

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2015;54(3):338-349
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

정신보건사업 종사자의 자살관련 지식, 태도 및 경험에 관한 예비 연구

국립춘천병원 정신건강의학과,¹ 강원대학교 의학전문대학원 정신건강의학교실,²
강원도광역정신건강증진센터³

김혜진¹ · 황준원² · 주진형² · 김학선³ · 황세미³ · 이강욱^{2,3}

A Preliminary Study of Knowledge, Attitudes, and Experience Regarding Suicidal Behavior among Mental Health Workers in Korea

Hye-Jin Kim, MD¹, Jun-Won Hwang, MD, PhD², Jin Hyeong Jhoo, MD, PhD²,
Haak-Seon Kim, BA³, Semi Hwang, BA³, and Kanguk Lee, MD, PhD^{2,3}

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

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

³Gangwon Provincial Mental Health Center, Chuncheon, Korea

Objectives This study was conducted to investigate knowledge, attitude, and experience regarding suicidal behavior among mental health workers in Gangwon province of Korea to use as a basis for development of suicide prevention and education programs.

Methods Questionnaires consisted of 31 questions including general knowledge regarding suicide statistics and suicide related legislation, attitude toward suicide, awareness of suicide, and individual experiences of suicidal behaviors. Chi-square and binary logistic regression analyses were used to determine differences and association among attitude toward suicide, individual experience of suicide, and sociodemographic characteristics.

Results Taboo attitude toward suicide showed association with age and male. Males thought that social responsibility for suicide is necessary. Religiously non-affiliated group and people who had previous suicidal ideation and attempts showed a more permissive attitude toward suicide.

Conclusion The findings of this study suggest that demographic characteristics and previous individual experience of suicidal behaviors might influence attitude toward suicide. These personal characteristics should be considered in development of suicide prevention programs for mental health workers.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54(3):338-349

KEY WORDS Mental health worker · Attitude toward suicide · Experience of suicidal behavior.

Received May 26, 2015

Revised June 12, 2015

Accepted June 24, 2015

Address for correspondence

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

서 론

자살은 전 세계적으로 매우 심각한 문제로 매년 대략 백만 명이 자살로 사망하며, 우리나라의 자살률은 지난 십여 년간 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, 이하 OECD) 가입국 중 최고 수준으로, 1990년대 초반부터 현재까지 꾸준히 상승하고 있다. 우리나라 한 해 자살자 수는 1990년 3251명이었으나 2013년에는 이보다 약 4.4배 많은 14427명이 자살로 사망하고 있다.¹⁾ 이는 하루 평균 39.5명이 스스로 목숨을 끊고, 37분 마다 한 명씩

자살로 사망하고 있음을 의미한다.

자살에 대한 태도란 자살에 대해 개인이 지니고 있는 일관된 견해를 말하며 자살 행동에 대한 개인의 지속적인 의견이다.²⁾ 자살 태도를 측정하는 도구로 국외에서는 이미 Suicide Opinion Questionnaire(이하 SOQ)³⁾, Suicide Attitude Questionnaire⁴⁾ 및 Attitudes Toward Suicide(이하 ATTS)⁵⁾ 등이 개발되어 활용되고 있다. 국내에서는 Park과 Kim⁶⁾이 ATTS-20을 한국어로 번역하여 요인구조를 파악하고 신뢰도를 검증한 연구가 있으나, 이 외에 아직까지 신뢰도, 타당도가 검증된 척도는 거의 없는 상태이다.

자살 태도와 자살 행동과의 연관성에 대한 국외 연구로, Limbacher와 Domino⁷⁾는 자살에 대해 허용적인 태도를 가진 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 자살 사고와 자살 시도 빈도가 높게 관찰되고 있다고 보고하였다. 이외에도 자살 위험성이 높은 청소년을 대상으로 한 연구와 일반인을 대상으로 한 연구에서 각각 진행된 바 있었고, 정신과 의사 및 일반 의사, 자살 시도자의 가족을 대상으로 한 비교 연구들이 시행되었다.^{2,8-11)} 국내에서는 2010년 일반인을 대상으로 자살에 대한 태도와 자살 관련 경험에 대한 설문조사¹²⁾가 이뤄진 바 있으며, Jeon 등¹³⁾의 연구에서는 자살에 대해 허용적인 집단에서만 우울증의 유무에 따라 자살 의도의 차이가 있었고, 자살에 대한 허용적인 태도와 현재의 자살 생각이 밀접한 연관성이 있다고 보고하였다.

현재 우리나라에서는 보건복지부의 자살예방사업 계획에 따라 전국의 각 지역에 시군 구 단위로 설치되어 있는 정신건강증진센터를 중심으로 자살 예방사업이 수행되고 있으며¹⁴⁾ 정신보건사업 종사자들은 24시간 자살위기 상담이나 자살 위기자 발견 및 사례관리, 자살예방 교육 등의 업무를 담당하고 있다. Luoma 등¹⁵⁾에 따르면 자살 시도자가 자살 시도 일년 전 정신건강의학과 의사에게 직접 진료를 받는 비율보다 보건소나 일반의 등 일차 의료에 접촉하는 비율이 오히려 높다고 하였다. 마찬가지로 우리나라에서도 자살 고위험군이 스스로 정신의료기관을 직접 찾을 가능성이 높지 않은 실정을 감안하면 상대적으로 지역사회 정신보건사업 종사자들이 전화나 인터넷 상담 및 내소 상담 등을 통해 자살 고위험군과 접촉할 기회가 많을 가능성이 있다. 정신보건사업 종사자들의 자살에 대한 태도에 대한 연구로 Kim 등¹⁶⁾과 Kwon 등¹⁷⁾의 연구가 시행되었으나, 정신보건사업 종사자들의 자살 행동 유무가 자살에 대한 태도에 미치는 영향에 대한 연구는 현재까지 없는 실정이다.

Neimeyer 등¹⁸⁾에 따르면 자살을 인간의 권리라고 생각하는 정신보건사업 종사자들은 자살 시도자를 상담할 때 자신감이 떨어진다고 보고하였다. 따라서, 정신보건사업 종사자들의 자살에 대한 인식과 태도는 자살예방 활동에 영향을 미칠 수 있으며 일반인들의 정신건강에 대한 가치관에 영향을 미치기 때문에 매우 중요하다고 할 수 있다.¹⁹⁾ 또한 정신보건사업 종사자들의 자살에 대한 태도는 사회인구학적 특성과 자살에 대한 개인적 경험(자살 사고와 자살 시도 유무, 정신과적 치료 유무) 및 사례 관리자의 자살 경험 등 여러 가지 요인에 의해 영향을 받을 수 있다.¹⁸⁾

본 연구의 목적은 첫째, 정신보건사업 종사자의 자살관련 지식, 태도 및 개인적 경험에 대한 현황을 조사하고 둘째, 사회인구학적 변인 및 자살관련 경험에 따른 자살 태도의 차이

를 분석함으로써 향후 자살예방 사업을 효과적으로 수행하는 데 있어 필요한 기초자료로 활용하는 것이다.

방 법

대 상

본 연구는 2014년 3월부터 2014년 12월까지 강원 지역에서 시행되었던 생명사랑지킴이 및 자살예방 교육에 참석하였던 간호사, 보건소의 정신보건사업 담당자, 사회복지사, 정신건강증진센터의 자살사업 담당실무자 등 총 470명을 대상으로 하였다. 설문 시행 전에 대상자에게 연구의 취지와 목적에 대해서 충분히 설명하였으며, 본인이 동의를 거부하거나 참여 의사를 철회하는 경우 연구에서 제외하였다. 개인정보 노출 방지를 위해 서면동의를 구두 동의로 갈음하였다. 연구에 동의한 총 441명이 자가기입식 설문에 참여하였으며, 이 중 31개 문항 중 5개 문항을 응답하지 않은 9명을 제외한 432명을 분석에 포함시켰다. 강원대학교 병원 임상연구윤리위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받았다(KNUH-2014-01-017-002).

조사 항목

먼저 인구통계학적 정보는 7개의 세부항목으로 성별, 연령대, 혼인상태, 종교, 직종, 근무연수, 근무지역 등을 포함하였다. 자살관련 문항은 총 31개로 이루어져 있으며, 자살에 대한 태도에 관한 문항은 ATTS⁵⁾를 번역해 국내 상황에 적절하다고 생각되는 항목들로 변형한 것이다. 자살관련문항은 자살 현황 및 일반적 지식과 관련된 문항(Q1~Q4), 자살에 대한 태도에 대한 문항(Q5~Q22), 자살 관련 경험(Q23~Q27), 자신의 사례 관리 대상자 중 자살 관련 경험 및 자살 예방 교육에 대한 경험(Q28~Q31) 등으로 구성되어 있다. 특히 자살에 대한 태도와 관련한 문항은 Domino 등³⁾이 SOQ를 문항의 의미와 대표성으로 분류한 것을 참고하여 총 9개로 나누었다. 9개의 항목은 자살에 대한 허용적인 태도(Q5, Q6, Q7, Q8, Q9), 금기적 태도(Q10, Q11, Q12), 충동성 및 고의성(Q13, Q14), 예방가능성(Q15), 사회적 책임(Q16), 보편성(Q17), 이타적 자살(Q18), 자살의 불가피성(Q19, Q20), 자살 시도에 대한 인식(Q21, Q22) 등이다.

통계 분석

연구 대상자들의 사회인구학적 특성은 각각 빈도수와 백분율을 산출하며 통계적 유의성을 검증하기 위해 카이-제곱검정(chi-square test)을 통한 교차 분석을 시행하였다. 이를 통해 사회인구학적 특성(성별, 연령, 종교, 근무지역, 근무 연

수)에 따라서 자살에 대한 태도의 차이가 있는지 알아보았다. 또한 자살 관련 경험 유무에 따른 자살 태도의 차이를 살펴보고자 하였다. 사회인구학적 특성이 자살에 대한 인식과 태도에 미치는 영향력을 보기 위해 교차 분석 결과 유의한 사회인구학적 특성과 함께 성별, 연령을 독립변수로 한 단계적 이분형 로지스틱 회귀분석(stepwise binary logistic regression analysis)을 시행하였다. 조사된 자료의 처리는 SPSS 20.0 for Windows(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)를 이용하였으며, 연속 변수에 대해서는 평균과 표준편차를, 범주형 자료에 대해서는 도수와 백분율을, 신뢰구간과 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

본 연구 대상자의 사회인구학적 특성은 다음과 같다(표 1). 총 432명을 대상으로 연구가 진행되었는데 남성 79명(18.3%), 여성 344명(79.6%)으로 여성 참여자가 많았다. 평균 연령은 48.2 ± 12.8 세로, 남성 연령의 평균은 52.5 ± 17.4 세, 여성 연령의 평균은 47.2 ± 11.4 세였다. 최저 연령은 22세, 최고 연령은 74세였다. 조사 자료에 대한 타당도와 신뢰도를 높이기 위해 평균과 표준편차, 왜도와 첨도 등을 중심으로 자료의 정규성을 확인하였다.

자살에 대한 지식

각 문항의 정답률은 Q1(“강원도 자살예방 및 생명존중문화 조성에 관한 조례에 대해 알고 있습니까?”)에서 65명(49.2%), Q2(“우리나라 10대 사망원인 중 자살이 몇 위인지 알고 있습니까?”)에서 17명(6.9%), Q3(“우리나라 자살률이 OECD 국가 중 몇 위인지 알고 있습니까?”)에서 264명(61.1%)이었다. 또한 Q4(“강원도 18개 시군 중 자신의 근무지역에서 연령표준화 자살률 순위를 알고 있습니까?”)에서는 179명(48.5%)이 “예”라고 응답하였다.

자살에 대한 태도

성별에 따라 응답에 유의한 차이를 보인 문항은 자살에 대한 금기적 태도와 관련된 문항인 Q11(“가족이나 가까운 사람이 자살하였다면 부끄럽게 느낄 것이다”, “예” : 48.7%(남성) vs. 34.5%(여성), $p = 0.021$), Q12(“정말 자살할 사람은 다른 사람에게 죽고 싶다는 의사 표현을 하지 않을 것이다”, 47.9% vs. 32.2%, $p = 0.011$)와 자살 시도에 대한 인식과 관련된 문항인 Q21(“자살 의사를 직접 묻는 것은 자살 충동을 자극하므로 피해야 할 것이다”, 40.8% vs. 26.6%, $p = 0.017$)로 남성에서 자살에 대한 금기적인 태도를 보였다(표 2).

종교 유무에 따른 차이를 보면 자살에 따른 허용적 태도와

관련된 문항인 Q5(“자살은 인간의 권리이다”, “예” : 13.8%(종교가 있는 군) vs. 28.6%(종교가 없는 군), $p < 0.001$), Q6(“자살은 윤리적으로 최악이다”, 75.9% vs. 56.2%, $p < 0.001$), Q8(“불치병에 걸렸다면 자살하려는 것을 이해할 수 있다”, 53.3% vs. 66.4%, $p = 0.02$)에서 종교가 없는 군이 자살에 대해 허용적인 태도를 보였으며 자살의 불가피성과 관련된 문항인 Q19(“자살을 심각하게 고려하는 사람을 자살로 죽지 않게 하기는 매우 어렵다”, 42.9% vs. 57.9%, $p < 0.008$)에서도 종교가 없는 군이 자살을 불가피한 현상으로 인식하였다(표 3).

근무지역에 따라 차이를 보인 문항은 자살에 대한 금기적 태도에 관한 문항인 Q12(“정말 자살할 사람은 다른 사람에게 죽고 싶다는 의사 표현을 하지 않을 것이다”, “예” : 42.1%(도시)

Table 1. Sociodemographic characteristics of study subjects

Variable	n (%)	Mean (\pm SD)
Sex		
Male	79 (18.3)	
Female	344 (79.6)	
Age (yr)		48.2 (\pm 12.81)
20-39	100 (23.1)	
40-59	263 (60.9)	
≥ 60	57 (13.2)	
Marital status		
Unmarried	49 (11.3)	
Married	330 (76.4)	
Divorced	9 (2.1)	
Widowed	31 (7.2)	
Others	1 (0.2)	
Religion		
Affiliated	304 (70.4)	
None	111 (25.7)	
Occupation		
Administrative official	63 (14.6)	
School personnel	31 (7.2)	
Hospital nurse	72 (16.7)	
Social worker	73 (16.9)	
Care worker	60 (13.9)	
Others	106 (24.5)	
Office region		
Urban (local small city)	138 (31.9)	
Rural (eup-myeon)	278 (64.4)	
Number of years working		
<5 yr	202 (46.8)	
≥ 5 yr	188 (43.5)	
History of participation in suicide-prevention education		
Yes	232 (53.7)	
None	163 (37.7)	

SD : Standard deviation

vs. 31.3%(농촌), $p=0.037$], 자살의 보편성과 관련된 문항인 Q17(“모든 사람은 누구나 자살할 가능성이 있다”, 81.9% vs. 91.9%, $p=0.003$), 자살시도에 대한 인식에 대한 문항인 Q21(“자살 의사를 직접 묻는 것은 자살 충동을 자극하므로 피해야 할 것이다”, 35.5% vs. 25.2%, $p=0.036$) 등에서 차이를 보였다(표 3).

근무연수에 따라서는 자살에 대한 금기적 태도와 관련된 문항인 Q12[“정말 자살할 사람은 다른 사람에게 죽고 싶다는 의사 표현을 하지 않을 것이다”, “예” : 39.8%(5년 미만) vs. 30.0%(5년 이상), $p=0.048$]에서 차이를 보였다(표 3).

성별, 연령과 함께 각 문항에서 유의한 사회인구학적 특성을 독립변수로 한 회귀분석 결과는 다음과 같다. 자살에 대한 금기적 태도와 관련된 문항인 Q12[“정말 자살할 사람은 다른 사람에게 죽고 싶다는 의사 표현을 하지 않을 것이다”, $B=0.790$, odds ratio(이하 OR)=2.204, confidence interval(이하 CI) : 1.243–3.908, $p=0.007$]에서는 남성이 “예”라는 높은 응답률과 연관되어 있었다.

연령과 관련하여 “예”라는 응답과 연관성을 보인 문항은 자살에 대한 허용적인 태도와 관련된 Q6, Q7, Q8과 자살에 대한 금기적 태도와 관련된 Q10, Q11, Q12, 자살의 충동성, 고의성과 관련된 Q13, Q14, 자살의 보편성과 관련된 Q17, 불가피성과 관련된 Q20, 자살 시도에 대한 인식과 관련된 Q21, Q22였다.

연령이 높을수록 “예”라는 높은 응답률과 연관성을 보인 문항은 다음과 같다. Q6(“자살은 윤리적으로 죄악이다”, $B=0.040$, OR=1.040, CI : 1.019–1.062, $p<0.001$), Q7(“자살이 유일한 해결책인 상황도 있다”, $B=0.026$, OR=1.026, CI : 1.007–1.045, $p=0.006$), Q8(“불치병에 걸렸다면 자살하려는 것을 이해할 수 있다”, $B=0.034$, OR=1.035, CI : 1.016–1.054, $p<0.001$), Q10(“자살 사고에 대해 이야기하는 것은 수치스럽다”, $B=0.054$, OR=1.056, CI : 1.032–1.081, $p<0.001$), Q11(“가족이나 가까운 사람이 자살하였다면 부끄럽게 느낄 것이다”, $B=0.062$, OR=1.064, CI : 1.044–1.085, $p<0.001$), Q12(“정말 자살할 사람은 다른 사람에게 죽고 싶다는 의사 표현을 하지 않을 것이다”, $B=0.020$, OR=1.020, CI : 1.002–1.039, $p=0.028$), Q13(“자살하는 사람은 항상 죽음에 대해 몰두하고 있을 것이다”, $B=0.022$, OR=1.022, CI : 1.004–1.040, $p=0.014$), Q14(“자살하는 사람은 죽겠다는 확고한 결단을 내린 사람일 것이다”, $B=0.041$, OR=1.042, CI : 1.024–1.061, $p<0.001$), Q20(“한 번 자살을 결심한 사람은 결국 자살할 것이다”, $B=0.031$, OR=1.031, CI : 1.014–1.050, $p<0.001$), Q21(“자살의사를 직접 묻는 것은 자살 충동을 자극하므로 피해야 할 것이다”, $B=0.046$, OR=1.047, CI : 1.027–1.067, $p<0.001$), Q22(“한 번 자살을 시도하고 실패한 사람은 그것으로

자살 의도가 없어질 것이다”, $B=0.063$, OR=1.065, CI : 1.037–1.092, $p<0.001$)였다(표 4).

연령이 낮을수록 “예”의 높은 응답률과 연관성을 보인 문항은 Q17(“모든 사람은 죽을 가능성이 있다”, $B=-0.046$, OR=0.955, CI : 0.930–0.980, $p=0.001$)이었다(표 4).

종교와 관련하여 “예”라는 높은 응답률과 연관성을 보인 문항은 자살에 대한 허용적 태도와 관련된 Q5(“자살은 인간의 권리이다”, $B=0.900$, OR=2.459, CI : 1.381–4.378, $p=0.047$), Q8(“불치병에 걸렸다면 자살하려는 것을 이해할 수 있다”, $B=0.855$, OR=2.351, CI : 1.421–3.891, $p=0.001$)로, 종교가 없는 군이 “예”라는 높은 응답과 연관되어 있었고, Q6(“자살은 윤리적으로 죄악이다”, $B=0.552$, OR=1.737, CI : 1.049–2.875, $p=0.032$)에서는 종교가 있는 군이 “예”의 높은 응답률과 연관성을 보였다(표 4).

근무지역에 따라서는 자살의 보편성과 관련된 Q17(“모든 사람은 자살로 죽을 가능성이 있다”, $B=0.747$, OR=2.112, CI : 1.089–4.094, $p=0.027$)에서 농촌 근무자일수록 “예”의 높은 응답률과 연관성을 보였다(표 4).

정신과적 치료, 자살에 대한 경험

연구 참가자 중 22명(5.1%)이 정신과적 치료를 받은 적이 있었으며, 41명(9.5%)이 자살에 대해 심각하게 고민하거나 계획한 적이 있었다. 또한 21명(4.9%)이 자살을 시도한 적이 있었다.

자살 시도 경험은 도시 지역($B=-1.000$, OR=0.368, CI : 0.148–0.912, $p=0.031$)에서 높은 경향을 보였으며, 남성($B=-0.574$, CI : 0.328–0.967, $p=0.037$)일수록 지인의 자살을 많이 경험하였다(표 5).

자살 관련 경험에 따른 자살에 대한 태도의 차이

자살 행동이 있었던 군, 즉 자살을 심각하게 고민하거나 계획한 적이 있거나 실제로 자살을 시도한 경험이 있었던 군에서 응답에 유의한 차이를 보이는 문항은 다음과 같다(표 6).

자살에 대한 허용적인 태도와 관련된 문항인 Q5[“자살은 인간의 권리이다”, “예” : 28.9%(자살 행동이 있었던 군) vs. 16.9%(자살 행동이 없었던 군), $p=0.049$], Q7(“자살이 유일한 해결책인 상황도 있다”, 50.0% vs. 20.8%, $p<0.001$)이었고, 자살에 대한 금기적 태도와 관련된 문항인 Q10(“자살 사고에 대해 이야기하는 것은 수치스럽다”, 22.2% vs. 11.2%, $p<0.034$), Q12(“정말 자살할 사람은 다른 사람에게 죽고 싶다는 의사 표현을 하지 않을 것이다”, 42.0% vs. 31.0%, $p=0.046$)로, 자살 행동이 있었던 군에서 자살에 대해 허용적이고 금기적인 태도를 보였다. 또한 자살 시도에 대한 인식과 관련된 문항인

Table 2. Comparison of attitude on suicide according to sex, age

		Sex			χ^2 (p)	Age			χ^2 (p)	
		Male, n (%)	Female, n (%)	Total, n (%)		20–29, n (%)	40–49, n (%)	60–69, n (%)		
Permissive attitude										
5. People do have the right to take their lives	Y	14 (18.2)	56 (17.6)	70 (17.7)	0.017	20 (20.0)	44 (17.7)	7 (15.9)	71 (18.1)	0.417
	N	63 (81.8)	263 (82.4)	326 (82.3)	(0.897)	80 (80.0)	205 (82.3)	37 (84.1)	322 (81.9)	(0.812)
6. Suicide is ethnical sin	Y	53 (68.8)	225 (70.1)	278 (69.8)	0.047	55 (55.0)	182 (73.1)	39 (84.8)	276 (69.9)	16.592
	N	24 (31.2)	96 (29.9)	120 (30.2)	(0.828)	45 (45.0)	67 (26.9)	7 (15.2)	119 (30.1)	(<0.001)*
7. There may be situations where the only reasonable resolution is suicide	Y	23 (29.5)	73 (22.3)	96 (23.7)	1.787	21 (21.0)	59 (23.0)	17 (37.8)	97 (24.2)	5.268
	N	55 (70.5)	254 (77.7)	309 (76.3)	(0.181)	79 (79.0)	197 (77.0)	28 (62.2)	304 (75.8)	(0.072)
8. Suicide is unacceptable means to end an incurable illness	Y	50 (65.8)	179 (55.2)	229 (57.3)	2.796	53 (53.0)	140 (55.6)	35 (77.8)	228 (57.4)	8.786
	N	26 (34.2)	145 (44.8)	171 (42.8)	(0.095)	47 (47.0)	112 (44.4)	10 (22.2)	169 (42.6)	(0.012)*
9. Committing suicide together is better than leaving young children behind	Y	9 (11.5)	37 (11.3)	46 (11.4)	0.003	13 (13.0)	29 (11.4)	4 (8.5)	46 (11.4)	0.639
	N	69 (88.5)	290 (88.7)	359 (88.6)	(0.955)	87 (87.0)	226 (88.6)	43 (91.5)	356 (88.6)	(0.726)
Taboo attitude										
10. I would feel ashamed of talking suicide ideation to others	Y	12 (15.4)	38 (11.6)	50 (12.3)	0.860	7 (7.0)	26 (10.1)	16 (34.8)	49 (12.2)	25.540
	N	66 (84.6)	291 (88.4)	357 (87.7)	(0.354)	93 (93.0)	231 (89.9)	30 (65.2)	354 (87.8)	(<0.001)*
11. I would feel ashamed if a member of my family committed suicide	Y	37 (48.7)	111 (34.5)	148 (37.2)	5.317	21 (21.0)	94 (37.8)	31 (67.4)	146 (37.0)	29.282
	N	39 (51.3)	211 (65.5)	250 (62.8)	(0.021)*	79 (79.0)	155 (62.2)	15 (32.6)	249 (63.0)	(<0.001)*
12. People who really commit suicide never talk to others about suicidal ideation	Y	35 (47.9)	104 (32.2)	139 (35.1)	6.481	37 (37.0)	74 (30.3)	27 (58.3)	138 (35.2)	12.005
	N	38 (52.1)	219 (67.8)	257 (64.9)	(0.011)*	63 (63.0)	170 (69.7)	21 (43.8)	254 (64.8)	(0.002)*
Impulsivity, intentionality										
13. People who commit suicide are always preoccupied with death	Y	42 (58.3)	212 (66.9)	254 (65.3)	1.890	54 (54.0)	170 (70.8)	30 (65.2)	254 (65.8)	8.897
	N	30 (41.7)	105 (33.1)	135 (34.7)	(0.169)	46 (46.0)	70 (29.2)	16 (34.8)	132 (34.2)	(0.012)*
14. People who commit suicide make firm decision to die	Y	27 (37.0)	88 (27.8)	115 (29.6)	2.378	24 (24.0)	62 (26.1)	29 (60.4)	115 (29.8)	24.719
	N	46 (63.0)	228 (72.2)	274 (70.4)	(0.123)	76 (76.0)	176 (73.9)	19 (39.6)	271 (70.2)	(<0.001)*

Table 2. Comparison of attitude on suicide according to sex, age (continued)

	Sex				Age				χ^2 (p)	
	Male, n (%)	Female, n (%)	Total, n (%)		20-29, n (%)	40-49, n (%)	60-69, n (%)	Total, n (%)		
Preventability										
15. Suicide can be prevented by consultation/ treatment	Y	74 (97.4)	321 (97.6)	395 (97.5)	0.01	99 (99.0)	251 (97.7)	42 (93.3)	392 (97.5)	4.177
	N	2 (2.6)	8 (2.4)	10 (2.5)	(0.919)	1 (1.0)	6 (2.3)	3 (6.7)	10 (2.5)	(0.124)
Social responsibility										
16. Society is responsible for suicide than individual	Y	59 (76.6)	214 (66.3)	273 (68.3)	3.085	70 (70.7)	173 (68.7)	27 (58.7)	270 (68.0)	2.213
	N	18 (23.4)	109 (33.7)	127 (31.8)	(0.079)	29 (29.3)	79 (31.3)	19 (41.3)	127 (32.0)	(0.331)
Universality										
17. Everyone has possibility to commit suicide	Y	65 (83.3)	293 (89.6)	358 (88.4)	2.413	93 (93.0)	233 (90.7)	29 (64.4)	355 (88.3)	28.331
	N	13 (16.7)	34 (10.4)	47 (11.5)	(0.120)	7 (7.0)	24 (9.3)	16 (35.6)	47 (11.7)	(<0.001)*
Altruistic suicide										
18. Altruistic suicide should be respected	Y	4 (5.6)	10 (3.3)	14 (3.8)	0.802	5 (5.1)	7 (3.0)	2 (5.3)	14 (3.8)	1.036
	N	68 (94.4)	291 (96.7)	359 (96.2)	(0.370)	94 (94.9)	225 (97.0)	36 (94.7)	355 (96.2)	(0.596)
Inevitability										
19. It is very difficult to prevent people who consider suicide seriously from killing themselves	Y	30 (41.1)	155 (49.1)	185 (47.6)	1.505	49 (50.0)	109 (45.2)	25 (54.3)	183 (47.5)	1.609
	N	43 (58.9)	161 (50.9)	204 (52.4)	(0.220)	49 (50.0)	132 (54.8)	21 (45.7)	202 (52.5)	(0.447)
20. Once a person is suicidal, he is suicidal forever	Y	23 (31.5)	93 (29.3)	116 (29.7)	0.134	22 (22.0)	73 (30.4)	22 (46.8)	117 (30.2)	9.340
	N	50 (68.5)	224 (70.7)	274 (70.3)	(0.715)	78 (78.0)	167 (69.6)	25 (53.2)	270 (69.8)	(0.009)†
Awareness of suicide attempt										
21. It should be avoided to ask suicidal ideation directly because it stimulates suicidal impulse	Y	29 (40.8)	85 (26.6)	114 (29.2)	5.660	21 (21.0)	64 (26.6)	29 (63.0)	114 (29.5)	29.389
	N	42 (59.2)	234 (73.4)	276 (70.8)	(0.017)*	79 (79.0)	177 (73.4)	17 (37.0)	273 (70.5)	(<0.001)*
22. Improvement following a suicidal crisis indicates that the risk is over	Y	12 (16.4)	28 (8.9)	40 (10.3)	3.615	5 (5.1)	19 (8.0)	16 (33.3)	40 (10.4)	31.532
	N	61 (83.6)	286 (91.1)	347 (89.7)	(0.057)	94 (94.9)	218 (92.0)	32 (66.7)	344 (89.6)	(<0.001)*

Chi-square test. * : $p < 0.05$, † : $p < 0.01$, * : $p < 0.001$. Y : Yes, N : No

Table 3. Comparison of attitude on suicide according to religion, office region, number of years working

		Religion			Office region			Number of years working				
		Affiliated, n (%)	None, n (%)	Total, n (%)	χ^2 (p)	Urban, n (%)	Rural, n (%)	Total, n (%)	<5 yr, n (%)	Total, n (%)	χ^2 (p)	
Permissive attitude												
5. People do have the right to take their lives	Y	39 (13.8)	30 (28.6)	69 (17.8)	11.349	19 (15.7)	51 (19.1)	70 (18.0)	32 (17.3)	34 (18.5)	66 (17.9)	0.103
	N	243 (86.2)	75 (71.4)	318 (82.2)	(0.001)*	102 (84.3)	216 (80.9)	318 (82.0)	153 (82.7)	149 (81.4)	302 (82.1)	(0.749)
6. Suicide is ethical sin	Y	217 (75.9)	59 (56.2)	276 (70.6)	14.333	86 (69.4)	188 (70.1)	274 (69.9)	130 (69.5)	127 (69.4)	257 (69.5)	0.001
	N	69 (24.1)	46 (43.8)	115 (29.4)	(<0.001)*	38 (30.6)	80 (29.9)	118 (30.1)	57 (30.5)	56 (30.6)	113 (30.5)	(0.980)
7. There may be situations where the only reasonable resolution is suicide	Y	65 (22.5)	25 (23.4)	90 (22.7)	0.034	34 (26.4)	58 (21.5)	92 (23.1)	40 (20.9)	46 (24.6)	86 (22.8)	0.719
	N	224 (77.5)	82 (76.6)	396 (77.3)	(0.854)	95 (73.6)	212 (78.5)	307 (76.9)	151 (79.1)	141 (75.4)	292 (77.2)	(0.397)
8. Suicide is unacceptable means to end an incurable illness	Y	152 (53.3)	71 (66.4)	223 (56.9)	5.379	67 (53.6)	154 (57.5)	221 (56.2)	96 (51.1)	111 (60.3)	207 (55.6)	3.232
	N	133 (46.7)	36 (33.6)	169 (43.1)	(0.02)*	58 (46.4)	114 (42.5)	172 (43.8)	92 (48.9)	73 (39.7)	165 (44.4)	(0.072)
9. Committing suicide together is better than leaving young children behind	Y	30 (10.3)	13 (12.3)	43 (10.8)	0.32	9 (7.1)	35 (12.9)	44 (11.1)	24 (12.6)	19 (10.3)	43 (11.4)	0.489
	N	262 (89.7)	93 (87.7)	355 (89.2)	(0.572)	118 (92.9)	236 (87.1)	354 (88.9)	167 (87.4)	166 (89.7)	333 (88.6)	(0.484)
Taboo attitude												
10. I would feel ashamed of talking suicide ideation to others	Y	35 (12.0)	13 (12.1)	48 (12.1)	0.001	19 (15.1)	29 (10.6)	48 (12.0)	22 (11.5)	22 (11.8)	44 (11.7)	0.009
	N	256 (88.0)	94 (87.9)	350 (87.9)	(0.974)	107 (84.9)	244 (89.4)	351 (88.0)	169 (88.5)	164 (88.2)	333 (88.3)	(0.925)
11. I would feel ashamed if a member of my family committed suicide	Y	110 (38.7)	33 (31.1)	143 (36.7)	1.92	49 (39.5)	92 (34.5)	141 (36.1)	59 (31.9)	76 (41.1)	135 (36.5)	3.371
	N	174 (61.3)	73 (68.9)	247 (63.3)	(0.166)	75 (60.5)	175 (65.5)	250 (63.9)	126 (68.1)	109 (58.9)	235 (63.5)	(0.066)
12. People who really commit suicide never talk to others about suicidal ideation	Y	102 (36.0)	33 (31.1)	135 (34.7)	0.821	53 (42.1)	83 (31.3)	136 (34.8)	76 (39.8)	54 (30.0)	130 (35.0)	3.902
	N	181 (64.0)	73 (68.9)	254 (65.3)	(0.365)	73 (57.9)	182 (68.7)	255 (65.2)	115 (60.2)	126 (70.0)	241 (65.0)	(0.048)*
Impulsivity, intentionality												
13. People who commit suicide are always preoccupied with death	Y	42 (58.3)	212 (66.9)	254 (65.3)	1.89	76 (61.8)	176 (67.4)	252 (65.6)	124 (66.0)	114 (64.0)	238 (65.0)	0.147
	N	88 (31.9)	45 (42.5)	133 (34.8)	(0.052)	47 (38.2)	85 (32.6)	132 (34.4)	64 (34.0)	64 (36.0)	128 (35.0)	(0.701)
14. People who commit suicide make firm decision to die	Y	27 (37.0)	88 (27.8)	115 (29.6)	2.378	42 (33.3)	71 (27.5)	113 (29.4)	53 (28.2)	52 (29.2)	105 (28.7)	0.047
	N	191 (69.2)	78 (73.6)	269 (70.4)	(0.401)	84 (66.7)	187 (72.5)	271 (70.6)	135 (71.8)	126 (70.8)	261 (71.3)	(0.829)

Table 3. Comparison of attitude on suicide according to religion, office region, number of years working (continued)

		Religion			Office region			Number of years working						
		Affiliated, n (%)	None, n (%)	Total, n (%)	χ^2 (p)	Urban, n (%)	Rural, n (%)	Total, n (%)	χ^2 (p)	<5 yr, n (%)	≥5 yr, n (%)	Total, n (%)	χ^2 (p)	
Preventability														
15. Suicide can be prevented by consultation/treatment	Y	281 (96.9)	106 (99.1)	387 (97.5)	1.497	123 (96.9)	265 (97.8)	388 (97.5)	0.309	185 (97.4)	182 (98.4)	367 (97.9)	0.458	
	N	9 (3.1)	1 (0.9)	10 (2.5)	(0.221)	4 (3.1)	6 (2.2)	10 (2.5)	(0.578)	5 (2.6)	3 (1.6)	8 (2.1)	(0.499)	
Social responsibility														
16. Society is responsible for suicide than individual	Y	189 (66.1)	78 (73.6)	267 (68.1)	2.003	85 (68.5)	183 (68.0)	268 (68.2)	0.011	120 (64.5)	134 (72.8)	254 (68.6)	2.968	
	N	97 (33.9)	28 (26.4)	125 (31.9)	(0.157)	39 (31.5)	86 (32.0)	125 (31.8)	(0.918)	66 (35.5)	50 (27.2)	116 (31.4)	(0.085)	
Universality														
17. Everyone has possibility to commit suicide	Y	255 (87.9)	96 (89.7)	351 (88.4)	0.244	104 (81.9)	249 (91.9)	353 (88.7)	8.610	166 (87.4)	170 (91.4)	336 (89.4)	1.605	
	N	35 (12.1)	11 (10.3)	46 (11.6)	(0.621)	23 (18.1)	22 (8.1)	45 (11.3)	(0.003) [†]	24 (12.5)	16 (8.6)	40 (10.6)	(0.205)	
Altruistic suicide														
18. Altruistic suicide should be respected	Y	9 (3.4)	3 (2.9)	12 (3.3)	0.058	2 (1.7)	12 (4.8)	14 (3.8)	2.076	6 (3.3)	6 (3.5)	12 (3.4)	0.014	
	N	255 (96.6)	100 (97.1)	355 (96.7)	(0.810)	116 (98.3)	240 (95.2)	356 (96.2)	(0.15)	176 (96.7)	164 (96.5)	340 (96.6)	(0.904)	
Inevitability														
19. It is very difficult to prevent people who consider suicide seriously from killing themselves	Y	118 (42.9)	62 (57.9)	180 (47.1)	6.988	53 (43.4)	130 (49.6)	183 (47.7)	1.273	89 (47.3)	84 (47.5)	173 (47.4)	0.001	
	N	157 (57.1)	45 (42.1)	202 (52.9)	(0.008)*	69 (56.6)	132 (50.4)	201 (52.3)	(0.259)	99 (52.7)	93 (52.5)	192 (52.6)	(0.982)	
20. Once a person is suicidal, he is suicidal forever	Y	89 (32.1)	26 (24.5)	115 (30.0)	2.108	35 (28.2)	79 (30.4)	114 (29.7)	0.187	52 (27.8)	56 (31.3)	108 (29.5)	0.532	
	N	188 (67.9)	80 (75.5)	268 (70.0)	(0.146)	89 (71.8)	181 (69.6)	270 (70.3)	(0.665)	135 (72.2)	123 (68.7)	258 (70.5)	(0.466)	
Awareness of suicide attempt														
21. It should be avoided to ask suicidal ideation directly because it stimulates suicidal impulse	Y	83 (30.0)	29 (27.4)	112 (29.2)	0.252	44 (35.5)	66 (25.2)	110 (28.5)	4.376	54 (28.7)	46 (25.8)	100 (27.3)	0.382	
	N	194 (70.0)	77 (72.6)	271 (70.8)	(0.616)	80 (64.5)	196 (74.8)	276 (71.5)	(0.036)*	134 (71.3)	132 (74.2)	266 (72.7)	(0.536)	
22. Improvement following a suicidal crisis indicates that the risk is over	Y	29 (10.6)	11 (10.3)	40 (10.5)	0.01	16 (13.0)	23 (8.9)	39 (10.2)	1.55	18 (9.8)	17 (9.5)	35 (9.6)	0.008	
	N	244 (89.4)	96 (89.7)	340 (89.5)	(0.922)	107 (87.0)	236 (91.1)	343 (89.8)	(0.213)	166 (90.2)	162 (90.5)	328 (90.4)	(0.927)	

Chi-square test. *: $p < 0.05$, †: $p < 0.01$, ‡: $p < 0.001$. Y: Yes, N: No

Q22(“한 번 자살을 시도하고 실패한 사람은 그것으로 자살 의도가 없어질 것이다”, 20.0% vs. 8.1%, $p=0.015$)였다.

고 찰

이 연구는 국내에서 정신보건사업 종사자에서 자살에 대한 태도와 자살 행동의 연관성을 관찰한 최초의 연구이다.

자살에 대한 지식과 관련된 네 가지 문항 중 Q3(“우리나라 자살률이 OECD 국가 중 몇 위인지 알고 있습니까”)을 제외하고 정답률이 절반을 넘지 못했다. 자살에 대한 지식을 조사한 연구 결과가 없어 비교가 어려우나, 본 연구의 대상이 일반인이 아닌 정신보건사업 종사자들을 대상으로 했음에도 예상보다 낮은 결과였다. 이는 추후 이들을 대상으로 한 자살 예방 교육 내용의 제고와 더불어 교육 이후 자살 관련 지

Table 4. Attitude on suicide according to sociodemographic characteristics

Variable		B	S.E.	Wals	df	p	OR	95% CI		R ²
								Min	Max	
Permissive attitude										
5. People do have the right to take their lives										
Religion	Non-affiliated	0.900	0.294	9.351	1	0.002*	2.459	1.381	4.378	0.047
6. Suicide is ethnical sin										
Age		0.040	0.011	14.022	1	<0.001*	1.040	1.019	1.062	0.096
Religion	Affiliated	0.552	0.257	4.611	1	0.032*	1.737	1.049	2.875	
7. There may be situations where the only reasonable resolution is suicide										
Age		0.026	0.009	7.518	1	0.006†	1.026	1.007	1.045	0.028
8. Suicide is an acceptable means to end an incurable illness										
Age		0.034	0.009	13.384	1	<0.001*	1.035	1.016	1.054	0.069
Religion	Non-affiliated	0.855	0.257	11.062	1	0.001†	2.351	1.421	3.891	
Taboo attitude										
10. I would feel ashamed of talking suicide ideation to others										
Age		0.054	0.012	19.544	1	<0.001*	1.056	1.031	1.081	0.438
11. I would feel ashamed if a member of my family committed suicide										
Age		0.062	0.010	39.610	1	<0.001*	1.064	1.044	1.085	0.155
12. People who really commit suicide never talk to others about suicidal ideation										
Sex	Male	0.790	0.292	7.309	1	0.007†	2.204	1.243	3.908	0.067
Age		0.020	0.009	4.805	1	0.028*	1.020	1.002	1.039	
Number of years working	<5 yr	0.594	0.231	6.639	1	0.01*	1.812	1.153	2.847	
Impulsivity, intentionality										
13. People who commit suicide are always preoccupied with death										
Age		0.022	0.009	6.073	1	0.014*	1.022	1.004	1.040	0.022
14. People who commit suicide make firm decision to die										
Age		0.041	0.009	20.277	1	<0.001*	1.042	1.024	1.061	0.077
Universality										
17. Everyone has possibility to commit suicide										
Age		-0.046	0.014	11.679	1	0.001†	0.955	0.930	0.980	
Office region	Rural	0.747	0.338	4.894	1	0.027*	2.112	1.089	4.094	
Inevitability										
20. Once a person is suicidal, he is suicidal forever										
Age		0.031	0.009	12.156	1	<0.001*	1.031	1.014	1.050	0.045
Awareness of suicide attempt										
21. It should be avoided to ask suicidal ideation directly because it stimulates suicidal impulse										
Age		0.046	0.010	21.607	1	<0.001*	1.047	1.027	1.067	0.085
22. Improvement following a suicidal crisis indicates that the risk is over										
Age		0.063	0.013	22.507	1	<0.001*	1.065	1.037	1.092	0.124

Binary logistic regression analysis. * : $p<0.05$, † : $p<0.01$, * : $p<0.001$. S.E. : Standard error, OR : Odds ratio, CI : Confidence interval, R² : Nagelkerke R-square

Table 5. Association between individual experience of suicide and sociodemographic characteristics

Variable	B	S.E.	Wals	df	p	OR	95% CI		R ²
							Min	Max	
7. I have attempted suicide									
Office region Urban	1.000	0.463	4.662	1	0.031*	2.718	1.097	6.738	0.035
8. I have experienced close friends' or family's death by suicide									
Sex Male	0.574	0.276	4.328	1	0.037*	1.776	1.034	3.050	0.015

Binary logistic regression analysis. * : p<0.05. S.E. : Standard error, OR : Odds ratio, CI : Confidence interval, R² : Nagelkerke R-square**Table 6.** Comparison of attitude on suicide according to suicidal behavior, experience of friend or family death by suicide

		Suicidal behavior				
		Yes, n (%)	No, n (%)	Total, n (%)	χ^2 (p)	OR (p)
Permissive attitude						
5. People do have the right to take their lives	Y	13 (28.9)	60 (16.9)	73 (18.2)	3.886	3.493
	N	32 (71.1)	296 (83.1)	328 (81.8)	(0.049)*	(0.062)
7. There may be situations where the only reasonable resolution is suicide	Y	23 (50.0)	76 (20.8)	99 (24.1)	19.020	16.87
	N	23 (50.0)	289 (79.2)	312 (75.9)	(<0.001) [†]	(<0.001) [†]
Taboo attitude						
10. I would feel ashamed of talking suicide ideation to others	Y	10 (22.2)	41 (11.2)	51 (32.4)	4.477	3.841
	N	35 (77.8)	325 (88.8)	360 (87.6)	(0.034)*	(0.050)
12. People who really commit suicide never talk to others about suicidal ideation	Y	42 (42.0)	90 (31.0)	132 (33.8)	3.993	3.911
	N	100 (100.0)	290 (100.0)	390 (100.0)	(0.046)*	(0.048)*
Awareness of suicide attempt						
22. Improvement following a suicidal crisis indicates that the risk is over	Y	8 (20.0)	28 (8.1)	36 (9.4)	5.933	4.786
	N	32 (80.0)	316 (91.9)	348 (90.6)	(0.015)*	(0.029)*

Chi-square test. * : p<0.05, † : p<0.001. Y : Yes, N : No, OR : Odds ratio

식 습득에 대한 적절한 평가가 필요할 것으로 생각된다.

성별과 관련하여 자살에 대한 금기적 태도와 관련된 문항인 Q12(“정말 자살할 사람은 다른 사람에게 죽고 싶다는 의사 표현을 하지 않을 것이다”)에서 남성일수록 자살 사고에 대해 이야기 하는 것을 꺼리는 경향을 보였다. Canetto와 Sakinofsky²⁰⁾는 성별에 따라 자살 관련 태도에 차이를 보이는 이유는 성장과정에서 학습된 사회적 성 역할의 차이에 기인한다고 하였다. 즉, 남성이 죽고 싶다는 의사표현을 하는 것은 ‘남자답지 못한’ 행동으로 받아들여지는 경우가 많기 때문에 여성에 비해 자살에 대해 금기적인 태도를 보일 가능성이 있다.

연령과 관련해서는 자살에 대한 금기적 태도와 관련된 세 문항(Q10, Q11, Q12) 모두에서 연령이 높을수록 자살에 대해 금기적으로 생각하였고, 자살의 충동성, 고의성과 관련된 문항인 Q13(“자살하는 사람은 항상 죽음에 몰두하고 있을 것이다”), Q14(“자살하는 사람은 꼭 죽겠다는 확고한 결단을 내린 사람일 것이다”)와 자살의 불가피성과 관련된 문항인 Q20(“한 번 자살을 결심한 사람은 결국 자살할 것이다”)에서도 연령이 높을수록 “예”라는 높은 응답률과 관련이 있었다. 이 결과는 연령이 높을수록 자살 의도에 대해 이야기 하는 것을 금기시하며, 자살 시도가 충동적이라기보다는 계획적이고 고

의적이기 때문에 자살 시도를 사전에 인지하는 것이 어렵고, 보고되는 노인의 자살사망률이 실제보다 낮은 가능성을 시사한다. 노인 인구는 전체 인구의 13%이지만 자살 사망자의 16%를 차지하며, 자살 시도 비율은 낮으나 성공률은 높다고 알려져 있다.²¹⁾ 연령에 따른 자살에 대한 태도에 대한 이전 연구에서 Renberg 등²²⁾은 연령이 높을수록 자살에 대해 허용적이고 덜 비판적이라고 하였으나, Domino²³⁾는 연령이 높은 군이 불치병을 가진 사람의 안락사에 대해서는 부정적으로 생각하는 경향이 있다고 하였다. 따라서 추후 연령에 따른 자살에 대한 태도와 더불어 안락사와 관련된 태도에 대한 연구가 필요할 것이다. 또한 본 연구에서는 응답자의 현재 건강상태, 정신과적 질환의 유무, 현재의 기분상태 등의 요인을 통제하지 않았기 때문에, 질환 유병률이 높은 노인에서 유의한 결과가 나왔을 가능성이 있으므로 추후 연구에서는 이러한 요인을 고려하여야 할 것으로 사료된다.

자살자에 대한 인식과 관련된 문항인 Q21(“자살 의사를 직접 묻는 것은 자살 충동을 자극하므로 피해야 할 것이다”)에서 100명(25.8%)이 “예”라고 응답하였고, 연령이 높을수록 자살 의사를 묻는 것이 자살 충동을 자극한다고 생각하였다. 또한 Q22(“한 번 자살을 시도하고 실패한 사람은 그것으로 자살 의도가 없어질 것이다”)에서 99명(25.5%)이 “예”라고 응답

하였고 마찬가지로 연령이 높을수록 자살 시도 후에도 자살 의도가 없어지지 않는다고 생각하였다. Q22와 관련하여 Robins 등²⁴⁾은, 자살시도자의 70% 정도가 이전에 자살 사고에 대해 이야기 한 적이 있으며, 41%는 자살 의도에 대해 이야기 했다고 한다. 이미 알려진 대로 자살의도의 확인은 자살의 위험을 높이지 않으며, 자살 고위험군의 자살 의도를 지속적으로 확인하는 것은 자살 예방에 중요하다. 그럼에도 불구하고 연령이 높은 정신보건사업 종사자들이 자살 생각에 대해 이야기 하는 것을 금기시하는 경향은 이들이 수행하는 자살예방 관련 사업의 효율성을 떨어뜨릴 수 있다. 따라서 현재 이들을 대상으로 실시되고 있는 자살 예방 교육을 검토하고, 연령에 따른 체계적인 교육이 실시되어야 할 것이다.

종교와 관련하여 자살에 대한 허용적인 태도와 관련된 문항인 Q5, Q6, Q8에서 종교가 없을수록 자살에 대해 허용적이고 자살을 불가피하다고 생각하는 경향을 보였다. 이는 Bagley와 Ramsay²⁵⁾의 연구에서 종교가 있는 군이 자살에 대해 비허용적이며, 자살이 윤리적 측면에서 위배된다고 생각한다는 결과와 일치한다. 특히 이 연구에서는 종교적 신념과 결속력이 자살을 예방할 수 있다고 하였다. 비슷한 결과로, Dervic 등²⁶⁾은 우울감을 주스로 내원한 371명의 외래 환자를 대상으로 종교의 유무와 관련하여 유의성을 관찰하였는데, 종교가 있는 군이 자살에 대해 윤리적으로 비 허용적인 태도를 보이며, 종교가 없는 군에 비해 충동성, 공격성이 낮고 자살 행동이 유의하게 낮은 결과를 보였다.

근무지역과 관련하여 자살의 보편성과 관련된 문항인 Q17(“모든 사람은 자살할 가능성이 있다”)에서 농촌 근무자가 도시 근무자에 비해 자살을 보편적으로 생각하는 경향이 높았던 것은 아마도 농촌인구가 도시에 비해 경제적 수준이 낮으며, 자살 유병률이 높은 사실과 연관성이 있을 것으로 사료된다. Hirsch²⁷⁾에 따르면 농촌 거주자는 도시 거주자에 비해 구성원 간 친교 활동이 적고, 중등도 이상의 신체적 활동을 요구하는 일에 종사하며, 의료 기관에 접근성이 떨어지는 등의 지리적, 문화적인 이유로 도시 지역에 비해 자살 위험성이 높다고 하였다. 즉, 본 연구 결과는 농촌 지역에서의 자살 특성에 대한 추가 연구와 함께 자살 예방 관련 인프라의 정비가 필요함을 시사한다고 볼 수 있겠다.

자살 행동 유무에 따른 자살의 태도를 살펴보면, 자살 행동이 없었던 군에 비해 유의하게 높은 응답을 보인 문항은 총 다섯 문항으로 Q5(“자살은 인간의 권리이다”), Q7(“자살이 유일한 해결책인 상황도 있다”), Q10(“자살 사고에 대해 이야기 하는 것은 수치스럽다”), Q12(“정말 자살할 사람은 다른 사람에게 죽고 싶다는 의사 표현을 하지 않을 것이다”), Q22(“한 번 자살을 시도하고 실패한 사람은 그것으로 자살

의도가 없어질 것이다”)였다. 결과적으로, 자살 사고나 자살 시도가 있었던 군이 자살 의도의 표현을 금기시하고 자살에 허용적인 태도를 보였고, 자살 시도 뒤 자살 위험이 없을 것이라고 생각하였다. 자살 태도와 자살 행동의 관련성에 관한 Limbacher와 Domino⁷⁾의 연구에서 자살에 대해 허용적인 태도를 가지고 있는 군에서 자살 사고가 높게 관찰되었으며, Arnautovska와 Grad²⁸⁾의 연구에서는 자살 사고가 있는 집단이 그렇지 않은 집단에 대해 자살에 대해 보편적, 허용적으로 생각하는 경향이 높다는 결과가 있었다. 또한 국내의 연구로는 Jeon 등²⁹⁾이 자살에 대한 허용적인 태도가 우울증 여부보다 자살 의도를 높이며, Kim 등³⁰⁾은 자살 시도 경험이 있는 경우 자살에 대한 태도가 허용적이라고 하였다. 본 연구에서도 일반인을 대상으로 한 이전 연구와 마찬가지로 자살에 대한 허용적인 태도와 자살 행동과의 상관관계를 확인할 수 있었다. 특히 본 연구의 대상자인 정신보건사업 종사자들의 자살에 대한 개인적 경험이 자살 태도에 영향을 미친다는 결과는 이들이 참여하는 자살예방사업의 효율성과 직접적인 연관성이 있을 수 있겠다. 따라서 정신보건사업 종사자들 중 자살에 대한 개인적 경험이 있거나 사례대상자의 자살을 경험한 군을 대상으로 동료 간의 적절한 의사소통과 지지가 필요할 것으로 생각되며, 더불어 이에 대한 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 표본 추출방식이 주로 자살률이 높고, 농촌 지역이 많으며, 노인의 인구비율이 높은 강원지역 정신보건사업 종사자들을 대상으로 하였으므로 우리나라의 전체로 일반화하는 데 한계가 있다. 그러나, 앞서 언급한 대로 자살률이 높은 강원도 지역에서 시행되었기 때문에 향후 자살률이 높은 지역에서의 예방 사업 및 정책 수립에 도움이 될 것으로 생각된다. 둘째, 남성참가자에 비해 상대적으로 여성참가자의 비율이 높았으며, 셋째, 연구 대상자의 교육 수준, 경제수준, 동반된 우울 장애, 불안 장애 등의 정신 질환과 동반된 신체 질환 등 자살 태도나 자살 사고에 영향을 줄 수 있는 다른 위험요인에 대한 조사가 이루어지지 않아 이에 대한 후속 연구가 필요할 것으로 생각된다. 넷째, 본 연구의 참가자는 470명으로 이는 교란변수를 통제하고 통계적 유의성을 갖기 위해서는 본 연구를 선행으로 추후 더 많은 연구 대상자를 포함한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

결 론

현재 우리나라에서 자살예방 사업을 주도하고 있는 정신보건사업 종사자들을 대상으로 자살 관련 지식이나 태도, 자살 행동에 대한 연구를 수행하는 것은 이들이 갖고 있는 자살

에 대한 인식이 자살예방 사업의 결과에 막대한 영향을 미칠 수 있다는 점에서 매우 중요한 의미를 지닌다. 본 연구에서는 정신보건사업 종사자들의 성별, 연령, 종교, 근무지역 등의 다양한 인구학적 변인이 자살에 대한 태도에 영향을 미치고 있음이 확인되었고, 특히 자살에 대한 경험이 있었던 군에서 자살에 대해 허용적인 태도를 보였다. 이러한 점들은 정신보건사업 종사자에 대한 자살 예방 교육에서 다양한 인구학적 특성이 반영되어야 하며, 이들을 대상으로 자살 사고 및 자살 위험성에 대한 정기적인 평가와 함께 자체적인 위기개입과 치료 연계 등을 활성화하는 제도적 지원이 필요함을 의미한다. 향후 연구 대상을 전국의 정신보건사업 종사자로 확대하여 우리나라 전체에 일반화 할 수 있는 결과가 도출되어야 할 것이다.

중심 단어 : 정신보건사업 종사자 · 자살에 대한 태도 · 자살 행동.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) National Statistical Office. Annual report on the cause of death statistics. Korea: National Statistical Office;2014.
- 2) Domino G, Takahashi Y. Attitudes toward suicide in Japanese and American medical students. *Suicide Life Threat Behav* 1991;21:345-359.
- 3) Domino G, Moore D, Westlake L, Gibson L. Attitudes toward suicide: a factor analytic approach. *J Clin Psychol* 1982;38:257-262.
- 4) Diekstra RFW, Kerkhof AJFM. Attitudes towards suicide: The Development of a suicide-attitude questionnaire (SUIATT). In: Möller HJ, Schmidtke A, Welz R, editors. *Current Issues of Suicidology*. Berlin: Springer;1988. p.462-476.
- 5) 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.
- 6) Park JJ, Kim YJ. Factor analysis of Questionnaire about suicide attitude of Korean version (ATTS-20). *Mental Health Soc Work* 2014;42: 91-113.
- 7) Limbacher M, Domino G. Attitudes toward Suicide among Attempters, Contemplators, and Nonattempters. *Omega (Westport)* 1985;16: 325-334.
- 8) Beautrais AL, John Horwood L, Fergusson DM. Knowledge and attitudes about suicide in 25-year-olds. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38: 260-265.
- 9) Leane W, Shute R. Youth suicide: the knowledge and attitudes of Australian teachers and clergy. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28:165-173.
- 10) Maine S, Shute R, Martin G. Educating parents about youth suicide: knowledge, response to suicidal statements, attitudes, and intention to help. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31:320-332.
- 11) Sato R, Kawanishi C, Yamada T, Hasegawa H, Ikeda H, Kato D, et al. Knowledge and attitude towards suicide among medical students in Japan: preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60:558-562.
- 12) Shim JW. Survey on awareness and attitudes about suicide of Korean. The 4th Seoul International Conference on suicide prevention; 2010 Sep 10; Seoul: Korean Association for Suicide Prevention;2010.
- 13) 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.
- 14) Ministry of Health and Welfare, Korea. Health and Welfare Ministry White paper. Seoul: Ministry of Health and Welfare, Korea;2014. p.219-248.
- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) Kwon JJ, 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) Neimeyer RA, Fortner B, Melby D. Personal and professional factors and suicide intervention skills. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31:71-82.
- 19) Goldney RD, Fisher LJ. Have broad-based community and professional education programs influenced mental health literacy and treatment seeking of those with major depression and suicidal ideation? *Suicide Life Threat Behav* 2008;38:129-142.
- 20) Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28:1-23.
- 21) Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins;2014. p.763.
- 22) 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.
- 23) Domino G. Community attitudes toward physician assisted suicide. *Omega (Westport)* 2002-2003;46:199-214.
- 24) Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH Jr, Murphy GE. The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry* 1959;115:724-733.
- 25) Bagley C, Ramsay R. Attitudes toward suicide, religious values and suicidal behavior. The role of attitude and imitation. In: Diekstra RF, editor. *Suicide and its prevention*. Leiden: EJ Brill;1989. p.78-90.
- 26) Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry* 2004;161: 2303-2308.
- 27) Hirsch JK. A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention. *Crisis* 2006;27:189-199.
- 28) Arnautovska U, Grad OT. Attitudes toward suicide in the adolescent population. *Crisis* 2010;31:22-29.
- 29) 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.
- 30) 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.