

일 종합병원 응급실에 내원한 자살시도자의 특성

이윤정¹ · 문성미² · 남경아³

한림대학교 춘천성심병원¹, 울산대학교 의과대학 간호학과², 한림대학교 간호학부 · 한림대학교 간호학연구소³

Characteristics of Suicide Attempters Visiting Emergency Department

Lee, Yun-Jeong¹ · Moon, Seongmi² · Nam, Kyoung A³

¹Chuncheon Sacred Heart Hospital, Chuncheon

²Department of Nursing, College of Medicine, University of Ulsan, Ulsan

³Division of Nursing, Hallym University · Research Institute of Nursing Science, Hallym University, Chuncheon, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine the characteristics of suicide attempters visiting emergency department in a general hospital located at local city. **Methods:** To investigate the characteristics of suicide attempters, the medical records of 201 suicide attempters were reviewed with a structured analytic sheet. Data were analyzed using χ^2 test, two sample t-test, and oneway ANOVA. **Results:** Among total of 201 suicide attempters, 114 (56.7%) lived in rural areas. 114 (56.7%) were men and most of them (71, 35.3%) lived in rural areas. 155 (77.5%) was the first trier and the most frequently used method was taking pesticides. There were gender and regional differences in the suicide-related characteristics of suicide attempters. **Conclusion:** The results provide empirical evidences to design and implement strategies at both macro and micro levels to prevent suicide.

Key Words: Suicide attempter, Emergency department, Suicide-related characteristics

서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 자살률 증가추세는 2012년에 다소 감소되어 이후 유지되는 양상을 보이지만 2014년 자살 사망자 수가 인구 10만명 당 27.3명(Korean Statistics Information Service) 이고, Organization for Economic Cooperation and Development 가입국가 중 1위(OECD, 2015)로 그 심각성은 여전하다. 자살의 사회경제적 비용에 대한 뉴질랜드의 한 연구(O'Dea & Tucker, 2005)에서 자살 1건 당 비용은 300만 달러

로 보고되고 있고, 우리나라의 경우 연간 1조 1,667억 원에서 3조 838억원까지 추산된다는 보고(Jung, 2005)가 있다. 자살률의 증감이나 사회경제적 비용을 차치하더라도 자살은 모방 자살 증가나 가족과 사회의 해체를 가져올 수 있는 개인적 차원을 넘어서 현상으로 자살 예방을 위한 노력은 지속되어야 한다. 자살과 관련된 특성을 규명한 연구들(Bark & Lee, 2014; Qin, Agerbo, & Mortensen, 2003)에서 자살은 정신질환, 경제상태, 직업, 결혼상태, 가족력, 성별, 거주 지역, 연령 등과 관련된다고 보고되고 있다. 또한 자살은 사회경제적, 개인적 특성뿐만 아니라 그 사회의 가치관, 문화 및 종교, 법·제도 등의 요인이 복합적으로 작용하여 나타나는 현상이므로 자살과 관련된

주요어: 자살시도자, 응급실, 자살관련 특성

Corresponding author: Nam, Kyoung A

Division of Nursing, Hallym University, 1 Hallymdaehak-gil, Chuncheon 24252, Korea.
Tel: +82-33-248-2717, Fax: +82-33-248-2734, E-mail: namka@hallym.ac.kr

- 이 논문은 제1저자의 석사학위논문의 일부를 발췌한 것임.

- This manuscript is based on a part of the first author's master's thesis from Hallym University.

Received: May 7, 2016 / Revised: May 11, 2016 / Accepted: May 31, 2016

연구는 거시적, 미시적 관점에서 지속적으로 이루어져야 한다. 다만 자살과 관련된 특성을 규명하는데 있어 자살에 성공한 사람들을 조사하는 것이 가장 정확한 방법이지만 이는 한계가 있으므로 자살시도자의 특성을 파악하는 것을 고려해 볼 수 있다. 자살시도자의 경우 자살시도가 반복되어 결국 자살에 이르는 경우가 많고(Cho, Park, Yoon, Kim, & Lee, 2005; Howson, Yates, & Hatcher, 2008), 실제로 자살시도자의 특성이 자살자의 특성과 상당히 관련되어 있다는 보고(Zhang et al., 2015)를 볼 때 자살시도자의 특성을 조사하는 것은 자살 사망자를 이해하는데 매우 중대한 의미가 있다.

그동안 한국사회에서는 자살을 지나치게 광범위한 철학적, 사회문화적 개념으로 고려하여 실제적인 문제를 가지고 있는 사람들의 이해와 공감을 얻지 못하고 있다는 지적(Nam & Lee, 2008)이 있었다. 이는 우리사회에서 나타나는 자살이라는 현상을 제대로 이해하기 위하여 자살 자체에 관련된 실증적인 자료들이 양적으로 풍부해져야 할 필요성을 제기하는 것이다. 이에 본 연구는 자살에 관한 거시적인 관점을 제시하기에 앞서 제한된 범위 내에서 개인의 자살시도 행위를 조사하여 구체적이고 실효성 있는 자살관리정책을 수립하는데 기여하고자 시행되었다.

이를 위하여 본 연구에서는 일정기간 동안 일 지역 종합병원 응급실에 내원한 자살시도자의 전수 자료를 수집하여 그 특성을 파악하고자 하였고, 자살과 관련된 주요변인인 성별에 따른 차이를 확인하고자 하였다. 또한 본 연구에서 자료수집이 수행되었던 의료기관은 도농복합도시에 위치해 있고, 지역의 의료시설이 충분하지 않아 자살시도와 같은 위급한 상황의 대상자들이 해당 의료기관으로 내원하거나 전원되는 경향이 높았다. 이러한 경향은 도시와 농촌 지역의 자살현상의 특성을 보여줄 수 있을 것으로 기대되어 거주 지역에 따른 자살시도자의 특성을 파악하였다. 따라서 본 연구의 결과는 한국의 소도시에서 발생할 수 있는 자살현상을 특징적으로 제시할 것으로 기대되며, 정신보건 관련기관의 자살관리 정책 수립에 활용될 수 있을 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 응급실에 내원한 자살시도자의 특성을 파악하기 위함이며, 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 응급실에 내원한 자살시도자의 특성을 일반적 특성, 자살 관련 특성 측면에서 파악한다.
- 응급실에 내원한 자살시도자의 일반적 특성 및 자살 관련 특성에 따른 자살시도 위험도와 구조 가능도의 차이를 파악한다.

- 응급실에 내원한 자살시도자의 성별과 거주 지역에 따른 일반적 특성과 자살 관련 특성의 차이를 파악한다.

연구방법

1 연구설계

본 연구는 일정기간 동안 일 종합병원의 응급실에 자살시도를 주호소로 내원한 환자의 전자의무기록지를 분석한 후향적 조사연구이다.

2 연구대상

본 연구의 대상은 2010년 1월 1일부터 2011년 12월 31일까지 일 종합병원 응급실에 내원한 환자 중 응급정보조사지(National Emergency Department Information System, NEDIS)에 자살을 목적으로 한 중독(음독, 일산화탄소), 목매, 추락, 관통, 자상, 익수, 이물삼킴, 분신(화상) 등으로 분류된 201명의 의무기록지로 선정하였다. 이 표본 수는 G*Power 3.1.3 프로그램을 이용하여 분석하였을 때 일원배치 분산분석을 위해 유의수준 .05, 중간 효과크기 .25, 검정력 .80, 평균 집단 수 3개에서 필요한 최소 표본수인 159명, 그리고 x^2 test를 위해 같은 수준으로 자유도 4에서 필요한 최소 표본수인 133명을 상회하였다.

3. 연구도구

본 연구의 도구는 선행연구와 의무기록지의 내용을 기반으로 자살시도자의 특성을 파악하기 위해 연구자가 구성한 정보조사지이다. 자살시도자의 특성에는 일반적 특성, 자살 관련 특성, 자살시도 위험도와 구조가능도 지표가 포함되었다. 구성된 정보조사지의 안면 타당도를 검증하기 위하여 정신과 전문의 1인, 응급의학과 전문의 1인, 정신간호학 교수 1인에게 의뢰하여 정보조사지의 내용이 자살시도자의 특성을 평가할 수 있는 항목으로 구성되었는지 확인하였다. 정보조사지에 포함된 일반적 특성은 성별, 거주지, 연령, 학력, 종교, 직업, 결혼상태, 동거 가족, 신체질환 또는 정신질환 유무, 내원 후 정신질환 진단 여부 등 11개 문항이었고, 자살 관련 특성은 내원경로, 자살시도 과거력, 자살시도 계절·장소·시간·이유·방법과 처치결과 등 8문항이었다.

자살시도 위험도와 구조 가능도는 Weisman과 Worden

(1972)의 지표를 활용하였는데, 위험도는 자살시도 당시 입은 손상의 정도와 사용된 방법의 위험성을 의미하는 것으로 자살 시도방법, 의식손상, 상해/독성정도, 회복가능성, 필요한 처치의 5가지 항목을 기준으로 측정하였다. 각 항목은 1~3점으로 점수에 해당되는 평정기준이 제시되어 있으며, 총점의 범위는 5~15점이고 점수가 높을수록 위험도가 높은 것을 의미한다. 구조가능도는 자살 시도 당시 발견된 상황과 구조가능의 용이성 여부를 의미하는 것으로 자살 장소의 알려진 정도, 제일 먼저 도와준 사람, 구조 받을 확률, 구조요청 여부, 자살기도 후 발견 시까지의 시간 등 5가지 항목으로 구성되어 있다. 각 항목은 1~3점으로 점수에 해당되는 평정기준이 제시되어 있으며, 총점의 범위는 5~15점이고 점수가 높을수록 구조가능도가 높은 것을 의미한다. 위험도와 구조가능도 점수의 평정기준에 대한 사전검토와 예비평가를 평가자와 응급실 전문의가 시행하였고, 평가자 간 차이를 최소화하기 위하여 응급실 경력 5년 이상의 간호사 1인이 평가한 후 그 결과를 응급실 전문의가 검토하였다. 본 도구의 Cronbach's α 값은 위험도 평가척도의 경우 .71이었고, 구조가능도 평가척도의 경우 .67이었다.

4 자료수집 및 분석

연구수행을 위하여 일 종합병원 임상시험심사위원회의 승인(IRB No.:2012-39)을 받았고, 2012년 3월부터 4월까지 자료 수집을 수행하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN 19.0 프로그램을 사용하여 분석하였고, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 자살시도자의 특성, 즉 일반적 특성과 자살 관련 특성, 자살시도 위험도와 구조가능도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 활용하여 분석하였다.
- 자살시도자의 특성에 따른 위험도 점수와 구조가능도 점수는 t-test, Oneway ANOVA로 분석하였으며 사후 검정을 위하여 Duncan test를 실시하였다.
- 자살시도자의 성별과 거주 지역에 따른 일반적 특성과 자살 관련 특성의 차이는 χ^2 test, Fisher's exact test와 t-test로 분석하였다.

분포는 남성이 114명(56.7%)으로 여성의 87명(43.3%)보다 많았다. 거주 지역은 농촌에 거주하는 경우가 114명(56.7%)으로 도시인 경우보다 많았고, 농촌에 거주하는 남성이 71명(35.3%)으로 가장 많았다. 자살시도자의 평균 연령은 43.8세이며, 40대가 51명(25.4%)으로 가장 많았고, 20대가 40명(19.9%), 30대가 36명(17.9%), 60세 이상 35명(17.5%)의 순이었다. 학력, 종교, 직업유무, 결혼 상태에 대한 정보는 누락되어 있는 경우가 많았으나 수집된 정보를 기준으로 볼 때 각각 고졸, 무교, 직업이 있는 경우, 기혼인 경우가 많은 비중을 차지하였다. 동거가족은 배우자인 경우가 99명(49.3%)으로 가장 많았다. 기저질환으로 신체질환이나 정신질환은 없다고 응답한 경우가 각각 152명(76.0%), 143명(71.5%)이었고, 정신질환이 있다고 한 경우에는 '기분장애'가 46명(23.0%)으로 가장 많았다. 응급실 내원 후 '기분장애'로 진단된 경우는 102명(50.7%)이었다(Table 1).

2) 대상자의 자살 관련 특성

자살시도 후 응급구조대를 통해 내원한 경우가 102명(50.7%)으로 가장 많았다. 자살을 처음으로 시도한 경우가 155명(77.5%)이었고, 과거력이 있는 경우는 45명(22.5%)이었다. 자살시도 계절은 여름이 67명(33.3%)으로 가장 많았고, 시간은 오후 8시부터 오후 11시 59분까지가 44명(21.9%)으로 가장 많았으며, 장소는 집에서 시도한 경우가 147명(73.5%)으로 가장 많았다.

자살시도 이유는 우울이 78명(39.6%), 가족분화 56명(28.4%), 대인관계문제가 22명(11.2%), 경제문제 등의 신변비관 18명(9.1%)의 순이었고, 언급하지 않은 경우가 23명(11.7%)이었다. 자살시도 방법은 농약 음독이 69명(34.3%)으로 가장 많았고, 의약품이나 이물 삼킴이 50명(24.8%), 단순열상 33명(16.4%), 목맬 18명(9.0%), 익수 10명(5.0%), 가스 9명(4.5%)의 순이었다. 치료경과는 '퇴원'이 99명(49.3%), '일반병실'에 입원한 경우가 16명(7.9%), '중환자실' 입원이 68명(33.8%), '사망 또는 가망 없음'으로 퇴원한 경우가 18명(9.0%)이었다(Table 2).

2. 대상자의 일반적 특성과 자살 관련 특성에 따른 자살시도 위험도 및 구조가능도

대상자의 자살시도 위험도의 평균은 8.9점(범위: 5~15점)이었고, 구조가능도의 평균은 12.3점(범위: 5~15점)이었다(Table 3). 대상자의 일반적 특성과 자살 관련 특성에 따른 자살시도 위험도와 구조가능도의 차이를 분석한 결과 자살시도의 위험

연구결과

1. 대상자의 특성

1) 대상자의 일반적 특성

자살시도자 201명의 일반적 특성을 분석한 결과 먼저 성별

Table 1. General Characteristics of Suicide Attempters (*N*=201)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Male	114 (56.7)
	Female	87 (43.3)
Residence	Urban	87 (43.3)
	Rural	114 (56.7)
Gender-Residence	Male-Urban	43 (21.4)
	Male-Rural	71 (35.3)
	Female-Urban	44 (21.9)
	Female-Rural	43 (21.4)
Age (year)		43.8±17.52
	10~19	11 (5.5)
	20~29	40 (19.9)
	30~39	36 (17.9)
	40~49	51 (25.4)
	50~59	28 (13.8)
	60~69	11 (5.5)
	≥70	24 (12.0)
Education	≤ Middle school	14 (31.2)
	High school	24 (53.3)
	≥ College	7 (15.5)
Religion	Catholic	6 (7.9)
	Protestant	8 (10.5)
	Buddhism	9 (11.8)
	None	53 (69.8)
Occupation	Unemployed	75 (48.7)
	Employment	79 (51.3)
Marital status	Unmarried	55 (30.7)
	Married	124 (69.3)
Living together [†]	Alone	14 (7.0)
	Spouse	99 (49.3)
	Children	65 (32.3)
	Parent	40 (19.9)
	Relatives	24 (11.9)
Physical diagnosis	No	152 (76.0)
	Yes	48 (24.0)
Psychiatric diagnosis (past)	No	143 (71.5)
	Mood disorders	46 (23.0)
	Others	11 (5.5)
Psychiatric diagnosis (current)	No	78 (38.8)
	Mood disorders	102 (50.7)
	Others	21 (10.4)

Missing data excluded; [†] Included multiple responses.

도는 남성($t=4.08, p<.001$), 60세 이상($F=11.75, p<.001$), 농촌 거주($t=-4.14, p<.001$), 무직($t=-2.03, p=.044$), 기혼($t=-2.47, p=.015$), 신체질환이 있는 경우($t=3.71, p<.001$), 자살시도 과거력이 없는 경우($F=3.09, p=.048$), 8시부터 19시 59분 사이에 시도한 경우($F=2.39, p=.039$)에 유의하게 높았다. 구조 가능도는 남자($t=-3.51, p=.001$), 도시거주($t=-2.71, p=.008$), 미혼($t=-$

Table 2. Suicide-related Characteristics of Suicide Attempters (*N*=201)

Characteristics	Categories	n (%)
Admission route	Ambulance	102 (50.7)
	Transfer	67 (33.3)
	Ambulatory	27 (13.4)
	Other	5 (2.6)
Past history of suicide attempt	None	155 (77.5)
	One time	32 (16.0)
	≥ Twice	13 (6.5)
Season of suicide attempt	Spring	42 (20.9)
	Summer	67 (33.3)
	Autumn	41 (20.4)
	Winter	51 (25.4)
Time of suicide attempt	0:00~3:59	36 (17.9)
	4:00~7:59	20 (10.0)
	8:00~11:59	32 (15.9)
	12:00~15:59	30 (14.9)
	16:00~19:59	39 (19.4)
	20:00~23:59	44 (21.9)
Place of suicide attempt	One's house	147 (73.5)
	Motel	9 (4.5)
	Bridge	8 (4.0)
	Car	7 (3.5)
	Other	29 (14.5)
Reasons for suicide attempt	Depression	78 (39.6)
	Family conflict	56 (28.4)
	Relationship conflict	22 (11.2)
	Pessimism	18 (9.1)
	No comment	23 (11.7)
Method of suicide	Pesticide	69 (34.3)
	Drug medicine or foreign substance	50 (24.8)
	Laceration	33 (16.4)
	Hanging	18 (9.0)
	Drowning	10 (5.0)
	Inhalation	9 (4.5)
	Cutting	8 (4.0)
	Burning, jumping	4 (2.0)
Treatment result	Discharge	99 (49.3)
	General ward	16 (7.9)
	Intensive care unit	68 (33.8)
	Hopeless or dead	18 (9.0)

Missing data excluded.

-3.13, $p=.002$), 오전 4시에서 11시 59분 사이에 시도한 경우 ($F=3.36, p=.006$)에 유의하게 낮았다. 대상자의 학력, 종교, 동거가족, 정신질환 과거력, 내원 후 정신질환 진단여부, 자살시도 계절, 장소, 이유, 방법, 처치결과에 따른 자살시도 위험도의 차이는 유의하지 않았다. 또한 대상자의 연령, 학력, 종교, 직업, 동거가족, 신체질환 유무, 정신질환 유무, 내원 후 정신질환

Table 3. Risk and Rescue Scores according to Characteristics of Suicide Attempters

(N=201)

Characteristic	Categories	Risk		Rescue	
		M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Total		8.9±2.78		12.3±2.06	
Gender	Male	9.6±2.76	4.08	11.8±2.15	-3.51
	Female	8.0±2.56	(<.001)	12.8±1.80	(.001)
Age (year)	≤19	6.7±1.68 ^a	11.75	12.4±2.06	1.31
	20~39	8.4±2.51 ^b	(<.001)	12.0±2.47	(.274)
	40~59	8.8±2.79 ^b		12.3±1.91	
	≥60	11.1±2.43 ^c		12.8±1.21	
Residential area	Urban	8.0±2.43	-4.14	11.8±2.43	-2.71
	Rural	9.6±2.84	(<.001)	12.6±1.66	(.008)
Occupation	Unemployed	9.5±2.81	-2.03	12.5±1.83	-0.93
	Employment	8.7±2.36	(.044)	12.2±2.16	(.352)
Marital status	Unmarried	8.3±2.62	-2.47	11.6±2.63	-3.13
	Married	9.4±2.71	(.015)	12.6±1.56	(.002)
Physical illness	Yes	10.2±2.87	3.71	12.6±1.85	1.43
	No	8.5±2.62	(<.001)	12.1±2.12	(.155)
Past history of suicide	None	9.1±2.86 ^a	3.09	12.2±2.07	0.65
	1 time	8.7±2.31 ^b	(.048)	12.4±2.02	(.527)
	≥2 times	7.2±2.13 ^b		12.8±2.20	
Time of suicide attempt	0:00~ 3:59	7.9±2.49 ^a	2.39	12.2±2.24 ^a	3.36
	4:00~ 7:59	8.7±2.80 ^a	(.039)	12.1±2.11 ^b	(.006)
	8:00~11:59	9.3±2.62 ^b		11.1±2.66 ^b	
	12:00~15:59	9.8±2.86 ^b		12.4±1.82 ^a	
	16:00~19:59	9.5±2.84 ^b		12.4±1.65 ^a	
	20:00~23:59	8.5±2.77 ^a		13.0±1.54 ^a	

Missing data excluded; a, b, c: Indicates significant difference at post hoc test.

진단 여부, 입원경로, 자살시도 과거력, 자살시도 횟수, 자살시도 계절, 장소, 이유, 방법, 처치결과에 따른 구조가능도의 차이는 유의하지 않았다(Table 3).

3. 성별, 거주 지역에 따른 대상자의 일반적 특성과 자살 관련 특성

성별에 따른 자살시도자 특성의 차이를 분석한 결과 남성은 40~59세가 53명(46.5%), 여성은 20~39세가 39명(44.8%)으로 각각 가장 많았고, 성별에 따른 연령분포는 유의한 차이가 있었다($\chi^2=16.49, p=.001$). 내원경로는 남녀 모두 응급구조대에 의해 내원한 경우가 가장 많았고, 직접 내원한 경우는 남성이 6명(5.5%), 여성이 21명(24.1%)으로 성별에 따라 유의한 차이가 있었다($\chi^2=14.15, p=.001$). 남성은 자살 과거력이 없는 경우가 96명(85.0%), 여성은 59명(67.8%)으로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=8.28, p=.004$).

자살시도계절은 남녀 모두 '여름'이 가장 많았으며, 특히 남

성은 '봄' 30명(26.3%), '가을' 17명(14.9%), 여성은 '봄' 12명(13.8%), '가을' 24명(27.6%)으로 자살시도 계절에 차이가 있었다($\chi^2=8.89, p=.031$). 자살시도 장소가 '집'인 경우는 남성은 70명(61.9%), 여성은 77명(88.5%)으로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=17.80, p<.001$). 자살시도 이유는 남성의 경우 우울, 가족 불화, 신변비관, 대인관계문제 순이었고, 여성의 경우 우울, 가족 불화, 대인관계문제, 신변비관의 순으로 성별에 따라 차이가 있었다($\chi^2=15.75, p=.003$). 자살시도방법은 남성의 경우 '농약 음독', '목땀, 익수, 가스', '의약품이나 이물 삼킴', '단순열상', '찌름, 투신, 분신'의 순이었고, 여성의 경우 '의약품이나 이물 삼킴', '단순열상', '농약 음독', '목땀, 익수, 가스', '찌름, 투신, 분신'의 순으로 나타나 유의한 차이가 있었다($\chi^2=41.74, p<.001$).

처치결과는 남녀 모두 '퇴원'이 가장 많았으나 '중환자실 입원'은 남성 45명(39.5%), 여성 23명(26.4%), '사망, 가망 없음'은 남성 15명(13.2%), 여성 3명(3.4%)으로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=12.21, p=.007$). 성별에 따른 학력, 종교, 직업, 결혼상

때, 동거가족, 신체질환 유무, 정신질환 유무, 내원 후 정신질환 진단 여부, 자살 시도 횟수에는 유의한 차이가 없었다.

거주 지역에 따른 대상자 특성의 차이를 분석한 결과 도시에 거주하는 경우 40~59세인 경우가 39명(44.8%)으로 가장 많았고, 농촌의 경우 20~39세인 경우가 47명(41.2%)으로 가장 많았다. 60세 이상은 도시가 9명(10.3%), 농촌이 26명(22.8%)으로 지역에 따라 자살 시도자의 연령분포에 차이가 있었다($\chi^2=12.93, p=.004$). 내원 경로는 도시의 경우 '응급구조대'가 64명(73.6%)으로 가장 많았고, 농촌은 '전원'이 57명(52.3%)으로 가장 많아 거주 지역 간 유의한 차이가 있었다($\chi^2=37.64, p<.001$).

자살 시도 계절은 도시의 경우 '겨울'이 26명(29.9%)으로 가

장 많았고, '봄'은 17명(19.5%)으로 가장 적었으며, 농촌의 경우 '여름'이 46명(40.4%)로 가장 많아 지역에 따라 차이가 나타났다($\chi^2=8.00, p=.046$). 자살 시도 장소나 이유는 지역에 따라 차이가 없었다. 자살 시도 방법은 도시의 경우 '의약품이나 이물 삼킴'이 31명(35.6%)으로 가장 많았고, '목땀, 익수, 가스', '단순열상', '농약 음독', '찌름, 투신, 분신'의 순이었으며, 농촌의 경우 '농약 음독'이 57명(50.0%)으로 절반을 차지하였고, '의약품이나 이물 삼킴', '목땀, 익수, 가스', '단순열상', '찌름, 투신, 분신'의 순으로 나타나 거주 지역에 따라 자살 시도 방법은 차이가 있었다($\chi^2=31.97, p<.001$). 처치 결과는 도시의 경우 '퇴원'이 54명(62.1%), 농촌의 경우 '중환자실 입원'이 49명(43.0%)으로 가장 많아 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=12.66, p=.005$). 거주

Table 4. Gender and Regional Differences of Suicide Attempters

(N=201)

Characteristic	Categories	Gender			Region		$\chi^2 (p)$
		Male	Female	$\chi^2 (p)$	Urban	Rural	
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Age (year)	≤ 19	1 (0.9)	10 (11.5)	16.49 [†] (.001)	9 (10.3)	2 (1.8)	12.93 [†] (.004)
	20~39	38 (33.3)	39 (44.8)		30 (34.5)	47 (41.2)	
	40~59	53 (46.5)	25 (28.7)		39 (44.8)	39 (34.2)	
	≥ 60	22 (19.3)	13 (15.0)		9 (10.3)	26 (22.8)	
Admission route	Ambulatory	6 (5.5)	21 (24.1)	14.15 (.001)	13 (14.9)	14 (12.8)	37.64 ($<.001$)
	Ambulance	62 (56.9)	40 (46.0)		64 (73.6)	38 (34.9)	
	Transfer	41 (37.6)	26 (29.9)		10 (11.5)	57 (52.3)	
History of suicide attempt	None	96 (85.0)	59 (67.8)	8.28 (.004)	65 (75.6)	90 (78.9)	0.32 (.573)
	Yes	17 (15.0)	28 (32.2)		21 (24.4)	24 (21.1)	
Season of suicide attempt	Spring	30 (26.3)	12 (13.8)	8.89 (.031)	17 (19.5)	25 (21.9)	8.00 (.046)
	Summer	35 (30.7)	32 (36.8)		21 (24.1)	46 (40.4)	
	Autumn	17 (14.9)	24 (27.6)		23 (26.4)	18 (15.8)	
	Winter	32 (28.1)	19 (21.8)		26 (29.9)	25 (21.9)	
Place of suicide attempt	House	70 (61.9)	77 (88.5)	17.80 ($<.001$)	58 (67.4)	89 (78.1)	2.84 (.092)
	Others	43 (38.1)	10 (11.5)		28 (32.6)	25 (21.9)	
Reasons for suicide attempt	Depression	41 (36.6)	37 (43.5)	15.75 [†] (.003)	36 (42.4)	42 (37.5)	6.93 [†] (.138)
	Family conflict	25 (22.3)	31 (36.5)		18 (21.2)	38 (33.9)	
	Relationship	12 (10.7)	10 (11.8)		14 (16.5)	8 (7.1)	
	Pessimism	14 (13.4)	2 (3.5)		8 (9.4)	10 (8.9)	
	No comment	19 (17.0)	4 (4.7)		9 (10.6)	14 (12.5)	
Method of suicide	Pesticide	50 (43.9)	19 (21.8)	41.74 [†] ($<.001$)	12 (13.8)	57 (50.0)	31.97 [†] ($<.001$)
	Drug medicine or foreign substance	14 (12.3)	36 (41.4)		31 (35.6)	19 (16.7)	
	Laceration	11 (9.6)	22 (25.3)		18 (20.7)	15 (13.2)	
	Hanging, drowning, inhalation	29 (25.4)	8 (9.2)		21 (24.1)	16 (14.0)	
	Cutting, jumping, burning	10 (8.8)	2 (2.3)		5 (5.7)	7 (6.1)	
Treatment results	Discharge	46 (40.3)	53 (60.9)	12.21 (.007)	54 (62.1)	45 (39.5)	12.66 (.005)
	General ward	8 (7.0)	8 (9.2)		8 (9.2)	8 (7.0)	
	Intensive Care Unit	45 (39.5)	23 (26.4)		19 (21.8)	49 (43.0)	
	Hopeless or dead	15 (13.2)	3 (3.4)		6 (6.9)	12 (10.5)	

Missing data excluded; [†] Fisher's exact test.

지역에 따른 학력, 종교, 직업, 결혼상태, 동거가족, 신체질환 유무, 정신질환 유무, 내원 후 정신질환 진단 여부, 자살시도 과거력, 자살시도 횟수, 자살시도 시간, 장소, 이유에서는 유의한 차이가 없었다(Table 4).

논 의

본 연구는 중소도시에 소재한 일 종합병원 응급실에 내원한 자살시도자의 특성을 파악하고 자살예방을 위한 정책 개발에 필요한 구체적인 자료를 제공하기 위하여 시도되었다. 먼저 본 연구의 결과 응급실에 내원한 자살시도자 중 남성이 여성보다 높은 비중을 차지했는데, 이는 자살시도자를 대상으로 한 기존 연구들(Kim et al., 2015; Lim et al., 2014; Lopez-Castroman et al., 2011)에서 여성이 남성보다 높은 비중을 차지했던 결과와는 상반된 것이었다. 또한 2,30대 초기 성인이 많은 비중을 차지한 기존 연구결과(Kim et al., 2015; Lopez-Castroman et al., 2011)와 달리 본 연구에서는 후기 성인이 많았는데, 대체로 자살시도 연령이 남성의 경우 여성보다 높다는 보고(Lim et al., 2014)를 고려할 때, 본 연구에서 남성이 많은 비중을 차지했던 것이 연령 분포에 영향을 미친 것으로 보인다. 더욱이 본 연구에서 남성은 여성보다 자살시도 위험도가 높았고 구조가능도는 낮았으며, 집 이외의 장소에서 자살시도를 하는 경향이 여성보다 높았다. 입원경로나 처치결과도 여성의 경우보다 심각한 상황임을 유추할 수 있는데, 이는 남성의 경우 치명도가 높은 자살시도를 하는 경향이 있고(Vishnuvardhan & Saddichha, 2012), 자살사망률이 여성보다 높다는 기존 보고들(Korean Statistical Information Service; Zhang et al., 2015)과 일관된 것으로 보인다. 이상의 결과들은 젊은 연령층이 상대적으로 적은 소도시의 경우 후기 성인기 대상자, 특히 남성의 자살문제에 주목해야 할 필요성을 시사한다. 다만 여성 자살시도자인 경우와 농촌 거주자의 경우 2, 30대의 젊은 연령층이 가장 높은 빈도를 차지한 것도 간과해서는 안 될 것이다. Zhang 등(2015)이 농촌에 거주하는 젊은 기혼여성의 경우 결혼과 관련된 갈등과 사회적 지지의 결핍으로 인해 위기 상황에 자살을 시도할 가능성이 증가한다고 보고한 것을 고려할 때 인구집단을 확대하여 거주지에 따른 자살경향을 정교하게 조사할 필요가 있겠다.

본 연구에서 남성의 경우 경제적 어려움 등 신변비관과 관련된 자살시도자가 여성에 비해 많은 것으로 나타나 이는 중년기 남성이 신체적으로 쇠퇴하고 전통적 성역할 규범이 붕괴됨에도 여전히 가족의 부양자로서 유지되는 전통적 역할 사이의 위기, 경

제적 위치 상실 등으로 인해 큰 부담을 경험하고(Kang, Chun, & Sohn, 2008), 이들의 자살이 사회문제로 확산될 가능성이 있다는 주장에 대한 실증적 자료가 된다. 이러한 결과는 베이비붐 세대의 퇴직이 본격적으로 시작되는 작금의 상황에서 중년기 남성의 자살문제에 대한 관심이 이루어지지 않을 경우 심각한 노인남성의 자살 증가로 이어질 수 있음을 예고하는 것이다.

자살시도방법은 농약 음독, 의약품이나 이물을 삼킨 경우가 절반을 넘었는데 이는 기존 연구들과 일관된다. 일반적으로 음독 자살시도의 경우 상태가 심각하지 않은 경우가 많은 것으로 보고되나(Kawashima, Yonemoto, Inagaki, & Yamada, 2014), 본 연구에서 농촌 거주자의 절반 이상이 농약음독을 하였는데, 도시 거주자에 비해 위험도가 높으며 입원경로나 처치결과 등에서 자살시도의 심각성을 시사하는 결과가 나타난 것을 고려할 때 이는 최근까지 유통되었고 죽음의 농약으로 불리던 농약음독과 관련된 것으로 보인다. 독성이 높은 특정 제초제의 유통과 판매는 금지되었지만 전량 수거된 것으로 보기는 어렵고, 여전히 독성이 높은 다른 농약음독과 관련된 자살사건이 보도되는 것을 볼 때 농촌의 자살 역학은 여전히 난제이다.

그럼에도 불구하고 몇 가지 전략들은 농촌의 자살관리를 위해 고려될 수 있다. 첫째, 농촌 거주자의 경우 도시거주자와 달리 자살시도가 여름에 가장 많았던 결과는 사용하고 남은 농약의 철저한 관리체계가 자살시도를 감소시킬 수 있는 전략이 될 수 있음을 시사한다. 둘째, 음독자살의 경우 자살재시도 가능성이 높으므로(Kawashima et al., 2014), 적극적인 처치 후에도 일차예방을 담당하는 보건의료기관의 담당자나 전문가에게 사후 관리를 받을 수 있도록 의뢰하는 체계가 수립되어야 할 것이다. 끝으로 음독 자살시도가 발생한 경우에는 이송의 시작부터 처치가 시작될 수 있도록 응급구조대원이나 의료인을 대상으로 음독물질 별 환자 사정과 응급처치, 면담법 등에 관한 교육 또는 전문팀 운영 등 다각도의 전략을 통해 생존율을 높이고 잔존 증상을 최소화 할 수 있는 방안을 고려해 보아야 할 것이다.

본 연구의 결과 가족이 개인의 자살관리에 주요 역할을 할 수 있다는 근거가 나타났다. 먼저 본 연구에서 자살시도자는 기혼이거나 동거가족이 있는 경우가 대부분이었고, 자살시도 장소는 다른 보고들(Choi et al., 2000; Kwon et al., 2013)과 일관되게 '집'이 73.5%로 가장 많았다. 자살시도 동기는 우울과 가정불화 등의 관계문제가 많았는데, 가정 내 갈등이 자살시도 동기가 된다는 보고들(Choi et al., 2000; Vishnuvardhan & Saddichha, 2012)을 고려하면 가정불화 등의 어려움이 지속되어 온 결과로서 우울을 호소하게 되었을 가능성도 배제할 수 없다. 전문가들은 자살시도자의 가족을 자살의 요인으로 속단

하거나 그들이 죄책감을 느끼도록 하는 암묵적인 태도를 지양하고, 생존자의 가족에게 자살의 위험요인이나 징후 등을 교육하여 가족을 자살예방의 주요한 자원으로 활용할 필요가 있다.

본 연구에서 기저질환과 자살시도자의 특성을 살펴본 결과 신체질환이 있는 자살시도자의 경우 위험도가 높은 것으로 나타났다. 신체질환은 우울과 삶의 질에 영향을 미쳐 자살가능성을 높일 수 있으며(Hakko et al., 2008), 특히 노인의 경우 처방받은 약물이 자살행동에 중요한 역할을 할 수 있으므로(Mościcki, 2001) 노인을 대상으로 한 신체적 건강문제와 자살의 관계에 대한 좀 더 정교한 조사가 필요하겠다. 반면 대상자의 28.5%가 기저질환으로 정신질환을 보고하였고, 내원 후 정신질환으로 진단된 경우는 61.1%였지만 두 경우 모두 자살시도의 위험도나 구조가능도와와의 관련성은 나타나지 않았다. 또한 내원 후 정신질환의 진단비용은 국내외 자살시도자 대상의 연구(Doshi et al., 2005; Kwon et al., 2013; Park, Jun, & Byun, 2014)에서 대상자의 41.8~55.0%가 정신과적 문제를 가지고 있다고 보고한 것에 비해 다소 높다. 정신질환에 대한 부정적 인식으로 인해 자살시도자들이 자살시도와 정신증상을 연관시키는 경향이 낮기는(Lim et al., 2014)하지만 한국에서 의료인이 자살시도자에게 정신과 진단을 내리는 비율은 다른 국가에 비해 높다고 보고되었다(Kawashima et al., 2014). 정신과적 문제와 자살의 관련성이 중요하게 인식되고 있지만 낙인 등의 두려움으로 인해 발생될 수 있는 부정적 결과를 고려하여 좀 더 신중하고 정교한 정신건강문제의 사정과 진단 과정이 요구되며, 자살시도와의 관련성에 대한 추후 연구가 이루어져야 할 것이다.

본 연구에서는 기존의 결과들(Kwon et al., 2013; Vishnuvardhan & Saddichha, 2012)과 유사하게 대부분의 대상자가 최초로 자살시도를 한 것으로 나타났는데, 이들의 위험도는 과거력이 있는 경우에 비해 높았다. 이러한 결과는 재시도자의 경우 최초 시도 이후 자살위험에 대한 모니터링이 이루어져 심각한 상태에 이르기 전에 이송되었거나 이미 자살에 이르렀을 가능성에 기인할 수 있을 것이다. 또한 자살 사망자들의 심리부검 결과 우울의 심각성보다는 우울의 재발경향을 자살의 예측요인으로 보는 것이 합당하다는 보고(Mościcki, 2001)는 자살시도의 반복경향을 주의 깊게 파악해야 할 필요성을 제기한다. 따라서 연구대상자를 확대하여 최초 자살시도자와 반복적 자살시도자의 특성을 파악하는 추후연구가 필요하다.

심각한 신체손상에 초점을 맞추는 응급실의 의료진들이 정신과 진료를 거부하는 자살시도자에게 치료를 강제하기는 제약이 있을 수 있다. 그러나 자살시도는 반복되는 특성이 있고, 정신건강문제를 동반할 가능성이 높으므로 자살시도자들이

건강관리체계에 접근하는 일차적이고 유일한 접촉점으로서 응급실(Kawashima et al., 2014)은 이들의 정신건강문제 치료의 관문이 되어야 할 것이다. 이를 위하여 자살시도자를 면밀히 평가하고 심리적 응급처치를 시행한 후 적절한 치료세팅으로 의뢰하여 추후관리로 이어질 수 있도록 정신건강전문인력과 치침, 시스템 등이 마련되어야 할 것이다(Cho, Jeong, Lee, & Seo, 2008). 또한 자살시도자를 장기간 추적할 수 있는 전국 규모의 기록 시스템을 개발하고 네트워킹하여 유용한 자료를 지속적으로 생산함으로써 장기적 안목으로 자살문제를 관리하는 것이 필요하다.

본 연구는 도농복합도시에 소재한 종합병원 응급실에 내원한 자살시도자의 특성을 분석하여 도시와 농촌 지역의 자살 관련 특성을 구체적으로 드러내었고, 지역 역학에 적합한 자살관리 전략을 구축하는데 있어 시사점을 제공하고 있다. 다만 본 연구는 소도시 일개 병원에 내원한 자살시도자의 의무 기록지를 후향적으로 분석한 연구이므로 그 정보가 제한될 수 있고, 결과를 일반화하는데 제한이 있다. 이러한 제한점을 토대로 후속연구와 자살관리 정책방향에 대해 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 자살시도자의 장기적인 추적이 가능한 국가차원의 시스템을 개발하고 전향적으로 연구함으로써 장기적인 자살관리대책을 수립하여야 할 것이다. 둘째, 지역, 성별, 연령 등의 특성을 반영한 자살 관련 근거자료를 도출하기 위하여 대상자의 범위를 확대하여 조사하는 연구를 제언한다. 셋째, 자살시도자에 대한 정확한 평가를 위한 정보조사지의 개선과 개발을 위한 연구가 필요하다. 마지막으로 자살시도자의 이송부터 평가, 진료 및 간호, 추후관리까지 이어지는 의료서비스를 제공하기 위한 가이드라인의 개발과 관련 전문 인력들의 교육과 그 효과를 파악하는 연구가 필요하다.

결론 및 제언

본 연구는 효율적인 자살관리에 있어 주요한 인구집단으로 고려되는 자살시도자의 특성을 파악하여 기존의 전국규모 또는 일반인구집단을 대상으로 시행한 자살 관련연구와는 달리 구체적이고 실증적인 결과를 도출하였다. 본 연구의 결과 성별이나 거주 지역에 따라 자살시도자의 특성에 차이가 있는 것으로 나타났는데, 특히 기존의 연구결과와 상이하게 중년남성 자살시도자의 특성이 구체적으로 드러났다. 향후 성별, 거주 지역, 연령 등을 고려한 한정적이고 정교한 조사가 확대된다면 자살의 역학에 대한 구체적인 정보가 도출되어 자살관리정책의 방향과 효과적인 전략을 설정하는데 기여할 것이다.

REFERENCES

- Bark, H. M., & Lee, E. J. (2014). *Social factors on suicide in Korea*. Korean Institute of Criminology. Retrieved December 30, 2015, from <https://www.kic.re.kr/pubdata/public/List.jsp>
- Cho, J. K., Park, I. C., Yoon, Y. S., Kim, S. H., & Lee, K. R. (2005). Psychiatric follow-up after ED discharge in cases of intentional poisoning. *Journal of the Korean Society of Emergency Medicine*, 16(1), 158-163.
- Cho, J., Jeong, S., Lee, M., & Seo, Y. (2008). Survey of the management systems and decision-making. *The Korean Society of Emergency Medicine*, 19(5), 535-540.
- Choi, D. C., Kim, H. R., Kim, C. H., Park, S. H., Kim, S. H., Cho, Y. R., et al. (2000). Sociodemographic characteristics of the suicide attempters visiting emergency room. *Korean Journal of Psychopathology*, 9(1), 36-49.
- Doshi, A., Boudreaux, E. D., Wang, N., Pelletier, A. J., & Camargo, C. A. (2005). National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Annals of Emergency Medicine*, 46(4), 369-375. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.04.018>
- Hakko, H., Manninen, J., Karvonen, K., Särkioja, T., Meyer-Rochow, V. B., Räsänen, P., et al. (2008). Association between physical illnesses and depressive symptoms requiring hospitalization in suicide victims. *Psychiatry Research*, 160(3), 271-277. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2007.07.025>
- Howson, M. A., Yates, K. M., & Hatcher, S. (2008). Re-presentation and suicide rates in emergency department patients who self harm. *Emergency Medicine Australasia*, 20(4), 322-327. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-6723.2008.01104.x>
- Jung, S. H. (2005). *The socioeconomic burden of suicide and depression in South Korea*. Seoul: National Center for Mental Health Research and Education.
- Kang, M. S., Chun, Y. J., & Sohn, T. H. (2008). Work and family related stress and suicidal ideation among the middle-aged married men in Korea. *Journal of Family Relations*, 13(1), 105-134.
- Kawashima, Y., Yonemoto, N., Inagaki, M., & Yamada, M. (2014). Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 163, 33-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.025>
- Kim, J., Seo, W. S., Lee, J. H., Kim, H., Lee, K., & Won, S. (2015). Characteristics of suicide attempters admitted to the emergency departments of university hospitals- demographic and psychosocial data-. *Journal of the Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry*, 21(2), 95-104.
- Korean Statistical Information Service. (n. d). *2014 Suicide rate*. Retrieved December 30, 2015, from http://kosis.kr/ups/ups_01List.jsp?pubcode=YD
- Kwon, J. W., Ko, Y. H., Han, C. S., Lee, M. S., Yoon, H. K., & Lee, H. (2013). Psychosocial characteristics and factors associated with referral to psychiatric care in the suicide attempters visiting emergency center. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*, 21(2), 106-113.
- Lim, M., Kim, S. W., Nam, Y. Y., Moon, E., Yu, J., Lee, S., et al. (2014). Reasons for desiring death: Examining causative factors of suicide attempters treated in emergency rooms in Korea. *Journal of Affective Disorders*, 168, 349-356. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.026>
- Lopez-Castroman, J., de las Mercedes Perez-Rodriguez, M., Jausent, I., Alegria, A. A., Artes-Rodriguez, A., Freed, P., et al. (2011). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 619-625. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.09.017>
- Mościcki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 310-323. [http://dx.doi.org/10.1016/s1566-2772\(01\)00032-9](http://dx.doi.org/10.1016/s1566-2772(01)00032-9)
- Nam, Y., & Lee, H. (2008). *Understanding and prevention of suicide*. Seoul: Hakjisa.
- O'Dea, D., & Tucker, S. (2005). *The cost of suicide to society*. Wellington: Ministry of Health. Retrieved December 30, 2015, from <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/thecostofsuicidetosociety.pdf>
- OECD(2015). *Health at a glance 2015: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- Park, H. N., Jun, S., & Byun, E. K. (2014). The psychiatric treatment link characteristics of suicide attempters visiting emergency room. *Journal of East-West Nursing Research*, 20(2), 93-102. <http://dx.doi.org/10.14370/jewnr.2014.20.2.93>
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 765-772. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.765>
- Vishnuvardhan, G., & Saddichha, S. (2012). Psychiatric comorbidity and gender differences among suicide attempters in Bangalore, India. *General Hospital Psychiatry*, 34(4), 410-414. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.03.017>
- Weisman, A. D., & Worden, J. W. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives of General Psychiatry*, 26(6), 553-560. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750240065010>
- Zhang, J., Sun, L., Conwell, Y., Qin, P., Jia, C. X., Xiao, S., et al. (2015). Suicides and medically serious attempters are of the same population in Chinese rural young adults. *Journal of Affective Disorders*, 176, 176-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.005>