

원 저

응급실에 내원한 약물음독의 자살 시도자에서 정신건강의학과 진료 참여의 제한점

계명대학교 의과대학 동산의료원 응급의학과¹, 정신건강의학과²

이주환¹ · 양승준¹ · 은승완¹ · 진상찬¹ · 최우익¹ · 정성원²

Limitation of Psychiatric Intervention for Suicidal Drug Intoxication Patients in Emergency Room

Joo Hwan Lee, M.D.¹, Seung Jun Yang, M.D.¹, Seung Wan Eun, M.D.¹,
Sang Chan Jin, M.D.¹, Woo Ik Choi, M.D.¹, Sung Won Jung, M.D.²

Department of Emergency Medicine¹ and Department of Psychiatry²,
School of Medicine, Keimyung University, Dongsan Medical Center, Daegu, Korea

Purpose: This study was designed to determine the factors hindering psychiatric intervention for suicide attempters in the emergency room (ER).

Methods: Participants were 299 patients aged 18 years or older admitted to the ER for suicidal drug overdose between July 2012 and June 2014. Patients were divided into two groups according to whether they had received psychiatric treatment in the ER. Medical histories and follow-up treatments were determined by examining patients' medical records and through phone surveys, and were then compared using χ^2 -test and Fisher's exact test. In addition, the rate of satisfaction of the treatment group and the reasons for their dissatisfaction were also determined.

Results: The treatment and non-treatment groups comprised 135 (45%) and 164 patients (55%), respectively. Factors influencing participation in psychiatric intervention were previous history of suicide attempts ($p=0.004$), history of psychiatric disorder ($p<0.001$), time of day ($p=0.039$), and day of the week ($p=0.040$) of arrival in the ER. Whether or not the patient received follow-up psychiatric treatment was not significantly relevant ($p=0.300$). Of the 82 patients who participated in the treatment satisfaction survey, 50.2% reported being unsatisfied, mainly because of unfriendly medical personnel (36.6%), discomfort regarding other people's perceptions (24.4%), and cursory care (14.6%).

Conclusion: To raise the participation rate of psychiatric consult, cooperation with psychiatry at night and on weekends is required, and incorporation of patients without previous history of suicidal attempt or other psychiatric disorder is important. Resolution of complaints toward psychiatric consult in suicide attempt survivors is also required.

Key Words: Emergency service, Poisoning, Psychiatry, Suicide

책임저자: 최 우 익

대구광역시 중구 달성로 56

계명대학교 동산의료원 응급의학과

Tel: 053) 250-7610, Fax: 053) 250-7028

E-mail: emtaegu@dsmc.or.kr

투고일: 2016년 3월 4일

1차 심사일: 2016년 3월 5일

게재 승인일: 2016년 5월 16일

서 론

자살은 우리나라의 심각한 사회경제적인 문제로 대두되어 왔다. 2013년 사망 원인 통계 자료에 의하면 자살은 국가 전체 사망 원인 중 4위(5.4%)에 해당하며, 10세 이상에서 발생하는 외인사 중 가장 많은 비중을 차지한다. 또한, 건강보험공단에서 발표한 자료를 보면 2012년 기준으

로 자살로 인해 발생하는 사회경제적 비용은 6조 4,769억 원으로 암에 의해 발생하는 비용의 42.3%에 해당 한다^{1,2)}.

응급실에 내원하는 자살 시도자들은 약물음독이 90%로 가장 많으며, 약물음독 환자에서 음독 동기가 자살인 경우는 70% 이상이라는 보고가 있다^{3,5)}. 그러므로 응급실에서는 약물음독으로 인한 신체적 손상에 대한 치료뿐 아니라 환자의 음독 동기나 선행 원인을 파악하여 동반된 정신건강의학과적 문제를 자살 재시도 위험 등을 고려하여 정신건강의학과에 진료를 의뢰하는 것이 중요하다.

그러나 자살 시도자들에 대한 기존의 국내연구에 의하면 응급실에 내원한 다수의 자살 시도자는 정신건강의학과 진료가 이루어지지 않았다^{6,7)}. 또한, 응급실이라는 공간적인 한계로 정신건강의학과 진료에 불편해하고 꺼리는 환자를 상당수 볼 수 있다. 하지만 자살 시도로 응급실에 내원하여 정신건강의학과 진료를 권유받은 환자가 정신건강의학과 진료에 참여하기 어려운 요인에 관한 연구는 미미한 실정이다. 따라서 저자들은 계명대학교 동산의료원 응급의료센터에 내원한 약물음독의 자살 시도자를 대상으로 정신건강의학과 진료에 참여하기 어려운 제한점을 파악하여 자살 시도자에게 효과적인 사후관리가 이루어질 수 있도록 하는 것이 이 연구의 목표이다.

대상과 방법

1. 연구 대상

이 연구에 해당하는 환자들에 대한 임상적 정보 및 연구과정은 계명대학교 의과대학 동산의료원 의학윤리연구심의위원회의 승인을 받았다(Protocol No. 2015-07-002-003). 2012년 7월부터 2014년 6월까지 계명대학교 의과대학 동산의료원 응급의료센터에 약물음독을 주소로 내원한 18세 이상의 386명 환자 중 자살 목적이 아니라고 진술한 65명, 진료 중 응급실에서 사망한 18명, 의식의 문제로 정신건강의학과 진료가 불가하여 타 병원으로 전원된 4명을 제외한 299명을 대상으로 하였다.

응급실에 내원하여 정신건강의학과 협진이 이루어진 후에 입원, 외래 추적진료, 타 병원으로 전원이 결정된 환자를 '진료군'으로, 진료 중에 비협조적으로 응급실에서 사라지거나 정신건강의학과 진료의 필요성을 강력히 설명하여도 거부하고 자의 퇴원서약서 제출 후 퇴원한 환자는 '비진료군'으로 분류하였다. 정신건강의학과 추적진료는 퇴원 후에 본원이나 타 병원 정신건강의학과 외래 방문이나 입원한 경우로 정의하였다.

2. 연구 방법

정신건강의학과 협진은 응급실 재원 중에 응급의학과 전문의가 정신건강의학과적 평가와 상담에 지장이 없는지를 판단하여 환자와 보호자의 동의하에 응급의학과 전문의나 전공의가 정신건강의학과 전공의 3년차 이상에게 우선으로 협진을 요청하고 의무기록지에 협진 여부를 기록하도록 하였다.

환자의 병력 조사는 응급실 의무기록지를 바탕으로 나이, 성별, 자살 시도 동기, 이전 정신건강의학과 병력, 자살 시도 과거력, 음독 약물의 종류, 당시 음주 여부, 자살의 계획성 여부, 자살 시도 장소, 응급실 내원까지 소요시간, 내원한 시간과 요일, 응급실 체류시간, 내원 당시 의식 상태, 동행한 보호자, 응급실까지의 내원 방법을 조사하였다.

응급실 내원 당시 정신건강의학과 진료만족도에 대한 평가는 해당 연구 기간에 진료군을 대상으로 이루어졌으며, 설문지(Appendix 1)를 배포 후 응급실 재원 중 완료하여 제출하도록 하였다. 설문지 제출은 환자의 자유의사에 따라 결정하도록 하였으며 설문지를 미제출한 경우는 연구에서 제외하였다.

정신건강의학과 추적진료 여부는 2015년 7월 1일부터 1개월 동안 전화 설문조사를 시행하였다. 전화 설문조사는 환자에게 과거 회상을 최소화하기 위해 정신건강의학과 의사 1인이 전담하여 응급실 내원 당시 동행한 보호자를 대상으로 이루어졌으며, 전화 설문 조사자는 연구 목적을 상세히 밝히고 동의를 구하였고, 통화를 거절하는 경우 정중히 인사 후에 전화를 끊었다. 전화 설문조사에서 연락이 두절 되거나 통화를 거절하는 경우, 퇴원 후 사망한 환자는 제외하였다.

3. 통계처리

모든 통계학적 방법은 SPSS for windows (ver 20.0 SPSS Inc., Chicago, IL, USA)를 이용하였으며, p 값이 0.05 미만인 경우에 통계적 유의성을 두었다. 정신건강의학과 진료 여부에 따른 환자의 병력, 정신건강의학과 추적진료는 Chi-square test를 사용하였고, 기대도수가 5 미만인 경우 Fisher's exact test를 사용하였다. 정신건강의학과 진료군의 만족도는 '매우 만족' 5점, '만족' 4점, '보통' 3점, '불만족' 2점, '매우 불만족' 1점으로 점수화하여 평균과 표준편차로 나타냈으며, 각 항목에 대해서는 빈도와 백분율로 나타냈다. 정신건강의학과 진료만족도 조사에서 '매우 불만족', '불만족'으로 답한 경우에는 불만족 이유를 빈도와 백분율로 나타냈다.

Table 1. Medical history and characteristics of subjects based on provision of psychiatric treatments

	Total N=299 (%)	Psychiatric treatments		<i>p</i> -value
		Treated group* N=135 (%)	Untreated group ⁺ N=164 (%)	
Gender				
Male	123 (41.1)	58 (43.0)	65 (39.6)	0.560
Female	176 (58.9)	77 (57.0)	99 (60.4)	
Age (year)				
<20	23 (7.7)	11 (8.2)	12 (7.3)	0.976
20-39	74 (24.7)	32 (23.7)	42 (25.6)	
40-59	124 (41.5)	57 (42.2)	67 (40.9)	
≥60	78 (26.1)	35 (25.9)	43 (26.2)	
Motive of suicide attempt				
Familiar problems	76 (25.4)	31 (23.0)	45 (27.4)	0.059
Relational problems	62 (20.7)	24 (17.8)	38 (23.2)	
Financial conflict	58 (19.4)	25 (18.5)	33 (20.1)	
Psychiatric problems	52 (17.4)	34 (25.2)	18 (11.0)	
Physical problems	34 (11.4)	14 (10.4)	20 (12.2)	
Other	17 (5.7)	7 (5.1)	10 (6.1)	
Suicide drug				
S.T.H	119 (39.8)	46 (34.1)	73 (44.5)	0.400
Pesticides	72 (24.1)	39 (28.9)	33 (20.1)	
Other prescribed drug	56 (18.7)	31 (22.9)	25 (15.3)	
Others	52 (17.4)	19 (14.1)	33 (20.1)	
History of psychiatric disorder				
Present	143 (47.8)	77 (57.0)	66 (40.2)	0.004
Absent	156 (52.2)	58 (43.0)	98 (59.8)	
Previous history of suicide attempts				
Present	76 (25.4)	50 (37.0)	26 (15.9)	<0.001
Absent	223 (74.6)	85 (63.0)	138 (84.1)	
Place of suicidal attempt				
Home	214 (71.6)	97 (71.9)	117 (71.3)	0.922
Others	85 (28.4)	38 (28.1)	47 (28.7)	
Drunken state				
Yes	111 (37.1)	43 (31.9)	68 (41.5)	0.087
No	188 (62.9)	92 (68.1)	96 (58.5)	
Time of arrival [†]				
Day time	171 (57.2)	86 (63.7)	85 (51.8)	0.039
Night time	128 (42.8)	49 (36.3)	79 (48.2)	
Week of visit				
Weekday	187 (62.5)	93 (68.9)	94 (57.3)	0.040
Weekend or Holiday	112 (37.5)	42 (31.1)	70 (42.7)	
Arrival time to hospital (hour)				
<2	158 (52.9)	79 (58.5)	79 (48.2)	0.110
02월 06일	91 (30.4)	33 (24.4)	58 (35.4)	
>6	50 (16.7)	23 (17.1)	27 (16.4)	
Hospital stay (hour)				
<6	135 (45.2)	66 (48.9)	69 (42.1)	0.412
06월 24일	102 (34.1)	41 (30.4)	61 (37.2)	
>24	62 (20.7)	28 (20.7)	34 (20.7)	
Consciousness level at arrival				
Alert	143 (47.9)	67 (49.6)	76 (46.3)	

(continue)

Table 1. Medical history and characteristics of subjects based on provision of psychiatric treatments

	Total N=299 (%)	Psychiatric treatments		p-value
		Treated group* N=135 (%)	Untreated group [†] N=164 (%)	
Drowsy	94 (31.4)	38 (28.2)	56 (34.1)	0.801
Stupor	35 (11.7)	17 (12.6)	18 (11.0)	
Semi-coma	12 (4.0)	5 (3.7)	7 (4.3)	
Coma	15 (5.0)	8 (5.9)	7 (4.3)	
Person accompanied to ER				0.315
Family	181 (60.5)	88 (65.2)	93 (56.7)	
Friends	96 (32.1)	36 (26.7)	60 (36.6)	
Alone	13 (4.4)	7 (5.2)	6 (3.7)	
Others	9 (3.0)	4 (2.9)	5 (3.0)	
Mode of ER admission				0.219
By oneself	70 (23.4)	29 (21.5)	41 (25.0)	
By 119	131 (43.8)	54 (40.0)	77 (46.9)	
Transfer	75 (25.1)	38 (28.1)	37 (22.6)	
Other	23 (7.7)	14 (10.4)	9 (5.5)	
Plans of suicide				0.469
Planned	78 (26.1)	36 (26.7)	42 (25.6)	
Impulsive	221 (73.9)	99 (73.3)	122 (74.4)	

* Patients who were hospitalized, received outpatient follow-up, or were transferred to other hospitals after consultation with the psychiatry department.

[†] Patients who were uncooperative with treatments. These patients disappeared from emergency rooms or were discharged as they refused to receive psychiatric treatments and submitted voluntary patient discharge documents.

[‡] Day time: from 9 o'clock in the morning to 9 o'clock at night, Night time: from 9 o'clock at night to 9 o'clock in the morning.

N: number of patients, S.T.H: sedatives, tranquilizers, hypnotics, ER: emergency room

결 과

연구 기간에 본원 응급실에 내원한 환자는 총 90,371명으로 약물음독을 주소로 내원한 환자는 0.43%인 386명이었다. 이 중 자살 목적이라고 진술한 299명의 환자에서 진료군은 135명(45.2%), 비진료군은 164명(54.8%)으로 나타났다(Table 1). 진료군은 정신건강의학과 협진이 이루어진 후에 본원에 입원한 환자가 38명(28.1%), 외래 추적진료가 결정된 환자가 63명(46.7%), 타 병원으로 전원된 환자는 34명(25.2%)이었고, 비진료군은 자의 퇴원서약서 제출 후 퇴원한 159명(97.0%), 진료 중 사라진 환자가 5명(3.0%)으로 조사되었다.

전화 설문조사는 연락이 되지 않는 94명(31.4%), 통화를 거절한 29명(9.7%), 퇴원 후 사망한 5명(1.7%)을 제외한 171명(57.2%)을 조사하였으며, 그 중 진료군은 82명(47.9%), 비진료군은 89명(52.1%)으로 나타났다(Table 2).

진료군 135명을 대상으로 실시한 정신건강의학과 진료 만족도에 관한 설문조사는 설문지를 미제출한 53명(39.3%)을 제외한 82명(60.7%)을 대상으로 하였다(Table 3).

1. 정신건강의학과 진료 여부에 따른 환자의 특징 및 병력(Table 1)

성비는 진료군의 경우 남자 58명(43.0%), 여자 77명(57.0%)이었고, 비진료군은 남자 65명(39.6%), 여자 99명(60.4%)으로 두 군 간 성비의 유의한 차이를 보이지 않았다($p=0.560$). 나이는 진료군과 비진료군 모두 40-59세의 연령대의 환자가 가장 많았으나, 두 군 간 나이에 따른 유의한 차이는 보이지 않았다($p=0.976$).

자살 시도 동기에 관한 조사에서 진료군은 가족과의 갈등 31명(23.0%), 관계 문제 24명(17.8%), 경제적인 문제 25명(18.5%), 기존 정신질환의 문제 34명(25.2%), 신체적 문제 14명(10.4%) 등으로 나타났고, 비진료군은 가족과의 갈등 45명(27.4%), 관계 문제 38명(23.2%), 경제적인 문제 33명(20.1%), 기존 정신질환의 문제 18명(11.0%), 신체적 문제 20명(12.2%) 등으로 나타났으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($p=0.059$).

음독 약물의 종류 관한 조사에서 진료군은 진정제와 수면제 및 안정제가 46명(34.1%), 농약 39명(28.9%), 기타 처방 약 31명(22.9%), 기타 19명(14.1%)으로 나타났고,

Table 2. Later follow-up treatments and recurrence of suicidal attempts based on provision of psychiatric treatments

	Total N=171 (%)	Psychiatric treatments		p-value
		Treated group* N=82 (%)	Untreated group† N=89 (%)	
Psychiatric follow-up				
Follow-up‡	60 (35.1)	32 (39.0)	28 (31.5)	0.300
Not follow-up	111 (64.9)	50 (61.0)	61 (68.5)	

* Patients who were hospitalized, received outpatient follow-up, or were transferred to other hospitals after consultation with the psychiatry department.

† Patients who were uncooperative with treatments. These patients disappeared from emergency rooms or were discharged as they refused to receive psychiatric treatments and submitted voluntary patient discharge documents.

‡ Patients who made outpatient visit or were hospitalized to psychiatry department in our hospital or other hospitals.

N: number of patients

Table 3. Degree of satisfaction with psychiatric treatments in the treated group

Degree of satisfaction with psychiatric treatments	Total N=82 (%)
Very satisfied	6 (7.3)
Satisfied	13 (15.9)
Neutral	21 (25.6)
Dissatisfied	31 (37.8)
Very dissatisfied	11 (13.4)

N: number of patients

비진료군은 진정제와 수면제 및 안정제가 73명(44.5%), 농약 33명(20.1%), 기타 처방 약 25명(15.3%), 기타 33명(20.1%)으로 나타났으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($p=0.400$).

정신건강의학과 병력이 있는 환자는 진료군에서 77명(57.0%), 비진료군 66명(40.2%)으로 유의한 차이를 나타냈다($p=0.004$). 또한, 이전 자살 시도 과거력의 환자는 진료군에서 50명(37.0%), 비진료군 26명(15.9%)으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$).

내원 당시 음주 상태는 진료군 43명(31.9%)과 비진료군 68명(41.5%)으로 유의한 차이를 보이지 않았으며($p=0.087$), 자살의 계획성 여부는 진료군 36명(26.7%)과 비진료군 42명(25.6%)으로 유의한 차이를 보이지 않았다($p=0.469$). 자살을 시도한 장소로는 집이 214명(71.6%)으로 가장 많았으나 유의한 차이를 보이지 않았으며($p=0.922$), 응급실에 동행한 보호자는 가족과 친구가 대부분이었지만 유의한 차이를 보이지 않았고($p=0.315$), 응급실까지 내원한 방법도 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다($p=0.219$).

응급실에 내원한 시간을 기준으로 주간내 내원한 정신건강의학과 진료군은 86명(63.7%), 야간에는 진료군이

49명(36.3%)으로 유의한 차이를 보였으며($p=0.039$), 주중에 내원한 환자는 진료군이 93명(68.9%), 주말과 휴일에는 진료군이 42명(31.1%)으로 비진료군과 비교하여 유의한 차이를 보였다($p=0.040$). 하지만 약물 음독 후 응급실 내원까지 걸린 시간은 두 군 간에 유의한 차이를 보이지 않았으며($p=0.110$), 응급실 체류시간과 내원 당시 의식 수준은 진료군과 비진료군 사이에 유의한 차이를 보이지 않았다($p=0.412$, $p=0.801$).

2. 정신건강의학과 진료 여부에 따른 추후 추적진료 유무(Table 2)

응급실에서 정신건강의학과 진료 여부에 따른 추적진료는 진료군에서 32명(39.0%), 비진료군은 28명(31.5%)으로 유의한 차이를 보이지 않았다($p=0.300$).

3. 진료군을 대상으로 실시한 정신건강의학과 진료만족도(Table 3)

설문조사에 응한 82명의 진료군을 대상으로 실시한 진료만족도 조사에서는 '아주 만족' 6명(7.3%), '만족' 13명(15.9%), '보통' 21명(25.6%), '불만족' 31명(37.8%), '아주 불만족' 11명(13.4%)으로 조사되었고, 평균 점수는 $2.67(\pm 1.12)$ 점이었다.

4. 정신건강의학과 진료만족도 조사에서 불만족이라고 답한 이유(Table 4)

정신건강의학과 진료만족도 조사에서 '불만족' 및 '아주 불만족'이라고 답한 환자는 41명(51.2%)으로 그 이유를 묻는 조사는 '불친절한 의료진의 태도'라고 답한 환자가 15명(36.6%), '비밀 누출의 염려로 인한 주위 시선의

Table 4. Reason for endorsing dissatisfaction with psychiatric treatment in satisfaction survey

The reason for dissatisfaction*	Total N=41 (%)
Unfriendly attitude of medical personnel	15 (36.6)
Discomfort resulting from other people's attention	10 (24.4)
Cursory consultation that did not help	6 (14.6)
Excessive coercion to receive psychiatric treatments	5 (12.2)
Other reasons	5 (12.2)

* Patients who responded "dissatisfied" or "very dissatisfied" in the psychiatric treatment satisfaction survey.

N: number

부담'으로 답한 환자가 10명(24.4%), '도움이 되지 않는 형식적인 상담'이라고 답한 환자가 6명(14.6%), 환자 본인이 정신건강의학과 진료의 필요성을 느끼지 못하여 '정신건강의학과 진료의 지나친 강요'라고 답변한 5명(12.2%) 등으로 나타났다.

고 찰

자살은 단순히 '스스로 목숨을 끊는 행위'로 생각하기에는 매우 다양한 요인에 의해 발생하며 이전 연구에서도 여러 자살 시도 원인이 보고되었다^{5,7-9)}. 자살 시도자의 본질적인 이해와 예방을 위해서는 환자 개인이 자살에 이르게 된 요인의 파악이 중요하다. 본 연구의 자살 시도 이유는 가족과의 갈등, 관계 문제, 경제적 문제, 기존 정신질환이 악화, 신체적인 문제 등으로 나타났고, 이중 가정 내의 갈등이라고 답한 대상자가 25.4%로 가장 많았으며 이는 이전 연구와 비슷한 결과를 보였다^{5,7-9)}. 그러나 실제로 많은 자살은 복잡하고 다양한 요인이 혼재하여 발생하므로 환자 개개인의 자살 시도 원인을 파악하는 것은 쉬운 일이 아니다. 그러므로 자살 시도자가 처음 의료진을 접하는 응급실은 자살 시도 원인을 파악하고 적극적인 개입을 위해 중요한 공간임이 틀림없다.

응급실에 내원한 많은 약물음독의 자살 시도자는 일차적인 치료 목표를 신체적 손상에 중점을 두고 중독학적 측면이 해결된 이후 정신건강의학과에 의뢰되고 있다⁶⁾. 자살 시도자들에 치료는 신체적 손상의 치료뿐 아니라 자살 재시도 예방을 위한 정신건강의학과와의 개입도 매우 중요하다. 외국 논문에 의하면 자살 시도자 한 명당 평균 4.1회의 자살 시도를 하였고, 자살 시도 후 살아남은 환자는 추후 더 완벽한 준비로 재시도하여 치명적인 자살을 시도할 가능성이 크다는 보고가 있다^{10,11)}. 또한, Hur 등⁹⁾의 연구에서는 정신건강의학과 병력이 있거나 현재 진료 중인

환자가 과거 병력이 없는 환자보다 자살 시도를 더 많이 반복하는 경향이 있는 것으로 나타났으며, Gibbons 등¹²⁾은 주요우울장애 환자를 대상으로 조사한 결과 약물치료를 받은 사람들의 자살률이 약물치료를 받지 않은 사람들의 자살률보다 2배 가까이 낮다는 연구결과를 발표하였다. 따라서 자살 시도자들은 자살 시도 과거력 및 정신 질환 유무 등의 자살 고위험군을 정확한 파악하여 정신건강 의학과로 의뢰됨으로써 적극적이고 지속적인 사후관리를 받는 것이 재시도 예방에 중요할 것이다.

그럼에도 불구하고 이번 연구에서 자살 목적으로 약물음독 후 응급실에 내원한 환자 중 정신건강의학과 진료를 받은 환자는 45%로 조사되었다. 이는 Cho 등⁶⁾이 보고한 자살 시도자에서 정신건강의학과 진료를 받은 47.9%와 비슷한 결과를 나타냈고, Park 등⁷⁾의 26.5%보다 높은 수치를 보였지만 여전히 응급실에 내원한 다수의 자살 시도자에서 정신건강의학과 진료가 이루어지지 않고 있다. 자살 시도자는 정신건강의학과 진료를 권유받지만 많은 환자가 진료를 거부하고 자의 퇴원 서약서를 작성하고 퇴원하는 것으로 조사되었다. 진료 여부를 수락하거나 거부하는 것은 환자와 보호자의 권리지만 간단한 자의 퇴원 서약서만으로 끝나는 자의 퇴원 형식의 문제 해결 방안과 더불어 의료진의 인식 변화가 필요하다⁷⁾. 우리나라 의료 체계에서는 환자와 보호자가 정신건강의학과 진료를 거부할 시 강제로 정신건강의학과 입원 치료를 시행하려면 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있는 자에 한해서 정신보건법 제25조(시장·군수·구청장에 의한 입원), 제26조(응급입원)에 따라 절차를 거쳐 강제 입원치료를 시행할 수 있다. 하지만 그 절차가 복잡하고, 강제 입원 후 발생할 수 있는 법적인 문제들로 인해 응급실에 내원한 자살 시도자들을 대상으로 강제입원 진행에는 큰 무리가 따르는 현실이며, Cho 등¹³⁾의 보고에 의하면 반드시 입원이 필요한 경우에 환자나 보호자가 입원을 거부하면 강제 입원을 시킨다는 병원이 11.8%로 조사되었다^{13,14)}.

많은 자살 시도자들이 정신건강의학과 진료를 거부하는 이유로는 '정신건강의학과 진료를 받으면 기록에 남는다'라는 생각으로 진료받기에 막연한 심리적 부담을 느끼기 때문이다¹⁵⁾. 또한, 환자 스스로가 정신건강의학과 진료를 원하고 그에 대한 필요성도 알고 있지만 '자살', '약물음독'과 관련된 진단명은 건강보험 및 민간보험에서 경제적 불이익을 받을 수 있다는 이유로 진료를 받지 않는 경우도 있다¹⁶⁾. 따라서 이와 같은 불이익을 최소화할 수 있는 제도적인 보완과 함께 진료가 필요한 경제적 취약계층에 대한 공공부문의 경제적 지원 사업이 필요하다고 생각된다. 진료를 거부하는 다른 이유는 진료에 편견을 가지고

필요성을 느끼지 못하기 때문이다^{6,7)}. 정신건강의학과 진료를 처음 접하는 경우 잘못된 선입견으로 인한 진료 거부로 이어질 수 있으므로 진료를 왜 받아야 하는지, 받지 않으면 어떻게 될 수 있는지, 어떤 식으로 진료가 진행되는지 등에 관한 체계적인 설명이 선행되어야 할 것이다. Park 등⁷⁾의 연구를 보면 기존의 추적관찰 중인 정신과 병원에서 진료를 원하여 정신건강의학과 진료를 받지 않은 경우도 있다. 이는 주치의와의 치료적 관계 형성이 중요한 정신건강의학과 특성을 반영하며, 이런 경우 기존 병원으로 자살 시도에 관한 정보를 제공하는 시스템의 필요성을 보고하였다.

본 연구의 과거 병력 조사에서 이전 자살 시도 경험이 있는 환자와 정신건강의학과 과거 병력이 있는 환자가 정신건강의학과 진료에 적극적으로 참여하였다. Kim 등¹⁶⁾의 연구에서는 이전 정신건강의학과 질환을 진단받은 환자는 그렇지 않은 환자보다 퇴원 후 정신건강의학과 진료에 적극적으로 참여하는 것으로 나타났다. 이는 이전 자살 시도 경험과 정신건강의학과 과거 병력에 대해 의료진이 더 심각하게 받아들여 적극적인 진료 설득이 일어났거나, 환자나 보호자가 자살 시도에 대해 더 심각하게 받아들인 결과로 생각된다. 또한, 정신건강의학과 과거 병력이 있는 환자가 이전 진료에 대한 경험으로 진료에 대한 거부감이 적었기 때문이며, 이와 반대로 과거 병력이 없는 환자에서는 정신건강의학과 진료에 대한 인식이 많이 왜곡, 과장되어 진료의 문턱을 넘기 어려워 나타난 결과로 생각된다.

자살 시도자가 응급실에 내원하여 정신건강의학과에 의뢰되지 않음에 영향을 미치는 변인을 연구한 Kwon 등¹⁴⁾에 의하면 여성, 내원 당시 음주 상태, 자살 시도를 집에서 한 경우 등이 진료 결정 여부에 영향을 주는 것으로 보고하였다. 여성의 자살 시도는 치명도가 낮다는 연구들이 많은데 치명도가 낮은 경우에는 환자나 보호자가 자살 위험성을 낮게 평가하여 정신건강의학과 진료 여부에 결정을 끼쳤으며, 음주 상태일 때는 환자나 보호자가 충동적인 자살로 판단하여 위험성을 저평가하거나 정신건강의학과 진료의 필요성에 대해 올바른 판단을 하지 못했을 가능성 있고, 의료진도 음주 상태에 대해 자살 시도를 저평가하여 직간접적으로 환자 및 보호자에게 정신건강의학과 진료 여부에 영향을 준다고 하였다¹⁷⁻¹⁹⁾. 또한, 일반적으로 집은 구조 가능성이 높아 다른 구조 가능성이 낮은 장소에 비해 치명도가 낮고, 가문제로 인한 시위성의 자살이 많아 정신건강의학과 진료 동의 과정에 영향을 미쳤을 것으로 보고하였다¹⁴⁾.

자살 시도자가 응급실에 내원한 시간과 요일, 휴일에 따라서 정신건강의학과 진료 참여에 영향을 미치는 것으로

나타났다. 야간 및 주말, 휴일에 자살 시도로 내원한 환자가 주간 및 평일에 내원한 환자보다 정신건강의학과적 평가나 진료 참여가 낮았다. 이는 대부분 병원의 일반적인 당직제도에서 주말, 휴일이나 야간에 정신건강의학과와의 협진이 원활하게 이루어지지 않고 있고, 체계적인 연계가 이루어지지 않은 거로 생각된다. 따라서 이러한 당직 제도의 문제점을 보완하기 위한 추가적인 연구와 대책이 필요하겠다.

이번 논문에서 약물음독으로 응급실에 내원한 자살 시도자 중 정신건강의학과 진료를 받은 환자를 대상으로 시행된 진료만족도 조사에서 절반 이상이 불만족으로 조사되었으며, 불만족의 이유는 첫째, 불친절한 의료진의 태도였다. 병원에서 응급실은 긴급성과 여러 가지 변수로 인해 업무 스트레스가 많은 근무부서 중 한 곳으로 꼽힌다. 응급실 의료진의 과도한 업무 스트레스는 제대로 된 정신적인 지지와 위기 개입보다는 형식적인 진료를 할 가능성을 높이며, 환자와의 관계 형성 실패로 직결되어 진료의 순응도를 감소시킬 것으로 생각된다. 이전 연구에 의하면 응급실 의료진의 업무 스트레스는 자살 시도자에 대한 진료 태도에 영향을 미치므로 응급실 의료진의 업무량을 줄여줌으로써 자살 시도자들의 정신건강의학과 진료 빈도를 높일 수 있다는 보고도 있다¹⁷⁾. 따라서 응급실에서 자살 시도자를 전담으로 하는 전문 인력을 배치한다면, 의료진의 업무 부담으로 진료만족도를 높여 자살 시도자 진료에 도움이 될 것이다. 또한, 자살 시도자와 원만한 관계 형성을 위한 교육프로그램의 개발과 의료진의 정기적인 친절 교육도 필요할 것으로 생각된다.

둘째, 개인 비밀의 누출 염려로 인한 주위 시선 부담으로 나타났다. 정신건강의학과 진료 환경은 다른 신체적인 질환을 가진 환자와는 다르게 환자가 더욱 솔직하고 협조적으로 진료에 참여하기 위해서는 환자의 비밀보장이 매우 중요하다. 자살 시도자가 응급실에 내원하여 처음 병력 청취 단계부터 독립적인 공간에서 진료가 이루어지는 경우는 매우 드물어 의료진의 진료 과정 중에 의도하지 않게 환자가 감추고 싶은 비밀이나 과거력을 주변 사람에게 누출되는 경우가 많다. 이러한 비밀유지를 위한 배려가 없는 상황에서 환자들은 비밀누출에 대해 우려하여 진술한 얘기를 말할 수 없게 되고, 의료진은 환자와 공감의 실패로 이어져 양질의 진료를 방해할 것이다. 따라서 의료진은 초기 진료 단계부터 독립적 공간 확보가 현실적으로 어렵더라도 이동식 칸막이 등을 활용하여 개인 비밀을 보장하는 적절한 진료환경을 갖추어 환자에게 공감하고 신뢰감을 주도록 해야 한다.

마지막으로, '도움이 되지 않는 형식적인 상담' 및 '정

신경건강의학과 진료의 지나친 강요'라고 생각하기 때문이다. Cho¹³⁾의 연구에 의하면 대부분의 응급실에서는 자살 시도자를 위한 위험성 평가 및 개입 지침서가 마련되지 않았다고 보고하였다. 따라서 다양한 요인에 의한 자살 시도자를 대상으로 형식적이고 일률적인 진료가 되지 않으려면 위험성 평가 및 개입 지침서를 개발하여 환자 개개인에게 맞는 상담과 개입으로 실질적인 도움이 되도록 해야 할 것이다. 또한, 의료진이 환자에게 정신건강의학과 진료의 필요성에 대해 설명하고 권유하는 과정의 문제로 환자는 진료의 지나친 강요라고 생각할 수 있다. 이러한 문제 해결을 위해서는 정신건강의학과 진료의 필요성과 중요성에 대해 표준화된 홍보 책자나 안내문을 개발하여 진료 전에 미리 배포한다면 강요가 아닌 환자 스스로 진료의 필요성을 느껴 효과적인 진료에 도움이 될 것이다.

한편, 이번 연구에서 퇴원 후 정신건강의학과 추적진료는 35.1%만이 참여한 것으로 나타났으며, 진료군과 비진료군에서 유의한 차이를 보이지 않았다. 응급실에서 이루어지는 정신건강의학과 추적진료의 한계를 보완하기 위해서는 자살 시도자를 처음 접하는 응급의학과와 정신건강의학과뿐만 아니라 24시간 자살위기 전화 상담과 자살 시도자의 사후관리 사업을 시행하고 있는 정신건강증진센터, 그리고 행정서비스를 지원하는 해당 행정기관과의 유기적인 협력 및 조밀한 네트워크가 구성되고 더욱더 활성화 되어야 한다¹³⁾. Kapur 등²⁰⁾의 연구에서는 정신보건센터에서 사후관리를 받은 후 자살 재시도가 감소하는 효과가 있었다는 발표가 있었고, Wilson²¹⁾의 보고의 따르면 핀란드에서는 적극적인 국가의 개입으로 매우 높았던 자살사망률을 현저하게 낮춘 사례도 있었다. 국내 연구에서도 정신보건센터에서 사례 관리를 받은 후 자살재시도 여부가 감소하였다는 보고가 있다²²⁾.

그러나 우리나라는 응급실에서 사후 관리를 위해 지역 사회와 연계된 정신건강증진센터에 등록된 자살 시도자 등록률이 매우 낮아 효용성이 떨어지는 것으로 나타났다²²⁾. 응급실 기반 자살 시도자의 사후 관리 프로그램 등록률을 높이기 위한 Lee 등¹⁵⁾의 연구에 의하면 정신건강증진센터 등록 관리자의 즉각적인 개입이 등록률 향상을 가져옴으로 등록 관리자의 24시간 상주 및 당직이 가능하도록 하는 사후 관리 서비스를 제공할 것을 권유하고 있다. 또한, 입원하는 경우 지속적으로 환자와 접촉하여 등록률의 향상을 가져올 수 있으며, 정신건강증진센터와 환자 거주지의 거리가 가까우면 등록률이 높아 지역마다 사후 관리 프로그램을 담당하는 정신건강증진센터가 필요함을 보고하였다. 하지만 본질적인 문제는 의료진 대부분이 정신건강증진센터의 중요성이나 필요성에 대해 동의하지만 '귀찮

아서' 또는 '방법을 몰라서' 등의 이유로 자살 시도자에게 등록을 권유하지 못하는 실정이다. 따라서 더욱 근본적으로 등록률을 높이기 위해서는 응급실에서 자살 시도자를 진료하는 응급의학과 및 정신건강의학과가 정신건강증진센터와 사후 관리 등록률을 높일 방안에 대해 관심을 두고 함께 연구하며 협력하려는 자세가 무엇보다 중요하다고 생각된다.

이번 연구의 제한점은 첫째로 일개 대학병원 응급의료센터에서 자살 목적의 약물음독 환자만을 대상으로 시행되었다. 약물음독은 실제로 자살성공률이 낮아 충동적으로 자살을 시행하는 경우가 많으므로 모든 자살 시도자를 대표하기는 어렵다는 것이다. 둘째로 자살에 대한 사회적 통념상 전화 설문조사나 설문지 조사에 비협조적이고 정확한 내용을 전달하지 않았을 수 있다. 셋째로 환자나 보호자의 진술을 토대로 작성된 의무기록이기 때문에 사실과 다른 진술로 인해 자살목적으로 약물을 음독한 환자가 단순 약물음독으로 분류되어 연구대상에서 제외됐을 가능성이 있다.

결론으로, 자살 시도자의 정신건강의학과 진료 참여를 높이기 위해서는 야간 및 주말, 휴일에도 유기적인 협진이 가능하도록 해야 하며, 자살 시도 과거력과 이전 자살 시도력이 없는 환자의 진료 참여를 높일 수 방안 마련이 필요하다. 응급실에 내원한 다수의 자살 시도자는 정신건강의학과 진료에 불만족한 것으로 나타났으며, 효과적인 추적진료를 위해서는 정신건강의학과 진료에 참여하기 어려운 요인의 해결이 요구된다.

참고문헌

1. Korea national statistical office. Seoul: Annual report on the cause of death statistics of 2013; 2013. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_ko/5/2/index.board?bmode=read&aSeq=330389 [cited 23 September 2014].
2. Korea national health insurance service. Seoul: Social cost due to diseases of 2012; 2012. Available from: <http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0039/13429> [cited 9 February 2015].
3. Park JH, Wi DH. Clinical analysis of the suicidal attempters visiting emergency center. J Korean Soc Emerg Med 1999;10:568-78.
4. Kang JH, Lee HN, Jin YH, Lee JB. A clinical analysis of acute drug intoxication in emergency department setting. J Korean Soc Emerg Med 1999;10:431-40.
5. Song DH, Lee JH, Suh HS, Lee HS. The psychiatric characteristics of repeated suicide attempters. Korean J Psychopathol 1996;5:77-86.

6. Cho JK, Park IC, Yoon YS, Kim SH, Lee KR. Psychiatric follow-up after ED discharge in cases of intentional poisoning. *J Korean Soc Emerg Med* 2005;16:158-63.
7. Park HN, Jun SS, Byun EK. The psychiatric treatment link characteristics of suicide attempters visiting emergency room. *J East-West Nurs Res* 2014;20:93-102.
8. Kim SY, Song HS, Kim KD, Lee KK. A study of patients with suicidal attempt. *J Korean Soc Emerg Med* 1999;10:560-7.
9. Hur JM, Chun WC, Min YG, Jung YS. Analyses of suicide victims admitted via the emergency department - based on psychiatric histories, past suicidal attempts and psychiatric diagnoses. *J Korean Soc Clin Toxicol* 2004;2:106-15.
10. Howson MA, Yates KM, Hatcher S. Re-presentation and suicide rates in emergency department patients who self-harm. *Emerg Med Australas* 2008;20:322-7.
11. Jenkins GR, Hale R, Papanastassiou M, Crawford MJ, Tyrer P. Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *BMJ* 2002;325:1155.
12. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Mann JJ. Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health Administration data sets. *Am J Psychiatry* 2007;164:1044-9.
13. Cho JH, Chung SP, Lee MS, Seo YM. Survey of the management systems and decision-making process of emergency medicine and psychiatry for patients attempting suicide. *J Korean Soc Emerg Med* 2008;19:535-40.
14. Kwon JW, Ko YH, Han CS, Lee MS, Yoon HK, Lee HJ, et al. Psychosocial characteristics and factors associated with referral to psychiatric care in the suicide attempters visiting emergency center. *Korean J Psychosomatic Med* 2013;21:106-13.
15. Lee JC, Kang HG, Kim CS, Oh JH, Lim TH, Ahn DH, et al. The factors affecting the registration rates for emergency department based post-suicidal care program. *J Korean Soc Clin Toxicol* 2015;13:25-32.
16. Kim HJ, Kim HM, Kim HJ, Cho YS, Lee MG, Jun DH, et al. Association of prescribed drug intoxication and neuropsychiatric history. *J Korean Soc Clin Toxicol* 2011;9:77-80.
17. Suokas J, Lönnqvist J. Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. *Acta Psychiatry Scand* 1989;79:474-80.
18. Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:282-8.
19. Suokas J, Lönnqvist J. Selection of patients who attempted suicide for psychiatric consultation. *Acta Psychiatry Scand* 1991;83:179-82.
20. 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.
21. Wilson JF. Finland pioneers international suicide prevention. *Ann Int Med* 2004;140:853-6.
22. Jang NG, Kim JJ, Park WB, Cho JS, Hyun SY, Lim YS, et al. Efficacy of a program associated with a local community of suicide attempters who visited a regional emergency medical center. *J Korean Soc Emerg Med* 2012;23:696-704.

Appendix 1. 응급실에서 시행한 정신건강의학과 진료의 만족도 설문조사지

응급실에서 시행되고 있는 정신건강의학과 진료의 만족도와 불만족 설문 조사

1. 응급실 정신건강의학과 진료에 대해 얼마나 만족 하십니까?

(1개 항목을 선택해 주세요)

① 매우 만족 ()

② 만족 ()

③ 보통 ()

④ 불만족 ()

⑤ 매우 불만족 ()

2. (④ 불만족, ⑤ 매우 불만족을 답한 경우)

응급실에서 정신건강의학과 진료에 불만족한 이유는 무엇입니까?

()

* 성실한 답변에 감사합니다.