. 또한 대학원과정에서 질적연구방법론 등을 수강하였고, 질적연구에 대한 철학적 배경과 방법론적인 이해를 바탕으로 다수의 질적연구를 수행한 경험이 있다. 본 연구를 진행하면서 비자살적 자해에 대한 이론적인 민감성을 키우기 위해 관련 문헌을 고찰하였고, 지역사회 유관기관과의 비자살적 자해에 대한 세미나를 개최하는 등의 지속적인 노력을 하였다.

## 5. 연구의 타당성 확보

본 연구의 연구결과는 Guba와 Lincoln [26]이 제시한 사실적 가치(truth value), 일관성(consistency), 적용가능성(applicability), 중립성(neutrality)을 준거로 타당성을 확보하였다. 첫째, 사실적 가치의 확보를 위해 청소년 비자살적 자해 사례관리를 진행하는 지역사회의 다양한 센터에서 근무하는 현장전문가를 대상으로 직접 포커스 그룹 인터뷰를 수행하였다. 또한 인터뷰 진행 시 내용은 연구자가 계속 기록 및 요약을 하며 참여자에게 내용의 일치 여부를 확인하였다. 녹음된 인터뷰 내용은 있는 그대로 필사되었으며, 이후 필사된 부분에 대해 참여자에게 확인하여 진술하고자 하는 내용과 맞는지를 확인하였다. 둘째, 일관성을 위해 모든 연구자는 자료분석 시 Hsieh와 Shannon [25]의 전통적인 내용분석방법을 그대로 따르고 그 과정을 지속적으로 기록하였다. 셋째, 적용가능성 기준에 부합하기 위해 본 연구에서는 연구참여자의 일반적 특성을 제시하고 그룹 형성 시 신뢰관계가 형성되거나 공통된 특성을 가진 참여자로 구성하여 그들의 실제적인 경험을 충분히 진술하게 하였다. 넷째, 중립성을 확보하기 위해 연구자는 인터뷰 전 연구하고자 하는 현상에 대한 선입견이 있는지, 참여자의 대답을 유도하지 않았는지를 성찰하였다. 또한 자료분석 및 결과 도출 과정 동안 모든 연구자는 지속적으로 성찰과 토론, 의견에 대한 상호피드백을 진행하여 연구자들 개인의 편견을 최소화하고자 노력하였다.

## 6. 윤리적 고려

본 연구는 동국대학교 생명윤리위원회의 심의(IRB No.:

DGU-IRB-20200016)를 받은 후 2020년 7월 15일부터 2020년 8월 7일까지 자료를 수집하였다. 본 연구의 윤리적 고려를 위하여 연구자들은 연구참여자들에게 연구배경과 목적 설명 및 충분한 질의응답 시간을 가졌으며, 연구 도중 언제든지 참여철회가 가능하며 그에 따른 불이익이 없음을 설명하였다. 수집된 자료는 익명성을 준수하고, 연구목적 이외에는 사용하지 않을 것과 연구 종료 후 파기될 것임을 설명하였다. 연구참여자는 연구참여 동의서에 서명한 후 연구에 참여하였으며, 면담 직전 일반적 특성 설문지를 작성하였다. 또한 면담 시 사례관리 대상자를 식별할 수 있는 개인정보(이름, 학교, 거주 지역 등)는 언급하지 않도록 유의 사항을 안내한 후 시작하였으며, 참여자들의 자발적 동의 하에 인터뷰 내용을 녹음하였다.

## 연구 결과

현장전문가가 비자살적 자해를 시도한 청소년들의 사례관리를 하면서 경험한 어려움의 요인을 지역사회 측면에서 탐색한 결과, 청소년의 비자살적 자해 특성을 반영한 지역사회 체계가 미흡한 현실인 것으로 나타났다(Table 1). 본 연구의 목적과 연구문제에 따른 연구결과를 제도적, 교육적, 환경적 요인으로 분류하여 범주와 하위범주로 기술하면 다음과 같다.

### 1. 제도적 요인

#### 1) 부모교육 관련 제도 미비

연구참여자들은 비자살적 자해를 시도한 청소년을 상담하거나 사례관리를 하면서 비자살적 자해를 하는 자녀를 부모들이 어떻게 대처해야 하는지 몰라 비난하고 욕박지르거나 협박을 하는 등의 부적절한 대처를 하면서 아이들이 비자살적 자해를 다시 시도하는 것을 경험하고 있었다. 또한 부모에게 소아청소년정신과 진료에 대한 이야기를 해도 부모의 심리적 거부감으로 전문적인 진료와 치료가 늦어져 비자살적 자해 수준이 악화되는 모습, 열심히 아이를 상담해도 부모의 부적절한 대처가 변화되지 않아 다시 비자살적 자해를 시도하는 아이들의 모습에 안타까움을 표현하였다. 비자살적 자해 청소년들에게 부모들의 긍정적인 지지체계가 필요하기 때문에 지역사회 센터 혹은 병원에서 시행하는 부모교육을 안내하여도 참여를 하지 않는 모습을 보면서 이를 강제할 수 있는 제도가 없어 답답함을 이야기하였다.

비자살적 자해에 대해 ‘그냥 그럴 수 있다’라는 청소년

**Table 1.** Community Factors that Hinder Counseling and Case Management of Non-Suicidal Self-Injury in Youths

Subcategory	Category	Factor	Theme
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Parents unacquainted with how to deal with non-suicidal self-injury</li> <li>· Repetitive attempts at non-suicidal self-injury by children due to inappropriate coping by parents</li> <li>· Those who really need parental education do not attend it</li> <li>· Delays in professional treatment due to psychological rejection of pediatric and adolescent psychiatric treatment</li> <li>· The child desperately wants to receive medical treatment but is unable to receive it due to the psychological rejection of the parents</li> <li>· Hospital treatment, counseling, shelter admission, and other forms of support cannot be received without parental consent</li> </ul>	<p>Insufficient parental education-related system</p> <p>The reality of having to rely on parental consent to receive support for non-suicidal self-injury</p>	<p>Policy area</p>	<p>Reality of insufficient community systems reflecting the characteristics of non-suicidal self-injury in youths</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· A manual for the management of non-suicidal self-injury in youths is not available</li> <li>· Initial intervention or counseling methods appropriate for the youth's disorder or situation (such as friendship, family discord, depression, ADHD, suicide, etc.) are not well-known</li> <li>· Lack of training of field experts regarding non-suicidal self-injury</li> </ul>	<p>Lack of training and manuals for site managers</p>	<p>Educational area</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Shortage of information for youth about local counseling centers</li> <li>· Shortage of information on roles, scope of targets, and projects for each institution while connecting local community institutions</li> <li>· Delayed treatment due to the burden of hospital examination costs</li> <li>· Shortage of emergency budget for prompt hospital treatment in cases of crisis in children belonging to low-income households</li> <li>· Lack of a system that can promptly solve economic problems which is the cause of non-suicidal self-injury</li> </ul>	<p>Lack of information systems for various organizations in the community</p> <p>Economic burden and lack of support</p>	<p>Environmental area</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Shortage of professional manpower for child counseling and case management in schools</li> <li>· The need for a group of experts for the continuous and systematic support of youths who are guilty of non-suicidal self-injury</li> <li>· Lack of manpower for accurately explaining the child's condition to their parents in multicultural families</li> <li>· Worsening of the situation in multicultural families due to lack of understanding of non-suicidal self-injury</li> <li>· Shortage of counseling centers in the community with a focus on non-suicidal self-injury</li> <li>· Shortage of institutions that can provide specialized treatment solely for self-injuring youths, including those guilty of non-suicidal self-injury</li> <li>· Lack of accessible organizations or centers in some regions</li> <li>· Shortage of space for self-expression by non-suicidal self-injuring youths</li> <li>· Delays in professional treatment due to the lack of cooperation arrangements in the community</li> <li>· Necessity of an organization responsible for non-suicidal self-injuring youths</li> </ul>	<p>Shortage of dedicated support system and human and physical resources for youths guilty of non-suicidal self-injury</p>		

비행 정도로 보는 것 같아요. 그냥 ‘너 하지만, 너 한번만 더 하면 죽을 줄 알아’ 뭐 이렇게 얘기하시니깐…(중략) 부모님조차도 어떻게 해야 할지 모르니깐…(F2, 참여자 1)

대체로 원인이… 가족 간의 원인이 있는 경우가 많은데 본인이 상담을 받는 그 순간에 괜찮아지는데 다시 가정으로 돌아가면 쳇바퀴 돌 듯이 그런 상황이 되다 보니깐 또 다시 힘들어지고… 아동에만 국한하는 게 아니라 가족상담도 필요해요.(F3, 참여자 2)

OO병원에서 부모교육이 있는데… 항상 필요한 부모님이 와야 하는데, 필요한 부모님이 안 오시니깐.(F4, 참여자 2)

부모상담은 필수적으로 받아야 하는… 그런 법적 제도가 조금 생겼으면 좋겠어요.(F2, 참여자 3)

(중략) 학생만 어떻게 좀 케어 해 보려고 좀 보니깐… 가정의 문제가 너무 심각한 거예요. 이게 끝이 없는 문제니깐… 한계를 느껴요.(F3, 참여자 4)

## 2) 비자살적 자해 청소년 지원 시 부모 동의에 의존해야 하는 현실

가정 내 불화로 인해 비자살적 자해를 시도하는 청소년들은 부모를 피해서 지역사회 기관에 도움을 요청하는데, 부모의 동의 없이는 지속적인 상담이 어려움을 이야기하였다. 일부 아이들 중 병원입원이 비자살적 자해행동을 치료할 수 있는 전환점으로 생각하고 간절히 치료받기를 원하나 부모의 심리적 거부감 등으로 전문적인 진료나 치료가 이뤄지지 못하는 현실에 안타까움을 표현하였다.

실제로 부모를 피해서 도움을 청하는 아이들이 더 많잖아요. 그런 아이들에게 해줄 수 있는 방법이 없는 거예요. 엄마도 없고… 아버지는 때리고… 아버지 피해 상담을 받고 싶는데… 무조건 아버지 동의를 받아야만 지원이 된다는 게… 특별지원대상자가 돼도… 부모가 서포트를 못해주니.(F4, 참여자 1)

아이는 병원에 가고 싶어하고… 정말 간절히 가서 자기 좀 치료받고 싶고 가고 싶어 하는데… 엄마 아빠가 정신과를 가는 그 자체를 못 받아들이시는 거예요. 그렇다 보니깐… 아이가 점점 이게 진행이 되고.(F4, 참여자 3)

병원에 입원이 결정된 아이가 있는데, 이 아이는 본인과 같은 처지에 있는 사람들한테 위로 받고 싶기도 하고… 입원을 하게 되면 집중적으로 케어를 받으니깐… 자해를 안 하는 방법… 이런 것을 알게 되는 거에 대해서… 본인은 하나의 전환점으로 생각하고 좀 기대를 하고 있는

것 같더라고요.(F1, 참여자 3)

## 2. 교육적 요인

### 1) 현장관리자를 위한 교육 및 매뉴얼 부재

연구참여자들은 비자살적 자해 특성을 이해하기 위한 교육 과정이나 매뉴얼이 없어, 지해 시도 직후 초기 개입 시 어떻게 상담을 시작해야 하는지 잘 모르겠다고 이야기하였다. 상담이나 사례관리 하는 과정에서 아이들이 오히려 상처를 받지 않을 까라는 생각에 자해라는 단어를 사용하는데 망설여지고, 언제, 어떤 방법으로, 언제부터 했는지를 묻기가 어려워 답답했음을 표현하였다. 특히 정신건강 전문가가 아니어서 비자살적 자해의 원인이 아이들마다 다양해서, 이런 다양한 상황을 고려한 상담과 사례관리를 어떻게 진행해야 하는지 어려웠음을 이야기하였다.

자살교육이나 아동학대, 성 관련 교육은 저희가 필수로 듣거든요. 그러나 비자살적 자해나 자해에 대해서는(교육을) 들은 적이 없어요. 매뉴얼도 없고… 자살 교육 들을 때 자해 비율이 늘어나고 있다는 추세 정도만 듣고… 저희도 정신건강 전문가가 아니기 때문에 확인 정도만 하지 진짜로 상담을 하는 게 어려워요.(F2, 참여자 1)

제가 사회복지 쪽에서 일을 하니깐… 비자살적 자해를 하는 친구들의 원인을 보면 친구문제가 가정 내 불화, ADHD나 우울증처럼 정말 다양한데… 저부터도 이 친구를 어떻게 상담을 해야 될지 잘 모르거든요.(F1, 참여자 2)

(중략) 사례관리자들도 역량이 부족하고… 아무래도 준비가 조금 더 해야 된다고 생각이 들어요.(F3, 참여자 4)

## 3. 환경적 요인

### 1) 경제적 부담 및 지원 부족

경제적 형편의 어려움으로 관련 지원이 시급한 사례도 있으나 복잡한 행정적 절차 혹은 예산 부족으로 아이들의 비자살적 자해가 반복되고 심각해지는 모습에 안타까움을 표현하였다. 현장전문가들은 이런 사례들을 경험하면서 경제적 형편으로 병원진료와 검사비용에 부담을 느끼는 가정의 아이들에게 위기상황 시 비자살적 자해 치료를 위한 긴급예산의 편성과 함께 즉각적인 경제적 지원시스템의 필요함을 이야기하였다.

Wee클래스에서 폴 배터리 검사를 하고 의료기관에 연

계해도... 병원에서 다시 해야 되는... 그래서 부모님들이... 돈이 많이 들지 않나... 참 부담스러우신 거예요. 그래서 망설이고 이리저리 차일피일 미루고.(F4, 참여자 3)

경제적 문제가(비자살적 자해의) 원인으로... 집에 화재가 나서 아이가 있을 곳도 없고... 그래서 경제적 지원이 시급했는데도... 이런 위기상황 친구들한테 지원을 해주는 특별 지원이 있는데 예산에 한계가 있고... 행정적 절차에 시간이 걸리고... 이런 상황에서 빨리 즉각적으로 지원이 되고, 상담을 병행하는 시스템이 있었으면 얼마나 좋을까... 이걸 현장에 있지 않으면 알 수 없는 부분이고요. 한 발짝 뒤로 물러나면... 또 몰라요.(F4, 참여자 1)

지역사회에 이 아이들을 위한 긴급예산을 조금 만들어 주시면... 급할 때 빨리 병원을 갈 수 있게.(F4, 참여자 2)

## 2) 지역사회 다양한 기관들에 대한 정보체계 부족

비자살적 자해 청소년이 지역사회 내 이들을 지원해주는 센터에 대한 정보를 몰라 미처 연계가 되지 못한 청소년들이 많음을 이야기하였다. 학교를 포함한 지역사회 내 공공기관에서도 각 기관에서 어떤 역할을 하고 사업의 지원대상, 범위 등에 대한 정보가 부족하여 초기 개입시기가 늦춰질 뿐 아니라 학교 선생님 개인의 역량에 따라 청소년들의 추후관리가 달라진다고 표현하였다.

비자살적 자해가 학교에서 발생해서... 경제적 문제도 함께 있어서... 담임선생님이 애를 어디로 어떻게 해야 할지 몰라 본인이 인터넷 서핑하다가 여기를 알아서... 본인이 찾아서 하신 거지. 학교 선생님들도(저희 기관에 대해) 잘 모르시더라고요. 이런 자원에 대해 아는 게 많으면 빨리 연계가 되고, 그렇지 않으면 또 학교 내에서 그냥 흐지부지되고.(F2, 참여자 1)

상담하다 정신질환이나... 이런 상담이 필요하면 ○○센터에 연계하는데...제가 거기 시스템을 잘 모르니깐... 실질적으로 이 친구에게 도움이 될까라는 생각을 좀 많이 했어요.(F1, 참여자 2)

## 3) 비자살적 자해 청소년 전담지원체계 및 인적·물리적 자원의 부족

지역사회에 비자살적 자해의 특성을 충분히 이해하여 운영되는 상담센터나 전문적인 치료기관의 부족으로 위기상황 시 즉각적인 개입이나 전문적 치료가 어려웠던 사례들을 경험하면서, 지역사회에 있는 병원이나 센터의 전문가 집단으로 이뤄

진 지지체계를 형성하거나 혹은 책임기관이 신설되어 비자살적 자해 청소년들을 전담하여 지원하는 체계가 구축되었길 이야기하였다. 특히 비자살적 자해 청소년들 중 다문화가정인 경우 부모와의 의사소통을 전담해줄 인력이 없어 아이의 상태에 대한 충분한 의사소통이 되지 않아 상담, 진료, 사례관리 협조에 제한을 받는다고 이야기하였다. 또한 연령의 제한으로 어쩔 수 없이 사례관리가 종결되고 다른 기관에 연계가 되어도 경제적인 문제로 중단되는 경우 학교에 전담인력이 없는 경우 전혀 관리를 받지 못해 비자살적 자해의 지속적인 상담이 중단됨을 표현하였다.

여기 지역도 수십 개의 상담센터들이 운영되고 있지만... 저희가 전문적으로 상담을 하는 센터가 아니기 때문에... 지역센터로 의뢰를 해도 본인들이 역량이 안되어서 못하겠다고 하는 곳도 있고... 연계를 해도... 저희가 목표해서, 계획해서 보냈던 것이라 다른 방향으로 치료가 되고 있으니깐 그게 크게 효과가 미비하고.(F2, 참여자 1)

실제로 저희가 가는 일부 지역 같은 경우에 연계하려는 기관이 없는 경우도 있어요. 도서 지역까지는 아닌데 굉장히 시골 같은 경우에는.(F1, 참여자 1)

위기상황 시 학교나 센터에서 연락이 갔을 때 바로 병원에서 의사 선생님을 만날 수 있는 시스템이 없어서... (F4, 참여자 1)

비자살적 자해가 사회적으로 가정에서 그리고 친구의 지지를 못 받으니까 그런 상황이 생기잖아요. 그래서 여기 우리 센터, 상담센터 혹은 병원 이런 쪽에서 전문적으로 하시는 분들이 어떤 지지체계를 만들어서 아이들한테 뭔가 이렇게 힘을 줄 수 있는...(F4, 참여자 2)

전문기관을 만들어서 아동 학대처럼 정말 신고해서 바로 확인하고 계속 확인해 주는 모니터링하고, 진짜 더 일어나지 않도록 부모교육하고... 누구나 똑같이 관리가 되면 좋을 것 같아요. 그러면 학교선생님이나 저희도 이런 학생들을 발견하면 거기에 바로 신고해서 바로 상담 받고, 관리 받을 수 있고... 그러면 좋을 것 같아요.(F2, 참여자 2)

아이들 중 다문화가정이 있는데... 비자살적 자해 행동이 심각해져서... 병원에 가야 된다고 어머니에게 설명하는데 또 다문화다 보니깐 한국말로 충분히 설명을 해주고 그럴 상황이 안되고... 지원인력도 없고.(F2, 참여자 3)

ADHD 진단을 받아서 약물복용을 하는 아이가 있는데... 약물조절이 필요해서 병원진료를 봐야 하는데 엄마가 다문화라서 이해가 부족하니까... 엄마가 의사를 계속

바뀌가면서 약을 바꾸고... 애가 약물이 안 맞으면서 문제가 다시 생겨가지고... 그래서 비자살적 자해를 또 하고.(F2, 참여자 1)

연령의 제한으로 사례관리가 종결되면 다른 기관으로 연계가 되기도 하는데... 경제적 어려움이나 다른 이유로 중단되어서 관리가 안 되고... 그나마 학교에 교육복지사가 있는 경우 관리가 되는데... 없으면... 뭐... 아동도의지 없고 부모님도 생각이 없고 하면 그냥 끝나버려요.(F2, 참여자 3)

## 논 의

본 연구에 참여했던 다양한 현장전문가들이 비자살적 자해를 시도한 청소년의 상담 혹은 사례 관리를 진행해오면서, 이를 어렵게 했던 지역사회 요인으로 청소년의 비자살적 자해 특성을 반영한 지역사회의 체계가 부족한 현실인 것으로 나타났으며, 크게 제도적, 교육적, 환경적 요인으로 구분해 볼 수 있었다. 본 논의에서는 중심 주제의 각 요인에 속하는 범주를 중심으로 기술하고자 하였다.

첫 번째, 제도적 요인에서의 지역사회 체계 미흡은 부모교육 관련 제도가 미비하고 비자살적 자해 청소년 대상 상담이나 사례 관리 시 해당 청소년의 의견과는 상관없이 부모의 동의에 의존해야 하는 현실을 의미하였다. 가족 특히 부모와의 관계는 비자살적 자해의 원인인 동시에 비자살적 자해를 반복하게 하는 요인이기도 하였다. 특히 비자살적 시도 이후 부모가 어떻게 이들을 지지해주어야 하는지 잘 모르고, 부적절하게 대처하는 것은 자해를 촉진시키는 요인임을 선행연구에서도 확인할 수 있었다[9,13]. 이런 이유로 비자살적 자해 청소년들의 치료를 위해서는 부모교육이 필요한 바[14,27], 이에 부모교육에 비자살적 자해를 이해하고 자녀들의 행동에 대한 적절한 반응이 무엇인지에 대한 내용이 포함될 필요가 있다. 실제 자살 및 자해를 시도한 자녀의 부모를 대상으로 부모상담을 진행한 결과 부모들이 좀 더 아이를 이해하게 되고 부모와 자녀 관계의 긍정적인 변화를 경험하면서 부모상담의 필요성을 인식하고 부모와 자녀가 함께 노력하는 것이 필요함을 확인할 수 있다[24]. 그러나 이런 필요성에도 불구하고 부모교육에 참여하지 않는 현실에 현장전문가들은 청소년 상담에 있어 한계에 부딪힐 수밖에 없었다. 비자살적 자해가 자살시도의 연속선 상에 있다는 점에서 볼 때[17] 비자살적 자해 또한 심각하게 다루어질 필요가 있으며, 이에 먼저 센터에서 청소년 상담 시 부모교육이 함께 이뤄져야 하고, 부모들이 교육에 필수적으로 참여할 수 있도록 제

도적 뒷받침이 필요하겠다. 더불어 지역사회 센터에서 비자살적 자해 청소년들을 지원하는 데 있어 부모의 동의가 절대적으로 필요한 요소임을 확인할 수 있었다. 부모와의 불화로 인한 힘듦을 비자살적 자해로 표현하는 청소년들에게 부모의 적극적이고 긍정적인 지지를 기대하기는 어려우며 이는 결국 청소년들이 전문적인 도움을 받지 못해 심각한 상황으로 진행되고 있었다. 이는 부모의 상담에 대한 낮은 인식에 기인할 수 있다는 점에서[21] 부모교육 시 비자살적 자해 청소년에게 있어 전문적인 치료나 상담, 중재가 중요한지에 대한 내용을 포함할 필요가 있겠다. 이와 함께 비자살적 자해를 시도한 청소년들이 전문적인 상담이나 쉼터 입소로 부모님의 스트레스로부터 벗어나면서 이를 극복해가고 있으므로[21], 부모의 동의를 구하지 못한 청소년들이 비자살적 자해가 진행되는 과정에서 스스로 전문적인 도움을 간절히 받고 싶어하는 경우 공공기관에서 진행하는 상담이나 사례관리에 참여할 수 있도록 제도적 개선이 필요하다. 이는 비자살적 자해의 빈도가 증가하고 심각한 수준으로 진행되었을 때 보호자의 동의 없이 전문기관에 필수적으로 연계할 수 있는 제도적 개선이 필요하다는 선행연구의 보고와 맥락이 유사함을 알 수 있다[14].

두 번째, 교육적 요인에서의 지역사회 체계 미흡은 지역사회 다양한 센터에서 비자살적 자해 청소년을 상담하거나 사례관리를 하는데 있어 현장전문가를 위한 매뉴얼이나 상담방법에 대한 교육이 없음을 포함하고 있다. 연구참여자들은 비자살적 자해에 대한 전문적인 지식 및 상담기술의 부족으로 상담이나 사례관리를 하는데 어려움을 경험하고 있었으며, 특히 비자살적 자해의 동기가 되는 다양한 상황을 고려한 상담을 진행해야 할 때 자신의 역량이 부족함을 느끼고 있었고, 이와 관련된 매뉴얼이나 교육이 절실함을 알 수 있었다. 특히 자살, 자살시도, 비자살적 자해는 연속선상에 있지만 구분되는 개념으로[17], 청소년의 자살 혹은 자살시도 관련 매뉴얼을 비자살적 자해에 그대로 적용하는데 한계가 있으며 자살시도와 비자살적 자해의 차이점을 강조한 교육이 필요하다[28]. 본 연구결과와 같이 실제 국내외 선행연구에서도 비자살적 자해를 다루는 대부분의 현장전문가들이 본인 스스로 역량이 부족하다고 느끼며, 사전교육이나 지속교육의 부족, 매뉴얼 등의 부재 등을 보고하는 것과 일치하였다[23,24,28,29]. 현장전문가의 역량부족은 그들 스스로에게 비자살적 자해는 어렵고 해결되지 않는 상황으로 인식되어 심리적 소진이나 무기력감으로 이어질 수 있다. 뿐만 아니라 이는 청소년들에게도 부정적인 영향을 미치는데, Seo 등[21]의 연구에서 비자살적 자해를 시도한 청소년들은 상담 과정에서 자신들의 스트레스, 힘듦을 과소평가하거나 공감하



지 못하고 비난하는 상담자로부터 상처를 받고 부정적인 경험을 하는 것으로 나타났다. 이에 비자살적 자해 청소년들의 효과적인 개입을 위해서는 지역사회에서는 현장전문가들을 위한 매뉴얼이나 교육의 필요성을 인식하고 이들의 역량을 향상시키기 위하여 비자살적 자해의 특성, 초기 접근방식, 다양한 상황을 고려한 전문적 접근 방식 등을 포함한 교육 프로그램을 개발하여 적용할 필요가 있겠다. 이 점은 청소년 상담현장에서 근거 기반 프로그램이 절실히 필요하다는 선행연구[22]의 보고와도 일치함을 알 수 있다.

세 번째, 환경적 요인으로서 지역사회 체계의 부족은 비자살적 자해 청소년 상담이나 사례관리 시 인적·물리적·경제적 자원과 정보체계가 부족하고 이를 전달하는 지원체계가 없는 것을 포함하고 있다. 청소년의 비자살적 자해 그 이면에 기질적 질환이나 부모와의 갈등, 학업 스트레스 등 다양한 상황들이 존재하는데, 특히 다문화가정의 부모와 현장전문가 간의 의사소통이 어렵고 이를 지원해줄 인력이 없어 청소년의 상담, 진료 및 치료를 받지 못하거나 지연되어 비자살적 자해가 반복됨을 알 수 있었다. 다문화가정의 청소년들은 문화, 인종 및 언어의 차이에서 오는 복합적인 문제와 이로 인한 불안정한 가정환경 등으로 일반청소년들에 비해 자살생각과 시도 가능성이 높게 보고되고 있는 바[30], 자살시도의 위험요인인 비자살적 자해에 대한 다문화가정의 청소년들의 상담 및 사례관리를 위해서는 지역 내 다문화가족지원센터에서 시행하는 통·번역 서비스 담당 인력을 전문인력으로서 함께 참여할 수 있는 방안을 마련해 볼 필요가 있겠다. 또한 지역센터 내 연령제한, 보호자의 심리적 거부나 다문화가정 등 다양한 이유로 비자살적 자해를 시도한 청소년의 사례관리가 중단되지 않기 위해서는 청소년이 상대적으로 많은 시간을 보내는 학교 기반의 개입이 필요하다. 특히 교육소외계층 아동청소년을 위한 교육우선복지사업은 청소년들의 맞춤형 상담과 심리치료, 학교·가정·지역사회와 연계한 학생 통합보호를 지원해주고 있으며[10], 이를 실행하는 교육복지사를 인력자원으로서 활용하여 비자살적 자해 청소년 발생 시 학교 내 보건교사, Wee클래스 상담사, 지역사회 센터 내 현장전문가와 함께 다학제적인 협력을 통한 개입이 가능할 수 있겠다. 이를 위해서는 초·중·고등학교에 교육복지사를 고르게 배치하는 제도적 뒷받침이 필요할 것이다.

연구참여자들은 지역 내 비자살적 자해 청소년의 특성과 깊은 이해를 바탕으로 한 심리상담센터가 없어 아이들의 치료효과가 미비하며, 학교현장 혹은 사례관리 도중 위기상황 발생 시 지역 내 의료기관에 즉각적으로 연계할 수 있는 체계가 없어 전문적인 진료나 상담이 지연된다고 표현하였다. 또한 연계가 되

있어도, Wee클래스 상담사가 진행한 종합심리검사를 병원에서 다시 진행되는 등의 검사가 중복되면서 위기개입의 지연, 부모님의 경제적 부담감으로 인한 진료 지연 등으로 이어지는 것을 확인하였다. 이와 관련하여 연구참여자들은 위기상황 시 센터에서 병원에 연락 시 바로 내원해서 전문적인 진료를 볼 수 있는 지역사회 청소년 유관기관과의 연계시스템이 필요함을 언급하였으며, 이는 지역사회 자원 연계로 외부기관의 협력과 이를 위한 체계 마련 등의 필요성을 보고한 선행연구와도 유사한 맥락임을 알 수 있다[24]. 나아가 연구참여자들은 비자살적 자해 청소년의 지지체계로서 청소년 유관기관의 전문가들로 구성된 청소년의 비자살적 자해 전담기관의 필요성에 대해 언급하였다. 이는 본 연구결과에서 나타난 비자살적 자해 청소년의 상담 및 사례관리를 어렵게 하는 지역사회 요인, 즉 비자살적 자해 청소년의 특성과 비자살적 자해를 일으킨 다양한 상황을 고려한 전문적이고 지속적인 상담, 진료 및 치료와 함께 부모교육을 직접 시행하고 제도화되었을 때 이를 통합적으로 관리하여 청소년들의 회복을 위한 적극적 참여를 이끌어 낼 수 있을 것이다. 또한 청소년 유관기관의 현장전문가들을 위한 비자살적 자해 상담 및 사례관리를 위한 매뉴얼과 상담 방법 관련 프로그램을 개발하여 교육할 뿐 아니라 현장전문가들의 소진을 관리하여 이들의 역량개발을 도모하는 기관으로서의 역할을 부여할 수 있을 것이다. 또한 다양한 연구활동을 통해 청소년들의 비자살적 자해 프로그램, 상담기법에 대한 근거를 확보할 수 있는 기반을 확보할 수 있을 것이다. 아울러 청소년 비자살적 자해 전담기관은 정보체계 측면에서도 지역사회 청소년 유관기관의 사업, 지원대상과 범위, 역할 등의 정보를 통합적으로 관리하여 비자살적 자해 발생 시 청소년 본인뿐 아니라 누구든지 연락하여 청소년 상황에 맞는 적절한 지원이 가능한 유관기관을 직접 연계해주는 지역사회 청소년 유관기관과의 연계망 형태로도 운영될 수 있겠다. 청소년 비자살적 자해 전담기관을 효과적으로 운영하기 위하여 비자살적 자해 청소년들을 위한 상담, 전문적 진료 및 치료, 사례관리를 수행할 수 있는 간호사, 의사, 사회복지사 및 심리상담사, 다문화 가정 청소년을 위한 통·번역 서비스 지원인력들로 구성할 필요가 있겠다. 특히 지역사회 내 현장전문가들이 청소년들의 다양한 상황을 고려한 상담 및 사례관리의 어려움을 표현하였는데, 비자살적 자해의 동기에 정신질환이나 신체적 질환 등의 기저질환이 동반되는 경우 청소년의 신체적·정신적·심리적 역동의 이해를 바탕으로 다각적인 측면에서의 상담과 청소년, 부모 및 현장전문가 대상의 교육 혹은 중재 프로그램을 적용할 수 있는 인력으로 간호사를 들 수 있으며, 특히 지역사회 간호사가 중추적인 역할

을 수행할 것으로 보인다. 이를 위하여 대학의 교육과정에서 자살, 자해와 함께 비자살적 자해를 구분한 내용들을 포함시킬 필요가 있으며, 임상실습 시 비자살적 자해 청소년의 다양한 사례를 경험하기 위하여 실습기관으로써 지역사회 청소년 유관기관과의 유기적인 협력체계를 구축할 필요가 있겠다. 나아가 지역사회 간호사의 역량 증진을 위하여 기존 자살위기관리에 비자살적 자해에 대한 내용이 추가된 보수교육 프로그램의 개발이 필요할 것으로 보인다.

본 연구의 한계점으로 첫째, 연구참여자를 한 개의 지역에서 모집하였기에 전체 지역으로 확대 해석하거나 일반화하는데 한계가 있다. 이에 다양한 지역에서 비자살적 자해 청소년의 상담 및 사례관리를 어렵게 하는 공통적인 요인들을 탐색해보는 연구를 제언한다. 둘째, 대부분의 현장전문가들이 비자살적 자해뿐 아니라 자살 시도 청소년들의 상담과 사례관리를 모두 수행하고 있어 자료수집과 분석 시 최대한 자살 시도와 관련된 경험을 배제하려고 노력하였으나 완전히 구분하였다고 보기에 한계가 있다. 셋째, 현장전문가의 지원을 받는 비자살적 자해 청소년과 그 부모들이 경험한 요인들도 탐색하고자 하였으나 심리적 거부감 등 다양한 이유로 진행되지 못했다. 향후 비자살적 자해를 시도한 청소년들과 그들의 부모를 대상으로 상담과 사례관리를 받는 과정에서 이를 어렵게 하는 지역사회 요인을 탐색해보는 연구를 제언한다.

## 결론 및 제언

본 연구는 포커스 그룹 인터뷰를 이용하여 지역사회의 현장전문가가 경험한 청소년 비자살적 자해 상담 및 사례관리를 어렵게 했던 요인들을 지역사회 측면에서 탐색해보고자 하였다. 연구결과 청소년의 비자살적 자해특성을 반영한 지역사회의 체계가 부족한 현실로 나타났으며, 크게 제도적, 교육적, 환경적 요인으로 구분해 볼 수 있었다. 제도적 요인에서의 지역사회 체계부족은 부모의 동의 없이는 비자살적 자해 청소년을 위한 지원이 어려운 현실에서 부모교육 관련 제도가 미비한 것으로 나타났다. 교육적 요인에서의 지역사회 체계부족은 현장전문가들이 비자살적 자해 청소년의 상담 및 사례관리 시 매뉴얼 및 교육의 부재로 상담방법과 비자살적 자해를 시도한 다양한 상황을 고려한 상담 및 사례관리의 어려움을 표현하였다. 또한 지역사회 청소년 유관기관 연계 시 각 기관별 사업, 지원대상, 역할 등의 정보체계가 부족한 것으로 나타났다. 환경적 요인에서의 지역사회 체계부족은 비자살적 자해 청소년을 위한 전문적인 상담센터나 청소년 유관기관 간의 연계시스템 부재 등의

물리적 자원이 부족하며, 다양한 상황을 고려한 전문인력의 지원이 어려운 인적자원의 부족, 그리고 비자살적 자해 청소년 발생 시 지역사회 다양한 청소년 유관기관의 정보체계가 부족한 것으로 확인되었다. 이에 청소년들의 비자살적 자해를 특성을 깊이 이해하는 전문가들로 구성된 전담기관이 필요하며 이를 수행하기 위한 중추적인 인력으로 지역사회간호사의 역할 정의와 역량 개발을 위한 교육이 필요하다. 본 연구는 비자살적 자해 청소년의 상담 및 사례관리를 어렵게 하는 지역사회 요인에 초점을 둔 첫 번째 시도되는 연구로서, 지역사회에서의 다양한 청소년 유관기관에서 근무하는 다양한 자격의 현장전문가들을 반영하였다는 점과 향후 청소년의 비자살적 자해 관련 제도 개선, 이들의 특성을 반영한 증재 프로그램 개발 및 전담기관 구축, 이로 인한 지역사회 간호사의 역할 확대를 위한 기초자료를 제공할 수 있다는 점에서 의의가 있겠다. 본 연구결과를 바탕으로 지역사회에서 비자살적 자해 청소년의 상담 및 사례관리 시 지역사회 간호사들의 역할 정의와 범위 관련 연구와 청소년의 비자살적 자해 관련 보수교육개발 프로그램 개발을 위한 간호연구를 제언한다.

## REFERENCES

1. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998;186(5):259-268. <https://doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001>
2. Nock MK, Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock, editor. *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*, Washington, D.C. American Psychological Association; 2009. p. 9-18. <https://doi.org/10.1037/11875-001>
3. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
4. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014;44(3):273-303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
5. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012;6(1):10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
6. Sheen AY, Song HJ. Non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*. 2017;33(4):257-281.

7. Park DH. Youth self-injury counseling has tripled in a year [internet]. Seoul: Hankyoreh. 2019 [cited 2019 May 29]. Available from: <http://www.hani.co.kr/arti/society/rights/895831.html>
8. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2015;2(1):2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
9. Seong Y, Bae Y, Kim S. Non-suicidal self-injury in South Korea: A systematic review of studies from 2000 to 2018. *Cognitive Behavior Therapy in Korea*. 2019;19(2):251-280. <https://doi.org/10.33703/cbtk.2019.19.2.251>
10. Education welfare policy division. Priority support for educational welfare Sejong: Ministry of education; 2020 [cited 2020 Aug 27]. Available from: <http://www.bokjiro.go.kr/welInfo/retrieveGvmtWelInfo.do?welInfSno=20>
11. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*. 2015;42:156-167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>
12. Kim SJ. A Review of the risk and protection factors of non-suicidal self-injury. *Korean Journal of Youth Studies*. 2017;24(9): 31-53. <https://doi.org/10.21509/KJYS.2017.09.24.9.31>
13. Martin J, Bureau JF, Yurkowski K, Fournier TR, Lafontaine MF, Cloutier P. Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: Considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent-child relational risk. *Journal of Adolescence*. 2016;49:170-180. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.015>
14. Bae SH, Sung HJ. A study on the factors influencing the non-suicidal self-injury of middle school students: Focusing on the severity of self-injury. *Mental Health & Social Work*. 2020;48(2):122-148. <https://doi.org/10.24301/MHSW.2020.06.48.2.122>
15. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015;9(1):31. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>
16. Paul E, Tsypes A, Eidlitz L, Ernhout C, Whitlock J. Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Research*. 2015; 225(3):276-282. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.026>
17. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, Purington A, Abrams GB, Barreira P, et al. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 52(4):486-492. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
18. American psychological association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
19. Gonzales AH, Bergstrom L. Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2013;26(2):124-130. <https://doi.org/10.1111/jcap.12035>
20. Plener PL, Brunner R, Fegert JM, Groschwitz RC, In-Albon T, Kaess M, et al. Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: Consensus based German guidelines. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2016;10(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0134-3>
21. Seo M, Kim J, Lee T, Kim E. A qualitative study on the process of nonsuicidal self-injury and recovery among adolescents with counseling experiences. *Korean Journal of Counseling*. 2019;20(4):179-207. <https://doi.org/10.15703/kjc.20.4.201908.179>
22. Seo M, Soo SY, Kang YI, Son JA, Kim JH. Development of an evidence-based practice model for counseling youths with suicidal and non-suicidal self-injury. *The Korea Journal of Youth Counseling*. 2020;28(1):99-121. <https://doi.org/10.35151/kyci.2020.28.1.005>
23. Kwon K, Kim JY. A phenomenological study on counselors' experience of difficulties and coping strategies in non-suicidal self-injury crisis counseling for adolescent. *The Korea Journal of Youth Counseling*. 2020;28(1):269-291. <https://doi.org/10.35151/kyci.2020.28.1.012>
24. Shin SJ, Jung ES, Heo MK, Yun EJ. The effect of great program customized to high risk adolescents with suicide attempt and self harm. *The Korea Journal of Youth Counseling*. 2020;28(1): 73-97. <https://doi.org/10.35151/kyci.2020.28.1.004>
25. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
26. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Fransisco, CA: Jossey-Bass; 1981. 423 p.
27. Kelada L, Hasking P, Melvin G. The relationship between non-suicidal self-injury and family functioning: Adolescent and parent perspectives. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2016;42(3):536-549. <https://doi.org/10.1111/jmft.12150>
28. Giordano A, Lundeen LA, Scoffone CM, Kilpatrick EP, Gorritz FB. Clinical work with clients who self-injure: A descriptive study. *Professional Counselor*. 2020;10(2):181-193. <https://doi.org/10.15241/ag.10.2.181>
29. Duggan JM, Heath NL, Toste JR, Ross S. School counsellors' understanding of non-suicidal self-injury: Experiences and international variability. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2011;45(4):327-348. Retrieved from: <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/59271>
30. Ahn IY, Seo J, Lee D, Lee SJ, Cha B, Lee CS, et al. Emotional characteristics of adolescents in monocultural and multicultural families in Korea. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. 2016;27(4):306-312. <https://doi.org/10.5765/jkacap.2016.27.4.306>