

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2015;54(4):444-458
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

우리나라 정신건강의학과 전공의의 자살에 대한 지식, 태도 및 경험에 대한 고찰 : 횡단연구

강원대학교병원 정신건강의학과,¹ 강원대학교 의학전문대학원 정신건강의학교실,²
순천향대학교 의과대학 서울병원 정신건강의학교실³

이경린¹ · 이강욱^{1,2} · 황준원^{1,2} · 한상우³ · 대한신경정신의학회 수련위원회

Investigation of Knowledge, Attitudes, and Experience Regarding Suicidal Behaviors among Psychiatric Residents in Korea : A Cross-Sectional Study

Kyunglin Lee, MD¹, Kanguk Lee, MD, PhD^{1,2}, Junwon Hwang, MD, PhD^{1,2},
Sang Woo Hahn, MD, PhD³, and The Committee of Residency Training
of the Korean Neuropsychiatric Association

¹Department of Psychiatry, Kangwon National University Hospital, Chuncheon, Korea

²Department of Psychiatry, Kangwon National University School of Medicine, Chuncheon, Korea

³Department of Psychiatry, College of Medicine, Soonchunhyang University, Seoul Hospital, Seoul, Korea

Objectives This study investigated the effects of the grade of residents, sociodemographic variables, and clinical experience with suicidal patients on the knowledge and attitudes toward suicide among psychiatric residents in Korea.

Methods A self-reporting survey including 30 questions was conducted together with an investigation of the sociodemographic background of the research subjects. The questionnaire was composed of general knowledge questions on suicide, suicide-related personal experience, attitudes toward suicide, and the treatment experience of suicide attempt patients. Chi-square test and binary logistic regression analysis were used to determine the differences and associations among the attitudes toward suicide, clinical experience of suicide, and sociodemographic characteristics.

Results A significantly higher response rate was presented in the 4th grade on general knowledge of suicide and treatment experience with suicide attempt patients than in the 1st grade. Residents with previous history of psychiatric treatment suicide plans, or attempts presented a significantly higher level of permissive attitude toward suicide. Residents who had a previous history of suicide attempt among their own patients were more likely to think that they were more capable to prevent suicide of patients.

Conclusion Effective clinical practices are essential considering the fact that the highest suicide risk groups will inevitably be referred to psychiatric clinical services. The authors expect that the study results regarding suicide-related knowledge, attitudes, and the experience of psychiatric residents will contribute to the development of effective resident training programs for suicide-related clinical practice in Korea.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54(4):444-458

KEY WORDS Attitudes toward suicide · Experience in clinical practice of suicide attempters · Psychiatric residents in Korea.

Received July 20, 2015
Revised August 18, 2015
Accepted August 29, 2015

Address for correspondence

Kanguk Lee, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Kangwon National University Hospital,
156 Baengnyeong-ro,
Chuncheon 24289, Korea
Tel +82-33-258-2310
Fax +82-33-258-2146
E-mail kuleemd@kangwon.ac.kr

서 론

세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)는 자살을 죽음의 의도와 동기를 인지하면서 자신에게 손상을 입히는 행위라고 하였다.¹⁾ 2014년 통계청에서 발표한 자료²⁾

에 따르면 우리나라의 자살 사망률은 2013년을 기준으로 인 구 10만 명당 28.5명으로 자살은 전체 사망원인 중 4번째에 해당하는 주요 사망원인이다. 우리나라에서는 자살로 인한 사망자가 이미 당뇨병, 고혈압, 간질환으로 인한 사망자뿐만 아니라 위암, 간암, 폐암 사망자보다 많은 수준이다. 경제협

력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, 이하 OECD) 회원국 사이에서도 우리나라의 자살률은 전체 34개 회원국 중 1위로 가장 높은 수준에 해당한다.³⁾ 우리나라의 자살 문제는 개인에게 국한된 문제가 아니라 국가·사회적인 차원에서 중요한 문제로 인식될 만큼 심각한 수준에 이르렀으며 자살 문제를 해결하기 위한 국가적 차원의 정책 수립이 요구되면서 ‘자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 법률’이 2011년에 공포되어 현재까지 범국가적으로 자살을 예방하기 위해 노력하고 있다.⁴⁾

정신질환자의 자살위험은 일반 인구보다 약 8배 높고,⁵⁾ 이들 중 25~50%는 일생동안 한 번 이상 자살을 시도하며, 이들의 표준사망률은 8~9%로 상대적으로 높은 편이다.⁶⁾ 자살에 영향을 미치는 선행 요인에 대한 과거 연구들을 살펴보면, 정신질환의 병력이 있는 경우에 자살과의 상관성이 가장 높았는데, 특히 자살 시도 임박시기에는 자살 사망자의 90% 이상이 정신장애를 갖고 있는 상태로 추정되었다.^{7,8)} 자살사고, 자살계획, 자살 시도를 경험한 집단은 평소 스트레스 정도가 높고 우울증이 의심될 정도로 정신건강수준에 문제가 있으며, 정신건강의학과에서 진료를 받는 환자군에서 다른 진료 과목에 비해 더 높은 비중을 차지하였다.^{9,10)} 따라서 자살은 개인의 정신질환 및 정신건강문제와 매우 밀접한 관련이 있으며 자살 위험도가 가장 높은 환자들이 정신건강의학과를 방문하게 될 가능성이 높으므로, 정신건강의학과 의료진은 환자의 자살위험도를 평가하고 적절하게 치료적 개입을 하면서 자살예방 교육을 하는 등 자살 문제에 대한 전문가로서 최고 수준의 능력이 요구된다.

Domino와 Takahashi¹¹⁾는 자살 태도란 자살에 대해 개인이 지니고 있는 비교적 일관된 견해이며, 자살 행동에 대해 개인이 비교적 지속적으로 견지하는 의견이라고 하였다. 자살 태도는 간접적으로 자살위험성을 예측할 수 있게 하므로 자살 행동을 파악하고 자살을 예방하는 데 유용한 자료이다.¹²⁾ 자살에 대한 인식과 태도를 조사한 선행연구를 살펴보면 일반인¹³⁾을 비롯해서 자살 문제에 대해 직·간접적으로 관여하게 되는 경찰관¹⁴⁾이나 병원 간호사¹⁵⁾ 및 지역사회 정신보건종사자¹⁶⁻¹⁸⁾ 혹은 의료인 및 공무원들을 포함한 국가 정책결정자¹⁹⁾ 등 일부 직업군을 대상으로 한 연구들이 있었고 정신건강의학과 의사와 일반인 및 일반의사 간 자살 태도를 비교한 연구²⁰⁾가 있었다.

자살 시도자를 대하는 의료진이 갖고 있는 자살에 대한 태도는 자살과 관련된 문제를 해결하는 데 중요한 영향을 미칠 수 있다. 의료진의 자살에 대한 태도에 영향을 미칠 수 있는 요인에는 개인의 사회·문화적 속성과 같은 내적요인뿐만 아니라 연차를 포함한 수련 교육 경험과 실제 자살 시도자에 대

한 진료 경험과 같은 외적요인이 있을 것으로 추정할 수 있다. 특히 정신건강의학과 전공의는 응급 진료 현장 등에서 자살 시도자와 대면하는 초기 의료 인력으로서 매우 중요한 위치를 차지하고 있기에 전공의들의 자살에 대한 인식과 태도를 이해하는 것은 매우 중요한 의미가 있다. 하지만 정신건강의학과 전공의를 대상으로 자살에 대한 지식과 경험 및 자살에 대한 태도를 연구한 경우는 드문 편으로 유럽과 아시아 지역에서 소수의 선행연구가 있었지만,^{21,22)} 국내에서 이에 대해 체계적으로 조사한 연구는 아직까지 없었다.

따라서 본 연구에서는 정신건강의학과 전공의가 수련 교육을 받는 기간에 따라서 진료 경험의 숙련도가 달라질 것이며 자살에 대한 태도에도 영향을 줄 것이라는 가설을 설정하였다. 이를 검증하기 위해서 현재 우리나라에서 수련받고 있는 1년차 및 4년차 전공의들을 대상으로 인구사회학적 요인과 함께 자살에 대한 지식과 경험, 태도가 연차에 따라 어떤 차이가 있는지에 대한 실태를 조사하였다.

방 법

대 상

본 연구는 전국 정신건강의학과 수련병원에 소속된 1년차 전공의와 4년차 전공의를 대상으로 하였다. 설문조사는 1년차 전공의는 2012년 4월, 4년차 전공의는 2012년 6월에 실시하였으며 설문시행 전에 모든 대상자에게 연구목적과 방법을 설명하였고, 설문 참여에 대한 서면 동의서를 받았다. 연구에 참여한 인원은 1년차 전공의는 총원 162명 중 126명(응답률 : 78.8%)이었고, 4년차 전공의는 총원 154명 중 134명(응답률 : 89.3%)이었다. 본 연구는 강원대학교병원 임상연구윤리위원회의 승인을 받았다.

조사 문항

먼저 인구통계학적 정보는 연차, 성별, 연령, 종교, 혼인상태 등을 포함하였다. 조사 문항은 자살에 대한 인식과 태도에 관한 선행 연구에서 널리 활용된 Renberg와 Jacobsson,²³⁾ Renberg 등²⁴⁾의 Questionnaire on Attitudes Towards Suicide를 번역해 국내 상황에 적절하다고 생각되는 문항과 Seo²⁵⁾가 ‘생명존중 및 자살에 대한 국민태도조사’ 연구에서 사용한 설문 문항 중 본 연구목적에 부합하는 내용으로 재구성하여 사용하였다.²⁶⁾ 설문은 총 30문항으로 이루어져 있으며 자살과 관련된 일반적 지식(Q1~Q4), 자살과 관련된 개인적 경험(Q5~Q8), 자살에 대한 태도(Q9~Q26), 자살 시도자에 대한 진료경험(Q27~Q30) 등 4가지 영역으로 구성되었다(부록). 이 중 자살에 대한 태도에서는 문항별 의미에 따라 허용

적인 태도(Q9~Q13), 금기적 태도(Q14~Q16), 자살 의도의 지속성 및 결정성(Q17, Q18), 예방가능성(Q19), 사회적 책임(Q20), 보편성(Q21), 이타적 자살(Q22), 자살 의도의 불변성(Q23, Q24), 자살시도에 대한 인식(Q25, Q26) 등 9가지 항목으로 세부적으로 재분류하였다. 모든 설문 문항은 '예', '아니오'로 응답하는 객관식 문항이었고 Q2, Q3은 연구 대상의 정확한 지식수준을 평가하기 위해 주관식 응답을 추가하여 정답을 기입한 경우에만 적절한 지식이 있는 것으로 평가하였다.

통계 분석

연구 대상의 인구사회학적 배경에 대해서 전공의 연차별로 빈도수와 백분율을 산출하여 카이-제곱 검정(chi-square test)을 통해 통계적 유의성을 검증하였다. 전공의 연차에 따라 모든 설문 문항 응답 결과에 대한 빈도수와 백분율을 산출하였고 카이-제곱 검정을 통해서 통계적 유의성을 검증하였다. 단, 기대 빈도수의 25%에서 5 미만인 값을 가질 경우에는 피셔의 정확검정(Fisher's exact test)을 사용하였다. 또한 연구 대상의 5가지 인구사회학적 배경을 독립변수로 정하고 전체 30개 설문 문항의 결과를 종속변수로 정해서 이분형 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 끝으로 자살과 관련된 개인적 경험(Q5~Q8)과 진료경험(Q27~Q30)이 자살에 대한 태도(Q9~Q26)에 미치는 영향을 알아보기 위해서 이분형 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 모든 자료의 통계 분석은 WIN SPSS 21.0(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 사용하였으며 유의수준은 $p < 0.05$ 로 설정하였다.

결 과

연구 대상의 인구사회학적 배경

연구 대상의 인구사회학적 배경은 표 1과 같다. 연구 대상은 총 260명으로 1년차 전공의 126명(48.5%), 4년차 전공의

134명(51.5%)이었다. 평균 연령은 29.0세였으며 1년차 전공의 평균 연령은 27.7세, 4년차 전공의 평균 연령은 30.2세였다. 남성이 153명(58.8%), 여성이 107명(41.2%)으로 남성이 더 많았으며, 종교가 있는 사람이 133명(53.6%)으로 종교가 없는 사람 115명(46.4%)에 비해 더 많았고, 기혼이 86명(33.7%), 미혼이 169명(66.3%)으로 미혼이 더 많았다. 4년차 전공의가 1년차 전공의에 비해서 연령과 결혼한 비율이 더 높았다(연령 $\chi^2 = 20.537$, $df=1$, $p < 0.001$; 결혼 $\chi^2 = 48.062$, $df=1$, $p < 0.001$).

전공의 연차에 따른 설문 문항 응답 결과

자살과 관련된 일반적 지식

각 문항별 응답 결과는 표 2와 같다. 자살과 관련된 일반 지식에서는 Q1 '자살예방 및 생명존중법률 제정 인지 여부' ($\chi^2 = 4.930$, $df=1$, $p=0.026$), Q3 '우리나라 자살률의 OECD 국가별 순위 인지 여부' ($\chi^2 = 6.710$, $df=1$, $p=0.010$), Q4 '전국 자살 및 정신건강위기 상담전화 존재 인지 여부' ($\chi^2 = 14.080$, $df=1$, $p < 0.001$) 등의 문항에서 연차별로 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

자살과 관련된 개인적 경험

자살과 관련된 개인적 경험에서는 연차별로 유의한 통계적 차이가 관찰되지 않았다.

자살에 대한 태도

자살에 대한 태도에서 연차별로 유의한 통계적 차이가 관찰되지 않았다.

자살 시도자에 대한 진료경험

각 문항별 응답 결과는 표 2와 같다. 자살 시도자에 대한 진료경험에서는 Q27 '내 환자의 자살 시도 경험' ($\chi^2 = 95.190$, $df=1$, $p < 0.001$), Q28 '내 환자의 자살사망 경험' ($\chi^2 = 67.625$,

Table 1. Sociodemographic characteristics of participating residents (n=260)

Variables	Sociodemographic characteristics	1st		4th		Total		χ^2	p-value
		n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Age (years)	<30	89	(72.4)	59	(44.4)	148	(57.8)	20.537	<0.001*
	≥30	34	(27.6)	74	(55.6)	108	(42.2)		
Sex	Male	70	(55.6)	83	(61.9)	153	(58.8)	1.093	0.296
	Female	56	(44.4)	51	(38.1)	107	(41.2)		
Religion	Affiliated	61	(51.3)	72	(55.8)	133	(53.6)	0.516	0.473
	None	58	(48.7)	57	(44.2)	115	(46.4)		
Marital status	Unmarried	107	(87.7)	62	(46.6)	169	(66.3)	48.062	<0.001*
	Married	15	(12.3)	71	(53.4)	86	(33.7)		

Chi-square test. * : $p < 0.001$

Table 2. Comparison of questionnaire results according to grade of residents

Items		Grade of residents		
		1st, n (%)	4th, n (%)	Total, n (%)
Knowledge about suicide				
Q1. Question about the existence of suicide-related legislation	Y	38 (33.3)	58 (47.5)	96 (40.7)
	N	76 (66.7)	64 (52.5)	140 (59.3)
Q2. Question about ranking of suicide in Korea (fourth)	Y	18 (15.4)	13 (10.9)	31 (15.4)
	N	95 (84.1)	106 (89.1)	201 (84.6)
Q3. Question about ranking of Korean suicide rate among OECD countries (first)	Y	47 (44.3)	71 (61.7)	118 (53.4)
	N	59 (55.7)	44 (38.3)	103 (46.6)
Q4. Question about the existence of 24-hour hot line call center	Y	71 (64.0)	104 (85.2)	175 (75.1)
	N	40 (36.0)	18 (14.8)	58 (24.9)
Individual experiences of suicide				
Q5. I have received psychiatric treatment	Y	5 (4.4)	8 (6.6)	13 (5.5)
	N	109 (95.6)	114 (93.4)	223 (94.5)
Q6. I have seriously considered suicide or planned suicide	Y	5 (4.4)	11 (9.0)	16 (6.8)
	N	109 (95.6)	111 (91.0)	220 (93.2)
Q7. I have attempted suicide	Y	0 (0.0)	1 (0.8)	1 (0.4)
	N	114 (100)	121 (99.2)	235 (99.6)
Q8. I have experienced a close friend's or family member's death by suicide	Y	16 (14.0)	19 (15.2)	35 (14.9)
	N	98 (86.0)	102 (84.3)	200 (85.1)
Attitude toward suicide				
Permissive attitude				
Q9. People do have the right to take their own lives	Y	27 (24.1)	35 (28.9)	62 (26.6)
	N	85 (75.9)	86 (71.1)	171 (73.4)
Q10. Suicide is ethnical sin	Y	44 (39.3)	54 (45.0)	98 (42.2)
	N	68 (60.7)	66 (55.0)	134 (57.8)
Q11. There may be situations where the only reasonable resolution is suicide	Y	20 (17.7)	29 (24.0)	49 (20.9)
	N	93 (82.3)	92 (76.0)	185 (79.1)
Q12. Suicide is an acceptable means to end an incurable illness	Y	61 (55.0)	73 (60.8)	134 (58.0)
	N	50 (45.0)	47 (39.2)	97 (42.0)
Q13. Committing suicide together is better than leaving young children behind	Y	7 (6.3)	8 (6.6)	15 (6.4)
	N	105 (93.8)	113 (93.4)	218 (93.6)
Prohibitive attitude				
Q14. I would feel ashamed talking to others about suicidal thoughts	Y	2 (1.8)	8 (6.6)	10 (4.3)
	N	111 (98.2)	113 (93.4)	224 (95.7)
Q15. I would feel ashamed if a member of my family committed suicide	Y	25 (22.1)	37 (30.6)	62 (26.5)
	N	88 (77.9)	84 (69.4)	172 (73.5)
Q16. People who really commit suicide never talk to others about suicidal thoughts	Y	21 (18.4)	17 (14.0)	38 (16.2)
	N	93 (81.6)	104 (86.0)	197 (83.8)
Continuity, determinacy				
Q17. People who commit suicide are always preoccupied with death	Y	19 (17.0)	33 (27.3)	52 (22.3)
	N	93 (83.0)	88 (72.7)	181 (77.7)
Q18. People who commit suicide make a firm decision to die	Y	8 (7.1)	10 (8.3)	18 (7.7)
	N	105 (92.9)	110 (91.7)	215 (92.3)
Preventability				
Q19. Suicide can be prevented by counseling/treatment	Y	105 (92.9)	116 (95.9)	221 (94.4)
	N	8 (7.1)	5 (4.1)	13 (5.6)

Table 2. Comparison of questionnaire results according to grade of residents (continued)

Items			Grade of residents		
			1st, n (%)	4th, n (%)	Total, n (%)
Social responsibility					
Q20. Society is more responsible for suicide than the individual	Y		55 (49.1)	56 (46.7)	111 (47.8)
	N		57 (50.9)	64 (53.3)	121 (52.2)
Universality					
Q21. Everyone has the possibility to commit suicide	Y		94 (83.2)	104 (86.0)	198 (84.6)
	N		19 (16.8)	17 (14.0)	36 (15.4)
Altruistic suicide					
Q22. Altruistic suicide should be respected	Y		8 (7.1)	14 (11.6)	22 (9.4)
	N		104 (92.9)	107 (88.4)	211 (90.6)
Invariability					
Q23. It is very difficult to prevent people who consider suicide seriously from killing themselves	Y		49 (43.4)	64 (53.3)	113 (48.5)
	N		64 (56.6)	56 (46.7)	120 (51.5)
Q24. Once a person is suicidal, he is suicidal forever	Y		6 (5.3)	7 (5.8)	13 (5.6)
	N		107 (94.7)	114 (94.2)	221 (94.4)
Awareness of suicide attempt					
Q25. Directly asking about suicidal thoughts should be avoided because it stimulates suicidal impulses	Y		0 (0.0)	3 (2.5)	3 (1.3)
	N		113 (100)	118 (97.5)	231 (98.7)
Q26. Improvement following a suicidal crisis indicates that the risk is over	Y		0 (0.0)	3 (2.5)	3 (1.3)
	N		113 (100)	118 (97.5)	231 (98.7)
Clinical experience with suicide attempters					
Q27. I have experienced a patient's suicide attempt	Y		28 (24.6)	106 (87.6)	134 (57.0)
	N		86 (75.4)	15 (12.4)	101 (43.0)
Q28. I have experienced a patient's death by suicide	Y		3 (2.6)	61 (50.4)	64 (27.2)
	N		111 (97.4)	60 (49.6)	171 (72.8)
Q29. I can evaluate suicidal risk	Y		26 (23.2)	52 (43.0)	78 (33.5)
	N		86 (76.8)	69 (57.0)	155 (66.5)
Q30. I can effectively prevent the suicidal attempt of a patient who has a high risk of suicide	Y		8 (7.3)	28 (23.1)	36 (15.6)
	N		102 (92.7)	93 (76.9)	195 (84.4)

df=1, $p<0.001$), Q29 '자살위험성 평가를 잘 할 수 있음'($\chi^2=10.199$, df=1, $p=0.001$), Q30 '고위험군의 자살 시도를 예방할 자신 있음'($\chi^2=11.028$, df=1, $p=0.001$) 등의 문항들에서 연차별로 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

기타 인구사회학적 배경에 따른 설문 문항 응답 결과

성별, 연령, 종교, 혼인상태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보인 결과는 표 3과 같다.

성별과 자살에 대한 태도

성별에 따라 차이를 보이는 문항은 허용적인 태도와 관련된 문항인 Q9 '자살은 인간의 권리임'['예' 응답자 : 남자 44명(32.6%), 여자 18명(18.4%), $\chi^2=5.884$, df=1, $p=0.015$]과 금기적인 태도와 관련된 문항인 Q16 '다른 사람에게 자살의도를 표현하지 않음'['예' 응답자 : 남자 28명(20.6%), 여자 10명(10.1%), $\chi^2=4.649$, df=1, $p=0.031$], 그리고 이타적인 자살

과 관련된 문항인 Q22 '이타적 자살은 존경받을 수 있음'['예' 응답자 : 남자 19명(14.2%), 여자 3명(3.0%), $\chi^2=8.277$, df=1, $p=0.004$] 등이었다.

연령과 자살에 대한 태도

자살의도의 지속성 및 결정성과 관련된 문항 중 Q18 '자살 시도자는 꼭 죽겠다는 확고한 결단을 내린 사람'에서 연령에 따라 유의한 통계적 차이가 있었다['예' 응답자 : 30세 미만 15명(11.3%), 30세 이상 3명(3.1%), $\chi^2=5.210$, df=1, $p=0.022$].

종교와 자살에 대한 태도

허용적인 태도와 관련된 문항 중 Q10 '자살은 윤리적으로 죄악임'['예' 응답자 : 종교 유 60명(49.2%), 종교 무 32명(31.7%), $\chi^2=6.980$, df=1, $p=0.008$]과 Q13 '남는 자녀가 어리다면 부모와 함께 동반 자살하는 것이 나음'['예' 응답자 : 종교 유 4명(3.3%), 종교 무 10명(9.9%), $\chi^2=4.118$, df=1, $p=0.042$]에

Table 3. Comparison of attitude toward suicide according to age, sex, religion, marital status

Items	Sex		Age (years)		Religion		Marital status	
	Male, n (%)	Female, n (%)	<30, n (%)	≥30, n (%)	Affiliated, n (%)	None, n (%)	Unmarried, n (%)	Married, n (%)
Attitude toward suicide								
Permissive attitude								
Q9. People do have the right to take their own lives	Y 44 (32.6)	18 (18.4)	39 (29.1)	23 (23.7)	28 (22.8)	31 (30.7)	39 (26.4)	22 (26.5)
	N 91 (67.4)	80 (81.6)	95 (70.9)	74 (76.3)	95 (77.2)	70 (69.3)	109 (73.6)	61 (73.5)
	$\chi^2=5.884$	$p=0.015^*$	$\chi^2=0.833$	$p=0.361$	$\chi^2=1.797$	$p=0.180$	$\chi^2=0.001$	$p=0.980$
Q10. Suicide is ethical sin	Y 63 (47.0)	35 (35.7)	54 (40.3)	44 (45.4)	60 (49.2)	32 (31.7)	61 (41.2)	36 (43.9)
	N 71 (53.0)	63 (64.3)	80 (59.7)	53 (54.6)	62 (50.8)	69 (68.3)	87 (58.8)	46 (56.1)
	$\chi^2=2.963$	$p=0.085$	$\chi^2=0.590$	$p=0.442$	$\chi^2=6.980$	$p=0.008^*$	$\chi^2=0.156$	$p=0.693$
Q13. Committing suicide together is better than leaving young children behind	Y 11 (8.2)	4 (4.0)	9 (6.8)	6 (6.2)	4 (3.3)	10 (9.9)	11 (7.4)	4 (4.8)
	N 123 (91.8)	95 (96.0)	124 (93.2)	91 (93.8)	118 (96.7)	91 (90.1)	137 (92.6)	79 (95.2)
	$\chi^2=1.643$	$p=0.200$	$\chi^2=0.031$	$p=0.860$	$\chi^2=4.118$	$p=0.042^*$	$\chi^2=0.598$	$p=0.439$
Prohibitive attitude								
Q16. People who really commit suicide never talk to others about suicidal thoughts	Y 28 (20.6)	10 (10.1)	20 (14.8)	18 (18.6)	20 (16.3)	15 (14.7)	22 (14.7)	16 (19.3)
	N 108 (79.4)	89 (89.9)	115 (85.2)	79 (81.4)	103 (83.7)	87 (85.3)	128 (85.3)	67 (80.7)
	$\chi^2=4.649$	$p=0.031^*$	$\chi^2=0.557$	$p=0.447$	$\chi^2=0.103$	$p=0.749$	$\chi^2=0.832$	$p=0.362$
Continuity, determinacy								
Q17. People who commit suicide are always preoccupied with death	Y 34 (25.4)	18 (18.2)	30 (22.6)	21 (21.6)	32 (26.4)	17 (16.7)	29 (19.6)	23 (27.7)
	N 100 (74.6)	81 (81.8)	103 (77.4)	76 (78.4)	89 (73.6)	85 (83.3)	119 (80.4)	60 (72.3)
	$\chi^2=1.698$	$p=0.193$	$\chi^2=0.027$	$p=0.870$	$\chi^2=3.087$	$p=0.079$	$\chi^2=2.008$	$p=0.156$
Q18. People who commit suicide make a firm decision to die	Y 13 (9.6)	5 (5.1)	15 (11.3)	3 (3.1)	9 (7.4)	9 (8.8)	14 (9.5)	4 (4.8)
	N 122 (90.4)	93 (94.9)	118 (88.7)	94 (96.9)	112 (92.6)	93 (91.2)	134 (90.5)	79 (95.2)
	$\chi^2=1.633$	$p=0.201$	$\chi^2=5.210$	$p=0.022^*$	$\chi^2=0.143$	$p=0.705$	$\chi^2=1.594$	$p=0.207$
Preventability								
Q19. Suicide can be prevented by counseling/treatment	Y 128 (94.8)	93 (93.9)	126 (94.0)	93 (95.9)	121 (98.4)	91 (90.1)	140 (94.0)	79 (94.2)
	N 7 (5.2)	6 (6.1)	8 (6.0)	4 (4.1)	2 (1.6)	10 (9.9)	9 (6.0)	4 (4.8)
	$\chi^2=0.083$	$p=0.773$	$\chi^2=0.390$	$p=0.533$	$\chi^2=7.490$	$p=0.006^*$	$\chi^2=0.150$	$p=0.698$
Altruistic suicide								
Q22. Altruistic suicide should be respected	Y 19 (14.2)	3 (3.0)	10 (7.5)	12 (12.4)	9 (7.4)	11 (10.9)	14 (9.5)	8 (9.6)
	N 115 (85.8)	96 (97.0)	123 (92.5)	85 (87.6)	113 (92.6)	90 (89.1)	134 (90.5)	7 (90.4)
	$\chi^2=8.277$	$p=0.004^*$	$\chi^2=1.527$	$p=0.217$	$\chi^2=0.836$	$p=0.361$	$\chi^2=0.002$	$p=0.965$

Chi-square test. * : $p<0.05$, † : $p<0.01$. Y : Yes, N : No

서 종교 유·무에 따라 유의한 통계적 차이가 있었다. 또한 예방가능성과 관련된 문항인 Q19 '상담·치료를 통해 예방이 가능'에서 종교 유·무에 따라 유의한 통계적 차이가 있었다 [예] 응답자 : 종교 유 121명(98.4%), 종교 무 91명(90.1%), $\chi^2=7.490$, $df=1$, $p=0.006$].

혼인 상태와 자살에 대한 태도

혼인 상태에 따른 자살에 대한 태도에서는 유의한 통계적 차이는 관찰되지 않았다.

연차 및 인구사회학적 배경에 따른 이분형 로지스틱 회귀분석결과

모든 인구사회학적 배경을 독립변수로 하고 설문문항 응답에 대한 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 표 4와 같다.

자살과 관련된 일반적 지식

Q1 '자살예방 및 생명존중법률 제정 인지 여부'[B : 0.573, odds ratio(이하 OR) : 1.774, 95% confidence interval(이하 CI) : 1.039~3.029, $p=0.036$], Q3 '우리나라 자살률의 OECD 국가별

Table 4. Comparison of binary logistic regression analysis results regarding all sociodemographic backgrounds

Items	Variables	B	SE	Walds	p-value	OR	CI		
							Low	High	
Knowledge about suicide									
Q1. Question about existence of suicide-related legislation	Grade	0.573	0.273	4.404	0.036*	1.774	1.039	3.029	
	Sex	−0.743	0.280	7.024	0.008†	0.476	0.275	0.824	
Q3. Question about ranking of Korean suicide rate among OECD countries	Grade	0.706	0.274	6.640	0.010*	2.026	1.184	3.465	
Q4. Question about the existence of 24-hour hot line call center	Grade	1.278	0.332	14.840	<0.001‡	3.589	1.873	6.876	
	Sex	0.973	0.344	8.001	0.005†	2.647	1.348	5.197	
Attitude toward suicide									
Permissive attitude									
Q9. People do have the right to take their own lives	Sex	−0.765	0.319	5.750	0.016*	0.465	0.249	0.870	
Q10. Suicide is ethnical sin	Religion	0.736	0.280	6.889	0.009†	2.087	1.205	3.614	
Prohibitive attitude									
Q16. People who really commit suicide never talk to others about suicidal thoughts	Sex	−0.836	0.395	4.475	0.034*	0.433	0.200	0.940	
Continuity, Determinacy									
Q18. People who commit suicide make a firm decision to die	Age	−1.382	0.647	4.557	0.033*	0.251	0.071	0.893	
Preventability									
Q19. Suicide can be prevented by counseling/treatment	Religion	1.894	0.787	5.795	0.016*	6.648	1.422	31.085	
Altruistic suicide									
Q22. Altruistic suicide should be respected	Sex	−1.665	0.636	6.846	0.009†	0.189	0.054	0.658	
Clinical experience of suicide attempters									
Q27. I have experienced a patient's suicide attempt	Grade	3.078	0.351	76.725	<0.001‡	21.705	10.902	43.214	
Q28. I have experienced a patient's death by suicide	Grade	3.627	0.613	35.051	<0.001‡	37.617	11.320	125.001	
	Religion	0.693	0.310	4.998	0.025*	2.000	1.089	3.672	
Q29. I can evaluate suicidal risk	Grade	0.913	0.290	9.954	0.002†	2.493	1.413	4.396	
Q30. I can effectively prevent the suicidal attempt of a patient who has a high risk of suicide	Grade	1.342	0.430	9.721	0.002†	3.826	1.646	8.893	
	Sex	−1.053	0.434	5.888	0.015*	0.349	0.149	0.817	

Binary logistic regression analysis. *: $p<0.05$, †: $p<0.01$, ‡: $p<0.001$. SE : Standard error, OR : Odds ratio, CI : Confidence interval

순위 인지 여부'(B : 0.706, OR : 2.026, 95% CI : 1.184~3.465, $p=0.010$), Q4 '전국 자살 및 정신건강위기 상담전화 존재 인지 여부'(B : 1.278, OR : 3.589, 95% CI : 1.873~6.876, $p<0.001$)에서 4년차가 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었다. 또한 Q1 '자살예방 및 생명존중법률 제정 인지 여부'(B : -0.743, OR : 0.476, 95% CI : 0.275~0.824, $p=0.008$), Q4 '전국 자살 및 정신건강위기 상담전화 존재 인지 여부'(B : 0.973, OR : 2.647, 95% CI : 1.348~5.197, $p=0.005$)에 대해서 남성이 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었다.

자살에 대한 태도

허용적인 태도와 관련된 문항인 Q9 '자살은 인간의 권리임'에서 남성이 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었다(B : -0.765, OR : 0.465, 95% CI : 0.249~0.870, $p=0.016$). Q10

'자살은 윤리적 죄악임'에서는 종교가 있는 경우 높은 '예' 응답률(B : 0.736, OR : 2.087, 95% CI : 1.205~3.614, $p=0.009$)을 보였고, 금기적인 태도와 관련된 문항인 Q16 '다른 사람에게 자살의도를 표현하지 않음'에서는 남성이 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었다(B : -0.836, OR : 0.433, 95% CI : 0.200~0.940, $p=0.034$). 자살의도의 지속성 및 결정성과 관련된 문항인 Q18 '자살 시도자는 꼭 죽겠다는 확고한 결단을 내린 사람'에서는 30대 미만이 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었고(B : -1.382, OR : 0.251, 95% CI : 0.071~0.893, $p=0.033$), 예방가능성과 관련된 문항인 Q19 '상담·치료를 통해 예방이 가능'에서는 종교가 있는 경우 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었다(B : 1.894, OR : 6.648, 95% CI : 1.422~31.085, $p=0.016$). 이타적 자살과 관련된 문항인 Q22 '이타적 자살은 존경받을 수 있음'에서 남성이 높은 '예' 응답률과 연

Table 5. Comparison of binary logistic regression analysis results regarding the correlation between individual/clinical experiences with suicide and attitude toward suicide

Items	Variables	B	SE	Walds	p-value	OR	CI		
							Low	High	
Comparison of attitude toward suicide according to individual experiences with suicide									
Permissive attitude									
Q9. People do have the right to take their own lives	Q5. I have received psychiatric treatment	1.593	0.591	7.260	0.007†	4.919	1.544	15.670	
	Q6. I have seriously considered suicide or planned suicide	1.666	0.540	9.501	0.002†	5.288	1.834	15.250	
Comparison of attitude toward suicide according to clinical experience with suicide attempters									
Preventability									
Q19. Suicide can be prevented by counseling/ treatment	Q27. I have experienced a patient's suicide attempt	2.099	0.781	7.225	0.007†	8.157	1.766	37.688	
Prohibitive attitude									
Q14. I would feel ashamed talking with others about suicidal thoughts	Q28. I have experienced a patient's death by suicide	1.922	0.707	7.394	0.007†	6.836	1.710	27.324	
Q15. I would feel ashamed if a member of my family committed suicide		0.634	0.318	3.969	0.046*	1.884	1.010	3.514	
Universality									
Q21. Everyone has the possibility to commit suicide	Q30. I can effectively prevent the suicidal attempt of a patient who has a high risk of suicide	−1.090	0.421	6.720	0.010*	0.336	0.147	0.767	

Binary logistic regression analysis. * : $p<0.05$, [†] : $p<0.01$. SE : Standard error, OR : Odds ratio, CI : Confidence interval

관성이 있었다(B : -1.665, OR : 0.189, 95% CI : 0.054~0.658, $p=0.009$).

자살 시도자에 대한 진료경험

Q27 '내 환자의 자살 시도 경험'(B : 3.078, OR : 21.705, 95% CI : 10.902~43.214, $p<0.001$), Q28 '내 환자의 자살사망 경험'(B : 3.627, OR : 37.617, 95% CI : 11.320~125.001, $p<0.001$), Q29 '자살위험성 평가를 잘 할 수 있음'(B : 0.913, OR : 2.493, 95% CI : 1.413~4.396, $p=0.002$), Q30 '고위험군의 자살 시도를 예방할 자신 있음'(B : 1.342, OR : 3.826, 95% CI : 1.646~8.893, $p=0.002$) 등의 문항에서 4년차가 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었다. Q28 '내 환자의 자살사망 경험'에서는 종교가 있는 경우 높은 '예' 응답률을 보였고(B : 0.693, OR : 2.000, 95% CI : 1.089~3.672, $p=0.025$), Q30 '고위험군의 자살 시도를 예방할 자신 있음'은 남성에서 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었다(B : -1.053, OR : 0.349, 95% CI : 0.149~0.817, $p=0.015$).

자살과 관련된 개인적 경험 및 진료경험과 자살에 대한 태도 사이의 연관성에 대한 이분형 로지스틱 회귀분석결과

자살과 관련된 개인적 경험(Q5~Q8) 및 자살 시도자에 대한 진료경험(Q27~Q30)과 자살에 대한 태도(Q9~Q26) 사이의 연관성에 대한 이분형 로지스틱 회귀분석 결과는 표 5와 같다.

자살과 관련된 개인적 경험에 따른 자살에 대한 태도

Q5 '정신과 치료 경험이 있다'(B : 1.593, OR : 4.919, 95% CI : 1.544~15.670, $p=0.007$)와 Q6 '자살사고와 계획 경험이 있다'(B : 1.666, OR : 5.288, 95% CI : 1.834~15.250, $p=0.002$)는 허용적인 태도와 관련된 문항인 Q9 '자살은 인간의 권리임'에서 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었다.

자살 시도자에 대한 진료경험에 따른 자살에 대한 태도

Q27 '내 환자의 자살 시도 경험'은 예방 가능성과 관련된 문항인 Q19 '상담·치료를 통해 예방이 가능'에서 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었다(B : 2.099, OR : 8.157, 95% CI : 1.766~37.688, $p=0.007$). Q28 '내 환자의 자살사망 경험'은 급기적 태도와 관련된 문항인 Q14 '자살사고 표현은 수치스러움'(B : 1.922, OR : 6.836, 95% CI : 1.710~27.324, $p=0.007$)과 Q15 '가족·지인의 자살은 수치스러움'(B : 0.634, OR : 1.884, 95% CI : 1.010~3.514, $p=0.046$)에서 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었다. Q30 '고위험군의 자살 시도를 예방할 자신 있음'은 보편성과 관련된 문항인 Q21 '누구나 자살할 가능

성이 있다'에서 높은 '예' 응답률과 연관성이 있었다(B : -1.090, OR : 0.336, 95% CI : 0.147~0.767, $p=0.010$).

고 찰

먼저 자살과 관련된 일반적 지식(Q1~Q4) 중 자살예방 및 생명존중법률 제정 여부(Q1, 1년차 : 33.3%, 4년차 : 47.5%, 전체 전공의 : 40.7%), 우리나라 자살률의 OECD 국가 순위(Q3, 1년차 : 44.3%, 4년차 : 61.7%, 전체 전공의 : 53.4%), 그리고 전국 365일, 24시간 가동 자살 전화 상담이 존재하는지(Q4, 1년차 : 64.0%, 4년차 : 85.2%, 전체 전공의 : 75.1%) 등의 질문에 대해 4년차에서 더 높은 인지도를 보였으며 전체 전공의 집단에서 알고 있는 비율은 절반 수준이었다. 본 연구에서 사용한 설문 문항 일부를 변형해서 자살예방교육에 참가한 보건복지관계자, 학교관계자, 중·고등학생, 군인 등 총 2373명을 대상으로 실시한 연구 결과²⁷⁾와 비교했을 때, 두 연구 모두에서 자살과 관련된 일반 지식의 정도는 절반 수준으로 비슷하였다. 특히, 우리나라 사망원인 중 자살순위(Q2)의 경우 전공의 연차별로 유의한 통계적 차이가 없었고 자살예방교육 참가자보다 높은 응답률이지만 단지 소수만이 우리나라의 사망 원인 중 자살순위(4위)를 정확히 알고 있었다(전체 전공의 : 15.4%, 전체 자살예방교육 참가자 : 1.7%). 따라서 최근까지도 우리나라의 자살예방교육 현장에 서뿐만 아니라 정신건강의학과 전공의도 우리나라 자살 현황의 심각성에 대한 인식이 미흡한 수준이며 향후 수련과정에서 이러한 점이 보완되어야 할 것으로 생각된다.

자살사고자에 대한 진료경험(Q27~Q30)에서는 자신의 환자의 자살 시도 경험(Q27, 1년차 : 24.6%, 4년차 : 87.6%)이나 자살사망 경험(Q28, 1년차 : 2.6%, 4년차 : 50.4%)에서 4년차에서 더 높은 '예' 응답률을 보였는데, 이는 수련병원에서 자살 관련 진료에 많이 이루어지고 있음을 반영하며 정신건강의학과 수련과정에 자살 시도자 진료 능력 향상이 중요함을 다시 한 번 확인해 주는 결과이다. 또한 전공의들 중 자살 위험성을 잘 평가할 수 있음(Q29, 1년차 : 23.2%, 4년차 : 43.0%)과 자살 위험성이 높은 사람의 자살 시도를 예방할 자신이 있음(Q30, 1년차 : 7.3%, 4년차 : 23.1%)에 대해서도 4년차가 더 높은 응답률을 보였다. 하지만 4년차의 경우에도 자살 시도를 예방할 자신감이 있다는 응답률이 23.1%에 불과해 미흡한 수준이었다. 이러한 수치는 비교할 연구 결과가 없어 해석에 주의를 요하기는 하지만 현재 우리나라의 보건의료체계에서 자살 고위험군의 최종 의뢰처가 의료기관의 정신건강의학과임을 감안하면 향후 적절한 수련과정의 도입을 통해 개선해야 할 여지가 있을 것으로 사료

된다. 자살 시도 예방의 가능성을 지나치게 낙관적으로 보는 것도 문제일 수 있으나 자살 시도자에 대한 치료적 개입의 성공 여부가 어느 정도 개입 성공에 대한 자신감과 적극성에 의해 영향을 받을 것으로 예상되므로 현재 정신건강의학과 전공의들 대부분이 스스로 미흡한 수준이라고 느끼는 자살 시도자에 대한 자신의 진료 능력에 대한 자신감 부족은 시급히 개선되어야 할 과제라고 할 수 있다.

본 연구에 참여한 전공의들이 자살에 대한 태도(Q9~Q26)에 대해 살펴본 결과는 다음과 같다. 연구에 참여한 전공의들은 자살은 인간의 권리(Q9, 전체 전공의 : 26.6%)로 생각하기 보다는 자살은 윤리적으로 최악(Q10, 전체 전공의 : 42.2%)이라고 생각하고 있었고, 자살이 유일한 해결책인 상황(Q11, 전체 전공의 : 20.9%)이라고 생각하는 비율도 낮았다. 다만 불치병에서 자살 시도(Q12, 전체 전공의 : 58.0%)는 이해하는 편이었다. 그렇지만 남은 자녀가 어리다면 부모와 함께 동반 자살하는 것(Q13, 전체 전공의 : 6.4%)에 대해서는 상당히 부정적인 입장을 보였다. 위의 결과로 보아 전공의들은 대체적으로 자살에 대해서 허용하지 않은 태도를 가짐을 알 수 있었다. 본 연구와 일반인 중 1025명을 표본 추출하여 시행한 Seo²⁵⁾의 연구를 비교했을 때, 정신건강의학과 전공의들은 일반인에 비해서 자살을 유일한 해결책으로 보는 정도는 비슷했지만(전체 전공의 : 20.9%, 일반인 : 21.8%), 자살을 인간의 권리로 생각하는 정도(전체 전공의 : 26.6%, 일반인 : 34.4%)는 낮았다. 또한 불치병에 걸린 사람에서 자살을 이해하는 정도(전체 전공의 : 58.0%, 일반인 : 69.8%) 역시 낮았으며 특히 부모와 어린 자녀와의 동반 자살 허용(전체 전공의 : 6.4%, 일반인 : 24.5%)에 대해서는 상당히 낮은 '예' 응답률을 보였다. 따라서 정신건강의학과 전공의들은 일반인보다 자살에 대해 더 허용하지 않는 태도를 갖고 있음을 알 수 있었다. Singh 등²⁸⁾의 연구에서는 교육 수준이 높을수록 자살에 더 허용적인 태도와 높은 인식수준을 보인다고 하였다. 하지만 본 연구에서는 일반인에 비해 상대적으로 교육 수준이 높은 편에 속하는 정신건강의학과 전공의들은 오히려 자살에 대해서 덜 허용적인 태도를 보였다. 일반인의 경우, 자신이 죽을 경우 어린 자식들이 어떻게 살아갈까 염려되어 자식들까지 모두 함께 죽는 것을 고려한 것은 유교 문화를 배경으로 하는 한국 사회의 독특한 관점에서 기인한 것일 수 있다.²⁹⁾ 다만 Park 등²⁰⁾의 연구에서는 보건기관이나 특수병원에 근무하는 의사들은 자살을 윤리적, 종교적으로 최악시하는 경향이 낮은 반면 개원의사와 일반병원의사들은 자살을 최악시한다고 하였다. 이에 대해서는 추후 정신건강의학과와 다른 진료과목 의사 간의 자살에 대한 태도에 대한 비교 등 후속 연구가 필요할 것으로 사료된다.

또한 전공의들 중 일부는 자살사고 이야기를 수치스럽고(Q14, 전체 전공의 : 4.3%), 가족·지인의 자살을 부끄럽게(Q15, 전체 전공의 : 26.5%) 생각하고 있었다. 특히 전체 응답자 중 16.2%의 전공의는 자살할 사람은 다른 사람에게 죽고 싶다는 의사를 표현하지 않을 것(Q16)이라고 생각하고 있었다. 앞서 언급한 Seo²⁵⁾의 연구에서는 일반인의 경우 자살사고자는 자살에 대해 언급하지 않을 것(58.1%)이며 가족의 자살을 부끄러움(54.0%)으로 생각하는 응답의 비율이 모두 절반을 넘었다. 이로 보아 전공의들은 일반인에 비해 자살에 대해 금기적인 태도가 덜 하다고 볼 수 있다. 이는 지역 사회 지도자 등 정책결정자를 포함한 다른 연구 결과¹⁹⁾와의 비교에서도 비슷한 정도의 인식 수준 차이를 갖는 것으로 조사되었다. Park 등²⁰⁾의 연구에서도 일반인들은 정신건강의학과 의사를 포함한 의료인에 비해서 자살 동기를 부정하고 자살을 금기시하여 용납하지 않으려는 경향이 더 강하게 나타났는데 이는 본 연구와 일치하는 결과를 보여주었다.

전공의들은 자살 시도자들은 항상 죽음에 대해 몰두(Q17, 전체 전공의 : 22.3%)한다거나 꼭 죽겠다는 확고한 결단(Q18, 전체 전공의 : 7.7%)을 내린 사람이라고 응답한 경우가 낮았다. 이에 반해 자살예방교육 참가자를 대상으로 한 연구²⁷⁾에서는 자살하는 사람은 항상 죽음에 대해 몰두할 것(58.3%)이며 꼭 죽겠다는 확고한 결단을 내린 사람(31.8%)으로 보고 있어 자살 시도자의 자살 의도를 보다 더 지속적이고 결정적인 것으로 생각하고 있었다.

또한 정신건강의학과 전공의들은 자살의 예방가능성을 높게 평가했는데, 자살은 상담과 치료를 통해서 예방(Q19) 가능하다고 응답한 비율이 응답한 비율이 전체의 85% 정도를 차지할 정도로 높았다. Seo²⁵⁾의 연구에서도 국민의 대부분(81.3%)은 상담과 치료를 통한 자살의 예방가능성을 높게 인식하는 것으로 나타났다. 이는 의료진 및 일반인에서도 전문적이며 적극적인 치료와 개입을 통해 사전에 예방 가능하다는 기대감을 반영한다고 볼 수 있다.

전체 전공의들의 절반(전체 : 47.8%) 정도는 자살은 개인보다 사회에 책임(Q20)이라고 생각하였다. 자살의 보편성에 대한 측면에서도 전체 전공의들의 절반 이상(76.2%)이 모든 사람은 누구나 자살할 가능성이 있다(Q21)고 생각하였다. 이는 일반인을 대상으로 한 다른 연구 결과^{25,27)}와 비교했을 때 비슷한 정도의 응답 수준을 보여주었다. 따라서 전공의를 포함한 일반인들은 자살은 개인에게 충분히 일어날 수 있는 상황이지만, 이를 예방하고 치료하는 것에 있어서는 정부를 비롯한 국가 차원에서 적극적인 정책수립과 지원을 기대하고 있음을 알 수 있다.

그 밖에 이타적 목적의 자살은 존경받을 수 있는지(Q22,

전체 전공의 : 9.4%)와 자살을 결심한 사람은 결국 자살할 것 인지(Q24, 전체 전공의 : 5.6%)에 대해서는 소수의 전공의들만이 '예' 응답을 하였다. 자살을 심각하게 고려하는 사람을 자살로 죽지 않게 하기는 매우 어렵다고 보는 경우(Q23)가 거의 절반(전체 전공의 : 43.5%)을 차지했는데, 특히 4년차(47.8%)가 1년차(39.9%)보다 높은 비율을 보이고 있다는 점에 비추어 볼 때 연차가 올라가고 진료 경험이 쌓일수록 자살에 대해서 더욱 신중한 문제의식이 자리하게 되면서 전공의들은 자살예방이 결코 쉽지 않다는 현실적인 인식을 갖게 됨을 알 수 있었다.

자살시도에 대한 인식에서는 전체 전공의들의 1.3%에 해당하는 소수만이 자살 의사의 직접 질문은 자살 충동을 자극해서 피해야(Q25) 하고 한 번 자살 시도를 실패하더라도 자살 의도는 없어질 것(Q26)이라고 생각하였다. 이는 선행연구²⁷⁾와 차이가 있었는데, 자살예방교육에 참가한 일반인의 경우 자살에 대한 직접 질문은 자살 충동을 자극하므로 피해야 한다고 응답한 비율(42.6%)이 전공의들에 비해 현저히 높았고, 마찬가지로 한 번 자살시도를 실패한 사람은 자살 의도가 없어질 것이라고 응답한 비율(12.5%)도 더 높았다. 자살 고위험군에게 자살사고를 직접 물어 보는 것을 피해야 한다는 것은 널리 일반적인 오류이다. 따라서 대부분의 전공의들은 자살 고위험군에 대한 치료적 접근 원칙을 숙지하고 있다고 볼 수 있다.

본 연구에서 연차 이외 다른 인구사회학적 배경에 따른 자살에 대한 태도(Q9~26)에 대한 설문 문항 중 유의한 통계적 차이를 보인 결과는 다음과 같다. 성별과 관련해서 자살은 인간의 권리(Q9)에 대해서 남성에서 여성보다 더 허용적인 태도를 보였다. 자살사고자는 다른 사람에게 죽고 싶다는 의사 표현을 하지 않을 것(Q16)에 대해서 남성이 여성보다 더 금기적인 태도를 보였다. 이타적인 목적의 자살은 존경(Q22)에 대해서도 남성이 여성보다 이타적인 목적의 자살을 더 많이 인정하였다. Seo²⁵⁾의 연구에 따르면 대체적으로 남성이 여성보다 자살을 인간의 권리로 인정하는 등 허용적인 비율이 높은 것으로 조사되어 본 연구의 경향과 일치하였다.

연령과 관련해서 30대 미만에서 자살은 꼭 죽겠다는 확고한 결단을 내린 사람(Q18)이라는 '예' 응답률이 높았는데 전공의들은 자살은 지속적이고 결정적인 의도에 의한 것이라고 생각하였다. Oh³⁰⁾의 연구에서는 중·고교 재학 중인 청소년은 대체로 자살을 즉흥적이고 충동적인 행동으로 보았는데 실제로 충동적 성향이 강한 청소년이나 젊은이들이 자살 보도와 같은 미디어의 영향을 받아 충동을 행동으로 옮길 수 있다는 사실은 이미 널리 알려진 바 있다. 일반인을 대상으로 한 선행연구에서도 자살 의도에 있어서 젊은 사람들은 충동적인 성향에 대한 응답률이 더 높았고 나이가 많을수록 더 계

획적, 고의적인 태도를 취한다는 결과가 조사되었다.²⁶⁾ 전공의들은 자살 시도자를 대면할 때 자살 의도를 비롯한 자살 위험성을 다각도로 신중히 평가하는 방법을 배우고 실제로 적용하기에 단순히 연령에 따라 자살 의도에 대한 결정성을 바라보는 관점이 일반인과는 차이가 있다고 생각된다.

종교 유·무와 관련해서 종교가 있는 경우 자살은 윤리적으로 죄악(Q10)이라고 보는 '예' 응답률이 높았고 남는 자녀가 어리다면 부모와 함께 동반 자살하는 것이 낫다(Q13)고 보는 '예' 응답률은 낮아서 자살에 대해 덜 허용적인 태도를 보였다. 자살은 상담·치료를 통해 예방 가능함(Q19)에 대해서도 종교가 있는 경우 자살에 대한 예방가능성을 더 높게 보였다. 종교가 자살률에 상당한 영향을 미친다는 점은 이미 오래전부터 알려진 사실이다. Lee와 Kim³¹⁾은 서울시내의 대, 간호 대학생을 대상으로 자살에 대한 태도를 조사하였는데 종교유형에 따라 자살 반대율에 차이가 있음을 밝혔다. Ban 등¹³⁾의 연구에서도 종교에 따라 자살에 대한 태도에 차이가 있었는데, 불교신자와 무신론자가 천주교, 기독교 신자들보다 자살을 죄악시하는 경향이 적은 것으로 드러났다. 외국의 연구 결과에서도 종교와 자살에 대한 태도 간의 관계는 거의 유사한 결과를 보였다. 지역사회근무자와 병원근무자의 자살 태도에 대한 비교연구에서도 두 군 모두에서 종교가 있을 때 자살이 윤리적으로 위배된다고 응답하는 비율이 높았다.¹⁸⁾ Domino³²⁾는 종교성과 자살에 대한 태도 사이의 관계를 연구하여 상관관계가 있음을 밝혔는데, 종교성이 더 높은 사람은 자살을 도덕적 죄악으로 지각하는 것으로 나타나 자살에 대해 더 금기적인 태도를 보인다고 하였다. Stein 등³³⁾의 연구에서도 종교가 있는 사람들이 종교가 없는 사람들보다 덜 허용적인 태도를 갖는 것으로 조사되었다. 이는 일반적으로 종교적인 신념이 있어야만 종교에서 금기시하는 자살 행동에 대해 금지하는 태도를 보이기 때문으로 추정된다.

본 연구에서는 정신건강의학과 전공의들의 혼인 유무와 자살에 대한 태도 사이에는 연관성이 없었다. Seo²⁵⁾의 연구에서는 이혼 혹은 사별자가 자살사고가 더 많았다고 조사되어 자살 위험성이 높은 취약 계층으로 지목되었지만 본 연구에서는 기혼 여부에 대한 세부 내용 조사가 불충분한 관계로 선행 조사 결과와의 비교에는 한계가 있을 것으로 사료된다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫 번째 본 연구 조사 방법은 자기 보고식 설문 형식으로 진행되었다. 따라서 응답자의 기억에 의존하였기 때문에 응답 결과는 회상편견(recall bias)의 가능성이 내포되어 있다. 두 번째, 본 연구에서는 외국에서 자살에 대한 태도 연구에서 타당도와 신뢰도가 검증된 Renberg와 Jacobsson,²³⁾ Renberg 등²⁴⁾의 척도를 국내 정신의학 분야 전문가의 안면타당도에 기반을 두고 완성한 설

문 문항을 사용하였다.²⁶⁾ 따라서 본 설문 문항과 유사한 척도로 자살에 대한 태도를 조사한 기존 연구 결과와의 직접적인 비교에는 한계가 있었다. 본 연구 결과를 바탕으로 향후 본 연구에 참여한 1년차 전공의가 4년차 전공의가 되었을 때 자살예방교육 경험을 비롯한 수련 교육 과정이 해당 전공의들의 자살에 대한 인식과 태도에 미치는 영향에 관한 종적 연구 조사가 진행된다면 새로운 정신건강의학과 수련과정 개발에 참고할 수 있는 자료를 제시할 수 있을 것으로 기대된다. 이는 본 연구를 바탕으로 한 후속연구를 통해서 검증하는 것이 바람직하겠다.

결 론

자살과 관련된 일반적 지식 수준은 4년차 전공의가 1년차에 비해 조금 더 높은 수준이었으나 일반인과 큰 차이를 보이지 않았다. 하지만 일반인에 비해 자살에 대해 허용적이지 않은 태도를 보였고 자살에 대한 금기적 태도도 매우 낮은 수준이었으며 자살 의사를 직접 확인하는 것이 자살 충동을 자극할 가능성이 높다는 인식은 매우 낮은 수준이었다. 자살의 예방가능성에 대해 긍정적으로 생각하는 측면이나 자살이 개인보다는 사회의 책임이라고 인식하는 태도는 일반인과 유사하였다. 정신건강의학과 진료경험(Q5)이 있거나 자살사고와 자살 계획 경험(Q6)이 있는 전공의의 경우 자살에 대해 허용적인 태도(Q9)를 보였고, 자신의 환자가 자살 시도했던 경우(Q27) 자살에 대한 예방가능성(Q19)을 높게 생각하였다. 또한 자신의 환자가 자살로 죽은 경험(Q28)이 있는 경우에는 금기적 태도(Q14, Q15)의 수준이 높았다. 자살 시도를 예방할 자신이 있는 전공의(Q30)는 자살의 보편성(Q21)을 높게 생각하였다.

중심 단어 : 자살에 대한 태도 · 자살 시도자에 대한 진료경험 · 우리나라 정신건강의학과 전공의.

Acknowledgments

이 연구는 강원대학교 2014년도 전임교원 기본연구비의 지원으로 이루어졌다.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) WHO. The world health report 2004. Geneva: WHO;2004.
- 2) National statistical office. Annual report on the cause of death statistics 2014. Daejeon: National Statistical Office;2014.
- 3) OECD. Suicide in health at a glance 2013. Paris: OECD Publishing;2013.
- 4) Ha K. Can a suicide prevention law decrease the suicide rate in Korea? J Korean Med Assoc 2011;54:792-794.

- 5) Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Turnbull P, et al. Suicide in current psychiatric in-patients: a case-control study the national confidential inquiry into suicide and homicide. Psychol Med 2007;37:831-837.
- 6) Jeon HJ, Lee JY, Lee YM, Hong JP, Won SH, Cho SJ, et al. Unplanned versus planned suicide attempters, precipitants, methods, and an association with mental disorders in a Korea-based community sample. J Affect Disord 2010;127:274-280.
- 7) Park JY, Moon KT, Chae YM, Jung SH. [Effect of sociodemographic factors, cancer, psychiatric disorder on suicide: gender and age-specific patterns]. J Prev Med Public Health 2008;41:51-60.
- 8) Park JI, Kim SW, Nam YY, Moon ES, Yoo JC, Lee SJ, et al. 2012 National survey on suicide. Seoul: Korea Suicide Prevention Center;2012.
- 9) Kang SK. Does depression predict suicide?: gender and age difference in the relationship between depression and suicidal attitudes. Korean J Soc Welf Stud 2010;41:67-100.
- 10) Jung JW, Lee SH, Chun JY, Kim JE, Paik JW, Seo TW, et al. A study on the development of a suicide prevention system in medical practice. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs;2010.
- 11) Domino G, Takahashi Y. Attitudes toward suicide in Japanese and American medical students. Suicide Life Threat Behav 1991;21:345-359.
- 12) Kodaka M, Postuvan V, Inagaki M, Yamada M. A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide. Int J Soc Psychiatry 2011;57:338-361.
- 13) Ban YG, Park YM, Suk JH. A preliminary study on the attitude toward suicides in normal persons. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1989;28:155-167.
- 14) Hwang SW, Lee SB. A comparative study between ordinary citizens and police officers in suicide recognition. J Soc Sci 2013;28:121-143.
- 15) Jin HK. Attitude and nursing performance of emergency room nurses toward attempted suicide patients [dissertation]. Daegu: Kyungpook National University;2013.
- 16) Kim HJ. Knowledge, attitudes, and experience regarding suicidal behavior among mental health workers in Gangwon province of Korea [dissertation]. Chuncheon: Kangwon National University;2015.
- 17) Kwon JI, Lee YJ, Kwon SJ, Paik JW, Jeon JH, Kang SG, et al. Attitude toward suicide and personal experiences of suicide among doctors and health care workers in Korea. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2013;52:231-242.
- 18) Kim SN, Lee KS, Lee SY, Yu JH, Hong AR. [Awareness and attitude toward suicide in community mental health professionals and hospital workers]. J Prev Med Public Health 2009;42:183-189.
- 19) Moon KS. Community leaders' attitude toward suicide [dissertation]. Seoul: Hanyang University;1986.
- 20) Park JH, Yeon BK, Seok JH. A comparative study of attitude toward suicide among physicians, psychiatrists and normal subjects. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1989;28:1022-1033.
- 21) Grimholt TK, Haavet OR, Jacobsen D, Sandvik L, Ekeberg O. Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists. BMC Health Serv Res 2014;14:208-215.
- 22) Jiao Y, Phillips MR, Sheng Y, Wu G, Li X, Xiong W, et al. Cross-sectional study of attitudes about suicide among psychiatrists in Shanghai. BMC Psychiatry 2014;14:87.
- 23) 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.
- 24) Renberg ES, Hjelmeland H, Koposov R. Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from general population surveys in Sweden, Norway, and Russia. Suicide Life Threat Behav 2008;38:661-675.
- 25) Seo DW. Survey on the attitude toward respect for life and suicide in the general public. Seoul: Korean Association for Suicide Preven-

- tion;2009.
- 26) Kim HJ, Hwang JW, Jhoo JH, Kim HS, Hwang S, Lee K. A preliminary study of knowledge, attitudes, and experience regarding suicidal behavior among mental health workers in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2015;54:338-349.
- 27) Gangwon provincial health center. Report on the analysis of attitudes toward suicide for the development of suicide prevention strategies in Gangwon province. Chuncheon: Gangwon Provincial Health Center;2013.
- 28) Singh BK, Williams JS, Ryther BJ. Public approval of suicide: a situational analysis. *Suicide Life Threat Behav* 1986;16:409-418.
- 29) Kang SK. A qualitative study of social network intervention for young adults with mental illness: implication for mental health professionals. *Mental Health Soc Work* 2002;13:121-139.
- 30) Oh SK. The relations among adolescent's suicidal attitudes, suicidal risks, and needs of life-esteem education participation [dissertation]. Seoul: Korea University;2006.
- 31) Lee EJ, Kim CK. Attitudes toward the suicide of Korean medical students. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1980;19:12-26.
- 32) Domino G. Cross-cultural attitudes towards suicide: the SOQ and a personal odyssey. *Arch Suicide Res* 2005;9:107-122.
- 33) Stein D, Witztum E, Brom D, DeNour AK, Elizur A. The association between adolescents' attitudes toward suicide and their psychosocial background and suicidal tendencies. *Adolescence* 1992;27:949-959.

■ 부 록 ■

설문 문항

※ 우리나라 자살 현황에 대한 일반적 지식과 관련된 질문입니다.

1. 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률이 제정된 사실을 알고 있습니까?
☐ 예 ☐ 아니오
2. 우리나라 10대 사망원인 중 자살이 몇 위인지 알고 있습니까?(아니오 → 3번)
☐ 예 ☐ 아니오
 2-1. 알고 있다면 몇 번째라고 생각하십니까? _____ 위
3. 우리나라 자살률이 OECD 국가 중 몇 위인지 알고 있습니까?(아니오 → 4번)
☐ 예 ☐ 아니오
 3-1. 알고 있다면 몇 번째라고 생각하십니까? _____ 위
4. 자살상담을 위해 전국적으로 365일, 24시간 가동되는 전화상담 시스템(1577-0199)이 있음을 알고 있습니까?
☐ 예 ☐ 아니오

※ 자살과 관련된 자신의 경험에 대한 질문입니다.

5. 나는 정신과적 치료를 받은 적이 있다.
☐ 예 ☐ 아니오
6. 나는 자살에 대해 심각하게 생각하거나 계획한 적이 있다.
☐ 예 ☐ 아니오
7. 나는 자살을 시도해 본 적이 있다.
☐ 예 ☐ 아니오
8. 가까운 가족이나 친지, 친구가 자살 시도나 자살로 죽은 적이 있다.
☐ 예 ☐ 아니오

※ 자살에 대한 태도와 관련된 질문입니다.

9. 자살은 인간의 권리이다.
☐ 예 ☐ 아니오
10. 자살은 윤리적으로 죄악이다.
☐ 예 ☐ 아니오
11. 자살이 유일한 해결책인 상황도 있다.
☐ 예 ☐ 아니오
12. 불치병에 걸렸다면 자살하려는 것을 이해할 수 있다.
☐ 예 ☐ 아니오
13. 남는 자녀가 어리다면 부모와 함께 동반 자살하는 것이 자녀를 남겨두는 것보다 낫다.
☐ 예 ☐ 아니오
14. 자살사고에 대해 이야기하는 것은 수치스럽다.
☐ 예 ☐ 아니오
15. 가족이나 가까운 사람이 자살하였다면 부끄럽게 느낄 것이다.
☐ 예 ☐ 아니오

16. 정말 자살할 사람은 다른 사람에게 죽고 싶다는 의사 표현을 하지 않을 것이다.

☐ 예 ☐ 아니오

17. 자살하는 사람은 항상 죽음에 대해 몰두하고 있을 것이다.

☐ 예 ☐ 아니오

18. 자살하는 사람은 꼭 죽겠다는 확고한 결단을 내린 사람일 것이다.

☐ 예 ☐ 아니오

19. 자살은 상담/치료를 통해 예방될 수 있다.

☐ 예 ☐ 아니오

20. 자살은 개인보다 사회에 책임이 있다.

☐ 예 ☐ 아니오

21. 모든 사람은 누구나 자살할 가능성이 있다.

☐ 예 ☐ 아니오

22. 이타적인 목적의 자살은 오히려 존경 받아야 한다.

☐ 예 ☐ 아니오

23. 자살을 심각하게 고려하는 사람을 자살로 죽지 않게 하기는 매우 어렵다.

☐ 예 ☐ 아니오

24. 한 번 자살을 결심한 사람은 결국 자살할 것이다.

☐ 예 ☐ 아니오

25. 자살 의사를 직접 묻는 것은 자살 충동을 자극하므로 피해야 할 것이다.

☐ 예 ☐ 아니오

26. 한 번 자살을 시도하고 실패한 사람은 그것으로 자살 의도가 없어질 것이다.

☐ 예 ☐ 아니오

※ 자살과 관련된 자신의 진료 경험에 대한 질문입니다.

27. 내 환자가 자살을 시도한 적이 있다.

☐ 예 ☐ 아니오

28. 내 환자가 자살로 죽은 적이 있다.

☐ 예 ☐ 아니오

29. 나는 자살 위험성을 잘 평가할 수 있다.

☐ 예 ☐ 아니오

30. 나는 자살 위험성이 높은 사람의 자살 시도를 예방할 자신이 있다.

☐ 예 ☐ 아니오