

## 자살시도자에 대한 진료 체계 및 응급의학과-정신과 의료진의 인식 비교

연세대학교 의과대학 응급의학교실, 서울시 광역정신보건센터\*

조준호 · 정성필 · 이명수<sup>1</sup> · 서영미<sup>1</sup>

### Survey of the Management Systems and Decision-making Process of Emergency Medicine and Psychiatry for Patients Attempting Suicide

Junho Cho, M.D., Sung Pil Chung, M.D., Myung Soo Lee, M.D., MPH<sup>1</sup>, Young Mi Seo, MSW<sup>1</sup>

**Purpose:** Most patients attempting suicide present to the emergency department (ED). Active post-event intervention is helpful in preventing additional self harm. However, the current management system and decision-making processes of individual doctors are highly variable. This survey aimed to describe the ED management system and to compare the decisions of doctors in emergency medicine and psychiatry for patients for attempting suicide.

**Methods:** Questionnaires were sent by e-mail to directors of both ED and psychiatry departments in all Korean teaching hospitals. The questionnaires surveyed the current management system for suicidal patients in the ED, the medical director's opinion about the management of suicidal patients, and decisions about disposition of the three clinical scenarios.

**Results:** Sixty-four out of 180 surveys(36%) were returned. The average number of suicidal patients visiting the ED was 13.6 per month and the number referred to a psychiatrist was 11.3 per month. Half of EDs(15/30) had established criteria for patient disposition, but only 7% of ED and 82% of psychiatry departments had practice guidelines for doctors. Only 4% of ED performed any active post-event intervention other than psychiatry out-patient visits.

Decisions of emergency physicians and psychiatrists about referring a patient to the psychiatrist in the three clinical scenarios were in part statistically different.

**Conclusion:** This study suggests that appropriate facilities and standard guidelines for suicidal patients are needed. Each hospital should develop a common management protocol with collaboration between emergency medicine and psychiatry departments.

**Key Words:** Attempted suicide, Emergency medicine, Psychiatry

Department of Emergency Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea, Seoul Metropolitan Mental Health Center, Seoul, Korea<sup>1</sup>

## 서론

우리나라에서 자살은 심각한 사회문제가 되었다. 우리나라는 2004년도에 OECD 국가 중 자살 사망률이 4위, 증가율이 1위였으며, 2005년에는 자살 사망률도 1위였다<sup>1)</sup>. 통계청 자료에 따르면 2006년도의 자살 사망자수는 10만 명당 23명으로 같은 해 운수사고 사망자수인 16명보다 많았다<sup>2)</sup>.

생명에 지장을 줄 정도로 심각한 자살 시도는 대부분 응급실로 내원하게 된다<sup>3)</sup>. 문헌에 의하면 자살 시도 후 살아남은 사람은 좀 더 심한 방법으로 반복하여 자살을 시도할 가능성이 높다고 한다<sup>4)</sup>. 또한 자살 시도자들을 정신과로 의뢰하여 적극적인 사후 관리를 하는 것이 재발을 막는데 도움이 된다<sup>5)</sup>. 따라서 이들에 대한 위험요인 평가 및 위기 개입 등 자살 시도 재발을 예방하는데 필요한 장소, 의료진, 사후 관리 프로그램 등을 응급실에서 준비하고 운영할 필요가 있다. 외국의 경우 이미 응급실 기반의 자살 시도자 진료 지침이나 사후 관리 프로그램이 개발되어 그 효과가 입증된 바 있으나, 우리나라에서는 아직까지 이런 노력이 미진하였다<sup>6,7)</sup>.

저자들은 2007년 서울지역의 5개 병원을 대상으로 자살 시도자의 사후 관리에 대한 실태 조사를 수행하면서 응급

책임저자: 정 성 필  
서울특별시 강남구 언주로 612  
영동세브란스병원 응급의학과  
Tel: 02) 2019-3030, Fax: 02) 2019-4820  
E-mail: emstar@yuhs.ac

접수일: 2008년 5월 26일, 1차 교정일: 2008년 6월 24일  
게재승인일: 2008년 8월 14일

실에 내원한 자살시도자에 대한 진료 방식이 체계적이지 못 함을 알 수 있었다<sup>8)</sup>. 이에 저자들은 우리나라 수련병원을 대상으로 응급실에 내원하는 자살시도자에 대한 진료 현황을 알아보고, 실제 자살시도 환자에 대한 치료계획 결정 형태를 알아보기 위해 자살 위험도가 다른 가상의 세 증례에 대한 응급의학과와 정신과 의사의 인식의 차이를 조사하여 향후 바람직한 응급 진료 및 사후 관리체계를 구축하는 기초 자료로 삼고자 하였다.

## 대상과 방법

2008년 3월 1일부터 2008년 3월 31일까지 전국의 응급의학과와 정신과 수련 병원을 대상으로 이메일 설문 조사를 시행하였다. 각 수련 병원 명단은 대한응급의학회와 대한정신과학회에서 제공받았다. 설문은 각 수련병원의 과장에게 발송하였으며, 과장 혹은 과장이 위임한 전문의가 응답하도록 하였다. 응답하지 않는 병원에는 2차로 이메일을 전송하였으며, 두 번의 요청에 반응하지 않는 경우에는 직접 전화 통화를 시도하여 설문을 부탁하였다.

설문지의 문항은 정신과 전문의 1인과 응급의학 전문의 2인이 2차례의 수정을 통해 최종안을 결정하였다. 설문지는 응급의학과 전문의와 정신과 전문의를 대상으로 각각 2종류를 만들었으며 병원명, 작성자명, 직위, 연락처와 같은 기본 문항, 자살 시도자 진료 현황에 관한 문항, 자살 시도자 진료에 관한 인식 조사, 가상의 증례에 대한 진료 시스템에 관한 문항으로 구성하였다. 자살 시도자 현황에 관한 문항에는 월평균 자살 시도자 내원 수, 자살 시도자를 정신과에 의뢰하는 빈도, 정신과에서 자살 시도자를 의뢰 받는 빈도, 자살 시도자를 위한 진료공간 여부, 자살 시도자 진료 관련 교육 횟수, 진료 지침 여부, 응급실에서의 진료 과정, 정신과 외래 연계 여부, 지역사회 정신보건센터 연계 여부 등을 조사하였다.

정신과 의사와 응급의학과 의사의 인식 조사에서는 자살 시도자의 정신과 의뢰와 개입의 필요성, 정신과 외래 연계의 필요성, 지역사회 정신보건센터와의 연계 필요성에 관하여 조사하였으며 가상의 증례에 대해서 정신과 의뢰가 필요한지, 환자가 정신과 진료를 거부하는 경우에는 어떻게 할 것인지, 같은 증례에서 자살 시도력이 있을 경우 어떻게 할 것인지에 대해 조사하였다. 증례는 모두 3가지로 첫번째는 정신과적 질환이 의심 되지 않고 신체적 이상도 심하지 않아 응급처치 후 퇴원할 수 있는 경우이고, 두번째는 응급처치 후 퇴원할 수 있으나 최근 주요 우울증이 의심되는 증세를 가지고 있는 경우이며, 세번째는 정신분열병 증례로서 최근 재발한 경우를 가정하였다.

응답 내용 가운데 아무런 표시가 없는 것은 무응답으로 처리하였다. 전체 응답 병원 수보다 응답이 적은 문항은 응

답한 수를 분모로 하여 백분율로 표시하였다. 자료의 통계 처리는 SPSS (Ver. 12)를 사용하였으며 연속 변수는 평균±표준편차로, 빈도수는 개수와 백분율로 표시하였으며, 응급의학과와 정신과의 인식 비교는 Chi-square 검정, Fisher's Exact 검정을 이용하였다.  $p$ 값은 0.05를 유의수준으로 삼았다.

## 결 과

전국 90개 응급의학과 수련병원 가운데 최종적으로 30개(30/90, 33.3%) 병원이 설문에 응답하였다. 응답 병원의 53%는 서울에 위치한 병원이었다. 정신과의 경우는 전국 90개 수련 병원 가운데 34개(34/90, 37.7%) 병원이 응답하였고 이 가운데 50%의 병원이 서울에 위치하였다. 같은 병원에서 응급의학과와 정신과 전문의 모두의 응답을 받을 수 있었던 곳은 5개 병원이었다. 응급의학과만 설문한 병원은 25개, 정신과만 설문한 병원은 29개였다.

### 1. 자살 시도자 진료 현황

#### 1) 자살 시도자 수

각 병원에 내원하는 자살 시도자는 월평균  $13.6 \pm 8.1$ 명이었다. 응급실에서 정신과로 의뢰하는 빈도는 월평균  $11.3 \pm 6.5$ 명이었다. 응급실을 경유하지 않고 의뢰되는 자살 시도자의 빈도는 월평균  $4.5 \pm 4.6$ 명이었다.

#### 2) 자살 시도자 진료를 위한 공간, 지침서

응급실에 정신과적 면담이 가능한 독립적 공간이 마련되어 있는 병원은 9곳(9/30, 30.0%)에 불과하였다. 응급실에서 정신과에 자살 시도자를 의뢰하는 체계 및 기준이 있는 병원은 15곳(15/30, 50.0%)이었다. 응급 의료진을 위한 자살 관련 위험성 평가 및 개입 지침서가 마련되어 있는 병원은 2곳(2/30, 6.7%)이었으며, 정신과 자체적으로 자살 관련 위험성의 평가, 개입 지침을 갖고 있는 병원은 28곳(28/34, 82.4%)이었다. 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p < 0.001$ ).

#### 3) 자살 시도자 진료에 관한 교육, 정례적 검토 회의

지난 1년간 응급실에서 자살시도자 진료와 관련한 교육이 이루어진 병원은 6곳(6/30, 20.0%)이었으며, 평균  $1.8 \pm 0.8$ 회의 교육을 하였다. 정신과의 경우 지난 1년간 자살 시도자 진료에 관한 교육이 이루어진 병원은 20곳(20/34, 58.8%)이었으며, 평균  $2.3 \pm 1.1$ 회의 교육을 하였다. 교육 여부는 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p = 0.002$ ).

#### 4) 자살 시도자에 대한 응급의학과 진료시스템

자살 시도자가 정신과 이외의 문제로 입원이 필요한 경우 응급의학과로 입원하는 병원이 10곳(10/30, 33.3%)이었으며, 입원 결정이 어려운 경우에 한해서 응급의학과로 입원하는 병원이 20곳(20/30, 66.7%)이었다. 응급의학과에 입원하는 경우 모든 자살 시도자에 대해 정신과 협진을 의뢰하는 병원이 22곳(22/30, 73.3%)이었다. 응급의학과로 입원한 자살 시도자 가운데 정신과 병동으로 전원된 경우는 19.4±23.1%였고, 응급의학과에서 퇴원 시 정신과 외래로 연계하는 경우가 25곳(25/30, 83.3%)이었다.

응급실에 내원한 자살 시도자가 의식이 없거나 정신과 이외의 입원이 필요한 경우, 정신과 의뢰 시기는 면담이 가능해 질 때 시행하는 병원이 14곳(14/34, 41.2%), 응급실 내원 직후에 하는 병원이 11곳(11/34, 32.4%), 입원할 때 8곳(8/34, 23.5%)이었다. 응급실에서 타과 입원이 필요없다고 판단하거나 응급의학과로 입원치료 후 정신과 협진이 이뤄지지 않은 상태에서 퇴원하는 모든 경우 정신과 외래를 연계하는 경우는 17곳(17/30, 56.7%)이었다.

5) 자살 시도자에 대한 정신과의 진료시스템

응급실로 내원한 자살 시도자의 70.6±33.3% 정도가 정신과에 의뢰되어 응급실에서 평가 및 개입이 이루어지고 있었다. 정신과에서 자살 시도자를 의뢰 받은 후 평가해 본 결과 뚜렷한 정신과적 증상이 발견되지 않는 경우 정신과에서 단기 입원을 통한 심층 평가를 한다는 병원이 18곳(18/34, 52.9%)이었다. 정신과에서 의뢰 받은 환자가 우울증이 뚜렷한 경우 입원 치료를 하는 병원이 29곳(29/34, 85.3%)이었다. 정신병적 증상이 뚜렷한 경우에는 34곳(34/34, 100%) 병원 모두 입원 치료를 한다고 하였다. 환자, 보호자 모두 입원을 거부할 경우에 우울증이 있을 때에는 입원 치료를 하는 병원은 없었으나, 정신병적 증상이 있는 경우는 시도지사의 의한 입원이나 응급 입원 같은 강제적인 방법을 통해서라도 입원시키는 경우가 4곳(4/34, 11.8%)이었다(Table 1).

6) 자살 시도자의 지역사회 사후 관리 체계와의 연계

응급실에 내원한 자살 시도자에게 응급의학과에서 정신과 외래 연계 이외의 사후관리를 하는 병원은 4곳(4/30, 13.3%)에 불과하였다. 퇴원 환자(자의 퇴원 포함)를 지역정신보건센터에 연계하는 병원은 4곳(4/30, 13.3%)이었으며 지역정신보건서비스에 대한 정보만을 제공하는 병원은 4곳(4/30, 13.3%)이었다.

정신과의 경우 외래 연계 이외의 사후 관리 프로그램을 시행하는 병원은 6곳(6/34, 17.6%)이었으며, 퇴원 환자(자의 퇴원 포함)를 지역정신보건센터에 연계하는 병원은 11곳(11/34, 32.4%)이었으며 지역정신보건서비스에 대한 정보만 제공하는 병원은 12곳(12/34, 35.3%)이었다. 각각의 결과는 두 의료진간에 통계적 차이가 없었다 ( $p=0.738, p=0.137, p=0.081$ ).

2. 자살 시도자 진료에 관한 의료진의 인식

응급실로 내원한 모든 자살 시도자에 대해 응급의학과에서 정신과에게 환자를 의뢰하고 평가하는 것이 필요하다고 생각하는 정신과 전문의는 34명 가운데 26명(86.7%)이었다. 정신과 전문의는 34명 모두가 자살 시도자의 사후 관리가 필요하다고 하였다. 정신과 외래 연계의 실효성에 대해서 응급의학과 의사 30명 가운데 별로 효과적이지 않다가 10명(33.3%), 효과적인 편이다가 13명(43.3%)이었다. 이에 대해 정신과 의사 34명 가운데 정신과의 사전 개입이 없는 외래 연계가 실효성이 없다가 22명(64.7%)이었으며, 26명(76.5%)은 정신과 개입 후의 정신과 외래 연계는 실효성이 있다고 하였다.

지역사회정신보건센터에서의 자살 시도자 사후 관리 체계 필요성에 관한 질문에 응급의학과 의사는 ‘그렇다’와 ‘매우 그렇다’가 28명(28/30, 93.3%)이었고 정신과 의사는 ‘그렇다’와 ‘매우 그렇다’가 29명(85.3%)였다 ( $p=0.195$ ). 그러나 지역사회 정신보건서비스 체계에 대해 알고 있는 경우가 응급의학과 의사는 6명(6/30, 20%),

**Table 1.** Current disposition of suicidal attempter according to the psychiatric problem and consent to admission after the risk assessment

Psychiatric problem of patient	Consent to admission		Disposition	
	Patient	Family	Admission	Out patient
No definite psychiatric symptom	Yes	Yes	18 ( 53.0%)	15 (44.0%)
Symptom of depression	Yes	Yes	29 ( 85.3%)	5 (14.7%)
	No	Yes	29 ( 85.3%)	3 ( 8.8%)
Relapse of psychotic symptom	No	No	0 ( 0.0%)	30 (88.2%)
	Yes	Yes	34 (100.0%)	0 ( 0.0%)
	No	Yes	32 ( 94.1%)	2 ( 5.9%)
	No	No	4 ( 11.8%)	26 (76.5%)

정신과는 30명(30/34, 88.2%)으로 통계적 차이를 보였다( $p < 0.001$ ).

제시한 증례에 대하여 응급실로 내원한 자살 시도자를 정신과에 협진 의뢰해야 하는지에 대한 대답은 3가지 증례에서 응급의학과와 정신과 의사 사이에 차이는 없었다(사례 1, 2, 3의  $p$ 값이 각각 0.090, 0.097, 0.216). 그러나 정신과적 증상이 뚜렷하지 않은 증례 1과 우울증 증세가 있는 증례 2에서 환자가 정신과 협진을 거부하더라도 정신과 협진을 해야 하는가에 대한 질문에는 응급의학과와 정신과 의사 사이에 통계적으로 의미있는 인식의 차이를 보였다( $p=0.106, 0.028$ ). 기존의 정신병이 악화된 경우를 가정 한 증례 3에서는 환자가 거부하더라도 정신과 협진을 해야 한다는 인식이 두 과 의사에서 차이가 없었다( $p=0.120$ ) (Table 2).

## 고 찰

저자들은 자살시도자에 대한 응급진료 현황을 알아보고 응급의학과 및 정신과 의사간의 인식을 비교해보고자 하였다. 그 결과 자살 시도자에 대한 진료 체계가 제대로 갖추어져 있지 않음을 알 수 있었다. 대부분(94%)의 병원 응급실에서 자살 시도자의 위험성 평가 및 개입 지침서가 마련되어 있지 않다고 응답하였다. 또한 절반에서는 정신과에게 자살 시도자를 의뢰하는 체계 및 기준이 없다고 응답하였다. Baraff 등<sup>9)</sup>에 따르면 자살 시도자 관련 평가 및 개입 지침서를 이용할 경우, 약 23% 병원에서 정신과 의사의 개

입 없이 환자를 퇴원시키고 효율적으로 정신과 외래 연계를 하고 있다고 한다. 우리나라는 아직 표준화된 지침이 없어서 어느 병원에서는 모든 환자에게 정신과 평가를 시행하고 어느 병원에서는 환자나 보호자 뜻에 따라서 진료가 이루어지고 있었다. 자살의 재시도 가능성을 평가하는 도구를 개발하고 진료지침을 만드는 것이 쉬운 일은 아니다. 그러나 기존 연구들에 의하면 질병의 위험 요소를 구체화하여 평가하는 모델이 응급실 환경에서 임상적 의사결정을 돕고 환자 진료의 질을 향상시켜왔다<sup>10,11)</sup>. 그러므로 자살 시도자에 대한 환자의 위험 평가나 개입에 관련된 지침서 개발이 필요하다고 생각한다.

자살 시도자 진료에서 제기된 또 다른 문제점은 자살 시도자에 대한 정신과적 면담을 적절히 시행할 수 있는 환경이 없다는 것이다. 면담이 가능한 독립적 공간이 마련되어 있는 병원은 30%에 불과하였다. 이러한 상황에서는 비밀 유지가 잘 되지 않아서 자살 시도자들이 자신의 얘기를 솔직히 의사에게 말할 수 없을 것이다. 이전의 연구에 따르면 응급실에서 환자가 다른 환자 얘기를 듣게 되는 경우가 36%정도라고 한다<sup>12)</sup>. 환자 비밀 유지가 중요한 것은 환자의 존엄성과 인격을 지켜줌으로써 의사 환자 관계에 있어 신뢰감을 형성하고 이를 통해 환자가 의사에게 솔직하고 정직한 정보를 제공할 수 있게 하기 때문이다<sup>13)</sup>. 물론 현실적으로 각각의 병원에서 이런 독립된 공간을 만들어 운영한다는 것이 어려우므로 대안으로 이동형 응급 정신건강상담 서비스와 같은 지역사회 차원의 위기관리 서비스 체계를 구축하는 것을 생각해 볼 수 있다<sup>9)</sup>.

자살 시도자에 대한 진료 과정은 대부분의 병원에서 자

**Table 2.** Comparison of the decision between emergency physicians and psychiatrists about referring to the psychiatrist according to the clinical scenarios

	Emergency physician (n=30)		Psychiatrist (n=34)		p-value
Case 1*					
Should refer to the psychiatrist	25	83.3%	33	97.1%	0.090
If the patient refuse to be referred					
Should refer to the psychiatrist	6	20.0%	17	50.0%	0.016
Should not refer to the psychiatrist	24	80.0%	17	50.0%	
Case 2 <sup>†</sup>					
Should refer to the psychiatrist	27	90.0%	34	100.0%	0.097
If the patient refuse to be referred					
Should refer to the psychiatrist	13	43.3%	24	70.6%	0.028
Should not refer to the psychiatrist	17	56.7%	10	29.4%	
Case 3 <sup>‡</sup>					
Should refer to the psychiatrist	28	93.3%	34	100.0%	0.216
If the patient refuse to be referred					
Should refer to the psychiatrist	20	66.7%	29	85.3%	0.120
Should not refer to the psychiatrist	10	33.3%	5	14.7%	

\* Case 1: Patient without definite psychiatric problem

<sup>†</sup> Case 2: Patient with depressive symptoms

<sup>‡</sup> Case 3: Patient with aggravation of previously known psychosis

살 시도로 인해 발생한 신체적 문제를 치료하기 위한 과로 입원을 하고(66.7%), 정신과적 면담이 가능한 시기에 정신과 의뢰를 한다(41.8%)고 하였다. 퇴원한 뒤 정신과 외래 진료 외에 다른 사후 관리 프로그램이나 지역 사회 정신보건 센터와 연결하는 경우는 응급의학과와 경우 13.8%, 정신과의 경우 17.6%로 적은 비율을 보이고 있다. Barraf 등<sup>9)</sup>은 지역정신보건 서비스 체계가 24시간 서비스를 제공하거나, 적어도 주말에 연장 서비스를 할 수 있다면 보다 효율적으로 자살시도자를 관리할 수 있을 것이라고 주장하였다. 현재 서울시 광역정신보건센터의 경우 24시간 전화 상담과 위기 개입을 하고 있으므로 이에 대한 적극적인 홍보가 필요하다. 또한 국가적으로도 서울시 광역정신보건센터의 모델을 전국적으로 확장시키려는 계획을 가지고 있기 때문에, 자살시도자 사후관리체계 구축에 있어 정신의료체계와 더불어 지역정신보건체계를 포괄적으로 고려한 시스템 구축을 연구할 필요가 있다고 하겠다.

한편 응급실로 내원한 자살 시도자에 대해 정신과에 환자를 의뢰하고 평가하는 것이 필요하다고 응답한 병원은 86.7%였으나, 실제로 의뢰하여 평가 및 개입이 이루어지고 있다고 응답한 경우는 70.6%였다. 의뢰가 이루어지지 않는 가장 큰 이유는 응급의학과와 정신과 의사 모두 환자 또는 보호자의 거부라고 대답하였다. 이렇게 정신과 진료를 거부하는 경우에 응급의학과와 정신과 의사간에 인식의 차이가 관찰되었다. 저자들은 가상의 증례 3개를 주고 응급 진료 후 환자를 정신과에 의뢰해야 하는지, 환자가 거부할 때는 어떻게 해야하는지 질문하였다(Table 2). 세 증례 모두 정신과 의뢰 필요성에 대하여는 응급의학과와 정신과 의사의 의견이 다르지 않았으나, 사례 1과 2의 경우 환자가 거부하더라도 정신과 의뢰가 필요한지에 대해서는 응급의학과와 정신과 의사의 의견이 달랐다(사례 1, 2의  $p$ 값이 0.016, 0.028). 응급의학과 의사들은 환자가 거부할 때 대부분 정신과 외래 예약이나 권유를 선택하였는데, 64.7%의 정신과 의사들은 정신과의 사전 개입 없이 외래 연계하는 것은 실효성이 없다고 응답하였다. 이러한 의료진 간의 인식 차이는 여러 방면에서 비교 연구되어 왔다. 일반 의사와 간호사들이 자살 의도가 낮은 환자에 대하여 부정적 태도를 보였고 응급실에서 근무하는 의료진 가운데 간호사가 자살 시도자에 대해 가장 긍정적인 이해와 관심을 보였다<sup>14)</sup>. 응급의학과 의사와 중환자실 의사 가운데 중환자실 의사가 자살 시도자에 대해 좀 더 긍정적인 태도를 보였으며<sup>15)</sup>, 정신과 의뢰가 가능한 병원의 응급실 의사에 비하여 그렇지 못한 병원의 응급실 의사가 자살 시도자에 대해 좀 더 긍정적인 태도를 보였다<sup>14)</sup>. 독일 의사와 일본 의사를 비교했을 때, 일본의 의사들이 자살 예방을 위한 노력을 덜 한다는 보고도 있었다<sup>16)</sup>.

이번 연구의 제한점은 첫째로 낮은 설문 응답률을 들 수 있다. 약 30%의 응답률을 보였기 때문에 이 결과를 전국적

으로 일반화 하기는 어렵다. 그러나 응급의학과와 정신과 설문이 같은 병원에서 나온 경우가 5곳 밖에 없기 때문에, 일부 설문 항목을 제외하고는 90개 병원 가운데 59개 병원의 자살 시도자 진료 현황을 어느 정도 알아 볼 수 있었다. 두번째 한계는 설문이 응답자의 추정과 기억에 의존하였기 때문에 객관적인 자료와 차이가 있을 수 있다는 점이다. 또한 설문에 응답한 전문의의 진료 참여 정도에 따라서도 현실과 차이가 있을 수 있다. 이는 향후 전문 연구원이 실제 병원을 방문하여 의무기록을 전향적으로 분석하고 직접 대화를 통하여 자료를 얻는 등의 방법으로 보완해야 할 점이다.

## 결론

응급실에 내원하는 자살 시도자를 평가하고 진료하기 위한 시설 및 표준화된 진료 지침은 마련되어 있지 않은 상태이다. 따라서 자살 시도자의 평가 및 치료, 사후 관리에 대한 결정이 병원 별로 차이가 있으며, 의료진에 따른 인식도 다양함을 알 수 있었다. 추후 좀 더 효율적이고 체계적인 자살 시도자 관리를 위해 표준화된 진료지침의 개발과 사후관리 체계 구축에 대한 관심과 노력이 필요하다.

## 참고문헌

1. Park E, Hyun MY, Lee CI, Lee EJ, Hong SC. A study on regional differentials in death caused by suicide in South Korea. *J Korean Acad Nurs* 2007;37:44-51.
2. Korean Statistical Information Service. Change in death and death rate 1996-2006. Available at: <http://www.kosis.kr/>. Accessed October 23, 2008.
3. Crawford MJ, Wessely S. Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self harm? cohort study. *BMJ* 1998;317:985.
4. Stewart SE, Manion IG, Davidson S, Cloutier P. Suicidal children and adolescents with first emergency room presentations: predictors of six-month outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:580-7.
5. Kapur N, Cooper J, Hiroeh U, May C, Appleby L, House A. Emergency department management and outcome for self-poisoning: a cohort study. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:36-41.
6. Cooper J, Kapur N, Dunning J, Guthrie E, Appleby L, Mackway-Jones K. A clinical tool for assessing risk after self-harm. *Ann Emerg Med* 2006;48:459-66.
7. Kennedy SP, Baraff LJ, Suddath RL, Asarnow JR. Emergency department management of suicidal adolescents. *Ann Emerg Med* 2004;43:452-60.

08. Seoul Metropolitan Mental Health Center. 2007 Report of crisis management team of Seoul Metropolitan Mental Health Center. Book Communications 2008.
9. Baraff LJ, Janowicz N, Asarnow JR. Survey of California emergency departments about practices for management of suicidal patients and resources available for their care. *Ann Emerg Med* 2006;48:452-8.
10. Goldman L, Cook EF, Brand DA, Lee TH, Rouan GW, Weisberg MC, et al. A computer protocol to predict myocardial infarction in emergency department patients with chest pain. *N Engl J Med* 1988;318:797-803.
11. Stiell IG, Wells GA. Methodologic standards for the development of clinical decision rules in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 1999;33:437-47.
12. Olsen JC, Sabin BR. Emergency Department patient perceptions of privacy and confidentiality. *J Emerg Med* 2003;25:329-33.
13. Siegler M. Sounding boards: confidentiality in medicine: a decrepit concept. *N Engl J Med* 1982;307:1518-21.
14. Suominen K, Suokas J, Lonnqvist J. Attitudes of general hospital emergency room personnel towards attempted suicide patients. *Nord J Psychiatry* 2007;61:387-92.
15. Suokas J, Lonnqvist J. Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:474-80.
16. Redsch O, Miyaishi S, Heinemann A, Fiedler G, Puschel K, Yamamoto H, et al. Comparison of German and Japanese general practitioners' awareness of suicide and attitudes toward patients with suicidal ideation. *Acta Med Okayama* 2006;60:159-65.