

지역사회 정신보건관련 센터 근무자와 병원 근무자들의 자살에 대한 인식 및 태도

김성남, 이강숙¹⁾, 이선영¹⁾, 유재희¹⁾, 홍아름¹⁾

가톨릭대학교 보건대학원, 가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실¹⁾

Awareness and Attitude Toward Suicide in Community Mental Health Professionals and Hospital Workers

Soung-Nam Kim, Kang-Sook Lee¹⁾, Seon-Young Lee¹⁾, Jae-Hee Yu¹⁾, A-Rum Hong¹⁾

Graduate School of Public Health The Catholic University of Korea, Department of Preventive Medicine, The Catholic University of Korea¹⁾

Objectives : The purpose of this study was to evaluate community mental health professionals and hospital workers' attitude and awareness towards suicide.

Methods : This study investigated 264 community mental health professionals and 228 hospital workers. SOQs (Suicidal Opinion Questionnaires) were used from July 2007 to September 2007. After a factor analysis for the attitude towards suicide, the items on ethics, mental illness, religion, risk, and motivation were included in the subsequent analysis.

Results : There were significant differences in the attitude towards suicide according to religion, age, educational background, the marriage status, the economic position, and different professional licenses. Hospital workers' view was different from the community workers'. The hospital workers judged that suicide was due to mental illness, and suicide was high for the people in a special environment and who lacked motivation, which caused them to fall in a dangerous situation. For the lower

educational group, they thought that suicide was attributable to mental illness. The awareness for suicide was significantly higher in the group with a postgraduate education, unmarried people, mental health professionals and the persons who had concern and experience with suicide. The factors that had an influence on the awareness of suicide were the items of mental illness, religion, risk and motivational factors.

Conclusions : This study suggested that the factors to increase the awareness and attitude for suicide were the experience of increased education and case management of suicide. Therefore, education dealing with suicide and reinforcement of crisis management programs should be developed.

J Prev Med Public Health 2009;42(3):183-189

Key words : Suicide, Attitude, Awareness, Mental health professional

서론

2005년 OECD 국가사망원인통계표 [1]와 자살예방대책 5개년계획 [2]의 자살 사망률(인구 10만 명당 자살자 수)을 살펴보면 2003년 23.3명, 2004년 24.2명, 2005년 24.7명으로 꾸준히 증가하는 실정이며, 헝가리 2003년 기준 22.6명, 일본 2003년 기준 20.3명으로 나타나고 있어, 우리나라가 OECD 가입국가중에서 자살사망률 1위를 차지하고 있다. 또한 우리나라 자살사망률 [1]의 연령별 분포를 살펴보면 청소년이 4.2명, 20대가 17.7명, 30대가 21.8명, 40

대가 28.3명, 50대가 34.6명, 60대가 54.6명으로 나타나고 있어 각 계층에 맞는 접근이 필요하다 [3-5].

생명존중에 대한 경의와 사회적 안전망(Social Safety Net)에 대한 위기를 반영하는 지표인 자살은 청소년에서 노인에 이르기까지 다양한 연령층에서 나타나고 있어 [6-8], 매우 심각한 사회적 문제이며 보건학적 지표라고 할 수 있다 [9]. 따라서 지역사회와 병원에서 다양한 환자들이 자살시도나 자살사고, 자살사망의 문제들을 가지고 접근하는 경우가 많다. 이러한 자살 관련 대상자들에 대한 서비스를 제공하고

있는 지역사회의 정신보건센터 전문요원과 병원에서 환자들의 직접 간호와 상담을 하고 있는 간호사들은 자살의 위험성이 있는 환자를 정확히 평가하는 자질을 갖추어야 할 것이며, 그 이전에 자살에 대한 견해도 매우 큰 영향을 미칠 수 있기에, 자살에 대한 올바른 이해가 선행되어야 할 것이다 [10].

자살태도란 자살에 대해 개인이 지니고 있는 일관된 견해를 말하며 자살행동에 대한 개인의 지속적인 의견이다 [11,12]. 따라서 연구 대상자들이 자살에 대해 어떤 태도를 가지고 있는지 알아보고, 자살에 대한 잘못된 인식으로 인한 편견이나

오해를 발견하여 이를 해결하고자 하는 수단으로 자살관련 교육이나 관련 프로그램을 받거나 사례에 대한 충분한 슈퍼비전을 받을 필요가 있다 [13]. 또한 자살예방을 위해 일반 사람들에게 자살을 나타내는 전조증상 [14]이나 관련요인에 대한 교육을 하거나 자살과 관련된 문제에 대한 홍보활동의 역할을 해야 한다 [13,15]. 그러나 우리나라의 경우 일반인들에게 자살에 대한 예방교육이나 접근은 매우 어려운 실정이며, 전문요원들을 대상으로 하는 교육 또한 체계적으로 이루어져 있지 않다 [9].

이전연구 [16]에서 이루어진 자살태도에 대한 선행연구들을 살펴보면, 최근 자살 사망률이 증가되면서 자살위험성이 높은 청소년들을 대상으로 하는 연구들이 진행되어 왔다 [17,18]. 일반인을 대상으로 자살태도에 대한 조사연구 [16,19,20]가 진행되었고, 전문가집단에서는 정신과의사 및 일반의사, 일반인과 환자, 가족들을 대상으로 하는 비교연구들이 진행되어 왔다 [21-24]. 시대적 변화와 새로운 전문가 집단의 등장으로 [25] 지역사회에서의 정신보건에 대한 가치관의 변화에 지대한 영향을 주고 있음 [26]에도 정신보건요원들의 자살에 대한 태도와 인식을 연구한 것을 국내에서는 찾아 볼 수 없는 실정이다.

따라서 본 연구의 목적은 지역사회의 정신보건센터 및 병원 근무자들의 자살에 대한 태도를 파악하고, 인구사회학적 변인과 자살에 대한 경험적 특성에 따라 자살에 대한 인식 및 태도를 비교하고자 하였다.

대상 및 방법

1. 대상자 선정 및 자료수집 방법

본 연구의 지역사회 정신보건근무자는 전국 모델형 정신보건센터 75개소와 알코올 상담센터 26개소 중 전화로 동의한 정신보건센터 40개소와 알코올 상담센터 6개소에 근무하고 있는 280명을 대상으로 하였으며, 병원근무자는 서울·경기 지역에 소재하고 있는 대학병원, 종합병원, 시립병원, 정신과 전문병원 등 8개소에 전화로 동의한 병원근무자 240명을 대상으로

총 520명을 연구대상으로 하였다.

2007년 7월 1일부터 9월 3일까지 전화를 이용하여 팀장 및 수간호사들의 동의를 얻은 후 우편으로 설문지를 발송하였고, 다시 회수하여 응답이 부족하거나 대상이 적합하지 않은 13부를 제외한 지역사회근무자 264부와 병원근무자 설문지 228부인 492부를 분석에 이용되었다. 이 연구는 가톨릭대학교 생명윤리심의위원회에 승인을 받았다.

2. 연구방법

1) 인구 사회학적 특성

연구 대상자들의 일반적인 특성을 알아보기 위하여 성별, 연령, 학력, 결혼상태, 종교, 정신보건요원 자격증 여부, 직위, 근무경력 등으로 문항을 구성하였다. 연령은 20대, 30대 이상으로 학력은 대학졸업, 대학원 재학 이상으로 나누었다. 자격증 여부에서는 보건복지가족부에서 교부하는 정신보건 전문요원 자격증을 교부받은 군을 전문요원으로, 교부 받지 않은 군을 비 전문요원으로 구분하였다. 직위는 병원의 경우 수간호사 및 과장의 직급을 가지고 있는 군을 팀장급으로 하였으며 지역사회의 경우 팀장의 직급을 그대로 사용하였고, 근무경력은 5년 미만, 5년 이상으로 구분하였다.

2) 자살에 대한 경험적 특성

연구 대상자들의 자살에 대한 경험적 특성을 5문항으로 구성하였다. ‘자살관련 서비스 제공에 관심이 있는가’, ‘가까운 친지나 가족의 자살경험이 있는가’, ‘자살관련 사례관리 경험이 있는가’, ‘자살 사례에 대한 슈퍼비전(자문)을 받은 경험이 있는가’, ‘자살관련 교육을 받은 경험이 있는가’에 대해서는 ‘그렇다’, ‘그렇지 않다’로 반응하도록 본 연구자가 직접 구성하였다.

3) 자살에 대한 태도

Domino 등 [27]이 개발한 자살에 관한 자기 보고형 설문지인 Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) 중에서 우리나라의 문화적 상황에 적절하다고 생각되는 58개의 문항을 추려서 번역한 검사지를 사용하였다 [16]. 이 검사지는 “매우 그렇다”(2), “그렇다”

(1), “잘 모르겠다”(0), “그렇지 않다”(-1), “전혀 그렇지 않다”(-2)로 구분되는 5점 척도로 반응하도록 구성되어 있다.

자살태도의 하부 요인을 추출하기 위해 “자살이 윤리적으로 위배된다”(요인1; Ethics)의 신뢰도는 Cronbach $\alpha=0.421$ 이었고 “자살이 정신질환에 기인한다”(요인2; Mental Illness)의 신뢰도는 Cronbach $\alpha=0.645$ 이었고, “자살은 종교적 신념이 없어서 나타난다”(요인3; Religion)의 신뢰도는 Cronbach $\alpha=0.717$ 이었다. 또한 “자살이 위험한 요인에 처해 있을 경우 나타난다”(요인4; Risk)의 신뢰도는 Cronbach $\alpha=0.656$ 이었고 “자살을 시도하는 사람은 복수나 관심 등의 어떤 동기가 있어서”(요인5; Motivation)의 신뢰도는 Cronbach $\alpha=0.655$ 를 나타내었다.

4) 자살에 대한 인식

본 연구에서는 Ban 등 [16]이 국역한 자살에 대한 태도 58문항 도구에서 자살에 대한 오해 문항에 해당된 7번, 8번, 11번, 24번, 27번의 문항들을 뽑아 인식수준을 조사하였다. 신뢰도는 Cronbach $\alpha=0.5177$ 이었고 “매우 그렇다”(2), “그렇다”(1), “잘 모르겠다”(0), “그렇지 않다”(-1), “전혀 그렇지 않다”(-2)로 구분하였고, 값은 낮을수록 인식도가 높은 것이다.

3. 통계분석

수집된 자료는 SAS 8.0 통계프로그램을 이용하여 연구 대상자들의 인구 사회학적 특성과 자살에 대한 경험적 특성, 자살태도 및 자살에 대한 인식수준을 알아보기 위하여 빈도 분석, χ^2 -test, t-test를 사용하였으며 자살태도의 하부요인들을 추출하기 위하여 요인분석을 실시하였다. 또한 자살태도 및 자살인식수준의 관련성을 알아보기 위해 다중회귀분석을 사용하였다.

결 과

1. 연구대상자의 일반적인 특성

1) 대상자의 일반적 특성

지역사회정신보건 근무자와 병원 근무자의 일반적 특성의 분포는 Table 1과 같다. 지역사회근무자 264명과 병원근무자

Table 1. General characteristics of study subjects

Variable	Community works N=264 no.(%)	Hospital works N=228 no.(%)	Total N=492 no.(%)	p-value
Sex				
Man	21 (8.0)	28 (12.3)	49 (10.0)	0.110
Woman	243 (92.0)	200 (87.7)	443 (90.0)	
Age				
20 - 30 yr	158 (59.8)	129 (56.6)	287 (58.3)	0.465
> 30 yr	106 (40.2)	99 (43.4)	205 (41.7)	
Education				
University	178 (67.4)	208 (91.2)	386 (78.5)	<0.0001
Postgraduate	86 (32.6)	20 (8.8)	106 (21.5)	
Marital status				
Single	148 (56.1)	126 (55.3)	274 (55.7)	0.859
Married	116 (43.9)	102 (44.7)	218 (44.3)	
Religion				
Yes	194 (73.5)	133 (58.3)	327 (66.5)	0.0004
No	70 (26.5)	95 (41.7)	165 (33.5)	
Type of job				
Mental health nurse	101 (38.3)	26 (11.4)	127 (25.8)	<0.0001
Mental health community service worker	99 (37.5)	2 (0.9)	101 (20.5)	
Mental health clinical psychologist	11 (4.2)	0 (0.0)	11 (2.2)	
Nurses	12 (4.5)	184 (80.7)	196 (39.8)	
Community service worker	35 (13.3)	6 (2.6)	41 (8.3)	
Others	6 (2.3)	10 (4.4)	16 (3.3)	
Licence				
Specialty	209 (79.2)	28 (12.3)	237 (48.2)	0.000
Non specialty	55 (20.8)	200 (87.7)	255 (51.8)	
Position				
Head	51 (19.3)	28 (12.3)	79 (16.1)	0.034
Staff	213 (80.7)	200 (87.7)	413 (83.9)	
Yr of carrier				
< 5 yr	129 (48.9)	108 (47.4)	237 (48.2)	0.116
≥ 5 yr	135 (51.1)	120 (52.6)	255 (51.8)	

Table 2. Distribution of experience for suicide

Variable	Community works N=264 no.(%)	Hospital works N=228 no.(%)	Total N=492 no.(%)	χ^2	p-value
Concern on suicide					
Yes	238 (90.2)	142 (62.3)	380 (77.2)	54.05	0.000
No	26 (9.8)	86 (37.7)	112 (22.8)		
Suicide of family					
Yes	63 (23.9)	46 (20.2)	109 (22.2)	0.96	0.326
No	201 (76.1)	182 (79.8)	383 (77.8)		
Suicide cas management					
Yes	212 (80.3)	89 (39.0)	301 (61.2)	87.72	0.000
No	52 (19.7)	139 (6.0)	191 (38.8)		
Receiving the supervision					
Yes	140 (53.0)	39 (17.1)	179 (36.4)	68.21	0.000
No	124 (47.0)	189 (82.9)	313 (63.6)		
Education about suicide					
Yes	169 (64.0)	56 (24.6)	225 (45.7)	76.73	0.000
No	95 (36.0)	172 (75.4)	267 (54.3)		

Table 3. Comparison for attitude and awareness against suicide between community works and hospital works

Variable	Community works	Hospital works	t	p-value
	Mean \pm SD	Mean \pm SD		
Attitude				
Factor 1 Ethics	0.48 \pm 0.56	0.48 \pm 0.56	-0.01	0.988
Factor 2 Mental Illness	-0.50 \pm 0.55	-0.14 \pm 0.61	-6.70	<0.0001
Factor 3 Religion	-0.45 \pm 0.59	-0.36 \pm 0.60	-1.60	0.110
Factor 4 Risk	-0.08 \pm 0.52	0.05 \pm 0.53	-2.90	0.003
Factor 5 Motivation	-0.59 \pm 0.55	-0.33 \pm 0.55	-5.18	<0.0001
Awareness	-0.38 \pm 0.50	-0.05 \pm 0.48	-7.41	<0.0001

228 명으로 총 492명 가운데 두 집단 모두 성별에 있어서는 여성이 많았으나 연령은 20대가 많았고 학력은 지역사회 근무자가 병원근무자에 비해 학력 수준이 높았다. 특히, 정신보건전문요원 자격증은 병원근무자보다 지역사회 근무자가 더 많았다.

2) 연구 대상자들의 자살에 대한 경험적 특성

지역사회근무자와 병원근무자 모두 가족 및 친지 등의 가까운 사람의 자살에 대한 경험에서는 유의한 차이가 없었으나, 자살에 대한 관심, 사례경험, 자살사례에 대한 수퍼비전을 받은 경험, 자살관련 교육 경험에서는 모두 병원근무자보다 지역사회 근무자가 더 높게 나타났다 (Table 2).

2. 자살태도 및 인식수준

1) 지역사회근무자와 병원근무자의 자살태도 및 인식도 비교

지역사회 근무자와 병원 근무자의 자살태도는 1요인(ethics)을 제외하고 모두 유의한 차이를 보였으며, 인식수준은 지역사회의 근무자가 유의하게 높았다 (Table 3).

2) 인구사회학적 특성에 따른 자살태도의 요인별 차이

지역사회근무자와 병원근무자의 인구사회학적 특성에 따른 자살태도의 요인별 차이는 Table 4와 같다. “자살이 윤리적으로 위배된다”(요인1; ethics)는 두 군 모두 종교가 있을 때 높았으며 지역사회 근무자에서 연령이 30대 이상 팀장급이상에서 유의하게 높게 나타났다.

“자살은 종교적 신념이 없어서 나타난다”(요인3; religion)고 보는 요인에서는 두 군 모두 종교가 있는 군에서 유의하게 높게 나타났고, 지역사회근무자에서 기혼일 경우, 병원근무자에서는 자격증이 없는 경우 자격증이 있는 사람에 비해 유의하게 높게 나타났다. “자살이 위험한 요인에 처해 있을 경우 나타난다”(요인4; risk)는 지역사회근무자에서 자격증이 없는 군에서 높게 나타났다. 또한 “자살을 시도하는 사람은 복수나 관심 등의 어떤 동기가 있어서”(요인5; motivation) 라고 생각하는 요인에서는 지역사회근무자가 30대 이상의 연령이나 비전문요원에게서 유의하게 높

Table 4. Attitude against suicide according to general characteristics

Variable	Factor 1 Ethics		Factor 2 Mental illness		Factor 3 Religion		Factor 4 Risk		Factor 5 Motivation	
	Community	Hospital	Community	Hospital	Community	Hospital	Community	Hospital	Community	Hospital
Religion										
Yes	0.55 ± 0.57	0.58 ± 0.59	-0.48 ± 0.57	-0.10 ± 0.66	-0.39 ± 0.59	-0.29 ± 0.64	-0.07 ± 0.51	0.06 ± 0.56	-0.59 ± 0.55	-0.31 ± 0.58
No	0.28 ± 0.46	0.35 ± 0.47	-0.56 ± 0.51	-0.20 ± 0.52	-0.61 ± 0.57	-0.47 ± 0.54	-0.12 ± 0.55	0.04 ± 0.49	-0.61 ± 0.57	-0.36 ± 0.50
t	3.92	3.14	1.00	1.25	2.69	2.29	0.75	0.28	0.25	0.73
p-value	0.0001	0.0019	0.319	0.213	0.007	0.023	0.451	0.781	0.805	0.464
Age										
20-30 yr	0.40 ± 0.52	0.44 ± 0.49	-0.52 ± 0.56	-0.19 ± 0.59	-0.51 ± 0.56	-0.42 ± 0.54	-0.13 ± 0.52	0.05 ± 0.49	-0.67 ± 0.50	-0.38 ± 0.52
>30 yr	0.60 ± 0.59	0.54 ± 0.63	-0.46 ± 0.54	-0.08 ± 0.63	-0.36 ± 0.63	-0.29 ± 0.68	-0.05 ± 0.52	0.04 ± 0.59	-0.48 ± 0.61	-0.27 ± 0.58
t	-2.82	-1.30	-0.88	-1.33	-1.96	-1.54	-1.66	0.23	-0.68	-1.47
p-value	0.0051	0.194	0.378	0.184	0.050	0.124	0.099	0.819	0.007	0.142
Education										
University	0.49 ± 0.56	0.47 ± 0.56	-0.48 ± 0.59	-0.12 ± 0.61	-0.47 ± 0.59	-0.36 ± 0.60	-0.08 ± 0.54	0.04 ± 0.54	-0.56 ± 0.57	-0.32 ± 0.56
Postgraduate	0.47 ± 0.55	0.65 ± 0.50	-0.54 ± 0.47	-0.38 ± 0.53	-0.41 ± 0.60	-0.41 ± 0.64	-0.09 ± 0.49	0.14 ± 0.51	-0.65 ± 0.51	-0.48 ± 0.41
t	0.270	-1.43	0.95	1.79	-0.81	0.34	0.16	-0.77	1.23	1.28
p-value	0.790	0.153	0.345	0.074	0.419	0.735	0.873	0.445	0.221	0.202
Marital status										
Single	0.43 ± 0.53	0.43 ± 0.53	-0.47 ± 0.54	-0.18 ± 0.60	-0.54 ± 0.53	-0.40 ± 0.56	-0.08 ± 0.50	0.04 ± 0.51	-0.61 ± 0.51	-0.41 ± 0.53
Married	0.54 ± 0.59	0.55 ± 0.59	-0.53 ± 0.57	-0.1 ± 0.62	-0.34 ± 0.64	-0.32 ± 0.65	-0.09 ± 0.55	0.05 ± 0.57	-0.57 ± 0.60	-0.24 ± 0.56
t	-1.57	-1.55	0.90	-1.03	-2.69	-1.00	0.24	-0.13	-0.55	-2.33
p-value	0.116	0.1222	0.369	0.304	0.007	0.316	0.813	0.898	0.585	0.020
Position										
Head	0.63 ± 0.53	0.64 ± 0.60	-0.52 ± 0.46	-0.27 ± 0.54	-0.36 ± 0.69	-0.49 ± 0.56	-0.06 ± 0.56	0.1 ± 0.45	-0.63 ± 0.63	-0.22 ± 0.51
Staff	0.45 ± 0.56	0.46 ± 0.55	-0.49 ± 0.57	-0.12 ± 0.62	-0.47 ± 0.57	-0.35 ± 0.61	-0.09 ± 0.51	0.04 ± 0.55	-0.58 ± 0.53	-0.35 ± 0.55
t	2.11	1.64	-0.26	-1.15	1.17	-1.14	0.38	0.5	-0.58	1.16
p-value	0.036	0.103	0.792	0.250	0.242	0.255	0.704	0.614	0.562	0.247
Licence										
Specialty	0.50 ± 0.56	0.61 ± 0.51	-0.51 ± 0.53	-0.27 ± 0.56	-0.47 ± 0.60	-0.58 ± 0.46	-0.13 ± 0.53	0.12 ± 0.35	-0.64 ± 0.54	-0.37 ± 0.54
Non Specialty	0.42 ± 0.54	0.46 ± 0.56	-0.46 ± 0.63	-0.12 ± 0.61	-0.37 ± 0.54	-0.33 ± 0.62	0.07 ± 0.45	0.04 ± 0.56	-0.4 ± 0.58	-0.33 ± 0.55
t	0.87	1.33	-0.51	-1.22	-1.16	-1.98	-2.57	1.01	-2.98	-0.39
p-value	0.383	0.183	0.613	0.224	0.248	0.048	0.010	0.316	0.003	0.696

Table 5. Attitude against suicide according to experience for suicide

Variable	Factor 1 Ethics		Factor 2 Mental illness		Factor 3 Religion		Factor 4 Risk		Factor 5 Motivation	
	Community	Hospital	Community	Hospital	Community	Hospital	Community	Hospital	Community	Hospital
Concern on suicide management service										
Yes	0.48 ± 0.55	0.55 ± 0.57	-0.50 ± 0.55	-0.21 ± 0.63	-0.46 ± 0.59	-0.35 ± 0.61	-0.08 ± 0.52	0.05 ± 0.52	-0.61 ± 0.53	-0.37 ± 0.55
No	0.52 ± 0.60	0.37 ± 0.52	-0.48 ± 0.60	-0.03 ± 0.56	-0.33 ± 0.56	-0.38 ± 0.59	-0.15 ± 0.49	0.04 ± 0.56	-0.44 ± 0.71	-0.27 ± 0.55
t	-0.38	2.47	-0.18	-2.31	-1.07	0.35	0.67	0.16	-1.18	-1.22
p-value	0.706	0.014	0.859	0.021	0.284	0.725	0.501	0.869	0.248	0.222
Suicide of family										
Yes	0.46 ± 0.59	0.33 ± 0.63	-0.50 ± 0.57	-0.20 ± 0.62	-0.48 ± 0.54	-0.56 ± 0.47	-0.05 ± 0.51	0.004 ± 0.59	-0.67 ± 0.49	-0.32 ± 0.61
No	0.49 ± 0.55	0.52 ± 0.53	-0.50 ± 0.55	-0.13 ± 0.61	-0.44 ± 0.61	-0.32 ± 0.62	-0.09 ± 0.53	0.06 ± 0.52	-0.57 ± 0.57	-0.33 ± 0.53
t	-0.37	-2.09	-0.08	-0.72	-0.44	-2.85	0.53	-0.67	-1.34	0.14
p-value	0.708	0.037	0.936	0.475	0.663	0.005	0.596	0.505	0.181	0.885
Suicide case manage										
Yes	0.46 ± 0.56	0.5 ± 0.53	-0.51 ± 0.55	-0.27 ± 0.60	-0.47 ± 0.57	-0.45 ± 0.53	-0.10 ± 0.53	0.08 ± 0.47	-0.65 ± 0.538	-0.33 ± 0.58
No	0.56 ± 0.55	0.47 ± 0.58	-0.46 ± 0.56	-0.10 ± 0.62	-0.37 ± 0.67	-0.31 ± 0.64	-0.03 ± 0.48	0.031 ± 0.57	-0.38 ± 0.584	-0.34 ± 0.53
t	-1.12	0.28	-0.49	-1.19	-1.15	-1.8	-0.87	0.73	-3.18	0.11
p-value	0.264	0.777	0.626	0.236	0.250	0.072	0.383	0.464	0.001	0.910
Supervision for suicide case management										
Yes	0.46 ± 0.58	0.56 ± 0.56	-0.52 ± 0.50	-0.27 ± 0.52	-0.50 ± 0.59	-0.44 ± 0.53	-0.12 ± 0.53	0.03 ± 0.48	-0.65 ± 0.53	-0.35 ± 0.55
No	0.47 ± 0.52	0.42 ± 0.54	-0.47 ± 0.64	-0.22 ± 0.65	-0.41 ± 0.54	-0.48 ± 0.53	-0.06 ± 0.54	0.10 ± 0.53	-0.64 ± 0.54	-0.37 ± 0.61
t	-0.16	1.23	-0.54	-0.38	-1.07	0.37	-0.69	-0.65	-0.21	0.17
p-value	0.87	0.221	0.588	0.701	0.286	0.715	0.492	0.516	0.836	0.867
Education about suicide										
Yes	0.47 ± 0.55	0.50 ± 0.56	-0.52 ± 0.50	-0.28 ± 0.58	-0.50 ± 0.55	-0.47 ± 0.66	-0.10 ± 0.53	-0.05 ± 0.57	-0.63 ± 0.53	-0.44 ± 0.54
No	0.51 ± 0.57	0.48 ± 0.56	-0.47 ± 0.64	-0.10 ± 0.61	-0.36 ± 0.65	-0.33 ± 0.58	-0.05 ± 0.52	0.08 ± 0.52	-0.52 ± 0.59	-0.30 ± 0.55
t	-0.53	0.25	-0.60	-1.92	-1.84	-1.49	-0.82	-1.69	-1.48	-1.72
p-value	0.597	0.805	0.551	0.056	0.066	0.137	0.415	0.092	0.139	0.087

게 나타났다.

3) 자살에 대한 경험적 특성에 따른 자살태도 요인별 차이

지역사회근무자에서는 동기 요인에서는 자살에 대한 상담이나 사례 유무에 따

라 차이를 보였다. 병원근무자의 윤리적 요인에서 자살관련 서비스 관심이 있는 경우, 가까운 사람의 자살경험유무에 따라 유의한 차이를 보였고, 정신질환요인에서는 자살관련 서비스 관심유무에서 유

의한 차이를 보였고, 종교요인에서는 가까운 사람의 자살경험유무에 따라 유의한 차이를 보였다(Table 5).

4) 일반적 및 자살에 대한 경험적 특성에 따른 자살에 대한 인식수준

Table 6. Awareness for suicide according to general characteristic

Variable	Mean \pm SD	
	Community workers	Hospital workers
Religion		
Yes	-0.35 \pm 0.50	-0.05 \pm 0.52
No	-0.48 \pm 0.51	-0.05 \pm 0.43
t	1.81	-0.04
p-value	0.071	0.970
Age		
20-30 yr	-0.40 \pm 0.48	-0.09 \pm 0.44
>30 yr	-0.37 \pm 0.53	-0.008 \pm 0.54
t	-0.46	-1.27
p-value	0.642	0.207
Education		
University	-0.33 \pm 0.52	-0.02 \pm 0.48
Postgraduate	-0.50 \pm 0.45	-0.37 \pm 0.39
t	2.60	3.06
p-value	0.009	0.002
Marital status		
Single	-0.40 \pm 0.49	-0.12 \pm 0.45
Married	-0.36 \pm 0.52	0.02 \pm 0.52
t	-0.73	-2.23
p-value	0.468	0.026
Licence		
Specialty	-0.42 \pm 0.50	-0.19 \pm 0.49
Non Specialty	-0.25 \pm 0.48	-0.03 \pm 0.48
t	-2.18	-1.58
p-value	0.030	0.114
Concern on suicide		
Yes	-0.39 \pm 0.50	-0.12 \pm 0.46
No	-0.32 \pm 0.52	0.06 \pm 0.50
t	-0.70	-2.84
p-value	0.48	0.004
Suicide of family		
Yes	-0.41 \pm 0.56	-0.16 \pm 0.49
No	-0.38 \pm 0.48	-0.02 \pm 0.48
t	-0.36	-1.70
p-value	0.71	0.09
Suicide case management		
Yes	-0.40 \pm 0.49	-0.11 \pm 0.50
No	-0.32 \pm 0.53	-0.02 \pm 0.47
t	-1.05	-1.39
p-value	0.29	0.16
Receiving the supervision		
Yes	-0.43 \pm 0.48	-0.24 \pm 0.49
No	-0.35 \pm 0.52	-0.02 \pm 0.52
t	-1.05	-2.1
p-value	0.295	0.0385
Education about suicide		
Yes	-0.44 \pm 0.48	-0.24 \pm 0.49
No	-0.28 \pm 0.52	0.004 \pm 0.47
t	-2.45	-3.36
p-value	0.01	0.0009

자살에 대한 인식수준은 두 군 모두에서 교육정도와 자살관련 교육 경험유무에서 유의하게 차이가 있었다(Table 6).

5) 자살에 대한 인식수준에 영향을 주는 요인

자살에 대한 인식수준에 영향을 주는 요인으로 지역사회 근무자와 병원 근무자 두 군 모두에서 자살태도 중 윤리, 정신질환, 종교, 위험, 동기 항목이 인식수준에 유의하게 영향을 주는 것으로 나타났다(Table 7).

고찰

본 연구결과 지역사회근무자에 비해 병원 근무자에서 자살이 정신질환에 기인하며, 위험한 상황에 놓인 특수한 환경과 동기를 가진 경우 더 자살을 하게 된다고 하였다. 이는 Park 등 [10]의 연구에서 개원의사와 일반병원의사들은 자살을 정신질환에 의한 것으로 보는 경향이 높게 나타난 연구와 일치하였다. 이러한 결과는 병원은 특정 생의학적 문제가 있는 환자를 대상으로 치료적 서비스가 제공되는 환경이지만, 지역사회는 특정 질병문제와 더불어 서비스의 종류와 대상이 다양하기 때문에 자살을 정신질환이 원인으로 보기는 개인이 처한 사회·문화적 요소들이 복합적으로 이루어졌다고 보는 차이라고 제시하였다.

두 집단의 자살에 대한 경험적 특성에 대한 조사에서는 자살에 대한 서비스 제공에 대한 관심, 자살 대상자의 사례관리의 경험, 자살사례에 대한 자문이나 슈퍼비전을 받은 경험, 자살관련 교육 경험이 모두 병원 근무자보다 지역사회 근무자에서 더 높은 빈도를 보인 것은 Wang 등 [28]의 연구에서 지역사회 가정간호사들이 26%가 자살사례에 대한 위기개입 경험이 있는 것으로 나타난 결과와 일치하였다. 그러나 본 연구에서는 지역사회 근무자들이 80.3%가 자살사례에 대한 경험이 있는 것으로 나타났는데, 이것은 위기개입 및 자살가족에 대한 접근도 포함되어 있기에 Wang 등 [28]의 연구와 다소 차이가 있었다. 그러므로 지역사회 근무자들의 경우 자살사례를 가정방문하여 대상자뿐만 아니라 가족들의 총체적인 사정을 통한 집중적인 사례관리 [25]와 자살 시도자에 대

한 지역사회 연계망을 구축하는 체계를 가지고 [29] 추후 자살의 재발을 예방하고 사회 재화에 초점을 맞추는 서비스가 이루어지고 있으나, 병원 근무자들의 경우 병리적인 문제에 초점을 맞추고 있기에 자살에 대한 구체적 서비스 제공에 대한 관심이 낮다고 볼 수 있다고 하였다.

본 연구에서 자살이 윤리적으로 위배된다는 견해를 보인 것은 지역사회 근무자, 병원 근무자 모두 종교가 있는 군에서 높게 나타났으며, 종교적 신념이 없어서 나타난다고 보는 태도에서는 종교가 있고, 30대 이상 연령, 비전문요원에서 높게 나타나 자살을 윤리적, 종교적으로 죄악시하는 경향을 보인 몇몇 [16,21,30]의 연구에서 종교가 있는 집단이 없는 집단보다 자살에 대해 금기시 하는 태도를 나타낸 것과 일치하였다. Park 등 [10]의 연구에서는 보건기관이나 특수병원에 근무하는 의사들은 자살을 윤리적, 종교적으로 죄악시하는 경향이 낮은 반면 개원의사와 일반 병원의사들은 자살을 죄악시하였고, Segal 등 [31]의 연구에서는 연령이 높을수록 자살에 대해 허용적인 태도를 보여 본 연구와는 상반된 결과를 보였다. Kang [32]의 연구에서는 연령이 높을수록, 경력이 많을수록 자살을 윤리적 측면에서 위배된 것으로 보고 종교적 신념과 결속력은 자살을 예방할 수 있다고 하였고, Suh [25]는 우리나라 국민의 생명존중 및 자살에 대한 태도조사에서 자살은 매우 심각한 윤리적 죄악이라고 82.9%가 응답하여 본 연구를 뒷받침하였다.

본 연구에서 전문요원 집단과 교육적 경험이 많은 집단이 자살에 대한 인식수준이 더 높은 것으로 나타났으나, Suh [25]는 우리나라 국민의 자살에 대한 인지도 연구

Table 7. The factors influence to awareness for suicide

Variable	Awareness							
	Community workers				Hospital workers			
	B	SE	t	p-value	B	SE	t	p-value
Ethics	0.18	0.05	3.31	0.001	0.14	0.05	2.59	0.01
Mental illness	0.53	0.04	11.8	<0.0001	0.51	0.04	12.9	<0.0001
Religion	0.31	0.04	6.41	<0.0001	0.29	0.04	5.82	<0.0001
Risk	0.32	0.05	5.79	<0.0001	0.27	0.05	4.80	<0.0001
Motivation	0.29	0.05	5.60	<0.0001	0.31	0.05	5.82	<0.0001

B: least squared estimate SE: standard error

에서 '자살에 대해 말해서는 안 된다'에 58.1%가 응답하였고 '자살 시도자는 재시도할 가능성이 있다'에 60.9%가 응답하여 재시도에 대한 인식에는 전문가 집단과 일반인구 집단이 일치하는 경향을 보여 상반된 결과를 보였다. 교육수준에 따른 자살태도 및 인식수준에 대한 연구가 국내에서는 없었으나, Singh 등 [33]의 연구에 의하면 교육수준이 높을수록 자살에 더 허용적인 태도와 높은 인식수준을 보인다고 하여 본 연구와 일치하였다. 본 연구에서 지역사회근무자, 학력이 대학원 이상, 교육을 받은 경우, 전문요원의 자격증을 가진 경우, 자살관련 경험이 있는 경우에서 자살에 대한 인식수준이 높게 나타났다. 이것은 Kim [34]의 보고서에서 전문가의 자살에 대한 지식과 윤리적 규범을 강조하기 위해 주요 국가에서는 자살예방을 위한 다양한 노력을 하고 있다고 하였으며, Quinnett [35]은 자살로 대상자를 잃은 경험이 있다면 자문이나 지지를 구하거나 필요시 상담을 받아 볼 것을 권하고 있다고 하였다. 자살문제의 개입을 위한 전문가 집단의 인적자원에 대한 교육은 매우 중요하다고 볼 수 있으며, 자살문제는 단순한 문제가 아니며 상담자들이 어떤 종류의 도움을 주어야 할지 몰라 긴장하거나 불안했던 경험을 했을 수도 있기 때문에 [9] 자살에 대한 인식 교육과 자살 사례에 대한 충분한 수퍼비전 및 위기개입 프로그램, 상담프로그램이 이루어져야 한다고 제시되었다[36,37].

자살에 대한 인식수준에 영향을 주는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 한 결과 자살태도의 윤리, 정신질환, 종교, 위험, 동기 항목에서 유의하게 나타난 것은 Kim 등 [19]의 연구에서 정신질환과 종교 요인에서 유의한 수준으로 나타난 연구와 일치하였다. 연구 대상자들의 자살에 대한 인식 및 태도는 자살의 예방과 치료에 영향을 미칠 수 있을 뿐만 아니라 일반인들의 정신건강에 대한 가치관에 영향을 미치기 때문에 중요하다[32].

본 연구의 제한점은 자기기입식 설문지로 주관적인 성향으로 응답될 수 있고, 병원 근무자들이 간호사 등을 포함한 다양

한 직종으로 구성되어 있으며, 전국의 지역사회 정신보건 근무자들을 대상으로 하지 못했기 때문에 일반화하는데 한계가 있다.

이상의 연구결과로 자살 태도에 있어서 교육 및 사례관리 경험이 있을 때 높은 인식수준을 보였다. 향후 연구대상자들의 자살에 대한 바른 인식과 위기 상황의 대처능력을 강화하는 교육들이 진행되어야 할 것이며, 더불어 자살자가 있는 가족들의 사후개입을 위한 교육 프로그램을 개발하는 연구들도 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

1. Korea National Statistical Office. 2005 OECD National Leading Cause of Death Statistics. Daejeon: Korea National Statistical Office; 2006. (Korean)
2. Ministry for Health Welfare. Suicide Prevention Countermeasure 5th Plan. Seoul: Ministry for Health Welfare; 2005. (Korean)
3. Jang MH, Kim YH. The relationship of stress, depression and suicidal ideation in the elderly. *J Korean Acad Psych Mental Health Nurs* 2005; 14(1): 33-42. (Korean)
4. Jo KH, Lee HJ. Attitudes of elderly Koreans toward suicide: A Q-methodological approach. *J Korean Acad Nurs* 2006; 36(6): 905-916. (Korean)
5. Oh JK, Cho YT, Kim CY. Socio-demographic characteristics of suicides in south Korea. *Health Soc Sci* 2005; 18: 191-210. (Korean)
6. Jung CS, Im SB, Go HJ. A study on the adolescent's suicidal risk. *J Korean Psychiatr Ment Health Nurs Acad Soc* 2001; 10(4): 521-532. (Korean)
7. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(4): 238-240.
8. Chung HK, Ahn OH, Kim KH. Predicting factors on youth suicide impulse. *Korean J Youth Stud* 2003; 10(2): 107-126. (Korean)
9. Lee KH. Treatment of suicide patients. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry* 2004; 10(1): 15-24. (Korean)
10. Park JH, Yeon BK, Suk JH. A comparative study of attitude toward suicide among physician, psychiatrists and normal subjects. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1989; 28(6): 1022-1033. (Korean)
11. Domino G, Takahashi Y. Attitudes toward suicide in Japanese and American medical

- students. *Suicide Life Threat Behav* 1991; 21(4): 345-359.
12. Beautrais AL, John Horwood L, Fergusson DM. Knowledge and attitudes about suicide in 25-year-olds. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38(4): 260-265.
13. Leane W, Shute R. Youth suicide: The knowledge and attitudes of Australian teachers and clergy. *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28(2): 165-173.
14. Kim HS, Kim BS. Verification of the structural relationship model of suicidal ideation to its related variables. *Korean J Couns Psychother* 2008; 20(2): 201-219. (Korean)
15. Ness DE, Pfeffer CR. Sequelae of bereavement resulting from suicide. *Am J Psychiatry* 1990; 147(3): 279-285.
16. Ban YJ, Park YM, Suk JH. A preliminary study on the attitude toward suicides in normal persons. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1989; 28(1): 155-167. (Korean)
17. Kim JH, Kim BJ, Jang DW. A study about suicidal attitude and self-image in adolescent school girls. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 10(2): 220-235. (Korean)
18. Lee CS, Kweon YR, Kim SJ, Choi BS. The effect of suicide prevention program on depression suicidal ideation and problem solving ability on middle school students. *J Korean Acad Psych Mental Health Nurs* 2007; 16(4): 337-347. (Korean)
19. Kim DW, Lee BW, Lee SI. A comparative study of the attitude toward suicide between hemodialysis patients and normal subjects. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1996; 35(3): 634-646. (Korean)
20. Kocmur M, Demovsek MZ. Attitudes towards suicide in slovenia : A cross-sectional survey. *Int J Soc Psychiatry* 2003; 49(1): 8-16.
21. Hwang YM, Han CH, Suk JH. A comparative study on the attitude toward suicide among schizophrenics, their family and normal subjects. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1994; 33(1): 190-199. (Korean)
22. Anderson M, Standen PJ. Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14(5): 470-477.
23. Suominen K, Suokas J, Lonnqvist J. Attitudes of general hospital emergency room personnel towards attempted suicide patients. *Nord J Psychiatry* 2007; 61(5): 387-392.
24. Sun FK, Long A, Boore J. The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *J Clin Nurs* 2007; 16(2): 255-263.
25. Suh DW. *Korea Institute for Health and Social*

- Affairs 2005: The Central Mental Health Supporting Committee Report*. 2005. (Korean)
26. 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(2): 129-142.
 27. Domino G, Moore D, Westlake L, Gibson L. Attitudes toward suicide: A factor analytic approach. *J Clin Psychol* 1982; 38(2): 257-262.
 28. Wang WL, Anderson FR, Mentis JC. Home healthcare nurses' knowledge and attitudes toward suicide. *Home Healthcare Nurse* 1995; 13(5): 64-69.
 29. Cho SJ, Jeon HJ, Kim JK, Suh TW, Kim SU, Hahm BJ, et al. Prevalence of suicide behaviors (suicidal ideation and suicide attempt) and risk factors of suicide attempts in junior and high school adolescents. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2002; 41(6): 1142-1155. (Korean)
 30. Stein D, Witztum E, Brom D, Denour AK, Elizur A. The association between adolescent's attitudes toward suicide and their psychosocial background and suicidal tendencies. *Adolescence* 1992; 27(108): 949-959.
 31. Segal D, Mincic M, Coolidge F, O'riley A. Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death Stud* 2004; 28(7): 671-678.
 32. Kang SK. A qualitative study of social network intervention for young adults with mental illness. *Mental Health Soc Work* 2002; 13: 121-139. (Korean)
 33. Singh BK, Williams JS, Ryther BJ. Public approval of suicide: A situational analysis. *Suicide Life Threat Behav* 1986; 16(4): 409-418.
 34. Kim HS. The current trend of suicide and its prevention in life stages-focusing on the comparison of elderly and youth suicide. *J Welf Aged* 2006; (34): 271-292. (Korean)
 35. Quinnett PG. *Counseling Suicidal People: A Therapy of Hope*. Cheney, WA: Eastern Washington University Press; 2006.
 36. Kaufmann Didisheim N, Camus D, Gulfi A, Castelli Dransart A. Professionals' reactions to patient's suicide. *Rev Med Suisse* 2007; 3(125): 2092-2094. (French)
 37. Carlen P, Bengtsson A. Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *Int J Ment Health Nurs* 2007; 16(4): 257-265.