online © ML Comm
ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2013;52:231-242
ISSN 1015-4817
www.knpa.or.kr

의사와 보건인력을 대상으로 한 자살에 대한 인식과 태도, 개인적 경험에 관한 연구

가천대학교 의학전문대학원 정신과학교실,[1] 인천광역시 정신보건센터,[2]
경희대학교 의학전문대학원 정신건강의학교실,[3] 화성시 정신보건센터[4]

권중일[1] · 이유진[1,2] · 권수진[2] · 백종우[3] · 전준희[4] · 강승걸[1] · 배승민[1] · 김종훈[1] · 조인희[1] · 조성진[1]

Attitude toward Suicide and Personal Experiences of Suicide among Doctors and Health Care Workers in Korea

Joong-Il Kwon, MD[1], Yu Jin Lee, MD, PhD[1,2], Su Jin Kwon, BA[2], Jong-Woo Paik, MD, PhD[3], Jun Hee Jeon, BA[4], Seung-Gul Kang, MD, PhD[1], Seung-Min Bae, MD, PhD[1], Jong-Hoon Kim, MD, PhD[1], In Hee Cho, MD, PhD[1] and Seong-Jin Cho, MD, PhD[1]

[1]Department of Psychiatry, School of Medicine, Gachon University, Incheon, Korea
[2]Incheon Metropolitan City Mental Health Center, Incheon, Korea
[3]Department of Psychiatry, School of Medicine, Kyung Hee University, Seoul, Korea
[4]Hwaseong Community Mental Health Center, Hwaseong, Korea

Objectives The aim of this study was to investigate attitudes toward suicide and personal experiences with suicide among doctors and health care workers in Korea.

Methods A total of 622 participants were included in this study and 617 participants completed a self-report questionnaire that included 31 items; 184 doctors and 433 health care workers. A questionnaire was used for assessment of demographic characteristics, attitude toward suicide, and personal experiences with suicide in doctors and health care workers. The collected data were evaluated using chi-square and binary logistic regression analyses. A probability level of $p<0.05$ was considered statistically significant.

Results More permissive attitudes toward suicide showed an association with doctor group and non-religious group ($p<0.05$). Religious group and older age showed an association with a more negative attitude ($p<0.05$). The lifetime and one-year prevalence rates of suicidal ideation were 31.4% and 9.8%, respectively, in all participants. The lifetime prevalence of suicidal ideation was higher in the religious group (33.9%, $p<0.05$). Among all participants, 32.1% reported loss of a patient by suicide, and 29.9% reported contact with a patient at risk of suicide or with depression. In addition, 72.5% reported contact with a depressed patient.

Conclusion Attitudes toward suicide among doctors and health care workers were shown to differ significantly between age, gender, doctor group and health care worker group, religious group and non-religious group. The reported level of suicidal ideation among doctors and health care workers is worthy of concern. Research is needed for establishment of effective prevention strategies on the basis of our findings. **J Korean Neuropsychiatr Assoc 2013;52:231-242**

KEY WORDS Suicide · Attitude toward suicide · Doctor · Primary health care.

Received May 14, 2013
Revised June 13, 2013
Accepted July 1, 2013

Address for correspondence
Yu Jin Lee, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Gachon University of Medicine and Science, 21 Namdong-daero 774beon-gil, Namdong-gu,
Incheon 405-760, Korea
Tel +82-32-468-9932
Fax +82-32-472-3396
E-mail leeyj1203@gmail.com

서 론

세계보건기구의 자료에 따르면 전 세계적으로 매년 약 100만 명이 자살로 사망하며, 자살은 특히 15~44세의 인구 사망 원인에서 3위 내로 상위를 차지하고 있다.[1)] 우리나라의 자살률은 OECD 가입국 중 최고 수준이며 통계청에서 발표한 자료에 의하면 2011년 우리나라의 자살자 수는 15906명으로 1년 전에 비해 340명, 3년 전에 비해 3048명이 증가하였다.[2-4)] 인구 10만 명당 자살 사망자 수는 31.7명으로 1년 전인 31.2명, 3년전 26.0명에서 지속적인 증가 추세를 보이고 있다.[2-4)] 또한 우리나라의 자살로 인한 사회경제적 손실을 추산해 보면 내부비용(직접의료비용, 직접비의료비용, 간접비용)과 외부비용(직접의료비용, 직접비의료비용, 간접비용) 등을 합산할 때 약 2조 4,150억 원에서 4조 9664억 원 정도로 추산되어,

Copyright © 2013 Korean Neuropsychiatric Association

막대한 손실을 유발하므로 자살률의 감소를 위한 국가적 대책이 필요하다.[5]

자살에는 매우 다양한 원인이 있으며 정신질환이 중요한 원인 중의 하나이다. 자살자의 90% 이상에서 미국정신의학회의 정신장애의 진단 및 통계 편람-4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition)[6]으로 진단 가능한 정신질환이 있고, 주요우울증과 조울병이 전체 자살의 약 60%와 연관이 있는 것으로 알려져 있다.[7] 정신질환 이외에 암 등의 신체질환도 중요한 자살의 위험인자이며, 정신질환과 동반되는 신체증상을 호소하는 환자들은 정신건강의학과 의사보다 일차의료의사를 먼저 찾는 경우가 더 흔하다.[8]

2010년 경찰청 통계에 의한 자살원인을 살펴보면, 2010년 자살 사망자 14779명 중 명시적으로 '육체적 질병' 때문에 자살을 한 경우가 23.3%인 3442명에 달한다.[5] 통계청이 2012년 5월 전국 17424 표본가구에 상주하는 만 13세 이상 가구원 37000명을 대상으로 실시한 사회조사 결과에서는, 우리나라 13세 이상 가구원의 9.1%가 자살에 대한 충동을 느끼고 있고, 자살하고 싶은 이유의 12.1%는 질환 또는 장애 때문인 것으로 나타난다.[9] 특히 질환 또는 장애로 인한 자살충동은 나이가 들수록 급격하게 증가하여 65세 이상 인구에 이르러서는 전체의 39.8%를 차지하고 있다.[9] Pirkis와 Burgess[10]의 연구에 의하면 자살 전 1년 이내에 자살자 중 최대 83%, 자살 전 1주 내에 최대 40%가 일차의료의사를 방문한다고 한다. Luoma 등[11]의 연구에서는 자살 전 1개월 이내에 자살자의 약 45%, 1년 이내에는 약 77%, Andersen 등[12]의 연구에서는 자살 전 1개월 이내에 자살시도자의 대략 70% 정도가 일차의료의사를 방문한다. Waern 등[13]에 의하면 65세 이상의 자살자의 38%가 자살 1년 이내에 접촉했던 의사에게 자살 사고가 있음을 언급했다고 한다. 따라서, 일차 진료 현장에서 자살위험에 처한 환자의 조기 발견과 적절한 대처를 한다면 자살률의 감소를 기대할 수 있을 것이다.

국외에서 선행된 연구들을 살펴보면, 의사를 대상으로 주요우울증, 자살위험의 발견과 대처에 대한 교육을 시행하였을 때, 우울증 환자 발견의 증가 및 자살률의 감소에 효과가 있음이 보고된 바 있다.[7,14,15] 1983년과 1984년에 스웨덴 고틀란드(Gotland) 지역에서 모든 의사를 대상으로 우울증의 진단과 치료에 관한 훈련 프로그램을 시행한 이후, 자살률과 우울증으로 인한 입원치료가 의미 있는 수준으로 감소하였으며 영국, 호주, 미국, 북아일랜드, 스웨덴의 옘틀란드(Jämtland), 일본에서 시행된 후속연구에서도 유사한 결과를 보고하였다.[7,15] 또한, 자살률의 감소는 우울증과 연관된 자살, 의료추구행동이 많은 여성집단에서 두드러진 것으로 알려졌다.[7]

자살예방에 있어 중요한 관문일 수 있는 의사 및 보건 인력들의 자살에 대한 태도와 인식은 자살위기 감지시 적절한 대처에 영향을 미칠 수 있어 중요하다. 또한 자살에 관한 개인적 경험에 대한 조사는 자살자, 자살 위기자의 진료 또는 사례 관리 경험 등 실제 의료 현실을 반영하며, 향후 자살 예방 정책의 개선 방향을 정하는 기초 자료로서의 의미가 크다. 특히, 보건소는 지역의 일차의료를 담당하면서 자살 및 우울증의 고위험군인 경제적 취약군과 노인의 일차의료를 담당하므로 자살위험에 처한 신체 질환자들에 대한 접촉이 많은 곳이다. 이들 일차의료 담당 인력이 자살에 대해 취하고 있는 인식과 태도, 개인적 경험에 대해 조사하는 것이 필요하겠으나 국내에서 시행된 연구는 아직 없다. 이에 본 연구에서는 의사 및 보건소를 중심으로 한 보건인력을 대상으로 자살에 대한 인식과 태도, 개인적 경험에 대해 조사해 보고자 하였다.

방 법

대 상

2011년 3월부터 2011년 10월까지 자살예방 교육에 참석한 보건소 의사, 개원의, 봉직의, 전공의 등 서울 및 인천 지역 의사 188명과 전국에 종사하는 방문 간호사, 보건소 종사 보건직, 병원 간호사, 사회복지사 등 보건인력 434명 등 총 622명을 대상으로 하였다. 본 연구에서는 모든 대상자에게 연구 취지를 설명하고 동의를 받은 후, 자가보고식 설문 조사를 시행하였다. 이 중 응답이 부족한 5명을 제외한 총 617명을 분석에 포함하였다. 본 연구는 가천대학교 길병원 임상연구윤리위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받았다.

방 법

설문지는 총 31개 문항으로 구성되었으며 우리나라 국민의 생명존중 및 자살에 관한 의식 조사 설문지와[16] 자살에 대한 일반인의 태도에 관한 예비적 조사[17] 설문지 내용을 참고하여 자체 제작하였다. 자살에 대한 일반인의 태도에 관한 예비적 조사[17] 설문지는 이미 널리 사용되고 있는 Domino 등[18]의 Suicide Opinion Questionnaire를 번역하여 국내 상황에 적절하다고 생각되는 항목들로 변형한 것이다. 최종적으로 본 연구에서 사용한 설문지는 성별, 연령을 포함한 사회인구학적 요인을 묻는 8개 문항, 자살에 대한 인식 및 태도 관련 18개 문항, 자살에 대한 개인적인 경험에 관한 5개 문항으로 구성되었다. 자살에 대한 인식 및 태도 관련 18항목(Q1~Q18)은 '절대 그렇다', '그렇다', '모르겠다', '아니다', '절대 아니다'의 다섯 단계 중 하나에 표기하도록 하였고 개인적인 경험에 관한 5개 문항(Q19~Q23) 중 1개 문항(Q19)은 '지난 1년 이내', '지난 1년 이전', '없다' 중 하나에, 나머지 4개 문항

(Q20~Q23)은 '있다' 또는 '없다' 중 하나에 응답하도록 하였다(부록).

통계 분석

연구 대상자들의 사회인구학적 특성들은 각각 빈도수와 백분율로 산출하여 기술하였으며 통계적 유의성을 검증하기 위하여 카이-제곱 검정(chi-square test)을 시행하였다.

통계적 분석을 위해 본 연구에서는 전체 대상자의 자살에 대한 인식 및 태도 관련 18문항(Q1~Q18)의 응답을 '그렇다'와 '아니다'의 결과로 단순화하였다. 자살에 대한 개인적 경험 문항 중 '귀하는 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있습니까?'(Q19) 문항에 대한 응답은 '지난 1년 이내'와 '지난 1년 이전'으로 응답한 경우를 합하여 '있다'로 단순화하였다. '모르겠다'로 응답한 경우는 분석에서 제외하였고, 혼란변수를 통제하기 위하여 성별, 직종, 종교유무, 연령을 공변량으로 이분형 로지스틱 회귀분석(binary logistic regression analysis)을 시행하였다. 의사군과 보건인력군으로 구분한 직군별, 성별, 종교 유무별, 연령에 따라 자살에 대한 인식, 태도와 개인적 경험에 대한 응답에 유의한 차이가 있는지 검증하였다. 모든 자료 분석은 SPSS window용 version 18.0(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하였으며, 통계적 유의수준은 p-value 0.05 미만으로 설정하였다.

결 과

대상자의 일반적 특성

전체 대상자의 평균연령은 46.9세(±10.3)였고 최저연령 22세에서 최고연령 80세까지 분포하였다. 의사군의 평균연령은 45.6세(±14.0)였고, 보건인력군에서는 평균 47.4세(±8.3)였다.

의사군과 보건인력군의 성별구성, 연령대, 결혼 상태, 종교유무, 최종학력, 근무지에서 의미 있는 수준의 차이가 있었다($p<0.05$). 의사군에서는 남성 143명(77.7%), 여성 41명(22.3%)으로 남성이 더 많았으나 보건인력군에서는 남성이 17명(3.9%), 여성 416명(96.1%)으로 여성이 많았다.

결혼 상태는 의사군에서 기혼 134명(72.8%), 미혼 49명(26.6%), 기타 1명(0.5%)이었고 보건인력군에서는 기혼 358명(82.7%), 미혼 48명(11.1%), 기타 27명(6.2%)이었다.

종교의 유무에 따라서는 의사군에서 118명(64.1%), 보건인력군에서 325명(75.1%)이 종교를 가지고 있는 것으로 나타났다. 세부 종교별로는 의사군에서 기독교 62명(33.7%), 천주교 34명(18.5%), 불교 15명(8.2%)이었고 보건인력군에서는 기독교 142명(32.8%), 천주교 81명(18.7%), 불교 97명(22.4%)이었다.

구체적인 근무지를 살펴보면, 의사군은 개원의, 병원봉직의, 보건소의사를 포함한 전문의/일반의 132명(71.7%), 수련의/전공의 52명(28.3%)으로 구성되어 있었고, 보건인력군은 보건진료원 240명(55.4%), 보건소종사보건직 118명(27.3%), 병원간호사 34명(7.9%), 방사선사를 포함한 기타 31명(7.2%) 순이었다. 근무지를 기준으로 분류하였을 때, 의사군은 대도시(97.3%)-중소도시(2.7%) 순, 보건인력군은 읍면지역(69.5%)-대도시(16.6%)-중소도시(13.9%) 순으로 응답하였다(표 1).

자살에 대한 인식도 및 태도 조사

성별에 따라 차이를 보인 항목은 Q1("우리나라는 생명경시풍조가 있다", "그렇다" : 60.7%(남성) vs. 47.3%(여성), p=0.007), Q4("사람들은 자살할 권리가 있다", 20.8% vs. 12.5%, p=0.037), Q8("자살할 것이라고 위협하는 사람들은 실제로 자살을 행하는 일이 적다", 30.9% vs. 18.9%, p=0.004), Q9("자살은 불치의 질병이 있을 때 그 병에서 벗어나기 위하여 용납될 수 있는 방법이다", 27.0% vs. 9.7%, p<0.001), Q10("자살을 시도하는 사람은 대개 정신적으로 병든 사람이다" 59.4% vs. 44.9%, p=0.004), Q12("고아나 가족적인 연대가 없는 사람은 더 자살을 시도하는 경향이 있다", 85.2% vs. 67.6%, p<0.001)였다.

직군별 차이가 있었던 항목은 Q1("우리나라는 생명경시풍조가 있다", "그렇다" : 60.2%(의사군) vs. 47.0%(보건인력군), p=0.005), Q4("사람들은 자살할 권리가 있다", 22.4% vs. 11.7%, p=0.004), Q8("자살할 것이라고 위협하는 사람들은 실제로 자살을 행하는 일이 적다", 30.3% vs. 18.5%, p=0.004), Q9("자살은 불치의 질병이 있을 때 그 병에서 벗어나기 위하여 용납될 수 있는 방법이다", 27.1% vs. 8.8%, p<0.001), Q10("자살을 시도하는 사람은 대개 정신적으로 병든 사람이다" 61.0% vs. 43.7%, p<0.001), Q12("고아나 가족적인 연대가 없는 사람은 더 자살을 시도하는 경향이 있다", 80.8% vs. 68.2%, p<0.001)였다.

종교유무에 따라 차이를 보인 항목은 Q4("사람들은 자살할 권리가 있다", 10.5%(종교가 있는 군) vs. 26.2%(종교가 없는 군), p<0.001), Q11["공공장소(다리, 고층빌딩)에서 자살을 하려는 사람들은 주위의 관심을 끄는 데 더 흥미를 가지고 있다" 64.7% vs. 53.2%, p=0.019], Q13("만약 나의 가족 중 한 사람이 자살을 한다면 부끄러움을 느낄 것이다", 71.3% vs. 58.8%, p=0.010)이었다. 세부 종교별로 통계적으로 의미 있는 차이를 보이는 항목은 없었다(표 2).

회귀분석 결과, 성별에 따라서는 Q12["고아나 가족적인 연대가 없는 사람은 더 자살을 시도하는 경향이 있다", B=

Table 1. Comparison of sociodemographic characteristics between doctor group and health care worker group (n=617)

Variables		Doctor, n (%)	Health care worker, n (%)	Total, n (%)	p
Gender	Male	143 (77.7)	17 (3.9)	160 (25.9)	<0.001*
	Female	41 (22.3)	416 (96.1)	457 (74.1)	
	Total	184 (100.0)	433 (100.0)	617 (100.0)	
Age	20−29	45 (24.5)	27 (6.2)	72 (11.7)	<0.001*
	30−39	14 (7.6)	33 (7.6)	47 (7.6)	
	40−49	49 (26.6)	177 (40.9)	226 (36.6)	
	50−59	41 (22.3)	190 (43.9)	231 (37.4)	
	≥60	35 (19.0)	6 (1.4)	41 (6.6)	
Marital status	Unmarried	49 (26.6)	48 (11.1)	97 (15.7)	<0.001*
	Married	134 (72.8)	358 (82.7)	492 (79.7)	
	Others (separated, divorced, widowed)	1 (0.5)	27 (6.2)	28 (4.5)	
Religion	Affiliated	118 (64.1)	325 (75.1)	443 (71.8)	0.008*
	None	66 (35.9)	108 (24.9)	174 (28.2)	
Education	High		12 (2.8)	12 (1.9)	<0.001*
	College	−	190 (43.9)	190 (30.8)	
	University	78 (42.4)	146 (33.7)	224 (36.3)	
	Postgraduate	106 (57.6)	85 (19.6)	191 (31.0)	
Job	Specialist/physician	132 (71.7)	−	132 (21.4)	
	Internship/resident	52 (28.3)		52 (8.4)	
	Community health practitioner		240 (55.4)	240 (38.9)	
	Health official		118 (27.3)	118 (19.1)	
	Visiting nurse		8 (1.8)	8 (1.3)	
	Hospital nurse		34 (7.9)	34 (5.5)	
	Administrative official		2 (0.5)	2 (0.3)	
	Others		31 (7.2)	31 (5.0)	
Area	Metropolis	179 (97.3)	72 (16.6)	251 (40.7)	<0.001*
	Local small city	5 (2.7)	60 (13.9)	65 (10.5)	
	Rural area (eup-myeon)		301 (69.5)	301 (48.8)	

Chi-square test. * : p<0.05

1.103, odds ratio(이하 OR)=3.014, 95% confidence interval(이하 CI) : 1.358-6.689, p=0.007] 항목에서는 여성이 "아니다"의 높은 응답률과 연관되어 있었다.

직종별로는, Q9("자살은 불치의 질병이 있을 때 그 병에서 벗어나기 위하여 용납될 수 있는 방법이다", B=1.033, OR=2.810, 95% CI : 1.176-6.710, p=0.020)에서는 보건인력이 "아니다"의 높은 응답률과 연관되어 있었다. Q10("자살을 시도하는 사람은 대개 정신적으로 병든 사람이다", B=0.670, OR=1.954, 95% CI : 1.064-3.589, p=0.031), Q11["공공장소(다리, 고층빌딩)에서 자살을 하려는 사람들은 주위의 관심을 끄는 데 더 흥미를 가지고 있다", B=0.733, OR=2.081, 95% CI : 1.034-4.190, p=0.040] 항목에서는 모두 보건인력이 "아니다"의 높은 응답률과 연관되어 있었다. Q18("자살예방을 위해 정부는 적극적인 대책을 세워야 한다", B=-2.078, OR=0.125, 95% CI : 0.022-0.727, p=0.021) 항목에서 보건인력이 "그렇다"의 높은 응답률과 연관되어 있었다.

종교유무에 따라서는 Q4("사람들은 자살할 권리가 있다", B=-1.081, OR=0.339, 95% CI : 0.200-0.576, p<0.001) 항목에서는 종교가 없는 군이 "그렇다"라는 응답과 연관되어 있었다.

연령에 따라서는 Q1("우리나라는 생명경시풍조가 있다", B=-0.032, OR=0.968, 95% CI : 0.951-0.986, p<0.001), Q11["공공장소(다리, 고층빌딩)에서 자살을 하려는 사람들은 주위의 관심을 끄는 데 더 흥미를 가지고 있다", B=-0.057, OR=0.945, 95% CI : 0.925-0.965, p<0.001], Q13("만약 나의 가족 중 한 사람이 자살을 한다면 부끄러움을 느낄 것이다", B=-0.045, OR=0.956, 95% CI : 0.937-0.976, p<0.001) 항목 모두 연령이 높을수록 "그렇다"는 응답과 연관이 되어 있었다(표 3).

자살 및 우울에 대한 개인적 경험

전체 대상자의 9.8%와 21.6%가 각각 지난 1년 이내, 지난 1년 이전에 자살사고가 있었다고 응답하였다. 지난 1년 이내, 지난 1년 이전에 자살사고가 존재한 경우를 보면, 성별에 따라 각각 남성 8.8%, 18.8%, 여성 10.2%, 22.6%였다. 직군별로는 의사 10.4%, 39.7%, 보건 인력 9.6%, 22.4%, 종교 유무

Table 2. Comparison of recognition and attitude toward suicide according to gender, occupation and religion

	Gender				Occupation				Religion			
	Male n (%)	Female n (%)	Total n (%)	p	Doctor n (%)	Health worker n (%)	Total n (%)	p	Affiliated n (%)	None n (%)	Total n (%)	p
Q1. There is a current trend of disregard for human life in Korea												
Y	88 (60.7)	194 (47.3)	282 (50.8)	0.007*	97 (60.2)	185 (47.0)	282 (50.8)	0.005*	206 (52.0)	76 (47.8)	282 (50.8)	0.398
N	57 (39.3)	216 (52.7)	273 (49.2)		64 (39.8)	209 (53.0)	273 (49.2)		190 (48.0)	83 (52.2)	273 (49.2)	
T	145 (100.0)	410 (100.0)	555 (100.0)		161 (100.0)	394 (100.0)	555 (100.0)		396 (100.0)	159 (100.0)	555 (100.0)	
Q4. People do have the right to take their lives												
Y	25 (20.8)	49 (12.5)	74 (14.5)	0.037*	30 (22.4)	44 (11.7)	74 (14.5)	0.004*	40 (10.5)	34 (26.2)	74 (14.5)	<0.001**
N	95 (79.2)	342 (87.5)	437 (85.5)		104 (77.6)	333 (88.3)	437 (85.5)		341 (89.5)	96 (73.8)	437 (85.5)	
T	120 (100.0)	391 (100.0)	511 (100.0)		134 (100.0)	377 (100.0)	511 (100.0)		381 (100.0)	130 (100.0)	511 (100.0)	
Q8. Those who threaten to commit suicide rarely do so												
Y	42 (30.9)	79 (18.9)	121 (21.8)	0.004*	47 (30.3)	74 (18.5)	121 (21.8)	0.004*	81 (20.5)	40 (25.3)	121 (21.8)	0.212
N	94 (69.1)	339 (81.1)	433 (78.2)		108 (69.7)	325 (81.5)	433 (78.2)		315 (79.5)	118 (74.7)	433 (78.2)	
T	136 (100.0)	418 (100.0)	554 (100.0)		155 (100.0)	399 (100.0)	554 (100.0)		396 (100.0)	158 (100.0)	554 (100.0)	
Q9. Suicide is an acceptable means to end an incurable illness												
Y	31 (27.0)	38 (9.7)	69 (13.6)	<0.001**	36 (27.1)	33 (8.8)	69 (13.6)	<0.001**	45 (11.9)	24 (18.8)	69 (13.6)	0.054
N	84 (73.0)	353 (90.3)	437 (86.4)		97 (72.9)	340 (91.2)	437 (86.4)		333 (88.1)	104 (81.3)	437 (86.4)	
T	115 (100.0)	391 (100.0)	506 (100.0)		133 (100.0)	373 (100.0)	506 (100.0)		378 (100.0)	128 (100.0)	506 (100.0)	
Q10. People who commit suicide are usually mentally ill												
Y	82 (59.4)	186 (44.9)	268 (48.6)	0.004*	94 (61.0)	174 (43.7)	268 (48.6)	<0.001**	195 (48.1)	73 (49.7)	268 (48.6)	0.773
N	56 (40.6)	228 (55.1)	284 (51.4)		60 (39.0)	224 (56.3)	284 (51.4)		210 (51.9)	74 (50.3)	284 (51.4)	
T	138 (100.0)	414 (100.0)	552 (100.0)		154 (100.0)	398 (100.0)	552 (100.0)		405 (100.0)	147 (100.0)	552 (100.0)	
Q11. Suicide attempters who use public places (such as a bridge or tall building) are more interested in getting attention												
Y	80 (65.0)	222 (60.2)	302 (61.4)	0.392	92 (66.7)	210 (59.3)	302 (61.4)	0.149	227 (64.7)	75 (53.2)	302 (61.4)	0.019*
N	43 (35.0)	147 (39.8)	190 (38.6)		46 (33.3)	144 (40.7)	190 (38.6)		124 (35.3)	66 (46.8)	190 (38.6)	
T	123 (100.0)	369 (100.0)	492 (100.0)		138 (100.0)	354 (100.0)	492 (100.0)		351 (100.0)	141 (100.0)	492 (100.0)	
Q12. People with no roots or family ties are more likely to attempt suicide												
Y	104 (85.2)	252 (67.6)	356 (71.9)	<0.001**	118 (80.8)	238 (68.2)	356 (71.9)	0.004*	261 (71.9)	95 (72.0)	356 (71.9)	1.000
N	18 (14.8)	121 (32.4)	139 (28.1)		28 (19.2)	111 (31.8)	139 (28.1)		102 (28.1)	37 (28.0)	139 (28.1)	
T	122 (100.0)	373 (100.0)	495 (100.0)		146 (100.0)	349 (100.0)	495 (100.0)		363 (100.0)	132 (100.0)	495 (100.0)	
Q13. I would feel ashamed if a member of my family committed suicide												
Y	87 (71.9)	252 (66.7)	339 (67.9)	0.315	94 (67.6)	245 (68.1)	339 (67.9)	0.915	259 (71.3)	80 (58.8)	339 (67.9)	0.010*
N	34 (28.1)	126 (33.3)	160 (32.1)		45 (32.4)	115 (31.9)	160 (32.1)		104 (28.7)	56 (41.2)	160 (32.1)	
T	121 (100.0)	378 (100.0)	499 (100.0)		139 (100.0)	360 (100.0)	499 (100.0)		363 (100.0)	136 (100.0)	499 (100.0)	

Chi-square test. * : p<0.05, ** : p<0.001. Y : Yes, N : No, T : Total

Table 3. Association of gender, occupation, religion, and age with recognition and attitude toward suicide

Items	Variables	B	S.E.	Wals	OR	95% CI	p	R^2
Q1. There is a current trend of disregard for human life in Korea	Gender	0.227	0.314	0.520	1.255	0.677−2.324	0.471	0.055
	Occupation	0.454	0.306	2.204	1.575	0.865−2.869	0.138	
	Religion	0.106	0.198	0.287	1.112	0.754−1.640	0.592	
	Age	−0.032	0.009	12.293	0.968	0.951−0.986	<0.001**	
Q4. People do have the right to take their lives	Gender	0.021	0.451	0.002	1.021	0.422−2.472	0.963	0.082
	Occupation	0.685	0.432	2.516	1.984	0.851−4.625	0.113	
	Religion	−1.081	0.270	16.017	0.339	0.200−0.576	<0.001**	
	Age	−0.006	0.013	0.215	0.994	0.970−1.019	0.643	
Q5. You should not mention about suicide	Gender	0.045	0.477	0.009	1.046	0.410−2.664	0.926	0.050
	Occupation	0.174	0.460	0.142	1.190	0.482−2.934	0.706	
	Religion	0.001	0.270	0.000	1.001	0.589−1.700	0.997	
	Age	−0.047	0.013	13.312	0.954	0.931−0.979	<0.001**	
Q9. Suicide is an acceptable means to end an incurable illness	Gender	0.370	0.452	0.668	1.447	0.596−3.511	0.414	0.108
	Occupation	1.033	0.444	5.409	2.810	1.176−6.710	0.020*	
	Religion	−0.527	0.297	3.139	0.591	0.330−1.058	0.076	
	Age	−0.023	0.013	3.157	0.977	0.953−1.002	0.076	
Q10. People who commit suicide are usually mentally ill	Gender	0.050	0.319	0.025	1.052	0.563−1.964	0.875	0.032
	Occupation	0.670	0.310	4.667	1.954	1.064−3.589	0.031*	
	Religion	0.022	0.201	0.012	1.023	0.690−1.517	0.911	
	Age	−0.002	0.009	0.032	0.998	0.981−1.016	0.858	
Q11. Suicide attempters who use public places (such as a bridge or tall building) are more interested in getting attention	Gender	−0.211	0.366	0.334	0.809	0.395−1.658	0.563	0.105
	Occupation	0.733	0.357	4.217	2.081	1.034−4.190	0.040*	
	Religion	0.311	0.216	2.061	1.365	0.893−2.086	0.151	
	Age	−0.057	0.011	27.878	0.945	0.925−0.965	<0.001**	
Q12. People with no roots or family ties are more likely to attempt suicide	Gender	1.103	0.407	7.360	3.014	1.358−6.689	0.007*	0.050
	Occupation	−0.088	0.358	0.060	0.916	0.454−1.849	0.806	
	Religion	0.117	0.237	0.243	1.124	0.706−1.788	0.622	
	Age	0.015	0.011	1.881	1.015	0.994−1.037	0.170	
Q13. I would feel ashamed if a member of my family committed suicide	Gender	0.457	0.358	1.631	1.580	0.783−3.187	0.202	0.080
	Occupation	−0.168	0.341	0.241	0.846	0.433−1.651	0.623	
	Religion	0.363	0.221	2.712	1.438	0.933−2.215	0.100	
	Age	−0.045	0.010	18.658	0.956	0.937−0.976	<0.001**	
Q18. The Government should take active measures to suicide prevention	Gender	1.123	0.934	1.446	3.073	0.493−19.154	0.229	0.071
	Occupation	−2.078	0.898	5.357	0.125	0.022−0.727	0.021*	
	Religion	0.110	0.728	0.023	1.116	0.268−4.653	0.880	
	Age	0.042	0.030	1.914	1.042	0.983−1.106	0.167	

Binary logistic regression analysis. * : p<0.05, ** : p<0.001. Binary logistic regression analysis. S.E. : Standard error, OR : Odds ratio, CI : Confidence interval, R^2 : Nagelkerke R-square

별로는 종교가 있는 군 10.0%, 23.9%, 종교가 없는 군 9.2%, 15.6%였다.

자살사고의 평생 유병의 경우 전체 대상자의 31.4%가 최근 1년 이내 또는 1년 이전의 자살사고를 보고하였다. 성별로 보았을 때 전체 대상자 중, 남성 27.5%, 여성 32.7%(p=0.235), 직군별로는 의사의 29.9%, 보건인력의 31.9%(p=0.704), 종교 유무로 보았을 때 종교가 있는 군, 종교가 없는 군 각각 33.9%, 24.9%(p=0.033)로 종교가 있는 군이 더 높은 자살사고의 빈도를 나타냈다.

가족 혹은 가까운 지인의 자살시도 또는 자살 경험이 있다(Q20)고 응답한 경우는 전체 대상자의 25.2%였다. 성별로 나눌 때 남성의 27.0%, 여성 24.6%(p=0.527), 직군으로 나누었을 때는 의사의 29.1%, 보건인력의 23.6%(p=0.155), 종교 유무별로는 종교가 있는 군의 25.6%, 종교가 없는 군의 24.1%(p=0.757)였으며 통계적으로 의미 있는 차이는 없었다.

환자 또는 관리대상자의 자살을 경험하였다(Q21)는 응답은 전체 대상자의 32.1%였다. 성별로 구분하였을 때 남성의 26.5%, 여성 33.3%(p=0.198), 직군별로는 의사에서 28.7%, 보

건인력에서 33.0%(p=0.382)였으며, 종교 유무별로는 종교가 있는 군의 33.7%, 종교가 없는 군의 28.0%(p=0.226)였고, 통계적으로 의미 있는 차이는 없었다.

우울증 환자의 진료 또는 사례를 경험하였다(Q22)고 응답한 경우는 전체 대상자의 72.5%였다. 성별로는 남성의 71.7%, 여성의 72.8%(p=0.836), 직군별로 의사에서 73.5%, 보건인력에서 72.2%(p=0.767), 종교 유무별로 종교가 있는 군에서 72.9%, 종교가 없는 군에서 71.7%(p=0.764)가 경험이 있다고 응답하였으며 통계적으로 의미 있는 차이는 없었다.

자살 위기자에 대한 진료 또는 사례 경험(Q23)은 전체 대상자의 29.9%가 "있다"고 응답하였다. 성별로는 남성의 35.0%, 여성의 28.1%(p=0.109), 직군별로 의사에서 38.3%, 보건인력에서 26.4%(p=0.004), 종교 유무별로 종교가 있는 군에서 30.5%, 종교가 없는 군에서 28.3%(p=0.625)가 경험이 있다고 응답하여, 의사군에서 통계적으로 의미 있는 수준으로 "있다"는 응답이 많았다(표 4).

회귀분석결과를 살펴보면 자살사고의 평생 유병률(Q19)은 종교가 있는 군에서 종교가 없는 군에 비하여 의미 있는 수준으로 높게 보고되었다(B=-0.420, OR=0.657, 95% CI : 0.437-0.988, p=0.044).

치료 중인 환자 또는 관리 중인 대상자의 자살을 경험(Q21)한 경우는 연령이 높을수록 통계적으로 의미 있는 수준으로 높은 것으로 나타났다(B=-0.028, OR=0.973, 95% CI : 0.954-0.991, p=0.004).

자살위기자의 진료나 사례를 경험한 경우는 의사군이 보건인력군에 비해 통계적으로 의미 있는 수준으로 높은 것으로 나타났다(B=0.852, OR=2.345, 95% CI : 1.288-4.270, p=0.005)(표 5).

고 찰

알려진 바에 의하면 미국에서만 매년 3만 명 가량이 자살로 생을 마감하며 자살시도자의 수는 자살자의 7~10배 정도로 알려져 있다.[19] 이미 언급한 바와 같이 우리나라의 자살률

Table 4. Comparison of personal experiences on suicide according to gender, occupation and religion

	Gender				Occupation				Religion			
	Male n (%)	Female n (%)	Total n (%)	p	Doctor n (%)	Health worker n (%)	Total n (%)	p	Affiliated n (%)	None n (%)	Total n (%)	p
Q19. Have you ever considered suicide?												
Y	44 (27.5)	148 (32.7)	192 (31.4)	0.235	55 (30.1)	137 (31.9)	192 (31.4)	0.704	149 (33.9)	43 (24.9)	192 (31.4)	0.033*
N	116 (72.5)	304 (67.3)	420 (68.6)		128 (69.9)	292 (68.1)	420 (68.6)		290 (66.1)	130 (75.1)	420 (68.6)	
T	160 (100.0)	452 (100.0)	612 (100.0)		183 (100.0)	429 (100.0)	612 (100.0)		439 (100.0)	173 (100.0)	612 (100.0)	
Q23. Have you ever experienced patients at suicide risk in your clinic?												
Y	56 (35.0)	128 (28.1)	184 (29.9)	0.109	70 (38.3)	114 (26.4)	184 (29.9)	0.004*	135 (30.5)	49 (28.3)	184 (29.9)	0.625
N	104 (65.0)	327 (71.9)	431 (70.1)		113 (61.7)	318 (73.6)	431 (70.1)		307 (69.5)	124 (71.7)	431 (70.1)	
T	161 (100.0)	458 (100.0)	619 (100.0)		183 (100.0)	432 (100.0)	615 (100.0)		442 (100.0)	173 (100.0)	615 (100.0)	

Chi-square test. * : p<0.05. Y : Yes, N : No, T : Total

Table 5. Association of gender, occupation, religion, and age with personal experiences of suicide

Items	Variable	B	S.E.	Wals	OR	95% CI	p-value	R^2
Q19. Have you ever considered suicide?	Gender	0.485	0.324	2.245	1.624	0.861-3.064	0.134	0.017
	Occupation	-0.322	0.307	1.104	0.724	0.397-1.322	0.293	
	Religion	-0.420	0.208	4.063	0.657	0.437-0.988	0.044*	
	Age	0.005	0.009	0.375	1.005	0.988-1.023	0.540	
Q21. Have you ever experienced patients' suicide?	Gender	-0.403	0.357	1.272	0.668	0.332-1.346	0.259	0.029
	Occupation	0.205	0.331	0.382	1.227	0.642-2.347	0.536	
	Religion	0.135	0.214	0.399	1.145	0.753-1.741	0.527	
	Age	-0.028	0.010	8.107	0.973	0.954-0.991	0.004*	
Q23. Have you ever experienced patients at suicide risk in your clinic?	Gender	-0.366	0.320	1.312	0.693	0.370-1.298	0.252	0.026
	Occupation	0.852	0.306	7.767	2.345	1.288-4.270	0.005*	
	Religion	0.138	0.206	0.452	1.148	0.767-1.718	0.501	
	Age	-0.010	0.009	1.269	0.990	0.973-1.007	0.260	

Binary logistic regression analysis. * : p<0.05, ** : p<0.001. S.E. : Standard error, OR : Odds ratio, CI : Confidence interval, R^2 : Nagelkerke R-square

은 OECD 국가 중 가장 높은 수준이며 지속적으로 증가하는 추세를 보여 대책이 필요하며 일차의료의사, 보건소 등 이미 구축되어 있는 자원을 자살예방정책에 활용하는 것이 효과적일 것으로 판단되나 정책 수립의 근거가 되는 기초 연구가 부족한 상황이다. 본 연구에서는 의사와 함께 공중보건인력도 포함하여 자살에 대한 태도, 개인적 경험에 대해 조사한 것에 의미가 있다.

Jeon 등[20]의 연구에 따르면 자살에 대한 허용적인 태도는 우울증 환자에서 장래의 자살의도와 연관되어 있다. 자살사고가 있었던 사람들은 그렇지 않은 사람에 비해 자살을 권리로 생각하는 태도가 더 강하다는 연구가 있으며,[21] Renberg와 Jacobsson[22]은 자살에 대한 허용적인 태도가 늘면 자살률의 상승으로 이어질 수 있으나 동시에 자살과 관련된 문제의 표현을 허용하여 결과적으로 더 많은 도움을 받을 수 있게 할 것이라는 주장을 한 바 있다.

본 연구에서는 자살에 대해 Q4("사람들은 자살할 권리가 있다")에서 종교가 있는 군보다는 종교가 없는 군이, Q9("자살은 불치의 질병이 있을 때 그 병에서 벗어나기 위하여 용납될 수 있는 방법이다")에서는 의사군이 보건인력군에 비해 더 허용적인 태도를 가진 것으로 나타났다. 의과대학생, 의사, 경찰관, 보조교사 등을 대상으로 한 기존 연구에서 의과대학생, 의사가 가장 자살에 허용적인 태도를 보였다는 보고가 있으며[23] 본 연구와도 부분적으로 일치하는 결과이다.

Kim 등[24]이 국내 일반인구 1578명을 대상으로 한 연구에서 일반인의 51.1%가 "불치병에 걸린 사람의 자살을 이해할 수 있다"로 응답하였다. 본 연구에서 유사한 항목인 Q9("자살은 불치의 질병이 있을 때 그 병에서 벗어나기 위하여 용납될 수 있는 방법이다")의 응답을 고려한다면, 본 연구의 대상자인 의사, 보건인력은 일반인에 비해서는 자살에 대해 덜 허용적인 것으로 생각된다.

자살에 대한 부정적인 태도를 직접 평가할 수 있는 항목은 Q13("만약 나의 가족 중 한 사람이 자살을 한다면 부끄러움을 느낄 것이다")이었으며 종교가 있는 군의 경우 종교가 없는 군보다 자살에 대해 비윤리, 부끄러움 등 부정적, 거부적인 태도와 인식이 상대적으로 더 강함을 알 수 있었다. 동일한 항목은 아니지만, Kim 등[24]의 연구에서 일반인의 45.5%가 "자살은 매우 심각한 윤리적 죄악이다"라고 응답한 것과 비교한다면 본 연구의 대상자들은 일반 인구 집단보다 자살에 대해 부정적인 태도가 높은 것으로 평가되었다.

본 연구에서 1년 이내 자살사고가 존재한 경우는 2011년 국민건강영양조사에서 만 19세 이상 일반 인구를 대상으로 한 결과 13.9%에 비해 낮았다.[25] 1년 이내와 1년 이전에 자살사고가 있었던 경우를 모두 합하여 자살사고의 평생 유병률로 보았을 때는 종교가 있는 군에서 가장 높았고, 종교가 없는 군에서 가장 낮았다. 성별, 직종별로 나누어 보았을 때도 Jeon 등[26]이 보고한 국내 일반 인구 집단의 평생 자살사고 유병률인 전체 일반인 평균 15.2%, 남성 12.9%, 여성 17.6%에 비교하여 높은 수준이었으며, Eskin 등[27]이 보고한 오스트리아 의과대학생에서의 37.8%, 터키 의과대학생에서의 27.3%와 비슷한 수준으로 나타났다. Tyssen 등[28]은 졸업 마지막 학기의 의과대학 학생들을 대상으로 자살사고의 평생 유병률, 최근 1년 이내 자살사고의 유병률을 조사하여 각각 43.1%, 14.2%로 보고한 바 있다.

Hawton 등[29]은 과거 연구에서 의사의 자살률은 일반 인구 집단보다 의미 있는 수준으로 낮았으나 여성 의사의 경우 자살률이 증가하고 있다는 보고를 한 바 있으며, 일반 인구 집단의 여성보다 자살률이 높다는 다른 연구도 있다.[30] 본 연구에서는 자살시도에 대해 직접 조사하지는 않았으나 1년 이내 자살사고, 자살사고의 평생 유병률에서 여성이 남성보다 높은 수준임을 확인할 수 있었으며 부분적으로 과거연구와 일치함을 확인할 수 있었다. 전반적으로 자살률이 증가하고 있는 상황이므로 후속연구를 통해 의사군, 보건인력군의 자살사고 변화추이를 추적하고 의사, 보건인력 자살사고가 자살위기자에 대한 대처에 어떤 영향이 있는지에 대해서 검증하는 것이 도움이 될 것으로 생각된다.

특이한 점은, 자살사고의 평생 유병률이 종교가 있는 군에서 33.9%로 종교가 없는 군의 24.9%보다 통계적으로 의미 있는 수준으로 높게 보고되었다는 점이다(p=0.033). Shim과 Park[31]이 국내의 암 환자를 대상으로 한 연구에서 종교가 없는 것이 종교가 있는 것에 비해 더 높은 자살성과 연관되어 있다는 결과를 발표하였고, Nkansah-Amankra 등[32]은 청소년들의 종교활동 참여가 자살 행동을 낮추는 것으로 보고하기도 하였으나 본 연구의 결과와는 일치하지 않았다. 이런 차이에 대해 가능한 설명으로, 본 연구에서는 의사, 보건인력 등을 대상으로 하여 선행된 연구들과는 연구 대상에 차이가 있었다는 점이다. 또한 종교의 유무 이외에 종교의 종류 등 결과에 차이를 줄 수 있는 여러 요인들을 고려하지 않았다는 점을 들 수 있다. 본 연구를 바탕으로 우리나라의 종교와 자살과의 상관관계에 대해 후속 연구를 통한 검증이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 의사군과 보건인력군에서 관리 대상자 또는 환자의 우울을 경험한 경우는 70% 이상이었으며, 환자의 자살을 경험한 경우는 32.1%에 달했다. 우울증과 같은 정신질환의 존재가 자살의 위험인자인 것을 감안한다면 자살 고위험군에 대한 접근도가 매우 높다고 판단되며, 자살 위험을 감지하지 못하는 경우, 신체 증상을 주호소로 하는 우울증에서

우울증상 자체는 간과되는 경우를 고려한다면 우울증상이 있는 환자 또는 대상자와의 접촉이 실제로는 더 높을 것으로 생각할 수 있다.

Chemtob 등[33]의 연구에서는 259명의 정신건강의학과 의사를 대상으로 질문하였을 때 조사 대상자의 51%가 환자의 자살을 경험하였으며, 이 중 57%에 해당하는 의사는 수 주일 동안 부모의 죽음을 경험한 정도에 해당하는 외상 후 스트레스 증상을 겪었다고 보고하였다. 같은 연구에서 환자를 자살로 잃은 정신건강의학과 의사들은 분노, 죄책감, 자신감의 상실, 자살에 대한 침투적 사고 등을 경험한 것으로 보고하였다. 우리나라의 경우 정확한 실태에 관하여 알려지지는 않았으나 의사, 보건인력이 환자의 자살을 경험했을 때에 대한 심리적인 지원에 대해서도 고려가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 자가보고식 설문 형식으로 진행되어 회상편견(recall bias)에 영향을 받았을 수 있다는 점이다. 둘째, 표본추출에 의한 대상모집이 아니기 때문에 결과를 일반화하기에 어려움이 있다. 셋째, 대상자의 자살사고 유병률 이외에 자살시도의 과거력, 동반된 정신질환의 과거력 등 자살위험 관련 인자들에 대한 조사가 이루어지지 않아 보다 심도 있는 분석이 어려웠다는 점이다.

결 론

결론적으로, 본 연구에서 의사와 보건인력은 성별, 연령, 직종, 종교 유무에 따라 자살에 대한 태도, 개인적 경험에 차이를 보였다. 많은 수의 의료 인력이 환자 또는 관리 대상자의 자살, 우울증을 경험하고 있었으며 본인의 자살을 생각한 경우도 많음을 확인할 수 있어 이에 대한 지원이 절실하다. 또한, 저자들이 아는 한 현재까지 국내에서 의사와 보건인력의 자살위기자에 대한 개입을 통한 자살률 감소 효과가 체계적으로 검증된 바는 없다. 자살위기자를 대하는 의사, 보건인력의 자살에 대한 인식, 태도와 경험이 위기 중재에 어떤 영향을 주는지에 대해서도 연구가 필요하다고 생각되며, 본 연구를 바탕으로 한 후속 연구를 통해 검증하는 것이 바람직하겠다.

중심 단어 : 자살 · 자살에 대한 태도 · 의사 · 일차의료.

Acknowledgments

본 연구는 2011년 국립서울병원 학술연구용역사업 연구과제로 수행되었음.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

1) WHO. World Health Organization. Suicide Prevention (SUPRE). [cited 2013 May 5]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide.
2) National Statistics Office. Annual Report on the Cause of Death Statistics (2008). National Statistics Office 2009:(Korean).
3) National Statistics Office. Annual Report on the Cause of Death Statistics (2010). National Statistics Office 2011:(Korean).
4) National Statistics Office. Annual Report on the Cause of Death Statistics (2011). National Statistics Office 2012:(Korean).
5) Ministry of Health and Welfare, Korea. Health and Welfare Minitry White Paper (2011). Seoul: Ministry of Health and Welfare, Korea; 2012. p.765.
6) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association;1994.
7) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005;294:2064-2074.
8) Kato TA, Suzuki Y, Sato R, Fujisawa D, Uehara K, Hashimoto N, et al. Development of 2-hour suicide intervention program among medical residents: first pilot trial. Psychiatry Clin Neurosci 2010;64:531-540.
9) Statistics Korea. Report on the social survey. Daejeon: Statistics Korea;2012. p.43.
10) Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. Br J Psychiatry 1998;173:462-474.
11) Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry 2002;159:909-916.
12) Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. Acta Psychiatr Scand 2000;102:126-134.
13) Waern M, Beskow J, Runeson B, Skoog I. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. Lancet 1999;354:917-918.
14) Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. Acta Psychiatr Scand 1992;85:83-88.
15) Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. Arch Gen Psychiatry 2007;64:914-920.
16) Shim JW. 우리나라 국민의 생명존중 및 자살에 관한 의식 조사. The 4th Seoul International Conference on suicide prevention; 2010 Sep 10. Seoul: Korean Association for Suicide Prevention;2010.
17) Ban YJ, Park YM, Suk JH. A preliminary study on the attitude toward suicides in normal persons. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1989;28:155-167.
18) Domino G, Moore D, Westlake L, Gibson L. Attitudes toward suicide: a factor analytic approach. J Clin Psychol 1982;38:257-262.
19) Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins;2009. p.2717.
20) Jeon HJ, Park JH, Shim EJ. Permissive attitude toward suicide and future intent in individuals with and without depression: results from a nationwide survey in Korea. J Nerv Ment Dis 2013;201:286-291.
21) Kodaka M, Inagaki M, Postuvan V, Yamada M. Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide. Int J Soc Psychiatry In press 2012.
22) Renberg ES, Jacobsson L. Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTS) and its application in a Swedish population.

Suicide Life Threat Behav 2003;33:52-64.
23) Oncü B, Soyka C, Ihan IO, Sayil I. Attitudes of medical students, general practitioners, teachers, and police officers toward suicide in a Turkish sample. Crisis 2008;29:173-179.
24) Kim SW, Bae KY, Kim JM, Kim SY, Yoo JA, Yang SJ, et al. Psychosocial correlates of attempted suicide and attitudes toward suicide. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2010;49:367-373.
25) Korea Health Statistics 2011 : Korea National Health and Nutrition Examination Survey(KHANANES V-2). Cheongwon: Korea Centers for Disease control & Prevention;2011. p.155.
26) Jeon HJ, Lee JY, Lee YM, Hong JP, Won SH, Cho SJ, et al. Lifetime prevalence and correlates of suicidal ideation, plan, and single and multiple attempts in a Korean nationwide study. J Nerv Ment Dis 2010;198:643-646.
27) Eskin M, Voracek M, Stieger S, Altinyazar V. A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011;46:813-823.
28) Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. J Affect Disord 2001;64: 69-79.
29) Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. J Epidemiol Community Health 2001;55:296-300.
30) Fridner A, Belkic K, Marini M, Minucci D, Pavan L, Schenck-Gustafsson K. Survey on recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUPE study): cross-sectional associations with work stressors. Gend Med 2009;6:314-328.
31) Shim EJ, Park JH. Suicidality and its associated factors in cancer patients: results of a multi-center study in Korea. Int J Psychiatry Med 2012;43:381-403.
32) Nkansah-Amankra S, Diedhiou A, Agbanu SK, Agbanu HL, Opoku-Adomako NS, Twumasi-Ankrah P. A longitudinal evaluation of religiosity and psychosocial determinants of suicidal behaviors among a population-based sample in the United States. J Affect Disord 2012; 139:40-51.
33) Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Kinney B, Torigoe RY. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. Am J Psychiatry 1988;145:224-228.

■ 부 록 ■

자살에 대한 인식 및 태도, 개인적 경험에 관한 설문지 (A. 자살에 대한 인식 및 태도관련 문항)

※ 다음은 사회적인 이슈에 대한 일반적인 인식에 대한 문항입니다. 각 질문에 대해 어떤 의견을 가지고 계신지 하나를 골라 표기(∨, O)해 주시기 바랍니다.

문 항	절대 그렇다	그렇다	모르겠다	아니다	절대 아니다
1. 우리나라는 생명경시풍조가 있다.	①	②	③	④	⑤
2. 우리나라 자살률은 세계적으로 높은 편이다.	①	②	③	④	⑤
3. 자살을 행할 가능성은 노인보다 젊은이가 더 많다.	①	②	③	④	⑤
4. 사람들은 자살할 권리가 있다.	①	②	③	④	⑤
5. 자살에 대해 말해서는 안 된다.	①	②	③	④	⑤
6. 자살시도에서 한 번 살아난 사람은 다시 시도할 가능성이 적다.	①	②	③	④	⑤
7. 자살충동이 있는 사람이 상담이나 치료를 받으면 자살이 예방될 수 있다.	①	②	③	④	⑤
8. 자살할 것이라고 위협하는 사람들은 실제로 자살을 행하는 일이 적다.	①	②	③	④	⑤
9. 자살은 불치의 질병이 있을 때 그 병에서 벗어나기 위하여 용납될 수 있는 방법이다.	①	②	③	④	⑤
10. 자살을 시도하는 사람은 대개 정신적으로 병든 사람이다.	①	②	③	④	⑤
11. 공공장소(다리, 고층빌딩)에서 자살을 하려는 사람들은 주위의 관심을 끄는 데 더 흥미를 가지고 있다.	①	②	③	④	⑤
12. 고아나 가족적인 연대가 없는 사람은 더 자살을 시도하는 경향이 있다.	①	②	③	④	⑤
13. 만약 나의 가족 중 한 사람이 자살을 한다면 부끄러움을 느낄 것이다.	①	②	③	④	⑤
14. 부모가 자살한 사람은 자살위험률이 더 높다.	①	②	③	④	⑤
15. 연예인 등 유명인의 자살이 일반인의 자살에 영향을 미친다.	①	②	③	④	⑤
16. 자살사건에 대한 매스컴의 보도는 너무 자극적이다.	①	②	③	④	⑤
17. 자살은 개인보다 사회에 그 책임이 있다.	①	②	③	④	⑤
18. 자살예방을 위해 정부는 적극적인 대책을 세워야 한다.	①	②	③	④	⑤

(B. 자살에 대한 개인적 경험 및 의뢰, 교육 경험관련 문항)

※ 해당하는 곳에 표기(∨, O)하거나 간략히 기재해 주시기를 바랍니다.

19. 귀하는 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있습니까?
① 지난 1년 이내 ② 지난 1년 이전 ③ 없다

20. 귀하의 가까운 가족이나 친지, 친구가 자살을 시도했거나 자살한 경험이 있습니까?
① 있다 ② 없다

21. 귀하가 치료하고 있는 환자 혹은 관리 중인 대상자의 자살을 경험한 적이 있습니까?
① 있다 ② 없다

22. 우울증 환자의 진료나 사례를 경험한 적이 있습니까?
① 있다 ② 없다

23. 자살위기자의 진료나 사례를 경험한 적이 있습니까?
① 있다 ② 없다

(C. 일반적 사항)

※ 해당하는 곳에 표기(∨, O)해 주시기 바랍니다.

1. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까? ① 남자 ② 여자

2. 귀하의 연세는 만으로 어떻게 되십니까? 만( )세

3. 현재 근무하고 있는 지역은 어디입니까?
① 서울 ② 부산 ③ 대구 ④ 인천 ⑤ 광주 ⑥ 대전 ⑦ 울산 ⑧ 경기 ⑨ 강원 ⑩ 충북
⑪ 충남 ⑫ 전북 ⑬ 전남 ⑭ 경북 ⑮ 경남 ⑯ 제주

4. 귀하의 직종은 어떻게 되십니까?
① 보건소 의사 ② 개원의 ③ 병원 봉직의
④ 수련의/전공의 ⑤ 보건소 방문간호사 ⑥ 병원 간호사
⑦ 보건소 종사 보건직 ⑧ 사회복지사 ⑨ 행정직
⑩ 기타( )
└→ 직종이 '의사'라면 전문과를 적어주십시오. ( )

5. 귀하의 최종학력은 어떻게 되십니까?
① 고등학교 졸업 ② 전문대 졸업 ③ 대학교 졸업 ④ 대학원 이상(재학 포함)

6. 귀하의 현재 결혼 상태는 어떻게 되십니까?
① 미혼 ② 기혼 ③ 기타(별거, 이혼, 사별 등)

7. 귀하의 종교는 무엇입니까?
① 기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 원불교 ⑤ 유교 ⑥ 기타 종교 ⑦ 종교 없음(무교)

8. 귀하의 근무지는 대도시, 중소도시, 읍면 중에서 어디에 해당하십니까?
① 대도시 ② 중 · 소도시 ③ 읍면