

초기 성인기의 외상 경험과 외상 후 스트레스 증상 및 정신건강 관련 특성과의 관계

이경현¹ · 조혜경¹ · 김선아²

연세대학교 간호대학¹, 연세대학교 간호대학·김모임간호학연구소²

Relationships among Traumatic Experiences, Posttraumatic Stress Symptoms, and Mental Health-related Characteristics in Young Adults

Lee, Kyunghyun¹ · Jo, Hyekyung¹ · Kim, Sunah²

¹College of Nursing, Yonsei University, Seoul

²College of Nursing, Mo-Im Kim Nursing Research Institute, Yonsei University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate the level of traumatic experiences, posttraumatic stress symptoms and mental health-related characteristics in young adults and identify relationships among the variables. **Methods:** In this descriptive cross-sectional study, data were collected through a Web-based survey ($N=568$). Structured instruments included valid measures of traumatic experiences, posttraumatic stress symptoms, depression, somatization symptoms, insomnia, and alcohol use. Collected data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, χ^2 tests, ANOVA, and Pearson correlation coefficient with SPSS statistics 23. **Results:** Among study participants, 76.8% reported traumatic experiences. The severity of trauma was associated with high levels of posttraumatic stress symptoms, depression, somatization symptoms, insomnia, and alcohol use. Women showed more severe posttraumatic stress and depressive symptoms than men. There were positive correlations for trauma experiences with posttraumatic stress symptoms, depression, somatization symptoms, and insomnia. **Conclusion:** Findings indicate the need to develop nursing intervention programs to relieve posttraumatic stress symptoms and improve mental health related characteristics targeting young adults, and to establish a national policy that addresses characteristics of trauma experienced in Korea.

Key Words: Stress disorder, Post-traumatic; Depression; Mental health; Young adult

서론

1. 연구의 필요성

우리 사회는 최근 세월호 사건, 대형 화재와 같은 국가적 재난부터 특정 사회 집단내의 성폭력 문제, 따돌림 문제에 이르

기까지 다양한 외상을 경험하고 있으며, 개인 및 집단에게 일어나는 이러한 외상으로 인해 사회적 불안과 극심한 정신적 고통이 초래되고 있다[1]. 생명을 위협하는 질병이나 심각한 사고, 가족의 죽음, 부모로부터의 학대, 성적 외상(sexual trauma) 등과 같은 다양한 종류의 외상 사건의 경험은 신체적 안전을 위협할 뿐 아니라, 자아개념과 인간관계 형성에 부정적

주요어: 외상 후 스트레스 장애, 우울, 정신건강, 초기성인

Corresponding author: Kim, Sunah <https://orcid.org/0000-0001-5922-6598>
College of Nursing, Yonsei University, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea.
Tel: +82-2-2228-3210, Fax: +82-2-364-5027, E-mail: PSY0962@yuhs.ac

Received: Feb 15, 2018 | Revised: Mar 25, 2018 | Accepted: May 28, 2018

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

인 영향을 끼치고 스트레스 대처능력에도 손상을 준다[1]. 최근 연구에 따르면, 일반 인구의 46.4~71.9%가 평생 동안 한번은 극심한 외상 사건을 경험하고, 외상에 노출된 사람 중 20.1%는 외상 후 스트레스 장애(posttraumatic stress disorder, PTSD)를 진단받으며, 15.7%의 사람들은 잠재적으로 PTSD로 발전할 가능성이 높음으로 보고되었다[1,2]. 이처럼 일반 인구도 외상 노출에 대한 위험성이 높고 외상을 경험한 후 PTSD와 같은 질환으로 인해 정신건강이 악화될 수 있으므로, 일반 인구가 노출되는 외상 경험과 노출 후의 정신건강 특성에 대한 탐색이 요구된다. 외상 사건 경험은 환경적인 특성에 영향을 많이 받고 비슷한 사건일지라도 문화적 특성에 따라 외상의 인식과 추후 결과가 상이할 수 있다[1]. 따라서 국내 일반 인구를 대상으로 하여 외상 경험의 특성을 파악하고 그에 따른 외상 후 스트레스 수준과 관련된 증상에 대한 통합적 조사가 필요할 실정이다.

외상 사건을 경험한 많은 대상자들은 PTSD를 비롯하여 다양한 정신 건강 문제를 경험하게 된다. 우울, 불면증, 물질남용, 자살시도, 불안 등의 증상과 두통, 소화불량과 같은 신체화 증상이 동반되며 악몽, 플래시백(flashback), 집중력 저하, 흥미상실, 과민성과 같은 증상 또한 나타나 일상생활 유지에도 어려움을 겪는다[3-8]. 외상 경험 후에 나타날 수 있는 정신건강 관련 문제 중에서 가장 높은 빈도로 발생하는 증상은 우울이며, PTSD 진단군에서의 주요 우울장애의 공존질환율은 44.5~55.0%에 이르는 것으로 나타나고 있다[3,7,8]. 외상에 노출된 집단은 노출되지 않은 집단에 비해 1.7배 높은 우울증을 호소하고, 공격적인 폭력과 상해·충격 사건과 같은 중증도가 높은 외상에 직접 노출되거나 다중 외상에 노출되는 경우는 우울증의 중증도는 더 높아지는 것으로 보고되고 있다[4,8,9]. 우울증을 공존질환으로 가진 외상 경험자들은 전반적인 사회적 기능도 저하되는 것으로 나타나 직업을 포함한 일상생활 유지에 어려움을 겪을 수 있으며[8,9], 수면장애, 알코올 남용과 같은 정신건강 문제를 일으키거나 더 악화시킬 수 있어 외상 경험 후의 우울 수준의 사정에 대한 임상적 필요성이 더욱 강조되고 있다[5,7,8].

외상 경험 후에 많은 사람들이 호소하는 다양한 신체화 증상은 외상으로 인한 신체적 손상의 결과나 기질적인 문제라기보다는 외상 경험 이후의 심리적인 스트레스로부터 자신을 보호하기 위한 방어기제 작용과 관련된 심리적인 문제라 할 수 있으며[6], 정서 상태나 스트레스 정도에 영향을 받아, PTSD 증상이 악화되면 신체화 증상도 같이 악화되는 것으로 알려져 있다[10]. 신체화 증상은 외상의 재경험, 놀람, 악몽 등과 같은 PTSD 증상보다 외상의 중증도와 관련성이 높은 것으로 보고되어[10] 외상 경험자에게는 중요한 정신건강 관련 특성임에

도 불구하고, 임상 현장에서는 신체화 증상보다는 주로 PTSD 증상 사정과 치료에 초점이 맞추어져 있어 신체화 증상에 대한 관심과 연구가 부족한 편이다[6,10].

수면장애는 PTSD 환자들의 2/3 이상이 호소할 정도로 외상 경험 후에 자주 나타나며 일상생활을 방해하는 주된 증상 중 하나로서, 외상 후 스트레스 증상의 심각성 수준에 따라 영향을 받는 것으로 알려져 있다[11]. 수면장애는 신체화 증상 중 하나로 보고되기도 하지만[6], 외상 경험자들은 수면장애를 정신건강과 관련된 증상으로 인식하여 정신건강상태에 따라 수면상태가 달라지는 것으로 보고하였다[11]. 또한 PTSD와 공존질환으로 우울장애나 불안장애를 동반하면 수면장애는 더 악화되고, 공존질환의 중증도가 높을수록 수면장애도 동시에 악화된다[11]. 이처럼 수면은 외상 경험 후의 정신건강상태의 변화에 따라 영향을 많이 받는 변수로, Belleville 등[11]은 외상을 경험한 후 수면장애가 나타나는 시점을 주의 깊게 사정하면 PTSD를 조기 발견할 수 있다고 하였다. 따라서 수면장애는 외상 후 스트레스 증상과 그에 따른 정신건강 상태 수준을 파악하고 적절한 중재를 적용할 수 있는 '지표'로서 활용 가능할 것으로 간주되고 있다[11].

또한 알코올 남용은 외상 후에 일어날 수 있는 심각하지만 가장 일반적인 문제 중 하나로, 우울 다음으로 많이 동반되는 정신건강 문제이다[5,7]. Tracy 등[9]은 외상을 경험하지 않은 집단의 문제음주가 37.8%인데 반해 외상을 경험한 집단은 62.2%로 보고하였다. 알코올 남용은 외상 사건을 경험한 후에 외상 후 스트레스로 인한 고통을 경감시키기 위해 시작되고 점차 반복적이고 습관적인 알코올 사용이 진행되며, 이로 인해 정상적인 일상생활 방해가 되거나 법적 문제, 대인관계 문제가 발생하기도 한다[5]. 또한 알코올 남용은 성적 외상이나 폭력과 같은 중증도 높은 외상 경험을 하거나 PTSD 증상의 중증도가 높아질수록 남용이 심해지게 되므로 이러한 취약 대상자들에게 적절한 중재 개발을 위한 기초자료수집이 필요하다[5,12].

이처럼 외상 경험은 PTSD 증상을 일으킬 수 있고, 정신건강 전반에 걸쳐 심각한 영향을 끼쳐 삶의 여러 영역에 부정적인 결과를 가져올 수 있어 외상 경험자에 대한 관심이 매우 필요하지만 아직 우리나라에서는 초기 성인기를 대상으로 한 탐색이 매우 부족한 실정이다. 외상은 전 연령층에서 발생가능하나, 10대 후반에서 20대에 가장 빈번하고, 이후 30대부터는 외상 노출이 감소하는 것으로 보고되고 있다[1]. 또한, 연령별로 자주 경험하는 외상의 정도가 달라, 특히 30대 이전에는 중증도 높은 외상인 심한 폭력이나 충격적인 사건·사고를 경험할 확률이 다른 연령대 보다 높아[1,9] 외상 후 과도한 스트레스의 위험

성에 쉽게 노출될 수 있다. 또한 비슷한 외상을 겪는다 하더라도 문화적·사회적 배경에 따라 쉽게 PTSD로 이환되는 연령이 다르고 외상에 대한 태도 또한 달라[3] 국내의 특성을 반영한 외상 특성 및 관련된 정신건강 특성을 확인할 필요가 있다. 하지만, 현재까지 진행된 외상 경험에 대한 국내 연구는 외상 경험에 따른 외상 후 스트레스 증상 수준 연구[2-4,7], 외상 후 스트레스 증상에 따른 우울[4,8,9], 외상 후 스트레스 증상에 따른 신체화 증상[6,10]·수면장애[10,11]·알코올 사용[5,12] 등 특정 증상을 중심으로 한 개별적 조사연구만 시행된 상태이다.

외상과 외상 후 증상에 관련된 다양한 취약계층 중 성별과 다중 외상 경험에 따른 취약 그룹에 대한 조사가 필요한 실정이다. 첫째, 성별은 외상의 종류에 관련이 있는 중요인자로서 여성은 주로 성적 외상(sexual trauma), 남성은 폭력과 관련된 사건에 노출되는 것으로 알려져 있다[2]. 여성은 외상에 대해 남성보다 위협적으로 받아들이는 경향이 있으며, 외상을 경험한 후에도 PTSD로의 이행이 남성에 비해 2배 이상 높다[3,7]. 이처럼 여성과 남성은 노출되는 외상의 종류와 PTSD 위험률이 달라 외상 후 스트레스 증상, 정신건강 상태에 차이가 있을 것으로 예상되어, 성별에 따른 외상 경험의 차이를 탐색할 필요가 있다. 둘째, 외상 사건의 중증도가 높거나 다중 외상 경험자는 외상 후에 심리적 고통을 겪을 가능성이 매우 높으므로 이들의 PTSD 증상이나 우울과 신체화 증상, 수면장애, 알코올 사용과 같은 정신건강 관련 특성에 대한 탐색이 반드시 필요하다.

본 연구는 외상 경험자의 외상 후 스트레스 증상과 정신건강 관련 요인을 다면적으로 탐색하고 성별과 다중 외상에 따른 취약 그룹을 파악하여 외상과 관련된 정신건강 문제의 예방과 적절한 간호중재 개발에 반영할 수 있는 기초자료를 제공하고자 한다. 이에 서술적 조사연구를 통하여 19~29세의 초기 성인기를 대상으로 외상 경험의 종류와 빈도를 탐색하고 외상 후 스트레스 증상, 정신건강 관련 특성(우울, 신체화 증상, 수면장애와 알코올 사용)을 확인하여, 외상 경험과 정신건강 관련 특성과 변수간의 상관관계를 파악하고자 한다.

2. 연구목적

- 일반적 특성에 따른 외상 후 스트레스 증상 및 정신건강 관련 특성(우울, 신체화 증상, 수면장애와 알코올 사용)을 파악하고, 초기 성인기의 외상 경험을 확인한다.
- 성별과 외상 경험 중증도에 따른 외상 경험, 외상 후 스트레스 증상, 정신건강 관련 특성(우울, 신체화 증상, 수면장애와 알코올 사용)의 수준의 차이를 파악한다.

- 초기 성인기의 외상 경험과 외상 후 스트레스 증상 및 정신건강 관련 특성(우울, 신체화 증상, 수면장애와 알코올 사용)의 상관관계를 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 초기 성인의 외상 경험과 외상 후 스트레스 증상 및 정신건강 관련 특성(우울, 신체화 증상, 수면장애와 알코올 사용)을 탐색하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 19세 이상 29세 이하 성인으로 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 설문에 참여한 자로 편의추출을 통하여 모집되었다(N=568). 연구대상자의 수는 G*Power 3.1.9.2 프로그램을 이용하여 상관관계 분석, 양측검정, 중간 효과 크기 0.15, 유의수준(α) .05, 검정력($1-\beta$) .80으로 설정하여 최소 343명이 필요하였으나, 온라인 조사의 특성상 탈락률이 높을 것으로 예상되어 570명으로 설정하였다. 설문 완료 후 불성실하게 응답한 2부를 제외한 최종 568부가 분석에 사용되었다.

3. 연구도구

1) 외상 경험

외상 경험은 Goodman 등[13]이 외상 경험을 선별하기 위해 개발하고 Park [14]이 수정, 변안한 스트레스 생활사건 스크리닝 질문지(Stressful Life Events Screening Questionnaire, SLESQ)를 사용하였다. SLESQ는 총 13개의 문항으로 구성되어 있고 PTSD를 유발할 수 있는 다양한 외상 사건들을 선별하기 위한 도구이다. 문항내용은 자기 자신이나 타인에게 일어난 죽음, 혹은 죽음의 위협을 주는 심각한 상해나 신체적 안녕에 위협을 주는 사건들을 선별하기 위한 내용으로 구성되었다. 도구의 원 문항[13]은 외상을 겪은 나이, 가해자에 대한 세부 정보, 피해 사항에 대한 상황 등의 세부 사항을 묻는데, 이러한 세부 문항은 삭제하고 외상 사건의 종류와 함께 노출빈도를 알아보기 위하여 빈도를 답하는 형식으로 Park [14]이 수정하였다. 설문지는 4점 척도이며 외상 경험이 없으면 0점, 1회 경험은 1점, 2~3회 경험은 2점, 4회 이상은 3점으로 구성되었고, 총점은 0~36점까지 가능하다. 점수가 높을수록 같은 외상을 여러 번 경험

하였거나 여러 가지 외상을 경험한 것을 의미한다. Goodman 등[13]의 연구에서 검사-재검사 신뢰도는 Kappa 중앙값이 0.73이며[13], 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .80이었다.

2) 외상 후 스트레스 증상

외상 후 스트레스 증상은 Weiss와 Marmar [15]가 외상 후 스트레스 증상을 측정하기 위해 개발하고 Lim 등[16]이 번안한 한국판 사건충격척도(Impact of Event Scale-Revised Korean version, IES-R-K)를 사용하였다. 22문항 5점 척도(0~4점)로 구성되어 있으며 절단점은 22점[16]이나 25점[17]으로 외상 후 스트레스 증상군을 분류한다. Eun 등[17]은 부분 PTSD로 진단할 수 있는 18점과 완전 PTSD로 진단할 수 있는 25점을 제시하였고, 본 연구는 완전 PTSD로 감별할 수 있는 25점을 절단점으로 분석하였다. 총 점수는 0~88점이며 총점이 클수록 지난 한주간의 증상의 심각도가 높은 것이다. Lim 등[16]의 연구에서 Cronbach's α 값은 .93이었으며 본 연구에서는 .96이었다.

3) 정신 건강 관련 특성

(1) 우울

우울은 Radloff [18]가 일반 인구의 우울을 측정하기 위해 개발하고, Jo와 Kim [19]이 번안한 한국판 역학연구센터 우울 척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)를 이용하였다. 20문항 4점 척도(0~3점)로 지난 일주일간의 우울 감정과 증상에 대해 대답하도록 되어 있다. 총 점수는 0~60점이며, 총점이 클수록 우울증상의 심각도가 높은 것이다. 본 도구의 절단점은 Jo와 Kim 등[19]의 연구에 따라 지역사회 역학연구의 일차 선별을 위한 21점으로 분석하였다. Jo와 Kim 등[19]의 연구에서 Cronbach's α 값은 .89였으며 본 연구에서는 .92였다.

(2) 신체화 증상

신체화 증상은 Derogatis 등[20]에 의해 개발되고 Kim 등 [21]이 번안한 신체화 증상은 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revision, SCL-90-R)를 사용하여 측정하였다. 신체화, 강박증, 대인 예민성, 우울, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증, 정신증으로 이루어진 90문항에서 '신체화' 영역 12문항만 사용하였다. 5점 척도(0~4점)로 최근 일주일 동안의 증상에 대해 보고하도록 되어 있다. 총점은 0~48점이며, 총점이 클수록 신체화 증상이 수준이 높은 것으로 해석한다. Derogatis 등 [20]의 연구에서 '신체화' 영역의 Cronbach's α 값은 .86이었으며, 본 연구에서는 .91이었다.

(3) 수면장애

수면장애는 Zomer 등[22]이 개발하고 Kim [23]이 번안한 Mini-Sleep Questionnaire-Insomnia (MSQ-Insomnia)를 사용하였다. 4문항 7점 척도(1~7점)로 이루어져 있으며 지난 한 달 간의 수면의 시작과 유지의 상태, 수면보조약물 사용 여부 등의 일상적인 수면습관을 묻는 문항으로 구성되어 있다. 총점은 4~28점이며 점수가 높을수록 불면 증상이 심해 수면 상태가 나쁜 것이며, 절단점은 8.5점이다[23]. Kim [23]의 연구에서 Cronbach's α 값은 .69였으며 본 연구에서는 .78이었다.

(4) 알코올 사용

알코올 사용은 Babor 등[24]이 개발한 성인의 문제 알코올 사용 정도를 측정하는 도구로 Lee 등[25]이 번안한 알코올사용 장애진단검사(Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT-K)를 사용하였다. 10문항으로 구성되어 있으며 지난 1년 동안의 알코올 사용 경험에 대해 측정한다. 기존의 알코올 사용 장애와 위험한 알코올 사용 모두를 선별하는 장점이 있다. 문항의 응답에 따라 0~4점(1~8번 문항) 또는 0,2,4점(9,10번 문항)으로 점수화되며, 총점은 0~40점으로 점수가 클수록 알코올 사용에 문제가 있는 것이다. 12점을 절단점[25]으로 알코올 사용 문제군을 분류한다. Cronbach's α 값은 Lee 등[25]의 연구에서 .92였으며, 본 연구에서는 .91이었다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집 전 설문조사에 사용된 도구는 모두 이메일을 통해 사용승인을 받았다. SLESQ, IES-K, MSQ-Insomnia는 원저자와 한국어 번안자 모두에게 사용승인을 받았으며, CES-D, SCR-90-R은 American Psychological Association (APA)에서 상업적 목적이 아닌 경우에는 별도의 허락 없이 사용 가능한 것으로 고지되어 있고, 한국어 번안자에게는 사용승인을 받았다. AUDIT-K는 World Health Organization (WHO)[24]에서 개발한 것으로 사용에 있어서 허락이 필요하지 않으며, 한국어 번안자에게 이메일을 통해 도구 사용에 대한 승인을 받았다.

자료수집은 2017년 5월 연구자 소속기관 IRB 승인(Y-2017-0004)을 받은 후 2017년 6월에 일주일 동안 진행되었다. 전국 성인들의 참여가 가능할 수 있도록 여론조사 기관(주)마켓링크(www.marketlink.co.kr)에 의뢰하여 인터넷 설문을 실시하였다. 이 업체는 100여개의 채널을 통한 대상자를 보유하고 있으며 실명인증을 통해 중복가입을 방지하고 있어 해당되는 대

상자에게 이메일과 문자 메시지를 통해 연구가 개별 안내된다. 대상자에게 연구의 목적과 방법, 기대효과, 위험성, 철회 가능성을 지면을 통해 충분히 설명하였고, 대상자가 동의 후 설문 참여가 가능하도록 하였다. 대상자는 설문 완료 시 소정의 보상을 제공받게 되며 본인이 원하지 않을 경우 언제든지 철회가 가능하게 하였다. 연구대상자의 사생활과 비밀의 유지를 위해 설문결과는 개인 식별이 불가능한 파일로 자동으로 처리되었다. 총 570부의 자료 중 불성실하게 응답한 2부를 제외하고 최종 568부를 분석에 포함하였다.

5. 자료분석

본 연구의 분석은 SPSS/WIN Statistics 23 프로그램(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 사용하여 실시하였다.

- 일반적 특성에 따른 외상 후 스트레스 증상, 정신건강 관련 특성(우울, 신체화 증상, 수면장애와 알코올 사용)의 평균 차이 분석은 χ^2 test, independent t-test, one-way ANOVA로 분석한 후 Scheffé 또는 Dunnett T3 방법으로 사후 검정을 실시하였다.
- 외상 경험은 다중응답 빈도분석을 통해 분석하였다.
- 성별에 따른 외상 경험의 차이 분석과 절단점에 따른 외상 후 스트레스 증상, 정신건강 관련 특성(우울, 신체화 증상, 수면장애와 알코올 사용)의 성별 차이 분석은 χ^2 test를 이용하였다.
- 외상 경험 중증도에 따른 외상 후 스트레스 증상, 정신건강 관련 특성(우울, 신체화 증상, 수면장애와 알코올 사용)의 평균 차이 분석은 one-way ANOVA로 분석한 후 Scheffé 또는 Dunnett T3 방법으로 사후 검정을 실시하였다.
- 외상 경험, 외상 후 스트레스 증상, 정신건강 관련 특성(우울, 신체화 증상, 수면장애와 알코올 사용)간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.

연구결과

1. 일반적 사항

본 연구의 대상자 568명의 일반적 사항은 Table 1과 같다. 성별 분포는 남자 283명(49.8%), 여자 285명(50.2%)이며 연령 분포는 '23~26세'가 253명(44.6%), '27~29세'가 207명(36.4%)이었다. 학력은 '4년제 대학교 졸업자'가 285명(50.2%)으로 가

장 많았고, 527명(92.8%)이 '미혼'이며, 373명(65.7%)이 종교가 없었다. 대상자의 직업은 '학생'이 242명(42.6%)으로 가장 많았고, 그 다음으로 '사무직'이 141명(24.8%)을 차지하였다. 직업 문항의 '기타'에는 전업주부, 기술직, 노무직, 자영업 등이 있었다. 본 연구에 참여한 대상자들 중에서 경제적 수준을 '중'이라고 응답한 대상자가 352명(62.0%)으로 가장 많았고, 190명(33.5%)이 경제적 수준이 '하'라고 응답하였다. 100명(17.6%)의 대상자가 흡연자라고 응답하였다.

2. 외상 경험

본 연구에 참여한 초기 성인들의 외상 경험은 대상자 568명 중에서 436명(76.8%)이 한번 이상의 외상 경험을 하였다고 응답하였다(Table 2). 외상을 1번 이상 경험한 436명의 대상자들 중에서 204명(46.8%)이 남자, 232명(53.2%)이 여성이었으며 남성과 여성의 그룹 간의 차이는 통계적으로 유의하였다($\chi^2=6.91, p=.009$). 또한 한 번의 외상을 경험한 경우는 390명(68.7%), 2~3번 경험한 경우는 196명(34.5%), 4회 이상 경험한 경우는 111명(19.5%)이었다.

가장 많은 경험이라고 보고한 것은 성적 외상 '문항 6'으로 229명(40.3%)이며, 다음으로는 심각한 상해와 관련된 '문항 2'로 196명(34.5%)의 대상자들이 경험하였다고 대답하였다. 성별에 따른 외상 경험을 살펴보면, 외상을 경험한 남성 중 109명(53.4%)이 '문항 2'에 응답하였으며, 여성 중 147명(63.4%)이 '문항 6'을 경험하였다. 남녀 간의 차이가 있었던 문항은 '문항 1,2,5,6,8,9,10,11'이었다. '문항 1'은 질병경험, '문항 2,10,11'은 심각한 상해를 당하거나 목격한 경험, '문항 5,6'은 성적 외상 경험, '문항 8,9'는 타인에서의 괴롭힘 또는 신체적 폭행경험이다.

3. 일반적 특성에 따른 외상 후 스트레스 증상, 정신건강 관련 특성 차이

일반적 사항과 외상 후 스트레스 증상, 정신건강 관련 특성의 통계적 분석결과는 다음과 같다(Table 1). 외상 후 스트레스 증상은 남성이 17.75 ± 18.24 점, 여성이 21.82 ± 17.97 점, 우울은 남성이 15.03 ± 11.08 점, 여성이 18.01 ± 11.95 점으로 여성이 외상 후 스트레스 증상($t=-2.68, p=.008$)과 우울($t=-3.07, p=.002$)이 모두 남성보다 높게 나타났으며, 통계적으로 유의하였다. 알코올 사용은 연령에 따라 알코올 사용 점수가 차이가 있어

Table 1. Differences in Mental Health-related Symptoms by Socio-demographics (N=568)

Variables	Categories	n (%)	Posttraumatic stress symptom		Depression		Somatization symptom		Insomnia		Alcohol use	
			M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Gender	Male	283 (49.8)	19.79±18.20		16.53±11.61		9.13±8.16		9.35±4.56		8.79±7.95	
	Female	285 (50.2)	17.75±18.24	-2.68 (.008)	15.03±11.08	-3.07 (.002)	8.47±8.26	-1.95 (.052)	9.25±4.77	-0.54 (.587)	9.27±7.66	1.43 (.154)
Age	19~22 ^a	108 (19.0)	20.77±18.70	0.63 (.528)	16.06±11.72	0.11 (.893)	7.56±6.52	2.99 (.051)	8.70±4.60	1.36 (.257)	6.48±6.06	5.83 (.003)
	23~26 ^b	253 (44.6)	18.84±17.18		16.67±10.89		9.18±8.66		9.49±4.58		9.15±7.97	
	27~29 ^c	207 (36.4)	20.45±19.17		16.53±11.62		9.14±8.17		9.52±4.53		9.57±8.60	b, c > a [†]
Academic status	High school	175 (30.7)	20.02±18.89	0.90 (.441)	17.36±11.86	1.29 (.278)	9.37±7.80	0.79 (.500)	9.00±4.81	0.78 (.502)	7.39±7.58	2.86 (.036)
	2 or 3yr college	84 (14.9)	21.19±18.31		17.94±12.53		9.44±8.18		9.61±4.63		9.44±8.46	
	4yr college	285 (50.2)	18.87±17.45		15.73±11.31		8.73±8.08		9.31±7.82		9.31±7.82	
	Graduate work	24 (4.2)	24.25±21.53		15.04±9.70		11.13±11.34		10.29±4.50		10.63±9.47	
Marital state	Married	41 (7.2)	22.98±18.78	-1.16 (.246)	16.34±11.72	0.79 (.913)	10.12±7.65	0.95 (.424)	9.54±4.61	0.76 (.793)	8.56±7.98	0.80 (.845)
	Unmarried	527 (92.8)	19.55±18.15		16.54±11.62		9.06±8.20		9.34±4.57		8.81±7.96	
Religion	Yes	195 (34.3)	19.33±17.89	-0.44 (.660)	17.48±11.73	1.41 (.157)	9.90±8.65	1.57 (.118)	9.20±4.41	-0.59 (.558)	7.94±7.64	-1.84 (.065)
	No	373 (65.7)	20.04±18.68		16.03±11.53		8.74±7.89		9.44±4.65		9.24±8.08	
Occupation	Student ^a	242 (42.6)	19.79±17.68	0.73 (.570)	15.64±10.72	0.94 (.439)	8.36±7.33	1.23 (.294)	8.98±4.45	0.82 (.510)	7.71±6.59	3.12 (.015)
	Office work	141 (24.8)	18.41±17.62		16.81±12.02		9.26±8.15		9.58±4.65		9.04±7.87	
	Service work ^b	34 (6.0)	24.26±22.55		18.26±13.60		10.53±9.17		10.15±4.43		12.23±10.05	b > a [†]
	Profession	33 (5.8)	20.61±18.86		15.64±10.94		9.48±8.48		9.67±4.36		9.03±7.79	
	Other	118 (20.8)	19.93±18.48		17.77±12.46		10.10±9.31		9.53±4.81		9.64±9.57	
Socioeconomic state	High	26 (4.5)	23.27±20.69	4.94 (.007)	16.61±11.69	14.03 (<.001)	14.23±11.16	5.77 (.003)	10.30±4.80	4.23 (.015)	10.00±9.47	2.00 (.136)
	Moderate ^a	352 (62.0)	17.93±16.93		14.63±10.75		8.28±7.67		8.92±4.16		9.19±7.88	
	Low ^b	190 (33.5)	22.78±19.70	b > a [†]	20.04±12.36	b > a [†]	10.29±8.37	b > a [†]	10.02±5.13	b > a [†]	7.88±7.82	
Smoking	Yes	100 (17.6)	25.50±21.25	3.05 (.003)	18.01±12.48	1.40 (.162)	11.60±10.13	2.78 (.006)	10.87±4.87	3.69 (<.001)	14.92±9.36	7.50 (<.001)
	No	468 (82.4)	18.57±17.26		16.22±11.42		8.61±7.60		9.03±4.44		7.48±6.96	

[†]Dunnnett T3; [†]Sheffé test.

Table 2. Descriptive of Stressful Life Events Screening Questionnaire

(N=568)

Traumatic experience	Experienced by participants [†]						Male	Female	χ^2 (p)
	No	Yes	Once	2~3 times	4 times or more				
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
	132 (23.2)	436 (76.8)	390 [‡] (68.7) [§]	196 [‡] (34.5) [§]	111 [‡] (19.5) [§]	204 (46.8)	232 (53.2)	6.91 (.009)	
Q1. Have you ever had a life-threatening illness?	412 (72.5)	156 (27.5)	134 (23.6)	16 (2.8)	6 (1.1)	90 (44.1)	66 (28.4) [¶]	5.32 (.021)	
Q2. Were you ever in serious accidents? (e.g. Car or train accidents, fire, natural disasters)	372 (65.5)	196 (34.5)	158 (27.8)	33 (5.8)	5 (0.9)	109 (53.4)	87 (37.5) [¶]	4.01 (.045)	
Q3. Was physical force or a weapon ever used against you in a robbery or mugging?	484 (85.2)	84 (14.8)	63 (11.1)	18 (3.2)	3 (0.5)	48 (23.5)	36 (15.5) [¶]	2.11 (.146)	
Q4. Has an immediate family member, romantic partner, or very close friend died as a result of accident, homicide, or suicide?	379 (66.7)	189 (33.3)	149 (26.2)	33 (5.8)	7 (1.2)	91 (44.6)	98 (42.2) [¶]	0.31 (.573)	
Q5. Have you ever been forced into sex or sexual assaultive?	497 (87.5)	71 (12.5)	44 (7.8)	20 (3.5)	7 (1.2)	26 (12.7)	45 (19.4) [¶]	5.65 (.017)	
Q6. Have you ever had someone touch your body (legs, hips, chest, genitalia, etc.) against your will?	339 (59.7)	229 (40.3)	114 (20.1)	74 (13.0)	41 (7.2)	82 (40.1)	147 (63.4) [¶]	30.15 ($<.001$)	
Q7. When you were a child, did a parent, caregiver, or other person ever slap you repeatedly, beat, or otherwise attack or harm you?	491 (86.4)	77 (13.6)	28 (4.9)	17 (3.0)	32 (5.7)	44 (21.6)	33 (14.2) [¶]	1.90 (.167)	
Q8. Have you ever been physically assaulted by friends, family members, or strangers who hit, kicked, or harassed you recently?	507 (89.2)	61 (10.8)	37 (6.5)	14 (2.5)	10 (1.8)	42 (20.6)	19 (8.2) [¶]	9.89 (.002)	
Q9. Have you been repeatedly neglected, bullied, or teased by a family member or someone close?	393 (69.2)	175 (30.8)	83 (14.6)	45 (7.9)	47 (8.3)	74 (36.3)	101 (43.5) [¶]	5.74 (.016)	
Q10. Have you ever witnessed the death of another person, a serious accident, or sexual and physical violence?	441 (77.6)	127 (22.4)	90 (15.9)	26 (4.6)	11 (1.9)	76 (37.3)	51 (22.0) [¶]	6.65 (.010)	
Q11. Have you ever had a serious injury or life-threatening situation (e.g. war, detention, hostage experience, etc.)?	527 (92.8)	41 (7.2)	28 (4.9)	10 (1.8)	3 (0.5)	32 (15.7)	9 (3.9) [¶]	14.08 ($<.001$)	
Q12. Have you ever experienced an unbearable, frightening, or shocking event other than the above?	404 (71.1)	164 (28.9)	111 (19.5)	36 (6.3)	17 (3.0)	78 (38.2)	86 (37.1) [¶]	0.47 (.492)	

[†]To allow multiple answers to respond to both type and frequency of trauma experienced; [‡]Number of people who experienced one, 2~3 times, or 4 times or more traumas regardless of the type and frequency of trauma; [§]The percentages are based on the number of total person (N=568); ^{||}The percentages are based on the number of male respondents (n=204); [¶]The percentages are based on the number of female respondents (n=232).

($F=5.83, p=.003$), '19~22세'가 6.48 ± 6.06 점으로 가장 알코올 사용이 낮았으며, '23~26세'가 9.15 ± 7.97 점, '27~29세'가 9.57 ± 8.60 점이었다. 사후 분석 결과 '23~26세'와 '27~29세'는 각각 '19~22세'보다 알코올 사용이 높은 것으로 나타났다. 또한 학력($F=2.86, p=.036$)에 따라 알코올 사용이 달라지는 것으로 나타나 '고졸'인 경우 7.39 ± 7.58 점, '대학원 이상'인 경우 10.63 ± 9.47 점이었다. 알코올 사용은 직업($F=3.12, p=.015$)에 따라

차이가 있었으며 '학생'이 알코올 사용 점수가 가장 낮았고 (7.71 ± 6.59 점), '서비스직'이 가장 높았다(12.23 ± 10.05 점). 사후 분석 결과 '서비스직' 집단이 '학생' 집단에 비해 알코올 사용이 높은 것으로 나타났다. 하지만, 결혼 여부와 종교에 따른 외상 후 스트레스 증상, 우울, 신체화 증상, 수면장애, 알코올 사용 간의 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

사회경제적 수준에 따른 분석결과는 다음과 같다. 외상 후

스트레스 증상은 사회경제적 수준이 '상'이라고 응답한 그룹은 23.27 ± 20.69 점, '중' 그룹에서는 17.93 ± 16.93 점, '하' 그룹은 22.78 ± 19.70 점으로 나타났고, 점수 차이가 통계적으로 유의하였으며 사후 분석 결과 '하' 그룹의 외상 후 스트레스 증상이 '중' 그룹보다 높았다($F=4.94, p=.007$). 사회 경제적 수준에 따른 우울은, '상' 그룹이 16.61 ± 11.69 점, '중' 그룹은 14.63 ± 10.75 점, '하' 그룹은 20.04 ± 12.36 점이었다. 사후 분석 결과 사회경제적 수준이 '하'라고 응답한 그룹이 '중' 그룹보다 우울 점수가 높은 것으로 나타났다($F=14.03, p<.001$). 신체화 증상은 '중' 그룹이 8.28 ± 7.67 점, '하' 그룹이 10.29 ± 8.37 점이었고, 사후 분석 결과 사회경제적 수준이 '하'라고 응답한 그룹이 '중' 그룹보다 신체화 증상 점수가 높았다($F=5.77, p=.003$). 수면장애 수준은 '중' 그룹이 8.92 ± 4.16 점, '하' 그룹이 10.02 ± 5.13 점이었고, 사후 분석 결과 사회경제적 상태가 '하'인 그룹이 '중' 그룹보다 수면장애 점수가 높은 것으로 나타났다($F=4.23, p=.015$). 알코올 사용은 사회경제적 수준에 따른 그룹 간의 차이는 없었다($F=2.00, p=.136$).

흡연 여부에 따른 외상 후 스트레스 증상은 흡연자가 25.50 ± 21.25 점, 비흡연자가 18.57 ± 17.26 점이었으며, 신체화 증상은 흡연자가 11.60 ± 10.13 점, 비흡연자가 8.61 ± 7.60 점이었고, 수면장애는 흡연자가 10.87 ± 4.87 점, 비흡연자 9.03 ± 4.44 점으로 그룹 간의 유의한 차이가 있어($t=3.05, p=.003$; $t=2.78, p=.006$; $t=3.69, p<.001$), 흡연여부에 따른 알코올 사용은 흡연자가 14.92 ± 9.36 점, 비흡연자가 7.48 ± 6.96 점으로 흡연자가 알코올 사용을 많이 하는 것으로 분석되었다($t=7.50, p<.001$).

4. 성별과 외상 경험 증증도에 따른 외상 경험과 외상 후 스트레스 증상, 정신건강 관련 특성의 차이

본 연구에서 외상 후 스트레스 증상을 측정하기 위해서 사용한 사건충격척도의 절단점은 25점[16]인데, 응답자의 207명(36.4%)이 높은 수준의 외상 후 스트레스 증상을 보이는 것으로 나타났다(Table 3). 189명(33.3%)이 우울의 고위험군으로

분석되었는데, 남성은 78명(41.3%), 여성은 111명(58.7%)으로 나타났으며 남녀 별로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=8.29, p=.004$). 수면장애 수준은 8.5점 이상인 수면문제군이 281명(49.5%)이었으며, 알코올 사용 문제군은 156명(27.5%)이었다.

본 연구에서는 외상의 증증도에 따라 외상 후 스트레스 증상과 정신건강 상태를 분석하기 위해 응답 점수별로 응답자를 분류하여 각 점수별 응답자수와 외상 경험의 증증도에 따라 집단을 나누었다. 외상 경험이 있는 집단에서 외상 점수에 따른 응답자 수를 상위 30.0% 수준에서 확인하였고, 1~2점의 응답자가 32.6%, 3~5점이 35.3%, 6점 이상이 32.1%였다. 분류된 각 집단의 외상 증증도는 다음과 같다. 0점 집단은 '외상 경험 없음', 1~2점 집단은 1개 또는 2개의 외상을 한번 경험하였거나 1개의 외상을 2~3번 경험한 '경증 집단', 3~5점 집단은 최대 3개의 외상을 경험하였거나 최소 1개의 외상을 4번 이상 경험한 '중증도 집단', 6점 이상 집단은 최대 6개의 외상을 경험하였거나 최소 3개의 외상을 2~3번 혹은 최소 2개의 외상을 4번 이상 경험한 '중증 집단'으로 분류하였다. 각 집단은 응답자 568명 중, 외상 경험이 없는 0점 집단은 132명(23.2%), 1~2점 집단은 142명(25.0%), 3~5점 집단은 154명(27.1%), 6점 이상 집단은 140명(24.7%)이었다(Table 4). 분석 결과 외상 후 스트레스 증상, 우울, 신체화 증상, 알코올 사용($F=70.00, p<.001$; $F=23.29, p<.001$; $F=22.28, p<.001$; $F=31.82, p<.001$; $F=8.14, p<.001$)에 차이가 있는 것으로 나타났다. 특히 6점 이상 그룹에서 외상 후 스트레스 증상(34.16 ± 18.44 점), 우울(22.55 ± 12.56 점), 신체화 증상(13.35 ± 9.53 점), 알코올 사용(12.02 ± 5.20 점), 수면장애(11.37 ± 9.63 점)가 다른 그룹에 비해 점수가 높은 것으로 나타났다.

5. 외상 경험과 외상 후 스트레스 증상, 정신건강 관련 특성의 관계

각 변수들 간의 상관관계는 Table 5와 같으며 외상 경험과 외상 후 스트레스 증상이 양의 상관관계($r=.52, p<.001$)를 나

Table 3. Proportions over Cutoff Scores of Mental Health-related Symptoms

(N=568)

Variables	Cutoff	Total	Male	Female	$\chi^2 (p)$
		n (%)	n (%)	n (%)	
Posttraumatic stress symptom	≥ 25	207 (36.4)	93 (44.9)	114 (55.1)	3.12 (.077)
Depression	≥ 21	189 (33.3)	78 (41.3)	111 (58.7)	8.29 (.004)
Insomnia	≥ 8.5	281 (49.5)	140 (49.8)	141 (50.2)	0.00 (.999)
Alcohol use	≥ 12	156 (27.5)	83 (53.2)	73 (46.8)	0.98 (.321)

Table 4. Differences in Mental Health-related Symptoms by Trauma Severity

(N=568)

Variables	Non-trauma group ^a	Low severity trauma group ^{†,b}	Moderate severity trauma group ^{‡,c}	High severity trauma group ^{§,d}	F (p)	Post hoc (Dunnett T)
	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
	132 (23.2)	142 (25.0)	154 (27.1)	140 (24.7)		
Posttraumatic stress symptom	9.08±13.79	13.18±13.93	22.01±15.62	34.16±18.44	70.00 (<.001)	c > a, b d > a, b, c
Depression	12.56±9.99	13.59±9.46	17.17±11.56	22.55±12.56	23.29 (<.001)	d > c > a, b
Somatization symptom	6.32±7.55	7.33±6.45	9.38±7.15	13.35±9.53	22.28 (<.001)	c > a d > a, b, c
Insomnia	7.37±3.81	8.23±3.72	9.66±4.03	12.02±5.20	31.82 (<.001)	d > c > a, b
Alcohol use	7.02±6.87	7.78±6.89	8.90±7.50	11.37±9.63	8.14 (<.001)	d > a, b

[†] Low severity trauma group (one to two points based on stress life event screening questionnaire, SLESQ): People who experienced one or two traumas, or minimum one trauma two or three times; [‡] Moderate severity trauma group (three to five points based on SLESQ): People who experienced up to three traumas, or minimum one trauma four or more times; [§] High severity trauma group (over six points based on SLESQ): People who experienced up to six traumas, or minimum three traumas two or three times or minimum two traumas four or more times.

Table 5. Correlation among Traumatic Experience and Mental Health-related Symptoms

(N=568)

Variables	1	2	3	4	5	6
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
1. Traumatic experience	1					
2. Posttraumatic stress symptom	.52 (<.001)	1				
3. Depression	.36 (<.001)	.57 (<.001)	1			
4. Somatization symptom	.35 (<.001)	.51 (<.001)	.62 (<.001)	1		
5. Insomnia	.43 (<.001)	.56 (<.001)	.58 (<.001)	.57 (<.001)	1	
6. Alcohol use	.21 (<.001)	.26 (<.001)	.21 (<.001)	.39 (<.001)	.29 (<.001)	1

타냈다. 즉, 외상 경험이 증가 할수록, 외상 후 스트레스 증상의 정도는 증가하는 양상이 있음이 확인되었다. 또한 우울은 다른 증상인 외상 후 스트레스 증상($r=.57, p<.001$), 신체화 증상($r=.62, p<.001$), 수면장애($r=.58, p<.001$)와 유의한 정적 상관관계를 보였다. 외상 후 초기 성인이 경험하는 우울이 높아 질수록 더 많은 외상 후 스트레스 증상, 신체화 증상, 수면장애 등이 보고됨이 확인되었다.

논 의

본 연구는 19~29세의 초기 성인기를 대상으로 외상 경험, 외상 후 스트레스 증상 및 관련 정신 건강 특성에 대해 조사하였다. 본 연구결과에 따르면 성별을 포함한 인구사회학적 특성에 따라 외상 경험과 외상 후 스트레스 증상, 우울과 같은 정신건강 관련 특성의 수준이 다름을 확인되어 초기 성인기 중 취약한

그룹에 대한 정신건강 증진을 위한 중재전략 수립에 기초적 자료가 될 것으로 보인다.

본 연구에 참여한 대상자의 76.8%가 일생에 한번 이상의 외상에 노출된 경험이 있는 것으로 보고하였는데, 이는 일반 한국인을 대상으로 한 연구에서 71.9%[1]를 보고한 것과 유사한 수준이다. 보고된 외상 경험의 종류에 있어서 사회문화적인 차이점이 발견되었는데, 본 연구와 국내 연구[1]에서는 가족이나 타인으로부터의 무시 또는 따돌림과 같은 정서적인 관계 문제가 빈도가 높은 외상 경험으로 보고되었지만, 국외 연구[9,26]에서는 주로 가까운 사람의 죽음이나 물리적인 폭행을 외상이 주로 보고되었다. 이러한 문화적 차이에 대해 Suh 등[1]은 관계 지향적 가치를 강조하는 우리나라의 특성이 반영된 것으로 이해되며, 외상을 이해하기 위해서는 외상을 경험하는 개인이 처한 환경, 사회, 문화에 많이 영향을 받으므로 그 특성을 파악하고 그에 적절한 외상대응 전략을 세우는 것이 필요하다고 강

조하였다.

외상 경험에 있어서 여러 종류의 외상을 경험하거나 한 가지 이상의 외상을 반복적으로 경험하는 다중 외상 경험은 응답자의 34.5%가 2~3번 외상을 경험하였고, 19.5%가 4번 이상의 외상을 경험 한 것으로 나타나 선행연구에서의 41.1%[27], 34.6%[1]보다 다소 높게 보고되었다. 이는 본 연구의 대상자가 외상에 가장 높은 빈도로 노출되는 연령층인 10대 후반에서 20대[28]로 구성되어, 선행연구[1,27]의 연구대상자가 전 연령층이었던 반면, 본 연구는 19~29세의 초기 성인기를 대상으로 하였기에 상대적으로 다중 외상의 빈도가 높았던 것으로 추측된다. 외상의 종류와 노출빈도를 살펴보면, 여성은 성적 외상과 관련된 경험과 가족이나 가까운 사람으로부터의 괴롭힘 경험이 남성에 비해 높고, 남성은 여성에 비해 사건·사고·폭력에 자주 노출되는 것으로 보고하였다. 이러한 결과는 여성이 대인관계의 문제를 외상으로 인식하는 경향이 있고, 남성에 비해 가정 내 폭력, 성적 외상, 스토킹과 같은 중증 외상을 경험할 가능성이 높기 때문인 것으로 보여진다[1,2]. 또한 외상 경험과 외상 후 스트레스 증상은 높은 정적 상관관계가 있어 외상 경험의 중증도가 높아질수록 외상 후 스트레스 증상의 중증도도 높아진다는 선행연구결과를 본 연구에서 재확인 할 수 있었다[27,28].

본 연구대상의 외상 후 스트레스 증상의 평균은 여성이 21.82점으로 남성의 17.75점에 비해 높았다. 이는 외상 노출 후 여성에게서 PTSD의 이환율이 높았던 선행연구들과 맥을 같이 한다[2,27,28]. 여성이 남성에 비해 외상 후에 PTSD로 발전될 위험성이 더 높은 것은 외상의 종류가 다른 것이나 외상의 빈도의 차이보다는 여성이 외상을 겪고 난 후 PTSD로 쉽게 이행되는 취약한 소인을 가졌기 때문으로 여겨지고 있다[1,28]. 외상 후 스트레스 증상 척도의 절단점 25점 기준으로 36.4%가 외상 후 스트레스 증상 수준이 높은 완전 PTSD군으로 확인되었다. 이는 전 연령을 대상으로 한 Suh 등[1]의 연구에서 잠재적 PTSD군이 15.7%였고, 본 연구와 비슷한 연령대의 국내 해군병사를 대상으로 한 Kim 등[29]의 연구에서 외상 후 스트레스 증상이 높은 그룹이 22.3%인 것보다 높은 수준이다. 본 연구에서는 타 연구에 비해 다중 외상 경험 비율이 단일 외상 비율에 비해서 높은 비중을 차지한 것이 영향을 미친 것으로 보인다. 특히 10~20대에서는 집단에서의 괴롭힘이나 따돌림과 같은 대인관계 문제가 일어나기 쉽고 주로 반복적이고 지속적인 경향이 있는데[1], 본 연구대상자의 30.8%는 타인에게 괴롭힘 또는 따돌림을 경험한 적이 있다고 응답하여, 다중 외상의 하나로서 외상 후 스트레스 증상에 영향을 준 것으로 보인다.

우울은 외상 후 스트레스 증상과 높은 상관관계를 보였고,

성별에 따른 결과를 보면 여성이 18.01점으로 남성의 15.03점에 비해 높았으며 절단점을 넘은 33.3% 중 여성이 58.7%를 차지하였다. 외상 후 즉각적으로 수반되는 우울은 PTSD와 높은 공존율을 보이고, 외상의 중증도에 따라 달라질 수 있으며 성적 외상이나 생명을 위협하는 사건, 심각한 사고와 같이 중증도가 높은 외상을 경험하면 더 심화되는 경향이 있다[4,8,9]. 본 연구에서 여성이 경험한 중증 외상 중의 하나인 성적 외상 사건이 전체 조사대상의 외상 사건 중 가장 빈도가 높고, 남성에 비해 외상 후 스트레스 증상이 높은 것이 영향을 주었을 수 있지만, 두 변수간의 관계에 대한 추가 연구가 더 필요하다.

신체화 증상은 외상의 중증도가 높은 집단일수록 점수가 높았고, 외상 후 스트레스 증상, 우울, 수면장애와 높은 정적인 관계가 있는 것으로 나타났다. 신체화 증상은 외상 경험자에게 매우 흔한 증상이며, PTSD와 증상의 발현에 있어 각각의 증상을 악화시키는 악순환을 가지는데, 외상으로 인한 정서 상태, 스트레스, 수면 상태 악화 등의 PTSD 관련 증상이 신체화 증상을 일으키고 다시 신체화 증상이 PTSD증상을 악화시키게 된다[3,10]. 따라서 신체화 증상에 대한 조기 발견이 필요하며 특히 다중 외상을 경험한 집단에게는 증상조절을 위한 중재가 초기 시점부터 필요할 것으로 여겨진다.

수면장애에서는 49.5%가 절단점을 넘어 문제군으로 분석되었다. 일반 인구를 대상으로 한 Kim [23]의 연구에서 대학생의 21.0%가 수면문제군이었고, 외상 경험자를 대상으로 한 연구[10]에서는 34.0%가 수면장애를 경험한 것으로 나타나 일반 인구집단과 외상 경험집단보다 수면문제군이 모두 높았다. 수면장애는 외상 경험자들에게 많이 나타나고 정신건강상태 변화에 영향을 많이 받는 변수[11]로, 본 연구에서도 중증외상 집단이 경증 집단과 중등도 집단보다 수면장애 점수가 높아 수면문제군이 많았고, 수면장애와 외상 경험, 외상 후 스트레스 증상의 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 그러나 수면문제군이 외상 경험외의 다른 요인의 영향을 받았을 수 있다는 점은 배제할 수 없기 때문에 결론을 내리는 데 있어 신중을 기해야 하겠다.

알코올 사용은 연령이 낮은 그룹일수록 알코올 사용 점수가 낮았으며, 27.5%가 문제 음주군으로 분석되었다. 알코올 사용 문제군은 외상 경험자의 62.2%가 문제 음주군이었던 Tracy 등 [9]의 연구보다 낮았다. 본 연구에서 외상 중증도가 높은 집단의 알코올 사용 점수는 중증도가 낮은 집단보다는 높았지만, 알코올 사용 문제군 기준인 절단점 12점을 넘지 않았다. 이는 19~29세가 다른 연령층에 비해 상대적으로 문제 음주군이 적은 특성이 있으며[25], 전 연령층을 대상으로 한 선행연구[9]의

방법론적 차이를 고려해야 하겠다. 또한 알코올 사용은 외상 경험 및 관련 정신 건강 특성들과 정적인 상관관계가 있었지만 .21~.29의 낮은 정도의 상관관계를 보였다. Norris 등[3]은 외상 관련 문헌 분석을 통해 외상 후 알코올 사용이 늘어난 경우는 외상 전 이미 알코올 사용 문제군이었을 수 있다고 언급하였다. 따라서 알코올 사용과 외상 경험 및 외상 관련 증상에 대한 추후 탐색이 필요할 수 있겠다.

다중 외상을 경험하거나 같은 외상 경험을 반복적으로 경험하여 외상의 중증도가 높은 경우, 외상 후 스트레스 증상, 우울, 신체화 증상, 수면장애, 알코올 사용의 점수가 높게 보고되었다. 특히 외상 중증도가 가장 높은 그룹 140명은 외상 후 스트레스 증상과 우울, 수면장애의 평균점수가 각 변수의 절단점보다 높고, 신체화 증상과 알코올 사용 또한 집단 중에 가장 점수가 높아 취약군인 것이 확인되었다. 이처럼 반복적이고 연속된 외상 경험은 정신건강의 큰 위협요인이 되어 외상 후 스트레스 증상의 중증도가 증가하게 된다. 또한 우울과 신체화 증상이 심화될 뿐 아니라, 수면의 질이 나빠지고 알코올 사용이 빈번해지는 등의 정신 건강 전반에 걸쳐 취약해진다. 외상 후 스트레스 증상과 공존증상이 함께 악화되는 경우, 증상이 공존하지 않는 경우보다 적극적인 치료개입이 필요하다[5,9,11]. 이러한 결과를 종합해 볼 때, 외상 경험자에게 외상 후 스트레스 증상 뿐 아니라, 정신건강 관련 특성을 고려한 종합적인 중재를 적용할 필요가 있다. 외상중재로서 그 효과가 입증된 것은 인지치료와 장기노출(prolonged exposure)이 있으며 그 중 인지치료는 외상 후 스트레스 증상, 우울, 기능 장애 등에 다양한 효과를 보였다[30]. 따라서 본 연구대상자들에게 외상 후 스트레스 증상과 우울, 신체화 증상, 수면장애, 알코올 사용 등의 공존증상에 초점을 둔 인지치료 기반의 프로그램 적용이 적절할 것으로 여겨진다.

한편, 인구학적 특성에 따른 외상 후 스트레스 증상과 정신건강 관련 특성을 살펴보면, 사회경제적 상태가 낮은 그룹이 가장 취약한 집단으로 파악되었다. 사회경제적 상태가 '하'인 집단은 외상 후 스트레스 증상, 우울, 신체화 증상, 수면장애 등 대부분의 증상이 사회경제적 상태가 '중'인 집단보다 높게 보고되었다. 사회경제적 상태가 낮은 계층은 성적 폭력, 신체적 폭행 등을 포함하는 외상의 중증도가 높은 공격적인 폭행과 다중 외상에 많이 노출되고 이로 인해 PTSD 유병률 또한 높은 집단으로 간주되고 있다[3,9,27]. 따라서 사회경제적 상태가 낮은 집단의 외상 사건 경험과 외상 후 스트레스 증상과 정신건강 관련 특성에 대한 사회적 관심이 필요하다. Park 등[30]은 외상을 경험한 직후 초기에 중재를 적용하면 심리 및 신체적 고통을 감소시키고 PTSD로의 진행을 막을 수 있다고 하였다. 사회경제

적 상태가 낮은 집단은 외상의 중증도와 정신건강 관련 증상의 심각도 측면에서 외상을 경험한 초기에 발견하고, 중재로 연결될 수 있는 경찰, 진료기관, 지역외상센터 등이 포함된 종합적인 네트워크 정책을 구축하는 것이 필요하다.

본 연구의 결과는 정신간호 분야에서 외상 후 스트레스 증상과, 우울, 신체화 증상, 수면장애는 높은 상관관계가 있어 각 증상에 대한 개별화된 접근보다는 다면적 증상을 통합적으로 이해할 필요가 있음을 시사한다. 외상 후 스트레스 증상의 예방적 차원의 접근과 조기발견, 외상 후 스트레스 증상의 감소, 정신건강 관련 상태의 개선, 일상생활 유지 증진을 목표로 다양한 증상 중심의 간호중재 프로그램이 개발되어야 할 것이다. 특히 19~29세 초기 성인기의 여성과 저소득층, 다중 외상 경험자들은 취약집단으로서, 외상의 심각성과 반복성, 외상 후 정신건강 관련 특성의 악화 측면에서 볼 때, 외상 취약집단에게 특화된 중재나 국가차원의 종합적인 정책 수립이 필요하고, 치료중재 개발 단계에서부터 이들 집단의 특성과 국내 외상 경험의 특성을 고려되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 자가보고식 도구를 통한 자료수집은 외상 경험과 외상 후 스트레스 증상과 정신건강 관련 특성을 보고하는데 있어 자의적 해석이나 편견이 개입되었을 가능성이 있다. 둘째, 우울이나 신체화 증상, 수면장애와 같은 정신건강 관련 특성은 외상 후 스트레스 증상과 상관관계는 높지만, 외상 경험 이외의 유전적 소인, 과거 정신과적 병력 등에도 영향을 받으므로, 외상 경험과 정신건강 관련 특성의 관계에 영향을 미치는 추가 변인에 대한 고려와 추후 연구가 필요하다. 셋째, 온라인설문을 통한 자료수집이 진행되었으므로 해당 설문 방법에 선호도가 있는 제한된 표본 추출로 인한 결과 해석과 일반화 시 신중을 기하여야 할 것이다.

결론

본 연구는 19~29세의 초기 성인기를 대상으로 하여 외상 경험을 분석하고, 외상 경험에 따른 외상 후 스트레스 증상, 우울, 신체화 증상, 수면장애, 알코올 사용과의 관계를 확인하였다. 우리나라의 초기 성인기의 대상자들의 76.8%가 한번 이상의 외상 경험을 가졌으며, 여성이거나 경제적 상태가 낮거나, 다중 외상을 경험할수록 외상 후 스트레스 증상과 정신건강 관련 특성들이 모두 취약한 것으로 확인되었다. 이를 바탕으로 외상 후 스트레스 감소와 정신건강 관련 특성을 개선하는 통합적 간호중재 프로그램이 개발이 필요함을 제안하며, 국내 외상 경험자들에 대한 특성이 반영된 국가차원의 정책수립이 요구되는

바이다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

ORCID

Lee, Kyunghyun <https://orcid.org/0000-0002-3843-6155>
 Jo, Hyekyung <https://orcid.org/0000-0002-2603-858X>
 Kim, Sunah <https://orcid.org/0000-0001-5922-6598>

REFERENCES

- Suh YS, Jo HJ, Anh HY, Lee JS. Traumatic events experienced by South Koreans: types and prevalence. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy*. 2012;24(3):671-701.
- Perrin M, Vandeleur CL, Castela E, Rothen S, Glaus J, Vollenweider P, et al. Determinants of the development of posttraumatic stress disorder, in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2014;49(3):447-457. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0762-3>
- Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: part I. an empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*. 2002;65(3):207-239. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>
- Sohn JN. A study on PTSD, depression, anger, and suicidal ideation in victimized community residences after the Hebei Spirit oil spill. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008;17(4):411-420.
- Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*. 2001;158(8):1184-1190. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1184>
- Park JY, Ahn HN, Kim WH. Somatic symptoms after psychological trauma. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*. 2016;24(1):43-53.
- North CS, Nixon SJ, Shariat S, Mallonee S, McMillen JC, Spitznagel EL, et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *The Journal of the American Medical Association*. 1999;282(8):755-762. <https://doi.org/10.1001/jama.282.8.755>
- Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *The American Journal of Psychiatry*. 1998;155(5):630-637. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.630>
- Tracy M, Morgenstern H, Zivin K, Aiello AE, Galea S. Traumatic event exposure and depression severity over time: results from a prospective cohort study in an urban area. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2014;49(11):1769-1782. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0884-2>
- Hinton DE, Hinton AL, Eng K-T, Choung S. PTSD and key somatic complaints and cultural syndromes among rural Cambodians: the results of a needs assessment survey. *Medical Anthropology Quarterly*. 2012;26(3):383-407. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2012.01224.x>
- Belleville G, Guay S, Marchand A. Impact of sleep disturbances on PTSD symptoms and perceived health. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2009;197(2):126-132. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181961d8e>
- Kaysen D, Simpson T, Dillworth T, Larimer ME, Gutner C, Resick PA. Alcohol problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Trauma Stress*. 2006;19(3):399-403. <https://doi.org/10.1002/jts.20122>
- Goodman LA, Corcoran C, Turner K, Yuan N, Green BL. Assessing traumatic event exposure: general issues and preliminary findings for the stressful life events screening questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*. 1998;11(3):521-542. <https://doi.org/10.1023/A:1024456713321>
- Park NY. The relationship between traumatic events, complex posttraumatic stress disorder symptoms and personality traits in adolescents [master's thesis]. [Seoul]: Ewha Womans University; 2010. 55 p.
- Weiss D, Marmar C. The Impact of Event Scale-Revised. New York: Guilford Press; 1997. 98 p. (Wilson J, Keane T editors. Assessing psychological trauma and PTSD)
- Lim HK, Woo JM, Kim TS, Kim TH, Choi KS, Chung SK, et al. Reliability and validity of the Korean version of the impact of event scale-revised. *Comprehensive Psychiatry*. 2009;50(4):385-390. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.09.011>
- Eun HJ, Kwon TW, Lee SM, Kim TH, Choi ML, Cho SJ. A study on reliability and validity of the Korean version of impact of event scale-revised. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 2005;44(3):303-310.
- Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1(3):385-401.
- Jo MJ, Kim KH. Diagnostic validity of the CES-D (Korean version) in the assessment of DSM-III-R major depression. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 1993;32(3):381-399.
- Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1976;128(3):280-289.
- Kim KI, Won HT, Lee JH, Kim KY. Standardization study of symptom check list-90 in Korea I: characteristics of normal responses. *Journal of Neuropsychiatric Medicine*. 1978;17(4):449-458.
- Zomer J, Peled AH, Rubin E, Lavie P. Mini-Sleep Question-

- naire (MSQ) for screening large populations for EDS complaints. Stuttgart: Gustav Fischer; 1985. 467 p. (Koella WP, Rütger E, Schulz H, editors. Sleep' 84: proceedings of the seventh european congress on sleep research)
23. Kim HJ. Validation of the Korean version of the mini-sleep questionnaire – insomnia in Korean college students. *Asian Nursing Research*. 2017;11(1):1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.01.001>
 24. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001. 31 p.
 25. Lee BO, Lee CH, Lee PG, Choi MJ, Namkoong K. Development of Korean version of alcohol use disorders identification test (AUDIT-K): its reliability and validity. *Journal of Korean Academy of Addiction Psychiatry*. 2000;4(2):83-92.
 26. Frazier P, Anders S, Perera S, Tomich P, Tennen H, Park C, et al. Traumatic events among undergraduate students: prevalence and associated symptoms. *Journal of Counseling Psychology*. 2009;56(3):450-460. <https://doi.org/10.1037/a0016412>
 27. Lukaschek K, Kruse J, Emeny RT, Lacruz ME, von Eisenhart Rothe A, Ladwig KH. Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(4):525-532.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0585-7>
 28. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55(7):626-632.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>
 29. Kim HJ, Kim SA, Kong SS. Resilience mediates impact of some childhood maltreatment on post-traumatic stress symptoms in conscripted marines in the republic of Korea. *Research in Nursing & Health*. 2017;40(1):52-62.
<https://doi.org/10.1002/nur.21773>
 30. Park JE, Lee BC, Jung YE, Cha JH. Early interventions after trauma. *Anxiety and Mood*. 2009;5(2):75-79.