

정신건강복지센터 간호사의 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도와 자살예방업무 소진의 관계: 혼합연구방법의 적용

동희라^{ID} · 서지민^{ID}

부산대학교 간호대학

Relationships among Knowledge and Skills about Suicide Prevention, Attitudes toward Suicide, and Burnout of Suicide Prevention Work of Nurses at Mental Health Welfare Centers: A Mixed Methods Study

Dong, Hee-Ra · Seo, Ji Min

College of Nursing, Pusan National University, Yangsan, Korea

Purpose: This study aimed to identify relationships among knowledge and skills about suicide prevention, attitudes toward suicide, and burnout of suicide prevention work of nurses at mental health welfare centers. **Methods:** An explanatory sequential mixed-method research was conducted. For the quantitative study, the subjects (nurses) were 133 nurses executing suicide prevention work. The data were analyzed using the SPSS 25.0 program. For the qualitative research, 13 nurses with high burnout scores were interviewed. The data were analyzed using theme analysis method. **Results:** Quantitative results showed the average burnout of suicide prevention work was 54.62 ± 12.51 . The burnout of suicide prevention work had significant correlations with attitudes toward suicide ($r = .30, p < .001$) and suicide prevention skills ($r = -.18, p = .037$). Qualitative results showed six themes related to burnout of suicide prevention work. They were 'feeling a lack of confidence in one's suicide counselling skills', 'feeling of the limits of one's ability to cope with a suicide crisis', 'feeling regret for not being able to help the clients', 'being over-empathetic to the clients', 'Not being able to understand the clients because the subjects (nurses) opposes committing suicide', and 'thinking that the suicidal thoughts of suicide attempters do not improve'. **Conclusion:** To reduce burnout of nurses' suicide prevention work at mental health welfare centers, there is a need to develop an educational program considering nurses' attitudes toward suicide and one to enhance their confidence in suicide prevention skills.

Key words: Burnout, Psychological; Nurses; Suicide

서론

1. 연구의 필요성

우리나라 국민의 자살률은 인구 10만 명당 26.6명으로 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]) 국가의 평균 11.5명에 비해 2배 이상 높고,

주요어: 심리적 소진, 간호사, 자살

* 이 논문은 제1저자 동희라의 2020년도 석사학위논문 của 축약본임.

* This manuscript is a condensed form of the first author's master's from Pusan National University. Year of 2020.

Address reprint requests to : Seo, Ji Min

College of Nursing, Pusan National University, 49 Pusandaehak-ro, Mulgeum-eup, Yangsan 50612, Korea

Tel: +82-51-510-8351 Fax: +82-51-510-8308 E-mail: seojimin@pusan.ac.kr

Received: September 7, 2021 Revised: January 4, 2022 Accepted: February 11, 2022 Published online February 28, 2022

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>)

If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

OECD 국가 중 가장 높은 자살률을 보이고 있다[1]. 이에 정부는 2004년부터 자살예방 5개년 종합대책을 수립하고, 2011년에 '자살 예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률(자살예방법)'을 제정하여 현재까지 범국가적으로 자살을 예방하기 위해 노력하고 있다[2].

자살예방사업은 각 지자체의 정신건강복지센터가 주관하고 있으며, 자살위기 상담, 자살 고위험군 발견 및 사례관리, 자살위기 개입 등이 이루어지고 있다[3]. 그 중 자살위기 상담 및 고위험군 사례관리가 가장 많은 비중을 차지한다[4]. 자살위기 상담은 자살 경고징후를 인지하고, 자살 위기 수준에 따른 위기 대응이나 정서적 지지를 제공하고[5], 자살 고위험군 사례관리는 자해, 자살시도자, 정신질환자 등의 자살위험성이 높은 사람의 위기 사정, 지속적인 모니터링, 지역사회서비스 연계 등의 통합적인 서비스를 제공한다[3]. 이러한 자살예방업무를 수행하는 실무자들은 대상자의 상태를 정확하게 판단하고 통제하기 어렵기 때문에 자살을 막을 수 없을지도 모른다는 두려움이 높고, 자살위기 개입 현장에서 신속하게 판단하고 대응하는 과정에서 높은 수준의 업무 부담감과 스트레스를 경험한다[6]. 이러한 불안, 두려움, 업무 부담감 및 스트레스 등의 부정적 감정은 소진으로 이어진다[7].

정신건강복지센터 실무자들은 자살상담 전문성에 대한 자신감이 부족하였으며, 이로 인한 스트레스가 높은 것으로 나타났다[4]. 간호사의 실무역량이 낮을수록 직무스트레스와 소진이 높아지는데, 실무역량은 업무수행 과정에서 어려운 상황을 해결하고 스트레스를 극복하는데 필요한 핵심 요인으로 작용한다[8,9]. 실무역량은 직무나 업무를 수행하는 전반적인 능력으로, 간호사는 전문적인 지식을 실제 현장에서 대상자에게 적용하여 간호중재를 수행하고 그 과정에서 전문 직업인으로서의 태도와 가치관을 형성한다[10].

역량은 특정 상황에서 업무를 수행하고 문제를 해결하며 효과적으로 기능하기 위해 요구되는 지식, 기술, 태도로 구성된 통합적인 능력으로[11], 자살예방업무를 수행하는데 요구되는 역량은 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도라고 할 수 있다. 자살예방지식은 자살과 관련된 위험 요인, 적절한 질문과 설득, 의뢰에 대한 이해나 인식을 의미하고, 이러한 지식을 바탕으로 자살예방기술과 자원을 활용한다[12]. 자살예방기술은 자살의도를 낮추기 위한 자살상담기술을 의미하며, 자살상담은 자살위기 상황에서 대상자의 자살의도를 낮추는데 중요하게 작용한다[13]. 자살에 대한 태도는 자살자 또는 자살에 대한 개인의 일관된 견해를 말하는 것으로, 자살에 대한 태도가 부정적인 실무자는 거부감과 무력감을 느끼고 대상자와 거리를 두게 된다[14]. 이처럼 자살예방 지식, 기술 및 자살에 대한 태도는 자살예방업무를 수

행하는데 필요한 핵심역량이 된다.

관련 선행연구를 살펴보면, 지역사회 방문간호사의 자살예방 지식은 중등교직원에 비해 높은 편이었으며[12,15], 정신과 간호사가 일반의사보다 자살예방기술이 높은 편이었다[16]. 영국 등 여러 나라의 간호사는 자살환자에 대해 부정적인 태도를 보였고[17], 간호사 및 임상심리사는 자살에 대해 부정적 또는 긍정적인 태도를 보였으며, 부정적인 태도는 도덕적 관점에 근거하여 자살을 잘못된 행위라고 생각하는 반면에 긍정적인 태도는 정신의학적 관점에 근거하여 정신질환의 증상이라고 생각하였다[18]. 또한 응급실 의료인의 경우 나이가 젊을수록 자살중재기술이 높고, 소진도 높았다[19]. 이와 같이 간호사를 포함하여 자살예방업무를 담당하는 실무자의 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도를 확인한 연구는 소수 있었지만[12,16,18], 이러한 요인과 소진의 관계를 확인한 연구는 응급실 의료인의 자살중재기술과 소진의 상관관계를 알아본 연구[19] 외에는 관련 연구를 찾기 힘들었다.

이에 본 연구는 정신건강복지센터에 근무하는 간호사의 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도와 자살예방업무 소진의 관계를 통합적 관점에서 확인하고자 혼합연구방법을 적용하였다. 혼합연구방법은 양적 및 질적 데이터를 수집하고, 둘을 통합하여 연구 문제를 이해하는 연구 방법이다[20]. 혼합연구방법 중 설명적 순차설계(explanatory sequential design)는 양적 연구를 먼저 시행하고, 후속적으로 질적 연구를 시행하여 양적 자료에 대한 설명과 해석을 보완하여 현상에 대한 완전한 이해를 촉진하며 관계를 설명하고 해석하는 데 적합한 연구 방법이다[20]. 이에 본 연구는 설명적 순차설계를 적용하여 양적 연구를 통해 정신건강복지센터 간호사의 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도와 자살예방업무 소진의 상관관계를 분석한 다음, 자살예방업무 소진이 높은 참여자를 대상으로 질적 연구를 후속적으로 시행함으로써 연구 문제에 대해 보다 깊이 이해하고자 한다. 이를 통해 정신건강복지센터 간호사의 자살예방업무로 인한 소진을 예방하고 관리할 수 있는 중재 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 혼합연구방법을 적용하여 정신건강복지센터에 근무하는 간호사의 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도와 자살예방업무 소진의 관계를 통합적으로 확인하는 것이다.

- 1) 정신건강복지센터 간호사의 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도와 자살예방업무 소진을 파악한다.
- 2) 정신건강복지센터 간호사의 자살예방 지식 및 기술, 자살에

대한 태도와 자살예방업무 소진의 상관관계를 확인한다.

3) 정신건강복지센터 간호사의 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도와 자살예방업무 소진이 어떤 연관이 있는지 심층적으로 탐색한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 정신건강복지센터 간호사의 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도와 자살예방업무 소진의 관계를 통합적으로 탐색한 혼합연구방법의 설명적 순차설계 연구이다(Figure 1).

2. 연구 대상

본 연구 대상자는 정신건강복지센터에서 자살예방 상담 및 사례관리 등 자살예방업무를 수행하는 간호사로, 본 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 연구 참여에 동의한 자였다. 연구 대상

자는 자살예방업무를 전담하거나, 자살고위험군 사례관리 또는 자살예방상담전화 등의 업무를 수행하고 있으며, 주당 평균 4.74 ± 4.66건의 자살상담을 하였다. 2019년 보건복지부 보고서에 의하면, 우리나라 정신건강복지센터는 243개소이고 센터에서 근무하는 실무자는 간호사, 사회복지사, 임상심리사 등 총 2,270명으로, 그 중 간호사가 665명(29.3%)이었다[21].

양적 연구의 대상자 수를 산출하기 위해 G*power 3.1 프로그램을 이용하였고, 상관관계 분석을 적용하고, 양측검정, 중간 효과크기 .30, 유의수준 .05, 검정력 .90으로 계산한 결과, 최소 필요한 표본 수는 109명이었다. 탈락률 20%를 고려하여 140부를 배부하였고, 설문내용에 불성실하게 응답한 7부를 제외한 총 133명의 자료를 분석하였다. 이는 정신건강복지센터에 근무하는 간호사 665명[21] 중 20.0%에 해당한다.

질적 연구의 참여자는 양적 연구를 위해 설문조사에 참여한 대상자 133명 중 심층면담에 자발적으로 동의한 자로, 자살예방업무 소진이 높은 자로 선정하였다. 양적 연구 대상자의 소진 점수는 평균 54.62 ± 12.51점으로, 소진 점수가 54점 이상인 자를 질적 연구 참여자로 모집하였으나, 참여자 모집이 어려워 50점 이상을 기준으로 하여 최종 선정하였다. 전체 13명이 심층면담에 참여하였고, 13명 중 12명은 소진 점수가 54점 이상이었고, 1명이 52점이었으며, 전체 질적 연구 참여자의 자살예방업무 소진 점수는 평균 60.00 ± 7.77점이었다.

3. 연구 도구

본 연구에서 사용한 측정도구는 개발자 및 번역자의 사용 승인을 받은 후 연구를 진행하였다.

1) 일반적 특성

연령, 성별, 결혼상태, 종교, 학력, 자격유형, 정신건강복지센터 근무경력, 정신과 병동 근무경력, 주당 자살상담 평균 사례 수에 대한 문항으로 구성되었다.

2) 자살예방지식

Wyman 등[12]이 교직원을 대상으로 자살예방 프로그램(question, persuade, refer [QPR])을 실시한 후 지식 변화를 평가하기 위해 사용한 자살예방지식 측정도구(knowledge of QPR)를 번역·수정하여 사용하였다. 저자로부터 도구 사용 허가를 받고, 원 도구를 전자 메일로 받았다. 본 연구자가 한국어로 번역한 후, 간호학과 교수 1인이 번역의 정확성과 문화적 차이로 수정이 필요한 문항이 있는지 검토하고 보완하였다. 이를 영어권에서 박사학위를 받은 간호학과 교수 1인이 다시 영어로 역 번역을 하였

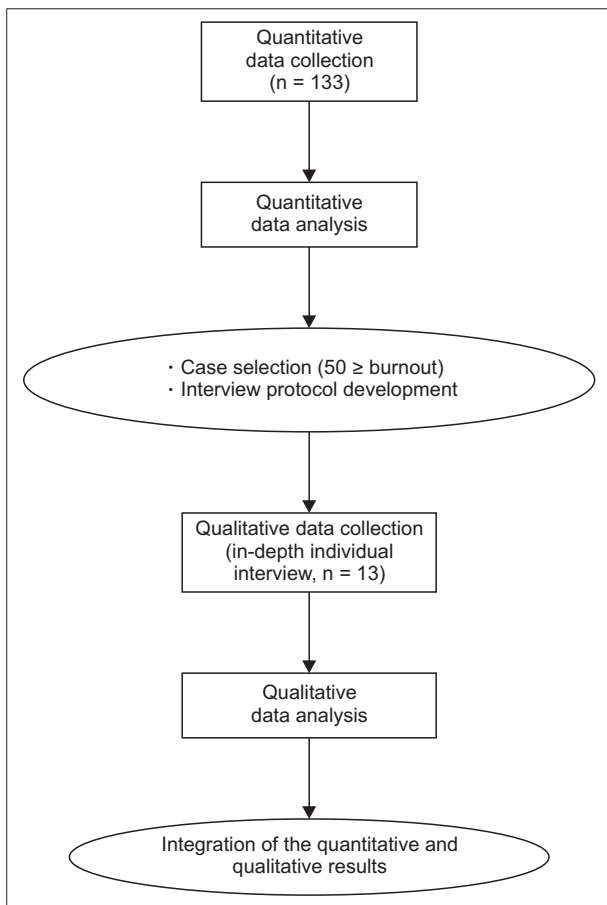


Figure 1. Flow chart of the procedures for this sequential explanatory mixed methods study.

다. 연구자와 간호학과 교수 1인이 원 도구와 역 번역본을 비교하여 의미의 변화 없이 번역이 정확히 되었는지 확인하고 수정·보완하였다. 수정한 내용은 14번 문항 '상담자에게 가서 도움을 받도록 설득한다.'를 '전문가와 지속적으로 상담 받도록 설득한다.'로 수정하여 사용하였다. 본 도구는 총 14문항으로, 2~5개의 답가지가 있으며, 12문항은 정답이 1개이며, 2문항은 다지 선다형의 문항으로 구성되어 있다. 정답은 100점 만점으로 환산하여 평가하였으며, 점수가 높을수록 자살예방지식이 높음을 의미한다.

3) 자살예방기술

Neimeyer와 Bonnelle [13]이 자살위기관리 영역의 준전문가를 대상으로 개발한 자살중재효과 측정도구(suicide intervention response inventory-2 [SIRI-2])를 국내 상황에 사용 가능하도록 간호학과 학생을 대상으로 신뢰도와 타당도를 검증한 한국어판 자살중재효과 측정도구(K-SIRI-2) [22]를 사용하였다. 본 도구는 총 24개의 자살 위기상담 상황에 대한 시나리오와 그에 대한 상담자의 두 가지 반응(A, B)을 읽어보고, 각 반응의 적절성을 평가하도록 구성되어 있다. 반응의 적절성은 7점 Likert 척도로 '매우 부적절한 반응' - 3점에서 '매우 적절한 반응' + 3점까지로 평정한다. 점수는 연구 대상자의 응답 점수와 전문가 집단의 준거 점수간의 차이를 합산하여 계산하며, 점수의 범위는 12.90점에서 247.28점까지로 점수가 낮을수록 자살예방기술이 높음을 의미한다. 전문가 집단의 준거 점수는 도구 개발 논문에 제시되어 있다[13]. 예를 들면, 1번 문항의 A반응에 대한 대상자의 응답 점수가 -3점일 때, 준거 점수는 -2.71점으로 그 차이는 0.29점이 되고, 이러한 차이 값들을 합산하여 계산한다. Neimeyer와 Bonnelle [13]연구에서 내적 일관성 신뢰도 Cronbach's α 는 .93이었고, Lee와 Chang [22]의 연구에서는 .84, 본 연구에서는 .74였다.

4) 자살에 대한 태도

Domino 등[23]이 의료진을 대상으로 자해 및 자살 환자에 대한 태도를 측정하기 위해 100문항으로 개발한 자살에 대한 견해 측정도구(suicide opinion questionnaire)를 Lim [24]이 25문항으로 수정·보완한 도구를 사용하였다. 본 도구는 정신질환 2문항, 도움요청 2문항, 허용도 3문항, 정상적 행위 2문항, 문화 2문항, 동기 2문항, 분노 3문항, 종교 3문항, 충동적 행위 2문항, 위험도 2문항, 도덕/윤리 2문항의 총 25문항으로 구성되어 있다. 본 도구는 5점 Likert 척도로 '전혀 아니다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점까지로 평정하며, 점수의 범위는 25점에서 125점까지로 점수가 높을수록 자살에 대해 긍정적으로 의미하며, 이는 자

살을 허용하고 이해하는 태도를 말한다. Lim [24]의 연구에서 도구의 내적 일관성 신뢰도 Cronbach's α 는 .76이었고, 본 연구에서는 .86이었다.

5) 자살예방업무 소진

Lee 등[25]이 전문 상담자를 대상으로 개발한 상담자의 소진 측정도구(counselor burnout inventory [CBI])를 Yu [26]가 한국 문화에 맞게 타당화한 한국판 상담자 소진 측정도구(Korean counselor burnout inventory [K-CBI])를 본 연구에 맞게 수정·보완하여 사용하였다. 수정된 내용은 상담자, 상담 업무라는 용어를 자살예방 실무자나 자살상담 업무로 수정하였다. 본 도구는 신체적 피로감 4문항, 무능감 4문항, 비협조적 업무환경 4문항, 내담자 가치 저하 4문항, 사생활 악화 4문항의 총 20문항으로 구성되어 있다. 본 도구는 5점 Likert 척도로 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점까지로 평정하고, 점수의 범위는 20점에서 100점까지로 점수가 높을수록 소진이 높음을 의미한다. Lee 등[25]의 연구에서 도구의 내적 일관성 신뢰도 Cronbach's α 는 .88이었고, Yu [26]의 연구에서는 .92, 본 연구에서는 .93이었다.

4. 자료 수집

1) 양적 자료 수집

양적 자료 수집기간은 2019년 8월 20일부터 11월 15일까지였다. 연구자가 전국 정신건강복지센터에 직접 전화하여 센터 관리 책임자에게 연구의 목적과 절차를 설명하고 설문에 대한 협조를 구하여, 허락을 얻은 107기관에 대상자 모집 공고문을 전자 메일로 발송하였다. 모집 공고문을 읽고 연구 참여를 희망하는 대상자가 연구자의 전화번호로 연락하도록 하였다. 대상자가 원하는 방식(온라인, 오프라인)으로 설명문과 동의서 및 설문지를 전달하고 회수하였다. 온라인 설문을 원하는 대상자에게는 전자 메일, 카카오톡, 문자 메시지로 URL 주소를 발송하여 설문에 참여하도록 하였다. 오프라인 설문을 원하는 대상자에게는 개별 봉투에 설명문과 동의서, 설문지, 회수용 봉투와 우표를 넣어 우편으로 발송하였다.

2) 질적 자료 수집

질적 자료 수집은 2020년 1월부터 2020년 2월까지 이루어졌다. 양적 자료 수집을 위한 설문조사에 참여한 133명 중 자살예방업무 소진 점수가 50점 이상인 대상자에게 전자 메일 및 문자 메시지로 연구 참여의사를 묻고 자발적으로 동의한 자를 대상으로 심층면담 하였다. 심층면담에 동의한 참여자에게 구체적인 연

구 목적, 면담 진행방법, 면담 질문 등을 설명하고, 면담 날짜와 시간, 장소를 협의하였다. 참여자가 편안하게 면담할 수 있도록 참여자가 원하는 날짜와 시간을 정하고, 장소는 주로 조용한 카페나 빈 회의실에서 실시하였다. 면담을 시작하기 전에 연구의 목적, 참여 방법, 참여 중도 철회 등에 대한 설명문과 동의서의 내용을 설명하고, 연구 참여 동의서에 직접 서명을 받았다. 먼저 참여자와 간단한 대화를 나누며 자연스러운 분위기를 조성한 후 심층 면담을 시행하였다. 참여자의 경험과 생각 및 느낌을 있는 그대로 표현하도록 하였으며, 모든 참여자의 심층면담은 연구자가 직접 진행하였다.

양적 연구 결과, 정신건강복지센터 간호사의 자살예방기술은 자살예방업무 소진과 음의 상관관계($r = -.18, p = .037$)를 보여 자살예방기술이 높을수록 소진이 높았다. 자살에 대한 태도는 소진과 양의 상관관계($r = .30, p < .001$)를 보여 자살에 대한 태도가 긍정적일수록 소진이 높았다. 이러한 양적 연구 결과에 근거하여, 자살예방지식은 자살예방업무 소진과 정밀 관련이 없는지, 자살예방기술과 자살에 대한 태도가 소진과 어떤 연관이 있으며, 자살예방기술이 높거나 자살에 대한 태도가 긍정적일 때 왜 소진이 높은지에 초점을 두고 심층면담을 시행하였다. 면담시간은 1시간 정도 소요되었으며, 연구 참여자의 동의하에 면담내용을 디지털 녹음기에 녹음하였다. 심층면담과 자료분석을 동시에 진행하면서 자료의 포화가 이루어질 때까지 면담을 진행하였다. 심층면담의 주요 질문은 다음과 같다.

- (1) 자살예방업무를 수행하면서 소진을 경험한 적이 있으면 말씀해주세요.
- (2) 자살예방업무를 수행하면서 지식이 부족하여 소진되었던 적이 있으면 말씀해주세요.
- (3) 자살예방업무 수행능력이나 자살상담기술 때문에 힘들거나 한계를 느낀 적이 있으면 말씀해주세요.
- (4) 자살예방업무를 수행하면서 특히 힘들었던 대상자에 대해 어떤 생각이 들었습니까?

5. 자료 분석

1) 양적 자료 분석

수집된 자료는 SPSS WIN 25.0 Program (IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- (1) 연구 대상자의 일반적 특성, 자살예방업무 소진, 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도는 평균, 표준편차, 빈도, 백분율을 이용하여 산출하였다.
- (2) 연구 대상자의 자살예방업무 소진, 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도의 상관관계는 Pearson's correlation coef-

ficients를 이용하여 분석하였다.

2) 질적 자료 분석

심층면담자료는 Braun과 Clarke [27]의 주제분석방법을 적용하여 현상에 대한 기술에서 개념을 뽑아내어 중심 주제를 도출해내고자 하였다. 구체적인 분석 절차는 먼저 면담 녹취록 전체 읽기와 부분 읽기를 수 차례 반복하면서 연구자가 텍스트 자료에 친숙해지는 과정을 거쳤다. 그리고 녹취록 전반에 걸쳐 주요 개념으로서 두드러지는 진술부분에 표시하며 첫 코딩 작업을 실시하였다. 각각의 참여자로부터 얻은 의미 있는 문장과 구를 찾고 중요한 진술을 추출하여 코드화 하고, 유사한 내용을 모아 범주화 하는 과정을 마친 후 상위 개념인 주제를 도출하였다. 도출된 주제를 하나씩 보면서 전체와 부분에 부합되지 않는 점이 있는지 검토하고, 검토한 주제를 좀 더 명확히 정의하고 명명할 수 있도록 정련하는 과정을 거쳤다. 이러한 과정은 질적 연구를 진행한 경험이 있는 간호학 교수 1인의 조언을 받으며 진행되었다. 각 주제를 명료하게 전달하는 예문을 선별, 요약하여 보고서를 작성하였다.

질적 연구의 신뢰성과 타당성을 확보하기 위해 Lincoln과 Guba [28]가 제시한 신빙성(credibility), 이전가능성(transferability), 의존가능성(dependability), 확증가능성(confirmability)을 높이고자 노력하였다. 첫째, 신빙성을 높이기 위해 참여자의 면담내용을 녹음하여 자료가 누락되지 않도록 하고, 참여자에게 필사한 면담내용과 분석 결과가 자신이 진술한 내용과 일치하는지 확인하였다. 둘째, 이전가능성을 높이기 위해 경험을 충분히 표현해 줄 수 있는 참여자로 구성하고자 노력하였고, 참여자의 진술이 반복적으로 나타나서 더 이상 새로운 진술이 나오지 않는 포화상태가 될 때까지 자료를 수집하였다. 그리고 수집된 자료를 분석한 후에 참여자의 경험 내용과 일치하는지를 확인하였다. 셋째, 의존가능성을 높이기 위해 연구의 전 과정을 자세하게 제시하고, 자료를 분석하는 동안 질적 연구 경험이 풍부한 간호학 교수 2인의 검토를 받았다. 마지막으로 확증가능성을 높이기 위해 연구의 전 과정에서 연구자의 편견을 배제하고자 노력하였으며, 간호학 교수 1인의 피드백을 받으며 연구자의 주관적인 생각이 해석과정에 작용하고 있는지 확인하였다. 또한 연구자(Dong HR)는 정신전문간호사 및 1급 정신건강간호사로, 정신의료기관과 정신건강복지센터에서 15년 이상 근무하며 다양한 환자들과 면담을 진행한 경험이 있으며, 질적 연구에 대한 서적, 논문, 특강 등을 통하여 질적 연구에 대해 학습하고 준비하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 부산대학교 생명윤리위원회(Institutional Review Board [IRB])로부터 승인을(IRB NO. 2019_83_HR) 받은 후 연구를 수행하였다. 양적 연구 대상자는 모집공고문을 통해 모집하였고, 연구 참여 설명문과 동의서를 전자 메일, 카카오톡, 문자 메시지, 우편 중에 본인이 원하는 방식으로 전달하였다. 설명문에 익명성과 비밀보장, 원할 경우 언제든지 연구 참여를 철회할 수 있고, 연구 목적 외에는 조사내용을 사용하지 않을 것임을 자세히 제시하였으며, 동의서에 서명한 후에 본인이 원하는 방식으로 연구자에게 전달하도록 하였다. 질적 연구의 심층면담 참여자를 모집하기 위해 양적 연구 대상자 중에 자살예방업무 소진 점수가 50점 이상인 자에게 전자 메일 및 문자 메시지로 심층면담의 목적과 취지, 진행과정, 연구 질문과 소요시간에 대해 설명하고 연구 참여 의사가 있을 경우 답장을 보내달라고 요청하였고, 답장이 온 대상자와 면담일정 및 장소를 협의하였다. 면담 당일 연구 참여 설명문을 제공함과 동시에 구두로 연구의 목적과 취지, 익명성과 비밀 보장, 원할 경우 언제든지 연구 참여 중단 가능함을 설명하고 동의서에 서명을 받았다. 수집된 자료는 익명성을 보장하기 위해 참여자의 신원을 코드화하고 비밀번호가 설정된 연구자의 개인 컴퓨터에 보관하였으며, 문서 자료는 잠금 장치가 있는 서류함에 보관하였으며, 연구윤리위원회가 규정하는 3년 동안 보관 후 폐기할 것이다.

연구 결과

1. 양적 자료 분석 결과

1) 연구 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 성별은 여성이 125명(94.0%), 남성이 8명(6.0%)으로 대부분이 여성이었고, 평균 연령은 36.7세였다. 대상자의 결혼 상태는 기혼이 82명(61.7%)으로 미혼 51명(38.3%)보다 더 많았고, 학력은 대졸이 77명(57.9%), 전문대졸 33명(24.8%), 대학원 이상이 23명(17.3%)이었다. 종교는 무교가 66명(49.6%)으로 가장 많았고, 면허·자격은 정신건강간호사가 73명(54.9%), 일반 간호사가 51명(38.3%), 정신전문간호사가 9명(6.8%)이었다. 정신건강복지센터 근무경력은 평균 4.03 ± 4.00년 이었고, 정신과 병동 근무경력은 평균 2.08 ± 3.52년이었다. 1주일 평균 자살상담 건수는 4.74 ± 4.66건이었다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of Study Subjects (N = 133)

Variables	Categories	n (%)	M ± SD
Gender	Men	8 (6.0)	
	Women	125 (94.0)	
Age (yr)	20~29	46 (34.6)	36.7 ± 9.08
	30~39	45 (33.8)	
	40~49	28 (21.1)	
	≥ 50	14 (10.5)	
Marital status	Single	51 (38.3)	
	Married	82 (61.7)	
Level of education	Associate degree	33 (24.8)	
	Bachelor's degree	77 (57.9)	
	≥ Graduate school	23 (17.3)	
Religion	Buddhism	22 (16.5)	
	Christianity	26 (19.6)	
	Catholic	19 (14.3)	
	None	66 (49.6)	
Qualification	GPN	51 (38.3)	
	PMHN	73 (54.9)	
	PMHNP	9 (6.8)	
Experience of community mental health practice (yr)	< 1	30 (22.6)	4.03 ± 4.00
	1~4	60 (45.1)	
	5~9	26 (19.5)	
	≥ 10	17 (12.8)	
Experience of psychiatric ward (yr)	< 1	72 (54.2)	2.08 ± 3.52
	1~4	39 (29.3)	
	5~9	12 (9.0)	
	≥ 10	10 (7.5)	
Number of suicide counseling (wk)			4.74 ± 4.66

GPN = General psychiatric nurse; M = Mean; PMHN = Psychiatric mental health nurse; PMHNP = Psychiatric mental health nurse practitioner; SD = Standard deviation.

2) 연구 대상자의 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도, 자살예방업무 소진

연구 대상자의 자살예방지식은 평균 75.35 ± 12.42점, 자살예방기술은 평균 62.94 ± 13.91점, 자살에 대한 태도는 평균 54.78 ± 10.92점, 자살예방업무 소진은 평균 54.62 ± 12.51점이었다(Table 2).

3) 연구 대상자의 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도와 자살예방업무 소진의 상관관계

연구 대상자의 자살예방지식과 자살예방업무 소진은 유의한 상관관계가 없었고, 자살예방기술은 소진과 미미한 음의 상관관계($r = -.18, p = .037$)를 보여 자살예방기술이 높을수록 소진이 낮았다. 자살에 대한 태도와 소진은 작은 양의 상관관계($r = .30,$

$p < .001$)를 보여 자살에 대한 태도가 긍정적일수록 소진이 높았다(Table 3).

2. 질적 자료 분석 결과

심층면담의 참여자 13명 모두 여성이었다. 연령은 28세에서 53세까지로 평균 38.5 ± 8.77 세였고, 정신건강복지센터 근무경력 은 1년에서 13.67년까지로, 평균 4.32 ± 3.55 년이었으며, 자살예 방업무 소진 점수는 52점에서 82점까지였고, 평균 60.00 ± 7.77 점이었다.

심층면담 자료의 분석결과, 668개의 코드, 41개의 하위범주, 6 개의 중심주제가 도출되었다. 중심주제는 자살예방기술에 대해 2개, 자살에 대한 태도에 대해 4개의 주제가 도출이 되었다. 자 살예방기술의 주제는 ‘자살상담기술에 대한 자신감 부족을 느 낫’, ‘자살위기 대응능력의 한계를 느낀’이었다. 자살에 대한 태도 의 주제는 ‘내담자에게 도움을 줄 수 없어 안타까워 함’, ‘내담자 에게 지나치게 감정이입 함’, ‘자살을 반대하여 내담자를 이해하

지 못함’, ‘자살시도자의 자살사고는 호전되지 않는다고 생각함’으 로 도출되었다(Table 4).

1) 자살예방지식

양적 연구 결과에서 자살예방지식은 자살예방업무 소진과 유 의한 상관관계가 없는 것으로 나타났으며, 질적 연구 결과에서도 자살예방지식은 소진과 연관성이 없는 것으로 확인되었다. 질적 연구 참여자들은 지식이 부족해서 힘들거나 지식을 더 갖춘다고 해서 소진이 감소하는 것은 아니라고 생각하였다. 참여자들은 자 신이 알고 있는 지식을 실제 상담에 적용하여 내담자의 마음을 알아주고 삶의 의지를 갖도록 하는 데 부족함을 느끼며 힘들어 하였다. 참여자들은 자신이 자살예방업무를 수행하는데 필요한 지식이 부족하다고 생각하지 않았고, 지식 부족으로 인한 어려움 을 거의 느끼지 않는다는 것을 질적 연구를 통해 확인하였다.

사람 살리는데 지식이 그렇게 중요한 것 같진 않아요.. 개인적으로 공 부는 해야 한다고 생각하지만 필수적이라고 생각하지 않아요. 대상자를

Table 2. Suicide Prevention Knowledge and Skills, Attitudes toward Suicide, Burnout of Suicide Prevention Work (N = 133)

Variables	M ± SD	Range	Min	Max
Knowledge of suicide prevention	75.35 ± 12.42	42.86~100.00	0.00	100.00
Suicide prevention skills	62.94 ± 13.91	34.00~119.12	12.90	247.28
Attitudes toward suicide	54.78 ± 10.92	33.00~96.00	25.00	125.00
Burnout of suicide prevention work	54.62 ± 12.51	27.00~94.00	20.00	100.00

M = Mean; SD = Standard deviation.

Table 3. Correlations among Suicide Prevention Knowledge and Skills, Attitudes toward Suicide and Burnout of Suicide Prevention Work (N = 133)

Variables	Knowledge of suicide prevention	Suicide prevention skills	Attitudes toward suicide	Burnout of suicide prevention work
	r (ρ)			
Knowledge of suicide prevention	1			
Suicide prevention skills	-.34 (<.001) [†]	1		
Attitudes toward suicide	-.24 (.006) [†]	.03 (.718) [†]	1	
Burnout of suicide prevention work	.14 (.121) [†]	-.18 (.037) [†]	.30 (<.001)	1

[†]Spearman rho test.

Table 4. Themes Relating to Burnout of Suicide Prevention Work

Categories	Main themes
Suicide prevention skills	1. Feeling a lack of confidence in one's suicide counselling skills 2. Feeling of the limits of one's ability to cope with a suicide crisis
Attitudes toward suicide	1. Feeling regret for not being able to help the clients 2. Being over-empathetic to the clients 3. Not being able to understand the clients because the subjects (nurses) opposes committing suicide 4. Thinking that the suicidal thoughts of suicide attempters do not improve

복지 인프라 안에서 안전하게 관리할 수 있느냐를 알면 될 것 같다는 생각이 들어요... 제가 몰라서 힘들거나 더 많이 배운다고 힘든 게 덜하지는 않을 것 같아요. (참여자 1)

아무리 많이 안다고 해도 이 사람한테는 별로 안 털어놓고 싶은 사람이 있잖아요... 치료진의 외모라든지, 말투라든지. 자살 상담할 때 대상자가 살고 싶은 마음이 들게 하는 힘은 많이 아는 것보다 다른 어떤 친근함이라든지 따뜻한 말이라는 생각이 들어요. 그렇다면 내가 그런 사람인지가 중요한데... 나에게 그런 면이 부족하다는 생각이 들 때 힘든 것 같아요... (참여자 11)

저는 상담하는 스킬이 아직도 많이 부족하다고 생각하는데, 지식적인 부분은 매번 보수교육이나 다른 교육들에서 많이 들어서, 지식보다는 그 사람의 마음을 알아주는 것이 더 중요하다는 생각을 하는 거죠. 경청과 공감에 중요한 걸 알지만 과연 내가 경청과 공감을 제대로 하고 있는지 자신이 없는 것 같아요... (참여자 13)

2) 자살예방기술

양적 연구 결과에서 자살예방기술과 자살예방업무 소진은 미미한 상관관계가 있었으며 기술이 높을수록 소진이 높은 것으로 나타났으나, 질적 연구 결과에서는 자살예방기술에 대한 자신감 부족과 위기대응능력 부족이 소진을 높이는 것으로 분석되어, 연구 결과에 차이가 있었다. 참여자들은 스스로 자살상담기술에 대한 자신감 부족을 느끼고 있었으며, 자살시도자 응급 개입 시 능력의 한계와 부담감을 느끼면서 소진이 되었다. 이처럼 객관적인 자살예방기술보다 주관적으로 느끼는 자신감 부족이나 능력의 한계가 소진과 연관이 있는 것으로 확인되었다.

(1) 자살상담기술에 대한 자신감 부족을 느낌

참여자들은 내담자가 처한 다양한 어려움과 상황에 맞추어 상담하고 대처는 기술이 스스로 부족하다고 생각하였다. 또한 참여자들은 경력이 쌓여도 자살상담기술이 향상되지 않는다고 하였는데, 이는 자살예방사업뿐만 아니라 다른 업무도 같이 겸하고 있어 자살상담에 충분히 집중할 수 있는 시간이 부족하기 때문이라고 하였다. 제한된 시간으로 인해 내담자의 근본적인 문제를 깊이 있게 다루지 못하고 표면적인 문제만 다루게 되어 똑같은 유형의 상담을 반복하면서 상담 역량이 향상되지 않는다고 하였다. 이러한 참여자들은 자신의 상담 역량이 늘 부족하다고 생각하고 자살상담에 대한 자신감 저하와 부담감을 느끼고 있었다.

한 사람이 여러 가지 일을 하니까 하나에 집중하기 어렵고, 그러다 보니까 전문성이 떨어지고, 상담도 좀 더 디테일하게 들어가야 하는데 그

게 잘 안 되는 것 같아요. 자살상담 할 때 좀 더 할 수 있는데도 모든 일을 수행하기 역부족이니까 문제를 깊이 있게 다루지 못하고... 어느 수준 정도만 하는 것 같아서 만족이 안 되죠. (참여자 3)

실제로 자살을 시도하려는 사람 바로 옆에 가서 상담을 하는데, 상담을 내가 이렇게 해도 되나? 단순히 자살하면 안 됩니다, 라는 말만 하다 보니까 내가 선볼리 이런 말을 했을 때 이게 정말 도움이 될까? 라는 생각이 들고... 상담 기술이 많이 부족하다는 생각이 들어요... 대상자는 늘 다른 사람이고, 또 처해 있는 환경도 다르고 그러다 보니까 상담할 때마다 잘 모르겠고 항상 부족함을 느껴요... (참여자 11)

(2) 자살위기 대응능력의 한계를 느낌

참여자들은 자살위기 개입 시 급박한 상황 속에서 내담자를 진정시키고, 보호자와 유관기관의 협조를 이끌어 내어 입원 조치를 취하는 등 일련의 과정을 동시에 수행해야 하는 것에 능력의 한계를 느낀다고 하였다. 참여자들은 응급출동 시 현장의 상황이나 내담자의 상태를 예측하기 어렵고 내담자가 죽을 수도 있기 때문에 불안감이 크다고 하였다. 또한 현장에 같이 출동하는 경찰과 소방 등의 유관기관 종사자가 지켜보고 있는 상황에서 자살예방 전문가로서 역할을 잘 수행해야 한다는 부담감이 스트레스가 된다고 하였다.

보통 자살 상황 자체가 응급인 경우가 많거든요. 응급인 경우에는 갑작스럽게 대처를 해야 되고... 아무것도 모르는 상황에서 현장을 가니까... 대처하는 부분에서 긴장이 많이 되요... 내 역량으로 얼마만큼 할 수 있을까...하는 생각도 들고... 예측할 수 없는 상황에 대한 불안감... 그런 게 힘든 것 같아요. 그리고 실제 응급출동 건으로 현장에 가면 다른 공공기관에 업무 협조 요청도 하고, 대상자 상담, 가족 설득도 동시에 해야 하는데... 정신없는 상황 속에서 그 일을 다 소화하기가 힘든 것 같아요... (참여자 6)

현장에서는 흥분해서 난리치고 있는 대상자를 우리가 전문적으로 진정시키기를 원하는데, 그런 게 너무 심리적으로 부담이 되고 제 스스로도 잘 해결할 수 있을지 걱정을 하는 것 같아요. 그런 부분이 힘들어요. (참여자 9)

3) 자살에 대한 태도

양적 연구 결과에서 자살에 대한 태도가 긍정적일수록 자살예방업무 소진이 높은 것으로 나타났으나, 질적 연구 결과에서는 자살에 대한 긍정적인 태도와 부정적인 태도 모두 소진을 높이는 것으로 분석되었다. 자살에 대해 긍정적인 태도를 보인 참여자들은 자살을 선택할 수밖에 없었던 내담자의 마음을 이해하고 내

답자를 도와주고 싶지만 도와주지 못해 안타까워하거나 내담자에게 지나치게 감정이입하여 소진이 되었다. 자살에 대해 부정적인 태도를 보인 참여자들은 자살을 반대하여 내담자를 이해하지 못하고, 자살시도자의 자살사고는 호전되지 않는다고 생각하여 내적 갈등과 업무에 대한 회의를 느끼면서 소진이 되었다.

(1) 내담자에게 도움을 줄 수 없어 안타까워 함

참여자들은 자살 상담 시 내담자가 처한 절망적인 상황에서 자살을 선택할 수밖에 없었던 마음을 이해하고 공감하였다. 이러한 참여자들은 자살하는 것이 고통스러운 삶에서 벗어나기 위한 방법이 될 수도 있다고 생각하여 내담자에게 강한 연민을 느꼈다. 내담자를 진심으로 도와주고 싶지만, 실제적인 도움을 줄 수 없어 안타까움과 무력감을 느끼고 소진이 되었다.

저는 자살하려는 대상자를 이해하는 편이에요. 저렇게 고통스러우면 생을 마감하는 것도 고통에서 벗어나는 길이라고 생각해요. 그래서 더 안타깝고 더 도와주고 싶은데, 사실 대상자는 상태가 안 좋을수록 변화하려는 시도조차도 거부하잖아요. 그러면 전 거부하는 대상자가 이해가 되면서도 또 너무 안타까우니까 화도 나는 것 같아요. 어떻게든 대상자를 나은 쪽으로 이끌어야 하는데 잘 안되니까... 힘든 것 같아요. (참여자 12)

(2) 내담자에게 지나치게 감정이입 함

참여자들은 자살상담 시 내담자가 겪고 있는 어려운 상황이 예전 자신의 상황과 비슷하다는 생각이 들고 자신의 과거 경험과 내담자의 상황이 겹쳐지면서 내담자에게 지나치게 감정이입하였다. 참여자들은 자신도 그런 상황이었다면 죽고 싶었을 것 같고, 힘든 삶에서 벗어나기 위해 자살을 선택할 수도 있겠다고 생각하였다. 이러한 참여자들은 내담자가 느끼고 있는 절망감이나 우울, 무력감 등의 감정을 같이 느끼면서 소진이 되었다.

자살상담 할 때 그 분들의 사연을 듣고 제가 겪었던 일이라 그 분의 상황이 비슷하거나 제가 살면서 힘들었던 과거 경험이 그분의 힘듦과 겹쳐질 때 공감이 되면서 저도 같이 힘든 것 같아요... (참여자 1)

상담을 갔다 오면 마음이 뭔가 그렇고.. 집에 가면 그 생각이 날 때가 있고, 그것 때문에 스트레스를 받을 때가 있었어요. 상담을 하다보면 역전이가 안되어야 되는데... 되는 경우가 한 번씩 있더라고요. 그러면 저도 그 대상자와 같이 힘들어하는 것 같아요. 감정이입도 너무 되고... (중략)... 그 사람은 살기 힘들만큼 고통스러운 거니까 나쁘게 생각하지는 않아요. 그 마음을 공감하고 이해하는 것 같아요. 저는 이 분을 상담이 더 힘든 것 같아요. (참여자 10)

(3) 자살을 반대하여 내담자를 이해하지 못함

참여자들은 자살은 도덕적으로 정당화 될 수 없다고 생각하거나, 문제를 해결하지 않고 회피하려는 수단으로 생각하여 자살 내담자를 이해하고 공감하기 힘들다고 하였다. 이러한 참여자들은 자살예방업무 담당자로서 내담자를 이해하고 공감해야 하는 직업적 역할과 자살을 반대하는 개인의 가치관이 서로 부딪치면서 퇴사를 고민할 정도로 윤리적 딜레마를 경험하고 있었다. 참여자들은 자살을 반대하는 자신의 생각을 억누르고, 자살예방 실무자로서 역할을 다하기 위해 내담자를 수용하고 공감하려고 애씀으로서 소진이 되었다.

“우리가 태어나는 것도 원해서 태어난 게 아니듯 자신에게 주어진 삶은 최선을 다해야 한다고 생각해요. 제 개인적으로는 자살 대상자를 보면... 제가 힘들어요. 자살 업무 담당자로서 공감하고 이해해야 하는 역할과 자살이 잘못이라는 제 순수한 개인적인 생각이 서로 부딪치니까 때로는 그만두고 싶다는 생각이 들 때가 있어요. 그리고 또 한편으로는 이 일을 하는 사람이 이런 생각을 하면 안 되지 하는 생각이 들고, 여러 상반되는 생각들이 힘든 것 같아요. (참여자 2)

(4) 자살시도자의 자살사고는 호전되지 않는다고 생각함

참여자들은 자살을 한번 시도한 사람은 자살사고가 호전되지 않고 지속된다고 생각하였다. 참여자들은 내담자가 자살위기에 상황을 넘기고 상태가 좋아져도 어려움이 생기면 또 다시 자살을 시도하려고 했던 경험이 쌓이면서, 자신이 아무리 노력해도 자살 시도자의 자살사고는 막을 수 없다는 생각을 하게 되었다. 이러한 참여자들은 내담자의 삶에 대한 태도가 달라지지 않는 한 자살을 막을 수 없다는 무력감을 느끼고 소진이 되었다.

이 일을 하다보면 좋은 결과를 보는 사람도 있지만, 대부분 하나하나 비슷하다는 생각을 해요... 한번 자살을 시도했던 사람은 끝까지 가긴 하더라도... 계속 시도를 하니까... 저희들끼리는 그 사람이 죽든지 내가 그만두든지 둘 중에 하나야 끝이 난다는 말을 할 정도로... 자살시도자의 자살사고는 계속 반복되는 것 같아요. (참여자 5)

저는 이 일에 만족감이 없어요. 상담으로 좋아져도 다시 사이클이 돌아오니까... 자살은 죽어야만 끝난다는 말도 있잖아요... 그러다 보니깐 늘 허무해요. 보람을 느끼다가도 다시 자살을 시도하려고 하니까... (참여자 11)

논 의

본 연구는 혼합연구방법의 설명적 순차설계를 적용하여 정신

건강복지센터 간호사의 자살예방업무 소진을 파악하고, 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도와 어떤 연관이 있는지 통합적으로 이해하고자 시도된 연구이다. 양적 연구 결과를 좀 더 이해하고 보완하기 위해 자살예방업무 소진이 높은 간호사를 대상으로 심층면담을 시행하고 그 자료를 질적으로 분석한 결과를 통합하여 논의하고자 한다.

연구 대상자의 자살예방업무 소진은 100점 만점에 54.62점으로 중간 정도로 나타났다. 동일한 도구를 사용한 선행연구[29]에서 학교 및 병원, 법원, 군대 등 다양한 상담기관에 근무하는 상담자의 소진 평균이 46.20점으로 나타나, 본 연구 대상자의 자살예방업무 소진이 다른 상담기관에 근무하는 상담자에 비해 높은 편이었다. 선행연구[30]에서 자살예방 상담원은 자살위기 상황에 있는 내담자의 생명을 구하기 위해 상담을 하기 때문에 다른 직종보다 더 많은 스트레스와 소진을 경험한다고 하였다. 또한 실제 자살위기 상황을 다루는 지역사회 정신건강 팀원[31]은 내담자의 자살을 경험하였을 때 우울이나 불안, 죄책감, 수치심, 두려움, 슬픔 등의 감정을 느낀다고 하였다. 이와 같이 자살예방업무를 수행하는 실무자는 생명과 직결되는 자살위기 상황에 대처하고, 내담자의 자살을 직·간접적으로 경험하면서 소진이 가중되는 것으로 생각된다.

양적 연구 결과에서 자살예방업무 소진은 자살예방지식과 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났는데, 질적 연구 결과에서도 자살예방지식과 관련된 주제가 도출되지 않아 자살예방지식과 소진은 연관성이 없는 것으로 확인되었다. 정신건강복지센터에서 자살예방사업 수행 경험이 있는 정신건강전문요원의 직무스트레스 및 소진을 탐색한 질적 연구[4]에서 자살예방지식과 관련된 주제가 도출되지 않아, 본 연구 결과와 유사하였다. 본 질적 연구 참여자들은 '자살예방지식이 부족해서 힘들다고 생각하지 않는다', '경청과 공감이 중요한 걸 알지만 과연 내가 제대로 하고 있는지 자신이 없는 것 같아요' 등의 의견을 보였다. 또한 참여자들은 내담자를 따뜻하게 대하고 마음을 알아주는 것이 더 중요하다고 생각하고, 이러한 점에 대해 자신이 부족하다는 생각이 들 때 힘들다고 하였다. 이와 같이 연구 결과에서 자살예방지식과 관련된 주제가 도출되지 않은 것은 참여자 스스로 지식 부족을 느끼지 않는 것과 관련이 있는 것으로 생각된다. 즉, 참여자들은 자신이 자살예방지식을 어느 정도 갖추고 있다고 생각하고 있어, 지식을 적용하는데 관심이 많으며, 실제 적용이 잘 되지 않을 때 소진되는 것으로 생각된다.

양적 연구 결과에서 자살예방기술과 자살예방업무 소진은 미미한 상관관계를 보여 기술이 높을수록 소진이 높아지는 것으로 나타났으나, 질적 연구 결과에서는 자살상담기술에 대한 자신감

부족과 위기대응능력의 한계를 경험할 때 소진이 높아지는 것으로 분석되어, 연구 결과에 차이가 있었다. 심층면담 참여자들은 자살상담기술에 대한 자신감 부족을 호소하였는데, 이들은 자신이 수행하는 상담에 대해 미진함을 느끼고 상담 역량이 부족하다고 생각하였다. 참여자들은 과중한 업무로 인해 시간이 부족하여 자살상담 시 내담자의 어려움에 대해 충분히 다루지 못하고 표면적인 문제만 다루게 되어 충분한 상담이 이루어지지 않는다고 생각하였다. 또한, 참여자들은 자살위기 개입 시 위급한 상황에서 내담자를 진정시키고 보호자와 유관기관의 협조를 이끌어내어 조치를 취하는 등 일련의 과정을 동시에 수행하는 것에 능력의 한계를 느낀다고 하였다. 선행연구에서 지역사회 정신건강 팀원이 자살위기 현장에서 신속하게 판단하고 대응하는 과정에서 높은 수준의 부담감과 스트레스를 경험하고[6], 자살위기 상황에 대처하는 자신의 능력이 아직 부족하다고 느끼는 것으로 보고하여[31], 본 연구 결과와 유사하였다. 본 연구 대상자의 자살예방기술 점수는 이탈리아 의료인[16]보다 높은 편이었다. 본 연구에서 사용한 자살예방기술 도구는 점수가 낮을수록 기술이 높은 것을 의미하는데, 본 연구 대상자의 자살예방기술 점수는 평균 62.94점으로 동일한 도구를 사용한 선행연구[16]의 정신과 의사(55.7점)보다는 낮았지만, 응급실 의사(63.9점), 응급실 간호사(70.6점), 정신과 간호사(71.3점), 일반의사(91.1점)보다는 상대적으로 높았다[16]. 이와 같이 양적 연구 대상자의 자살예방기술이 낮은 편은 아니었으나, 자신이 수행한 상담이 만족스럽지 못하여 자신감 부족을 느끼거나 자살위기 상황에서 조치를 취하고 대응하는데 한계를 느끼면서 소진이 되는 것으로 생각된다. 메타분석 연구에서 간호사의 자기효능감이 높을수록 소진이 낮아지는 것으로 보고되어[32], 본 질적 연구의 결과를 뒷받침하였다. 따라서 자살예방업무 소진을 감소시키기 위해서는 자신감을 향상시킬 수 있도록 시간 부족을 느끼지 않고 충분히 상담을 할 수 있는 근무 환경을 마련하고, 자살위기 개입 역량 강화를 위한 체계적인 교육 프로그램을 개발하여 제공할 필요가 있음을 알 수 있었다.

양적 연구 결과에서 자살에 대한 태도가 긍정적일수록 자살예방업무 소진이 높아지는 것으로 나타났으나, 질적 연구 결과에서는 자살에 대한 긍정적인 태도뿐만 아니라 부정적인 태도도 자살예방업무 소진과 연관이 있는 것으로 나타났다. 본 연구의 양적 자료분석 결과는 자살시도 환자를 돌보는 가족의 자살에 대한 태도가 긍정적일수록 스트레스가 더 높게 나타난 선행연구[33]와 유사하였는데, 가족의 자살에 대한 태도가 긍정적일수록 환자에 대해 더 많이 걱정하고 더 많은 시간을 돌보기 때문이라고 설명하였다. 질적 연구에서 자살에 대한 태도가 긍정적인 참

여자들은 절망적이고 고통스러운 상황에서 자살을 선택할 수도 있다는 허용적인 태도를 보였다. 이러한 참여자들은 자살을 선택할 수밖에 없었던 내담자의 마음을 이해하고 깊이 공감하면서 연민을 느끼거나 지나치게 감정이입 하여 소진이 되었다. 내담자에게 연민을 느끼고 도움을 주고 싶지만 실제적인 도움을 주지 못해 안타까움과 무력감을 느끼고, 내담자가 느끼는 우울이나 절망감 등의 감정을 같이 느끼면서 힘들어 하였다. 선행연구에서 미국의 1차 보건의료기관의 의사와 간호사는 자살 환자에게 도움을 주고 싶지만 자신이 해결할 수 있는 것이 없다고 생각할 때 무력감과 한계를 느낀다고 하였고[34], 미국의 보건 및 사회복지 종사자는 내담자의 현재 문제를 해결하는 과정에서 두려움, 절망 등의 감정적 어려움을 같이 느끼고 소진이 된다고 하였다[35]. 따라서, 자살에 대해 긍정적인 태도를 가진 간호사의 자살예방업무 소진을 감소시키기 위해서는 내담자의 절망적인 상황과 우울한 감정에 지나치게 이입하지 않고 내담자의 문제를 객관적으로 바라보고 치료적 거리를 유지하고 자신의 감정을 조절하고 관리할 수 있도록 돕는 교육프로그램을 개발할 필요가 있다.

질적 연구 결과, 자살에 대한 부정적인 태도도 자살예방업무 소진과 연관이 있는 것으로 분석되었는데, 자살에 대한 태도가 부정적인 참여자들은 자살은 도덕적으로 정당화될 수 없다고 생각하거나 문제를 해결하지 않고 회피하려는 수단으로 생각하여 자살을 반대하였다. 이러한 참여자들은 자살에 대한 자신의 신념이나 가치관과 반대되는 내담자를 이해하고 공감하려고 애쓰면서 내적 갈등을 느끼고 소진이 되었다. 선행연구[17]에서 의사와 간호사는 생명을 구하고 지키는 전문가로 훈련을 받기 때문에 생명의 소중함에 대한 강한 신념이 있고, 이러한 신념으로 인해 자살 환자를 이해하는 데 어려움을 겪는다고 하였다. 본 양적 연구 대상자의 자살에 대한 태도 또한 부정적인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 체계적 문헌고찰 연구[17]와 메타분석 연구[36]에서 간호사의 자살 및 자살환자에 대한 태도가 부정적인 것으로 보고하여, 본 연구 결과와 유사하였다. 따라서, 자살에 대해 도덕적으로 반대하는 간호사의 자살예방업무 소진을 감소시키기 위해서는 내담자를 도덕주의적 관점보다 정신의학적 관점으로 이해할 수 있도록 돕는 교육프로그램을 개발할 필요가 있다.

또한, 자살에 대해 부정적인 태도를 보인 참여자들은 자살시도자의 자살사고는 호전되지 않고 자살을 반복적으로 시도할 것이라는 회의적인 생각으로 업무에 대한 불만족을 느끼고 소진이 되었다. 선행연구[37]에서 미국의 응급실에 근무하는 간호관리자의 60%는 자살예방 가능성에 대해 회의적인 생각을 가지고 있으며, 치료적 개입에도 불구하고 자살시도 환자는 결국에 자살로 사망할 것이라고 생각하였다. 심층면담 참여자들은 자살시도 후

생존한 내담자가 어려움이 생기면 다시 자살을 시도하려고 했던 경험이 쌓이면서 이러한 회의적인 생각을 하게 되었다고 하였다. 따라서, 자살예방업무 소진을 예방하기 위해서는 실무자가 느끼는 회의감, 무력감, 업무 불만족 등의 부정적인 감정을 해소할 수 있는 심리지원 방안이 마련되어야 할 것이다.

본 연구는 정신건강복지센터 간호사의 소진에 대한 연구가 미흡한 실정에서 자살예방업무 소진정도를 파악하고 관련요인을 확인하고자 시도하였고, 혼합연구방법을 적용하여 자살예방업무 소진 및 관련요인을 통합적으로 분석하여 이해를 높였다는 점에서 의의가 있다. 또한 국내 정신건강복지센터 간호사의 약 20%를 대상으로 자료 수집을 하여 표본의 대표성을 확보하였다는 점에서 의의가 있다. 그러나, 정신건강복지센터 간호사는 자살예방업무 외에 다른 업무도 겸하고 있는 경우가 많아 자살예방업무 소진만 구분하여 측정하는 데 한계가 있었다. 또한 자살예방지식을 측정하기 위해 사용한 knowledge of QPR은 교직원을 대상으로 개발된 도구로 정신건강복지센터 간호사의 자살예방지식을 측정하기에는 부족한 부분이 있었고, 자살예방기술을 측정하기 위해 사용한 SIRI-2는 자살상담기술을 측정하기 위해 개발된 도구로 자살예방업무 전반에 필요한 기술을 측정하기에는 부족한 부분이 있었다.

결 론

본 연구는 정신건강복지센터 간호사를 대상으로 자살예방업무 소진을 파악하고, 소진과 자살예방 지식 및 기술, 자살에 대한 태도의 관계를 통합적으로 확인하기 위해 시도된 혼합연구이다. 본 연구 대상자의 자살예방업무 소진은 높은 편이었고, 자살예방지식은 자살예방업무 소진과 상관관계가 없는 것으로 나타났으며, 질적 연구에서도 자살예방지식에 대한 주제가 도출되지 않아, 자살예방지식과 소진은 연관이 없는 것으로 확인되었다. 자살예방기술은 양적 연구 결과에서 기술이 높을수록 소진이 높은 것으로 나타났으나, 질적 연구에서 참여자들은 자살상담에 대한 자신감 부족과 자살위기 대응능력에 대한 한계를 느끼며 소진이 되는 것으로 분석되어, 결과에 차이가 있었다. 자살에 대한 태도는 양적 연구 결과에서 태도가 긍정적일수록 소진이 높은 것으로 나타났으나, 질적 연구 결과에서는 긍정적인 태도와 부정적인 태도 모두 소진을 높이는 것으로 분석되었다. 자살에 대해 긍정적인 태도를 보인 참여자들은 자살을 선택할 수밖에 없었던 내담자의 마음을 이해하고, 도움을 주지 못해 안타까워하거나 지나치게 감정이입하여 소진이 되었다. 자살에 대해 부정적인 태도를 보인 참여자들은 내담자를 이해하지 못하고, 자살사고가 호전

되지 않는다고 생각하여 내적 갈등과 업무에 대한 회의를 느끼면서 소진이 되었다.

따라서, 정신건강복지센터 간호사의 자살예방업무 소진을 감소시키기 위해서는 간호사의 자살에 대한 태도를 고려한 교육 프로그램과 자살예방기술에 대한 자신감을 향상시킬 수 있는 여건 및 역량 강화 프로그램 개발을 제안한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

ACKNOWLEDGEMENTS

None.

DATA SHARING STATEMENT

Please contact the corresponding author for data availability.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conceptualization or/and Methodology: Dong HR & Seo JM.

Data curation or/and Analysis: Dong HR.

Funding acquisition: None.

Investigation: Dong HR.

Project administration or/and Supervision: Seo JM.

Resources or/and Software: Seo JM.

Validation: Seo JM.

Visualization: Seo JM.

Writing original draft or/and Review & Editing: Dong HR & Seo JM.

REFERENCES

1. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). OECD health statistics [Internet]. [Paris]: OECD iLibrary; c2015 [cited 2019 Apr 9]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en.
2. Korea Suicide Prevention Center. 2019 White book. Annual report. Seoul: Korea Suicide Prevention Center; 2019 May. Report No.: ISSN 2508-2485.
3. Ministry of Health and Welfare (MOHW). 2019 Mental health project guide. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2019. p. 60-93.
4. Jeon HK. A qualitative study on suicide prevention program workers' job stress and psychological burnout experience [master's thesis]. Seoul: Sungkyunkwan University; 2015. p. 1-77.
5. Sun FK, Long A, Boore J, Tsao LI. Suicide: A literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005;12(4): 447-455. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00863.x>
6. Ross V, Sankaranarayanan A, Lewin TJ, Hunter M. Mental health workers' views about their suicide prevention role. *Psychology, Community & Health*. 2016;5(1):1-15. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.2291>
7. Rössler W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2012;262 Suppl 2:S65-S69. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0353-4> Erratum in: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2016;266(4):381.
8. Kim SJ, Choi MS, Sung KW. Variables affecting competency of nurses in nursing homes. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2010;12(1):29-39.
9. Tusaie K, Dyer J. Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*. 2004;18(1):3-8; quiz 9-10. <https://doi.org/10.1097/00004650-200401000-00002>
10. Kwon IS. An analysis of research on clinical nursing education. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2002;32(5):706-715. <https://doi.org/10.4040/jkan.2002.32.5.706>
11. Mulder M, Gulikers J, Biemans H, Wesselink R. The new competence concept in higher education: Error or enrichment? *Journal of European Industrial Training*. 2009;33(8/9):755-770. <https://doi.org/10.1108/03090590910993616>
12. Wyman PA, Brown CH, Inman J, Cross W, Schmeelk-Cone K, Guo J, et al. Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(1): 104-115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.104>
13. Neimeyer RA, Bonnelle K. The suicide intervention response inventory: A revision and validation. *Death Studies*. 1997;21(1):59-81. <https://doi.org/10.1080/074811897202137>
14. Sanders J. A review of health professional attitudes and patient perceptions on 'inappropriate' accident and emergency attendances. The implications for current minor injury service provision in England and Wales. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(5):1097-1105. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01379.x>
15. Kim JE, Kim SS. Development and evaluation of suicide pre-

- vention nursing competency programs for visiting nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2020;50(1):14–25. <https://doi.org/10.4040/jkan.2020.50.1.14>
16. Palmieri G, Forghieri M, Ferrari S, Pingani L, Coppola P, Colombini N, et al. Suicide intervention skills in health professionals: A multidisciplinary comparison. *Archives of Suicide Research*. 2008;12(3):232–237. <https://doi.org/10.1080/13811110802101047>
 17. Saunders KE, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2012;139(3):205–216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>
 18. Osafo J, Knizek BL, Akotia CS, Hjelmeland H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2012;49(6):691–700. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.010>
 19. Lygnugaryte-Griksiene A, Leskauskas D, Jasinskis N, Masiukiene A. Factors influencing the suicide intervention skills of emergency medical services providers. *Medical Education Online*. 2017;22(1):1291869. <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1291869>
 20. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. 2nd ed. Los Angeles (CA): Sage Publications; 2011. p. 419–431.
 21. National Center for Mental Health. National mental health statistics pilot study. Seoul: National Center for Mental Health; 2018 Dec. Report No.: ISBN 979–11–8632–280–2.
 22. Lee J, Chang SJ. Validation of the Korean suicide intervention response inventory–2 scale. *Crisisonomy*. 2016;12(8):105–119. <https://doi.org/10.14251/crisisonomy.2016.12.8.105>
 23. Domino G, Moore D, Westlake L, Gibson L. Attitudes toward suicide: A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology*. 1982;38(2):257–262. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198204\)38:2<257::aid-jclp2270380205>3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198204)38:2<257::aid-jclp2270380205>3.0.co;2-i)
 24. Lim UJ. Nurses' attitudes towards self-harm patients: Focused on the validity of the SOQ [master's thesis]. Seoul: Kyung Hee University; 2010. p. 1–56.
 25. Lee SM, Baker CR, Cho SH, Heckathorn DE, Holland MW, Newgent RA, et al. Development and initial psychometrics of the counselor burnout inventory. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2007;40(3):142–154. <https://doi.org/10.1080/07481756.2007.11909811>
 26. Yu K. A cross-cultural validation study on counselor burnout: A Korean sample [dissertation]. Fayetteville (AR): University of Arkansas; 2007. p. 1–130.
 27. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
 28. Lincoln YS, Guba GE. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park (CA): Sage Publications Inc.; 1985. p. 301–331.
 29. Lee SY, Park NS. The moderating effect of intrinsic motivation in the relationship between counselor's job stress and burnout: Focusing on youth counselors and university counselors. *Journal of Human Understanding and Counseling*. 2014;35(1):73–92.
 30. Lee MR. Effects of social support on the relationships between perceived stress and psychological burnout of suicide prevention counselor. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2014;14(2):308–318. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2014.14.02.308>
 31. Linke S, Wojciak J, Day S. The impact of suicide on community mental health teams: Findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin*. 2002;26(2):50–52. <https://doi.org/10.1192/pb.26.2.50>
 32. Kim SH, Yang YS. A meta analysis of variables related to burnout of nurse in Korea. *Journal of Digital Convergence*. 2015;13(8):387–400. <https://doi.org/10.14400/JDC.2015.13.8.387>
 33. Chiang CY, Lu CY, Lin YH, Lin HY, Sun FK. Caring stress, suicidal attitude and suicide care ability among family caregivers of suicidal individuals: A path analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015;22(10):792–800. <https://doi.org/10.1111/jpm.12267>
 34. Obando Medina C, Kullgren G, Dahlblom K. A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. *BMC Family Practice*. 2014;15:129. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-129>
 35. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981;2(2):99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
 36. Rayner G, Blackburn J, Edward KL, Stephenson J, Ousey K. Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2019;28(1):40–53. <https://doi.org/10.1111/inm.12550>
 37. Betz ME, Brooks-Russell A, Brandspigel S, Novins DK, Tung GJ, Runyan C. Counseling suicidal patients about access to lethal means: Attitudes of emergency nurse leaders. *Journal of Emergency Nursing*. 2018;44(5):499–504. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.03.012>